

第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)
(平成 30 年度～平成 35 年度)

第3期 特定健康診査等実施計画
(平成 30 年度～平成 35 年度)



みやま市マスコットキャラクター
くっぴー



平成 30 年 4 月
みやま市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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 P.1
- 2 計画の目的・位置付け P.2
- 3 計画期間 P.2
- 4 関係者が果たすべき役割と連携 P.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 P.6
- 2 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移) P.6
- 3 保険者努力支援制度 P.21

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 P.22
- 2 成果目標の設定 P.24

第4章 保健事業の内容

- (1) 実施事業 P.25
- (2) ライフステージに応じた保健事業一覧 P.28

第5章 地域包括ケアに係る取組 P.29

第6章 計画の評価・見直し P.30

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い P.31

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取り扱い

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 P.32

- 1 特定健康診査の基本的考え方
- 2 特定保健指導の基本的考え方

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 P.33
- 2 健診・保健指導実施の基本的な考え方 P.33
- 3 目標の設定 P.33
- 4 対象者数の見込み P.34
- 5 特定健診の実施 P.34
- 6 保健指導の実施 P.38

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 P.40

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

第4章 結果の報告 P.41

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知 P.41

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

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、みやま市健康増進計画、福岡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

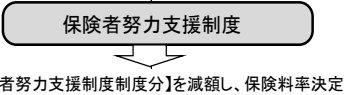
計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。

※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。

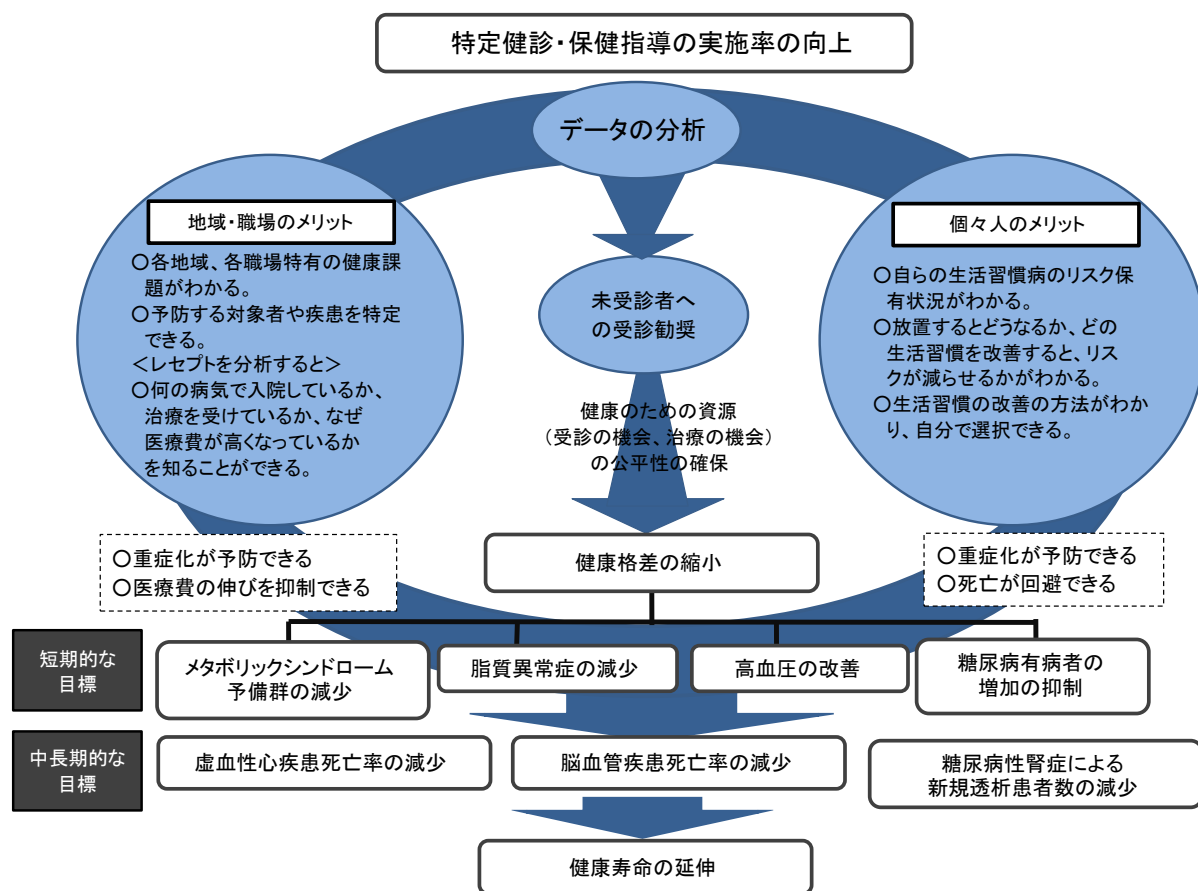
※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としている。

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(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、いかにして、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、育壮年期、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	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	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		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・骨折経症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 腎臓管狭窄症 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 後縦靱帯硬化症		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)

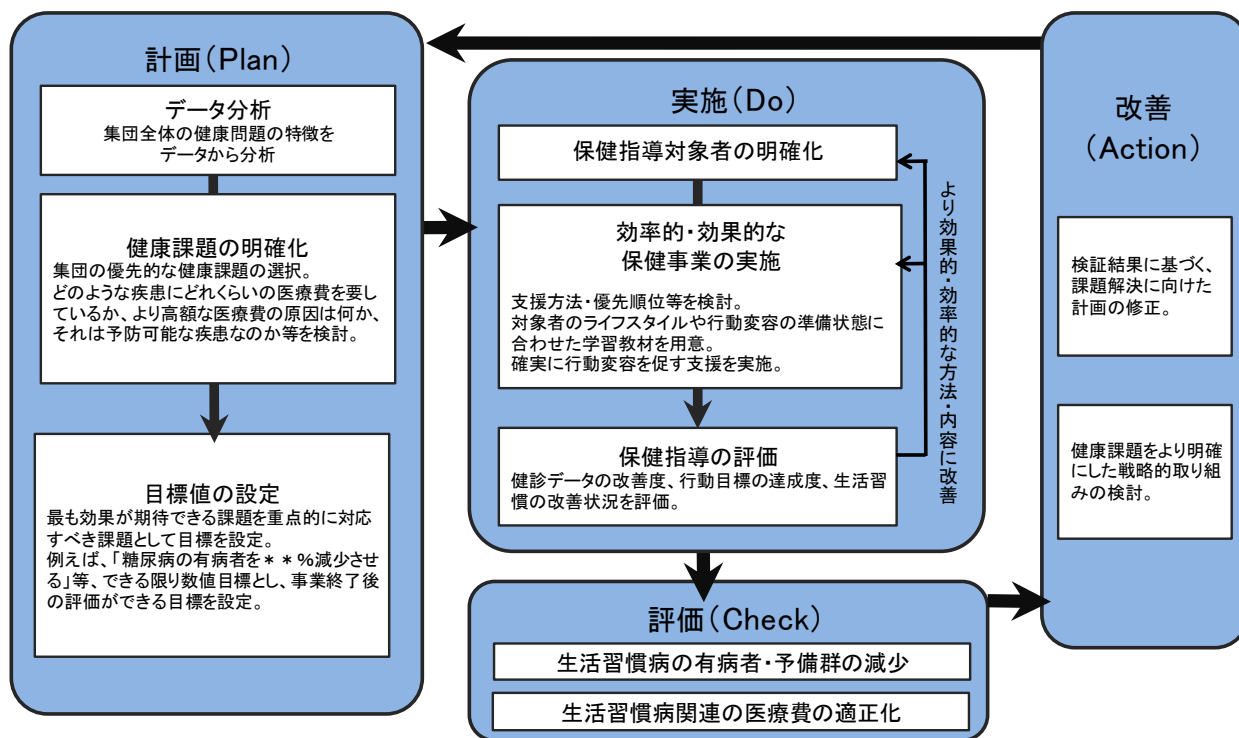


図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第 2 次)



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

健康づくり課が主体となり、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、それぞれの担当課が計画に基づき実施する。(図表 4)

