

第 2 期保健事業実施計画(日之影町データヘルス計画)

【簡易版】

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に「日本再興戦略」が閣議決定され、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

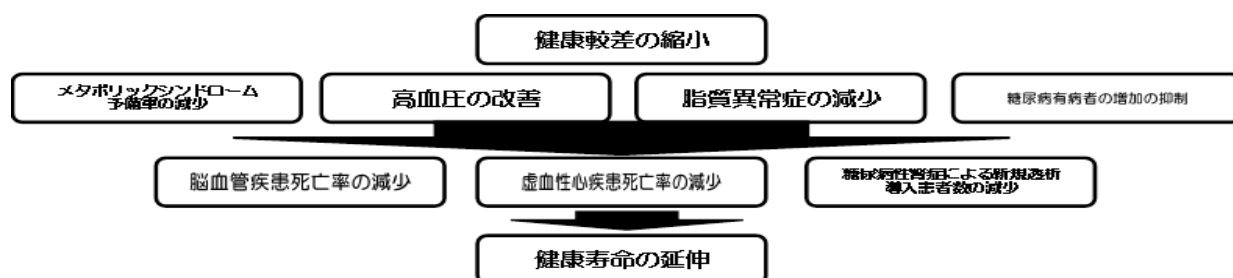
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうしたなか、日之影町においては、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）に基づき、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こととした。

2. 計画の位置付け

保険者等が健康・医療情報を活用して、P D C A 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に第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定する。

【中長期的・短期的目標】



3. 計画期間

計画期間を平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。

4. 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、新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しており、平成 30 年度から本格実施となる。国は糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。

第2章 評価及び考察と健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 介護給付費の状況

介護認定者数は減少したものの、40～64歳の認定率は増加した。介護給付費は減少したが、居宅サービスの1件あたりの給付費が増えている。

2) 医療費の状況

平成28年度の一人あたりの医療費は34,330円で、25年度より2,440円の増加、同規模平均と比較しても高い。しかし、入院費用の伸び率は同規模平均と比較すると抑制できていることがわかった。

3) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)の状況

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析無)に係る医療費の総医療費に占める割合は減少しているものの、慢性腎不全(透析有)に係る費用は増加していることがわかった。また、中長期・短期目標疾患医療費計では国・県と比較すると低くなっているが、糖尿病にかかる費用はH25年より増加していることがわかった。

4) 中長期的な疾患の状況

中長期的な目標の脳血管疾患は減少しているものの、虚血性心疾患においては65歳以上の者が増加し、リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症も増加している。人工透析者数はH25年とほぼ同数であり改善に至っていない。また、そのリスクの多くは高血圧症であることが分かる。

5) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率、特定保健指導率ともに増加し、同規模平均より高い。しかし、健診受診者数は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への強化が重要となってくる。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	686	1,071	64.1	21	81	52	64.2	47.3	50.4
H28年度	605	913	↑ 66.3	↑ 16	71	53	↑ 74.6	47.2	51.6

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院件数に対し外来件数が圧倒的に多いが、その費用額は入院による費用額の方が高い。医療費を抑制するためには、早期介入による受診勧奨や継続受診による重症化予防が必要といえる。

(2)長期化する人工透析においては、糖尿病性腎症や虚血性心疾患の重症化予防が必要であり、基礎疾患となる高血圧症、糖尿病、脂質異常症対策が必要とわかる。

(3)要介護認定者の医療費は介護認定なし医療費の2倍となっていることから、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、医療費削減および介護予防にもつながるといえる。

2) 健診受診者の実態

メタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも国・県と比較してもBMI・空腹時血糖・HbA1cの有所見者割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況

糖尿病では、治療中であっても血糖コントロール不良のものが多く、特に新規の健診受診者に多く見られた。医療機関受診者にも健診の受診を勧めること、医療機関との連携をはかることによりコントロール良へ導く必要がある。高血圧症では、治療中の者にⅠ度・Ⅱ度が多く、継続受診でも新規受診でも大きく変わりはなかった。脂質異常症では、治療していないものに高値が多く、受診勧奨が必要である。

4) 未受診者の把握

40歳～64歳の健診対象者のうち、約4割が未受診であり、またそのうちの半数近くが未治療者、65歳～74歳では、健診対象者のうち約3割が未受診であり、そのうちの2割が未治療者であった。

特定健診受診の有無と生活習慣病治療にかかるお金については、健診受診者より未受診者のほうが治療費は3倍かかっており、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を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく必要がある。

3. 目標の設定

1) 中長期的な目標の設定

医療のかかり方として重症化して入院する実態もあるため、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院を抑えることを目標とし、入院の伸び率を更に減らしていくことを目指す。

