

第 2 期千歳市国民健康保険データヘルス計画・
第 3 期千歳市国民健康保険特定健康診査等実施計画

平成 3 0 年 3 月 千歳市国民健康保険

目 次

第1章	計画の策定にあたって	1
1.	背景	1
2.	両計画の位置付け	2
3.	計画期間	3
4.	計画の進行管理	3
5.	関係者が果たすべき役割及び外部有識者等との連携	3
第2章	千歳市国民健康保険の現状	4
1.	人口構成と高齢化の推移	4
2.	死亡の状況	5
3.	被保険者の状況	5
4.	医療費の状況	7
第3章	第2期千歳市国民健康保険データヘルス計画	8
1.	第1期計画の評価	8
2.	第2期計画に向けた健康課題	18
3.	目標設定	27
4.	保健事業の方向性	29
5.	その他の取組み	32
6.	地域包括ケアに係る取組	33
7.	計画の評価・見直し	33
8.	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	34
第4章	第3期千歳市国民健康保険特定健康診査等実施計画	35
1.	計画の位置付けと期間	35
2.	目標値の設定	35
3.	対象者数及び受診者数の見込み	35
4.	特定健診の実施	35
5.	特定保健指導の実施	37
6.	個人情報の保護	39
7.	結果の報告	39
8.	計画の公表・周知	39
	用語解説	41
	資料	42

第1章 計画の策定にあたって

1 背景

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでおり、「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく被保険者の健康保持増進のための事業計画として、データヘルス計画の作成・公表、事業実施及び評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法の規定により、厚生労働大臣が定める「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（平成16年厚生労働省告示第307号）の一部が改正され、本市においても、第1期（平成28年度から29年度まで）の「国民健康保険データヘルス計画」（以下「国保データヘルス計画」という。）を策定し、健康・医療情報を活用した保健事業に取り組みるとともに、保健事業の中核をなす特定健診・特定保健指導については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づき、第1期（平成20年度から24年度まで）と第2期（平成25年度から29年度まで）の「国民健康保険特定健康診査等実施計画」（以下「国保特定健診等実施計画」という。）を策定し、生活習慣病の減少を目指して実施してきました。

平成30年度からは、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りますが、保健事業などの実施主体は、これまでどおり市町村となっているとともに、国の財政支援の拡充により、医療費適正化や健康づくりの取り組みに対するインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度が創設されます。

このことから、個々の被保険者や地域の特性を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業を効果的かつ効率的に行うため、「第2期千歳市国保データヘルス計画」を策定するとともに、本市においては、次期計画期間が一致する、「第3期千歳市国保特定健診等実施計画」を併せて一体化して策定します。

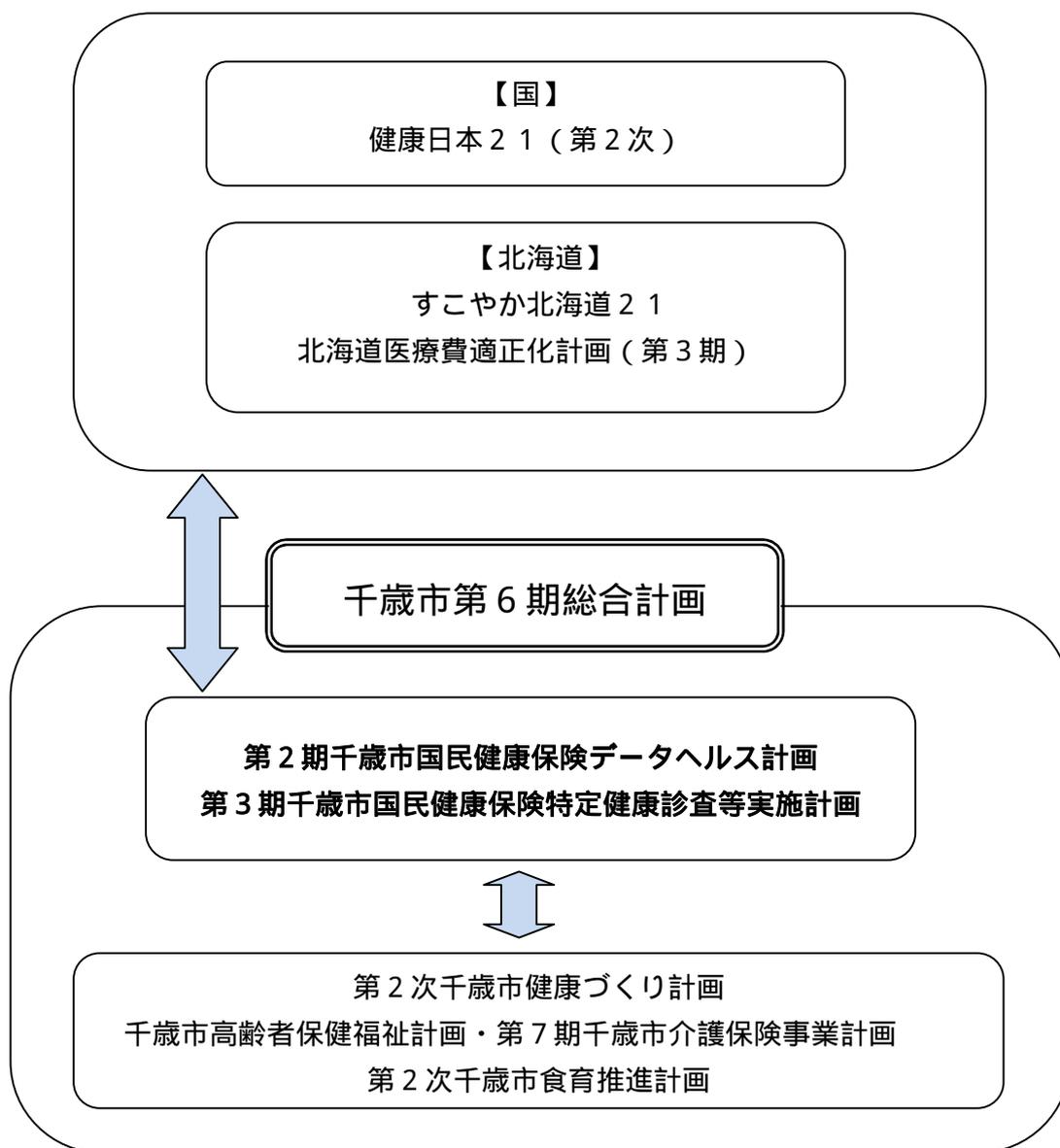
国保データベース：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報（KDB）システムを保険者向けに情報提供するシステム。

保険者努力支援制度：特定健診の受診率や重症化予防等の様々な取組に対して評価指標が設けられ、保険者ごとにポイントに応じて公費が配分される制度。

PDCAサイクル：事業活動における生産管理や品質管理などの管理常務を円滑に進めるための手法の1つ。Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)の頭文字をつなげたもの。

2 両計画の位置付け

本計画は、「千歳市第6期総合計画」における、まちづくりの基本目標である「あったかみのある地域福祉のまち」を実現するための個別計画として位置付け、「健康日本21（第2次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「すこやか北海道21」及び「北海道医療費適正化計画（第3期）」のほか、「第2次千歳市健康づくり計画」など、各種関係計画との整合を図ります。



「北海道医療費適正化計画（第3期）」は計画期間を平成30年度から平成35年度とし、また「千歳市高齢者保健福祉計画・第7期千歳市介護保険事業計画」は計画期間を平成30年度から平成32年度として、それぞれ平成29年度において策定。

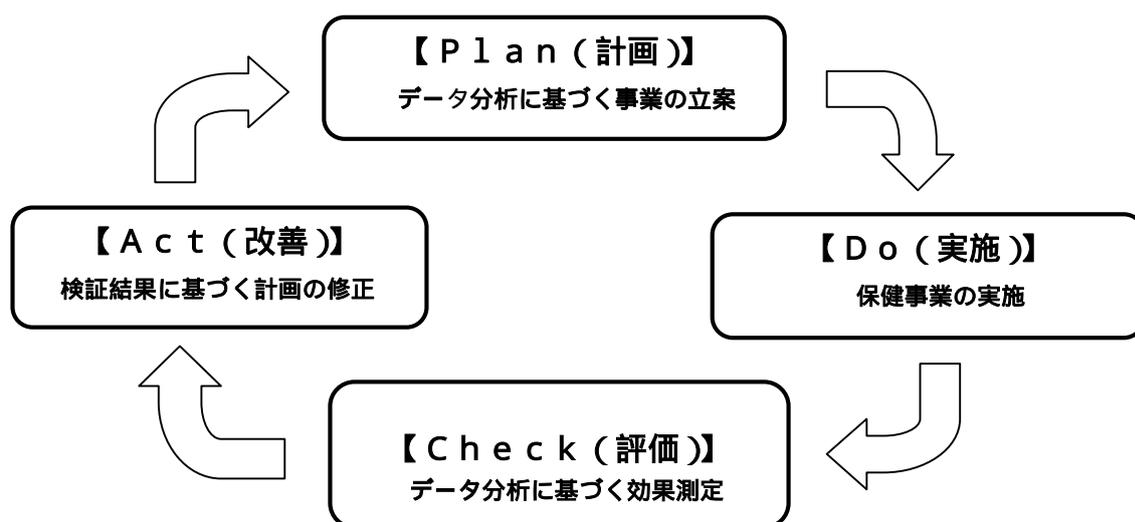
3 計画期間

計画期間は、北海道医療費適正化計画（第3期）と整合性を図る観点から、平成30年度から35年度までの6年間とします。

	計画名	H25	H26	H27	H28	H29	H30～H35
北海道	医療費適正化計画	第2期					第3期
千歳市	国保特定健康診査等実施計画	第2期					第3期
	国保データヘルス計画	-	-	-	第1期		第2期

4 計画の進行管理

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します。



5 関係者が果たすべき役割及び外部有識者等との連携

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、国保担当部門のほか、庁内各部局及び北海道糖尿病対策推進会議等と十分連携しながら計画策定を進めます。

