

うきは市第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

中間評価報告書

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要及び中間評価の趣旨とその結果	P2
1 計画の概要とその背景	P2
2 中間評価の趣旨	P4
3 中間評価の結果	P4
(1) 中長期目標の進捗状況について	P4
(2) 短期目標の進捗状況について	P5
(3) 主な保健事業の評価(ストラクチャー・プロセス評価)と課題	P7
第2章 新たな課題を踏まえた目標値と保健事業の設定	P8
1 中間評価を踏まえた新たな目標値と保健事業の設定	P8
(1) 中長期目標の設定	P8
(2) 短期目標の設定	P8
(3) 新たな保健事業の設定	P10
2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と保健事業の設定	P12
(1) 分析結果とそれに基づく課題の明確化	P12
(2) 評価指標と目標値の設定	P14
(3) 新たな保健事業の設定	P15
第3章 地域包括ケアシステム構築に係る取組	P16
第4章 計画の評価	P17

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要及び中間評価の趣旨とその結果

1 計画の概要とその背景

我が国は世界トップレベルの長寿社会であり、今後さらに高齢者の大幅な増加が見込まれる中、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。

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り、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、医療費適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものである。

その中で、人生百年時代を見据え、これまでの国保加入者のみならず、高齢者の健康増進を図ることが求められている。高齢者は、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的だけでなく、精神的、心理的及び社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にある。そこで、市民に身近な市町村が、高齢者一人ひとりにきめ細かに対応するため、高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する体制整備等を規定した「保険医療制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、これまでの国保保健事業から後期高齢者保健事業への接続を効果的に行うことで、健康寿命の延伸を目指していくこととなった。（図表1）

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等後の位置づけ

		※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		
		「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 (保健事業実施計画)
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 健康保険法他 第82条 第150条
基本的な指針		厚生労働省 健康局 平31年2月改正 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 令和2年3月改正 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 令和2年3月改正 「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」
根拠・期間		法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)
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
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 及び向上を目指す。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被保険者の自主的な 健康増進、疾病予防の取組について被保険者の 特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業の 展開を目指すもの。 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。 保険者協議会等を活用し効果的に事業を行う。 高年齢の高齢者保健事業、介護法の地域支援事 業と一体的に実施するよう努める(R2追加)
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
対象疾病		メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 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	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 こころの健康
評価		※53項目中 特定健診に關係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 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(糖尿病)治療継続者の割合の減少 ④血糖コントロール不良者の割合 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ該当者・予備群の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 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者の増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少(国の目標) (特定保健指導代謝者の減少)	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) 食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量 喫煙の有無 ②健診受診率 ③医療費 等 【作成の手引き】 ①中長期目標 医療費の変化、冠動脈疾患・脳梗塞の発症 費用対効果、薬剤投与量の変化 ②短期的目標 血圧、血糖値、脂質等検査値の変化 食習慣、運動習慣の変化、受療行動の開始
その他			<p style="text-align: center;">保険者努力支援制度・事業費連動分</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料決定</p> <p style="text-align: center;">保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援</p>	

2 中間評価の趣旨

本市においては、平成 27 年度にデータヘルス計画を策定し、平成 30 年度から 6 年間の第 2 期データヘルス計画に基づいて、保健事業を展開している。

本年は第 2 期データヘルス計画中間年度であり、より効果的かつ効率的に保健事業を展開するために、進捗確認およびデータヘルス中間評価と行う。

中間評価では、短期目標・中長期目標の評価を行い、それを基に、目標項目の追加を行うとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、後期高齢者広域連合の目標値を参考に、現状分析を踏まえ、個別保健事業を追加して実施することを盛り込んだ。

また、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、市町村国保では保険者努力支援制度が創設され、平成 30 年度から本格実施されている。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により発展させるとしており、今回の中間評価では、現時点での評価指標を追加し、取り組みの充実を図ることとする。

なお、現状分析の際に参考とした国保データベースシステム（以下、「KDB システム」という）について、平成 28 年度のデータに遡って機能改善したための改修が行われたため、データヘルス計画に掲載している実績値等について、データの差し替えを行うこととする。

