

# 保健事業実施計画（データヘルス計画）

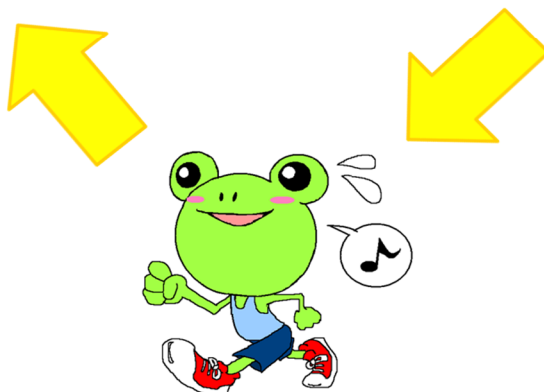
第2期 平成30年度～平成35年度



★みちガエルくん



★ふりカエルくん



★あなたの生活カエルくん

佐世保市国民健康保険

平成30年3月

## 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置付け	2
3 計画の期間	5
4 関係者が果たすべき役割と連携	5
（1）関係部局の役割	
（2）外部有識者等の役割	
（3）被保険者の役割	
（4）保険者努力支援制度	
5 佐世保市の概況	7
（1）本市人口と国保加入者の状況	
（2）国保加入者の医療費	
（3）費用額が上位の疾病	
（4）死亡統計	
第2章 第1期計画の考察及び評価と第2期計画の健康課題の明確化	10
1 第1期計画における考察及び評価	10
（1）全体の経年変化	
（2）中長期目標・短期目標疾患の達成状況	
（3）医療費及び高額医療費の状況	
（4）長期化する医療費（透析）、介護給付費の状況	
（5）第1期計画の評価	
2 第2期計画における健康課題の明確化	19
（1）健診受診者の実態	
（2）健康課題の明確化	
3 目標の設定	26
第3章 保健事業	27
1 保健事業の方向性	27

### 第3期特定健康診査等実施計画

2 特定健康診査・特定保健指導の実施	28
（1）計画策定の目的	28
（2）計画の位置付け	28
（3）計画の期間	28
（4）目標の達成状況	28
（5）目標値の設定	29
（6）対象者の見込み	29
（7）目標達成に向けた取組	29
（8）特定健診の実施	30
（9）特定保健指導の実施	33
（10）結果通知と保存	37
（11）結果の報告	38
（12）計画の公表・周知	38
（13）計画の評価及び見直し	38

3	重症化予防の取組	39
(1)	糖尿病性腎症重症化予防	39
1)	基本的な考え方	
2)	対象者の明確化	
3)	対象者の進捗管理	
4)	保健指導の実施	
5)	医療との連携	
6)	高齢者福祉部門との連携	
7)	評価	
8)	実施期間及びスケジュール	
(2)	慢性腎臓病（CKD）予防	45
1)	基本的な考え方	
2)	対象者の明確化	
3)	保健指導の実施	
4)	対象者の進捗管理	
5)	医療との連携	
6)	高齢者福祉部門との連携	
7)	評価	
8)	実施期間及びスケジュール	
4	その他の取組等	49
(1)	医療の効率的な提供の取組	49
1)	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進	
2)	重複・頻回受診者への適切な受診指導の推進	
(2)	その他の予防・健康づくりの実施	50
1)	地域包括ケアにかかる取組	
2)	がん検診助成事業の実施	
3)	脳ドック検診の実施	
4)	若年者健診健診の実施	
5	ポピュレーションアプローチ	52
第4章 計画の評価・見直し		53
第5章 計画の公表・周知及び個人情報		54
●参考資料		55
1.	様式 6-1 「国・県・同規模平均と比べてみた佐世保市の位置」	
2.	重症化予防のためのレセプトと健診データの突合	
3.	糖尿病管理台帳	
4.	糖尿病管理台帳からの年次計画	
5.	様式 6-1 「糖尿病性腎症重症化予防の取組評価」	
●用語集		60

## ◎KDBシステム（国保データベースシステム）

KDBシステムは、地域の現状や健康課題を把握するための膨大なデータ分析を効率的に行い、より効率的で効果的な保健事業を実施するために作られたシステムです。

本システムは、同規模市町村との比較ができる機能が備わっており、同規模市町村は人口規模に応じて13段階に区分されています。現在、平成28年度データの区分は、平成26年4月1日時点の「都道府県別類似団体区分一覧表」により同規模区分の設定がしてあり、佐世保市は特例市「3」に区分され、全国で39市が該当しています。なお、佐世保市は、平成28年4月1日から中核市に移行しており、平成29年度データより同規模区分が中核市「2」に変更される予定です。

### 【特例市一覧】

八戸市、山形市、水戸市、つくば市、伊勢崎市、太田市、熊谷市、川口市、所沢市、春日部市、草加市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、厚木市、大和市、長岡市、上越市、福井市、甲府市、松本市、沼津市、富士市、一宮市、春日井市、四日市市、岸和田市、吹田市、茨木市、八尾市、寝屋川市、明石市、加古川市、宝塚市、鳥取市、松江市、呉市、佐賀市、佐世保市

### ※参考【中核市一覧】

函館市、旭川市、青森市、盛岡市、秋田市、郡山市、いわき市、宇都宮市、前橋市、高崎市、川越市、越谷市、船橋市、柏市、八王子市、横須賀市、富山市、金沢市、長野市、岐阜市、豊橋市、岡崎市、豊田市、大津市、豊中市、高槻市、枚方市、東大阪市、姫路市、尼崎市、西宮市、奈良市、和歌山市、倉敷市、福山市、下関市、高松市、松山市、高知市、久留米市、長崎市、大分市、宮崎市、鹿児島市、那覇市、千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区、江戸川区

### 注) 本文中の図表について

- ・KDBシステムで作成したものについては出典記載を省略し、その他について出典を記載している。
- ・本文中の図表の  は特徴的な悪化値を、 は改善値を示している。

# 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要

### 1 背景・目的

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

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

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、平成30年4月から国民健康保険については、これまでの市町村に加え都道府県が保険者として財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うなど、国民健康保険事業運営の中心的役割を果たすこととなりますが、保険給付、保健事業などの住民に身近な事業については、これまでどおり市町村が行うこととなっています。

また、被保険者の疾病の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されました。

こうした背景を踏まえ、本市では保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）に基づき、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定するものです。

この計画の目的は、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「データヘルス計画」という。）を定め、生活習慣病を起因とする被保険者の疾病の予防・健康増進を図り、ひいては医療費の適正化を図ることにあり、この目的を達成するために保健事業の実施・評価・改善等を行うものとします。

## 2 計画の位置付け

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画です。計画の策定にあたっては、特定健診の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。

### 平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、			
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者 ※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」
根拠・期間	【法定】平成25～34年(第2次)	【法定】平成30～35年(第3期)	【指針】平成30～35年(第2期)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者:義務	医療保険者:任意
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、 <b>生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに</b> 、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 <b>社会保障制度が維持可能なもの</b> となるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の <b>生活習慣病の予防対策</b> を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには <b>重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らす</b> ことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら <b>医療の伸びの抑制</b> を実現することが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着目し、生活習慣を改善するための <b>特定保健指導</b> を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。	<b>生活習慣病対策</b> をはじめとして、被保険者の <b>自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み</b> について、 <b>保険者がその支援の中心</b> となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 <b>被保険者の健康の保持増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び被保険者の <b>財産基盤強化</b> が図られることは被保険者自身にとっても重要である。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期・青壮年期・高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代・小児期からの生活習慣づくり
対象疾病	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>COPD(慢性閉塞性肺疾患) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>
評価	<p>※53項目中 特定健診に関する項目15項目</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備軍・メタボ該当者 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適正な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率</p>	<p>① 特定健診受診率 ② 特定保健指導実施率</p>	<p>健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する。) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備軍</p> <p>(3)医療費等 ①医療費 ②介護費</p>
その他		<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>	<p>保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援</p>

また、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、長崎県の健康増進計画「健康ながさき21」、「医療費適正化計画」や本市における「けんこうシップさせば21」、「介護保険事業計画」との整合性を図ります。

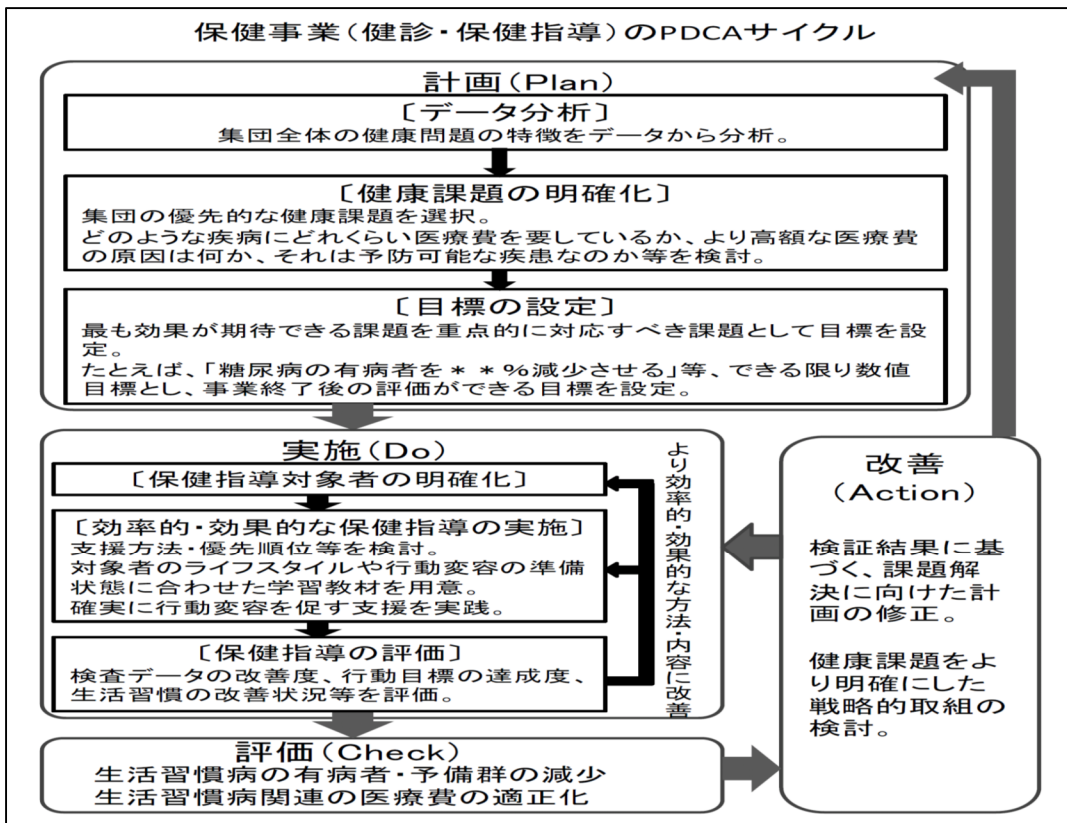
なお、佐世保市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第3期）は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定します。（図表1・2・3）

【図表1】

学校保健法	「医療費適正化計画」	「医療計画」
「介護保険事業(支援)計画」		
介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本方針
【法定】平成30～32年(第7次)	【法定】平成30～35年(第3期)	【法定】平成30～35年(第7次)
市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の <b>軽減</b> もしくは <b>悪化の防止</b> を理念としている	<b>国民皆保険を堅持</b> し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、 <b>良質かつ適度な医療を効果的に提供する体制の確保</b> を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において切れ目のない医療の提供</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
	メタボリックシンドローム	
糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん
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、骨髄小脳変性症 脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症		精神疾患
①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
	↑ 保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

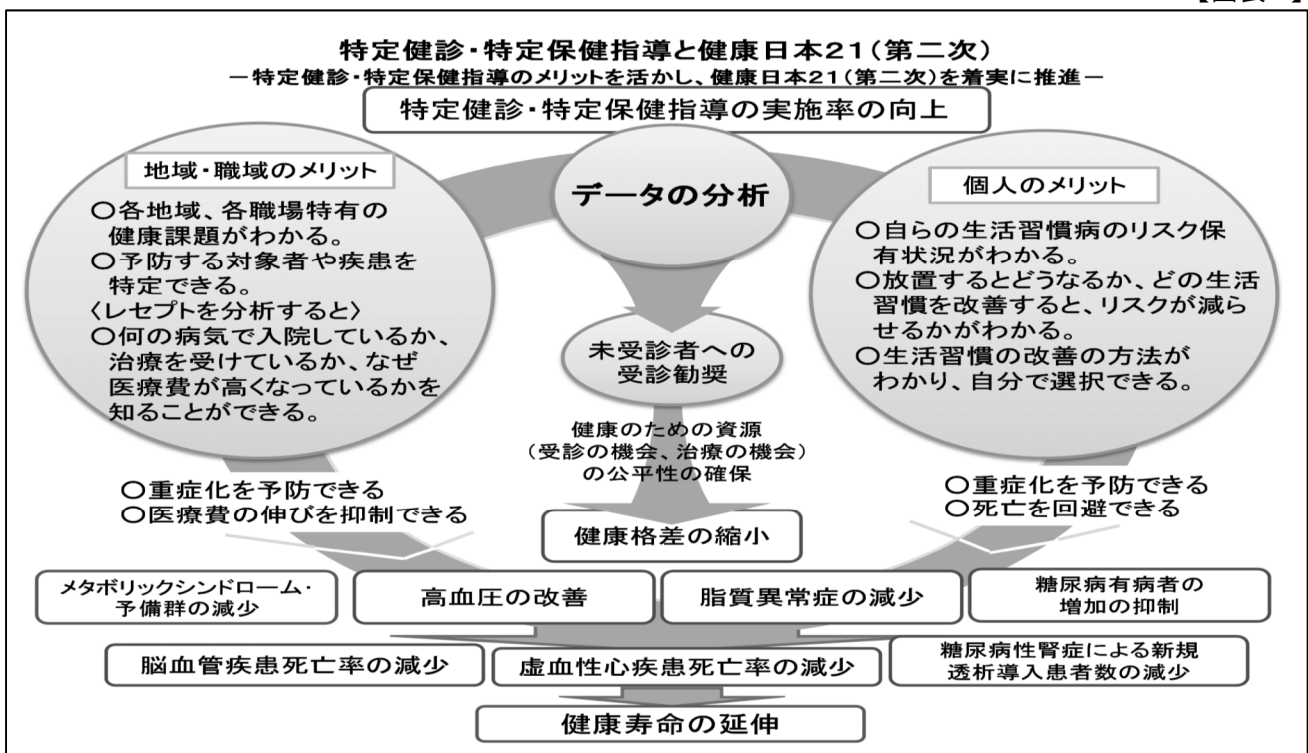


【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋



### 3 計画の期間

データヘルス計画期間については、国指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること。また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとされており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、計画期間を平成30年度から平成35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) 関係部局の役割

本市では国保部局である保健福祉部医療保険課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、同部局の健康づくり課及び長寿社会課の保健師等の専門職及び当課が属する保健福祉部の政策調整課である保健福祉政策課と庁内検討会等を開催し連携を図ります。

#### (2) 外部有識者等の役割

データヘルス計画の実効性を高めるため、保険者である市町村の共同連合体として、計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っている長崎県国民健康保険団体連合会と連携して事業を実施します。

都道府県は、平成30年度から市町村と共同保険者となり、財政運営の責任主体・国保運営の中心的役割を果たすことから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が重要となります。このため、計画策定について長崎県福祉保健部国保・健康増進課と意見交換を行い連携に努めます。

また、本市国民健康保険は、転職や加齢等による被保険者の異動が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、保険者協議会等を活用し、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めるとともに、外部有識者や被保険者の代表で構成される佐世保市国民健康保険運営協議会（以下「国保運営協議会」という。）に諮ります。

#### (3) 被保険者の役割

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要となります。

#### (4) 保険者努力支援制度

図表4は、保険者努力支援制度の評価指標を表したものです。国は医療費の適正化等に取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、保険者努力支援制度を創設し、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。(平成30年度から本格実施) 保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとされており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。

#### 保険者努力支援制度

【図表4】

評価指標		H30 配点	H29 配点	H28 配点	【参考】 H28 本市得点
総得点(満点)		850	580	345	345
交付額(万円)		—	—	—	3,582
総得点(体制構築加点含む)		—	—	—	245
全国順位(1,741市町村中)		—	—	—	184
共通 ①	特定健診受診率	50	35	20	0
	特定保健指導実施率	50	35	20	20
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	35	20	0
共通 ②	がん検診受診率	30	20	10	10
	歯周疾患(病)検診の実施	25	15	10	10
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	100	70	40	40
固有 ②	データヘルス計画策定状況	40	30	10	10
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	25	15	20	20
	個人インセンティブ提供	70	45	20	0
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	35	25	10	10
共通 ⑥	後発医薬品の促進	35	25	15	15
	後発医薬品の使用割合	40	30	15	0
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	100	70	40	15
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	25	15	10	10
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	25	15	5	5
	第三者求償の取組の実施状況	40	30	10	10
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50			
体制構築加点		60	70	70	70

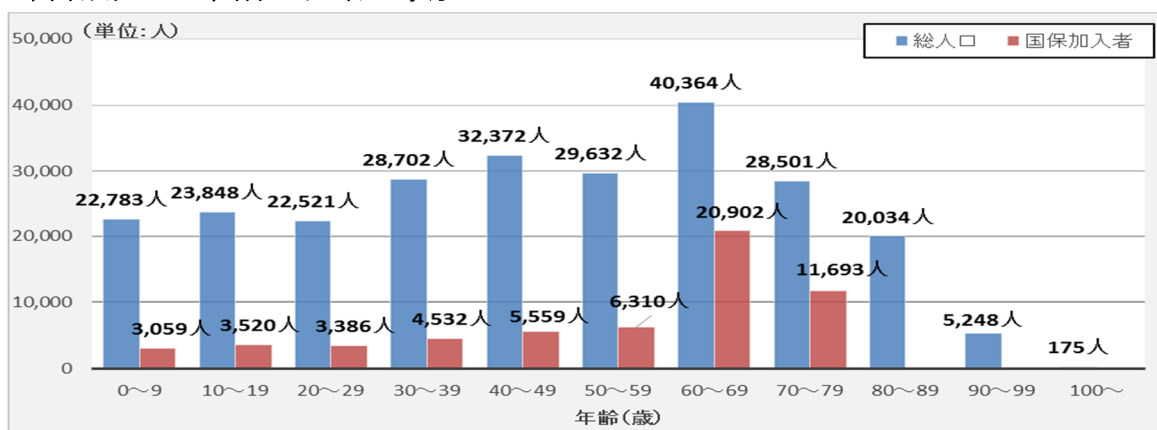
## 5 佐世保市の概況

### (1) 本市の人口と国保加入者の状況

平成29年3月31日現在

- ・総人口 254,180人、高齢化率 29.9% (出典：住民基本台帳資料)
- ・国保加入者 58,961人、うち前期高齢者の割合 69.5% (出典：医療保険課調べ)
- ・国保加入率 23.2%

### ○年齢別人口と国保加入者の状況



### ○年齢別人口、国保加入者、国保加入率の状況

年齢区分	総人口	国保加入者	国保加入率
0～9歳	22,783人	3,059人	13.4%
10～19歳	23,848人	3,520人	14.8%
20～29歳	22,521人	3,386人	15.0%
30～39歳	28,702人	4,532人	15.8%
40～49歳	32,372人	5,559人	17.2%
50～59歳	29,632人	6,310人	21.3%
60～69歳	40,364人	20,902人	51.8%
70～79歳	28,501人	11,693人	41.0%
80～89歳	20,034人	—	—
90～99歳	5,248人	—	—
100歳～	175人	—	—
[再計]65～74歳	36,906人	25,636人	69.5%
合計	254,180人	58,961人	23.2%

出典：総人口は住民基本台帳、国保加入者は医療保険課調べ

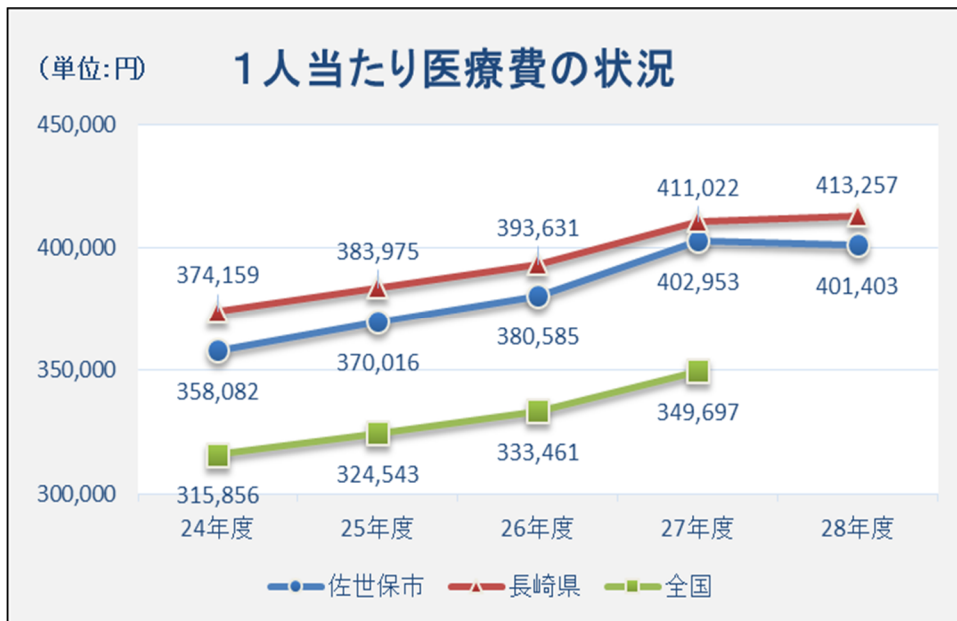
### ○年齢区分別割合の長崎県・全国との比較

年齢区分	国保加入者	長崎県	全国
未就学児	3.4%	3.1%	2.9%
就学児～64歳	56.1%	58.8%	58.5%
65歳以上	40.5%	38.1%	38.6%
65～69歳	21.6%	20.7%	20.2%
70歳以上	18.9%	17.4%	18.4%

