上関町

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

（平成30年度～令和５年度）

上関町国民健康保険

目　次

序　章　計画の策定にあたって　 ・・・・・・・・・・・・・・・ ・・・・・2

１．計画策定の背景と目的　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

２．計画の位置づけ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

３．計画の期間　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

第１章　上関町国民健康保険の現状と健康課題

１．国民健康保険の現状　　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

２．課題と課題解決に向けた方向性　　・・・・・・・・・・・・・・・・11

第2章　保険事業実施計画（データヘルス計画）による取組内容と目標

　１．特定健康診査・特定保健指導の推進　・・・・・・・・・・・・・・・12

　２．生活習慣病予防の推進　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

　３．医療費の適正化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

第3章　第３期特定健康診査等実施計画

　１．計画策定の背景　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

　２．メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義　・・・15

　３．内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方・15

　４．特定健康診査・特定保健指導の目標値　・・・・・・・・・・・・・・16

　５．特定健康診査の実施方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

　６．特定保健指導の実施方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18

　７．特定保健指導対象者の抽出方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・18

　　　特定健康診査から特定保健指導までの流れ　・・・・・・・・・・・・18

　　　特定保健指導対象者の選定と階層化の基準　・・・・・・・・・・・・19

　８．保健指導実施者の人材確保と資質向上　・・・・・・・・・・・・・・20

　９．健診データの保管等に関する外部委託について　・・・・・・・・・・20

１０．特定健康診査受診率向上のための取組　・・・・・・・・・・・・・・20

１１．特定保健指導実施率向上のための取組　・・・・・・・・・・・・・・20

１２．特定健康診査等実施計画の評価と見直し　・・・・・・・・・・・・・21

第４章　そ　の　他

　１．計画の評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

　２．計画の公表・周知　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

　３．事業運営上の留意事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

　４．個人情報の保護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

**序章　計画策定にあたって**

**1.計画策定の背景と目的**

　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等（以下「レセプト」という）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム等の整備により、保険者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ます。

　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」においても、「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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。

　本町では、被保険者の健康の保持増進を図るため、保有するデータを活用し、リスク別にターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくため、平成27年度に健康・医療データ（KDBシステム）を活用し、「第1期保健事業計画（データーヘルス計画）を策定しました。それにより、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業に取り組んでいます。

　本計画は、平成29年度をもって「第１期保健事業計画（データヘルス計画）」の計画期間が終了することから、平成３０年度から計画期間を開始する「第２期保健事業計画（データヘルス計画）を策定するものです。

　また、特定健康診査及び特定保健指導は、実施方法や目標値等を実施計画で定めることが義務付けられており、現在、「第２期特定健康診査等実施計画書」を策定し、その計画に基づき実施しています。この実施計画書も平成２９年度をもって計画期間が終了するので、平成３０年度から「第３期特定健康診査等実施計画」を策定する必要があるため、「第２期保健事業計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとします。

**２．計画の位置づ**け

　本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」に示された基本方針を踏まえるとともに「健康やまぐち２１計画（第２次）」及び「上関町総合計画」、「上関町健康増進計画」と整合性を図りながら推進します。

**３．計画の期間**

　「第２期保健事業（データーヘルス計画）」と「第３期特定健康診査等実施計画」における計画期間は、2018年度から2023年度までの6年間とします。

**第１章　上関町国民健康保険の現状と健康課題**

**１．国民健康保険の現状**

**（１）人口と国民健康保険被保険者数の推移**

本町の人口はここ５年間で約４００人減少しています。年少人口（0～１４歳）が極端に少なく、生産年齢人口（15～64歳）が減少する一方、高齢者人口（65歳以上）は増加しており、平成29年度末現在の高齢化率は56.1％となっています。

国民健康保険加入率は、後期高齢者医療制度へ移行する被保険者の増加や少子化等の要因により年々減少しています。国民健康保険被保険者数は人口と同様の傾向にありますが、平成29年度末以降、高齢化は50％を超え、被保険者の半数以上が高齢者という状況です。

1. **人口と国民健康保険者数の推移（各年度末）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 人口 | | | 国民健康保険被保険者数 | | | |
| 全体 | 65歳以上 | 高齢化率 | 全体 | 加入率 | 65歳以上 | 高齢化率 |
| 25年度 | 3,239 | 1,686 | 52.1% | 1,094 | 33.8% | 472 | 43.1% |
| 26年度 | 3,151 | 1,695 | 53.8% | 1,087 | 34.5% | 494 | 45.4% |
| 27年度 | 3,009 | 1,633 | 54.3% | 1,014 | 33.7% | 470 | 46.4% |
| 28年度 | 2,901 | 1,603 | 55.3% | 958 | 33.0% | 475 | 49.6% |
| 29年度 | 2,829 | 1,587 | 56.1% | 893 | 31.6% | 478 | 53.5% |

