

保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 4 月
志免町国民健康保険

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

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

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を展開していくこと、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。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険(以下「国保」という)被保険者のさらなる健康保持増進に努めるため、「志免町国民健康保険事業実施計画」(以下「志免町国保データヘルス計画」という)を策定するものである。

※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、国保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。

また志免町国保データヘルス計画は、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志免町健康増進計画(健康しめ 21)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。

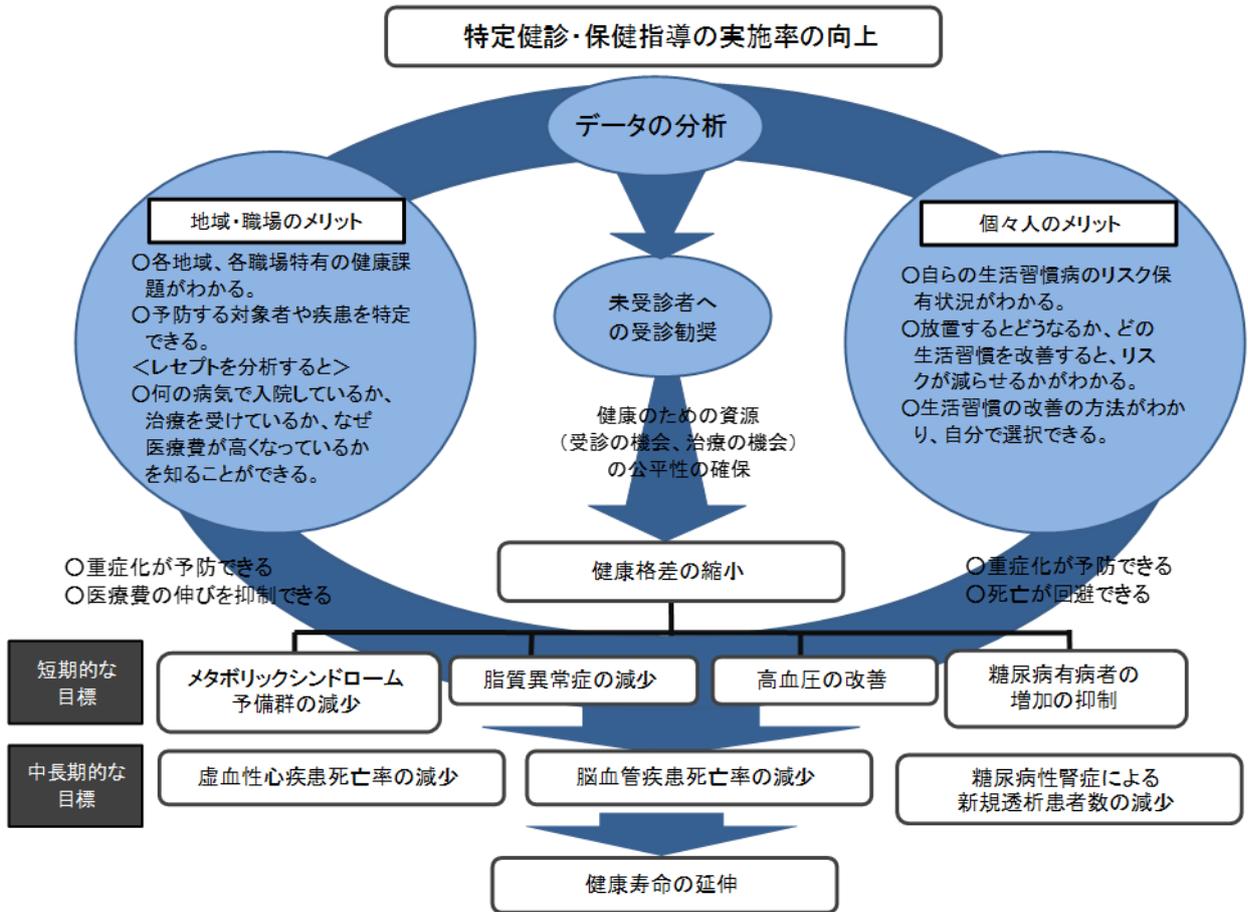
※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としている。

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	
	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	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		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん	
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			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 脊髄管狭窄症 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		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: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 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				

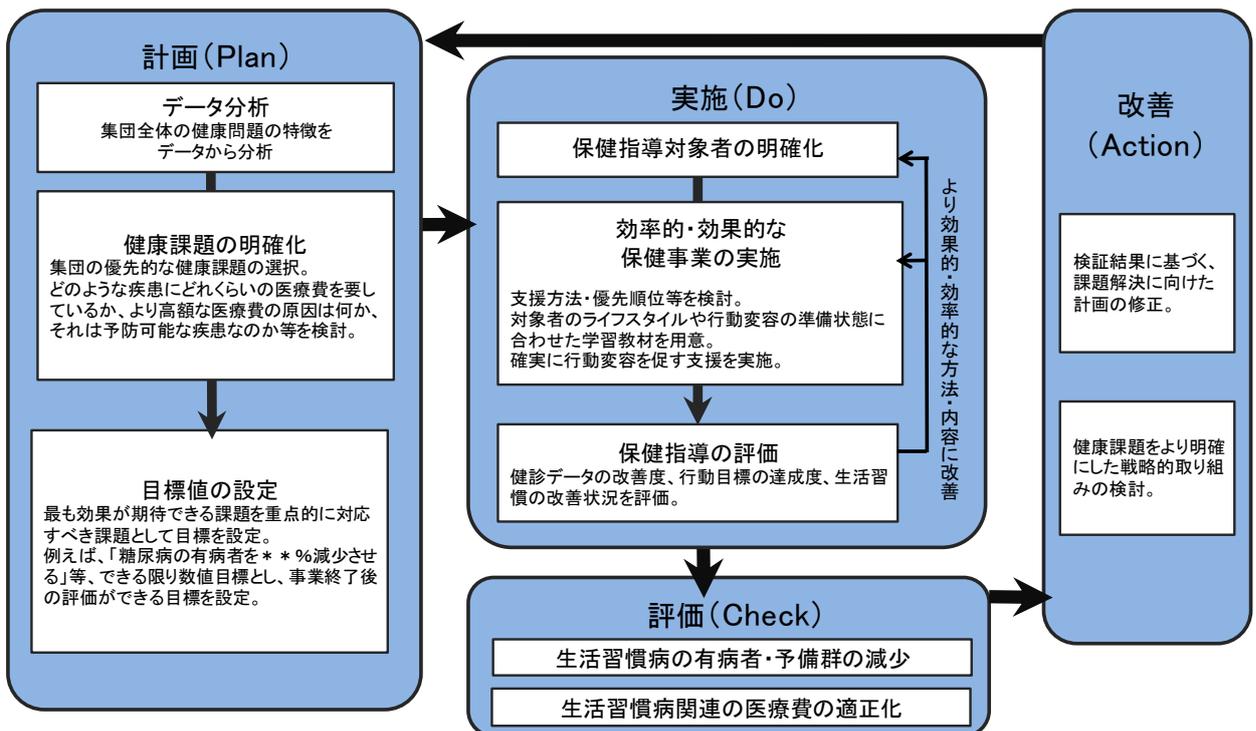
出典: 標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版) 図-1

図表 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

住民課が主体となり、健康課と協議、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、住民の健康保持増進に幅広い課が関わっていることから、それぞれの担当課が計画に基づき実施する。

