

第3期弘前市国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

2024(令和6)年3月
弘前市

はじめに

国民健康保険(以下「国保」)を含む医療保険の医療費は年々増加し、医療費の適正化が課題となっています。このことから、国では、平成30年度から国保の財政運営を都道府県単位化し、市町村の財政基盤の強化を図るとともに、青森県においては、保健事業を含む事務処理の標準化を目指して県内市町村との議論を活発化させています。

このような状況を踏まえ、本市では第3期弘前市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)(以下「本計画」)を策定しました。

本計画の対象者である本市の国保被保険者の人数は、団塊世代の後期高齢者医療制度への移行が進んでいることにより減少傾向であるものの、新型コロナウイルス感染症の収束傾向に伴う受診控えの反動や、国保被保険者の高齢化と医療の高度化により、国保被保険者1人当たりの医療費は著しい増加傾向となっています。

本計画では医療費適正化や健康寿命の延伸を図るため、法定実施である国保特定健診及び国保特定保健指導に加えて、一般社団法人弘前市医師会と連携協定を締結して実施している糖尿病性腎症重症化予防事業などの保健事業や、産学官民連携による取組についても進めていくこととしています。

このような様々な取組を着実に進めていくことが、医療費の適正化や国保被保険者のQOLの向上、ひいては本市の目指す「健康都市弘前」の実現につながっていくものと考えています。そのためには、市民の皆様の取組が重要となります。

国保被保険者を含む市民の皆様には、「健康都市弘前」の実現に向けた3つのスローガン「運動:あと10分、今より多く体を動かそう」、「食事:あと70g、ベジファーストで野菜を食べよう」、「健診:年1回、健診(検診)を受けよう」に、ぜひ取り組んでいただきますようお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、ご審議いただいた弘前市国民健康保険運営協議会の委員の皆様をはじめ、ご意見をいただきました市民の皆様にご心より感謝を申し上げます。

2024(令和6)年3月

弘前市長 櫻田 宏

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 …… 1

- 1 背景・目的
- 2 計画の位置付けと基本的な考え方
- 3 計画期間
- 4 関係者が果たすべき役割と連携
 - (1) 弘前市の役割
 - (2) 関係機関との連携
 - (3) 被保険者の役割

第2章 第2期データヘルス計画の評価及び第3期データヘルス計画

における健康課題の明確化 …… 9

- 1 保険者の特性
- 2 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察
 - (1) 第2期データヘルス計画の評価
 - (2) 主な個別事業の評価と課題
 - (3) 第2期データヘルス計画に係る考察
- 3 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 健康課題の明確化
 - (3) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) …… 35

- 1 第4期特定健康診査等実施計画について
- 2 目標値の設定
- 3 対象者数の見込み
- 4 特定健診の実施
- 5 特定保健指導の実施
- 6 特定健診等未受診者対策
- 7 結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業	43
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)肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	
(3)脳血管疾患重症化予防	
(4)虚血性心疾患重症化予防	
3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
4 発症予防・ポピュレーションアプローチ	
5 産学官民連携による健康づくり	
6 地域包括ケアに係る取組及びその他の取組	
第5章 計画の評価・見直し	75
1 評価の時期	
2 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	76
1 計画の公表・周知	
2 個人情報の保護	
参考資料	77

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(以下「国指針」という)において、市町村国保は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画(データヘルス計画)(以下「データヘルス計画」という)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期データヘルス計画」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期データヘルス計画は、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(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と整合のとれたものとする必要があります。(図表 1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、全ての年代の弘前市国民健康保険の被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表 2、3、4、5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組む、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

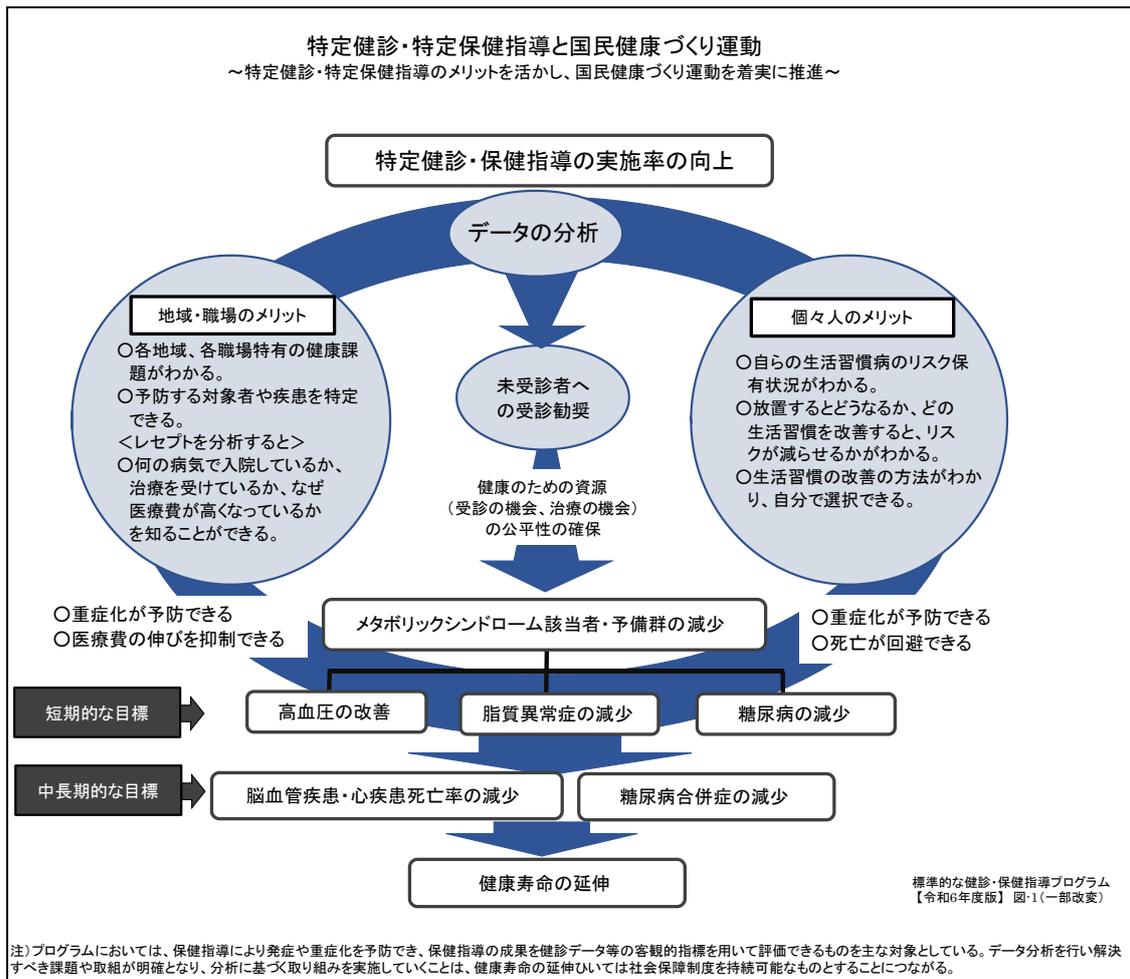
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目する。

※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・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のこと。

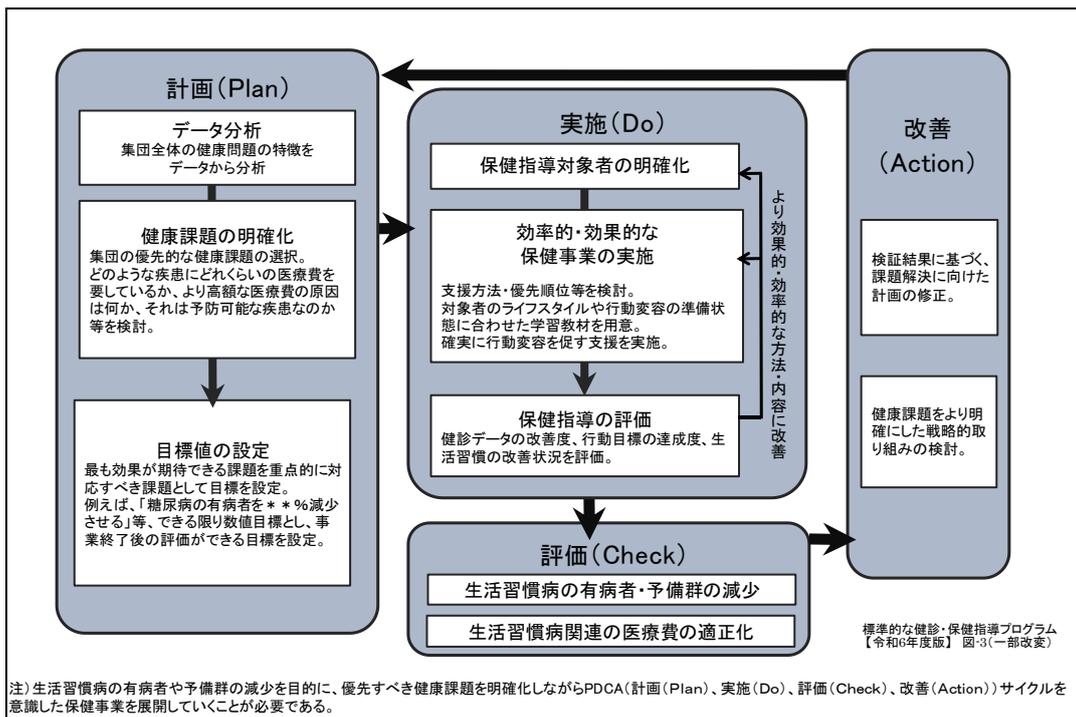
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効果的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

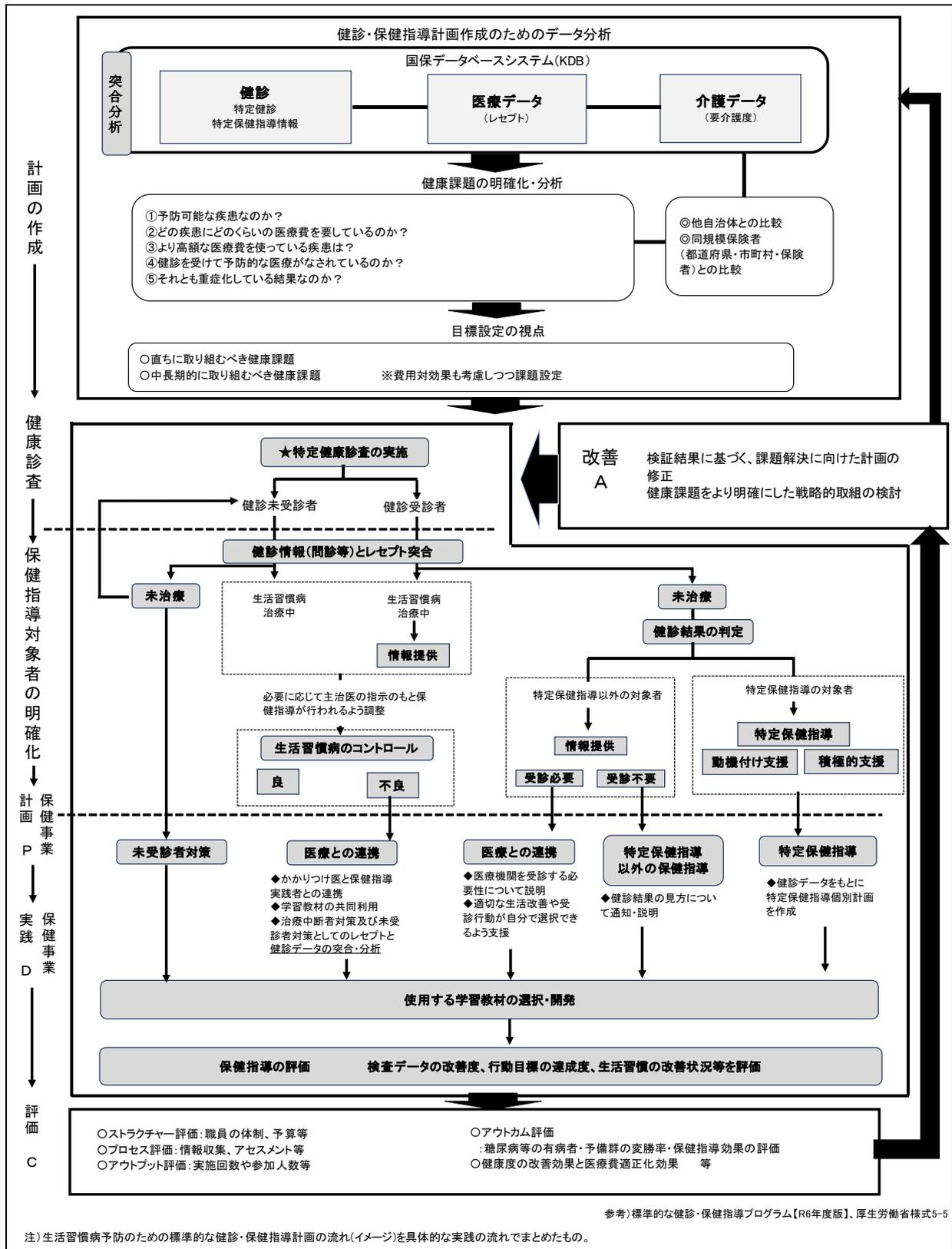
図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン)		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	 行動変容を促す手法	現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らを選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者(全員)に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

注) 内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3 計画期間

データヘルス計画の期間については、国指針第5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」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、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、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が、6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 関係者が果たすべき役割と連携

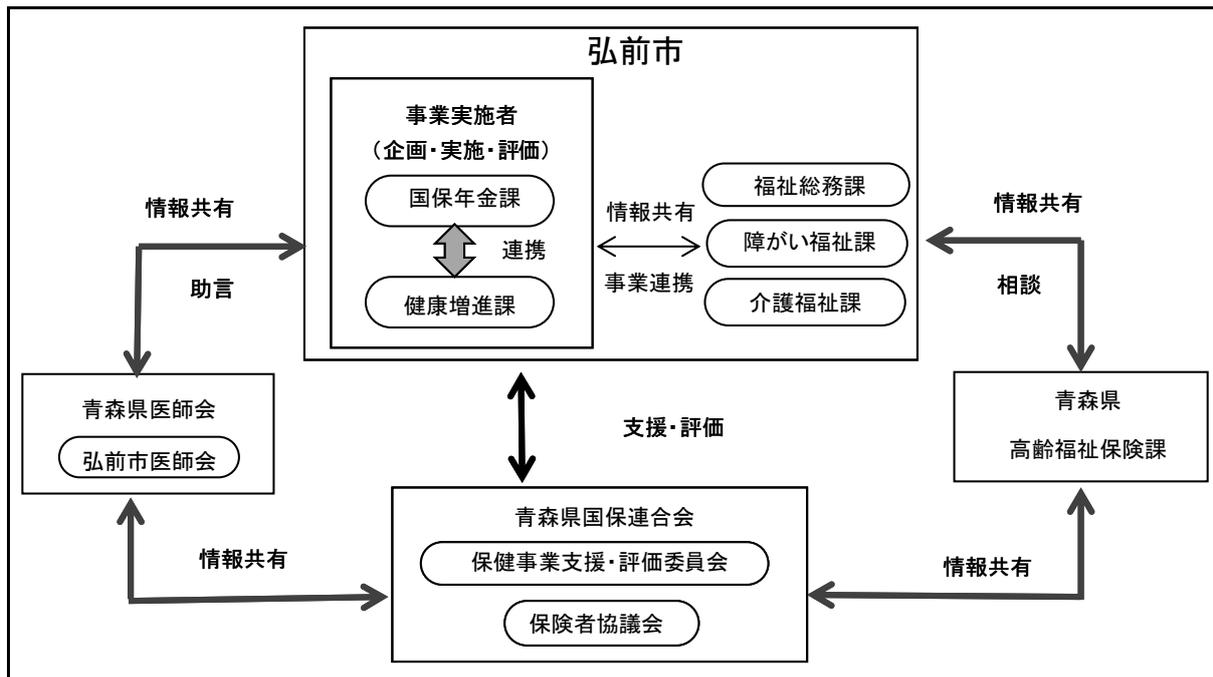
(1) 弘前市の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、市国保年金課が中心となって、市健康増進課等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求めるとともに、介護福祉課、福祉総務課、障がい福祉課とも十分連携を図ることとします。保険者の健康課題を分析し、市全体で策定等を進めます。

また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価を行い、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

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・チームの業務をマニュアル化する等により、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の体制を整えます。(図表 6、7)

図表 6 弘前市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

事業名	国保年金課	関係課
国保事務	国保健康事業係	福祉総務課 健康増進課
国保人間ドック 国保脳ドック		健康増進課
特定健康診査		健康増進課
特定保健指導		
糖尿病性腎症重症化予防		障がい福祉課
高血圧重症化予防		健康増進課
重複・頻回・多受診等訪問指導		
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施		健康増進課 介護福祉課
後期高齢者健康診査	後期高齢者医療係	
後期高齢者歯科健診		

(2) 関係機関との連携

計画の実行性を高めるために、PDCA の一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者とされておりますが、本市は、弘前市医師会、弘前市歯科医師会、弘前薬剤師会等との連携を円滑に行うために、弘前市国保運営協議会、弘前市糖尿病性腎症重症化予防検討委員会、弘前市地域包括支援センター運営協議会保健部会等などの会議体において、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努めていきます。

また、青森県国民健康保険連合会と青森県は、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、平素から両者と意見交換を行い、連携に努めていきます。

(3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員のうち、被保険者の代表とも意見交換等を行い、本計画の実効性を高めていきます。

第2章 第2期データヘルス計画の評価及び 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

1 保険者の特性

本市は、人口約16万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で32.4%でした。同規模保険者※7、国と比較すると高齢者の割合及び被保険者の平均年齢は高い一方、出生率は低くなっています。産業従事者においては、第1次産業が15.4%と同規模保険者、国と比較して高く、第3次産業は67.7%で、同規模保険者、国と比較すると低くなっています。被保険者の年齢、職業、生活習慣などを考慮し、それぞれの健康課題を明確にすることが重要です。(図表8) 国保加入率は令和4年度で22.8%と、加入率及び被保険者数は年々減少傾向にあります。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が44.1%となっています。(図表9、10)

また市内には15の病院、163の診療所があり、病床数も同規模保険者と比較して多くなっています。そのため、人口に対して、外来患者数の割合が同規模保険者と比較して高い傾向にあります。(図表11)

※7 同規模保険者とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、弘前市と同規模保険者(55市町村)の平均値を表す

図表8 同規模・県・国と比較した弘前市の特性 (R4年度)

	人口 (人)	高齢化率 (%)	国保加入者数 加入率	被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
弘前市	166,454	32.4	37,877 22.8	54.7	6.3	14.6	15.4	16.9	67.7
同規模保険者	--	27.3	-- 19	53.5	6.8	10.1	2.6	26.1	71.3
県	--	33.9	-- 22.7	55.8	5.6	14.7	12.4	20.4	67.2
国	--	28.7	-- 22.3	51.9	6.8	11.1	4.0	25.0	71.0

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表9 弘前市の特性 性別、年齢別 (R4年度)

R5.3 月末時点

	人口			国保被保険者		
	計	男性	女性	計	男性	女性
0～19歳	25,396	13,002	12,394	3,080	1,567	1,513
20～29歳	15,137	7,707	7,430	2,037	1,051	986
30～39歳	16,448	8,162	8,286	2,696	1,557	1,139
40～49歳	21,653	10,316	11,337	3,985	2,238	1,747
50～59歳	22,174	10,379	11,795	5,047	2,595	2,452
60～64歳	11,724	5,333	6,391	4,319	1,930	2,389
65～69歳	12,539	5,755	6,784	6,966	3,010	3,956
70～74歳	14,452	5,945	8,507	9,747	4,222	5,525
75歳～	26,931	9,684	17,247			
計	166,454	76,283	90,171	37,877	18,170	19,707

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	43,673		41,942		40,995		39,482		37,877	
65～74歳	17,935	41.1	17,774	42.4	17,917	43.7	17,568	44.5	16,713	44.1
40～64歳	15,836	36.3	14,940	35.6	14,469	35.3	13,853	35.1	13,351	35.2
39歳以下	9,902	22.7	9,228	22.0	8,609	21.0	8,061	20.4	7,813	20.6
加入率	24.8		23.8		23.3		22.4		22.8	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療機関や患者数の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 保険者 割合	県 割合								
病院数	15	0.3	14	0.3	15	0.4	15	0.4	15	0.4	0.3	0.3
診療所数	167	3.8	166	4.0	166	4.0	163	4.1	163	4.3	3.9	3.1
病床数	3,316	75.9	3,032	72.3	3,310	80.7	3,310	83.8	3,310	87.4	60.1	61.5
医師数	789	18.1	789	18.8	811	19.8	811	20.5	842	22.2	13.2	10.0
外来患者数	721.9		727.5		692.7		722.6		733.1		705.2	724.7
入院患者数	17.7		18.1		17.1		16.5		16.6		17.3	17.8

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察

(1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画において、目標を以下の2つに分類して設定しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制、糖尿病性腎症等による人工透析導入者の減少を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の対象者を減らすことを目標としました。

① 中長期的な目標の達成状況

ア 死亡状況

本市の平均寿命は、全国 1,749 自治体中男女とも全国ワースト50位に入っており、65歳未満の死亡割合も改善傾向ではありますが、依然として高くなっています。また、標準化死亡比でみると、中長期的な目標の疾患による死亡は改善してきていますが、男性は、中長期的な目標として設定したいずれの疾患も高く、女性は腎不全が高くなっています。(図表 12、13)

イ 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で243人(認定率0.44%)、1号(65歳以上)被保険者で10,168人(認定率18.9%)であり、H30年度と比べると2号認定者は横ばい状態で、1号認定者は減少傾向にあります。また、同規模保険者・国と比較すると2号認定者の割合が高い傾向にあります。(図表 14)

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、介護給付費は、約 166 億円から約 173 億円に伸びています。(図表 15)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、要介護者の有病状況(図表 16)を見ると、すべての年代で 90%以上がいずれかの血管疾患を有しており、特に脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)では第 2 号被保険者で 6 割以上、第 1 号被保険者でも約 4 割以上と高い有病率となりました。また、基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっています。そのため、生活習慣病対策による血管疾患の予防は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

図表 12 平均寿命、健康寿命

2020年 (R2年)	平均寿命		早世 65歳未満の死亡		健康寿命 (平均自立期間 要介護2以上)	
	男	女	男	女	男	女
弘前市 (県内順位)	79.2	86.4	12.6	5.4	77.3	80.4
	21位	18位				
青森県 (全国順位)	79.3	86.3	12.8	5.9	76.9	80.8
	47位	47位				

出典:厚生労働省(人口動態調査)、青森県保健統計年報、KDB システム 健診・医療・介護からみる地域の健康課題

図表 13 標準化死亡比(SMR)

SMR		全死因		脳血管疾患		心疾患 (高血圧性を除く)		腎不全	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
弘前市	H25~29	120.5	110.6	129.7	115.8	124.1	107.9	125.0	141.0
	H29~R3	114.4	103.7	109.4	91.6	113.0	97.5	112.0	106.6
青森県	H25~29	119.1	110.8	134.5	126.3	116.5	109.2	151.9	136.8
	H29~R3	111.1	103.4	113.8	100.1	110.3	98.2	130.8	110.1

