

# 平成26年度第3回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会

## 議 事 次 第

日時：平成27年1月15日（木）午後3時30分～  
場所：兵庫県後期高齢者医療広域連合事務局会議室

### 1 開 会

### 2 議 事

(1) 保険料不均一賦課の見直しについて

(2) 低所得者に係る保険料軽減判定所得の見直しについて

(3) データヘルス計画について

### 3 閉 会

## 兵庫県後期高齢者医療制度懇話会委員名簿

平成27年1月15日現在

区 分	氏 名	公 職
公益を代表する委員	◎ 足立 正 樹	京都華頂大学現代家政学部教授
	○ 山下 眞 宏	兵庫県立大学看護学部教授
	衣 笠 葉 子	近畿大学法学部教授
	大 谷 敦 子	生活協同組合コープこうべ理事
	柏 由 紀 夫	兵庫県健康福祉部福祉監兼社会福祉局長
保険医又は保険薬剤師を 代表する委員	足立 光 平	兵庫県医師会副会長
	杉 本 欣 也	兵庫県医師会常任理事
	松 本 卓	兵庫県医師会常任理事
	島 谷 俊 秀	兵庫県歯科医師会副会長
	笠 井 秀 一	兵庫県薬剤師会副会長
被保険者を代表する委員	前 田 武 徳	兵庫県老人クラブ連合会評議員
	岩 成 孝	兵庫県連合自治会顧問
	政 井 小 夜 子	兵庫県連合婦人会副会長
	山 本 孝 子	神戸市婦人団体協議会副会長
	久 野 茂 樹	兵庫県商店連合会会長
保険者を代表する委員	荒 木 育 夫	健康保険組合連合会兵庫連合会常務理事
	宮 坂 淳 一	全国健康保険協会兵庫支部企画総務部長
	北 川 加 津 美	芦屋市市民生活部長

◎ 会長      ○ 副会長

平成26年度第3回  
兵庫県後期高齢者医療制度懇話会  
資 料

平成27年1月15日

兵庫県後期高齢者医療広域連合

## 目 次

(1) 保険料不均一賦課の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・	1
(参考) 平成26年度第1回懇話会資料・・・・・・・・・・・・・・・・	4
(参考) 平成26年度第2回懇話会資料・・・・・・・・・・・・・・・・	11
(2) 低所得者に係る保険料軽減判定所得の見直しについて・・・・・・・・	19
(3) データヘルス計画について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	21

## (1) 保険料不均一賦課の見直しについて

## 保険料不均一賦課の見直しについて

### 1 不均一賦課実施地区（高確法第104条、恒久措置）

豊岡市3地区、香美町5地区【対象被保険者230人（H26確定賦課ベース）】

### 2 制度の課題

#### ○財源

公費負担がないため、軽減分は他の被保険者の負担となる。

#### ○認定基準

・人口50人未満の地区は、無医地区等調査の対象にならない可能性が高い。

（準じる地区として対象になる可能性はある。）

・実施地区と実施地区が所在する市町平均の医療給付費等乖離率を比較すると、実施地区と近隣の他地域との差は大きくないと思われる。

・人口の少ない地区が多いため、個人の受診動向に左右されやすい。

#### ○医療給付費と保険料のバランス

保険料及び医療給付費について、実施地区と県平均を指数で比較すると、全ての地区で保険料が医療給付費を下回っている。

### 3 見直しの経緯

平成26年7月30日：調査対象8市町会議…各市町意見集約

平成26年7月30日：連絡調整会議…現状と課題について県下全市町に説明

平成26年8月7日：医療制度懇話会…現状と課題について報告、委員意見集約

平成26年11月21日：連絡調整会議…懇話会意見報告

平成26年12月18日：医療制度懇話会…制度見直しの方向性について説明

平成27年1月9日：連絡調整会議…懇話会意見を反映した見直し内容を説明

### 4 見直しの内容

上記課題及び懇話会での意見を考慮した結果、平成27年度末で不均一賦課制度の適用を廃止します。ただし、現在の実施地区を対象とした激変緩和を図るための経過措置を設けます。

経過措置の対象地区：平成26・27年度の不均一賦課実施地区

期 間：平成28・29年度の2年間

軽減割合：平成26・27年度の各地区軽減割合の1/2

### 5 今後のスケジュール

平成28年2月の広域連合議会に料率改定と合わせて条例改正議案を提出します。

## 平成 26 年度第 2 回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会（12 月 18 日開催）

## 【委員の主なご意見（要旨）】

- ・ 基本的には廃止の方向が良い。豊岡市、香美町についても、それぞれの意見の中で廃止した場合の激変緩和措置を求めている辺り、最終的には廃止を認めているようにも受けとれる。今回の事務局案は激変緩和措置など既得権に配慮しているということで妥当な案だと思う。医療資源の格差については保険料を安くすることではなく、医療（給付）の面で解決していくべき。（公益代表）
- ・ 前回の懇話会委員の意見の会長のまとめどおりだと思う。保険料にはバラツキがあり、不満のある方が多い。できるだけ公平にさせていただいて、この医療制度が存続するようにお願いしたい。（被保険者代表）
- ・ 廃止の方向で妥当である。経過措置の案については、影響する上昇額が安いと思うのでどうかと思うが、実施市町の下承を得るには妥当だろう。行政としてはへき地医療の面で支援していきたい。（公益代表）
- ・ 国民健康保険には不均一賦課の制度はない。医療の制度間で不均衡が起きていること、また後期高齢者の医療制度の中でも他の都道府県でやっていない制度を実施してきたということなので整理する時期であろう。条例改正までは 1 年余りあるのでその間に丁寧な説明をしていくべき。（保険者代表）
- ・ 保険料において不公平はあってはならない。被保険者はこういった不均一賦課制度があるということを知っているのだろうか。おそらくほとんどの被保険者は知らないと思う。減額するための費用は多くないと思う。実施市町がこの制度の継続を求めるのであれば市町において費用負担をすれば良いのではないか。市町でできないというのであれば、今回激変緩和の措置も示されたので、廃止を認めるべきである。できるだけ公平な制度としてほしい。医療資源が限られていることが不公平と言うが、豊岡市では、ドクターヘリもある。（保険医代表）

## 【会長代理のまとめ】

- ・ 前回の懇話会では不均一賦課制度の現状と課題の説明があり、廃止の方向性や見直しの時期は適当であるが、激変緩和措置についての検討が必要であるという意見であった。今回新たに現在の不均一賦課実施地区に限り、2 年間、現在の料率軽減割合の 2 分の 1 とするという経過措置案が示され、各委員からは事務局案に賛同する意見が出された。次回、1 月 15 日の懇話会で最終意見を取りまとめるのでよろしくお願いしたい。

## 保険料不均一賦課の現状と課題

### 1 不均一賦課制度

後期高齢者医療制度の保険料率は、広域連合区域内で均一（同一所得同一保険料）を原則としているが、広域連合条例で規定することにより、離島その他の医療の確保が著しく困難である地域（無医地区等）においては、医療給付費等の状況を考慮して均一保険料率の 50% を下回らない範囲で不均一保険料を設定することができることとなっており、兵庫県広域連合では、制度発足時から均一賦課のスムーズな導入を図るために実施している。なお、軽減の財源は保険料となっている。（高確法第 104 条、恒久措置）

また、これとは別に平成 25 年度までは、下記の経過措置が実施されていた。

#### ※ 医療費の地域格差の特例（経過措置：平成 25 年度で終了）

制度施行前 3 年間の一人当たり老人医療給付費が、都道府県平均から 20% 以上乖離している市町村においては、広域連合条例で規定することにより最長 6 年間、均一保険料より低い保険料率を設定することができた。（高確法附則第 14 条）

なお、均一保険料との差額は、公費（国 1/2、都道府県 1/2）負担となっていた。（兵庫県では豊岡市で実施）

### 2 他の広域連合の状況

無医地区等を対象とした不均一賦課について、条例に規定しているのは、福島県と兵庫県の広域連合のみとなっており、残りの 45 広域連合では明文規定を置いていない。明文規定を置いている 2 広域連合のうち、福島県広域連合は制度発足以降、実施地区がないため、不均一賦課を行っているのは兵庫県広域連合のみとなっている。

#### ※ 他の広域連合が無医地区等を対象とした不均一賦課を実施していない理由

- ・ 同一市町村内で保険料格差が生じ、被保険者間で不公平感が強くなる
- ・ 財源は実施地区以外の被保険者の保険料で賄う必要がある
- ・ 医療の確保が著しく困難である地域がない、医療費の地域格差で極端な差がない
- ・ 国民健康保険や介護保険で特例措置が講じられていない
- ・ 医療確保が困難なことへの対策とはならない など

### 3 兵庫県広域連合の状況

#### (1) 不均一賦課の実施地区（資料 1）

8 地区（豊岡市 3、香美町 5）

#### (2) 当広域連合における認定基準

資料 2 参照

#### (3) 認定の流れ

保険料率の改定に合わせて 2 年に 1 回、次の調査を行い、対象地域及び軽減割合を広域連合条例で規定している。（調査対象となっている地区について資料 3 参照）

- ① 厚生労働省無医地区等調査の対象地区の把握 20 地区
- ② 無医地区ごとの被保険者、資格期間、地区の現況等の調査（所在する 8 市町への依頼）
- ③ 過去 3 年間の地区ごとの一人当たり医療給付費、外来受診率の集計
- ④ 医療給付費、外来受診率にかかる県平均との乖離率の算定
- ⑤ 乖離率が要件に適合した地区について市町への確認

※ 該当市町への確認により実施していない地区 3 地区

#### (4) 軽減割合

一人当たり医療給付費の県平均からの乖離率に基づき 20~40% の軽減割合を定めている。



## 4 課題

### (1) 財源

経過措置と異なり、公費負担がないため、軽減分は他の被保険者の負担となる。

このため、経過措置が終了するなか、引き続き均一保険料の例外措置として、軽減を行う必要性があるかどうかについて公平性の観点から改めて検証が必要と思われる。

### (2) 認定基準に関する課題

#### ① 無医地区の定義

無医地区等調査の対象は、「おおむね半径4km以内に50人以上が居住している地区」であるため、人口50人未満の地区は対象にならない可能性が高い。(準じる地区として対象になる可能性はある)

※ 豊岡市奥赤地区-人口減少により平成21年度から無医地区等調査の対象外となった。

#### ② 医療給付費等の乖離率

現在の基準では、一人当たり医療給付費と外来受診率の両方が県平均から20%以上の乖離を要件としているが、所在する市町の平均との比較では、両基準とも20%以上下回っている実施地区はない。このため、所在する市町の他地域との差は大きくないと思われる。