3 中間評価の結果

(1) 中長期目標の進捗状況について

第 2 期データヘルス計画では、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、糖尿病・高血圧・脂質異常症等の減少を短期目標に、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少、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だ。入院医療費の伸びを見ていくと、令和元年度と平成 28 年度を比較すると減少率は 6.4%であった。脳血管疾患・虚血性心疾患の新規患者は毎年減少しているが、糖尿病性腎症の新規透析患者は平成 28 年度と比較すると横ばい傾向にあった。（図表 2）

データヘルス計画の目標疾患医療費は平成 25 年度、平成 28 年度、令和元年度と減少している。一人あたり医療費は伸びており、同規模・県・国と比較するとうきは市は高い状況であることが分かった。また、脳梗塞や脳出血、狭心症や心筋梗塞の割合は減少してきているが、慢性腎不全の割合は増加していた。（図表 3）新規透析導入者の糖尿病の割合をみると、糖尿病を基礎疾患として持っている方が多いことも分かった。（図表 4）

図表 2 中長期目標管理一覧(中間評価分)

課題を解決するための目標	実績				目標値	データの把握方法
	初期値 H28	H29	H30	中間評価 R1	中間目標	
					R1	
脳血管疾患の新規発症の減少	49人	54人	36人	31人	30人	評価・分析システム
虚血性心疾患の新規発症の減少	37人	37人	24人	23人	20人	
糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	4人	3人	2人	4人	4人	
入院医療費の伸び率の減少	0.6%	3.1%	-0.1%	3.5%	1.0%	成果表

図表 3 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(H25・H28・R1 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 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
うきは市	H25年度	27,422	92位	17位	2.12%	0.27%	3.96%	2.26%	4.86%	6.70%	3.21%	7億4844万円	23.38%	10.78%	13.00%	8.20%
	H28年度	29,243	97位	14位	2.22%	0.38%	2.30%	1.82%	5.00%	5.77%	2.75%	6億1364万円	20.23%	13.26%	13.69%	8.67%
	R1年度	30,362	136位	17位	4.06%	0.39%	2.17%	1.31%	5.31%	4.21%	2.73%	5億6112万円	20.18%	13.49%	11.80%	9.05%
同規模平均	30,311	--	--	4.16%	0.33%	2.21%	1.54%	5.79%	3.81%	2.51%	--	20.35%	15.72%	9.35%	4.28%	
県	28,030	--	--	2.65%	0.33%	2.29%	1.65%	5.02%	3.52%	2.81%	--	18.28%	15.94%	9.86%	9.17%	
国	27,475	--	--	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.59%	--	20.26%	16.03%	8.22%	0.80%	

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

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

図表 4 新規透析患者数と糖尿病の有無

年度	H28	H29	H30	R1
新規透析患者数	4人	3人	2人	4人
糖尿病あり	4人	2人	2人	4人
糖尿病なし	0人	1人	0人	0人

※保健事業等評価・分析システムより

(2) 短期目標の進捗状況

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施計画に基づき、特定健診の受診率、保健指導実施率の向上を目標として取り組んできた。うきは市では福岡県平均受診率より高いがデータヘルス計画で目標とする受診率にはまだ及ばない状況である。また、うきは市では高血圧の有病状況が60.3%で県内、同規模と比較して高い状況であり、また健診受診者の血圧の割合も増加傾向にあることがKDBシステム等より分かっており、健診受診者の高血圧者、脂質異常者、血糖コントロール不良者の割合が平成29年度以降増加していることにより、今後、脳血管疾患

や虚血性心疾患、糖尿病性腎症による新規透析導入者が増加していく可能性がある。(図表5)

健診有所見者の割合を県と比較すると令和元年度では血圧Ⅲ度以上(180/100)以上の者と未治療者、LDL コレステロール未治療者が多いことが分かった。未治療者を確実に医療へつなげ、自らの生活習慣改善を見直すきっかけとなるよう保健指導を行うことが重要になってくると言える。(図表6)

図表5 短期目標管理一覧(中間評価分)

