

第2期保健事業実施計画（白老町データヘルス計画）

H30年度（2018年度）～H35年度（2023年度）

〔簡易版〕



第1章 データヘルス計画の概要

1. 計画策定の背景

「日本再興戦略」
閣議決定



「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。」

「保険者努力支援制度」
創設



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がスタート。

2. 計画の目的

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る、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化

3. 計画の位置づけ

保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）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にデータヘルス計画を策定します。

4. 計画期間

平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）の6年間とします。

5. 保険者努力支援制度

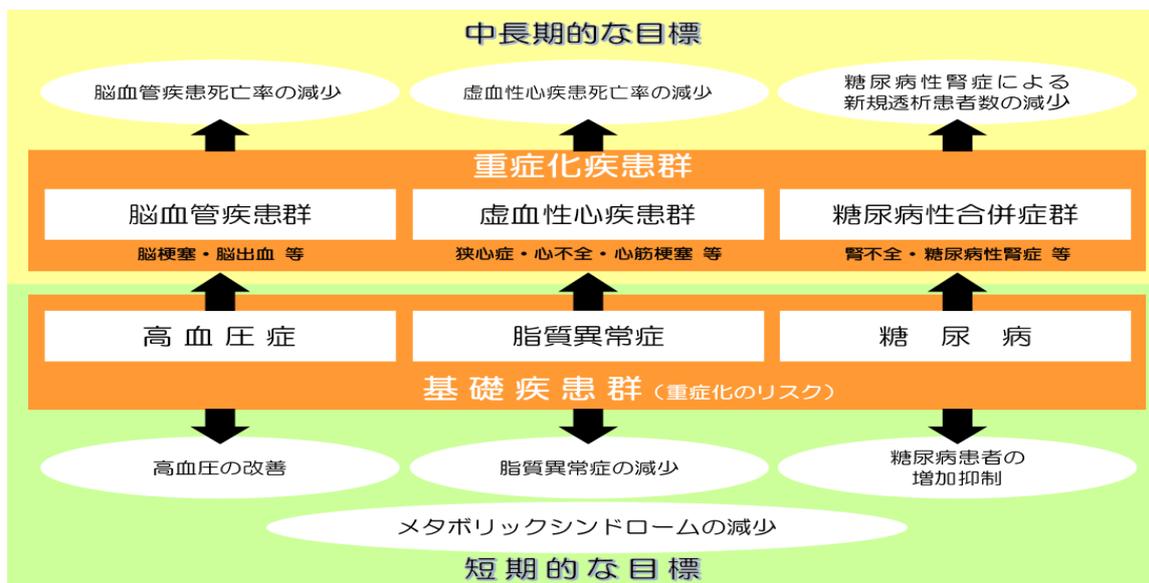
国は、保険者努力支援制度の評価指標について、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しており、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体に獲得点数に応じて交付金が分配されます。

第2章 分析評価及び健康課題の明確化

1. 計画の目標

計画の目標は、下図のとおりです。

「計画の目標と疾患群との関係」



2. 分析評価

(1) 医療費の状況

- 白老町における平成28年度の1人あたり医療費は31,145円であり、道内の平均値の28,252円を上回っています。
- 一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、白老町は伸び率を抑制できていることがわかりました。特に、入院費用額の伸び率を抑制できました。
- 疾患別にみると、脳血管疾患と虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していました。

(2) 介護給付費の状況

- 介護給付費が増え、居宅サービス費が若干増えているものの、1件当たりの給付費は減りました。

(3) 人工透析患者の状況

- 人工透析患者数は20人となっており、そのうち生活習慣病に由来する対象者は18人でした。

(4) 基礎疾患（短期的な目標）及び重症化疾患（中長期的な目標）の状況

- 生活習慣病に占める高血圧症の割合が減るとともに、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化につながりました。
- 介護認定率は高くなり、2号認定者(40～64歳の要介護認定者)は減らず、慢性腎不全における透析費用を含めた医療費の増加がみられました。
- 特定健診受診者の生活習慣病治療費は7,278円、特定健診未受診者は40,510円でした。
- 全国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多くなっています。