#### ③ 個人の受診動向による変動

人口の少ない地区が多いため、地区の一人当たり医療給付費が個人の受診動向に左右されやすく、増減幅が大きくなることが多い。このため、一人当たり医療給付費や外来受診率の乖離率が受診困難な状況を見るための指標として適当かが課題と思われる。

※(例) 豊岡市a地区における一人当たり医療給付費の乖離率の推移  
-40.8%(22年度)⇒-50.7%(23年度)⇒+7.8%(24年度)

### (3) 医療給付費と保険料のバランス(資料4)

医療給付費及び保険料について、実施地区と県平均と比較すると、それぞれの県平均を100とした場合、医療給付費が44から79となっているのに対し、保険料は不均一賦課の減額分を割り戻しても9から53と全ての地区で医療給付費の指数を下回っている。また、保険料は全ての地区で市町の平均を下回り、最も高い地区でも県平均の1/2程度となっている。

## 5 見直しの方向性

平成25年度の社会保障制度改革国民会議やプログラム法案により、後期高齢者医療制度が、当面存続し、必要に応じ見直しに向けた検討を行うこととなった。当広域連合においても、上記のとおり実施における課題があること、低所得者等を対象とした保険料軽減制度もあることから、実施地区の医療給付費や保険料などの実情や他の広域連合の状況を踏まえて、公平性の観点から廃止を含めた見直しを検討する。

## 平成26・27年度 不均一賦課地区一覽表

※被保険者数は、H26.6.23確定賦課時点の人数

不均一賦課地区	被保険者数 (人)	平成26・27年度 保険料率		軽減割合 (%)
		所得割率 (%)	均等割額(年額) (円)	
兵庫県	675,327	9.70	47,603	—
豊岡市 奥小野地区	41	7.76	38,083	20
豊岡市 羽尻地区	61	7.76	38,083	20
豊岡市 天谷地区	15	7.76	38,083	20
香美町 御崎地区	13	6.79	33,323	30
香美町 土生地区	11	5.82	28,562	40
香美町 三川・大梶地区	17	5.82	28,562	40
香美町 相岡地区	56	7.76	38,083	20
香美町 丸味地区	16	7.76	38,083	20

**兵庫県後期高齢者医療広域連合における  
離島その他の医療の確保が著しく困難である地域の認定基準等**

- 趣旨  
後期高齢者医療制度における「離島その他の医療の確保が著しく困難である地域」として、兵庫県後期高齢者医療広域連合が認める特例保険料率を課すことができる地域の認定基準等については、次のとおりとする。
- 認定年度  
後期高齢者医療制度における保険料率を改定する年度の前年度とする。  
※ 認定年度は平成 25 年度
- 認定基準  
兵庫県後期高齢者医療広域連合が定める以下の基準の全てを満たす地域について、「離島その他の医療の確保が著しく困難である地域」として認めるものとする。
  - ① 認定年度から起算して、直近に実施された「無医地区等調査」（厚生労働省）において、「無医地区及び無医地区に準ずる地区」に認定されていること。
  - ② 認定年度から起算して、前 3 カ年度における当該地域の一人当たりの後期高齢者医療給付費が、同じく認定年度から起算して、前 3 カ年度における兵庫県の一人当たりの後期高齢者医療給付費と比較し、20%以上低く乖離していること。
  - ③ 認定年度から起算して、前 3 カ年度における当該地域の一人当たりの外来受診率（外来レセプト枚数/後期高齢者医療資格者数）が、同じく認定年度から起算して、前 3 カ年度における兵庫県の一人当たりの外来受診率と比較し、20%以上低く乖離していること。
  - ④ 認定基準の①～③に該当しているかつ、当該地域に該当している市町において、同市町における他の地域と比較しても、当該地域が「医療の確保が著しく困難である地域」の実態にあると認められること。

○ 保険料の算定基準

兵庫県後期高齢者医療広域連合が定める「離島その他の医療の確保が著しく困難である地域」の保険料の算定基準としては以下のとおりとする。

- ① 「離島その他の医療の確保が著しく困難である地域」（以下「特定地域」という。）
- ② 被保険者の保険料額（賦課額）は、特定地域被保険者につき算定した所得割額と被保険者均等割額の合計額とする。ただし、高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項に規定する被保険者（以下「被扶養者であった被保険者」という。）に係る賦課額は、当該被扶養者であった被保険者につき算定した被保険者均等割額とする。
- ③ 特定地域被保険者の所得割額は、基礎控除後の総所得金額等に特定地域所得割率を乗じて得た額とする。
- ④ 特定地域の所得割率及び被保険者均等割額は、兵庫県後期高齢者広域連合で定めた同広域連合全区域にわたる均一所得割率及び被保険者均等割額に、認定年度から起算して、前3ヵ年度における当該地区の一人当たりの後期高齢者医療給付費と、同じく認定年度から起算して、前3ヵ年度における兵庫県の一人当たりの後期高齢者医療給付費との乖離率に基づいて別表に定める割合を乗じて得た額及び率を減じたものとする。
- ⑤ 当該地域の所得割率及び被保険者均等割額は、同広域連合全区域にわたる均一所得割率及び被保険者均等割額に各々百分の五十を乗じて得た率を下回らない範囲で定めるものとする。
- ⑥ 当該地域の賦課額は、57万円を超えることができないものとする。

※当該認定基準は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条第2項ただし書きに基づき、同法施行令第18条第2項第1号～5号、同施行規則第84条、第87条、第88条、附則第5条、第6条及び厚生労働省告示第355号に規定されている基準等を参照し、その認定等については広域連合条例において規定する。

※平成20年度における被扶養者であった被保険者に係る賦課額については、広域連合条例において規定するものとする。

以上

別表

乖離率に基づいて定める割合	
20%以上～30%未満	20%
30%以上～40%未満	30%
40%以上～	40%

平成26・27年度不均一賦課調査対象地区乖離率一覧表

市町名	一人当たり医療給付費		一人当たり外来受診率		乖離基準	市町確認	判定
	地区名	乖離率	該当	乖離率			
<b>豊岡市</b>		-25.4%		-16.2%			
a地区	-26.4%	○	-20.6%	○	◎	○	該当
b地区	-27.3%	○	-36.2%	○	◎	○	該当
c地区	-28.8%	○	-33.4%	○	◎	○	該当
<b>香美町</b>		-22.4%		-23.3%			
d地区	-21.0%	○	-30.2%	○	◎	○	該当
e地区	-26.1%	○	-43.2%	○	◎	○	該当
f地区	-32.5%	○	-37.4%	○	◎	○	該当
g地区	-41.3%	○	-29.9%	○	◎	○	該当
h地区	-55.9%	○	-21.2%	○	◎	○	該当
<b>市町A</b>		-4.5%		0.1%			
i地区	9.2%		-14.5%				
j地区	4.5%		-12.0%				
k地区	3.5%		-1.7%				
l地区	-51.5%	○	-1.5%				
<b>市町B</b>		-20.5%		-16.9%			
m地区	-11.6%		-16.0%				
<b>市町C</b>		-13.2%		-11.2%			
n地区	-24.6%	○	-21.9%	○	◎	×	
<b>市町D</b>		-6.1%		-25.5%			
o地区	-9.4%		-40.0%	○			
p地区	-19.7%		-5.4%				
q地区	-23.4%	○	-31.8%	○	◎	×	
r地区	-39.6%	○	-49.2%	○	◎	×	
<b>市町E</b>		-13.2%		-14.2%			
s地区	-18.0%		-16.1%				
<b>市町F</b>		-5.3%		-10.2%			
t地区	-9.8%		-21.1%	○			

※一部の市町名及び全ての地区名については、アルファベット表記しています。

※乖離率については、県平均との比較値を算出しています。

## 不均一賦課地区における保険料（不均一賦課による軽減がない場合）と医療給付費について

市町名	A	(a)	B	(b)	C	(c)
	一人当たり 医療給付費 (円)	指数 対県平均	一人当たり 賦課額 (円)	指数 対県平均	B/A (%)	(b)/(a) (%)
不均一地区						
兵庫県	860,890	100	76,996	100	8.94	100.00
豊岡市	642,480	75	50,419	65	7.85	86.67
A地区	612,724	71	28,154	37	4.59	52.11
B地区	626,007	73	17,005	22	2.72	30.14
C地区	633,289	74	37,292	48	5.89	64.86
香美町	667,744	78	49,076	64	7.35	82.05
D地区	379,914	44	6,707	9	1.77	20.45
E地区	505,628	59	22,599	29	4.47	49.15
F地区	580,860	67	41,058	53	7.07	79.10
G地区	636,039	74	27,747	36	4.36	48.65
H地区	680,297	79	35,747	46	5.25	58.23

※A；不均一地区決定時の調査結果（H22～H24の平均値）

※B；H26.6.23確定賦課時点（低所得者軽減適用後）

## 保険料不均一賦課の見直しについて

### 1 医療制度懇話会（8月7日開催）の主な意見

別紙1のとおり

### 2 不均一賦課調査対象市町の意見

別紙2のとおり

### 3 見直した場合の影響

制度を廃止した場合の影響は、実施地区全体の平均で月額 473 円（平成 26 年度確定賦課ベース）の保険料上昇となりますが、下表のとおり実施地区被保険者の約 8 割が一定以下の所得のため保険料均等割額軽減対象者であり、実施地区における保険料均等割額軽減対象者全体の平均で月額 172 円（均等割のみ）の保険料上昇となります。

#### <不均一賦課実施地区における保険料均等割額軽減対象者の影響>

均等割額 軽減区分	不均一賦課 料率軽減区分	上昇金額 (月額)	被保険者数 (軽減対象/全体)	軽減対象者 構成比
9 割軽減 (被扶養者含む)	2 割軽減地区	79 円	91 人/230 人	39.6%
	3 割軽減地区	119 円	4 人/230 人	1.7%
	4 割軽減地区	159 円	10 人/230 人	4.3%
8.5 割軽減	2 割軽減地区	119 円	46 人/230 人	20.0%
	4 割軽減地区	238 円	14 人/230 人	6.1%
5 割軽減	2 割軽減地区	397 円	10 人/230 人	4.3%
2 割軽減	2 割軽減地区	635 円	4 人/230 人	1.7%
	3 割軽減地区	952 円	5 人/230 人	2.2%
	4 割軽減地区	1,269 円	2 人/230 人	0.9%
合計・平均		172 円	186 人/230 人	80.9%

注) 上昇金額は均等割のみの影響です。所得割が賦課されている場合は、所得割の上昇分がプラスされます。

### 4 見直しの方向性 (案)

#### (1) 見直しの方向性

平成 27 年度末で、無医地区等を対象とした不均一賦課制度の適用を廃止します。ただし、現在の実施地区を対象に、激変緩和を図るため経過措置を設けます。

## (2) 経過措置の内容

### ① 対象地区

平成 26・27 年度の不均一賦課実施地区

＜経過措置の対象を現在の実施地区とした理由＞

2 年毎の認定の都度、実施地区や軽減割合が変わり、新たな実施地区が生じる現状（別紙 3 参照）を考慮すると経過措置期間中に認定調査を行うことは廃止を前提とした見直しの方向性に合わないため、現在の実施地区に対して激変緩和を図り、軽減割合を段階的に減らすことが適当であると考えます。

