

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

平成30年3月
吉富町国民健康保険

目次

第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)	1
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
1. 背景.....	1
2. 計画の目的・位置付け	2
3. 計画期間.....	2
4. 関係者が果たすべき役割と連携.....	5
第2章 第1期計画に係る評価及び課題.....	6
1. 第1期計画の概要.....	6
2. 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移).....	6
3. 保険者努力支援制度.....	20
第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	21
1. 分析結果に基づく課題の明確化.....	21
2. 成果目標の設定	22
第4章 保健事業の内容.....	23
1. 糖尿病性腎症重症化予防.....	23
2. 特定保健指導事業.....	23
3. 特定健診未受診者対策.....	24
4. 健康づくり事業の実施(生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組).....	24
第5章 地域包括ケアに係る取組	25
第6章 計画の評価・見直し.....	26
1. 評価の時期	26
2. 評価方法・体制	26
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	27
1. 計画の公表・周知.....	27
2. 個人情報の取扱い.....	27
第2編 第3期特定健康診査等実施計画	28
第1章 制度の背景について	28
1. 特定健康診査の基本的考え方.....	28
2. 特定保健指導の基本的考え方.....	28
第2章 特定健診・特定保健指導の実施.....	29
1. 特定健診診査等実施計画について.....	29
2. 健診・保健指導実施の基本的な考え方	29
3. 目標の設定	29
4. 対象者数の見込み.....	30
5. 特定健診の実施	30

6. 保健指導の実施	33
第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	36
1. 特定健診・保健指導のデータの形式	36
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	36
3. 特定健診等データの情報提供及び照会	36
4. 個人情報保護対策	36
5. 被保険者への結果通知の様式	36
第4章 結果の報告	37
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	37

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 歳となった。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る。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。

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る。

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る。

これまで本町は、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あるが、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る。

※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ある。

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する。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)を目指すものとする。

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。(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 年間とする。

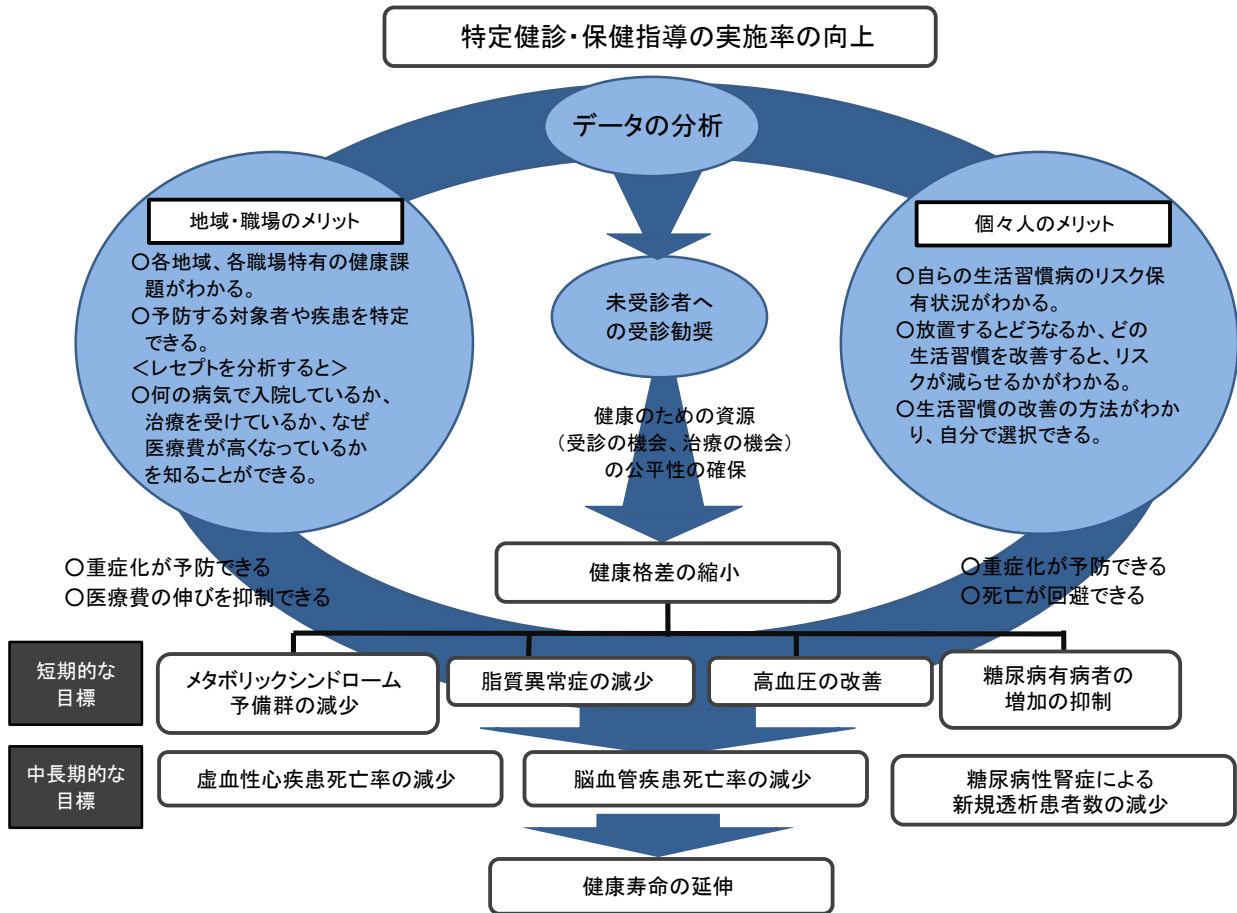
※1 保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。

