

保健事業実施計画（データヘルス計画）

（案）

〔平成30～35年度〕

平成 年 月

御宿町国民健康保険

もくじ

1.計画策定にあたって	1
(1) 背景	1
(2) 計画の位置づけ	2
(3) 計画期間	3
(4) 実施体制・関係者連携	3
2.健康・医療情報の分析から見る本町の現状	4
(1) 地域の特性	4
(2) 国民健康保険被保険者の状況	5
(3) 健診の状況	6
(4) 医療の状況	16
(5) 介護の状況	24
(6) 死亡の状況	29
3. これまでの保健事業の取組み	31
4. 健康・医療情報の分析結果に基づく本町の健康課題	33
5. 目的・目標の設定	34
(1) 目的	34
(2) 目標	34
6.課題を解決するための保健事業	36
7.評価方法の設定	38
8.計画の見直し	38
9.計画の公表・周知	38
10.個人情報の保護	39
11.その他計画策定に当たっての留意事項	39
《用語集》	40

1. 計画策定にあたって

(1)背景

近年、特定健康診査*（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDBシステム*」という。）等の整備により、医療保険者*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、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、医療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。

これまで、医療保険者においては、レセプトや統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク*別に分けて、ターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ*から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、医療保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル*に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとされました。

このため御宿町国保では、保健事業実施指針に基づき、保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「本計画」という。）を定め、糖尿病等の発症や重症化予防等の生活習慣病*対策をはじめとする被保険者の健康増進を目的とした保健事業の実施及び評価を行うものとします。

★用語集に掲載してある用語については、その用語が最初に出てくる箇所に「*」が付いていますので、説明については用語集をご参照ください。

★御宿町の特徴を把握するために、KDBシステム帳票から情報を整理していますので、特に記載のない限りは、KDBシステムにより把握したデータとなります。

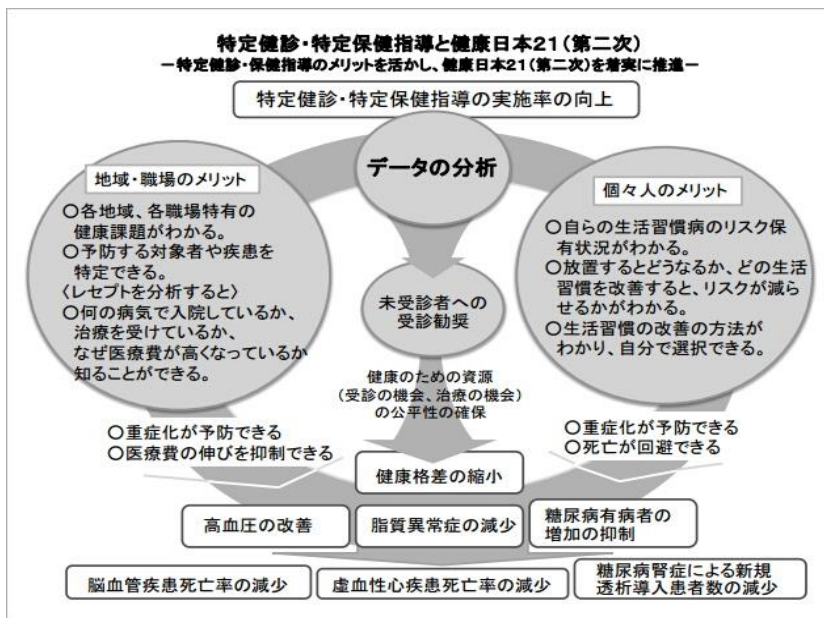
1. 計画策定にあたって

(2)計画の位置づけ

本計画は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画です。本計画に基づき、特定健診の結果や医療費のデータを活用・分析したうえで、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、生活習慣病の重症化予防等の保健事業の実施と評価を行います(図表 1, 2)。

本計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21(第 2 次))」の趣旨を踏まえ、「健康ちば 21(第 2 次)」と、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ている御宿町国民健康保険特定健康診査等実施計画(以下「町特定健診計画」という。)との整合を図ることとします。

図表 1 特定健診・特定保健指導と健康日本 21(第 2 次) (平成 25 年厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導 プログラム【改訂版】」より引用)



図表 2 保健事業の PDCA サイクル



(3)計画期間

本計画の計画期間は平成30年度から35年度までとし、今年度に策定を予定している「第3期御宿町国民健康保険特定健康診査等実施計画」(平成30年度～35年度)と整合を図ることとします(図表3)。

図表3 データヘルス計画期間

平成	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
						第1期御宿町国民健康保険 データヘルス計画					
	第2期御宿町国民健康保険 特定健康診査等実施計画					第3期御宿町国民健康保険 特定健康診査等実施計画					

(4)実施体制・関係者連携

本計画の策定は、国民健康保険及び健康管理を担当する保健福祉課保健事業班の事務担当及び保健師が連携して行い、課内に設置した策定会議において協議・検討するものとします。なお、現状分析、評価、保健事業の実施については、保健師が中心となって行うこととします。

また、外部有識者等の参画として、千葉県国民健康保険団体連合会や町国民健康保険運営協議会(保険医代表、公益代表、被保険者代表により構成)等に対し意見聴取を行い、あわせてパブリックコメント(意見公募)を実施することとします。

2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

(1) 地域の特性

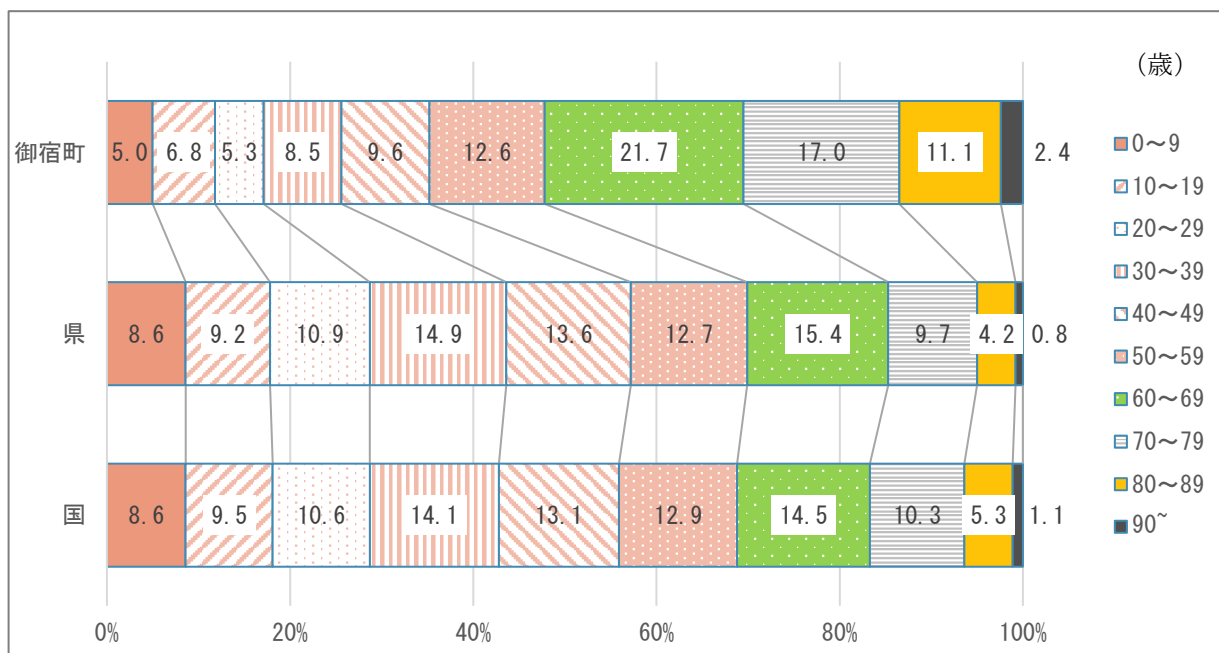
本町の人口は平成 29 年 4 月 1 日現在で 7,648 人、高齢化率(65 歳以上の人口の割合)は 48.5%となっており、県内で最も高い状況です(図表 4)。

図表 4 県内市町村の高齢化率順位 (県統計課「平成 29 年 4 月 1 日現在千葉県年齢別・町丁字別人口」参照)

順位	市町村名	高齢化率(%)
1 位	御宿町	48.5
2 位	鋸南町	45.1
3 位	南房総市	43.3
4 位	勝浦市	40.8
5 位	大多喜町	39.3
	県平均	26.0

年齢別人口構成を見ても、60 歳以上の全ての年齢層において、国や県よりも割合が高く、高齢化が進行していることがわかります。反対に 60 歳未満の全ての年齢層において国や県より割合が低い状況にあり、年少人口(15 歳未満の人口)、生産年齢人口(15~64 歳の人口)ともに低い割合となっています(図表 5)。

図表 5 年齢別人口構成

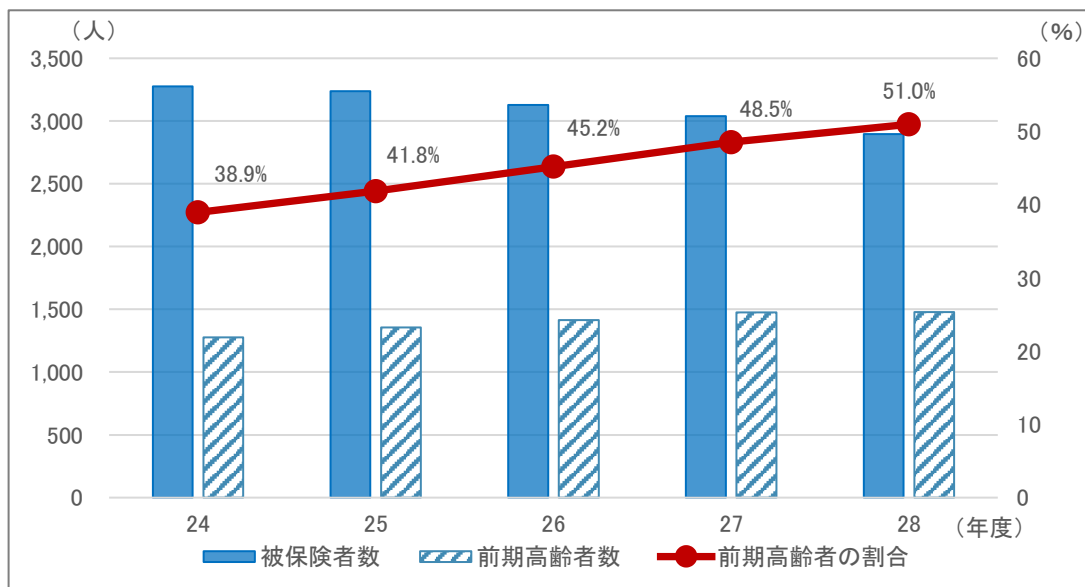


(2)国民健康保険被保険者の状況

本町の国民健康保険被保険者は2,897人で、全人口に対する国民健康保険加入割合は48.1%となっています(平成28年度国民健康保険事業状況報告書(事業年報)年度平均被保険者数)。

年齢別に見ると、平成28年度の前期高齢者(65～74歳)の加入割合は51.0%で、年々上昇傾向にあり、被保険者の高齢化も進んでいます(図表6)。高齢になるほど一人当たりにかかる医療費も増加する傾向にあるため、生活習慣病等の発症予防と重症化予防が重要となります。

図表6 被保険者の状況 (平成28年度国保事業年報から集計)

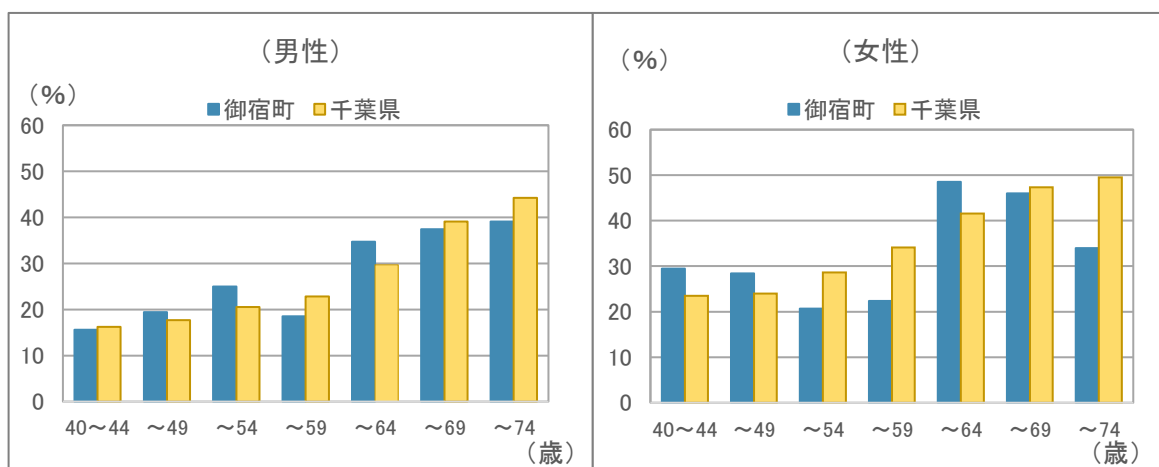


(3)健診の状況

①健診全体の現状

御宿町の平成26年度の特典健診受診率は35.4%で、県内54市町村の中で29位となっています。女性(38.2%)に比べ男性(32.5%)の受診率が低く、また、40歳～50歳代の受診率が低い傾向にあります。県平均と比較すると、男性はほぼ同様の状況で、女性は50歳代と70歳以上で県より低い率となっています(図表7)。

図表7 性別、年齢別の特定健診受診率

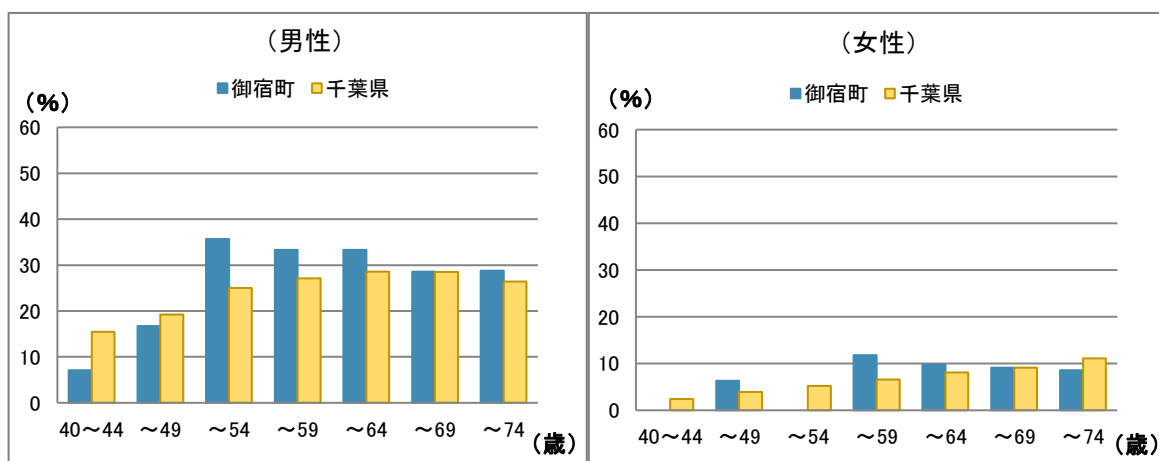


②有所見者の状況

ア.メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

平成26年度の特典健診受診者の特徴として、メタボリックシンドローム*該当者の割合は女性(8.5%)に比べ男性(27.6%)の方が高く、性別・年代別に県平均と比較すると、男性の50～64歳のメタボリックシンドローム該当者の割合が高くなっています(図表8)。

図表8 メタボリックシンドロームの状況



有所見者*におけるリスク要因の重複状況を見ると、メタボリックシンドローム該当者の男性では「高血糖+高血圧症」の割合が最も多く、女性では「高血糖+高血圧症」が高くなっています。メタボリックシンドローム予備群では男女ともに「高血圧症のみ」が高くなっています(図表9)。