### ② 期間

平成 28・29 年度の 2 年間

＜経過措置の期間を 2 年間とした理由＞

- ・ 後期高齢者医療制度の財政運営期間は 2 年間で、そのため料率改定や不均一賦課地区の認定も 2 年毎に行っています。
- ・ 認定調査や要件確認を行わず、対象地区を固定することになるため経過措置期間は短期間とすることが適当と考えられます。
- ・ 平成 25 年度末で終了した公費負担による不均一賦課の経過措置の制度（医療費の地域格差の特例）はその実施期間が 6 年間でした。当広域連合が独自に実施している保険料を財源とした不均一賦課制度と今回の経過措置案（2 年間）を加えると 10 年間の実施期間となります。そのため、これ以上の長期にわたる実施は被保険者間の公平性の観点から問題があると思われるます。

### ③ 軽減割合

平成 26・27 年度の各地区の軽減割合の 1/2

## 5 今後のスケジュール

### (1) 医療制度懇話会での検討、取りまとめ

平成 27 年 1 月に医療制度懇話会としての最終意見を取りまとめます。

### (2) 事務局方針の決定

医療制度懇話会での取りまとめを受けて、事務局内で平成 26 年度末までに方針を決定します。

### (3) 次期保険料率改定時の対応

平成 27 年度当初から予定している次期保険料率改定作業は、前記 (2) の事務局方針に沿って進めます。経過措置（案）を実施する場合には、不均一賦課地区の認定調査は行わず、当初から経過措置を前提とした料率算定を行います。

### (4) 条例改正

平成 28 年 2 月の広域連合議会に料率改定と合わせて条例改正議案を提出します。



## 平成 26 年度第 1 回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会（8 月 7 日開催）

## 【委員の主な意見】

- ・ 同じ市町内でも地区によって保険料率に差がある。その負担が公費であればまだ公平性は保たれると思うが、他の被保険者の保険料でその差額分を賄っているという点で、公平性はあまり担保されていないのではないか。
- ・ 兵庫県の基準そのものに疑義があるということであれば、この制度について、まず全体を見直すという方向性が妥当である。しかし、既にこの軽減を受けておられる方については、この軽減をなくすことに抵抗を感じる方も多いと思うので、仮に廃止という方向に持っていくとしても、激変緩和措置を何か考えないのか。
- ・ 不均一賦課の対象地区の 8 割以上の方が既に軽減措置（低所得者等）を受けた上に、さらに不均一の軽減がされているということで、個々の保険料は非常に安いのではないかと推測される。
- ・ 対象人数が非常に少ないが、保険料が急に変わると個人に影響がある。しかし大多数の方は影響額としては非常に少ないようだ。また、人口が 50 人未満の地区は元々対象になっていないというこの不公平感もあるので、このあたりを考えて順次修正する必要があるのではないか。
- ・ 財源についてだが、この制度を実施するということは、他の被保険者の負担に転嫁されるということ。それでもなお実施しなければならないのか。医療給付費と保険料のバランスについても、医療給付費の恩恵以上に保険料の負担が低い、そういった対象者を他の被保険者の保険料で負担するという点に関しても、継続することは公平性の観点から非常に疑問がある。

## 【会長のまとめ】

- ・ 保険料の不均一賦課については、実施から 6 年間が経過し、地域ごとの一人当たり医療費や保険料などの数値が明らかになり、低所得者等を対象とした保険料軽減制度もあることから、実施地区の医療給付費や保険料などの実情や他の広域連合の状況を踏まえて、公平性の観点から廃止を含めた見直しを検討していきたいとの事務局からの説明であった。また、医療費の地域格差に係る 6 年間の国制度の経過措置が終了すること、国においても後期高齢者医療制度の存続に伴って必要な見直しを行うとしていることから、見直しの時期としても適当であると思われる。各委員からいろんな意見をいただいたが、基本的には廃止の方向で検討するという事務局の方針に賛同する意見が支配的であったと思う。

## 保険料不均一賦課の現状と課題に対する関係市町の意見（一部抜粋）

～不均一賦課調査対象市町会議資料及び当日の意見より抜粋～

## 【豊岡市の意見】

- ・県内で所得や医療給付に差があるため、不均一賦課はその緩和に有効な制度であり必要である。今後も継続して欲しい。
- ・全国で兵庫県だけが実施していることについては、地域の広大さを考えると必要な制度である。
- ・意向により実施していない市町があるが、それぞれの考え方により選択されることは、制度として当然である。
- ・財源を他の被保険者が負担することとなり不公平とされているが、高額所得者が賦課限度額で軽減されていることについても同様なことが言えるのではないか。
- ・利用する医療費の格差に対する対応についても当然議論されるべきである。
- ・違法性が無い制度なら被保険者に有利なものは存続させるべきである。
- ・保険料のみならず、利用される医療費についてもっと真剣に広域連合として取り組むべき。医療費の削減に取り組む市町へのインセンティブを検討して欲しい。
- ・廃止ならば経過措置を設けて欲しい。

## 【香美町の意見】

- ・医療機関等の受診機会を得ることが極めて困難な地区が対象であり、無医地区という状況は変わらず、法律として認められている以上、今後も状況が変動しない限り制度を継続して欲しい。
- ・医療給付費等の調査を行い、県平均値との乖離率により段階的に軽減を行うので、一定の公平性は保たれている。
- ・該当地区は、隣接地区との距離もあり外出支援サービス等による公平性の確保は困難である。
- ・一人あたり医療給付費等が所在する市町の平均との比較では乖離率が低くなることや、医療給付費と保険料とのバランスがとれていないこと等を論点とする場合、受診機会が少ないことによる医療給付費の県下平均との乖離や、経済構造等の差異による所得状況により考慮できるのかという疑問がある。
- ・医療費と保険料のバランスから保険料不均一賦課の取扱いを検討する場合、保険料負担が少ない人は、医療を受けてはいけないと取れる。
- ・賦課限度額を設定し、本来負担すべき人が保険料を負担していないということもある中で、不均一賦課も認められるべきではないか。
- ・現状と課題から制度の見直しは理解できるが、対象地区の状況が変わらない中で他広域や他市町と比較して、いきなり廃止ということをするわけにはいかない。

- ・廃止に向かう場合でも、段階的に不均一賦課の軽減率を減らすことなどの激変緩和措置を設けて欲しい。
- ・被保険者数が少ない地区であるので、個人の受診動向により一人当たり医療給付費等の乖離率に影響を受けるため、無医地区であるということだけで不均一賦課地区として認定して欲しい。

### 【市町Aの意見】

- ・後期高齢者医療制度では、県均一保険料率で所得が同額であれば保険料も同額である。ただし、保険者の広域化に伴う「無医地区に居住している場合は医療サービスを享受しにくく、他地域と比べ医療給付と保険料負担のバランスがとれない」という問題を考えると、無医地区の保険料率を下げ不公平感を小さくするという趣旨で、制度としての意味はある（単一市町で運営する「国保・介護」では地域性は生じにくく不均一賦課の必要なし）。
- ・軽減分の財源は他の被保険者の負担となるため、「医療の確保が著しく困難」であることの基準が客観性を有しているか、検証が必要である。
- ・医療給付費の乖離率に基づく保険料率の軽減割合の妥当性について、20～40%というのは高いのではないか。
- ・制度として意味があるのは、負担と給付のバランスに不公平が生じているのが前提となる。不均一賦課実施地区は、「一人当たり医療給付費」は県内平均を大きく下回っているが、「一人当たり賦課額」は制度が廃止された場合でもそれ以上に下回っている。保険者が広域化したことにより、不公平感が拡大したわけではなく、当該市町のみで健康保険を運営した場合（国保）においては、現在よりも保険料の負担が大きいと思われるため、不均一賦課を実施してまで保険料を軽減する必要はない。

### 【市町Bの意見】

- ・廃止の方向でよいが、実施市町の意見を聞いて見直しの検討が必要であると思った。

### 【市町Cの意見】

- ・国民健康保険、介護保険に不均一賦課の制度がなく、制度間の不均衡が生じる。
- ・保険料軽減分については他の被保険者の負担になるので、被保険者への説明が難しい。
- ・全国で実施されていないこと、軽減分を負担する他の被保険者から理解が得られにくく公平性が保てないため、制度の見直し（廃止を含む）が良い。
- ・継続するとなると、意向により実施していない市町はなぜ実施しないのかということになる。
- ・医療給付を受けられていない方などに対して表彰等何らかの還元があれば、医療給付の不公平さは減るのではないかなと思う。

### 【市町Dの意見】

- ・対象地区以外にも同じような地区があり、市町内でのバランスを考えると実施できない。今後も実施しないことが考えられるため、廃止を含めた見直しに意見はない。しかし、対象地区以外の同じような地区が対象になるような認定基準の変更があれば実施したい。

### 【市町Eの意見】

- ・兵庫県広域連合のみ実施しているという点では、制度について検討する必要があると考える。
- ・実際に実施されている市町の状況、意見を踏まえて今後について検討するべきである。
- ・対象地区と市町内の他の地区とは差があるようには感じられない。今後も対象地区があっても実施しない。

### 【市町Fの意見】

- ・市町への意向確認について、市町が判断する際の行政内部の手続きが異なるのではないかな。
- ・対象地区の医療給付費等の乖離率について、市町平均と20%以上の乖離がないことは、医療の確保が困難な地区とはいえないのではないかな。
- ・人口が少ない対象地区が多く、医療給付費が個人の受診動向にも左右されることから、医療給付費の乖離率等の指標として適当とはいえないのではないかな。
- ・全体の流れが「廃止」ということであれば、それに賛成する。
- ・実施地区の医療給付費・保険料・他の広域連合の状況を踏まえ、見直しの検討は必要と考える。

## 保険料率の推移

## 1 均一保険料

年度	平成 20・21	平成 22・23	平成 24・25	平成 26・27
所得割額	8.07 %	8.23 %	9.14 %	9.70 %
均等割額	43,924 円	43,924 円	46,003 円	47,603 円

## 2 不均一保険料

(1) 被保険者に係る療養の給付等に要する費用の額が著しく低い市町（経過措置）  
【豊岡市】

年度	平成 20・21	平成 22・23	平成 24・25
所得割額	7.19 %	7.63 %	8.81 %
均等割額	39,093 円	40,705 円	44,320 円

