

保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 4 月
大木町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1編 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)基本的事項

- 1 背景
- 2 計画の目的・位置付け
- 3 計画期間
- 4 関係者が果たすべき役割と連携

第2章 第1期計画に係る評価及び課題

- 1 第1期計画の概要
- 2 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)
- 3 保険者努力支援制度

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

- 1 分析結果に基づく課題の明確化
- 2 成果目標の設定

第4章 保健事業の内容

- 1 健康学習の実施
- 2 特定健診未受診者対策
- 3 特定保健指導事業
- 4 糖尿病性腎症重症化予防

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

- 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

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取り扱い

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

- 1 特定健康診査の基本的考え方

2 特定保健指導の基本的考え方

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

- 1 特定健康診査等実施計画について
- 2 健診・保健指導実施の基本的な考え方
- 3 目標の設定
- 4 対象者数の見込み
- 5 特定健診の実施
- 6 保健指導の実施

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

- 1 特定健診・保健指導のデータ形成
- 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について
- 3 特定健診等データの情報提供及び照会
- 4 個人情報保護対策
- 5 被保険者への結果通知の様式

第4章 結果の報告

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 1 編 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) 基本的事項

1. 背景

わが国は世界トップレベルの長寿社会で「平均寿命」は伸び続け、厚生労働省の発表によれば、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となりました。しかし、一方で「健康寿命(日常生活に制限のない期間)」は男性 71.19 歳、女性 74.21 歳で「平均寿命」と「健康寿命」の差、つまり寝たきりや何らかの支援・介護が必要な期間が男性 9.02 年、女性 12.4 年と長期間であることが問題となっています。いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに「健康寿命」を伸ばすかが今日の課題であるといえるのです。

更に少子高齢化に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は急激に増加する一方で支える世代は減少しており、社会保障制度の重要な柱である医療保険及び介護保険制度を維持するため、国は団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革をはじめとして、社会保障制度改革推進法や医療保険制度改革関連法を整備し、医療と介護の安定的な提供を目指しています。

また近年、特定健康診査(以下「特定健診」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展など、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ます。

これまでも本町は、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画(以下「特定健診等実施計画」という。)」や第 1 期保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

※1 社会保障制度改革推進法(H24.8 施行)、医療制度改革関連法(H27.5 成立)

団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革による、医療と介護の安定的な提供を目指す。

※2 日本再興戦略(H25.6 閣議決定)

全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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。

※3 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(H27.5 成立)

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。なお、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通り、市町村が行う。

※4 経済財政運営と改革の基本方針 2015

予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を推進するため、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。

2. 計画の目的・位置付け

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、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です。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定します。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸(疾病・障害・早世の予防)を目指すものとします。

またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図るものです。(図表 1・2・3)

3. 計画期間

計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とします。

※1 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。

※2 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。

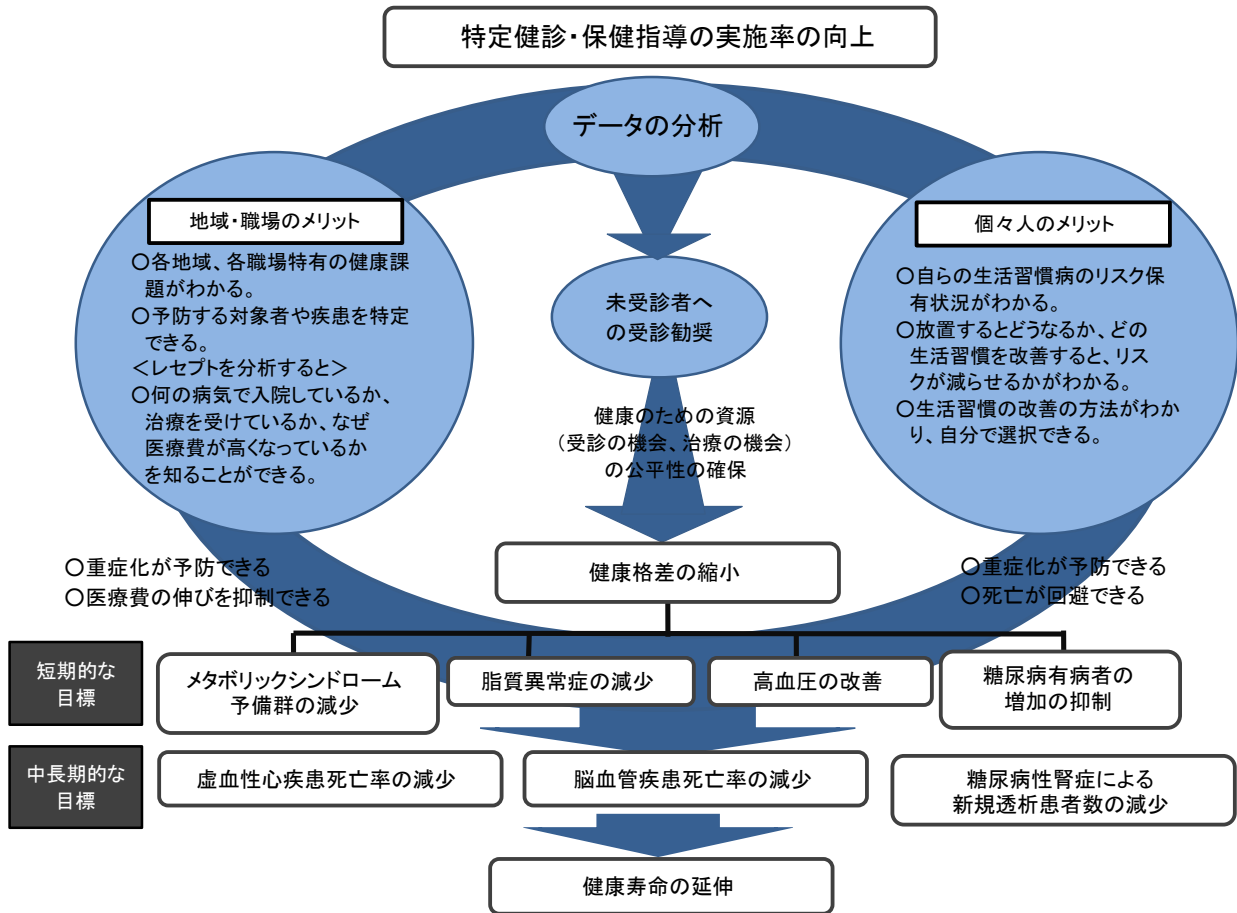
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	※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				医療費適正化計画	医療計画
	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		
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き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年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(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	都道府県・義務市町村: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つて、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旨とする。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はしていくとともに、良質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果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、青壮年期、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高くなる時期に高齢期を迎える現役の青年期・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
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	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	糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
評価	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		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	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		がん 精神疾患
	※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適切な量と質の食事をとる 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	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介護給付費	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 ④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)

保険者努力支援制度

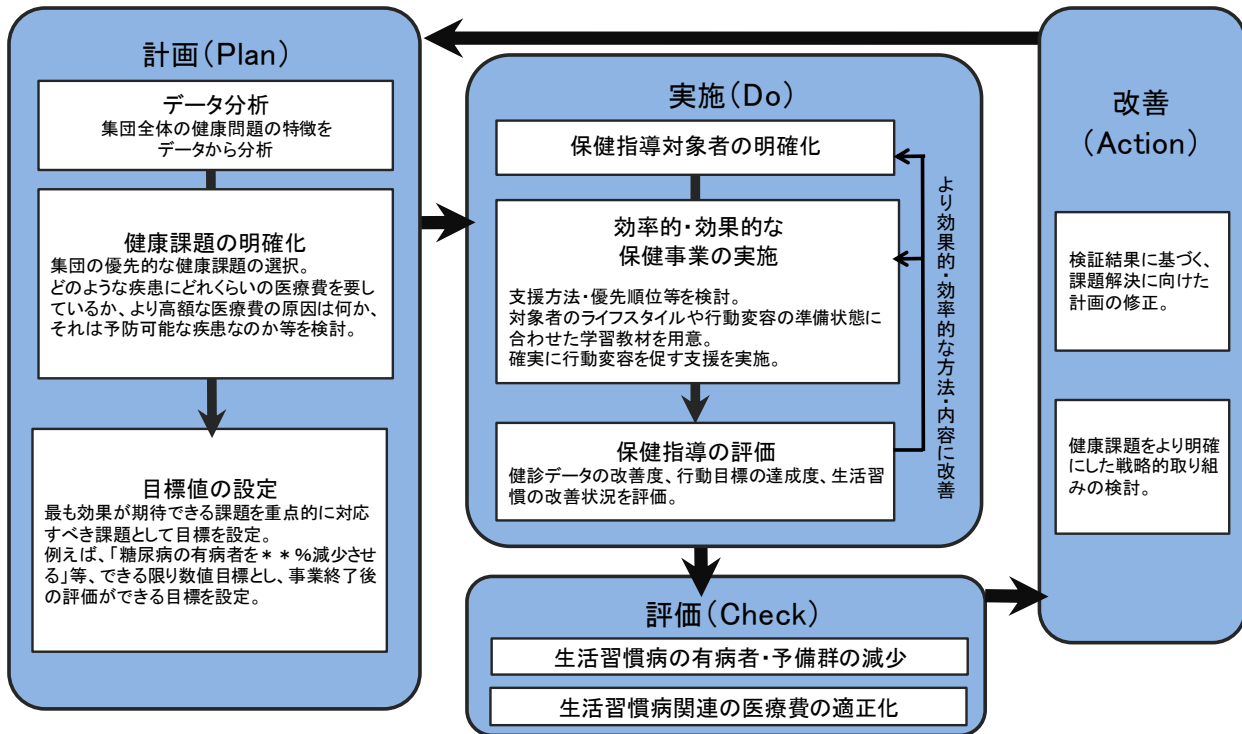
【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定

