

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
及び
第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月
うきは市

目次

第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

1 背景	1
2 計画の目的・位置付け	2
3 計画期間	2
4 関係者が果たすべき役割と連携	5

第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1 第1期計画の概要	6
2 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)	9
3 保険者努力支援制度	22

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1 分析結果に基づく課題の明確化	23
2 成果目標の設定	25

第4章 保健事業の内容

1 特定健診未受診者対策	26
2 特定保健指導事業	26
3 糖尿病性腎症重症化予防事業	27

第5章 地域包括ケアシステム構築に係る取組

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期	29
2 評価方法・体制	29

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知	31
2 個人情報の取り扱い	31

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

- 1 特定健康診査の基本的考え方 32
 - 2 特定保健指導の基本的考え方 32
-

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

- 1 特定健康診査等実施計画について 33
 - 2 健診・保健指導実施の基本的な考え方 33
 - 3 目標の設定 33
 - 4 対象者数の見込み 34
 - 5 特定健診の実施 34
 - 6 保健指導の実施 37
-

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

- 1 特定健診・保健指導のデータ形成 41
 - 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について 41
 - 3 特定健診等データの情報提供及び照会 41
 - 4 個人情報保護対策 41
 - 5 被保険者への結果通知様式 41
-

第4章 結果の報告 42

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知 42

第 1 編 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

1. 背景

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

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

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

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

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

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

※2 日本再興戦略(H25.6 閣議決定)

全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進。

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

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

※4 経済財政運営と改革の基本方針 2015

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

2. 計画の目的・位置付け

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

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

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

3. 計画期間

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

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

※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としている。

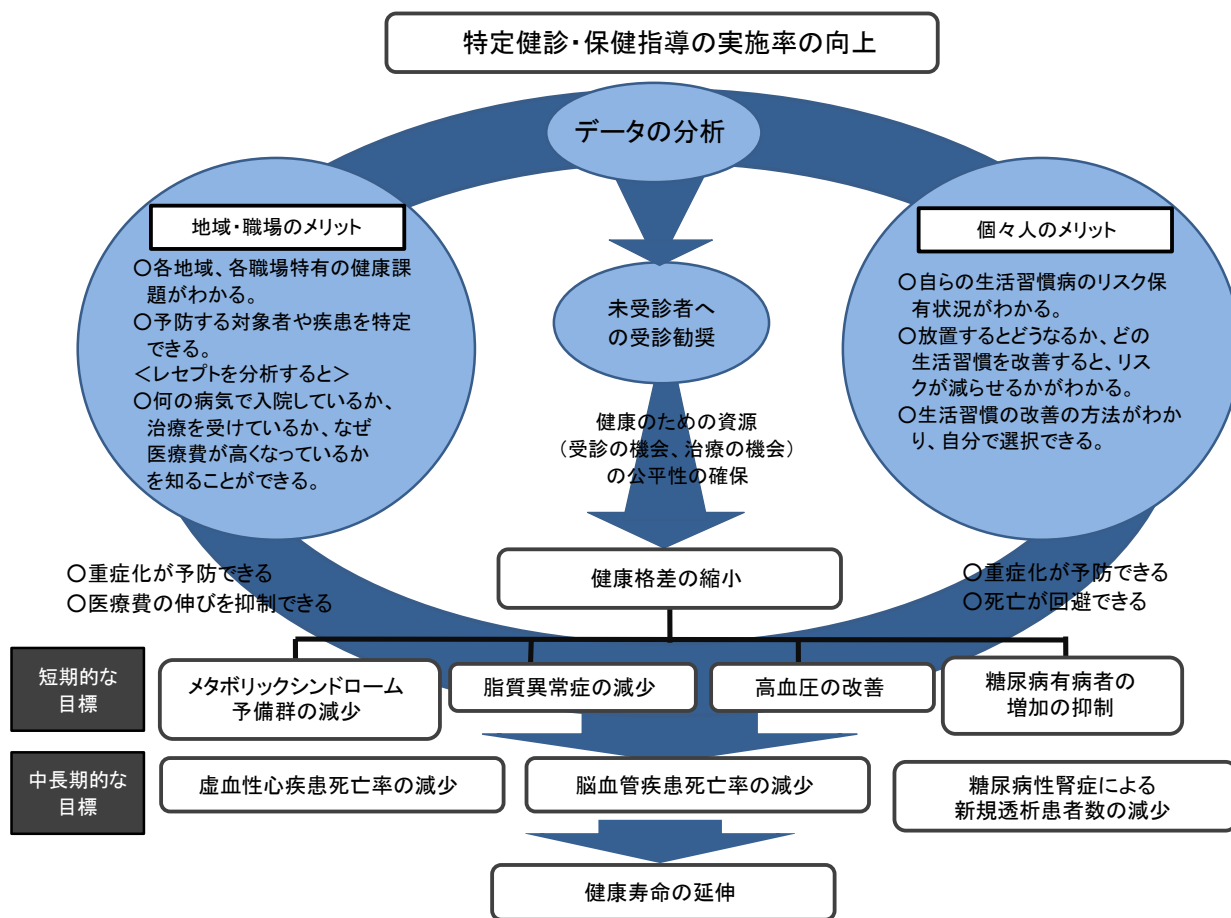
図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

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

保険者努力支援制度

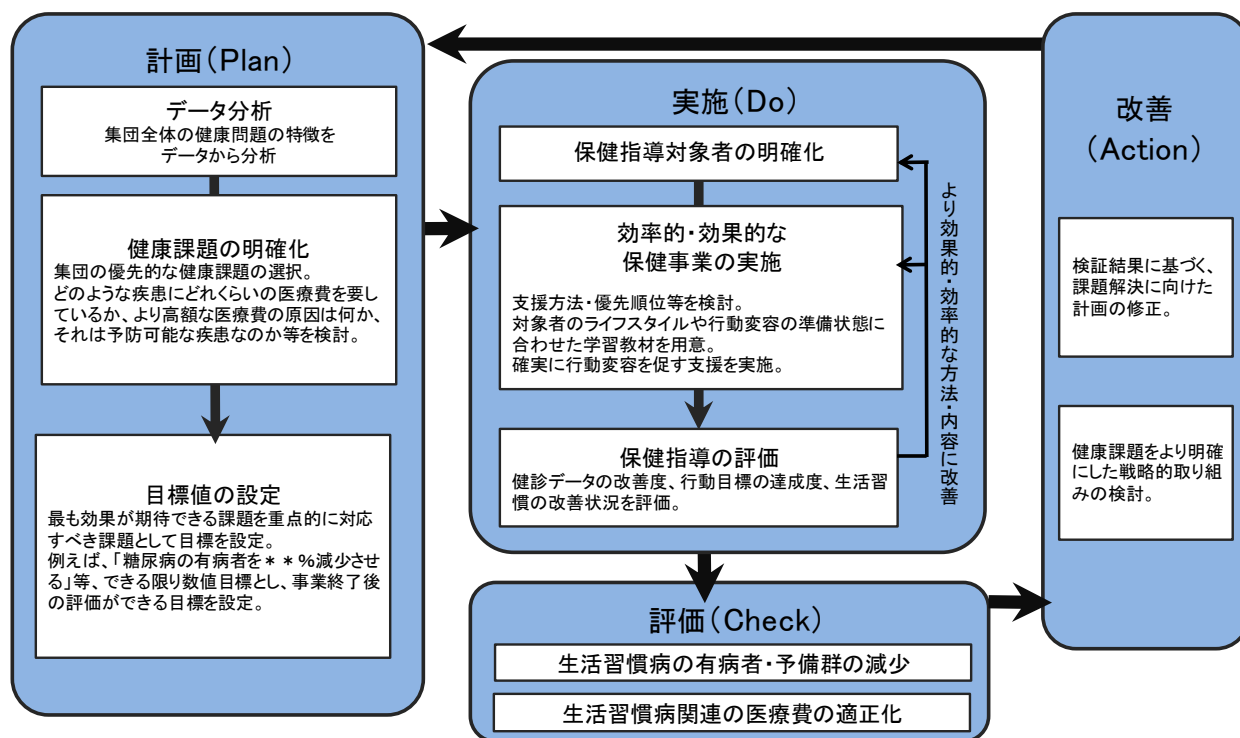
【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定

図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第 2 次)