出典:青森県保健統計年報

図表 14 要介護認定者(率)の状況

	弘前市				同規模 被保険者	県	国	
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
高齢化率	51,830人	29.4%	53,922人	32.4%	27.3%	33.9%	28.7%	
2号認定者	271人	0.46%	243人	0.44%	0.40%	0.47%	0.38%	
新規認定者	54人		51人		--	--	--	
1号認定者	10,380人	20.0%	10,168人	18.9%	19.1%	18.5%	19.4%	
新規認定者	1,131人		1,246人		--	--	--	
再掲	65~74歳	1,185人	4.7%	1,128人	4.3%	--	--	--
	新規認定者	242人		231人		--	--	--
	75歳以上	9,195人	34.6%	9,040人	32.3%	--	--	--
	新規認定者	889人		1,015人		--	--	--

出典:KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)KDB システムは、電子データにより管理されているデータに限ることから、介護福祉課で公表している数値とは一致しない。

図表 15 介護給付費の変化

	弘前市		同規模保険者	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	166億6239万円	173億3381万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	321,482	321,461	276,906	324,668	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	71,415	72,497	56,840	72,200	59,662
居宅サービス	52,597	54,211	39,970	51,854	41,272
施設サービス	288,142	295,164	297,263	301,081	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)KDB システムは、電子データにより管理されているデータに限ることから、介護福祉課で公表している数値とは一致しない。

図表 16 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (R4 年度)

受給者区分		2号		1号						合計		
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		243		1,128		9,040		10,168		10,411		
再)国保・後期		120		804		8,306		9,110		9,230		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
			脳卒中	80 66.7%	脳卒中	391 48.6%	脳卒中	3,601 43.4%	脳卒中	3,992 43.8%	脳卒中	4,072 44.1%
	循環器疾患	2	腎不全	23 19.2%	虚血性心疾患	157 19.5%	虚血性心疾患	3,430 41.3%	虚血性心疾患	3,587 39.4%	虚血性心疾患	3,606 39.1%
		3	虚血性心疾患	19 15.8%	腎不全	136 16.9%	腎不全	1,523 18.3%	腎不全	1,659 18.2%	腎不全	1,682 18.2%
		4	糖尿病合併症	21 17.5%	糖尿病合併症	138 17.2%	糖尿病合併症	1,162 14.0%	糖尿病合併症	1,300 14.3%	糖尿病合併症	1,321 14.3%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			109 90.8%	基礎疾患	714 88.8%	基礎疾患	7,811 94.0%	基礎疾患	8,525 93.6%	基礎疾患	8,634 93.5%
	血管疾患合計			113 94.2%	合計	740 92.0%	合計	7,936 95.5%	合計	8,676 95.2%	合計	8,789 95.2%
	認知症		認知症	12 10.0%	認知症	179 22.3%	認知症	4,037 48.6%	認知症	4,216 46.3%	認知症	4,228 45.8%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	98 81.7%	筋骨格系	694 86.3%	筋骨格系	7,892 95.0%	筋骨格系	8,586 94.2%	筋骨格系	8,684 94.1%

出典:KDBシステム

ウ 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少していますが、一人あたりの医療費は、平成 30 年度から 3 万 4 千円高くなっており、同規模保険者、国と比較しても高くなっており。また、1 件当たり費用額を見ると、入院医療費が同規模保険者、県、国と比較しても高くなっています。(図表 17)

また、年齢調整後の地域差指数[※]でみると、全国平均よりは低いが青森県平均よりは高く、国民健康保険被保険者においてはH30 年度よりも伸びています。(図表 18)

このことから、1件当たりの入院費用額の高さにより、一人あたり医療費が増加したと考えられます。そのため、一人あたり医療費の伸びを抑制していくには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

※8 地域差指数とは、医療費の地域差を表す指標として、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもので、順位は、高い順番となっています。

図表 17 医療費の推移

	弘前市		同規模 保険者	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	43,673人	37,877人	--	--	--	
前期高齢者割合	17,935人 (41.1%)	16,713人 (44.1%)	--			
総医療費	137億1164万円	131億7472万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)※	313,962 県内27位 同規模29位	347,829 県内22位 同規模26位	345,529	348,845	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	569,800	638,420	625,920	607,000	617,950
	費用の割合	39.4	37.5	38.7	38.2	39.6
	件数の割合	2.4	2.2	2.4	2.4	2.5
外来	1件あたり費用額	21,470	24,120	24,310	24,180	24,220
	費用の割合	60.6	62.5	61.3	61.8	60.4
	件数の割合	97.6	97.8	97.6	97.6	97.5
受診率	739.586	749.687	722.497	742.531	705.439	

出典:KDBシステム

注)医療費順位は、県内40市町村および同規模保険者55市町村の平均値と比較し、医療費の高い順となっている。

図表 18 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	弘前市 (県内市町村中)		県 (47県中)	弘前市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差 指数・ 順位	全体	0.945	0.936	0.934	0.869	0.856	0.839
		(22位)	(19位)	(43位)	(8位)	(9位)	(45位)
	入院	0.916	0.879	0.907	0.815	0.815	0.797
		(22位)	(22位)	(41位)	(14位)	(14位)	(45位)
	外来	0.984	0.995	0.971	0.950	0.926	0.909
		(20位)	(10位)	(34位)	(7位)	(7位)	(39位)

出典:地域差分析(厚労省)

エ 中長期的な目標の疾患による医療費の変化

中長期的な目標の疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患(透析あり)の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、同規模

保険者、県、国と比較すると脳血管疾患が高くなっています。(図表 19)

次に患者数の視点で中長期的な目標の疾患の治療状況をみると、人工透析導入者の推移は、年々減少していますが、新規人工透析導入者は、増減を繰り返しており、平成 30 年度と比較して 40～64 歳の脳血管疾患および 65～74 歳の人工透析の治療者割合は増加しています。(図表 20、21)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期の総医療費、また退院後の介護費など、患者本人や家族に長期にわたって大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表 19 中長期目標疾患の医療費の推移

		弘前市		同規模 保険者	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)		137億1164万円	131億7472万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		11億7464万円	10億6366万円	--	--	--	
		8.57%	8.07%	8.41%	7.42%	8.03%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.01%	2.98%	2.11%	2.35%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.32%	1.27%	1.50%	1.32%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.95%	3.45%	4.51%	3.40%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.29%	0.38%	0.28%	0.34%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		17.53%	21.51%	16.92%	19.88%	16.69%
	筋・骨疾患		9.86%	9.17%	8.71%	8.64%	8.68%
	精神疾患		6.21%	6.24%	7.83%	6.72%	7.63%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 20 中長期目標疾患の人工透析導入者の推移

人数(人)	人工透析導入者			新規人工透析導入者			
	計	男性	女性	計	国保	後期高齢	その他
H30年度	590	383	207	71	16	33	22
R1年度	588	391	197	71	20	34	17
R2年度	562	373	189	61	21	24	16
R3年度	581	378	203	72	13	33	26
R4年度	455	304	151	64	25	24	15

出典：自立支援医療(厚生医療)集計

図表 21 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	43,673	37,877	a	2,351	2,131	2,764	2,167	127	132	
				a/A	5.4%	5.6%	6.3%	5.7%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	33,771	30,064	b	2,319	2,113	2,722	2,146	124	127	
	B/A	77.3%	79.4%	b/B	6.9%	7.0%	8.1%	7.1%	0.4%	0.4%	
再掲	40~64歳	C	15,836	13,351	c	623	559	704	532	94	85
		C/A	36.3%	35.2%	c/C	3.9%	4.2%	4.4%	4.0%	0.6%	0.6%
	65~74歳	D	17,935	16,713	d	1,696	1,554	2,018	1,614	30	42
		D/A	41.1%	44.1%	d/D	9.5%	9.3%	11.3%	9.7%	0.2%	0.3%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 短期的な目標の達成状況

ア 短期的な目標の疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の患者数と合併症の状況

短期的な目標の疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えており、人工透析 65~74 歳の割合も増えていますが、合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患は減っています。しかし、図表 22 で、40~64 歳の脳血管疾患の割合が増えていたため注目してみると、40~64 歳の高血圧、脂質異常症の治療者において、脳血管疾患の合併症が増加しています。(図表 22、23、24)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療機関の受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。継続した支援を行っていると言重症化する前に適切な治療を受けるなどの自己管理につながっていますが、40 歳未満の若い世代においても肥満や高血圧等の生活習慣病のリスクを保有していることから、今後も、20~30 代から生活習慣病の発症予防や重症化予防に取り組むことが重要です。

図表 22 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	13,958	13,093	4,318	3,875	9,640	9,218	
	A/被保数	41.3%	43.6%	27.3%	29.0%	53.7%	55.2%	
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	B	1,472	1,315	374	346	1,098	969
		B/A	10.5%	10.0%	8.7%	8.9%	11.4%	10.5%
	虚血性心疾患	C	1,997	1,559	467	346	1,530	1,213
		C/A	14.3%	11.9%	10.8%	8.9%	15.9%	13.2%
	人工透析	D	107	113	81	74	26	39
		D/A	0.8%	0.9%	1.9%	1.9%	0.3%	0.4%

出典：KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 23 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	7,182	6,577	2,307	2,008	4,875	4,569
		A/被保数	21.3%	21.9%	14.6%	15.0%	27.2%	27.3%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	810	696	203	176	607	520
		B/A	11.3%	10.6%	8.8%	8.8%	12.5%	11.4%
	虚血性心疾患	C	1,261	945	295	213	966	732
		C/A	17.6%	14.4%	12.8%	10.6%	19.8%	16.0%
	人工透析	D	73	74	53	46	20	28
		D/A	1.0%	1.1%	2.3%	2.3%	0.4%	0.6%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	872	830	279	270	593	560
		E/A	12.1%	12.6%	12.1%	13.4%	12.2%	12.3%
	糖尿病性網膜症	F	987	936	314	278	673	658
		F/A	13.7%	14.2%	13.6%	13.8%	13.8%	14.4%
	糖尿病性神経障害	G	265	173	91	54	174	119
		G/A	3.7%	2.6%	3.9%	2.7%	3.6%	2.6%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 24 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	10,377	9,982	3,264	2,991	7,113	6,991
		A/被保数	30.7%	33.2%	20.6%	22.4%	39.7%	41.8%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	1,076	1,003	276	266	800	737
		B/A	10.4%	10.0%	8.5%	8.9%	11.2%	10.5%
	虚血性心疾患	C	1,571	1,315	371	295	1,200	1,020
		C/A	15.1%	13.2%	11.4%	9.9%	16.9%	14.6%
	人工透析	D	57	61	41	39	16	22
		D/A	0.5%	0.6%	1.3%	1.3%	0.2%	0.3%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

イ 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度以上高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみると、有所見者の割合が伸びています。また未治療者について健診後、治療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が、高血圧で26.2%、糖尿病で7.0%となっており、その割合は全国における448市町村平均^{※9}と比較すると高血圧は低く、糖尿病は高くなっています。(図表25)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要です。

※9 ヘルスサポートラボ調べ

図表 25 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A 注1	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 注2		治療中断 注3			
				C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	
弘前市	11,466	36.4	8,875	30.2	861	7.5	394	45.8	713	8.0	302	42.4	187	26.2	24	3.4
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 I 注1	実施率	HbA1c 実施者 J	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療※1		治療中断※2			
				K	K/I	L	L/K	M	M/J	N	N/J	O	O/M	P	P/M	
弘前市	11,466	100.0	8,875	100.0	558	4.9	136	24.4	502	5.7	116	23.1	35	7.0	11	2.2
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典: KDBシステム、ヘルスサポートラボ

注1) 受診者、受診率…受診者全員のため法定報告値とは違う

注2) 未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

注3) 中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

ウ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子であり、軽度でも重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.6 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている方の割合が増加しています。(図表 26)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl 以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上は微増しているものの、翌年度の結果を見ると HbA1c6.5%以上、LDL-C160mg/dl 以上は改善者の割合が上がり、Ⅱ度高血圧以上は変化なし、悪化した者の割合が上がっています。(図表 27、28、29)

一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれの有所見者でも 4 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 26 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	11,466 (36.4%)	2,182 (19.0%)	654 (5.7%)	1,528 (13.3%)	1,305 (11.4%)
R04年度	9,433 (34.1%)	2,037 (21.6%)	683 (7.2%)	1,350 (14.3%)	1,042 (11.0%)

出典:KDBシステム

図表 27 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	1,181 (10.3%)	187 (15.8%)	401 (34.0%)	143 (12.1%)	450 (38.1%)
R03→R04	1,074 (11.6%)	243 (22.6%)	393 (36.6%)	114 (10.6%)	324 (30.2%)

出典:KDBシステム

図表 28 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	861 (7.5%)	357 (41.5%)	145 (16.8%)	23 (2.7%)	336 (39.0%)
R03→R04	745 (8.0%)	298 (40.0%)	173 (23.2%)	26 (3.5%)	248 (33.3%)

出典:KDBシステム

図表 29 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160mg/dl以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	1,473 (12.8%)	555 (37.7%)	279 (18.9%)	80 (5.4%)	559 (37.9%)
R03→R04	1,058 (11.4%)	417 (39.4%)	200 (18.9%)	50 (4.7%)	391 (37.0%)

出典:KDBシステム

③ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 34.6%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低下しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 30)

また、これまで早い年代からの生活習慣病対策として 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 31)

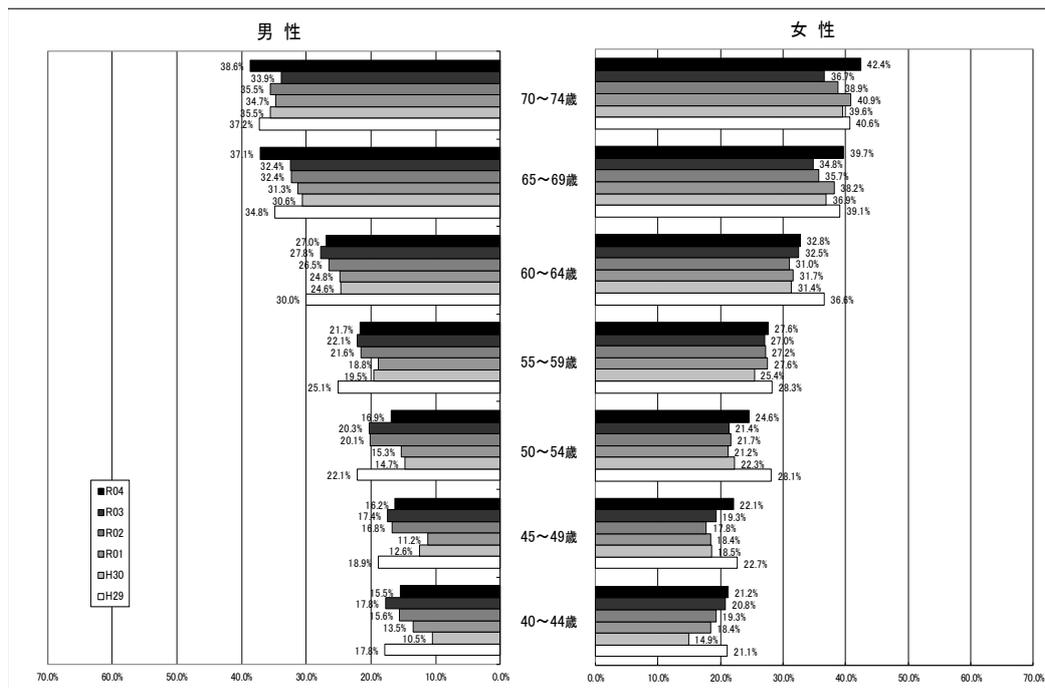
特定保健指導については、実施率が上がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 30 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	10,904	10,502	9,207	8,875	9,433	健診受診率 60%
	受診率	34.6%	34.5%	30.6%	30.2%	34.1%	
特定 保健指導	該当者数	1,017	987	845	816	764	特定保健 指導実施率 60%
	割合	9.3%	9.4%	9.2%	9.2%	8.1%	
	実施者数	462	478	436	424	438	
	実施率	45.4%	48.4%	51.6%	52.0%	57.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 31 年代別特定健診受診率の推移



出典：KDB システム

(2) 主な個別事業の評価と課題

① 重症化予防の取組み

ア 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診結果で空腹時血糖 126mg/dl以上または HbA1c6.5%以上の未治療・治療中断者に対して、平成 29 年度から受診勧奨、保健指導を実施しております。血糖値有所見者割合、未治療・治療中断者の割合は令和 2 年度から徐々に減少傾向にあります。(図表 32)

令和 2 年度からは HbA1c8.0%以上の高血糖者が増加傾向にあるため、優先的な対象者として HbA1c8.0%以上の未治療者へ重点的に支援してきました。HbA1c8.0%以上の未治療者は横ばい状態であり、受診勧奨のための保健指導を実施しましたが、未治療者の 3~6 人は治療につながっておらず、未受診者は継続して保健指導を実施するように体制を強化し、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行います。(図表 33)

また、新規透析者の減少に向けて、令和 4 年度から慢性腎臓病(CKD)の予防として、腎機能低下者への受診勧奨、保健指導を実施しています。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性^{※10}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療機関と連携して本市においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※10 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

図表 32 糖尿病性腎症重症化予防対象者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診受診者	人(a)	11,466	11,034	9,667	9,279	9,899
血糖値有所見者 注1)	人(b)	1,564	1,599	1,538	1,424	1,471
	(b/a)	13.6%	14.5%	15.9%	15.3%	14.9%
未治療者・治療中断者 注2)	人(c)	536	570	552	509	504
	(c/b)	34.3%	35.6%	35.9%	35.7%	34.3%
受診勧奨対象者 注3)	人(d)	262	349	321	333	428
	(d/c)	48.9%	61.2%	58.2%	65.4%	84.9%
受診勧奨実施者	人(e)	223	290	275	300	378
	(e/d)	85.1%	83.1%	85.7%	89.6%	88.3%
受診者	人(f)	196	265	257	291	329
	(f/e)	87.9%	91.4%	93.5%	97.0%	87.0%

注1) 空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上の者

注2) 空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で問診にて糖尿病の治療なしと答えた者

注3) 健診後に医療機関を受診し、糖尿病の検査及び治療を開始した者を除く

出典：特定健診法定報告データ、弘前市調べ

図表 33 HbA1c8.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 注1)	人(a)	1,564	1,599	1,538	1,424	1,471
HbA1c8.0%以上	人(b)	148	142	153	131	152
	%(b/a)	9.5%	8.9%	9.9%	9.2%	10.3%
未治療者 注2)	人(c)	45	43	42	37	44
	%(c/b)	30.4%	30.3%	27.5%	28.2%	28.9%
受診勧奨対象者 注3)	人(d)	21	36	35	27	39
受診勧奨実施者 注4)	人(e)	16	27	31	25	31
	%(e/d)	76.2%	75.0%	88.6%	92.6%	79.5%
		↓	↓	↓	↓	↓
医療機関受診を確認できた者(人)		12	23	27	23	24
死亡・転出(人) 注5)		1	3	1	0	0

注1) 空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上の者

出典: 弘前市調べ

注2) HbA1c8.0%以上で問診にて糖尿病の治療なしと答えた者

注3) 健診後に医療機関を受診し、糖尿病の検査及び治療を開始した者を除く

注4) 保健師・管理栄養士が訪問等で対応した者

注5) 健診後に国保の資格を喪失した者

イ 脳血管疾患重症化予防

特定健診結果でⅡ度高血圧以上の者のうち、未治療者に対して、令和元年度から受診勧奨・保健指導を実施しております。Ⅱ度高血圧以上の割合は、約8%で微増傾向にあります。そのうち、未治療者に対して受診勧奨を実施し、8割の者に対応できています。令和4年度においては、Ⅱ度高血圧以上者のうち、受診勧奨ののち医療機関を受診した者は14人でした。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関係しています。図表35は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。高リスクのⅡ度高血圧以上の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行い、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。併せて、家庭血圧は、診察室血圧よりも生命予後の優れた予知因子であることや診察室血圧を指標として降圧治療するよりも、家庭血圧を指標とした降圧治療の場合に1日の平均血圧がより強く降圧できることなどがわかってきたことから、家庭血圧測定をすすめ血圧記録手帳の活用を促していきます。

図表 34 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30		R1		R2		R3		R4		
健診受診者	(a)	11,466人		11,034人		9,667人		9,279人		9,899人		
Ⅱ度高血圧以上の者	(b)	(b/a)	861人	7.5%	821人	7.4%	765人	7.9%	745人	8.0%	802人	8.1%
高血圧未治療者（問診時）	(c)	(c/b)	394人	45.8%	352人	42.9%	309人	40.4%	318人	42.7%	338人	42.1%
受診勧奨対象者 ^{注1}	(d)	(d/c)			160人	45.5%	177人	57.3%	207人	65.1%	236人	69.8%
受診勧奨実施者	(e)	(e/d)			130人	81.3%	156人	88.1%	166人	80.2%	177人	75.0%
医療機関受診者	(f)	(f/e)			35人	26.9%	11人	7.1%	9人	5.4%	14人	7.9%

注 1) 健診受診2か月後までに高血圧治療のレセプトのない者(糖尿病性腎症重症化予防事業対象者を除く) 出典 弘前市調べ

図表 35 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	3,012	1,690 56.1%	984 32.7%	277 9.2%	61 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	169	C 123	B 39	B 7	A 0
		5.6%	7.3%	4.0%	2.5%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,513	C 873	B 472	A 141	A 27
		50.2%	51.7%	48.0%	50.9%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	1,330	B 694	A 473	A 129	A 34
		44.2%	41.1%	48.1%	46.6%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	804
		26.7%
B	概ね1か月後に再評価	1,212
		40.2%
C	概ね3か月後に再評価	996
		33.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典: KDB システム

ウ 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査を全数実施し、有所見者へは特定保健指導および重症化予防事業を通して受診勧奨を実施しております。

有所見者のうち ST 所見をみると、有所見者のうち令和4年度では約60%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療や精密検査につながっています。

ST所見、心房細動治療中の者および今回未対応であった者への対応としては、未治療・治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導等の対策を今後の課題とします。(図表 36)

図表 36 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

		H30			R1			R2			R3			R4		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
健診受診者(人)	a	11,466	4,859	6,607	11,034	4,657	6,377	9,667	4,135	5,532	9,246	3,928	5,318	10,367	4,465	5,902
心電図受診者(人)	b	11,191	4,758	6,433	11,033	4,656	6,377	9,661	4,132	5,529	9,237	3,925	5,312	10,361	4,460	5,901
心電図実施率	b/a	97.6%	97.9%	97.4%	99.9%	99.9%	100.0%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%
有所見者数(人)	c	2352	1273	1079	2377	1238	1139	2106	1123	983	1980	1075	905	2421	1256	1165
有所見率	c/b	21.0%	26.8%	16.8%	21.5%	26.6%	17.9%	21.8%	27.2%	17.8%	21.4%	27.4%	17.0%	23.4%	28.2%	19.7%
ST所見者(人)	d	328	145	183	503	203	300	477	206	271	418	182	236	564	207	357
ST所見有所見率	d/b	2.9%	3.0%	2.8%	4.6%	4.4%	4.7%	4.9%	5.0%	4.9%	4.5%	4.6%	4.4%	5.4%	4.6%	6.0%
うち、未治療者(人)	e	189	58	131	166	51	115	171	57	114	152	44	108	213	68	145
うち、未治療者割合(%)	e/d	57.6%	40.0%	71.6%	33.0%	25.1%	38.3%	35.8%	27.7%	42.1%	36.4%	24.2%	45.8%	37.8%	32.9%	40.6%
心房細動(人)	f	192	159	33	160	128	32	134	101	33	149	119	30	179	138	41
心房細動有所見率	f/b	1.7%	3.3%	0.5%	1.5%	2.7%	0.5%	1.4%	2.4%	0.6%	1.6%	3.0%	0.6%	1.7%	3.1%	0.7%
うち、未治療者(人)	g	15	11	4	10	9	1	5	4	1	10	6	4	7	6	1
うち、未治療者割合(%)	g/f	7.8%	6.9%	12.1%	6.3%	7.0%	3.1%	3.7%	4.0%	3.0%	6.7%	5.0%	13.3%	3.9%	4.3%	2.4%