図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第 2 次)



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図-1

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

国民健康保険課が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータヘルス計画を策定します。また事業の実施にあたっては、それぞれの担当課が計画に基づき実施します(図表 4)。

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ていきます。

2) 外部有識者等の役割

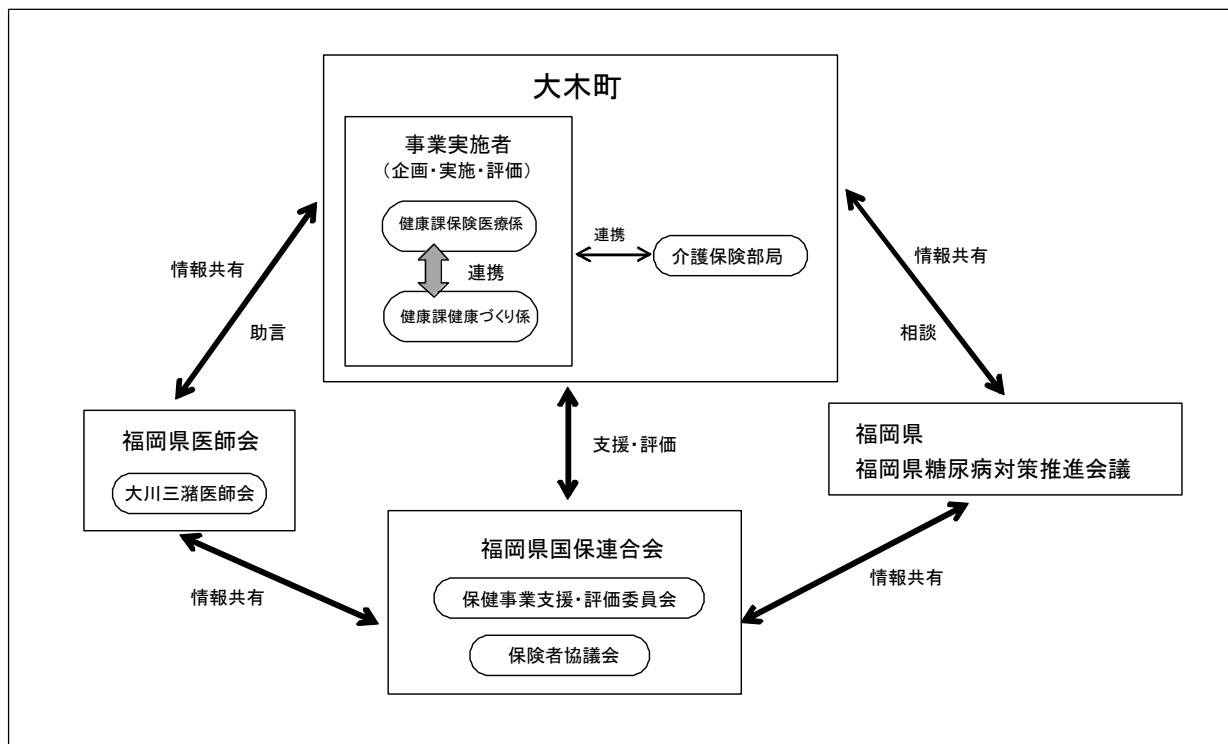
健康づくりにおいて医療機関との連携は必須です。前年度に掲げた計画に沿って事業報告を行い、受診状況やコントロール不良者の保健指導の状況などは町医会といっしょに協議を行っており、次年度に向けての課題を行政と医療機関で導き出しています。

また、定例会議に限らず医療機関との協議の必要性があるときには、随時協議の場を設けています。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、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ため、国民健康保険運営協議会等の場を通じて意見反映に努めていきます。

図表 4 大木町の実施体制図



第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1. 第1期計画の概要

1) 計画期間

本町は平成27年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成27年度から平成29年度として、各種保健事業を実施してきました。

2) 短期目標と中長期目標

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとして、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化の共通リスクである、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短期目標とし、平成29年度の虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の患者数を、平成26年度と比べてそれぞれ5%減少させることを中長期的な目標としていました。これらは、ひいては重症化を予防することで入院医療費の伸びを抑制することを目標として取り組んできたものです。

2. 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)

1) 全体の基礎統計

本町は、人口14,176人、高齢化率25.8%であります(平成27年度国勢調査)。高齢化率は福岡県とはあまり差はありませんが、同規模、国よりは低い状況です。被保険者の平均年齢は52.2歳と福岡県、国と比べて高い状況です。また、平均寿命、健康寿命ともに他と比較してあまり差はありませんが、死亡率が出生率を上回っていることから、今後も更なる少子高齢化が予測されるため、被保険者の健康の保持・増進は非常に重要なものとなります(図表5)。

本町の国保加入率は23.2%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約4割を占めています(図表6)。

現在町内には1つの病院、14の診療所があり、外来患者数は年々増えている状況です(図表7)。

図表5 大木町の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳) 男性/女性	健康寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
									第1次	第2次	第3次
大木町	14,176	25.8	3,283 (23.2)	52.2	8.6	12.4	79.4 86.5	65.7 67.2	11.9	25.2	63.0
同規模	11,371	33.6	3,303 (27.9)	54.0	6.4	14.9	79.4 86.4	65.1 66.7	14.4	27.1	58.5
福岡県	5,101,556	25.9	1,205,506 (23.9)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	2.9	21.2	75.9
国	127,094,745	26.6	32,257,003 (26.2)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4	65.2 66.8	4.0	25.0	71.0

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握(平成29年10月作成分)
注)被保険者数及び被保険者平均年齢については、平29年8月1日現在、その他の項目は27年度国勢調査結果

図表 6 国保の加入状況

項目	25年度		26年度		27年度		28年度	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数	3,576		3,572		3,450		3,354	
65～74歳	1,264	35.3	1,336	37.4	1,351	39.2	1,362	40.6
40～64歳	1,314	36.7	1,244	34.8	1,187	34.4	1,139	34.0
39歳以下	998	27.9	992	27.8	912	26.4	853	25.4

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 7 医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	25年度		26年度		27年度		28年度	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3
診療所数	12	3.4	12	3.4	12	3.5	14	4.2
病床数	120	33.6	120	33.6	120	34.8	120	35.8
医師数	18	5.0	18	5.0	18	5.2	19	5.7
外来患者数	702.7		727.7		748.9		734.3	
入院患者数	25.0		25.0		24.9		24.5	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2) 短期目標の達成状況と課題

① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率を制度のスタートした平成 20 年度と比較してみると、毎年 35%以上を保っているものの 40%の壁を越えられずにいるということがわかります(図表 8)。また、若年層からの健康づくりを目的に若年者の受診率を伸ばすことにも重点をおいて受診勧奨を実施してきましたが、健康への意識づけができていないのか、受診率が低迷し改善しているとは言えません(図表 9)。今後も引き続き若年層へのアプローチが重要課題であることは間違いありません。具体的には、若年者健診受診者へのフォローに留まらず、職域を含め、各種団体への健康アプローチを行っていくことを課題とします。

特定保健指導については平成 28 年度 53.8%と、2 人に 1 人は保健指指導ができている状況です。対象者全員に指導をすることが必要ですが、実際には仕事が忙しいという理由で断られているという現状です。また、当町では大木町医会に委託して動機付け支援を実施していますが、初回面接のみで終了してしまい最終面接ができない医療機関もあり、指導率低下につながっているということも一要因ではないかと推測できます(図表 8)。