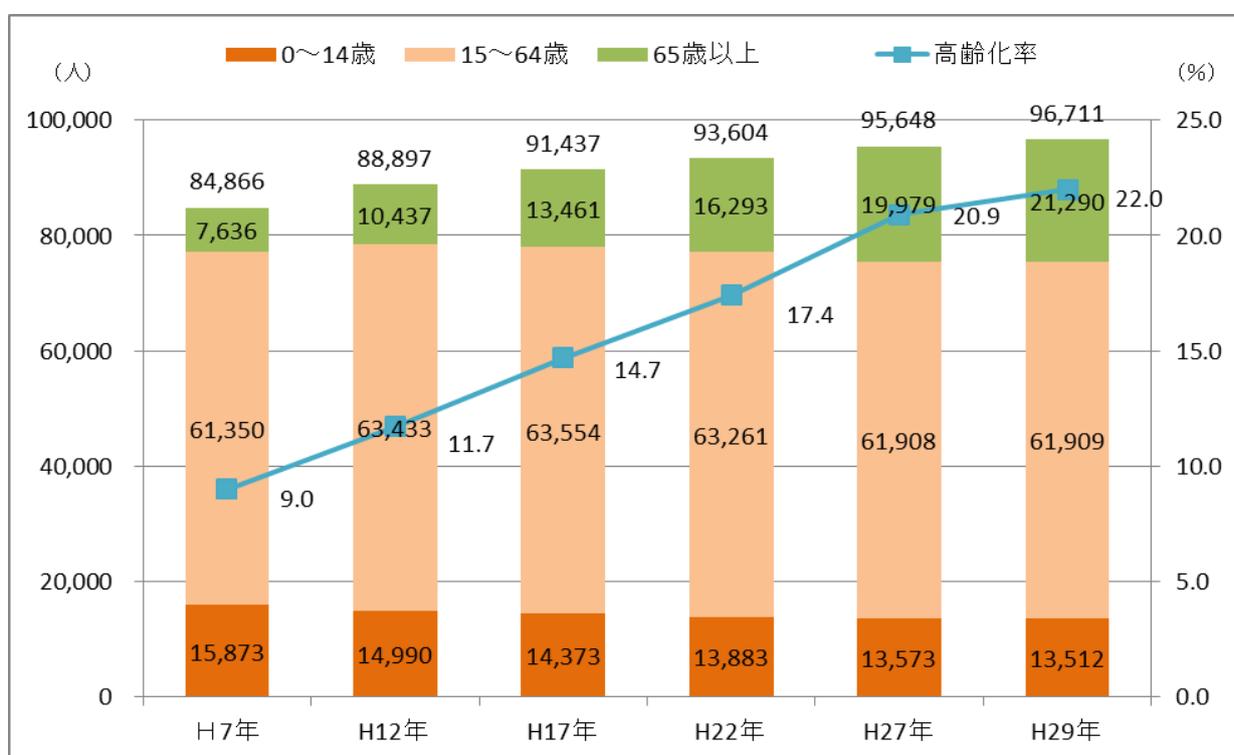
なお、本計画の策定にあたっては、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と、専門的知見を有する第三者としての両方の立場を有する保険医のほか、被保険者代表及び有識者等で構成する「千歳市国民健康保険運営協議会（以下「国保運営協議会」という。）」、北海道（保健所等）等と意見交換を行うとともに、計画内容については、「国保運営協議会」の了承を得るものとします。

第2章 千歳市国民健康保険の現状

1 人口構成と高齢化の推移

本市の総人口は増加しており、住民基本台帳による平成29年10月1日時点の人口は96,711人となっています。

しかし、年齢3区分別人口と高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）の推移を見ると、65歳以上人口が大幅に増加しており、平成7年に9.0%であった高齢化率は22.0%まで上昇し、全道一若いまちとされる本市においても、高齢化が確実に進んでいます。



平成29年度のみ住民基本台帳、他は国勢調査

国勢調査の数値については、年齢不詳人口があるため、各年齢別人口の計は合計に一致しない。

KDBシステム：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム。

2 死亡の状況

本市の標準化死亡比（SMR）¹は、男性が同規模市²平均、北海道（以下「道」という。）及び国より低く、女性は同規模市平均、道及び国より高くなっています。

なお、KDBシステムにおける死因は、1位がん、2位心疾患、3位脳血管疾患となっており、がん、腎不全が同規模平均、道及び国よりも高くなっています。

項目		千歳市		同規模市平均		道		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
標準化死亡比（SMR）	男性	96.4		100.0		101.0		100	
	女性	102.9		100.9		97.6		100	
死因	がん	214人	53.1%	54,818人	48.1%	18,759人	51.6%	367,905人	49.6%
	心疾患	102	25.3	30,930	27.1	9,429	25.9	196,768	26.5
	脳血管疾患	52	12.9	18,797	16.5	4,909	13.5	114,122	15.4
	糖尿病	4	1.0	2,153	1.9	669	1.8	13,658	1.8
	腎不全	18	4.5	3,750	3.3	1,543	4.2	24,763	3.3
	自殺	13	3.2	3,547	3.1	1,080	3.0	24,294	3.3

KDBシステム帳票 1, 3, 5（平成28年度）

1) 標準化死亡比（SMR）：年齢構成の異なる集団の死亡状況の比較に用いられる指標。数値が100より大きい場合は全国より死亡率が高く、100より小さい場合は全国より死亡率が低い。

2) 同規模市：KDBシステムにて、全国の市町村等が人口規模等により13区分に分類されており、ここでは5万人～10万人の一般市に分類されている市を指す。

3 被保険者の状況

(1) 被保険者数と加入率の比較

国民健康保険の被保険者数は17,334人（平成28年度末）で、総人口に対する加入率は18.1%となっており、同規模市平均、道及び国よりも低くなっています。

また、被保険者の構成割合は40～64歳で道及び国よりも低く、65歳～74歳で道及び国よりも高くなっており、高齢者の占める割合が高くなっています。

	千歳市		同規模市平均		道		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	17,334人		4,516,485人		1,312,713人		32,587,223人	
65～74歳	7,630人	44.0%			547,063人	41.7%	12,462,053人	38.2%
40～64歳	5,535	31.9			441,494	33.6	10,946,693	34.6
39歳以下	4,169	24.1			234,156	24.7	9,178,477	28.2
加入率（%）	18.1		24.7		24.0		26.9	

平成28年度住民基本台帳、平成28年度国民健康保険事業年報、KDBシステム帳票 1,5（平成28年度）

(2) 被保険者の平均世帯数と平均被保険者数の推移

被保険者の平均世帯数は平成 24 年度、平均被保険者数は平成 23 年度をピークに、いずれも減少傾向にあります。

年度	平均世帯数	前年比(%)	平均被保険者数(人)	前年比(%)
23	12,137	101.9	19,980	101.8
24	12,212	100.6	19,937	99.8
25	12,143	99.4	19,594	98.3
26	11,941	98.3	19,023	97.1
27	11,736	98.3	18,418	96.8
28	11,499	98.0	17,818	96.7

平成 28 年度国民健康保険事業年報

(3) 年齢階層別の総人口と被保険者数の割合

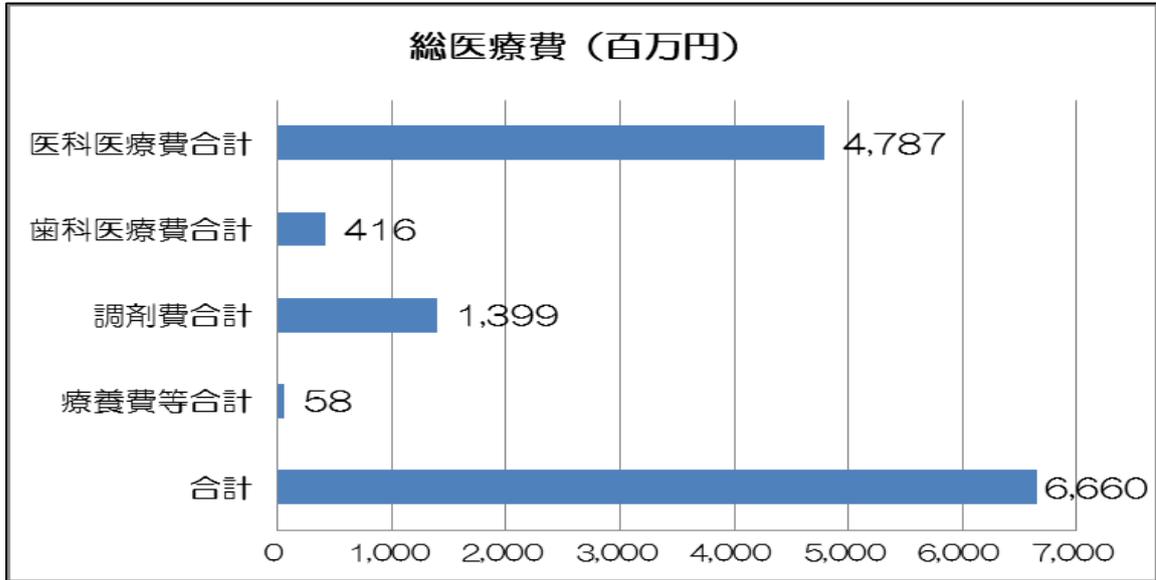
被保険者を年齢階層別に区分すると、総人口の割合に比べ被保険者数の割合は、60 歳未満では低く、60 歳以上で高くなり、65～74 歳で被保険者全体の 44.0%を占めています。

年齢階層(歳)	総人口		被保険者数	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
0～4	4,394	4.6	312 ^人	1.8
5～9	4,560	4.8	369	2.1
10～14	4,586	4.8	430	2.5
15～19	4,788	5.0	494	2.8
20～24	5,862	6.1	559	3.2
25～29	5,608	5.9	546	3.2
30～34	6,505	6.8	668	3.9
35～39	6,856	7.2	791	4.6
40～44	7,760	8.0	908	5.2
45～49	7,035	7.3	875	5.1
50～54	5,959	6.2	805	4.6
55～59	5,421	5.7	968	5.6
60～64	5,496	5.7	1,979	11.4
65～69	6,599	6.9	4,075	23.5
70～74	4,565	4.8	3,555	20.5
75～	9,767	10.2	0	0
合計	95,761	100.0	17,334	100.0
(65歳以上再掲)	20,931	21.9	7,630	44.0

平成 28 年度住民基本台帳、平成 28 年度国民健康保険事業年報

4 医療費の状況

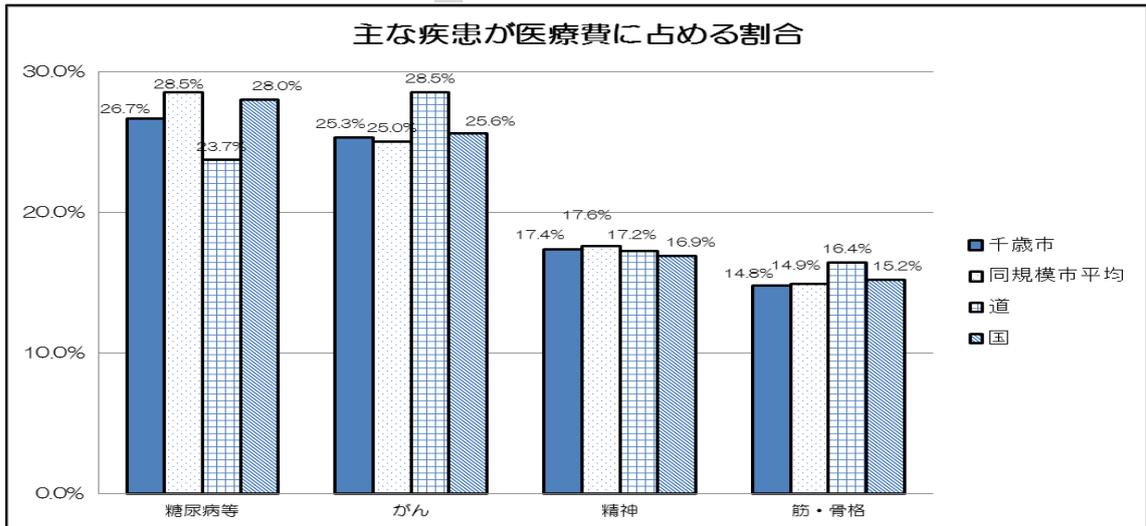
本市の1年間分の総医療費（平成28年度実績分）をみると66億6千万円で、そのうち医科医療費は47億8千7百万円となっています。



