

東峰村国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
及び第3期特定健康診査等実施計画



平成30年3月
東峰村国民健康保険

目次

第1編 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	2
1.	背景	2
2.	計画の目的・位置付け	3
3.	計画期間	3
4.	関係者が果たすべき役割と連携	6
第2章	第1期計画に係る評価及び課題	8
1.	第1期計画の概要	8
2.	第1期計画に係る評価（基礎的データの推移）	8
3.	保険者努力支援制度	20
第3章	分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	21
1.	分析結果に基づく課題の明確化	21
2.	成果目標の設定	23
第4章	保健事業の内容	24
1.	健康学習の実施（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組）	24
2.	特定健診未受診者対策	25
3.	特定保健指導事業	25
4.	二次検査事業	26
5.	生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患等）	27
6.	ウォーキングマイレージ事業（まち・ひと・しごと創生事業）	28
第5章	地域包括ケアに係る取組	29
第6章	計画の評価・見直し	30
1.	評価の時期	30
2.	評価方法・体制	30
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	31
1.	計画の公表・周知	31
2.	個人情報の取り扱い	31

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について	34
1. 特定健康診査の基本的考え方	34
2. 特定保健指導の基本的考え方	34
第2章 特定健診・特定保健指導の実施	35
1. 特定健診等実施計画について	35
2. 特定健診・保健指導実施の基本的な考え方	35
3. 目標の設定	36
4. 対象者数の見込み	38
5. 特定健診の実施	38
6. 特定保健指導の実施	41
7. 年間実施スケジュール	45
第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	46
1. 特定健診・保健指導のデータの形式	46
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	46
3. 特定健診等データの情報提供及び照会	46
4. 個人情報保護対策	46
5. 被保険者への結果通知の様式	46
第4章 結果の報告	47
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	47

**第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

第1編 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1. 背景

わが国は世界トップレベルの長寿社会で「平均寿命」は伸び続け、厚生労働省の発表によれば、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となった。しかし、一方で「健康寿命（日常生活に制限のない期間）」は男性 71.19 歳、女性 74.21 歳で「平均寿命」と「健康寿命」の差、つまり寝たきりや何らかの支援・介護が必要な期間が男性 9.02 年、女性 12.4 年と長期間であることが問題となっている。いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに「健康寿命」を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

更に少子高齢化に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は急激に増加する一方で支える世代は減少しており、社会保障制度の重要な柱である医療保険及び介護保険制度を維持するため、国は団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革をはじめとして、社会保障制度改革推進法[※]や医療保険制度改革関連法[※]を整備し、医療と介護の安定的な提供を目指している。

また近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展など、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

これまでも本村は、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」や第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

※ 社会保障制度改革推進法（H24.8 施行）、医療制度改革関連法（H27.5 成立）

団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革による、医療と介護の安定的な提供を目指す。

※ 日本再興戦略（H25.6 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。

※ 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（H27.5 成立）

国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなった。なお、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまで通り、市町村が行う。

※ 経済財政運営と改革の基本方針 2015

予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を推進するため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

2. 計画の目的・位置付け

保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画である。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定する。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものとする。

またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や東峰村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図る。（図表1・2・3）

3. 計画期間

計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

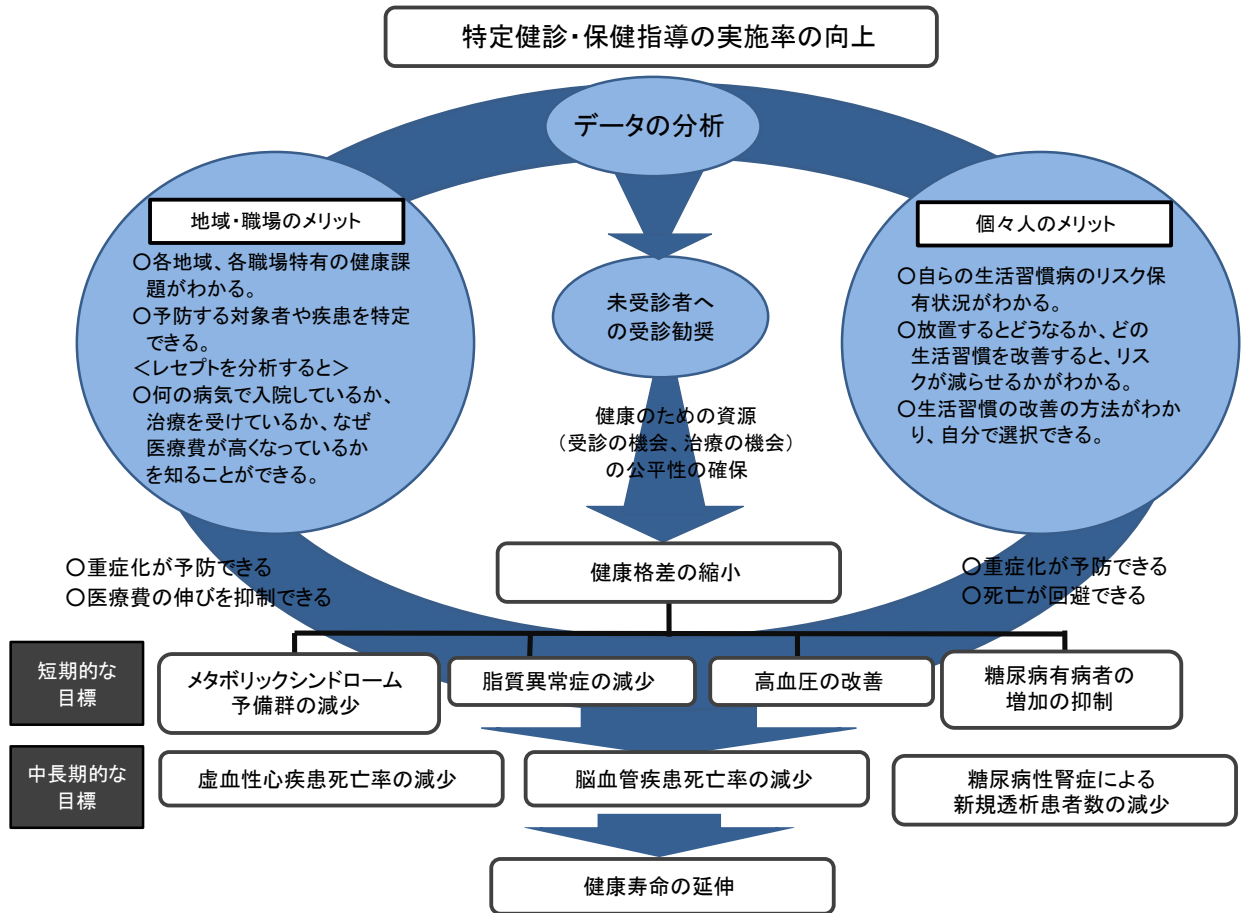
-
- ※1 保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。
- ※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としている。

第1編 第2期保健事業実施計画
第1章 保健事業実施計画基本的事項

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

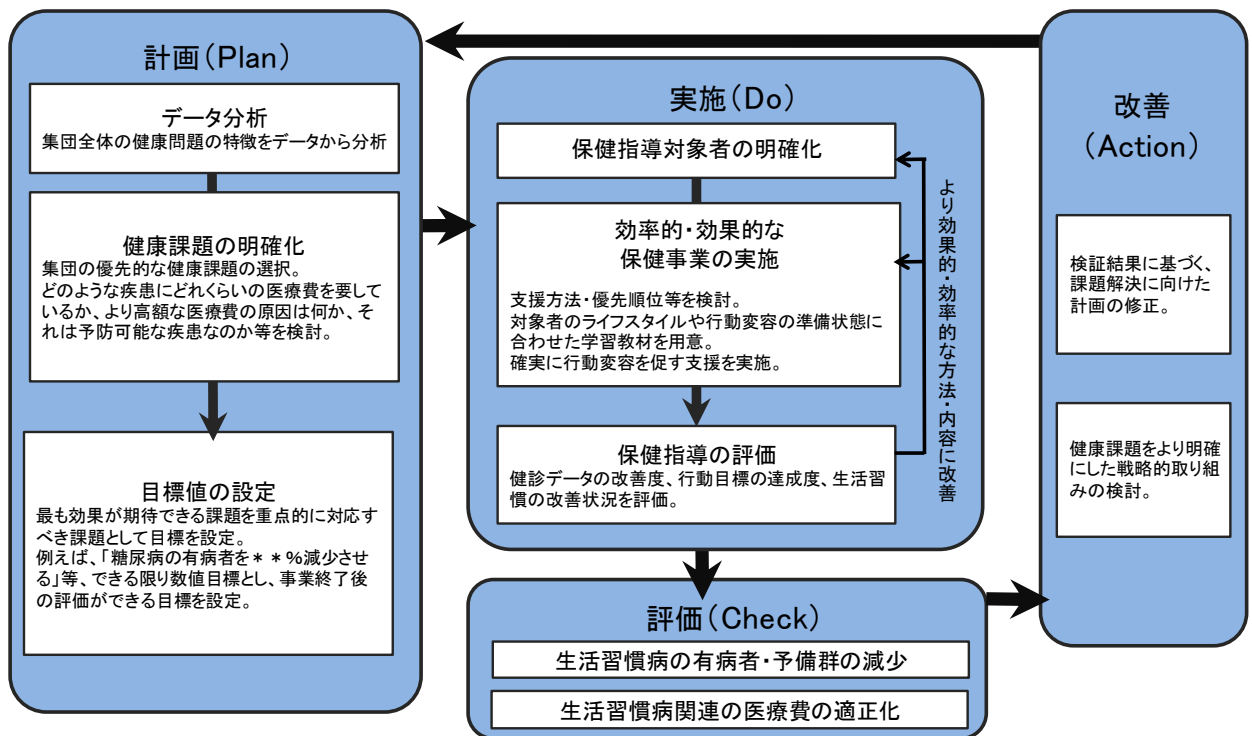
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 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の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(第7次)
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通して、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
評価	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症 脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	がん 精神疾患	
	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規 透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、 費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>						

