

富士吉田市国民健康保険
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)



ヘリスケ君



ヘリスちゃん

富士吉田市
平成 30～35 年度

第 1 章 計画策定	1
1.背景	1
2.基本方針	2
3.計画の位置づけ	3
4.計画期間	3
第 2 章 現状と課題把握	4
1.保険者の特性把握	4
(1)基本情報	4
(2)医療費等の状況	5
(3)特定健康診査受診状況	5
(4)特定健康診査の有所見状況	7
(5)特定健康診査の問診からみる市の状況	8
(6)特定保健指導	9
(7)介護保険の状況	10
(8)死因の状況	12
2.過去の取組の考察(第 1 期データヘルス計画の振り返り)	13
(1)過去の取組の評価（概要）	13
(2)第 1 期データヘルス計画の各事業実施内容	14
ア) 特定健康診査受診率向上事業	14
イ) 糖尿病有所見者事業	15
【対策Ⅰ】発症予防①	15
【対策Ⅱ】発症予防②	16
【対策Ⅲ】発症予防③	18
ウ) 重複・頻回受診事業	19
エ) ジェネリック医薬品（後発品）普及促進事業	20
3.レセプト等医療情報分析	21
(1)基本情報	21
(2)高額（診療点数 5 万点以上）レセプト分析	22
(3)生活習慣病に特化した患者数の多い疾病	23
(4)医療費が高額な疾病	24
(5)人工透析の実態	25
(6)入院・入院外の疾病と医療費分析	26
(7)多受診（重複・頻回受診）の実態	27
(8)ジェネリック医薬品の使用分析	28
(9)特定健康診査及びレセプト分析	29
(10)糖尿病性腎症重症化予防の分析	30
4. 健診・医療費データに基づく健康課題と対策	32
第 3 章 保健事業実施計画	33
1.各事業の概要一覧	33
2.全体のスケジュール	34

3.各事業の実施内容と評価方法	35
(1)特定健康診査受診率向上事業	35
(2)特定保健指導事業	38
(3)糖尿病発症予防事業	40
(4)糖尿病性腎症重症化予防事業	42
(5)重複・頻回受診事業	44
(6)ジェネリック医薬品（後発品）普及啓発事業	46
4.連携課の事業概要一覧	48
第4章 第3期富士吉田市特定健康診査等実施計画	50
1.計画作成の概要	50
2.特定健診の受診状況とアンケート結果	53
3.特定健診等の実施に係る目標	59
4.特定健診等の実施方法	60
第5章 地域包括ケアに係る取組	66
第6章 その他	67
1.データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の見直し	67
2.計画の公表・周知	67
3.事業運営上の留意事項	67
4.個人情報の保護	67

第1章 計画策定

1. 背景

第二次安倍内閣が掲げる経済戦略である「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においては、保険者に対して「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“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組」が求められている。

このデータヘルス計画は、「健康・医療情報（健康診査の結果やレセプト等から得られる情報）を活用し、健康状態や健康課題を客観的な指標を用いて示すこと」を前提とし、さらに健康・医療情報の分析結果を踏まえて、“直ちにに取り組むべき健康課題・中期的に取り組むべき健康課題”を区分・明確化した目標値を設定するとともに、具体的な事業内容を定めた「事業計画」を策定することになっている。

「事業計画」を実施するに当たっては、「レセプト分析により、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる事業」を順位付けするなど、費用対効果に配慮した実践的な事業執行が必要となる。

昨年に改定された「日本再興戦略 2016」（平成 28 年 6 月 4 日閣議決定）では、さらに一步踏み込んだ表現として「データヘルス計画に基づき、企業や保険者等による疾病予防に向けた取組み強化」が謳われたため、これを反映すべく第 2 期データヘルス計画を策定することで、被保険者の健康維持増進を図ることとしたものである。

なお、レセプトを用いた現状分析は、平成 28 年 4 月診療から平成 29 年 3 月診療までの 1 年間を対象期間としてレセプトデータの※¹医療費分解技術、※²傷病管理システム、※³レセプト分析システムおよび分析方法を用いて行うものとする。

※¹医療費分解技術

レセプトに記載されたすべての傷病名と診療行為（医薬品、検査、手術、処置、指導料など）を正しく結び付け、傷病名毎の医療費を算出する。

※²傷病管理システム

レセプトに記載されている傷病識別情報、医薬品識別情報及び診療行為識別情報に基づき、傷病の重症度を判定する。

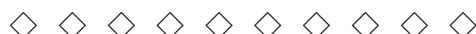
※³レセプト分析システムおよび分析方法

平成 28 年 4 月診療から平成 29 年 3 月診療までのレセプトから特定の患者についてアクティブな傷病名とノンアクティブな傷病名を識別する。

2. 基本方針

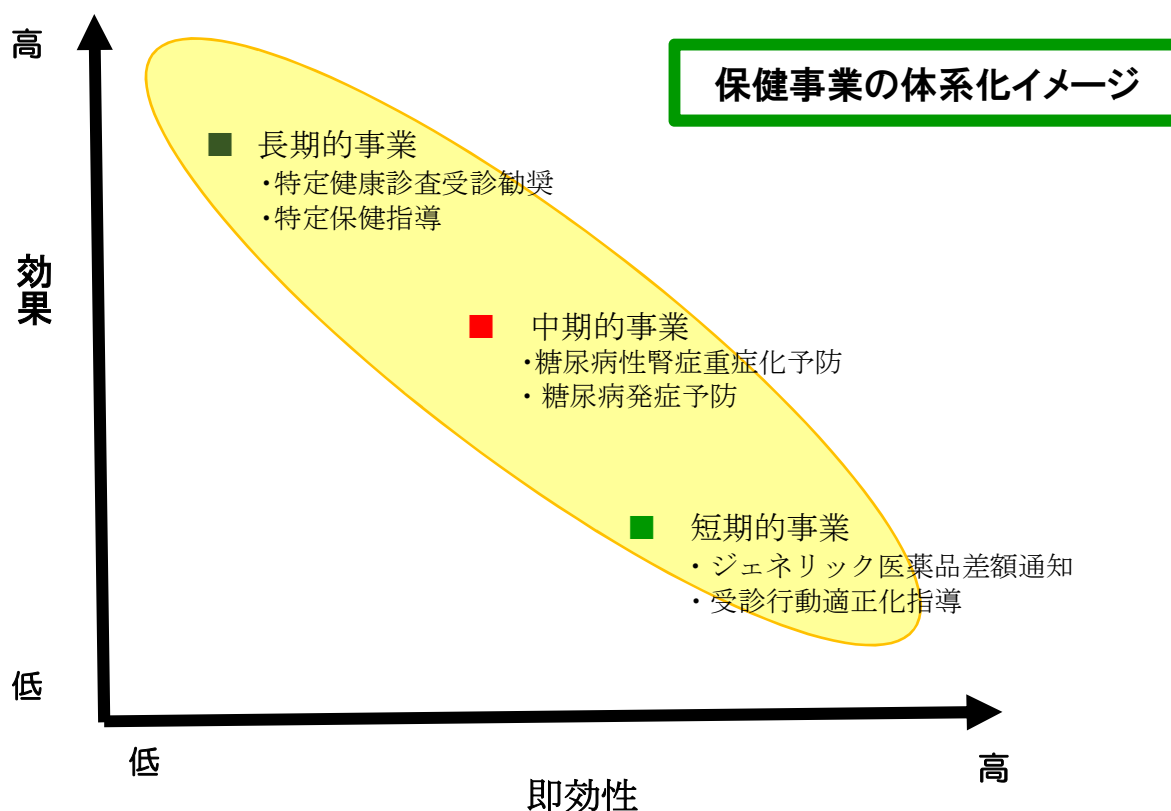
データヘルス計画では、短期的に取り組むべき対策と、中長期的に取り組むべき対策について、それぞれの段階にあった事業を行うことを計画する。目標とする成果を達成するために、以下の基本方針でデータヘルス計画を策定する。

1. 潜在する課題を確認するため、疾病ごとの医療費比較や高額レセプトの発生状況、発生元となる疾病の把握等を行い、課題を明確にする。
2. 明確化した課題を、「短期的な対策」「中期的な対策」の視野から費用対効果の見込める事業群に体系化し、PDCAサイクルに基づいた継続的な事業展開を行う。
3. それぞれの実施事業ごとに、明確な数値目標等を設定するとともに、これを達成するための具体的・効果的な実施方法を明示する。なお、効率的にPDCAサイクルを運用するために、事業実施後の評価の方法等についても記載することとする。



本計画における健康事業は、“即効性があるが効果額が小さい短期的事業”と、“即効性はないが将来の大きな医療費削減につながる中・長期的な事業”とに体系化される。

下図は代表的な保健事業を図示したイメージであるが、これらの事業を富士吉田市国民健康保険の実情に合わせて、効率良く実施することとする。



3. 計画の位置づけ

「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、富士吉田市における「第6次富士吉田市総合計画（2018～2027）」第1章「安心して健やかな暮らしを支える保健・医療・福祉の向上」において、市民福祉の向上を目指し推進する。

本計画の策定にあたっては「第6次富士吉田市総合計画（2018～2027）」部門別計画である「地域保健福祉計画」の評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図る必要がある。

また、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施計画である「第3期富士吉田市特定健康診査等実施計画」を「第2期富士吉田市国民健康保険データヘルス計画」の一部として位置づけ、一体的に策定し、効果的・効率的な保健事業の実施及び評価を行うものとする。

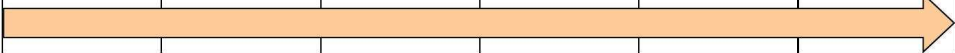
【第1章～第3章】第2期データヘルス計画

【第4章】第3期特定健康診査等実施計画

【第6章】共通

4. 計画期間

本データヘルス計画の計画期間は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」第4の5において、「特定健康診査等実施計画」及び「地域保健福祉計画」との整合性を踏まえ、複数年とすることとされていることから、第3期特定健康診査等実施計画期間である、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

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
					

第2章 現状と課題把握

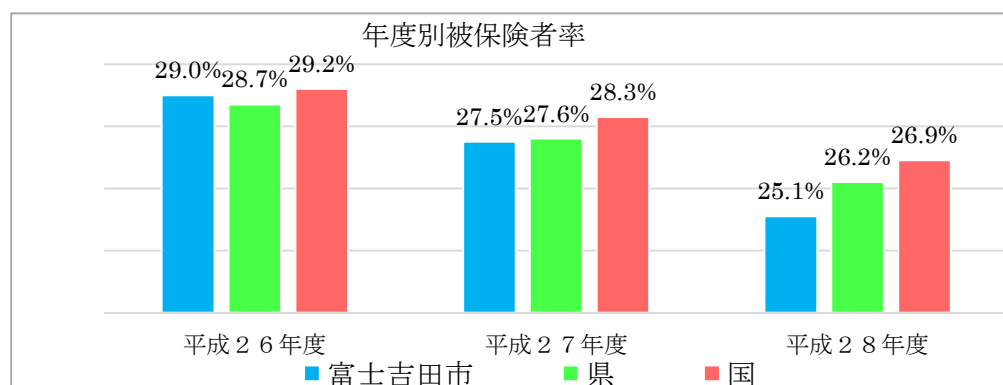
1. 保険者の特性把握

(1) 基本情報

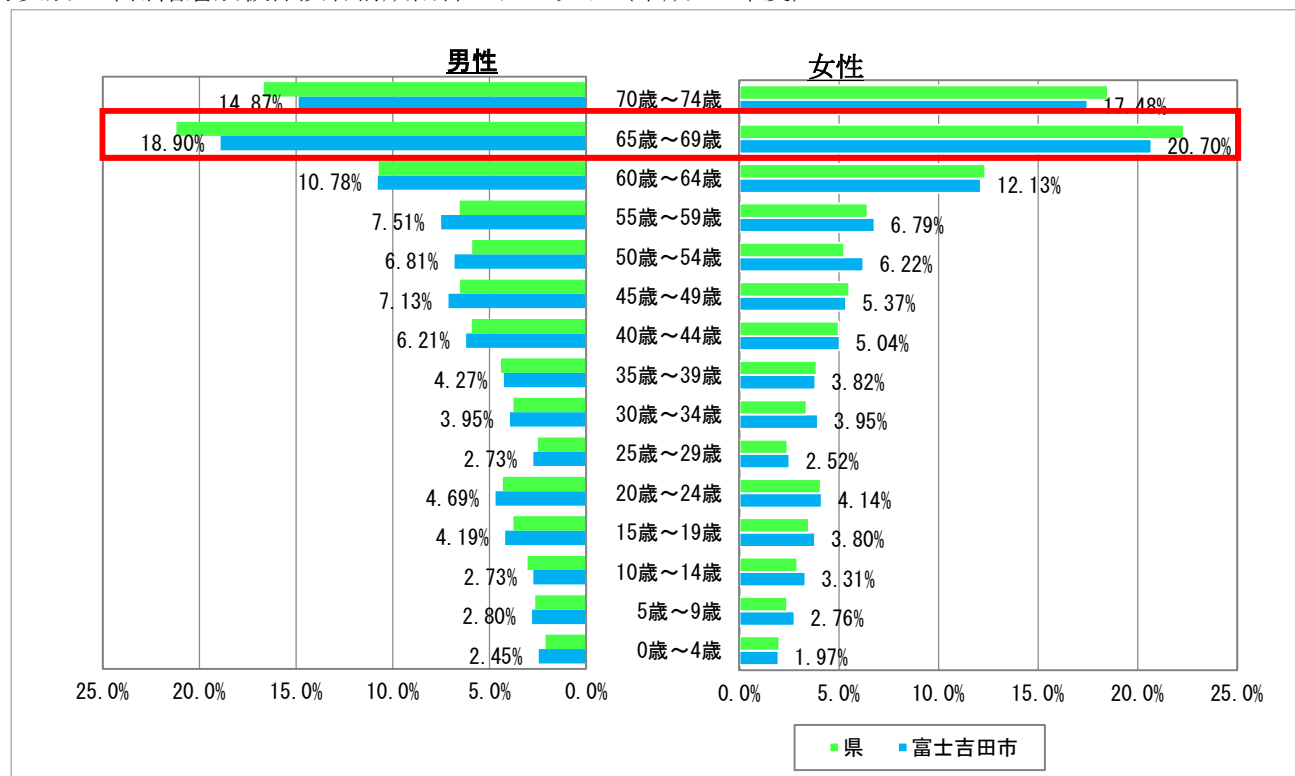
本市の平成28年度における人口構成概要を以下に示す。平成28年度の人口総数48,207人は前年度48,580人より373人減少しており、また、国民健康保険被保険者数は12,514人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は25.1%である。国民健康被保険者平均年齢は50.6歳であり、年々上昇している状況である。また、高齢化率(65歳以上)は26.8%であり、国及び山梨県との比較では高齢化は進んでいない。

人口構成概要(平成28年度)

	人口総数 (人)	国保被保険 者数(人)	国保加入率	国保被保険者 平均年齢	高齢化率 (65歳以上)	出生率	死亡率
本市	48,207	12,514	25.1%	50.6歳	26.8%	7.5%	11.0%
山梨県	818,218	221,467	26.2%	51.7歳	28.2%	7.1%	11.7%
国	125,020,252	32,587,866	26.9%	50.7歳	27.3%	7.8%	10.5%



男女別・年齢階層別被保険者構成割合ピラミッド(平成28年度)

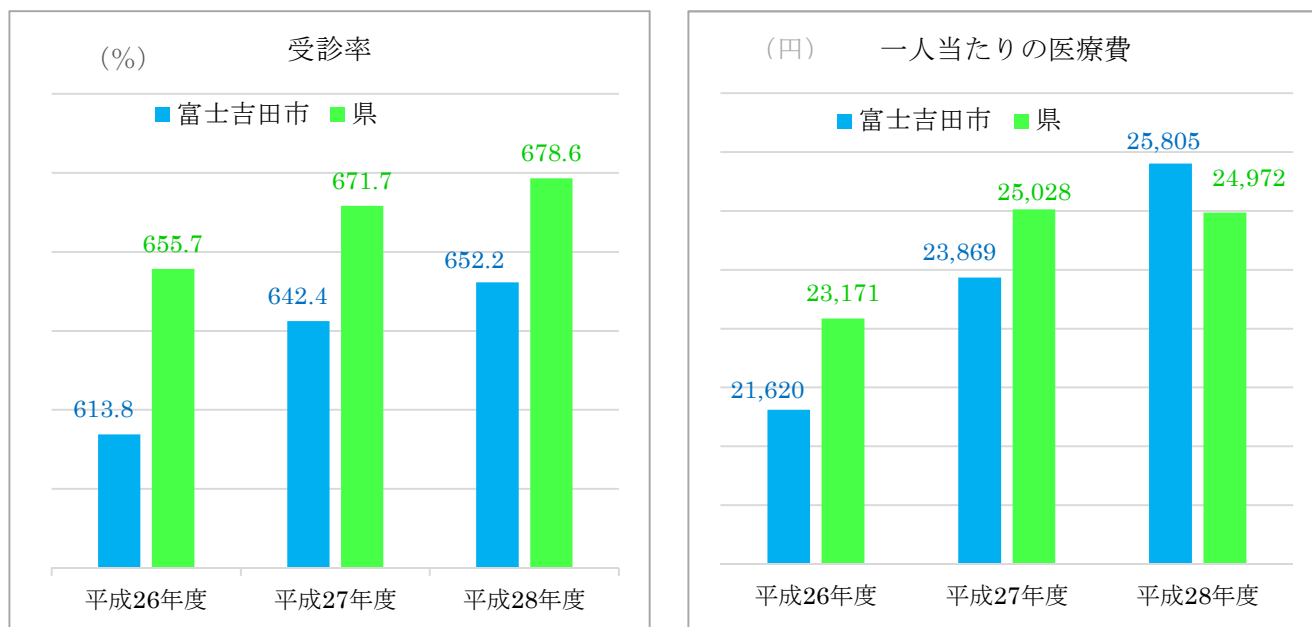


男女ともに、赤枠内(65歳～69歳)の年代(65～69歳)の割合が多いが、本市・山梨県ともに同様の結果である。

(2) 医療費等の状況

本市における医療概要（入院外来合計）は下図の通りである。平成27年度までの一人当たりの医療費は県を下回っていたが、平成28年度の本市が25,805円に対し山梨県は24,972円であり、県平均を833円上回った。

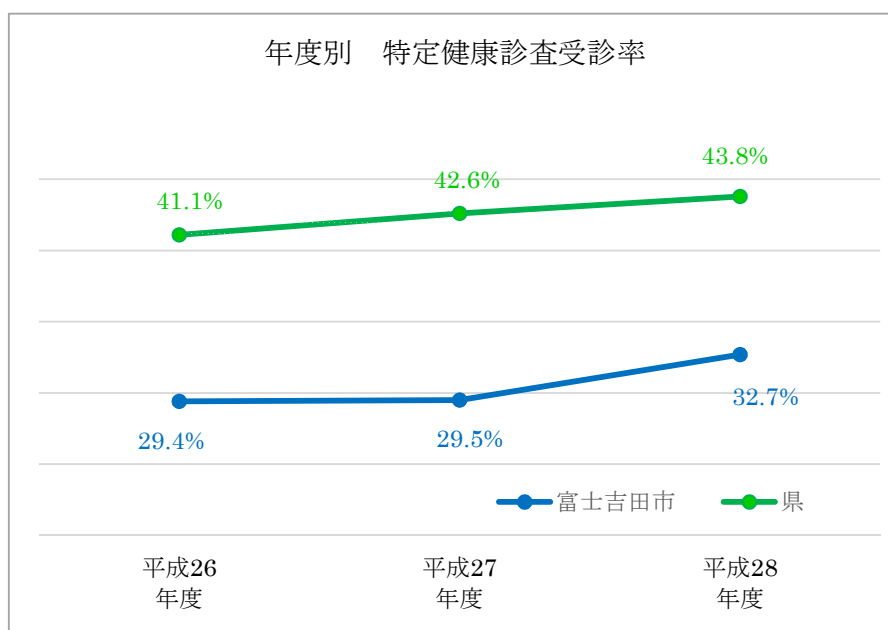
入院外来合計に係る医療費等の推移



(出典) 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

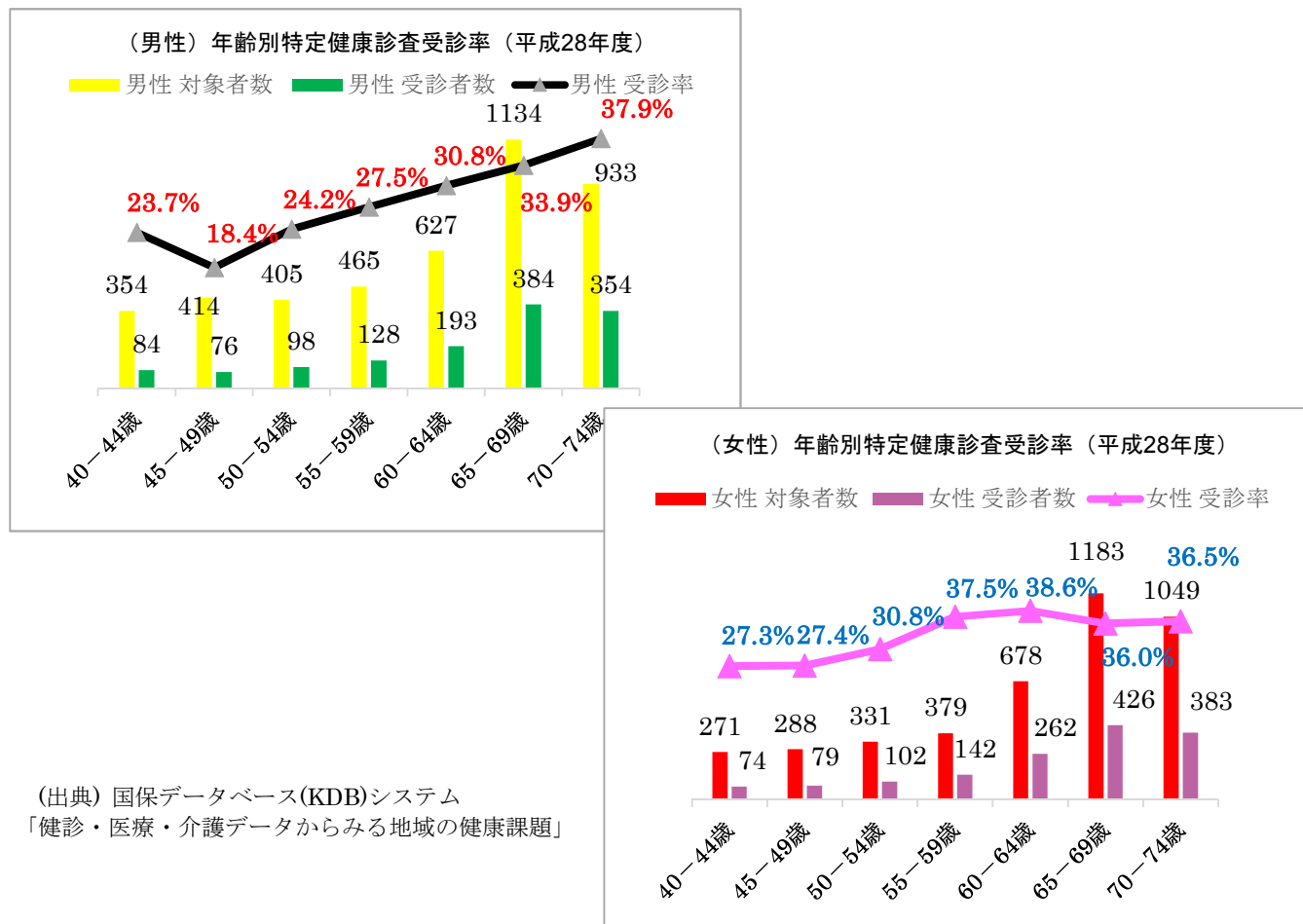
(3) 特定健康診査受診状況

本市の平成26年度から平成28年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に表示。平成28年度の特定健康診査受診率32.7%は平成26年度29.4%より3.3ポイント上昇している。