平成29年度版国保ちとせ（平成28年度実績）

医療費のうち、主な疾患が医療費に占める割合を見ると、最大医療資源疾病名（調剤含む）で生活習慣病である糖尿病等（糖尿病、高血圧、慢性腎不全(透析有)）は26.7%となり、道より高くなっていますが同規模市平均、国より低くなっています。

また、がんについては同規模市平均よりやや高く、道、国より低くなっています。



KDBシステム帳票 1, 3, 5（平成28年度）

*最大医療資源疾病名：医療のレセプトデータから、最も医療資源（診療行為、医薬品等）を要したものを「最大医療資源」といい、その原因となる主傷病名。

第3章 第2期千歳市国民健康保険データヘルス計画

1 第1期計画の評価

(1) 各種保健事業の実績

【発症予防の取組】

事業名	(1) 40歳未満の健診受診勧奨事業	
目的・目標	メタボリックシンドロームに着目し生活習慣病の発症予防のため、40歳未満の方の健診受診の習慣化、早期介入を図ります。	
目標値	40歳未満の方の健診受診数(19～40歳未満までの国保被保険者) H29年度：35人	
事業の概要	対象者に年2回受診案内を送付、精密検査対象者、保健指導対象者を抽出し受診勧奨と保健指導を実施します。	
対象	19～40歳未満までの国保被保険者	
成果	アウトプット(何を何人、何回位実施したか等)	H28年度 2回通知 延4,688通 受診者 H27年度：34名 H28年度：121名
	アウトカム(目的・目標達成、成果)	受診勧奨を実施し、受診数34名から121名と約4倍に増加。 H28年度目標値は達成。

事業名	(2) 特定健診事業	
目的・目標	特定健診対象者の生活習慣病の早期発見や重症化予防を図ります。	
目標値	特定健診実施率 H29年度：60.0%	
事業の概要	個別健診、集団健診を実施します。 年度初めに受診券と受診案内を送付します。	
対象	40～74歳の国保被保険者	
成果	アウトプット(何を何人、何回位実施したか等)	法定報告 H27年度 受診数 3,643人 実施率 29.8% H28年度 受診数 3,471人 実施率 29.4%
	アウトカム(目的・目標達成、成果)	実施率はH27年度までは1～2%増加、H28年度は横ばい。 国目標値60%は未達成。

事業名	(3) 特定健診未受診者対策事業	
目的・目標	生活習慣病の発症予防のため、特定健診未受診者に対し特定受診の習慣化を図ります。	
目標値	特定健診実施率 H29年度：60.0%	
事業の概要	個別勧奨 1 電話による受診勧奨 2 文書による受診勧奨 3 データ提出依頼文書勧奨 周知啓発 1 受診券を対象者に送付 2 広報による定期的な周知 3 広報号外で日程表全戸配布 4 ジェネリック通知文に日程表同封 5 商工会議所会報に同封 受けやすい健診体制 女性のみ・土日・早朝健診、30分毎の予約制度等	
対象	-1 過去未受診者、当該年度未受診者抽出 -2 通知時に健診未受診者 -3 前年度提出し今年度未提出者 -1 40～74歳の千歳市国保被保険者 -2・3 全市民 -4 ジェネリック案内対象者 -5 会報案内対象者	
成果	アウトプット（何を何人、何回位実施したか等）	H28年度 -1 約6,000人 -2 延 15,388通 -3 450件 -1 12,698通 -2・3 全市民 -4 延 988通 -5 約1,200件
	アウトカム（目的・目標達成、成果）	特に -1は健診申込412件、データ提出531件あわせて943件と健診受診率の向上に効果あり。 実施率はH27年度までは毎年1～2%増加。H28年度は横ばい。

事業名	(4) 特定保健指導事業	
目的・目標	メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病の発症予防のため特定保健指導を実施します。	
目標値	特定保健指導実施率 H29年度：60.0%	
事業の概要	対象者全員に保健指導の案内を送付する。訪問等個別指導の他、集団教室（栄養・運動）保健指導日等を利用して実施します。	
対象	特定健診の受診結果で特定保健指導対象者となった者	
成果	アウトプット（何を何人、何回位実施したか等）	法定報告 H27年度 終了数：208人 特定保健指導実施率：61.9% H28年度 終了数：194人 特定保健指導実施率：66.9%
	アウトカム（目的・目標達成、成果）	特定保健指導実施率はH29年度目標値60.0%を達成。 メタボ該当者・予備群の減少率はH20年度比でH28年度3.4%減（国目標は25%以上減）

【重症化予防の取組】

事業名	(1) 受診勧奨判定値を超えている方へのフォローアップ勧奨事業	
目的・目標	受診勧奨を実施し、生活習慣病の重症化を予防します。	
目標値	受診勧奨判定値該当者の受診率 H29年度目標値(特定健診受診者中) 血圧: 67.0% LDL コレステロール: 70.0% HbA1c: 85.0%	
事業の概要	対象者全員に文書で通知、未受診者には電話、訪問、面談で医療機関の受診勧奨を実施します。	
対象	特定健診受診者のうち 血圧: 160/100mmHg 以上 LDL コレステロール: 160mg/dl 以上、 中性脂肪: 300mg/dl 以上 HbA1c(血糖): 6.5%以上 医師の指示で受診が必要と判断された方(眼底、尿、心電図、その他の疾患疑い等)	
成果	アウトプット(何を何人、何回位実施したか等)	H28年度(H28年度は受診勧奨実施中のため数値未確定) 文書通知数 1,413件(1人で複数疾患があるため重複して発行) 受診件数: 894件 電話・訪問・面談数: 実数 771人 延数 832人
	アウトカム(目的・目標達成、成果)	受診勧奨判定値該当者の受診率 H28年度(H28年度は受診勧奨実施中のため数値未確定) 血圧: 66.4% LDL コレステロール: 71.5% HbA1c: 85.5% LDL コレステロール、HbA1cはH29年度目標値を達成。

事業名	(2) 受診勧奨判定値を超えている方への保健指導事業	
目的・目標	高血圧、脂質異常症、高血糖及び慢性腎不全の重症化を予防します。	
目標値	H29 年度目標値 (特定健診受診者中) 重症化対象者全体 : 30.0% 血圧 : 6.2% LDL コレステロール : 5.0% HbA1c : 5.3% eGFR : 4.0%	
事業の概要	対象者に、電話、訪問、面談で重症化予防の保健指導の案内をし、保健指導を実施する。	
対象	特定健診受診者のうち 血圧 : 160/100mmHg 以上 LDL コレステロール : 180mg/dl 以上 HbA1c (血糖) : 6.5%以上 (治療者は 7.0%以上) eGFR50 未満 (70 歳以上は 40 未満)	
成果	アウトプット (何を何人、何回位実施したか等)	H28 年度 重症化対象 1,172 人 (心電図、尿酸等全疾患の重症化を含む) 保健指導実施数 168 人実施/230 人対象 93 人実施/136 人対象 149 人実施/212 人対象 96 人実施/161 人対象
	アウトカム (目的・目標達成、成果)	H28 年度 対象者 : 32.8% (1,172 人) 血圧 : 230 人 (6.4%) LDL コレステロール:136 人 (3.8%) HbA1c:212 人 (5.9%) eGFR : 161 人 (4.5%) LDL コレステロールは H29 年度目標値を達成。

事業名		(3) 糖尿病性腎症予防事業
目的・目標		人工透析の要因の一つである糖尿病性腎症を予防します。
目標値		H29年度目標値(特定健診受診者中) eGFR: 4.0%
事業の概要		H28.4.20「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定されたため、データヘルス計画策定時に示されていた「保険者による糖尿病性腎症患者の重症化予防事業実施手順書(平成27年度版)」で示されていた事業と対象者を変更して事業を実施。 変更点は以下のとおり 変更前 特定健診受診結果で 対象者に尿中アルブミン及びクレアチニン測定を実施します。検査を実施した方に保健指導を実施します。 変更後 特定健診受診結果で対象者に以下の事業を実施します。 高血糖未受診者、治療中断者への受診勧奨 糖尿病性腎症2・3・4期と思われる方への保健指導 *高血糖未受診または治療中断者と、糖尿病性腎症2期疑い(糖尿病の治療中で尿蛋白(±)の方に尿中アルブミン及びクレアチニン測定を実施)
対象		変更前 HbA1c6.5%以上で尿蛋白(±)か(+)の方 HbA1c7%以上または空腹時血糖130mg/dl以上で、尿蛋白(2+)以上またはeGFR50未満(70歳以上は40未満) 変更後 HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上又は随時血糖200mg/dl以上で医療機関未受診又は中断者 糖尿病性腎症2・3・4期と思われる者
成果	アウトプット(何を何人、何回位実施したか等)	H28年度 受診勧奨数 122人実施/122人対象 保健指導勧奨数 117人実施/117人対象
	アウトカム(目的・目標達成、成果)	H28年度 eGFR: 161人(4.5%) 受診率 94人受診/122人対象 77.0% 59人実施/117人対象 50.4% 保健指導実施者の実施後のデータについてはH29年度の健診結果で確認。糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数は長期的に推移観察。

(2) 中長期的目標

第1期計画では、医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院疾患、治療が長期化、介護認定者が多数罹患している疾患である「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を増加させないこと」が必要と分析しました。高齢化率が高くなるにつれ、これらの患者数が増える傾向があることから、新規患者発生数の現状維持を目指すこととし「平成29年度には平成26年度と比較し、患者千人当たりの新規患者数を増加させないこと」を目標としました。

【達成状況】

の表では、平成26年度と比較すると、平成28年度は虚血性心疾患と糖尿病性腎症は増加していますが、脳血管疾患と人工透析は減少しています。また、の表では、同規模平均・道及び国と比較すると、虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症は同規模市平均、道及び国より高い結果となりました。

生活習慣病は長年にわたる不規則な食生活、運動不足、喫煙、多量飲酒等の生活習慣が積み重なって発症するため、多くの被保険者に生活習慣の改善が定着し、重症化が減るまでには長期にわたって経過をみる必要があります。

患者千人当たり新規患者数

虚血性心疾患			脳血管疾患			糖尿病性腎症			人工透析		
H26	H28	H29 目標	H26	H28	H29 目標	H26	H28	H29 目標	H26	H28	H29 目標
5.9	7.6	5.9	3.8	3.5	3.8	0.4	0.9	0.4	0.3	0.1	0.3

KDB システム帳票 40 (平成28年度)

患者千人当たり生活習慣病重症化疾患の新規患者数

	千歳市	同規模市平均	道	国
虚血性心疾患	7.6	3.4	4.6	3.5
脳血管疾患	3.5	3.4	3.3	3.0
糖尿病性腎症	0.9	0.8	0.8	0.7
人工透析	0.1	0.1	0.1	0.1

KDB システム帳票 40 (平成28年度)

