

小美玉市国民健康保険
第2期データヘルス計画
第3期特定健康診査等実施計画

【平成30年度～平成35年度】

平成30年3月

小美玉市

目次

第1章 現状分析	1
1 人口分析	1
(1) 人口等の状況	1
(2) 死亡の状況	2
2 国民健康保険医療費の分析	4
(1) 人口に占める国保加入者の割合	4
(2) 医科・調剤保険点数の割合	4
(3) 傷病別医療費の状況	5
4 特定健康診査の分析	6
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	6
(2) 特定健康診査・特定保健指導の結果分析	7
5 介護の分析	9
(1) 要介護・要支援認定者の状況	9
(2) 要介護認定者と国民健康保険のレセプトの分析	10
(3) 要介護認定者と医療費の関係	11
第2章 データヘルス計画	12
1 計画の基本的事項	12
(1) 計画策定の背景	12
(2) 計画の位置づけ	12
(3) 計画の期間	14
(4) 計画の策定体制	14
(5) 計画のデータ取得方法	14
2 これまでの取り組みと評価	15
(1) 評価の考え方	15
(2) ジェネリック医薬品差額通知	15
(3) 人間ドック・脳ドック助成事業	16
(4) 特定健康診査受診勧奨	16
3 重点課題	17
4 対策の方針	17
5 保健事業の内容	18
6 計画の評価と見直し	20
7 事業運営上の留意事項	20
第3章 第3期特定健康診査等実施計画	21

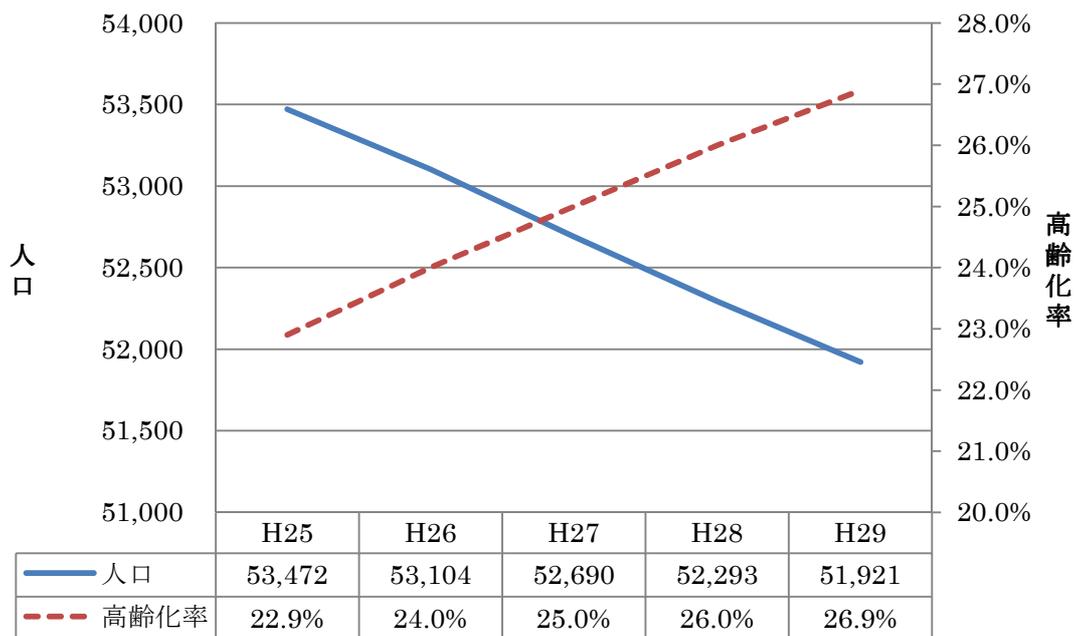
1	基本的考え方	21
2	これまでの取り組みと評価	22
3	重点課題と目標値	23
(1)	健康課題	23
(2)	目標値（平成30年度～平成35年度の各目標値）	24
4	特定健康診査の実施	25
(1)	特定健康診査の実施体制	25
(2)	特定健康診査の内容	26
(3)	特定健康診査の案内方法	28
(4)	年間実施スケジュール	29
5	特定保健指導の実施	30
(1)	特定保健指導の種類と実施体制	30
(2)	特定保健指導対象者の選定と階層化	30
(3)	特定保健指導対象者への案内方法	31
(4)	支援レベル別特定保健指導計画	31
6	特定健康診査・特定保健指導の結果通知とデータ受領・保存	36
(1)	特定健康診査の結果通知	36
(2)	特定健康診査データの形式・データ保有者からの受領方法	36
(3)	特定健康診査・特定保健指導の記録・データの保管及び保管体制	36
(4)	システム体制	37
(5)	代行機関の利用について	37
第4章	計画の推進・評価・見直し等	38
1	計画の公表・周知	38
2	計画の推進体制	38
3	計画の評価	38
4	計画の見直しについて	38
5	個人情報保護対策	39
6	その他計画策定に当たっての留意事項	39

第 1 章 現状分析

1 人口分析

(1) 人口等の状況

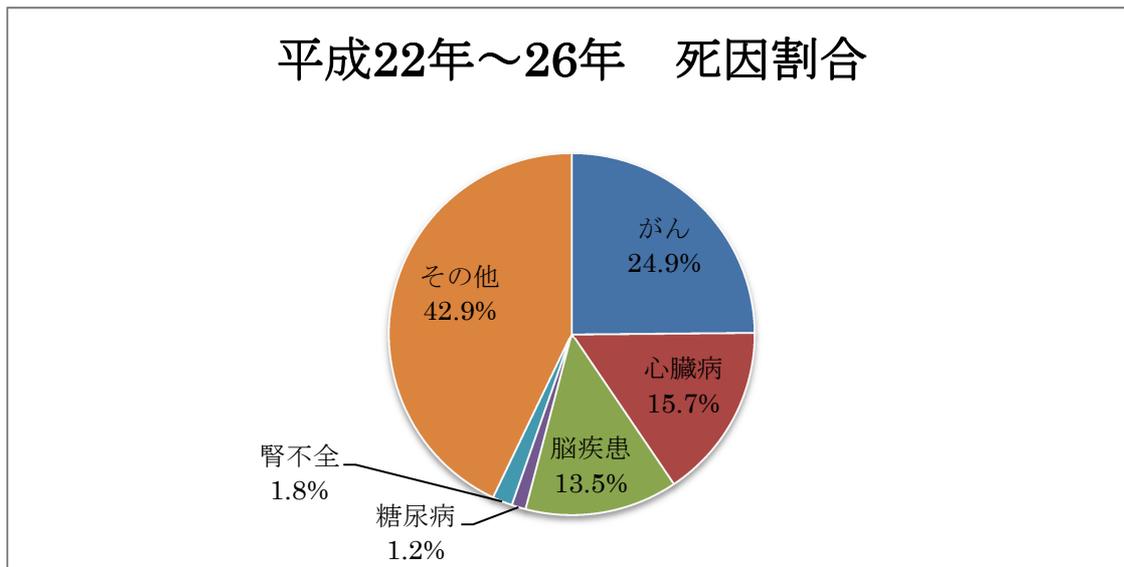
本市の人口状況を見ると、平成 29 年 4 月 1 日現在で 51,921 人と近年減少傾向にあり、高齢化率は 26.9%と上昇傾向にあります。



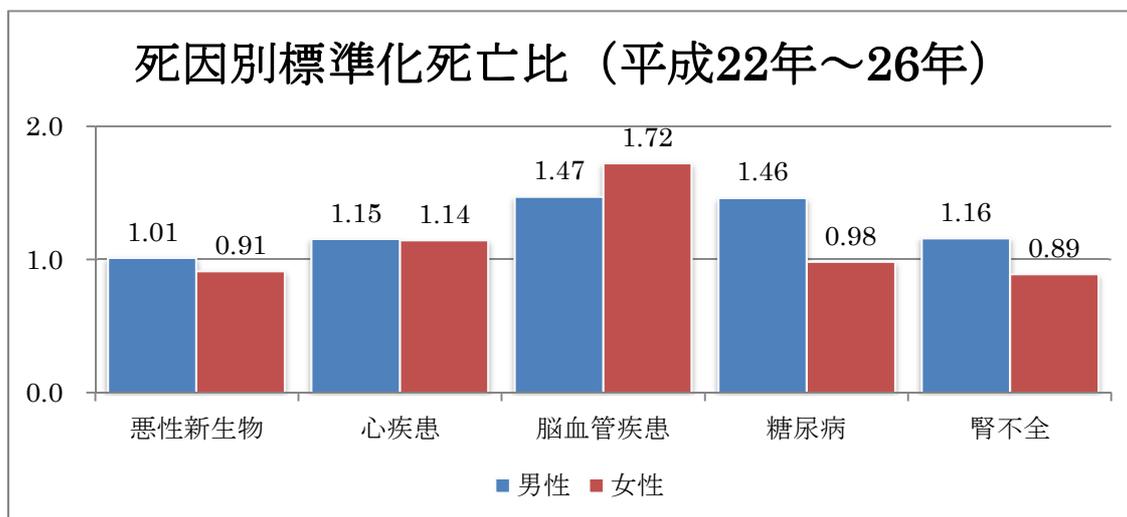
出典：住民基本台帳人口（各年 4 月 1 日現在）

(2) 死亡の状況

死因別割合を見ると、「がん」(24.9%)が最も高く、次いで「心臓病」(15.7%)、「脳疾患」(13.5%)となっており、生活習慣病に関連した疾患が上位を占めています。標準化死亡比(高齢化率の違いを除いた上で全国の死亡率の何倍かを示したもの)を見ると、脳血管疾患による死亡が全国に比べて多くなっています。

