

保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 4 月
久山町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)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

- 1 背景
- 2 計画の目的・位置付け
- 3 計画期間
- 4 関係者が果たすべき役割と連携

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
- 2 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)
- 3 保険者努力支援制度

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
- 2 成果目標の設定

第4章 保健事業の内容

- 1 国保保健事業
- 2 その他の保健事業
- 3 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取り扱い

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

- 1 特定健康診査の基本的考え方
- 2 特定保健指導の基本的考え方

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

- 1 特定健康診査等実施計画について
- 2 健診・保健指導実施の基本的な考え方
- 3 目標の設定
- 4 対象者数の見込み
- 5 特定健診の実施
- 6 保健指導の実施

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・保健指導のデータ形成
- 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について
- 3 特定健診等データの情報提供及び照会
- 4 個人情報保護対策
- 5 被保険者への結果通知の様式

第4章 結果の報告

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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。

これまでも本町は、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。

※1 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。

※2 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。

※3 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。

※4 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。

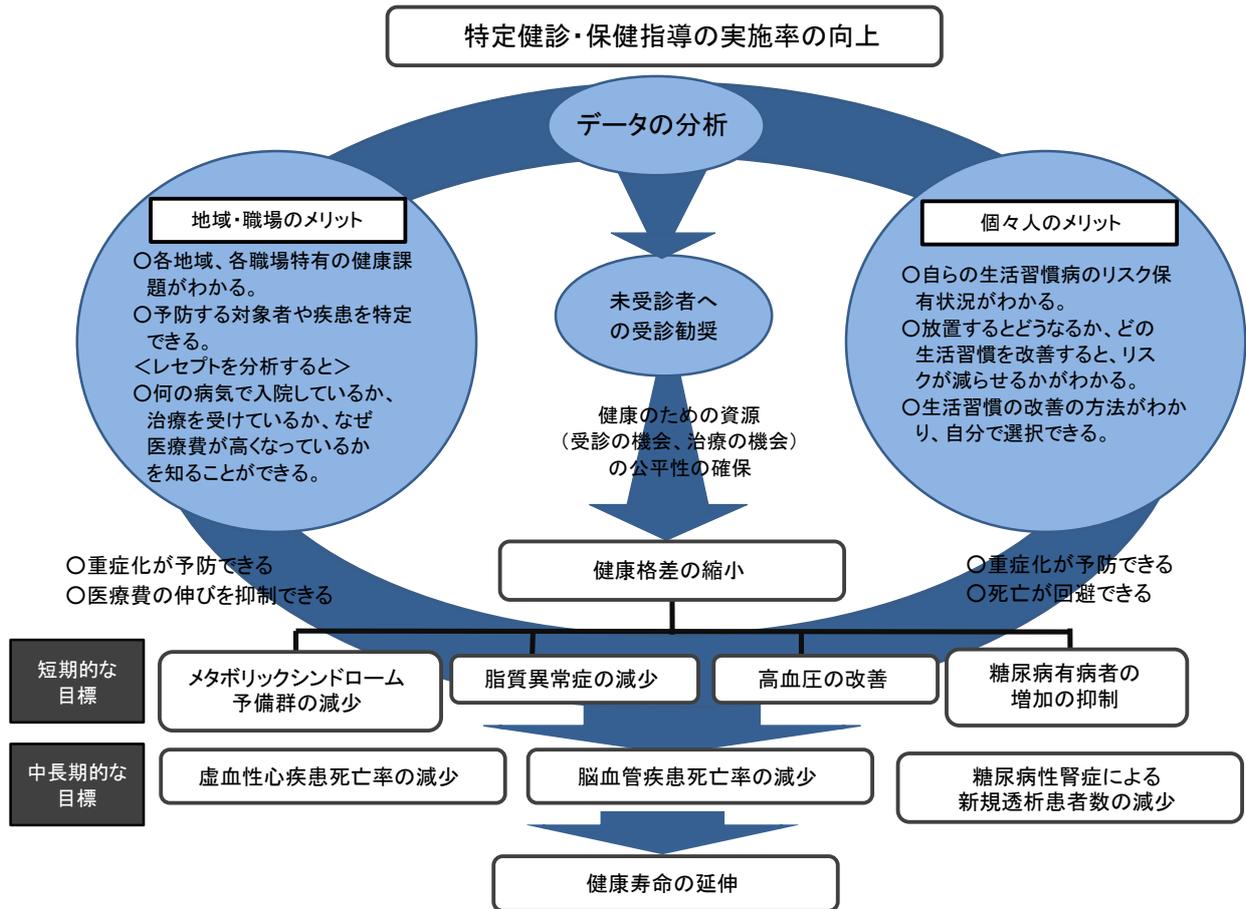
※1 保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。

※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。

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

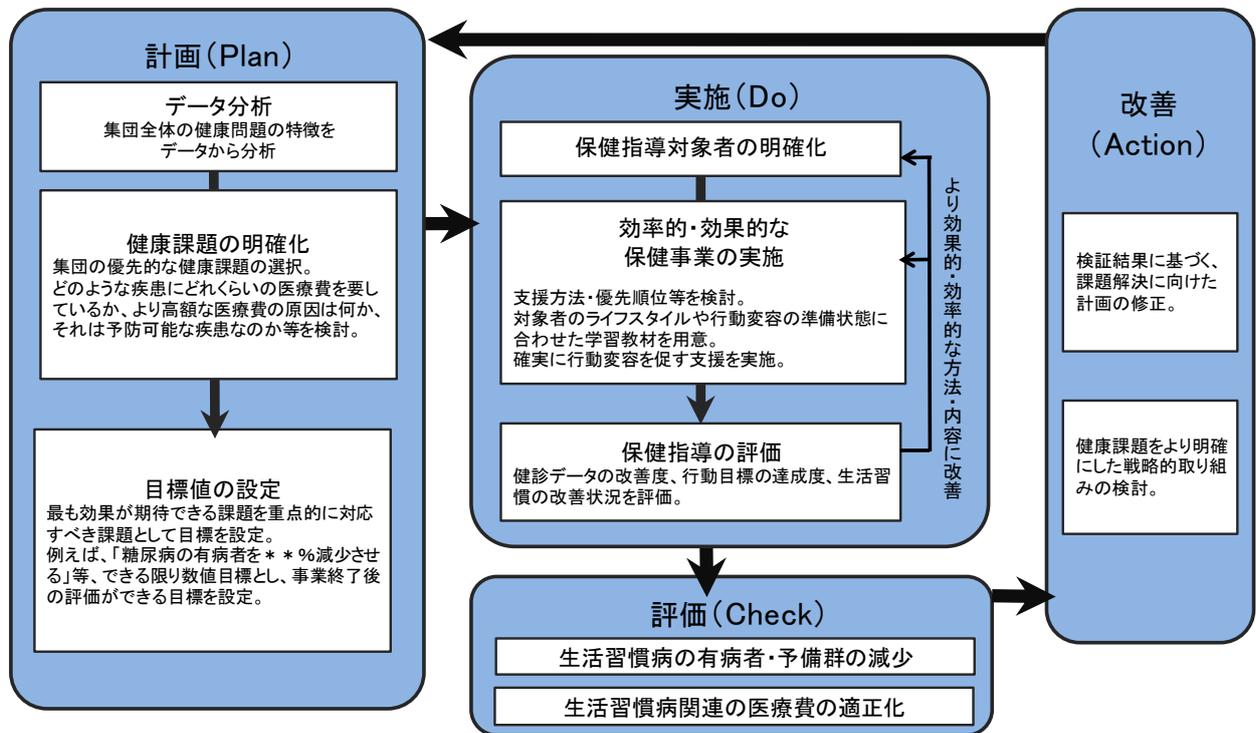
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	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つて、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につけていくとともに、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じて、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果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、青壮年期、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	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
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		がん 精神疾患	
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		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 脊髄小脳変性症 脊髄管狭窄症 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			
評価	※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 (地域の実状に応じて設定)
		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 保険者努力支援制度 </div> 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定				