図表2 特定健診特定保健指導と健康日本21(第2次)



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版) 図-1

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



4. 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体関係部局の役割

保健福祉課が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータヘルス計画を策定する。また事業の実施にあたっては、それぞれの担当係が計画に基づき実施する。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える。(図表4)

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について福岡県が構成員である支援・評価委員会へ意見を求め、県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

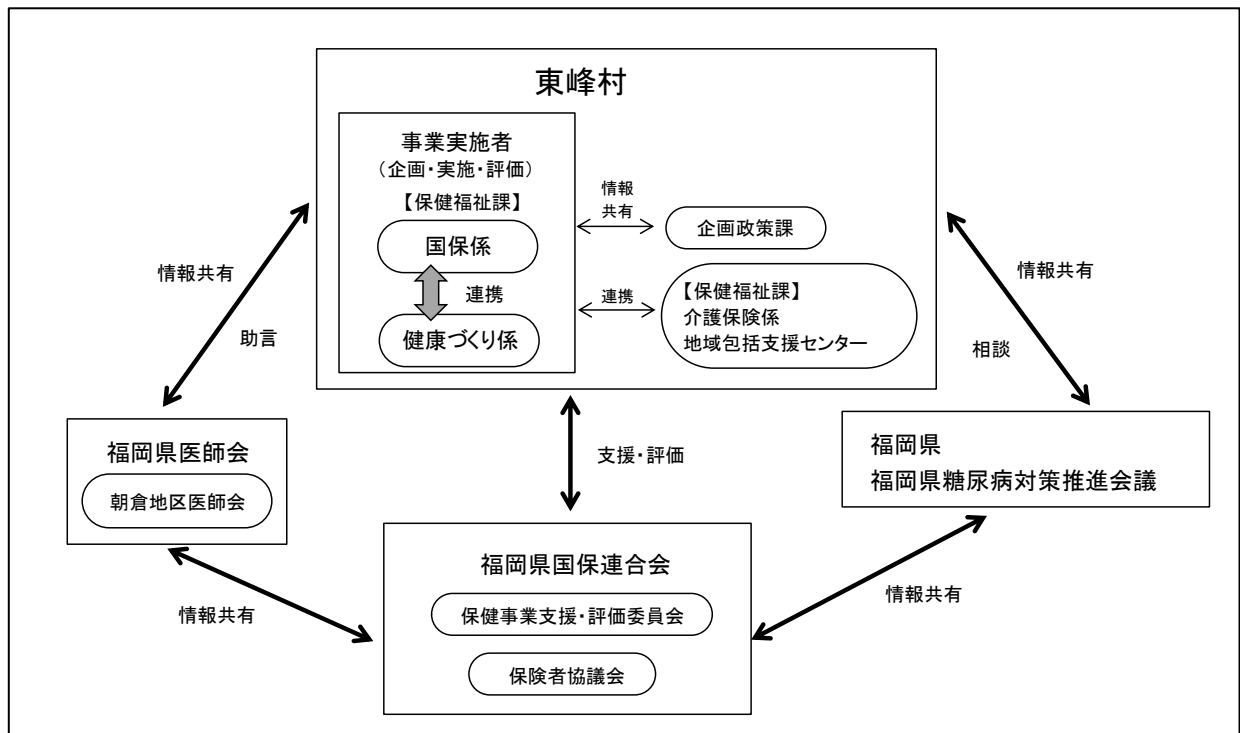
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

(3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要であるため、国民健康保険運営協議会等の場を通じて意見反映に努める。

図表4 東峰村の実施体制図



第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1. 第1期計画の概要

(1) 計画期間

本村は平成28年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成28年度から平成29年度として、各種保健事業を実施してきた。

(2) 短期目標と中長期目標

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとして、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するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の減少を短期目標とし、医療費に占める生活習慣病の割合を抑制すること、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んできた。

2. 第1期計画に係る評価（基礎的データの推移）

(1) 全体の基礎統計

本村は、総人口2,174人、高齢化率40.5%である（平成27年度国勢調査）。同規模町村、福岡県、国と比較しても高齢化が進んでいる。また被保険者の平均年齢も52.6歳と同規模町村よりは低いが、福岡県・国と比べて高い。

また、平均寿命、健康寿命ともに男性は他と比べて低く、死亡率が出生率を上回っていることから、今後人口減少と更なる少子高齢化が予測されるため、被保険者の健康の保持・増進は重要である。（図表5）

本村の国保加入率は31.6%で、加入率及び被保険者数は平成28年度は減少し、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約4割を占めている。（図表6）

村内に5つの診療所があり、これはいずれも同規模町村平均と比較して少ない。高齢者率が高いため、外来患者数及び入院患者数は同規模町村及び福岡県と比較して高い。（図表7）

図表5 東峰村の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳) 男性/女性	健康寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
									第1次	第2次	第3次
東峰村	2,174	40.5	688 (31.6)	52.6	4.1	22.5	78.7 86.8	64.9 66.5	17.0	29.5	53.5
同規模	2,628	38.3	796 (29.9)	53.3	5.5	17.8	79.4 86.5	65.1 66.6	22.7	21.9	55.5
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,537 (23.9)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	125,640,987	26.6	32,257,803 (26.2)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握（平成29年10月作成分）
注）被保険者数及び被保険者平均年齢については、平成29年8月1日現在、その他の項目は27年度国勢調査結果

図表6 国保の加入状況

項目	25年度		26年度		27年度		28年度	
	実数	割合	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数	739		742		741		697	
65～74歳	240	32.5	254	34.2	263	35.5	265	38.0
40～64歳	304	41.1	288	38.8	277	37.4	263	37.7
39歳以下	195	26.4	200	27.0	201	27.1	169	24.2

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表7 医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		(参考)28年度			
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模平均		福岡県	
									実数	割合(%)	実数	割合(%)
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	0.2	460	0.4
診療所数	5	6.8	5	6.7	5	6.7	5	7.2	621	3.1	4,587	3.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	86,071	70.4
医師数	1	1.4	1	1.3	1	1.3	2	2.9	541	2.7	15,660	12.8
外来患者数	721.5		712.6		690.6		717.1		652.3		686.6	
入院患者数	22.9		21.7		22.8		23.8		23.7		22.3	

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握
※同規模町村 28年度：248村

(2) 短期目標の達成状況と課題

① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本村の特定健診受診率は、制度のスタートした平成20年度と比較して0.5%ほど減少し、近年は41%前後で推移している。(図表8)

また、これまで若年者の受診率を伸ばすことに重点をおいて個別アプローチによる受診勧奨を実施してきており、一部では増加がみられるものの、なお低迷している。(図表9)

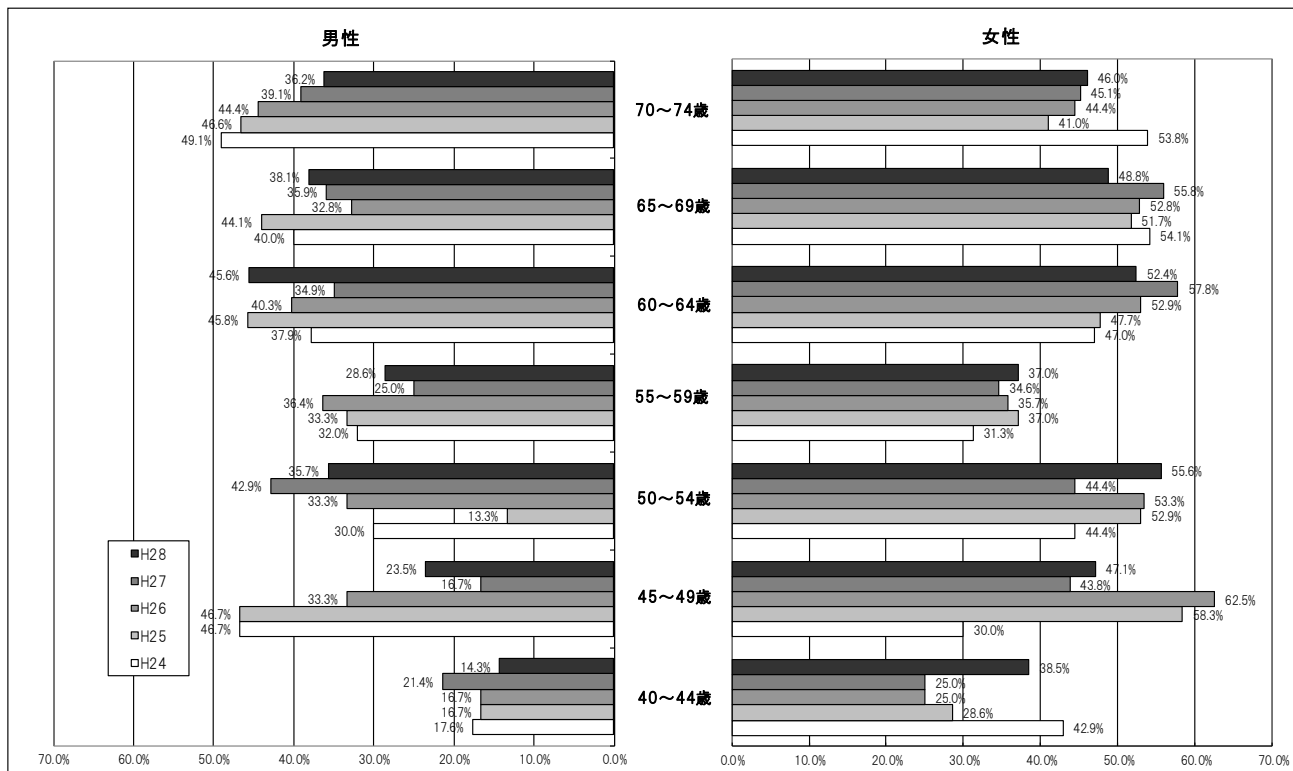
特定保健指導について、平成28年度は82.6%と、以前と比べて上昇しており、第2期特定健診等実施計画の目標値も達成し、受診者に占める特定保健指導該当者の割合も減少している。(図表8)