3. 健康課題の明確化

- 入院を減らす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くなります。
- 高額費用がかかり、長期入院になる人工透析、脳血管疾患、虚血性心疾患に共通する高血圧、糖尿病、脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが重症化を防ぐことにつながります。
- 介護認定者の85.7%が治療している脳卒中・虚血性心疾患・腎不全等の血管疾患のリスクである高血糖・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことで、介護予防にもつながります。
- 健診も治療も受けていない場合は、身体の実態がわからない状態であり、生活習慣病は自覚症状もないため、健診機会の提供と状態に応じた保健指導を実施することで発症予防・重症化予防につなげます。

4. 目標の設定

中長期的な目標	重症化予防、医療費の適正化へつなげるためには、第1期と同様、入院を抑えることを目標としつつ、入院外の伸び率を平成35年度に同規模並みとすることを目指します。
短期的な目標	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目標とします。 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年ごとに血圧、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します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)について

1. 特定健診・特定保健指導の状況

白老町の受診率を道内の同規模の保険者と比較すると、中位となっています。また、特定保健指導終了率は道内および同規模保険者では上位です。

2. 分析

(1) 特定健診

- 特定健診の対象者は、40～74歳であるが、60歳以上が80%を占めています。
- 特定健診の受診者は60歳以上の割合が増加しており、90%を占めています。
- 受診傾向区分別にみると、継続受診者（3年間連続受診者）が増えています。
- 全国割合を基準にすると、有所見者の割合において、男性はBMI、血糖、尿酸の項目において、女性はBMI、腹囲、ALT、血糖、尿酸の項目において全国を上回っています。

(2) 特定保健指導

- 特定健診と同様、対象者や利用者は、60歳以上が大部分をしめています。
- メタボリックシンドローム予備軍および保健指導対象者において、道内平均の改善率より高い値となっています。

3. 目標値の設定

		平成28年度	平成35年度
特定健診	対象者数	4,093人	3,636人
	受診者数	1,380人	1,468人
	受診率	33.7%	40.4%
特定保健指導	対象者数	135人	195人
	実施者数	103人	136人
	実施率	76.3%	70.0%