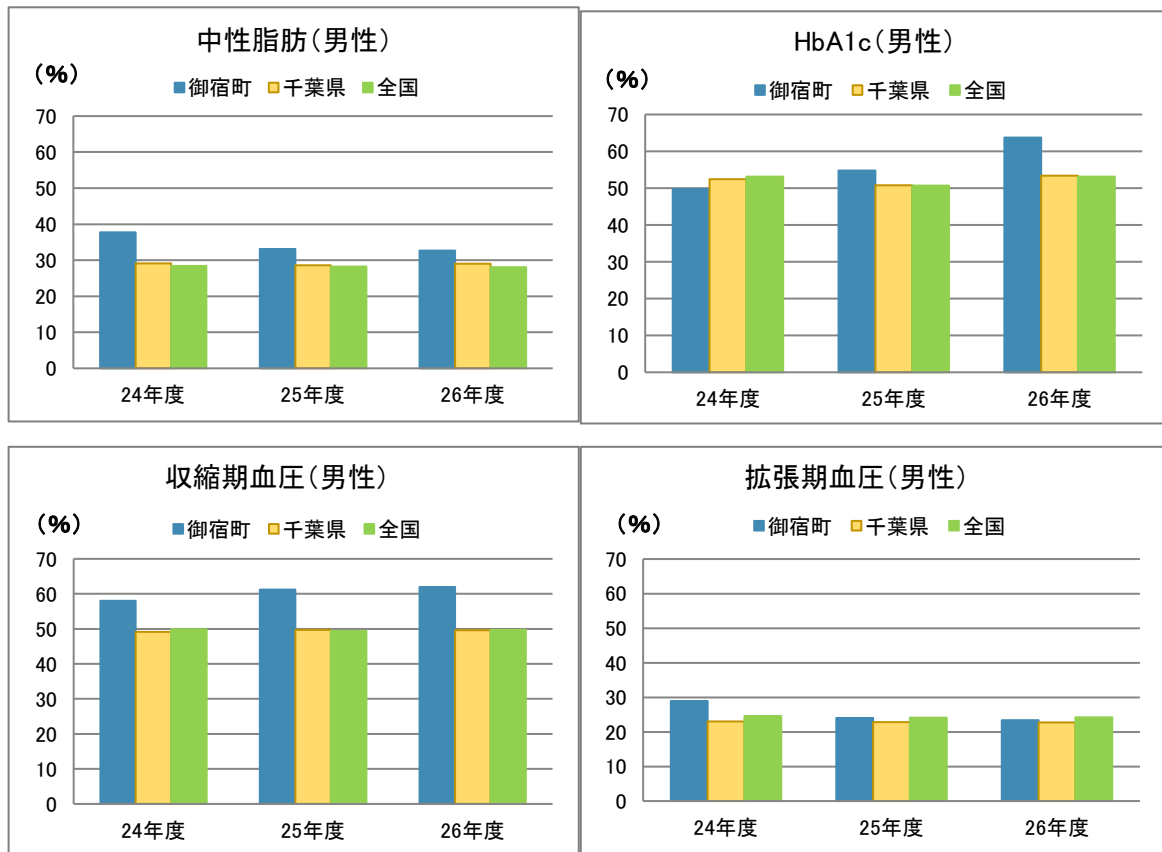
図表9 メタボリックシンドローム該当者・予備群リスク重複状況

該当者			予備群		
項目	男性	女性	項目	男性	女性
高血糖+高血圧症	8.9	23.0	高血糖	3.2	1.6
高血糖+脂質異常症	5.7	3.3	高血圧症	17.7	19.7
高血圧症+脂質異常症	27.8	21.3	脂質異常症	4.4	6.6
高血糖+高血圧症+脂質異常症	22.8	16.4			

イ.検査項目ごとの所見(全国・県との比較)

平成26年度特定健診データのうち県平均より有所見割合の高い項目を性別ごとに見ると、男性は中性脂肪*、HbA1c*、収縮期血圧*、拡張期血圧*がそれぞれ高くなっています(図表10)。

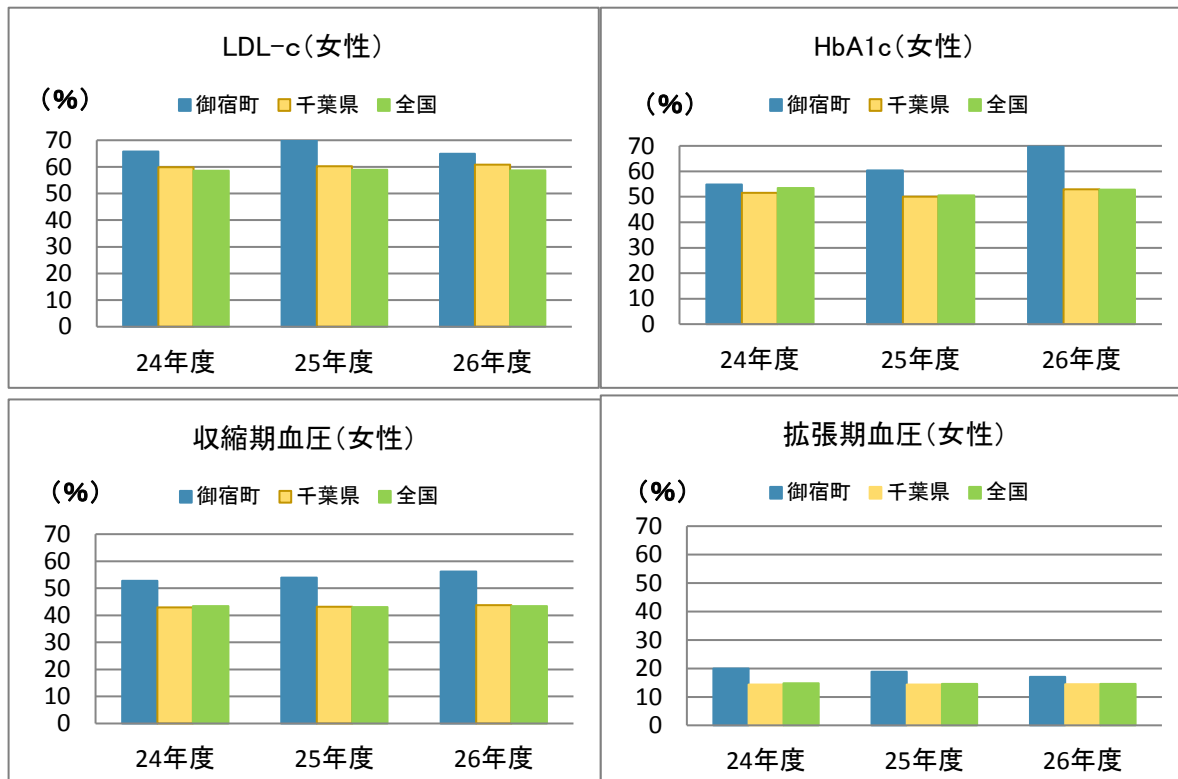
図表10 健診有所見者状況(男性)



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

女性の有所見割合が高い項目はLDL-c*、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧が挙げられます(図表11)。

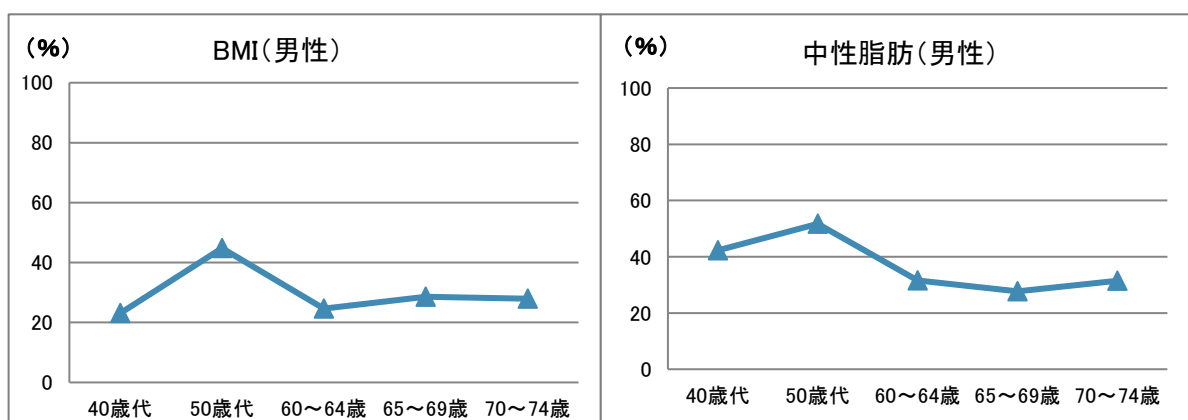
図表11 健診有所見者状況(女性)



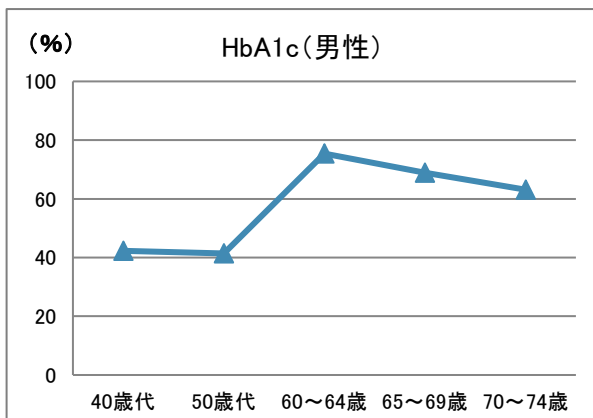
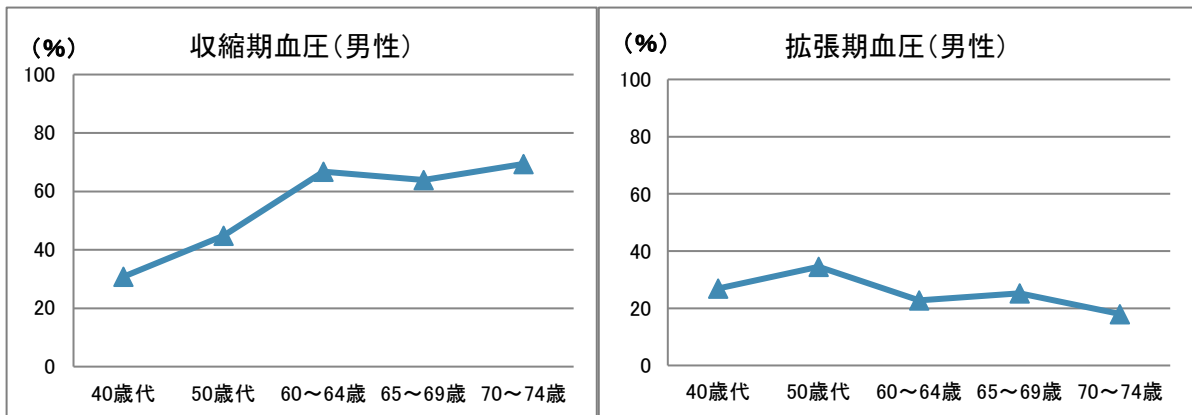
ウ.検査項目ごとの所見(年代別の比較)

BMI*や中性脂肪、拡張期血圧の有所見割合は50歳代で高くなっていますが、収縮期血圧やHbA1cは60歳以降になると上昇が見られます(図表12)。

図表12 年代別健診有所見者の状況(男性)

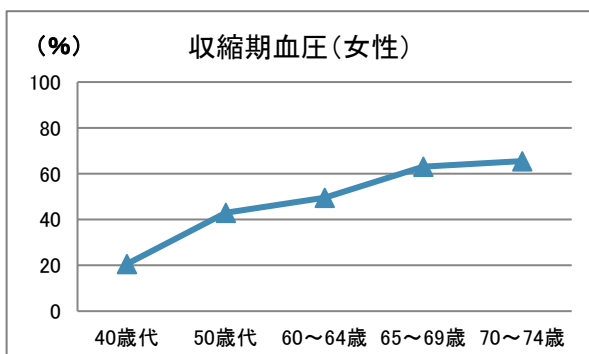
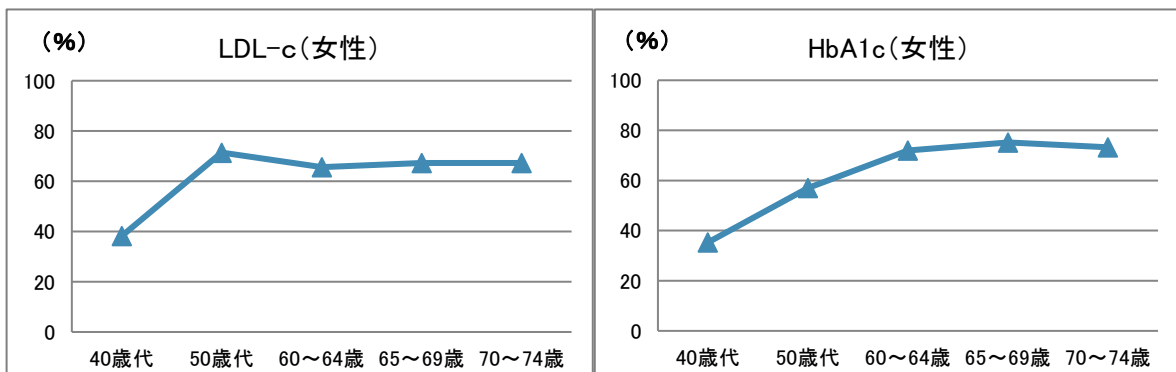


2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状



女性は、全体的に40歳代から50歳代にかけての有所見割合の増加が著しく、閉経によるホルモンバランスの変化や加齢による血管変化が一因として考えられます(図表13)。

図表13 年代別健診有所見者の状況(女性)



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

エ. 非肥満高血糖者の状況

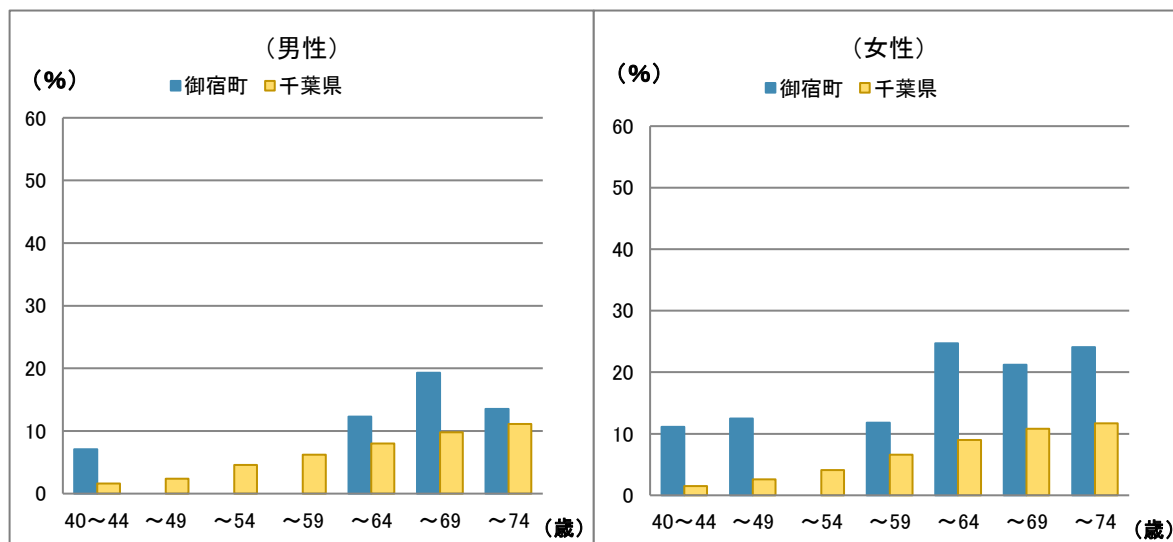
メタボリックシンドローム非該当者の状況を見ると、非肥満*高血糖者の割合が同規模*市町村・国・県平均と比べ高い状況にあります(図表14)。