課題を解決するための目標	実績				目標値	データの把握方法		
	初期値 H28	H29	H30	中間評価 R1	中間目標 R1			
特定健診受診率60%以上	うきは市	38.2%	38.6%	37.5%	40.3%	42%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会法定報告データ)	
	福岡県	32.3%	33.5%	34.8%	34.2%	—		
特定保健指導実施率80%以上	うきは市	91.6%	78.5%	76.8%	78.5%	80%		
	福岡県	41.7%	43.2%	45.5%	45.1%	—		
健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)		3.0%	2.3%	2.7%	7.5%	3.0%		連合会配布資料 (動脈硬化の視点で見た健診有所見者の割合)
健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)		8.9%	2.3%	9.5%	10.3%	7.5%		
健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c7以上)		3.2%	3.4%	3.8%	4.6%	3.0%		

図表6 動脈硬化の視点で見た健診有所見者の割合

			H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
高血圧	Ⅲ度(180/110)以上	うきは市	0.4%	0.6%	0.1%	1.4%
		県平均	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%
	未治療	うきは市	66.7%	91.7%	66.7%	80.0%
		県平均	71.4%	73.0%	71.8%	70.8%
糖尿病	HbA1c7.0以上	うきは市	3.2%	3.4%	3.8%	4.6%
		県平均	4.7%	4.8%	5.1%	5.6%
	未治療	うきは市	33.3%	28.0%	26.9%	30.6%
		県平均	36.6%	35.0%	33.8%	36.9%
高LDL	180mg/dl以上	うきは市	2.7%	2.8%	3.0%	3.5%
		県平均	4.7%	4.5%	5.0%	5.0%
	未治療	うきは市	88.5%	91.7%	86.7%	93.3%
		県平均	92.1%	92.0%	92.4%	91.6%

※黒枠は県平均より高い所

(3) 主な保健事業の評価（ストラクチャー、プロセス評価）と課題（別紙1）

ア 未受診者対策

不定期受診者に受診勧奨した場合の受診率が高いことが分かった。年度後半に訪問・電話にて受診勧奨を行ったが、訪問より電話の方が受診率も高かった。

地域別に受診率を見ると、浮羽町山間部(姫治・小塩・妹川校区)では市内平均受診率よりも高く、吉井町では受診率が低い傾向があった。校区によって13%の受診率の差があることも分かった。

年代別に受診率を見ると、60～70歳代に高い傾向にあり、今後も通いの場等事業も行っている介護・高齢者支援係と情報共有しながら受診率向上に取り組む必要がある。また、受診率の低い40～50代男性にターゲットを絞り受診勧奨することも、血管変化の視点からも有用であると考えます。

集団健診を受けない方には資料を用いて、個別健診として医療機関で特定健診を受けるように促した。国保連合会の行う医療情報収集事業も活用し、血液検査等データ受領が可能かどうか聞くよう体制も整えた。

イ 重症化予防対策

市でガイドライン等より重症化予防対象者を決め、保健指導は73%実施した。マンパワーを考慮して優先順位をつけ、指導できる体制を作ることが喫緊の課題と考える。

栄養指導の体制整備として、栄養指導の流れをフローチャートにし、責任の所在を明確できる体制をとった。管理シートも作成したため、進捗状況も一目で分かるようになった。栄養指導依頼書は、主治医から市に栄養指導を送りやすくするために、市内の医療機関の医師の意見を参考にしながら、様式を変更した。今後は、栄養指導の評価方法も含め、担当が代わっても評価できる体制を整える。栄養指導を勧奨するスタッフでの打合せ等が必要になる。

国保から後期への保険が変わっても同じように保健指導等の事業が行えるよう、対象者を健診・医療・介護データより確定し重症化予防対象者の引き継ぎについて打合せを行ったり、介護・高齢者支援係と情報共有しながら事業を進める必要があることが分かった。

ウ 医療との連携について

令和元年度にうきは市糖尿病等重症化予防連携会議を発足させ、令和元年度は2回の実施に停まった。新型コロナ感染症拡大防止の観点から、令和2年度も実施が出来ない状況ではあるが、会議で市の状況や個々の事例で実践を繰り返しながら、地域の先生方とうきは市の重症化予防について協議・情報共有することが求められる。