出典：平成28年度版国民健康保険の実態

## (2) 国保加入者の医療費

### ○医療費の長崎県・全国との比較



出典：国民健康保険の実態

## (3) 費用額が上位の疾病

### ○本市国保の疾病名（中分類）における費用額上位ランキング（入院及び入院外）

	疾病名(中分類)	費用額	割合	備考(小分類)
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	147,974,930	9.4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
2位	腎不全	92,242,740	5.8%	慢性腎臓病、その他の腎不全
3位	高血圧性疾病	91,434,580	5.8%	高血圧性心疾患・高血圧性腎疾患など
4位	歯肉炎及び歯周疾患	81,046,940	5.1%	歯肉炎及び歯周疾患
5位	その他の悪性新生物	65,879,290	4.2%	食道の悪性新生物(腫瘍)、脾の悪性新生物(腫瘍)など
6位	糖尿病	55,510,310	3.5%	1型糖尿病、2型糖尿病、その他糖尿病
7位	脳梗塞	45,575,820	2.9%	脳梗塞
8位	骨折	42,718,660	2.7%	骨折
9位	その他の消化器系疾患	39,365,290	2.5%	慢性膵炎、その他の膵疾患、その他の消化器系疾患
10位	その他の損傷及びその他の外因の影響	39,267,190	2.5%	脱臼、捻挫及びストレイン、挫滅損傷及び外傷性切断など

出典：長崎県国民健康保険疾病分類統計資料(平成28年5月診療分)

(4) 死亡統計

○死亡順位の長崎県・全国との比較（人口10万対）

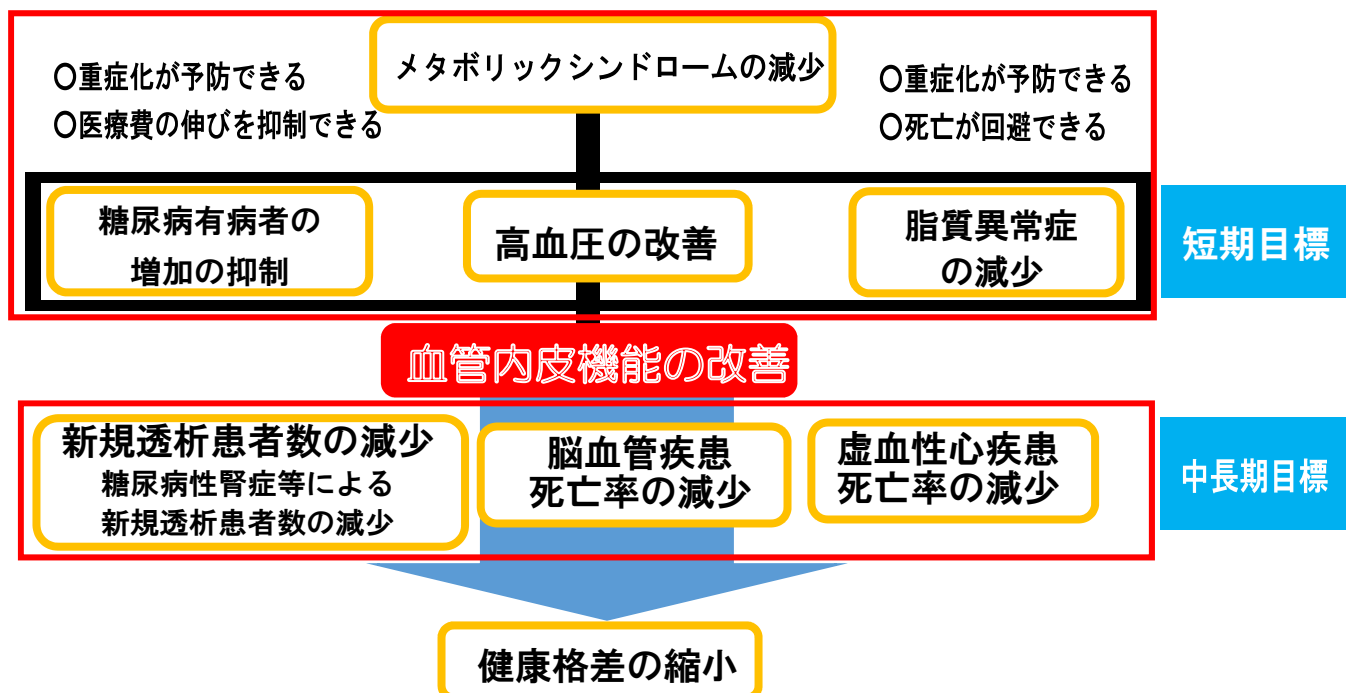
	佐世保市		長崎県		全国	
	死因	率	死因	率	死因	率
1位	悪性新生物	332.4	悪性新生物	351.1	悪性新生物	295.5
2位	心疾患(高血圧性除く)	175.8	心疾患(高血圧性除く)	189.8	心疾患(高血圧性除く)	156.5
3位	肺炎	103.4	肺炎	122.5	肺炎	96.5
4位	脳血管疾患	100.2	脳血管疾患	98.7	脳血管疾患	89.4
5位	老衰	74.0	老衰	69.2	老衰	67.7
6位	不慮の事故	43.5	不慮の事故	39.4	不慮の事故	30.6
7位	腎不全	23.9	腎不全	26.1	腎不全	19.6
8位	自殺	16.4	自殺	16.9	自殺	18.5
9位	大動脈瘤及び解離	16.1	慢性閉塞性肺疾患	16.4	大動脈瘤及び解離	13.5
	慢性閉塞性肺疾患	16.1				
10位			大動脈瘤及び解離	14.8	慢性閉塞性肺疾患	12.6

出典：平成28年版佐世保市の保健福祉（統計資料編）

## 第2章 第1期計画の考察及び評価と第2期計画の健康課題の明確化

### 1 第1期計画における考察及び評価

データヘルス計画では、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、健康寿命の延伸および健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や、重症化予防を図ることを目的としています。それに向けた計画として、国は次のような目標を掲げています。



標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】図1から改変

上記の目標に向け、本市では、重症化予防のために、保健指導により生活改善に取り組む人を増やし、必要な医療につなげることで、入院費用を抑え、ひいては医療費の伸びを抑える取組を行ってきました。

また、具体的な取組目標として、最終年度となる平成29年度に、「メタボ該当者の割合を、同規模並みまで減少させる」、「血圧Ⅱ度以上の人の割合を、1%減少させる」、「LDL コレステロール180 mg/以上の人を0.5%減少させる」、「HbA1c6.5%以上の人の割合を、0.5%減少させる」と設定し、これらの目標達成に向けた評価分析を行いました。

## (1) 全体の経年変化

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」の目的のとおり重症化予防の視点で様式 6-1（参考資料 1）を基に分析しました。

本市の人口動態を見ると、①本市と人口規模が同等の特例市の平均（以下「同規模」という。）と比べ高齢化率が 25.9%と高く、39 歳以下の人口の占める割合も高いが、次のページ⑧国保の状況は 39 歳以下の割合が低くなっています。②産業構成では、同規模平均と比べ第 1 次産業が多く、第 2 次産業、第 3 次産業が全体の 95.5%を占めています。また、③平均寿命が同規模平均と比べ短く、早世が多いことがわかります。

■様式 6-1 から「1 人口動態」を一部抜粋（※H22 年国勢調査のデータ）

項目				H28 年度		同規模平均	
				実数	割合	実数	割合
1 人口 動態	①	人口構成	総人口	257,069		9,741,083	
			65歳以上（高齢化率）	66,514	25.9	2,170,897	22.3
			75歳以上	35,591	13.8		
			65～74歳	30,923	12.0		
			40～64歳	86,761	33.8		
			39歳以下	103,794	40.4		
	②	産業構成	第1次産業	4.5		2.5	
			第2次産業	19.6		26.6	
			第3次産業	75.9		70.9	
	③	平均寿命	男性	78.9		79.7	
女性			86.2		86.3		

④死亡の状況を見ると、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は、平成 25 年度からすると減少していますが、同規模平均と比べると脳疾患と腎不全は高い状況です。

■様式 6-1 から「2 死亡」を一部抜粋

項目				H25 年度		H28 年度		同規模平均		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	
2 死 亡	①	死亡の状況	死 因	がん	849	48.5	893	51.5	27,901	50.6
				心臓病	436	24.9	430	24.8	14,114	25.6
				脳疾患	308	17.6	269	15.5	8,360	15.2
				糖尿病	33	1.9	31	1.8	1,092	2.0
				腎不全	73	4.2	65	3.8	1,837	3.3
				自殺	50	2.9	45	2.6	1,854	3.4

本市では、65 歳以上の割合が高い人口構成となっており、これから高齢期を迎える 40～64 歳の割合も高い傾向にあることから同規模よりも早いペースで高齢化が進んでいる状況にあり、国保の被保険者数を見ても 65 歳以上の割合が高いため、年齢構成が高くなると医療費も高くなるといった傾向に鑑みると、今後の国保医療費の増加が危惧されます。

また、死因については、生活習慣病を起因とした疾病の割合が高いため、これらの疾病の発症及び重症化の予防に努めることが課題です。



介護では、平成 25 年度と比べて⑤介護認定率の上昇はわずかにあるものの、⑦1 件当たりの介護給付費は減少しています。しかし、同規模平均と比較して、介護給付費は高い状況です。また、⑥有病状況を見ると、脳疾患の割合は減少していますが、同規模平均と比べると高く、脳疾患以外は増加している状況にあります。

■様式 6-1 から「3 介護」を一部抜粋

項目			H25年度		H28年度		同規模平均			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合		
3 介護	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		16,676	24.4	16,556	25.1	444,885	20.8
			新規認定者		463	0.4	193	0.3	7,533	0.3
			2号認定者		446	0.5	346	0.4	12,195	0.4
	②	有病状況	糖尿病		4,230	23.9	4,143	24.4	97,208	21.0
			高血圧症		10,118	58.6	10,175	59.5	222,653	48.1
			脂質異常症		5,739	32.5	6,000	35.1	125,290	26.9
			心臓病		11,524	66.7	11,581	67.8	252,553	54.7
			脳疾患		5,010	29.5	4,954	29.2	110,871	24.2
			がん		1,864	10.8	1,919	11.2	43,965	9.4
			筋・骨格		10,298	59.4	10,401	61.2	214,036	46.3
	精神		6,410	37.1	7,108	41.3	153,868	33.1		
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）		72,267	⑦	67,024		56,607	
			居宅サービス		49,956		47,233		39,504	
施設サービス			291,245		284,755		280,714			
④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	10,129		7,244		7,628		
			認定なし	3,667		3,859		3,737		

医療の状況を見ると、平成 25 年度と比べて⑨「一人当たり医療費」が増加しており、同規模平均と比べても高い状況です。また、⑩入院で見ると、件数の割合は 3.7%とわずかですが、費用は全体の 46.6%を占め、増加傾向となっております。同規模平均と比較しても入院件数が多い状況にあります。

■様式 6-1 から「4 国保・医療」を一部抜粋

項目			H25年度		H28年度		同規模平均			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4 国保・医療	①	国保の状況	被保険者数		67,825		59,726		2,288,481	
			65～74歳		25,191	37.1	25,633	42.9	-	-
			40～64歳		23,982	35.4	19,108	32.0	-	-
			39歳以下		18,652	27.5	14,985	25.1	-	-
			加入率		26.4		23.2		24.2	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		26,908	県内7位 同規模4位	29,109	県内7位 同規模4位	24,424	
			受診率		718,583		742,915		696,526	
			外来	費用の割合		54.3		53.4		61.1
				件数の割合		96.3		96.3		97.5
			入院	費用の割合		45.7	⑩	46.6		38.9
件数の割合		3.7			3.7		2.5			
1件あたり在院日数			18.8日		18.3日		15.6日			

要介護認定者は、認定なしの者と比べて医療費等が高額となっているため、新規の要介護認定者を減らし、要介護認定者の重症化を防ぐため、要介護認定者も含めた高齢者の生活習慣病の重症化予防に取り組む必要があると考えます。

入院は、外来と比べて件数あたりの医療費が高額となるため、重症化して入院に至らないように、外来で疾患管理が適切にできる人の割合を増やすことは重症化予防にもつながり、医療費増加の抑制効果が高いと考えます。

## (2) 中長期目標・短期目標疾患の達成状況

### 1) 最大医療資源傷病による分析

図表5は、最大医療資源における中長期的な疾患及び短期的な疾患の状況をまとめたものです。医療費負担の大きい疾病を明らかにするため、主傷病名をKDBにおける最大医療資源の傷病名（レセプトに記載された傷病名のうち、最も費用を要した傷病名）の考え方に基づき、総医療費に占める割合が高く、予防が可能な脳血管疾患、心疾患、腎疾患を平成25年度と平成28年度との比較をしました。

中長期的な疾患では、慢性腎不全(透析有)の割合は平成25年度からすると減少し、慢性腎不全(透析無)の割合は増加しています。さらに、脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）や虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）についても割合は減少しており、このことから生活習慣病である糖尿病・高血圧・脂質異常症をきちんと治療し、重症化を予防することで、脳・心臓・腎臓を守ることにつながると考えられます。

目標疾患が医療費に占める割合は、平成25年度の26.02%に対し、平成28年度は23.37%と減少していますが、国や県と比較すると依然として高い状況となっています。

【図表5】

		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	佐世保市	222億7,355万円	26,908円	4位	7位	7.65%	0.20%	2.39%	1.69%	4.80%	6.49%	2.80%	57億9,601万円	26.02%	11.53%	13.23%	8.46%
H28		215億712万円	29,110円	4位	7位	7.32%	0.25%	2.10%	1.32%	4.88%	4.91%	2.60%	50億2,633万円	23.37%	13.80%	12.51%	9.49%
H28	国	9兆6,879億6,826万円	24,245円	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,399億893万円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%
	長崎県	1,363億3,310万円	29,109円	--	--	6.18%	0.36%	2.40%	1.82%	4.67%	4.92%	2.41%	310億2,615万円	22.76%	12.92%	12.17%	9.48%

## 2) 中長期的な疾患のレセプト状況

図表6は、中長期的な疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患を治療している人の割合をレセプトから見たものです。被保険者数に対する割合は横ばいでしたが、人工透析の人の割合は、平成25年度は0.4%、平成28年度は0.5%と増加しています。人工透析で脳血管疾患や虚血性心疾患を併せ持つ人の割合も増加しています。

また、中長期的な疾患に関連する短期的な疾患に着目すると、人工透析で高血圧症がある人は9割以上、糖尿病がある人は約5割であり、糖尿病と合わせて高血圧の課題も大きいことがわかりました。

現在、重症化予防対策に取り組んでいますが、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析につながる基礎疾患でみると、64歳以下では高血圧症の改善は若干見られますが、65歳以上では変化が見られず、なお一層の対策が必要と考えます。

【図表6】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	69,824	3,081	4.4%	656	21.3%	141	4.6%	2,446	79.4%	1,439	46.7%	2,076	67.4%
	64歳以下	45,132	836	1.9%	131	15.7%	72	8.6%	645	77.2%	372	44.5%	537	64.2%
	65歳以上	24,692	2,245	9.1%	525	23.4%	69	3.1%	1,801	80.2%	1,067	47.5%	1,539	68.6%
H28	全体	63,034	2,770	4.4%	573	20.7%	147	5.3%	2,193	79.2%	1,314	47.4%	1,959	70.7%
	64歳以下	36,739	592	1.6%	98	16.6%	52	8.8%	436	73.6%	263	44.4%	396	66.9%
	65歳以上	26,295	2,178	8.3%	475	21.8%	95	4.4%	1,757	80.7%	1,051	48.3%	1,563	71.8%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	69,824	3,112	4.5%	656	21.1%	70	2.2%	2,463	79.1%	1,319	42.4%	1,928	62.0%
	64歳以下	45,132	772	1.7%	131	17.0%	38	4.9%	597	77.3%	304	39.4%	435	56.3%
	65歳以上	24,692	2,340	9.5%	525	22.4%	32	1.4%	1,866	79.7%	1,015	43.4%	1,493	63.8%
H28	全体	63,034	2,810	4.5%	573	20.4%	102	3.6%	2,227	79.3%	1,177	41.9%	1,794	63.8%
	64歳以下	36,739	555	1.5%	98	17.6%	38	6.8%	425	76.6%	211	38.0%	332	59.8%
	65歳以上	26,295	2,255	8.6%	475	21.1%	64	2.8%	1,802	79.9%	966	42.8%	1,462	64.8%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	69,824	309	0.4%	70	22.7%	141	45.6%	293	94.8%	134	43.4%	110	35.6%
	64歳以下	45,132	169	0.4%	38	22.5%	72	42.6%	157	92.9%	69	40.8%	64	37.9%
	65歳以上	24,692	140	0.6%	32	22.9%	69	49.3%	136	97.1%	65	46.4%	46	32.9%
H28	全体	63,034	321	0.5%	102	31.8%	147	45.8%	300	93.5%	151	47.0%	151	47.0%
	64歳以下	36,739	130	0.4%	38	29.2%	52	40.0%	120	92.3%	58	44.6%	59	45.4%
	65歳以上	26,295	191	0.7%	64	33.5%	95	49.7%	180	94.2%	93	48.7%	92	48.2%

### (3) 医療費及び高額医療費の状況

#### 1) 医療費の状況

図表7は、医療費の入院と入院外の状況を表したものです。総医療費は被保険者数の減少等により、入院、入院外ともに平成25年度と比べて減少していますが、一人当たり医療費をみると入院費用額の伸び率は同規模と比べて高い状況です。これは、全国より速いペースで高齢化が進行していることや入院が必要となるような脳血管疾患や虚血性心疾患等の重症化も一因となり、医療費が増加傾向にあると考えられます。

【図表7】

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			市	同規模			市	同規模			市	同規模
総医療費	H25	222億7,355万円	-	-	101億7,901万円	-	-	-	120億9,454万円	-	-	-
	H28	215億0712万円	△7億6,643万円	△3.4%	100億2,232万円	△1億5,669万円	△1.5%		114億8,480万円	△6億0974万円	△5.0%	
一人当たり医療費	H25	26,908円	-	-	12,297円	-	-	-	14,611円	-	-	-
	H28	29,109円	2,201円	8.1%	13,565円	1,268円	10.3%	9.6%	15,544円	633円	4.3%	10.1%

※KDBの一人当たり医療費は月平均での表示となる。

#### 2) 高額医療費の状況（透析除く）

図表8は、医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極めるために、平成28年度に医療機関を受診された方のレセプトを分析したものです。

6ヶ月以上の長期入院レセプト分析では、脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の2割近くを占めていることが分かりました。

高額な医療費につながる脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析への重症化を防ぐためには、これらの基礎疾患となる高血圧、糖尿病、脂質異常症の人への早期受診勧奨と治療中断を防ぐ対策が必要となります。

【図表8】

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 KDB帳票 NO.10	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	359件	13件 3.6%	18件 5.0%	96件 26.7%	232件 64.6%
		費用額	10億2737万円	4032万円 3.9%	5480万円 5.3%	2億5230万円 24.6%	6億7995万円 66.2%

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 KDB帳票 NO.11	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	6,555件	4,647件 70.9%	684件 10.4%	342件 5.2%
		費用額	27億3230万円	16億6929万円 61.1%	3億6027万円 13.2%	1億4897万円 5.5%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 KDB帳票 NO.13~18	生活習慣病の治療者数構成割合	24,673人		2,810人 11.4%	2,770人 11.2%	715人 2.9%
		の基礎疾患	高血圧	2,227人 79.3%	2,193人 79.2%	571人 79.9%
			糖尿病	1,177人 41.9%	1,314人 47.4%	715人 100.0%
			脂質異常症	1,794人 63.8%	1,959人 70.7%	577人 80.7%
		高血圧症	14,410人 58.4%	7,270人 29.5%	11,864人 48.1%	2,451人 9.9%
		糖尿病				
脂質異常症						

