

新宿区 健康づくり行動計画 中間の見直し

わたしの健康 まちの元気 新宿区健康アップ宣言！

平成27（2015）年3月
新宿区

<目 次>

本編

- 1 計画の中間の見直しにあたって・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 見直しの背景及び現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
 - (1) 糖尿病の予備群・有病者対策
 - (2) こころの健康づくりへの支援
 - (3) こころの病気の早期回復と社会復帰、再発防止への支援
 - (4) 指標の見直しについて
- 3 目標の全体図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 4 糖尿病の予備群・有病者対策の見直し・・・・・・・・・・・・ 6
 - (1) 糖尿病対策の重点化
 - (2) 指標の追加
- 5 その他の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
 - (1) こころの健康づくりへの支援
 - (2) こころの病気の早期回復と社会復帰、再発防止への支援
- 6 指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
 - (1) 新宿区特定健康診査受診率及び新宿区特定保健指導実施率
 - (2) 歯の本数
 - (3) ゲートキーパー養成講座受講者数
- 7 評価・推進体制について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

資料編

- 特定健康診査における糖尿病関連データ及びレセプト分析結果・・・・ 15

1 計画の中間の見直しにあたって

- ◇ 区では、新宿区健康づくり行動計画（平成24～29年度）を平成23年度に策定し、平成24年度から「生活習慣病の予防」「がん対策の推進」「こころの健康づくり」「女性の健康支援」「食育の推進」の5つの大目標を掲げ、総合的に健康施策を推進しています
- ◇ 本計画では、計画の評価・見直しの実施にあたり、庁内組織である「新宿区健康づくり行動計画推進委員会」で検討するとともに、区民や地域団体、学識経験者等で構成する「新宿区健康づくり行動計画推進協議会」において、計画の進捗状況や達成度について協議・評価した上で、平成26年度に中間見直しを行うこととなっています。
- ◇ 中間の見直しにあたっては、新宿区健康づくり行動計画推進協議会等での意見や国や都の動き、計画の進捗状況や社会状況に応じて必要な修正を盛り込み、区民の生活の質の向上と健康寿命の延伸を目指します。なお、見直しは、保健事業の実施計画（データヘルス計画）の考え方をふまえて行いました。
- ◇ 今回の見直しを経て、平成28年度には次期計画の策定に向けて、「健康づくり区民意識調査」を実施し、計画最終年度である平成29年度には、最終評価を行い、次期計画の策定につなげていきます。

【計画期間】

年度	平成									
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
総合計画	新宿区基本構想・新宿区総合計画									
実行計画	第一次実行計画			第二次実行計画			第三次実行計画			
健康づくり行動計画	平成20～23年度計画			平成24～29年度計画						
がん対策推進計画				個別計画として新たに内包						
食育推進計画				個別計画として内包			個別計画として内包			
特定健康診査等実施計画	(第一期) 個別計画として内包				(第二期) 個別計画として内包					

2 見直しの背景及び現状と課題

(1) 糖尿病の予備群・有病者対策

① 健康部糖尿病対策・レセプトデータ分析プロジェクトチームの立上げ

- ◇ 糖尿病は、生活習慣病の代表的な疾患であり、発症すると、生涯にわたり治療が必要な慢性疾患です。放置したり、血糖のコントロールが良くない状態が続くと、さまざまな合併症が起こり、生活の質（QOL）が低下してしまう全身病といえます。
- ◇ 国の「健康日本21（第二次）」では、糖尿病の発症予防や重症化予防は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題としています。
- ◇ 都の「東京都健康推進プラン21（第二次）」においても、都民の健康づくりを推進する上で特に重点的な対策が必要として「糖尿病・メタリック・チーム」を重点分野の一つにしています。
- ◇ 区では「健康づくり行動計画」の生活習慣病の予防において、糖尿病の予備群・有病者の減少を中目標に位置づけています。上記のような国や都の動きをふまえ、糖尿病対策をさらに推進するため、平成26年度に、健康部内で関係各課から構成する「健康部糖尿病対策・レセプトデータ分析PT」を立上げ、健診データを活用したハイリスク者の状況把握やレセプト情報の分析を行い、今後の取り組みを検討しました。

② 特定健康診査結果及びレセプトデータの分析から

主な分析結果は、次のとおりです。なお、特定健康診査における糖尿病関連データ及び特定健康診査受診者のレセプト分析結果は、巻末の「資料編」のとおりです。

- ◇ 特定健康診査の結果では、糖尿病が強く疑われる者もしくは糖尿病の可能性を否定できない者は、男性の概ね4人に1人、女性の概ね7人に1人でした。
- ◇ 糖尿病の薬を服用中またはインスリン治療中の人のうち、概ね4人に1人が血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上）であり、合併症のリスクが高いことがわかりました。
※赤血球の中にあるヘモグロビン（血色素）のうちブドウ糖と結合しているものの割合を%で表したもの。血糖値が採血時点での指標であるのに対し、採血前1～2か月間の平均血糖値を反映し、血糖コントロール状態の指標となる。
- ◇ 医療費に占める割合は糖尿病が高く、また患者一人あたりの医療費は人工透析が高く、一人当たり約500万円／年を費やしています。

方向性

これらの分析結果から、重症化すると重篤な合併症を引き起こし、かつ医療費が高額となる疾患として、また糖尿病予防対策を講じることが、多くの生活習慣病の予防や改善にもつながるものとして、「糖尿病対策」に重点を絞り、新たな事業を展開していきます。

(2) こころの健康づくりへの支援

- ◇ 厚生労働省人口動態統計によると、区の自殺死亡率は、全国に比べ高くなっています。
- ◇ 特に20～30歳代の若年層の自殺死亡率が全国と比べ高い傾向にあります。
- ◇ 若年層を対象とした普及啓発や支援団体間の連携強化によるセーフティネットの構築が必要です。

(3) こころの病気の早期回復と社会復帰、再発防止への支援

- ◇ こころの病気をもちながらも暮らしていけるよう、区ではうつ病の方などを対象に、復職講座や個別相談を実施してきました。現在では、精神保健を担う社会資源が増加していることから、区では後方支援を行っています。
- ◇ 精神疾患の方の中には、自分が病気であるという自覚がないために、受診を拒否したり治療を中断して病状が悪化し、対応や支援が複雑・困難化する場合があります。
- ◇ 保健医療スタッフと福祉スタッフ等の多職種チームによる訪問支援により、医療と地域生活の両面からの支援が必要です。

(4) 指標の見直しについて

- ◇ 計画初年度の平成24年度及び平成25年度の各事業の進捗状況について、評価を行いました。
- ◇ 各指標の達成度をみると、「60歳時の歯の本数」や「ゲートキーパー養成講座受講者数」などでは、次のとおり25年度時点で29年度目標を達成しています。

大目標	指標名	29年度目標値	25年度実績
生活習慣病の予防	歯の本数（60歳時）	26本	26.1本
こころの健康づくり	ゲートキーパー養成講座受講者数（累積実数）	1,500人	1,565人

