

第2期金沢市保健事業実施計画 (データヘルス計画)

平成30年4月1日
金 沢 市

目 次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

- 1 背景・目的
- 2 計画の位置づけ
- 3 計画期間
- 4 実施体制と関係者との連携等
 - (1) 実施体制
 - (2) 外部有識者等の役割
 - (3) 被保険者の役割
- 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

- 1 保険者の特性
- 2 第1期計画に係る評価及び考察
 - (1) 健康状況
 - (2) 保健事業の実施
 - (3) 第1期に係る考察
- 3 第2期計画における健康課題の明確化
 - (1) 医療の状況
 - (2) 介護保険の状況
 - (3) 健診の状況
- 4 計画の目標の設定
 - (1) 優先すべき課題
 - (2) 成果目標

第3章 保健事業の内容

- 1 保健事業の方向性
- 2 重症化予防の取組
 - (1) 糖尿病性腎症重症化予防
 - (2) 虚血性心疾患重症化予防
 - (3) 脳血管疾患重症化予防
- 3 その他
- 4 ポピュレーションアプローチ

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第3期金沢市特定健康診査等実施計画について

（1）計画の趣旨

（2）計画の期間

2 特定健診・特定保健指導

（1）特定健診

（2）特定保健指導

（3）年間スケジュール

3 第2期における取組と第3期に向けての課題

（1）特定健診における主な取組と実施率

（2）特定健診の結果と必要な対策

（3）特定保健指導における主な取組と実施率

（4）第3期に向けての課題

4 第3期計画の目標

（1）国が定める目標値

（2）金沢市国保の目標値

（3）第3期における特定健診・特定保健指導対象者数等の見込み

5 円滑な計画の推進に向けて

（1）個人情報の保護

（2）計画の公表・周知

（3）計画の評価・見直し

（4）市全体の健康づくりのために

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

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

1 計画の公表・周知

2 個人情報の取扱い

- 参考資料 1 様式 6－1 国・県・同規模平均と比べてみた金沢市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 様式 6－1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 7 第 1 期全体評価

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

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

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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ったが、保健事業等の医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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

石川県により「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定され、本市においても当該プログラムに基づき、医療費高騰の主な要因となる腎不全、人工透析への移行を防止するべく、関係機関との連携による保健指導等の実施により、糖尿病の重症化予防に力を入れているところである。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

本市においては、国指針に基づき、「第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

２ 計画の位置付け

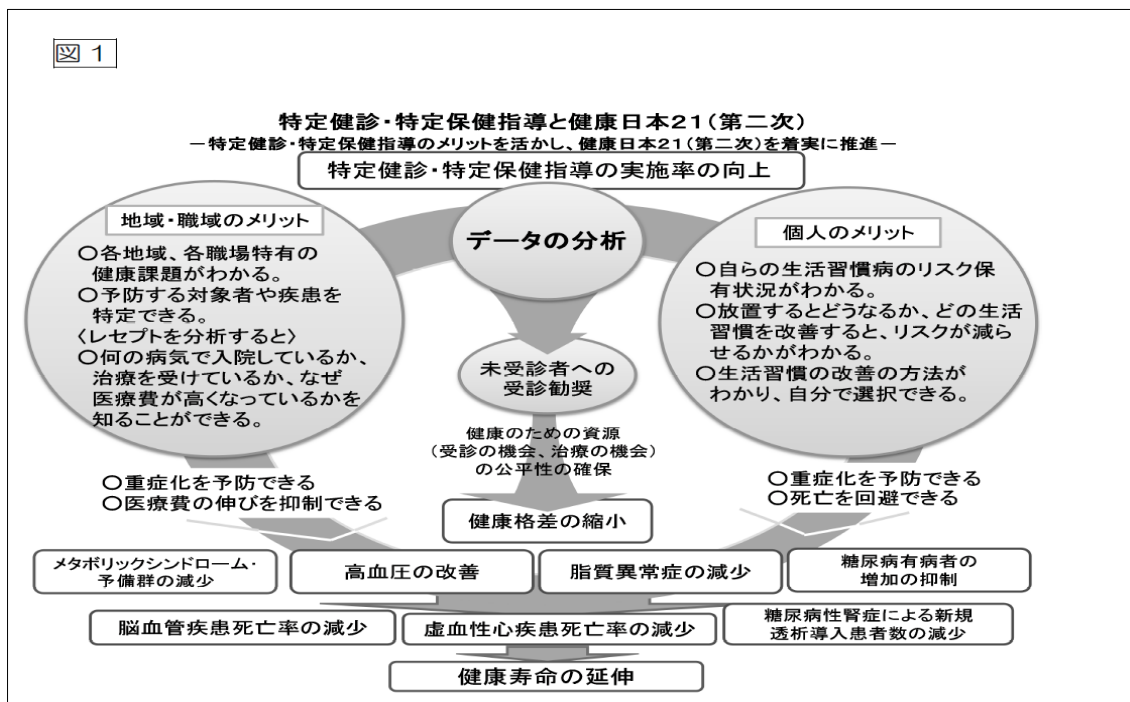
第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表１・２・３）

【表1】

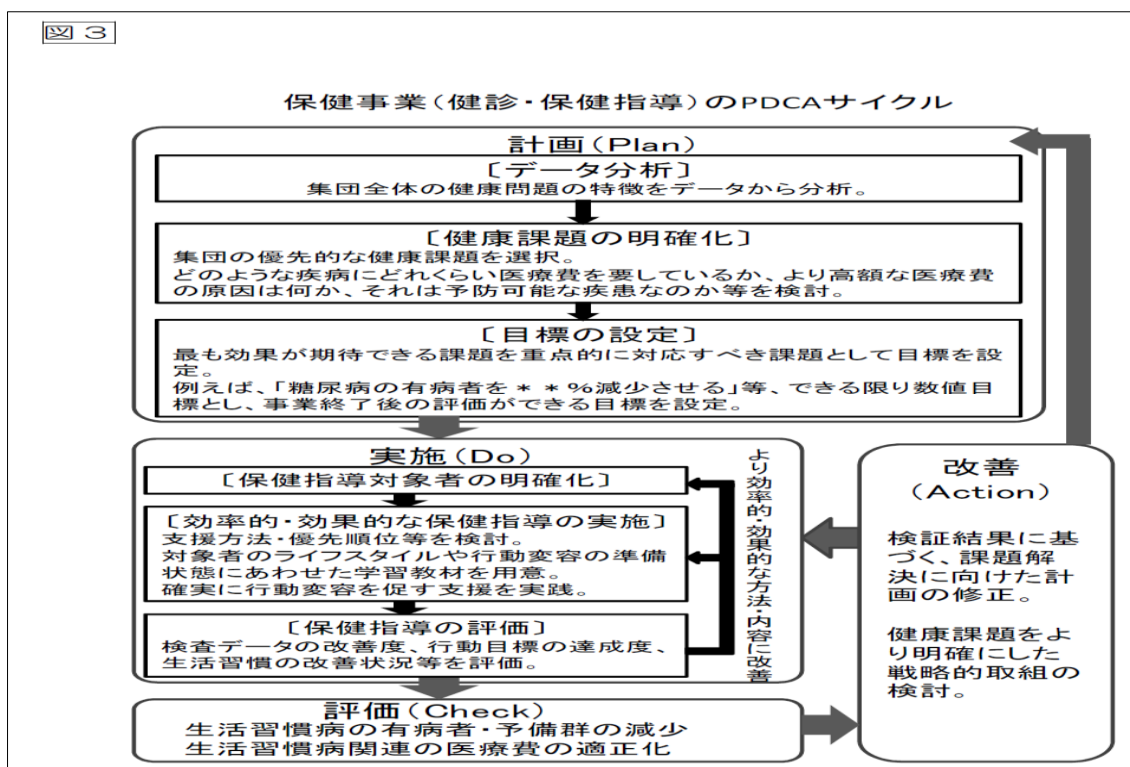
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ				
法律	「健康日本21」計画			「医療計画」
	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」
基本的な指針	健康増進法 第9条、第9条 第6条（健康増進事業実施要綱）	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条
	厚生労働省 保険局 特定健康診査等実施要綱の運用 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用	厚生労働省 保険局 「国民健康保険法に基づく健康増進事業の実施要綱」 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用 国庫の健康増進及び特定健康診査の運用	厚生労働省 老健局 介護保険法に基づく健康増進事業の実施要綱 介護保険法に基づく健康増進事業の実施要綱 介護保険法に基づく健康増進事業の実施要綱	厚生労働省 保険局 医療費適正化に関する法律 医療費適正化に関する法律 医療費適正化に関する法律
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第1期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第1期）
	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、若壮年期、高齢期）において	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える若者の育育期（壮年期世帯、小児期からの生活習慣づき）	すべて
	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん
対象疾病	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん
	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん	虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性腎臓病（CKD） がん
評価	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療
	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療
その他	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療
	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療	①生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ②生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ③生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療 ④生活習慣病、慢性心疾患の予防・治療

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が2018年度から2023年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を2018年度から2023年度の6年間とする。

4 実施体制と関係者との連携等

(1) 実施体制

計画は、医療保険課が主体となり策定する。

ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている健康政策課や各福祉健康センターの保健師等の専門職と連携し計画策定を進めていく。

また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、高齢者福祉部局（長寿福祉課）、介護保険部局（介護保険課）、生活保護部局（生活支援課）とも十分連携する。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える（図表4）。

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析等において、国保データベース（KDB）システムの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める必要がある。

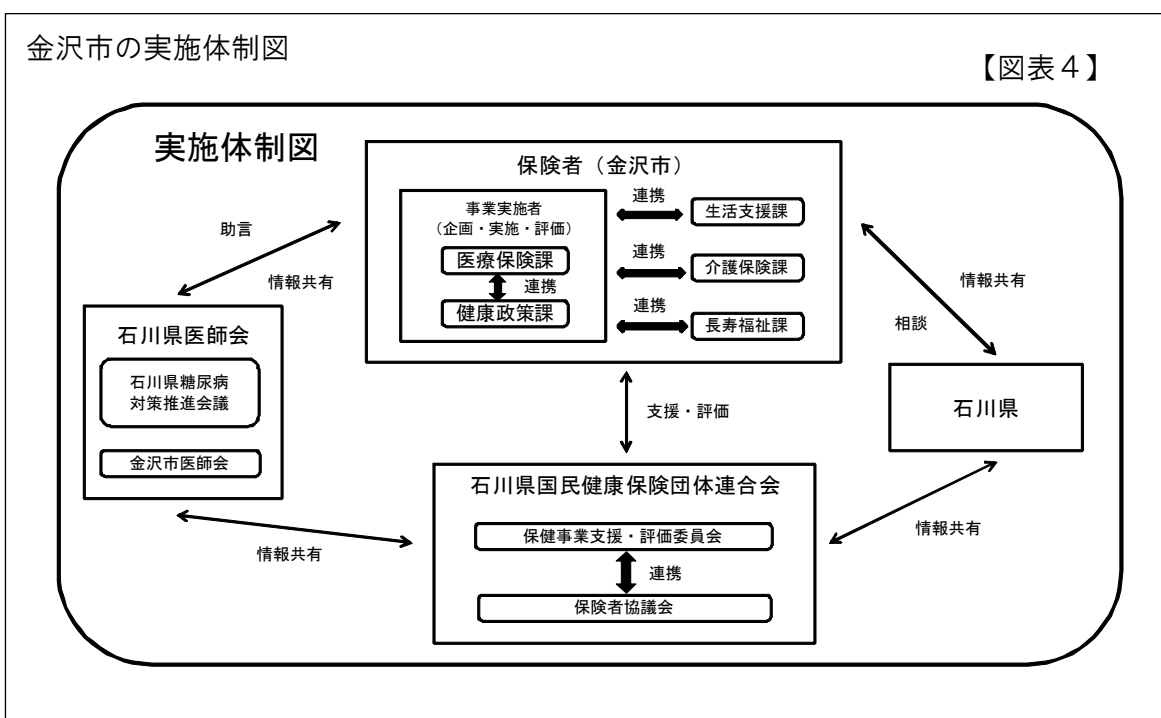
また、保険者等と群市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが重要である。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

(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り、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。



5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度を創設し、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している（平成 30 年度から本格実施）。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら

進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している（図表５）。

【図表５】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点（満点）		345	580	850	850
交付額（万円）		4,891			
一人当たり交付額（円）		490			
総得点（体制構築加点含む）		212			
全国順位（1,741市町村中）		676			
共通①	特定健診受診率	0			50
	特定保健指導実施率	5			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患（病）検診の実施	10			25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通⑥	後発医薬品の促進	7			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の実施状況	15			100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	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	70	60	60

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 保険者の特性（参考資料1）

本市の平均寿命は、国・県・同規模平均よりも、男性・女性ともに長くなっている（項目1－③）。

死因については、心臓病、脳疾患が他の平均値よりも高く、糖尿病が低くなっている（項目2－①）。

被保険者の有病状況については、主要な疾患全てにおいて他の平均値を上回っている（項目3－②）。平成25年度と比較して被保険者数が減少している（項目4－①）にも関わらず、脳疾患以外の全ての疾患が増えていることから、今後も継続して重症化予防及び発症予防に取り組む必要がある。

医療費の状況においては、病床実数の減少に伴い入院件数・入院日数は減り、外来件数が増えている。このことから、短期入院・外来治療優先の傾向に変化していると考えられる。しかし、受診率が増加しており、一人当たり医療費についても国・同規模平均を大きく上回る程増加している（項目4－③）ことから、患者総数の増加による医療費の積み重ねが、一人当たり医療費を引き上げている結果となっていると考えられる。

医療費内訳を分析してみると、多額の医療費の要因となり得る入院に関しては、腎不全以外の全ての疾患において医療費が増えている。総額に占める割合については、新生物の増加に対し、慢性腎不全と高血圧症が減少している。医療費の伸びの減少という観点では、これら2つの疾患について保健事業の効果が出ていると考えられる（項目4－④、⑤）。

特定健診の有無別一人当たりの医療費を見ると、健診受診者の一人当たり医療費が平成25年と比較して半減しており、国・県・同規模平均を大きく下回っている。一方で、健診未受診者の医療費は増加しており、他の平均値を上回っていることから、特定健診の医療費に対する影響とそれによる重要性が分かる。このことは、生活習慣病対象者の一人当たり医療費についても同様である（項目4－⑥）。

特定健診受診率及び特定保健指導実施率は共に上昇しており、同規模・国平均と比較しても高い値となっているが、一方で県内では低い割合となっている（項目5－①、③）。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、平成25年度と比較して、該当者では0.9%、予備群では0.2%増加している（項目5－⑤、⑥）。主に血圧・脂質の該当者と、血糖・血圧・脂質の該当者の数が増加している。これからのリスク

の重なりのある者に対し継続して取り組む必要がある。

2 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 健康状況

ア 死亡の状況

平均寿命は、男女ともに石川県・全国値よりも長く、伸び率は、男性 1.7 歳、女性 1.8 歳となっている。石川県・全国値の伸び率は女性より男性の方が高いのに対し、本市では、女性の伸び率の方が高い。

平成 28 年度の 65 歳未満の死亡割合は、男性は石川県よりも高く全国値とほぼ同等なのに対し、女性は石川県、全国値よりともに高い。

男性の年齢調整死亡率（石川県）は全疾患で減少しているが、全国順位と比較すると、肺がん順位は悪化している。

女性の年齢調整死亡率（石川県）で上昇している疾患は、腎不全、肺がん、乳がん、子宮がんである。また全国順位でみると 10 疾患のうち脳血管疾患、腎不全、胃がん、肺がん、子宮がんの 5 疾患で順位が悪化している。

【図表 6】

平均寿命と65歳未満死亡割合

性別	平均寿命(歳)				65歳未満死亡割合(%)			
	男性		女性		男性		女性	
年	平成12年	平成22年	平成12年	平成22年	平成12年	平成28年	平成12年	平成28年
石川県	77.96	79.71	85.18	86.75	22.3	12.2	13.3	6.2
全国値	77.71	79.59	84.62	86.35	26.3	13.5	14.9	7.2
順位	16位	18位	10位	11位	33位	30位	22位	29位
金沢市	78.5	80.2	85.4	87.2	23.9	13.3	12.8	8.0

資料 人口動態調査、都道府県別生命表、市区町村別生命表(厚生労働省)

【図表 7】

石川県年齢調整死亡率

	年齢調整死亡率※	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		閉塞性肺疾患 (COPD)		糖尿病	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	41.2	25.9	71.8	36.0	5.3	4.5	11.6	6.6	7.7	4.9
	全国	45.0	31.3	74.2	37.8	9.2	7.3	11.0	7.5	7.8	5.5
	順位	26位	30位	29位	30位	47位	47位	23位	42位	26位	32位
女性	石川県	19.5	9.5	39.3	21.9	3.2	3.8	2.7	0.7	4.2	1.9
	全国	21.7	11.8	45.7	21.0	5.7	4.0	2.0	1.1	4.4	2.5
	順位	27位	27位	43位	19位	47位	33位	5位	38位	26位	38位

	年齢調整死亡率※	胃がん		肺がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年	平成12年	平成27年
男性	石川県	42.1	22.7	46.9	41.9	22.4	17.8				
	全国	39.1	22.9	46.3	39.2	23.7	21.0				
	順位	13位	24位	22位	6位	28位	40位				
女性	石川県	15.0	10.0	10.4	11.3	13.0	11.2	10.6	11.2	4.6	6.2
	全国	15.3	8.3	12.3	11.1	13.6	12.1	10.7	12.0	5.3	5.6
	順位	29位	5位	38位	15位	27位	29位	16位	27位	35位	8位

イ 介護の状況

介護給付費全体は増加しているが、1件当たり給付費は減少している。給付費が高くなる要介護3～5の認定率が減少し、給付費の低い要支援率が増加していることも要因の一つと考えられる。1件当たり給付費の同規模平均との差は縮小している。

2号被保険者の有病状況では、平成25年度に比べ、全体の件数は減少している一方で、血管疾患をみると、虚血性心疾患と糖尿病の増加がみられる。また、認知症も3.6%上昇している。

【図表 8】

介護給付費の変化

年度	金沢市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	314億7,503万円	62,314	42,681	283,711	55,997	39,985	292,121
H28年度	328億2,963万円	58,423	40,713	274,432	54,112	39,533	284,985

資料 KDB「地域の全体像の把握」

要介護認定率と要介護認定者の有病状況 【図表 9】

		2号			
		40～64歳			
		平成25年度		平成28年度	
認定数(人)		509人		472人	
認定率(%)		0.34%		0.32%	
新規認定者数		80人		77人	
介護度 別人数	要支援1・2	119人	23.4%	133人	28.2%
	要介護1・2	195人	38.3%	171人	36.2%
	要介護3～5	195人	38.3%	168人	35.6%
有病状況 件数		289件	56.8%	265件	56.1%
血管疾患 (重複有)	脳卒中	152件	52.6%	153件	57.7%
	虚血性心疾患	49件	17.0%	57件	21.5%
	腎不全	35件	12.1%	30件	11.3%
	糖尿病	125件	43.3%	138件	52.1%
	血管疾患合計	247件	85.5%	242件	91.3%
認知症		29件	10.0%	36件	13.6%