#### (4) 長期化する医療費（透析）、介護給付費の状況

##### 1) 人工透析患者のレセプトの状況

図表9は、人工透析患者が何の疾患で治療を受けているのかを表したものです。長期化する疾患である人工透析のレセプト3,745件を分析すると、糖尿病性腎症が1,644件で全体の半数近くを占めており、人工透析は一人当たり年間約500万円以上の医療費がかかることから、医療費を抑制するためにも新規透析導入者を減少させる必要があります。

また、脳血管疾患は1,008件、虚血性心疾患は1,597件のレセプトがあることから、継続治療はもちろん、生活習慣や食生活の改善が重要になり、これらの発症や重症化予防にもつながります。

【図表9】

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-2 KDB帳票 NO.12	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数 3,745件	1,644件 43.9%	1,008件 26.9%	1,597件 42.6%
			費用額 16億7178万円	7億3875万円 44.2%	4億5518万円 27.2%	7億2354万円 43.3%

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

##### 2) 介護給付費の状況

図表10は、介護給付費の状況を表したものです。平成28年度の1件当たりの介護給付費は、平成25年度と比較して減少していますが、介護給付費の総額は増えています。介護給付費の変化について、平成28年度の1件当たりの介護給付費は減っているものの、同規模と比較すると減少の割合は少ない状況です。

【図表10】

年度	佐世保市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費(全体)			1件当たり給付費(全体)		
		居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス	
H25	222億4,872万円	72,267円	49,956円	291,245円	58,945円	40,384円	287,254円
H28	226億5,197万円	67,024円	47,233円	284,755円	39,504円	39,504円	277,662円

### 3) 介護認定者の有病状況

図表11は、要介護（要支援）認定者の有病状況が、何の疾患で介護保険を受けているのかを表したものです。要介護（要支援）認定者の有病状況を見ると、高血圧、脂質異常症、糖尿病の基礎疾患を併せ持つ人の割合が多い状況のため、脳卒中、虚血性心疾患、腎不全等の合併症によって介護が必要となっています。特に2号被保険者の認定者では、介護が必要となった原因疾患として、脳卒中の人が約6割を占めています。

【図表11】

KDB帳票 NO.47	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計									
	被保険者数		86,761人	30,923人	35,591人	66,514人		153,275人							
	認定者数		346人	1,768人	14,785人	16,553人		16,899人							
	認定率		0.40%	5.7%	41.5%	24.9%		11.0%							
	新規認定者数（*1）		72人	398人	1,562人	1,960人		2,032人							
介護度 別人数	要支援1・2		110	31.8%	730	41.3%	5,419	36.7%	6,149	37.1%	6,259	37.0%			
	要介護1・2		120	34.7%	560	31.7%	5,004	33.8%	5,564	33.6%	5,684	33.6%			
	要介護3~5		116	33.5%	478	27.0%	4,362	29.5%	4,840	29.2%	4,956	29.3%			
KDB帳票 NO.49	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計									
	介護件数（全体）		347	1,768	14,794	16,562		16,909							
	再）国保・後期		189	1,299	14,148	15,447		15,636							
D 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	
				割合	割合	割合	割合	割合	割合						
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	110	58.2%	脳卒中	609	46.9%	脳卒中	6,903	48.8%	脳卒中	7,512	48.6%
			2	虚血性心疾患	44	23.3%	虚血性心疾患	295	22.7%	虚血性心疾患	5,299	37.5%	虚血性心疾患	5,594	36.2%
				腎不全	23	12.2%	腎不全	131	10.1%	腎不全	1,705	12.1%	腎不全	1,836	11.9%
	基礎疾患（*2）	2	糖尿病	91	48.1%	糖尿病	646	49.7%	糖尿病	6,744	47.7%	糖尿病	7,390	47.8%	
			高血圧	119	63.0%	高血圧	943	72.6%	高血圧	11,976	84.6%	高血圧	12,919	83.6%	
			脂質異常症	104	55.0%	脂質異常症	751	57.8%	脂質異常症	8,745	61.8%	脂質異常症	9,496	61.5%	
	血管疾患合計	合計	163	86.2%	合計	1,174	90.4%	合計	13,549	95.8%	合計	14,723	95.3%		
	認知症	認知症	31	16.4%	認知症	312	24.0%	認知症	6,464	45.7%	認知症	6,776	43.9%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	149	78.8%	筋骨格系	1,045	80.4%	筋骨格系	13,241	93.6%	筋骨格系	14,286	92.5%			
合計	合計	163	86.2%	合計	1,174	90.4%	合計	13,549	95.8%	合計	14,723	95.3%			

\*1 新規認定者についてはNO.49 要介護実況状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

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

#### ■介護を受けている人と受けていない人の1人あたり医療費の比較（KDB帳票【介護】 NO.1）

	0	2000	4000	6000	8000
要介護認定者医療費（40歳以上）					7,244円
要介護認定なし医療費（40歳以上）			3,859円		



### (5) 第1期計画の評価

第1期データヘルス計画では、中長期的には「医療費の伸びを抑える」ことを目標として、中長期的な目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患及び糖尿病性腎症に重点を置き重症化予防を進めてきましたが、重症化を示す入院費用割合が増加していること、医療費の生活習慣病に占める割合のうち、慢性腎不全（透析あり）が増加していることから医療費の伸びを抑えるまでには至りませんでした。

短期的な目標である「メタボ該当者の割合を同規模市並みまでに減少」については、目標にとどまらなかった。「血圧Ⅱ度以上の割合を1%減少」については、重症化予防の取組の効果が出ており1.6%減少し目標を達成しました。「LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合を0.5%減少」については変化がなく、「HbA1c6.5%以上の割合を0.5%減少」については、治療を継続できている人の割合は増えてはいますが、6.5%以上の人の割合は増加していることから、ともに目標に近づけることはできませんでした。

#### ■短期的な目標（メタボ該当者の割合）

項目				H25年度		H28年度		同規模平均		
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	
5 特定 健診	⑤	特定健診の状況	メタボ	該当者	2,859	18.2	2,805	19.2	97,692	17.7
				男性	1,818	27.9	1,807	29.5	65,588	28.5
				女性	1,041	11.3	998	11.8	32,104	10.0
	⑥			予備群	1,860	11.8	1,648	11.3	57,274	10.4
				男性	1,201	18.4	1,079	17.6	38,813	16.9
				女性	659	7.1	569	6.7	18,461	5.7

#### ■短期的な目標（メタボ該当者の割合以外）

■平成25年度と平成28年度のⅡ度高血圧以上の人の比較																		
年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			割合										
					再)Ⅱ度高血圧	未治療	治療	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	
H25	16,249人	7,378人 45.4%	3,633人 22.4%	3,945人 24.3%	1,293人 8.0%	765人 59.2%	528人 40.8%	1.6%										8.0%
					267人 1.6%	185人 69.3%	82人 30.7%											
H28	15,046人	6,936人 46.1%	3,527人 23.4%	3,615人 24.0%	968人 6.4%	564人 58.3%	404人 41.7%	1.1%										6.4%
					171人 1.1%	122人 71.3%	49人 28.7%											

■平成25年度と平成28年度のLDL-c 160以上の人の比較																		
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	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
H25	16,249人	8,037人 49.5%	3,901人 24.0%	2,518人 15.5%	1,793人 11.0%	1,658人 92.5%	135人 7.5%	3.8%										11.0%
					624人 3.8%	587人 94.1%	37人 5.9%											
H28	15,046人	7,249人 48.2%	3,760人 25.0%	2,360人 15.7%	1,677人 11.1%	1,511人 90.1%	166人 9.9%	3.8%										11.1%
					571人 3.8%	521人 91.2%	50人 8.8%											

■平成25年度と平成28年度のHbA1c6.5%以上の人の比較																		
年度	HbA1c測定者	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			割合										
					再)7.0以上	未治療	治療	0%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	
H25	16,207人	9,537人 58.8%	3,971人 24.5%	1,521人 9.4%	1,178人 7.3%	518人 44.0%	660人 56.0%	3.9%										7.3%
					627人 3.9%	222人 35.4%	405人 64.6%											
H28	15,003人	7,844人 52.3%	4,245人 28.3%	1,689人 11.3%	1,225人 8.2%	503人 41.1%	722人 58.9%	4.0%										8.2%
					604人 4.0%	180人 29.8%	424人 70.2%											

資料：KDBデータ二次加工



## 2 第2期計画における健康課題の明確化

第2期データヘルス計画に向けて、健康課題を明確にするために、健診受診者の実態及び中長期的な疾患につながる共通リスク、健診結果で見るリスクの経年変化、入院と入院外の件数・費用額の割合の比較、未受診者の把握の分析を行いました。

### (1) 健診受診者の実態

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診を受診していただき、自分自身の体の状態を知ることが大切です。また、受診後の保健指導や受診勧奨により、速やかに必要な医療につなげ、生活改善の支援を行うことで重症化を予防することが可能となります。ここでは特定健診・特定保健指導等、健診受診者の実態を分析しました。

#### 1) 特定健診・特定保健指導実施率

図表12は特定健診・特定保健指導等の状況、図表13は特定健診実施率を性別年齢別に表したものです。図表14は、特定健診実施率を中学校区別に表したものです。

特定健診実施率は、平成25年度と28年度を比較するとわずかに上昇しましたが、年齢別にみると40歳代、50歳代の男性が約16%と最も低く、課題の一つとなっています。

特定保健指導は、集団健診会場での特定保健指導の予約や、未予約者への家庭訪問、特定保健指導の一部をアウトソーシング(委託)する等、実施率向上に取り組んでいます。

#### ■ 特定健診・特定保健指導の状況

【図表 12-1】

年度	特定健診			特定保健指導		
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	終了者数	実施率
H25	45,313人	15,749人	34.8%	1,838人	1,050人	57.1%
H28	41,125人	14,609人	35.5%	1,564人	921人	58.9%

#### ■ 個別健診と集団健診の状況

【図表 12-2】

年度	個別健診	集団健診	その他				
			国保脳ドック	宇久循環器検診	職場健診等	情報提供書	
H25	10,782人	5,124人	590人	368人	53人	54人	115人
H28	10,942人	3,692人	707人	435人	38人	101人	133人

※実受診者数のため法定報告値の数値とは異なる。

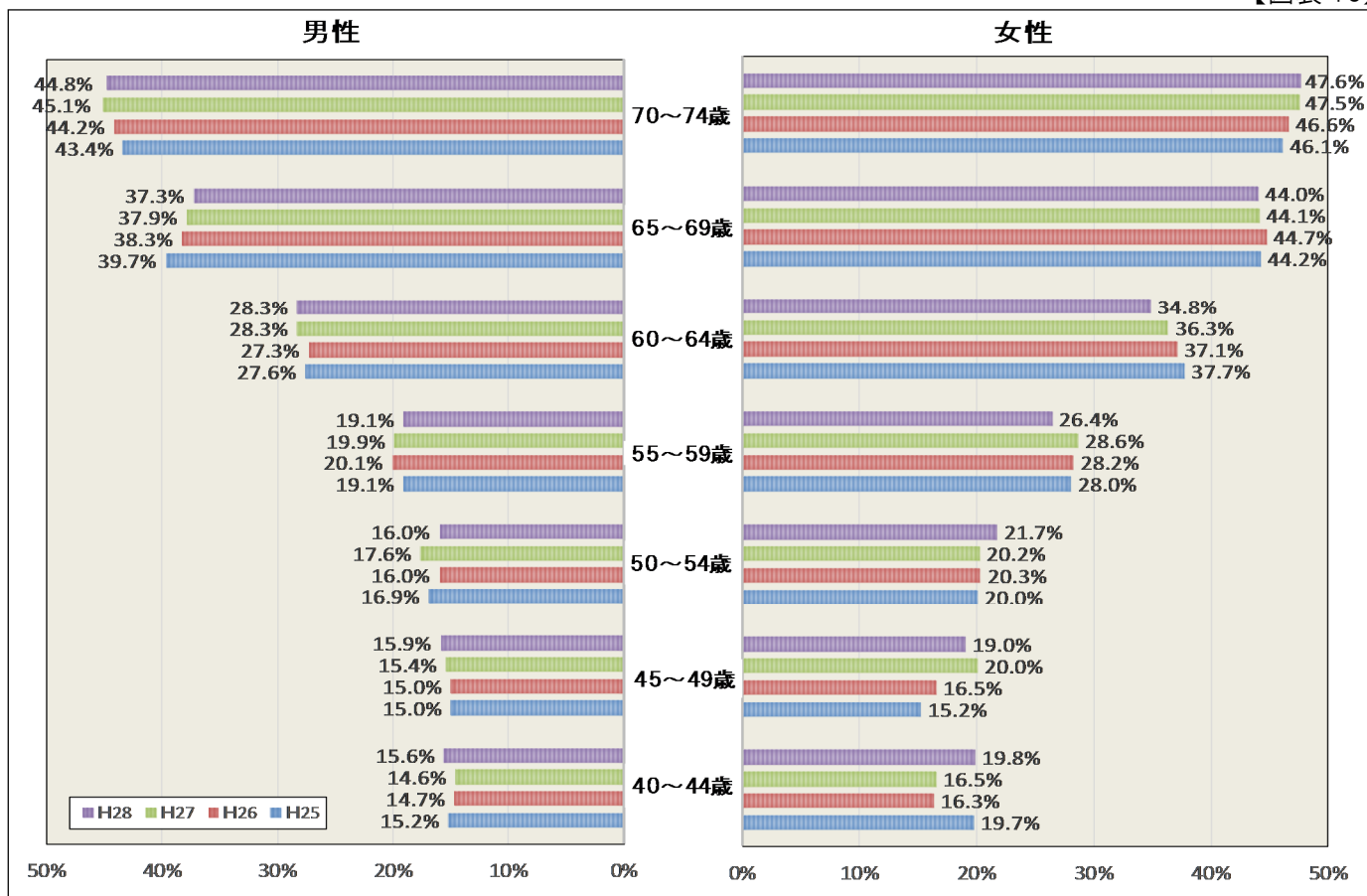
#### ■ 特定保健指導の対象者の状況

【図表 12-3】

年度	受診者数	対象者	出現率		利用率		終了率	
			積極	動機	積極	動機	積極	動機
H25	15,749人	1,838人	3.1%	8.6%	49.7%	75.0%	20.1%	70.5%
H28	14,609人	1,564人	2.4%	8.3%	42.4%	59.2%	30.3%	67.3%

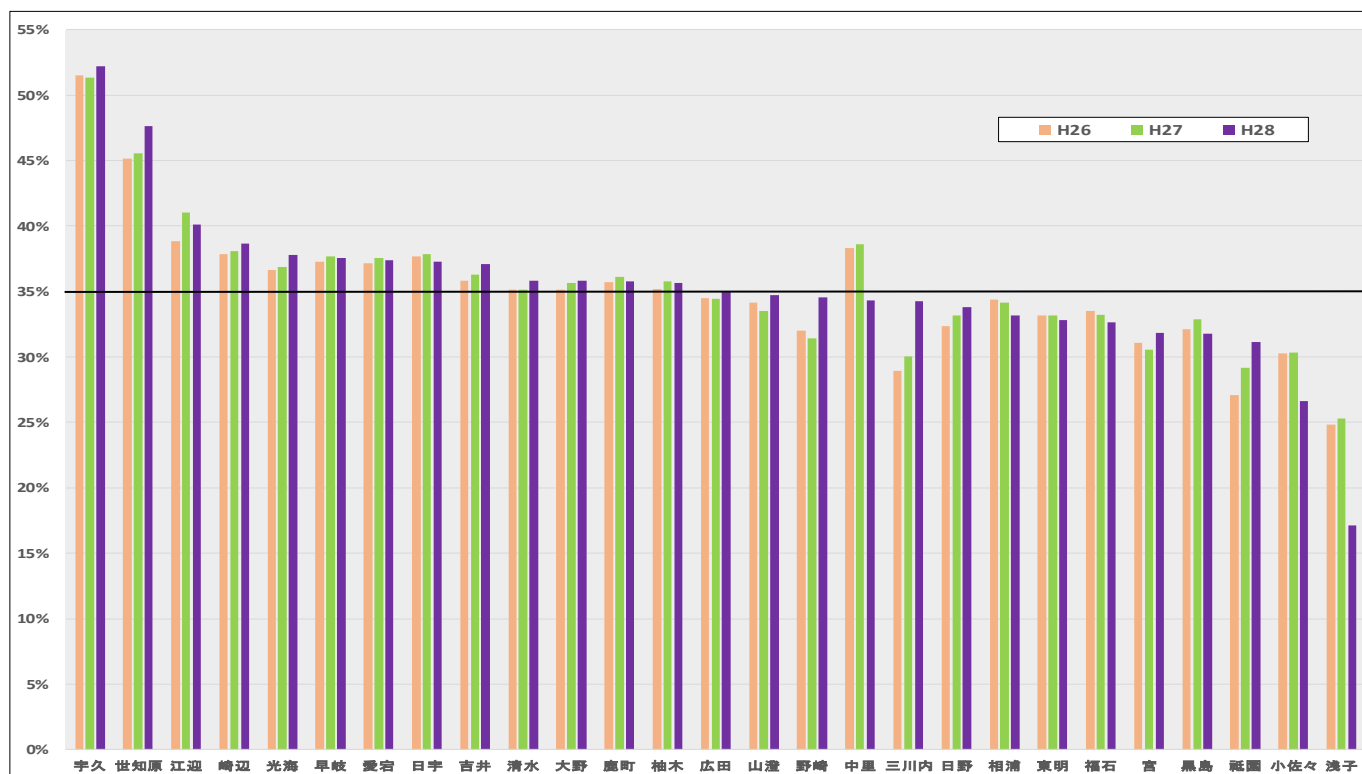
■性別年齢別の受診状況

【図表 13】



■中学校区別の受診状況

【図表 14】



## 2) 健診受診者のデータ

図表15、16は、健診データから見た健診受診者の実態をまとめたものです。本市は全国と比べてメタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」という）が多い状況にあり、男性の40歳～64歳では4人に1人、65歳～74歳では3人に1人がメタボ該当者となっています。メタボ予備群を見ると、男性の中でも40歳～64歳の割合が高い状況です。

また、健診データから有所見者割合の高い項目や年代を見てみると、特に男性の40歳～64歳では、BMI、腹囲、GPT等の有所見率が高い状況にあり、65歳～74歳では、収縮期血圧、HbA1c、空腹時血糖等の有所見率が高い状況にあります。

【図表 15】

■メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	6,130	31.9	271	4.4%	1,079	17.6%	64	1.0%	807	13.2%	208	3.4%	1,807	29.5%	336	5.5%	75	1.2%	812	13.2%	584	9.5%
	40-64	1,706	20.5	118	6.9%	343	20.1%	24	1.4%	212	12.4%	107	6.3%	438	25.7%	60	3.5%	30	1.8%	214	12.5%	134	7.9%
	65-74	4,424	40.6	153	3.5%	736	16.6%	40	0.9%	595	13.4%	101	2.3%	1,369	30.9%	276	6.2%	45	1.0%	598	13.5%	450	10.2%
女性	合計	8,472	38.4	180	2.1%	569	6.7%	23	0.3%	448	5.3%	98	1.2%	998	11.8%	143	1.7%	49	0.6%	532	6.3%	274	3.2%
	40-64	2,339	27.3	87	3.7%	144	6.2%	6	0.3%	113	4.8%	25	1.1%	199	8.5%	39	1.7%	13	0.6%	99	4.2%	48	2.1%
	65-74	6,133	45.5	93	1.5%	425	6.9%	17	0.3%	335	5.5%	73	1.2%	799	13.0%	104	1.7%	36	0.6%	433	7.1%	226	3.7%

【図表 16】

■健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2～6-7)

性別	年齢	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン												
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上												
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合										
男性	合計	1,868	30.5%	3,157	51.5%	1,478	24.1%	1,285	21.0%	572	9.3%	2,733	44.6%	2,985	48.7%	1,131	18.5%	3,481	56.8%	1,488	24.3%	2,854	46.6%	144	2.3%
	40-64	582	34.1%	899	52.7%	491	28.8%	495	29.0%	163	9.6%	609	35.7%	703	41.2%	391	22.9%	814	47.7%	503	29.5%	863	50.6%	15	0.9%
	65-74	1,286	29.1%	2,258	51.0%	987	22.3%	790	17.9%	409	9.2%	2,124	48.0%	2,282	51.6%	740	16.7%	2,667	60.3%	985	22.3%	1,991	45.0%	129	2.9%
女性	合計	1,869	22.1%	1,747	20.6%	1,102	13.0%	774	9.1%	130	1.5%	2,375	28.0%	3,994	47.1%	217	2.6%	4,184	49.4%	1,350	15.9%	4,709	55.6%	18	0.2%
	40-64	495	21.2%	430	18.4%	263	11.2%	249	10.6%	27	1.2%	476	20.4%	898	38.4%	50	2.1%	863	36.9%	379	16.2%	1,294	55.3%	5	0.2%
	65-74	1,374	22.4%	1,317	21.5%	839	13.7%	525	8.6%	103	1.7%	1,899	31.0%	3,096	50.5%	167	2.7%	3,321	54.1%	971	15.8%	3,415	55.7%	13	0.2%