\*平成 25 年度末で終了

## (2) 離島その他医療の確保が著しく困難である地域（恒久措置）

地域名		平成 20・21	平成 22・23	平成 24・25	平成 26・27
豊岡市 奥小野	所得割率	6.46 %	6.59 %	豊岡市均一	7.76 %
	均等割額	35,140 円	35,140 円		38,083 円
豊岡市 羽尻	所得割率	豊岡市均一	豊岡市均一	5.49 %	7.76 %
	均等割額			27,602 円	38,083 円
豊岡市 天谷	所得割率	豊岡市均一	豊岡市均一	5.49 %	7.76 %
	均等割額			27,602 円	38,083 円
豊岡市 奥赤	所得割率	4.85 %	4.94 %	豊岡市均一	兵庫県均一
	均等割額	26,355 円	26,355 円		
香美町 御崎	所得割率	兵庫県均一	兵庫県均一	7.32 %	6.79 %
	均等割額			36,803 円	33,323 円
香美町 土生	所得割率	兵庫県均一	兵庫県均一	5.49 %	5.82 %
	均等割額			27,602 円	28,562 円
香美町 三川・大槻	所得割率	4.85 %	4.94 %	5.49 %	5.82 %
	均等割額	26,355 円	26,355 円	27,602 円	28,562 円
香美町 祖岡	所得割率	兵庫県均一	兵庫県均一	7.32 %	7.76 %
	均等割額			36,803 円	38,083 円
香美町 丸味	所得割率	5.65 %	兵庫県均一	兵庫県均一	7.76 %
	均等割額	30,747 円			38,083 円

\* 奥赤地域は平成 21 年度の厚労省の無医地区等調査で認定されなかったため、平成 24・25 年度から非該当。その他の地域に関しては医療給付費の基準に該当しなかったため。

新たに平成 26 年度特別調整交付金の交付対象となった事業について  
(長寿・健康増進事業)

国は後期高齢者医療制度の財政を調整するため、広域連合に対して調整交付金を交付します。そのうち災害やその他特別な事情がある広域連合に対して交付されるものが「特別調整交付金」であり、その交付対象事業の一つである「長寿・健康増進事業」において新たに平成 26 年度の交付対象となった事業のうち、医療資源が限られた地域を対象としたものが以下のとおりです。なお、交付金の交付は対象事業の実施に必要な費用について市町からの申請を広域連合で取りまとめ、県を通じて国に提出したもののについて、交付基準により予算の範囲内で交付されます。

【新規交付対象事業】

「医療資源が限られた地域の保健事業」(保健指導等)

医療機関が少ない等医療資源が限られた地域において、その特性により必要な保健事業を実施する。

(取組の例)

- 出張検診や遠隔保健指導
- 市町村が実施する予防接種の自己負担に対する助成

(2) 低所得者に係る保険料軽減判定所得の  
見直しについて

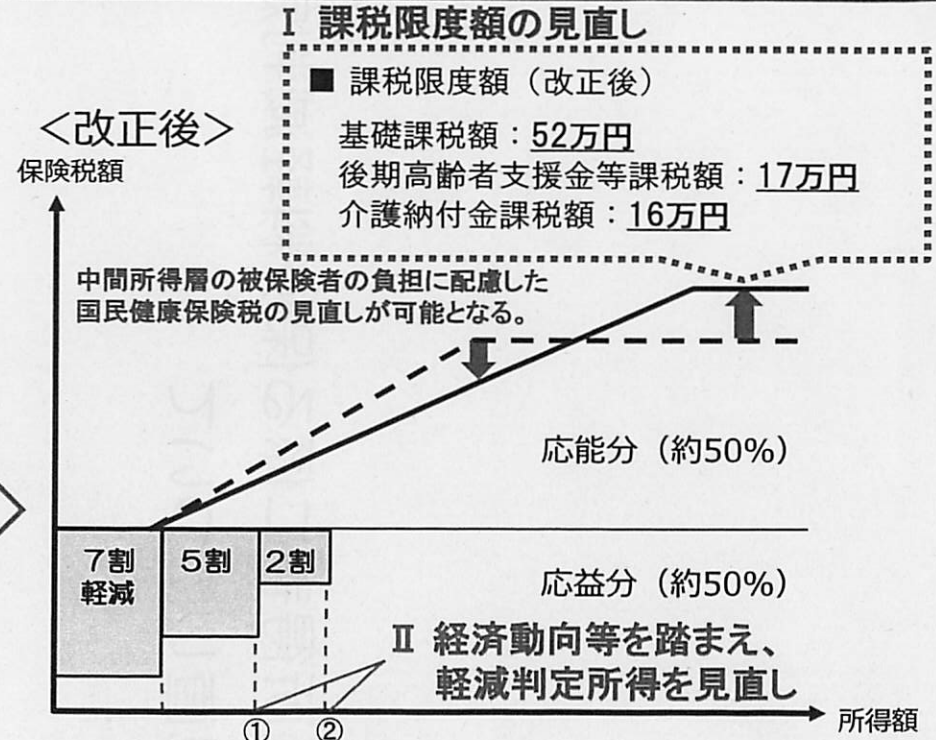
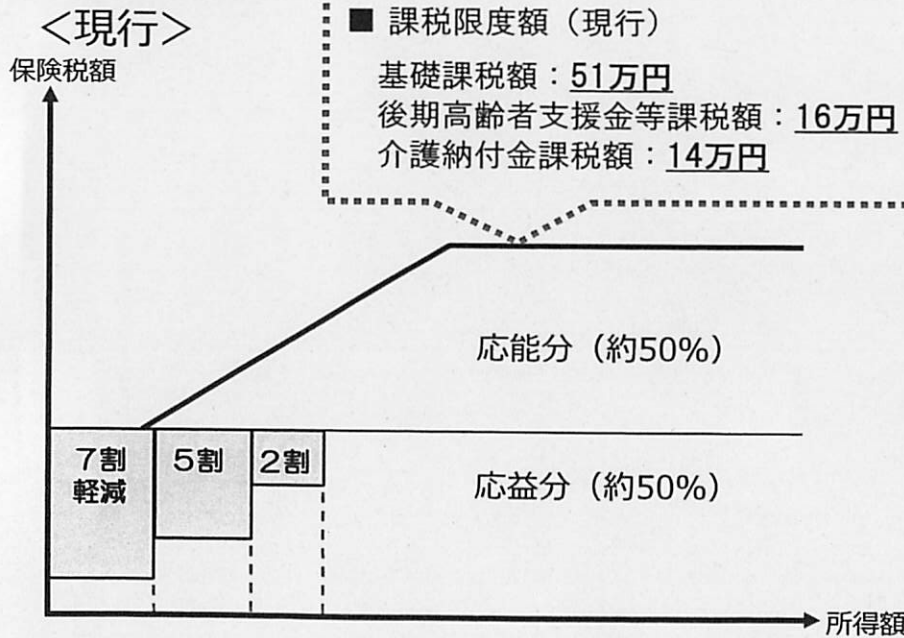
# 国民健康保険税の課税限度額の見直し及び低所得者に係る国民健康保険税の軽減判定所得の見直し

(国民健康保険税)

## 要望概要

- I 国民健康保険税の課税限度額を見直す。
- II 低所得者に対する国民健康保険税の軽減措置の対象となる世帯の軽減判定所得について、経済動向等を踏まえ、所要の見直しを行う。

## 要望内容



- 軽減判定所得 (現行)
- 7割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円)
  - 5割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 24.5万円 × (被保険者数\*)
  - 2割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 45万円 × (被保険者数\*)

- 軽減判定所得 (改正後)
- ① 5割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 26.0万円 × (被保険者数\*)
  - ② 2割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 47万円 × (被保険者数\*)

\* 被保険者数には、同じ世帯の中で国民健康保険の被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した者を含む。



### (3) データヘルス計画について

## データヘルス計画について

### 1 データヘルス計画とは

データヘルス計画とは、保険者がレセプト等のデータ分析に基づく健康の保持増進のための保健事業の計画を策定し、評価を推進するものです。保険者が保有する被保険者の情報を活用し、PDCAサイクルを通じて、被保険者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる事業です。兵庫県後期高齢者医療広域連合では、構成市町の協力の元で計画を策定します。

### 2 趣旨

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第125条第3項に基づき、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が行う被保険者の健康保持増進のために必要な事業に関し、適切かつ有効な実施を図るため、平成26年3月31日厚生労働省告示第141号をもって「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」（別添）が公表され、同年4月1日から適用されました。

### 3 これからの保健事業について

データヘルス計画の策定にあたっては、何か新しいことを行うことを目指すよりも、これまでの取組みを踏まえつつ、「データを用いて」継続的な効果検証（いわゆる「PDCA」）を行っていくことが重要であると考えられます。

### 4 広域連合と構成市町の役割について

データヘルス計画策定における最も重要なポイントは、「健康診断の結果（健診データ）と医療受診の結果（レセプトデータ）を用いてデータ分析を行い、データを用いた保健事業を行うこと」にあります。

当初は医療レセプトデータを用いて可能な分析を行い、広域連合は主として広域全体の傾向等の分析を行います。構成市町は、これまでの取組みを踏まえつつ、国保データベース（KDB）システムの活用などデータ分析のための環境整備を行います。

### 5 策定予定時期について

第1期データヘルス計画（平成27～29年度）については、構成市町と調整を図り、平成27年3月末に策定します。平成26年12月19日に構成市町に対し説明会を開催し、保健衛生部門の担当者にも参加いただき、説明・意見交換を行いました。各市町の実情が異なる中で保健事業への取組みも多様ですが、今後も意見交換・調整を図りながら策定に向けて取組んでまいりたいと考えております。

# 兵庫県後期高齢者医療広域連合

## 第1期データヘルス計画 (平成27～29年度) (素案)

## 目次

1. はじめに
2. 趣旨
3. 兵庫県の特徴について
  - (1) 人口・面積等について
  - (2) 寿命について
  - (3) 医療・生活習慣・介護（有病状況）について
  - (4) その他データについて
4. 方針
5. 目標について
6. 実施計画について
7. 国保連合会との連携協力等
8. 広域連合と構成市町の役割について
  - (1) 初回策定時の対応方針
  - (2) 次回改訂時の対応方針
9. その他

## 1. はじめに

データヘルス計画とは、保険者がレセプト等のデータ分析に基づく健康の保持増進のための保健事業の計画を策定し、評価を推進するものです。保険者が保有する被保険者の情報を活用し、PDCAサイクルを通じて、被保険者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる事業です。兵庫県後期高齢者医療広域連合では、構成市町の協力の元で計画を策定し、実施いたします。

## 2. 趣旨

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第125条第3項に基づき、後期高齢者医療広域連合が行う被保険者の健康保持増進のために必要な事業に関し、適切かつ有効な実施を図るため、平成26年3月31日厚生労働省告示第141号をもって「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」（別添）が公表され、本年4月1日から適用されることとなりました。

