第２期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第１章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

１．背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）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る。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

新富町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

２．計画の位置付け

第２期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、宮崎県健康増進計画や新富町健康増進計画、宮崎県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表１・２・３）

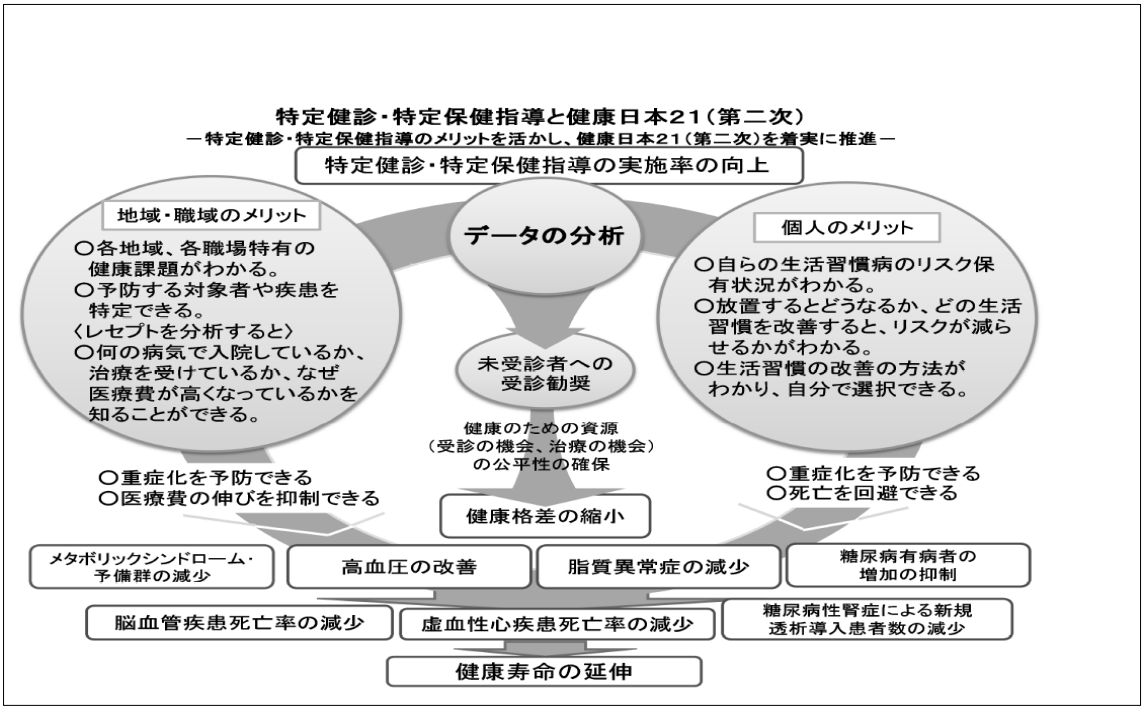
【図表１】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ　2017.10.11

※ 健康増進事業実施者 とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法

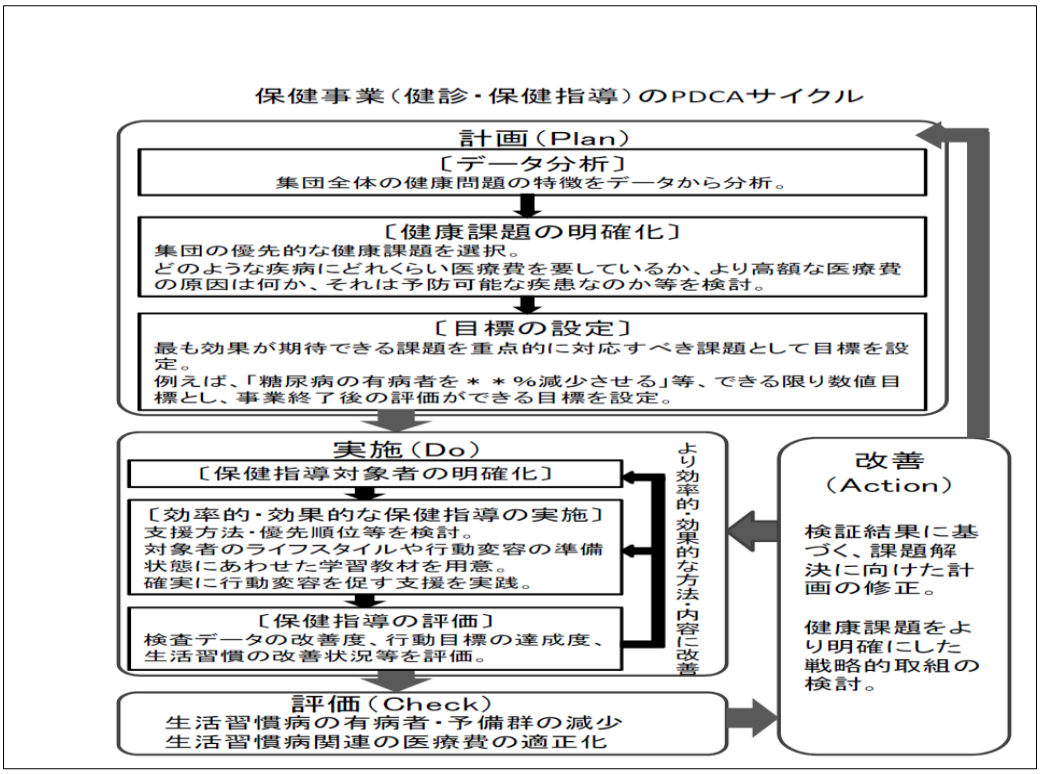
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「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の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定　平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活**習慣病の発症予防や重症化予防を図る**とともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、**社会保障制度が維持可能**なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の**生活習慣病の予防対策**を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには**重症化や合併症の発症を抑え**、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら**医療の伸びの抑制**を実現することが可能となる。 特定健康診査は、**糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防**することを目的として、**メタボリックシンドローム**に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	**生活習慣病対策**をはじめとして、被保険者の**自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み**について、**保険者**がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 **被保険者の健康の保持増進**により、**医療費の適正化**及び保険者の**財政基盤**強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの**予防**又は、要介護状態等の**軽減**もしくは**悪化の防止**を理念としている	**国民皆保険を堅持**し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、**負担かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保**を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、**地域において切れ目のない医療の提供**を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳　特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿病性腎症** 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 **糖尿病** **糖尿性病腎症** 高血圧　等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	**糖尿病性腎症** **糖尿病性神経障害** **糖尿病性網膜症** 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム **糖尿病** 生活習慣病	**糖尿病** 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評　価	※53項目中　特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度別分】を減額し、保険料率決定	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活　②日常生活における歩数　③アルコール摂取量　④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率　②特定保健指導率 ③健診結果の変化　④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ③糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

３．計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第４の５において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としており、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしている。都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点により、計画期間を平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とし、3 年目である平成 32 年度には中間評価を行う。

４．関係者が果たすべき役割と連携

１）実施主体関係部局の役割

新富町においては、いきいき健康課国保・後期高齢者医療Ｇが主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特にいきいき健康課保健予防Ｇの保健師・栄養士の専門職と連携をして、一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局・保健衛生部局（いきいき健康課）・介護保険部局、生活保護部局（福祉課）とも十分連携する。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることとした。　（図表 4）

２）外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という。）等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に新富町国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。

このため、新富町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、新富町国保と児湯医師会や西都市西児湯医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

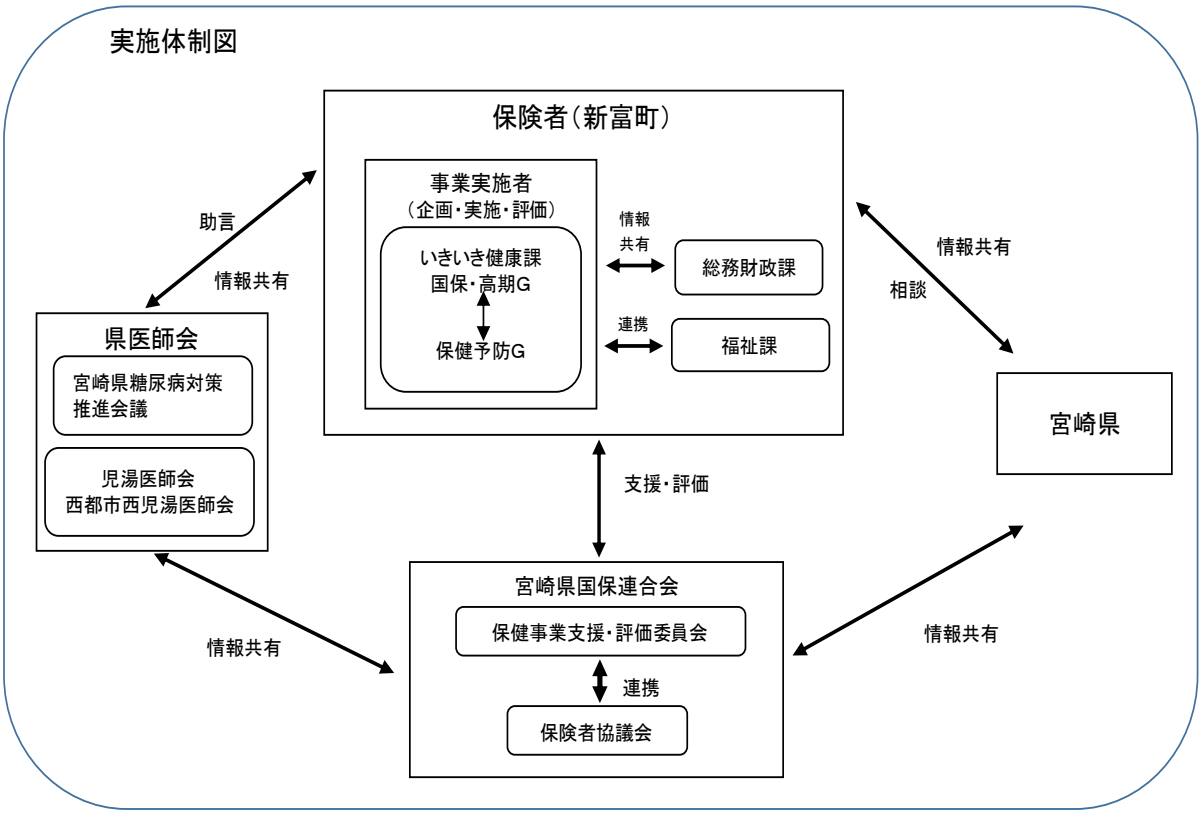
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

３） 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【 図表4 】



５．保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。（図表 5）

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	新富町	配点	新富町	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）						
総得点（体制構築加点含む）			227			
全国順位（1,741市町村中）						
共通①	特定健診受診率	20		35		50
	特定保健指導実施率	20		35		50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20		35		50
共通②	がん検診受診率	10		20		30
	歯周疾患（病）検診	10	10	15		25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70		100
共通④	個人のインセンティブ提供	20		45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25		35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	15	25		35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30		40
固有①	収納率向上	40	15	70		100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30		40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15		25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15		25
固有⑤	第三者求償の取組	10	7	30		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50
体制構築加点		70		70		60

第２章　第１期計画に係る評価及び考察と第２期計画における健康課題の明確化

１．第１期計画に係る評価及び考察

１）第１期計画に係る評価

（１）全体の経年変化

新富町の国民健康保険加入率は、平成 28 年度 27.2%で同規模、県、国と比較して高いが平成 25 年度 31.9%と比べると加入者数は年々減少してきている。65 歳以上の高齢化率は、22.6%で、同規模、県、国平均より低いが、今後医療費の増大も考慮し、引き続き予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率は 16.4%で、同規模、県、国ともに低いが、それに伴う介護給付費は同規模、県、国より高い状況がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は同規模、県より低いが、国より高い。外来費用割合は同規模、県より高いが国より低い状況である。生活習慣病の占める割合をみるとがん（19.7%）、筋骨格（18.0%）、精神（16.7%）の順で高い。

特定健診の状況をみると平成 28 年度受診率 45.6%と同規模、県、国と比較して高い。平成 25 年度受診率は 31.6%で年々受診率は向上している。医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取り組みは重要となる。（参考資料 1）

（２）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

新富町の介護給付費は、平成 25 年度から 3 年間で7．5%増加し、1人当たり給付費は、同規模平均より低いが、3年間の増加率は高い。また、1件あたり給付費は、居宅サービス、施設サービスともに同規模平均より高い。

介護給付費の変化　　【図表6】

年度	新富町					同規模平均		
	介護給付費（万円）	介護認定者数（人）	1人当たり給付費（円）	1件当たり給付費		1人当たり給付費（円）	1件当たり給付費	
				居宅サービス	施設サービス		居宅サービス	施設サービス
平成25年度	11億8646万円	713	290,727	51,732	287,348	301,180	41,879	281,910
平成28年度	12億7563万円	670	312,578	↑ 51,581	283,584	316,544	41,924	276,079

②医療費の状況（図表 7）

新富町の医療費は、平成25年度と平成28年度を比較すると、総医療費は減少しているが、一人あたり医療費は増加している。

医療費の変化　　【 図表7 】

項目		総医療費（円）											
		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	16億4076万円				6億8290万円				9億5786万円			
	H28年度	15億1186万円	1億2890万円	−7.9	−6.9	6億1211万円	7080万円	−10.4	−8.19	8億9976万円	5810万円	−6.1	−5.9
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	23,710				9,870				13,840			
	H28年度	24,800	1,090	4.6	8.3	10,040	170	1.7	6.7	14,760	920	6.6	9.5