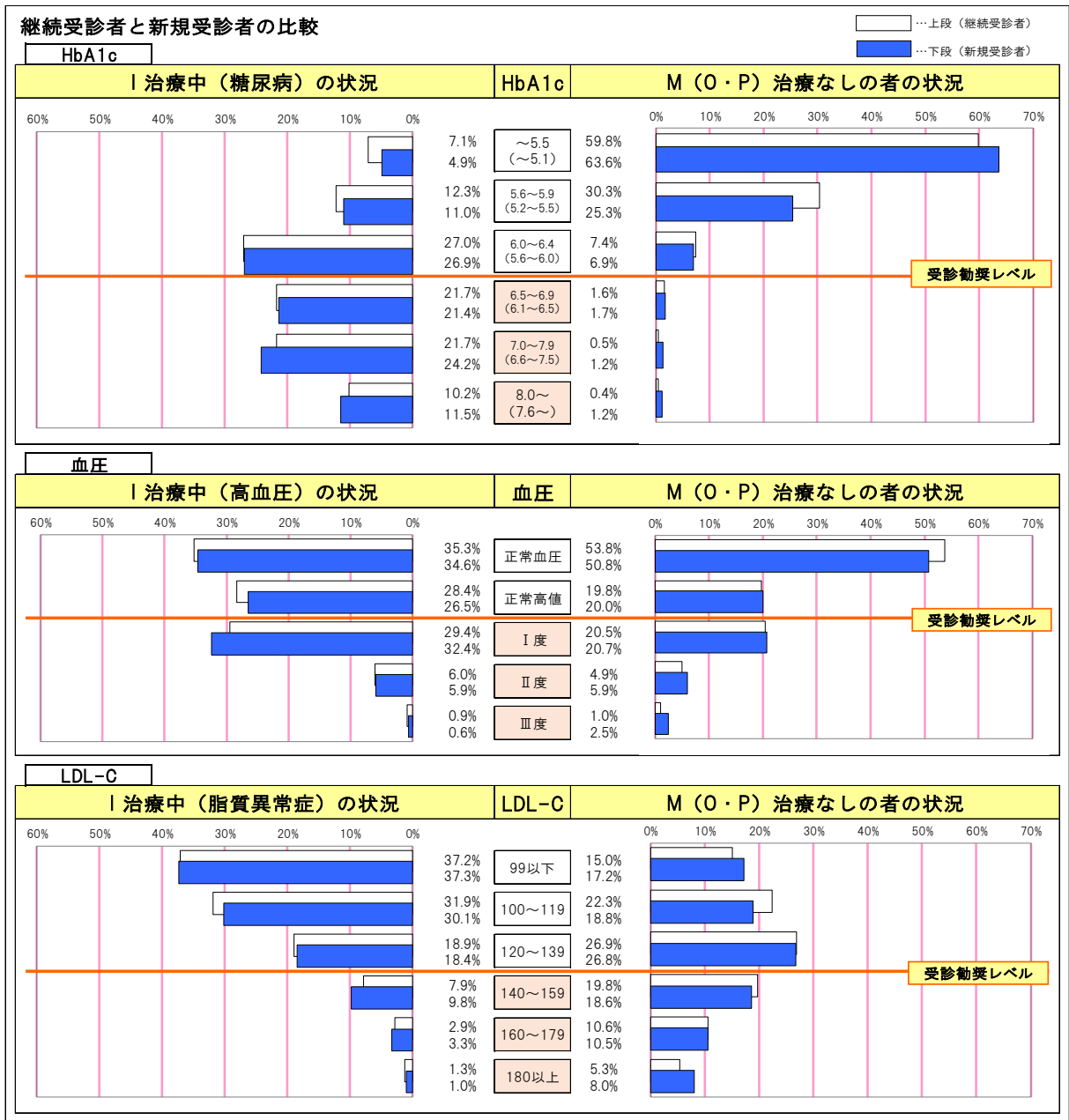
### 3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況

図表 17は、継続受診者と新規受診者の糖尿病、血圧、LDL コレステロールの状況をまとめたものです。医療機関受診が必要なレベル（受診勧奨レベル）の割合に着目すると、右側の「治療なし者の状況」では、継続受診者より新規受診者の割合が多い状況です。

また、左側の「治療中の状況」をみると、こちらも継続受診者より新規受診者の方にコントロール困難な人の割合が多い状況でした。

このことから継続受診している人よりも、健診を初めて受診した人に重症化しやすい人が、潜在的に多くいると推測されます。このため、健診未受診者に対する受診勧奨が重要になってきます。

【図表 17】



※上段（白）・・・継続受診者とは、H24～28年度のうち、2回以上受診した人

下段（青）・・・新規受診者とは、H28年度に初めて受診した人

## (2) 健康課題の明確化

### 1) 中長期的な疾患につながる共通リスク

図表18は、中長期的な疾患につながる共通リスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の状況をまとめたものです。高血圧や脂質異常症、糖尿病があることで、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析のリスクが高くなると言われていますが、特に糖尿病があることによって、これらの発症リスクがより高くなっています。

平成25年度と平成28年度を比較すると、人工透析や糖尿病性腎症の人の割合は高くなってきており、引き続き糖尿病の重症化や発症予防が必要になってきます。しかし、本市では高血圧、脂質異常症の人の割合も多く、これらの重症化を予防することも必要です。

【図表18】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中期的な目標									
		糖尿病						高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	69,824	7,587	10.9%	664	8.8%	5,401	71.2%	4,978	65.6%	1,439	19.0%	1,319	17.4%	134	1.8%	576	7.6%	
	64歳以下	45,132	2,480	5.5%	264	10.6%	1,606	64.8%	1,557	62.8%	372	15.0%	304	12.3%	69	2.8%	187	7.5%	
	65歳以上	24,692	5,107	20.7%	400	7.8%	3,796	74.3%	3,421	67.0%	1,067	20.9%	1,015	19.9%	65	1.3%	389	7.6%	
H28	全体	63,034	7,270	11.5%	575	7.9%	5,178	71.2%	4,935	67.9%	1,314	18.1%	1,177	16.2%	151	2.1%	715	9.8%	
	64歳以下	36,739	1,949	5.3%	196	10.1%	1,209	62.0%	1,227	63.0%	263	13.5%	211	10.8%	58	3.0%	191	9.8%	
	65歳以上	26,295	5,321	20.2%	379	7.1%	3,969	74.6%	3,708	69.7%	1,051	19.8%	966	18.2%	93	1.7%	524	9.8%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	69,824	15,467	22.2%	5,401	34.9%	8,648	55.9%	2,446	15.8%	2,463	15.9%	293	1.9%	
	64歳以下	45,132	4,953	11.0%	1,606	32.4%	2,560	51.7%	645	13.0%	597	12.1%	157	3.2%	
	65歳以上	24,692	10,514	42.6%	3,796	36.1%	6,088	57.9%	1,801	17.1%	1,866	17.7%	136	1.3%	
H28	全体	63,034	14,410	22.9%	5,178	35.9%	8,341	57.9%	2,193	15.2%	2,227	15.5%	300	2.1%	
	64歳以下	36,739	3,624	9.9%	1,209	33.4%	1,923	53.1%	436	12.0%	425	11.7%	120	3.3%	
	65歳以上	26,295	10,786	41.0%	3,969	36.8%	6,418	59.5%	1,757	16.3%	1,802	16.7%	180	1.7%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	69,824	12,397	17.8%	4,978	40.2%	8,648	69.8%	2,076	16.7%	1,928	15.6%	110	0.9%	
	64歳以下	45,132	4,106	9.1%	1,557	37.9%	2,560	62.3%	537	13.1%	435	10.6%	64	1.6%	
	65歳以上	24,692	8,291	33.6%	3,421	41.3%	6,088	73.4%	1,539	18.6%	1,493	18.0%	46	0.6%	
H28	全体	63,034	11,864	18.8%	4,935	41.6%	3,281	70.3%	1,959	16.5%	1,794	15.1%	151	1.3%	
	64歳以下	36,739	3,163	8.6%	1,227	38.8%	1,923	60.8%	396	12.5%	332	10.5%	59	1.9%	
	65歳以上	26,295	8,701	33.1%	3,708	42.6%	6,418	73.8%	1,563	18.0%	1,462	16.8%	92	1.1%	

## 2) 健診結果で見るリスクの経年変化

図表 19 は、中長期的な疾患に関連する短期的な疾患のリスクを健診結果で見たものです。男女とも、収縮期血圧、拡張期血圧の有所見者割合は減ってきており、メタボ該当者・予備群でも男女ともに高血圧の有所見者は減ってきています。

一方で、男性の肥満の割合は平成 25 年度に比べ平成 28 年度は増加しており、血圧以外の項目の中で、特に HbA1c の割合が増加しています。女性についても、特に HbA1c、尿酸値に異常がある人の割合が高くなっています。

メタボ該当者・予備群の把握では、該当者は男女ともに増加しています。また、高血圧・脂質異常症・高血糖の 3 項目全て併せ持つ人の割合も増えています。

【図表 19】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (KDB帳票 NO.23)																											
性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	1,904	29.2%	3,314	50.9%	1,530	23.5%	1,363	20.9%	603	9.3%	2,679	41.1%	2,788	42.8%	1,226	18.8%	3,752	57.6%	1,638	25.1%	2,950	45.3%	157	2.4%		
	H25	705	32.9%	1,122	52.3%	592	27.6%	584	27.2%	198	9.2%	779	36.3%	771	35.9%	447	20.8%	1,067	49.7%	642	29.9%	1,060	49.4%	29	1.4%		
	H28	1,199	27.4%	2,192	50.2%	938	21.5%	779	17.8%	405	9.3%	1,900	43.5%	2,017	46.2%	779	17.8%	2,685	61.5%	996	22.8%	1,890	43.3%	128	2.9%		
女性	合計	1,868	30.5%	3,157	51.5%	1,478	24.1%	1,285	21.0%	572	9.3%	2,733	44.6%	2,985	48.7%	1,131	18.5%	3,481	56.8%	1,488	24.3%	2,854	46.6%	144	2.3%		
	H25	582	34.1%	899	52.7%	491	28.8%	495	29.0%	163	9.6%	609	35.7%	703	41.2%	391	22.9%	814	47.7%	503	29.5%	863	50.6%	15	0.9%		
	H28	1,286	29.1%	2,258	51.0%	987	22.3%	790	17.9%	409	9.2%	2,124	48.0%	2,282	51.6%	740	16.7%	2,667	60.3%	985	22.3%	1,991	45.0%	129	2.9%		

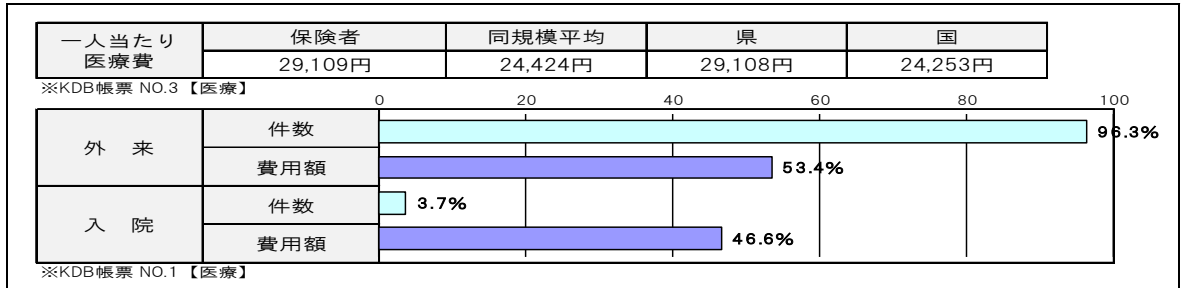
メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (KDB帳票 NO.24)																							
性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	6,514	30.5%	295	4.5%	1,201	18.4%	63	1.0%	907	13.9%	231	3.5%	1,818	27.9%	374	5.7%	70	1.1%	850	13.0%	524	8.0%
	H25	2,146	20.2%	151	7.0%	445	20.7%	27	1.3%	293	13.7%	125	5.8%	526	24.5%	93	4.3%	28	1.3%	271	12.6%	134	6.2%
	H28	4,368	40.7%	144	3.3%	756	17.3%	36	0.8%	614	14.1%	106	2.4%	1,292	29.6%	281	6.4%	42	1.0%	579	13.3%	390	8.9%
女性	合計	6,130	31.9%	271	4.4%	1,079	17.6%	64	1.0%	807	13.2%	208	3.4%	1,807	29.5%	336	5.5%	75	1.2%	812	13.2%	584	9.5%
	H25	1,706	20.5%	118	6.9%	343	20.1%	24	1.4%	212	12.4%	107	6.3%	438	25.7%	60	3.5%	30	1.8%	214	12.5%	134	7.9%
	H28	4,424	40.6%	153	3.5%	736	16.6%	40	0.9%	595	13.4%	101	2.3%	1,369	30.9%	276	6.2%	45	1.0%	598	13.5%	450	10.2%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	9,238	37.1%	206	2.2%	659	7.1%	28	0.3%	513	5.6%	118	1.3%	1,041	11.3%	144	1.6%	36	0.4%	608	6.6%	253	2.7%
	H25	3,144	28.0%	104	3.3%	200	6.4%	12	0.4%	154	4.9%	34	1.1%	248	7.9%	43	1.4%	14	0.4%	125	4.0%	66	2.1%
	H28	6,094	44.6%	102	1.7%	459	7.5%	16	0.3%	359	5.9%	84	1.4%	793	13.0%	101	1.7%	22	0.4%	483	7.9%	187	3.1%
男性	合計	8,472	38.4%	180	2.1%	569	6.7%	23	0.3%	448	5.3%	98	1.2%	998	11.8%	143	1.7%	49	0.6%	532	6.3%	274	3.2%
	H25	2,339	27.3%	87	3.7%	144	6.2%	6	0.3%	113	4.8%	25	1.1%	199	8.5%	39	1.7%	13	0.6%	99	4.2%	48	2.1%
	H28	6,133	45.5%	93	1.5%	425	6.9%	17	0.3%	335	5.5%	73	1.2%	799	13.0%	104	1.7%	36	0.6%	433	7.1%	226	3.7%

### 3) 入院と外来の件数・費用額の割合の比較

図表 20 は、入院と外来の費用額全体の状況を表したものです。入院の件数はわずか 3.7% 程度しかありませんが、費用額では 46.6% を占めています。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり、高い費用対効果が得られることとなります。【図表 20】

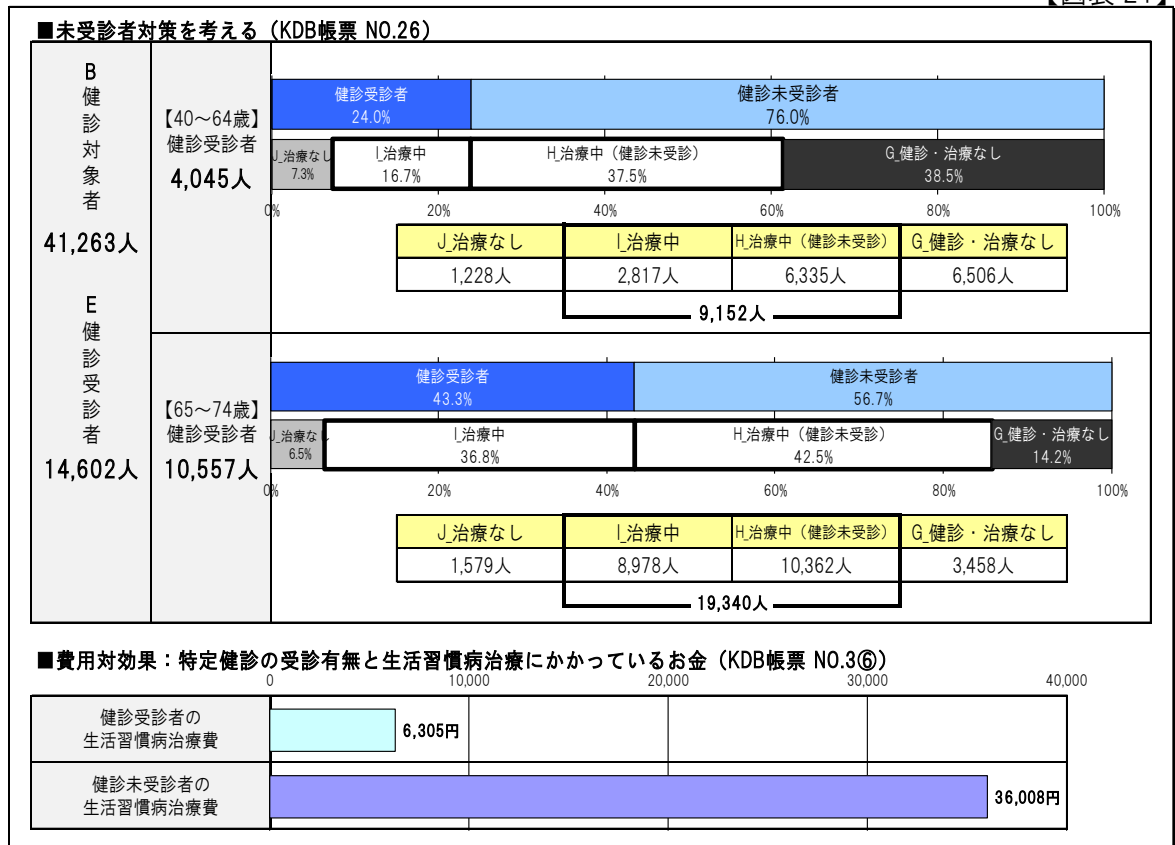


### 4) 未受診者の状況

図表 21 は、未受診者の治療状況の有無を把握するためのものです。健診未受診者のうち、「G・健診・治療なし」をみると、年齢が若い 40 歳～64 歳の人の割合が 38.5% と高い状況です。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態であるため、このような方へ優先的に健診の受診勧奨をする必要があります。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費をみても、約 6 倍もの開きがあります。治療中でも健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかります。中には、「医療機関を受診しているので健診は受けない」という方もいるため、医療機関と連携して、実施率向上に向けた取組が必要と考えます。

【図表 21】





### 3 目標の設定

#### 【中長期的な目標の設定（6年間）】

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ヶ月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び要介護（要支援）認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要となります。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは難しいことから、医療費の伸びを抑えることを目指すため、目標を次のとおり設定します。

- ①脳血管疾患及び虚血性心疾患の患者数割合を増加させない
- ②新規透析患者数を減少させる

#### 【短期的な目標の設定（1年毎）】

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

そのためには、医療受診が必要な方への適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している方についても適切な保健指導を行い、必要に応じて医療機関と連携します。また、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要なリスクを併せ持つ人には、栄養指導等の保健指導を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげます。

これらの取組を踏まえ、目標を次のとおり設定します。

- ①メタボ該当者の割合を同規模平均までに減少させる
- ②血圧Ⅱ度以上の割合を0.2%ずつ減少させる（平成35年度の目標5.0%）
- ③LDL コレステロール180mg/dl以上の割合を0.03%ずつ減少させる（平成35年度の目標3.6%）
- ④HbA1c6.5%以上の割合を0.1%ずつ減少させる（平成35年度の目標7.5%）

なお、生活習慣病は自覚症状がないことから、まずは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重症化を予防する上で重要ですので、その目標は、第3章の2「第3期特定健康診査等実施計画」に記載します。

## 第3章 保健事業

### 1 保健事業の方向性

生活習慣病は、自覚症状が現れないうちに発病し、そのまま放置すると合併症を発症するなど重症化し、生活の質を大きく低下させます。

健康の保持増進のためには、日頃から生活習慣に気を配り、定期的な健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施が重要になります。そのため、特定健診及び特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血圧、脂質、血糖の検査結果を改善していかなければなりません。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。

重症化予防の取組としては、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・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防します。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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等の実態を広く市民へ周知を行います。

## 2 特定健康診査・特定保健指導の実施 第3期特定健康診査等実施計画

### (1) 計画策定の目的

特定健診・特定保健指導は、主として内臓脂肪型肥満に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としています。

生活習慣病は、自覚症状がないまま進行するため、特定健診は対象者が自らの健康状態を理解して、生活習慣を振り返るよい機会と位置付けることができます。

特定健診受診者には、健診結果に応じた情報提供を全員に行うほか、特定保健指導の対象者をメタボリックシンドロームのリスクに応じて「動機付け支援」「積極的支援」に階層化し、必要に応じた保健指導を行います。

特定保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行います。

### (2) 計画の位置付け

第3期佐世保市国民健康保険特定健康診査等実施計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、「特定健康診査等基本指針」に則して佐世保市国民健康保険が策定する計画であり、長崎県医療費適正化計画等との整合性に努め、本市における健康増進計画「けんこうシップさせぼ21」、「介護保険事業計画」等との整合性を図り、策定するものです。