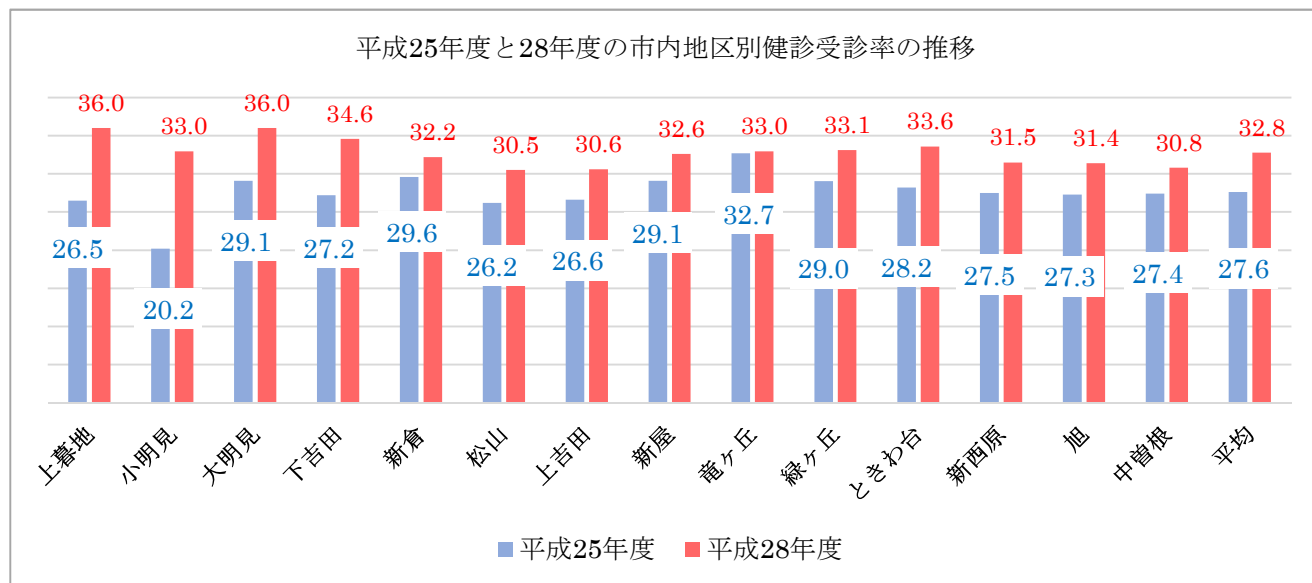
(出典) 法定報告

また、平成28年度における男女別・年齢階層別特定健康診査受診率をみると、男女ともに高齢化するほど受診率が高くなる傾向がある。男女とも40～50歳代の受診率が低いことから、今後はいかにこの年齢層の受診率を向上させていくのかが課題にあげられる。



第1期データヘルス計画作成時の平成25年度と平成28年度の市内地区別健診受診率を比較すると、概ねどの地区も平成25年度に比べ、平成28年度の受診率が向上していることがわかる。平成28年度における最も受診率が高い地区は上暮地と大明見であり、最も低い地区は松山である。

平成25年度最も低い受診率であった小明見は、平成28年度に実施した戸別訪問事業の効果もあり、20.2%から33.0%と大幅に受診率が向上したことがわかる。

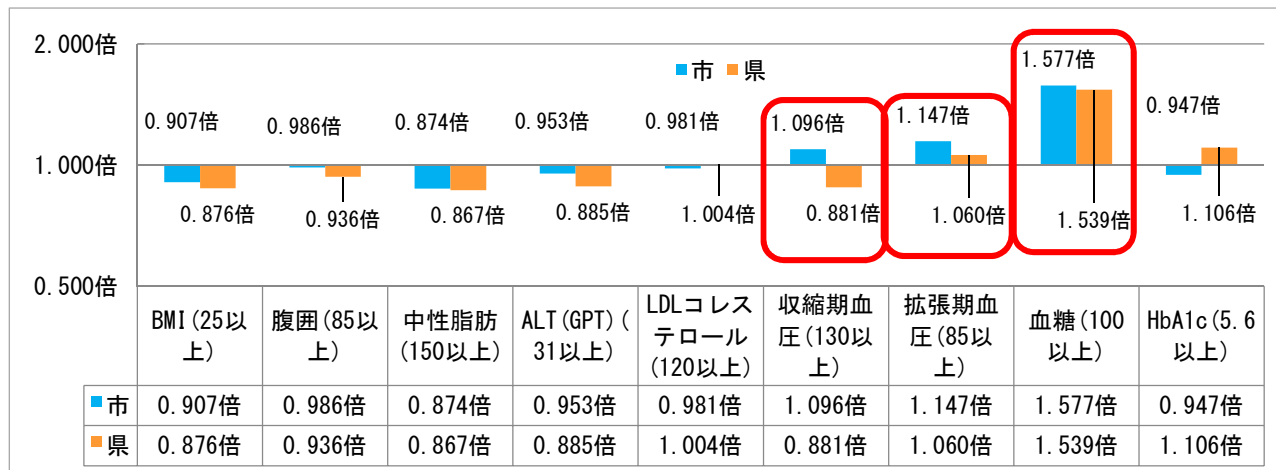


(出典) 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

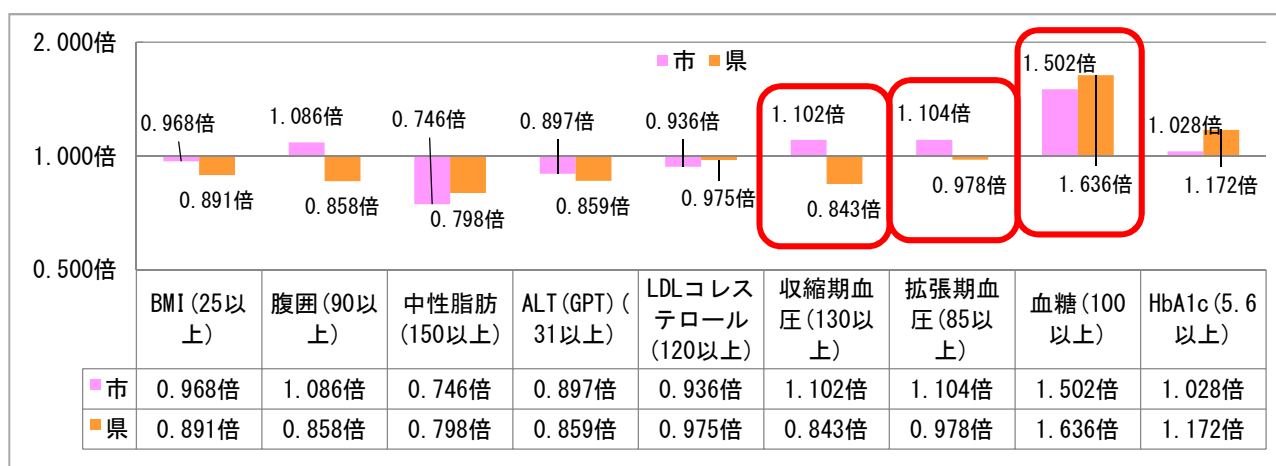
(4) 特定健康診査の有所見状況

平成28年度の特定健康診査の有所見状況を標準化比（国を1.00とした基準）でみると、男性女性ともに血管を傷つける「収縮期血圧」「拡張期血圧」「血糖」が高い状況である。

【男性】



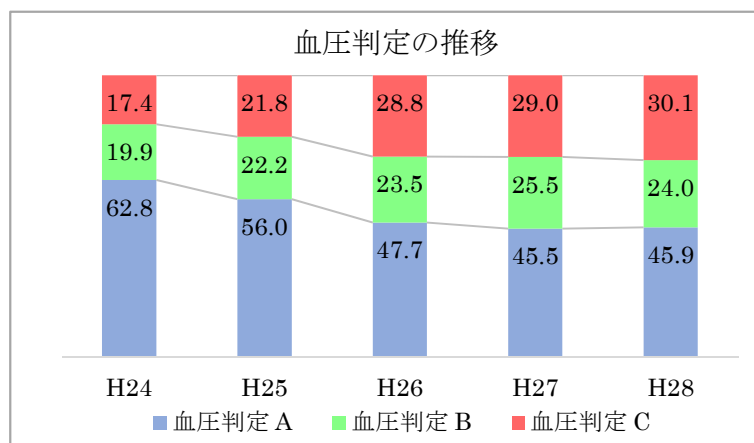
【女性】



※「標準化の比」とは、リスク因子該当者の割合を年齢調整したうえで、国を基準とした比で表したもの。国を100とした場合の自市の該当割合を意味する。

(出典)「健診・医療・介護等データ活用マニュアル」(国立保健医療科学院)の年齢調整ツールを用いて計算。

平成24年度から平成28年度の5年間に実施した特定健康診査の判定該当割合みると血圧判定では「A(異常なし)」の割合は年々減少しており、「B(経過観察)」「C(要医療)」の割合は増加傾向である。

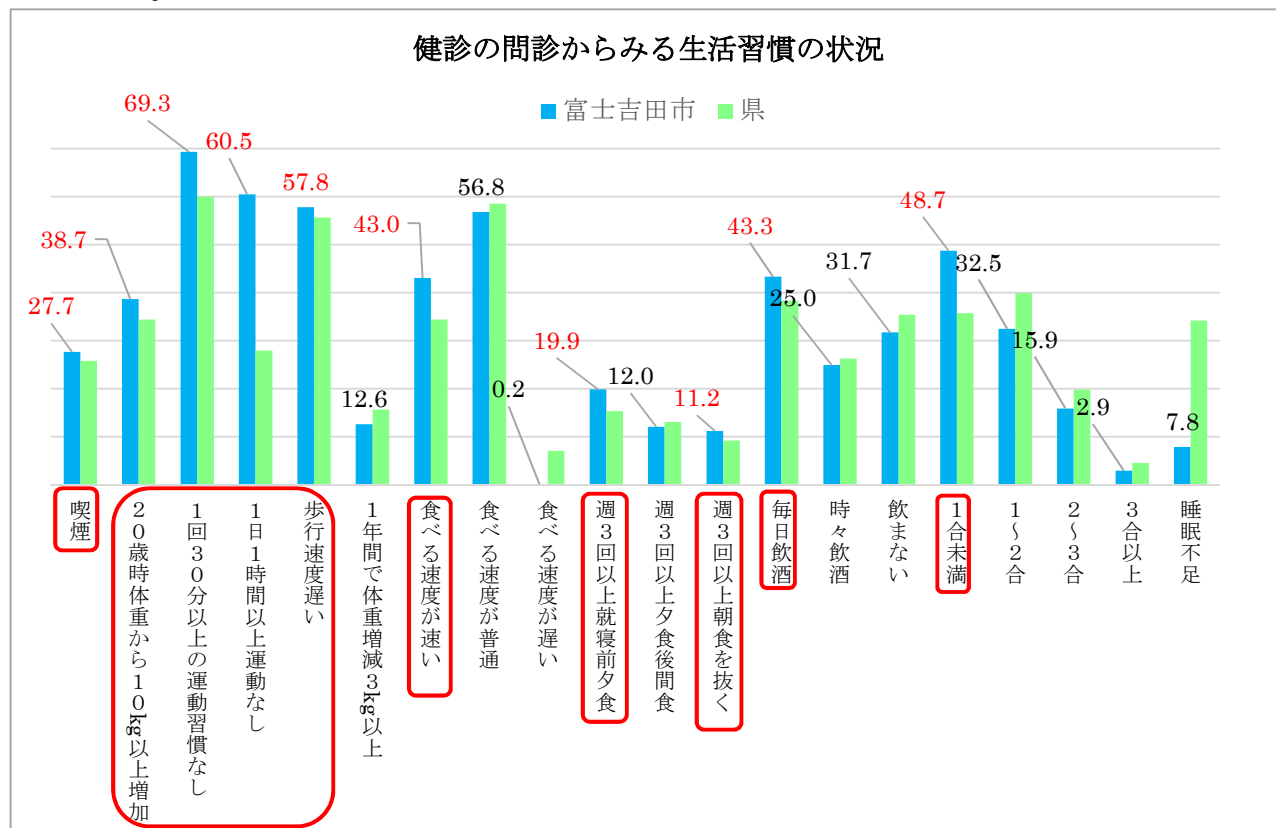


※年度の判定結果を100として割合で表記

(出典)：富士吉田市医師会
「富士吉田市住民健康診断・データヘルスにかかわるデータ集計」

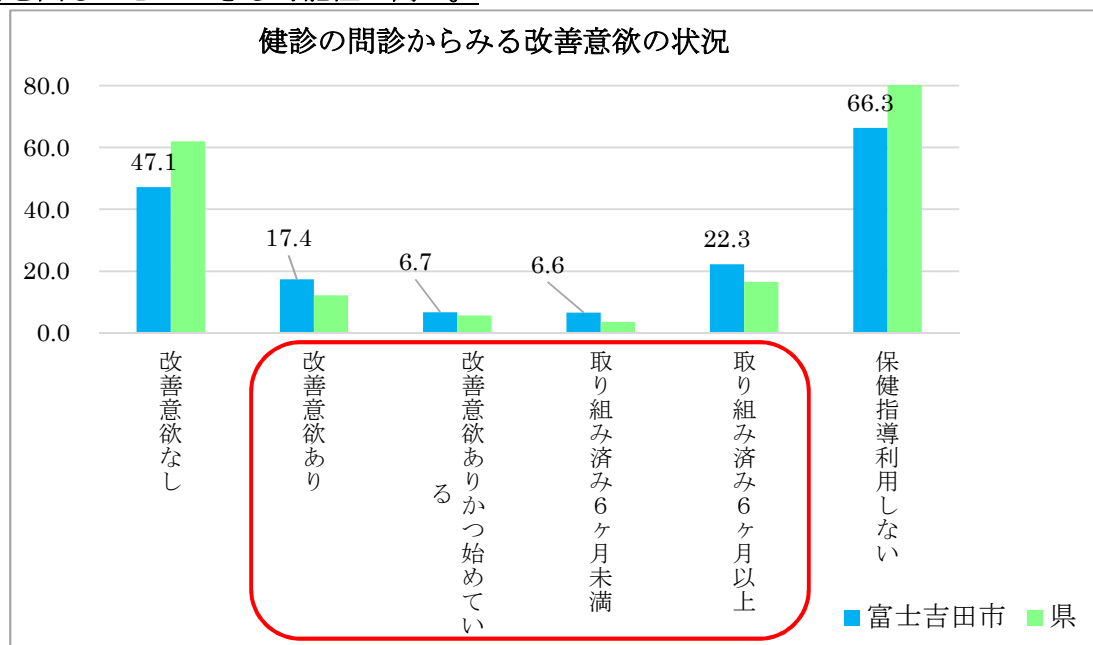
(5) 特定健康診査の間診からみる市の状況

平成28年度の特定健康診査の間診票から生活習慣の状況をみると、山梨県と比較して「喫煙」、「身体活動不足」、「食事のとり方」に問題がある割合が高く、生活習慣病を引き起こしやすい割合が高いといえる。



(出典) 国保データベース(KDB)システム 特定健診の状況 (平成28年度)

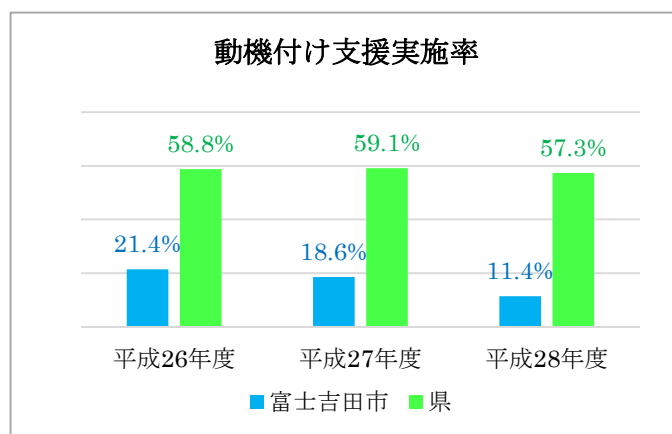
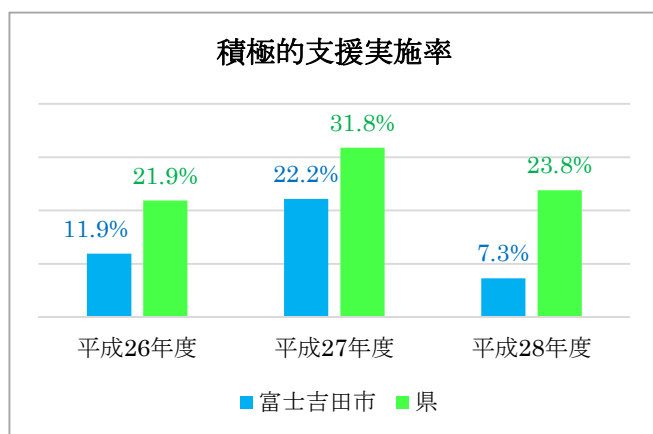
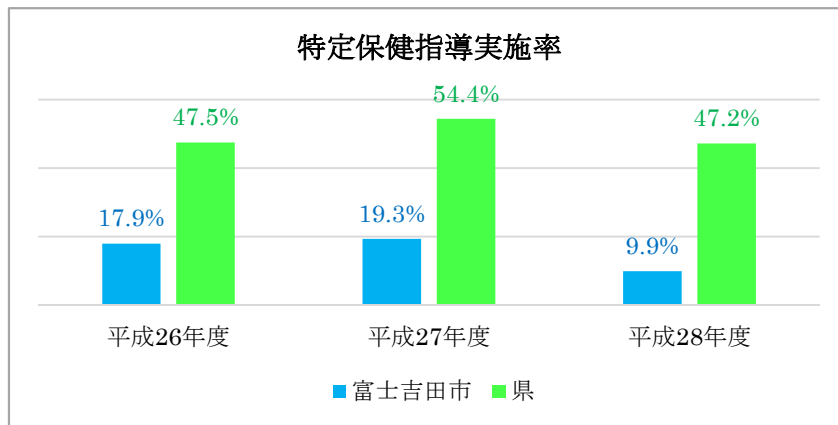
一方、平成28年度の特定健康診査の間診票から生活習慣に関する改善意欲をみると、山梨県と比較して「改善意欲あり」、「改善に取り組み始めている」の割合が高く、「改善意欲なし」「保健指導利用しない」の割合が低い。このことから改善意欲がある者に積極的にアプローチすることで生活習慣の改善を図ることができる可能性が高い。



(6) 特定保健指導

本市の平成26年度から平成28年度における特定保健指導（動機付け支援と積極的支援）の実施状況を年度別に示す。平成28年度の特定保健指導実施率9.9%は平成26年度17.9%より8.0ポイント下降しており、山梨県内で最も低い実施率となった。

このことを踏まえ、平成29年度においては、申込者の参加費用を1,000円から無料にしたこと、面談場所を1箇所から3箇所に増やしたこと及び受診勧奨通知の回数を増やしたこと等より申込者を増やす対策を講じてきたところである。



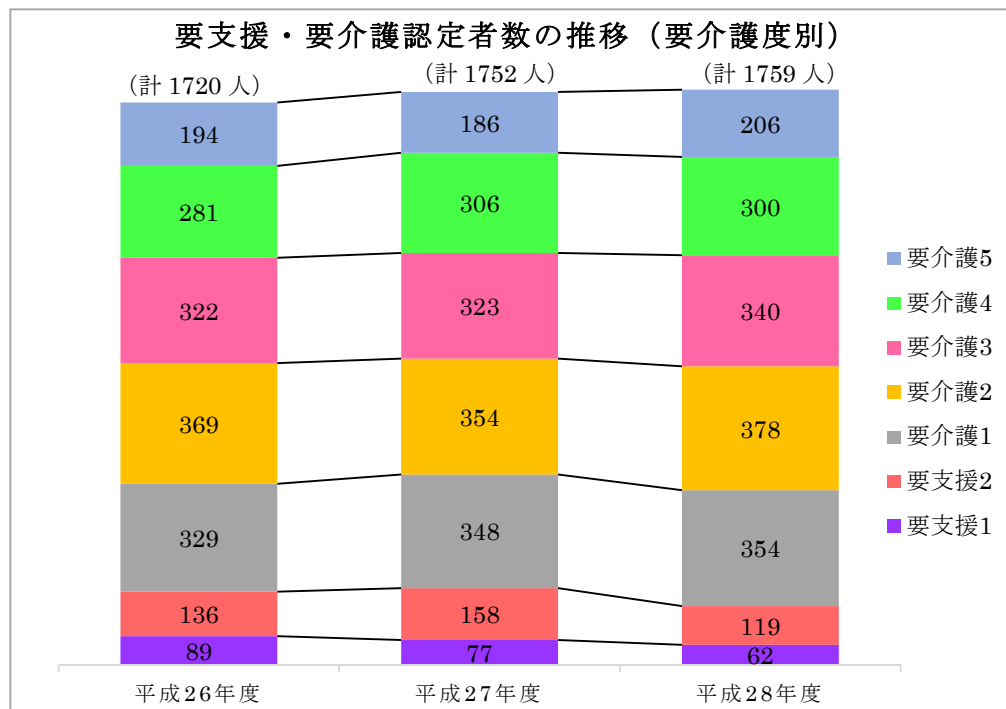
(出典) 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

※特定保健指導とは・・・

特定健診の結果により「健康の保持に努める必要がある人」が、特定保健指導の対象者となる。「健康の保持に努める必要がある人」とは、特定健診の結果、定められた項目（2段階）に該当した者。追加リスクの該当数と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか、積極的支援の対象者となるのかが異なる。詳細は「**第4章 第3期富士吉田市特定健康診査等実施計画**」内の「**4. 特定健診等の実施方法、(3)特定健診から特定保健指導への標準的な流れ P63-64**」を参照