資料 KDB2次加工ツール

ウ 医療の状況

特徴として、一人当たり医療費が増加していることがまず挙げられる。また、高額になる疾患にかかる医療費等についても、全体として微増している。

一方で、医療費が多額となる要因の一つである、長期入院に係る医療費や人工透析患者数については、値が減少した。特に、人工透析患者数については平成25年度と比較して40人減少しており、今後は、長期的な推移をみていくと共に保健事業の効果検証を行っていく必要がある。

中長期的な目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の患者数については減少しているが、短期的な目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症はいずれも減少傾向は見られるものの、高血圧と脂質異常症に比べ糖尿病はわずかな減少であり、今後も引き続き重症化予防に加え、発症予防への対応が必要である。

(ア) 医療費の変化

総医療費は約3.4%減少しているが、一人当たり医療費は約5.8%増加しており、被保険者の減少が要因として考えられる。

一方同規模平均は、総医療費が約3.0%、一人当たり医療費が約8.4%増加しており、本市は同規模と比較してより医療費の適正化が図られていると考え

られる。

【図表 10】

医療費の変化

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	
				市	同規模			市	同規模			市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	359億8,011万円	-	-	-	166億9,592万円	-	-	-	192億6,419万円	-	-	-
	H28年度	347億2,384万円	△12億3,627万円	△3.4%	3.0%	159億9,36万円	△7億8,656万円	△4.7%	3.1%	188億1,448万円	△4億4,971万円	△2.3%	2.9%
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	27,569	-	-	-	12,800	-	-	-	14,769	-	-	-
	H28年度	29,154	1,585	5.7%	8.4%	13,357	557	4.4%	8.6%	15,797	1,028	7.0%	8.3%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

(イ) 受療率の推移

石川県において、全体的に入院・外来共に低下している。一方で入院に関しては脳血管疾患以外の疾患の順位の改善が見られなかった。外来は腎不全等以外の疾患の順位の改善が見られた。

【図表 11】

受療率の推移(人口10万対)

受療率※1		総数		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全等		糖尿病	
年		H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26	H23	H26
入院	県	1,401	1,310	21	21	198	160	26	35	27	26
	全国	1,068	1,038	13	12	137	125	28	26	19	16
	順位	15位	15位	4位	3位	9位	12位	28位	10位	13位	9位
外来	県	5,214	4,921	64	48	78	52	53	99	182	157
	全国	5,784	5,696	49	47	89	74	100	93	166	175
	順位	40位	45位	11位	23位	30位	42位	45位	23位	16位	36位

資料 患者調査※2(厚生労働省)

※1受療率 調査日に人口10万人に対して全国の医療施設で受療した患者数

※2患者調査とは、医療施設を利用する患者について、その傷病の状況等を明らかにすることを目的とした調査。3年ごとに実施。

(ウ) 医療費と介護給付費の変化

石川県における国保医療費及び後期医療費の一人当たり費用額は、全国水準と同様に微増の動きを見せている。しかし、国保医療費については、その伸びは緩やかになりつつある。

一方、介護費の一人当たり費用額は、石川県、全国共にわずかにではあるが減少している。

【図表 12】

医療費と介護費用

項目		国保医療費 ※1			後期医療 ※2		介護費 ※3		後期＋介護	
年度		H26年	H27年	H28年	H26年	H27年	H26年	H27年	H26年	H27年
1人あたり 費用額	県	374,016	396,799	397,071	987,322	997,844	330,890	326,975	1,318,212	1,324,819
	全国	330,628	347,801	348,175	923,735	941,240	295,647	295,483	1,219,382	1,236,723
順位		12位	11位	12位	15位	16位	16位	17位	14位	14位

※1 国民健康保険の実態(国保中央会)

※2 国民健康保険の実態(国保中央会)

※3 国保中央会：月別 介護給付費の状況 介護費1年間総額÷65歳以上人口(介護保険第1号被保険者数)

65歳以上人口・・・介護保険事業年報第2表(厚生労働省)

(エ) 高額になる疾患

医療費高騰の一因となる、高額になる疾患の全体の人数や費用額は微増している。要因として、疾患別の費用額でみると脳血管疾患が微増、虚血性心疾患が減少しているのに対し、がんが大幅に増大していることが挙げられる。

【図表 13】

高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト (H25年度、H28年度)	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他										
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28									
		人数	524人	527人	13人	14人	79人	73人	120人	159人	321人	298人								
			件数	628件	654件	13件	15件	84件	74件	135件	224件	396件	341件							
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	年代別		40歳未満		0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	9	6.7%	5	2.2%	52	13.1%	19
			40代		2	15.4%	0	0.0%	4	4.8%	2	2.7%	10	7.4%	9	4.0%	11	2.8%	26	7.6%
			50代		1	7.7%	3	20.0%	4	4.8%	7	9.5%	12	8.9%	7	3.1%	31	7.8%	30	8.8%
			60代		5	38.5%	7	46.7%	31	36.9%	32	43.2%	54	40.0%	118	52.7%	166	41.9%	164	48.1%
			70-74歳		5	38.5%	4	26.7%	45	53.6%	33	44.6%	50	37.0%	85	37.9%	134	33.8%	102	29.9%
費用額	18億2721万円		18億5697万円		4055万円		4455万円		2億6056万円		2億2074万円		3億3781万円		5億7617万円		11億8829万円		10億1561万円	
					2.2%		2.4%		14.3%		11.9%		18.5%		31.0%		65.0%		54.7%	

資料：KDB 帳票

(オ) 長期入院

平成 25 年度に比べ全体の人数、件数、費用額ともに減少している。費用額でみると精神疾患と虚血性心疾患は減少。一方で脳血管疾患の費用額は微増している。

【図表 14】

長期入院

厚労省様式	対象レセプト（H25年度、H28年度）	全体		精神疾患		脳血管疾患		虚血性心疾患		
		H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	1,034人	959人	679人	610人	159人	158人	87人	69人
					65.7%	63.6%	15.4%	16.5%	8.4%	7.2%
		件数	9,657件	8,668件	6,663件	5,794件	1,189件	1,106件	654件	483件
					69.0%	66.8%	12.3%	12.8%	6.8%	5.6%
		費用額	41億3342万円	38億7525万円	24億1350万円	21億5965万円	5億6570万円	5億7658万円	3億2579万円	2億2108万円
			58.4%	55.7%	13.7%	14.9%	7.9%	5.7%		

資料：KDB 帳票

(カ) 人工透析患者

患者数は平成 25 年度に比べて、40 人減少している。糖尿病性腎症、虚血性心疾患を合併している患者数の割合は平成 25 年度に比べ増加し約半数を占め

ている。全体の件数の減少に伴い、費用額も平成 25 年度に比べ減少している。

【図表 15】

人工透析患者		対象レセプト（H25年度、H28年度）		全体		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
厚労省様式				H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	人数		323人	283人	160人	151人	109人	91人	154人	147人
						49.5%	53.4%	33.7%	32.2%	47.7%	51.9%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		件数		4,468件	3,903件	2,223件	2,091件	1,458件	1,123件	2,015件	1,908件
						49.8%	53.6%	32.6%	28.8%	45.1%	48.9%
		費用額		20億6059万円	18億2774万円	10億1082万円	9億7385万円	6億5494万円	5億4144万円	9億1793万円	8億9336万円
						49.1%	53.3%	31.8%	29.6%	44.5%	48.9%

各5月診療分

資料：KDB 帳票

(キ) 中長期的疾患及び短期的疾患（最大医療資源）

中長期・短期の目標疾患医療費計は減少している。特に高血圧の医療費が減少している。占める割合も国・県と比較して少ない。一方で新生物等他の疾患が増えている。

【図表 16】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成25年度と平成28年度の比較）																		
同規模区分	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	県内	慢性腎不全 （透析有）	慢性腎不全 （透析無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	H25	金沢市	35,960,109,830	27,569	6位	9位	4.67%	0.27%	2.88%	3.04%	5.15%	4.95%	2.77%	8,531,314,980	23.72%	12.75%	12.32%	9.09%
H28	34,723,836,320		29,153	9位	12位	4.25%	0.33%	2.65%	2.59%	5.13%	3.73%	2.46%	7,341,288,790	21.14%	15.05%	12.26%	8.49%	
H28	石川県	90,801,717,410	29,225	—	—	4.30%	0.35%	2.30%	2.73%	5.43%	4.27%	2.79%	20,135,987,530	22.18%	15.68%	11.25%	8.50%	
	国	9,677,041,336,540	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

(ク) 中長期的な疾患

中長期的な目標の対象疾患の患者数は、平成 25 年度に比べ減少している。特に、脳血管疾患については、虚血性心疾患や人工透析との重なりのある者が減少している。一方で、人工透析患者数は全体として 40 人減少しているが、65 歳以上の虚血性心疾患との重なりのある者の割合が増加している。

【図表 17】

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
H25	全体	109,212	5,666	5.2%	1,602	28.3%	154	2.7%	4,374	77.2%	3,231	57.0%	3,639	64.2%
	64歳以下	70,300	1,477	2.1%	327	22.1%	81	5.5%	1,060	71.8%	832	56.3%	920	62.3%
	65歳以上	38,912	4,189	10.8%	1,275	30.4%	73	1.7%	3,314	79.1%	2,399	57.3%	2,719	64.9%
H28	全体	101,343	5,020	5.0%	1,329	26.5%	147	2.9%	3,918	78.0%	2,960	59.0%	3,388	67.5%
	64歳以下	58,035	986	1.7%	203	20.6%	64	6.5%	696	70.6%	563	57.1%	637	64.6%
	65歳以上	43,308	4,034	9.3%	1,126	27.9%	83	2.1%	3,222	79.9%	2,397	59.4%	2,751	68.2%

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
H25	全体	109,212	5,152	4.7%	1,602	31.1%	109	2.1%	3,944	76.6%	2,518	48.9%	2,962	57.5%
	64歳以下	70,300	1,227	1.7%	327	26.7%	54	4.4%	904	73.7%	575	46.9%	655	53.4%
	65歳以上	38,912	3,925	10.1%	1,275	32.5%	55	1.4%	3,040	77.5%	1,943	49.5%	2,307	58.8%
H28	全体	101,343	4,671	4.6%	1,329	28.5%	91	1.9%	3,583	76.7%	2,304	49.3%	2,757	59.0%
	64歳以下	58,035	844	1.5%	203	24.1%	40	4.7%	600	71.1%	385	45.6%	452	53.6%
	65歳以上	43,308	3,827	8.8%	1,126	29.4%	51	1.3%	2,983	77.9%	1,919	50.1%	2,305	60.2%

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
H25	全体	109,212	323	0.3%	109	33.7%	154	47.7%	305	94.4%	160	49.5%	100	31.0%
	64歳以下	70,300	180	0.3%	54	30.0%	81	45.0%	168	93.3%	83	46.1%	60	33.3%
	65歳以上	38,912	143	0.4%	55	38.5%	73	51.0%	137	95.8%	77	53.8%	40	28.0%
H28	全体	101,343	283	0.3%	91	32.2%	147	51.9%	270	95.4%	151	53.4%	110	38.9%
	64歳以下	58,035	153	0.3%	40	26.1%	64	41.8%	142	92.8%	69	45.1%	50	32.7%
	65歳以上	43,308	130	0.3%	51	39.2%	83	63.8%	128	98.5%	82	63.1%	60	46.2%

(ケ) 短期目標の疾患

資料：KDB 帳票「厚生労働省様式」

① 共通リスク（図表 18）

平成 28 年度において糖尿病が 16.8%、高血圧が 26.6%、脂質異常症が 22.7%を占め、平成 25 年度に比べ糖尿病や脂質異常症は微増、糖尿病や高血圧、脂質異常症を合併する者の割合が増加傾向である。

糖尿病、高血圧、脂質異常症で虚血性心疾患、脳血管疾患を合併する者が減少傾向にある。特に脂質異常症で虚血性心疾患を合併する者が大幅に減少している。

一方で、人工透析の割合は増加がみられないものの、糖尿病性腎症の割合が増加している。

【図表 18】

厚生労働省 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		虚血性心疾患		脳血管疾患		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
H25	全体	77,849	12,799	16.4%	992	7.8%	8,749	68.4%	7,886	61.6%	3,212	25.1%	2,507	19.6%	157	1.2%	906	7.1%	
	64歳以下	38,937	4,101	10.5%	360	8.8%	2,576	62.8%	2,490	60.7%	813	19.8%	564	13.8%	80	2.0%	278	6.8%	
	65歳以上	38,912	8,698	22.4%	632	7.3%	6,173	71.0%	5,396	62.0%	2,399	27.6%	1,943	22.3%	77	0.9%	628	7.2%	
H28	全体	75,588	12,705	16.8%	978	7.7%	8,691	68.4%	8,017	63.1%	2,944	23.2%	2,295	18.1%	151	1.2%	1,019	8.0%	
	64歳以下	32,280	3,139	9.7%	284	9.0%	1,874	59.7%	1,922	61.2%	547	17.4%	376	12.0%	69	2.2%	227	7.2%	
	65歳以上	43,308	9,566	22.1%	694	7.3%	6,817	71.3%	6,095	63.7%	2,397	25.1%	1,919	20.1%	82	0.9%	792	8.3%	

厚生労働省 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		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	77,849	20,773	26.7%	8,749	42.1%	11,549	55.6%	4,357	21.0%	3,930	18.9%	291	1.4%	
	64歳以下	38,937	6,238	16.0%	2,576	41.3%	3,286	52.7%	1,043	16.7%	890	14.3%	154	2.5%	
	65歳以上	38,912	14,535	37.4%	6,173	42.5%	8,263	56.8%	3,314	22.8%	3,040	20.9%	137	0.9%	
H28	全体	75,588	20,092	26.6%	8,691	43.3%	11,400	56.7%	3,907	19.4%	3,568	17.8%	261	1.3%	
	64歳以下	32,280	4,516	14.0%	1,874	41.5%	2,396	53.1%	685	15.2%	585	13.0%	133	2.9%	
	65歳以上	43,308	15,576	36.0%	6,817	43.8%	9,004	57.8%	3,222	20.7%	2,983	19.2%	128	0.8%	

厚生労働省 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		
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	77,849	17,347	22.3%	7,886	45.5%	11,549	66.6%	6,326	36.5%	2,955	17.0%	98	0.6%	
	64歳以下	38,937	5,523	14.2%	2,490	45.1%	3,286	59.5%	907	16.4%	648	11.7%	58	1.1%	
	65歳以上	38,912	11,824	30.4%	5,396	45.6%	8,263	69.9%	2,719	23.0%	2,307	19.5%	40	0.3%	
H28	全体	75,588	17,131	22.7%	8,017	46.8%	11,400	66.5%	3,373	19.7%	2,743	16.0%	109	0.6%	
	64歳以下	32,280	4,216	13.1%	1,922	45.6%	2,396	56.8%	622	14.8%	438	10.4%	49	1.2%	
	65歳以上	43,308	12,915	29.8%	6,095	47.2%	9,004	69.7%	2,751	21.3%	2,305	17.8%	60	0.5%	

資料：KDB 帳票「厚生労働省様式」

エ 健診の状況

(ア) リスクの健診結果経年変化（図表 19）

男性は腹囲 85cm 以上が半数以上を占めており、リスクの重なりがある者が増加している。男女ともに約 60%が HbA1c5.6%以上となっている。

メタボリックシンドローム該当者・予備群は、男性が増加傾向にあり、特に血圧と脂質、3 項目すべての重なりのある者の増加がみられる。

【図表 19】

表14) 有所見者割合の経年変化

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する

KDB帳票No.23「厚生労働省様式(様式6-2~7)」

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	2,829	28.5	5,131	51.8	2,952	29.8	2,119	21.4	1,184	11.9	2,242	22.6	5,511	55.6	1,906	19.2	4,504	45.4	1,908	19.3	4,271	43.1	188	1.9
	40~64	987	33.0	1,609	53.7	1,013	33.8	833	27.8	362	12.1	614	20.5	1,401	46.8	675	22.5	1,147	38.3	738	24.6	1,454	48.5	37	1.2
	65~74	1,842	26.6	3,522	50.9	1,939	28.0	1,286	18.6	822	11.9	1,628	23.5	4,110	59.4	1,231	17.8	3,357	48.5	1,170	16.9	2,817	40.7	151	2.2
H28	合計	3,006	30.1	5,409	54.2	3,033	30.4	2,146	21.5	1,056	10.6	2,192	22.0	5,792	58.1	1,741	17.5	4,733	47.5	2,029	20.3	4,167	41.8	232	2.3
	40~64	924	35.6	1,455	56.1	916	35.3	801	30.9	272	10.5	498	19.2	1,231	47.5	555	21.4	986	38.0	670	25.8	1,238	47.8	26	1.0
	65~74	2,082	28.2	3,954	53.6	2,117	28.7	1,345	18.2	784	10.6	1,694	23.0	4,561	61.8	1,186	16.1	3,747	50.8	1,359	18.4	2,929	39.7	206	2.8

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	2,982	18.9	3,010	19.0	3,026	19.1	1,504	9.5	418	2.6	1,673	10.6	8,682	54.9	386	2.4	6,088	38.5	1,946	12.3	8,435	53.4	34	0.2
	40~64	873	16.3	834	15.6	923	17.2	536	10.0	100	1.9	471	8.8	2,405	44.9	105	2.0	1,583	29.5	727	13.6	2,931	54.7	8	0.1
	65~74	2,109	20.2	2,176	20.8	2,103	20.1	968	9.3	318	3.0	1,202	11.5	6,277	60.1	281	2.7	4,505	43.1	1,219	11.7	5,504	52.7	26	0.2
H28	合計	2,963	19.0	2,935	18.8	2,900	18.6	1,426	9.1	344	2.2	1,721	11.0	8,864	56.7	379	2.4	6,286	40.2	1,950	12.5	7,970	51.0	41	0.3
	40~64	747	16.5	711	15.7	718	15.8	421	9.3	75	1.7	354	7.8	1,928	42.5	98	2.2	1,260	27.8	575	12.7	2,348	51.7	2	0.0
	65~74	2,216	20.0	2,224	20.1	2,182	19.7	1,005	9.1	269	2.4	1,367	12.3	6,936	62.6	281	2.5	5,026	45.4	1,375	12.4	5,622	50.7	39	0.4