図表14 非肥満高血糖割合

	御宿町	千葉県	同規模	国
非肥満高血糖	17.6 %	9.4 %	9.2 %	9.1 %

非肥満高血糖者を年代別、性別に見ると、女性は50～54歳以外の全ての年齢において、県平均よりも非常に高い状況にあり、60～64歳では約25%に及んでいます(図表15)。

図表15 非肥満高血糖者の年代別、性別の状況



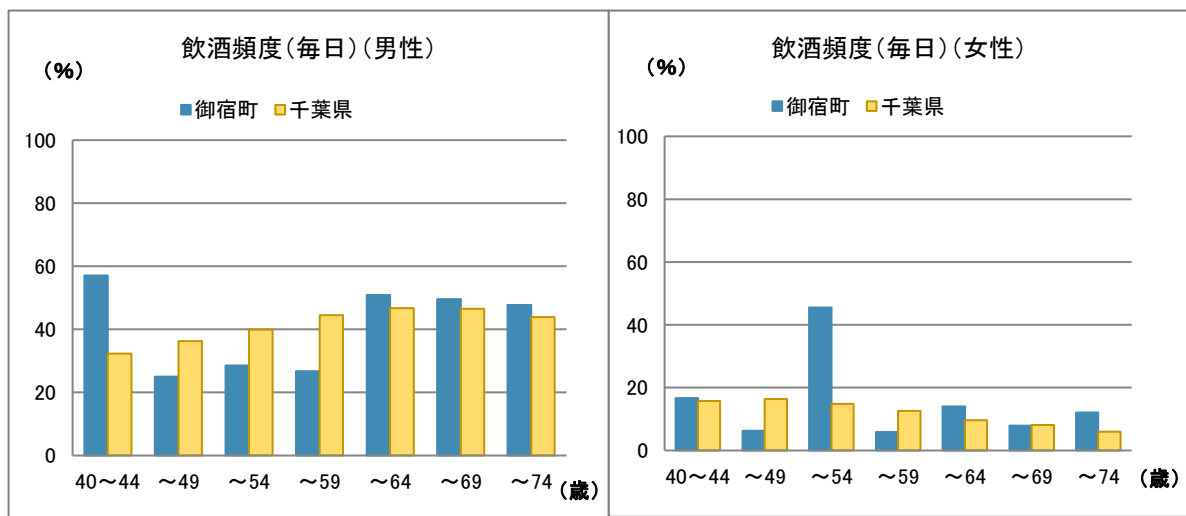
③質問票の状況

特定健診時の質問票の状況を見ると、飲酒量に関する項目と運動習慣のない者の項目が県平均に比べ高値となっています。

ア. 飲酒に関する項目

飲酒頻度に関する項目を年代別に見ると、毎日飲酒している人の割合は、男性においては40～44歳、女性においては50～54歳が最も高くなっており、県平均と比較しても高くなっています(図表16-1)。

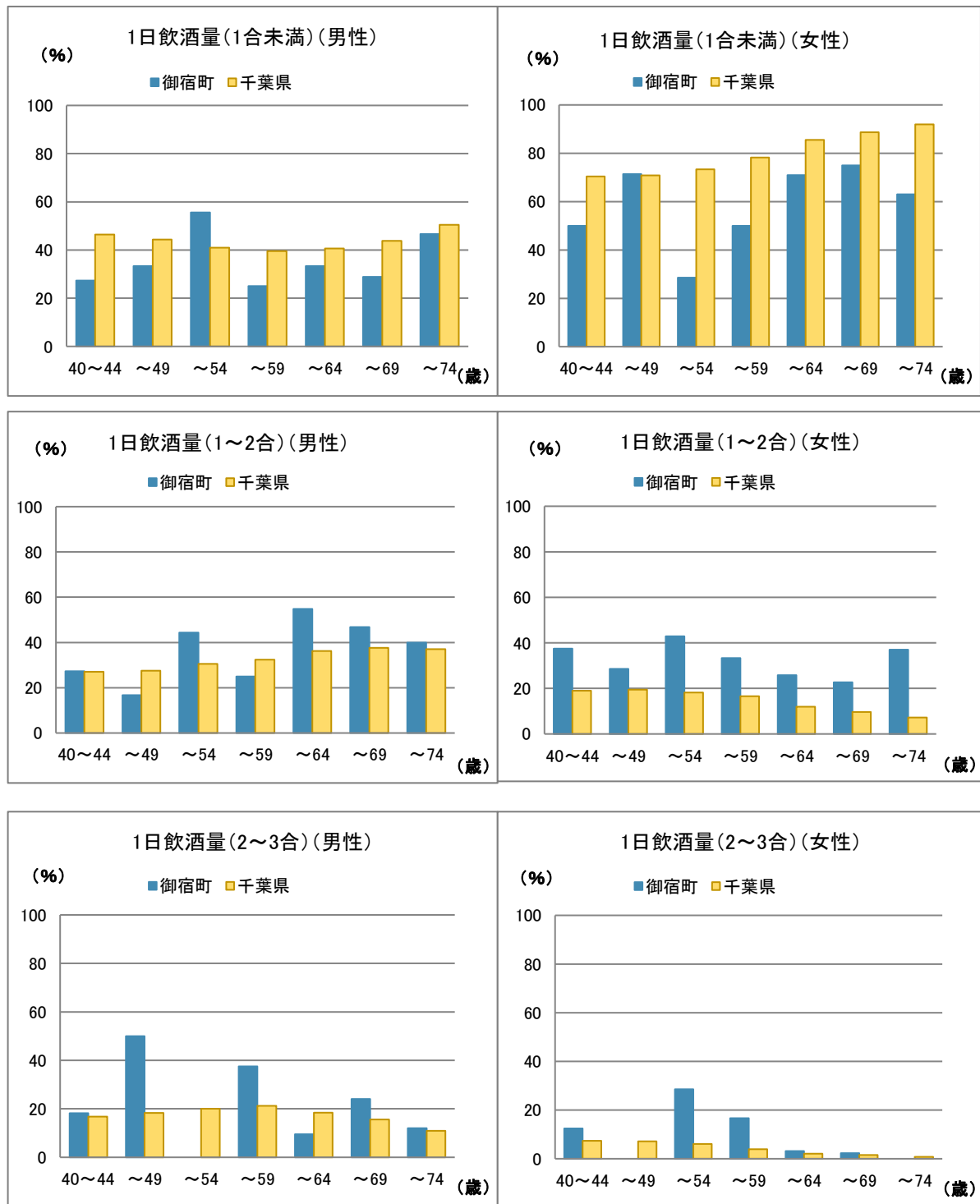
図表16-1 質問表(飲酒頻度に関する項目)



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

飲酒量に関する項目では、年代別に見るとバラつきがあり特に目立った傾向は見られませんが、県平均との比較では、1合未満の適量飲酒の割合はほとんどの年齢層で県平均より低く、1合以上飲酒量の割合が県平均よりも高値となっています。特に1日飲酒量1～2合の女性では、すべての年齢層において県平均を上回っています(図表16-2)。

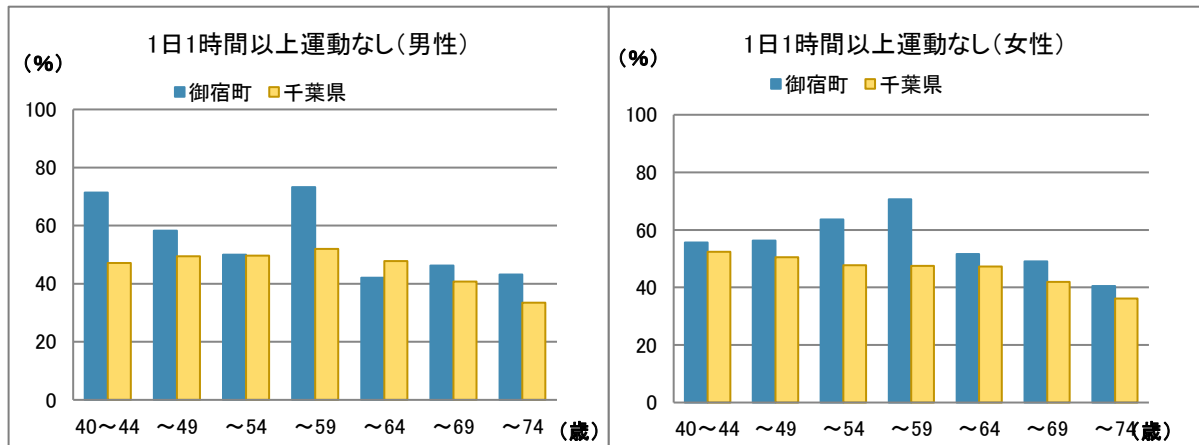
図表16-2 質問表(飲酒量に関する項目)



イ. 運動に関する項目

運動に関する項目として、1日1時間以上の運動をしていない者の割合は40～50歳代の若年層で高くなっています(図表17)。本町では公共交通機関が少なく、若年層の移動手段はほぼ車であること、日中は就業しており気軽に運動できる時間や運動施設が無いことなどが要因として考えられます。

図表17 質問表(運動に関する項目)

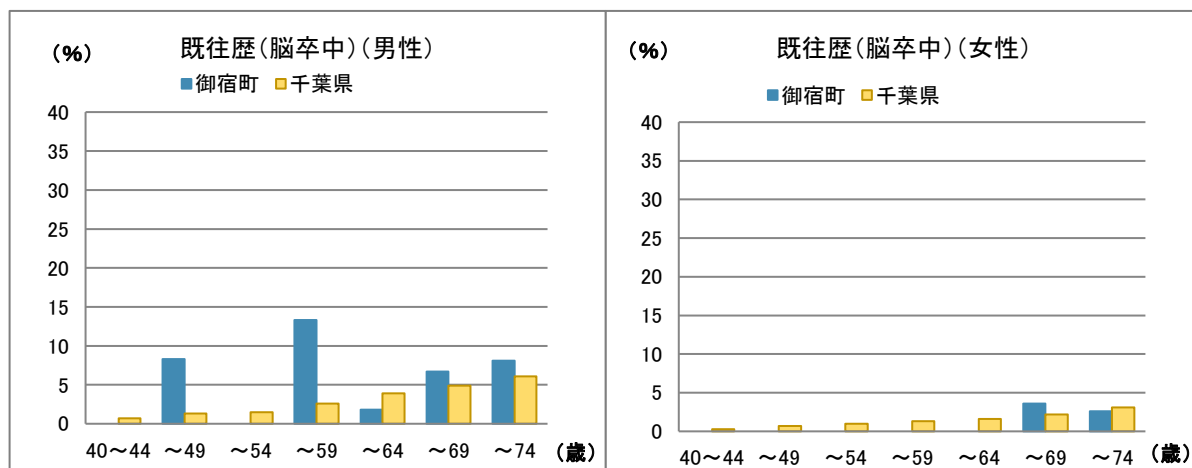


2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

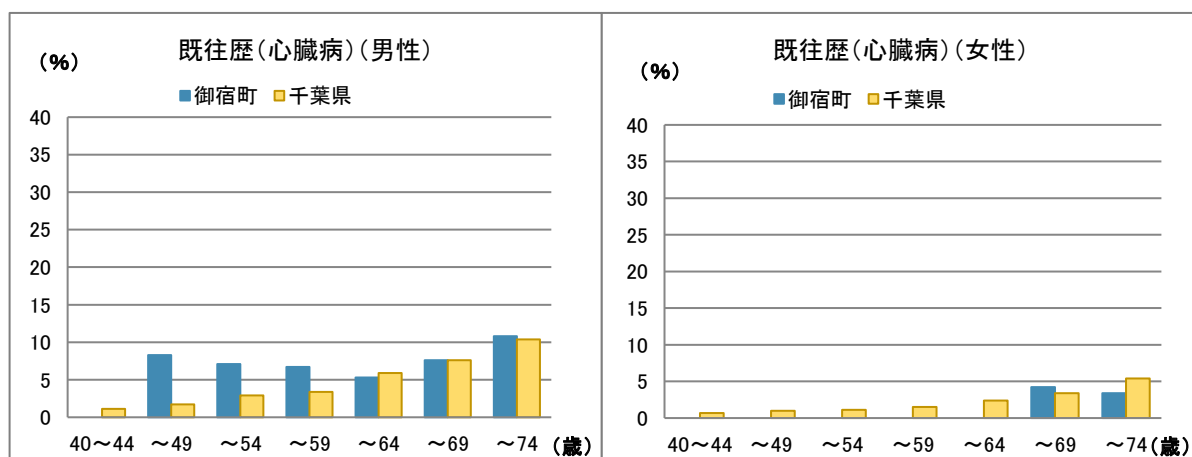
ウ. 既往歴に関する項目

質問票の中で、循環器疾患の既往歴を年代別・性別に見ると、男性の40～50歳代の脳卒中や心臓病の既往歴のある者の割合が県平均よりも高いことが特徴です(図表18-1, 18-2)。女性の既往歴としては60歳未満の貧血所見が多く見られます(18-3)。

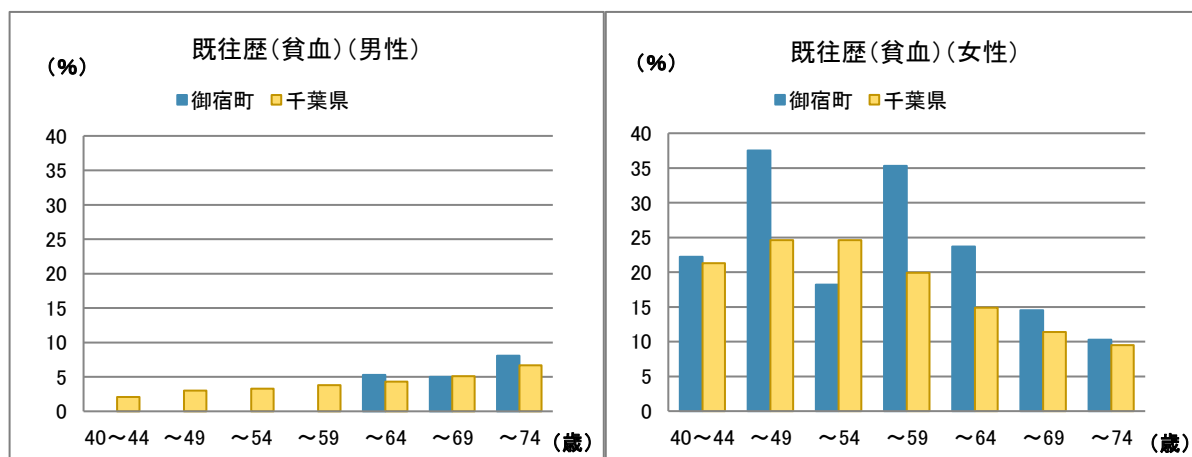
図表18-1 質問表(既往歴に関する項目[脳卒中])



図表18-2 質問表(既往歴に関する項目[心臓病])



図表18-3 質問表(既往歴に関する項目[貧血])