出典：弘前市調べ

② ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。そこで、生活習慣病の発症・重症化予防に欠くことのできない食生活の改善に向けた取組として、令和 5 年度から産官の連携によるスマートミール^{※11}の開発、提供を開始し、食環境づくりに取り組んでおります。

健康都市弘前の実現に向けて、市民の健康寿命の延伸につながる取組を、「食事」「運動」「健診」のキャッチコピー(下記)を定め、わかりやすく PR しながら、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

【食事】あと 70g ベジファーストで野菜を食べよう

【運動】あと 10 分 今より多く体を動かそう

【健診】年 1 回 健診(検診)を受けよう

※11 スマートミールとは、禁煙等の健康的な食環境で提供される栄養バランスの取れた食事メニュー。12 の学会等からなる健康な食事・食環境コンソーシアム(共同事業体)認証審査委員会が認証を行っている。

③ 第2期データヘルス計画目標の達成状況一覧

図表 37 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初年度 H30 (H28)	中間評価 R2 (H31・R1)	最終評価 R5 (R4)		データの 把握方法 (活用データ)		
			実績	実績	目標	実績		達成状況 <small>(注)</small>	
特定 健診 等	重症化予防対象者の減少による医療費削減に向け、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上を図る。	特定健診受診率44.0%以上	30.7%	34.3%	44.0%	34.1%	×	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導実施率46.5%以上	31.6%	48.4%	54.0%	57.3%	○		
		特定保健指導対象者の減少率25%以上	-1.7%	4.9%	25.0%	26.4%	○		
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。	1人当たりの医療費(地域差指数)の伸びを抑える	0.963	0.961	0.961	---	---	KDBシステム
		糖尿病性腎症等による新規透析導入者の減少	23人	20人	16人	25人	×		
	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	29.2%	30.9%	30.0%	32.6%	×	
		健診受診者のⅢ度高血圧(180/110mmHg)者の割合1.2%に減少	1.26%	1.29%	1.22%	1.37%	×		
		健診受診者の高血圧者の割合25.5%に減少(140/90mmHg以上)	32.9%	30.5%	25.5%	31.6%	▲		
		健診受診者の糖尿病者の割合14.3%以下(HbA1c6.5以上)	10.9%	11.4%	14.3%	11.9%	○		
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	---	0.38%	0.20%	0.45%	×		
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	65.0%	66.1%	80.0%	75.0%	▲				
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 胃がん検診 14.1%以上	13.6%	18.0%	14.1%	21.5%	○	地域保健事業報告	
		肺がん検診 6.6%以上	6.0%	5.3%	6.6%	4.0%	×		
		大腸がん検診 16.1%以上	12.3%	11.9%	16.1%	19.5%	○		
		子宮頸がん検診 24.4%以上	22.0%	24.0%	27.4%	20.9%	×		
		乳がん検診 23.7%以上	21.0%	21.8%	23.7%	19.0%	×		
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	64.6%	79.2%	85.0%	82.6%	○	厚生労働省	

注) 達成状況…初年度実績値と最終評価実績値の比較により、○:達成 ▲:改善するも目標未達成 ×:悪化・未達成 とした。

(3) 第2期データヘルス計画に係る考察

糖尿病性腎症重症化予防事業では、HbA1c6.5%以上で未治療者へ訪問による受診勧奨を行い、その結果、HbA1c6.5%以上の未治療・治療中断者は減少してきましたが、血糖コントロールの改善、糖尿病性腎症の減少にまでは至っていないことが課題です。

高血圧重症化予防事業では、Ⅱ度高血圧以上で未治療者へ訪問等による受診勧奨、保健指導を実施してきましたが、未治療者が治療を開始するのは、26%という状況です。そして受診勧奨後の継続支援まで行っていないため、治療後のコントロール状況がわからず、翌年度健診を継続して受診しない方も多いため評価もできず、成果が出ていない状況です。

また、中長期疾患のうち脳血管疾患にかかる医療費の割合が高く、治療者割合が増加傾向にあります。40～64歳の若い世代で増加しており、内訳をみると高血圧を背景として脳血管疾患になる方が若い世代で増加している状況にあること、また、2号認定者も多いことなどから、若い世代の高血圧対策を最優先に行う必要があります。

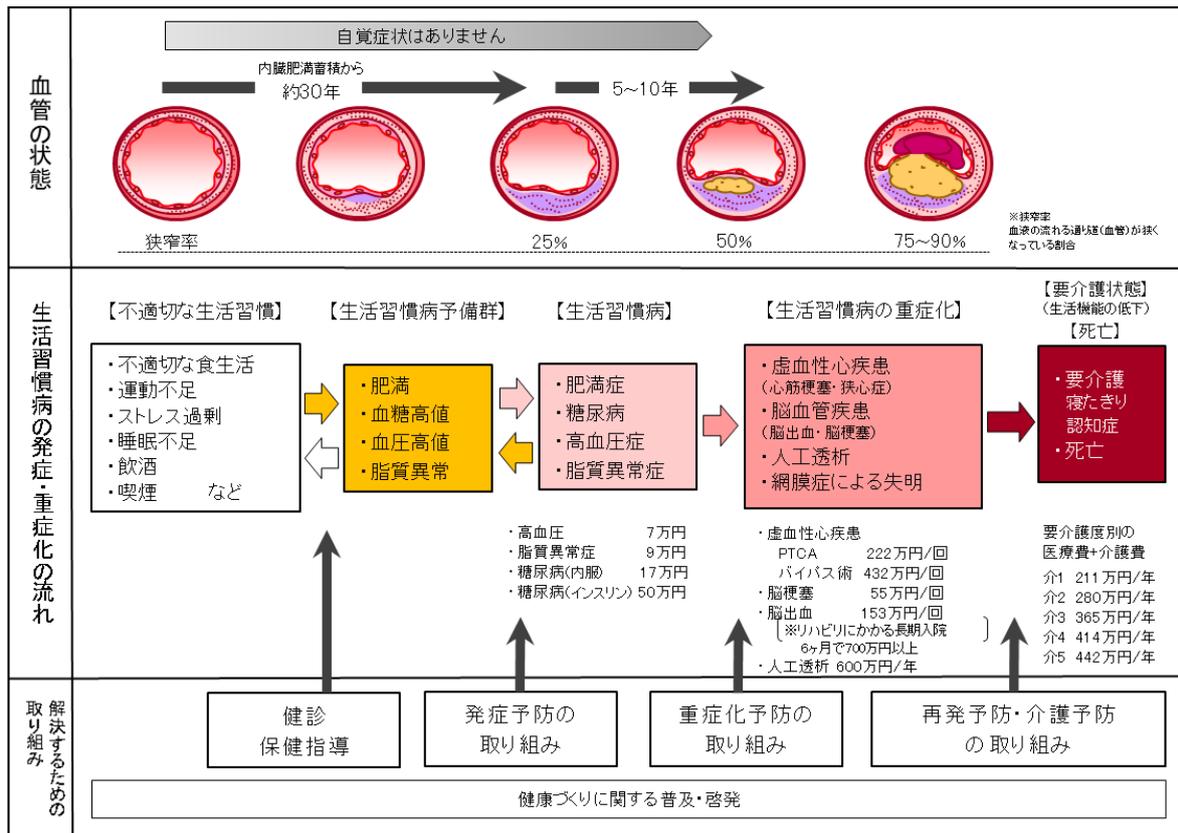
効果的な高血圧重症化予防事業に取り組むために、未治療者を確実に治療につなげる保健指導内容の検討を行い、治療につながるまで継続支援をすることが必要です。また、治療につながった後も、血圧及びリスク因子の改善までを目標とした保健指導を継続して行っていく必要があります。そのためには重症化予防の対象者が、継続して健診を受診するように働きかけていくことが必要です。

3 第3期データヘルス計画における健康課題の明確化

(1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積が原因で、生活習慣病の予備群となり、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化する方を減少させる必要があります。また、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する方を増加させる必要があります。(図表 38)

図表 38 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、全医療費のうち前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病を発症した結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。(図表 39)

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被

① 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、令和2年度一人あたり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響などで減ったものの、令和3年度以降は増加傾向にあり、後期高齢者になると一人あたり約75万円で、国保の2倍も高い状況です。(図表40)

本市は、これまで糖尿病、高血圧に重点をおいて保健事業に取り組んできましたが、短期的な目標の疾患である糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模保険者と比べて約1ポイント高く、その結果腎不全(透析有)の医療費に占める割合が、国保は、同規模保険者、国と比べて低い状況です。(図表41)

高額レセプトについては、国保においては毎年約600件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2倍に増えることがわかります。(図表42)

高額における疾病をみても、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和4年度が一番多く68件で約8千万円以上の費用がかかっており、後期高齢においては、181件発生し、約1億5千万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表43、44)

図表40 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		43,673人	41,942人	40,995人	39,482人	37,877人	28,453人
総件数及び 総費用額	件数	396,777件	382,675件	353,434件	358,068件	349,226件	435,688件
	費用額	137億1164万円	139億1914万円	133億9858万円	133億8388万円	131億7472万円	214億2255万円
一人あたり医療費		31.4万円	33.2万円	32.7万円	33.9万円	34.8万円	75.3万円

出典：KDBシステム

図表41 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

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	弘前市	131億7472万円	28,282	3.45%	0.38%	2.98%	1.27%	6.16%	3.92%	1.70%	26億1581万円	19.9%	21.5%	6.24%	9.17%
	同規模保険者	—	27,969	4.51%	0.28%	2.11%	1.50%	5.49%	2.99%	2.13%	—	19.0%	16.9%	7.83%	8.71%
	県	—	28,352	3.40%	0.34%	2.35%	1.32%	6.84%	3.97%	2.04%	—	20.3%	19.9%	6.72%	8.64%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	弘前市	214億2255万円	63,285	5.13%	0.63%	4.98%	0.99%	4.44%	3.50%	1.08%	44億4594万円	20.8%	13.3%	3.25%	13.3%
	同規模保険者	—	67,523	4.62%	0.46%	3.86%	1.74%	4.19%	2.96%	1.49%	—	19.3%	11.7%	3.49%	12.2%
	県	—	61,123	4.96%	0.62%	3.99%	1.28%	4.78%	3.67%	1.20%	—	20.5%	11.7%	4.03%	11.5%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円 以上/件)	人数	A	296人	440人	465人	413人	418人	1,067人
	件数	B	383件	636件	657件	602件	623件	1,449件
		B/総件数	0.10%	0.17%	0.19%	0.17%	0.18%	0.33%
	費用額	C	4億9546万円	8億8387万円	9億2306万円	8億3833万円	8億6210万円	13億2733万円
		C/総費用	3.6%	6.4%	6.9%	6.3%	6.5%	6.2%

出典: KDBシステム

図表 43 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
脳血管疾患	人数	D	35人	33人	36人	37人	39人	134人							
		D/A	11.8%	7.5%	7.7%	9.0%	9.3%	12.6%							
	件数	E	50件	62件	54件	58件	68件	181件							
		E/B	13.1%	9.7%	8.2%	9.6%	10.9%	12.5%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	3	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	65-69歳	1	0.6%
		40代	4	8.0%	0	0.0%	3	5.6%	4	6.9%	6	8.8%	70-74歳	6	3.3%
		50代	7	14.0%	9	14.5%	5	9.3%	5	8.6%	15	22.1%	75-80歳	39	21.5%
		60代	26	52.0%	25	40.3%	18	33.3%	29	50.0%	27	39.7%	80代	97	53.6%
		70-74歳	13	26.0%	25	40.3%	28	51.9%	20	34.5%	19	27.9%	90歳以上	38	21.0%
	費用額	F	5878万円	7627万円	6875万円	7606万円	8871万円	1億5473万円							
		F/C	11.9%	8.6%	7.4%	9.1%	10.3%	11.7%							

出典: KDBシステム

図表 44 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

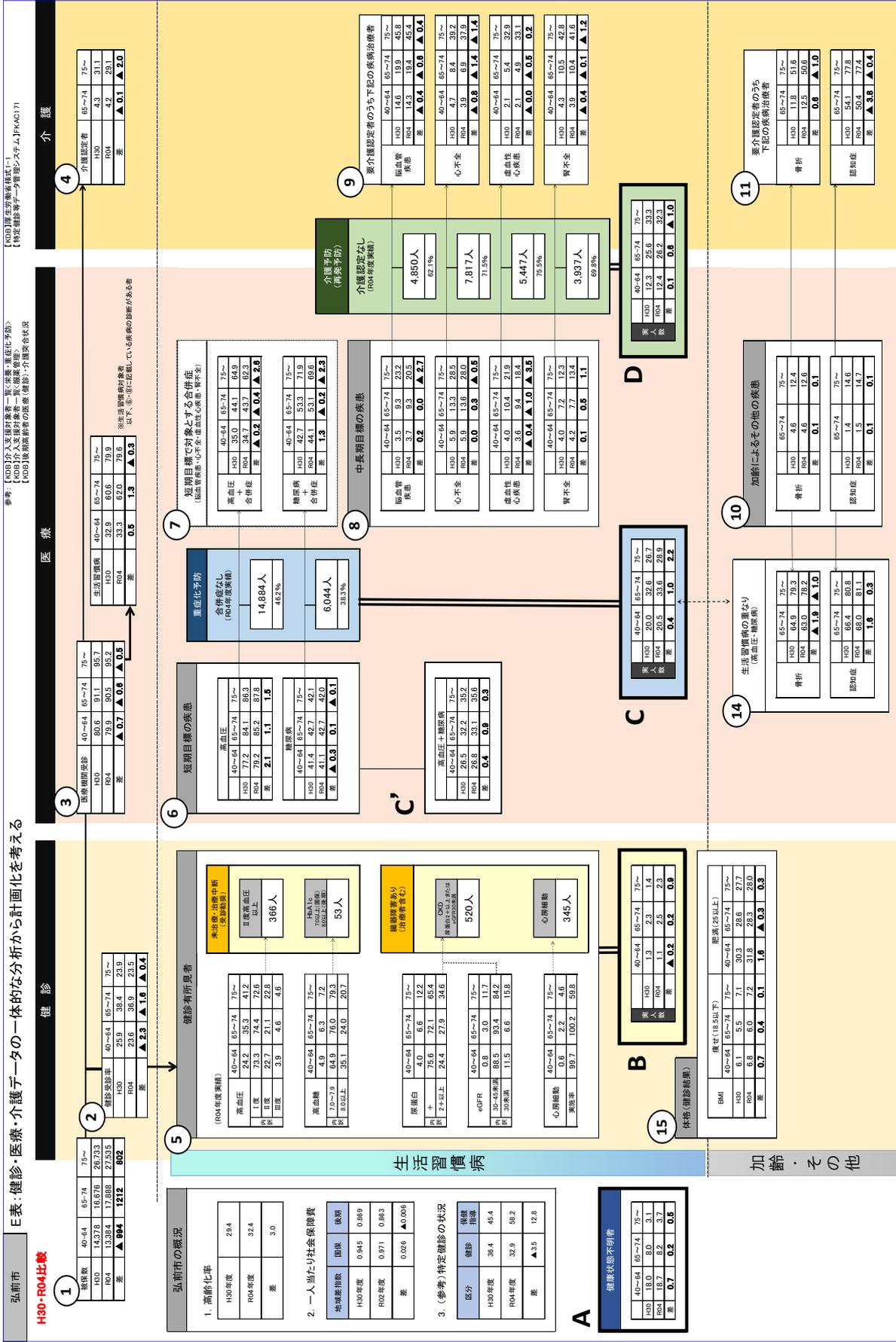
対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	8人	16人	6人	17人	17人	16人							
		G/A	2.7%	3.6%	1.3%	4.1%	4.1%	1.5%							
	件数	H	8件	17件	7件	17件	17件	17件							
		H/B	2.1%	2.7%	1.1%	2.8%	2.7%	1.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	5.9%
		40代	0	0.0%	1	5.9%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	25.0%	2	11.8%	0	0.0%	3	17.6%	8	47.1%	75-80歳	9	52.9%
		60代	4	50.0%	10	58.8%	2	28.6%	6	35.3%	4	23.5%	80代	6	35.3%
		70-74歳	2	25.0%	4	23.5%	1	14.3%	8	47.1%	5	29.4%	90歳以上	1	5.9%
	費用額	I	1098万円	3183万円	1811万円	3517万円	3468万円	3058万円							
		I/C	2.2%	3.6%	2.0%	4.2%	4.0%	2.3%							

出典: KDBシステム

② 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 46 の①被保険者数は、40~64 歳は減っていますが、65~74 歳、75 歳以上では 800~1,000 名増え、高齢化率が高く 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることが分かります。

図表 45 健診・医療・介護データの一体的な分析から計画的な分析



③ 健康課題の明確化と解決に向けた取り組み

本市の健診受診状況および有所見状況から、以下の課題がみられました。

- ・体格(BMI)では、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.5ポイント高い。(図表 46 ⑮)
- ・健診有所見の状況では、65歳以上で、CKDを除く、すべての所見の該当数が増加している。(図表 47)
- ・短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病においては、若干割合が減っている。(図表 48 ⑦)
- ・中長期目標の疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)においては、平成30年度と令和4年度を比較すると、経年での変化はなく横ばいとなっている。(図表 49 ⑧)

以上のことから、中長期目標の疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通したリスクである高血圧、糖尿病等の合併があり、根本には肥満の課題も存在します。好発年齢である65歳未満に対して、高血圧や糖尿病、肥満等を有する対象者に、早期受診勧奨を促し、生活習慣の見直し・治療中断を防ぐための保健指導を継続することで、脳血管疾患、虚血性心疾患等の発症や重症化を防ぐことが可能となります。具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

図表 46 被保険者数と健診受診状況

E表 年度	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	31.1	14,378	16,676	26,733	25.9	38.4	23.9	6.1	5.5	7.1	30.3	28.6	27.7
R04	29.1	13,384	17,888	27,535	23.6	36.9	23.5	6.8	6.0	7.2	31.8	28.3	28.0

出典：KDBシステム

図表 47 健診有所見状況

E表 年度	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-							
人	%	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	249	6.7	(104)	486	7.6	(128)	635	10.0	(101)	134	3.6	(16)	337	5.3	(24)	80	1.3	(5)	50	1.3	132	2.1	280	4.4	25	0.7	118	1.8	0	--
R04	204	6.4	(74)	596	9.0	(162)	729	11.3	(130)	154	4.9	(21)	412	6.3	(26)	96	1.5	(6)	34	1.1	127	1.9	359	5.6	18	0.6	148	2.2	179	2.8

出典：KDBシステム

図表 48 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥						⑦					
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)						短期目標の疾患とする 合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症※12			糖尿病 +合併症※12		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	80.6	91.1	95.7	32.9	60.6	79.9	77.2	84.1	86.3	41.4	42.7	42.1	26.5	32.2	35.2	35.0	44.1	64.9	42.7	53.3	71.9
R04	79.9	90.5	95.2	33.3	62.0	79.6	79.2	85.2	87.8	41.1	42.7	42.0	26.8	33.1	35.6	34.7	43.7	62.3	44.1	53.1	69.6

※12 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

出典：KDBシステム

図表 49 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.5	9.3	23.2	4.0	10.4	21.9	5.9	13.3	28.5	4.0	7.2	12.3	14.6	19.9	45.8	2.1	5.4	32.9	4.7	8.4	39.2	4.3	10.5	42.8
R04	3.7	9.3	20.5	3.6	9.4	18.4	5.9	13.6	28.0	4.2	7.7	13.4	14.3	19.4	45.4	2.1	4.9	33.1	3.9	6.9	37.9	3.9	10.4	41.6

出典：KDBシステム

図表 50 骨折・認知症の状況

E表	⑩				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.9	79.3	66.4	80.8	4.6	12.4	1.4	14.6	11.8	51.6	54.1	77.8
R04	63.0	78.2	68.0	81.1	4.6	12.6	1.5	14.7	12.5	50.6	50.4	77.4

出典：KDBシステム

(3) 目標の設定

① 成果目標

ア データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 51)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

イ 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脳血管疾患及び虚

血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、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、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

ウ 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、糖尿病、脂質異常症、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します。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により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ため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

② 管理目標の設定

図表 51 第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価					最終評価	データの把握方法 (活用データ)
				(R4)	R6 (R5)	R7 (R6)	R8 (R7)	R9 (R8)	R10 (R9)	R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	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こと	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.98	2.88	2.78	2.68	2.58	2.48	2.38	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.27	1.27	1.26	1.26	1.25	1.25	1.24	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	3.45	3.4	3.35	3.3	3.25	3.2	3.15	
			糖尿病性腎症等による新規透析導入者の減少	25人	24人	23人	22人	21人	20人	19人	
特定健診等実施計画	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボリックシンドローム該当者を減らすこと	★特定健診受診率60%以上	34.1	35.0	37.0	39.0	41.0	43.0	45.0	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省、法定報告値)
			*40～64歳の特定健診受診率	26.0	29.0	32.0	35.0	38.0	41.0	44.0	
			*65～74歳の特定健診受診率	40.2	40.7	41.1	42.4	43.7	44.9	45.2	
			★特定保健指導実施率60%以上	57.3	57.4	57.5	57.6	57.7	57.8	57.9	
			*40～64歳の特定保健指導実施率	41.3	41.5	41.7	41.9	42.1	42.3	42.5	
			*65～74歳の特定保健指導実施率	73.6	73.6	73.7	73.7	73.8	73.8	73.9	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.4	21.4	21.4	21.5	21.5	21.5	21.6	
			*40～64歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.7	16.7	16.7	16.8	16.8	16.8	16.9	
			*65～74歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	24.2	24.2	24.2	24.3	24.3	24.3	24.4	
			データヘルス計画	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症・重症化を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らすこと	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	32.6	32.4	32.2	32.0	
*健診受診者 130以上または85以上	55.2	54.0				53.0	52.0	51.0	50.0	49.0	
健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	8.0	7.6				7.2	6.8	6.4	6.0	5.6	
健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	10.6	10.4				10.2	10.0	9.8	9.6	9.4	
*健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.9	11.9				11.8	11.8	11.7	11.7	11.6	
★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.6	1.5				1.4	1.3	1.2	1.1	1.0	
*40～64歳のHbA1c8.0%以上の者の割合	1.8	1.6				1.4	1.2	1.0	0.8	0.6	
*65～74歳のHbA1c8.0%以上の者の割合	1.5	1.5				1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	
*HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	14.0	13.9				13.8	13.7	13.6	13.5	13.4	
*運動習慣のある者の割合	34.7	34.8				34.9	35.0	35.1	35.2	35.3	
*喫煙率	14.5	14.5				14.5	14.3	14.3	14.3	14.3	
*前期高齢者の低栄養傾向者(BMI20kg/m ² 以下)数の割合	15.6	15.6				15.5	15.5	15.4	15.4	15.3	
*50～74歳の咀嚼良好者の割合	85.6	86.0				86.0	86.0	86.0	86.0	86.0	
後発医薬品推進	*使用割合	82.6				84.0	84.0	84.5	84.5	85.0	85.0