### (3) 計画の期間

第2期までの計画期間は、5年を1期とされていましたが、法改正が行われたため第3期の計画期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間となります。

### (4) 目標の達成状況

本市の特定健診の実施率は、制度が創設された平成20年度から平成28年度までの間25.6%～35.5%で推移しており、平成28年度目標に対する達成率は64.5%となっています。

また、特定保健指導の実施率は、同期間において30.3%～60.0%で推移しており、平成28年度は目標を達成しております。

#### ○特定健診の実施率

		第1期計画					第2期計画				
		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
本市	目標	30%	40%	50%	60%	65%	40%	45%	50%	55%	60%
	実績	25.6%	30.3%	33.6%	32.3%	35.1%	34.8%	35.1%	35.5%	35.5%	
県平均		28.3%	30.0%	33.8%	35.5%	38.0%	37.0%	38.2%	38.6%	38.5%	
国平均		30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	36.6%	

※出典：法定報告値（平成28年度の国平均は国保中央会の速報値）

## ○特定保健指導の実施率

		第1期計画					第2期計画				
		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
本市	目標	25%	30%	35%	40%	45%	40%	45%	50%	55%	60%
	実績	45.6%	34.7%	32.1%	30.3%	48.0%	57.1%	60.0%	56.9%	58.9%	
	県平均	27.7%	35.6%	33.1%	37.6%	45.2%	48.7%	49.5%	52.5%	53.1%	
	国平均	14.1%	19.5%	19.3%	19.4%	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%	26.3%	

※出典：法定報告値（平成28年度の国平均は国保中央会の速報値）

### （5）目標値の設定

国が示す特定健康診査等基本指針に基づき、保険者の区分に応じて掲げられた目標値を踏まえつつ、本市の平成20年度以降の実績及びその伸びを考慮して、次のとおり目標値を設定し、平成35年度に特定健診40%、特定保健指導60%以上の目標達成に向けて取り組みます。

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	36.5%	37%	37.5%	38%	39%	40%
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

### （6）対象者の見込み

対象者の見込みは、本市における国保加入者数及び法定報告対象者数の増減等を参考に、次のとおりと推計します。

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	38,100人	37,000人	35,900人	34,800人	33,800人	32,800人
	受診者数	13,910人	13,690人	13,460人	13,220人	13,180人	13,120人
特定保健指導	対象者数	1,490人	1,465人	1,440人	1,415人	1,410人	1,404人
	実施者数	890人	879人	864人	849人	846人	842人

### （7）目標達成に向けた取組

生活習慣病は自覚症がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施が重要となります。そのため、特定健診および特定保健指導の実施率の向上にも努める必要があります。

#### 1) 受診しやすい環境整備

- 自己負担額の無料
- 総合がん検診との同時実施日の増加（各種がん検診との同時実施）
- 40～50歳代の就労層をターゲットに土日祝日に集団健診の実施

## 2) 特定健診実施率向上の取組

- 受診券の個別送付
- 看護師による戸別訪問での健診の必要性を含めた受診勧奨
- コールセンターからの健診の必要性を含めた受診勧奨
- 集団健診の日程に合わせたハガキでの受診勧奨
- 初めて特定健康診査の対象となる40歳の方への封書等での受診勧奨
- 広報させば国保特集号、ラッピングバス（市バス）、イベント等によるPR
- 町内会などの地区組織を通じて健診の必要性の説明や受診勧奨の呼びかけ

## 3) 関係機関との連携

- 医師会との連携を強化し、登録医療機関への受診勧奨呼びかけへの協力依頼。
- 通院治療中の方で健診受診を希望されない方への情報提供書提出依頼。
- 支所、行政センター等への受診勧奨呼びかけへの協力依頼。

## 4) 効果的な保健指導を行う取組

- 保健指導スキルアップのための研修機会・内容の充実。
- 結果説明会などでのきめ細かな情報提供と必要に応じた個別指導の充実。
- 重症化予防対象者への支援。

## (8) 特定健診の実施

### 1) 実施形態

特定健康診査は「医療機関で実施する個別健診」及び「各地区の公民館等で実施する集団健診」の二つの形態とします。

※個別健診は、市内登録医療機関に加えて、佐々町の4ヵ所の医療機関でも受診できるようにしています。なお、市町国保が県単位化することに伴い、県内どこの医療機関でも特定健康診査が受診できるよう、市町国保による特定健診の集合契約を検討します。

### 2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項の規定により、具体的に委託できる者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) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、佐世保市のホームページに掲載しています。

#### 4) 特定健診の実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、各診断や治療の指標となるため追加の検査（HbA1c・腎機能検査・血清尿酸検査・貧血検査）を実施します。なお、血中脂質検査のうちLDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDLコレステロールの測定に変えられます。（実施基準第1条4項）

【基本的な健診項目】 ※下線の項目は本市独自の追加項目

- 問診（質問票）・・・既往歴、自覚症状、他覚症状、喫煙歴など
- 身体計測・・・身長、体重、腹囲、BMI（BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）
- 身体診察・・・視診、打聴診、触診等
- 血圧・・・収縮期血圧、拡張期血圧
- 血液検査（①～⑥）
  - ①脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
  - ②血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）
  - ③腎機能検査（血清クレアチニン、推算GFR）
  - ④血清尿酸検査
  - ⑤肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)）
  - ⑥貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- 尿検査・・・尿糖、尿蛋白、尿潜血

【詳細な健診項目】

一定の基準のもと、問診や既往歴で医師が必要と判断した場合に実施します。

- 心電図検査・・・12誘導心電図
- 眼底検査

#### 5) 実施時期

各年度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うよう、医療機関へ十分な説明を行います。

また、本人同意のもと特定健診未受診者の医療情報の提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

#### 7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託しています。

## 8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診対象者に、受診券を発行し、健診のお知らせ等と併せて個別に通知します。(年間実施スケジュール参照) 通知内容は、受診券、集団健診日程表、実施医療機関一覧表、チラシ等です。なお、黒島、高島、宇久町の離島については、集団健診実施の約1カ月前に別途発送します。

	特定健康診査	特定保健指導
4月	健診対象者の把握 受診券作成 医療機関での個別健診開始～3月まで	前年度2月～3月健診受診者
5月	受診券順次発送(離島以外) 集団健診開始～3月まで	前年度3月健診受診者(医療機関) 4月健診受診者(医療機関)
6月	受診勧奨開始 ・電話勧奨(1回目)～7月まで ・家庭訪問勧奨～3月まで ・勧奨ハガキ発送開始～3月まで	4月～5月健診受診者
7月		5月～6月健診受診者
8月	離島(宇久町)の受診券発送(下旬)	6月～7月健診受診者
9月	宇久町総合健診実施(中旬～下旬)	7月～8月健診受診者
10月	離島(黒島、高島町)の受診券発送(下旬)	8月～9月健診受診者
11月	黒島、高島町総合健診実施(中旬～下旬) 受診勧奨開始 ・電話勧奨(2回目)～12月まで	9月～10月健診受診者
12月		10月～11月健診受診者
1月		11月～12月健診受診者
2月		12月～1月健診受診者
3月		1月～2月健診受診者



## (9) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、本市が直接実施する形態、一部外部委託する形態で行います。

### 1) 保健指導対象者

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、特定健診結果から内臓脂肪蓄積に着目して、特定保健指導の対象者を階層化し、選定します。なお、服薬中の方は、対象外となっております。

#### ■特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当			/	積極的支援	
	1つ該当			あり		
				なし	動機付け支援	
上記以外で BMI ≥25	3つ該当			/	積極的支援	
	2つ該当			あり		
	1つ該当			なし	動機付け支援	

(階層化基準) ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上  
②脂質：中性脂肪が150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満  
③血圧：収縮期血圧が130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

### 2) 保健指導の内容

特定保健指導は、階層化によって「動機付け支援」「積極的支援」に分けられます。「動機付け支援」「積極的支援」の該当者は、専門職である医師・保健師又は管理栄養士による保健指導の対象になります。保健指導の対象とならなかった方には「情報提供」を行います。

#### 【動機付け支援】

専門職による個別面接で、対象者が生活改善の必要性を理解し、自ら取組可能な目標を立て、対象者の状況等に応じ、3ヶ月経過後又は6ヶ月経過後に対象者の健康状態や生活習慣の確認と評価を行います。

#### 【積極的支援】

専門職による個別面接で、対象者が生活改善の必要性を理解し、自ら取組可能な目標を立て、電話や通知等により、3ヶ月以上の継続支援を行います。6ヶ月後に対象者の健康状態や生活習慣の確認と評価を行います。

#### 【情報提供】

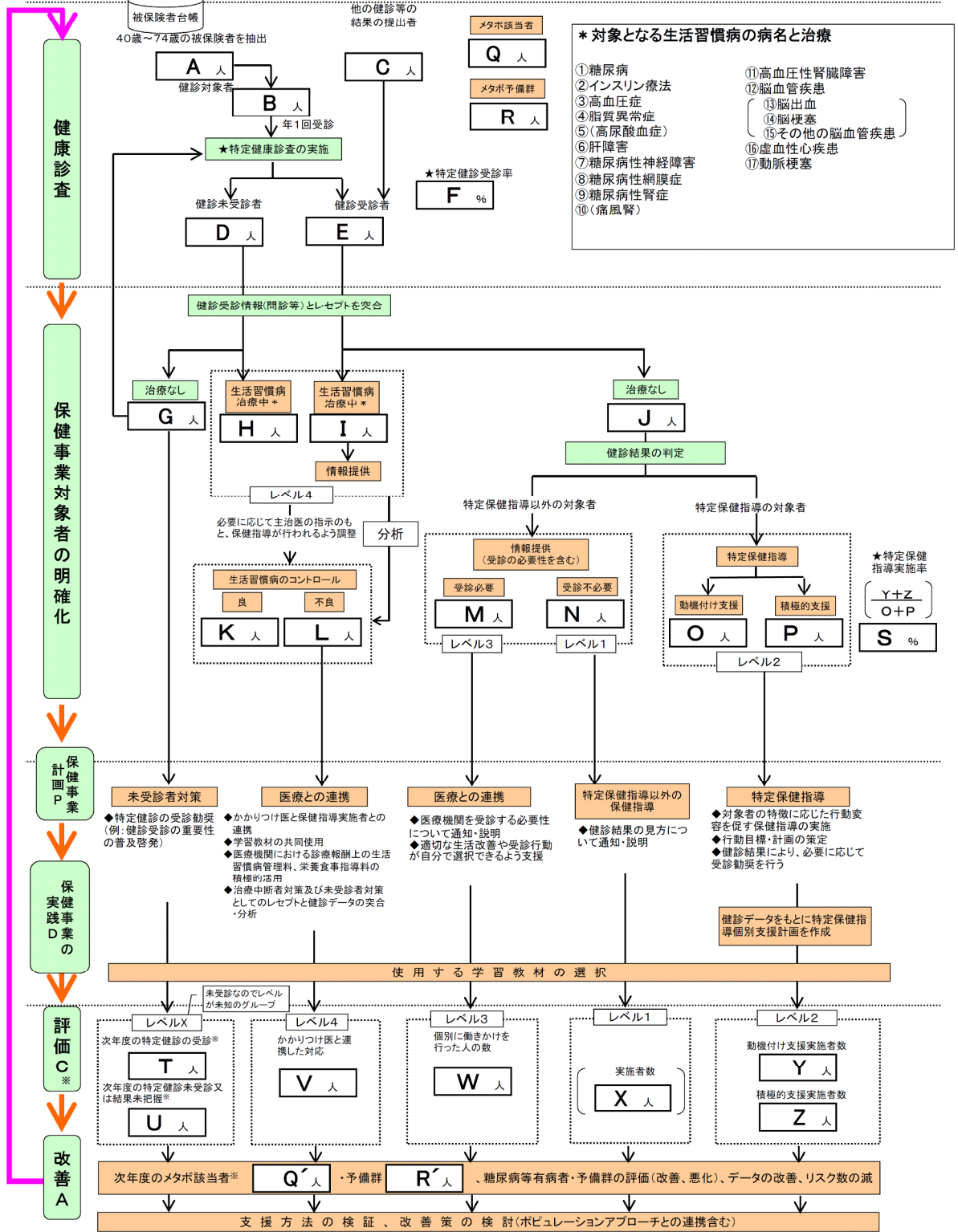
対象者が健診結果を確認するとともに、生活習慣病予防の必要性を理解し、生活習慣の見直しや改善に役立つ情報を提供します。

### 3) 健診から保健指導実施の流れ

図表 2 2 は、標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)における健診から保健指導実施へのフローチャートです。これをもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

【図表 22】



#### 4) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

図表 2 3 は、図表 2 2 の中で保健事業対象者の明確化を行うために、健診受診者を保健指導のレベル別に対象者を見込んだものです。各レベル別の健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDL コレステロール、血圧等のレベル、eGFR（推算 GFR）と尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施します。

【図表 23】

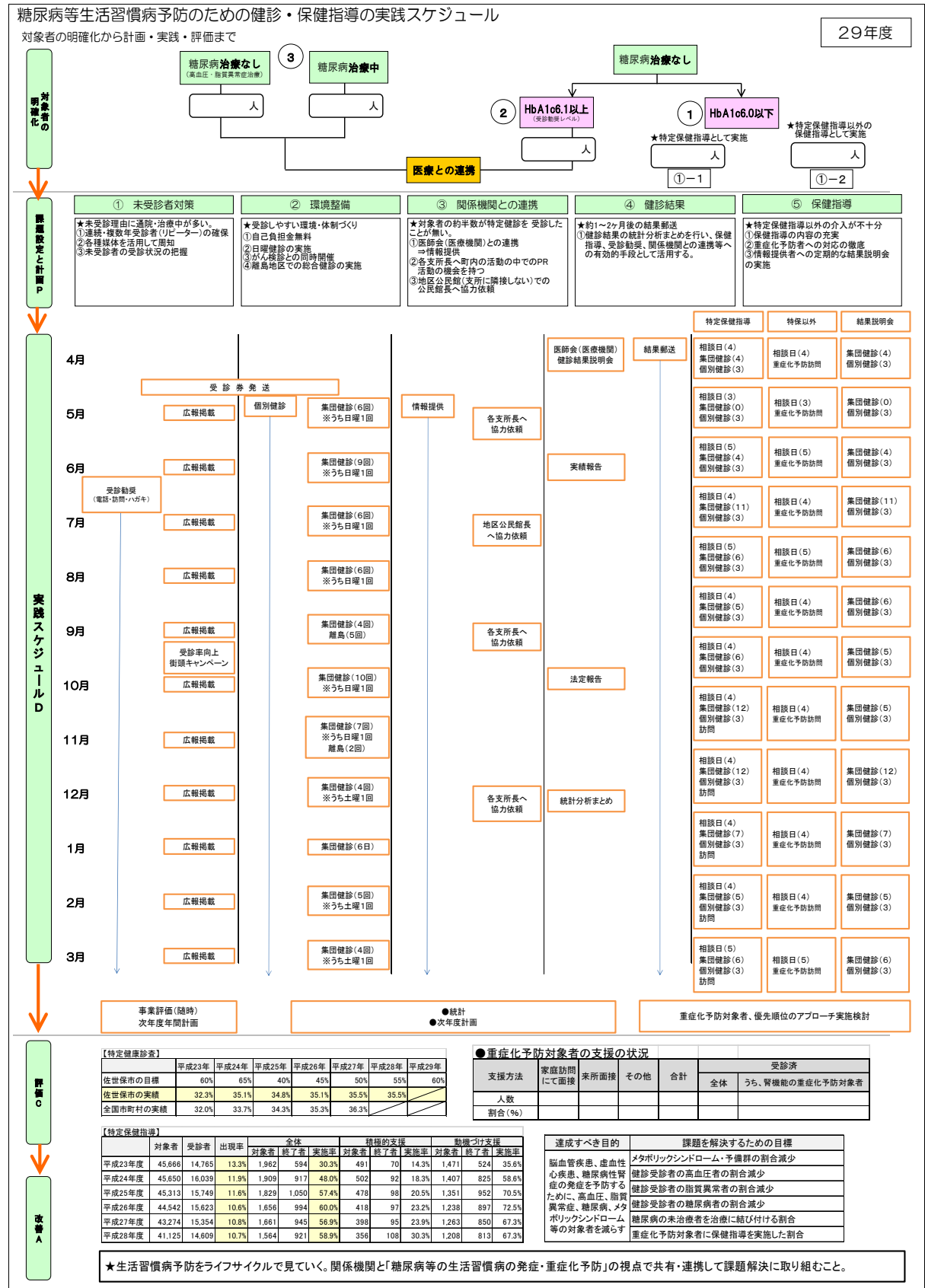
優先順位	様式5-5 ※図表22	保健指導レベル	支援方法	対象者見込 (受診者に対する割合)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機づけ支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に 応じて受診勧奨を行う	1,490人 (10.7%)	60%以上
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択出来るよう支援	2,976人 (21.4%)	
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診 受診の重要性の普及 啓発・簡易健診の実施による受 診勧奨)	24,190人	
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通 知・説明	2,309人 (16.6%)	
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理科、栄養 食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健診 データの突合・分析	7,135人 (51.3%)	

※対象者は、平成 30 年度の見込値。

## 5) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

図表24は、目標に向かっての進捗状況管理とPDC Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールです。

【図表 24】



## (10) 結果通知と保存

### 1) 特定健診等データの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健診等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健診等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### 2) 特定健診等データの保管方法及び体制

特定健診等のデータファイルは、個人的・経年別に整理・保管し、個々人の保健指導に役立つほか、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析、経年変化に基づく発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用することに有効であることから、長期的に保存を行います。

特定健診等を外部に委託する際には、委託先に対して個人情報の管理について、関係法令等を十分理解させるとともに、法令等を遵守し業務を遂行するよう、契約書に明記し、適宜個人情報の管理状況の確認を行います。

特定健診等の健診結果データ等は個人情報の最たるものであることから、業務を実施する上で、特定健診等の記録の漏洩を防止することを徹底し、佐世保市個人情報保護条例等を遵守するとともに、健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインの主旨に十分に配慮しながら、個人情報の保護及び情報セキュリティ確保のための適切な対策を講じます。

#### 【個人情報の保護】

佐世保市情報公開条例及び佐世保市個人情報保護条例

#### 【情報セキュリティ確保】

佐世保市情報セキュリティポリシー及び佐世保市情報資産取扱要綱

なお、「特定健診等データ管理システム」を運用する長崎県国民健康保険団体連合会では、個人情報の保護に関する法律、国民健康保険団体連合会における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインの主旨、並びに長崎県国民健康保険団体連合会における個人情報保護管理規則等に基づき、適切な個人情報保護の対策がなされています。

### 3) 外部委託の方針

特定健診等を外部委託する実施機関に対しても、業務を実施するにあたっては、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止、更には個人情報保護法に基づくガイドラインや関係法令を遵守することの条項を定めた契約書を交わすなど、個人情報保護のための対策を行います。

## (11) 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。

## (12) 計画の公表・周知

### 1) 公表方法

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）に基づき、策定した特定健康診査等実施計画は、本市ホームページ等にて公表します。

### 2) 周知方法

次の方法で特定健診等を実施する主旨の普及啓発を行います。

- ① イベント参加による広報活動
- ② テレビ、ラジオによる広報活動
- ③ 広報させば、本市ホームページ等への掲載
- ④ 懸垂幕、ポスターを掲示、チラシ配布

## (13) 計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画策定後に、実施及び成果に係る目標の進捗・達成状況及びその後の状況変化等が生じた場合は、計画の一部を変更するとともに、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、すみやかに変更後の特定健康診査等実施計画を公表します。



### 3 重症化予防の取組

#### (1) 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、厚生労働省が実施する検討会（重症化予防ワーキンググループ）の平成29年7月10日付け報告書「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」及び「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（以下「長崎県版プログラム」という。）」に基づき、次の視点でPDCAサイクルに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表25に沿って実施します。

- ①特定健診・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 25】

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

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



## 2) 対象者の明確化

### ○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長崎県版プログラムに準じ、抽出すべき対象者を次のとおりとします。

- ①医療機関未受診者
- ②医療機関受診中断者
- ③ハイリスク者（糖尿病治療中の者）
  - ア) 糖尿病性腎臓病の病期が第2期・第3期および第4期と思われる者
  - イ) 糖尿病性腎臓病を発症していないが次のリスク要因を有する者
    - ・Ⅱ度高血圧以上の者
    - ・メタボリックシンドローム該当者
  - ウ) その他、保険者及びかかりつけ医が必要と認めた者

### ○選定基準に基づく該当数の把握

#### ①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及び健診データを活用し該当者数の把握を行います。なお、ハイリスク者を抽出する際は、図表26の「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基とし、尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。

本市では、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能です。しかし、尿アルブミンについては把握が難しいため、CKD診療ガイド2012では、尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を、正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿と尿蛋白（+）以上としていることから尿蛋白（定性）検査で腎症病期の推測をします。（参考資料2を参照）

【図表 26】

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
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	