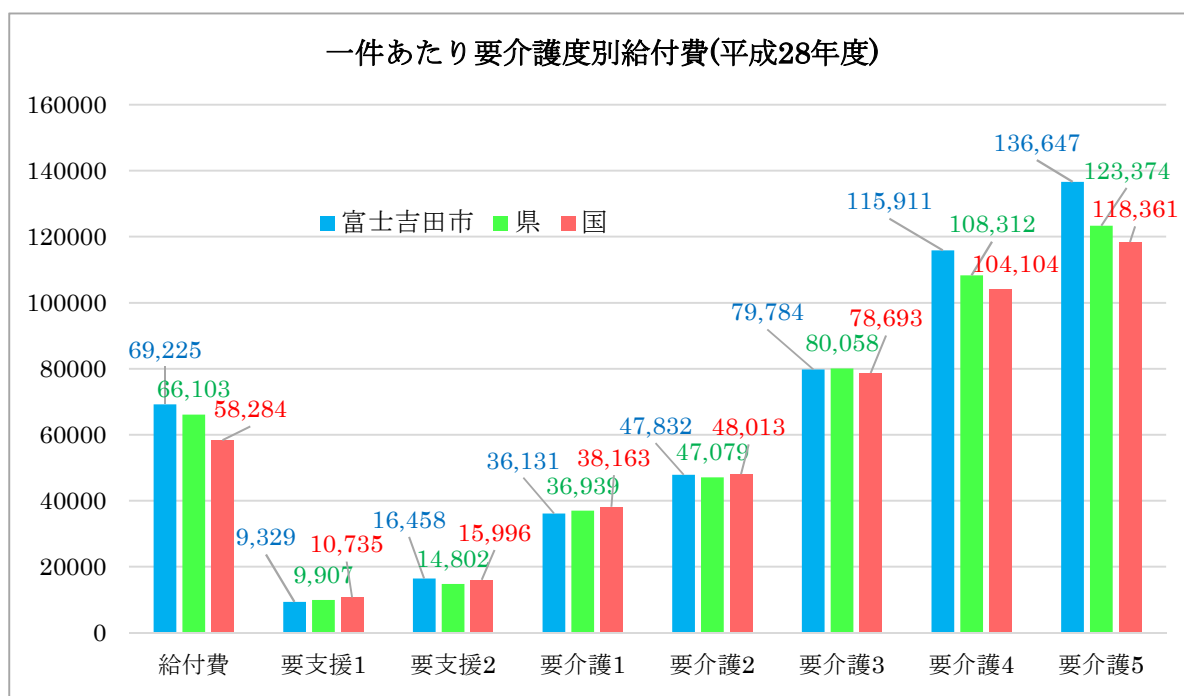
(7) 介護保険の状況

本市における要介護認定の状況をみると、認定者数、認定率ともに増加傾向にあるが、平成28年度末時点における要支援1は、平成26年度末から比べて減少傾向、要支援2は、やや横ばい傾向、要介護1から要介護5の介護認定者数は増加傾向となっている。また、認定率12.8%は、国の18.0%及び山梨県の15.5%に比べて低い傾向にある。



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」

本市の平成28年度における、給付費の状況を以下に示す。要支援1から要介護3の1件あたりの給付費は山梨県、国と比較してもあまり差は見られないが、要介護4及び5の1件あたりの給付費は山梨県及び国に比べて多くなっている。



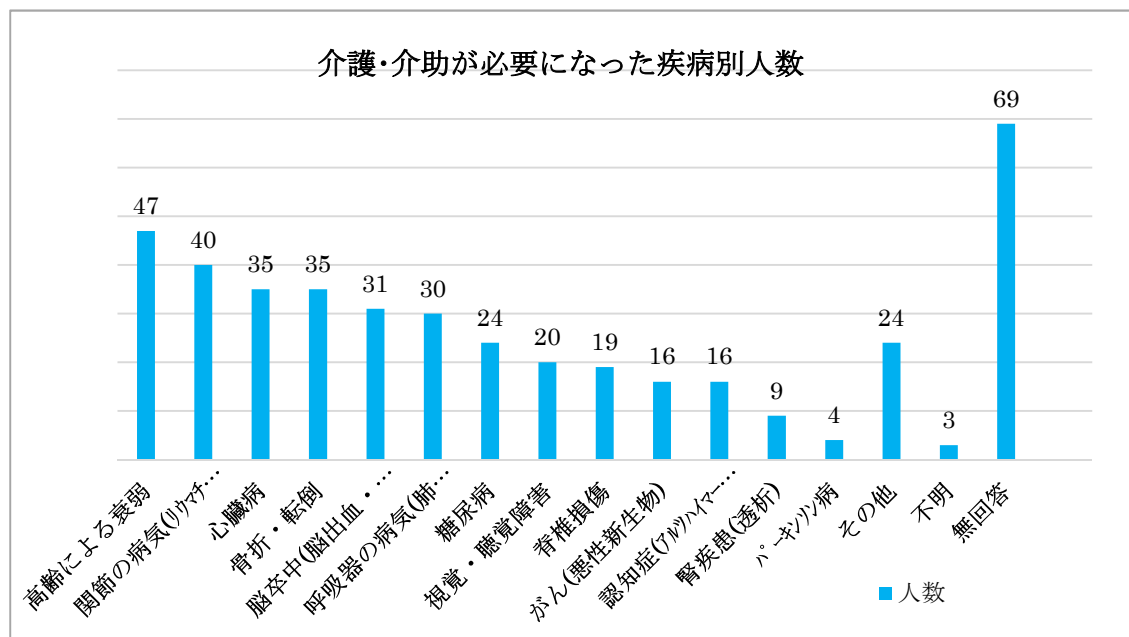
（出典）平成28年度累計 国保データベース（KDB）システム

平成28年度において介護・介助が必要になった主な原因は、「高齢による衰弱」が16.3%で最も多く、次いで「関節の病気(リウマチ等)」が13.9%、「心臓病」と「骨折・転倒」が12.2%と続いている。

介護・介助が必要になった主な原因（疾患名・人数・疾患率）

（単位：人、％）

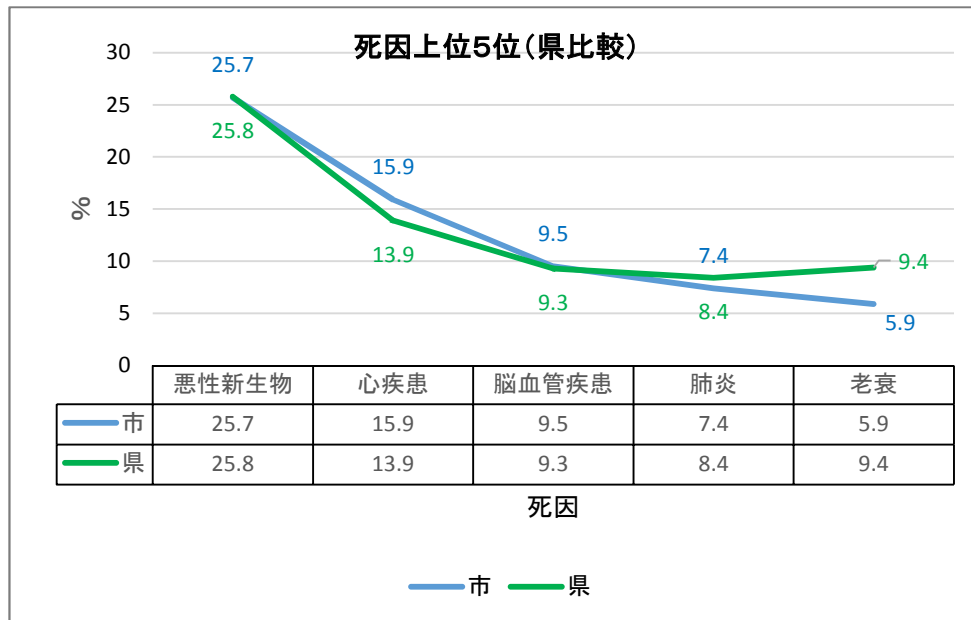
疾患名	人数	疾患率	疾患名	人数	疾患率
高齢による衰弱	47	16.3	脊椎損傷	19	6.6
関節の病気(リウマチ等)	40	13.9	がん(悪性新生物)	16	5.6
心臓病	35	12.2	認知症(アルツハイマー病等)	16	5.6
骨折・転倒	35	12.2	腎疾患(透析)	9	3.1
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	31	10.8	パーキンソン病	4	1.4
呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等)	30	10.4	その他	24	8.3
糖尿病	24	8.3	不明	3	1.0
視覚・聴覚障害	20	6.9	無回答	69	24.0



（出典）富士吉田市 高齢者福祉・介護保険に関するアンケート調査 〈介護予防・日常生活圏域ニーズ調査〉平成28年度

(8) 死因の状況

市の平成28年度の死因は悪性新生物136人(25.7%)、心疾患84人(15.9%)、脳血管疾患50人(9.5%)で全死亡数(529人)の51.0%(H25:52.8%)を占めている。県は悪性新生物2,467人(25.8%)、心疾患1,325人(13.9%)、脳血管疾患889人(9.3%)で全死亡数の48.9%(H25:50.5%)を占めている。生活習慣病と言われる悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で亡くなる人の割合は県、市ともに平成25年度と比較すると減少しているが、県と比較し、これらの病気で亡くなる人の割合が高い。



(出典) 平成28年度 人口動態統計

2. 過去の取組の考察(第1期データヘルス計画の振り返り)

(1) 過去の取組の評価(概要)

第1期データヘルス計画の評価(概要)を以下に示す。

評価: 達成⇒○・未達成⇒×

取組み		評価・目標値					
		アウトプット	28 年度	評価	アウトカム	28 年度	評価
特定健康診査（特定健診）受診率向上事業		・ 特定健診未受診者への受診勧奨通知	通 知 率 100%	○	特定受診率、前年度比 5 % 上昇	受診率 32.7% であり、前年度 3.2 % アップ	×
		・ 対象者への戸別訪問実施率	実施率 80%	×			
糖 尿 病 有 所 見 者	〔対策Ⅰ〕 発症予防①	・ 対象者への健診受診勧奨	100%	○	対象者のうち、 HbA1c・血糖値が 上 昇 し な い 者 が 30%	対象者 5 人 のうち、1 人に面談。 数値は正常範囲内での上昇のため、割合 20%	×
		・ 対象者への電話連絡	100%				
	〔対策Ⅱ〕 発症予防②	・ 対象者への電話連絡	100%	○	(1) 対象者のうち、 OGTT 受診者 40%	受診率 34.5%	×
		・ 未受診者への再勧奨	100%		(2) 上記受診者で境界型糖尿病の者の HbA1c・血糖値が上昇しない	HbA1c・血糖血 が「改善・維持」 の者が 21.1%	×
	〔対策Ⅲ〕 発症予防③	・ 対象者への電話連絡	100%	○	対象者のうち、医療 機関受診者の割合 が 80%	28.9%	×
		・ 未受診者への再勧奨	100%				
重複頻回受診事業					①重複受診者改善率 ②頻回受診改善率	①83.3% ②58.8%	○
ジェネリック医薬品（後発品）普及促進事業		・ 対象者へ年 2 回通知	100%	○	ジェネリック医薬品使用率 49%	使用率 54.5%	○

（2）第1期データヘルス計画の各事業実施内容

第1期データヘルス計画に基づき実施した事業の詳細は以下の通りである。

ア) 特定健康診査受診率向上事業

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 生活習慣病該当者及び予備群の減少の為、特定健康診査受診率向上に向けた取り組みを推進する。前年度より5%アップする

【事業概要】 40歳から74歳の人を対象とし特定健康診査を実施する。

【実施内容】 健診未受診且つレセプトのない健康状況不明者に対して、受診勧奨を強化した。

- （1）対象者に勧奨通知発送(年に3回)
- （2）受診率の低い地区を対象に戸別訪問を実施
- （3）広報、CATVテレビ等メディアの活用
- （4）40歳・50歳・60歳到達者への電話勧奨
- （5）スポーツ施設無料1回お試し利用券プレゼント

【目標値】

	平成28年度	平成29年度
目標値 (%)	健診を受診した割合、前年度より 5%アップ (H27 29.5%)	健診を受診した割合、前年度より 5%アップ

【達成状況】

	平成28年度	平成29年度
達成状況 (%)	32.7%(2,785名/8,511名)	

【評価】

「前年度より5%アップ」である目標値「34.5%」には届かず未達成であるが、前年度と比較し3.2%上昇。改善と判断。

【考察】

平成28年度の受診率は32.7%と前年度から3.2%向上し、初めて30%を越えた。要因として、①申込〆切前の10月、11月にタイムリーな勧奨通知を行い、申込者が増加したこと、②戸別訪問事業を実施し、直接健診の申込を多く受付けることが出来たこと(その地区は前年度比較で4.3%受診率がアップ)、③CATVテレビ局の協力による健診受診勧奨番組放映や、市の広報等の情宣活動による周知、等が受診率向上に繋がったのではないかと考える。

しかし、目標とする34.5%には達しなかった。要因は40代、50代の受診率が60代、70代に比べ低かったことが考えられる。平成30年度以降では、受診勧奨番組の放映回数を増やし、SNSを活用した健診に関するタイムリーな情報発信等を行い、周知強化に努める。

加えて、40代、50代向けにアンケートを実施し、健診に対する要望や意見を集約し、この年代の受診率を向上するよう施策・情報発信を実施していく。また、同一世帯で複数人が健診を受診した場合1人分の自己負担額の助成を実施し、受診率が低い男性の受診者数を増やしていきたい。

上記の活動や施策を実施し、毎年度定めた受診率目標を達成していきたいと考える。

イ) 糖尿病有所見者事業

対策Ⅰ－発症予防①

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 対象者のうち、HbA1c、血糖値が上昇しない割合を30%とする

【事業概要】 平成27年度の特定健診受診者のうち、HbA1cが5.9以下で、3年前の健診結果より0.4ポイント上昇している者を選定し、平成28年度の健診の結果、HbA1cが上昇していた者に対して面談で結果を手渡し、その後電話・訪問等による個別フォローを実施する。

【実施内容】 個別フォロー対象者に対して、食事を主とした生活習慣改善指導を実施。フローチャートに沿って目標を設定し、その状況を電話・訪問等で確認した。面談・電話での指導の際にはモチベーションが下がらないよう、実施できていることを認めながら、さらに、目標に近づけられるよう声をかけた。2～3か月の生活習慣改善期間を経た平成29年2月にフォローアップ検診を実施した。

【目標値】

年度	平成28年度	平成29年度
目標	対象者のうち、HbA1c、血糖値が上昇しない者の割合30%	対象者のうち、HbA1c、空腹時血糖が上昇しない者の割合40%
対象者	平成27年度のHbA1cが5.9以下の者のうち、3年前の結果より0.4ポイント上昇している者	平成28年度のHbA1cが5.9以下の者のうち、3年前の結果より0.4ポイント上昇している者

【達成状況】

	平成28年度		平成29年度
対象者 (3年前の健診結果より 0.4ポイント上昇している者)	31名	HbA1c 上昇者 5名 HbA1c 維持・改善者 19名 健診未受診者 4名 国保離脱者 3名	
面談実施者	1名		
面談実施率	20.0%		
特定健診の結果	空腹時血糖 87.0mg/dl、HbA1c 5.7%		
生活習慣病改善後の結果	空腹時血糖 92.0mg/dl、HbA1c 5.7%		
値が上昇しない者の割合	20%		

【評価】

対象者（HbA1c 上昇者 5人）の内、1名に対し個別フォローを実施。結果、1名のHbA1cは改善したものの、「上昇しない者の割合」は20%で目標は未達成。

【考察】

- ・面談未実施者の多くが、既に自ら取り組んでいるという理由で面談に至らなかった
⇒取り組んでいる内容等を詳しく聴取し、継続、強化できるよう参考資料を送付し、電話で経過を確認する等、個々に合わせた対応を行うことが必要であった。
- ・HbA1c「0.4ポイント上昇」を対象にしたが、そのエビデンスはなく、見込まれる人数よりも少なかったことから、HbA1c 上昇者の取り組みは次期計画外で実施する。

イ) 糖尿病有所見者事業

対策Ⅱ－発症予防②

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 (1) 対象者のうち、ブドウ糖負荷試験（OGTT）を受ける者の割合が年度末時点で40%とする。

(2) OGTTの結果、境界型糖尿病の者のHbA1c、血糖値が上昇しない

【事業概要】 健診の結果、OGTTの対象者（HbA1c6.0～6.4 または血糖値110～125.9）のうち、初回対象者またはOGTT未受診者でかかりつけ医がいない者に対してブドウ糖負荷試験の受診勧奨を行う。未受診者には再度受診勧奨を行う。

【実施内容】 健診結果を面談にて手渡しし、OGTTの必要性を説明して受診勧奨を行った。未受診者には11月または2月に通知で受診勧奨を実施。OGTTの結果、境界型糖尿病と診断された者に対し、面談にて食事を主とした生活改善指導を行った。フローチャートに沿って生活習慣改善目標を設定し、その状況を電話・訪問等で確認。個別フォローでは、モチベーションが下がらないよう、できていることを認めながら、対象者が目標に近づけられるよう声をかけた。2～3か月の生活習慣改善期間を経たケースにフォローアップ検診を実施した。

【目標値】

年度	平成28年度	平成29年度
目 標	対象者のうち、ブドウ糖負荷試験（OGTT）を受ける者の割合 年度末時点：40%	対象者のうち、ブドウ糖負荷試験（OGTT）を受ける者の割合 年度末時点：50%
	ブドウ糖負荷試験（OGTT）の結果、境界型糖尿病の者と診断された者のHbA1c、血糖値が上昇しない	
対象者	平成28年度の特定健診の結果、ブドウ糖負荷試験の対象者（HbA1c：6.0～6.4 または血糖値：110～125.9）のうち、初回または未受診者でかかりつけ医がいない者	平成29年度の特定健診の結果、ブドウ糖負荷試験の対象（HbA1c：6.0～6.4 または血糖値：110～125.9）のうち、初回または未受診者でかかりつけ医がいない者

【達成状況】

		平成 28 年度	平成 29 年度
OGTT 対象者		270 名	
対象者 OGTT 対象者のうち、OGTT 初回該当または未受診者でか かりつけ医がいない者	110 名	面談による結果返却者 106 名 結果郵送者 4 名	
対象者のうち、OGTT を受診 した者（受診率）		38 名（34.5%）	
境界型糖尿病と診断された者		40 名（270 名中）	
「境界型糖尿病」と診断され た者のうち、面談実施者		22 名（40 名中）	
面談実施者のうち、 フォローアップ検診受診者	19 名	<u>HbA1c 低下</u> 、空腹時血糖低下 2 名 <u>HbA1c 低下</u> 、空腹時血糖上昇 7 名 HbA1c 上昇、空腹時血糖低下 4 名 HbA1c 上昇、空腹時血糖上昇 2 名 <u>HbA1c 維持</u> 、空腹時血糖低下 2 名 <u>HbA1c 維持</u> 、空腹時血糖上昇 2 名	

【評価】

- （1）対象者 110 人のうち、38 人が受診。受診率は 34.5%で目標は未達成。
- （2）境界型糖尿病診断者 40 人のうち、個別フォロー実施者は 22 人。内、フォローアップ検診を受診者した 19 人の結果は上記のとおり。慢性高血糖を反映する指標である HbA1c の結果から、「維持・低下」している者が 13 人と半数以上であったが、目標は未達成。

【考察】

- ・病識のない対象者に OGTT の必要性について説明が不十分であったと考える。
⇒結果返却では OGTT の必要性や検査そのものについて理解が得られるよう、説明を行う。
- ・健診結果後 1 ヶ月以内の OGTT 受診を促したが、対象者側の理由で実際は 1 ヶ月以上の時間を有した。
⇒今後は通知や電話による受診勧奨をこまめに実施し、医療機関にも受診結果票の返却依頼を行い、OGTT の結果をタイムリーに把握できるようにする。また、OGTT 対象のうち、半数程度が境界型と判断されることからフォローは結果返却時の健康意識の高い時に実施する。
- ・境界型糖尿病と診断された 40 人に電話で面談勧奨を実施したが、18 人が面談に繋がらなかった。個々の理由を確認し、対応を工夫する必要があると考える。
⇒個々の理由に合わせた対応を実施し、医師会を通じて市の現状や健康課題、方針等を伝え、医師からも面談への参加を促してもらえよう協力を仰ぐ。
- ・HbA1c、空腹時血糖ともに上昇した者は健康意識が高く、面談時すでに生活改善している状況であったが取り組み内容や日常生活の把握が不十分であった。
⇒1 日の生活状況、食生活状況をについて聞き取りシートを活用し、問題点を明確化する。また個別性のある改善目標を立てる。

イ) 糖尿病有所見者事業

対策Ⅲ－発症予防③

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 対象者のうち、医療機関を受診する方の割合を80%とする。

【事業概要】 健診の結果、かかりつけ医がいない要医療の者に対して、医療機関への受診勧奨を行う。未受診者には再度受診勧奨を行う。

【実施内容】 健診結果を面談で手渡しし、医療機関への受診の必要性を本人に直接説明した。未受診者には、11月または2月に通知で受診勧奨を実施した。

【目標値】

年度	平成28年度	平成29年度
目 標	対象者のうち、医療機関を受診する者の割合80%	対象者のうち、医療機関を受診する者の割合90%
対象者	平成28年度の特定健診の結果、かかりつけ医がいない糖尿病判定が要医療の者	平成29年度の特定健診の結果、かかりつけ医がいない糖尿病判定が要医療の者

【達成状況】

	平成28年度	平成29年度
対象者	38名	
受診者	11名	
実施率	28.9%	

【評価】

対象者（38人）のうち、11人が受診。受診率28.9%で目標は未達成。

【考察】

- ・ 自覚症状がないことから受診の必要性を感じない者や診断に不安を感じる者に対する精密検査の説明（必要性）が不十分であった（伝わらなかった）と考える。
⇒精密検査の重要性・必要性について、対象者が納得した上で検査がスムーズに行えるよう結果説明・指導を工夫する必要がある。
- ・ 医療機関の受診の有無が結果票の返却により効率的に把握できるようになったが、活用初年度で返却が少なかった。医療機関との連携がスムーズに取れていなかったと考える。
⇒定期的に医療機関に受診結果票の返却依頼を行い、タイムリーに受診確認できるようにする。
- ・ 対象とするかかりつけ医がいない要医療の人数が少なく、受診結果票で効率的に受診確認や未受診者勧奨ができることから今後は次期計画外で実施する。

ウ) 重複・頻回受診事業

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 重複・頻回受診者数を減少させる

【事業概要】 レセプトデータから、重複受診者（3ヶ月間継続して同一診療科目で月4件以上の複数医療機関に受診している者）頻回受診者（3ヶ月間継続して、同一医療機関で月15日以上受診している者）に対し、専門職による家庭訪問等保健指導を実施し、受診者の健康保持と早期回復を目指すとともに医療費の適正化を実施する。

【実施内容】 レセプト（診療報酬明細書）を確認し、重複・頻回受診者を抽出。訪問・電話指導しながら状況確認し、適切な保健指導を行った。頻回は整形外科関係が主なので、状況に応じ、市で行っている運動教室等参加を呼びかけた。指導後に医療機関への受診行動が適正化されているか確認した。

【目標値】

年度	平成28年度	平成29年度
目 標	重複受診者改善率 60% 頻回受診者改善率 70%	重複受診者改善率 65% 頻回受診者改善率 75%
対象者	重複受診者 3ヶ月間継続して同一診療科目で4件以上の複数医療機関に受診している者 頻回受診者 3ヶ月間継続して、一医療機関で月15日以上受診している者	

【達成状況】

	平成28年度		平成29年度
	重複	頻回	
受診者数	36名	17名	
改善者数	30名	10名	
改善率	83.3%	58.8%	

【評価】

- ・ 重複受診者改善率は83.3%であり、目標は達成。
- ・ 頻回受診者改善率は58.8%であり、目標は未達成。しかし前年度よりも改善率は上昇した為、改善と判断。

【考察】

- ・ 個別訪問を主とした直接指導を実施した為、目標達成に繋がったと考える。
- ・ 頻回受診については整形外科の患者が多くを占めており、医師の指導の下、通院しているケースが多い。1度の指導ではなく、継続して行うことで改善が得られたと考える。

エ) ジェネリック医薬品（後発品）普及促進事業

【実施年度】 平成28年度から平成29年度

【事業目的】 ジェネリック医薬品の普及率向上

【事業概要】 40歳から74歳の被保険者に対して、ジェネリック医薬品に切り替えた場合、患者負担相当額が500円以上の削減効果の見込める「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促し、医療費削減を図る。