1. **国民健康保険被保険者数の推移　（単位：人）**

**（２）平均寿命と健康寿命（29年度KDBシステム帳票『地域の全体像把握』）**

　　平成29年度における本町の平均寿命は、男性が78.9歳、女性が85.6歳でした。

男女とも全国平均と比べ、男性は0.7歳、女性は0.8歳、平均寿命が短くなっています。

また、健康寿命（日常生活に制限のない期間）は、男性で64.9歳、女性で66.1歳で、これも全国平均と比べ、男性は0.3歳、女性は0.7歳短い状況です。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味しており、男性では14年、女性では19.5年ほどが「不健康な期間」に該当しています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平均寿命と健康寿命　（単位：歳）**   |  | | --- | | **【男性】** | | | | | **【女性】** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **死因別の割合**

　平成29年度における被保険者の死因別割合をみると、1位が「心臓病」、2位が「がん」、3位が「脳疾患」、4位が「糖尿病」、「腎不全」でした。なかでも、「心臓病」、「糖尿病」は全国平均の約2倍となっています。

　　また、町全体の死因割合をみても、心疾患・脳血管疾患といった循環器疾患での死亡が1位となっています。

**【死因別の割合】　（資料：29年度KDBシステム帳票『地域の全体像把握』）**

**（４）医療費等の状況**

**①療養給付費等の状況**

国民健康保険から支出した平成29年度の療養給付費等は4億2,832万円で、そのうち一般保険者（64歳以下）の療養給付費等が4億1,829万円と全体の98.6％を占めています。

**【療養給付費等の推移】　（資料：事務報告）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 25年度 | 26年度 | 27年度 | 28年度 | 29年度 |
| 一般被保険者 | 416,798,567 | 463,619,538 | 428,388,407 | 418,297,803 | 428,326,057 |
| 退職者被保険者等 | 5,796,346 | 6,865,690 | 15,181,847 | 13,502,769 | 7,152,398 |
| 全　体 | 422,594,913 | 470,485,228 | 443,570,254 | 431,800,572 | 435,478,455 |

1. **1人当たり医科医療費（月額）の推移**

　　平成29年度の被保険者1人当たり医科医療費の月額は、39,903円で、前年度と比べ2,050円増加しており、全国平均の25,032円と比べて14,871円上回っています。

**（資料：KDBシステム帳票『地域の全体像把握』　　単位：円）**

1. **病分類別医療費の状況（資料：29年度KDBシステム帳票『地域の全体像把握』）**

平成29年度の入院・外来それぞれの医療費合計を疾病大分類別でみると、入院では

1位「精神疾患」2位「新生物」3位「循環器疾患」、外来では1位「新生物」2位「循環器疾患」3位「内分泌疾患」となっています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **疾病大分類別の医療費割合【入院】**   |  | | --- | |  | | | |  | **疾病大分類別の医療費割合【外来】** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

また、平成29年度の全体の医療費（入院+外来）の疾病割合を細小分類でみると、1位は「統合失調症（12.5％）」、2位「高血圧症（4.9％）」、3位「糖尿病（3.9％）」、4位「うつ病（3.8％）」、5位「慢性腎不全（透析あり）（3.5％）」、「関節疾患（3.5％）」でした。

1. **生活習慣病の状況（資料：KDBシステム「厚生労働省様式3-1」）**

　平成29年度生活習慣病で医療を受けた患者数は、被保険者総数921人に対し、「糖尿病」117人、「高血圧症」272人、「脂質異常症」209人、「虚血性心疾患」59人、「脳血管疾患」40人となっています。

　被保険者に占める患者数の割合では、「糖尿病」が12.7％、「高血圧症」が29.5％「脂質異常症」が22.5％、「虚血心疾患」が6.4％、「脳血管疾患」が4.3％であり、なかでも「高血圧症」と「脂質異常症」の割合が高い傾向でした。年代別にみると、「高血圧症」は、65歳以上から激増し、65～69歳で41.9％、70～74歳で52.0％となっています。「脂質異常症」では、60～64歳で21.2％、65～69歳で28.1％、70～74歳で37.1％となっています。

**年代別生活習慣病の状況（単位：％）**

40歳以上の被保険者の「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」患者数を男女別にみると、60歳を境に急激に増えるのは共通していますが、男性が70～74歳でやや減少するのに比べ、女性は右肩上がりに増え続けるのが特徴です。

