

松戸市国民健康保険
保健事業実施計画
【第2期データヘルス計画】
(案)
平成30年度～平成35年度

平成30年3月

松 戸 市

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1. 計画の背景	1
2. 計画期間	2
3. 実施体制・関係者連携	2
第2章 松戸市の状況	3
1. 松戸市の特性	3
（1）総人口と国民健康保険被保険者の推移と推計	3
（2）主要死因の状況	5
2. 前期計画等に係る考察	6
第3章 健康・医療情報等の状況	10
1. 医療費の状況	10
（1）医療費総額の推移	10
（2）1人当たり医療費の推移	10
（3）1人当たり医療費の比較	11
（4）医療費総計が高い疾病（疾病分類別医療費の割合）	11
（5）生活習慣病に係る医療費	12
（6）年齢階層別1人当たり医療費	13
（7）特定健康診査受診者・未受診者の生活習慣病等1人当たり医療費（医科）の比較	14
2. 特定健康診査・特定保健指導の状況	15
（1）特定健康診査の状況	15
（2）特定保健指導の状況	21
3. 糖尿病及び慢性腎不全（糖尿病性腎症を含む）の状況	25
（1）糖尿病重症度に関する分析	25
（2）糖尿病患者数の推移と比較	27
（3）新規糖尿病性腎症患者数の推移と比較	28
（4）人工透析患者数の推移と比較	29
（5）特定疾病（慢性腎不全・透析あり）の推移	29
（6）国民健康保険加入から特定疾病（慢性腎不全・透析あり）認定までの期間	30
（7）松戸市における糖尿病性腎症ハイリスク対象者の抽出	31
（8）特定健康診査受診者における糖尿病性腎症発症リスクに関する分析	32
4. 要介護者の状況	34
（1）要支援・要介護認定者数と介護給付費の推移	34
（2）第2号被保険者の介護認定特定疾病分類	35
（3）介護認定者の有病状況	36

5. 重複受診の状況	36
(1) 男女別重複受診者数	36
(2) 薬効分類・重複受診者	37
6. 頻回受診の状況	39
(1) 男女別頻回受診者数	39
(2) 傷病名・男女別頻回受診者数	39
第4章 健康課題の抽出	40
1. 本市における健康課題：糖尿病対策の充実	40
(1) 糖尿病対策の充実に向けた課題：早期対応と重症化予防	40
(2) 糖尿病の早期対応と重症化予防に向けた対応の方向性	41
2. 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上	41
第5章 目標の設定	42
1. 中・長期目標	42
2. 短期目標	42
第6章 保健事業の実施内容	43
1. 糖尿病対策の推進	43
2. 特定健康診査・特定保健指導の推進	45
3. 包括的な地域保健体制の構築	46
4. その他の保健事業	46
第7章 計画の評価・見直し	47
1. 計画の評価方法	47
2. 計画の見直し	47
第8章 計画の公表・周知	48
第9章 個人情報保護	48
1. 記録の保存方法等	48
(1) 記録の保存方法	49
(2) 保存体制	49
(3) 外部委託の有無	49
2. 管理ルールの制定（留意点）	50
 参考資料（用語集）	 51

第1章 計画策定にあたって

1. 計画の背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」とする。）等の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」とする。）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。

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においては、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」としています。

これまでも松戸市（以下「本市」とする。）においては、KDB、松戸市総合保健福祉システム、レセプト等を活用することにより、データヘルス計画（平成28～29年度）、第2期特定健康診査等実施計画の策定や保健事業を実施してきたところではありますが、今後はさらなる国民健康保険被保険者（以下「被保険者」とする。）の健康寿命の延伸と医療費適正化に向けて、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。

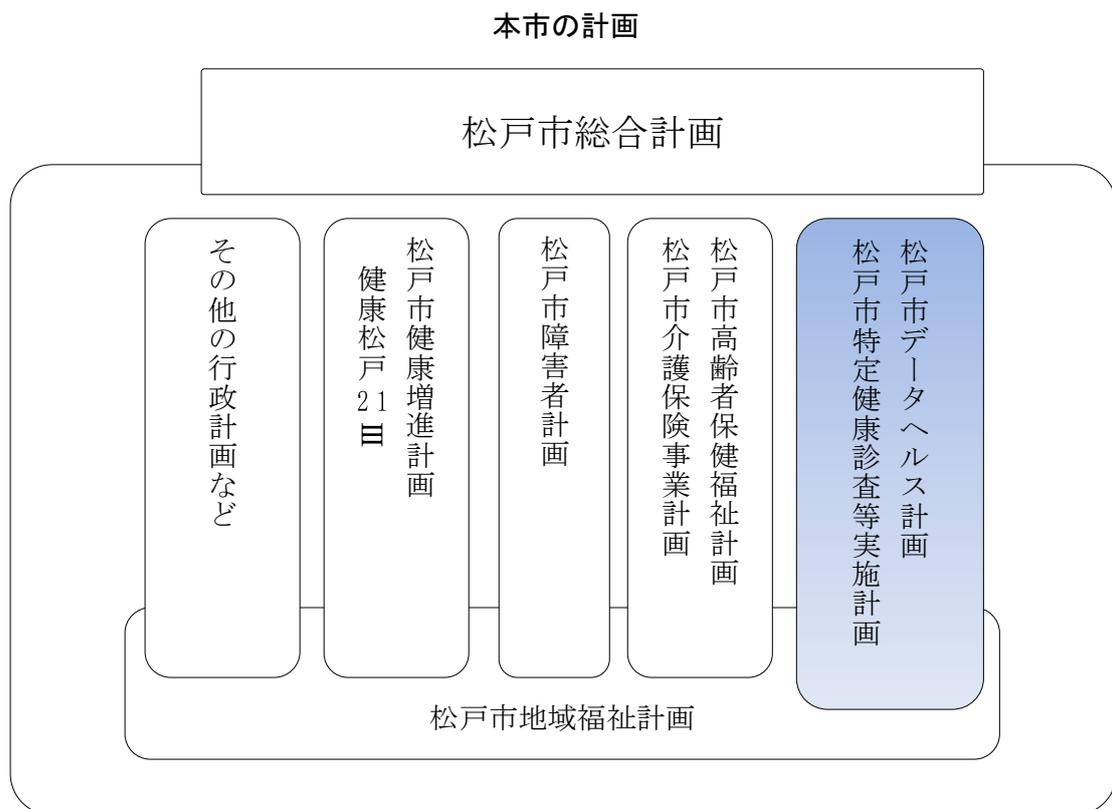
こうした背景を踏まえ、本市では、厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示）に基づき、健康・医療情報を活用してPDCA（計画・実施・評価・改善）サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための松戸市国民健康保険保健事業実施計画【第2期データヘルス計画】（以下「本計画」とする。）を作成し、保健事業の実施・評価・改善を行うものです。

2. 計画の考え方

本計画は本市における他計画とも連携し、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めた松戸市国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画（以下「第3期実施計画」とする。）と整合性を図り作成するものとします。

3. 計画の期間

本計画の計画期間は、千葉県医療費適正化計画や保健医療計画との整合性を図る観点から、平成30年度から平成35年度の6年間とします。



4. 実施体制・関係者連携

本計画は、国民健康保険課が主体となり、健康づくり等を担当する健康推進課と介護予防等を担当する高齢者支援課の職員も参画し策定しています。

本計画策定にあたり一般社団法人松戸市医師会（以下「医師会」とする。）、公益社団法人松戸歯科医師会（以下「歯科医師会」とする。）一般社団法人松戸市薬剤師会（以下「薬剤師会」とする。）とも連携し、千葉県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会の協力を得ながら実施しています。

第2章 松戸市の状況

1. 松戸市の特性

(1) 総人口と国民健康保険被保険者の推移と推計

平成23年度からの総人口の推移は、平成25年度以降増加傾向にあります。被保険者数は平成23年度142,935人から平成28年度125,605人と減少傾向にあり、国民健康保険加入率は29.3%から25.5%と3.8ポイント減少しています。

被保険者数が減少する一方で、後期高齢者医療被保険者（以下「後期高齢者被保険者」とする。）数は増加傾向にあります。後期高齢者医療制度への移行や、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大などが被保険者数の減少の要因と考えられます。

表1 国民健康保険被保険者数と加入率及び後期高齢者被保険者数と加入率の推移

単位：人・%

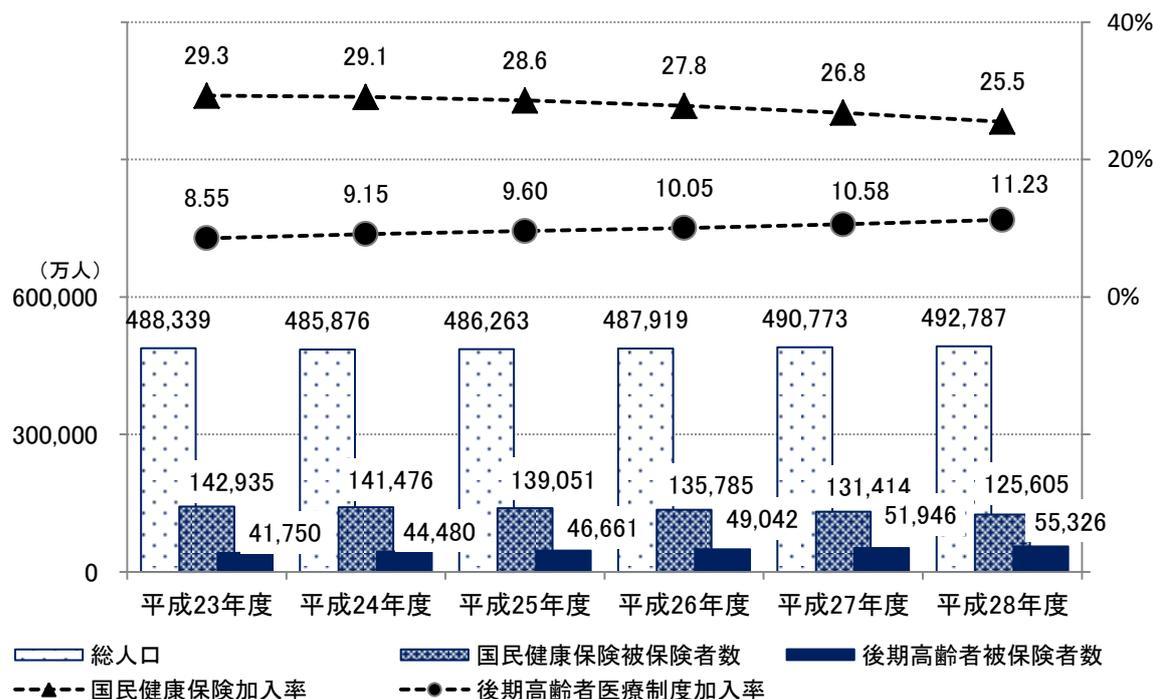
	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
総人口	488,339	485,876	486,263	487,919	490,773	492,787
国民健康保険被保険者数	142,935	141,476	139,051	135,785	131,414	125,605
国民健康保険加入率	29.3	29.1	28.6	27.8	26.8	25.5
後期高齢者被保険者数	41,750	44,480	46,661	49,042	51,946	55,326
後期高齢者医療制度加入率	8.55	9.15	9.60	10.05	10.58	11.23

※総人口：住民基本台帳（各年3月31日）

※国民健康保険被保険者数：国民健康保険事業状況報告（事業年報）

※後期高齢者医療被保険者数：千葉県後期高齢者医療広域連合「事業月報A表」（各年3月31日）

図1 国民健康保険被保険者数と加入率及び後期高齢者被保険者数と加入率の推移



平成 29 年度からの総人口の推計は、平成 32 年度まで減少し、平成 33 年度以降増加傾向にあります。被保険者は減少傾向にあり、今後も平成 29 年度 121,277 人から平成 35 年度は 92,460 人と減少が予測され、国民健康保険加入率は 24.6%から 18.8%と 5.8 ポイントの減少の見込みです。

表 2 国民健康保険被保険者数と加入率の推計

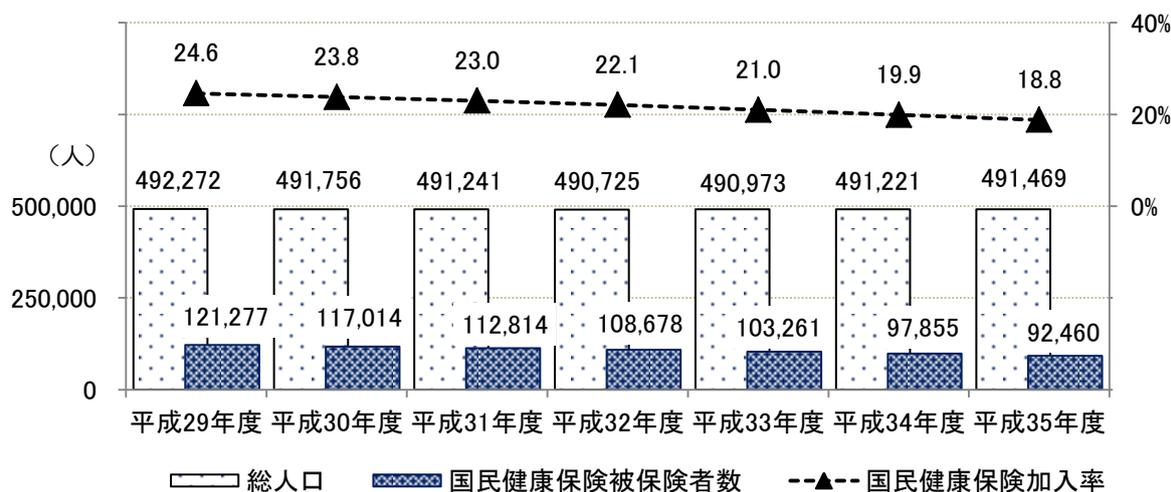
単位:人・%

	平成 29 年度	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
総人口	492,272	491,756	491,241	490,725	490,973	491,221	491,469
国民健康保険被保険者数	121,277	117,014	112,814	108,678	103,261	97,855	92,460
国民健康保険加入率	24.6	23.8	23.0	22.1	21.0	19.9	18.8

※総人口：松戸市人口ビジョンをもとに国民健康保険課にて推計

※国民健康保険被保険者数：人口推計値をもとに国民健康保険加入率にて推計

図 2 国民健康保険被保険者数と加入率の推計



(2) 主要死因の状況

平成 28 年度の主要死因の状況を国、県、同規模自治体（以下「同規模」とする。）と比較すると、松戸市は「がん」50.7%、「自殺」4.0%が高くなっています。

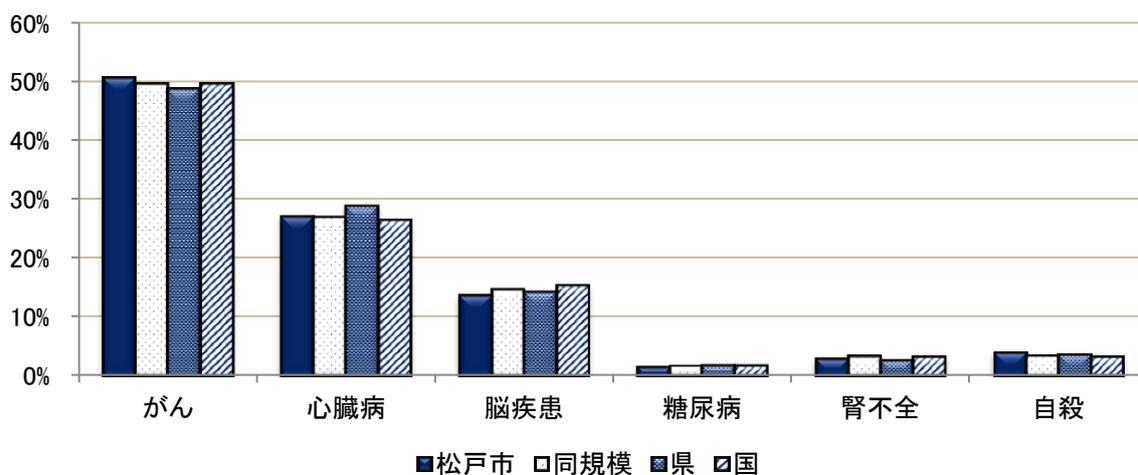
表 3 平成 28 年度主要死因別死亡割合の比較

単位：%

	松戸市	同規模	県	国
がん	50.7	49.7	48.7	49.6
心臓病	27.1	27.0	28.8	26.5
脳疾患	13.7	14.8	14.3	15.4
糖尿病	1.5	1.7	1.8	1.8
腎不全	2.9	3.4	2.7	3.3
自殺	4.0	3.5	3.7	3.3

※KDBシステム 地域の全体像の把握（H28年度 累計）

図 3 平成 28 年度主要死因別死亡割合の比較



2. 前期計画に係る考察

※Plan→Do→Check→Action に沿って項目ごと横にご覧ください。

表 4 前期計画の特定健康診査に係る考察

Plan(計画)	Do(実施)
	【実施していく上での問題点、注意すべき点など】
受診の利便性の向上 ・集団健診会場の拡大(受診率が低く、医療機関の少ない地区での開催)	・集団健診実施可能な会場の確保 H26 六実市民センター、東部スポーツパーク開始 H28 総合福祉会館開始
・がん検診(肺がん、大腸がん)との同時実施	・同時実施では、一人当たりの健診所要時間が増加 ・がん検診は有料のため、費用徴収の手続きがあり受付処理に時間がかかることが想定される。そのため、受け入れ人数の制限が必要となるため受診率向上を優先に考え、実施を見送った
・健康診査受診費用の一部助成	・すでに人間ドック費用助成制度を行っているが、さらにH27から、特定健康診査相当の健診を受診した方に費用の助成を開始した
個人への働きかけ ・40～50歳代への受診勧奨(年代・性別)	・特定健康診査受診率が低い、働く世代や主婦層への働きかけが必要
・未受診者への受診勧奨(受診歴)	①過去2年間に受診歴がなく今年度も未受診の方 ②過去に受診歴があるものの今年度受診していない方を対象に、対象にあった内容のはがきを送付
・医療機関との連携強化(かかりつけ医からの受診勧奨)	・医師会、歯科医師会、薬剤師会にポスター掲示、受診勧奨を依頼 ・治療中のために、健診を受診しない事がある
・がん検診会場での特定健診の案内	・がん検診会場(集団)で特定健診未受診者に対し受診勧奨
啓発 ・市事業における普及啓発(大農業まつり、ご長寿、講演会など)	・大農業まつり: 啓発ブース出店し、体組成計など健康機器を使い健康に対する意識の向上、特定健診受診の案内をする その他、市主催事業でのちらし配布 ・ご長寿ハッピーコンテスト: 健康推進課へ協力依頼 ・松戸まつり: 松戸市薬剤師会へ協力依頼 ・認知症予防講演会: 高齢者支援課へ協力依頼
・地域との連携強化(健康推進員、町内回覧、町内掲示板の活用)	健康推進員への研修の際に啓発依頼 町会へちらし回覧、ポスター掲示依頼
・広報まつりやホームページでの啓発(特定健診～特定保健指導までの流れ)	・わかりやすい記事の掲載 ・実施事業・制度の最新情報へ更新
・特定保健指導利用者への受診勧奨	

