

## 参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大村市の位置
- 参考資料 2 平成 29 年度に向けての全体評価
- 参考資料 3 平成 28 年度の実績評価をふまえ、平成 29 年度の取組みと課題整理  
(平成 29 年度進捗状況)
- 参考資料 4 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 5 糖尿病管理台帳 (永年)
- 参考資料 6 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 7 糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える
- 参考資料 8 様式 6-1 改変 (参考資料 2 との突合)  
糖尿病性腎臓病重症化予防の取組み評価
- 参考資料 9 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 参考資料 10 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 11 脳・心・腎を守るために一重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、  
保健指導対象を明らかにする
- 参考資料 12 血圧評価表
- 参考資料 13 心房細動管理台帳

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大村市の位置											H28年度	(H28.6.21年度)		
項目			H25		H28		同規模平均		長崎県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	89,810		89,810		18,346,852		1,411,818		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			65歳以上(高齢化率)	18,041	20.1	18,041	20.1	4,430,444	24.1	368,546	26.1	29,020,766	23.2	
			75歳以上	9,019	10.0	9,019	10.0			198,412	14.1	13,989,864	11.2	
			65~74歳	9,022	10.0	9,022	10.0			170,134	12.1	15,030,902	12.0	
			40~64歳	29,909	33.3	29,909	33.3			490,212	34.7	42,411,922	34.0	
	39歳以下	41,860	46.6	41,860	46.6			553,060	39.2	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	4.6		4.6		6.1		8.2		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
			第2次産業	20.0		20.0		28.9		20.2		25.2		
			第3次産業	75.4		75.4		65.0		71.6		70.6		
	③	平均寿命	男性	79.1		79.1		79.6		78.9		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	86.4		86.4		86.3		86.3		86.4		
	④	健康寿命	男性	64.9		64.9		65.3		64.6		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			66.9		66.8		66.8		66.4		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	97.7		101.1		100.0		103.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性	97.7		101.1		100.0		103.1		100		
			女性	99.2		101.0		100.9		98.1		100		
			がん	259	53.7	265	55.9	54,818	48.1	4,928	51.1	367,905	49.6	
			心臓病	106	22.0	100	21.1	30,930	27.1	2,563	26.6	196,768	26.5	
			脳疾患	67	13.9	66	13.9	18,797	16.5	1,378	14.3	114,122	15.4	
			糖尿病	10	2.1	5	1.1	2,153	1.9	150	1.6	13,658	1.8	
			腎不全	17	3.5	20	4.2	3,750	3.3	353	3.7	24,763	3.3	
	自殺	23	4.8	18	3.8	3,547	3.1	268	2.8	24,294	3.3			
	②	早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	138		104								厚労省HP 人口動態調査 (※H28はH27年分)
			男性	96		67								
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	3,467	18.7	3,909	21.3	891,715	20.2	90,276	24.5	5,882,340	21.2
新規認定者				116	0.3	58	0.4	15,309	0.3	1,234	0.3	105,654	0.3	
2号認定者				103	0.3	88	0.3	21,986	0.4	1,979	0.4	151,745	0.4	
糖尿病				862	23.4	1,025	25.0	203,607	21.9	24,502	26.2	1,343,240	21.9	
②		有病状況	高血圧症	2,023	55.8	2,341	58.0	478,594	51.8	56,892	61.2	3,085,109	50.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			脂質異常症	878	24.6	1,231	29.6	255,994	27.6	30,800	32.9	1,733,323	28.2	
			心臓病	2,295	63.6	2,668	66.6	545,522	59.1	64,956	69.9	3,511,354	57.5	
			脳疾患	1,091	30.3	1,070	27.6	239,267	26.2	26,554	28.7	1,530,506	25.3	
			がん	345	9.8	431	11.1	92,924	10.0	12,235	13.0	629,053	10.1	
			筋・骨格	1,977	54.2	2,352	58.4	468,953	50.8	59,374	64.0	3,051,816	49.9	
			精神	1,355	37.1	1,616	39.7	330,813	35.6	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)	65,186		65,029		61,236		61,932		
居宅サービス	50,972				51,301		40,245		43,929		39,683			
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,704		7,255		8,026		7,939		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		認定あり	3,313		3,580		3,809		3,952		3,822			
4	①	国保の状況	被保険者数	21,455		19,801		4,516,485		380,823		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65~74歳	7,612	35.5	8,363	42.2			150,406	39.5	12,462,053	38.2	
			40~64歳	7,793	36.3	6,439	32.5			133,783	35.1	10,946,693	33.6	
			39歳以下	6,050	28.2	4,999	25.2			96,634	25.4	9,178,477	28.2	
	②	医療の概況(人口千対)	加入率	23.9		22.0		24.7		27.0		26.9		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			病院数	7	0.3	7	0.4	1257	0.3	156	0.4	8,255	0.3	
			診療所数	82	3.8	84	4.2	12,813	2.8	1,409	3.7	96,727	3.0	
			病床数	1,595	74.3	1,595	80.6	227,288	50.3	26,780	70.3	1,524,378	46.8	
			医師数	349	16.3	358	18.1	33,690	7.5	4,170	10.9	299,792	9.2	
			外来患者数	748.6		788.9		688.2		723.5		668.3		
	③	医療費の状況	入院患者数	23.4		25.4		19.8		27.9		18.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
			一人当たり医療費	25,667	県内14位/県内25 同規模69位/259	29,039	県内8位 同規模43位	25,582		29,108		24,253		
受診率			771.992		814.354		708.019		751.464		686.501			
外来			費用の割合	56.6		55.6		59.3		53.3		60.1		
件数の割合			97.0		96.9		97.2		96.3		97.4			
入院			費用の割合	43.4		44.4		40.7		46.7		39.9		
件数の割合			3.0		3.1		2.8		3.7		2.6			
1件あたり在院日数			16.5日		16.1日		16.2日		17.9日		15.6日			
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名(調割合含む)	がん	693,182,390	18.8	997,875,170	24.8	25.0		22.4		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		慢性腎不全(透析あり)	244,291,440	6.6	421,897,880	10.5	9.5		10.7		9.7			
		糖尿病	343,287,270	9.3	342,727,400	8.5	10.1		8.1		9.7			
		高血圧症	451,895,060	12.2	354,990,090	8.8	8.9		8.5		8.6			
		精神	834,748,230	22.6	810,746,930	20.1	17.6		21.1		16.9			
筋・骨格	586,903,770	15.9	603,032,690	15.0	14.9		16.5		15.2					