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



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図-3

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

町民生活課が主体となり、健康福祉課と協議、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、それぞれの担当課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。

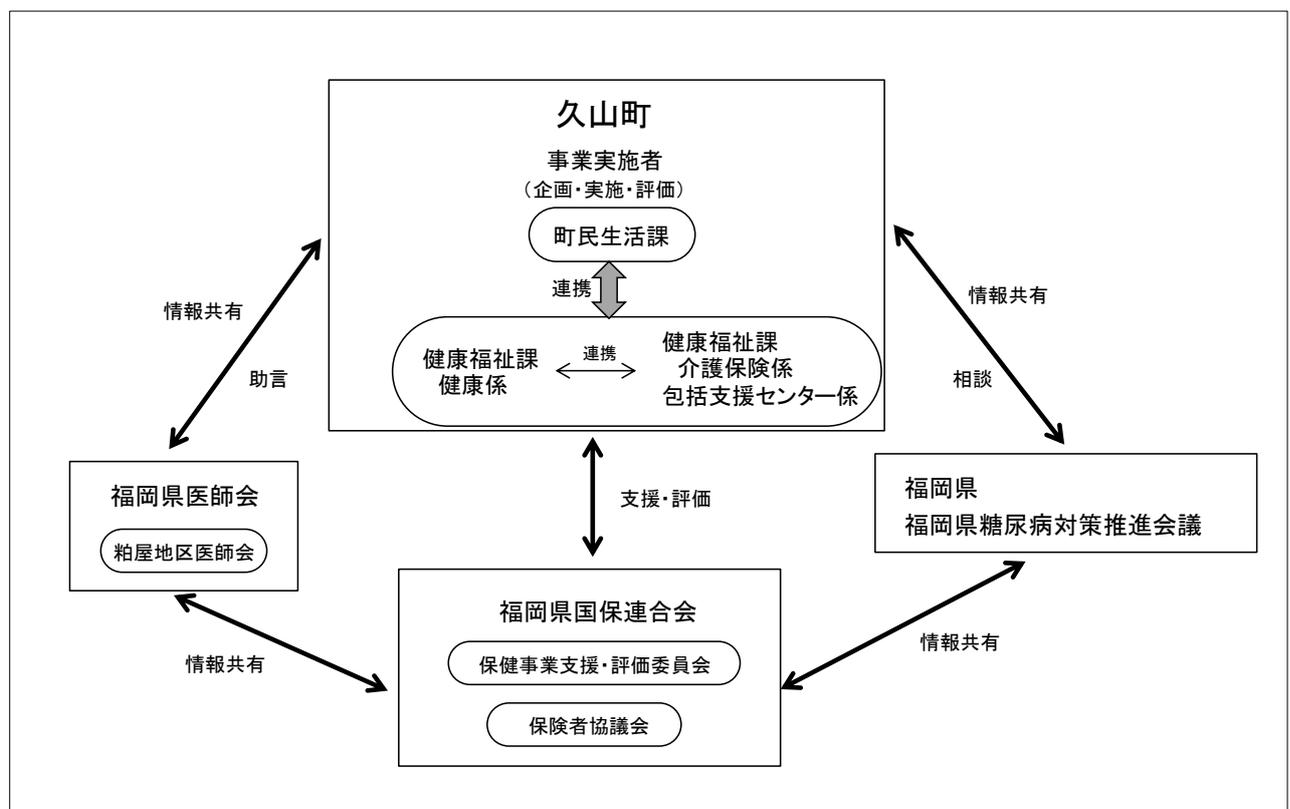
2) 外部有識者等の役割

福岡県医師会(粕屋医師会)と、特定健診および特定保健指導等にかかる連絡協議会等で連携を図る。また、福岡県国保連合会による保健事業等の運営に関する助言および支援を依頼する。

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 久山町の実施体制図



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

本町は平成27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

本町は、人口8,208人、高齢化率27.8%である(平成27年度国勢調査)。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53.6歳と他と比べて高かった。

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)

図表5 久山町の特性

(H27)

	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
久山町	8,208	27.8	1,940 (23.6)	53.6	8.5	10.1	79.8 86.6	65.9 67.1	4.6	17.6	77.9
同規模	6,830	35.5	2,048 (29.3)	53.5	6.1	16.1	79.3 86.4	65.2 66.7	18.4	25.4	56.2
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,506 (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	26.4	32,257,003 (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29年8月1日現在、その他の項目は27年度国勢調査結果

本町の国保加入率は23.6%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が44.9%を占めている。(図表6)

町内には1つの病院、7の診療所しかないが、隣接して福岡市があり、また高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模及び福岡県と比較して高い。(図表7)

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	2,060		2,046		1,974		1,973	
65～74歳	829	40.2	872	42.6	854	43.3	886	44.9
40～64歳	704	34.2	670	32.7	630	31.9	599	30.4
39歳以下	527	25.6	504	24.6	490	24.8	488	24.7

図表7 医療の状況(被保険者千人あたり)

