

第2期宗像市国民健康保険 保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 4 月
宗像市国民健康保険

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
1	背景	
2	計画の目的・位置付け	
3	計画期間	
4	関係者が果たすべき役割と連携	
第2章	第1期計画に係る評価及び課題	7
1	第1期計画の概要	
2	第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)	
3	保険者努力支援制度	
第3章	分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	21
1	分析結果に基づく課題の明確化	
2	成果目標の設定	
第4章	保健事業の内容	25
1	特定健診事業	
2	特定保健指導事業	
3	生活習慣病の発症予防	
4	生活習慣病の重症化予防	
5	その他の医療費適正化	
第5章	地域包括ケアに係る取組み	28
第6章	計画の評価・見直し	29
1	評価の時期	
2	評価方法・体制	
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	30
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	31
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	32
1	特定健康診査等実施計画について	
2	健診・保健指導実施の基本的な考え方	
3	目標値の設定	
4	対象者数の見込み	
5	特定健診の実施	
6	保健指導の実施	
第3章	特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	39
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	40
第5章	特定健康診査等実施計画の公表・周知	40

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、平成 25 年の厚生労働省発表によれば、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となった。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 年と長期間にわた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、そして健康寿命を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

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。)、第 1 期保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定・見直し、その他の保健事業を実施してきたところである。今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の発症予防及び早期発見等を積極的に促進するため、健康・医療情報を活用しながら、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(※1)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 集団全体に働きかけることにより生活習慣病等の疾病の発症等を未然に予防すること。

【関連法等】

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 H30.4.1 施行)

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 H30.4.1 施行)

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、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どおり、市町村が行う。

4 経済財政運営と改革の基本方針 2015

生活習慣病を中心とした疾病の予防と健康づくりを進め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

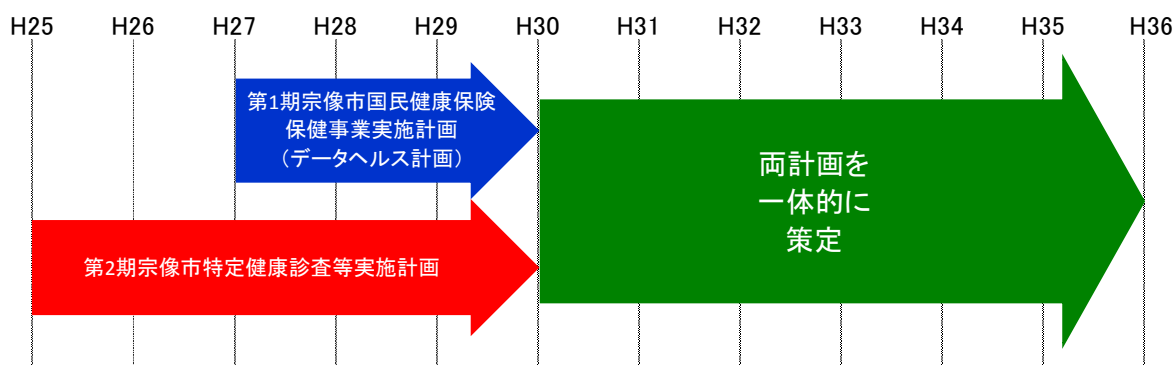
本計画は、健康・医療情報を活用して PDCA (Plan: 計画、Do: 実施、Check: 評価、Action: 改善) サイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画である。

蓄積されたデータベースを活用し情報を整理したうえで、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、被保険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宗像市健康増進計画(健康むなかた 21)、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。(P3~4, 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 年度までの 6 年間(※ 1,2)とする。



※ 市町村国保が策定する特定健診等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診等の実施方法を定めるものであるため、計画期間が一致する場合には、データヘルス計画と一体的に策定することが可能である

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

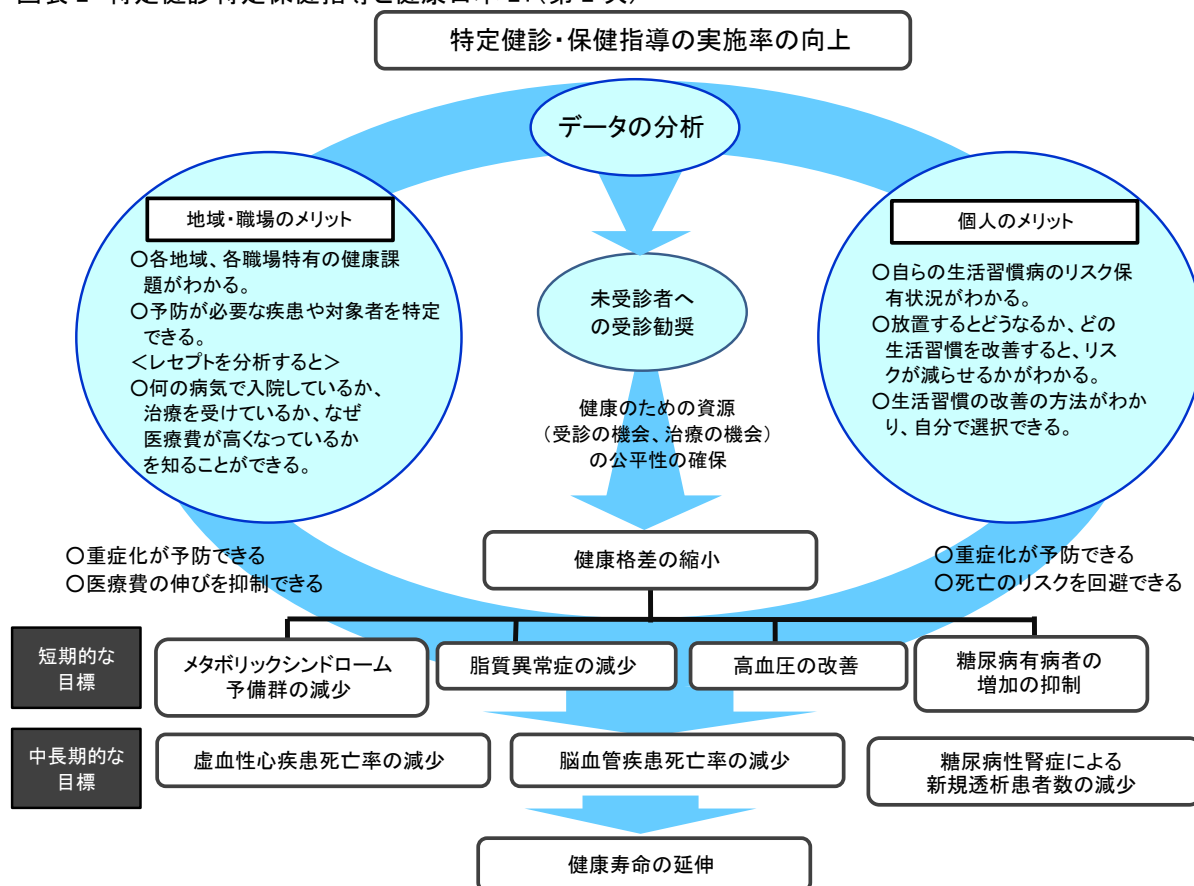
※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が、平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としている。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康日本21計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画
		特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(第7次)
計画策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができ、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にしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者 (特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期・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 (※1)	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
	-	高血圧症 脂質異常症	-	-	-	心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中
	虚血性心疾患 脳血管疾患	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	-	
評価	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	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 後縦靱帯硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 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 後縦靱帯硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 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 後縦靱帯硬化症
	※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)
			保険者努力支援制度			
			【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定			