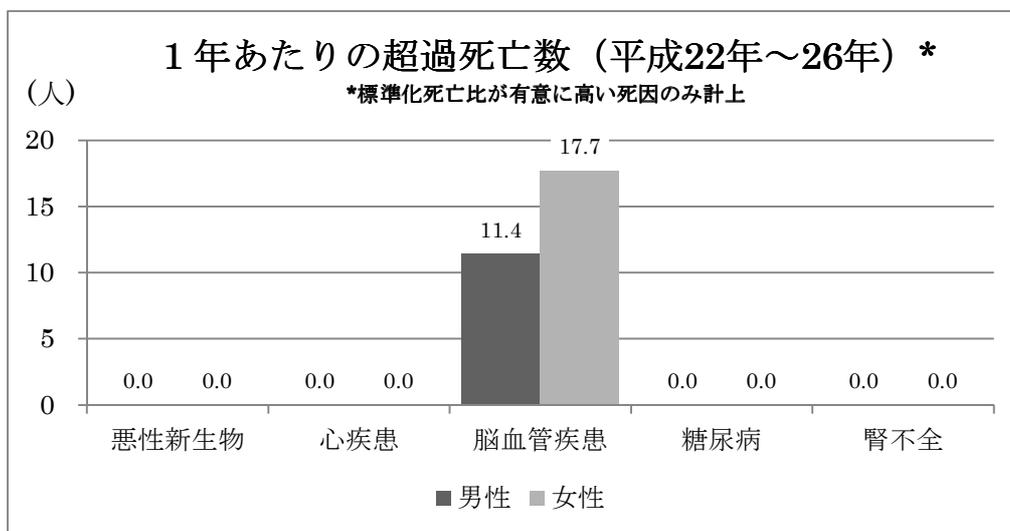


出典：茨城県保健福祉部，茨城県立健康プラザ編『平成 29 年茨城県市町村別健康指標』



出典：茨城県保健福祉部，茨城県立健康プラザ編『平成 29 年茨城県市町村別健康指標』

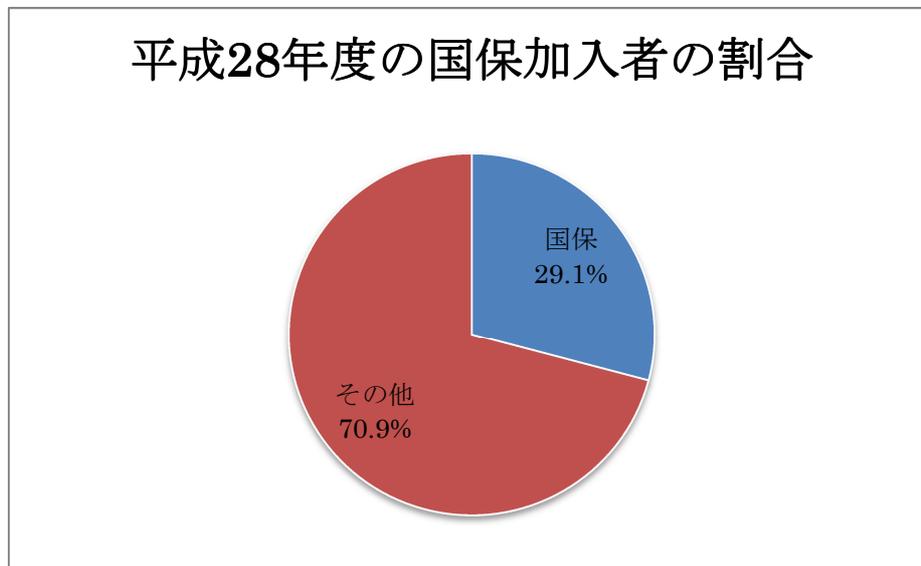
全国並みの死亡率であったら，1年あたり29.1人程度の死亡が防げたはずと推計されます。



2 国民健康保険医療費の分析

(1) 人口に占める国保加入者の割合

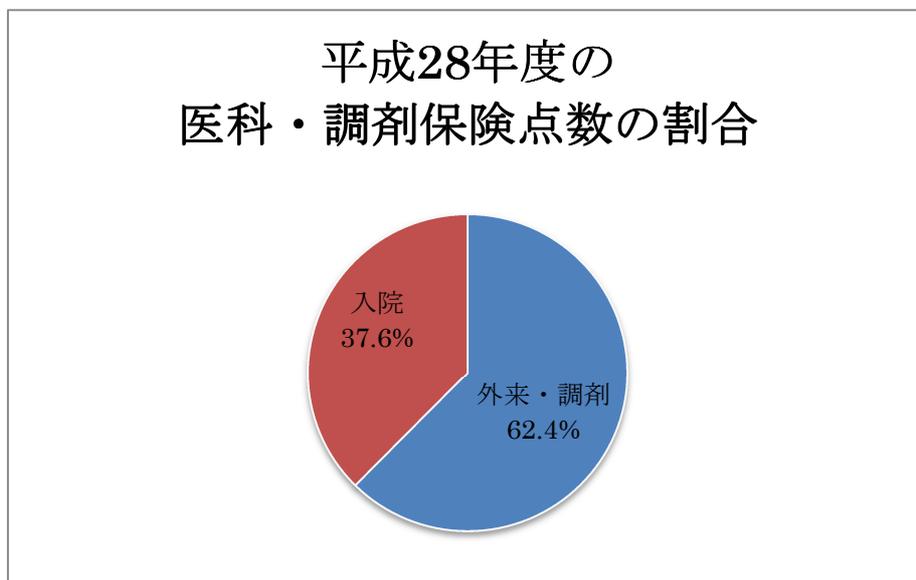
小美玉市の 29.1%が国民健康保険に加入しています。



出典：KDB システム，画面番号 S21_003

(2) 医科・調剤保険点数の割合

医科・調剤の医療費のうち，62.4%が外来（調剤を含む）医療費でした。

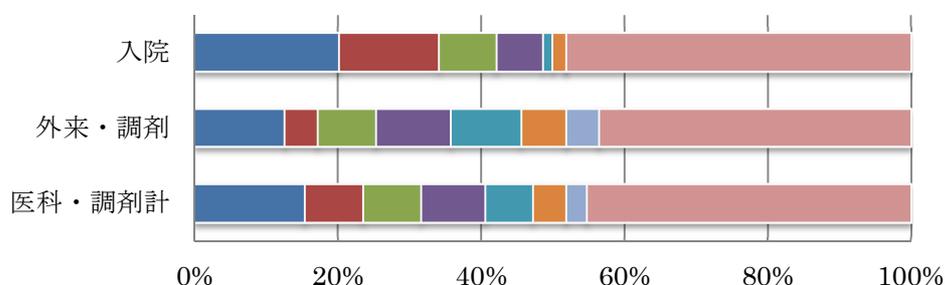


出典：KDB システム，画面番号 S21_001

(3) 傷病別医療費の状況

傷病別医療費の割合を見ると、入院は「がん」(20.1%)に係る医療費の占める割合が最も高く、次いで「精神」(13.9%)、「筋・骨格」(8.0%)となっています。外来・調剤では「がん」(12.6%)が最も高く、次いで「高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞」(10.4%)、「糖尿病」(9.9%)となっています。医科・調剤計では「がん」(15.4%)が最も高く、次いで「高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞」(8.9%)、「精神」(8.1%)、「筋・骨格」(8.1%)となっています。

平成28年度 傷病別医科・調剤保険点数の割合



	医科・調剤計	外来・調剤	入院
■ がん	15.4%	12.6%	20.1%
■ 精神	8.1%	4.6%	13.9%
■ 筋・骨格	8.1%	8.1%	8.0%
■ 高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞	8.9%	10.4%	6.5%
■ 糖尿病	6.7%	9.9%	1.3%
■ 慢性腎不全	4.6%	6.3%	1.9%
■ 脂質異常症	2.8%	4.5%	0.0%
■ その他	45.3%	43.6%	48.1%

