

第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第三期特定健康診査等実施計画

<簡易版>

平成30年3月

苓北町

第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）

計画期間：平成30年度～平成35年度（6年間）

目的

生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図る。

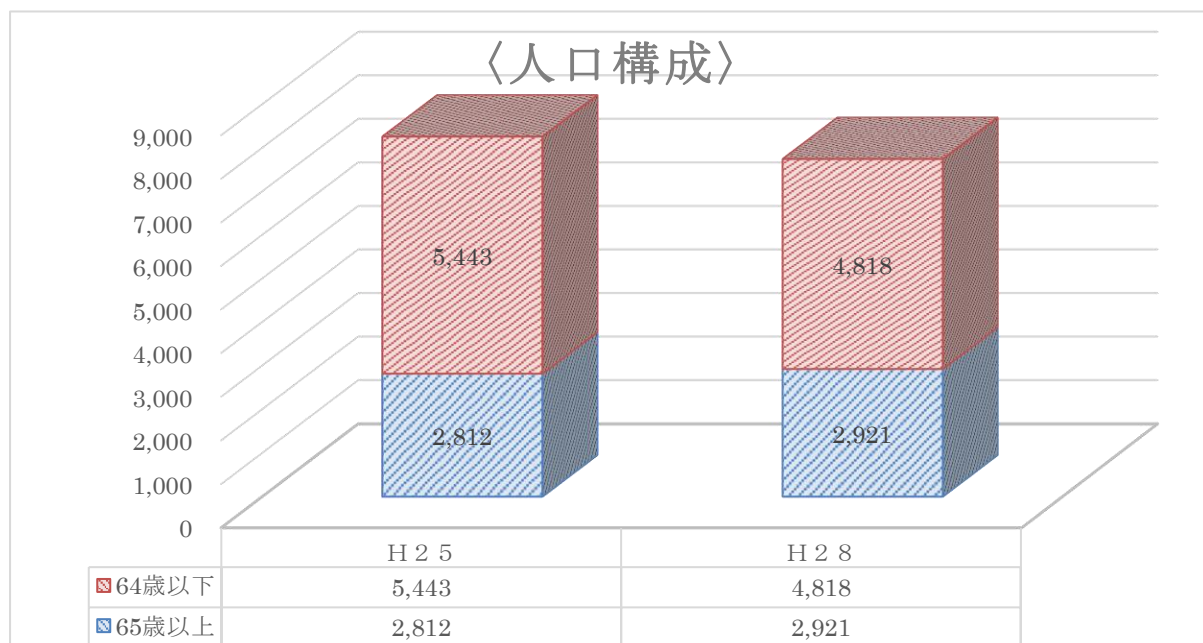
☆平成30年度から国民健康保険（以下「国保」という。）の役割について、
熊本県・・・財政運営の責任主体。

- ・市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行う。
- ・保険者に参画して財政運営を都道府県単位化する。

国保保険者・・・給付保健事業などの医療費適正化の実施主体である。

☆平成30年度から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、保険者努力支援制度が創設され、市町村国保に対しては、平成28年度から前倒しで実施されている。

本町の実態



※総人口は、516人減少

※高齢化率は、3.6ポイント増加の37.7%

〈死亡状況〉

(%)

	H25年度	H28年度
がん	49.1	54.4
心臓病	22.6	19.3
脳血管	22.6	21.1
腎不全	3.8	5.3

データ元：KDBNo.1

※平成25年度と比較すると悪性新生物、腎不全は増加、心臓病、脳血管疾患は減少している。

☆医療費の状況

医療費の変化を平成25年度と比較すると、総医療費、一人当たり医療費とも増え、伸び率を同規模と比較しても本町の医療費は高騰していることがわかる。特に、入院より入院外の伸び率が大きい。

医療費の変化

項目	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			苓北町	同規模			苓北町	同規模			苓北町	同規模
総医療費 (円)	H25年度	8億1,758万円			3億9,928万円				4億1,830万円			
	H28年度	8億4,211万円	2,453万円	3.00	-0.5	4億2,220万円	94万円	0.24	-0.2	4億4,189万円	2,359万円	5.6
一人あたり医 療費(円)	H25年度	28,718			14,030				14,690			
	H28年度	31,967	3,249	14.5	7.7	15,190	1,160	8.27	8.0	16,770	2,080	14.2

☆介護給付費の状況

介護給付の変化を平成25年度と比較すると、平成28年度は100万円程度、1件当たり介護給付費は8,000円程度安くなっているが、同規模と比較すると12,500円程度、県平均より22,000円程度高い。

介護給付費の変化

年度	苓北町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費			1件当たり給付費		
		(全体)	居宅サービス	施設サービス	(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	7億8,136万円	91,206	43,973	281,020	71,886	41,181	279,469
H28年度	7億8,243万円	83,051	40,439	279,967	70,593	40,986	275,281

