

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健診査等実施計画

平成30年3月

嘉島町

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
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
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	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	21
1. 第3期特定健康診査等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報保護	
7. 結果の報告	
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
9. 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に係る取組	
10. 評価・見直し	
第4章 保健事業の内容	27
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1. 糖尿病性腎症重症化予防	
2. 脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	42
第6章 計画の評価・見直し	43
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	44
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	45

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組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。

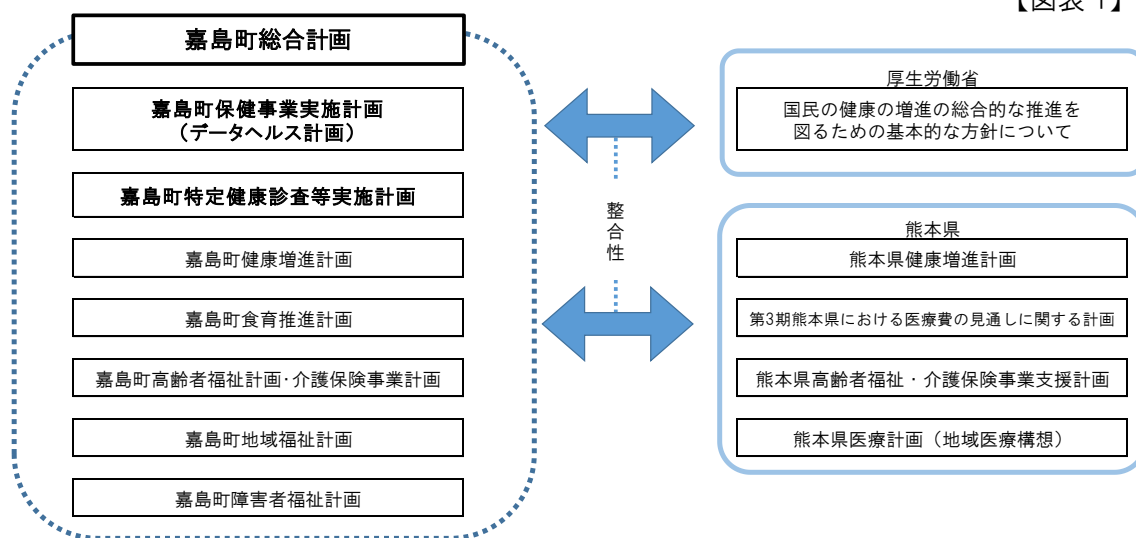
嘉島町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

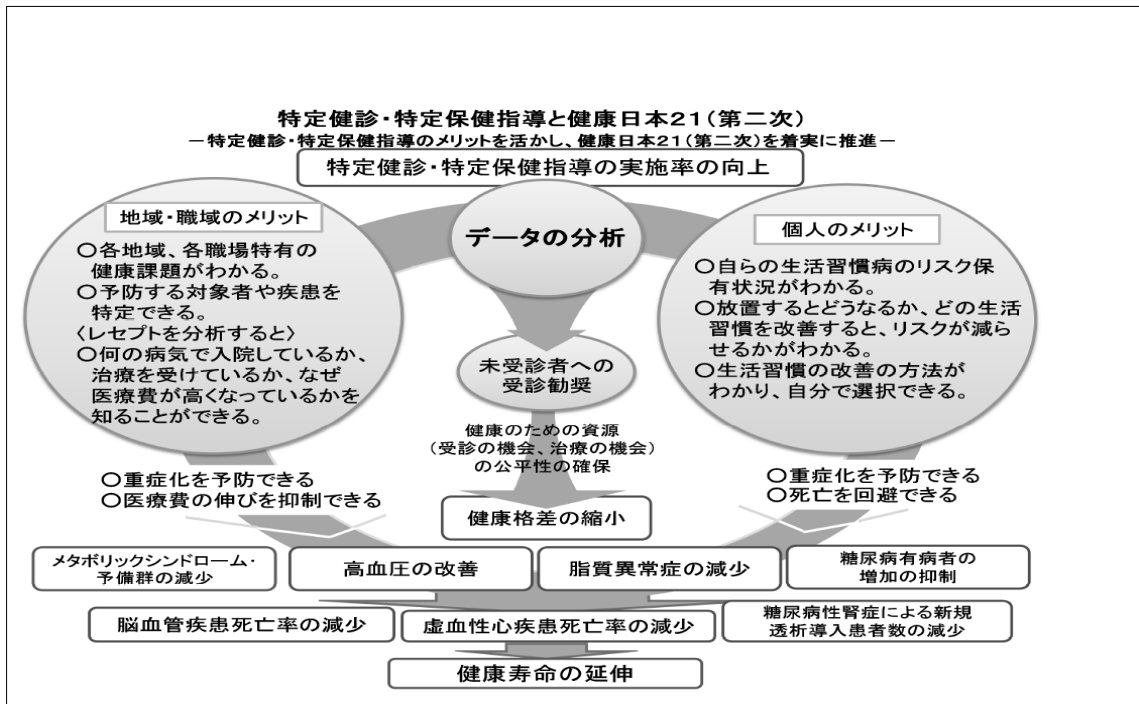
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、熊本県健康増進計画や嘉島町健康増進計画、熊本県医療費適正化計画、嘉島町高齢者福祉計画・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】

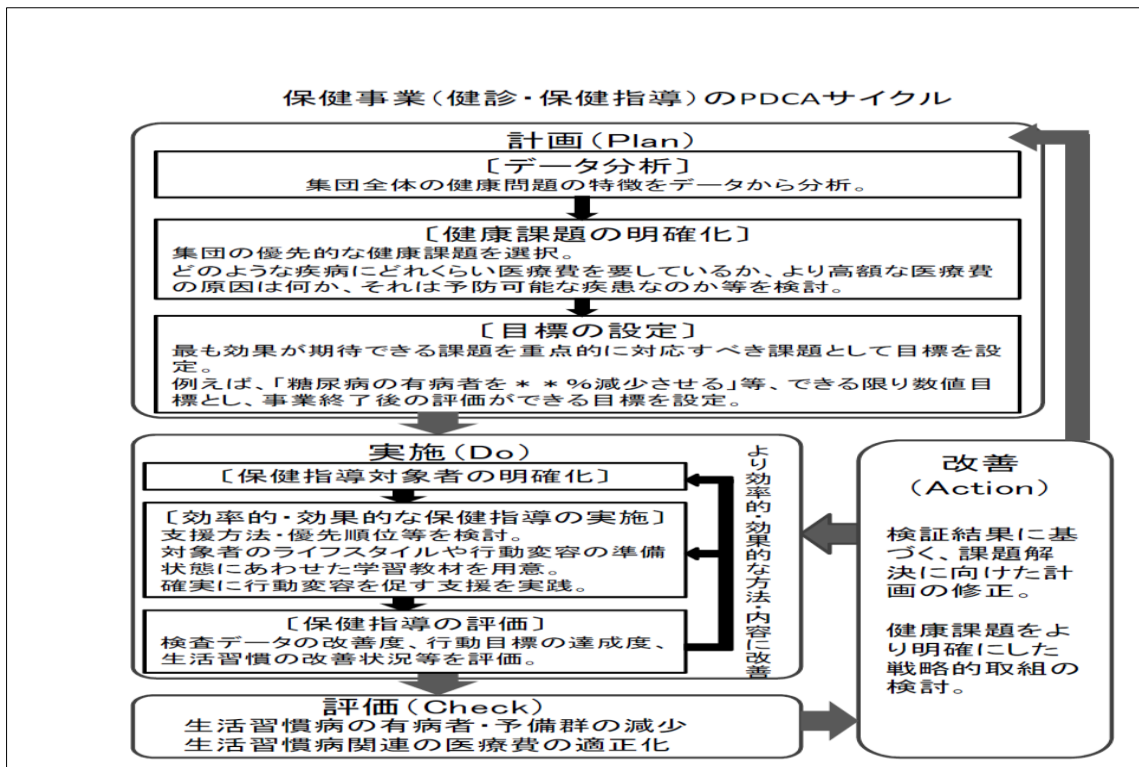


【図表 2】



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」としていること、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おり、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から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

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

嘉島町においては、町民課保健係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ため、他の部署とも十分連携する。

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。(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、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・協力を行う。外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいい、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ており、計画の立案・実施の際には活用する。

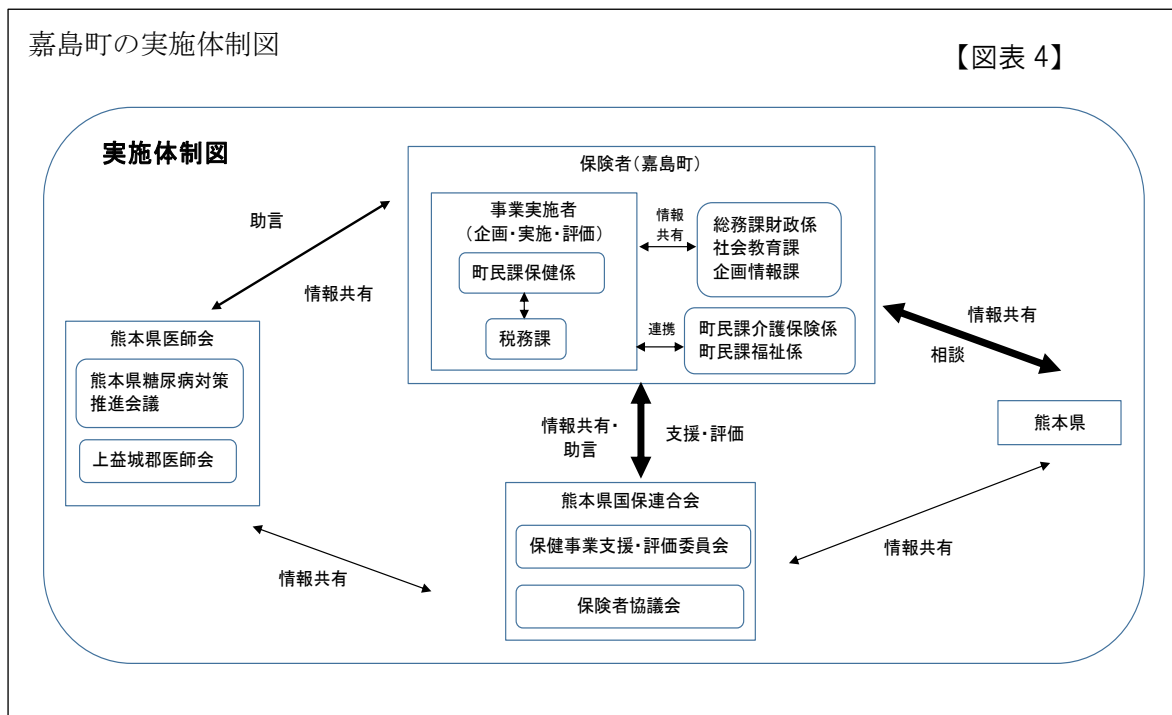
国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実も期待されているため、研修会等には積極的に参加する。

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、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。このため、嘉島町国保は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、熊本県との連携に努める。

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、保険者協議会等を活用することで、健診等の結果を情報連携するなど、行っていく。

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かつ積極的に取り組むことが重要であるため、特定健診の結果説明会や嘉島町国民健康保険運営協議会等の住民が集まる場を利用して意見をもらい、被保険者に当事者意識を持ってもらい、行動変容を促せるよう工夫する。



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 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		1,117			
総得点(体制構築加点含む)		234			
全国順位(1,741市町村中)		358			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	10			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			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			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) 嘉島町の特徴

65歳以上の高齢化率は25.0%で、同規模平均、県より低い。逆に39歳以下の年齢層の割合は、県、国より高く、国保加入率は低いことから、比較的若い現役世代が多い年齢構成であることがわかる。高齢になっても医療費や介護給付費を大きく増加させることがないように若いうちから健康管理に努めていくことが重要だと考える。

産業構成では同規模平均と比べて第1次産業の割合が低く、毎年被保険者数にも一定数の変化がみられる。ただ、面積16.66平方キロメートルとコンパクトな町であるため、地区ごとに顕著な差はみられない。また、地域資源として医療機関数や病床数は同規模平均、県と比較してかなり多く、医療環境が充実している。(参考資料2)

(2) 全体の経年変化

平成26年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少しているが、死因別にみると脳疾患による死亡割合は増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると要介護認定率の上昇がみられたが、40～64歳の2号認定率については減少しており、65歳以上の1号認定率が増加している。ただ、1件当たりの介護給付費については減少している。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加しており、外来費用割合が減少していることがわかった。その内訳を見ると、1件当たりの費用額に係る脳血管疾患の入院割合が増加しており、重症化していることも考えられる。また、特定健診受診率が減少している。(参考資料2)