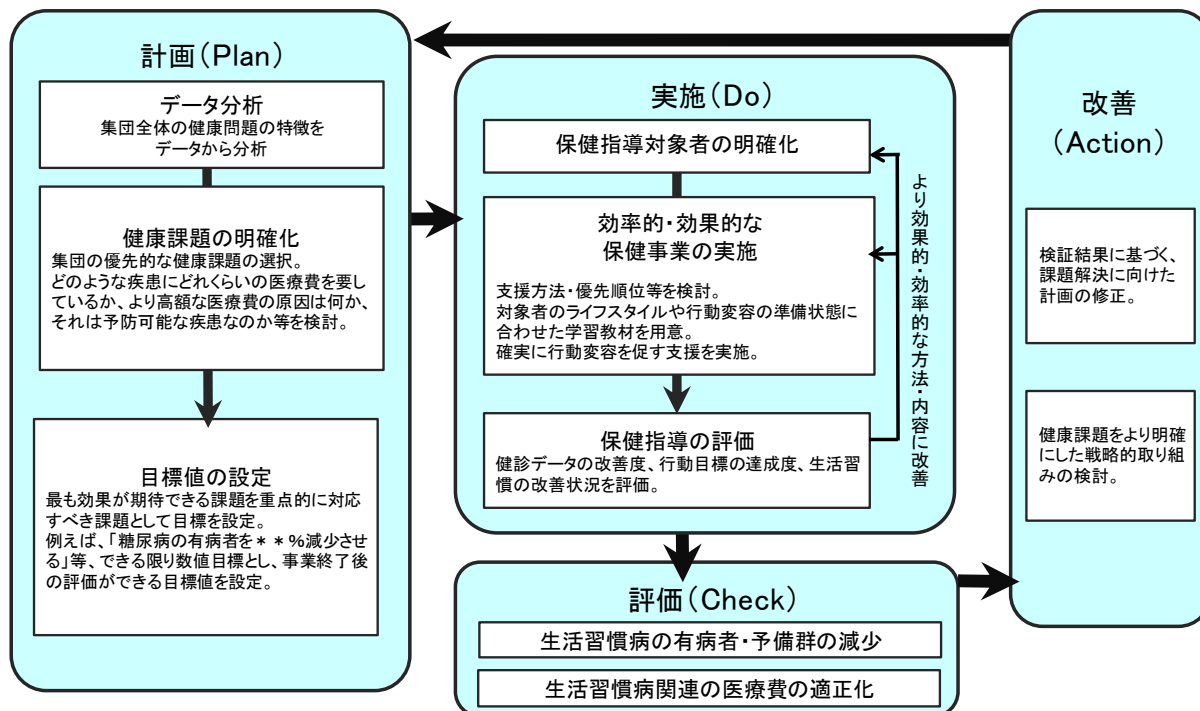
※1 メタボリックシンドローム(内臓脂肪型症候群): 内臓脂肪型肥満に加え、高血糖・高血圧・脂質異常のうちいずれか2つ以上を合わせもった状態のこと。動脈硬化を進行させ、心臓病や脳卒中などの命にかかわる重大な病気の原因になる

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) 実施主体関係部署の役割

国保医療課が主体となってデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部署が関わっているため、特に健康課の保健師等の専門職と連携し、計画策定、保健事業の実施・評価を進めていく。

なお、本市国民健康保険における医療費適正化を全庁的な取り組みとして推進していくためには、施策や事業の企画立案、実施、評価、見直しの全ての過程で庁内の総合調整が必要であることから、「宗像市国民健康保険医療費適正化推進会議(平成 24 年 4 月 20 日設置)」において、関係部署と十分な連携・協議を図ることとする。

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、担当者の業務を明確化・標準化し、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の体制を整える。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるには、計画の策定から評価・見直しまでの一連のプロセスにおいて、外部有識者(学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会)等との連携が不可欠である。その際、被保険者の健康課題を共有することも重要である。

《保健医療関係者との連携》

保健事業を円滑に進めるためには、医師会・歯科医師会・薬剤師会との連携・協力が重要である。各団体の会長と市長によるトップ会談の実施や国民健康保険運営協議会への参画、担当者間での日常的な連絡調整等、様々な機会を通して積極的に意見を交換する。

特に、重症化予防の推進にあたっては、医師会やかかりつけ医との連携が必須であり、専門的見地からの積極的な支援が得られるよう連携体制の強化を図る。

《国民健康保険団体連合会(国保連合会)との連携》

データ分析を行うには、国保データベース(KDB)の活用が有効である。よりの確な分析を効率的に行えるよう、国保連合会による研修に積極的に参加し、KDB を活用した効果の見込める事例の情報収集等に努める。また、国保連合会に設置された支援・評価委員会は、保健事業に関する豊富な知識や経験を有しており、本市においても計画の策定や個別の保健事業の実施・評価において有効活用する。

《県との連携》

平成 30 年度から県が市町村国保の共同保険者となることから、市町村国保の保険者機能を強化するには都道府県の関与が重要となる。本市においては、福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所を通じて情報を共有し、保健事業の円滑な実施に向けて連携・協力を行う。

