

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)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」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、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が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。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「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。

平成 27 年 5 月に成立した「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」により、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が、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どおり市町村が行う。

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。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・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の保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

桜井市においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、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が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

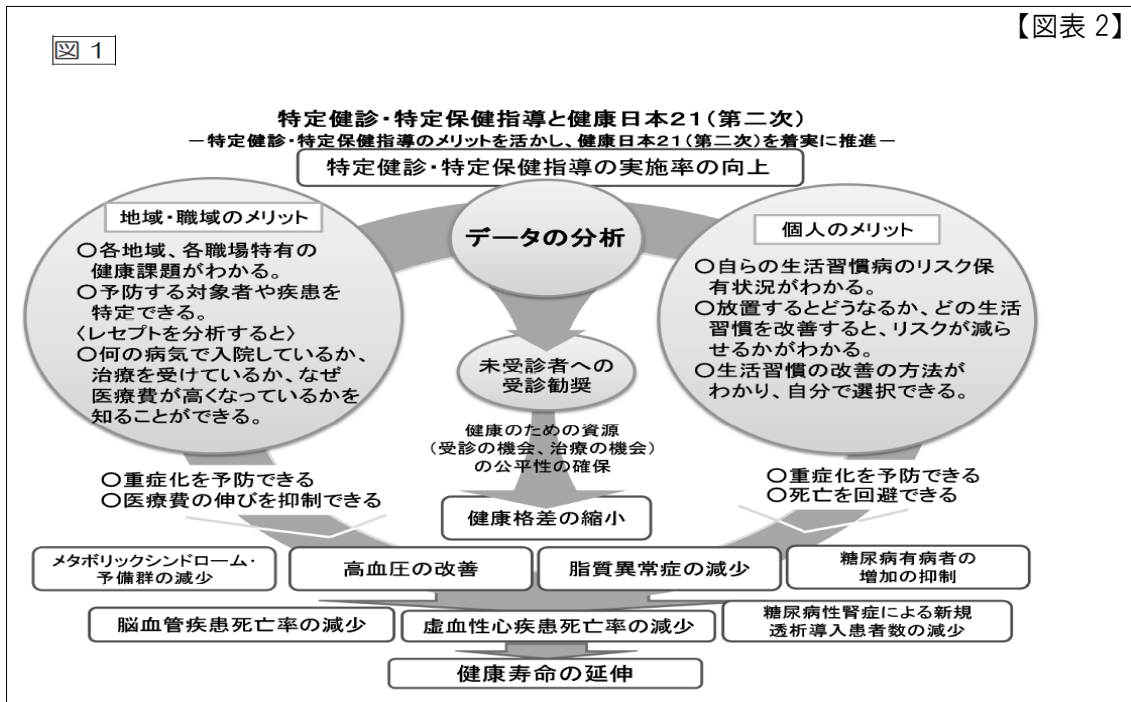
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

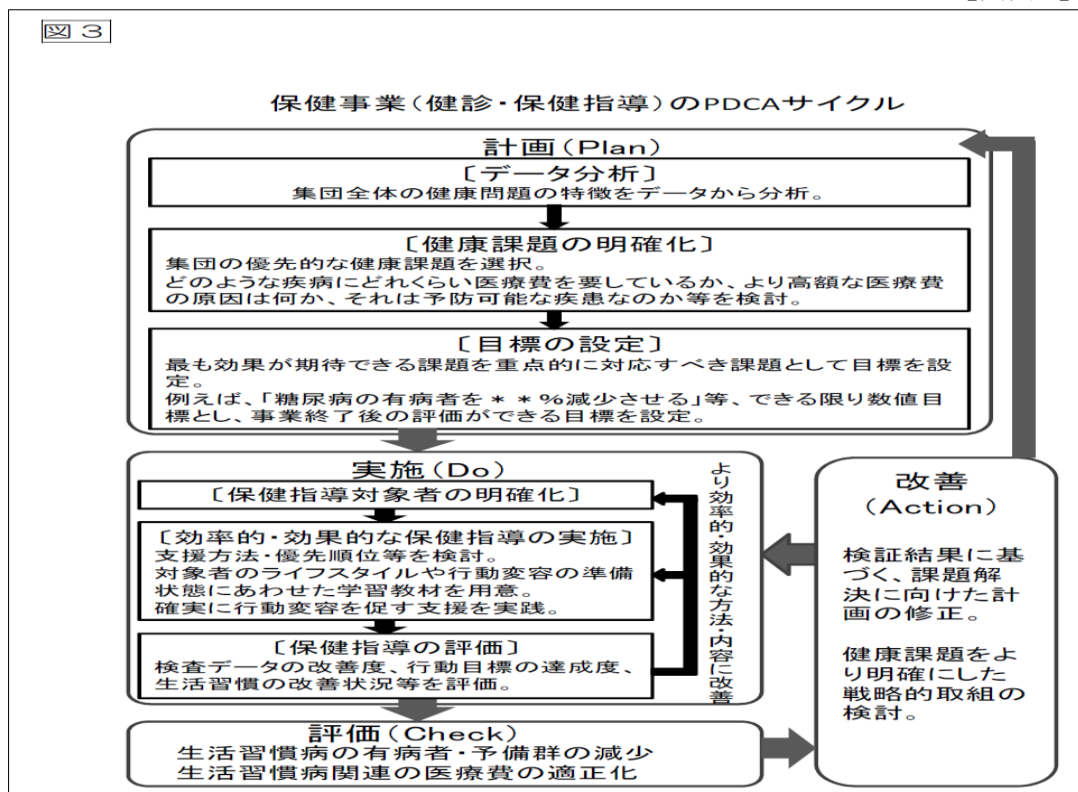
		健康増進法(第2条)とは 健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法、学校教育法)					
		「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成29年6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29年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施に関する指針の一般改正	厚生労働省 健康局 平成29年3月 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 健康局 平成29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 健康局 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(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(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	市町村・義務、都道府県・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、生活習慣の改善や健康増進の推進を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会課題の解決が期待される 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慢性疾患の発症予防を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらに 高血圧や高脂血症を誘発、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、 医療の持続可能性を高める ことが期待される。 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、 診断 に抽出するものを行うものである。	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組み について、 患者 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 医療者の負担軽減 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即し自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、重症状態または要支援状態となることへの 予防 又は、要介護状態等の回避もしくは 重症化の防止 を理念としている。	国民健康保険法 に基づき、国民の生活の質の維持及び向上を旨としつつ、医療費が適正に増えないよう工夫し、 国民がかつ適切な医療を効果的に受ける ことを目指す。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の提供 を実現し、良質な医療を効率的に提供するための体制の整備を図る。	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 壮年期 、高齢期)において	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現役期の有期(壮年期)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	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 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 メタヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	
評価	※52項目中 特定健診に関係する15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②全死因(脳血管疾患による早期死を除く)死亡率(脳血管疾患) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール状態に関す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高血圧治療実施率 ⑨適正体重を維持している者の増加(増加、やせの減少) ⑩適切な栄養の摂取率をとする ⑪日常生活における歩数 ⑫健康増進事業の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭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(特定健康診査の実施率) ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健診率 ⑧特定保健指導率 ⑨健診結果の変化 ⑩生活習慣病の有病者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費 ⑬介護費	①地域における自立した日常生活の支援 必要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ②介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外委 ②一入あたり医療費の地域差の縮小 ③特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボ該当者・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じ設定)	
その他							

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、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」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、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.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

桜井市においては、けんこう増進課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に桜井市国民健康保険を運営する保険医療課と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（保険医療課）、介護保険部局（高齢福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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ことも重要である（図表4）

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。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため

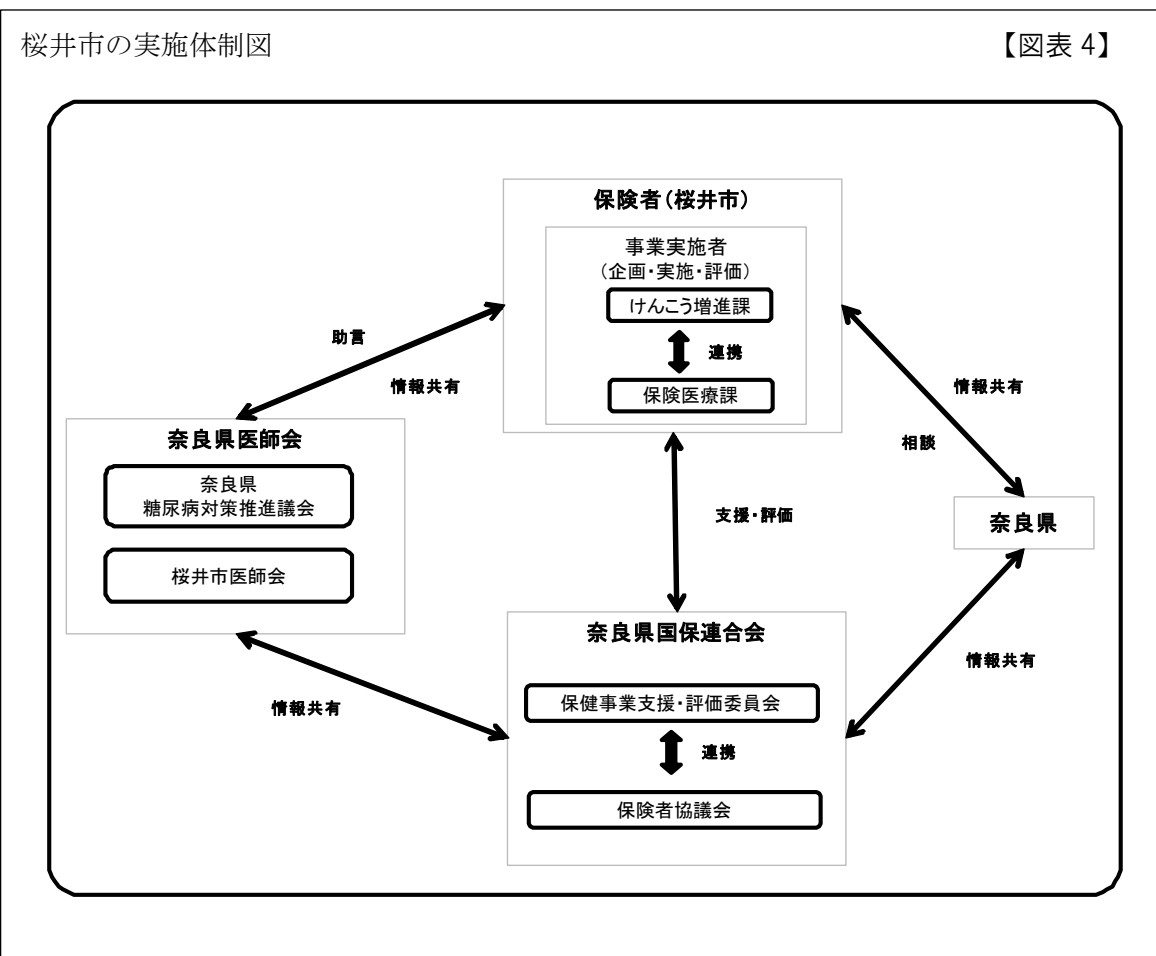
には、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、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。



5. 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している。(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、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、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を高く評価している。(図表5)

【図表5】

評価指標			30年度	28年度前倒し分			
			満点	満点	桜井市	奈良県	国
H29、30年度の評価指標			850点	345点	149点	177点	199点
予 防 加 点	共通③	糖尿病等重症化予防の取組	100	40	0	38.5	18.75
		・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	(50)				
		・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携					
		・専門職の取組、事業評価	(25)				
		・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)				
	固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10	4.62	10
		・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)				
		・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)				
		関係部署、県、医師会等と連携					
	共通①	特定健診受診率	50	20	10	18.59	6.92
		特定保健指導実施率	50	20			7.47
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20			7.13
	共通②	がん検診受診率	30	10	0	11.3	5.26
		歯周疾患(病)検診実施状況	25	10			0
共通④	個人への分かりやすい情報提供	25	20	13	17.36	17.01	
	個人のインセンティブ提供	70	20			6	
	・個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)					
	・商工部局、商店街等との連携	(25)					
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	0	2.95	2.89	
事 務 加 点	固有①	出納率向上に関する取組状況	100	40	15	14.23	10.52
	固有⑤	第三者求償の取組	40	10	10	7.36	8.15
	固有③	医療費通知の取組	25	10	10	8.46	8.68
	共通⑤	重複服薬者に対する取組	35	10	0	0.77	3.33
	共通⑥	・後発医薬品の促進の取組	35	15	11	6.41	12.76
		・後発医薬品の使用割合	40	15			
	固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50				
体制加算			60	70	70	70	70

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していた。死因別に脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は減少していたが、生活習慣病における死亡は7件あった。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定者数の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していた。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。そのため、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の状況をみると、給付費の総額は顕著に増加しているが、1件あたりは減少しており、介護サービスの利用者が増加していることが考えられる。給付費の増加を抑制するためにも、新規認定者の急増を抑制していく必要がある。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	桜井市			同規模平均			
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	居宅サービス	施設サービス
H25年度	41億3152万円	55,946	36,166	276,371	63,212	40,782	284,377
H28年度	46億5132万円	53,705	35,933	275,125	61,245	40,247	278,147

②医療費の状況(図表7)

医療費の変化について、入院外医療費は伸びているが、入院医療費の伸び率を抑制できていることが分かった。1人当たりの医療費は伸びていることから、どの疾患が増加しているのかを特定し対策を講じる必要がある。

医療費の変化

【図表 7】

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
			桜井市			桜井市			桜井市
1 総医療費(円)	平成25年	46億8739万円		18億8,902万円			27億9,837万円		
	平成28年	46億6241万円	△2,498万円	-0.5	17億9,036万円	△9,866万円	-5.5	28億7,204万円	7,367万円
2 1人当たり医療費(円)	平成25年	22,192		8,953			13,239		
	平成28年	24,193	2,001円	8.2	9,287	334	0.4	14,907	1,668

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

平成 25 年と比較すると、桜井市の一人あたり医療費は増加し、奈良県や国とは同等になっている。中長期目標疾患では、慢性腎不全（透析あり）の医療費が、奈良県や国に比べ明らかに高い割合である。目標疾患医療費計（中長期・短期）は、平成 25 年度と比較し低くなっているが、奈良県や国と比較すると高い割合になっており、透析や高血圧に係る医療費の抑制が今後の課題である。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成 25 年度と平成 28 年度との比較）

同規模区分	市町村名	総医療費	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		脳		心	糖尿病	高血圧					脂質異常症
				同規模	県内	慢性腎不全(透析あり)	慢性腎不全(透析なし)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25年	桜井市	4,687,389,690	22,192	172位	33位	13.2%	1.3%	4.7%	4.0%	9.2%	10.8%	4.3%	1,268,585,470	27.1%	21.1%	15.8%	14.8%
		H28年	4,662,418,870	24,193	176位	31位	13.4%	1.0%	4.4%	4.0%	9.8%	9.4%	5.0%	1,240,940,030	26.6%	23.7%	14.4%
H28年	奈良県	98,797,804,910	24,061	-	-	8.6%	0.7%	4.0%	4.5%	9.7%	8.6%	5.5%	23,902,781,990	24.2%	27.0%	14.8%	15.9%
	国	9,715,899,908,610	24,245	-	-	9.7%	0.6%	4.0%	3.7%	9.7%	8.6%	5.3%	2,239,908,933,310	23.1%	25.6%	16.9%	15.2%

④中長期的な疾患 (図表 9)

虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析に共通して、高血圧を併せ持つ者の割合が年齢に関わらず約 80%と非常に高くなっており、高血圧予防の対策が必要である。人工透析を主にみていくと、糖尿病が原因と考えられる者が約半数おり、糖尿病と高血圧の対策が急務であると考えられる。

【図表 9】

図表9 KDB(紙データ様式3-5.3-6.3-7より)

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成 25 年	全体	17,822	832	4.7%	188	22.6%	26	3.1%	652	78.4%	376	45.2%	541	65.0%	
	64歳以下	12,190	228	1.9%	33	14%	21	9.2%	173	75.9%	116	50.9%	156	68.4%	
	65歳以上	5,632	604	10.7%	155	25.7%	5	0.8%	479	79.3%	260	43.0%	385	63.7%	
平成 28 年	全体	16,420	763	4.6%	150	19.7%	25	3.3%	614	80.5%	333	43.6%	520	68.2%	
	64歳以下	10,217	182	1.8%	25	13.7%	20	11.0%	137	75.3%	84	46.2%	117	64.3%	
	65歳以上	6,203	581	9.4%	125	21.5%	5	0.9%	477	82.1%	249	42.9%	403	69.4%	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成 25 年	全体	17,822	634	3.6%	188	29.7%	10	1.6%	505	79.7%	255	40.2%	385	60.7%	
	64歳以下	12,190	155	1.3%	73	47.1%	8	5.2%	124	80.0%	62	40.0%	101	65.2%	
	65歳以上	5,632	479	8.5%	115	24.0%	2	0.4%	381	79.5%	193	40.3%	284	59.3%	
平成 28 年	全体	16,420	628	3.8%	150	23.9%	8	1.3%	504	80.3%	234	37.3%	393	62.6%	
	64歳以下	10,217	143	1.4%	25	17.5%	5	3.5%	107	74.8%	40	28.0%	74	51.7%	
	65歳以上	6,203	485	7.8%	125	25.8%	3	0.6%	397	81.9%	194	40.0%	319	65.8%	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標						
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患			高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
平成 25 年	全体	17,822	59	0.3%	10	16.9%	26	44.1%	52	88.1%	33	55.9%	27	45.8%	
	64歳以下	12,190	44	0.4%	8	18%	21	47.7%	39	88.6%	23	52.3%	22	50.0%	
	65歳以上	5,632	15	0.3%	2	13.3%	5	33.3%	13	86.7%	10	66.7%	5	33.3%	
平成 28 年	全体	16,420	61	0.4%	8	13.1%	25	41.0%	52	85.2%	30	49.2%	25	41.0%	
	64歳以下	10,217	41	0.4%	5	12.2%	20	48.8%	36	87.8%	19	46.3%	19	46.3%	
	65歳以上	6,203	20	0.3%	3	15.0%	5	25.0%	16	80.0%	11	55.0%	6	30.0%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表 10)