第一期保健事業実施計画（データヘルス計画）に係る考察

☆第一期に係る考察

第一期計画において、医療費適正化を目指し取組を進めてきたが、医療費は高騰し、入院のみならず入院外が大きく伸びている。その原因のひとつに、予防が難しい治療費が影響したと考える。

計画のなかの中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた結果については、

- ①脳血管疾患が原因で介護保険の第2号被保険者から新規に認定、長期入院の費用額の増加、また、脳血管疾患のリスクである高血圧の入院費用が増加している。
- ②虚血性心疾患の割合は減少しているが費用は増加していることから、高額な医療が必要な人が増えてきている。
- ③慢性腎不全の透析（有）の人が増え、医療費も増加、また、糖尿病性腎症も増えてきている。

以上のことから、重症化予防に力を入れ医療費適正化をめざすために、特定健診受診率を向上させ、特定保健指導や非肥満者のハイリスク指導、未治療者を医療へつなぐ、治療中断者を無くすなどの重症化させない取組が引き続き課題である。

第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標

☆目標の設定

成果目標

① 中長期的な目標の設定

高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えること、また、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を減少させるために、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患を減少させることを目標とする。

3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

②短期的な目標の設定

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

期的な目標とする。

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

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

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

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

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

評価項目	評価指標	中間評価					最終評価		
		H28	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
		現状	目標値	目標値	目標値	目標値	目標値	目標値	
成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費							
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合	4.6%						3.4%
		新規 脳血管疾患患者数							
	重症化した結果の疾患の発生状況	虚血性心疾患患者数							
		人工透析患者数	1人						1人
		高額(100万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	1人						1人
		虚血性心疾患患者数	4人						2人
		人工透析者数	15人						10人
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	46.8%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
		特定保健指導実施率	48.2%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム該当者割合	20.3%			17.0%			15.0%
		メタボリックシンドローム予備群割合	12.1%			11.0%			10.0%
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	5.1%			4.0%			3.0%
		健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合	10.4%			7.0%			5.0%
		健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	3.9%			2.5%			2.0%
		健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	31.3%			25%			20.0%
		糖尿病の未治療者の割合	30.4%			20%			10.0%
		糖尿病の保健指導実施率	41.0%			50%			60.0%

第三期特定健康診査等実施計画

計画期間：平成30年度～平成35年度(6年間)

第三期に向けての特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導の基本的な考え方は、平成28年1月8日に健康局から大臣告知された特定健診等基本指針、特定健診・保健指導の実施に関する基準改正によると、現行制度の枠組みは維持、運用面での見直しがある。

特定健診受診率向上が最優先課題となり、保険者別の実施率が公表、また、運用ルールが緩和される。具体的には、次のとおりである。

- イ. 特定保健指導の実績評価時期：6ヶ月後→3ヶ月後でも可能
- ロ. 初回面接と実績評価の同一機関用件の廃止
- ハ. 健診当日結果がそろわなくても、初回面接の分割実施が可能
- ニ. 2年連続積極的支援に該当の場合、1年目に比べて状態が改善していれば、2年目は動機付け支援相当で可能。
- ホ. かかりつけ医の検査データの活用

また、平成29年8月3日に保険局から提示された特定健診等実施計画作成の手引き並びに、特定健診・保健指導の円滑な実施に向けた手引きをふまえ計画を策定する。

目標値の設定

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

特定健診の実施

(1)実施方法

特定健診については、外部の特定健診実施機関に委託して行う。

- ①個別健診は町内の医療機関
- ②集団健診は人間ドックと公民館健診

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準第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) 健診実施機関リスト

個別健診契約機関	集団健診契約機関	
猪口医院	天草慈恵病院健診センター	日赤熊本健康管理センター
天草慈恵病院	苓北医師会病院	高野病院総合健診センター
苓北クリニック	天草中央総合病院健康管理センター	熊本県総合保健センター
苓北医師会病院	天草地域健診センター	J A 熊本厚生連健康管理センター
	済生会熊本病院予防医療センター	天草第一病院健康管理センター

(4) 特定健診実施項目

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

(5) 実施時期

4月から12月までが実施時期だが、契約機関や被保険者の都合で年内にできない場合は、翌年3月末までとする。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 特定健診委託単価、自己負担額

