

嘉麻市国民健康保険保健事業実施計画 (第2期 データヘルス計画)



嘉麻市マスコットキャラクター
かましちゃん

平成30年3月
嘉麻市国民健康保険

目次

| | |
|-------------------------------------|------|
| 第1編 嘉麻市国民健康保険保健事業実施計画（第2期データヘルス計画） | P 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 | P 1 |
| 1 背景 | P 1 |
| 2 計画の目的・位置付け | P 1 |
| 3 計画期間 | P 3 |
| 4 関係者が果たすべき役割と連携 | P 4 |
| 1) 実施主体関係部局の役割（庁舎内連携） | P 4 |
| 2) 外部有識者等の役割（庁舎外連携） | P 4 |
| 3) 被保険者の役割 | P 5 |
| 第2章 第1期計画に係る評価及び課題 | P 6 |
| 1 第1期計画の概要 | P 6 |
| 1) 計画期間 | P 6 |
| 2) 短期目標と中長期目標 | P 6 |
| 2 第1期計画に係る評価 | P 7 |
| 1) 全体の基礎統計 | P 7 |
| 2) 短期目標の達成状況と課題 | P 8 |
| ① 特定健診受診率及び保健指導実施率の推移 | P 8 |
| ② 特定健診未受診者の状況 | P 9 |
| ③ 特定健診未受診者対策 | P 11 |
| ④ 短期的疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）及び健診結果の状況 | P 12 |
| 3) 中長期目標の達成状況と課題 | P 17 |
| ① 医療（全体）の状況 | P 17 |
| 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疾患） | P 18 |
| ③ 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 | P 18 |
| ④ 高額になる疾患及び長期化する疾患について | P 19 |
| ア 高額（80万円以上/件）になる疾患 | P 19 |
| イ 長期（6か月以上）入院 | P 20 |
| ウ 人工透析の状況 | P 20 |
| エ 生活習慣病の治療状況 | P 21 |
| ⑤ 重症化予防対策（疾病管理台帳事業） | P 22 |
| ⑥ 介護の状況 | P 22 |
| 3 保険者努力支援制度 | P 25 |
| 4 庁舎内外連携事業 | P 26 |
| 1) 平成27年度の取組 | P 26 |
| 2) 平成28年度の取組 | P 27 |
| 3) 平成29年度の取組 | P 28 |
| 第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組 | P 29 |
| 1 分析結果に基づく課題の明確化 | P 29 |
| 2 成果目標の設定 | P 30 |
| 第4章 保健事業の内容 | P 32 |
| 1 特定健診未受診者対策事業 | P 32 |
| 2 特定健診・（特定）保健指導事業 | P 32 |
| 3 保健指導事業（疾病管理台帳事業） | P 33 |
| 4 糖尿病性腎症重症化予防事業 | P 33 |
| 5 庁舎内連携事業 | P 34 |
| 6 庁舎外連携事業 | P 34 |

| | |
|----------------------------------|------|
| 第5章 地域包括ケアに係る取組 ----- | P 35 |
| 第6章 計画の評価・見直し ----- | P 36 |
| 1 評価の時期 ----- | P 36 |
| 2 評価方法・体制 ----- | P 36 |
| 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い ----- | P37 |
| 1 計画の公表・周知 ----- | P37 |
| 2 個人情報の取扱い ----- | P37 |
| | |
| 第2編 第3期特定健康診査等実施計画 ----- | P 38 |
| 第1章 制度の背景について ----- | P 38 |
| 1 特定健康診査の基本的な考え方 ----- | P 38 |
| 2 特定保健指導の基本的な考え方 ----- | P 38 |
| 第2章 特定健診・特定保健指導の実施 ----- | P 39 |
| 1 特定健康診査等実施計画について ----- | P 39 |
| 2 健診・保健指導実施の基本的な考え方 ----- | P 39 |
| 3 目標の設定 ----- | P 39 |
| 1) 実施に関する目標 ----- | P 39 |
| 2) 成果に関する目標 ----- | P 41 |
| 4 対象者数の見込み ----- | P 41 |
| 5 特定健診の実施 ----- | P 42 |
| 1) 実施形態 ----- | P 42 |
| 2) 特定健診委託基準 ----- | P 42 |
| 3) 委託契約の方法、契約書の様式 ----- | P 42 |
| 4) 健診実施医療機関リスト ----- | P 42 |
| 5) 健診委託単価及び自己負担額 ----- | P 42 |
| 6) 健診項目 ----- | P 42 |
| ① 基本的な健診の項目 ----- | P 42 |
| ② 詳細な健診の項目 ----- | P 42 |
| ③ その他の健診の項目 ----- | P 43 |
| 7) 健診の実施形態 ----- | P 43 |
| 8) 代行機関の名称 ----- | P 43 |
| 9) 健診の実施案内方法 ----- | P 43 |
| 10) 年間実施スケジュール ----- | P 43 |
| 1) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法 ----- | P 43 |
| 6 保健指導の実施 ----- | P 44 |
| 1) 特定保健指導 ----- | P 44 |
| 2) それ以外の保健指導 ----- | P 44 |
| ① 健診から保健指導実施の流れ ----- | P 45 |
| ② (特定) 保健指導対象者数の見込及び評価 ----- | P 45 |
| 3) 保健指導の評価 ----- | P 46 |
| 第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 ----- | P 49 |
| 1 特定健診・保健指導のデータの形式 ----- | P 49 |
| 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について ----- | P 49 |
| 3 特定健診等データの情報提供及び照会 ----- | P 49 |
| 4 個人情報保護対策 ----- | P 49 |
| 5 被保険者への結果通知の様式 ----- | P 49 |
| 第4章 結果の報告 ----- | P 49 |
| 第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知 ----- | P 50 |
| 【用語説明】 ----- | P 50 |

第 1 編 嘉麻市国民健康保険保健事業実施計画 (第 2 期 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¹（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書²（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³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。

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⁴に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための計画である。

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や嘉麻市保健計画、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）

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

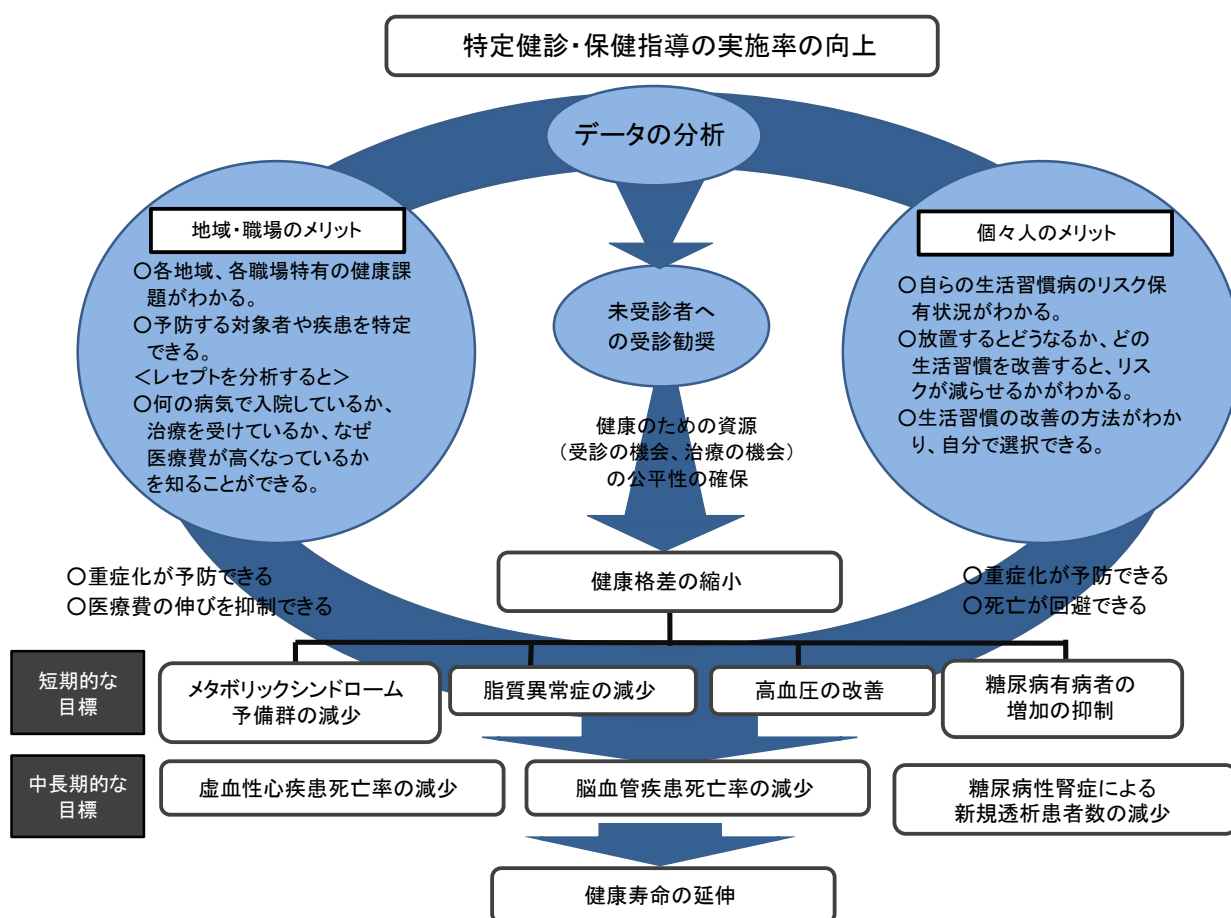
| | ※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法 | | | | 医療費適正化計画 | 医療計画 |
|---|---|--|--|---|--|---|
| | 健康日本21計画 | 特定健康診査等実施計画 | データヘルス計画 | 介護保険事業(支援)計画 | | |
| 法律 | 健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※) | 高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 | 国民健康保険法 第82条 | 介護保険法 第116条、第117条、第118条 | 高齢者の医療の確保に関する法律 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(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、被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被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、若壮年期、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 5 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 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 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 後縦靭帯硬変症 | | 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> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p> | | | | | | |

3. 計画期間

第1期データヘルス計画（第1期計画）は、平成27年度に作成し、平成28年度と平成29年度の2か年の事業計画であり、評価するには十分な期間ではないが、平成30年度の国保改革に伴い創設される保険者努力支援制度や、保健事業実施指針第4の5において「特定健康診査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」としていること、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こと等を考慮し、第2期データヘルス計画の期間は、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

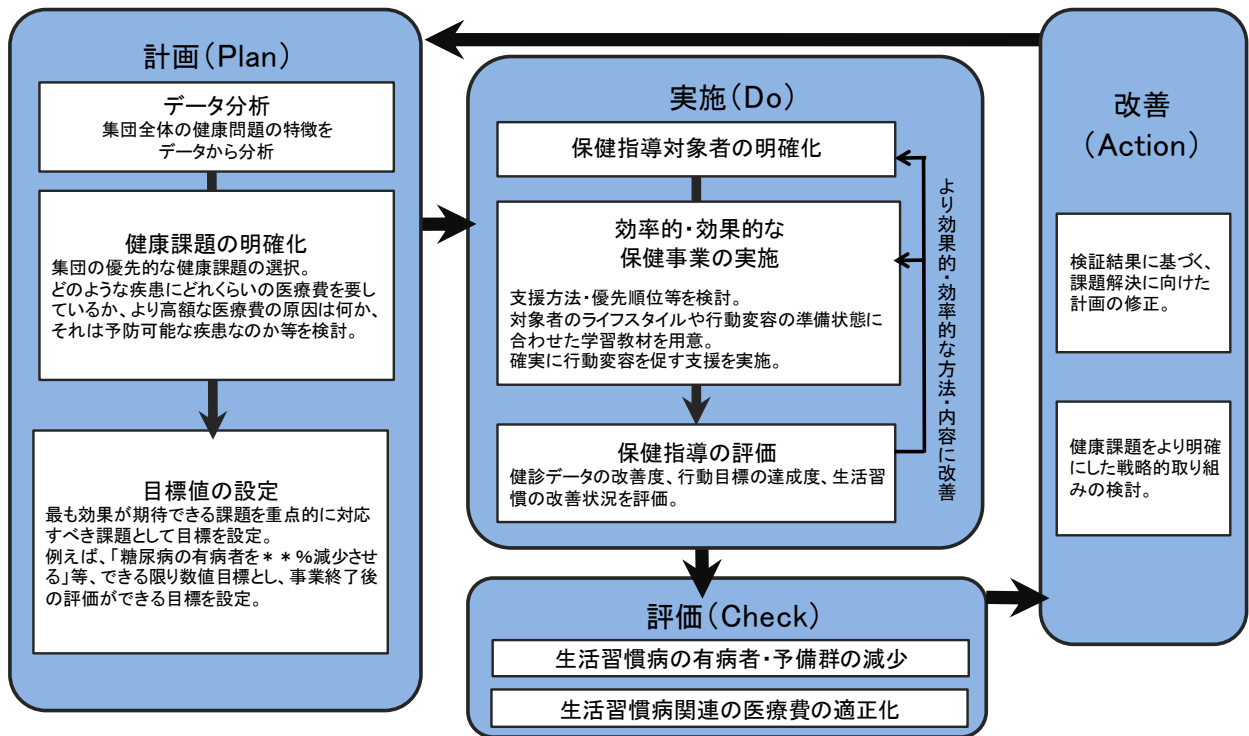
第2期計画の作成にあたり、第1期計画の評価根拠となるデータについては、第1期計画期間が短いことから、各データの年度についてはそれぞれの出典等により確認されたい。

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（庁舎内連携）

市民課が主体となり、健康課や高齢者介護課等の関係部局と協議、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、事業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。

庁舎内分散配置されている保健師等の専門職種においては、月に1回、開催されている定例会等を活用して、各部署の計画に基づく事業の情報共有や意見交換を行い、ライフステージ毎の途切れない庁舎内保健事業において、PDCA サイクルに沿った効果的な事業について検討、実施していかなければならない。

さらに、担当課である市民課単課での取組や専門職に限った取組とならないよう、定期的に庁舎内連携会議を開催する等して、国民健康保険が抱える健康課題の共有や解決策の検討を行っていく必要がある。

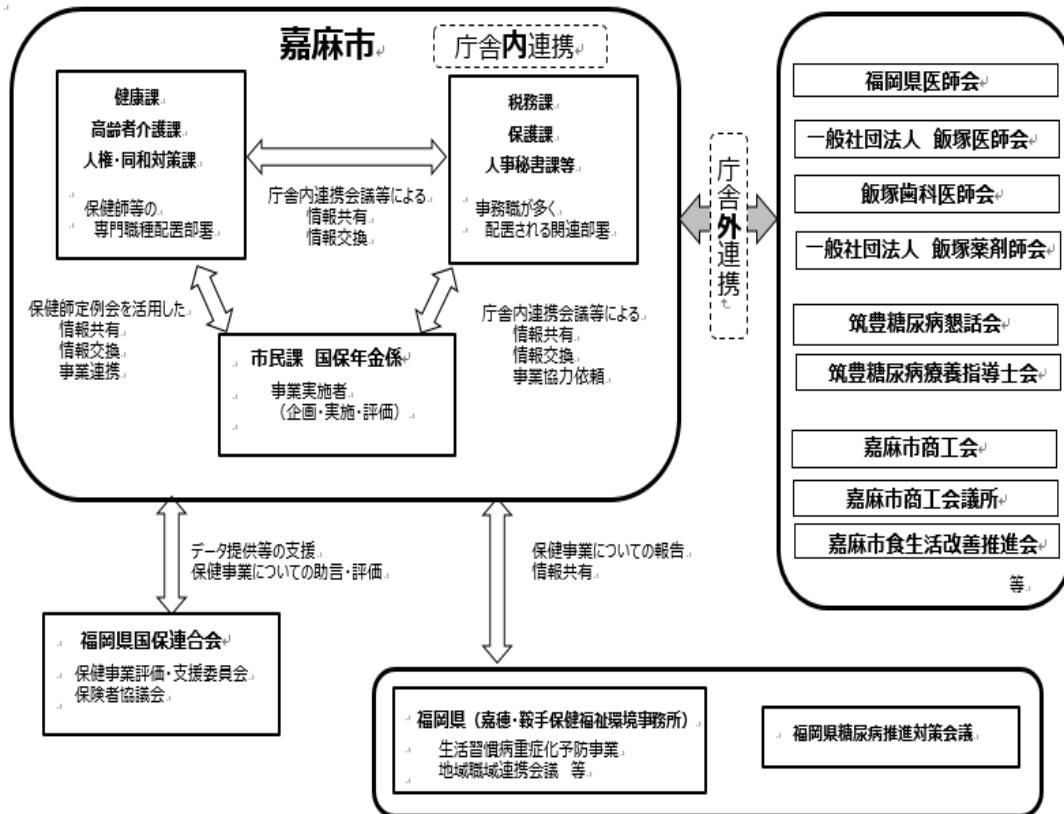
2) 外部有識者等の役割（庁舎外連携）

社団法人飯塚医師会をはじめとし、筑豊糖尿病懇話会や筑豊糖尿病療養指導士会等のイベントや会議にて、本計画における健康課題の共有や事業実施における助言や協力を依頼する等、各団体とも連携した事業を実施、評価していく必要がある。また、福岡県（嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所）との会議においては、近隣市町村との情報交換や共有、好事例の紹介等を行い、1市町村では実施が難しい事業については、近隣市町村との協力を図っていくことが重要である。さらに、福岡県国民健康保険団体連合会が行う、ヘルスサポート事業にも積極的に参加し、外部有識者の助言や意見を積極的に活用する。

3) 被保険者の役割

本計画は、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 嘉麻市の実施体制図



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28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

平成29年度までの第一期計画では、医療費が高額となる疾患、長期入院における疾患、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でも多かった疾患でもある、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とした。さらに他団体と比較して顕著に高かったHbA1cの有所見者割合を背景とし、健診結果においては治療者における健診結果の改善の必要性も高く、本人の身体的及び精神的負担等が大きいとされ、保険者における財政的負担も大きくなる人工透析患者の約5割が糖尿病性腎症によるものであったことから、新規透析導入患者数の維持または減少を優先的な目標とした。

特に本市の健康課題の特徴である糖尿病については重点的な取組として位置づけ、特定健診の未受診者対策による受診者数が増加することも見込んだ上で、HbA1c7.0%以上者の割合の減少を短期目標の優先すべき目標とした。また、糖尿病をはじめとする生活習慣病の上流にはメタボリックシンドロームがあり、さらに、その上流には過食や運動不足などの生活習慣の問題等がある。上流から予防活動を行っていく必要があり、本市はメタボリックシンドロームの該当者が他団体より多かったことから、まずはメタボリックシンドローム該当者割合を県平均まで減少させることも短期目標と設定した。さらに、特定健診受診者の25.2%を占めていた治療のない重症化予防対象者の減少、及び特定健診対象者の25.4%を占める健診も治療もない未受診者の減少も合わせて、取り組んでいくこととし、第1期計画の目標を以下のとおり設定した。