図表8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診	受診者数	258人	223人	213人	202人	204人	実施中
	受診率	42.0%	42.7%	42.7%	40.6%	41.5%	
	受診率目標値	35.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
	県内順位	3位	7位	10位	12位	11位	
特定保健指導	該当者数	32人	23人	36人	21人	23人	実施中
	割合	12.4%	10.3%	16.9%	10.4%	11.3%	
	実施者数	10人	18人	26人	16人	19人	
	実施率	31.3%	78.3%	72.2%	76.2%	82.6%	
	実施率目標値	20.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
	県内順位	35位	6位	12位	11位	9位	

出典：特定健診法定報告データ

図表9 年代別特定健診受診率の推移



出典：保健指導支援ツール(平成24~28年度受診結果)

② 特定健診未受診者の状況

平成28年度の結果より健診有所見者割合を継続受診者と新規受診者で比較すると、ほとんどの項目で過去5年間健診受診のなかった新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っていた。(図表10)

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「治療なし」の者であり、40~64歳では特定健診対象者の26.8%、65歳以上でも12.3%を占めている。

「治療中で健診未受診」の者は40~64歳、65~74歳合わせると194人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者(1項目でも受診勧奨値有)であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。(図表11)

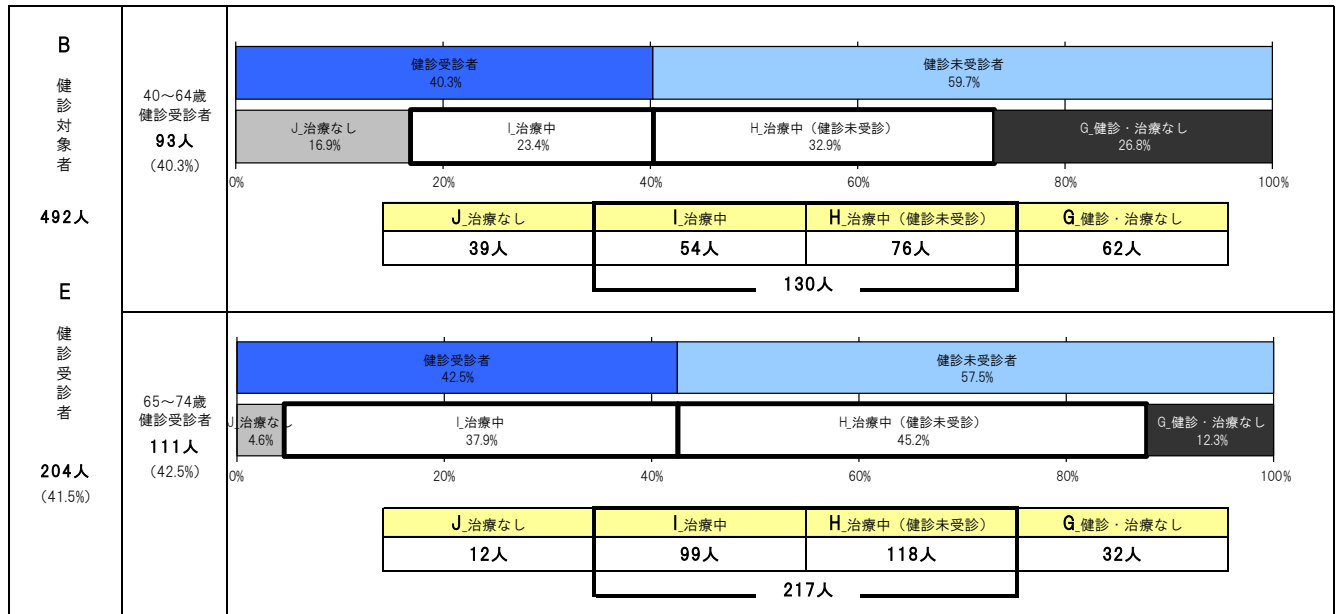
また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の方が26,965円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表12)

図表 10 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				204人	100.0%	178人	87.3%	26人	12.7%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	50人	24.5%	41人	23.0%	9人	34.6%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	78人	38.2%	64人	36.0%	14人	53.8%	
血管が傷む 動脈硬化の 危険因子	内臓脂肪	中性脂肪		300以上	36人	17.6%	28人	15.7%	8人	30.8%
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	19人	9.3%	14人	7.9%	5人
	(再掲) 7.0以上			12人	5.9%	9人	5.1%	3人	11.5%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	7人	3.4%	6人	3.4%	1人	3.8%
			拡張期	100以上	8人	3.9%	7人	3.9%	1人	3.8%
計				11人	5.4%	9人	5.1%	2人	7.7%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール		160以上	27人	13.2%	22人	12.4%	5人	19.2%
腎機能		尿蛋白		2+以上	1人	0.5%	1人	0.6%	0人	0.0%
		eGFR		50未満 70歳以上は40未満	6人	2.9%	6人	3.4%	0人	0.0%
		尿酸		8.0以上	3人	1.5%	2人	1.1%	1人	3.8%

出典：保健指導支援ツール(平成28年度受診結果)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



※KDBシステムにおける生活習慣病
がん、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、脂質異常症、精神、筋・骨格疾患

図表 12 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費	4,009円				
健診未受診者の生活習慣病治療費	30,974円				

出典：KDBシステム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 短期的な疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）及び健診結果の状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者を見ると、被保険者に占める患者の割合は増えており、特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c6.5%以上、LDL-C180 以上の該当者は増加している。また、HbA1c6.5%以上で約3割、LDL-C180 以上で8割が未治療である。（図表 13・14・15）

さらに、メタボ予備群とメタボ該当者について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、メタボ該当者の男性は増加しており、また、全ての項目において、男性が多い傾向にある。（図表 16）

また、保健指導支援ツールを用いて関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者数を算出すると健診受診者の3割（未治療者の2割、治療者の5割）が該当している。更に、重症化予防対象者とされる未治療者の5割が既に心電図所見や CKD（腎臓専門医受診対象者）があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要である。（図表 17）

同ツールを用い、糖尿病性腎症重症化予防の観点から糖尿病の実態を見てみると、40～74 歳の糖尿病患者は 15.2%で、そのうち 2.4%に糖尿病性腎症の診断がある。特定健診結果で糖尿病（型）は受診者の 13.7%でそのうち未治療（HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上）が約3割を占めている。治療者の約 58%は HbA1c7.0 以上であり、糖尿病学会の示した合併症予防のための目標値を達成できていない。また、特定健診で糖尿病（型）のうち、既に尿蛋白や eGFR に所見がある者が 3.6%存在している。（図表 18）

図表 13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果									
	被保険数 (40歳以上)		糖尿病 患者数 (様式3-2)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再掲			
						被保険数	患者数	D/C	被保険数	患者数	F/E					HbA1c7.0以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J		
25年度	571人	96人	16.8%	368人	37人	10.1%	240人	59人	24.6%	223人	42.7%	14人	6.3%	8人	3.6%	3人	37.5%		
28年度	539人	82人	15.2%	275人	16人	5.8%	264人	66人	25.0%	204人	41.5%	19人	9.3%	12人	5.9%	3人	25.0%		

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果									
	被保険数 (40歳以上)		高血圧 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
						被保険数	患者数	D/C	被保険数	患者数	F/E					Ⅲ度高血圧		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J		
25年度	571人	174人	30.5%	331人	72人	21.8%	240人	102人	42.5%	223人	42.7%	11人	4.9%	4人	1.8%	2人	50.0%		
28年度	539人	174人	32.3%	275人	51人	18.5%	264人	123人	46.6%	204人	41.5%	11人	5.4%	人	人	人	人		

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果									
	被保険数 (40歳以上)		脂質異常症 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再掲			
						被保険数	患者数	D/C	被保険数	患者数	F/E					LDL-C180以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/J		
25年度	571人	118人	20.7%	331人	52人	15.7%	240人	66人	27.5%	223人	42.7%	28人	12.6%	7人	3.1%	7人	100.0%		
28年度	539人	133人	24.7%	275人	37人	13.5%	264人	96人	36.4%	204人	41.5%	27人	13.2%	9人	4.4%	7人	77.8%		

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2～3-4(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分))
保健指導支援ツール(25 年度・28 年度法定報告値で計上)

図表 16 メタボリックシンドローム

		レセプト情報							
		腹囲のみ		メタボリックシンドローム予備群		該当者		BMI25以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	25年度	10人	9.4%	22人	20.8%	25人	23.6%	36人	34.0%
	28年度	5人	5.4%	13人	14.1%	27人	29.3%	28人	30.4%
女性	25年度	9人	7.7%	9人	7.7%	13人	11.1%	22人	18.8%
	28年度	7人	6.3%	7人	6.3%	19人	17.0%	22人	19.6%