(3) 短期的目標

第1期計画では、「平成29年度に高血圧等の重症者割合の減少」を目指し、次の目標を定めました。

- 19歳から39歳までの国保被保険者の健診の受診数の増加
- 特定健診未受診かつ治療歴のない方の割合の減少
- 特定健診・特定保健指導の実施率の増加とメタボ該当者等の割合減少
- 高血圧、脂質異常症及び高血糖の受診勧奨判定値に該当する方の割合減少と受診勧奨判定値に該当する方の医療機関受診率の増加

【達成状況】

平成28年度と平成26年度を比較した場合、高血糖、慢性腎不全の割合は増加し、高血圧、脂質異常者数の割合は減少しました。

高血糖や慢性腎不全は進行すると、足の壊疽や網膜症による失明といった糖尿病合併症を引き起こし、人工透析を必要とする状態になる可能性があるため、今後も未治療者の受診勧奨や生活習慣改善のための保健指導、治療中断者には主治医と連携しながら治療を継続するための取組みが重要です。

高血圧等の重症者割合

	重症化予防対象者数			主な内訳											
				高血圧			脂質異常症			高血糖			慢性腎不全		
				160/100mmHg以上			LDLコレステロール180mg/dl以上			HbA1c 6.5%以上			eGFR(50未満、70歳以上は40未満)		
年度	H26	H28	H29目標	H26	H28	H29目標	H26	H28	H29目標	H26	H28	H29目標	H26	H28	H29目標
人数(人)	1,139	1,172	/	244	230	/	183	136	/	197	212	/	147	161	/
割合(%)	32.0	32.8	30.0	6.8	6.4	6.2	5.1	3.8	5.0	5.5	5.9	5.3	4.1	4.5	4.0

特定健診受診結果

19歳から40歳未満までの国保被保険者の健診の受診数

平成26年度と比較すると、受診数は4倍に増加しました。

	H26	H28	H29(目標)
19～40歳未満の健診受診者数(国保加入者)	31	121	35

39歳以下健診(さわやか健診)受診結果

特定健診未受診かつ治療歴のない方の割合

健診未受診者受診勧奨事業を実施し減少傾向となりました。

	H26	H28	H29(目標)
健診未受診かつ治療歴のない方の割合	25.3	24.5	24.0

KDBシステム帳票 26(平成28年度)

特定健診・特定保健指導の実施率の増加とメタボ該当者等の割合

特定健診実施率は増加傾向にありますが、国の示す目標値である60%には達していないため、今後も未受診者に対して受診勧奨を推進することが必要です。

なお、特定保健指導実施率は、平成28年度は66.9%となり、国の目標値である60%を達成し、メタボリックシンドローム該当者は増加、予備群は維持となりました。

今後とも保健指導実施率を維持しながら、質の高い保健指導を実施できるようスタッフの研修等を強化し、メタボリックシンドロームの改善につなげ特定保健指導の対象者の減少を目指す必要があります。

	H20	H26	H28	H29(目標)
特定健診実施率	22.3	27.8	29.4	60.0
特定保健指導実施率	33.9	43.5	66.9	60.0
メタボ該当者の割合	17.0	16.9	18.3	16.5
メタボ予備群の割合	11.4	9.0	9.0	8.5

国保特定健康診査等実施状況結果報告

高血圧、脂質異常症及び高血糖の受診勧奨判定値に該当する方の割合、受診勧奨判定値に該当する方の医療機関受診率

受診勧奨判定値に値する方の割合はすべて減少し、脂質異常症と高血糖については目標値を達成しました。なお、受診勧奨判定値に該当する方の、平成 28 年度の医療機関受診率は、現在も受診勧奨中のため数値が確定していませんが、脂質異常症と高血糖については目標値を達成しました。

	高血圧			脂質異常症			高血糖		
	160/100mmHg 以上			LDL コレステロール 160mg/dl 以上又は 中性脂肪 300mg/dl 以上			HbA1c 6.5%以上		
年 度	H26	H28	H29 (目標)	H26	H28	H29 (目標)	H26	H28	H29 (目標)
受診勧奨判定値該当者の割合	5.0	4.3	3.5	13.9	12.1	13.3	3.1	2.0	2.7
受診勧奨判定値該当者の医療機関受診率	69.0	66.4 (未確定値)	67.0	70.7	71.5 (未確定値)	70.0	82.4	85.5 (未確定値)	85.0

特定健診受診結果

通常、通院治療中に実施した血液検査の結果や職場で実施した健診結果を医療保険者に提出した場合（データ提出）、特定健診を受診したとみなされるが、上記表においては、データ提出は受診率からは除いている。

(4) その他の事業

重複・頻回受診者への適切な受診指導

多受診者の多くは、慢性疾患の定期受診の継続によるものとなっていますが、単に受診日数の抑制を勧めるのではなく、慢性疾患の重症化を防ぎ、現状以上の受診日数とならないよう、生活習慣改善などの保健指導を行いました。今後においても重複、頻回受診者に対し適切な受診指導を行うとともに、健康に関する保健指導において適切な受診行動がとれる取組が必要です。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

国の普及率に係る目標数値である数量シェア 80%以上を目指し、レセプト情報に基づいて、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行いました。また、被保険者全員に対して、被保険者証、お薬手帳貼付用の後発医薬品希望シール・希望カードを作成・配布することによる周知に努めることで、平成 28 年度の数量シェアは、66.6%となりました。今後も更なる使用促進を図るための取組が必要です。

2 第2期計画に向けた健康課題

(1) 中長期目標の視点における医療費の状況

1か月当たりの医療費を被保険者総数で除した一人当たりの月平均の医療費と入院の医療費は、同規模市平均及び国より高く、道よりやや低くなっています。また、外来の医療費は、同規模市平均、道及び国よりも高くなっています。

医療費の状況

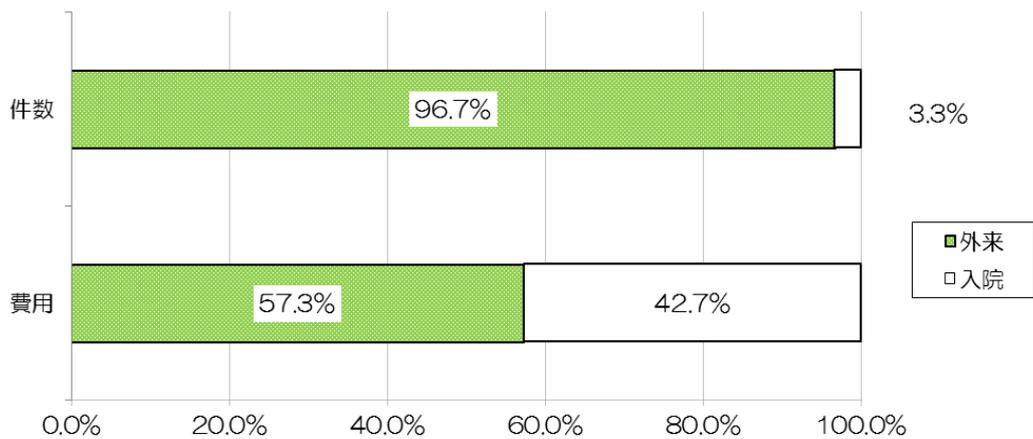
	千歳市	同規模市平均	道	国
月平均	27,480円	25,580円	27,780円	24,250円
外来	15,740円	15,180円	15,340円	14,580円
入院	11,740円	10,400円	12,440円	9,670円

KDBシステム帳票 1,3 (平成28年度)

入院と外来の内訳を見ると、入院はわずか3.3%の件数で、費用額全体の42.7%を占めていることから、入院を減らすことは、長期入院による身体的負担を軽減し、医療費抑制の面からも重要です。

外来と入院の内訳

		千歳市	同規模市平均	道	国
外来	費用の割合	57.3%	59.3%	52.2%	60.1%
	件数の割合	96.7%	97.2%	96.6%	97.4%
入院	費用の割合	42.7%	40.7%	44.8%	39.9%
	件数の割合	3.3%	2.8%	3.4%	2.6%



KDBシステム帳票 No1 (平成28年度)

(2) レセプトの分析

ひと月100万円以上の疾患に係る費用額に対し、虚血性心疾患と脳血管疾患を合わせた費用額の割合は14.1%、6か月以上の長期入院の費用額では、虚血性心疾患と脳血管疾患の割合が22.4%を占めています。

また、長期化する人工透析の費用額は、糖尿病性によるものの割合が47.7%を占めています。

医療費が高額な疾患、6か月以上の入院、長期化する疾患のレセプト内訳

対象レセプト		全体	虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症
ひと月100万円以上	件数	611件	37件	52件	-
			6.1%	8.5%	-
	費用額	9億6,178万円	6,897万円	6,637万円	-
			7.2%	6.9%	-
6か月以上の入院	件数	1,201件	52件	163件	-
			4.3%	13.6%	-
	費用額	5億2,987万円	2,805万円	9,091万円	-
			5.3%	17.1%	-
人工透析	件数	718件	316件	136件	321件
			44.0%	18.9%	44.7%
	費用額	3億3,202万円	1億6,365万円	7,603万円	1億5,823万円
			49.3%	22.9%	47.7%

KDBシステム帳票 10~12 (平成28年度)

生活習慣病の治療者は6,750人で、このうち動脈硬化を引き起こす危険因子の疾患数は、高血圧症が3,783人と一番多くなっています。動脈硬化が重症化した生活習慣病である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症のどの疾患も、動脈硬化危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病に罹患している割合が高いことがわかります。これらの危険因子を早期に発見し、重症化を防ぐために早期受診勧奨や、治療中断を防ぎ、生活習慣を改善することが必要です。

レセプトから見た動脈硬化を引き起こす危険因子の疾患割合(疾患の重複あり)

	レセプト数		虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症
	生活習慣病 の治療者数 構成割合	全体 6,750人		929人	908人
		13.8%	13.5%	1.3%	
動脈硬化 危険因子		高血圧 3,783人	767人	681人	72人
			82.6%	75.0%	80.9%
		脂質異常症 3,547人	732人	639人	71人
			78.8%	70.4%	79.8%
糖尿病 2,027人	467人	386人	89人		
	50.3%	42.5%	100.0%		

KDBシステム帳票 13~19 (平成28年5月診療分)

74 歳以下で人工透析をしている国保加入者は 61 人となっています。
 そのうち 90.2%が高血圧症、脂質異常症が 49.2%、糖尿病が 47.5%と生活習慣病を治
 療している方が多く、虚血性心疾患に罹患している方も 47.5%います。

生活習慣病の積み重ねが慢性腎不全の原因となり、人工透析導入となる場合があるため、
 生活習慣の改善とともに、早期発見・早期治療で予防することが大切です。

人工透析患者一人当たりの年間医療費は約 550 万円となることから、予防的介入により
 透析導入を遅らせることは、医療費の抑制効果が大きいと考えられます。

人工透析患者の生活習慣病治療状況

	国保人工透析患者の生活習慣病治療状況												
	国保人工 透析者数	血管を痛める因子								大血管障害			
		高血圧症		脂質異常症		高尿酸血症		糖尿病		脳血管疾患		虚血性心疾患	
20 歳以下	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30 歳代	1	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
40 歳代	7	7	100.0%	3	42.9%	3	42.9%	2	28.6%	2	28.6%	3	42.9%
50 歳代	16	15	93.8%	6	37.5%	6	37.5%	4	25.0%	2	12.5%	4	25.0%
60～64 歳	31	28	90.3%	18	58.1%	9	29.0%	18	58.1%	12	38.7%	18	58.1%
65～69 歳	3	1	33.3%	2	66.7%	1	33.3%	2	66.7%	1	33.3%	2	66.7%
70～74 歳	3	3	100.0%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	1	33.3%	1	33.3%
合 計	61	55	90.2%	30	49.2%	20	32.8%	29	47.5%	18	29.5%	29	47.5%

