

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)
平成 30 年度～平成 35 年度

<概要版>

平成 30 年 3月
鹿児島県指宿市



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り組み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度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(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。

指宿市においては、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、県健康増進計画や市健康増進計画、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。

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、厚労省の手引書において他

の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮していることを踏まえ、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ことから、これらとの整合性を図り、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・関係部局の役割

指宿市においては、健康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。特に保健師等の専門職と連携をして、市が一体となって計画策定を進めていく。具体的には、健幸・協働のまちづくり課、長寿介護課、地域福祉課とも十分連携する。

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

本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、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・評価委員会等の外部有識者等との連携・協力が重要となる。

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、また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、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）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、県の関与がさらに重要となる。

このため、指宿市国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。また、保険者等と指宿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、県が県医師会等との連携の推進に努めることが必要である。

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、保険者協議会等を活用しながら、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。

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・積極的に取り組むことが重要である。

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 指宿市の現状と課題

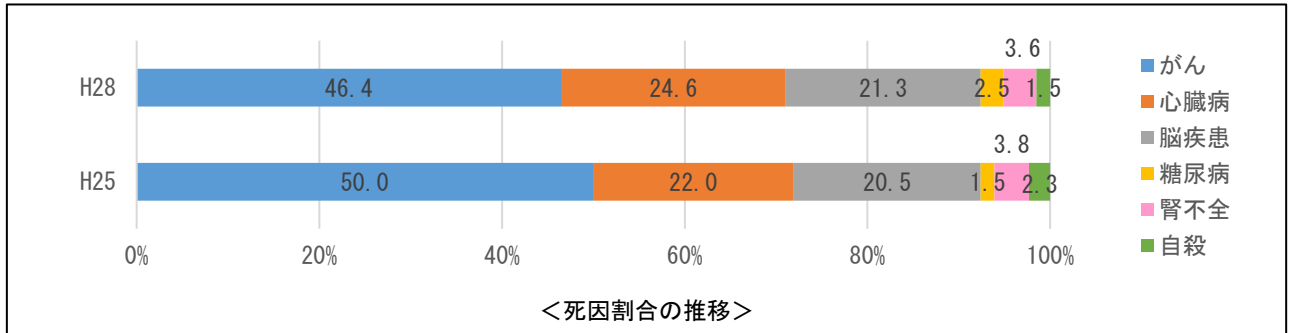
本市の国民健康保険被保険者数は、年々減少傾向であり、平成28年は30.5%の加入率となっている。また、被保険者数を年齢階層毎に見ると、平成28年における65歳以上(高齢者)割合が39.6%となっており、平成25年から5.7ポイント上昇している。

	年	国保被保険者数				加入率
		全体(人)				
		39歳以下	40～64歳	65～74歳		
指宿市	H25	14,770	25.8%	40.2%	33.9%	33.5%
	H28	13,484	24.1%	36.3%	39.6%	30.5%
鹿児島県平均	H28	423,755	25.0%	34.9%	40.1%	25.1%
全国平均	H28	32,587,223	28.2%	33.6%	38.2%	26.9%

出典：KDB

1) 死亡の状況

死因別に死亡の状況を見ると、平成25年度から平成28年度にかけて、心臓病・脳疾患・糖尿病による死因割合が上昇している。



出典：KDB

2) 医療費の状況

医療費の変化について、平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、入院と入院外の総医療費は、共に減少している。しかし、1人当たり医療費としては入院が4.5%、入院外が3.9%上昇し、全体としては4.2%の伸び率となっている。