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。

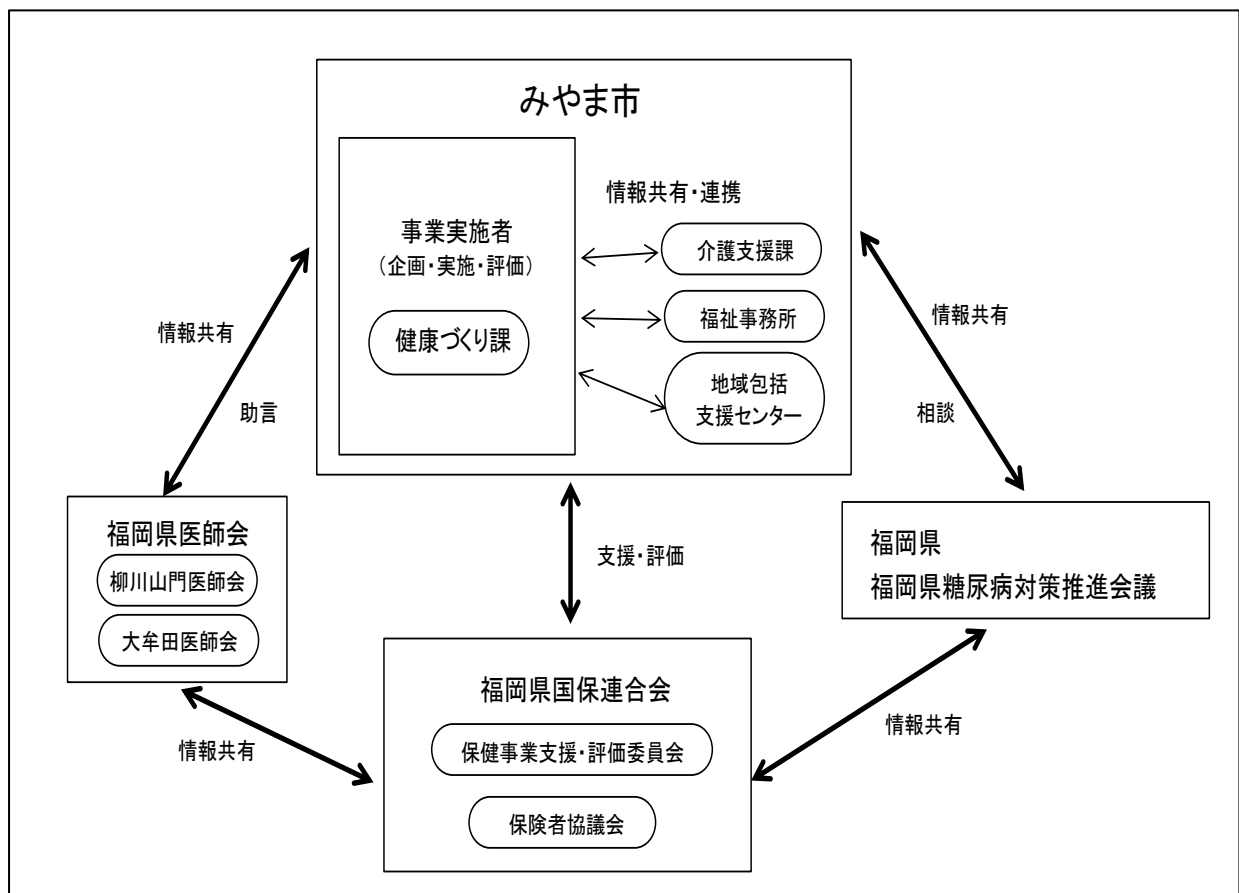
2) 外部有識者等との連携

国民健康保険運営協議会およびその構成団体等と十分な連携を図り、計画運用を確実に推進する。

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 4 みやま市の実施体制図



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27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) 短期目標と長期目標

短期目標としては、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめ、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に取り組んできた。

長期的には、脳血管及び虚血性心疾患の高額レセプト(80万円以上)の減少による医療費の伸びの減少、糖尿病性腎症における新規人工透析導入割合の減少、医療費に占める脳血管及び虚血性心疾患の割合の3%減少を目標としてきた。

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

本市は、人口38,109人、高齢化率34.8%である。同規模、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54.0歳と福岡県、国より高い。

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2つの病院、31の診療所があり、同規模平均と比較して、病院は少ないが、診療所は多い。高齢者が多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模、福岡県と比較して多い。(図表7)

図表5 みやま市の特性

	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
みやま市	38,109	34.8	10,617 (27.9)	54.0	6.0	13.5	78.7 86.2	64.4 66.8	16.7	25.6	57.7
同規模	33,322	32.8	8,580 (25.7)	54.4	6.6	14.2	79.2 86.4	65.1 66.8	11.3	27.6	61.1
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,537 (23.9)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5	65.2 66.9	3.1	20.9	76.0
国	125,640,987	26.6	32,257,803 (26.2)	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29年8月1日現在、その他の項目は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	12,130		11,764		11,308		10,805	
65～74歳	4,337	35.8	4,464	37.9	4,540	40.1	4,565	42.2
40～64歳	4,794	39.5	4,489	38.2	4,149	36.7	3,840	35.5
39歳以下	2,999	24.7	2,811	23.9	2,619	23.2	2,400	22.2

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

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	千人あたり	実数	千人あたり	実数	千人あたり	実数	千人あたり	平均数	千人あたり	総数	千人あたり
病院数	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	3.2	0.4	460	0.4
診療所数	31	2.6	31	2.6	30	2.7	31	2.9	25.2	2.9	4,587	3.8
病床数	507	41.8	507	43.1	507	44.8	507	46.9	522.4	59.7	86,071	70.4
医師数	60	4.9	60	5.1	60	5.3	58	5.4	65.6	7.5	15,660	12.8
外来患者数	669.4		689.9		733.6		745.2		698.5		686.6	
入院患者数	27.2		28.3		28.0		29.7		23.6		22.3	

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 6-1
※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、制度のスタートした平成 20 年度と比較して 14.3%ほど向上し、近年は 40% 台前半で推移している。また、これまで保健推進員やハガキによる個別アプローチを中心に受診勧奨を実施してきているものの、横ばいが続いている。(図表 8・9)

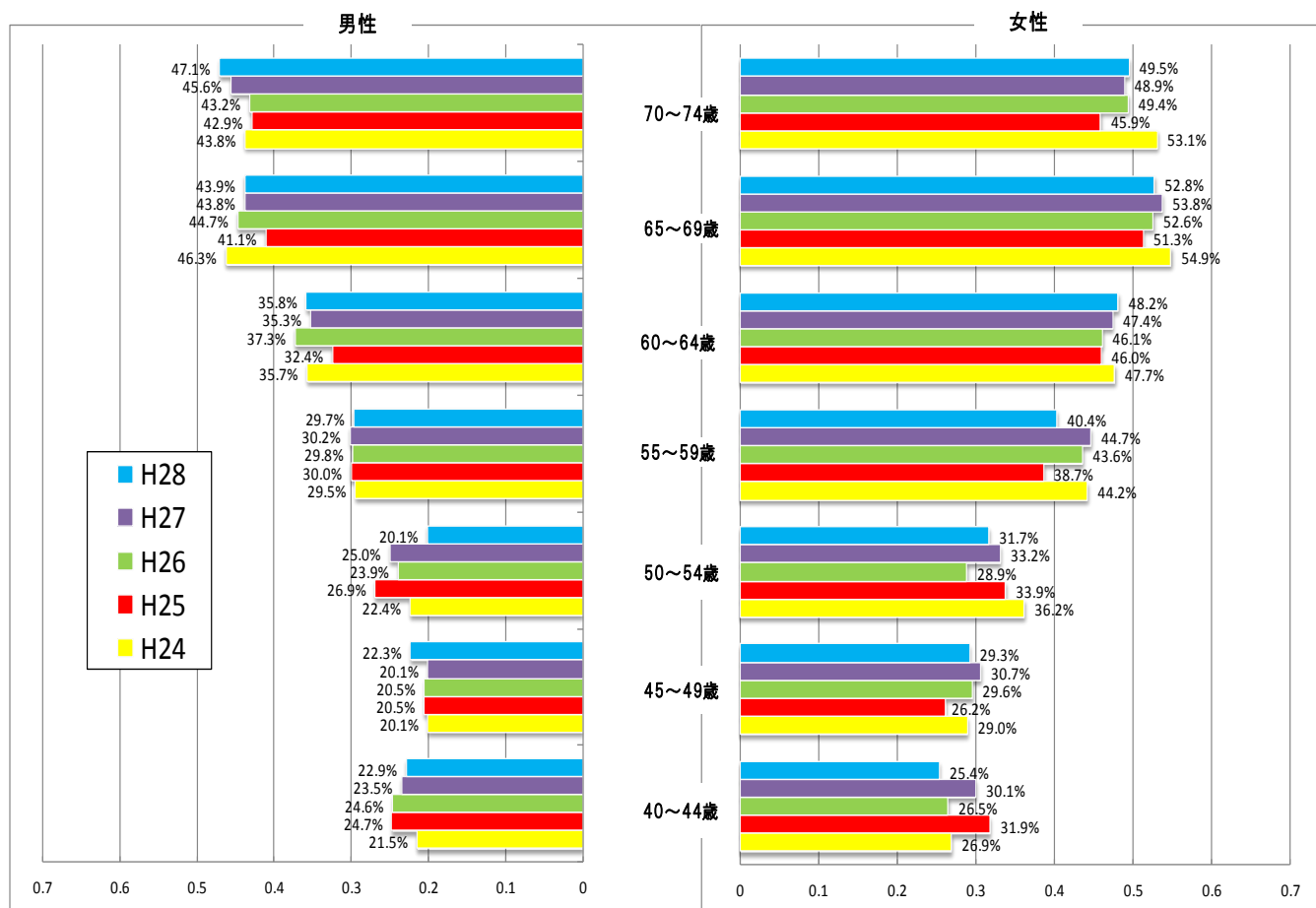
特定保健指導実施率については、第 2 期特定健診等実施計画の目標値を 25～27 年度は達成したものの、平成 28 年度は 50.9%という結果だった。受診者に占める特定保健指導該当者の割合は平成 20 年度と比べると 4%減少している。(図表 8)