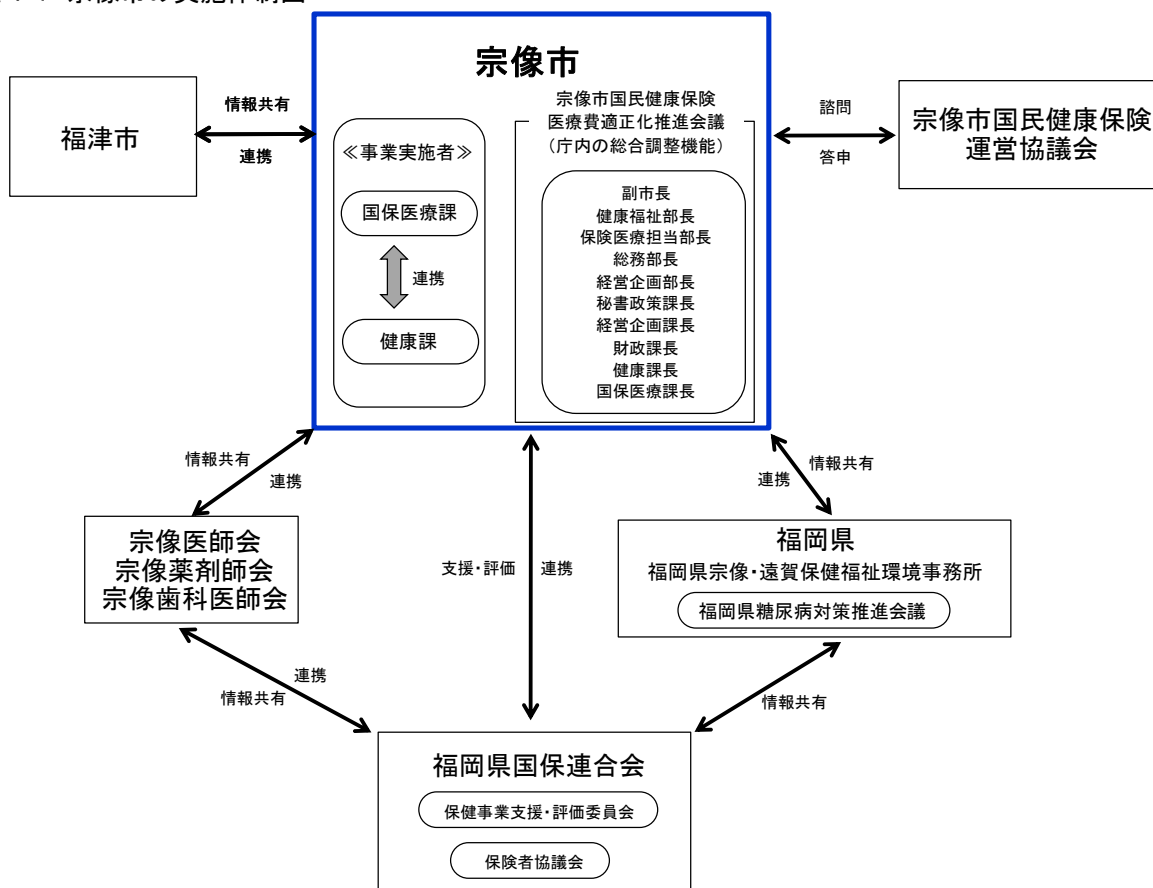
《福津市との連携》

本市と福津市は同じ医療圏(宗像保健医療圏)であるため、両市が連携して医療費適正化に取り組むことが重要である。両市担当部署で健康課題を共有し、実効性のある保健事業を展開できるよう連携・協力して取り組む。

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、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かつ積極的に取り組むことが重要である。そのため、国民健康保険運営協議会や被保険者アンケート等で被保険者意見を収集し、その反映に努める。

図表 4-1 宗像市の実施体制図



図表 4-2 福岡県の二次医療圏



出典：福岡県地域医療構想

第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1. 第1期計画の概要

1) 計画期間

本市は平成26年度に第1期計画を策定し、計画期間を平成27年度から平成29年度までとして、各種保健事業に取り組んできた。

2) 目標

「特定健診受診率・特定保健指導実施率が目標値に達していない」「生活習慣病に起因する疾病が進行・重症化することで、医療費全体が押し上げられている」という課題を踏まえ、**特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上**と**生活習慣病の発症予防及び重症化予防の取り組み強化**を重点目標に掲げている。

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96,096人、高齢化率26.6%である。福岡県(以下、県)の平均値と比較するとやや高齢化が進んでおり、被保険者の平均年齢も54.3歳と同規模市・県・国の平均値と比較して高くなっている。また、平均寿命は、男女ともに同規模市・県・国の平均値と比べて高い傾向にある。(図表5)

図表5 宗像市の特性

	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
宗像市	96,096	26.6	21,452 (22.3)	54.3	9.1	9.1	80.7 87.9	65.8 67.4	4.1	20.4	75.6
同規模市	68,194	27.9	16,720 (24.5)	53.2	7.8	10.9	79.6 86.3	65.3 66.8	6.1	28.9	65.1
福岡県	5,038,664	25.9	1,205,506 (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	32,257,003 (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、平成29年8月1日現在、その他の項目は27年度国勢調査結果
同規模市については全国の人口50,000～100,000人の市のうち、KDBシステムに参加の265市の平均値

被保険者数は年々減少傾向にあり、国保加入率は22.3%(図表5)、年齢構成は65～74歳の前期高齢者が46.2%を占めている。(図表6)

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(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
被保険者数	23,360		23,066		22,326		21,569	
65～74歳	9,505	40.7	9,861	42.8	9,971	44.7	9,955	46.2
40～64歳	7,910	33.9	7,518	32.6	7,075	31.7	6,556	30.4
39歳以下	5,945	25.4	5,687	24.6	5,280	23.6	5,058	23.4

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

市内には8病院、72診療所があり、被保険者千人当たりの診療所数、病床数、医師数は県の平均値を下回っている。一方、外来及び入院患者数は同規模市・県の平均値と比較して高い数値となっている。(図表7)

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)平成28年度			
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模市合計		福岡県合計	
病院数	8	0.3	8	0.3	8	0.4	8	0.4	1,257	0.3	460	0.4
診療所数	72	3.1	72	3.1	73	3.3	72	3.3	12,813	2.8	4,587	3.8
病床数	1,075	46.0	1,075	46.6	1,075	48.2	1,075	49.8	227,288	50.3	86,071	70.4
医師数	132	5.7	132	5.7	132	5.9	141	6.5	33,690	7.5	15,660	12.8
外来患者数	708.0		717.1		731.4		741.1		688.2		686.6	
入院患者数	23.4		23.2		23.2		23.6		19.8		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:266市

2) 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2.4ポイント上昇し、近年は36%前後で推移している。対象者の健診と医療の受診パターン別の通知等により、目標値には達していないものの受診率の向上につながっている。(図表8) 年代別にみると、40~50歳代の受診率は60歳以上に比べて低い状況である。(図表9)

特定保健指導については、個別訪問による結果返却と保健指導の同時実施等により、平成28年度の実施率が61.6%に増加し、第2期特定健診等実施計画の目標値を達成した。受診者に占める特定保健指導該当者の割合は、平成20年度と比較して減少した。また、年代別にみると、40~64歳の実施率は65歳以上に比べて低い状況である。(図表8)