※KDBの一人あたり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

一人あたり医療費(ひと月)は県より低いが全国より高い。
だが、最大医療資源に占める割合が慢性腎不全(透析有)、脳梗塞脳出血、狭心症心筋梗塞、高血圧、筋・骨疾患がいずれも県及び全国より高い。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合　　【図表 8】

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				金額	順位		腎		脳	心								
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
	H25	新富町	1,640,761,080	23,713	84位	20位	8.83%	0.28%	2.37%	3.08%	4.40%	6.71%	2.54%	463,007,280	28.22%	8.44%	9.68%	10.54%
	H28	新富町	1,511,864,220	24,809	90位	22位	8.64%	0.11%	2.69%	2.61%	5.28%	5.60%	2.41%	413,315,740	27.34%	11.91%	10.08%	10.91%
	H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	H28	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果
◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

※　中長期的な疾患とは、慢性腎不全（人工透析有・無含む。）・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）・虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞等）。
短期的な疾患とは、糖尿病・高血圧症・脂質異常症（LDL−C 高値等）。

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患、脳血管疾患を有する者の割合が平成25年度と比較して高くなっている。
人工透析患者の割合は増えていないが、人工透析をしている者の中の虚血性疾患と脳血管疾患の割合は高くなっている。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	161	2.8	36	22.4	9	5.6	131	81.4	78	48.4	114	70.8
	64歳以下	4,015	47	1.2	4	8.5	5	10.6	34	72.3	18	38.3	27	57.4
	65歳以上	1,790	114	6.4	32	28.1	4	3.5	97	85.1	60	52.6	87	76.3
H28	全体	5,196	162	3.1	26	16.0	10	6.2	131	80.9	72	44.4	110	67.9
	64歳以下	3,248	42	1.3	12	28.6	5	11.9	34	81.0	17	40.5	27	64.3
	65歳以上	1,948	120	6.2	14	11.7	5	4.2	97	80.8	55	45.8	83	69.2

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	279	4.8	36	12.9	6	2.2	221	79.2	123	44.1	154	55.2
	64歳以下	4,015	86	2.1	4	4.7	5	5.8	66	76.7	35	40.7	36	41.9
	65歳以上	1,790	193	10.8	32	16.6	1	0.5	155	80.3	88	45.6	118	61.1
H28	全体	5,196	269	5.2	26	9.7	10	3.7	222	82.5	100	37.2	150	55.8
	64歳以下	3,248	80	2.5	12	15.0	6	7.5	60	75.0	27	33.8	35	43.8
	65歳以上	1,948	189	9.7	14	7.4	4	2.1	162	85.7	73	38.6	115	60.8

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	29	0.5	6	20.7	9	31.0	25	86.2	12	41.4	11	37.9
	64歳以下	4,015	19	0.5	5	26.3	5	26.3	16	84.2	7	36.8	7	36.8
	65歳以上	1,790	10	0.6	1	10.0	4	40.0	9	90.0	5	50.0	4	40.0
H28	全体	5,196	28	0.5	10	35.7	10	35.7	24	85.7	12	42.9	8	28.6
	64歳以下	3,248	17	0.5	6	35.3	5	29.4	15	88.2	9	52.9	5	29.4
	65歳以上	1,948	11	0.6	4	36.4	5	45.5	9	81.8	3	27.3	3	27.3

（３）短期目標の達成状況

①共通リスク(様式３－２～３－４)（図表 10）

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、被保険者数に占める高血圧と脂質異常症の患者の割合が高くなっている。

糖尿病では脂質異常症の患者の割合が高くなり、64 歳以下の人工透析の患者の割合が高くなっている。

脂質異常症では、64 歳以下の高血圧の患者の割合が高くなり、65 歳以上の糖尿病の患者の割合が高くなっている。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標								中長期的な目標							
			糖尿病															
					インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	574	9.9	43	7.5	425	74.0	386	67.2	78	13.6	123	21.4	12	2.1	63	11.0
	64歳以下	4,015	223	5.6	23	10.3	150	67.3	143	64.1	18	8.1	35	15.7	7	3.1	28	12.6
	65歳以上	1,790	351	19.6	20	5.7	275	78.3	243	69.2	60	17.1	88	25.1	5	1.4	35	10.0
H28	全体	5,196	571	11.0	36	6.3	428	75.0	396	69.4	72	12.6	100	17.5	12	2.1	53	9.3
	64歳以下	3,248	178	5.5	17	9.6	116	65.2	112	62.9	17	9.6	27	15.2	9	5.1	19	10.7
	65歳以上	1,948	393	20.2	19	4.8	312	79.4	284	72.3	55	14.0	73	18.6	3	0.8	34	8.7

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧											
					糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	1199	20.7	425	35.4	738	61.6	131	10.9	221	18.4	25	2.1
	64歳以下	4,015	448	11.2	150	33.5	267	59.6	34	7.6	66	14.7	16	3.6
	65歳以上	1,790	751	42.0	275	36.6	471	62.7	97	12.9	155	20.6	9	1.2
H28	全体	5,196	1207	23.2	428	35.5	750	62.1	131	10.9	222	18.4	24	2.0
	64歳以下	3,248	373	11.5	116	31.1	222	59.5	34	9.1	60	16.1	15	4.0
	65歳以上	1,948	834	42.8	312	37.4	528	63.3	97	11.6	162	19.4	9	1.1

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症											
					糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,805	1024	17.6	386	37.7	738	72.1	114	11.1	154	15.0	11	1.1
	64歳以下	4,015	409	10.2	143	35.0	267	65.3	27	6.6	36	8.8	7	1.7
	65歳以上	1,790	615	34.4	243	39.5	471	76.6	87	14.1	118	19.2	4	0.7
H28	全体	5,196	1029	19.8	396	38.5	750	72.9	110	10.7	150	14.6	8	0.8
	64歳以下	3,248	334	10.3	112	33.5	222	66.5	27	8.1	35	10.5	5	1.5
	65歳以上	1,948	695	35.7	284	40.9	528	76.0	83	11.9	115	16.5	3	0.4

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

特定健診データにおいて、男女共BMI25 以上の者の割合が高くなっている。また、男性においては中性脂肪やLDL－Cが高い者の割合が高くなっている。女性においては 65～74 歳の者に収縮期血圧 130 以上の者の割合が高くなっている。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は男女ともに高くなっている。男女別でみると男性はメタボリックシンドローム該当者のうち、3 項目全て該当している者の割合が高くなっている。女性はメタボリックシンドローム該当者のうち、血糖＋血圧、血圧＋脂質に該当している者の割合が高くなっている。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省6-2～6-7）　☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	146	25.9	267	47.3	167	29.6	124	22.0	81	14.4	211	37.4	318	56.4	134	23.8	272	48.2	141	25.0	246	43.6	15	2.7
	40-64	75	30.1	122	49.0	76	30.5	78	31.3	29	11.6	80	32.1	114	45.8	71	28.5	103	41.4	70	28.1	111	44.6	3	1.2
	65-74	71	22.5	145	46.0	91	28.9	46	14.6	52	16.5	131	41.6	204	64.8	63	20.0	169	53.7	71	22.5	135	42.9	12	3.8
H28	合計	209	30.0	332	47.6	216	31.0	131	18.8	68	9.8	244	35.0	327	46.9	163	23.4	326	46.8	147	21.1	307	44.0	16	2.3
	40-64	97	34.4	136	48.2	98	34.8	74	26.2	32	11.3	72	25.5	115	40.8	76	27.0	103	36.5	68	24.1	142	50.4	3	1.1
	65-74	112	27.0	196	47.2	118	28.4	57	13.7	36	8.7	172	41.4	212	51.1	87	21.0	223	53.7	79	19.0	165	39.8	13	3.1

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	123	19.5	101	16.0	108	17.1	54	8.5	26	4.1	138	21.8	354	56.0	10	1.6	230	36.4	97	15.3	385	60.9	6	0.9
	40-64	66	22.7	46	15.8	63	21.6	23	7.9	17	5.8	52	17.9	130	44.7	5	1.7	84	28.9	42	14.4	178	61.2	2	0.7
	65-74	57	16.7	55	16.1	45	13.2	31	9.1	9	2.6	86	25.2	224	65.7	5	1.5	146	42.8	55	16.1	207	60.7	4	1.2
H28	合計	202	23.1	178	20.4	139	15.9	77	8.8	24	2.7	182	20.8	372	42.6	29	3.3	367	42.0	132	15.1	483	55.3	2	0.2
	40-64	61	20.7	49	16.7	40	13.6	30	10.2	6	2.0	46	15.6	95	32.3	7	2.4	72	24.5	52	17.7	157	53.4	0	0.0
	65-74	141	24.4	129	22.3	99	17.1	47	8.1	18	3.1	136	23.5	277	47.8	22	3.8	295	50.9	80	13.8	326	56.3	2	0.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）　☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	合計	564	30.3	28	5.0%	97	17.2%	4	0.7%	67	11.9%	26	4.6%	142	25.2%	25	4.4%	7	1.2%	75	13.3%	35	6.2%	1863	
	40-64	249	24.0	22	8.8%	49	19.7%	1	0.4%	31	12.4%	17	6.8%	51	20.5%	7	2.8%	5	2.0%	32	12.9%	7	2.8%	1039	
	65-74	315	38.2	6	1.9%	48	15.2%	3	1.0%	36	11.4%	9	2.9%	91	28.9%	18	5.7%	2	0.6%	43	13.7%	28	8.9%	824	
H28	合計	697	42.0	41	5.9%	118	16.9%	7	1.0%	78	11.2%	33	4.7%	173	24.8%	25	3.6%	12	1.7%	81	11.6%	55	7.9%	1660	
	40-64	282	33.8	27	9.6%	48	17.0%	5	1.8%	24	8.5%	19	6.7%	61	21.6%	6	2.1%	5	1.8%	37	13.1%	13	4.6%	835	
	65-74	415	50.3	14	3.4%	70	16.9%	2	0.5%	54	13.0%	14	3.4%	112	27.0%	19	4.6%	7	1.7%	44	10.6%	42	10.1%	825	

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	合計	632	32.9	20	3.2%	36	5.7%	2	0.3%	23	3.6%	11	1.7%	45	7.1%	3	0.5%	1	0.2%	26	4.1%	15	2.4%	1921	
	40-64	291	29.7	8	2.7%	16	5.5%	2	0.7%	12	4.1%	2	0.7%	22	7.6%	1	0.3%	1	0.3%	16	5.5%	4	1.4%	979	
	65-74	341	36.2	12	3.5%	20	5.9%	0	0.0%	11	3.2%	9	2.6%	23	6.7%	2	0.6%	0	0.0%	10	2.9%	11	3.2%	942	
H28	合計	873	49.0	22	2.5%	67	7.7%	6	0.7%	48	5.5%	13	1.5%	89	10.2%	12	1.4%	1	0.1%	53	6.1%	23	2.6%	1781	
	40-64	294	38.1	10	3.4%	20	6.8%	5	1.7%	12	4.1%	3	1.0%	19	6.5%	4	1.4%	0	0.0%	11	3.7%	4	1.4%	771	
	65-74	579	57.3	12	2.1%	47	8.1%	1	0.2%	36	6.2%	10	1.7%	70	12.1%	8	1.4%	1	0.2%	42	7.3%	19	3.3%	1010	

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度と比較し、平成 28 年度は特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに高くなっている。しかし、第 2 期特定健康診査等実施計画の目標値には、ともに達していない。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較　【図表 12】

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（%）	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	3,784	1,196	31.6	105	151	79	52.3	52	51
H28年度	3,441	1,570	45.6↑	47↑	181	99	54.7↑	50.0	51.1

※法定報告の数値とは一致しない。

２）第１期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の上昇・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護給付費の一件あたり給付費が同規模平均や県・国と比較すると高いことや、慢性腎不全（透析有）も同じような状況にあることなど新たな課題も見えてきた。重症化予防の視点から疾患の一次予防（健康の保持増進）、二次予防（早期発見・早期治療）が必要であり、それに住民自らが取り組める特定健診は重要なものとなるので、特定健診は取り組むべき大きな課題である。

２．第２期計画における健康課題の明確化

１）中長期目標の視点における医療費適正化の状況

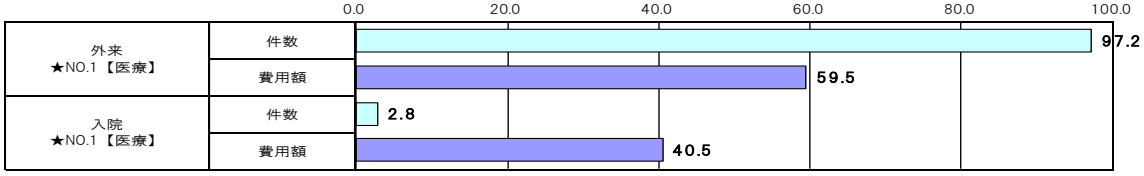
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

新富町の一人あたり医療費（ひと月）は、24，809円で同規模、県平均より低いが、国より高い。
入院に占める件数の割合はわずか2．8％で費用額全体の約40％を占めている。