出典 (総点数) : KDB システム, 画面番号 S23_003

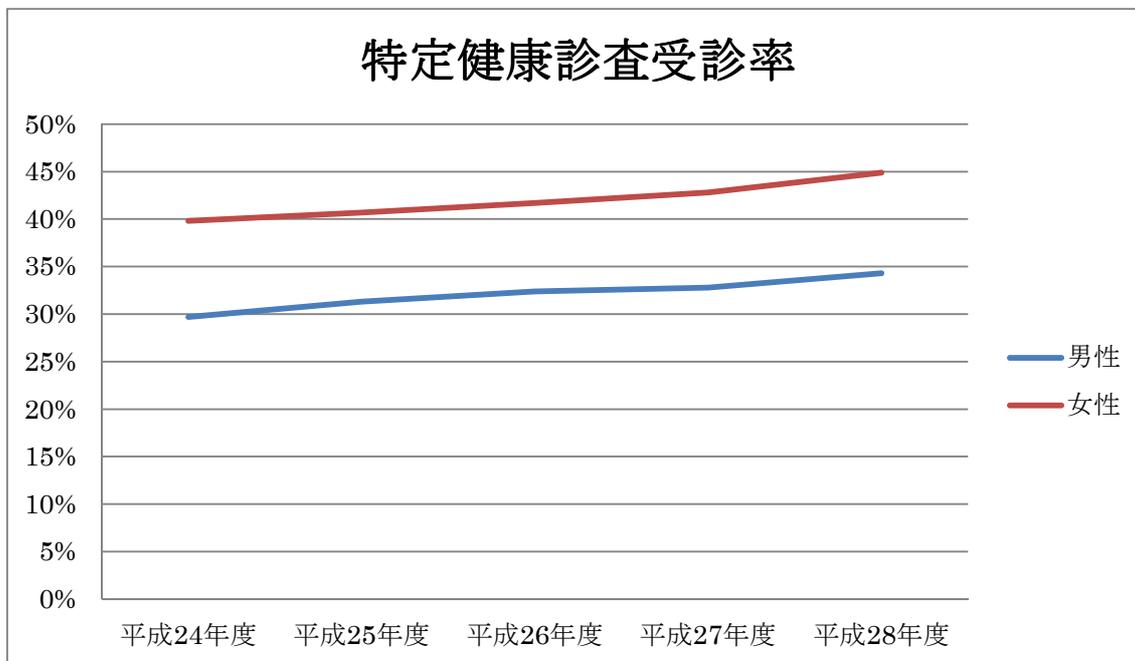
出典 (傷病別点数) : KDB システム, 画面番号 S_23_006

出典 (腎不全) : KDB システム, 画面番号 S23_004

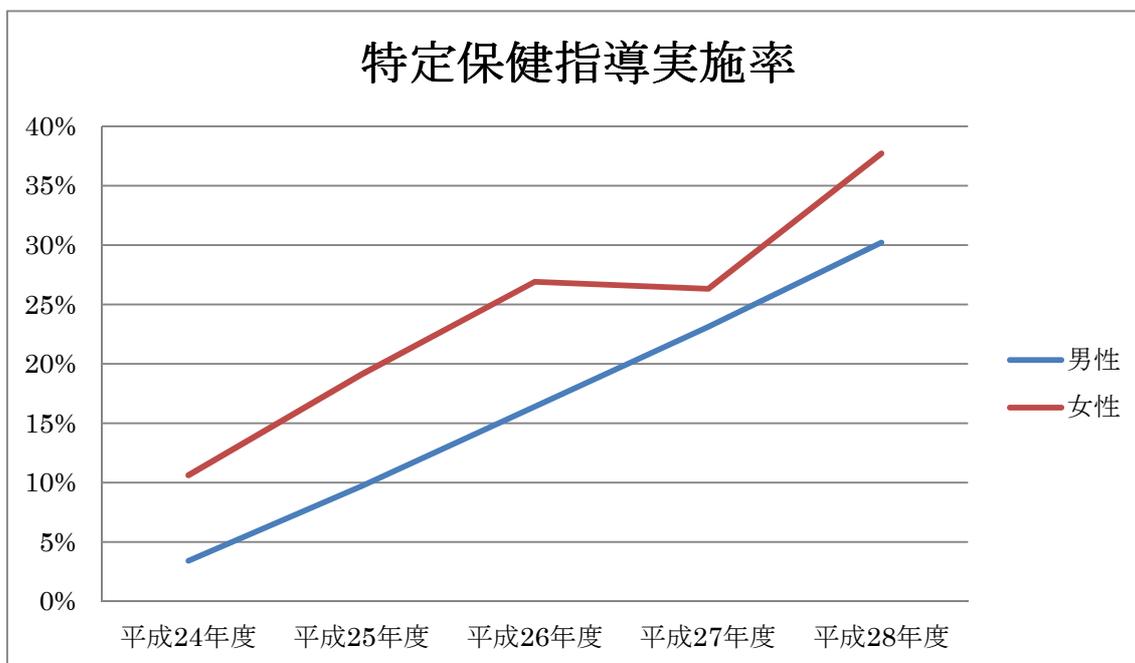
4 特定健康診査の分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

特定健康診査の受診率は、少しずつ上昇しています。特定保健指導の実施率も少しずつ上昇しています。



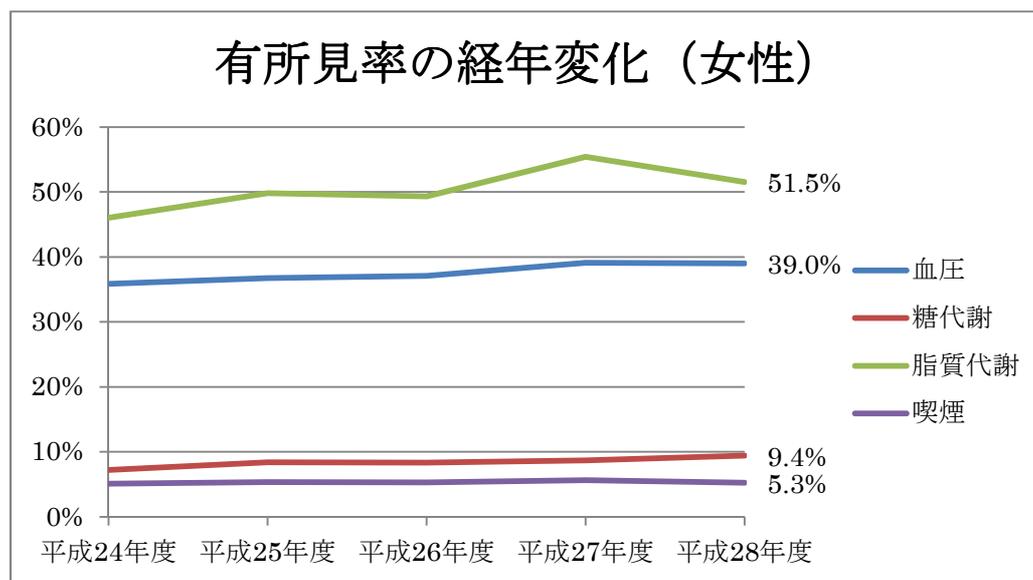
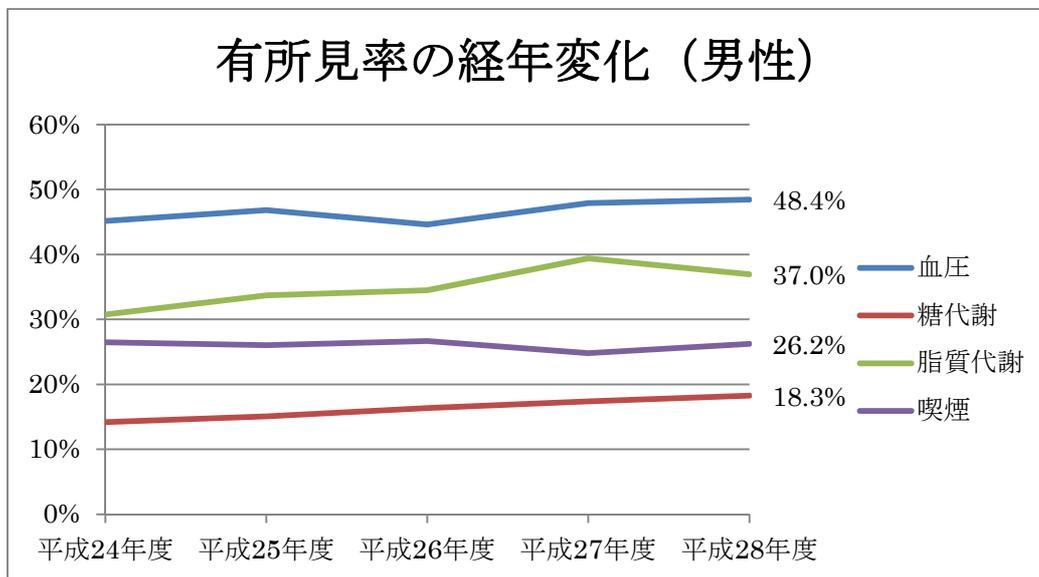
出典：法定報告