※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

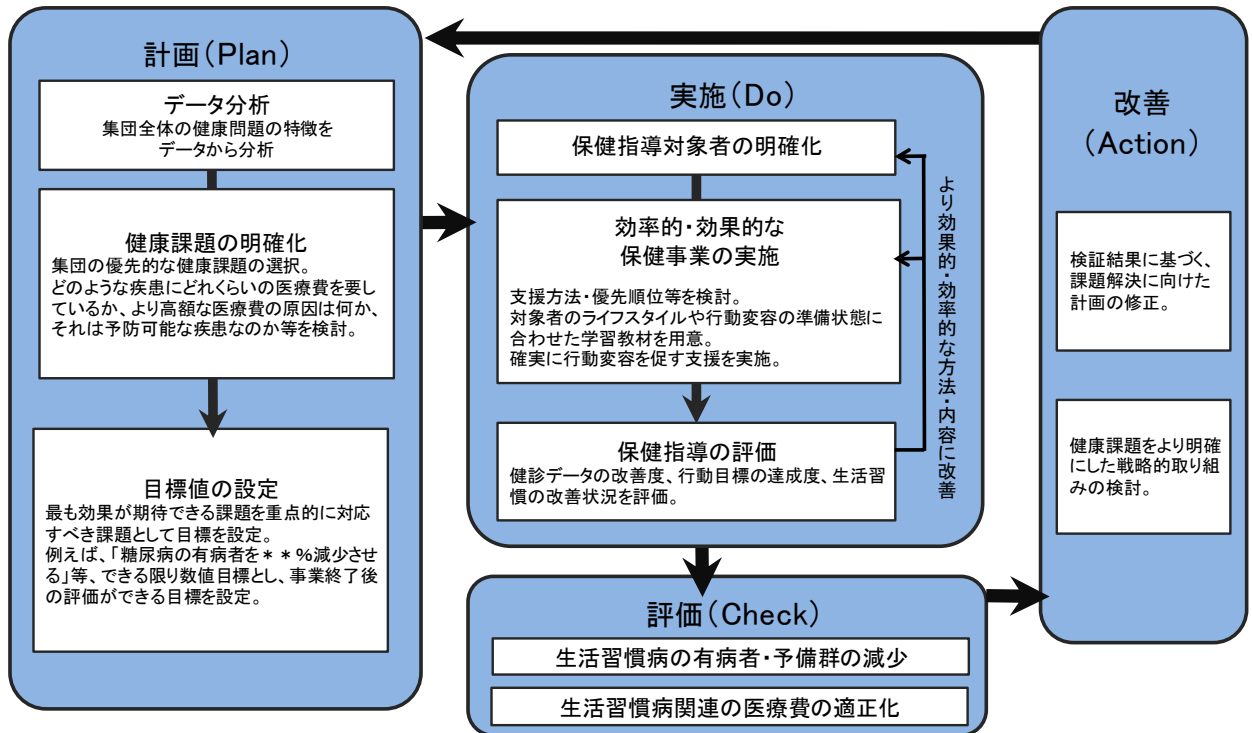
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第6条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策についての基本指針【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す、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、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、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率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、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最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期、壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	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 肥満	メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
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	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
評価	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規 透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な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)
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">保険者努力支援制度</div> 【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



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図-3

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する。また事業の実施にあたっては、健康部門、高齢者医療・福祉、介護予防担当者等が、それぞれの担当課・部署が計画に基づき実施する。

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。

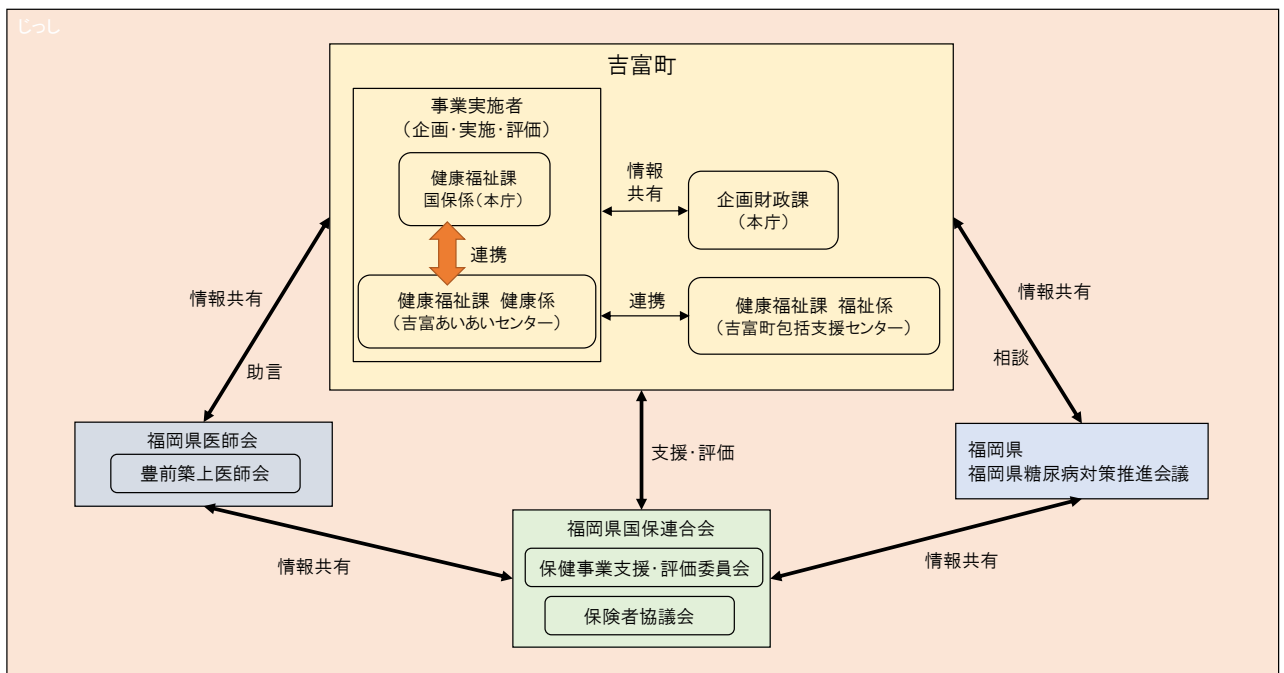
2) 外部有識者等の役割

保健事業支援・評価委員会や、福岡県糖尿病対策推進会議等の有識者による会議体の活用や、地元医師会、保健所等で開催する生活習慣病重症化予防対策会議、町内で開催する健康づくり推進協議会等の有識者の意見を参考にする。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、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る。

図表 4 吉富町の実施体制図



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28年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成28年度から平成29年度として、各種保健事業を実施してきた。

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における共通する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、医療費に占める生活習慣病の割合を抑制すること、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んできた。

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6,625人、高齢化率30.0%である(平成27年度国勢調査)。福岡県、国と比較すると高齢化が進んでいる。また被保険者の平均年齢も52.8歳と他と比べて高い。

また、平均寿命は男女ともに他と比べて低く、死亡率が出生率を上回っていることから、今後人口減少と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・増進は重要である。(図表5)

本町の国保加入率は25.1%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46.7%である。(図表6)

町内に1つの病院、9つの診療所があり、これはいずれも同規模平均と比較して多く、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模及び福岡県と比較して高い。(図表7)

図表5 吉富町の特性

	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
吉富町	6,625	30.0	1,611 (25.1)	52.8	8.6	16.5	78.6 86.2	65.0 66.9	3.3	40.2	56.6
同規模	6,830	35.5	2,043 (29.2)	53.5	6.1	16.1	79.3 86.4	65.2 66.7	18.4	25.4	56.2
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,537 (23.9)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	125,640,987	26.6	32,257,803 (26.2)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

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	24年度		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	実数	割合
被保険者数	1,761		1,762		1,735		1,717		1,691	
65～74歳	708	40.2	722	41.0	763	44.0	791	46.1	789	46.7
40～64歳	620	35.2	600	34.1	540	31.1	506	29.5	487	28.8
39歳以下	433	24.6	440	25.0	432	24.9	420	24.5	415	24.5