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

*青森県の共通指標。特定健診受診率、特定保健指導実施率、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の年代別は、法定報告値とする。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は 5 年を一期としましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2 目標値の設定

図表 52 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	35.0%	37.0%	39.0%	41.0%	43.0%	45.0%以上
40～64歳の特定健診受診率	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	41.0%	44.0%
65～74歳の特定健診受診率	40.7%	41.1%	42.4%	43.7%	44.9%	45.2%
特定保健指導実施率	57.4%	57.5%	57.6%	57.7%	57.8%	57.9%
40～64歳の特定保健指導実施率	41.5%	41.7%	41.9%	42.1%	42.3%	42.5%
65～74歳の特定保健指導実施率	73.6%	73.7%	73.7%	73.8%	73.8%	73.9%

出典：特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)

3 対象者数の見込み

図表 53 特定健診・特定保健指導対象者数の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	28,104人	26,136人	24,506人	23,097人	21,610人	20,223人
	受診者数	9,836人	9,670人	9,557人	9,469人	9,292人	9,100人
特定保健指導	対象者数	915人	899人	889人	881人	864人	846人
	利用者数	525人	517人	512人	508人	499人	474人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

本市では以下の2方式によって特定健診を実施しています。

① 集団健診方式

弘前市医師会健診センターでの集団健診を実施します。また、弘前市医師会に委託した駅前公共施設であるヒロロスクエアおよび市内 10 会場(令和 5 年度)における複合健診、青森県総合健診センターに委託した、一部岩木地区における複合健診を実施します。

② 個別健診方式(実施医療機関での特定健診)

弘前市医師会に委託し、実施医療機関の取りまとめを行ったうえで実施します。

(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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、健康と福祉ごよみ、弘前市のホームページに掲載します。

(4) 特定健診実施項目

国が定めた特定健診実施項目に加え、以下の検査(HbA1c・尿潜血・心電図・血清クレアチニン・尿酸・血液一般)を実施します。

また、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 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

このことを踏まえて、本市では non-HDL コレステロールの測定を行っていきます。

図表 54 特定健診検査項目

健診項目		弘前市	国
既往症の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。)		○	○
自覚症状及び他覚症状の検査		○	○
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	non-HDLコレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	
	白血球数	○	
	血小板数	○	
	MCV	○	
アルブミン	○		

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、実施医療機関へ十分な説明を行います。

また、健診実施医療機関から本人への結果返却の際に、適切な精密検査の受診、特定保健指導の利用の勧奨を行えるよう、実施医療機関への協力依頼説明を適切に行います。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、青森県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 特定健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 55 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 受診券の印刷・送付(当初・例月) ↓ (特定健診の開始)	健診データ受取 費用決裁(前年度) ↓ (特定保健指導の実施)
5月			
6月		保健指導対象者の抽出 ↓	
7月		健診データ受取・費用決裁 ↓ (特定保健指導の開始)	除外対象者登録
8月			健診データ抽出(前年度) ↓
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月	契約に関わる予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月	契約準備		
12月			
1月			
2月			
3月	健診対象者の抽出	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施および弘前市医師会健診センターへの委託による実施の形態で行います。

(1) 第4期(2024年以降)における変更点

アウトカム評価の達成状況の把握、達成要因の検討により特定保健指導の「見える化」を推進し、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を実施するため、以下の項目を変更することとなりました。本市においても以下の変更点を踏まえ、第4期特定保健指導の見直し、検討を行います。

① 評価体系の見直し

- ・特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲 2cm・体重 2kg 減とし、生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)や腹囲 1cm・体重 1kg 減をその他目標として設定。
- ・プロセス評価は、介入方法により介入1回ごとの評価とし、ICT を活用した場合も同水準の評価とした。また、支援Aと支援Bの区別、モデル実施は廃止し、特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価することとした。

② 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和

- ・特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件が緩和された。

③ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方

- ・特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者について、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。

④ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外

- ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得が可となった。

⑤ その他の運用の改善

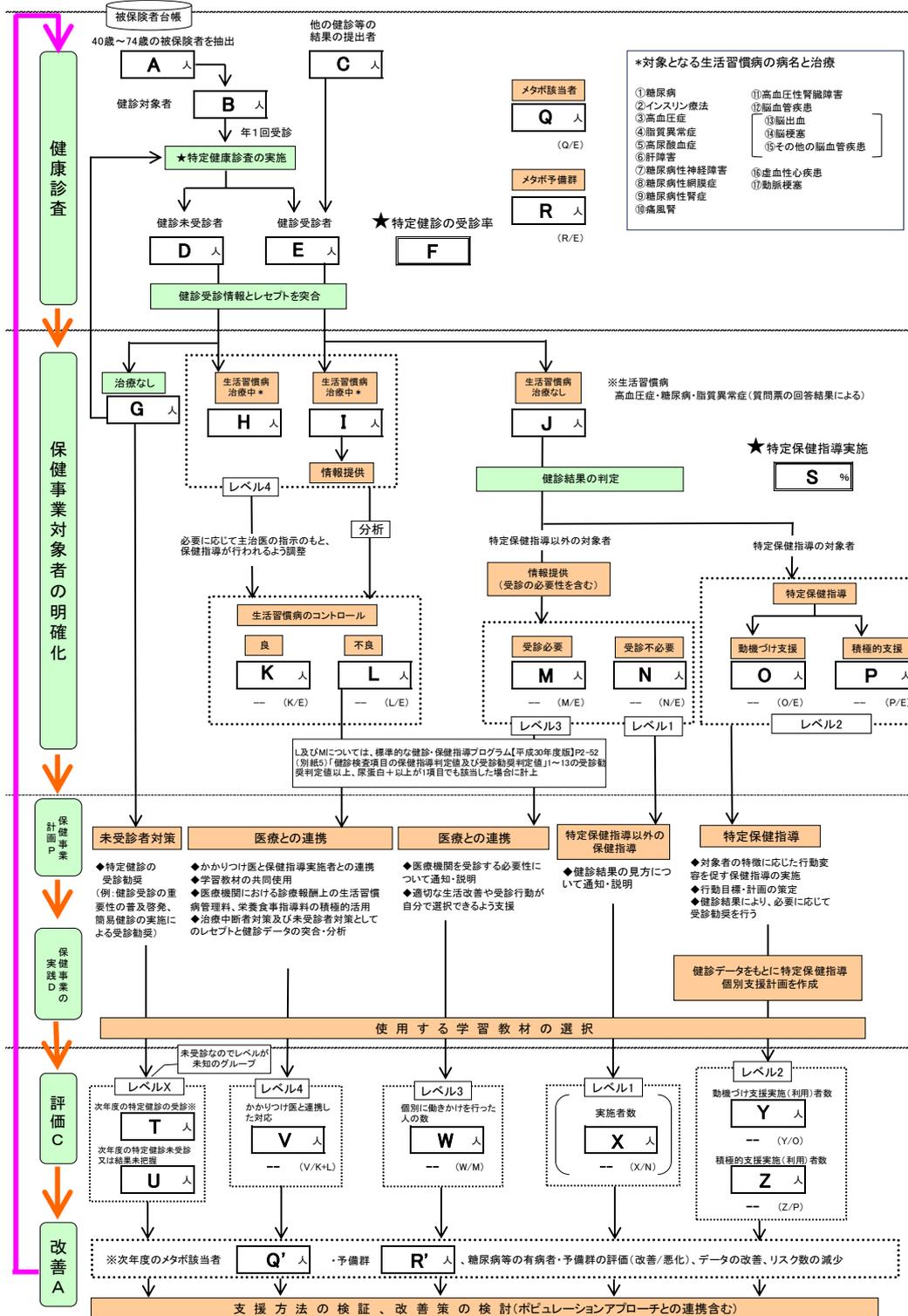
- ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

引用:特定健康診査特定保健指導円滑な実施に向けた手引き 第4版

(2) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5を参考に、健診結果から保健指導対象者の明確化を行うほか、受診者の健診データから実態に即した重症化予防事業計画を鑑み、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 56 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



(3) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

健診受診者のうち保健指導対象者へは、対象者自身が適切な生活習慣を自ら選び行動できるよう、対象者特性に応じた保健指導を行います。また、健診結果により、受診の必要性について説明したうえで受診行動を促す支援を行います。

図表 57 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5:保健指導レベル	保健指導対象者	令和4年度対象者数 (受診者の〇%)		令和11年度 目標実施率
			550	764	
1	O、P: 特定保健指導	O:動機付け支援	550	764	57.9%
		P:積極的支援	214	(8.1%)	
2	M:情報提供 (受診必要)	1)糖尿病性腎症重症化予防事業対象者(未治療者) 空腹時血糖126mg/dl以上または随時血糖200mg/dl以上 またはHbA1c6.5%以上の者	414	647	100.0%
		2)高血圧重症化予防事業対象者(未治療者) Ⅲ度高血圧(180/110mmHg以上)または Ⅱ度高血圧(160~179/100~109mmHg)の者	206		
		3)CKD重症化予防事業対象者(未治療者) CKD診療ガイドライン2018によるかかりつけ医から腎臓専門医 への紹介基準該当者のうち、 下記の①~③のいずれかに該当する者 ①:尿蛋白2+以上の者 ②:尿蛋白+かつ尿潜血+以上の者 ③:eGFR50.0未満かつ70歳未満の者または eGFR40.0未満かつ70歳以上の者	27		
3	I:情報提供 (生活習慣病治療中)注)	4)糖尿病性腎症重症化予防事業対象者(治療中) HbA1c8.0以上の者	102	360	70.0%
		5)高血圧重症化予防事業対象者(治療中) Ⅲ度高血圧(180/110mmHg以上)であった者	64		
		6)CKD重症化予防事業対象者(治療中) ③:CKDと同条件(生活習慣病治療の有無を問わない)	194		

注) 生活習慣病治療中…高血圧、脂質異常症、糖尿病について、健診時の問診で服薬中と回答した者

出典:特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)

(4) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 58 健診・保健指導年間スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診	●実施起案											●起案準備
特定保健指導	●実施起案	●健康増進課と年度事業について打合せ、依頼内容の共有								●健康増進課とヒロロ信用日程打合せ		●起案準備
										●医師会と血液検査日程打合せ		
										●相談室予約準備		
訪問指導・来所相談												→
結果説明会				●岩木		●岩木	●沼馬					
コール・リコール事業	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
保健指導勸奨通知	●配布準備→4月末 契約書と同時配布(医師会から)					●配布準備→9月初~中旬郵送により配布						
健診データ処理	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
実績報告			●事業報告作成			●法定報告入力(10月中べ切)	●法定報告					
その他事務	●特定保健指導委託	●マルチメーカー契約					●予算作成準備		●見積り準備			

6 特定健診等未受診者対策

(1) 未受診者の把握と基本的な考え方

当市の特定健診受診率は令和4年度 34.1%であり、全国と比べても低い状況です。特に若年層である40~64歳の受診者割合が26.0%と低いことがわかります。(図表59)さらには、若年層の受診率は低下傾向にあり、特に男性でその傾向が強いことがわかります。このことから、性別、年齢による受診傾向を考慮した健診受診勸奨を積極的に行います。

図表 59 性別、年代別 特定健診受診率の推移

総数	H29			R04			H29からの 変化
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	32,844	10,818	32.9%	27,655	9,433	34.1%	1.2%
40代	4,183	836	20.0%	3,423	711	20.8%	0.8%
50代	5,944	1,545	26.0%	4,532	1,129	24.9%	-1.1%
60代	14,191	5,103	36.0%	10,306	3,750	36.4%	0.4%
70代	8,526	3,334	39.1%	9,394	3,843	40.9%	1.8%
再)40~64歳	15,269	4,117	27.0%	11,792	3,063	26.0%	-1.0%
再)65~74歳	17,569	6,701	38.1%	15,863	6,370	40.2%	2.0%
男性	H29			R04			H29からの 変化
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	15,201	4,572	30.1%	12,874	4,060	31.5%	1.5%
40代	2,285	420	18.4%	1,968	383	19.5%	1.1%
50代	2,945	699	23.7%	2,362	544	23.0%	-0.7%
60代	6,183	2,044	33.1%	4,475	1,553	34.7%	1.6%
70代	3,788	1,409	37.2%	4,069	1,580	38.8%	1.6%
女性	H29			R04			H29からの 変化
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	17,643	6,246	35.4%	14,781	5,373	36.4%	0.9%
40代	1,898	416	21.9%	1,455	328	22.5%	0.6%
50代	2,999	846	28.2%	2,170	585	27.0%	-1.3%
60代	8,008	3,059	38.2%	5,831	2,197	37.7%	-0.5%
70代	4,738	1,925	40.6%	5,325	2,263	42.5%	1.9%

出典：特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)

(2) 具体的な対策

- ① 市の広報(広報ひろさき、農業ひろさき)や農協広報紙、市ホームページや Facebook、X(旧 Twitter)などの SNS、チラシ等を活用した広報、啓発
- ② 特定健診自己負担額の無料化
- ③ 人間ドック、各種がん検診との同時実施による受診者利便性の向上
- ④ 保健衛生委員や健康づくりサポーター等の地区組織と連携した受診勧奨への働きかけ
- ⑤ 特定健診実施医療機関との連携
- ⑥ 対象者を特定した受診勧奨通知による働きかけ
- ⑦ 民間事業者が持つノウハウを活用した受診勧奨
- ⑧ 特定健診の検査項目を満たす他の健診や診療(みなし健診)の受診率への反映等の検討

7 結果の報告

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

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 課題解決するための個別保健事業

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きます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

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

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、4,154人(42.0%)です。そのうち治療なしが1,068人(26.6%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が554人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、1,068人中447人と多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 60)

図表 60 脳・心・腎を守るために

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-

令和04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 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中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(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		9,899人	32.9%	
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											■各疾患の治療状況		
	治療中		治療なし								高血圧	4,443	5,456
											脂質異常症	2,925	6,974
											糖尿病	1,107	8,792
											3疾患 いづれか	5,883	4,016
											※問診結果による		
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)		重症化予防対象者 (実人数)				
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2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017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 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)						
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	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者						
該当者数	802	165	338	280	2,134	829	1,400	4,154					
治療なし	338	39	303	204	269	388	379	1,068					
(再掲) 特定保健指導	108	21	65	62	269	61	99	447					
治療中	464	126	35	76	1,865	441	1,021	3,086					
臓器障害 あり	114	39	101	74	98	176	379	554					
CKD(専門医対象者)	52	10	54	40	37	81	379	379					
心電図所見あり	77	39	65	48	71	133	96	271					
臓器障害 なし	224	--	202	130	171	212	--	--					
治療中	臓器障害 あり	197	126	16	32	806	210	1021	1,583				
	CKD(専門医対象者)	93	56	5	20	429	116	1,021	1,021				
	心電図所見あり	141	126	13	19	536	138	351	913				
	臓器障害 なし	267	--	19	44	1,059	231	--	--				

出典:KDB システム 各帳票

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

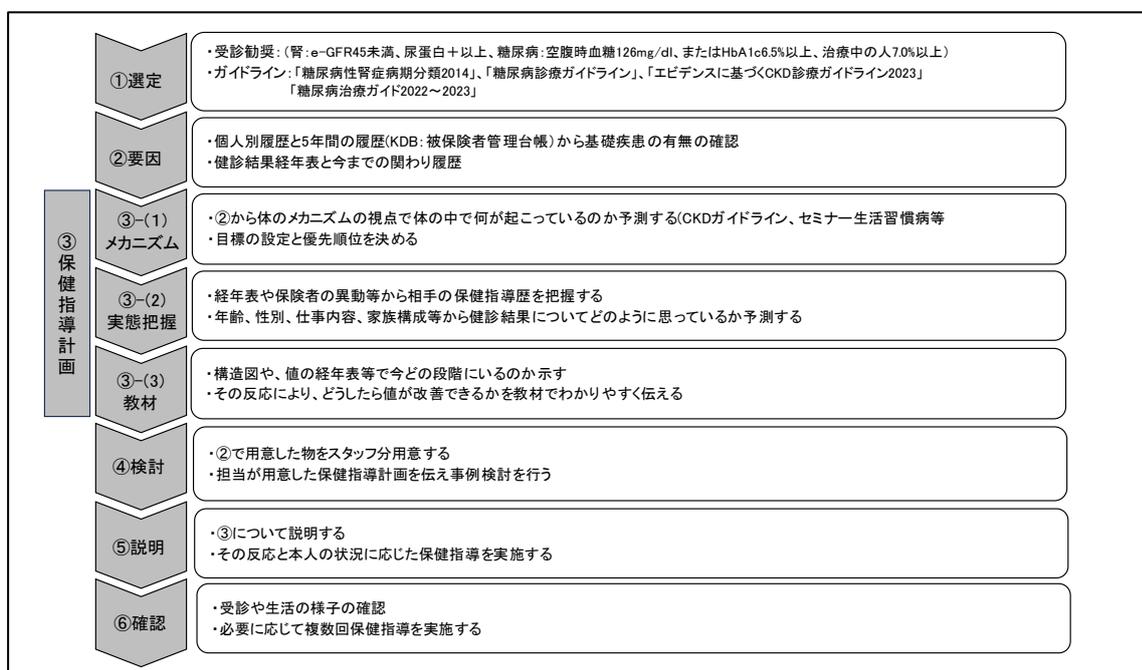
① 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び青森県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に沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 62 に沿って実施します。

- ・健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ・治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ・糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 61 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



② 対象者の明確化

ア 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、青森県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します。

- (ア) 医療機関未受診者
- (イ) 医療機関受診中断者
- (ウ) 糖尿病治療中者
 - ・糖尿病性腎症で通院している者
 - ・糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等のリスクを有する者

イ 選定基準に基づく該当者の把握

(ア) 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 62 糖尿病性腎症病期分類

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

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

(イ) 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いました。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、504人(31.3%・図表63F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者6,577人のうち、特定健診受診者が1,107人(68.7%・図表63G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者5,470人(83.2%・図表63I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

(ウ) 介入方法と優先順位

図表 63 より本市における介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1 【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）…504人

優先順位 2 【保健指導】

- ・特定健診受診者で糖尿病治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）…586人
- 治療中断しない（継続受診）のための保健指導

- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

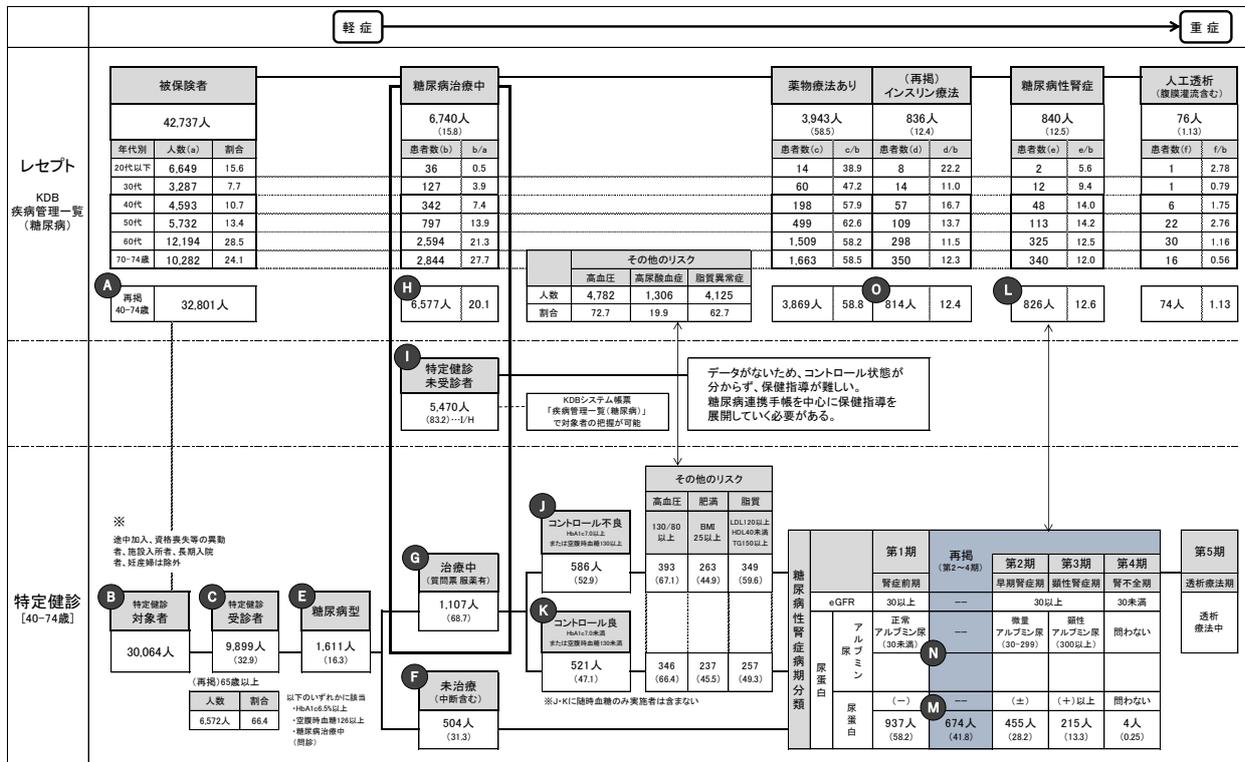
優先順位 3 【保健指導】

- ・糖尿病治療中で特定健診未受診者（I）の中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳から把握
- ・介入方法として個別訪問、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

図表 63 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

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

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上し(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

出典：KDB システム

③ 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す。

また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

さらに、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 64 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起ころのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

イ 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。また、糖尿病合併症を減らすため、特定健診結果で糖尿病の疑いが否定できない方や高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持ち将来糖尿病を発症するリスクが高い方に、75g糖負荷検査を実施し、結果に基づき保健指導を行うことを検討していく必要があります。

④ 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、事前に弘前市医師会と協議した紹介状等を使用します。

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います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては青森県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