特定健康診査

受診率の向上

Check(評価)		Action(改善)
【アウトプット(事業実施量)】	【アウトカム(事業成果)】	
土曜、日曜、平日と各1回、年3回総合福祉会館で集団健診実施 ※地区別集団健診申込数、受診者数	地区別受診率 (実施計画 P11 表11 図11) 会場別受診率 (実施計画 P12 表12)	
サービスの拡大を試みたが、受診率の向上につながらなかった。 H27 18件 H28 15件		
H28 (はがき送付内訳 ①9月送付 51,733人 40歳 1,176人 40歳代 9,735人 50歳代男 4,614人 50歳代女 3,708人 60歳代男 8,105人 60歳代女 8,434人 70～74歳 9,268人 過去に受診歴がある人 6,268人 ②11月送付 19,881人	性・年齢階層別受診率 (実施計画 P10 表10 図10) 新規受診者数 (実施計画 P12 表13)	・健康無関心層への受診対策として、インセンティブを提供 ・受診率が低い地域(矢切、東部)の受診勧奨はがきに市外病院での受診費用助成の案内を掲載等の個別対策
		・受診率が低い地域でのPR活動 ・啓発媒体の確認
健康推進課で実施しているがん検診の集団会場にてちらし配布を依頼(54会場にて約500枚配布)	地区別受診率 (実施計画 P11 表11 図11)	・治療中の方への受診勧奨
大農業まつり: ちらし約200枚 ご長寿ハッピーコンテスト: ちらし約200枚 松戸まつり: ちらし約500枚 認知症講演会: ちらし約1000枚		・がん検診との同時実施の方法の検討
健康推進員ちらし配布: 約1,000枚配布 町会回覧ちらし: 約17,000枚配布 町会掲示ポスター: 約3,000枚配布		
年5回掲載		
特定保健指導実施後の受診割合 H25 初回面接者 418名 →H26 健診受診者 313名(74.9%) H26 初回面接者 356名 →H27 健診受診者 262名(73.6%) H27 初回面接者 438名 →H28 健診受診者 321名(73.3%)		

※H25～H28の表記はすべて年度とする

※Plan→Do→Check→Action に沿って項目ごと横にご覧ください。

表 5 前期計画の特定保健指導・糖尿病重症化予防に係る考察

Plan(計画)		Do(実施)	
		【実施していく上での問題点、注意すべき点など】	
特定保健指導	実施率の向上	<p>実施体制の整備</p> <p>・土日及び夜間実施</p>	<p>・仕事のため平日の利用が難しい方を優先に、土日を隔月で実施、申込者の希望により平日夜間(19時まで)も実施した。</p> <p>・H28途中より、特定保健指導専用の面接室ができたことにより、本庁での面接日を拡大し利用希望者には柔軟に対応できるようになった。</p>
		<p>個人への働きかけ</p> <p>・医療機関との連携(健診の結果説明時に医師からの利用勧奨)ちらしの設置</p>	<p>・医師会の協力を得て、各医療機関に特定保健指導のちらしを配布するとともに、特定保健指導対象者へは特定健診の結果説明時に医師より利用勧奨してもらえるよう周知した。(H29.3月実施)</p>
		<p>・利用案内の工夫(特定保健指導のメリット周知)</p>	<p>・利用券と同封のちらしを作成し、利用者の声や特定保健指導のメリットを載せ、申し込みに至らなかった方に向け生活改善のポイントを掲載した。</p>
		<p>・集団健診会場での利用勧奨強化(個別、ポスター)</p>	<p>・集団健診会場にて、脈団と血圧と問診項目から特定保健指導対象となる方に、直接専門職から声をかけ特定保健指導の利用勧奨を行っている。</p> <p>・健康相談希望の方の相談にも応じているため、特定保健指導対象者すべての方に声をかけることが難しい。</p>
		<p>・未利用者の利用勧奨(電話、はがき)</p>	<p>電話</p> <p>・特定保健指導利用券送付後、当月中に申し込みのない方に対し電話による利用勧奨を実施</p> <p>はがき</p> <p>・特定保健指導利用券送付後、申し込みのない方に対し再度利用勧奨通知を送付</p>
糖尿病重症化予防	特定保健指導非対象者への対策	<p>HbA1c8.5%～7.9%の未治療者</p> <p>・電話による受診勧奨、特定保健指導利用勧奨(特定保健指導対象者)</p> <p>・文書による受診勧奨(特定保健指導非対象)⇒H28 糖尿病予防教室の開催</p>	<p>HbA1c8.5%～7.9%の方へ、文書での受診勧奨だけでは、生活改善や糖尿病発症予防への働きかけが足りないため、糖尿病重症化予防教室を企画。医療受診勧奨文書と一緒に教室案内ちらしを送付した。(H28は4月～9月の特定健診受診者のうち、HbA1c8.5%～7.9%で未治療の137人)</p> <p>【教室開催して見えたこと】</p> <p>①糖尿病治療域の人で、疾患について学習する機会があれば参加するニーズはある。</p> <p>②教室参加者は肥満ではない人が多く、特定保健指導と重なる人は4人と少数だった。特定保健指導非対象者への対策が必要である。</p> <p>③HbA1c8.5%の数値では病院受診しても治療開始とならない場合や、具体的な指導がないことも多く受診勧奨が解決策とはならない。</p>
		<p>HbA1c8.0%以上の未治療者</p> <p>・電話で受診勧奨</p> <p>・レセプトによる受診確認</p> <p>・未受療者への電話又は面接による再受診勧奨</p> <p>・HbA1c9.0%以上は再度レセプト確認</p> <p>・未受療者への継続的フォロー</p>	<p>HbA1c8.0%以上の未治療者全員に対して、電話による医療受診勧奨を実施。電話のつながらない方には、医療受診勧奨文書と受診状況アンケート、返信封筒を送付した。</p>

Check(評価)		Action(改善)
【アウトプット(事業実施量)】	【アウトカム(事業成果)】	
<p>H27 H28</p> <p>夜間実施: 7人 1人</p> <p>土日実施: 36人 17人</p>	<p>・メタボ該当者の割合</p> <p>H25 14.5%</p> <p>H26 14.5%</p> <p>H27 15.3%</p> <p>・メタボ予備群の割合</p> <p>H25 11.7%</p> <p>H26 11.3%</p> <p>H27 11.3%</p> <p>法定報告より</p>	<p>・利用券発送時に添付する資料の工夫(特定健診結果の経年変化を同封するなど)の検討</p>
<p>H29.9時点で医師からの勧めで申し込みをした人1人</p>	<p>・特定保健指導後の変化(実施計画 P18 表20 図18)</p> <p>(データヘルス計画 P24 表19 図23)</p>	<p>・リピーターへの案内通知の検討</p>
<p>H27 H28</p> <p>利用勧奨件数 60人 96人</p> <p>申込み数 17人 38人</p> <p>(28.3%) (39.6%)</p>		<p>・はがきによる申込み数は1%程度と少ない。はがきによる利用勧奨に代え、マンパワーを増やし、電話による利用勧奨の強化</p>
<p>H27 H28</p> <p>電話 電話かけ総数 1187人 828人</p> <p>うち申込者 141人 69人</p> <p>(11.9%) (8.3%)</p> <p>はがき 発送件数 1854人 1474人</p> <p>うち申込者 20人 21人</p> <p>(1.1%) (1.4%)</p>		
<p>糖尿病重症化予防教室 1回開催</p> <p>申込み 18人 参加者 16人</p> <p>参加者 16人へ教室開催3か月に受診状況を確認したところ、8人が受診されていた(うち7人が検査のみ、1人が内服治療開始)</p> <p>医療受診勧奨文書発送数 455人(H28)</p> <p>HbA1c8.0%以上の未治療者</p> <p>レセプトで受診したことが確認できた割合</p> <p>H27 72.2%</p> <p>H28 74.0%</p> <p>H28は受診勧奨後のレセプト確認にて未受診者が25人おり、再度郵送にて受診勧奨を行った。</p>	<p>教室開催3か月後に電話確認したところ、16人中8人が受診済み。うち7人が検査のみ、1人が内服開始していた</p> <p>H27 H28</p> <p>糖尿病患者数 12,484人 12,234人</p> <p>糖尿病性腎症患者数 753人 840人</p> <p>KDBシステムより</p>	<p>・糖尿病予備群へのアプローチの方法の検討(健康推進課と課題共有)</p> <p>・受診勧奨値を超える者に対するアプローチの方法(医師会と課題共有)</p> <p>・糖尿病性腎症重症化予防対策については、糖尿病重症化予防対策と共に医師会と連携し、対象の選定からアプローチの方法等、関係機関のフローを作成するなど、まずは環境整備を行っていく。</p>

※H25～H28 の表記はすべて年度とする

第3章 健康・医療情報等の状況

1. 医療費の状況

(1) 医療費総額の推移

平成25年度から平成28年度までの医療費総額は、年度により増減がありますが、75歳到達者が、後期高齢者医療制度へ移行したことや、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大などによる被保険者の減少が要因と考えられます。

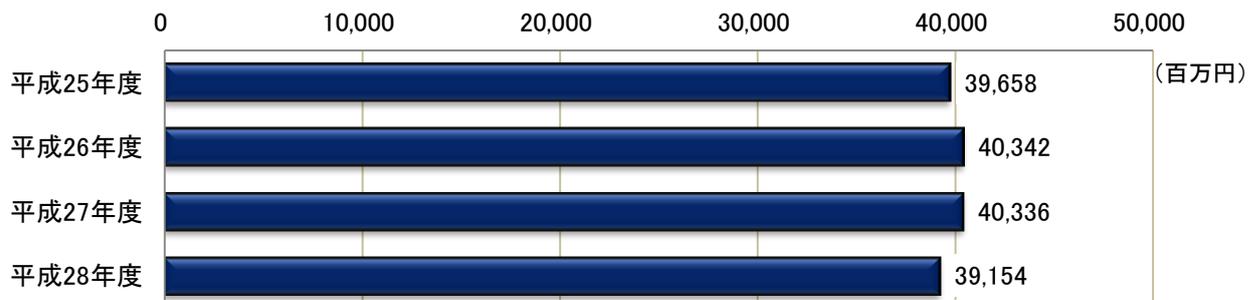
表6 医療費総額の推移

単位：百万円

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療費総額	39,658	40,342	40,336	39,154

※国民健康保険事業状況報告書（事業年報）をもとに算出

図4 医療費総額の推移



(2) 1人当たり医療費の推移

平成25年度から平成28年度までの1人当たりの医療費(年額)は増加傾向にあります。

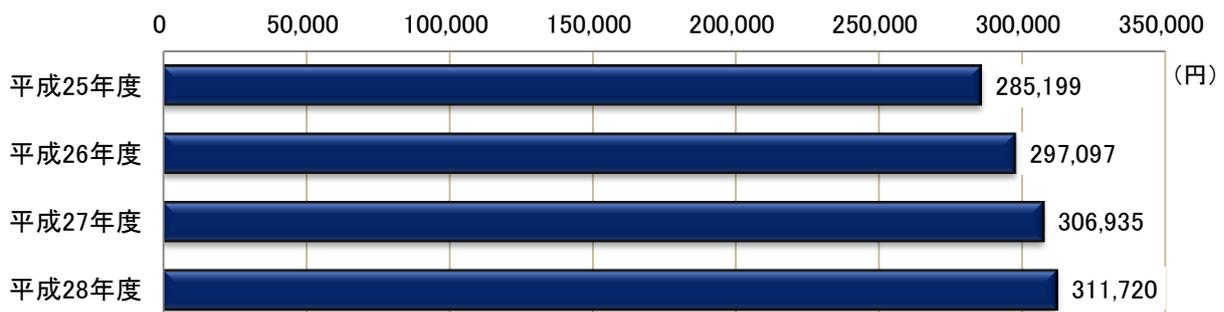
表7 1人当たり医療費の推移

単位：円

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
1人当たり医療費	285,199	297,097	306,935	311,720

※国民健康保険事業状況報告書（事業年報）をもとに算出

図5 1人当たり医療費の推移



(3) 1人当たり医療費の比較（医科）

平成28年度の1人当たり医療費（医科）を国、県、同規模と比較すると、松戸市は22,099円と低くなっています。

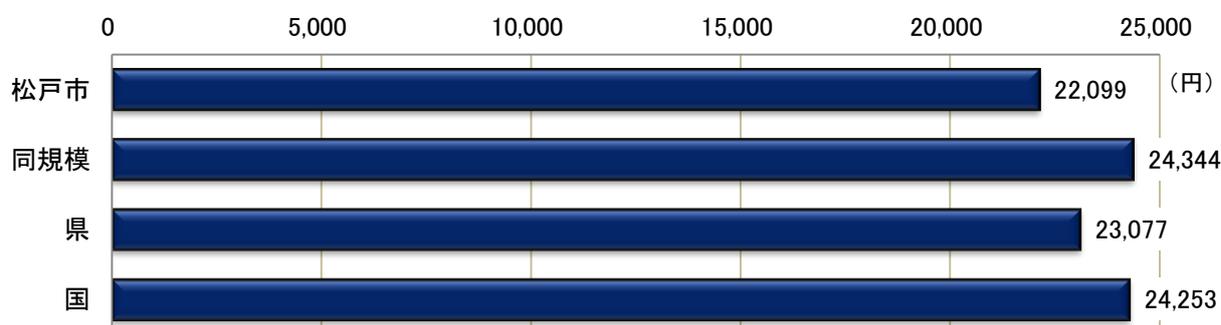
表8 平成28年度1人当たり医療費の比較(医科)

単位:円

	松戸市	同規模	県	国
1人当たり医療費(医科のみ)	22,099	24,344	23,077	24,253

※KDBシステム 健診・医療費・介護データからみる地域の健康課題 累計

図6 平成28年度1人当たり医療費の比較(医科)



(4) 医療費総計が高い疾病（疾病分類別医療費の割合）

平成28年度の医療費総計が高い疾病の状況を見ると、慢性腎不全(透析あり)6.4%、続いて糖尿病5.4%、高血圧症4.6%となっており、慢性腎不全(透析あり)に多くの医療費がかかっています。

表9 医療費総計が高い傷病名(入院+外来)

単位:%

順位	傷病名	割合	順位	傷病名	割合
1位	慢性腎不全(透析あり)	6.4	6位	狭心症	3.1
2位	糖尿病	5.4	7位	脂質異常症	2.6
3位	高血圧症	4.6	8位	不整脈	2.0
4位	統合失調症	3.8	9位	大腸がん	2.0
5位	関節疾患	3.8	10位	脳梗塞	1.8

※KDBシステム 医療費分析(2)大・中・細小分類
※全体の医療費(入院+外来)を100%として算出

図7 医療費総計が高い傷病名(入院+外来)



(5) 生活習慣病に係る医療費

1件当たり単価では、腎不全（人工透析あり・なし含む）が入院、外来ともに高く医療費の増加の要因になっています。平成27年度と平成28年度の入院を比較すると、平成28年度では、心疾患の入院に若干の減少がみられるものの、他の疾病は増加しています。外来では悪性新生物が増加し、他の疾患では減少しています。

表10 生活習慣病受診状況(1件当たりの入院・外来単価)

単位:円

疾病	平成27年度				平成28年度			
	入院(1件当たり)	順位	外来(1件当たり)	順位	入院(1件当たり)	順位	外来(1件当たり)	順位
糖尿病	617,096	18	38,275	23	636,834	13	35,939	37
高血圧症	671,544	12	32,236	22	675,978	12	31,152	22
脂質異常症	617,176	24	28,330	35	623,840	26	27,660	29
脳血管疾患	718,167	8	37,159	46	732,102	7	36,594	43
心疾患	738,790	23	49,929	20	729,178	21	48,712	20
腎不全(人工透析あり・なし含む)	794,522	16	189,586	24	811,176	17	183,551	27
精神	474,864	27	28,876	48	492,830	18	28,735	41
悪性新生物	632,512	35	54,262	31	636,682	28	57,554	21

※KDBシステム 健診・医療費・介護データからみる地域の健康課題(平成27・28年度累計)
※順位 千葉県53市町村、千葉市6区

図8 生活習慣病受診状況(1件当たりの入院単価)

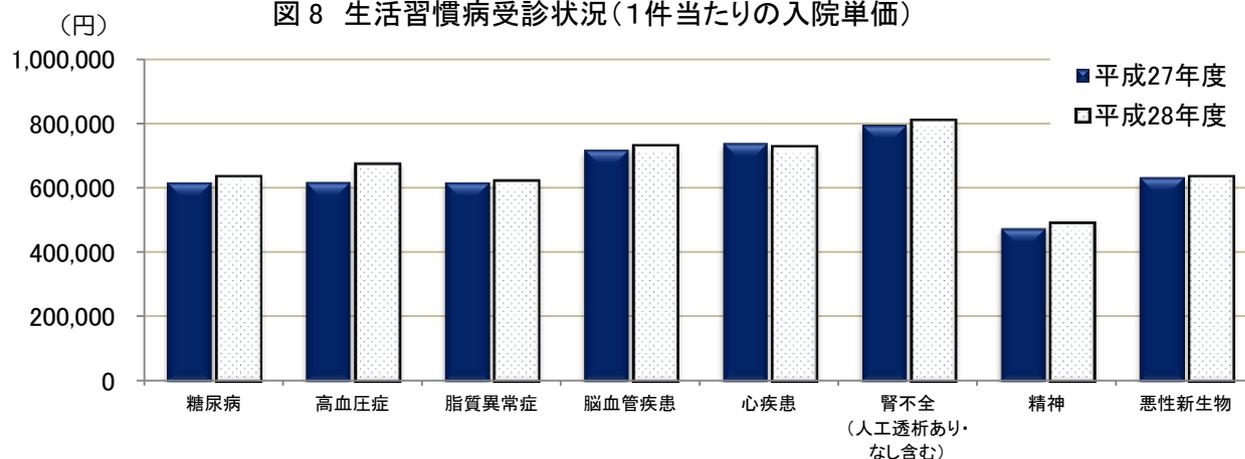
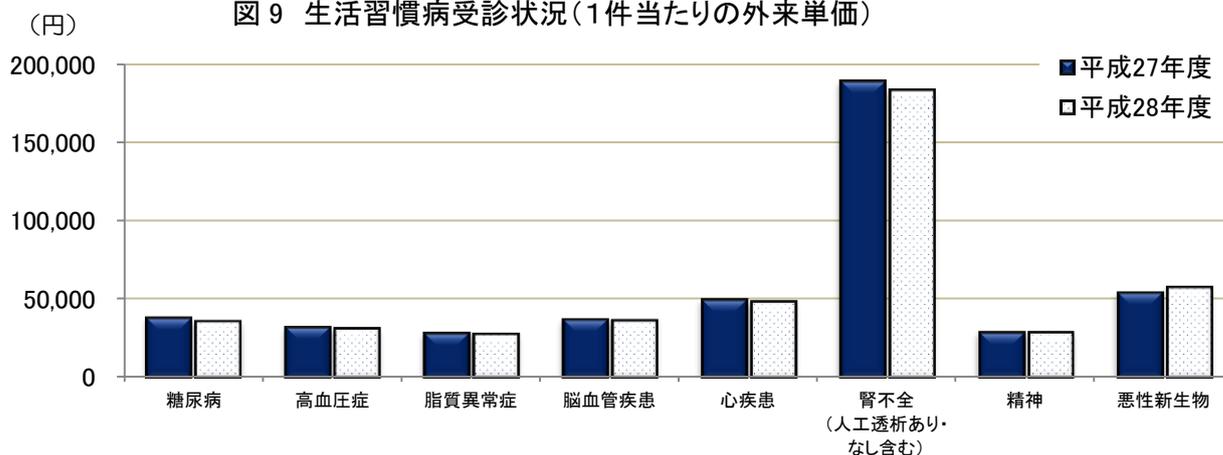


図9 生活習慣病受診状況(1件当たりの外来単価)