(3) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表 6)

介護給付の変化について、1件当たりの給付費については同規模平均がほぼ横ばいであるのに対し、嘉島町は減少している。ただ、28年度の介護給付費は増えており、そのなかでも施設サービスが増えていることがわかった。これは熊本地震の影響により特異的に増加している状況と考えられる。

介護給付費の変化

【図表 6】

年度	嘉島町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	598,655,062	68,087	40,091	298,194	71,899	41,154	279,433
H28年度	674,330,978 ↑	63,912	37,705	303,063 ↑	70,593	40,986	275,281

②医療費の状況 (図表 7、8)

医療費の変化については、総医療費及び一人当たり医療費がともに増加しており、内訳を見ると入院の医療費が増加している。また、同規模と比較してみても嘉島町は入院医療費の伸びが増大していることがわかった。一人当たりの医療費が同規模平均、県、国と比較しても高いことから医療機関数が多いことと比例している。(参考資料 2) また、標準化医療費を見ると、25年度・27年度とも国と比較し医療費が高く、27年度は25年度と比べて増加していることもわかる。

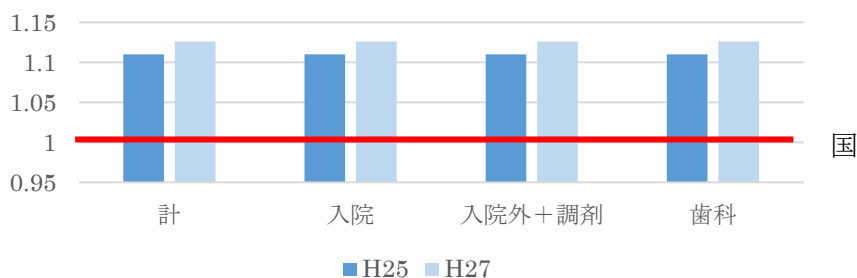
医療費の変化

【図表 7】

項目		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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	680,862,880			292,727,600				388,152,280				
	H28年度	711,072,300	30,209,420 ↑	4.4%	-0.7%	348,557,750	55,830,150 ↑	19.1%	-0.7%	362,514,550	-25,637,730 ↓	-6.6%	-0.7%
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	25,721			11,209				14,513				
	H28年度	29,250	3,529 ↑	13.7%	13.4%	14,340	3,131 ↑	27.9%	8.8%	14,910	397 ↑	2.7%	8.8%

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

標準化医療費(診療種別地域差指数) 【図表 8】



③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 9)

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(透析)に係る医療費及び短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症に係る医療費が占める割合は減少しており、その他のがん、精神疾患、筋・骨疾患にかかる医療費の占める割合が増加していることがわかった。

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 (平成25年度と平成28年度との比較)

【図表 9】

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	糖尿病	高血圧						脂質異常症
				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								
H25	嘉島町	708,173,890	25,891	84位	22位	8.64%	0.73%	2.46%	1.44%	4.87%	5.27%	3.29%	189,079,400	26.70%	8.80%	11.18%	7.08%
H28		722,082,440	29,257	60位	15位	5.58%	0.36%	1.52%	0.59%	4.42%	3.91%	2.47%	136,153,190	18.86%	11.78%	13.92%	9.33%
	熊本県	163,161,852,720	25,714	--	--	6.89%	0.38%	2.27%	1.55%	5.10%	5.96%	2.75%	40,634,117,860	24.90%	9.99%	12.37%	8.31%
	国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%

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

【出典】

KDBシステム: 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 10）

虚血性心疾患、人工透析の患者は人数・割合ともに減少しているが、脳血管疾患患者数については人数・割合ともに増加している。また、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の方は7割以上の方が高血圧、4割以上の方が糖尿病の治療を行っていることがわかる。虚血性心疾患・脳血管疾患については約6割以上の方が脂質異常症の治療を行っており、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析となる方は高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれかの疾患を併せ持っていることがわかる。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	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	
			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	2284	89	3.9%	19	21.3%	6	6.7%	67	75.3%	39	43.8%	60	67.4%
	64歳以下	1557	27	1.7%	6	22.2%	3	11.1%	19	70.4%	12	44.4%	20	74.1%
	65歳以上	727	62	8.5%	13	21.0%	3	4.8%	48	77.4%	27	43.5%	40	64.5%
H28	全体	2116	71	3.4%	19	26.8%	5	7.0%	58	81.7%	38	53.5%	50	70.4%
	64歳以下	1326	22	1.7%	5	22.7%	5	22.7%	18	81.8%	11	50.0%	15	68.2%
	65歳以上	790	49	6.2%	14	28.6%	0	0.0%	40	81.6%	27	55.1%	35	71.4%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	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	
			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	2284	75	3.3%	19	25.3%	5	6.7%	64	85.3%	41	54.7%	46	61.3%
	64歳以下	1557	21	1.3%	6	28.6%	3	14.3%	16	76.2%	12	57.1%	14	66.7%
	65歳以上	727	54	7.4%	13	24.1%	2	3.7%	48	88.9%	29	53.7%	32	59.3%
H28	全体	2116	82	3.9%	19	23.2%	2	2.4%	72	87.8%	39	47.6%	53	64.6%
	64歳以下	1326	20	1.5%	5	25.0%	2	10.0%	18	90.0%	11	55.0%	11	55.0%
	65歳以上	790	62	7.8%	14	22.6%	0	0.0%	54	87.1%	28	45.2%	42	67.7%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	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	
			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	2284	12	0.5%	5	41.7%	6	50.0%	10	83.3%	7	58.3%	4	33.3%
	64歳以下	1557	7	0.4%	3	42.9%	3	42.9%	5	71.4%	4	57.1%	4	57.1%
	65歳以上	727	5	0.7%	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%	3	60.0%	0	0.0%
H28	全体	2116	8	0.4%	2	25.0%	5	62.5%	6	75.0%	4	50.0%	3	37.5%
	64歳以下	1326	8	0.6%	2	25.0%	5	62.5%	6	75.0%	4	50.0%	3	37.5%
	65歳以上	790	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(4) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表11)

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、糖尿病、高血圧、脂質異常症いずれも治療者の割合にほぼ変化はないが、高血圧、脂質異常症については微増していることから未受診者対策、治療中断者の対策で治療に結びついていると考えられる。また、糖尿病治療者についてはインスリン療法の割合が減少していることから早期の受診により重症化が予防できたと推測される。しかし、糖尿病、高血圧、脂質異常症いずれの疾患においても中長期的な目標となる脳血管疾患の患者の割合については増加していることから、コントロールが上手くいっていない可能性も否定できない。

【図表11】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		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	
				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	2284	247	10.8%	23	9.3%	177	71.7%	145	58.7%	39	15.8%	41	16.6%	7	2.8%	19	7.7%	
	64歳以下	1557	102	6.6%	11	10.8%	64	62.7%	57	55.9%	12	11.8%	12	11.8%	4	3.9%	10	9.8%	
	65歳以上	727	145	19.9%	12	8.3%	113	77.9%	88	60.7%	27	18.6%	29	20.0%	3	2.1%	9	6.2%	
H28	全体	2116	230	10.9%	18	7.8%	170	73.9%	156	67.8%	38	16.5%	39	17.0%	4	1.7%	18	7.8%	
	64歳以下	1326	80	6.0%	10	12.5%	51	63.8%	51	63.8%	11	13.8%	12	15.0%	4	5.0%	7	8.8%	
	65歳以上	790	150	19.0%	8	5.3%	119	79.3%	105	70.0%	27	18.0%	27	18.0%	0	0.0%	11	7.3%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		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	
				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	2284	494	21.6%	177	35.8%	264	53.4%	67	13.6%	64	13.0%	10	2.0%	
	64歳以下	1557	172	11.0%	64	37.2%	89	51.7%	19	11.0%	16	9.3%	5	2.9%	
	65歳以上	727	322	44.3%	113	35.1%	175	54.3%	48	14.9%	48	14.9%	5	1.6%	
H28	全体	2116	467	22.1%	170	36.4%	275	58.9%	58	12.4%	72	15.4%	6	1.3%	
	64歳以下	1326	155	11.7%	51	32.9%	86	55.5%	18	11.6%	18	11.6%	6	3.9%	
	65歳以上	790	312	39.5%	119	38.1%	189	60.6%	40	12.8%	54	17.3%	0	0.0%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		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	
				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	2284	395	17.3%	145	36.7%	264	66.8%	60	15.2%	46	11.6%	4	1.0%	
	64歳以下	1557	151	9.7%	57	37.7%	89	58.9%	20	13.2%	14	9.3%	4	2.6%	
	65歳以上	727	244	33.6%	88	36.1%	175	71.7%	40	16.4%	32	13.1%	0	0.0%	
H28	全体	2116	411	19.4%	156	38.0%	275	66.9%	50	12.2%	53	12.9%	3	0.7%	
	64歳以下	1326	147	11.1%	51	34.7%	86	58.5%	15	10.2%	11	7.5%	3	2.0%	
	65歳以上	790	264	33.4%	105	39.8%	189	71.6%	35	13.3%	42	15.9%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化（図表12）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表12】

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（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（様票）

性別	年代	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
H 2 5	合計	107	30.7%	190	54.4%	120	34.4%	81	23.2%	25	7.2%	192	55.0%	231	66.2%	77	22.1%	154	44.1%	70	20.1%	182	52.1%	12	3.4%
	40-64	46	31.3%	84	57.1%	55	37.4%	43	29.3%	11	7.5%	82	55.8%	88	59.9%	30	20.4%	60	40.8%	36	24.5%	83	56.5%	3	2.0%
	65-74	61	30.2%	106	52.5%	65	32.2%	38	18.8%	14	6.9%	110	54.5%	143	70.8%	47	23.3%	94	46.5%	34	16.8%	99	49.0%	9	4.5%
H 2 8	合計	84	27.2%	167	54.1%	73	23.6%	62	20.1%	27	8.7%	17	55.3%	217	70.2%	59	19.1%	134	43.4%	62	20.1%	135	53.7%	3	1.0%
	40-64	39	32.0%	69	56.6%	35	28.7%	34	27.9%	12	9.8%	58	47.5%	76	62.3%	23	18.9%	34	27.9%	19	15.6%	62	20.8%	0	0.0%
	65-74	45	24.1%	98	52.4%	38	20.3%	28	15.0%	15	8.0%	113	60.4%	141	75.4%	36	19.3%	100	53.5%	43	23.0%	73	39.0%	3	1.6%

性別	年代	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
H 2 5	合計	88	21.8%	90	22.3%	64	15.8%	32	7.9%	5	1.2%	121	30.0%	271	67.1%	13	3.2%	130	32.2%	52	12.9%	257	63.6%	4	1.0%
	40-64	40	22.1%	37	20.4%	27	14.9%	15	8.3%	3	1.7%	42	23.2%	105	58.0%	5	2.8%	38	21.0%	20	11.0%	112	61.9%	1	0.6%
	65-74	48	21.5%	53	23.8%	37	16.6%	17	7.6%	2	0.9%	79	35.4%	166	74.4%	8	3.6%	92	41.3%	32	14.3%	145	65.0%	3	1.3%
H 2 8	合計	74	20.6%	81	22.6%	55	15.3%	35	9.8%	4	1.1%	11	32.3%	255	71.0%	8	2.2%	124	34.5%	46	12.8%	186	51.8%	2	0.6%
	40-64	29	22.0%	30	22.7%	14	10.6%	17	12.9%	0	0.0%	36	27.3%	81	61.4%	2	1.5%	38	28.8%	19	14.4%	72	54.6%	1	0.8%
	65-74	45	19.8%	51	22.5%	41	18.1%	18	7.9%	4	1.8%	80	35.2%	174	76.7%	6	2.6%	86	37.9%	27	11.9%	114	50.2%	1	0.4%