- ◇ 達成状況を踏まえ、指標の上方修正を行います。

「黄色い部分」が事業の見直し箇所
 ※は指標の見直し箇所

3 目標の全体図

大目標	中目標（大目標を達成するための具体的な目的）
生活習慣病を予防します	メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らすために、健康診査等を活用した健康管理を実践します ※ 運動・スポーツ活動の習慣化を推進します 適正飲酒の推進と喫煙者の減少をめざします 糖尿病の予備群・有病者を減らします ※ → 口腔機能の維持・向上をめざします ※
総合的にがん対策を推進します	がん予防を推進します がんの早期発見・早期治療を推進します がん患者とその家族の苦痛や不安の軽減と療養生活の質の向上をめざします
こころの健康を大切にします	こころの健康づくりを支援します → うつ等こころの不調への気づきや早期相談・早期治療を支援します ※ こころの病気の早期回復と社会復帰、そして再発防止を支援します →
女性の健康づくりを推進します	女性の健康に関する拠点施設を整備し、正しい知識の普及を図ります 女性の健康を支える活動を推進します 女性特有のがん対策を推進します
健康的で豊かな食生活を実践できる食育を推進します	生涯にわたって健康をつくる食習慣を実践します 食の大切さを見直し、食文化を継承していきます 食を通じたコミュニケーションを広げます

重点化 中目標：糖尿病の予備群・有病者を減らします

<見直しの視点>

糖尿病の予防のため、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを両輪として取り組みます。

ポピュレーションアプローチでは、さまざまな機会を捉えた普及啓発の展開や、食生活改善や適切な運動習慣などが日常的に取り入れられるよう、環境整備を進めていきます。

ハイリスクアプローチでは、糖尿病治療が必要な対象者を医療機関へ確実につなぐ受診勧奨や、区内医療機関及びかかりつけ医の連携を促進していきます。

※ポピュレーションアプローチとは、対象を一部に限定しないで集団全体へ働きかけることで、全体としてリスクを下げていく手法のこと。また、ハイリスクアプローチとは、疾患を発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処していく手法のこと。

ポピュレーションアプローチ

集団全体への働きかけ・環境整備

小目標① 糖尿病に関する正しい知識や
健診受診を促すための普及・啓発を行います

小目標② 栄養のバランスを考えて
食べる人を増やします

小目標③ 肥満者を減らします
指標の追加
【指標名】1日に必要な野菜の摂取量を知っている区民の割合

ハイリスクアプローチ

高血糖者への個別アプローチ

小目標④ 高血糖者の保健指導の充実
を図ります

事業名変更・重点化
【事業名】区内医療機関の連携促進

事業名変更・重点化
【事業名】糖尿病重症化予防事業

中目標：こころの健康づくりを支援します

小目標① こころの病気について正しい知識を広めます
拡充・担当課追加 【事業名】若年層への普及啓発

中目標：こころの病気の早期回復と社会復帰、そして再発防止を支援します

小目標① こころの健康づくりと社会復帰に向けて、地域との連携・協力を進めます
手段変更 【事業名】働く人のメンタルヘルス事業

小目標② こころの病気を持つ人や家族の安定した療養生活を支援します
新規 【事業名】未治療・治療中断等の精神障害者に対するアウトリーチ支援

4 糖尿病の予備群・有病者対策の見直し

(1) 糖尿病対策の重点化

大目標：生活習慣病を予防します
 中目標：糖尿病の予備群・有病者を減らします
 小目標：④高血糖者の保健指導の充実を図ります
 （行動計画本冊子 P.33）

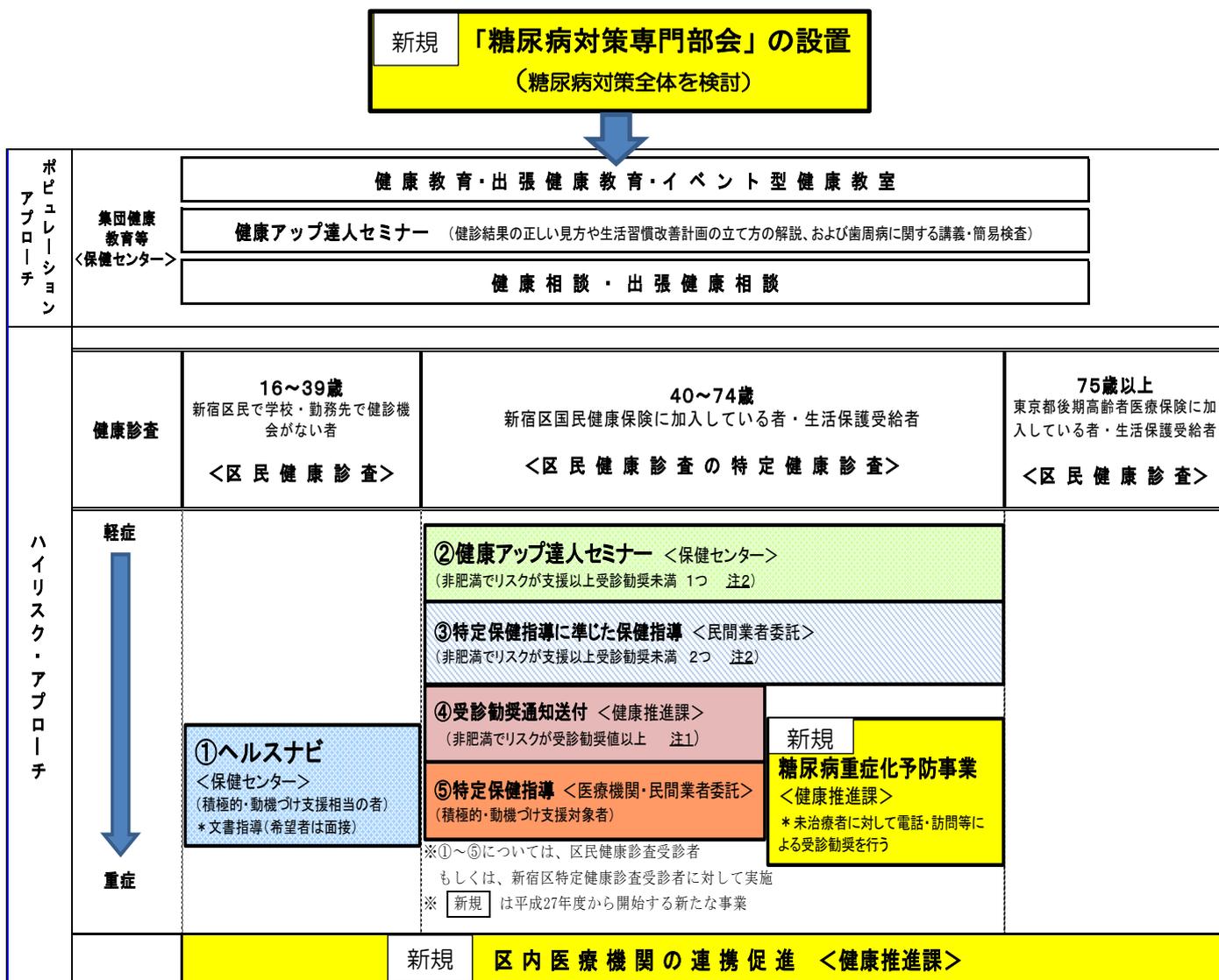
糖尿病の重症化予防に向けて、早期発見・早期治療につながる事業を新たに進めていきます。健診結果から抽出された糖尿病治療が必要な対象者に対しては、確実に保健指導や医療につなげ、高血糖状態の改善を図ります。また内服治療中であっても血糖コントロール不良の人が多いことから、かかりつけ医や専門医等医療機関と連携し、地域全体で対応するための医療連携体制を構築します。