第一期計画で設定した目標

【中長期目標】

- 1、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の入院減少
- 2、加入期間が5年以上の本市国民健康保険被保険者における新規透析導入患者の維持または減少

【短期的目標】

- 1、HbA1c7.0%以上者の割合の減少
- 2、メタボリックシンドローム該当者割合を県平均まで減少
- 3、治療のない重症化予防対象者の減少
- 4、健診も治療もない未受診者の減少

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42,342人、高齢化率30.3%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が、被保険者の平均年齢は51.5歳と、同規模団体と比較すると若い。嘉麻市の人口1人当たり所得は192万円であり、県平均とは約84万円の差があり、近隣市町村や県内同規模市町村との差額についても、大きい。

また、平均寿命⁸、健康寿命⁹ともに男性は他と比べて低く、一方女性については、平均寿命と健康寿命の差（医療や介護を必要とする期間）が他と比べて長い。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・図表6）

図表5 嘉麻市の特性【福岡県国民健康保険団体連合会 提供】

| | 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) | | 健康寿命 (歳) | | 産業構成比 | | | |
|-----|-------------|-------------|-----------------------|---------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------|------|-------|--|--|--|
| | | | | | | | 男性/女性 | 男性/女性 | 第1次 | 第2次 | 第3次 | | | |
| 嘉麻市 | 42,342 | 30.3 | 10,908 (25.8) | 51.5 | 6.6 | 14.2 | 78.7 86.7 | 65.0 66.8 | 5.3 | 26.8 | 67.9 | | | |
| 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、その他の項目は27年度国勢調査結果

図表6 人口1人あたり市町村所得

| H26年度 (人口1人当たり) | 所得 (単位：千円) | 嘉麻市との 差額 (単位：千円) | 県内順位 (60団体) |
|-----------------------|---------------|------------------------|----------------|
| 嘉麻市 | 1,920 | | 55位 |
| 近隣市町村 | A 2,437 | 517 | 31位 |
| | B 2,228 | 308 | 46位 |
| 同規模 県内 市内 町村 | C 2,670 | 750 | 16位 |
| | D 2,687 | 767 | 12位 |
| | E 2,577 | 657 | 24位 |
| | F 2,342 | 422 | 37位 |
| | G 2,266 | 346 | 42位 |
| | H 2,303 | 383 | 40位 |
| | I 2,086 | 166 | 51位 |
| 県平均 | 2,759 | 839 | |
| 市部平均 | 2,801 | 881 | |
| 郡部平均 | 2,473 | 553 | |

出典：ふくおかデータウェブ 市町村経済計算 統計表 1時系列（平成13年度～平成26年度）
（4）人口1人あたり市町村所得

本市の国保加入率は25.8%で、被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については64歳以下の割合が減少傾向である一方、65～74歳の前期高齢者が増加傾向であり、約4割を占めている。(図表5・図表7)

市内に8つの病院、26の診療所があり、病床数については同規模平均や福岡県と比較して多い一方で、医師数は少ない。外来患者数も入院患者数も増加傾向であるが、同規模平均や福岡県と比較すると入院患者数が多い。(図表8)

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 | 12,099 | | 11,835 | | 11,439 | | 10,908 | |
| 65～74歳 | 4,057 | 33.5 | 4,266 | 36.0 | 4,343 | 38.0 | 4,396 | 40.3 |
| 40～64歳 | 4,529 | 37.4 | 4,225 | 35.7 | 3,916 | 34.2 | 3,599 | 33.0 |
| 39歳以下 | 3,513 | 29.0 | 3,344 | 28.3 | 3,180 | 27.8 | 2,913 | 26.7 |

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

図表8 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 | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------|
| | 実数 | 割合(%) | 実数 | 割合(%) | 実数 | 割合(%) | 実数 | 割合(%) | 同規模平均 割合(%) | 福岡県 割合(%) |
| 病院数 | 8 | 0.7 | 8 | 0.7 | 8 | 0.7 | 8 | 0.7 | 0.4 | 0.4 |
| 診療所数 | 28 | 2.3 | 28 | 2.4 | 28 | 2.4 | 26 | 2.4 | 2.9 | 3.8 |
| 病床数 | 901 | 74.5 | 901 | 76.1 | 901 | 78.8 | 901 | 82.6 | 59.8 | 70.4 |
| 医師数 | 56 | 4.6 | 56 | 4.7 | 56 | 4.9 | 56 | 5.1 | 7.5 | 12.8 |
| 外来患者数 | 643.8 | | 647.3 | | 666.7 | | 686.0 | | 698.5 | 686.6 |
| 入院患者数 | 26.3 | | 25.2 | | 26.5 | | 27.0 | | 23.6 | 22.3 |

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握
※同規模被保険者数 28年度：259市

2) 短期目標の達成状況と課題

① 特定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、平成20年度と比較して約20%ほど伸びた。平成27年度からはヘルスアップ事業¹⁰を活用して、特定健診未受診者対策事業や重症化予防対策事業等、様々な取組を行ってきた。

特定保健指導については、健康課の保健師又は管理栄養士による訪問や個別面接を中心に、個別のアプローチを重視した取組を行い、国の目標である60%に達成している。受診率が伸び、受診者数が増加している一方で、受診者に占める特定保健指導該当者の割合は減少している。(図表9)

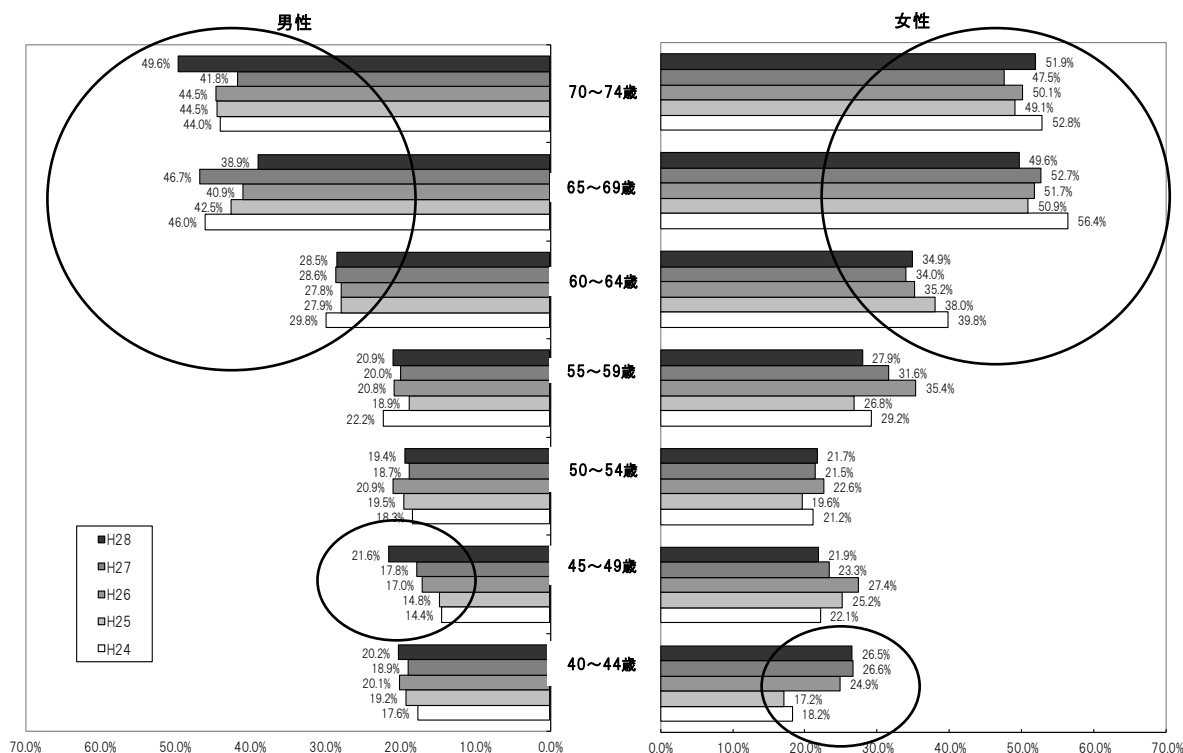
図表9 特定健診・特定保健指導の推移

| | | 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 | 1634人 | 2971人 | 3019人 | 2973人 | 2947人 | 実施中 | 健診受診率 42.0% |
| | 受診率 | 18.9% | 38.3% | 39.4% | 39.9% | 40.9% | | |
| | 県内順位 | 53位 | 14位 | 14位 | 14位 | 12位 | | |
| 特定保健指導 | 該当者数 | 296人 | 365人 | 376人 | 355人 | 378人 | 実施中 | 特定保健指導 実施率 65.0% |
| | 割合 | 18.1% | 12.3% | 12.5% | 11.9% | 12.8% | | |
| | 実施者数 | 95人 | 238人 | 243人 | 231人 | 276人 | | |
| | 実施率 | 32.1% | 65.2% | 64.6% | 65.1% | 73.0% | | |
| | | 県内順位 | 34位 | 19位 | 21位 | 20位 | 16位 | |

出典：特定健診法定報告データ

どの年代においても、男性より女性の受診率の方が高い傾向にあるが、40代の若年層で一部受診率が伸びている年代がある一方で、60歳以上では低迷している。（図表 10）

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

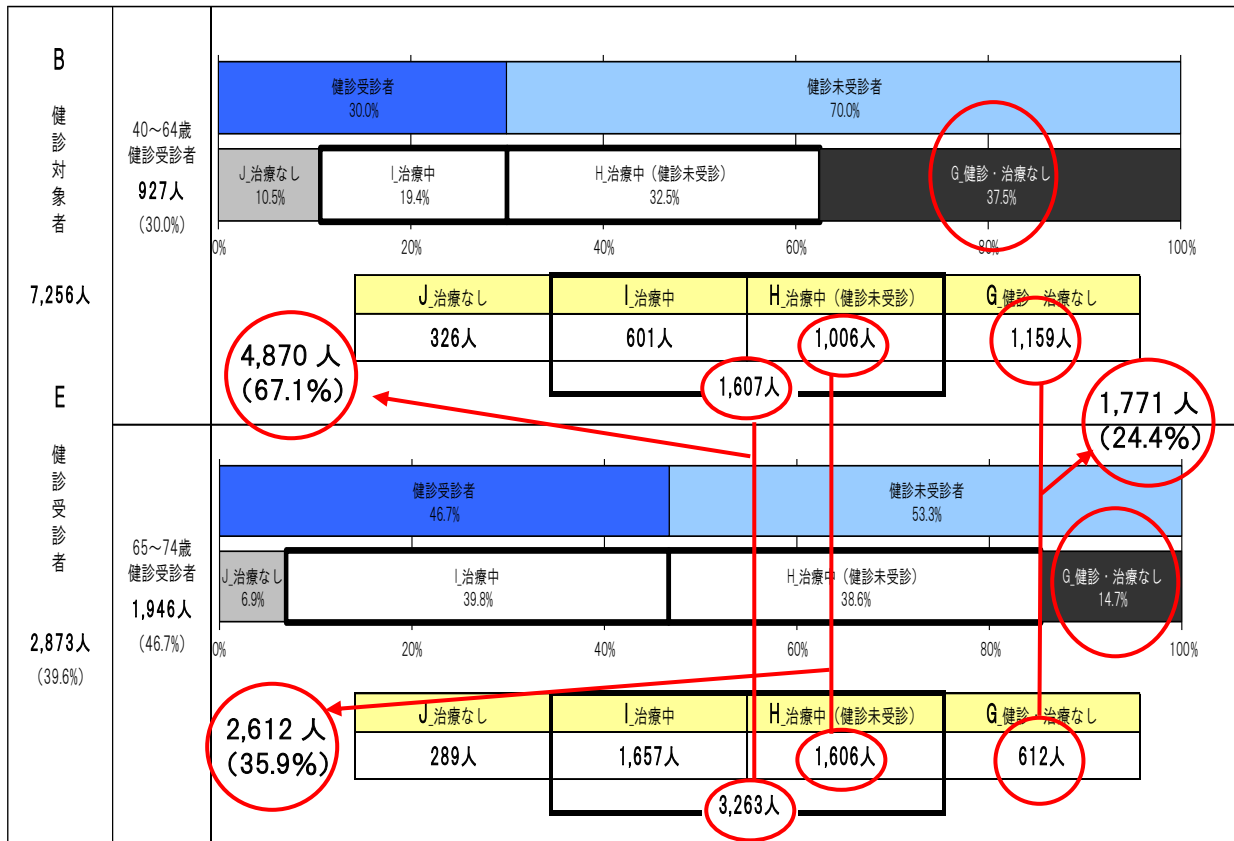
生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「治療なし」の被保険者であり、40～64歳では特定健診対象者の37.5%、65歳以上でも14.7%を占めている。第1期計画における短期目標に、健診も治療もない未受診者の減少（平成25年度：2,022人（25.4%））と設定していたが、平成28年度では1,771人（24.4%）と減少していた。

また「治療中で健診未受診」の被保険者は平成28年度においては40～64歳、65～74歳を合わせると2,612人（35.9%）であり、第1期計画時（平成25年度：2,964人（37.2%））より減少し、治療者の特定健診利用が進んできたと言える。しかしながら、35.9%を占める、治療者の健診結果については把握できていない状況であり、生活習慣病においては、定期的な検査と必要時の服薬と合わせて、生活習慣の改善が重要な治療法の一つといえることから、治療者の健診結果やコントロール状態の把握は必要かつ重要であり、必要時には生活改善等の保健指導を行うことが必要である。

さらに、治療者については、平成28年度においては40～64歳、65～74歳を合わせると4,870人（67.1%）であり、第1期計画時（平成25年度：5,212人（65.5%））より増加している。健診も治療もない未受診者の割合が減少し、治療者の割合が増加していることから、未受診者対策において健診の受診勧奨を行い、健診を受診した後、治療が始まった人の割合が高いことも想定される。（図表11・図表12）

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ことから、健診未受診者の中に有所見を呈する人の割合が多いと言える。未受診者においても、医療の受診状況等の特性を整理した上で健診の受診勧奨することが重要である。（図表11・図表12・図表13）

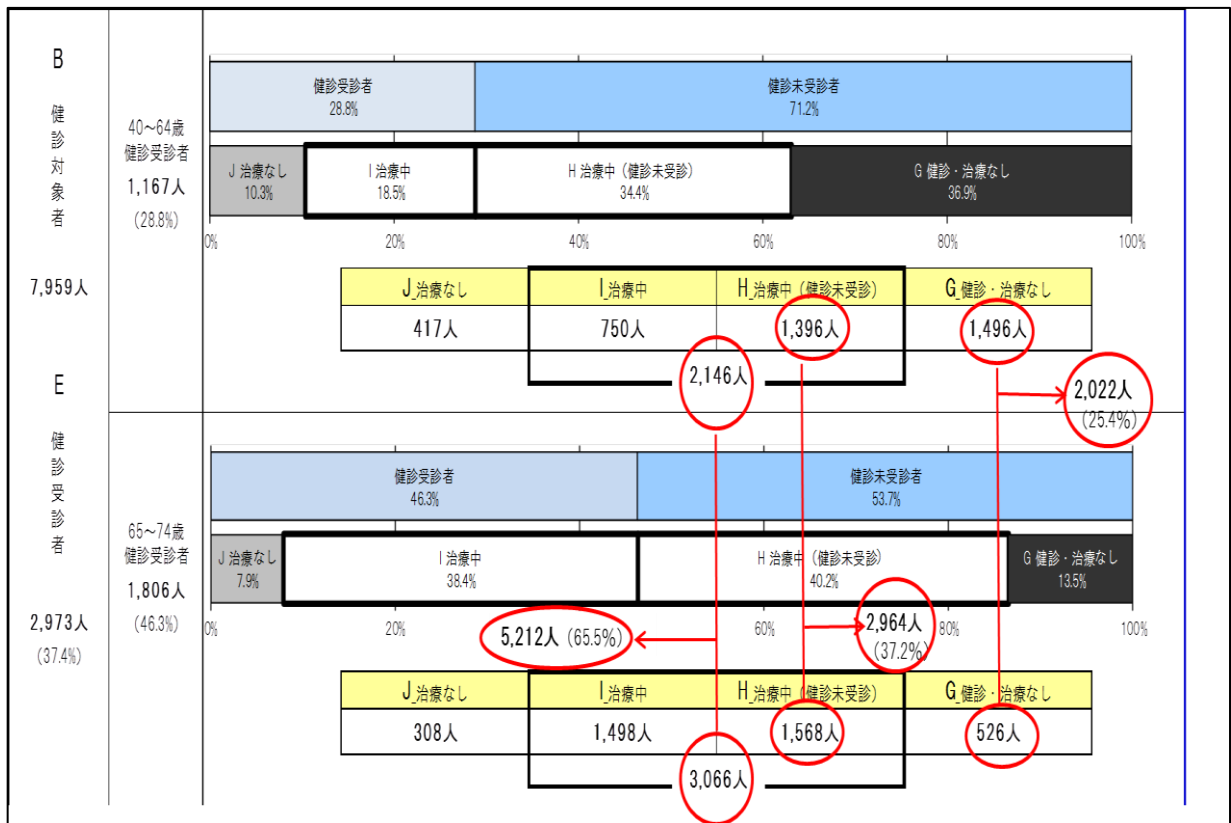
図表 11 健診受診者・未受診者の治療状況（平成 28 年度）



※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 健診受診者・未受診者の治療状況（平成 25 年度）



出典：嘉麻市国民健康保険 第 1 期データヘルス計画

図表 13 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 | | | | 3,070 人 | 100.0% | 2,658 人 | 86.6% | 412 人 | 13.4% | |
| 項目 | | 基準値 | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | |
| 身体の大きさ | | BMI ¹¹ | 25以上 | 769 人 | 25.0% | 649 人 | 24.4% | 120 人 | 29.1% | |
| | | 腹囲 | 男性85以上 女性90以上 | 1,117 人 | 36.4% | 951 人 | 35.8% | 166 人 | 40.3% | |
| 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 | 721 人 | 23.5% | 618 人 | 23.3% | 103 人 | 25.0% |
| | | インスリン 抵抗性 | 血糖 | HbA1c (NGSP値) | 6.5以上 | 392 人 | 13.8% | 329 人 | 13.4% | 63 人 |
| | (再掲) 7.0以上 | | | | 190 人 | 6.7% | 157 人 | 6.4% | 33 人 | 8.8% |
| | 血管を 傷つける | 血 圧 | 収縮期 | 160以上 | 225 人 | 7.3% | 190 人 | 7.1% | 35 人 | 8.5% |
| | | | 拡張期 | 100以上 | 73 人 | 2.4% | 56 人 | 2.1% | 17 人 | 4.1% |
| | | | 計 | | 247 人 | 8.0% | 206 人 | 7.8% | 41 人 | 10.0% |
| その他の動脈硬化危険因子 | | LDLコレステロール ¹² | 160以上 | 329 人 | 10.7% | 279 人 | 10.5% | 50 人 | 12.1% | |
| 腎機能 | | 尿蛋白 | 2+以上 | 37 人 | 1.2% | 24 人 | 0.9% | 13 人 | 3.2% | |
| | | eGFR ¹³ | 50未満 70歳以上は40未満 | 87 人 | 2.9% | 72 人 | 2.8% | 15 人 | 3.7% | |
| | | 尿酸 | 8.0以上 | 86 人 | 2.9% | 75 人 | 2.9% | 11 人 | 2.8% | |