## 3. 兵庫県の特徴について

(1) 人口・面積等について（「兵庫県推計人口平成26年11月1日現在」参考）

・全人口 5,541,371人

（男性：2,645,377人、女性：2,895,994人、後期高齢被保険者：675,298人  
市部合計：5,280,199人、郡部合計：261,172人）

・世帯数 2,309,596世帯

（市部合計：2,216,949世帯、郡部合計：92,647世帯）

・面積 8396.47km<sup>2</sup>

（市部合計：6,655.58km<sup>2</sup>、郡部合計：1,740.89km<sup>2</sup>）

・人口密度 660人/km<sup>2</sup>

（市部合計：793人/km<sup>2</sup>、郡部合計：150人/km<sup>2</sup>）

・全国の人口・面積・人口密度

人口：127,097,558人（うち後期高齢者15,489,921人）、面積：377961.73km<sup>2</sup>、  
人口密度 336人/km<sup>2</sup>

兵庫県全体の後期高齢者医療の被保険者の割合は約12%であり、全国の後期高齢者医療の被保険者の割合も約12%と人口構成に特に特徴は見られませんが、面積が広いため、各市町で状況が大きく異なります。特に市部と郡部の人口密度の差が大きいです。

(2) 寿命について

・平均寿命 男性：79.6歳 女性：86.2歳（全国 男性：79.6歳 女性：86.4歳）

・健康寿命 男性：65.4歳 女性：66.9歳（全国 男性：65.2歳 女性：66.8歳）

平均寿命・健康寿命ともに全国と比べて差は小さく、一見、大きな問題はないと思われませんが、全国的に問題になっていることと同様に平均寿命と健康寿命の差が大きく、特に女性については20年ほど差があります。健康でいられる期間を延ばすことが課題となります。

### (3) 医療・生活習慣・介護（有病状況）について

以下の表は国保データベース（KDB）システムの平成26年4月～9月の診療及び健診受診データを参照しています。

【月単位】

		兵庫県	国	兵庫県÷国(%)
外来	患者数	千人当たり 1395.7人	1269.3人	110.0%
	医療費	1件当たり 26,560円	26,660円	99.6%
		1人当たり 37,070円	33,840円	109.5%
		1日当たり 12,880円	13,930円	92.5%
	受診回数	1件当たり 2.1回	1.9回	110.5%
入院	患者数	千人当たり 67.2人	68.3人	98.4%
	医療費	1件当たり 535,990円	506,830円	105.8%
		1人当たり 36,030円	34,640円	104.0%
		1日当たり 30,760円	28,020円	109.8%
	在院日数	1件当たり 17.4日	18.1日	96.1%

※上記の数値は平成26年4月～9月の月平均です。

外来患者数が全国と比べ非常に多い状況です。1件当たりや1日当たりの医療費は低く、1人当たりの医療費が高く、1件当たりの受診回数が多いことから、慢性的に通院している患者（生活習慣病患者）が多いと思われます。また、入院患者数や在院日数が少なく、1件当たりと1人当たりの医療費が高いことから、全国と比べ重症化した患者の入院が多いと思われます。

実際に、外来の疾病別で医療費が高いものは、高血圧症・糖尿病・慢性腎不全が兵庫県のほとんどの市町で上位3つに入っています。

該当する生活習慣	兵庫県	国	兵庫県÷国(%)
喫煙	6.5%	5.0%	130.0%
朝食抜き	3.4%	3.9%	87.2%
食後間食	6.5%	7.4%	87.8%
寝前夕食	14.6%	17.2%	84.9%
食べる速度が速い	20.7%	16.2%	127.8%
成人から体重増(10kg以上)	20.0%	18.5%	108.1%
運動習慣なし(30分/日以上)	52.8%	57.3%	92.1%

運動習慣なし(60分/日以上)	46.8%	47.2%	99.2%
睡眠不足	24.0%	18.5%	129.7%
毎日飲酒	22.1%	17.5%	126.3%
時々飲酒	16.3%	14.6%	111.6%
1合未満(1日飲酒量)	82.0%	80.0%	102.5%
1～2合(1日飲酒量)	14.3%	16.3%	87.7%
2～3合(1日飲酒量)	3.2%	3.2%	100.0%
3合以上(1日飲酒量)	0.5%	0.5%	100.0%

※上記の数値は平成26年4月～9月の累計です。

一部の市町のデータではありますが、食事に関しては全国と比べ良好と思われます。また、運動習慣も30分以上の軽いものであれば、全国を上回っています。しかし、喫煙・1時間以上の運動習慣・睡眠不足・飲酒については全国に比べ数値が悪く、健康について全く気にかけていないわけではないが、実行できていないと考えられます。特に、飲酒については毎日もしくはときどき飲酒する被保険者が38.4%となっています。通常1日平均純アルコールで約20g程度が節度ある飲酒であり、65歳以上の高齢者においてはより少量の飲酒が適正とされています(『平成23年度 アルコールシンポジウム「アルコール問題を考える」 「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」の最終評価について』参照)。一日当たりの飲酒量が1合未満である場合が8割以上を占めていますが、適正な飲酒量や頻度については本人の体調等によるところも大きいので、節度ある飲酒の範囲でも注意が必要です。

【月単位】

介護 有病状況	兵庫県	国	兵庫県÷国(%)
糖尿病	26.9%	19.4%	138.7%
高血圧症	54.0%	40.1%	134.7%
脂質異常症	31.0%	21.6%	143.5%
心臓病	63.3%	46.4%	136.4%
脳疾患	27.8%	22.0%	126.4%
がん	14.6%	10.1%	144.6%
筋・骨格	53.8%	39.5%	136.2%
精神	26.3%	20.4%	128.9%

※上記の数値は平成26年4月～9月の月平均です。

※一部市町を除きます。

介護認定を受けている者の有病状況が全国に比べ軒並み高く、低いものでも全国の1.25倍以上あります。このことから、兵庫県全体で要介護認定を受ける前の段階の生活習慣や健康に対する意識が他の地域と比べ低いように思われます。

#### (4) その他データについて（「厚労省様式」参考）

兵庫県は平成15年度から平成24年度にかけて1人当たりの医療費は、全国で15～17番目に高く、中間より少し上の位置となっています。平成24年の人口動態調査では死亡率は全国で37番目と低いにもかかわらず、糖尿病の死亡率は32番、急性心筋梗塞は23番まで上がっています。また、糖尿病の医療費は外来・入院ともに全国で4番目に高く、腎不全についても外来は6番目、入院は4番目に高い状況です。兵庫県の人口が全国で多い方に属するとはいえ、同規模の都道府県より高額であるのは、注視すべき問題であります。

##### ・兵庫県の健診受診率について

兵庫県全体の受診率は14.89%（平成25年度実績）となっており、受診率は高くありません。また、兵庫県内でも市町で状況が違いますので差があります。健康に対する意識が高い被保険者が多い地域と少ない地域でそれぞれ、継続可能な事業の実施や受診率の向上など課題があります。

#### 4. 方針

兵庫県は医療費データや、一部の地域ではあるが分析した健診データ・介護データより、全国に比べ、健康に対する意識が低いように思われます。外来は1件当たりの医療費が低く受診回数や1人当たりの医療費が多いこと、入院は患者が少ないですが1件当たりの医療費が高く1人当たりの医療費も高いことから、一部の生活習慣病等の慢性的に通院している患者以外は重症化するまで、放置していることが多いのではないかと考えられます。介護の有病状況からも、すべての疾病が高いことから、疾病等が重症化し、介護が必要な状況になるまで健診や医療機関に受診していないと思われます。

また、1日30分以上の運動をしている人は全国より多いにも関わらず、1日1時間以上の運動をしている者は少し少なくなり、喫煙や飲酒の習慣がある者が多いです。ここから、自分の健康に全く興味がないわけではなく、多少は健康法を実行しているが、そのことにより、健康的な生活をしているつもりである者が多いと考えられます。こういった場合は、自分が不健康な生活をしていることや不健康であることに無自覚なので、まずは周知・啓発が重要であります。

健康に良い生活がどのようなものであるかを被保険者に伝えるには、1人1人の健診結果や医療データを見ながら本人に説明すること（ハイリスクアプローチ）が一番効果的であると考えられますが、現在の兵庫県の健康診査の受診率は、約15%であり、自分の健康は気にしているものの、なかなか実行に移す人が少ないのが現状です。まずは、市町で実施している健診や健康説明会等に多くの人に参加してもらうことを目標とします。十分に周知をした後、事業の効果やハイリスクアプローチ実施のための分析ができるよう、データ環境整備も必要です。

また、広域連合で実施しているジェネリック医薬品の勧奨通知や、健康相談、



食生活や適度な運動の生活習慣と医療を組み合わせることにより、効果があることを周知・啓発していきます。

## 5. 目標

- (1) 「受診率を平成29年度までに兵庫県全体で20%まで引き上げる」
- (2) 「被保険者の医療等の状況を分析できるようにデータ環境整備を行う」
- (3) 「医療費通知・ジェネリック通知・健康相談事業を広く実施する」

## 6. 実施計画について

### (1) 健康診査

健康診査については、各市町が必要に合わせて受診率向上の計画を立てて実施します。計画は各市町が作成した「健康診査受診率向上計画」を年度ごとに入れ替えます。

### (2) 長寿・健康増進事業

各市町の判断で独自に実施している様々な事業です。計画は各市町が作成した「〇〇事業計画」を年度ごとに入れ替えます。

### (3) データ環境整備

広域連合では、KDBを通して各市町に医療データを提供しています。各市町においては、管理している健診や介護等のデータと突合し分析できるよう、環境整備してもらうための「データ環境整備計画」を作成してもらいます。変更がある場合は、年度ごとに差し替えを行います。

### (4) 医療費通知、ジェネリック及び健康相談事業

広域連合で実施します。厚労省への補助金の申請・分析・実績報告をもって計画と分析とします。

## 7. 国保連合会との連携協力等

国保連に9月に設置された「保健事業支援・評価委員会」から、データヘルス計画の策定段階からアドバイスを受ける等の支援を受けられます。

## 8. 広域連合と構成市町の役割について

### (1) 初回策定時の対応方針

基本的には、ハイリスクアプローチを指向する場合、健診データと医療データの突合等が必要なことや地域の実情に即して実施する観点から、構成市町が実施主体となることが適切であると考えられます。

ア 当初は医療レセプトデータを用いて可能な分析を行い、広域連合は主として広域全体の傾向等の分析を行います。

イ 広域連合及び構成市町とも当初はポピュレーションアプローチを中心とした取組みを行います。

ウ 広域連合は、現在実施している事業について、データヘルス計画の中に位置付けられるものは事業ごとの必要性ではなく、データヘルス推進の必要性の観点から事業目的を設定します。