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版） 図-1

図表 3 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版） 図-3

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

市民生活課国保・年金係が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータヘルス計画を策定する。また事業の実施にあたっては、それぞれの担当課が計画に基づき実施する。

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

データヘルス計画を実践するには、市民生活課国保・年金係と特定保健指導を実践する食育・健康対策係の連携が必要なことから、年2回程度の連携推進会議を開催する。

また現在、特定健診受診者の中で、重症化予防対象者には将来、後期高齢者医療に移行する方がおられるため、介護・高齢者支援係との連携会議を開催する。

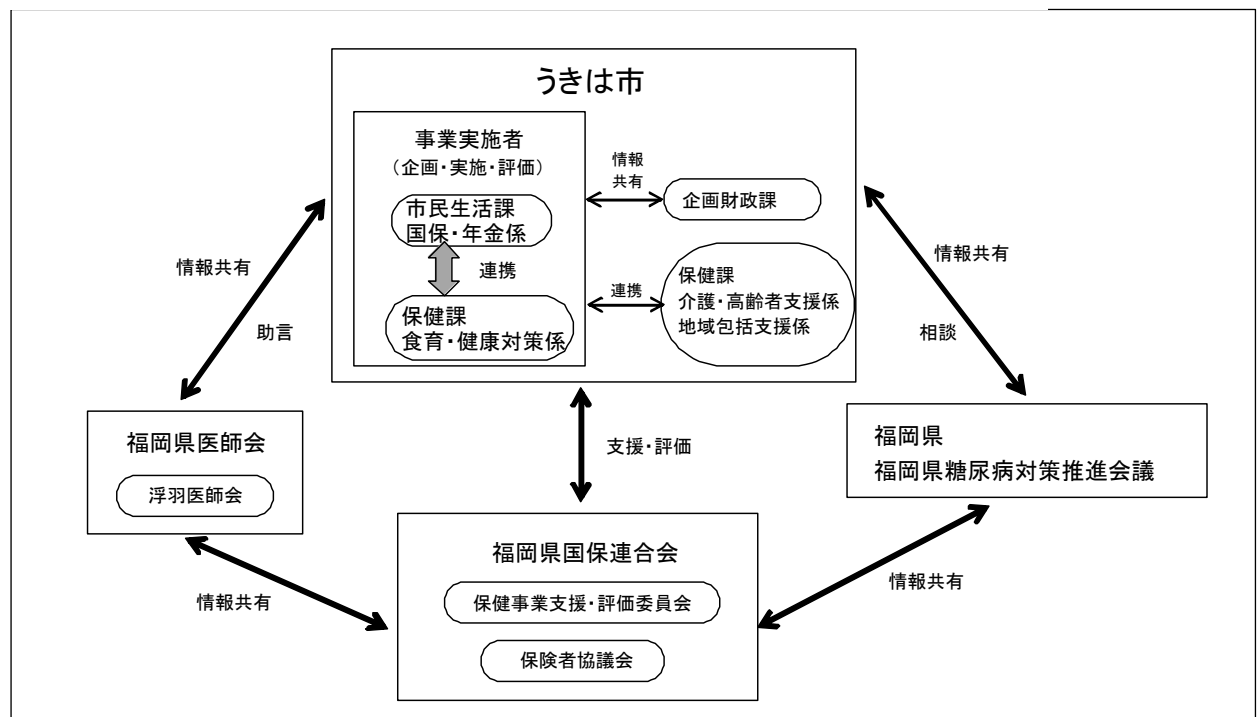
2) 外部有識者等の役割

データヘルス計画を円滑に実践するためには、医師会や県の支援体制が必要なことから、医師会の協力を得て、重症化予防連携会議を行う。また、うきは市健康づくり健康推進協議会を利用しながら、データヘルス計画の評価・報告を行い、住民への周知を図る。

3) 被保険者の役割

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

図表 4 うきは市の実施体制図



第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1. 第1期計画の概要

1) 計画期間

本市は平成26年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成27年度から平成29年度として、各種保健事業を実施してきた。

2) 短期目標と中長期目標

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

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QOL¹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。

【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（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（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（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。

¹クオリティオブライフの略。「生活の質」と訳される。

●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（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（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²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。

² 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。

【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。

●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。

2. 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)

1) 全体の基礎統計

本市は、人口 29,509 人、高齢化率 31.9%である(平成 27 年度国勢調査)。同規模、福岡県、国と比較しても高齢化が進んでいる。

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

本市の国保加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 4 割を占めている。(図表 6)

市内に 3 つの病院、29 の診療所があり、これはいずれも同規模平均と比較して多く、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模及び福岡県と比較して高い。(図表 7)

図表 5 うきは市の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳) 男性/女性	健康寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
									第1次	第2次	第3次
うきは市	29,509	31.9	8,354 (28.3)	52.0	8.2	15.2	79.2 86.9	65.3 66.9	15.8	26.5	57.7
同規模	68,194	27.9	16,811 (24.7)	53.2	7.8	10.9	79.2 86.4	65.1 66.8	11.3	27.6	61.1
福岡県	5,038,664	25.9	1,209,883 (24.0)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	125,640,987	26.4	32,425,944 (26.3)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

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

図表 6 国保の加入状況

項目		25年度		26年度		27年度		28年度	
		実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
被保険者数		9,562		9,190		8,850		8,472	
65～74歳		3,169	33.1	3,308	36.0	3,297	37.3	3,317	39.2
40～64歳		3,651	38.2	3,399	37.0	3,215	36.3	2,996	35.4
39歳以下		2,742	28.7	2,483	27.0	2,338	26.4	2,159	25.5

図表 7 医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		(参考)28年度			
									同規模平均		福岡県	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
病院数	3	0.3	3	0.3	3	0.3	3	0.4	883	0.4	460	0.4
診療所数	28	2.9	28	3.0	29	3.3	29	3.4	6,529	2.9	4,587	3.8
病床数	389	40.7	389	42.3	366	41.4	366	43.2	135,296	59.8	86,071	70.4
医師数	45	4.7	45	4.9	45	5.1	44	5.2	16,982	7.5	15,660	12.8
外来患者数	705.7		726.8		729.6		729.7		698.5		686.6	
入院患者数	25.6		24.2		24.9		25.7		23.6		22.3	

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

2) 短期目標の達成状況と課題

① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、制度のスタートした平成 20 年度より 38%前後で現在も推移している。(図表 8)また、これまで若年者の受診率を伸ばすことに重点をおいて個別アプローチによる受診勧奨を実施してきており、一部では増加がみられるものの、なお低迷している。(図表 9)

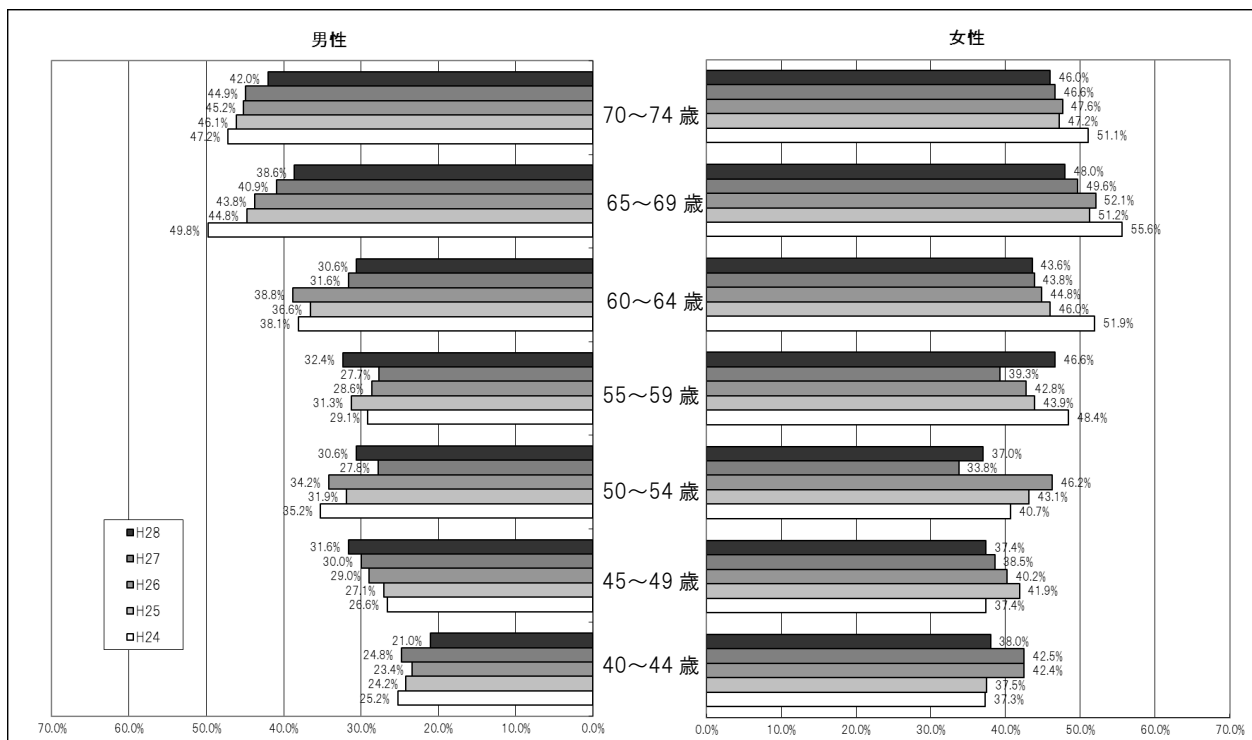
特定保健指導については平成 28 年度 91.6%と、以前と比べて減少はしているものの、第 2 期特定健診等実施計画の目標値は達成しているが、平成 25 年度からは受診者に占める特定保健指導該当者の割合は変化がみられない。(図表 8)