平成30年度特定健診委託単価は9,515円で、うち自己負担金は500円である。

(8) 特定健診の未受診者対策

本町の特定健診受診率は40%後半を横ばい状態である。目標率60%を目指すために、未受診者対策として新規事業に取り組んでいく。

- 特定健診未受診者の分析をして個別に受診勧奨案内文を作成、送付する。
- 治療中の健診未受診者に対して、かかりつけ医の検査データの活用をする。

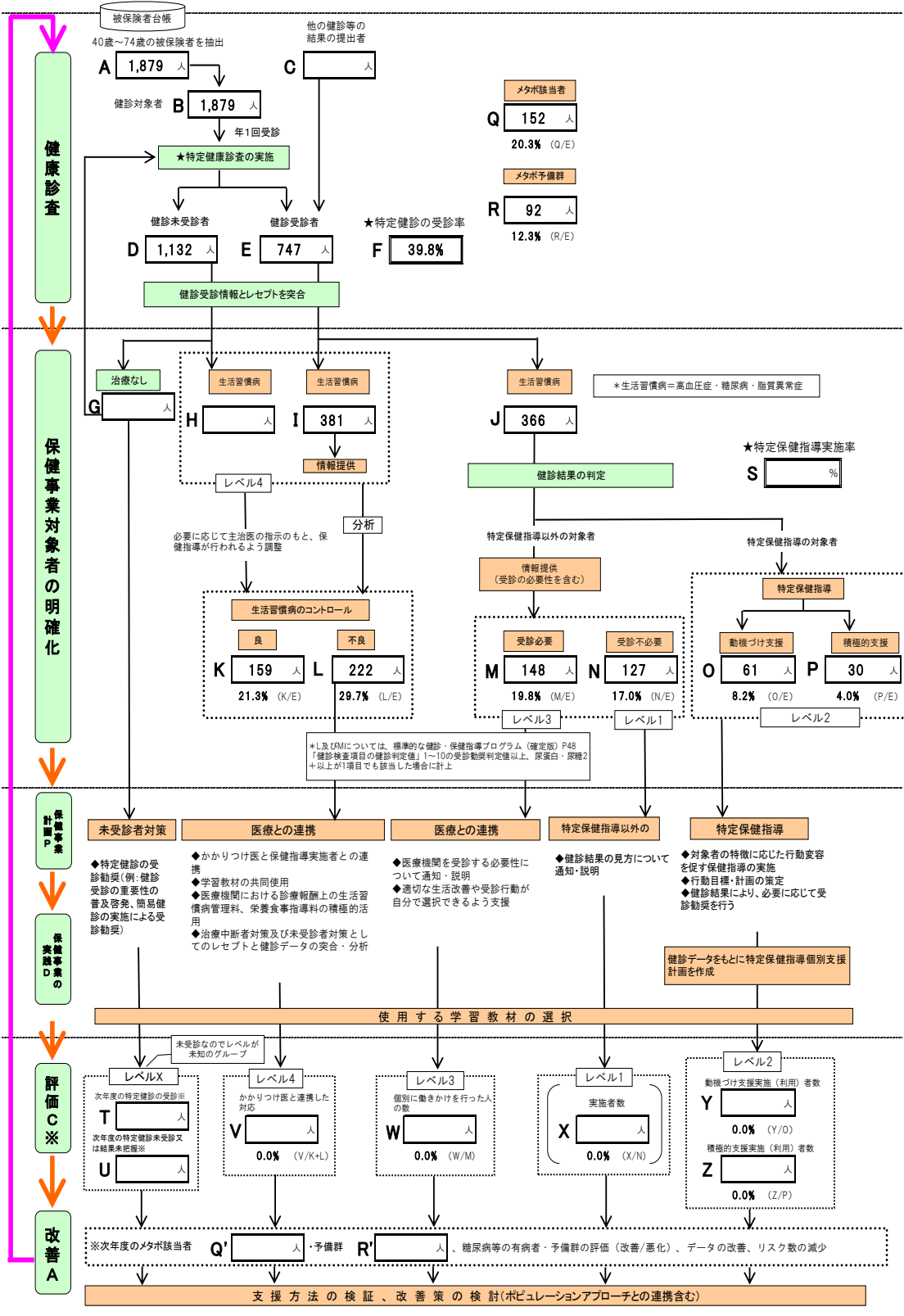
特定保健指導の実施

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

様式6-10



(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

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	51人	60%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援		100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨として、 <u>健診未受診者に対して個別に受診勧奨案内文作成をする</u> ◆治療中で健診未受診者に対してかかりつけ医の検査データの活用を依頼する	946人 (目標達成まであと163人)	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明		%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析		%

第1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。

I 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成29年12月1日策定）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表27に沿って実施する。

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

対象者の明確化

対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては熊本県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を次のとおりとする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

2. 虚血性心疾患重症化予防

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

対象者の明確化

対象者選定基準の考え方

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2)対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者を見るとⅡ度高血圧以上が40人(5.4%)であり、25人は未治療者であった。また未治療者のうち9人(36.0%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も15人(5.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導をしていく。

Ⅱ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性、甘い物や脂質を多く含む食品の取り過ぎや、飲酒量の多さが内臓脂肪蓄積に影響しているなど個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。