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	24年度		25年度		26年度		27年度		28年度		(参考) 28年度			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模		福岡県	
											実数	割合	実数	割合
病院数	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	144	0.3	460	0.4
診療所数	7	4.0	7	4.0	7	4.0	7	4.1	9	5.3	1,108	2.2	4,587	3.8
病床数	72	40.9	72	40.9	72	41.5	72	41.9	72	42.6	15,468	31.4	86,071	70.4
医師数	9	5.1	10	5.7	10	5.8	10	5.8	12	7.1	1,575	3.2	15,660	12.8
外来患者数	763.8		754.5		756.9		749.6		758.2		660.2		686.6	
入院患者数	26.4		23.6		28.3		28.7		29.6		22.7		22.3	

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握
※同規模保険者数 28年度:238 市町村

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

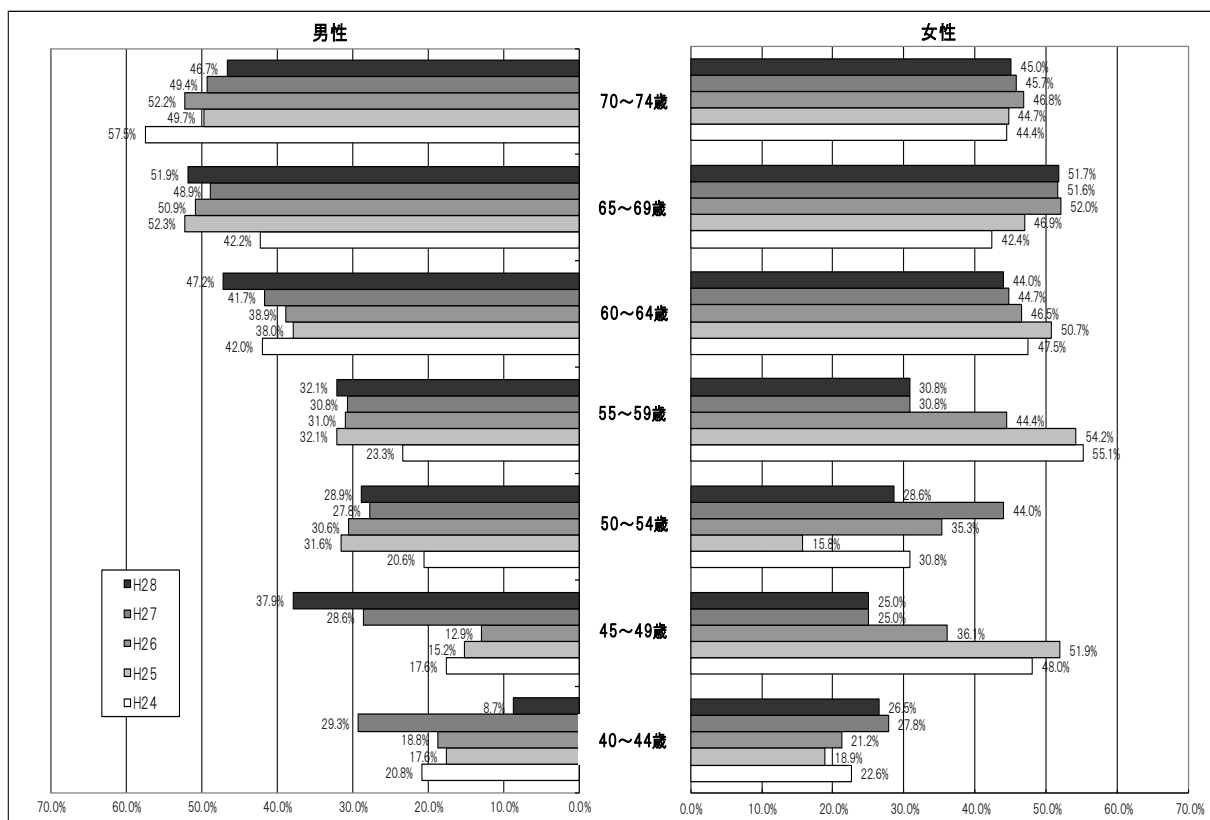
本町の平成 28 年度特定健診受診率は、制度のスタートした平成 20 年度と比較して 7.5%ほど増加、近年は 44%前後で推移している。(図表 8)またこれまで若年者の受診率を伸ばすことに重点をおいて個別訪問による受診勧奨を実施してきており、一部では増加がみられるものの、なお低迷している。(図表 9)

特定保健指導については平成 28 年度 69.5%と、前年度と比べて減少はしているものの、第 2 期特定健診等実施計画の目標値は達成しており、受診者に占める特定保健指導該当者の割合も減少している。(図表 8)

図表 8 吉富町の特定健診・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	参考 29年度 目標値
特定健診	受診者数	460人	528人	523人	519人	498人	実施中	健診受診率 60%
	受診率	35.8%	43.7%	44.5%	44.0%	43.3%		
	県内順位	12位	6位	6位	9位	9位		
特定 保健指導	該当者数	62人	75人	68人	61人	59人	実施中	特定保健指導 実施率 60%
	割合	13.8%	14.2%	13.0%	11.8%	11.8%		
	実施者数	40	48	45	47	41		
	実施率	64.5%	64.0%	66.2%	77.0%	69.5%		
	県内順位	10位	21位	19位	9位	17位		

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た。(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 31.0%、65 歳以上でも 10.3%を占めている。

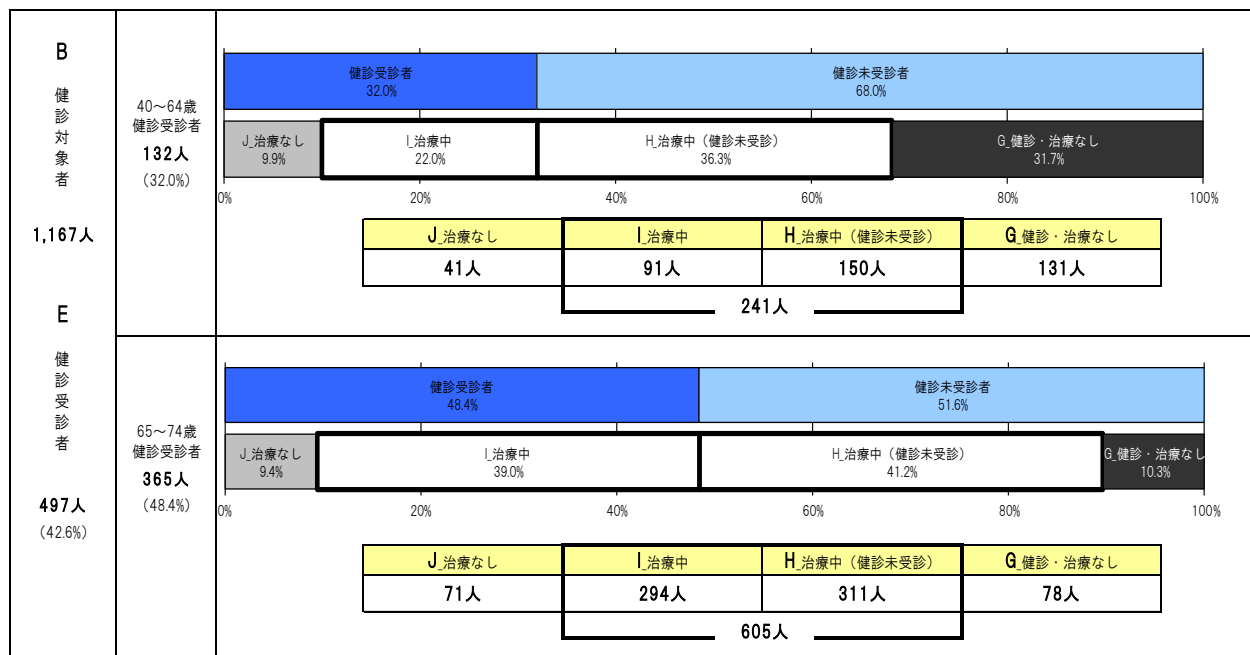
「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳合わせると 461 人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者(1 項目でも受診勧奨値有)であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。(図表 11)また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診の方が 19,957 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表 12)