KDB システム帳票 19 (平成 28 年 5 月診療分)

(3) 要介護認定等の状況

介護認定者におけるレセプト分析では、認定者 3,688 人中、血管疾患によるものが 3,140 人と 85.1%を占めていました。このうち 40～64 歳の 2号被保険者 100 人中 45 人、65～74 歳の 1号被保険者 499 人中 347 人が血管疾患であり、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糖尿病、高血圧、脂質異常症の重症化を防ぐことが介護予防につながるものと考えられます。

要介護認定状況	受給者区分		2号被保険者		1号被保険者				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳	75歳以上	計				
	被保険者数(人)		30,377		8,979	7,249	16,228			46,605	
	認定者数(人)		100		499	3,089	3,588			3,688	
	認定率(%)		0.3		5.6	42.6	22.1			7.9	
	新規認定者数*1(人)		27		113	431	544			571	
介別 護人 度数	要支援 1・2		28人 28.0%		207人 41.5%	1,077人 34.9%	1,284人 35.8%			1,312人 35.6%	
	要介護 1・2		45 45.0		184 36.9	1,179 38.2	1,363 38.0			1,408 38.2	
	要介護 3・4・5		27 27.0		108 21.6	833 27.0	941 26.2			968 26.2	
有病 状況 レセプトの 診断名 重複あり	疾患 順位	疾病 件数(件) 割合(%)	100	疾病 件数(件) 割合(%)	499	疾病 件数(件) 割合(%)	3,089	疾病 件数(件) 割合(%)	3,588	疾病 件数(件) 割合(%)	3,688
	血管 疾患	循環器 疾患	1	脳卒中 32 32.0	脳卒中 202 40.5	脳卒中 1,395 45.2	脳卒中 1,589 44.3	脳卒中 1,621 44.0			
			2	腎不全 10 10.0	虚血性 心疾患 137 27.5	虚血性 心疾患 1,387 44.9	虚血性 心疾患 1,532 42.7	虚血性 心疾患 1,539 41.7			
			3	虚血性 心疾患 7 7.0	腎不全 53 10.6	腎不全 430 13.9	腎不全 483 13.5	腎不全 493 13.4			
		基礎疾 患*2	糖尿病	25 25.0	糖尿病 234 46.9	糖尿病 1,855 60.1	糖尿病 2,089 58.2	糖尿病 2,114 57.3			
			高血圧	33 33.0	高血圧 300 60.1	高血圧 2,500 80.9	高血圧 2,800 78.0	高血圧 2,833 76.8			
			脂質 異常症	28 28.0	脂質 異常症 237 47.5	脂質 異常症 1,939 62.8	脂質 異常症 2,178 60.7	脂質 異常症 2,206 59.8			
			血管疾 患(合計)	合計 45 45.0	合計 347 69.5	合計 2,748 89.0	合計 2,724 75.9	合計 3,140 85.1			
		認 知 症	認知症	8 8.0	認知症 88 17.6	認知症 1,279 41.4	認知症 1,367 38.1	認知症 1,375 37.3			
			筋・骨格疾患	筋骨格系 40 40.0	筋骨格系 313 62.7	筋骨格系 2,646 85.7	筋骨格系 2,959 82.5	筋骨格系 2,999 81.3			

KDB システム帳票 No47,49 (平成 28 年 5 月診療分)

*1) 新規認定者については KDB システム帳票 42 要介護突合状況の開始年月日を参照し、年度累計を計上

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

*3) 被保険者数は平成 22 年度の国勢調査数で算出されている。5 年ごとの更新。

(4) 特定健診未受診者の状況

特定健診実施率は、平成 27 年度まで増加、28 年度は横ばいで、道より高く、国より低くなっています。

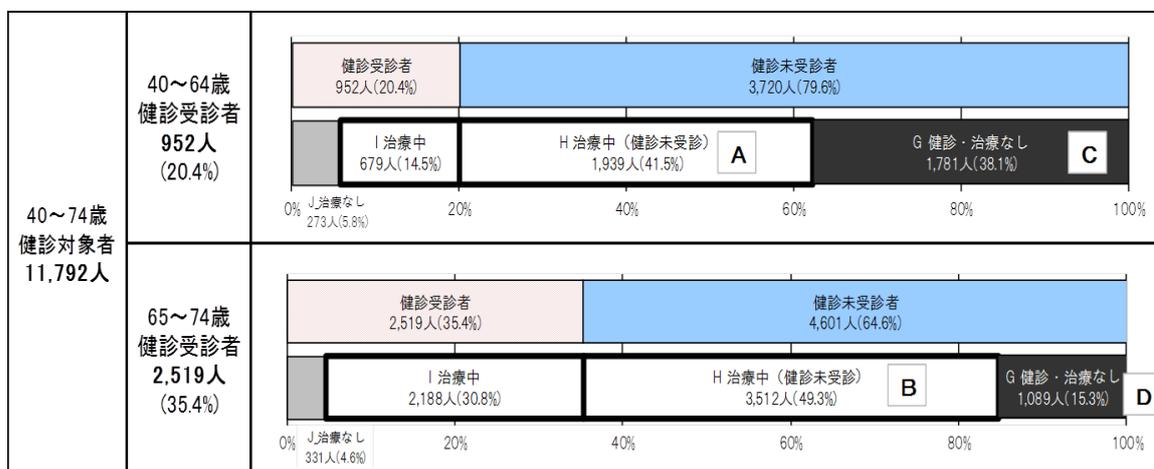
特定健診実施率 (%)

	H25	H26	H27	H28	H29 (目標)
千歳市	26.3	27.8	29.8	29.4	60.0
道	24.7	26.1	27.1	-	60.0
国	34.2	35.3	36.3	-	60.0

国保特定健康診査等実施状況結果報告

平成 28 年度の特定健診未受診者は 8,321 人となっており、うち、特定健診も治療も受けていない 2,752 人については、健診の必要性を啓発し、より受診しやすい体制を構築することが必要です。また、健診は受けていない治療中の方 5,569 人については、特定健診と同等の検査データの提出により特定健診を受診したとみなされることから、検査データ提出の協力が得られるよう働きかけることが必要です。

特定健診対象者の特定健診及び生活習慣病受療状況



KDB システム帳票 26 (平成 28 年度)

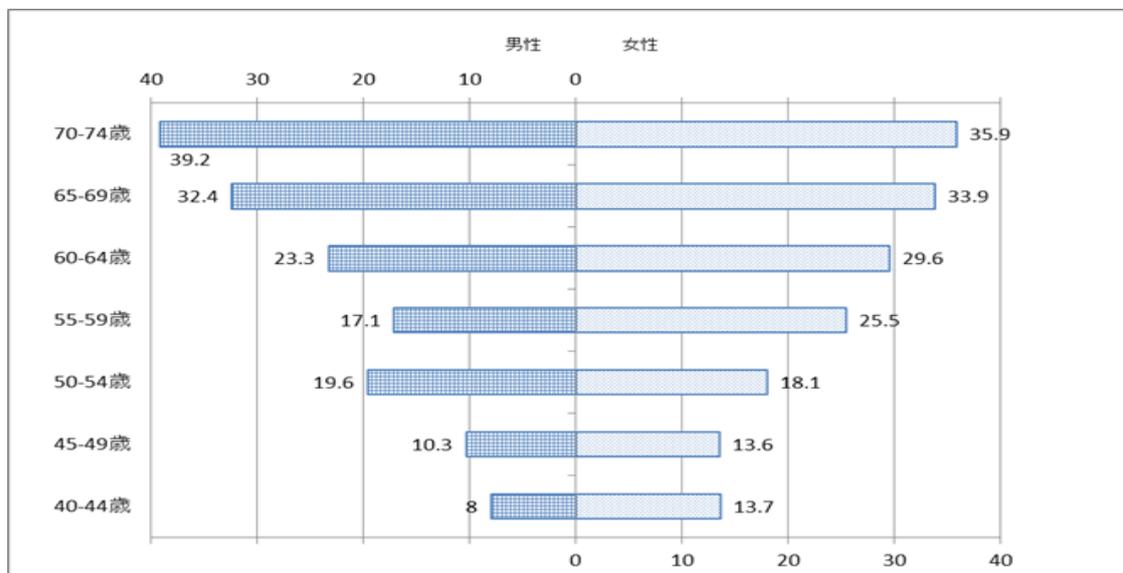
特定健診未受診者 8,321 人の内訳

A + B : 健診未受診・治療中 5,569 人

C + D : 健診未受診・治療なし 2,752 人

年代別にみると、40歳代、50歳代前半の特定健診受診率は20%に満たないため、若いうちから受診率を上げることが課題となっています。

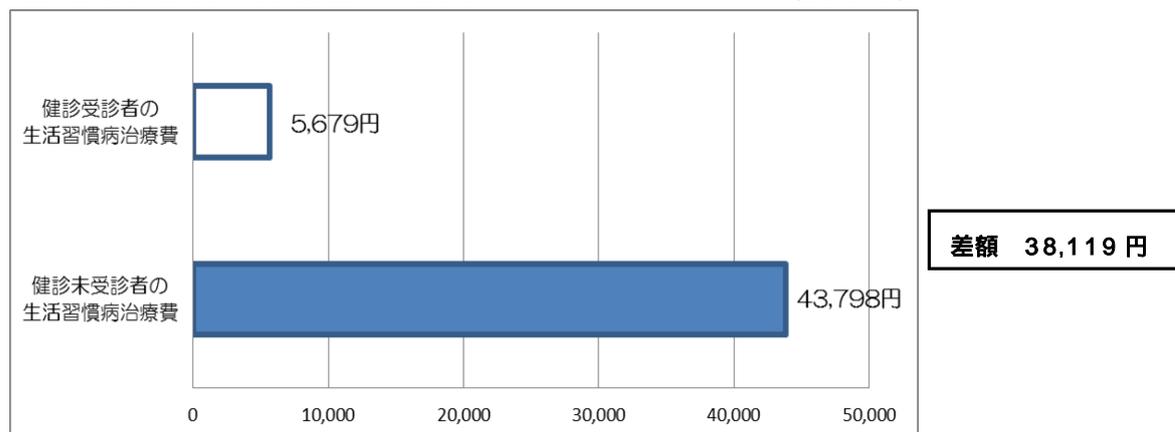
性別・年代別受診率



KDB システム帳票 25 (平成 28 年度)

特定健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、未受診者の一人当たりの医療費は、受診者より月平均 38,119 円高くなっています。特定健診を受けて、生活習慣病の発症および重症化予防につなげ、医療費の抑制を目指す必要があります。

特定健診受診者と未受診者の医療費 (月平均)



KDB システム帳票 3 (平成 28 年度)