しかし、平成 30 年度からは以下のことが変更になり、平成 29 年度に比べて受診率や保健指導実施率が向上することも見込まれます。

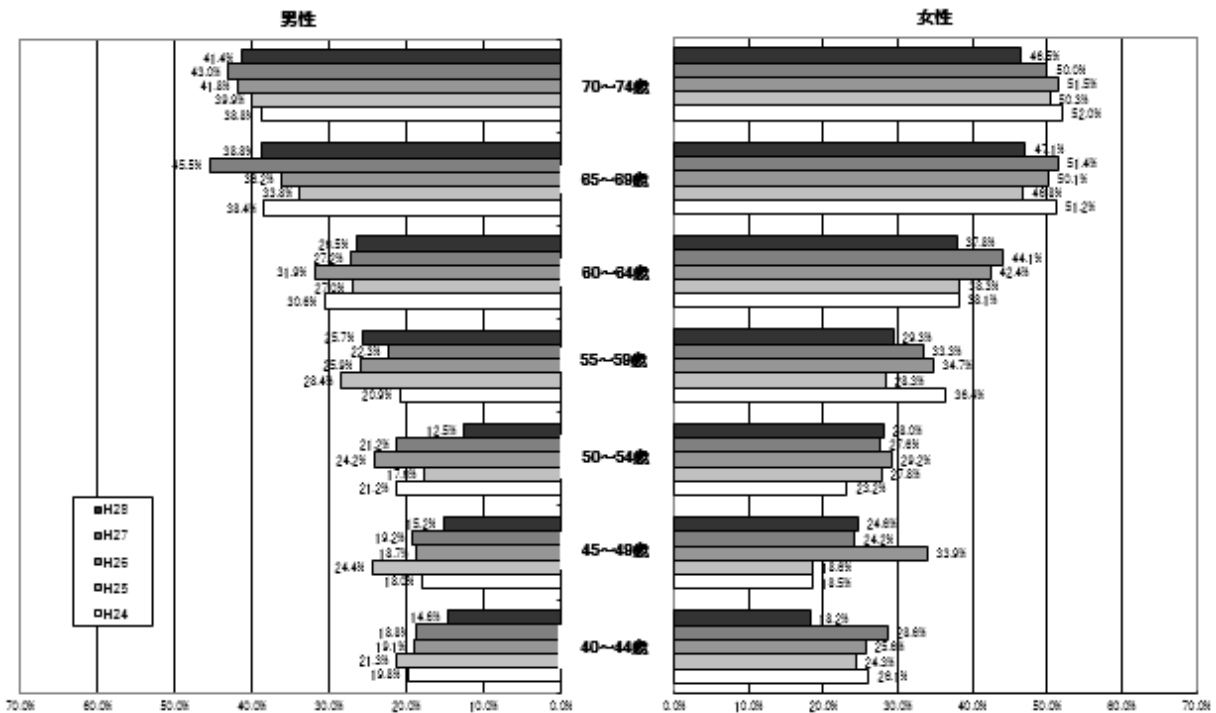
- ① 診療における検査データを本人同意のもとで特定健診データとして活用できるようになったこと。ただしこれに関しては、医療機関とのルールを整備し適切な連携に努めることとする。
- ② 保健指導期間が 6 ヶ月間から 3 ヶ月間に短縮したこと。
- ③ 初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止。
- ④ 健診当日に結果がそろわなくても、初回面接の分割実施ができるようになったこと。

図表 8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診	受診者数	850人	844人	906人	920人	820人	実施中
	受診率	35.5%	35.4%	38.3%	39.2%	35.5%	
	県内順位	14	20	16	17	27	
特定保健指導	実施者数	56人	60人	53人	64人	50人	実施中
	実施率	44.8%	53.6%	53.0%	57.1%	53.8%	
	県内順位	27	33	35	35	32	

出典：特定健診法定報告データ

図表 9 年代別特定健診受診率の推移



出典：保健指導支援ツール(平成 24～28 年度受診結果)

② 特定健診未受診者の状況

平成 28 年度の結果より健診有所見者割合を継続受診者と新規受診者で比較すると、ほとんどの項目で過去 5 年間健診受診のなかった新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っています(図表 10)。

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「治療なし」の者であり、40～64 歳では特定健診対象者の 35.1%、65 歳以上でも 13.5%を占めています。

「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳合わせると健診受診者総数を上回る 964 人です。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者(1 項目でも受診勧奨値有)であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測されます(図表 11)。また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診の方が 24,802 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわか

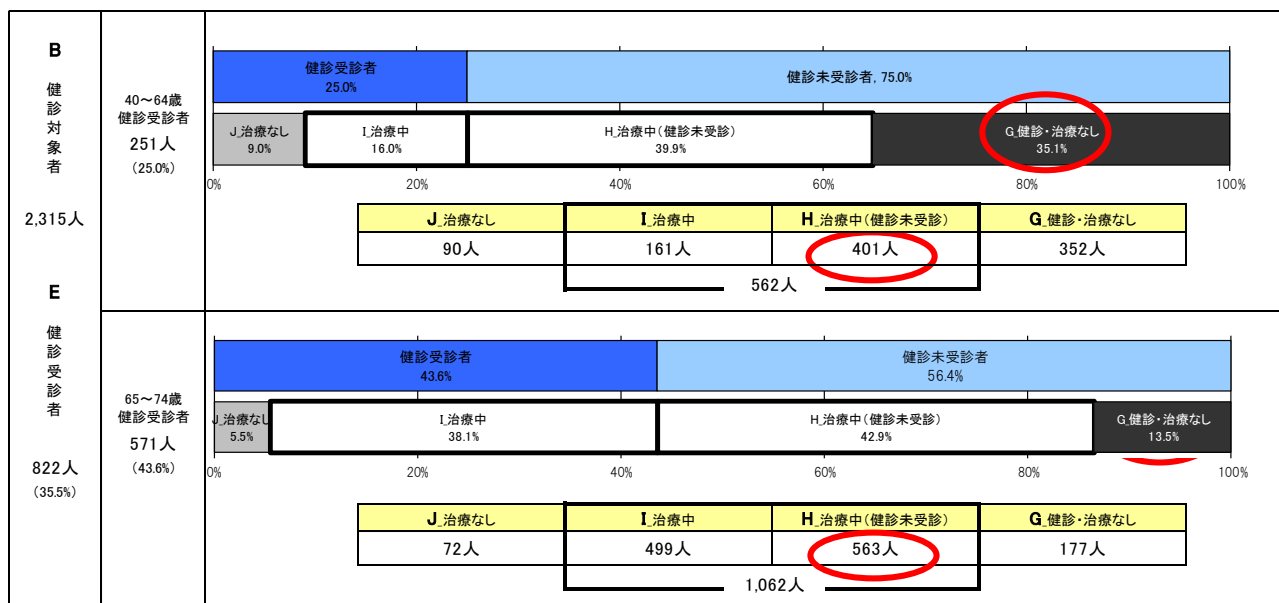
ります(図表 12)。

図表 10 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者		新規受診者			
					過去 5 年間で 1 回以上受診がある者		過去 5 年間受診がない者			
受診者数			820 人	100.0%	721 人	87.9%	99 人	12.1%		
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25 以上	183 人	22.3%	159 人	22.1%	24 人	24.2%		
	腹囲	男性 85 以上 女性 90 以上	269 人	32.8%	234 人	32.5%	35 人	35.4%		
血管が傷む 動脈硬化の 危険因子	内臓脂肪	中性脂肪		300 以上	159 人	19.4%	135 人	18.7%	24 人	24.2%
		インスリン抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP 値)	6.5 以上	74 人	9.0%	62 人	8.6%	12 人
	(再掲) 7.0 以上				41 人	5.0%	33 人	4.6%	8 人	8.1%
	血管を傷つける	血圧	収縮期	160 以上	27 人	3.3%	21 人	2.9%	6 人	6.1%
			拡張期	100 以上	14 人	1.7%	10 人	1.4%	4 人	4.0%
			計		33 人	4.0%	27 人	3.7%	6 人	6.1%
その他の動脈硬化危険因子	LDL コレステロール	160 以上	96 人	11.7%	86 人	11.9%	10 人	10.1%		
腎機能	尿蛋白	2+ 以上	8 人	1.0%	7 人	1.0%	1 人	1.0%		
	eGFR	50 未満 70 歳以上は 40 未満	16 人	2.0%	15 人	2.1%	1 人	1.0%		
	尿酸	8.0 以上	25 人	3.0%	22 人	3.1%	3 人	3.0%		