項目		H25		H28		同規模平均		長崎県		国		データ元 (CSV)						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合							
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	514,430	11位 (15)	573,551	8位 (15)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				高血圧	527,185	9位 (16)	569,879	7位 (16)										
				脂質異常症	514,213	8位 (17)	524,493	10位 (15)										
				脳血管疾患	609,481	7位 (19)	597,908	12位 (18)										
				心疾患	631,905	3位 (15)	598,367	11位 (14)										
				腎不全	613,653	9位 (16)	696,810	5位 (15)										
	県内順位	精神	421,248	9位 (26)	446,680	7位 (25)												
		悪性新生物	596,930	14位 (13)	662,896	4位 (14)												
	入院の( )内 は在院日数	外来	糖尿病	32,918	14位	36,304	11位											
			高血圧	27,765	15位	29,226	11位											
			脂質異常症	26,793	12位	27,720	10位											
			脳血管疾患	37,801	5位	38,402	10位											
			心疾患	41,624	10位	43,118	10位											
			腎不全	148,946	20位	178,672	14位											
順位総数25	精神	29,010	9位	29,467	12位													
	悪性新生物	39,317	22位	49,663	15位													
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,149		2,457		2,411		2,727		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
			健診未受診者	12,369		13,876		12,679		13,401		12,683						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,475		6,254		6,634		7,265		5,940						
			健診未受診者	31,512		35,312		34,890		35,696		36,479						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,387	53.5	2,554	55.2	669,151	55.7	54,520	56.8	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	2,238	50.2	2,395	51.7	617,720	51.5	51,133	53.3	3,799,744	51.6						
		医療機関非受診率	149	3.3	159	3.4	51,431	4.3	3,387	3.5	316,786	4.3						
5	特定健診の 状況	県内順位	順位総数25	メタボ該当・予備群 レベル	健診受診者	4,438		4,631		1,200,553		95,934		7,362,845	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
					受診率	30.9	20位/県内21市町 同規模195位/259	33.7	県内20位 同規模186位	38.0	36.3	全国21位	34.0					
					特定保健指導終了者(実施率)	280	61.8	33	7.3	7355	5.2	604	6.0	35,557		4.1		
					非肥満高血糖	338	7.6	396	8.6	119,080	9.9	7,990	8.3	687,157		9.3		
					メタボ	該当者	702	15.7	830	17.9	209,544	17.5	17,819	18.6		1,272,714	17.3	
						男性	472	25.4	558	28.4	142,004	27.4	11,797	28.5		875,805	27.5	
						女性	230	8.8	272	10.2	67,540	9.9	6,022	11.0		396,909	9.5	
						予備群	513	11.5	499	10.8	128,835	10.7	11,160	11.6		790,096	10.7	
					BMI	男性	330	17.8	316	16.1	88,450	17.1	7,471	18.1		548,609	17.2	
						女性	183	7.0	183	6.9	40,385	5.9	3,689	6.8		241,487	5.8	
					メタボ	腹囲	総数	1,339	30.0	1,474	31.8	379,261	31.6	31,960		33.3	2,320,533	31.5
