

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



平成 30 年 4 月
中間市国民健康保険

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

第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)	1
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
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	6
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)	6
3 保険者努力支援制度	18
第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	19
1 分析結果に基づく課題の明確化	19
2 成果目標の設定	20
第4章 保健事業の実施	22
第5章 地域包括ケアに係る取組	25
第6章 計画の評価・見直し	25
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	26
1 計画の公表・周知	26
2 個人情報の取り扱い	26
第2編 第3期特定健康診査等実施計画	27
第1章 制度の背景について	27
1 特定健康診査の基本的考え方	27
2 特定保健指導の基本的考え方	27

第2章 特定健診・特定保健指導の実施	28
1 特定健康診査等実施計画について	28
2 健診・保健指導実施の基本的な考え方	28
3 目標の設定	28
4 対象者数の見込み	28
5 特定健診の実施	29
6 保健指導の実施	31
第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	33
1 特定健診・保健指導のデータ形成	33
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について	34
3 特定健診等データの情報提供及び照会	34
4 個人情報保護対策	34
5 被保険者への結果通知の様式	34
第4章 結果の報告	34
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	34

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。

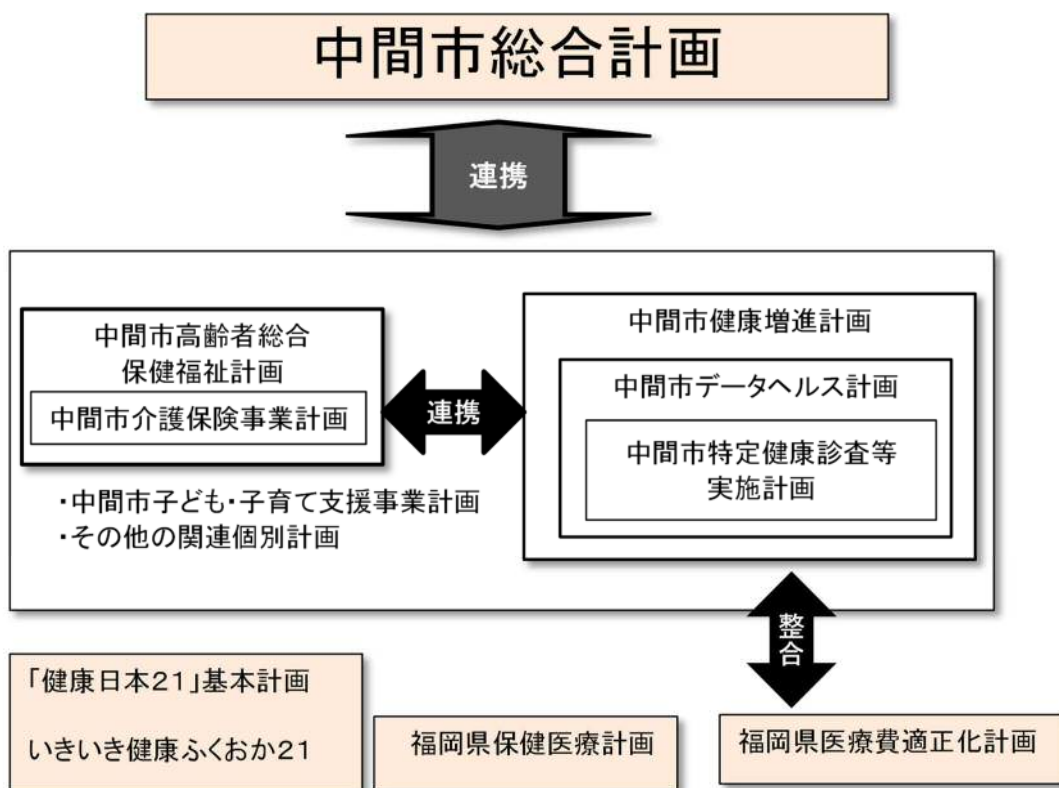
2. 計画の目的・位置付け

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、国民健康保険加入者(以下「国保加入者」という)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本市健康増進計画、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・4)

図表 1 中間市における計画の位置づけイメージ図



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。

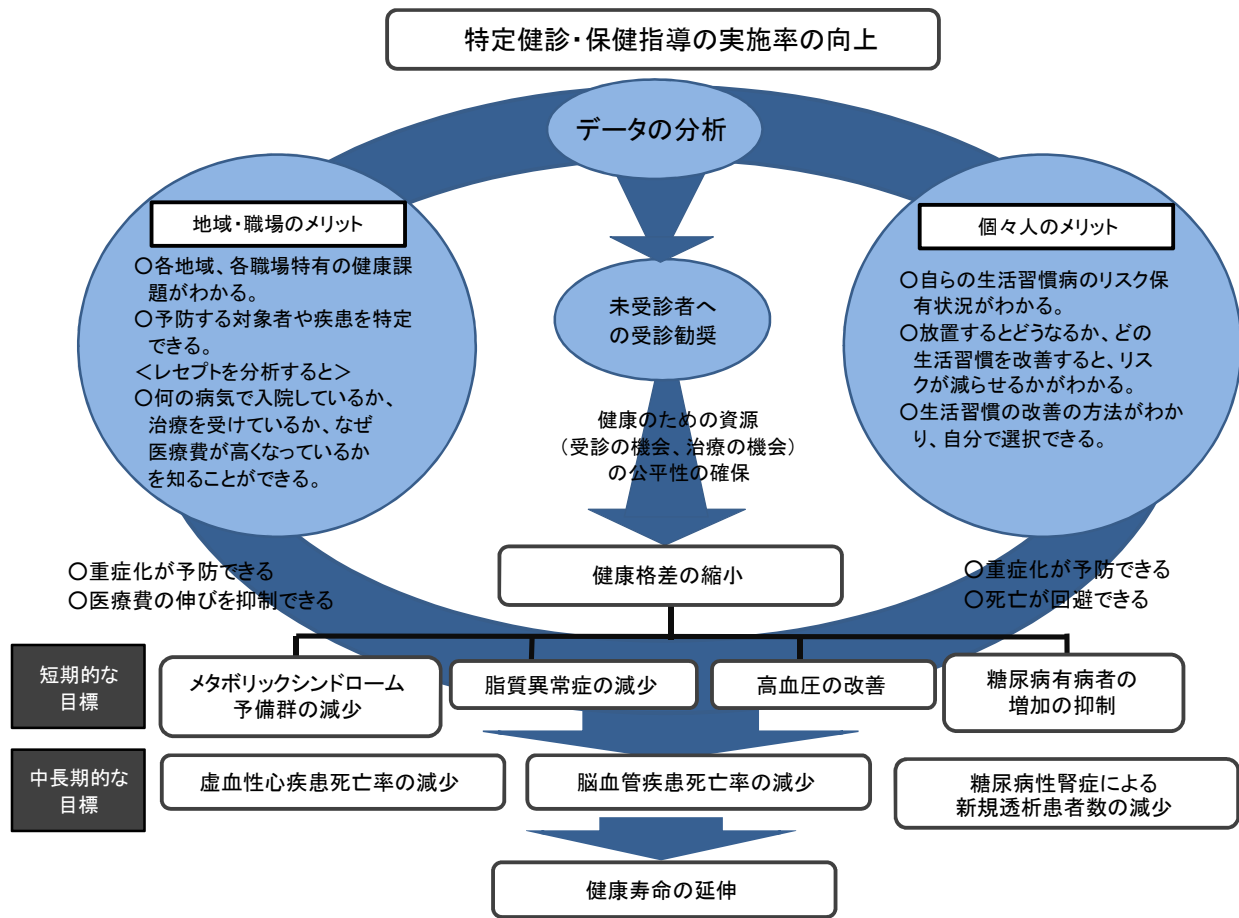
※1 保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。