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 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				498 人	100.0%	447 人	89.8%	51 人	10.2%	
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	120 人	24.1%	107 人	23.9%	13 人	25.5%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	151 人	30.3%	134 人	30.0%	17 人	33.3%	
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	111 人	22.3%	101 人	22.6%	10 人	19.6%
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	36 人	7.2%	33 人	7.4%	3 人
	(再掲) 7.0以上				15 人	3.0%	12 人	2.7%	3 人	5.9%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	19 人	3.8%	16 人	3.6%	3 人	5.9%
			拡張期	100以上	6 人	1.2%	4 人	0.9%	2 人	3.9%
			計		21 人	4.2%	18 人	4.0%	3 人	5.9%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	65 人	13.1%	56 人	12.5%	9 人	17.6%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	5 人	1.0%	5 人	1.1%	0 人	0.0%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	12 人	2.4%	11 人	2.5%	1 人	2.0%	
		尿酸	8.0以上	9 人	1.8%	7 人	1.6%	2 人	3.9%	

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

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費		9,808円			
健診未受診者の生活習慣病治療費				29,765円	

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ると、被保険者に占める患者の割合はほぼ横ばいである。特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c7.0%以上、Ⅱ度高血圧以上の該当者は横ばい状態で、治療への動機づけが困難な LDL-C180 以上については、減少している。また県平均に比べ、医療につながっている割合が高く、重症化予防につながっている。(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 27%(未治療者の 19%、治療者の 36%)が該当している。更に、重症化予防対象者とされる未治療者の約 5 割が既に心電図所見や 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である。(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 16.0%で、そのうち 30.7%に糖尿病性腎症の診断がある。これは糖尿病治療において、合併症に対する必要な検査・診断がなされ、重症化への進展が抑制されていると考えられる。

特定健診結果で糖尿病(型)は受診者の 12.7%でそのうち未治療(HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上)17.5%と、県平均に比べ医療の未受診者が少なく、受診につながっている。これは、糖尿病管理台帳による複数年の受診勧奨の効果と考える。

治療者の約 44.2%は HbA1c7.0 以上であり、治療者への積極的な重症化予防を目的とした保健指導が必要と考えられる。(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)			40-61歳			60-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c6.5以上		再掲			
		B	B/A		被保険者	患者数	D/C	被保険者	患者数	F/E			I	I/G	HbA1c7.0以上		未治療者	
	A			C	D	D/C	E	F	F/E	G	H			J	J/G	K	K/J	
25年度	1,349人	222人	16.5%	318人	25人	7.9%	1,031人	197人	19.1%	528人	43.7%	33人	6.3%	15人	2.8%	3人	20.0%	
28年度	1,340人	215人	16.0%	333人	26人	7.8%	1,007人	189人	18.8%	498人	43.3%	36人	7.2%	15人	3.0%	2人	13.3%	
28年度県										246,949人	32.3%	23,013人	9.4%	11,394人	4.7%	4,171人	36.6%	

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	高血圧患者数 (様式3-3)			40-61歳			60-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧以上		再掲			
		B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	I			I/G	Ⅲ度高血圧		未治療者		
														J	J/G	K	K/J	
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	1,349人	400人	29.7%	318人	39人	12.3%	1,031人	361人	35.0%	528人	43.7%	16人	3.0%	3人	0.6%	2人	66.7%	
28年度	1,340人	394人	29.4%	333人	36人	10.8%	1,007人	358人	35.6%	498人	43.3%	21人	4.2%	0人	0.0%	0人	--	
28年度県										246,949人	32.3%	12,759人	5.2%	2,084人	0.8%	1,487人	71.4%	

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	脂質異常症患者数 (様式3-4)			40-61歳			60-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C160以上		再掲			
		B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	I			I/G	LDL-C180以上		未治療者		
														J	J/G	K	K/J	
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	1,349人	332人	24.6%	318人	36人	11.3%	1,031人	296人	28.7%	528人	43.7%	98人	18.3%	35人	6.6%	33人	94.3%	
28年度	1,340人	337人	25.1%	333人	29人	8.7%	1,007人	308人	30.6%	498人	43.3%	65人	13.1%	17人	3.4%	14人	82.4%	
28年度県										246,949人	32.3%	31,965人	12.9%	11,581人	4.7%	10,670人	92.1%	

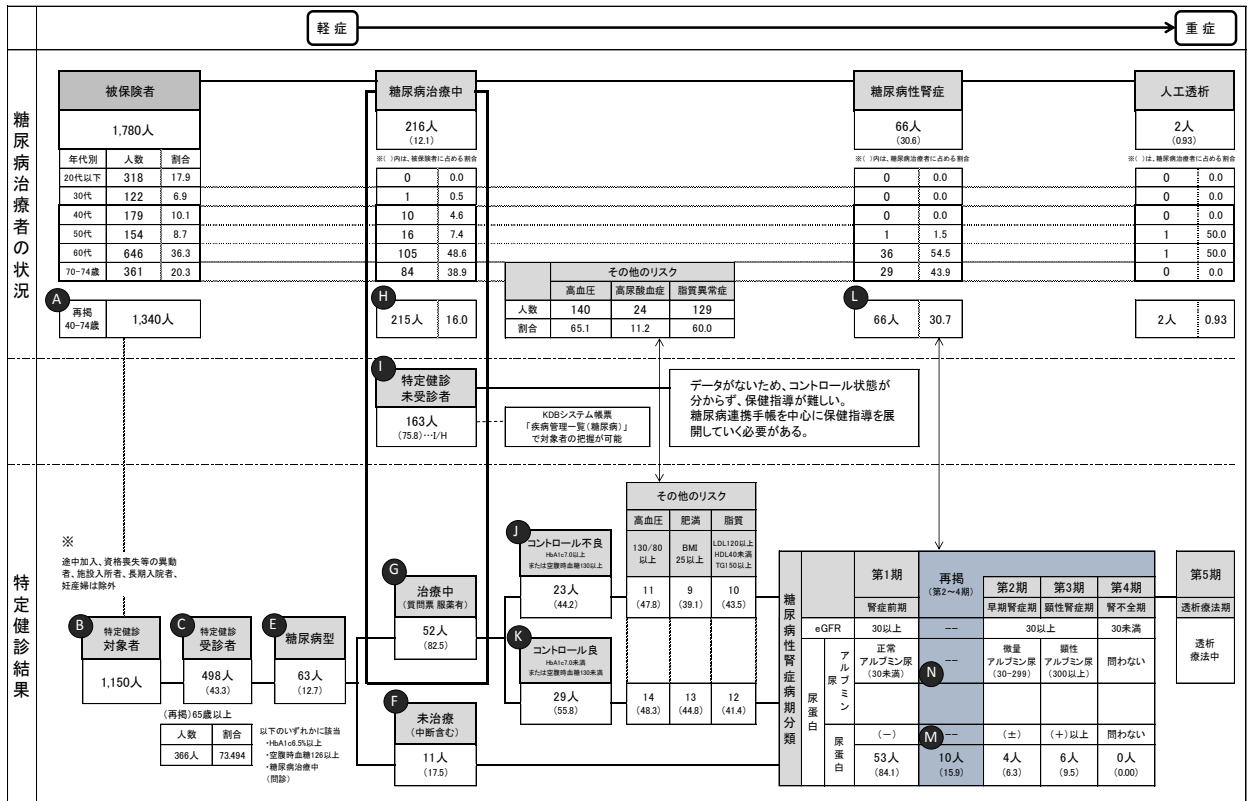
出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2~3-4(毎年度 5月診療分(KDB7月作成分))
保健指導支援ツール(25年度・28年度法定報告値で計上)