「集団の疾患特徴の把握」　　**★KDBで出力可能な帳票NO**

1　入院と入院外の件数・費用額の割合の比較　　【図表 13】

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	24,809円	26,719円	26,707円	24,245円



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

高額になる疾患で入院･治療している者は60代に多く、6か月以上の長期入院は精神疾患が多い。
生活習慣病で治療を受けているのは、高血圧、脂質異常症の者の割合が高く、基礎疾患の重なりでは高血圧･糖尿病･脂質異常症ともに割合が高い。

2　何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）			全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患（80万円以上レセ）	人数		109人	7人	9人	33人	65人
					6.4%	8.3%	30.3%	59.6%
		件数		180件	15件	11件	52件	102件
					8.3%	6.1%	28.9%	56.7%
			年代別	40歳未満	0　0.0%	0　0.0%	3　5.8%	23　22.5%
				40代	4　26.7%	0　0.0%	1　1.9%	6　5.9%
				50代	0　0.0%	1　9.1%	3　5.8%	8　7.8%
				60代	5　33.3%	7　63.6%	29　55.8%	42　41.2%
				70-74歳	6　40.0%	3　27.3%	16　30.8%	23　22.5%
		費用額		2億5618万円	1777万円	2311万円	7559万円	1億3972万円
					6.9%	9.0%	29.5%	54.5%

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院（6か月以上の入院）	人数	41人	22人	4人	3人
				53.7%	9.8%	7.3%
		件数	329件	176件	21件	19件
				53.5%	6.4%	5.8%
		費用額	1億4650万円	6497万円	752万円	680万円
				44.3%	5.1%	4.6%

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者（長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	28人	12人	10人	10人
					42.9%	35.7%	35.7%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	306件	127件	99件	73件
					41.5%	32.4%	23.9%
			費用額	1億3775万円	5720万円	4342万円	3006万円
					41.5%	31.5%	21.8%

厚労省様式	対象レセプト（H28年5月診療分）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18（帳票）	生活習慣病の治療者数構成割合		2,012人	269人	162人	53人
				13.4%	8.1%	2.6%
		の基礎疾患の重なり	高血圧	222人	131人	39人
				82.5%	80.9%	73.6%
			糖尿病	100人	72人	38人
				37.2%	44.4%	71.7%
			脂質異常症	150人	110人	40人
				55.8%	67.9%	75.5%
			高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			1,207人	571人	1,029人	272人
			60.0%	28.4%	51.1%	13.5%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

新富町の第1号被保険者の16．0%が要介護認定を受けており、75歳以上では27．9%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要支援1･2の比較的軽症者が全体の16．4%、要介護3から5の重症者が全体の39．7%を占めている。有病状況は、高血圧、糖尿病、脂質異常症を治療している者の割合が92．5%である。

また、介護を受けている者の医療費（ひと月）は、受けていない者より3，513円も高い。

【図表 15】

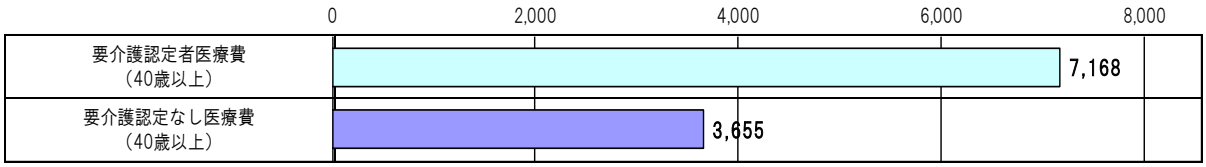
3　何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		6,176人		2,009人		2,072人		4,081人		10,257人	
	認定者数		18人		73人		579人		652人		670人	
		認定率	0.29%		3.6%		27.9%		16.0%		6.5%	
	新規認定者数（*1）		0人		0人		60人		60人		60人	
	介護度別人数	要支援1・2	4	22.2%	12	16.4%	92	15.9%	104	16.0%	108	16.1%
		要介護1・2	8	44.4%	32	43.8%	215	37.1%	247	37.9%	255	38.1%
		要介護3～5	6	33.3%	29	39.7%	272	47.0%	301	46.2%	307	45.8%

要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	介護件数（全体）		0		2		516		518		518	
		再）国保・後期	0		2		516		518		518	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患	順位	疾病	件数 / 割合	疾病	件数 / 割合	疾病	件数 / 割合	疾病	件数 / 割合	疾病	件数 / 割合
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0 / --	脳卒中	2 / 100.0%	脳卒中	336 / 65.1%	脳卒中	338 / 65.3%	脳卒中	338 / 65.3%
		2	虚血性心疾患	0 / --	虚血性心疾患	0 / 0.0%	虚血性心疾患	144 / 27.9%	虚血性心疾患	144 / 27.8%	虚血性心疾患	144 / 27.8%
		3	腎不全	0 / --	腎不全	0 / 0.0%	腎不全	62 / 12.0%	腎不全	62 / 12.0%	腎不全	62 / 12.0%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 / --	糖尿病合併症	0 / 0.0%	糖尿病合併症	23 / 4.5%	糖尿病合併症	23 / 4.4%	糖尿病合併症	23 / 4.4%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		0 / --		2 / 100.0%		477 / 92.4%		479 / 92.5%		479 / 92.5%	
	血管疾患合計		0 / --		2 / 100.0%		500 / 96.9%		502 / 96.9%		502 / 96.9%	
	認知症		0 / --		1 / 50.0%		271 / 52.5%		272 / 52.5%		272 / 52.5%	
	筋・骨格疾患		0 / --		2 / 100.0%		476 / 92.2%		478 / 92.3%		478 / 92.3%	

＊1）新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
＊2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較　　★NO.1【介護】



２）健診受診者の実態（図表 16・17）

特定健診データにおいて、男性の中性脂肪やLDL－Cが高い者の割合は国・県より高い状況である。女性は 65～74 歳の収縮期血圧 130 以上の者の割合は、国・県より高い状況である。
メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合も男女ともに国・県より高い状況である。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2～6-7)　☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	146	25.9	267	47.3	167	29.6	124	22.0	81	14.4	211	37.4	318	56.4	134	23.8	272	48.2	141	25.0	246	43.6	15	2.7
	40-64	75	30.1	122	49.0	76	30.5	78	31.3	29	11.6	80	32.1	114	45.8	71	28.5	103	41.4	70	28.1	111	44.6	3	1.2
	65-74	71	22.5	145	46.0	91	28.9	46	14.6	52	16.5	131	41.6	204	64.8	63	20.0	169	53.7	71	22.5	135	42.9	12	3.8
H28	合計	209	30.0	332	47.6	216	31.0	131	18.8	68	9.8	244	35.0	327	46.9	163	23.4	326	46.8	147	21.1	307	44.0	16	2.3
	40-64	97	34.4	136	48.2	98	34.8	74	26.2	32	11.3	72	25.5	115	40.8	76	27.0	103	36.5	68	24.1	142	50.4	3	1.1
	65-74	112	27.0	196	47.2	118	28.4	57	13.7	36	8.7	172	41.4	212	51.1	87	21.0	223	53.7	79	19.0	165	39.8	13	3.1

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ｸﾚｱﾁﾆﾝ	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	123	19.5	101	16.0	108	17.1	54	8.5	26	4.1	138	21.8	354	56.0	10	1.6	230	36.4	97	15.3	385	60.9	6	0.9
	40-64	66	22.7	46	15.8	63	21.6	23	7.9	17	5.8	52	17.9	130	44.7	5	1.7	84	28.9	42	14.4	178	61.2	2	0.7
	65-74	57	16.7	55	16.1	45	13.2	31	9.1	9	2.6	86	25.2	224	65.7	5	1.5	146	42.8	55	16.1	207	60.7	4	1.2
H28	合計	202	23.1	178	20.4	139	15.9	77	8.8	24	2.7	182	20.8	372	42.6	29	3.3	367	42.0	132	15.1	483	55.3	2	0.2
	40-64	61	20.7	49	16.7	40	13.6	30	10.2	6	2.0	46	15.6	95	32.3	7	2.4	72	24.5	52	17.7	157	53.4	0	0.0
	65-74	141	24.4	129	22.3	99	17.1	47	8.1	18	3.1	136	23.5	277	47.8	22	3.8	295	50.9	80	13.8	326	56.3	2	0.3

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)　☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	564	30.3	28	5.0%	97	17.2%	4	0.7%	67	11.9%	26	4.6%	142	25.2%	25	4.4%	7	1.2%	75	13.3%	35	6.2%
	40-64	249	24.0	22	8.8%	49	19.7%	1	0.4%	31	12.4%	17	6.8%	51	20.5%	7	2.8%	5	2.0%	32	12.9%	7	2.8%
	65-74	315	38.2	6	1.9%	48	15.2%	3	1.0%	36	11.4%	9	2.9%	91	28.9%	18	5.7%	2	0.6%	43	13.7%	28	8.9%
H28	合計	697	42.0	41	5.9%	118	16.9%	7	1.0%	78	11.2%	33	4.7%	173	24.8%	25	3.6%	12	1.7%	81	11.6%	55	7.9%
	40-64	282	33.8	27	9.6%	48	17.0%	5	1.8%	24	8.5%	19	6.7%	61	21.6%	6	2.1%	5	1.8%	37	13.1%	13	4.6%
	65-74	415	50.3	14	3.4%	70	16.9%	2	0.5%	54	13.0%	14	3.4%	112	27.0%	19	4.6%	7	1.7%	44	10.6%	42	10.1%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	632	32.9	20	3.2%	36	5.7%	2	0.3%	23	3.6%	11	1.7%	45	7.1%	3	0.5%	1	0.2%	26	4.1%	15	2.4%
	40-64	291	29.7	8	2.7%	16	5.5%	2	0.7%	12	4.1%	2	0.7%	22	7.6%	1	0.3%	1	0.3%	16	5.5%	4	1.4%
	65-74	341	36.2	12	3.5%	20	5.9%	0	0.0%	11	3.2%	9	2.6%	23	6.7%	2	0.6%	0	0.0%	10	2.9%	11	3.2%
H28	合計	873	49.0	22	2.5%	67	7.7%	6	0.7%	48	5.5%	13	1.5%	89	10.2%	12	1.4%	1	0.1%	53	6.1%	23	2.6%
	40-64	294	38.1	10	3.4%	20	6.8%	5	1.7%	12	4.1%	3	1.0%	19	6.5%	4	1.4%	0	0.0%	11	3.7%	4	1.4%
	65-74	579	57.3	12	2.1%	47	8.1%	1	0.2%	36	6.2%	10	1.7%	70	12.1%	8	1.4%	1	0.2%	42	7.3%	19	3.3%

３）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

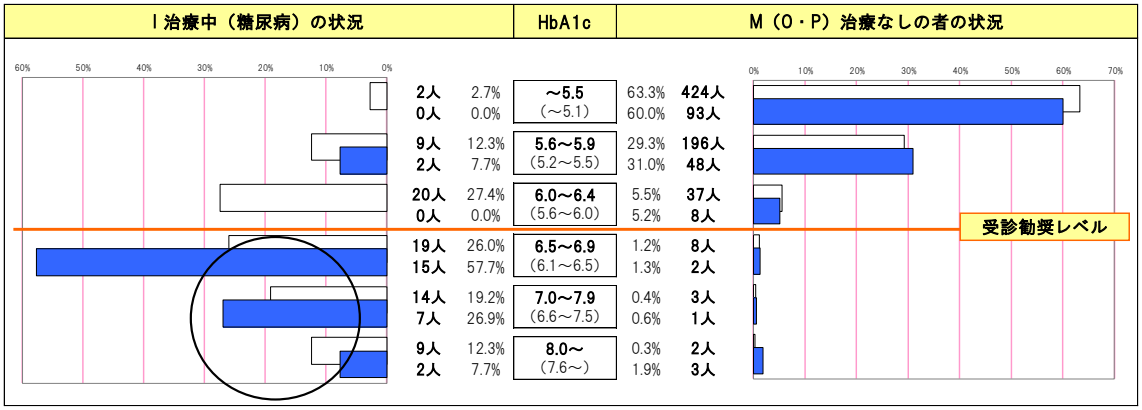
HbA1c においては、治療中であっても受診勧奨レベルの者の方が多い。その割合は、新規受診者の方が継続受診者よりも高い。
血圧においては、受診勧奨レベルにある者は、治療の有無に関わらず、新規受診者の方が継続受診者よりも多い。
LDL－Cにおいては、受診勧奨レベルにあっても治療なしの者がいる。