⑤ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

⑥ 評価

評価を行う時は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

【短期的評価】

ア 受診勧奨者に対する評価

(ア) 受診勧奨対象者への介入率

(イ) 医療機関受診率

(ウ) 医療機関未受診者への再勧奨数

イ 保健指導対象者に対する評価

(ア) 保健指導実施率

(イ) 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 65 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	弘前市										同規模保険者		データ基	
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	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	45,683人		43,502人		41,943人		41,101人		39,538人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2
		② (再掲)40-74歳	35,154人		33,867人		32,995人		32,684人		31,533人				
2	① 特定健診 ② 対象者数 ③ 受診率	B	31,488人		30,438人		30,093人		29,361人		27,655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	
		C	10,904人		10,502人		9,207人		8,875人		9,433人				
			34.6%		34.5%		30.6%		30.2%		34.1%				
3	① 特定 保健指導 ② 対象者数 ③ 実施率		1,017人		987人		845人		816人		764人				
			45.4%		48.4%		51.6%		52.0%		57.3%				
4	① 健診 データ ② 糖尿病型 ③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし) ④ 治療中(質問票 服薬あり) ⑤ コントロール不良 HbA1c10%以上または空腹時血糖130以上 ⑥ 血圧 130/80以上 ⑦ 肥満 BMI25以上 ⑧ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満 ⑨ 第1期 尿蛋白(-) ⑩ 第2期 尿蛋白(±) ⑪ 第3期 尿蛋白(+)以上 ⑫ 第4期 eGFR30未満	E	1,697人	14.8%	1,684人	15.3%	1,555人	16.6%	1,518人	16.4%	1,553人	16.1%		特定健診結果	
		F	534人	31.5%	570人	33.8%	532人	34.2%	508人	33.5%	484人	31.2%			
		G	1,163人	68.5%	1,114人	66.2%	1,023人	65.8%	1,010人	66.5%	1,069人	68.9%			
		J	412人	68.4%	369人	65.0%	376人	67.0%	387人	71.1%	381人	67.6%			
		K	272人	45.2%	272人	47.9%	277人	49.4%	261人	48.0%	248人	44.0%			
		M	561人	48.2%	546人	49.0%	462人	45.2%	466人	46.1%	505人	47.2%			
			918人	54.1%	1,147人	68.1%	951人	61.2%	873人	57.5%	910人	58.6%			
			518人	30.5%	324人	19.2%	389人	25.0%	440人	29.0%	437人	28.1%			
			249人	14.7%	196人	11.6%	205人	13.2%	186人	12.3%	202人	13.0%			
			6人	0.4%	10人	0.6%	6人	0.4%	13人	0.9%	4人	0.3%			
		5	① レセプト ② 糖尿病受療率(被保険者対) ③ (再掲)40-74歳(被保険者対) ④ レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病対) ⑤ 入院(件数) ⑥ 糖尿病治療中 ⑦ (再掲)40-74歳 ⑧ 健診未受診者 ⑨ インスリン治療 ⑩ (再掲)40-74歳 ⑪ 糖尿病性腎症 ⑫ (再掲)40-74歳 ⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合) ⑭ (再掲)40-74歳 ⑮ 新規透析患者数 ⑯ (再掲)糖尿病性腎症 ⑰ 【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)		107.6人		108.7人		100.8人		108.7人		112.4人		
	137.4人				137.4人		126.2人		134.3人		138.5人				
	28,285件 (837.6)			28,096件 (858.8)	27,775件 (857.6)	28,709件 (913.7)	28,228件 (938.9)	1,315,089件 (834.3)							
	122件 (3.6)			122件 (3.7)	139件 (4.3)	119件 (3.8)	93件 (3.1)	5,078件 (3.2)							
H	4,916人			10.8%	4,730人	10.9%	4,228人	10.1%	4,467人	10.9%	4,443人	11.2%			
I	4,831人			13.7%	4,654人	13.7%	4,165人	12.6%	4,391人	13.4%	4,366人	13.8%			
	3,668人			75.9%	3,491人	75.0%	3,142人	75.4%	3,381人	77.0%	3,297人	75.5%			
O	531人			10.8%	506人	10.7%	462人	10.9%	476人	10.7%	503人	11.3%			
	519人			10.7%	493人	10.6%	447人	10.7%	460人	10.5%	487人	11.2%			
L	597人			12.1%	579人	12.2%	504人	11.9%	514人	11.5%	521人	11.7%			
	584人			12.1%	566人	12.2%	494人	11.9%	507人	11.5%	513人	11.7%			
	60人			1.2%	56人	1.2%	51人	1.2%	40人	0.9%	40人	0.9%			
	60人			1.2%	55人	1.2%	51人	1.2%	40人	0.9%	39人	0.9%			
	16			26.7%	20	35.7%	21	41.2%	13	32.5%	25	62.5%			
	7			11.7%	9	16.1%	9	17.6%	8	20.0%	9	22.5%			
	123人	1.8%	121人	1.8%	117人	1.9%	126人	1.9%	121人	1.8%					
6	① 総医療費 ② 生活習慣病総医療費 ③ (総医療費に占める割合) ④ 健診受診者 ⑤ 生活習慣病 対象者 一人あたり 健診未受診者 ⑥ 糖尿病医療費 ⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合) ⑧ 糖尿病入院外総医療費 ⑨ 1件あたり ⑩ 糖尿病入院総医療費 ⑪ 1件あたり ⑫ 在院日数 ⑬ 慢性腎不全医療費 ⑭ 透析有り ⑮ 透析なし		137億1164万円		139億1914万円		133億9858万円		133億8388万円		131億7472万円		130億1053万円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題	
			75億6906万円		77億3681万円		76億1627万円		76億9133万円		75億1803万円		68億5805万円		
			55.2%		55.6%		56.8%		57.5%		57.1%		52.7%		
			5,075円		5,652円		4,328円		4,495円		5,317円		6,079円		
			36,850円		39,451円		40,591円		41,704円		41,706円		40,006円		
			8億0346万円		8億1865万円		8億3575万円		8億4142万円		8億1203万円		7億1382万円		
			10.6%		10.6%		11.0%		10.9%		10.8%		10.4%		
			21億3096万円		22億6826万円		22億6596万円		23億1705万円		22億4082万円				
			34,163円		36,650円		38,136円		38,491円		38,368円				
			14億5985万円		14億6052万円		14億2254万円		14億1392万円		13億2300万円				
			659,970円		697,143円		685,563円		717,364円		694,124円				
			18日		17日		17日		16日		16日				
			5億8210万円		5億5590万円		5億1756万円		4億9164万円		5億0476万円		6億2328万円		
			5億4223万円		5億2199万円		4億8325万円		4億4865万円		4億5515万円		5億8681万円		
			3987万円		3390万円		3432万円		4299万円		4961万円		3647万円		
7	① 介護 ② 介護給付費 (2号認定者)糖尿病合併症		166億6239万円		170億5476万円		174億4352万円		174億5209万円		173億3381万円		149億9313万円		
			25件	15.9%	21件	16.4%	22件	17.7%	21件	17.8%	21件	17.5%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	24人	1.1%	18人	0.8%	25人	1.1%	24人	1.1%	30人	1.2%	2,085人	1.0%	KDB 健診・医療・介護 データからみる地域の健 康課題

注)KDBシステムは、電子データにより管理されているデータに限ることから、7介護については介護福祉課で公表している数値とは一致しない。

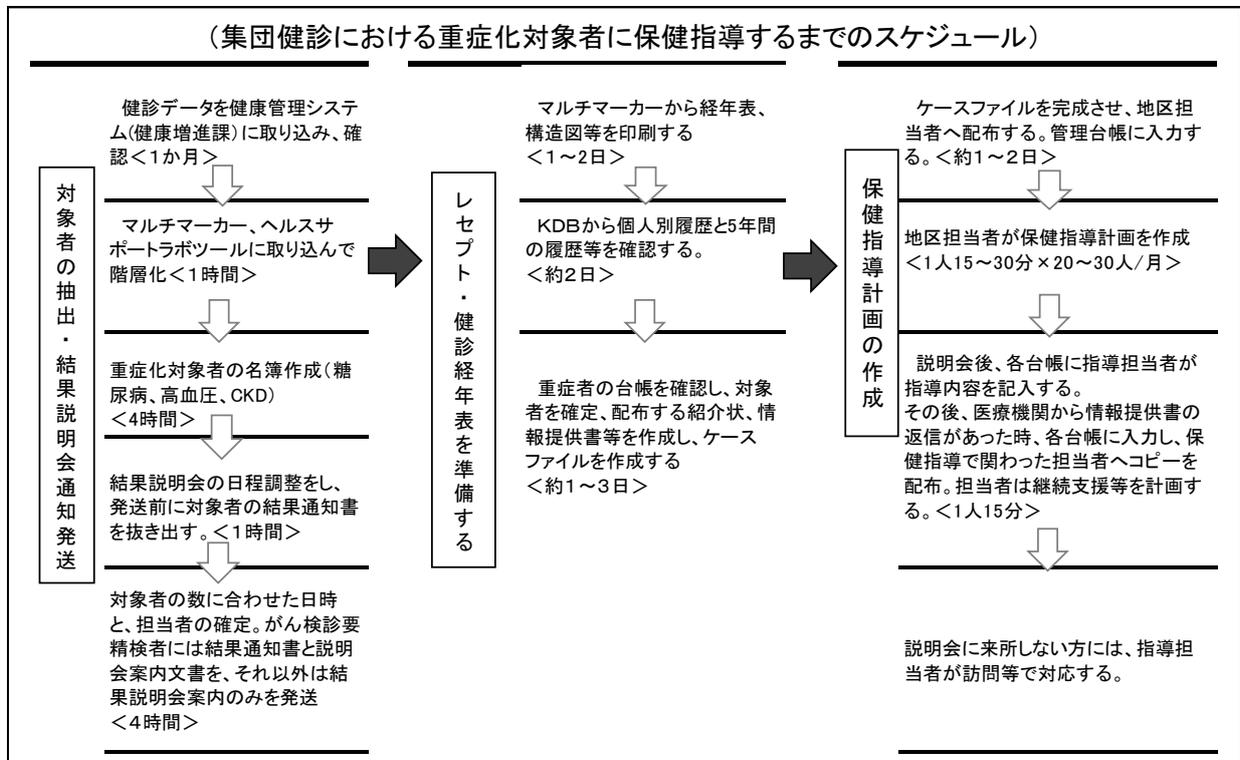
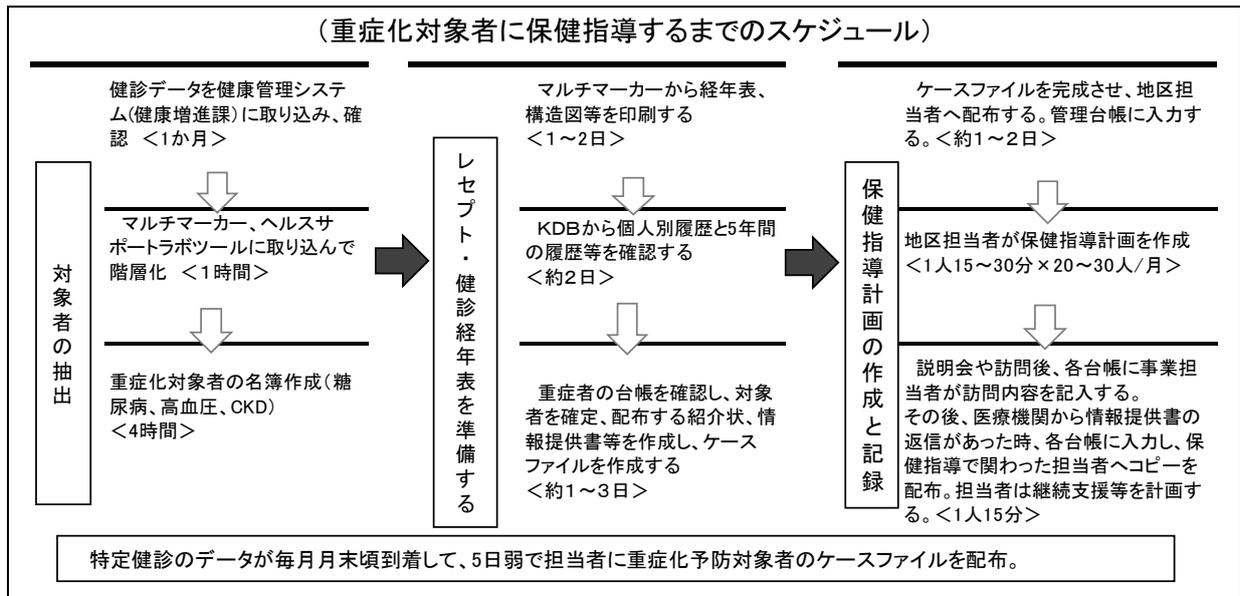
⑦ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

図表 66 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



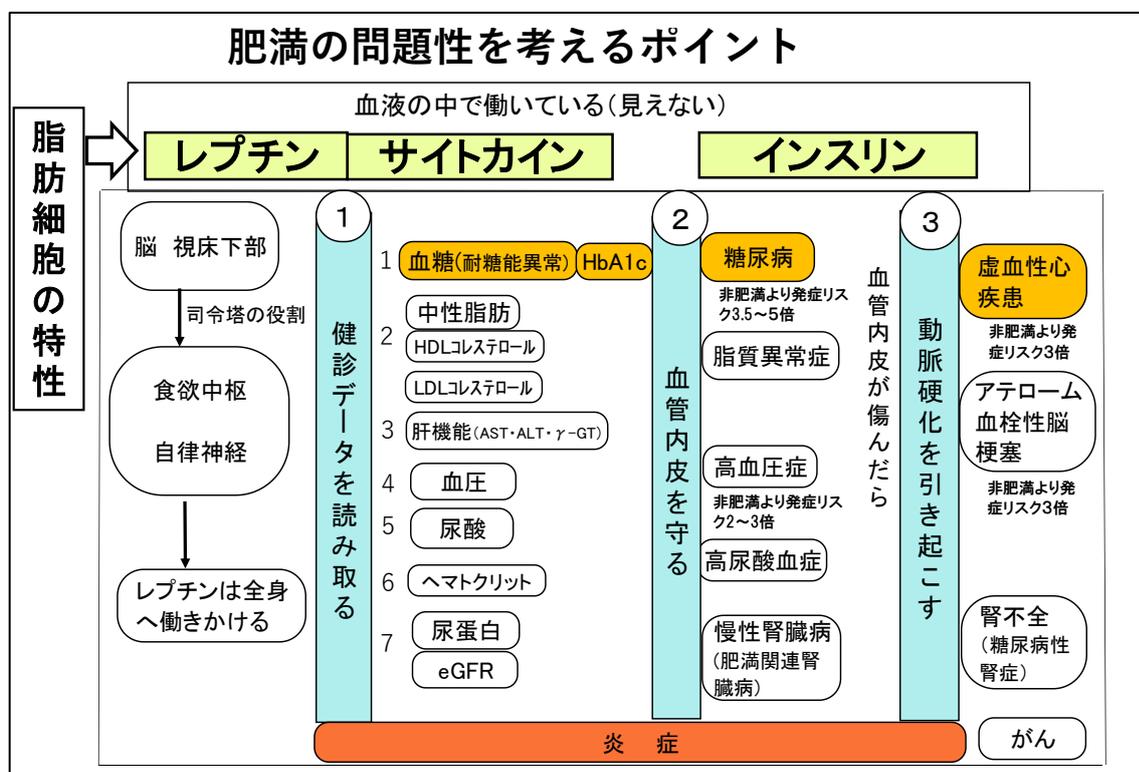
(2) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

① 基本的な考え方

メタボリックシンドロームおよび肥満予防の取り組みについては、下記の表（図表 67）を参考に、主に脳・心血管病予防として実施していきます。

『メタボリックシンドロームの定義と診断基準』では、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立すること、メタボリックシンドロームにより心血管病、2型糖尿病さらには糖尿病性大血管症の発症リスクが高くなることが謳われており、本市における脳血管疾患、糖尿性腎症、虚血性心疾患においても共通リスクであることから、実態を把握し、重症化予防に向けた保健指導を実施していきます。

図表 67 肥満の問題性を考えるポイント



② 肥満の状況

ア 肥満度分類に基づく実態把握と優先順位

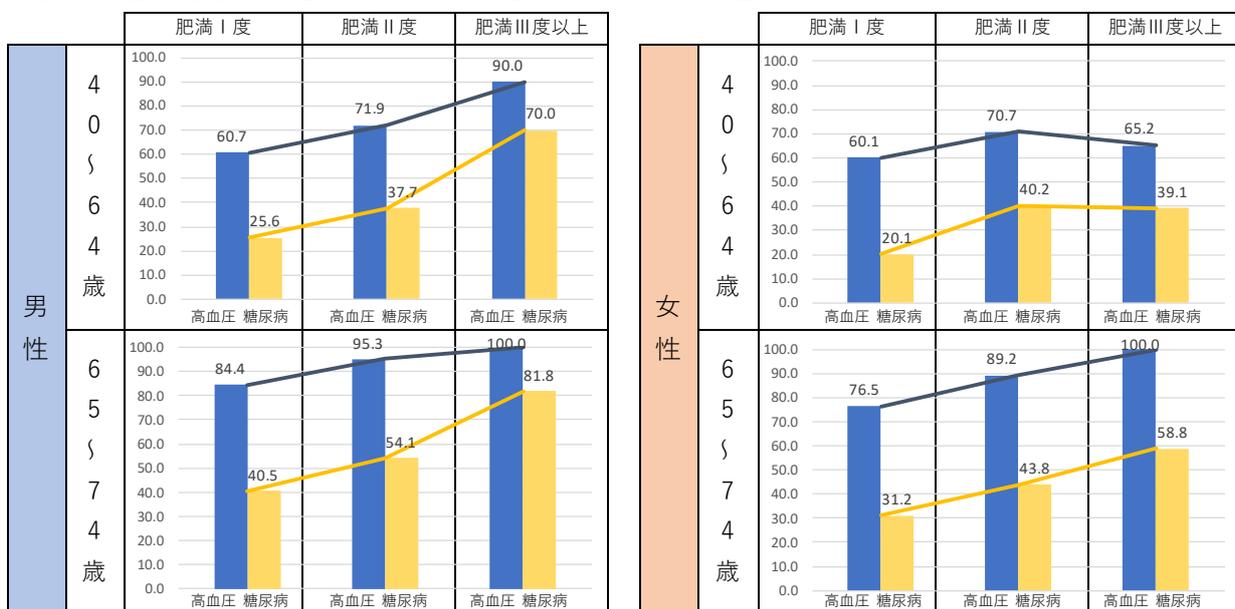
肥満の解決に向けては、どのような年齢・性別に肥満が多いのかを把握した上で、科学的な根拠をもって効率的・効果的な取り組みを勧めるため「肥満症診療ガイドライン 2022」を参考に優先順位を決めます。(図表 68、69)

図表 68 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	3,327	6,572	1,059	1,852	825	1,607	201	216	23	23	10	6	
				31.8%	28.2%	24.8%	24.5%	6.0%	3.3%	0.7%	0.3%	0.3%	0.1%
再掲	男性	1,537	2,716	628	912	500	815	118	85	8	10	2	2
				40.9%	33.6%	32.5%	30.0%	7.7%	3.1%	0.5%	0.4%	0.1%	0.1%
再掲	女性	1,790	3,856	431	940	325	792	83	131	15	13	8	4
				24.1%	24.4%	18.2%	20.5%	4.6%	3.4%	0.8%	0.3%	0.4%	0.1%

出典：KDBシステム

図表 69 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



高血圧：Ⅰ度高血圧以上又は高血圧の診断あり

糖尿病：空腹時血糖126以上又はHbA1c6.5%以上又は糖尿病診断あり

注) 肥満Ⅰ度：BMI25～29 肥満Ⅱ度：BMI30～34 肥満Ⅲ度：BMI35～

出典：KDB介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）R3年度

イ 保健指導の実施を通じた住民の声(意識)による「日常生活」で困っていることの把握

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要があります。そのことは、図表 70 の「日常生活」で困っている住民の声からも必要性の高さが伺えます。

次に図表 71 から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の割合をみると、全体では 21.9%であり、心不全、脳血管疾患、虚血性心疾患の順に多いことがわかります。メタボリックシンドローム該当者を年代別にみると 60 代がピークとなっています。しかし、心・脳血管疾患の発症者 1, 829 人においては、メタボ該当率のピーク

が 50 代と全体に比べ若い傾向にあり、個人の医療状況からも医療費が高額になることが考えられます。

そのため、50 代以前の若い年代の受診者に対し、肥満・生活習慣病の予防に向けたメタボリックシンドロームに対する働きかけを行うことで心疾患、脳血管疾患発症予防の可能性が期待できます。

図表 70 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度				
	I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~	
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の蠕動もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れがする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れがする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に合わない ・歩くとき足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ることが多い
	日常動作		・屈まず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事で時々胸の息苦しさ ・1年前から動機あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグツと	・動機がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動機が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感で10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

図表 71 メタボリックシンドローム該当者・予備群と心・脳血管疾患の発症状況（令和4年度）

メタボ該当者・予備群の有所見内訳

	受診者数		脳血管疾患		心不全		虚血性心疾患	
総計	9,468		596	6.3%	963	10.2%	720	7.6%
メタボ該当者	2,072	21.9%	120	20.1%	223	23.2%	144	20.0%
予備群該当者	1,072	11.3%	52	8.7%	91	9.4%	71	9.9%
非該当	6,324	66.8%	424	71.1%	649	67.4%	505	70.1%

メタボ該当者・予備群の年代別内訳

	受診者数		40代		50代		60代		70代	
総計	9,468		697	7.4%	1,113	11.8%	3,786	40.0%	3,869	40.9%
メタボ該当者	2,072	21.9%	150	21.5%	231	20.8%	843	22.3%	847	21.9%
予備群該当者	1,072	11.3%	95	13.6%	129	11.6%	411	10.9%	437	11.3%
非該当	6,324	66.8%	452	64.8%	753	67.7%	2,532	66.9%	2,585	66.8%

健診受診者9,468人のうち脳血管疾患・心疾患いずれかを有する1,829人の内訳

	全体		40代		50代		60代		70代	
総計	1,829		34	1.9%	123	6.7%	687	37.6%	984	53.8%
メタボ該当者	391	21.4%	5	14.7%	27	22.0%	150	21.8%	208	21.1%
予備群該当者	176	9.6%	7	20.6%	17	13.8%	60	8.7%	92	9.3%
非該当	1,262	69.0%	22	64.7%	79	64.2%	477	69.4%	684	69.5%

50代、メタボ該当者で心・脳血管疾患を発症した者 高額医療費順 7名

メタボ判定	性別	合併症(中長期目標)					基礎疾患(短期目標)			要介護度	社会保障給付費 (医療+介護)
		脳血管疾患	心不全	虚血性心疾患	腎不全	人工透析	高血圧症	糖尿病	脂質異常症		
該当者	男			●	●	●	●	●		-	5,770,510
該当者	男		●				●	●		-	1,804,170
該当者	女		●	●			●	●	●	-	674,660
該当者	女		●				●			-	444,040
該当者	女		●				●			-	424,170
該当者	男	●			●		●			-	372,720
該当者	男		●				●		●	-	363,310

出典：弘前市調べ

③ 対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 72)をみると、50 代以上の男性では該当者の割合が3 割を超えるが、60 代・70 代女性では1 割程度であるため、男性の肥満予防介入の優先度が高いことがわかります。

また、メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 73)は、男女とも6 割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しており、治療だけではメタボリックシンドロームおよび肥満が解決できないことがわかります。

内臓脂肪の蓄積による血管内皮、動脈硬化への影響は大きく、生活習慣病の予防・治療と合わせて、食事療法や運動療法による生活習慣の改善も必要です。

ア 対象者の選定基準の考え方

生活習慣病リスクの高い以下の対象者に対して、食事や運動など生活習慣病に関する保健指導を行います。

- (ア) メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者
- (イ) 治療中断となった場合に心血管疾患を起こすリスクの高い継続治療中の者
- (ウ) 特定保健指導対象者