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

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(%)
病院数	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5
診療所数	7	3.4	7	3.4	7	3.5	7	3.5
病床数	87	42.2	87	42.5	87	44.1	94	47.6
医師数	9	4.4	9	4.4	9	4.6	9	4.6
外来患者数	727.5		726.4		734.9		730.7	
入院患者数	26.4		26.9		23.9		25.1	

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握
※同規模被保険者数 28年度:241市

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

本町の特定健診受診率は、制度のスタートした平成20年度と比較して平成28年度は5%ほど増加し、近年は63%前後で推移している。特定保健指導については平成28年度75.8%と、以前と比べて増加しており、第2期特定健診等実施計画の目標値は達成している。受診者に占める特定保健指導該当者の割合は平成20年度に比べてやや低下している。(図表8)

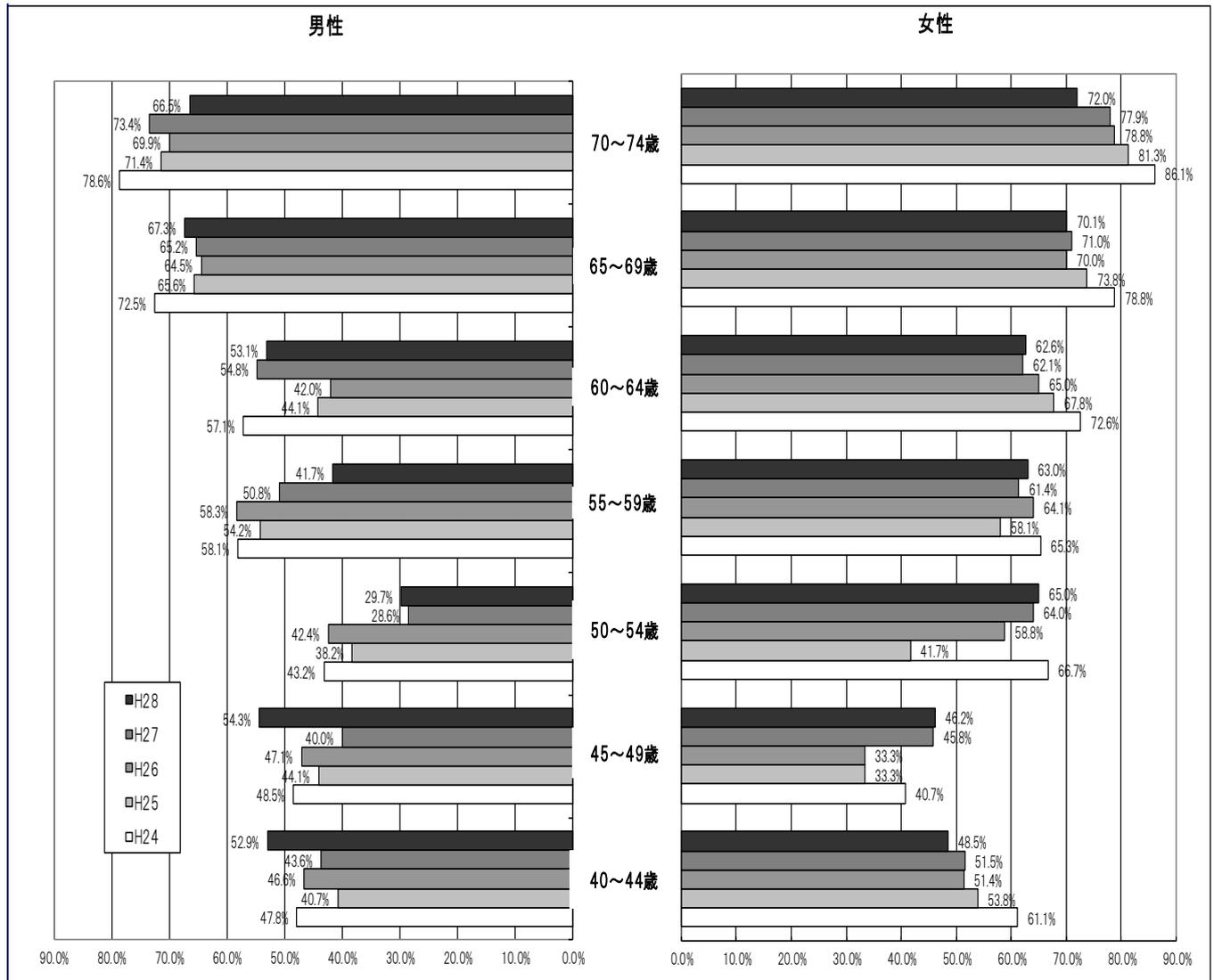
図表8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	参考 29年度目標値
特定健診	受診者数	805人	891人	902人	871人	844人	実施中	健診受診率 71%
	受診率	58.6%	64.0%	63.8%	64.1%	63.2%		
	県内順位	1位	1位	1位	1位	1位		
特定保健指導	該当者数	126人	114	121	119	124	実施中	特定保健指導 実施率 70%
	割合	15.7%	12.8%	13.4%	13.7%	14.7%		
	実施者数	71人	90人	83人	77人	94人		
	実施率	56.3%	78.9%	68.6%	64.7%	75.8%		
	県内順位	16位	5位	14位	21位	11位		

出典:特定健診法定報告データ

また、これまで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いるが、年代および性別でみると40代男性では増加がみられるものの、50代男性は低下しており、若い世代の受診率が比較的低い。(図表9)