第2章 新たな課題を踏まえた目標値と保健事業の設定

1 中間評価を踏まえた新たな目標値の設定

(1) 中長期目標の設定

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院となる疾患、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の減少を優先とする。

近年、団塊の世代が後期高齢者に異動していることもあり、被保険者数の減少が著しく、それに伴い、新規発症数・医療費総額については減少傾向にある。入院医療費も同様であり、入院医療費の減少は、被保険者減少による影響も大きいと考えられるため、目標の「入院医療費の減少」を補完する指標として、脳血管疾患、虚血性心疾患を主病とする「高額になる疾患の医療費の入院に占める割合の減少」を追加する。(図表7)

図表7 中長期目標一覧

課題を解決するための目標	実績値		目標	データの把握方法
	初期値	中間評価		
	H28	R1		
入院医療費の伸び率の減少	0.6%	3.5%	3.0%	KDBシステム
高額になる疾患 脳血管疾患が医療費に占める割合の減少	6.5%	6.3%	4.5%	高額になる疾患(80万円以上レセ)費用額の割合
高額になる疾患 虚血性心疾患が医療費に占める割合の減少	4.5%	3.0%	2.0%	
糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	4人	4人	2人	評価・分析システム

(2) 短期目標の設定

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施計画に基づき、特定健診受診率、保健指導実施率の向上を目標とする。

また、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。(図表8)

令和3年度保険者努力支援制度より、疾病予防・健康づくりの促進の観点から、成果指標が導入され、「健診受診者のうち、HbA1c8.0以上の未治療者の割合」が追加されたことから、短期目標にも同項目を追加する。また、各種がん検診受診率、歯周病健診受診率、後発医薬品の使用割合についても成果指標とされている点から追加する。

また厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議より公表された糖尿病性腎症重症化予防プログラム(平成31年4月改訂版)において、病期分類別の対象者の優先順位等示されたことから「健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合」を追加する。

図表8 短期目標一覧

課題を解決するための目標	実績値		目標	データの把握方法
	初期値	中間評価		
	H28	R1		
特定健診受診率の向上	38.2%	40.3%	60%	特定健診・特定保健指導結果 (国保中央会)
特定保健指導実施率の向上	91.6%	78.5%	85%	
特定保健指導対象者の割合の減少	12.8%	14.4%	13.0%	
メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	15.2%	18.6%	16.5%	
メタボリックシンドローム予備軍の割合の減少	13.4%	14.2%	12.5%	
健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.0%	7.5%	2.0%	特定健診結果
健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少(HbA1c7.0%以上)	3.2%	4.6%	6.0%	
健診受診者の脂質異常症の割合の減少(LDL160以上)	8.9%	10.3%	3.0%	
健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0.4%	0.5%	0.3%	
健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	0.4%	0.4%	0.3%	

図表9 目標管理一覧表

課題を解決するための目標	実績		目標値					データの把握方法
	初期値 H28	中間評価 R1	中間目標				最終目標	
			R1	R2	R3	R4	R5	
特定健診受診率60%以上	38.2%	40.3%	42%	45%	50%	55%	60%	特定健診・特定保健指導結果（国保中央会法定報告データ）
特定保健指導実施率80%以上	91.6%	78.5%	80%	80%	80%	85%	85%	
特定保健指導対象者の割合の減少	12.8%	14.4%	14.4%	13.5%	13.5%	13.0%	13.0%	
メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	15.2%	18.6%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	
メタボリックシンドローム予備軍の割合の減少	13.4%	14.2%	14.2%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	
入院医療費の伸び率の減少	0.6%	3.5%	1.0%	1.5%	2.0%	2.5%	3.0%	成果表より
高額になる疾患 脳血管疾患が医療費に占める割合の減少	6.5%	6.3%	6.3%	6.0%	5.5%	5.0%	4.5%	高額になる疾患(80万円以上レセ)費用額の割合
高額になる疾患 虚血性心疾患が医療費に占める割合の減少	4.5%	3.0%	3.0%	2.5%	2.0%	2.0%	2.0%	
糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	4人	4人	4人	3人	3人	2人	2人	評価・分析システム
健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	3.0%	7.5%	3.0%	2.5%	2.5%	2.0%	2.0%	連合会配布資料 (動脈硬化の視点で見た健診有所見者の割合)
健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	8.9%	10.3%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	6.0%	
健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7以上)	3.2%	4.6%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	
健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0.4%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	特定健診結果より
健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	
がん検診受診率 胃がん検診	10.3%	12.5%	12.5%	20%	25%	30%	40%	福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課 調査
肺がん検診	17.4%	14.8%	14.8%	20%	25%	30%	40%	
大腸がん検診	10.0%	9.0%	9.0%	20%	25%	30%	40%	
子宮がん検診	28.7%	26.7%	26.7%	30%	35%	40%	50%	
乳がん検診	31.5%	29.6%	29.6%	30%	35%	40%	50%	
歯科検診(歯周病健診含む)受診率の増加	—	8.7%	8.5%	8.7%	9.2%	9.5%	9.7%	歯周病検診
後発医薬品の使用割合	64.7%	72.8%	72%	74%	76%	78%	80%	国保・年金係より