出典：保健指導支援ツール（平成 28 年度受診結果）

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、健診未受診者の方が 32,986 円高い。治療者においても健診を受診し、保健指導を行い、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。（図表 14）

図表 14 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特定健診未受診者対策

特定健診未受診者対策については、一律的な受診勧奨を行うのではなく、未受診者の特性に合わせた受診勧奨を行うことを目的に、重点的受診勧奨対象者（重点的対象者）を設定し、年度途中、受診率等の進捗状況等を市民課及び健康課のスタッフで共有しながら、さらなる対策を検討するため、定期的な会議も開催した。

福岡県国民健康保険団体連合会（国保連合会）のヘルスサポート事業¹⁰の支援を受けながら、実績値に基づく翌年度の目標値を設定する等、PDCAサイクルを意識した事業展開を行った結果、特定健診受診率の向上につながった。しかし、一方で、継続受診率や新規受診率の低迷があるため、今後も訪問や電話等による、積極的な取組が必要である。（図表 15）

図表 15 特定健診未受診者対策事業の評価指標達成状況

| 事業名 | 事業評価指標 | H27年度 | H28年度 | H29年度 | |
|--------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 特定健診事業 | 受診率 | 目標値 | 40.0% | 40.0% | 42.0% |
| | | 実績値 | 39.9% | 40.9% | 実施中 |
| | | 達成状況 | 未達成 | 達成 | 実施中 |
| | 継続受診率 ※嘉麻市健康管理システムより | 目標値 | 80.0% | 85.0% | 85.0% |
| | | 実績値 | 80.4% | 79.7% | 実施中 |
| | | 達成状況 | 達成 | 未達成 | 実施中 |
| | 新規受診率 ※嘉麻市健康管理システムより | 目標値 | 15.0% | 15.0% | 15.0% |
| | | 実績値 | 12.7% | 12.0% | 実施中 |
| | | 達成状況 | 未達成 | 未達成 | 実施中 |
| 特定健診未受診者対策事業 | 受診勧奨率 | 目標値 | 50.0% | 40.0% | 40.0% |
| | | 実績値 | 38.7% | 34.2% | 実施中 |
| | | 達成状況 | 未達成 | 未達成 | 実施中 |
| | 重点的対象者の受診勧奨率 | 目標値 | - | 50.0% | 40.0% |
| | | 実績値 | 48.0% | 38.6% | 実施中 |
| | | 達成状況 | - | 未達成 | 実施中 |
| | 重点的勧奨者の受診率 | 目標値 | - | 40.0% | 50.0% |
| | | 実績値 | 35.0% | 48.0% | 実施中 |
| | | 達成状況 | - | 達成 | 実施中 |
| | 受診勧奨者の受診率 | 目標値 | 60.0% | 40.0% | 50.0% |
| | | 実績値 | 36.4% | 48.2% | 実施中 |
| | | 達成状況 | 未達成 | 達成 | 実施中 |

出典：市民課作成（福岡県国保連合会ヘルスサポート事業 様式参考）

④短期的疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）及び健診結果の状況

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減っているものの、特定健診の結果では重症化リスクの高いHbA1c6.5%以上、Ⅱ度（160/100以上）高血圧以上の該当者は増加している。

第1期計画における短期目標に、HbA1c7.0%以上者の割合の減少と設定していたが、平成25年度と平成28年度を比較すると増加しているため、目標の達成はできていない。しかし、HbA1c7.0%以上者に占める未治療者の割合は減少している。高血圧においても同様の傾向であった。これは、健診受診率が向上した背景に治療者の健診利用が増加し、有所見者の中に治療者が多く含まれていることが考えられる。一方で、脂質異常症については、患者数もLDL160以上及びLDL180以上の該当者は減少しているが、未治療者の割合は増加している。治療者の健診利用が背景にある場合、LDL（脂質異常症）の治療者が少なかったと考えられる。さらに、短期目標として、メタボリックシンドローム該当者割合を県平均まで減少と設定していたが、平成25年度と平成28年度と比較すると増加しており、県平均との差（平成25年度差：1.2% 平成28年度差：3.0%）は広がっている。治療者の健診利用者にメタボリックシンドローム該当者が多くいることが想定されるため、治療者における保健指導も必要であり重要である。（図表16・図表17・図表18・図表19）

図表 16 糖尿病

| | レセプト情報 | | | | | | | | | 特定健診結果 | | | | | | | | | |
|------|----------------|-----------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-----------|-------|--------|-----------|-----|----------------|-----|------|-----|-------|--|--|
| | 被保数 (40歳以上) | 糖尿病 患者数 (様式3-2) | | | | | | | | | 健診 受診者 | 受診率 | HbA1c 6.5以上 | | | | | | |
| | | 40~64歳 | | | 65~74歳 | | | 再掲 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保数 | 患者数 | D/C | 被保数 | 患者数 | F/E | HbA1c70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/J | | | |
| 25年度 | 12,706 | 1,354 | 10.7% | 4,854 | 508 | 10.5% | 3,926 | 846 | 21.5% | 2,971 | 38.3% | 297 | 10.0% | 139 | 4.7% | 41 | 29.5% | | |
| 28年度 | 12,670 | 1,272 | 10.0% | 3,896 | 391 | 10.0% | 4,387 | 881 | 20.1% | 2,947 | 40.9% | 375 | 12.7% | 181 | 6.1% | 50 | 27.6% | | |

図表 17 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) | | | | | | | | | 健診 受診者 | 受診率 | Ⅱ度高血圧 以上 | | | | | | |
| | | 40~64歳 | | | 65~74歳 | | | 再掲 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保数 | 患者数 | D/C | 被保数 | 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/J | | | |
| 25年度 | 12,706 | 2,467 | 19.4% | 4,854 | 883 | 18.2% | 3,926 | 1,584 | 40.3% | 2,971 | 38.3% | 145 | 4.9% | 25 | 0.8% | 18 | 72.0% | | |
| 28年度 | 12,670 | 2,395 | 18.9% | 3,896 | 696 | 17.9% | 4,387 | 1,699 | 38.7% | 2,947 | 40.9% | 235 | 8.0% | 49 | 1.7% | 31 | 63.3% | | |

図表 18 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3-4) | | | | | | | | | 健診 受診者 | 受診率 | LDL-C 160以上 | | | | | | |
| | | 40~64歳 | | | 65~74歳 | | | 再掲 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保数 | 患者数 | D/C | 被保数 | 患者数 | F/E | 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 | K | K/J | | | |
| 25年度 | 12,706 | 1,908 | 15.0% | 4,854 | 705 | 14.5% | 3,926 | 1,203 | 30.6% | 2,971 | 38.3% | 442 | 14.9% | 181 | 6.1% | 165 | 91.2% | | |
| 28年度 | 12,670 | 1,883 | 14.9% | 3,896 | 542 | 13.9% | 4,387 | 1,341 | 30.6% | 2,947 | 40.9% | 316 | 10.7% | 109 | 3.7% | 101 | 92.7% | | |

図表 19 メタボリックシンドローム

| | | 特定健診結果 | | | | | | | |
|-----|------|-----------|-------|------------|-------|------------|-------|----------------|-------|
| | | 健診 受診者 | 受診率 | メタボ 予備軍 | | メタボ 該当者 | | 肥満 BMI 25以上 | |
| | | G | H | I | I/G | J | J/G | K | K/J |
| 嘉麻市 | 25年度 | 2,971 | 38.3% | 374 | 12.6% | 501 | 16.9% | 735 | 24.7% |
| | 28年度 | 2,947 | 40.9% | 364 | 12.4% | 595 | 20.2% | 729 | 24.7% |
| 福岡県 | 25年度 | 243,003 | 38.3% | 27,679 | 11.4% | 38,111 | 15.7% | 54,446 | 22.4% |
| | 28年度 | 246,949 | 40.9% | 27,700 | 11.2% | 42,446 | 17.2% | 56,935 | 23.1% |

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）

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36.2%（未治療者の25.3%、治療者の47.9%）が該当している。（図表20）第1期計画時の平成26年度重症化予防対象者は、健診受診者の34.4%（未治療者の25.2%、治療者の34.4%）であり、短期目標で設定していた、治療のない重症化予防対象者の減少はできなかったものの、受診者数が増えた一方で、ほぼ維持することができた。（図表21）既に心電図所見やCKD（腎臓専門医受診対象）があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要とされる、未治療者のうち臓器障害がある人については、平成26年度34.4%、平成28年度30.4%となっており、減少していた。保健指導において、未治療者の重症者を優先して受診勧奨を中心とした保健指導を行ってきた成果かもしれないが、治療は開始されても健診結果の改善は見られず、治療者の重症化予防対象者に移行し、治療者の重症化予防対象者が増加していることも考えられる。今後は、治療者の重症化予防対策について検討していく必要がある。

図表20 重症化予防対象者の状況（平成28年度）

| 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 による年齢調整新導入患者数の減少 | | | |
|--|-------------------------------------|----------|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 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年改訂版)) | | | 糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会) | | CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会) | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 (日本腎臓病学会) | | | | |
| 重症化予防対象 | Ⅱ度高血圧以上 | 心房細動 | LDL-C 180mg/d以上 | 中性脂肪 300mg/d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 | | 重症化予防対象者 (実人数) |
| 受診者数 対象者数 | 3,070 247 8.0% | 28 0.9% | 113 3.7% | 98 3.2% | 627 20.4% | 301 9.8% | 37 1.2% | 87 2.8% | 1,111 36.2% | |
| 治療なし | 155 7.9% | 7 0.4% | 105 4.5% | 67 2.9% | 135 8.4% | 163 6.5% | 14 0.9% | 22 1.4% | 405 25.3% | |
| (再掲) 特定保健指導 | 64 25.9% | 3 10.7% | 30 26.5% | 26 26.5% | 135 21.5% | 47 15.6% | 6 16.2% | 4 4.6% | 211 19.0% | |
| 治療中 | 92 8.3% | 21 1.4% | 8 1.1% | 31 4.1% | 492 33.4% | 138 43.7% | 23 1.6% | 65 4.5% | 706 47.9% | |
| 臓器障害 あり | 52 33.5% | 7 100.0% | 20 19.0% | 19 28.4% | 31 23.0% | 57 35.0% | 14 100.0% | 22 100.0% | 123 30.4% | |
| CKD(専門医対象者) | 8 | 1 | 3 | 5 | 6 | 12 | 14 | 22 | 39 | |
| 蛋白尿(2+)以上 | 4 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 14 | 1 | 14 | |
| 蛋白尿(+) and 尿潜血(+)以上 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 4 | |
| eGFR50未満 (70歳未満は40未満) | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 7 | 1 | 22 | 22 | |
| 心電図所見あり | 47 | 7 | 17 | 15 | 27 | 49 | 7 | 8 | 99 | |
| 臓器障害 なし | 103 66.5% | -- | 85 81.0% | 48 71.6% | 104 77.0% | 106 65.0% | -- | -- | -- | |

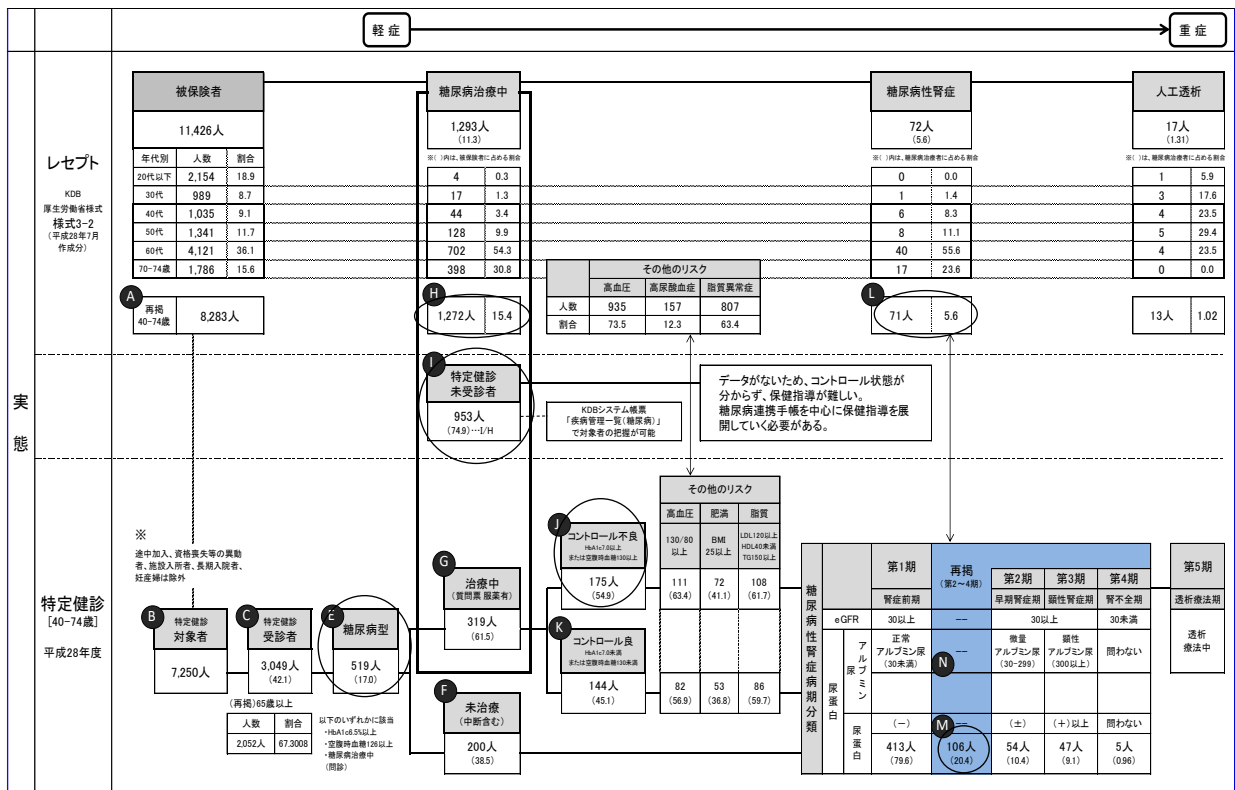
出典：保健指導支援ツール（平成28年度受診結果） ※臓器障害あり…心電図有所見者、CKD 専門医受診対象

図表 21 重症化予防対象者の状況（平成 26 年度）

| 科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出 | 高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会) | | 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年度 (日本動脈硬化学会) | | メタボリックシンドロームの 診断基準 | | 糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会) | | CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会) | | 重症化予防対象者 (実人数) |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------|---|--------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|-------------------|
| | 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 2,987 対象者数 | 173 5.8% | 29 1.0% | 196 6.6% | 79 2.6% | 525 17.6% | 237 7.9% | 42 1.4% | 92 3.1% | 1,027 34.4% | | |
| 治療なし | 109 5.4% | 10 0.6% | 184 7.9% | 63 2.7% | 127 7.6% | 130 5.1% | 14 0.8% | 24 1.5% | 421 25.2% | | |
| (再掲) 特定保健指導 | 42 24.3% | 5 17.2% | 48 24.5% | 30 38.0% | 127 24.2% | 45 19.0% | 5 11.9% | 6 6.5% | 195 19.0% | | |
| 治療中 | 64 6.5% | 19 1.4% | 12 1.8% | 16 2.4% | 398 30.2% | 107 39.1% | 28 2.1% | 68 5.2% | 606 46.0% | | |
| 臓器障害あり | 30 27.5% | 10 100.0% | 55 29.9% | 20 31.7% | 46 36.2% | 47 36.2% | 14 100.0% | 24 100.0% | 145 34.4% | | |
| CKD (専門医対象者) | 2 | 1 | 10 | 5 | 6 | 13 | 14 | 24 | 42 | | |
| 尿蛋白 (2+) 以上 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 7 | 14 | 0 | 14 | | |
| 尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上 | 1 | 1 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | | |
| eGFR50未満 (70歳未満は40未満) | 1 | 0 | 5 | 3 | 2 | 6 | 0 | 24 | 24 | | |
| 心電図所見あり | 28 | 10 | 48 | 15 | 42 | 39 | 2 | 3 | 110 | | |
| 臓器障害なし | 79 72.5% | -- | 129 70.1% | 43 68.3% | 81 63.8% | 83 63.8% | -- | -- | -- | | |

出典：嘉麻市国民健康保険 第1期データヘルス計画

図表 22 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）

同ツールを用い、糖尿病の実態を見てみると、40～74歳の糖尿病患者は15.4%で、そのうち953人(74.9%)が健診を受診していないため、コントロール状態の把握ができない。治療者の健診利用により、治療者の重症化予防対象者が増加していたことから、糖尿病治療者の健診利用を積極的にすすめた上で、健診結果を把握し、必要時には保健指導を行っていく必要がある。

さらに、健診受診者のうち「糖尿病型」とされる人は519人(17.0%)で、治療者が61.5%、未治療者が38.5%である。未治療者においては、徹底した受診勧奨を行い、受診勧奨後も、治療の開始や継続を確認していく必要がある。また、治療者であってもコントロール不良とされるHbA1c7.0%以上または空腹時血糖値130mg/dℓの人が、175人(54.9%)と半数を占める。やはり、治療者における保健指導が必要である。