表15) メタボリック該当者・予備群の経年比較

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

KDB帳票No.24「厚生労働省様式(様式6-8)」

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	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
H25	合計	9,911	30.3	531	5.4	1,762	17.8	114	1.2	1,167	11.8	481	4.9	2,838	28.6	383	3.9	190	1.9	1,470	14.8	795	8.0
	40~64	2,995	19.3	244	8.1	590	19.7	36	1.2	326	10.9	228	7.6	775	25.9	102	3.4	65	2.2	416	13.9	192	6.4
	65~74	6,916	40.1	287	4.1	1,172	16.9	78	1.1	841	12.2	253	3.7	2,063	29.8	281	4.1	125	1.8	1,054	15.2	603	8.7
H28	合計	9,973	32.5	524	5.3	1,802	18.1	115	1.2	1,197	12.0	490	4.9	3,083	30.9	412	4.1	185	1.9	1,589	15.9	897	9.0
	40~64	2,592	20.0	224	8.6	531	20.5	35	1.4	271	10.5	225	8.7	700	27.0	79	3.0	47	1.8	398	15.4	176	6.8
	65~74	7,381	41.6	300	4.1	1,271	17.2	80	1.1	926	12.5	265	3.6	2,383	32.3	333	4.5	138	1.9	1,191	16.1	721	9.8

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	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
H25	合計	15,805	40.0	362	2.3	939	5.9	42	0.3	576	3.6	321	2.0	1,709	10.8	168	1.1	97	0.6	973	6.2	471	3.0
	40~64	5,358	30.3	156	2.9	287	5.4	12	0.2	164	3.1	111	2.1	391	7.3	41	0.8	26	0.5	222	4.1	102	1.9
	65~74	10,447	47.7	206	2.0	652	6.2	30	0.3	412	3.9	210	2.0	1,318	12.6	127	1.2	71	0.7	751	7.2	369	3.5
H28	合計	15,621	42.2	324	2.1	928	5.9	42	0.3	598	3.8	288	1.8	1,683	10.8	154	1.0	103	0.7	977	6.3	449	2.9
	40~64	4,540	31.7	141	3.1	239	5.3	16	0.4	143	3.1	80	1.8	331	7.3	30	0.7	23	0.5	192	4.2	86	1.9
	65~74	11,081	49.0	183	1.7	689	6.2	26	0.2	455	4.1	208	1.9	1,352	12.2	124	1.1	80	0.7	785	7.1	363	3.3

(イ) 血糖、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 20)

① 糖尿病

治療中で HbA1c6.5~6.9% の者は増加し、HbA1c8.0% 以上の者は減少した。
治療なしで HbA1c5.5% 以下の者は減少し、保健指導判定値の人が増加傾向である。

② 高血圧

治療中は大きな変化はない。治療なしは I 度以上がやや増加している。

③ 脂質異常症

治療中で正常値の者は増加し、受診勧奨判定値 140~179 の者に減少傾向がみられる一方で、180 以上の者の割合には変化がみられなかった。治療なしの者では 160 以上の割合が減少傾向にある。

【図表 20】

糖尿病 治療と未治療の状況

				HbA1c測定		正 常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
								正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
												合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる					
5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4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				
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A				
治療中	H24	1,862	7.6%	43	2.3%	169	9.1%	461	24.8%	501	26.9%	501	26.9%	187	10.0%	423	22.7%	122	6.6%		
	H25	1,985	7.7%	66	3.3%	168	8.5%	505	25.4%	564	28.4%	483	24.3%	199	10.0%	429	21.6%	122	6.1%		
	H26	2,108	8.2%	64	3.0%	197	9.3%	596	28.3%	580	27.5%	508	24.1%	163	7.7%	379	18.0%	113	5.4%		
	H27	2,210	8.4%	63	2.9%	199	9.0%	568	25.7%	636	28.8%	559	25.3%	185	8.4%	442	20.0%	109	4.9%		
	H28	2,083	8.2%	57	2.7%	184	8.8%	536	25.7%	612	29.4%	547	26.3%	147	7.1%	371	17.8%	86	4.1%		
治療なし	H24	22,775	92.4%	10,929	48.0%	8,299	36.4%	2,683	11.8%	535	2.3%	239	1.0%	90	0.4%	168	0.7%	65	0.3%		
	H25	23,722	92.3%	11,453	48.3%	8,652	36.5%	2,695	11.4%	574	2.4%	251	1.1%	97	0.4%	184	0.8%	69	0.3%		
	H26	23,747	91.8%	11,826	49.8%	8,368	35.2%	2,717	11.4%	518	2.2%	211	0.9%	107	0.5%	186	0.8%	76	0.3%		
	H27	24,185	91.6%	10,927	45.2%	9,326	38.6%	3,034	12.5%	586	2.4%	221	0.9%	91	0.4%	168	0.7%	69	0.3%		
	H28	23,449	91.8%	10,854	46.3%	8,823	37.6%	2,925	12.5%	571	2.4%	192	0.8%	84	0.4%	155	0.7%	67	0.3%		

高血圧 治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	8,749	35.5%	3,714	42.5%	2,633	30.1%	2,064	23.6%	300	3.4%	38	0.4%
	H25	9,209	35.8%	3,956	43.0%	2,796	30.4%	2,108	22.9%	311	3.4%	38	0.4%
	H26	9,278	35.9%	3,892	41.9%	2,754	29.7%	2,254	24.3%	343	3.7%	35	0.4%
	H27	9,486	35.9%	4,048	42.7%	2,804	29.6%	2,282	24.1%	308	3.2%	44	0.5%
	H28	9,167	35.9%	3,852	42.0%	2,721	29.7%	2,236	24.4%	317	3.5%	41	0.4%
治療なし	H24	15,892	64.5%	10,123	63.7%	3,117	19.6%	2,167	13.6%	402	2.5%	83	0.5%
	H25	16,502	64.2%	10,613	64.3%	3,215	19.5%	2,158	13.1%	433	2.6%	83	0.5%
	H26	16,577	64.1%	10,454	63.1%	3,245	19.6%	2,329	14.0%	444	2.7%	105	0.6%
	H27	16,909	64.1%	10,474	61.9%	3,421	20.2%	2,424	14.3%	490	2.9%	100	0.6%
	H28	16,365	64.1%	10,210	62.4%	3,174	19.4%	2,435	14.9%	435	2.7%	111	0.7%

脂質異常症 治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H24	6,687	27.1%	4,465	66.8%	1,402	21.0%	555	8.3%	191	2.9%	74	1.1%
	H25	7,051	27.4%	4,616	65.5%	1,548	22.0%	593	8.4%	195	2.8%	99	1.4%
	H26	7,204	27.9%	4,577	63.5%	1,585	22.0%	702	9.7%	230	3.2%	110	1.5%
	H27	7,475	28.3%	5,022	67.2%	1,552	20.8%	609	8.1%	181	2.4%	111	1.5%
	H28	7,303	28.6%	4,981	68.2%	1,527	20.9%	535	7.3%	159	2.2%	101	1.4%
治療なし	H24	17,954	72.9%	8,358	46.6%	4,579	25.5%	2,956	16.5%	1,387	7.7%	674	3.8%
	H25	18,660	72.6%	8,392	45.0%	4,733	25.4%	3,218	17.2%	1,530	8.2%	787	4.2%
	H26	18,651	72.1%	8,006	42.9%	4,675	25.1%	3,403	18.2%	1,660	8.9%	907	4.9%
	H27	18,920	71.7%	8,407	44.4%	4,880	25.8%	3,307	17.5%	1,509	8.0%	817	4.3%
	H28	18,229	71.4%	8,436	46.3%	4,756	26.1%	3,066	16.8%	1,306	7.2%	665	3.6%

資料：健診等管理システム帳票をあなみツールにより突合

(ウ) 重症化予防対象者の状況（図表 21）

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、29.8%（7,599 人）を占め 3 年間で 0.7%増加した。

治療中が 70.2%（5,333 人）で 2.5%増加した。一方治療なしは減少しているが、臓器障害のある者は 34.1%（772 人）を占め 0.9%増加した。

また、重症化予防対象者で治療のない 2,266 人中、特定保健指導対象者の人数が 1,225 人と半数以上を占める。

【図表 21】

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 の年齢別発生率の減少			虚血性心疾患 の年齢別発生率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発症・進行患者数の減少		
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	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の臨床と薬-脳卒中ガイドライン 2005年度研究報告書)			糖尿病治療ガイド 2014-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)	
	クモ膜下出血(7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞 労作性 狭心症	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27%) ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2014-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象 対象者数	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリックシンドローム (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.5%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
25,532	904 3.5%	263 1.0%	766 3.0%	744 2.9%	4,751 18.6%	1,541 6.0%	330 1.3%	660 2.6%	7,599 29.8%
治療なし	546 60.4%	74 28.1%	664 86.7%	525 70.6%	848 17.8%	845 54.8%	70 21.2%	164 24.8%	2,266 29.8%
(再掲) 特定保健指導	228 25.2%	28 10.6%	189 24.7%	176 23.7%	848 17.8%	179 11.6%	28 8.5%	45 6.8%	1,225 16.1%
治療中	358 39.6%	189 71.9%	102 13.3%	219 29.4%	3,903 82.2%	696 45.2%	260 78.8%	496 75.2%	5,333 70.2%

臓器障害 あり	187 34.2%	74 100.0%	187 28.2%	156 29.7%	231 27.2%	308 38.4%	70 100.0%	164 100.0%	772 34.1%
CKD (専門医対象者)	28	5	37	30	34	69	70	164	245
尿蛋白 (2+) 以上	12	1	16	11	17	28	70	10	70
尿蛋白 (+) and 尿蛋白 (-) 以上	10	1	7	8	5	17	0	7	28
eGFR50未満 (70歳未満は除外)	7	4	18	13	14	28	10	164	164
心電図所見あり	170	74	169	138	207	269	26	52	608
臓器障害 なし	369 65.8%	--	477 71.8%	369 70.3%	617 72.8%	537 63.8%	--	--	--

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－

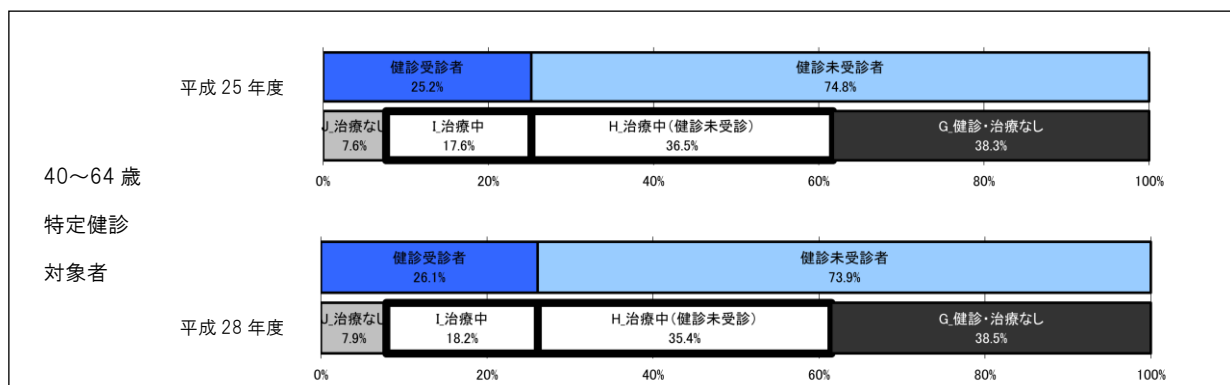
平成25年度

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢別発生率の減少			虚血性心疾患 の年齢別発生率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発症・進行患者数の減少		
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	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の臨床と薬-脳卒中ガイドライン 2005年度研究報告書)			糖尿病治療ガイド 2014-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)	
	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性 脳塞栓症 (27%) ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症					
	※脳卒中 データは10年 2008年分								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2014-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象 対象者数	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボリックシンドローム (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.5%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 25,711	865 3.4%	259 1.0%	886 3.4%	761 3.0%	4,544 17.7%	1,604 6.2%	362 1.4%	466 1.8%	7,489 29.1%
治療なし	516 59.7%	73 28.2%	787 88.8%	533 70.0%	894 19.7%	922 57.5%	90 24.9%	102 21.9%	2,421 32.3%
(再掲) 特定保健指導	214 24.7%	24 9.3%	212 23.9%	210 27.6%	894 19.7%	210 13.1%	31 8.6%	20 4.3%	1,278 17.1%
治療中	349 40.3%	186 71.8%	99 11.2%	228 30.0%	3,650 80.3%	682 42.5%	272 75.1%	364 78.1%	5,068 67.7%
臓器障害 あり	175 33.9%	73 100.0%	196 24.9%	166 31.1%	264 29.5%	286 31.0%	90 100.0%	102 100.0%	803 33.2%
CKD (専門医対象者)	21	8	26	30	30	42	90	102	207
尿蛋白 (2+) 以上	9	4	12	18	20	28	90	6	90
尿蛋白 (+) and 尿蛋白 (-) 以上	5	3	8	4	8	6	0	5	26
eGFR50未満 (70歳未満は除外)	7	1	8	12	3	12	6	102	102
心電図所見あり	162	73	177	152	249	269	29	36	667
臓器障害 なし	341 66.1%	--	591 75.1%	367 68.9%	630 70.5%	636 69.0%	--	--	--

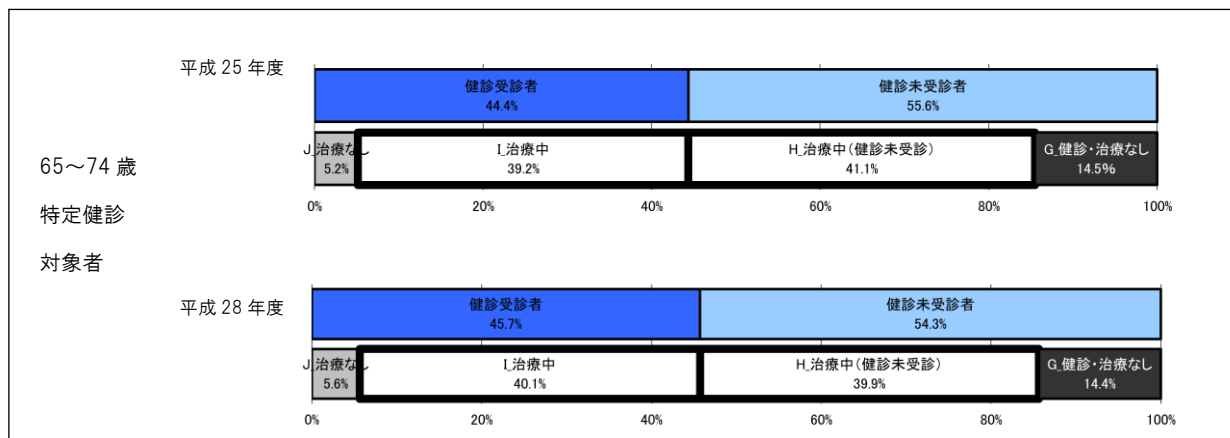
(エ) 未受診者の状況

健診未受診者は平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、各年齢ともに大きな変化はない。しかし、65 歳以上の受診率が 45.7% である一方、40～64 歳ではわずか 26.1%に留まっている。特に健診や医療機関での受診もしていない平成 28 年度特定健診対象者（40～64 歳）は 38.5%であった。

【図表 22】



J 治療なし	I 治療中	H 治療中 (健診未受診)	G 健診・治療なし
2,158人	4,977人	9,671人	10,521人
14,648人			



J 治療なし	I 治療中	H 治療中 (健診未受診)	G 健診・治療なし
2,275人	16,188人	16,111人	5,804人
32,299人			

※KDB 帳票を基に作成

(オ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成 28 年度の特定健診の受診率は 37.9%であり、3 年間で 2.2%上昇している。特定保健指導の実施率においても 30.0%で 8.1%上昇している。

【図表 23】

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	終了者数	実施率	同規模内の順位※
H25年度	72,022	25,711	35.7%	12位	2,690	588	21.9%	16位
H28年度	67,396	25,532	37.9%	27位	2,642	792	30.0%	—

※はKDBによる比較順位

(2) 保健事業の実施

ア 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核である。生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、保健衛生担当課と連携をとり、保健師及び管理栄養士等が実施してきた。

【図表 24】

保健活動の実施体制

		H25	H26	H27	H28
保健師	保健師総数	57	58	58	58
	保健部門での勤務	55	55	55	54
	金沢市	96%	95%	95%	93%
	石川県	54%	65%	63%	62%
管理栄養士	管理栄養士総数	14	14	14	14
	保健部門での勤務	5	5	5	5
	金沢市	36%	36%	36%	36%

イ 保健指導の実施状況

保健指導は、健診結果に基づき、予防のターゲットとなる対象者を抽出し、個人の健診データに応じた保健指導や医療との連携を進めることが効果的である。

保険者努力支援制度では、特定保健指導実施率についての評価がある。これについては、第4章で目標設定をし、特定保健指導を実施している。

また、重症化予防としての糖尿病性腎症重症化予防については、糖尿病管理台帳をもとに、①未受診者②治療中断者③ハイリスク者への保健指導を実施している。

糖尿病管理台帳を地区別に管理できるように、地区担当の責任によって年度計画を立て保健指導を実施している。今後も糖尿病性腎症重症化予防については、県で作成したプログラムの実践に向けた活動が必要となる。

【図表 25】

	平成25年度			平成28年度		
	対象者数	保健指導 実施者数	保健指導 実施割合	対象者数	保健指導 実施者数	保健指導 実施割合
特定保健指導	2,690	588	21.9%	2,642	792	30.0%
優先対象者*	647	311	48.1%	884	438	49.5%
情報提供優先対象者*	689	646	93.8%	1,066	844	79.2%

* 平成 25 年度の優先対象者は、高血圧症・糖尿病・脂質異常症で服薬していない者で、以下の(ア)～(エ)のいずれかに該当する者

(ア) eGFR：40～69 歳は 50ml/min/1.73 m²未満、70～74 歳は 40ml/min/1.73 m²未満

(イ) 尿蛋白：(+) 以上

(ウ) HbA1c (NGSP 値)：6.5%以上

(エ) II 度高血圧以上（収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上）

* 平成 28 年度の優先対象者は以下の(オ)～(ク)の条件が追加

(オ) 心電図所見：心房細動

(カ) LDL コレステロール：180mg/dl 以上

(キ) 特定保健指導対象者のうち、心電図所見：虚血性変化

(ク) 40～50 歳代の特定保健指導対象者のうち、以下の①～③のいずれかに該当

① 肝機能：AST (GOT) 51IU/L 以上

ALT (GPT) 51IU/L 以上

r-GT (r-GTP) 101IU/L 以上

② 中性脂肪：300mg/dl 以上

③ 尿酸値：8.0mg/dl 以上

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優先対象者を抽出し重症化予防を進めてきた。さらに優先対象者基準を毎年見直し、より効果的な重症化予防を行い、保健指導実施者数も伸ばしている。