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（様票）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
H 2 5	合計	349	46.9%	22	6.3%	50	14.3%	4	1.1%	34	9.7%	12	3.4%	118	33.8%	28	8.0%	5	1.4%	44	12.6%	41	11.7%
	40-64	147	36.9%	11	7.5%	25	17.0%	1	0.7%	14	9.5%	10	6.8%	48	32.7%	10	6.8%	4	2.7%	17	11.6%	17	11.6%
	65-74	202	58.4%	11	5.4%	25	12.4%	3	1.5%	20	9.9%	2	1.0%	70	34.7%	18	8.9%	1	0.5%	27	13.4%	24	11.9%
H 2 8	合計	309	45.2%	20	6.5%	47	15.2%	3	1.0%	27	8.7%	17	5.5%	100	32.4%	27	8.7%	10	3.2%	33	10.7%	30	9.7%
	40-64	122	37.0%	15	12.3%	24	19.7%	3	2.5%	9	7.4%	12	9.8%	30	24.6%	7	5.7%	5	4.1%	10	8.2%	8	6.6%
	65-74	187	52.8%	5	2.7%	23	12.3%	0	0.0%	18	9.6%	5	2.7%	70	37.4%	20	10.7%	5	2.7%	23	12.3%	22	11.8%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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				
H 2 5	合計	404	55.4%	16	4.0%	35	8.7%	2	0.5%	22	5.4%	11	2.7%	39	9.7%	8	2.0%	0	0.0%	23	5.7%	8	2.0%
	40-64	181	50.6%	13	7.2%	13	7.2%	2	1.1%	7	3.9%	4	2.2%	11	6.1%	3	1.7%	0	0.0%	6	3.3%	2	1.1%
	65-74	223	60.1%	3	1.3%	22	9.9%	0	0.0%	15	6.7%	7	3.1%	28	12.6%	5	2.2%	0	0.0%	17	7.6%	6	2.7%
H 2 8	合計	359	53.8%	13	3.6%	28	7.8%	2	0.6%	16	4.5%	10	2.8%	40	11.1%	10	2.8%	0	0.0%	17	4.7%	13	3.6%
	40-64	132	46.2%	9	6.8%	14	10.6%	2	1.5%	6	4.5%	6	4.5%	7	5.3%	3	2.3%	0	0.0%	3	2.3%	1	0.8%
	65-74	227	59.6%	4	1.8%	14	6.2%	0	0.0%	10	4.4%	4	1.8%	33	14.5%	7	3.1%	0	0.0%	14	6.2%	12	5.3%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定保健指導実施率は増加しているが、平成 28 年度の特定健診受診率は熊本地震の影響もあり、減少している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 13】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	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	
								嘉島町	同規模平均
H25年度	1,459	752	51.5%	43位	88	38	38.6%	57.4%	50.8%
H28年度	1,347	666	49.4%	52位	69	32	46.4%	57.4%	46.1%

2) 第 1 期計画に係る考察（図表 14、参考資料 2・8）

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、中長期目標疾患である人工透析・脳血管疾患・虚血性心疾患に係る患者数のうち虚血性心疾患については目標である 10%の減少が達成でき、また中長期目標疾患全ての医療費の割合の抑制などの医療費適正化につながったと思われる。しかし、要介護認定率、脳血管疾患患者数の増加など新たな課題も見えてきた。入院の費用額を見ると脳血管疾患は県内 1 位の費用額となっており、特定健診の問診項目である既往歴の項目を見ても脳卒中の割合は同規模、県、国と比較して高い。また、その背景としてメタボリックシンドロームの該当者も他と比較して高いことも一因と考えられる。そのため、治療につながったが、継続した治療ができていないか、メタボリックシンドロームの解決のための生活習慣の改善にもつながっているのかなど重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上も併せて行っていく必要がある。特定健診未受診者の方は約半数おり、行政の働きかけだけでは足りない部分も大きいことが想定されることから被保険者も含まれる住民組織である嘉島町健康づくり推進委員会・嘉島町食生活改善推進員協議会等とも連携しながら、様々な場面で保健事業活動を行っていく。

【図表 14】

中長期的な目標

	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病性腎症	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	89	3.9%	75	3.3%	19	7.7%
H28	71	3.4%	82	3.9%	18	7.8%
増減	-18	-20.2%	+7	+9.3%	-1	-5.3%

(増減の割合は人数の減少率)

短期的な目標

	高血圧		脂質異常症		糖尿病		メタボリックシンドローム該当者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	494	21.6%	395	17.3%	247	10.8%	157	19.9%
H28	467	22.1%	411	19.4%	230	10.9%	140	21.0%
増減	-27	-5.5%	+16	+4.1%	-17	-6.9%	-17	-10.8%

(増減の割合は人数の減少率)

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 15)

嘉島町の入院件数は4.0%で、費用額全体の49.0%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO 【図表 15】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者				同規模平均				県				国			
	29,257円				26,418円				27,978円				24,253円			
外来 ★NO.1【医療】	件数	96.0														
	費用額	51.0														
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.0														
	費用額	49.0														

○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 16)

80 万円以上の高額になる疾患を見ていくと脳血管疾患、虚血性心疾患以外にも他の疾患により高額になっていることが考えられるため、予防可能な疾患であるのか確認する必要がある。また、6 か月以上の長期入院レセプトの分析では脳血管疾患の件数・費用割合が高いことがわかる。

【図表 16】

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。

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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	122件	5件 4.1%	1件 0.8%	--
		費用額	1億5521万円	655万円 4.2%	131万円 0.8%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	257件	156件 60.7%	21件 8.2%	--
		費用額	1億0885万円	5296万円 48.7%	1823万円 16.7%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	102件	40件 39.2%	59件 57.8%	40件 39.2%
		費用額	4615万円	2086万円 45.2%	2484万円 53.8%	2005万円 43.5%

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	の 基 礎 な 疾 り 患	806人	82人 10.2%	71人 8.8%	18人 2.2%	
			高血圧	72人 87.8%	58人 81.7%	14人 77.8%	
			糖尿病	39人 47.6%	38人 53.5%	18人 100.0%	
			脂質異常症	53人 64.6%	50人 70.4%	12人 66.7%	
			高血圧症	467人 57.9%	230人 28.5%	411人 51.0%	54人 6.7%
			糖尿病	230人	411人	54人	

○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受けているのか (図表 17)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが93.9%であり、筋・骨格疾患の92.9%を上回っていた。また、2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低いものほど脳卒中の割合が高く、多くの方が血管疾患により介護認定を受けている実態であった。特に要介護突合状況(★49)をみると、65～74歳の糖尿病・脂質異常症の有病割合が他の年代と比べても高いことがわかる。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、将来的な介護予防にもつながる。

【図表 17】

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		合計								
	被保険者数		2,724人		968人		1,188人		2,156人		4,880人								
	認定者数		6人		46人		462人		508人		514人								
	認定率		0.22%		4.8%		38.9%		23.6%		10.5%								
	新規認定者数(★1)		0		16人		63人		79人		80人								
介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	21	45.7%	145	31.4%	166	32.7%	166	32.3%							
	要介護1・2		3	50.0%	13	28.3%	173	37.4%	186	36.6%	189	36.8%							
	要介護3～5		3	50.0%	12	26.1%	144	31.2%	156	30.7%	159	30.9%							
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		合計								
	介護件数(全体)		6		46		462		508		514								
	再)国保・後期		4		44		447		491		495								
	(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	3	75.0%	脳卒中	19	43.2%	脳卒中	177	39.6%	脳卒中	199	40.2%				
			2	腎不全	3	75.0%	虚血性心疾患	11	25.0%	虚血性心疾患	140	31.3%	虚血性心疾患	151	30.8%	虚血性心疾患	153	30.9%	
			3	虚血性心疾患	2	50.0%	腎不全	3	6.8%	腎不全	66	14.8%	腎不全	69	14.1%	腎不全	72	14.5%	
		基礎疾患(★2)	糖尿病		4	100.0%	糖尿病		23	52.3%	糖尿病		199	44.5%	糖尿病		222	45.2%	
			高血圧		4	100.0%	高血圧		35	79.5%	高血圧		370	82.8%	高血圧		405	82.6%	
			脂質異常症		2	50.0%	脂質異常症		29	65.9%	脂質異常症		256	57.3%	脂質異常症		285	58.0%	
		血管疾患合計		合計		4	100.0%	合計		41	93.2%	合計		420	94.0%	合計		461	93.9%
		認知症		認知症				認知症		11	25.0%	認知症		194	43.4%	認知症		205	41.8%
		筋・骨格疾患		筋骨格系		4	100.0%	筋骨格系		37	84.1%	筋骨格系		419	93.7%	筋骨格系		456	92.9%

*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) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

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】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費(40歳以上)	9,354					
要介護認定なし医療費(40歳以上)	4,390					

2) 健診受診者の実態 (図表 18・19)

嘉島町においては、国・県と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、健診結果の有所見状況でも空腹時血糖・HbA1cなどが正常値より高い方の割合が多い。またこの傾向は40～64歳の男性で顕著であり、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 18】

4 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 (厚生労働省様式6-2～6-7)

★NO.23 (概票)

性別	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	人数
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1	
保険者	合計	84	27.2	167	54.0	73	23.6	62	20.1	27	8.7	17	55.3	21	70.2	5	19.1	134	43.4	62	20.1	135	43.7	3	1.0
	40-64	39	32.0	69	56.6	35	28.7	34	27.9	12	9.8	5	47.5	7	62.3	2	18.9	34	27.9	19	15.6	62	50.8	0	0.0
	65-74	45	24.1	98	52.4	38	20.3	28	15.0	15	8.0	113	60.4	14	75.4	36	19.3	100	53.5	43	23.0	73	39.0	3	1.6
	女性	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
保険者	合計	74	20.6	81	22.6	55	15.3	35	9.7	4	1.1	116	32.3	255	71.0	8	2.2	124	34.5	46	12.8	186	51.8	2	0.6
	40-64	29	22.0	30	22.7	14	10.6	17	12.9	0	0.0	36	27.3	81	61.4	2	1.5	38	28.8	19	14.4	72	54.5	1	0.8
	65-74	45	19.8	51	22.5	41	18.1	18	7.9	4	1.8	80	35.2	174	76.7	6	2.6	86	37.9	27	11.9	114	50.2	1	0.4
	女性	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 19】

5 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 (概票)

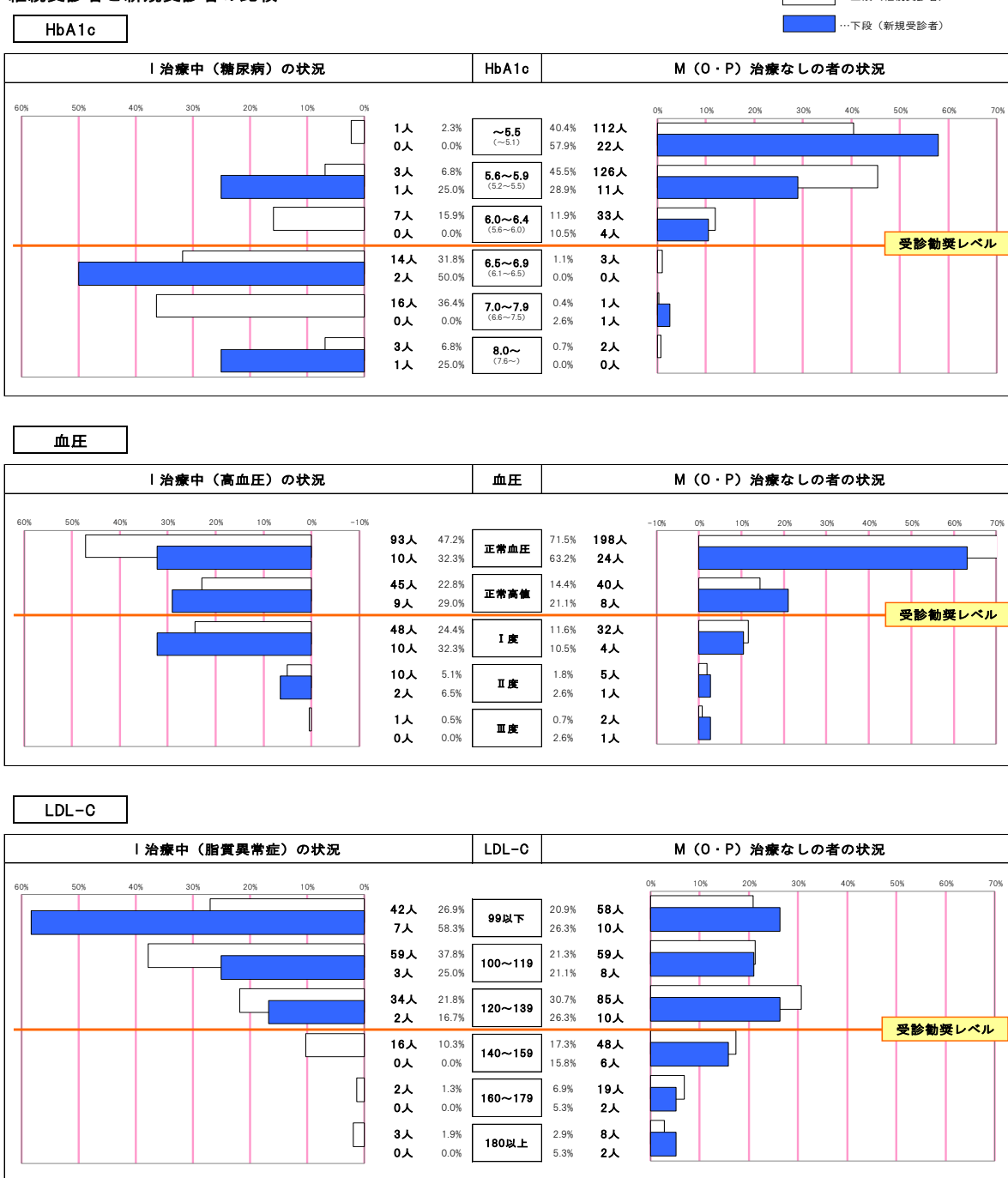
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国					548,609	17.2							875,805	27.5											
県	45,831	30.1%	2,513	5.5%	7,939	17.3%	618	1.3%	5,577	12.2%	1,744	3.8%	12,272	26.8%	2,538	5.5%	674	1.5%	5,329	11.6%	3,731	8.1%			
保険者	合計	309	45.2%	20	6.5%	47	15.2%	3	1.0%	27	8.7%	17	5.5%	10	32.4%	27	8.7%	10	3.2%	33	10.7%	30	9.7%		
	40-64	122	37.0%	15	12.3%	24	19.7%	3	2.5%	9	7.4%	12	9.8%	30	24.6%	7	5.7%	5	4.1%	10	8.2%	8	6.6%		
	65-74	187	52.8%	5	2.7%	23	12.3%	0	0.0%	18	9.6%	5	2.7%	70	37.4%	20	10.7%	5	2.7%	23	12.3%	22	11.8%		
	女性					241,487	5.8							396,909	9.5										
県	58,136	35.2%	1,387	2.4%	3,857	6.6%	152	0.3%	2,865	4.9%	840	1.4%	5,316	9.1%	832	1.4%	241	0.4%	2,805	4.8%	1,348	2.5%			
保険者	合計	359	53.8%	13	3.6%	26	7.8%	2	0.6%	16	4.5%	10	2.8%	40	11.1%	10	2.8%	0	0.0%	17	4.7%	13	3.6%		
	40-64	132	46.2%	9	6.8%	14	10.6%	2	1.5%	6	4.5%	6	4.5%	7	5.3%	3	2.3%	0	0.0%	3	2.3%	1	0.8%		
	65-74	227	59.6%	4	1.8%	14	6.2%	0	0.0%	10	4.4%	4	1.8%	33	14.5%	7	3.1%	0	0.0%	14	6.2%	12	5.3%		
	女性					241,487	5.8							396,909	9.5										