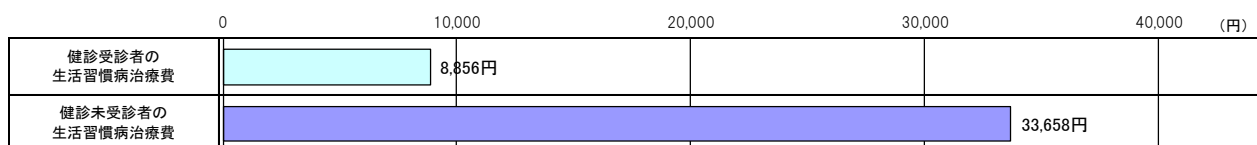
出典：保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



※KDB システムにおける生活習慣病
がん、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、脂質異常症、精神、筋・骨格疾患

図表 12 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③短期的な疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者を見てみます。

被保険者に占める患者の割合が維持されていたものは糖尿病でした。糖尿病は腎臓障害の引き金になる危険性が高いため、未治療の人は確実に医療につなげることを目標としてきたためか、平成 28 年度の未治療者は 22%と低く、患者数の増加も見られませんでした。高血圧と脂質異常症の患者数は 3 年間で約 2%増加、高血圧症で未治療の人がなんと 85.7%、さらには脂質異常症のうち最も危険リスクである LDL コレステロールが 160 以上の人のうち未治療者が 94.4%もいるという恐ろしい状況です(図表 13・14・15)。

また保健指導支援ツールを用いて関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者数を算出すると健診受診者の約 3 割(未治療者 17.9%、治療者 18%)が該当しています。更に、重症化予防対象者とされる未治療者の 17.9%が既に CKD(腎臓専門医受診対象者)があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要だと再確認できます(図表 16)。

同ツールを用い、糖尿病性腎症重症化予防の観点から糖尿病の実態を見てみると、40~74 歳の糖尿病患者は 12.7%で、そのうち 5.8%に糖尿病性腎症の診断があります。特定健診結果で糖尿病(型)は受診者の 11.3%でそのうち未治療(HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上)が約 4 割を占めています。治療者の約 59.4%は HbA1c7.0 以上であり、糖尿病学会の示した合併症予防のための目標値を達成できていません。また、特定健診で糖尿病(型)のうち、既に尿蛋白や eGFR にも所見がある者が約 2 割存在しているという状況です(図表 17)。

図表 13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者 (40歳以上)			糖尿病 患者数 (様式3-2)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再掲			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					HbA1c7.0以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J			
25年度	2,587人	327人	12.6%	1,409人	115人	8.2%	1,178人	212人	18.0%	844人	35.4%	69人	8.2%	35人	4.2%	15人	42.9%			
28年度	2,561人	325人	12.7%	1,204人	85人	7.1%	1,357人	240人	17.7%	820人	35.5%	74人	9.0%	41人	5.0%	9人	22.0%			

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者 (40歳以上)			高血圧 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					Ⅲ度高血圧		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J			
25年度	2,587人	690人	26.7%	1,409人	241人	17.1%	1,178人	449人	38.1%	844人	35.4%	38人	4.5%	5人	0.6%	5人	100.0%			
28年度	2,561人	733人	28.6%	1,204人	207人	17.2%	1,357人	526人	38.8%	820人	35.5%	33人	4.0%	7人	0.9%	6人	85.7%			

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者 (40歳以上)			脂質異常症 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再掲			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					LDL-C180以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J			
25年度	2,587人	511人	19.8%	1,409人	191人	13.6%	1,178人	320人	27.2%	844人	35.4%	124人	14.7%	53人	6.3%	45人	84.9%			
28年度	2,561人	557人	21.7%	1,204人	171人	14.2%	1,357人	386人	28.4%	820人	35.5%	96人	11.7%	36人	4.4%	34人	94.4%			

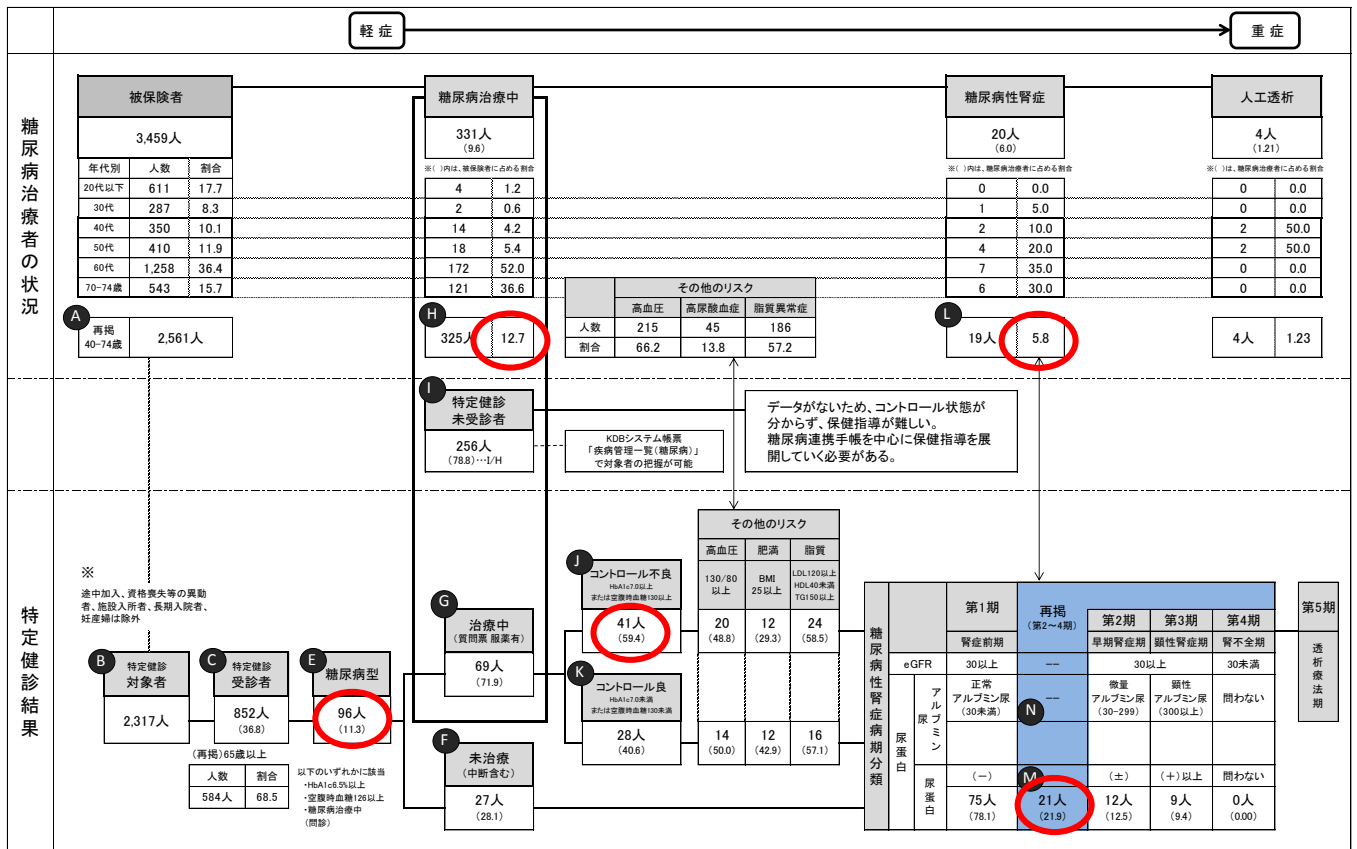
出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2~3-4(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分)
保健指導支援ツール(25 年度・28 年度法定報告値で計上)

図表 16 脳・心・腎を守るためにー 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年齢調整入院患者数の減少						
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン [2006年度改訂版]作成)	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)						
	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	蛋白尿 (+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	244 28.6%
受診者数 852	33 3.9%	0 0.0%	37 4.3%	28 3.3%	132 15.5%	56 6.6%	9 1.1%	17 2.0%	
対象者数									
治療なし	20 3.7%	0 0.0%	35 5.2%	18 2.7%	24 5.4%	23 2.9%	4 0.9%	5 1.1%	80 17.9%
(再掲) 特定保健指導	8 24.2%	0 0.0%	9 24.3%	8 28.6%	24 18.2%	8 14.3%	1 11.1%	2 11.8%	44 18.0%
治療中	13 4.2%	0 0.0%	2 1.1%	10 5.6%	108 26.7%	33 47.8%	5 1.2%	12 3.0%	164 40.5%
臓器障害 あり	2 10.0%	0 0.0%	3 8.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	4 100.0%	5 100.0%	11 13.8%
臓器障害 なし	18 90.0%	--	32 91.4%	18 100.0%	24 100.0%	22 95.7%	--	--	--