【重点化する事業】

No	事業名 〔担当課〕	26年度までの取り組み	27年度からの目的・内容
1	<p>事業名変更・重点化</p> <p>かかりつけ医機能の推進 ⇒区内医療機関の連携促進</p> <p>〔健康部健康推進課〕</p>	<p>26年度には、地域における医療連携体制の構築を進めるため、区内の医療機関や歯科医療機関を対象に、糖尿病の登録医療機関制度等について、講演会を開催しました。</p>	<p>・平成27年度から地域保健医療体制整備協議会に、専門医療機関や健診委託医療機関等による「糖尿病対策専門部会」を新たに位置づけ、医療連携を図っていきます。</p> <p>・区内のかかりつけ医等を対象とした講演会を実施していきます。</p>
2	<p>事業名変更・重点化</p> <p>糖尿病対策推進事業 ⇒糖尿病重症化予防事業</p> <p>〔健康部健康推進課〕</p>	<p>24年度までは、保健センターでの生活習慣病予防健診結果で高血糖状態とされた区民に、紹介状を発行し、医療機関へつなげていました。</p> <p>25年度以降、医療機関での健診に一本化されたため、保健センターからの紹介はなくなりましたが、40～74歳の特定健康診査・特定保健指導対象者に健診係から受診勧奨通知を郵送しています。</p> <p>26年度には、健康部糖尿病対策・レセプトデータ分析PTを立ち上げ、レセプトデータ及び健診データを活用した生活習慣病の医療費動向や、ハイリスク者の把握を行いました。</p>	<p>・特定健診で血糖コントロール状態（HbA1c）が区の定める数値を超える結果が出た方について、レセプトと突合して未治療者を抽出し、電話・訪問等により受診を勧奨し治療につなげ、重症化を未然に防止します。</p>

参考：現在の糖尿病対策の体系図

糖尿病をはじめとする生活習慣病予防に関する事業について、現在の体系図は次のとおりです。計画後半では、ポピュレーションアプローチとともに、医療体制の構築として「区内医療機関の連携促進」を、ハイリスク者の重症化予防として「糖尿病重症化予防事業」を新たに行っていきます。



※ リスクは血圧・脂質・血糖の3基準を指す

注1) 非肥満でリスクが受診勧奨値以上

① 血圧: 収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上

② 脂質: 中性脂肪300mg/dl以上またはLDLコレステロール180mg/dl以上

③ 血糖: 空腹時血糖126mg/dl以上(空腹時血糖が採れなかった場合はHbA1c6.5%以上(NGSP値))

注2) 非肥満でリスクが支援以上、受診勧奨値未満

① 血圧: (収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上)かつ(収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上)でない

② 脂質: (中性脂肪150mg/dl以上またはLDLコレステロール140mg/dl以上)かつ(中性脂肪300mg/dl以上またはLDLコレステロール180mg/dl以上)でない

③ 血糖: (空腹時血糖100mg/dl以上(空腹時血糖が採れなかった場合はHbA1c5.6%以上(NGSP値))かつ(空腹時血糖126mg/dl以上(空腹時血糖が採れなかった場合はHbA1c6.5%以上(NGSP値)))でない

(2) 指標の追加

大目標：生活習慣病を予防します
 中目標：糖尿病の予備群・有病者を減らします
 (行動計画本冊子 P.36)

食物繊維やビタミン、ミネラルなどが豊富に含まれる野菜は、日頃の体調を整えるだけでなく、体重コントロールに重要な役割があるとともに、循環器疾患や糖尿病の予防効果があると報告されています。そこで、「1日に必要な野菜摂取量を知っている区民の割合」を追加し、糖尿病など生活習慣病予防に向けて、野菜を積極的に摂取するよう、普及啓発にさらに力を入れていきます。

中目標	指標名	現状			29年度までの目標
		数 値	測定年度	現状の出所	数 値
糖尿病の予備群・有病者を減らします	食べ物の量や組み合わせを考えて食べる人の割合	85.5%	平成23年度	新宿区区政モニターアンケート	95%
	追加 1日に必要な野菜の摂取量(350g)を知っている区民の割合	29.1%	平成26年度	新宿区区政モニターアンケート	40%
	肥満者(BMI25以上)の割合	[20~39歳] 男25.1% 女7.7% [40~64歳] 男33.1% 女13.2%	平成22年度	健診データ	男性： 平成22年度比15%減 女性： 平成22年度比10%減
	糖尿病の予備群・有病者の割合 有病者：HbA1c6.1以上、または糖尿病治療中の者(JDS値) 予備群：HbA1c5.5以上6.1未満の者。ただし、糖尿病治療者を除く(JDS値)	[40~64歳] [予備群] 男8.2% 女3.8% [有病者] 男9.6% 女3.0%	平成22年度	健診データ	平成22年度比10%減

参考：区ホームページでの普及啓発

野菜を食べていますか

～「毎日プラス1皿の野菜」を合言葉に1日5皿分の野菜を食べましょう～

●1日に食べる野菜の目標量は350g

健康な生活を維持するために1日に食べる野菜の目標量は350gで、直径10cmの小鉢5皿分に相当します。

「平成24年国民健康・栄養調査」によると、20歳以上の日本人が1日に摂取する野菜の量は274.6g(小鉢3.9皿分)で、摂取量が不足していることが分かっています。



一皿分は、直径10cmの小鉢に品良く盛り付けた程度です。

5 その他の見直し

(1) こころの健康づくりへの支援

区の自殺者数は、厚生労働省人口動態統計によると、平成23年80人、平成24年72人、平成25年74人であり、この3年間の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）を見ると、全国の21.5に対し、新宿区は26.2と高くなっています。

さらに区では、20～30歳代の若年層の自殺死亡率も全国と比較して高い傾向があります。（平成25年の20～30歳代の自殺死亡率は、全国21.5に対し、新宿区は29.0。）

そのため、若者が前向きに暮らせるよう、こころの健康に関する正しい知識の普及を進めるとともに、支援団体間の連携を強化し、若者支援のセーフティネットを構築していきます。