<医療費の変化>

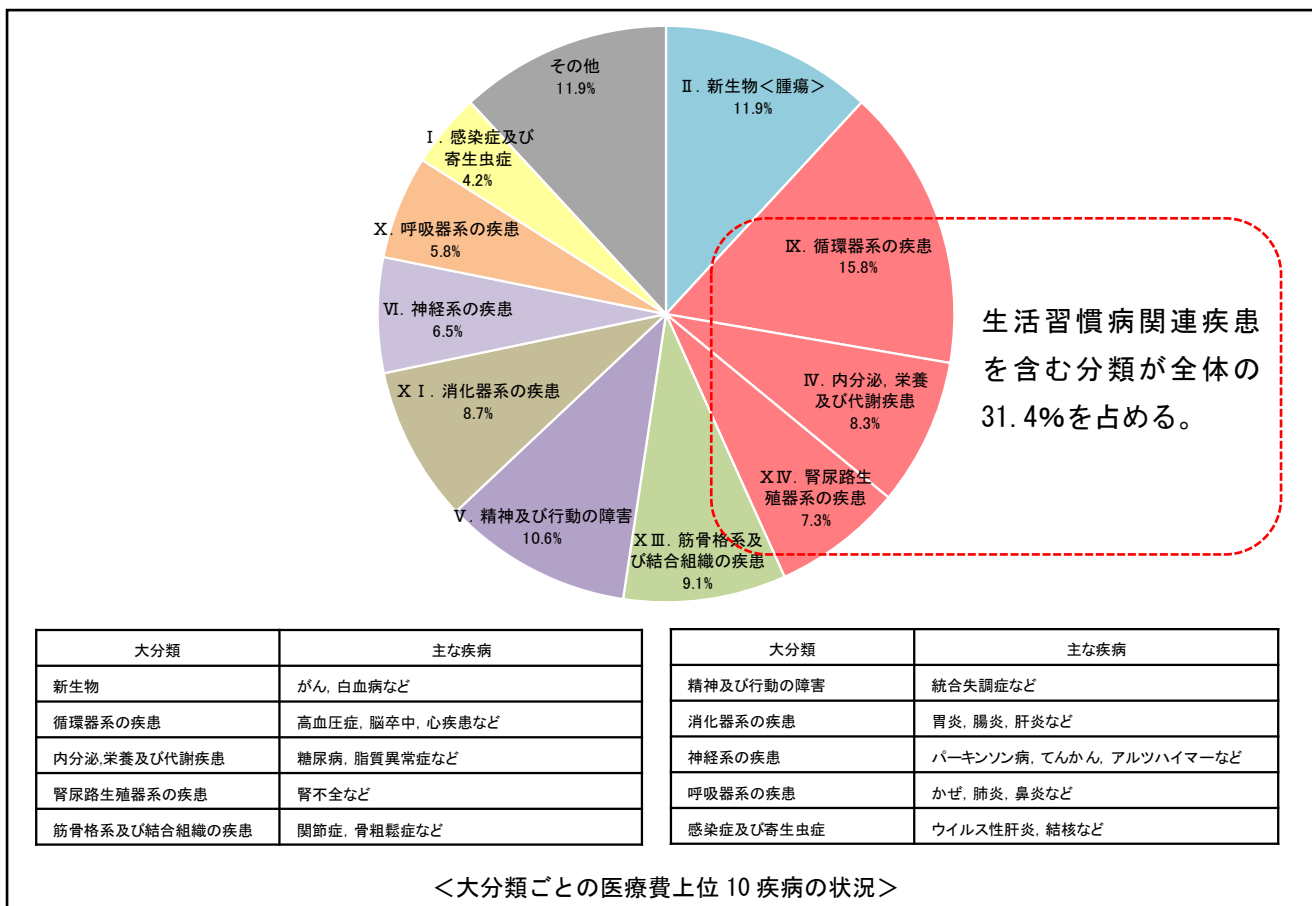
項目		総医療費											
		全体			入院			入院外					
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
総医療費	H25年度	54億8,176万円			26億6,871万円			28億1,305万円					
	H28年度	52億7,571万円	2億604万円	▲3.8	0.2	25億7,506万円	9,365万円	▲3.5	0.5	27億65万円	1億1,240万円	▲4.0	▲0.0
一人当たり医療費	H25年度	30,630円			14,910円			15,720円					
	H28年度	31,920円	1,290円	4.2	8.2	15,580円	670円	4.5	8.5	16,340円	620円	3.9	8.0

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる

出典：KDB

3) 大分類毎の医療費統計

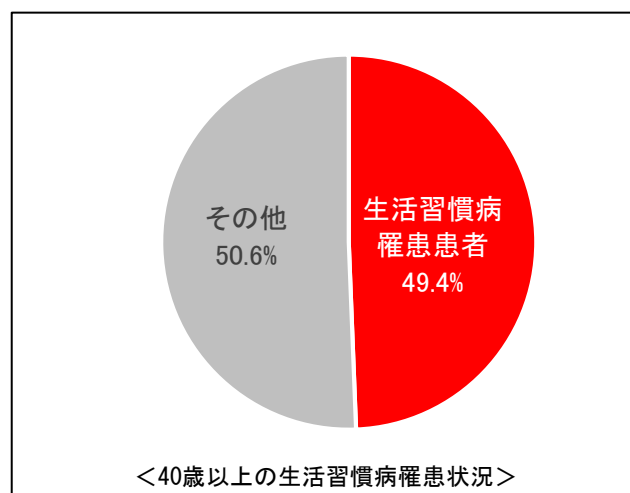
平成28年度の医療費を疾病別に見ると、高血圧症や脳血管疾患、心疾患を含む「循環器系の疾患」が最も割合が高い。その他の生活習慣病関連疾患を含む分類である「内分泌、栄養及び代謝疾患」及び「腎尿路生殖器系の疾患」と合わせると、医療費全体の31.4%を占めている。