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	参考値 29年度目標値
特定健診	受診者数	2,475人	3,338人	3,436人	3,416人	3,300人	実施中	健診受診率 60%
	受診率	27.8%	39.6%	41.4%	42.3%	42.1%		
	県内順位	33位	11位	11位	10位	10位		
特定保健指導	該当者数	381	364	397	403	375	実施中	特定保健指導 実施率 60%
	割合	15.4%	10.9%	11.6%	11.8%	11.4%		
	実施者数	64人	261人	239人	256人	191人		
	実施率	16.8%	71.7%	60.2%	63.5%	50.9%		
	県内順位	53	12	25	24	35		

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

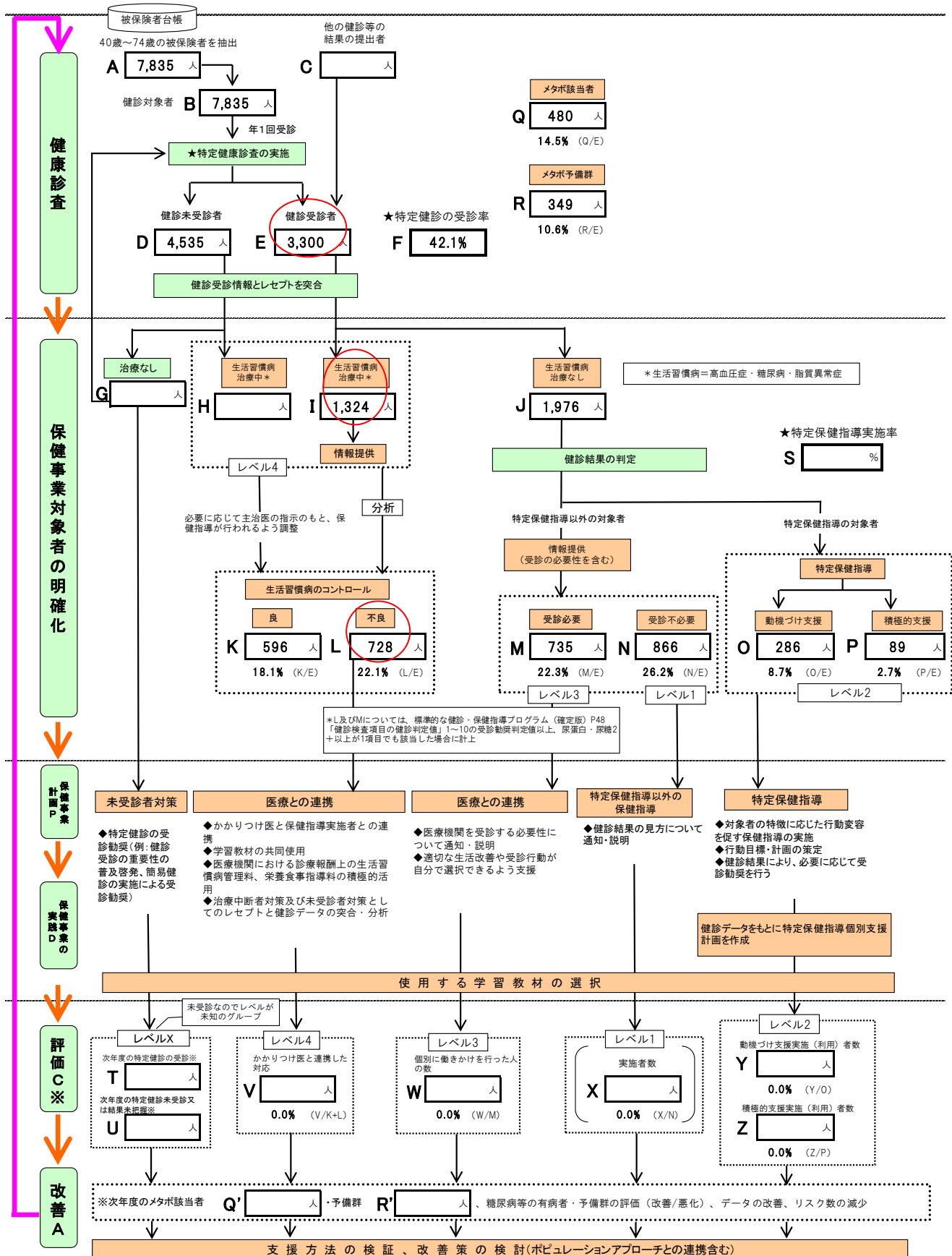
平成 28 年度の結果より健診有所見者割合を継続受診者と新規受診者で比較すると、多くの項目で過去 5 年間健診受診のなかった新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っていた。(図表 10)

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、「健診・治療なし」の者であり、40～64 歳では特定健診対象者の 31.4%、65 歳以上でも 12.3%を占めており、重症化のリスクが高い。「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と同程度の 2,992 人である。生活習慣病対策には、特定健診の受診率向上が不可欠であり、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、健診リピーターを増やすことが重要である。(図表 11)

「治療中で健診受診」の者のうち半数以上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。治療を中断すると、重症化する可能性が高いため、重症化予防対策として、医療機関へ特定健診受診の協力を求めることが重要である。(資料 A)

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、健診未受診者の方が 38,952 円高い状況になっている。(図表 12)