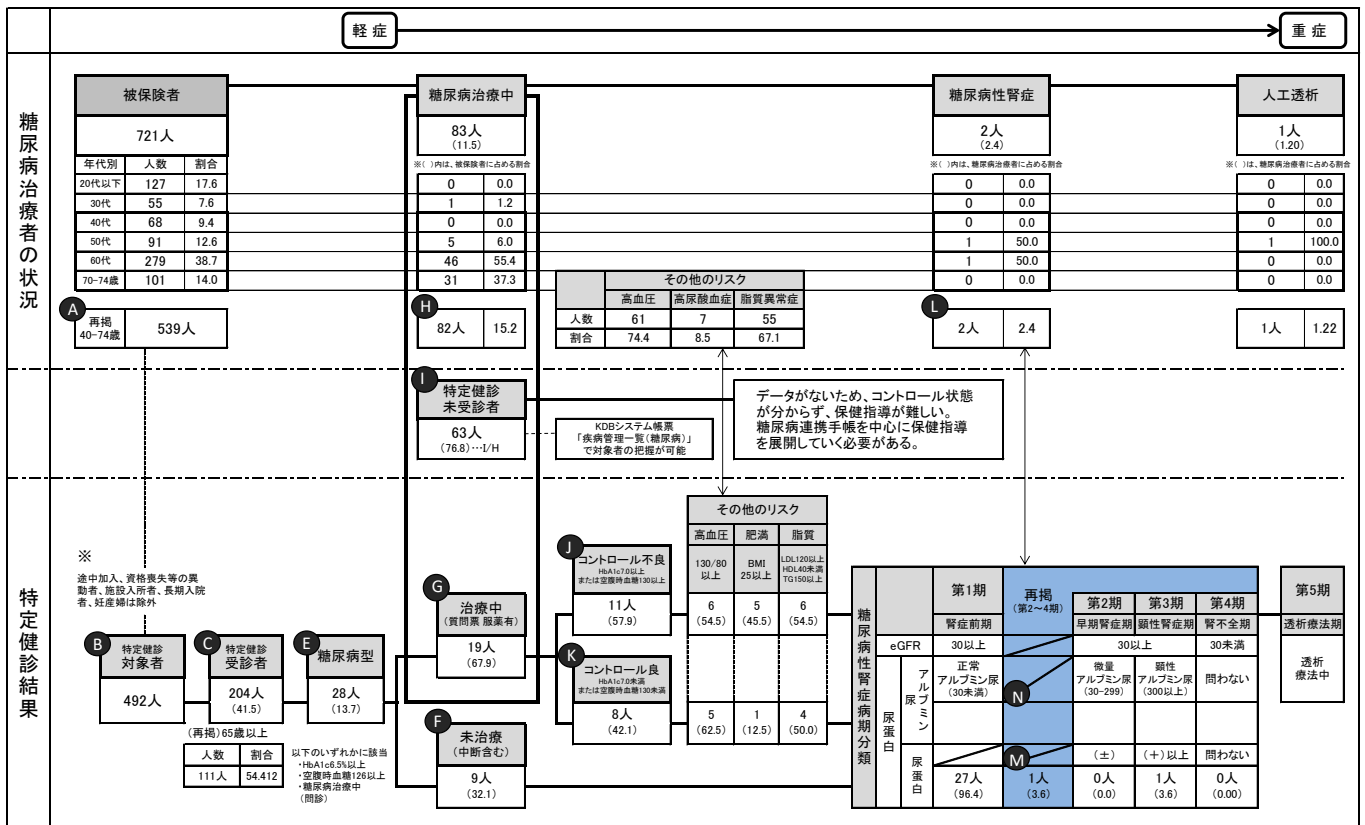
出典：KDB_NO.24 厚生労働省様式 6-8)メタボリックシンドローム該当者・予備群

図表 17 脳・心・腎を守るために ―重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする―

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年齢調整透析導入患者数の減少						
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン (2005年度学会研究報告))	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)						
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性脳塞栓症 (27%*) ラクナ梗塞 (31.9%) アテローム血栓性脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	重症化予防対象者 (実人数)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドローム の 診断基準	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満
受診者数 204	11	1	9	3	46	18		1	6
対象者数	5.4%	0.5%	4.4%	1.5%	22.5%	8.8%		0.5%	2.9%
治療なし	6 4.5%	0 0.0%	7 4.6%	3 2.0%	10 9.4%	9 4.9%		0 0.0%	2 1.9%
(再掲) 特定保健指導	4 36.4%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	10 21.7%	3 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	12 17.6%
治療中	5 6.9%	1 1.0%	2 3.9%	0 0.0%	36 36.7%	9 47.4%	1 1.0%	4 4.1%	47 48.0%
臓器障害 あり	3 50.0%	0	6 85.7%	1 33.3%	2 20.0%	3 33.3%	0	2 100.0%	10 47.6%
臓器障害 なし	3 50.0%		1 14.3%	2 66.7%	8 80.0%	6 66.7%			

出典:保健指導支援ツール(平成28年度受診結果) ※臓器障害あり…心電図有所見者、CKD専門医受診対象

図表 18 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態



出典:KDB 帳票 厚生労働省様式 3-2
保健指導支援ツール(平成28年度受診結果)

(3) 中長期的目標の達成状況

① 医療の状況

本村の一人当たり医療費（月額）は26,400円と福岡県、国と比較しても高い状況となっている。医療費全体に占める入院費用の割合も他と比較して高く、1件あたりの在院日数も長い。（図表19）

本村の28年度医療費総額は約2億2,700万円で、平成25年度と比較すると、入院費用額で411万円増加している。一人当たり医療費は、全体では26,400円で25年度と比較すると2,976円増加（+12.7%）しており、入院では1,305円の増加（+12.3%）、入院外では1,671円の増加（+12.7%）となっている。これらの伸び率はいずれも同規模町村・県・国と比較して高い状況である。（図表20・21）

図表19 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		保険者	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		26,400	26,819	25,927	24,253
		県内45位 同規模135位			
受診率		740.9	676.093	708.878	686.501
外来	費用の割合	54.8	55.3	54.9	60.1
	件数の割合	96.8	96.5	96.9	97.4
入院	費用の割合	45.2	44.7	45.1	39.9
	件数の割合	3.2	3.5	3.1	2.6
1件あたり在院日数		18.2日	16.3日	16.9日	15.6日

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表20 総医療費（入院・外来）の変化

	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
25年度	2億1709万円		9855万円		1億1854万円	
26年度	2億2479万円	770万円	1億0021万円	166万円	1億2458万円	604万円
27年度	2億2734万円	255万円	1億0153万円	132万円	1億2581万円	123万円
28年度	2億2702万円	-32万円	1億0266万円	113万円	1億2436万円	-145万円

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表21 一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	保険者	23,424	10,634	12,790			
	同規模	25,354	11,362	13,992			
	県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,779	9,229	13,550			
26年度	保険者	25,176	11,223	13,953	107.5	105.5	109.1
	同規模	25,930	11,637	14,293	102.3	102.4	102.2
	県	24,981	11,344	13,637	101.5	100.7	102.2
	国	23,292	9,383	13,909	102.3	101.7	102.6
27年度	保険者	25,328	11,312	14,016	100.6	100.8	100.5
	同規模	26,959	11,843	15,116	104.0	101.8	105.8
	県	26,154	11,583	14,571	104.7	102.1	106.8
	国	24,452	9,579	14,873	105.0	102.1	106.9
28年度	保険者	26,400	11,939	14,461	104.2	105.5	103.2
	同規模	26,819	11,988	14,831	99.5	101.2	98.1
	県	25,927	11,703	14,224	99.1	101.0	97.6
	国	24,253	9,671	14,582	99.2	101.0	98.0

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握
※一人当たり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者総数で除して算出

② 最大医療資源傷病名による分析(中長期的疾患及び短期的な疾患)

データヘルス計画における対象疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）・糖尿病・高血圧・脂質異常症）の医療費が総額に占める割合は本村 21.2%で福岡県と比較すると高い傾向にある。また、疾患別に見ると、全国と比較して慢性腎不全（透析なし）は高いものの、慢性腎不全（透析あり）が少ないのは、65歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることが背景にあると考えられる。（図表 22）

本村の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別透析患者数を見ると、65歳以上透析患者の医療保険は全てが後期高齢者医療であった。（図表 23）

図表 22 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(25年度・28年度比較)

市町村名	一人あたり医療費				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	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
	金額	順位		腎		脳 脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
		同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)											
東峰村	25年度	23,424	157位	54位	0.00%	3.01%	2.07%	2.19%	7.86%	6.89%	2.55%	53,324,350	24.56%	8.78%	7.36%	10.37%
	28年度	26,400	135位	45位	1.56%	1.54%	0.61%	2.96%	6.09%	5.56%	2.87%	48,121,100	21.20%	12.41%	10.54%	6.50%
国	28年度	24,253			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%		23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	28年度	25,927			3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%		20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

※「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 23 年代別透析患者数の推移(25年度・28年度比較)

	透析患者数	40~64歳	被保険者 10万対	65~74歳	被保険者 10万対	(再掲)	
						国保	後期
25年度末	3人	1人	328.9	2人	778.2	0人	2人
28年度末	3人	2人	760.5	1人	363.6	0人	1人

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

③ 高額になる疾患及び長期化する疾患について

ア) 高額(80万円以上/件)になる疾患

高額になる疾患のうち、悪性新生物の占める割合が高い。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行う。食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防をすすめる。

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数が8.6%、費用額が7.1%を占めている。また脳血管疾患や虚血性心疾患は、再発の可能性があるため、生活習慣病対策と一体的に再発予防をすすめる。（図表 24）