(3) 新たな保健事業の設定

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。

今回の中間評価では、以前までの保健業務により優先順位をつけ実施することが課題であることが分かった。また、国保部門のみでなく、健康増進事業担当課や関係機関等と連携

して実施していく。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。

ア 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 専門職の電話による受診勧奨事業 通年 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 受診勧奨はがきの送付 通年 エ 医療情報収集事業 集団健診後
評価方法	受診勧奨後の健診受診率

イ 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3期特定健康診査等実施計画を参照する。

ウ 糖尿病性腎症重症化予防

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、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、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、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す。

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	糖尿病性腎症病期分類3～4期、また1～2期のうちeGFR45未満
実施方法	個別訪問、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、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（改善率）

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と保健事業の設定

保険者である後期高齢者広域連合の目標値を参考に数値目標を設定した。また本市の後期高齢者の健診・医療・介護データから課題を分析し、保健事業の実施にあたっては、国か

ら公表されている「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月公表）」を参照して、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に組み合わせた事業を実施する。令和4年度より本格的に実施を予定している。

(1) 分析結果とそれに基づく課題の明確化

ア KDB システムより抽出したデータで作成した、うきは市の介護・医療の状況

介護の状況をみると、福岡県と比較し要介護3以上の割合が高く、認定者一人当たりの介護給付費も高くなっている。

医療の状況も福岡県と比較すると、国保、後期ともに一人当たり医療費は高い。入院受療率、医療費における人工透析の占める割合が高く、重症化していることが推測される。高血圧の患者数も多く、高血圧はうきは市にとって大きな課題といえる。(図表10)

図表10 平成29年度うきは市の介護・医療状況

平成29年度 うきは市の介護・医療の状況										
人口:29,509人 高齢化率:31.9% (福岡県25.9%)										
項目	うきは市				福岡県					
	実数		割合		実数	割合	実数	割合		
介護	介護給付費		24億4708万円		---		3728億4937万円			---
	認定者1人当たり		142万円 (24億4708万円÷1,722人)		---		138万円 (3728億4937万円÷269,265人)			---
	1号認定者		1,688人		17.9%		263,249人		20.2%	
	2号認定者		34人		0.4%		6,016人		0.4%	
	要介護認定者		1,722人		---		269,265人		---	
	要支援1～要介護2		1,106人		64.2%		182,986人		68.0%	
要介護3以上		616人		35.8%		86,279人		32.0%		
項目	うきは市国保		うきは市後期高齢		福岡県国保全体		福岡県後期高齢			
被保険者数/人口に占める割合	8,021人	27.2%	5,414人	18.3%	1,180,014人	23.4%	673,375人	13.4%		
医療	医療費		費用額 県内順位		費用額 県内順位		費用額		費用額	
	医療費総額		29億2974万円 ---		57億4482万円 ---		3801億7328万円		6949億4289万円	
	1人当たり医療費		36.5万円 13位		106.1万円 11位		32.2万円		103.2万円	
	受療率		件数 受療率		件数 受療率		件数 受療率		件数 受療率	
	入院受療率		2,617件 26.4		6,619件 102.3		322,754件 22.4		739,919件 92.8	
	外来受療率		73,091件 736.6		88,800件 1372.4		9,981,740件 692.1		11,062,405件 1386.8	
	疾患別医療費		費用額 割合		費用額 割合		費用額 割合		費用額 割合	
	脳血管疾患		8024万円 2.7%		2億6414万円 4.6%		89億0105万円 2.3%		353億2625万円 4.8%	
	虚血性心疾患		3415万円 1.2%		8176万円 1.4%		76億4715万円 2.0%		150億7153万円 2.2%	
	人工透析		1億3866万円 4.7%		4億4438万円 7.7%		130億3412万円 3.4%		531億9394万円 7.7%	
	疾患別患者数		40～74歳患者数 被保険者千対		患者数 被保険者千対		40～74歳患者数 被保険者千対		患者数 被保険者千対	
	糖尿病		900人 142.7		1,145人 212.8		121,712人 141.5		166,103人 251.9	
高血圧		2,046人 324.4		3,435人 638.4		230,552人 268		381,861人 579.2		
脂質異常症		1,574人 249.6		1,943人 361.1		195,948人 227.8		254,336人 385.8		