							男性	873	47.1	976	49.6	257,437	49.7	21,200		51.2	1,597,371	50.1
						女性	466	17.9	498	18.7	121,824	17.9	10,760	19.7		723,162	17.3	
						BMI	総数	197	4.4	180	3.9	57,060	4.8	4,822		5.0	346,181	4.7
							男性	30	1.6	11	0.6	8,477	1.6	754		1.8	55,460	1.7
						女性	167	6.4	169	6.3	48,583	7.1	4,068	7.5		290,721	7.0	
						血糖のみ	16	0.4	32	0.7	8,214	0.7	545	0.6		48,685	0.7	
						血圧のみ	386	8.7	369	8.0	88,982	7.4	8,491	8.9		546,667	7.4	
						脂質のみ	111	2.5	98	2.1	31,639	2.6	2,124	2.2		194,744	2.6	
血糖・血圧	109	2.4	130	2.8		32,969	2.7	2,835	3.0	196,978	2.7							
血糖・脂質	22	0.5	38	0.8	11,910	1.0	731	0.8	69,975	1.0								
血圧・脂質	383	8.6	418	9.0	101,012	8.4	9,029	9.4	619,684	8.4								
血糖・血圧・脂質	188	4.2	244	5.3	63,653	5.3	5,224	5.4	386,077	5.2								
6	生活習慣の 状況	既往歴	服薬	高血圧	1,811	40.6	1,902	41.1	412,372	34.4	38,725	40.4	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			糖尿病	306	6.9	410	8.9	93,059	7.8	8,123	8.5	551,051	7.5					
			脂質異常症	981	22.0	1,090	23.5	286,600	23.9	23,670	24.7	1,738,149	23.6					
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	170	3.8	148	3.2	37,598	3.2	3,703	4.0	230,777	3.3					
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	289	6.5	272	5.9	68,046	5.9	6,052	6.6	391,296	5.5					
			腎不全	22	0.5	24	0.5	7,528	0.7	649	0.7	37,041	0.5					
			貧血	699	15.7	887	19.2	116,827	10.1	12,683	13.8	710,650	10.1					
			喫煙	536	12.0	554	12.0	158,016	13.2	12,807	13.4	1,048,171	14.2					
			週3回以上朝食を抜く	377	8.5	393	8.5	72,002	7.1	8,093	8.8	540,374	8.5					
			週3回以上食後間食	522	11.7	510	11.0	111,439	10.9	12,363	13.4	743,581	11.8					
			週3回以上就寝前夕食	499	11.2	566	12.2	149,833	14.5	11,613	12.6	983,474	15.4					
			食べる速度が速い	1,191	26.8	1,230	26.6	254,684	25.1	24,701	26.9	1,636,988	25.9					
			20歳時体重から10kg以上増加	1,418	31.9	1,462	31.6	326,322	31.6	30,364	33.0	2,047,756	32.1					
			1回30分以上運動習慣なし	2,328	52.3	2,473	53.5	605,529	58.4	55,308	59.9	3,761,302	58.7					
1日1時間以上運動なし	1,744	39.2	1,838	39.8	460,802	44.4	33,746	36.7	2,991,854	46.9								
睡眠不足	815	18.4	976	21.2	250,124	24.3	20,454	22.2	1,584,002	25.0								
毎日飲酒	1,056	23.7	1,124	24.3	278,304	24.6	21,660	23.4	1,760,104	25.6								
時々飲酒	916	20.6	1,003	21.7	237,249	21.0	17,441	18.8	1,514,321	22.0								
一日飲酒量	1合未満	2,093	68.5	2,250	67.6	467,405	64.5	38,582	65.8	3,118,433	64.1							
	1~2合	697	22.8	774	23.3	172,836	23.9	14,241	24.3	1,158,318	23.8							
	2~3合	229	7.5	257	7.7	66,425	9.2	4,636	7.9	452,785	9.3							
	3合以上	36	1.2	47	1.4	17,859	2.5	1,188	2.0	132,608	2.7							