【図表 18】

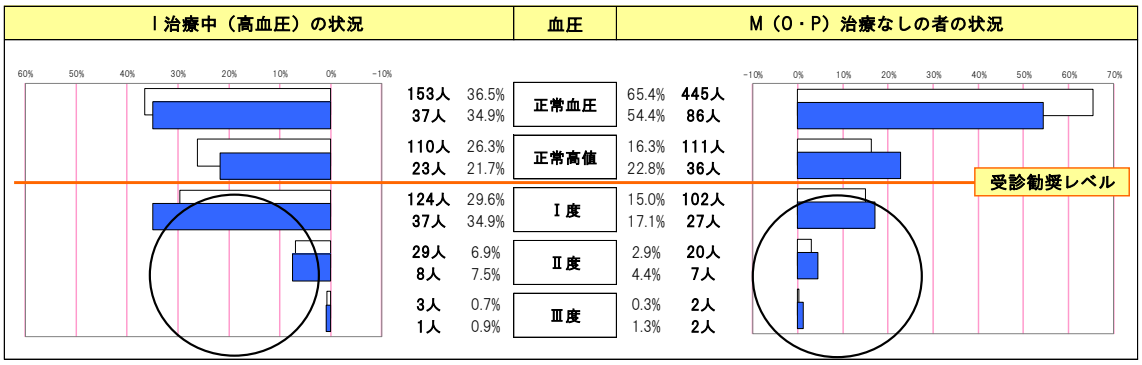
継続受診者と新規受診者の比較

…上段（継続受診
…下段（新規受診

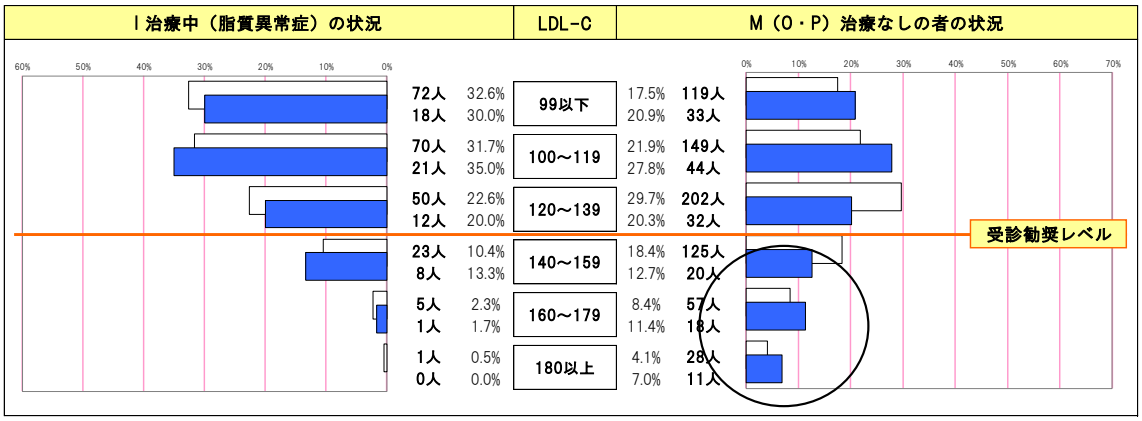
HbA1c



血圧



LDL-C

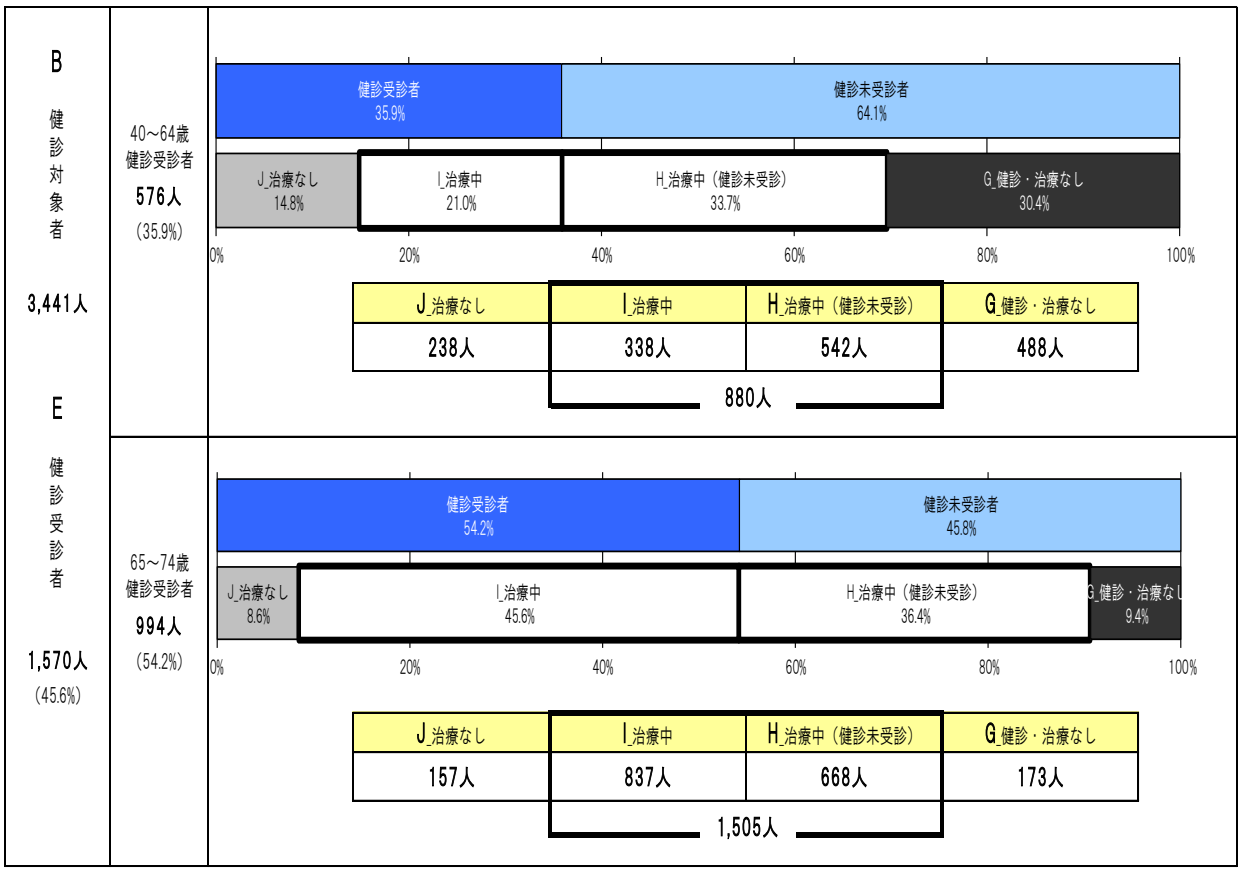


４）未受診者の把握（図表 19）

特定健診は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みであるが、新富町における受診率は45．6%である。（※法定報告と一致しない）年齢別でみると65歳以上の者の受診率は54．2%となっているのに対し、40～64歳の者の受診率は35．9%と低い。特に健診も治療も受けていない者は、重症化しているかどうかの実態が全く分からない。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人あたり医療費（ひと月）は、健診受診者より14，347円も高くなっている。

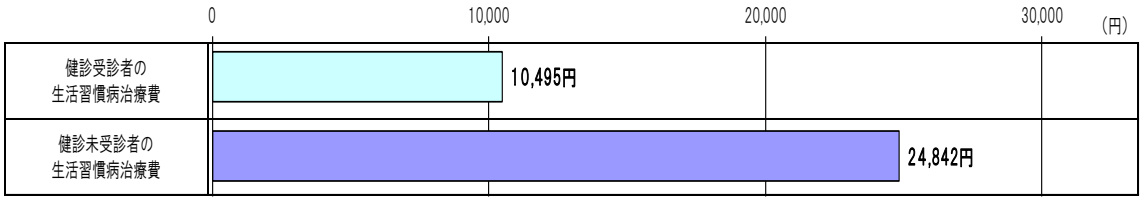
【図表 19】

6　未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）　★NO.26（CSV）



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7　費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金　★NO.3_⑥



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

３．目標の設定

（１）成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、3 つの疾患を有する者の割合を 10%減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、1 年、1 年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第３章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

１．第 3 期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第 3 期（平成 30 年度以降）からは 6 年一期として策定する。

２．目標値の設定

【図表 20】

	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
特定健診受診率	47.5%	50%	52.5%	55%	57.5%	60%
特定保健指導実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%

※参考数値　特定健診受診率45.8%、特定保健指導実施率54.7%(平成28年度法定報告)

３．対象者の見込み

【図表 21】

		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
特定健診	対象者数	3,277人	3,167人	3,092人	2,943人	2,709人	2,540人
	受診者数	1,803人	1,774人	1,763人	1,707人	1,599人	1,524人
特定保健指導	対象者数	271人	267人	265人	257人	240人	229人
	受診者数	150人	150人	152人	150人	142人	138人

４．特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、集団健診で実施する。個別健診は脳ドックのみとし、町内脳神経外科へ委託する。その他、医療機関で受診した者の健診結果は、委託医療機関に情報提供を依頼する。また、人間ドック受診者から、健診結果を提供してもらう。（人間ドック助成）

実施場所	保健相談センター・新田公民館・上新田学習館 その他、利便性を考慮した形態（地区集会所への出前健診等）で実施する。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸）を実施する。

(4)実施時期

４月から翌年３月末まで実施する。

(5)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を引き続き行う。

(6)代行機関

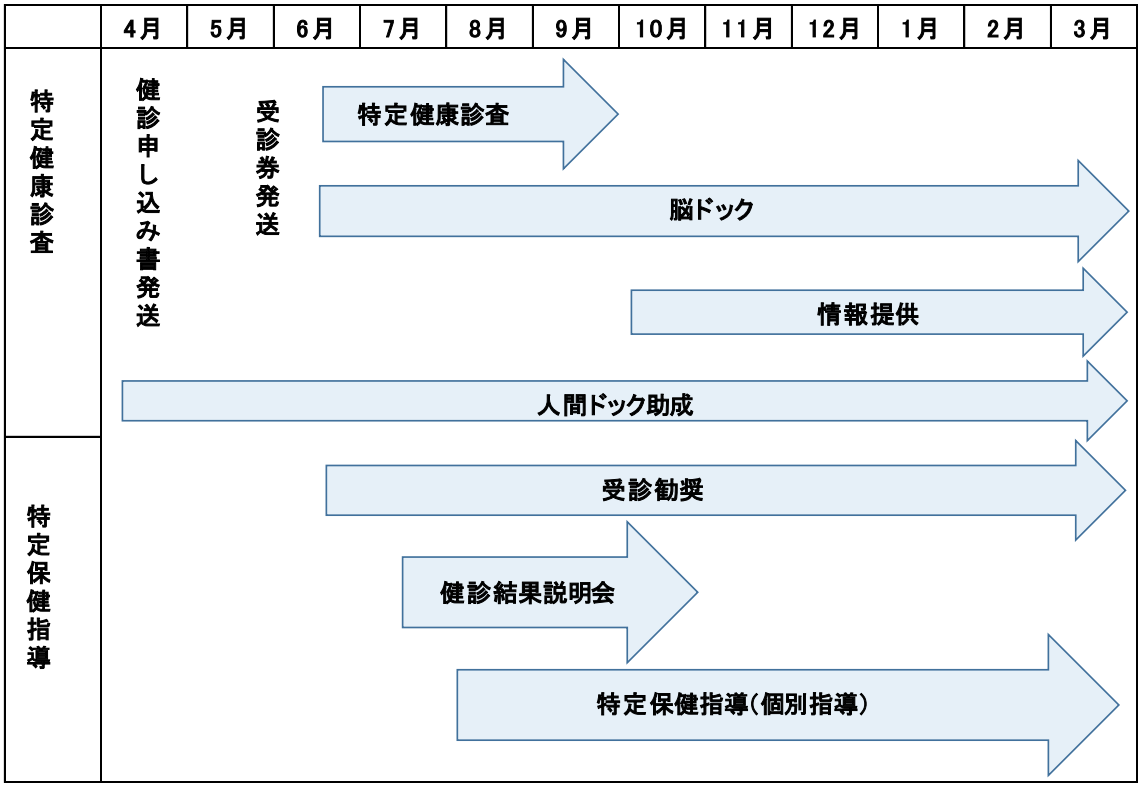
特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連に事務処理を委託する。

