

うきは市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成28年2月
うきは市

目次

1.保健事業実施計画（データヘルス計画）策定にあたって	・・・1
2.地域の健康課題	・・・4
3.計画の基本構想	・・・19
4.目標達成に向けた保健事業の実施	・・・24
5.その他の保健事業の実施	・・・30
6.保健事業実施体制	・・・33
7.関係課との連携体制	・・・34
8.計画の評価方法	・・・35
9.計画の見直し	・・・35
10.計画の公表・周知	・・・35

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）策定にあたって

1) 背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書¹等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者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。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においてレセプト等のデータ分析、それに基づく保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下、「データヘルス計画」という。）の作成等、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

これまで、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用し、保健事業を実施してきたところであるが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用し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。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 4 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業等の実施に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクル²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計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとしている。

うきは市においては、保健事業実施指針に基づき、データヘルス計画を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。

¹ 患者が受けた診療について、病院等が保険者に請求する医療報酬の明細書のこと。

² 事業活動における管理を円滑に勧める手法の一つ。計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Act）をくり返すことによって業務を継続的に改善する。

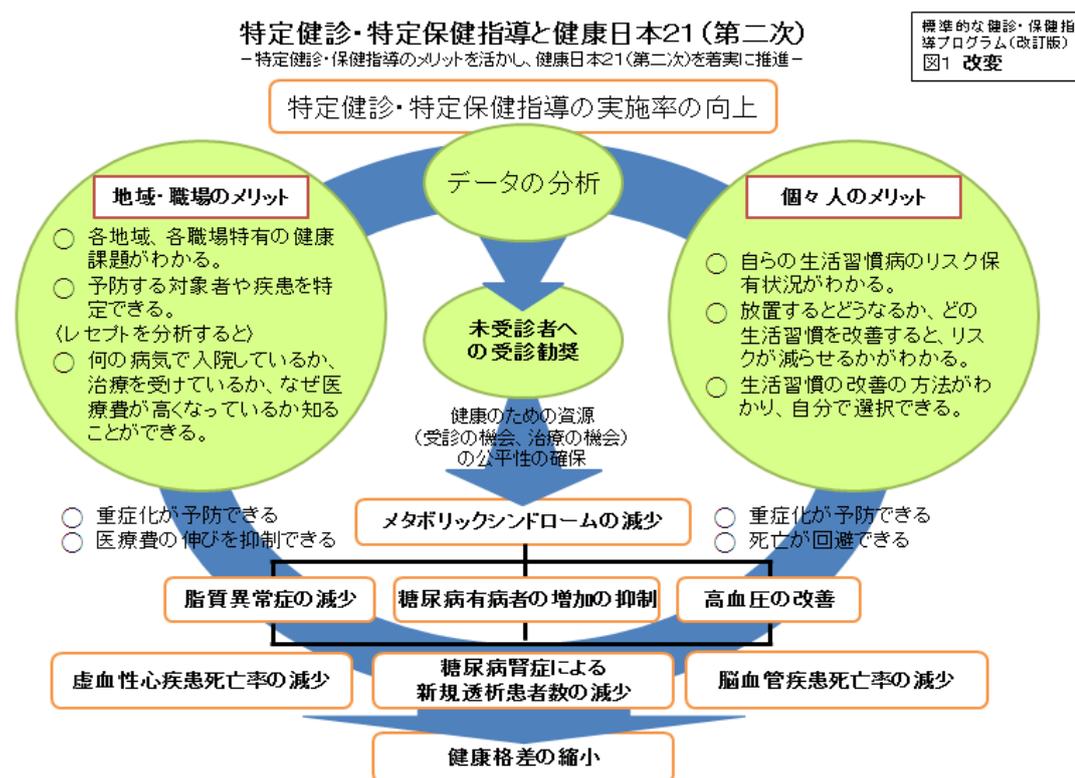
2) データヘルス計画の位置づけ

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計画である。計画の策定に当たっては、健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行い、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行う。(図表 1)

データヘルス計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21(第 2 次))」³に示された基本方針を踏まえるとともに、「都道府県健康増進計画」及び「市町村健康増進計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図る。

なお、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定する。(図表 2)

図表 1 標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版) 図 1 改変



³ 平成12年に厚生省(当時)により始められた運動。通称「健康日本21」である。平成25年から健康日本21(第2次)が行われている。生活習慣病の予防を目的とし、その大きな原因である運動や食生活等の生活習慣を改善する取り組みである。

図表2 データヘルス計画の位置づけ～特定健診等実施計画、健康増進（健康日本21）計画との関係～

	一体的に策定	整合性をもって策定																						
	特定健診等実施計画	データヘルス計画	健康増進（健康日本21）計画																					
法律	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 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第3・9条																					
基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成25年5月「特定健診等実施計画作成の手引き」	厚生労働省 保険局 平成26年4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 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」																					
計画策定者	医療保険者	医療保険者	都道府県・義務、市町村：努力義務																					
基本的な考え方	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、更には重症化や合併症の発生を抑え、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及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。特定健診等は、糖尿病等の生活習慣病の発生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、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とするものを的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、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被保険者自身にとっても重要である。	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、社会保障制度が持続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。																					
対象年齢	40～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期（＝2025年）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	ライフステージに応じて (乳幼児期・青年期・高齢期)																					
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病性腎症																					
		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	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																					
目標	【各医療保険者の目標値】（第2期：平成29年度まで） <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療保険者</th> <th>特定健診</th> <th>特定保健指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>★全体</td> <td>70%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>①健康保険組合</td> <td>90%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>②共済組合</td> <td>90%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>③国保組合</td> <td>70%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>④全国健康保険協会</td> <td>65%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>⑤市町村国保</td> <td>60%</td> <td>60%</td> </tr> </tbody> </table>	医療保険者	特定健診	特定保健指導	★全体	70%	45%	①健康保険組合	90%	60%	②共済組合	90%	40%	③国保組合	70%	30%	④全国健康保険協会	65%	30%	⑤市町村国保	60%	60%	○分析結果に基づき (1) 直ちに取り組むべき健康課題 (2) 中長期的に取り組むべき健康課題 を明確にし、具体的な目標値を設定する。 疾病の重症化を予防する取り組みとして ①優先順位を設定 ②適切な保健指導 ③医療機関への受診勧奨 ④医療との連携（治療中断者の保健指導等） ★計画期間 平成29年度まで (医療費適正化計画第2期の最終年度)	53項目の目標 ○健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標 ○主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する項目 ①がん ②循環器疾患 脳血管、虚血性心疾患、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム ③糖尿病 ④COPD ○社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標 ①こころの健康、②次世代の健康、③高齢者の健康 ○健康を支えるための社会環境の整備に関する目標 ○栄養・食生活、身体活動、運動、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣 ①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養
医療保険者	特定健診	特定保健指導																						
★全体	70%	45%																						
①健康保険組合	90%	60%																						
②共済組合	90%	40%																						
③国保組合	70%	30%																						
④全国健康保険協会	65%	30%																						
⑤市町村国保	60%	60%																						
評価	特定健診受診率 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しつつ行う。 (1) 生活習慣の状況（特定健診の質問票を参照する） ◆質問票（22項目） ①食生活 14 人と比較した食べる速さが速い。 15 就寝前の2時間以内に夕食をとる 16 夕食後の間食 17 朝食を抜くことが週3回以上ある ②日常生活における歩数 10 1回30分以上の軽い汗をかく運動 11 日常生活において歩行は1日1時間以上実施 12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 ③アルコール摂取量 18 お酒を飲む頻度 19 飲食日の1日当たりの飲酒量 ④喫煙 8 現在たばこを習慣的に吸っている (2) 健康診査等 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介護費	※53の項目中、特定健診に関する項目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発透析導入患者数）の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 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メタボ予備群・メタボ該当者の減少 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ものの増加 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成人の喫煙者の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少																					

3) 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえ、具体的には、平成27年度中にデータヘルス計画を策定し、計画期間は、医療費適正化計画の第2期の最終年度である平成29年度までとする。(図表2)

2. 地域の健康課題

1) 地域の特性

うきは市の特性を把握するために、KDBの以下の帳票から情報を把握する。

- ① 地域の全体像の把握
- ② 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
- ③ 市区町村別データ
- ④ 同規模保険者比較
- ⑤ 人口及び被保険者の状況

(1) 国保被保険者の状況

うきは市における国民健康保険加入率は、国、県より高く、40～64歳の被保険者は38.2%、65～74歳の被保険者が33.1%であり、高齢の被保険者が多い状況である。平成37年には医療給付費が56兆円となる見込みであり、今後も医療費の増大も考慮し、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。(図表3)

(2) 介護の状況

うきは市の介護認定率は国・県・同規模自治体より低い状況だが、40～64歳の第2号被保険者の認定率は国・県・同規模自治体と同水準である。(図表3)

1件当たり給付費については、国・県・同規模自治体より居宅サービスが高い。要介護認定者別医療費(40歳以上)を見ると要介護認定ありの医療費が、国・県・同規模自治体より高いという特徴がある。うきは市の主要施策の成果並びに予算執行の実績報告書で、平成24年度以降の状況を見ると、施設サービス利用者のうち要介護度4、5が占める割合は59.5%(平成26年10月)となっている。(図表5)

(3) 死亡

うきは市の平均寿命は男性79.2歳、女性86.9歳となっており、国・県・同規模自治体とほぼ同水準である。死因となる疾患については、がんが最も多く、国や県よりは低い状況だが、同規模自治体より多いことが分かる。脳疾患・腎不全で死亡する割合は国・県・同規模自治体よりも高い状況である。(図表3)