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 20)

糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況を見ると、血圧治療中の方は重症高血圧を回避できており、また、LDL コレステロールについても治療中の方は比較的コントロールが良好であることがわかる。ただ、糖尿病に関しては治療中でも HbA1c が 6.5% 以上の方の割合も多く、治療に結びついてコントロールが難しいことが推測される。

【図表 20】

継続受診者と新規受診者の比較



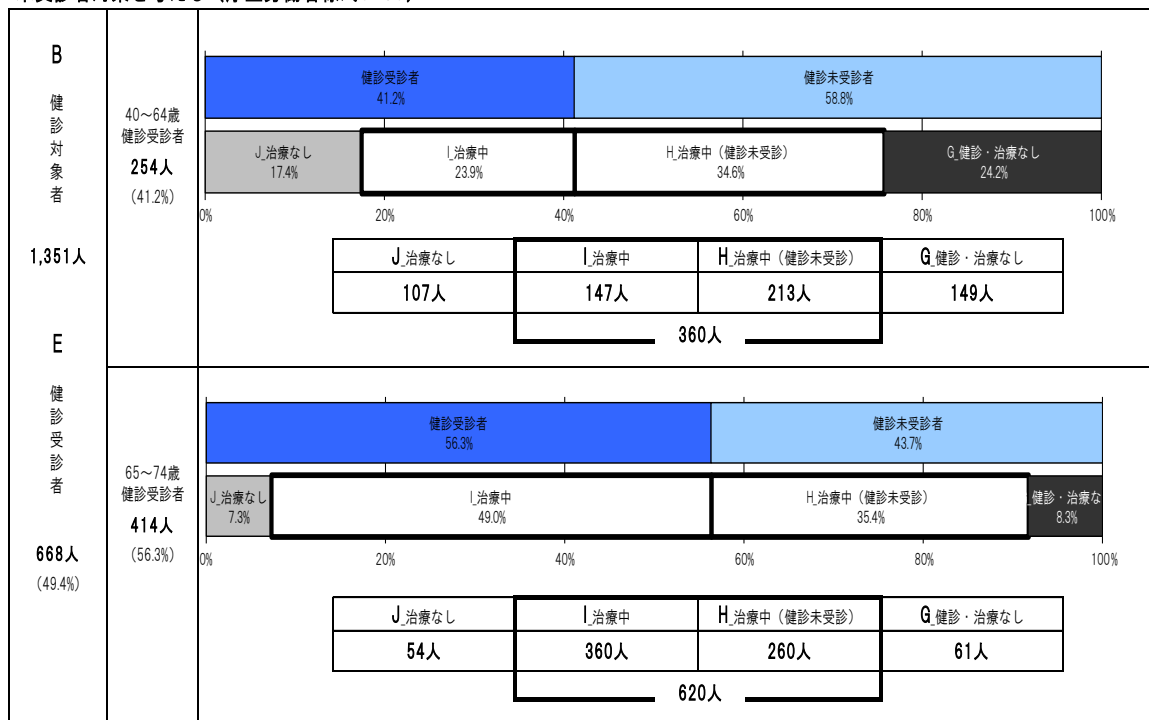
4) 未受診者の把握 (図表 21)

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳では149人(24.2%)みられ、65～74歳でも61人(8.3%)いる。健診も治療も受けていないということは、体の実態が把握できていない状態であり、重症化しやすい状態であると推測されるが、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。健診受診者と未受診者の治療費をみても、健診を受診することは医療費適正化の面において効果的であることがわかる。

【図表 21】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

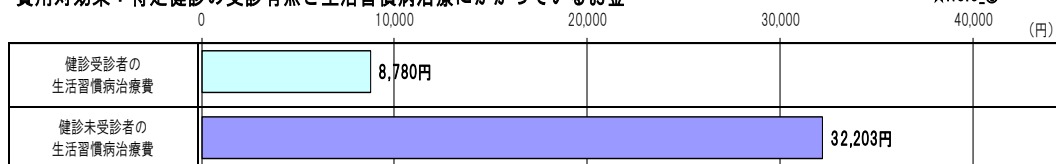
★NO.26 (CSV)



OG 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.3⑥



3. 目標の設定

(1) 成果目標（参考資料 3）

①中長期的な目標の設定

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、腎臓、脳、心臓の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ため、また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ために、平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の患者数をそれぞれ10%減少させることを目標とする。

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、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

②短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患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。平成35年度には平成20年度と比較して、メタボリックシンドローム該当者の割合を5%減少させることを目標にする。

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、毎年、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。

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あるため、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期特定健康診査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22）

【図表22】

	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
特定健診実施率	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%
特定保健指導実施率	50.0%	55.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%

特定保健指導の対象者の割合の減少率を平成20年度と比較して25%以上を目標とする。

3. 対象者の見込み（図表23）

【図表23】

		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	1297人	1271人	1246人	1221人	1197人	1173人
	受診者数	739人	730人	723人	714人	706人	704人
特定保健指導	対象者数	74人	73人	72人	71人	71人	70人
	実施者数	37人	40人	43人	43人	44人	44人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、日赤熊本健康管理センターに委託する。

- ① 集団健診(嘉島町保健センター)
- ② 人間ドック(日赤熊本健康管理センター)

(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、尿潜血、心電図、眼底検査）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDL コレステロールの測定に変えることができる。（実施基準第1条4項）

(4) 実施時期

原則毎年7月から12月までを実施期間とする。

(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、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

(6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会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

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが重要である。受診の案内の送付をはじめ加入者に対する基本的な周知広報活動に努める。

- ★4月 対象者全員への健診案内および申込書の送付および広報（町広報誌掲載）
- ★6月 健診申込みのなかった方への受診勧奨（個別通知）
- ★7月 健診に関する広報（町広報誌掲載）
- ★7月～10月 かしまドック実施
- ★8月 集団健診実施
- ★9月 健診未受診者へ再度受診勧奨（個別通知、電話等）
- ★11月 集団健診実施

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、町直接実施と日赤熊本健康管理センターへの委託の併用で行う。

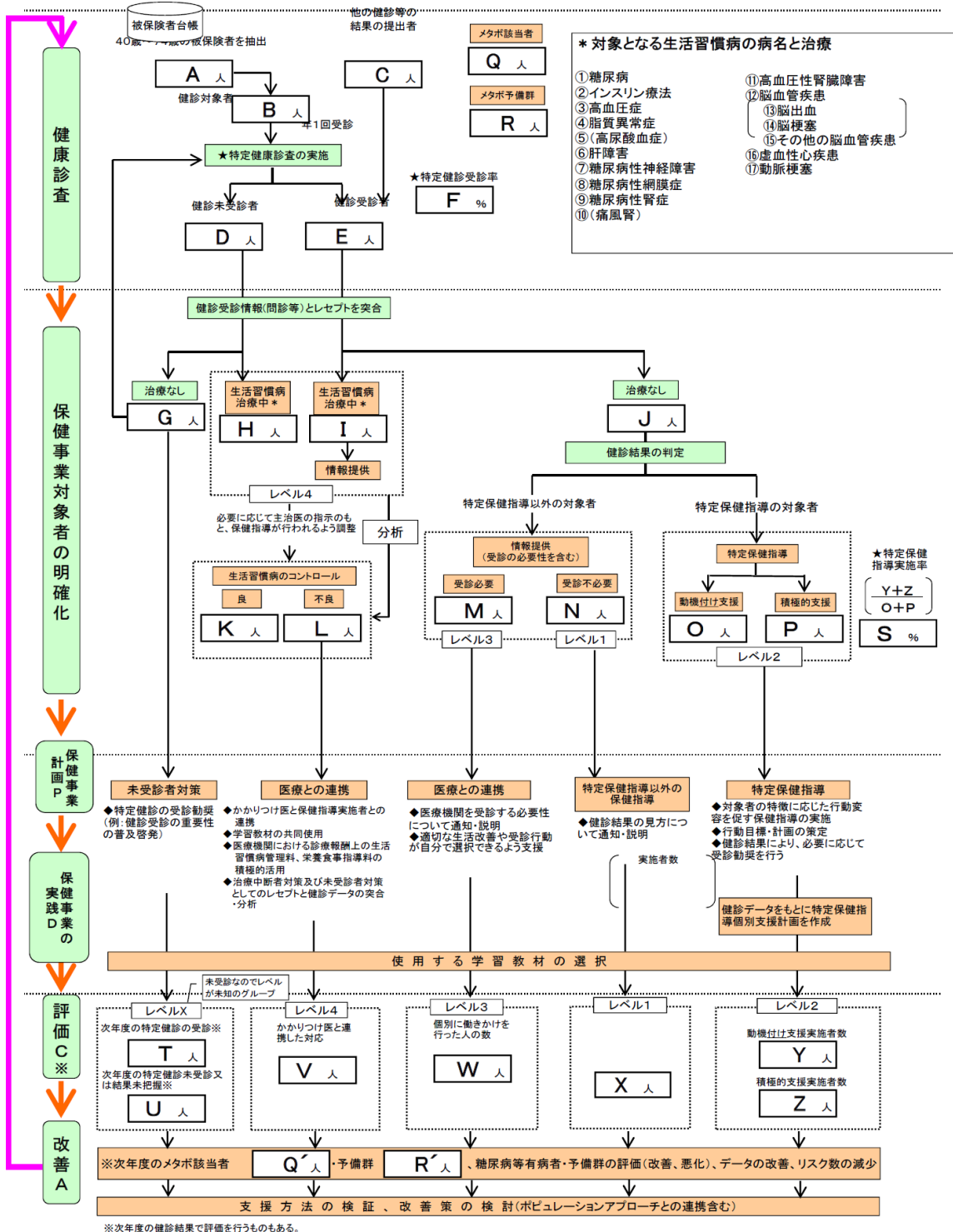
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5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24)

【図表24】

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

様式5-5



(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 25)

【図表 25】

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 (受診者中 の割合%)	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	69 人 (10.4%)	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	96 人 (14.4%)	HbA1c6.5 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、簡易健診の実施による受診勧奨)	681 人 ※受診率目標 達成までにあ と 142 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	171 人 (25.6%)	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	330 人 (49.5%)	50%