【拡充する事業】

大目標：こころの健康を大切にします

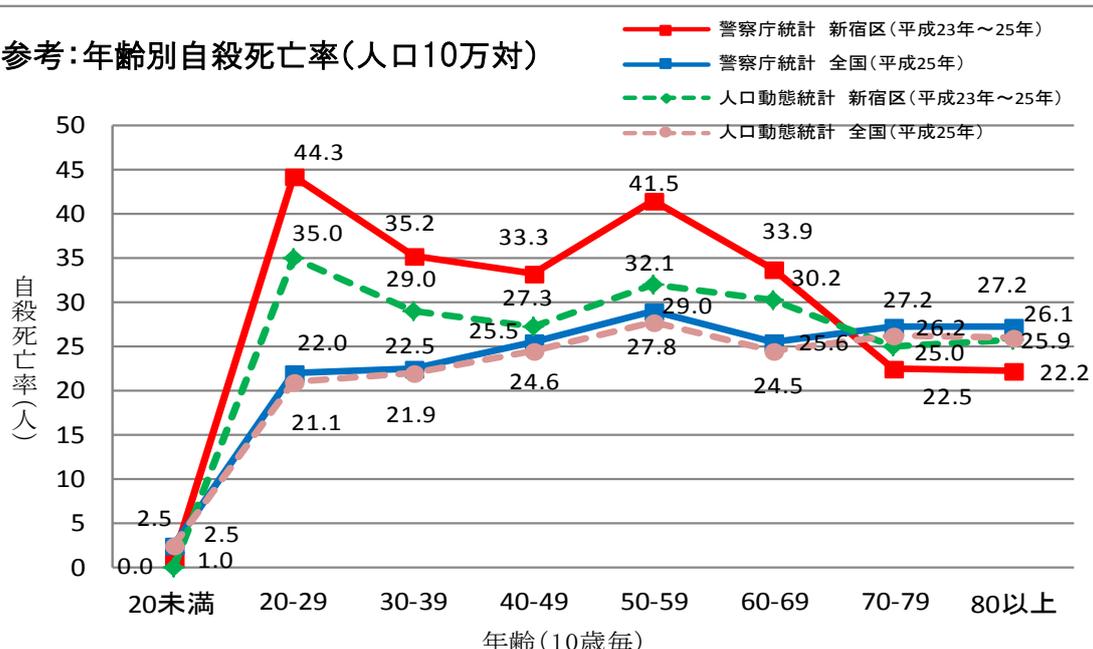
中目標：こころの健康づくりを支援します

小目標：①こころの病気について正しい知識を広めます

（行動計画本冊子 P.58）

No	事業名 〔担当課〕	26年度までの取り組み	27年度からの目的・内容
3	拡充・担当課追加 若年層への普及啓発 〔健康部保健予防課〕 〔健康部健康推進課〕	「はたちのつどい」、 「若者のつどい」等、若者の集客率の高い事業で、精神保健パンフレットを配布するなど、他部署と連携し、普及啓発を図りました。	<ul style="list-style-type: none"> ・「はたちのつどい」、「若者のつどい」などにおいて、リーフレット等を配布し、こころの健康の大切さについて、普及啓発を行います。 ・平成26年7月から自殺総合対策会議に「若者支援専門部会」を新たに位置づけ、関係団体の連携強化を図り、対策検討を行っていきます。 ・平成27年度には、対策の一つとして、「若者向け相談窓口等案内冊子」を新たに作成・配布していきます。

参考：年齢別自殺死亡率(人口10万対)



(出典)「厚生労働所人口動態統計」「警察庁自殺統計」「総務省統計局人口推計」「新宿区住民基本台帳人口」をもとに作成

(2) こころの病気の早期回復と社会復帰、再発防止への支援

大目標：こころの健康を大切にします

中目標：こころの病気の早期回復と社会復帰、そして再発防止を支援します

小目標：①こころの健康づくりと社会復帰に向けて、地域との連携・協力を進めます
(行動計画本冊子 P.62)

こころの病気を持ちながらも職場や地域で暮らせるよう、区では、うつ病の方や、産業医のいない中小企業経営者・労務担当者に対して、「ぷれリワーク（復職）講座」や「個別相談」を実施してきました。しかし、区内医療機関などでも「リワーク講座」を実施するなど、就労や復職を支援する医療機関や民間事業者が増加していることから、平成26年度からは、こうした地域の「社会資源」の利用を積極的に推進しています。また個別相談については、保健センターで実施している「うつ専門相談」や「精神保健相談」に統合し、引き続き対応しています。

区では、地域での総合的な支援を進めるため、「働く人のメンタルヘルスネットワーク連絡会」などを通し、関係機関相互の連携を深めるなど、調整や後方支援を行っています。

【手段変更した事業】

No	事業名 〔担当課〕	目的・内容
1	手段変更 働く人のメンタルヘルス事業 ・ぷれリワーク ・個別相談 〔健康部保健予防課〕	うつ病等の病気を持ちながら就労継続できるよう、当事者向けの講座を開催するとともに、家族や職場関係者も含めた個別相談を行います。

精神疾患の方の中には、自分が病気であるという自覚がないために、受診を拒否したり治療を中断して病状が悪化し、対応や支援が複雑・困難化する場合があります。

このため、保健医療スタッフと福祉スタッフ等の多職種チームによるアウトリーチ（訪問支援）により、未受診・治療中断等の精神障害者への必要な医療の導入と継続、安定した地域生活を維持するための支援を実施します。

この事業は、平成26年度からモデル実施し、平成27年度から本格実施します。

【新規事業】

No	事業名 〔担当課〕	目的・内容
3	新規 未治療・治療中断等の精神障害者に対するアウトリーチ支援 〔健康部保健予防課〕	精神医療の治療中断者や未受診者などの精神障害者に対し、精神科医師や保健師・看護師、社会福祉士、ヘルパーなどの多職種チームによる訪問支援を行い、安心して地域で暮らし続けられるよう支援します。

6 指標の見直し

(1) 新宿区特定健康診査受診率及び新宿区特定保健指導実施率

大目標：生活習慣病を予防します
 中目標：メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らすために、健康診査等を活用した健康管理を実践します
 （行動計画本冊子 P.35）

平成24年度に、第二期の「新宿区特定健康診査等実施計画（平成25～29年度）」を策定し、平成29年度までの目標値を、下表のとおり設定しました。

国の示す区市町村国保における目標値は、特定健康診査受診率60%、特定保健指導実施率60%とされていますが、新宿区においては、第一期計画期間の実績及び特別区の中でも被保険者の流動率が高いという特性も考慮した上で、目標値を設定しました。

特定健康診査については、未受診者全員に勧奨ハガキを送付するとともに、「健康診査ご案内センター」での電話勧奨では、年々対象者を拡大し、実施時期や時間の延長も行うなど、個別勧奨事業の強化を図っています。

また、特定保健指導については、民間委託を取り入れ、魅力あるプログラムの提供や土日・夜間利用を可能とするなど、ライフスタイルに合わせ選択可能な体制にしています。

こうした取り組みを通じて、目標値の達成を目指していきます。

中目標	指標名	現状			目標
		数値	測定年度	現状の出所	数値
メタボリックシンドローム該当者・予備群を減らすために、健康診査等を活用した健康管理を実践します	変更 新宿区特定健康診査受診率	31.5%	平成22年度	法定報告	24年度までの目標：65% ⇒29年度までの目標： 50%
	変更 新宿区特定保健指導実施率	8.9%	平成22年度	法定報告	24年度までの目標：45% ⇒29年度までの目標： 40%

(2) 歯の本数

大目標：生活習慣病を予防します
 中目標：口腔機能の維持・向上をめざします
 （行動計画本冊子 P.36）

平成 24 年度まで特定年齢に限られていた歯科健康診査の対象者を、平成 25 年度からは、20 歳以上の区民全てに拡充しました。また平成 27 年度には、受診者数の少ない若年層への対策として、従来から健診票を一斉送付している対象者（節目年齢の方）に加え、20 歳の区民（対象者 3,480 人）について、新たに追加送付をします。

こうした背景から、29 年度目標値 26 本に対し、25 年度実績は 26.1 本と達成したため、目標数値を上方修正し、さらに歯科健康診査の普及に力を入れていきます。

中目標	指標名	現状			29年度までの 目標 数値
		数値	測定年度	現状の出所	
口腔機能の維持・向上をめざします	変更 歯の本数	25.2本	平成 22年度	新宿区歯科健康診査 (60歳)	26本 ⇒ 27本