具体的には、福祉課の高齢者サービス係、包括支援係、福祉係とも十分連携する。加えて、計画の策定にあたっては、職員の資質向上(研修受講等)に努めるほか、保健師等の専門職の配置等、必要な措置を講じる。

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。

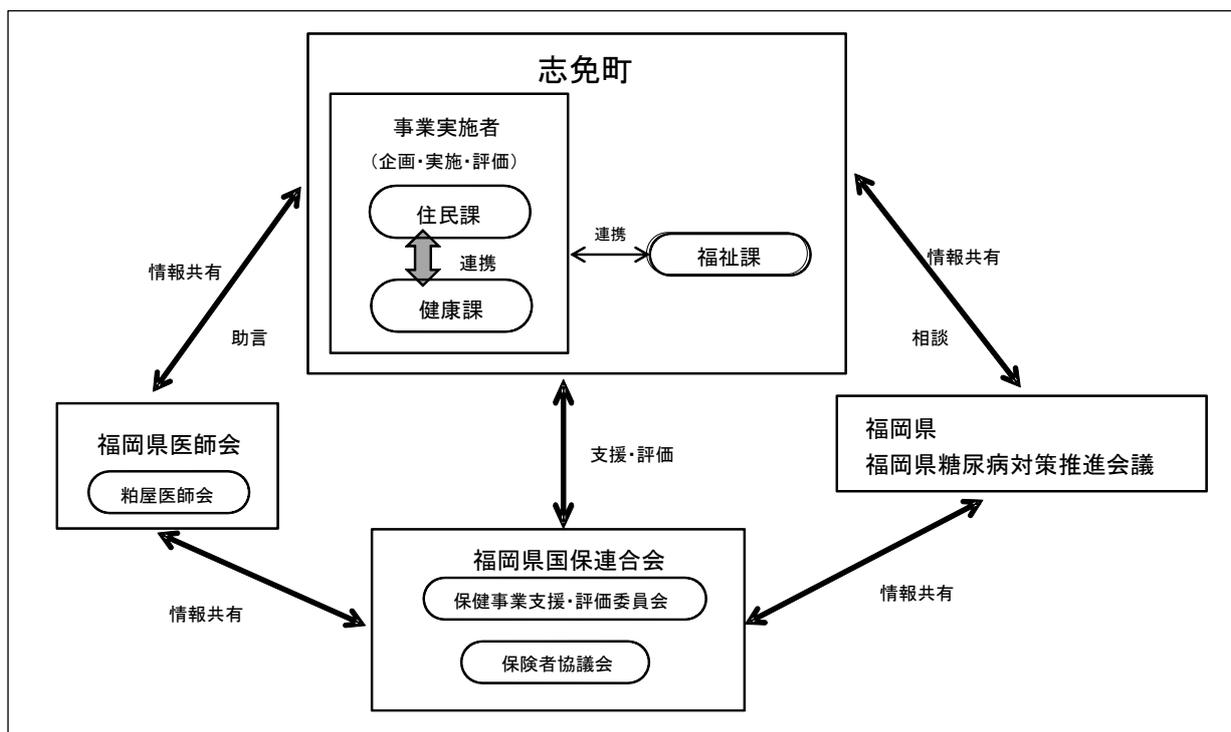
2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。外部有識者とは、粕屋医師会、粕屋歯科医師会、粕屋保健福祉事務所等の保健医療関係者である。外部有識者等は、被保険者の健康保持推進に関わる当事者としての立場と、専門的知見を有する第三者としての立場の両方の立場を有する。「志免町健康づくり推進協議会」、「健康づくり・生活習慣病重症化予防事業の担当者会議」等の会議を活用し連携等を行っている。

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 志免町の実施体制図



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、各種保健事業を実施してきた。

2) 成果目標

重症化予防の観点から、予防対象者が軽度のうちに確実に外来を受診するように保健指導を行って、重症化予防対象者のうち医療機関を未受診となっている者を減らすことに優先的に取り組み、将来的に入院にかかる医療費を減らしていくことにつなげることを成果目標に掲げ取り組んできた。

図表5 成果目標

	成果目標	28年度	29年度
★優先	1. 重症化予防対象者の未受診者率の減少	54.0%	53.0%
	2. 高血圧症（Ⅱ度以上）の者の割合の減少	5.0%	4.5%
	3. 特定健診受診率の向上	53.0%	60.0%
	4. 特定保健指導の実施率の向上	63.0%	64.0%
	5. 入院等医療費の伸び率の減少	3.0%	2.8%

※3と4の目標値は、志免町特定健診等実施計画の第2期で設定したものである。

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、九州の拠点都市である福岡市に隣接しており、交通の利便性や居住性に優れたベッドタウンとして発展してきた。そのため、第3次産業に従事する者の割合が高く、第2次産業に従事する者と合わせて99.5%を占めており、退職後に協会けんぽ等から国保へ加入する者が多いことが推測される。

人口は45,203人、高齢化率22.0%で、同規模、福岡県、国と比較すると高齢化は進んでおらず、出生率が死亡率を上回っている。しかし、平均寿命、健康寿命ともに男性は他と比べて低い。(図表6)

本町の国保加入率は21.9%で、被保険者数は年々減少傾向である。年齢構成については、65～74歳の前期高齢者の割合が最も高い。(図表7)これは、団塊の世代が75歳になる2025年頃まで、このような状況が続くと考えられる。

また、町内には5つの病院があり、これは同規模及び福岡県と比較して多いことから、入院患者数も同規模及び福岡県と比較して多い。(図表8)

図表 6 志免町の特性

	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
志免町	45,203	22.0	9,911 (21.9)	48.6	10.4	8.3	78.8 86.6	65.1 67.1	0.5	20.1	79.4
同規模	28,126	26.8	7,152 (24.7)	53.0	7.9	10.1	79.7 86.5	65.4 66.9	6.1	29.0	64.9
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,506 (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	32,257,003 (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)

図表 7 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	11,270		10,935		10,662		10,081	
65～74歳	3,410	30.3	3,520	32.2	3,562	33.4	3,541	35.1
40～64歳	3,912	34.7	3,711	33.9	3,526	33.1	3,266	32.4
39歳以下	3,948	35.0	3,704	33.9	3,574	33.5	3,274	32.5

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 8 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		(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	
									実数	割合	実数	割合
病院数	5	0.4	5	0.5	5	0.5	5	0.5	296	0.2	460	0.4
診療所数	34	3.0	34	3.1	34	3.2	34	3.4	2,970	2.5	4,587	3.8
病床数	596	52.9	596	54.5	596	55.9	596	59.1	53,431	44.6	86,071	70.4
医師数	103	9.1	103	9.4	103	9.7	96	9.5	8,940	7.5	15,660	12.8
外来患者数	627.8		629.9		639.4		648.6		692.6		686.6	
入院患者数	20.8		20.4		20.9		21.8		19.6		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:153市

2) 成果目標の達成状況と課題

① 重症化予防対象者の未受診者率の減少

保健指導支援ツールを用いて、重症化予防対象者の現状を第1期計画策定時と比較してみると、重症化予防の対象者は、505人(27.7%)から469人(26.8%)となり、計画の優先課題としていた、重症化予防対象者の未受診者率の減少も、276人(55.2%)から247人(52.6%)と計画の成果目標を達成している。(図表9・図表10)

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13.3%で、そのうち3.9%に糖尿病性腎症の診断がある。特定健診結果で糖尿病(型)は受診者の9.7%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割を占めている。治療者の約59%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ない。(図表11) 今後も重症化予防対象者への保健指導を実施し、未受診者率の減少に取り組む。