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・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嘉島町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査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・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・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、嘉島町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 特定健診受診率、特定保健指導実施率向上に係る取組

(1) 基本的な考え方

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することが必要となる。そのため、多くの方に受診の機会を与えられるようにする。

(2) 実施方法・体制

国保担当と連携しながら実施する。

①特定健診受診勧奨

特定健診対象者全員に申込書を送付し、年度途中で資格異動により新たに加入した対象者にも積極的に働きかけ、受診機会の周知を行う。また、未申込者に対して再度、通知・電話・訪問等により個別に再勧奨する。ドックまたは 8 月の健診を受診できなかった方へも広報等で「もれ健診」の案内を行い、受診の機会を確保する。

②医療機関等からの情報提供

医療機関へ受診中の方については、医療機関等と積極的な連携を行い、協力していただける対象者には医療機関での検査結果を提出してもらい、把握する。

10. 評価・見直し

(1) 評価の時期

年度末に毎年度評価を行い、目標との乖離を把握して、次年度の取り組みを見直すが、11月頃に国への実績報告値を基に特定健診受診率・特定保健指導実施率の評価を行う。また、最終年度の平成35年度においては、次の期の計画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。

(2) 評価項目

ストラクチャー	・ 事業実施に当たり連携の体制を確保しているか
プロセス	・ 事業計画のスケジュールどおりに実施できたか
アウトプット	・ 特定健診受診率・特定保健指導実施率 ・ 特定健診受診人数、特定保健指導実施人数
アウトカム	・ 特定保健指導対象者の割合の減少率 ・ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合

(3) 評価方法・体制

① 特定健診・特定保健指導の実施率

国への実績報告を評価に活用する。

ただ、その時期が翌年度の中旬頃となるため、PDCAによる事業展開のために毎年年末に特定健診受診人数、特定保健指導実施人数を暫定値で確認し、評価を実施する。特定健診受診人数の増加を目標とする。

② 特定保健指導対象者の割合の減少率

平成20年度実施分の健診結果データによる国への実績報告ファイルと、平成35年度実施分の国への実績報告ファイルとを比較し、両ファイルにおける特定保健指導対象者の割合（メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合）を用いて10年間の減少率を算出する。

③ その他（実施方法・内容・スケジュール等）

実施方法や内容、スケジュールについて、実施計画上の内容と実際の事業の実施状況を比較・評価し計画の進捗状況の管理を行うとともに、上記の①・②の指標等を用いて総合的に評価・分析し、目標に向かって事業が順調に推進されているのかを評価する。

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、脳血管疾患、虚血性心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これらの検査結果の改善が求められる。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく。

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、まず全てのリスクのある糖尿病性腎症重症化予防の取組、次に現在患者数が増加傾向にある脳血管疾患重症化予防の取組、そして虚血性心疾患重症化予防と併せ、メタボリックシンドロームに対する保健指導の取組を行う。

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、治療中の者へは治療が中断しないよう支援するとともに医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施する。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護給付費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 重症化予防の取組

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組にあたっては「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）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表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流れ】

	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)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業計画の策定(予算等)	○			□
5		医師会等との連携(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等との連携	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準の検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の検討	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		実施計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		事業者との協議、関係者への共有	○			□
16		個人情報の取り決め	○			□
17		保健指導等の準備		○		□
18		苦情・トラブル対応	○			□
19	D 受診勧奨	介入開始(受診勧奨)		○		□
20		記録・実施件数把握			○	□
21		かかりつけ医との連携状況把握		○		□
22		レセプトでの受診状況把握				□
23	D 保健指導	募集(複数の手段で)		○		□
24		対象者決定		○		□
25		介入開始(初回面接)		○		□
26		継続的支援		○		□
27		カンファレンス・安全管理		○		□
28		かかりつけ医との連携状況把握				□
29	記録・実施件数把握			○	□	
30	C 評価報告	6カ月後実施状況評価			○	□
31		12カ月後実施状況評価			○	□
32		医師会等への事業報告	○			□
33		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
34	A 改善	改善点の検討		○		□
35		次年度計画策定		○		□

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定にあたっては熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者（図表 27）

図表 27 の A・B・C に該当する者（早期に積極的に受診勧奨が必要な者）

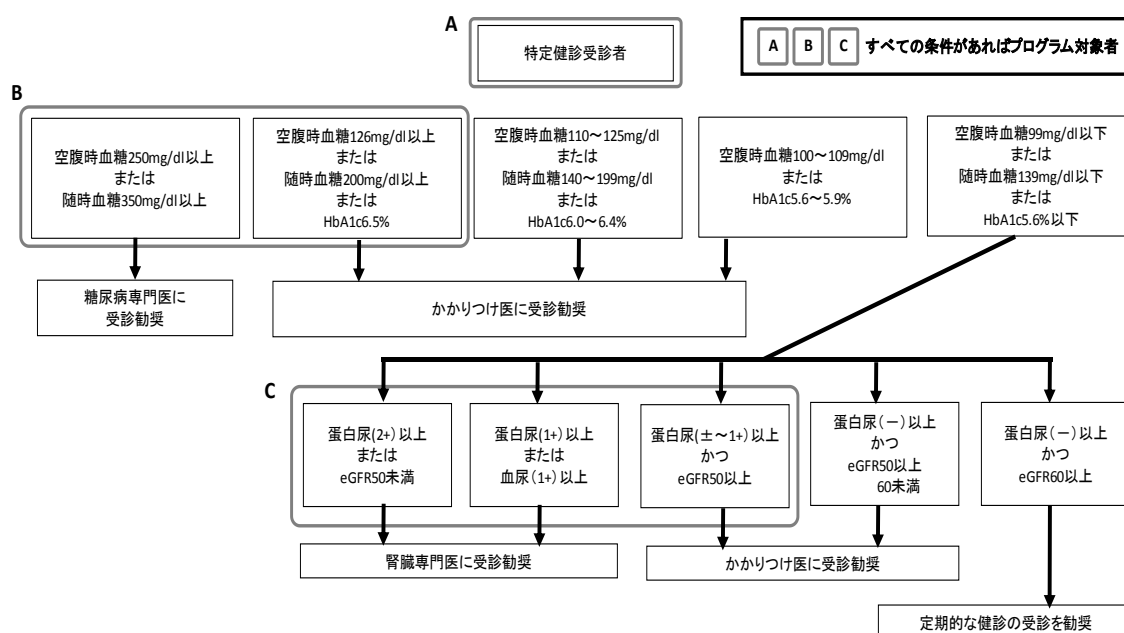
② 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から 6 ヶ月経過しても受診した記録がない者

③ 重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていないものや尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

【図表 27】



(2) 選定基準に基づく該当者数の把握

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 28）

【図表 28】

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/1.73m ²)
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。

嘉島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ため、それに基づいて対象者の把握を行う。(参考資料4)

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該当者数把握を行った。(図表29)

嘉島町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は39人(43.8%・F)であった。また40~74歳における糖尿病治療者264人(17.1%・H)中のうち、特定健診受診者が101人(38.3%・G)であったが、23人(22.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者は163人(61.7%・I)いるが、中断者を含めて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を行う。

③介入方法と優先順位

原則、①個別面談、②電話、③文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を実施するが、専門職(保健師、管理栄養士等)による個別面談や訪問にて受診勧奨、保健指導を実施する。図表29より嘉島町における優先順位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)・・・39人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・37人
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、通知等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・ 糖尿病で通院する患者のうち **重症化するリスクの高い者 (ク)**・・・78 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、通知等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

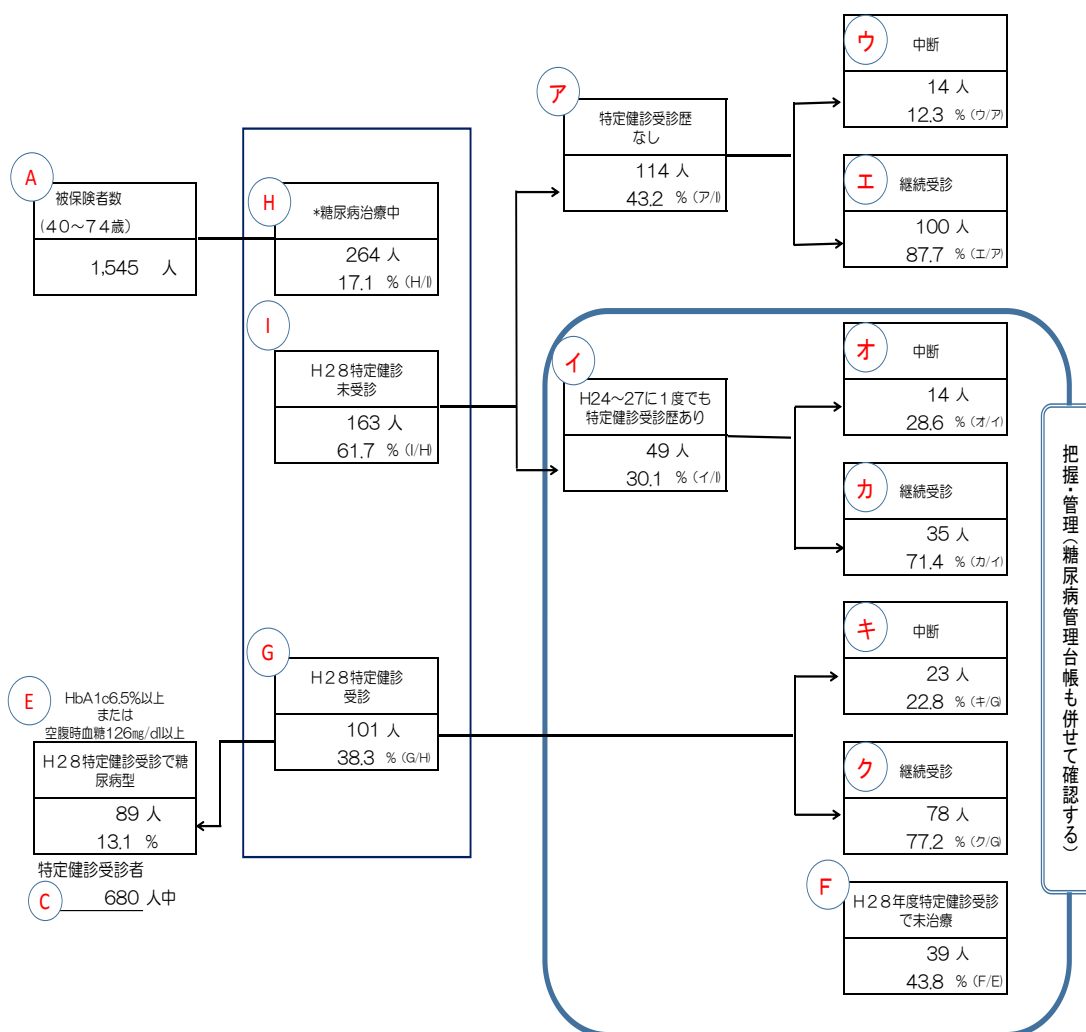
【保健指導】

- ・ 過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・35 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、通知等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

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）

※中断の考え方：H28年度にHbA1c検査を実施した者でH29年にHbA1c検査の実施がない者

【図表 29】



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 5）及び年次計画表(参考資料 6)で行い、担当地区がわかるように記載し、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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

- ・ HbA1c（空腹時血糖又は随時血糖）
- ・ 血圧
- ・ 体重
- ・ eGFR
- ・ 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。

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担当地区の対象者数の把握。（参考資料 6）

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・進展抑制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。嘉島町においては、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 30)

【図表 30】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> 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ずみ方 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)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1 受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>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？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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期を見逃す恐れがある。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(±)へは医療機関等で尿アルブミン検査を受けるよう勧奨し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 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

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8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月 年度評価の実施、次年度事業計画に向けた課題の把握

6) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、糖尿病連携手帳等を活用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合も糖尿病連携手帳等を活用し、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熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていく。

7) 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必要に応じて地域包括支援センター等と連携していく。

8) 評価

(1) 評価方法・体制・時期

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、目標管理表（参考資料 3）を用いて年 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 7）を用いて平成 32 年度に中間評価、35 年度に最終評価を行っていく。