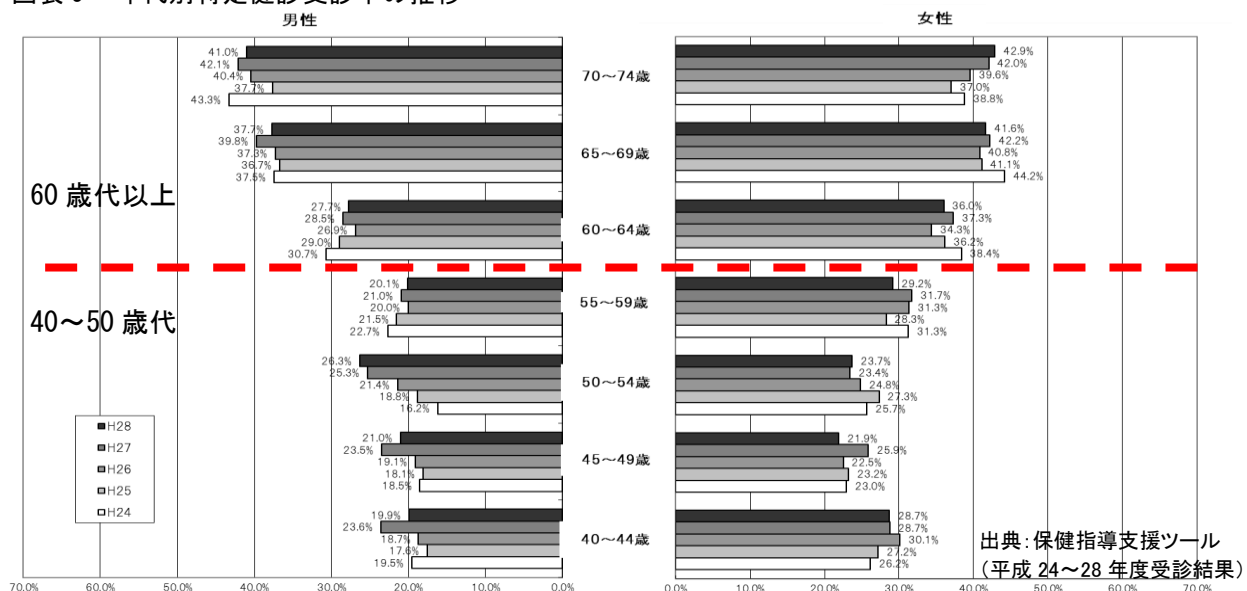
図表8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	参考 29年度目標値
特定健診	受診者数	5,054人	5,386人	5,512人	5,743人	5,446人	実施中	健診受診率 60%
	受診率	33.5%	33.7%	34.6%	36.7%	35.9%		
	県内順位	17位	27位	28位	20位	23位		
特定保健指導	該当者数	720人	584人	573人	635人	638人	実施中	特定保健指導 実施率 60%
	割合	14.2%	10.8%	10.4%	11.1%	11.7%		
	実施者数	135人	170人	175人	186人	393人		
	実施率	18.8%	29.1%	30.5%	29.3%	61.6%		
	県内順位	48位	53位	52位	57位	25位		

※平成28年度の特定保健指導実施者 40~64歳:102人(44.2%) 65~74歳:291人(71.5%)

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



②特定健診未受診者の状況

平成 28 年度の健診有所見者の割合を継続受診者と新規受診者と比較すると、すべての項目で新規受診者が継続受診者を上回っていた。(図表 10)

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				5,446 人	100.0%	4,747 人	87.2%	699 人	12.8%	
項目			基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI		25以上	1,040 人	24.9%	873 人	18.4%	167 人	23.9%
		腹囲		男性85以上 女性90以上	1,596 人	32.5%	1,360 人	28.6%	236 人	33.8%
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	839 人	19.3%	711 人	15.0%	128 人	18.3%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	535 人	10.4%	465 人	9.8%	70 人	10.0%
			(再掲) 7.0以上	252 人	4.9%	216 人	4.6%	36 人	5.2%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	186 人	3.1%	153 人	3.2%	33 人	4.7%
			拡張期	100以上	69 人	1.9%	50 人	1.1%	19 人	2.7%
			計	221 人	4.2%	180 人	3.8%	41 人	5.9%	
	その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	671 人	11.3%	563 人	11.9%	108 人	15.5%
腎機能		尿蛋白		2+ 以上	16 人	1.3%	9 人	0.2%	7 人	1.0%
		eGFR		50未満 70歳以上は40未満	128 人	2.1%	109 人	2.3%	19 人	2.7%
		尿酸		8.0以上	117 人	3.0%	98 人	2.1%	19 人	2.7%

出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

医療機関や健診の受診がなく健康状態を把握してない者は、40～64 歳で特定健診対象者の 36.8%、65 歳以上でも 15.5%を占めている。「治療中で健診未受診」の者は 40～64 歳、65～74 歳合わせると健診受診者総数を上回る 6,512 人である。(図表 11)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の生活習慣病治療状況

健診対象者 15,233人	40～64歳 健診対象者 5,706人	<table><tr><th colspan="2">健診受診者 25.7% (1,465人)</th><th colspan="2">健診未受診者 74.3% (4,241人)</th></tr><tr><td>治療なし 10.5% (802人)</td><td>治療中 15.1% (863人)</td><td>治療中 37.6% (2,143人)</td><td>治療なし 36.8% (2,098人)</td></tr></table>				健診受診者 25.7% (1,465人)		健診未受診者 74.3% (4,241人)		治療なし 10.5% (802人)	治療中 15.1% (863人)	治療中 37.6% (2,143人)	治療なし 36.8% (2,098人)
	健診受診者 25.7% (1,465人)		健診未受診者 74.3% (4,241人)										
治療なし 10.5% (802人)	治療中 15.1% (863人)	治療中 37.6% (2,143人)	治療なし 36.8% (2,098人)										
健診受診者 5,142人 (33.8%)	65～74歳 健診対象者 9,527人	<table><tr><th colspan="2">健診受診者 38.6% (3,677人)</th><th colspan="2">健診未受診者 61.4% (5,850人)</th></tr><tr><td>治療なし 8.8% (842人)</td><td>治療中 29.8% (2,835人)</td><td>治療中 45.9% (4,369人)</td><td>治療なし 15.5% (1,481人)</td></tr></table>				健診受診者 38.6% (3,677人)		健診未受診者 61.4% (5,850人)		治療なし 8.8% (842人)	治療中 29.8% (2,835人)	治療中 45.9% (4,369人)	治療なし 15.5% (1,481人)
健診受診者 38.6% (3,677人)		健診未受診者 61.4% (5,850人)											
治療なし 8.8% (842人)	治療中 29.8% (2,835人)	治療中 45.9% (4,369人)	治療なし 15.5% (1,481人)										