資料A: 健診から保健指導実施へのフローチャート



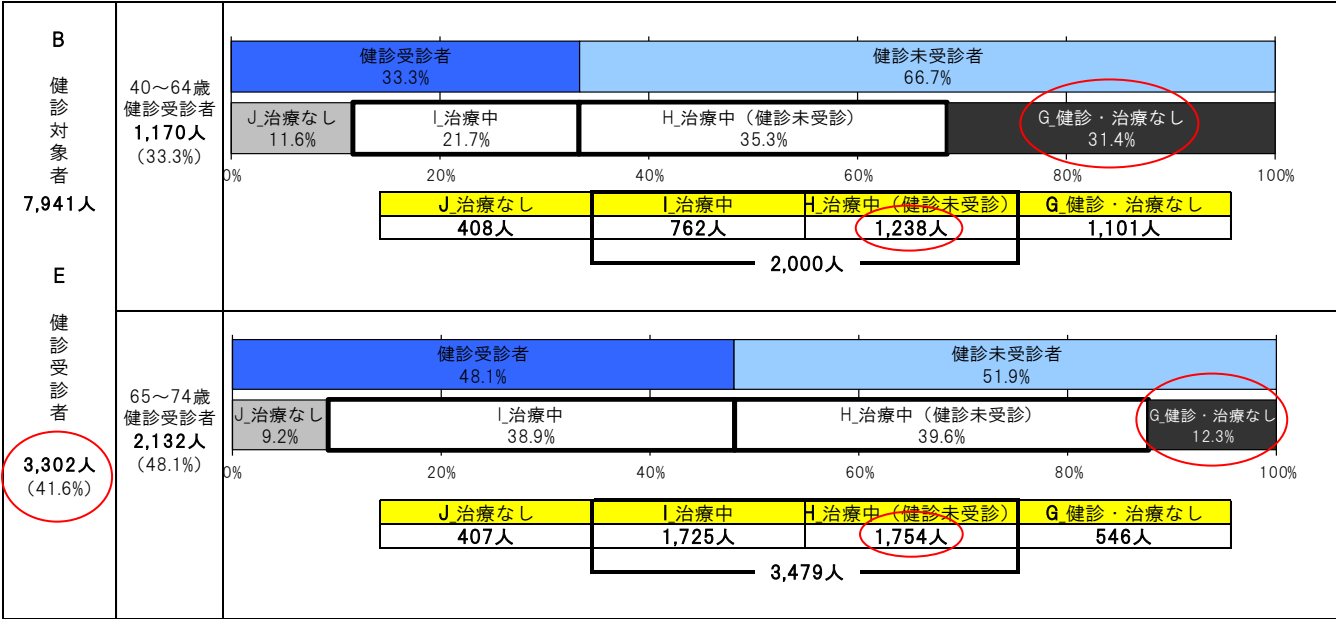
出典：保健指導支援ツール様式 6-10 健診から保健指導実施へのフローチャート

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				3,300	人	100.0%	2,929	人	88.8%	371	人	11.2%	
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	687	人	20.8%	599	人	20.5%	88	人	23.7%	
	腹囲		男性85以上 女性90以上	972	人	29.5%	858	人	29.3%	114	人	30.7%	
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	627	人	19.0%	547	人	18.7%	80	人	21.6%
	インスリン 抵抗性	血糖 HbA1c (NGSP値)	6.5以上	243	人	7.4%	202	人	6.9%	41	人	11.3%	
			(再掲) 7.0以上	131	人	4.0%	104	人	3.6%	27	人	7.4%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	133	人	4.0%	114	人	3.9%	19	人	5.1%
			拡張期	100以上	33	人	1.0%	30	人	1.0%	3	人	0.8%
			計	146	人	4.4%	127	人	4.3%	19	人	5.1%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	355	人	10.8%	308	人	10.5%	47	人	12.7%	
腎機能	尿蛋白		2+以上	37	人	1.1%	33	人	1.1%	4	人	1.1%	
	eGFR		50未満 70歳以上は40未満	61	人	1.9%	57	人	2.0%	4	人	1.1%	
	尿酸		8.0以上	70	人	2.1%	63	人	2.2%	7	人	1.9%	

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(平成 28 年度暫定受診結果)
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(平成 28 年度)

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000 (円)
健診受診者の 生活習慣病治療費	6,313円					
健診未受診者の 生活習慣病治療費					45,265円	

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高くなっており、特定健診の結果では重症化リスクの高いHbA1c 6.5%以上の該当者が増加している。またHbA1c 7.0%以上で39.7%、Ⅲ度高血圧異常で76.2%、LDL-C180以上で93.4%が未治療であり、受診勧奨及び保健指導を徹底する必要がある。(図表13・14・15)メタボリックシンドロームでは、男女とも予備群は減少しているが、該当者は増加している。(資料B)

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の課題解決のために関係学会のガイドラインを参照した重症化予防対象者を見ると、健診受診者の864人が該当しており、うち363人が未治療であった。更に、未治療者の13.8%が既に心電図所見や、腎機能低下といった臓器障害がみられ、確実な受診勧奨及び保健指導が必要である。(図表16)

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13.9%で、そのうち5.1%は糖尿病性腎症と診断されている。特定健診結果で糖尿病型(※)は受診者の10.2%でそのうち未治療が39.6%を占めている。また、治療者の47.5%がHbA1c7.0以上又は空腹時血糖130mg/dl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。

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18.0%存在しており、今後、人工透析導入のハイリスク者として、受診勧奨や医療機関と連携した保健指導の徹底により糖尿病性腎症重症化予防に向けた取り組みが重要である。(図表17)

【※糖尿病型とは・・・HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上、糖尿病治療中(問診)】

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
25年度	9,287人	1,178人	12.7%	5,134人	482人	9.4%	4,153人	696人	16.8%	3,338人	39.6%	205人	6.1%	93人	2.8%	33人	35.5%	
28年度	8,749人	1,214人	13.9%	4,146人	395人	9.5%	4,603人	819人	17.8%	3,300人	42.1%	243人	7.4%	131人	4.0%	52人	39.7%	

図表14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果										
	被保数 (40歳以上)	高血圧 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲					
					被保数		患者数	被保数		患者数					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/J
25年度	9,287人	2,372人	25.5%	5,134人	863人	16.8%	4,153人	1,509人	36.3%	3,338人	39.6%	163人	4.9%	22人	0.7%	13人	59.1%			
28年度	8,749人	2,360人	27.0%	4,146人	715人	17.2%	4,603人	1,645人	35.7%	3,300人	42.1%	146人	4.4%	21人	0.6%	16人	76.2%			

図表15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保数 (40歳以上)	脂質異常症 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再掲			
					被保数		患者数	被保数		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	9,287人	1,798人	19.4%	5,134人	686人	13.4%	4,153人	1,112人	26.8%	3,338人	39.6%	377人	11.3%	118人	3.5%	107人	90.7%	
28年度	8,749人	1,923人	22.0%	4,146人	635人	15.3%	4,603人	1,288人	28.0%	3,300人	42.1%	355人	10.8%	121人	3.7%	113人	93.4%	

資料B:厚生労働省様式 6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群

男性		健診 受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質 異常症	該当者	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
25年度	人数	1,446	107	251	18	153	80	270	48	15	143	64
	割合	35.0%	7.4%	17.4%	1.2%	10.6%	5.5%	18.7%	3.3%	1.0%	9.9%	4.4%
28年度	人数	1,445	90	241	22	153	66	336	58	24	169	85
	割合	36.9%	6.2%	16.7%	1.5%	10.6%	4.6%	23.3%	4.0%	1.7%	11.7%	5.9%

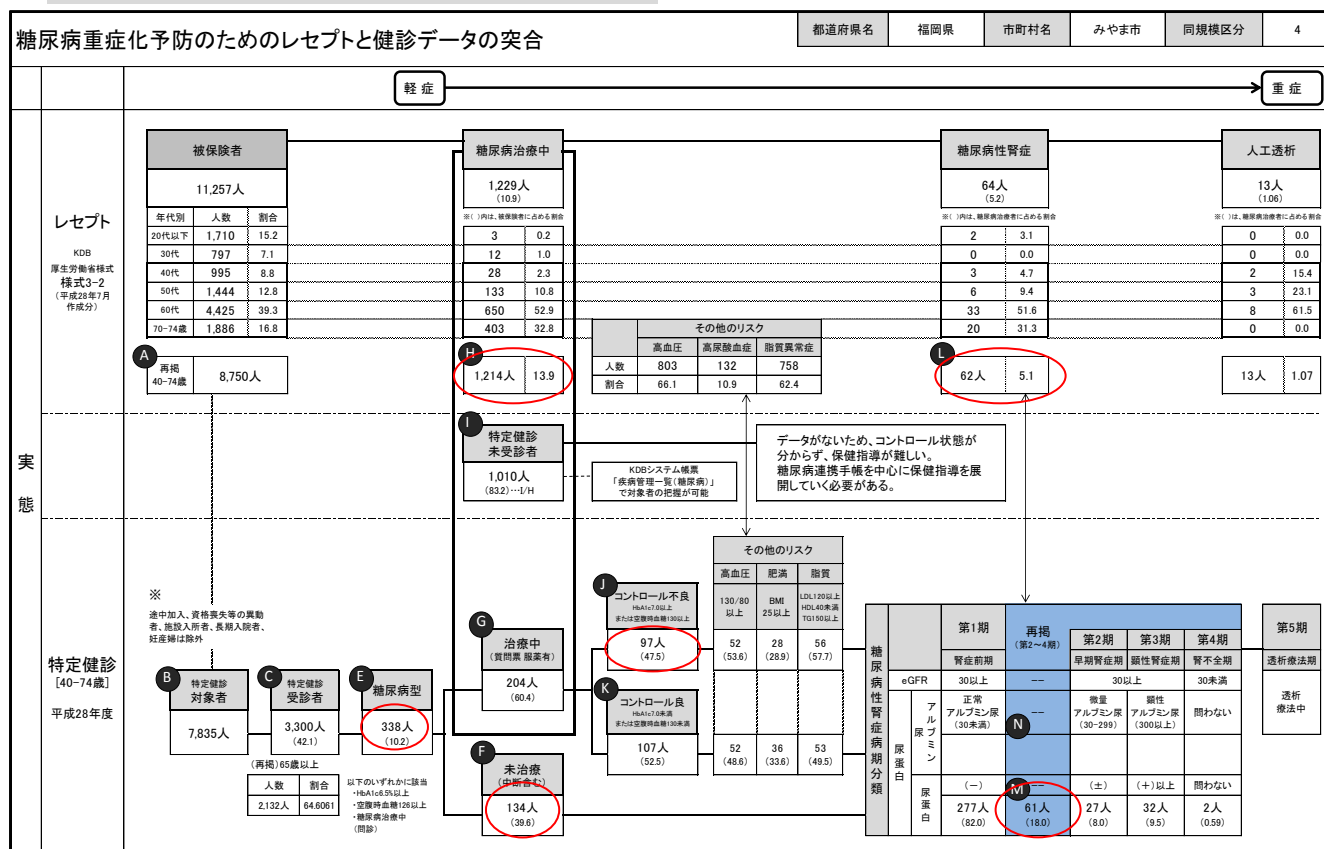
女性		健診 受診者	腹囲のみ	予備群	高血糖	高血圧	脂質 異常症	該当者	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	3項目全て
25年度	人数	1,895	59	125	4	90	31	129	14	4	76	35
	割合	44.1%	3.1%	6.6%	0.2%	4.7%	1.6%	6.8%	0.7%	0.2%	4.0%	1.8%
28年度	人数	1,857	53	108	2	75	31	144	22	9	82	31
	割合	46.1%	2.9%	5.8%	0.1%	4.0%	1.7%	7.8%	1.2%	0.5%	4.4%	1.7%