図表 9 重症化予防の視点による保健指導対象者の状況

脳・心・腎を守るために - 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 -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の非致死性心疾患の減少			虚血性心疾患 の非致死性心疾患の減少			糖尿病性腎症 による慢性腎臓病(CKD)患者数の減少		
科学的根拠に基づき イセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 優先課題を分析	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)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2009年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防ガイドライン委員会)			糖尿病治療ガイド ライン2012 (日本糖尿病学会)		
	クモ膜下出血 (7%)	脳出血 (16%)	脳梗塞 (7%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27.9%)	ラクナ 梗塞 (31.8%)	アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.8%)						
	非心原性脳梗塞								
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)			
科学的根拠に基づき 優先課題から 対象者の抽出	高血圧症 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		慢性薬物治療ガイドライン 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 ライン2012 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 200mg/dl以上	メタボリック者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	65歳未満 10歳以上45歳未満	重症化予防対象者 (実人数)
対象者数 1,753 対象者数	75 4.3%	7 0.4%	118 6.7%	53 3.0%	213 12.2%	100 5.7%	7 0.4%	38 2.2%	469 26.8%
治療なし	50 3.8%	3 0.3%	113 7.3%	48 3.1%	64 5.4%	56 3.5%	1 0.1%	13 1.1%	247 20.7%
(再掲) 特定保健指導	22 29.3%	2 28.6%	28 29.7%	26 49.1%	64 30.0%	15 15.0%	0 0.0%	4 10.5%	121 25.8%
治療中	25 5.9%	4 0.7%	5 2.5%	5 2.5%	149 26.8%	44 43.8%	6 1.1%	25 4.5%	222 39.9%
臓器障害 あり	29 58.0%	3 100.0%	20 17.7%	9 18.8%	12 18.8%	15 26.8%	1 100.0%	13 100.0%	60 24.3%
CKD(専門医対象者)	0	0	3	2	1	2	1	13	14
尿蛋白(2+)以上	0	0	0	0	0	0	1	0	1
尿蛋白(+) and 尿蛋白(2+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり	29	3	18	7	11	13	0	0	46
臓器障害 なし	21 42.0%	--	93 82.3%	39 81.3%	52 81.3%	41 73.2%	--	--	--

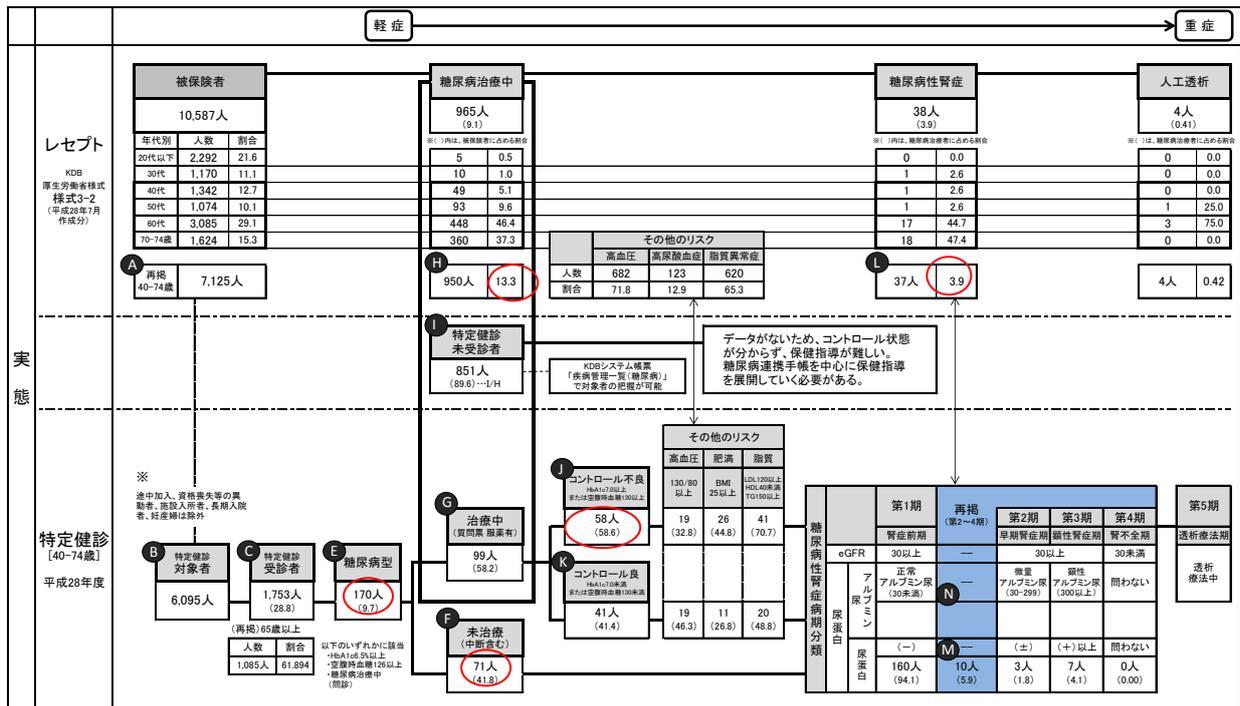
出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果) ※臓器障害あり…心電図有所見者、CKD 専門医受診対象

図表 10 重症化予防の視点による保健指導対象者の状況(対象者の経年比較)

	健診受診 者数(人)	重症化予防対象者(実人数)					
		治療なし		治療中		治療なしで臓器障害あり(再掲)	
平成27年度	1820	505	276 55.2%	229	45.3%	68	24.6%
平成28年度	1753	469	247 52.6%	222	47.3%	60	24.3%

出典:保健指導支援ツール(平成 27・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 11 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)

②高血圧(Ⅱ度以上)の者の割合の推移

保健指導支援ツールで、健診受診者の高血圧の割合をみていると、第 1 期計画の成果目標である、Ⅱ度以上高血圧の割合は、4.3%と目標は達しているが、該当者は増加傾向にある。該当者のうち、未治療者が 66.7%と 27 年度に比べると低下している。また、Ⅲ度以上高血圧に該当する者の割合は、0.6%であるが、未治療者が 90%と高い。(図表 12 ①)

特定健診受診者の質問票からは、生活習慣病に悪影響を与える回答をしている者も、増加傾向が伺えることから、今後も特定保健指導に該当・非該当にかかわらず、健診受診者が自分の身体の状態を知り、生活習慣を見直す機会として保健指導を実施するとともに、未治療者の減少に取り組む。(図表 13)

図表 12 重症化しやすい疾病の年度推移

① 高血圧 (Ⅱ度高血圧以上の方)

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲					
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H24	1,790	1,292 72.2%	255 14.2%	204 11.4%	39	20	19	0.5%	2.2%				
					9	5	4						
H25	1,821	1,372 75.3%	251 13.8%	160 8.8%	38	28	10	0.3%	2.1%				
					6	4	2						
H26	1,925	1,218 63.3%	345 17.9%	304 15.8%	58	40	18	0.4%	3.0%				
					8	7	1						
H27	1,820	1,131 62.1%	225 12.4%	365 20.1%	99	70	29	0.7%	5.4%				
					12	11	1						
H28	1,753	1,169 66.7%	215 12.3%	294 16.8%	75	50	25	0.6%	4.3%				
					10	9	1						

出典:保健指導支援ツール

② 糖尿病 (HbA1c7.0 以上の方)