図表9 年代別特定健診受診率の推移

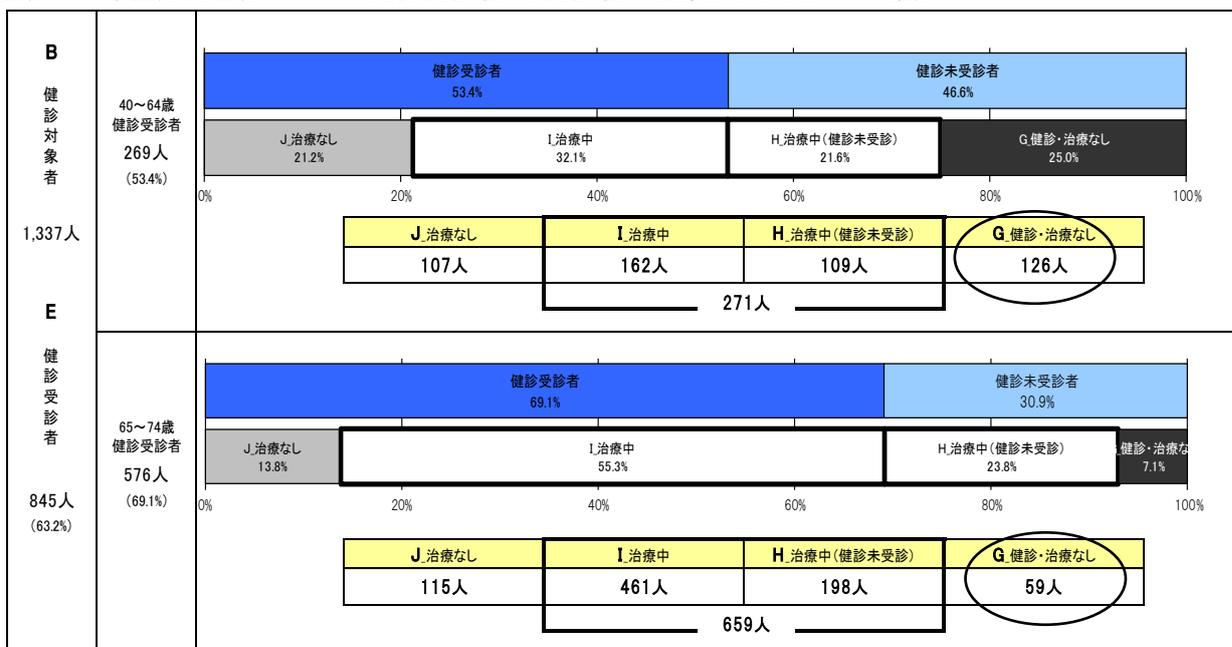


出典：保健指導支援ツール(平成24~28年度受診結果)

②特定健診未受診者の状況

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、平成 28 年度では 40～64 歳では特定健診対象者の 126 人(25%)、65 歳以上では 59 人(7.1%)となっている。健診受診者のうち、「治療なし」に比べ「治療あり」の割合が高い。これは、健診受診を契機に必要な生活習慣病の治療に結びついていることを示している。健診未受診者の中にも要治療の方が含まれることから健診受診勧奨を一層すすめる必要がある。(図表 11)

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(平成 28 年度)

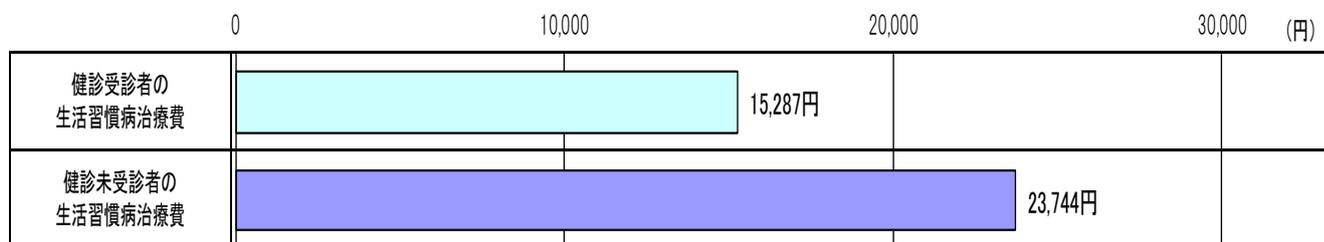


※KDB システムにおける生活習慣病

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

また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる 1 人あたり医療費を比較すると、健診未受診者の方が 23,744 円と健診受診者に比べて 8,457 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 12 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



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)の状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者を見ると、H28 は被保険者に占める患者の割合は減っているものの、特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c6.5%以上の該当者は増加している。また HbA1c6.5%以上の方のうち 14 人(26.4%)、Ⅱ度高血圧以上は 3 人(60%)、LDL-C160 以上は 42 人(93.3%)が未治療である。糖尿病および高血圧については治療に結びつく割合が高いが、脂質異常症については、受診勧奨をすすめる必要がある。(図表 13・14・15)

図表 13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者数 (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			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					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	1,527人	248人	16.2%	718人	79人	11.0%	809人	169人	20.9%	891人	58.3%	65人	7.3%	24人	2.7%	7人	29.2%			
28年度	1,509人	226人	15.0%	634人	54人	8.5%	875人	172人	19.7%	844人	55.9%	108人	12.8%	53人	6.3%	14人	26.4%			

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者数 (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			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					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	1,527人	510人	33.4%	718人	144人	20.1%	809人	366人	45.2%	891人	58.3%	39人	4.4%	7人	0.8%	4人	57.1%			
28年度	1,509人	484人	32.1%	634人	112人	17.7%	875人	370人	42.3%	844人	55.9%	33人	3.9%	5人	0.6%	3人	60.0%			

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保険者数 (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			
							被保険者		患者数	被保険者		患者数					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	1,527人	392人	25.7%	718人	112人	15.6%	809人	280人	34.6%	891人	58.3%	109人	12.2%	39人	4.4%	38人	97.4%			
28年度	1,509人	367人	24.3%	634人	91人	14.4%	875人	276人	31.5%	844人	55.9%	109人	12.9%	45人	5.3%	42人	93.3%			

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)

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 298 人(35.3%)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 17 人(16.8%)の割合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 16)