4. 実施方法

特定健診は、特定健診実施機関である委託健診機関（集団健診）及び委託医療機関（個別健診）にて、実施します。

特定保健指導については、保険者直接実施とし、一般衛生部門への執行委任の形態で実施します。

5. 特定健診実施計画及び保健指導の評価について

第2期特定健診実施計画 保健指導の評価

・・・H25年度とH28年度を比較し、より良い値を選択

		H25年度			H28年度			備考			
④アウトカム (結果)	介護給付費 の変化	介護給付費	1,778,890,000			1,921,850,000			様式6-1		
		1件当たりの介護給付費	78,030			70,898					
	医療費変化 (総医療費に 対する割合)	総医療費(円)	2,386,420,000			2,112,260,000			KDB健診・医療介護からみる地域の健康課題		
		一人当たり医療費	31,535			31,145					
			疾患名	患者数(5月)	費用額	費用割合	患者数(5月)	費用額		費用割合	
		中期	腎臓	慢性腎不全(透析あり)	18	100,706,924	4.22%	20		111,316,102	5.27%
			脳	脳梗塞・脳出血	289	59,899,142	2.51%	233		45,413,590	2.15%
		長期	心臓	虚血性心疾患	375	74,456,304	3.12%	323		54,285,082	2.57%
			糖尿病		748	128,150,754	5.37%	837		122,722,306	5.81%
		短期	高血圧		1,459	135,787,298	5.69%	1,278		101,388,480	4.80%
	脂質異常症			1,086	66,342,476	2.78%	1,118	56,186,116	2.66%		
	中長期・短期的目標疾患医療費合計		5億7514万円			4億9911万円					
	③アウトプット (事業量)	特定健診	対象者数(人)		4,530	4,093		法定報告			
			受診者数(人)		1,305	1,380					
受診率(%)			28.8	33.7							
継続受診率(%)			74.5	70.3							
対象者数(人)			142	135							
終了者数(人)			87	103							
特定保健指導		実施率(%)		61.3	76.3		法定報告				
		特定保健指導以外(重症化予防)		重症化予防対象者の基準なし		654人 / 84.9%					
②プロセス 評価 (過程)		保健指導 (重点実施 内容)	特定保健指導(積極的・動機づけ)		健康福祉課 地区担当		健康福祉課 地区担当				
			特定保健指導以外(重症化予防)		健康福祉課 地区担当		健康福祉課 地区担当				
			服薬の有無		なし	あり	なし	あり			
			高血圧	H b A 1 c	6.5以上	○	○	○	○		
					5.6~6.4%	○	×	○	×		
					III度(180/110以上)	○	○	○	○		
	高血圧		血 圧 値	II度(160~179/100~109)	○	○	○	○			
				I度(140~159/90~99)	○	○	○	○			
				正常高値(130~139/85~89)	○	×	×	×			
	脂質異常		H L D L	300以上	○	○	○	○			
				180以上	○	○	○	○			
	尿酸			8.0以上	×	×	○	○			
	腎機能低下		e G F R	eGFR50未満	○	○	○	○			
				(70歳以上は40未満)	○	○	○	○			
尿たんぱく(+)		○		○	○	○					
かつ尿潜血(+)		○		○	○	○					
尿たんぱく 検査	尿 たん ぱ く	(2+)以上	○	○	○	○					
		(+)	×	×	○	○					
		(±)	×	×	○	○					
心電図検査		心房細動の所見あり	○	○	○	○					
①ストラ クチャー (構造)	保健師・管理 栄養士の配置 (非常勤を 含む)	特定健診担当	特定健診関係事務 特定保健指導・重症化予防保健指導	<正職> 保健師1人	<正職> 保健師1人						
		保健指導担当	特定保健指導事務 特定保健指導・重症化予防保健指導	<正職> 保健師5人 <臨時> 管理栄養士2人	<正職> 保健師6人 <臨時> 管理栄養士1人						