②基準に基づく該当者の把握

レセプトと健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者を把握しました。本市では、平成28年度特定健診受診者のうち、糖尿病型で未治療者（中断含む）は784人（37.7%）でした。また、40～74歳における糖尿病治療者7,172人のうち、特定健診受診者が1,297人（18.1%）でした。

糖尿病治療者で平成28年度特定健診未受診者5,875人（81.9%）のうち、過去5年間に1度でも特定健診受診歴がある者2,889人中995人は治療中断者であることが分かりました。また、893人については継続受診中であるがデータが不明なため、重症化予防に向けて健診の受診勧奨や医療機関と連携した介入が必要になってきます。

③介入方法と優先順位

図表27は、レセプトと健診データを突合して、糖尿病重症化予防のための対象者を明確化し優先順位を付けた介入方法を定めたものです。

**優先順位1【受診勧奨】**

- ア) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・・・784人
- イ) 糖尿病治療中であつたが中断者・・・995人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

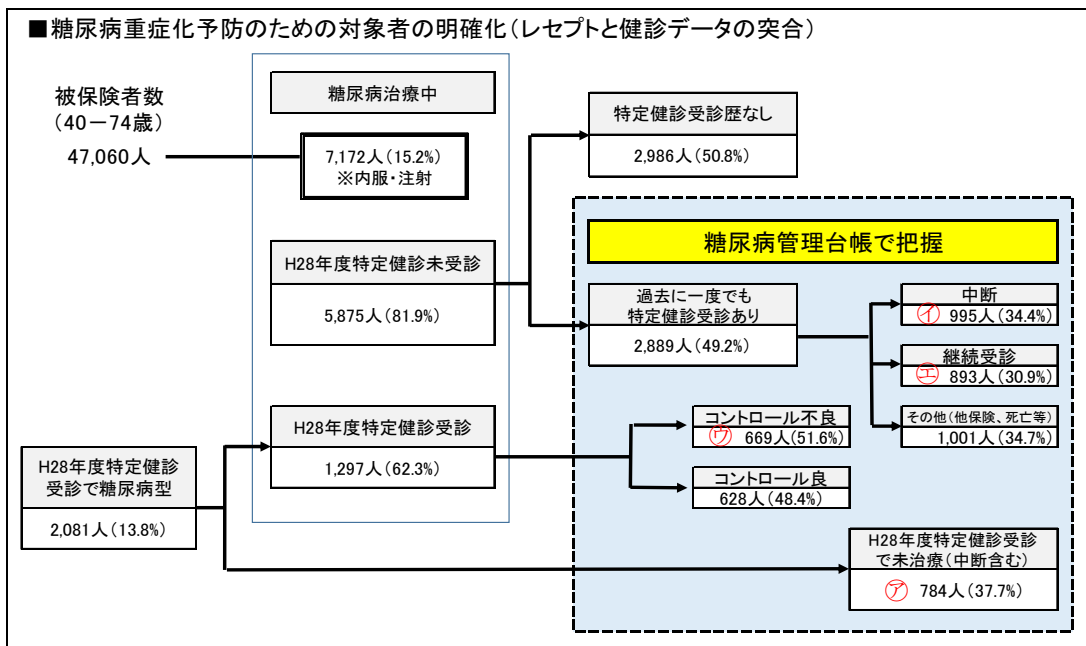
**優先順位2【保健指導】**

- ウ) 糖尿病で通院する者のうち重症化するリスクの高い者・・・669人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

**優先順位3【保健指導】**

- エ) 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者・・・893人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表27】



### 3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し管理します。(参考資料3を参照)

#### 【糖尿病管理台帳作成フロー】

##### ■手順1

健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c 6.5%以上は、次の情報を管理台帳に記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重(BMI) ④eGFR ⑤尿蛋白

※1 HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載。

※2 HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載。

※3 当該年度の健診データだけでなく、過去5年間のうち特定健診受診時にHbA1c 6.5%以上になった場合も記載。

##### ■手順2

資格を確認する。

##### ■手順3

レセプトを確認し情報を記載する。(治療状況の把握)

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

##### ■手順4

管理台帳に記載した情報を、経年で比較し確認する。

前年度データと比較し、介入すべき対象者数を把握する。

##### ■手順5

中学校区別の対象者数を把握する。

- ①未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ②ハイリスク者(保健指導対象者)

#### 4) 保健指導の実施

##### ○糖尿病性腎臓病の病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎臓病の発症・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ります。

本市では、特定健診受診者を糖尿病性腎臓病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支援します。

なお、対象者への保健指導については、図表28のように糖尿病治療ガイド、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ます。

【図表 28】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>■インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</li> </ol>
<p>■食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>■薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況のみで糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけど聞くけど？</p> <p>( 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ )</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## ○かかりつけ医と連携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期を見落とす恐れがあります。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1+の者へはかかりつけ医と連携し、尿の再検査（定量検査等）を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで重症化予防を目指します。

## 5) 医療との連携

### ○医療機関未受診者への対応

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携します。

### ○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長崎県版プログラムに準じて行います。

## 6) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は、長寿社会課（介護保険担当課）を通じて地域包括支援センター等と連携します。

## 7) 評価

評価は、短期的評価・中長期的評価の視点で考えます。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回行います。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、中長期的評価については、様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表を用いて行います。（参考資料4を参照）

### 【短期的評価】

#### ①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

#### ②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/1.73m<sup>2</sup>以上低下）
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 【中長期的評価】

- ①糖尿病性腎症の減少
- ②新規人工透析患者数の減少

## 8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 6月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 健診結果を糖尿病管理台帳に記載、台帳記載後に順次、対象者へ介入（通年）

## （2）慢性腎臓病（CKD）予防

### 1) 基本的な考え方

慢性腎臓病（以下「CKD」という。）重症化予防の取組にあたってはエビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013や生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言、各生活習慣病の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

#### ○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、CKDの重症度分類に基づいて行います。

#### ○重症化予防対象者の抽出

##### ①特定健診からの把握

CKDの有無は「尿蛋白」と「腎機能（eGFR）」で判断し、定義されます。

特定健診では、血清クレアチニン測定を実施しており、尿検査と血清クレアチニンによるeGFRからCKD重症度分類を活用し、対象者を把握しています。

図表29は、平成28年度特定健診において尿検査とeGFRをともに実施した14,979人のCKD重症度分類を表したものです。このうち、CKD重症化予防の対象者として、尿蛋白が2+以上の者、eGFRが1年で急激に低下している者（eGFR-5/年又はeGFR-25%/年）、CKDステージG3aからG3bの者のうち高血圧、高血糖に該当する者に戸別訪問等にて保健指導を行います。

また、CKDの共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病等未治療者には積極的に受診勧奨を行い、尿蛋白が1+の者には、早朝尿での再検査の実施をかかりつけ医等に提案書を添えて依頼し、CKDの早期発見や治療につなげます。

本市は、同規模と比較して人工透析患者数が非常に多く、健診未受診者も多いため、まずは、特定健診の実施率を向上させ、尿検査やeGFRを測定する機会を持つことが重要となります。既に生活習慣病等の治療で定期に受診している者でも、特定健診を受けることで、経年の変化をとらえることができ、CKD予防を意識づける機会となるよう、かかりつけ医との連携を強化していくことが重要です。



■CKD重症度分類 ※特定健診結果の重症度分類(尿試験紙法による)

【図表 29】

原疾患	A 糖尿病		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	B 高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
尿蛋白区分 ①			A1 (-)or(±)	A2 (+)	A3 (2+)以上	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )		N 尿検査・GFR 共に実施	14,979 人	14,014 人 93.6%	682 人 4.6%	283 人 1.9%
G1	正常 または高値	90以上	1,683 人 11.2%	① 1,594 人 94.7%	⑦ 66 人 3.9%	⑬ 23 人 1.4%
			G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	10,667 人 71.2%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満				2,324 人 15.5%
			G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	268 人 1.8%
G4	高度低下	15-30 未満				28 人 0.2%
			G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	9 人 0.1%

※NはeGFRと尿蛋白を共に実施した者を計上(①～⑱合計)

(いずれかが未実施者を除くため、健診受診者とは一致しない場合があります。)

## ②レセプトデータからの把握

図表30は、原因疾患に糖尿病がない者、図表31は、糖尿病がある者(※)のCKD重症度分類を表したものです。生活習慣病から発症するCKDとしては、糖尿病の合併症の糖尿病性腎症や高血圧が引き起こす腎硬化症、高尿酸血症からの痛風腎等がありますが、腎機能低下がみられる者でもCKDの診断がついていない者もいます。

したがって、生活習慣病の未治療者や治療中断者の把握は重要であり、レセプトと健診結果データからCKDリスクの把握及び糖尿病管理台帳を中心とした取組を行います。

また、本市においては、特に高血圧症が多いことから、治療を中断しない対策が必要となるため、レセプト情報により対象者を把握していきます。



【図表 30】

## ■CKD重症度分類（糖尿病なし）※特定健診結果の重症度分類(尿試験紙法による)

原疾患		B	高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )		尿蛋白区分 ①			A1	A2	A3
					(-)or(±)	(+)	(2+)以上
		N	尿検査・GFR 共に実施	12,900 人	12,240 人	498 人	162 人
					94.9%	3.9%	1.3%
G1	正常 または高値	90以上	1,407 人	① 1,356 人	⑦ 38 人	⑬ 13 人	
			10.9%	96.4%	2.7%	0.9%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	9,306 人	② 8,923 人	⑧ 312 人	⑭ 71 人	
			72.1%	95.9%	3.4%	0.8%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,976 人	③ 1,814 人	⑨ 116 人	⑮ 46 人	
			15.3%	91.8%	5.9%	2.3%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	191 人	④ 142 人	⑩ 28 人	⑯ 21 人	
			1.5%	74.3%	14.7%	11.0%	
G4	高度低下	15-30 未満	16 人	⑤ 3 人	⑪ 4 人	⑰ 9 人	
			0.1%	18.8%	25.0%	56.3%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4 人	⑥ 2 人	⑫ 0 人	⑱ 2 人	
			0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	

【図表 31】

## ■CKD重症度分類（糖尿病あり）※特定健診結果の重症度分類(尿試験紙法による)

原疾患		A	糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )		尿蛋白区分 ①			A1	A2	A3
					(-)or(±)	(+)	(2+)以上
		N	尿検査・GFR 共に実施	2,079 人	1,774 人	184 人	121 人
					85.3%	8.9%	5.8%
G1	正常 または高値	90以上	276 人	① 238 人	⑦ 28 人	⑬ 10 人	
			13.3%	86.2%	10.1%	3.6%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,361 人	② 1,203 人	⑧ 108 人	⑭ 50 人	
			65.5%	88.4%	7.9%	3.7%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	348 人	③ 284 人	⑨ 35 人	⑮ 29 人	
			16.7%	81.6%	10.1%	8.3%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	77 人	④ 45 人	⑩ 10 人	⑯ 22 人	
			3.7%	58.4%	13.0%	28.6%	
G4	高度低下	15-30 未満	12 人	⑤ 4 人	⑪ 2 人	⑰ 6 人	
			0.6%	33.3%	16.7%	50.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	5 人	⑥ 0 人	⑫ 1 人	⑱ 4 人	
			0.2%	0.0%	20.0%	80.0%	

※糖尿病の判断は、健診結果及び問診結果を用いて、次のいずれかに該当した場合は「糖尿病あり」又は該当しない場合は「糖尿病なし」とします。

- ①血糖降下薬の服用またはインスリン有      ②HbA1c6.5以上  
③空腹時血糖 126 以上または随時血糖 200 以上

### 3) 保健指導の実施

#### ○受診勧奨及び保健指導

CKDの予防には、発症につながる原因疾患の予防が重要です。対象者が腎臓の状態を理解することで、自覚症状が乏しくても、eGFRの変化から早期の医療機関への受診により重症化の予防につながります。

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、対象者がイメージしやすい保健指導教材を活用します。さらに、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診者に対しては、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、中断していることを把握した場合も受診勧奨を行います。なお、治療中であるが血圧や血糖のコントロールが不良でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

#### ○尿蛋白1+該当者に対する早朝尿での再検査の実施

CKDの発症予防や早期発見、重症化予防のために集団健診では、尿蛋白が1+の者に対し、早朝尿を指導時に持参してもらい再検査を行っています。また、個別健診では、結果通知書に尿の再検査実施のための提案書を同封し、かかりつけ医にて、早朝尿もしくは尿蛋白定量検査を実施するように働きかけを行います。

尿蛋白がCKDの進行に影響を与えることを対象者やかかりつけ医に理解してもらい、必要に応じて腎専門医を紹介する仕組みを構築し、連携を図りながら再検査を実施します。

なお、尿蛋白2+以上の者や尿蛋白1+と尿潜血1+以上を併せ持った者は、かかりつけ医に相談するとともに、必要に応じて腎専門医への受診勧奨を行います。

### 4) 対象者の進捗管理

個人ごとに記録票として管理を行っていますが、CKDの原因として糖尿病性腎症の占める割合が多いため、CKD予防対象者の管理は糖尿病管理台帳にも反映させていきます。

### 5) 医療との連携

生活習慣病の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、治療中の者には、医療機関と連携し、リスク低減に向けた保健指導を行います。

### 6) 高齢者福祉部門との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援等の必要が出てきた場合は、長寿社会課（介護保険担当課）を通じて地域包括支援センター等と連携します。

## 7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。

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て年1回行うものとし、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、中長期的評価については、糖尿病性腎症の発症率、新規人工透析導入患者数等と合わせて確認していきます。

### 【短期的評価】

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

### 【中長期的評価】

- ①糖尿病性腎症の減少
- ②新規人工透析患者数の減少

## 8) 実施期間及びスケジュール

- ・6月～ 健診結果から対象者の抽出を行い、保健師や管理栄養士が、随時面接や家庭訪問等により受診勧奨や保健指導を実施（通年）
- ・8月中 前年度特定健診において、CKD重症度分類G3a・G3bの該当者に対し、腎専門医による「CKD予防講演会」を実施
- ・随時 係内でCKD重症化予防の事例検討
- ・年2回 腎専門医との事例検討

## 4 その他の取組等

### (1) 医療の効率的な提供の推進

#### 1) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。後発医薬品を普及させることは、被保険者費用負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるため、国においても、平成29年6月の閣議決定において、「2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」と定められました。

本市においても、国や県の目標を勘案し、レセプト情報に基づき、先発医薬品から後発医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額の差額について被保険者に通知を行い、ジェネリック医薬品の使用促進を図ります。

#### 2) 重複・頻回受診者への適切な受診指導の推進

重複受診・頻回受診は、度重なる検査や投薬により、被保険者本人にとっても多くの時間や費用を要するとともに、また、社会的にも医療費の高額化の要因となっています。

本市においても、レセプトの情報に基づき、同一の疾病で複数の医療機関に重複して受診している被保険者や同じ医療機関に頻繁に受診している被保険者に対して、看護師が自宅を訪問し、必要な受診指導を行うことにより、受診者の健康の保持と早期回復を目指すとともに医療費の適正化を図ります。

### (2) その他の予防・健康づくりの実施

#### 1) 地域包括ケアにかかる取組

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

国保被保険者のうち65歳以上高齢者の割合は40.5%で、医療費に占める割合も高い状況です。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないために、本市として健康づくりの推進を行うことは国民健康保険の安定的な運営のためにも非常に重要です。

地域包括ケアシステムは、「医療と看護」「介護とリハビリテーション」「保健と福祉」という専門的サービスと、その前提として「住まいと介護予防・生活支援」が相互に関係し、連携しながら地域生活を支えていくものであり、本市においても長寿社会課ほか関係部門との連携を図りながら推進していく必要があります。

個人差の大きい年代である高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、医療・介護・保健・福祉サービスの関係者や、民生委員児童委員、町内

会等で構成される地域包括ケア会議に国保部門として参画し、国保の視点から地域包括ケアシステムを推進します。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患の内、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命延伸につながります。

要介護状態の重度化予防のため、第3章の重症化予防の取組を介護予防として捉え、要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくために要介護に至った背景を分析し、それを踏まえてKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。

## 2) がん検診助成事業の実施

がんによる死亡率が昭和55年から本市の死亡原因の第1位であることから、平成6年度に国保の保健事業の一環としてがん検診助成事業を開始しました。

具体的には、健康づくり課（がん検診担当課）が実施している各種がん検診（市内登録医療機関・保健所で実施）を被保険者が受診する際に自己負担金を全額助成（無料化）することで、受診率の向上と疾病の早期発見・重症化の予防を図ります。

## 3) 脳ドック検診の実施

脳ドック検診は、自覚症状のない異常の早期発見、早期治療による重症化予防、循環器系疾患（脳梗塞、くも膜下出血、脳血管性認知症等）の予防と意識改善を図ることを目的に実施します。

なお、脳ドックの検査結果（MRIとMRA以外）は、特定健診を受診したものとし、その結果によっては、生活習慣病予防のための特定保健指導及び重症化予防の対象とし、適切な生活習慣への改善を支援していきます。

## 4) 若年者健診の実施

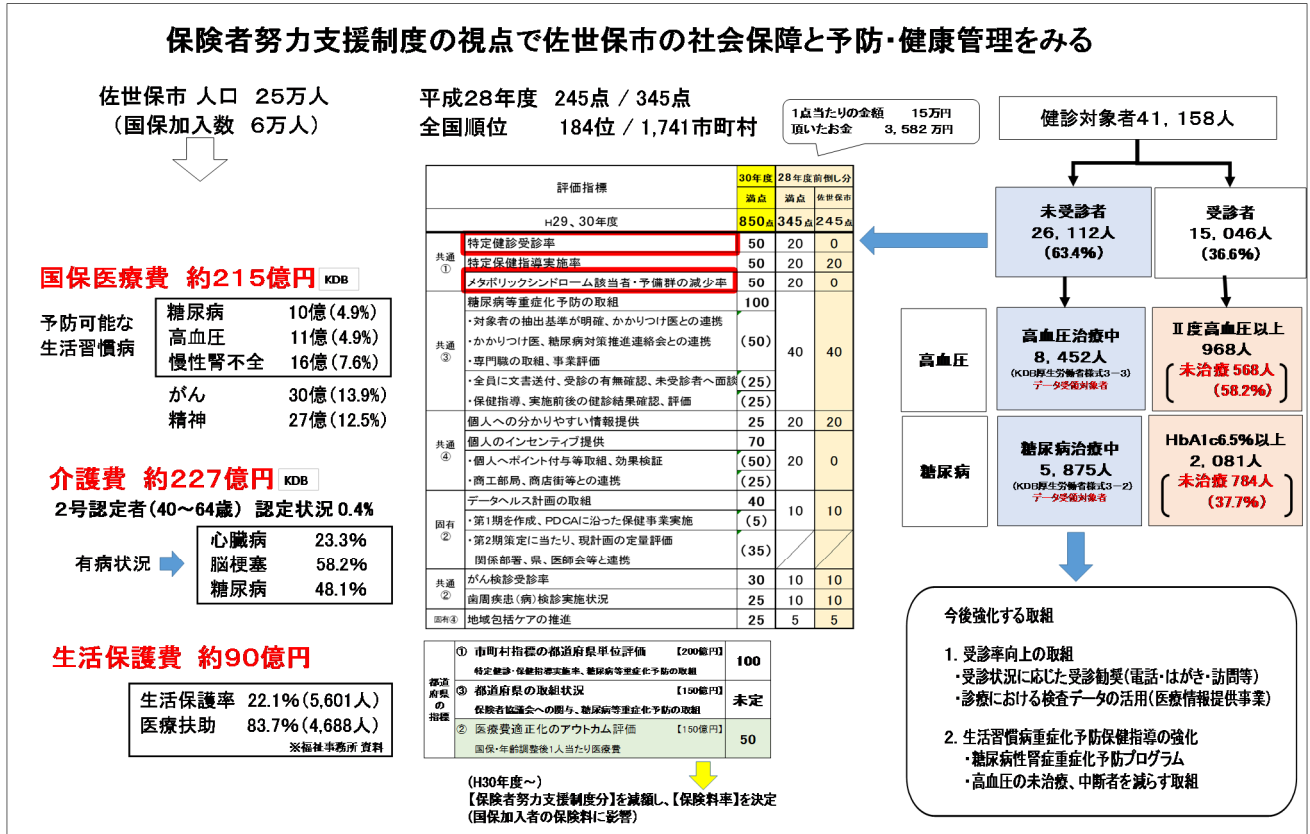
若年者健診は、特定健診の対象でない30～39歳の被保険者に対して、特定健診と同様の健診を実施することにより、積極的に健診を受診していただき、自分自身の健康に関心を持っていただくことを目的として実施します。