(7)健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表22】

年間スケジュール



5．特定保健指導の実施

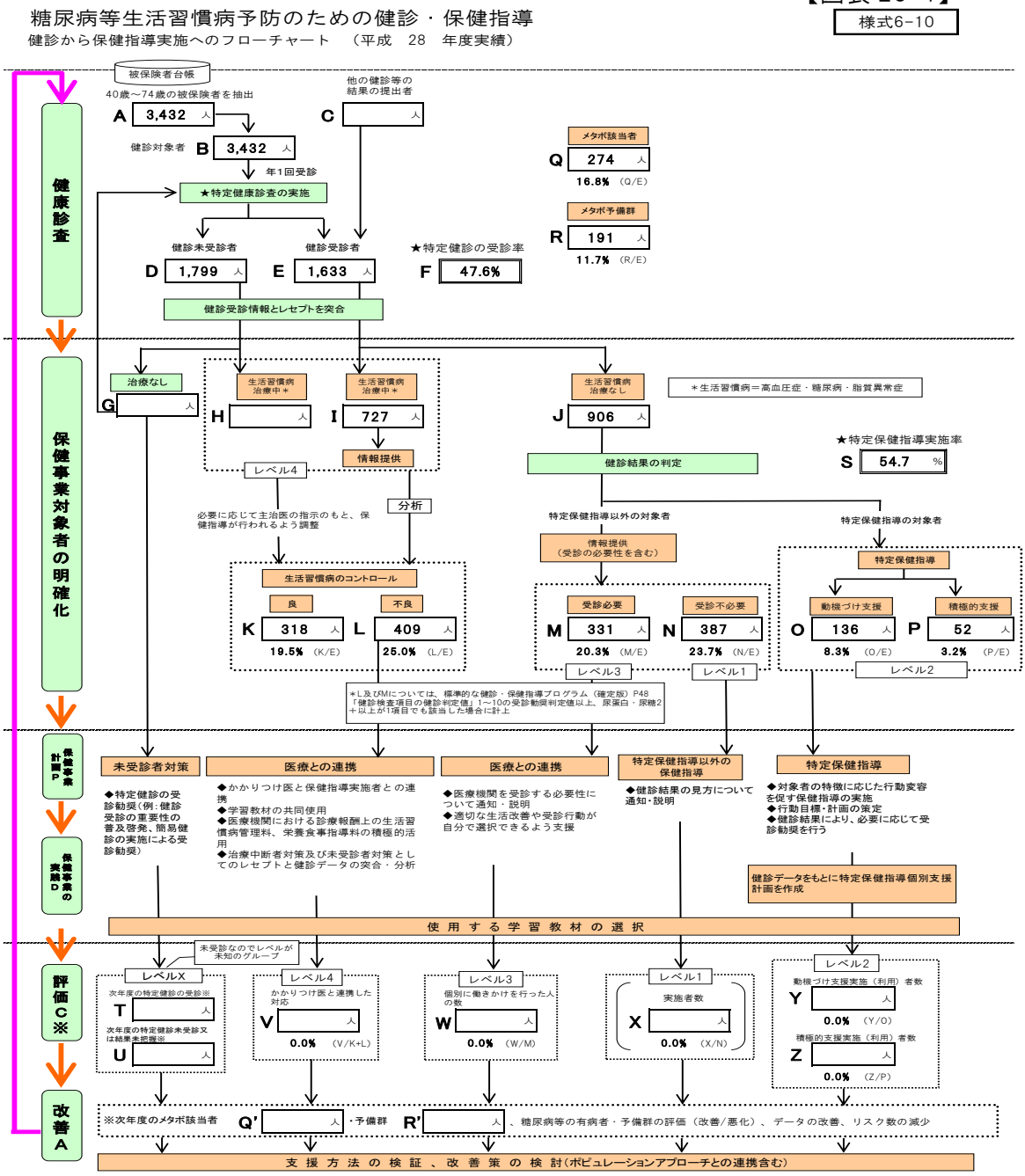
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、国保グループと保健衛生グループが協働して行う。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 6-10 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23-1】

様式6-10



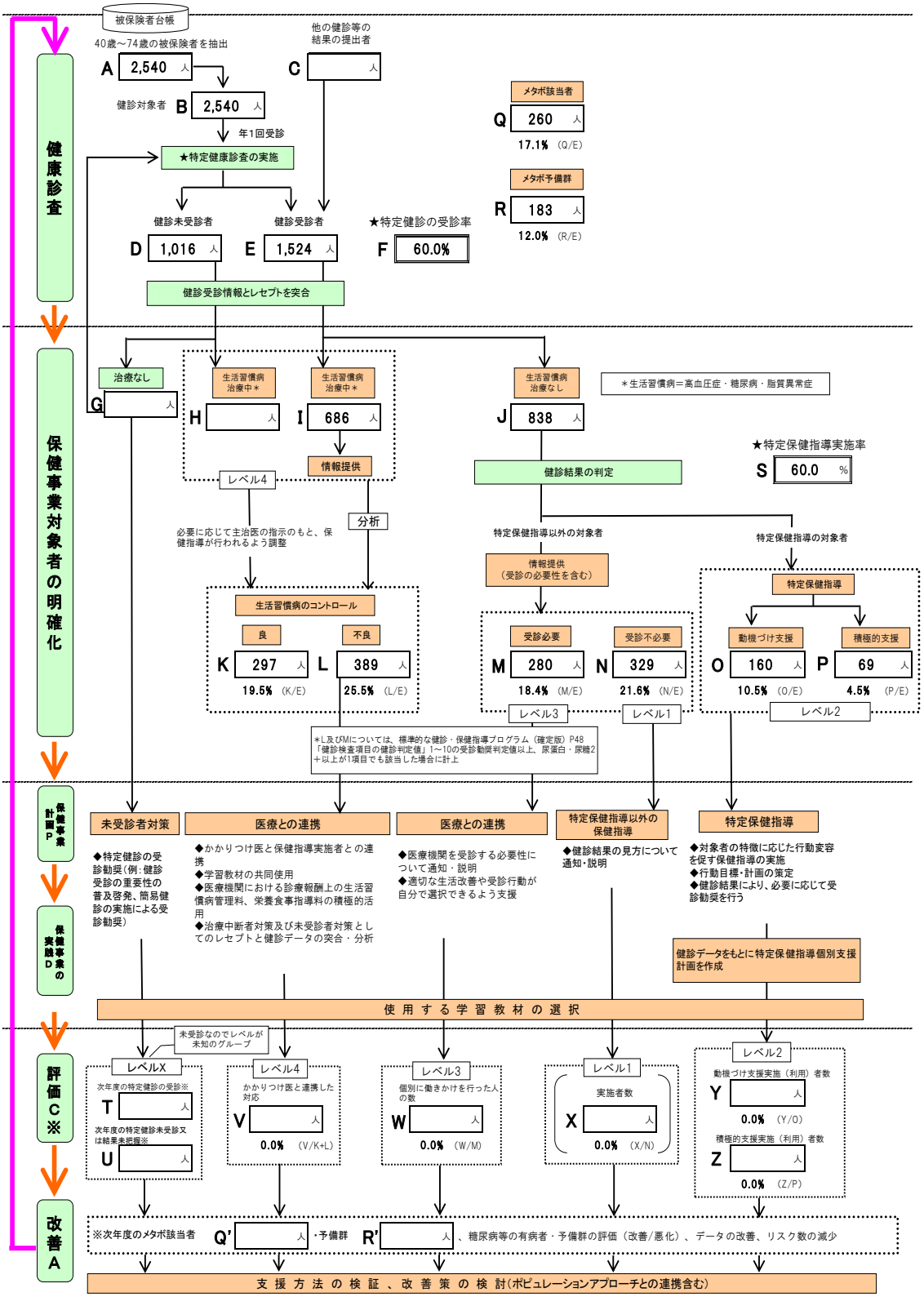
※法定報告の数値とは一致しない。

【図表 23-2】

様式6-10

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート　（平成　35　年度推測）



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	H35 年目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	229 人 （15%）	60%
2	M	情報提供 （受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	280 人 （18.4%）	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発）	1,016 人 ※受診率目標達成までにあと 361 人	14.2%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	329 人 （21.6%）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	686 人 （45%）	60% （L／I）

６．個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および新富町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診･特定保健指導の記録の管理は､特定健康診査等データ管理システムで行う。

７．結果の報告

実績報告については､特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し､健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない。）に基づく計画は、新富町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第 4 章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第 3 章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

Ⅱ　重症化予防の取り組み

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1）基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年7月 10 日　重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）に基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取り組みにあたっては図表 26 に沿って実施する。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO		項　目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計画・準備	チーム形成(国保･衛生･広域等)	○				□
2		健康課題の把握	○				□
3		チーム内での情報共有	○				□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5		医師会等への相談(情報提供)	○				□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7		情報連携方法の確認	○				□
8		対象者選定基準検討		○			□
9		基準に基づく該当者数試算		○			□
10		介入方法の検討		○			□
11		予算･人員配置の確認	○				□
12		実施方法の決定		○			□
13		計画書作成		○			□
14		募集方法の決定		○			□
15		マニュアル作成		○			□
16		保健指導等の準備		○			□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18		個人情報の取り決め	○				□
19		苦情、トラブル対応	○				□
20	D 受診勧奨	介入開始(受診勧奨)		○			□
21		記録、実施件数把握			○		□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23		レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導	募集(複数の手段で)		○			□
25		対象者決定		○			□
26		介入開始(初回面接)		○			□
27		継続的支援		○			□
28		カンファレンス、安全管理		○			□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30		記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告	3ヶ月後実施状況評価				○	□
32		6ヶ月後評価(健診･レセプト)				○	□
33		1年後評価(健診･レセプト)				○	□
34		医師会等への事業報告	○				□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善	改善点の検討		○			□
37		マニュアル修正		○			□
38		次年度計画策定		○			□

＊平成29年7月10日　重症化予防(国保･後期広域)ワーキンググループ　糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開　図表15を改変

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはプログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中断者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

（2） 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 27）

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値（g/gCr）	GFR（eGFR） （ml/分/1.73m²）
第1期 （腎症前期）	正常アルブミン尿（30 未満）	30以上注2
第2期 （早期腎症期）	微量アルブミン尿（30～299）注3	30以上
第3期 （顕性腎症期）	顕性アルブミン尿（300 以上） あるいは 持続性蛋白尿（0.5以上）	30以上注4
第4期 （腎不全期）	問わない注5	30未満
第5期 （透析療法期）	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

新富町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（-）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2-1）

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 28）

新富町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 66 人（38.2%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 562 人中のうち、特定健診受診者が 107 人（19%・G）であったが、8 人（7.5%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 455 人（81%・Ⅰ）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 37 人中 17 人は治療中断であることが分かった。また、20 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より新富町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・66 人

② 糖尿病治療中であったが中断者（オ・キ）・・・25 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（カ）・・・20 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち特定健診受診者（ク）・・・99 人

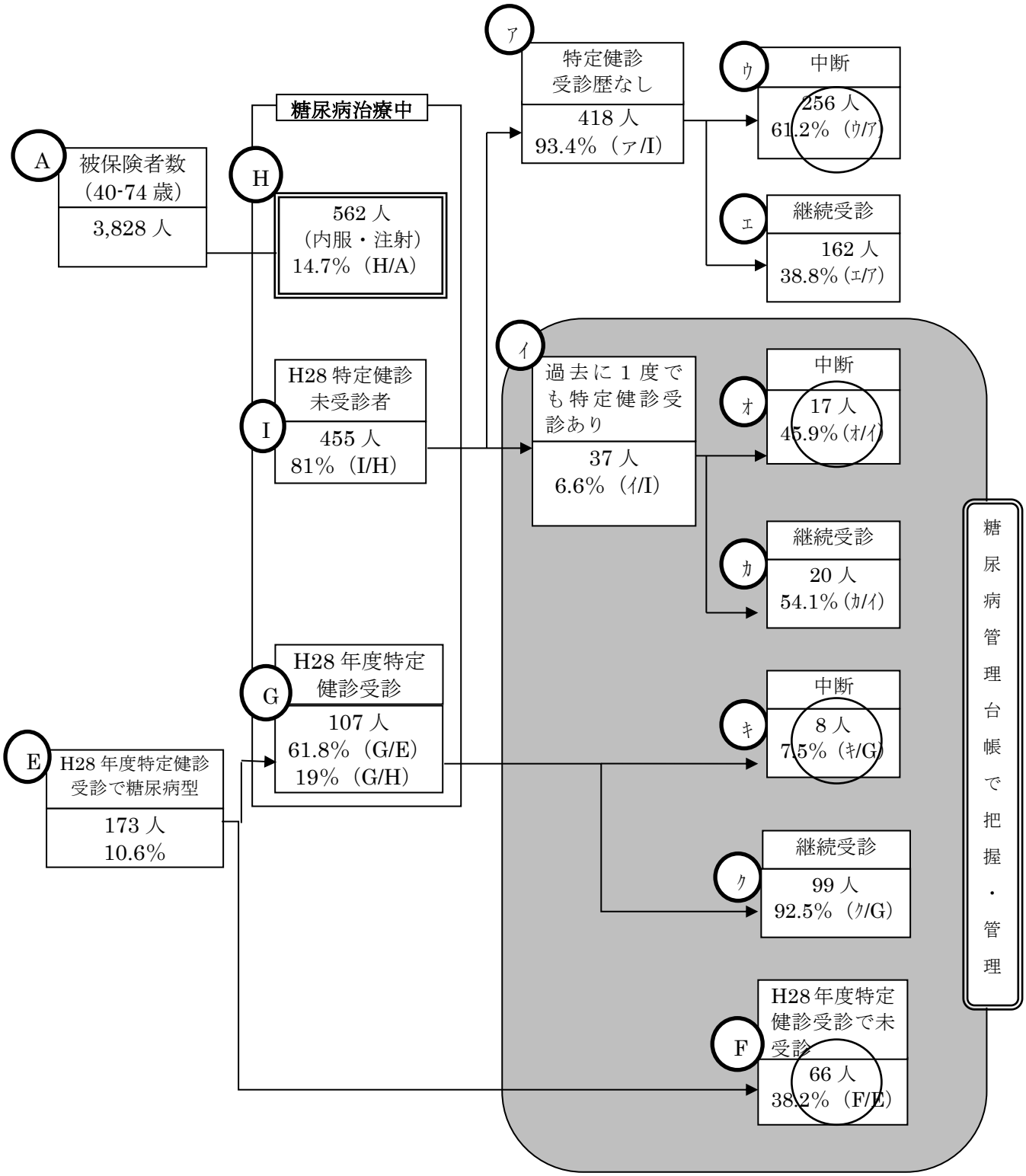
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は平成 29 年 12 月現在 3 ヶ月以上レセプトがない者



3） 対象者の進捗管理

（1）糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表(参考資料 4)を作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

（1）健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5％以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

＊HbA1c6.5％以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c6.5％以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5％以上になった場合は記載する

①HbA1c　②血圧　③体重　④eGFR　⑤尿蛋白

（2）資格を確認する。

（3）レセプトを確認し情報を記載する。

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

（4）管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

（5）対象者数の把握

① 未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・〇人

② 糖尿病性腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・〇人

4） 保健指導の実施

（1） 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。新富町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）