6. 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュールについて

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）

対象者の明確化					A. 健診未受診者	B. 糖尿病重症化予防		C. 特定保健指導 (Bと重複あり)																																							
						未治療者（中断者含む）	治療者																																								
計画P					国保ヘルスアップ事業計画 (未受診者対策)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム		特定健診等実施計画																																							
					○特定健診受診率：35%	●台帳に載っている人全てに関わる ・重症化が予測される人を受診・治療につなげる ・治療中の人は重症化させない ・CKDを予防し、透析導入を防ぐ		●メタボリックシンドロームの該当者・ 予備軍の25%減少（H20年度比） ○特定健診受診率：60% ○特定保健指導実施率：60%																																							
実践スケジュールD	月	健診の種類																																													
		対がん協会	結核予防会	町内医療機関	労働保健管理協会																																										
	4					健診受診勧奨 (電話・訪問等)	レセプト確認																																								
	5	国保ミニ人間ドック	春総合健診			健診受診勧奨（電話・訪問等）																																									
	6	レディースミニ人間ドック				結果郵送→個別対応（下記の流れと同様）																																									
	7					①結果郵送→個別対応		①春結果返却会																																							
	8					勤奨資材・健診案内郵送	①二次健診 (微量アルブミン尿検査)	①KDBで腎症の診断の有無を確認	①二次健診 (インスリン抵抗性検査)																																						
	9		秋総合健診	通年で個別健診・個別総合健診		地区担当による個別勧奨	①医療受診勧奨の保健指導の実施	①経年データ、治療状況に応じた保健指導の実施																																							
	10					前年度集団健診受診者へ個別電話勧奨			①春3カ月評価																																						
	11				集団健診	町内医療機関受診者へ検査結果情報提供承諾書の郵送	①医療機関受診の有無確認																																								
	12					春・秋・集団健診未受診者へ個別健診ハガキ勧奨	②二次健診 (微量アルブミン尿検査)	②KDBで腎症の診断の有無を確認	②二次健診 (インスリン抵抗性検査)																																						
	1						②医療受診勧奨の保健指導の実施	②経年データ、治療状況に応じた保健指導の実施	①春6カ月評価																																						
	2			データ受領		進捗状況の確認	春・秋総合健診受診者へ健診自動予約案内発送																																								
3					健康カレンダーの広報折り込み																																										
評価C	保健指導の視点				全体	実施	対象者の推移																																								
					(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)																																					
e.糖尿病管理台帳の全数				199																																											
① A.健診未受診者 (A/e)				79		39.7																																									
② B.未治療者 (中断者含む) (B/e)				75		37.7																																									
③ C.HbA1cが悪化している(C/e)				46		23.1																																									
④ D.尿蛋白 (D/e)				164		82.4																																									
				15		7.5																																									
				20		10.1																																									
⑤ E.eGFR (E/e)				1		0.5																																									
				41		20.6																																									
糖尿病性腎症重症化予防プログラム ～アウトカム評価の例～ ①新規人工透析導入患者数 ②人工透析にかかる医療費の推移 ③健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスクの減少 ④CKD重症度分類の維持・改善																																															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">特定健診</th> <th rowspan="2">同規模内の順位</th> <th colspan="3">特定保健指導</th> <th colspan="2">受診勧奨者 医療機関受診率</th> </tr> <tr> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> <th>受診率</th> <th>対象者数</th> <th>終了者数</th> <th>実施率</th> <th>白老町</th> <th>同規模平均</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H25年度</td> <td>4,640</td> <td>1,303</td> <td>28.2</td> <td>105</td> <td>142</td> <td>87</td> <td>61.3</td> <td>52.6</td> <td>51.1</td> </tr> <tr> <td>H28年度</td> <td>4,093</td> <td>1,376</td> <td>33.8</td> <td>94</td> <td>135</td> <td>103</td> <td>76.3</td> <td>51.7</td> <td>51.3</td> </tr> </tbody> </table> <p>達成</p>						項目	特定健診			同規模内の順位	特定保健指導			受診勧奨者 医療機関受診率		対象者数	受診者数	受診率	対象者数	終了者数	実施率	白老町	同規模平均	H25年度	4,640	1,303	28.2	105	142	87	61.3	52.6	51.1	H28年度	4,093	1,376	33.8	94	135	103	76.3	51.7	51.3
項目	特定健診			同規模内の順位	特定保健指導			受診勧奨者 医療機関受診率																																							
	対象者数	受診者数	受診率		対象者数	終了者数	実施率	白老町	同規模平均																																						
H25年度	4,640	1,303	28.2	105	142	87	61.3	52.6	51.1																																						
H28年度	4,093	1,376	33.8	94	135	103	76.3	51.7	51.3																																						
				<p>内臓脂肪症候群(該当者及び予備軍)の人数・率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">該当者</th> <th colspan="2">予備軍</th> </tr> <tr> <th>人数</th> <th>率</th> <th>人数</th> <th>率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成20年度</td> <td>111人</td> <td>11.7%</td> <td>161人</td> <td>16.9%</td> </tr> <tr> <td>平成28年度</td> <td>244人</td> <td>16.3%</td> <td>142人</td> <td>10.3%</td> </tr> </tbody> </table>							該当者		予備軍		人数	率	人数	率	平成20年度	111人	11.7%	161人	16.9%	平成28年度	244人	16.3%	142人	10.3%																			
	該当者		予備軍																																												
	人数	率	人数	率																																											
平成20年度	111人	11.7%	161人	16.9%																																											
平成28年度	244人	16.3%	142人	10.3%																																											
改善A	<p>次年度のメタボ該当者・予備軍、糖尿病等有病者・予備軍の評価（改善・悪化）、データ改善、リスク数の減少</p> <p>支援方法の検証、改善策の検討</p>																																														