出典：法定報告

(2) 特定健康診査・特定保健指導の結果分析

有所見率の経年変化を見ると、毎年、男性が血圧、女性が脂質代謝の割合が最も高なっています。



出典：FKAC167 を集計

※有所見者の定義

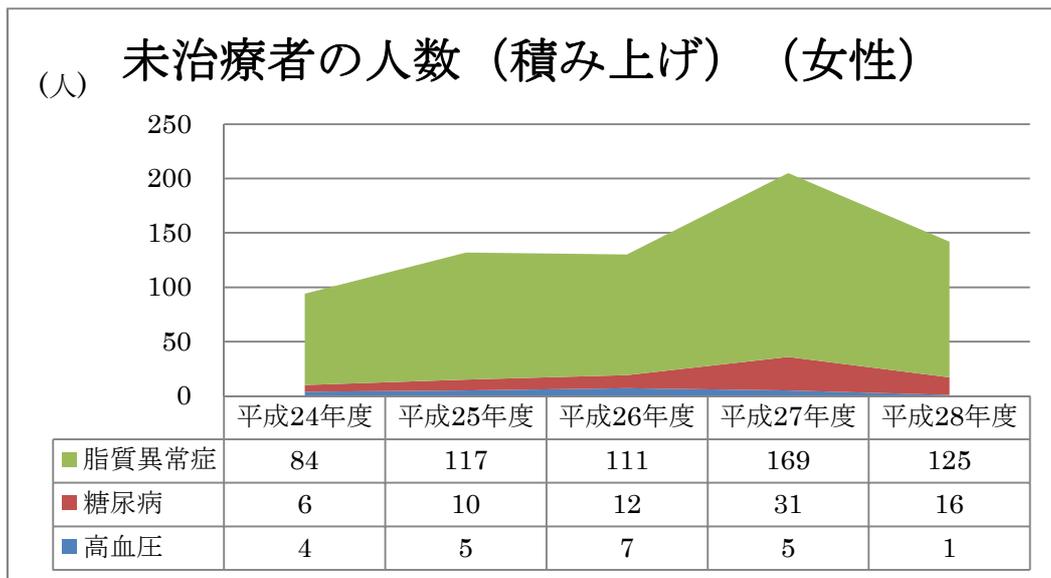
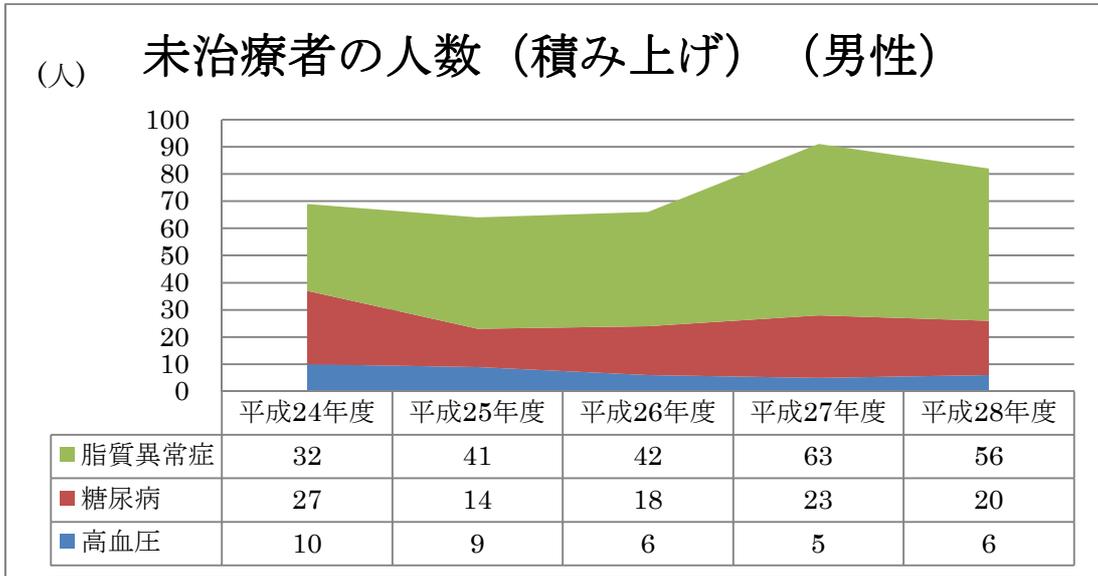
血圧：140/90mHg 以上または服薬者の人数(B)

糖代謝：126 mg/dL ， 6.5%以上または服薬者の人数(C)

L D L - C：140mg/dL 以上または服薬者の人数(D)

喫煙：現在喫煙者数(E)