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲					
					再)7.0以上	未治療	治療						
H24	1,789	928 51.9%	536 30.0%	191 10.7%	134	72	62	4.1%	7.5%				
					74	31	43						
H25	1,821	1,099 60.4%	452 24.8%	154 8.5%	116	58	58	3.3%	6.4%				
					61	26	35						
H26	1,925	1,064 55.3%	555 28.8%	181 9.4%	125	59	66	3.6%	6.5%				
					70	32	38						
H27	1,803	827 45.9%	593 32.9%	237 13.1%	146	74	72	4.5%	8.1%				
					81	32	49						
H28	1,724	672 39.0%	669 38.8%	259 15.0%	124	56	68	4.1%	7.2%				
					70	26	44						

出典:保健指導支援ツール

③ 脂質異常症 (LDL コレステロール 160 以上の方)

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		
					再)180以上	未治療	治療	未治療	治療	
H24	1,790	710 39.7%	474 26.5%	302 16.9%	304 17.0%	294 96.7%	10 3.3%			17.0%
					104 5.8%	101 97.1%	3 2.9%			5.8%
H25	1,821	762 41.8%	454 24.9%	325 17.8%	280 15.4%	270 96.4%	10 3.6%			15.4%
					102 5.6%	99 97.1%	3 2.9%			5.6%
H26	1,925	845 43.9%	476 24.7%	341 17.7%	263 13.7%	252 95.8%	11 4.2%			13.7%
					93 4.8%	91 97.8%	2 2.2%			4.8%
H27	1,820	713 39.2%	471 25.9%	328 18.0%	308 16.9%	300 97.4%	8 2.6%			16.9%
					120 6.6%	116 96.7%	4 3.3%			6.6%
H28	1,753	672 38.3%	441 25.2%	343 19.6%	297 16.9%	287 96.6%	10 3.4%			16.9%
					118 6.7%	113 95.8%	5 4.2%			6.7%

出典: 保健指導支援ツール

図表 13 質問票調査の変化

		治療中			既往歴			喫煙
		高血圧	糖尿病	脂質異常症	脳卒中	心臓病	腎不全	
24年度	人数	470	93	196	33	112	12	280
	割合(%)	26.3	5.2	10.9	1.8	6.3	0.7	15.6
25年度	人数	459	95	206	30	104	15	304
	割合(%)	25.2	5.2	11.3	1.6	5.7	0.8	16.7
26年度	人数	482	101	197	40	108	15	324
	割合(%)	25.1	5.2	10.2	2.1	5.6	0.8	16.8
27年度	人数	441	100	186	28	96	14	308
	割合(%)	24.0	5.4	10.1	1.6	5.4	0.8	16.8
28年度	人数	431	105	202	32	89	13	275
	割合(%)	24.4	5.9	11.4	1.9	5.3	0.8	15.5

出典: KDB2 次加工帳票

		週3回以上朝食欠食	週3回以上食後間食	週3回以上就寝前夕食	早食い	10kg以上体重増加	30分/日以上運動習慣なし	1時間/日以上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒
		24年度	人数	213	188	293	788	594	1,004	892	540
	割合(%)	11.9	10.5	16.4	44.0	33.2	56.1	49.8	30.2	25.3	26.3
25年度	人数	226	215	321	778	580	1,043	910	551	465	483
	割合(%)	12.4	11.8	17.6	42.8	31.9	57.3	50.1	30.3	25.5	26.5
26年度	人数	227	227	309	786	582	1,040	947	571	511	476
	割合(%)	12.6	12.5	17.0	43.2	32.0	57.2	52.1	31.4	26.6	24.8
27年度	人数	201	234	304	721	544	989	873	505	470	484
	割合(%)	12.0	13.8	17.9	42.4	30.9	58.2	51.3	29.7	26.6	27.3
28年度	人数	202	211	282	702	549	950	819	500	433	440
	割合(%)	12.6	13.1	17.5	43.6	32.6	58.8	50.8	31.1	25.6	26.0

③特定健診受診率・特定保健指導の実施率の推移

本町の特定健診受診率は、制度のスタートした平成 20 年度と比較して 8%ほど減少し、近年は 29%前後で推移している。(図表 14)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アプローチ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 15)

特定保健指導については平成 28 年度 49.4%と、以前と比べて減少しており、第 2 期特定健診等実施計画の目標値 63%は達成できていないが、福岡県平均実施率よりは高い。また、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 14)

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 16)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 39.0%、65 歳以上でも 13.7%を占めている。

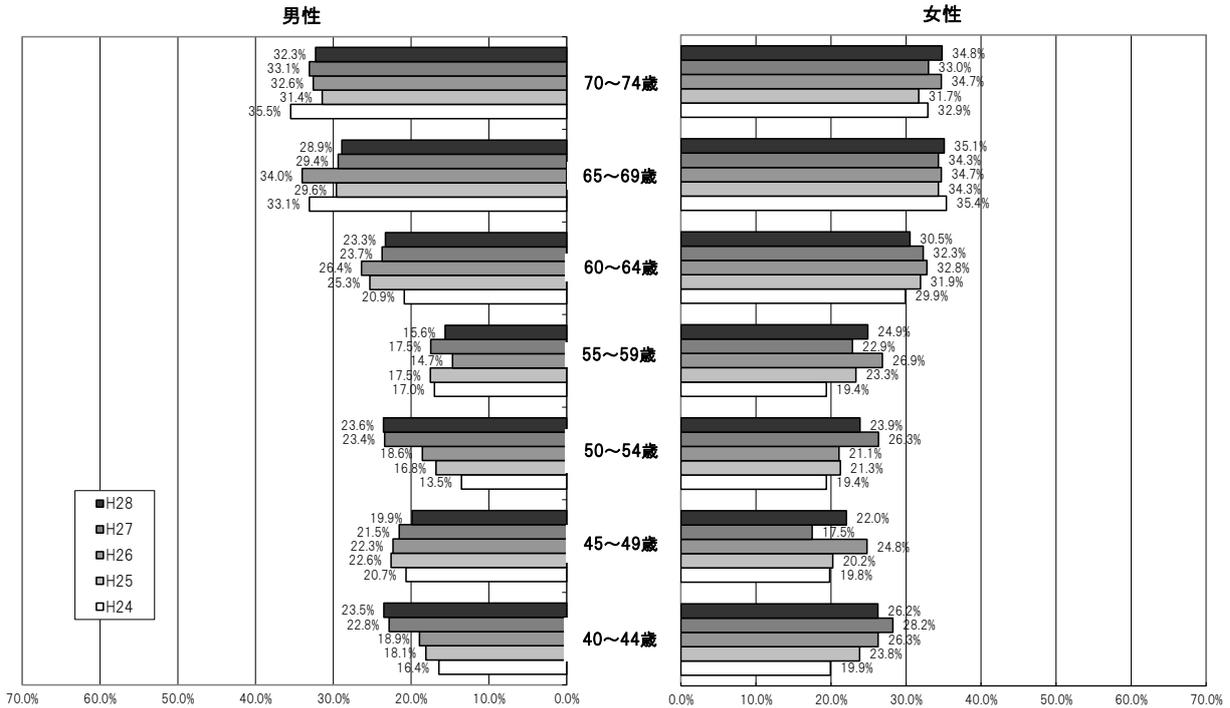
「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳合わせると健診受診者総数を上回る 2,814 人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者(1 項目でも受診勧奨値有)であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。(図表 17)また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診の方が 34,893 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表 18)