【図表 29】

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
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 →	**未受診者の保健指導** 1．ヘモグロビンA1cとは 2．糖尿病の治療の進め方 3．健診を受けた人の中での私の位置は？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？
② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	7．高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 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…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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～ 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）
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○合併症をおこさない目標　HbA1c 7．0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6．0%未満	9．糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10．糖尿病のタイプ 11．インスリンの仕事 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 13．私はどのパターン？（抵抗性） 14．なぜ体重を減らすのか 15．自分の腎機能の位置と腎の構造 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？ 17．私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18．腎臓は 19．なぜ血圧を130/80にするのでしょうか（A）（B） 20．血圧値で変化する腎機能の低下速度 21．血糖値で変化する腎機能の低下速度 22．血圧を下げる薬と作用 ❒ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 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 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 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	23．薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 4．HbA1cと体重の変化 5．HbA1cとGFRの変化 6．糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ **薬が必要になった人の保健指導** 24．病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25．薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26．ビグアナイド薬とは 27．チアゾリジン薬とは 28．SGLT2阻害薬とは

（2） 2 次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白（定性）検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白（定性）（±の者へは 2 次健診等を活用し、尿アルブミン検査を勧奨する。

5） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に児湯医師会・西都市西児湯医師会等と協議した紹介状等を使用する。

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたってはプログラムに準じ行っていく。

（3） 糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会の委員からの助言でもあるが、糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

6） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

7） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表（参考資料 5）を用いて行っていく。

(1)短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1cの変化

〇eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 ㎡以上低下)

〇尿蛋白の変化

〇服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

7 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。（参考資料 2-2）

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。（参考資料 6）

（2） 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。新富町において健診受診者 1,633 人のうち心電図検査実施者は 1,435 人（87.9%）であり、そのうち ST 所見があったのは 17 人であった（図表 30）。ST 所見あり 17 人中のうち 2 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 1 人は未受診であった（図表 31）。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 15 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

新富町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施を行う。

心電図検査結果　【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1,633	100	1,435	87.9	17	1.2	169	11.8	1,249	87.0

【 図表31 】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(C)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
17	1	2	11.8	1	50	1	50

②　心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握　【図表32】

平成28年度		受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
			ST変化	その他の変化	異常なし		
		1,633	17	169	1,249	198	
			1.0	10.3	76.5	12.1	
メタボ該当者		274	6	39	161	68	②-1
		16.8%	2.2%	14.2%	58.8%	24.8%	
メタボ予備群		191	0	22	147	22	
		11.7%	0.0%	11.5%	77.0%	11.5%	
メタボなし		1168	11	108	941	108	
		71.5%	0.9%	9.2%	80.6%	9.2%	
LDL	140－159	177	2	17	147	11	
		10.8%	1.1%	9.6%	83.1%	6.2%	
	160－179	77	0	7	66	4	
		4.7%	0.0%	9.1%	85.7%	5.2%	
	180－	36	1	4	28	3	②-2
		2.2%	2.8%	11.1%	77.8%	8.3%	

【参考】

CKD	G3aA1～	249	1	35	160	53
		15.2%	0.4%	14.1%	64.3%	21.3%

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状 【図表 33】

・少なくとも１５秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「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
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	３週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3~５分程度 （休むとよくなる）	数分～20分程度	20分以上 （安静でも寛解せず）

（2） 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体厚）の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を勧奨していく。

（3） 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017）によると糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4） 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

（1）短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少

7） 実施期間及びスケジュール

4月　対象者の選定基準の決定

7月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

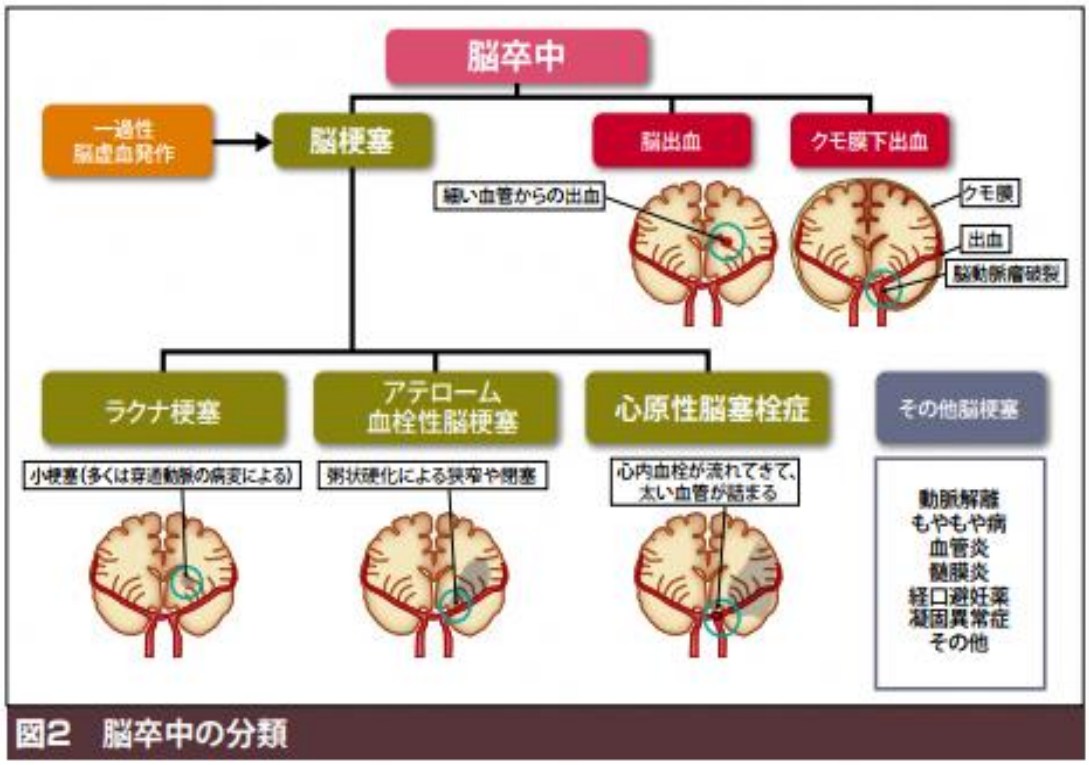
3.　脳血管疾患重症化予防

1）基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。（図表 34、35）

【脳卒中の分類】

【図表 34】



（脳卒中予防の提言より引用）

脳血管疾患とリスク因子　　【図表 35】

リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧	糖尿病	脂質異常（高LDL）	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病（CKD）
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●		●		●				○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高BMDBM）		心房細動		ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上（治療中7.0%以上）		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満（70歳以上40未満）	
	受診者数 1,633人	82人	5.0%	75人	4.6%	49人	3.0%	17人	1.0%	274人	16.8%	36人	2.2%	52人	3.2%
	治療なし	39人	3.7%	40人	2.8%	48人	3.6%	2人	0.2%	58人	6.4%	7人	0.8%	12人	1.3%
	治療あり	17人	20.7%	10人	13.3%	11人	22.4%	1人	5.9%	58人	21.2%	1人	2.8%	2人	3.8%
	臓器障害あり	10人	7.5%	8人	32.7%	10人	0.3%	2人	2.1%	9人	29.7%	7人	4.0%	12人	5.6%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		3人		2人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		3人		2人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	0人		1人		1人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	10人		6人		8人		0人		9人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 82 人（5.0%）であり、39 人は未治療者であった。また未治療者のうち 10 人（7.5%）は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 17 人（20.7%）いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

（2） リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。（図表 37）

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

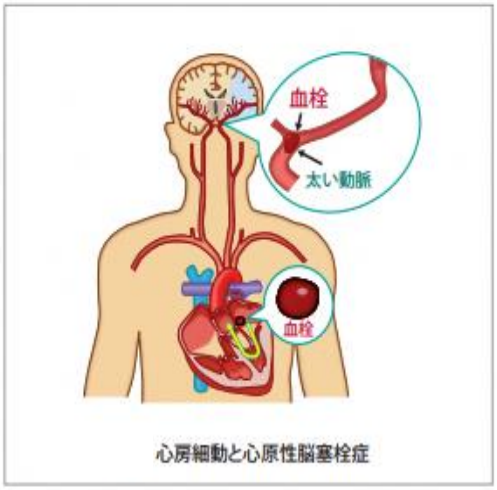
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	1,058	399	262	197	161	34	5	12	96	92
		37.7%	24.8%	18.6%	15.2%	3.2%	0.5%	1.1%	9.1%	8.7%
リスク第1層	135	80	28	15	12 ④	0	0 ①	12	0	0
	12.8%	20.1%	10.7%	7.6%	7.5%	0.0%	0.0%	100%	0.0%	0.0%
リスク第2層	622	219	165	121	96 ③	20	1	--	96	21
	58.8%	54.9%	63.0%	61.4%	59.6%	58.8%	20.0%		100.0%	22.8%
リスク第3層	301	100	69	61	53 ②	14	4	--	--	71
	28.4%	25.1%	26.3%	31.0%	32.9%	41.2%	80.0%			77.2%
再掲（重複あり） 糖尿病	77	24	18	18	12	5	0			
	25.6%	24.0%	26.1%	29.5%	22.6%	35.7%	0.0%			
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	127	44	29	28	20	4	2			
	42.2%	44.0%	42.0%	45.9%	37.7%	28.6%	50.0%			
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	153	47	33	33	29	9	2			
	50.8%	47.0%	47.8%	54.1%	54.7%	64.3%	50.0%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②（92 人）については早急な受診勧奨が必要になってくる。

（3）心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況　【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	646	789	14	2.2	3	0.4	－	－
40歳代	64	59	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	106	113	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	304	421	8	2.6	3	0.7	1.9	0.4
70～74歳	172	196	6	3.5	0	0.0	3.4	1.1

＊日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有所見率
＊日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無　【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
17	100	2	11.8	15	88.2

心電図検査において 17 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 17 人のうち 15 人は既に治療が開始されていたが、2 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続する。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

（2） 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある。」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる。」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を勧奨していく。

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。（参考資料 8）

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。（参考資料 9）

4） 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

（1） 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

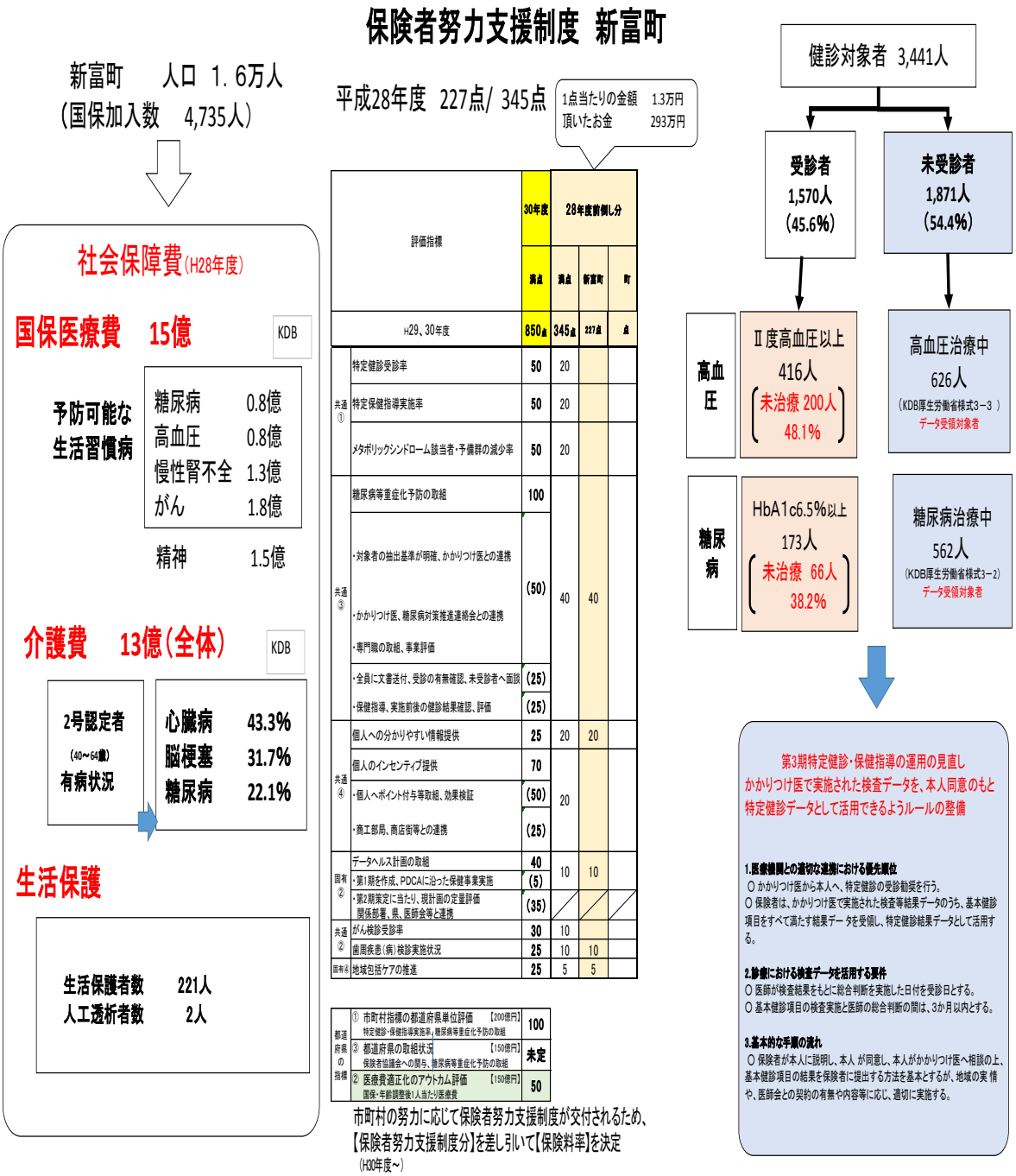
7 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していく。（図表 40・41）