図表 8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	参考 29年度目標値
特定健診	受診者数	2,608	2,581	2,523	2,344	2,228	実施中	健診受診率 60%
	受診率	38.3	40.9	40.7	38.6	38.2		
	県内順位	9	9	12	19	18		
特定 保健指導	該当者数	481	349	308	284	286	実施中	特定保健指導 実施率 80%
	割合	18.4	13.5	12.2	12.1	12.8		
	実施者数	146	253	252	264	262		
	実施率	30.4	72.5	81.8	93	91.6		
	県内順位	37	11	5	3	3		

出典：特定健診法定報告データ

図表 9 年代別特定健診受診率の推移



出典：保健指導支援ツール(平成 24~28 年度受診結果)

②特定健診未受診者の状況

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

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「治療なし」の者であり、40～64 歳では特定健診対象者の 32.8%、65 歳以上でも 12.0%を占めている。

「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳合わせると健診受診者総数を上回る 2,425 人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者(1 項目でも受診勧奨値有)であり、「治療中で健診未受診」の者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。(図表 11)また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診の方が 31,940 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表 12)

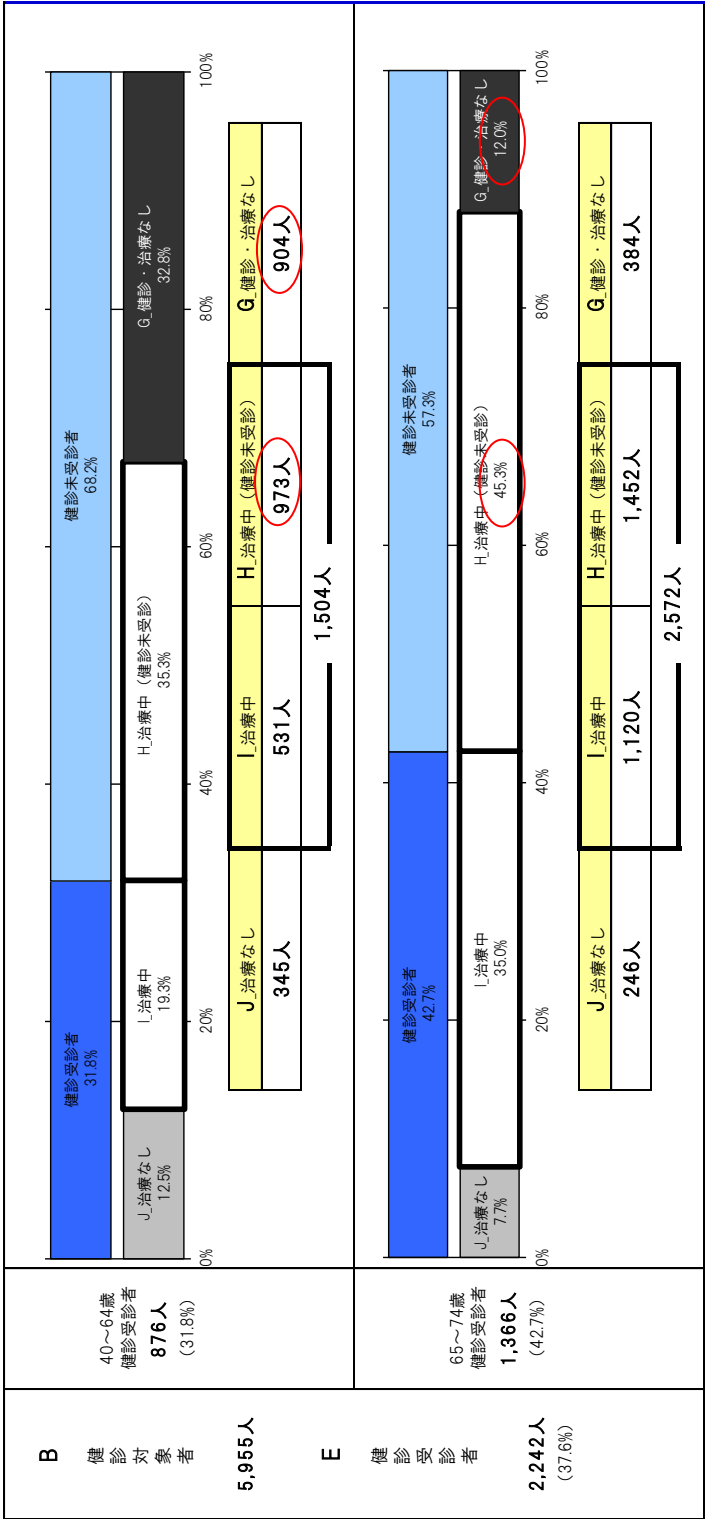
図表 10 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				3,558 人	100.0%	3,028 人	85.1%	530 人	14.9%	
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	885 人	24.9%	734 人	24.2%	151 人	28.5%
		腹囲		男性85以上 女性90以上	1,156 人	32.5%	959 人	31.7%	197 人	37.2%
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	686 人	19.3%	559 人	18.5%	127 人	24.0%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	370 人	10.4%	318 人	10.5%	52 人	9.8%
				(再掲) 7.0以上	174 人	4.9%	147 人	4.9%	27 人	5.1%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	112 人	3.1%	83 人	2.7%	29 人	5.5%
			拡張期	100以上	68 人	1.9%	49 人	1.6%	19 人	3.6%
			計	148 人	4.2%	109 人	3.6%	39 人	7.4%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	402 人	11.3%	321 人	10.6%	81 人	15.3%	
腎機能		尿蛋白		2+ 以上	47 人	1.3%	37 人	1.2%	10 人	1.9%
		eGFR		50未満 70歳以上は40未満	74 人	2.1%	59 人	1.9%	15 人	2.8%
		尿酸		8.0以上	105 人	3.0%	77 人	2.5%	28 人	5.3%

* 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

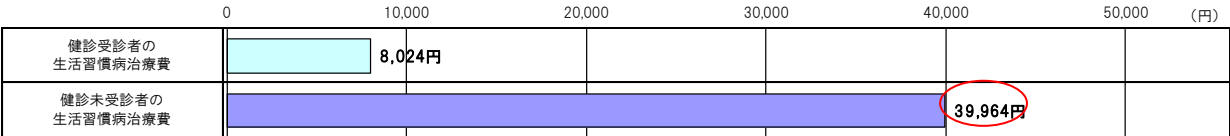
出典：保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



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

図表 12 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 短期的な疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の状況

糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者を見ると、被保険者に占める患者の割合は増えているものの、特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の該当者は減少している。しかし、HbA1c7.0%以上、Ⅲ度高血圧以上の未治療者の割合は増えている。(図表 13・14・15)