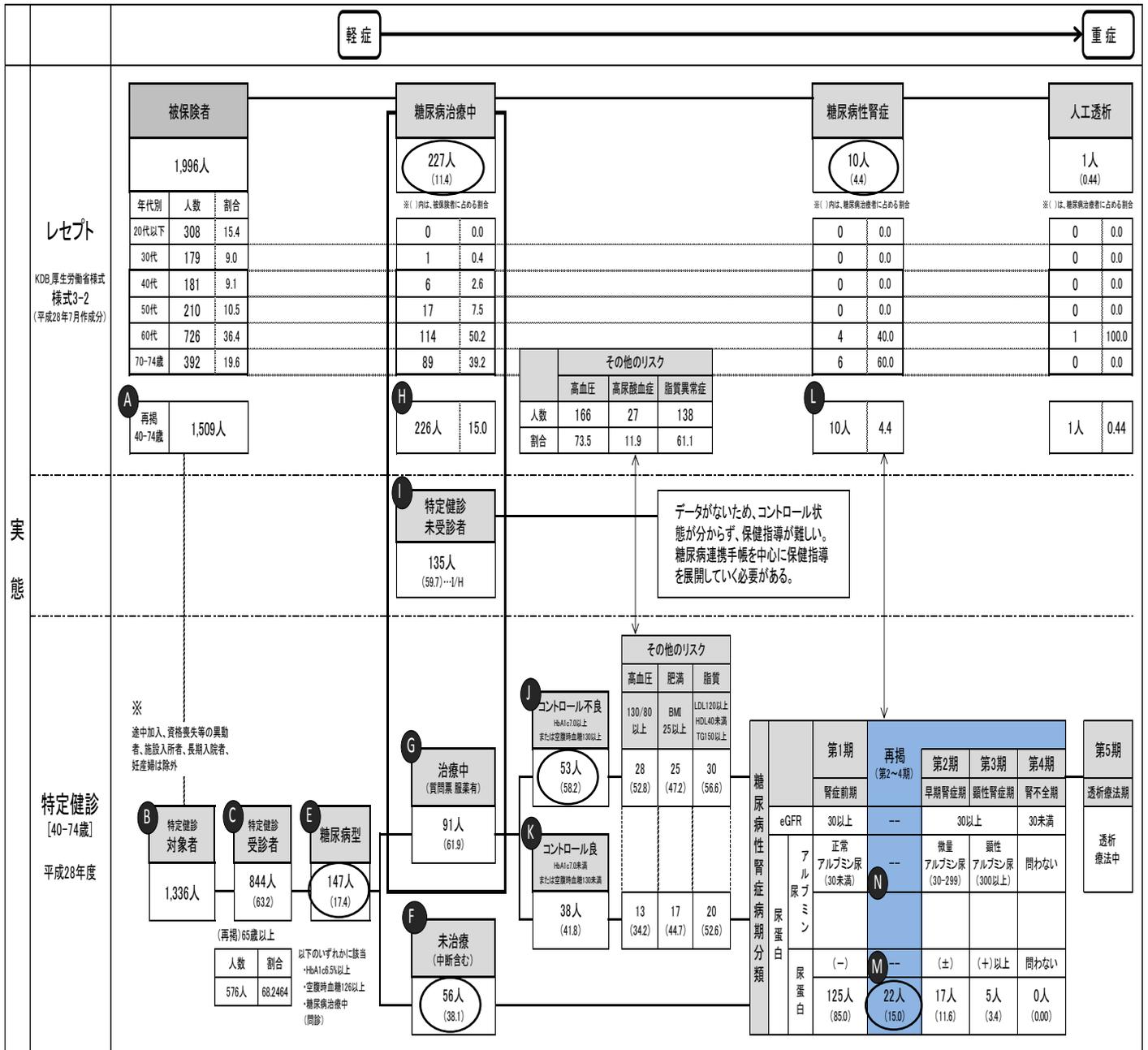
図表 16 脳・心・腎を守るために -重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

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 による年間新規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) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)										
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血(7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27%*)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.9%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%)</div> </div> <p style="font-size: small;">*脳卒中 データバンク 2009より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>															
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)										
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2009 (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 2012-2013 (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	重症化予防対象者 (実人数)								
受診者数 844	33	3.9%	0	0.0%	45	5.3%	30	3.6%	181	21.4%		82	9.7%	4	0.5%	31	3.7%	298	35.3%
対象者数	22	4.1%	0	0.0%	42	6.7%	21	3.3%	43	9.7%		43	5.7%	2	0.5%	10	2.3%	101	22.7%
治療なし	11	33.3%	0	--	12	26.7%	8	26.7%	43	23.8%		16	19.5%	0	0.0%	3	9.7%	56	18.8%
(再掲) 特定保健指導	11	3.5%	0	0.0%	3	1.4%	9	4.2%	138	34.5%		39	42.9%	2	0.5%	21	5.3%	197	49.3%
臓器障害 あり	2	9.1%	0	--	2	4.8%	3	14.3%	5	11.6%	6	14.0%	2	100.0%	10	100.0%	17	16.8%	
CKD(専門医対象者)	1		0		1		2		2		2		10		13				
尿蛋白(2+)以上	0		0		0		1		0		0		2		0		2		
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	1		0		0		0		0		0		0		0		1		
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0		0		1		1		2		2		0		10		10		
心電図所見あり	1		0		1		1		4		5		0		1		5		
臓器障害 なし	20	90.9%	--		40	95.2%	18	85.7%	38	88.4%	37	86.0%	--		--		--		

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

さらに同ツールを用い、H28年度のレセプト及び健診結果から糖尿病の実態を見てみると、40～74歳の糖尿病患者は11.4%で、そのうち4.4%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17.4%でそのうち未治療(HbA1c6.5以上又は空腹時血糖126以上)は38.1%である。治療者の約58.2%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15.0%存在している。(図表17)

図表 17 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

本町の一人当たり医療費(月額)は 28,156 円と同規模平均、福岡県、国と比較しても高い。医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数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 18)

図表 18 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		28,156 県内22位 同規模81位	26,418	25,927	24,253
受診率		755.775	681.134	708.878	686.501
外来	費用の割合	52.5	56.6	54.9	60.1
	件数の割合	96.7	96.7	96.9	97.4
入院	費用の割合	47.5	43.4	45.1	39.9
	件数の割合	3.3	3.3	3.1	2.6
1件あたり在院日数		17.9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

本町の 28 年度医療費総額は約 6.7 億円で、平成 25 年度と比較すると、入院費用額で 0.3 億円減少している。一人当たり医療費は、全体では 28,156 円で 25 年度と比較すると 788 円減少しており、入院では 633 円の減少、入院外では 155 円の減少となっている。これらの伸び率はいずれも同規模・県・国と比較して低い状況である。これはここ数年で本町の高齢化がすすみ、国民健康保険の被保険者が後期高齢者保険へ移行したことで、国民健康保険の医療費が減少していることが要因と考える。(図表 19・20)

図表 19 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	720,913,640	—	348,700,470	—	372,213,170	—
28年度	667,974,270	△ 52,939,370	317,122,280	△ 31,578,190	350,851,990	△ 21,361,180

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 20 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	28,944	14,000	14,944			
	同規模	24,534	10,633	13,901			
	福岡県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,779	9,229	13,550			
28年度	保険者	28,156	13,367	14,789	97.3	95.5	99.0
	同規模	26,418	11,478	14,940	107.7	107.9	107.5
	福岡県	25,927	11,703	14,224	105.4	103.9	106.6
	国	24,253	9,671	14,582	106.5	104.8	107.6

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)

データヘルス計画の対象疾患(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 19.46%で国、福岡県と比較すると低い傾向にある。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障害者医療対象の 75 歳未満加入により、後期高齢者医療保険へ異動していることが背景にあると考えられる。(図表 21)