糖尿病性腎症重症化予防の観点から、尿検査結果に注目してみると、糖尿病性腎症病期分類における第2期から第4期に該当する人は106人(20.4%)であった。一方で、糖尿病治療者のうち、糖尿病性腎症と診断されている人は1,272人のうち71人(5.6%)と非常に少ない。第2期(早期腎症期)が疑われる尿蛋白(±)以上の人には、早期治療、早期介入ができるよう、微量アルブミン尿検査¹⁴等を実施し、人工透析をはじめとする合併症予防は重要な取組だと考える。(図表22)

【第1期計画における短期目標の達成状況と課題のまとめ】

1、HbA1c7.0%以上者の割合の減少 未達成

→平成25年度：4.7% 平成28年度：6.1% 増加

健診受診率が向上した背景に治療者の健診利用が増加し、さらにHbA1c7.0%以上のコントロール不良者が含まれていた背景があったため、治療者の保健指導も行っていく必要がある

2、メタボリックシンドローム該当者割合を県平均まで減少 未達成

→平成25年度：16.9%(県平均：15.2%) 平成28年度：20.2%(県平均：17.2%) 増加
県平均との差(平成25年度差：1.2% 平成28年度差：3.0%)も広がっているため、メタボリックシンドロームにおける保健指導を積極的に行っていく必要がある。

3、治療のない重症化予防対象者の減少 達成

→平成26年度：25.2% 平成28年度：25.3% 受診者数が増加した一方でほぼ維持

未治療者の重症化予防として、受診勧奨を中心とした保健指導を実施してきた成果かもしれないが、治療は開始されても健診結果の改善は見られないまま、治療者の重症化予防対象者に移行した可能性もあり、治療者の重症化予防対策が必要である。

4、健診も治療もない未受診者の減少 達成

→平成25年度：25.4% 平成28年度：24.4% 減少

未受診者対策において、今後も重点的対象者を設定する等、未受診者の特性に合わせた受診勧奨について、今後も検討していく。しかし、2,612人(健診対象者の35.9%)の治療者がいまだ未受診であるため、更なる治療者の健診利用を進める必要がある。

3) 中長期的目標の達成状況と課題

①医療（全体）の状況

本市の平成 28 年度医療費総額は 38 億 6,839 万円で、平成 25 年度と比較すると、1 億 996 万円減少している。（図表 23）

図表 23 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 | 39億7,835万円 | -- | 19億2,743万円 | -- | 20億5,092万円 | -- |
| 28年度 | 38億6,839万円 | △1億996万円 | 17億8,426万円 | △1億4,317万円 | 20億8,413万円 | 3,321万円 |

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

本市の一人当たり医療費（月額）は 28,798 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 24）

図表 24 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(円) | | 28,798 県内17位 同規模108位 | 27,773 | 25,927 | 24,253 |
| 受診率 | | 713.035 | 722.134 | 708.878 | 686.501 |
| 外来 | 費用の割合 | 53.9 | 56.9 | 54.9 | 60.1 |
| | 件数の割合 | 96.2 | | 96.9 | 97.4 |
| 入院 | 費用の割合 | 46.1 | 43.1 | 45.1 | 39.9 |
| | 件数の割合 | 3.8 | | 3.1 | 2.6 |
| 1件あたり在院日数 | | 17.9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（H28 年度）

しかし、一人当たりの医療費について、平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、全体医療費の伸び率は他と比べて大きな差はないものの、入院における伸びは他と比べて低く、入院外（外来）における伸びは他より高くなっている。経年比較してみると、入院より外来の受診率が伸びていることが分かる。（図表 25）

図表 25 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 | 保険者 | 27,109 | 13,134 | 13,975 | | | |
| | 同規模 | | | | | | |
| | 福岡県 | 24,609 | 11,269 | 13,340 | | | |
| | 国 | 22,779 | 9,229 | 13,550 | | | |
| 28年度 | 保険者 | 28,798 | 13,283 | 15,515 | 106.2 | 101.1 | 111.0 |
| | 同規模 | 27,773 | | | | | |
| | 福岡県 | 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疾患)

データヘルス計画における対象疾患は、予防可能な疾患という点から、糖尿病・高血圧・脂質異常症を短期的疾患とし、それらの疾患が重症化して発症する、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）を中長期的疾患と整理する。短期的疾患と合わせた医療費が総医療費に占める割合は、平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると減少していたが、県と比較すると高い。（図表 26）

図表 26 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) | | | | | | | | | | | |
| 嘉麻市 | 25年度 | 27,109 | 96位 | 20位 | 5.06% | 1.10% | 1.97% | 1.29% | 5.14% | 6.06% | 3.28% | 9億5,108万円 | 23.91% | 13.11% | 12.64% | 9.27% |
| | 28年度 | 28,798 | 108位 | 17位 | 5.35% | 0.57% | 2.40% | 1.23% | 5.44% | 4.89% | 2.87% | 8億7,992万円 | 22.75% | 13.13% | 12.38% | 9.85% |
| 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 | 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

※「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

③ 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

平成 25 年度から平成 28 年度において、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）患者数に占める新規患者数の推移をみると、脳血管疾患については若干減少傾向にあるものの、診断された同月に入院している割合が、平成 28 年度は新規患者の 16.1%を占めており、さらにその 74.7%は過去 3 年間に於いて健診を全く受診していなかった。脳血管疾患については、後遺症が残ることも多く、その程度によっては、介護保険を申請することがある。介護予防の観点からも、脳血管疾患対策については検討していく必要がある。虚血性心疾患は、患者数に占める新規患者数及び診断された同月に入院している割合のどちらも減少傾向にあったが、健診未受診者割合も脳血管疾患より少なかった。糖尿病性腎症（人工透析）については、糖尿病診断があった新規患者数を集計したが、減少傾向にある一方で、健診未受診者が非常に多かった。第 1 期計画の中長期目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の入院減少と設定していた。虚血性心疾患のみ新規患者数及び同月に入院している割合の減少傾向がみられたが、健診未受診者割合が多いため、重症化予防対象者の健診未受診は問題である。（図表 27・図表 28・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3-6) | | 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) | |
|------|--------|---------------------|------|-------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|
| | | B | B/A | C | C/B | D | D/C | E | E/D |
| | | A | | | | | | | |
| 25年度 | 12,099 | 511 | 4.2% | 283 | 55.4% | 60 | 11.7% | 41 | 68.3% |
| 26年度 | 11,835 | 480 | 4.1% | 217 | 45.2% | 54 | 11.3% | 36 | 66.7% |
| 27年度 | 11,439 | 470 | 4.1% | 203 | 43.2% | 55 | 11.7% | 36 | 65.5% |
| 28年度 | 10,908 | 466 | 4.3% | 242 | 51.9% | 75 | 16.1% | 56 | 74.7% |

出典：福岡県保健事業・評価分析システム 新規患者一覧より集計

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 |
| | 25年度 | 12,099 | 530 | 4.4% | 258 | 48.7% | 76 | 14.3% | 43 |
| 26年度 | 11,835 | 507 | 4.3% | 212 | 41.8% | 40 | 7.9% | 21 | 52.5% |
| 27年度 | 11,439 | 493 | 4.3% | 187 | 37.9% | 34 | 6.9% | 18 | 52.9% |
| 28年度 | 10,908 | 488 | 4.5% | 170 | 34.8% | 35 | 7.2% | 23 | 65.7% |

出典：福岡県保健事業・評価分析システム 新規患者一覧より集計

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 | | 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 |
| | 25年度 | 12,099 | 35 | 0.3% | 8 | 22.9% | 8 | 100.0% | 7 |
| 26年度 | 11,835 | 32 | 0.3% | 7 | 21.9% | 5 | 71.4% | 5 | 71.4% |
| 27年度 | 11,439 | 33 | 0.3% | 5 | 15.2% | 3 | 60.0% | 3 | 60.0% |
| 28年度 | 10,908 | 36 | 0.3% | 5 | 13.9% | 4 | 80.0% | 4 | 80.0% |

出典：福岡県保健事業・評価分析システム 新規患者一覧より集計

④ 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

高額になる疾患における費用額割合は、がんの占める割合が 25.9%と高い。検診による早期発見が可能ながんについては、第 1 期からも取り組んできたが、保険者努力支援制度の評価項目にも含まれていることから、特定健診の受診勧奨と一体的に行う必要がある。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 9%を占めており、脳血管疾患については、60 代が最も多いが、若年層における脳血管疾患の発症もあることから、若年層の健診受診率を向上させ、重症化予防対策を検討する必要性は大きい。（図表 30）

図表 30 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）（H28年度）

| 対象レセプト（H28年度） | | 全体 | 脳血管疾患 | 虚血性心疾患 | がん | その他 | |
|-----------------------|----------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|---------------|--------------|
| 高額になる疾患 (80万円以上レセ) | 人数 | 352人 | 24人 6.8% | 13人 3.7% | 90人 25.6% | 254人 72.2% | |
| | 件数 | 607件 | 39件 6.4% | 15件 2.5% | 138件 22.7% | 415件 68.4% | |
| | | 年代別 | 40歳未満 | 0 0.0% | 0 0.0% | 11 8.0% | 55 13.3% |
| | | | 40代 | 1 2.6% | 1 6.7% | 4 2.9% | 22 5.3% |
| | | | 50代 | 6 15.4% | 1 6.7% | 19 13.8% | 52 12.5% |
| | | | 60代 | 22 56.4% | 6 40.0% | 58 42.0% | 177 42.7% |
| | 70-74歳 | 10 25.6% | 7 46.7% | 46 33.3% | 109 26.3% | | |
| 費用額 | 7億8597万円 | 4454万円 5.7% | 2418万円 3.1% | 2億0331万円 25.9% | 5億1394万円 65.4% | | |

*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。 出典：KDBシステム 2次加工帳票 特徴の把握（H28年度）

イ 長期（6ヶ月以上）入院

長期入院の件数の 64.6%、費用額の 58.3%を統合失調症等の精神疾患が占める。また脳血管疾患は 10.5%の費用額割合を併発していることから、長期間、医療も介護も必要になってくる疾患である。長期入院において、中長期的疾患とされる脳血管疾患と虚血性心疾患の費用額は合わせて 1 億円を超える。（図表 31）

図表 31 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 | 109人 | 70人 | 15人 | 13人 |
| | | 64.2% | 13.8% | 11.9% |
| 件数 | 1,062件 | 686件 | 114件 | 135件 |
| | | 64.6% | 10.7% | 12.7% |
| 費用額 | 4億4774万円 | 2億6107万円 | 4702万円 | 5475万円 |
| | | 58.3% | 10.5% | 12.2% |

→ 1億177万円

*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）

出典：KDBシステム2次加工帳票 特徴の把握（H28年度）

ウ 人工透析の状況

平成 28 年度人工透析患者数 36 人であり、人工透析患者の約 3 割が脳血管疾患及び虚血性心疾患を合併している。また 47.2%に糖尿病の診断がある。（図表 32）

図表 32 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況（H28.5 診療分）

| | | 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 | 36人 | 17人 | 12人 | 11人 |
| | | 47.2% | 33.3% | 30.6% | |
| H28年度 累計 | 件数 | 474件 | 222件 | 137件 | 126件 |
| | | | 46.8% | 28.9% | 26.6% |
| | 費用額 | 2億1737万円 | 1億0348万円 | 6322万円 | 6586万円 |
| 47.6% | | | 29.1% | 30.3% | |

*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

出典：KDBシステム2次加工帳票 特徴の把握（H28年度）

人工透析については、65 歳以上の被保険者が透析治療によって、重度障がい者医療費助成を受給しようとした時、福岡県においては後期高齢者医療制度（以下、「後期」）に加入しておく必要がある。国保と後期の総医療費に占める人工透析医療費の割合を、県と比較した場合、国保で高く、後期では低い。（図表 33）

図表 33 人工透析医療費

| 人工透析医療費（28年度） | | 費用額 | 総医療費に占める割合 |
|---------------|-----|------------|------------|
| 国保 | 嘉麻市 | 2億0541万円 | 5.3% |
| | 県 | 133億7607万円 | 3.4% |
| 後期 | 嘉麻市 | 4億5006万円 | 5.9% |
| | 県 | 511億0568万円 | 7.6% |

出典：福岡県保健事業・評価分析システム（国保・後期） 全体像の把握

各年度における透析患者の平均年齢は 50 歳代であり、新規透析患者の平均年齢は平成 27 年度を除くと 60 歳代であったが、そのうち糖尿病の有無で平均年齢をみると、糖尿病ありの方が若年化していた。また、毎年数名ではあるが、国保以外の被用者保険等から透析患者の流入もあった。

中長期目標として、加入期間が 5 年以上の本市国民健康保険被保険者における新規透析導入患者の維持または減少を設定していたが、各年度の新規透析導入患者に占める加入期間 5 年以上被保険者割合については、人数が少ないため変動が大きく減少傾向とは言えず、ほぼ維持と考えた。

図表 34 人工透析患者の年齢と新規透析患者の加入期間

| 透析患者全体 | | 25年度 | 26年度 | 27年度 | 28年度 |
|----------|--|-------|-------|-------|-------|
| 全体 | 透析患者 平均年齢 | 55.5歳 | 53.8歳 | 52.5歳 | 51.4歳 |
| | 糖尿病あり 平均年齢 | 57.1歳 | 53.3歳 | 52.1歳 | 53.4歳 |
| | 糖尿病なし 平均年齢 | 54.6歳 | 54.1歳 | 52.7歳 | 53.9歳 |
| 新規 導入 | 新規透析患者 平均年齢 | 62.9歳 | 61.6歳 | 52.4歳 | 63.8歳 |
| | 糖尿病あり 平均年齢 | 67.2歳 | 60.6歳 | 58.3歳 | 58.0歳 |
| | 糖尿病なし 平均年齢 | 53.5歳 | 63.3歳 | 43.5歳 | 67.7歳 |
| | 新規透析患者数に 占める加入期間 5年以上の新規 透析患者割合 | 75.0% | 87.5% | 20.0% | 60.0% |

出典：福岡県保健事業・評価分析システム 新規患者一覧より集計

Ⅰ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 4,234 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 11.0%、11.5%、1.7%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 57.3%、糖尿病が 30.5% 脂質異常症は 45.0%が併せ持っている。(図表 35)

図表 35 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 |
| 4,234人 | 466人 | 488人 | 72人 | 2,424人 | 1,293人 | 1,906人 |
| | 11.0% | 11.5% | 1.7% | 57.3% | 30.5% | 45.0% |

出典：KDBシステム 2 次加工帳票 特徴の把握 (H28 年度)

⑤ 重症化予防対策（疾病管理台帳事業）

重症化予防対策については、健康課職員を中心に、過去の健診受診者における重症者への重点的アプローチとして、地区別に各年度の健診受診勧奨及び保健指導を行う、疾病管理台帳事業を行ってきた。事業対象者は、健診結果において一定の値（血圧、血糖、脂質、腎機能、心電図）を超え、治療を要する対象者であり、前年度の受診勧奨を中心とした保健指導に加えて、翌年度の健診受診、治療状況、治療や保健指導による健診結果の改善状況を評価指標として実施した事業である。事業対象者は過去の健診結果が重症であり、健診を受診する必要性の高い対象者であり、治療が開始されると健診を受診しない対象者が多くいることから、治療者の健診受診体制についての検討が必要である。さらに、治療率が5割を下回っている背景としては、健診結果によっては、年齢や他疾患のリスク等を考慮して、治療開始とならないケースもあった。（図表 36）また、経済的な問題を抱えており、保険税未納等のため、保険証の有効期限が切れていることから、健診も治療も受診控えしている実態も明らかとなった。そのような対象者については、税務課の徴税係と連携し納税相談を案内する等の対応を行った。改善率については、重症化予防対策における重点的評価指標と考えることから、改善率が向上するよう、保健指導スタッフのスキルアップについても取り組んでいく必要がある。

図表 36 疾病管理台帳事業の評価指標達成状況

| 事業名 | 事業評価指標 | H27年度 | H28年度 | H29年度 | |
|----------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 疾病管理台帳事業 | 健診受診率 ※嘉麻市健康管理システムより | 目標値 | - | 70.0% | 70.0% |
| | | 実績値 | 67.3% | 71.1% | 実施中 |
| | | 達成状況 | - | 達成 | 実施中 |
| | 治療率 ※嘉麻市健康管理システムより | 目標値 | - | 50.0% | 50.0% |
| | | 実績値 | 44.4% | 42.2% | 実施中 |
| | | 達成状況 | - | 未達成 | 実施中 |
| | 改善率 ※嘉麻市健康管理システムより | 目標値 | - | 40.0% | 40.0% |
| | | 実績値 | 37.7% | 29.4% | 実施中 |
| | | 達成状況 | - | 未達成 | 実施中 |

出典：市民課作成（福岡県国保連合会ヘルスサポート事業 様式参考）

⑥ 介護の状況

平成 28 年度の要介護認定者は第 1 号（65 歳以上）被保険者で 3,059 人（認定率 24.2%）、第 2 号（40～64 歳）被保険者で 67 人（認定率 0.5%）であり、どちらも年々低下している。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いる。また、要介護認定別医療費をみると、認定ありの方が認定なし者の約 2 倍になっている。（図表 37）

医療における診療報酬明細書（レセプト）と突合した結果をみると、40～64 歳の 2 号被保険者、65 歳以上の 1 号被保険者とも生活習慣病（血管疾患）の有病率が 9 割を超えている。平成 25 年度と比較してみると、2 号被保険者においては腎不全と脂質異常症以外は増加傾向にあり、1 号被保険者においては全ての疾患において増加していた。認定率は減少傾向にあるものの、認定者の生活習慣病の有病率は増加傾向にある。さらに、認知症においては、2 号被保険者も 1 号被保険者もどちらも増加傾向にあるが、レセプト上の認知症であるため、診断されていない人が含まれていない。介護と医療の連携は重要であるが、40 歳～74 歳までは国保や被用者保険等であり、75 歳以上になると後期高齢者医療制度（一部の 65 歳以上）になるため、連携体制の構築は難しい面もあるが、予防可能な介護状態という視点からも生活習慣病予防は重要である。