第4章 保健事業の内容

【第2期データヘルス計画で、医療費適正化を目指し、行うべき保健予防活動】

1 白老町の医療費はいくらでしょうか。

市町村	1人当たりの年間医療費
白老町	31.1万円
道内同規模平均	28.3万円

約 2.8 万円の差 **A**

2 予防できる疾患の医療費を確認しました。

被保険者数 (総数)	総医療費	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	がん	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
		腎 慢性腎不全 (透析有)	脳 脳梗塞 脳出血	心 虚血性 心疾患	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
B 5,611	21億1226万円	5.27%	2.15%	2.57%	5.81%	4.80%	2.66%	4億9911万円	23.63%	14.86%	11.43%	7.23%

出典：KDBシステム健診・医療介護データからみる地域の健康課題

3 白老町の医療費から疾患別の目安を確認しました。

医療費の目安	中長期目標			短期目標		
	人工透析	*脳血管疾患	*虚血性心疾患	糖尿病	高血圧	脂質異常症
人数/件数	20人	18件	16件	837人	1,278人	1,118人
総費用額	1億9433万円	8027万円	9294万円	2億1334万円	1億7743万円	9716万円
1人当たり費用額 C	557万円	446万円	581万円	12.6万円	14.7万円	5万円

出典：KDB厚労省様式3(*脳血管疾患と虚血性心疾患は厚労省様式1-1(100万円以上レセ)より)

4 白老町の医療費を国の医療費水準まで下げのために、いくら医療費をさげないといけないのでしょうか？

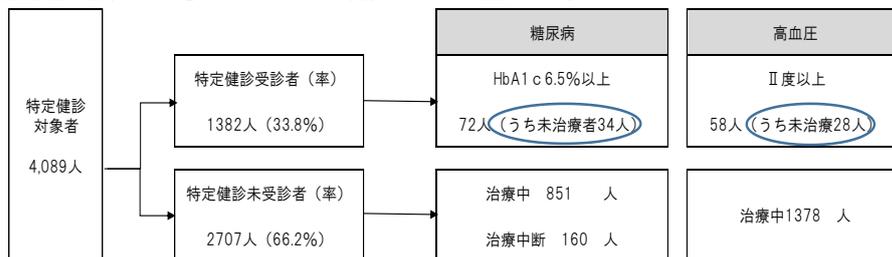
A 2.8万円 × **B** 5,611人 = **1億5711万円** **D**

5 減らしたい医療費をどの疾患で、何人予防することが必要か確認しました。

D 1億5711万円	中長期目標		
	腎臓 透析有	脳梗塞 脳出血	虚血性心疾患
a:総医療費に占める割合	5.27%	2.15%	2.57%
b:3疾患の医療費の比率	52.9%	21.8%	25.3%
3疾患を予防することで 減らしたい金額 (D×b)	8307万円	3431万円	3973万円
疾患にかかる1人当たりの 費用額 (C)	557万円	446万円	581万円
人数 (D×b)/C	15人	8人	7人