医療機関受診が特に必要にもかかわらず未治療である者は、延べ 224 人に上っています。



出典：FKAC167 を集計

※一人が複数の疾患で計上されている場合がありますので、実際の人数とは異なります。

※以下の基準により「医療機関受診が特に必要」としました。

血圧：180/110mHg 以上

血糖・HbA1c：198mg/dL または 8.0%以上

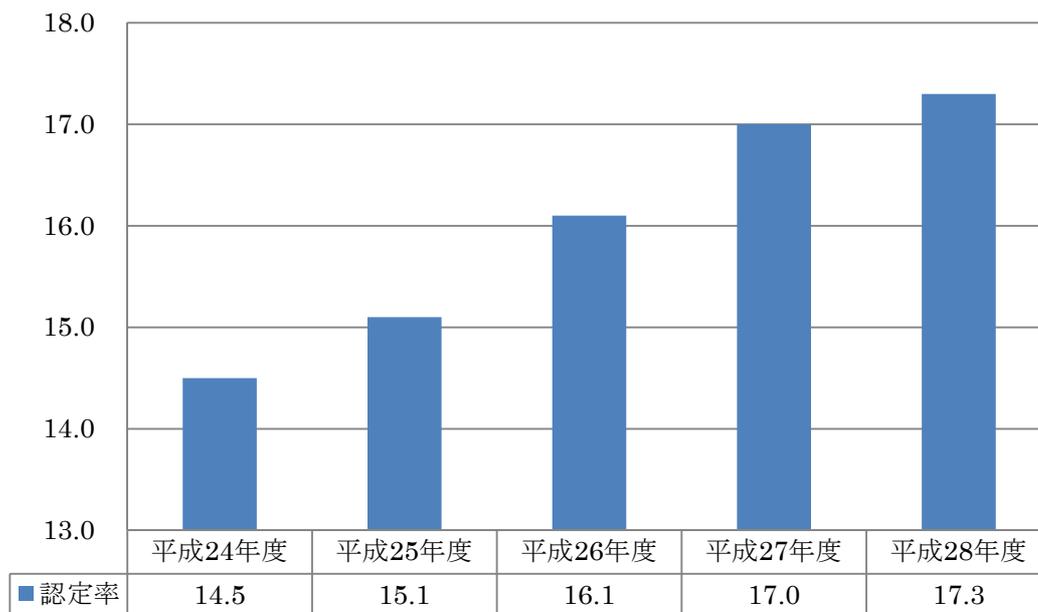
LDL-C：180mg/dL 以上

5 介護の分析

(1) 要介護・要支援認定者の状況

要介護（要支援）の認定率の推移は、少しずつ上昇しています。

要介護認定率（65歳以上第1号被保険者における割合）



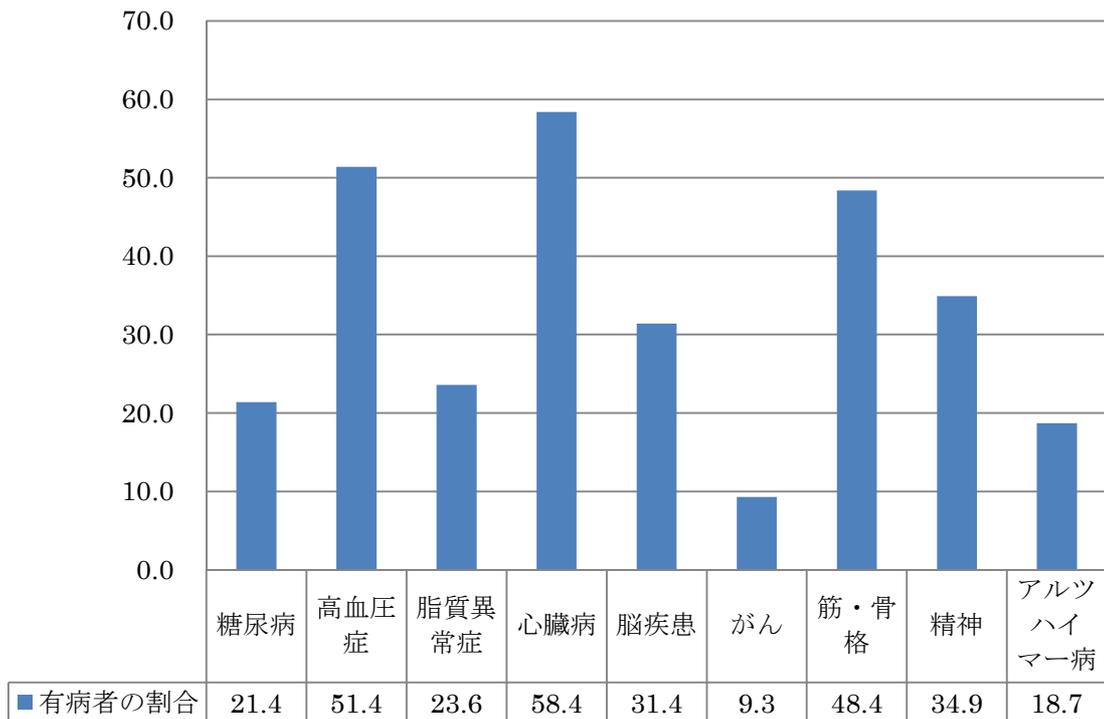
出典：KDBシステム，地域の全体像の把握

(2) 要介護認定者と国民健康保険のレセプトの分析

要介護（要支援）認定者の有病状況を見ると、「心臓病」（58.4%）が最も多く、次いで「高血圧症」（51.4%）、「筋・骨格」（48.4%）となっています。

また、「精神」（34.9%）の内の「認知症」（21.9%）では、県（21.0%）を上回っています。

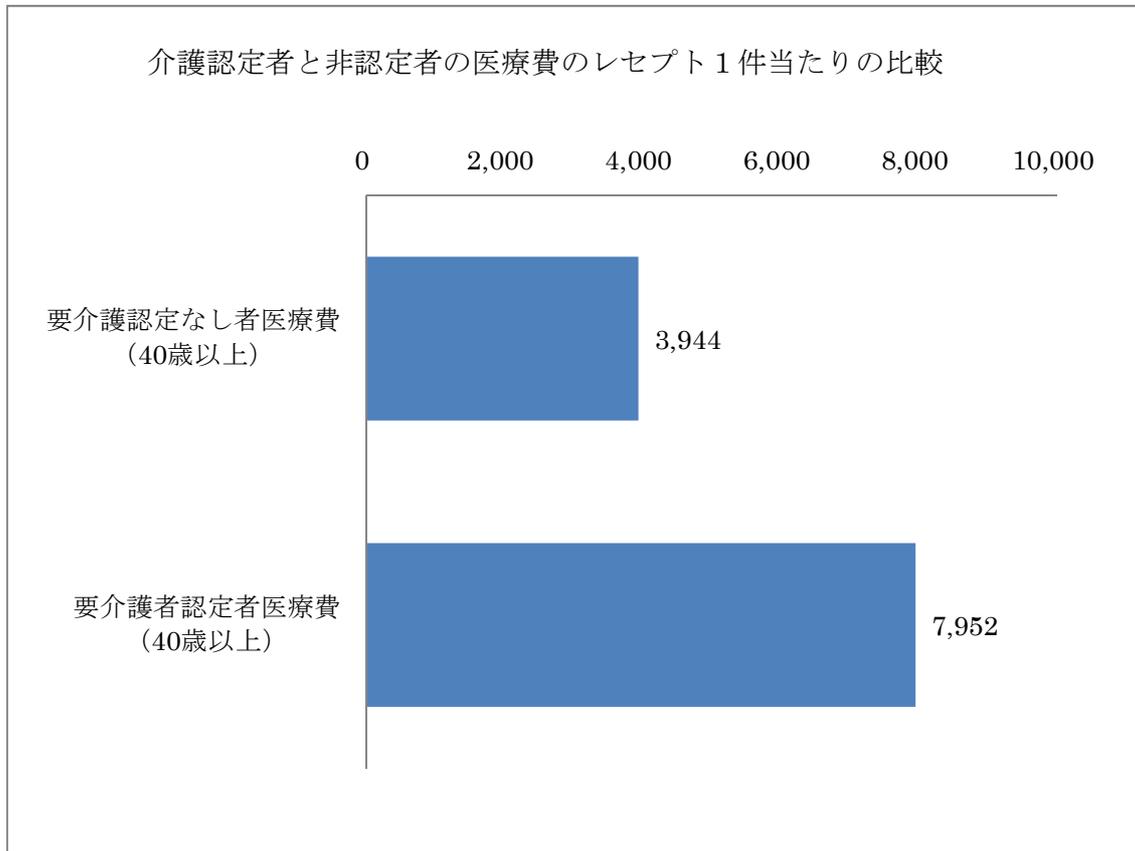
要介護認定者の有病状況（平成28年度）



出典：KDBシステム，地域の全体像の把握（平成28年度）

(3) 要介護認定者と医療費の関係

要介護認定者のレセプト1件当たりの医療費は7,952円となっており、非認定者より4,008円高い状況です。そのため、予防可能である「血管疾患」を防ぐことが重要となります。



出典：KDBシステム，地域の全体像の把握（平成28年度）

第2章 データヘルス計画

1 計画の基本的事項

(1) 計画策定の背景

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」とされました。

レセプト等のデータの分析のため、国保データベース(KDB)システム(以下「KDB」という。)等が整備されました。これにより、市町村国保が被保険者・被扶養者(以下「被保険者等」という。)の健康課題を分析したり、保健事業の評価等を行ったりするための基盤が整いました。

小美玉市においては、平成25年度に特定健康診査・特定保健指導実施計画、平成26年度にデータヘルス計画を策定し、健康・医療情報を活用しながら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ってきたところです。本年度は、当該データヘルス計画の最終年度にあたるため、今までの保健事業等を評価し、必要な見直しを行うものです。

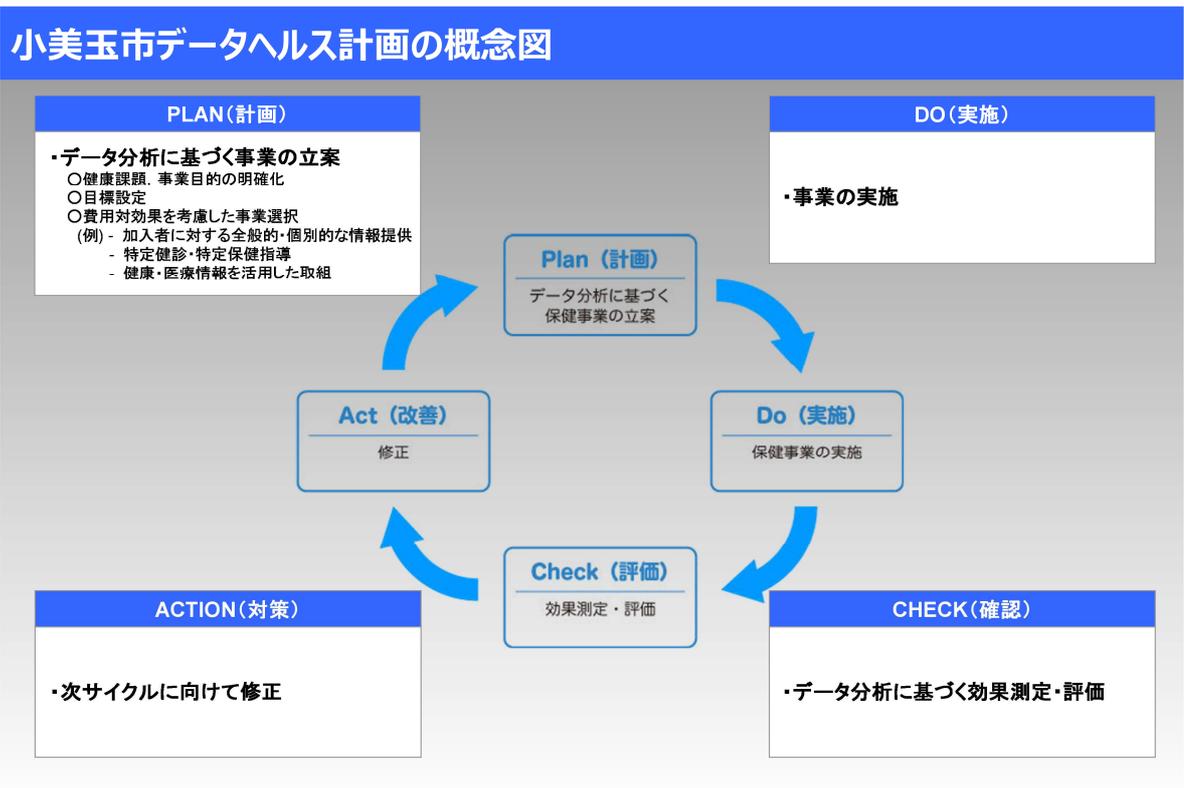
(2) 計画の位置づけ

データヘルス計画は、特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用し、PDCAサイクル(図1)の考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画です。

本計画は、健康日本21(第二次)に示された基本方針を踏まえるとともに、小美玉市の基本計画、健康増進計画、食育推進計画、介護保険事業計画との整合性を図っています。

(図 1)

Plan (計画)	健康・医療情報を分析し、加入者の健康課題を明確にした上で事業を企画する
Do (実施)	費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施する <ul style="list-style-type: none"> ・加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組 (例：健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供) ・生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等の取組 ・生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組 (例：糖尿病の重症化予防事業) ・その他、健康・医療情報を活用した取組
Check (評価)	客観的な指標を用いて保健事業の評価を行う (例：生活習慣の状況（食生活、歩数等）、特定健診の受診率・結果、医療費)
Act (改善)	評価結果に基づき事業内容等を見直す



(3) 計画の期間

本計画の初年度は平成 30 年度とし、「小美玉市国民健康保険特定健康診査等実施計画」と一体的に推進していくことから、計画の最終年度を平成 35 年度とします。

(4) 計画の策定体制

本計画の策定に当たっては、医療保険課が主となって現状分析と課題抽出をした上で、関連部署の事業及び計画との調整を行い、計画を策定しました。

(5) 計画のデータ取得方法

本計画のデータは、国・県・同規模市との全国統一基準での比較及び分析の幅を広げるために、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）のデータを中心に使用しています。

そのため、公表値（特定健康診査・特定保健指導法定報告等）と異なることがありますが、地域の特性や課題等の傾向を分析する際に大きな差異はありません。

各図表下の資料出所にある「様式」については、KDBのデータ集計様式を指しています。

2 これまでの取り組みと評価

(1) 評価の考え方

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

(2) ジェネリック医薬品差額通知

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
使用割合	54.10%	25.00%	65.47%	A

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
差額通知年 2 回送付	1 回	2 回	2 回	A

(3) 人間ドック・脳ドック助成事業

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
健診受診率	37.0%	60.0%	39.6%	B

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
人間ドック等 助成者数	462 人	500 人	511 人	A