（図表 38・図表 39）

図表 37 要介護認定者の経年推移

| | | 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(%) | |
| 介護保険 | 1号認定者数(認定率) | 3,240 | 25.1 | 3,235 | 25.2 | 3,163 | 24.9 | 3,059 | 24.2 | |
| | 新規認定者 | 77 | 0.3 | 45 | 0.3 | 38 | 0.3 | 42 | 0.3 | |
| | 2号認定者 | 90 | 0.7 | 79 | 0.6 | 77 | 0.6 | 67 | 0.5 | |
| 有病状況 | 糖尿病 | 727 | 22.4 | 711 | 21.3 | 689 | 21.2 | 696 | 21.3 | |
| | 高血圧症 | 1,783 | 53.6 | 1,799 | 53.7 | 1,772 | 54.1 | 1,712 | 54.1 | |
| | 脂質異常症 | 933 | 26.8 | 946 | 27.9 | 939 | 28.1 | 897 | 28.6 | |
| | 心臓病 | 1,993 | 60.0 | 2,003 | 59.8 | 1,966 | 59.9 | 1,888 | 59.5 | |
| | 脳疾患 | 782 | 24.1 | 774 | 23.5 | 755 | 23.4 | 701 | 22.6 | |
| | がん | 387 | 11.4 | 399 | 11.3 | 361 | 11.3 | 362 | 11.2 | |
| | 筋・骨格 | 1,814 | 55.3 | 1,840 | 55.3 | 1,818 | 55.2 | 1,769 | 55.3 | |
| 精神 | 1,064 | 32.3 | 1,106 | 32.7 | 1,091 | 33.2 | 1,050 | 33.0 | | |
| 介護給付費(円) | 1件当たり給付費(全体) | 66,549 | | 64,719 | | 61,134 | | 59,817 | | |
| | 居宅サービス | 41,377 | | 39,185 | | 36,648 | | 36,312 | | |
| | 施設サービス | 277,561 | | 279,413 | | 273,946 | | 273,668 | | |
| 医療費等(円) | 要介護認定別 | | | | | | | | | |
| | 医療費(40歳以上) | 認定あり | 84,830 | 85,510 | 88,790 | 87,200 | 認定なし | 45,940 | 46,610 | 47,940 |

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 38 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (H28 年度)

| 受給者区分 | | 2号 | | | | 1号 | | | | 合計 | | |
|----------------------------|----------|----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|----------------|----------|
| 年齢 | | 40~64歳 | | 65~74歳 | | 75歳以上 | | 計 | | | | |
| 介護件数(全体) | | 64 | | 296 | | 2,898 | | 3,194 | | 3,258 | | |
| 再)国保・後期 | | 34 | | 239 | | 2,725 | | 2,964 | | 2,998 | | |
| 有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上) | 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 26 76.5% | 脳卒中 129 54.0% | 脳卒中 1,334 49.0% | 脳卒中 1,463 49.4% | 脳卒中 1,489 49.7% | | | |
| | 2 | 虚血性心疾患 9 26.5% | 虚血性心疾患 74 31.0% | 虚血性心疾患 1,164 42.7% | 虚血性心疾患 1,238 41.8% | 虚血性心疾患 1,247 41.6% | | | | | | |
| | 3 | 腎不全 6 17.6% | 腎不全 17 7.1% | 腎不全 307 11.3% | 腎不全 324 10.9% | 腎不全 330 11.0% | | | | | | |
| | 基礎疾患(*2) | 糖尿病 | 15 44.1% | 糖尿病 97 40.6% | 糖尿病 1,005 36.9% | 糖尿病 1,102 37.2% | 糖尿病 1,117 37.3% | | | | | |
| | | 高血圧 | 26 76.5% | 高血圧 179 74.9% | 高血圧 2,335 85.7% | 高血圧 2,514 84.8% | 高血圧 2,540 84.7% | | | | | |
| | | 脂質異常症 | 16 47.1% | 脂質異常症 117 49.0% | 脂質異常症 1,387 50.9% | 脂質異常症 1,504 50.7% | 脂質異常症 1,520 50.7% | | | | | |
| | 血管疾患合計 | 合計 | 33 97.1% | 合計 | 225 94.1% | 合計 | 2,597 95.3% | 合計 | 2,822 95.2% | 合計 | 2,855 95.2% | |
| | 認知症 | 認知症 | 2 5.9% | 認知症 55 23.0% | 認知症 1,187 43.6% | 認知症 1,242 41.9% | 認知症 1,244 41.5% | | | | | |
| | 筋・骨格疾患 | 筋骨格系 | 28 82.4% | 筋骨格系 193 80.8% | 筋骨格系 2,545 93.4% | 筋骨格系 2,738 92.4% | 筋骨格系 2,766 92.3% | | | | | |

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

図表 39 血管疾患の視点の視点でみた要介護者の有病状況（H25 年度）

| 受給者区分 | | 2号 | | | | 1号 | | | | 合計 | | | | |
|----------------------------|----------|---------|--------|--------|-------|--------|-------|---------|--------|---------|-------|--------|-------|-------|
| 年齢 | | 40～64歳 | | 65～74歳 | | 75歳以上 | | 計 | | | | | | |
| 被保険者数 | | 14,269人 | | 5,588人 | | 7,257人 | | 12,845人 | | 27,114人 | | | | |
| 認定者数 | | 90人 | | 341人 | | 2,899人 | | 3,240人 | | 3,330人 | | | | |
| 認定率 | | 0.63% | | 6.1% | | 39.9% | | 25.2% | | 12.3% | | | | |
| 新規認定者数（*1） | | 4人 | | 14人 | | 63人 | | 77人 | | 81人 | | | | |
| 介護度別人数 | 要支援1・2 | 24 | 26.7% | 121 | 35.5% | 917 | 31.6% | 1,038 | 32.0% | 1,062 | 31.9% | | | |
| | 要介護1・2 | 36 | 40.0% | 139 | 40.8% | 1,060 | 36.6% | 1,199 | 37.0% | 1,235 | 37.1% | | | |
| | 要介護3～5 | 30 | 33.3% | 81 | 23.8% | 922 | 31.8% | 1,003 | 31.0% | 1,033 | 31.0% | | | |
| 有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上) | 疾患 | 順位 | 疾病 | 件数 | 割合 | 疾病 | 件数 | 割合 | 疾病 | 件数 | 割合 | | | |
| | 件数 | -- | 475 | 1333 | | 1333 | | 1808 | | | | | | |
| | 循環器疾患 | 1 | 脳卒中 | 287 | 60.4% | 脳卒中 | 441 | 33.1% | 脳卒中 | 441 | 33.1% | 脳卒中 | 728 | 40.3% |
| | | 2 | 虚血性心疾患 | 106 | 22.3% | 虚血性心疾患 | 333 | 25.0% | 虚血性心疾患 | 333 | 25.0% | 虚血性心疾患 | 439 | 24.3% |
| | | 3 | 腎不全 | 90 | 18.9% | 腎不全 | 74 | 5.6% | 腎不全 | 74 | 5.6% | 腎不全 | 164 | 9.1% |
| | 基礎疾患（*2） | | 糖尿病 | 234 | 49.3% | 糖尿病 | 583 | 43.7% | 糖尿病 | 583 | 43.7% | 糖尿病 | 817 | 45.2% |
| | | | 高血圧 | 373 | 78.5% | 高血圧 | 911 | 68.3% | 高血圧 | 911 | 68.3% | 高血圧 | 1284 | 71.0% |
| | | | 脂質異常症 | 272 | 57.3% | 脂質異常症 | 629 | 47.2% | 脂質異常症 | 629 | 47.2% | 脂質異常症 | 901 | 49.8% |
| | 血管疾患合計 | 合計 | 424 | 89.3% | 合計 | 1184 | 88.8% | 合計 | 1184 | 88.8% | 合計 | 1608 | 88.9% | |
| | 認知症 | 認知症 | 25 | 5.3% | 認知症 | 286 | 21.5% | 認知症 | 286 | 21.5% | 認知症 | 311 | 17.2% | |
| 筋・骨格疾患 | 筋骨格系 | 337 | 70.9% | 筋骨格系 | 1010 | 75.8% | 筋骨格系 | 1010 | 75.8% | 筋骨格系 | 1347 | 74.5% | | |

出典：嘉麻市国民健康保険 第1期データヘルス計画

2号被保険者の申請時理由疾患の推移を比較してみると、認知症や脳血管疾患が減少している一方で、糖尿病を理由に申請している割合が増加していた。（図表 40）

図表 40 2号被保険者の介護が必要になった理由の推移

| 原因疾患 | H26年度 | H28年度 |
|----------|--------|--------|
| がん | 7.0% | 7.0% |
| 関節リウマチ | 5.3% | 7.0% |
| 筋萎縮性硬化症 | 0.0% | 0.0% |
| 後縦靭帯骨化症 | 0.0% | 0.0% |
| パーキンソン関連 | 1.8% | 0.0% |
| 脊髄小脳変性症 | 5.3% | 2.3% |
| 変形性関節症 | 3.5% | 0.0% |
| 脊柱管狭窄症 | 0.0% | 2.3% |
| 初老期の認知症 | 5.3% | 4.7% |
| 糖尿病 | 7.0% | 14.0% |
| 脳血管疾患 | 64.9% | 62.8% |
| 閉塞性動脈硬化症 | 0.0% | 0.0% |
| 計 | 100.0% | 100.0% |

出典：第2次嘉麻市保健計画
嘉麻市国民健康保険 第1期データヘルス計画

【第 1 期計画における中長期目標の達成状況と課題のまとめ】

第 1 期計画の実施期間が平成 28 年度及び平成 29 年度途中であったことから、中長期目標を評価するには十分な期間ではないが、本計画における次期目標値等を検討するにあたり、以下、まとめた。

1、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の入院減少 未達成

→新規患者数の推移でみると、虚血性心疾患のみ新規患者数及び同月に入院している割合の減少傾向がみられた。しかし、新規患者における健診未受診者割合がどの疾患においても 6 割以上と多かったことと疾病管理台帳事業対象者の健診受診率も約 7 割であったことから、重症化予防においても健診受診率の向上は重要であり、さらに把握された健診結果の改善率を向上させることも、同時に重要である。

2、加入期間が 5 年以上の国民健康保険被保険者における新規透析導入患者の維持または減少 維持

→糖尿病がある新規透析導入患者の平均年齢が若年化していることや、介護保険においても 2 号被保険者の申請理由疾患として糖尿病が増加していること、透析導入において国保外からの流入被保険者による追加もあることから、若年層及び国保外への糖尿病性腎症（人工透析予防）対策が必要である。

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、平成 30 年度から本格実施される。国は、保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、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。

本市では、第 1 期計画作成時から、優先すべき健康課題を「糖尿病」とし、発症予防や重症化予防に取り組んできたところではあるが、今後は、保険者努力支援制度の評価項目の国の見直し、追加も考慮した上で、取組の充実を図る必要がある。

本市の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 481 位、県内 60 市町村中 28 位に位置していた。メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、がん検診受診率、個人のインセンティブ提供後発医薬品の促進、収納率向上に関する項目で県平均を下回る結果であった。また、今後の取組体制を検討する上で、各評価項目における担当職員（保健師等の専門職種や事務職等）や連携課についても明記した上で、確認した。

今後は、主管課である市民課単課での課題や取組とするのではなく、課や職種を超えた庁舎内横断的な取組体制の構築が必要である。（図表 41）

図表 41 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

| 保険者努力支援制度 評価項目 | 担当職員 ★保健師 ●事務職 | 連携課 | H28年度 150億円 5,864,000円 (H28特調交付金に上乘せ) | | | | H29年度 250億円 | | H30年度 500億円 | | |
|----------------|----------------------|-----|--|-------|-----|-------|-------------|-------|-------------|-------|-----|
| | | | 加点 | % | 嘉麻市 | % | 加点 | % | 加点 | % | |
| | | | A | (A/B) | C | (C/A) | A | (A/B) | A | (A/B) | |
| 共通① | (1) 特定健診受診率 | ★ | 健康課 (健康推進係) | 20 | 6% | 10 | 50% | 35 | 6% | 50 | 6% |
| | (2) 特定保健指導実施率 | ★ | | 20 | 6% | 20 | 100% | 35 | 6% | 50 | 6% |
| | (3) メタボ該当者及び予備群の減少 | ★ | | 20 | 6% | 0 | 0% | 35 | 6% | 50 | 6% |
| 共通② | (1) がん検診受診率 | ★ | 健康課 (健康推進係) | 10 | 3% | 0 | 0% | 20 | 3% | 30 | 4% |
| | (2) 歯周疾患(病)検診 | ★ | | 10 | 3% | 10 | 100% | 15 | 3% | 25 | 3% |
| 共通③ | 糖尿病性腎症重症化予防の取組 | ★ | 市民課・健康課 | 40 | 12% | 40 | 100% | 70 | 12% | 100 | 12% |
| 共通④ | (1) 個人へのインセンティブ提供 | ★ | 健康課 (健康推進係) | 20 | 6% | 0 | 0% | 45 | 8% | 70 | 8% |
| | (2) 個人へのわかりやすい情報提供 | ★ | | 20 | 6% | 20 | 100% | 15 | 3% | 25 | 3% |
| 共通⑤ | 重複服薬者に対する取り組み | ★ | 市民課(国保年金係) | 10 | 3% | 10 | 100% | 25 | 4% | 35 | 4% |
| 共通⑥ | (1) 後発医薬品に対する取り組み | ● | 市民課(国保年金係) | 15 | 4% | 11 | 73% | 25 | 4% | 35 | 4% |
| | (2) 後発医薬品の使用割合 | ● | 市民課(国保年金係) | 15 | 4% | 0 | 0% | 30 | 5% | 40 | 5% |
| 固有① | 収納率向上 | ● | 税務課(徴税係) | 40 | 12% | 0 | 0% | 70 | 12% | 100 | 12% |
| 固有② | データヘルス計画の取組 | ★ | 市民課(国保年金係) | 10 | 3% | 10 | 100% | 30 | 5% | 40 | 5% |
| 固有③ | 医療費通知の取組 | ● | 市民課(国保年金係) | 10 | 3% | 10 | 100% | 15 | 3% | 25 | 3% |
| 固有④ | 地域包括ケアの推進 | ★ | 市民課・高齢者介護課 | 5 | 1% | 5 | 100% | 15 | 3% | 25 | 3% |
| 固有⑤ | 第三者求償の取組 | ● | 市民課(国保年金係) | 10 | 3% | 10 | 100% | 30 | 5% | 40 | 5% |
| 固有⑥ | 適正かつ健全な事業運営の実施状況 | ● | 市民課(国保年金係) | | | | | | | 45 | 6% |
| 全体 | 体制構築加算 | | | 70 | 20% | 70 | 100% | 70 | 12% | 60 | 7% |
| | 体制構築加算含まず | | | 275 | | 156 | 57% | 510 | | 790 | |
| | 体制構築加算含む(B) | | | 345 | | 226 | 66% | 580 | | 850 | |

参考：保険者努力支援制度（平成28年度前倒し分）フィードバック

4. 庁舎内外連携事業

本市は平成27年度に第1期計画を策定した時より、第1期計画の課題共有及び解決策検討の機会として、下記のとおり庁舎内連携会議を開催した。

1) 平成27年度の取組

詳細については、第1期計画に掲載しているが、以下の取組を行った。

ア 平成27年11月11日(水) 庁舎内ワーキング会議（関係各課：7課8名参加）

内容：副市長、関係各課長による第1期計画から視えた健康課題の情報共有及び意見聴取

イ 平成27年12月2日(水) 庁舎内担当者ワーキング会議（関係各課：7課18名参加）

内容：庁舎内ワーキングを受けて、具体的な状況確認や解決策等に必要な情報交換や情報共有等

2) 平成 28 年度 の取組 (福岡県国保連合会ヘルスサポート事業 提出資料より)