出典：データホライゾンによるレセプトデータ分析

4) 40歳以上の生活習慣病罹患状況

生活習慣病基礎疾患の「高血圧症・糖尿病・脂質異常症」について、40歳以上の罹患率は、49.4%となっており、おおよそ2人に1人は何かしらの生活習慣病に罹患している。



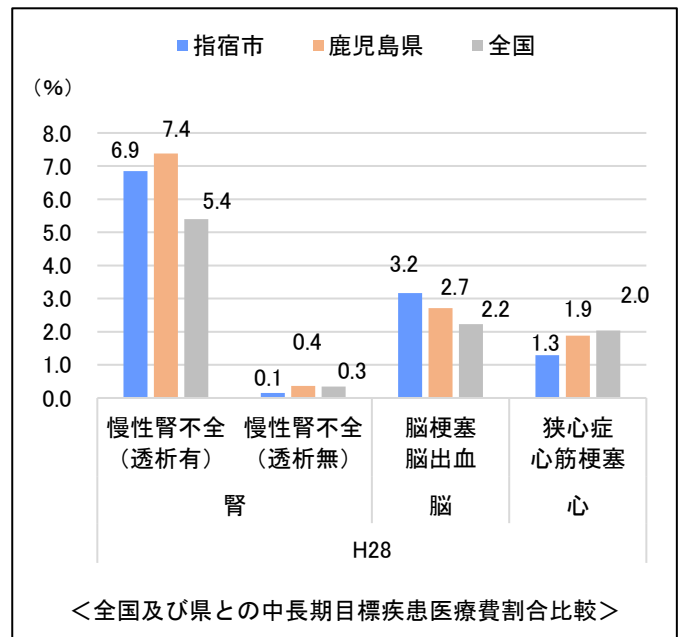
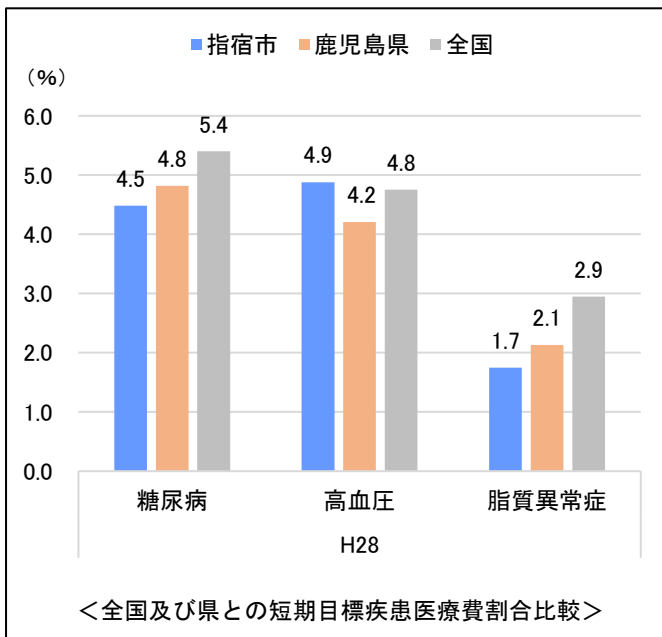
出典：データホライゾンによるレセプトデータ分析

5) 短期的目標疾患と中長期的目標疾患の現状

平成28年の短期的目標疾患と中長期的目標疾患の現状を鹿児島県平均及び全国平均と比較した。

短期目標疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)のうち、高血圧の医療費割合は、県平均及び全国平均を上回っていた。

糖尿病や高血圧、脂質異常症などの生活習慣病基礎疾患が重症化して発症する中長期目標疾患(慢性腎不全・脳梗塞・脳出血・狭心症・心筋梗塞)の医療費割合は、透析を伴う慢性腎不全の医療費が高く、全国平均と比較しても約1.3倍となっている。また、脳梗塞や脳出血の医療費割合は、県平均及び全国平均よりも高い割合となっている。



出典：KDB

6) 特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成25年度と平成28年度を経年比較すると、特定健診受診率は40.5%から43.5%と3.0ポイント上昇しているが、特定保健指導実施率は39.3%から29.6%と9.7ポイント低下している。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取り組み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>

項目	特定健診			特定保健指導		
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)
H25年度	10,353	4,190	40.5	405	159	39.3
H28年度	9,458	4,115	43.5	331	98	29.6

出典：法定報告

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1 第3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1期及び第2期は5年を1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踏まえ、第3期(平成 30 年度以降)からは6年1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	46%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%

3 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。医療機関個別方式は医師会を代表者とする契約とし、集団方式は健診機関との個別契約とする。また、受診し易さを確保するため、対象者の利便性（土日の実施・交通のアクセス等）に配慮した実施機関の確保に努め、外部委託して実施する。