(3) ゲートキーパー養成講座受講者数

大目標：こころの健康を大切にします
 中目標：うつ等こころの不調への気づきや早期相談・早期治療を支援します
 （行動計画本冊子 P.63）

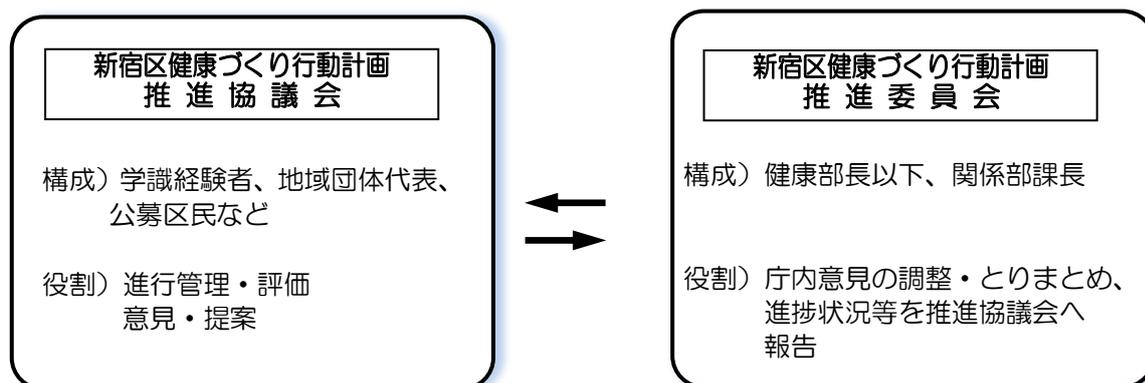
ゲートキーパー養成講座については、新宿区職員の研修計画に位置づけ、新任職員等を対象に研修を実施するほか、区民や関係機関職員を対象に広く養成講座を実施することで、29年度目標値 1,500人に対し、25年度実績は1,565人と目標を達成しました。

今後も、新たに理容業従事者等を対象に実施するなど、上方修正した目標値に向けて、さらに地域のゲートキーパーを養成していきます。

中目標	指標名	現状			29年度までの 目標 数値
		数値	測定年度	現状の出所	
うつ等こころの不調への気づきや早期相談・早期治療を支援します	変更 ゲートキーパー養成講座受講者数（累積実数）	731人	平成 24年度 1月現在	平成19年度からの累積実数	1,500人 ⇒ 2,500人

7 評価・推進体制について

- ◇ 見直し後の計画の進行管理及び評価については、従来どおり、健康づくり施策のあり方を検討する庁内組織である「新宿区健康づくり行動計画推進委員会」及び区民や地域団体、学識経験者等で構成する「新宿区健康づくり行動計画推進協議会」において、情報や目的を共有するとともに、本計画の進行管理や評価を行います。





資料編

特定健康診査における糖尿病関連データ 及び レセプト分析結果

資料編：特定健康診査における糖尿病関連データ及びレセプト分析結果

次のデータは、新宿区国民健康保険の特定健診結果及び特定健診受診者のレセプト（診療報酬明細書）を元に、「健康部レセプトデータ分析ワーキングチーム」が集計し、概要をまとめたものです。

【集計対象・方法】

特定健診受診者数は、年度途中資格喪失者、年度途中加入者、年度年齢75歳の加入者のうち、誕生日前に特定健診を受診した人も含むため、国への法定報告数とは異なる。

- ①特定健診結果
 - ・平成20～24年度の特定健診受診結果を集計。
 - ・単年の結果は平成24年度の結果である。
 - ・HbA1cはJDS値である。
 - ・『糖尿病薬服薬中もしくはインスリン療法中』は問診票の回答を元に集計した。
- ②レセプト分析
 - ・平成20～24年度の特定健診受診者の国民健康保険レセプトを分析。
 - ・単年のグラフは平成24年度の結果である。
 - ・医療費、患者数は全傷病（主傷病でないものも含む）の年計の数値である。

【参考値：血糖コントロール目標】

日本糖尿病学会による血糖管理目標値は次のとおり。
ただし、治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定される。

目標	コントロール目標値 注4)		
	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c (%) (NGSP 値)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dl 未満、食後2時間血糖値 180mg/dl 未満をお概ねの目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊婦例は除くものとする。

【主な結果】

1) 特定健診の分析結果

- ① HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー) *が8.0%以上の人の概ね2人に1人が薬物療法を行っていない。

※赤血球の中にあるヘモグロビン(血色素)のうちブドウ糖と結合しているものの割合を%で表したもの。血糖値が採血時点での指標であるのに対し、採血前1～2か月間の平均血糖値を反映し、血糖コントロール状態の指標となる。

- ② 糖尿病の治療薬を服薬中もしくはインスリン療法中の人の概ね4人に1人が血糖コントロール不良(HbA1c 7.0%以上)であり、合併症のリスクが高い。

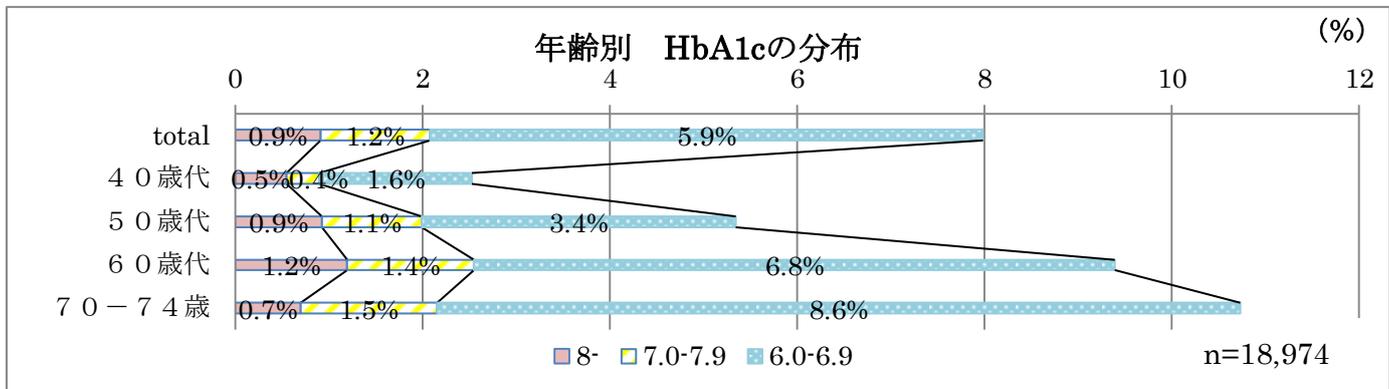
2) レセプト分析結果

- ① 医療費に占める割合は、糖尿病が高い。
- ② 患者一人あたりの医療費が高いのは人工透析であり、1人当たり約500万円/年であった。人工透析患者287人に約15億円の医療費が費やされている。
- ③ 糖尿病にかかる医療費はこの5年で約10億円増加した。特に男性の糖尿病医療費の伸びが大きく約9億円増加した。

1. 特定健診の結果 (平成 24 年度特定健診受診者数 : 18,974 人)