| | 日付 | 庁舎内外 | 医療機関名 | 参加者または参加人数 | 内容 |
|----|-------------------|------|--------------------|--|--|
| 1 | 5月20日(金) | 外 | 飯塚医師会 稲築ブロック会 | A先生 N先生 I先生 H先生 O先生 M先生 K先生 N先生 8名 | ・H28年度 国保保健事業について(協力依頼)→データヘルス計画の概要と、「糖尿病」が健康課題であることの共有(未受診者対策について 特定健診の普及啓発について) ・健康課題について ・スタッフ健脚教室について ・その他、健康課題に関する連絡事項 ※別添報告書あり |
| 2 | 5月20日(金) | 外 | 飯塚医師会 理事会 | 飯塚医師会 理事 飯塚医師会 事務長 18名 | ・データヘルス計画報告会(糖尿病性腎症重症化予防事業における連携依頼)とみなし健診について提案 →報告会については、飯塚医師会全体で行うより、嘉麻市独自で行う方がよい →市内4ブロックあるので、各地区の代表医師に相談に行く ※別添報告書あり |
| 4 | 7月25日(月) | 外 | S病院 | S先生 (糖尿病専門医) | ・糖尿病性腎症重症化予防事業について協力依頼(データヘルス計画の概要、健康課題について) →糖尿病専門医は腎だけを切り取って、合併症予防を考えたりしない。 →糖尿病連携手帳を活用した医師、看護師、栄養士、保健師の連携体制について検討していきたい →フットケア外来や栄養指導状況について、情報収集 ※別添報告書あり |
| 5 | 7月26日(火) | 外 | I病院 (患者会スタッフ) | 看護部長、管理栄養士 外来師長、訪問看護師 病棟及び外来看護師 7名 | ・糖尿病性腎症重症化予防事業について協力依頼(データヘルス計画の概要、健康課題について) →院長(糖尿病専門医)が別件にて参加できなかったが、事業協力には承諾 →教育入院との兼ね合いについて →糖尿病連携手帳を活用した連携の提案 ※別添報告書あり |
| 6 | 7月28日(木) | 外 | M病院 | D先生 (精神科医) | ・糖尿病性腎症重症化予防事業について協力依頼(データヘルス計画の概要、健康課題について) →より具体的な対策の方法について提示が必要 →病診連携の実態把握の必要性 →「糖尿病は(甘い)物依存症」 ※別添報告書あり |
| 7 | 8月10日(水) | 外 | A内科クリニック | A先生 (糖尿病専門医) | ・糖尿病性腎症重症化予防事業について協力依頼(データヘルス計画の概要、健康課題について) →行政とかかりつけ医の連携について(かかりつけ医のレベルアップが必要) →コントロール不良者について(治療者の特定健診受診率の向上) →筑豊糖尿病懇話会(糖尿病専門医)による重症化予防提言の必要性 ※別添報告書あり |
| 8 | 8月31日(水) | 外 | K病院 | K院長先生 | ・データヘルス計画報告会(糖尿病性腎症重症化予防事業における連携依頼)について提案 →報告会については、嘉穂・碓井ブロックで行う(ブロック以外も参加可能とし、医師だけでなく コメディカルの参加も可能) →糖尿病についてのデータ共有の必要性 ※別添報告書あり |
| 9 | 9月27日(火) | 外 | 飯塚医師会 | M先生 N先生 I先生 | 【市長による依頼に同伴】 ・みなし健診(治療データの情報提供活用)についての実施依頼が主であったが、嘉麻市内に眼科が 少ないといった糖尿病療養における環境や、糖尿病性腎症による透析も多い等、健康課題についても説明 ※別添報告書あり |
| 10 | 10月6日(木) | 外 | 飯塚医師会 嘉穂・碓井ブロック | 医師8名 看護師8名 管理栄養士:4名 事務:2名 市職員:5名 計27名 | 【データヘルス計画報告会】 ・嘉麻市国保の糖尿病事情～H30年度改革を前に医療機関の皆さまにお願いしたいこと～ →データヘルス計画の概要(健診やレセプトの分析結果) →事例ケースから考える対策事業 →参加者へのアンケート実施 ※別添報告書あり |
| 11 | 10月25日(火) | 外 | 市内医療機関 10箇所 | | 10/6に実施した「データヘルス計画報告会」に参加しなかった市内医療機関に当日資料及び データヘルス計画を持参 |
| 12 | 10月26日(水) | 外 | Iクリニック | I先生 | I先生より、地域のフリーペーパー(CHKUSUKI)に「データヘルス計画」についての記事掲載依頼 →11月号 CHKUSUKI に掲載 |
| 13 | 11月1日(火) | 外 | H医院 | H先生 | ・糖尿病性腎症重症化予防事業について協力依頼(データヘルス計画の概要、健康課題について) →経済的な問題を抱えている人の対応について →治療中断について →保健指導対象者について個別相談 ※別添報告書あり |
| 14 | 11月14日(月) | 内 | 嘉麻市役所 山田庁舎 | 庁舎内 保健師 管理栄養士 12名 | 【庁舎内 保健師定例会】 ・嘉麻市における切れ目ない健康づくり事業について ・保険者によるデータヘルス推進 ・データヘルス計画の概要 ・オール嘉麻で取り組む糖尿病対策(案)について ・これまでの保健指導効果について ※別添報告書あり |
| 15 | 12月1日(木) | 内 | 嘉麻市役所 山田庁舎 | 庁舎内関係各課 7課 担当職員 21名 | 【庁舎内連携会議】 ・糖尿病について(怖い病気ですが、難しい病気ではありません) ・嘉麻市国保の糖尿病事情 ・庁舎内横断的に取り組む糖尿病対策について(グループワーク) ※別添報告書あり |
| 16 | 平成29年 1月12日(木) | 内 | 嘉麻市役所 山田庁舎 | 庁舎内 保健師 管理栄養士 14名 | 【庁舎内 保健師定例会】 ・12/1の庁舎内会議より、母子保健係の取組について →母子手帳交付時の情報収集等について →子育て包括支援センターについて(情報共有) →妊婦(妊娠届出時のタイミング等)や出生状況(体重等)の実態について ※別添報告書あり |
| 17 | 平成29年 1月23日(月) | 外 | A内科クリニック | A先生 (糖尿病専門医) | ・糖尿病性腎症重症化予防事業についての具体的な対策案について検討 →福岡県糖尿病対策推進会議について →医療(かかりつけ医、専門医)との連携体制について →筑豊糖尿病懇話会と飯塚医師会との連携について ※別添報告書あり |
| 18 | 平成29年 1月25日(水) | 外 | Iクリニック | I先生 | ・糖尿病性腎症重症化予防事業についての具体的な対策案について検討 →A先生との打ち合わせについて →筑豊糖尿病懇話会と飯塚医師会との連携について ※別添報告書あり |
| 19 | 平成29年 3月9日(木) | 外 | Iクリニック | I先生 | H29年度糖尿病性腎症重症化予防事業について →4月より1回/月会議をもち、飯塚医師会や糖尿病懇話会の医師、筑豊糖尿病療養指導士(LCDE)、 飯塚医師会のかかりつけ医にどのよう、どのタイミングで声掛けして展開していくか検討予定とする |
| 20 | | 外 | A内科クリニック | A先生 (糖尿病専門医) | 以上 |

3) 平成 29 年度の取組

人事秘書課と連携し、職員の健診結果の視方をテーマとした健康講座を開催し、その中で本計画における健康課題の情報共有を行い、解決策や参加者の所属課にて協力可能な事業について情報提供を依頼することを目的に、下記のとおり行った。

【日時】平成 29 年 12 月 21 日（木）①10 時 00 分～11 時 35 分 ②13 時 30 分～15 時 10 分

【場所】碓井住民センター 文化ホール

【参加者】49 名（①午前：24 名 ②午後：25 名）

【内容】健診結果の数値をじっくり視る

～ある「ホルモン」の働きを知ってください～

- 1、インスリンの働きについて
- 2、糖の行方（肝臓→筋肉→脂肪細胞）
- 3、太ると体の中で何が起り、何が怖いのか？
- 4、インスリンの働きに関係あること（出方・効き方）
- 5、血糖値とインスリンの関係
- 6、高インスリン状態とは
- 7、糖負荷試験について
- 8、自分の健診結果からインスリンの働き具合をイメージする
（BMI、腹囲、肝機能、中性脂肪、LDL、HDL、尿酸、血糖値、HbA1c）
- 9、生活習慣病予防のポイント（食物繊維、単純糖質、食事の時間、塩分）
- 10、体格や動き方に合った必要な食事量（ごはん量と油量、アルコール量の計算）
- 11、国保のデータヘルス計画から視えてきた課題
 - ①被保険者数の減少
 - ②医療費の推移（予防可能な疾患に注目した医療費適正化対策）
 - ③被保険者の年齢構成割合と医療費
 - ④特定健診結果における有所見割合
BMI 20 位/60 団体 メタボ 6 位/60 団体 HbA1c 3 位/60 団体
 - ⑤透析患者や介護保険利用者の糖尿病重症化による若年化
 - ⑥市全体でどれだけの予防対象者がいるのか？
 - ⑦データヘルス事業として庁舎内連携する必要性と意義
 - ⑧保険者努力支援制度について

| 参加した課 | 正規職員 | 臨時嘱託職員 | 計 |
|-------|------|--------|-----|
| 人事秘書課 | 4名 | 2名 | 6名 |
| 総務課 | 1名 | - | 1名 |
| 企画財政課 | 2名 | - | 2名 |
| 税務課 | 5名 | 1名 | 6名 |
| 市民課 | 12名 | 1名 | 13名 |
| 環境課 | 2名 | - | 2名 |
| 健康課 | 4名 | 7名 | 11名 |
| 水道局 | 1名 | 1名 | 2名 |
| 学校教育課 | 1名 | 1名 | 2名 |
| 生涯学習課 | 1名 | 2名 | 3名 |
| 防災対策課 | - | 1名 | 1名 |
| 小計 | 33名 | 16名 | 49名 |
| 合計 | 49名 | | |

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2章における第1期の取組み、評価を踏まえ、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た上で健康課題を明確化した。

- 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 特定健診の受診率は40.9%（平成28年度）であり、生活習慣病の発症予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者の健診結果を把握していくことが重要である。治療者の受診率は増加傾向にあったものの、67.1%が未受診である。未治療者においても、35.9%が未受診であることから、未受診者の特性を踏まえた、更なる特定健診未受診者対策が必要である。
- ② 継続受診率及び新規受診率の低迷がみられることから、健診の受診習慣の定着化をはかる必要がある。
- ③ 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、継続受診者の有所見割合を上回っていたことから、健診初受診者の保健指導は重点的に行う必要がある。
- ④ HbA1c 6.5%以上及びⅡ度高血圧（160/100）以上、メタボリックシンドローム該当者の割合が増加した。さらに、未治療者の重症化予防対象者が減少し、治療者の重症化予防対象者が増加していることから、治療者の健診利用がすすんだこと、受診勧奨を中心に行った保健指導により治療は開始されたものの、検査や内服のみで生活習慣是正に至らない治療者の増加が考えられる。治療者への生活習慣是正を中心とした保健指導も必要かつ重要である。
- ⑤ 糖尿病治療者のうち、糖尿病性腎症と診断されている人は5.6%（平成28年度）と低く、健診結果における尿蛋白（±）以上者には、早期治療、早期介入ができるよう、微量アルブミン尿。検査等を実施し、人工透析をはじめとする合併症予防は重要である。

【医療】

- ⑥ 中長期的疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析））と短期的疾患を合わせた医療費が総医療費に占める割合は、平成25年度と比較すると減少傾向にあるものの、県と比較すると高い。
- ⑦ 中長期的疾患の新規患者のうち、同月に入院している人の健診未受診割合がどの疾患も5割以上あることから、健診を受診せずに重症化し発症（入院）している。
- ⑧ 高額になる疾患の分析から、がんの割合が多かったことから、がん検診の受診率も向上させる必要があるが、脳血管疾患、心疾患を合わせると、件数も費用も9.0%占めている。長期入院の分析では、脳血管疾患と心疾患合わせて1億177万円（平成28年度）費用を要していることから、更なる重症化予防対策を検討する必要がある。
- ⑨ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は、47.2%であり、新規透析導入患者のうち糖尿病のある被保険者の平均年齢が67.2歳から58.0歳（平成25年度から平成28年度）と若年化している。国保と後期の総医療費に占める人工透析医療費割合を県と比較すると、国保で高く、後期で低い。さらに、国保外

からの流入被保険者における透析患者もあり、国保の糖尿病性腎症重症化予防対策はもとより、若年層や国保外における対策も必要である。

【介 護】

- ⑩ 認定率は、1号被保険者、2号被保険者ともに減少傾向にあるものの、認定者の生活習慣病や認知症の有病率は増加傾向にあり、2号被保険者の申請時理由疾患においては、糖尿病が増加傾向にあった。介護予防の観点からも、予防可能な生活習慣病の重症化予防は重要である。

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。（図表 42）

<中長期目標の設定>

1、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の入院減少

第1期計画の期間が2年であったことから、十分な実施や検証が行えなかった。新規患者数については減少傾向にある疾患もあったが、県と比較するとまだ高い。健診受診率および重症化予防対策を重点的に行い、新規患者のうち、同月に入院している人の健診未受診割合等を評価指標とする。

2、新規透析導入患者の平均年齢の高齢化または維持

第1期では、加入期間が5年以上の本市国民健康保険被保険者における新規透析導入患者の維持または減少と設定していたが、新規透析導入患者は毎年数名であり、その割合は人数によって大きく変動する。そこで、今回、新規透析導入患者のうち糖尿病のある被保険者の平均年齢が若年化（平成28年度58.0歳）していたことから、平均年齢を評価指標とした。

<短期目標の設定>

1、HbA1c 7.0以上者の減少【H28年度：6.1%】

第1期において達成できなかったこと、糖尿病による新規透析患者や介護における2号被保険者の申請が増加傾向にあったため、第1期同様、優先する短期目標として設定した。

2、メタボリックシンドローム該当者割合の減少【H28年度：20.2%】

第1期では県平均まで減少としていたが、増加傾向にあり、さらに県平均との差は広がっていた。治療者におけるメタボリックシンドローム該当者の改善についても取り組むこととし、経年的に減少させることとする。

3、重症化予防対象者の減少【H28年度：36.2%】

第1期では、治療のない重症化予防対象者の減少とし、受診者数が増加した一方で維持していたため、達成できたと判断したが、治療者の重症化予防の必要性もみえたため、治療の有無に関係なく、重症化予防に取り組むこととする。

4、未受診者の減少

第1期では、健診も治療もない未受診者の減少としていたが、継続受診率及び新規受診率の低迷や、治療者の健診未受診者が約7割いることから、未受診者対策については引き続き、取り組むこととする。

評価指標としては、治療中の健診未受診者と健診も治療もない未受診者の割合減少とする。

図表 11（P10）より、平成28年度においては、治療者の健診未受診者（2,612人）と健診も治療もない健診未受診者（1,771人）を合わせた4,383人（対象者のうち60.4%）と整理した。

図表 42 成果目標

| 中長期目標 | NO | 短期目標 | | | | | |
|---------------------------------|----|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 30年度 | 31年度 | 32年度 | 33年度 | 34年度 | 35年度 |
| A 脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の入院減少 | ① | H b A 1 c 7.0以上者の減少【H28年度：6.1%】 | | | | | |
| | | 6.0% | 5.5% | 5.0% | 5.0% | 4.5% | 4.0% |
| B 新規透析導入患者の平均年齢の高齢化または維持 | ② | メタボリックシンドローム該当者の減少【H28年度：20.2%】 | | | | | |
| | | 20.0% | 21.0% | 22.0% | 23.0% | 24.0% | 25.0% |
| | ③ | 重症化予防対象者の減少【H28年度：36.2%】 | | | | | |
| | | 35.0% | 34.0% | 33.0% | 32.0% | 31.0% | 30.0% |
| | ④ | 未受診者の減少【H28年度：60.4%】 | | | | | |
| | | 60.0% | 55.5% | 55.5% | 50.0% | 50.0% | 50.0% |

これらの目標を達成するため、第4章にて保健事業について述べるが、各事業がどの目標解決のための事業であるのか、中長期目標についてはAまたはB、短期目標については①～④で表記することとする。

第4章 保健事業の内容

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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こととするが、各年度のマンパワー¹⁵等の体制によって、変更することもあるため、主要な事業について以下、まとめる。

さらに、これらの保健事業を実施するにあたり、福岡県国保連合会が設置する保健事業・評価支援委員会のヘルスサポート事業に積極的に参加し、PDCAサイクルに基づいた事業運営ができるよう、努める。

1. 特定健診未受診者対策事業

KDB¹⁶等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、未受診者の特性を生かした、個別受診勧奨のアプローチ方法にて、効果的な特定健診受診勧奨を行う。

| | |
|-------|---|
| 中長期目標 | A B |
| 短期目標 | ④ |
| 対象者 | 特定健診未受診者 |
| 実施方法 | ア 重点的対象者を決定し、抽出する イ 専門職による訪問または電話勧奨（夜間含む） ウ 特性をいかした受診勧奨ハガキの送付 エ かかりつけ医を通じた個別健診受診勧奨 |
| 実施時期 | 健診期間中 |
| 評価方法 | 重点的対象者の勧奨率・健診受診率・継続受診率・新規受診率等 |

2. 特定健診・（特定）保健指導事業

特定健診、（特定）保健指導事業の詳細については、第2編 第3期特定健康診査等実施計画を参照されたい。

3. 保健指導事業（疾病管理台帳事業）

過去の健診受診者における重症者に対して、各年度、健康課及び市民課の保健師、管理栄養士等のマンパワーを考慮した上で、一定の健診結果に該当する対象者を抽出し、治療の有無に限定することなく、地区ごとに健診受診勧奨及び受診勧奨、必要時には保健指導を行う。その際、健診項目としては、血圧、脂質、腎機能、心電図とし、血糖については糖尿病性腎症重症化予防事業の中で同様な事業展開を行う。

| | |
|-------|---|
| 中長期目標 | A B |
| 短期目標 | ② ③ |
| 対象者 | 重症化予防対象者（各年度設定） |
| 実施方法 | ア 各年度のマンパワーを考慮し、対象者を抽出する イ 対象者を地区ごとに分け、保健師または管理栄養士の担当制とする ウ 治療の有無に限定せず、健診受診勧奨及び保健指導を行う エ 必要があれば、主治医等に治療方針を確認する等、医療との連携をはかる |
| 実施時期 | 健診期間中 |
| 評価方法 | 対象者の健診受診率・治療率・改善率等 |

4. 糖尿病性腎症重症化予防事業

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受療勧奨を行い、必要時には保健指導を行う。さらに、スムーズな医療連携体制構築については、同様に取り組んでいく。対象者の抽出については、各年度のマンパワーと医療連携体制等を考慮し行う。

| | |
|-------|--|
| 中長期目標 | A B |
| 短期目標 | ① ③ |
| 対象者 | ① 2型糖尿病であること： a から c までのいずれかであること a. 空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上 b. 糖尿病治療中 c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり ②腎障害を有していること eGFR 60未満又は、尿蛋白±以上 ※福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより |
| 実施方法 | ア 各年度のマンパワーを考慮し、対象者を抽出する イ 対象者を地区ごとに分け、保健師または管理栄養士の担当制とする ウ 治療の有無に限定せず、健診受診勧奨及び保健指導を行う エ 必要があれば、主治医等に治療方針を確認する等、医療との連携をはかる オ スムースな医療連携体制構築に努める |
| 実施時期 | 健診期間中 |
| 評価方法 | 対象者の受療勧奨率・保健指導率等 ※保険者努力支援制度の評価項目の指標等にも準じて行う |

5. 庁舎内連携事業

本計画において明確となった健康課題の解決に向け、主管課単課や専門職種に限定した取組とならないよう、庁舎内横断的な取組体制の構築に努める。

| | |
|-------|--|
| 中長期目標 | A B |
| 短期目標 | ① ② ③ ④ |
| 対象者 | 庁舎内の職員 |
| 実施方法 | ア 本計画のダイジェスト版や簡素化した分かりやすい資料を作成する イ 保健師又は管理栄養士については、定例会を活用し情報共有及び解決策を検討する ウ 年に1回程度、健康課題や本計画の進捗状況等、庁舎内連携会議を行う ※健康課が行う健康増進事業や、高齢者介護課が行う介護予防事業、スポーツ推進課が行うプロジェクトK事業についても、連携及び協力体制を確保する |
| 実施時期 | 随時 |
| 評価方法 | 定例会の開催回数や参加者数・庁舎内連携会議への参加者数等 |

6. 庁舎外連携事業

本計画において、明確となった健康課題の解決に向け、庁舎内（嘉麻市）に限定した取組とならないよう、被保険者が多く在籍する団体をはじめ、一般社団法人飯塚医師会をはじめとする、地域の関係各団体との連携体制構築に努める。

| | |
|-------|--|
| 中長期目標 | A B |
| 短期目標 | ① ② ③ ④ |
| 対象者 | 一般社団法人飯塚医師会・筑豊糖尿病懇話会・筑豊糖尿病療養指導士会 福岡県糖尿病対策推進会議・福岡県嘉穂鞍手保健福祉環境事務所 嘉麻市商工会・嘉麻市商工会議所・嘉麻市食生活改善推進会等の関係団体 等 |
| 実施方法 | ア 本計画のダイジェスト版や簡素化した分かりやすい資料を作成する イ 関係各団体が行う会議やイベント等において、本計画で作成した資料等の説明を行い 解決に向けた連携体制や協力を依頼する |
| 実施時期 | 随時 |
| 評価方法 | 参加した会議やイベント数や参加者数等 |

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 歳以上の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。