(4) 特定健康診査受診勧奨

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
健診受診率	37.0%	60.0%	39.6%	B

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
ハガキ勧奨	7,959 件	8,000 件	7,136 件	B
電話勧奨	0 件	300 件	3,217 件	A

3 重点課題

- 医療費の総額及び一人当たりの医療費において、生活習慣病、特に「高血圧」「糖尿病」が上位を占めています。
- 健診の結果、「高血圧」の有所見者割合が高く、リスクが高いにも関わらず服薬のない人が多数存在します。
- 特定健康診査及び特定保健指導の受診(利用)機会と実施内容が不十分であるため、今後も、受診勧奨や保健指導に力を入れていく必要があります。
- 初回受診者の割合が低く、受診者が固定化しています。
- 「がん」が、主要死因別割合及び傷病別医療費において、高い割合を占めています。
- 小美玉市においては、循環器疾患の死亡率が高く、医療費においても循環器疾患に要する費用が多くを占めていることから、循環器疾患の対策が重要と考えられます。

4 対策の方針

事業実施（アウトプット指標）については、概ね A 評価であり、計画どおり実施されてきたといえます。しかしながら、アウトカム目標には届いていない現状があります。

重点課題を踏まえ、高血圧対策では、重症化予防（医療機関への受診勧奨）を強化するとともに、ポピュレーションアプローチとして適塩の啓発を推進します。

5 保健事業の内容

事業名	対象者			事業担当課	目標(平成 35 年度)	
	区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業の成果)
基盤となる事業						
医療費通知	全受診世帯	全て	0 ～ 74歳	医療保険課	全受診世帯に通知を送付する。 (6回/年, 偶数月)	—
ジェネリック医薬品差額通知	対象世帯	全て	0 ～ 74歳	医療保険課	ジェネリック医薬品差額通知を送付する。 (3回/年)	使用割合:75% (新基準ベース)
広報事業	被保険者(市民)	全て	0 ～ (74)歳	医療保険課 健康増進課	広報特集号の内容を改善する。 (年間 8 回)	—
人間ドック・脳ドック助成事業	被保険者(国保完納世帯)	全て	30 ～ 74歳	医療保険課	実施機関の拡大及び保健指導への誘導 (申込者数:550人)	健診受診率 : 60%
個別の事業						
特定健康診査受診勧奨	被保険者	全て	40 ～ 74歳	医療保険課	ハガキ勧奨: 8,000件 電話勧奨: 300件	健診受診率 : 60%
	国保新規加入来庁者	全て	40 ～ 74歳	医療保険課	啓発チラシ入りポケットティッシュの配布 (配布数:1,000個)	
対象者を選抜し追加特定健康診査の実施	被保険者(3年間未受診者)	全て	40 ～ 74歳	医療保険課	ハガキ勧奨 800件 電話勧奨 300件	
個別健診(医療機関等)への受診勧奨事業	医療機関受診者	全て	全年齢	医療保険課	人間ドック等の協力医療機関, その他医師会等への訪問 (訪問件数:13件)	
特定保健指導の利用勧奨	被保険者(対象者)	全て	40 ～ 74歳	医療保険課 健康増進課	保健指導未利用者に対し, 郵送又は電話により利用勧奨を実施する。 (勧奨件数:300件)	未利用者への勧奨率 80% 特定保健指導利用率 50%
特定保健指導の実施機会の拡大事業	被保険者(対象者)	全て	40 ～ 74歳	健康増進課	生活習慣病予防相談会等開催時に併せて, 保健指導と内容確認を実施する。 (実施件数:500件)	特定保健指導利用率 50% ・利用者数の増加 ・相談会等参加者の増加

事業名	対象者			事業担当課	目標(平成35年度)	
	区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業の成果)
健康づくり健診	被保険者 (市民)	全て	18 ~ 39歳	健康増進課	継続受診する人へ受診券を送付し啓発 (発送数:500件)	—
個別の事業						
病態別教室 (高血糖・ダイエット編)	被保険者 (市民)	全て	40 ~ 74歳	健康増進課	肥満解消の講話, 実習(運動・栄養)を実施する。 (1開催あたり20人)	参加者のうち, 国保対象者の参加割合 (参加率:50%)
病態別教室 (血液サラサラ編)	被保険者 (市民)	全て	40 ~ 74歳	健康増進課	肥満解消の講話, 実習(運動・栄養)を実施する。 (1開催あたり20人)	参加者のうち, 国保対象者の参加割合 (参加率:50%)
未治療者受診 勧奨	被保険者 (対象者)	全て	40 ~ 74歳	医療保険課	未治療者のうち特にリスクの高い人に対して医療機関への受診を勧奨する。 (50人/年)	指導完了率:100% 検査値の改善:80%
糖尿病重症化 予防	被保険者 (対象者)	全て	40 ~ 74歳	医療保険課	重症化が懸念される対象者に対して保健指導を実施する。 (50人/年)	指導完了率:100% 検査値の改善:80%
イベント会場での啓発事業	被保険者 (市民)	全て	全年齢	社会福祉協議会	「福祉にっこりまつり」での実施。 (年1回: 血圧・体脂肪計等での計測・相談・指導)	参加者数の増加 (参加者:200人)
訪問健康相談	被保険者	全て	0 ~ 74歳	医療保険課	訪問健康相談:2名 (確認随時実施)	—

6 計画の評価と見直し

特定健康診査の結果や受療状況を経年的に把握し、改善度を評価します。また、茨城県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。なお、目標の達成状況を踏まえ、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

7 事業運営上の留意事項

今まで、国民健康保険主管課と衛生部門が連携して保健事業を推進してきました。今後も引き続き、本計画の実践と事業評価を通じて連携を図りつつ、本計画を推進します。

第3章 第3期特定健康診査等実施計画

1 基本的考え方

特定健康診査は、平成20年4月から施行されている高齢者の医療の確保に関する法律第18条で、「糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査」と定められ、保険者に実施が義務づけられています。糖尿病等の生活習慣病に主眼を置いた健診であり、そのため生活習慣病のリスクを増幅するメタボリックシンドロームに着目した健診内容となっています。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重の増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができます。そのため健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができるようになります。

健診により、生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を早期に発見し、生活習慣改善のための保健指導を行い、減少させる、そのための健診です。

2 これまでの取り組みと評価

平成 25 年 4 月に策定した「第 2 期特定健康診査等実施計画」では、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条第 2 項第 2 号と国が示した「特定健康診査等基本指針改正案」に基づき、「特定健診受診率」, 「特定保健指導実施率」, 「メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率」に係る計画最終年度の目標値を設定し、事業を実施してきました。

平成 28 年度の特定健康診査受診率は 39.6%で、国平均 (36.6%)・県平均 (36.4%) を上回っているものの、目標値には達しませんでした。

平成 28 年度の特定保健指導実施率は 33.0%で、目標値には達しませんでした。

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、ともに目標値である 60%とは大きな乖離がありますが、引き続き、受診率及び実施率の向上に向けた取り組みを実施する必要があります。

第 2 期計画の目標値と実績状況

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健康 診査受診 率	対象者数	10,751 人	10,592 人	10,281 人	9,842 人	
	受診者数	3,862 人	3,918 人	3,882 人	3,897 人	
	目標値	40%	45%	50%	55%	60%
	実績値	35.9%	37.0%	37.8%	39.6%	
特定保健 指導実施 率	対象者数	601 人	636 人	605 人	616 人	
	受診者数	80 人	131 人	147 人	203 人	
	目標値	20%	30%	40%	50%	60%
	実績値	13.3%	20.6%	24.3%	33.0%	
メタボリ ックシン ドローム 該当者・ 予備群の 減少率	目標値					25%
	実績値					

※ 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率及びメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の平成 29 年度実績値については、確定していないため未記載となっています。

3 重点課題と目標値

(1) 健康課題

① 特定健康診査

- 平成 28 年度の特定健康診査受診率は 39.6%で国・県の受診率を上回っているものの、目標には達しませんでした。特に、男性は 40%を下回っています。
- 平成 28 年度の健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人当たり医療費を見ると、特定健康診査未受診者の医療費が受診者の医療費より高くなっています。
- 特定健康診査を未受診の方が、保健指導該当者となる割合が高くなっていることから、特定健康診査を受診し、生活習慣を改善する機会とするためにも、特定健康診査の未受診者対策への更なる取組が求められます。

② 特定保健指導

- 平成 28 年度の特定保健指導実施率は 33.0%で目標を大きく下回っており、一層の周知活動、参加勧奨を進めていく必要があります。

(2) 目標値（平成30年度～平成35年度の各目標値）

特定健康診査の受診率は、平成28年度で39.6%となっています。そのため、平成35年度の目標値については、国が示した目標値である60%を達成できるよう設定します。

特定保健指導の実施率は、平成28年度で33.0%となっています。そのため、第3期計画では、指導の内容やPRの方法を一層充実させ、多くの参加者を見込めるように取り組んでいきます。なお、平成35年度の目標値については、国が示した目標値である60%とします。

また、特定保健指導の対象者を平成35年度までに、平成20年度比で25%減少することを目標とします。

各年度における目標値

項目		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
特定健康 診査	受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
	受診者数	4,047人	4,299人	4,536人	4,777人	4,910人	4,937人
	対象者数	10,119人	9,772人	9,450人	9,188人	8,768人	8,229人
特定保健 指導	実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	実施者数	223人	271人	322人	377人	426人	468人
	対象者数	639人	679人	716人	754人	775人	780人
特定保健指導対象者の減少率 (平成20年度比)		25%	25%	25%	25%	25%	25%