(2) 評価項目

ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none">・ 事業の運営用状況を定期的に管理できる体制を整備しているか・ 連携体制は確保されているか
プロセス	<ul style="list-style-type: none">・ スケジュールどおりに行われているか
アウトプット	<ul style="list-style-type: none">・ プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数・ かかりつけ医等と連携した対応を行った数・ 保健指導実施率
アウトカム	<p>短期的評価</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療機関未受診者（HbA1c 6.5%以上）の割合・ 治療中断者（糖尿病および糖尿病性腎症）の割合・ 糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数・ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較（HbA1c の変化、eGFR の変化、尿蛋白の変化、服薬状況の変化） <p>中長期的評価</p> <ul style="list-style-type: none">・ 慢性腎不全（人工透析）にかかる医療費の推移・ 新規人工透析患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移

2. 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組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 31、32)

【脳卒中の分類】

【図表 31】

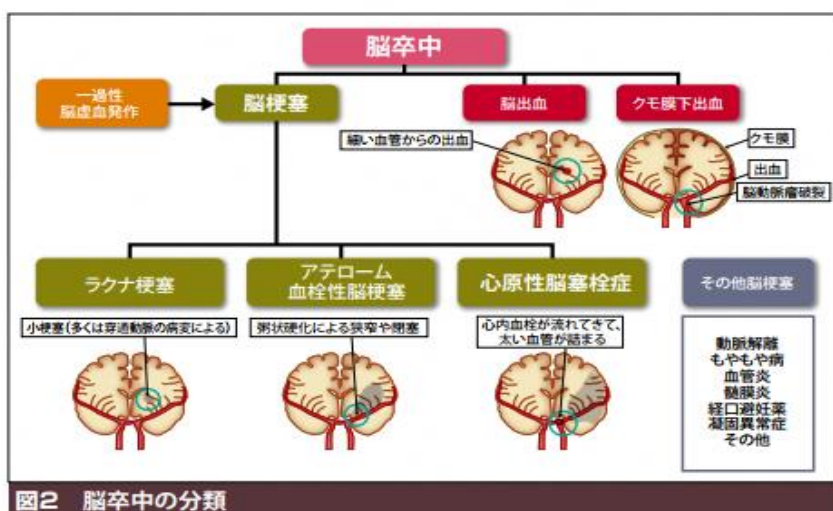


図2 脳卒中の分類

(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 32】

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 33 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。

【図表 33】

特定健診受診者における重症化予防対象者

リスク因子	高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病 (CKD)			
	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)		
特定健診受診者における重症化予防対象者	受診者数 687人													
治療なし	11人	2.5%	26人	4.1%	12人	2.4%	4人	1.2%	22人	6.3%	0人	0.0%	2人	0.6%
治療あり	14人	5.8%	24人	41.4%	3人	1.7%	9人	2.6%	122人	35.9%	2人	0.6%	10人	2.9%
臓器障害あり	5人	45.5%	11人	42.3%	3人	25.0%	4人	100.0%	5人	22.7%	0人	0.0%	2人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)		2人		0人		0人		0人		0人		2人	
	尿蛋白(2+)以上		1人		0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	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり		9人		3人		4人		5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 25 人 (3.6%) であり、11 人は未治療者であった。また未治療者のうち 5 人 (45.5%) 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 14 人 (5.8%) 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 34)

【図表 34】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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	正常血圧	正常高値血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
	445	211 47.4%	92 20.7%	79 17.8%	52 11.7%	7 1.6%	4 0.9%	5 1.1%	30 6.7%	28 6.3%
リスク第1層	80 18.0%	49 23.2%	16 17.4%	10 12.7%	5 9.6%	0 0.0%	0 0.0%	5 100%	0 0.0%	0 0.0%
リスク第2層	255 57.3%	119 56.4%	51 55.4%	46 58.2%	30 57.7%	5 71.4%	4 100.0%	--	30 100.0%	9 32.1%
リスク第3層	110 24.7%	43 20.4%	25 27.2%	23 29.1%	17 32.7%	2 28.6%	0 0.0%	--	--	19 67.9%
再掲 重複あり	糖尿病	35 31.8%	13 30.2%	8 32.0%	8 34.8%	5 29.4%	1 50.0%	--	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	51 46.4%	22 51.2%	15 60.0%	7 30.4%	6 35.3%	1 50.0%	--	--	--
	3個以上の危険因子	42 38.2%	12 27.9%	7 28.0%	12 52.2%	9 52.9%	2 100.0%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 34 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

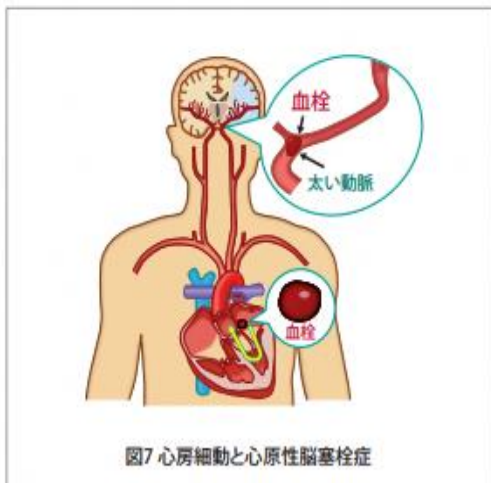


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(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よ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。

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。

4) 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

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8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月 年度評価の実施、次年度事業計画の見直し

5) 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。

7) 評価

(1) 評価方法・体制・時期

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、目標管理表（参考資料 3）を用いて年 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 7）を用いて平成 32 年度に中間評価、35 年度に最終評価を行っていく。

(2) 評価項目

ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営用状況を定期的に管理できる体制を整備しているか・連携体制は確保されているか
プロセス	<ul style="list-style-type: none">・スケジュールどおりに行われているか
アウトプット	<ul style="list-style-type: none">・対象者数、そのうち個別に働きかけた数・かかりつけ医等と連携した対応を行った数・保健指導実施率
アウトカム	<p>短期的評価</p> <ul style="list-style-type: none">・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・心房細動未治療者の減少 <p>中長期的評価</p> <ul style="list-style-type: none">・脳血管疾患にかかる医療費の推移・脳血管疾患患者数の推移

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給付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報誌やホームページ等、その他保健事業の機会を利用して広く町民へ周知していく。

第5章 地域包括ケアに係る取組

「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、町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ことが重要である。第 4 章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療やサービス等をできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても町にとっても非常に重要である。

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つなげていくためには、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町民を増やしていくことにつながる。

嘉島町では、要介護者の有病状況をみると、血管疾患の割合も 93.9%と高く、全てが直接的な原因となっているわけではないが、一因となっていることも否定できないため、この状況を踏まえ、更なる悪化を防ぐためにも各担当で共有できるよう町で実施している包括ケア会議や地域ケア会議等の場を利用し連携を行い、国保の実態等も必要に応じて情報提供していく。

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

町は、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図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料3・8・9）

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、要介護認定率など)

具体的な評価方法は、KDB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、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が国保担当者と協同・連携し、自身の地区担当の被保険者分については年1回程度確認を行う。

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、国保連に設置している保健事業支援・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のが重要であり、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、地域の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する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

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 平成 30 年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ
- 参考資料 2 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた嘉島町の位置
- 参考資料 3 第 2 期データヘルス計画の目標管理一覧表
- 参考資料 4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳
- 参考資料 6 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 7 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 8 評価イメージ① (平成 30 年度に向けての全体評価)
- 参考資料 9 評価イメージ② (第 1 期データヘルス評価シート)

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

Table with 5 main columns: 「健康日本21」計画, 「特定健康診査等実施計画」, 「データヘルズ計画」, 「介護保険事業(支那)計画」, 「医療費適正化計画」. Rows include Law, Basic Policy, Vision/Period, Plan Formulation, Basic Policy Consideration, Target Age, Target Disease, and Evaluation. Sub-headers like 「医療計画」 and 「医療費適正化計画」 are also present.