高齢者介護課が開催する地域ケア会議や認知症ネットワーク調整会議や、一般社団法人飯塚医師会が開催する管内の地域包括ケア推進協議会等に参加し、国保が抱える健康課題やその解決策を地域包括ケアに係る取組の一端として担えるよう、関係部局と連携をはかることが重要である。

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、次期計画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、本計画において設定した目標の達成状況や課題の推移等、国保データベース（KDB）システムや福岡県保健事業評価システム、保健指導支援ツール等のデータを福岡県国保連合会の支援を受けながら行うこととする。

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、第4章にてまとめた保健事業については、毎年事業評価を行い、福岡県国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受け、PDCAサイクルに基づいた事業運営を行いながら、本計画の評価時に活用するものとする。

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紙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、嘉麻市個人情報セキュリティポリシーや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な考え方

(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な考え方

(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. 特定健康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、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。

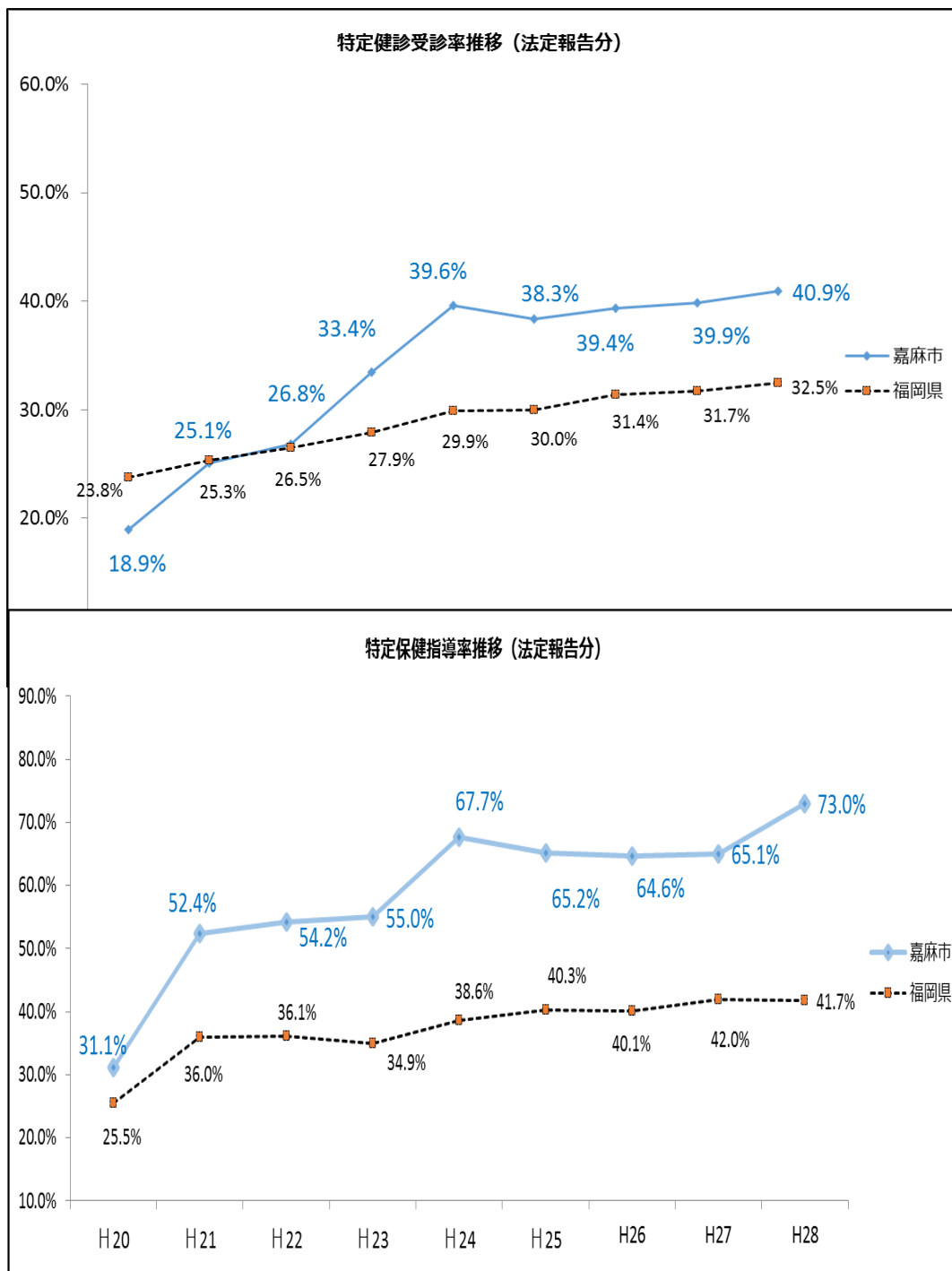
3. 目標の設定

1) 実施に関する目標

特定健診・特定保健指導については、毎年11月頃に前年度の率が確定し、今後はそれらが公表されることとなる。今後の目標値を設定するにあたり、これまでの推移を確認したところ、特定健診受診率については、国が目標とする60%には遠く及ばないものの、開始時と比較すると約20%伸びている。特定保健指導率については、国の目標である60%は超えており、これらを維持していく必要がある。（図表43）

これらは、保険者努力支援制度の評価指標ともされていることから、各年度の達成状況やマンパワー等も考慮した上で、平成32年度に評価見直しを行うものとする。（図表44）

図表 43 特定健診受診率及び特定保健指導率推移（平成 20 年度—平成 28 年度）



図表 44 特定健診受診率及び特定保健指導率目標値（平成 30 年度 - 平成 35 年度）

| | 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% | 45% | 45% | 50% | 55% | 60% |
| 特定保健指導実施率 | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |

2) 成果に関する目標

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群等についても、これまでの推移について確認した上で、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とおり設定する。

図表 45 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群減少率の推移（平成 21 年度—平成 28 年度）

| 年 度 | 嘉麻市 | | | | | | 福岡県 | | | | | |
|--------|--------|-------|--------|-------|-----|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | メタボ該当者 | | メタボ予備群 | | 特保 | | メタボ該当者 | | メタボ予備群 | | 特保 | |
| | 減少数 | 減少率 | 減少数 | 減少率 | 減少数 | 減少率 | 減少数 | 減少率 | 減少数 | 減少率 | 減少数 | 減少率 |
| H20 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| H21 | 24 | 25.7% | 50 | 23.3% | 22 | 17.3% | 3,337 | 22.2% | 4,988 | 22.0% | 2,347 | 23.9% |
| H22 | 20 | 25.4% | 31 | 23.3% | 29 | 23.6% | 1,853 | 21.4% | 2,667 | 19.1% | 1,512 | 20.9% |
| H23 | 33 | 22.3% | 68 | 28.2% | 49 | 26.9% | 3,495 | 22.4% | 4,950 | 21.4% | 2,807 | 22.0% |
| H24 | 76 | 29.9% | 78 | 27.8% | 57 | 26.6% | 4,050 | 23.1% | 5,454 | 22.5% | 2,798 | 23.5% |
| H25 | 85 | 27.3% | 84 | 25.3% | 90 | 24.5% | 4,299 | 22.3% | 5,443 | 21.4% | 5,479 | 19.0% |
| H26 | 71 | 28.0% | 69 | 20.0% | 43 | 17.6% | 4,295 | 22.2% | 5,452 | 21.4% | 2,794 | 21.3% |
| H27 | 71 | 25.5% | 68 | 20.5% | 62 | 23.8% | 4,264 | 21.5% | 5,426 | 20.9% | 2,834 | 21.0% |
| H28 | 51 | 20.5% | 60 | 18.3% | 34 | 15.9% | 4,111 | 21.0% | 5,109 | 20.1% | 2,625 | 15.9% |

図表 46 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群減少率等の目標値（平成 30 年度—平成 35 年度）

| | 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 | 120 人 | 120 人 | 120 人 | 150 人 | 150 人 | 150 人 |
| | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 25.0% | 25.0% | 25.0% |
| メタボ減少率 | 25.0% | 25.0% | 25.0% | 25.0% | 25.0% | 25.0% |
| 特保対象者の減少率 | 20.0% | 20.0% | 20.0% | 25.0% | 25.0% | 25.0% |

4. 対象者数の見込み

平成 28 年度対象者数を根拠に以下、見込むこととした。

【平成 28 年度実績】 特定健診対象者数：7,207 人 受診者数：2,947 人

特定保健指導対象者数：378 人 実施者数：276 人

| | 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 | 7,200 人 | 7,100 人 | 7,000 人 | 6,900 人 | 6,800 人 | 6,700 人 |
| 特定健診受診者 | 3,240 人 | 3,195 人 | 3,150 人 | 3,450 人 | 3,740 人 | 4,020 人 |
| 特定保健指導対象者数 | 377 人 | 372 人 | 367 人 | 361 人 | 356 人 | 351 人 |
| 特定保健指導実施数 | 226 人 | 223 人 | 220 人 | 216 人 | 213 人 | 210 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。一般社団法人飯塚医師会が実施機関のとりまとめを行い本市においては、集団健診を6月～翌年2月まで、個別健診を6月～翌年2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

一般社団法人飯塚医師会と嘉麻市が契約を行う。

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) 健診実施医療機関リスト

嘉麻市ホームページにおいて、毎年、「嘉麻市国民健康保険特定健診実施医療機関一覧」として、最新の情報を公表する。

5) 健診委託単価及び自己負担額

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、同様に一般社団法人飯塚医師会と契約する近隣市町村と調整しながら、金額を決定する。

また受診者の自己負担額については、現在一般500円、非課税0円としているが、今後の特定健診受診率の推移を見ながら、未受診者対策の一環として自己負担額の見直しについて、必要があれば今後も検討する。

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 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）

※心電図及び血清クレアチニン値については、本市の健康課題を踏まえた上で全員実施しており、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。

③ その他の健診の項目

本市の健康課題を踏まえ、以下のとおり二次健診として実施する。

ア：75g 糖負荷検査

イ：頸部エコー検査

ウ：血圧脈波検査（ABI、PWV）

エ：微量アルブミン尿検査（検討中）

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。

個別健診においては、一般社団法人飯塚医師会の理解と協力を得ながら、より良い受診体制をとる。

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るような体制整備について、健康課と今後検討を重ねる。

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等による普及啓発に合わせて、個別アプローチに重点を置いた特定健診未受診者対策事業について、積極的な受診勧奨を行う。

10) 年間実施スケジュール

- | | | |
|---------|---|---|
| 4月 | ： | 契約（個別健診及び集団健診）健診開始の準備 |
| 5月 | ： | 受診券作成及び送付 |
| 6月～翌年2月 | ： | 集団健診及び個別健診実施 |
| 4月～翌年3月 | ： | （特定）保健指導準備・（特定）保健指導実施 |
| 7月～翌年3月 | ： | 特定健診未受診者対策事業による受診勧奨（通知、電話、訪問等） 随時、進捗状況会議等を開催 |
| 9月～10月 | ： | 前年度実績報告（法定報告分）の作成 |
| 11月 | ： | 予算案作成 |
| 翌年3月 | ： | 受診結果の整理と次年度事業計画の準備 |

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、福岡県国保連合会が平成 30 年度より実施予定とする特定健診未受診者の医療情報収集事業に参加し、検査データの活用に努める。

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、対象者に応じて事業担当保健師及び地区担当保健師で検討した上で判断する。

(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）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者を下記の基準にて選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を、地区担当保健師により個別に実施する。

なお、この基準については、第 1 期計画の進捗状況やマンパワー等を考慮しながら、見直していくこととする。

- 【基準】
- ①糖尿病の内服なし かつ $HbA1c \geq 6.5$
 - ② $HbA1c \geq 7.0$
 - ③血圧内服なし かつ 収縮期血圧 ≥ 160 または 拡張期血圧 ≥ 100
 - ④収縮期血圧 ≥ 180 または 拡張期血圧 ≥ 110
 - ⑤ $LDL \geq 180$
 - ⑥尿蛋白 $\geq +$
 - ⑦ $GFR < 40$ かつ 年齢 < 70
 - ⑧心電図所見「心房細動」あり

① 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者及びそれ以外の保健指導対象者（以下「（特定）保健指導」）の保健指導は、健康課への執行委任の形態で行う。

②（特定）保健指導者数の見込及び評価

過去2年分の保健指導状況を根拠に見込み者数を算出した。

特定保健指導実施者数の法定報告実績値との差について実施期間の差（法定報告実績値：前年度報告後より実施し、当年度9月末頃までに実施した特定保健指導者数）により差が生じている。さらに、それ以外の保健指導対象者数については、現段階では健診結果の有所見状況が把握できず、対象者数を算出していないが、マンパワー体制を検討するにあたっては、これらの保健指導実施者数見込を確実に実施できるよう、健康課とともに体制整備していく必要がある。（図表47・図表48）

図表 47 （特定）保健指導状況（平成 27 年度—平成 28 年度）

| H27年度 | 地区あたり 指導者数 (人) | 特定保健指導 (人) | | | 情報提供 (人) | | | | | 合計 (人) |
|-------|----------------------|------------|--------|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----------|
| | | 積極的支援 | 動機づけ支援 | 計 | 面接または電話 | | | 訪問 | 計 | |
| | 個別 | | | | 集団 | 計 | | | | |
| 山田 | 2 | 33 | 69 | 102 | 143 | 76 | 219 | 90 | 309 | 411 |
| 嘉徳 | 2 | 14 | 55 | 69 | 28 | 20 | 48 | 46 | 94 | 163 |
| 碓井 | 1 | 16 | 49 | 65 | 53 | 21 | 74 | 41 | 115 | 180 |
| 稲築 | 4 | 43 | 140 | 183 | 179 | 74 | 253 | 86 | 339 | 522 |
| 合計 | 9 | 106 | 313 | 419 | 403 | 191 | 594 | 263 | 857 | 1,276 |
| H28年度 | 地区あたり 指導者数 (人) | 特定保健指導 (人) | | | 情報提供 (人) | | | | | 合計 (人) |
| | | 積極的支援 | 動機づけ支援 | 計 | 面接または電話 | | | 訪問 | 計 | |
| | 個別 | | | | 集団 | 計 | | | | |
| 山田 | 2 (3) | 31 | 71 | 102 | 73 | 96 | 169 | 45 | 214 | 316 |
| 嘉徳 | 2 | 11 | 57 | 68 | 20 | 45 | 65 | 27 | 92 | 160 |
| 碓井 | 1 | 9 | 42 | 51 | 14 | 14 | 28 | 12 | 40 | 91 |
| 稲築 | 4 | 30 | 129 | 159 | 52 | 97 | 149 | 69 | 218 | 377 |
| 合計 | 9 (10) | 81 | 313 | 380 | 159 | 252 | 411 | 153 | 564 | 944 |

図表 48 （特定）保健指導対象者数の見込（平成 30 年度—平成 35 年度）

| 年度 | 指導者数 (人) | 特定保健指導 | | それ以外の保健指導 | | 実施者数見込 |
|-------|-------------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| | | 対象者数 | 実施者数見込 | 対象者数 | 実施者数見込 | |
| H30年度 | 10 | 377 | 226 | - | 1,000 | 1,226 |
| H31年度 | 10 | 372 | 223 | - | 1,050 | 1,273 |
| H32年度 | 10 | 367 | 220 | - | 1,100 | 1,320 |
| H33年度 | 10 | 361 | 216 | - | 1,150 | 1,366 |
| H34年度 | 10 | 356 | 213 | - | 1,200 | 1,413 |
| H35年度 | 10 | 351 | 210 | - | 1,250 | 1,460 |

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」とされているが数値データとして現れるのは数年後になる。しかし、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り、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し、その際、保健指導支援ツール等を使用して評価する。（図表49・図表50・図表51）

図表 49 保健指導支援ツールを使用した高血圧評価方法（H24年度 — H28年度）

I 度高血圧以上の経年変化

1) 24・25年度の比較

| H24年度 | | H25年度 の結果をみる | | | | | |
|---------------------------|-----|------------------|-------|-------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 569人 69.0% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| I 度高血圧以上 825人 26.5% | | 正常高値 以下 | I 度 | II 度 | III 度 | | |
| | | 286 | 210 | 62 | 11 | 256 | 59 |
| | | 34.7% | 25.5% | 7.5% | 1.3% | 31.0% | 7.2% |
| I 度 | 633 | 243 | 160 | 37 | 5 | 188 | 47 |
| | | 38.4% | 25.3% | 5.8% | 0.8% | 29.7% | 7.4% |
| II 度 | 159 | 38 | 42 | 21 | 5 | 53 | 9 |
| | | 23.9% | 26.4% | 13.2% | 3.1% | 33.3% | 5.7% |
| III 度 | 33 | 5 | 8 | 4 | 1 | 15 | 3 |
| | | 15.2% | 24.2% | 12.1% | 3.0% | 45.5% | 9.1% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|-------|--------------|--------------|------------|--------------|
| 合計 | 340 41.2% | 182 22.1% | 47 5.7% | 256 31.0% |
| I 度 | 243 38.4% | 160 25.3% | 42 6.6% | 188 29.7% |
| II 度 | 80 50.3% | 21 13.2% | 5 3.1% | 53 33.3% |
| III 度 | 17 51.5% | 1 3.0% | | 15 45.5% |

2) 25・26年度の比較

| H25年度 | | H26年度 の結果をみる | | | | | |
|---------------------------|-----|------------------|-------|-------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 525人 76.9% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| I 度高血圧以上 683人 23.0% | | 正常高値 以下 | I 度 | II 度 | III 度 | | |
| | | 234 | 201 | 76 | 14 | 158 | 39 |
| | | 34.3% | 29.4% | 11.1% | 2.0% | 23.1% | 5.7% |
| I 度 | 538 | 203 | 167 | 47 | 5 | 116 | 27 |
| | | 37.7% | 31.0% | 8.7% | 0.9% | 21.6% | 5.0% |
| II 度 | 120 | 28 | 26 | 23 | 5 | 38 | 11 |
| | | 23.3% | 21.7% | 19.2% | 4.2% | 31.7% | 9.2% |
| III 度 | 25 | 3 | 8 | 6 | 4 | 4 | 1 |
| | | 12.0% | 32.0% | 24.0% | 16.0% | 16.0% | 4.0% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|-------|--------------|--------------|------------|--------------|
| 合計 | 274 40.1% | 194 28.4% | 57 8.3% | 158 23.1% |
| I 度 | 203 37.7% | 167 31.0% | 52 9.7% | 116 21.6% |
| II 度 | 54 45.0% | 23 19.2% | 5 4.2% | 38 31.7% |
| III 度 | 17 68.0% | 4 16.0% | | 4 16.0% |