- 特定健康診査の対象者数は、平成30～35年度の40～74歳の被保険者数を推計
- 受診者数は、対象者数に対し目標値を乗じて算出
- 特定保健指導の対象者数は、平成25～28年度の特定保健指導の発生率の平均に特定健康診査の受診者数を乗じて算出
- 実施者数は、対象者数に対し目標値を算出

4 特定健康診査の実施

(1) 特定健康診査の実施体制

① 対象者

特定健康診査の対象者は、当該年度の4月1日における国民健康保険加入者であって、当該年度において40歳以上75歳未満の年齢に達する人です。ただし、以下に該当する人を除きます。

特定健康診査の除外対象となる人

1	妊産婦
2	刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている人
3	国内に住所を有しない人
4	船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる人
5	病院または診療所に6月以上継続して入院している人
6	高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法第80号）第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設（同号に規定する施設のうち、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設については、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第1項に規定する有料老人ホームであって、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項の登録を受けたもの（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う事業所に係る同法第41条第1項本文の指定を受けていないものに限る）を除く。）に入所又は入居している人

② 実施場所及び実施機関

- 集団健診：四季健康館，小川保健相談センター，玉里保健福祉センター
- 個別健診：茨城県医師会集合契約実施機関
- かかりつけ医からの診療情報等提供事業：契約医療機関
- J A組合員健診：契約医療機関
- 人間ドック・脳ドック：契約医療機関

③ 委託基準

特定健康診査等の実施にあたっては、保険者ができる限り多くの対象者に確実に実施できるよう、また健診・保健指導機関間の自由で公正な競争により良質なサービスが低廉で供給されるよう、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を定め、サービスの質を確保しつつ、多様な実施機関に委託できるようにしています。

④ 実施期間

○原則，特定保健指導実施スケジュールを鑑み，6月～1月までに実施します。

⑤ 自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は1,000円とする。

⑥ 健康増進法等による特定健康診査項目との関連

○健康増進課が実施しているがん検診において，特定健康診査を同時実施する機会を設けます。

○後期高齢者医療の保健事業の特定健康診査を同時実施します。

(2) 特定健康診査の内容

① 実施項目

○基本的な特定健康診査項目

内臓脂肪型肥満の要因となっている生活習慣の改善を目的とした，特定保健指導の対象者を抽出するための特定健康診査項目とします。

- ・ 質問項目
- ・ 身体測定（身長，体重，BMI，腹囲）
- ・ 理学的検査（身体診察）
- ・ 血圧測定，血中脂質検査（中性脂肪，HDLコレステロール，LDLコレステロール）
- ・ 肝機能検査（AST（GOT），ALT（GPT）， γ -GT（ γ -GTP））
- ・ 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c）
- ・ 尿検査（尿糖，尿蛋白）

○詳細な特定健康診査項目及び判定基準

以下の判定基準に該当する人のうち、医師が必要と認める人については、基本的特定健康診査項目に加えて、詳細な特定健康診査項目を行うこととされています。小美玉市においては、集団健診ではすべて行います。

項 目	内 容																				
心電図検査	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧が 90mmHg 以上の人又は問診等において不整脈が疑われる人																				
眼底検査	<p>当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a, b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a, b, c のうちいずれかの基準に該当した人 (※)</p> <table border="0" data-bbox="544 763 1257 1037"> <tr> <td>①血圧</td> <td>a</td> <td>収縮期血圧</td> <td>140mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b</td> <td>拡張期血圧</td> <td>90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>②血糖</td> <td>a</td> <td>空腹時血糖</td> <td>126mg/dl 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b</td> <td>ヘモグロビン A1c (NGSP 値)</td> <td>6.5% 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c</td> <td>随時血糖</td> <td>126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>※ 眼底検査は、当該年度の特定健診の結果等のうち、①のうち a, b のいずれかの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健診の結果等において、血糖検査の結果が②のうち a, b, c のいずれかの基準に該当した人を含む</p>	①血圧	a	収縮期血圧	140mmHg 以上		b	拡張期血圧	90mmHg 以上	②血糖	a	空腹時血糖	126mg/dl 以上		b	ヘモグロビン A1c (NGSP 値)	6.5% 以上		c	随時血糖	126mg/dl 以上
①血圧	a	収縮期血圧	140mmHg 以上																		
	b	拡張期血圧	90mmHg 以上																		
②血糖	a	空腹時血糖	126mg/dl 以上																		
	b	ヘモグロビン A1c (NGSP 値)	6.5% 以上																		
	c	随時血糖	126mg/dl 以上																		
貧血検査	貧血の既往歴を有する人又は視察等で貧血が疑われる人																				
血清クレアチニン検査	<p>当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a, b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a, b, c のうちいずれかの基準に該当した人</p> <table border="0" data-bbox="544 1541 1257 1812"> <tr> <td>①血圧</td> <td>a</td> <td>収縮期血圧</td> <td>130mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b</td> <td>拡張期血圧</td> <td>85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>②血糖</td> <td>a</td> <td>空腹時血糖</td> <td>100mg/dl 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b</td> <td>ヘモグロビン A1c (NGSP 値)</td> <td>5.6% 以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c</td> <td>随時血糖</td> <td>100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	①血圧	a	収縮期血圧	130mmHg 以上		b	拡張期血圧	85mmHg 以上	②血糖	a	空腹時血糖	100mg/dl 以上		b	ヘモグロビン A1c (NGSP 値)	5.6% 以上		c	随時血糖	100mg/dl 以上
①血圧	a	収縮期血圧	130mmHg 以上																		
	b	拡張期血圧	85mmHg 以上																		
②血糖	a	空腹時血糖	100mg/dl 以上																		
	b	ヘモグロビン A1c (NGSP 値)	5.6% 以上																		
	c	随時血糖	100mg/dl 以上																		

○その他の特定健康診査項目

特定健康診査実施にあわせ、小美玉市では、集団健診において以下の項目について同時実施する。

尿酸

(3) 特定健康診査の案内方法

① 特定健康診査の実施通知

特定健康診査の実施に当たっては、対象者に受診券を郵送し、特定健康診査の案内を行います。また、広報紙、ホームページ、チラシ等を活用し、特定健康診査の案内、周知を図ります。

② 特定健康診査未受診者に対しては、ハガキ個別送付や電話勧奨による受診勧奨を行います。

(4) 年間実施スケジュール

特定健康診査・特定保健指導のスケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	各種業務委託契約の締結 健診対象者の抽出 特定健康診査受診券等の送付 かかりつけ医からの診療情報等提供事業実施	各種業務委託契約の締結 前年度より継続指導
5月	個別健診・J A組合員健診 人間ドック・脳ドック実施	
6月	集団健診の実施	
7月		特定保健指導通知の送付 特定保健指導の実施
8月		
9月		
10月	未受診者への受診勧奨	
11月	集団健診の実施	
12月		
1月	未受診者への受診勧奨 集団健診の実施	
2月		
3月		

5 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の種類と実施体制

生活習慣病への移行を予防するため、特定健康診査の結果をもとに階層化を行い、健康の保持に努める必要がある者を対象に、特定保健指導を以下のとおり実施していきます。

特定健康診査の結果に基づいて、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援の階層化を行います。そのうち、②動機付け支援と③積極的支援については、特定保健指導の対象となります。

特定保健指導については、特に利用率の低い40～59歳の利用率向上を推進するため、一部外部委託により実施していきます。また、四季健康館、小川保健相談センター、玉里保健福祉センター等での実施により、参加しやすい条件の確保に努めます。

さらに、利用率向上を図るため、特定健康診査の結果通知後、速やかに特定保健指導を開始するよう体制を整備します。

(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者を特定保健指導の対象者とします。国の基準に基づき階層化を実施します。階層化の結果に基づき、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援のそれぞれのレベルに応じた特定保健指導を実施します。

特定保健指導の対象者（階層化）

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	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

○喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

○服薬中の方は特定保健指導の対象としておりません。

○65歳～74歳の方は、積極的支援に該当していても動機付け支援の対象としています。

(3) 特定保健指導対象者への案内方法

特定保健指導の対象者へは、電話や郵送により特定保健指導の案内を行います。また、参加申込みのない者については、改めて電話等により利用勧奨を行っていきます。

(4) 支援レベル別特定保健指導計画

階層化の結果に基づき、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援のそれぞれのレベルに応じた特定保健指導を実施します。

① 情報提供

目的(目指すところ)	対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、生活習慣を見直すきっかけとします。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうと共に、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらいます。
対象者	健診受診者全員を対象とします。
支援期間・頻度	年1回(健診結果の通知と同時に実施)あるいはそれ以上
支援内容	<p>健診結果や質問票から特に問題とされることがない対象者へは、健診結果の見方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供します。</p> <p>医療機関への受診の必要性はありませんが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供します。</p> <p>医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえよう工夫します。</p> <p>a 健診結果 健診の意義(自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等)や健診結果の見方(データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連付けられる内容、疾病リスクとの関係で検査数値の持つ意味についての説明)を情報提供します。</p> <p>b 生活習慣 メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかという情報提供をします。</p>
支援形態	<p>健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供します。</p> <p>生活習慣病予防相談会等で情報提供用の資料を配布します。</p>