**「高血圧」の状況　（単位：人）**

**「脂質異常症」の状況（単位：人）**

**「糖尿病」の状況（単位：人）**

1. **人工透析患者の状況（資料：KDBシステム「厚生労働省様式3-7」人工透析のレセプト分析）**

平成29年度の人工透析患者数は3人で、男性が2人、女性が１人です。患者の全てが、糖尿病・高血圧症患者であり、2人は脳血管疾患・虚血性心疾患患者でもあります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢区分 | 男性 | 内訳 | | 女性 | 内訳 | | 合計 | 内訳 | |
| 糖尿病 | 高血圧症 | 糖尿病 | 高血圧症 | 糖尿病 | 高血圧症 |
| 40歳代 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 50歳代 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 60～64歳 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 65～69歳 | 2人 | 2人 | 2人 | 0人 | 0人 | 0人 | 2人 | 2人 | 2人 |
| 70～74歳 | 0人 | 0人 | 0人 | 1人 | 1人 | 1人 | 1人 | 1人 | 1人 |
| 合計 | 2人 | 2人 | 2人 | 1人 | 1人 | 1人 | 3人 | 3人 | 3人 |

1. **特定健康診査の受診状況**

　　　特定健診受診率は、平成26年度までは20％台で推移していましたが、27年度からそれを下回り全国平均とかなり乖離し、山口県平均にも及ばない状況が続いています。

**特定健診受診率の推移（資料：KDBシステム厚生労働省様式5-4）**

男女別年齢階層別受診率の推移をみると、40～44歳では、男女とも受診率が徐々に上がり、20％を超えてきているものの、45～49歳で最も低く、特に男性の受診率が悪い状況です。

　　　50歳代の年齢階層では、女性は20～30％を推移しているものの年々減少傾向で、

男性は10％前後と低い状況で推移しています。

　　　60歳代の年齢階層では、男女共に20％前後ですが、70～74歳では20～25％となっています。

**年齢階層別受診率【男性】**

**年齢階層別受診率【女性】**

1. **特定健康診査結果の状況**
   1. **メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の状況**

平成28年度特定健康診査結果におけるメタボリックシンドロームの該当者及び

　　予備群者の占める割合を男女別でみると、男性は女性より該当者及び予備群者の割合が

　　2～3倍高く、年代別でみると、該当者は男性の60歳以降に多く、予備軍は40～50歳代に多い状況です。**（資料：KDBシステム・厚生労働省様式5-3）**

※該 当 者…腹囲が男性は85ｃｍ以上、女性は90ｃｍ以上+リスク項目（脂質・血糖・

　　　　　　　血圧）のうち2つに該当

　※予備群者…腹囲が男性は85ｃｍ以上、女性は90ｃｍ以上+リスク項目のうち1つに該当

* 1. **有所見者の状況**

また、平成29年度におけるリスク項目の判定基準に該当する有所見者の割合は、

　　男性は、「拡張期血圧」が全国・県平均の割合を上回っています。

　　　女性は「BMI」と「HDLコレステロール」の有所見者割合が全国・県平均の割合を上回っています。

【特定健診有所見者の割合（29年度）】**資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2」**



**特定健診有所見者の割合（男性）**

**特定健診有所見者の割合（女性）**

また、平成26～29年度4年間での男女別年齢階層別有所見者割合を平均すると、

　「BMI」の割合の平均は、男性30.3％、女性23.7％となっています。

　「腹囲」の割合の平均は、男性47.2％、女性14.0％となっています。

　「中性脂肪」の割合の平均は、男性28.4％、女性20.9％となっています。

　「HDLコレステロール」の割合の平均は、男性8.1％、女性20.9％となっています。

　「HbA1c」の割合の平均は、男性35.4％、女性40.1％となっています。

「収縮期血圧」の割合の平均は、男性49.3％、女性49.6％となっています。

　「拡張期血圧」の割合の平均は、男性26.5％、女性17.3％となっています。

**特定健診有所見者状況の推移　　資料：KDBシステム「厚生労働省様式5-2」**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 肥満 | | 脂質 | | 血糖 | 血圧 | |
| BMI | 腹囲 | 中性脂肪 | HDLコレステロール | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 |
| 男性 | 26年度 | 24.7% | 45.5% | 28.6% | 7.8% | 36.4% | 57.1% | 27.3% |
| 27年度 | 33.8% | 46.5% | 32.4% | 8.5% | 45.1% | 45.1% | 19.7% |
| 28年度 | 35.1% | 50.0% | 28.4% | 8.1% | 31.1% | 43.2% | 28.4% |
| 29年度 | 27.4% | 46.8% | 24.2% | 8.1% | 29.0% | 51.6% | 30.6% |
| 女性 | 26年度 | 23.0% | 14.0% | 23.0% | 0.0% | 42.0% | 49.0% | 22.0% |
| 27年度 | 25.3% | 16.9% | 24.1% | 2.4% | 44.6% | 54.2% | 18.1% |
| 28年度 | 23.1% | 14.1% | 23.1% | 5.1% | 37.2% | 55.1% | 17.9% |
| 29年度 | 23.2% | 11.0% | 13.4% | 2.4% | 36.6% | 40.2% | 11.0% |