図表3 うきは市の特徴を把握する

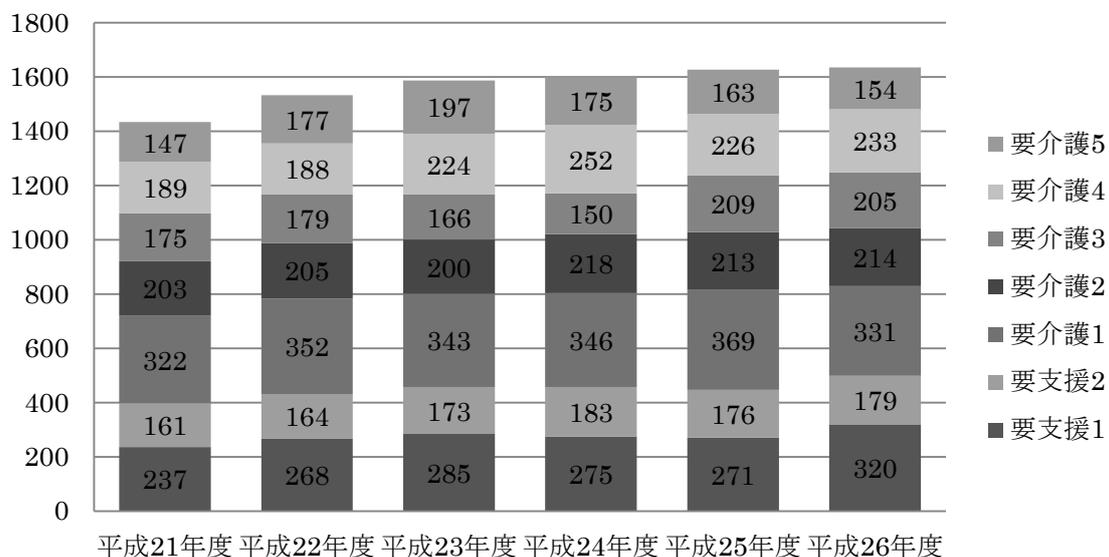
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみとうきは市の位置

平成25年度

項目	うきは市		同規模		県		国		データ元 (CSV)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	31,464		8,780,457		4,960,781	124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		65歳以上（高齢化率）	8,742	27.8	2,534,197	28.9	1,114,380	22.5		29,020,766	23.2
		75歳以上	4,755	15.1			549,484	11.1		13,989,864	11.2
		65～74歳	3,987	12.7			564,896	11.4		15,030,902	12.0
		40～64歳	10,497	33.4			1,667,355	33.6		42,411,922	34.0
	39歳以下	12,225	38.9			2,179,046	43.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		15.8		11.2		3.1		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		第2次産業		26.5		27.5		20.9		25.2	
		第3次産業		57.7		61.2		76.0		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.2		79.2		79.3		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			86.9		86.4		86.5		86.4		
④ 健康寿命	男性		65.4		65.1		65.2		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性		66.9		66.8		66.9		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)		109.7		103.1		103.3		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	107	46.7	30,741	45.1	15,153	54.5	360,744	48.3	
		心臓病	61	26.6	19,235	28.2	5,773	20.8	198,622	26.6	
		脳疾患	44	19.2	12,456	18.3	4,180	15.0	121,486	16.3	
		糖尿病	1	0.4	1,214	1.8	586	2.1	14,474	1.9	
		腎不全	9	3.9	2,490	3.6	973	3.5	25,089	3.4	
		自殺	7	3.1	2,097	3.1	1,119	4.0	26,250	3.5	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査
		男性									
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,616	18.3	489,162	19.7	237,733	21.1	4,590,454	19.4
新規認定者			31	0.3	9,907	0.3	3,909	0.3	92,993	0.3	
2号認定者			40	0.4	12,130	0.4	7,098	0.4	139,153	0.4	
② 有病状況		糖尿病	299	18.4	104,880	21.0	52,349	21.3	948,257	20.9	
		高血圧症	977	58.1	263,480	53.1	128,721	52.3	2,242,880	49.6	
		脂質異常症	388	23.5	129,811	25.8	68,051	27.4	1,185,110	25.8	
		心臓病	1,098	65.7	302,083	61.0	147,362	60.1	2,570,840	57.0	
		脳疾患	498	30.5	142,785	29.0	67,014	27.5	1,191,010	26.6	
		がん	163	9.9	47,194	9.5	26,220	10.7	424,531	9.4	
		筋・骨格	936	55.4	257,801	52.0	130,124	52.9	2,203,949	48.8	
精神	627	37.0	175,192	35.0	86,817	35.1	1,489,057	32.6			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		73,425		67,859		60,451		61,553	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス		43,983		41,800		40,205		40,587		
	施設サービス		278,643		283,857		293,644		286,507		
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		15,765		8,337		8,948		8,087	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	認定あり		3,839		3,966		4,092		3,755		
4	① 国保の状況	被保険者数	9,562		2,390,411		1,335,229		30,032,316	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	3,169	33.1			438,873	32.9	10,299,075		34.3
		40～64歳	3,651	38.2			469,287	35.1	10,798,686		36.0
		39歳以下	2,742	28.7			427,069	32.0	8,934,555		29.7
	加入率		30.4		28.1		26.9		29.6		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.3	788	0.3	466	0.3	7,157	0.2	
		診療所数	28	2.9	6,119	2.6	4,529	3.4	78,229	2.6	
		病床数	389	40.7	127,039	53.1	86,812	65.0	1,306,085	43.5	
		医師数	45	4.7	16,014	6.7	15,150	11.3	231,487	7.7	
		外来患者数		705.7		668.2		654.5		642.7	
③ 医療費の状況	入院患者数		25.6		22.9		22.1		18.2		
	一人当たり医療費		27,422		25,764		24,609		22,779		
	受診率		731,234		691.16		676.61		660.91		
	外来費用の割合		52.7		56.8		54.2		59.5		
	外来件数の割合		96.5		96.7		96.7		97.3		
	入院費用の割合		47.3		43.2		45.8		40.5		
	入院件数の割合		3.5		3.3		3.3		2.7		
1件あたり在院日数		18.4日		17.3日		17.2日		16.0日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源場病名 (調剤含む)	がん		345,124,000	19.4	206		22.4		22.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	慢性腎不全 (透析あり)		67,976,130	3.8	9.1		5.9		9.4		
	糖尿病		155,658,700	8.7	9.6		8.2		9.6		
	高血圧症		214,437,330	12.0	11.4		10.2		11.2		
	精神		416,268,710	23.4	19.5		21.0		16.8		
筋・骨格		262,468,140	14.7	15.0		15.8		15.0			

項目		うきは市		同規模		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	611,630	5位	(17)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
			高血圧	601,357	21位	(19)								
			脂質異常症	580,238	9位	(21)								
			脳血管疾患	650,258	22位	(24)								
			心疾患	627,071	36位	(18)								
			腎不全	725,873	17位	(19)								
			精神	464,859	14位	(27)								
			悪性新生物	649,692	27位	(15)								
			糖尿病	32,060	39位									
			高血圧	26,095	50位									
			脂質異常症	24,401	57位									
			脳血管疾患	35,007	16位									
			心疾患	34,812	36位									
			腎不全	159,134	28位									
精神	30,181	21位												
悪性新生物	46,135	36位												
6	健診・レセ 実合	受診勧奨者	1,473	57.1	343,170	55.6	136,769	55.2	3,722,347	56.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,336	51.8	313,571	50.8	125,893	50.8	3,410,023	51.7				
		医療機関非受診率	137	5.3	29,599	4.8	10,876	4.4	312,324	4.7				
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数63	健診受診者	2,581		616,706		247,846		6,600,770		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	40.9	県内10位 同規模82位	36.8	29.6	全国36位	33.7					
			特定保健指導終了者(実施率)	251	71.9	26539	34.5	10,432	34.5	178,040	21.9			
			非肥満高血糖	219	8.3	58,791	9.5	18,937	7.6	588,186	8.9			
			メタボ	該当者	415	16.1	102,173	16.6	38,585	15.6	1,078,803		16.3	
				男性	277	24.2	68,123	25.2	25,717	25.2	731,100		25.6	
				女性	138	9.6	34,050	9.8	12,868	8.8	347,703		9.3	
			予備群	男性	322	12.5	67,511	10.9	28,124	11.3	720,724		10.9	
				女性	210	18.4	45,505	16.9	18,365	18.0	494,198		17.3	
				女性	112	7.8	22,006	6.3	9,759	6.7	226,526		6.1	
			メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	腹囲	総数	826	32.0	191,646	31.1	77,497	31.3		2,036,311	30.8
				男性	539	47.1	127,817	47.4	50,725	49.7	1,381,629		48.3	
				女性	287	20.0	63,829	18.4	26,772	18.4	654,682		17.5	
			BMI	総数	94	3.6	32,625	5.3	9,220	3.7	321,604		4.9	
			男性	13	1.1	5,435	2.0	1,449	1.4	53,961	1.9			
			女性	81	5.6	27,190	7.8	7,771	5.3	267,643	7.2			
			血糖のみ	11	0.4	4,341	0.7	1,679	0.7	42,883	0.6			
			血圧のみ	244	9.5	46,747	7.6	19,214	7.8	500,441	7.6			
			脂質のみ	67	2.6	16,423	2.7	7,231	2.9	177,400	2.7			
血糖・血圧	72	2.8	16,961	2.8	6,017	2.4	169,317	2.6						
血糖・脂質	13	0.5	5,716	0.9	2,123	0.9	58,259	0.9						
血圧・脂質	200	7.7	49,847	8.1	19,888	8.0	543,238	8.2						
血糖・血圧・脂質	130	5.0	29,649	4.8	10,557	4.3	307,989	4.7						
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	849	32.9	210,395	34.1	76,337	30.8	2,188,023	33.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	177	6.9	44,441	7.2	16,172	6.5	444,802	6.7			
			脂質異常症	444	17.2	131,175	21.3	50,558	20.4	1,434,186	21.7			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	95	3.7	19,209	3.2	8,808	3.6	205,315	3.3			
			既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	133	5.2	33,065	5.6	15,720	6.4	351,299		5.6	
			腎不全	23	0.9	3,765	0.6	1,817	0.7	36,626	0.6			
			貧血	365	14.1	51,852	8.8	29,262	12.0	613,406	9.9			
			喫煙	376	14.6	83,406	13.5	33,985	13.7	930,016	14.1			
			週3回以上朝食を抜く	220	8.8	34,834	6.6	23,995	10.1	423,084	7.7			
			週3回以上食後間食	357	14.3	63,712	12.0	30,969	13.0	647,529	11.8			
			週3回以上就寝前夕食	328	13.2	82,196	15.4	36,876	15.5	894,940	16.2			
			食べる速度が速い	800	32.2	139,193	26.2	64,459	27.0	1,430,401	26.0			
			20歳時体重から10kg以上増加	836	33.6	162,049	30.5	75,901	31.8	1,768,893	32.0			
			1回30分以上運動習慣なし	1,608	64.6	335,114	62.5	135,007	56.6	3,298,881	59.3			
1日1時間以上運動なし	479	19.3	242,798	45.4	118,360	49.7	2,582,774	46.6						
睡眠不足	486	19.5	127,305	23.9	57,197	24.0	1,351,169	24.7						
毎日飲酒	765	29.7	145,132	24.9	61,586	25.2	1,560,961	25.7						
時々飲酒	601	23.3	118,089	20.3	55,967	22.9	1,296,500	21.4						
一日 飲酒 量	1合未満	675	50.4	236,149	63.8	122,613	67.9	2,640,188	64.3					
	1~2合	472	35.3	89,668	24.2	40,160	22.3	983,441	24.0					
	2~3合	155	11.6	34,217	9.2	13,943	7.7	374,417	9.1					
	3合以上	36	2.7	10,001	2.7	3,764	2.1	107,551	2.6					