- ① 個別健診(委託医療機関)
- ② 集団健診(鹿児島厚生連病院健康管理センター・ヘルスサポートセンター鹿児島)

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。

4 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 24 条に基づいて実施し、指宿市による直接実施と保健指導機関への委託形式で行う。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

本市では、第1期計画において、糖尿病性腎症及び脳血管疾患などの重症化予防事業をスタートさせ、一定の効果が確認できている。第2期計画においては、これらの重症化予防に対する取り組みをさらに強化する方向性である。

また、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心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り組み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・脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防の取り組みを行う。具体的には医療機関への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り組みとしては、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繋がっている実態や、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。

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。

2 実施保健事業一覧

目標	分野	事業名	事業目的	取り組み内容
健康寿命の延伸・医療費適正化	生活習慣病の発症予防	特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目した健診を行い、生活習慣病の早期発見・早期対応、重症化予防を図る。	対象者全員に受診券を送付し、市広報紙やホームページ等で周知する。受診しやすい環境づくりのため、集団健診・個別健診・人間ドックの選択方式、各種がん検診等との同時受診、土・日曜日の開催等を行う。 未受診者へ電話・訪問で受診勧奨を行う。また、年度途中で脱漏健診案内はがきを個別発送。
		特定保健指導	特定保健指導対象者に対し、生活習慣病の改善を促し、生活習慣病を予防する。	市による直接実施と保健指導機関への委託形式で、動機付け・積極的支援を実施。
	重症化予防	高ハイリスク者対策事業	高血圧症や糖尿病等から重症化したと思われる脳血管疾患や心血管疾患・腎不全の予防を図る。	特定健診の二次検査等として、対象者に頸動脈エコー検査や塩分摂取量測定、減塩指導等を行う。
		糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症の重症化による人工透析導入を予防する。	健診結果でHbA1cが6.5以上で未治療者に対し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。
				糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行い、レセプトにて受診状況が確認できない場合は、訪問指導を行う。
				糖尿病で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき、保健指導を行う。
	健診異常値未治療者受診勧奨事業	メタボリックシンドロームの有無に関わらず、要治療域の者を中心に医療機関の受診勧奨及び健康相談、並びに受診状況の確認を実施する。	健診結果より受診が必要な医療機関未受診者に対して、異常値放置による危険度(高血圧・心脳血管疾患危険倍率)等を記載した医療機関への受診勧奨の通知を送付する。通知後、受診の有無について、レセプトで確認し、未受診者へは訪問指導を行う。	

第4章 保健事業の内容

目標	分野	事業名	事業目的	取り組み内容
健康寿命の延伸・医療費適正化	医療費適正化	重複・頻回訪問指導事業	医療費の適正化を図るため、重複受診・多受診(頻回受診)者に対する適正受診の指導の充実強化に努める。	医療費の適正化を図るため、同じ疾病について自己判断で複数の医療機関へ同一月内に受診する重複受診者や、月に何度も同じ医療機関への受診を繰り返す頻回受診者に、適正な受診及び健康に対する意識啓発を図るため、訪問指導を行う。
		後発医薬品の普及促進	患者負担の軽減と医療費の抑制を図るため後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に努める。	ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の削減を図るため、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減減額を通知する。
		水中運動教室	地域資源を活用し、肥満や高血圧解消のための運動を行うことで、メタボをストップし、毎日笑顔で健康な生活を送れることを目指す。	健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。その他、広報誌・チラシ等で周知募集する。アクアウォーキング、ストレッチ、筋カトレーニングを組み合わせた水中運動と血圧測定等、健康チェックを行う教室を、市内3施設において年間各6回程度実施する。
	ポピュレーションアプローチ	e-wellness 健幸運動教室	生活習慣病や介護予防のために、運動習慣を定着させることを目的とした健幸運動教室を実施する。	特定健診結果に基づいて抽出された対象者に参加案内をする。その他、広報紙・チラシ等で周知募集する。

第5章 地域包括ケアに係る取り組み

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、市民一人ひとりの健康寿命の延伸に繋がる。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り組みそのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上割合が2040年23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を100としたときの指数で、2040年が124と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本市においては、県より高い水準で推移し、2040年には3人に1人が後期高齢者となる。

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。このような状況に鑑みれば、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、国保にとっても本市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。医師や薬剤師、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繋がる。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

進捗確認のため、3年後の平成32年度に中間評価を行う。

また、計画最終年度の平成35年度においては、次期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)

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

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得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他、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・配布にあたっては、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 個人情報の取り扱い

指宿市においては、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り扱いが確保されるよう措置を講じる。