※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 2 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

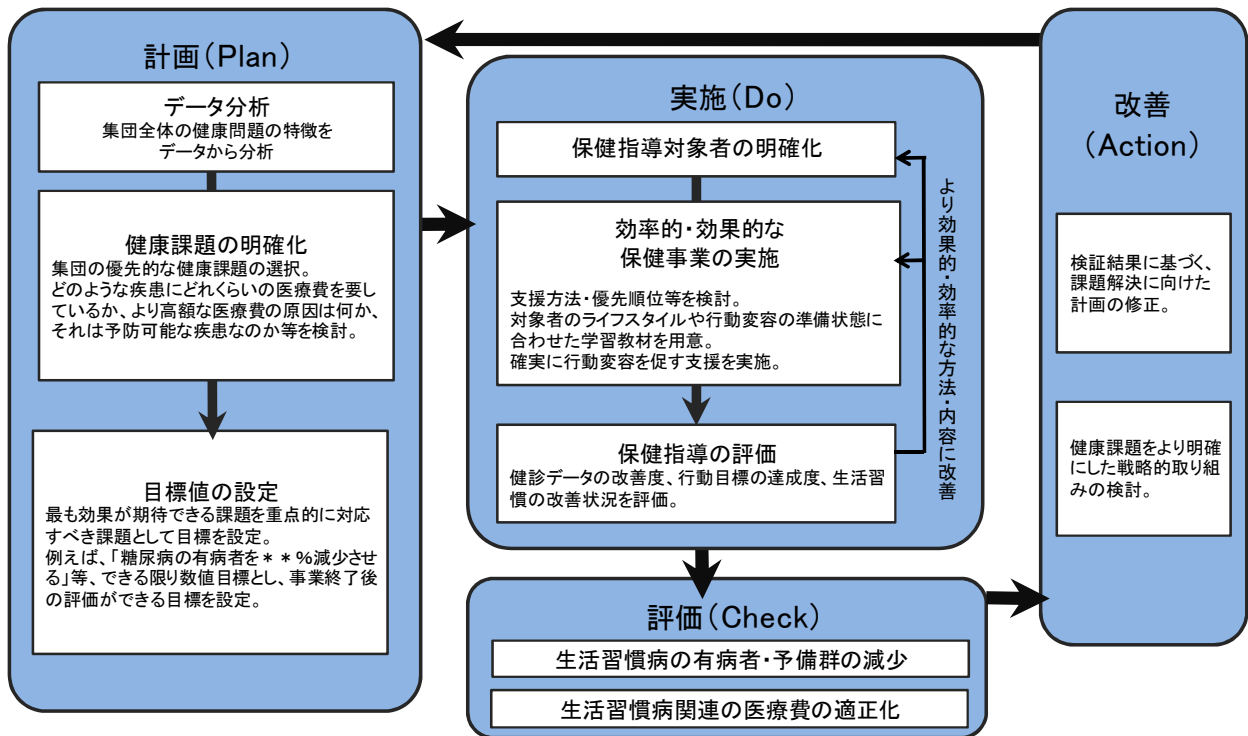
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	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

図表 3 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 4 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



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

国民健康保険課である健康増進課が主体となり、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、それぞれの担当係が計画に基づき実施する。

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

2) 外部有識者等の役割

(県・福岡県糖尿病対策推進会議の役割)

市の相談に応じ、円滑な実施の支援と糖尿病に係る国・県の動向等を周知するとともに医学的・科学的観点から県内における糖尿病重症化予防の取り組みについて助言と協力を行う。

(医師会の役割)

取組への支援と助言とかかりつけ医と専門医等との連携を強化する等、必要な協力を行う。

(国保連の役割)

研修会等支援と国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)に設置される支援・評価委員会での計画や評価、見直しに対する協議を行う。

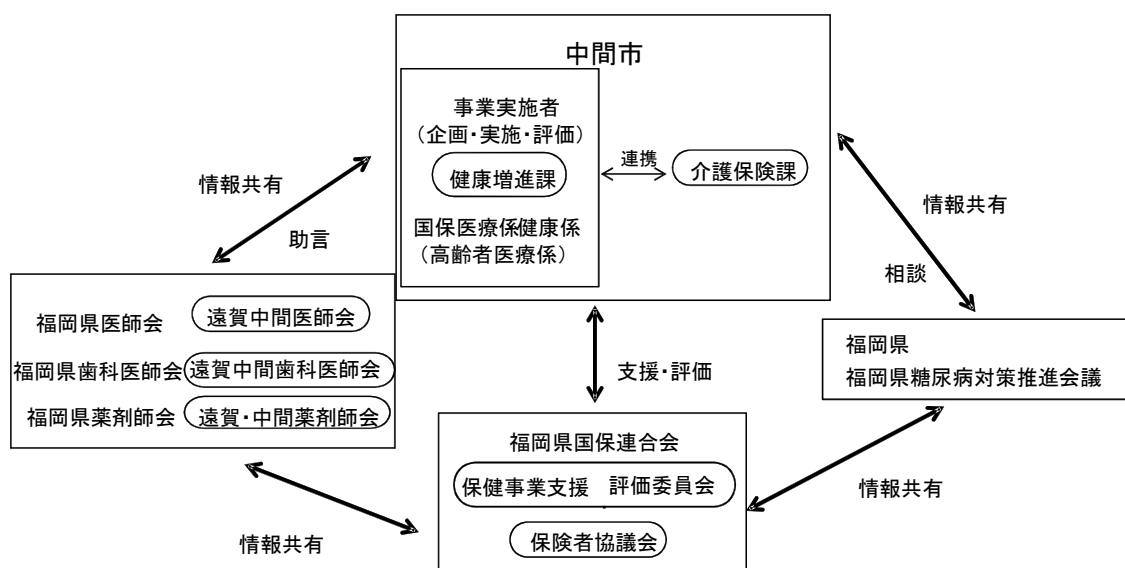
(中間市国民健康保険運営協議会の役割)

遠賀中間医師会、遠賀中間歯科医師会、遠賀・中間薬剤師会、被用者保険代表等で構成されており、中間市保険者に対し計画の進捗状況や実施状況等の報告を求め、専門的観点・当事者としての観点から必要に応じて助言を行い、対応策について協議を行う。

3) 被保険者の役割

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

図表 5 中間市の実施体制図



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。

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

本市の人口は減少傾向で推移しており、平成29年9月末時点、人口42,583人、65歳以上の高齢者については増加しており、高齢化率36.2%である。平成27年度の国勢調査の結果で同規模自治体※(以下「同規模」という)、福岡県、国と比較しても高齢化が進んでいる。また被保険者の平均年齢も52.0歳と県や国に比べて高い。

また、平均寿命、健康寿命ともに同規模、福岡県、国と比べわずかではあるが低く、更には死亡率が出生率を大きく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6)

本市の国保加入率は26.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向であるが、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が28年度は43.6%となっている。(図表7)