図表 16 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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	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 による年齢調整透析導入患者数の減少		
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	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同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) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン (2005年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		
	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性 脳塞栓症 (27%*) ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) ※脳卒中 データバンク 2009より			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			脂質異常症			糖尿病		
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)			糖尿病治療ガイド 2016-2017 (日本糖尿病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上			LDL-C 180mg/dl以上			HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)		
受診者数 3,300 対象者数	146 4.4%			121 3.7%			186 5.6%		
治療なし	95 4.0%			113 4.3%			107 3.5%		
(再掲) 特定保健指導	38 26.0%			26 21.5%			27 14.5%		
治療中	51 5.4%			8 1.2%			79 38.7%		
臓器障害 あり	8 8.4%			5 4.4%			6 5.6%		
CKD (専門医対象者)	5			5			3		
尿蛋白 (2+) 以上	2			3			1		
尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	3			0			0		
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0			2			1		
心電図所見あり	3			1			3		
臓器障害 なし	87 91.6%			108 95.6%			101 94.4%		
重症化予防対象者 (実人数)	864 26.2%			363 16.9%			177 20.5%		
	501 37.8%			50 13.8%			--		

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

図表 17 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態



3) 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 31,039 円と同規模平均・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 41 億円で、平成 25 年度と比較すると、入院費用額は 1,546 万円減少しているが、入院外費用額は 7,280 万円増加している。一人当たり医療費は、全体では 31,039 円で 25 年度と比較すると 3,471 円増加(+12.6%)しており、入院では 1,327 円の増加(+10.1%)、入院外では 2,144 円の増加(+14.8%)となっている。これらの伸び率はいずれも同規模・県・国と比較して高い状況である。(図表 19・20)

本市では、被保険者の総数は年々減少しているが、65～74 歳の高齢層の占める割合は増加している。また、65～74 歳の人工透析患者数も増加しており、後期高齢者の患者数の増加が見られ、このことが医療費の増加につながっている。(図表 22)

重症化予防・医療費の適正化につなげるため、新規人工透析導入の原因の 6 割を占める糖尿病の発症予防の取り組みとして、軽症のうちに外来につなげ、治療の継続と生活改善に向けた保健指導を行う重症化予防対策が重要である。

図表 18 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		保険者	同規模平均	県	国
一人当たり医療費		31,039 県内5位 同規模56位	27,772	25,927	24,245
受診率		774.930	722.103	708.879	686.286
外来	費用の割合	53.6	56.9	54.9	60.1
	件数の割合	96.2	96.7	96.9	97.4
入院	費用の割合	46.4	43.1	45.1	39.9
	件数の割合	3.8	3.3	3.1	2.6
1件あたり在院日数		19.8日	17.0日	16.9日	15.6日

出典：KDB システム帳票
地域の全体像の把握（平成 28 年度）

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	40億7,302万円	--	19億3,297万円	--	21億4,004万円	--
28年度	41億3,036万円	5,734万円	19億1,751万円	△1,546万円	22億1,284万円	7,280万円

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 20 一人あたり医療費の変化

		一人あたり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
25年度	みやま市	27,568	13,083	14,485	--	--	--
	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	みやま市	31,039	14,410	16,629	112.6	110.1	114.8
	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

※一人あ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は 19.63%で国・県と比較すると低い傾向にある。また疾患別に見ると、慢性腎不全(透析無)は高いものの、慢性腎不全(透析有)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 21)

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、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、25 年度と比較して増加している。(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		脳血管 疾患	虚血性 心疾患
																(透析有)	(透析無)		
みやま市	25年度	27,568	84位	14位	2.53%	0.50%	2.83%	1.46%	4.82%	6.29%	2.86%	8億6,691万円	21.28%	10.04%	16.59%	8.19%			
	28年度	31,039	56位	5位	2.67%	0.41%	2.59%	1.38%	5.21%	4.73%	2.64%	8億1,098万円	19.63%	12.16%	17.76%	8.15%			
国	28年度	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,399億893万円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%			
県		25,927	--	--	3.01%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.62%	3.05%	787億1,630万円	20.23%	14.15%	11.79%	8.91%			

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(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

図表 22 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	被保険者 10万対	65～74 歳	被保険者 10万対	(再掲)	
						国保	後期
25年度末	53人	21人	438.0	32人	694.9	2人	30人
28年度末	58人	21人	546.7	37人	765.6	1人	36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、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、28 年度の脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数で約 13%、費用額で約 12%を占めている。また脳血管疾患による高額レセプトは 61 件に対して患者数は 26 人であり、複数月高額レセプトになっている。

虚血性心疾患やがんでは、40 歳未満や 40 代の若い年齢層からの発症が増えており、若い頃からの発症は、医療や介護等の医療資源への影響が大きく、若い年齢層からの予防の働きかけを積極的に行う必要がある。(図表 23)

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)(25 年度・28 年度比較)

25年度	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
人数	306人		23人		17人		81人		210人	
			7.5%		5.6%		26.5%		68.6%	
件数	514件		42件		18件		113件		341件	
			8.2%		3.5%		22.0%		66.3%	
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	55	16.1%
		40代	0	0.0%	1	5.6%	1	0.9%	14	4.1%
		50代	1	2.4%	0	0.0%	8	7.1%	29	8.5%
		60代	20	47.6%	9	50.0%	55	48.7%	151	44.3%
		70-74歳	21	50.0%	8	44.4%	48	42.5%	92	27.0%
費用額	7億1089万円		4907万円		3103万円		1億5881万円		4億7198万円	
			6.9%		4.4%		22.3%		66.4%	
28年度	全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
人数	349人		26人		20人		108人		216人	
			7.4%		5.7%		30.9%		61.9%	
件数	641件		61件		22件		173件		385件	
			9.5%		3.4%		27.0%		60.1%	
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	4.5%	8	4.6%	63	16.4%
		40代	0	0.0%	1	4.5%	6	3.5%	24	6.2%
		50代	6	9.8%	3	13.6%	21	12.1%	43	11.2%
		60代	30	49.2%	13	59.1%	82	47.4%	140	36.4%
		70-74歳	25	41.0%	4	18.2%	55	31.8%	115	29.9%
費用額	8億8748万円		7300万円		3123万円		2億4385万円		5億3940万円	
			8.2%		3.5%		27.5%		60.8%	

* 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。

イ 長期(6ヶ月以上の)入院

長期入院の件数の 81.9%、費用額の 74.7%を精神疾患が占める。また、約 1 割は脳血管疾患や虚血性心疾患を併発している。(図表 24)