【図表 40】



【図表 41】

宮崎の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態

①健診データ

（H25年度厚生労働省様式6-2～6-7健診有所見者状況）

腹囲	5位
BMI	16位
GPT	20位
中性脂肪	10位
空腹時血糖 126以上	18位
HbA1c8.4以上	13位

内臓脂肪の蓄積

②患者調査の実態（糖尿病）入院・入院外（平成26年）

	入院外	入院
糖尿病	16位	19位

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況（平成27年）

宮崎県	9位	47.70%

2. 宮崎の食の実態

焼酎	1位
酢	2位
ぎょうざ	3位
干しアジ	3位

飲みや店舗数	1位
パチンコ台数	1位
食料自給率	1位

干ししいたけ	2位

砂糖	3位
みそ	5位

野菜摂取量		
男性	265.3g	41位
女性	269.3g	32位

アルコール消費量	3位

塩分摂取量		
男性	11g	26位
女性	10g	11位

出典

厚生労働省ホームページ　特定健診・特定保健指導に関するデータ（全医療保険者）

厚生労働省　患者調査

社）日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現状」

ほか

第５章　地域包括ケアに係る取り組み

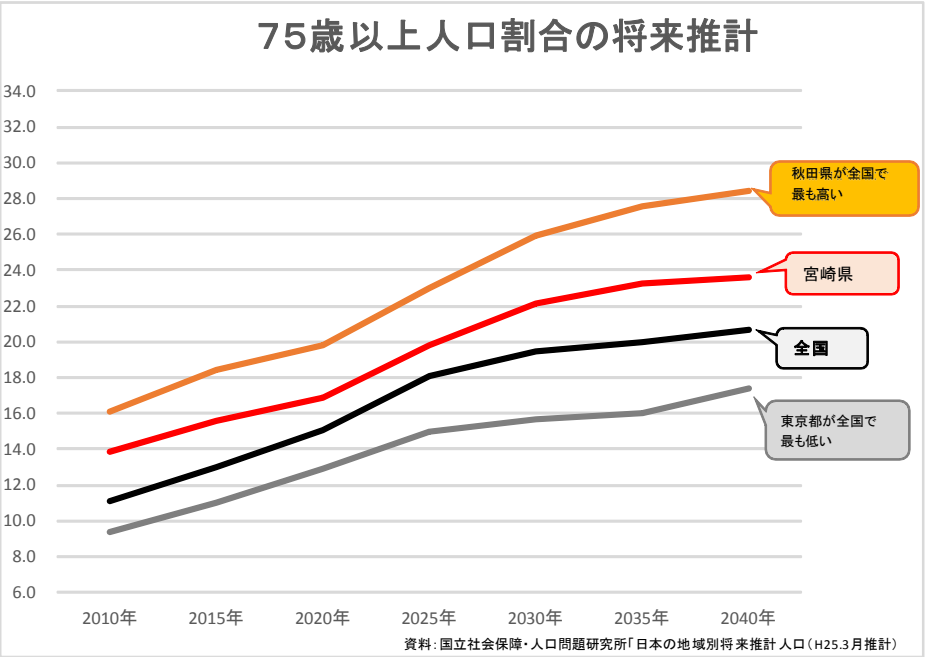
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、住民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第 4 章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2040 年で全国平均を上回る 23.6%と推計されている。（図表 42）

国保では被保険者のうち 65 歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の 6 割（57.3%）近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく住民を増やしていくことにつながる。

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成 35 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

２．評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を 4 つの指標で評価する。

※評価における 4 つの指標（参考資料 10・11）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制･システムを整えているか。）	･事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む。） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	･保健指導等の手順･教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか。 （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

具体的な評価方法は、国保データベース（ＫＤＢ）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、国保担当者や保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、宮崎県国保連に設置している支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第７章　計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

１．計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定した。

２．個人情報の取り扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

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新富町の位置

参考資料 2-1　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
　　2-2　高血圧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 3　糖尿病管理台帳

参考資料 4　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料 6　虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

参考資料 7　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 8　血圧評価表

参考資料 9　心房細動管理台帳

参考資料 10　評価イメージ 1

参考資料 11　評価イメージ 2

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた新富町の位置

（平成28年度）

		項目		保険者 実数	保険者 割合	同規模平均 実数	同規模平均 割合	県 実数	県 割合	国 実数	国 割合	データ元（CSV）
1	①	人口構成	総人口	18,050		2,213,234		1,125,360		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）	4,081	22.6	623,636	28.2	290,839	25.8	29,020,766	23.2	
			75歳以上	2,072	11.5			156,418	13.9	13,989,864	11.2	
			65～74歳	2,009	11.1			134,421	11.9	15,030,902	12.0	
			40～64歳	6,176	34.2			383,847	34.1	42,411,922	34.0	
			39歳以下	7,793	43.2			450,674	40.0	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業	19.3		12.2		11.8		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	21.3		27.7		21.6		25.2		
			第3次産業	59.5		60.1		66.6		70.6		
	③	平均寿命	男性	79.7		79.3		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	87.0		86.3		86.6		86.4		
	④	健康寿命	男性	65.7		65.1		65.2		65.2		
			女性	66.7		66.8		66.8		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR） 男性	104.5		103.9		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			標準化死亡比（SMR） 女性	99.9		102.0		96.2		100		
			死因 がん	61	52.6	7,565	46.0	3,469	45.2	367,905	49.6	
			死因 心臓病	31	26.7	4,757	29.0	2,242	29.2	196,768	26.5	
			死因 脳疾患	16	13.8	2,675	16.3	1,301	16.9	114,122	15.4	
			死因 糖尿病	0	0.0	338	2.1	128	1.7	13,658	1.8	
			死因 腎不全	5	4.3	619	3.8	276	3.6	24,763	3.3	
			死因 自殺	3	2.6	474	2.9	265	3.5	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	22	12.87			1,363	9.95			厚労省HP 人口動態調査
			男性	18	18.18			915	13.52			
			女性	4	5.56			448	6.46			
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	652	16.4	126,477	20.4	59,315	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	11	0.2	2,113	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	18	0.3	2,818	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4	
	②	有病状況	糖尿病	123	18.5	27,976	21.2	12,987	21.1	1,350,152	22.1	
			高血圧症	353	53.4	69,160	52.8	35,357	57.9	3,101,200	50.9	
			脂質異常症	171	26.9	35,266	26.8	16,825	27.4	1,741,866	28.4	
			心臓病	399	60.1	78,851	60.3	40,235	65.9	3,529,682	58.0	
			脳疾患	242	35.2	34,930	26.8	19,122	31.4	1,538,683	25.5	
			がん	43	6.3	13,037	9.8	5,852	9.4	631,950	10.3	
			筋・骨格	323	50.1	67,521	51.7	35,171	57.7	3,067,196	50.3	
			精神	258	39.2	47,722	36.3	25,297	40.9	2,154,214	35.2	
	③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）	82,919		67,108		66,242		58,284		
			居宅サービス	51,581		41,924		47,239		39,662		
			施設サービス	283,584		276,079		282,096		281,186		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上） 認定あり	7,168		8,324		7,149		7,980		
			要介護認定別医療費（40歳以上） 認定なし	3,655		3,994		3,962		3,816		
4	①	国保の状況	被保険者数	4,911		574,796		300,107		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
			65～74歳	1,905	38.8			119,981	40.0	12,461,613	38.2	
			40～64歳	1,744	35.5			103,073	34.3	10,946,712	33.6	
			39歳以下	1,262	25.7			77,053	25.7	9,179,541	28.2	
			加入率	27.2		26.0		26.7		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	0	0.0	173	0.3	140	0.5	8,255	0.3	
			診療所数	10	2.0	1,295	2.3	891	3.0	96,727	3.0	
			病床数	0	0.0	22,850	39.8	19,245	64.1	1,524,378	46.8	
			医師数	9	1.8	2,887	5.0	2,730	9.1	299,792	9.2	
			外来患者数	703.1		686.7		677.3		668.1		
			入院患者数	20.5		22.1		24.7		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	24,809	県内22位 同規模90位	26,719		26,707		24,245		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	723.552		708.781		702.012		686.286		
			外来 費用の割合	59.5		57.8		55.1		60.1		
			外来 件数の割合	97.2		96.9		96.5		97.4		
			入院 費用の割合	40.5		42.2		44.9		39.9		
			入院 件数の割合	2.8		3.1		3.5		2.6		
			1件あたり在院日数	16.2日		16.6日		17.8日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん	180,089,750	19.7	24.4		22.0		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
			慢性腎不全（透析あり）	130,564,460	14.3	9.4		11.2		9.7		
			糖尿病	79,897,720	8.7	10.2		8.6		9.7		
			高血圧症	84,627,270	9.2	9.0		8.7		8.6		
			精神	152,382,640	16.7	18.4		22.3		16.9		
			筋・骨格	164,974,220	18.0	15.2		14.6		15.2		

4	⑤	費用額（1件あたり） 県内順位 順位総数28 入院の（　）内は在院日数	入院	糖尿病		534,540	8位	(17)						KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧		544,348	13位	(16)						
				脂質異常症		507,705	9位	(13)						
				脳血管疾患		569,800	11位	(19)						
				心疾患		616,270	10位	(14)						
				腎不全		686,234	7位	(12)						
				精神		450,278	12位	(25)						
				悪性新生物		584,543	20位	(13)						
			外来	糖尿病		30,616	24位							
				高血圧		26,491	23位							
				脂質異常症		23,140	26位							
				脳血管疾患		35,213	15位							
				心疾患		46,226	7位							
				腎不全		238,605	1位							
				精神		31,502	9位							
				悪性新生物		55,343	13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	4,239			3,095		3,164		2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
					健診未受診者	10,034			12,111		11,427		12,339	
			生活習慣病対象者一人当たり		健診受診者	10,495			8,344		8,696		6,742	
					健診未受診者	24,842			32,649		31,410		35,459	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			838	53.4		94,645	55.9	38,800	54.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				医療機関受診率		785	50.0		86,525	51.1	36,267	51.4	4,069,618	51.5
				医療機関非受診率		53	3.4		8,120	4.8	2,533	3.6	357,742	4.5
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数28	健診受診者			1,570			169,408		70,610		7,898,427	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
	②			受診率		45.6	県内11位 同規模47位		41.0		34.5	全国32位	36.4	
	③		特定保健指導終了者（実施率）			99	54.7		7801	37.5	3,465	40.8	198,683	21.1
	④		非肥満高血糖			104	6.6		16,973	10.0	5,442	7.7	737,886	9.3
	⑤		メタボ		該当者	262	16.7		29,846	17.6	12,794	18.1	1,365,855	17.3
					男性	173	24.8		20,491	26.8	8,493	27.9	940,335	27.5
					女性	89	10.2		9,355	10.1	4,301	10.7	425,520	9.5
	⑥				予備群	185	11.8		18,586	11.0	8,838	12.5	847,733	10.7
					男性	118	16.9		12,858	16.8	5,505	18.1	588,308	17.2
					女性	67	7.7		5,728	6.2	3,333	8.3	259,425	5.8
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	510	32.5		54,260	32.0	24,452	34.6	2,490,581	31.5
	⑧				男性	332	47.6		37,209	48.6	15,692	51.6	1,714,251	50.2
	⑨				女性	178	20.4		17,051	18.4	8,760	21.8	776,330	17.3
	⑩			BMI	総数	62	3.9		8,619	5.1	3,286	4.7	372,685	4.7
	⑪				男性	8	1.1		1,455	1.9	532	1.8	59,615	1.7
	⑫				女性	54	6.2		7,164	7.7	2,754	6.8	313,070	7.0
	⑬			血糖のみ		13	0.8		1,182	0.7	467	0.7	52,296	0.7
	⑭			血圧のみ		126	8.0		12,869	7.6	6,643	9.4	587,214	7.4
	⑮			脂質のみ		46	2.9		4,535	2.7	1,728	2.4	208,214	2.6
	⑯			血糖・血圧		37	2.4		5,121	3.0	2,194	3.1	212,002	2.7
	⑰			血糖・脂質		13	0.8		1,656	1.0	528	0.7	75,032	0.9
	⑱			血圧・脂質		134	8.5		13,983	8.3	6,424	9.1	663,512	8.4
	⑲			血糖・血圧・脂質		78	5.0		9,086	5.4	3,648	5.2	415,310	5.3
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧		553	35.2		59,184	34.9	26,712	37.8	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		101	6.4		13,759	8.1	5,470	7.7	589,711	7.5
				脂質異常症		297	18.9		39,061	23.1	14,669	20.8	1,861,221	23.6
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		57	3.6		5,170	3.2	2,695	3.9	246,252	3.3
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		53	3.4		9,674	6.0	3,636	5.3	417,378	5.5
				腎不全		4	0.3		786	0.5	240	0.3	39,184	0.5
				貧血		131	8.3		13,913	8.7	7,036	10.3	761,573	10.2
	③		喫煙			199	12.7		23,954	14.1	8,574	12.1	1,122,649	14.2
	④		週3回以上朝食を抜く			123	7.9		10,390	7.0	5,418	7.9	585,344	8.7
	⑤		週3回以上食後間食			335	21.4		19,183	12.8	8,357	12.2	803,966	11.9
	⑥		週3回以上就寝前夕食			233	14.9		23,753	15.9	10,362	15.1	1,054,516	15.5
	⑦		食べる速度が速い			370	23.6		41,061	27.5	17,240	25.2	1,755,597	26.0
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			523	33.3		47,866	32.1	23,064	33.7	2,192,264	32.1
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			899	57.3		93,973	62.8	37,367	54.5	4,026,105	58.8
	⑩		1日1時間以上運動なし			188	12.0		70,866	47.6	32,220	47.0	3,209,187	47.0
	⑪		睡眠不足			349	22.3		37,567	25.3	15,474	22.6	1,698,104	25.1
	⑫		毎日飲酒			451	28.7		40,675	25.3	18,528	26.9	1,886,293	25.6
	⑬		時々飲酒			375	23.9		32,629	20.3	15,909	23.1	1,628,466	22.1
	⑭		一日飲酒量	1合未満		484	55.6		65,096	62.0	24,369	58.8	3,333,836	64.0
				1～2合		318	36.5		26,275	25.0	12,302	29.7	1,245,341	23.9
				2～3合		55	6.3		10,712	10.2	3,985	9.6	486,491	9.3
				3合以上		14	1.6		2,960	2.8	765	1.8	142,733	2.7