福岡県は、医療施設に従事する医師の数、一般病床数とともに多く医療にかかりやすい環境である。市内の病院や診療所数としては多くはないが、同規模及び福岡県と比較して外来患者数が高い。(図表8)

図表6 中間市の特性

	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
中間市	42,583	36.2	11,768 (26.8)	52.0	7.1	13.1	78.8 85.6	65.0 66.7	0.8	31.4	67.8
同規模	34,868	29.1	8,742 (25.1)	53.9	7.2	13.0	79.2 86.4	65.1 66.8	11.4	27.5	61.1
福岡県	4,960,781	22.5	1,222,400 (24.6)	50.1	9.4	9.5	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	124,852,975	23.2	32,587,223 (26.9)	50.7	8.6	9.6	79.6 86.4	65.2 66.8	4.2	25.2	70.6

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握(平成29年10月作成分)

注)被保険者数及び被保険者平均年齢については、平29年8月1日現在、

中間市の人口総数及び高齢化率はH29年9月末

その他の項目は27年度国勢調査結果と比較

※同規模自治体

KDBに同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じ13段階に区分(総務省の市町村類似団体区分を参考に設定)。当市は「同規模区分人口50,000人未満の一般市」に分類。【「同規模区分4」の福岡県内自治体は9市(田川市・筑後市・大川市・豊前市・中間市・うきは市・宮若市・嘉麻市・みやま市)】

図表 7 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	13,128		12,948		12,490		11,768	
65～74 歳	5,074	38.7	5,292	40.9	5,247	42.0	5,129	43.6
40～64 歳	4,324	32.9	4,102	31.7	3,815	30.5	3,509	29.8
39 歳以下	3,730	28.4	3,554	27.4	3,428	27.4	3,130	26.6
加入率	29.9		29.5		28.4		26.8	

図表 8 医療の状況(被保険者千人あたり)

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		(参考) 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	
									実数	割合(%)	実数	割合(%)
病院数	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	833	0.4	460	0.4
診療所数	35	2.7	35	2.7	36	2.9	36	3.1	6,529	2.9	4,587	3.8
病床数	267	20.3	267	20.6	267	21.4	267	22.7	135,296	59.7	86,071	70.4
医師数	56	4.3	56	4.3	56	4.5	54	4.6	16,982	7.5	15,660	12.8
外来患者数	722.6		733.0		746.6		751.4		698.5		686.6	
入院患者数	23.0		22.4		22.6		23.0		23.6		22.3	

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※同規模保険者数 28 年度:259 市

2) 短期目標の達成状況と課題

① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、目標値には及ばないものの制度のスタートした平成 20 年度の 22.5%と比較して 10%以上増加し、28 年度は 33.6%と初めて県の平均 32.5%を超えることができた。(図表 9)また、年代別受診率の推移をみると、55 歳以上の世代は大きく受診率を増加させることができているが、55 歳未満の若い世代の受診率向上については課題である。(図表 10)

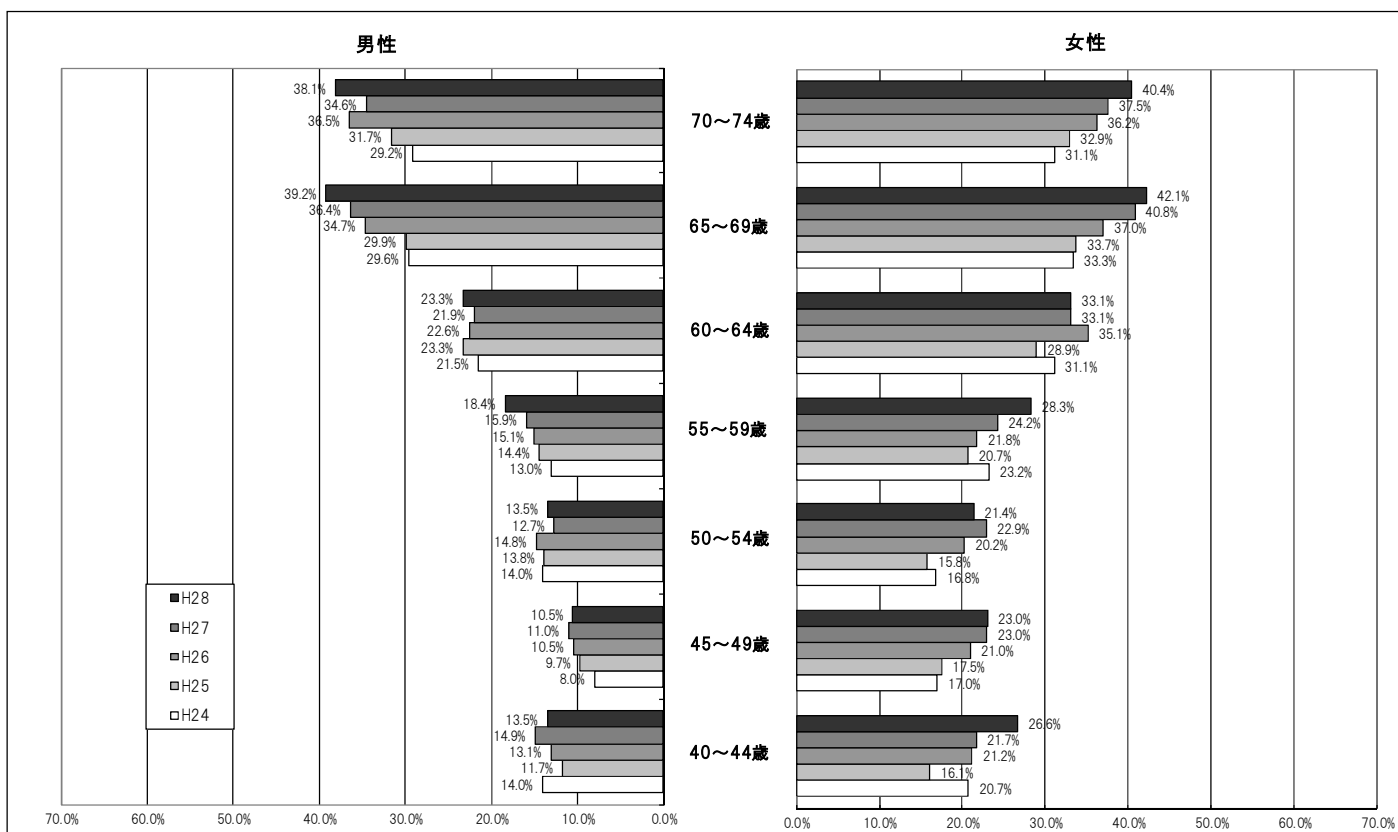
特定保健指導についても、目標値には及ばないものの制度のスタートした平成 20 年度の 4.4%から大きく増加し、平成 28 年度 50.3%と、28 年度は初めて半数を超え、また県の平均 41.7%を初めて超えることができた。(図表 9)

図表 9 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	1,904人	2,297人	2,587人	2,589人	2,639人	実施中	
	受診率	22.5%	26.9%	30.4%	31.5%	33.6%		
	県内順位	46位	48位	44位	41位	39位		
特定保健指導	対象者数	315人	254人	293人	262人	288人	実施中	特定保健指導実施率 60%
	終了者数	14人	69人	82人	95人	145人		
	実施率	4.4%	27.2%	28.0%	36.3%	50.3%		
	県内順位	59位	55位	54位	50位	38位		