(5) 健診結果からみた有所見者の状況

本市の特定健診受診結果のうち有所見割合の項目をみると、上段の男性は空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧がすべての年代において高く、収縮期血圧、LDL コレステロールにおいては有所見者が健診受診者の半数以上になっています。

下段の女性は空腹時血糖がすべての年代で高くなっています。また、HbA1c の有所見者が健診受診者の 47.4%、収縮期血圧の有所見者が 43.3%となっています。

特定健診受診結果

(男性)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
道	33204	35.5	47819	51.1	26300	28.1	21513	23.0	7561	8.1	26861	28.7	46503	49.7	13949	14.9	47697	51.0	24201	25.9	47190	50.5	1408	1.5	
市町村別	合計	466	31.9	702	48.0	415	28.4	317	21.7	92	6.3	562	38.4	717	49.0	245	16.7	845	57.8	407	27.8	737	50.4	38	2.6
	40-64	130	36.9	166	47.2	110	31.3	112	31.8	31	8.8	113	32.1	131	37.2	62	17.6	144	40.9	100	28.4	189	53.7	2	0.6
	65-74	336	30.2	536	48.2	305	27.5	205	18.5	61	5.5	449	40.4	586	52.7	183	16.5	701	63.1	307	27.6	548	49.3	36	3.2

(女性)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
道	30251	22.8	21542	16.3	20589	15.5	12708	9.6	2159	1.6	21597	16.3	61511	46.5	2871	2.2	57067	43.1	20537	15.5	77674	58.7	265	0.2	
市町村別	合計	440	22.0	331	16.6	294	14.7	171	8.6	31	1.6	447	22.4	948	47.4	38	1.9	865	43.3	264	13.2	1129	56.5	3	0.2
	40-64	137	23.0	110	18.5	80	13.4	60	10.1	13	2.2	103	17.3	227	38.1	15	2.5	176	29.5	79	13.3	350	58.7	2	0.3
	65-74	303	21.6	221	15.8	214	15.3	111	7.9	18	1.3	344	24.5	721	51.4	23	1.6	689	49.1	185	13.2	779	55.6	1	0.1

KDB システム帳票 No23 (平成 28 年 5 月診療分)

国については有所見者割合のみ表示

表中 印は、国と道より高値を示す。

BMI：肥満の目安として用いる体格指数。

腹囲：内臓脂肪の有無を簡易的に示す数値

中性脂肪：体内にある脂肪の一種。過剰になると動脈硬化性疾患の危険因子となります。

GPT：肝臓の機能を表す検査。肝細胞が変化したり壊死したりすると上昇します。

HDL コレステロール：善玉コレステロール。 空腹時血糖：血中の糖の値。高値の場合は糖尿病が疑われます。

HbA1c：過去 1～2 か月の平均的な血糖の状態を表す値。高値の場合は糖尿病が疑われます。

尿酸：血中の尿酸の量を表す数値。

収縮期血圧：最高血圧。血圧が高い状態は血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させます。

拡張期血圧：最低血圧。血圧が高い状態は血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させます。

LDL コレステロール：悪玉コレステロール。

クレアチニン：腎臓の機能を表す指標です。

特定健診受診者のうち、メタボリックシンドロームの有所見については、男女ともメタボリックシンドローム該当者は同規模市平均、道及び国より高くなっています。予備群は同規模市平均、道及び国より低くなっています。

また、重症化しやすい状態である血圧と脂質の2項目合併している人の割合は9.4%、血糖・血圧・脂質の3項目合併している人の割合は5.6%と、どちらも同規模平均、道、国より高くなっています。

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなることから、早期のうちに発見し、生活習慣改善に取り組むことが必要です。

特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合(%)

項目	千歳市	同規模市平均	道	国	
メタボリックシンドローム	該当者	18.3	17.5	16.6	17.3
	男性	29.4	27.4	27.5	27.5
	女性	10.1	9.9	8.8	9.5
	予備群	9.0	10.7	10.6	10.7
	男性	15.0	17.1	17.9	17.2
	女性	4.6	5.9	5.5	5.8
腹囲	総数	29.8	31.6	30.7	31.5
	男性	48.0	49.7	51.1	50.1
	女性	16.6	17.9	16.3	17.3
BMI	総数	5.7	4.8	6.4	4.7
	男性	2.3	1.6	2.6	1.7
	女性	8.1	7.1	9.1	7.0
血糖のみ	0.7	0.7	0.6	0.7	
血圧のみ	6.3	7.4	7.4	7.4	
脂質のみ	2.0	2.6	2.7	2.6	
血糖・血圧	2.5	2.7	2.4	2.7	
血糖・脂質	0.7	1.0	0.8	1.0	
血圧・脂質	9.4	8.4	8.5	8.4	
血糖・血圧・脂質	5.6	5.3	4.9	5.2	

KDB システム帳票 1,3,5 (平成28年度)

表中、印は、国及び道よりも高い値を示す

(6) 重症化予防対象者の状況

特定健診受診者のうち、虚血性心疾患、脳血管疾患及び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、平成28年度は健診受診者3,549人のうち、重症化予防対象者（重症化の方）は1,164人で32.8%であり、そのうち医療が必要な状況でありながら未治療の方が335人いました。

中でも臓器障害があり、早急に受診が必要な方は141人おり、未治療者の42.1%を占めています。

臓器障害の状態を放置することで、要介護の原因となる脳血管疾患の発症や、慢性腎不全の悪化による透析治療の開始、狭心症や心筋梗塞の悪化等、重篤な疾病を引き起こしかねない状態につながることから、医療機関の受診、食生活の改善、禁煙、節酒等の取組が必要です。

重症化予防対象者の状況（人）

国保資格喪失者を含む

健康課題	重症化予防対象者(実人数)		高血圧症		脂質異常症		糖尿病		慢性腎不全		
			度高血圧以上		LDLコレステロール 180mg/dl以上		HbA1c 6.5%以上		eGFR(50未満、 70歳以上は 40未満)		
健診結果	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28	
年度	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28	
重症化予防対象者 (受診者中の割合)	1,139 32.0%	1,164 32.8%	224 6.8%	228 6.4%	183 5.1%	137 3.9%	197 5.5%	211 5.9%	147 4.1%	162 4.6%	
未治療者	407	335	140	122	166	117	92	100	42	58	
再掲	臓器障害あり	166	141	59	48	50	39	32	26	42	58
	(未治療者の中の割合)	40.8%	42.1%	42.1%	39.3%	30.1%	33.3%	34.8%	26.0%	100%	100%
治療中	732	829	104	106	17	20	105	111	105	104	

特定健診受診結果

* 度高血圧以上：高血圧治療ガイドラインの分類。収縮期血圧160mmHg以上拡張期血圧100mmHg以上。

3 目標設定

国が示すデータヘルス計画は、健康寿命の延伸のため、被保険者の健康の保持増進により、虚血性心疾患死亡率の減少、脳血管疾患死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少を目指しています。本市においては、健康課題を分析した結果に基づき、中長期目標と、中長期目標を達成するための短期目標を設定します。

成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

データ分析では、医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで医療費が高額になる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症」を増加させないことが必要という結果になりました。

また、本市も高齢化率が上昇しており、加齢に伴う心臓、脳及び腎臓の血管の硬化により、生活習慣病の発症しやすく、かつ重症化しやすい方が増加することも考慮し、発症予防及び発症しても重症化させない重症化予防の視点で保健事業をすすめ、「平成35年度には、平成28年度と比較して、患者千人当たりの新規患者数を増加させないこと」を目標とします。

患者千人当たり新規患者数

年度	虚血性心疾患			脳血管疾患			糖尿病性腎症			人工透析		
	H26	H28	H35 目標	H26	H28	H35 目標	H26	H28	H35 目標	H26	H28	H35 目標
新規患者数	5.9	7.6	5.9	3.8	3.5	3.5	0.4	0.9	0.4	0.3	0.1	0.1

KDB システム帳票 40 平成28年5月分

(2) 短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症を予防するためには、高血圧、脂質異常症及び高血糖を重症化させないことが必要です。重症化させないためには、40歳未満からの健診の利用、身体状況を確認するための特定健診や特定保健指導の利用、医療受診が必要な方や治療中断者の方の医療受診や生活習慣改善の取り組み等が必要です。このことから短期的な目標は、次のとおりとします。

重症化予防対象者の割合の減少

		重症化予防対象者数													
		主な内訳													
		高血圧			脂質異常症			高血糖			慢性腎不全				
		160/100mmHg以上			LDLコレステロール180mg/dl以上			HbA1c 6.5%以上			eGFR(50未満、70歳以上は40未満)				
年度	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標
人数(人)	1,139	1,172		244	230		183	136		197	212		147	161	
割合(%)	32.0	32.8	29.0	6.8	6.4	6.2	5.1	3.8	3.5	5.5	5.9	5.3	4.1	4.5	4.0

特定健診受診結果

特定健診及び特定保健指導の実施率の増加

(%)

	H20	H26	H28	H35(目標)
特定健診実施率	22.3	27.8	29.4	60.0
特定保健指導実施率	33.9	43.5	66.9	69.0

国保特定健康診査等実施状況結果報告

特定保健指導対象者の割合減少

(%)

	H35(目標)
特定保健指導対象者の割合減少率(対20年度比)	25.0%以上減

国保特定健康診査等実施状況結果報告

40歳未満の被保険者健診受診者の増加

(人)

	H26	H28	H35(目標)
19~40歳未満の健診受診者数(国保加入者)	31	121	150

40歳未満健診(さわやか健診)受診結果

受診勧奨判定値に該当する方の医療機関受診率の増加

(%)

	高血圧			脂質異常症			高血糖		
	160/100mmHg以上			LDLコレステロール160mg/dl以上又は中性脂肪300mg/dl以上			HbA1c 6.5%以上		
年度	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標	H26	H28	H35目標
受診勧奨判定値に該当する方の医療機関受診率	69.0	66.4	69.0	70.7	71.5	72.0	82.4	85.5	87.0

H28年度はH30.2.8時点の数値のため、今後増加する見込み

特定健診受診結果

4 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症における共通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の減少を目指すために特定健診における血圧、脂質、血糖の検査結果を改善していくこととします。

そのためには、生活習慣病の発症予防と重症化予防の取組みを実施していく必要があります。

発症予防としては、40歳前からの健診利用や40歳以降は特定健診・特定保健指導の利用で生活習慣病の発症を予防することを目指し、第3期国保特定健診等実施計画に基づき、特定健診・特定保健指導を実施します。

重症化予防としては、虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症を引き起こす前に、未治療者や治療中断者への医療機関受診勧奨や生活習慣改善のための保健指導を実施します。

また、ポピュレーションアプローチとしては、幅広く特定健診や保健指導の必要性や、本市の健康状況等を周知します。加えて、第2次千歳市健康づくり計画に掲げる健康寿命の延伸のための施策である、バランスのとれた栄養・食生活、適度な運動、休養、飲酒・禁煙、歯・口腔の取組みに国保被保険者が参加できるよう周知・啓発していきます。

【発症予防の取組】

事業名	(1) 40歳未満の健診受診勧奨事業
目的・目標	生活習慣病の発症予防のため、40歳未満健診受診の習慣化と早期介入を図ります。
目標値	40歳未満の健診受診数(19～40歳未満の国保被保険者) H35年度：150人
事業の概要	対象者に年2回受診案内を送付。健診受診後、精密検査対象者、保健指導対象者を抽出し受診勧奨と保健指導を実施します。
対象	19～40歳未満までの国保被保険者