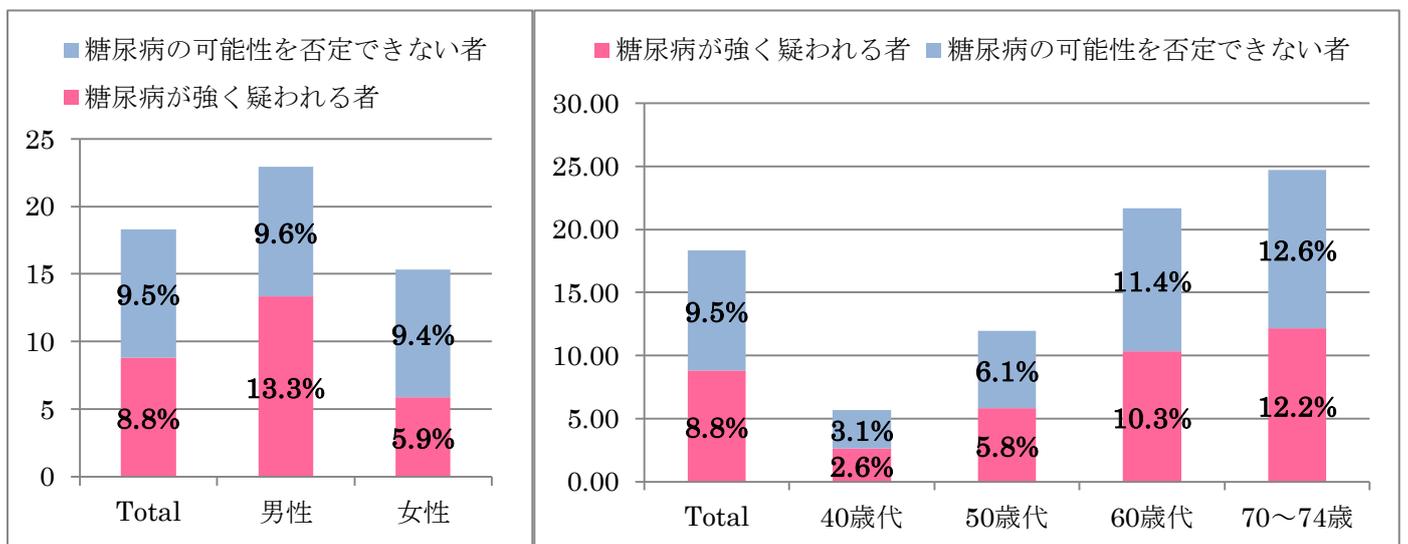
1) HbA1c の分布

(血糖正常化を目指す際の目標値) HbA1c 6%以上は 8% (1,518 人)
 (合併症予防のための目標値) HbA1c 7%以上は 2% (379 人)
 (治療強化が困難な際の目標値) HbA1c 8%以上は 1% (189 人)



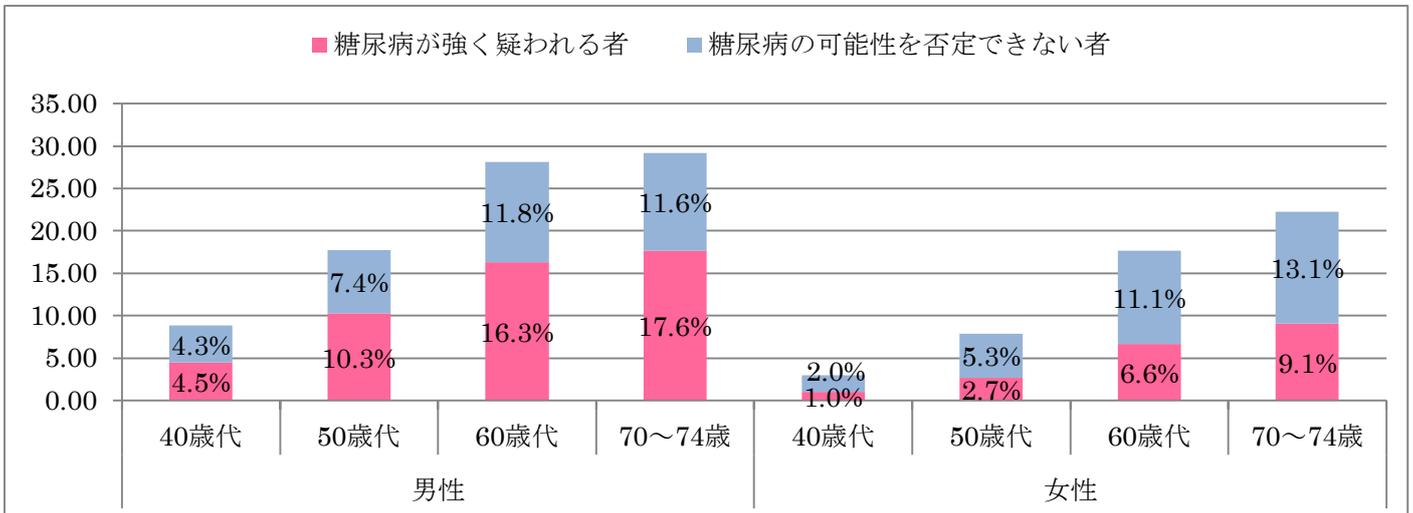
2) 国民健康栄養調査の算出式に基づく糖尿病が強く疑われる者もしくは糖尿病の可能性を否定できない者の割合

**糖尿病が強く疑われる者もしくは糖尿病の可能性を否定できない者は
 男性の概ね4人に1人、女性の概ね7人に1人である。
 また、50歳代の概ね8人に1人、60歳以上の概ね5人に1人である。**



【平成 24 年度の特定健診結果より算出】

	合計	男性					女性				
		合計	40歳代	50歳代	60歳代	70~74歳	合計	40歳代	50歳代	60歳代	70~74歳
糖尿病が強く疑われる者	1,676	997	65	128	478	326	679	17	47	315	300
糖尿病の可能性を否定できない者	1,801	716	63	92	347	214	1,085	33	93	525	434
問題なし	15,484	5,756	1,321	1,020	2,107	1,308	9,728	1,620	1,632	3,909	2,567
不明	13	4	1	1	1	1	9	2	1	3	3
合計	18,974	7,473	1,450	1,241	2,933	1,849	11,501	1,672	1,773	4,752	3,304

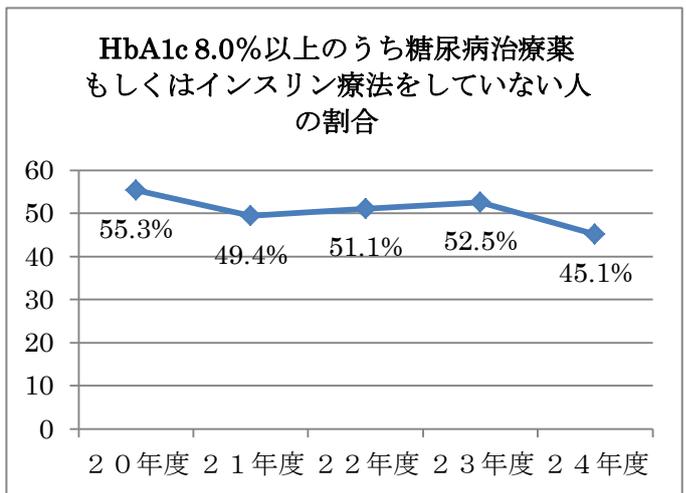
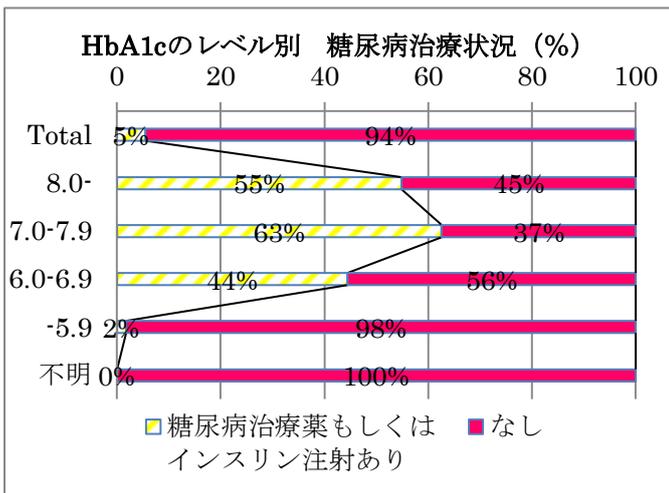