図表 21 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	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
		同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
	(透析有)	(透析無)														
久山町	25年度	28,944	38位	8位	3.82%	0.29%	2.95%	2.31%	4.26%	6.77%	3.50%	172,340,490	23.91%	10.28%	7.79%	10.87%
	28年度	28,156	81位	22位	1.27%	1.17%	1.66%	1.81%	4.97%	5.70%	2.89%	129,991,790	19.46%	13.45%	7.23%	10.80%
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

本町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り、25 年度と比較して増加している。(図表 22)

図表 22 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	65~74 歳	(再掲)	
				国保	後期
25年度末	10人	4人	6人	0人	6人
28年度末	10人	2人	8人	0人	8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、今後も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は18件(16.1%)、費用額は総額の18.5%を占めている。(図表23)

図表23 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	57人	3人 5.3%		4人 7.0%		17人 29.8%		38人 66.7%		
件数	112件	13件 11.6%		5件 4.5%		28件 25.0%		66件 58.9%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.5%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	3	10.7%	17	25.8%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	11	39.3%	2	3.0%
		60代	5	38.5%	2	40.0%	9	32.1%	18	27.3%
70-74歳	8	61.5%	3	60.0%	5	17.9%	26	39.4%		
費用額	1億3858万円	1917万円 13.8%		647万円 4.7%		3398万円 24.5%		7895万円 57.0%		

イ 長期(6ヶ月以上)の入院

長期入院の件数の46.9%、費用額の34.7%を統合失調症等の精神疾患が占める。また約1割は脳血管疾患や虚血性心疾患を併発している。(図表24)

図表24 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	19人	9人 47.4%	0人 0.0%	2人 10.5%
件数	192件	90件 46.9%	0件 0.0%	24件 12.5%
費用額	9909万円	3439万円 34.7%	--	1548万円 15.6%

ウ 人工透析の状況

国保被保険者の人工透析患者は1~2人程度となっている。(図表25)

なお、人工透析となるリスクの高い慢性腎臓病患者の治療状況をみると、糖尿病性腎症を治療中の方が半数を占めており、糖尿病の治療および重症化予防の対策が必要である。(図表26)

図表 25 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	0人	1人
			100.0%	0.0%	100.0%
H28年度 累計	件数	19件	19件	2件	9件
			100.0%	10.5%	47.4%
	費用額	846万円	846万円	193万円	342万円
			100.0%	22.8%	40.4%

図表 26 慢性腎臓病患者の治療中の主な疾患(H28 年度)

	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
人数	18人	9人	4人	4人	1人
		50%	22%	22%	6%

エ 生活習慣病の治療状況

H28 の生活習慣病の治療者は全体で 780 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 10.5%、11.3%、1.3%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、糖尿病、脂質異常症を併せ持つものが全体的に 4 割以上と多い。(図表 27)

図表 27 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
780人		82人	88人	10人
		10.5%	11.3%	1.3%
の 基 礎 な 疾 患	高血圧	70人	68人	10人
		85.4%	77.3%	100.0%
	糖尿病	36人	42人	10人
		43.9%	47.7%	100.0%
	脂質異常症	55人	64人	8人
		67.1%	72.7%	80.0%

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、4人に1人は診断された同月に入院されている。(図表 28・29)

人工透析においては透析患者に占める糖尿病をみると平成 25 から平成 28 の 4 年間の新規患者の 4人に3人は糖尿病を持っており、新規導入患者の 5 割が過去 3 年間健診受診歴がなかった。(図表 30)

図表 28 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 G/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	
								E	E/D
25年度	2,060人	96人	4.7%	54人	56.3%	14人	25.9%	8人	57.1%
26年度	2,046人	89人	4.3%	42人	47.2%	12人	28.6%	4人	33.3%
27年度	1,974人	82人	4.2%	44人	53.7%	11人	25.0%	8人	72.7%
28年度	1,973人	82人	4.2%	36人	43.9%	9人	25.0%	4人	44.4%

図表 29 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 G/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	
								E	E/D
25年度	2,060人	92人	4.5%	48人	52.2%	12人	25.0%	6人	50.0%
26年度	2,046人	99人	4.8%	44人	44.4%	10人	22.7%	5人	50.0%
27年度	1,974人	89人	4.5%	30人	33.7%	11人	36.7%	5人	45.5%
28年度	1,973人	88人	4.5%	52人	59.1%	19人	36.5%	10人	52.6%

図表 30 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 D D/B		糖尿病あり E E/D		健診未受診 (当該年度を含め3年間) F F/D	
								F	F/D
25年度	2,060人	4人	0.2%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
26年度	2,046人	3人	0.1%	1人	33.3%	0人	0.0%	0人	0.0%
27年度	1,974人	2人	0.1%	1人	50.0%	1人	100.0%	1人	100.0%
28年度	1,973人	1人	0.1%	2人	200.0%	2人	100.0%	1人	50.0%

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

本町の平成 28 年度要介護認定者は第 1 号(65 歳以上)被保険者で 380 人(認定率 19.0%)、第 2 号(40~64 歳)被保険者で 9 人(認定率 0.4%)となっている。また有病状況を見ると、近年、高血圧、脂質異常症、精神疾患が増加傾向にある。(図表 31)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点に年代別で見ると、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 号被保険者で約 5 割以上、

第1号被保険者でも約4割の有病状況となっている。第1号被保険者の血管疾患の有病状況は全年齢で9割以上と非常に高い割合となっている。(図表32)

図表31 要介護認定者の経年推移

		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(%)
介護保険	1号認定者数(認定率)	352	17.3	378	18.3	363	18.9	380	19.0
	新規認定者	8	0.3	7	0.4	2	0.3	9	0.3
	2号認定者	12	0.3	11	0.4	10	0.3	9	0.4
介護給付費(円)	1件当たり給付費(全体)	69,423		67,637		64,452		64,952	
	居宅サービス	38,676		37,810		36,591		36,023	
	施設サービス	288,276		284,937		281,470		284,311	
有病状況	糖尿病	65	19.6	89	20.5	85	22.9	88	22.7
	高血圧症	201	55.0	230	56.9	208	57.6	228	57.1
	脂質異常症	90	25.2	113	27.0	108	28.0	113	28.6
	心臓病	224	62.3	254	62.5	232	63.9	258	63.6
	脳疾患	96	26.4	100	25.5	95	25.4	110	25.5
	がん	35	9.6	49	10.5	45	12.0	38	9.9
	筋・骨格	203	55.3	217	55.5	211	56.7	215	54.2
	精神	151	39.1	164	40.5	163	41.5	179	43.2
医療費等(円)	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	120,310	111,680	107,940	106,240			
	認定なし	41,060	42,790	41,100	41,100				