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 による年間新発症・再発患者数の減少				
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 (脳卒中治療ガイドライン委員会) 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	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器科の診療と予防に関するガイドライン (2005年度研究開発報告)) 心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	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)				
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2009 (日本高血圧学会) Ⅱ度高血圧以上	心房細動	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) LDL-C 180mg/d以上	メタボリックシンドロームの 診断基準 中性脂肪 300mg/d以上 メタボ該当者 (2項目以上)	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会) HbA1c(NGPS) 6.5以上 (治療中7.0以上)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会) 蛋白尿 (2+)以上 eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数	498						
対象者数	21 4.2%	5 1.0%	17 3.4%	19 3.8%	80 16.1%	21 4.2%	135 27.1%
治療なし	14 4.2%	1 0.4%	14 3.9%	17 4.7%	17 6.4%	8 1.8%	50 18.9%
(再掲) 特定保健指導	2 9.8%	1 20.0%	6 35.3%	6 31.8%	17 21.3%	3 14.3%	24 17.8%
治療中	7 4.2%	4 1.7%	3 2.1%	2 1.4%	63 26.9%	13 25.0%	85 36.3%
臓器障害 あり	9 64.3%	1 100.0%	7 50.0%	9 52.9%	7 41.2%	5 62.5%	27 54.0%
CKD(専門医対象者)	1	0	0	0	0	1	2
尿蛋白(2+)以上	0	0	0	0	0	1	0
尿蛋白(+) and eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1	0	0	0	0	0	2
心電図所見あり	9	1	7	9	7	4	27
臓器障害 なし	5 35.7%	--	7 50.0%	8 47.1%	10 58.8%	3 37.5%	--

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 31,360 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る。医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数の割合も他と比較して高く、1 件あたりの在院日数も長い。(図表 18)

本町の 28 年度医療費総額は約 6 億 5 千万円で、平成 25 年度と比較すると、入院費用額は、6,000 万円、通院費用額で 1,600 万円増加している。一人当たり医療費は、全体で 31,360 円で、25 年度と比較すると 4,353 円増加しており、入院では 3,174 円、入院外では 1,179 円の増加となっている。これらの伸び率はいずれも同規模・県・国と比較して高い状況である。(図表 19・20)

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	県	国
一人当たり医療費		31,360	県内4位 同規模27位	26,488	25,927	24,245
受診率		787,816		682,952	708,879	686,286
外来	費用の割合	55.5		56.6	54.9	60.1
	件数の割合	96.2		96.7	96.9	97.4
入院	費用の割合	44.5		43.4	45.1	39.9
	件数の割合	3.8		3.3	3.1	2.6
1件あたり在院日数		17.6日		16.3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

	総医療費(円)					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
24年度	585,928,340	--	249,307,340	--	336,621,000	--
25年度	572,202,530	△ 13,725,810	228,303,450	△ 21,003,890	343,899,080	7,278,080
26年度	613,319,770	41,117,240	263,075,080	34,771,630	350,244,690	6,345,610
27年度	646,787,460	33,467,690	266,633,150	3,558,070	380,154,310	29,909,620
28年度	649,113,910	2,326,450	288,751,630	22,118,480	360,362,280	△ 19,792,030

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
24年度	保険者	28,005	11,916	16,089			
	同規模	23,655	10,431	13,224			
	県	23,706	10,972	12,734			
	国	21,557	8,834	12,723			
25年度	保険者	27,007	10,776	16,231	△ 3.56	△ 9.57	0.88
	同規模	24,534	10,633	13,901	3.72	1.93	5.12
	県	24,609	11,269	13,340	3.81	2.70	4.76
	国	22,779	9,229	13,550	5.67	4.47	6.50
26年度	保険者	29,210	12,529	16,681	8.16	16.27	2.77
	同規模	25,108	10,931	14,177	2.34	2.80	1.98
	県	24,981	11,344	13,637	1.51	0.67	2.23
	国	23,292	9,383	13,909	2.25	1.68	2.64
27年度	保険者	31,070	12,808	18,262	6.37	2.23	9.48
	同規模	26,509	11,276	15,233	5.58	3.15	7.45
	県	26,154	11,583	14,571	4.70	2.11	6.85
	国	24,452	9,579	14,873	4.98	2.09	6.93
28年度	保険者	31,360	13,950	17,410	0.93	8.91	△ 4.66
	同規模	26,418	11,478	14,940	△ 0.34	1.79	△ 1.93
	県	25,927	11,703	14,224	△ 0.87	1.03	△ 2.38
	国	24,253	9,671	14,582	△ 0.81	0.96	△ 1.96

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

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)

平成 28 年度の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を見ると、本町は 19.6%で福岡県と比較すると低い傾向にある。また、平成 25 年度の 27.5%から大幅に改善されている。

また、全国と比較して慢性腎不全(透析なし)は高いものの、慢性腎不全(透析あり)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移行させていることが背景にあると考えられる。(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ほとんどが後期高齢者医療であり、25 年度と比較して増加している。(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)

		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			心								
			同規模	県内	慢性腎臓病 (透析有)	慢性腎臓病 (透析無)	脳梗塞 出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病					高血圧	脂質異常症	
吉富町	25年度	27,007	66位	22位	3.75%	0.15%	3.69%	1.97%	6.58%	6.02%	5.32%	157,257,790	27.48%	7.78%	14.29%	8.35%
	28年度	31,360	27位	4位	1.36%	0.24%	1.97%	1.42%	5.84%	4.80%	3.92%	126,906,990	19.55%	13.55%	16.05%	6.57%
国	28年度	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	28年度	25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	78,710,917,620	24.18%	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		65～74歳		(再掲)	
		被保険者 10万対	被保険者 10万対	被保険者 10万対	被保険者 10万対	国保	後期
25年度末	9人	4人	666.7	5人	660.5	1人	4人
28年度末	11人	2人	395.3	9人	1100.2	1人	8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が多い。健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う。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る。