健診の状況から見える課題

- 特定健診受診率は、県平均と比較し若干低く、年齢別に見ると、40歳～50歳代の健診受診率が低い状況となっています。定期的な健診受診により自身の健康状態を知り、生活習慣病の発症を予防するため、40歳代、50歳代の受診率向上対策を重点的に行っていく必要があります。(P6)
- 健診の有所見割合から見ると、男女ともにHbA1cや収縮期・拡張期血圧の有所見割合が高く、それ以外に、男性はメタボリックシンドローム該当や、中性脂肪の有所見割合が高く、女性はLDL-cが高い状況にあるため、男性はメタボリックシンドロームの予防・改善を重点的に、男女ともに糖尿病や高血圧症を始めとした生活習慣病の予防施策に取り組む必要があります。(P6～8)
- 血圧については、単独で見ても有所見割合が高い状況にありますが、メタボリックシンドローム該当者のリスク重複状況から見ても、高血圧との重複が多く見られるため、高血圧予防に重点的に取り組む必要があります。(P7)
- 特定保健指導の対象にならない方についても、非肥満高血糖者が県平均と比較すると高い割合となっているため、積極的に健康教育等を実施する必要があります。(P10)
- 質問票の状況から見ると、生活習慣病発症の要因となる過度の飲酒や、運動不足等の不適切な生活状況がうかがえるため、自身の生活習慣を見直すきっかけづくりのための保健指導等が必要と思われます。(P11～13)
また、40歳代で既に脳卒中や心臓病等の重篤な循環器疾患の既往がある者もおり、メタボリックシンドロームの前段階である内臓脂肪の蓄積が、40歳よりも前から生じていることも考えられるため、40歳未満の者に対しても取り組む必要があります。(P14)

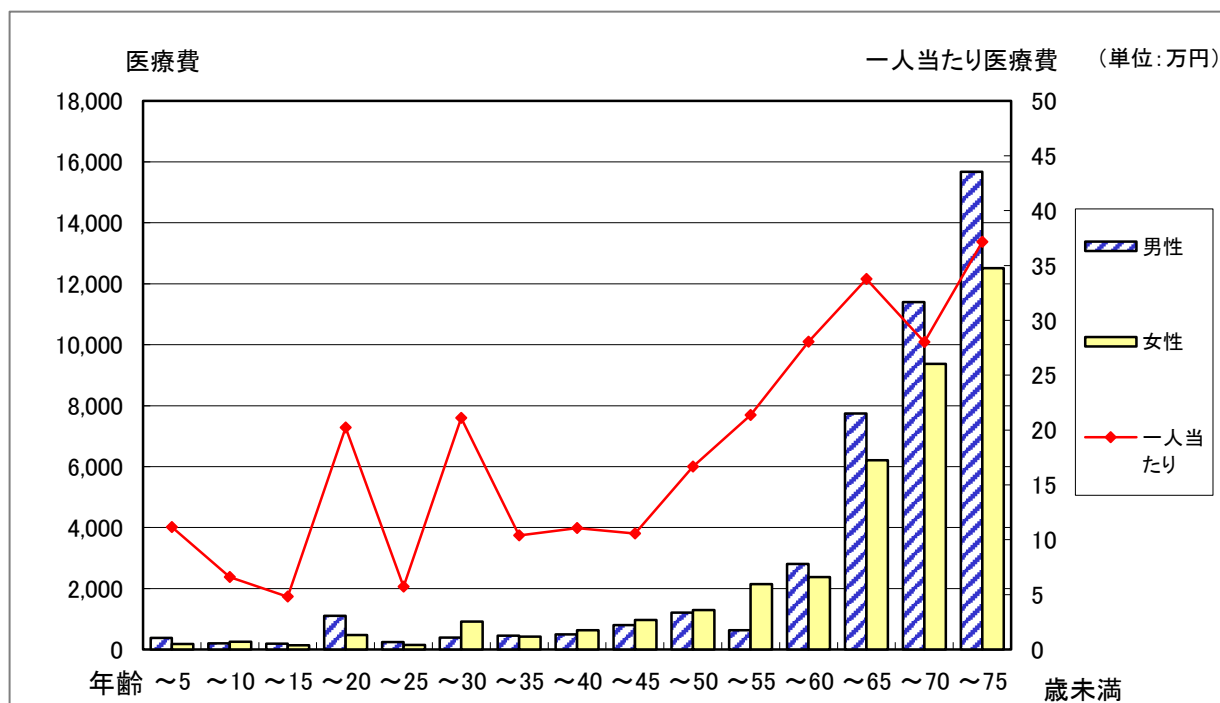
(4)医療の状況

①医療費全体の現状

本町の平成26年度月平均一人当たり医療費は22,983円で、県内54市町村中15位となっています。

年齢階層別医療給付状況から見ると、年齢構成の関係もあり60歳以上で急激に増加していますが、一人当たり医療費で見ても、年齢が上がるにつれ増加する傾向が見られます(図表19)。

図表 19 年齢階層別医療費給付状況 ※入院・入院外・歯科分費用額 (平成26年度国民健康保険特別会計決算概要より引用)

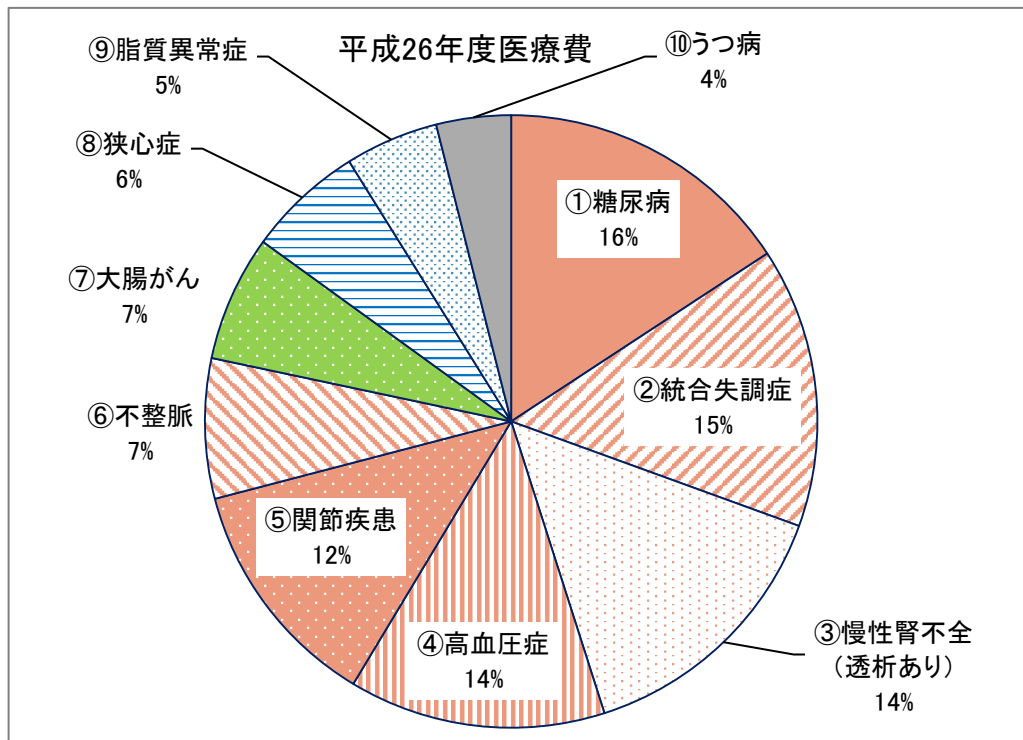


②医療（レセプト）の分析

ア. 疾病別医療費

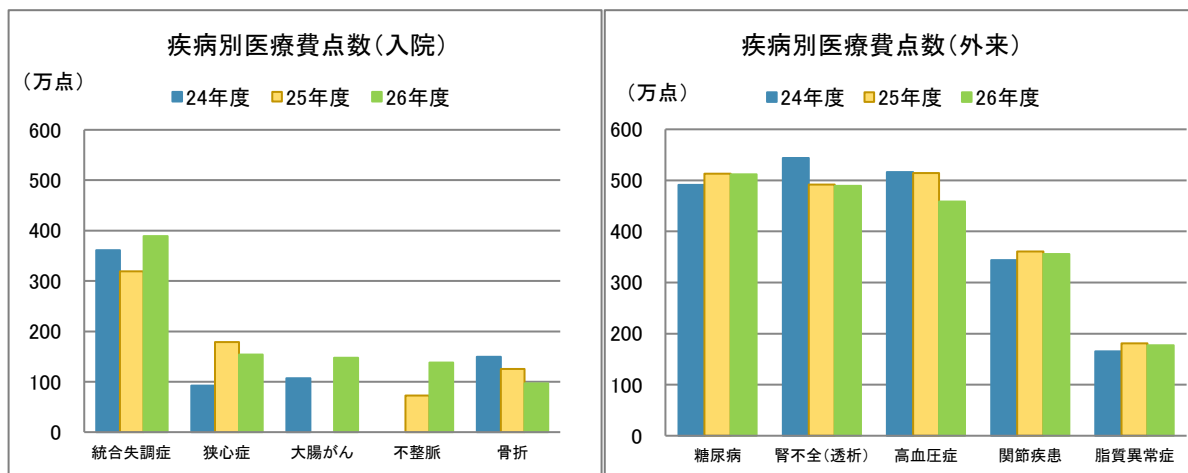
平成26年度の上位10位の医療費の割合について、上位5位の疾病は、糖尿病、統合失調症、慢性腎不全（透析あり）、高血圧症、関節疾患の順となっています（図表20）。

図表20 医療費上位10位の割合



入院・外来別の医療点数で見ると、入院は統合失調症が最も高く、外来は糖尿病、慢性腎不全（透析あり）、高血圧症が上位三位を占めています（図表21）。

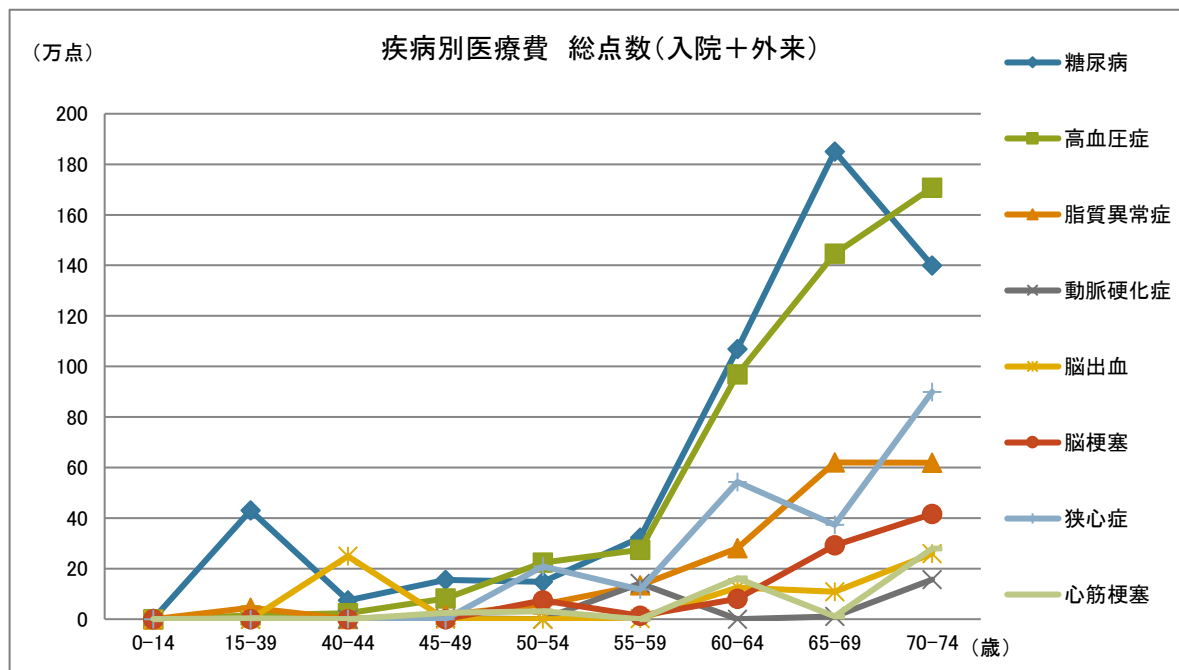
図表21 疾病別医療費の推移



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

疾病別医療費の総点数を年齢階層別に見ると、年齢構成の関係もあり、60歳以上で糖尿病、高血圧症が急激に増加しています(図表22)。

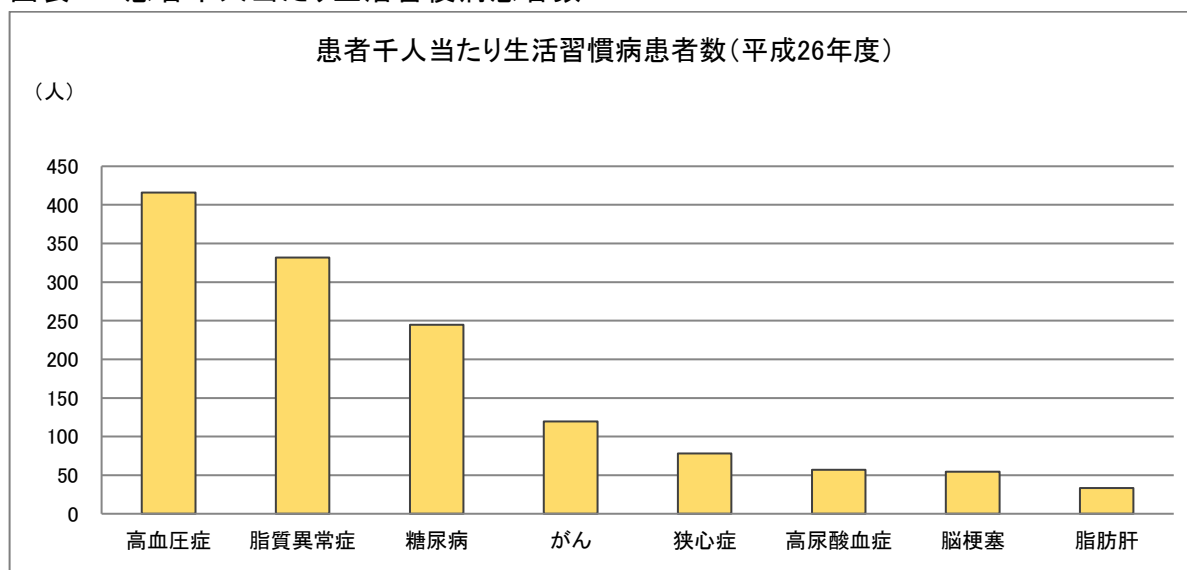
図表22 年齢・疾病別医療費



イ. 生活習慣病分析

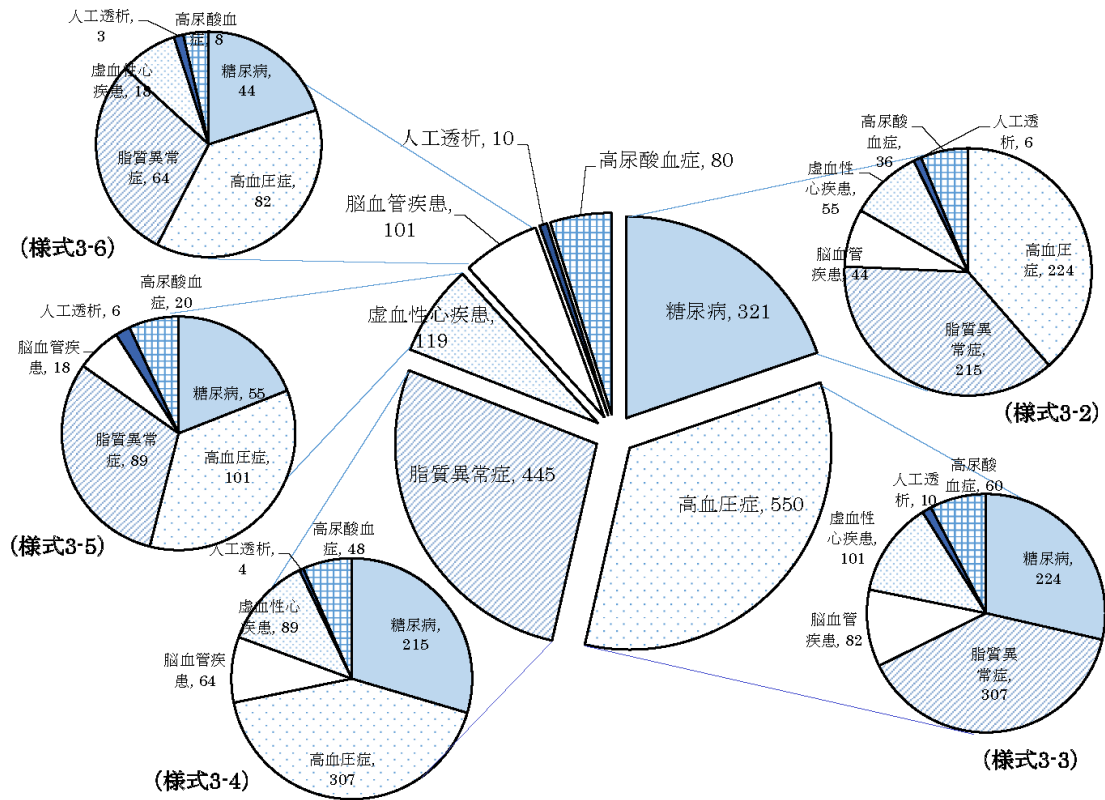
医療費の多くを占める生活習慣病について、患者数の割合で見ると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病が上位となっています(図表23)。