イ) 長期(6ヶ月以上の)入院

長期入院の件数の49.2%、費用額の36.1%を統合失調症等の精神疾患が占める。また件数・費用の約1割は脳血管疾患が占める。（図表 25）

ウ) 慢性腎不全（人工透析）の状況

本村の人工透析患者数は1名で、糖尿病を持っている。（図表26）

また、腎不全患者の年間医療費は腎不全患者以外の年間医療費に比べ、国保被保険者で約6倍、後期高齢者被保険者で約2倍にもなっている。（図表27）

本村の平成28年度慢性腎不全患者数は国保被保険者で9名、後期高齢者被保険者で29名となっており、さらに6割以上が糖尿病を合併している。また、後期高齢者被保険者の慢性腎不全患者の要介護認定者は約3割となっている。（図表28）

エ) 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は283人であり、重症化した状態である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、生活習慣病治療者全体のうち、それぞれ13.1%、16.3%、0.7%を占める。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに基礎疾患として、高血圧は6割以上、糖尿病は3割以上、脂質異常症は5割以上を併せ持っている。（図表29）

図表24 厚生労働省様式1-1_高額になる疾患(80万円以上レセプト)

	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
人数	19人	1人		2人		7人		12人		
		5.3%		10.5%		36.8%		63.2%		
件数	35件		1件		2件		13件		19件	
			2.9%		5.7%		37.1%		54.3%	
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	5	26.3%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	3	15.8%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.5%
		60代	0	0.0%	1	50.0%	5	38.5%	5	26.3%
70-74歳		1	100.0%	0	0.0%	6	46.2%	4	21.1%	
費用額	4433万円	95万円		221万円		1620万円		2497万円		
		2.1%		5.0%		36.5%		56.3%		

*最大医療資源傷病名（主病）で計上

*疾患別（脳・心・がん・その他）の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

図表25 厚生労働省様式2-1 長期入院(6ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	6人	3人	1人	0人
		50.0%	16.7%	0.0%
件数	63件	31件	7件	0件
		49.2%	11.1%	0.0%
費用額	2945万円	1064万円	222万円	
		36.1%	7.5%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

図表 26 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5 診療分	人数	1人	1人	1人	1人
			100.0%	100.0%	100.0%
H28年度 累計	件数	20件	13件	13件	12件
			65.0%	65.0%	60.0%
	費用額	875万円	521万円	521万円	479万円
			59.6%	59.6%	54.8%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

図表 27 腎不全罹患の有無と年間医療費(平成 28 年度)

		腎不全患者の年間医療費	腎不全患者以外の年間医療費
国保 被保険者	腎不全患者の年間医療費	1,781,269円	
	腎不全患者以外の年間医療費		288,563円
後期 高齢者 被保険者	腎不全患者の年間医療費	1,798,073円	
	腎不全患者以外の年間医療費		759,906円

図表 28 慢性腎不全患者の累計と有病状況等(平成 28 年度)

			慢性腎不全患者数			
			糖尿病	脳血管疾患	虚血性心疾患	要介護認定者
H28年度 累計	国保被保険者	人数	6人	1人	1人	0人
			66.7%	11.2%	11.2%	0.0%
	後期高齢者被保険者	人数	18人	7人	10人	8人
			62.1%	24.1%	34.5%	27.6%

*KDB システム疾病管理一覧(慢性腎臓病)より集計

図表 29 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		中長期的な疾患			短期的な疾患		
		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
283人		37人 13.1%	46人 16.3%	2人 0.7%	175人 61.8%	83人 29.3%	136人 48.1%
の 基 礎 な 疾 患	高血圧	25人 67.6%	41人 89.1%	2人 100.0%		61人 73.5%	98人 72.1%
	糖尿病	14人 37.8%	19人 41.3%	2人 100.0%	61人 34.9%		56人 41.2%
	脂質異常症	20人 54.1%	31人 67.4%	1人 50.0%	98人 56.0%	56人 67.5%	

④ 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症(人工透析)の新規患者の状況

脳血管疾患と虚血性心疾患の新規患者の状況を見ると、診断された同月に入院されているケースが新規患者数の1~2割を占めており、更にその方の健診受診歴を確認すると平成28年度では全ての人が過去3年間において全く健診を受診されていなかった。(図表30・31)

人工透析において、新規透析患者は基礎疾患として糖尿病を持っていた。(図表32)

図表 30 脳血管疾患

	被保険者数 A	脳血管疾患患者数 (様式3-5) B, B/A		新規患者数 C, C/B		診断月入院あり D, D/C		健診未受診 (当該年度を含め3年間) E, E/D	
		B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	738人	41人	5.6%	14人	34.1%	5人	35.7%	1人	20.0%
26年度	742人	39人	5.3%	15人	38.5%	5人	33.3%	3人	60.0%
27年度	741人	35人	4.7%	17人	48.6%	2人	11.8%	1人	50.0%
28年度	697人	37人	5.3%	12人	32.4%	1人	8.3%	1人	100.0%

図表 31 虚血性心疾患

	被保険者数 A	虚血性心疾患患者数 (様式3-5) B, B/A		新規患者数 C, C/B		診断月入院あり D, D/C		健診未受診 (当該年度を含め3年間) E, E/D	
		B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	738人	37人	5.0%	17人	45.9%	3人	17.6%	2人	66.7%
26年度	742人	40人	5.4%	13人	32.5%	5人	38.5%	2人	40.0%
27年度	741人	40人	5.4%	17人	42.5%	7人	41.2%	5人	71.4%
28年度	697人	46人	6.6%	11人	23.9%	3人	27.3%	3人	100.0%

図表 32 人工透析

	被保険者数 A	人工透析患者数 (様式3-7) B, B/A		新規患者数 C, C/B		糖尿病あり D, D/C		健診未受診 (当該年度を含め3年間) E, E/C	
		B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/C
25年度	738人	1人	0.14%	0人	0.0%	0人	/	0人	/
26年度	742人	1人	0.13%	1人	100.0%	1人	100.0%	0人	0.0%
27年度	741人	1人	0.13%	0人	0.0%	0人	/	0人	/
28年度	697人	1人	0.14%	0人	0.0%	0人	/	0人	/

出典: KDB システム帳票
厚生労働省様式 3-5~3-7(毎年度 5月診療分(KDB7月作成分))
厚生労働省様式 1-1(年度累計)
保健事業等評価・分析システム 新規患者数

⑤ 介護の状況

本村の要介護認定者は第1号(65歳以上)被保険者で200人(認定率22.2%)、第2号(40~64歳)被保険者で6人(認定率0.6%)と同規模町村と同程度であるが年々伸びてきている。

本村の介護給付費は約3億3,000万円で、平成25年度と比較すると1件当たり給付費は施設サービスは減少しているものの、居宅サービスは増加している。同規模町村平均と比較しても居宅サービスは高い。

また、有病状況を見ると、高血圧、心臓病、脳血管疾患、筋・骨格、精神が同規模町村と比較して高く、近年、糖尿病、高血圧、脂質異常症が増加傾向にある。(図表 33)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点で年代別で見ると、脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）、虚血性心疾患、腎不全の循環器疾患が上位を占めており、特に脳血管疾患は第2号被保険者で5割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっている。基礎疾患である糖尿病等血管疾患の有病状況は全年齢で8割以上と非常に高い割合となっている。（図表34）

図表33 要介護認定者の経年推移

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		（参考）28年度		
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模平均	福岡県	
介護給付費	3億3269万円		3億3470万円		3億2075万円		3億3101万円		--	--	
1号認定者数（認定率）	196	20.6	193	21.1	206	21.5	200	22.2	20.0	23.1	
新規認定者	5	0.3	5	0.4	6	0.3	2	0.3	0.3	0.3	
2号認定者	5	0.5	7	0.6	5	0.7	6	0.6	0.4	0.4	
1件当たり給付費（全体）	88,139		81,873		72,209		78,143		73,752	57,450	
居宅サービス	41,110		40,231		39,569		43,499		39,649	39,185	
施設サービス	275,048		269,345		266,114		262,528		273,932	285,501	
有病状況	糖尿病	24	16.0	25	13.2	36	16.0	41	17.7	20.4	22.0
	高血圧症	120	65.9	108	58.3	124	56.6	118	58.2	55.1	54.0
	脂質異常症	42	22.8	46	22.2	55	25.9	57	25.7	27.1	29.8
	心臓病	143	77.5	136	71.7	148	70.8	144	69.9	62.2	61.2
	脳疾患	71	40.6	68	35.6	75	36.0	70	33.9	26.3	26.9
	がん	11	7.2	12	7.2	14	7.3	15	6.7	9.3	11.5
	筋・骨格	124	65.5	103	59.6	122	59.1	121	57.9	55.1	54.6
	精神	80	42.3	71	39.3	78	40.4	84	39.9	37.0	37.2
要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	68,250		79,270		82,590		76,250		85,220	86,510
	認定なし	37,700		38,180		42,570		40,750		42,240	40,740

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表34 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（年代別）