エ 構成市町は、健康診査推進計画をデータヘルス計画における個別計画と位置付け、受診率の向上（受診者の拡大）に取り組んでください（勧奨通知・受診券を受診対象者全員に送付、未受診者への勧奨連絡等）。

オ 構成市町は、健診データをKDB上に登録できるよう環境整備を行なってください（現在、構成市町の健診・レセプト・介護データを突合処理できるシステムがKDBのみであるため）。構成市町は、環境整備を行い、データ突合等が可能となった段階で、ハイリスクアプローチの検討を行い、次回改訂時に計画に反映してください。その際、各市町の国民健康保険におけるデータヘルス計画や各市町の健康増進計画等との連携を図り、市町としての体制を整備し、実効性の担保を図ってください。

### (2) 次回改訂時の対応方針

構成市町は国保でデータヘルス計画策定・実施されます。広域連合としましては、後期高齢者のデータヘルス計画策定や事業実施は国保の延長線上にあるもので、分割する事業ではないと考えております。構成市町は後期高齢者医療担当課だけでなく、健診担当課・介護課・国民健康保険担当課等と連携し、計画の策定と実行をお願いいたします。また、広域連合が計画の策定やハイリスクアプローチを実施する場合は、構成市町のKDBの参加や人員などご協力いただくことになると思われます。データヘルス計画におきましては、構成市町のお力が不可欠でございますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

## 9. その他

KDBで分析されている帳票を簡単に挙げます。

### (1) 地域の全体像の把握

⇒年齢別人口比率、平均寿命・健康寿命、死因、医療（医療費や受診率等）は全構成市町で確認できます。介護（有病状況、給付費等）、健診の情報は別途KDBへ参加している市町で確認できます。

### (2) 医療費分析

⇒入院・外来別に医療費が高額である疾病や、他市町と比較してレセプト1件当たりで高額である疾病等が確認できるので、地域の傾向を見るときに参考になります。また、疾病別の医療費統計表も分析の程度により分類が大きなものと小さなものを使い分けることができます。

### (3) 厚生労働省様式

⇒現在は高額レセプト一覧（1件当たり30万円以上）、6か月以上のレセプト、人工透析患者一覧、生活習慣病全体のレセプト分析、糖尿病レセプト分析が構成市町で確認できます。これは、ポピュレーションアプローチではなく、ある程度、地域の状況を分析した後のハイリスクアプローチに活用できます。また、一覧については性別・年齢・請求点数・主病名での絞り込み検索も可能です。

### (4) 医療と介護情報との突合

⇒要介護認定を受けている人のレセプト情報などから、有病情報（主に生活習慣病）等を確認できます。後期高齢者医療で要介護認定を受けている人への指導をすることはあまりないと思いますが、分析することで地域の傾向・対策の参考になると思われます（ただし、介護情報はKDBに別途参加している市町のみ確認できます）。

### (5) その他データ

⇒人口や被保険者の情報など地域の特徴をとらえるのに必要な情報もあります。

構成市町は、上記のデータの中で被保険者数が同規模程度の市町の平均と比較することはできます。また、それぞれの市町内でさらに区分設定を設けている市町はその区分ごとにデータを見ることができます。ただし、兵庫県広域連合の累計データは広域連合でしか確認できません。

## 健康診査推進計画(〇〇市町)

項目 記載内容(例)

1 現状	・これまでの実施状況、課題等
2 目標	・健康診査受診率の目標[目標受診率、その考え方等]
3 対象者	・対象者の範囲[重点的受診対象者・健診対象外者の範囲等]
4 健康診査の実施方法等	・実施主体[委託・補助の場合はその内容を含む]
	・健診項目 [健康診査事業として実施している検査項目で、「平成26年度後期高齢者医療制度事業の実施について(保高発0331第7号 平成26年3月31日付)」で定められている健診項目以外を記載してください。ただし、追加項目を医師が個別に必要と判断することにかかわらず、健診を実施している場合にはその旨を記載してください。例:心電図・眼底検査は健診受診者全員を検査しています。]
	・実施時期
	・実施場所
	・対象者への案内方法[受診券の送付等]
	・年間スケジュール
	・自己負担
	・受診しやすくするための取組[がん健診等との同時実施、土日健診、等] ・健診未受診者対策[未受診者(受診が必要な者等)への受診勧奨等]
5 個人情報の保護	・健診データの保管、管理等[変更があった場合のみ記載]
6 その他円滑な実施を確保するための事項	

## 〇〇事業計画(〇〇市町)

項目 記載内容(例)

1 現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの実施状況、課題等 〔事業対象者の割合や数値についても記載してください〕</li> </ul>
2 目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・数値的目標〔非肥満高血糖該当者の〇〇%未満に抑える、等〕</li> </ul>
3 対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の範囲〔牽引受診者のうち血糖値が〇〇以上の者、等〕</li> </ul>
4 〇〇事業実施方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施主体〔委託・補助の場合はその内容を含む〕</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導内容、指導方法等</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施時期</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施場所</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への案内方法〔受診券の送付等〕</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間スケジュール</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己負担</li> </ul>
5 個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データの保管、管理等</li> </ul>
6 その他円滑な実施を確保するための事項	

## データ環境整備計画(〇〇市町)

項目 記載内容(例)

1 現状	<p>・これまでの実施状況、課題等          (現在は、医療データと健診及び介護データがそれぞれ独立したシステムで管理しているため突合することができない状況、等)</p>
2 目的	<p>・何を行いたいのか、等          (将来的に健康相談等を実施するため、医療データのほかにも健診や介護データも参考に分析する、等)</p>
3 目標	<p>・いつまでに何を実施するか。          (平成29年度までに、健診及び介護のKDB参加する、等)</p>

## 高齢者の医療の確保に関する法律

第二百二十五条 後期高齢者医療広域連合は、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 後期高齢者医療広域連合は、被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、後期高齢者医療給付のために必要な事業、被保険者の療養のための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により後期高齢者医療広域連合が行う健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るために必要な指針を公表するものとする。

4 前項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

## 健康増進法

### (健康診査の実施等に関する指針)

第九条 厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳(自らの健康管理のために必要な事項を記載する手帳をいう。)の交付その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針(以下「健康診査等指針」という。)を定めるものとする。

2 厚生労働大臣は、健康診査等指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、総務大臣、財務大臣及び文部科学大臣に協議するものとする。

3 厚生労働大臣は、健康診査等指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

○厚生労働省告示第四百十一号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第二百二十五条第三項の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針を次のように定めたので、同項の規定に基づき公表し、平成二十六年四月一日より適用する。

平成二十六年三月三十一日

厚生労働大臣 田村 憲久

第一 本指針策定の背景と目的

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針

一 「二十一世紀における国民健康づくり運動（健康日本二十一）」（平成十二年三月三十一日厚生省発健医第百十五号等）を中核とする国民の健康づくりや疾病予防をさらに推進するため、健康増進法（平成十四年法律第百三号）が平成十五年五月一日に施行され、同法に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成十六年厚生労働省告示第二百四十二号。以下「健康診査等実施指針」という。）が平成十六年六月十四日に公布されたところである。

また、平成二十年四月一日には、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）が施行されたことに伴い、健康診査等実施指針の一部が改正されるとともに、同法第二百二十五条第一項の規定に基づき、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、健康教

育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）を行うように努めなければならないこととされた。

さらに、平成二十五年度からは「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本二十一（第二次））」（平成二十四年厚生労働省告示第四百三十号。以下「健康日本二十一（第二次）」という。）が適用され、健康づくりや疾病予防の更なる推進を図ることとされた。

本指針は、同条第三項に基づき、健康診査等実施指針と調和を保ちつつ、広域連合が行う保健事業に関して、その効果的かつ効率的な実施を図るため、基本的な考え方を示すものである。

二 今後、高齢者の大幅な増加が見込まれる中、加齢により心身機能が低下するとともに、複数の慢性疾患を有すること、治療期間が長期にわたること等により、自立した日常生活を維持することが難しくなる者が多くなると考えられる。

このため、高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、生活習慣病をはじめとする疾病（以下「生活習慣病等」という。）の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止するための支援を行うことが必要である。

その際、高齢者は長年続けてきた生活習慣を変えること自体困難な場合が多く、若年者に比べ、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は必ずしも大きくないこと、健康状態の個人差が大きい傾向があること、健康面の不安が生活上の課題となりやすいこと等から、個々の被保険者



が自らの健康状態に依じて行う健康の保持増進の取組を広域連合等関係者が支援することが重要である。また、心身機能の低下等により被保険者の日常生活が制約される場合には、周囲からの支援が得られるよう、地域の関係者との連携を図ることが必要である。

このような健康の保持増進に向けた取組は、個々の被保険者の生涯にわたる生活の質（以下「QOL」という。）の維持及び向上に大きく影響し、結果として医療費全体の適正化にも資するものである。

三 こうした中で、近年、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬明細書等」という。）の電子化の進展等により、広域連合が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の整備が進んでいる。

四 本指針は、これらの保健事業をめぐる動向を踏まえ、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図るための被保険者の自主的な健康の保持増進に向けた取組について、広域連合がその支援の中心となつて、市町村（特別区を含む。以下同じ。）と協力しつつ、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目指すものである。

五 広域連合をはじめとする保健事業の実施者は、本指針及び健康診査等実施指針に基づき、保健事業の積極的な推進が図られるよう努めるものとする。

## 第二 保健事業の基本的な考え方

### 一 広域連合の役割の重視

1 広域連合は、被保険者の立場に立つて、健康の保持増進を図り、もつて生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図る役割が期待されており、都道府県、市町村及び他の保険者等様々な実施主体と連携しながら、個々の被保険者の自主的な健康の保持増進の取組を支援すべきであること。また、被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び広域連合の財政基盤強化が図られることは広域連合にとつても重要であること。

2 広域連合は、被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施し、その際には地域の特性にも配慮するとともに、必要に応じ、都道府県ごとに設ける国民健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険及び組合管掌健康保険の保険者等が協議し、連携する場（以下「保険者協議会」という。）等を活用することなどにより国民健康保険の保険者、被用者保険の保険者、市町村等と連携するなどの工夫をすること。

3 広域連合は、保健事業の実施にとどまらず、禁煙の推進、身体活動の機会の提供、医療機関への受診勧奨など、被保険者の健康を支え、かつ、それを守るための環境の整備に努めること。

4 広域連合が保健事業を行う際には、国民健康保険及び介護保険の保険者である市町村と共同して事業を実施することとし、これにより、被保険者が年齢に応じた保健事業を必要に応じて受けられる機会を確保すること。