図表4 うきは市における要介護認定者数の推移



図表5 うきは市における施設サービスの利用者数

H26年10月現在

施設サービス利用者数	368人
うち要介護4・5の人数	219人
施設利用者に対する割合	59.5%

2) 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

保健事業実施指針では、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、保険者がその中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康増進により、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と謳われている。

保健事業実施指針で取り扱う対象疾患は、虚血性心疾患⁴、脳血管疾患⁵、糖尿病性腎症⁶等の腎機能低下、及び慢性閉塞性肺疾患（COPD）⁷、がんの5つで、特に心臓、脳、腎臓、肺の臓器を守ることであり、そのためには、まず健康・医療情報を分析する必要がある。

うきは市の健康・医療情報を分析するために、KDBの以下の帳票から情報を把握する。

- ① 高額になる疾患 様式 1-1
- ② 長期入院 様式 2-1
- ③ 人工透析患者 様式 2-2
- ④ 生活習慣病レセプト 様式 3-1～3-7
- ⑤ 要介護認定状況
- ⑥ 健診有所見状況 様式 6-2～6-7
- ⑦ メタボリック該当者・予備軍の把握 様式 6-8
- ⑧ その他関係部署の保健師等が日頃の保健活動から把握している情報

⁴ 心筋に酸素や栄養を送る冠動脈の閉塞や狭窄などにより、心筋への血流が阻害され起こる病気の総称。狭心症や心筋梗塞など。

⁵ 脳梗塞・脳出血に代表される脳の病気の総称。

⁶ 糖尿病などによって起こる腎臓の病気。

⁷ 喫煙などにより、肺胞の破壊や気道炎症が起き、生じる病気。

(1) 医療（レセプト）の分析

本県の受療率は、図表 6 に示すように入院・入院外とも全国よりすべて高い状況である。普段は医療機関へかからず、重症化して医療機関へ駆けつける県民の行動が現れており、重症化して入院する状況になる前に、適切な受診をすることが優先課題となる。

また、一人あたり医療費と介護給付費の変化をみると、後期医療費が全国一高いことがわかる。介護給付費は平成 24 年で全国 27 位であるが、後期医療費が高いため、後期＋介護も全国一高いことがわかる。（図表 7）

図表 6 本県の受療率

平成 23 年患者調査・KDB 帳票 No.20

患者調査 人口10万対	総数	虚血性心疾患	脳血管疾患	腎不全	糖尿病
入院					
順位	10位	15位	16位	20位	7位
受療率	1,555	15	174	33	35
(全国受療率)	(1,068)	(13)	(137)	(28)	(19)
入院外					
順位	9位	28位	3位	7位	22位
受療率	6456	50	161	153	176
(全国受療率)	(5,784)	(49)	(89)	(100)	(166)

図表 7 医療費と介護給付費の変化

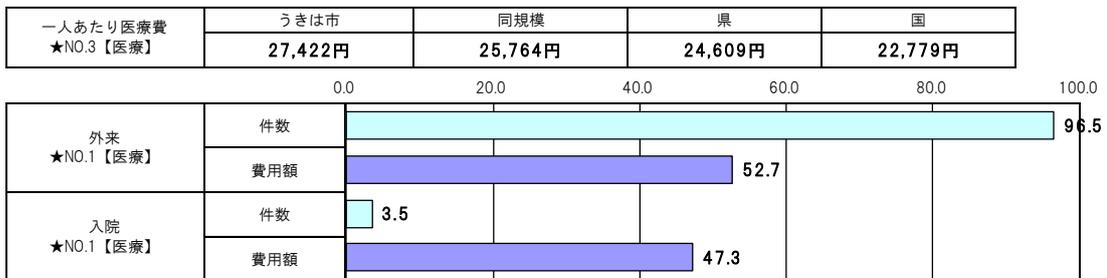
医療費の変化、介護給付費の変化(厚生労働省様式 4 KDB 帳票 NO. 21) (単位 ; 円)

項目		国保医療費		後期医療費		介護給付費		後期＋介護	
年度		H23年	H24年	H23年	H24年	H23年	H24年	H23年	H24年
順位		16位	16位	1位	1位	25位	27位	1位	1位
一人あたり 費用額	県	335,506	339,264	1,158,395	1,158,158	298,198	304,244	1,456,593	1,462,402
	全国	305,276	311,899	908,543	907,497	281,171	287,921	1,189,714	1,195,419

うきは市の一人あたり医療費は、ひと月あたり 27,422 円で同規模自治体・国・県よりも高い。入院はわずか 3.5%の件数で、費用全体の 47.3%を占めている。入院を減らすことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率が良いと考える。(図表 8)

図表 8 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

平成 25 年度



○入院を重症化した結果としてとらえる

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって、医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。(図表 9)

- ① ひと月 100 万円以上の高額になる疾患を分析すると、1 位はがんであるが、予防可能な疾患の脳血管疾患では全体の 10.8%を占める。生活習慣病の治療者数構成割合を見ると、基礎疾患の重なりは、高血圧が 74.7%で、脂質異常症が 53.7%、糖尿病が 33.1%である。図表 3 の特定健診の状況からうきは市はメタボ予備群が国・県・同規模自治体よりも多く、血糖・血圧・脂質異常の有所見者割合も多いことから、その対象者を明確にすることが必要になる。
- ② 6 カ月以上の長期入院レセプトの分析では精神疾患が 65.9%と最も高い。次いで脳血管疾患が高く、全体の 25.0%の件数で、費用額の 25.7%を占めている。
- ③ 長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の 55.0%が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

図表9 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか
何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

平成25年度

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H25年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん	その他			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	195人	21人 10.8%		17人 8.7%		58人 29.7%	116人 59.5%			
		件数	年 代 別	326件		50件 15.3%		19件 5.8%		75件 23.0%	182件 55.8%	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	4	5.3%	21	11.5%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	4	5.3%	22	12.1%
				50代	8	16.0%	0	0.0%	11	14.7%	8	4.4%
				60代	38	76.0%	13	68.4%	32	42.7%	93	51.1%
70-74歳	4	8.0%	6	31.6%	24	32.0%	37	20.3%				
費用額	5億4353万円	6181万円 11.4%		3393万円 6.2%		1億1573万円 21.3%		3億3206万円 61.1%				

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H25年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	88人	58人 65.9%	22人 25.0%	11人 12.5%
		件数	823件	550件 66.8%	183件 22.2%	77件 9.4%
		費用額	3億5252万円	2億1360万円 60.6%	9058万円 25.7%	3264万円 9.3%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H25.5 診療分	人数	18人	11人 61.1%	3人 16.7%	7人 38.9%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H25年度 累計	件数	222件	122件 55.0%	21件 9.5%	73件 32.9%
		費用額	1億2440万円	6130万円 49.3%	1060万円 8.5%	3379万円 27.2%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H25年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な 疾 り 患	3,590人		356人 9.9%	435人 12.1%	59人 1.6%
			高血圧	266人 74.7%	372人 85.5%	46人 78.0%	
			糖尿病	118人 33.1%	162人 37.2%	59人 100.0%	
			脂質異常症	191人 53.7%	287人 66.0%	45人 76.3%	
			高血圧症	2,207人 61.5%	912人 25.4%	1,600人 44.6%	241人 6.7%
			糖尿病				

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(2) 介護（レセプト）の分析

うきは市の1号被保険者の18.5%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受けている。75歳以上では、31.1%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護3から要介護5が全体の36.9%と多く、原因疾患では脳血管疾患等の血管疾患が全体の91.6%を占める。さらに75歳以上の高齢者においては、認知症などの脳の病変に起因するものや筋・骨格系疾患が出現してくることが考えられる。

本計画の対象者は大卒の75歳未満であり、介護保険を受けている65～74歳では脳血管疾患等の血管病変が88.3%を占め、予防可能である血管疾患を守ることが最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より11,926円も高く、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧・高血糖・脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。(図表10)