(3) 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た。

被保数の減少等の要因もあり、総医療費は減少したが、一人当たり医療費は増加

している。人工透析患者が減少し、中長期目標の対象疾患の患者数及び医療費が減少していることから、生活習慣病重症化予防という目的に対しては、一定の成果を得ることができたのではないかと考えられる。短期目標の対象疾患の患者数は増加しているため、引き続き生活習慣病の発症予防に取り組む必要がある。

第2期以降に重点的に取り組むべきこととして、まず、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上が挙げられる。住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、その結果を踏まえての保健師による保健指導は、健康政策的な視点はもちろんのこと、医療費適正化にもつながるものである。

また、医療機関への受診勧奨や、医療機関受診後のフォローアップ等、医療連携においても力をいれていくべきである。生活習慣病重症化予防という観点はもとより、疾患の長期化による医療費の伸びを抑える取り組みを継続していくべきである。

3 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 医療の状況

医療費の動向や受療状況を把握し、そのうち予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適正化を図り、もって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、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

本市の一人当たり医療費は同規模保険者と比較して入院費用の割合は多くなっている。ターゲットとする中長期目標疾患である脳、心、腎の医療費の、総医療費に占める割合については、平成25年度と比較して減少しており、短期目標疾患においても同様に減少している（図表16）。

また、メタボリックシンドロームを背景とする生活習慣病等は薬物治療だけでは改善が難しい場合が多いことから、薬物治療と併用して食事や運動（身体活動量を増加）についての保健指導の実施が重要である。

(2) 介護保険の状況

介護認定者におけるレセプト分析では、心疾患の有病状況が64.8%であり、筋・骨格疾患の56.7%を上回っていた（参考資料1-3-②）。

また、2号認定者では脳卒中と糖尿病の有病状況が5割を超えており、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、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る（図表9）。

(3) 健診の状況

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化することが多いため、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健康診査の結果を把握、分析することが重要である。特に、それぞれの検査値がそれほど異常でなくても、内臓脂肪の蓄積

に加え、高血糖や高血圧、脂質異常が重なった場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる「メタボリックシンドローム」の危険性が指摘されており、個々の検査項目の異常だけでなく異常項目の重複、組み合わせについても把握、分析することが重要である。

本市においては、全国や同規模平均と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況から HbA1c・収縮期血圧・中性脂肪等の内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される（参考資料 1-5-⑤、図表 19）。

腹囲が基準値以上（内臓肥満が疑われるもの）の者の割合は 32.6%、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は 29.3%で平成 25 年度と比べて増加している（参考資料 1-5-⑤⑥⑦）。

メタボリックシンドローム該当者の危険因子の重なりでは、高血圧と脂質異常の重なりが 10%と最も多く、次いで高血糖と高血圧、脂質異常の 3 項目すべて該当するものは 5.3%となっている（参考資料 1-5-⑱⑲）。

特定健診の結果、保健指導判定値以上の者の割合（治療なし）は、血糖値（HbA1c）では 53.7%であり、脂質異常では LDL コレステロール値が 53.7%、血圧は 37.6%であった（図表 20）。

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患等あらゆる循環器疾患の危険因子であり、他の危険因子に比べると発症や死亡にも影響を与える因子と言われている。一方、LDL コレステロールも虚血性心疾患において単独で重要なリスクであり、心血管疾患の発症に注意し、予防を進める必要がある。

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、健診受診者の 29.8%（25,532 人中 7,599 人）と、総数の 3 割近くを占めている。このうち、未治療者は 2,266 人（29.9%）である。また、肥満があり特定保健指導の対象となる者は 16.1%（1,225 人）である。特定保健指導の徹底と併せて重症化予防の指導を行うことが必要である。

また、特定保健指導対象外の者（情報提供者）は、13.7%（7,599 人中 1,041 人）であった。項目別の延べ数を見ると、LDL コレステロール値の異常者は 62%（766 人中 475 人）が未治療、血糖検査値（HbA1c）の異常者は 43.2%（1,541 人中 666 人）が未治療、血圧値の異常者は 35.2%（904 人中 318 人）が未治療であった。特定保健指導の対象外であっても重症化予防のための保健指導が必要であり、早急な受診勧奨が必要である（図表 21）。

特に血糖検査値の異常者における未治療者については、今期計画において「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病の重症化予防対策を強化しているところであり、優先的に保健指導を実施していく。

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 38.5%と高くなっている。

る。この年齢層についての健康状態は把握できておらず、健診受診勧奨等対策が必要である（図表 22）。

4 計画の目標の設定

(1) 優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患や脳血管疾患等による死亡率、糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少である。

これら疾患の重大な発症リスクであるメタボリックシンドロームの該当者・予備群が 29.3%であり、同規模保険者平均の 28.1%と比較して多い。そのうち危険因子の重なりでは、高血圧・脂質異常の 2 項目該当の重なりが 10.0%と最も多く、次いで高血糖・高血圧・脂質異常の 3 項目全て該当の重なりが 5.3%と多い。

以上の結果を踏まえ、今期計画では、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム該当者、血圧値・血糖検査値・LDL コレステロール値が重症域レベルの者への対策を優先課題として取り組む。

中でも最優先課題として、糖尿病の重症化予防対策の強化を図ることで、糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少や合併症としての虚血性心疾患や脳血管疾患の減少、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少にも繋げる。

(2) 成果目標

ア 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。2023 年度には 2018 年度と比較して、3 つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ 0.5%減少させることを目標にする（図表 26）。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは困難であるため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、本市は総医療費が減少しているにもかかわらず、一人当たりの金額は増加している。中でも透析導入無の慢性腎不全者の割合が増加している実態があり（図表 16）、引き続き腎疾患の発症・重症化を予防することで医療費適正化を目指す。

イ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしてい

くことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、単年度毎に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に対して、適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて医療機関と十分な連携を図ることとする。

さらに生活習慣病は自覚症状が無いため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。その目標値については、第4章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表 26】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	最新現況値		初期値	2019	2020	2021	2022	最終評価値	現状値の把握方法
				2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
特定保健指導実施計画等	・特定健診受診率、特定保健指導実施率が低い（県内最下位） ・短期的な目標である、高血圧、高血糖、脂質異常症の患者数が増加傾向である ・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数が増加している ・若年層（40～64歳）の健診未受診者、健診も治療も受けていない者が多い	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	特定健診受診率 60%以上 特定保健指導実施率 60%以上 特定保健指導対象者の減少率 25%以上	37.9%	-	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
				30.0%	-	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	
データヘルス計画	・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数が増加している ・若年層（40～64歳）の健診未受診者、健診も治療も受けていない者が多い	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の減少 4.0% 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 4.0% 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 12.5%	20.1%	-	21.0%	21.8%	22.6%	23.4%	24.8%	25.0%	KOBシステム
				4.7%	-	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%	
				4.5%	-	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%	
				-	13.6%	13.5%	13.4%	13.3%	13.2%	13.1%	13.0%	
				29.3%	-	29.0%	28.2%	27.4%	26.6%	25.8%	25.0%	
				21.7%	-	21.0%	20.8%	20.6%	20.4%	20.2%	20.0%	
				8.8%	-	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%	7.8%	7.7%	
				8.4%	-	8.2%	8.0%	7.8%	7.6%	7.4%	7.2%	
				5.3%	-	5.5%	6.5%	7.5%	8.5%	9.5%	10.5%	
				63.1%	-	63.5%	64.5%	65.5%	66.5%	67.5%	68.5%	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療 がん検診受診率 50%以上 肺がん検診 60%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 60%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上 肺がん検診 60%以上 大腸がん検診 50%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上	42.7%	-	43.0%	44.2%	45.6%	47.8%	49.0%	50.0%	金沢市健康政策課
				53.4%	-	54.0%	55.2%	56.4%	57.6%	58.8%	60.0%	
				45.8%	-	46.0%	46.8%	47.6%	48.4%	49.2%	50.0%	
				40.4%	-	41.0%	42.8%	44.6%	46.4%	48.2%	50.0%	
				43.2%	-	44.0%	45.2%	46.4%	47.6%	48.8%	50.0%	
				-	-	5.0%	7.0%	9.0%	11.0%	13.0%	15.0%	
				70.5%	-	71.1%	75.0%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	
				-	-	-	-	-	-	-	-	
				-	-	-	-	-	-	-	-	
				-	-	-	-	-	-	-	-	
健康課題	健康無関心層が一定数存在する	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る医療費の削減	健康ポイントの取組を行う実施者の割合 15%以上 （クーポン獲得者数/ポイント手帳配布数）	-	-	5.0%	7.0%	9.0%	11.0%	13.0%	15.0%	金沢市健康政策課
				70.5%	-	71.1%	75.0%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	

第3章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

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う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第4章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

高血圧や糖尿病等の重症化予防のためには、日々の値のコントロールが重要であり、本人自らが自分の値を知り、日々の食事や生活等を振り返りながら、悪化要因等を学んで行くことが重要である。

このため、健診結果をわかりやすく情報提供していきながら、血圧や血糖値の重症化予防対象者に、血圧計の貸し出しや「糖尿病連携手帳」等の配布により、自己管理できるよう支援する。

また、総医療費に占める割合の高いがんの発症予防や、生活習慣病と関わりのある歯周病予防等の歯と口の健康づくりについても力を入れていく。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

ア 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及びいしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 27 に沿って実施する。

- (ア) 未治療者、治療中断者に対する受診勧奨
- (イ) ハイリスク者に対する保健指導
- (ウ) かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

【図表 27】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

イ 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはいしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 未治療者
- ② 治療中断者
- ③ ハイリスク者

(イ) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組み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る。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把握を行う。

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把握を行った（参考資料2）。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 964 人（31.6%）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 12,891 人中のうち、特定健診受診者が 2,082 人（16.2%）であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者は 10,623 人（83.6%）であった。この対象については、健診データがなく、コントロール状況が不明なため、糖尿病連携手帳等を活用しながら、医療機関と連携し介入することが必要である。

③ 介入方法と優先順位

本市においての介入方法を以下の通りとする。

○ 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（中断者含む）
- ・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】

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

○ 優先順位 3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病型の者
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

ウ 対象者の進捗管理

(ア) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料３）等で担当地区ごとに作成し管理していく。

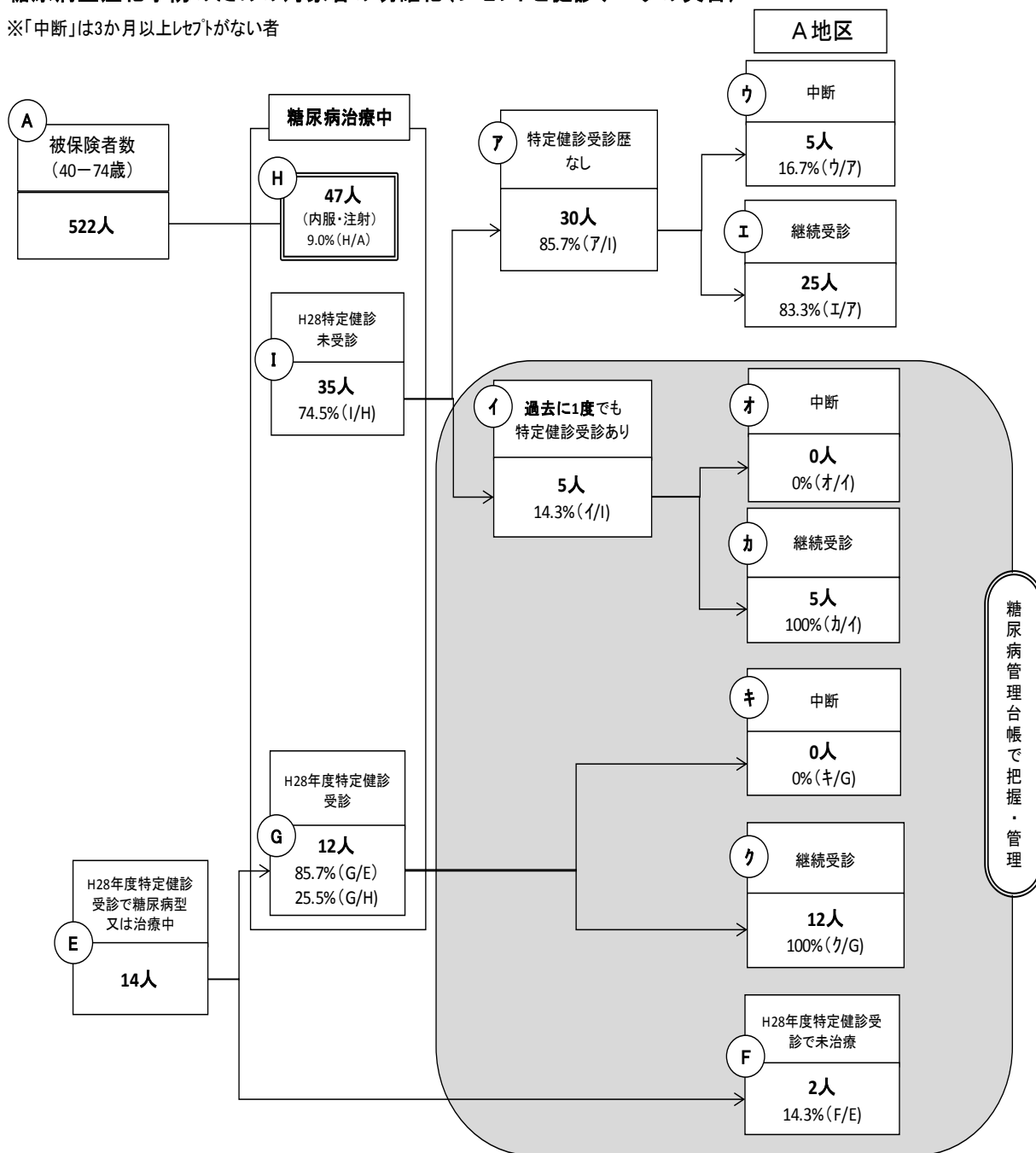
【作成手順】

- ① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上の者は以下の情報を管理台帳に記載する。
※ 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する。
○服薬 ○HbA1c ○体重 ○BMI ○血圧 ○eGFR ○尿蛋白
- ② 資格を確認する。
- 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漏れがあるためレセプトで確認
 - 糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症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
- ④ 管理台帳記載後、結果を確認。去年のデータと比較し介入対象者を試算する。
- ⑤ 担当地区の対象者数を把握する。
 - 未治療者・中断者（受診勧奨者）
 - 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

【図表 28】

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3か月以上レセプトがない者



エ 保健指導の実施

(ア) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。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、喫煙等の因子の管理も重要となってくる。本市においては、特定健診受診者に対し生活習慣病リスク因子に応じた保健指導を行うこととする。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く。

また、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期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、尿アルブミン検査等の実施を対象者に勧めていく必要がある。

オ 医療との連携

(ア) 医療機関未受診者について

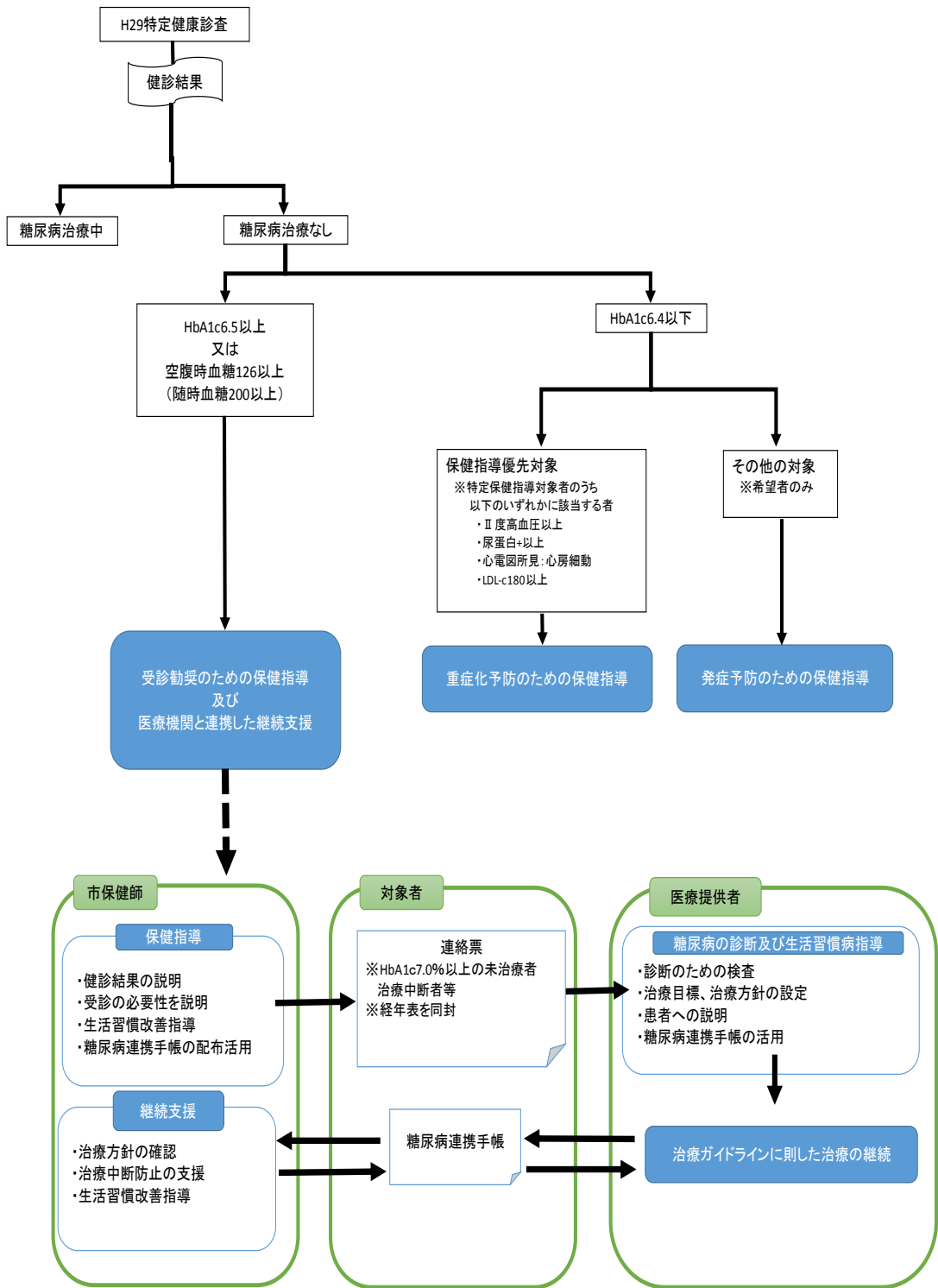
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した連絡票等を使用する。

(イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはいしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

平成29年度 生活習慣病重症化予防事業フロー

【図表 29】



ただし、平成24年度～平成28年度特定健康診査においてHbA1c(NGSP値)6.5%以上であり、未治療の方等についても、上記フロー図に従い「受診勧奨のための保健指導及び医療機関と連携した継続支援」を実施する。

※いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき金沢市が作成。(平成29年8月)

カ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料4）を用いて行っていく。

（ア） 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - 受診勧奨対象者への介入率
 - 医療機関受診率
 - 医療機関未受診者への再勧奨数
- ② 保健指導対象者に対する評価
 - 保健指導実施率
 - 介入前後の検査値の変化を比較

キ 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～ 順次、対象者へ介入（通年）

（2） 虚血性心疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

イ 対象者の明確化

（ア） 対象者選定基準の考え方

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

（イ） 重症化予防対象者の抽出

① 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一つである。「安静時心電図にST-T異常等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る。本市において健診受診者 25,532 人のうち心電図検査実施者は 25,528 人（99.9%）であり、そのうち ST 所見があったのは 1,917 人であった（図表 30）。ST 所見ありの 1,917 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る。

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今後も心電図検査の全数実施による早期発見が重要である。

【図表 30】

心電図検査結果

(実人数)

	健診受診者(a)	心電図検査(b)		ST・T波所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	25,532	25,528	99.9	1,917	7.5	4,362	17.1	19,249	75.4

H28年度特定健診結果より

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 31 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 31】

虚血性心疾患に関する症状

・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)

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料6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る。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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）等がある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へはこれらの検査を勧めていく必要がある。

(イ) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

エ 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

オ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

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く。

(ア) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

カ 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～ 順次、対象者へ介入（通年）

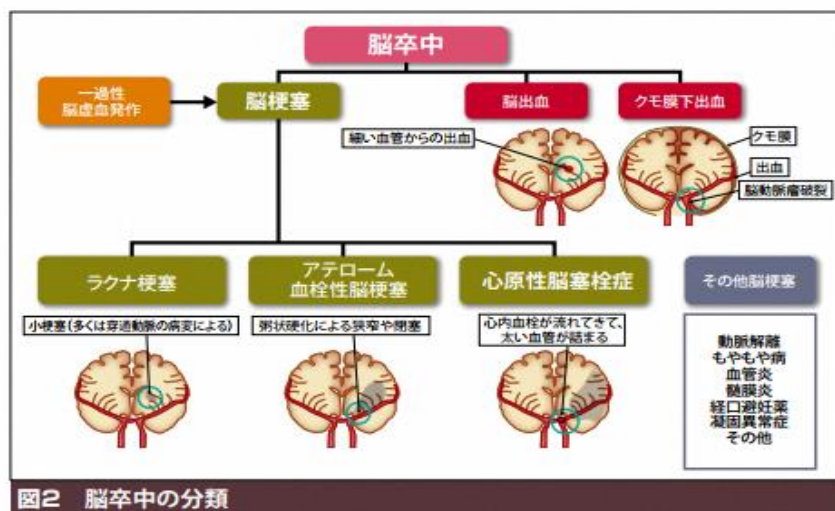
(3) 脳血管疾患重症化予防

ア 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 32、33）

【脳卒中の分類】

【図表 32】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 33】

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

イ 対象者の明確化

(ア) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 34 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。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る。

【H28 年度特定健診受診者における重症化予防対象者】

【図表 34】

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発症・新導入患者数の減少				
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 ↓	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) (虚血性心疾患診療連携推進機構) (2005年実用研究班報告)			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性脳塞栓症 (27%) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血栓性脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d以上	メタボリックシンドローム (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 25,532 対象者数	904 3.5%	263 1.0%	766 3.0%	744 2.9%	4,751 18.6%	1,541 6.0%	330 1.3%	660 2.6%	7,599 29.8%		
治療なし	546 60.4%	74 28.1%	664 86.7%	525 70.6%	848 17.8%	845 54.8%	70 21.2%	164 24.8%	2,266 29.8%		
(再掲) 特定保健指導	228 25.2%	28 10.6%	189 24.7%	176 23.7%	848 17.8%	179 11.6%	28 8.5%	45 6.8%	1,225 16.1%		
治療中	358 39.6%	189 71.9%	102 13.3%	219 29.4%	3,903 82.2%	696 45.2%	260 78.8%	496 75.2%	5,333 70.2%		
臓器障害あり	187 34.2%	74 100.0%	187 28.2%	156 29.7%	231 27.2%	308 36.4%	70 100.0%	164 100.0%	772 34.1%		
CKD (専門医対象者)	28	5	37	30	34	69	70	164	245		
尿蛋白 (2+) 以上	12	1	16	11	17	28	70	10	70		
尿蛋白 (2+) and 尿蛋白 (1+) 以上	10	1	7	8	5	17	0	7	28		
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	7	4	18	13	14	28	10	164	164		
心電図所見あり	170	74	169	138	207	269	26	52	608		
臓器障害なし	359 65.8%	--	477 71.8%	369 70.3%	617 72.8%	537 63.6%	--	--	--		

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 904 人 (3.5%) であり、546 人は未治療者であった。また未治療者のうち 187 人 (34.2%) 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。また治療中であってもⅡ度高血圧以上である者も 358 人 (39.6%) いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(イ) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患等臓器障害の程度と深く関与している。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る。

【図表 35】

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）

血圧分類		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		16,363	6,032	4,178	3,174	2,433	435	111		
		36.9%	25.5%	19.4%	14.9%	2.7%	0.7%			
リスク第1層		1,840	1,092	381	210	134	16	7		
		11.2%	18.1%	9.1%	6.6%	5.5%	3.7%	6.3%		
リスク第2層		8,520	3,170	2,199	1,648	1,232	218	53		
		52.1%	52.6%	52.6%	51.9%	50.6%	50.1%	47.7%		
リスク第3層		6,003	1,770	1,598	1,316	1,067	201	51		
		36.7%	29.3%	38.2%	41.5%	43.9%	46.2%	45.9%		
再 掲 重 複 あ り	糖尿病	1,384	396	404	300	222	46	16		
		23.1%	22.4%	25.3%	22.8%	20.8%	22.9%	31.4%		
	慢性腎臓病 (CKD)	3,085	1,026	781	629	526	94	29		
		51.4%	58.0%	48.9%	47.8%	49.3%	46.8%	56.9%		
	3個以上の危険因子	2,955	688	760	721	624	129	33		
		49.2%	38.9%	47.6%	54.8%	58.5%	64.2%	64.7%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 35 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

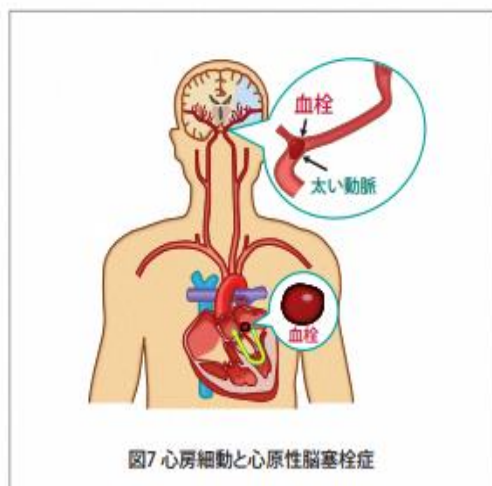


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 36】（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 37】

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	9,931	15,597	205	2.1	58	0.4	—	—
40歳代	804	1,106	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	843	1,390	8	0.9	2	0.1	0.8	0.1
60歳代	4,365	7,587	92	2.1	25	0.3	1.9	0.4
70～74歳	3,919	5,514	105	2.7	31	0.6	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

心房細動有所見者の3疾患治療の有無

【図表 38】

心房細動有所見者		3疾患治療の有無			
		未治療者		治療者	
人	%	人	%	人	%
263	100.0	74	28.1	189	71.9

心電図検査において 263 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 50 代 60 代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った。また 263 人のうち 189 人は既に生活習慣病に関する治療が開始されていたが、74 人は受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクがあるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要がある。

ウ 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。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。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

また、早期に血管変化を捉えることが脳血管疾患重症化予防において重要となるため健診結果と合わせて評価指標となる検査等についても、対象者に勧め

ていく必要がある。

(イ) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

Ⅱ度以上高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

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受診及び継続的な受診ができるように経過を把握していく。

エ 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

オ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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く。

(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

カ 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～ 順次、対象者へ介入（通年）

3 その他

(1) COPD

たばこは、がん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、COPD（慢性閉塞性肺疾患）周産期の異常（早産、低出生体重児等）等の原因となることが国内外の多数の科学的知見により明らかとなっている。

このうち、COPD は、WHO（世界保健機関）が「予防でき、治療できる病気」として啓発運動を勧めることを提言しており、日本では「健康日本 21（第二次）」に、今後取り組むべき深刻な病気として新たに加えられたところである。COPD は、タバコ煙を主とする有害物質を長期にわたり吸入し続けることで生じる肺の炎症性疾患で、慢性的に咳、喀痰、労作時呼吸困難等がみられ、診断や治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下し、酸素療法が必要となり、外出が不自由となったり、寝たきりに近い生活に追い込まれたりすることもある。

また、COPD の主要因である喫煙自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPD を全身性疾患として捉える考え方もある。

- 全身性炎症:全身性サイトカインの上昇、CRP の上昇
- 栄養障害:脂肪量、除脂肪量の減少
- 骨格筋機能障害:筋量・筋力の低下
- 心・血管疾患:心筋梗塞、狭心症、脳血管障害
- 骨粗鬆症:脊椎圧迫骨折 ●抑うつ ●糖尿病 ●睡眠障害 ●貧血

このため、喫煙対策にあたっては、これまでのがんや循環器疾患等に加え、COPD についても正しい知識の普及を行うとともに、喫煙者に対しては、人間ドック等の機会を通じて、呼吸器の検査（スパイロメトリー）により COPD の早期発見に努め、必要な場合は医療機関への受診勧奨、禁煙支援等を行う。

また、子どもの頃からの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げ、さらに、成人になってから喫煙することで COPD を発症しやすいことが知られており、妊産婦や子どものいる被保険者の家庭に対して、積極的に受動喫煙の害や COPD に関する知識の普及に努める。

【図表 39】

喫煙率

	平成 25 年度	平成 28 年度
保険者	12.9%	12.7%
県	13.3%	13.1%
同規模	14.3%	14.2%
国	14.3%	14.2%

参考：KDB「地域の全体像の把握」

(2) がん

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、普及啓発を行う必要がある。

がん検診受診率向上と精検受診率向上をめざしつつ、がん検診受診啓発の取り組みを推進していく。

(3) こどもの生活習慣

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣等である。

食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題等がある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達している県は、長野県だけとなっている（平成24年国民健康栄養調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。

大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸收のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。

運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておく等である。

このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくが重要となる。

図11 子どもの成長発達と親が学習する機会

【図表 40】

		2か月	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学 校	成人期
子どもの成長・発達	食											
		離乳食										
		消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。										
		すい臓完成										
	すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。											
	味覚の形成											
酸味や苦み（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。 塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。												
3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取												
4歳で大人と同じエネルギー配分になる （糖質・蛋白質・脂質 = 60：15：25の比率）												
生活リズム	生活リズムをコントロールする脳											
	生活リズムをコントロールする脳は、4歳～5歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は速かす続ける。（早速早起											
運動	全身運動の基礎											
	月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。											
親が学習する機会	訪問	前期 健診				後期 健診		1歳6か月 健診		3歳児 健診		
			教室				教室		教室			
	身長・体重の伸び（成長）と体格（身長と体重のバランス）をみていく											

(4) 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、レセプト等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

また、重複服薬者については、電話・文書等で服薬指導を実施する。

(5) 後発医薬品の使用促進

レセプト等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

(6) フレイル予防

低栄養予防や口腔機能の維持等フレイル予防に関する知識の普及と介護予防事業の充実等により、高齢者が生きがいを持ち、社会の担い手としていきいきと自立

した社会生活を営むことができるよう取り組む。

(7) 歯と口の健康づくり

すこやか歯科健診の受診率向上のための取り組みや高齢による口腔機能低下を予防するための取り組み、8020 運動の推進等により、生涯にわたり健全な口腔機能を維持することができるよう取り組む。

(8) 個人へのインセンティブ提供による健康増進事業

楽しみながら健康づくりに取り組み、運動を習慣化するため、「わたしの健康ポイント事業」を実施し、広く市民の健康増進に取り組む。

4 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く。(図表 41・42)

金沢市 保険者努力支援制度

金沢市 212点/345満点 4,891万円
 頂いたお金
 全国順位 676位/1741市町村 23万円
 1点当たりのお金
 県内順位 19位/19市町村

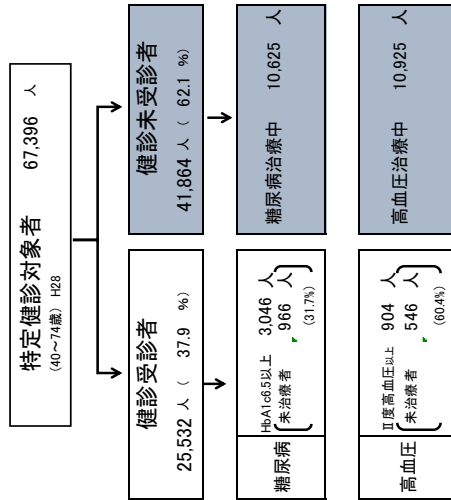
評価指標	28年度前倒し分			
	30年度	満点	金沢市	県内平均
H29、30年度	850点	345点	212	242.9
特定健診受診率	50	20	0	198.7
特定保健指導実施率	50	20	5	29.74
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	21.52
糖尿病等重症化予防の取組	100			
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携				
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	40	40
・専門職の取組、事業評価				18.75
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)			
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)			
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	
個人へのインセンティブ提供	70			
・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	30.53
・商工部局、商店街等との連携	(25)			23
データヘルス計画の取組	40	10	10	9.47
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			7.16
・第2期策定に当たり、現状の定量評価	(35)			
関係部署、県、医師会等と連携				
がん検診受診率	30	10	0	13.95
糖尿病(病)検診実施状況	25	10	10	11.89
地域包括ケアの推進	25	5	5	4.21
				2.89

H28 保険者努力支援ポイントの算出

① 市町村指標の都道府県単位評価	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	【200億円】
③ 都道府県の取組状況	【150億円】
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	【150億円】
② 医療費適正化の取り組み	【150億円】
国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

(H30年度～)
 【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
 (国保加入者の保険料に影響)

【図表 41】



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の整備

1.医療機関との適切な連携における優先順位

- 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等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2.診療における検査データを活用する要件

- 医師が検査結果をもとに総合判断を遂行した日付を受診日とする。
- 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

3.基本的な手順の流れ

- 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

金沢市 社会保障費 (H28年度)

国保医療費

348億円 KOB

糖尿病	18億円 (9.0%)
高血圧	13億円 (6.5%)
慢性腎臓病	15億円 (7.4%)
がん	52億円 (26.3%)
精神	43億円 (21.4%)

予防可能な生活習慣病

介護費

329億円 KOB

心臓病	31.0%
脳梗塞	23.0%
糖尿病	18.1%

車椅子
 2号認定者 (40～64歳)
 有病状況

生活保護費

85億円

保護率	9.45%	(4,406人)
医療扶助	83.7%	(3,685人)
再/人工透析者数	()	()

資料:金沢市の市政から

死亡 (石川県)

65歳未満死亡率 (H28年度)

県勢 人口動態調査

女性

男性	40位
----	-----

県勢 生命表

女性	39位
----	-----

平均寿命 (H27年度)

男性	12位
----	-----

女性 13位 |

石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からの実態

① 健診データ	
腹囲（男性85cm以上、女性90cm以上）	28位
BMI（25以上）	35位
HbA1c（6.5%以上）	7位
HDLコレステロール(35未満)	6位



② 患者調査の実態 入院・外来

虚血性心疾患	入院	外来
脳血管疾患	3位	23位
糖尿病	12位	43位
	9位	37位



③ 糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況

石川県	15位	45.90%
-----	-----	--------

●糖質・脂質の
過剰摂取
●野菜の摂取不足

2. 食の実態

【図表 42】

① 食品ランキング	
	(金額)
菓子類（全体）	1位
アイスクリーム・シャーベット	1位
ケーキ	1位
ゼリー	2位
チョコレート	3位
まんじゅう	5位
スナック菓子	1位
もち	1位
食パン	5位
調理パン	4位
れんこん	1位
さつまいも	3位
ぶり	2位
	(金額)
コーヒー・ココア（全体）	1位
乳酸菌飲料	5位
清酒	4位
	(金額)
外食	6位
すし（外食）	2位
	(数量)
生鮮野菜（全体）	33位
ほうれん草	42位
キャベツ	46位

② 飲食店数

飲食店総数	7位
焼き肉店	1位
すし店	2位

参考資料 NDBオープンデータ 平成26年度全医療保険者特定健康診査結果
厚生労働省 平成26年患者調査
総務省 家計調査 2014～2016年平均
平成27年度（社）日本透析医学会統計調査委員会「わが国のと慢性透析療法の実状」
平成26年経済センサス基礎調査（細分類・全事業所）

第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第3期金沢市特定健康診査等実施計画について

(1) 計画の趣旨

近年、高齢化の急速な進展等に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加している。

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上で高い状況となっている。

国民の、生涯にわたって生活の質（Quality Of Life:QOL）の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取り組みが重要となる。

このため、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)第19条の規定により、平成20年4月から糖尿病等の生活習慣病予防のための特定健診及び特定健診の結果により健康の保持増進に努める必要がある者に対する特定保健指導の実施が医療保険者に義務づけられた。

本計画は、金沢市国民健康保険被保険者における生活習慣病の予防、早期発見・早期治療及び重症化予防に取り組み、医療費の適正化をめざすため、特定健診及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健診及び特定保健指導の実施並びにその成果に係る目標に関する基本的な事項について定めるものである。

(2) 計画の期間

法第19条の規定により、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年一期として策定することとした。

2 特定健診・特定保健指導

(1) 特定健診

ア 基本的な考え方

特定健診は、メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。

イ 特定健診対象者

特定健診対象者は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。）第 1 条第 1 項及び厚生労働省告示第 3 号（平成 20 年 1 月 17 日）に基づき、次のように定義する。

（ア） 金沢市国保被保険者で特定健診の実施年度中に年齢が 40～74 歳である者、かつ当該実施年度の 1 年間を通じて加入している者。

（イ） 以下、①～④の該当者は対象外とする。

- ① 妊産婦
- ② 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- ③ 病院又は診療所に 6 月以上継続して入院している者
- ④ 法第 55 条第 1 項第 2 号から第 5 号まで（老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する有料老人ホームであって、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項の登録を受けたものを除く）に規定する施設に入所又は入居している者