なお、特定健診の受診と同様に、その結果によっては、生活習慣病予防のための特定保健指導及び重症化予防の対象とし、適切な生活習慣への改善を支援していきます。

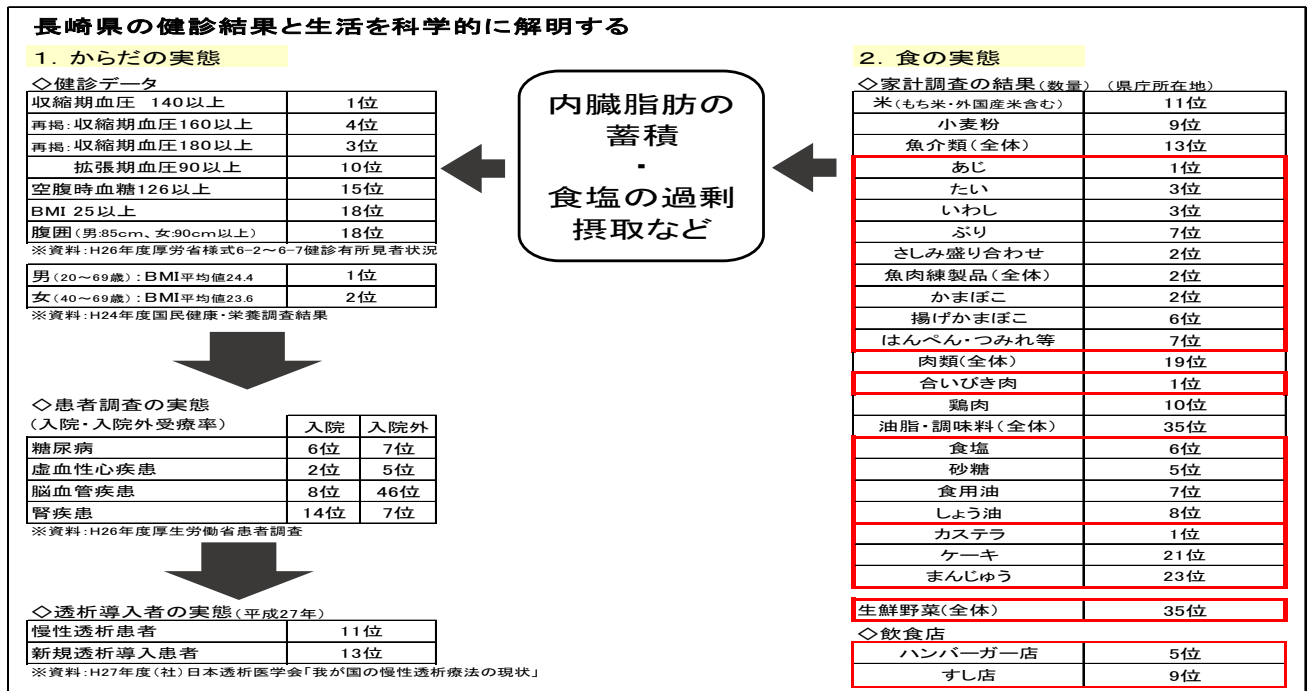
## 5 ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知を図ります。(図表 32・33)

【図表 32】



【図表 33】





## 第4章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

データヘルス計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度である平成35年度は、第3期データヘルス計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診実施率、特定保健指導実施率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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

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ます。



---

---

## **第5章 計画の公表・周知及び個人情報**

### **1. 計画の公表・周知**

データヘルス計画は、本市ホームページ等にて公表します。

### **2. 個人情報の保護**

データヘルス計画で実施する保健事業の実施及び評価で使用する医療・健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に十分配慮し、個人情報保護法及びこれに基づくガイドライン、佐世保市個人情報保護条例、佐世保市情報セキュリティポリシーなどを踏まえた対応を行います。

# 参考資料 1

## 様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた佐世保市の位置

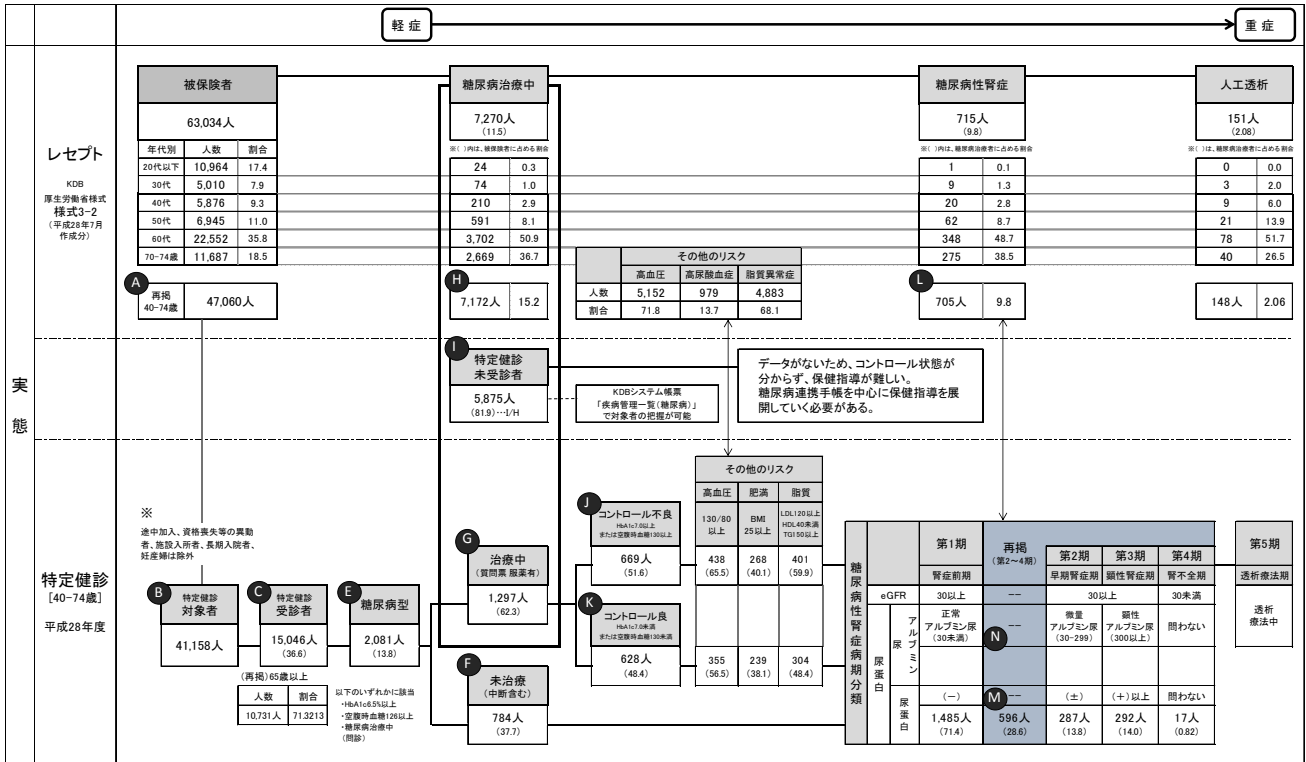
項目			H25年度		H28年度		同規模平均		県		国					
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 人口動態	①	人口構成	総人口	257,069		257,069		9,741,083		1,411,818		124,852,975				
			65歳以上(高齢化率)	66,514	25.9	66,514	25.9	2,170,897	22.3	368,546	26.1	29,020,766	23.2			
			75歳以上	35,591	13.8	35,591	13.8			198,412	14.1	13,989,864	11.2			
			65~74歳	30,923	12.0	30,923	12.0			170,134	12.1	15,030,902	12.0			
			40~64歳	86,761	33.8	86,761	33.8			490,212	34.7	42,411,922	34.0			
			39歳以下	103,794	40.4	103,794	40.4			553,060	39.2	53,420,287	42.8			
②	産業構成	第1次産業	4.5		4.5		2.5		8.2		4.2					
		第2次産業	19.6	②	19.6		26.6		20.2		25.2					
		第3次産業	75.9		75.9		70.9		71.6		70.6					
③	平均寿命	男性	78.9	③	78.9		79.7		78.9		79.6					
		女性	86.2		86.2		86.3		86.3		86.4					
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	男性	105.9		105.9		99.2		103.1		100			
			女性	99.9		99.9		100.8		98.1		100				
			がん	849	48.5	893	51.5	27,901	50.6	4,928	51.1	367,905	49.6			
			心臓病	436	24.9	430	24.8	14,114	25.6	2,563	26.6	196,768	26.5			
			脳疾患	308	17.6	269	15.5	8,360	15.2	1,378	14.3	114,122	15.4			
			糖尿病	33	1.9	31	1.8	1,092	2.0	150	1.6	13,658	1.8			
			腎不全	73	4.2	65	3.8	1,837	3.3	353	3.7	24,763	3.3			
			自殺	50	2.9	45	2.6	1,854	3.4	268	2.8	24,294	3.3			
			3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	16,676	24.4	16,555	25.1	444,885	20.8	90,276	24.5	5,882,340	21.2
						新規認定者	463	0.4	193	0.3	7,533	0.3	1,234	0.3	105,654	0.3
2号認定者	446	0.5				346	0.4	12,195	0.4	1,979	0.4	151,745	0.4			
②	有病状況	糖尿病		4,230	23.9	4,143	24.4	97,208	21.0	24,502	26.2	1,343,240	21.9			
		高血圧症		10,118	58.6	10,175	59.5	222,653	48.1	56,892	61.2	3,085,109	50.5			
		脂質異常症		5,739	32.5	6,000	35.1	125,290	26.9	30,800	32.9	1,733,323	28.2			
		心臓病		11,524	66.7	11,581	67.8	252,553	54.7	64,956	69.9	3,511,354	57.5			
		脳疾患		5,010	29.5	4,954	29.2	110,871	24.2	26,554	28.7	1,530,506	25.3			
		がん		1,864	10.8	1,919	11.2	43,965	9.4	12,235	13.0	629,053	10.1			
		筋・骨格		10,298	59.4	10,401	61.2	214,036	46.3	59,374	64.0	3,051,816	49.9			
精神	6,410	37.1	7,108	41.3	153,868	33.1	38,803	41.4	2,141,880	34.9						
③	介護給付費	1件当たり給付費(全体)	72,267	⑦	67,024		56,607		61,932		58,349					
		居宅サービス	49,956		47,233		39,504		43,929		39,683					
		施設サービス	291,245		284,755		280,714		282,181		281,115					
		要介護認定別医療費(40歳以上)	10,129		7,244		7,628		7,939		7,980					
④	医療費等	認定あり	3,667		3,859		3,737		3,952		3,822					
		認定なし														
4 国保・医療	①	国保の状況	被保険者数	67,825		59,726		2,288,481		380,823		32,587,223				
			65~74歳	25,191	37.1	25,633	42.9	-	-	150,406	39.5	12,462,053	38.2			
			40~64歳	23,982	35.4	19,108	32.0	-	-	133,783	35.1	10,946,693	33.6			
			39歳以下	18,652	27.5	14,985	25.1	-	-	96,634	25.4	9,178,477	28.2			
	加入率	26.4		23.2		24.2		27.0		26.9						
	②	医療の概況(人口千対)	病院数	26	0.4	26	0.4	567	0.2	156	0.4	8,255	0.3			
			診療所数	234	3.5	227	3.8	7,442	3.3	1,409	3.7	96,727	3.0			
			病床数	4,898	72.2	4,867	81.5	117,363	51.3	26,780	70.3	1,524,378	46.8			
			医師数	658	9.7	653	10.9	23,782	10.4	4,170	10.9	299,792	9.2			
			外来患者数	692.3		715.4		678.9		723.5		668.3				
入院患者数			26.3		27.5		17.6		27.9		18.2					
③	医療費の状況	一人当たり医療費	26,908	県内7位同規模4位	29,109	県内7位同規模4位	24,424		29,108		24,253					
		受診率	718.583		742.915		696.526		751.464		686.501					
		外来費用の割合	54.3		53.4		61.1		53.3		60.1					
		外来件数の割合	96.3		96.3		97.5		96.3		97.4					
		入院費用の割合	45.7		46.6		38.9		46.7		39.9					
		入院件数の割合	3.7	⑩	3.7		2.5		3.7		2.6					
④	医療費分析生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含む)	1件あたり在院日数	18.8日		18.3日		15.6日		17.9日		15.6日					
		がん	2,563,103,420	19.3	2,963,877,660	23.2	25.6		22.4		25.6					
		慢性腎不全(透析あり)	1,703,970,470	12.8	1,572,264,180	12.3	10.1		10.7		9.7					
		糖尿病	1,067,940,270	8.0	1,048,374,270	8.2	9.9		8.1		9.7					
		高血圧症	1,440,688,640	10.9	1,055,010,940	8.2	8.7		8.5		8.6					
		精神	2,946,115,300	22.2	2,690,753,200	21.0	16.6		21.1		16.9					
筋・骨格	1,878,439,370	14.2	2,040,485,990	15.9	14.7		16.5		15.2							

# 参考資料 1 (つづき)

項目				H25年度		H28年度		同規模平均		県		国				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4 国保・医療	⑥	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	2,210		2,433		2,276		2,727		2,065				
			健診未受診者	12,180		13,897		12,575		13,401		12,683				
		生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	5,750		6,305		6,392		7,265		5,940				
			健診未受診者	31,693		36,008		35,317		35,696		36,479				
7	健診・レセ突合	受診勧奨者	9,187	58.3	8,511	58.3	312,409	56.5	54,520	56.8	4,116,530	55.9				
		医療機関受診率	8,556	54.3	7,995	54.8	286,111	51.8	51,133	53.3	3,799,744	51.6				
		医療機関非受診率	631	4.0	516	3.5	26,298	4.8	3,387	3.5	316,786	4.3				
5 特定健診	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数25	健診受診者	15,752		14,602		552,736		95,934		7,362,845				
			受診率	34.8	県内18位 同規模18位	35.5	県内19位 同規模19位	35.0		36.3	全国21位	34.0				
			特定保健指導終了者(実施率)	1,050	57.1	921	58.9	1765	2.9	604	6.0	35,557	4.1			
			非肥満高血糖	1,319	8.4	1,306	8.9	53,701	9.7	7,990	8.3	687,157	9.3			
			メタボ	該当者	2,859	18.2	2,805	19.2	97,692	17.7	17,819	18.6	1,272,714	17.3		
				男性	1,818	27.9	1,807	29.5	65,588	28.5	11,797	28.5	875,805	27.5		
				女性	1,041	11.3	998	11.8	32,104	10.0	6,022	11.0	396,909	9.5		
				予備群	1,860	11.8	1,648	11.3	57,274	10.4	11,160	11.6	790,096	10.7		
			メタボ該当・予備群レベル	男性	1,201	18.4	1,079	17.6	38,813	16.9	7,471	18.1	548,609	17.2		
				女性	659	7.1	569	6.7	18,461	5.7	3,689	6.8	241,487	5.8		
			メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	5,220	33.1	4,904	33.6	172,406	31.2	31,960	33.3	2,320,533	31.5	
				男性	3,314	50.9	3,157	51.5	115,767	50.3	21,200	51.2	1,597,371	50.1		
			メタボ該当・予備群レベル	女性	1,906	20.6	1,747	20.6	56,639	17.6	10,760	19.7	723,162	17.3		
				BMI	総数	663	4.2	628	4.3	25,668	4.6	4,822	5.0	346,181	4.7	
			メタボ該当・予備群レベル	男性	95	1.5	98	1.6	3,741	1.6	754	1.8	55,460	1.7		
				女性	568	6.1	530	6.3	21,927	6.8	4,068	7.5	290,721	7.0		
			6 生活習慣	②	生活習慣の状況	血糖のみ	91	0.6	87	0.6	3,490	0.6	545	0.6	48,685	0.7
						血圧のみ	1,420	9.0	1,255	8.6	40,117	7.3	8,491	8.9	546,667	7.4
						脂質のみ	349	2.2	306	2.1	13,667	2.5	2,124	2.2	194,744	2.6
血糖・血圧	518	3.3				479	3.3	14,689	2.7	2,835	3.0	196,978	2.7			
血糖・脂質	106	0.7				124	0.8	5,020	0.9	731	0.8	69,975	1.0			
血圧・脂質	1,458	9.3				1,344	9.2	47,990	8.7	9,029	9.4	619,684	8.4			
血糖・血圧・脂質	777	4.9				858	5.9	29,993	5.4	5,224	5.4	386,077	5.2			
服薬	高血圧	6,086				38.6	5,728	39.2	197,331	35.7	38,725	40.4	2,479,216	33.7		
	糖尿病	1,209				7.7	1,263	8.6	44,012	8.0	8,123	8.5	551,051	7.5		
	脂質異常症	3,844				24.4	3,758	25.7	141,067	25.5	23,670	24.7	1,738,149	23.6		
既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	759				5.0	677	4.8	17,714	3.4	3,703	4.0	230,777	3.3		
	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	948				6.2	866	6.1	30,081	5.7	6,052	6.6	391,296	5.5		
	腎不全	150				1.0	173	1.2	2,842	0.5	649	0.7	37,041	0.5		
	貧血	1,849				12.2	1,689	11.9	49,418	9.7	12,683	13.8	710,650	10.1		
喫煙	週3回以上朝食を抜く	1,387				9.1	1,329	9.4	30,644	7.3	8,093	8.8	540,374	8.5		
	週3回以上食後間食	1,804				11.9	1,678	11.9	46,446	10.9	12,363	13.4	743,581	11.8		
	週3回以上就寝前夕食	1,820				12.0	1,565	11.1	60,568	13.5	11,613	12.6	983,474	15.4		
	食べる速度が速い	3,754				24.7	3,469	24.6	108,218	24.8	24,701	26.9	1,636,988	25.9		
	20歳時体重から10kg以上増加	5,006				33.0	4,622	32.7	141,465	31.5	30,364	33.0	2,047,756	32.1		
	1回30分以上運動習慣なし	8,307	54.7	8,121	56.0	252,337	56.1	55,308	59.9	3,761,302	58.7					
	1日1時間以上運動なし	5,660	37.3	5,836	41.3	214,670	47.9	33,746	36.7	2,991,854	46.9					
	睡眠不足	3,317	21.5	3,283	22.7	104,854	25.2	20,454	22.2	1,584,002	25.0					
	毎日飲酒	3,581	23.0	3,399	23.3	123,333	24.5	21,660	23.4	1,760,104	25.6					
	時々飲酒	2,918	18.7	2,735	18.7	108,314	21.5	17,441	18.8	1,514,321	22.0					
	一日飲酒量	1合未満	5,659	63.4	6,021	65.3	253,121	68.4	38,582	65.8	3,118,433	64.1				
		1~2合	2,295	25.7	2,190	23.7	80,072	21.6	14,241	24.3	1,158,318	23.8				
		2~3合	723	8.1	783	8.5	29,113	7.9	4,636	7.9	452,785	9.3				
3合以上		244	2.7	228	2.5	7,582	2.0	1,188	2.0	132,608	2.7					

# 参考資料 2

## 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



### 参考資料 3

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

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携									
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(①+②) ( )人											
	①健診未受診者 ( )人 結果把握(内訳) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>①国保(生保)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>( )人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>( )人</td></tr> </table>	①国保(生保)	( )人	②後期高齢者	( )人	③他保険	( )人	④住基異動(死亡・転出)	( )人	⑤確認できず	( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因  2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認  3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 -----
①国保(生保)	( )人											
②後期高齢者	( )人											
③他保険	( )人											
④住基異動(死亡・転出)	( )人											
⑤確認できず	( )人											
保健指導の優先づけ	①-1 未治療者(中断者含む) ( )人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である											
	②結果把握 ( )人	4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	かかりつけ医、糖尿病専門医  尿アルブミン検査の継続									
	①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で前年度より悪化している ( )人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある											
	②尿蛋白 (-) ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人			栄養士中心								
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人		腎専門医									