図表23 患者千人当たり生活習慣病患者数



生活習慣病の患者数と疾病別構成割合を見ると、複数の生活習慣病を保有している患者の大部分が高血圧症を併発していることがわかります(図表24)。

図表24 複数の生活習慣病を発症している患者の相関

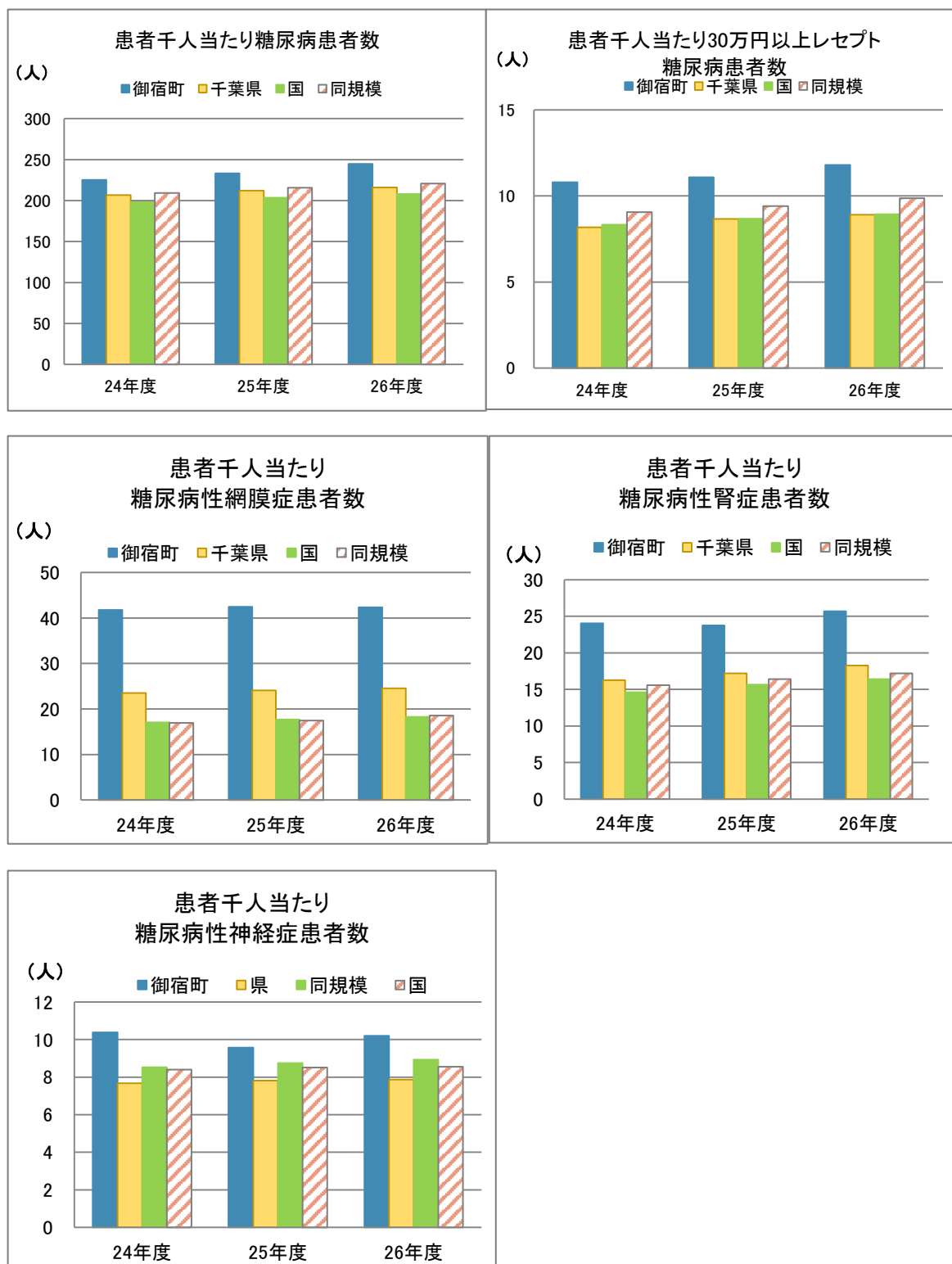


2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

糖尿病については、患者千人当たりの糖尿病患者数は県や国、同規模市町村と比較して多く、平成24年度から26年度の経年変化を見ても年々増加しています。また、医療費が30万円以上の高額になる糖尿病患者数も、同様に年々増加しています。

糖尿病性の合併症(腎症、網膜症、神経症)患者は横ばいかやや増加傾向ですが、県平均等と比較すると多くなっています(図表25)。

図表25 糖尿病の状況



ウ. 高額医療費

1か月の医療費が30万円以上の高額になる疾患のレセプトは平成26年度の月平均では47件となっています。

疾病別に見ると、平成27年4月処理(2月診療分)レセプトにおいて、全体で61件のところ、費用額が最も高いのは9件で9,490,260円の心疾患であり、件数が最も多かったのは腎不全で12件でした。腎不全を年代別に見ると、60歳以上が最も多く10件でした(図表26)。

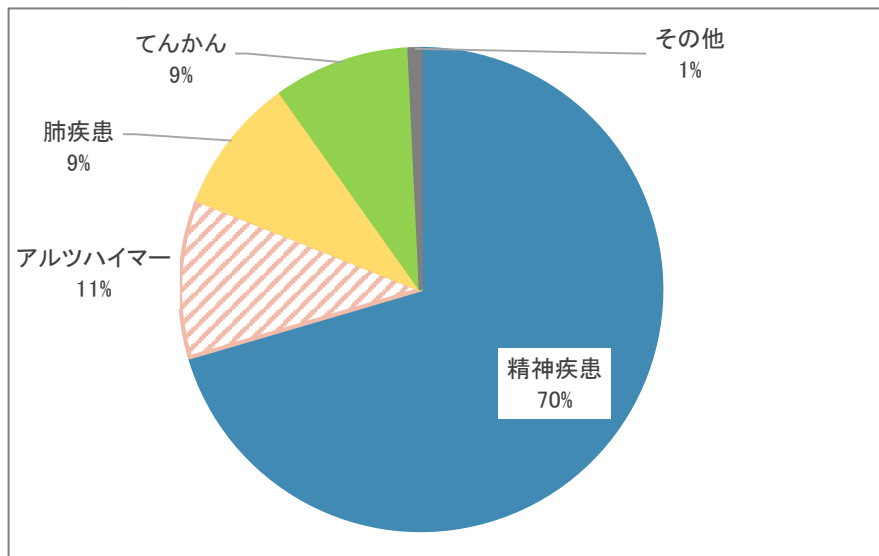
図表26 高額医療費の状況(1か月30万円以上の医療費)

主病名	腎不全	がん	心疾患	精神疾患	筋骨格疾患	脳血管疾患	その他	合計
件数(件)	12	11	9	9	3	1	16	61
割合(%)	19.7	18	14.8	14.8	4.9	1.6	26.2	
年代別内訳(件)	40歳未満	0	0	1	0	0	2	3
	40~50歳代	2	0	3	2	0	2	9
	60~74歳	10	11	5	7	3	12	49
費用額(円)	4,717,270	8,243,940	9,490,260	3,147,340	2,629,370	521,610	12,003,850	40,753,640
割合(%)	11.6	20.2	23.3	7.7	6.5	1.3	29.4	100.0

エ. 長期入院

長期入院(6か月以上の入院)のレセプトを見ると、平成26年度の月平均では11件となっています。疾患別に見ると精神疾患が約70%を占めており、精神疾患の治療が長期化しやすいことがわかります(図表27)。

図表27 長期入院原因疾患(6か月以上の入院)



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

オ. 人工透析

医療が高額・長期化しやすい人工透析は、平成26年度の年間累積件数が138件あり、月平均にすると11.5件にのぼります。費用額も月平均にして約475万円と高額になっており、国保財政を圧迫する要因の一つとなっています(図表28)。

図表28 人工透析件数

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	平均
件数	14	10	15	12	10	11	11	10	10	12	12	11	138	11.5
費用額 (万円)	582	406	660	466	461	460	435	402	425	444	530	424	5,695	475

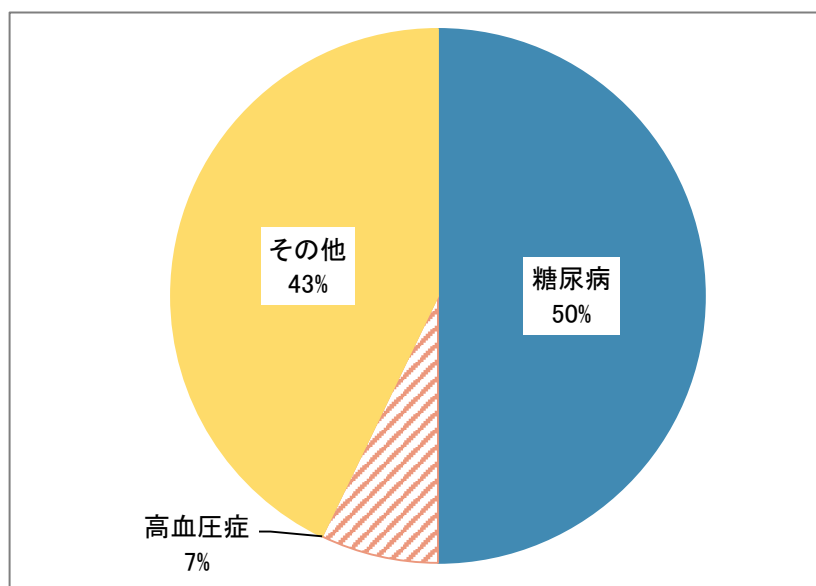
人工透析者の併発状況を見ると、平成27年4月処理(2月診療分)の人工透析レセプト10件のうち全件が高血圧症を併発しています。次いで、糖尿病と虚血性心疾患の併発が60%と高い割合になっています(図表29)。

図表29 人工透析者の併発状況

併発 状況	高血圧	糖尿病	(再掲)糖尿病合併症			虚血性 心疾患	高尿酸 血症	脂質異 常症	脳血管 疾患
			腎症	網膜症	神経障害				
件数	10	6	4	4	1	6	4	4	3
割合 (%)	100	60	40	40	10	60	40	40	30

平成27年度末時点での人工透析による特定疾病療養の対象者14人の透析導入の主な原因疾患を見ると、糖尿病の割合が50%を占めています(図表30)。

図表30 新規透析導入原因疾患(平成27年度末時点特定疾病療養受療者より集計)



医療の状況から見える課題

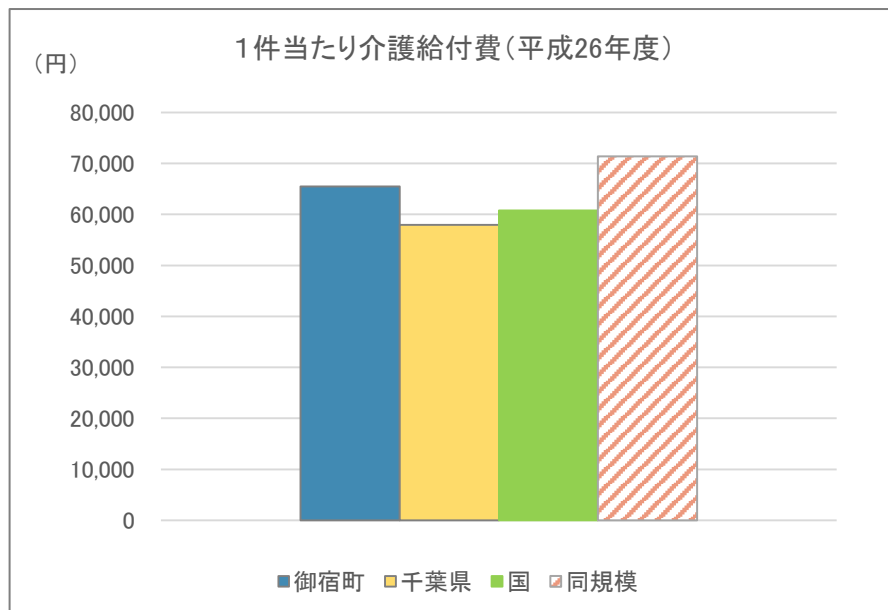
- 糖尿病については、疾病別医療費の中で最も高くなっており、外来のみでも1位となっています。年齢別に見ると60歳以上で急激に増加しているため、発症前の40～50歳代からの取り組みが必要です。また、合併症の患者数も国や県平均と比較して高い割合となっているため、重症化予防にも重点を置く必要があります。(P17～18, 20)
- 統合失調症については、入院医療費が最も高く、全体の医療費でも第2位となっています。重症化すると長期入院治療になることが多いため、保健所や福祉担当と連携し、早期からの適正受診を促すことが重要です。(P17)
- 高血圧については、患者千人当たりの生活習慣病患者数で最も多く、複数の生活習慣病を併せ持つ患者の多くが高血圧症を併発していることから、高血圧症対策が生活習慣病対策のためには重要となります。糖尿病と同様に60歳以上で急激に増加しているため、発症前の年齢に対しての取り組みが必要です。(P18)
- 高額な医療費で1件当たりの費用額が最も高く、人工透析患者の併発状況でも高い状況にある虚血性心疾患については、原因となり得るメタボリックシンドローム予防を始めとした生活習慣改善の取り組みが重要となります。(P21)
- 医療の高額・長期化しやすい人工透析は、導入の原因疾患として糖尿病が50%を占めていることから、糖尿病の重症化予防策を講じる必要があります。(P22)
- 生活習慣病が重症化し、入院や人工透析が必要な重篤な状態となることを防ぐため、健診受診による早期発見や、早期の医療機関受診と適正な継続治療等に繋げるとともに、必要に応じ主治医と連携した生活習慣改善に向けた保健指導等を行っていく必要があります。