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標		評価			
<p><b>課題・目標</b></p> <p>○特定高齢受診率 H29年度目標60.0%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60.0%</p> <p>○新規患者数の減少(糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症)</p> <p>○健康診査者の検査結果の改善(メタボ、血圧、血糖、脂質、CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の新規患者の減少</p> <p>○入院に要する費用負担の割合の低下</p>	<p><b>①プロセス</b> (やってきた実践の過程)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○特定健診 ・健診の訪問、電話、通知による受診勧奨と併せて、重症化予防Gの健康ハイリスク事業による過去健診受診者のうち血圧・血糖要治療者に対して受診勧奨訪問を行った。 ・未受診の方に治療中の割合が多いことから、市医師会に対して治療中の方への受診勧奨と情報提供事業の依頼を行った。</p> <p>↓</p> <p>・受診率向上に向けての取組は実施していたが、アウトカムに繋がっていない。未受診者対策を効果的に行うため、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。健診Gと重症化予防Gで対象者を明確に分けることや健診Gの訪問や電話の結果から未受診の理由、原因を整理し対策を検討していく。 ・若い世代から健康に関心を持ってもらえるよう若年健診の導入や個人への健康インセンティブについて検討を進めていく。</p>	<p><b>②アウトプット</b> (事業実施量)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○市医師会が実施 状況 ●回数 ○個々の医療機関へのアウトプット状況 ●か所 ○未受診者訪問、電話、通知実施状況 各実施 <b>特定保健指導</b> ・途中脱落者も含めた実施者数 ●人</p>	<p><b>③アウトカム</b> (結果)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成はできなかつたが、受診率は35.1%まで伸びた ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ●人 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 <b>特定保健指導</b> ○特定保健指導実施率 H29年度目標60%達成 ○メタボ該当者、予備群の減少率 (H20と比較) ●%</p>	<p><b>④ストラテジー</b> (構想)</p> <p>○未受診対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている(健診G、重症化予防G)が、両方の取組は切り離して考えられなかったため、重症化予防Gと重症化予防Gの区別が実施する等対象者を区分した。今後、各Gでの共通認識を深め協同して体制等を検討し取組みたい。 ○保健指導に関して、地区担当制を徹底した。(まだ、十分に機能していない。)</p>	<p><b>⑤残っている課題</b></p> <p><b>全体</b></p> <p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の充実、地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動をやっていく。 ○事業実施等ばらばらにならないように、課内で話し合いをし、共通認識を図っていく。</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○医療機関への協力依頼の検討 ○未受診者訪問の対象者の検討(全の未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ○ポピュレーションの取組を検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</p>
<p><b>未受診者対策</b></p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討 ◆医療機関の協力等による取組み</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防対象者として、未治療者を優先的にアプローチする。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で地区台帳作成しているが活用できていない。 ・保健指導の内容の標準化が十分図れない現状がある。 者へ任せられており、共通認識十分図れない現状がある。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみええる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。</p> <p>↓</p> <p>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果、治療の有無だけで行っているが、経年的に個々の数値の変化等から優先順位を検討する必要がある。そのため、現在、作成・整理している糖尿病管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当制を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながる。 ・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。効果が見える指標を検討を行う。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防事業の実施状況 (特定保健指導対象者も含む) 参加 ●人 終了 ●人 ○保健指導(来談、訪問)実施状況 各開設 ●回 相談者 ●人 実施 ●人</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○保健指導実施者の受年の健診結果状況 糖29.7%、血圧33.7% ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 糖77.1%、血圧45.8% ○経年評価(評価項目毎) ○健診結果の状況 ○重症化予防対象者数</p>	<p>○対象者の健診(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等)。 ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。 ○保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○対象者の健診(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等)。 ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。 ○保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)。</p>
<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>◆重症化予防(CK)事業をきっかけに個々の医療機関との連携は進んでいくこと。未受診者対策、重症化予防事業等それぞれのかかわりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</p>