糖尿病では、被保険者数の減少に伴い人数は減少傾向にあるが、割合は増加している。年齢別に見ると、65歳以上になると倍増していることから、64歳以下の糖尿病疑のある者が医療につながっていないことが分かる。

高血圧では、罹患割合が増加傾向にあり、特に65歳以上が64歳以下の約4倍と急増している。加齢により高血圧が増加することはあるが、64歳以下の若年層で治

療が必要な数値であるにもかかわらず放置されている可能性がある。

脂質異常症をみても、糖尿病や高血圧と同様に 64 歳以下の若年層で治療につながっていない傾向であることがうかがわれ、3 疾患ともに若年層から適切な治療が受けられるよう医療機関への受診勧奨と生活習慣を見直す機会が必要である。

【図表 10】

図表10 KDB(様式3-2.3-3.3-4)

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標						
		被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚性心疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 25 年	全体	17,822	1,718	9.6%	159	9.3%	1,164	67.8%	1,061	61.8%	376	21.9%	33	1.9%	59	3.4%
	64歳以下	12,190	619	5.1%	69	11%	390	63.0%	380	61.4%	116	18.7%	23	3.7%	4	0.6%
	65歳以上	5,632	1,099	19.5%	90	8.2%	774	70.4%	681	62.0%	260	23.7%	10	0.9%	55	5.0%
平成 28 年	全体	16,420	1,662	10.1%	155	9.3%	1,130	68.0%	1,067	64.2%	333	20.0%	30	1.8%	102	6.1%
	64歳以下	10,217	493	4.8%	56	11.4%	310	62.9%	296	60.0%	84	17.0%	19	3.9%	36	7.3%
	65歳以上	6,203	1,169	18.8%	99	8.5%	820	70.1%	771	66.0%	249	21.3%	11	0.9%	66	5.6%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 25 年	全体	17,822	2,998	16.8%	1,164	38.8%	1,762	58.8%	652	21.7%	505	16.8%	52	1.7%
	64歳以下	12,190	1,034	8.5%	390	37.7%	605	58.5%	173	16.7%	124	12.0%	39	3.8%
	65歳以上	5,632	1,964	34.9%	774	39.4%	1,157	58.9%	479	24.4%	381	19.4%	13	0.7%
平成 28 年	全体	16,420	3,185	19.4%	1,130	35.5%	1,879	59.0%	614	19.3%	504	15.8%	52	1.6%
	64歳以下	10,217	937	9.2%	310	33.1%	493	52.6%	137	14.6%	107	11.4%	36	3.8%
	65歳以上	6,203	2,248	36.2%	820	36.5%	1,386	61.7%	477	21.2%	397	17.7%	16	0.7%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 25 年	全体	17,822	2,532	14.2%	1,061	41.9%	1,726	68.2%	541	21.4%	385	15.2%	27	1.1%
	64歳以下	12,190	916	7.5%	380	41.5%	569	62.1%	156	17.0%	101	11.0%	22	2.4%
	65歳以上	5,632	1,616	28.7%	681	42.1%	1,157	71.6%	385	23.8%	284	17.6%	5	0.3%
平成 28 年	全体	16,420	2,690	16.4%	1,067	39.7%	1,879	69.9%	520	19.3%	393	14.6%	25	0.9%
	64歳以下	10,217	827	8.1%	296	35.8%	493	59.6%	117	14.1%	74	8.9%	19	2.3%
	65歳以上	6,203	1,863	30.0%	771	41.4%	1,386	74.4%	403	21.6%	319	17.1%	6	0.3%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

男性は若年層で BMI は正常でも腹囲が基準値を越える者の割合が高く、やせ型で腹部のみ出ている内臓脂肪型肥満の者が多くいる。また、収縮期血圧は約半数が基準値を越え、64 歳以下の若年から高い者が多い。

女性は LDL コレステロールの基準値を越えている者の割合が約 60%と高い。

メタボリックシンドロームの予備軍は男性が女性の 4 倍である。また、男女ともに血圧異常、高血圧と脂質異常症を併せ持つ者割合が明らかに高い。高血糖と高血圧の者は腎

障害のリスクを考えると、重点的に介入が必要である。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する KDB(様式6-2~7)

性別	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	1,133	343	30.3%	581	51.3%	323	28.5%	248	21.9%	97	8.6%	257	22.7%	602	53.1%	215	19.0%	602	53.1%	228	20.1%	571	50.4%	21	1.9%
	40-64	411	151	36.7%	322	78.3%	133	32.4%	124	30.2%	41	10.0%	72	17.5%	206	50.1%	90	21.9%	192	46.7%	110	26.8%	236	57.4%	3	0.7%
	65-74	722	192	26.6%	259	35.9%	190	26.3%	124	17.2%	56	7.8%	185	25.6%	396	54.8%	125	17.3%	410	56.8%	118	16.3%	335	46.4%	18	2.5%
H28	合計	1,193	343	28.8%	609	51.0%	313	26.2%	241	20.2%	88	7.4%	339	28.4%	621	52.1%	229	19.2%	615	51.6%	266	22.3%	559	46.9%	21	1.8%
	40-64	326	117	35.9%	173	53.1%	86	26.4%	94	28.8%	21	6.4%	76	23.3%	142	43.6%	63	19.3%	131	40.2%	84	25.8%	181	55.5%	2	0.6%
	65-74	867	226	26.1%	436	50.3%	227	26.2%	147	17.0%	67	7.7%	263	30.3%	479	55.2%	166	19.1%	484	55.8%	182	21.0%	378	43.6%	19	2.2%

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握 KDB(様式6-8)

性別	対象者	健診受診者		腹囲のみ		予備軍		該当者																
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	合計	5,294	1,133	21.4%	64	5.6%	204	18.0%	14	6.9%	136	66.7%	54	26.5%	313	27.6%	38	12.1%	17	5.4%	163	52.1%	95	30.4%
	40-64	2,666	411	15.4%	33	8.0%	91	22.1%	6	6.6%	51	56.0%	34	37.4%	98	23.8%	7	7.1%	5	5.1%	54	55.1%	32	32.7%
	65-74	2,628	722	27.5%	31	4.3%	113	15.7%	8	7.1%	85	75.2%	20	17.7%	215	29.8%	31	14.4%	12	5.6%	109	50.7%	63	29.3%
H28	合計	4,917	1,193	24.3%	51	4.3%	208	17.4%	13	6.3%	154	74.0%	41	19.7%	350	29.3%	57	16.3%	15	4.3%	176	50.3%	102	29.1%
	40-64	2,231	326	14.6%	18	5.5%	68	20.9%	4	5.9%	44	64.7%	20	29.4%	87	26.7%	13	14.9%	9	10.3%	35	40.2%	30	34.5%
	65-74	2,686	867	32.3%	33	3.8%	140	16.1%	9	6.4%	110	78.6%	21	15.0%	263	30.3%	44	16.7%	6	2.3%	141	53.6%	72	27.4%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健康診査の受診率は上昇しているが、保健指導を利用していない者が多く指導修了者の割合は奈良県や国と比較しても非常に低い。重症化を予防していくためには、特定健診受診率向上と効果的な保健指導の実施が必要不可欠である。

【図表 12】

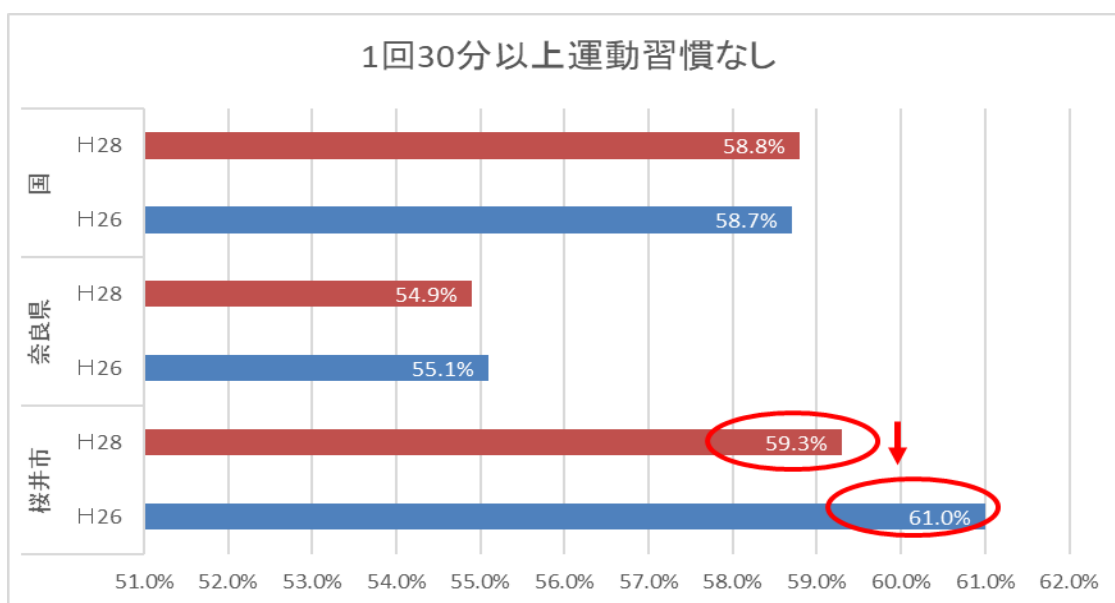
図表12 KDB(地域の全体像の把握、特定健診・特定保健指導状況<法定報告値>)