出典:特定健診法定報告データ

図表 10 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で比較すると、eGFR 以外の項目で過去 5 年間健診受診のなかった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 11)

年齢別に受診率をみると 65 歳以上の受診率は 40.2%に対して、40~64 歳はわずか 22.9%であり、「健診も治療も受けていない者」(G)は、重症化しているかどうかの実態が全くわからない状況にある。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 38.3%、65 歳以上でも 14.1%を占めている。(図表 12)

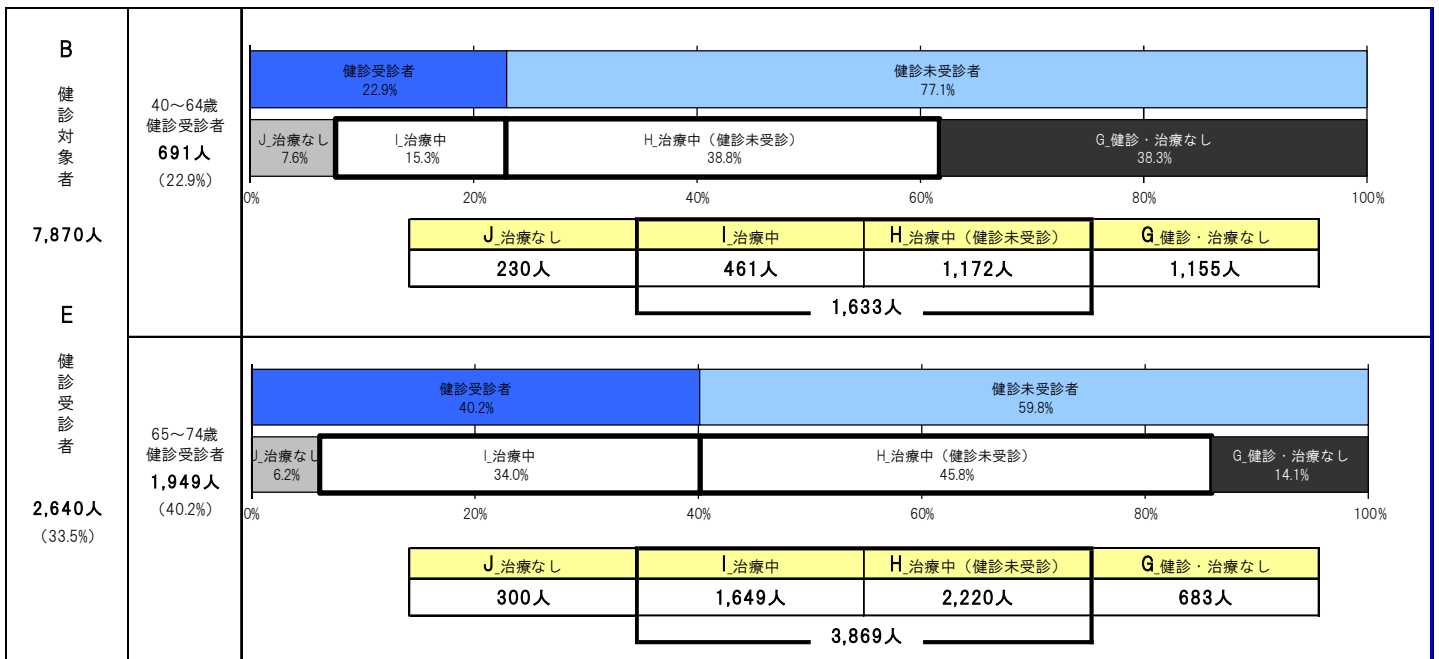
また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の人が 31,050 円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表 13)

図表 11 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				2,639 人	100.0%	2,156 人	81.7%	483 人	18.3%	
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	578 人	21.9%	440 人	20.4%	138 人	28.6%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	795 人	30.1%	610 人	28.3%	185 人	38.3%	
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	480 人	18.2%	364 人	16.9%	116 人	24.0%
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	338 人	13.4%	277 人	13.2%	61 人
	(再掲) 7.0以上			136 人	5.4%	111 人	5.3%	25 人	5.8%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	135 人	5.1%	102 人	4.7%	33 人	6.8%
			拡張期	100以上	49 人	1.9%	38 人	1.8%	11 人	2.3%
			計		156 人	5.9%	118 人	5.5%	38 人	7.9%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	241 人	9.1%	174 人	8.1%	67 人	13.9%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	37 人	1.4%	28 人	1.3%	9 人	1.9%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	84 人	3.4%	71 人	3.4%	13 人	3.1%	
		尿酸	8.0以上	55 人	2.2%	39 人	1.9%	16 人	3.8%	

図表 12 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況

出典:保健指導支援ツール(平成28年度受診結果)



※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 13 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費	5,515円				
健診未受診者の生活習慣病治療費	36,565円				

③短期的な疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の状況 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

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あまり変化がないものの、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増加しており、特にHbA1cの該当者が7.4%から12.8%へと大きく増えている。またHbA1c6.5%以上とⅡ度高血圧以上で約1割、LDL-C160 以上で3割弱が未治療であるが未治療者の割合は減っている。(図表 14・15・16)

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3割(未治療者の2割、治療者の4割)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5割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 17)

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14.7%で、そのうち5.2%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16.6%でそのうち未治療(HbA1c6.5以上又は空腹時血糖126以上)が46.1%と約半数を占めている。治療者の約53.4%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に所見がある者が約2割存在している。(図表 18)

図表 14 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上) A	糖尿病 患者数 (様式3-2) B B/A			40-64歳			65-74歳			健診 受診者 G	受診率 H	HbA1c 6.5以上		再掲			
		C	D	D/C	E	F	F/E	I	I/G	HbA1c7.0以上			未治療者					
										J			J/G	K	K/I			
25年度	9,545人	1,444人	15.1%	4,582人	454人	9.9%	4,963人	990人	19.9%	2,297人	26.9%	170人	7.4%	78人	3.4%	35人	20.6%	
28年度	9,066人	1,333人	14.7%	3,804人	349人	9.2%	5,262人	984人	18.7%	2,639人	33.6%	338人	12.8%	136人	5.2%	45人	13.3%	

図表 15 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上) A	高血圧 患者数 (様式3-3) B B/A			40-64歳			65-74歳			健診 受診者 G	受診率 H	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
		C	D	D/C	E	F	F/E	I	I/G	Ⅲ度高血圧			未治療者					
										J			J/G	K	K/I			
25年度	9,545人	2,726人	28.6%	4,582人	802人	17.5%	4,963人	1,924人	38.8%	2,297人	26.9%	82人	3.6%	14人	0.6%	10人	12.2%	
28年度	9,066人	2,666人	29.4%	3,804人	629人	16.5%	5,262人	2,037人	38.7%	2,639人	33.6%	156人	5.9%	23人	0.9%	16人	10.3%	

図表 16 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) A	脂質異常症 患者数 (様式3-4) B B/A			40-64歳			65-74歳			健診 受診者 G	受診率 H	LDL-C 160以上		再掲			
		C	D	D/C	E	F	F/E	I	I/G	LDL-C180以上			未治療者					
										J			J/G	K	K/I			
25年度	9,545人	2,370人	24.8%	4,582人	724人	15.8%	4,963人	1,646人	33.2%	2,297人	26.9%	266人	11.6%	95人	4.1%	90人	33.8%	
28年度	9,066人	2,284人	25.2%	3,804人	555人	14.6%	5,262人	1,729人	32.9%	2,639人	33.6%	241人	9.1%	74人	2.8%	67人	27.8%	