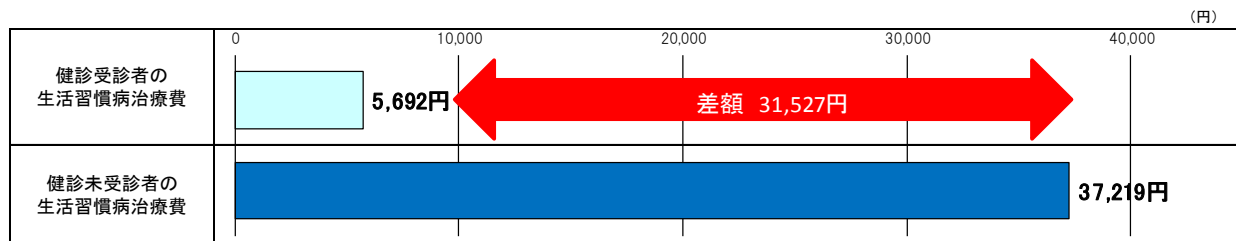
※KDB システムにおける生活習慣病

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 11 中の人数は、KDB システムにて平成 29 年 10 月に抽出したデータであるため、法定報告値と一致しない。

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、健診受診者が 5,692 円に対し、健診未受診者が 37,219 円であり、約 6.5 倍の開きがあった。健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化に有用であることがわかる。(図表 12)

図表 12 特定健診の受診有無と生活習慣病医療費(月額)



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(平成 28 年度)

③糖尿病・高血圧・脂質異常症の状況

40～74歳の被保険者に占める生活習慣病患者の割合は、糖尿病 14.4%、高血圧 26.2%、脂質異常症 23.4%で平成 25 年度に比べ増加している。特定健診の結果をみても HbA1c6.5%以上の割合は 9.8%、Ⅱ度高血圧以上の割合は 4.1%と増加している。さらに重症化リスクの高い、HbA1c7.0%以上の 29.8%、Ⅲ度高血圧以上の 69.4%、LDL-C180 以上の 92.5%が未治療である。(図表 13・14・15)

図表 13 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果														
	被保険者 (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		HbA1c7.0以上 (再掲)									
					被保険者	患者数	D/C	E	F	F/E					G	H	I	I/G	J	J/G	未治療者			
																					C	D	K	K/J
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	17,653人	2,309人	13.1%	8,572人	783人	9.1%	9,081人	1,526人	16.8%	5,386人	33.7%	447人	8.3%	213人	4.0%	82人	38.5%							
28年度	17,279人	2,481人	14.4%	7,165人	617人	8.6%	10,114人	1,864人	18.4%	5,446人	35.9%	535人	9.8%	252人	4.6%	75人	29.8%							

図表 14 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果							
	被保険者 (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		Ⅲ度高血圧 (再掲)		未治療者		
					被保険者	患者数	被保険者	患者数									
		A	B	B/A	C	D	D/C	E			F	F/E	G	H	I	I/G	J
	25年度	17,653人	4,420人	25.0%	8,572人	1,428人	16.7%	9,081人	2,992人	32.9%	5,386人	33.7%	136人	2.5%	21人	0.4%	13人
28年度	17,279人	4,534人	26.2%	7,165人	1,129人	15.8%	10,114人	3,405人	33.7%	5,446人	35.9%	221人	4.1%	36人	0.7%	25人	69.4%

図表 15 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果									
	被保険者 (40歳以上)	脂質異常症 患者数 (様式3-4)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		LDL-C180以上 (再掲)			未治療者	
		被保険者	患者数	D/C	被保険者	患者数	D/C	被保険者	患者数	D/C									
		A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E			G	H	I	I/G	J	J/G	K
25年度	17,653人	3,711人	21.0%	8,572人	1,207人	14.1%	9,081人	2,504人	27.6%	5,386人	33.7%	664人	12.3%	236人	4.4%	223人	94.5%		
28年度	17,279人	4,049人	23.4%	7,165人	1,077人	15.0%	10,114人	2,972人	29.4%	5,446人	35.9%	671人	12.3%	240人	4.4%	222人	92.5%		

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)

関係各学会の診療ガイドラインに基づいて算出した本市の重症化予防対象者数は 1,479 人(健診受診者全体の 27.2%)で、未治療者の 18.5%、治療者の 40.2%に相当する。さらに、未治療者の 24.7%に心房細動等の心電図所見や eGFR 低下等の慢性腎臓病に関する所見(腎臓専門医の受診が必要な所見)が認められ、確実な受診勧奨と保健指導が必要である。(図表 16)

糖尿病性腎症の重症化予防の観点から糖尿病の実態をみると、40～74 歳で糖尿病治療中の者は 2,481 人<<図表 17④>>、そのうち糖尿病性腎症の診断があるのは 130 人(5.2%)<<図表 17⑤>>である。特定健診結果をみると、糖尿病(型)の該当者は 699 人(12.4%)<<図表 17⑥>>で、うち 349 人(49.9%)<<図表 17⑦>>が未治療である。また、治療中の 350 人<<図表 17⑧>>のうち糖尿病学会が示す合併症予防のための目標値である「HbA1c7.0%未満」を上回っている者は 229 人(65.4%)<<図表 17⑨>>、糖尿病(型)のうち、既に尿蛋白や eGFR 等の腎機能に異常を示す所見がある者は 56 人(8.0%)<<図表 17⑩>>存在している。

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ー

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 による年間新発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 → 優先すべき 課題の明確化	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(2008年改訂版) (循環器病の診断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)					
	<div>クモ膜下出血(7%) 脳出血 (18%) 脳梗塞 (75%) 心原性 脳塞栓症 (27%※) ※脳卒中 データバンク 2009より</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞</div>	<div>心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症</div>	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)					
	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 健康診断から 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)	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/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	蛋白尿 (2+)以上			
	受診者数 5,446 対象者数	2 2	240 222	96 77	442 265	16 6	128 54	2.4% 1.7%
	治療なし	0.1%	5.2%	1.8%	5.7%	0.2%	1.7%	
	(再掲) 特定保健指導	100.0%	22.1%	33.3%	24.4%	25.0%	10.9%	
治療中	73 5.0%	0 0.0%	18 1.5%	19 1.6%	578 26.5%	10 0.5%	74 3.4%	
臓器障害 あり	24 16.2%	2 100.0%	21 9.5%	4 5.2%	82 43.9%	6 100.0%	54 100.0%	
臓器障害 なし	124 83.8%	--	201 90.5%	73 94.8%	105 56.1%	239 90.2%	--	
							149 24.7%	
							--	
							875 40.2%	
							604 18.5%	
							278 18.8%	
							1,479 27.2%	
							128 2.4%	
							54 1.7%	
							14 10.9%	
							74 3.4%	
							54 100.0%	
							--	

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…心電図図有所見者、CKD 専門医受診対象

[illegible]

保健指導支援ツール(平成28年度受診結果)

④医療の状況

一人当たり医療費は月額 27,606 円となっており、同規模市・県・国の平均値と比較して高い傾向にある。医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数の割合も同様の傾向にある。(図表 18) また、受診率(千人当たりのレセプト数)も同規模市・県・国の平均値と比べて高く、医療機関を受診する被保険者が多い傾向がうかがえる。