図表10 何の疾患で介護保険を受けているのか

平成25年度

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数	10,497人		3,987人		4,755人		8,742人		19,239人		
認定者数	40人		136人		1,480人		1,616人		1,656人			
	認定率	0.38%		3.4%		31.1%		18.5%		8.6%		
新規認定者数(*1)	10人		43人		184人		227人		237人			
介護度別人数	要支援1・2	12	30.0%	34	25.0%	409	27.6%	443	27.4%	455	27.5%	
	要介護1・2	11	27.5%	48	35.3%	531	35.9%	579	35.8%	590	35.6%	
	要介護3～5	17	42.5%	54	39.7%	540	36.5%	594	36.8%	611	36.9%	
要介護突合状況 ★NO.49	介護件数(全体)		40		136		1480		1616		1656	
	再)国保・後期		23		111		1387		1498		1521	
	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		1	脳卒中	18 78.3%	脳卒中	57 51.4%	脳卒中	558 40.2%	脳卒中	615 41.1%	脳卒中	633 41.6%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	4 17.4%	虚血性心疾患	30 27.0%	虚血性心疾患	509 36.7%	虚血性心疾患	539 36.0%	虚血性心疾患	543 35.7%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	10 9.0%	腎不全	136 9.8%	腎不全	146 9.7%	腎不全	146 9.6%
		基礎疾患(*2)	糖尿病	10 43.5%	糖尿病	56 50.5%	糖尿病	442 31.9%	糖尿病	498 33.2%	糖尿病	508 33.4%
	血管疾患	高血圧	15 65.2%	高血圧	79 71.2%	高血圧	1101 79.4%	高血圧	1180 78.8%	高血圧	1195 78.6%	
		脂質異常症	7 30.4%	脂質異常症	51 45.9%	脂質異常症	553 39.9%	脂質異常症	604 40.3%	脂質異常症	611 40.2%	
		血管疾患合計	合計	22 95.7%	合計	98 88.3%	合計	1273 91.8%	合計	1371 91.5%	合計	1393 91.6%
認知症	認知症	3 13.0%	認知症	24 21.6%	認知症	515 37.1%	認知症	539 36.0%	認知症	542 35.6%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	17 73.9%	筋骨格系	87 78.4%	筋骨格系	1199 86.4%	筋骨格系	1286 85.8%	筋骨格系	1303 85.7%		

*1) 新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	14,000	16,000	18,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	15,765									
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,839									

(3) 健診結果等の分析

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

うきは市は、メタボリックシンドローム予備群の割合が同規模自治体・国・県と比較して高く、血圧が重なるとう所見者も多くなることが分かる。健診項目でのう所見者割合を見ると、女性の方が多くの項目で国・県よりう所見者が多いことがわかる。(図表 11・12)

さらに、特定健康診査問診結果からみる生活習慣の状況で見ると、喫煙、朝食欠食の割合、食後に間食をする割合、食べる速度が速い割合、20歳時体重から10kg以上増加、1日30分以上の運動習慣がない割合が同規模自治体より高い。毎日飲酒する割合、時々飲酒する割合、1日飲酒量も1～2合、2～3合同規模自治体よりも高い。(図表 3)

このような生活習慣から過度なアルコールが内臓脂肪蓄積や脂肪肝をきたし、アルコールの代謝産物がインスリンの妨害作用に影響し、インスリン抵抗性を招きやすくなる。また、朝食を摂らない状態は、遊離脂肪酸を昼食前まで高い状態に持続させ、インスリン作用を妨害させてしまい、悪循環を招きやすくなる。食習慣は体内リズムに影響を与え、メタボリックシンドロームに関連する重要因子である。

平成26年度に実施した基本健診のう所見者割合を見ると、受診者数は81.7%が女性で、男性は18.3%の96人だった。男性ではBMI、腹囲、中性脂肪、GPT、LDLコレステロールでう所見者が多かった。(図表 13)

上記の結果を踏まえると、ターゲットは40歳前の年代も視野にいれた若い層の男性、そして65～74歳の女性と考える。40～64歳の男性は特定健診受診率も低く、まず健診を受けてもらう必要がある。そして高血圧と脂質異常者へのアプローチも優先課題となる。

(図表 14)

図表 11 メタボ該当・予備軍レベル H25年度特定健診結果より

項目		うきは市	同規模平均
		割合(%)	割合(%)
メ タ ボ	該当者	16.1	16.6
	男性	24.2	25.2
	女性	9.6	9.8
	予備軍	12.5	10.9
	女性	7.8	6.3

項目		うきは市	同規模平均	
		割合(%)	割合(%)	
メ タ ボ 該 当 ・ 予 備 軍 レ ベ ル	腹 囲	総数	32.0	31.1
		男性	47.1	47.4
		女性	20.0	18.4
	B M I	総数	3.6	5.3
		男性	1.1	2.0
		女性	5.6	7.8
	血糖のみ	0.4	0.7	
	血圧のみ	9.5	7.6	
	脂質のみ	2.6	2.7	
	血糖・血圧	2.8	2.8	
血糖・脂質	0.5	0.9		
血圧・脂質	7.7	8.1		
血糖・血圧・脂質	5.0	4.8		

図表 12 健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する

性別	BMI	腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		人数	割合																						
男性	25以上																								
	29.6	483	28.2	200	9.1	265	50.7	12.0	49.4	24.1	48.9	1.4													
	県	28,347	27.8	50,725	49.7	28,813	28.2	19,299	18.9	31,652	31.0	52,972	51.9	19,372	19.0	48,361	47.4	21,268	20.8	49,504	48.5	2,255	2.2		
	合計	322	28.1	539	47.1	334	29.2	245	21.4	340	29.7	605	52.9	169	14.8	613	53.6	334	29.2	531	46.4	22	1.9		
	40-64	160	31.5	239	47.0	163	32.1	137	27.0	125	24.6	221	43.5	84	16.5	240	47.2	171	33.7	247	48.6	3	0.6		
65-74	162	25.5	300	47.2	171	26.9	108	17.0	58	9.1	215	33.8	85	13.4	373	58.6	163	25.6	284	44.7	19	3.0			
女性	25以上																								
	20.8	17.5	16.7	8.7	2.1	15.8	50.6	1.5	43.0	14.6	58.9	0.2													
	県	27,014	18.5	26,769	18.4	22,957	15.8	11,703	8.0	2,376	1.6	26,028	17.9	73,594	50.5	3,100	2.1	57,547	39.5	18,294	12.6	86,495	59.4	316	0.2
	合計	304	21.2	287	20.0	244	17.0	132	9.2	240	16.7	770	53.6	19	1.3	685	47.7	295	20.5	851	59.2	6	0.4		
	40-64	121	19.4	103	16.5	93	14.9	57	9.1	12	1.9	83	13.3	6	1.0	223	35.7	131	21.0	376	60.3	2	0.3		
65-74	183	22.5	184	22.6	151	18.6	75	9.2	27	3.3	157	19.3	13	1.6	462	56.8	164	20.2	475	58.4	4	0.5			

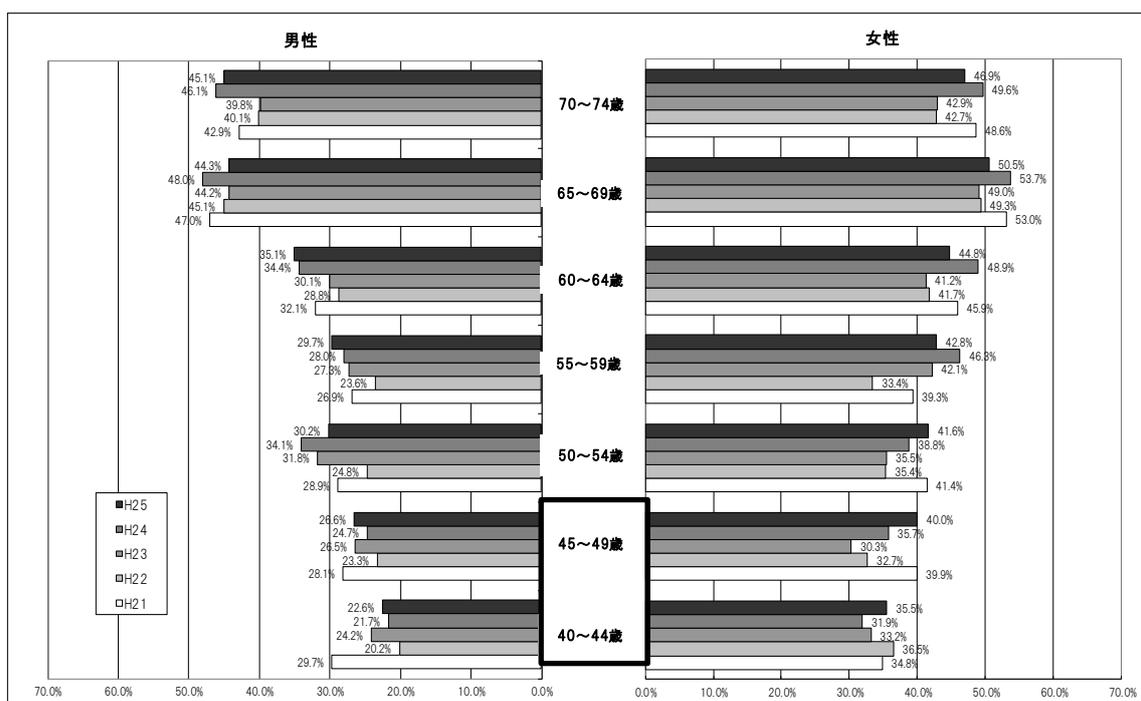
*全国については、有所見割合のみ表示

図表 13 うきは市における基本健診有所見者(保健指導判定値以上)の状況 (男女別)