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)、患者数は40歳以上

図表 17 脳・心・腎を守るためにー 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする

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

科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少						
科学的根拠に基づき 脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中中間ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (2016年改訂版) (2016年改訂版) (2016年改訂版)	糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)						
クモ膜下出血(7%) 脳出血 脳梗塞(7.5%) 心原性脳塞栓症(2.7%*) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (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 2016-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 2,639									
対象者数	156 5.9%	25 0.9%	74 2.8%	43 1.6%	425 16.1%	266 10.1%	37 1.4%	84 3.2%	830 31.5%
治療なし	103 5.8%	6 0.4%	67 3.4%	30 1.5%	100 7.1%	175 7.5%	7 0.5%	27 1.9%	307 21.7%
(再掲) 特定保健指導	37 23.7%	4 16.0%	16 21.6%	13 30.2%	100 23.5%	30 11.3%	2 5.4%	5 6.0%	137 16.6%
治療中	53 6.2%	19 1.6%	7 1.0%	13 1.9%	325 26.6%	91 43.3%	30 2.5%	57 5.1%	523 42.8%
臓器障害 あり	42 40.8%	6 100.0%	27 40.3%	12 40.0%	44 44.0%	83 47.4%	7 100.0%	27 100.0%	151 49.2%
CKD (専門医受診者)	3	0	2	1	3	9	7	27	32
尿蛋白(2+)以上	1	0	1	1	2	4	7	2	7
尿蛋白(+)かつ 尿蛋白(2+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	3	1	1	1	3	8	2	27	27
心電図所見あり	41	6	26	12	43	78	2	10	130
臓器障害 なし	61 59.2%	--	40 59.7%	18 60.0%	56 56.0%	92 52.6%	--	--	--

図表 18 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの実態

都道府県名	市町村名	中間市	同規模区分																		
軽症 → 重症																					
レセプト	被保険者	12,425人																			
	糖尿病治療中	1,352人 (10.9%)																			
実態	再掲 40-74歳	9,066人																			
	特定健診 40-74歳	7,858人																			
<p>※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、特定補給は除外</p> <p>※ (1)内は、糖尿病治療中に占める割合</p> <p>※ (2)内は、糖尿病治療中に占める割合</p> <p>※ (3)内は、糖尿病治療中に占める割合</p>																					
<p>その他のリスク</p> <table border="1"> <tr> <th>リスク</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>921</td> <td>69.1%</td> </tr> <tr> <td>高尿酸血症</td> <td>168</td> <td>12.6%</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>912</td> <td>68.4%</td> </tr> </table>				リスク	人数	割合	高血圧	921	69.1%	高尿酸血症	168	12.6%	脂質異常症	912	68.4%						
リスク	人数	割合																			
高血圧	921	69.1%																			
高尿酸血症	168	12.6%																			
脂質異常症	912	68.4%																			
<p>データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。</p>																					
<p>糖尿病性腎症病期分類</p> <table border="1"> <tr> <th>病期</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <td>第1期</td> <td>343人 (78.3%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2期</td> <td>59人 (13.5%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第3期</td> <td>34人 (7.8%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第4期</td> <td>2人 (0.46%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第5期</td> <td>0人</td> <td></td> </tr> </table>				病期	人数	割合	第1期	343人 (78.3%)		第2期	59人 (13.5%)		第3期	34人 (7.8%)		第4期	2人 (0.46%)		第5期	0人	
病期	人数	割合																			
第1期	343人 (78.3%)																				
第2期	59人 (13.5%)																				
第3期	34人 (7.8%)																				
第4期	2人 (0.46%)																				
第5期	0人																				

出典：保健指導支援ツール(平成28年度受診結果) ※臓器障害あり…心電図有所見者、CKD 専門医受診対象
出典：KDB 帳票 厚生労働省様式 3-2

3) 中長期的目標の達成状況

①医療の状況

本市は受診率が高く、一人当たり医療費(月額)28,060円は福岡県、国と比較すると高い状況であるが、ほぼ同規模平均である。医療費全体に占める外来や入院費用の割合はほぼ、県や同規模平均と等しく入院に関しては、在院日数、件数や費用割合ともに福岡県と比較するとやや低い。(図表 19)

本市の平成28年度医療費総額は約41億円で、平成25年度と比較すると、入院・入院外ともに減少している。一人当たり医療費は、全体では28,060円で平成25年度と比較すると1,740円増加(+6.6%)しており、入院では845円の増加(+7.3%)、入院外では895円の増加(+6.0%)となっている。これらの伸び率はいずれも同規模と比較して低い状況である。(図表 20・21)

図表 19 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		中間市	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		28,060	27,772	25,927	24,245
		県内24位 同規模123位			
受診率		774.471	722.103	708.879	686.286
外来	費用の割合	55.9	56.9	54.9	60.1
	件数の割合	97.0	96.7	96.9	97.4
入院	費用の割合	44.1	43.1	45.1	39.9
	件数の割合	3.0	3.3	3.1	2.6
1件あたり在院日数		16.5日	17.0日	16.9日	15.6日

図表 20 総医療費(入院・外来)の変化

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

	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	42億139万円		18億3,862万円		23億6,277万円	
28年度	40億8,069万円	△1億2,070万円	17億9,792万円	△4,070万円	22億8,277万円	△8,000万円

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表 21 一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	中間市	26,320	11,518	14,802			
	同規模	25,657	11,040	14,617			
	福岡県	24,609	11,269	13,340			
	国	22,383	8,965	13,418			
28年度	中間市	28,060	12,363	15,697	106.6	107.3	106.0
	同規模	27,772	11,982	15,790	108.2	108.5	108.0
	福岡県	25,927	11,703	14,224	105.4	103.9	106.6
	国	24,245	9,667	14,578	108.3	107.8	108.6

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

12 ※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平成 25 年度に比べて減少しているものの、本市の 21.8%は福岡県と比較すると高い傾向にある。また疾患別に見ると、全国と比較して慢性腎不全(透析なし)は高いものの、慢性腎不全(透析あり)が少ないのは、65歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることが背景にあると考えられる。(図表 22)本市の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別透析患者数を見ると、平成 25 年度と比較して透析患者数は 1 人減少するも、65 歳以上透析患者の医療保険はほとんどが後期高齢者医療であり、平成 25 年度と比較して 2 人増加している。(図表 23)

図表 22 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							
		同規模	県内	慢性腎不全		脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
				(透析有)	(透析無)											
中間市	25年度	26,320	117位	28位	3.28%	0.64%	2.95%	2.08%	4.98%	5.98%	3.86%	9億9,865万円	23.77%	12.55%	9.40%	9.73%
	28年度	28,060	123位	24位	2.99%	0.53%	2.40%	2.63%	5.16%	4.77%	3.34%	8億9,053万円	21.82%	15.56%	9.00%	8.08%
国	28年度	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	--	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	28年度	25,927	--	--	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	--	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

※「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

図表 23 年代別透析患者数の推移(25 年度・28 年度比較)

	透析患者数	40~64 歳		65~74 歳		(再掲)	
		被保険者 10万対	被保険者 10万対	被保険者 10万対	被保険者 10万対	国保	後期
						4人	40人
25年度末	66人	22人	508.8	44人	814.1	4人	40人
28年度末	65人	22人	627.0	43人	789.1	1人	42人