図表 18 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		宗像市	同規模市	県	国
一人当たり医療費(月額・円)		27,606 県内33位 同規模73位	25,582	25,927	24,253
受診率(千人あたりのレセプト数)		764.7	708.0	708.9	686.5
外来	費用の割合(%)	54.6	59.3	54.9	60.1
	件数の割合(%)	96.9	97.2	96.9	97.4
入院	費用の割合(%)	45.4	40.7	45.1	39.9
	件数の割合(%)	3.1	2.8	3.1	2.6
1件あたり在院日数(日)		15.8	16.2	16.9	15.6

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握(平成 28 年度)

平成 25 年度と比較すると、総医療費は入院費用・入院外費用ともに増加している。一人当たり医療費は 2,289 円(9.0%)増、入院では 957 円(8.3%)増、入院外では 1,332 円(9.7%)増となっている。これらの伸び率はいずれも同規模市・県・国の平均値と比較して高い状況である。(図表 19・20)

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	71億5,638万円	---	32億7,422万円	---	38億8,217万円	---
28年度	73億872万円	1億5,234万円	33億1,993万円	4,572万円	39億8,879万円	1億662万円

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	宗像市	25,317	11,583	13,734	-	-	-
	同規模市	23,556	9,635	13,921	-	-	-
	福岡県	24,609	11,269	13,340	-	-	-
	国	22,779	9,229	13,550	-	-	-
28年度	宗像市	27,606	12,540	15,066	109.0	108.3	109.7
	同規模市	25,582	10,399	15,183	108.6	107.9	109.1
	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

⑤データヘルス計画における対象疾患の状況

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 20.66%で、国平均と比較すると低いものの県平均と比較してやや高くなっている。また疾患別に見ると、脳梗塞、脳出血、狭心症や心筋梗塞といった循環器系疾患の割合が国・県と比べて高い。(図表 21)

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			目標疾患							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)										
宗像市	25年度	25,317	79位	35位	2.32%	0.67%	2.54%	2.46%	4.93%	5.63%	3.71%	15億9,352万円	22.27%	12.80%	12.07%	8.57%
	28年度	27,606	73位	33位	2.13%	0.31%	2.47%	2.65%	5.02%	4.55%	3.54%	15億995万円	20.66%	16.09%	10.39%	8.24%
国	28年度	24,253	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	—	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県		25,927	—	—	3.02%	0.38%	2.34%	2.02%	4.81%	4.61%	3.05%	—	20.23%	14.14%	11.79%	8.90%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

出典: KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

慢性腎不全の割合を平成 25 年度と比較すると、透析の有無に関わらず減少傾向(図表 21)にあるが、40～74 歳までの国民健康保険・後期高齢者医療制度被保険者の透析患者数は約 10%増加している。(図表 22) ここで、年代別の透析患者数を見ると、65 歳以上の透析患者のほとんどが後期高齢者医療制度である。これは 65 歳以上の透析患者のほとんどが国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行していることが要因と考えられる。

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		65～74 歳	
				国保	後期
25年度	82人	26人	56人	2人	54人
28年度	90人	23人	67人	2人	65人

出典: KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

※各年度 3 月 31 日現在

⑥高額になる疾患及び長期化する疾患について

ア 高額(レセプト1件あたり80万円以上)になる疾患

高額レセプトの中で最も多いのは、悪性新生物(がん)である。

また、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせた件数と費用額は、高額レセプト全体の約14%を占めている。脳血管疾患による高額レセプト100件に対して患者数は48人となっており、この疾患の特性として治療が数か月に及ぶことが多いため、同じ患者で複数月にわたって高額レセプトが発生していることが考えられる。(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)

	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
人数	787人	48人 6.1%	67人 8.5%	243人 30.9%	487人 61.9%
件数	1,329件	100件 7.5%	82件 6.2%	387件 29.1%	760件 57.2%
	年代別				
	40歳未満	0 0.0%	1 1.2%	7 1.8%	86 11.3%
	40代	3 3.0%	0 0.0%	9 2.3%	52 6.8%
	50代	2 2.0%	6 7.3%	21 5.4%	51 6.7%
	60代	54 54.0%	42 51.2%	196 50.6%	326 42.9%
	70-74歳	41 41.0%	33 40.2%	154 39.8%	243 32.0%
費用額	17億9922万円	1億2355万円 6.9%	1億2251万円 6.8%	5億2936万円 29.4%	10億2380万円 56.9%

(平成28年度)

イ 長期(6ヶ月以上の)入院

長期入院者の67.8%、費用額の64.2%を統合失調症等の精神疾患が占める。また、長期入院者の15.4%が脳血管疾患、7%が虚血性心疾患を併発している。(図表24)

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	143人	97人 67.8%	22人 15.4%	10人 7.0%
件数	1,326件	981件 74.0%	163件 12.3%	78件 5.9%
費用額	5億7424万円	3億6839万円 64.2%	7000万円 12.2%	3398万円 5.9%

* 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)

(平成28年度)

ウ 人工透析の状況

人工透析患者は28人で、そのうち25.0%が脳血管疾患、50.0%が虚血性心疾患を合併している。また53.6%に糖尿病の診断がある。(図表25)

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	15人 53.6%	7人 25.0%	14人 50.0%
H28年度 累計	件数	184件 50.8%	69件 19.1%	168件 46.4%
	費用額	8689万円 52.1%	3000万円 18.0%	7699万円 46.2%

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

* 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)

エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 8,448 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、それぞれ 10.7%、10.9%、1.6%を占める。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに、基礎疾患として高血圧を約 8 割、糖尿病を約 4 割、脂質異常症を 6～7 割が併せ持っている。(図表 26)

図表 26 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	基礎疾患		
					高血圧	糖尿病	脂質異常症
8, 448人		901人	925人	133人	4,569人	2,505人	4,091人
		10.7%	10.9%	1.6%	54.1%	29.7%	48.4%
基礎疾患の重なり	高血圧	691人	725人	100人	－	1,619人	2,638人
		76.7%	78.4%	75.2%	－	64.6%	64.5%
	糖尿病	355人	419人	133人	1,619人	－	1,612人
		39.4%	45.3%	100.0%	35.4%	－	39.4%
	脂質異常症	547人	665人	95人	2,638人	1,612人	－
		60.7%	71.9%	71.4%	57.7%	64.4%	－

(平成 28 年 5 月診療分)

⑦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みると、診断された同月に入院しているケースがそれぞれ 23.2%、26.1%を占めており、さらに健診受診歴を確認すると、それぞれ 74.3%、64.7%が過去 3 年間全く健診を受けていなかった。(図表 27・28)