【参考資料2】

平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		評価(良くなったこと)		⑤残っている課題	
平成29年度 課題・目標	①平成28年度残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返り見てみる(プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラテジー (構造)	
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標 60.0%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標 60.0%</li> <li>○新規患者数の減少(糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症)</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善(メタボ、血圧、血糖、脂質、CKD)</li> </ul> <p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。</li> <li>◆重症化予防G地区担当で評価、計画等共通認識を図る。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い。</li> <li>◆健診Gと受診動向の対象者、アプローチ方法等検討</li> <li>◆医療機関の協力等による取組みの検討</li> <li>◆ポピュレーションアプローチの取組の検討</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導の内容、対象、優先順位の検討。</li> <li>・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、勉強会等実施し、共通認識を図るようにする。</li> <li>・重症化予防のための対象者及び優先順位の設定が必要。</li> <li>○糖尿病管理台帳の活用による対象者の管理</li> <li>○評価方法の検討</li> <li>・保健指導の取組可能な指標(7ウカム評価)</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <p>○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○年度当初だけでなく、年度途中も随時、重症化予防G地区担当にて確認しながらフィードバックしていくことが重要。</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○取組</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去5年間で受診回数、1～2回の受診者を重点的に随時勧奨を実施。</li> <li>・過去の結果がハイリスク未受診者に対しては保健師が勧奨する。</li> <li>・医師会へ健診受診勧奨及び医療情報提供事業の依頼を再度、実施。</li> </ul> <p>↓</p> <p>受診勧奨訪問により若干の受診率向上には繋がっているため、継続していき、何が望みは受診してもらえぬかの研究と対策を検討。</p> <p>医療機関に対して受診率向上への働きかけを検討する必要がある。</p> <p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防事業 対象、今年度健診受診者のうち治療のⅡ度高血圧以上・HbA1c6.5以上の者</p> <p>○CKD予防対策事業 対象、eGFR50未満(70歳以上40未満)又は尿蛋白2+以上</p> <p>○ハイリスク事業 対象、前年度健診未受診者のうちⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0以上</p> <p>・3地区担当制</p> <p>・年度当初に前年度からの課題等を共有し、今年度の計画を確認していくことで、人事異動や、担当が変更したりしても継続した取組となる。</p> <p>・前年度保健指導で関わった人の次年度の健診結果等の確認と保健指導の評価をする。</p> <p>・CKD事業において医療機関個別訪問を実施することは、今後も医療連携のため重要。</p> <p>・糖尿病治療者は増えているが、重症化は予防できておらず、治療に繋がった後の支援も必要。糖尿病管理台帳の活用により、ハイリスク者の把握が可能。地区ごとで優先順位をみながら関わっていく。</p> <p>・糖尿病管理台帳の活用について話し合いが必要。</p> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の医療機関に糖尿病性腎症重症化予防事業説明のため戸別訪問を実施しているが、受診勧奨や医療情報提供についても依頼することを検討。個々の事例を通じて連携を進めていく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市医師会説明実施 通知、説明会、協議 計 何回</li> <li>・個々の医療機関へのアプローチ状況 計 何回</li> <li>・未受診者訪問 件 何回</li> <li>・電話 件 何回</li> <li>・通知 件 何回</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防事業 対象 人</p> <p>○CKD予防対策事業 対象 人</p> <p>○ハイリスク事業 対象 人</p> <p>○訪問相談 人</p> <p>○相談 人</p> <p>○個別訪問 人</p> <p>○相談 人</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○周知</li> <li>・医療機関や公共施設、スーパー等へポスターを掲示・特定健診の内容やメリット、医療費と生活習慣病予防の関係等を説明したチラシを作成、配布している。FM放送を活用した広報活動、健康まつりを始め健康づくり推進協議会等の会議において未受診者対策を検討、市HPや広報紙等を利用して広報活動を実施している。</li> <li>○勧奨</li> <li>・ハガキや電話、訪問による受診勧奨の継続・H28年度保健指導実施者のうち、健康ハイリスク者でH29年度未受診者に対し、保健師等が訪問。受診勧奨対象者を区分(性、年齢別等)、その対象者に適した勧奨方法(ハガキ、チラシ)の記載内容の工夫等)を検討。</li> <li>○継続受診の推進</li> <li>・過去5年間で、1～2回のみの受診者に対する勧奨強化・勧奨時、継続受診の必要性を説明</li> <li>○利便性の向上</li> <li>・がん検診との同時受診の推進、夜間・休日健診の実施、近隣市医師会と連携した健診実施体制づくり</li> <li>○連携</li> <li>・治療中で健診未受診者への受診を勧めようするため、市医師会に説明し協力依頼を行っている。該当者への通知実施。</li> <li>・健康づくり推進員や食生活改善推進員などの地区組織と連携しPRと受診勧奨の声をかけ依頼。・市医師会協力のもと、医療機関に通院中で未受診者への受診勧奨依頼。</li> <li>・第一生命(株)長崎支社との業務連携を活用しPR依頼</li> <li>○調査・研究・先進地の取組事例を研究</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病管理台帳を作成したが、その活用ができていないため、台帳を活用する。</li> <li>○H27年度の事業評価を実施(毎年6月に実施)。重症化予防対象者への介入率が少なかった。年度途中においても、介入率を確認し、アプローチする。</li> <li>○重症化予防対象者の評価項目検討</li> <li>・アプローチ状況、HbA1c値、血圧、LDL、CKD改善状況、健診項目(HbA1c、血圧、LDL)結果(2か年変化)→2次健診実施状況、結果内訳、CKD、DM管理台帳で経過をみる・新規透析導入者の経年評価</li> <li>○医療との連携</li> <li>・県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの完成を待って、市プログラムの変更を行う。</li> <li>・HbA1c値6.5以上未治療、7.0以上の人の医療連携状況・LDL、血圧、HbA1c、CKD対象者の受診状況</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病性腎症重症化予防事業説明のため医療機関戸別訪問を実施中。個々の事例を通じて連携を進めていくように体制作りを検討中。</li> </ul>	