また保健指導支援ツールを用いて関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者数を算出すると健診受診者の 26.5%(未治療者の 17.1%、治療者の 39.4%)が該当している。更に、重症化予防対象者とされる未治療者の 61.4%が既に心電図所見や CKD(腎臓専門医受診対象者)があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要である。(図表 16)

同ツールを用い、糖尿病性腎症重症化予防の観点から糖尿病の実態を見てみると、40～74 歳の糖尿病患者は 9.8%で、そのうち 6.1%に糖尿病性腎症の診断がある。特定健診結果で糖尿病(型)は受診者の 10.0%でそのうち未治療(HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上)が 31.1%を占めている。治療者の約 51.0%は HbA1c7.0 以上であり、糖尿病学会の示した合併症予防のための目標値を達成できていない。また、特定健診で糖尿病(型)のうち、既に尿蛋白や eGFR に所見がある者が 19.8%存在している。(図表 17)

図表13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)		糖尿病 患者数 (様式3-2)		40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再掲			
					被保険数		患者数	被保険数		患者数					HbA1c7.0以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/I	
25年度	6,936	895	12.9	3,894	349	9.0	3,042	546	17.9	2,581	40.9	229	8.9	97	3.8	35	15.3	
28年度	6,515	851	13.1	3,204	267	8.3	3,311	584	17.6	2,228	38.2	135	6.1	72	3.2	24	17.8	

図表14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)		高血圧 患者数 (様式3-2)		40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
					被保険数	患者数	D/C	被保険数	患者数	F/E					Ⅲ度高血圧		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/I	
25年度	6,936	2,186	31.5	3,894	817	21.0	3,042	1,369	45.0	2,581	40.9	118	4.6	11	0.4	9.0	7.6	
28年度	6,515	2,077	31.9	3,204	601	18.8	3,311	1,476	44.6	2,228	38.2	66	3.0	9.0	0.4	6.0	9.1	

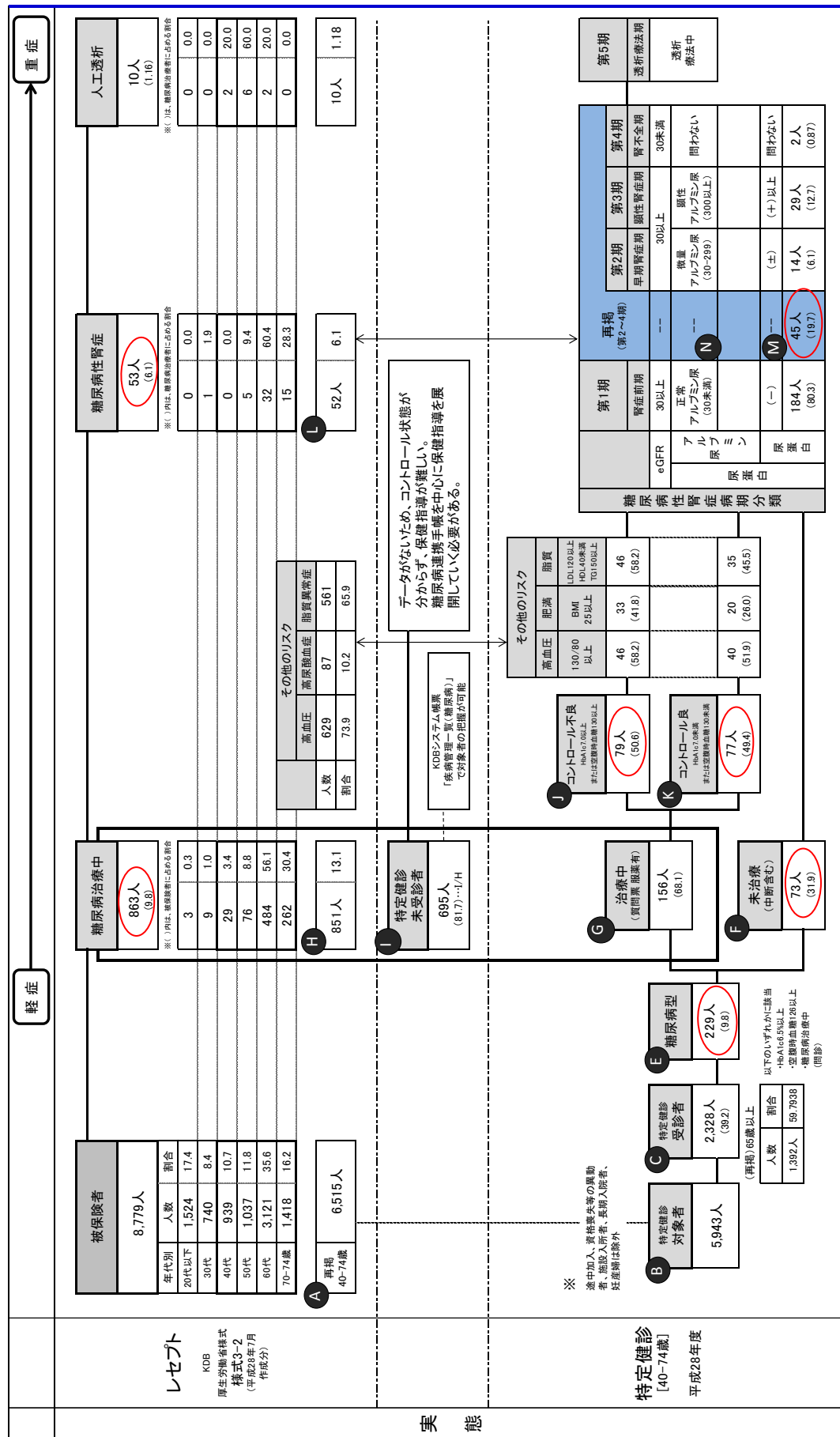
図表15 脂質異常症

図表15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)	脂質異常症 患者数 (様式3-2)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再掲			
					被保険数		患者数	被保険数		患者数					LDL-C180以上 未治療者			
		A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E			G	H	I	I/G	J	J/G
25年度	6,936	1,577	22.7	3,894	601	15.4	3,042	976	32.1	2,581	40.9	259	10.0	88	3.4	79	30.5	
28年度	6,515	1,565	24.0	3,204	501	15.6	3,311	1,064	32.1	2,228	38.2	198	8.9	61	2.7	54	27.3	

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

図表 17 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態



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

3) 中長期的目標の達成状況

①医療の状況

本市の一人当たり医療費(月額)は 29,165 円と同規模平均、福岡県、国と比較しても高い状況となっている。医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数の割合も他と比較して高く、1 件あたりの在院日数も長い。(図表 18)

本市の 28 年度医療費総額は約 30 億円で、平成 25 年度と比較すると、入院費用額で約 1,500 万円減少している。一人当たり医療費は、全体では 29,165 円で 25 年度と比較すると 1,743 円増加(+6%)しており、入院では 164 円の増加(+1.2%)、入院外では 1,579 円の増加(+10.9%)となっている。(図表 19・20)

図表 18 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		うきは市	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		29,165 県内13位 同規模95位	25,582	25,927	24,253
受診率		755.392	708.019	708.878	686.501
外来	費用の割合	55.0	59.3	54.9	60.1
	件数の割合	96.6	97.2	96.9	97.4
入院	費用の割合	45.0	40.7	45.1	39.9
	件数の割合	3.4	2.8	3.1	2.6
1件あたり在院日数		18.3日	16.2日	16.9日	15.6日

図表 19 総医療費(入院・外来)の変化

	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
25年度	3,201,555,400	—	1,514,726,880	—	1,654,599,700	—
28年度	3,024,656,720	△87,253,830	1,362,484,780	14,757,750	1,662,171,940	△102,011,580

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 20 一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費(円)			25年度比(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	うきは市	27,422	12,974	14,448			
	同規模	25,764	11,131	14,633			
	県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,779	9,229	13,550			
28年度	うきは市	29,165	13,138	16,027	106.4	101.3	110.9
	同規模	27,773	11,983	15,790	107.8	107.7	107.9
	県	25,927	11,703	14,224	105.4	103.9	106.6
	国	24,253	9,671	14,582	106.5	104.8	107.6

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※一人当たり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者総数で除して算出

② 最大医療資源傷病名による分析(中長期的疾患及び短期的な疾患)