事業名	(2) 特定健診事業
目的・目標	特定健診対象者の生活習慣病の早期発見や重症化予防を図ります。
目標値	特定健診実施率 H35年度：60.0%
事業の概要	年度初めに特定健診受診券と受診案内を送付します。個別健診、集団健診を実施します。 第3期千歳市国保特定健診等実施計画に基づき実施します。
対象	40～74歳までの国保被保険者(妊婦、海外在住など厚生労働大臣が定めるものは除く)。

ポピュレーションアプローチ：対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方。

事業名	(3) 特定健診未受診者対策事業
目的・目標	生活習慣病の発症予防のため、特定健診未受診者に対し受診の習慣化を図ります。
目標値	特定健診実施率 H35年度：60.0%
事業の概要	<p>個別勧奨(電話や文書による受診勧奨、データ提出依頼文書勧奨) 周知啓発(特定健診受診券を全対象者に送付、広報号外で健診ガイドを全戸配布、広報により定期的な周知、ジェネリック通知文にデータ提出案内等)</p> <p>受けやすい健診体制(女性の健診日設定、土日の健診日設定、早朝健診、30分毎の予約制度、がん検診など他健診と同時受診可能、札幌がん検診センターまでの無料巡回バス運行)</p> <p>個別健診事業年齢の拡大(新規)</p> <p>国民健康保険に加入している65歳以上の方に対し、集団健診に加えて、個別健診の受診利用について検討。</p> <p>若い年代の受診率向上に向けた取組(新規)</p> <p>40～64歳までの、若い年代の受診率向上に向けた施策を検討。</p>
対象	40～74歳までの国保被保険者で国保特定健診未受診者。

事業名	(4) 特定保健指導事業
目的・目標	特定保健指導対象者の生活習慣改善を図り、生活習慣病の発症や重症化を予防します。
目標値	特定保健指導実施率 H35年度：60.0%
事業の概要	<p>対象者全員に保健指導の案内を送付し、訪問等による個別指導、集団教室(栄養・運動) 保健指導日、栄養相談日を利用して実施します。</p> <p>第3期国保特定健診等実施計画に基づき実施します。</p>
対象	特定健診の受診結果で特定保健指導対象者となった者。

【重症化予防の取組】

事業名	(1) 受診勧奨判定値を超えている方へのフォローアップ勧奨事業
目的・目標	医療が必要な方に受診勧奨を実施し生活習慣病の重症化予防を行います。
目標値	受診勧奨判定値該当者の受診率 H35年度目標値(特定健診受診者中) 血压: 69.0% LDLコレステロール: 72.0% HbA1c: 87.0%
事業の概要	対象者を抽出し、医療機関の受診勧奨を実施します。
対象	特定健診受診者のうち、受診勧奨判定値を超える方 血压: 160/100mmHg以上 脂質: LDLコレステロール 160mg/dl以上又は 中性脂肪 300mg/dl以上 HbA1c: 6.5%以上 医師の指示で受診が必要と判断された方(心房細動等)

事業名	(2) 受診勧奨判定値を超えている方への保健指導事業
目的・目標	高血圧、脂質異常症、高血糖及び慢性腎不全の重症化を予防します。
目標値	H35年度目標値(特定健診受診者中) 重症化対象者全体: 29.0% 血压 6.2% LDLコレステロール: 3.5% HbA1c: 5.3% eGFR: 4.0%
事業の概要	対象者を抽出し、保健指導を実施します。
対象	特定健診受診者のうち、受診勧奨判定値を超える方 血压: 160/100mmHg以上 脂質: LDLコレステロール 180mmHg以上 HbA1c: 6.5%以上(治療者 7.0%以上) eGFR: 50未満(70歳以上は 40未満)

事業名	(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業
目的・目標	糖尿病性腎症を予防し、人工透析への移行を防止します。
目標値	患者千人当たり新規患者数 H35年度目標値 糖尿病性腎症 0.4人
事業の概要	<p>対象 に対しては、個別通知を送付し受診勧奨を実施します。糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携をとりながら治療が継続できるよう指導し、受診結果を確認します。</p> <p>対象 に対しては、尿蛋白±の者にはアルブミン尿検査を勧めます尿アルブミン陽性者と尿蛋白+1以上の者には専門医受診勧奨を実施します。eGFR30未満の者(4期)は専門医受診を勧め、かかりつけ医と連携しながら保健指導を実施します。</p> <p>eGFR30から60未満の者には、専門医受診勧奨と保健指導を実施し、受診有無と保健指導の結果を確認します。</p> <p>進捗管理は、糖尿病管理台帳(資料図)及び年次計画(資料図)を使用します。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防事業は、厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて実施します。</p> <p>評価は、短期的評価と中長期評価を実施します。</p> <p>短期的評価：医療機関受診率、保健指導実施率、服薬状況等</p> <p>中長期的評価：「評価ツール 様式6-1」(資料図)を使用して評価します。</p>
対象	<p>医療機関未受診者：空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上</p> <p>糖尿病治療中断者：過去3年程度の特定健診の受診結果で、HbA1c6.5%以上のうち、直近1年間で糖尿病受療歴がない方</p> <p>ハイリスク者：特定健診の受診結果で、糖尿病性腎症の病期が2・3・4期と思われる者(糖尿病治療中で、eGFR60ml/分/1.73m²未満か尿蛋白+以上どちらかに該当する者)</p>

5 その他の取組み

(1) 重複・頻回受診者への適切な受診指導

レセプト情報等を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者や、同一診療科目を多数受診する頻回受診者に対し、適切な受診の指導を行います。

(2) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

後発医薬品の普及は、患者負担の軽減及び医療費削減に資するものと考えられるため、国は、数量シェアを平成32年9月までに80%以上とする目標を示しております。

このため、本市においても、この国の数値を目標にし、レセプト情報に基づいて、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行うとともに、被保険者全員に対して、被保険者証・お薬手帳貼付用の後発医薬品希望シールや希望カードの作成・配布を行うなど、後発医薬品の使用促進を一層図るための取組を行います。

6 地域包括ケアに係る取組

本市国民健康保険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ます。

また、平成29年3月の地域包括ケア研究会報告書において「団塊の世代が高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向けて、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。」と公表されています。

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等の包括的ケアの推進とともに、生活習慣病を予防し、発症しても重症化しないことが、寝たきりや認知症といった要介護状態を予防し、長期入院や治療、高額な医療費がかかる疾患の予防につながることから、本市国民健康保険においても健診・保健指導の利用、対象者への重症化予防事業の取組みを推進していきます。

また、介護を引き起こす要因分析はKDBシステム等を活用して行い、後期高齢者になっても、健診や保健指導データを切れ目なく引き継ぎ、継続的な支援ができるようにします。

また、本市国保被保険者のうち、認知症や身体の衰弱等、介護や福祉的な必要と思われる状態にある場合は、国保担当部門のほか、庁内各部局と連携をとりながら指導を実施します。

7 計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

本計画の期間は6年間ですが、進捗状況確認のため中間評価を行います。なお、最終年度の平成35年度においては、次期千歳市国保データヘルス計画の策定を円滑に行うため、上半期で評価することとします。

(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つの指標で評価が求められています。KDBシステムや特定健診の実績報告を活用し、受診率、受療率、健診の受診傾向等の分析や経年比較は毎年行います。評価内容は、国保運営協議会に報告し、意見交換や助言を受けるものとします。

評価における4つの指標

ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	事業の運営状況を定期的に管理できる体制の整備 (組織編制・予算等、担当部局と調整)
プロセス(保健事業の実施過程)	必要なデータの入手(管理台帳等) 適正な人員配置(事業量と専門職の配置) スケジュール管理(年間計画)
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	計画した保健事業の実施の有無 実施率、実施回数
アウトカム(成果)	中長期・短期目標達成状況 実施率の向上状況(特定健診受診率等の増減状況)

8 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

本計画の作成・変更時には、遅滞なく公表するものとし、公表方法は、千歳市ホームページへの掲載や広報等を活用します。

なお、公表・配布にあたっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の概要版を作成する等、わかりやすい内容で行います。

(2) 個人情報の保護

本計画で実施する保健事業や分析・評価等で利用するデータの取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」及び「千歳市個人情報保護条例」を遵守します。

また、事業を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

第4章 第3期千歳市国民健康保険特定健診等実施計画

1 計画の位置付けと期間

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされています。計画の策定にあたっては、第2期千歳市国民健康保険データヘルス計画等と整合性を図るとともに、計画期間は、道の医療費適正化計画と合わせた6年間とします。

2 目標値の設定

国が示す目標値は、平成35年度に特定健診実施率60%、特定保健指導実施率60%となっています。特定保健指導は平成29年度に国の目標値に達していますが、さらに高い目標値を設定します。

(%)

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	国目標値
特定健診実施率	30.0	35.0	40.0	45.0	50.0	60.0	60.0
特定保健指導実施率	67.0	67.0	68.0	68.0	69.0	69.0	60.0

3 対象者数及び受診者数の見込み

計画期間の本市国民健康保険加入者を推計し、特定健診の対象者数及び特定保健指導対象者数を算定しました。

(人)

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	12,175	11,708	11,259	10,827	10,412	10,013
	受診者数	3,652	4,097	4,503	4,872	5,206	6,007
特定保健指導	対象者数	310	348	382	414	442	510
	受診者数	207	233	255	281	304	351

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診は特定健診実施機関に委託し、千歳市総合保健センター又は健診実施機関で受診する集団健診と、市内指定医療機関で受診する個別健診を実施します。

(2) 特定健診委託基準

「高齢者の医療の確保に関する法律」第28条及び「特定健康診査の実施に関する基準(厚生労働大臣告示特定健康診査の外部委託に関する基準)」第16条第1項に基づくものとします。また、各健診実施機関で同じ測定値が得られるようにするため、外部委託先に対して「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠した精度管理を求めます。

(3) 実施機関リスト

特定健診実施機関は、市のホームページ、広報号外や健診ガイド等で周知します。

(4) 健診項目

健診項目は、「特定健康診査及び特定保健指導に実施に関する基準」に定められた「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」を全員に実施します。なお、第3期計画から血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNON-HDL(ノンエイチディーエル)コレステロールの測定に変えられることとなっています。

また、本市においては、糖尿病性腎症等、糖尿病の予防に重点を置いていることから、基本的な健診項目において選択項目とされている血糖検査は空腹時血糖とHbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)の両方を受診者全員に実施します。

また、腎機能に影響する「痛風」を把握する血清尿酸検査を追加実施します。

区分	内容		
基本的な 健診の項目	質問(問診)	食事・運動習慣、服薬歴、喫煙歴等	
	身体計測	身長、体重、BMI(体格指数)、腹囲(内臓脂肪面積)	
	理学的所見	身体診察	
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血液 検査	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、HbA1c
		肝機能検査	GOT、GPT、 γ -GTP
尿検査	尿糖、尿蛋白		
詳細な 健診項目	心電図検査		
	眼底検査		
	血液 検査	貧血検査	赤血球数、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
尿酸検査		血清尿酸	
独自の追加項目			