ウ 実施形態

特定健診対象者が受診しやすい実施方法が必要であると考えられることから、これまでと同様の形態で受診できる体制を整える。特定健診として、金沢市医師会に委託して行う個別方式（医療機関等の施設において、健診の日時を定めず行う形態）による健診と集団方式（健診の日時及び場所を指定して行う形態）による健診を実施する。

委託においては、次のような基準、方法により行う。

（ア） 委託基準

実施基準第 16 条第 1 項及び厚生労働省告示第 92 号（平成 25 年）に基づくものとする。

（イ） 委託契約の方法

年度ごとに単価契約方式により締結する。

エ 実施場所

個別方式による健診は、担当病院・医院により実施する。

集団方式による健診は、公民館・福祉健康センター等で実施する。

オ 実施期間

個別方式による健診は、5～10 月に実施する。

集団方式による健診は、5～12 月に実施する。

カ 健診項目

実施基準第 1 条第 1 項及び厚生労働省告示第 4 号（平成 20 年 1 月 17 日）により定められた、「基本的な健診項目」と医師の判断によって追加的に実施することができる「詳細な健診項目」を実施する。

この項目のほかに総コレステロール、血清尿酸、尿潜血、血小板、また、詳細な健診項目においては判断基準に満たない場合でも心電図検査、貧血検査、血清クレアチニン検査を、市民の健康を守る観点から追加して全数実施する。

■ 健診項目

【図表 43】

	区分	内容	
金 沢 市 国 保 実 施	基本的な健診の項目 (健診対象者全員が受ける項目)	質問(問診)	食事・運動習慣、服薬歴、喫煙歴など
		身体計測	身長、体重、BMI(体格指数)、腹囲
		理学的所見	身体診察
		血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
		脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
		血糖検査	空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
		肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP
		尿検査	尿糖、尿蛋白
	詳細な健診の項目 (一定の基準の下、医師の判断により選択的に受ける項目)	心電図検査	
		貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
		眼底検査	
		腎機能検査	血清クレアチニン
市 実 施	追加する健診の項目	脂質検査	総コレステロール
		尿酸検査	血清尿酸
		尿検査	尿潜血
		貧血検査	血小板

キ 事業主健診等の健診受診者の健診結果受領方法

特定健診対象者が、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づく事業主健診等の特定健診に相当する健康診査を受診している場合は、特定健診受診券に健診結果の送付についての案内を記載する等の方法により受診者から健診結果を受領する。

ク 周知や案内の方法

特定健診受診率の向上につながるように、あらゆる機会を通して周知や案内に努める。

- (ア) 市ホームページ、市広報に特定健診等の制度を掲載する。
- (イ) 市施設や医療機関等に周知用ポスターを掲示し、町内会にチラシを回覧する。
- (ウ) 特定健診等の案内冊子（受診場所、受診期間、健診の項目等）を各戸に配布する。
- (エ) 生活習慣病予防等に関する出前講座を実施する。
- (オ) 特定健診受診券と案内チラシ（案内冊子の簡略版）をあわせて郵送する。

(2) 特定保健指導

ア 基本的な考え方

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを目的として行う。

イ 対象者の選定と階層化

特定保健指導は、実施基準第4条及び厚生労働省告示第6～8号（平成20年1月17日）に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、動機付け支援、積極的支援が必要とされた者に対して、特定保健指導を実施する。

■特定保健指導の対象者と階層化基準

【図表 44】

内臓脂肪の蓄積	危険因子	④喫煙歴	年齢区分	
	①血糖②脂質③血圧		40-64 歳	65-74 歳
腹囲 男性 ≥85 cm 女性 ≥90 cm	2 つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥25	3 つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当	あり		
		なし		
	1 つ該当			

① 血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c5.6%(NGSP 値)以上

※ 以下、HbA1c 値については、NGSP 値を表記する。

② 脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③ 血圧：収縮期 130 mm Hg 以上又は拡張期 85 mm Hg 以上

※ ①～③について薬剤治療を受けている場合は除く。

④ 喫煙歴：質問票）現在、たばこを習慣的に吸っている

※ 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

ウ 実施形態

本市直営により実施する。ただし、今後、委託実施を行うこととなった場合においては、次の基準・方法による。

(ア) 委託基準

実施基準第16条第1項及び厚生労働省告示第11号(平成20年1月17日)に基づくものとする。

(イ) 委託契約の方法

年度ごとに単価契約方式により締結する。

エ 実施期間

初回面接を起点として概ね3か月間とする。ただし、状況に応じて3か月を超えても実施できることとする。なお、初回面接は、特定健診受診年度内に実施する。

オ 実施内容

(ア) 動機付け支援

初 回 時：20分以上の面接（分割実施もあり）を実施し、対象者の行動目標や行動計画を策定し、生活習慣改善のための取り組みにかかる支援をする。

評 価：3か月経過後には、設定した行動目標の達成状況や身体状況、生活習慣の変化について確認する。

(イ) 積極的支援

初 回 時：20分以上の面接（分割実施もあり）で実施し、対象者の行動目標や行動計画を策定し、生活習慣改善のための取り組みにかかる支援をする。

継続的支援：栄養・運動等の生活習慣改善に必要な実践的な支援をする。

支援A（積極的関与タイプ）のみ又は、支援A（積極的関与タイプ）と支援B（励ましタイプ）を組み合わせ、3か月以上継続して行う。

評 価：3か月以上の継続的な支援後には、設定した行動目標の達成状況や身体状況、生活習慣の変化について確認する。

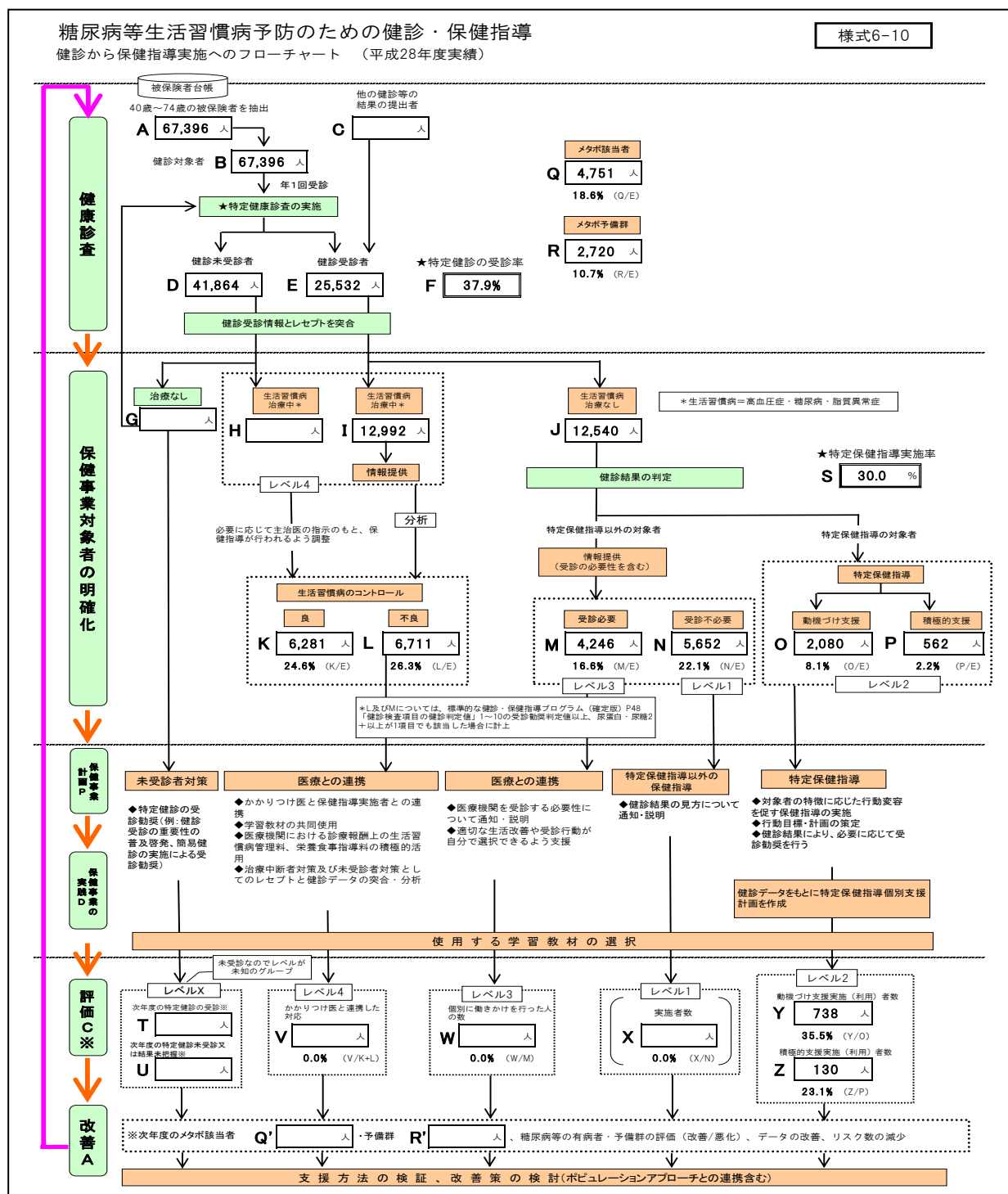
カ 健診から保健指導実施の流れ

厚生労働省健康局より示された標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

様式6-10 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、評価を行う。

■健診から保健指導へのフローチャート

【図表 45】



キ 特定保健指導の優先順位

医療費の適正化を図るために、特定保健指導は優先順位をつけて実施し、更に、特定保健指導対象者以外の者についても優先順位をつけて段階的に取り組むこととする。

■保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法

【図表 46】

優先 順位	様式 6-10	保健指導対象者の分 類	H28 年度 対象者数	支 援 方 法
1	O P	特定保健指導対象者	2,642	・ 個別（訪問・面接・電話）支援にて実施 ・ 優先順位を決めて実施
	M	情報提供（医療機関受 診勧奨の必要な者）	4,246	・ 個別（訪問・面接・電話）支援にて実施
2	D	健診未受診者	41,864	・ 納入通知時に受診勧奨チラシの同封 ・ 受診勧奨ハガキの送付 ・ 電話や訪問による受診勧奨 ・ 健康フェアや健康講座等あらゆる機会を通じて周知
3	N	情報提供 （受診不必要）	5,652	・ 健診結果の見方について通知
4	I	情報提供 （生活習慣病治療中）	12,992	・ かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ・ 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

* いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて優先対象者を選定

ク 周知や案内の方法

特定保健指導の周知については特定健診と同様、市ホームページ等に掲載し、周知を図る。

また、特定保健指導対象者に対して、通知を送付する等の利用勧奨を行う。

【図表 47】



3 第2期における取組と第3期に向けての課題

(1) 特定健診における主な取組と実施率

ア 主な取組

(ア) 実施体制・実施方法

- ① 医療機関等で実施する個別方式による健診を、約 230 か所（市内:210 か所、近隣市町:20 か所）に委託し、地域のかかりつけ医や身近な医院・病院で受診できるよう配慮している。
- ② 集団方式による健診を、公民館、小学校、福祉健康センターにて1年間で合計約 95 日間設けており、うち約 25 日間については、平日就労している人であっても受診できるよう土・日曜日に実施している。

(イ) 実施率向上に向けた取組

- ① 4月中旬に、特定健診の受診方法や受診可能な医療機関一覧、集団健診の実施会場や日程等に関する事項を記載した「金沢市健診と保健のしおり」という冊子を各戸配布するとともに、同月下旬の特定健診受診券の郵送時にも、「金沢市健診と保健のしおり」を簡略化したチラシを同封し、制度周知と利便性の向上を図っている。
- ② 8月中旬に、未受診者に対する受診勧奨ハガキを約 40,000 人に郵送している。また、電話や訪問による個別勧奨も実施している。
- ③ モデル地区（3地区）で健康チェックができるミニイベントを平成 26 年度まで実施した。
- ④ 集団検診会場での健診日当日の個別面接では、健康相談として、健康状態の正しい理解と次年度以降の継続受診につなげる指導を行なっている。
- ⑤ 市消防局との連携のもと、消防本部と市内消防署の2会場にて、消防団員を対象とした健診を実施している。
- ⑥ 健診の必要性について理解を深めるための出前講座を実施している。
- ⑦ 新聞、テレビ、インターネット等を利用し、受診勧奨を行っている。

(ウ) 発症予防及び重症化予防と医療費適正化に向けた取組

- ① 健診項目において、心電図、貧血検査、総コレステロールや、血清クレアチニン、血清尿酸、尿潜血、血小板を追加し、発症予防や重症化予防につなげている。

イ 受診率・受診者数

国保対象者の減少がみられるものの、受診率については毎年上昇しており、いずれの年度も 30%台後半となった。ただし目標受診率には及ばないため、今後も受診率向上に取り組む必要がある。

■ 特定健診受診率

【図表 48】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
目標 受診率	40%	45%	50%	55%	60%
目標 受診者数	32,562 人	37,348 人	42,510 人	47,102 人	51,360 人
実績 受診率	35.7%	36.1%	37.6%	37.9%	未確定
実績 受診者数	25,711 人	25,855 人	26,395 人	25,532 人	未確定

ウ 性別・年齢別の受診率

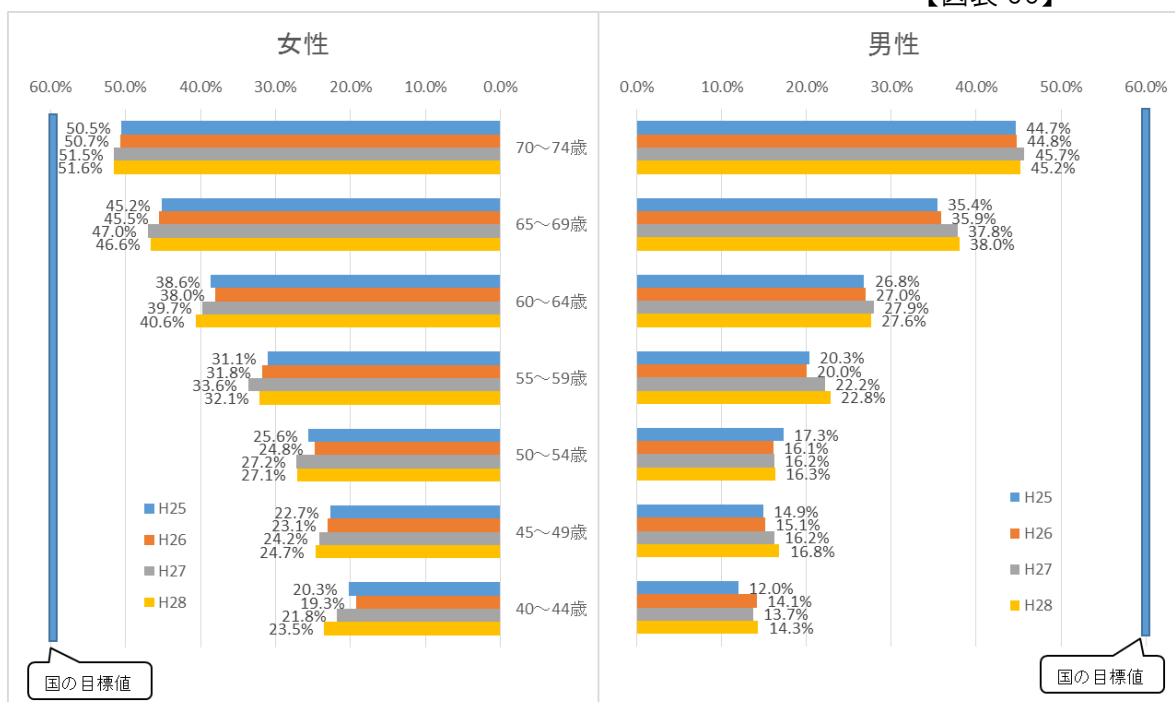
各年度・各年齢層の双方において、男性の受診率が低く、とりわけ 65 歳未満男性における受診率が低いため、効果的な制度周知や受診勧奨が必要である。

■ 年齢別受診率

(%) 【図表 49】

		40～64歳	65～74歳	40～74歳
平成25年	男 性	19.5	40.1	30.4
	女 性	30.5	47.8	40.1
	計	25.4	44.4	35.7
平成26年	男 性	19.5	40.4	31.0
	女 性	29.8	48.0	40.4
	計	25.0	44.7	36.1
平成27年	男 性	20.0	41.5	32.3
	女 性	31.5	49.0	42.0
	計	26.1	45.7	37.6
平成28年	男 性	20.1	41.6	32.5
	女 性	31.8	49.0	42.3
	計	26.2	45.7	37.9

【図表 50】



(2) 特定健診の結果と必要な対策

ア メタボリックシンドロームへの対策

第2期計画の目標である「平成29年度までにメタボリックシンドローム該当者及び予備群者を平成20年度比25%減少」は、現時点において未達成のため、引き続き保健指導を実施していくことが必要となる。

なお、メタボ該当者等には約50%の服薬者が含まれており、非服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボ該当者等の減少率で測ることは十分とはいえないため、第3期は「2023年度までに特定保健指導対象者数を25%以上減少」を目標とする。

■メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

【図表 51】

年度	対象者数	健診受診者数	受診率	メタボ該当者	割合	メタボ予備群	割合	メタボ該当者及び予備群	割合
H20	67,160	20,272	30.2%	3,448	17.0%	2,256	11.1%	5,704	28.1%
H25	72,022	25,711	35.7	4,544	17.7	2,700	10.5	7,244	28.2%
H26	71,560	25,855	36.1	4,515	17.5	2,834	11.0	7,349	28.4%
H27	70,154	26,395	37.6	4,763	18.0	2,797	10.6	7,560	28.6%
H28	67,396	25,532	37.9	4,751	18.6	2,720	10.7	7,471	29.3%
(参考値) H28石川県	182,195	80,985	44.4	15,692	19.4	8,278	10.2	23,970	29.6%

参考：法定報告値（参考値はKDB）

メタボリックシンドロームの危険因子の重複状況をみるにあたって、優先的に特定保健指導を実施すべき対象者を把握するため、耐糖能異常（血糖の上昇）について、空腹時血糖に加え HbA1c での判定を利用した特定保健指導対象者の高血糖の基準（空腹時血糖 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上）で集計した。

危険因子の重複状況については、該当者で高血圧と脂質異常の2つの重なりが1番多く、次に多い項目は、高血糖、高血圧症、脂質異常症の3つの重なりだった。年代別で見ても、40歳代50歳代60歳以降の全ての年代で高血圧と脂質異常の重なりが多くみられた。