【区分の定義：国民健康栄養調査の基準より算出】

糖尿病が強く疑われる者：HbA1c (JDS) ≥ 6.1 または糖尿病薬服薬中もしくはインスリン療法中の者。
 糖尿病の可能性を否定できない者： $5.6 \leq \text{HbA1c (JDS)} < 6.1$ かつ”糖尿病が強く疑われる者”以外の者。

3) 治療状況

HbA1c が 8.0%以上の人の概ね 2 人に 1 人が薬物療法をしていない。



【特定健診における糖尿病治療状況別（糖尿病薬もしくはインスリン療法）のHbA1Cの分布】

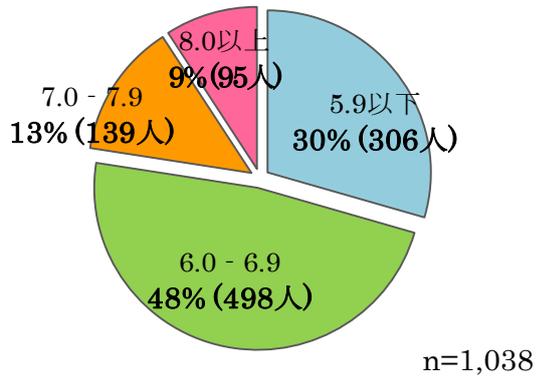
HbA1c (%)	5.9以下	6.0-6.9	7.0-7.9	8.0以上	不明	合計
糖尿病治療薬もしくはインスリン注射あり 注1)	306	498	139	95	0	1,038
なし 注2)	17,140	622	83	78	13	17,936
合計	17,446	1,120	222	173	13	18,974

注1) 特定健診の間診票で「現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している」と回答した人

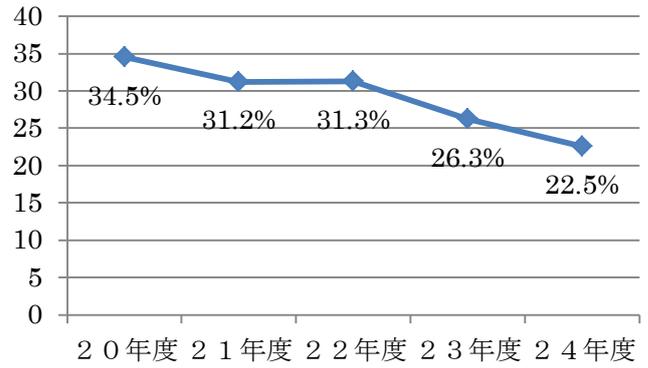
注2) 特定健診の間診票で「現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していない」と回答した人

糖尿病の薬を服薬中もしくはインスリン療法中の人の概ね4人に1人が血糖コントロール不良であり(HbA1c 7.0%以上)合併症のリスクが高い。

糖尿病治療薬もしくはインスリン治療をしている人のHbA1c(%)



糖尿病治療中の人のうちの血糖コントロール不良者 (HbA1c \geq 7) の割合(%)



2. 他疾患との比較（レセプト分析）

【用語の定義】

- ①糖尿病罹患の判断
レセプトに記載されている傷病名情報によるもの。
- ②表中の[再掲]インスリン療法・[再掲]人工透析等
レセプトに紐付くレセプト診療行為情報の「区分レコード」を抽出条件としている。
- ③患者数
・糖尿病に罹患している患者の人数。
・複数の医療機関を受診した場合（重複受診）であっても1人として集計される。
・複数の生活習慣病に罹患している患者は、生活習慣病ごとに1人として集計される。
- ④医療費
医科入院、医科入院外に係る請求金額を合計したもの。
- ⑤入外合計
入院と入院外の区分を合計したもの。
- ⑥患者一人当たりの医療費（円）
医療費を患者数で割ったもの。