出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果) ※臓器障害あり…心電図有所見者、CKD 専門医受診対象

図表 17 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態



出典:KDB 帳票 厚生労働省様式 3-2
保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

3) 中長期的目標の達成状況

① 医療の状況

本町の一人当たり医療費(月額)は 30,365 円と同規模平均、福岡県、国と比較しても高い状況となっています。医療費全体に占める外来・入院費用の割合は、同規模平均、国より入院費用の割合が高く、1 件あたりの在院日数は同規模平均、福岡県、国と比較して長くなっています(図表 18)。

本町の 28 年度医療費総額は約 12 億円で、平成 25 年度と比較すると、入院費用額で 4,700 万円減少しています。一人当たり医療費は、全体では 30,365 円で 25 年度と比較すると 1,655 円増加(+5.8%)しており、入院では 397 円の減少(-2.9%)、入院外では 2,052 円の増加(+13.5%)となっています。これらの伸び率は同規模・県・国と比較して入院は低く、入院外は高い状況です(図表 19・20)。

医療費の割合は、25 年度では精神 24.8%、がん 18.1%、筋・骨格 14.5%、高血圧症 9.3%、慢性腎不全(透析有)9.1%、糖尿病 8.1%、脂質異常症 5.5%、28 年度では精神 23.2%、がん 23%、筋・骨格 16.9%、高血圧症 8.8%、慢性腎不全(透析有)7.8%、糖尿病 7.8%、脂質異常症 6%であり、がんの医療費割合が高くなっています(KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)。

図表 18 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		保険者	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		30,365 <small>県内7位 同規模27位</small>	26,568	25,927	24,245
受診率		758.77	705.038	708.879	686.286
外来	費用の割合	56.6	57.2	54.9	60.1
	件数の割合	96.8	96.8	96.9	97.4
入院	費用の割合	43.4	42.8	45.1	39.9
	件数の割合	3.2	3.2	3.1	2.6
1件あたり在院日数		17.6日	16.7日	16.9日	15.6日

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 19 総医療費(入院・外来)の変化

	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
25年度	12億3,686万円	---	5億8,417万円	---	6億5,269万円	---
28年度	12億3,775万円	89万円	5億3,657万円	△4,760万円	7億118万円	4,849万円

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 20 一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	保険者	28,710	13,560	15,150			
	同規模	24,407	10,508	13,899			
	福岡県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,383	8,965	13,418			
28年度	保険者	30,365	13,163	17,202	105.8	97.1	113.5
	同規模	26,568	11,366	15,202	108.9	108.2	109.4
	福岡県	25,927	11,703	14,224	105.4	103.9	106.6
	国	24,245	9,667	14,578	108.3	107.8	108.6

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※一人当たり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者総数で除して算出

② 最大医療資源傷病名による分析(中長期的疾患及び短期的な疾患)

データヘルス計画における対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が総額に占める割合は本町 19.87%で国、福岡県と比較すると低い傾向にあります。また疾患別に見ると、全国と比較して慢性腎不全(透析有)が少ないのは、65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることが背景にあると考えられます(図表 21)。本町の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別透析患者数を見ると、65 歳以上透析患者の医療保険は全員が後期高齢者医療であります(図表 22)。

図表 21 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(25 年度・28 年度比較)

市町村名	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			糖尿病	高血圧					脂質異常症			
		同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞										
大木町	25年度	28,710	23位	9位	5.32%	0.27%	3.63%	1.92%	4.77%	5.40%	3.24%	3億373万円	24.56%	10.64%	14.57%	8.51%
	28年度	30,365	27位	7位	4.27%	0.17%	2.04%	1.07%	4.24%	4.77%	3.30%	2億4,594万円	19.87%	12.52%	12.65%	9.18%
国	28年度	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	--	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
		25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	--	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

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 システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 22 年代別透析患者数の推移(25年度・28年度比較)

	透析患者数	40～64歳	被保険者 10万対	65～74歳	被保険者 10万対	(再掲)	
						国保	後期
25年度末	16人	10人	761.0	6人	447.8	0人	6人
28年度末	15人	10人	878.0	5人	348.2	0人	5人

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

③ 高額になる疾患及び長期化する疾患について

ア 高額(80万円以上/件)になる疾患

高額になる疾患のうち、悪性新生物の占める割合は非常に高いです。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行います。食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防をすすめていく必要があります。

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数は13%、費用額は約12%を占めています。また脳血管疾患による高額レセプトは22件に対して患者数は13人であり、複数月高額レセプトになっています(図表23)。

イ 長期(6ヶ月以上)入院

長期入院の件数の79.1%、費用額の74.3%を統合失調症等の精神疾患が占めています。また約1割は脳血管疾患や虚血性心疾患を併発しています(図表24)。

ウ 人工透析の状況

本町国保被保険者の人工透析患者は10人程度を推移しており、人工透析患者の約2割が脳血管疾患、約3割に虚血性心疾患を合併しています。また40%に糖尿病の診断があります(図表25)。

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は1,354人であり、重症化した状態である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、生活習慣病治療者全体のうち、それぞれ11.1%、8.6%、1.5%を占めています。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに基礎疾患として、高血圧は約8割、糖尿病が約4割、脂質異常症は6割が併せ持っています(図表26)。

図表 23 厚生労働省様式 1-1_高額になる疾患(80万円以上レセプト)

	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
人数	126人	13人		5人		30人		81人		
		10.3%		4.0%		23.8%		64.3%		
件数	207件	22件		5件		38件		142件		
		10.6%		2.4%		18.4%		68.6%		
	年代別	40歳未満	2	9.1%	0	0.0%	2	5.3%	8	5.6%
		40代	1	4.5%	0	0.0%	1	2.6%	25	17.6%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	3	7.9%	33	23.2%
		60代	11	50.0%	5	100.0%	24	63.2%	35	24.6%
70-74歳		8	36.4%	0	0.0%	8	21.1%	41	28.9%	
費用額	2億9547万円	2926万円		639万円		5423万円		2億0559万円		
		9.9%		2.2%		18.4%		69.6%		

* 最大医療資源傷病名(主病)で計上

* 疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

図表 24 厚生労働省様式 2-1 長期入院(6ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	32人	25人	4人	3人
		78.1%	12.5%	9.4%
件数	254件	201件	14件	9件
		79.1%	5.5%	3.5%
費用額	1億0662万円	7926万円	639万円	387万円
		74.3%	6.0%	3.6%

* 精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

図表 25 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5 診療分	人数	10人	4人	2人	3人
			40.0%	20.0%	30.0%
H28年度 累計	件数	128件	51件	14件	52件
			39.8%	10.9%	40.6%
	費用額	5486万円	2441万円	540万円	2290万円
			44.5%	9.8%	41.7%

* 糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

図表 26 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		中期的な疾患			短期的な疾患		
		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
1,354人		150人 11.1%	116人 8.6%	20人 1.5%	740人 54.7%	331人 24.4%	570人 42.1%
の基礎 重なり 疾患	高血圧	106人 70.7%	98人 84.5%	15人 75.0%	—	216人 65.3%	366人 64.2%
	糖尿病	52人 34.7%	44人 37.9%	20人 100.0%	216人 29.2%	—	190人 33.3%
	脂質異常症	79人 52.7%	69人 59.5%	13人 65.0%	366人 49.5%	190人 57.4%	—

④ 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症(人工透析)の新規患者の状況

平成 25 年度と比較して脳血管疾患と虚血性心疾患の新規患者はそれぞれ 46.8%、4%の減少、また診断月に入院するという重症化したケースも数年間でそれぞれ 6%、9.4%減少しています。しかし新規患者の中で過去 3 年間未受診であった割合は双方とも約 6 割を占めているという状況です(図表 27・28)。

予防の効果があったと思われるものは人工透析における新規透析患者数です。当町ではここ 3 年間で透析の新規患者が発生していません。今後も糖尿病性腎症を未然に防ぎ、透析患者を出さないよう継続して保健指導を展開していく必要があります(図表 29)。

図表 27 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管疾患患者数 (様式 3-5)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め 3 年間)		
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25 年度	3,576 人	160 人	4.5%	158 人	98.8%	34 人	21.5%	21 人	61.8%	
26 年度	3,572 人	158 人	4.4%	97 人	61.4%	15 人	15.5%	7 人	46.7%	
27 年度	3,450 人	151 人	4.4%	109 人	72.2%	19 人	17.4%	10 人	52.6%	
28 年度	3,354 人	150 人	4.5%	78 人	52.0%	23 人	29.5%	14 人	60.9%	