一方、脳血管疾患は1人(2件)、虚血性心疾患3人(3件)と少なく費用額も全体の約5.7%にとどまっている。費用額の70%を占めるその他の疾患については、データヘルス計画における対象疾患以外の精神疾患やウイルス性肝炎などであり、精神疾患の長期入院やウイルス性肝炎の高額な治療薬が、医療費高騰につながったと考えられる。(図表 23)

イ 長期(6ヶ月以上)入院

長期入院の件数の84.6%、費用額の80.8%を統合失調症等の精神疾患が占めている。また18.1%は脳血管疾患を併発している。(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2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、約半数に虚血性心疾患を合併している。また45.2%に糖尿病の診断がある。(図表 25)

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は720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12.2%、10.8%、9.2%を占めている。

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5割、糖尿病が約3割、脂質異常症は6割が併せ持っている。(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	49人	1人		3人		17人		31人		
		2.0%		6.1%		34.7%		63.3%		
件数	80件	2件		3件		22件		53件		
		2.5%		3.8%		27.5%		66.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	9.1%	9	17.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	7.5%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	2	3.8%
		60代	0	0.0%	3	100.0%	6	27.3%	26	49.1%
70-74歳	2	100.0%	0	0.0%	13	59.1%	12	22.6%		
費用額	1億1984万円	261万円		424万円		2783万円		8516万円		
		2.2%		3.5%		23.2%		71.1%		

* 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	18人	16人		4人	
		88.9%		22.2%	
件数	195件	165件		38件	
		84.6%		19.5%	
費用額	7798万円	6301万円		1409万円	
		80.8%		18.1%	
				--	

* 精神疾患については最大医療資源疾病名(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	3人		1人	
		66.7%		33.3%	
H28年度 累計	件数	51件		12件	
		52.9%		23.5%	
	費用額	1774万円		442万円	
		49.8%		24.9%	

* 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		中長期的な疾患			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
720人		88人 12.2%	78人 10.8%	66人 9.2%	397人 55.1%	216人 30.0%	342人 47.5%
の 基 礎 な 疾 り 患	高血圧	65人 73.9%	66人 84.6%	46人 69.7%	--	140人 65.1%	241人 61.2%
		32人 36.4%	36人 46.2%	66人 100.0%	140人 65.1%	--	129人 60.0%
	糖尿病	55人 62.5%	49人 62.8%	53人 80.3%	241人 61.2%	129人 60.0%	--
		脂質異常症					

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

脳血管疾患と虚血性心疾患の新規患者の状況を見ると、診断された同月に入院されているケースが新規患者数の 1~2 割を占めており、更にその方の健診受診歴を確認すると 7 割近くが過去 3 年間において全く健診を受診されていなかった。(図表 27・28)

人工透析においては透析患者に占める糖尿病は年々減っているものの、近年新規患者の半数以上は基礎疾患として糖尿病を持っており、新規導入患者の半数が過去 3 年間健診受診歴がなかった。(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)	
		B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	1,761人	90人	5.1%	89人	98.9%	16人	18.0%	10人	62.5%
26年度	1,762人	75人	4.3%	48人	64.0%	11人	22.9%	10人	90.9%
27年度	1,717人	70人	4.1%	46人	65.7%	10人	21.7%	7人	70.0%
28年度	1,691人	80人	4.7%	53人	66.3%	12人	22.6%	3人	25.0%

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)	
		B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	1,761人	97人	5.5%	49人	50.5%	13人	26.5%	9人	69.2%
26年度	1,762人	80人	4.5%	43人	53.8%	16人	37.2%	11人	68.8%
27年度	1,717人	83人	4.8%	27人	32.5%	11人	40.7%	6人	54.5%
28年度	1,691人	78人	4.6%	33人	42.3%	6人	18.2%	2人	33.3%

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		糖尿病あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E
25年度	1,761人	5人	0.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
26年度	1,762人	5人	0.3%	1人	20.0%	1人	20.0%	1人	100.0%
27年度	1,717人	6人	0.3%	2人	33.3%	2人	33.3%	1人	50.0%
28年度	1,691人	3人	0.2%	2人	66.7%	2人	66.7%	1人	50.0%

出典：KDB システム帳票

厚生労働省様式 3-5～3-7(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分))

厚生労働省様式 1-1(年度累計)

保健事業等評価・分析システム 新規患者数

⑤ 介護の状況

本町の要介護認定者は第 1 号(65 歳以上)被保険者で 299 人(認定率 17.1%)、第 2 号(40～64 歳)被保険者 9 人(認定率 0.4%)と第 1 号被保険者については、同規模保険者、県よりも低く、第 2 号被保険者については同程度であり、第 1 号被保険者の認定率は減少している。

本町 4 の介護給付費は約 5 億円で、25 年度と比較すると 1 件当たり給付費は居宅サービスは増加し、施設サービスは減少しており、同規模平均と比較すると居宅サービスは高く、施設サービスは低い傾向にある。

また有病状況を見ると、高血圧、脳血管疾患、筋・骨格、精神が同規模と比較して高く、近年、高血圧、脂質異常症、精神が増加傾向にある。(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、虚血性心疾患、高血圧等の循環器疾患が上位を占めており、特に虚血性心疾患については、被保険者の 6 割以上の有病状況となっている。脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)については、3 割程度となっている。また、基礎疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症の血管疾患の有病状況は 95%で非常に高い割合となっている。(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		(参考) 28年度		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模平均	福岡県	
1号認定者数 (認定率)	331	19.3	334	19.1	302	17.7	299	17.1	20.1	23.1	
新規認定者	5	0.2	4	0.3	6	0.2	0	0.2	0.3	0.3	
2号認定者	6	0.3	12	0.4	10	0.5	9	0.4	0.4	0.4	
介護給付費	558,010,988		584,256,650		538,137,744		523,670,101		—	—	
1件当たり給付費 (全体)	68,891		76,298		76,030		77,939		70,589	57,450	
居宅サービス	44,385		48,557		46,763		51,331		40,981	39,185	
施設サービス	274,801		272,976		267,132		265,694		275,251	285,501	
有病状況	糖尿病	78	21.4	76	22.2	69	20.9	73	24.4	21.2	22.0
	高血圧症	181	51.0	179	52.3	159	50.8	161	52.4	54.6	54.0
	脂質異常症	98	29.7	85	27.6	81	27.0	94	28.3	26.7	29.8
	心臓病	209	58.8	207	59.9	190	59.9	187	61.4	61.9	61.2
	脳疾患	108	31.2	101	30.7	97	29.5	89	30.1	28.2	26.9
	がん	30	8.8	28	8.8	34	9.0	28	9.5	9.7	11.5
	筋・骨格	199	59.1	203	58.7	192	60.1	182	62.2	53.7	54.6
	精神	146	40.6	142	42.3	130	42.4	127	44.7	37.1	37.2
要介護認定別 医療費 (40歳以上)	認定あり	77,070		77,760		69,940		74,580		84,570	86,510
	認定なし	42,740		46,250		48,120		46,100		41,220	40,740