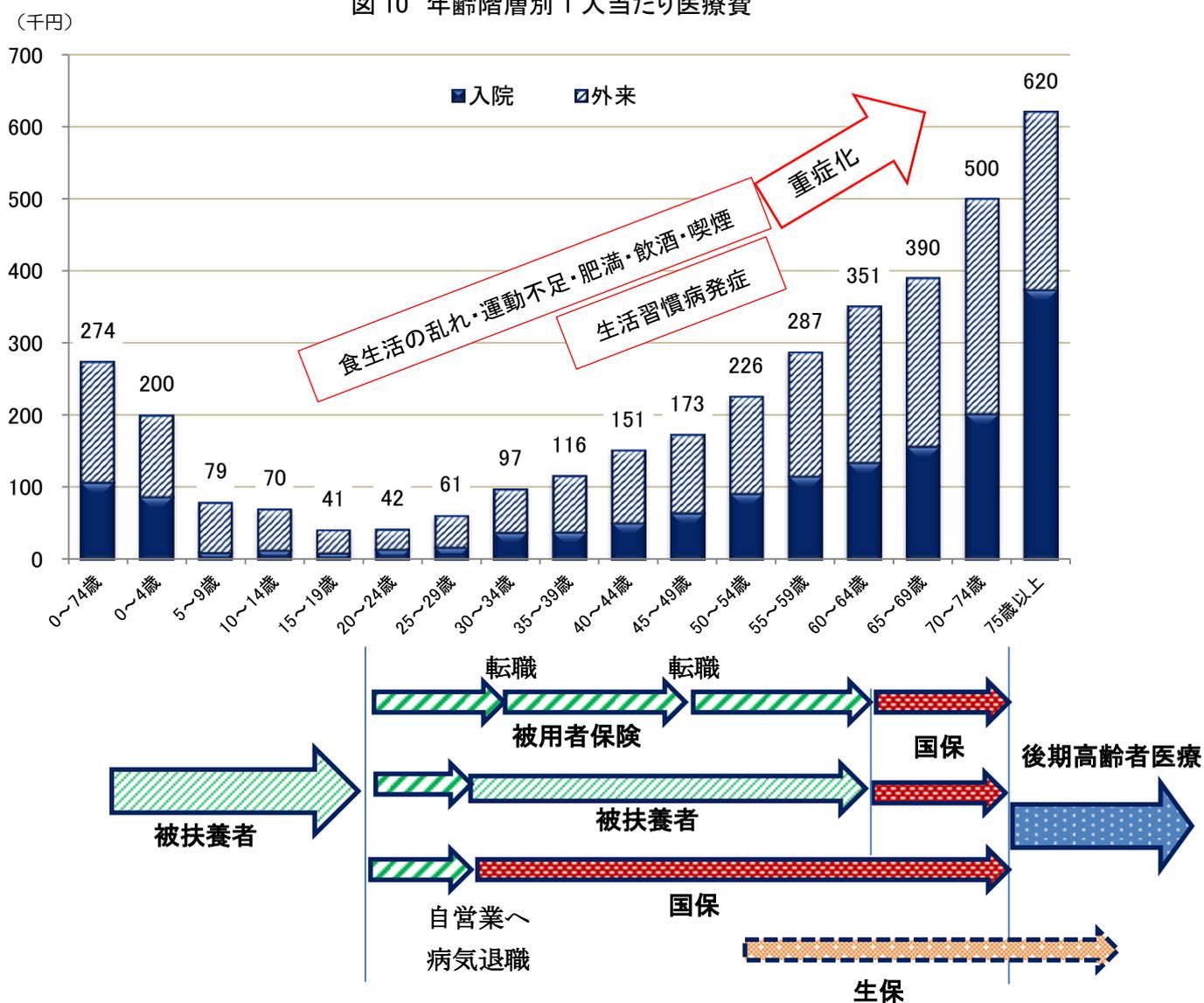


(6) 年齢階層別 1 人当たり医療費

1 人当たり医療費は 30 歳代から増加し、35 歳から 39 歳で 10 万円を超え 50 歳から 54 歳で 20 万円を超えています。特に生活習慣病は日頃の生活習慣の乱れが要因となり発症に至ることから、30 歳代からの適切な食生活や運動習慣等が重要となります。健康診査等を受診し、定期的に生活習慣の見直しを心がけることが必要です。

図 10 の下部の矢印は、保険の切り替わりを示しています。加入と脱退のパターンや時期は様々ですが、多くの被用者保険加入者は、生活習慣病の発症や重症化リスクが高まる 60 歳以降に国民健康保険に加入されます。自らの健康管理ができる人を一人でも多く増やすための、市民全体に対するポピュレーションアプローチや、加入保険の垣根を越えた予防対策が重要です。

図 10 年齢階層別 1 人当たり医療費

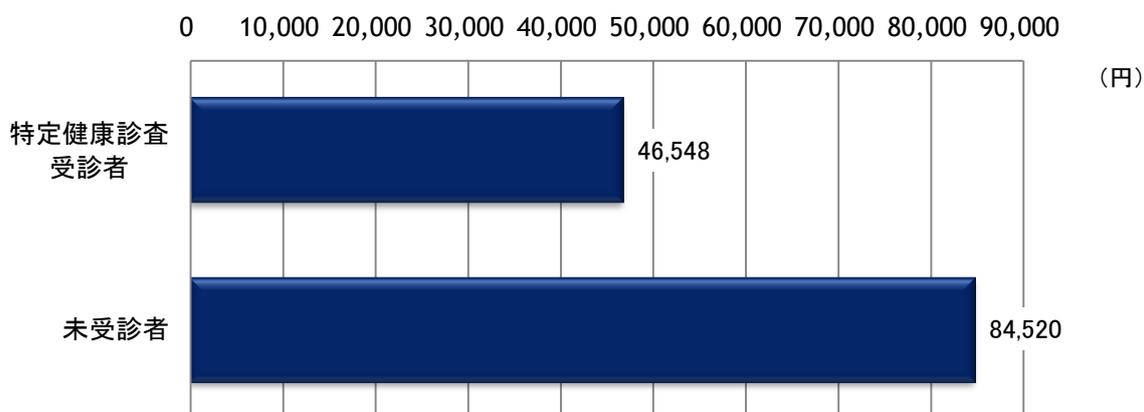


※KDBシステム 突合データ 平成 28 年度医療レセプト管理より算出

(7) 特定健康診査受診者・未受診者の生活習慣病等 1 人当たり医療費（医科）の比較

特定健康診査の受診者と未受診者の医療費について、比較したところ「1 人当たり医療費」は大きな差があり、受診者の方が低くなっています。受診者は、疾病の早期発見により早期に治療を受けることで重症化には至らず、医療費が低くなっていると考えられます。反対に未受診者では、症状が出始め、ある程度疾病が進行してからの治療となるため、より多くの医療費がかかると考えられます。生活習慣病等の早期発見のためにも、特定健康診査の受診が重要となります。

図 11 特定健康診査受診者・未受診者の生活習慣病等 1 人当たり医療費（医科）の比較



※KDBシステム 突合データ 平成 28 年度健診結果・平成 28 年医療レセプト管理

- 算出方法：①平成 28 年 5 月診療分のレセプトから 40～74 歳を抽出
②①で抽出したデータ（レセプト）と健診データ（平成 28 年度）を突合し、健診受診者と未受診者に分け、それぞれの生活習慣病の医療総額（入院+外来）を集計
③1 人当たり医療費総額はそれぞれの人数で除して算出

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健康診査の状況

① 特定健康診査の受診状況

特定健康診査の受診率は、微増ではありますが、年々増加の傾向が見られています。しかし、県との比較では依然として低い状況にあります。P6 にある受診率向上に向けての PDCA サイクルで評価し、今後も目標達成に向けた対策を講じる必要があります。

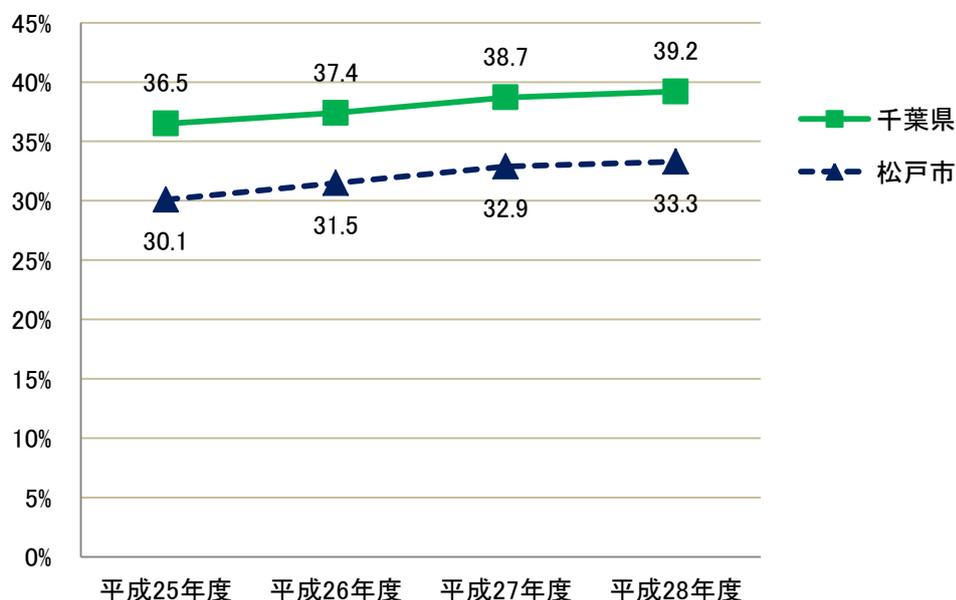
表 11 特定健康診査受診者数と受診率の推移

単位：人・%

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定健康診査対象者数 (人)	88,306	87,190	84,589	79,722
特定健康診査受診者数 (人)	26,584	27,438	27,868	26,565
特定健康診査受診率 (%)	30.1	31.5	32.9	33.3
データヘルス計画目標値 (%)	—	—	—	34.6

※国保連合会 特定健診等データ管理システムより抽出（法定報告）
 ☞特定健康診査受診者数には人間ドック及び健康診査費用助成件数を含む

図 12 特定健康診査受診率の推移と比較



※国保連合会 特定健診等データ管理システムより抽出（法定報告）

② 性・年齢階層別受診率の比較

平成 28 年度の性・年齢別受診率では、同規模に比べ全て年齢層で低い割合になっています。特に 40 歳代、50 歳代の受診率が低いため、若い世代への受診対策が必要です。

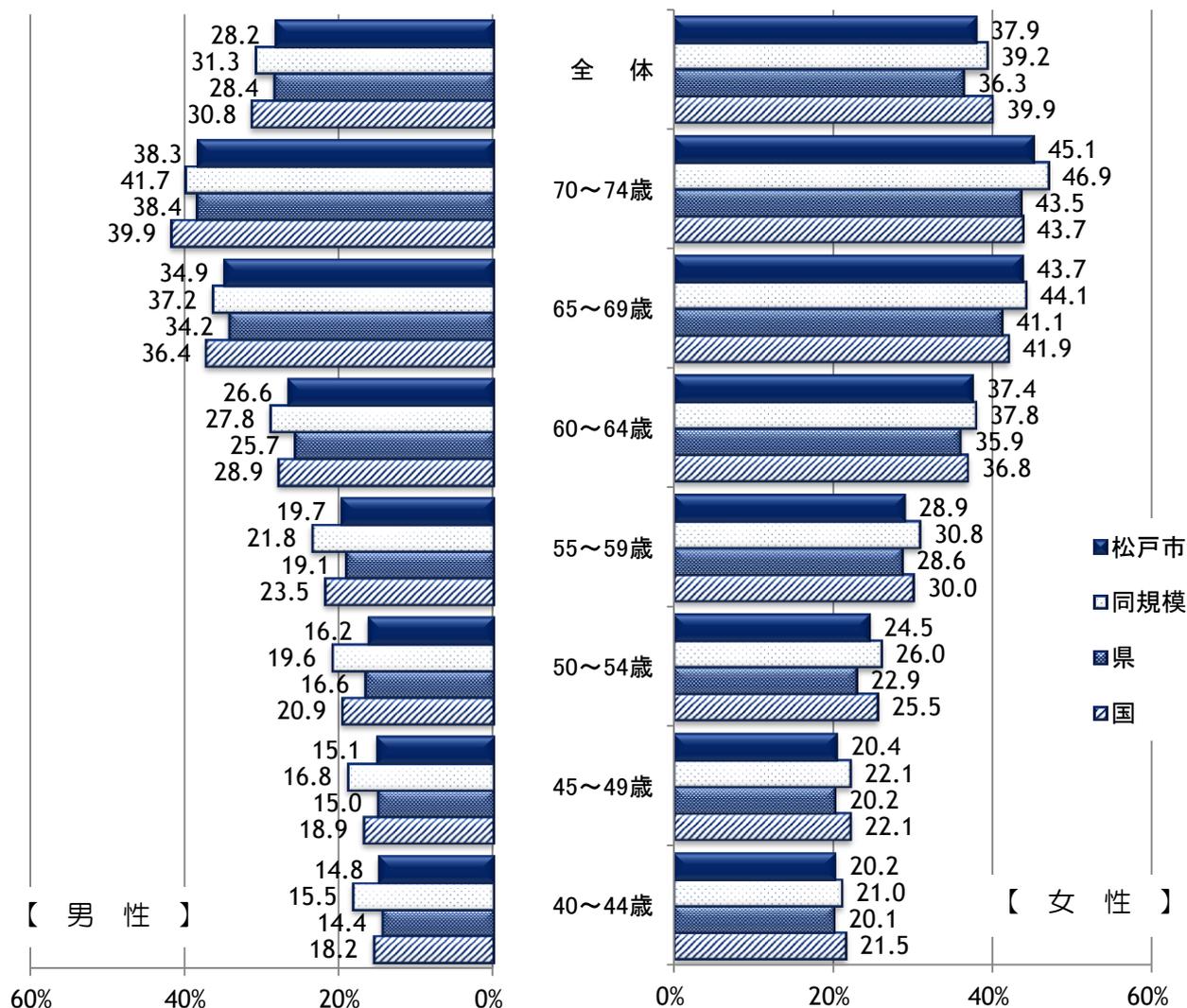
表 12 性・年齢階層別受診率の比較

単位：%

	男 性				女 性			
	松戸市	同規模	県	国	松戸市	同規模	県	国
40～44 歳	14.8	15.5	14.4	18.2	20.2	21.0	20.1	21.5
45～49 歳	15.1	16.8	15.0	18.9	20.4	22.1	20.2	22.1
50～54 歳	16.2	19.6	16.6	20.9	24.5	26.0	22.9	25.5
55～59 歳	19.7	21.8	19.1	23.5	28.9	30.8	28.6	30.0
60～64 歳	26.6	27.8	25.7	28.9	37.4	37.8	35.9	36.8
65～69 歳	34.9	37.2	34.2	36.4	43.7	44.1	41.1	41.9
70～74 歳	38.3	41.7	38.4	39.9	45.1	46.9	43.5	43.7
全 体	28.2	31.3	28.4	30.8	37.9	39.2	36.3	39.9

※KDBシステム 健診の状況（H28年度 累計）

図 13 性・年齢階層別受診率の比較



③ 特定健康診査有所見者(保健指導判定値以上)の推移

特定健康診査有所見者の推移では、血糖と HbA1c が目立って増加しています。HbA1c は平成 25 年度 61.5%から平成 28 年度では 69.9%と 8.4 ポイントの増加が見られます。前期データヘルス計画からの、血糖と HbA1c が高い人への対策を継続、強化することが必要です。

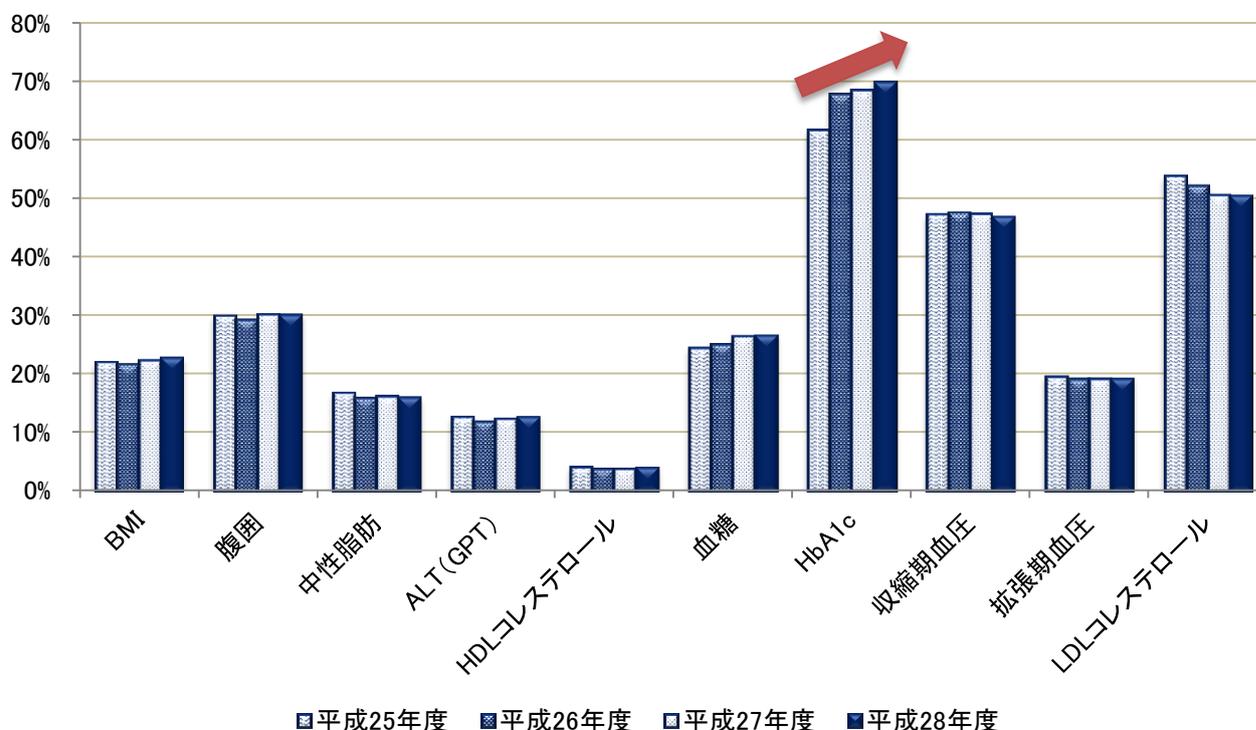
表 13 特定健康診査有所見者の推移

単位: %

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
◆摂取エネルギーの過剰				
BMI	22.0	21.7	22.4	22.8
腹囲	29.9	29.3	30.2	30.1
中性脂肪	16.8	15.9	16.2	16.0
ALT (GPT)	12.7	11.9	12.4	12.7
HDL コレステロール	4.1	3.8	3.8	4.0
◆血管を傷つける要因				
血糖	24.5	25.1	26.5	26.6
HbA1c	61.5	67.8	68.5	69.9
収縮期血圧	47.2	47.6	47.4	46.9
拡張期血圧	19.5	19.2	19.2	19.2
◆内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因				
LDL コレステロール	53.7	52.2	50.6	50.5

※KDBシステム 厚生労働省様式 健康診査有所見者状況

図 14 特定健康診査有所見者の推移



④ 特定健康診査有所見者(保健指導判定値以上)の比較

特定健康診査有所見者の割合は以下の通りです。

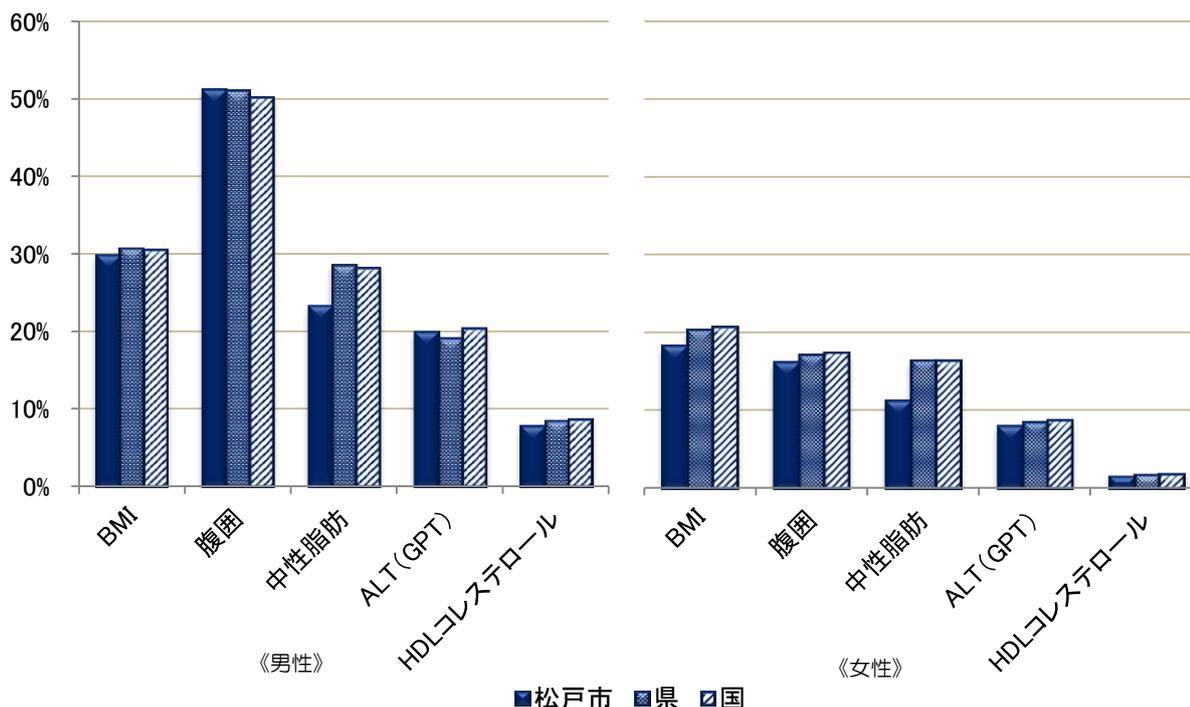
表 14 平成 28 年度特定健康診査有所見者の状況 単位：%

	男 性			女 性		
	松戸市	県	国	松戸市	県	国
◆摂取エネルギーの過剰						
BMI	29.8	30.7	30.5	18.1	20.2	20.6
腹囲	51.1	51.0	50.1	16.0	17.0	17.3
中性脂肪	23.3	28.5	28.2	11.1	16.3	16.3
ALT (GPT)	19.9	19.1	20.4	7.9	8.4	8.7
HDLコレステロール	7.8	8.5	8.7	1.5	1.7	1.8
◆血管を傷つける要因						
血糖	36.0	22.3	27.9	20.3	13.3	16.8
HbA1c	67.8	56.5	55.6	71.2	56.0	55.2
尿酸	18.4	11.4	13.9	2.1	1.5	1.8
収縮期血圧	51.6	49.1	49.2	43.7	43.2	42.7
拡張期血圧	25.5	22.5	24.1	15.0	14.2	14.4
◆内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因						
LDLコレステロール	45.7	48.4	47.3	53.7	59.1	57.1
◆臓器障害						
血清クレアチニン	2.2	1.6	1.8	0.2	0.2	0.2