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

③ 高額になる疾患及び長期化する疾患について

ア 高額(80 万円以上/件)になる疾患

高額になる疾患のうち、悪性新生物の占める割合が 3 割と高い。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 39 件に対して患者数は 19 人であり、複数月高額レセプトになっている。(図表 24)

イ 長期(6 ヶ月以上)の入院

長期入院の件数の 56.0%、費用額の 47.8%を統合失調症等の精神疾患が占める。また約 2 割は脳血管疾患で約 1 割が虚血性心疾患を併発している。(図表 25)

ウ 人工透析の状況

本市国保被保険者の人工透析患者は 20 人程度を推移しており、人工透析患者の 21.7%が脳血管疾患、34.8%が虚血性心疾患を合併と、糖尿病の診断がある。(図表 26)

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 4,782 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 13.1%、11.6%、1.5%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、高血圧は約 8 割、糖尿病が約 4 割、脂質異常症は 6～7 割が併せ持っている。(図表 27)

図表 24 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	386人		19人		34人		117人		244人	
			4.9%		8.8%		30.3%		63.2%	
件数	668件		39件		39件		214件		376件	
			5.8%		5.8%		32.0%		56.3%	
	年代別	40歳未満	1	2.6%	0	0.0%	9	4.2%	38	10.1%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	11	5.1%	27	7.2%
		50代	0	0.0%	5	12.8%	31	14.5%	29	7.7%
		60代	17	43.6%	18	46.2%	89	41.6%	149	39.6%
70-74歳		21	53.8%	16	41.0%	74	34.6%	133	35.4%	
費用額	9億2911万円		5113万円		6813万円		2億9076万円		5億1910万円	
			5.5%		7.3%		31.3%		55.9%	

* 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 25 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	87人	49人	16人	9人
		56.3%	18.4%	10.3%
件数	793件	444件	152件	64件
		56.0%	19.2%	8.1%
費用額	3億5098万円	1億6787万円	7364万円	3086万円
		47.8%	21.0%	8.8%

* 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 26 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	23人	8人	5人	8人
			34.8%	21.7%	34.8%
H28年度 累計	件数	298件	116件	74件	113件
			38.9%	24.8%	37.9%
	費用額	1億4984万円	5389万円	3282万円	6492万円
			36.0%	21.9%	43.3%

* 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 27 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	糖尿病	脂質異常症
4,782人		627人 13.1%	553人 11.6%	71人 1.5%	2676人 56.0%	1352人 28.3%	2308人 48.3%
の 基 礎 な 疾 患	高血圧	484人	438人	56人	—	925	1556
		77.2%	79.2%	78.9%		68.4%	67.4%
	糖尿病	259人	250人	71人	925	—	921
		41.3%	45.2%	100.0%	34.6%		39.9%
	脂質異常症	407人	402人	53人	1556	921	—
		64.9%	72.7%	74.6%	58.1%	68.1%	

厚生労働省様式 3-1~3-4 (H28 年 5 月診療分)

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しているケースが新規患者数の脳血管疾患では2割、虚血性心疾患では3割を占めており、更にその人の健診受診歴を確認すると7割前後が過去3年間において全く健診を受診していなかった。(図表 28・29)

人工透析において、新規患者は年々減少しており基礎疾患として糖尿病を有している割合は減少中であるが、直近の3年間では新規導入患者の全数が健診受診歴がなかった。(図表 30)

図表 28 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管疾患患者数 (様式3-6)		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)	
						D	D/C	E	E/D
25年度	13,387人	645人	4.8%	366人	56.7%	77人	21.0%	54人	70.1%
26年度	13,173人	639人	4.9%	335人	52.4%	86人	25.7%	59人	68.6%
27年度	12,905人	632人	4.9%	303人	47.9%	78人	25.7%	49人	62.8%
28年度	12,425人	627人	5.0%	268人	42.7%	59人	22.0%	44人	74.6%

図表 29 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)	
						D	D/C	E	E/D
25年度	13,387人	641人	4.8%	343人	53.5%	84人	24.5%	63人	75.0%
26年度	13,173人	596人	4.5%	274人	46.0%	68人	24.8%	43人	63.2%
27年度	12,905人	597人	4.6%	254人	42.5%	71人	28.0%	43人	60.6%
28年度	12,425人	553人	4.5%	230人	41.6%	71人	30.9%	49人	69.0%

図表 30 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	D	D/B	E	E/D	F	F/D
25年度	13,387人	23人	0.17%	12人	52.2%	10人	83.3%	10人	83.3%
26年度	13,173人	22人	0.17%	6人	27.3%	5人	83.3%	6人	100.0%
27年度	12,905人	24人	0.19%	6人	25.0%	3人	50.0%	6人	100.0%
28年度	12,425人	23人	0.19%	3人	13.0%	1人	33.3%	3人	100.0%

出典：KDB システム帳票

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

厚生労働省様式 1-1(年度累計)

保健事業等評価・分析システム 新規患者数

⑤ 介護の状況

本市の要介護認定者は第 1 号(65 歳以上)被保険者 3,210 人(認定率 24.3%)で年々増加傾向にあり、同規模や県に比べて高い。しかし、第 2 号(40～64 歳)被保険者 63 人(認定率 0.4%)で年々減少傾向であり、同規模や県と同じ割合である。

本市の介護給付費は約 42 億円で、平成 25 年度と比較すると 1 件当たり給付費は居宅サービス、施設サービスともに減少しており、県や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、脂質異常症やがんが同規模と比較して高く、近年、がんが微増ではあるが増加傾向にある。(図表 31)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点に年代別で見ると、脳卒中、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、第 1 号被保険者でも約 5 割の有病状況となっている。生活習慣病(血管疾患)の有病状況は全年齢で約 9 割で、特に年齢が高くなるほど非常に高い割合となっている。(図表 32)

図表 31 要介護認定者の経年推移

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		(参考) 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	
介護給付費	40億0761万						42億2202万		—	—	
1号認定者数(認定率)	3,014	23.0	3,119	23.7	3,178	24.1	3,210	24.3	20.5	23.1	
新規認定者	35	0.3	46	0.4	51	0.3	48	0.3	0.3	0.3	
2号認定者	91	0.7	92	0.6	81	0.6	63	0.4	0.4	0.4	
1件当たり給付費(全体)	53,070		53,544		51,834		50,586		66,717	57,450	
居宅サービス	35,300		35,002		33,205		32,957		41,744	39,185	
施設サービス	287,917		290,774		283,731		279,040		278,164	285,501	
有病状況	糖尿病	719	23.3	738	23.2	764	23.0	810	23.7	22.3	22.0
	高血圧症	1,705	54.5	1,737	54.6	1,785	53.9	1,814	54.9	54.6	54.0
	脂質異常症	1,010	32.4	1,071	33.2	1,064	32.6	1,099	33.1	28.4	29.8
	心臓病	1,915	61.6	1,959	61.6	1,992	60.6	2,040	61.3	62.5	61.2
	脳疾患	939	29.5	912	29.6	957	28.6	940	29.0	27.9	26.9
	がん	367	12.2	409	12.3	454	13.4	478	13.9	10.3	11.5
	筋・骨格	1,775	57.1	1,826	57.2	1,821	55.7	1,859	55.9	54.1	54.6
	精神	1,019	32.3	1,065	33.2	1,071	32.9	1,142	33.4	37.8	37.2
要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	74,920		73,960		71,110		73,760		82,810	86,510
	認定なし	38,880		37,900		40,510		39,440		40,370	40,740