【参考資料1】

【参考資料 2】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた嘉島町の位置

項目		嘉島町				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		H26		H28		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
		実数	割合	実数	割合								
1	① 人口構成	総人口	8,635		8,635		1,815,204		1,794,477		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）	2,156	25.0	2,156	25.0	575,561	31.7	462,261	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	1,188	13.8	1,188	13.8			253,517	14.1	13,989,864	11.2	
		65～74歳	968	11.2	968	11.2			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40～64歳	2,724	31.5	2,724	31.5			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	3,755	43.5	3,755	43.5			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	9.8		9.8		18.4		10.5		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	22.3		22.3		25.5		21.2		25.2		
		第3次産業	67.9		67.9		56.1		68.4		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.5		80.5		79.4		80.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.8		86.8		86.4		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	66.0		66.9		65.2		65.3		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.8		66.7		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率（SMR）	95.4		105.9		104.8		94.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	26	45.6	23	47.9	6,817	45.1	5,499	48.4	367,905	49.6	
		心臓病	23	40.4	12	25.0	4,392	29.1	3,135	27.6	196,768	26.5	
		脳疾患	4	7.0	10	20.8	2,661	17.6	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病	1	1.8	0	0.0	274	1.8	183	1.6	13,658	1.8	
		腎不全	1	1.8	1	2.1	548	3.6	449	3.9	24,763	3.3	
		自殺	2	3.5	2	4.2	409	2.7	332	2.9	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	7		8.8		7		7.5		1948		厚労省HP 人口動態調査
		男性	5		19.2		6		12.2		1294		
		女性	2		3.7		1		2.3		654		
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	421		19.2		508		22.6		114,707		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	6		0.3		3		0.3		1,910		
		2号認定者	8		0.3		6		0.2		2,325		
	② 有病状況	糖尿病	92		19.3		114		22.1		25,164		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		高血圧症	285		64.0		293		58.1		64,630		
		脂質異常症	166		34.6		181		35.2		31,788		
		心臓病	319		71.6		342		68.0		73,217		
		脳疾患	111		24.6		120		24.0		33,089		
		がん	39		9.2		49		9.2		11,629		
		筋・骨格	289		63.7		286		56.6		63,583		
精神	181		39.7		205		39.2		43,915				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	68,087		63,912		70,593		61,022		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	40,091		37,705		40,986		40,033		39,683			
	施設サービス	298,194		303,063		275,281		291,281		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	13,096		認定あり		9,354		8,458		8,532		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定なし	3,593		4,390		4,123		3,919		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	2,262		2,010		493,770		471,487		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	744		32.9		773		38.5		182,316		
		40～64歳	838		37.0		697		34.7		162,771		
		39歳以下	680		30.1		540		26.9		126,400		
		加入率	26.2		23.3		27.8		26.3		26.9		
	② 医療の概況（人口千対）	病院数	2		0.9		2		1.0		144		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
		診療所数	11		4.9		12		6.0		1,108		
		病床数	257		113.6		257		127.9		15,468		
		医師数	20		8.8		23		11.4		1,575		
		外来患者数	719.0				731.0				658.5		
入院患者数	24.7				30.7				22.6				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,721		県内23位 同規模90位		29,257		県内15位 同規模60位		26,418		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	743,675				761,72				681,134			
	外来費用の割合	56.4				51.0				56.6			
	入院費用の割合	43.6				49.0				43.4			
	1件あたり在院日数	18.4日				18.8日				16.3日			
	1件あたり在院日数	18.4日				18.8日				16.3日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源獲得病名（顕割合含む）	がん	62,369,490		16.3		85,043,050		21.7		24.1		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	慢性腎不全（透析あり）	61,162,090		16.0		40,322,970		10.3		9.1			
	糖尿病	33,503,790		8.8		31,931,090		8.1		10.2			
	高血圧症	37,169,990		9.7		28,237,560		7.2		9.2			
	精神	79,189,580		20.7		100,541,040		25.6		17.5			
筋・骨格	49,858,770		13.0		67,395,400		17.2		16.1				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	536,643	13位	(19)	559,798	13位	(19)											KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	481,131	30位	(19)	531,762	17位	(19)													
		脂質異常症	494,457	15位	(21)	465,289	30位	(20)															
		脳血管疾患	513,683	37位	(19)	722,810	1位	(20)															
		心疾患	691,952	6位	(17)	679,013	12位	(17)															
		腎不全	768,652	8位	(15)	727,370	8位	(24)															
		精神	425,959	15位	(26)	379,196	43位	(25)															
		悪性新生物	504,115	43位	(12)	543,069	39位	(15)															
		県内順位 順位総数47	外来	糖尿病	36,221	11位			37位														
				高血圧	28,764	23位		25,938	37位														
				脂質異常症	23,754	37位		22,786	40位														
				脳血管疾患	50,996	1位		39,143	9位														
				心疾患	55,092	4位		54,853	3位														
				腎不全	235,141	9位		191,935	26位														
	精神			31,498	11位		33,710	4位															
	悪性新生物	38,505	42位		53,647	11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	4,117			3,330		2,768		2,197		2,065								KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
				健診未受診者	4,768			12,216		12,339		12,505		12,683									
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	医療機関受診率	462	61.4	331	49.6	81,971	56.9	58,300	55.1	4,116,530	55.9								KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				医療機関非受診率	432	57.4	308	46.1	74,352	51.6	54,091	51.1	3,799,744	51.6									
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数47	メタボ メタボ該当 予備群 レベル	健診受診者	753		668		143,970		105,835		7,362,845										KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	51.1	県内12位 同規模42位	49.4	県内15位 同規模52位	41.0	32.9	全国31位	34.0												
			特定保健指導終了者(実施率)	34	38.6	32	45.7	1,499	8.1	1,502	11.7	35,557	4.1										
			非肥満高血糖	52	6.9	52	7.8	14,201	9.9	9,475	9.0	687,157	9.3										
			メタボ	該当者	157	20.8	140	21.0	25,927	18.0	17,830	16.8	1,272,714	17.3									
				男性	118	33.8	100	32.4	18,053	27.1	12,471	26.8	875,805	27.5									
				女性	39	9.7	40	11.1	7,874	10.2	5,359	9.0	396,909	9.5									
				予備群	85	11.3	75	11.2	16,553	11.5	11,959	11.3	790,096	10.7									
			BMI	男性	50	14.3	47	15.2	11,535	17.3	8,067	17.3	548,609	17.2									
				女性	35	8.7	28	7.8	5,018	6.5	3,892	6.6	241,487	5.8									
				総数	280	37.2	248	37.1	47,928	33.3	33,760	31.9	2,320,533	31.5									
				男性	190	54.4	167	54.0	33,271	49.9	23,100	49.6	1,597,371	50.1									
			予備群 レベル	女性	90	22.3	81	22.6	14,657	19.0	10,660	18.0	723,162	17.3									
				総数	24	3.2	18	2.7	8,649	6.0	4,462	4.2	346,181	4.7									
				男性	1	0.3	3	1.0	1,438	2.2	696	1.5	55,460	1.7									
				女性	23	5.7	15	4.2	7,211	9.3	3,766	6.4	290,721	7.0									
				血糖のみ	6	0.8	5	0.7	1,116	0.8	778	0.7	48,685	0.7									
				血圧のみ	56	7.4	43	6.4	11,683	8.1	8,559	8.1	546,667	7.4									
				脂質のみ	23	3.1	27	4.0	3,754	2.6	2,622	2.5	194,744	2.6									
血糖・血圧	36	4.8		37	5.5	4,665	3.2	3,408	3.2	196,978	2.7												
血糖・脂質	5	0.7		10	1.5	1,419	1.0	931	0.9	69,975	1.0												
血圧・脂質	67	8.9	50	7.5	12,004	8.3	8,270	7.8	619,684	8.4													
血糖・血圧・脂質	49	6.5	43	6.4	7,839	5.4	5,221	4.9	386,077	5.2													
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が遅い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	高血圧	248	33.0	238	35.6	51,055	35.5	35,687	33.7	2,479,216	33.7										
			糖尿病	69	9.2	54	8.1	12,000	8.3	7,801	7.4	551,051	7.5										
			脂質異常症	171	22.8	175	26.2	32,128	22.3	22,403	21.2	1,738,149	23.6										
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	31	4.1	35	5.2	4,464	3.2	2,961	2.8	230,777	3.3										
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	61	8.1	49	7.3	7,897	5.7	5,431	5.2	391,296	5.5										
			腎不全	5	0.7	2	0.3	1,763	1.3	424	0.4	37,041	0.5										
			貧血	54	7.2	44	6.6	11,617	8.5	10,937	10.5	710,650	10.1										
			喫煙	106	14.1	107	16.0	22,417	15.6	14,059	13.3	1,048,171	14.2										
			週3回以上朝食を抜く	51	6.8	50	7.5	10,140	7.6	7,942	8.4	540,374	8.5										
			週3回以上食後間食	68	9.1	86	12.9	17,461	13.1	10,908	11.3	743,581	11.8										
			週3回以上就寝前夕食	105	14.0	114	17.1	21,902	16.5	14,230	14.8	983,474	15.4										
			食べる速度が遅い	197	26.2	163	24.4	36,107	27.2	25,168	26.2	1,636,988	25.9										
			20歳時体重から10kg以上増加	292	38.9	252	37.7	44,552	33.4	32,732	33.2	2,047,756	32.1										
			1回30分以上運動習慣なし	424	56.5	416	62.3	87,774	65.8	60,327	61.2	3,761,302	58.7										
1日1時間以上運動なし	430	57.3	406	60.8	64,466	48.5	48,491	50.4	2,991,854	46.9													
睡眠不足	128	17.0	149	22.3	31,141	23.6	24,197	25.2	1,584,002	25.0													
毎日飲酒	190	25.3	178	26.6	35,843	26.0	25,476	25.0	1,760,104	25.6													
時々飲酒	214	28.5	174	26.0	29,415	21.3	24,261	23.8	1,514,321	22.0													
一日飲酒量	1合未満	223	55.3	190	54.0	55,592	59.9	57,013	69.5	3,118,433	64.1												
1～2合	112	27.8	101	28.7	24,370	26.3	15,909	19.4	1,158,318	23.8													
2～3合	52	12.9	45	12.8	9,606	10.4	6,248	7.6	452,785	9.3													
3合以上	16	4.0	16	4.5	3,225	3.5	2,851	3.5	132,608	2.7													

第2期データヘルス計画の目標管理一覧表（嘉島町）

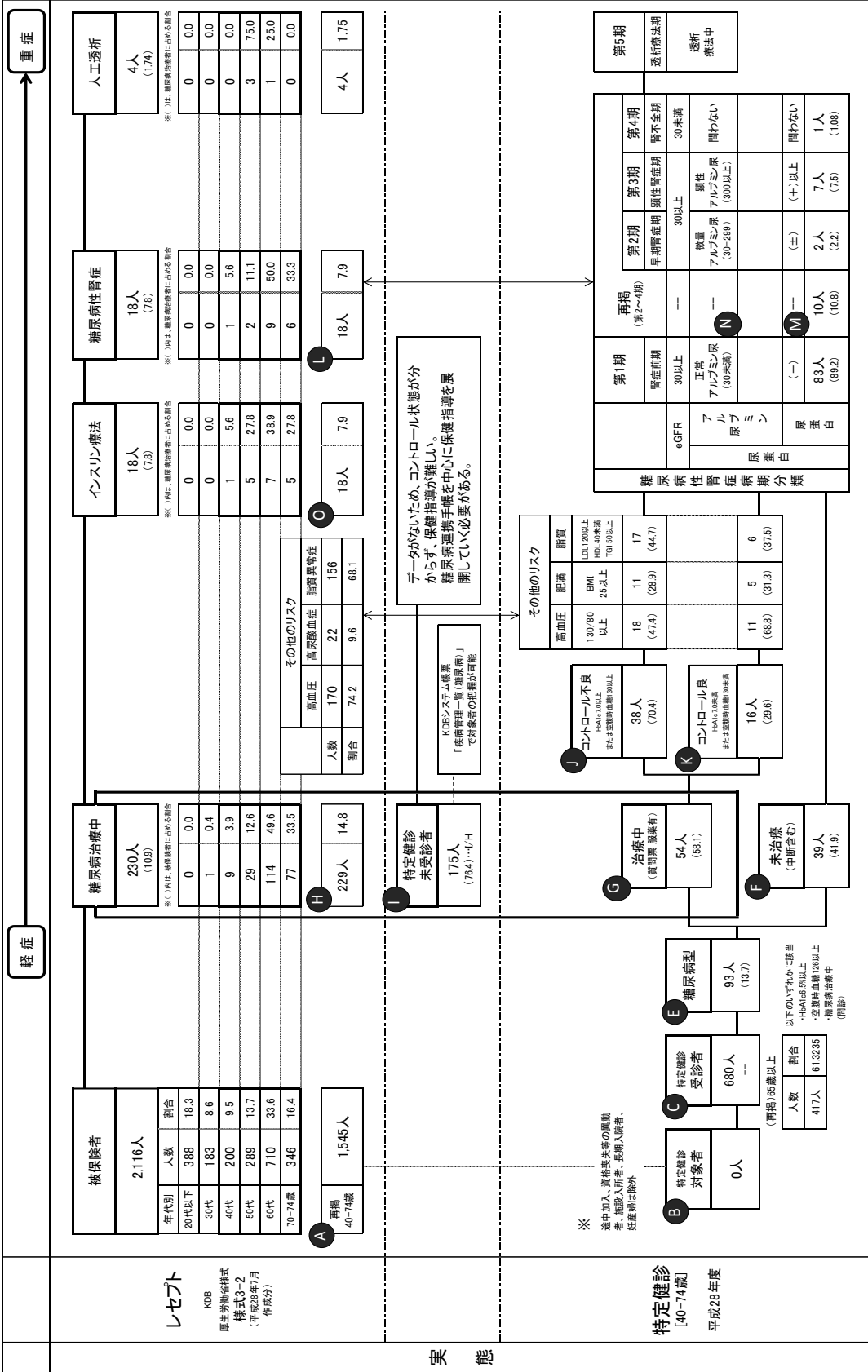
成果目標	評価項目	評価指標	中間評価					最終評価						
			H28	H30	H31	H32	H33	H34	H35					
中長期目標	医療費の伸びの抑制	現状	1,126 (H27)											
		標準化医療費(地域差指数)				1.120							1.115	
	入院の伸び率	入院の伸び率	49%			45.0%							40.0%	
		入院の伸び率	4%			3.5%							3.0%	
	重症化した結果の疾患の発生状況	脳血管疾患患者数	82			78							74	
		虚血性心疾患患者数	71			67							64	
		人工透析患者数	8			8							7	
		新規人工透析患者数(糖尿病性腎症)	0			0							0	
		高額(80万円)以上のレセプト	8			6							4	
		虚血性心疾患患者数	1			1							0	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	人工透析患者数	3			2							1	
		慢性腎不全(人工透析)にかかる医療費の割合	5.58%			減少							減少	
		脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)にかかる医療費の割合	1.52%			減少							減少	
		虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)にかかる医療費の割合	0.59%			減少							減少	
		特定健診受診率	49.4%	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%					
		特定保健指導実施率	45.7%	50.0%	55.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%					
		特定保健指導対象者の割合の減少率(平成20年度と比較)	45.8%	46.0%	46.5%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%					
		メタボリックシンドローム該当者の割合	21.0%	20.5%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%					
		メタボリックシンドローム予備群の割合	11.2%	11.0%	10.8%	10.6%	10.4%	10.2%	10.0%					
		基礎疾患の重症化予防	健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	3.6%	3.5%	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%				
健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合	21.1%		7.1%	6.8%	6.5%	6.2%	5.9%	5.6%						
健診受診者の糖尿病者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	10.0%		1.1%	1.0%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%						
健診受診者の糖尿病者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	4.6%		3.4%	3.4%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%						
健診受診者の糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導率	100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%						
後発医薬品の使用による医療費の削減	68.6%		70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%						
後発医薬品の使用による医療費の削減														
後発医薬品の使用による医療費の削減														

【参考資料3】

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの統合

都道府県名 熊本県 市町村名 嘉島町 同規模区分 9

【参考文献4】



糖尿病管理台帳(永年)																
番号	追加年度	地区	個人番号	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考		
							糖尿病	糖	服薬							
							高血圧		HbA1c							
							脂質異常症		空腹時血糖又は随時血糖							
							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							
								備考								
							糖尿病	糖	服薬							
							高血圧		HbA1c							
							脂質異常症		空腹時血糖又は随時血糖							
							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							
								備考								

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:												
結果把握	対象者把握	<p>糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人</p> <p>㉔ 健診未受診者 ()人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </table> <p>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</p>				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
	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																
保健指導の優先づけ	結果把握	<p>①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人</p> <p>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</p>															
		地区担当が実施すること	<p>1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>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</p> <p>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</p>														
		他の専門職との連携	<p>●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん</p> <p>----- 栄養士中心</p> <p>----- 腎専門医</p>														