**（7）特定保健指導の実施状況**

特定保健指導実施率は、平成26～29年度の平均で、積極的は13.4％、動機づけは18.2％と目標値の45％に達していない状況です。指導該当者の内訳をみると、保健指導未実施者が継続して該当・保健指導実施者が再度該当（43.5％）になる・保健指導実施者が次年度健診を受けない（20.8％）傾向があり、保健指導実施につながるようなアプローチの検討や効果的な指導内容の見直し・継続受診の必要性の意識化が課題といえます。

**特定保健指導支援別実施率の推移　（資料：町事業報告）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 26年度 | 27年度 | 28年度 | 29年度 |
| 積極的支援 | 対象者 | 6 | 12 | 13 | 5 |
| 実施者 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| 実施率 | 16.2% | 16.7% | 0.0% | 20.0% |
| 動機づけ支援 | 対象者 | 23 | 17 | 15 | 11 |
| 実施者 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 実施率 | 8.7% | 23.5% | 13.3% | 27.3% |

1. **後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況**

平成24年度から後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知書を対象者（使用し

ている先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合に300円以上の差額が発生する40歳以上の被保険者）に対して発送しています。

**2.課題と課題解決に向けた方向性**

　　データ分析により、本町が取り組むべき課題と課題に対する取組は以下のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 課　　題 | 課題解決に向けての方向性 |
| 医　療　費 | 〇医療費の増加（特に64歳以下被保険者に係る医療費の増加）  〇医療費全体に占める生活習慣病に係る医療費の割合が高く、特に循環器疾患の割合が高い。  〇糖尿病等の重症化により慢性腎不全（人工透析あり）になる患者が多く、1件当たりのレセプト点数が高いことが、医療費の増加につながっている。 | 〇医療費の抑制  〇生活習慣病患者数の減少と、重症化予防。  〇特に、慢性腎不全（人工透析あり）の患者を増加させないため、要因となる糖尿病重症化予防を強化する。 |
| 特定健康診査 | 〇全国・県平均を下回る受診率。  〇40～50歳代被保険者の受診率が低く、特に、男性の受診率が低い。 | 〇特定健診の必要性についての周知強化。  〇未受診者に対する受診勧奨の見直し及び強化。特に、40～50歳代男性被保険者に対する受診率向上に重点。  〇受診できる医療機関を増やす等受診体制の強化。 |
| 健診結果 | 〇メタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合が、男性に高い傾向。年代別でみると、該当者は60歳以降、予備群は40～50歳代に多い。  〇健診結果において、「収縮期血圧」の割合が男女ともに高く、健診受診者の半数近くが有所見者となっている。  〇「HbA1c」の割合が40％前後と高く、特に女性にその傾向が強い。高齢になるにつれその割合も高くなっている。 | 〇生活習慣改善による健康管理や健康維持の必要性について啓発する。 |
| 特定保健指導 | 〇特定保健指導の実施率が低い。未実施者が毎年対象者として上がる。  〇保健指導実施者が終了時点では改善が見られても、再度対象者として上がる傾向がある。 | 〇特定保健指導の必要性についての周知強化  〇未受診者に対し受診勧奨方法の見直しや強化を行う。  〇指導終了後も、生活改善が継続できるよう支援方法を工夫する必要がある。 |

**第2章　保健事業実施計画（データヘルス計画）による取組と目標**

**１．特定健康診査・特定保健指導の推進**

**（１）特定健康診査**

【目　　的】生活習慣病の予防、早期発見及び治療

【事業内容】メタボリックシンドローム（内臓脂肪群）に着目した生活習慣病の早期発見・予防を目的とする健康診査を実施する。

【対 象 者】40歳～74歳までの被保険者

【実施方法】第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施する。

|  |  |
| --- | --- |
| 課題解決に向けた取り組み | |
| 特定健康診査の周知 | 受診券送付時に受診案内パンフレットを同封し、生活習慣病予防につながる特定健康診査の必要性について周知を図る。 |
| 自己負担軽減による受診の促進 | 30年度は、40歳から45歳、50歳、55歳、60歳の自己負担額を無料とし、受診の促進を図っていく。30年度以降も継続し、受診状況を勘案しながら対象者の拡大も検討する。 |
| 未受診者対策 | 受診者の少ない40～64歳の未受診者に対して、再勧奨はがきを送付する。また、無受診者に対し、訪問等で勧奨する。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価指標 | 28年度  （現状） | 目　　標 | |
| 32年度（中間） | 35年度（達成） |
| 特定健診受診率 | 19.0％ | 26.0％ | 35.0％ |