図表 28 虚血性心疾患

	被保険者数	虚血性心疾患患者数 (様式 3-5)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め 3 年間)		
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25 年度	3,576 人	125 人	3.5%	88 人	70.4%	29 人	33.0%	18 人	62.1%	
26 年度	3,572 人	130 人	3.6%	63 人	48.5%	20 人	31.7%	15 人	75.0%	
27 年度	3,450 人	129 人	3.7%	80 人	62.0%	26 人	32.5%	12 人	46.2%	
28 年度	3,354 人	116 人	3.5%	77 人	66.4%	16 人	20.8%	10 人	62.5%	

図表 29 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		新規患者数					
		A	B	B/A	D	D/B	糖尿病あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)
	E						E/D	F	F/D
25年度	3,576人	10人	0.28%	3人	30.0%	3人	100.0%	3人	100.0%
26年度	3,572人	10人	0.28%	1人	10.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
27年度	3,450人	7人	0.20%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
28年度	3,354人	10人	0.30%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%

⑤ 介護の状況

本町の1件当たりの介護給付費を比べてみると、平成25年度では70,437円だったのに対し、平成28年度は64,458円と約6,000円減少しています。その内訳を見てみると、施設給付費は徐々に減少し、居宅サービス費は大きな増加がない状況です。

また、有病状況においては、高血圧、心疾患、筋・骨格が50%以上で、近年増加傾向にあります(図表30)。

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点に年代別で見ると、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患、腎不全の循環器疾患が上位を占めており、特に脳血管疾患は第2号被保険者で7割以上、第1号被保険者でも約4割の有病状況となっています。また、基礎疾患である糖尿病等血管疾患の有病状況は全年齢で9割以上と非常に高い割合となっています(図表31)。

図表 30 要介護認定者の経年推移

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	
介護給付費	8億3,518万円		8億2,334万円		8億1,836万円		8億186万円		
1号認定者数(認定率)	548	17.1	551	17.1	569	17.3	548	17.4	
新規認定者	6	0.3	12	0.3	12	0.3	11	0.3	
2号認定者	13	0.3	13	0.3	12	0.3	10	0.2	
有病状況	糖尿病	95	18.0	103	17.4	115	19.5	108	19.2
	高血圧症	304	51.8	311	55.4	331	57.7	326	57.9
	脂質異常症	119	22.5	117	21.8	136	22.2	136	23.6
	心臓病	337	57.8	348	61.5	367	63.7	366	64.2
	脳疾患	174	30.5	171	31.8	172	31.1	162	29.7
	がん	51	9.5	65	10.9	73	12.5	70	11.9
	筋・骨格	271	48.2	277	50.9	315	51.2	315	54.0
	精神	186	30.1	193	35.4	218	35.8	196	37.0
1件当たり給付費(全体)	70,437		67,977		66,674		64,458		
居室サービス	44,673		44,381		44,617		45,309		
施設サービス	282,037		281,165		279,420		275,692		
要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	88,980	89,300	89,080	84,210				
	認定なし	42,760	42,920	45,490	44,500				

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 31 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

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								
要介護認定・レセプト突合状況	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	介護件数(全体)		10		56		492		548		558						
		再) 国保・後期		7		42		459		501		508						
		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					
														脳卒中	5	71.4%	脳卒中	18
		循環器疾患	1	虚血性心疾患	2	28.6%	虚血性心疾患	12	28.6%	脳卒中	196	42.7%	虚血性心疾患	209	41.7%	虚血性心疾患	211	41.5%
			2	腎不全	2	28.6%	腎不全	2	4.8%	腎不全	40	8.7%	腎不全	42	8.4%	腎不全	44	8.7%
			3	糖尿病	3	42.9%	糖尿病	21	50.0%	糖尿病	144	31.4%	糖尿病	165	32.9%	糖尿病	168	33.1%
		基礎疾患(*2)	1	高血圧	6	85.7%	高血圧	35	83.3%	高血圧	375	81.7%	高血圧	410	81.8%	高血圧	416	81.9%
			2	脂質異常症	2	28.6%	脂質異常症	25	59.5%	脂質異常症	221	48.1%	脂質異常症	246	49.1%	脂質異常症	248	48.8%
			3	脂質異常症	2	28.6%	脂質異常症	25	59.5%	脂質異常症	221	48.1%	脂質異常症	246	49.1%	脂質異常症	248	48.8%
		血管疾患合計		合計	6	85.7%	合計	40	95.2%	合計	431	93.9%	合計	471	94.0%	合計	477	93.9%
		認知症		認知症	1	14.3%	認知症	11	26.2%	認知症	197	42.9%	認知症	208	41.5%	認知症	209	41.1%
筋・骨格疾患		筋骨格系	5	71.4%	筋骨格系	37	88.1%	筋骨格系	426	92.8%	筋骨格系	463	92.4%	筋骨格系	468	92.1%		

出典: KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況

※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

3. 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されています(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は、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、発展させるとし、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が高く評価されています。

また配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組については、平成 28 年度前倒し実施分において、46.9%が既に達成していたことから、更なる充実を図るため、新たに受診勧奨後の取組及び保健指導後の検査結果改善等の評価について評価指標が追加されました。今後は、本町においても国の見直し、追加も考慮し、取組の充実を図っていきます。

本町の平成 28 年度前倒し実施分では福岡県 60 市町村中 19 位、全国 1,714 市町村中 396 位と上位に位置していました。特定健診受診率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、個人インセンティブ提供、また後発医薬品の使用割合に関する項目で県平均を下回っていましたが、他の項目上回る結果でした(図表 32)。

図表 32 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標		前倒し実施分				29年度 配点	30年 度 配点
		28 年 度 配点	実績				
			全国	福岡県	大木町		
総得点(満点)		345				580	850
総得点(体制構築加点 70 点を除く)		275	128.67	146.03	161	510	790
交付額		--	--	--	776 万 円		
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	534.4 円		
全国順位(1,741 市町村中) ※福岡県は 47 都道府県中の順位		--	--	13 位	396 位		
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	0	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	0	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	0	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70	100
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45	70
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	0	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	10	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	7	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	4	30	40
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	15	70	100
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	5	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
体制構築加点		70				70	60

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1. 分析結果に基づく課題の明確化

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(人工透析)を重点に重症化予防を進めてきました。

未受診者対策においては、国保部局から年1回受診勧奨の再通知を発送していますが、受診率の向上にはほとんどつながっていないのが現状でした。健康部局としては、健診受診者の保健指導を徹底して行うことを目標にしていますが、若年層へのアプローチにおいては拒否者の割合が多く、全員に十分な保健指導を行うことができていません。そのことを含めて考えると、やはり健診受診率の向上は今後も大きな重要課題といえます。

そこで平成29年度は、未受診者対策の取組として民間業者の啓発事業を活用することにしました。その効果は職員に耳にも届き、「健診を受けなければいけなかったなんて知らなかった」「私にはあまり関係ないと思っていた」と思っていた人がいるという驚きの事実もわかり、町としての啓発不足であることを痛感しています。

保健事業においては、新たに取り組んだ内容として「血糖値改善教室」を実施し、その効果を町民に見える化し健康づくりの啓発も含めた事業展開を行いました。また、受身の保健指導ではなく、職域を絡めての各種団体への健康出前講座を実施し、若年者への意識改革を狙いとした健康教育を行ったところ、若年層ほど気づきが多いということがわかりました。

特定保健指導や重症化予防事業での個別対応の強化はもちろんですが、職域等の各種団体を巻き込んだ健康づくりを併せて行っていくことは効果的な取組かもしれません。

以上、第1期の取り組み、評価も踏まえ、健診・医療・介護等のデータを分析するにあたり、以下の視点で整理し、本町国民健康保険の健康課題が明らかとなりました。

- 高額や長期に医療を要する疾患の原因は何か、それは予防可能な疾患か。
- 医療と介護の両方を必要とする疾患は何か。

<健康課題>

健診

- ① 特定健診の受診者は約3割であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要であり、そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要があります。
- ② 特に特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が約4割を占めているが、特定健診受診者で既に治療中である者の中にも重症化予防の対象者(コントロール不良者)がいることから、かかりつけ医との連携がやはり重要であることがわかります。

また生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の48.6%を占め、これらの者は全く実態がつかめないまま突然倒れるなど、重症化する可能性があるため、健診の受診を勧める必要性は非常に大きいです。

- ③ 当町では特定健診の結果からメタボリックシンドロームの該当者・予備群を合わせると、女性で13.2%、男性で51.6%と、圧倒的に男性の割合が高いため、男性への特定保健指導の実施が重要課題です。

また高血圧、糖尿病及び脂質異常の有所見率が約半数を占めており、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるとだけでなく、要介護状態になる可能性があるため、これら3項目に該当する人を優先的に支援する必要があります。