データヘルス計画における対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が総額に占める割合は本市 20.3%で平成 25 年と比較すると減少している。また疾患別に見ると、全国と比較して、慢性腎不全(透析あり)が少ないのは、65 歳以上の前期高齢者が後期高齢者医療へ異動していることが背景にあると考えられる。(図表 21)本市の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別人工透析患者数を見ると、65 歳以上の人工透析患者の医療保険はほとんどが後期高齢者医療である。(図表 22)

図表 21 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(25 年度・28 年度比較)

市町村名		一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
					(透析有)	(透析無)										
うきは市	25年度	27,422	92位	17位	2.12%	0.27%	3.96%	2.26%	4.86%	6.70%	3.21%	748,444,450	23.38%	10.78%	13.00%	8.20%
	28年度	29,165	95位	13位	2.23%	0.38%	2.30%	1.83%	5.02%	5.78%	2.76%	613,711,420	20.29%	13.29%	13.72%	8.70%
国	28年度	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	--	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県		25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	--	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 22 年代別透析患者数の推移(25 年度・28 年度比較)

	人工透析 患者数	40歳 未満	40～64 歳	65～74 歳	(参考)
					後期 (65～74歳)
25年度	18人	1人	16人	1人	20人
28年度	16人	0人	15人	1人	30人

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

③ 高額になる疾患及び長期化する疾患について

ア 高額(80 万円以上/件)になる疾患

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

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数と費用額ともに約 12%を占めている。また脳血管疾患による高額レセプトは 38 件に対して患者数は 15 人であり、複数月高額レセプトになっている。(図表 23)

イ 長期(6 ヶ月以上)の入院

長期入院の件数の 72.8%、費用額の 65.2%を統合失調症等の精神疾患が占める。また 21.4%は脳血管

疾患、4.8%は虚血性心疾患を併発している。(図表 24)

ウ 人工透析の状況

本市国保被保険者の人工透析患者は 15 人前後を推移しており、人工透析患者の 18.8%が脳血管疾患、12.5%が虚血性心疾患を合併している。また 62.5%に糖尿病の診断がある。(図表 25)

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 3,334 人であり、重症化した状態である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は、生活習慣病治療者全体のうち、それぞれ 9.4%、11.9%、1.6%を占める。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに基礎疾患として、高血圧は 74.8%、糖尿病が 33.6%、脂質異常症は 51.3%が併せ持っている。(図表 26)

図表 23 厚生労働省様式 1-1_高額になる疾患(80 万円以上レセプト)

	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
人数	283 人		15 人		17 人		73 人		191 人	
			5.3%		6.0%		25.8%		67.5%	
件数	517 件		38 件		23 件		145 件		311 件	
			7.4%		4.4%		28.0%		60.2%	
	年代別	40歳未満	4	10.5%	0	0.0%	3	2.1%	42	13.5%
		40代	1	2.6%	0	0.0%	1	0.7%	28	9.0%
		50代	3	7.9%	3	13.0%	25	17.2%	60	19.3%
		60代	24	63.2%	14	60.9%	84	57.9%	113	36.3%
		70-74歳	6	15.8%	6	26.1%	32	22.1%	68	21.9%
費用額	7億4465万円		4861万円		3373万円		1億9423万円		4億6808万円	
			6.5%		4.5%		26.1%		62.9%	

* 最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

図表 24 厚生労働省様式 2-1 長期入院(6 ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	84 人	60 人	18 人	4 人
		71.4%	21.4%	4.8%
件数	768 件	559 件	139 件	43 件
		72.8%	18.1%	5.6%
費用額	3億3293万円	2億1704万円	6993万円	1792万円
		65.2%	21.0%	5.4%

* 精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

図表 25 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5 診療分	人数	16人	10人 62.5%	3人 18.8%	2人 12.5%
H28年度 累計	件数	193件	112件 58.0%	40件 20.7%	40件 20.7%
			5239万円 45.5%	2328万円 20.2%	1720万円 14.9%
	費用額	1億1511万円			

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

図表 26 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		中長期的な疾患			短期的な疾患		
		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	高血圧症	糖尿病	脂質異常症
3334人		318人 9.40%	403人 11.90%	53人 1.60%	2015人 60.40%	898人 26.80%	1581人 47.40%
の基 重 礎 な 疾 り 患	高血圧	238人 74.80%	338人 83.90%	42人 79.20%	—	630人 70.20%	1125人 71.20%
	糖尿病	107 33.60%	160 39.70%	53 100%	630 31.30%	—	601 38%
	脂質 異常症	163人 51.30%	263人 65.30%	39人 73.60%	1125人 55.80%	601人 66.90%	—

④ 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症(人工透析)の新規患者の状況

脳血管疾患と虚血性心疾患の新規患者の状況を見ると、診断された同月に入院されているケースが新規患者数の1～2割を占めており、更にその方の健診受診歴を確認すると7割近くが過去3年間に於いて全く健診を受診されていなかった。(図表 27・28)

人工透析においては、平成28年度の新規患者の91.7%は基礎疾患として糖尿病を持っており、新規導入患者の83.5%が過去3年間健診受診歴がなかった。(図表 29)

図表 27 脳血管疾患

	被保険者 数	脳血管疾患 患者数 (様式3-5)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	9562	356	3.7	225	63.2	68	30.2	44	64.7
26年度	9190	349	3.8	191	54.7	64	33.5	38	59.4
27年度	8850	350	4.0	163	46.6	49	30.1	33	67.3
28年度	8472	318	3.8	181	56.9	68	37.6	49	72.1

図表 28 虚血性心疾患

	被保険者数	虚血性心疾患患者数 (様式3-5)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	9562	435	4.5	204	46.9	52	25.5	39	75.0
26年度	9190	438	4.8	168	38.4	51	30.4	28	54.9
27年度	8850	412	4.7	160	38.8	41	25.6	25	61.0
28年度	8472	103	1.2	161	156.3	46	28.6	30	65.2

図表 29 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		新規患者数		糖尿病あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	9562	18	0.19	2	11.1	2	100.0	2	100
26年度	9190	14	0.15	3	21.4	3	100.0	2	67
27年度	8850	16	0.18	9	56.3	6	66.7	4	67
28年度	8472	16	0.19	5	31.3	5	100.0	5	100

出典: KDB システム帳票

厚生労働省様式 3-5～3-7(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分))

厚生労働省様式 1-1(年度累計)

保健事業等評価・分析システム 新規患者数

⑤ 介護の状況

本市の要介護認定者は第 1 号(65 歳以上)被保険者で 1,644 人(認定率 18.6%)、第 2 号(40～64 歳)被保険者で 29 人(認定率 0.3%)と同規模保険者より低い。

本市の介護給付費は約 23 億 4305 万円で、25 年度と比較すると 1 件当たり給付費は減少しており、同規模平均と比較すると低い傾向にある。

また有病状況を見ると、高血圧症、心臓病、脳疾患、筋・骨格、精神が同規模と比較して高く、近年、糖尿病、脂質異常症が増加傾向にある。(図表 30)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点に年代別で見ると、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患、腎不全の循環器疾患が上位を占めており、特に脳血管疾患は第 2 号被保険者で 7 割以上、第 1 号被保険者でも約 5 割の有病状況となっている。基礎疾患である糖尿病等血管疾患の有病状況は全体で 9 割以上と非常に高い割合となっている。(図表 31)

図表 30 要介護認定者の経年推移

項目		25年度		26年度		27年度		28年度		(参考値)28年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模平均	福岡県
		27億5115万円		25億2401万円		23億9163万円		23億4305万円		-	-
1号認定者数(認定率)		1,616	18.3	1,640	18.7	1,586	18.7	1,644	18.6	20.5	23.1
	新規認定者	31	0.3	40	0.3	35	0.3	25	0.3	0.3	0.3
2号認定者		40	0.4	38	0.4	32	0.3	29	0.3	0.4	0.4
1件当たり給付費(全体)		73,425		66,490		63,932		63,856		66,717	57,450
	居宅サービス	43,983		44,756		43,685		44,106		41,744	39,185
	施設サービス	278,643		281,085		272,791		272,638		278,164	285,501
有病状況	糖尿病	299	18.4	316	17.8	320	19.4	341	19.9	22.3	22.0
	高血圧症	977	58.1	970	57.5	964	58.6	990	58.8	54.6	54.0
	脂質異常症	388	23.5	432	24.3	437	26.4	465	26.6	28.4	29.8
	心臓病	1,098	65.7	1,089	64.7	1,073	65.2	1,104	65.6	62.5	61.2
	脳疾患	498	30.5	515	29.9	494	30.5	500	29.4	27.9	26.9
	がん	163	9.9	156	9.7	167	9.4	169	10.1	10.3	11.5
	筋・骨格	936	55.4	950	56.3	943	57.7	957	56.9	54.1	54.6
	精神	627	37	625	37.3	613	37.6	669	38.4	37.8	37.2
要介護認定別		認定あり	97,320	94,010	92,560	91,080	82,810	86,510			
医療費(40歳以上)		認定なし	41,970	42,660	44,170	43,700	40,370	40,740			