■被保険者 40～74 歳の基本健康診査における

メタボリックシンドロームの危険因子の重複状況（平成 28 年度）

【図表 52】

				総数			40～49歳			50～59歳			60～69歳			70～74歳			(再掲) 65～74歳				
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②		
被保険者数 (40～74歳)				67,670																			
健診受診者数 (受診率%)				25,532	37.7%		1,910	--		2,235	--		11,952	--		9,435	--		18,418	--			
腹囲85 cm以上の者				8,315	32.6%		539	28.2%		727	32.5%		3,828	32.0%		3,221	34.1%		6,158	33.4%			
(再掲) 有所見の 重複状況		高血糖																					
		高血圧																					
	予備群	脂質異常																					
		腹囲のみ				844	3.3%	10.2%	145	7.6%	26.9%	105	4.7%	14.4%	395	3.3%	10.3%	199	2.1%	6.2%	481	2.6%	7.8%
		●			155	0.6%	1.9%	11	0.6%	2.0%	18	0.8%	2.5%	68	0.6%	1.8%	58	0.6%	1.8%	105	0.6%	1.7%	
			●		1,790	7.0%	21.5%	83	4.3%	15.4%	144	6.4%	19.8%	856	7.2%	22.4%	707	7.5%	21.9%	1,378	7.5%	22.4%	
				●	775	3.0%	9.3%	121	6.3%	22.4%	97	4.3%	13.3%	321	2.7%	8.4%	236	2.5%	7.3%	470	2.6%	7.6%	
	該当者	予備群小計			2,720	10.7%	32.7%																
		●	●		565	2.2%	6.8%	14	0.7%	2.6%	38	1.7%	5.2%	277	2.3%	7.2%	236	2.5%	7.3%	456	2.5%	7.4%	
		●		●	287	1.1%	3.5%	12	0.6%	2.2%	22	1.0%	3.0%	134	1.1%	3.5%	119	1.3%	3.7%	217	1.2%	3.5%	
		●	●	●	2,557	10.0%	30.8%	120	6.3%	22.3%	212	9.5%	29.2%	1,179	9.9%	30.8%	1,046	11.1%	32.5%	1,970	10.7%	32.0%	
		●	●	●	1,342	5.3%	16.1%	33	1.7%	6.1%	91	4.1%	12.5%	598	5.0%	15.6%	620	6.6%	19.2%	1,081	5.9%	17.6%	
	該当者小計			4,751	18.6%	57.1%																	
メタボリック予備群				2,720	10.7%	32.7%	215	11.3%	39.9%	259	11.6%	35.6%	1,245	10.4%	32.5%	1,001	10.6%	31.1%	1,953	10.6%	31.7%		
メタボリック該当者				4,751	18.6%	57.1%	179	9.4%	33.2%	363	16.2%	49.9%	2,188	18.3%	57.2%	2,021	21.4%	62.7%	3,724	20.2%	60.5%		

注) 割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲 85cm 以上又は 90cm 以上で算出

イ メタボリックシンドローム以外への対策

健診結果を踏まえた、生活習慣病（糖尿病、循環器疾患等）への保健指導等の対策については、第3章を参照。

(3) 特定保健指導における主な取組と実施率

ア 主な取組

(ア) 実施体制・実施方法

- ① 衛生部門である健康政策課と福祉健康センターの保健師により実施している。平成 26 年度から地区担当制を導入したことにより、実施者数の増加につながった。
- ② 家庭訪問による個別訪問に加えて、福祉健康センター等を会場とした結果

相談会（来所による面接相談）による方法で実施している。また、優先すべき対象者を中心に、家庭訪問による支援をより強化することで、利用者が増加した。

(イ) 実施率向上に向けた取組

- ① 特定保健指導対象者全員に、結果相談会の案内通知を郵送し、利用を勧奨している。また、対象となった理由が理解できるよう基準値から外れていた検査項目について明記している。
- ② 特定健診や各種イベントの際に、保健師による健康相談コーナーを開設することで、生活習慣病対策への意識高揚とともに、特定保健指導の制度周知と利用勧奨に努めている。

(ウ) 発症予防及び重症化予防と医療費適正化に向けた取組

- ① 積極的支援対象者の継続支援として、食生活に関するグループ支援を2回1コースとし、福祉健康センターで3コース実施した。
- ② CKD 予防、虚血性心疾患・脳血管疾患予防に重点を置き、優先すべき対象者を選定し実施した。

イ 特定保健指導実施率

平成 25 年度及び平成 26 年度は目標値を達成した。平成 26 年度以降は体制見直し等により、30%を維持している。

■特定保健指導実施率

【図表 53】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
目標実施率	20%	30%	40%	50%	60%
目標実施数	717 人	1,141 人	1,620 人	2,100 人	2,577 人
実績実施率	21.9%	30.0%	30.5%	30.0%	
実績実施数	588 人	803 人	830 人	792 人	

参考：実績については法定報告値

(4) 第3期に向けての課題

受診率の向上と発症予防及び重症化予防・医療費適正化への取り組みを一層強化していく必要がある。

第2期の実施体制・実施方法を継続しながら、新たな取組の実施や既存の取組の改善を行うことで、効果的・効率的な実施を目指す。

第3期に向けて、以下の対応が課題と考えている。

【特定健診】

- ア 健診会場と時間の設定等の対象者が受診しやすい環境の整備
- イ 未受診者や発症予防及び重症化予防対象者に対する受診勧奨の継続と強化（特に、受診率が低い 40 代 50 代への対策）
- ウ 国保被保険者が多く属する業種団体等に対する、受診勧奨の協力依頼や制度周知
- エ 医療機関との連携

【特定保健指導】

- ア 効果的・効率的な実施と指導人員の確保
- イ 日中の不在等の理由で訪問できない対象者への対応
- ウ 対象者の危険因子を踏まえた実施の一層の推進

4 第3期計画の目標

(1) 国が定める目標値

国が示す特定健康診査等基本指針により、2018 年度から 2023 年度までの第3期特定健康診査等実施計画の期間における国民健康保険の保険者の実施率の目標は、特定健診が 60%以上、特定保健指導についても 60%以上とされている。

なお、特定保健指導対象者の減少率目標を対平成 20 年度比 25%減としているが、個々の保険者における目標設定は義務付けられていない。

(2) 金沢市国保の目標値

本市国保は、年次目標の設定にあたり、特定健診・保健指導の実施状況、実施体制等を考慮し、段階的に実施率を引き上げるという考え方を基に、目標値を設定する。

また、特定保健指導対象者の減少率目標については、国の定める目標値と同様 25%とする。

■金沢市国保における年次目標値

【図表 54】

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
特定健診の実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導の実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者の減少率 (基準年である平成 20 年度比)	21%	21.8%	22.6%	23.4%	24.2%	25%

(3) 第 3 期における特定健診・特定保健指導対象者数等の見込み

【図表 55】

		実績		見込					
		2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
被保険者数		95,473	93,202	86,102	81,767	77,650	73,740	70,028	66,502
被保険者数 (40～74歳)		71,807	70,653	66,471	63,942	61,499	59,140	56,862	54,664
特定健診	対象者数	67,396		62,150	59,785	57,501	55,296	53,166	51,111
	受診者数	25,532		24,860	26,306	27,601	28,754	29,773	30,667
	受診率	37.9%		40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導	出現率	10.4%		10.4%	10.4%	10.4%	10.4%	10.4%	10.4%
	対象者数	2,642		2,585	2,736	2,870	2,990	3,096	3,189
	実施者数	792		905	1,094	1,292	1,495	1,703	1,914
	実施率	30.0%		35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

※2017年度の被保険者数については、直近の数字である11月末時点の数字を採用。

5 円滑な計画の推進に向けて

(1) 個人情報の保護

ア 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）及びこれに基づくガイドライン等を踏まえ、適切な対応を行う。

イ 具体的な個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「金沢市情報公開及び個人情報の保護に関する条例」及び「金沢市情報公開及び個人情報の保護に関する条例施行規則」並びに金沢市情報セキュリティポリシー等に基づいて行う。

ウ 記録の保存方法等

特定健診・特定保健指導のデータ管理については、国保連に委託する。委託の実施に当たっては、委託契約書において、委託契約約款に加え、個人情報の保護に関する事項の遵守を義務づけるとともに、契約遵守状況を管理する。

(ア) 保存方法

特定健診・特定保健指導の結果は、国保連の特定健診等データ管理システムにおいて磁気的に記録・保存する。

このシステムと本市国保をネットワーク回線により接続し、結果のデータ分析等を行う。

(イ) 保存年限

データの保存年限は、５年間とする。また、他の医療保険者に異動し、本市国保の資格を喪失した者については、異動した年度の翌年度末まで保管することとする。保存年限を経過したデータは削除・廃棄する。

(2) 計画の公表・周知

本計画は市ホームページに掲載し、公表・周知を図る。

(3) 計画の評価・見直し

第２期データヘルス計画の評価・見直しに併せて行う。

(4) 市全体の健康づくりのために

ア 個別支援やポピュレーションアプローチを通じた健康意識の高揚

特定健診・特定保健指導の趣旨や目的、必要性を周知・啓発し、受診を促してだけでなく、一次予防により健康状態の維持・向上をしていくことの大切さを普及させることが必要である。

市全体として健康に関する知識や情報の提供、健康教育等のポピュレーションアプローチとの連携により、健康意識の高揚を図る。

イ 庁内体制の整備と連携

本計画を着実に進めていくため、「金沢市健康プラン２０１８（仮称）」との整合性を図りつつ、庁内の関係各課と連携・協力し、総合的に取り組むことができるように努める。また、健康増進法に基づく市民一般の健康づくり事業を展開する衛生部門との連携・協力の強化を図る。

ウ 他機関・団体との連携

効果的な施策を進めるためには、保険者、行政だけではなく、市民、医療機関、各種関係機関・団体の連携・協力が不可欠となる。そのため、健康づくりに関する

るさまざまな取り組みとの連携を図りながら、計画を推進する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

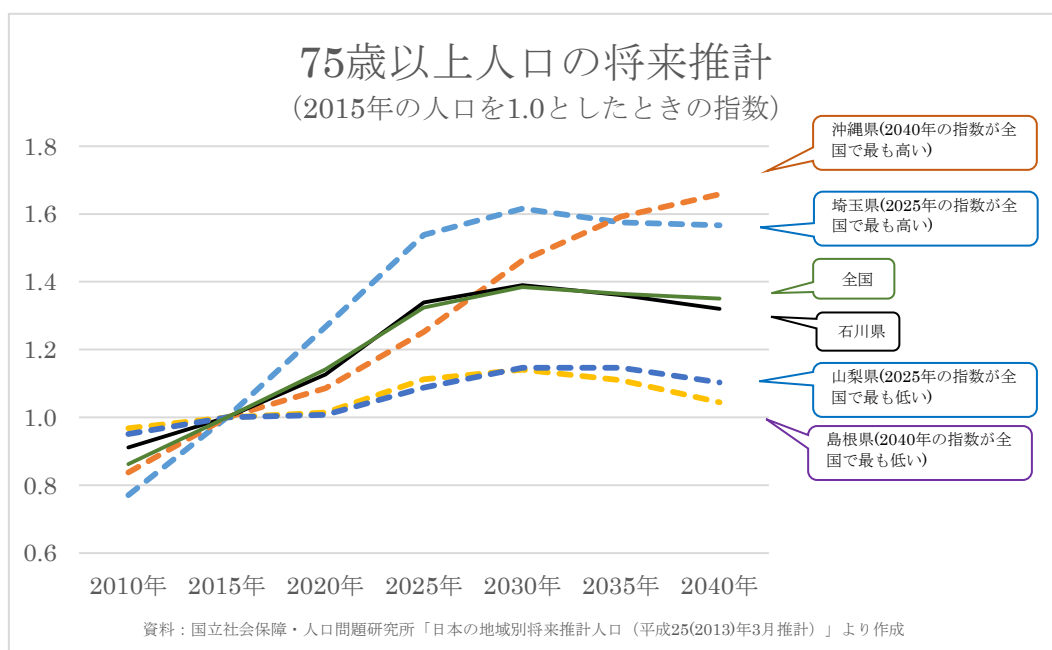
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保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。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ことが重要である。第3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る。

本県の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数が全国平均値とほぼ同じであり、2030 年には 2015 年の 1.4 倍近くとなる見込みである（図表 56）。

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過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、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である。

【図表 56】



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・福祉等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る。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、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る。

KDB 等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに、重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかる各種会議等に国保主管課が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図りながら、関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、2020 年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の 2023 年度においては、次期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

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る。

※評価における 4 つの指標（参考資料 7）

【図表 57】

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、受診勧奨実施数等
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、要介護率等)

具体的な評価方法は、KDB に毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、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する。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

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、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6－1 国・県・同規模平均と比べてみた金沢市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 様式 6－1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 7 第 1 期全体評価

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた金沢市の位置

【参考資料1】

項目				H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
				保険者		保険者		同規模平均		県			国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	人口構成	総人口		450,756		450,756		385,071		1,149,040		KDB,NO.5 人口の状況 KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			65歳以上（高齢化率）		96,014	21.3	96,014	21.3		21.8	274,533	23.9		29,020,766	23.2	
			75歳以上		47,655	10.6	47,655	10.6		10.2	139,678	12.2		13,989,864	11.2	
			65～74歳		48,359	10.7	48,359	10.7		11.6	134,855	11.7		15,030,902	12.0	
			40～64歳		149,715	33.2	149,715	33.2		33.9	387,206	33.7		42,411,922	34.0	
			39歳以下		205,027	45.5	205,027	45.5		44.3	487,301	42.4		53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		1.5		1.5		1.6		3.3		KDB,NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
			第2次産業		22.0		22.0		20.8		28.7			25.2		
			第3次産業		76.5		76.5		77.6		68.0			70.6		
	③	平均寿命	男性		80.2		80.2		79.7		79.7		KDB,NO.1 地域全体像の把握			
			女性		87.2		87.2		86.3		86.8			86.4		
	④	健康寿命	男性		65.6		65.6		65.3		65.2		KDB,NO.1 地域全体像の把握			
			女性		66.9		66.8		66.8		66.9			66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		94.2		93.9		99.4		98.4		KDB,NO.1 地域全体像の把握			
					92.3		90.5		100.2		95.4			100.0		
			死因	がん		1,218	48.0	1,237	48.5	73,988	50.6	3,535		50.1	367,905	49.6
				心臓病		663	26.1	692	27.1	38,562	26.4	1,855		26.3	196,768	26.5
				脳疾患		435	17.1	451	17.7	21,380	14.6	1,190		16.9	114,122	15.4
				糖尿病		47	1.9	36	1.4	2,640	1.8	113		1.6	13,658	1.8
				腎不全		69	2.7	74	2.9	4,696	3.2	187		2.6	24,763	3.3
				自殺		105	4.1	61	2.4	4,988	3.4	180		2.5	24,294	3.3
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		527	12.3	477	10.9			1,169	9.4	139,562	10.7		
			男性		350	16.6	294	13.6			770	12.4	92,474	13.7		
			女性		177	8.2	183	8.3			399	6.4	47,088	7.4		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		21,339	22.0	22,893	23.7	1,241,046	22.6	58,479	21.3	5,885,270	21.2	
				新規認定者		304	0.3	338	0.3	25,741	0.3	902	0.3	105,636	0.3	
2号認定者				509	0.4	472	0.3	33,214	0.4	1,117	0.3	151,813	0.4			
②		有病状況	糖尿病		6,172	28.0	6,835	28.8	296,945	23.2	16,629	27.4	1,350,152	22.1		
			高血圧症		11,891	53.9	13,151	55.1	654,887	51.3	32,256	53.2	3,101,200	50.9		
			脂質異常症		6,557	29.3	7,566	31.7	385,192	30.1	17,904	29.5	1,741,866	28.4		
			心臓病		14,072	63.9	15,343	64.8	746,221	58.6	38,213	63.2	3,529,682	58.0		
			脳疾患		6,879	31.3	7,000	30.1	321,385	25.5	17,552	29.4	1,538,683	25.5		
			がん		2,713	12.1	3,105	12.9	140,650	11.0	6,819	11.1	631,950	10.3		
			筋・骨格		12,130	55.4	13,432	56.7	659,322	51.7	32,045	53.0	3,067,196	50.3		
			精神		8,592	38.6	9,798	41.3	459,559	35.9	25,011	41.2	2,154,214	35.2		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）		62,314		58,423		53,946		67,606		58,284			
			居宅サービス		42,681		40,713		39,459		43,494		39,662			
④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		9,113		8,769		7,963		8,949		7,980				
		認定あり		4,400		4,391		3,741		4,393		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数		107,925		96,688		96,231		251,804		32,587,866			
			65～74歳		40,688	37.7	42,059	43.5	36,375	37.8	117,089	46.5	12,448,565	38.2		
			40～64歳		36,587	33.9	30,167	31.2	31,852	33.1	78,563	31.2	10,949,523	33.6		
			39歳以下		30,543	28.3	24,462	25.3	28,003	29.1	55,900	22.2	9,189,778	28.2		
			加入率		23.9		21.5		24.7		23.9		23.2			
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		45	0.4	44	0.5	1,777	0.3	97	0.4	8,255	0.3		
			診療所数		401	3.7	406	4.2	24,041	3.8	874	3.5	96,727	3.0		
			病床数		9,915	91.9	9,757	100.9	334,708	52.7	18,468	73.3	1,524,378	46.8		
			医師数		1,797	16.7	1,820	18.8	83,749	13.2	3,303	13.1	299,792	9.2		
			外来患者数		658.3		690.3		677.4		689.8		668.1			
			入院患者数		25.5		25.8		18.0		25.3		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		27,569	県内9位 同規模内7位	29,154	県内12位 同規模内9位	24,719		29,225		24,245			
			受診率		683.811		716.109		695.446		715.09		686.286			
外 来			費用の割合		53.6		54.2		60.6		54.7		60.1			
			件数の割合		96.3		96.4		97.4		96.5		97.4			
入 院			費用の割合		46.4		45.8		39.4		45.3		39.9			
			件数の割合		3.7		3.6		2.6		3.5		2.6			
1件あたり在院日数			17.5日		17.3日		15.6日		16.8日		15.6日					
④	医療費分析総額に占める割合 最大医療資源 集病名（調剤含む）	新生物		21.8		26.3		25.5		27.1		25.6				
		慢性腎不全（透析あり）		8.0		7.4		10.6		7.4		9.7				
		糖尿病		8.8		9.0		9.4		9.4		9.7				
		高血圧症		8.5		6.5		8.0		7.4		8.6				
		精神		21.1		21.4		17.1		19.4		16.9				
		筋・骨疾患		15.6		14.8		15.1		14.7		15.2				