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表32 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	(レセプトの診断名より重複して計上)	介護件数(全体)		9		36		344		380		389						
		再)国保・後期		6		30		329		359		365						
		疾患	順位	疾病	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合				
					割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合						
		循環器疾患	1	脳卒中	3	50.0%	脳卒中	14	46.7%	脳卒中	140	42.6%	脳卒中	154	42.9%	脳卒中	157	43.0%
			2	腎不全	1	16.7%	虚血性心疾患	8	26.7%	虚血性心疾患	125	38.0%	虚血性心疾患	133	37.0%	虚血性心疾患	133	36.4%
			3	虚血性心疾患	0	0.0%	腎不全	8	26.7%	腎不全	48	14.6%	腎不全	56	15.6%	腎不全	57	15.6%
			基礎疾患(*2)	糖尿病	2	33.3%	糖尿病	19	63.3%	糖尿病	111	33.7%	糖尿病	130	36.2%	糖尿病	132	36.2%
				高血圧	4	66.7%	高血圧	24	80.0%	高血圧	273	83.0%	高血圧	297	82.7%	高血圧	301	82.5%
				脂質異常症	2	33.3%	脂質異常症	14	46.7%	脂質異常症	185	56.2%	脂質異常症	199	55.4%	脂質異常症	201	55.1%
		血管疾患合計		合計	4	66.7%	合計	27	90.0%	合計	305	92.7%	合計	332	92.5%	合計	336	92.1%
		認知症	認知症	1	16.7%	認知症	5	16.7%	認知症	187	56.8%	認知症	192	53.5%	認知症	193	52.9%	
筋・骨格疾患	筋骨格系	4	66.7%	筋骨格系	26	86.7%	筋骨格系	308	93.6%	筋骨格系	334	93.0%	筋骨格系	338	92.6%			

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をしている。

本町の平成 28 年度前倒し実施分では特定健診受診率、特定保健指導実施率は従来から高い達成率であるため高い評価であり、全国 1,714 市町村中 279 位、県内では 12 位と上位に位置していたが、配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組に関する項目が 0 点であった。それに関して 29 年度から取組みを開始している。(図表 33)

図表 33 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	久山町			
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	171	510	790	
交付額	--	--	--	109.3万円			
被保険者一人当たり交付額	--	--	--	557.7円			
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	279位			
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	20	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	15	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	0	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	0	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	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	6	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	25	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	0	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	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。第1期の取り組みおよび評価も踏まえ、健診・医療・介護等の視点で整理し、本町国民健康保険の健康課題が明らかとなった。

<健康課題>

健診

- ① 健診の受診率は63%前後と県内1位だが、生活習慣病予防、重症化予防を推進するためには、健診未受診者の健康状態の把握も必要であり、更に健診の受診率を向上する必要がある。
- ② 健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が62.3%を占めている。健診受診者で既に治療中である者にも重症化予防の対象者がいるおそれがあることから、かかりつけ医との連携により指導をすすめる。

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37.6%を占め、これらの者は実態がつかめないため、健診の受診を勧める必要がある。

- ③ 健診結果によると高血圧及び糖尿病の有病率は高い。未治療の方を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、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、高血圧、糖尿病を優先的に解決する必要がある。
- ③ 健診結果で糖尿病(型)と判定された方の15%に腎機能低下の所見があり、医療との連携により、糖尿病性腎症の重症化を予防していく必要がある。

医療

- ④ 生活習慣病の重症化にともなう心血管疾患については、一人当たり医療費も高くなる。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など重症化予防対策が必要である。
- ⑤ H25からH28の4年間の新規人工透析患者に占める糖尿病の割合は75%を超えており、早期から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。
- ⑥ 長期入院の分析結果から、統合失調症等の精神疾患を有する方の重症化予防のため、住民健康相談や医療機関の紹介を行う。また、保健所と連携して精神障害者の地域移行等福祉施策での対応を引き続き行う。

介護

- ⑦ 生活習慣病予防の観点から、要介護の原因となりうる脳卒中など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、健診受診の促進と、基礎疾患の発症予防及び重症化予防の対策が重要である。
- ⑧ 要介護者の有病率が高い認知症は、脳血管疾患の発症予防のため基礎疾患である高血圧、糖尿病の対策が必要である。アルツハイマー型は糖代謝異常との関連が久山町研究で明らかになっており、壮年期からの糖尿病対策を今後も継続して実施する。
筋骨格系は、ロコモティブシンドロームおよびフレイル予防のために運動教室等の健康づくり事業を実施する。

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・短期にわけ、設定する。

<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。

<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。特に高血圧、糖尿病は本町の課題でもある脳血管疾患と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 34 成果目標

中長期的なもの	NO	現状値	短期的なもの					
		28年度	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	63.8%	特定健診受診率の向上					
			70%	70%	70%	70%	72%	72%
	②	75.8%	特定保健指導の実施率の向上					
			75%	76%	77%	78%	79%	80%
③	3.9%	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						
		3.7%	3.5%	3.3%	3.1%	3.0%	2.8%	
④	6.3%	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合						
		6.0%	5.7%	5.4%	5.1%	4.8%	4.7%	

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。

1、国保保健事業

(1) 特定健康診査

① 実施形態

健康福祉課が生活習慣病予防健診を継続して実施し、特定健診に係る部分について国民健康保険特別会計にて費用負担を行う。また、がん検診と同時実施して住民が受診しやすい環境を整える。

② 健診自己負担額

生活習慣病予防健診は自己負担無料としており、特定健診も自己負担無料のままとする。

(2) 受診率向上対策

健康課題を明確にするためには健診の受診率向上を図る必要がある。町民生活課と健康福祉課が協同して以下の内容ですすめていく。

① 特定健診調整会議

② 40歳・61歳を対象とした節目訪問による保健事業の紹介

③ 35歳を対象とした若年者節目健診

④ 健診未申込者および健診未受診者への個別勧奨

⑤ 町内開業医への協力依頼

(3) 特定保健指導

特定保健指導の実施については、健康福祉課の保健師、管理栄養士が行うこととする。

健診当日は健診受診者全員へ結果説明および個別保健指導を行い、生活習慣改善の契機としてもらう。特定保健指導対象者へは個別訪問および集団健康教育の方法で指導を行う。

(4) 疾病予防および重症化予防対策

町の健康課題である糖尿病の発症予防のため、健診当日に糖尿病予備軍の方へ指導用ソフトウェアを用いた個別指導を引き続き行う。

「糖尿病予防教室」を引き続き実施するとともに、糖尿病未治療の方へ、個別訪問および個別指導を行い、重症化予防をはかる。また、生活習慣病の要治療とされた方へ保健師、管理栄養士による受診勧奨に取り組み、かかりつけ医との連携と指導による糖尿病重症化予防を推進する。