② 動機付け支援

目的（目指すところ）	対象者への個別支援又はグループ支援により，対象者が自らの健康状態を自覚し，生活習慣を振り返り，自分のこととして重要であることを認識し，生活習慣変容のための行動目標を設定でき，保健指導後，対象者がすぐに実践（行動）に移り，その生活が継続できることを目指します。
対象者	健診結果・標準的な質問票から，生活改善の改善が必要と判断された人で，生活習慣の変容を促すに当たって，行動目標の設定やその評価に支援が必要な人を対象とします。
支援期間・頻度	原則1回の支援を行い，3か月以上経過後に評価を行います。
支援内容	<p>面接や詳細な質問項目により対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し，健診結果やその経年変化等から，対象者に対し，身体に起こっている変化の理解を促します。そして，対象者の健康に関する考えを受け止め，対象者が，自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付き，自ら目標を設定し，行動に移すことができる内容とします。</p> <p>a 面接による支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣と特定健診との結果の関係の理解，メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得，生活習慣の振り返り等から，対象者が生活習慣改善の必要性に気付き，自分のこととして重要であることを認識できるように支援します。 ○対象者が，生活習慣を改善するメリットと現在の生活習慣を続けるデメリットについて理解できるように支援します。 ○対象者の生活習慣の振り返り，行動目標や行動計画，評価時期の設定について話し合い，それらの設定や策定ができるように支援します。 ○体重・腹囲の計測方法について説明します。 ○食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をします。 ○必要な社会資源を紹介し，対象者が有効に活用できるように支援します。 <p>b 行動計画の実績評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ○行動計画の実績評価は，対象者の行動変容の成果を把握すると共に，保健指導の質を評価するものです。

	<p>○設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行います。</p> <p>○必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月経過後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供します。</p> <p>○評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定しますが、体重及び腹囲は必須です。</p> <p>○今後、どのようにしていきたいか確認し、取り組みがうまく進まない場合や状態の改善が見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言します。</p> <p>○次年度にも継続して健診を受診するよう勧めます。</p>
支援形態	<p>a 面接による支援</p> <p>○1人20分以上の個別支援（情報通信技術を活用した遠隔面接は30分以上）、又は1グループおおむね80分以上のグループ支援（1グループ1グループはおおむね8名以下とする）。</p> <p>b 行動計画の実績評価</p> <p>○行動計画の実績評価は、面接あるいは通信等を利用して行います。</p>

③ 積極的支援

目的（目指すところ）	<p>「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、自分のこととして重要であることを認識し、生活習慣変容のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、保健指導終了後には、生活習慣が継続できることを目指します。</p>
対象者	<p>健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された人で、そのために保健指導実施者によるきめ細やかな継続的支援が必要な人</p>
支援期間・頻度	<p>3か月以上の継続的な支援を行います。また、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行います。</p>
支援内容	<p>動機付け支援に加えて行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が選択できるように支援します。また、行動が継続できるように定期的・継続的に支援し、取り組みの工夫の確認や強化、また、継続ができていない場</p>

	<p>合はその理由の確認や目標の見直し等を行います。</p> <p>a 初回時の面接による支援 動機付け支援と同様の支援</p> <p>b 3か月以上の継続的な支援 3か月以上の継続的な支援については、支援A（積極的関与タイプ）及び支援B（励ましタイプ）によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を実施するものとします。</p> <p>【支援A（積極的関与タイプ）】</p> <p>○行動計画の実施状況の確認を行い、食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行います。</p> <p>○中間評価として、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行います。</p> <p>【支援B（励ましタイプ）】</p> <p>○行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取組みを維持するために賞賛や励ましを行います。</p> <p>c 行動計画の実績評価</p> <p>○行動計画の実績評価は、個別の対象者に対する特定保健指導の効果に関するものです。</p> <p>○設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行います。</p> <p>○必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供します。</p> <p>○評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定しますが、体重及び腹囲は必須です。</p> <p>○今後、どのようにしていきたいか確認し、取組みがうまく進まない場合や状態の改善が見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言します。</p> <p>○次年度にも継続的に健診を受診するよう勧めます。</p>
支援形態	<p>a 初回時の面接による支援 動機付け支援と同様の支援</p>

	<p>b 3か月以上の継続的な支援</p> <p>【支援A（積極的関与タイプ）】</p> <p>○初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組みとその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行います。</p> <p>○個別支援A，グループ支援A，電話支援A，電子メール支援A（電子メール，FAX，手紙等）から選択して支援します。</p> <p>【支援B（励ましタイプ）】</p> <p>○支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援です。</p> <p>○個別支援B，電話支援B，電子メール支援B（電子メール，FAX，手紙等）から選択して支援します。</p> <p>c 行動計画の実績評価</p> <p>行動計画の実績評価は、面接又は通信等を利用して行います。</p>
--	---

6 特定健康診査・特定保健指導の結果通知とデータ受領・保存

(1) 特定健康診査の結果通知

特定健康診査の結果については、異常値を示している項目や異常値の程度、異常値が持つ意義等について、「特定健康診査結果通知書」により分かりやすく受診者に通知します。

(2) 特定健康診査データの形式・データ保有者からの受領方法

委託先となる様々な特定健康診査・特定保健指導機関が、データの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を以下のとおりとします。

① 特定健康診査受診者データの形式

特定健康診査データ等の形式については、以下の要件を満たすものとします。

- 特定のメーカーのハード、ソフトに保存しない形式にすること。
- 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること。
- 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる形式とすること。

② データ保有者からの受領方法

事業主健診や他機関での特定健康診査の結果については、広報紙や未受診者への通知の際に受診結果の情報提供をしていただくよう依頼し、紙での提出をお願いしています。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の記録・データの保管及び保管体制

① 特定健康診査・特定保健指導の記録

特定健康診査・特定保健指導の記録については、保存期間を5年とし、国民健康保険加入者でなくなった場合は翌年度末までの保管とします。

また、データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、個人情報保護の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるものとします。

さらに、5年間の保存期間が過ぎた特定健康診査・特定保健指導のデータは、本市で消去・破棄します。

② データの保管方法・体制

特定健康診査データの管理等については、茨城県国民健康保険団体連合会の特定健康診査データ管理システムで行います。

(4) システム体制

特定健康診査データの管理等の代行機関に委託する際には、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、委託先の契約遵守状況を管理します。

(5) 代行機関の利用について

契約した医療機関、特定健康診査機関、保健指導実施機関等からの費用の請求、支払い及び特定健康診査データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、保健指導利用券の作成（発送は保険者が行う）、支払基金への報告作成等に係る業務は代行機関に委託します。代行機関は第2期に引き続いて、茨城県国民健康保険団体連合会を予定しています。

委託に当たっては、特定健康診査機関や保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報を扱うことに対して「レセプトオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じることを求めています。

第4章 計画の推進・評価・見直し等

1 計画の公表・周知

計画の公表は、市ホームページに掲載します。

2 計画の推進体制

計画の推進に当たっては、医療保険課と保健師等の専門職を含めた関係各課との十分な連携が必要となります。

また、医療費の特性や健康課題について地域の医療機関をはじめとした関係団体と情報を共有し連携を図りながら、計画を円滑に推進し、課題解決に取り組みます。

3 計画の評価

計画の評価は、KDBの情報を活用して毎年行うこととします。

また、データについては、経年変化のほか、国及び県との比較を行い、評価結果から優先課題を設定し、次年度の保健事業に反映していきます。

4 計画の見直しについて

計画の最終年度は平成35年度としていますが、各年度の個別保健事業が終了する年度末に評価を行います。これらの評価を踏まえながらPDCAサイクルで翌年度の保健事業を展開し、効率的・効果的な事業展開を図ります。

また、計画を遂行していく中で健康課題の変化等が生じた場合には、計画の目的や目標の見直しを行うとともに、計画の内容等について修正・変更を行います。

なお、法改正や国による指針の見直し、社会情勢等の変化が生じた場合には、必要に応じて計画の見直しを行います。

5 個人情報保護対策

① 個人情報保護に関する規定・ガイドラインの遵守

特定健康診査等の実施に当たり、個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）が定められており、これらの規定及び「小美玉市個人情報保護条例」を遵守します。

○医療保険者は、上記ガイドラインにおける役員・職員の責務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督）について、周知を図ります。

○委託医療機関は個人情報保護法と契約書に基づいて個人情報の管理を行います。

② 守秘義務・罰則規定

「高齢者の医療の確保に関する法律」、そして、関連する各法における守秘義務規定を遵守します。

○特定健康診査等の実施に際して知り得た個人の秘密を、医療保険者の役職員またはこれらの職にあった人が正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。

○特定健康診査等の実施の委託を受けた事業者についても医療保険者の役職員等と同等の守秘義務が課せられ、違反した場合は、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。

6 その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づき当市の特性を踏まえた計画とするため、茨城県国民健康保険団体連合会が行う計画に関する研修に積極的に参加しながら、当市の担当者が事業推進に向けた協議の場を設けます。

小美玉市国民健康保険第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画

発行日 平成30年3月

発行者 小美玉市

編集 小美玉市保健衛生部医療保険課

住所 〒319-0192 茨城県小美玉市堅倉835番地

電話 0299-48-1111 (代)

FAX 0299-48-1199