受診者数		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		男85cm以上 女90cm以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.1以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	96	31	32.3%	27	28.1%	28	29.2%	33	34.4%	8	8.3%	5	5.2%	10	10.4%	19	19.8%	16	16.7%	9	9.4%	28	29.2%	0	0.0%
女性	431	47	10.9%	25	5.8%	19	4.4%	20	4.6%	8	1.9%	9	2.1%	31	7.2%	0	0.0%	16	3.7%	11	2.6%	89	20.6%	0	0.0%
合計	527	78	14.8%	52	9.9%	47	8.9%	53	10.1%	16	3.0%	14	2.7%	41	7.8%	19	3.6%	32	6.1%	20	3.8%	117	22.2%	0	0.0%

H26年度

図表 14 うきは市における特定健診受診率の推移



(4) 未受診者の状況

特定健康診査の受診率は平成 25 年度 40.9%、特定保健指導実施率は 71.9%となっており、国・県・同規模自治体より高い水準を維持している。(図表 3)

しかし、未受診者を年齢別で見ると 65 歳以上の受診率は 47.2%となっているのに対し、40~64 歳は 34.9%であり、特定健診対象者でも若い年代の受診率が低いのがわかる。(図表 15) 特に健診も治療も受けていない方は重症化しているかどうかの実態が全くわからない。

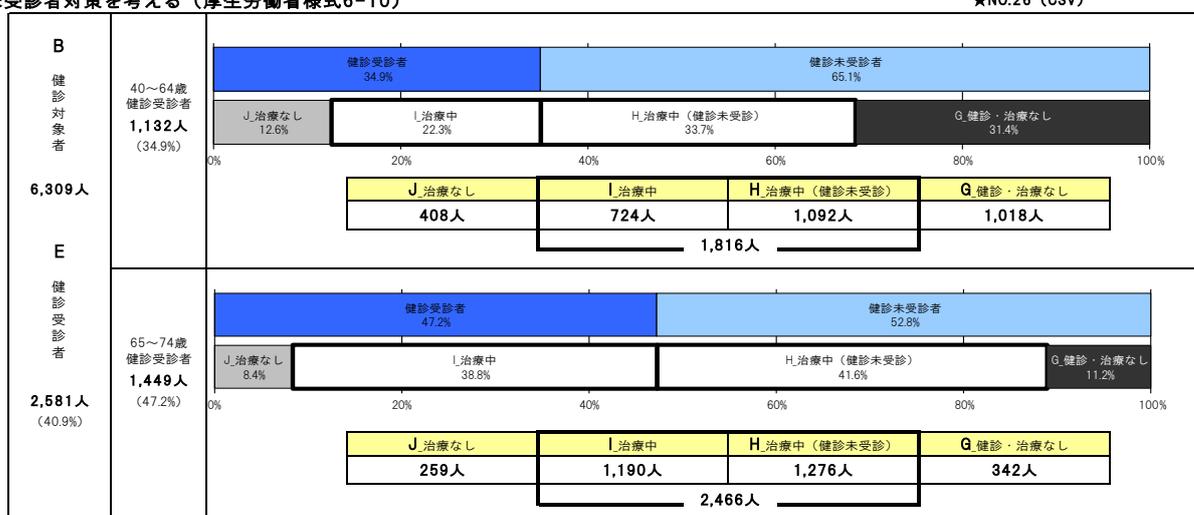
特定健康診査受診者の受診回数別結果を見ると、継続受診者より新規受診者の方がほとんどの項目で、有所見割合が高いことが分かる。(図表 16) 生活習慣病は自覚症状がないため、まずは、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につながる。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象者にならなくても、生活習慣病の重複するリスクがある対象者には、積極的に保健指導を実施する必要がある。

図表 15 うきは市における健診未受診者の把握

平成 25 年度

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

図表 16 うきは市における特定健康診査受診者の受診回数別結果

26年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				2,633 人	100.0%	2,270 人	86.2%	363 人	13.8%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	643 人	24.4%	538 人	23.7%	105 人	28.9%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	810 人	30.8%	694 人	30.6%	116 人	32.0%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪		300以上	607 人	23.1%	517 人	22.8%	90 人	24.8%
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	157 人	6.0%	136 人	6.0%	21 人
	(再掲) 7.0以上				77 人	2.9%	63 人	2.8%	14 人	3.9%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	74 人	2.8%	63 人	2.8%	11 人	3.0%
			拡張期	100以上	31 人	1.2%	22 人	1.0%	9 人	2.5%
			計		9 人	0.3%	5 人	0.2%	4 人	1.1%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	243 人	9.2%	205 人	9.0%	38 人	10.5%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	69 人	2.6%	53 人	2.3%	16 人	4.4%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	71 人	2.7%	57 人	2.5%	14 人	3.9%	
		尿酸	8.0以上	70 人	2.7%	54 人	2.4%	16 人	4.4%	

*HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

(5) 重症化予防対象者の状況

うきは市における重症化予防の対象者の項目として、平成 27 年度からは尿酸・中性脂肪を追加した。(図表 17)

特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は各ガイドラインに基づき対象者を抽出すると 748 名で特定健診受診者の 29%である。

うち治療なしが 306 人で 40.9%を占める。(図表 18)

また、うきは市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる項目も多いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率が良いことがわかる。

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠であり、保健指導を行った後、確実に医療機関に受診したのかを、KDB を活用し、医療受診状況を確認することで、その後も治療中断しないか等の疾病管理を行う必要がある。

図表 17 うきは市における重症化予防対象者

※特定健診、基本健診結果より抽出

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
血圧	Ⅱ度以上			
	158人	126人	85人	
HbA1c	6.5%以上			
	106人	130人	96人	
eGFR	59歳以下でeGFR 50未満、60歳以上でeGFR 40未満			
	27人	34人	33人	
尿検査	尿蛋白(2+)以上 または 尿蛋白(+)以上かつ尿潜血(+)以上			
	83人	90人	94人	
LDLコレステロール	未実施	180以上		
		104人	85人	
尿酸	未実施			8以上
中性脂肪	未実施			300以上

図表 18 優先すべき課題の明確化

平成 25 年度

優先すべき課題の明確化	高血圧症	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		重症化予防対象者(実人数)
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン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	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	748 29.0%
受診者数 2,581 対象者数	118 4.6%	88 3.4%	85 3.3%	415 16.1%	167 6.5%	65 2.5%	67 2.6%	748 29.0%
治療なし	71 4.1%	79 3.7%	73 3.4%	117 7.7%	105 4.4%	15 1.0%	21 1.4%	306 40.9%
治療中	47 5.5%	9 2.0%	12 2.7%	298 28.1%	62 35.0%	50 4.7%	46 4.3%	442 59.1%

3. 計画の基本構想

1) 基本理念

うきは市における国民健康保険被保険者の最も大きな課題は生活習慣病予防、重症化予防であることから、自ら健康維持管理能力を高め、自分の健康を守る生活習慣を身に付けることを基本とし、「健康寿命⁸の延伸」と「健康格差の縮小」に向けた取り組みを進める。

2) 基本方針

- (1) うきは市国民健康保険被保険者の健康管理を支援するため、市民ニーズに応じた健診・保健指導を実施する。
- (2) 健診・医療・介護等のデータから把握した健康課題を市民と共有するため、周知・広報活動を行う。
- (3) 地域、職域等の関係団体と協働で、市民の健康づくりを支援する。

3) 目的・目標の設定

(1) 健康寿命・健康格差(疾病・障害・死亡)の現状

今回の計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による死亡を減らし、健康格差を縮小することであるが、本県はメタボリックが背景にあり、入院・入院外とも高く、死亡においては、すべての疾患の順位が下がってきているが、男性の糖尿病と65歳未満の死亡率の順位は男女とも上昇している。(図表 19)

うきは市においても医療・介護及び健診の分析から、新規透析導入の最大の原因疾患である糖尿病の重症化予防が喫緊の課題である。一人でも糖尿病を減らすことで、透析だけでなく、心筋梗塞や脳卒中のリスクも減るため、社会保障費を抑える観点からも効率が良いことが分かる。

図表 19 福岡県の健診・医療・死亡の状況

	特定健康診査(H22)				医療(受療率)(H23)					
	腹囲	脂質異常		糖尿病	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎臓疾患	
	男性 85cm以上 女性 90cm以上	LDLコレステロール 180以上	中性脂肪 300以上	HbA1c 8.4以上 (NGSP)	入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外
全国順位	8位	2位	8位	4位	15位	27位	16位	3位	20位	7位

	年齢調整死亡率(H22)									
	糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		65歳未満	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国順位(H22)	7位	32位	41位	36位	41位	38位	34位	24位	5位	9位
過去の順位(H12)	14位	31位	31位	34位	37位	36位	26位	20位	14位	12位

⁸介護や福祉サービス等の支援を必要とせず、自立した生活を送ることができる期間のこと。

(2) これまでの取り組み

うきは市においては、これまでメタボリックシンドロームをターゲットとした特定健診・特定保健指導に取り組んできた。

個人の健康課題の解決のために一人でも多くの方へ保健指導を実施することの課題解決に力を注ぎ、医療機関の連携にも力を注いできた。

しかし、メタボリック該当者は毎年伸び、重症化した虚血性心疾患、脳血管疾患が伸びてきており、対応できていない実態も明らかになった。

これからは、まず重症化予防対象者を明確にし、血管変化まで起こしているにもかかわらず、治療を受けていない方に治療の必要性を理解してもらい、治療につなげることが必要となる。例えば人工透析導入を1年遅らすことで、年間1人500万円の医療費の抑制に寄与することができるが、そのことは被保険者の立場に立った保険者本来の役割でもある。