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

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ( )人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○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 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 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 ----- 尿アルブミン検査の継続 ○顕性腎症 ----- 栄養士中心 ○腎臓専門医	●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	㉔健診未受診者 ( )人		
	結果把握(内訳)		
	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		
	①-1 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		
	㉕結果把握 ( )人		
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *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			
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			

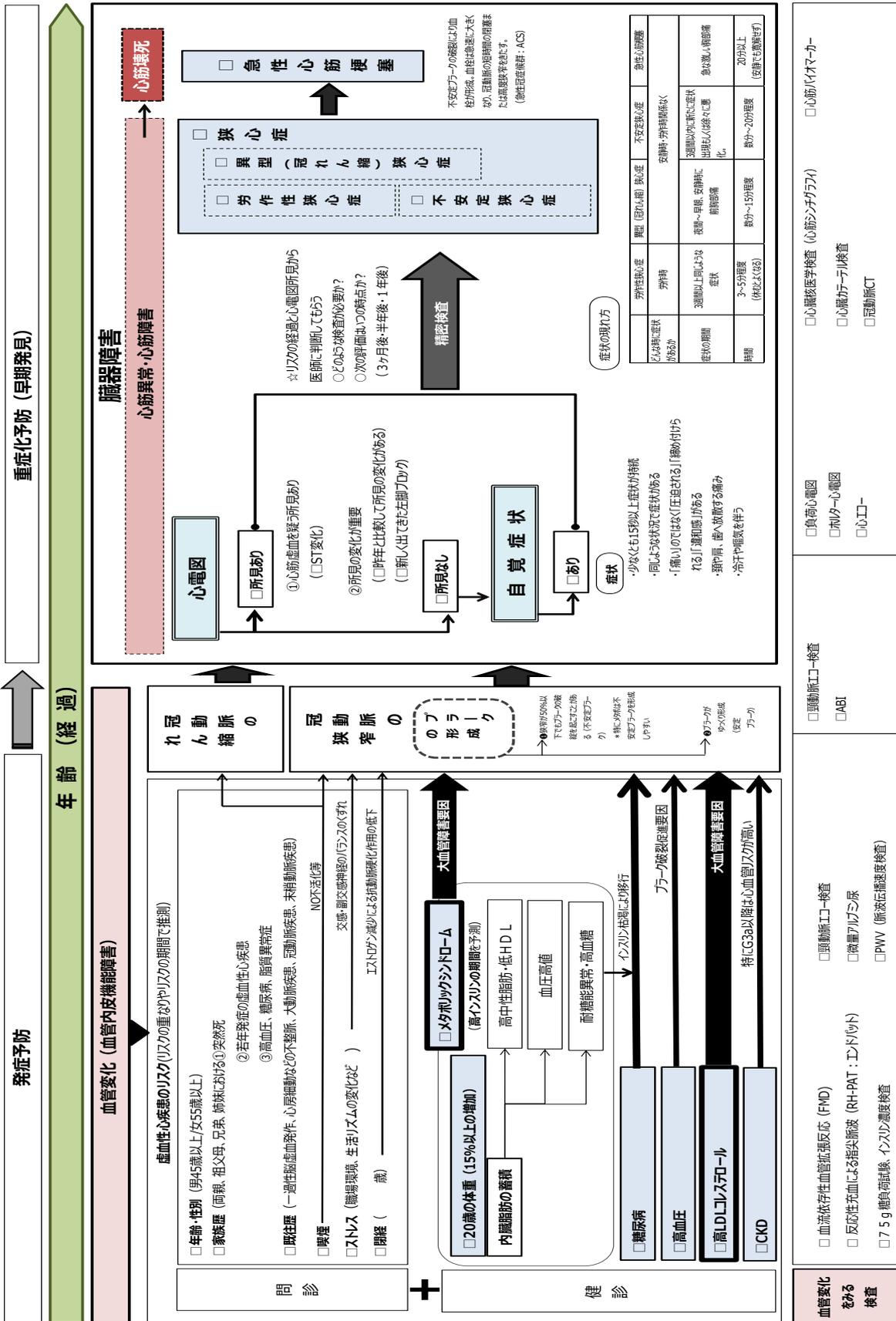
糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> <span style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</span> </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> <div style="margin-top: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <div style="margin-left: 100px;"> <span style="font-size: 2em;">}</span> 6.0%未満         </div> </div>	<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か？</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をみて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と聞けど？</p> <div style="margin-top: 20px;"> <span style="font-size: 2em;">{</span> <ol style="list-style-type: none"> <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> </ol> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもともとの動きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>



# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況			対象者	
		他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク		
①	心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化	⑤	
				<input type="checkbox"/> その他所見		
②	問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者	
				<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙		
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			<b>メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。</b>	発症予防対象者
		判定	正常	軽度		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50	51～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～		
	拡張期	～84	85～89	90～		
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別) <input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> C K D重症度分類		G3a1～				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

H28年度 (H29.9.2作成)

中長期目標	脳血管疾患			虚血性心疾患			糖尿病性腎症		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2009年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防に関するガイドライン 作成委員会)			糖尿病治療ガイド 2014-2016 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27%)		ラクナ 梗塞 (31.9%)	アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%)		非心原性脳梗塞			
短期目標	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 保健指導から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドローム の 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
対象者数 4,993	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	132 2.6%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	重症化予防対象者 (実人数)
対象者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	132 2.6%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	1,512 30.3%
治療なし	179 6.0%	0 0.0%	155 4.0%	107 2.8%	153 6.3%	161 3.5%	16 0.7%	22 0.9%	474 19.4%
(再掲) 特定保健指導	64 21.7%	0 0.0%	30 17.6%	44 33.3%	153 17.1%	47 15.2%	10 11.8%	9 8.3%	231 15.3%
治療中	116 5.7%	2 0.1%	15 1.3%	25 2.2%	741 29.1%	148 34.1%	69 2.7%	87 3.4%	1,038 40.7%
臓器障害 あり	9 5.0%	0 --	8 5.2%	9 8.4%	14 9.2%	12 7.5%	16 100.0%	22 100.0%	42 8.9%
CKD (専門医対象者)	9	0	8	9	14	12	16	22	37
蛋白尿 (2+) 以上	6	0	3	6	8	6	16	1	16
蛋白尿 (2+) and 蛋白尿 (3+) 以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満40未満)	3	0	1	3	2	6	1	22	22
心電図所見あり	1	0	3	0	4	1	0	0	5
臓器障害 なし	170 95.0%	--	147 94.8%	98 91.6%	139 90.8%	149 92.5%	--	--	--

	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C180以上	メタボ該当	HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)	尿蛋白2+以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防 対象者 (実人数)
H27 対象者数	267 5.5%	0	222 4.6%	820 16.9%	278 5.7%	68 1.4%	100 2.1%	1,462 30.2%
受診者数	267 5.5%	0	222 4.6%	820 16.9%	278 5.7%	68 1.4%	100 2.1%	1,462 30.2%
4,845 治療なし	171 5.9%	0	209 5.6%	181 7.6%	161 3.6%	13 0.5%	20 0.8%	531 22.2%
(再掲)特定保健指導	66 24.7%	0	52 23.4%	181 22.1%	41 14.7%	2 2.9%	5 5.0%	270 18.6%
(再掲)臓器障害あり	9 5.3%	0	10 4.8%	5 2.8%	11 6.8%	13 100.0%	20 100.0%	43 8.1%
(再掲)臓器障害なし	162 94.7%	0	199 95.2%	176 97.2%	150 93.2%			
治療中	96 4.9%	0	13 1.2%	639 26.0%	117 32.3%	55 2.2%	80 3.3%	931 37.9%
H28 対象者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	1,512 30.3%
受診者数	295 5.9%	2 0.0%	170 3.4%	894 17.9%	309 6.2%	85 1.7%	109 2.2%	1,512 30.3%
4,993 治療なし	179 6.0%	0	155 4.0%	153 6.3%	161 3.5%	16 0.7%	22 0.9%	474 19.4%
(再掲)特定保健指導	64 21.7%	0	30 17.6%	153 17.1%	47 15.2%	10 11.8%	9 8.3%	231 15.3%
(再掲)臓器障害あり	9 5.0%	0	8 5.2%	14 9.2%	12 7.5%	16 100.0%	22 100.0%	42 8.9%
(再掲)臓器障害なし	170 95.0%		147 94.8%	139 90.8%	149 92.5%			
治療中	116 5.7%	2 0.1%	15 1.3%	741 29.1%	148 34.1%	69 2.7%	87 3.4%	1,038 40.7%