(5)介護の状況

①全体の現状

介護保険の給付状況を1件当たり介護給付費で見ると65,497円で、国、県平均より高く、同規模市町村より低い状況となっています(図表31)。

図表31 1件当たり介護給付費

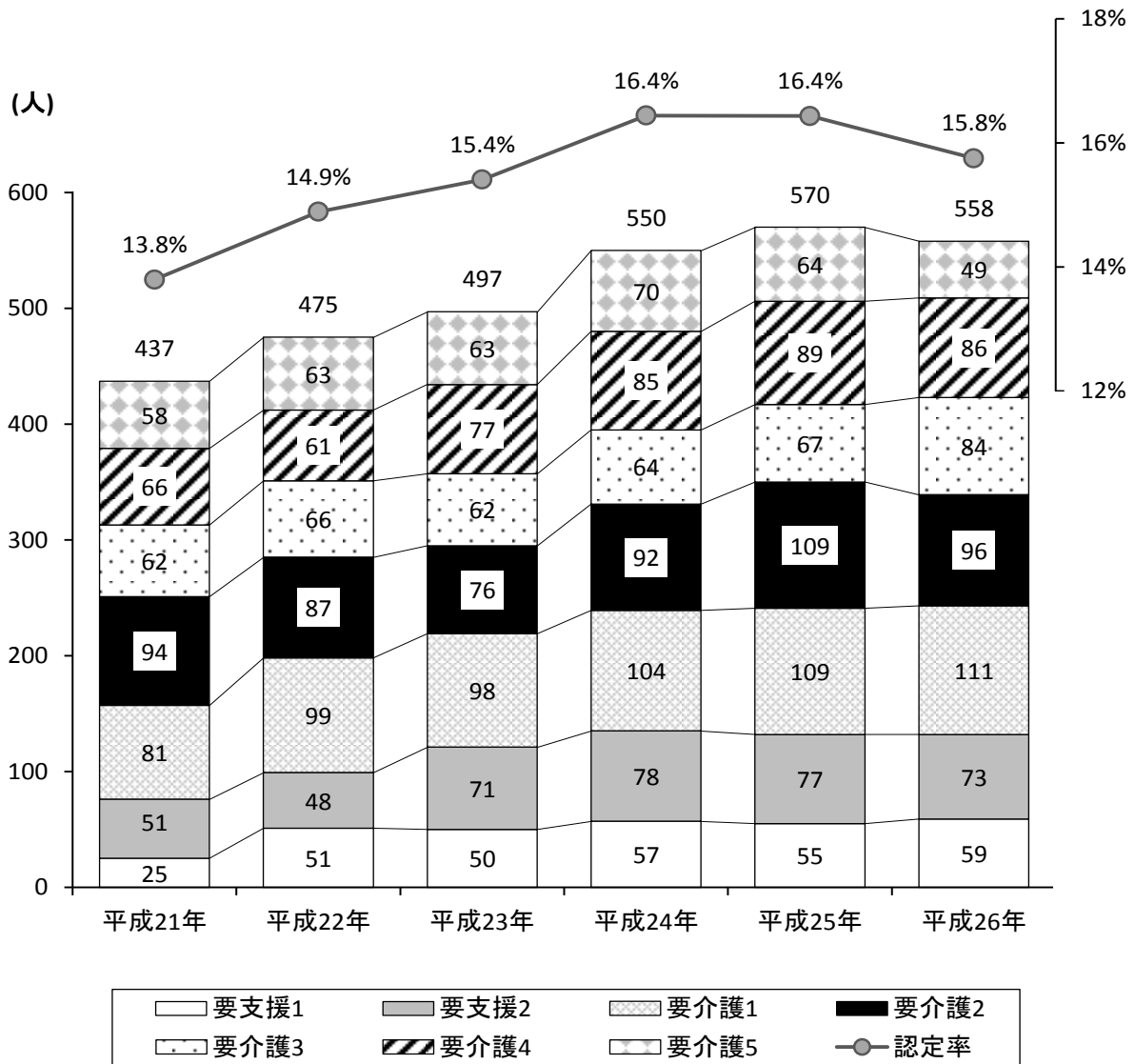


②介護（レセプト）の分析

ア. 要介護（支援）者認定状況

要介護又は要支援の認定者（以下「要介護認定者等」という。）は増加しており、平成26年10月時点で558人となっています。要介護度別に見ると、要介護3の人数が増加してきており、要介護1、要介護2、要介護3の三段階で全体の過半数を占めています。高齢者人口に対する要介護認定者等の割合（以下、認定率という）は、平成24年をピークに減少に転じ、平成26年10月時点で15.8%となっています（図表32）。

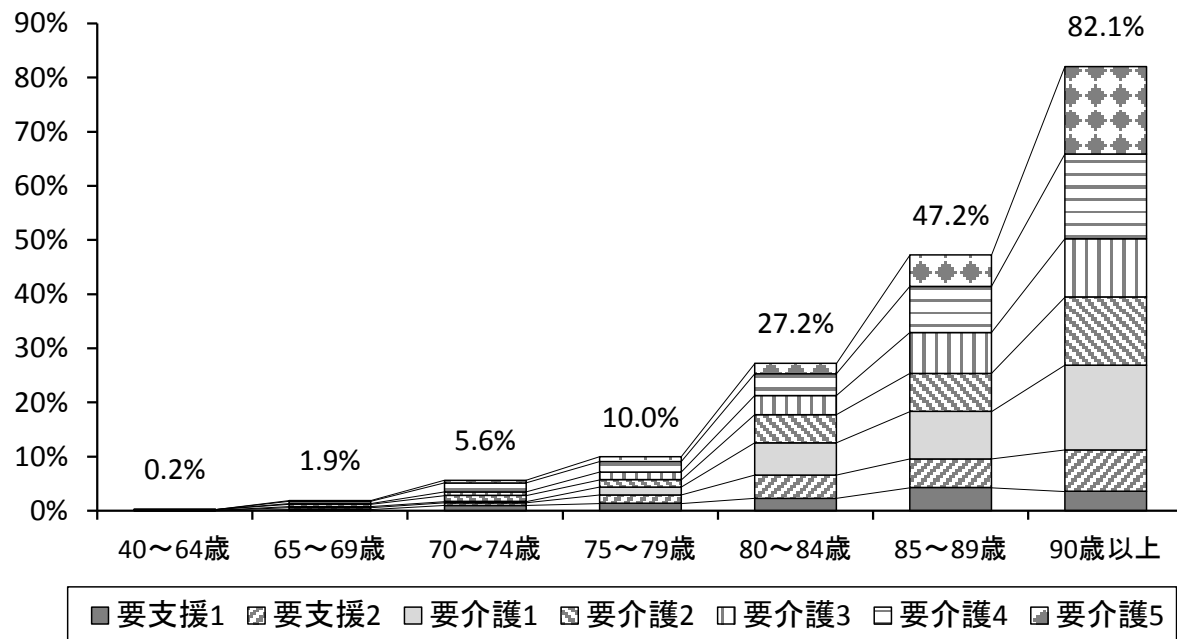
図表32 要支援・要介護認定者数及び認定率の推移（「第6期介護保険事業計画」より引用）



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

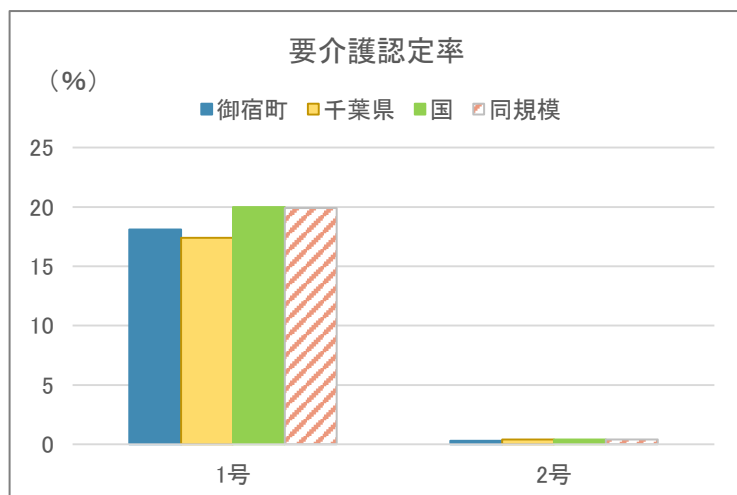
年齢別・要介護度別認定率を見ると、85歳から89歳で半数近く、90歳以上では約8割以上が要支援・要介護認定を受けています(図表33)。

図表33 年齢別認定率(平成25年)(「第6期介護保険事業計画」より引用)



認定率を国・県等と比較すると、1号被保険者では18.1%であり、国・同規模市町村よりも低く県より高い状況にあります。また、40～64歳の2号被保険者は0.3%で国・県・同規模市町村とほぼ同程度となっています(図表34)。

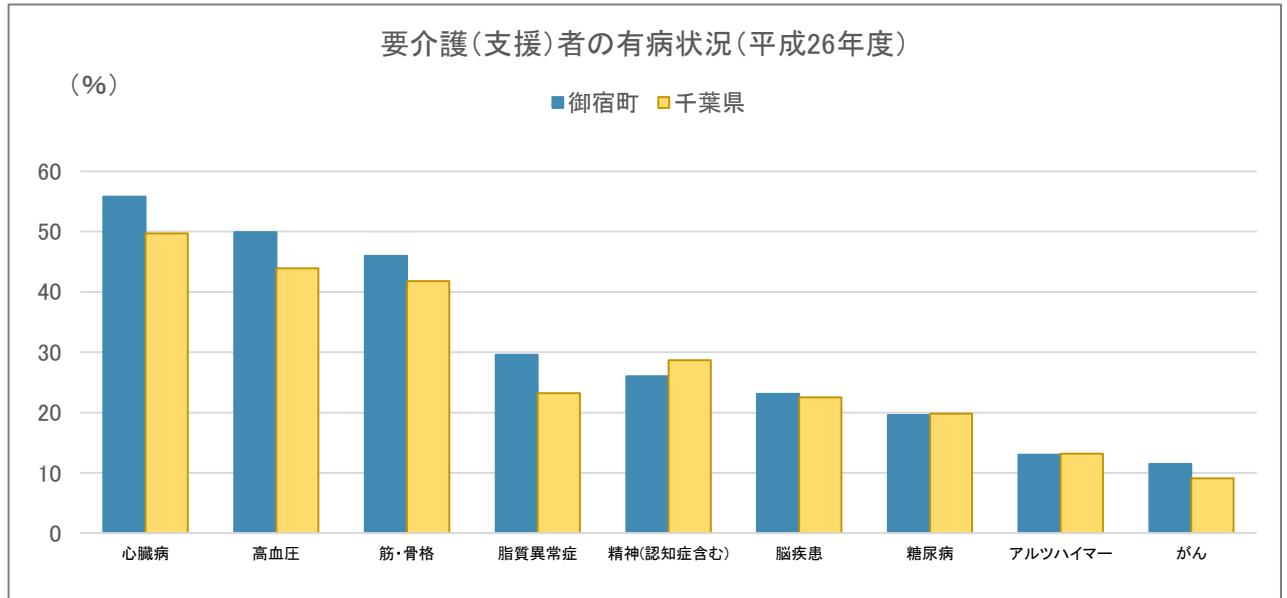
図表34 要介護認定率の状況



イ. 要介護認定者等の有病状況

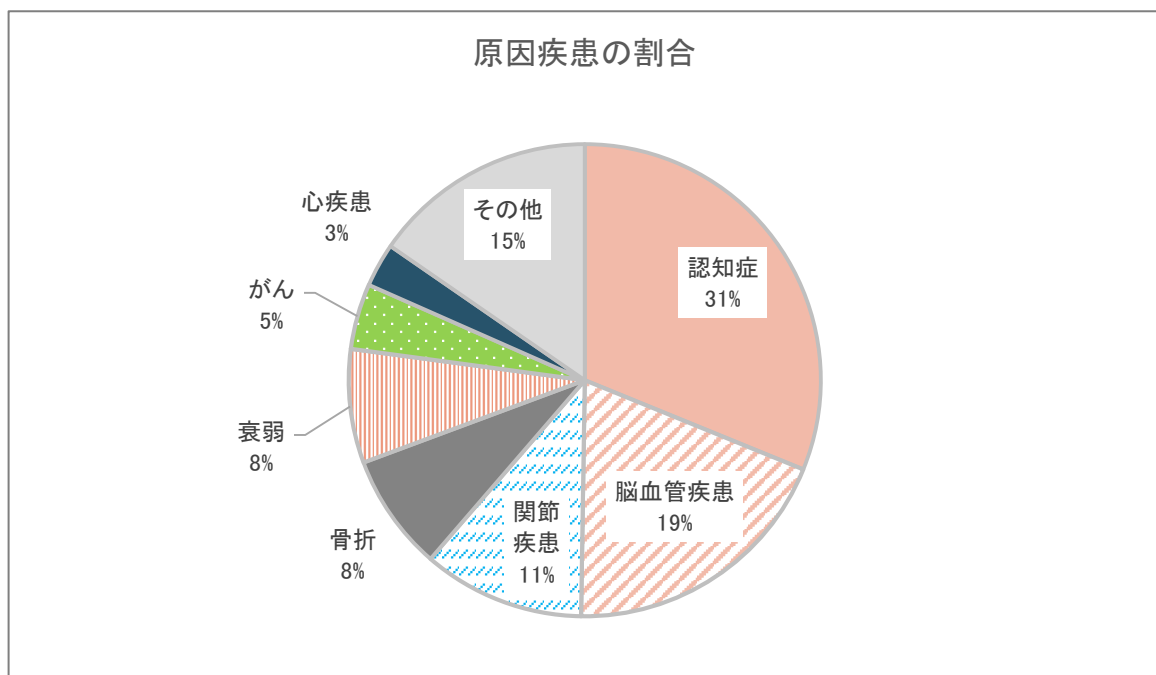
要介護認定者等の有病状況については、心臓病が55.8%で最も高く、次いで高血圧症、筋・骨格疾患、脂質異常症となっています。上位4疾患はいずれも県平均を上回っており、その他は同程度又は若干下回る状況となっています(図表35)。

図表35 要介護者の有病状況



要介護(支援)の原因疾患の状況を見ると、認知症によるものが31%と最も高く、次いで脳血管疾患、関節疾患となっています(図表36)。

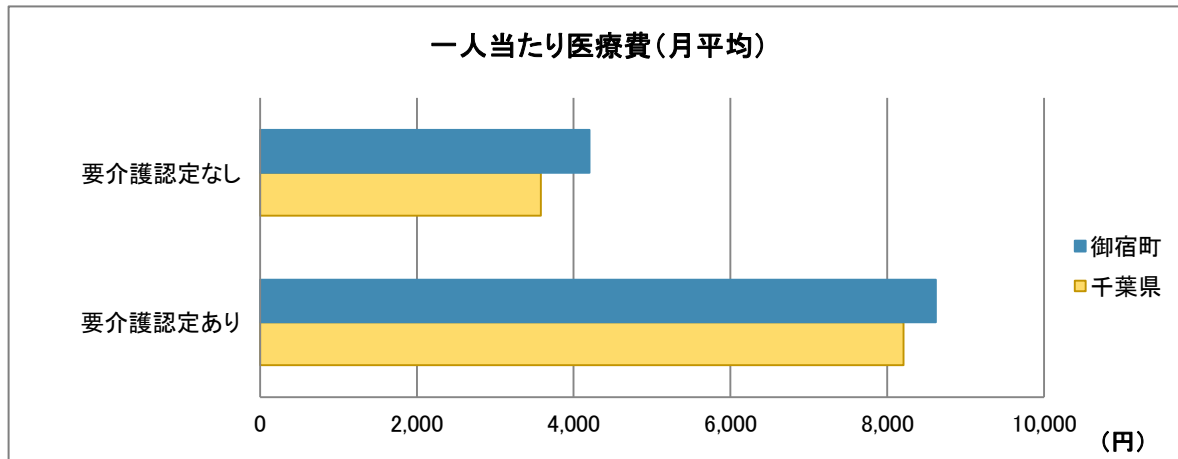
図表36 要介護(支援)者の原因疾患 (主治医意見書「生活機能低下の直接の原因となっている傷病名」から集計)