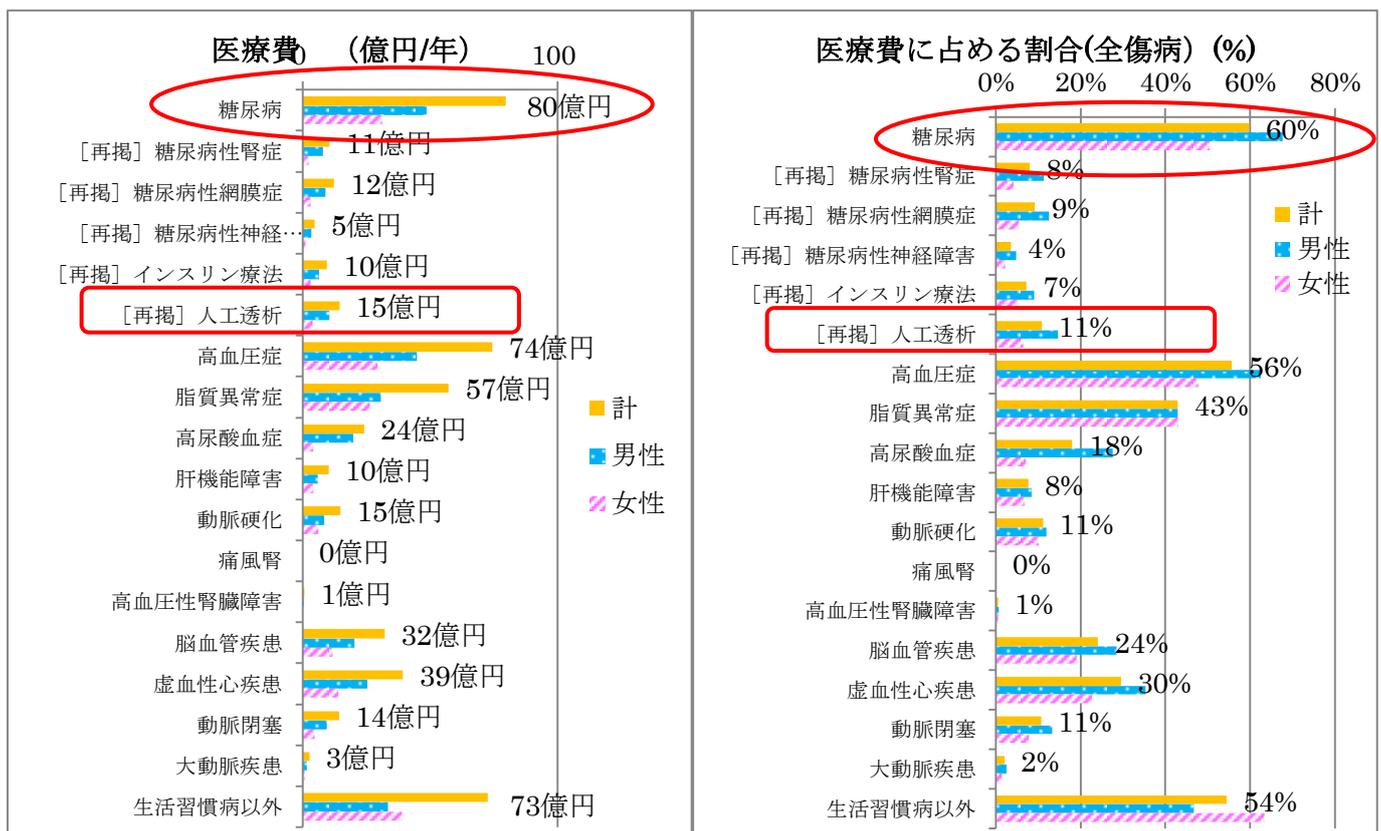
【分析結果を読む際の注意点】

- ・特定健診等データ管理システムでは、主傷病（糖尿病）のみにかかる医療費の抽出はできない。
- ・患者一人当たりのレセプトに他の疾患が含まれている場合は、その疾患の医療費も含まれる。
- ・複数の生活習慣病に罹患している患者の場合、生活習慣病ごとの医療費は全て同じ金額として集計され、傷病ごとに按分していない。
よって、患者一人当たりの医療費は、患者数が少ない疾病では高くなる。また医療費に占める割合も100%にならない。ここでは、あくまでも糖尿病に罹患している患者のおおよその傾向を捉えるものとする。

1) 医療費に占める割合(%)

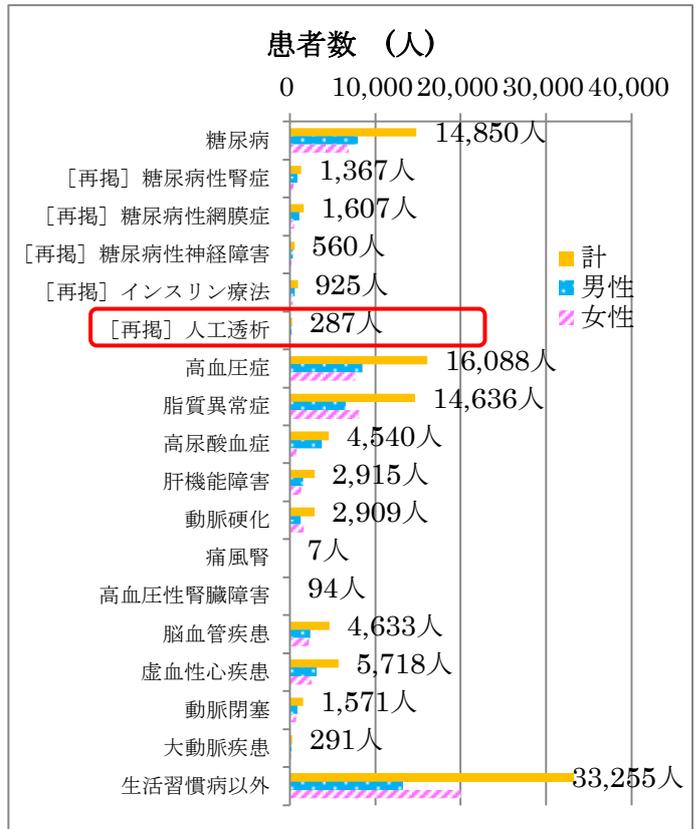
医療費*に占める割合(%)は、糖尿病が高い。

※平成24年度の特定健診受診者にかかる医療費（約134億）



2) 患者一人あたりの医療費および患者数

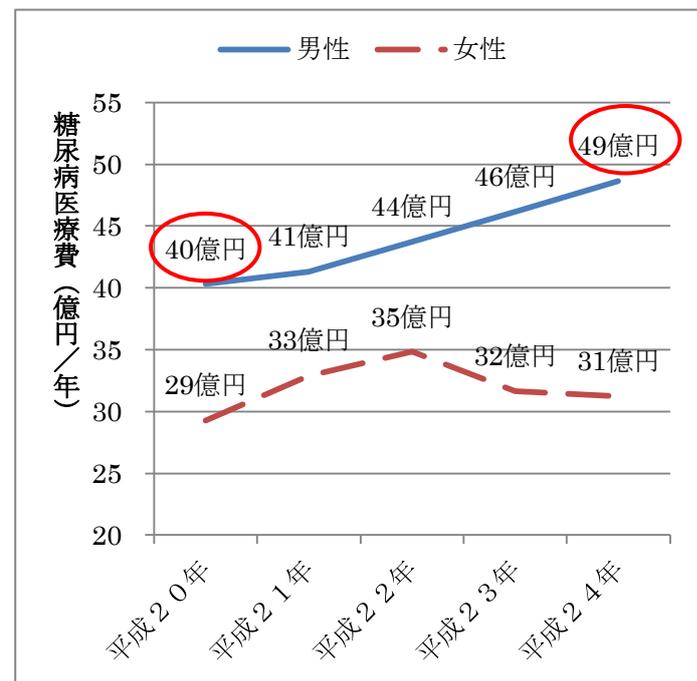
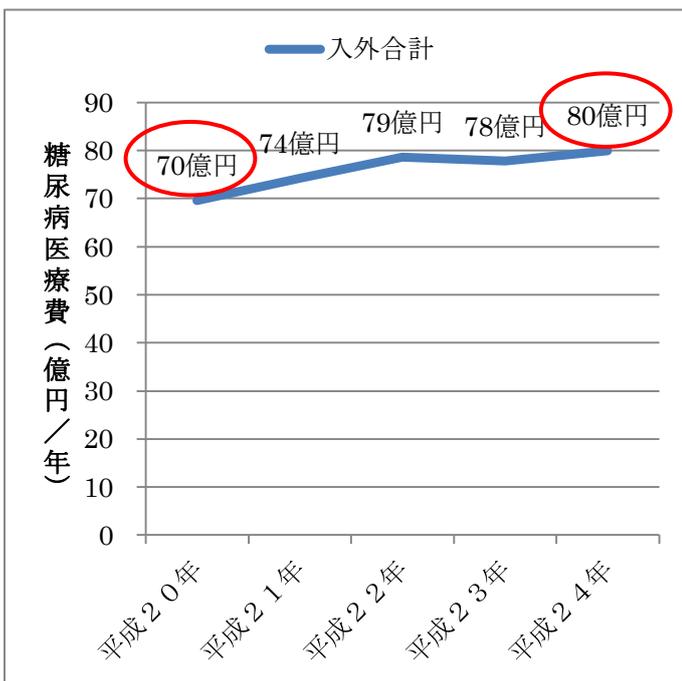
**患者一人あたりの医療費は人工透析が高く、1人当たり約500万円/年であった。
人工透析患者287人に約15億円の医療費が費やされている。**



3. 糖尿病にかかる医療費の経年変化 (レセプト分析)

1) 糖尿病にかかる医療費の経年変化

**糖尿病医療費はこの5年で約10億円増加した。
特に男性の糖尿病医療費の伸びが大きく約9億円増加した。**



新宿区健康づくり行動計画（平成 24（2012）年度～平成 29（2017）年度）

中間の見直し

印刷物作成番号

2014-19-3201

平成 27(2015)年 3 月発行

編集・発行

新宿区 健康部 健康推進課

〒160-0022 新宿区新宿 5-18-21

☎ 03（5273）3494（直通）

FAX 03（5273）3930

HP <http://www.city.shinjuku.lg.jp/>