※KDBシステム厚生労働省様式 健康診査診査有所見者状況
 ⇨平成 28 年度から尿酸と血清クレアチニンを統計抽出データに追加

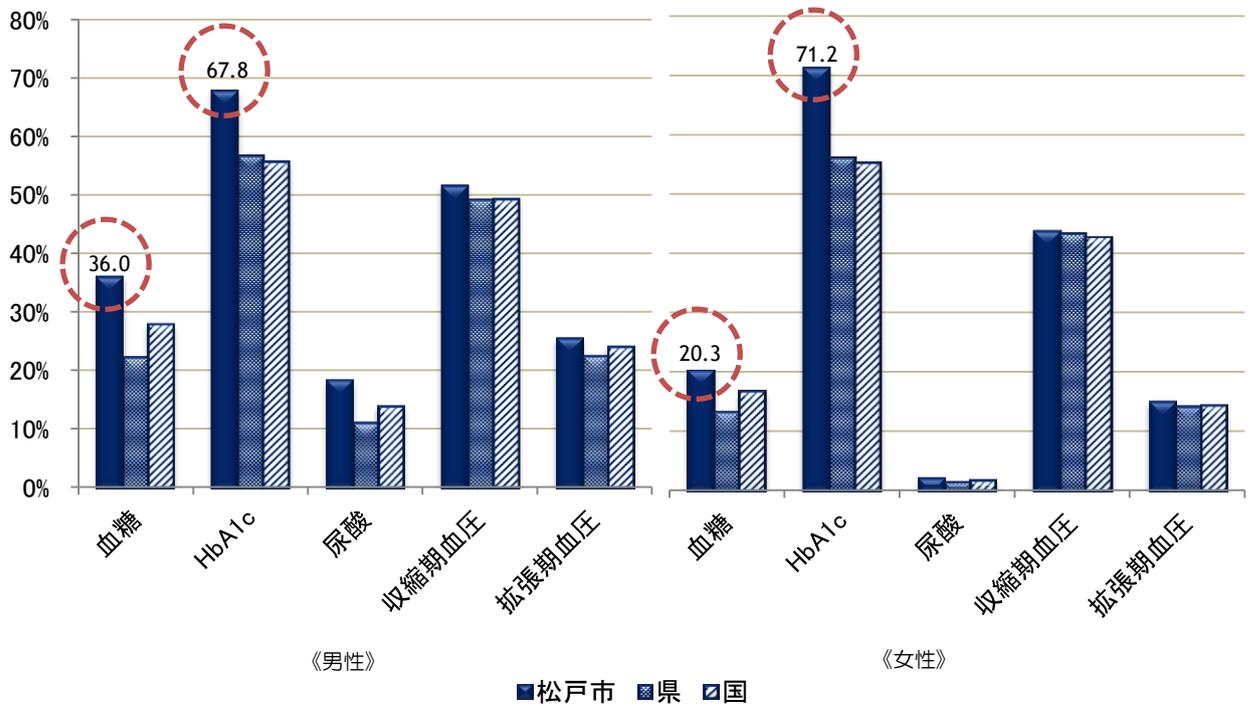
「摂取エネルギーの過剰」では、有所見者は男性に多く、特に腹囲は国、県と同様に 5 割を超えています。女性は各項目で、国、県より低い割合になっています。

図 15 摂取エネルギーの過剰



「血管を傷つける要因」では、各項目とも国、県より男性、女性ともに高くなっており、特に血糖とHbA1cが目立って高く、糖尿病や糖尿病性腎症などの要因となることから、重点的な健康課題としての取組が急務となっています。

図 16 血管を傷つける要因



「内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因」のLDLコレステロールは国、県に比べ低い割合になっています。一方で、「臓器障害」の血清クレアチニンは国や県に比べて男性の割合が目立って高くなっています。

図 17 内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因

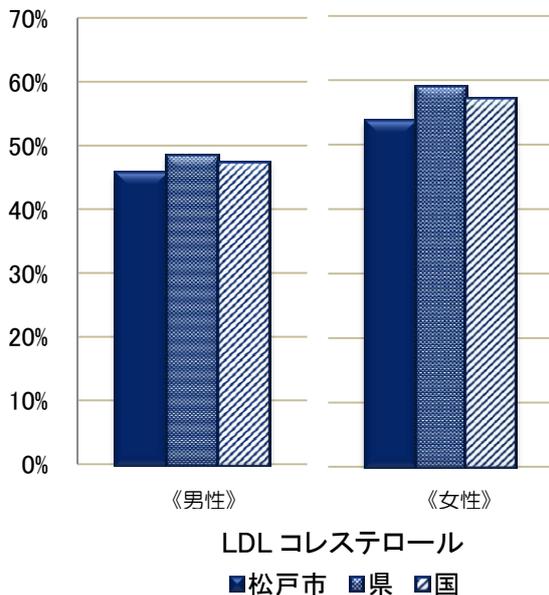
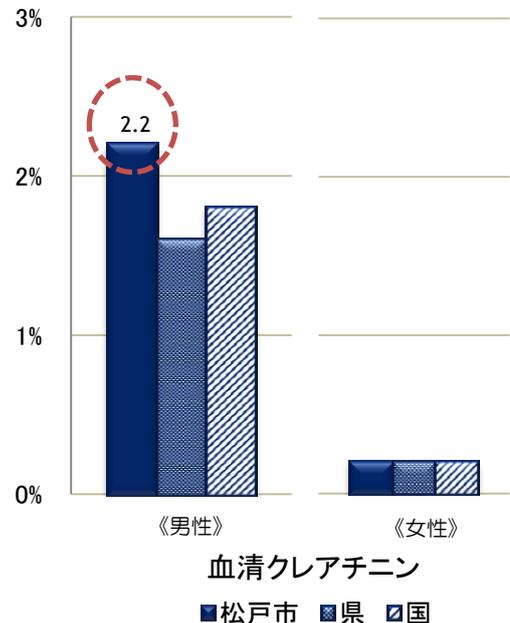


図 18 臓器障害



⑤ 特定健康診査問診項目の傾向

生活習慣について、運動面では「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」の割合が国・県・同規模に比べて低いことから、運動習慣がある人の割合が高いことがわかります。食習慣については、「週3回以上就寝前夕食（就寝前の2時間以内に夕食をとる事が週3回以上）」「週3回以上朝食を抜く」の割合が国・県・同規模に比べて高く、食習慣の改善が必要な人の割合が高いという特徴が見られます。

表 15 問診項目の傾向

単位：%

	松戸市	同規模	県	国
喫煙	13.0	12.8	13.1	14.2
20歳時体重から10kg以上増加	32.0	31.8	32.0	32.1
1回30分以上の運動習慣なし	51.9	54.6	54.9	58.7
1日1時間以上運動なし	41.5	45.0	42.7	46.9
歩行速度遅い	46.6	47.6	46.5	50.4
1年間で体重増減3kg以上	19.2	18.7	18.0	19.5
食事の速度				
速い	25.8	24.9	24.7	25.9
普通	66.2	67.0	67.9	65.8
遅い	8.0	8.1	7.3	8.3
週3回以上就寝前夕食	16.0	14.2	15.9	15.4
週3回以上夕食後間食	10.3	10.9	9.5	11.8
週3回以上朝食を抜く	9.0	8.0	8.4	8.5
飲酒頻度				
毎日飲酒	25.1	23.6	23.6	25.6
時々飲酒	23.9	22.1	22.8	22.0
飲まない	50.9	54.4	53.6	52.4
1日飲酒量				
1合未満	61.9	67.3	66.1	64.1
1～2合	26.1	22.1	23.4	23.8
2～3合	9.3	8.5	8.4	9.3
3合以上	2.7	2.2	2.1	2.7
睡眠不足	21.6	23.1	23.6	26.0

※KDBシステム 地域の全体像の把握（平成28年度 累計）

(2) 特定保健指導の状況

① 特定保健指導対象者の推移

特定保健指導対象者の割合は横ばいであり、積極的支援対象者と動機づけ支援対象者の出現割合も目立った変化はありません。

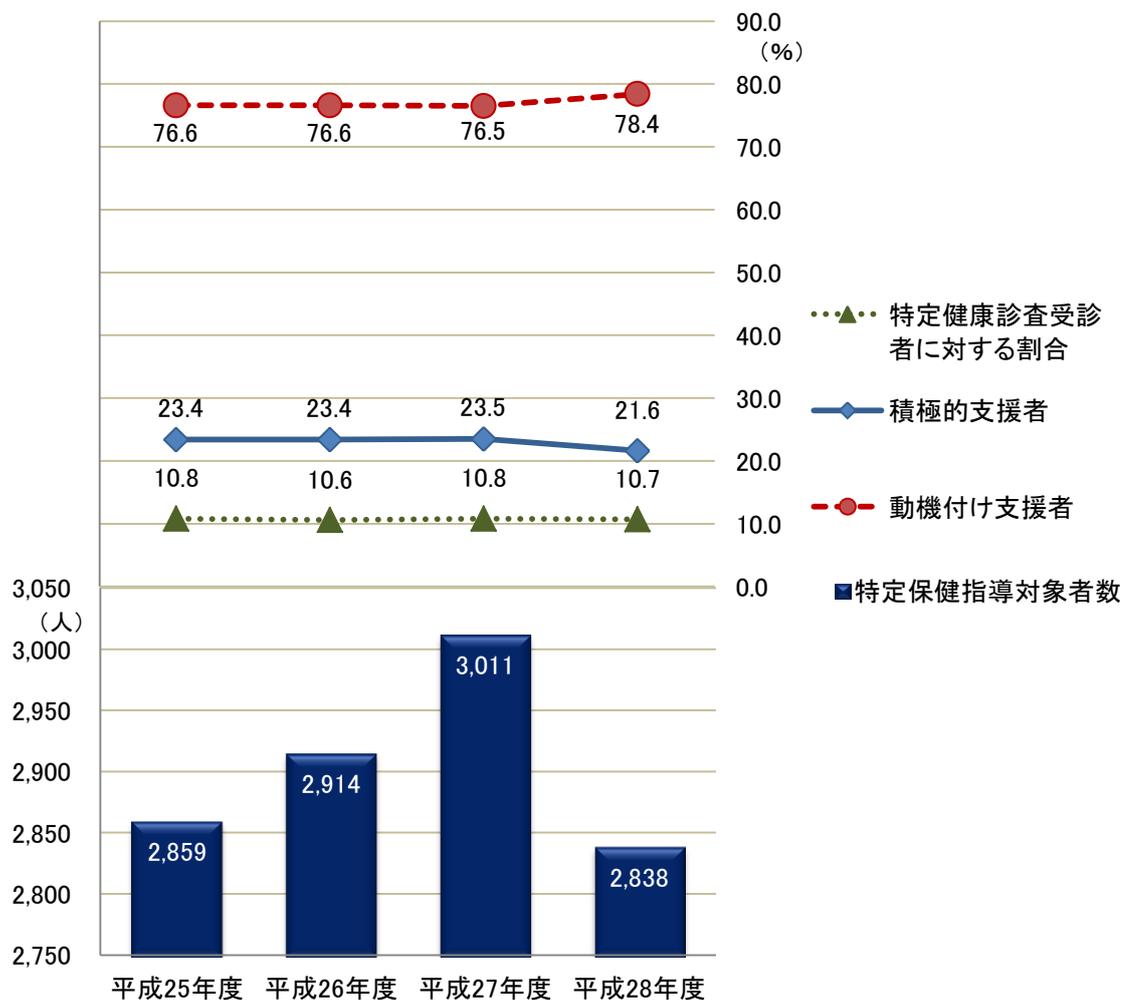
表 16 特定保健指導対象者の推移

単位:人・%

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導対象者数 (人)		2,859	2,914	3,011	2,838
特定健康診査受診者に対する割合 (%)		10.8	10.6	10.8	10.7
内訳	積極的支援対象者 (人)	669	682	707	614
	(%)	23.4	23.4	23.5	21.6
	動機付け支援対象者 (人)	2,190	2,232	2,304	2,224
	(%)	76.6	76.6	76.5	78.4

※国保連合会 特定健診等データ管理システムより抽出 (法定報告)

図 19 特定保健指導対象者の推移



② 特定保健指導実施率の状況

特定保健指導実施率は増加傾向にありましたが、平成 28 年度は 0.2 ポイント減少しています。一方、動機づけ支援の実施率は増加傾向にありますが、積極的支援は増加には至りませんでした。生活習慣病発症リスクの高い積極的支援対象者に対しては、継続支援の強化など、更なる対策が必要となります。

特定健康診査により対象者を抽出し、個別の指導を行い、生活習慣病を予防することが特定保健指導の目的となっています。生活習慣病予防のためには、特定保健指導実施率向上の対策強化が重要です。

表 17 特定保健指導実施率の推移と内訳

単位：人・%

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導実施率 (%)		10.5	11.7	12.9	12.7
内訳	積極的支援終了者 (人)	55	49	62	44
	(%)	8.2	7.2	8.8	7.2
	動機付け支援終了者(人)	246	292	327	316
	(%)	11.2	13.1	14.2	14.2

※国保連合会 特定健康診査等データ管理システムより抽出（法定報告）

図 20 特定保健指導実施率の推移と比較

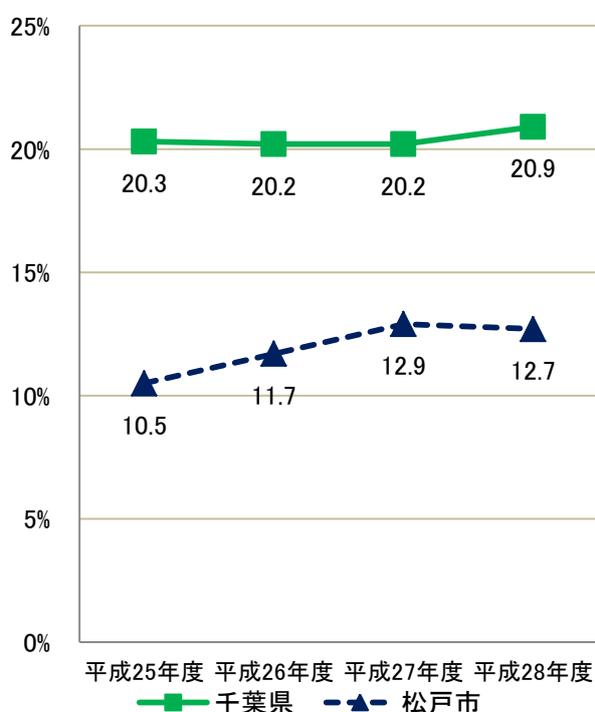
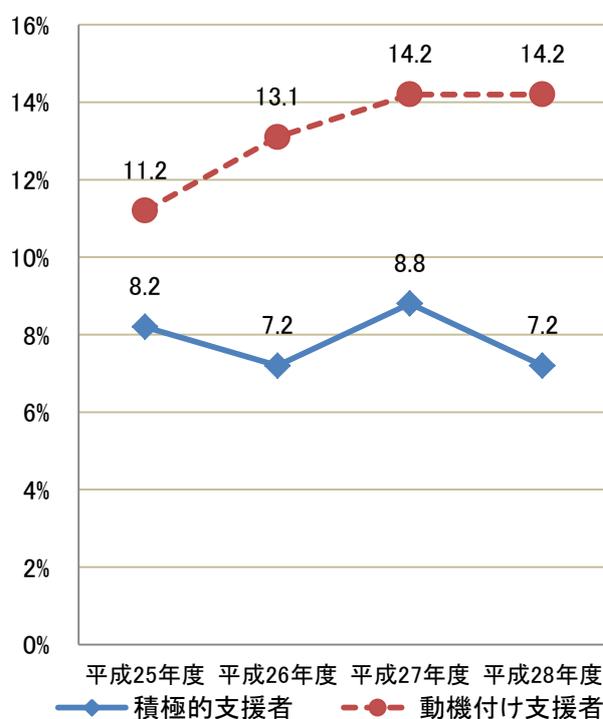


図 21 特定保健指導実施率の推移と内訳



③ 特定保健指導対象者の状況

特定保健指導対象者を見てみると、初めて特定保健指導対象になった人が減少傾向にあり、過去3年間複数回対象になった人は年々増加しています。今後は再度特定保健指導対象となった人への通知の工夫や、繰り返し特定保健指導を利用する人への指導内容の工夫などの対応策が必要となります。

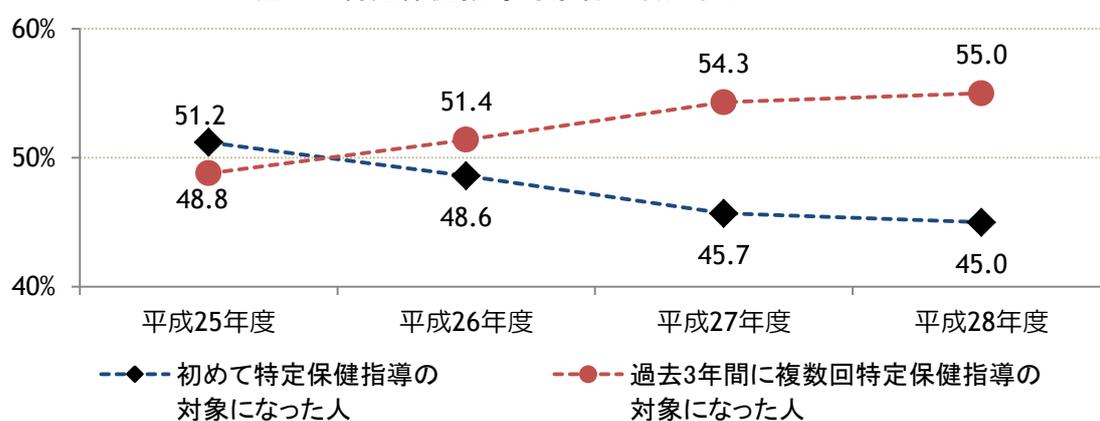
表 18 特定保健指導対象者の利用券交付状況

単位：%

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
初めて特定保健指導の対象になった人	51.2	48.6	45.7	45.0
過去3年間に複数回特定保健指導の対象者になった人	48.8	51.4	54.3	55.0