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 31 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

受給者区分				2号		1号				合計			
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定・レセプト突合状況	介護件数(全体)			29		143		2,898		3,194		3,258	
	再)国保・後期			18		113		2,725		2,964		2,998	
	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
	循環器疾患	1	脳卒中	14 77.8%	脳卒中	61 54.0%	脳卒中	640 45.1%	脳卒中	701 45.7%	脳卒中	715 46.1%	
		2	虚血性心疾患	9 50.0%	虚血性心疾患	30 26.5%	虚血性心疾患	582 41.0%	虚血性心疾患	612 39.9%	虚血性心疾患	621 40.0%	
		3	腎不全	1 5.6%	腎不全	11 9.7%	腎不全	154 10.8%	腎不全	165 10.8%	腎不全	166 10.7%	
	基礎疾患 (*2)		糖尿病	10 55.6%	糖尿病	62 54.9%	糖尿病	562 39.6%	糖尿病	624 40.7%	糖尿病	634 40.9%	
			高血圧	14 77.8%	高血圧	88 77.9%	高血圧	1,196 84.2%	高血圧	1,284 83.8%	高血圧	1,298 83.7%	
			脂質異常症	11 61.1%	脂質異常症	65 57.5%	脂質異常症	763 53.7%	脂質異常症	828 54.0%	脂質異常症	839 54.1%	
	血管疾患合計			合計	17 94.4%	合計	104 92.0%	合計	1,333 45.1%	合計	1,437 93.7%	合計	1,454 93.7%
認知症			認知症	3 16.7%	認知症	24 21.2%	認知症	641 45.1%	認知症	665 43.4%	認知症	668 43.1%	
筋・骨格疾患			筋骨格系	16 88.9%	筋骨格系	97 85.8%	筋骨格系	1,329 93.6%	筋骨格系	1,426 93.0%	筋骨格系	1,442 93.0%	

出典:KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況

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

3. 保険者努力支援制度

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

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

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

本市の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 1,192 位と下位に位置している。しかし、特定健診及び保健指導は、県を上回り、重症化予防対策として連携パスを実施し、主治医との連携を密にし、糖尿病重症化予防と高血圧の抑制に取り組んでいる。(図表 32)

図表 32 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標		前倒し実施分				30年度 配点
		28年度 配点	実績			29年度 配点
			全国	福岡県	うきは市	
総得点(満点)		345				580
総得点(体制構築加算70点を除く)		275	128.67	146.03	105	510
交付額		--	--	--	355.7万円	
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	408.7円	
全国順位(1,741市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位		--	--	17位	1,192位	
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	10	35
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	20	35
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	5	35
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	10	20
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	0	15
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	0	70
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	0	15
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	10	25
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75		30
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	0	70
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	0	15
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					
体制構築加算		70				70
						60

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1. 分析結果に基づく課題の明確化

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

未受診者対策として、過去5年の間に一度でも受診があり、血圧、HbA1c、LDL コレステロールが高い方の中から優先順位をつけて受診勧奨の訪問、電話や郵送による受診勧奨を行った。

また、通年を通して春と秋に2回の糖尿病教室や糖尿病講演会を開催し、重症化予防に取り組んできた。

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

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

<健康課題>

健診

- ① 特定健診の受診者は約4割弱であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要であり、そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要がある。
- ② 特に特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が健診未受診者の約65.3%を占めているが、特定健診受診者で既に治療中である者の中にも重症化予防の対象者がいることから、かかりつけ医との連携により受診率を向上させる必要がある。

また、生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の約53.1%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然倒れてしまう可能性があるため、健診の受診を勧める必要がある。（図表11）
- ③ 特定健診の結果からは、男性のメタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに高く、特定保健指導の実施率向上が必要である。（図表33）

また高血圧及び糖尿病の有所見率が高く、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるだけでなく、介護も要することにつながるため、高血圧、糖尿病を優先的に解決する必要がある。
- ④ 健診結果で糖尿病（型）と判断される者の約20%に既に腎機能の所見があり、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。（図表17）

図表 33 メタボリックシンドローム該当者・予備群

		健診 受診者	肥満																			
			男性85cm以上 女性90cm以上	メタボリック 該当者		(腹囲+2項目or3項目)								メタボリック 予備群		(腹囲+1項目)						
						3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質				血圧		血糖		脂質		
男性	H24	1,161	506	43.6%	256	22.0%	64	14.1%	47	10.4%	131	28.9%	14	3.1%	198	17.1%	141	31.1%	10	2.2%	47	10.4%
	H25	1,144	539	47.1%	277	24.2%	83	17.0%	52	10.7%	133	27.3%	9	1.8%	210	18.4%	152	31.2%	6	1.2%	52	10.7%
	H26	1,119	500	44.7%	266	23.8%	61	13.8%	53	12.0%	146	33.0%	6	1.4%	176	15.7%	122	27.6%	11	2.5%	43	9.7%
	H27	1,022	459	44.9%	225	22.0%	52	12.7%	42	10.2%	124	30.2%	7	1.7%	186	18.2%	135	32.8%	13	3.2%	38	9.2%
	H28	967	460	47.6%	217	22.4%	53	13.5%	45	11.4%	113	28.7%	6	1.5%	177	18.3%	128	32.5%	6	1.5%	43	10.9%
女性	H24	1,545	330	21.4%	165	10.7%	37	12.9%	28	9.8%	91	31.7%	9	3.1%	122	7.9%	85	29.6%	7	2.4%	30	10.5%
	H25	1,437	287	20.0%	138	9.6%	47	18.8%	20	8.0%	67	26.8%	4	1.6%	112	7.8%	92	36.8%	5	2.0%	15	6.0%
	H26	1,404	279	19.9%	126	9.0%	22	8.9%	16	6.5%	84	34.1%	4	1.6%	120	8.5%	93	37.8%	6	2.4%	21	8.5%
	H27	1,322	250	18.9%	109	8.2%	23	10.7%	12	5.6%	71	33.0%	3	1.4%	106	8.0%	76	35.3%	1	0.5%	29	13.5%
	H28	1,261	276	21.9%	121	9.6%	27	11.1%	12	4.9%	77	31.7%	5	2.1%	122	9.7%	93	38.3%	2	0.8%	27	11.1%

医療

- ⑤ 同規模と比べ、医療費全体に占める入院(件数・費用額)の割合が高く、1件当たりの在院日数も長くなっており、重症化している状況がうかがえる。その結果一人当たり医療費も高くなっている。軽症のうちに外来治療につなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要である。(図表 18)
- ⑥ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は 58.0%を超えており、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となる。(図表 25)
- ⑦ 長期入院の分析結果から、統合失調症等の精神疾患患者の重症化予防や長期入院を防ぐことに加え、精神障害者の地域移行等福祉施策での対応を引き続き行う。(図表 24)

介護

- ⑧ 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。本市の要介護認定率は年々増えており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の糖尿病等の血管疾患の有病状況が 9 割以上と非常に高くなっている。これらの基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化するため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。(図表 30・31)

2. 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期にわけ、設定する。

<中長期目標の設定>

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

<短期目標の設定>

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とする。特に高血圧、糖尿病は本市の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組む。

図表 34 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの					
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①入院医療費の伸び率の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患、 糖尿病性腎症の新規発症の減少	①	特定健診受診率の向上					
		40%	42%	45%	50%	55%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		80%	80%	80%	80%	85%	85%
	③	高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上（収縮期血圧160または拡張期血圧100以上）の割合					
		3.0%	3.0%	2.5%	2.5%	2.0%	2.0%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合					
		3.2%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
	⑤	脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール160以上の割合の減少					
		8.0%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	6.0%