**（２）特定保健指導**

【目　　的】特定健康診査の受診結果により、生活習慣の改善が必要となった者を対象に生活習慣の改善を図る。

　【事業内容】保健指導の選定基準に該当する者を対象に、「動機づけ支援」又は「積極的支援」を実施する。

　【実施方法】第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課題解決に向けた取り組み | | |
| 特定保健指導の利用促進と  指導後のフォロー | 保健指導対象者に対し、健診結果説明会や訪問等による勧奨を実施する。特に、新規対象者や保健指導の利用が少ない男性に対し勧奨を強化する。指導実施者で、連続して対象となった方には、保健指導OB会を活用し生活改善が継続できるようフォローしてゆく。 | |
| 効果的な保健指導の実施 | 指導実施者のアセスメントを強化し、生活改善の継続につながるツールの工夫や、実施者同士のグループ力を生かす等を活用し効果的な指導に取り組む。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価指標 | 28年度  （現状） | 目　　標 | |
| 32年度（中間） | 35年度（達成） |
| 特定保健指導実施率 | 13.3％ | 34.0％ | 40.0％ |

**２．生活習慣病予防の推進**

【目　　的】医療費全体のうち生活習慣病関連医療費の割合が高いため、生活習慣病の発症や重症化予防を重点に行っていく。

　【事業内容】生活習慣の改善につながる知識の啓発や保健指導を実施する。

　【対 象 者】全被保険者

|  |  |
| --- | --- |
| 解決に向けた取り組み | |
| 生活習慣病予防の周知 | 広報誌等を利用し、生活習慣病予防に関する知識の啓発を図る。食生活改善推進協議会や健康づくり推進協力員会等と連携を取りながら、『減塩や運動習慣の定着』を推進する。 |
| 健康相談の実施と情報提供 | 特定健康診査結果により対象者（高血圧・脂質異常・高血糖等で要指導・要医療となった者）を抽出し、健診結果相談会につなぎ、保健指導や受診勧奨を実施する。未参加者には、関係項目の指導用リーフレット等を送付し、セルフケアのための情報提供をする。 |
| 糖尿病重症化予防教室の実施と情報提供 | 人工透析への移行を予防する目的で、特定健康診査結果から、HbA1c6.2％以上かつ要指導・要医療の者、及びレセプト情報で糖尿病治療中の者等を対象に、訪問等で受講者を募り、糖尿病重症化予防教室を実施。  指導の際に「見える化」を活用し、個々人にあった生活改善を提案しセルフケアの実践につなぐ。未受講者に対しても情報提供し、生活改善を動機づけ重症化を防ぐ。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価指標 | ２８年度  （現状） | 目　　標 | |
| ３２年度（中間） | ３５年度（達成） |
| 高血圧症有所見者の割合 | 男性 51.6％  女性 40.2％ | 男性 45％  女性 40％ | 男性 40％  女性 38％ |
| メタボリックシンドローム該当者の割合 | 男性 27.0％  女性 7.7％ | 男性 20％  女性 7％ | 男性 20%  女性 7% |
| 人工透析患者数 | ３人 | 抑　制 | 抑　制 |
| 糖尿病重症化予防教室  受講率 | - | 15％ | 20％ |

**３．医療費の適正化**

**（１）重複・頻回受診者に対する訪問指導**

【目　　的】重複・頻回受診者の健康保持及び疾病の早期回復を目指すとともに、医療費

の適正化を図る。

　【対 象 者】同一疾患による複数の医療機関における受診が３か月以上継続して受診して

いる重複受診者又は複数の医療機関への通院が１月に１５日以上であり、かつ

３月以上継続して受診している頻回受診者のうち保健指導を行う必要がある被

保険者

　【事業内容】病状及び医療機関の受診状況や服薬状況を聞き取り、重複・頻回受診による

　　　　　　弊害、薬の副作用等についての説明を行う。

|  |  |
| --- | --- |
| 課題解決に向けた取り組み | |
| 重複・頻回受診の減少 | 重複・頻回受診者を対象に、受診行動の改善につながる保健指導を行い、医療費の適正化を図る。 |

**（２）後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進**

　【目　　的】後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用率向上を図る。

　【事業内容】後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関する周知啓発を行う。

　【対 象 者】４０歳以上の被保険者

|  |  |
| --- | --- |
| 課題解決に向けた取り組み | |
| 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用促進 | 広報誌や町立へき地診療所等で、後発医薬品に関する情報提供を行っていく。  処方された先駆的医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の差額が300円以上となる被保険者に対し、後発医薬品差額通知を発送する。（年2回） |

**３章　第3期特定健康診査等実施計画**

**１、計画策定の背景**

　　我が国では、国民皆保険のもと、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ました。しかしながら、急速な少子高齢化、長引く景気低迷による雇用環境の変化、医療の高度化など、医療保険制度を取り巻く環境は大きく変化しています。国民医療費は年々増大の一途をたどり、それに伴う医療費負担の増大が保険財政を逼迫させており、医療保険制度を将来に渡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ます。

　　国はこのような状況に対応するため、平成20年度から「高齢者医療確保に関する法律」に基づいて、医療保険者に対し、内臓脂肪を要因とする生活習慣病に着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務づけました。