(5) 実施スケジュール・案内方法

特定健診は、5月から翌年3月末まで実施します。特定健診対象者に特定健康診査受診券を送付する際に、特定健診の年間スケジュールについて周知します。また、広報ちとせ及びホームページ、地域の情報誌、健診ガイド全戸配布等でも周知します。

(6) データ受領

本人同意のもと、保険者が診療における検査データや他で受診した健診結果の提供を受け、特定健診の結果のデータとして活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払の代行は、北海道国民健康保険団体連合会に委託します。

5 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 28 条及び「特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導のレベルの階層化を行い、積極的支援、動機づけ支援とされた人に対して、特定保健指導を実施します。

(2) 実施方法

特定保健指導は、医療保険者である千歳市国民健康保険が直接実施します。

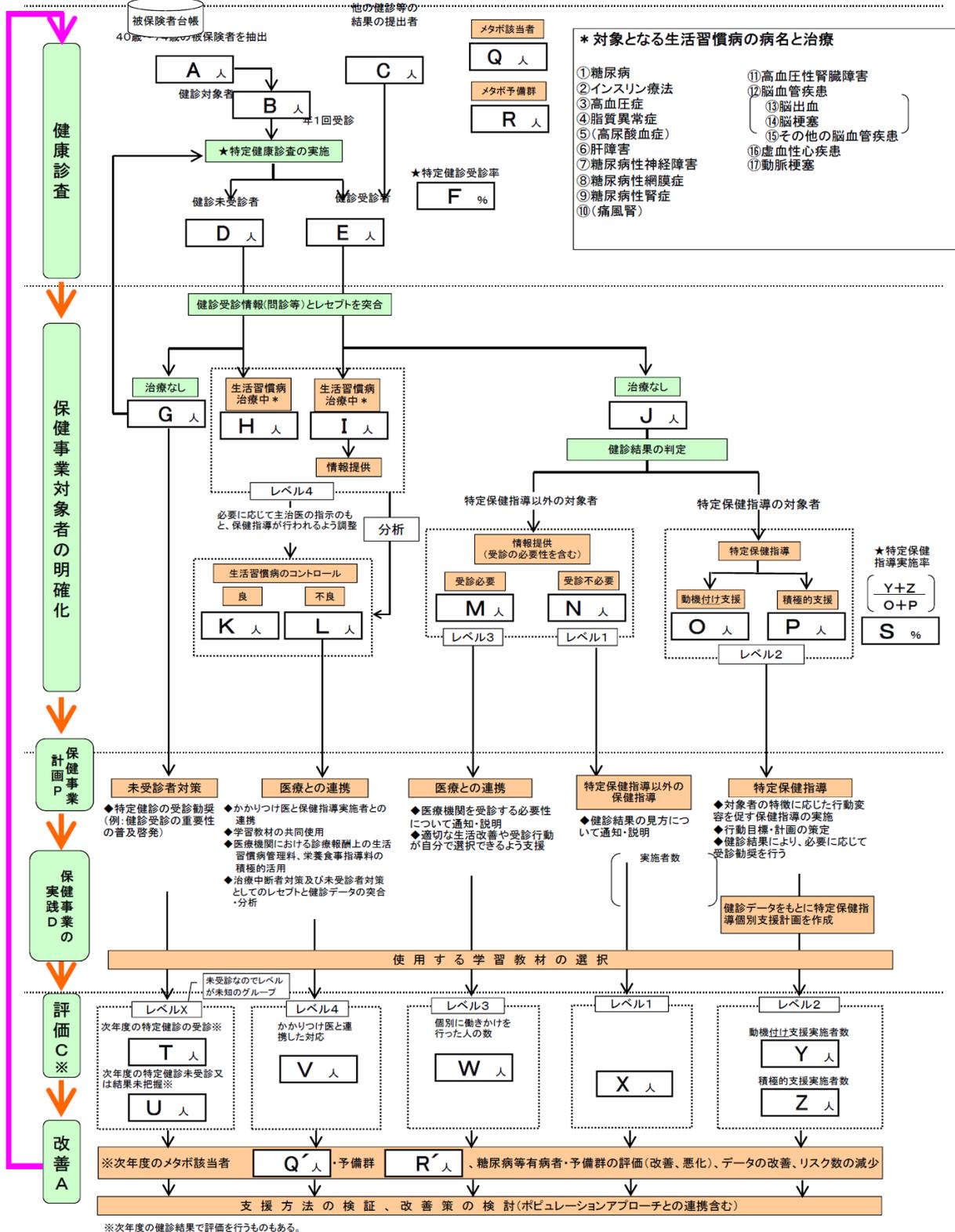
(3) 保健指導の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年度案)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と優先順位を設定します。

標準的な健診・保健指導のプログラム（平成30年度案）様式5-5

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

様式5-5



(4) 実施期間

特定健診の結果、初回面接を起点とした3か月間としますが、指導の状況により6か月間で実施する場合があります。

(5) 周知及び案内

特定健診受診後、速やかに対象者に通知します。

6 個人情報の保護

(1) 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扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」及び「千歳市個人情報保護条例」を遵守します。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

(2) データの管理及び保管

特定健診及び特定保健指導の実施結果は、「電磁的方式により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて」に基づき作成されたデータ形式で、代行機関が管理する「特定健診等データ管理システム」に保管されます。

また、他の検診結果との一元管理及び経年管理のために、市が管理する「市民健康診断健康管理システム」に電子データとして記録・保管します。

(3) 保管期間について

特定健診及び特定保健指導に関する記録の保管期間は、記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年間とします。

7 結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際に、国の示す標準的な様式に基づいて報告するよう大臣告示及び通知で定められています。

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

8 計画の公表・周知

(1) 計画の公表

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第3項に従い、作成・変更時は遅滞なく公表するものとします。公表方法は、千歳市ホームページの掲載や広報等を活用します。

(2) 啓発・普及対策

特定健康診査・特定保健指導に関する啓発・普及活動は、ホームページをはじめ、広報ちとせ、健診ガイドの配布、啓発ポスターの掲示等を通じて行います。

健診の時期、場所、保健指導の内容等について、わかりやすい内容で周知に努めます。又、若い世代から健診の習慣化を図るため、40歳未満にも健診案内を送付する等、健康管理の意識向上に向けて周知を図ります。

用語解説

用語	解説
メタボリックシンドローム	内臓脂肪肥満に加えて、高血糖、高血圧及び脂質異常のうちいずれか2つ以上あわせもった状態。
レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬明細書。
ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチする考え方。
虚血性心疾患	心臓の血管である冠状動脈が狭くなったり、つまってしまうことでおこる病気。「心筋梗塞」や「狭心症」等がある。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差。
国保データベース (KDB)システム	国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム。本システムを活用することで、健康づくりに関するデータ作成が効率化され地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となる。
人工透析	人工的に血液中の毒素をろ過し取り除く治療。慢性腎不全等、腎臓の働きが著しく低下した場合の治療のひとつ。
生活習慣病	脳血管疾患、心臓病、糖尿病、がん等に代表され、食生活、喫煙、運動等の生活習慣がその発症や進行に大きく関与する病気。
脳血管疾患	脳の動脈に異常がおこる病気の総称。脳出血や脳梗塞等がある。
非肥満高血糖	腹囲男性 85 cm以下、女性 90 cm以下で空腹時血糖 110 mg/dl 又は、HbA1c 6.0%以上の状態。
標準化死亡率 (SMR)	年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率。
1号被保険者	65歳以上の介護保険被保険者。
2号被保険者	40～64歳の介護保険被保険者。
BMI (Body Mass Index)	肥満かどうかの目安として用いる体格指数。 「BMI=22」を基準とし、18.5未満はやせ、18.5～24.9は適正範囲、25以上は肥満と判定。BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
PDCA サイクル	事業活動における生産管理や品質管理などの管理常務を円滑に進めるための手法の1つ。Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)の頭文字をつなげたもの。

資料

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

年次計画

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						
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(+)	()	人			
	健診未受診者	()	人			
	結果把握(内訳)					
	国保(生保)	()	人			
	後期高齢者	()	人			
	他保険	()	人			
	住基異動(死亡・転出)	()	人			
	確認できず	()	人			
	-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					
保健指導の優先づけ	結果把握	()	人			
	HbA1cが悪化している	()	人			
	例)HbA1c7.0以上で昨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					
	尿蛋白 (-)	()	人			
	(±)	()	人			
(+) ~顕性腎症	()	人				
eGFR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				
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		
				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		
				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		
				栄養士中心		
				腎専門医		

評価ツール 様式 6-1

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	5	都道 府県	北海道	市町村名	千歳市			
項目	総合 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266				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	被保険者数	A	18,384人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	(再掲)40-74歳		13,804人									
2	特定健診	B	11,792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		
	対象者数		3,471人									
	受診率	C	29.4%									
3	特定 保健指導		290人									
	実施率		66.9%									
4	健診 データ	糖尿病型	E	487人	14.0%						特定健診結果	
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	147人	30.2%							
		治療中(質問票 服薬あり)	G	340人	69.8%							
		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	コントロール不良	147人	43.2%						
				血圧 130/80以上	88人	59.9%						
				肥満 BMI25以上	69人	46.9%						
		コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	193人	56.8%							
		第1期 尿蛋白(-)	M	411人	84.4%							
		第2期 尿蛋白(±)		45人	9.2%							
		第3期 尿蛋白(+)		30人	6.2%							
第4期 eGFR30未満	1人	0.2%										
5	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		110.3人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険者対)		144.7人								
		レセプト件数 (40-74歳) (1人は被保険者対)	入院外(件数)	10,559件	(797.1)			9,887件	(770.4)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
			入院(件数)	68件	(5.1)			65件	(5.0)			
		糖尿病治療中	H	2,027人	11.0%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳		1,997人	14.5%							
		健診未受診者	I	1,657人	83.0%							
		インスリン治療	O	226人	11.1%							
		(再掲)40-74歳		224人	11.2%							
		糖尿病性腎症	L	89人	4.4%							
		(再掲)40-74歳		89人	4.5%							
		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		27人	1.33%							
		(再掲)40-74歳		27人	1.35%							
新規透析患者数		5人	18.50%									
(再掲)糖尿病性腎症		3人	11.1%									
[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)		82人	3.2%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 後期ユーザー			
6	医療費	総医療費		59億1819万円				53億6462万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		生活習慣病総医療費		35億2315万円				30億4443万円				
		(総医療費に占める割合)		59.5%				56.8%				
		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		5,682円				7,618円			
			健診未受診者		43,862円				33,667円			
		糖尿病医療費		3億4937万円				3億0618万円				
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.9%				10.1%				
		糖尿病入院外総医療費		9億9547万円								
		1件あたり		38,076円								
		糖尿病入院総医療費		6億6094万円								
		1件あたり		586,979円								
		在院日数		17日								
慢性腎不全医療費		3億0400万円				3億0863万円						
透析有り		2億8923万円				2億8998万円						
透析なし		1478万円				1864万円						
7	介護	介護給付費		41億5677万円				49億7433万円				
	(2号認定者)糖尿病合併症		10件	20.0%								
8	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人	0.6%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		