## <用語の説明>

### あ 行

#### アテローム血栓性脳梗塞

脳の太い動脈に動脈硬化が起こり、血栓が発生して血管が詰まることで発症する脳梗塞。

### か 行

#### 介護予防・日常生活支援総合事業

市が実施する 65 歳以上のすべての人を対象とした介護予防のための事業で、介護保険の認定を受けていなくても、一人ひとりの生活に合わせたサービスを利用することができる。要支援 1・2 と認定された人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65 歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」がある。

#### KDBシステム

国保連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートをすることを目的として構築されたシステム。

#### 血管内皮機能

動脈は内膜、中膜、外膜の 3 層構造できている。このうち内膜は一層の血管内皮細胞でおおわれており、この血管内皮細胞は一酸化窒素（NO）やエンドセリンなど数多くの血管作動物質（血管に働きかける因子）を放出し、血管の収縮・拡張を調節するほか、血小板の粘着、凝集を抑制し血管の保護をしている。この機能は、生活習慣病、肥満、メタボなどにより低下し、その状態が続けば、動脈硬化の進展を引き起こすが、初期段階の機能低下は可逆的であり、早期に発見し、機能をも高める介入をすることができれば、動脈硬化の予防につながる。

#### 国保事業費納付金

平成 30 年度からの国保の県単位化に伴い、都道府県が、保険料収納必要総額を基に、市町村ごとの被保険者数、所得水準、および医療費水準（年齢調整後）に応じて算定する額。都道府県は算定した納付金を市町村に通知し、市町村は納付金を基に保険料を被保険者に賦課し、徴収するとともに、都道府県に納付金を納める。

### さ 行

#### 細小血管障害

細小血管（毛細血管）の病変から始まる病態で、糖尿病に特徴的な合併症。代表的な例は、網膜症、腎症、神経障害で、この三者を糖尿病性三大合併症という。

## 支援・評価委員会

国保・後期ヘルスサポート事業に基づき、各県の国保連に、市町村国保、国民健康保険組合及び広域連合が実施するレセプト・健診情報等を活用した保健事業がP D C Aサイクルに沿って効果的・効率的に展開することができるよう支援するため設置されている。

## 診療報酬明細書（レセプト）

患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のことである。医科・歯科の場合に診療報酬明細書といい、薬局における調剤の場合には調剤報酬明細書という。医療機関内では単にレセプトということが多い。

た 行

## 第三者求償

交通事故等、第三者（加害者）の不法行為によって生じた保険給付について、保険者（市町等）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。

## 地域包括ケアシステム

国及び県、市町村において、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて構築を目指している、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム。

な 行

## 尿アルブミン

糖尿病性腎症の早期には、まず、血液中のタンパクの一種であるアルブミンが尿中に出てくる。進行するにつれて持続性たんぱく尿が出現するため、早期発見に最も重要な指標の一つ。

は 行

## 保険者努力支援制度（保険者における予防・健康づくり等の新たなインセンティブ制度）

国は、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（H28年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行はH30年度から）仕組みに見直すこととした。

## ポピュレーションアプローチ

まだ健康上の高リスクを抱えていない集団に働きかけ、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支援すること。特に生活習慣病予防には、この「ポピュレーションアプローチ」が重要だといわれている。

ま 行

#### 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（内臓肥満・腹部肥満）に高血糖・高血圧・脂質異常症のうち 2 つ以上の症状が一度に出ている状態。

ら 行

#### ラクナ梗塞

高血圧の影響を強く受けて、脳の細い血管（動脈）が詰まってしまふことで起こる小さな脳梗塞。直径 1.5cm 未満の小さな梗塞が起きた状態をいう。

**大村市 福祉保健部 国保けんこう課**

〒856-8686 長崎県大村市玖島一丁目25番地

TEL (0957) 53-4111 FAX (0957) 53-5572

E-mail [kokuho@city.omura.nagasaki.jp](mailto:kokuho@city.omura.nagasaki.jp)

ホームページ <http://www.city.omura.nagasaki.jp/>