若い頃から、基礎疾患(短期的な疾患)の発症予防・重症化予防に向けた取り組みが必要である。

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	158人	129人 81.6%	18人 11.4%	11人 7.0%
件数	1,562件	1,279件 81.9%	122件 7.8%	111件 7.1%
費用額	6億5048万円	4億8617万円 74.7%	6262万円 9.6%	5158万円 7.9%

* 精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上(平成28年度)

* 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)

ウ 人工透析の状況

本市国保被保険者の人工透析患者は平成 28 年度は 24 人で、54.2%は糖尿病が原因である。人工透析患者の 29.2%は脳血管疾患、41.7%は虚血性心疾患が原因である。(図表 25)

新規透析患者数を減らすため、糖尿病の重症化の予防が必要である。

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	24人	13人 54.2%	7人 29.2%	10人 41.7%
H28年度 累計	件数	292件	178件 61.0%	83件 28.4%	130件 44.5%
	費用額	1億2682万円	8136万円 64.2%	4033万円 31.8%	5408万円 42.6%

* 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

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 4,441 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 12.3%、9.7%、1.4%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 7 割、糖尿病が約 4 割、脂質異常症は約 6 割が併せ持っている。(図表 26)

基礎疾患(短期的な疾患)からの発症予防・重症化予防に向けた取り組みを進めていく必要がある。

図表 26 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体(平成28年度)		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
4,441人		548人 12.3%	432人 9.7%	64人 1.4%	2,380人 53.6%	1,229人 27.7%	1,953人 44.0%
の 基 重 礎 な 疾 患	高血圧	389人	335人	49人	--	809人	1,262人
		71.0%	77.5%	76.6%	--	65.8%	64.6%
	糖尿病	207人	181人	64人	809人	--	766人
		37.8%	41.9%	100.0%	34.0%	--	39.2%
	脂質異常症	332人	283人	41人	1,262人	766人	--
		60.6%	65.5%	64.1%	53.0%	62.3%	--

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、25 年度から減少傾向にある。また、診断された同月に入院されているケースは新規患者数の 2～3 割を占めており、新規患者の 6～7 割近くが過去 3 年間健診受診歴がなかった。(図表 27・28)

人工透析においては、新規患者の多くは基礎疾患として糖尿病を持っており、過去 3 年間健診受診歴がなかった。(図表 29)

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規患者数を減らすために、健診未受診者への受診勧奨を充実させていく必要がある。

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)	
						D	D/C	E	E/D
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	12,130人	544人	4.5%	375人	68.9%	67人	17.9%	56人	83.6%
26年度	11,764人	576人	4.9%	357人	62.0%	61人	17.1%	34人	55.7%
27年度	11,308人	537人	4.7%	268人	49.9%	60人	22.4%	40人	66.7%
28年度	10,805人	548人	5.1%	225人	41.1%	42人	18.7%	31人	73.8%

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)	
						D	D/C	E	E/D
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	12,130人	468人	3.9%	224人	47.9%	61人	27.2%	43人	70.5%
26年度	11,764人	428人	3.6%	216人	50.5%	64人	29.6%	43人	67.2%
27年度	11,308人	448人	4.0%	214人	47.8%	62人	29.0%	39人	62.9%
28年度	10,805人	432人	4.0%	162人	37.5%	48人	29.6%	35人	72.9%

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)	
		B	B/A	D	D/B	E	E/D	F	F/D
	A								
25年度	12,130人	22人	0.2%	5人	22.7%	5人	100.0%	5人	100.0%
26年度	11,764人	24人	0.2%	6人	25.0%	5人	83.3%	3人	50.0%
27年度	11,308人	25人	0.2%	3人	12.0%	3人	100.0%	3人	100.0%
28年度	10,805人	24人	0.2%	6人	25.0%	4人	66.7%	4人	66.7%

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3,000人(認定率23.9%)、第2号(40～64歳)被保険者で55人(認定率0.4%)であり、同規模平均、福岡県と比べると、第1号被保険者の割合は高いが第2号被保険者は同程度である。

本市の介護給付費は43億5710万円で、25年度と比較すると、1件当たり給付費は居宅サービスは増加しているものの、施設サービスは減少している。同規模平均、福岡県と比較すると全体として高い傾向にある。また、要介護認定を受けている人の医療費は、受けていない人より44,620円高い。(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、脳卒中、高血圧が上位を占めている。第2号被保険者で6割が脳卒中を患っており、本市の40歳～50歳代の特定健診受診率も低いことから、若い世代からの発症予防及び重症化予防に向けた若い世代の受診率向上や保健指導の両面を充実させる必要がある。(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)28年度 割合(%)	
		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		41億7,186万円		42億8,357万円		43億4,432万円		43億5,710万円		--	--
1号認定者数(認定率)		2,623	21.4	2,695	21.5	2,931	22.7	3,000	23.9	20.5	23.1
	新規認定者	44	0.3	46	0.3	40	0.3	36	0.3	0.3	0.3
2号認定者		53	0.4	55	0.4	54	0.4	55	0.4	0.4	0.4
1件当たり給付費(全体)		75,071		74,957		73,171		72,695		66,717	57,450
	居宅サービス	44,460		45,477		44,655		45,042		41,744	39,185
	施設サービス	276,820		279,821		275,350		272,711		278,164	285,501
有病状況	糖尿病	440	16.2	469	16.4	523	17.3	497	16.8	22.3	22.0
	高血圧症	1,339	49.6	1408	50.5	1,476	50.0	1438	47.3	54.6	54.0
	脂質異常症	520	19.5	574	20.2	624	21.2	620	20.7	28.4	29.8
	心臓病	1,549	57.6	1633	58.6	1,711	57.8	1672	55.2	62.5	61.2
	脳疾患	763	28.5	811	28.8	814	28.0	811	26.5	27.9	26.9
	がん	230	8.4	227	8.6	255	8.4	247	8.3	10.3	11.5
	筋・骨格	1,347	50.2	1410	50.6	1,456	50.1	1441	47.7	54.1	54.6
	精神	868	32.3	926	32.9	944	32.3	997	32.1	37.8	37.2
要介護認定別医療費(40歳以上)		認定あり		87,260		84,030		83,450		87,160	
		認定なし		41,530		42,240		42,600		42,540	
										40,370	
										40,740	

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）			55		228		2,772		3,000		3,055	
	再）国保・後期			37		206		2,646		2,852		2,889	
	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
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	23 62.2%	脳卒中	107 51.9%	脳卒中	1351 51.1%	脳卒中	1458 51.1%	脳卒中	1481 51.3%
			2	虚血性心疾患	11 29.7%	虚血性心疾患	58 28.2%	虚血性心疾患	1075 40.6%	虚血性心疾患	1133 39.7%	虚血性心疾患	1144 39.6%
			3	腎不全	5 13.5%	腎不全	23 11.2%	腎不全	292 11.0%	腎不全	315 11.0%	腎不全	320 11.1%
		基礎疾患（＊2）		糖尿病	18 48.6%	糖尿病	102 49.5%	糖尿病	979 37.0%	糖尿病	1081 37.9%	糖尿病	1099 38.0%
				高血圧	24 64.9%	高血圧	150 72.8%	高血圧	2059 77.8%	高血圧	2209 77.5%	高血圧	2233 77.3%
				脂質異常症	17 45.9%	脂質異常症	96 46.6%	脂質異常症	1179 44.6%	脂質異常症	1275 44.7%	脂質異常症	1292 44.7%
	血管疾患合計			合計	34 91.9%	合計	186 90.3%	合計	2459 92.9%	合計	2645 92.7%	合計	2679 92.7%
	認知症			認知症	8 21.6%	認知症	49 23.8%	認知症	1210 45.7%	認知症	1259 44.1%	認知症	1267 43.9%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	29 78.4%	筋骨格系	175 85.0%	筋骨格系	2381 90.0%	筋骨格系	2556 89.6%	筋骨格系	2585 89.5%

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 1,741 市町村中 83 位と上位に位置していたが、個人インセンティブ提供、重複服薬者に対する取組はできていない状況である。(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	みやま市		
総得点(満点)		345				580	850
総得点(体制構築加算70点を除く)		275	128.67	146.03	195	510	790
交付額		--	--	--	696.2万円		
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	613.0円		
全国順位(1,741市町村中)※福岡県は47都道府県中の順位		--	--	13位	83位		
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	10	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	20	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	10	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	10	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	0	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	10	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	15	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、長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。

本市においては、これまで内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導に取り組み、特定健診受診率は県内でも高い水準を保っているが特定保健指導率は減少傾向にある。