## 二 健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営

保健事業の効果的かつ効率的な推進を図るためには、健康・医療情報（健康診査の結果や診療報酬明細書等から得られる情報（以下「診療報酬明細書等情報」という。）、各種保健医療関連統計資料、介護に関する情報その他の健康や医療に関する情報をいう。以下同じ。）を活用して、PDCAサイクル（事業を継続的に改善するため、Plan（計画）―Do（実施）―Check（評価）―Act（改善）の段階を繰り返すことをいう。以下同じ。）に沿って事業運営を行うことが重要であること。また、事業の運営に当たっては、費用対効果の観点も考慮すること。

## 三 高齢者の特性を踏まえた健康の保持増進に向けた取組の推進

生活習慣病等の発症や重症化を予防するとともに、加齢に伴う心身機能の低下を防止し、高齢期にある被保険者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、当該被保険者に対して、日常生活を振り返り運動機能や認知機能の維持・回復、低栄養の防止等に向けて、生活習慣の課題を意識し見直すための働きかけを重点的に行うこと。

また、必要に応じ地域の福祉や介護予防の取組等につなげるとともに、地域の関係者との連携に配慮すること。

## 四 健康診査及び保健指導の実施

1 健康診査については、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を目的として、医療機関での受診が必要な者や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 保健指導については、加齢や疾病等による健康状態及び心身機能の変化に着目し、生活習慣を見直すための保健指導を行うことにより、対象者が日常生活を振り返り自らの生活習慣を評価し、課題を認識するとともに、医療機関の受診、食生活への配慮、身体活動量の確保、認知機能低下の予防等を推進することを通じて、できる限り長く自立した日常生活を維持することを目的とするものである。

## 五 地域の特性に応じた事業運営

1 都道府県、市町村等の地域ごとに、被保険者の疾病構造、健康水準、受診実態、活用できる物的・人的資源等が大きく異なり、医療費にも格差があることから、広域連合は市町村と協力し、地域の特性、医療費の傾向等の分析を行うとともに、被保険者のニーズや地域で活用可能な関係機関の状況を把握し、分析の結果を踏まえて優先順位や健康課題を明らかにし、地域の特性に応じた効果的かつ効率的な保健事業を行うよう努めること。

2 保健事業を行うに当たっては、都道府県、市町村、保険者協議会、医療又は介護に携わる者等と十分連携し、地域ごとの医療費の特性や健康課題について共通の認識を持った上で、地域の特性に応じた保健事業を行うよう努めること。

3 地域の関係者が連携、協力して健康づくりを行うとの観点から、地域の特性の分析や、それに応じた課題に対する保健事業の企画及び実施に当たっては、健康増進法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）等に基づく地域における他の保健事業や介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）に基づく事業と積極的に連携及び協力を図るとともに、他の保険者や被用者保険の保険者等とも連携、協力すること。

4 また、関係者間で、保険者協議会や、必要に応じ地域・職域連携協議会等の場も活用することにより、各種行事や専門職研修等を共同して実施したり、施設や保健師等の物的・人的資源を共同して利用する等、効率的に事業を行うよう努めること。

### 第三 保健事業の内容

広域連合は、第二の保健事業の基本的な考え方を踏まえ、本項に示す保健事業を実施するよう努めること。また、被保険者が参加しやすいような環境づくりに努め、特に参加率が低い被保険者については重点的に参加を呼びかけるなどの工夫を行うこと。

なお、本指針は、今後重点的に実施すべき保健事業を示すものであり、以下の項目以外でも、広域連合独自の創意工夫により、健康の保持増進の観点から、より良い保健事業を展開することを期待するものであること。

#### 一 健康診査

1 健康診査は、健康診査後の通知及び保健指導とともに、保健事業の中核的な事業の一つであり、今後とも、健康診査等実施指針等に沿って、必要な被保険者について受診率を高め、効果的かつ効率的に実施していくことが重要であること。

2 被保険者の利便性を考慮して、健康増進法等に基づく健康増進事業等と連携を図り、各種検診の同時実施に努めること。

また、その際には、検診の種類ごとに、対象者、対象年齢等を適切に設定し、被保険者に周知すること。

健康診査における検査項目は、生活習慣病に着目した特定健康診査の必須項目を基本とし、検査方法と併せて、科学的知見の蓄積等を踏まえた設定及び見直しを行うこと。

3 被保険者にとって受診が容易になるよう、健康診査の場所、時期及び期間等を工夫すること。また、健康増進法等に基づく地域における他の保健事業等との連携、協力を十分に図ること。

#### 二 健康診査後の通知

1 健康診査を行った場合には、速やかに、治療を要する者及び保健指導を要する者の把握をはじめとして、対象者の健康水準の把握及び評価を行うこと。また、広域連合以外の者が健康診査を行う場合でも、事後の指導を有効に行うため、必要な範囲で、結果の把握に努めること。

2 健康診査の結果の通知については、医師、保健師等の助言及び指導を得て、治療を要する者

に対して、必要に応じ医療機関での受診を勧めるとともに、経年的な変化を分かりやすく表示したり、自立した日常生活を送る上で生活習慣に関して留意すべき事項を添付する等により、対象者に自らの日常生活を振り返り生活習慣等の課題を発見、意識させ、療養及び健康の保持増進に効果的につながるような工夫を行うこと。

### 三 保健指導

保健指導は、健康診査の結果、生活状況、生活習慣等を十分に把握し、生活習慣を見直すための方法を本人が選択できるように配慮するとともに、加齢による心身の特性の変化や性差等に応じた内容とすること。その際には、個人を対象とした指導、小集団を対象とした指導、集団を対象とした指導等、対象者の状況に応じて、効果的かつ効率的な方策をとること。

### 四 健康教育

1 健康教育（対象者の生活状況等に即した生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止等に関する指導及び教育を実施することをいう。以下同じ。）は、広域連合の特性や課題に応じて、テーマや対象、実施方法等を選定し、計画的かつ効果的な実施に努めること。その際、個別の保健指導と併せて実施する等、個人の健康の保持増進の取組を支援していくものとする。

2 生活習慣病等は生命及び健康に対して危険をもたらすものであることを示す一方で、日常生活を振り返り生活習慣の課題を意識し見直す等の取組が生活習慣病等の発症や重症化の予防又は心身機能の低下の防止につながった好事例を示す等、具体的な事例を挙げながら、運動習慣、食生活、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康の保持等について、生活習慣に着目した健康管理の重要性を被保険者に理解させること。

3 喫煙や飲酒が健康に及ぼす悪影響については、多くの疫学研究等により指摘がなされており、例えば、喫煙の弊害を具体的な数値を挙げて説明する等、効果的な指導及び教育を行うこと。

4 心の健康づくりは、健康の保持増進に極めて重要であることから、広域連合は被保険者への心の健康に関する正しい知識の普及啓発等を通じ、心の病気の予防、早期発見及び早期治療ができるような健康教育を推進すること。また、その際、プライバシーの保護に配慮する一方で、他の健康教育と一体的に実施するなど、心の健康に関する健康教育が利用しやすくなる工夫を行うこと。

5 加齢に伴う心身機能の低下の防止を図る観点から、高齢者の特性を踏まえ、日常生活における身体活動量の確保、低栄養を防ぐための食生活、社会参加の重要性等について被保険者等への普及啓発に努めること。その際、地域における自主的活動の場を活用し、介護予防の取組と一体的に実施するなど、健康教育を利用しやすくなるための工夫を行うこと。

### 五 健康相談

- 1 健康相談は、被保険者の相談内容に応じ、主体性を重んじながら、生活習慣の見直しをはじめとした必要な助言及び支援を行うこと。その際には、被保険者の生活習慣に関する意識及びプライバシーの保護に配慮すること。
- 2 地域の健康管理センター等において定期的に健康相談を開催し、被保険者の参加を促すとともに、介護予防の取組と一体的に実施するなど、より効果的で充実したものとなるよう工夫すること。

また、実施時間に配慮する、保健師等による巡回相談を行う、専門の電話相談窓口を設ける、地域の会合などの身近な集まりを活用する等の工夫を行い、従来健康相談を利用する機会が少なかった被保険者にも利用の機会を増やすよう努めること。

- 3 被保険者が心の健康に関する相談を利用しやすい環境となるよう、他の健康相談と一体的に実施する等の工夫を行うこと。

#### 六 訪問指導

- 1 保健指導は、被保険者の心身の状況、置かれている環境、受診状況等に照らして、居宅を訪問して指導することが効果的と認められる者を対象として実施すること。その際には、被保険者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるようにする観点から、被保険者の生活状況等の実情に即した指導を行うこと。また、介護保険の保険者である市町村と連携、協力

すること等により、効果的に行うよう工夫すること。

- 2 居宅等における訪問指導を実施する場合には、おおむね次の事項に関する指導を必要に応じて被保険者又はその家族に対し行うこと。

(一) 健康診査等の結果、診療報酬明細番等情報等からみて、医療機関に受診が必要な者等への受診勧奨

(二) 必要があると認められる場合には、地域の保健医療サービス、福祉・介護予防等の活用方法又は居宅における療養方法に関する指導

(三) 生活習慣病等の発症や重症化の予防に関する指導

(四) 心身機能の低下の防止に関する指導

(五) 心の健康づくりに関する指導

- 3 特に、複数の医療機関を重複して受診する被保険者については、その事情を十分に聴取し、必要に応じて適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと。

また、継続的な治療が必要であるにもかかわらず、医療機関を受診していない被保険者についても、その事情を十分に聴取した上で、適切な助言及び指導を行うこと。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ること。

#### 第四

保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

広域連合は、健康・医療情報を活用した被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、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健康・医療情報を活用した保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

実施計画の策定、保健事業の実施及び評価に当たっては、次の事項に留意すること。

#### 一 実施計画の策定

実施計画の策定に当たっては、健康診査の結果、診療報酬明細書等情報を活用し、広域連合、市町村、被保険者等ごとに、生活習慣の状況、健康状態、医療機関への受診状況、医療費の状況等を把握し、分析すること。その際、性別、年齢階層別、疾病別の分析のほか、経年的な変化、広域連合内の地域間の比較等、更に詳細な分析を行うよう努めること。

その際、健康増進計画（健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）及び同条第二項に規定する市町村健康増進計画をいう。）の策定時に用いた住民の健康に関する各種指標も活用すること。

これらの分析結果に基づき、直ちに取組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題等を明確にして、目標値の設定を含めた事業内容の企画を行うこと。

また、具体的な事業内容の検討に当たっては、食生活、身体活動、休養、飲酒、喫煙、歯・口

腔の健康など、健康日本二十一（第二次）に示された各分野及びその考え方を参考にすること。その際、身体の健康のみならず、心の健康の維持についても留意すること。

#### 二 実施計画に基づく事業の実施

実施計画に基づく事業（以下単に「事業」という。）の実施に当たっては、健康診査が必要な被保険者について受診率の向上を図り、健康状態に関する情報の把握を適切に行うとともに、健康診査の結果や診療報酬明細書等情報を踏まえ、対象者を健康状態等により分類し、それぞれの分類にとって効果が高いと予測される事業を提供するよう努めること。