※松戸市総合保健福祉システムより算出

図 22 特定保健指導対象者の利用状況



④ 特定保健指導実施後の変化

特定保健指導（初回面接）を実施した人について、次年度の特定健康診査の結果（階層化）から特定保健指導の効果を見てみました。平成27年度に特定保健指導を実施した人の平成28年度特定健康診査の判定結果では、積極的支援の場合は、動機づけ支援、情報提供と階層化の段階が改善した人が59.4%、動機づけ支援の場合は情報提供へと階層化が改善した人が38.9%でした。この結果、維持・改善を合わせると生活習慣病予備群に対して一定の効果을上げており、発症リスクを抑えているといえます。

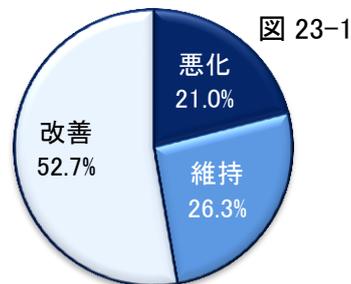
第3期実施計画では、特定保健指導の実施は、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化などの観点から、極めて重要な保険者機能とされています。特定保健指導実施率の向上のため、更に取り組みを強化していく必要があります。

平成26年度

積極的支援

表 19-1

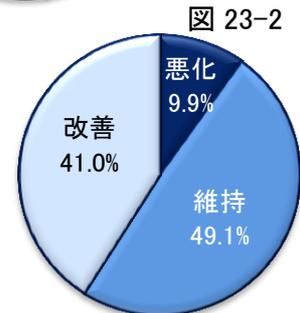
	平成27年度 健康診査 保健指導レベル			
	服薬中	積極的支援	動機付け支援	情報提供
	悪化	維持	改善	
次年度健診を受けた人	21.0%	26.3%	52.7%	



動機付け支援

表 19-2

	平成27年度 健康診査 保健指導レベル			
	服薬中	積極的支援	動機付け支援	情報提供
	悪化		維持	改善
次年度健診を受けた人	9.9%		49.1%	41.0%

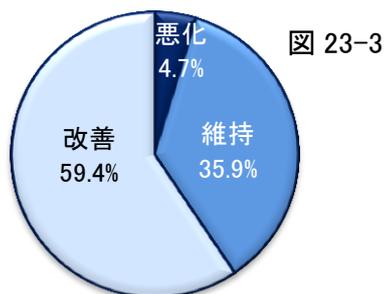


平成27年度

積極的支援

表 19-3

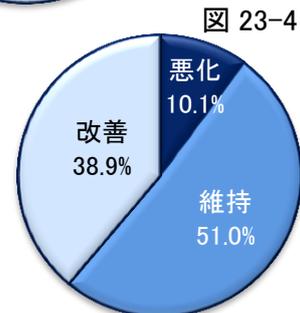
	平成28年度 健康診査 保健指導レベル			
	服薬中	積極的支援	動機付け支援	情報提供
	悪化	維持	改善	
次年度健診を受けた人	4.7%	35.9%	59.4%	



動機付け支援

表 19-4

	平成28年度 健康診査 保健指導レベル			
	服薬中	積極的支援	動機付け支援	情報提供
	悪化		維持	改善
次年度健診を受けた人	10.1%		51.0%	38.9%



※表 19-1~4、図 23-1~4 は、松戸市総合保健福祉システムより算出

3. 糖尿病及び慢性腎不全（糖尿病性腎症を含む）の状況

（1）糖尿病重症度に関する分析

表 20-1、表 21-1 は平成 28 年度特定健康診査受診者で、空腹時血糖と HbA1c について「治療あり」「治療なし」に分け、有所見となった人を集計したものです。

HbA1c5.6%以上は保健指導の対象に、6.5%以上は医療受診の対象となり、8.0%以上では糖尿病による合併症出現リスクが極めて高まります。

糖尿病型（HbA1c 6.5%以上・空腹時血糖 126mg/dl 以上）のうち、糖尿病による合併症出現リスクが高まる HbA1c 8.0%以上で、「治療あり」は 157 人（健診受診者全体の 0.54%）いました。しかし「治療なし」の人も 129 人（健診受診者全体の 0.44%）と同じくらいの割合で存在しています。このことから、糖尿病による合併症リスクが高いにもかかわらず「治療なし」の人を治療につなげる事が課題です。

表 20-1 糖尿病重症度分析（治療あり） 単位：人・%

			HbA1c(NGSP値) (%)					計
			A 異常なし	B 軽度異常	C 経過観察・ 生活改善	D 要治療	未測定	
			5.6未満	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上		
空腹時 血糖 (mg/dl)	A 異常なし	<100	24 (1.3%)	61 (3.2%)	98 (5.2%)	79 (4.2%)	1 (0.1%)	263 (13.8%)
	B 軽度異常	100～109	4 (0.2%)	21 (1.1%)	90 (4.7%)	117 (6.2%)	0 (0.0%)	232 (12.2%)
	C 経過観察・ 生活改善	110～125	4 (0.2%)	22 (1.2%)	115 (6.0%)	303 (15.9%)	0 (0.0%)	444 (23.3%)
	D 要治療	126以上	2 (0.1%)	6 (0.3%)	79 (4.2%)	751 (39.5%)	0 (0.0%)	838 (44.1%)
	未測定		3 (0.2%)	10 (0.5%)	16 (0.8%)	96 (5.0%)	0 (0.0%)	125 (6.6%)
計			37 (1.9%)	120 (6.3%)	398 (20.9%)	1,346 (70.8%)	1 (0.1%)	1,902 (100.0%)

☞ 日本人間ドック学会の判定区分（2014年4月1日改定）に従い人数を集計し、日本糖尿病学会の判定区分に従い色分け

☞ 「治療あり」とは、インスリン注射または血糖を下げる薬を使用している人

表 20-2 糖尿病型（HbA1c 6.5%以上・空腹時血糖 126mg/dl 以上）の人の重症度分析（治療あり）
単位：人・%

HbA1c(NGSP値)	6.5%～6.9%	7.0%～7.9%	8.0%～8.9%	9.0%～9.9%	10.0%以上	計
HbA1c6.5%以上	549 (40.8%)	603 (44.8%)	142 (10.5%)	31 (2.3%)	21 (1.6%)	1,346 (100.0%)
うち空腹時血糖126mg/dl以上	201 (26.8%)	393 (52.3%)	110 (14.6%)	27 (3.6%)	20 (2.7%)	751 (100.0%)

表 21-1 糖尿病重症度分析(治療なし)

単位:人・%

			HbA1c(NGSP値) (%)					計
			A 異常なし	B 軽度異常	C 経過観察・ 生活改善	D 要治療	未測定	
			5.6未満	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上		
空腹時 血糖 (mg/dl)	A 異常なし	<100	7,580 (27.7%)	9,238 (33.7%)	2,599 (9.5%)	127 (0.5%)	13 (0.0%)	19,557 (71.4%)
	B 軽度異常	100~109	601 (2.2%)	1,668 (6.1%)	1,275 (4.7%)	195 (0.7%)	2 (0.0%)	3,741 (13.7%)
	C 経過観察・ 生活改善	110~125	133 (0.5%)	429 (1.6%)	704 (2.6%)	421 (1.5%)	1 (0.0%)	1,688 (6.2%)
	D 要治療	126以上	15 (0.1%)	42 (0.2%)	136 (0.5%)	587 (2.1%)	2 (0.0%)	782 (2.9%)
	未測定			562 (2.1%)	691 (2.5%)	280 (1.0%)	78 (0.3%)	11 (0.0%)
計			8,891 (32.5%)	12,068 (44.1%)	4,994 (18.2%)	1,408 (5.1%)	29 (0.1%)	27,390 (100.0%)

☞ 日本人間ドック学会の判定区分(2014年4月1日改定)に従い人数を集計し、日本糖尿病学会の判定区分に従い色分け

表 21-2 糖尿病型(HbA1c 6.5%以上・空腹時血糖 126mg/dl 以上)の人の重症度分析(治療なし)
単位:人・%

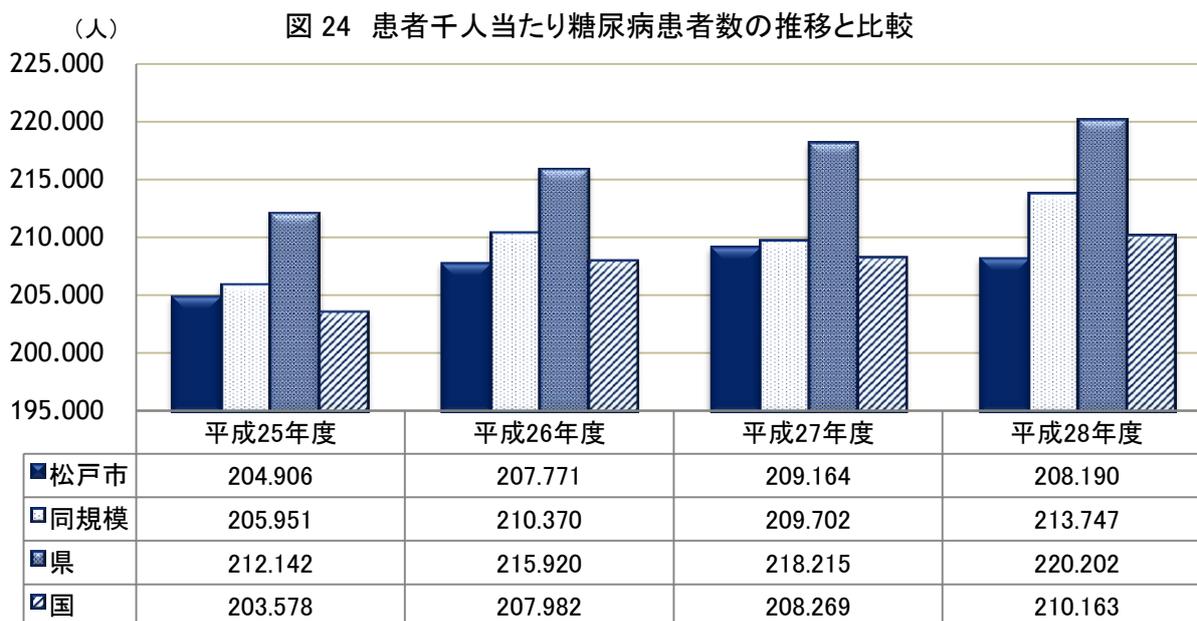
HbA1c(NGSP値)	6.5%~6.9%	7.0%~7.9%	8.0%~8.9%	9.0%~9.9%	10.0%以上	計
HbA1c6.5%以上	866 (61.5%)	395 (28.1%)	62 (4.4%)	42 (3.0%)	43 (3.1%)	1,408 (100.0%)
うち空腹時血糖126mg/dl以上	207 (35.3%)	251 (42.8%)	51 (8.7%)	39 (6.6%)	39 (6.6%)	587 (100.0%)

表 20-1・2、表 21-1・2、はKDB突合データ 平成 28 年度健診結果より算出

(2) 糖尿病患者数の推移と比較

糖尿病患者の状況を比較すると、松戸市は国、県、同規模に比べ低い人数で推移しています。しかしながら(1)では、糖尿病による合併症出現リスクが高まるHbA1c8.0%以上にもかかわらず治療していない人が、治療している人と同じ位の割合でいることがわかりました。またP17図14やP19図16からは、治療開始前の糖尿病予備群や糖尿病にもかかわらず適切な医療につながっていない人がいると考えられます。

糖尿病予備群への対策と併せて、適切な医療につなげるため受診勧奨を行っていくことが課題です。



※KDBシステム 医療費分析(1)細小分類(各年度 累計)

(3) 新規糖尿病性腎症患者数の推移と比較

新規糖尿病性腎症は増加傾向にあります。平成26年度に患者千人当たり0.699人から平成28年度は1.042人と急激に増加しています。

P27. 図26より、患者千人当たり糖尿病患者数は国、県、同規模に比べ少ないことがわかりますが、その反面で患者千人当たり新規糖尿病性腎症患者数は国、県、同規模に比べ多く増加傾向にあります。

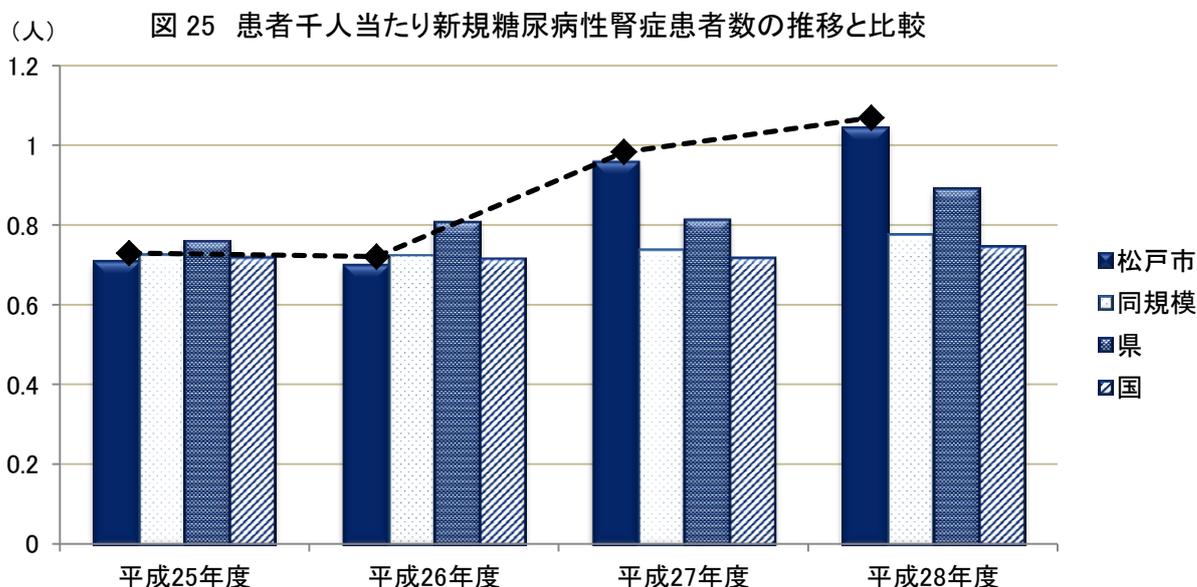
このことから、糖尿病の初期段階で適切な医療受診がされずに、重症化に至っていることも考えられます。糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病が進行すると、低下してしまった腎臓の機能が元に戻ることはなく、治癒は期待できません。治療は病状の進行を遅らせることが主となり、腎不全に陥ってしまった場合、人工透析をせざるを得なくなってしまう。従って、症状出現前の早期のうちから、主因となる糖尿病の管理を行うことが重要となります。

表22 患者千人当たり新規糖尿病性腎症患者数

単位:人

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
糖尿病性腎症	松戸市	0.708	0.699	0.957	1.042
	同規模	0.726	0.724	0.738	0.776
	県	0.760	0.807	0.814	0.891
	国	0.719	0.716	0.718	0.741

※KDBシステム 医療費分析(1)細小分類(各年度 累計)

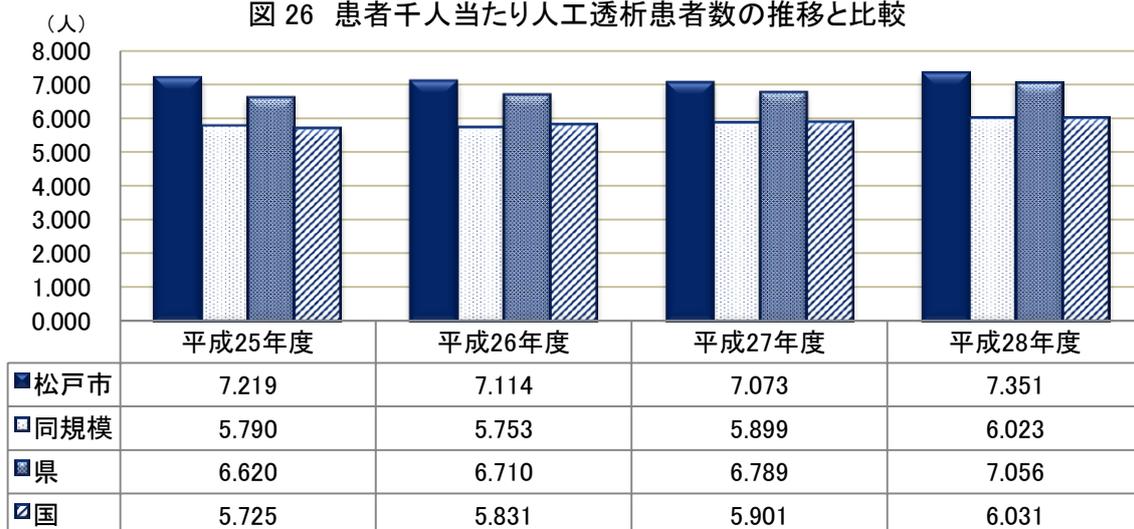


(4) 人工透析患者数の推移と比較

人工透析患者の状況を比較すると、松戸市は国、県、同規模に比べ高い人数で推移しています。人工透析は患者及び家族にとって身体的・精神的苦痛のみならず、行動の制限、金銭的支出など大きな負担がかかります。また、人工透析には1人当たり年間500万円から600万円の医療費がかかり、医療費増大の原因となります。

人工透析の導入を減少させていくことは市民一人一人の健康寿命の延伸とともに、医療費の適正化に向けて、重要な鍵となっています。

図 26 患者千人当たり人工透析患者数の推移と比較

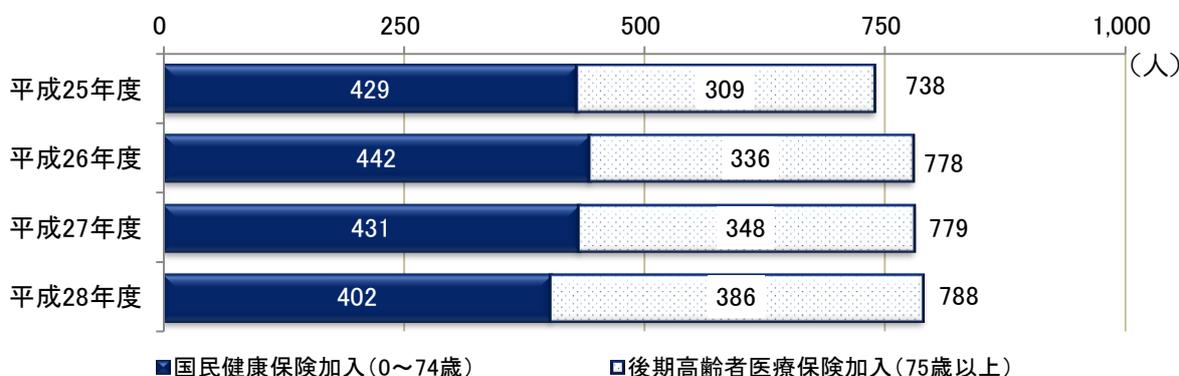


※KDBシステム 医療費分析(1)細小分類(各年度 累計)

(5) 特定疾病(慢性腎不全・透析あり)の推移

人工透析患者は国民健康保険加入者では平成26年度から減少傾向にありますが、75歳以上の後期高齢者医療保険加入者では、年々増加傾向にあり人工透析導入の年齢が高齢化していることがわかります。

