

資料編

資料編 目次

1 第3期データヘルス計画における長崎県版共通評価指標一覧	1
2 保険者努力支援制度評価指標(抜粋)	2
3 長崎市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム	3
4 特定健診項目の解説	8

1 第3期データヘルス計画における長崎県版共通評価指標一覧【P9関連】

項目	指 標	国・県※	
I 特定健診・特定保健指導による健康づくり			
1	特定健康診査受診率	◎	
2	特定保健指導実施率	◎	
3	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	◎	
II 生活習慣病予防			
4	生活習慣の改善	運動習慣(「1回30分以上運動習慣なし」の割合)	○
5		食習慣(朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者の割合)	△
6		50歳以上74歳以下における咀嚼が良好な者の割合(咀嚼_何でもかんで食べることができる)	○
7		喫煙習慣(喫煙している者の割合)	△
8	高血圧の改善	①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ ②拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$	○
9	脂質異常症(高脂血症)の改善	LDLコレステロール120以上の者の割合	△
10	糖尿病の改善	HbA1c6.5以上の者の割合	○
11		HbA1c8.0以上の者の割合	◎
12	たんぱく尿の改善	尿たんぱく+以上の者の割合	△
13	糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	○
III 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施			
14	要介護認定者数の減少	要介護認定者の割合(65歳以上)	△
15	低栄養傾向(BMI20以下)の者の減少	BMIが 20kg/m^2 以下の者の割合(前期高齢者)	○

※「国・県」欄について

- ・すべての都道府県で設定することが望ましい指標・・・「◎」
- ・地域の実情に応じて都道府県が設定する指標・・・「○」
- ・県が独自に設定する指標・・・「△」

2 保険者努力支援制度評価指標(抜粋)【P11 関連】

保険者共通の指標	
	特定健診受診率
	特定保健指導実施率
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
	がん検診受診率等
	歯科検診受診率等
	生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組みの実施状況
	特定健診受診率向上の取組みの実施状況
	個人へのインセンティブの提供の実施
	個人への分かりやすい情報提供の実施
	重複投与者に対する取組み
	多剤投与者に対する取組み
	薬剤の適正使用の推進に対する取組み
	後発医薬品の使用促進の取組み及び使用割合
国保固有の指標	
	データヘルス計画の実施状況
	医療費通知の取組みの実施状況
	(国保の視点からの)地域包括ケア推進の取組み
	(国保の視点からの)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組み

3 長崎市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム【P53関連】

長崎市医師会
長崎市
(令和2年7月1日策定)
(令和5年9月1日改定)

1. 目的

本プログラムは、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの趣旨に沿い、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して長崎市（以下、「市」という。）が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、長崎市民の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的として策定する。また、慢性腎臓病（CKD）重症化予防を図ることについても目的とし、保険者（国民健康保険、後期高齢者医療保険）が実施する保健事業及び長崎市が実施している慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業との整合を図るものとする。

2. 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

(1) 対象者

特定健診等及びレセプトデータ等から抽出するものとし、市が対応可能な範囲において決定する。

① 医療機関未受診者

糖尿病により医療機関を受診していない者であって、特定健診等において、空腹時血糖126mg/dl以上（随時血糖200 mg/dl）又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白±以上又は、eGFR 60ml/分/1.73 m²未満の者については、糖尿病性腎臓病のリスクが高いため、強めの受診勧奨を行う。

注1) 慢性腎臓病（CKD）対策としては、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFRにより、受診勧奨を行う。

なお、長崎県における健診結果によるかかりつけ医への受診勧奨基準は、次のいずれかを満たす場合である（長崎県CKD対策検討委員会 平成29年3月31日現在）。

1) eGFR 60 mL/分/1.73 m²未満

2) 蛋白尿陽性（1+以上）

② 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診月から6か月経過しても受診した記録がない者

(2) 受診勧奨の方法

以下のいずれか、市が適当と認める方法により、受診勧奨を行う。

- 1) 特定健診等の結果とは別の郵送による通知
- 2) 電話
- 3) 個別面談

3. ハイリスク者に対する保健指導

(1) 対象者

現在、医療機関受診中の者のうち、糖尿病性腎臓病を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムが定める基準は、次のとおりとする。

ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため、糖尿病治療ガイド等の高齢者糖尿病の血糖コントロール目標を参考にするなど年齢を考慮して対象者の抽出を行う。

- 1) 医療機関受診中の者のうち、糖尿病性腎臓病の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者（特定健診等の結果から抽出する場合には、糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者）

- ① 尿蛋白±以上
- ② eGFR60ml/分/1.73 m²未満

- 2) 糖尿病により医療機関受診中の者のうち、糖尿病性腎臓病を発症していないが、以下のいずれかのリスク要因を有する者

- ① II度高血圧以上の者
- ② 内臓脂肪症候群該当者

- 3) 慢性腎臓病（CKD）により、長崎市CKD病診連携医（※1）及び管理栄養士の配置がないCKD専門医療機関を受診中の者のうち、以下のいずれかに該当する者

- ① eGFR 50ml/分/1.73 m²未満
- ② 尿蛋白2+以上
- ③ 尿蛋白、尿潜血ともに+以上

※1 長崎市と長崎市医師会が共催で開催する長崎市慢性腎臓病（CKD）予防対策研修会を受講した医師のこと

4) その他、糖尿病性腎臓病の重症化のリスクがあるため、市及びかかりつけ医が保健指導の必要性を認めた者

(例)