(5)がん対策

死亡原因第 1 位であるがんについては、町で実施している各種がん検診(胃・大腸・子宮・乳・前立腺)および胸部レントゲン検診の受診勧奨を継続する。

また、「要精密検査」と判定を受けた方は台帳管理および地区担当保健師による受診勧奨に取り組み、早期発見・早期治療につなげる。

2. その他の保健事業

1)妊娠期からの健康管理

妊娠は自らの健康管理の意識づけを行う契機となり、妊娠高血圧症候群などは将来の生活習慣病リスクが上がるとされている。

そのため、母子健康手帳発行時やプレママ教室(妊婦健康教室)などで、保健師、管理栄養士が妊娠期から産後の健康管理について保健指導、栄養指導を行う。

さらに乳幼児健診時に産婦の血圧測定・検尿を継続して実施し、保健指導や治療につなげ、将来の生活習慣病の予防を図る。

2)ひさやま健康づくりプロジェクト

平成 27 年度より健康づくりプロジェクトとして、「食事」「運動」「学習」の分野から住民が気軽に健康づくりに取り組む様々な機会を提供し、個人の生活に合った健康づくりの方法を選択および実行できるよう支援を行っている。

栄養教室、各種運動教室、ひさやま健康セミナー、ピアジェフィットネスなどを相互に利用することで、継続した健康づくりに取組めるよう、住民のニーズを確認しながら事業を展開していく。

3)住民健康相談の活用

ヘルス C&C センターに保健師、九州大学久山町研究室の医師が常駐しており、心身の健康相談を実施している。健康相談により、適切な相談機関、医療機関を紹介することができるため、早期に住民の健康問題の解決につなげることができる。

重複受診の防止にもつながるため、健康相談の実施について、継続して周知を行う。

4)ICT を活用した健康づくり

健康増進をサポートする ICT(健康アプリ等)を利用し、個人自ら楽しみながら継続的に健康づくりに取り組むことにより、健康増進を図る。また、自分の健診データや健康情報を確認することにより、健康意識および健診受診に関する意識の向上を図る。今後は健診や健康づくりイベントなどと連動して、インセンティブの付与なども検討していく。

3. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

レセプト等情報に基づき、後発医薬品(ジェネリック医薬品)を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行っていく。

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、町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、医療サービスができるだけ必要としないようにするための対策は本町国民健康保険加入者にとっても町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、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町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し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す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、町民生活課と健康福祉課の保健師・栄養士等が定期的に行う。

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誌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扱いが確保されるよう措置を講じる。

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

- (1) 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。

- (2) 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、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. 特定健診診査等実施計画について

この計画は、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。この計画は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. 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- (1)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町が一元的に管理し、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。
- (2)内臓脂肪の蓄積により、生活習慣病(高血圧、高血糖、脂質異常)を発症するとともに、心血管病を発症しやすくなる。特定保健指導対象者(積極的支援、動機づけ支援)への指導を継続して実施し、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、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。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)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、重点的な保健指導対象者の選定に役立てる。
- (4)メタボリックシンドロームの該当者は、40歳代から増加する。現在実施しているすこやか訪問により、健診受診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。

3. 目標の設定

(1)実施に関する目標

国保特定健診受診率、特定保健指導実施率の各年度の目標値を下記の通り設定する。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診受診率	70%	70%	70%	70%	72%	72%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

(2)成果に関する目標

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該当者の割合の目標値を下記の通り、設定する。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
メタボ該当者の割合	21.4%	21.0%	21.0%	20.8%	20.8%	20.6%

4. 対象者数の見込み

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	1400 人					
特定健診受診者	980 人	980 人	980 人	980 人	1008 人	1008 人
特定保健指導対象者数	130 人	125 人	125 人	120 人	120 人	115 人
特定保健指導実施数	97 人	95 人	96 人	93 人	94 人	92 人

5. 特定健診の実施

(1)実施形態

従来の生活習慣病予防健診を継続して実施し、うち特定健診に係る部分について国民健康保険特別会計にて費用負担を行う。

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に定められている委託基準に基づき、集団健診実施事業者に委託する。

(3)委託契約の方法、契約書の様式

契約の方法は(1)の集団健診、契約書の様式については別途定めることとする。

(4)健診委託単価、自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担額は生活習慣病予防健診にあわせて、当面の間無料とする。

(5)代行機関の名称

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払の代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に委託する。

(6)受診券の様式

町基幹システムとのデータベース共有により健康管理システムにおいても被保険者の資格確認が行えるため、当面の間受診券発行は見合わせる事とする。

(7)健診の案内方法

健診の受診率向上をはかるため、町民生活課と健康福祉課とで、未受診者対策・継続受診の促進を図る必要がある。

健診の案内方法としては①年度当初に年間の健診を広報 ②保険証更新時の周知 ③国民健康保険担当窓口で健診未受診者勧奨 ④訪問による未受診者勧奨 ⑤40 歳・61 歳を対象とした節目訪問による若い世代や、退職等により国民健康保険へ加入する方へ健診を啓発する。

6. 保健指導の実施

1) 特定保健指導

(1) 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。

(2) 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 か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)の導入を検討する。

2) それ以外の保健指導

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。)

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、健康福祉課への執行委任の形態で行う。

標準的な健診・保健指導プログラムをもとに、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。

② 要保健指導者の選定と優先順位

健診結果からの優先順位は標準的な健診・保健指導プログラムをもとに次のとおりとする。

- 1 位 積極的支援
- 2 位 動機付け支援
- 3 位 情報提供(有所見者)
- 4 位 情報提供(異常所見なし)
- 5 位 糖尿病未治療者

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。

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	積極的支援	リスクの数値の改善	リスク個数の増加
2	動機付け支援	リスクの数値の改善	リスク個数の増加
3	情報提供(有所見)	特定健診の受診、必要な治療の開始	特定健診未受診、結果未把握
4	情報提供(所見なし)	特定健診の受診	特定健診未受診、リスク個数の増加
5	糖尿病未治療者	必要な治療の開始	未治療の継続

②疾患別フローチャートに基づいた評価

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。

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。

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扱い 1. 計画の公表・周知に準ずるものとする。