3) 26・27年度の比較

| H26年度 | | H27年度 の結果をみる | | | | | |
|---------------------------|-----|------------------|-------|-------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 543人 69.3% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| I 度高血圧以上 784人 26.0% | | 正常高値 以下 | I 度 | II 度 | III 度 | | |
| | | 246 | 218 | 68 | 11 | 241 | 55 |
| | | 31.4% | 27.8% | 8.7% | 1.4% | 30.7% | 7.0% |
| I 度 | 612 | 209 | 170 | 41 | 3 | 189 | 46 |
| | | 34.2% | 27.8% | 6.7% | 0.5% | 30.9% | 7.5% |
| II 度 | 145 | 33 | 43 | 21 | 5 | 43 | 8 |
| | | 22.8% | 29.7% | 14.5% | 3.4% | 29.7% | 5.5% |
| III 度 | 27 | 4 | 5 | 6 | 3 | 9 | 1 |
| | | 14.8% | 18.5% | 22.2% | 11.1% | 33.3% | 3.7% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|-------|--------------|--------------|------------|--------------|
| 合計 | 300 38.3% | 194 24.7% | 49 6.3% | 241 30.7% |
| I 度 | 209 34.2% | 170 27.8% | 44 7.2% | 189 30.9% |
| II 度 | 76 52.4% | 21 14.5% | 5 3.4% | 43 29.7% |
| III 度 | 15 55.6% | 3 11.1% | | 9 33.3% |

4) 27・28年度の比較

| H27年度 | | H28年度 の結果をみる | | | | | |
|---------------------------|-----|------------------|-------|-------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 553人 71.7% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| I 度高血圧以上 771人 25.9% | | 正常高値 以下 | I 度 | II 度 | III 度 | | |
| | | 225 | 205 | 93 | 30 | 218 | 64 |
| | | 29.2% | 26.6% | 12.1% | 3.9% | 28.3% | 8.3% |
| I 度 | 603 | 190 | 172 | 62 | 13 | 166 | 52 |
| | | 31.5% | 28.5% | 10.3% | 2.2% | 27.5% | 8.6% |
| II 度 | 139 | 33 | 27 | 27 | 9 | 43 | 10 |
| | | 23.7% | 19.4% | 19.4% | 6.5% | 30.9% | 7.2% |
| III 度 | 29 | 2 | 6 | 4 | 8 | 9 | 2 |
| | | 6.9% | 20.7% | 13.8% | 27.6% | 31.0% | 6.9% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|-------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 合計 | 262 34.0% | 207 26.8% | 84 10.9% | 218 28.3% |
| I 度 | 190 31.5% | 172 28.5% | 75 12.4% | 166 27.5% |
| II 度 | 60 43.2% | 27 19.4% | 9 6.5% | 43 30.9% |
| III 度 | 12 41.4% | 8 27.6% | | 9 31.0% |

図表 50 保健指導支援ツールを使用したHbA1c評価方法（H24年度 — H28年度）

HbA1c6.5以上の年次変化

1) 24・25年度の比較

| H24年度 | | H25年度の結果をみる | | | | | |
|-----------------------------|-----|------------------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 232人 62.5% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| HbA1c6.5以上 371人 12.8% | | 6.4以下 | 6.5~6.9 | 7.0~7.9 | 8.0以上 | | |
| | | 54 | 83 | 69 | 26 | 139 | 22 |
| | | 14.6% | 22.4% | 18.6% | 7.0% | 37.5% | 5.9% |
| 6.5~6.9 | 171 | 38 | 51 | 16 | 1 | 65 | 11 |
| | | 22.2% | 29.8% | 9.4% | 0.6% | 38.0% | 6.4% |
| 7.0~7.9 | 136 | 11 | 25 | 41 | 12 | 47 | 11 |
| | | 8.1% | 18.4% | 30.1% | 8.8% | 34.6% | 8.1% |
| 8.0以上 | 64 | 5 | 7 | 12 | 13 | 27 | 0 |
| | | 7.8% | 10.9% | 18.8% | 20.3% | 42.2% | 0.0% |

| | 改善 | 変化なし | 0.1以上の | | 悪化 | 未受診 |
|---------|-------|-------|--------|-------|------|-------|
| | | | 改善 | 悪化 | | |
| 合計 | 98 | 105 | 41 | 41 | 29 | 139 |
| | 26.4% | 28.3% | 11.1% | 11.1% | 7.8% | 37.5% |
| 6.5~6.9 | 38 | 51 | 17 | 21 | 17 | 65 |
| | 22.2% | 29.8% | 9.9% | 12.3% | 9.9% | 38.0% |
| 7.0~7.9 | 36 | 41 | 18 | 15 | 12 | 47 |
| | 26.5% | 30.1% | 13.2% | 11.0% | 8.8% | 34.6% |
| 8.0以上 | 24 | 13 | 6 | 5 | | 27 |
| | 37.5% | 20.3% | 9.4% | 7.8% | | 42.2% |

2) 25・26年度の比較

| H25年度 | | H26年度の結果をみる | | | | | |
|-----------------------------|-----|------------------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 227人 76.4% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| HbA1c6.5以上 297人 10.6% | | 6.4以下 | 6.5~6.9 | 7.0~7.9 | 8.0以上 | | |
| | | 37 | 84 | 75 | 31 | 70 | 20 |
| | | 12.5% | 28.3% | 25.3% | 10.4% | 23.6% | 6.7% |
| 6.5~6.9 | 158 | 29 | 62 | 28 | 1 | 38 | 12 |
| | | 18.4% | 39.2% | 17.7% | 0.6% | 24.1% | 7.6% |
| 7.0~7.9 | 91 | 7 | 18 | 35 | 13 | 18 | 8 |
| | | 7.7% | 19.8% | 38.5% | 14.3% | 19.8% | 8.8% |
| 8.0以上 | 48 | 1 | 4 | 12 | 17 | 14 | 0 |
| | | 2.1% | 8.3% | 25.0% | 35.4% | 29.2% | 0.0% |

| | 改善 | 変化なし | 0.1以上の | | 悪化 | 未受診 |
|---------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | | | 改善 | 悪化 | | |
| 合計 | 71 | 114 | 41 | 49 | 42 | 70 |
| | 23.9% | 38.4% | 13.8% | 16.5% | 14.1% | 23.6% |
| 6.5~6.9 | 29 | 62 | 21 | 21 | 29 | 38 |
| | 18.4% | 39.2% | 13.3% | 13.3% | 18.4% | 24.1% |
| 7.0~7.9 | 25 | 35 | 13 | 19 | 13 | 18 |
| | 27.5% | 38.5% | 14.3% | 20.9% | 14.3% | 19.8% |
| 8.0以上 | 17 | 17 | 7 | 9 | | 14 |
| | 35.4% | 35.4% | 14.6% | 18.8% | | 29.2% |

3) 26・27年度の比較

| H26年度 | | H27年度の結果をみる | | | | | |
|-----------------------------|-----|------------------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 215人 65.7% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| HbA1c6.5以上 327人 11.6% | | 6.4以下 | 6.5~6.9 | 7.0~7.9 | 8.0以上 | | |
| | | 23 | 90 | 67 | 35 | 112 | 34 |
| | | 7.0% | 27.5% | 20.5% | 10.7% | 34.3% | 10.4% |
| 6.5~6.9 | 165 | 16 | 69 | 25 | 2 | 53 | 18 |
| | | 9.7% | 41.8% | 15.2% | 1.2% | 32.1% | 10.9% |
| 7.0~7.9 | 107 | 5 | 17 | 35 | 11 | 39 | 11 |
| | | 4.7% | 15.9% | 32.7% | 10.3% | 36.4% | 10.3% |
| 8.0以上 | 55 | 2 | 4 | 7 | 22 | 20 | 5 |
| | | 3.6% | 7.3% | 12.7% | 40.0% | 36.4% | 9.1% |

| | 改善 | 変化なし | 0.1以上の | | 悪化 | 未受診 |
|---------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | | | 改善 | 悪化 | | |
| 合計 | 51 | 126 | 31 | 77 | 38 | 112 |
| | 15.6% | 38.5% | 9.5% | 23.5% | 11.6% | 34.3% |
| 6.5~6.9 | 16 | 69 | 11 | 47 | 27 | 53 |
| | 9.7% | 41.8% | 6.7% | 28.5% | 16.4% | 32.1% |
| 7.0~7.9 | 22 | 35 | 13 | 19 | 11 | 39 |
| | 20.6% | 32.7% | 12.1% | 17.8% | 10.3% | 36.4% |
| 8.0以上 | 13 | 22 | 7 | 11 | | 20 |
| | 23.6% | 40.0% | 12.7% | 20.0% | | 36.4% |

4) 27・28年度の比較

| H27年度 | | H28年度の結果をみる | | | | | |
|-----------------------------|-----|------------------|---------|---------|-------|-------------|------------|
| | | 継続受診者 248人 68.5% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| HbA1c6.5以上 362人 13.1% | | 6.4以下 | 6.5~6.9 | 7.0~7.9 | 8.0以上 | | |
| | | 44 | 90 | 84 | 30 | 114 | 31 |
| | | 12.2% | 24.9% | 23.2% | 8.3% | 31.5% | 8.6% |
| 6.5~6.9 | 189 | 35 | 68 | 30 | 3 | 53 | 16 |
| | | 18.5% | 36.0% | 15.9% | 1.6% | 28.0% | 8.5% |
| 7.0~7.9 | 107 | 5 | 19 | 39 | 10 | 34 | 11 |
| | | 4.7% | 17.8% | 36.4% | 9.3% | 31.8% | 10.3% |
| 8.0以上 | 66 | 4 | 3 | 15 | 17 | 27 | 4 |
| | | 6.1% | 4.5% | 22.7% | 25.8% | 40.9% | 6.1% |

| | 改善 | 変化なし | 0.1以上の | | 悪化 | 未受診 |
|---------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | | | 改善 | 悪化 | | |
| 合計 | 81 | 124 | 52 | 42 | 43 | 114 |
| | 22.4% | 34.3% | 14.4% | 11.6% | 11.9% | 31.5% |
| 6.5~6.9 | 35 | 68 | 28 | 19 | 33 | 53 |
| | 18.5% | 36.0% | 14.8% | 10.1% | 17.5% | 28.0% |
| 7.0~7.9 | 24 | 39 | 15 | 16 | 10 | 34 |
| | 22.4% | 36.4% | 14.0% | 15.0% | 9.3% | 31.8% |
| 8.0以上 | 22 | 17 | 9 | 7 | | 27 |
| | 33.3% | 25.8% | 13.6% | 10.6% | | 40.9% |

出典：保健指導支援ツール（平成24～28年度受診結果）

図表 51 保健指導支援ツールを使用したLDL評価方法（H24年度 — H28年度）

LDL-C140以上の経年変化

1) 24・25年度の比較

| H24年度 | | H26年度の結果をみる | | | | | |
|---------------|-----|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | | 継続受診者 721人 75.8% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| 140以上 | | 140未満 | 140～159 | 160～179 | 180以上 | | |
| 951人 30.5% | | 242 25.4% | 222 23.3% | 153 16.1% | 104 10.9% | 230 24.2% | 37 3.9% |
| 140～159 | 547 | 184 33.6% | 162 29.6% | 58 10.6% | 17 3.1% | 126 23.0% | 23 4.2% |
| 160～179 | 263 | 35 13.3% | 48 18.3% | 69 26.2% | 41 15.6% | 70 26.6% | 12 4.6% |
| 180以上 | 141 | 23 16.3% | 12 8.5% | 26 18.4% | 46 32.6% | 34 24.1% | 2 1.4% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 合計 | 328 34.5% | 277 29.1% | 116 12.2% | 230 24.2% |
| 140～159 | 184 33.6% | 162 29.6% | 75 13.7% | 126 23.0% |
| 160～179 | 83 31.6% | 69 26.2% | 41 15.6% | 70 26.6% |
| 180以上 | 61 43.3% | 46 32.6% | | 34 24.1% |

2) 25・26年度の比較

| H25年度 | | H26年度の結果をみる | | | | | |
|---------------|-----|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | | 継続受診者 745人 79.4% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| 140以上 | | 140未満 | 140～159 | 160～179 | 180以上 | | |
| 938人 31.6% | | 211 22.5% | 233 24.8% | 179 19.1% | 122 13.0% | 193 20.6% | 38 4.1% |
| 140～159 | 496 | 137 27.6% | 148 29.8% | 93 18.8% | 18 3.6% | 100 20.2% | 23 4.6% |
| 160～179 | 261 | 47 18.0% | 55 21.1% | 55 21.1% | 45 17.2% | 59 22.6% | 9 3.4% |
| 180以上 | 181 | 27 14.9% | 30 16.6% | 31 17.1% | 59 32.6% | 34 18.8% | 6 3.3% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 合計 | 327 34.9% | 262 27.9% | 156 16.6% | 193 20.6% |
| 140～159 | 137 27.6% | 148 29.8% | 111 22.4% | 100 20.2% |
| 160～179 | 102 39.1% | 55 21.1% | 45 17.2% | 59 22.6% |
| 180以上 | 88 48.6% | 59 32.6% | | 34 18.8% |

3) 26・27年度の比較

| H26年度 | | H27年度の結果をみる | | | | | |
|-----------------|-----|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|------------|
| | | 継続受診者 768人 76.3% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| 140以上 | | 140未満 | 140～159 | 160～179 | 180以上 | | |
| 1,007人 33.4% | | 279 27.7% | 257 25.5% | 146 14.5% | 86 8.5% | 239 23.7% | 39 3.9% |
| 140～159 | 533 | 189 35.5% | 165 31.0% | 47 8.8% | 10 1.9% | 122 22.9% | 17 3.2% |
| 160～179 | 281 | 48 17.1% | 74 26.3% | 60 21.4% | 27 9.6% | 72 25.6% | 16 5.7% |
| 180以上 | 193 | 42 21.8% | 18 9.3% | 39 20.2% | 49 25.4% | 45 23.3% | 6 3.1% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|---------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 合計 | 410 40.7% | 274 27.2% | 84 8.3% | 239 23.7% |
| 140～159 | 189 35.5% | 165 31.0% | 57 10.7% | 122 22.9% |
| 160～179 | 122 43.4% | 60 21.4% | 27 9.6% | 72 25.6% |
| 180以上 | 99 51.3% | 49 25.4% | | 45 23.3% |

4) 27・28年度の比較

| H27年度 | | H28年度の結果をみる | | | | | |
|---------------|-----|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|------------|
| | | 継続受診者 640人 73.1% | | | | 未受診 (中断) | 75歳 到達者 |
| 140以上 | | 140未満 | 140～159 | 160～179 | 180以上 | | |
| 876人 29.5% | | 215 24.5% | 222 25.3% | 129 14.7% | 74 8.4% | 236 26.9% | 49 5.6% |
| 140～159 | 492 | 161 32.7% | 143 29.1% | 56 11.4% | 6 1.2% | 126 25.6% | 27 5.5% |
| 160～179 | 239 | 33 13.8% | 61 25.5% | 53 22.2% | 26 10.9% | 66 27.6% | 14 5.9% |
| 180以上 | 145 | 21 14.5% | 18 12.4% | 20 13.8% | 42 29.0% | 44 30.3% | 8 5.5% |

| | 改善 | 変化なし | 悪化 | 未受診 |
|---------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 合計 | 314 35.8% | 238 27.2% | 88 10.0% | 236 26.9% |
| 140～159 | 161 32.7% | 143 29.1% | 62 12.6% | 126 25.6% |
| 160～179 | 94 39.3% | 53 22.2% | 26 10.9% | 66 27.6% |
| 180以上 | 59 40.7% | 42 29.0% | | 44 30.3% |

出典：保健指導支援ツール（平成24～28年度受診結果）

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。

なお、（特定）保健指導を執行委任している健康課において管理等を行うこととする。

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。

【用語説明】

1 特定健康診査（P1）

日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの方を対象に、メタボリックシンドロームに着目した健診を特定健診とも言う。

2 診療情報報酬明細書（P1）

医療機関が各医療保険者に医療費を請求するために、行った処置や使用した薬剤等を記載した明細書のことでレセプトとも言う。

3 ポピュレーションアプローチ（P1）

対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいこうという考え方。

4 PDCA サイクル（P1）

Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、管理業務を円滑に進める手法の一つ。業務を継続的に改善する。

5 ロコモティブシンドローム（P2）

運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態。進行すると要介護や寝たきりになるリスクが高くなる。

6 ヘルスサポート事業(P4)

平成26年度から開始された取り組みで、各県の国民健康保険団体連合会が保険者等によるデータヘルスに関する取り組みを支援する体制を構築するべく、外部の有識者等で構成された委員会を設置し、保険者等の取り組みを支援・評価する事業

7 HbA1c（P6）

HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）は過去1～2か月の血糖状態を表す。（血糖値は現時点の血糖状態を表し、食前と食後、検査前のちょっとしたストレスなどで数値が変動する。）

8 平均寿命（P7）

0歳時の平均余命。

9 健康寿命（P7）

健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間

10 ヘルスアップ事業（P8）

被保険者の健康の保持増進、疾病予防、生活の質の向上等を目的に、KDB等の被保険者の医療情報や健診情報等データを電子的に用いるツール並びに、国民健康保険団体連合会に設置された学識経験者等から構成される支援・評価委員会を活用し、保健事業をデータ分析に基づくPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する事業。

11 BMI（P11）

WHO で定めた肥満判定の国際基準。「体重（kg）÷（身長（m）×身長（m））」で求められる。

12 LDL（P11）

悪玉コレステロール。基準値よりも高い場合、動脈硬化や脳梗塞、心筋梗塞を引き起こす原因となるため、食生活や運動習慣の見直しが必要となる。

13 eGFR（P11）

推算糸球体濾過量。腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪い。

14 微量アルブミン尿検査（P16）

アルブミンは尿蛋白の主な成分。糖尿病や高血圧による腎障害などの極めて初期に、微量のアルブミンが尿中に排泄され、それを検出する鋭敏な検査として臓器障害の検出に用いられている。通常の尿蛋白検査では検出されない。

15 マンパワー（P32）

労働力。人手。仕事などに投入できる人的資源。

16 KDB（P32）

各県の国保連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に 係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実 施をサポートすることを目的として国保中央会が開発したシステム（国保データベースシステム）。

発行：平成 30 年 3 月 31 日 第 1 版

平成 30 年 8 月 23 日 第 2 版

編集：嘉麻市 市民課

〒820-0592 嘉麻市上臼井 446 番地 1

電話 0948-62-5679