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					
				新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	23,360人	864人	3.7%	378人	43.8%	114人	30.2%	91人	79.8%
26年度	23,066人	888人	3.8%	390人	43.9%	110人	28.2%	65人	59.1%
27年度	22,326人	879人	3.9%	405人	46.1%	99人	24.4%	79人	79.8%
28年度	21,569人	901人	4.2%	453人	50.3%	105人	23.2%	78人	74.3%

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					
				新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	23,360人	931人	4.0%	425人	45.6%	111人	26.1%	80人	72.1%
26年度	23,066人	973人	4.2%	428人	44.0%	101人	23.6%	68人	67.3%
27年度	22,326人	948人	4.2%	375人	39.6%	89人	23.7%	66人	74.2%
28年度	21,569人	925人	4.3%	391人	42.3%	102人	26.1%	66人	64.7%

人工透析においては、新規患者の多くが基礎疾患として糖尿病を持っており、87.5%が過去3年間健診受診歴がなかった。(図表 29)

図表 29 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		新規患者数					
						糖尿病あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/C
25年度	23,360人	31人	0.1%	10人	32.3%	7人	70.0%	7人	70.0%
26年度	23,066人	27人	0.1%	6人	22.2%	6人	100.0%	3人	50.0%
27年度	22,326人	27人	0.1%	9人	33.3%	8人	88.9%	8人	88.9%
28年度	21,569人	28人	0.1%	8人	28.6%	7人	87.5%	7人	87.5%

出典: KDB システム帳票

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

厚生労働省様式 1-1(年度累計)

保健事業等評価・分析システム 新規患者数

⑧介護の状況

本市の要介護認定率は年々伸びてきており、第1号(65歳以上)被保険者が4,257人(認定率20.3%)、第2号(40~64歳)被保険者が87人(認定率0.3%)となっている。

介護給付費は約62億円で、1件当たり給付費は同規模市の平均値と同程度であるが、施設サービスでみると、同規模市、県の平均値と比べて高い。

また、認定者の有病率をみると、糖尿病、高血圧、心臓病、脳疾患は同規模市、県の平均値と比べて高い傾向にある。(図表 30)

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	
		実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模市	福岡県
介護給付費(円)		60億490万		61億4165万		62億6445万		61億9535万		-	-
1号認定者数(人)/認定率		4,030	18.5	4,266	19.7	4,299	20.2	4,257	20.3	20.2	23.0
	新規認定者(人)	69	0.3	85	0.3	68	0.3	58	0.3	0.3	0.3
2号認定者(人)		101	0.3	91	0.3	91	0.3	87	0.3	0.4	0.4
1件当たり給付費(全体)(円)		63,713		61,027		59,294		61,993		61,236	57,423
居宅サービス		39,047		38,180		37,518		39,788		40,245	39,164
施設サービス		306,081		304,518		299,821		294,562		278,146	285,501
有病状況(人)	糖尿病	872	21.0	936	21.7	952	21.2	1,008	22.4	21.9	22.0
	高血圧症	2,129	50.5	2,305	53.2	2,418	53.8	2,434	55.0	51.8	54.0
	脂質異常症	1,135	27.0	1,195	28.0	1,254	28.1	1,254	28.0	27.6	29.8
	心臓病	2,478	59.3	2,698	62.3	2,779	62.5	2,813	63.4	59.1	61.2
	脳疾患	1,143	27.4	1,198	28.3	1,251	28.8	1,308	29.7	26.2	26.9
	がん	416	9.9	468	10.4	498	11.1	512	11.5	10.0	11.5
	筋・骨格	2,114	49.9	2,273	52.7	2,359	52.8	2,320	53.3	50.8	54.7
	精神	1,581	37.9	1,722	39.3	1,793	40.8	1,839	41.1	35.6	37.2
要介護認定別医療費(40歳以上)(円)	認定あり	84,440		84,570		88,190		90,420		80,260	86,490
	認定なし	38,440		38,970		40,160		39,540		38,090	40,760

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点で年代別にみると、脳卒中は第 2 号被保険者で 69.1%、第 1 号被保険者でも 48.8%である。また、高血圧等の血管疾患を持っている割合は、全年齢で 95.0%と非常に高くなっている。(図表 31)

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)		87		422		3,835		4,257		4,344	
		再)国保・後期		55		345		3,620		3,965		4,020	
	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	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	38 69.1%	脳卒中	188 54.5%	脳卒中	1,745 48.2%	脳卒中	1,933 48.8%	脳卒中	1,971 49.0%
			2	虚血性 心疾患	9 16.4%	虚血性 心疾患	77 22.3%	虚血性 心疾患	1,463 40.4%	虚血性 心疾患	1,540 38.8%	虚血性 心疾患	1,549 38.5%
			3	腎不全	5 9.1%	腎不全	34 9.9%	腎不全	454 12.5%	腎不全	488 12.3%	腎不全	493 12.3%
		基礎疾患 (※2)		糖尿病	28 50.9%	糖尿病	163 47.2%	糖尿病	1,630 45.0%	糖尿病	1,793 45.2%	糖尿病	1,821 45.3%
				高血圧	42 76.4%	高血圧	252 73.0%	高血圧	3,003 83.0%	高血圧	3,255 82.1%	高血圧	3,297 82.0%
				脂質 異常症	22 40.0%	脂質 異常症	184 53.3%	脂質 異常症	1,940 53.6%	脂質 異常症	2,124 53.6%	脂質 異常症	2,146 53.4%
		血管疾患 合計		合計	47 85.5%	合計	318 92.2%	合計	3,454 95.4%	合計	3,772 95.1%	合計	3,819 95.0%
		認知症		認知症	6 10.9%	認知症	90 26.1%	認知症	1,690 46.7%	認知症	1,780 44.9%	認知症	1,786 44.4%
筋・骨格疾患		筋骨格系	42 76.4%	筋骨格系	286 82.9%	筋骨格系	3,331 92.0%	筋骨格系	3,617 91.2%	筋骨格系	3,659 91.0%		

出典:KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況(平成 28 年度)

※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、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税収納率向上等の取り組みが高く評価されている。

また、配点の高い糖尿病等の重症化予防の取組については、平成 28 年度前倒し実施分において、46.9%の市町村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が指標として追加された。今後は、本市においても国の見直し、追加を考慮し、取組の充実を図ることとする。

本市の平成 28 年度前倒し分の結果は、全国 1,741 市町村中 850 位であった。(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	宗像市		
総得点(満点)		345				580	850
総得点(体制構築加点70点を除く)		275	128.67	146.03	130	510	790
交付額		--	--	--	10,183千円		
被保険者一人当たり交付額		--	--	--	462.6円		
全国順位(1,741市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位		--	--	17位	850位		
共通①	特定健診受診率	20	6.92	3.08	0	35	50
	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	10	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	0	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	0	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						50
体制構築加点		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期計画においては、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を重点目標に取り組むとともに、レセプト点検の強化やジェネリック医薬品の使用促進、そして事業全体の推進体制の構築等を進めてきた。