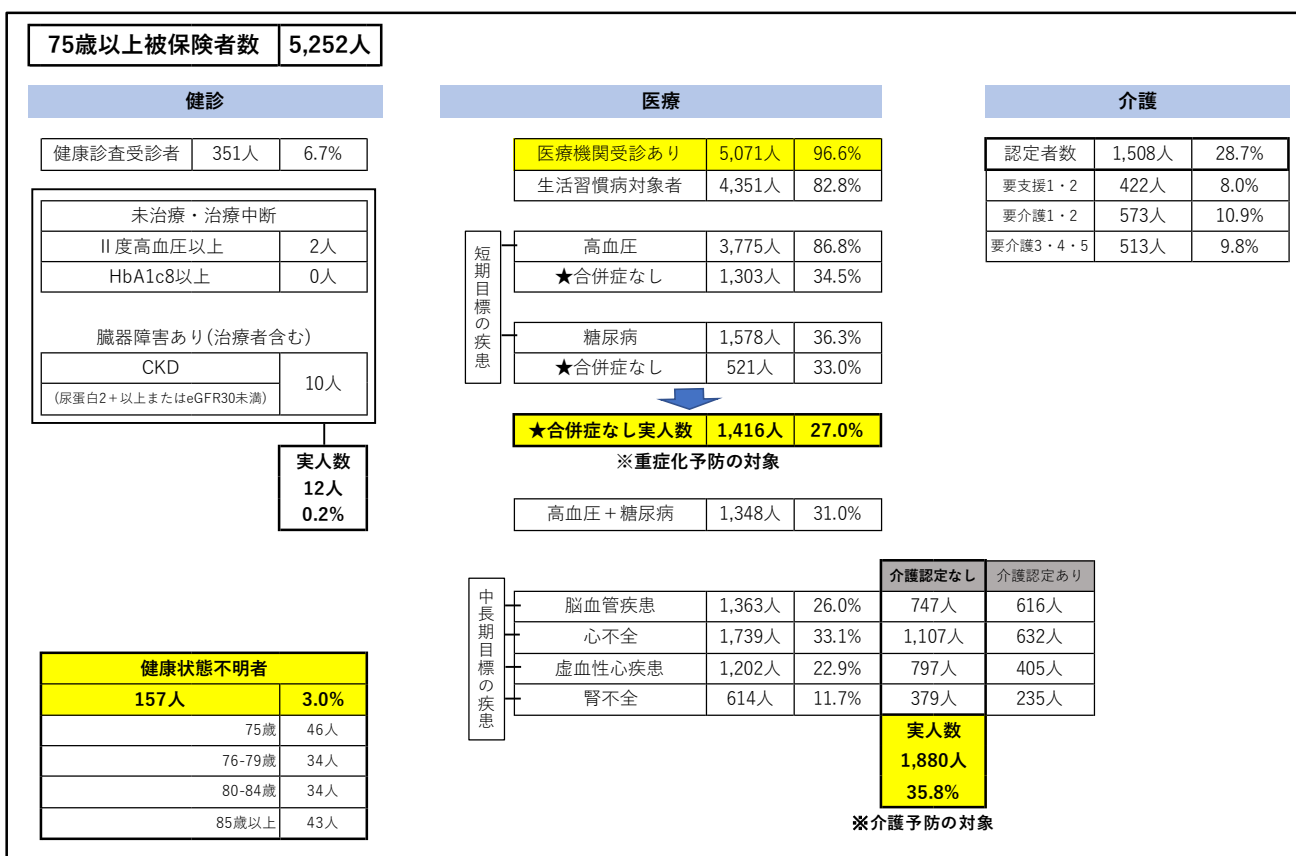
イ 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する
健診の状況をみると、後期高齢者健診の受診者数は、後期高齢者になると受診率が著明に低下する。平成29年度までは生活習慣病治療者は健診の対象外であったことも関与し