図表 20 重症化予防対象者の推移

重症化しやすいⅡ度高血圧以上

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再)Ⅲ度高血圧	再掲		
						未治療	治療	
H21	2,757	1,608 58.3%	487 17.7%	524 19.0%	138 5.0%	81 58.7%	57 41.3%	5.0%
					21 0.8%	14 66.7%	7 33.3%	
H22	2,405	1,430 59.5%	413 17.2%	481 20.0%	81 3.4%	42 51.9%	39 48.1%	3.4%
					6 0.2%	5 83.3%	1 16.7%	
H23	2,460	1,359 55.2%	407 16.5%	564 22.9%	130 5.3%	70 53.8%	60 46.2%	5.3%
					20 0.8%	12 60.0%	8 40.0%	
H24	2,706	1,251 46.2%	635 23.5%	659 24.4%	161 5.9%	87 54.0%	74 46.0%	5.9%
					19 0.7%	14 73.7%	5 26.3%	
H25	2,581	1,214 47.0%	598 23.2%	651 25.2%	118 4.6%	71 60.2%	47 39.8%	4.6%
					11 0.4%	9 81.8%	2 18.2%	

重症化しやすいHbA1c6.5以上

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	再掲		
						未治療	治療	
H21	2,754	1,718 62.4%	683 24.8%	186 6.8%	167 6.1%	86 51.5%	81 48.5%	6.1%
					91 3.3%	44 48.4%	47 51.6%	
H22	2,405	1,254 52.1%	744 30.9%	227 9.4%	180 7.5%	87 48.3%	93 51.7%	7.5%
					93 3.9%	40 43.0%	53 57.0%	
H23	2,460	1,365 55.5%	701 28.5%	223 9.1%	171 7.0%	81 47.4%	90 52.6%	7.0%
					86 3.5%	27 31.4%	59 68.6%	
H24	2,703	1,406 52.0%	818 30.3%	274 10.1%	205 7.6%	93 45.4%	112 54.6%	7.6%
					98 3.6%	36 36.7%	62 63.3%	
H25	2,581	1,206 46.7%	843 32.7%	303 11.7%	229 8.9%	105 45.9%	124 54.1%	8.9%
					97 3.8%	35 36.1%	62 63.9%	

重症化しやすい LDL 160 以上

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		割合
					再)180以上	未治療	治療	再掲	割合	
H21	2,757	1,190 43.2%	734 26.6%	487 17.7%	346	326	20			12.5%
					125%	94.2%	5.8%	135	128	
H22	2,405	1,171 48.7%	616 25.6%	384 16.0%	234	218	16			9.7%
					9.7%	93.2%	6.8%	86	78	
H23	2,460	1,088 44.2%	643 26.1%	433 17.6%	296	278	18			12.0%
					12.0%	93.9%	6.1%	87	80	
H24	2,705	1,355 50.1%	684 25.3%	410 15.2%	256	231	25			9.5%
					9.5%	90.2%	9.8%	86	78	
H25	2,581	1,199 46.5%	695 26.9%	428 16.6%	259	235	24			10.0%
					10.0%	90.7%	9.3%	88	79	

図表 2 1 人工透析者数

年度	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
人工透析者数	7	10	11	12	13	13	14	15	15	17	17	18	25	27	30	34	36	42	48	58	61	69	97	97	101	110	111	110
原因疾患	腎炎他	7	10	11	12	13	13	14	14	16	16	16	19	21	22	26	26	31	33	39	41	45	70	70	69	73	77	75
	糖尿病性	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	6	6	8	8	10	11	15	19	20	24	27	27	32	37	34	35
	計	7	10	11	12	13	13	14	15	15	17	17	18	25	27	30	34	36	42	48	58	61	69	97	97	101	110	111
新規数 (対前年)	△	3	1	1	1	0	1	1	0	2	0	1	7	2	3	4	2	6	6	10	3	8	37	13	11	16	14	12
再掲)糖尿病性腎症	△	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	2	0	2	1	4	4	1	4	5	4	6	7	1	4
死亡・転出者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	13	7	7	13	13

(3) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となり、あるいは要介護状態になる原因疾患としては、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症があげられることが明らかになってきた。

血管性疾患の発症は、医療費や介護給付費の増加につながるだけでなく、発症した人の生活自立度を下げ、市民の QOL⁹の低下を招くことになる。

このような状況を踏まえ、平成 29 年度の達成目標を下記のとおり設定する。

⁹クォリティオブライフの略。「生活の質」と訳される。

【成果指標】

●医療費に占める入院医療費の割合の減少

※現状値の割合は図表 3 より記載

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	47.3%	45.8%

医療費に占める入院医療費の占める割合を福岡県と同じ水準（45.8%）に引き下げる。

●月 100 万円以上の高額レセプト件数に占める脳血管疾患の割合の減少

※現状値の割合は図表 9 より記載

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	10.8%	9.7%

脳血管疾患の 100 万円以上の高額レセプト件数割合を 10%減少する。

●月 100 万円以上の高額レセプト件数に占める虚血性心疾患の割合の減少

※現状値の割合は図表 9 より記載

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	8.7%	7.8%

虚血性心疾患の 100 万円以上の高額レセプト件数割合を 10%減少する。

●糖尿病性腎症による新規人工透析者数の増加の抑制

※現状値の割合は図表 21 より記載

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
年度累計	4 人	4 人

糖尿病性腎症による新規人工透析者数を現状維持の状態とする。

●65～74 歳の要介護認定者の血管疾患有病状況の減少

※現状値の割合は図表 9 より記載

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	88.3%	79.4%

血管疾患有病者数割合を 10%減少する。

②短期的な目標の設定

「医療制度改革大綱」（平成 17 年 12 月 1 日政府・与党医療改革協議会）において、平成 20 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備軍を 25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、各学会ガイドライン¹⁰に基づき抽出した重症化予防対象者に占める未治療者の割合を減少すること、そして重症化予防対象者の割合を減少させることを目指す。

また、生活習慣病は初期の段階では、自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状況に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防を行うことも重要と考える。

そのため、第 2 期特定健診等実施計画に定めた特定健診受診率、特定保健指導実施率の目標に準じ、短期的な目標として設定している。

【成果指標】

※対象：うきは市国保特定健診受診者

●高血圧症重症化予防対象者（Ⅱ度高血圧以上）の減少

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	4.6%	3.4%

高血圧症重症化予防対象者割合（Ⅱ度高血圧以上）を 25%減少する。

●脂質代謝異常重症化予防対象者（LDL コレステロール 180mg/dl 以上）の減少

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	3.4%	2.5%

脂質代謝異常重症化予防対象者割合を 25%減少する。

●糖尿病重症化予防対象者（HbA1c6.9 以上）の減少

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	4.7%	3.5%

糖尿病重症化予防対象者割合を 25%減少する。

¹⁰ 日本高血圧学会等により発行された日本における生活習慣予防、治療に関する指標となるもの。定期的
に改定版が発行されている。

●メタボリックシンドローム診断基準該当者の減少

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	16.1%	12.0%

メタボリックシンドローム診断基準該当者割合を 25%減少する。

●特定健康診査受診率

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	40.9%	60%
受診者数	2,581 人	3,595 人

第 2 期特定健康診査等実施計画に定めた目標達成を目指す。

●特定保健指導実施率

	現状値（平成 25 年度）	目標値（平成 29 年度）
割合	71.9%	80%
実施者数	251 人	573 人

第 2 期特定健康診査等実施計画に定めた目標達成を目指す。

4. 目標達成に向けた保健事業の実施

保健事業については、第 2 期特定健康診査等実施計画に定めている特定健診、特定保健指導、うきは市健康増進計画「健康うきは 2 1」に定めている各種保健事業を中心に次のとおり実施する。

1) 特定健康診査

(1) 実施形態

①個別健診

被保険者がかかりつけの病院で健診を受けることができるように、浮羽医師会・朝倉医師会管内の受託医療機関にて実施する。

②集団健診

集団健診については、健診実施機関に委託し、うきは市役所西別館、うきは市民ホールで実施する。

(2) 特定健診委託基準

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 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働局省令第 157 号、以下「実施基準」という。）第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められているため、その基準に基づき契約する。

(3) 自己負担

特定健診対象者である 40～74 歳のうきは市国民健康保険被保険者は、自己負担を無料としている（ただし、特定健診受診券及びうきは市国民健康保険被保険者証による資格の確認ができる場合に限る）。

19～39 歳のうきは市に住民票がある方については、集団健診において、自己負担は無料で受診する機会を提供する。

(4) 健診項目

国が実施基準で定める必須項目、医師の判断で実施する項目に加え、尿潜血、血清尿酸値、HbA1c、血清クレアチニン値、総コレステロールを追加で実施している。また、心電図検査については、重症化予防の観点から独自基準を定めている。（図表 22）

図表 22 うきは市における特定健康診査項目

○：全員 △：医師の判断、前年度検査結果より判断

区分		内容		
特定健康診査	基本項目	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票を含む）		○
		自覚症状及び他覚症状の検査		○
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	○
		血圧	収縮期血圧、拡張期血圧	○
		血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール	○
		肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP	○
		血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c	○
	尿検査	糖、蛋白	○	
	詳細項目	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	△
		心電図検査		△
眼底検査		△		
追加項目	尿酸、クレアチニン、尿潜血、総コレステロール		○	

詳細項目

項目	実施できる条件（判断基準）	
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図 眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び肥満の全てについて、次の基準に該当した者。	
	血糖	空腹時血糖が 100mg/d l 以上、Hb A 1 c が 5.2%以上
	脂質	中性脂肪 150mg/d l 以上、又はHDLコレステロール 40mg/d l 未満
	血圧	収縮期 130mmHg、又は拡張期 85mmHg 以上
肥満	腹囲が 85cm以上（男性）、90cm以上（女性）の者、又は腹囲が 85cm未満（男性）、90cm未満（女性）の者でBMIが 25 以上の者	