図 27 特定疾病(慢性腎不全・透析あり)の推移



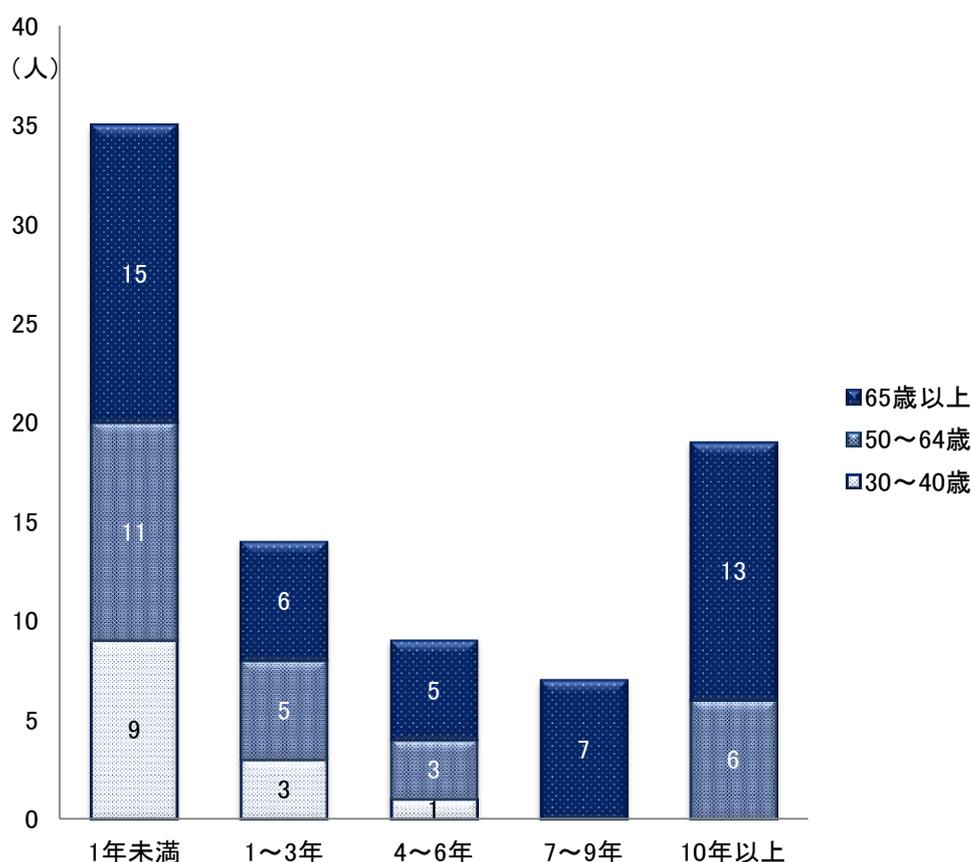
※特定疾病療養受療証交付者・後期高齢者は特定疾病療養受療証交付者(千葉県後期高齢者医療広域連合データ)

(6) 国民健康保険加入から特定疾病(慢性腎不全・透析あり)認定までの期間

平成 28 年度の特定疾病(慢性腎不全)の新規認定者(新規人工透析) 86 人について、国民健康保険加入(以下「加入」とする。)から認定までの期間を見てみると、加入から 1 年未満の人が一番多く、35 人と全体の約 4 割でした。このうち加入から 1 か月未満に特定疾病認定を受けた人は 35 人中 20 人で約 6 割を占めています。(このうち転入者は 10 人でした。) 30 歳代 40 歳代の若年層では加入から 1 年から 3 年で人工透析導入となった人が 12 人でした。これらのことから、加入以前から腎機能の低下をきたしていたことが想定され、この中には、疾病により仕事の継続が困難となり、国民健康保険に加入するに至った人もいると思われまます。

人工透析に至る疾病の重症化を防ぐには、地域全体で総合的に重症化予防対策を講じることが重要です。

図 28 国民健康保険加入から特定疾病(慢性腎不全・透析あり)認定までの期間



※平成 28 年度 特定疾病療養受療証交付者数

(7) 松戸市における糖尿病性腎症ハイリスク対象者の抽出

これまで松戸市における糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎不全、人工透析などの状況を見てみました。

透析治療の進歩により、慢性腎不全であっても人工透析を受けることにより、健康な人と変わらない生活を送ることが可能となっています。しかし、患者及び家族にとっては、身体的・精神的な苦痛や行動の制限、金銭的にも大きな負担がかかります。慢性腎臓病は病態に応じた適切な治療や生活習慣の改善を行うことにより、人工透析を遅らせることも可能です。早期の段階で腎症を発見し、適切な医療につながることでその後の治療の奏効につながります。

そして、糖尿病性腎症の発症及び重症化の予防に、重点的に取り組んでいくためには、保有しているデータを最大に活用し、特定健康診査実施結果はもとより、レセプト情報から糖尿病の治療状況、過去の受診履歴（治療中断者）の把握を行い、領域を拡大しターゲットを絞ったアプローチが必要となります。

表 23 は、糖尿病性腎症予防のために対象を分類し、グループ化した表です。

- A：特定健康診査受診結果から腎症リスクあり、レセプトにて糖尿病治療なし
- B：特定健康診査受診結果から腎症リスクなし、レセプトにて糖尿病治療なし
- C：特定健康診査受診なし、過去にレセプトにて糖尿病受診履歴あり（治療中断疑い）
- D：特定健康診査結果から腎症リスクあり、レセプトにて糖尿病治療あり
- E：特定健康診査受診あり、レセプトにて糖尿病治療あり
- F：特定健康診査受診なし、レセプトにて糖尿病治療あり

表 23 糖尿病性腎症のリスクがある人の分類

	医療機関受診なし		医療機関受診あり	
	特定健康診査受診あり	特定健康診査受診なし	特定健康診査受診あり	特定健康診査受診なし
糖尿病性腎症あり HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl以上 尿蛋白(+)以上 eGFR30以上44以下	A	/	D	/
糖尿病型 HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl以上	B	/	E	/
過去に糖尿病治療 歴有(現状の検査値 不明)		C		F

※ 特定健康診査受診の有無は年度内について

※ 斜線は、特定健康診査未受診のため、現状の検査値の把握がない人

グループBに関しては前期データヘルス計画から「糖尿病重症化予防の対象」として医療機関受診勧奨を行っています。糖尿病性腎症発症リスクが高く、医療受診されていないグループAについては今後、早急な対策が必要となります。

平成30年度からは、特定健康診査検査項目にeGFRを導入することにより、健診結果から糖尿病性腎症のハイリスク群の選定が可能となります。糖尿病性腎症あり（特定健康診査受診あり、糖尿病治療中）のグループDについて、また、腎症発症以前の糖尿病治療中のグループE（特定健康診査受診あり）、F（特定健康診査受診なし）については今後医療機関と連携しながら対策を講じる必要があります。

（8）特定健康診査受診者における糖尿病性腎症発症リスクに関する分析

糖尿病が原因で慢性的に腎臓の機能の低下が起きている状態が、「糖尿病性腎症」ですが、表24と表25は、平成28年度特定健康診査受診者のうち、糖尿病型（HbA1c6.5%以上で空腹時血糖126mg/dl以上）にある人の腎機能の状態について、eGFR値と蛋白尿から分類したものです。（表24は服薬あり、表25は服薬なし）

これにより、糖尿病（もしくは疑いのある）の人の腎症発症のリスク者がどの位いるかが明らかになります。

eGFR値や蛋白尿は慢性腎臓病の病期（ステージ）判定のみならず、腎・心臓病の治療後の経過や生命維持にも影響します。

腎臓の機能のステージ（重症度の評価）は「CKD診療ガイド2012」によるとG1からG5までの5段階に分けられ（表24、25の縦軸）G3はaとbの二つに分かれています。

ステージ	判定	eGFR 値
G1	正常	90～
G2	正常または軽度低下	60～89
G3a	軽度～中等度低下	45～59
G3b	中等度～高度低下	30～44
G4	高度低下	15～29
G5	末期腎不全	<15

糖尿病性腎症の発症予防のためには、糖尿病の予防が先決となりますが、既に糖尿病型にある人の腎症発症予防のためには、G3a、G3bの段階での医療介入が重要です。

蛋白尿（表24、25の横軸）は（+）以上をリスク者とします。

糖尿病性腎症発症リスクがあると思われる対象に、どのような対策を行っていくか、本計画期間中に、関係機関が各々の役割を発揮するためのシステムの構築を行っていきます。

表 24 糖尿病型の人の慢性腎臓病(CKD)重症度分析(服薬あり)

単位：人・%

	蛋白尿区分		蛋白尿区分					計	
			(-)	(±)	(1+)	(2+以上)	未測定		
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	90~	132 (12.3%)	19 (1.8%)	9 (0.8%)	6 (0.6%)	0 (0.0%)	166 (15.5%)
	G2	正常または 軽度低下	60~89	545 (50.9%)	100 (9.3%)	61 (5.7%)	26 (2.4%)	0 (0.0%)	732 (68.4%)
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59	88 (8.2%)	31 (2.9%)	13 (1.2%)	10 (0.9%)	0 (0.0%)	142 (13.3%)
	G3b	中等度~ 高度低下	30~44	7 (0.7%)	5 (0.5%)	7 (0.7%)	6 (0.6%)	0 (0.0%)	25 (2.3%)
	G4	高度低下	15~29	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	3 (0.3%)
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)
		未測定			0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計				773 (72.2%)	155 (14.5%)	92 (8.6%)	50 (4.7%)	0 (0.0%)	1,070 (100.0%)

※KDBシステム 突合データ 平成 28 年度健診結果より算出

- ☞ 「CKD診療ガイド 2012」に基づき、GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価
 ☞ 服薬ありとは、服薬（血圧・血糖・脂質）のいずれかを服薬しているか、または既往歴に腎不全・人工透析がある人

表 25 糖尿病型の人の慢性腎臓病(CKD)重症度分析(服薬なし)

単位：人・%

	蛋白尿区分		蛋白尿区分					計	
			(-)	(±)	(1+)	(2+以上)	未測定		
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	90~	47 (17.5%)	11 (4.1%)	9 (3.4%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	69 (25.7%)
	G2	正常または 軽度低下	60~89	133 (49.6%)	24 (9.0%)	12 (4.5%)	7 (2.6%)	0 (0.0%)	176 (65.7%)
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59	19 (7.1%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	22 (8.2%)
	G3b	中等度~ 高度低下	30~44	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
	G4	高度低下	15~29	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
		未測定			0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計				199 (74.3%)	37 (13.8%)	22 (8.2%)	10 (3.7%)	0 (0.0%)	268 (100.0%)

※KDBシステム 突合データ 平成 28 年度健診結果より算出

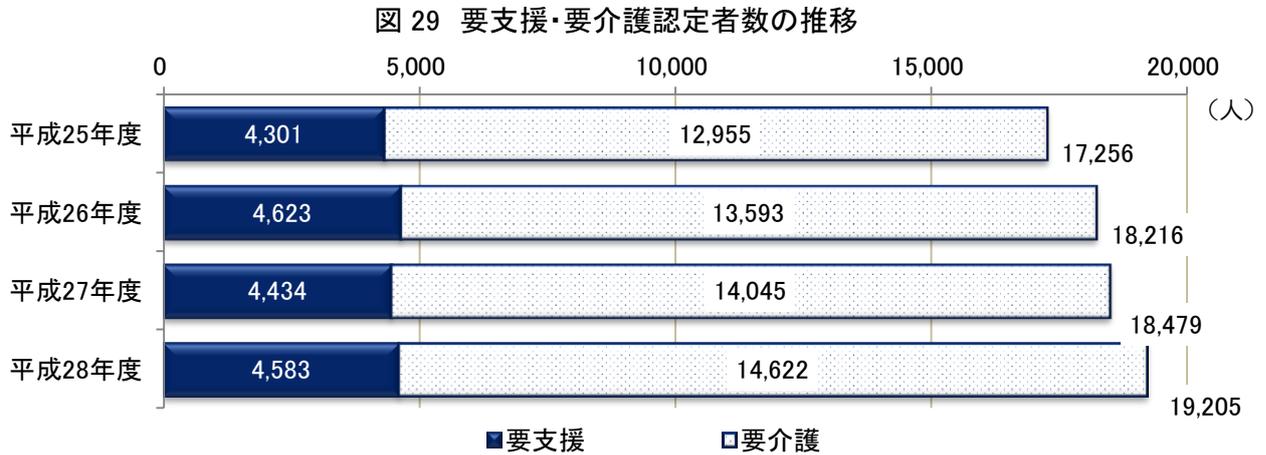
- ☞ 「CKD診療ガイド 2012」に基づき、GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価

平成 30 年度からは、特定健康診査の結果、HbA1c 値が高い人だけでなく、G3 から G5 と蛋白尿 (+) 以上の人への受療確認が最優先となります。

4. 要介護者の状況

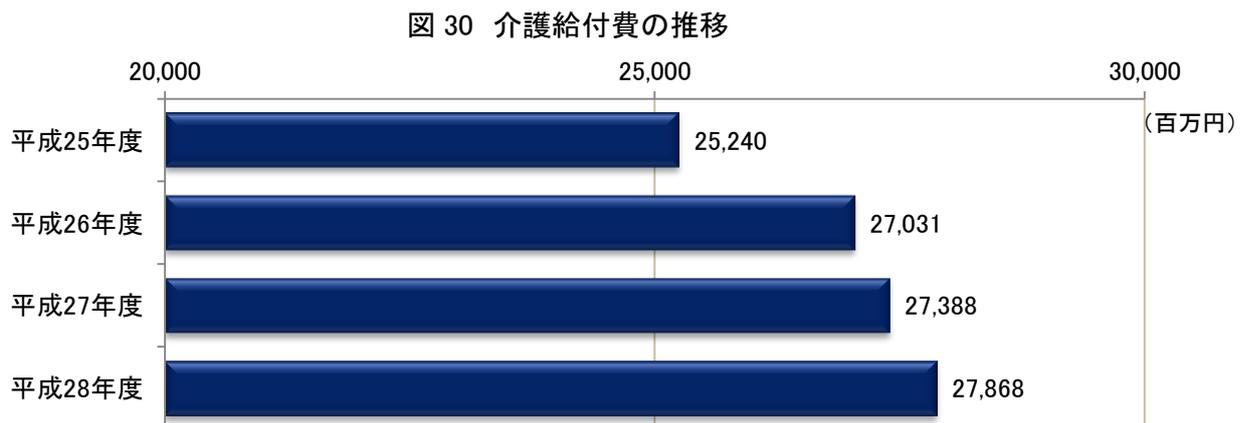
(1) 要支援・要介護認定者数と介護給付費の推移

要支援・要介護認定者の推移は平成25年度17,256人から平成28年度は19,205人と1,949人増加しています。



※各年10月1日現在 介護保険事業状況報告

介護給付費の推移は平成25年度252億円から平成28年度は278億円と26億円増加しています。高齢者人口の増加とともに今後も増加が見込まれます。



※松戸市介護保険特別会計歳入歳出決算書

(2) 介護保険第2号被保険者の要介護認定特定疾病分類

松戸市全体の介護保険第2号被保険者の要介護認定特定疾病（40歳から64歳の若年で介護が必要になった人の原因疾患）は、「脳血管疾患」の割合が5割を超えています。次に「初老期における認知症」、「糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症」と続きます。「脳血管疾患」は高血圧や糖尿病等の生活習慣病から起因することも多く、重度化予防のためには若い頃からの糖尿病等の生活習慣病予防対策が重要です。

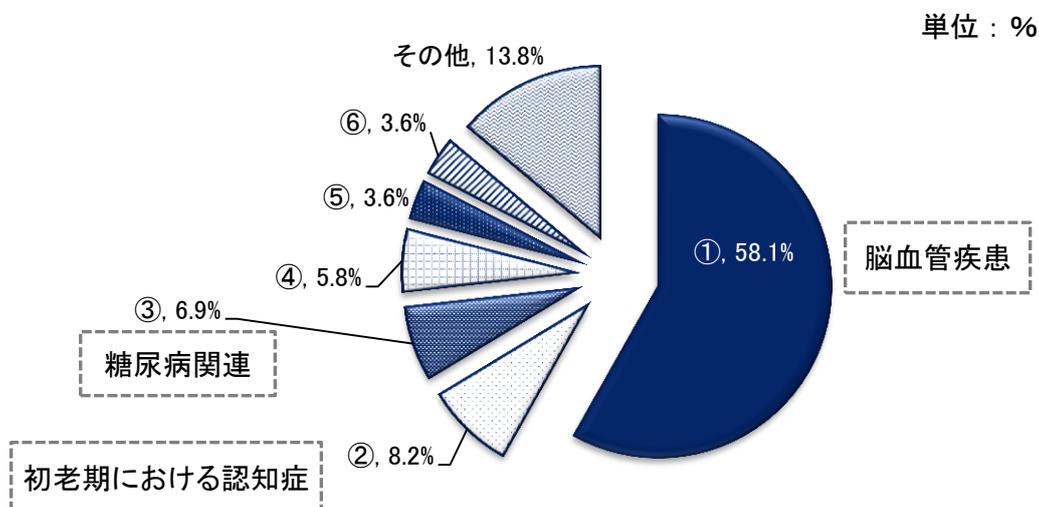
表 26 介護保険第2号被保険者の要支援・要介護認定特定疾病分類

単位：％

特定疾病名	平成28年度
① 脳血管疾患	58.1
② 初老期における認知症	8.2
③ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	6.9
④ がん（末期）	5.8
⑤ 脊柱管狭窄症	3.6
⑥ 関節リウマチ	3.6
⑦ 脊髄小脳変性症	2.7
⑧ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	2.7
⑨ パーキンソン病関連疾病	2.0
⑩ 筋萎縮性側索硬化症	1.7
⑪ 多系統萎縮症	1.3
⑫ 後縦靭帯骨化症	1.2
⑬ 骨折を伴う骨粗鬆症	1.0
⑭ 慢性閉塞性肺疾患	0.7
⑮ 閉塞性動脈硬化症	0.4
⑯ 早老症	0.0
合 計	100.0

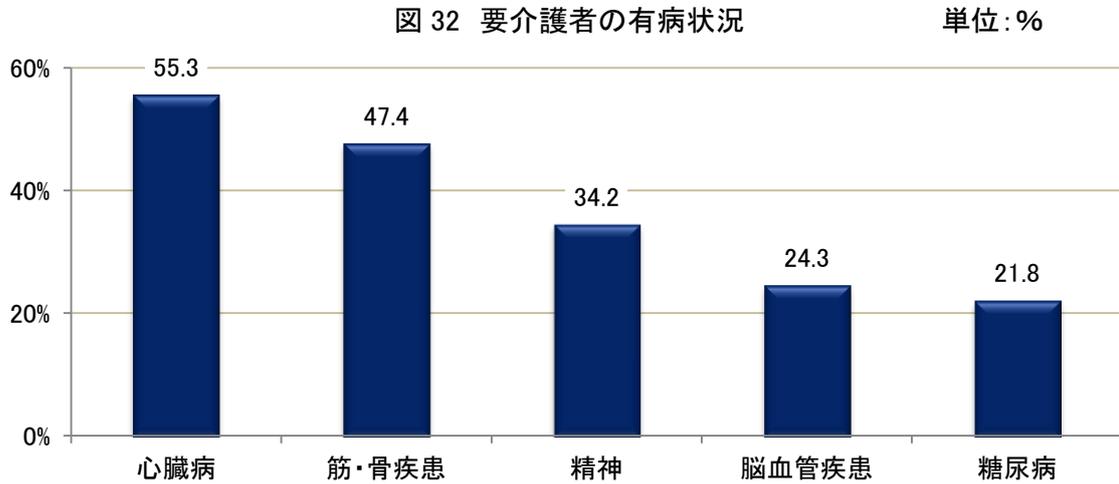
※平成28年4月1日の認定が有効な対象者を抽出：介護保険課資料
 ☞第2号被保険者：40歳から64歳で介護が必要になった人

図 31 介護保険第2号被保険者の要支援・要介護認定特定疾病分類



(3) 要介護認定者の有病状況

松戸市全体の要介護者の有病状況は、心臓病が 55.3% と多く、次に筋・骨疾患 47.4%、精神 34.2%、脳疾患 24.3%、糖尿病 21.8% と続きます。