ていると考えられる。平成30年より生活習慣病治療者も対象となったこと、健診の受診の必要性についての周知を検討していく必要がある。

高齢者になると、生活習慣の是正に向けた行動変容が難しくなるため、若いうちからの健診受診の継続、保健指導が重要となる。保健分野、介護分野が連携しながら保健事業を展開していく必要がある。

医療の状況を見ると、表の「医療機関受診あり」の割合は96.6%であり、ほとんどの高齢者は医療機関を受診している。保健活動で注目すべきところは、生活習慣病の重症化予防、介護予防（再発予防）であり、その中でも年齢や疾病状況を検討し、優先順位をつけ効率的・効果的な取組を実施していく。（図表11）

図表11 健診・医療・介護データからみた重症化予防・介護予防対象者



(2) 評価指標と目標値の設定

図表 12 福岡県後期高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県と市町村の数値目標

	評価指標	福岡県の現状	うきは市の現状	目標
1	後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率向上 (福岡県後期高齢者医療広域連合報告)	健康診査 9.75% (令和元年)	健康診査 10.6% (令和元年)	前年度より向上
		歯科健診 7.62% (令和元年)	歯科健診 8.31% (令和元年)	前年度より向上
2	通いの場への参加率の上昇 (介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況調査)	8.23% (平成30年 福岡県)	9.01% (平成30年)	前年度より向上
3	健康状態不明者の割合の減少 (KDBシステム)	4.18% (平成30年 福岡県)	3.0% (平成30年) * 1	減少
4	低栄養者 (BMI≤20) の減少 (後期高齢者健康診査)	男性 16.0% ・ 女性 27.9% (平成30年 福岡県)	適正体重 (BMI18~24.9) の者の増加 68.9% (平成30年)	減少 (市目標増加)
5	多剤処方 の減少 (KDBシステム)	ひと月15日以上の6種類処方 46.8% (平成30年 福岡県)	ひと月15日以上の6種類処方 41.8% (平成30年)	減少
6	人工透析患者率の低下 (健康スコアリング)	1.43% (平成30年 福岡県)	1.4% (平成30年)	減少
7	一人当たり医療費の減少 (後期高齢者医療事業年報)	後期高齢者一人あたり医療費 1,178,616円 (平成29年 福岡県)	後期高齢者一人あたり医療費 1,167,565円 (平成29年)	減少
8	一人当たり介護給付費の減少 (介護保険事業状況報告)	第1号被保険者一人あたり給付費 261.2千円 (平成30年 福岡県)	第1号被保険者一人あたり給付費 1.2千円 (平成30年) * 2	減少
9	健康寿命の延伸 (国民生活基礎調査)	男性 71.49歳 (平成28年) 女性 74.66歳 (平成28年)	—	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加

* 1 図表 1 2 より掲載

* 2 KDB システム等より算出

福岡県広域高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県と市町村の数値目標を参考に、うきは市では下記のように目標を設定する。

【中長期目標】

- ①後期高齢者医療費の抑制 福岡県平均値を下回る
- ②介護給付費の抑制 福岡県平均値を下回る

【短期目標】

- ①後期高齢者健診の受診率向上 平成 30 年度 6.7%⇒令和 5 年度 18.0%
- ②重症化予防対象者割合の減少 平成 30 年度 0.2%⇒令和 5 年度 0.1%
- ③健康状態不明者割合の減少 平成 30 年度 2.9%⇒令和 5 年度 1.5%
- ④適正体重の者の割合の増加 平成 30 年度 68.9%⇒令和 5 年度 70.0%