図表 14 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移

	特定健診				特定保健指導		
	対象者数	受診者数	受診率 (%)	同規模内順位	対象者数	修了者数	実施率 (%)
20年度	6,316人	2356人	37.3		356人	188人	52.8
24年度	6,585人	1,790人	27.2	146位	233人	127人	54.5
25年度	6,610人	1,821人	27.5	153位	224人	121人	54.0
26年度	6,555人	1,924人	29.4	150位	280人	154人	55.0
27年度	6,407人	1,838人	28.7	151位	266人	148人	55.6
28年度	6,137人	1,769人	28.8	153位	235人	116人	49.4
29年度	実施中				実施中		

出典：特定健診法定報告データ

図表 15 年代別特定健診受診率の推移



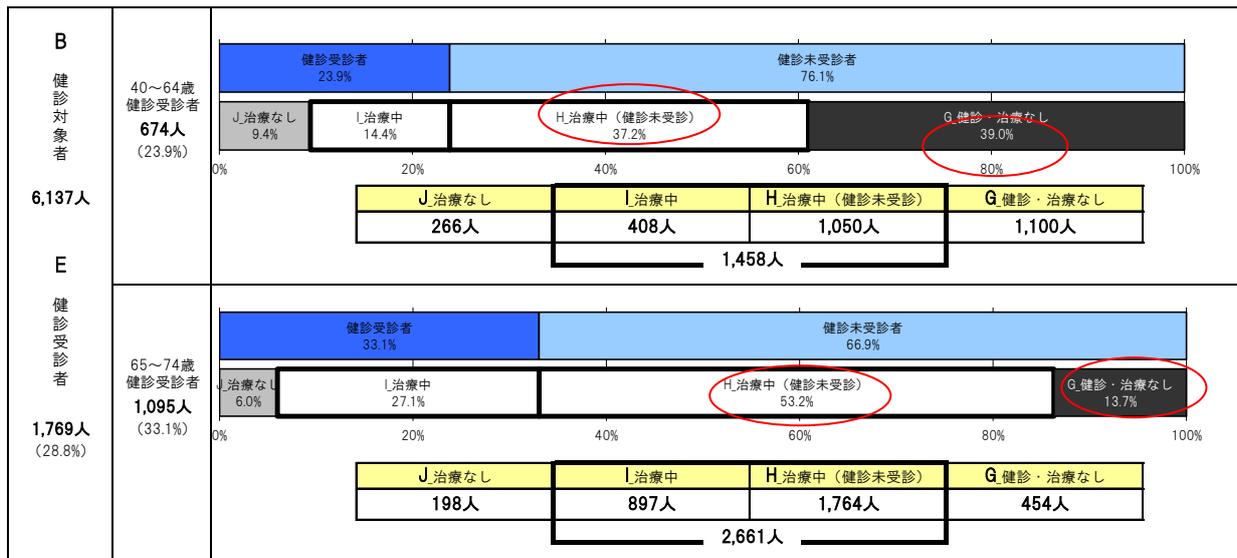
出典:保健指導支援ツール(平成 24~28 年度受診結果)

図表 16 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				1,753 人	100.0%	1,453 人	82.9%	300 人	17.1%	
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		417 人	23.8%	334 人	23.0%	83 人	27.7%	
	腹囲	男性85以上 女性90以上		522 人	29.8%	426 人	29.3%	96 人	32.0%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪		341 人	19.5%	271 人	18.7%	70 人	23.3%	
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	124 人	7.2%	106 人	7.4%	18 人
	(再掲) 7.0以上			70 人	4.1%	61 人	4.2%	9 人	3.1%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	69 人	3.9%	53 人	3.6%	16 人	5.3%
			拡張期	100以上	16 人	0.9%	11 人	0.8%	5 人	1.7%
			計		75 人	4.3%	56 人	3.9%	19 人	6.3%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	297 人	16.9%	231 人	15.9%	66 人	22.0%	
腎機能	尿蛋白		2+以上	7 人	0.4%	6 人	0.4%	1 人	0.3%	
	eGFR		50未満 70歳以上は40未満	38 人	2.2%	32 人	2.2%	6 人	2.0%	
	尿酸		8.0以上	47 人	2.7%	39 人	2.7%	8 人	2.7%	

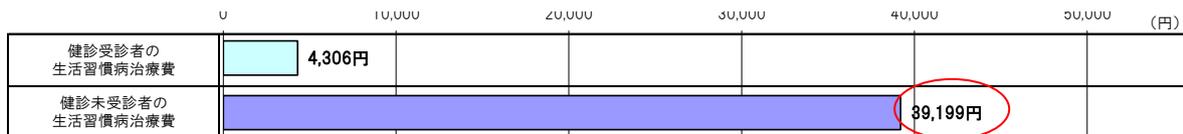
出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

図表 17 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



出典: KDB システムにおける生活習慣病 厚生省様式 6-10

図表 18 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



④入院等医療費の伸び率の状況

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

1) 医療

1-1.医療の状況

本町の一人当たり医療費(月額)は 25,244 円と同規模平均、福岡県と比較すると低い状況となっている。しかし、医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数の割合は他と比較して高い。(図表 19)

本町の 28 年度医療費総額は約 31 億円で、平成 27 年度と比較すると、入院費用額で約 4 千万円増加している。一人当たり医療費は、全体では 25,244 円で 27 年度と比較すると 1,235 円増加しており、入院では 820 円の増加、入院外では 415 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 20・21)

図表 19 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

項目	保険者		同規模平均		県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
一人当たり医療費	25,244	県内52位 同規模87位	25,606		25,927		24,245	
受診率	670.19		712.241		708.879		686.286	
外来	費用の割合	54.1	59.2	54.9	60.1			
	件数の割合	96.7	97.2	96.9	97.4			
入院	費用の割合	45.9	40.8	45.1	39.9			
	件数の割合	3.3	2.8	3.1	2.6			
1件あたり在院日数	15.5日		15.8日		16.9日		15.6日	

出典: KDB2 次加工帳票 ※様式 6-1 「国・県・同規模平均と比べてみた志免町の位置」より一部抜粋

図表 20 総医療費

	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	2,931,674,710	--	1,276,828,070	--	1,654,846,640	--
25年度	3,231,327,420	299,652,710	1,487,035,200	210,207,130	1,744,292,220	89,445,580
26年度	3,145,086,480	△ 86,240,940	1,461,595,330	△ 25,439,870	1,683,491,150	△ 60,801,070
27年度	3,117,040,160	△ 28,046,320	1,399,040,760	△ 62,554,570	1,717,999,400	34,508,250
28年度	3,142,969,890	25,929,730	1,443,694,950	44,654,190	1,699,274,940	△ 18,724,460

出典:KDB2 次加工帳票

図表 21 一人当たり医療費

		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	21,544	9,383	12,161			
	同規模	22,502	9,285	13,217			
	県	23,706	10,972	12,734			
	国	21,557	8,834	12,723			
25年度	保険者	23,642	10,880	12,762	9.74	15.95	4.94
	同規模	23,545	9,615	13,930	4.64	3.55	5.40
	県	24,609	11,269	13,340	3.81	2.70	4.76
	国	22,383	8,965	13,418	3.83	1.48	5.46
26年度	保険者	23,545	10,942	12,603	△ 0.41	0.57	△ 1.25
	同規模	24,170	9,865	14,305	2.65	2.60	2.69
	県	24,981	11,344	13,637	1.51	0.67	2.22
	国	22,922	9,160	13,762	2.41	2.17	2.57
27年度	保険者	24,009	10,776	13,233	1.97	△ 1.52	5.00
	同規模	25,546	10,151	15,395	5.69	2.90	7.62
	県	26,155	11,584	14,571	4.70	2.11	6.85
	国	24,295	9,501	14,794	5.99	3.73	7.49
28年度	保険者	25,244	11,596	13,648	5.14	7.60	3.14
	同規模	25,606	10,441	15,165	0.23	2.85	△ 1.49
	県	25,927	11,703	14,224	△ 0.87	1.03	△ 2.38
	国	24,245	9,667	14,578	△ 0.21	1.75	△ 1.46