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた金沢市の位置

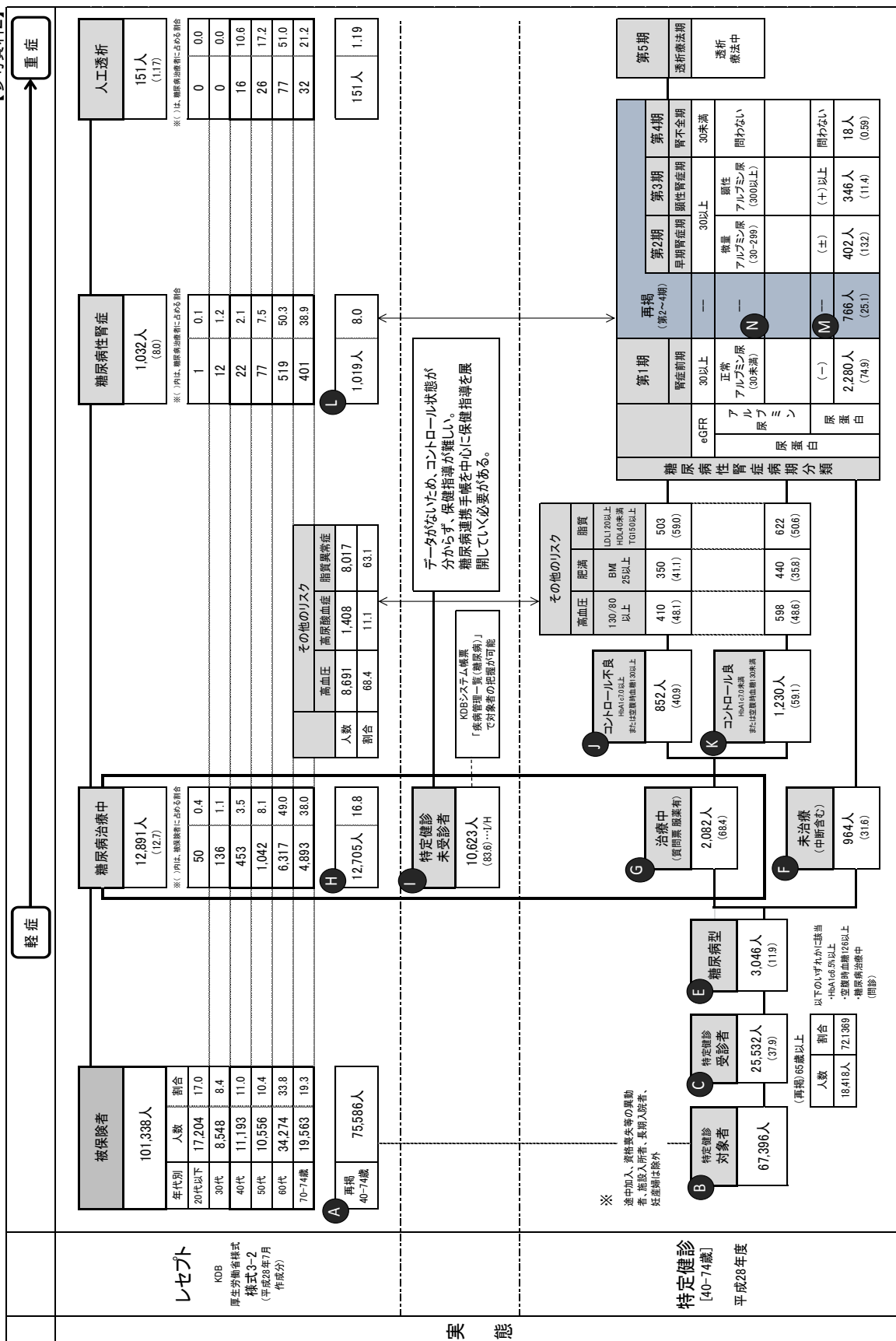
【参考資料1】

項目				H25			H28			H28			国			データ元 (CSV)
				保険者			保険者			同規模平均		県				
				実数	割合		実数	割合		実数	割合	実数	割合	実数	割合	
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	584,255	8位	(18)	599,327	8位	(17)						
				高血圧	579,793	8位	(19)	590,874	6位	(18)						
				脂質異常症	548,908	7位	(19)	561,961	9位	(18)						
				脳血管疾患	607,963	13位	(20)	638,208	9位	(21)						
				心疾患	662,876	3位	(15)	664,553	7位	(14)						
				腎不全	761,064	7位	(18)	750,583	12位	(17)						
				精神	442,026	13位	(26)	473,527	5位	(26)						
				悪性新生物	661,887	13位	(15)	672,346	12位	(15)						
		入院の（ ） 内は入院日数	糖尿病	38,055	12位		38,630	10位								
			高血圧	32,720	7位		32,151	9位								
			脂質異常症	28,890	14位		28,458	12位								
			脳血管疾患	41,285	10位		38,917	13位								
			心疾患	45,750	8位		47,605	10位								
			腎不全	213,766	3位		183,575	8位								
			精神	32,874	13位		32,938	9位								
			悪性新生物	54,041	14位		59,791	16位								
	⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,503		1,387	2,229	3,047	2,346	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題					
				健診未受診者	15,474		17,593	12,722	14,637	12,339						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,921		3,831	6,463	8,280	6,742						
				健診未受診者	42,781		48,602	36,888	39,776	35,459						
	⑦	健診・レセ 実合	受診動員者	13,436	52.2	13,187	51.5	861,117	56.1	43,258	52.9	4,427,360	56.1	KDB NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	12,553	49.1	12,553	49.1	803,232	52.3	40,528	49.6	4,069,618	51.5			
			医療機関非受診率	634	2.5	634	2.5	57,885	3.8	2,730	3.3	357,742	4.5			
5	①	健診受診者		25,716		25,588	1,535,599	81,750	7,898,427							
	②	受診率	35.7	県内19位 同規模33位	37.8	県内20位 同規模32位	37.1	45.1	全国4位	36.4						
	③	特定保健指導終了者（実施率）	589	21.9	795	29.9	21,773	12.7	4,732	56.2	198,683	21.1				
	④	非肥満高血糖	2,152	8.4	2,132	8.3	133,271	8.7	8,410	10.3	737,886	9.3				
	⑤	メタボ	該当者	4,547	17.7	4,765	18.6	270,758	17.6	15,889	19.4	1,365,855	17.3			
			男性	2,838	28.6	3,083	30.9	183,551	29.4	10,358	30.7	940,335	27.5			
			女性	1,709	10.8	1,682	10.8	87,207	9.6	5,531	11.5	425,520	9.5			
			予備率	2,701	10.5	2,729	10.7	161,945	10.5	8,338	10.2	847,733	10.7			
	男性		1,762	17.8	1,801	18.1	109,458	17.5	5,579	16.5	588,308	17.2				
	女性		939	5.9	928	5.9	2,759	5.7	2,759	5.7	259,425	5.8	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
	⑥	メタボ該当・予備群レベル	BMI	総数	8,141	31.7	8,342	32.6	484,314	31.5	26,831	32.8	2,490,581	31.5	KDB NO.1 地域全体像の把握	
				男性	5,131	51.8	5,408	54.2	326,559	52.2	17,588	52.1	1,714,251	50.2		
			女性	3,010	19.0	2,934	18.8	157,755	17.3	9,243	19.3	776,330	17.3			
			総数	997	3.9	996	3.9	69,700	4.5	3,597	4.4	372,685	4.7			
			男性	150	1.5	140	1.4	9,909	1.6	472	1.4	59,615	1.7			
			女性	847	5.4	856	5.5	59,791	6.6	3,125	6.5	313,070	7.0			
	⑬	血糖のみ	156	0.6	157	0.6	8,981	0.6	524	0.6	52,296	0.7				
	⑭	血圧のみ	1,743	6.8	1,794	7.0	112,539	7.3	5,477	6.7	587,214	7.4				
	⑮	脂質のみ	802	3.1	778	3.0	40,416	2.6	2,337	2.9	208,214	2.6				
	⑯	血糖・血圧	551	2.1	566	2.2	39,066	2.5	2,013	2.5	212,002	2.7				
	⑰	血糖・脂質	287	1.1	288	1.1	14,179	0.9	956	1.2	75,032	0.9				
	⑱	血圧・脂質	2,443	9.5	2,566	10.0	134,165	8.7	7,789	9.5	663,512	8.4				
	⑲	血糖・血圧・脂質	1,266	4.9	1,345	5.3	83,349	5.4	5,131	6.3	415,310	5.3				
6	①	服薬	18,250	23.7	18,596	24.2	1,024,163	22.2	62,677	25.6	5,101,215	21.5				
	②	既往歴	6,940	6.8	6,679	6.5	304,041	5.2	19,873	6.5	1,464,387	4.9				
	③	喫煙	3,319	12.9	3,257	12.7	217,325	14.2	10,727	13.1	1,122,649	14.2				
	④	週3回以上朝食を抜く	2,023	7.9	2,026	7.9	138,105	10.5	5,024	7.5	585,344	8.7				
	⑤	週3回以上夕食後間食	4,139	16.1	4,159	16.3	163,385	12.7	10,553	15.8	803,966	11.9				
	⑥	週3回以上就寝前夕食	4,136	16.1	4,122	16.1	208,786	16.2	11,722	17.6	1,054,516	15.5				
	⑦	食べる速度が遅い	7,812	30.5	7,706	30.1	330,555	25.7	18,547	28.0	1,755,597	26.0				
	⑧	20歳時体重から10kg以上増加	7,545	29.4	7,621	29.8	425,454	32.5	20,314	30.8	2,192,264	32.1				
	⑨	1回30分以上運動習慣なし	14,149	55.2	13,994	54.8	734,963	56.1	39,283	58.9	4,026,105	58.8	KDB NO.1 地域全体像の把握			
	⑩	1日1時間以上運動なし	10,536	41.1	10,327	40.4	602,941	46.8	30,749	42.6	3,209,187	47.0				
	⑪	睡眠不足	5,484	21.6	5,649	22.3	328,034	25.1	14,767	22.5	1,698,104	25.1				
	⑫	毎日飲酒	6,935	27.0	6,844	26.8	350,555	25.2	19,565	26.5	1,886,293	25.6				
	⑬	時々飲酒	4,683	18.2	4,884	19.1	327,121	23.5	14,054	19.0	1,628,466	22.1				
	⑭	一日飲酒量	1合未満	10,592	65.1	10,450	64.3	696,807	64.5	27,326	61.4	3,333,836	64.0			
	1～2合		3,686	22.7	3,796	23.3	252,723	23.4	11,692	26.3	1,245,341	23.9				
	2～3合		1,501	9.2	1,515	9.3	99,633	9.2	4,287	9.6	486,491	9.3				
	3合以上		492	3.0	498	3.1	30,851	2.9	1,164	2.6	142,733	2.7				

平成29年12月7日抽出

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

【参考資料2】



糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

(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

番号	地区	追加 年度	個人番号	記 号	番 号	氏名	性 別	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		H24							糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬 HbA1c	12					
										糖	体重	86.8					
										糖 以外	BMI	26.7					
										糖 以外	血圧	144/94					
										CKD	eGFR	116.9					
2		H24							糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬 HbA1c	8.6					
										糖	体重	116.8					
										糖 以外	BMI	36.5					
										糖 以外	血圧	130/80					
										CKD	eGFR	98.7					
3		H24							糖尿病 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	糖	服薬 HbA1c	+					
										糖	服薬 HbA1c	6.6	8.1	8.4	8.7	7.3	
										糖	体重	76	78	77	78	76	
										糖 以外	BMI	26	26.5	26.2	26.5	25.9	
										糖 以外	血圧	100/62	110/70	126/88	122/88	102/60	
									CKD	eGFR	98.7	104.6	102.2	101.5	96.1		
										CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—	

【参考資料4】

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 2

都道府県 石川県

市町村名

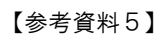
金沢市

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66				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	101,343人										KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		75,588人										
2	①	対象者数	B	67,396人										市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	受診者数	C	25,532人										
	③	受診率		37.9%										
3	①	特定 保健指導		2,642人										
	②	実施率		30.0%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	3,046人	11.9%								特定健診結果
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	966人	31.7%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	2,080人	68.3%								
	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	850人	40.9%								
	⑤		血圧 130/80以上		409人	48.1%								
	⑥		肥満 BMI25以上		348人	40.9%								
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	1,230人	59.1%								
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	2,284人	75.0%								
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		403人	13.2%								
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		359人	11.8%								
	⑪		第4期 eGFR30未満		0人	0.0%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		127.2人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		168.1人									
	③		レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者千対		入院外(件数)	52,727件	(729.7)					46,926件	(687.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)		571件	(7.9)					328件	(4.8)		
	⑤		糖尿病治療中	H	12,891人	12.7%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳		12,705人	16.8%								
	⑦		健診未受診者	I	10,625人	83.6%								
	⑧		インスリン治療	O	993人	7.7%								
	⑨		(再掲)40-74歳		978人	7.7%								
	⑩		糖尿病性腎症	L	1,032人	8.0%								
	⑪		(再掲)40-74歳		1,019人	8.0%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		151人	1.17%								
	⑬		(再掲)40-74歳	151人	1.19%									
	⑭		新規透析患者数		31人	20.53%								
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症	23人	15.23%									
	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)		221人	1.4%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	6		①	医療費	総医療費		347億2384万円						285億7362万円	
②		生活習慣病総医療費			199億0808万円						157億7925万円			
③		(総医療費に占める割合)			57.3%						55.2%			
④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		3,831円						6,463円			
⑤		健診未受診者	48,602円						36,888円					
⑥		糖尿病医療費			17億8345万円						14億8471万円			
⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			9.0%						9.4%			
⑧		糖尿病入院外総医療費			63億3429万円									
⑨		1件あたり			38,630円									
⑩		糖尿病入院総医療費			46億9632万円									
⑪		1件あたり			599,327円									
⑫		在院日数			17日									
⑬		慢性腎不全医療費			15億9163万円						17億7484万円			
⑭		透析有り			14億7495万円						16億7088万円			
⑮		透析なし			1億1668万円						1億0397万円			
7	①	介護	介護給付費		328億2963万円						257億8233万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症	35件	13.2%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		36人	0.9%					40人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

発症予防

重征化予防 (早期発見)

年齢 (経過)

[illegible]

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者			
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化	⑤ 重症化予防対象者				
		☐ その他所見					
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同様な症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者				
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
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 経年表より確認する。	⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
④ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲	男 85～ 女 90～			☐ 75g 糖負荷試験 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比 ☐ 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）		
	☐ 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～	
	☐ 血圧	収縮期	～129			130～139	140～
		拡張期	～84			85～89	90～
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ ☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 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			
e G F R	60未満						
尿蛋白	(-)	(+)～					
☐ C K D 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

第1期全体評価				
課題・目標	評価（良くなったところ）			
	①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）
課題・目標 ○特定健診受診率 H29年度目標60% H29年度実績60% H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・CKD） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ減少させる。 ○医療費の伸びを抑える	①プロセス （やってきた実践の過程） ・特定健診 ○2年連続して健診未受診である65歳未満者に対し、電話による受診勧奨を行った。有効的な勧奨とするため、毎年対象者を検討して選定を行った。 ○福祉健康センターとしては、保健指導実施者に対する継続受診対策を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、すこやか健診医療機関説明会で、治療の方への受診勧奨の依頼を行った。 ↓ ・受診率向上に向けての取り組みは多いが、健診を全く受けたことがない層への働きかけが困難である。未受診者に対する割合が多いため、受診率向上に向けて、受診者対策を効果的に実施するため、医療機関との連携体制をどのようにしていくか、より具体的な検討が必要である。 ・現在、作成・整理している糖尿病管理台帳等を活用していくことで未受診者対策につながるため、地区担当が管理する台帳の活用が重要となる。 ・初めて健診を受診した者の中には、診察時すでにメタボや重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等特にデュレーションアプローチを実施していくことが重要である。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要があり、医療機関への現状説明・課題共有等での連携を推進していくことも重要である。	②アウトプット （事業実施量） 未受診者対策 ○医療機関へのアプローチ すこやか健診医療機関説明会にて特定健診の受診勧奨の協力依頼 回数 医療機関数 ① 一回 230 ○母体動脈 ①4月時点で健診未受診者へハガキ送付 ②健診未受診者へ受診勧奨訪問 ③要健診者へ医療機関への受診勧奨訪問 ↓ 対象者 方法 対象者数 実施数 ① 郵送 36,560 36,560 ② 訪問等 905 679 ③ 訪問等 75 52 重症化予防対策 ○今年度の対象者特定基準を決定し、評価基準、保健指導の内容を確認する ○糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチを実施中 ○事例に応じて必要時医療機関連絡を実施し連携を図る	③アウトカム （結果） 未受診者対策 ○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 ○行ったデュレーション毎の結果（例えば地区毎の受診率等） ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況	④ストラクチャー （構造） ○地区担当制 個々の保健指導については地区担当者が管理台帳をもとに実施。 ○業務分担制（健康増進係） 未受診者対策、重症化予防対策を検討するにあたり専任担当者、計画立案、評価を実施。 ○治療をもとに経年管理していく。また、地区の状況に合わせて、保健指導を行っている。
目標 ◆受診率が低い。 ◆特定健診の対象者、アプローチ方法、評価方法等が適切。 ◆対象者の選定、評価方法の検討 重症化予防対策 ◆PDSAサイクルからの計画を立案する。 ◆医療機関の連携、評価等検討。 ◆評価指標の検討。	医療とのつながり ◆各機関での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となる、進んでいないのが現状。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ関係の府内の中で、医療機関とのつながりを重ねていく。	医療とのつながり ○ICUの連携体制にすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○試験的事業の実施状況（対象者の検査値、受診行動、生活状況等） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況（受診者数の変化等）	重症化予防対策 ○保健指導後の評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討） ○保健事業の目標、評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討） ○治療中であるが高リスク層に対する医療機関と連携した保健指導の実施の検討。	⑤残っている課題 全 体 ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDSAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○治療をもとに経年管理していく。また、地区の状況に合わせて、保健指導を行っている。
目標 ◆受診率が低い。 ◆特定健診の対象者、アプローチ方法、評価方法等が適切。 ◆対象者の選定、評価方法の検討 重症化予防対策 ◆PDSAサイクルからの計画を立案する。 ◆医療機関の連携、評価等検討。 ◆評価指標の検討。	医療とのつながり ◆各機関での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携となる、進んでいないのが現状。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ関係の府内の中で、医療機関とのつながりを重ねていく。	医療とのつながり ○ICUの連携体制にすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況（対象者の受診行動状況） ○試験的事業の実施状況（対象者の検査値、受診行動、生活状況等） ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況（受診者数の変化等）	重症化予防対策 ○保健指導後の評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討） ○保健事業の目標、評価指標の検討。（健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討） ○治療中であるが高リスク層に対する医療機関と連携した保健指導の実施の検討。	⑤残っている課題 全 体 ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDSAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○治療をもとに経年管理していく。また、地区の状況に合わせて、保健指導を行っている。