※心電図検査・微量アルブミン尿検査については、次のとおり独自基準を定め、実施する。

健診当日の血圧測定値がⅡ度高血圧以上(収縮期血圧 160mmHg 以上、または拡張期血圧 100mmHg 以上)の人に対し、検査を行う。血圧は2回測定し、いずれも基準に該当していた場合、対象者と判断する。

(5) 特定健診受診率向上策

特定健診受診率向上に向けた取り組みとして、次のような事業を実施する。

① 未受診者調査

未受診理由を調査し、調査結果に合わせた受診勧奨を実施する。また、地区ごとに集計を行い、地区の特性に応じ、医療機関や職域と連携した取り組みを企画する。

② 未受診者訪問

未受診者リストを作成し、健診日に合わせた未受診者訪問を実施する。未受診者には受診勧奨と併せ、未受診理由調査を行い、今後の受診率向上の取り組みに活用する。

③ 他の機関で実施した健診結果提出協力依頼の実施

未受診者訪問時、職場健診等、他機関で健診を受けている対象者を把握した場合は、健診結果の提供を求める。

④ 個別健診受診率向上

うきは市内の受託医療機関に対し、個別健診の実施について、引き続き協力を求める。

⑤ 特定健康診査と人間ドック等の同時実施事業の広報

広報等を利用し、特定健康診査と人間ドック等の同時実施事業について周知を行う。

2) 特定保健指導

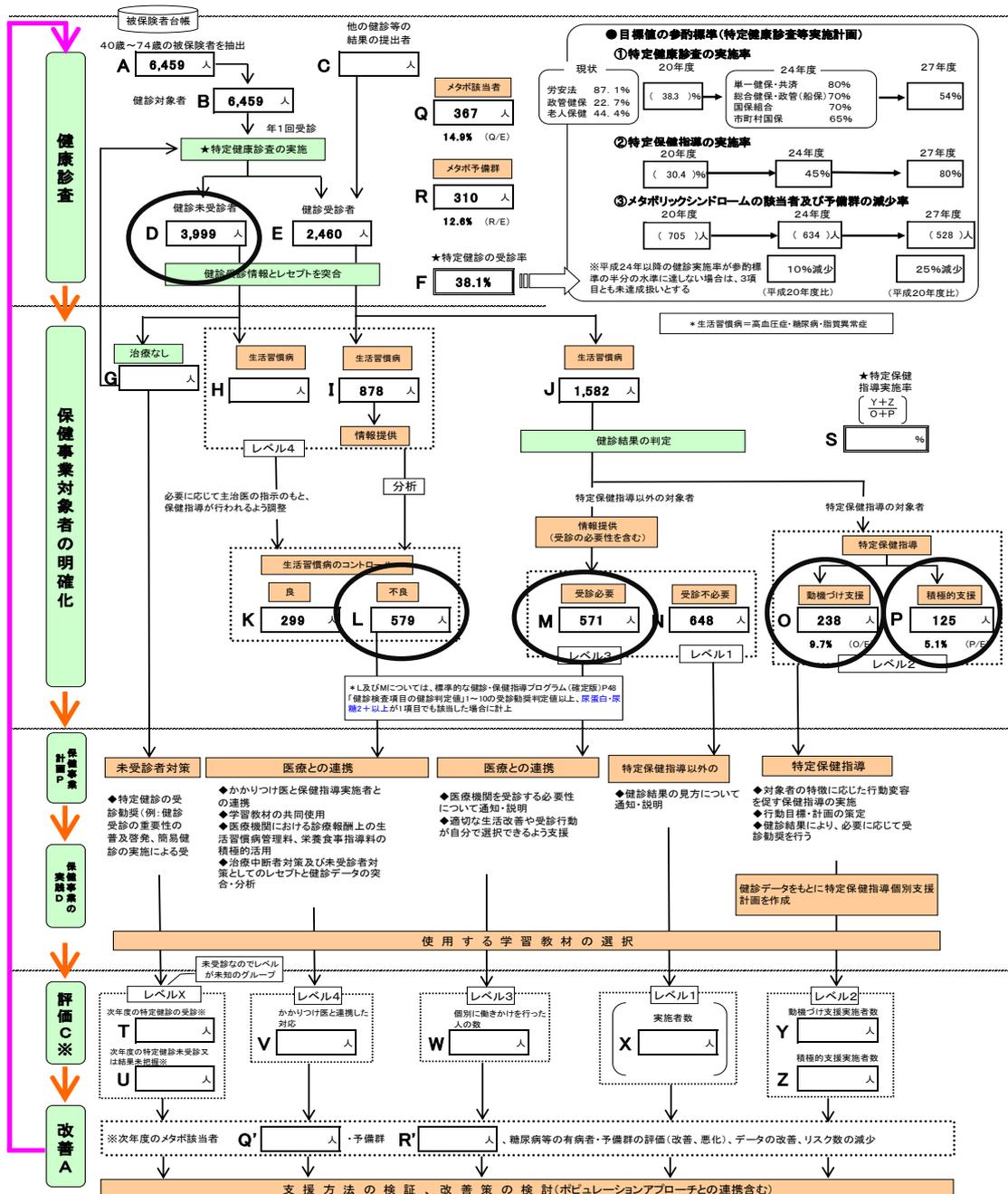
(1) 実施形態

特定保健指導については、国保・衛生部門において共同で実施する。

(2) 健診から保健指導への流れ

健診から保健指導実施へのフローチャートをもとに、保健指導対象者を明確化し、保健指導を実施する。(図表 23)

図表 23 健診から保健指導実施へのフローチャート (平成 23 年度実績)



(3) 保健指導対象者の選定と優先順位、支援方法

以下の表をもとに、保健指導対象者の優先順位を明確にし、保健指導を実施する。

(図表 24)

図表 24 保健指導対象者の優先順位を明確にする

優先順位	図表 21	保健指導レベル	支援方法	目標実施率
1	M L	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c6.9(NGSP)以上 ・血圧Ⅱ度以上 ・eGFR50 未満 (59 歳以下) ・eGFR40 未満 (60 歳以上) ・蛋白尿 2+以上 または、蛋白尿+かつ尿潜血+以上 ・LDL-C180 以上 ・尿酸 8 以上 ・中性脂肪 300 以上 <p>については 100%</p>
2	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ◆地域職域との連携 	80%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	20%

(4) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

専門職（保健師・管理栄養士・健康運動指導士）の分散配置や業務分担制の業務量の問題、専門職（保健師・管理栄養士・健康運動指導士）の年齢構成の偏り等で保健指導実施者の安定したマンパワーの確保が困難な状況にある。定例で開催されている専門職会議でそれぞれの部署で実施されている保健活動状況を共有し、保健活動の主幹となる保健指導実施者の人材確保策の検討を行い、体制整備につなげていく。

また、健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となる。

KDBでは、健診・医療・介護のデータを突合されていることから、集団・個人単位での優先的な課題設定を行うことができる。その資質向上のため、健診データ・レセプト分析から確実な保健・栄養・運動指導に結びつける研修に積極的に参加していく。

(5) 特定保健指導未利用者対策

平成24年度から、特定保健指導対象者には健診の結果を手渡し、保健指導を実施するようになり、特定保健指導初回面接実施率は大幅に上昇した。しかし、積極的支援対象者の中には日中連絡がとれない場合も多く、支援の継続が難しく、脱落者も多い状況であり、そのような場合には、時間外で電話連絡等を計画的に行う体制作りを行い、対応する。また、地域や職域と連携した取り組みを進め、勤労者世代の対象者が保健指導を受けやすい場を確保する。

3) がん検診

悪性新生物による死亡は、国、同規模自治体と比較し、高くなっている。国保医療費についても、入院医療費が県内でも高い水準になっていることから、がん検診の受診率向上によって、予防の取り組みを推進する必要がある。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため、予防が難しいと言われてきた。しかし、近年がんを発症させる原因になる生活習慣(喫煙、過剰飲酒、野菜・果物摂取不足、塩分の過剰摂取等)が潜んでいることが分かってきた。特定健診の間診結果をみると、喫煙率、毎日飲酒する人の割合、飲酒量は国、県、同規模自治体より高い水準にあるため、がんの発症リスクを下げるための生活習慣改善について、周知していく必要がある。(図表3)

がんを早期に発見し、早期治療につなげるがん検診については、集団検診方式で実施し、特定健診と同日に受診できる体制とする。集団検診は、吉井町、浮羽町の2箇所を実施する。

また、土日健診の開催、託児を実施する等、働く世代が検診を受けやすい環境整備を行う。

5. その他の保健事業の実施

生活習慣病予防・重症化予防を主とした事業だけでなく、母子保健事業や介護予防事業についても、最終的には「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」につながる事業であるため、目的や目標を共有し、推進する。

母子保健事業については、胎児の時から生活習慣病予防、介護予防事業では生活習慣病予防・重症化予防の観点をもった取組みを進める。

1) 母子保健事業

大人の生活習慣は、小児期の生活に大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れた生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的に、生活リズムは、生活リズムのコントロールをする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作っておくことが必要である。食は消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、好んで体を動かすようにしておくことが大切である。（図表 25）

このように親や成長を見守る人が、成長発達の原理を基本にした上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。

保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくことが重要となる。

例えば未熟児は、KDBによると一人あたりの医療費が高額であり、また将来的に生活習慣病の発症リスクが高いといわれている。未熟児を予防するには、妊娠期の健康管理や妊娠前の体重などが影響することから若年者のからだの理解が重要である。