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握
国保連合会提供資料

図表 32 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分	2号		1号		合計								
		年齢		年齢		年齢		合計						
		40~64歳		65~74歳		75歳以上								
	介護件数(全体)	63		381		2,830		3,211	3,274					
	再) 国保・後期	38		278		2,572		2,850	2,888					
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	
			1	脳卒中	26	68.4%	脳卒中	130	46.8%	脳卒中	1316	51.2%	脳卒中	1446
		2	虚血性心疾患	8	21.1%	虚血性心疾患	83	29.9%	虚血性心疾患	1143	44.4%	虚血性心疾患	1226	43.0%
		3	腎不全	4	10.5%	腎不全	33	11.9%	腎不全	398	15.5%	腎不全	431	15.1%
		基礎疾患(*1)	糖尿病	12	31.6%	糖尿病	137	49.3%	糖尿病	1141	44.4%	糖尿病	1278	44.8%
			高血圧	29	76.3%	高血圧	209	75.2%	高血圧	2157	83.9%	高血圧	2366	83.0%
			脂質異常症	18	47.4%	脂質異常症	157	56.5%	脂質異常症	1574	61.2%	脂質異常症	1731	60.7%
		血管疾患合計	合計	33	86.8%	合計	258	92.8%	合計	2424	94.2%	合計	2682	94.1%
		認知症	認知症	3	7.9%	認知症	54	19.4%	認知症	1002	39.0%	認知症	1056	37.1%
		筋・骨格疾患	筋骨格系	27	71.1%	筋骨格系	244	87.8%	筋骨格系	2398	93.2%	筋骨格系	2642	92.7%

出典:KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況

*1 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%の自治体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。

本市の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 424 位、県内順位も 23 位と上位に位置し 648.6 万円の交付を受けることができた。特定保健指導実施、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、また重複服薬者に対する取組に関する項目で、県平均を下回る結果であった。(図表 33) 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。

図表 33 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標	前倒し実施分					29年度 配点	30年度 配点
	28年度 配点	実績			29年度 配点		
		全国	福岡県	中間市			
総得点(満点)	345					580	850
総得点(体制構築加点70点を除く)	275	128.67	146.03	160	510	790	
交付額	--	--	--	648.6万円			
被保険者一人当たり交付額	--	--	--	532円			
全国順位(1,714市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位	--	--	13位	424位			
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	5	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	0	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	0	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	10	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33		15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70	100
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45	70
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67		15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75		30	40
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	35	70	100
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	5	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
体制構築加点	70					70	60

福岡県内 60 市町のうち、23 位

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)を重点に取組を行ってきた。

まず健診受診率向上を目的とした未受診者対策として、対象者通知のほか、若い世代にも健(検)診の勧奨のため、こども医療証と一緒に保護者向け健診案内配布や他課窓口との連携等で健診啓発と40歳や他保険者からの加入者等、新規に特定健診の対象となる者に訪問や電話による健診の案内に努めてきたが、若い世代の十分な健診参加にはつながらなかった。

また重症化予防対策として、内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に加え、非肥満者に対する重症化予防の取組も併せて行ってきた。

結果、データヘルス計画の目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数については減少させることができた。(図表28、図表29、図表30)

以上、第1期の取組、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を明らかにした。

- 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3割であり、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 特定健診未受診者は若い世代に多く、若い人の受診率向上と、治療中の人に健診未受診者も多く、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。
- ③ 健診の継続受診者と新規受診者では、新規受診者の有所見割合が高い。生活習慣病の治療も健診も受けていない人は1,838人と健診未受診者の35パーセントを占めており、健診受診の勧めと継続受診を勧めていく必要がある。
- ④ 特定健診の結果からは、重症化リスクの高いHbA1c6.5以上やⅡ度高血圧以上の人が増えており、医療への勧奨が必要な人とともに、未治療者の割合は減っていることから治療コントロールが十分にできていない人も含まれる可能性もある。
高血圧及び糖尿病は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、医療費が高額になることに加え、長期にわたって医療費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、糖尿病対策を優先する必要がある。
- ⑤ 健診結果で糖尿病(型)と判断される人のなかに未治療者が46.1%もおり、未治療者を治療へつなげることと、約21.7%に既に腎機能低下の所見があり、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

医療

- ⑥ 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・人工透析ありの慢性腎不全・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平成 25 年度に比べて減少しているものの、本市は 21.8%で福岡県と比較すると高い傾向にある。新規患者の多くが健診受診歴がないため、健診受診の勧めと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。
- ⑦ 高額(80 万円以上/件)になる疾患のうち、悪性新生物の占める割合が 3 割と高く、検診による早期発見と生活習慣改善によるがん予防についても勧めていく必要がある。
脳血管疾患による高額レセプトは複数月となっており、脳血管疾患を予防していく必要がある。
- ⑧ 人工透析患者は脳血管疾患や虚血性疾患を合併しており、血管を守る必要がある。また、新規患者の糖尿病を有する割合は直近の 2 年間では減っているものの、全国的に糖尿病性腎症による透析患者が増えてきており、糖尿病の発症予防と重症化予防対策が重要となる。

介護

- ⑨ 1 件あたりの給付費は高くはないが、要介護認定者率が高く、年々増加傾向である。
認定者の有病状況としては脳血管疾患(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、第 1 号被保険者でも約 5 割の有病状況となっている。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。
生活習慣病(血管疾患)の有病状況が約 9 割と高く、特に年齢が高くなるほど非常に高い割合となっており、発症予防及び重症化予防の対策が重要である。
また、がんによる認定者数も増加傾向にあり、がんの予防と早期発見も課題である。

2. 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期にわけ、設定する。(図表 34)

<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					
		35%	40%	45%	50%	55%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		65%	65%	70%	70%	80%	80%
	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					
		4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c6.5以上の割合					
		10%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%
	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					
		9.0%	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%

第4章 保健事業の実施

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行う。具体的には医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人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、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 健康学習の実施(生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組)

特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習(体のメカニズムと食事の関係や自宅での血圧測定の重要性、禁煙について等)と健(検)診の重要性を市民に伝える。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	市民
実施方法	母子手帳交付に始まる母子保健事業全般(幼稚園・保育園へのリーフレット配布も含む)各種地域活動(校区まちづくり協議会・老人会・サロン)等での健康教育、健康づくりサポート教室や健康フェア等の各種イベント等の機会を利用する。
実施時期	通年
評価方法	健診受診状況

※ ポピュレーションアプローチ

多くの人が少しずつリスクを軽減することで、集団全体として多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体を良い方向にシフトさせること。

② 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 新規加入者への訪問 9月～10月頃 イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ウ 未受診者への受診勧奨 通年 エ 受診勧奨文書の送付
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

③ 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。

④ 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人を抽出し、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診勧奨を行うことで、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	遠賀中間地域糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準 ①②ともに該当する人 ①2型糖尿病であり、空腹時血糖 126 mg/dl以上またはHbA1c6.5 以上 (糖尿病治療中、過去に糖尿病薬服用または糖尿病治療歴あり) ②腎障害あり eGFR60 未満または尿蛋白±以上
実施方法	訪問、電話、手紙、保健指導等 ※医療機関未受診者・医療機関受診中断者を優先し、糖尿病で通院中の人については、主治医と連携のうえ、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)