1人でも多くの方へ保健指導を実施することに力を注ぎ、医療機関との連携にも取り組んできた。

しかし、メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあり、重症化による虚血性心疾患、脳血管疾患の割合も高いのが現状である。

今後は、KDB等を活用して重症化予防対象者を明確化し、目標達成に向けて効果的、効率的に事業展開をしていくことが重要である。

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 特定健診受診者の中に、治療中で重症化予防の対象者が約2割おり、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 特定健診の結果からは、メタボリックシンドロームの予備群においては減少しているが、メタボリックシンドロームの該当者は増加しているため、特定保健指導の実施率向上が必要である。
- ④ 「治療中で健診受診者」のうち約6割がコントロール不良者である。
また、「治療中で健診未受診」の者は、健診受診者数と同程度で2,992人という状況であり、この中にもコントロール不良者が含まれることが推測されることから、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。
- ⑤ 健診受診者の864人が重症化予防対象者に該当しており、363人が未治療である。未治療者の13.8%が既に心電図所見や、腎機能低下(尿蛋白やeGFRに所見)といった臓器障害がみられ、確実な受診勧奨及びかかりつけ医と連携し、重症化予防に向けた保健指導が必要である。
- ⑥ 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18.0%存在し、今後、人工透析導入のハイリスク者として、受診勧奨や医療機関と連携した保健指導の徹底により糖尿病性腎症重症化予防に向けた取り組みが重要である。

医療

- ⑦ 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。
- ⑧ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は 54%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。
- ⑨ 医療費分析結果から、精神疾患患者の重症化予防や長期入院を防ぐための対応施策について福祉事務所と連携しながら施策の検討を行う。

介護

- ⑩ 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高血圧・心臓病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、発症予防及び重症化予防の対策が重要である。

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。

<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 33 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					
		45%	48%	51%	54%	57%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		60%	65%	70%	75%	75%	80%
	③	高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上（収縮期血圧180または拡張期血圧120以上）の割合					
		0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%
	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					
		7.0%	7.0%	6.0%	6.0%	5.0%	5.0%
	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					
		10.0%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%

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・進行抑制を目指し、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。

(1) 実施事業

【短期目標】

1. 特定健診受診率向上

事業名	事業目的	事業内容	評価方法
全戸訪問	受診率向上	対象者へ、担当地域の保健推進員が訪問して受診勧奨実施	・受診率、受診者数 ・実施内容(方法、時期など)
未受診者への個人通知	受診率向上	未受診のタイプを分析し、タイプ別の様式を使用して実施	・受診率、受診者数 ・受診勧奨者の受診状況 ・実施内容(時期、回数、媒体など)
未受診者訪問	受診率向上	未受診者を抽出し、担当地域の保健推進員による訪問受診勧奨実施	・受診率、受診者数 ・受診勧奨者の受診率 ・実施内容(方法、時期、媒体など)
未受診者の調査	未受診者の状況把握し、受診率向上につなげる	対象者へ、健診の予約と同時に受診しない意向調査実施	・受診率、受診者数 ・未受診者の受診状況
広報活動	受診率向上	様々な機会をとらえ、特定健康診査の普及啓発を行う ・地域公民館、医療機関、公共施設へのポスター掲示 ・出前講座等でのお知らせ	・受診率、受診者数

住民健診 (集団健診・ 個別健診)	受診率向上	地域の公民館等で行う集団健診と 広域医療機関で行う個別健診により 多くの受診機会を提供する	・受診率、受診者数 ・実施内容 (方法、期間など)
-------------------------	-------	---	---------------------------------

2. 特定保健指導の実施率の向上

事業名	事業目的	事業内容	評価方法
健診結果説明会	保健指導実施率の 向上	健診受診後、結果返却の機会を利用 して特定保健指導対象者の初回 面接を実施	・特定保健指導実施率 ・継続受診率 ・検査データ改善状況 ・実施内容(時期、保健指導媒 体、専門スタッフ配置数、対象者 の満足度など)
訪問及び 来所面接指導	特定保健指導の 実施率向上	集団健診及び個別健診実施後、地 域担当保健師又は栄養士等の専門 職が指導を行う	・特定保健指導実施率 ・継続受診率 ・検査データ改善状況 ・実施内容(時期、保健指導媒 体、専門スタッフ数、対象者の満 足度など)

3. 生活習慣病発症予防(ポピュレーションアプローチ)

事業名	事業目的	事業内容	評価方法
健康相談	健康の意識づけ、 生活習慣病発症予 防	毎月相談日を設け、面接相談を 実施	・実施者数
結果説明会 (健康教育)	生活習慣病予防に 関する知識の習得 により行動変容を促 す	健診受診後、結果返却の機会を利用 して集団へ生活習慣病の講話を 実施	・来所者数 ・実施内容(講話テーマ、実施 時間、使用媒体など) ・専門スタッフ数
結果説明会 (一般情報提供)	個人の状態にあっ た指導により、生活 習慣病の発症予防 を図る	健診の結果を個別に説明することに より、生活習慣病予防の知識の習 得と行動変容を促す	・検査データの改善状況 ・メタボ該当者、予備群の減少 率 ・継続受診率など
出前講座	生活習慣病の発症 予防に関する知識 の習得	広く市民に生活習慣病に関する知 識の普及と生活習慣病予防につな げる	・実施回数 ・参加者数
子育て世代応援 健診	健康の意識づけ、 若いころからの生活 習慣病の発症予防	20歳～39歳からの生活習慣病の早 期発見・治療、健康行動の習慣化に つなげる	・検査データの改善状況 ・メタボ該当者、予備軍の減少 率 ・継続受診率など

保健推進員養成	地域の健康づくりのリーダーとして、地域の健康課題の解決、市民協働での健康づくり	会員の知識の習得と保健推進員活動を通して地域の健康づくりを推進していく	・出席者数 ・校区ごとの活動数の増加 ・校区受診率
---------	---	-------------------------------------	---------------------------------

4. 生活習慣病重症化予防

事業名	事業目的	事業内容	評価方法
結果説明会 (重症化面接)	個人の疾病リスクに応じた指導による疾病とリスクのイメージ化により、医療機関受診につなげる	高血圧、糖尿病、脂質異常について、基準を設け、対象となる者に専門職が結果説明会の機会をとらえて個別指導実施	アンケートによる満足度調査
糖尿病性腎症予防訪問事業	腎機能低下がみられる糖尿病型の対象者へ専門職が、かかりつけ医と連携した指導を行うことにより新規透析導入減少を図る	健診結果とレセプト情報から重症化リスクの高いものを抽出し、福岡県糖尿病性腎症重症化プログラムに基づいて実施 訪問、面接、電話、手紙など実施	・実施率 ・医療機関受診率 ・検査データの変化、改善具合など
重症化訪問・面接事業	健診結果から生活習慣病重症化リスクの高い者へ専門職が、かかりつけ医と連携した指導を行うことにより重症化を予防する	健診結果、レセプト情報等により、対象者をリストアップし、電話、手紙、面接、訪問等により専門職が指導、受診勧奨（必要に応じて医療機関と連携を行う）	・実施率 ・医療機関受診率 ・検査データの変化、改善具合など

(2)ライフステージに応じた保健事業一覧

ライフステージに応じた保健事業一覧

各事業	妊娠期	乳幼児期 (概ね0～5歳)	少年期 (概ね6～18歳)	青壮年期 (概ね19～39歳)	中高年期 (40～74歳) 前期高齢期	後期高齢期
	健康手帳	母子健康手帳の交付				
	健康相談 (電話・来所)	母子健康手帳交付時の相談			健康診査後相談	
			乳幼児健康相談・発達相談		一般健康相談	高齢者健康相談
	健康教育	家庭児童相談室				
		母子手帳交付時健康教育	離乳食教室	学童保育食育出前講座	健診結果説明	
			親子教室	食育料理教室	健康づくり教室 (20歳以上)	
					特定保健指導 (積極的支援・動機付け支援・重症化予防対象者)	
					介護予防教室・元気もりもり教室	
					各種団体・地域健康づくり出前講座	
	予防接種		BCG・ポリオ・DPT・DT・MR・日本脳炎 子宮頸がん・ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎			インフルエンザ (65歳以上) 高齢者肺炎球菌予防接種 (65・70・75・80・85・90・95・100歳の者)
	健康診査	妊婦健康診査 (受診に係る補助券交付)	乳幼児健診 (4ヶ月児・10ヶ月児・1歳6ヶ月児・3歳児) フッ素塗布 (1歳6ヶ月児～3歳児)	学校保健法による健康診査	子育て世代応援健診	特定健康診査
						後期高齢者健康診査
						生活保護受給者健康診査
						がん検診 (肺・胃・大腸) (40歳以上の男女)
						子宮頸がん検診 (20歳以上の女性)
						乳がん検診 (40歳以上、偶数年齢の女性)
						前立腺がん検診 (50歳以上の男性)
						肝炎ウイルス検査 (40歳以上の男女)
					骨粗しょう症予防検診 (40・45・50・55・60・65・70歳女性)	結核検診 (65歳以上の男女)
家庭訪問		赤ちゃん訪問			家庭訪問 (特定保健指導・重症化対象者・健診後要精密者・精神障がい者等)	
		妊産婦訪問				
地区組織活動		つどいの広場			保健推進員・食生活改善推進員	
					いきいきライフ (ニコベース運動実践グループ)	
		子育てサークル			あじさいクラブ (糖尿病教室08会)	
その他		病児一時預かり			障害者等相談支援事業 (ホープ)	
		子ども医療費助成事業 (0歳～15歳)				
					みやまっぴゅあーク・ヘルスセミナー (バスツアー)	