*KDBの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

出典:KDB2 次加工帳票

1-2.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高い。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、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数と費用額ともに約 13%を占めている。また脳血管疾患による高額レセプトは 49 件に対して患者数は 25 人であり、複数月高額レセプトになっている。(図表 22)

イ 長期(6ヶ月以上の入院)

長期入院の件数の 58.9%、費用額の 47.8%を統合失調症等の精神疾患が占める。また、1 件あたりの医療費は約 47 万円である。(図表 23)

ウ 人工透析の状況

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 6 割が脳血管疾患または虚血性心疾患を合併している。また 4 割に糖尿病の診断がある。(図表 24)

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 3,374 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 11.9%、11.9%、1.1%を占める。

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 8 割、糖尿病が約 4 割、脂質異常症は約 7 割が併せ持っている。(図表 25)

図表 22 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	315人	25人		18人		81人		213人		
		7.9%		5.7%		25.7%		67.6%		
件数	573件	49件		26件		130件		368件		
		8.6%		4.5%		22.7%		64.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	33	9.0%
		40代	2	4.1%	0	0.0%	6	4.6%	44	12.0%
		50代	5	10.2%	1	3.8%	11	8.5%	42	11.4%
		60代	20	40.8%	21	80.8%	75	57.7%	162	44.0%
70-74歳		22	44.9%	4	15.4%	38	29.2%	87	23.6%	
費用額	7億9738万円	5434万円		3529万円		1億9511万円		5億1264万円		
		6.8%		4.4%		24.5%		64.3%		

* 対象レセプト(H28年度)

* 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。

出典:KDB2次加工帳票 ※特徴の把握_1~2より一部抜粋

図表 23 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	66人	39人 59.1%	17人 25.8%	9人 13.6%
件数	586件	345件 58.9%	143件 24.4%	82件 14.0%
費用額	2億7666万円	1億3238万円 47.8%	6818万円 24.6%	2893万円 10.5%

*対象レセプト(H28年度)

*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)

出典:KDB2次加工帳票 ※特徴の把握1~2より一部抜粋

図表 24 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 40.0%	1人 10.0%	5人 50.0%
H28年度 累計	件数	175件	64件 36.6%	28件 16.0%	60件 34.3%
	費用額	8522万円	3562万円 41.8%	1430万円 16.8%	3310万円 38.8%

*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

出典:KDB2次加工帳票 ※特徴の把握1~2より一部抜粋

図表 25 生活習慣病の治療者数

全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
3,374人		402人 11.9%	401人 11.9%	38人 1.1%
の基礎 な疾患	高血圧	328人 81.6%	305人 76.1%	31人 81.6%
	糖尿病	171人 42.5%	186人 46.4%	38人 100.0%
	脂質異常症	267人 66.4%	286人 71.3%	32人 84.2%

*対象レセプト(H28年5月診療分)

出典:KDB2次加工帳票 ※特徴の把握1~2より一部抜粋

2) 介護

本町の要介護認定者は第1号(65歳以上)被保険者で1,554人(認定率19.3%)、第2号(40~64歳)被保険者で44人(認定率0.3%)と同規模平均と同程度であるが年々伸びてきている。(図26・27)

1件当たりの介護給付費の居宅サービス、施設サービスともに、27年度と比較すると増加している。同規模平均と比較すると、居宅サービスは低いが、施設サービスは高い。(図26・27)

また有病状況を見ると、糖尿病、脂質異常症、脳疾患、がん、筋・骨格、精神が同規模平均と比較して高く、近年、糖尿病、高血圧症、精神が増加傾向にある。(図26・27)

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5割の有病状況となっている。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約9割と非常に高い割合となっている。(図表28)

図表26 介護の経年変化

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(%)		
1 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,411	17.1	1,465	17.8	1,523	18.8	1,526	19.1	1,554	19.3
		新規認定者	22	0.4	29	0.3	30	0.3	26	0.3	27	0.3
		2号認定者	52	0.3	38	0.3	45	0.3	46	0.3	44	0.3
	② 有病状況	糖尿病	334	22.3	360	23.7	355	22.6	369	22.7	372	23.1
		高血圧症	748	49.8	760	51.5	789	49.5	794	50.3	830	51.6
		脂質異常症	425	27.1	432	29.1	462	28.7	445	29.0	488	29.1
		心臓病	863	57.7	890	59.5	910	57.5	920	58.2	946	58.9
		脳疾患	413	28.8	421	28.4	428	27.9	417	26.4	432	27.2
		がん	175	10.8	179	11.7	201	12.5	196	12.1	198	12.2
		筋・骨格	780	51.8	811	53.2	823	52.8	857	53.5	874	54.4
精神	584	38.8	569	39.1	573	37.0	619	37.6	634	39.1		
③ 介護給付費(円)	1件当たり給付費(全体)	65,203		60,714		58,234		57,426		57,908		
	居宅サービス	42,925		39,002		37,408		35,801		36,012		
	施設サービス	312,318		310,643		317,268		307,507		308,645		
④ 医療費等(円)	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	108,090		100,300		103,280		101,650		101,930	
		認定なし	41,660		44,670		43,480		43,180		44,170	

出典:KDB2 次加工帳票 ※ア「全体の経年変化(志免町の地域特性、健康実態)」より一部抜粋

図表27 介護の国・県・同規模平均との比較

項目	保険者		同規模平均		県		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
介護保険	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,554	19.3	214,304	19.5	259,318	23.1	5,885,270	21.2
		新規認定者	22	0.3	3,881	0.3	4,365	0.3	105,636	0.3
		2号認定者	44	0.3	5,773	0.4	6,325	0.4	151,813	0.4
	② 有病状況	糖尿病	372	23.1	50,726	22.7	59,184	22.0	1,350,152	22.1
		高血圧症	830	51.6	116,656	52.4	144,835	54.0	3,101,200	50.9
		脂質異常症	488	29.1	62,464	27.9	80,327	29.8	1,741,866	28.4
		心臓病	946	58.9	132,934	59.8	163,980	61.2	3,529,682	58.0
		脳疾患	432	27.2	59,484	26.9	71,699	26.9	1,538,683	25.5
		がん	198	12.2	22,320	9.9	31,226	11.5	631,950	10.3
		筋・骨格	874	54.4	114,481	51.4	146,472	54.6	3,067,196	50.3
精神	634	39.1	80,074	35.8	100,227	37.2	2,154,214	35.2		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	57,908		62,901		57,450		58,284		
	居宅サービス	36,012		40,734		39,185		39,662		
	施設サービス	308,645		277,659		285,501		281,186		
④ 医療費(円)	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	101,930		83,700		86,510		79,800	
		認定なし	44,170		38,310		40,740		38,160	