2. 健康・医療情報の分析から見る本町の現状

要介護認定者等の平成26年度の月平均の医療費は8,620円となっており、介護を要しない人よりも4,417円高い状況にあります(図表37)。

図表37 介護認定の有無と医療費の比較



介護の状況から見える課題

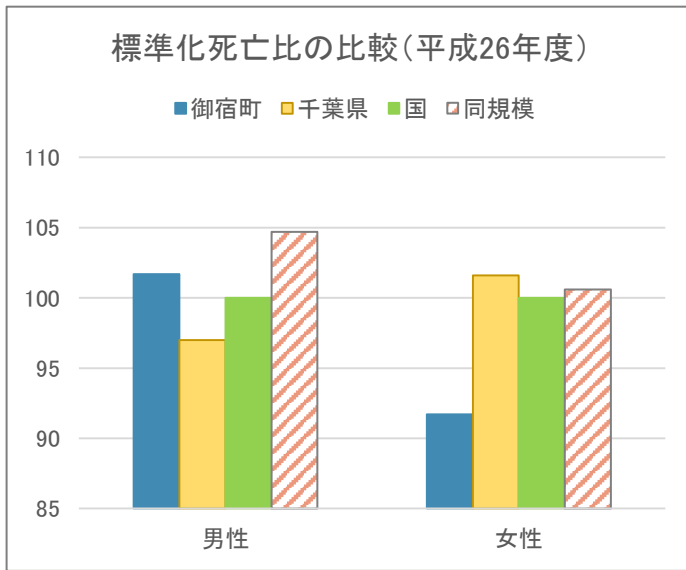
- 要介護認定者等は、年齢が高くなるにつれ増加する傾向にあり、要支援に比べ要介護の認定者の増加が著しい状況にあるため、要介護となる前の原因疾患の予防が重要となります。(P26)
- 要介護等の原因疾患は、認知症、脳血管疾患が上位となっています。認知症の原因のひとつでもある脳血管疾患を予防するため、基礎疾患である高血圧症や糖尿病等の生活習慣病を予防することが重要な課題となります。(P27)
- 高齢化の進行に伴い、今後も要介護認定者等の増加が予想されるため、要介護等の原因疾患や背景等について更に分析を進め、取組むべき施策について検討していくことが必要です。

(6)死亡の状況

①全体の現状

平成26年度の本町の総死亡数は158人であり、そのうち男性が75人、女性が83人となっています。標準化死亡比*は男性が101.7で同規模市町村よりも低い状況ですが、国・県に比べ高くなっています。また、女性は91.7で国・県・同規模市町村よりも低い状況となっています(図表38)。

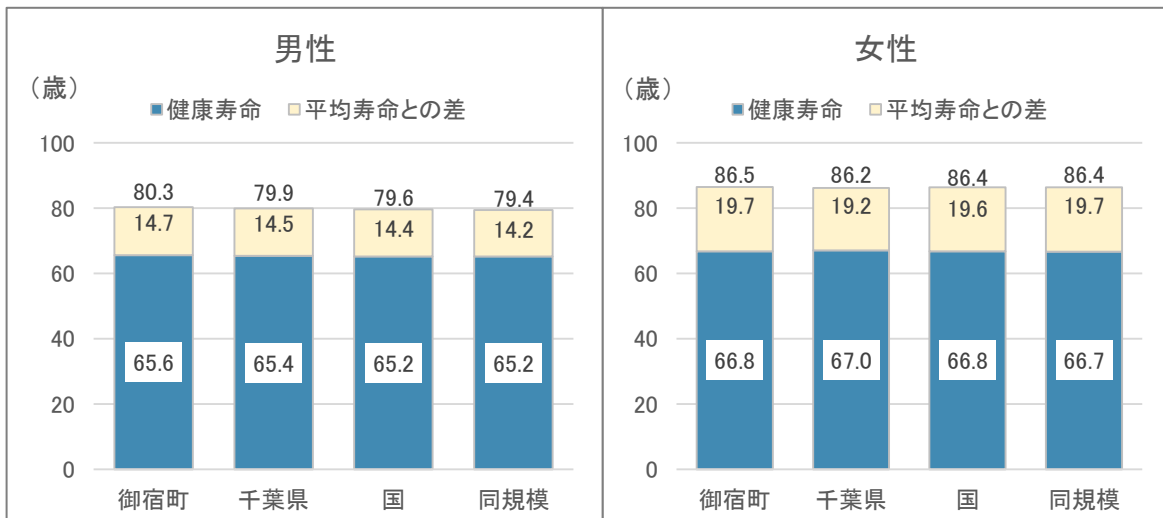
図表38 標準化死亡比の比較



※全国の平均を100とし、標準化死亡比が100以上の場合は全国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。(用語集参照)

平均寿命*は男性が80.3歳、女性が86.5歳で、健康寿命*は男性が65.6歳、女性が66.8歳となっており、国や県平均と比較して大きな差はありません。平均寿命と健康寿命との差が男性では14.7歳、女性では19.7歳あるため、この差を短縮し介護等で生活を制限されることなく暮らせる期間を延伸することが課題となります(図表39)。

図表39 平均寿命と健康寿命の状況 ※上の数値は平均寿命

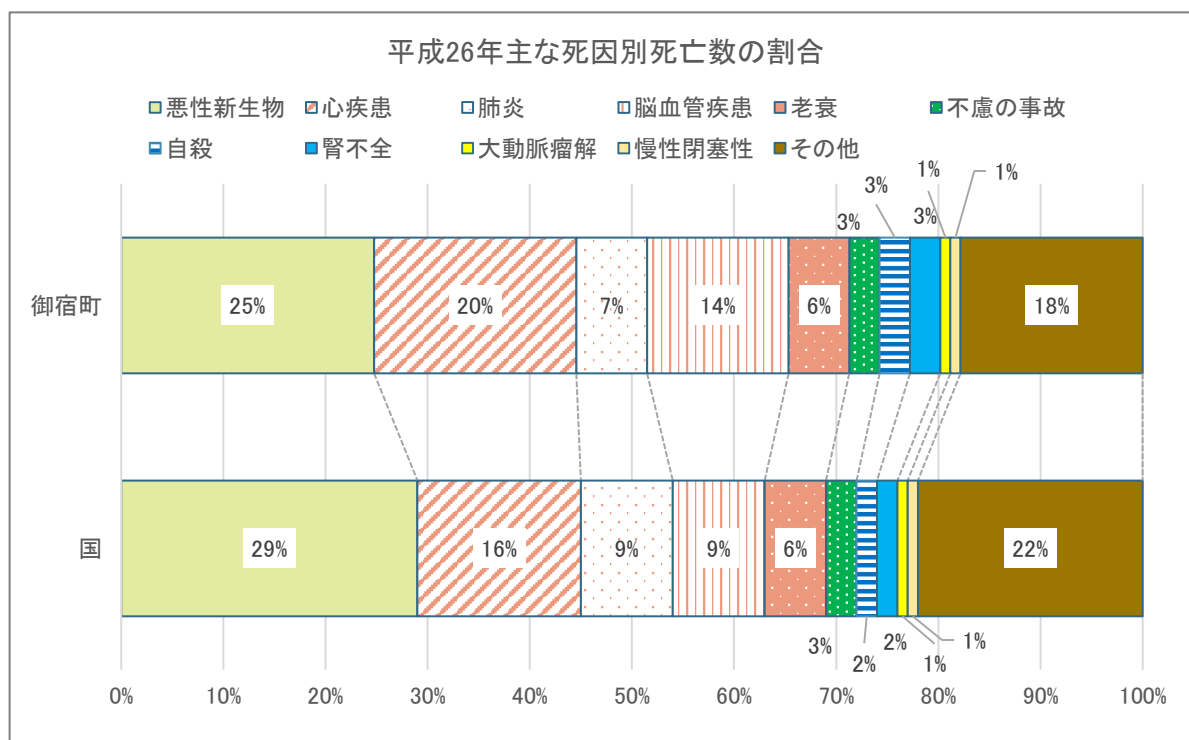


②死因別の状況

平成26年の疾病別死亡割合では、悪性新生物*（がん、肉腫等）による死亡割合が最も高く、次いで心疾患、脳血管疾患となっています。また、全国と比較すると本町では、心疾患、脳血管疾患の割合が高くなっています（図表40）。

平成26年の人口動態調査から、死因の第1位であるがんについて、部位別では、男性は胃がん、肺がんが多く、女性は大腸がん、肺がんの順で多くなっています。

図表40 死因別死亡数の割合（平成26年千葉県衛生統計年報（人口動態調査）第7-3表より作成）



死亡の状況から見える課題

- 標準化死亡率から見ると、女性は国・県平均等より低く、男性は高くなっています。今後、男女別の疾病構造や傾向等について分析を進め、取り組むべき施策について検討することが必要となります。（P29）
- 健康寿命と平均寿命の差が、男性では14.7歳、女性では19.7歳と大きな差が見られることから、介護が必要な状態が長期間にわたり、本人のQOLの低下や介護保険の給付費増大に繋がっていることが考えられるため、この差を短縮し介護等で生活を制限されることなく暮らせる期間を延伸することが課題となります。（P29）
- 死因別死亡数の割合を見ると、全国と比較し心疾患や脳血管疾患等の循環器疾患の割合が高くなっています。循環器疾患は、生活習慣の改善等により予防可能なものもあるため、生活習慣病予防の取り組みが重要となります。（P30）

3. これまでの保健事業の取組み

本町では、平成20年度の特定健診開始以降、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導を実施しています。特定健診は集団健診方式で実施しており、町内各地区への送迎バスの運行や各種PR活動に取り組んでいます。集団健診で都合のつかない人や、かかりつけ医等での個別受診希望の人に対しては、短期人間ドック助成事業も行っています。

健診受診後には個別結果説明会を実施し、健診項目の説明と生活習慣改善の意識付けを行っています。

特定保健指導においても制度開始以降外部委託を行い、民間のノウハウを活用した生活習慣改善のための個別支援を実施しています。

また、特定保健指導終了者*を対象に「ヘルシーサークル」を実施し、運動実習や調理実習を通して、リバウンド防止に取り組んできました。

第2期町特定健診計画において、健診や医療費等の分析から課題とされた糖尿病について、非肥満者を含む特定保健指導の対象とならない人に対し糖尿病予防教室を開催し、糖尿病の発症・重症化予防に取り組んできました(図表41)。

図表41 現在実施している保健事業(平成29年度)

事業名	目的	対象者	事業内容
特定健康 診査 (特定健 診)	メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)等に 該当し、保健指導が必要 な人を抽出する。	40歳～74歳 の被保険者	【実施期間】5月～7月に7日間 【実施内容】集団健診 身体計測、血圧測定、尿検 査、血液検査等 【自己負担】500円 【周知方法】受診票個別通知、お知らせ 版、HP、ポスター、ツイッター、 データ放送 等
特定保健 指導	メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群に対 し保健指導を実施し、生 活習慣の改善のための 支援を行う。	特定健診にお いて「積極的支 援」又は「動機 づけ支援」と判 定された者	【実施期間】8月～3月 【実施内容】面接、電話、手紙等による生 活習慣改善のための支援(外 部委託) 【自己負担】なし 【案内方法】対象者への個別通知、電話勧 奨
短期人間 ドック助 成事業	疾病の早期発見及び早 期受診に役立て、被保険 者の健康保持増進を図 る。	40歳～74歳 の被保険者	【助成回数】年度内に1回 【助成内容】人間ドック費用の7割助成。 (上限額3万円) ※同一年度内に特定健診を受診していな い者を対象

3. これまでの保健事業の取組み

事業名	目的	対象者	事業内容
個別結果説明会	生活改善や健診受診の必要性を周知し、継続受診者を増やすとともに、生活習慣病予防を図る。	健診受診者のうち、「保健指導」判定となった者（特定保健指導対象者以外）	【実施日数】4日間 【実施内容】個別面接 （保健師、栄養士による健診結果説明、生活指導等）
ヘルシーサークル	特定保健指導実施後のリバウンドを防止することで、健康的な生活を維持し、生活習慣病予防・改善を図る。	特定保健指導の終了者等	【実施期間】5月～3月 【実施回数】年9回 【実施内容】集団教室 運動実習、調理実習、講話等 【周知】対象者への個別通知、お知らせ版
糖尿病予防教室	糖尿病予備群の者の発症・重症化を予防する。	HbA1c値が保健指導判定の者	【実施時期】10月～3月 【実施回数】全5回 【実施内容】集団教室 運動実習、調理実習、講話等 【周知】対象者への個別通知、お知らせ版
健康・体力チェック	住民が自己の問題点や改善方法を見出し、健康な生活を送ることができるようサポートする。	すべての町民	【実施時期】10月 【実施回数】2日間 【実施内容】体力測定後に保健師、栄養士による個別相談 食生活改善推進員による試食品の提供
健康相談	住民が自己の問題点や改善方法を見出し、健康な生活を送ることができるようサポートする。	すべての町民	【実施期間】7月～9月 【実施日数】3日 【実施内容】保健師、栄養士による個別相談
食生活改善推進員による啓発	住民の健康維持、増進及び食育の推進を図る。	すべての町民	【実施内容】食生活改善推進員による普及啓発活動
重複・頻回受診者訪問事業	重複又は頻回受診を防止することにより、医療費適正化と対象者の身体的負担軽減を図る。	御宿町国民健康保険被保険者のうち、重複・頻回受診が認められる者	【実施時期】通年 【内容】保健師による訪問指導

4. 健康・医療情報の分析結果に基づく本町の健康課題

【課題 1】 40 歳代 50 歳代の若年層の健診受診率が低い

40～50歳代は健診受診率が低い状況ですが、健診受診者のうち50歳代男性のメタボリックシンドローム該当者の割合は32.3%と高く、未受診者の中にもハイリスク者が多くいることが考えられます。また、糖尿病、高血圧症患者数は60歳以上で急激に増加し、要介護者有病状況や、死亡原因でも循環器疾患が圧倒的に高くなっています。

このことから、循環器疾患等の発症が増加する前の年代である40～50歳代の健診受診率を上げ、重症化する前に早期発見・早期介入することが必要です。また40歳代ですでに重篤な循環器疾患の既往がある人もいるため、特定健診の対象となる前からの健診機会の提供や若年層の健康管理も重要となります。

【課題 2】 糖尿病患者及びその予備群が多い

健診における糖尿病の有所見割合が高く、中でも非肥満高血糖者の割合が17.6%と県平均よりも非常に高くなっています。健診時の質問票から過剰飲酒や運動不足等の生活実態も明らかとなっており、糖尿病発症との関連も考えられます。

医療の状況をもみても、糖尿病での受診は医療費の1位、慢性腎不全は3位となっており、糖尿病の患者数は年々増加しています。また、1件当たりの医療費が高額で、長期化しやすい人工透析については、原因疾患の半数を糖尿病が占めているため、新規人工透析者の増加を抑制するためにも、糖尿病の発症・重症化の予防が重要です。

【課題3】 高血圧症患者及びその予備群が多い

生活習慣病患者のうち有病率が高いのは53.7%の高血圧症です。更に、複数の生活習慣病を保有している人の多くが高血圧症を併発しており、生活習慣病が重症化した状態である虚血性心疾患・脳血管疾患患者の80%以上が高血圧症を基礎疾患として持っています。

また、高齢化率の高い本町では、血圧が高い人が多いことが予想され、健診や医療機関を受診していない隠れ高血圧症の人も多くいるものと思われます。血圧の高い状態を長年放置することで、介護を要する重篤な循環器疾患を招く危険性もあります。

これらを防ぐために、まずは高血圧を及ぼす生活習慣の実態把握に努め、実態に応じた高血圧症の発症予防と、すでに高血圧症を発症している人に対する重症化予防を行う必要があります。

5. 目的・目標の設定

(1)目的

今回の本計画の目的は、健康寿命の延伸、生活の質(QOL)の維持・向上及び医療費の適正化です。

今後更に医療が高度化し、高齢化が進展することに伴い、生活習慣病の受療者が増加することが予想されますが、若いうちからの発症予防や、軽症のうちに適切に外来受診をし、重症化を予防することにより、1件当たりの費用額が高い入院の件数を抑えることができると考えられます。