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の構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、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。

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、ホームページを通じた周知を行い、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いる。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、国民の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、国では生活習慣病を中心とした疾病予防を重視している。また、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、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者の治療継続状況を確認する。これにより、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、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、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	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	75%	75%	80%

(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	25%	25%	23%	23%	21%	21%
メタボ減少率	25%	25%	27%	27%	29%	29%
特保対象者の減少率	22%	22%	24%	24%	26%	26%

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	8,200 人	8,000 人	7,850 人	7,700 人	7,550 人	7,400 人
特定健診受診者	3,690 人	3,840 人	4,004 人	4,158 人	4,304 人	4,440 人
特定保健指導対象者数	405 人	422 人	440 人	457 人	473 人	488 人
特定保健指導実施数	243 人	274 人	308 人	342 人	354 人	390 人

5. 特定健診の実施

(1) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

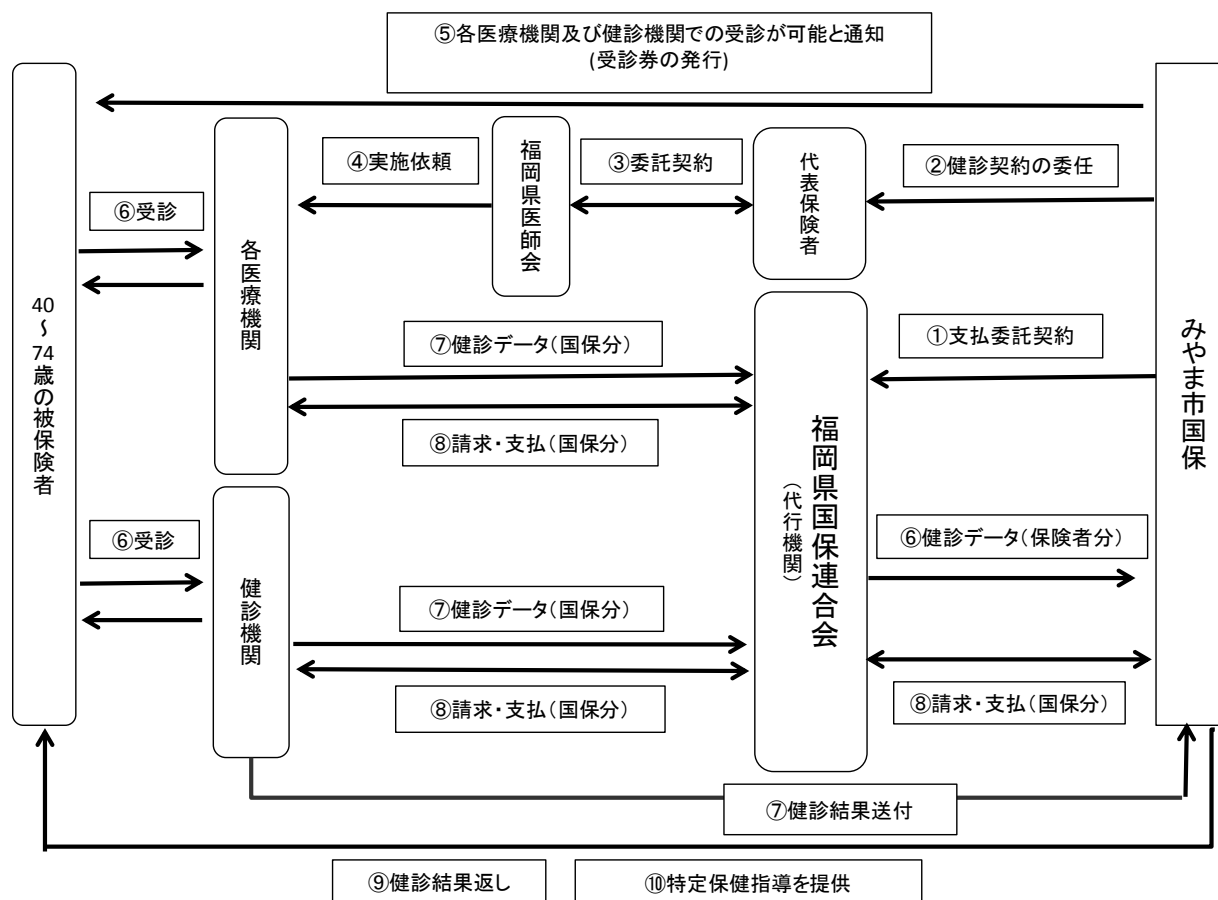
集団健診においては、健康増進法に基づく、がん検診との同時受診を可能とする。

個別健診においても近隣医療機関の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できる体制をとる。

また、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。

特定健診集合契約及び 代行機関イメージ



(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

健診については、特定健診実施機関に委託する。個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保代表保険者が集合契約を行う。

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

社会保険診療報酬支払基金(特定健診・特定保健指導機関検索)で最新の情報を公表する。

(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500円とする。

(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)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血中脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は Non-HDL コレステロール)、肝機能検査(AST(GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP)、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

【追加健診項目】

- ・血糖検査(HbA1c 検査)
- ・血清クレアチニン及び eGFR
- ・尿酸
- ・尿潜血

【二次健診を実施する場合】

- ・微量アルブミン尿検査、75g 糖負荷検査、頸部エコー検査、血圧脈波検査(ABI、FMD、PWV)

なお、健診受診率、保健指導の実施状況等から、二次健診の内容、実施方法については随時検討する。

(7) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払の代行機関は「福岡県国民健康保険団体連合会」に委託する。

(8) 健診の案内方法

特定健診受診券を発行し、地域の保健推進員による配布または個別に郵送する。ホームページ及び広報誌、FM 放送、ポスター等による広報を実施し、保健推進員、医療機関による受診勧奨等に努める。

(9) 年間実施スケジュール

時 期	内 容
4月～ 5月	特定健診について周知
4月～ 5月	特定健診の案内チラシ及び受診券を全戸配布 (保健推進員による訪問)
5月～	集団健診予約の受付開始
6月～ 9月	集団健診を実施
6月～ 12月	個別健診を実施
7月～	特定保健指導の開始
9月	未受診者全員に受診勧奨ハガキを郵送(1回目)
10月～ 11月	未受診者に対して受診勧奨(保健推進員による訪問)
12月	未受診者全員に受診勧奨ハガキを郵送(2回目)

※なお、健診受診率・保健指導の実施状況等から実施方法を随時検討する。

(10) 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表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。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者の負担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、特定健診データ管理システムで記録を管理する。

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) 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、健康づくり担当部署で行う。

「資料A: 健診から保健指導実施へのフローチャート」(P.9 参照)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

「資料A: 健診から保健指導実施へのフローチャート」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 6-10	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	◆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 ◆健診結果により必要に応じて受診勧奨	O: 313 人 (9.2%) P: 108 人 (3.2%)	利用率 90% 終了率 60%
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和必要な再検査、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: 827 人 (24.2%)	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)	D: 4,666 人	

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	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明	N:856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 ◆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セプトと健診データの実合・分析	I:1,312人 (38.4%)	80%

※要保健指導対象者の見込み 受診率 42.3% (H27 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。

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。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資料A: 健診から保健指導実施へのフローチャートに基づいた評価

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

保健指導支援ツール様式 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、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。