特に疾病の重症化予防等に係る事業を行う際には、医療機関や地域の医療関係団体との連携を図ること。

1 一次予防の取組としては、被保険者に自らの日常生活を振り返り生活習慣等の課題を認識させるための取組を行うこと。このような取組としては、情報通信技術（ICT）等を活用し、被保険者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供すること、被保険者の性別若しくは年齢階層ごと又は広域連合、市町村等ごとの健康・医療情報を提供すること、被保険者の健康の保持増進に資する自発的な活動を推奨する仕組みを導入すること等が考えられる。

2 生活習慣病等の発症や重症化を予防する取組としては、健康診査の結果や診療報酬明細書等情報等を活用して抽出した生活習慣病等の発症や重症化のリスクが高い者に対して、優先順位

を設定して、症状の進展等を抑えるため、適切な保健指導、医療機関への受診勧奨を行うこと等が考えられること。その際、医療機関に受診中の者に対して保健指導等を実施する場合には、当該医療機関等と連携すべきこと。

3 加齢に伴う心身機能の低下を防止し、高齢期にある被保険者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるようにするため、運動機能や認知機能の維持・回復、低栄養の防止等に向けて、生活習慣の課題を意識し見直すための働きかけを重点的に行うこと等が重要であること。

4 健康・医療情報を活用したその他の取組としては、診療報酬明細書等情報等を活用して、複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、広域連合、市町村等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行うこと等が考えられること。

また、健康診査や医療機関への受診がなく、健康状態を把握できていない被保険者に対しては、その状況を確認し、必要に応じて健康診査、医療機関への受診勧奨又は健康管理に関する助言及び指導を行うこと等が考えられること。

診療報酬明細書等情報等に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に關して被保険者に通知を行うなど、後発医薬品の使用促進に資する取組を行うことも、医療費の適正化等の観点から有効であることも多いと考えられるため、積極的にこれらの取組の実施

に努めること。その他、保健指導の場などの多様な機会を通じて、後発医薬品の啓発・普及に努めること。

### 三 事業の評価

事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行うこと。なお、評価の際に用いることが可能な指標としては、生活習慣の状況（体重、食生活、日常生活における身体活動等をいう。）、健康診査等における受診率及びその結果、医療費等があること。

### 四 事業の見直し

それぞれの事業については、少なくとも毎年度効果の測定及び評価を行った上で、必要に応じて事業内容等の見直しを行うこと。

### 五 計画期間等

計画期間は、健康増進計画等との整合性も踏まえ、複数年とすること。また、策定した実施計画については、分かりやすい形でホームページ等を通じて公表すること。

### 第五 事業運営上の留意事項

広域連合は、保健事業の運営に当たって、特に次の事項に留意すること。

#### 一 保健事業の担当者

1 第三に掲げられた保健事業を実施する際には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、

管理栄養士、栄養士、歯科衛生士等、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止等に関し知識及び経験を有する者をもって充てること。

2 担当者の資質の向上のため、被保険者の健康の保持増進等に向けた取組の目的及び内容を理解させ、さらに知識及び技術を習得させるため、定期的な研修を行うこと。その際には、効果的な研修を行うため、他の保険者等と共同して行うことも有効であること。

## 二 実施体制の整備等

1 保健事業の積極的な推進を図るため、保健事業の担当者を確保するとともに、広域連合が主体となり、国民健康保険及び介護保険の保険者であり、かつ健康増進法等に基づく保健事業等も担当する市町村又は国民健康保険団体連合会と連携、協力を図る等実施体制の整備に努めること。

2 保健事業が円滑に実施されるよう、保険料等を財源とする保健事業費の確保に努めること。

## 三 地域における組織的な取組の推進

健康教室等をきっかけとして、地域における健康づくりを推進する被保険者の自主的な組織づくりを推進することができるよう、市町村等の関係者との連携、協力を努めること。これにより、地域における健康意識を高め、より充実した保健活動を行うこと。

地域において既に被保険者の自主的な組織がある場合は、その活用を含め十分な連携を図ること。

と。

## 四 委託事業者の活用

1 よりきめ細やかな保健事業を行うために委託事業者を活用することも可能であること。

その際は、事業が実効を上げるよう、保健や医療に関する専門家を有するなど、保健指導を効果的に行うノウハウを有するような一定の水準を満たす事業者を選定し委託すること。

特に、個人を対象とした指導や小集団を対象とした指導等においては、広域連合等において企画及び調整を行うことを前提に、実際の指導に当たっては保健師等の専門職を活用することが重要であること。

2 委託を行う際には、効果的な事業が行われるよう、委託事業者との間で、保健事業の趣旨や被保険者への対応について、事前に十分に協議を行い、共通の認識を得ておくこと。

また、事業の終了後は、当該事業の効果について、客観的な指標を用いて評価を行うこと。

## 五 健康情報の継続的な管理

1 健康情報を継続的に管理することは、被保険者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症・重症化の予防の観点からも重要であること。

健康情報の管理は、健康の自己管理の観点から被保険者が主体となっていくことが原則であるが、広域連合は、健康診査の結果、保健指導の内容、主な受診歴等、個々の被保険者に係る



健康情報を、少なくとも五年間継続して保存及び管理し、必要に応じて活用することにより、被保険者による健康の自己管理及び生活習慣病等の発症や重症化の予防の取組を支援するよう努めること。

2 健康情報の提供の際の手続等については、第三者に提供する場合には、原則としてあらかじめ被保険者の同意を得る等、個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号）、地方公共団体において同法第十一条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等によること。

3 広域連合を異動する際において、被保険者が希望する場合には、異動元の広域連合が保存及び管理をしている健康情報を被保険者に提供するとともに、異動先の広域連合に同情報を提供するように被保険者に対し勧奨すること。

さらに、健康情報の継続的な管理に資するよう、既存の健康手帳等を活用し、健康診査の記録を綴じ込める記録簿を新たに発行する等、必要に応じて工夫を行うこと。

#### 第六 広域連合及び市町村以外の保健事業実施者の役割

一 公益社団法人国民健康保険中央会は、診療報酬明細書等情報等を活用した医療費分析や保健事業に関する調査及び研究、広域連合間の連絡調整など、広域連合が行う保健事業を支援する事業を行うこと。

国民健康保険団体連合会は、診療報酬明細書等情報等を活用した医療費分析、保健事業に関す

る調査及び研究等に加え、在宅保健師等の派遣及び専門的な技術又は知識を有する保健師等による保健事業従事者に対する研修の実施、広域連合が行う保健事業のPDCAに係る取組等を支援する事業を行うこと。

広域連合はこれらを活用することにより、保健事業の充実を図ること。

二 都道府県は、当該都道府県の区域内の市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、都道府県健康増進計画等を踏まえて、広域連合における保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行うなど積極的な役割を果たすこと。

平成25年度 健康診査・特定健診 実績 (各市町)

	市町	兵庫県後期高齢者医療広域連合			市町国民健康保険		
		健康診査 対象者数 (人) A	健診受診 者数 (人) B	受診率 (%) C=B/A	特定健診 対象者数 (人) A	特定健診 受診者数 (人) B	受診率 (%) C=B/A
1	神戸市	176,061	11,816	6.71%	276,091	83,763	30.3%
2	姫路市	53,700	13,453	25.05%	98,280	32,758	33.3%
3	尼崎市	51,016	5,274	10.34%	82,638	29,434	35.6%
4	明石市	30,702	799	2.60%	52,400	12,711	24.3%
5	西宮市	43,964	18,624	42.36%	70,109	23,595	33.7%
6	洲本市	7,498	957	12.76%	9,554	3,044	31.9%
7	芦屋市	10,970	3,517	32.06%	17,187	6,725	39.1%
8	伊丹市	18,871	4,158	22.03%	34,994	10,726	30.7%
9	相生市	4,743	764	16.11%	6,770	3,024	44.7%
10	豊岡市	14,365	2,226	15.50%	18,050	6,788	37.6%
11	加古川市	16,827	1,812	10.77%	48,429	15,736	32.5%
12	赤穂市	6,769	992	14.66%	9,457	3,330	35.2%
13	西脇市	5,979	1,050	17.56%	8,747	3,088	35.3%
14	宝塚市	25,240	7,491	29.68%	41,092	15,287	37.2%
15	三木市	9,601	860	8.96%	17,358	4,378	25.2%
16	高砂市	9,525	468	4.91%	16,770	3,143	18.7%
17	川西市	19,834	2,077	10.47%	32,155	10,450	32.5%
18	小野市	5,416	431	7.96%	8,563	2,099	24.5%
19	三田市	9,626	1,780	18.49%	15,924	4,805	30.2%
20	加西市	6,376	1,516	23.78%	9,089	2,678	29.5%
21	篠山市	7,124	405	5.69%	8,034	2,681	33.4%
22	養父市	5,050	722	14.30%	4,903	1,966	40.1%
23	丹波市	7,610	664	8.73%	11,624	4,513	38.8%
24	南あわじ市	8,468	1,303	15.39%	11,889	4,478	37.7%
25	朝来市	5,666	722	12.74%	6,177	2,147	34.8%
26	淡路市	9,101	920	10.11%	11,309	3,537	31.3%
27	宍粟市	6,242	1,420	22.75%	7,994	3,218	40.3%
28	加東市	4,960	627	12.64%	6,037	2,096	34.7%
29	たつの市	9,184	1,306	14.22%	15,284	5,066	33.1%
30	猪名川町	3,053	971	31.80%	5,637	2,350	41.7%
31	多可町	3,698	460	12.44%	4,573	1,608	35.2%
32	稲美町	3,245	199	6.13%	6,577	1,824	27.7%
33	播磨町	3,173	246	7.75%	6,074	1,809	29.8%
34	市川町	2,164	338	15.62%	2,706	1,102	40.7%
35	福崎町	2,298	320	13.93%	3,436	1,321	38.4%
36	神河町	2,117	378	17.86%	2,303	992	43.1%
37	太子町	2,781	304	10.93%	5,976	1,588	26.6%
38	上郡町	2,424	359	14.81%	3,403	1,627	47.8%
39	佐用町	3,725	439	11.79%	3,688	1,157	31.4%
40	香美町	4,021	666	16.56%	4,315	1,703	39.5%
41	新温泉町	3,087	409	13.25%	3,272	1,298	39.7%
市町合計		626,274	93,243	14.89%	1,008,868	325,643	32.3%

※ 兵庫県後期高齢者医療広域連合の数値は、平成26年6月30日現在

※ 市町国保の数値は、兵庫県ホームページより抜粋（平成26年4月に照会したデータを5月30日集計）