　　また、同法の規定では、国が示す特定健康診査等基本指針に即し、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や実施及びその成果に係る目標値の設定、計画の作成に関する重要事項を特定健康診査等実施計画で定めることとしています。

　　本町においても、特定健康診査等基本指針を踏まえた実施計画を作成し、特定健康診査及び特定保健指導を実施し、生活習慣病の早期発見や発症予防を図っているところです。

**２．メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義**

　　平成17年4月に、日本内科学会内科系8学会が合同でメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の疾患概念と診断基準を示しました。

　　これは、内臓脂肪型肥満を共通要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスク低減が図られているという考え方を基本としています。

　　内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧は予防可能であり、また、発症した後でも血糖、血圧等をコントロールすることにより、狭心症等の心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進行や重症化を予防することが可能であると考えられます。

**３．内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方**

　　これまでの健診・保健指導は、個別疾患の早期発見、早期治療が目的となっており、そのため、健診後の保健指導は、「要精検」や「要治療」といった要指導者に対して受診勧奨を行うこと、また、高血圧、脂質異常症、糖尿病、肝臓病などの予備軍である疾患が中心でした。

　　特定健康診査・特定保健指導は、内蔵脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者予備群を減少させることが目的です。生活習慣病は自覚症状がないままに進行するため、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置付け、行動変容につながる保健指導を行います。

**４．特定健康診査・特定保健指導の目標値**

　第3期特定健康診査等実施計画に関して、国の「特定健康診査等基本指針」で示された

　特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の計画最終年度における目標値の参酌基準に基づき、本町の第3期実施計画における各年度の目標値を次のとおり設定します。

1. **第3期実施計画の目標値**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 30年度 | 31年度 | 32年度 | 33年度 | 34年度 | 35年度 |
| 特定健康診査  受診率 | 20％ | 23％ | 26％ | 29％ | 32％ | 35％ |
| 特定保健指導  実施率 | 30％ | 32％ | 34％ | 36％ | 38％ | 40％ |

1. **特定健康診査・特定保健指導の対象者の推計**

　　各年度において、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値を達成するため

　の対象者数及び実施者数の推計は次のとおりです。

1. **特定健康診査**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 30年度 | 31年度 | 32年度 | 33年度 | 34年度 | 35年度 |
| 対象者数 | 890人 | 850人 | 810人 | 770人 | 730人 | 690人 |
| 実施者数 | 178人 | 195人 | 210人 | 223人 | 233人 | 241人 |

1. **特定保健指導**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 30年度 | 31年度 | 32年度 | 33年度 | 34年度 | 35年度 |
| 対象者数 | 16人 | 16人 | 16人 | 16人 | 16人 | 16人 |
| 実施者数 | 4人 | 5人 | 5人 | 5人 | 6人 | 6人 |

**５．特定健康診査の実施方法**

1. **実施場所**

集団健診：保健センター、町内各地区公民館など

個別健診：熊毛郡医師会とで契約した医療機関とします。

**（２）健診項目**

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診項目とします。

**（具体的な健診項目）**

**①基本的な健診項目**

ア）質問項目（服薬歴、喫煙歴等）

イ）身体計測（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲）

ウ）理学的検査（身体診察）

エ）血圧測定、血液検査（中性脂肪、ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール）

※脂質検査において中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の　場合には、LDLコレステ ロールに代えてnon-HDLコレステロールでも可とする。

オ）肝機能検査（ＡＳＴ（ＧＯＴ）、ＡＬＴ（ＧＰＴ）、γ―ＧＴＰ）

カ）血糖検査（空腹時または随時血糖、ＨｂＡ1ｃ（NGSP値）を選択）

キ）尿検査（尿糖、尿蛋白）

＊集団健診については、尿酸、e-GFR（年齢とクレアチニンより算出）も実施

**②追加健診の項目**

ア）心電図検査

イ）貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

ウ）血清アルブミン

エ）血清クレアチニン

**③詳細な健診の項目**

眼底検査

　当該年度の特定健診の結果等において、血圧または血糖が次の基準に該当した者で医師が必要と認める者

　血圧：収縮期140ｍｍHg以上または拡張期90ｍｍHg以上

　血糖：空腹時126mg/dl以上、HbA1c6.5％以上または随時血糖126mg/dl以上

**（３）実施期間**

集団健診：5月・10月

個別健診：毎年6月～翌年1月の期間内で、実施医療機関が定める日時とします。

**（４）委託契約の方法**

集団健診については、山口県予防保健協会、個別健診については熊毛郡医師会と委託契約を締結します。

**（５）特定健康診査の委託単価**

委託単価については、山口県医師会の示す標準単価に準じ、山口県予防保健協会（集団健診）・熊毛郡医師会（個別健診）と協議のうえ決定します。

**（6）特定健康診査の自己負担額**

自己負担額は、原則1,000円とします。ただし、年度内に40・４５・５０・５５・６０歳になる方は無料とします。受診状況等を勘案したうえ、適宜見直しを行うこととします。