【実施内容】「ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ」状況等年2回郵送した。又、全国健康保険協会山梨県支部（覚書締結）と協働し市内の保育園・幼稚園児を対象に「ジェネリック医薬品希望カード」を作成配布した。（年長児 336名）

【目標値】

年度	平成28年度	平成29年度
目 標	ジェネリック医薬品使用率 49%	ジェネリック医薬品使用率 55%
対象者	40歳から74歳の被保険者	

【達成状況】

	平成28年度	平成29年度
ジェネリック医薬品のある先発医薬品数量	372,630.9	
ジェネリック医薬品数量	444,988.6	
合計	817,619.4	
ジェネリック医薬品使用率	54.5%	

【評価】

ジェネリック医薬品使用率は54.5%であり、目標値49%を達成した。

【考察】

①毎年、市の広報4月号配布時（全戸配布）に、ジェネリック医薬品普及促進のパンフレットを同封、②市役所の庁舎で定期的に「ジェネリック医薬品を使用しましょう」の啓発用懸垂幕を掲げる、③市内保育園、幼稚園の年長児に「ジェネリック医薬品希望カード(キャラクターのイラスト塗り絵付き)」を作成配布し、保護者へジェネリック医薬品使用勧奨を促した等、①～③による普及促進を図った啓発活動の効果があって使用率目標値を達成出来たのではないかと考える。

また、差額通知(500円以上の医療費削減効果が得られる方を対象)を年に2回送付した。ジェネリック医薬品への切り替えを行うことで、医療費削減の効果があると実感した人が実際に切り替えを行った効果もあり、使用率向上に繋がったと考える。

⇒平成30年度以降は更なる使用率向上のため、現在500円以上としている対象を400円→300円と効果を確認しながら段階的に引き下げていく予定である。ジェネリック医薬品に切り替え可能な対象者を増やし、使用率向上に繋げる。

3. レセプト等医療情報分析

(1) 基本情報

■データ分析期間

- ・入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプトデータ単年分析(12カ月分)
- 平成28年4月～平成29年3月診療分

■データ分析方法

- ・レセプトに記載されたすべての傷病名と診療行為(医薬品、検査、手術、処置、指導料等)を正しく結び付け、傷病名毎の医療費を算出する。

※「3. レセプト等医療情報分析」は富士吉田市国保のデータ結果である為、出典等の記載無(医師会データ除く)

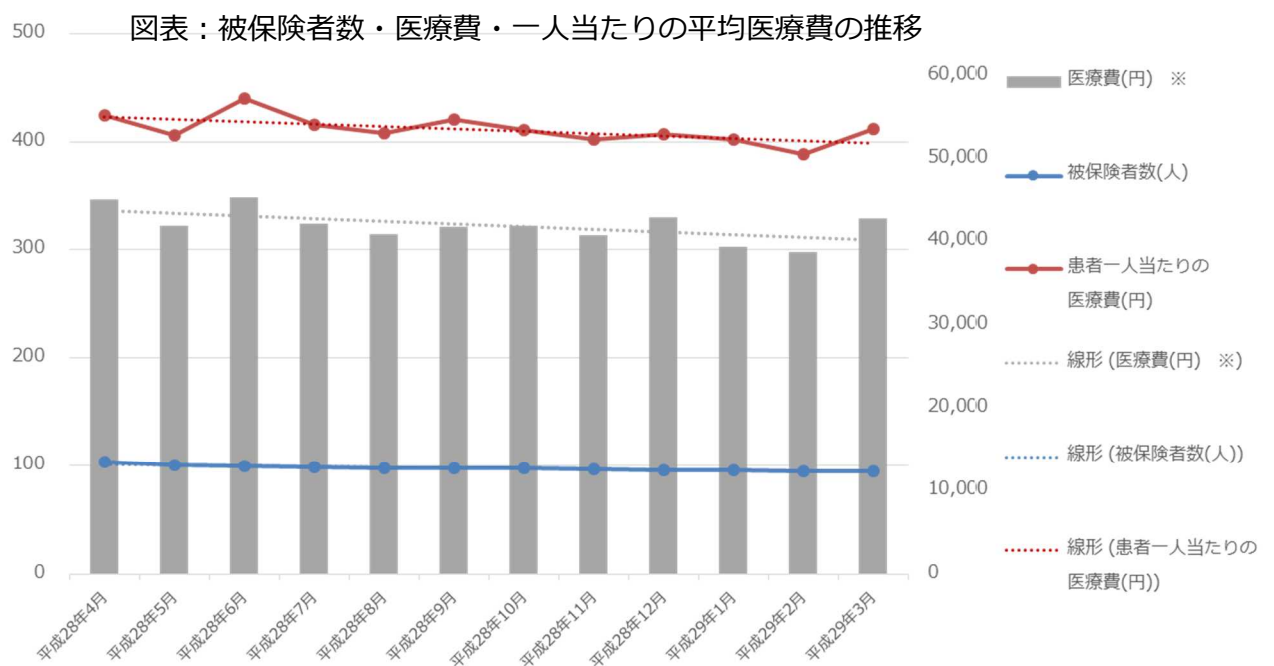
■データ分析結果

被保険者数は平均12,757人、レセプト件数は平均13,245件、患者数は平均6,025人となった。また、患者一人当たりの医療費は平均53,522円であり、被保険者数は減少している。また医療費は年間を通して見ると、高止まりの状態と言える。

図表：12ヶ月平均のレセプトデータ分析結果

			12ヶ月平均
A	被保険者数(人)		12,757
B	レセプト件数(件)	入院外	8,161
		入院	252
		調剤	4,832
		合計	13,245
C	医療費(円)		322,470,268
D	患者数(人)		6,025
C/A	被保険者一人当たりの平均医療費(円)		25,278
C/B	レセプト一件当たりの平均医療費(円)		24,347
C/D	患者一人当たりの平均医療費(円)		53,522
B/A	受診率(%)		103.8%
D/A	有病率(%)		47.2%

(百万円)



(2) 高額（診療点数5万点以上）レセプト分析

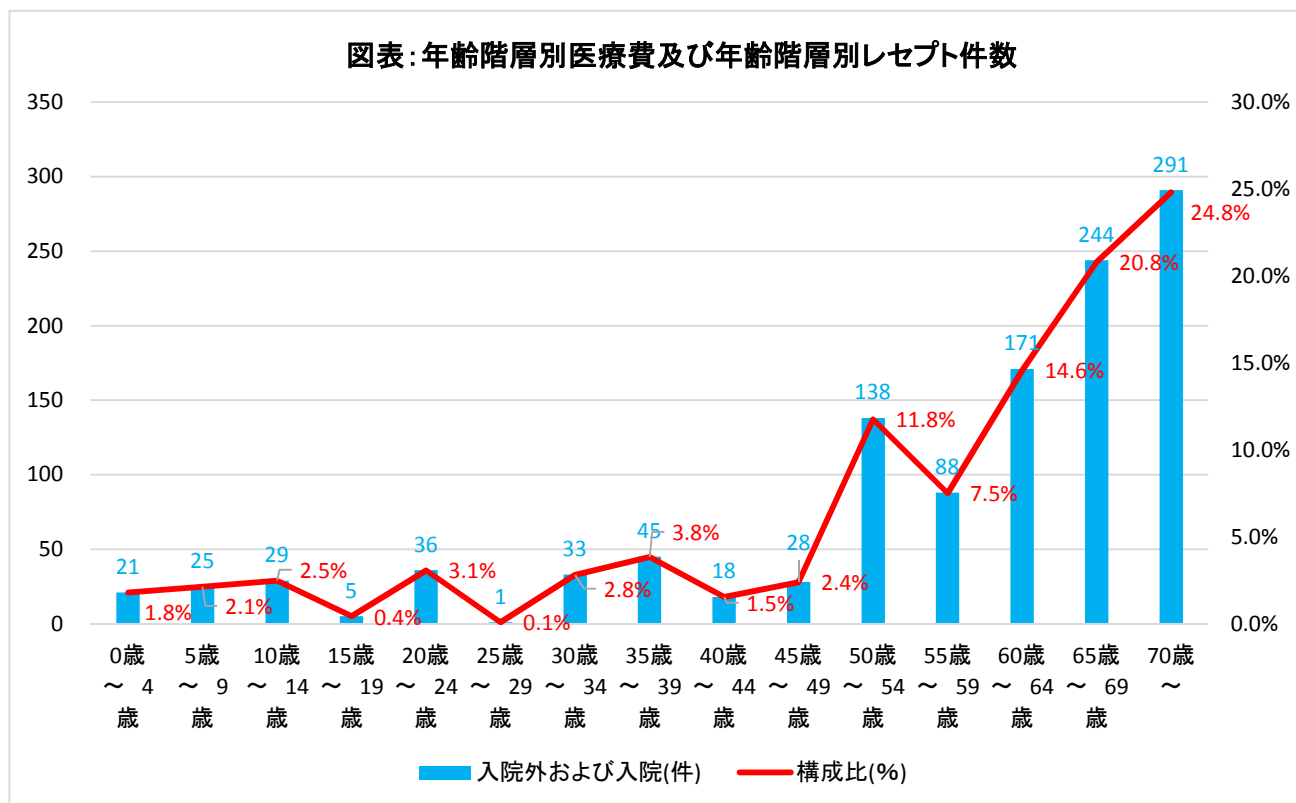
図表：高額(5万点以上)レセプト件数及び割合

発生しているレセプトのうち、診療点数が5万点以上のものを高額レセプトとし、高額レセプトは月間平均98件発生しており、レセプト件数全体の0.7%を占める。高額レセプトの医療費は月間平均9,817万円程度となり、医療費全体の30.4%を占める。

	12ヶ月平均	12ヶ月合計
レセプト件数(件)	13,245	158,934
高額レセプト件数(件)	98	1,173
総レセプト件数に占める 高額レセプトの割合(%)	0.7%	
医療費(円)	322,470,268	3,869,643,220
高額レセプトの医療費(円)	98,168,075	1,178,016,900
その他レセプトの医療費(円)	224,302,193	2,691,626,320
総医療費に占める 高額レセプトの割合(%)	30.4%	

年齢階層別では、高額レセプトの医療費及び患者数ともに、6割が60歳以上であり、高齢化を背景とした疾病の重症化とともに医療費の高度化・高額薬剤の普及等の影響が推察される。

図表：年齢階層別医療費及び年齢階層別レセプト件数



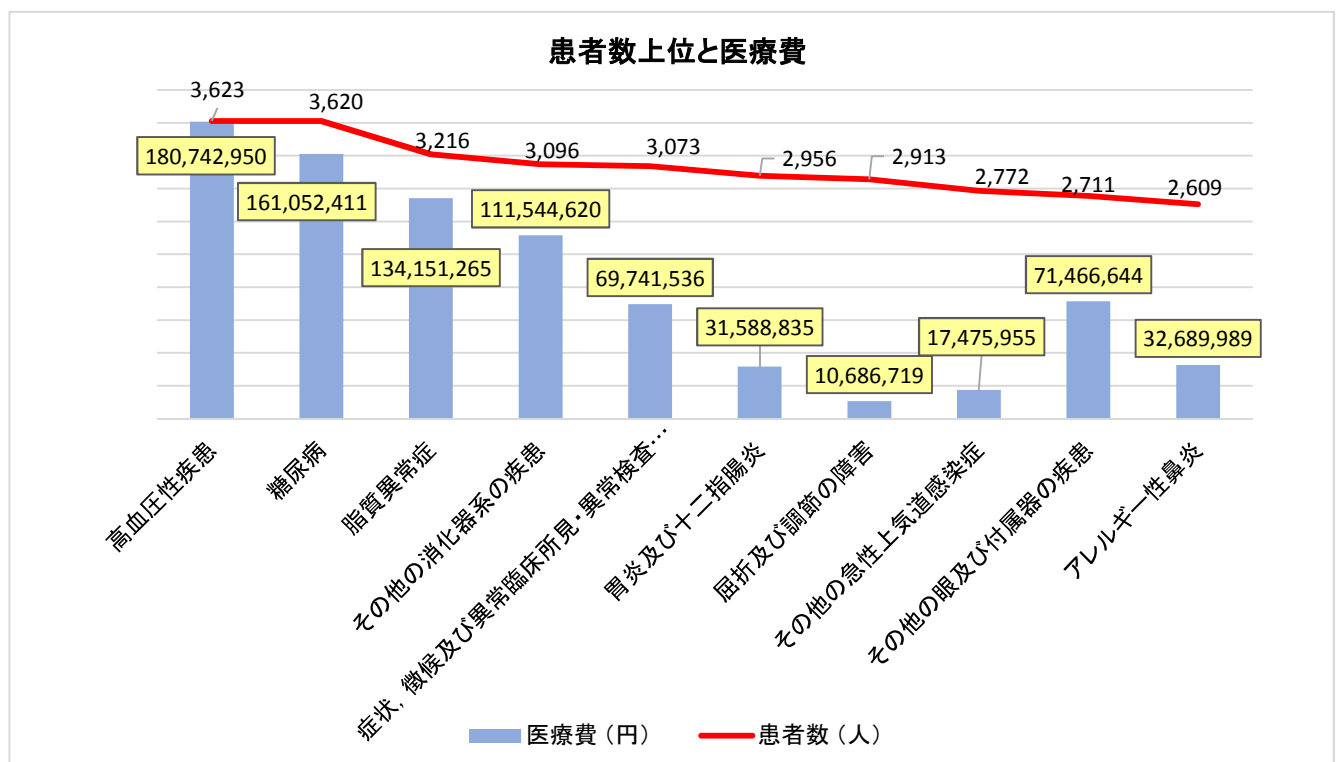
(3) 生活習慣病に特化した患者数の多い疾病

生活習慣病に特化した患者数の最も多い疾病は、「高血圧性疾患」「糖尿病」及び「脂質異常症」であり、全体の上位3位を占めていて、心血管疾患の危険因子として、重大疾病の発症に関与していることが推測される。

図表：中分類による患者数上位10疾病

生活習慣病に由来する疾病

順位	中分類疾病項目	患者数 (人)	構成比 (%) (患者数全体に対して 占める割合)	医療費 (円)
1	高血圧性疾患	3,623	32.4%	180,742,950
2	糖尿病	3,620	32.4%	161,052,411
3	脂質異常症	3,216	28.8%	134,151,265
4	その他の消化器系の疾患	3,096	27.7%	111,544,620
5	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの	3,073	27.5%	69,741,536
6	胃炎及び十二指腸炎	2,956	26.4%	31,588,835
7	屈折及び調節の障害	2,913	26.1%	10,686,719
8	その他の急性上気道感染症	2,772	24.8%	17,475,955
9	その他の眼及び付属器の疾患	2,711	24.3%	71,466,644
10	アレルギー性鼻炎	2,609	23.3%	32,689,989



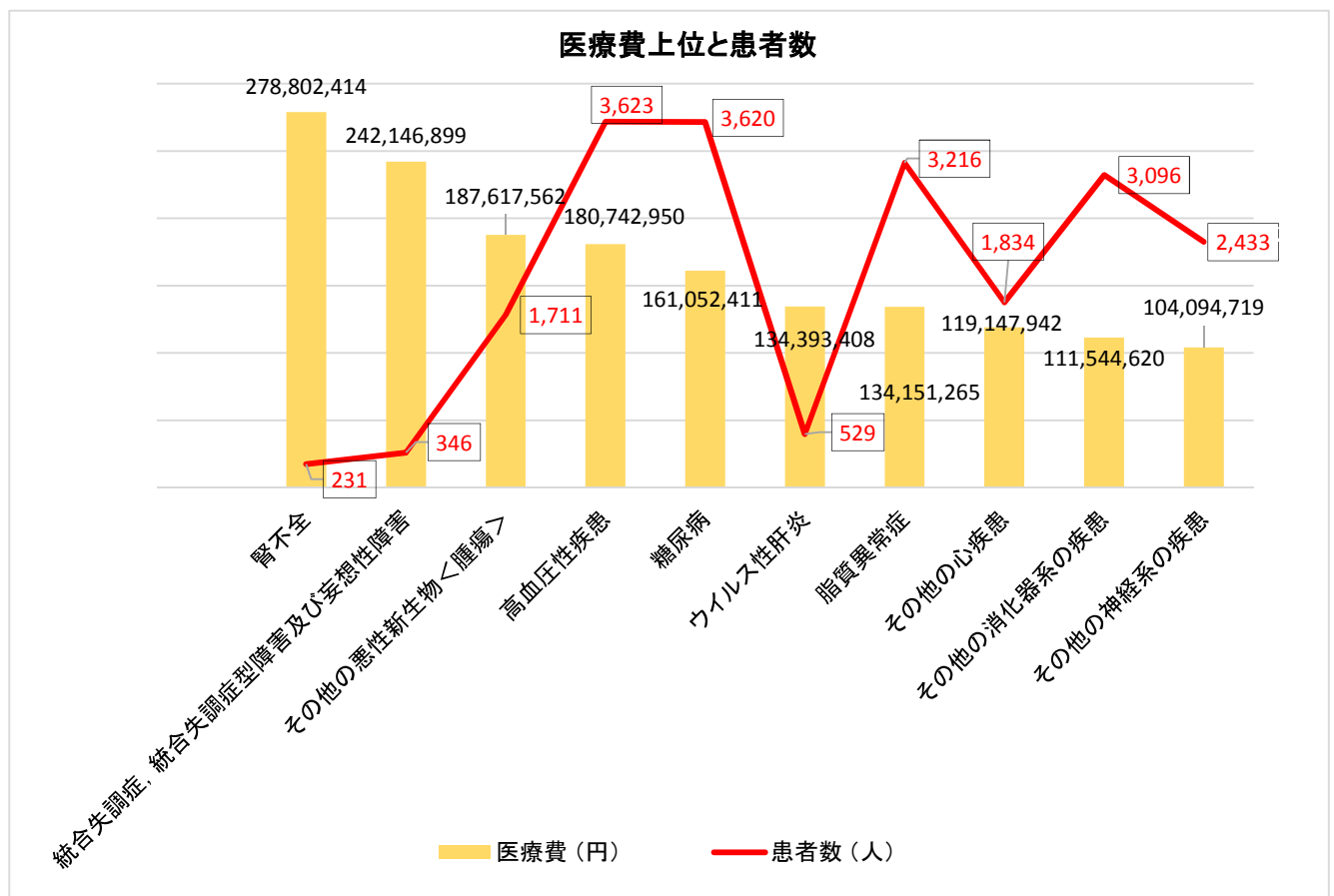
(4) 医療費が高額な疾病

中分類疾病による医療費総計で最も高い疾病は「腎不全」7.3%であり、患者一人当たりの医療費上位1位である。また、「高血圧性疾患」4.7%は4位、「糖尿病」4.2%は5位であり、糖尿病性腎症を引き起こし、人工透析に至る可能性が最も高い疾病である。

図表：中分類による医療費上位10疾病

生活習慣病に由来する疾病

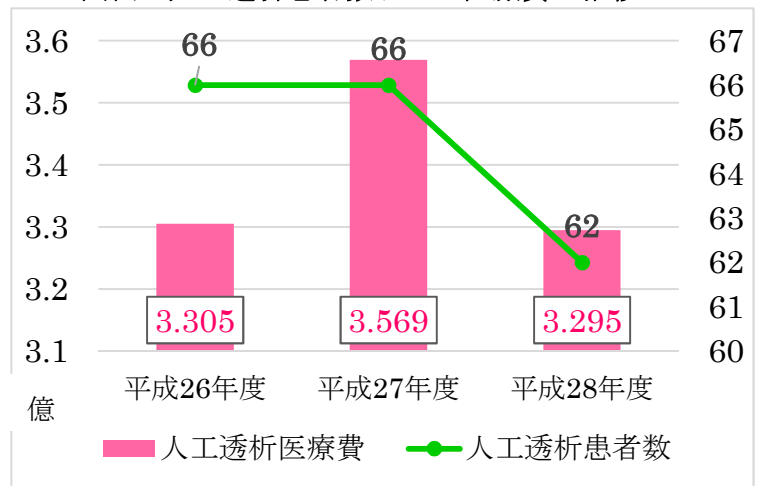
順位	中分類疾病項目	医療費 (円)	構成比 (%) (患者数全体に対し て 占める割合)	患者数 (人)
1	腎不全	278,802,414	7.3%	231
2	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	242,146,899	6.3%	346
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	187,617,562	4.9%	1,711
4	高血圧性疾患	180,742,950	4.7%	3,623
5	糖尿病	161,052,411	4.2%	3,620
6	ウイルス性肝炎	134,393,408	3.5%	529
7	脂質異常症	134,151,265	3.5%	3,216
8	その他の心疾患	119,147,942	3.1%	1,834
9	その他の消化器系の疾患	111,544,620	2.9%	3,096
10	その他の神経系の疾患	104,094,719	2.7%	2,433



(5) 人工透析の実態

平成28年度の透析患者数は62人であり、その内男性39人、女性23人である。また、年齢別透析者数については40代が6人、50代が11人、60代が30人、70代が15人となっている。

図表：人工透析患者数および医療費の推移



図表：平成28年度 人工透析の医療費

医療費 (円)	医療費 (円) 【一人当たり】	医療費 (円) 【ひと月当たり】
329,504,480	5,314,588	442,882

人工透析患者一人当たりの医療費

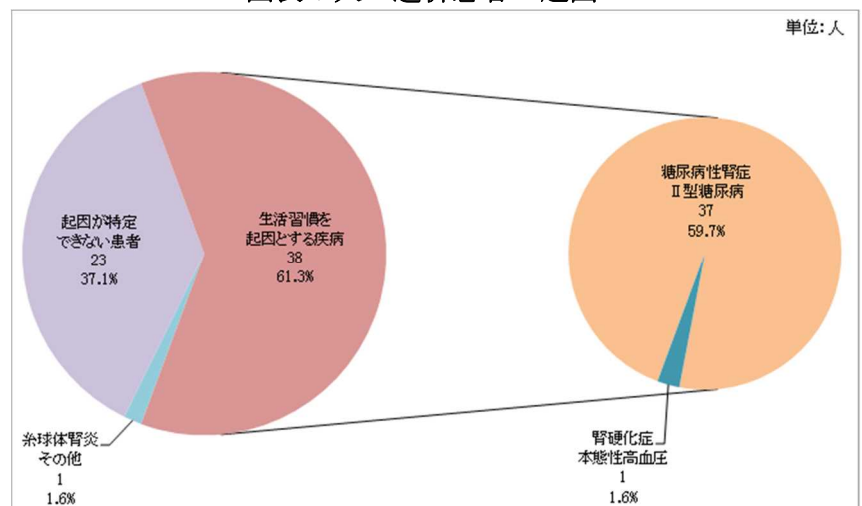
平均 **530万円**／年

図表：人工透析患者の起因

透析に至った起因	透析患者数 (人)	割合 ※ (%)	生活習慣を 起因とする疾病	食事療法等指導することで 重症化を遅延できる 可能性が高い疾病
① 糖尿病性腎症 I型糖尿病	0	0.0%	-	-
② 糖尿病性腎症 II型糖尿病	37	59.7%	●	●
③ 糸球体腎炎 IgA腎症	0	0.0%	-	-
④ 糸球体腎炎 その他	1	1.6%	-	●
⑤ 腎硬化症 本態性高血圧	1	1.6%	●	●
⑥ 腎硬化症 その他	0	0.0%	-	-
⑦ 痛風腎	0	0.0%	●	●
⑧ 起因が特定できない患者 ※	23	37.1%	-	-
透析患者合計	62			