受給者区分		2号				1号				合計				
年齢		40～64歳				65～74歳				75歳以上		計		
要介護認定・レセプト突合状況	介護件数（全体）			6		13		187		200		206		
		再）国保・後期		6		11		177		188		194		
	血管疾患	循環器疾患	疾患	順位	脳卒中	3	脳卒中	5	脳卒中	86	脳卒中	91	脳卒中	94
					割合	50.0%	割合	45.5%	割合	48.6%	割合	48.4%	割合	48.5%
			虚血性心疾患	0	腎不全	2	虚血性心疾患	82	虚血性心疾患	82	虚血性心疾患	82	虚血性心疾患	82
		腎不全	0	虚血性心疾患	0	腎不全	20	腎不全	22	腎不全	22	腎不全	22	
		基礎疾患（*）	糖尿病	1	糖尿病	4	糖尿病	61	糖尿病	65	糖尿病	66	糖尿病	66
			高血圧	5	高血圧	9	高血圧	151	高血圧	160	高血圧	165	高血圧	165
			脂質異常症	2	脂質異常症	7	脂質異常症	84	脂質異常症	91	脂質異常症	93	脂質異常症	93
	血管疾患合計	合計	5	合計	10	合計	168	合計	178	合計	183	合計	183	
	割合	83.3%	割合	90.9%	割合	94.9%	割合	94.7%	割合	94.3%	割合	94.3%		
	認知症	認知症	0	認知症	4	認知症	77	認知症	81	認知症	81	認知症	81	
	割合	0.0%	割合	36.4%	割合	43.5%	割合	43.1%	割合	41.8%	割合	41.8%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	5	筋骨格系	10	筋骨格系	169	筋骨格系	179	筋骨格系	184	筋骨格系	184		
割合	83.3%	割合	90.9%	割合	95.5%	割合	95.2%	割合	94.8%	割合	94.8%			

出典：KDB システム帳票 要介護（支援）者突合状況

※基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

3. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されている。(平成30年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、発展させるとし、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況が高く評価されている。

また配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組については、平成28年度前倒し実施分において、46.9%が既に達成していたことから、更なる充実を図るため、新たに受診勧奨後の取組及び保健指導後の検査結果改善等の評価について評価指標が追加された。今後は、本村においても国の見直し、追加も考慮し、取組の充実を図ることとする。

本村の平成28年度前倒し実施分では全国1,714市町村中453位と上位に位置していたが、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進、後発医薬品の使用割合、収納率向上に関する取組の実施状況、また第三者求償の取組の実施状況に関する項目で県平均を下回る結果であった。(図表35)

図表35 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標		前倒し実施分				29年度 配点	30年度 配点
		28年度 配点	実績				
			全国	福岡県	東峰村		
総得点(満点)		345				580	850
総得点(体制構築加点70点を除く)		275	128.67	146.03	158	510	790
交付額							
被保険者一人当たり交付額							
全国順位(1,741市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位				13位	453位		
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	10	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	0	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	10	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70	100
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45	70
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	0	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	0	30	40
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	0	70	100
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	5	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	3	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
体制構築加点		70				70	60

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1. 分析結果に基づく課題の明確化

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）を重点に重症化予防を進めてきた。

特定健診未受診者対策としては、40歳及び過去5年特定健診未受診者へ特定健診無料クーポン券（以下「クーポン券」という。）配布を行ったが、クーポン券の回収率は、5.3%であった。その他、とうほうTV（ケーブルTV）・村広報紙等による受診勧奨を行ってきたが、特定健診受診率は横ばいであり、目に見える効果は見られなかった。集団的対策では、特定健診受診率の向上は効果的とは言えず、今計画期間においては、個別的な受診勧奨対策を実施する必要がある。

重症化予防を目的とした対策としては、個別の保健指導を行った。その結果、糖尿病、高血圧、脂質異常症の未治療者の割合は減少し、Ⅲ度高血圧の数が0となったことから、個別での保健指導の効果があつたといえる。しかし、HbA1c7.0以上の者、LDL-C180以上の者の数は増えていることから、新たに数値悪化となった人が増えたことや治療は開始したが経過不良であることなどが考えられる。このことより、治療開始になる前の正常高値といわれる早期の段階から介入し発症予防をすること、数値の改善が見られないものには引き続き個別の保健指導を継続して行っていくなどのハイリスク者を減らす対策を行っていく必要がある。

以上、第1期の取組、評価も踏まえ、健診・医療・介護等のデータを分析するにあたり、以下の視点で整理し、東峰村国民健康保険の健康課題が明らかとなった。

- 高額や長期に医療を要する疾患の原因は何か、それは予防可能な疾患か。
- 医療と介護の両方を必要とする疾患は何か。

（1）健康課題

【健診】

- ① 特定健診の受診者は約4割であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要であり、そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要がある。
- ② 特に、特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が健診未受診者の約67%を占めているが、特定健診受診者で既に治療中である者の中にも重症化予防の対象者がいることから、かかりつけ医との連携により受診率を向上させる必要がある。また、生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の約33%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然倒れてしまう可能性があるため、健診の受診を勧める必要がある。

- ③ 特定健診の結果からは、男性のメタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに高く、特定保健指導の実施率向上が必要である。また、脂質異常症及び糖尿病の有所見者数が高く、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるだけでなく、介護も要することにつながるため、脂質異常症、糖尿病を優先的に解決する必要がある。
- ④ 健診結果で糖尿病（型）と判断される者の約3.6%に既に腎機能低下の所見があり、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

【医療】

- ⑤ 同規模町村と比べ、医療費全体に占める入院の費用額の割合が高く、1件当たりの在院日数も長くなっており、重症化している状況がうかがえる。その結果一人当たり医療費も年々高くなっている。軽症のうちに外来治療につなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要である。
- ⑥ 腎不全患者は、罹患していない人に比べ医療費が高くなっており、高い確率で糖尿病を基礎疾患として持っている。慢性腎不全患者は脳血管疾患や虚血性心疾患の罹患率が高く、後期高齢者被保険者の要介護認定者の割合が約5割と高いことから、要介護の原因になっていることも考えられる。これらのことから、軽度の腎機能低下や蛋白尿が心血管疾患や脳血管疾患の大きな危険因子であり、また、糖尿病性腎症は、透析に至る最大の原因であるため、早期の糖尿病の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となる。【参考：CKD治療ガイド2012 日本腎臓学会編】
- ⑦ 長期入院の分析結果から、統合失調症等の精神疾患患者の重症化予防や長期入院を防ぐことに加え、精神障がい者の地域移行等福祉施策での対応を引き続き行う。

【介護】

- ⑧ 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。本村の要介護認定率は年々増えており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の糖尿病等の血管疾患の有病状況が8割以上と非常に高くなっている。これらの基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化するため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。

2. 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期に分け設定する。

(1) 中長期目標の設定

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院における疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であるため、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先とする。

(2) 短期目標の設定

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リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とする。特に脂質異常症、糖尿病は本村の課題でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組む。

図表 36 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの					
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①入院医療費の伸び率の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患、 糖尿病性腎症の新規発症の減少	①	特定健診受診率の向上					
		45%	48%	51%	54%	57%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		80%	80%	80%	80%	80%	80%
	③	脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール160以上の割合の減少					
		12.0%	10.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合					
		5.5%	5.0%	5.0%	4.5%	4.0%	3.5%
	⑤	高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧160または拡張期血圧100以上)の割合					
		5.0%	5.0%	4.0%	4.0%	3.5%	3.0%

第4章 保健事業の内容

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては、第2編 第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

保健事業の実施にあたっては、費用対効果等から優先順位を考慮して取り組むこととし、医療保健係（国保部門）のみでなく、健康増進事業担当係や関係機関等と連携して実施する。特に対象者への受診勧奨や保健指導は、これまでの取組において、効果を挙げている個別アプローチを中心に取り組む。

1. 健康学習の実施（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組）

特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習（例えば体のメカニズムと食事の関係や自宅での血圧測定の重要性、禁煙について等）を村民に身近な地域で実施する。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	村民
実施方法	<p>下記等の健康教育・イベント等の機会を利用する。</p> <p>①妊婦訪問・二ヶ月児訪問 通年</p> <p>②乳幼児健診での講話及び母親に対する血圧測定・尿検査の実施 年4回</p> <p>③各保育所（園）保護者会等での講演会 年各1～2回</p> <p>④社会教育や公民館事業・行事との連携</p> <p>⑤地域（高齢者）サロン 随時</p> <p>⑥その他、イベント・チラシ・とうほうTV（村ケーブルTV）等における広報</p>
実施時期	通年
評価方法	健診受診状況

2. 特定健診未受診者対策

KDBでのデータ分析により、健診未受診者のうち既に医療機関で生活習慣病の治療を受けているものとそうでないものが明らかになるため、個別受診勧奨のアプローチ方法を区別して、対象者に応じた効果的な特定健診受診勧奨を行う。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	特定健診未受診者
実施方法及び 実施時期	ア 40歳及び過去5年特定健診未受診者へ特定健診無料クーポン券配布 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 専門職による電話での受診勧奨 10月～3月 エ 受診勧奨はがきの送付 10月・2月の年2回
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

3. 特定保健指導事業

特定健診後の特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の実施により、特定保健指導の実施率向上を図る。

詳細については、第2編 第3期特定健康診査等実施計画参照。

4. 二次検査事業

二次検査（75g 糖負荷試験及び頸動脈エコー）の実施により、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するため対象者を抽出し、生活習慣改善に向けた保健指導を実施する。

また、二次検査の項目として糖尿病治療中の者や高血糖状態にある者などに対する歯周疾患（病）検診の実施に向け、積極的な検討を行う。

成果目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上
対象者	ア 75gOGTT 及び頸部エコー実施対象者(40歳～69歳の未治療者) i) 対象者 A (①の条件を必須とし、②・③のいずれか、又は両方の条件を満たす者) ①血糖(NGSP) 5.6～6.4 ②血圧 I 度以上 ③脂質 LDL140～or 中性脂肪 300～ イ 75gOGTT のみ実施対象者(40歳～69歳の未治療者) i) 対象者 B-a (対象者 A を除く) ①血糖(NGSP) 6.0～6.4 ii) 対象者 B-b (対象者 A を除く、①・②の両方の条件を満たす者) ①血糖(NGSP) 5.6～5.9 ②腹囲 男 85 cm以上 女 90 cm以上 又は BMI 25 以上 ウ 頸部エコーのみ実施対象者(50歳～69歳の未治療者) i) 対象者 C (対象者 A・B を除く) ①脂質 LDL160～
実施方法	ア 75g糖負荷試験・頸動脈エコー検査の実施 イ 保健師・管理栄養士による検査結果の説明と保健指導
実施時期	通年
評価方法	ア 受療勧奨対象者への介入率、保健指導実施率 イ 医療機関受療率 ウ 各種検査値の変化(改善)