2) 短期的な目標の設定

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のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。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、1年、1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。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(平成30年度以降)からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	66%	67%	68%	69%	70%	70%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

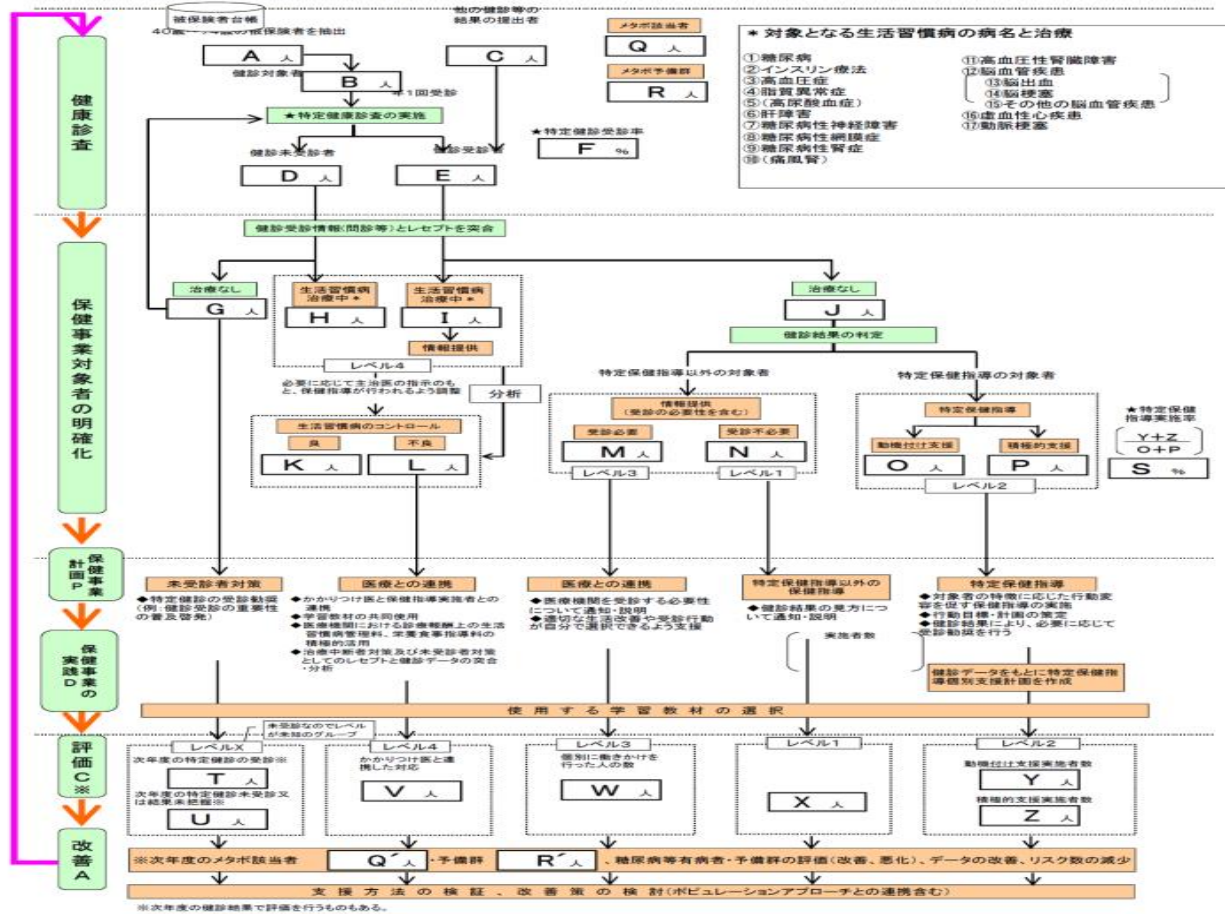
3. 特定健診・保健指導の実施

〈実施方法〉

健診については、宮崎県健康づくり協会、日赤熊本健康管理センター、日之影町立国保病院に委託する。特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