イ 対象者の管理

対象者の進捗管理は地区を明示した対象者管理台帳を作成し管理します。

図表 72 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	4,253	413	588	1,643	1,609	5,646	383	647	2,309	2,307	
メタボ該当者	B	1,445	90	193	583	579	689	16	57	283	333	
	B/A	34.0%	21.8%	32.8%	35.5%	36.0%	12.2%	4.2%	8.8%	12.3%	14.4%	
再掲	① 3項目全て	C	500	20	56	221	203	217	6	22	84	105
		C/B	34.6%	22.2%	29.0%	37.9%	35.1%	31.5%	37.5%	38.6%	29.7%	31.5%
	② 血糖＋血圧	D	267	11	32	108	116	103	2	6	46	49
		D/B	18.5%	12.2%	16.6%	18.5%	20.0%	14.9%	12.5%	10.5%	16.3%	14.7%
	③ 血圧＋脂質	E	616	49	91	239	237	352	7	26	147	172
		E/B	42.6%	54.4%	47.2%	41.0%	40.9%	51.1%	43.8%	45.6%	51.9%	51.7%
	④ 血糖＋脂質	F	62	10	14	15	23	17	1	3	6	7
		F/B	4.3%	11.1%	7.3%	2.6%	4.0%	2.5%	6.3%	5.3%	2.1%	2.1%

出典：KDBシステム

図表 73 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし			
	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		
総数	4,253	1,445	34.0%	1,235	85.5%	210	14.5%	5,646	689	12.2%	630	91.4%	59	8.6%		
40代	413	90	21.8%	55	61.1%	35	38.9%	383	16	4.2%	10	62.5%	6	37.5%		
50代	588	193	32.8%	146	75.6%	47	24.4%	647	57	8.8%	48	84.2%	9	15.8%		
60代	1,643	583	35.5%	509	87.3%	74	12.7%	2,309	283	12.3%	254	89.8%	29	10.2%		
70～74歳	1,609	579	36.0%	525	90.7%	54	9.3%	2,307	333	14.4%	318	95.5%	15	4.5%		

出典：KDBシステム

④ 保健指導の実施

ア 最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 74 特定健診・特定保健指導 実践へ向けて(保健指導教材)

特定健診・特定保健指導 実践へ向けて (保健指導教材)	
もくじ	
1 国の施策	6 脂肪細胞の特性
1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導	6-1 肥満の問題性を考えるポイント
1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方	6-2 脂肪細胞ってね①
1-3 特定保健指導対象者	6-3 脂肪細胞ってね②
1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて	6-4 脂肪細胞から分泌される物質
1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋	6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～	6-6 食欲が抑えられない
2 保健指導対象者の明確化	6-7 脳の変調を起こす原因は？
2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表	6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています
2-2 おたずね	7 健診データ・検査
2-3 健診結果みる肥満のリスク	7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
2-4 肥満がもたらすもの	7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
3 肥満の症状	7-3 血管が傷むとは
3-1 肥満がもたらす症状	7-4 体の中で起こっていることは？
3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる	7-5 脂肪細胞の中身は何だと思えますか？
3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？	7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます	7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの	7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
3-3-4 睡眠時無呼吸の治療(CPAP)	7-9 ヘマトクリットの値はいつでしたか？
3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)	7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起きているのでしょうか？
3-5-1 膝が痛いときよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？	7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
3-5-2 膝のどこが痛いのですか？	7-12 労災保険二次健康診断給付制度
3-5-3 膝に圧力がかららないトレーニング	7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！	7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。
3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)	8 食事療法
3-7 新型コロナと肥満	8-1 栄養指導の基本
4 高度肥満	8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
4-1 外科手術という治療があります	8-3-1 短鎖脂肪酸
4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧	8-3-7 肥満の推移とその背景と原因
4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合	9 運動療法
4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん	9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
5 保健指導教材で減量できた事例	9-2 体重測定
5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例	10 参考資料
5-2 住民の体重変化	

イ 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては 2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

本市においても国保ヘルスアップ事業を活用して、一部の対象者に微量アルブミン検査は実施していますが、今後は以下の二次健診の実施を検討します。

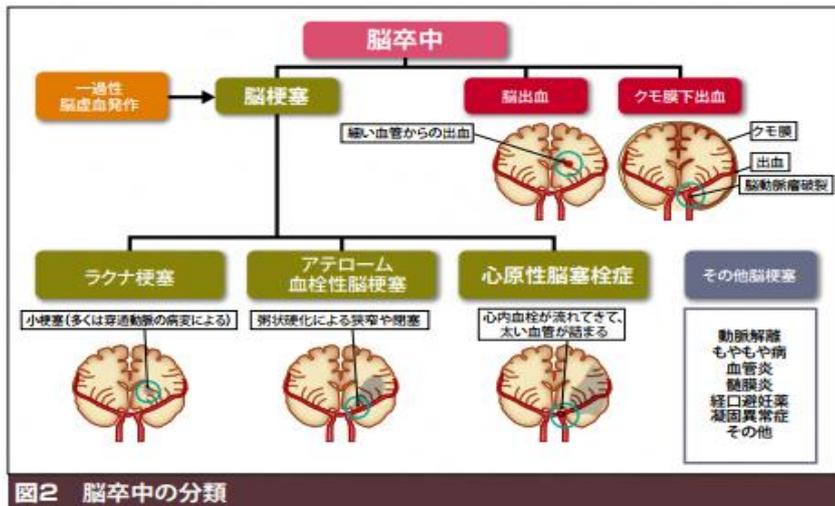
- ・頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)
- ・負荷心電図(心臓の状態を詳しく見る検査)
- ・微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

(3) 脳血管疾患重症化予防

① 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 75、76)

図表 75 脳卒中の分類



図表 76 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

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

(日本脳卒中協会の脳卒中予防の提言より引用)

② 対象者の明確化

ア 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 77 でみると、高血圧治療者 13,093 人(図表 77⑧)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 1,315 人(10.0%・図表 77⑩)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 802 人(8.1%)であり、そのうち 338 人(42.1%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 464 人(4.7%)いることがわかりました。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きます。

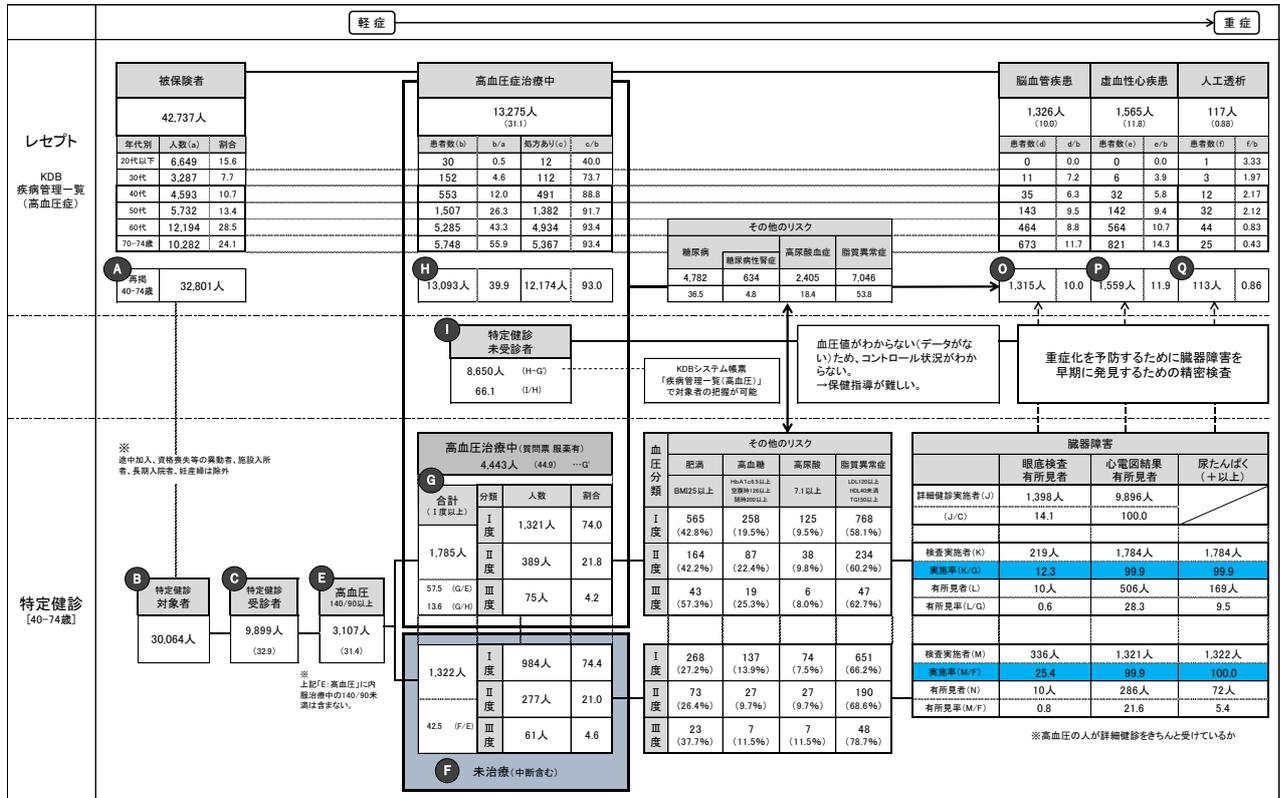
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 555 人(5.6%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、3,107 人(31.4%・図表 77⑩)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

図表 77 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む) ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築、介入支援対象者一覧(対象:重症化予防)」から集計

出典: KDB システム

イ 保健指導対象者の明確化と優先順位

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など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 78 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

図表 78 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

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)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	3,012	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
			1,690 56.1%	984 32.7%	277 9.2%	61 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	169		C 123 7.3%	B 39 4.0%	B 7 2.5%	A 0 0.0%
	5.6%					
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,513		C 873 51.7%	B 472 48.0%	A 141 50.9%	A 27 44.3%
	50.2%					
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	1,330		B 694 41.1%	A 473 48.1%	A 129 46.6%	A 34 55.7%
	44.2%					

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	804
		26.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	1,212
		40.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	996
		33.1%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

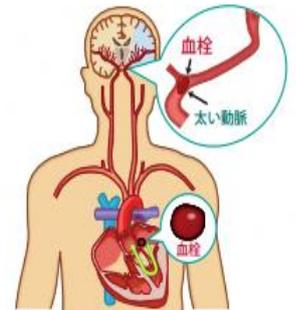
出典: KDB システム

ウ 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。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す。

図表 80 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 79 心房細動と心原性脳塞栓症



(日本脳卒中協会の脳卒中予防の提言より引用)

図表 80 特定健診受診者における心房細動有所見者

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※13)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	4,253	5,646	4,251	100.0%	5,645	100.0%	127	3.0%	38	0.7%	--	--
40代	413	383	413	100.0%	383	100.0%	1	0.2%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	588	647	588	100.0%	646	99.8%	5	0.9%	2	0.3%	0.8%	0.1%
60代	1,643	2,309	1,641	99.9%	2,309	100.0%	46	2.8%	12	0.5%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,609	2,307	1,609	100.0%	2,307	100.0%	75	4.7%	24	1.0%	3.4%	1.1%

※13 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典:KDBシステム

心電図検査において179人が心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者179人のうち172人は、健診後に治療開始または既に治療が開始されていましたが、7人はまだ治療につながっていません。(図表81)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、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ります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、精密検査受診の徹底が望まれます。

図表 81 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
179	7	3.9%	172	96.1%

出典:弘前市調べ

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。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ます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中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います。

イ 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ・形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)

- ・血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

ウ 対象者の管理

(ア) 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、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きます。

(イ) 心房細動者の管理

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

④ 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きます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

⑤ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

⑥ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

⑦ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

(4) 虚血性心疾患重症化予防

① 基本的な考え方

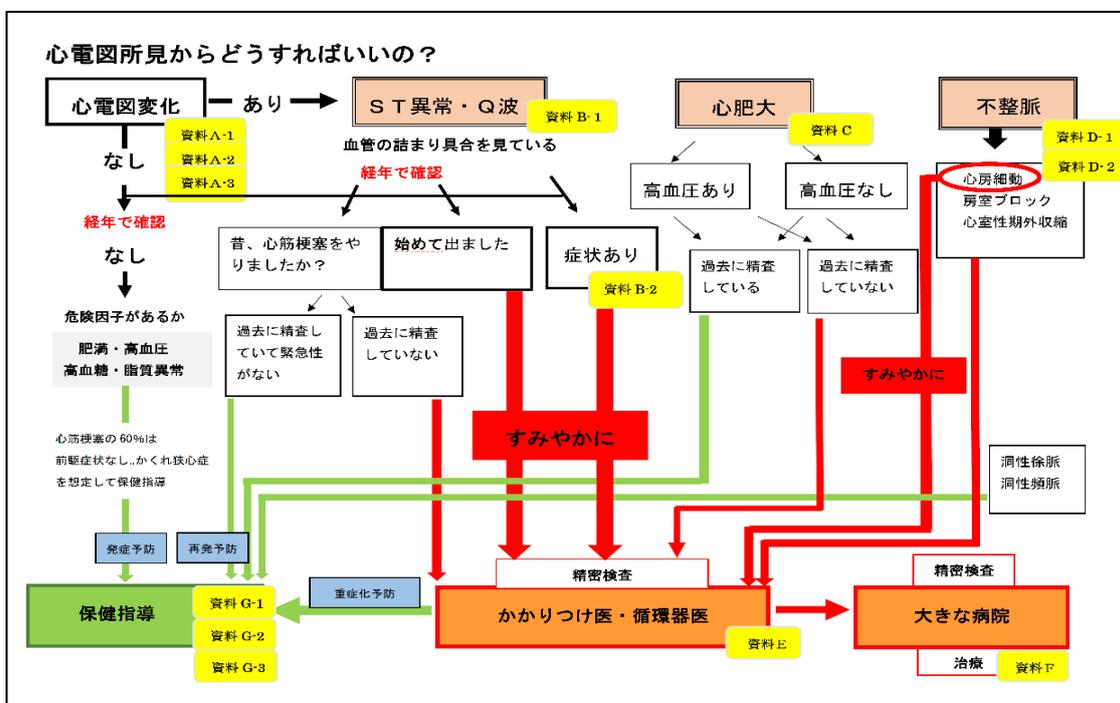
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

② 対象者の明確化

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、図表 82 に基づいて考えます。

図表 82 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



イ 重症化予防対象者の抽出

(ア) 心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市においては、心電図検査を受診者全員に実施し、そのうち有所見者が 2,421 人 (23.4%) でした。所見の中でも、虚血性心疾患リスクの可能性が考えられる ST-T 変化の有

所見者数が 564 人(23.3%)と、脚ブロックに次いで高いことがわかります。(図表 83)

また、有所見者のうち要精査が 182 人(7.5%)で、その後の受診状況を見ると 41 人(29.1%)は未受診でした。(図表 84)。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 83 心電図検査結果

性別・年齢	心電図検査				所見内訳																
					ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
	実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮		
					人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B	
40～74歳	10,361	99.9%	2,421	23.4%	37	1.5%	564	23.3%	78	3.2%	216	8.9%	91	3.8%	604	24.9%	179	7.4%	464	19.2%	
内訳	男性	4,460	99.9%	1,256	28.2%	23	1.8%	207	16.5%	43	3.4%	124	9.9%	57	4.5%	372	29.6%	138	11.0%	236	18.8%
	女性	5,901	100.0%	1,165	19.7%	14	1.2%	357	30.6%	35	3.0%	92	7.9%	34	2.9%	232	19.9%	41	3.5%	228	19.6%

出典：弘前市調べ

図表 84 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	2,421		182	7.5%	141	77.5%	41	29.1%
男性	1,256	28.2%	98	7.8%	78	79.6%	20	20.4%
女性	1,165	19.7%	84	7.2%	63	75.0%	21	25.0%

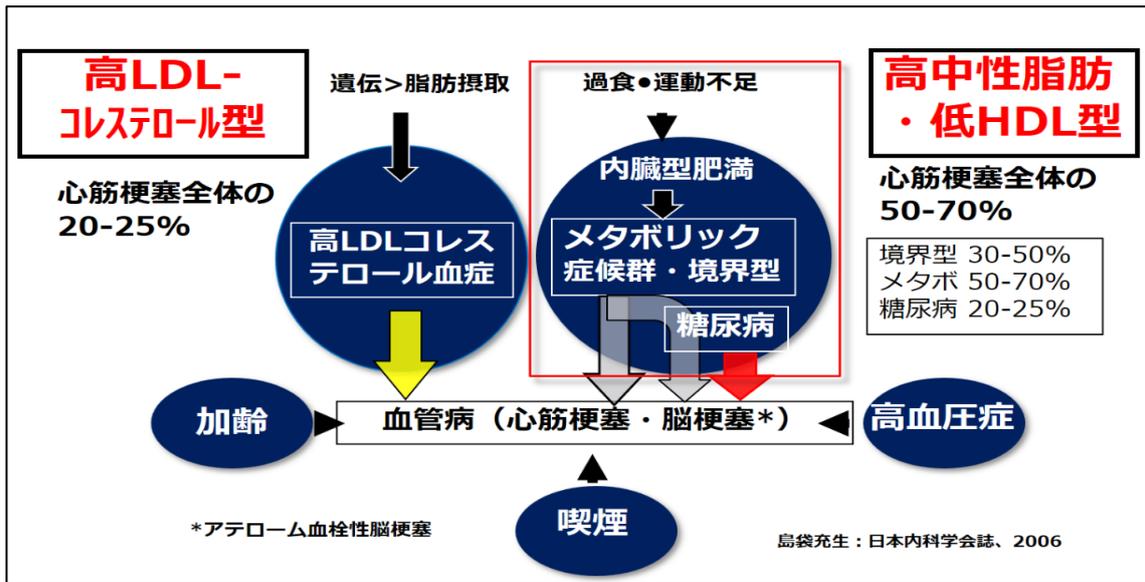
出典：弘前市調べ

(イ) 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して(心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため)積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することから、それぞれのリスク該当者について図表 85 を参考に、タイプ別に把握します。(図表 86)

図表 85 心血管病をおこしやすい人の特徴



図表 86 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標

(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL	健診結果(LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別						
	4,070	120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	460	230	130	73	27	34	66	0	0
			11.3%	12.6%	9.9%	11.8%	8.9%	39.1%	37.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,395	619	479	205	92	18	32	156	91
			34.3%	33.8%	36.4%	33.0%	30.4%	20.7%	18.2%	43.5%	30.1%
高リスク	120未満 (150未満)	2,170	960	690	339	181	35	76	201	208	
			53.3%	52.5%	52.4%	54.6%	59.7%	40.2%	43.2%	56.0%	68.9%
再掲	100未満 (130未満) ※1	247	103	85	38	21	2	9	24	24	
			6.1%	5.6%	6.5%	6.1%	6.9%	2.3%	5.1%	6.7%	7.9%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	45	20	18	4	3	0	2	2	3
			1.1%	1.1%	1.4%	0.6%	1.0%	0.0%	1.1%	0.6%	1.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮
 ※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

出典：KDB システム

③ 保健指導の実施

ア 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材(図表 87)を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中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います。

図表 87 心電図所見からの保健指導教材

心電図所見からの保健指導教材	
もくじ	
心電図所見からどうすればいいの？ フロー図	
資料A-1	休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A-2	私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A-3	心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B-1	心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B-2	心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C	左室肥大って？
資料D-1	不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D-2	心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E	ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F	精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G-1	狭心症になった人から学びました
資料G-2	健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G-3	心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G-4	肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

イ 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ・形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ・血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

ウ 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

④ 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きます。

医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

⑤ 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

⑥ 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

⑦ 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

(2) 事業の実施

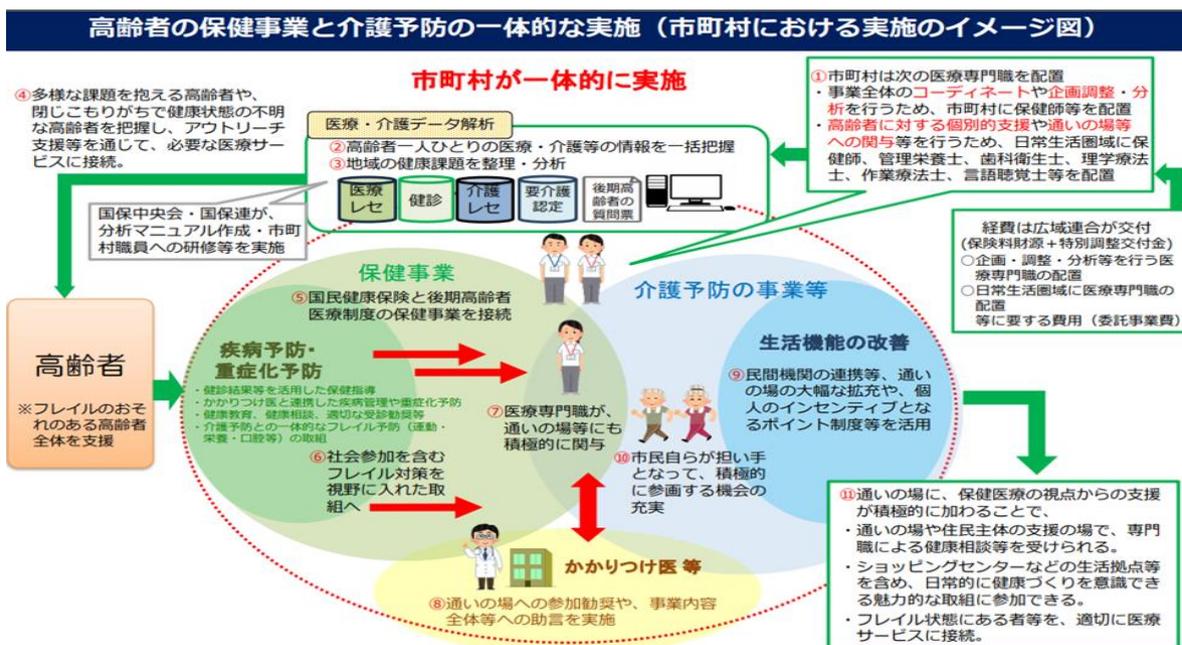
本市は、令和2年度より青森県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 88 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典 厚生労働省 高齢者の特定を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版 図表 I-6

4 発症予防・ポピュレーションアプローチ

生活習慣病が成人期の死亡と深く関わることから、その予防は現代における健康上の大きな課題であります。本市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていく必要があります。(図表 89)

特に、生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えると、小児における生活習慣病対策、特に肥満予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満が子どもたちの健康と深く関わるのと同様に、成人期においてもより若い世代から肥満や生活習慣病、それに伴う動脈硬化性疾患の予防が重要です。そのため、学校での健診対象期間を終える 20 代から健診を継続して受診できるよう「弘前市 20・30 代健診」を行っています。また、20・30 代健診でメタボリックシンドローム該当となった者または生活習慣病リスクの高かった者(図表 90)に対しては、生活習慣の改善に向けた保健指導を行っています。併せて、より健康的な食生活が送れるよう食環境づくりを整備していくことが重要で、減塩を中心とした適切な食事が地域全体に広く届くよう、スマートミールを活用した食環境整備を更に推進していきます。

また、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するポピュレーションアプローチに取り組めます。(図表 91.92)

図表 89 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

生活習慣病の予防を解決するためにライフサイクルの視点で考える —基本的考え方— (ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました)