「透析」は傷病名ではないため、「透析」にあたる診療行為が行われている患者を特定し、分析した結果、61.3%が生活習慣を起因とするものであり、その59.7%が糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症であることが分かった。

図表：人工透析患者の起因

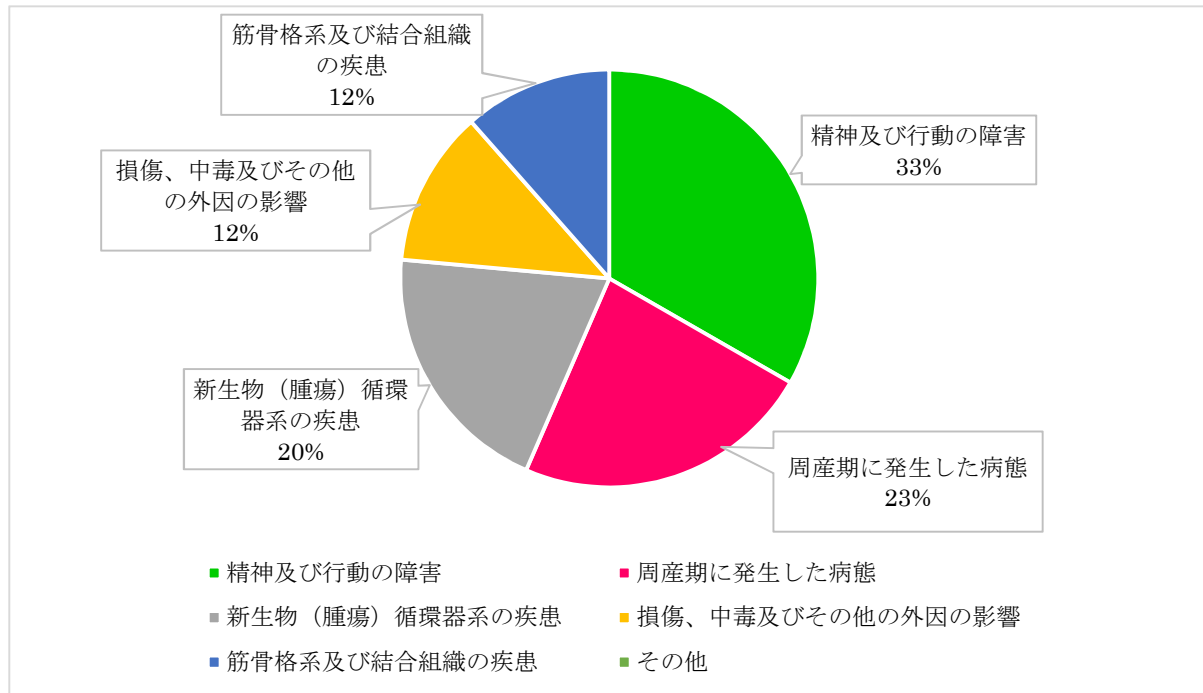


人工透析患者62人のうち、生活習慣を起因とする疾病から人工透析に至ったと考えられる患者は38人、そのうち37人が糖尿病性腎症II型糖尿病によるものである。透析患者の6割は糖尿病性腎症であり、人工透析へ移行する最も多い患者である。

(6) 入院・入院外の疾病と医療費分析

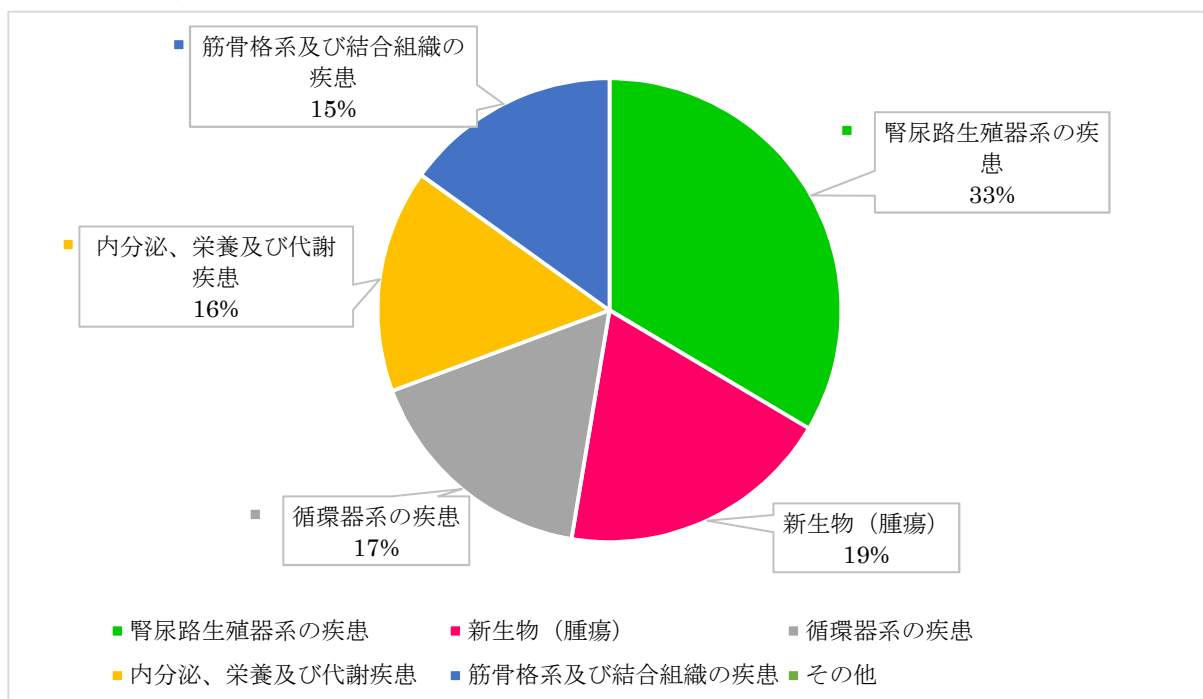
入院医療費総計及び患者一人当たりの医療費でもっとも高額な疾病は「精神及び行動の障害」(入院総額 277,796,723 円、入院患者数 170 人)であり、精神疾患の長期入院のため上位となっている。

図表：入院 患者一人当たりの医療費



入院外の一人当たりの医療費が最も高いのは「腎尿路生殖器系の疾患」で全体の 33%を占めている。患者数は 2,367 人と少ないが医療費総額が 312,163,019 円と高いため、一人当たりの医療費が高額となっている。

図表：入院外 患者一人当たりの医療費



(7) 多受診（重複・頻回受診）の実態

【重複受診】

3ヶ月間継続して同一診療科で月4件以上の複数医療機関に受診している者についてレセプトデータを用いて分析した。ひと月平均11人程度の重複受診者が確認できた。

図表：重複受診の要因となる主な上位疾病

		順位	病名	分類	割合(%)
12ヶ月間の延べ人数	129	1	不眠症	神経系の疾患	23.4%
		2	アレルギー性鼻炎	呼吸器系の疾患	5.1%
12ヶ月間の実人数	81	3	変形性膝関節症	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
		4	腰痛症	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.3%
		5	気管支喘息	呼吸器系の疾患	4.0%

【頻回受診者】

3ヶ月間継続して、同一医療機関で月15日以上受診している者についてレセプトデータを用いて分析した。ひと月平均57人程度の頻回受診者が確認できた。

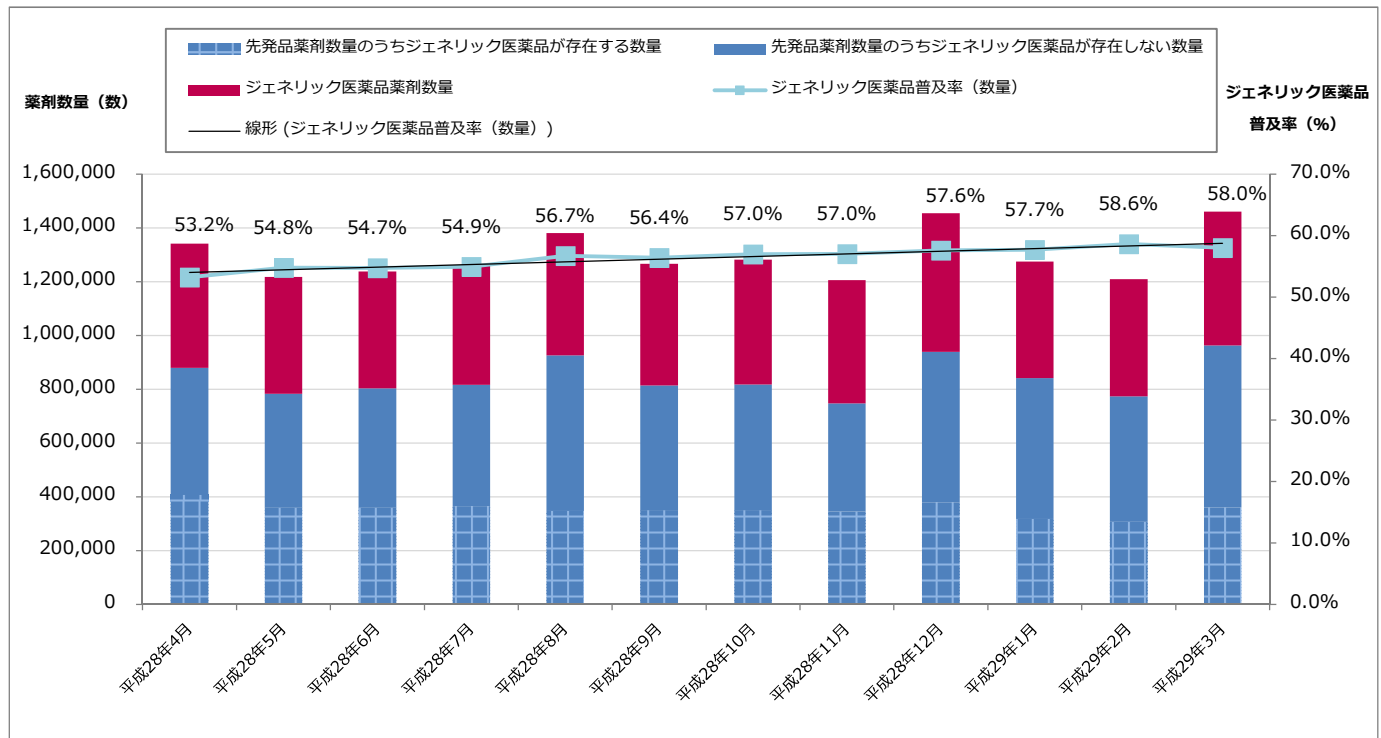
図表：頻回受診の要因となる主な上位疾病

		順位	病名	分類	割合(%)
12ヶ月間の延べ人数	686	1	変形性膝関節症	筋骨格系及び結合組織の疾患	15.4%
		2	変形性腰椎症	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.1%
12ヶ月間の実人数	263	3	肩関節周囲炎	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.6%
		4	腰部脊柱管狭窄症	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.2%
		5	高血圧症	循環器系の疾患	6.0%

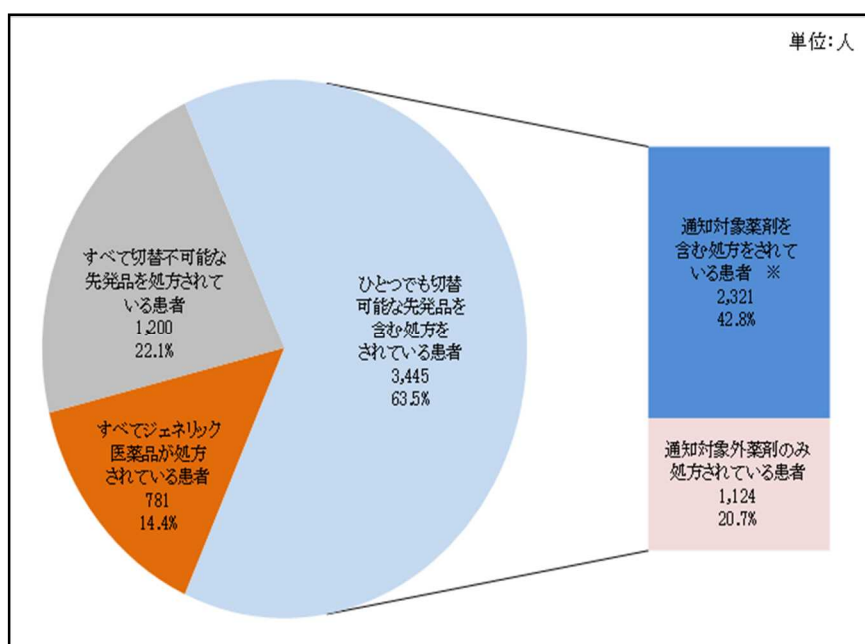
(8) ジェネリック医薬品の使用分析

先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えを患者に促し薬剤費の削減を図る。ジェネリック医薬品への切り替えは複数の疾病に対して行うことができるため、多くの患者に対してアプローチできる利点がある。レセプトデータより数量・患者数においてジェネリック医薬品切り替えポテンシャルを分析した。

図表：ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）



図表：ジェネリック医薬品への切り替え（患者数ベース）



平成29年3月診療分のレセプトで、ひとつでもジェネリック医薬品に切り替え可能な先発品を含む処方をされている患者は3,445人で患者数全体の63.5%を占める。さらにこのうち通知対象薬剤のみに絞り込むと、2,321人（42.8%）がジェネリック医薬品切り替え可能な薬剤を含む処方をされている患者となる。

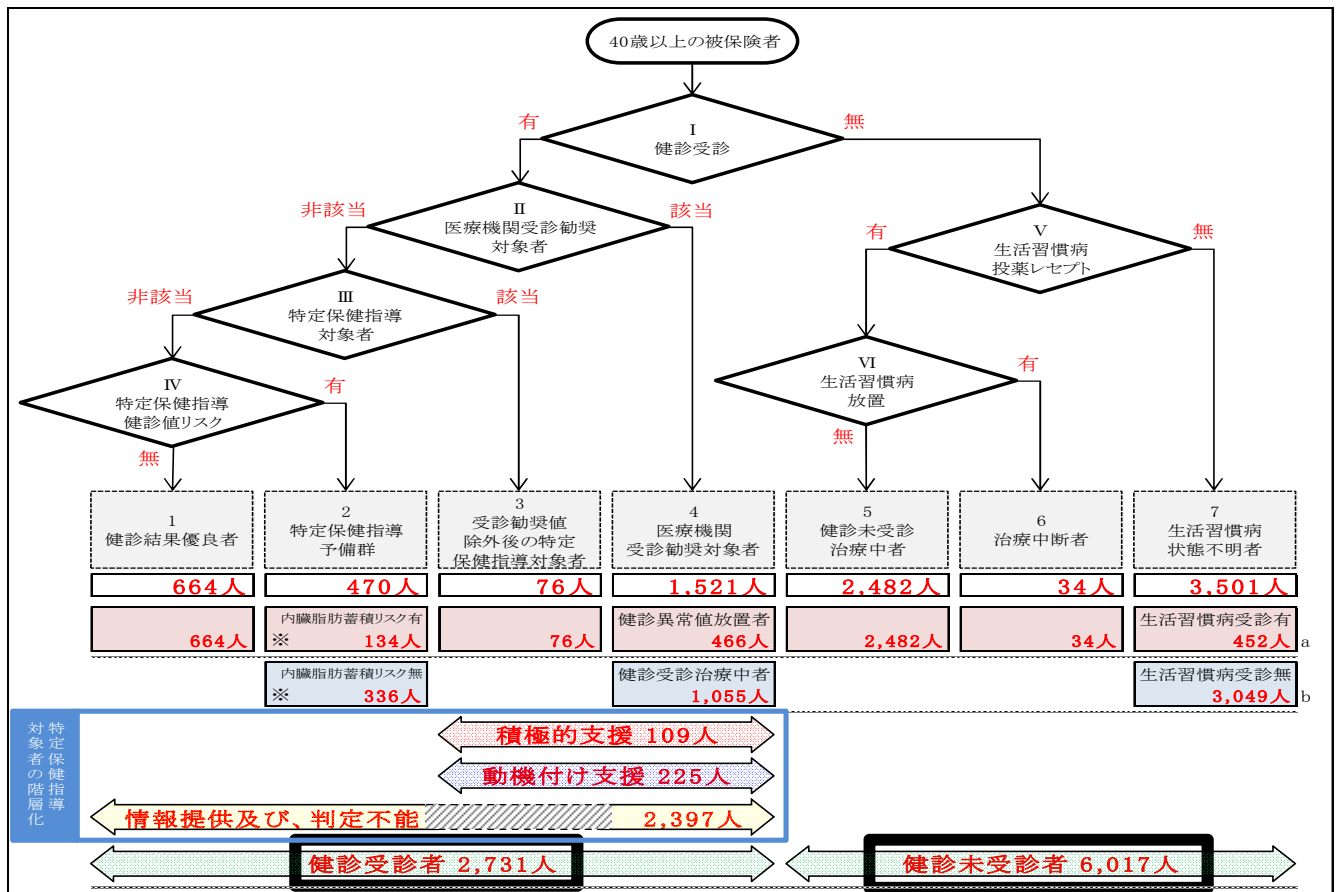
(9) 特定健康診査及びレセプト分析

特定健康診査受診者と未受診者の医療費の比較

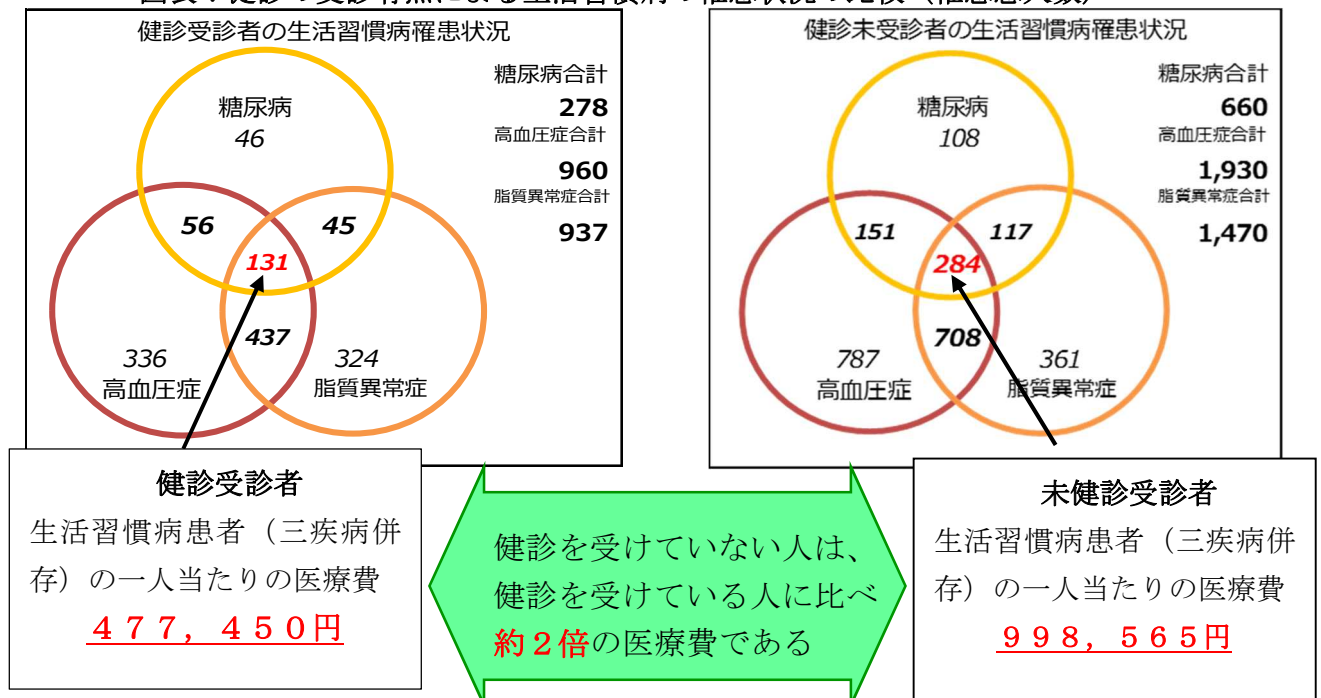
健康診査データとレセプトデータを組み合わせた分析を行う。40歳以上の被保険者について、健康診査データの有無や、生活習慣病にかかわるレセプトの有無等を判定する。

結果、健診を受けていない人は、健診を受けている人に比べ2倍の医療費となっている。

図表：特定健康診査及びレセプトによる対象者群分析



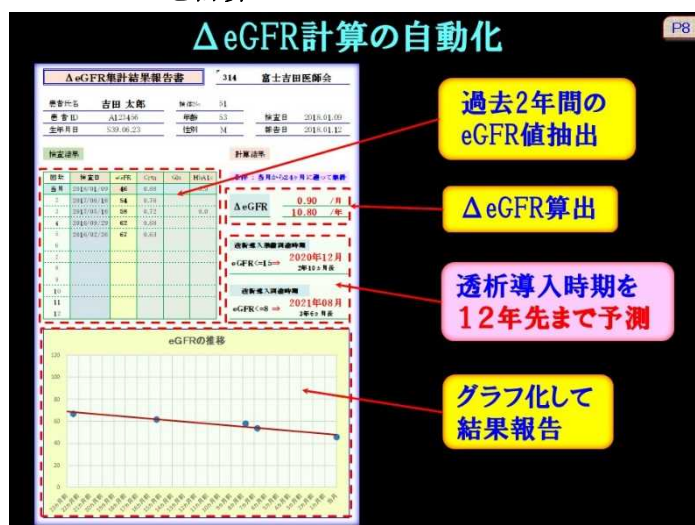
図表：健診の受診有無による生活習慣病の罹患状況の比較（罹患患人数）



(10) 糖尿病性腎症重症化予防の分析

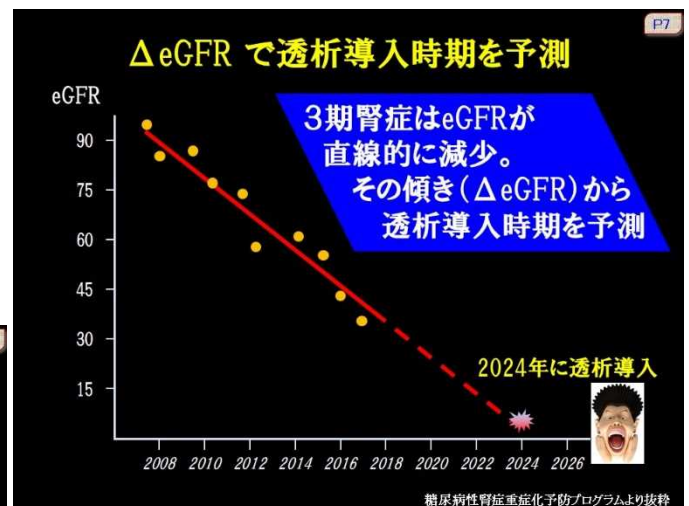
糖尿病性腎症重症化予防については、本市に透析予備群がどれだけいるのかを把握する目的から、富士吉田医師会が構築している急速進行腎症例を見える化をした「透析予防支援システム」により、 $\Delta eGFR$ を計算し、ヒートマップにプロットするという方法を用いてデータ分析をした。

図表：糖尿病性腎症重症化予防

図表：「透析予防支援システム」により、 $\Delta eGFR$ を計算

※「透析予防支援システム」

健康診断や医療機関の検体検査の結果（過去3年間のデータ）を用いて $\Delta eGFR$ を算出し、更に急速進行例（ $\Delta eGFR$ 5ml/min/1.73²m/年）を抽出し、透析導入時期を予測するシステム