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	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率		
							桜井市	奈良県	国
H25年度	11,191	2,750	24.6%	320	45	14.1%	52.6%	50.0%	51.6%
H28年度	10,405	2,900	27.9%	283	42	14.8%	51.9%	52.9%	51.5%

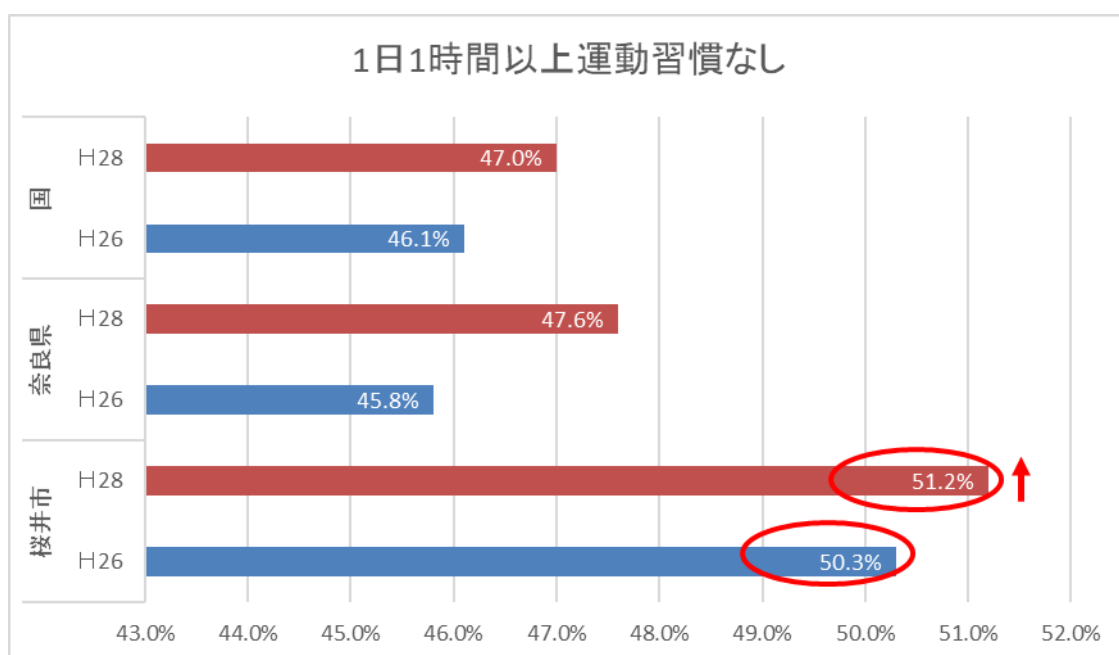
④運動習慣データの変化（図表 13、14）

特定健診受診時の質問票の中で、1期計画の課題でもあった運動習慣がない者についてみると、1回30分以上の運動習慣がない者は平成26年度と比較し減少傾向である。1日1時間以上の運動習慣がない者は、増加傾向にある。生活習慣病を予防するために、1日30分以上の運動が推奨されていることから、無理のない継続的な運動習慣を身につける取り組みが今後も必要と考えられる。

【図表 13】

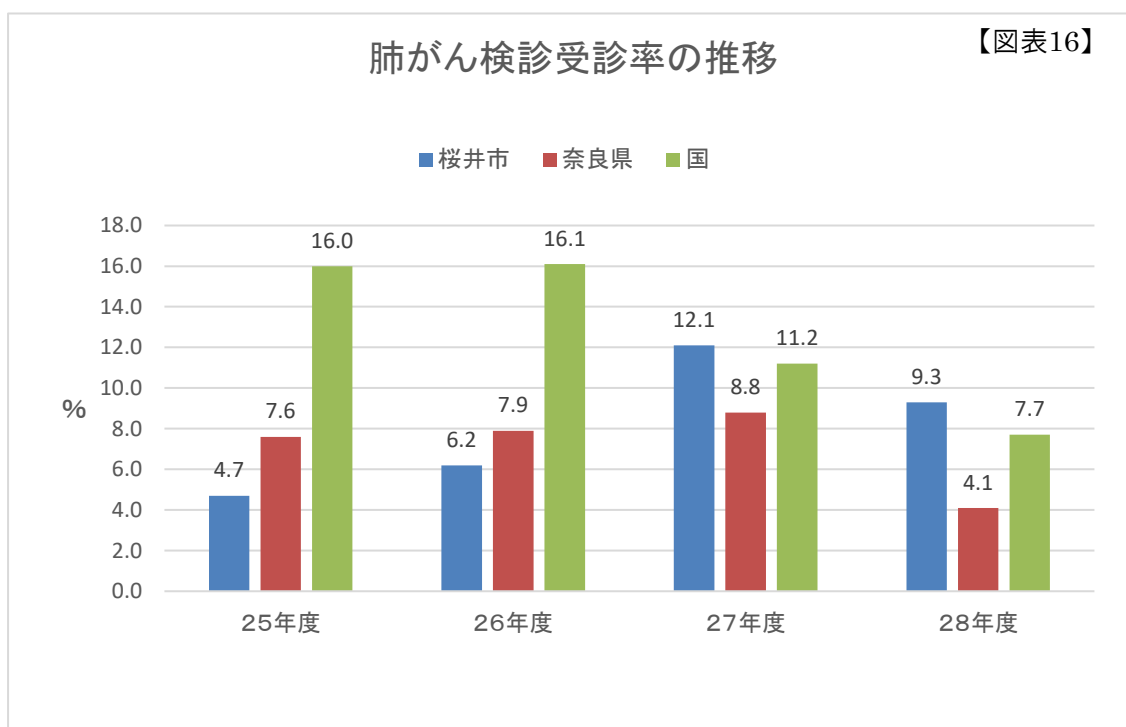
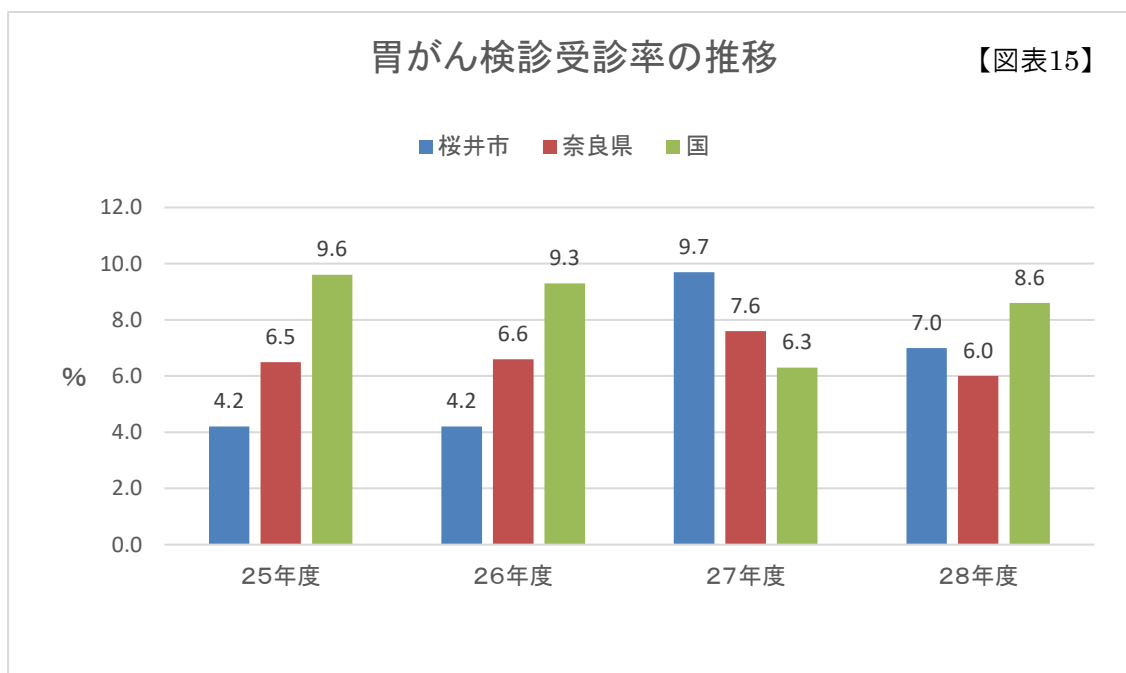