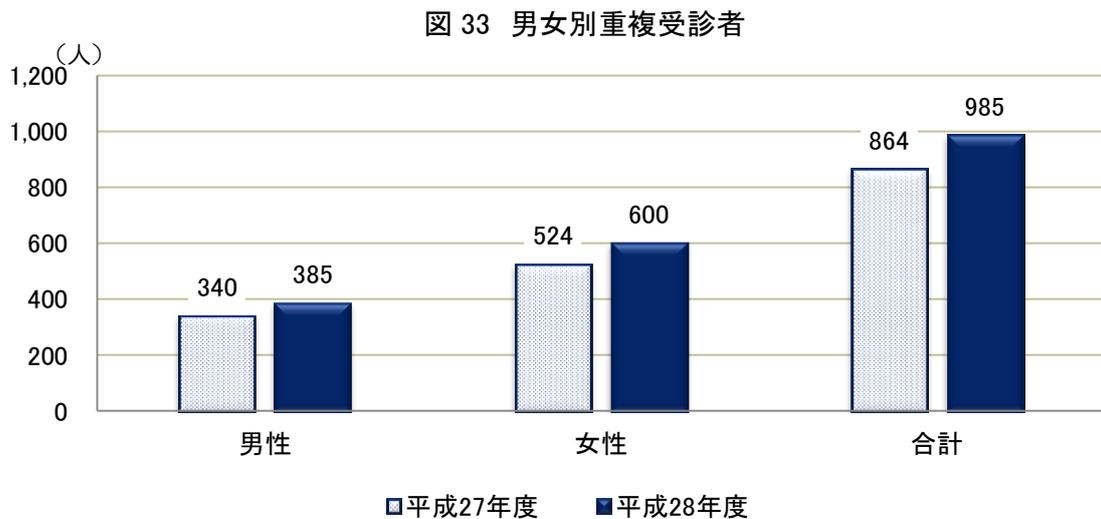


※KDBシステム 健診・医療費・介護データからみる地域の健康課題（平成 28 年度 累計）

5. 重複受診の状況

(1) 男女別重複受診者数

重複受診者を男女別で見ると女性の方が多く、平成 28 年度は前年度に比べ男女共に多くなっています。



※KDBシステム 突合データ 平成 28 年度 5 月診療分
 ☞【重複の条件】同月内で同じ医薬品を複数の医療機関から処方

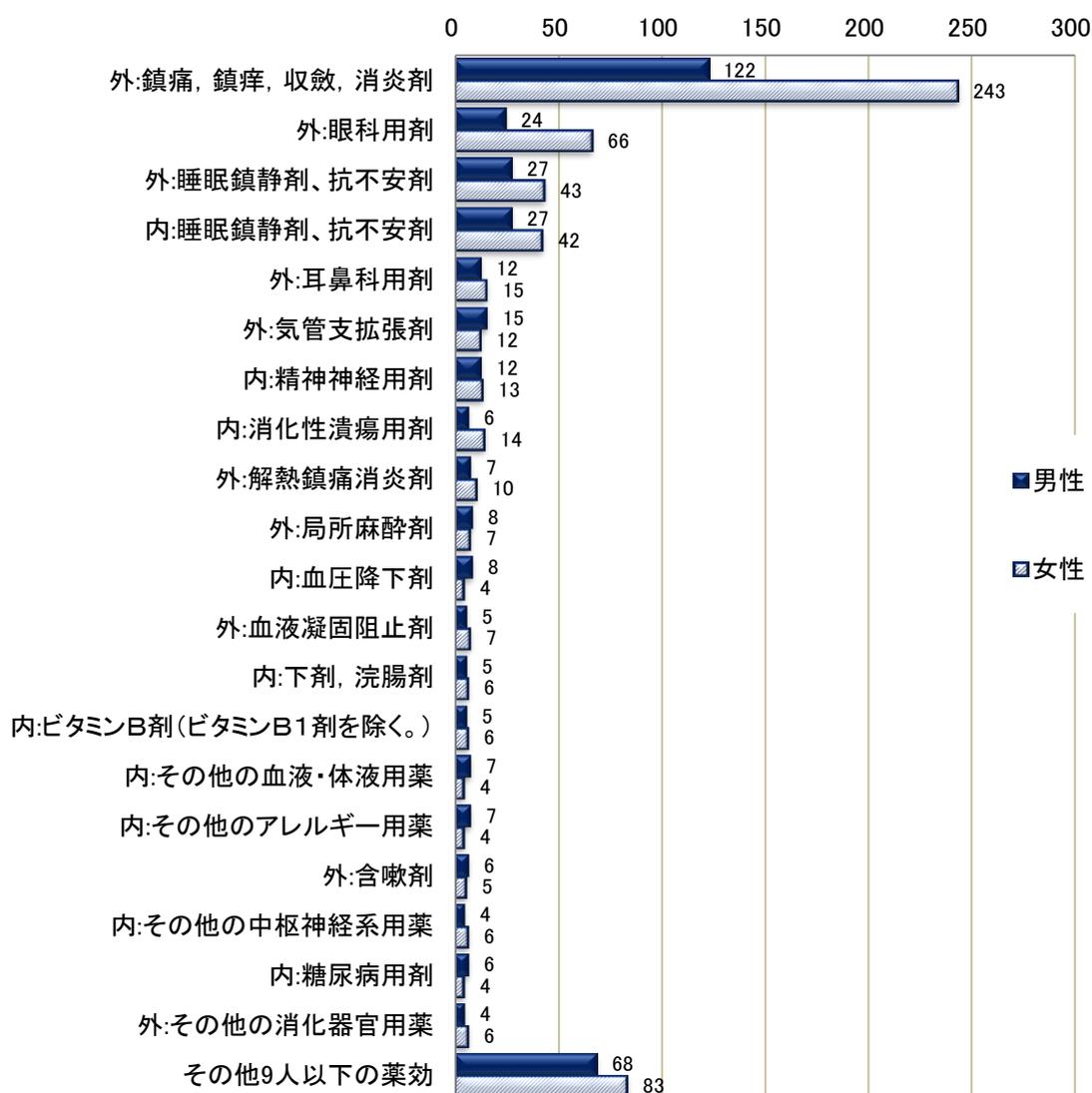
(2) 薬効分類・重複受診者

重複受診は、用法用量を超えた医薬品の服用によって、医薬品の副作用による健康被害が発生することが懸念されるとともに、患者自身が自らの判断で服薬をやめてしまうことによる残薬の問題などに対応していく必要があります。

内服薬では「睡眠鎮静剤、抗不安薬」「精神神経用剤」が重複して処方されるケースが多くみられます。これらの薬剤に関しては薬への依存なども考えられるため、保険者だけでなく、医師会・薬剤師会とも連携の上対策を検討し、実行していくことが求められます。特に薬剤師会との連携において、お薬手帳の啓発方法等も課題の一つと考えられます。

図 34 薬効分類・重複受診者(男女別)

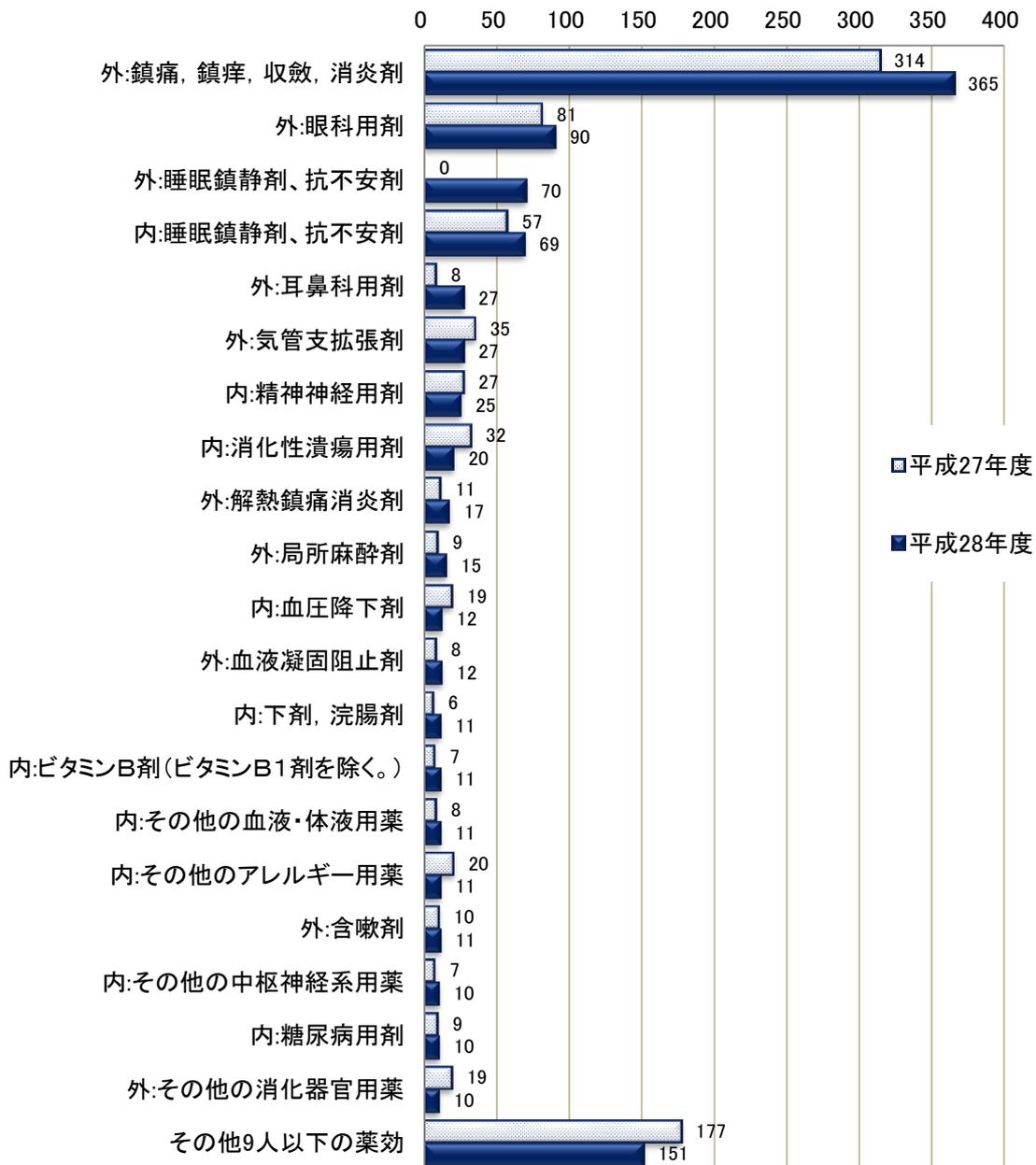
単位:人



※KDBシステム 突合データ 平成28年度 5月診療分
 外:外用薬 内:内服薬

図 35 薬効分類・重複受診者(年度比較)

単位:人

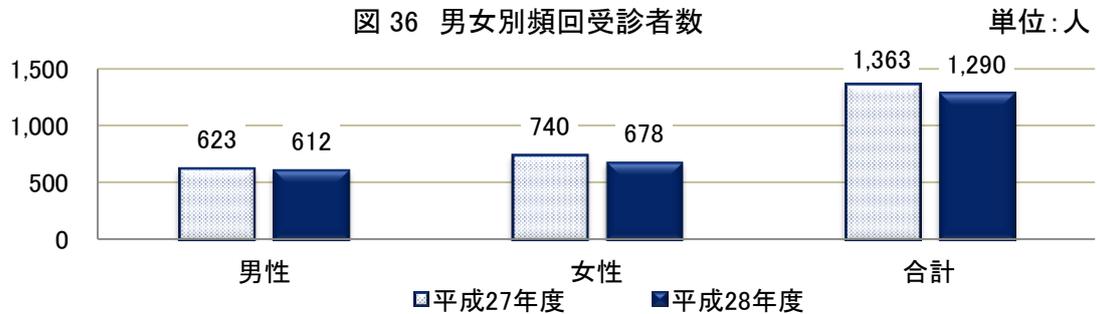


※KDBシステム 突合データ 平成28年度 5月診療分
 外:外用薬 内:内服薬

頻回受診の状況

(1) 男女別頻回受診者数

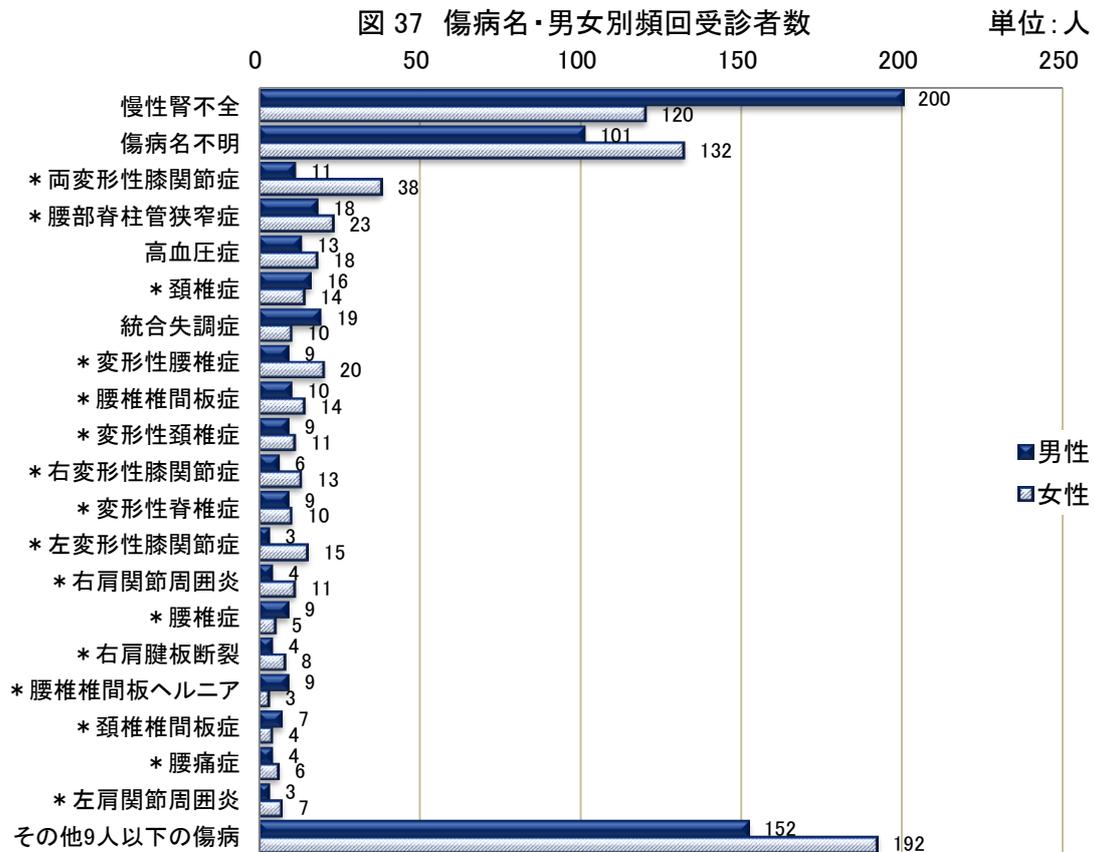
頻回受診者を男女別で見ると女性の方が多く、平成28年度は前年度に比べ男女共に少なくなっています。



※KDBシステム 突合データ 平成28年度 5月診療分
 ☞【頻回の条件】同一被保険者が同一診療月に同医療機関で診療実日数が8日以上

(2) 傷病名・男女別頻回受診者数

傷病名別で見ると整形外科系の疾患が多く、傷病名不明を除くと「慢性腎不全」が男女共に一番多くなっています。これは人工透析のための定期受診が含まれていることが影響していると思われます。



※KDBシステム 突合データ 平成28年度 5月診療分
 ☞ * 整形外科系疾患

第4章 健康課題の抽出

1. 本市における健康課題：糖尿病対策の充実

本市においては、国・県平均と比べて、血糖やHbA1cの有所見者の割合が高く、また、近年、その有所見者が多い状況が続いています。そして、こうした結果として、人工透析を要する慢性腎不全や新規糖尿病性腎症である患者数の割合が国・県・同規模自治体平均に比べて多くなっており、これらの患者数も増加傾向にあります。

糖尿病は身体全体の血管に影響を及ぼす全身性の疾患であり、糖尿病が原因となって、脳血管疾患や心疾患、慢性腎不全など生命に直結する疾患をひき起こす危険性が高まります。また、糖尿病は、脳血管性の認知症はもとより、アルツハイマー型認知症の発症率も約2倍に高めます。さらに、糖尿病は、慢性腎不全をはじめとして、医療費の増大にもつながっていきます。

こうしたことから、本市では、「糖尿病対策の充実」という課題が抽出されます。

(1) 糖尿病対策の充実に向けた課題：早期対応と重症化予防

糖尿病対策に当たっては、早期対応及び重症化予防の2つの視点が重要になります。

早期対応に当たっては、特定健康診査を通じて糖尿病予備群を早期に把握した上で、特定保健指導や医療機関での早期治療など、必要な対応に速やかにつなげていくことが重要です。しかし、本市においては、上昇傾向ではあるものの、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率が県平均や近隣市よりも低い状態にあることから、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率を向上させることが重要になっています。

重症化予防にあたっては、前期データヘルス計画においてHbA1c6.5%以上の者に対して、医療機関への受診勧奨を行ってきましたが、これまでの受診勧奨は、一律に受診を促すだけのものでした。しかし、こうした手法では、糖尿病に対応できる医療機関につながらないケースも多く、重症化予防に当たっては、医療関係者の合意の下、糖尿病に対応できる地域の医療資源を把握するとともに、患者の状態に応じた医療機関の役割分担と連携の推進（かかりつけ医と専門医の連携に関するルールづくり）が不可欠です。関係機関との役割分担を行うためのツールとして、P31表23「糖尿病性腎症のリスクがある人の分類表」を用いて、グループ化を行いました。分類から導いた、グループAからFについて、対象分類別の対応策が必要です。

(2) 糖尿病の早期対応と重症化予防に向けた対応の方向性

こうした糖尿病の早期対応及び重症化予防を推進していくためには、以下の3点が重要になります。

まずは、医師会・歯科医師会・薬剤師会などの関係団体との連携体制の強化です。医療関係団体との継続的な連携・協議を通じて、糖尿病の早期治療や重症化予防のための医療機関のシステム構築や対応力の強化を推進していくとともに、特定健康診査・特定

保健指導の推進を図っていくことが重要になっています。

次に、住民への普及啓発の推進です。住民自身に特定健康診査・特定保健指導や糖尿病重症化対策の意義や効果を分かりやすく周知することが必要になります。

3点目としては、地域保健に関わる市役所内の連携の推進です。糖尿病対策を推進していくためには、特定健康診査・特定保健指導を担当する国民健康保険課、乳幼児から後期高齢者までの生涯を通じた生活習慣病予防、健康づくり等を担当する健康推進課、介護予防等を担当する高齢者支援課などの地域保健に関わる関係部署の連携を推進していくことが必要になっています。

2. 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上

本計画を効果的効率的に推進していくためには、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率ともに十分とは言えず、特定健康診査においては、受診率が国・県・同規模自治体と比較して依然低い状態です。また、特定保健指導は、加入者の健康の保持増進や医療費適正化などの観点から、極めて重要な保険者機能とされています。現行のインセンティブをはじめ今後も様々な取組の効果を検証しながら、対象者の行動変容を促すきっかけとなる事業を展開していく必要があります。

(※詳細については、第3期実施計画に定める)

第5章 目標の設定

1. 中・長期目標：計画の最終年度までに達成を目指すもの

目標	指標	現状値 平成 28 年度	中間評価 平成 32 年度	最終評価 平成 35 年度
糖尿病性腎症 新規患者の減少	レセプトのある患者 千人当たりの糖尿病 性腎症新規患者数	1.042 人	同規模 自治体程度	同規模 自治体程度
糖尿病患者 の減少	レセプトのある患者 千人当たり糖尿病患 者数	208.190 人	同規模 自治体程度	同規模 自治体程度

前期計画では目標値を人数で示していましたが、本計画よりレセプトのある患者千人当たりの患者数とし、他の自治体との比較ができるようにしていきます。

2. 短期目標：中・長期的な目標を達成するために必要な保健事業などの計画 (年度毎)

目標	指標	現状値 平成 28 年度	中間評価 平成 32 年度	最終評価 平成 35 年度
特定健康診査 受診率の向上	特定健康診査 受診率	33.3%	52%	60%
特定保健指導 実施率の向上	特定保健指導 実施率	12.6%	37%	45%
HbA1c6.5%～7.9% かつ空腹時血糖 126mg/dl 以上の未 治療者の減少	HbA1c6.5%～7.9% かつ空腹時血糖 126mg/dl 以上の未 治療者の割合	1.56%	1.46%	1.36%
HbA1c8.0%以上か つ空腹時血糖 126mg/dl 以上の未 治療者の減少	HbA1c8.0%以上か つ空腹時血糖 126mg/dl 以上の未 治療者の割合	0.44%	0.34%	0.24%