周知方法は、農協や商工会、区長会などの会議等や、食生活改善推進員の地区活動時に配布する。また、広報誌等を活用して周知していく。

保険者努力支援制度の視点で、茶北町の社会保障費と予防・健康管理をみる

茶北町 人口 7,739人
(H28.4月現在)
国保加入数 2,140人(25.9%)

2 平成28年度
全国順位 1,741市町村中 **156位**
345(満点)のうち**252点**

国からの交付金 **1,275,000円**
一人当たり交付額 583円
1点当たり交付額 5,059円

1 **社会保障費(H28年度)**

国保医療費 8.4億
KDBシステムより

予防可能な生活習慣病	糖尿病 4,400万円 (9.7%)
	高血圧 4,300万円 (9.4%)
	慢性腎不全 7,500万円 (16.4%)
	がん 7,900万円 (17.3%)
	精神 1,06億円 (23.1%)
	筋・骨格 6,000万円 (13.2%)

介護費 7.8億(全体)
KDBシステムより

有職状況	2号認定者(4人) 40~64歳	第1号認定率17.1%(492人) 65歳以上
	届出中 93.3%	71.1%
	虚血性心疾患 40.0%	12.8%
	糖尿病 60.0%	32.8%
	認知症 21.3%	
	筋・骨格疾患 90.8%	

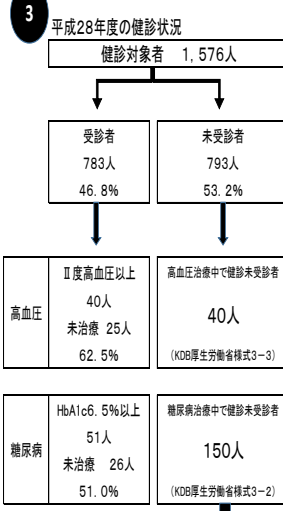
生活保護費 30,37万円
保護受率率 0.59%
医療費の割合 63%

平均寿命
男性 80.4歳
女性 87.4歳

評価指標(H29、30年度)	28年度前倒し分			
	30年度満点	茶北町	県	国
850点	345点	252点	222	199
*体制構築加点(H30年60点、H28年70点)除く	790点	275点	182点	128.7点
特定健診受診率	50	20	15	6.92
特定保健指導実施率	50	20	15	7.47
メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	50	20	0	7.13
糖尿病等重症化予防の取組	100			
① 対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携				
② かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)	40	40	18.75
③ 専門職の取組、事業評価				
④ 全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)			
⑤ 保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)			
⑥ 個人への分かりやすい情報提供	25	20	17	17.01
⑦ 個人インセンティブ提供	70			
⑧ 個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	6.00
⑨ 商工部局、商店街等との連携	(25)			
⑩ データヘルス計画の取組	40	10	10	10.00
⑪ 第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
⑫ 第2期策定に当たり、現計画の定量的評価	(35)			
⑬ 関係部署、県、医師会等と連携				
⑭ がん検診受診率	30	10	10	5.26
⑮ 歯周疾患(歯)検診実施状況	25	10	10	6.63
⑯ 地域包括ケアの推進	25	5	5	2.89

①市町村指標の都道府県単位の評価【200億円】	100
都道府県 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
府県 ③都道府県の取組状況【150億円】	未定
の 保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	
指標 ②医療費適正化のアウトカム評価	
国保・年齢調整後1人当たり医療費	50

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定する。(H30年度~)



4 **第3期特定健診・保健指導の運用の見直し**

かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようなルールの整備

- 医療機関との適切な連携における優先順位**
○かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
○保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データのうち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。
- 診療における検査データを活用する要件**
○医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
○基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。
- 基本的な手順の減れ**
○保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

○健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態

①健診データ

(H28年度厚生労働省様式6-2～6-7健診有所見者状況)

腹囲	35.4%
BMI	39.6%
中性脂肪	18.2%
空腹時血糖	46.0%
HbA1c	69.8%
LDLコレステロール	54.0%

内臓脂肪の蓄積

2. 熊本県の実態

ケーキ	5位
まんじゅう	9位
炭酸飲料	6位
ハンバーガー	9位
インスタント麺	10位
弁当	2位

野菜摂取量	49位
-------	-----

発泡酒等	10位
------	-----

飲酒代	3位
-----	----

②治療の状況（【参考資料1】6-①）

	服薬
糖尿病	10.8%
高血圧	37.8%
脂質異常症	24.3%

出展

総務省 家計調査

総務省統計局 経済センサス基礎調査（総分類・全事業所）

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

第2章 地域包括ケアに係る取組

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国保にとっても本町にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に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3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)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか。 (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率等)

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

評価体制は、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、平成32年は中間評価、平成35年は最終評価をして、国保係が毎年国保・保健衛生・後期・介護・生活保護・財政の各課長や担当で構成する評価委員会を開催する。また、保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。