【図表 14】



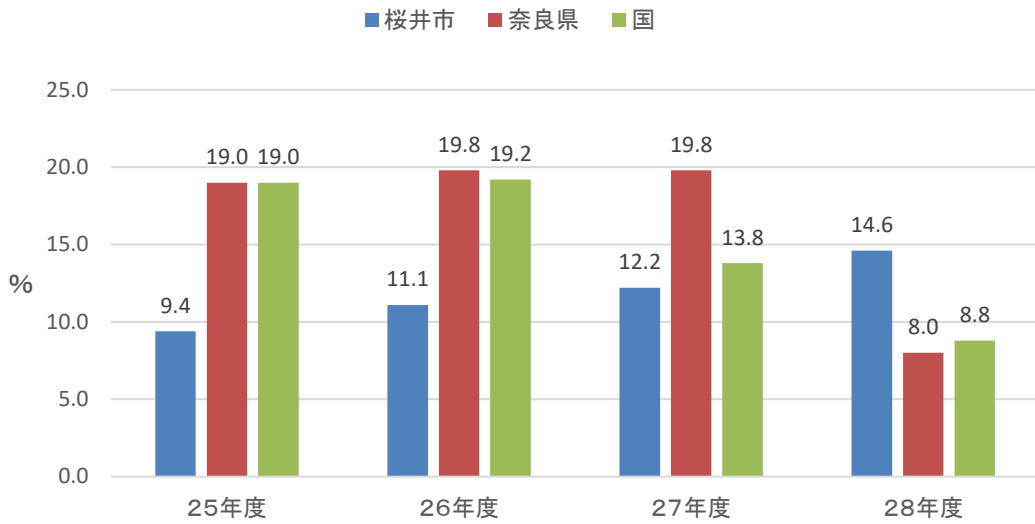
④がん検診受診率の推移（図表 15、16、17、18、19）

がん検診の受診率は、奈良県と比べてもやや高いもしくは同等の受診率である検診が増えてきているが、乳がんは国と比べると特に低い状況。



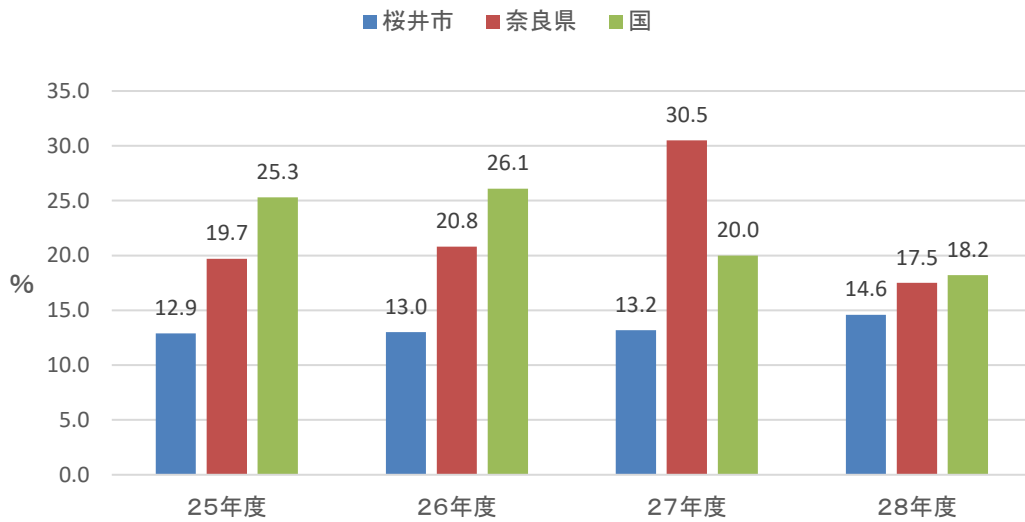
大腸がん検診受診率の推移

【図表17】



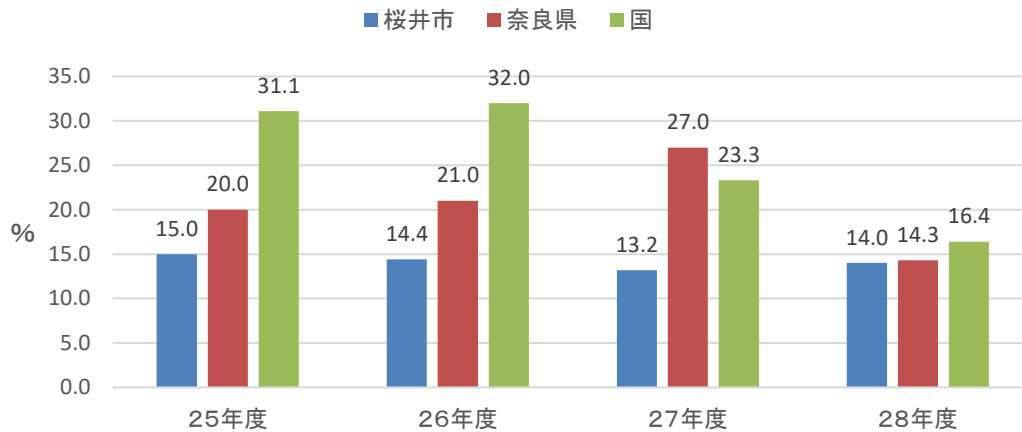
乳がん検診受診率の推移

【図表18】



子宮頸がん検診受診率の推移

【図表19】



第1期に係る考察

第1期計画において、健診受診率の向上、健診結果で肥満・血圧・血糖・脂質（主に LDL コレステロール）の有所見者を減少させること、運動習慣を身につけること等を目標に事業を進めてきた。

総医療費は一見減少しているように見えるが、詳細をみていくと腎臓病で透析をしている者の医療費は、奈良県や国と比較明らかに高く、高血圧に係る医療費も増加している。特定健康診査の結果から、やせ型で腹囲のみが基準を越えている内蔵型肥満の男性が多くおり、男女ともに高血圧の者が64歳未満の若年層でも約40%いることから、適切な治療へつなげることと、生活を改善するための保健指導を実施していく必要がある。メタボリックシンドロームの予備軍である男性は女性の約4倍と非常に多く、働き盛りの世代の生活習慣病のハイリスク者の増加が危惧される。また、男女ともに、高血圧と脂質異常症のリスクを併せ持つ者が半数以上いることから、心血管病のハイリスク者が多いことが分かった。心血管病のリスクを考慮すると、高血圧と高血糖のリスクを併せ持つ者へも確実な介入が必要である。

特定健診および5がん検診の受診率は、全国と比較しても低い状況であるため、発症リスク等も考慮しながら、必要な年代の人に必要な健診を受けてもらい受診率を向上させる取り組みが必要である。

今後の課題として、特定健診やがん検診の受診率向上はもちろん、保健指導利用率の向上だけでなく効果のある保健指導の実施、がん発見率の向上等、費用対効果が見られる取り組みが必要である。また、生活習慣病対策では、特定保健指導の対象者だけではなく、非肥満者で高血圧や高血糖、脂質異常症のリスクがある者へのハイリスクアプローチを実施していく必要がある。

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

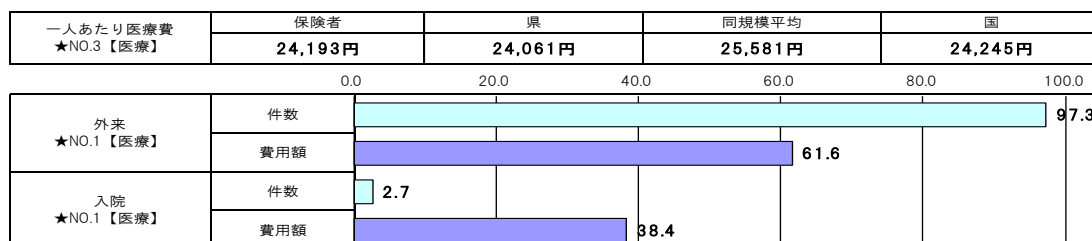
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 20)

桜井市の入院件数は2.7%で、費用額全体の38.4%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 20】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

透析患者のうち糖尿病性腎症である者が約半数いる。また、糖尿病に罹患している者の40%が虚血性心疾患になっていることがわかる。また、高血圧・糖尿病は虚血性心疾患、腎症につながっていることから現状を確認し、ハイリスクアプローチを行う必要がある。

【図表 21】

厚労省様式	対象レセプト (28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	89件	5件 5.6%	14件 15.7%	--
		費用額	2億5436万円	1163万円 4.6%	4112万円 16.2%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	638件	54件 8.5%	30件 4.7%	--
		費用額	2億6194万円	2479万円 9.5%	1887万円 7.2%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	820件	114件 13.9%	299件 36.5%	384件 46.8%
		費用額	3億9386万円	5939万円 15.1%	1億5792万円 40.1%	1億8723万円 47.5%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	5,792人	628人 10.8%	763人 13.2%	102人 1.8%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	504人 80.3%	614人 80.5%	73人 71.6%
			糖尿病	234人 37.3%	333人 43.6%	102人 100%
			脂質異常症	393人 62.6%	520人 68.2%	68人 66.7%
		高血圧症	3,185人	1,662人 28.7%	2,690人 46.4%	397人 6.9%
		糖尿病	1,662人	2,690人	397人	

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 22）

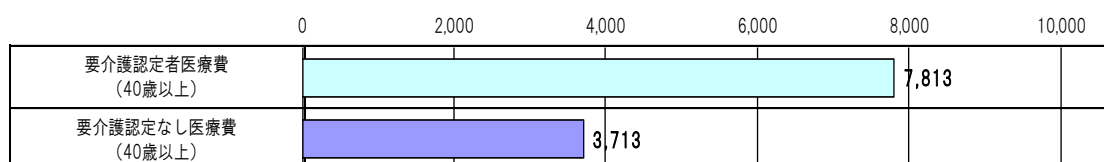
2号被保険者は、認定を受けている者の約半数が、脳卒中が原因である。基礎疾患に糖尿病が80%を越えていることから、糖尿病を予防することで介護予防につながることになる。糖尿病対策は、65歳以上はもちろん、40歳以上よりも前から糖尿病に対する予防活動が必要である。また、65歳以上の介護認定を受けている者は、筋骨格系の疾患がある者が60%以上と多く、サルコペニアの対策も必要である。