★脳・心・腎の3疾患を予防することで医療費を減らすと考えた場合、それぞれの疾患を何人予防することが必要かを算出してみました。

6 特定健診の結果から、誰をターゲットに、重症化予防に取り組むか確認しました。



7 未治療者の保健指導を行うことで、治療に結びつけることこそ、医療費適正化につながる重症化予防です。

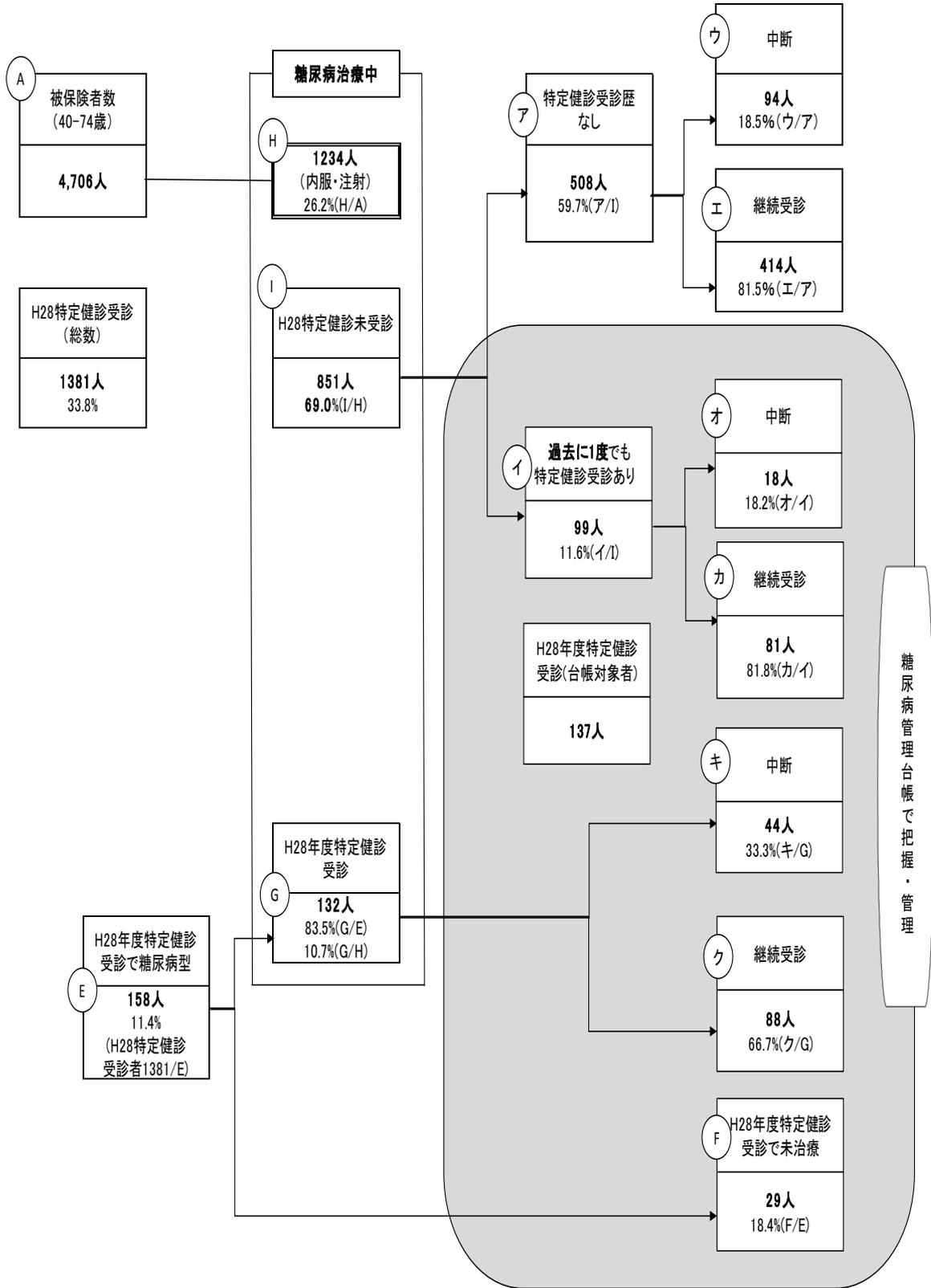
＜糖尿病＞ 34人 × 12.6万円 = 428万4,000円 放置して、透析にすると 34人 × 557万円 = 1億8,938万円

この差は？

＜高血圧＞ 28人 × 14.7万円 = 411万6,000円 放置して、脳疾患になると 28人 × 446万円 = 1億2,488万円

糖尿病重症化予防のための対象者の明確(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



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年に向け急増・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ています。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、中間評価を3年後の平成32年度に、また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画策定も考慮に入れた評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った事業の実施を図ります。

※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)システムに毎月収載される健診・医療・介護のデータにより評価し、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的評価を行う。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. 個人情報の取扱い

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