		健康増進法																							
1 根拠法		母子保健法		児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>															
2 計画		健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】																							
		データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)																							
3 年代		妊婦(胎児期)		産婦		0歳~5歳			6歳~14歳		15~18歳		19歳~39歳		40歳~64歳		65歳~74歳		75歳以上						
4 健康診査		妊婦健康診査		産婦健康診査		乳幼児健康診査			保育所・幼稚園健康診査		就学時健康診査		児童・生徒の定期健康診断		20・30代健診定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健康診査						
(根拠法)		(13条)		(13条)		(第12・13条)			(第11・12条)		(第1・13・14条)		(第66条)		(第18・20・21条)		(第125条)								
5 対象者		妊娠前		妊娠中		産後1年以内		乳児		1.6歳児		3歳児		保育園 / 幼稚園児		小学校		中学校		高等学校		労働安全衛生規則(第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
6 健診内容	糖尿病	血糖		95mg/dl以上		空腹時126mg/dl以上 または2時間値200mg/dl以上																			
		HbA1c		6.5%以上		6.5%以上																			
		尿糖		(+)以上		(+)以上																			
		(診断)妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの																					
	循環器	血圧		収縮期血圧140mmHg以上 または拡張期血圧90mmHg以上		収縮期血圧140mmHg以上 または拡張期血圧90mmHg以上																			
		心電図				心房細動、不整脈等 所見を有する場合																			
		尿蛋白		(+)以上		(+)以上																			
	肥満等	BMI				25.0以上																			
		肥満度				加ア 18以上		肥満度15%以上			肥満度20%以上														
		身長・体重																							
既往歴		家族歴																							

図表 90 20・30代健診受診結果

	受診者数	健診結果									
		メタボリックシンドローム			保健指導対象者 (至急対応者)						
		該当		予備群	心電図		血圧	LDL-C	HbA1c	尿蛋白	
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
男性	273	24 (8.8%)	45 (16.5%)	0 (0.0%)	5 (1.8%)	10 (3.7%)	4 (1.5%)	2 (0.7%)			
女性	448	9 (2.0%)	11 (2.5%)	2 (0.4%)	4 (0.9%)	12 (2.7%)	1 (0.2%)	3 (0.7%)			
総計	721	33 (4.6%)	56 (7.8%)	2 (0.3%)	9 (1.2%)	22 (3.1%)	5 (0.7%)	5 (0.7%)			

出典: 弘前市調べ

図表 91 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

弘前市の社会保障費健全化に向けて 医療費・介護費の適正化 ~弘前市の位置~

令和4年度弘前市の実態を入れてみました

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

厚生労働省 健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム
30年度版」図1 改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

① 一人あたり 医療費・介護費

	市 H30	市 R4	R4全国	全国差
国保	31.4万円	34.8万円	34.9万円	-0.1万円
後期	77.6万円	77.5万円	78.6万円	-1.1万円
介護	32.1万円	32.1万円	29.1万円	3.0万円

様式5-1



② 特定健診等の実施率

	40代	50代
特定健診	34.1%	20.8%
健診も医療も未受診	31.0%	
特定保健指導	57.3%	

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

健康格差の縮小

③ メタボリックシンドローム

	40-74歳	再) 40代	50代
メタボ該当・予備群割合	32.6%	27.6%	32.8%
再) 男性	51.4%	42.3%	52.2%

短期目標

④ 高血圧

	140以上	28.6%	90以上	12.8%
	収縮期血圧 140以上		拡張期血圧 90以上	
腹囲あり	34.4		21.9	
腹囲なし	25.4		7.8	

2型糖尿病

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c6.5以上				11.5%
腹囲あり	22.6	37.5	21.2	18.7
腹囲なし	33.6	42.6	16.1	7.7

尿蛋白

	尿蛋白+以上	5.7%
腹囲あり	8.7	
腹囲なし	4.0	

⑤ 中長期目標

健診受診者のうち
脳血管疾患 3.7%

腹囲あり	51.1%
腹囲なし	48.9%

健診受診者のうち
虚血性心疾患 7.5%

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	20.7%	40.3%	22.7%	16.3%
内訳				
腹囲あり	42.1%	46.3%	54.5%	65.8%
腹囲なし	57.9%	53.7%	45.5%	34.2%

健診受診者のうち
糖尿病性腎症 2.8%

腹囲あり	52.3%
腹囲なし	47.7%

出典: KDBシステム

図表 92 統計から見える青森の食

統計から見える青森の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～ 食品ランキング(県庁所在市及び政令都市 53市)																										
～主食～		～加工食品～																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>カップめん</td><td>2位</td></tr> <tr><td>即席めん</td><td>10位</td></tr> <tr><td>中華めん</td><td>2位</td></tr> </tbody> </table>	食品名	全国ランキング (購入量)	カップめん	2位	即席めん	10位	中華めん	2位	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>梅干し</td><td>4位</td></tr> <tr><td>だいこん漬</td><td>3位</td></tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量)	梅干し	4位	だいこん漬	3位										
食品名	全国ランキング (購入量)																									
カップめん	2位																									
即席めん	10位																									
中華めん	2位																									
食品名	全国ランキング (購入量)																									
梅干し	4位																									
だいこん漬	3位																									
～魚介類～		～野菜～																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>魚介類(全体)</td><td>1位</td></tr> <tr><td>さけ</td><td>2位</td></tr> <tr><td>ほたて貝</td><td>1位</td></tr> <tr><td>塩干魚介全体</td><td>2位</td></tr> <tr><td>たらこ</td><td>1位</td></tr> <tr><td>魚介の漬物</td><td>2位</td></tr> </tbody> </table>	食品名	全国ランキング (購入量)	魚介類(全体)	1位	さけ	2位	ほたて貝	1位	塩干魚介全体	2位	たらこ	1位	魚介の漬物	2位	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>生鮮野菜(全体)</td><td>22位</td></tr> <tr><td>葉茎菜</td><td>21位</td></tr> <tr><td>もやし</td><td>4位</td></tr> <tr><td>ごぼう</td><td>2位</td></tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量)	生鮮野菜(全体)	22位	葉茎菜	21位	もやし	4位	ごぼう	2位
食品名	全国ランキング (購入量)																									
魚介類(全体)	1位																									
さけ	2位																									
ほたて貝	1位																									
塩干魚介全体	2位																									
たらこ	1位																									
魚介の漬物	2位																									
食品名	全国ランキング (購入量)																									
生鮮野菜(全体)	22位																									
葉茎菜	21位																									
もやし	4位																									
ごぼう	2位																									
～肉類～		～飲料～																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>加工肉(全体)</td><td>4位</td></tr> <tr><td>ソーセージ</td><td>3位</td></tr> <tr><td>やきとり</td><td>1位</td></tr> </tbody> </table>	食品名	全国ランキング (購入量)	加工肉(全体)	4位	ソーセージ	3位	やきとり	1位	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>果実・野菜ジュース</td><td>1位</td></tr> <tr><td>炭酸飲料</td><td>2位</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>39位</td></tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量)	果実・野菜ジュース	1位	炭酸飲料	2位	牛乳	39位								
食品名	全国ランキング (購入量)																									
加工肉(全体)	4位																									
ソーセージ	3位																									
やきとり	1位																									
食品名	全国ランキング (購入量)																									
果実・野菜ジュース	1位																									
炭酸飲料	2位																									
牛乳	39位																									
～調味料～		～酒類～																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>食塩</td><td>6位</td></tr> <tr><td>しょう油</td><td>3位</td></tr> <tr><td>みそ</td><td>8位</td></tr> </tbody> </table>	食品名	全国ランキング (購入量)	食塩	6位	しょう油	3位	みそ	8位	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>酒類(全体)</td><td>1位</td></tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量)	酒類(全体)	1位												
食品名	全国ランキング (購入量)																									
食塩	6位																									
しょう油	3位																									
みそ	8位																									
食品名	全国ランキング (購入量)																									
酒類(全体)	1位																									
～その他～		～その他～																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">食品名</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (購入量)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>食塩</td><td>6位</td></tr> <tr><td>しょう油</td><td>3位</td></tr> <tr><td>みそ</td><td>8位</td></tr> </tbody> </table>		食品名	全国ランキング (購入量)	食塩	6位	しょう油	3位	みそ	8位	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">店舗・種別</th> <th style="width: 50%;">全国ランキング (飲食費)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>外食(全体)</td><td>53位</td></tr> <tr><td>～外食～中華そば</td><td>3位</td></tr> </tbody> </table>		店舗・種別	全国ランキング (飲食費)	外食(全体)	53位	～外食～中華そば	3位									
食品名	全国ランキング (購入量)																									
食塩	6位																									
しょう油	3位																									
みそ	8位																									
店舗・種別	全国ランキング (飲食費)																									
外食(全体)	53位																									
～外食～中華そば	3位																									

出典:家計調査(総務省)

5 産学官民連携による健康づくり

本市では、行政のみならず、産官学民が連携協力し、地域全体で健康づくりを応援する社会環境の整備を進めています。

一般財団法人日本医師会医療情報管理機構に対して国保レセプトデータなどの医療情報を提供し、匿名加工を行った後に弘前大学及び連携大学等が詳細に研究・分析することで、きめの細かい健康施策を展開し、市民の健康増進につなげていく取組が進められています。

また、「健康都市弘前」の実現に向けて、「健康とまちのにぎわい創出事業」に取り組んでおり、QOL 健診（弘前大学が開発した即日で測定・結果通知・健康教育が実施できる啓発型健診）の普及啓発や健康意識の向上などに取り組んでいます。

さらに、健康とまちのにぎわい創出事業の取組の1つである「DX 分野を活用した健康無関心層の行動変容に向けた取組」としては、民間企業が開発し、市民の健康意識の向上と行動変容をサポートしていくアプリ「kencom(ケンコム)」を導入し、市民の健康づくりに取り組んでいます。

このように、医療情報の利活用や大学や民間企業等と連携した取組を進めていくことで、市民に対して重層的な健康づくり施策を行っていきます。

6 地域包括ケアに係る取組及びその他の取組

(1) 地域包括ケアに係る取組

「地域包括ケアシステム」とは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいが一体的に提供される仕組み」のことを表します。

国保被保険者は、全被保険者のうち 65 歳以上の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。このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための取組は、非常に重要となります。

重度の要介護状態となる原因としては、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている現状です。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等は予防可能な生活習慣病の重症化に起因するものです。第4章の重症化予防の取組が介護予防の効果へとつながり、市民の健康寿命の延伸と要介護状態により地域で暮らせなくなることへの予防が可能であると捉えることができます。

地域包括ケアに資する地域のネットワークの構築や、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の場である地域ケア会議等へ、国保年金課担当者が参画し、取組に努めていきます。

(2) 重複頻回受診・重複投薬者等訪問指導事業

① 基本的な考え方

重複頻回受診及び重複投薬者等は、検査や薬剤の重複や、複数の薬剤による副作用の出現といった健康上の悪影響を起こす可能性があります。専門職の訪問指導により、生活習慣の見直しを支援することで健康の保持増進を図るとともに、医療費適正化を推進します。

② 対象者の明確化

対象者については、生活習慣病を有する者としています。生活習慣病は、重症化により多様な症状を呈し、複数の診療科に長期にわたる受療を要するためです。

・重複受診者：同一傷病について、同一月に同一診療科目の複数医療機関(2か所以上)を継続している者

・頻回受診者：同一傷病について、同一月に同一診療科目15回以上受診している者

・多受診者：同一月に複数の医療機関を受診している生活習慣病治療中の者

・重複投薬者：特定健診未受診者のうち、高血圧又は糖尿病の診断名を有するもので、同一月に医療機関から同一の薬効の薬剤処方を受けている者

・多量投薬者：特定健診未受診者のうち、高血圧又は糖尿病の診断名を有する者で、同一月に3剤以上の薬剤処方を受けている者

・柔道整復療養費の同一月に多部位・頻回している者や長期受診者、あん摩・はり・きゅう療養費の同一月に頻回している者や長期受診者

③ 保健指導の実施

KDB システム及び電子レセプトを閲覧し、傷病名・受診状況・服薬状況等を確認し、事業対象者を決定します。訪問により、医療、生活習慣などの包括的な指導を行い、必要に応じ医師や薬剤師へ相談をすすめます。

④ 実績・評価

訪問前後の対象者のレセプト情報から、個人の医療費を比較、市全体でどの程度削減につながったかを評価します。

対象者数全体は減少してきているものの、新型コロナウイルスによる受診控えの影響もあり、対象者数には波があります。その中でも高齢者の増加や疾病構造の変化により、多受診者が増加傾向にあります。(図表 93)適正な受診と服薬指導と合わせ、高齢者の特性にあわせた生活指導を行う必要があります。また、必要に応じて継続訪問を行い、行動変容しているかを確認することで、個人の変化も確認していきます。

医療費適正化のみならず、予防可能な生活習慣病の重症化予防を図るために、今後も各種健診の受診勧奨を行い、国の動向に合わせた事業を展開していきます。

図表 93 重複頻回・重複投薬者等の訪問指導実施状況

	H30 年度		R1 年度		R2 年度		R3 年度		R4 年度	
	対象者数	訪問者数	対象者数	訪問者数	対象者数	訪問者数	対象者数	訪問者数	対象者数	訪問者数
重複受診	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
頻回受診	18	13	16	13	2	1	1	1	1	1
多受診	399	327	400	318	389	315	397	330	404	338
重複投薬	1	1	4	3	7	5	4	3	6	6
多剤投薬	3	1	20	18	30	25	25	19	16	12
柔整・あはき ^注	19	10	2	1	5	2	2	1	2	1
合計	442	354	442	353	433	348	429	354	429	358

注) 柔整…柔道整復、あはき…あん摩・はり・きゅう

出典：弘前市調べ

(3) 後発医薬品の利用促進

医療費適正化のためには、後発医薬品の利用促進が重要になります。そのため生活習慣病や慢性疾患治療者へ後発医薬品に切り替えた場合の差額通知や保険証更新時に希望カードを配布しています。これらの取組により、年々使用率は上がり、令和4年度 82.6%となっています。(図表 94)引き続き利用促進対策を取り組むことが必要となります。

図表 94 後発医薬品使用割合の推移

	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
弘前市	72.3%	76.5%	79.2%	81.5%	82.0%	82.6%
青森県	72.0%	76.3%	79.0%	81.0%	81.6%	82.3%

出典：国保連合会市町村別集計(一般+退職)

第5章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の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ります。

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(図表95)での評価が求められています。

図表 95 評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、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は定期的に行います。

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していきます。

第6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のが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2 個人情報の保護

(1) 個人情報の取扱い

被保険者におけ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および弘前市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。また、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扱いが確保されるよう措置を講じます。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

弘前市国民健康保険特定健康診査および特定保健指導等の保健事業等で得られる記録の管理は、保健指導記録、特定保健指導分析・集計ソフト(マルチマーカー)、および特定健康診査等データ管理システムで行います。これらの個人情報の取扱いについては、上記個人情報に関する基本方針を踏まえ、適正な取扱い、保護に務めています。

(3) 外部委託に関する情報の管理について

特定健康診査、特定保健指導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るとともに、委託先の契約状況を管理します。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた弘前市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 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4 高血圧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5 脂質異常症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6 HbA1c の年次比較

参考資料7 血圧の年次比較

参考資料8 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた弘前市の位置

令和4年度

項目		保険者		同規模保険者平均		県		国		R04年度 データ元		
		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	166,454		10,921,782		1,218,222		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)	53,922	32.4	2,977,986	27.3	412,943	33.9	35,335,805	28.7	KDB_NO.5 人口の状況	
		75歳以上	27,960	16.8	--	--	210,338	17.3	18,248,742	14.8	KDB_NO.3	
		65~74歳	25,962	15.6	--	--	202,605	16.6	17,087,063	13.9	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		40~64歳	55,551	33.4	--	--	416,107	34.2	41,545,893	33.7		
	39歳以下	56,981	34.2	--	--	389,172	31.9	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	15.4		2.6		12.4		4.0		KDB_NO.3	
		第2次産業	16.9		26.1		20.4		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第3次産業	67.7		71.3		67.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性	79.0		81.1		78.7		80.8			
女性		86.2		87.1		86.0		87.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	77.7		80.5		78.0		80.1				
	女性	83.7		84.6		83.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		男性	120.5	96.9	119.1	100	100			
				女性	110.6	99.9	110.8	100	100			
		死因	がん	703	51.5	31,268	51.3	4,988	49.9	378,272	50.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			心臓病	372	27.3	16,605	27.3	2,714	27.1	205,485	27.5	
			脳疾患	187	13.7	8,086	13.3	1,455	14.5	102,900	13.8	
			糖尿病	30	2.2	1,145	1.9	209	2.1	13,896	1.9	
			腎不全	43	3.2	2,085	3.4	398	4.0	26,946	3.6	
	自殺		29	2.1	1,719	2.8	238	2.4	20,171	2.7		
	② 早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計	188	7.0			1,633	8.1	129,016	8.2	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	127	9.7			1,061	10.9	84,891	10.6		
女性		61	4.4			572	5.5	44,125	5.7			
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	10,168	19.0	570,931	19.1	76,189	18.5	6,724,030	19.4		
		新規認定者	介護度別 総件数	178	0.2	9,768	0.3	1,257	0.3	110,289	0.3	
			要支援1.2	19,718	8.2	1,733,575	11.9	125,088	6.7	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	110,808	46.3	6,930,967	47.8	876,713	47.2	78,107,378	46.3	
		要介護3以上	108,571	45.4	5,843,130	40.3	855,129	46.1	68,963,503	40.8		
	2号認定者	243	0.44	14,870	0.40	1,945	0.47	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病	2,482	22.9	147,078	24.5	17,776	22.0	1,712,613	24.3		
		高血圧症	5,119	47.7	314,347	52.6	39,663	49.6	3,744,672	53.3		
		脂質異常症	2,731	25.2	195,916	32.6	22,191	27.4	2,308,216	32.6		
		心臓病	5,602	52.4	354,390	59.4	43,977	55.1	4,224,628	60.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
脳疾患		2,102	19.8	131,705	22.4	17,224	21.8	1,568,292	22.6			
がん		963	8.7	71,771	11.9	7,451	9.0	837,410	11.8			
筋・骨格		4,899	45.1	313,109	52.4	35,718	44.6	3,748,372	53.4			
精神		3,619	34.1	211,177	35.6	27,918	35.0	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	321,461	17,333,809,462	276,906	824,622,155,299	324,668	134,069,420,414	290,668	1007427426889			
	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	72,497		56,840		72,200		59,662			
		施設サービス	54,211		39,970		51,854		41,272			
		施設サービス	295,164		297,263		301,081		296,364			
	④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	7,316	8,326	7,537	8,610					
認定なし		3,905	3,828	3,826	4,020							
4	① 国保の状況	被保険者数	37,877		2,070,965		276,251		27,488,882			
		65~74歳	16,713	44.1			131,746	47.7	11,129,271	40.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		40~64歳	13,351	35.2			92,368	33.4	9,088,015	33.1	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		39歳以下	7,813	20.6			52,137	18.9	7,271,596	26.5		
	加入率	22.8		19.0		22.7		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	15	0.4	646	0.3	94	0.3	8,237	0.3		
		診療所数	163	4.3	7,982	3.9	862	3.1	102,599	3.7		
		病床数	3,310	87.4	124,373	60.1	16,984	61.5	1,507,471	54.8		
		医師数	842	22.2	27,252	13.2	2,773	10.0	339,611	12.4		
		外来患者数	733.1		705.2		724.7		687.8			
入院患者数	16.6		17.3		17.8		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	347,829	県内22位 同規模26位	345,529		348,845		339,680				
	受診率	749.687		722.497		742.531		705.439		KDB_NO.3		
	外 来	費用の割合	62.5		61.3		61.8		60.4		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		件数の割合	97.8		97.6		97.6		97.5			
	入 院	費用の割合	37.5		38.7		38.2		39.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		件数の割合	2.2		2.4		2.4		2.5			
1件あたり在院日数	15.5日		15.8日		15.6日		15.7日					

項目		保険者		同規模保険者平均		県		国		R04年度 データ元						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源獲得病名 (請割合む)	がん	2,833,329,730	37.7	32.1	35.7	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題							
			慢性腎不全(透析あり)	455,153,540	6.1	8.6	6.1	8.2								
			糖尿病	812,033,270	10.8	10.4	12.3	10.4								
			高血圧症	516,138,240	6.9	5.7	7.1	5.9								
			脂質異常症	223,975,310	3.0	4.0	3.7	4.1								
			脳梗塞・脳出血	391,970,160	5.2	4.0	4.2	3.9								
			狭心症・心筋梗塞	166,926,780	2.2	2.9	2.4	2.8								
			精神	821,972,850	10.9	14.8	12.0	14.7								
			筋・骨格	1,207,796,450	16.1	16.5	15.5	16.7								
			5	⑤	一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	8		0.0	16	0.0	23	0.0	KDB NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
糖尿病	108	0.1					102	0.1	104	0.1						
脂質異常症	--	--					4	0.0	3	0.0						
脳梗塞・脳出血	551	0.4					567	0.4	491	0.4	516	0.4				
虚血性心疾患	158	0.1					352	0.3	350	0.3	341	0.3				
一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	腎不全			339	0.3	368	0.3	252	0.2	343	0.3				
		高血圧症			1,197	0.6	920	0.4	1,205	0.6	916	0.4				
		糖尿病			1,804	0.8	1,608	0.8	1,993	0.9	1,539	0.7				
		脂質異常症			526	0.2	668	0.3	634	0.3	645	0.3				
		脳梗塞・脳出血			70	0.0	80	0.0	82	0.0	74	0.0				
6	⑥	健診の有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	1,928		2,038		2,291		2,031	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	15,120		13,409		14,012		13,295					
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,317		6,079		6,279		6,142					
				健診未受診者	41,706		40,006		38,404		40,210					
7	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	5,710	60.4	311,877	56.9	43,805	58.4	3,881,055	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	5,335	56.5	287,969	52.6	40,479	53.9	3,543,116	52.0					
			医療機関非受診率	375	4.0	23,908	4.4	3,326	4.4	337,939	5.0					
			健診受診率	1,928		2,038		2,291		2,031						
5	①-⑱	特定健診の状況	健診受診者	9,448		547,812		75,045		6,812,842	KDB NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握					
			受診率	33.6	県内33位 同規模42位	38.4	36.6	全国27位	37.1							
			特定保健指導終了者(実施率)	193	23.4	5684	9.5	1,577	21.2	107,925		13.4				
			非肥満高血糖	931	9.9	47,945	8.8	8,498	11.3	615,549		9.0				
			メタボ	該当者	2,041	21.6	111,173	20.3	15,598	20.8		1,382,506	20.3			
				男性	1,375	33.8	75,454	32.9	10,694	32.1		965,486	32.0			
				女性	666	12.4	35,719	11.2	4,904	11.7		417,020	11.0			
				予備群	1,044	11.0	60,773	11.1	8,120	10.8		765,405	11.2			
			メタボ該当・予備群レベル	メタボ	腹囲	男性	717	17.6	41,485	18.1		5,479	16.5	539,738	17.9	
						女性	327	6.1	19,288	6.1		2,641	6.3	225,667	5.9	
					BMI	総数	3,333	35.3	190,067	34.7		25,764	34.3	2,380,778	34.9	
						男性	2,256	55.5	129,260	56.4		17,483	52.6	1,666,592	55.3	
						女性	1,077	20.0	60,807	19.1		8,281	19.8	714,186	18.8	
					血糖のみ	総数	557	5.9	24,696	4.5		5,310	7.1	320,038	4.7	
						男性	92	2.3	3,265	1.4		882	2.7	51,248	1.7	
						女性	465	8.6	21,431	6.7		4,428	10.6	268,790	7.1	
						血圧のみ	総数	48	0.5	3,161		0.6	522	0.7	43,519	0.6
							男性	807	8.5	42,914		7.8	6,054	8.1	539,490	7.9
							女性	189	2.0	14,698		2.7	1,544	2.1	182,396	2.7
脂質のみ	総数	354					3.7	15,152	2.8	3,077	4.1	203,072	3.0			
	男性	66					0.7	5,501	1.0	616	0.8	70,267	1.0			
	女性	936					9.9	54,342	9.9	6,792	9.1	659,446	9.7			
	血糖・血圧・脂質	総数					685	7.3	36,178	6.6	5,113	6.8	449,721	6.6		
		男性	4,277	45.3			198,185	36.2	32,715	43.6	2,428,038	35.6				
		女性	1,047	11.1			46,946	8.6	8,302	11.1	589,470	8.7				
		既住歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	55	0.6		17,787	3.3	2,140	2.9	207,385	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	137	1.5		30,218	5.6	3,760	5.1	365,407	5.5				
			腎不全	24	0.3		4,711	0.9	691	0.9	53,898	0.8				
			貧血	345	11.2	57,919	11.0	3,635	5.5	702,088	10.7					
			6	③-⑭	生活習慣の状況	喫煙	1,371	14.5	65,509	12.0	11,037	14.7	939,212	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握	
						週3回以上朝食を抜く	239	8.4	48,749	9.7	5,640	8.6	642,886	10.4		
週3回以上食後間食(～H29)						0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
週3回以上就寝前夕食(H30～)						506	17.7	71,997	14.3	12,668	19.3	976,348	15.7			
週3回以上就寝前夕食						506	17.7	71,997	14.3	12,668	19.3	976,348	15.7			
食べる速度が遅い	672					23.5	131,784	26.2	18,108	27.6	1,659,705	26.8				
20歳時体重から10kg以上増加	1,024					35.8	173,233	34.4	23,666	36.1	2,175,065	35.0				
1回30分以上運動習慣なし	1,863					65.2	284,881	57.1	42,879	65.5	3,749,069	60.4				
1日1時間以上運動なし	1,733	60.6				237,201	47.1	32,968	50.3	2,982,100	48.0					
睡眠不足	663	23.3				118,080	23.5	15,159	23.2	1,587,311	25.6					
毎日飲酒	2,834	30.0				123,121	23.3	19,665	26.6	1,658,999	25.5					
時々飲酒	2,170	23.0				117,330	22.2	16,678	22.5	1,463,468	22.5					
一日飲酒量	1合未満	2,288				44.9	258,927	68.0	33,716	56.5	2,978,351	64.1				
	1～2合	1,868				36.7	83,096	21.8	15,070	25.3	1,101,465	23.7				
	2～3合	712	14.0	30,269	8.0	6,705	11.2	434,461	9.4							
	3合以上	224	4.4	8,258	2.2	4,156	7.0	128,716	2.8							