出典:KDB2 次加工帳票 ※様式6-1「国・県・同規模平均と比べてみた志免町の位置」より一部抜粋

図表 28 要介護認定の有病詳細状況

受給者区分		2号		1号				合計									
		年齢		65～74歳		75歳以上				計							
介護件数（全体）		44		207		1,348		1,555		1,599							
再) 国保・後期		24		145		1,209		1,354		1,378							
要介護 突合状況・ レセプト突合状況	有 病 状 況	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	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合		
（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	17	70.8%	脳卒中	73	50.3%	脳卒中	634	52.4%	脳卒中	707	52.2%	脳卒中	724	52.5%
		2	虚血性 心疾患	7	29.2%	虚血性 心疾患	47	32.4%	虚血性 心疾患	514	42.5%	虚血性 心疾患	561	41.4%	虚血性 心疾患	568	41.2%
		3	腎不全	4	16.7%	腎不全	17	11.7%	腎不全	152	12.6%	腎不全	169	12.5%	腎不全	173	12.6%
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	16	66.7%	糖尿病	71	49.0%	糖尿病	564	46.7%	糖尿病	635	46.9%	糖尿病	651	47.2%	
		高血圧	17	70.8%	高血圧	98	67.6%	高血圧	1014	83.9%	高血圧	1112	82.1%	高血圧	1129	81.9%	
		脂質 異常症	15	62.5%	脂質 異常症	79	54.5%	脂質 異常症	719	59.5%	脂質 異常症	798	58.9%	脂質 異常症	813	59.0%	
	血管疾患 合計	合計	22	91.7%	合計	129	89.0%	合計	1153	95.4%	合計	1282	94.7%	合計	1304	94.6%	
	認知症	認知症	3	12.5%	認知症	42	29.0%	認知症	587	48.6%	認知症	629	46.5%	認知症	632	45.9%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	21	87.5%	筋骨格系	127	87.6%	筋骨格系	1128	93.3%	筋骨格系	1255	92.7%	筋骨格系	1276	92.6%	

*)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
出典：KDB2 次加工帳票（平成 28 年度）

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 374 位と上位に位置していた。しかし、特定健診受診率、個人インセンティブ提供、重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進、収納率向上に関する取組の実施状況に関する項目で県平均を下回る結果であった。(図表 29)

図表 29 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	志免町			
総得点(満点)	345				580	850	
総得点(体制構築加算 70 点を除く)	275	128.67	146.03	162	510	790	
交付額	--	--	--	559 万円			
被保険者一人当たり交付額	--	--	--	536.7 円			
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	374 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	15	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	15	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	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	0	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	10	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						
体制構築加算	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、重症化予防の観点から、予防対象者が軽度のうちに確実に外来を受診するように保健指導を行って、重症化予防対象者のうち医療機関を未受診となっている者を減らすことを優先的に取り組んできた。

1)重症化予防の対策としては、特定健診の結果及びKDBシステム等を活用して専門職による訪問及び電話による保健指導を実施し、未受診者及び受診中断者には、医療機関受診を促すとともに、健診未受診者には、特定健診の受診勧奨を合わせて行った。

2)腎機能低下予防対策としては、CKD 予防連携システムを活用し粕屋医師会、かかりつけ医等と連携。また、専門職による訪問や面談、電話等による個別支援を実施。

3)受診率の低い40・50歳代への対策として40歳特定健診未受診者への訪問による受診勧奨を行ったが、訪問しても不在の場合が多く、受診率の向上にはつながりにかつたので、翌年度より未受診者対策として、当該年度未受診の不定期受診者への電話による受診勧奨等を実施し、受診申し込みや情報提供の増加につながった。対象者を選択した電話による受診勧奨は、今後も継続して実施し、受診率の向上に取り組む。

<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64%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。

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約35%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、健診の受診を勧める必要がある。

③ 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。

④ 健診結果で糖尿病(型)と判断される者の約20.3%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

- ⑤ 県及び同規模と比べると、医療費全体に占める入院(件数・費用額)の割合が低く、1件当たりの入院日数も短くなっているが、一人当たり医療費は、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。
- ⑥ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は40%を超えており、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。
- 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う。

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る疾患である。本町の要介護認定率は年々増えており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の高血圧の血管疾患の有病状況が約8割、糖尿病の血管疾患の有病状況が約5割、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、糖尿病は脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子であるため、優先的に取り組む。

図表 30 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					
		30%	35%	42%	48%	53%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		52%	54%	56%	58%	60%	62%
	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					
		4.2%	4.2%	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%
	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					
		4.1%	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%
	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					
		16.5%	16%	15.5%	15%	14.5%	14%

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 特定健診未受診者対策

イベントや、出前講座、食進会での健康講話等の機会をとらえて、幅広く住民に特定健診について周知する。未受診者全員を対象として郵送による受診勧奨や未受診者への特性(過去に受診した回数や年齢、KDBでのデータ分析などにより)に応じて、個別受診勧奨のアプローチ方法を区別し、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・電話等による受診勧奨 7月～3月頃 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 受診勧奨個別通知の送付 年2回 エ イベントや出前講座、その他健康教育等の機会を利用した周知 通年
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

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)の実施を委託機関等と連携し、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。

短期目標	特定保健指導実施率の向上
対象者	特定保健指導対象者
実施方法	「標準的な健診・保健指導プログラム」等に基づいて実施 (個別面談・訪問・電話・手紙・メールなどによる支援)
実施時期	通年
評価方法	ア 特定保健指導実施率 イ 特定保健指導対象者の割合の減少

③ 特定保健指導非対象者への保健指導

対象者が健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとするため、集団での特定健診を受けた、特定保健指導非対象者に、結果説明会を実施し、情報提供とともに、保健指導を行う。

④ 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診結果や KDB・評価分析システム等の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	糖尿病性腎症分類2～4期、また1期のうち、eGFR60未満(70歳以上は50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、実施する。また、CKD 予防連携システムも活用して実施する。
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)

⑤ CKD(慢性腎臓病)予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策

志免町国保被保険者の人工透析1人当たりの費用額は月約50万円年間になると約600万に上り、腎疾患の重症化予防を目指すことは重要である。CKD 予防連携システムを効果的に活用し、適切な保健指導及び医療機関への受診勧奨、治療継続に向けての支援を実施していく。

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	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	個別面談(保健指導)、訪問、電話、手紙等 CKD 予防連携システムを活用した、かかりつけ医との連携、腎臓専門医がいる二次医療機関との連携、受診勧奨及び治療の継続支援
実施時期	通年
評価方法	ア CKD 対象者への保健指導実施率 イ 医療機関受診状況 ウ 各種検査値の変化(改善) エ 新規人工透析患者の減少

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。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保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。

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を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、粕屋医師会等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う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、評価を行い、必要に応じて見直しを行う。

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

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	30%	35%	42%	48%	53%	60%
特定保健指導実施率	52%	54%	56%	58%	60%	62%

(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。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
メタボ及び予備群者数	475 人	524 人	590 人	643 人	670 人	699 人
メタボ及び予備群割合	24.0%	23.5%	23.0%	22.5%	22.0%	21.5%
特定保健指導対象者の割合	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%