- ④ 健診結果で糖尿病(型)と判断される者の約21%に既に腎機能の所見があり、医療との連携を強化し、重症化を予防していく必要があります。

医療

- ⑤ 同規模と比べ、医療費全体に占める入院(件数・費用額)の割合が高く、1件当たりの在院日数も長くなっており、重症化している状況がうかがえます。その結果一人当たり医療費も高くなっています。軽症のうちに外来治療につなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要であります。

- ⑥ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は40%であり、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となります。

- ⑦ 長期入院の分析結果から、統合失調症等の精神疾患患者の重症化予防や長期入院を防ぐことに加え、精神障害者の地域移行等福祉施策での対応を引き続き行います。

介護

- ⑧ 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いられる疾患です。しかし当町は、高齢化しているにもかかわらず、要介護認定率はほとんど変化がありません。これは地域に介護予防の意識が広まったからだと推測され、今後も継続取組が必要です。

要介護認定者の有病状況を見てみると脳血管疾患が多くを占め、糖尿病等の血管疾患の有病状況が9割以上と非常に高いです。介護部局では今の状態をどのように支援するかに意識が向きがちですが、これらの基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化することが明らかで、介護部局においても重症化予防の対策は非常に重要なものとして捉えます。

2. 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期にわけ、設定します。

<中長期目標の設定>

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院における疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であるため、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先とします。

<短期目標の設定>

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リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とします。特に高血圧、糖尿病は本町の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組むことが重要です。

図表 33 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの					
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①入院医療費の伸び率の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規発症の減少	①	特定健診受診率の向上					
		40%	40%	45%	50%	55%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		60%	60%	65%	70%	75%	80%
	③	高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 または拡張期血圧 100 以上)の割合					
		3.0%	3.0%	2.5%	2.5%	2.0%	2.0%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0 以上の割合					
		10%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%
	⑤	脂質異常の者の割合の減少 LDL コレステロール 160 以上の割合の減少					
		10%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%

第4章 保健事業の内容

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します。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る必要があります。

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等の取組を行います。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きます。

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が重要です。そのため特定健診受診率を上げ、受診した人への確実な特定保健指導実施を目指す必要があります。その実施にあたっては、第2編 第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

保健事業の実施は、費用対効果等から優先順位を考慮して取り組むこととし、国保部局のみでなく、健康増進事業担当や関係機関等と連携して実施します。特に対象者への受診勧奨や保健指導はこれまでの取組において効果を挙げている個別アプローチを継続的に取り組み、それと併せて各種団体への健康

出前講座を実施し、広く町民に健康づくりを啓発していくことにします。

1. 健康学習の実施(生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組)

国保特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながるように地域の健康出前講座(体のメカニズムと食事の関係や自宅での血圧測定の重要性、禁煙について等)を町民に身近な地域で実施します。

短期目標	健診受診率の向上および健康づくりのきっかけづくり
対象者	町民
実施方法	職域においては各部の定例会や総会時に健康出前講座を行います。
実施時期	通年
評価方法	健診受診状況

2. 特定健診未受診者対策

KDB でのデータ分析により、健診未受診者のうち既に医療機関で生活習慣病の治療を受けている人とそうでない人を明らかにし、個別受診勧奨のアプローチ方法を区別して対象者に応じた効果的な特定健診受診勧奨を行います。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	特定健診未受診者
実施方法及び 実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門職の訪問による受診勧奨事業 6月頃～12月頃 ○ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ○ 健康課全員(医療係・健康づくり係)による電話での受診勧奨 11月～3月 ○ 受診勧奨はがきの送付 10月 ○ 持ち込み健診の推進 通年
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

3. 特定保健指導事業

特定健診後の特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)の実施により、特定保健指導の実施率向上を図ります。

詳細については、第2編 第3期特定健康診査等実施計画参照。

4. 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診結果やレセプト情報から重症化するリスクの高い人を抽出し、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、医療機関との連携のもと重症化予防のための保健指導及び受療勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上
対象者	HbA1c7.0%以上、尿たんぱく(±)以上または eGFR60 未満
実施方法	○ 戸別訪問、個別面談、電話、手紙等 ※医療機関未受診者・医療機関受診中断者を優先し、糖尿病で通院中の者については、主治医と連携の上、実施します。 ○ 血糖値改善教室の実施 保健師・管理栄養士・健康運動指導士により、生活習慣の習慣化を支援します。
実施時期	通年
評価方法	○受診勧奨対象者への介入率 ○医療機関受診率 ○各主検査値の変化(改善)

※それぞれの実施体制や実施スケジュール等の詳細については、各事業ごとに定める。

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ました。

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ます。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、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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します。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ます。

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半数を超えています。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、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は本町国民健康保険加入者にとっても町民全体にとっても非常に重要です。

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ります。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町民を増やしていくこととなります。

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います。

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ります。

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ます。

※評価における4つの指標

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)

受診率・受療率、医療の動向等を、国保データベース(KDB)システムや保健事業・評価分析システムで確認しながら、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が被保険者分について定期的に確認し、評価します。

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します。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・評価委員会等の指導・助言を受けるものとします。

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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、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し、内容の普及啓発に努めます。

2. 個人情報の取扱い

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、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ます。

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)に基づき、保険者(高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。)は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされました。

1. 特定健康診査の基本的考え方

- (1) 国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、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、糖尿病等の発症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、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできるのです。また、その結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

- (2) 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者を的確に抽出するために行うものです。

2. 特定保健指導の基本的考え方

- (1) 特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものです。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 特定健診診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第2期の評価を踏まえ策定するものです。この計画は6年が1期であるため、第3期の計画期間は平成30年度から35年度とし、計画期間の中間年度である平成32年度の実績をもって、評価・見直しを行います。

2. 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- (1)生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要です。健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施します。
- (2)内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因(高血圧、高血糖、脂質異常)が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなります。このため保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要です。
- (3)効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定します。又、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視します。
- (4)健診・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断している者等を把握し、重点的な保健指導対象者の選定に役立てます。
- (5)メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40歳代から増加します。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要です。
- (6)糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことです。そのため保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援すること、また、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的としています。

3. 目標の設定

(1)実施に関する目標

市国保特定健診受診率、特定保健指導実施率の各年度の目標値を下記の通り設定する。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診受診率	40%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	65%	70%	75%	80%

(2)成果に関する目標

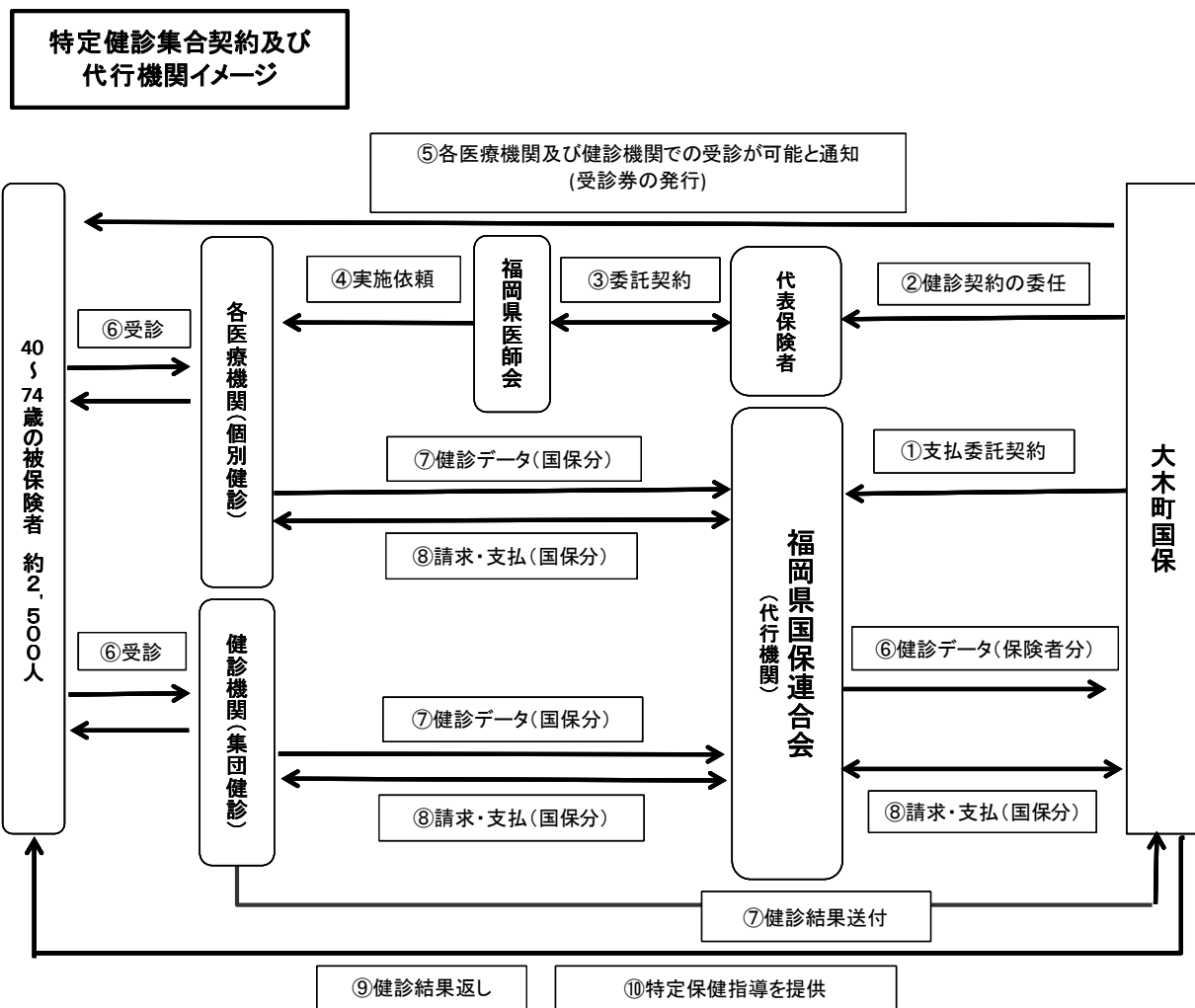
特定健診・保健指導の成果に関する目標としてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群等の目標値を下記のとおり設定します。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
メタボ該当者	125 人	120 人	115 人	110 人	105 人	100 人
メタボ予備軍	100 人	95 人	90 人	85 人	80 人	75 人