そのために、生活習慣に起因する疾患の予防、早期発見、早期治療に向けた対策に取組み、1件当たりの医療費が高額となり、QOLの低下に繋がる人工透析や、医療費が高額で死亡率が高い虚血性心疾患、要介護状態になる原因にもなる脳血管疾患の発症や重症化を予防します。

(2)目標

今回の第1期計画では、生活習慣病の発症を予防するために以下の項目を目標とします。

①40・50 歳代の若年層の特定健診受診率の向上

- ・現在実施している町ホームページやツイッター等による周知の他に、町内園児や小中学生の保護者や、職域をターゲットとした周知を広く実施し、また未受診者への電話による受診勧奨*を行います。
- ・特定健診対象となる前の若年層に対し健診を実施する等、自己の健康を見直す機会の提供を検討します。

目標項目 (26年度現在値)	短期目標					中長期目標
	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①40歳代50歳代の 特定健診受診率 22.4%	25.0%	29.0%	34.5%	41.5%	50.0%	60.0%

②糖尿病有所見割合の改善

- ・人工透析の原因疾患の半数を占める糖尿病に関し、肥満の有無に関わらず血糖値の高い対象者について保健指導や健康教育を実施します。
- ・保健指導や健康教育では、血糖上昇に関連する生活習慣として、特定健診の質問票における1日飲酒量2～3合以上の飲酒をしている人の割合の減少と、1日1時間以上運動習慣のある人の割合の増加を目指した飲酒指導や運動指導を行い、特定健診時のHbA1c値の有所見割合の低下に繋がります。

目標項目 (26年度現在値)	短期目標					中長期目標
	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
特定健診時の 糖尿病有所見割合 (HbA1c値) 67.1%	67.0%	66.8%	66.4%	65.6%	64.0%	60.8%

③血圧有所見割合の改善

- ・血圧上昇に大きく影響を及ぼす塩分摂取量等の生活実態の調査に努めるとともに、塩分摂取過多の者に対し、個別に減塩指導を行います。
- ・高血圧症の原因にもなり得る肥満を予防・解消するため、広く教室の対象者を募り、仲間づくりと継続的に運動する機会を提供します。
- ・高血圧症に関する正しい知識の普及と、放置することの危険性について意識付けを行います。

目標項目 (26年度現在値)	短期目標					中長期目標
	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
③特定健診時の 血圧有所見割合 (収縮期血圧) 57.2%	収縮期 57.1%	収縮期 56.9%	収縮期 56.5%	収縮期 55.7%	収縮期 54.1%	収縮期 50.9%
(拡張期血圧) 20.4%	拡張期 20.3%	拡張期 20.1%	拡張期 19.7%	拡張期 18.9%	拡張期 17.3%	拡張期 14.1%

6. 課題を解決するための保健事業

健康・医療情報の分析から見えた課題を解決するために、以下の事業を実施します(図表42)。以下の事業を実施するにあたっては、各事業計画を別途作成し、事業計画を元に評価します。

図表42 健康課題を解決するための保健事業

【目標① 40・50歳代の若年層の特定健診受診率の向上】

事業名	目的	対象者	実施内容	新規・既存
特定健診	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)等に該当し、保健指導が必要な人を抽出する。	40歳～74歳の被保険者	<p>【実施期間】5月～7月に7日間</p> <p>【実施内容】集団健診 身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査等</p> <p>【自己負担】500円</p> <p>【周知方法】受診票個別通知、お知らせ版、HP、ポスター、ツイッター、データ放送等</p> <p>新規</p> <ul style="list-style-type: none"> ○若年層向けのPR活動の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・こども園や児童館、学校の保護者向けにチラシを配布。 ・商工会、青年部を通しチラシを配布。 ○塩分摂取量の把握 <ul style="list-style-type: none"> ・健診項目に尿中推定塩分濃度を追加。 	既存 (一部新規)
健診未受診者対策事業	若年層の受診率向上を図る。	5月の特定健診未受診の40、50歳代の者	<p>【実施期間】6月</p> <p>【実施内容】5月の前期特定健診の未受診者に対し、電話による受診勧奨を実施</p>	既存
若年健康診査	健診受診に対する意識付けを行い、疾病予防を図る。	30歳代の住民	特定健診と同時実施。 実施内容等については、特定健診と同様。	新規

【目標②③ 糖尿病・血圧有所見割合の改善】

事業名	目的	対象者	実施内容	新規・既存
生活習慣病予防教室	生活習慣病の発症・重症化を予防する。	特定健診において、HbA1c 値、血圧値等が保健指導判定値の者、特定保健指導を終了した者等	【実施時期】通年 【実施回数】月 1 回 【実施内容】集団教室 運動実習、調理実習、講話等 【周知】対象者への個別通知、お知らせ版	既存 (一部新規)
生活習慣病相談事業	生活習慣病の発症・重症化の予防を図る。 (仕事等で時間のない人からの相談にも対応)	すべての住民	【実施時期】通年 【実施内容】電子メールによる個別相談(食事記録等をメール添付してもらい具体的に指導する 等) 【周知】お知らせ版、町ホームページ	新規
特定健診等結果説明会	生活習慣病等の重症化予防を図る。	特定健診において、「保健指導」判定を受けた者	【実施日数】4 日間 【実施内容】個別面接 (保健師、栄養士による健診結果説明、生活指導等) 新規 ○生活習慣改善のための取組み ・結果説明会の場を活用した、適正な塩分や飲酒量の展示、試食品の提供。 ○減塩に向けた取組み ・尿中推定塩分濃度の高い者に対し、個別指導を実施。 ・家庭のみそ汁塩分測定を実施。	既存 (一部新規)
受診結果把握事業	受診勧奨判定者の医療機関受診状況を把握するとともに、適正な受診について促す。	特定健診時に血糖値が受診勧奨判定値の者	【実施時期】結果返却時 【実施内容】HbA1c 等受診勧奨者へ受診結果返信表を同封し、その返信率を確認。特に重度受診勧奨値の者については、返信のない場合、電話か訪問による受診確認を実施。	既存
健診後の情報提供事業	生活習慣病予防を図る。	特定健診受診者	特定健診結果返却時の情報提供パンフレットにおいて、血圧等ポイントをしばったリーフレットを同封し、知識の普及を行う。	既存

7. 評価方法の設定

評価についてはKDBシステムの情報を活用し、本計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を毎年行うこととします。また、データについては経年変化、同規模市町村・千葉県・国との比較を行い、受診率・受療率、医療の動向等を定期的に把握します。

【評価項目】

次の項目について、経年で評価を実施します。

- (1) 全体の経年変化(御宿町の地域特性、健康状態)
- (2) 特定健診受診率
 - ① 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化
 - ② 性・年齢階級別受診率の経年変化
目標対象年齢:40～50歳代の健診受診率
- (3) 健診有所見割合の経年変化
- (4) 健診時の質問票における経年変化
 - ① 飲酒(飲酒頻度、2～3合以上の飲酒割合)
 - ② 運動習慣(1回30分以上運動・1日1時間以上の運動習慣)
- (5) 医療費の変化
 - ① 生活習慣病総医療費(入院・外来)
 - ② 1人当たり医療費(入院・外来)
- (6) 疾病の発症状況の経年変化
目標疾患(糖尿病、高血圧症)

8. 計画の見直し

最終年度となる平成35年度に、本計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価して計画の見直しを行います。

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。

本計画の見直しに当たっては、国民健康保険運営協議会の審議を経て行います。

9. 計画の公表・周知

策定した計画は製本し、担当課保管するほか、町ホームページに掲載するなどして広く周知します。

10. 個人情報保護

本町における個人情報の取り扱いは、御宿町個人情報保護条例(平成16年条例第12号)によるものとします。

11. その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく医療保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国民健康保険団体連合会が行うデータヘルスに関する研修に、事業運営にかかわる担当者(国民健康保険、保健予防部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けます。

《用語集》

【あ行】

悪性新生物

がん・肉腫のこと。細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な細胞を破壊する腫瘍のこと。

新生物

正常な組織細胞は、必要以上に分化分裂を行わないように調節を受けているが、そこからはずれ自立的に増殖を始めるようになった組織。良性のものと悪性のものに分けられる。

医療保険者(保険者)

公的医療保険の実施者をいう。公的医療保険は、病院等の医療機関の受診により発生した医療費について、その一部又は全部を医療保険者が給付する仕組みであり、地域住民を対象とし市町村が医療保険者となる国民健康保険などがある。わが国の医療保険制度では、国民は公的医療保険に加入することになっている。(国民皆保険制度)

【か行】

拡張期血圧

血圧測定値の、いわゆる「上」を収縮期血圧(最大血圧)、「下」を拡張期血圧(最小血圧)といい、拡張期血圧(最小血圧)は、全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻り、心臓が拡張したときの血圧で、最も低い血圧となる。

クレアチニン

血清クレアチニン値のこと。血清クレアチニンとは、筋肉運動のエネルギーとして代謝される「クレアチン」の代謝後に残る老廃物のこと。血清クレアチニン検査は腎臓の濾過機能をチェックする指標となる。

健康寿命

一生のうち、健康で支障なく日常の生活を送れる期間のこと。

高血圧症

血管の中を流れる血液の圧力が強くなり続けている状態。進行すると血管壁の弾力性やしなやかさが失われ、また血管壁に傷が生じて、その傷に LDL コレステロールなどが沈着すると動脈硬化が促進される。

正常高血圧: 正常な範囲内の高めな血圧。

血圧値 130~139/85~89mmHg の間の状態。

I 度高血圧: 高血圧を 3 段階に分類し、最も血圧が低い段階。

140~159/90~99mmHg の間の状態。

II 度高血圧: 高血圧を 3 段階に分類し、真ん中の段階。

160~179/100~109mmHg の間の状態。

III 度高血圧: 高血圧を 3 段階に分類し、最も血圧が高い段階。

180 以上/110mmHg 以上の状態。

国保連合会

千葉県国民健康保険団体連合会の略。

【さ行】**収縮期血圧**

血圧測定値の、いわゆる「上」を収縮期血圧(最大血圧)、「下」を拡張期血圧(最小血圧)といい、収縮期血圧(最大血圧)は、心臓が収縮し血液が大動脈に送り出され、血管に高い圧力がかかるときの血圧となる。

受診勧奨

生活習慣病が重症化する危険性が高い人(受診勧奨基準値以上)に医師の診療を受けるよう支援し、薬物治療等の早期開始につなげること。

生活習慣病

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓病、肥満等で生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する疾患のこと。

【た行】**耐糖能異常**

耐糖能とはブドウ糖からエネルギーに変換する能力のことで、耐糖能異常とはその変換する能力が低下すること。

耐糖能が低下は糖尿病の原因の1つであり、高血糖な状態が続くと血管に様々な悪影響を及ぼす。

中性脂肪

トリグリセリド、トリグリセライド、TGともいわれる。食物としてとる脂肪の大部分が中性脂肪であり、エネルギー源として使われ、余分なものは肝臓や脂肪組織に蓄えられる。脂質・糖質・アルコール等のとり過ぎや肝臓病・糖尿病で高値になることが多い。

同規模

KDB システムでの保険者規模別の区分。御宿町は、区分9(町村2:人口規模 5,000～10,000 人)に区分される。

特定健康診査(特定健診)

平成 20 年 4 月から開始されたメタボリックシンドロームに着目した健康診査。医療保険者が、40 歳～74 歳の加入者に対し実施する。

特定保健指導

特定健診の結果により、メタボリックシンドローム、あるいはその予備群とされた人に対して医療保険者が実施する保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。

特定保健指導終了者

特定保健指導対象者が 6 か月後の最終評価まで利用した者。

【は行】

肥満・非肥満

腹囲*が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上又は BMI $25\text{kg}/\text{m}^2$ の者を肥満という。それ以外を非肥満という。

標準化死亡比

標準化死亡比 (SMR) は、年齢構成が異なる集団間 (例えば御宿町と全国) の死亡傾向を比較するものとして用いられ、標準化死亡比が基準値 (100) より高い場合は、その地域の死亡状況が、基準となる集団 (全国) より悪いということを示す。基準死亡率 (人口 10 万対の死亡数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数を比較するものである。全国の平均を 100 とし、標準化死亡比が 100 以上の場合は全国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。

腹囲

へその高さに巻尺を水平に巻いて計測したお腹周りの値。内臓脂肪の蓄積をチェックする。

服薬

薬を服用すること。

平均寿命

0 歳の平均余命を平均寿命という。

ポピュレーションアプローチ

集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康障害のリスクを少しずつ軽減させ、良い方向にシフトさせること。環境の整備。

【ま行】

メタボリックシンドローム

内臓脂肪症候群ともいう。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積 (内臓脂肪型肥満) を共通要因として、高血圧、高血糖、脂質異常等を引き起こした状態で、その複合的な結果として、血管の損傷や動脈硬化が生じ、症状が重症化した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。日本では、ウエスト周囲径 (おへその高さの腹囲) が男性 85cm 女性 90cm を超え、高血圧・高血糖・脂質代謝異常の 3 つのうち 2 つに当てはまるとメタボリックシンドロームと診断される。

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」(平成 17 年『メタボリックシンドローム判断基準検討委員会』により設定) においては、肥満に加え、高中性脂肪血症、耐糖能異常*、高血圧のうち、2 つ以上合併した場合の危険率は正常な者の 30 倍以上にも達するとされている。略して「メタボ」ということもある。

【や行】

有所見者

健診結果の数値が基準値より高い又は低い値等の異常があった場合をいう。特定健診においては、「受診勧奨」や「保健指導」と判定された人のこと。

【5行】

リスク

危険のことで、病気に関しては重症化する要因の意味。

【A～Z】

BMI(ビー・エム・アイ)

肥満度を表す指標として一般的に用いられている。

Body Mass Index の略。体重(kg)／身長(m²)で算出する。

BMI < 18.5 低体重(やせ)、18.5 ≤ BMI < 25 普通体重(正常)、BMI ≥ 25 過体重(肥満) (日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会、2000年)

eGFR(イージーエフアール)

eGFRは、推算糸球体ろ過量(estimated Glomerular Filtration Rateの略)。血清クレアチニン値と年齢・性別から計算式を用いて、腎臓の働きを示す推定値であり、健康な人では、eGFRは100/分/1.73 m²前後。60/分/1.73 m²未満が持続していれば、腎機能の低下は明らかであり、末期腎不全・透析の段階では、eGFRは15/分/1.73 m²未満に低下する。

HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)

HbA1cは赤血球の中で体内に酸素を運ぶ役目のヘモグロビンと、血液中のブドウ糖が結合したもので、糖尿病の患者は血液中に顕著な増加が見られる。血糖値は常に変化しているが、HbA1cは濃度が安定しているため、過去1～2か月の血糖の平均的な状態を知ることができる。

KDB(ケーディービー)システム

国保データベースシステムのこと。国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会*が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、「統計情報」・「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

LDL コレステロール(エルディーエルコレステロール, LDL-c)

LDL(低比重リポたんぱく)コレステロールは、いわゆる「悪玉コレステロール」のことで、肝臓でつくられたコレステロールを各臓器に運ぶ働きをしている低比重リポたんぱくのことです。細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となる。

⇨HDL コレステロール(エイチディーエルコレステロール, HDL-c)

HDL(高比重リポたんぱく)コレステロールは、いわゆる「善玉コレステロール」のことで、血管の壁についている余分な脂質であるコレステロールを回収し、肝臓に送る働きがあり、動脈硬化を予防する。

PDCA サイクル

業務プロセスの管理手法の一つで、計画(plan)→実行(do)→評価(check)→改善(action)という4段階の活動を繰り返すことにより、継続的にプロセスを改善していく手法。