- ・脂質異常症（LDL コレステロール120mg/dl 以上）、高尿酸血症（7.0mg/dl 以上）等を認める者
- ・BMI:25 以上又は、腹囲（男性：85cm 以上、女性：90cm 以上）
- ・糖尿病の家族歴がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者（かかりつけ医と相談し、判断する。）

(2) 保健指導対象者選定方法

市が、特定健診等データ、患者・医師からの情報提供等により、保健指導対象の候補者を抽出し、そのうち、保健指導への参加について本人の同意及びかかりつけ医からの依頼があった者を対象とする。ただし、保健指導の優先順位については、市が対応可能な範囲において決定する。

なお、以下のいずれかに該当する者については保健指導対象者から除外する。

- ① がん等で終末期にある者
- ② 認知機能障害のある者
- ③ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(3) 保健指導実施に係る手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

市は、かかりつけ医（長崎市医師会）と連携した上で、保健指導を実施する。

- ① 市は、本取組の目的、保健指導対象者の選定基準、実施する保健指導の内容等について、長崎市医師会に説明する。
- ② 市は、かかりつけ医に本取組について説明し、了解を得たのち、上記3（1）を踏まえ、保健指導の候補者名簿を作成し、かかりつけ医に送付する。
- ③ かかりつけ医は、送付された名簿をもとに3（2）を踏まえて、保健指導対象者を選定し、当該対象者に対して保健指導へ参加するよう促す。
- ④ かかりつけ医は、医療機関における治療に加えて、市による保健指導を実施することが適当と認めた者について、市に「保健指導依頼票」（別紙1）（以下「依頼票」という。）を送付する。
- ⑤ 市は、保健指導対象者の参加意志を確認した上で、かかりつけ医から提供された保健指導に当たっての留意事項を踏まえて保健指導を行う。
- ⑥ 市及び対象者は保健指導実施後、必要に応じて、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ伝達する。
- ⑦ かかりつけ医及び市は、対象者に対して1年に1度の定期的な特定健診等の受診を勧める。

(4) 保健指導の内容

対象者の個別の事情等を考慮し、かかりつけ医と連携を図りながら、個別面談、訪問指導、集団指導等の方法により、糖尿病性腎臓病やCKDの病期分類に応じた保健指導を実施する。特に、糖尿病性腎臓病第4期の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながら専門職が保健指導を実施する必要がある。

また、保健指導にあたっては、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド、糖尿病性腎症重症化予防事業栄養指導マニュアル等を参考に保健指導用教材を作成し活用して実施する。

(5) その他

かかりつけ医から依頼票が届かない場合であっても、治療中の者が市の実施する保健事業に参加するなどした場合、対象者の状況に応じて、受診勧奨や生活習慣の改善に関する保健指導など必要と考えられる対応を行うことがあり得る。本プログラムに基づく保健指導は、こうした従来の方法で行われているものを妨げるものではなく、市が、より密接にかかりつけ医との連携の下に保健指導を実施する場合に活用する。

4. かかりつけ医、糖尿病連携医（※2）・糖尿病専門医・腎臓専門医を含むCKD診療を担う医師等の連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、長崎県においては、かかりつけ医の他に、糖尿病連携医がいる医療機関、糖尿病専門医がいる医療機関を認定している。患者の病状を維持・改善するため、相互に紹介、逆紹介を行うとともに、必要に応じて、合併症の治療を行う医師、歯科医師等と有機的な連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

また、CKD患者の重症化予防のために、長崎市はCKD病診連携システムにより、かかりつけ医からCKDの専門診療を行う医師への紹介や併診を行う仕組みを作り、長崎市ストップCKDネットワーク会議を設置し、病診連携の推進を図っている。

かかりつけ医からCKDの専門診療を行う医師への紹介基準は長崎県CKD対策検討委員会作成（令和4年5月31日）と同じである。

※2 糖尿病連携医とは、長崎県糖尿病対策推進会議が開催する糖尿病診療研修セミナー（基礎講座）を終了している医師のこと。

【かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介】（例）

- 1型糖尿病の場合
- 血糖コントロール不良(HbA1c(NGSP)8.4%以上が3か月以上続く場合)
- 教育入院が必要な場合
- インスリン療法を開始する場合
- 急性合併症併発など病状が悪化した場合
- 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合 など