【図表 22】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計						
	被保険者数		20,251人		7,371人		7,142人		14,513人	34,764人					
	認定者数		79人		389人		2,935人		3,324人	3,403人					
	認定率		0.39%		5.3%		41.1%		22.9%	9.8%					
H28年度	新規認定者数		3人		14人		31人		45人	48人					
介護度別人数	要支援1・2		20	25.3%	152	39.1%	997	34.0%	1,149	34.6%	1,169	34.4%			
	要介護1・2		29	36.7%	122	31.4%	905	30.8%	1,027	30.9%	1,056	31.0%			
	要介護3~5		30	38.0%	115	29.6%	1,033	35.2%	1,148	34.5%	1,178	34.6%			
要介護突合状況 ★NO.49	H28年度	(レセプトの診断名より重複して計上)	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		
				件数	--	201		798		1		799		1000	
				循環器疾患	1	脳卒中	108 53.7%	脳卒中	346 43.4%	脳卒中	1 100.0%	脳卒中	347 43.4%	脳卒中	455 45.5%
					2	腎不全	40 19.9%	虚血性心疾患	276 34.6%	虚血性心疾患	0 0.0%	虚血性心疾患	276 34.5%	虚血性心疾患	312 31.2%
					3	虚血性心疾患	36 17.9%	腎不全	31 3.9%	腎不全	0 0.0%	腎不全	31 3.9%	腎不全	71 7.1%
				基礎疾患		糖尿病等	170 84.6%	糖尿病等	682 85.5%	糖尿病等	1 100.0%	糖尿病等	683 85.5%	糖尿病等	853 85.3%
				血管疾患合計		合計	188 93.5%	合計	715 89.6%	合計	1 100.0%	合計	716 89.6%	合計	904 90.4%
				認知症		認知症	14 7.0%	認知症	113 14.2%	認知症	1 100.0%	認知症	114 14.3%	認知症	128 12.8%
				筋・骨格疾患		筋骨格系	134 66.7%	筋骨格系	680 85.2%	筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	681 85.2%	筋骨格系	815 81.5%

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 23・24)

奈良県や国と比較し、男性では健診データのほとんどの項目が高い割合であり、BMI、腹囲、GPT、尿酸、拡張期血圧、LDL-Cは64歳以下の若年層で割合が高い。また、メタボリックシンドローム予備軍で若年層が多く、該当者は65歳以上の者が多くなっていた。女性では、健診データのほとんどが65歳以上の高齢層で高く、メタボリックシンドローム予備軍、該当者ともに65歳以上の高齢層で高い。

【図表 23】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)

★NO.23 (帳票) H28

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	8,683	28.4	15,740	51.5	8,234	27.0	5,812	19.0	2,235	7.3	8,438	27.6	15,115	49.5	5,685	18.6	15,333	50.2	6,629	21.7	15,228	49.9	604	2.0	
保険者	合計	343	28.8	609	51.0	313	26.2	241	20.2	88	7.4	339	28.4	621	52.1	229	19.2	615	51.6	266	22.3	559	46.9	21	1.8
	40-64	117	35.9	173	53.1	86	26.4	94	28.8	21	6.4	76	23.3	142	43.6	63	19.3	131	40.2	84	25.8	181	55.5	2	0.6
	65-74	226	26.1	436	50.3	227	26.2	147	17.0	67	7.7	263	30.3	479	55.2	166	19.1	484	55.8	182	21.0	378	43.6	19	2.2

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	7,864	17.4	7,323	16.2	6,999	15.5	3,719	8.2	570	1.3	7,072	15.7	20,874	46.2	951	2.1	19,417	43.0	6,028	13.3	27,434	60.8	79	0.2	
保険者	合計	346	20.3	283	16.6	274	16.1	148	8.7	21	1.2	267	15.7	781	45.8	42	2.5	820	48.1	263	15.4	1,016	59.6	5	0.3
	40-64	106	19.6	75	13.8	65	12.0	63	11.6	10	1.8	60	11.1	184	33.9	13	2.4	189	34.9	80	14.8	327	60.3	0	0.0
	65-74	240	20.6	208	17.9	209	18.0	85	7.3	11	0.9	207	17.8	597	51.3	29	2.5	631	54.2	183	15.7	689	59.2	5	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 24】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票) H28

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	1,193	24.3	51	4.3%	208	17.4%	13	1.1%	154	12.9%	41	3.4%	350	29.3%	57	4.8%	15	1.3%	176	14.8%	102	8.5%
	40-64	326	14.6	18	5.5%	68	20.9%	4	1.2%	44	13.5%	20	6.1%	87	26.7%	13	4.0%	9	2.8%	35	10.7%	30	9.2%
	65-74	867	32.3	33	3.8%	140	16.1%	9	1.0%	110	12.7%	21	2.4%	263	30.3%	44	5.1%	6	0.7%	141	16.3%	72	8.3%
女性	合計	1,706	31.1	39	2.3%	79	4.6%	3	0.2%	61	3.6%	15	0.9%	165	9.7%	22	1.3%	4	0.2%	102	6.0%	37	2.2%
	40-64	542	22.6	17	3.1%	22	4.1%	0	0.0%	19	3.5%	3	0.6%	36	6.6%	6	1.1%	1	0.2%	20	3.7%	9	1.7%
	65-74	1,164	37.7	22	1.9%	57	4.9%	3	0.3%	42	3.6%	12	1.0%	129	11.1%	16	1.4%	3	0.3%	82	7.0%	28	2.4%

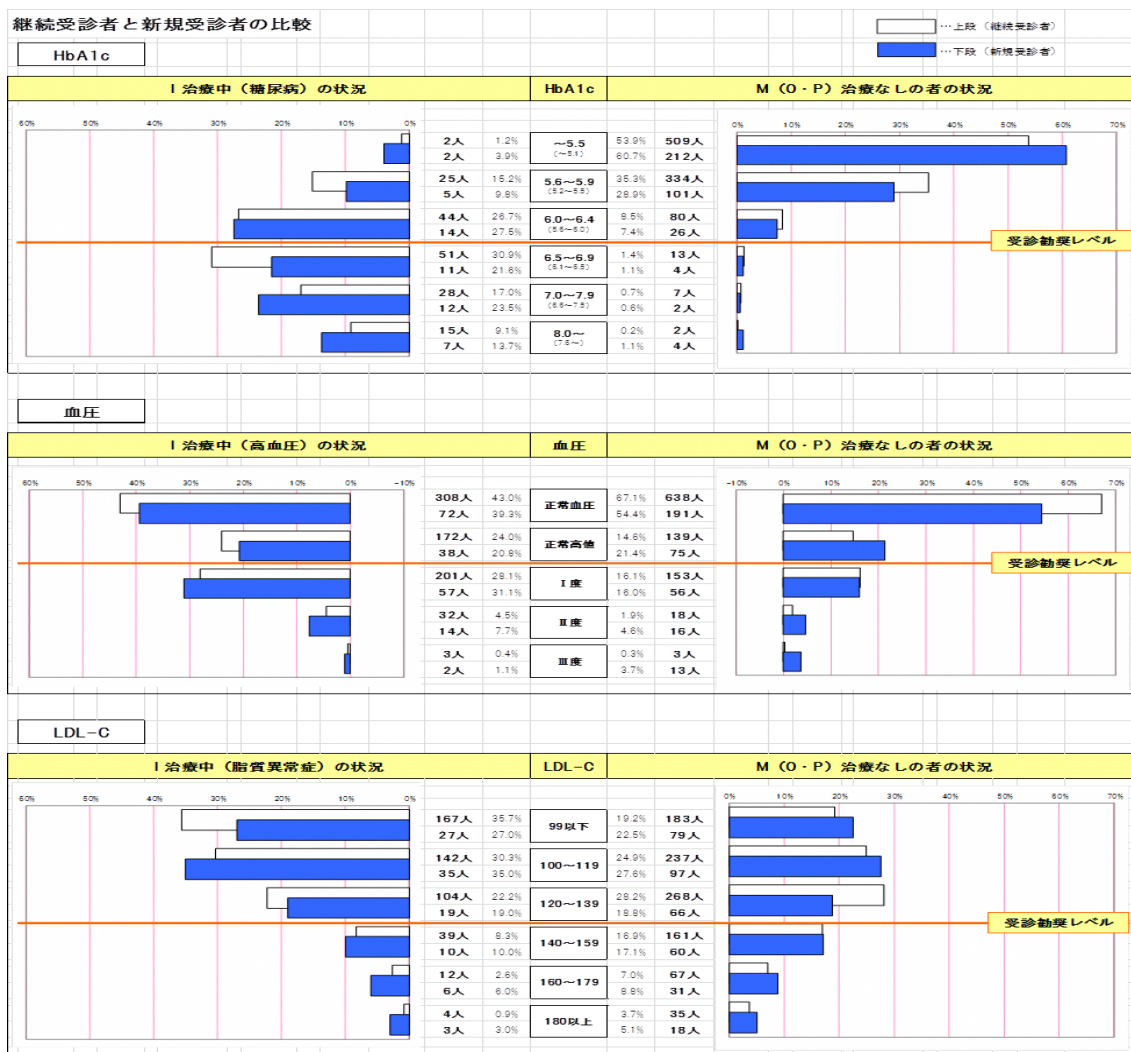
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 25)