第4章 保健事業の内容

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

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

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

保健事業の実施にあたっては、費用対効果等から優先順位を考慮して取り組むこととし、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する。特に対象者への受診勧奨や保健指導は、これまでの取組において、効果を挙げている個別アプローチを中心に取り組む。

① 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 専門職の訪問による受診勧奨事業 4月～10月 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 専門職による電話での受診勧奨 4月～10月 エ 受診勧奨はがきの送付 4月・9月の年2回
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

② 特定保健指導事業

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

詳細については、第2編 第3期特定健康診査等実施計画参照。

③ 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、福岡県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 2～4 期、また 1 期のうち、eGFR60 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)

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

第5章 地域包括ケアシステム構築に係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおりに行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

基本的な取組の流れと各段階を踏まえた評価

NO	項目	ストラクチャー (体制・システム)	プロセス (実施過程)	アウトプット (実施量)	アウトカム (成果)
1	チーム形成(国保・保健等)	○			
2	健康課題の把握	○			
3	チーム内での情報共有	○			
4	保健事業計画	○			
5	医師会等との連携	○			
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○			
7	情報連携方法の確認	○			
8	P 対象者選定基準検討		○		
9	計画 基準に基づく該当者数試算		○		
10	準備 介入方法の検討		○		
11	予算・人員配置の確認	○			
13	実施方法の決定		○		
14	計画書作成		○		
15	募集方法の決定		○		
16	マニュアル作成		○		
17	保健指導等の準備		○		
18	事業者との協議・関係者との共有	○			
19	個人情報の取り決め	○			
20	苦情・トラブル対応	○			
21	D 介入開始		○		
22	受診 記録・実施件数把握			○	
23	勧奨 かかりつけ医との連携状況把握		○		
24	奨励 レセプトにて受診状況把握				○
25	D 対象者決定		○		
26	介入開始(初回面接)		○		
27	保健 継続支援		○		
28	指導 カンファレンス・安全管理		○		
29	かかりつけ医との連携状況把握		○		
30	記録・実施件数把握			○	
31	C 3カ月後実施状況評価				○
32	評価 6カ月後評価(健診・レセプト)				○
33	報告 1年後評価(健診・レセプト)				○
34	医師会等への事業報告	○			
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○			
36	A 改善点の検討		○		
37	改善 マニュアル修正		○		
38	次年度計画策定		○		

短期的評価(1年)	中期的評価	長期的評価
○検査値の変化 血糖・HbA1c・血圧・体重 クレアチニン・eGFR・尿蛋白 服薬状況 ○受診勧奨件数 医療機関に繋がった割合 ○保健指導件数	○継続受療率 ○糖尿病期分類 ○外来医療費	○総医療費 ○生活習慣病医療費 ○糖尿病腎症による透析導入率 ○HbA1c6.5%以上の未治療率 ○透析導入率

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

2. 個人情報の取扱い

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

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

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

1. 特定健康診査の基本的考え方

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

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

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

2. 特定保健指導の基本的考え方

- (1) 特定保健指導は、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保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 特定健診診査等実施計画について

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

2. 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- (1) 生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。
- (2) 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要である。
- (3) 効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定する。又、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視する。
- (4) 健診・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していない者、治療を中断している者等を把握し、重点的な保健指導対象者の選定に役立てる。
- (5) メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40歳代から増加する。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。
- (6) 糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのため保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援すること、また、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とする。

3. 目標の設定

(1) 実施に関する目標

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

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診受診率	40%	42%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	85%	85%

(2) 成果に関する目標

特定健診・保健指導の成果に関する目標としてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群等の目標値を下記の通り、設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
メタボ及び予備群	654 人 28.6%	626 人 26.6%	608 人 24.6%	608 人 22.6%	597 人 20.6%	620 人 20%
メタボ減少率	2%	2%	2%	2%	2%	
特保対象者の減少率	2%	2%	2%	2%	2%	

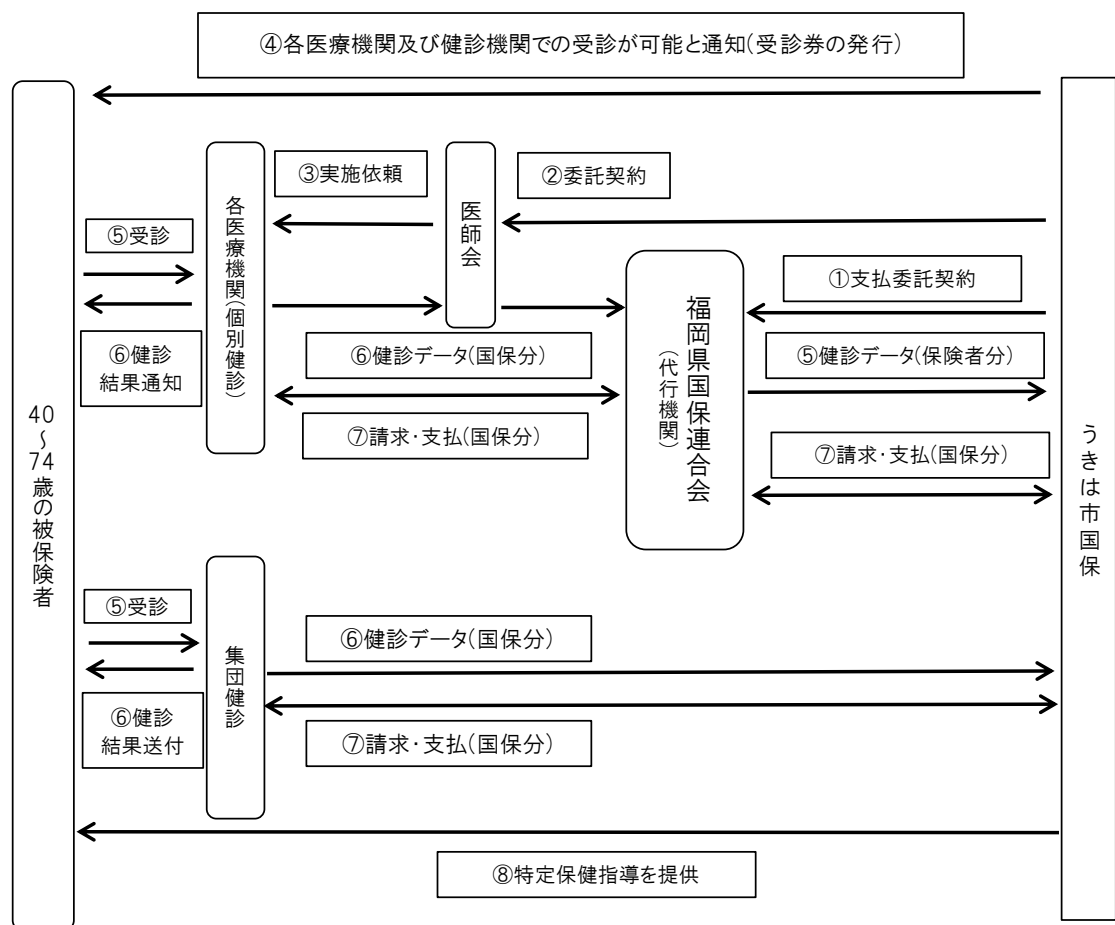
4. 対象者数の見込み

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	5,720 人	5,606 人	5,494 人	5,384 人	5,276 人	5,170 人
特定健診受診者	2,288 人	2,354 人	2,472 人	2,692 人	2,902 人	3,102 人
特定保健指導対象者数	654 人	626 人	608 人	608 人	598 人	577 人
特定保健指導実施数	523 人	500 人	486 人	486 人	508 人	490 人

5. 特定健診の実施

(1) 実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託する。郡医師会が実施機関のとりまとめを行う。
うきは市においては、集団健診を5月～11月まで、個別健診を4月～3月まで実施する。