なお、効果的に対象者に関わっていくために、親が子どものからだの原理や未熟児予防について理解するための資料を活用し実践していく。

- ・子どもノート
 - ・子どもの食ノート
 - ・未熟児ノート
 - ・妊婦ノート
- } 親が子どものからだの原理を理解する資料

図表 25 子どもの成長発達と保健課の事業

		2カ月	4カ月	7カ月	10カ月	1歳	1歳6カ月		3歳	幼稚園・保育所	学校	成人期
子どもの成長・発達	食	<p>離乳食 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。</p> <p>すい臓完成 すい臓は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。</p> <p>味覚の形成 酸味や苦み(野菜)は本能的に嫌いな味。体験で好む味に育つ。塩味も食体験で覚える。10歳頃に完成。</p> <p>3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取 4歳で大人と同じエネルギー配分になる。(糖質：たんぱく質：脂質＝60：15：25の比率)</p>										
	生活リズム	<p>生活リズムをコントロールする脳 生活リズムをコントロールする脳は4歳～5歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける。</p>										
	運動	<p>全身運動の基礎 月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使った遊びを好むようになる。 体を使う体験が少ないと、体を使う遊びを好まなくなる。</p>										
親が学習する機会	赤ちゃん訪問	乳児健診	乳児健診	乳児健診	乳児健診	乳児健診	1歳半児健診		3歳児健診			
<p>身長・体重の伸び(成長)と体格(身長と体重のバランス)をみていく</p>												

(1) 乳幼児健康診査

乳幼児健診は、4カ月児健診、7カ月児健診、10カ月児健診、12カ月児健診、1歳6カ月児健診、3歳児健診を集団健診で実施する。医師、歯科医師、歯科衛生士、臨床心理士、保育士、保健師、管理栄養士、看護師等の専門職が携わり、それぞれの年代の成長発達段階に応じた健診を行うとともに、児や保護者に健康増進のための情報を提供している。7カ月児健診・12ヶ月時健診では離乳食の試食を提供しており、離乳食の量や固さを確認できるよう努めている。

また、乳幼児健康診査は児の健康状態を把握することが主な目的となっているが、母親をはじめ保護者の健康状態を確認する機会でもある。

(2) 子育て相談（保健師、管理栄養士、保育士による相談事業）

乳幼児健診の結果に応じ、子どもの成長や発達に関する保健指導を行う場として、子育て相談を実施する。乳幼児の生活指導や発育、発達に関する相談、離乳食や食事指導等、乳幼児とその家族に関する相談に応じる。

(3) 離乳食教室（もぐもぐスクール）

乳幼児期の健康維持のためには、食生活の課題に合わせた指導が重要である。離乳食の初期段階を指導する離乳食教室（もぐもぐスクール）を実施し、乳幼児の発達に応じた離

乳食の必要性から調理方法や栄養摂取について指導を行う。

(4) 母親学級（カンガルースクール）

胎児が健康に育ち、母親の体を守るためには成長発達の理解や妊婦健診の結果の理解、個々の栄養状態に合わせた栄養面・運動面の指導が重要となる。妊婦健診結果からの最近の結果を把握し、参加を促していく。

(5) 母子手帳交付時の保健指導

母子手帳交付時に、低出生体重児を予防するために妊娠期の母体の変化や胎児の発育について説明する。また、妊娠期の食生活等の注意事項について説明し、妊娠をきっかけに自らの健康に目を向ける機会を提供できるよう支援する。

(6) 乳幼児家庭全戸訪問事業

うきは市に住民票を有するすべての子ども（出生～生後4ヶ月まで）の家庭訪問を実施している。助産師・保健師等が自宅まで伺い、子どもの身体計測・母親の体調確認・子育て相談やアドバイスに応じる。

(7) 低出生体重児訪問指導

平成25年度より低出生体重児の保健指導は、市で実施している。低出生体重児は将来の生活習慣病のハイリスク者であると同時に、様々な健康上の課題が生じてくる可能性がある。届出より把握した児については、現状を確認するとともに、早期に支援の必要性を判断する。また、低出生体重児を出産した母親についても様々な健康課題を持っている可能性がある。第2子以降の出生を視野に入れ、母親への保健指導を実施する。

(8) 乳幼児健診結果に基づく訪問指導

乳幼児健診の結果に応じ、子どもの成長や発達、生活に関する保健指導を行う必要がある場合、電話等で継続指導を行う。状況に応じ、保育園や療育相談事業、子育て支援センター等へつなぎ、継続的な支援を行う。

(9) 乳幼児健診未受診者把握

乳幼児健診の受診率は94～100%程度で推移しており、未受診者はかなり少ない状況である。しかし、未受診者の中には家庭環境等に課題を抱えている場合もある。未受診者の状況については、関係課との連携事業や家庭訪問等において全数把握に努めている。引き続き、未受診者状況の把握によって、課題の早期把握、対応を行う。

2) 介護予防事業

介護予防事業は、平成 28 年度より介護予防・日常生活支援総合事業に移行するが、基本的な取り組みとしては、脳血管疾患予防、認知症への早期対応を中心とした訪問を実施する。

高齢者が要介護状態となる二大疾患として、脳血管疾患と認知症があげられる。75 歳未満の要介護者データをみると脳血管疾患が多い特徴がある。また、基礎疾患では高血圧が多いため、脳血管疾患を発症しないような取り組みを進める。

脳血管疾患既往者は、要介護認定にはなっていないものの、軽度麻痺等の障がいがある人が多く、外出頻度が少なくなり、運動機能が低下することもある。運動機能を維持するための指導を合わせて実施することにより、閉じこもりから要介護状態となることを予防する。

3) その他の保健事業

地域や職域の団体等の協働で健診や保健指導体制を構築していくためには、地域・職域団体が実施するイベント等に協力することで、連携体制を作ることが不可欠となる。様々な取り組みの中で、健診や健康づくりの実践の必要性について、広く啓発する。

4) 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の減少割合を被保険者に通知していたが、今後は具体的な自己負担の差額に関して、通知を行う。また、後発医薬品の使用について、被保険者に広く普及活動を行う。

6. 保健事業実施体制

保健事業の実施については、地区の特性を把握した上で、それを生かした事業展開が求められる。特に生活習慣病予防対策については、地区住民の生活習慣や職業に付随する生活習慣等の特性を把握し、改善に向けた取り組みを検討する必要がある。

そのため、小学校区を単位とした保健師・管理栄養士等の地区担当性を導入し、次のとおり推進体制を構築する。

1) 地区担当保健師・管理栄養士等の役割

推進体制の要となる地区担当保健師・管理栄養士の役割を次のように定める。

(1) 健康課題の把握

各種健診結果等から把握したデータを分析し、地区の健康課題を把握する。また、その課題がどのような生活習慣を要因としたものなのかについて、分析、把握する。

(2) 健康課題に応じた保健指導の実施

地区の健康課題は、地域住民へ分かりやすく伝えると同時に、対象者だけでなく、家族を含めた保健指導ができるよう努める。

(3) 事業の総括と評価

各種健診(検診)受診率、保健指導実施状況等を集約し、1年間の取組みを評価する。評価結果は、次年度の事業へ反映する。

2) 小学校区を単位とした健康づくりを市民協働で進める事業

小学校区を単位とした事業については、次の2つの事業を基本とする。

(1) 乳幼児から高齢者までを対象とした保健指導の実施

各種健診結果等から保健指導が必要な対象者を選別し、地区担当保健師・管理栄養士等が保健指導を実施する。地区担当保健師・管理栄養士等が継続的に保健指導を行うことで、対象者個々の健康課題解決に向けた支援を行うと同時に、個々の支援の積み重ねによって、地区に共通する健康課題を把握する。

(2) 自治協議会とタイアップした事業の企画・実施

現在、校区や地区単位で行われている様々な事業を把握するとともに、今後は、自治協議会と協働で実施できるような、それぞれの地域の健康課題に合わせた効果的な事業を検討する。

3) 事業評価

地区ごとの1年間の取り組み状況を集約し、健診受診率、保健指導実施率、健診結果の改善率等で事業評価をする。評価結果をもとに、小学校区を単位とした事業全体の見直しを行う。

7. 関係課との連携体制

うきは市は国保部門に保健師等の専門職が配置されていないため、特定健診・保健指導においては衛生部門の保健師・管理栄養士が事業を担当している。データヘルス計画策定作業において、今後も連携を強化するとともに、介護部門等関係部署と共通認識をもって、課題解決に取り組むものとする。

疾病の維持・改善のためには保健指導・栄養指導だけでなく、かかりつけの医師との連携も必須となってくる。糖尿病や高血圧症は症状がないために、治療を自己中断してしまう方が多い。まずは、受診勧奨を徹底するとともに、治療を中断せず継続できるように支援していく必要がある。また、未治療や治療中断することが合併症の増加につながることは明確であるため、

治療を継続し、良好な状態の維持・管理を医療機関と一体となって努めるものとする。さらに、重症者のうち経済的な理由で治療を中断した方もいるので、貧困であっても医療を継続する必要性を理解し、福祉事務所と連携できる体制づくりも必要であるとする。

8. 計画の評価方法

目標値の評価については、KDBの情報を活用し、毎年行う。データは国、県、同規模自治体の状況と併せ、経年比較し、評価する。各事業の評価としては、地区担当保健師等がとりまとめた地区別評価等も勘案することとする。

また、評価結果については、うきは市健康づくり推進協議会に諮り、意見を求める。協議の場に出された意見については、事業計画見直しの際、参考とする。

9. 計画の見直し

計画の見直しは、最終年度となる平成29年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。

KDBに毎月健診・医療・介護のデータが記載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は保健指導に関わる保健師・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分について定期的に行う。

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。特に直ちにに取り組むべき課題を解決するための重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、共通認識を図るものとする。

10. 計画の公表・周知

策定した計画は、市の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するために報告書を作成する。