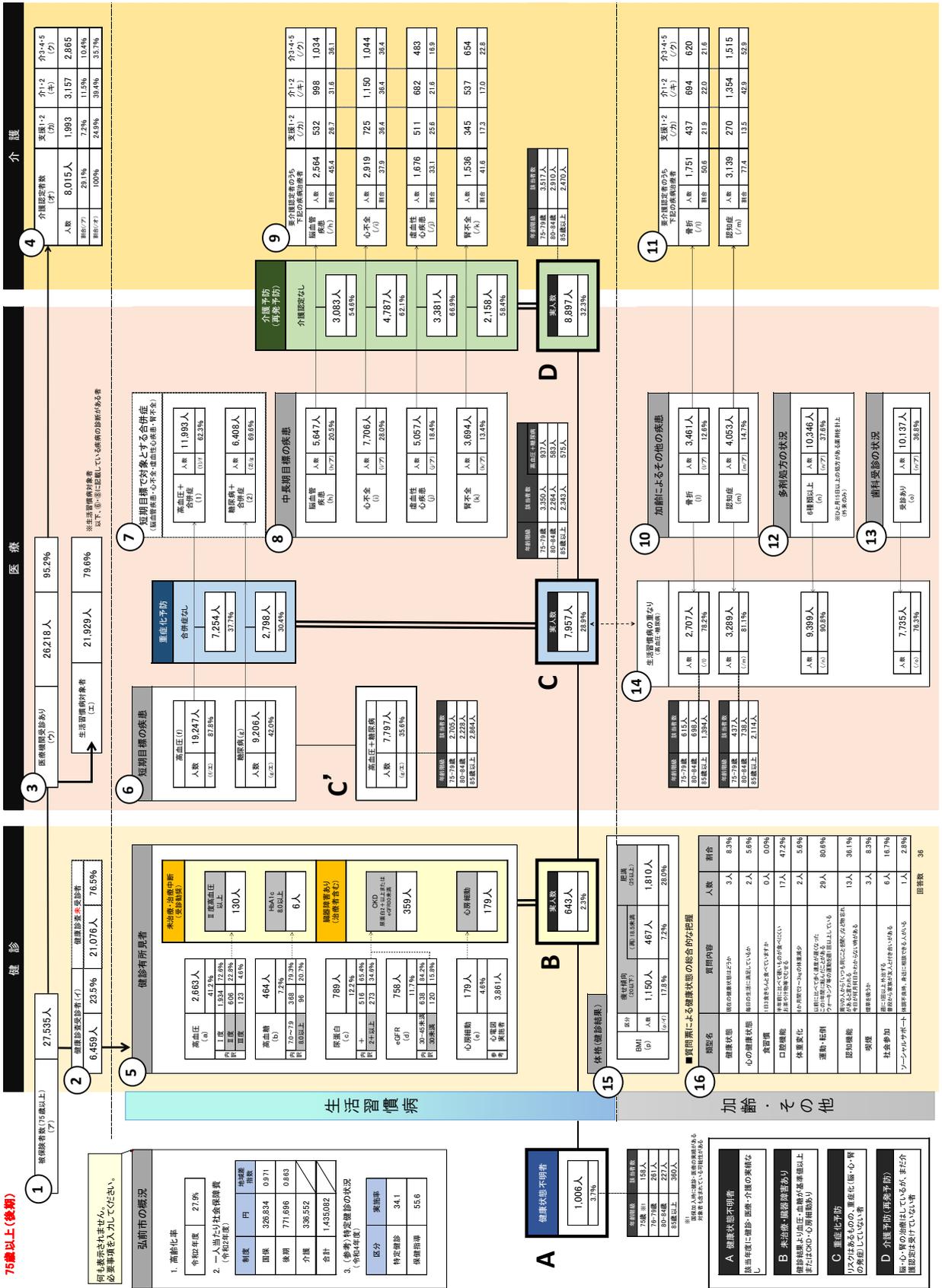
④75歳以上(後期)

令和4年度

【KOD]厚生労働省標準式-1
【特定高齢者等一歩管理システム(FRAG17)】

参考:【KOD]介入支援対象者一覧(医療・重症化予防)
【KOD]介入支援対象者一覧(介護・介護予防)
【KOD]初期療育の状況(認知・介護)の介護受給状況

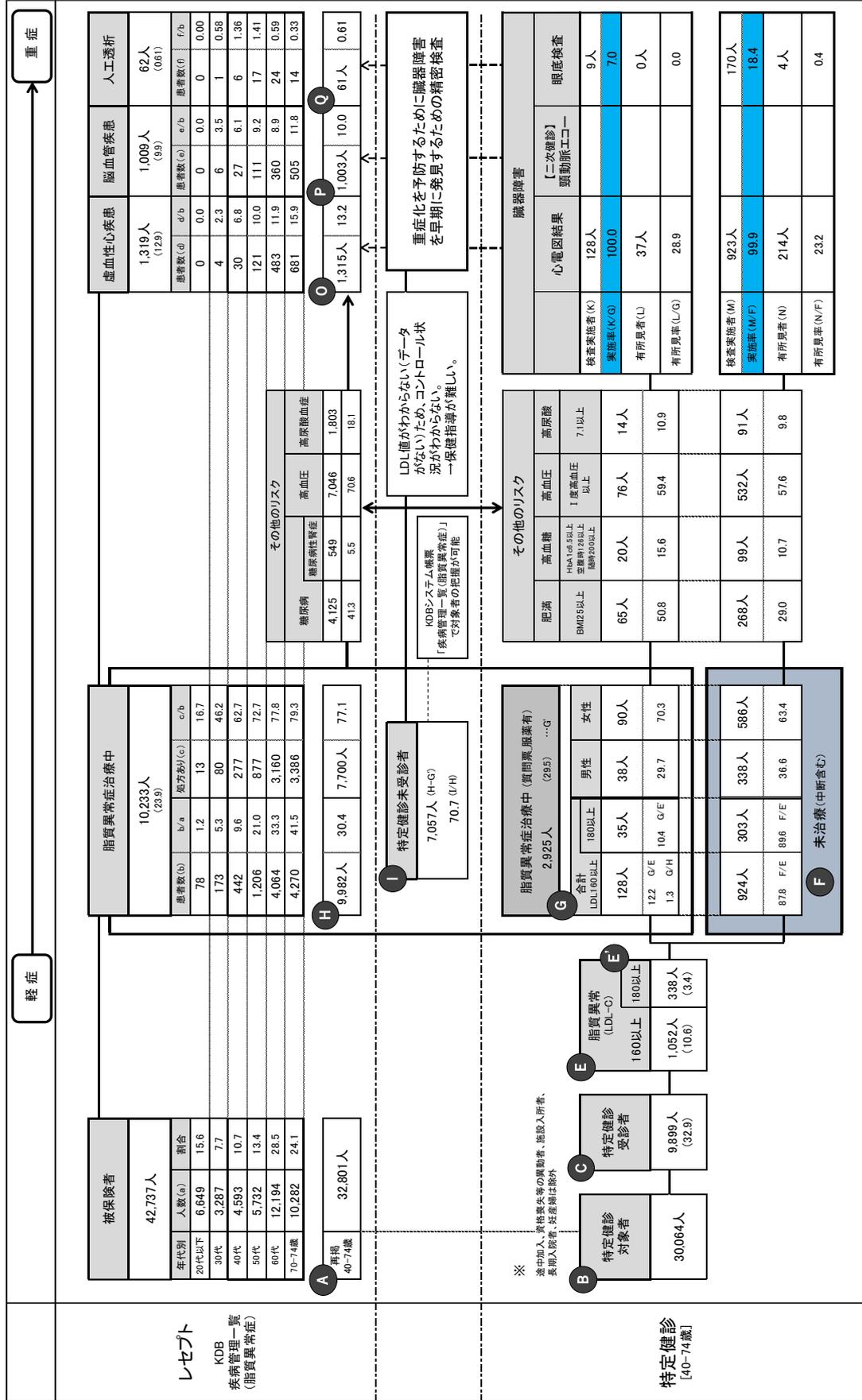
E表:健康・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料5 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者に対し(年度途中の加入者や年度末時点で資格喪失している者も含む)
※レセプト情報のほか、疾病管理一覧で把握できない項目については、1,000名未満の加入者数(検査・重症化予防)から集計

参考資料6 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	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									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標					
		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	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	10,818	2,945	27.2%	4,574	42.3%	2,091	19.3%	634	5.9%	420	3.9%	154	1.4%	316	2.9%	102	0.9%
H30	11,466	3,750	32.7%	4,588	40.0%	1,947	17.0%	623	5.4%	410	3.6%	148	1.3%	315	2.7%	100	0.9%
R01	11,033	3,196	29.0%	4,532	41.1%	2,057	18.6%	667	6.0%	439	4.0%	142	1.3%	314	2.8%	100	0.9%
R02	9,667	2,521	26.1%	3,980	41.2%	1,956	20.2%	644	6.7%	413	4.3%	153	1.6%	325	3.4%	112	1.2%
R03	9,279	2,772	29.9%	3,722	40.1%	1,711	18.4%	553	6.0%	390	4.2%	131	1.4%	271	2.9%	94	1.0%
R04	9,899	2,938	29.7%	4,038	40.8%	1,775	17.9%	577	5.8%	419	4.2%	152	1.5%	318	3.2%	89	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		割合
					再)7.0以上	未治療	治療	割合	割合	
H29	10,818	2,945	4,574	2,091	1,208	459	749	11.2%	5.3%	11.2%
					574	142	432			
H30	11,466	3,750	4,588	1,947	1,181	422	759	10.3%	4.9%	10.3%
					558	136	422			
R01	11,033	3,196	4,532	2,057	1,248	468	780	11.3%	5.3%	11.3%
					581	146	435			
R02	9,667	2,521	3,980	1,956	1,210	452	758	12.5%	5.9%	12.5%
					566	129	437			
R03	9,279	2,772	3,722	1,711	1,074	394	680	11.6%	5.6%	11.6%
					521	121	400			
R04	9,899	2,938	4,038	1,775	1,148	388	760	11.6%	5.8%	11.6%
					571	130	441			

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											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		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	
		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	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	H29	1,107	10.2%	16	1.4%	83	7.5%	259	23.4%	317	28.6%	322	29.1%	110	9.9%	240	21.7%	64	5.8%
	H30	1,166	10.2%	22	1.9%	82	7.0%	303	26.0%	337	28.9%	319	27.4%	103	8.8%	229	19.6%	64	5.5%
	R01	1,111	10.1%	18	1.6%	82	7.4%	231	20.8%	345	31.1%	336	30.2%	99	8.9%	235	21.2%	63	5.7%
	R02	1,043	10.8%	14	1.3%	57	5.5%	214	20.5%	321	30.8%	326	31.3%	111	10.6%	253	24.3%	76	7.3%
	R03	1,012	10.9%	18	1.8%	66	6.5%	248	24.5%	280	27.7%	306	30.2%	94	9.3%	209	20.7%	64	6.3%
	R04	1,107	11.2%	17	1.5%	76	6.9%	254	22.9%	319	28.8%	333	30.1%	108	9.8%	254	22.9%	58	5.2%
治療なし	H29	9,711	89.8%	2,929	30.2%	4,491	46.2%	1,832	18.9%	317	3.3%	98	1.0%	44	0.5%	76	0.8%	38	0.4%
	H30	10,300	89.8%	3,728	36.2%	4,506	43.7%	1,644	16.0%	286	2.8%	91	0.9%	45	0.4%	86	0.8%	36	0.3%
	R01	9,922	89.9%	3,178	32.0%	4,450	44.8%	1,826	18.4%	322	3.2%	103	1.0%	43	0.4%	79	0.8%	37	0.4%
	R02	8,624	89.2%	2,507	29.1%	3,923	45.5%	1,742	20.2%	323	3.7%	87	1.0%	42	0.5%	72	0.8%	36	0.4%
	R03	8,267	89.1%	2,754	33.3%	3,656	44.2%	1,463	17.7%	273	3.3%	84	1.0%	37	0.4%	62	0.7%	30	0.4%
	R04	8,792	88.8%	2,921	33.2%	3,962	45.1%	1,521	17.3%	258	2.9%	86	1.0%	44	0.5%	64	0.7%	31	0.4%

参考資料7 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		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	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	10,818	2,612	24.1%	1,619	15.0%	3,282	30.3%	2,532	23.4%	640	5.9%	133	1.2%
H30	11,466	2,777	24.2%	1,673	14.6%	3,487	30.4%	2,668	23.3%	710	6.2%	151	1.3%
R01	11,034	2,618	23.7%	1,680	15.2%	3,357	30.4%	2,558	23.2%	678	6.1%	143	1.3%
R02	9,667	2,039	21.1%	1,506	15.6%	2,994	31.0%	2,363	24.4%	644	6.7%	121	1.3%
R03	9,279	1,894	20.4%	1,417	15.3%	2,908	31.3%	2,315	24.9%	618	6.7%	127	1.4%
R04	9,899	2,103	21.2%	1,485	15.0%	3,204	32.4%	2,305	23.3%	666	6.7%	136	1.4%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再掲	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	10,818	4,231 39.1%	3,282 30.3%	2,532 23.4%	773 7.1%	340 44.0%	433 56.0%	133 1.2%	71 53.4%	62 46.6%	7.1%
H30	11,466	4,450 38.8%	3,487 30.4%	2,668 23.3%	861 7.5%	394 45.8%	467 54.2%	151 1.3%	74 49.0%	77 51.0%	7.5%
R01	11,034	4,298 39.0%	3,357 30.4%	2,558 23.2%	821 7.4%	352 42.9%	469 57.1%	143 1.3%	67 46.9%	76 53.1%	7.4%
R02	9,667	3,545 36.7%	2,994 31.0%	2,363 24.4%	765 7.9%	309 40.4%	456 59.6%	121 1.3%	51 42.1%	70 57.9%	7.9%
R03	9,279	3,311 35.7%	2,908 31.3%	2,315 24.9%	745 8.0%	318 42.7%	427 57.3%	127 1.4%	62 48.8%	65 51.2%	8.0%
R04	9,899	3,588 36.2%	3,204 32.4%	2,305 23.3%	802 8.1%	338 42.1%	464 57.9%	136 1.4%	61 44.9%	75 55.1%	8.1%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		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	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	4,672	43.2%	610	13.1%	668	14.3%	1,564	33.5%	1,397	29.9%	371	7.9%	62	1.3%
	H30	4,934	43.0%	661	13.4%	721	14.6%	1,631	33.1%	1,454	29.5%	390	7.9%	77	1.6%
	R01	4,829	43.8%	657	13.6%	696	14.4%	1,591	32.9%	1,416	29.3%	393	8.1%	76	1.6%
	R02	4,357	45.1%	526	12.1%	603	13.8%	1,443	33.1%	1,329	30.5%	386	8.9%	70	1.6%
	R03	4,164	44.9%	463	11.1%	594	14.3%	1,331	32.0%	1,349	32.4%	362	8.7%	65	1.6%
	R04	4,443	44.9%	526	11.8%	618	13.9%	1,514	34.1%	1,321	29.7%	389	8.8%	75	1.7%
治療なし	H29	6,146	56.8%	2,002	32.6%	951	15.5%	1,718	28.0%	1,135	18.5%	269	4.4%	71	1.2%
	H30	6,532	57.0%	2,116	32.4%	952	14.6%	1,856	28.4%	1,214	18.6%	320	4.9%	74	1.1%
	R01	6,205	56.2%	1,961	31.6%	984	15.9%	1,766	28.5%	1,142	18.4%	285	4.6%	67	1.1%
	R02	5,310	54.9%	1,513	28.5%	903	17.0%	1,551	29.2%	1,034	19.5%	258	4.9%	51	1.0%
	R03	5,115	55.1%	1,431	28.0%	823	16.1%	1,577	30.8%	966	18.9%	256	5.0%	62	1.2%
	R04	5,456	55.1%	1,577	28.9%	867	15.9%	1,690	31.0%	984	18.0%	277	5.1%	61	1.1%

参考資料8 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	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	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	10,818	4,892	45.2%	2,662	24.6%	1,945	18.0%	852	7.9%	467	4.3%
	H30	11,466	5,119	44.6%	2,899	25.3%	1,975	17.2%	936	8.2%	537	4.7%
	R01	11,034	4,934	44.7%	2,760	25.0%	1,924	17.4%	886	8.0%	530	4.8%
	R02	9,667	4,329	44.8%	2,453	25.4%	1,655	17.1%	752	7.8%	478	4.9%
	R03	9,279	4,313	46.5%	2,326	25.1%	1,582	17.0%	694	7.5%	364	3.9%
男性	H29	4,571	2,280	49.9%	1,095	24.0%	736	16.1%	302	6.6%	158	3.5%
	H30	4,856	2,394	49.3%	1,168	24.1%	796	16.4%	338	7.0%	160	3.3%
	R01	4,654	2,278	48.9%	1,137	24.4%	747	16.1%	307	6.6%	185	4.0%
	R02	4,132	2,039	49.3%	1,030	24.9%	625	15.1%	287	6.9%	151	3.7%
	R03	3,992	2,028	50.8%	942	23.6%	636	15.9%	251	6.3%	135	3.4%
女性	H29	6,247	2,612	41.8%	1,567	25.1%	1,209	19.4%	550	8.8%	309	4.9%
	H30	6,610	2,725	41.2%	1,731	26.2%	1,179	17.8%	598	9.0%	377	5.7%
	R01	6,380	2,656	41.6%	1,623	25.4%	1,177	18.4%	579	9.1%	345	5.4%
	R02	5,535	2,290	41.4%	1,423	25.7%	1,030	18.6%	465	8.4%	327	5.9%
	R03	5,287	2,285	43.2%	1,384	26.2%	946	17.9%	443	8.4%	229	4.3%
R04	5,649	2,556	45.2%	1,449	25.7%	968	17.1%	451	8.0%	225	4.0%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			割合
					再)180以上	未治療	治療	
H29	10,818	4,892 45.2%	2,662 24.6%	1,945 18.0%	1,319	1,190	129	12.2%
					467 4.3%	425 90.2%	42 9.8%	
H30	11,466	5,119 44.6%	2,899 25.3%	1,975 17.2%	1,473	1,325	148	12.8%
					537 4.7%	494 90.0%	43 8.0%	
R01	11,034	4,934 44.7%	2,760 25.0%	1,924 17.4%	1,416	1,239	177	12.8%
					530 4.8%	473 87.5%	57 12.5%	
R02	9,667	4,329 44.8%	2,453 25.4%	1,655 17.1%	1,230	1,078	152	12.7%
					478 4.9%	421 87.6%	57 12.4%	
R03	9,279	4,313 46.5%	2,326 25.1%	1,582 17.0%	1,058	953	105	11.4%
					364 3.9%	325 90.1%	39 9.9%	
R04	9,899	4,830 48.8%	2,452 24.8%	1,565 15.8%	1,052	924	128	10.6%
					338 3.4%	303 89.6%	35 10.4%	

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	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	2,614	24.2%	1,577	60.3%	619	23.7%	289	11.1%	87	3.3%	42	1.6%
	H30	2,882	25.1%	1,750	60.7%	686	23.8%	298	10.3%	105	3.6%	43	1.5%
	R01	2,905	26.3%	1,746	60.1%	681	23.4%	301	10.4%	120	4.1%	57	2.0%
	R02	2,849	29.5%	1,741	61.1%	663	23.3%	293	10.3%	95	3.3%	57	2.0%
	R03	2,730	29.4%	1,748	64.0%	612	22.4%	265	9.7%	66	2.4%	39	1.4%
R04	2,925	29.5%	1,926	65.8%	623	21.3%	248	8.5%	93	3.2%	35	1.2%	
治療なし	H29	8,204	75.8%	3,315	40.4%	2,043	24.9%	1,656	20.2%	765	9.3%	425	5.2%
	H30	8,584	74.9%	3,369	39.2%	2,213	25.8%	1,677	19.5%	831	9.7%	494	5.8%
	R01	8,129	73.7%	3,188	39.2%	2,079	25.6%	1,623	20.0%	766	9.4%	473	5.8%
	R02	6,818	70.5%	2,588	38.0%	1,790	26.3%	1,362	20.0%	657	9.6%	421	6.2%
	R03	6,549	70.6%	2,565	39.2%	1,714	26.2%	1,317	20.1%	628	9.6%	325	5.0%
R04	6,974	70.5%	2,904	41.6%	1,829	26.2%	1,317	18.9%	621	8.9%	303	4.3%	

担当 弘前市健康こども部国保年金課
青森県弘前市上白銀町 1-1
TEL 0172-35-1116