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

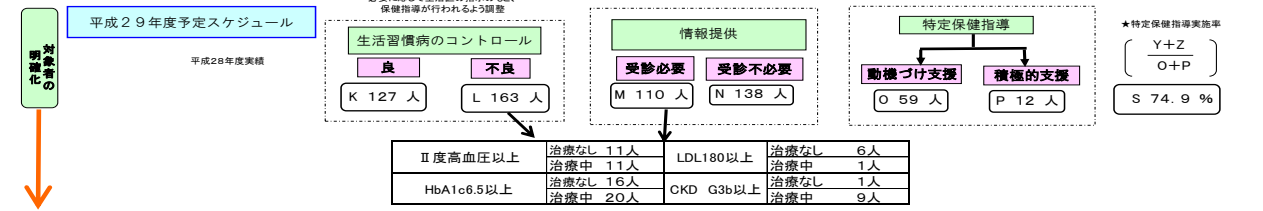
様式5-5



糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

29年度



計画P	① 未受診者対策	② 特定健診	③ 健診結果	④ 保健指導
	秋の集団健診の前に、申し込みをしていない方で初めて対象となった人から優先的に訪問・電話にて受診勧奨を実施。	平成29年度受診率目標 70% 集団を基本とし、個別は町立病院と協議し対象者を設定する。	健診受診者全員に対し、対面での保健指導を実施。なるべく受診者が来れるよう、夜間にも結果説明会を設定する。	平成29年度 特定保健指導実施率 目標75% 受診勧奨判定値対象者への保健指導
4月		4/6 健診機関との打合せ、セット到着 検診案内の準備 4/17 事務連絡員にて検診セット発送		
5月	医療費と特定健診についての情報提供	町立病院へ個別健診対象者のリストを渡す(随時実施)		
6月	・事務連絡会時 ・地域健康協力員研修会時 ・食生活改善推進委員会時 ・健康増進計画説明会時(30公民館) ・各種健康教室時	4/30(日)・5/1(月)総合がん検診の実施 ○結果説明会の事前予約と確認	健診結果の分析 ・結果が届き次第、分析・読み取り(概ね3週間以内)に到着)	
7月		7/21 町民課・保健センター担当打合せ	6/2 結果説明会打合せ 保健師、栄養士 健診結果読み合わせ 6/6(火)7(水)結果説明会(午前・夜間) ○説明会に来れない者へは訪問	平成28年度特定保健指導最終評価
8月	「特定健診の受診」へつなげる	8/15 事務連絡員へ特定健診希望調査発送 後期高齢者・生保等の健診案内の発送 8/31 提出、申込締め切り		結果説明会終了後の個別の保健指導 ・積極的支援、動機付け支援 一保健指導パターンに沿って ・受診勧奨値継続訪問
9月		下旬 健診セット到着 健診案内、がん検診問診票等セット準備		
10月	連続未受診者の訪問・電話 ・健診を受けるメリットなどを伝える ・職場健診を受けている場合は提出のお願い ・訪問時不在の場合は電話にて受診勧奨を行う	10/16 事務連絡員へ健診セット発送 10/16 健診機関との打合せ 10/23 スタッフ打合せ	健診結果の分析 ・結果が届き次第、分析・読み取り(概ね3週間以内)に到着)	
11月	特定健診終了後 ・未受診者リストの作成 ・最終健診の案内を電話にて勧奨	10/31(火)～11/10(金) 特定・後期・生保健診、各種がん検診の実施 ○結果説明会の事前予約と確認 未受診者最終健診の案内ハガキを作成、送付		
12月		12/3(日)・4(月) 最終健診の実施 ○結果説明会の事前予約と確認	11/27 結果説明会打合せ 保健師、栄養士 健診結果読み合わせ 11/29(水)～12/15(金)結果説明会(午前・午後・夜間)	特定保健指導最終評価
1月		下旬 次年度総合がん検診を含むがん検診一括申込書準備 1/10 地域健康協力員会にて一括申込書配布	1/5 結果説明会打合せ 保健師、栄養士 健診結果読み合わせ 1/10(水)25(金)結果説明会(午前・午後・夜間) ○説明会に来れない者へは訪問	結果説明会終了後の個別の保健指導 ・積極的支援、動機付け支援
2月		2/1 一括申込書提出期限 2/6 町立病院との次年度の打合せ	訪問対象者の検討	
3月		下旬 総合がん検診希望者で特定健診対象者の選定 下旬 健診機関へ総合がん検診データ送付		H29年度糖尿病管理台帳作成

	H25年度		H28年度	
	特定健診	特定保健指導	特定健診	特定保健指導
	64.1%(同規模21位)	68.3%(同規模16位)	64.2%	74.6%

重症化予防対象者の評価(H27年度-平成28年度)	改善			維持・悪化			不明		
	改善	維持・悪化	不明	改善	維持・悪化	不明	改善	維持・悪化	不明
Ⅱ度高血圧	15人	10人	8人						
HbA1c7以上	3人	4人	7人						
LDL180以上	3人	2人	2人						

支援方法の検証、改善策の検討(ポピュレーションアプローチとの連携含む)。地区担当制を導入し、糖尿病性腎症重症化予防の視点で課題解決に取り組む。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、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実施していく必要がある。

重症化予防としては、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。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