図表： $\Delta eGFR$ で透析導入時期を予測する※「 $\Delta eGFR$ 」

腎臓の働きを表す指標「推算糸球体濾過量」であり、腎臓が老廃物を尿として排泄する能力の数値が低いほど腎臓の働きが悪い

(正常値：60以上)

(異常値：8以下)

(出典) 富士吉田医師会 (H29.1月集計)

図表：ヒートマップにプロットする。
 Δ eGFR（eGFRが20.1以上60.0以下）

Baseline eGFR	% Δ GFR									Total
	-53	-40	-30	-25	-20	-10	0	10	25	
20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
25	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
30	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
35	0	1	0	1	1	1	3	1	0	8
40	0	0	0	1	2	4	4	1	1	13
45	0	0	1	1	2	3	11	4	0	22
50	0	0	0	1	2	42	77	46	10	178
Total	0	1	2	5	7	51	95	53	11	225

平成28年度に実施した特定健診1,950件の中で、過去5年間に2回以上受診した1530件を抽出し、腎機能が低下例(eGFRが20.1以上60.0以下)225例をプロットした。

※ヒートマップ

% Δ eGFR（新たに検査を受けた数値と過去の数値と比較した変化率）を規定のマップに入力しデータを可視化した表

Baseline eGFR	% Δ GFR								
	-53	-40	-30	-25	-20	-10	0	10	25
20	N=3 (1.3%)			N=3 (1.3%)					
25									
30									
35				N=219 (97.8%)					
40									
45									
50									

結果、過去5年間に2回以上受診した被保者において、**5年以内**に透析導入となる可能性が高い方が**3名存在**するという結果が得られた。

(出典)

富士吉田医師会（H29.1月集計）

※イエローとブルーの範囲は腎機能低下があるものの腎機能低下速度は緩やかで5年以内に透析にいたる危険は少ない群。

※オレンジは2年間で腎機能が30%以上と急速に低下していて5年以内に透析になる危険性が高い群。

4. 健診・医療費データに基づく健康課題と対策

課 題	対 策	対策となる事業
特定健康診査の受診率が第1期データヘルス計画の目標値に到達していない。 疾病中分類において生活習慣病に特化した患者数が全体の上位3位を占め、医療費も多額である。 健診を受けていない人は、健診を受けている人に比べ、生活習慣病患者（三疾病併存）の一人当たりの医療費が2倍となっている。	特定健康診査の受診率向上を図り、必要な人に特定保健指導を行うことにより生活習慣病を予防する。	◆特定健康診査受診率向上事業 ◆特定保健指導実施事業
疾病中分類による患者数の上位1～3位を「高血圧性疾患」「糖尿病」「脂質異常症」が占めており、特定健康診査の有所見状況を国と比較すると男女共に「収縮期血圧」「血糖」が有意に高い。特定健診の間診からみえる生活状況では「喫煙」、「身体活動不足」、「食事のとり方」に問題がある割合が県と比較して高く、このような生活状況が生活習慣病を引き起こしやすい。	糖尿病予備軍に対し、個々の生活状況に応じた保健指導を行うことで生活習慣の改善を図り、人工透析の要因の半数以上を占める糖尿病の発症を予防する。	◆糖尿病発症予防事業
人工透析患者のうち生活習慣病を起因とする患者が38人（61.3%）存在する。 糖尿病は進行すると腎症に至り人工透析に移行する危険性がある。	糖尿病（疑いを含む）通院中の被保者において、5年以内に透析導入となる可能性が高い方3名に対して、早期に保健指導を行い、生活習慣を改善することで、腎症の悪化を遅延させる。	◆糖尿病性腎症重症化予防事業
重複・頻回受診は疾患名、周りの環境・状況など個々の情報把握が大切である。頻回受診については整形外科の患者が多くを占めており、医師の指導の下、通院しているケースが多い。	個別訪問を主とした直接指導を実施し、継続して行うことで改善が図られ、医療費の適正化に努める。	◆重複・頻回受診者適正化指導事業
国が定める現在の目標（80%以上）と比較して低い状況にある。	先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替え勧奨を患者に促し、薬剤費の削減を図る。	◆ジェネリック医薬品普及促進事業

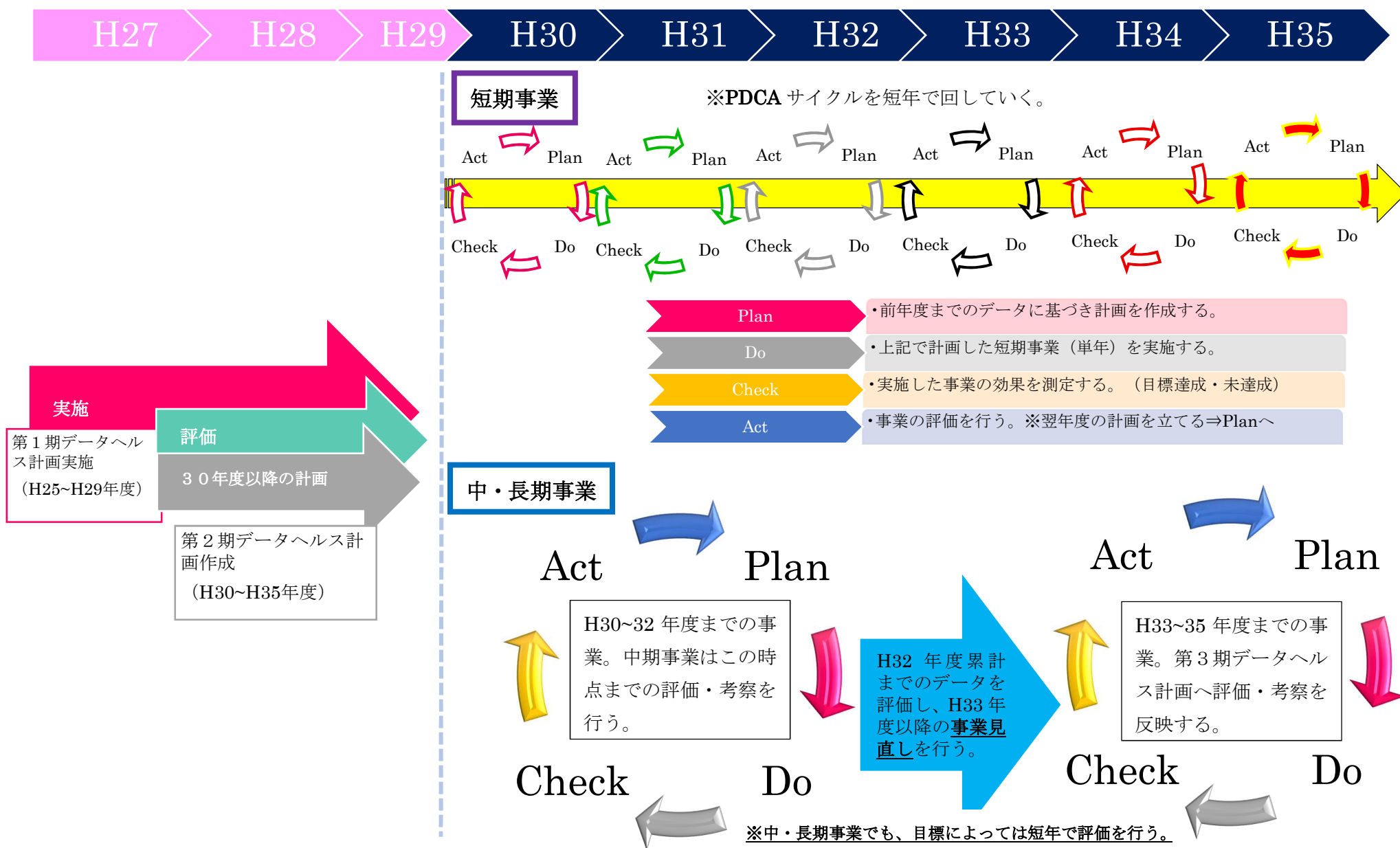
第3章 保健事業実施計画

1. 各事業の概要一覧

第2期データヘルス計画にて、実施する事業一覧を以下に示す。

取組み	アウトプット	アウトカム	
		短期目標値	中長期目標値
特定健康診査(特定健診)受診率向上事業	・対象者への通知を100%実施、対象者への電話勧奨実施率80%以上、戸別訪問実施率80%以上。	特定健診受診率、前年度比2%向上	平成35年度に受診率45%を達成
特定保健指導事業	・特定健診による特定保健指導対象者への年度内通知率100% ・指導対象者アンケート通知率100% ・対象者への通知率100%	特定保健指導受診率、毎年比5%向上	・特定保健指導利用率45% ・特定保健指導継続率70%以上 ・特定保健指導生活習慣改善率65% ・平成35年度のメタボ該当者・予備群の割合23%
糖尿病発症予防事業	・対象者への通知率100% ・結果報告会の実施率100% ・結果報告会後の状況確認実施率100%	・OGTTの受診率40%以上を維持 ・指導完了者の生活習慣改善率が80% ・指導完了者の検査値改善率が50% ・指導完了者が翌年の特定健診において「要医療」に移行しない割合が85%以上を維持	・平成35年度の特定健診受診者の糖尿病判定「異常なし」の割合が40%以上 ・平成35年度の特定健診受診者の糖尿病判定「要医療」の割合が7.7%以下
糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者の適宜訪問指導100%実施	*腎機能を低下せない ・1日水分摂取量1.5～2リットル ・1日食塩摂取量平均値10g以下を維持する。	*QOLの向上、生活機能を低下させない *人工透析に移行しない
重複頻回受診事業	対象者への指導を100%実施する	①重複受診者改善率80% ②頻回受診改善率60%	
ジェネリック医薬品(後発品)普及促進事業	・対象者へ年2回通知通知率100%	ジェネリック医薬品使用率前年度比3%向上	使用率70%

2. 全体のスケジュール



3.各事業の実施内容と評価方法

(1) 特定健康診査受診率向上事業

【事業目的】

特定健康診査の受診率向上を目指す。

前年度より受診率を向上させる。具体的には前年度より2%受診率向上を目指す。

【事業概要】

40歳から74歳までの国民健康保険有資格者を対象とし、通知文、電話、地元テレビ局や市の広報等のメディアを活用し、特定健康診査の受診を促す。特に未受診者に対しては随時受診勧奨を行う。受診率が高い地区へ直接戸別訪問を実施し、健診の案内やその場で受付を行うことで、より多くの受診者を増やすよう努める。また健診の助成事業等し、受診率向上に努める。

【実施内容】

① 対象者へ受診勧奨通知(年3～4回を予定)を実施

1回目：5月上旬に通知(対象者：40歳から74歳の全ての国保被保険者)

2回目：7月～8月中に通知(1回目通知以降、この時点で未受診者の者)

3回目：9月～10月中に通知(1、2回目の通知以降、この時点で未受診者の者、且つ昨年度受診している者が対象)

4回目：必要であれば11月以降に実施。

② 受診率の高い地区へ戸別訪問を実施(国保世帯のみ)

第1期計画においては受診率が低い地区の戸別訪問を実施したが、平成30年度以降はより効率的に受診率を向上させるため、直近の過去3ヵ年における市内各地区別受診率のうち、比較的受診率の高い地区を戸別訪問する。平成30年、31年と2年間実施した後に効果を検証し、受診率向上が達成出来れば平成32年度以降も同じ方法で戸別訪問を実施していく予定であり、受診率向上の効果があまり見られないようであれば、訪問対象の条件等を見直ししていく予定である。

訪問の際には対象者へ健診受診勧奨、健診(がん検診を含む)の受付、かかりつけ医情報提供同意書の提供依頼、などを実施。

*実施時期：6月から7月頃を目処に実施(土日の数日間と平日夕方以降の数日間)。

③ 節目の年齢を迎える対象者へ直接電話にて健診受診勧奨を実施

当該年度において40歳、50歳、60歳を迎える被保険者に対し、直接電話にて健診受診勧奨を促す、健診の受付を行う、かかりつけ医情報提供同意書の提供依頼を呼びかける。

*実施時期：8月から9月頃を目処に実施(約2週間程度の期間)。

④ 広報、地元テレビ局等メディアを活用して受診勧奨実施

市の広報にて随時健診受診勧奨を呼びかけていく。地元テレビ局を利用し、健診受診勧奨番組を放映する(7月から10月までの4ヶ月間と12月の1ヶ月間の計5ヶ月間)。平成30年度以降は番組放映回数を増やし、周知強化に努める。新しい試みとしてSNS(Facebook等)を活用し、若年層

(40代から50代)をターゲットとした健診受診勧奨を随時呼びかける。また、40代と50代に対しては市のイベント(市民夏まつりや農業まつり等)開催時において、健診に関するアンケートを実施し、「健診を受けているか否か」、「健診を受けない理由」、「どうすれば健診を受けるか」などについて質問し、40代、50代の意見や要望を把握し、この年代の対象者が少しでも多く健診を受診するような施策を行っていく。

⑤ 健診に対する助成

過去数年間の本市の健診受診者を検証すると、各年代において男性よりも女性のほうが健診受診者が多いことがわかる。このことより、平成30年度以降において、家族で2名以上(対象者：40歳から74歳までの国保資格者)が市の健診を受診すれば、1人分の自己負担額を割引する、等の新しい試みを実施し、少しでもより多くの男性受診者を増やしていく。

＊助成対象：同一世帯の中で40歳から74歳までの国保有資格者が2名以上、市の健診を受診した場合。先着100組から200組程度。

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
	目標値		評価方法
対象者への通知を100%実施、対象者への電話勧奨実施率80%以上、戸別訪問実施率80%以上。	短期	前年度から受診率2%向上	翌年度の法定報告(11月頃)より評価する
	中長期	平成35年度に受診率45%を達成	平成36年度の法定報告(11月頃)より評価する

特定健康診査 年間スケジュール

前年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
P	次年度計画（前年度までのデータを確認し、健診日を確定する）										次年度以降の計画	
D			受診勧奨通知を年間で3～4回実施予定									
			戸別訪問	節目年齢の方へ電話勧奨				未受診者へ個別健診、かかりつけ医情報提供を実施				
				地元テレビ局にて健診受診勧奨番組を放映				番組放映				
C				申込状況をタイムリーに確認、11月頃の法定報告より前年度の健診受診率を確認								
A				申込数によって、随時勧奨等、検討する								

(2) 特定保健指導事業

【事業目的】

生活習慣病該当者及び予備群の減少を目指す

【事業概要】

特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を抽出し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援（面接や電話等）を行う。

【実施内容】

- ・健診データから対象者を抽出する。
- ・健康長寿課と連携し、健康診断後の報告会へ動機付け支援対象者の中から選別した者（特定健診の問診結果で「保健指導希望」「改善意欲有」と回答した者等）へ来庁のはがきを郵送する。
- ・その他動機付け支援対象者、積極的支援対象者は外部委託会社へ勧奨・指導実施を依頼する。
- ・3～6ヶ月後に報告会へ来庁した動機付け支援対象者へ状況確認と最終アンケートを郵送する。返信がなければ勧奨を実施する。

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
	目標値		評価方法
・特定健診による特定保健指導対象者への年度内通知率 100%(年 6～7 回の発送スケジュール) ・指導対象者アンケート通知率 100% ・対象者への通知率 100%	短期	・毎年度利用率 5 % 向上	・年度末に集計
	中長期	・特定保健指導利用率 45% ・特定保健指導継続率 70% 以上 ・特定保健指導生活習慣改善率 65% ・平成 35 年度のメタボ該当者・予備群の割合 23%	・市で行った保健指導と外部委託会社、石和クワハウスからのデータを集計する。

特定保健指導事業 年間スケジュール

前年度		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
P	次年度計画（健診スケジュール決定に沿って）											次年度以降、計画	
D	前年度対象者指導実施			当年度対象者指導実施（目安翌年度 5 月ごろまで）									
C											評価		
A		外部委託会社と調整									改善		

動機付け対象者・個別（対象者個人）スケジュール目安（例として動機付け対象者を図表化）

	健診	対象者抽出	初回面談	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
P	特定健診・人間ドック受診	左記結果によって対象者抽出⇒情報収集		必要に応じて対象者へ連絡を取る					
D			面談実施	改善が見込まれる対象者は3ヶ月後に最終評価		最終確認（アンケート送付）			最終確認（アンケート送付）
C			面談後記録・評価			評価			評価
A			指導方法検討（カンファレンス）			改善状況の確認			改善状況の確認

(3) 糖尿病発症予防事業

【事業目的】

糖尿病予備群を減少させ、糖尿病の発症予防を目指す。

【事業概要】

- ・ 特定健康診査の結果から糖尿病予備群を特定し、対象者が生活習慣の振り返りや見直しを行うことで検査値が改善できるよう、専門職による面接や電話等の支援を行う。

【実施内容】

- ・ 健診結果データから糖尿病予備群（OGTT 対象者）を抽出する。
- ・ OGTT 対象者のうち、※糖尿病未治療者で「保健指導希望」「改善意欲あり」の者へ結果報告会の案内はがきを郵送する。
- ・ 結果報告会等で面談を実施し、対象者が検査値や生活習慣の振り返りから糖尿病の発症リスクを理解し、OGTT の受診、個々の課題への取り組みのきっかけをつくる。
- ・ 生活習慣の確認用のアンケートを実施し、個々の課題に合わせた改善策を対象者と一緒に考え、実行・継続できるよう支援する。
- ・ 初回面談の2週間後、1ヵ月後、2ヵ月後に、課題克服のための改善策が継続できているか確認、引き続き実行できるよう電話・面談・通知等による支援を実施する。
- ・ 初回面談の3ヵ月後に、フォローアップ検診・アンケートを実施し、評価する。
- ・ 翌年、特定健診を受診するよう勧奨する。

※糖尿病未治療者：インスリン注射または血糖を下げる薬の服用をしていない者

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
	目標値		評価方法
・ 対象者への通知率 100% ・ 結果報告会の実施率 100% ・ 結果報告会後の状況確認実施率 100%	短期	① 指導完了者の検査値改善率 50% ② 指導完了者の生活習慣改善率が 80% ③ OGTT 対象が翌年度 C 判定（要医療）該当への移行率、前年度比 1% 低下	①、②指導完了後のフォローアップ検診、アンケートから確認。 ③翌年度の健診結果から確認
	中長期	平成 35 年度（最終年度）OGTT 対象が翌年度 C 判定該当への移行する率を 10% 以下（過去 4 年間平均 15.8%）	平成 35 年度の特定健診の結果から確認

※H32 年度累計のデータをもって、事業展開の必要性を検討する。目標が達成されず、データヘルスとして事業継続が必要な場合は、新たな実施内容を検討する。

糖尿病発症予防事業 年間スケジュール

前年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
P	次年度計画(健診スケジュール決定に沿って)										次年度以降、計画		
D				健診結果返却（初回面談）・個別フォロー（3カ月間）実施									
C									評価		評価		評価
A	事業評価												

個別フォロースケジュール目安(例として図表化したもの)

			初回面談	2週間後	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後
P	計画							
D		対象者抽出	面談実施	改善状況確認	改善状況確認	改善状況確認	フォローアップ検診	結果返却
C				評価	評価	評価	検査値・生活習慣変化について評価	指導方法の評価
A			必要に応じて改善行動の変更・指導方法の検討(カンファレンス)					事業評価

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

【事業目的】

糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目指す。

【事業概要】

急速進行例・重症化リスクの高い者で、医療機関での指導のみでは減塩や脱水予防のための飲水などの実施が困難な症例について、正しい生活習慣を身につけることができるように、行政の専門職より対象者に3～6ヶ月間を目安に訪問指導を行う。

【実施内容】

- ① 対象者選出（医師会・医療機関）⇒対象者への説明と同意（医療機関）⇒顔合わせ（対象者・医療機関・医師会・行政）
 - ② 訪問⇒原則として月に一度（管理栄養士・市保健指導員）
 - ③ 適宜訪問の報告・記録、病院からの状態把握（医師会が仲介）
 - ④ 3ヶ月後、今後の方針決定（医療機関・医師会・行政）
- ※個別スケジュールに沿って実施する（次項参照）。

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
	目標値		評価方法
対象者の適宜訪問指導 100%実施	短期	＊減塩や脱水予防することにより腎機能を低下させない ・1日水分摂取量 1.5～2リットル ・1日食塩摂取量平均値 10g 以下を維持する。	・行動変容 ・毎月の検査データチェック
	中長期	＊QOLの向上、生活機能を低下させない ＊人工透析に移行しない	・生活習慣 ・検査データの推移

※推奨値を参考として、個別目標有

糖尿病性腎症予防対策事業 年間スケジュール

前年度		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
P	事業計画											次年度以降、計画	
D		対象者抽出・同意書・顔合わせ・訪問など随時実施。											
C							中期評価				評価		
A							改善				改善		

個別（対象者個人）スケジュール（目安）

	対象者抽出 顔合せ	初 回 訪 問	1 ヶ 月後	2 ヶ 月後		6 ヶ月後		12 ヶ月後		
P	情報収集、 指 導 方 法 等、計画を 立てる		訪 問 前 に 情 報 収 集（病院 → 医 師 会 → 市）		定期的な情報収集	情報収集	定期的な情報収集	情報収集		
D		顔 合 せ	訪 問 指 導	訪 問 指 導 ※月に一度		※この間は医療機 関で定期的に通院 治療を実施		訪問指導	※指導継続・終了は医 師の判断に基づき決定 していく。6ヶ月以降 の指導方法については 6ヶ月後の合同カンフ ァレンス（評価）で決 定。	訪問指導
C			評価			評価		評価	評価	
A			医 師 会 へ 報 告 書 提 出	改 善 状 況 に よ り 指 導 方 法 変 更		指導方法 決定		継続・完了 判断		

(5) 重複・頻回受診事業

【事業目的】

重複・頻回受診者数や重複服薬患者の減少を目指す。

【事業概要】

対象者リストまたはレセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行う。

【実施内容】

①重複受診・重複服薬患者について

- ・対象者を抽出する。
- ・住民記録情報等から個別のデータを把握する。
- ・自宅訪問指導、電話による指導を実施する。
- ・対象者の訪問指導票を作成する。
- ・指導後、3ヶ月分のレセプトをチェックし、再指導や継続管理の必要性を判断する。
- ・月末に対象者の管理票を作成する。

②頻回受診について

- ※上記同様、抽出方法は月20日以上の特設がある者から選定。
- ※ケースによって1度の指導ではなく、継続した指導を実施する。
- ※日中不在の対象者も多いため、時間帯や指導方法（電話や手紙等）を工夫する。

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
	目標値		評価方法
対象者への指導を100%実施する	短期	① 重複受診・重複服薬患者の改善率 80% ② 頻回受診患者の改善率 60%	①、②ともにKDBシステムによるレセプトのチェック

重複・頻回受診事業 年間スケジュール

前年度		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
P	事業計画											次年度以降、計画	
D		随時、訪問指導・電話指導等を行う（対象者抽出⇒指導⇒報告書作成）											
C							中 期 評価				評価		
A							改善				改善		

対象者個別スケジュール（目安）

	対象者抽出	指導	1ヵ月後	2ヶ月後	3ヵ月後	4ヵ月後	5ヵ月後	6ヵ月後	
P	対象者抽出⇒情報収集					3ヵ月分のレセプトチェック		再々確認（レセプト）	4ヵ月後の継続判断の対象者は再確認を行う
D	↓	指導実施				経過により再指導実施		必要に応じて再連絡実施	
C		記録・評価	経過によっては各窓口（福祉・介護等）と協力し、定期的に連絡や状況を確認する。			記録・評価		評価	
A		報告書を提出				完了・継続を検討		改善状況の確認・報告	