【糖尿病専門医からかかりつけ医への逆紹介】（例）

- 病状が安定した場合
- 血糖コントロールが良好の場合
- 自己管理が改善された場合
- インスリン導入が良好の場合 など

【かかりつけ医からCKDの専門診療を行う医師への紹介】（例）

次の1)～5)のいずれかに該当する場合は、CKDの専門診療を行う医師へ紹介を行う。

（長崎県CKD対策検討委員会 令和4年5月31日）

- 1) eGFR 45 (ml/分/1.73 m²) 未満
- 2) 蛋白尿 (1+) 以上
- 3) eGFR 45～59 (ml/分/1.73 m²) で以下の条件のいずれかを満たす場合
 - ①40歳未満かつ蛋白尿 (－)
 - ②蛋白尿 (±)
- 4) eGFR 60 (ml/分/1.73 m²) 以上かつ蛋白尿 (±) で血尿 (+)
- 5) 3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める

※eGFRは変動するため、進行性の腎機能低下が疑われるときは、適時再検して確認。
なお、下降度の数字は目安であり、低下が進行性であるときには、全身状態、蛋白尿などを検討し紹介。

5. 事業の評価について

ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う。また、中長期的な観点からの評価も行う。

評価項目は、国が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26年厚生労働省告示第140号）及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年厚生労働省告示第141号）で指示するデータヘルス計画、長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防事業報告とあわせる。

6. 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムの実施に当たっては、市と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、市において事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、糖尿病専門医や腎臓専門医等の助言を受けることも重要である。

なお、本プログラムに記載のない事項については、厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「長崎県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を参考とする。

4 特定健診項目の解説

検査項目とその基準値は次のとおりです。

目的	検査項目	基準値	この検査でわかること
肥満度を調べる	BMI (ビーエムアイ)	18.5～24.9	体重が適正かどうかは、以下の式で算出します。 BMI=体重(キログラム)÷身長(メートル)÷身長(メートル)
内臓脂肪型肥満かどうかを調べる	腹囲(フクイ)	男性 85センチメートル未満 女性 90センチメートル未満	体脂肪には皮下脂肪と内臓脂肪があります。へそ周囲径を測ることで、内臓脂肪の面積を推測することができます。内臓脂肪が過剰にたまると、体重が適正であっても、糖尿病や心筋梗塞等を引き起こしやすくなります。
高血圧かどうかを調べる	血圧(ケツアツ)	収縮期130・拡張期85mmHg未満	心臓から血液が送り出される時と戻る時に動脈の壁を押す力のことです。高血圧の状態が続くと動脈硬化を招きやすく、心筋梗塞や脳卒中を引き起こす要因になります。
血液脂質を調べる	中性脂肪(チュウセイシボウ)	150ミリグラム/デシリットル未満	主に身体活動のエネルギーとして利用され、余りは脂肪として体内に蓄積されます。食べ過ぎや飲み過ぎ、肥満によって数値が高くなり、動脈硬化の発症・進行を促進します。
	LDLコレステロール(エルディーエルコレステロール)	120ミリグラム/デシリットル未満	悪玉コレステロールともいい、量が多くなると血管の内側に付着してたまり、動脈硬化を進行させます。さらに血管をふさいで血流を遮断し、心筋梗塞や脳梗塞を引き起こすこともあります。
	HDLコレステロール(エッチディーエルコレステロール)	40ミリグラム/デシリットル以上	善玉コレステロールともいい、血管内の悪玉コレステロールを取り去り、肝臓へ運んで排泄・処理して、動脈硬化を予防するはたらきがあります。
糖尿病かどうか調べる	空腹時血糖(クウフクジケツウ)	100ミリグラム/デシリットル未満	10時間絶食状態での血液中のブドウ糖のことで、糖尿病と診断する基準のひとつです。血糖値が上がると、すい臓からインスリンというホルモンが分泌され、血糖値を下げる働きをします。インスリンが不足したり作用が足りないと血糖値は下がらなくなります。
	HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)	5.6パーセント未満(NGSP値)	過去1～2か月の平均的な血糖の状態を知ることができます。飲食による変動もほとんどないため、糖尿病が疑われたときの検査として有効です。
	尿糖(ニョウトウ)	(-)	尿に含まれるブドウ糖を調べます。血糖値が高くなり過ぎると尿にも糖が出てくるようになるため糖尿病の進行具合を判断することができます。
肝臓機能を調べる	GOT(ジーオーティー)	30U/l以下	心筋、骨格筋の細胞に含まれる酵素で、この数値が高いと心臓や筋肉などの臓器の異常や障害が疑われることがあります。
	GPT(ジーピーティー)	30U/l以下	ほとんどが肝細胞に含まれ、この数値が高いとアルコール性肝炎、脂肪肝などの肝臓障害が疑われることがあります。特に内臓脂肪型肥満の人は、脂肪肝に注意が必要です。
	γ-GTP(ガンマジューティー)	50U/l以下	肝臓や胆道に障害があると数値が高くなるので肝臓障害の発見の手がかりとなります。アルコール性肝炎発見の指標にもなります。
腎臓機能を調べる	尿たんぱく(ニョウタンパク)	(-)	通常は尿に現れるものではないが、腎臓に異常があると出てくる場合があります。