⑤ 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症除く)

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	特定健診の結果から受診勧奨判定値を超えている人 ①LDL-c180 以上、 ②Ⅲ度高血圧以上 ③HbA1c6.5 以上で未治療者もしくは治療中の人は 7 以上、 ④e-GFR50 未満及び尿蛋白(+)以上で教室には医師が参加を必要と認めた人
実施方法	①②③は訪問や面接、電話による受診勧奨及び保健指導 ④はすこやか腎臓教室
実施時期	① ③は通年 、 ④は 6 月～9 月
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)

⑥ わかば健診

生活習慣病は不健全な生活の積み重ねにより発症するため早期からの介入として、20 歳～40 歳未満の人に対して健診の機会を提供し早期に健診及び生活習慣病予備群の人へ保健指導を実施することで、生活習慣病の発症を予防する。

短期目標	受診者数の増加
対象者	20 歳～40 歳未満の国保被保険者
実施方法	集団健診で特定健診に準じた健康診査を実施する。 健診結果で、生活習慣病予備群には保健指導を実施する。
実施時期	6 月～1 月の集団健診、保健指導は 7 月～3 月
評価方法	ア 受診者数 イ 保健指導の実施率

⑦ 歯周疾患健診

歯や口腔は全身の健康と深い関わりや糖尿病等生活習慣病と密接な関係があり、残存歯が少ない高齢者ほど、全身の機能低下や認知症が多くみられると言われる。口腔内の異常や歯周疾患の有無を早期に発見し、適切な指導をする。

短期目標	受診者数の増加
対象者	40歳、50歳、60歳の市民
実施方法	節目年齢の者を対象に問診票を送付し、歯と歯ぐきの検診(歯周疾患健診)を医療機関で実施する。
実施時期	6 月～2 月
評価方法	ア 受診者数

第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、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、医療サービスが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の構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

本市においても、地域包括ケアシステムの構築及び強化が進められており、当市国保保健事業を推進するにあたり、地域包括ケアの視点も重視し、介護保険、校区、まちづくり協議会、後期高齢者医療担当部門などの関係各課及び、地域における関係機関・団体等と連携していく。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価は、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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、関係機関に周知し、内容の普及啓発に努める。

2. 個人情報の取扱い

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

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

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

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

1. 特定健康診査の基本的考え方

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

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

- (2) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする人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、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 特定健診診査等実施計画について

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

2. 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- (1) 生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。健診結果のデータを一元的に管理し、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。また、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人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人、治療を中断している人等を把握し、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歳代以前と比較して40歳代から増加する。40歳未満の人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からだの変化に気づき、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

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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	65%	65%	70%	70%	80%	80%

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	7,800人	7,700人	7,600人	7,500人	7,400人	7,300人
特定健診受診者	2,730人	3,080人	3,420人	3,750人	4,070人	4,380人
特定保健指導対象者数	280人	280人	280人	280人	280人	280人
特定保健指導実施数	182人	182人	196人	196人	224人	224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。

集団健診については、市内の公共施設において他のがん検診を併設した総合健診方式で委託する。

個別健診については、遠賀中間医師会と北九州市医師会と委託契約を行う。その他の実施機関についても、被保険者の利便性を考慮して委託契約を行う。

集団健診の場所・日程や、個別健診の日程などについては、継続して休日健診(土日健診)や託児つきの健診日の設定、レディースデイ(女性医師や女性技師による健診日、女性専用の日)の設定等行っていく。健診の申込み方法も、ハガキや電話、メールなど対象者が申し込みやすい方法をとっていく。今後も受診率向上を通じて医療の適正化が図れるように対象者にとって受けやすい体制を継続していく。

(2) 特定健診委託基準

高齢者医療の確保に関する法律(以下、高確法という)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) 契約書の様式

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

特定健診実施機関については、中間市公式ホームページに掲載する。

<http://www.city.nakama.lg.jp>

(5) 健診委託単価、自己負担額

健診委託単価については、毎年財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定している。

窓口で支払う自己負担金はない。

(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。

ア 診察

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定

イ 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

ウ 肝機能検査

AST(GOT),ALT(GPT), γ GT

エ 代謝系

血糖(空腹または随時)、尿糖

オ 尿・腎機能

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)

実施基準に該当する者のうち、医師の診断に基づき、実施する。

ア 心電図検査

イ 眼底検査

ウ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)

エ 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

健康課題の実情を踏まえ、独自検査項目として心電図、HbA1c検査(NGSP値)、血清尿酸・尿潜血・血清クレアチニンを全員に追加し実施する。心電図及び血清クレアチニンについては、医師の判断により実施した場合には、詳細な健診の項目とし、それ以外は追加健診項目として実施する。

(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特定健診実施医療機関の協力を得ながら、がん検診も併せて受診できるような体制をとる。

(8) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用の請求・支払の代行は福岡県国民健康保険団体連合会に委託する。

※北九州市医師会とは、委託料の請求により直接支払いを行う。

(9) 健診の案内方法

特定健診受診券を発行し、健診案内通知とともに個別に郵送します。個別通知のほか、ホームページ及び広報誌等による広報を実施し、専門職(保健師、管理栄養士)による受診勧奨等に努める。

(10) 年間実施スケジュール

時期	内容
4月下旬 8月下旬 9月～10月 通年	特定健診対象者に案内通知および受診券送付 未受診者に再度の案内通知送付 新規加入の未受診者へ訪問 新規加入者、過去に受診歴がある人への受診勧奨
6月～3月 6月～1月 通年	病院での個別健診実施 集団健診実施(特定健診・がん検診)実施 保健指導の実施

(11) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

・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票の写しの提出を依頼する。

・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。

そのうえで、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、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人のうち、2 年目の状態が改善している人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 ヶ月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば 180 ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす）の導入を検討する。

2) それ以外の保健指導

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある人を選定し、これらの人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、市の保健師・栄養士が担当するほか、利便性と利用率向上のため、特定健診実施委託医療機関で行う。

標準的な健診・保健指導プログラム様式 5-5（以下、厚労省様式 5-5 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 5-5 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	様式 5-5	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 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	◆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	O:225 人 (8.5%) P:63 人 (2.4%)	利用率 90% 終了率 80%
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支援	M:574 人 (21.8%)	糖尿病対策については 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	◆特定健診の重要性の普及啓発と受診勧奨	D:5,219 人	受診率 60%
4	N	受診不要の者 レベル1	特定健診受診率向上を図り自己管理に向けた継続的な支援が必要	◆健診結果の見方について通知・説明	N:556 人 (21.1%)	新規受診者に 90%
5	I	治療中の者 レベル4	すでに病気を発症していても、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 ◆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	I:1,221 人 (46.3%)	糖尿病対策については 90%

※平成 28 年度の対象者数と受診率 33.6% (H28 年度実績) で平成 35 年度までの要保健指導対象者の見込みを試算 (保健指導支援ツールを活用)

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。

3) 保健指導の評価

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

① 様式 5-5 に基づいた評価

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

保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	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 5-5 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年間また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りますが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

3. 特定健診等データの情報提供及び照会

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

4. 個人情報保護対策

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

5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

第4章 結果の報告

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

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

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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