**（7）周知、案内方法**

特定健康診査受診対象者に毎年集団健診開始月の１ケ月前までに受診券を送付します。なお、受診券の発券は、山口県国民健康保険団体連合会に委託するものとします。

**６．特定保健指導の実施方法**

**（１）基本的な考え方**

　　生活習慣病に移行させないことを目的に、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、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し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケアができるようになることを目的とします。

　そのために、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また、課題や優先順位を対象とともに考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援できる

プログラムを開発し、個別面接や小集団のグループワーク等を活用し行動変容のきっかけづくりを行います。また、保健指導実施者は保健指導を行うための技術を理解し、取得したうえで、実際の保健指導に応用することが必要となります。そのために各種研修会への参加や、身近な職場内での育成や指導を実施します。

さらに、健康増進法等で実施するポピュレーションアプローチを積極的に活用することや、地区組織等と協働した体制整備を整えます。

1. **実施場所**

上関町保健センター等

1. **実施時期**

特定健康診査結果に基づき、特定健康診査が終了した翌日以降に実施します。

1. **特定保健指導の自己負担**

自己負担額は、無料とします。

1. **周知・案内方法**

特定保健指導に該当する者に対して、案内を送付するか訪問で実施勧奨をします。

**７．特定保健指導対象者の抽出の方法**

**（１）基本的な考え方**

　　効果的、効率的な保健指導を実施するため、予防効果が多く期待できる層を優先的に

　実施します。具体的には、特定健康診査受診者のリスクに基づく優先順位をつけ、必要性

　に応じた保健指導レベル別の支援を実施します。

1. **健康診査から特定保健指導までの流れ**

　　特定保健指導対象者を明確にするために、特定健康診査から対象者をグループに分類し

　て保健指導を実施します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 情報提供 | 動機づけ支援 | 積極的支援 |
| 対　象　者 | 受診者全員 | 特定健康診査結果により、特定保健指導対象選定基準のうち「動機づけ支援」に該当し、生活習慣の改善が必要と判断された者で生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者。 | 特定健康診査結果により、特定保健指導対象選定基準のうち「積極的支援」に該当し、生活習慣の改善が必要と判断された者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。 |
| 支援期間・頻度 | 年１回 | 原則年１回 | ３か月以上継続的に支援 |
| 支　援　内　容 | 特定健康診査結果とともに情報提供用紙を送付。 | 面接により、対象者自らが生活習慣改善のための実践計画を立て、それに基づき自ら実践できるよう支援。６か月後に実績評価をする。 | 対象者自らが生活改善のための実践計画を立て、それに基づき、継続的に実践できるよう、定期的に面接や電話で6か月以上支援し、初回支援の６か月後に実績評価をする。 |

**（特定保健指導対象者の選定と階層化の基準）**

　　特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果に基づき、以下の条件により抽出します。

【特定保健指導の対象者の選定と基準】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 腹　　囲 | 追加リスク | ４.喫煙歴 | 対　　象 | |
| 1. 血糖２.脂質３.血圧 | ４０～６４歳 | ６５～７４歳 |
| ≧85ｃｍ（男性）  ≧90ｃｍ（女性） | ２つ以上に該当 |  | 積極的支援 | 動機づけ支援 |
| １つ該当 | あり |
| なし | 動機づけ支援 | |
| 上記以外で  BMI≧25 | ３つ該当 |  | 積極的支援 | 動機づけ支援 |
| ２つ該当 | あり |
| なし | 動機づけ支援 | |
| １つ該当 |  |

【追加リスク】

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 判　定　基　準 |
| 1. 血糖 | 空腹時血糖が100ｍｇ/ｄｌ以上、またはHbA1c（NGSP値）が5.6％以上 |
| 1. 脂質 | 中性脂肪が150ｍｇ/ｄｌ以上、またはHDLコレステロールが40ｍｇ/ｄｌ未満 |
| 1. 血圧 | 収縮期血圧が130ｍｍHg以上、または拡張期血圧が85ｍｍHｇ以上 |

※ただし、糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものは除く。

1. **特定保健指導者の優先順位**

　　特定保健指導の対象は、内臓脂肪の蓄積程度やリスク要因数によって決定します。

　そのため、階層化の基準に基づき対象者を抽出した結果、該当数が多数にのぼる場合、

　生活改善により期待できる予防効果等を考慮し、以下の優先順位をもとに、絞り込みを

　行います。

1. 若い年齢階層（40～５０歳代）
2. 健診結果が前年度と比較して悪化し、保健指導での綿密な指導が必要な者
3. 年度において、特定保健指導の対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった者