5. 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患等）

特定健診結果やレセプト情報から重症化するリスクの高い者を抽出し、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び各学会ガイドライン等に基づいて、医療機関との連携のもと重症化予防のための保健指導及び受療勧奨を行うことで、新規透析導入及び新規脳血管疾患・虚血性心疾患患者の減少を目指す。特に、糖尿病性腎症重症化予防については、朝倉管内糖尿病連携パスを積極的に活用する。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上
対象者	①血圧 II度以上 収縮期血圧 160 または拡張期血圧 100 以上 （治療中の者 収縮期血圧 179・拡張期血圧 109 までは年齢や重なりを加味して判断） ②血糖 HbA1c 6.5%以上 （治療中の者 7.0%以上） ③脂質 1）LDL コレステロール 180 以上 2）男性で LDL コレステロール 160 以上 3）女性で LDL コレステロール 160 以上でコントロール目標 120 未満 4）中性脂肪 300 以上 ④CKD CKD 重症度分類で橙・赤レベル ⑤心房細動 （治療中の者 内服状況を加味して判断）
実施方法	戸別訪問、個別面談、電話、手紙等 ※医療機関未受診者・医療機関受診中断者を優先し、糖尿病で通院中の者については、朝倉管内糖尿病連携パスや糖尿病連携手帳を活用し主治医と連携の上、実施する。
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨対象者への介入率 イ 医療機関受診率 ウ 各種検査値の変化（改善）

6. ウォーキングマイレージ事業（まち・ひと・しごと創生事業）

村民参加希望者へ活動量計を無償で貸与し、定期的に測定した数値や、健康増進につながる行動（特定健診・がん検診等受診、健康運動教室参加など）をした場合にポイント（インセンティブ）が獲得でき、総合健診受診費補助券や村商工会商品券等と交換できるもので、楽しみながら健康づくりの継続を図る。

短期目標	ア 日常歩数の向上 イ 特定健診の標準的な質問項目 10 及び 11 の該当者率の向上
対象者	20 歳以上の東峰村民又は東峰村在勤者
実施方法	貸与された活動量計を持ってウォーキングを行い、スマホアプリまたは村内設置ステーションの読取機器と連動することによって、村へ歩数の報告をする。
実施時期	通年
評価方法	ア 日常歩数の向上 イ 特定健診の標準的な質問項目 10 及び 11 の該当者率の向上 ウ 各種検査値の変化（改善）

※それぞれの実施体制や実施スケジュール等の詳細については、各事業ごとに定める。

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(平成52)年に向け、急増し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た。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、村民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は本村の国民健康保険加入者にとっても村民全体にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく村民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

【評価における4つの指標】

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導実施率・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)	<ul style="list-style-type: none">・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、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努める。

2. 個人情報の取り扱い

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

第3期特定健康診査等実施計画

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、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ており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）に基づき、保険者（高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされた。

1. 特定健康診査の基本的考え方

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできる。また、その結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

また、特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

2. 特定保健指導の基本的考え方

特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 特定健診等実施計画について

本計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくりの施策の方向性、第2期の評価を踏まえ策定するものである。本計画は6年が1期であるため、第3期の計画期間は平成30年度から平成35年度とし、計画期間の中間年度である平成32年度の実績をもって、評価・見直しを行う。

2. 特定健診・保健指導実施の基本的な考え方

生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。

内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要である。

効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定する。又、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視する。

健診・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断している者等を把握し、重点的な保健指導対象者の選定に役立てる。

メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40歳代から増加する。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。

糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのため保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援すること、また、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とする。

3. 目標の設定

(1) 実施に関する目標の設定

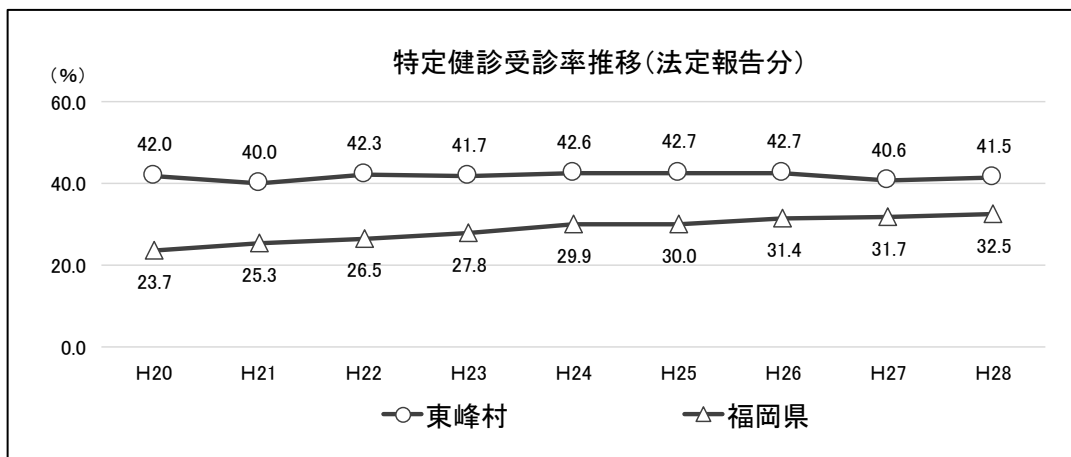
① 特定健診・特定保健指導の状況及び目標の設定

特定健診・特定保健指導の今後の目標設定のために、これまでの状況を見ると、特定健診受診率は国が目標とする60%には及ばないものの、県を常に上回っている。(図表37)

特定保健指導率については、平成22年度以降、国の目標である60%を超えている。(図表38)

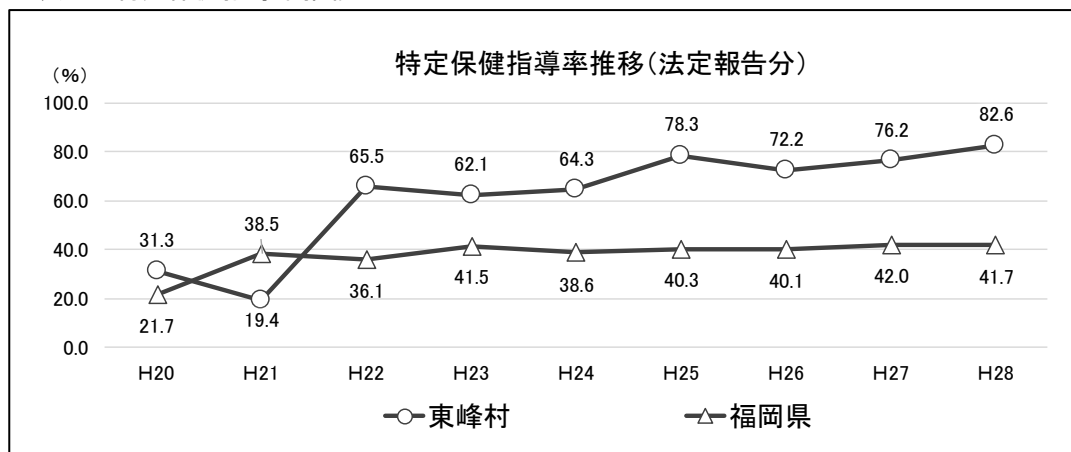
これらの状況から、各年度の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値を下記の通り設定する。(図表39)

図表37 特定健診受診率推移



出典:特定健診法定報告データ

図表38 特定保健指導率推移



出典:特定健診法定報告データ

図表39 実施に関する目標値の設定

	実績	目標値					
		平成28年度	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
特定健診受診率	41.5%	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	82.6%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

(2) 成果に関する目標

① メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の状況及び目標の設定

特定健診・保健指導の成果に関する目標として、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群等の今後の目標を設定する。平成28年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群、特定保健指導対象者の減少率は、いずれも福岡県の割合を上回っている。(図表40)

これらの状況から、各年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群等の目標値を下記の通り設定する。(図表41)

図表40 メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率の推移

年度	メタボ該当者			メタボ予備群			特定保健指導対象者		
	東峰村		福岡県	東峰村		福岡県	東峰村		福岡県
	減少数	減少率	減少率	減少数	減少率	減少率	減少数	減少率	減少率
H20									
H21	8	21.6%	22.2%	8	27.6%	22.0%	5	17.2%	23.9%
H22	12	34.3%	21.4%	9	32.1%	19.1%	8	32.9%	20.9%
H23	5	15.6%	22.4%	7	30.4%	21.4%	5	18.5%	22.0%
H24	4	12.1%	23.1%	9	28.1%	22.5%	4	14.8%	23.5%
H25	6	18.2%	22.3%	9	32.1%	21.4%	8	30.8%	19.0%
H26	5	13.9%	22.2%	6	20.0%	21.4%	4	19.0%	21.3%
H27	9	22.5%	21.5%	4	13.3%	20.9%	5	15.2%	21.0%
H28	7	21.2%	21.0%	6	27.3%	20.1%	6	30.0%	15.9%