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 31 血管疾患の視点の視点のみた要介護者の有病状況 (年代別)

要介護認定・レセプト 有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計					
	介護件数 (全体)		9		25		274		299		308			
	再) 国保・後期		3		20		250		270		273			
血管疾患	循環器疾患	順位	1	脳卒中	1	脳卒中	10	虚血性心疾患	133	虚血性心疾患	141	虚血性心疾患	142	
					33.3%		50.0%		53.2%		52.2%		52.0%	
	2		虚血性心疾患	1	虚血性心疾患	8	脳卒中	128	脳卒中	138	脳卒中	139	脳卒中	139
			33.3%		40.0%		51.2%		51.1%		50.9%		50.9%	
	3	腎不全	0	腎不全	1	腎不全	26	腎不全	27	腎不全	27	腎不全	27	
			0.0%		5.0%		10.4%		10.0%		9.9%		9.9%	
	基礎疾患 (*2)	糖尿病		0	糖尿病	11	糖尿病	109	糖尿病	120	糖尿病	120	糖尿病	120
				0.0%		55.0%		43.6%		44.4%		44.0%		44.0%
				1	高血圧	12	高血圧	199	高血圧	211	高血圧	212	高血圧	212
			33.3%		60.0%		79.6%		78.1%		77.7%		77.7%	
	脂質異常症	2	脂質異常症	12	脂質異常症	140	脂質異常症	152	脂質異常症	154	脂質異常症	154		
		66.7%		60.0%		56.0%		56.3%		56.4%		56.4%		
血管疾患合計		合計	2	合計	17	合計	240	合計	257	合計	259	合計	259	
			66.7%		85.0%		96.0%		95.2%		94.9%		94.9%	
認知症		認知症	0	認知症	9	認知症	124	認知症	133	認知症	133	認知症	133	
			0.0%		45.0%		49.6%		49.3%		48.7%		48.7%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	3	筋骨格系	18	筋骨格系	234	筋骨格系	252	筋骨格系	255	筋骨格系	255	
			100.0%		90.0%		93.6%		93.3%		93.4%		93.4%	

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る。

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、取組の充実を図ることとする。

本町の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 279 位と上位に位置していた。しかし、保険料の収納率向上に対する取組に関する項目、歯周病疾患の取組、個人へのインセンティブに関する項目のみ県平均を下回る結果であった。(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	吉富町		
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	171	510	790
交付額		--	--	--	921,000		
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	557.2		
全国順位 (1,714市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位		--	--	13位	279位		
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	10	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	10	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	10	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	0	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	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	11	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	15	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	0	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						50
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った。

- 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 内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に取り組み、特定健診受診率は43.3%(平成28年度)と横ばいであるが、県内9位と上位に位置している。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る。
- 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健診未受診者の約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がいることから、かかりつけ医との連携により受診率を向上させる必要がある。
- ③ 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18%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然倒れてしまう可能性があるため、個別訪問による健診の受診勧奨をすすめる必要がある。
- ④ 特定健診の結果からは、男性のメタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに高く、特定保健指導の実施率向上が必要である。
また高血圧及び糖尿病の有所見率が高く、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だけでなく、介護も要することにつながるため、高血圧、糖尿病を優先的に解決する必要がある。
- ⑤ 健診結果で糖尿病(型)と判断される者の約30%に既に腎機能の所見があり、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

医療

- ⑥ 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いる状況がうかがえる。その結果一人当たり医療費も高くなっている。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る。
- ⑦ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は増加しており、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る。
- ⑧ 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家庭訪問やこころのリハビリ教室等で日頃からの相談体制を強化するとともに、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う。

介護

⑨ 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る疾患である。本町の要介護認定率は横ばいであるが、高齢者の増加に伴い高くなることが予想されるため、医療・保健・介護の連携により重症化予防の取組を強化する。

要介護認定者の有病状況を見ると心疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の糖尿病等の血管疾患の有病状況が9割以上と非常に高くなっている。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ため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。

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、設定する。

<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する。

<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する。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。

図表 33 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの	年度					
			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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
	②	特定保健指導の実施率の向上	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%
	③	高血圧者の割合減少	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%
		Ⅱ度以上の割合						
	④	血糖コントロール不良者の割合減少	2.8%	2.6%	2.4%	2.2%	2.0%	1.8%
HbA1c7.0以上の割合								
⑤	脂質異常者の割合減少	10.0%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%	
	LDLコレステロール160以上の割合							

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する。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る必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行う。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、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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2編 第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

保健事業の実施にあたっては、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、国保部門のみでなく、健康増進事業担当課や関係機関等と連携して実施する。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中心に取り組む。

1. 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者を抽出し、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診勧奨を行うことで、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	糖尿病重症化予防対象者、糖尿病性腎症病期分類 2～4 期等
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、実施する。
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨対象者への介入率 イ 医療機関受診率 ウ 各種検査値の変化(改善)

2. 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る。

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。

3. 特定健診未受診者対策

KDB システムや、福岡県国保連合会の評価分析システム等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ものとそうでないもの、過去の受診状況が明らかになるため、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う。

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	ア 専門職の訪問による受診勧奨事業 4月頃～12月頃 イ かかりつけ医等を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 専門職による電話での受診勧奨 4月～12月 エ 受診勧奨通知の送付
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

4. 健康づくり事業の実施(生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組)

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健康学習(例えば体のメカニズムと食事の関係や自宅での血圧測定・検脈の重要性、禁煙について等)を町民に身近な地域で実施する。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	町民
実施方法	健康教育・イベント等の機会を利用する。町の保健推進員(約150名)を通じての周知
実施時期	通年
評価方法	健診受診状況

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。

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、医療サービスが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ある。なかでも糖尿病の重症化予防が一番の課題である。糖尿病は生涯にわたる管理・コントロールが重要である一方で、後期高齢者への移行後や介護保険を利用するようになると、対象者の QOL や日常生活動作に重きが置かれ、糖尿病などの生活習慣病の管理・コントロールに取り組む重症化予防の視点が不十分になる傾向がある。

近年、KDB システムの稼働により、健診・医療・介護の一連したデータ分析及び個々人の経過を追うことが可能になり、各種データの活用により糖尿病の課題について現状分析すると共に、疾病管理台帳等を作成することで介護予防主管課と、健康づくり主管課との連携を図り、介護分野での糖尿病の重症化予防に向けた効果的な予防活動に取り組む必要がある。

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繋がって行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が期待される。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を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

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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収録されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、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

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る。

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る。

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る。

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る。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った経過をたどることになる。

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。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る。

- (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ある。

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ある。

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ある。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・見直しを行う。