**８．保健指導実施者の人材確保と資質向上**

　　健診対象者の生活習慣病対策及び予防重視を基本的な考え方とし、必要な保健師

　管理栄養士の配置や関係団体の活用を進めます。事業の評価にあたっては、国保運営

　協議会等を活用し行うものとします。

**９．健診データ保管等に関する外部委託について**

　　特定健康診査・特定保健指導に関するデータの管理は、原則５年間保存とし、山口県

　国民健康保険団体連合会に委託するものとします。

**１０．特定健康診査受診率向上のための取組**

**（１）広報周知の充実**

町広報誌等の広報媒体を広く活用するとともに、町主催のイベント実施時にPR活動を

　行い、制度の周知に努めます。

**（２）地域との連携**

　　地域で活動している地区組織などと連携し、制度の周知に努めます。

1. **対象者の把握**

　　施設入所者等の除外対象者を把握し、正確な対象者を算出します。

1. **未受診者対策**

　　未受診者の多い４０～６４歳を対象に、年度途中に再勧奨通知を送付し、受診意識の向上を図り、受診につながるよう働きかけます。また、受診者に対しても、継続受診の必要性について周知を行い、安定した受診率の確保に努めます。

1. **特定健康診査以外の健診データの活用**

　　本町で実施している「外来人間ドック利用助成制度」の更なる利用促進等で、健診結果データの提供依頼を検討する等、特定健康診査を受診したとみなされる他健診データを活用し、受診率の向上に努めます。

1. **受診環境の整備**

　　集団健診やがん検診との同時実施を継続します。個別健診では、委託医療機関の拡大についても検討します。

**１１．特定保健指導実施率向上のための取組**

**（１）対象者への意識づけ**

　　対象者に訪問し、個別に特定保健指導の必要性を説明するなど利用勧奨に努めます。また、対象者が、自分で生活改善を意識づけできるよう、媒体の工夫に努めます。

**（２）特定保健指導の内容・体制づくり**

　　対象者が利用しやすい特定保健指導の体制づくりをします。健診結果の経年的変化や将来予測をふまえた保健指導、個人の必要性に応じた保健指導の内容の見直しをしていきます。

1. **対象者の把握**

　　服薬中の者等の除外対象者を把握し、正確な対象者を算出します。

1. **未実施者への対応**

　　未実施者に対し、年度途中に保健指導勧奨通知や指導内容の情報を送付し、保健指導に対する意識の向上を図ります。また、健康教育、健康相談を活用し、継続的に健康管理ができるよう支援していきます。

**１２．特定健康診査等実施計画の評価と見直し**

**（１）基本的な考え方**

　　評価は、「特定健康診査・特定保健指導」の成果について評価を行うことであり、有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものです。その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定されます。最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況など短期間で評価ができる事項についても評価を行っていきます。

　　なお、評価方法として、

1. 「個人」を対象とした評価方法
2. 「集団」として評価する方法
3. 「事業」としての評価方法

以上、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価します。

**（２）具体的な評価**

1. ストラクチャー（構造）

　　保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に関わる予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況

1. プロセス（過程）

保健指導の実施過程、すなわち情報収集・アセスメント・問題の分析・目標の設定・指

導手段（コミュニケーション・教材を含む）・保健指導実施者の態度・記録状況・対象者の満足度

1. アウトプット（事業実施量）

健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率

1. アウトカム（結果）

肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の有病者及び予備群、死亡率、要

　　介護率、医療費の変化

1. **評価の実施責任者**

個人に対する保健指導の評価は、保健指導実施者が実施責任者となります。集団に対

する保健指導の評価は、保健指導実施者及び医療保険者が評価の実施責任者となります。

　保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つこととします。事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保険者が、その評価の責任を持つこととします。

　　最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率・医療費等）を行うので、医療保険者が実施責任者になります。

　　なお、保険運営の健全化の観点から、国保運営協議会において、毎年、進捗状況を報告し、必要に応じて本計画を見直すこととします。

**第４章　そ　の　他**

**１．計画の評価**

　　　保健事業実施計画（データヘルス計画）及び「特定健康診査等実施計画」に掲げた目的・目標の達成状況につついての評価を行います。

**２．計画の公表・周知**

　　　保健事業実施計画（データヘルス計画）及び「特定健康診査等実施計画」は、上関町国保運営協議会等で公表・周知を行います。

**３．事業運営上の留意事項**

　　　保健事業実施計画（データヘルス計画）及び「特定健康診査等実施計画」に掲げる目標が達成できるよう、保健師及び管理栄養士との連携を強化するとともに、関係部署と共通認識をもち、健康課題の解決に取り組んでいきます。

**４．個人情報の保護**

　　　個人情報の取り扱については、「個人情報の保護に関する法律」及び「上関町個人情報保護条例」に基づき行っていきます。

　　　また、特定健康診査等を外部に委託する際は、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ことに努めます。