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

都道府県名	宮崎県	市町村名	新富町	同規模区分	11

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成28年7月
作成分）

被保険者: 5,196人

年代別	人数	割合
20代以下	957	18.4
30代	411	7.9
40代	501	9.6
50代	674	13.0
60代	1,866	35.9
70-74歳	787	15.1

糖尿病治療中: 571人（11.0）

※（ ）内は、被保険者に占める割合

20代以下	4	0.7
30代	5	0.9
40代	19	3.3
50代	48	8.4
60代	333	58.3
70-74歳	162	28.4

インスリン療法: 36人（6.3）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	1	2.8
40代	3	8.3
50代	6	16.7
60代	21	58.3
70-74歳	5	13.9

糖尿病性腎症: 53人（9.3）

※（ ）内は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	0	0.0
40代	4	7.5
50代	4	7.5
60代	29	54.7
70-74歳	16	30.2

人工透析: 12人（2.10）

※（ ）は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	0	0.0
40代	1	8.3
50代	3	25.0
60代	8	66.7
70-74歳	0	0.0

A 再掲 40-74歳: 3,828人

H: 562人 14.7

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	425	108	392
割合	75.6	19.2	69.8

O: 35人 6.2

L: 53人 9.4

12人 2.14

特定健診［40-74歳］平成28年度

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診 対象者: 3,432人

C 特定健診 受診者: 1,633人（47.6）

（再掲）65歳以上

人数	割合
1,025人	62.7679

E 糖尿病型: 173人（10.6）

以下のいずれかに該当
- HbA1c6.5%以上
- 空腹時血糖126以上
- 糖尿病治療中（問診）

I 特定健診 未受診者: 455人（81.0）…I/H

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

G 治療中（質問票 服薬有）: 107人（61.8）

F 未治療（中断含む）: 66人（38.2）

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上: 48人（44.9）

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満: 60人（56.1）

	その他のリスク		
	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	22（45.8）	26（54.2）	31（64.6）
K	33（55.0）	25（41.7）	36（60.0）

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	--	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	N --	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白		（－）	M --	（±）	（＋）以上	問わない	
		126人（72.8）	48人（27.7）	23人（13.3）	23人（13.3）	2人（1.16）	

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名	宮崎県	市町村名	新富町	同規模区分	11

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB,厚生労働省様式
様式3-3
（平成28年7月作成分）

被保険者

5,196人

年代別	人数	割合
20代以下	957	18.4
30代	411	7.9
40代	501	9.6
50代	674	13.0
60代	1,866	35.9
70-74歳	787	15.1

A 再掲 40-74歳 3,828人

高血圧症治療中

1,207人
（23.2）

※割合は、被保険者に占める割合

1	0.1
5	1.2
38	7.6
117	17.4
655	35.1
391	49.7

H 1,201人 31.4

その他のリスク

糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
425	39	210	747
35.4	3.2	17.5	62.2

脳血管疾患

222人
（18.4）

虚血性心疾患

131人
（10.9）

人工透析

24人
（1.99）

※割合は、高血圧治療者に占める割合

0	0.0	1	100.0	0	0.00
1	20.0	2	40.0	1	20.00
8	21.1	4	10.5	1	2.63
10	8.5	8	6.8	4	3.42
111	16.9	65	9.9	15	2.29
92	23.5	51	13.0	3	0.77

O 221人 18.4 P 128人 10.7 Q 23人 1.92

KDBシステム 様式3-1
H●7作成分

生活習慣病全体の人工透析患者数（40～74歳）

（様式3-2）糖尿病合併	糖尿病以外の腎症合併（R-S）	
S 12人	15人	R 27人

特定健診 未受診者

I
626人 （H-G'）
52.1 （I/H）

KDBシステム帳票「疾病管理一覧（高血圧）」で対象者の把握が可能

血圧値がわからない（データがない）ため、コントロール状況がわからない。
→保健指導が難しい。

重症化を予防するために臓器障害を早期に発見するための精密検査

特定健診

［40-74歳］

平成28年度

※
途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診 対象者 3,432人

C 特定健診 受診者 1,633人（47.6）

E 高血圧 140/90以上 416人（25.5）

※
上記「E：高血圧」に内服治療中の140/90未満は含まない。

高血圧治療中（質問票 服薬有）

575人 （35.2） …G'

G

合計（Ⅰ度以上）	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
216人	173人	38人	5人
51.9 （G/E） 18.0 （G/H）	80.1	17.6	2.3
200人	161人	34人	5人
48.1 （F/E）	80.5	17.0	2.5

F 未治療（中断含む）

その他のリスク

肥満	高血糖	高尿酸	脂質異常症
BMI25以上	HbA1c6.5以上 空腹時126以上 随時200以上	7.1以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
86人	34人	34人	143人
39.8	15.7	15.7	66.2
51人	15人	20人	131人
25.5	7.5	10.0	65.5

臓器障害

	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（＋以上）
詳細健診実施者（J）	0人	1,435人	
（J/C）	0.0	87.9	
検査実施者（K）	0人	158人	213人
実施率（K/G）	**0.0**	**73.1**	**98.6**
有所見者（L）	0人	38人	27人
有所見率（L/G）	0.0	17.6	12.5

検査実施者（M）	0人	194人	200人
実施率（M/F）	**0.0**	**97.0**	**100.0**
有所見者（N）	0人	27人	8人
有所見率（M/F）	0.0	13.5	4.0

※高血圧の人が詳細健診をきちんと受けているか

【参考資料 2-2】

【参考資料 3】

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
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								

【参考資料 4】

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	**糖尿病管理台帳の全数（Ⓐ+Ⓑ）**　（　　）人		
	Ⓐ健診未受診者　（　　）人	1.資格喪失（死亡、転出）の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	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	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん	
	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	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
保健指導の優先づけ	Ⓑ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（　　）人 ＊医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	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
	②尿蛋白（－）（　　）人 （±）（　　）人		
	（＋）～顕性腎症（　　）人		栄養士中心
	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		腎専門医

【参考資料 5】

様式6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価	同規模区分	11	都道府県	45	市町村名	新富町

		項目			突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数127 実数	同規模保険者（平均） 28年度同規模保険者数127 割合	データ基
1	①	被保険者数			A	5,196人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			3,828人								
2	①	特定健診	対象者数		B	3,432人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②		受診者数		C	1,633人								
	③		受診率			47.6%								
3	①	特定保健指導	対象者数			181人								
	②		実施率			54.7%								
4	①	健診データ	糖尿病型		E	173人	10.6%							特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	66人	38.2%							
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	107人	61.8%							
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	48人	44.9%							
	⑤			血圧　130/80以上		22人	45.8%							
	⑥			肥満　BMI25以上		26人	54.2%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	60人	56.1%							
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	126人	72.8%							
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		23人	13.3%							
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		23人	13.3%							
	⑪		第4期	eGFR30未満		2人	1.2%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			109.9人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）			146.8人								
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対	入院外（件数）		2,685件	(735.8)					2,741件	(787.9)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④			入院（件数）		17件	(4.7)					19件	(5.6)	
	⑤		糖尿病治療中		H	571人	11.0%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳			562人	14.7%							
	⑦		健診未受診者		I	455人	81.0%							
	⑧		インスリン治療		O	36人	6.3%							
	⑨		（再掲）40-74歳			35人	6.2%							
	⑩		糖尿病性腎症		L	53人	9.3%							
	⑪		（再掲）40-74歳			53人	9.4%							
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			12人	2.10%							
	⑬		（再掲）40-74歳			12人	2.14%							
	⑭		新規透析患者数			4人	33.3%							
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			4人	100%							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			14人	2.3%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	医療費	総医療費			15億1186万円						14億8907万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費			9億1508万円						8億4869万円		
	③		（総医療費に占める割合）			60.5%						57.0%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		10,495円						8,344円		
	⑤			健診未受診者		24,842円						32,649円		
	⑥		糖尿病医療費			7990万円						8615万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			8.7%						10.2%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億2178万円								
	⑨		1件あたり			30,616円								
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億4005万円								
	⑪		1件あたり			534,540円								
	⑫		在院日数			17日								
	⑬		慢性腎不全医療費			1億3215万円						8497万円		
	⑭		透析有り			1億3056万円						7975万円		
	⑮		透析なし			159万円						522万円		
7	①	介護	介護給付費			12億7563万円						15億4299万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			0件	#VALUE!							
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			0人	0.0%					3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なりやリスクの期間で推測)

問診

- □**年齢・性別**（男45歳以上/女55歳以上）
- □**家族歴**（両親、祖父母、兄弟、姉妹における①突然死
  - ②若年発症の虚血性心疾患
  - ③高血圧、糖尿病、脂質異常症
- □**既往歴**（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）
- □**喫煙** → NO不活化等
- □**ストレス**（職場環境、生活リズムの変化など　）→ 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □**閉経**（　　歳）→ エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □**20歳の体重（15%以上の増加）**
- **内臓脂肪の蓄積** → 高中性脂肪・低ＨＤＬ / 血圧高値 / 耐糖能異常・高血糖
- □**メタボリックシンドローム**（高インスリンの期間を予測）→ **大血管障害要因**
- □**糖尿病** → インスリン枯渇により移行
- □**高血圧** → プラーク破裂促進要因
- □**高LDLコレステロール** → **大血管障害要因**
- □**CKD** → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

❶狭窄が50%以下でもプラークの破綻を起こすことがある（不安定プラーク）
＊特にメタボは不安定プラークを形成しやすい

❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → **心筋壊死**

心電図

- □**所見あり**
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □**所見なし** → **自覚症状** → □**あり**

症状

- ・少なくとも15秒以上症状が持続
- ・同じような状況で症状がある
- ・「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
- ・頸や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（3ヶ月後・半年後・1年後）

→ **精密検査** →

- □**狭心症**
  - □**異型（冠れん縮）狭心症**
  - □**労作性狭心症**
  - □**不安定狭心症**

→ □**急性心筋梗塞**

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。
（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時関係なく		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも寛解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心筋バイオマーカー
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料６】

【参考資料 7】

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	□ＳＴ変化 □その他所見	⑤ 重症化予防対象者
② 問診	自覚症状なし	症状 □労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） □安静時にも胸に違和感、締め付け □以前にも同じような症状があった □頸、肩、歯の痛み □冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者
	□家族歴 □既往歴・合併症 □喫煙 □アルコール □運動習慣 □睡眠習慣 □家庭血圧		発症予防対象者

③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム □腹囲		男 85～ 女 90～		
□BMI	～24.9	25～		
□中性脂肪 空腹	～149	150～299	300～	
□中性脂肪 食後	～199	200～		
□HDL-C	40～	35～39	～34	
□nonHDL−C	～149	150～169	170～	
□ALT	～30	31～50	51～	
□γ−GT	～50	51～100	101～	
□血糖 空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75ｇ糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
□血糖 食後	～139	140～199	200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	
□血圧 収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
□血圧 拡張期	～84	85～89	90～	
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～	
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□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
ｅＧＦＲ		60未満		
尿蛋白	（−）	（＋）～		
□ＣＫＤ重症度分類		G3aA1		

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
												H24			H25			H26			H27			H28		
	記号	番号				メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

平成〇年度に向けての全体評価（平成〇年度評価）（評価イメージ1）

様 式 1

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①プロセス （やってきた実践の過程）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	
目　標					

【参考資料 10】

平成〇年度の実践評価を踏まえ、平成〇年度の取組みと課題整理（平成〇年度進捗状況）（評価イメージ2）

様 式 2

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	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ってみる（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ストラクチャー （構造）	
目　標					

【参考資料 11】