(6) ジェネリック医薬品（後発品）普及啓発事業

【事業目的】

ジェネリック医薬品の使用率向上を目指す。

【事業概要】

レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。ジェネリック差額通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。

【実施内容】

- ・年に2回8月・2月にデータ抽出し、はがき圧着形式により「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」を作成し郵送。対象者が使用している医薬品をジェネリック医薬品に切り替えることで、医療費が節約、削減出来る効果をお知らせする(500円以上の医療費節減効果が見込まれる者を抽出)。
- ・毎年、市の広報4月号配布時（全戸配布）に、ジェネリック医薬品啓発パンフレット同封し、使用普及を促す。
- ・1月に成人式を迎える対象者全員にジェネリック医薬品啓発パンフレットを配布し、使用促進を促す。
- ・市内の保育園・幼稚園児を対象に全国健康保険協会山梨県支部(覚書締結)と協働し、「ジェネリック医薬品希望カード(キャラクターの塗り絵)」を作成配布する。この希望カードを子育て中の保護者に配布することで、少しでもジェネリック医薬品に切り替えをしてもらう効果を期待する。
- ・市役所庁舎に「ジェネリック医薬品を使用しましょう」と明記された懸垂幕を随時掲げ、使用普及を促す(懸垂幕は年度当初に全国健康保険協会山梨県支部から借用する)。
- ・上記を実施した結果、翌年度に利用率が向上したかを検証し、向上していれば翌年度以降も上記内容を継続する。反対に使用率向上が乏しかった場合は、差額通知の対象者を節減効果500円以上から400円以上や300円以上に引き下げる。また差額通知の送付回数を増やす等、実施内容を見直していく。

【目標値及び評価方法】

アウトプット・アウトカムを以下の通りとする。

アウトプット	アウトカム		
		目標値	評価方法
差額通知対象者への通知実施率 100%	短期	前年度比使用率3%向上を目指す	医療品利用実態(※)より使用率を確認する
	中長期	平成35年度に使用率70%達成	平成36年度に医療品利用実態(※)を確認する

※医療品利用実態

山梨県国民健康保険団体連合会から提供される各市町村別の医療費使用状況データ(毎月提供される)に基づき本市の使用率状況を確認する。

ジェネリック医薬品普及啓発事業 年間スケジュール

前年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
P	次年度以降の計画策定										次年度計画	
D		パンフレット配布	保育園等での情宣活動		差額通知1回目の発送					新成人へ普及啓発パンフレットを配布	差額通知2回目の発送	
		市役所庁舎にて、普及啓発の垂れ幕を随時掲示する										
C				ジェネリック医薬品の使用状況や差額通知の効果を検証し、次年度以降の促進事業に反映させる								
A				差額通知の発送回数を増やす、あるいは 500 円以上の効果を 400 円や 300 円に引下げて、差額通知対象者を増やし、使用促進に繋げる、などを検討、実行する								

4. 連携課の事業概要一覧

第2期データヘルスにおいて、本市国民健康保険室は健康長寿課（健康推進）と連携を図り、被保険者の健康推進に努め、事業を実施していく。以下に健康長寿課での事業一覧を示す

（平成30年度実施予定事業・データヘルス計画と連動している事業有）。

①健康づくり

	事業名	目的・目標	対象	事業内容
1	健康ポイントラリー	健康診断を受診し、健康を意識しながら生活できる市民を増やすことで、市民の多くが高齢者になっても楽しくいきいきと生活できるようにする。	20歳以上の市民	市で実施する各種検診、健康づくり事業、介護予防事業、関係イベント等に参加することでポイントが加算され、50Pで500円のクオカード、100P取得すると抽選で豪華記念品と交換する。
2	健康にチャンス&チェンジ	自分の身体や生活習慣等に関心を持ち、楽しみながらチームで参加することで健康づくりへのきっかけとし、自己の健康管理につなげていく。	◆基本要件◆ 市民または市内に勤務する方で2人または3人1組のチームを編成、市内の家族で2人または3人1組のチームを編成 ◆個別要件◆ ・『チーム100万歩』…チームの代表者は20歳以上の方 ・『チーム休肝日』…チーム全員20歳以上で毎日飲酒をしている方 ・『チーム禁煙』…チーム全員20歳以上で、毎日喫煙している方 ・『チーム減煙』…チーム全員20歳以上で、毎日喫煙している方	・『チーム100万歩』 2人または3人1組のチームを編成し、90日間の歩数の合計で「100万歩」を目指す。 ・『チーム休肝日』 2人または3人1組のチームを編成し、60日間で「週2回お酒を飲まない日（休肝日）」を設ける。 ・『チーム禁煙』 2人または3人1組のチームを編成し、60日間連続して禁煙を目指す。 ・『チーム減煙』 2人または3人1組のチームを編成し、60日間で申込み時のチーム全体の本数を半分まで減らす。
3	健康にチャンス&チェンジ～ファミリー限定チャレンジ～	自分の身体や生活習慣等に関心を持ち、楽しみながらチームで参加することで健康づくりへのきっかけとし、自己の健康管理につなげていく。	◆基本要件◆ 市内に住所のある家族のみ ◆個別要件◆ ・『チーム減塩』…家族での申込みのみ ・『チーム朝ごはん』…1歳～18歳（高校生）までの子どもがいる家族での申込みのみ	・『チーム減塩』 60日間のチャレンジで減塩を目指す。 ・『チーム朝ごはん』 60日間のチャレンジで、朝ごはんの定着を目指す。
4	ふらっと体力アップ倶楽部	シニア世代が健康でいきいきと自立した生活ができるだけ長く送ることができる。	60歳以上の市民	年間を通じて月2回、2ヶ所で実施。ボールを使った筋力トレーニングや無理なくできるストレッチを1時間程度実施する。
5	筋力パワーアップ教室	運動の楽しさを感じることで運動の習慣化を支援する。生活習慣病予防、重症化予防を図る。	市民	年間を通じて月2回。保健推進委員会が主体となり、体脂肪測定、3分間体操を実施。専門の講師による運動を実施する。

②食生活

	事業名	目的・目標	対象	事業内容
1	突撃！吉田の家庭 おかず塩分 チェック	山梨県は平成26年度の国民健康・栄養調査において塩分摂取量が最も多いという結果があり、高血圧や心疾患のリスクが懸念されることから、各家庭の食事の塩分チェックを行い、塩分摂取量の現状を知る。また、「適塩・適量」を知っていただき、生活習慣病の予防につなげる	市民	各家庭に訪問し、おかずや味噌汁の塩分チェックを行う。その結果を踏まえ、必要であれば栄養指導・栄養相談を行う。また、減塩のポイントや工夫のリーフレット、減塩メニューなどを作り配布する。各教室（運動教室など）の案内も行い、健康増進に関する情報を提供し、一次予防を意識してもらう

③健康診査

	事業名	目的・目標	対象	事業内容
1	基本健診 & がん検診	◆基本健診 生活習慣病やその危険因子を早期発見し、適切な生活改善ができるよう栄養や運動などの生活指導へつなげる 及び治療が必要なものについては早期に医療に結びつけて、疾病の予防や悪化防止を図る。 ◆がん検診 がんを早期発見し、早期治療につなげることを、検診を受けたことをきっかけに、予防に向けて行動できるようになることを目的とする。	◆基本健診 75歳以上の後期高齢者、20～39歳の健診を受診する機会のない方 ◆がん検診 40歳以上の市民 （前立腺がん検診は50歳以上の男性、乳がん検診は30歳以上の女性、喀痰検査は50歳以上かつ喫煙指数600以上の方、肝がん検査・肺レントゲン検査は30歳以上の方）	7～11月頃に基本健診・がん検診、骨粗鬆症検査の集団健診を実施する。年間を通じて乳がん検診、子宮がん検診の個別検診を実施する。精密検査未受診者には受診勧奨を行う。
4	女性の健康増進のためのがん検診推進事業	市が実施する子宮頸がん及び乳がん検診において、一定の年齢の方に検診費用が無料となる無料券（ハガキ）を送付して、検診受診の促進を図り、がんの早期発見と正しい健康意識の普及啓発、がんによる死亡者の減少を図る。	◆乳がん 41歳、46歳、51歳、56歳、61歳の方 ◆子宮頸がん 21歳、26歳、31歳、36歳、41歳の方（※31歳はHPV併用）	子宮頸がん及び乳がん検診において、一定の年齢の者に無料券を送付して受診勧奨を実施する。精密検査未受診者には受診勧奨を実施する。
6	歯周疾患検診	加齢に伴う歯の喪失を予防し、口腔機能を維持することで食べる楽しみといったQOLや健康の維持を目指す。	40歳、50歳、60歳、70歳の方	5月～翌年2月に歯周疾患検診を実施する。検診未受診者、精密検査未受診者には受診勧奨を行う。
7	健診事後指導 （39歳以下）	対象者が健診結果から身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性や改善方法を見つけることを支援することで生活習慣病の発症予防を図る。	基本健診受診者（20～39歳）のうち、メタボリック症候群予備群に該当した方	対象者に対して面接や電話などで結果説明をしながら、生活改善のアドバイスを実施する。
8	健診事後指導	対象者が健診結果から身体状況を理解し、受診や生活習慣の改善の必要性、改善方法を見つけることを支援することで病気の重症化予防を図る。	特定健診・基本健診の結果、血圧・脂質・糖尿病の数値が高値であるが主治医のいない方や乳がん検診（集団）や肝硬度測定検査、子宮がん検診で要精密検査となった方、歯周疾患検診で要指導の方	対象者に対して、面接や電話で結果を説明し、早期の受診勧奨や生活改善の指導を実施する。
9	糖尿病フォローアップ事業	対象者が健診結果から自身の糖尿病の状況を理解し、受診や生活習慣の改善の必要性、改善方法を見つけることを支援することで病気の重症化予防を図る。	特定健診受診者のうち、糖尿病判定がC判定で主治医がいない方	対象者のうち、病院未受診者に対して電話で受診勧奨を実施する。

第4章 第3期富士吉田市特定健康診査等実施計画

1. 計画作成の概要

(1) 計画の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、国民健康保険法(昭和13年第60号)第82条第1項に基づき、被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとした。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第19条(昭和57年法律第80号。以下「法第19条」という。)において、「保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、5年ごとに、5年を1期として、特定健康診査等の実施に関する計画を定めるものとする。」とあり、策定した第2期特定健康診査等実施計画の見直しを行うと共に、第3期特定健康診査等実施計画を策定する。

(2) 計画の目的

本計画は、富士吉田市国民健康保険加入者における糖尿病等の生活習慣病有病者、及びその予備群の減少、及び健康の保持増進を図るために、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するために策定するものである。

(3) 計画の位置づけ

本計画は、国民健康保険法(昭和13年第60号)第82条第1項および「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条の規定に基づき、富士吉田市が策定する計画であり、計画の策定にあたっては、「富士吉田市総合計画」「富士吉田市高齢者福祉・介護保険事業計画」との連携を図ることとする。

(4) 計画の期間

第1期計画及び第2期計画の計画期間は、法第19条に基づき5年を1期とし策定したが、第3期計画の計画期間は厚生労働省の「健診・保健指導等に関する検討会」にて提言されている平成30年度から平成35年度までの6年とする。

(5) 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

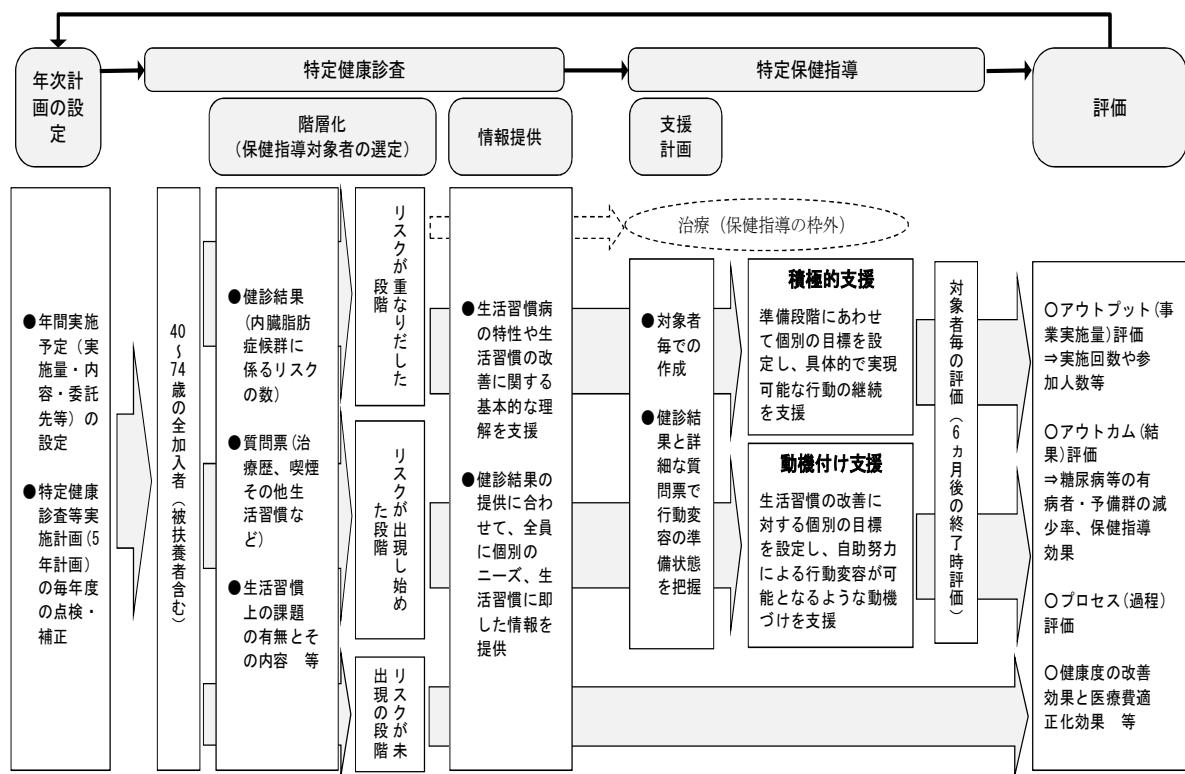
①メタボリックシンドロームに着目する意義

特定健康診査の対象となる生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)に起因することが多く、肥満に加えて高血糖、高血圧、脂質代謝異常の状態が重複すると、虚血性心疾患や脳血管疾患等の動脈硬化性疾患を発症する危険性が高くなる。このため、このメタボリックシンドローム(以下、「メタボ」という)の概念に基づき、生活習慣病を改善して内臓脂肪を減らすことにより、生活習慣病やこれが重症化した動脈硬化性疾患の発生リスクの低減を図るという考えを基本とする。

②特定健康診査等の基本的な考え方

特定健康診査等は、内臓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、糖尿病等生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために実施する。

● 医療保険者における特定健診等の実施の流れ



（出典）厚生労働省保健局「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第2版案）」

(6) 特定健康診査・特定保健指導とは

①特定健康診査とは

富士吉田市国民健康保険等の医療保険者が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、内臓脂肪症候群に着目した検査項目（p. 60 参照）での健康診査を「特定健康診査」という（以下、特定健康診査を「特定健診」という）。

特定健診受診者に対しては、健診結果の提供と同時に、対象者個人の健診及び問診結果を踏まえた、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。

◎基本的な健診の内容

既往症の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長・体重及び腹囲の検査、BMI の測定、血圧測定、血中脂肪検査、肝機能検査、血糖検査、尿検査、

また、基本的な検査項目に市独自の検査項目（貧血検査、HbA1c、心電図検査、腎機能検査、免疫機能検査）を受診者全てに追加で実施している。

◎詳細な健診の内容（一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施）

貧血検査、心電図検査

②特定保健指導とは

富士吉田市国民健康保険等の医療保険者が、特定健診の結果により、健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、動機付け支援・積極的支援を「特定保健指導」という。

◎動機付け支援（対象：特定健診結果からリスクが出現し始めた段階と認められる者）

特定健診受診後、医師・保健師・管理栄養士等の面接による指導の下に、生活習慣の改善に向けた行動計画を策定する。行動計画策定から3ヶ月以上経過後に、行動計画の実績に関する評価を行う。

◎積極的支援（対象：特定健診結果からリスクが重なりだした段階と認められる者）

特定健診受診後、医師・保健師・管理栄養士等の面接による指導の下に、生活習慣の改善に向けた行動計画を策定する。その後1～3ヶ月間、生活習慣改善の継続に向けた電話・手紙等による支援を実施。行動計画策定から3ヶ月以上経過後に、行動計画の実績に関する評価を行う。

2. 特定健診の受診状況とアンケート結果

(1) 特定健診の受診状況

特定健診受診者の有所見者状況及びメタボ該当者・予備群について、下記のとおり分析を行った。

① 特定健診受診率(特定健診を受診した人の割合)の状況

特定健診の受診率は、平成25年度26.9%から平成28年度32.7%と3年間で5%以上の伸びがあったものの、依然として国の目標値である60%と大きな乖離があることが現状である。男女別受診率では、男性は平成25年度24.9%から平成28年度30.4%と増加し、女性は平成25年度29.0%から平成28年度35.1%と増加している。男性より女性の受診率が高い傾向となっている。

● 特定健診の受診状況

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
国保被保険者数(40～74歳)		9,849	9,530	9,164	8,511
特定健診受診者数 (40～74歳) (人)	男	1,242	1,328	1,286	1,317
	女	1,408	1,478	1,413	1,468
	合計	2,650	2,806	2,699	2,785
特定健診受診率 (%)	男	24.9	27.5	27.6	30.4
	女	29.0	31.5	31.4	35.1
	合計	26.9	29.4	29.5	32.7

※資料：法定報告

② 特定保健指導対象者の状況

特定健診受診者に対する、特定保健指導対象者(メタボ予備群及びメタボ該当者)の出現率をみると、メタボ予備群では11%～12%台で推移しており、メタボ該当者では平成25年度から27年度は14%台で推移しているが、28年度に17.3%と急激に増加していることがわかる。年齢層別にみると、40歳代では予備群の出現率が該当者の出現率を上回っており、50歳代以上では該当者の出現率が予備群の出現率を上回っている。

● 特定保健指導対象者出現率(対特定健診受診者)の状況

年度	メタボ予備群	メタボ該当者
平成25年度	11.4%	14.5%
平成26年度	11.3%	14.6%
平成27年度	11.5%	14.3%
平成28年度	12.2%	17.3%

※出現率は、特定健診受診者数をもとに算出。

(2) アンケート結果

①特定健診に関するアンケート結果について

<アンケートの概要>

- ・ 実施期間：平成28年5月2日から平成28年11月30日
- ・ 対象者：40から74歳までの国民健康保険被保険者、9,689人
- ・ 方法：自記式アンケートを対象者に送付、返信用封筒を同封し記入後返送。

<回収結果>

アンケート回収数 1,325件(回収率：13.7%)

ア) 回答者の性別の割合について

No.	性別	回答件数	割合
1	男性	654	49.4%
2	女性	671	50.6%
3	無回答	0	0.0%
	合 計	1325	100.0%

アンケートに回答してくれた男性と女性の内訳はほぼ同じ割合で半数となった。

イ) 回答者の年収について

No.	年収	回答件数	割合
1	0円	76	5.7%
2	1円～210万	631	47.6%
3	210万～600万	438	33.1%
4	600万～900万	65	4.9%
5	900万以上	111	8.4%
6	無回答	4	0.3%
	合 計	1325	100%

回答者の中で最も多かったのは「1円から210万円」の年収に該当する人で、回答者の約半数を占めた。

ウ) 回答者の職業について

No.	職業	回答件数	割合
1	自営業	374	28.2%
2	専業主婦	236	17.8%
3	農業	12	0.9%
4	会社員	66	5.0%
5	パート	148	11.2%
6	アルバイト	68	5.1%
7	無職	338	25.5%
8	その他	56	4.2%
9	無回答	27	2.0%
	合 計	1325	100.0%

回答者の職業のうち、最も多かったのは「自営業」であり、次に「無職」が多く、この2つで半数以上を占めた。

エ) 市の健診受診頻度について

No.	市の健診受診頻度	回答件数	割合
1	毎年	818	61.7%
2	数年に一度	179	13.5%
3	受けていない	186	14.0%
4	無回答	142	10.7%
	合 計	1325	100.0%

回答者の健診受診頻度について、最も多かったのは「毎年」で約6割を占め、毎年健診を受けている多くの人がアンケートに回答してくれたことが窺える。

オ) 健診を受診しない理由(複数回答可)

No.	受診しない理由	回答件数	割合
1	治療中・入院中	75	5.1%
2	健康だから	33	2.3%
3	行く暇がない	32	2.2%
4	毎年は不要	16	1.1%
5	費用が高い	15	1.0%
6	受診方法が不明	4	0.3%
7	忘れていた	5	0.3%
8	面倒だから	18	1.2%
9	検査が苦痛・不安	8	0.5%
10	交通手段が無い	1	0.1%
11	病気も仕方がない	4	0.3%
12	かかりつけ医を希望	80	5.5%
13	悪い結果が怖い	8	0.5%
14	時間がかかる	13	0.9%
15	育児介護で行けない	4	0.3%
16	託児できないから	0	0.0%
17	会社で受診	8	0.5%
18	誰も気にかけない	1	0.1%
19	ゆとりが無い	2	0.1%
20	その他	32	2.2%
21	無回答	1101	75.4%
	合 計	1460	100.0%

健診を受診しない理由で最も多かった回答は「かかりつけ医を希望(かかりつけ医で健診受診しているから)」であり、次に「治療中・入院中」が多かった。本市においては平成 25 年度よりかかりつけ医で健診を受診している人から健診の検査結果情報提供を実施している。例年 100 件前後の提供を受けているが、このアンケートからも「かかりつけ医で健診を受診している」人はまだまだ多くいることが窺えるため、今後より多くの人から情報提供をもらえるような仕組み・方法を講じていく予定である。

カ) 健診を受けたい時期(複数回答可)

No.	受診希望月	回答件数	割合
1	6月	391	23.9%
2	7月	265	16.2%
3	8月	116	7.1%
4	9月	188	11.5%
5	10月	198	12.1%
6	11月	85	5.2%
7	12月	13	0.8%
8	1月	19	1.2%
9	2月	29	1.8%
10	未回答	333	20.3%
	合 計	1637	100.0%

健診を受けたい時期について、最も多かったのは6月、次いで7月となり、比較的暖かい時期に健診を受けたい人が4割を占めた。

キ) 平日か土日のどちらに受けたいか

No.	受診希望曜日	回答件数	割合
1	平日	803	60.4%
2	土日	240	18.0%
3	未回答	287	21.6%
	合 計	1330	100.0%

平日か土日のどちらに受けたいか、については「平日」と答える人が6割を占めた。

ク) 健診受診希望時間帯について

No.	受診希望時間帯	回答件数	割合
1	早朝(7-8時)	257	18.8%
2	午前(8-12時)	750	54.8%
3	午後(13-15時)	62	4.5%
4	夕方(16-18時)	19	1.4%
5	夜間(19時～)	13	0.9%
6	未回答	268	19.6%
	合 計	1369	100.0%

健診を受診したい時間帯については「午前(8-12時)」が最も多く、「早朝(7-8時)」を加えると7割以上となった。

ケ) どの健診を希望するか

No.	受診希望方法	回答件数	割合
1	集団健診	628	46.9%
2	個別健診	219	16.4%
3	人間ドック	193	14.4%
4	未回答	298	22.3%
	合 計	1338	53.1%