(3) 新たな保健事業の設定

ア ハイリスクアプローチ

①重症化予防事業

後期高齢者健診の結果より、重症化するリスクの高い者を抽出し、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診勧奨を行う。

目標	検査データの改善
対象者	高齢者
実施方法	ア 重点の対象者を決定し、抽出する。 イ 保健師・管理栄養士による健診受診勧奨・保健指導 ウ 必要時、かかりつけ医等に治療方針を確認する等、医療と連携した保健指導 エ 必要なサービスへの接続
実施時期	通年
評価方法	ア 対象者への保健指導実施率 イ 医療機関受療率 ウ 各種検査値の変化（改善） エ 適正体重の者の割合

②健康状態不明者対策

健康状態不明者では、本人の知らない間に病気を発症したり、重症化していることが予測される。KDBでのデータ分析により、健診・医療・介護のデータがあるものとそうでないものが明らかになるため、健康状態不明者に応じた効果的な健診受診勧奨、医療、介護サービスの必要性を検討していく必要がある。

目標	後期高齢者健診受診率の向上
対象者	高齢者
実施方法	ア 専門職の訪問による受診勧奨事業 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 ウ 必要なサービスへの接続
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨後の健診受診状況 イ 適切な医療機関受診や介護サービスへつないだ者の人数

イ ポピュレーションアプローチ

①集いの場における生活習慣病重症化予防・フレイル対策

目標	生活習慣病・フレイル予防に関心を持ち、予防の第一歩としてび健診の重要性を周知する
対象者	高齢者
実施方法	ア 各集いの場で専門職の講話、指導を計画 イ 参加者の血圧測定や受診状況を確認 ウ 集いの場に参加されていない者への訪問
実施時期	通年
評価方法	ア 健診受診率 イ 適切な医療機関受診や介護サービスへつないだ者の人数 ウ 集いの場参加率

第3章 地域包括ケアシステム構築に係る取組

現在、うきは市では、地域包括ケアシステム構築に係る取組として、保健課介護・高齢者支援係において①地域ケア会議の推進（地域ケア推進会議・地域ケア個別会議・地域ケア運営会議）②在宅医療・介護連携推進事業③認知症総合支援事業④生活支援体制整備事業⑤介護予防・日常生活支援総合事業等の地域支援事業を展開している。

①地域ケア会議の推進においては、医療・介護専門職、地域住民、行政の多職種の委員によって地域ケア個別会議で抽出された課題を地域づくりや政策形成に結びつけることを目的とした地域ケア推進会議、医療・介護専門職、地域住民、行政で構成される地域ケア会議委員が、地域包括支援センターの設置及び運営について協議する地域ケア運営会議を実施しているが、保健課食育・健康対策係、市民生活課国保・年金係が会議に参加し、情報共有、事業の連携について検討する機会になっている。

また、②在宅医療・介護連携推進事業の情報共有支援として活用している「とびうめネット連絡協議会」には市からは保健課食育・健康対策係、介護・高齢者支援係（うきは市地域包括支援センター）が参加している。

さらに⑥介護予防・日常生活支援総合事業の中の一般介護予防事業では、食育・健康対策係主催の健康教室や介護・高齢者支援係主催の健康教室について、参加者の状況報告、教室周知等について情報共有を行っている。

うきは市国民健康保険加入者約1万人、後期高齢者医療保険加入者約5000人で、うきは市民の半数を占めており、国民健康保険加入者、後期高齢者医療保険加入者の健康課題を明確にして取り組んでいくことは、市民全体にとっても重要な対策と考えられる。保険の種類、

年代において切れ目のない保健活動の一つとして、今後も地域包括ケアシステムの構築に向けて一つの係だけではなく課全体また市全体で取り組む必要がある。

第4章 計画の評価

1 評価の時期

計画の最終年度の令和5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。

第2章で述べた「管理目標一覧表」「全体評価表」を用いて毎年度進捗状況を把握し、個別の保健事業に係る評価、見直しを実施していく。