4. 対象者数の見込み

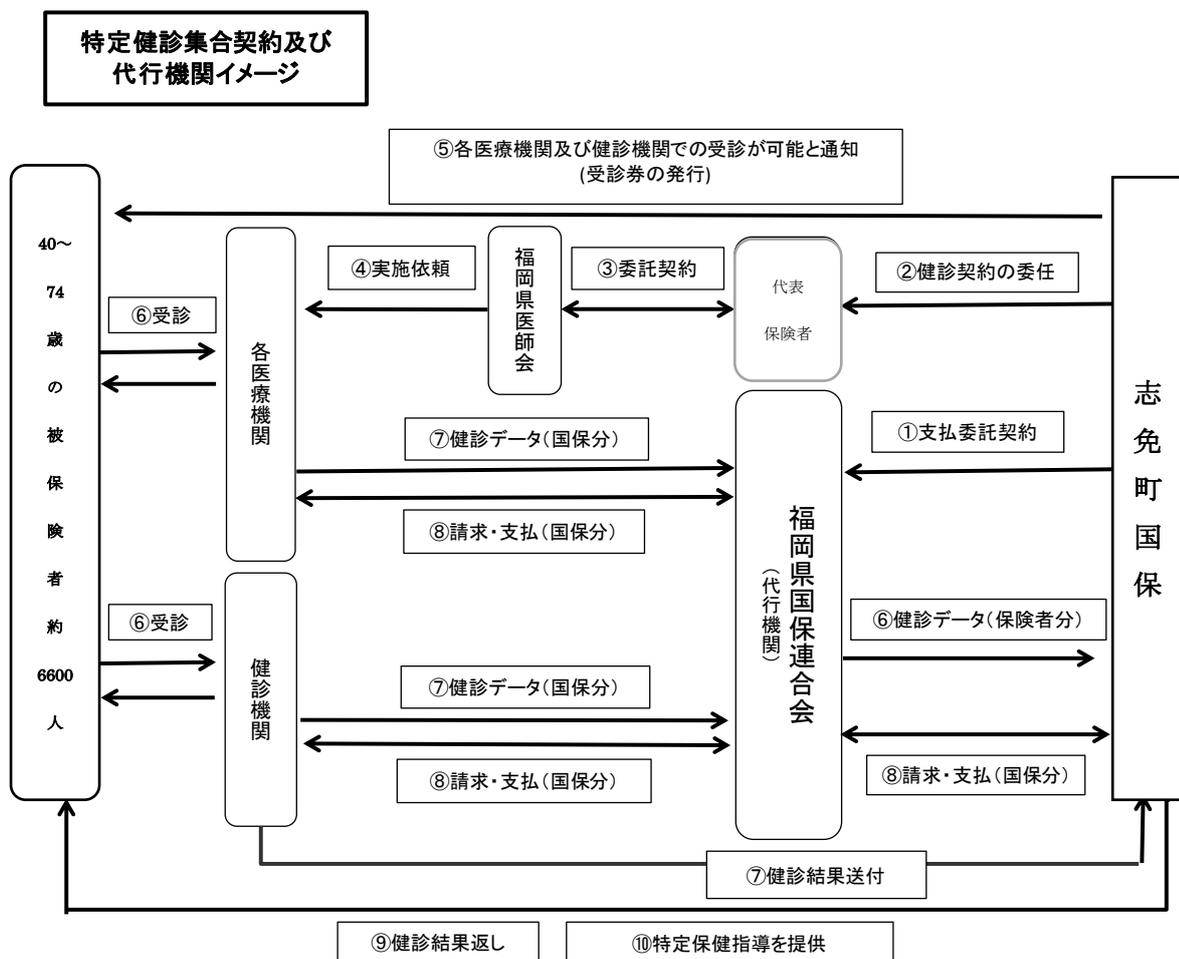
	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	6591 人	6371 人	6111 人	5956 人	5754 人	5424 人
特定健診受診者	1977 人	2230 人	2567 人	2859 人	3050 人	3254 人
特定保健指導対象者数	257 人	279 人	308 人	329 人	335 人	342 人
特定保健指導実施数	134 人	151 人	173 人	190 人	201 人	212 人

5. 特定健診の実施

(1) 実施形態

個別健診については、特定健診実施機関に委託して実施する。契約については、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う。

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。



(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

個別健診については県医師会と市町村国保側の代表保険者が集合契約を行う。集団検診については、志免町と特定健診実施医療機関が 3 年間(28 年度から 30 年度)の長期契約を行う。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

個別健診については、下記のデータベースで最新の情報を公開する。
社会保険診療報酬支払基金(特定健診・特定保健指導機関検索)等

(5) 健診委託単価、自己負担額

健診委託単価については、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個別健診を 1000 円、集団健診は 500 円とする。(自己負担額については、状況によって変化すること有)

(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(空腹時血糖及び 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、尿潜血)

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

1) 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する。

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、血清クレアチニンから算出した eGFR)、血清尿酸、尿潜血を追加検査項目として全員に実施する。

2) 特定健診の実施に加え、人間ドックを実施する。(特定健診対象項目分のみ個別健診と同様に町負担)

(7) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

集団検診については、志免町保健センターで実施。

個別健診については、委託先医療機関で実施。

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。

個別健診においても粕屋医師会の協力を得ながら、大腸がん検診も合わせて受診できるような体制をとる。

生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、粕屋保健福祉事務所と連携しながら受診勧奨を行う。

協会けんぽ加入者に対しては、特定健診及びがん検診を志免町保健センターで実施。後期高齢者医療加入者に関しては、特定健診は個別医療機関で実施、がん検診を志免町保健センターで実施する等、加入している保健の種別を問わず、すべての住民が健診を受けられるよう環境整備に取り組む。

(8) 代行機関の名称

代行機関「福岡県国保連合会」は「志免町国保」と契約する。

(9) 健診の案内方法

特定健診対象者に、個別に郵送する。ホームページ及び広報誌に掲載、コールセンター、医療機関による受診勧奨、イベント、健康講話、出前講座等の機会等で周知に努める。

(10) 年間実施スケジュール

- 4月 : 個別通知・広報誌掲載・コールセンター開設
- 4月～12月 : 窓口・電話による集団検診の申し込み受付
- 4月～12月 : 健診準備・受診券送付・健診実施(集団6月～ 個別7月～)
- 4月～翌年3月 : 特定保健指導準備、特定保健指導実施
- 4月～翌年3月 : 重症化予防対策
- 7月～翌年3月 : 未受診者対策
- 10月～12月 : 予算案作成
- 11月 : 実績報告
- 2月～3月 : 受診結果の把握と次年度健診準備

(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、粕屋地区商工会に依頼して、健診データの収集を行う。また、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、個別健診の通知を行う際に、情報提供の依頼文書及び検査結果提供用紙を同封。同意を得た方に検査データを健康課窓口を持参してもらい、必要な方には保健指導を実施。

・人間ドックのデータ収集

町内の医療機関と契約し、人間ドックの検査料の一部補助を町が行い、特定健診受診者としてデータ提供を受ける。

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) 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もしくは、動機付け支援相当の支援を対象者に応じて実施する、特定保健指導の弾力化の導入を検討する。
- (3) 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)の導入を検討する。

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、原則特定健診を受診した全員に対して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	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: 53 人 (2.9%) P: 37 人 (2.1%)	利用率 63% 終了率 53%
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和必要な再検査、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: 184 人 (10.4%)	97%
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(重症化予防対象者の未受診者対策、治療中断者の受診勧奨) ◆ホスピタリティアプローチ用学習教材の開発	D: 4368 人	52%
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: 190 人 (10.7%)	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: 1305 人 (73.7%)	90%

※要保健指導対象者の見込み 受診率 28.8%(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「福岡県国民健康保険団体連合会」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。

また、集団検診の結果及び特定保健指導等の簡易記録は本町が保有する健康管理システムにも保存する。

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。

本町では、「現保険者」より特定健診等のデータ提供を求められた場合は、当該加入者の同意を得て、当該記録の写しを、健康管理システム等により紙媒体にて提供するものとする。

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。