第6章 保健事業の実施内容

第4章で抽出した本市の健康課題に基づき、糖尿病対策の充実を図るため、以下の3点を重点事項として、保健事業を実施していきます。

1. 糖尿病対策の推進

【松戸市糖尿病対策推進会議の設置を通じた医療関係団体等との連携強化】

糖尿病対策の充実のためには、医療機関における早期対応を進めるとともに、重症化予防に向けた医療機関の役割分担・連携や対応力の強化を推進することが必要です。このため、医療関係団体との連携を強化し、糖尿病対策の充実に向けた継続的協議を行うため、平成30年4月より、松戸市糖尿病対策推進会議（仮）を設置します。

この会議は、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の医療関係団体や病院関係者、関係各課（国民健康保険課、健康推進課、高齢者支援課）等のメンバーで構成し、糖尿病対策の充実に向けた協議を重ねて、関係団体・関係機関・行政の連携に基づく糖尿病対策の充実を図ります。

松戸市糖尿病対策推進会議（仮）においては、当面、以下のテーマについて協議を重ねて、関係団体・関係機関・行政が同意した施策から、順次、実行に移していきます。

《松戸市糖尿病対策推進会議（仮）において議論する当面のテーマ》

- 糖尿病・腎臓病関係の地域の医療資源の把握・分析
- かかりつけ医と専門医の役割分担・連携のルールづくり
- かかりつけ医の糖尿病等対応力の強化
- 糖尿病対策の住民向け普及啓発
- 医療機関等との連携に基づく特定健康診査・特定保健指導の推進
- 関係団体・関係機関・行政の日常的協議・交流など

【糖尿病性腎症のリスクがある対象者へのアプローチ】（表 23 再掲）

	医療機関受診なし		医療機関受診あり	
	特定健康診査 受診あり	特定健康診査 受診なし	特定健康診査 受診あり	特定健康診査 受診なし
糖尿病性腎症あり HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl以上 尿蛋白(+)以上 eGFR30以上44以下	A	/	D	/
糖尿病型 HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl以上	B	/	E	/
過去に糖尿病治療 歴有(現状の検査値 不明)		C		F

※ 特定健康診査受診の有無は年度内について

※ 斜線は、特定健康診査未受診のため、現状の検査値の把握がない人

A：糖尿病性腎症発症リスクが極めて高く、医療受診されていないハイリスクグループ。eGFR 値が検査項目に加わることで、平成 30 年度からは抽出が可能となります。基準値を決め、必要に応じて家庭訪問などの早急な対応策を検討し、適切な医療につなげます。

また、対象者に向けた医師による健康教育の開催などを検討していきます。

B：糖尿病の疑いがあり医療機関を受診していないグループ。前期データヘルス計画から引き続き、文書または電話による受診勧奨をおこないます。

健康推進課と課題を共有し、市民へのアプローチ方法を検討していきます。

C：過去に糖尿病受診歴（治療中断の疑い）があり、特定健康診査の受診のないグループ。これらの人は現状の検査値（糖尿病の状況）の把握ができないため、対象者の抽出をおこない、個別の対応などが必要です。

D：医療機関を受診中ですが、糖尿病性腎症の悪化が予測されるため、かかりつけ医から専門医への紹介など、病期に応じた適切な医療管理が必要です。

E：医療機関を受診し糖尿病の治療が行われているグループ。重症化予防のためには、適切な医療管理が必要です。

F：糖尿病治療中のグループ。

グループ別の対応策については、糖尿病対策推進会議（仮）でも協議していきます。

2. 特定健康診査・特定保健指導の推進

本市では、特定健康診査の受診率が、国や県の平均に比べて低いなど、糖尿病等の生活習慣病を早期に把握するための特定健康診査の受診率の向上が課題になっています。なお、特定健康診査の受診率を年代ごとに分析すると、若い世代の受診率が低くなっています。

あわせて、特定保健指導の実施率も、国や県の平均に比べて低くなっています。特定健康診査の結果メタボリックシンドロームの発症リスクが高く、生活習慣の改善により予防効果が期待できる人に対して行う特定保健指導の実施率の向上も課題です。

このため、地域住民の健康づくりへの関心の喚起、若いうちからの健康づくりの習慣化や、積極的な普及啓発等を図り、特定健康診査・特定保健指導の推進を図っていきます。

【特定健康診査の受診率向上に向けた方策】

- 特定健康診査受診者へのインセンティブ制度を通じた、健康無関心層への「健康」のきっかけづくり
- 35歳から39歳の国保健康診査を通じた、若いうちからの健診の習慣づくりの推進（平成29年度創設）
- 松戸市糖尿病対策推進会議（仮）を通じた医療関係団体との連携に基づく特定健康診査受診勧奨の推進（治療中の患者への健診受診勧奨など）
- 市の関係事業を通じたPRの推進（高齢者関係講演会、地域包括支援センターなど）
- 特定健康診査の効果等の分かりやすい周知など
- ICTの活用による利便性の向上
- 個人のニーズに応じた健診の受診（人間ドック費用助成及び健康診査費用の助成）が可能であることの周知
- 地域関係団体との連携強化（町会、健康推進員、など）
- がん検診との同時実施の検討

【特定保健指導の実施率向上に向けた方策】

- 市役所での面接時間帯の拡大
- 専門職の電話による利用勧奨の強化
マンパワーの増員による電話での利用勧奨
- 利用案内の工夫を通じた、特定保健指導のメリットの分かりやすい周知
- 松戸市糖尿病対策推進会議（仮）を通じた医療関係団体との連携に基づく特定保健指導の推進
- 集団健診会場での利用勧奨の強化
- リピーターなど対象者の特性に応じた周知や内容の工夫

3. 包括的な地域保健体制の構築

保健分野においては、糖尿病などの生活習慣病、がん、高齢、障害、子育てなどの複合的な課題を抱える事例への包括的な対応や、世代別施策の連携に基づく包括的な疾患・介護予防を推進することが重要です。このため、平成 29 年度から、地域保健に関わる本市の関係部署の連携推進会議を開催しているところです。

このため、同連携推進会議を定期的・継続的に開催するとともに、同連携推進会議と松戸市糖尿病対策推進会議（仮）の連携を図ることによって、市民全体への糖尿病に関する予防的なかかわり（ポピュレーションアプローチ）など、糖尿病対策の充実を図っていきます。

4. その他の保健事業

上記 3 点の重点事項に加え、健康寿命の延伸と医療費適正化に向けて、現在実施している次の保健事業の推進を図っていきます。

- 重複・頻回受診者への指導に向けた課題の把握・分析
- 被保険者の健康への認識を深めるための医療費通知の送付

第7章 計画の評価・見直し

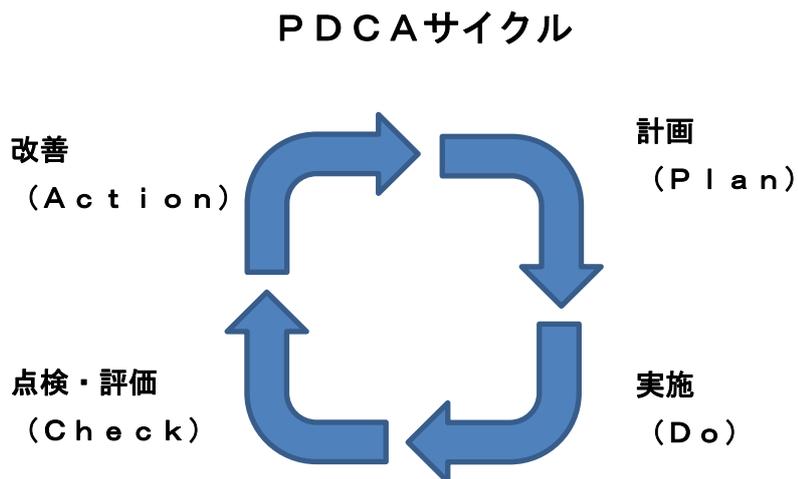
1. 計画の評価方法

データヘルス計画は、KDBシステムやレセプト、松戸市総合保健福祉システム等のデータを収集・分析し、それに基づいて、保健事業を「PDCAサイクル」で効果的・効率的に実施するために策定された事業計画です。

本計画の評価については、計画(Plan)に従って、事業を実施(Do)したことに対し、その達成度をはじめ、有効性や効率性等の観点から分析・点検・評価(Check)を行い、その評価結果をもとに、各事業の見直し・改善(Action)を行うとともに、その評価結果をもとに、計画(Plan)にも反映させていきます。

評価にあたっては事業ごとに進捗状況を確認し、毎年度評価を行います。最終年度である平成35年度には、計画期間における事業の総合的な評価を行います。

なお、評価の実施にあたっては、KDBシステム等から出力される各種データを活用します。



2. 計画の見直し

国民健康保険課・健康推進課・高齢者支援課の連携促進の場などで報告し、意見を伺います。また、必要に応じて、千葉県国民健康保険団体連合会に設置された「支援・評価委員会」等を活用し、専門的知見から意見や助言を受けて、本計画の見直しを行います。

第8章 計画の公表・周知

本計画は、下記の媒体を用い公表するとともに、国民健康保険加入者や市民へ周知を図ります。

表 27 計画の公表方法

公表方法・場所	
市ホームページ (モバイル版含む)	http://www.city.matsudo.chiba.jp/iryoutoshi/healthcare/kensin_osirase/index.html ※随時更新
計画書、計画概要版	○市本庁舎（行政資料センター含む）、各支所及び市民センター、各保健福祉センター、公民館、市民劇場、図書館（本館、分館）、スポーツ施設など ○松戸市医師会、松戸歯科医師会、松戸市薬剤師会、松戸商工会議所、JAほか
ポスター	
ちらし	

第9章 個人情報の保護

1. 記録の保存方法等

(1) 記録の保存方法

① 保存方法

特定健康診査・特定保健指導の実施結果においては、磁気媒体とデータベース、個人が提出する紙形式の3つの形でデータを保存しています。

② 安全を確保する方法

磁気媒体とデータベースおよび紙形式は、それぞれ施錠可能な保管庫に保管します。また、データベースは、高度な個人情報が蓄積されていることから、その利用に際して4つの対策を行っています。

- a 入力・参照・外部出力など各種権限管理を個人ごとに行ないます。
- b アクセス記録を保存し、不審な利用が無いか定期確認を行ないます。
- c 基幹システム接続とインターネット接続のネットワークをわけることで、個人データの外部流出や侵入を防ぎます。
- d USBなどの媒体利用に、IDおよび機体による制限をかけます。

③ 保存年限の設定

特定健康診査及び特定保健指導の記録は、原則5年間保存します。なお、他の医療保険者に異動する等、国民健康保険加入者でなくなった者の記録に関しては、異動年度の翌年度末まで保管することとします。

④ 保存年限経過後の取り扱い

特定健康診査及び特定保健指導のデータファイルの保管年数経過後は、「健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」「松戸市情報セキュリティポリシー」などを遵守しデータ消去・廃棄を行います。

なお、国民健康保険加入資格を喪失し他の医療保険者に異動する場合は、年度末まで保管し、その後消去・廃棄することとします。

表 28 保存内容と保存期間

特定健康診査、特定保健指導結果	5年間
レセプト（診療報酬明細書）	5年間

（2）保存体制

磁気媒体においては、盗難や紛失が無いよう施錠可能な保管庫にて保管しています。紙形式での健診結果も同様に、データ化したのち施錠できる場所にて保管しています。また、データベースに関しては、管理者や入室者を限定した静脈認証システムが設置されている電算室にて保管しています。

なお、データ管理者は特定健康診査担当が所属する長とします。

表 29 保存体制

種 類	保存年限	保存場所
データベース	10年間	利用者制限や静脈認証システムのある電算室
磁気媒体	10年間	施錠できる保管庫
紙	5年間	施錠できる保管庫

（3）外部委託の有無

個人情報の管理においては、本市で管理を行っていきます。

2. 管理ルールの制定（留意点）

特定健康診査および特定保健指導の実施については、外部委託も行いますが、委託事業者においては、記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課すなど、関係法令を遵守することに加え、「医療・介護関係事業者における個人情報の取り扱いのためのガイドライン」や「松戸市個人情報の保護に関する条例」に基づき必要な個人情報保護対策を行うことを義務付けるものとします。

参考資料（用語集）

	用語	解説
か行	血清クレアチニン	クレアチニンとは、主に筋肉で作られて血中に入り、糸球体で濾過された後ほとんど再吸収されず、速やかに尿中に排泄される。そのため、血清クレアチニン検査は、腎臓のろ過機能をチェックする指標となり、腎臓のスクリーニング検査に用いられる。
	患者千人当たり糖尿病患者数	糖尿病患者数÷患者数×1000 （患者数：入院レセプト又は外来レセプトが存在する。DPC又は医科に紐づく個人を集計） 単純に人数で比較すると、規模により差が出てしまうので、1000人あたりに換算して比較している。
	患者千人当たり新規糖尿病性腎症患者数	糖尿病性腎症新規患者数÷患者数×1000 （患者数：入院レセプト又は外来レセプトが存在する。DPC又は医科に紐づく個人を集計） 単純に人数で比較すると、規模により差が出てしまうので、1000人あたりに換算して比較している。
	患者千人当たり人工透析患者数	人工透析を行っている患者数÷患者数×1000 （患者数：入院レセプト又は外来レセプトが存在する。DPC又は医科に紐づく個人を集計） 単純に人数で比較すると、規模により差が出てしまうので、1000人あたりに換算して比較している。
さ行	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	重複受診者	同じ疾患で複数の医療機関を受診している人。
	同規模自治体	人口規模が同程度の自治体。 人口150,000以上で指定都市、中核都市・特別区、特別区を除く57市。
	糖尿病	糖尿病とは、インスリンの作用が十分でないためブドウ糖が有効に使われずに、血糖値が高くなっている状態のこと。放置すると全身にさまざまな影響がでる。 <糖尿病の診断について> 空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%（NGSP値）以上のいずれかが確認された場合は「糖尿病型」と言う。主に、空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%（NGSP値）以上が同日に示された場合には糖尿病と診断される。 <糖尿病の合併症> 高血糖が長く続くと細小血管が障害を受けて、血管が詰

	用語	解説
		<p>まったり、血液が漏れるようになる。このため、細小血管から栄養を補給されている末梢神経や細小血管に張り巡らされている組織に異常がおり、様々な合併症としてあらわれる。</p> <p>糖尿病の三大合併症には①糖尿病神経障害②糖尿病網膜症③糖尿病性腎症がある。</p>
	糖尿病性腎症	<p>糖尿病三大合併症のひとつ。蛋白尿を初期症状とし、進行すると腎不全となり、人工透析を必要とすることもしばしばある。現在、人工透析を導入する原因の第一位となっている。</p>
	特定疾病	<p>特定疾病とは、日本の各医療において他の疾病と異なる扱いをする対象として定められた疾病。何を特定疾病とするかは、保険領域によって異なる。</p> <p>〈医療保険における特定疾病〉</p> <p>厚生労働大臣が定める以下の3疾患については、長期間に渡る医療を必要とすることから、1か月の医療費の自己負担額は原則として10,000円（または、20,000円）となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析） ・血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害及び第9因子障害（血友病） ・抗ウィルス薬を投与している後天性免疫不全症候群（ただし血液凝固因子製剤の投与に起因するもののみ） <p>医療保険の窓口申請し、特定疾病療養受療症の交付を受けることで、減免の対象となる。</p>
	特定健康診査（特定健診）	<p>高齢者の医療の確保に関する法律第十八条国民健康保険法第八十二条）により平成20年4月より始まった、40歳から74歳までの公的医療保険加入者全員を対象とした保健制度であり、一般に「メタボ健診」と呼ばれている。健診の項目は特定健康診査及び特定保健指導に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号第1条）に規定されている。検査項目には腹囲、BMI、血糖、脂質、血圧、尿糖、尿蛋白が入る。</p>
	特定保健指導	<p>高齢者の医療の確保に関する法律第十八条国民健康保険法第八十二条）により平成20年4月より始まった、40歳から74歳までの公的医療保険加入者全員を対象とした保健制度であり、特定健康診査の結果から生活習慣病のリスクが高く、生活習慣の改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う。特定健康診査及び特定保健指導に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号第1条）により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。</p>

	用語	解説
な行	尿酸	核酸構成成分の一つであるプリン体化合物の代謝産物。広く肉食動物の血中・尿中に存在し、ヒトでは尿中に排泄される。血中の尿酸が過剰となると。関節軟骨などに尿酸の結晶が沈着して痛風になる
は行	ハイリスクアプローチ	健康障害を引き起こす可能性のある集団の中から、より高いリスクをもっている人にはたらきかけ、病気を予防すること。
	頻回受診者	医療機関の受診回数が多い人
	法定報告	実施年度中に40歳から74歳の松戸市国民健康保険加入者で、かつ当該実施者の一年間を通じて加入している者のうち、年度途中での加入・脱退など異動のない者や、妊産婦などの厚生労働大臣が定める除外規定に該当しない者を対象に特定健康診査・特定保健指導を実施し、その実績を国に報告するもの
	ポピュレーションアプローチ	(ハイリスクアプローチに対して)まだ高いリスクを抱えていない集団にはたらきかけ、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こと。
ま行	慢性腎臓病 (CKD:chronic kidney disease)	慢性経過の腎不全について、その未病(まだ病気が症状として表れる前の)状態から末期までを包括する概念。慢性腎不全に至らない未病状態であっても、心血管疾患が併発するリスクは高く、また、容易に慢性腎不全にまで発展することからより大きな概念として提唱されたのが、「慢性腎臓病」 腎臓の障害(蛋白尿など)もしくはGFR(糸球体濾過量)60ml/分/1.73m ² 未満の腎機能低下が3か月以上続くこと
	メタボリックシンドローム	「内臓脂肪症候群」とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態を表します。腸のまわり、または腹腔内にたまる「内臓脂肪の蓄積」によって、高血圧や糖尿病、脂質異常症(高脂血症)などの生活習慣病の重なりが起こっていることを示している。内臓脂肪がたまり、1つの危険因子を持つ人を予備群、2つ以上持つ人を該当者と呼ぶ。
B	BMI (Body Mass Index)	身長と体重から算出する体格指数(肥満度の目安)。1994年にWHOで定めた肥満測定の国際基準。 BMIの計算式=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMI18.5未満を「やせ」、18.5~25.0未満を「標準」、25.0以上を「肥満」と判定。
E	eGFR (estimated glomerular)	推算糸球体濾過量。腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示す。この値が低いほど腎臓の機能(はたらき)が悪いということを示している。

	用語	解説
	filtration rate)	慢性腎臓病はその重症度に応じてステージ 1 からステージ 5 に分けられており、その指標となるのが eGFR。GFR (糸球体濾過量) を直接測定することは非常に難しいため、クレアチニン値から推算して、糸球体濾過量を求める。
G	GFR (glomerular filtration rate)	糸球体濾過量のこと。血液から尿がつくられる最初の段階で、単位時間に糸球体が濾過できる血液量を指す。
H	HbA1c (ヘモグロビン・エーワンシー)	赤血球中のヘモグロビンのうちどれくらいの割合が糖と結合しているかを示す値で、過去 1~2 ヶ月間の血糖の状態を表している。糖尿病の指標として重要な数値。
	HDLコレステロール	善玉コレステロールと呼ばれ、体内(細胞)の古い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。
K	KDBシステム (Kokuho Data Base system)	国保データベースシステム。国保中央会が開発した、国民健康保険に関する全国規模のシステムであり、特定健康診査及びレセプトの統計情報を国・県・同規模保険者等と比較しながら確認することができる。
L	LDLコレステロール	悪玉コレステロールと呼ばれ、LDL (低比重リポたんぱく質) と複合したコレステロール。肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ働きがあり、これが過剰になると動脈硬化などの原因となる。
P	PDCAサイクル (ピーディーシーエーサイクル)	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し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。

松戸市国民健康保険保健事業実施計画

【第2期データヘルス計画】

(平成30～35年度)

〒271-8588 松戸市根本387番地の5

松戸市 福祉長寿部 国民健康保険課

TEL 047-366-1121(直通)

E-mail : mchoken@city.matsudo.chiba.jp