【参考資料7】

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 9

都道府県
熊本

市町村名

嘉島町

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	2,116人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
	② (再掲)40-74歳		1,545人									
2	① 特定健診 対象者数	B	0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	680人									
	③ 受診率		---									
3	① 特定保健指導 対象者数		69人									
	② 実施率		46.4%									
4	健診データ	① 糖尿病型	E	93人	13.7%					特定健診結果		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	39人	41.9%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	54人	58.1%							
		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	⑤ 血圧 130/80以上	38人	70.4%						
				⑥ 肥満 BMI25以上	11人	28.9%						
				⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	16人	29.6%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	83人	89.2%						
				⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	2人	2.2%						
				⑪ 第4期 eGFR30未満	7人	7.5%						
					1人	1.1%						
		5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		108.7人						
② (再掲)40-74歳(被保険者対)				148.2人								
③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は被保険者対				④ 入院外(件数)	1,209件	(822.4)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
				⑤ 入院(件数)	7件	(4.8)			9件	(5.4)		
⑥ 糖尿病治療中	H			230人	10.9%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
⑦ (再掲)40-74歳	I			⑧ 健診未受診者	229人	14.8%						
				⑨ インスリン治療		18人	7.8%					
⑩ (再掲)40-74歳	O			⑪ 糖尿病性腎症	18人	7.9%						
				⑫ (再掲)40-74歳	L	18人	7.9%					
⑬ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				4人	1.74%							
⑭ (再掲)40-74歳				⑮ 新規透析患者数	4人	1.75%						
				⑯ (再掲)糖尿病性腎症	1人	25.0%						
⑰ 【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)				3人	75.0%							
6	医療費			① 総医療費		7億2208万円					6億7140万円	
				② 生活習慣病総医療費		3億9269万円				3億8078万円		
						(総医療費に占める割合)		54.4%		56.7%		
		③ 生活習慣病 対象者 一人あたり		④ 健診受診者	8,790円				8,685円			
				⑤ 健診未受診者	32,226円				33,204円			
		⑥ 糖尿病医療費		3196万円				3885万円				
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		8.1%				10.2%				
		⑦ 糖尿病入院外総医療費		9815万円								
				⑧ 1件あたり	32,575円							
		⑨ 糖尿病入院総医療費		6718万円								
				⑩ 1件あたり	559,798円							
		⑪ 慢性腎不全医療費		19日								
				⑫ 透析有り	4293万円				3708万円			
				⑬ 透析なし	4032万円				3468万円			
		⑭ 透析有り		260万円				240万円				
7	介護	① 介護給付費	6億7433万円				7億5295万円					
		② (2号認定者)糖尿病合併症	4件	100.0%								
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%			1人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題			

平成30年度に向けての全体評価

課題・目標	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)	⑤残っている課題
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H29年度目標90% 特定保健指導実施率 H29年度目標90% 重症化予防対象者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) 原病腎症を減少することを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ10%減少させる。 医療費の伸びを抑える 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診・健診未受診者へ個別通知をすることで再動員し、さらに健診受診率の低い40~50代の方へは受診勧奨訪問・電話を行った。 特定健診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対応として、即医との意思交換会を開催し、治療中の方で特定健診と同等内容の検査を実施されている方の検査結果の情報を提供を依頼する試験的な事業を実施した。 <p>・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、受診勧奨訪問・電話については留守のケースも多く、対象者の速定も命めて、方法の検討が必要である。また受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に実行するために、医療機関との協力を必要とする。全体として対象者を抽出するだけでなく、作成・整理している健康診断管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく中でも、台帳の活用が重要である。</p> <p>・住民だけでなく、医療機関へも現状の説明を行い、課題共有を図っていくことが協力を得ていくうえで重要。</p>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 即医との意思交換会の実施状況 ○未受診者訪問・電話実施状況 ○H29年度目標60%達成状況 ○特定健診受診率 ○H29年度目標90%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○個々の医療機関アプローチ後受診者数等 	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区担当制もっているが、十分に機能していない。 ○重症化予防対策を取り纏めていく上で、専門職の役割は重要であるため、連携も検討が必要となる。 ○通達業務の時間差では、アプローチしても受診しない人がいる。 ○不在者等に緊急管理していく、また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。 	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療活動に関して具体的な目標、効果を確認し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区会館名も丁寧に緊急管理していく、また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。 ◆医療機関の協力等による取り組み ○健康加入促進指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対象者として、未治療者を体系的にアプローチし、治療の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにしてきた。 ・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任せられていたり、共通認識十分図れていない現状がある。 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の高化等から優先順位を付けていく必要がある。そのため、既往・整理したい。継続的改善管理台帳等を活用していくことで優先順位付けとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的な重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。 ・他保険からの国保加入者に重症化予防の必要がない人、他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについての対策は必要。他保険者であっても、健診結果を希望される方には実施していくことも検討する必要がある。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣病対策事業の実施状況 ○保健指導(所内、訪問)実施状況 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施後の受診率の経年の健診結果状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○経年評価(評価項目毎)集団、個別別方向 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況) ○重症化予防対象者数 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関への協力依頼の検討 ○未受診者訪問の対象者、方法の検討(全くの未受診者、健診中受診者の継続的受診促進) ○健康加入促進項目(集団、個別別方向)による健康加入促進 ○評価項目の検討(受診率、受診行動等) 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関への協力依頼の検討 ○未受診者訪問の対象者、方法の検討(全くの未受診者、健診中受診者の継続的受診促進) ○健康加入促進項目(集団、個別別方向)による健康加入促進 ○評価項目の検討(受診率、受診行動等)
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区会館の活用、評価等検討。 ◆地域(地区担当)の選定。 ◆評価指標の検討。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護等での連携の形は、選りばつて連携している。選りばつて連携している。選りばつて連携している。選りばつて連携している。 ○医師的事業の中で、個々の連携等について実施を通して、検討していく。 ○未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関係の中で、医療機関とのつながりを進めたい。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○医師的事業の実施状況(対象者の検査受診行動状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○医師的事業の実施状況(対象者の検査受診行動状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討、(単年の健診結果での抽出に加え、他地区会館から優先すべき対象者の選定) ○保健指導後の医師指導の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討、(単年の健診結果での抽出に加え、他地区会館から優先すべき対象者の選定) ○保健指導後の医師指導の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討)
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区会館の活用、評価等検討。 ◆地域(地区担当)の選定。 ◆評価指標の検討。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護等での連携の形は、選りばつて連携している。選りばつて連携している。選りばつて連携している。 ○医師的事業の中で、個々の連携等について実施を通して、検討していく。 ○未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関係の中で、医療機関とのつながりを進めたい。 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○医師的事業の実施状況(対象者の検査受診行動状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○医師的事業の実施状況(対象者の検査受診行動状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討、(単年の健診結果での抽出に加え、他地区会館から優先すべき対象者の選定) ○保健指導後の医師指導の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討、(単年の健診結果での抽出に加え、他地区会館から優先すべき対象者の選定) ○保健指導後の医師指導の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討)

第1期データヘルス計画 評価シート

保健所名: 嘉島町

【参考資料 9】

事業名 or 評価項目	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム		考察と課題	第2期への反映事項
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果		
1 人工透析予 防	新規人工透析導入 者の減少	今年度実績 ●事務職、専門職の人 数・体制 事務職1名、保健師3名、 管理栄養士3名(内2名 嘱託) ●関係機関 メディフィット回生会(病院 併設の運動施設)、町内 医療機関との連携につい ては現在意見交換会を 行いながら連携を推進で きるようになっていること。	今年度実績 ●期間 ～H30.3月まで ●手段・方法 特定健診結果より対象者を 抽出し保健指導を実施。 ●関係機関との連携状況 メディフィット回生会とは別に 連携し事業を実施、町内医 療機関との連携については 定まっていないが、必要 に応じて実施。	計画の内容 ●回数 記載なし ●実施人数 記載なし ●介入率 目標70% ●町内医療機関との検討会 の実施	28年度実績 ●実施人数 179名 ●介入率 78.5% ●町内医療機関との検討会 については実施	計画の内容 ●対象者の健診結果の改善 ●医療費の動向の確認 ●人工透析の新規導入者の 減少 ●メタボリックシンドローム該 当者の減少	28年度実績 ●新規透析導入者 2名 (糖尿病性腎症 1名) ●人工透析の人数 H25 12人→H28 8人 0.15%→0.4% ●慢性腎不全(透析有)の 医療費割合 H25 0.73%→H28 0.36% ●メタボ該当者の割合 H25 3.2%→H28 32.4%	国保加入者の中で全体の数 値をみると減少しているよう に見えるが、65歳以上の入 工透析の方が後期高齢者 医療制に移行していること も減少したとは言えない。新 規導入者については糖尿病 性の方は1名で予防が難 しい面もあるが、その他、高 血圧や脂質異常症など他に 悪化する要因を持っている 方もいるため、そこからの予 防も課題の一つである。ま た、特定健診受診者の結果 を見ると、血糖高値の方の割 合が増えていることから今 後の悪化も懸念されるため、 糖尿病への対策も必要。	・特定健診の未受診者対策 ・医療の未受診者対策 ・メタボやその他の要因により血 糖を高める要因を改善でき るような方策の検討。 ・糖尿病対策も含めて医療 連携の推進。
2 心血管疾患 患者数の減 少	心血管疾患患者数 の減少	今年度実績 ●事務職、専門職の人 数・体制 事務職1名、保健師3名、 管理栄養士3名(内2名 嘱託) ●関係機関 メディフィット回生会(病院 併設の運動施設)、町内 医療機関との連携につい ては現在意見交換会を 行いながら連携を推進で きるようになっていること。	今年度実績 ●期間 ～H29.12月まで ●手段・方法 特定健診結果より対象者を 抽出し保健指導を実施。 ●関係機関との連携状況 メディフィット回生会とは別に 連携し事業を実施、町内医 療機関との連携については 定まっていないが、必要 に応じて実施。	計画の内容 ●回数 記載なし ●実施人数 記載なし ●介入率 目標70% ●町内医療機関との検討会 の実施	28年度実績 ●実施人数 179名 ●介入率 78.5% ●町内医療機関との検討会 については実施	計画の内容 ●対象者の健診結果の改善 ●医療費の動向の確認 ●心血管疾患治療者の減 少 ●メタボリックシンドローム該 当者の減少	28年度実績 ●虚血性心疾患の人数 H25 89人→H28 71人 3.9%→3.4% ●心(狭心症・心筋梗塞)の 医療費割合 H25 1.44%→H28 0.59% ●メタボ該当者の割合 H25 3.2%→H28 32.4%	心臓病による死因の割合は 減少しているが、入院・外来 ともに心疾患にかかると費用 は上位に位置している。脂 質異常の方が多いことから 今後また虚血性心疾患の患 者数が増えることも懸念され る。また、メタボリックシ ンドロームが多いことから併せ た影響を考えるべき。	・特定健診の未受診者対策 ・医療の未受診者対策 ・メタボやその他の要因により血 管を痛める要因を改善でき るような方策の検討。 ・糖尿病対策も含めて医療 連携の推進。
3 脳血管疾患 患者数の減 少	脳血管疾患患者数 の減少	今年度実績 ●事務職、専門職の人 数・体制 事務職1名、保健師3名、 管理栄養士3名(内2名 嘱託) ●関係機関 メディフィット回生会(病院 併設の運動施設)、町内 医療機関との連携につい ては現在意見交換会を 行いながら連携を推進で きるようになっていること。	今年度実績 ●期間 ～H29.12月まで ●手段・方法 特定健診結果より対象者を 抽出し保健指導を実施。 ●関係機関との連携状況 メディフィット回生会とは別に 連携し事業を実施、町内医 療機関との連携については 定まっていないが、必要 に応じて実施。	計画の内容 ●回数 記載なし ●実施人数 記載なし ●介入率 目標70% ●町内医療機関との検討会 の実施	28年度実績 ●実施人数 179名 ●介入率 78.5% ●町内医療機関との検討会 については実施	計画の内容 ●対象者の健診結果の改善 ●医療費の動向の確認 ●脳血管疾患治療者の減 少 ●メタボリックシンドローム該 当者の減少	28年度実績 ●脳血管疾患の人数 H25 75人→H28 82人 3.8%→3.9% ●脳(脳梗塞・脳出血)の医 療費割合 H25 2.46%→H28 1.52% ●メタボ該当者の割合 H25 3.2%→H28 32.4%	脳疾患による死因の割合が 上昇しており、脳血管疾患の 入院・外来の費用も県内 で上位に位置している。 脳血管疾患の患者数の割合 も増加していることから、重症 化が進んでいると予想され る。ただ医療費の割合につい ては減少していることから監 査で減っていることから監 査が上がつっていることから医 療報酬受診にはつながらず いなると考えられるため、必要 な方へは医療へ働き、中斷 しないような関わりが必要。	・特定健診の未受診者対策 ・医療の未受診者対策 ・メタボやその他の要因により血 管を痛める要因を改善でき るような方策の検討。 ・糖尿病対策も含めて医療 連携の推進。

嘉島町国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画

発行 嘉島町町民課
〒861-3192 上益城郡嘉島町大字上島 530 番地
TEL 096-237-2574
FAX 096-237-2359
発行日 平成30年3月