出典：特定健診法定報告データ

※メタボ減少率：メタボ減少率とは、基準年度（前年度）にメタボリックシンドローム該当者であったが、当該年度ではメタボリックシンドローム及び予備群に該当しなくなった者の割合であり、特定保健指導の成果を表す指標として用いられる。

図表41 成果に関する目標値の設定

	実績	目標値					
	平成28年度	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
メタボ及び予備群	66人 32.4%	64人 30%	65人 29%	65人 28%	65人 27%	65人 26%	64人 25%
メタボ減少率	21.2%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
特定保健指導対象者の減少率	30.0%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

4. 対象者数の見込み

平成28年度対象者数を根拠に以下のように見込むこととした。(図表42)

【平成28年度実績】 特定健診対象者数 492人 受診者数 204人
特定保健指導対象者数 23人 実施者数 19人

図表42 対象者数の見込み

	目標値					
	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診対象者数	480人	470人	460人	450人	440人	430人
特定健診受診者	216人	226人	235人	243人	251人	258人
特定保健指導対象者数	25人	25人	25人	25人	25人	24人
特定保健指導実施数	20人	20人	20人	20人	20人	20人

5. 特定健診の実施

(1) 実施形態

特定健診については、特定健診実施機関に委託して行う。本村においては、集団健診を5月～12月まで、個別健診を5月～翌年3月まで実施する。

(2) 特定健診委託基準

高確法第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については、厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

○集団健診：指名競争入札で決定した業者と契約を行う。

○個別健診：県医師会と市町村国保側の代表保険者が集合契約を行う。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告(データ作成)であり、契約の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成する。

(4) 個別健診実施機関リスト

社会保険診療報酬支払基金(特定健診・特定保健指導期間検索)等のデータベースで最新の情報を公表する。

(5) 健診委託単価、自己負担額

健診単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定する。

受診者の特定健康診査に係る自己負担額は1,000円とする。ただし、追加検査項目については、自己負担金を徴収しない。また、40歳対象者及び過去5年間特定健診未受診者については、無料クーポン券を発行し、集団健診の自己負担金は徴収しない。

(6) 健診項目

① 基本的な健診

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。)第1条1項一号から九号で定められた項目とする。(図表43)

図表43 基本的な健診項目

項目	内容
既往歴	服薬歴及び喫煙習慣の状況
身体計測	身長、体重、腹囲(内臓脂肪面積)の検査
BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧測定	
脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はnon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT) γ -GT
血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c検査(NGSP値) (やむを得ない場合には随時血糖)
尿検査	尿糖、尿蛋白

② 特定健診の詳細な健診の項目

基本的な健診項目以外に、詳細な健診の項目を実施する。(「実施基準」第1条第十号)(図表44)

図表44 特定健診の詳細な健診の項目

項目	内容
心電図検査	前年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者。
眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 血糖：空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	前年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 血糖：空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

③ その他の健診項目

健康課題を踏まえ、①基本的な健診項目以外の項目を、追加項目として実施する。

○追加項目：腎機能検査（血清クレアチニン（eGFRによる腎機能の評価を含む）、血清尿酸、血清総コレステロール、尿潜血、心電図検査

また、生活習慣病の早期介入を図り、健診結果で基準に該当する者に、75g糖負荷試験、頸動脈エコー検査を二次検査として実施する。

（7）健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能とする。個別健診においても医療機関の協力を得ながら、人間ドッグやがん検診なども合わせて受診できるような体制をとる。

また、加入している保険の種別を問わず、すべての住民が健診を受けられるよう体制整備を行う。特に、被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診（健診受診の機会）を確保する。また、生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。

（8）代行機関の名称

代行機関は福岡県国民健康保険団体連合会と契約する。

（9）健診の案内方法

特定健診受診券を発行し、個別に郵送する。また、ホームページ及び村の広報紙、とうほうTV、集団健診前の無線放送による呼びかけを行う。また、医療機関による受診勧奨に努める。

（10）事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

1）労働安全衛生法に基づく事業者健診の健診データ収集

事業者健診の項目は特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健診の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には結果表の写しの提出を依頼する。

2）医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう努める。

また、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者の社会的コストを軽減させる観点から、本人同意のもので保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用する。

6. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の実施体制

- ・特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う「積極的支援」及び「動機付け支援」の内容については、高確法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。
- ・2年連続して積極的支援に該当した者のうち、2年目の状態が改善している者に対して積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師が判断する。
- ・積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施(行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3ヶ月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす)を検討する。

(2) 特定保健指導以外の保健指導

- ・被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を実施する。(詳細については、第1編 第4章 保健事業の内容を参照。)

(3) 保健指導実施の流れ

1) 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導は、国民健康保険と健康づくりを主管する保健福祉課で行う。標準的な健診・保健指導プログラム様式5-5(以下、「厚労省様式5-5」という。)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行う。

特定保健指導の対象者は、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に基づき、特定健診受診者を「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」に区分し、実施する。(図表45)

図表45 特定健診受診者の区分

区分	対象者	実施目的・内容
情報提供	健診受診者全員	対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけをつくるため、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報提供を行う。
動機付け支援	生活習慣の改善が必要と判断された者	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣をふり返り、生活習慣変容のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的とする。 医師、保健師又は管理栄養士等の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うとともに、行動計画の策手を指導した者が、行動計画の実績評価を行う。

区分	対象者	実施目的・内容
積極的支援	生活習慣の改善が必要と判断された者で、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者	<p>動機付け支援に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの状態を自覚し、生活習慣をふり返り、生活習慣変容のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。</p> <p>医師、保健師又は管理栄養士等の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うとともに、行動計画の策手を指導した者が、行動計画の実績評価を行う。</p>

2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

厚労省様式5-5に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとする。(図表46)

図表46 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	理由	支援方法	対象者見込 受診者に占める割合	目標 実施率
1	O	O：動機づけ	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆ 生活改善への動機付けを効果的に行うため、二次検査を実施する ◆ 健診結果により必要に応じて受診勧奨 	O：15人 (6.9%)	利用率 90%
	P	P：積極的支援			P：10人 (4.4%)	終了率 65%
2	M	受診勧奨判定値の者	病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密検査について説明 ◆ 自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、適切な生活改善や受診行動が選択できる支援 	M：37人 (17.2%)	100%
3	L	治療中でコントロール不良の者	すでに病気を発症していても、重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できる	<ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆ 学習教材の共同使用 ◆ 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆ 治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	L：58人 (27.0%)	80%
4		O、P、M、Lに含む	CKD専門医紹介レベル	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 腎専門医を受診する必要性について通知・説明 ◆ 治療中の場合は、かかりつけ医との連携 ◆ 生活習慣の改善（特に栄養）の保健指導 	O、P、M、Lに含む	尿蛋白2+、 eGFR40以下を優先する
5	D	健診未受診者	特定健診受診率向上、重症化予防対象者の把握、早期介入で医療費適正化に寄与できる	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 特定健診の受診勧奨 ◆ 未受診者対策（40・50代を中心とした未受診者対策、治療中断者の受診勧奨） ◆ 未受診かつ未治療者の健診受診勧奨 ◆ ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発 	D：264人	
6	N	受診不必要の者	特定健診受診率向上を図り自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆ 健診の意義や各健診項目の見方について説明	N：51人 (23.5%)	90%
7	K	治療中でコントロールが良好の者	重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	◆ 治療継続及び生活習慣改善の必要性の周知		

※要保健指導対象者数の見込み 受診率45%（平成30年度目標）で試算

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク（特にHbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施する。

3) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラムによると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」とされている。しかし、成果が数値データとして現れるのは数年後になるため、短期間で評価ができる事項についても、評価を行っていくことが必要であるため、評価は、①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととする。

① 厚労省様式 5-5 に基づいた評価

アウトプット（事業実施量）評価を行い、保健指導レベル別にプロセス（過程）評価を行う。また、次年度の健診結果においてアウトカム（結果）評価を行う。アウトカム評価については、次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価する。（図表 47）

図表 47 保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診未受診、又は結果未把握
4	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生
5	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個数が増える	治療中断

② 疾患別フローチャートに基づいた評価

厚労省様式 5-5 では疾患別の状況がわからないため、3疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、保健指導レベル別にプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

7. 年間実施スケジュール

月	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	○健診対象者の抽出及び 受診券の送付		○特定健診をはじめとした 各種健診の広報
5月	○特定健康診査の開始 (集団) (個別)		○健診、後期高齢者健康診 査、がん検診開始
6月		○保健指導対象者の抽出	○代行機関(国保連合会)を 通じて費用決済の開始
7月		○保健指導の開始	○未受診者への受診勧奨
8月			
9月			
10月			
11月			
12月	●集団健診の終了		
翌年 1月			
翌年 2月	○受診結果の把握と 次年度受診券 (健診対象者の抽出、印刷)		
翌年 3月	●個別健診の終了		
翌年 4月			○特定健診費用の決済終了 ○健診データ抽出

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1. 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付される。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行う。

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

3. 特定健診等データの情報提供及び照会

特定健康診査及び特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業である。このため、加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健康診査及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第27条第1項及び実施基準第13条の規定により、保険者（以下「現保険者」という。）は、加入者が加入していた保険者（以下「旧保険者」という。）に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないこととされている。

生涯にわたる健康情報を活用した効果的な保健指導を実施するため、医療保険者間異動者の健診結果受け渡しに係るルールに基づき、積極的に過去の健診結果の情報提供を求めるものとする。

4. 個人情報保護対策

第1編 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い「2. 個人情報の取り扱い」に準ずるものとする。

5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

第4章 結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際には、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知で定められている。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第1編 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い「1. 計画の公表・周知」に準ずるものとする。