4. 対象者数の見込み

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	2,500 人	2,500 人	2,480 人	2,480 人	2,460 人	2,460 人
特定健診受診者	1,000 人	1,000 人	1,050 人	1,050 人	1,100 人	1,100 人
特定保健指導対象者数	227 人	245 人	263 人	281 人	299 人	317 人
特定保健指導実施数	136 人	147 人	170 人	196 人	224 人	253 人

5. 特定健診の実施



(1) 健診の契約形態

(個別健診)

健診については、各医療機関に委託して実施します。契約については、県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表保険者において集合契約を行います。(健診期間6月～3月)

(集団健診)

特定健診実施機関に委託契約します。(健診期間6月～11月)

(2) 特定健診委託基準

高確法律第 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ます。

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会と市町村国保側の代表保険者が集合契約を行います。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告(データ作成)であり、契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています。

(4) 健診委託単価、自己負担額、健診項目

健診委託単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定しています。また受診者の自己負担額は 500 円の予定です。

(5) 健診項目

① 基本的な健診の項目

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 1 条 1 項一号から九号で定められた項目とします。

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール)、肝機能検査(AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP)、血糖検査(空腹時血糖又 HbA1c 検査(NGSP 値)、やむを得ない場合には随時血糖)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

② 特定健診の詳細な健診の項目(「実施基準」第 1 条十号)

心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、クレアチニン(eGFR)

③ その他の健診項目

健康課題を踏まえ、基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施します。追加健診項目は地域の実情に併せて設定しており、当町においては血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査)・腎機能検査(血清クレアチニン、血清尿酸、尿潜血を追加検査項目として全員に実施します。

(6) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施します。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能としています。

個別健診においても町内医療機関の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制を整備します。

又加入している保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられる体制整備を行います。

特に被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診(健診受診の機会)を確保していきます。また、生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行っていきます。

(7) 代行機関の名称

代行機関は「福岡県国民健康保険団体連合会」と契約します。

(8) 健診の案内方法

特定健診受診券を発行し、個別に郵送します。ホームページ及び広報誌による広報を実施し、女性ネットワーク、食生活改善推進員等の地域のリーダー的存在として活躍するグループ及び医療機関による受診勧奨等に努めます。

(9) 年間実施スケジュール

- 3月中旬 : 特定健診・がん検診について年間計画パンフレットを全戸配布
- 4月中旬 : がん検診【集団】申し込み案内を全戸配布および広報による特定健診実施の案内
- 5月中旬 : がん検診の申し込み者へ受診券送付、特定健診対象者へ受診券送付
- 6・7月 : 特定健診 がん検診【集団】
- 6月～9月 : がん検診【個別】実施
特定健診【個別】は原則6～7月に行政区ごとに受診日程割振り(未受診者は年度末まで受診可能)
- 9月中旬 : がん検診【集団】申し込み案内を全戸配布
- 9月下旬 : がん検診【集団】の申し込み者へ受診券送付
- 10月 : 特定健診未受診者へ受診勧奨通知送付
- 11月 : 特定健診・がん検診【集団】
- 2月～3月 : 受診結果の把握と次年度受診券準備(健診対象者の抽出、印刷)

(10) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

・労働安全衛生法に基づく事業者健診の健診データ収集

事業者健診の項目は特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健診の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には結果表の写しの提出を依頼します。

・医療機関との適切な連携(診療における検査データの活用)

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことも重要です。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、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、一定のルールを整備します。

具体的には、集団検診で特定健診を受診した人の初回面接の際に主治医への検査データの提供に関する同意書を取り、連携した支援を行うことができるよう工夫していきます。また、医療機関で定期検査を受けている人でも特定健診を受けたとみなすことができるという情報を各医療機関に周知し、双方で受診率を向上させる取組みを行っていきます。

6. 保健指導の実施

1) 特定保健指導

(1) 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施します。

2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、2 年目の状態が改善している者に対して積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師が判断します。

(2) 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施(行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす)を導入します。

2) それ以外の保健指導

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはなりません。受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を実施します。(詳細については、第1編 第4章 保健事業の内容を参照。)

① 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導は、健康づくり主管課への執行委任の形態で行います。

標準的な健診・保健指導プログラム様式5-5(以下、厚労省様式5-5という。)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、評価を行います。

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

厚労省様式5-5に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に4つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとします。

優先順位	様式 5-5	保健指導 レベル	理由	支援方法	対象者見込 受診者に占める割合	目標 実施率
1	O P	O 動機づけ P 積極的支援 レベル2	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する ◆健診結果により必要に応じて受診勧奨	O:71人 (8.7%) P:22人 (2.7%)	利用率 90% 終了率 60%
2	M	受診勧奨 判定値の 者 レベル3	病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、適切な生活改善や受診行動が選択できる支援	M:155人 (18.9%)	100%
3	D	健診未 受診者 レベルX	特定健診受診率向上、重症化予防対象者の把握、早期介入で医療費適正化に寄与できる	◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(40・50代を中心とした未受診者対策、治療中断者の受診勧奨) ◆ホピュレーションアプローチ用学習教材の開発	D:1,488人	
4	N	受診不 必要の者 レベル1	特定健診受診率向上を図り自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明	N:179人 (21.8%)	90%
5	I	治療中 の者 レベル4	すでに病気を発症していても、重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆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 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの実合・分析	I:393人 (47.9%)	80%

※要保健指導対象者の見込み 受診率 53.8%(H28 年度実績)で試算

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

3) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラムによると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」とされていますが、その成果は数年後にしか数値データとして現れません。そこで、短期間で評価ができる事項についてはその都度評価を行っていくことが必要であり、その評価は①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行うこととします。

①様式 5-5 に基づいた評価

アウトプット(事業実施量)評価を行い、保健指導レベル別にプロセス(過程)評価を行います。また次年度の健診結果においてアウトカム(結果)評価を行い、次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価していきます。

保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診未受診、又は結果未把握
4	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生
5	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個数が増える	治療中断

②疾患別フローチャートに基づいた評価

厚労省様式 5-5 では疾患別の状況がわからないため、3 疾患別(高血圧・糖尿病・LDL)のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、保健指導レベル別にプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行います。

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1. 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて(平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号)」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

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保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなりますが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努めます。

3. 特定健診等データの情報提供及び照会

特定健康診査及び特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業です。このため、加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健康診査及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第 27 条第1項及び実施基準第 13 条の規定により、保険者(以下「現保険者」という。)は、加入者が加入していた保険者(以下「旧保険者」という。)に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないこととされています。

生涯にわたる健康情報を活用した効果的な保健指導を実施するため、積極的に過去の健診結果の情報提供を求めるものとします。

4. 個人情報保護対策

第 1 編 第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い 2. 個人情報の取り扱いに準ずるものとします。

5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とします。

第4章 結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際には、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められています。

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日までに報告します。

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 1 編 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・周知に準ずるものとします。