2. 重症化予防の取り組み

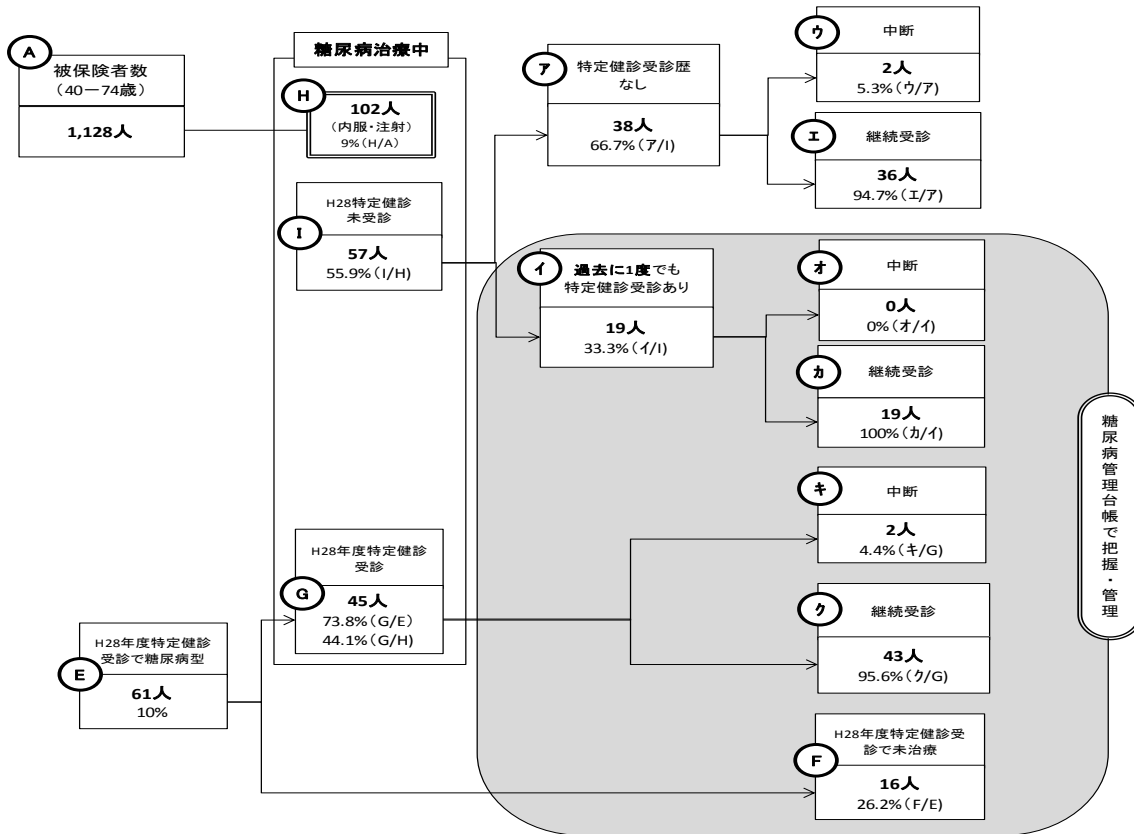
1) 糖尿病性腎症重症化予防

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）及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	609	37 6.1	190 31.2	354 58.1	28 4.6
メタボ該当者	101 16.6%	8 7.9%	32 31.7%	56 55.4%	5 5.0%
メタボ予備群	72 11.8%	2 2.8%	25 34.7%	41 56.9%	4 5.6%
メタボなし	436 71.6%	27 6.2%	133 30.5%	257 58.9%	19 4.4%
LDL	140-159	7 11.8%	17 23.6%	45 62.5%	3 4.2%
	160-179	21 3.4%	7 9.5%	12 57.1%	0 0.0%
	180-	7 1.1%	1 14.3%	5 71.4%	1 14.3%

【参考】

CKD	G3aA1~	68 11.2%	4 5.9%	28 41.2%	32 47.1%	4 5.9%
-----	--------	-------------	-----------	-------------	-------------	-----------

3) 脳血管疾患重症化予防

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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
	心原性脳梗塞	●				●		○		○					
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタリック・ フォーム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		22人	3.6%	36人	5.9%	7人	1.1%	8人	1.3%	101人	16.6%	5人	0.8%	12人	2.0%
治療なし		11人	3.0%	16人	2.8%	6人	1.3%	2人	0.6%	12人	3.8%	1人	0.3%	1人	0.3%
治療あり		4人	18.2%	3人	8.3%	1人	14.3%	0人	0.0%	12人	11.9%	1人	20.0%	0人	0.0%
臓器障害あり		6人	4.6%	6人	48.8%	1人	0.7%	2人	2.1%	6人	30.7%	1人	1.4%	1人	3.8%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	6人		5人		1人		0人		5人		0人		0人	

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。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住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年度に中間評価を、平成35年度においては、次の期の計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

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4つの指標で評価する。

※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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等を、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定期的に確認する。

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。

第7章 個人情報の取扱い

1. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。