HbA1cについて、治療中で6.5%以上は健診を継続して受診している者が多く、7.0%以上は新規の受診者が多くなっている。治療なしの者は、ほとんどが6.4%以下であり5.6~5.9の者は、健診を経年受診しており経過を観察しているようである。

血圧について、治療なしの者は新規に健診を受診している者が多くあり、高血圧が放置されている可能性がある。

脂質異常症について、受診勧奨レベルである 140 以上で新規受診者の割合が増加しており、LDL コレステロールが高くなっていても治療せず放置している者が多くみられる。

【図表 25】



4) 未受診者の把握 (図表 26)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40~64 歳の割合が 38.5%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、健康状態が全く分からない状況である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の受診を促し、状態に応じた保健指導を実施するこ

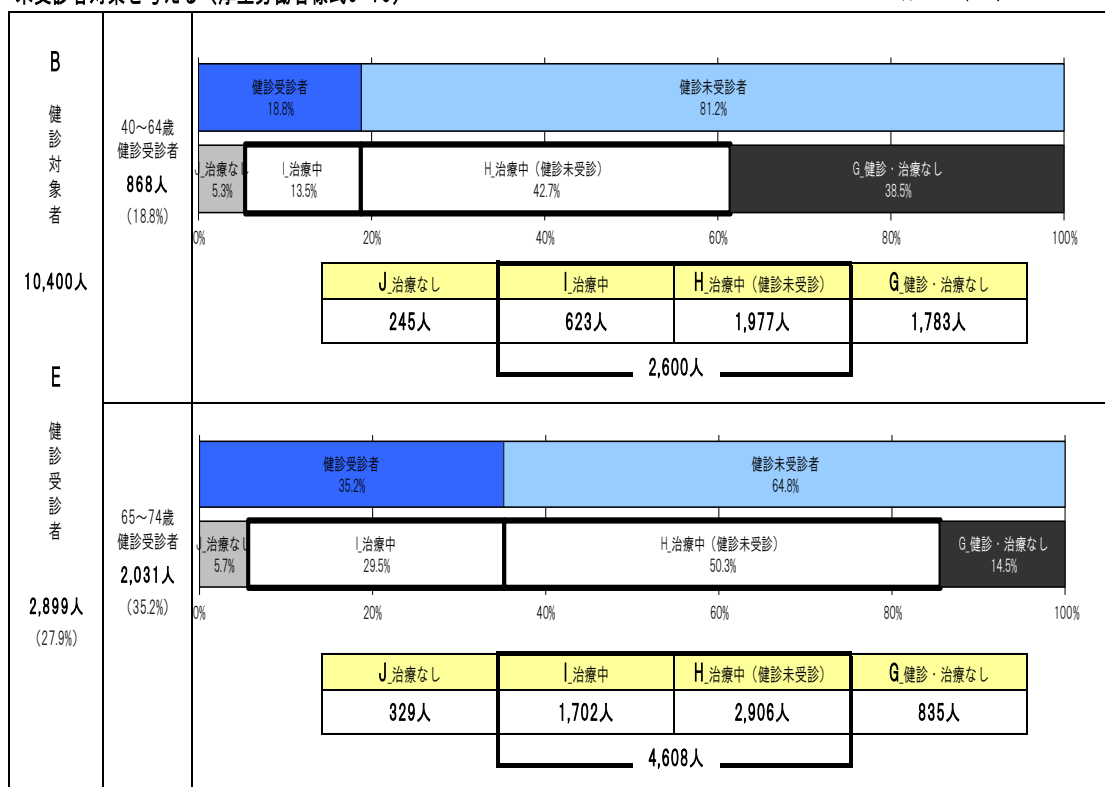
とにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防を行う必要がある。

医療費においても健診受診の有無で費用対効果は明らかであり、積極的な健診受診勧奨を行う必要がある。

【図表 26】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

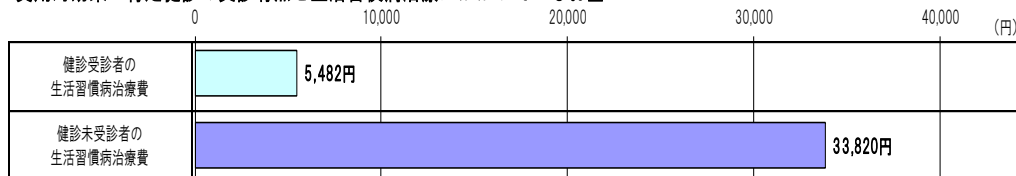
★NO.26 (CSV)



OG_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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である、

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を目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ減少させることを目標にする。また、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。

今後、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を目標とする。

しかし、桜井市の医療のかかり方は、普段から医療にかかっているが、コントロールが不十分なケースや健診後に医療機関で医療を受けず重症化するケースもあり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、医療にかかっている者の数値コントロールができるよう介入していく。

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。

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。

生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、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、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。

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

【図表 27】

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	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%
特定保健指導指導実施率	20.0%	23.0%	26.0%	29.0%	32.0%	35.0%

3. 対象者の見込み

【図表 28】

対象者の見込み(25-28年度法定報告値より平均を計算)

		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	対象者数	9881人	9619人	9357人	9095人	8833人	8571人
	受診者数	2964人	2982人	2994人	3001人	3003人	3000人
特定保健指導	対象者数	322人	324人	325人	326人	326人	326人
	受診者数	64人	74人	85人	95人	104人	114人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表市町村が集合契約を行う。

- ① 集団健診(桜井市医療センター他)
- ② 個別健診(奈良県内の委託医療機関)

(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)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、奈良県医師会のホームページに掲載する。

(参照)URL： <http://nara.med.or.jp/residents/tokutei/kokuho>

(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、）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

(5)実施時期

6月から翌年2月末まで実施する。

(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)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、奈良県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 29）

【図表 29】

年間スケジュール

	H30年4月	H30年5月	H30年6月	H30年7月	H30年8月	H30年9月	H30年10月	H30年11月	H30年12月	H31年1月	H31年2月	H31年3月
受診券発送		5月20日頃										
特定健診実施			6月1日	→								2月28日
複合健診				1日間	2日間			3日間				
健診勧奨(電話)						9月上旬	→				1月末	
健診勧奨(手紙)							10月上旬					

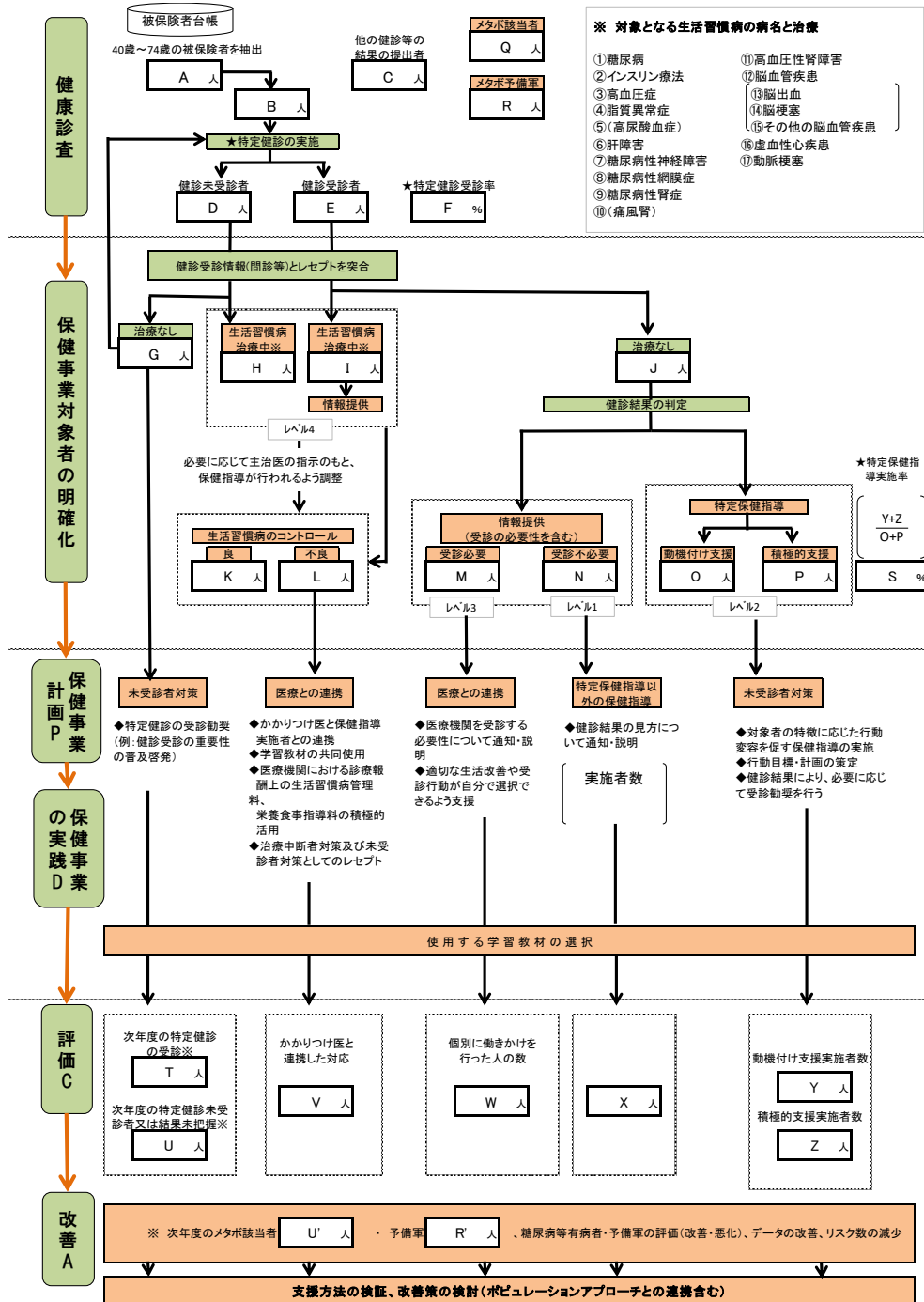
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、利用勧奨も含め外部委託で行うこととする。