# 参考資料 4

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数38				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	被保険者数	①	63,034人						KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		②	(再掲)40-74歳		47,060人							
2	特定健診	①	対象者数		41,125人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
		②	受診者数		15,046人							
		③	受診率		36.6%							
3	特定保健指導	①	対象者数		1,564人							
		②	実施率		58.9%							
4	健診データ	①	糖尿病型		E	2,081人	13.8%			特定健診結果		
		②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	784人	37.7%					
		③	治療中(質問票 服薬あり)		G	1,297人	62.3%					
		④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	コントロール不良		J	669人	51.6%				
		⑤		血圧 130/80以上		J	438人	65.5%				
		⑥		肥満 BMI25以上		J	268人	40.1%				
		⑦	コントロール良好 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	628人	48.4%					
		⑧	第1期	尿蛋白(-)		M	1,485人		71.4%			
		⑨		尿蛋白(±)			287人		13.8%			
		⑩		尿蛋白(+)			292人		14.0%			
		⑪		eGFR30未満			17人		0.8%			
5	レセプト	①	糖尿病受療率(被保険者数対)		115.3人				KDB_厚生労働省様式様式3-2			
		②	(再掲)40-74歳(被保険者数対)		152.4人							
		③	レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病数対	入院外(件数)		34,961件 (781.4)		33,088件 (748.5)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
		④		入院(件数)		282件 (6.3)		200件 (4.5)				
		⑤	糖尿病治療中		H	7,270人	11.5%			KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥	(再掲)40-74歳		H	7,172人	15.2%					
		⑦	健診未受診者		I	5,875人	81.9%					
		⑧	インスリン治療		O	575人	7.9%					
		⑨	(再掲)40-74歳		O	559人	7.8%					
		⑩	糖尿病性腎症		L	715人	9.8%					
		⑪	(再掲)40-74歳		L	705人	9.8%					
		⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			151人	2.08%					
		⑬	(再掲)40-74歳			148人	2.06%					
		⑭	新規透析患者数			34人	0.5%					
		⑮	(再掲)糖尿病性腎症			7人	0.1%					
		⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			137人	1.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
6	医療費	①	総医療費		215億0712万円		182億0287万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			
		②	生活習慣病総医療費		128億0006万円		102億1749万円					
		③	(総医療費に占める割合)		59.5%		56.1%					
		④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,305円		7,467円				
		⑤		健診未受診者		36,015円		33,967円				
		⑥	糖尿病医療費		10億4881万円		10億1620万円					
		⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.2%		9.9%					
		⑧	糖尿病入院外総医療費		32億8389万円							
		⑨	1件あたり		34,583円							
		⑩	糖尿病入院総医療費		22億4013万円							
		⑪	1件あたり		537,202円							
		⑫	在院日数		18日							
		⑬	慢性腎不全医療費		16億2808万円		10億9561万円					
		⑭	透析有り		15億7350万円		10億3599万円					
		⑮	透析なし		5459万円		5962万円					
7	介護	①	介護給付費		226億5120万円		167億7928万円					
		②	(2号認定者)糖尿病合併症		24件 11.9%							
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		31人 1.0%		29人 1.3%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
【イ】	1	eGFR 推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体において、1分間にどれくらいの血液をろ過して尿を作るかを示す値。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。年齢や性別等で基準値に幅があるため、他の腎機能検査と併せて腎機能を評価する。
	2	1号認定者・2号認定者 1号認定者とは、1号被保険者(65歳以上)の要介護(要支援)認定者のことで、介護が必要と認定された者をいう。2号認定者とは、2号被保険者(40歳以上65歳未満)の要介護(要支援)認定者のこと。
	3	医療保険者 単に「保険者」とも呼ばれ、医療保険事業を運営するために、加入者から保険料を徴収したり、加入者に対して各種保険給付を行ったりする事業主のことをいう。国民健康保険の場合は「市町村」または「国民健康保険組合」、その他に「健康保険組合」や「共済組合」などがある。
	4	インスリン抵抗性 インスリンがたくさん出ていても効かず、血糖が下げられない状態になっていること。
【エ】	5	HDLコレステロール 高比重リポ蛋白（HDL）として血中に存在するコレステロール。LDLコレステロールが悪玉コレステロールと呼ばれるのに対し、善玉コレステロールと呼ばれ、主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ時の形体のことをいう。
	6	MRI・MRA MRIは、磁気の利用して、体の臓器や血管を撮影する。ただし、磁気を用いるため、ペースメーカーを装着している人や、アクセサリーなど金属を身につけたままでは検査ができない。 MRAは、血管のMRI。カテーテルや造影剤なしで血管造影と同様の画像が得られる。
	7	LDLコレステロール 低比重リポ蛋白（LDL）として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは、肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
【カ】	8	介護給付費 1年間の介護保険給付費の総額のこと。介護給付にかかる費用及び予防給付に要する費用の合計。
	9	介護保険 高齢者の介護サービスや介護支援を保障するための社会保険制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者（第2号被保険者）とに分類される。



## データヘルス計画 用語集

No	用語	解説	
10	介護保険事業計画	介護保険法第117条に基づき、介護を必要とする被保険者を対象に、介護サービス基盤の整備を計画的に進めるための基本となる実施計画のことで、介護を必要とする被保険者が安心して暮らせるための介護サービス基盤の整備を目的としている。	
11	ガイドライン	医療従事者と患者が特定の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で系統的に作成された文書。ここでは、高血圧治療ガイドライン2014、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版、メタボリックシンドロームの診断基準、糖尿病治療ガイド2016-2017、CKD治療ガイドライン2013をさす。	
12	拡張期血圧	心臓が拡張して全身から血液が心臓に戻ってくるときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる下の血圧のこと。	
【キ】	13	基礎疾患	ある疾患の原因となる疾患のこと。例えば、高血圧症、脂質異常症、糖尿病は、虚血性心疾患の基礎疾患とされている。
14	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが、原因といわれている。	
15	居宅サービス、施設サービス	介護サービスのことで、大きく居宅サービスと施設サービスに分けられる。居宅サービスとは、通所介護（デイサービス）や訪問介護、訪問看護、通所リハビリテーションなどの自宅にしながら利用できる介護サービスのこと。施設サービスとは、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などに入所している方が利用する介護サービスのこと。	
【ク】	16	空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖濃度のこと。空腹時血糖が126mg/dl以上になると、糖尿病領域と判断される。10時間以上食事をしていない場合を空腹時とする。食事と採血時間との時間関係を問わないで測定した血糖値が「随時血糖値」とされる。特定健診では食後10時間未満の場合をいう。
17	血清クレアチニン	主に腎機能の指標に用いられる数値。クレアチンとは、筋肉中に含まれるクレアチン（筋肉を動かす時に必要なエネルギー物質）が分解された時にできる物質のこと。高いと腎機能低下や筋肉疲労の可能性がある。	

データヘルス計画 用語集

No	用語	解説																																
【ケ】 18	血圧値の分類	<p>日本を含めた世界のガイドラインのいずれにおいても、140/90mmHg以上を高血圧とすることは共通である。</p> <p>成人における血圧値の分類 (mmHg)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分類</th> <th>収縮期血圧</th> <th>かつ</th> <th>拡張期血圧</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正常域血圧</td> <td>&lt;120</td> <td></td> <td>&lt;80</td> </tr> <tr> <td>正常高値血圧</td> <td>120-129</td> <td>かつ/または</td> <td>80-84</td> </tr> <tr> <td>I度高血圧</td> <td>130-139</td> <td>かつ/または</td> <td>85-89</td> </tr> <tr> <td>II度高血圧</td> <td>140-159</td> <td>かつ/または</td> <td>90-99</td> </tr> <tr> <td>III度高血圧</td> <td>160-179</td> <td>かつ/または</td> <td>100-109</td> </tr> <tr> <td>(孤立性)収縮期高血圧</td> <td>≥180</td> <td>かつ/または</td> <td>≥110</td> </tr> <tr> <td></td> <td>≥140</td> <td>かつ</td> <td>&lt;90</td> </tr> </tbody> </table> <p>(日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2014)</p>	分類	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	正常域血圧	<120		<80	正常高値血圧	120-129	かつ/または	80-84	I度高血圧	130-139	かつ/または	85-89	II度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	III度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	(孤立性)収縮期高血圧	≥180	かつ/または	≥110		≥140	かつ	<90
分類	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧																															
正常域血圧	<120		<80																															
正常高値血圧	120-129	かつ/または	80-84																															
I度高血圧	130-139	かつ/または	85-89																															
II度高血圧	140-159	かつ/または	90-99																															
III度高血圧	160-179	かつ/または	100-109																															
(孤立性)収縮期高血圧	≥180	かつ/または	≥110																															
	≥140	かつ	<90																															
19	結果説明会	健診受診者が自分の健診結果の意味と生活習慣の関連に気付き、生活習慣改善に活かすことができるように市が実施している健診結果説明会のこと。																																
20	血管疾患	血管そのもの、または血管腔に異常をきたした疾患の総称。脳の血管で疾患が起これば脳血管疾患といい、心臓の血管で疾患が起これば心血管疾患という。																																
21	血管内皮機能	血管内皮細胞の機能のこと。血管内皮細胞は、血管の最内層にある細胞で、一酸化窒素 (NO)など数多くの血管に働きかける因子を放出しており、血管の収縮・弛緩のみならず、炎症制御、免疫応答、凝固・止血調整など様々な機能を発揮する。血管内皮機能は生活習慣病によりその機能が低下する。血管内皮細胞の表面を覆っている層を「グリコカリックス」といい、血管内皮機能を保つ役割を果たしている。																																
22	健康・医療戦略	超高齢社会を迎えるに当たり、健康長寿社会の形成に向けて世界最先端の医療技術・サービスを実現すること、健康寿命を延伸することなどを目的に、平成25年6月に日本再興戦略とともに策定された方針のこと。																																
23	健康格差	地域や社会経済状況の違いによる集団・個人における健康状態の差。																																
24	健康増進法	「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するため、医療制度改革の一環として平成15年5月1日に施行された法律。																																

データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
25	健康日本21 (健康ながさき21) (けんこうシップさせぼ21)	壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸を実現し、全ての人の生活の質の向上を図ることを目的としている。特に生活習慣病の一次予防に重点を置き、個人が主体的に健康づくりに取り組むことを重視し、科学的根拠に基づき対象者を明確にした上で、地域の実情に即した目標を設定して取り組むために策定された計画。(県版「健康ながさき21」・佐世保版「けんこうシップさせぼ21」)
26	健康保険組合 (健保組合)	健保組合が保険者となって運営する健康保険を「組合管掌健康保険」といい、従業員700人以上の大企業体を母体としてつくられた健康保険組合を単一健保組合、同業・同種の事業所によって組織された健康保険組合を総合健保組合、同じ都道府県内で企業・業種を超えた事業所によって組織された健康保険組合を地域型健保組合という。
27	後発医薬品	ジェネリック医薬品のこと。新薬(先発医薬品)の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。
28	高齢者の医療の確保に関する法律	1982(昭和57)年に制定された「老人保健法」から変更された法律。従来の老人保健制度を全面的に改正し、高齢者の医療費の適正化を推進することを目的に定められた。このことにより、75歳以上の高齢者は2008(平成20)年から後期高齢者医療制度に加入することになった。また、保健事業として、40歳から74歳の者を対象に特定健康診査及び特定保健指導などの基本指針を定め、高齢期における健康の保持のための事業を積極的に推進することが保険者に義務付けられた。
29	国保データベースシステム(KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけでなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。
30	国民健康保険団体連合会 (国保連合会)	「国民健康保険法」第83条に基づき設立された公的な法人で、都道府県ごとに47団体が組織されている。
31	国民健康保険運営協議会	市の国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために設置されている機関。国民健康保険法第11条の規定により、都道府県・市町村に設置することとされている。

【コ】

## データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
[サ]	32 最大医療資源傷病名	レセプトに記載された傷病名のうち、最も費用を要した傷病名。 最大医療資源傷病名により傷病分析を行うことにより、地域において医療費負担の割合の大きい疾病を明らかにし、原因を究明するとともに保健事業のターゲットを絞ることが可能になる。また、全国で同一の方法で主傷病名を決定することにより、疾病別医療費について他県、同規模保険者や全国との比較を容易にすることができる。
[シ]	33 CKD（慢性腎臓病）重症度分類	原疾患、腎機能（GFR）、蛋白尿による分類で評価する。蛋白尿のステージを糖尿病はアルブミン尿、糖尿病以外では蛋白尿によって決める。GFRの低下や尿蛋白が多いほど重症度が上がる。
	34 脂質異常	血液に含まれる脂肪の量が基準よりも多い状態のこと。
	35 GPT(ALT)	肝機能検査の項目の一つ。アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれている。肝臓の細胞に障害があると、血液中に出て数値が高くなる。GPT(ALT)の数値が高いと、ウイルス性肝炎、アルコール性肝炎、脂肪肝の肝障害が疑われる。その他、肝機能検査の項目に GOT(AST)、 $\gamma$ -GTP( $\gamma$ -GT)があり、GOTは心臓や骨格筋の細胞に多く含まれ、GPTと比較することで病気の種類が特定される。 $\gamma$ -GTPは肝臓や胆道の障害が出ると値が高くなる。特にアルコール常飲者は値が高くなり、アルコール過剰摂取を発見する指標になる。
	36 社会保障費	医療・介護の自己負担分以外の給付額や年金の受給額など、社会保障制度によって国や地方公共団体から国民に給付される金銭・サービスの年間合計額。
	37 収縮期血圧	心臓が収縮して全身に血液を送り出すときに、血管にかかる圧のこと。いわゆる上の血圧のこと。
	38 食事摂取基準	健康増進法に基づき定められており、国民の健康の保持・増進を図る上で摂取することが望ましいエネルギー及び栄養素の量の基準が示されている。5年毎に改訂されており、現在は「日本人の食事摂取基準2015年版」(平成27～平成31年)が使用されている。
	39 腎硬化症	軽～中等度の高血圧の持続により生じる腎障害。高血圧性腎障害ともいう。
	40 人工透析	腎不全や尿毒症などで腎臓の機能が障害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合などに、人工的に血液を浄化する方法。
	41 新生物	腫瘍と同義。組織・細胞が生体内の制御に反して自律的に過剰に増殖することによってできる組織塊のこと。良性と悪性（がん）に分けられる。
	42 診療報酬明細書（レセプト）	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書。

データヘルス計画 用語集

No	用語	解説	
【セ】	43	生活習慣病	糖尿病、循環器病（脳血管疾患・心疾患など）、がん及び歯周病などが代表的なもので、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣の在り方が心身の健康状態を悪化させることに大きく影響し、発症する疾病のこと。
	44	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症または糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、服薬、運動、栄養、喫煙等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に病院および診療所において算定される。
	45	早世	早く世を去ること。早死にしてしまうこと。
【タ】	46	第1・2・3次産業	第1次産業：原材料・食料など最も基礎的な生産物の生産に関わる産業。農林水産業など。 第2次産業：製造業・建築業・鉱工業などをいう。 第3次産業：商業・運輸・通信・金融・公務・サービス業・電気・ガス・水道業などをいう。
	47	第三者（加害者）行為求償	第三者行為によって生じた保険給付について、保険者が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。国民健康保険法第64条第1項には、保険給付事由が第三者の行為による時は、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付分である保険者負担分の請求権を取得すること（これを「代位取得」という。）が規定されている。
【チ】	48	地域包括ケア（システム）	団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の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後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるケアシステムのこと。
	49	地域包括支援センター	介護や介護予防をはじめ日常生活での困りごとなどの相談を受け付け、関係機関と連携しながら、必要な支援や援助を行う高齢者のための相談窓口のこと。
	50	中性脂肪	肝臓で作られたり、食物から吸収されたりする脂質の一種で、体を動かしたり、体温を保持したりするエネルギー源となる。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく。
【ツ】	51	痛風腎	痛風および高尿酸血症の人に生じる腎障害。
【テ】	52	データヘルス計画	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
【ト】	53	糖尿病型	①早朝空腹時血糖値126mg/dL以上 ②75g経口ブドウ糖負荷試験で2時間値200mg/dL以上 ③随時血糖値200mg/dL以上 ④HbA1cが6.5%以上 ※①～④のいずれかが確認された場合は「糖尿病型」と判定される。

## データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
54	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、糖尿病に長期罹患後、微量アルブミン尿が認められ、腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起きること。
55	糖尿病性腎症病期分類	臨床的には、糸球体濾過量(GFR・推算糸球体濾過量：eGFRで代用する)と尿中アルブミン排泄量あるいは尿蛋白排泄量によって評価され、5つの病期に分類される。
56	糖尿病性腎臓病	糖尿病がその発症や進展に関係していると考えられる慢性腎臓病(CKD)で包括的な概念。血糖高値+慢性腎臓病(eGFR<60または尿たんぱく)。その中に「糖尿病性腎症」が含まれる。
57	糖尿病連携手帳	日本糖尿病協会が発行しており、検査値や治療内容、合併症の検査所見等が記録でき、かかりつけ医、専門医、その他歯科・眼科、かかりつけ薬局、地域の保健師・管理栄養士等と連携し、手帳を活用しながら糖尿病患者の支援をしていく。
58	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健診。
59	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。（よりリスクの高い方が積極的支援）
【二】 60	日本再興戦略	平成25年6月14日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの3本の矢(第1の矢：「大胆な金融政策」、第2の矢：「機動的な財政政策」)のうちの第3の矢といわれている。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
61	尿アルブミン値	アルブミンとは数多くの蛋白質の中でも、分子量が小さい蛋白質のこと。尿定性検査(試験紙法)で、陰性となった場合でもアルブミンが含まれていることがある。糖尿病患者では、早期に糖尿病性腎症を発見するために、尿アルブミン値の測定を定期的に行うことが重要である。微量アルブミン尿の段階で発見される腎障害は、可逆的で治療効果が高いことが明らかとなっている。
62	尿蛋白	尿蛋白の検査は、定性検査と定量検査の2つがある。定性検査は尿試験紙を使って調べる方法。定量検査は、尿中蛋白濃度を尿中クレアチニン濃度で割って、推定1日尿蛋白量を算出する。定性検査では、尿の濃さでばらつきがあるため、定量検査で評価することが推奨されている。(CKD診療ガイドライン2012より)
63	尿酸	物質代謝の最終生産物(プリン体等)の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。

データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
【ノ】		
64	脳血管疾患	<p>脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど、脳血管に関する病気の総称。脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下出血、クモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別され、脳梗塞は、さらにアテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性脳塞栓症に大別される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アテローム血栓性脳梗塞：血管の壁にLDLコレステロールが沈着し、血管の内腔が狭くなり、最終的に血管が詰まるもの。</li> <li>・ラクナ梗塞：穿通枝（せんつうし）という脳内の微小血管が詰まるもの。</li> <li>・心原性脳塞栓症：心房細動などの心臓の異常により、心臓内にできた血栓（血液の塊）が脳に移動し、脳の血管が詰まるもの。</li> </ul>
65	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを引いた式で表される。
【ヒ】		
66	BMI	「体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m)」で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指標。Body Mass Index の略。
67	PDCAサイクル	Plan/Do/Check/Action の頭文字を揃えたもので、計画 (Plan) – 実行 (Do) – 評価・検証 (Check) – 改善 (Action)の流れを次の計画に活かしていくプロセスのことをいう。
68	病院、診療所	病院とは、入院できるベッド数が20床以上の医療機関のこと。診療所は入院できる設備が全くないか、19床以下の施設のこと。
69	被用者保険	被用者保険は職域保険と呼ばれ、企業で働く被用者が加入する保険。職業によっていくつかの種類があり、企業の被用者が加入する健保組合、協会けんぽ、公務員が加入する共済組合などに分かれている。
70	標準化死亡比 (SMR)	<p>死亡者数を人口で除した死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100とし、100以上は国平均より死亡率が高く、100 以下は低いとされる。Standerdized mortality ratioの略。</p> <p>SMR = (D/Σpidi) × 100  D：当該市町村死亡数（過去5年間の和）  pi：当該市町村5歳階級別人口 di：基準死亡率 = 全国5歳階級死亡数/全国5歳階級別人口</p>
71	標準的な健診・保健指導プログラム	糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るため、医療保険者が効果的・効率的な保健指導を実施するよう厚生労働省が平成19年4月に作成した健診・保健指導の方向性を示すもの。



## データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
【へ】 72	HbA1c (NGSP)	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。NGSP値は国際標準値のことで、日本で従来使用されていたJDS値よりも0.3～0.5%加算された値で示される。
【ほ】 73	保険給付費	被保険者や被扶養者が病気やけが、出産、死亡した場合、保険者は医師の診療を提供するほか、定められた各種の給付金を現金で支給する。また、診療を提供する方法を現物給付、給付金を支給する方法を現金給付というが、それらを総称して保険給付といい、それにかかる費用を保険給付費という。
74	保険者協議会	医療保険者と医療関係者による協議会。高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言または援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。
75	保険者努力支援制度	保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、国が交付金を交付する制度のことをいう。後発医薬品使用割合や収納率など、適正かつ客観的な指標に基づき、インセンティブ強化を図り、医療費適正化の取組みや国民健康保険固有の構造的な課題への対応等を通して、保険者機能の役割を發揮し、国民の財政基盤を強化することに狙いがある。
76	ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定せずに集団に対して、集団全体がリスクを軽減したり、病気を予防したりできるようにする働きかけ。
【ま】 77	慢性腎不全(CKD)	①蛋白尿など腎障害の存在を示す所見 ②腎機能低下(eGFR(用語集No58)が60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満) ①、②のいずれか、または両方が3か月以上持続する状態。
【め】 78	メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)	内臓脂肪型肥満に加えて、脂質異常・血圧高値・血糖高値のうち、2つ以上を併せ持っている状態のこと。(1つの場合はメタボリックシンドローム予備群とされる)。内臓脂肪型肥満とは、腹腔内の超のまわりに脂肪が過剰に蓄積している状態をいう。
79	メンタルヘルス	こころの健康のことで、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること(情緒的健康)、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること(知的健康)、他人や社会と建設的でよい関係を築けること(社会的健康)を意味する。

## データヘルス計画 用語集

No	用語	解説
【ラ】 80	ライフステージ	人の一生を妊娠期、乳幼児期、学童・思春期、成人期、高齢期などに分けた、それぞれの段階。
【ロ】 81	ロコモティブシンドローム	骨、関節、筋肉などの運動器の障害のために、要支援になったり、要介護になったりする危険が高い状態。