どの健診を希望するか、については「集団健診」が最も多く、半数近い割合を占めた。

コ) 健診において重視する点

No.	重視する点	回答件数	割合
1	自宅に近い	460	13.6%
2	料金が安い	581	17.1%
3	希望日時	665	19.6%
4	専門医の有無	254	7.5%
5	施設が大きい	101	3.0%
6	検査項目の多さ	344	10.1%
7	医師の説明	337	9.9%
8	設備機器の充実	426	12.6%
9	その他	23	0.7%
10	未回答	201	5.9%
	合 計	3392	100.0%

健診において重視する点については「希望日時」、「料金が安い」、「自宅に近い」の3つの回答が多かった。日々の仕事がある中で、「受けるなら自分の都合がよい時に受けたい」ということを重視していることがわかった。

サ) 健診の料金(自己負担額)について

No.	自己負担額	回答件数	割合
1	今のまま	754	56.9%
2	もっと安く	67	5.1%
3	無料	229	17.3%
4	その他	17	1.3%
5	未回答	258	19.5%
	合 計	1325	100.0%

健診の料金(自己負担額)については「今のまま(1,000円)」でよいという回答が半数以上を占めたが、「もっと安く」や「無料」という回答も2割以上を占めた。

シ) 富士吉田市の健診受診率が低い現状について

No.	受診率認知度	回答件数	割合
1	知っている	96	7.2%
2	知らない	1044	78.8%
3	未回答	185	14.0%
	合 計	1325	100.0%

富士吉田市の健診受診率が低い現状について、「知らない」という回答が約8割を占めた。本市は近年、県内において健診受診率が下位に位置しており、国が指針とする目標受診率60%に対し、本市は国の目標の約半分程度の受診率に留まっている(平成28年度は32.7%)。

目標を達成した市町村には国から補助金が交付されるが、達成出来なければ補助金が交付されないうえ、その分が国保税に反映され、市民の負担に影響が及ぶ可能性がある。

本来、健診を受けることはご自身の健康管理、病気の早期発見、重症化の予防のためであるが、このような側面にも影響があるため、富士吉田市の健診受診率が低い現状を周知することで(健診の案内に載せる、市の広報で案内する、等)、「健診は毎年受けるもの」という認識を深めてもらい、受診率向上に繋げられるように努めていきたい。

⑬健診について意見や要望など(自由記述)

要望内容	要望件数		
	合計	男性	女性
健診費用を安く	24	13	11
健診無料券が欲しい	33	17	16
人間ドック無料券が欲しい	46	23	23
人間ドックを安く	9	4	5
がん検診無料券が欲しい	2	1	0
食べ物が欲しい	14	7	7
飲み物が欲しい	22	9	13
富楽時(温泉施設)無料利用券が欲しい	14	6	8
インフル助成券が欲しい	23	10	13
交通機関無料券が欲しい	2	0	2
スポーツ施設利用券が欲しい	3	1	2
商品券食事券などが欲しい	2	0	2
日時や場所の要望	18	8	10
健診内容の要望	25	12	13
ペナルティに関する事	6	3	3
合計	243	114	128

健診について自由記述で質問した結果、最も多かったのは「人間ドック無料券」や「健診無料券」など、健診(人間ドック)を無料で受けたい、という要望が多く挙げられた。その他でも「健診費用や人間ドックの費用を安くしてほしい」という要望が多く、結果として「健診や人間ドックを無料で受けたい、安く受けたい」という要望・意見が全体の5割近くを占めた。

その他にも「食べ物や飲み物が欲しい」、「温泉施設利用券が欲しい」など、サービスに対する要望・意見も多く挙げられた。

(3) アンケート結果のまとめ

アンケート結果より以下のことがわかった。

- ・アンケートに回答してくれた人は「市の健診を毎年受診」している人が多数を占め、毎年しっかりと受診している人の健診に対する考え方や要望が反映されたアンケート結果となった。
- ・健診を受診しない理由で一番多かったのは「かかりつけ医で受けているから」であり、今後はかかりつけ医情報提供同意書をいかに多く取得する、また個別健診の受診者数を増やす工夫や施策を行っていく必要がある。
- ・健診を受診したい時期に6月や7月の暖かい時期、秋口の時期を要望する人が多かった。また、土日に受けたいという要望も2割近くいるため、これらの時期の健診日や土日の健診日を出来るだけ多く増やしていくようにする。
- ・「富士吉田市の健診受診率が低いと、将来的に市民の国保税が上がり、市民の負担が増える」という可能性があるため、自身の健康管理のためであることはもちろん、このような影響を受けないためにも、「毎年健診を受診する」ように、周知や受診勧奨に力を入れていく。
- ・「健診・人間ドック無料券」が欲しい、「健診・人間ドックを安く受けたい」という意見や要望が多かったこともあり、平成30年度以降は健診を助成(割引)する予算を設けていく。具体的には「世帯で40歳から74歳の国保資格者のうち、2名以上が健診を受診すれば、自己負担を助成する」というような条件を設け、とりわけ受診者が少ない男性が、これをきっかけに健診を受けてもらえるような効果を発揮したい。

3. 特定健診等の実施に係る目標

(1) 目標値の設定

国が定めた第3期特定健康診査等実施計画に向けた参酌標準では、平成35年度の市町村国保の目標値として、特定健診の受診率を60%、特定保健指導の実施率を60%としている。この参酌標準に基づいて、本市国民健康保険における目標値を以下のとおり設定した。

① 特定健康診査の受診率目標

	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
受診率目標	35%	37%	39%	41%	43%	45%
対象者数	8,000人	7,800人	7,600人	7,400人	7,200人	7,000人
実施予定数	2,800人	2,886人	2,964人	3,034人	3,096人	3,150人

※過去数年間の実績を基に、平成30年度以降の被保険者予測数と、受診率目標を算出。

※対象者はその年度において1年間継続して国保資格を有した者とする(満40から74歳まで)。

【①目標値の設定理由】

本市の特定健診受診率は平成25年度が26.9%、26年度が29.4%、27年度が29.5%、28年度が32.7%と着実に毎年向上している。しかし、平成29年度の受診率は28年度と同水準となる見込みとなる為、平成30年度以降の目標値は前年度よりも毎年度2%の向上を目標設定とした。よって、第3期の最終年度には受診率45%が達成できるように努めていきたい。

② 特定保健指導の実施率目標

	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
実施率目標	20%	25%	30%	35%	40%	45%
実施者予測数 (対象者予測数)	70人 (350人)	85人 (340人)	99人 (330人)	112人 (320人)	124人 (310人)	135人 (300人)

※過去数年間の実績を基に、平成30年度以降の被保険者予測数と、実施目標を算出。

【②目標値の設定理由】

本市の特定保健指導実施率は平成25年度が15.7%、26年度が16.5%、27年度が13.0%、28年度が9.9%であり、27年度までは15%前後を維持していたが、28年度は10%を下回り県内最下位となった。対象者数は過去2年間約350人前後となっている。平成29年度においては、実施率向上のため、参加費を1,000円から無料にする、申込電話勧奨や勧奨通知の回数を増やす等、より多くの申込をしてもらうよう工夫を凝らしている。平成30年度以降の目標値は毎年度5%向上(前年度比)することを目標とする。よって、第3期の最終年度には実施率45%が達成できるように努めていきたい。

4. 特定健診等の実施方法

(1) 特定健診の実施方法

①実施形態

集団健診にて実施する。

※検査機関との協議を行い、可能な限り個別健診も実施する予定。

②実施場所

富士北麓総合医療センター（以下、「医療センター」という）

所在地：富士吉田市緑ヶ丘二丁目7-21

③具体的な健診項目

国が示した「標準的プログラム」の、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項目とする。また、市独自に検査項目を受診者全てに追加実施する。

●基本的な健診項目

- ア 既往症の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）
- イ 自覚症状及び他覚症状の有無の検査〔理学的検査（身体診察）〕
- ウ 身長、体重及び腹囲の測定
- エ BMIの算出〔※BMI＝体重（kg）÷身長（m）²〕
- オ 血圧の測定
- カ 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）
- キ 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
- ク 血糖検査（空腹時血糖）
- ケ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- コ 腎機能検査（クレアチニン）

●本市が独自に実施する追加健診項目

- ア 貧血検査（赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリット）※
- イ 血糖検査（HbA1c）
- ウ 心電図検査（標準12誘導心電図）※
- エ 腎機能検査（尿酸、1日推定塩分量）
- オ 免疫機能検査（白血球、血小板）

※全受診者に実施するが、医師の判断により検査が必要とされた場合は、詳細な健診項目として扱う。

●詳細な健診の項目（医師が必要と認めた場合に実施）

- ア 貧血検査〔赤血球数、血色素量（ヘモグロビン）、ヘマトクリット〕
- イ 心電図検査

④対象者

富士吉田市国民健康保険加入者のうち、特定健診の実施年度中に40～74歳となる人で、且つ当該実施年度の1年間を通じて国民健康保険に加入している人が対象となる。

なお、厚生労働大臣が定める者（妊産婦、刑事施設、国内に住所を有しない者、長期入院、施設入所者等）は、対象者から除く。

⑤実施期間

6月から11月と翌年1月の計29回（平成29年度参考）

※平成29年度は追加で平成30年1月に2日間実施。通常は6月から11月末までの実施予定。

申込期間：5月から11月（平成29年度参考）

※平日の受診が難しい人に配慮して、土・日にも実施日を設ける。

※実施場所から比較的遠い地区を対象とした出張健診を7月に1日実施（平成29年度参考）。

平成30年度以降も実施出来るように対応していく。

※平成30年度以降は、前年度の受診状況等により実施時期、実施形態等を検討、見直しする。

⑥周知・案内の方法

特定健診受診対象者には、5月初旬頃に特定健診受診勧奨通知を送付する。また、周知の徹底を図るため、市広報やホームページ等に随時関連情報を掲載する予定。

未受診者対策として、6月以降に未受診者への個別勧奨通知の送付や対象地区へ直接戸別訪問を行い、受診の案内や受付を実施する、地元テレビ局を活用した健診受診勧奨番組を放映する、当該年度に節目の年齢を迎える方（40歳、50歳、60歳など）へ直接電話による受診勧奨を実施する、などの受診勧奨や周知を行う。

⑦受診の方法

特定健診受診勧奨通知に同封されている申込用ハガキにて申込む、あるいは市役所へ直接電話で申込む。申込みが完了し、受診日が確定したら、対象者へ問診票を事前に配布し、検査機関で特定健診を受診する。

自己負担額：1,000円（被保険者資格証明書の方は、2,000円）

⑧外部委託への有無

検査機関等への外部委託により実施する。

【委託先】

富士北麓総合医療センター（所在地：富士吉田市緑ヶ丘二丁目7-21）

(2) 特定健康診査委託基準

① 基本的な考え方

特定健診の受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診を実施するなど、対象者の要望を踏まえた対応が必要となるため、以下の具体的な基準を定めることとする。

基本的な基準（平成20年厚生労働省告示第11号による）

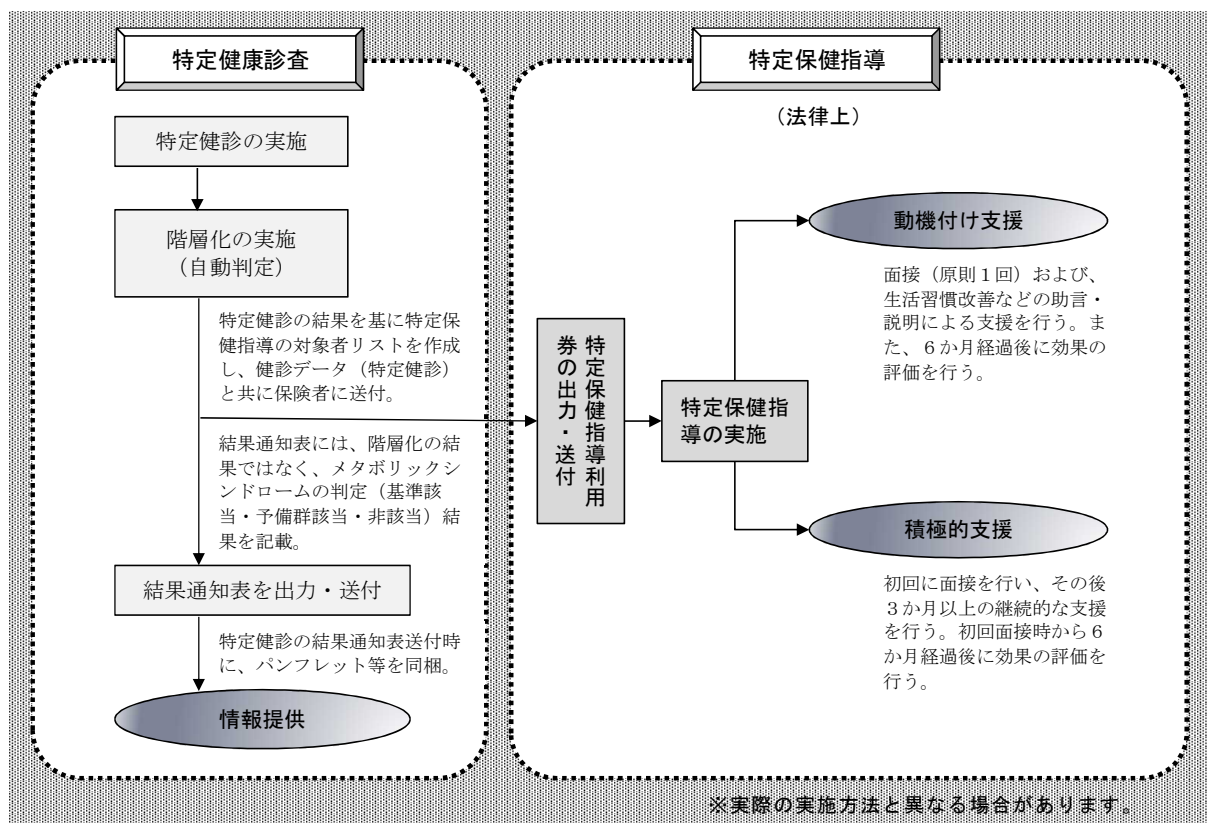
- ア 人員に関する基準
- イ 施設、設備等に関する基準
- ウ 精度管理に関する基準
- エ 特定健康診査の結果等の情報の取り扱いに関する基準
- オ 運営等に関する基準

② 健診データの保管及び管理方法

特定健診結果データは、山梨県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行う。特定健診結果は、健診を実施した検査機関が、国が定める電子標準様式で山梨県国民健康保険団体連合会に提出し、ここで、原則5年間保存する。

なお、富士吉田市国民健康保険加入者で、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した者は、その健診結果データを、個別に本市に提出してもらうこととする。なお、提出にあたっては原則磁気媒体とする。また、市が実施している集団健診や人間ドックを受診せず、個別にかかりつけ医で定期的に血液検査や尿検査を実施している者については、「かかりつけ医情報提供同意書」の提供依頼を実施している（平成25年度より実施開始）。提供された同意書（および医療機関記載面）は富士吉田市で原則5年間保存する。

(3) 特定健診から特定保健指導への標準的な流れ



①実施場所

本市が指定する会場(富士吉田市役所、コミュニティセンター、対象者の自宅など)

②実施時期

特定健診や人間ドックが始まる時期(6月から翌年3月まで)から1ヶ月後を目安に7月末頃から翌年12月頃まで実施予定。対象者が特定保健指導の申込みを受けてから、1～2か月以内を目途に面接による支援(初回支援)を実施する。

※健診受診から特定保健指導が終了するまでの具体例

健 診 受 診 日：平成30年11月20日

健 診 結 果 判 明 日：平成30年12月20日頃→健診の結果、特定保健指導の対象者となる

特定保健指導申込勧奨：平成31年1月中旬頃までに申込勧奨通知を対象者へ送付

特定保健指導初回面談日：平成31年2月から3月中に実施

特定保健指導終了時期：平成31年5月頃あるいは平成31年9月頃

③特定保健指導対象者の抽出方法

特定健診の結果により「健康の保持に努める必要がある人」が、特定保健指導の対象者となる。「健康の保持に努める必要がある人」とは、特定健診の結果、以下の<ステップ1>の項目に該当し、且つ、<ステップ2>の項目に該当する人。追加リスクの該当数と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか、積極的支援の対象者となるのかが異なる。

<ステップ1>

腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

- ア 腹囲 85cm 以上（男性）・90cm 以上（女性）
 イ 腹囲 85cm 未満（男性）・90cm 未満（女性）で BMI25 以上

<ステップ2>

検査結果と質問票により追加リスクをカウントする。

- ア 血糖（空腹時血糖 100mg/dl 以上、または、HbA1c5.6%以上）
 イ 脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上、または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満）
 ウ 血圧（収縮期 130mmHg 以上、または、拡張期 85mmHg 以上）
 エ 質問票より 喫煙歴あり（※アからウのリスクが1つ以上の場合にのみカウント）

● 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク		対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	40～64 歳	65～74 歳
85cm 以上（男性） 90cm 以上（女性）	2 以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1 該当	あり なし		
上記以外で BMI 25 以上	3 該当		積極的支援	動機付け支援
	2 該当	あり なし		
	1 該当			

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※65～74 歳の人は、追加リスクの数で積極的支援に該当する場合でも、動機付け支援となる。

※糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬している人は、対象者から除外する。

④特定保健指導の実施プラン

ア 動機付け支援実施プラン

- a 支援期間：1 回の面接により個別支援を行い、3 から 6 ヶ月後に実施の評価を面接又は通信等で確認する。
- b 支援形態：1 人 20 分以上の個別支援
- c 面接実施者：医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験のある看護師
- d 支援内容：健診結果・生活習慣を踏まえ、対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を導き出せるように支援を行い、生活習慣の改善に向けた行動目標、行動計画を策定する。
- e 保健指導を初めて受ける人には、支援前に腹部 CT 検査を実施する（本人希望により選択）。

イ 積極的支援実施プラン

- a 支援期間：支援開始時に、動機付け支援と同様の内容の支援を行う。その後、継続的な支援として 6 ヶ月（または 3 ヶ月）の間に面接、電話、通知、メール、FAX 等の支援を実施する。また、6 ヶ月後（または 3 ヶ月後）に実施の評価を面接又は通知やメール等で確認する。
- b 支援形態：面接で策定した行動目標等の実施状況を踏まえ、生活習慣の改善が継続できるよう、栄養・運動等の実践的な支援を行う。
- c 面接実施者：医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験のある看護師
- d 支援内容：動機付け支援と同様の支援に加えて、下図の継続支援を行う。
- e 保健指導を初めて受ける人には、支援前に腹部 CT 検査を実施する（本人希望により選択）。

● 積極的支援実施の内容

時期	開始時		2週間後	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
支援手法	腹部CT実施 (初回のみ実施)	面接による支援	面接・電話・通知・メール・FAX等による支援						
支援内容		行動目標行動計画の策定	●行動計画等の実施状況の確認 ●生活習慣の改善の維持・継続に向けた支援 ●栄養・運動等の実践的な支援			中間評価 (身体状況・生活習慣の変化把握)	●実践状況の確認 ●生活習慣確立に向けた支援 ●栄養・運動等の実践的な支援		6ヶ月後評価 (身体状況・生活習慣の変化把握)

⑤周知・案内の方法

健診結果を通知後、特定保健指導対象者に保健指導実施案内を送付する。また、対象者へ直接申込電話勧奨を実施する。

⑥実施の方法

対象者は、利用申込書により特定保健指導の申込みを行い、市が指定する特定保健指導実施場所にて面接による支援を受ける。また、積極的支援の場合は、面接実施後6ヶ月間(または3ヶ月間)電話や手紙等による支援を受ける。

自己負担額：なし

⑦外部委託の有無

特定保健指導対象者を保健指導実施事業者への委託により実施する。

⑧特定保健指導委託基準(平成20年度厚生労働省告示第11号による)

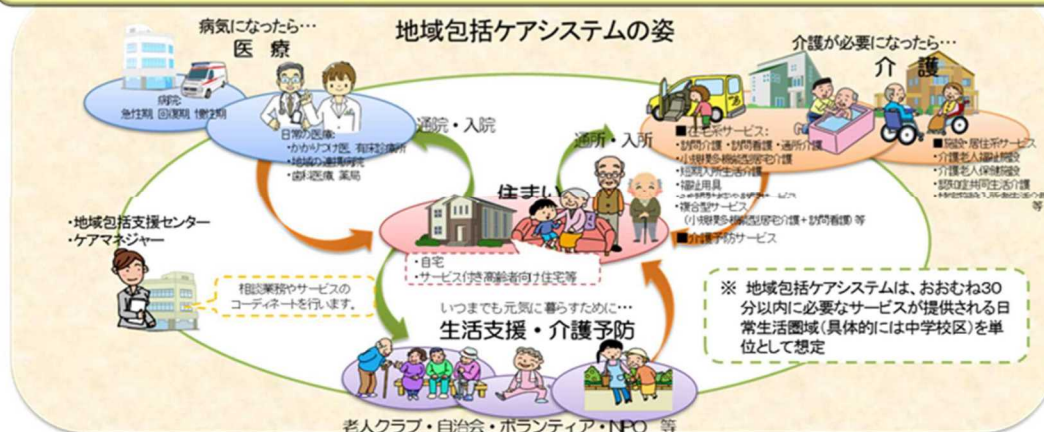
- ア 人員に関する基準
- イ 施設、設備等に関する基準
- ウ 特定保健指導の内容に関する基準
- エ 特定保健指導の記録等の情報の取扱に関する基準
- オ 運営等に関する基準

⑨特定保健指導実施結果データの保管及び管理方法

特定保健指導実施結果データは、山梨県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行う。特定保健指導実施結果は、特定保健指導を実施した機関が、国が定める電子標準様式で、山梨県国民健康保険団体連合会に提出し、ここで、原則5年間保存する。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重要な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



(資料)厚生労働省

66

第6章 その他

1. データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画の見直し

本計画に基づき実施した個別の保健事業内容は、数値目標等・達成状況及び経過について把握し、アウトカム（成果）による評価を行う。PDCAサイクルに沿った保健事業を展開するため、保健事業の実施状況や数値目標の達成状況を踏まえ、計画の中間年度にあたる平成33年度に計画の中間評価及び見直しを実施し、計画の最終年度にあたる平成35年度に最終評価を行う。また、評価や見直しについては、国保事業課・保健部門等連携を取りながら、課題解決に取り組むこととする。

2. 計画の公表・周知

本計画の公表の目的は、主に被保険者に計画の取組み方針を示し、趣旨を理解し積極的な協力を得ることにある。

このことに基づき、策定した計画は、市のホームページ等に掲載し周知を図る。

3. 事業運営上の留意事項

データヘルス計画に基づく保健事業を推進する為に、富士吉田医師会、医療機関及び健康長寿課等と密接に連携を図り、健康・医療データを相互に共有し精度の高い結果を得て保健事業に反映していくものとする。

4. 個人情報の保護

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及びこれに基づくガイドライン「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いの為にガイドライン（平成17年4月1日厚生労働省）」及び「富士吉田市個人情報保護条例」に基づき遵守する。

また、事業を実施する上で委託契約等が発生する際には、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、契約遵守状況等の管理を行う。



富士吉田市国民健康保険第2期データヘルス計画

富士吉田市市民生活部市民課国民健康保険室

〒403-8601

山梨県富士吉田市下吉田6-1-1

T E L : 0555-22-1111

F A X : 0555-22-1122

E-Mail : kokuho@city.fujiyoshida.lg.jp