(2) 特定健診委託基準

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

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

郡市医師会とうきは市国保が集合契約を行う。

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

(4) 健診実施機関リスト

H30 年5月時点

	健診機関
集団健診	日本健康倶楽部
個別健診	浮羽医師会
	朝倉医師会
人間ドッグ （特定健診分 を助成）	井上クリニック
	社会医療法人天神会 新古賀クリニック
	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院
	医療法人社団俊聖会 甘木中央病院
	医療法人社団医王会 朝倉健生病院
	医療法人社団 豊泉会 丸山病院
	医療法人社団シマダ 嶋田病院 健診センター
	医療法人 せいわ会 聖和記念病院
	医療法人聖峰会 田主丸中央病院地域保健センター
	医療法人 三井会 神代病院
	医）やまうちクリニック
	社会医療法人雪の聖母会
	聖マリアヘルスケアセンター 国際保健ケアセンター

(5) 健診委託単価、自己負担額、健診項目

健診委託単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定する。また受診者の自己負担額については無料とする。

(6) 健診項目

① 基本的な健診の項目

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

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール)、肝機能検査(AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ GT)、血糖検査(空腹時血糖又は HbA1c 検査(NGSP 値)、やむを得ない場合には随時血糖)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

② 特定健診の詳細な健診の項目(「実施基準」第 1 条十号)

心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)

③ その他の健診項目

健康課題を踏まえ、①基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施する。

血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査)

腎機能検査(血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR)、血清尿酸、心電図検査を追加検査項目として全員に実施する。

また、二次健診として下記の項目を実施する。

微量アルブミン尿検査、頸部エコー検査

(7) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能とする。

個別健診においても近隣病院の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制をとる。

又加入している保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるよう体制整備を行う。

特に被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診(健診受診の機会)を確保する。又、生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。

(8) 代行機関の名称

代行機関は福岡県国民健康保険団体連合会と契約する。

(9) 健診の案内方法

特定健診受診券を発行し、個別に郵送する。ホームページ及び広報誌、防災無線等による広報を実施し、医療機関による受診勧奨等に努める。

(10)年間実施スケジュール

- 4 月 : 受診券送付
- 4 月～翌年 2 月 : 集団健診準備、健診実施(集団、個別)
- 4 月～翌年 3 月 : 特定保健指導準備、特定保健指導実施
- 4 月～10 月 : 未受診者対策
- 10 月 : 予算案作成
- 11 月 : 実績報告
- 2 月～3 月 : 受診結果の把握と次年度受診券準備(健診対象者の抽出、印刷)

(11)事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

①労働安全衛生法に基づく事業者健診の健診データ収集

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

②医療機関との適切な連携(診療における検査データの活用)

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

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、関係機関と連携を図り一定のルールを整備する。

6. 保健指導の実施

1) 特定保健指導

(1) 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、2 年目の状態が改善している者に対して積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師が判断する。

(2) 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施(行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3 か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば 180 ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす)を導入する。

2) それ以外の保健指導

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導は、健康づくり主管課への執行委任の形態で行う。

標準的な健診・保健指導プログラム改訂版様式 6-10(以下、厚労省様式 6-10 という)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行う。

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

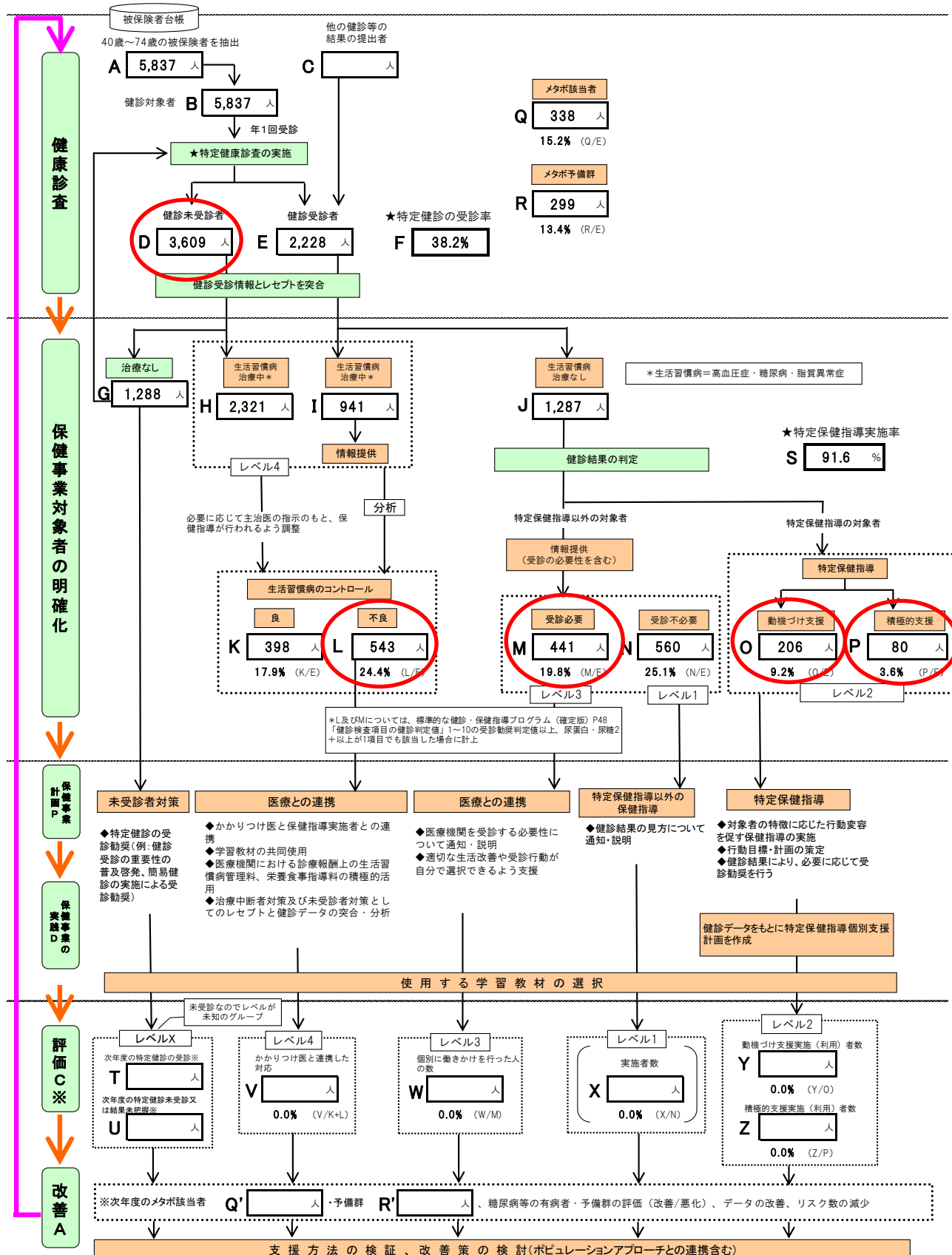
厚労省様式 6-10(図表 35)に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に 4 つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとする。

優先 順位	図表 35	保健指導 レベル	理由	支援方法	対象者見込 受診者に占める割合	目標 実施率
1	O P	O 動機づけ支援 P 積極的支援 レベル2	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する ◆健診結果により必要に応じて受診勧奨	O: 206人(9.2%) P: 80人(3.6%)	利用率90% 終了率85%
2	M	受診勧奨判定値の者 レベル3	病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密検査について説明 ◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、適切な生活改善や受診行動が選択できる支援	M: 441人(19.8%)	100%
3	D	健診未受診者 レベルX	特定健診受診率向上、重症化予防対象者の把握、早期介入で医療費適正化に寄与できると考えられる	◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(40・50代を中心とした未受診者対策、治療中断者の受診勧奨) ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発	D: 3609人	
4	N	受診不必要の者 レベル1	特定健診受診向上を図り自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明	N: 560人(25.1%)	90%
5	I	治療中の者 レベル4	すでに病気を発症している、重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策としてのレシピと健診データの実合・分析	I: 941人(44%)	80%

※要保健指導対象者の見込み 受診率 38%(H28 年度実績)で試算

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

図表35 健診から保健指導実施へのフローチャート(平成28年度実績) 厚労省様式6-10



3) 保健指導の評価

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

(1) 様式に基づいた評価

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

保健指導レベル毎の評価指標

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

②疾患別フローチャートに基づいた評価

厚労省様式 6-10 では疾患別の状況がわからないため、3 疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、保健指導レベル別にプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1. 特定健診・保健指導のデータの形式

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

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

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

3. 特定健診等データの情報提供及び照会

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

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

4. 個人情報保護対策

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

5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

第4章 結果の報告

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

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

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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