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ある。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・保健指導を実施する。
- (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る。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ある。
- (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する。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する。
- (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る。
- (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歳代から増加する。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ある。
- (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ある。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する。

3. 目標の設定

(1) 実施に関する目標

町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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%

(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通り、設定する。

4. 対象者数の見込み

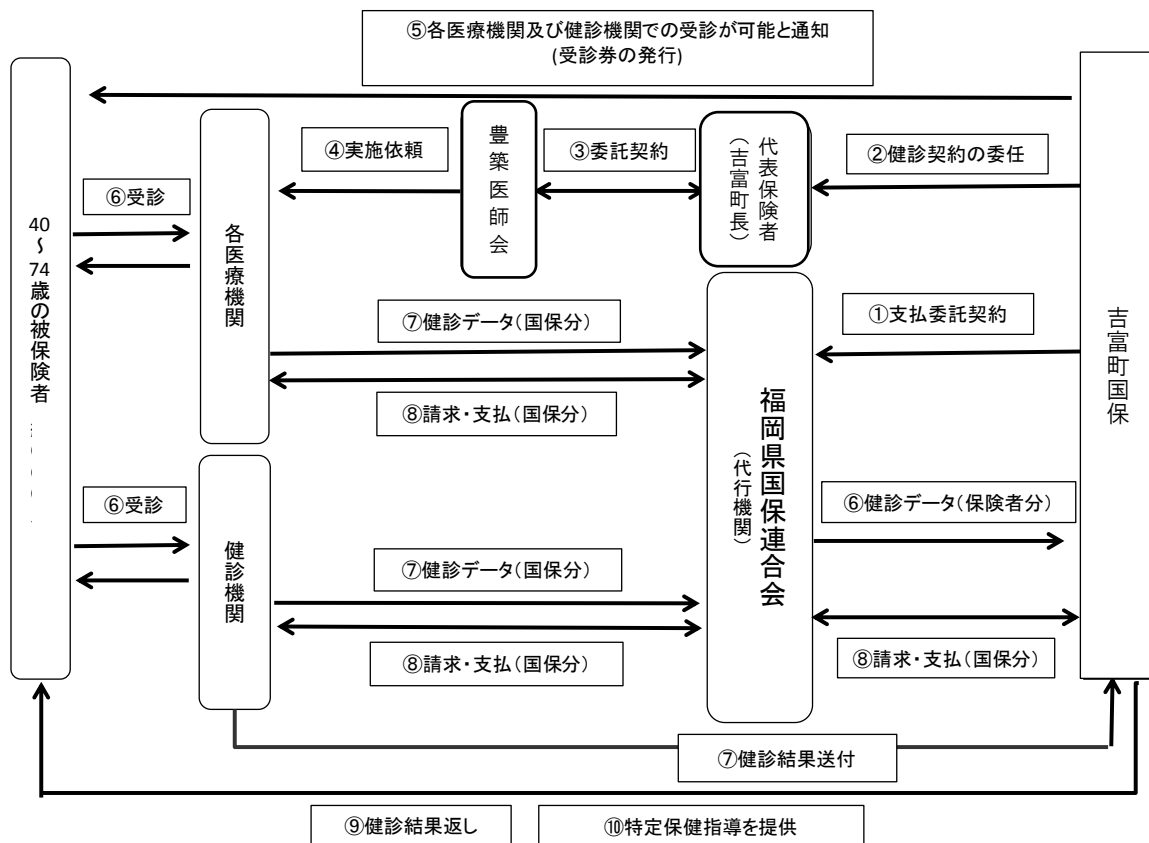
	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	1,670 人	1,650 人	1,630 人	1,610 人	1,590 人	1,570 人
特定健診受診者	756 人	792 人	831 人	869 人	906 人	942 人
特定保健指導対象者数	91 人	95 人	100 人	104 人	109 人	113 人
特定保健指導実施数	64 人	68 人	74 人	79 人	85 人	90 人

5. 特定健診の実施

(参考)平成 28 年度

(1)実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託して実施する。契約については、福岡県医師会が実施機関のとりまとめを行い、福岡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う。



(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る。

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

豊前築上医師会と町国保側のとりまとめ機関である福岡県国民健康保険団体連合会が集合契約を行う。

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する。

(4) 健診実施機関リスト

平成 28 年度特定健診実施機関については、吉富町のホームページに掲載している。

<http://www.town.yoshitomi.lg.jp/>

(5) 健診委託単価、自己負担額、

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する。また受診者の自己負担額については 500 円とする。

(6) 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する。

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 GT)、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)、血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)

③ その他の健診項目

健康課題を踏まえ、①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する。

血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査) 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)

腎機能検査(血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR)、血清尿酸、心電図検査、眼底検査を追加検査項目として実施する。

また、二次健診を実施として、微量アルブミン尿検査、75g 糖負荷検査、頸部エコー検査を実施する。

※20~39 歳の健診についても、上記健診項目に準ずる。

(7) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

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する。

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るよう体制整備を行う。

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)を確保する。又、生活保護受給者に対して健診の機会

を確保し、受診勧奨を行う。

(8) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・受付・受領・支払の代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に委託する。

(9) 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、防砂無線等による広報を実施し、保健推進員、医療機関による受診勧奨等に努める。

(10) 年間実施スケジュール

時 期	内 容	備 考
4月中旬	特定健診についての周知	
5月上旬	健康診査・がん検診対象者調査票戸別郵送	本町の健康管理システムにより対象者を抽出する
	対象者女性 20 歳以上・男性 40 歳以上の全戸に調査票を郵送	
6月上旬	受診希望者へ受診券、容器の配布	
6～7月	健診申込者に対して受診券(任意様式)、尿コップを配布	
	特定健診・がん検診実施【集団】	健診の結果については、医師会から電子データでもらう
8月～	集団健診未受診者対象に病院での個別健診を実施	健診の結果については集団健診と同様、医師会から電子データでもらう
	未受診者全員に受診券を郵送	
随時	保健指導の実施	

(11) 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する。

・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ある。

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にする。

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する。

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する。

(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)を導入する。

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らないが、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する。(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う。

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、評価を行う。

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する。

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	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:110人 (22.1%)	100%
2	O P	○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:38人 (7.6%) P:21人 (4.2%)	利用率 90% 終了率 60%
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) ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発	D:652人	60%
4	N	受診不要の者 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:95人 (19.1%)	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:234人	80%

※要保健指導対象者の見込み 受診率 43.3%(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する。

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」とされている。しかし、成果が数値データとして現れるのは数年後になるため、短期間で評価ができる事項についても、評価を行っていくことが必要であるため、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する。

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)評価を行う。また次年度の健診結果においてアウトカム(結果)評価を行う。アウトカム評価については、次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価する。

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う。

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る。

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う。

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るが、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る。

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ある。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る。

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、「福岡県保険者協議会における医療保険者間異動者の健診結果受け渡しに係るルール」に基づき、積極的に過去の健診結果の情報提供を求めるものとする。

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する。

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する。

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る。

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。

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する。