(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5-5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。(図表30)

【図表30】



(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（図表 31）

【図表 31】

優先順位	図表23	保健指導レベル	支援方法	対象者見込 (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	322 (10.9)	20.0%
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電話・訪問により説明 ◆適切な生活改善や需要行動が自分で選択できるよう支援	575 (19.4)	HbA1c6.5%以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発)	6,917人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	533人 (18.0)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	1,532人 (51.7)	

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および桜井市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(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管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、桜井市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 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・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。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。

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市民へ周知する。

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3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 糖尿病性腎症重症化予防の取組

1. 基本的な考え方

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)及び奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラム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32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

【図表 32】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*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 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2. 対象者の明確化

1) 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奈良県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- (1) 2型糖尿病でa～cのいずれかである
 - a. 空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上またはHbA1c 6.5%以上
 - b. 糖尿病治療中
 - c. 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり
- (2) 腎機能が低下している

2) 選定基準に基づく該当数の把握

(1) 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 33)

【図表 33】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。桜井市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2018では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。

3. 対象者の進捗管理

1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

4. 保健指導の実施

1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。桜井市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

5. 医療との連携

1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じていく。

6. 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

7. 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

1) 短期的評価

(1) 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

(2) 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8. 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

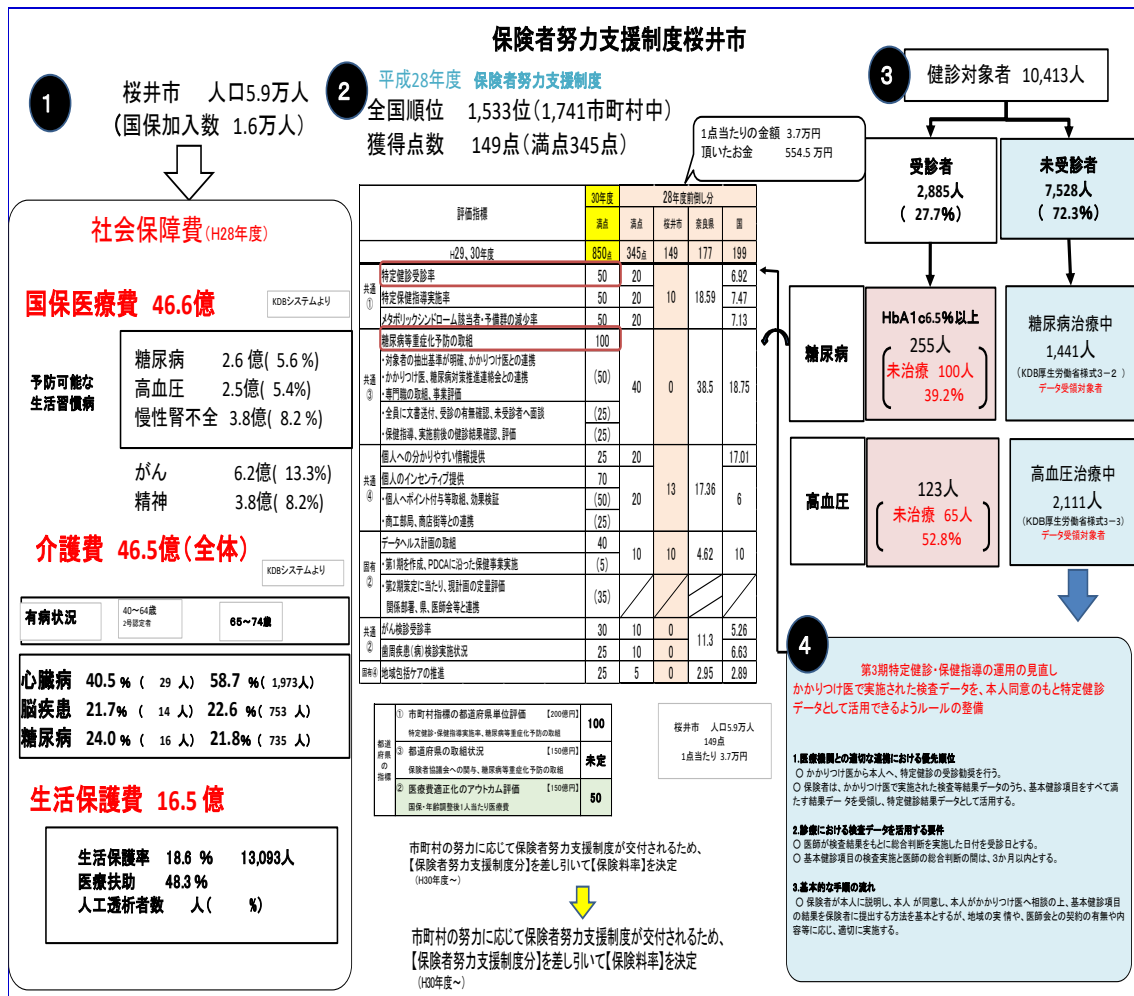
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

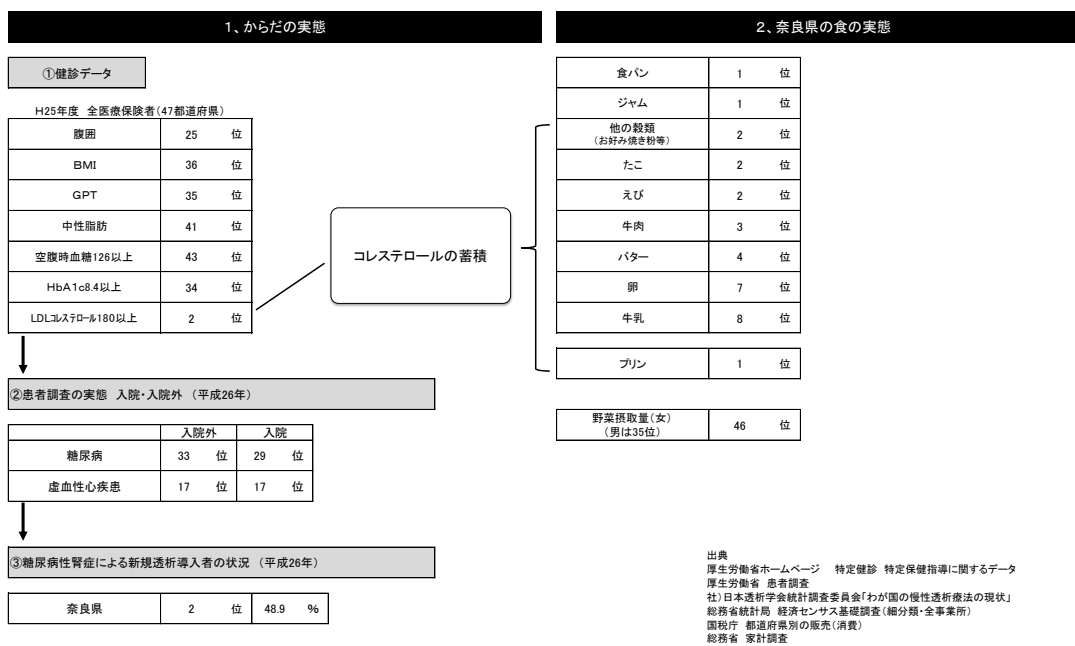
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ 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、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を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 34・35)

【図表 34】





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内脳血管疾患、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過半数を超えている。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国保にとっても市町村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市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)	・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。

3. 数値目標・評価指標

項目		現状値※	目標 (平成36年度)
1	特定健診受診率の向上	27.9%	40.0%以上
2	特定保健指導実施率の向上	14.8%	30.0%以上
3	各種がん検診受診率の向上		
	胃がん検診	7.0%	50.0%以上
	肺がん検診	9.3%	
	大腸がん検診	14.6%	
	乳がん検診	14.6%	
	子宮頸がん検診	14.0%	
4	高血圧症有病割合の減少 (血圧140/90mmHg以上)	25.8%	減少
5	糖尿病有病割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	8.4%	減少
6	運動習慣のない者の割合減少 (1回30分以上の運動習慣なし)	58.0%	50.0%未満
7	人工透析患者数の増加抑制 (転入者除く)	52人	現状維持もしくは減少

※1, 2 : H28年度法定報告値

3 : H28年度保健事業報告(確定値)

4, 5 : 特定健康診査結果(平成28年度)マルチマーカーシステムより集計

6, 7 : KDBシステム厚労省様式3-7(平成29年7月時点)

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

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、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する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 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、庁内糖での利用、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。