◆特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上

	取り組んだ事業	取り組んだ内容	評価指標	目標値	実績値
特定健診	受診者サービスの向上による受診促進	土日の健診、託児の実施、電話受付の開始、消防団健診の実施(地域安全課と連携)	特定健診受診率	60.0%	35.9%
	かかりつけ医との連携強化による個別受診の促進	個別健診の実施 人間ドックデータ活用事業の実施			
	未受診者勧奨通知の工夫・改善	3月:一斉通知(健診・医療の受診パターン別) 10月:未受診者・未予約者への勧奨			
	ヘルスケアポイント導入の検討	研修会参加、自治体視察 他自治体の導入事例の分析・検討			
特定保健指導	健診結果相談会の充実・強化	訪問による結果返却・保健指導	特定保健指導実施率	60.0%	61.6%
	保健指導実施機関との連携強化による取り組み推進	土日祝日・夜間の電話勧奨・保健指導			
	アクアドーム利用券半額助成による運動習慣の定着促進	特定保健指導利用者に対する助成			
	体制の充実・強化	訪問による結果返却・保健指導のための人員増(非常勤・臨時職員)			
			メタボ該当者及び予備群の減少	20.9%	24.7%

◆生活習慣病の発症予防及び重症化予防の取り組み強化

	取り組んだ事業	取り組んだ内容	評価指標	目標値	実績値
ハイリスク者対策	健診異常値(放置)者に対する保健指導の継続、充実・強化	血圧・血糖高値、脂質異常、腎機能異常の未治療者への保健指導	健診未受診者かつ生活習慣病治療中断者	74人	81人
	健診未受診者かつ生活習慣病治療中断者対策の新規実施	訪問指導等による医療機関受診勧奨			
	糖尿病治療者でコントロール不良者に対する保健指導の実施	糖尿病性腎症重症化予防事業プログラム修了者へのフォローアップ			
	体制の充実・強化	訪問による結果返却・保健指導のための専門職の人員増(非常勤・臨時職員)			
減塩対策	減塩出前講座の実施	ルックルック講座を活用した講座の実施 コミュニティ等でのミニ講座の実施	健診受診者全体に占める健診異常値放置者の割合	13.0%	14.6%
	広報紙、直売所等を活用した啓発	広報紙での高血圧予防啓発、直売所での減塩食のレシピカード配布、提供レシピの塩分表示			
	尿検査による1日推定塩分摂取量測定を活用した保健指導の実施	生活習慣病予防教室の実施			
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業の新規実施	かかりつけ医との連携のもと、糖尿病かつ腎機能低下者への保健指導を実施	Ⅱ度高血圧以上の該当者の割合	2.1%	4.1%
	糖尿病治療者でコントロール不良者に対する保健指導の実施	糖尿病性腎症重症化予防事業プログラム修了者へのフォローアップ			

◆その他の医療費適正化事業の推進・改善

取り組んだ事業	取り組んだ内容	評価指標	目標値	実績値
ジェネリック医薬品の使用促進	国保連合会共同事業による差額通知の送付(切替差額100円以上) 被保険者へのジェネリック医薬品希望カード配布 宗像薬剤師会との連携による啓発	普及率	H29 目標 70% H32 目標 80%	71.1%
レセプト分析 (柔道整復レセプト調査)	委託業者によるレセプト点検 柔道整復施術療養費に関する調査、柔道整復施術療養費 支給被保険者への啓発文書送付	点検効果率	0.40%	0.39%
健康・医療講演会の実施	被保険者・市民の意識向上のための講演会の開催	来場者数	500 人/回	575 人/回
頻回受診者訪問健康相談	国保連合会共同事業による頻回・重複受診者への訪問相談 事業の実施	延べ指導回数 H26:52 回 H27:46 回 H28:76 回		

◆推進体制の強化

取り組んだ事業	取り組んだ内容	実績
保健師・管理栄養士の人員拡充	特定保健指導、重症化予防対策のための人員 増(正規職員、非常勤、臨時職員)	管理栄養士 1 名(正職員)増員 その他に非常勤・臨時職員(保健師・管理 栄養士)を雇用
関係機関等との連携強化	トップ会談の開催等による宗像医師会、宗像歯 科医師会、宗像薬剤師会との連携強化	年 1 回、各会の会長と市長による会談を実施
被保険者ニーズの把握	被保険者を対象とした健康づくりに関する意識 調査の実施	1,000 人を対象にアンケートを実施 平成 29 年 5 月実施、回答率 51.7%

<課題>

特定健診の受診率向上

- 特定健診は、健診・医療の受診データを活用した年度当初の一斉通知や、年度途中の勧奨通知など、未受診者対策を実施したが、目標値の 60%には達していない。勧奨方法の改善を図るとともに、健診未受診者の中に治療中の人が多く存在することから、かかりつけ医との連携強化により個別受診を促す必要がある。
- 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規患者においては、「過去3年間健診未受診の者」の割合が高い状況が続いている。このことから、「健診も医療も受けていない者」は、すでに重症化している可能性があるため、健診の受診に繋げる必要がある。

特定保健指導の実施率向上

- 「健診結果相談会における保健指導」から「訪問指導」への実施体制変更や、保健指導実施機関との連携などにより、平成 28 年度の特定保健指導実施率は 61.6%(目標値 60%)に達した。また、特定保健指導該当者の割合は平成 20 年度と比較して減少した。しかし、40～64 歳の特定保健指導終了者の割合は少ない。引き続き特定保健指導の実施率の維持・向上が必要である。

生活習慣病の発症予防 ・ 生活習慣病の重症化予防

- 医療費をみると、脳血管疾患や虚血性心疾患といった循環器系疾患の割合は国と県の平均値と比較して高く、その基礎疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者も増加している。特定健診結果をみても、糖尿病、高血圧の有所見率は増加しており、中には未治療の者も多く含まれる。また、要介護認定者の有病状況においても、脳卒中は第 2 号被保険者で約 7 割、第 1 号被保険者でも約 5 割である。

糖尿病、高血圧、脂質異常症は、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症等を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるだけでなく、介護が必要な状況にもつながるため、糖尿病、高血圧、脂質異常症の発症や重症化を防ぐための取り組みを、継続・強化する必要がある。

- 糖尿病等の重症化予防の取り組みは、保険者努力支援制度の重点項目に位置付けられており、本市でも平成 27 年度から医師会の協力を得て糖尿病性腎症重症化予防事業を実施している。人工透析患者数の推移はほぼ横ばいで、このうち約半数が糖尿病性腎症によるものである。糖尿病による様々な合併症を未然に防ぎ、重症化による透析への移行をできる限り防ぐため引き続き重点的に取り組む必要がある。

その他の医療費適正化

- 本市ではこれまでもジェネリック医薬品の使用促進や健康・医療に関する講演会の実施、コミュニティ等での減塩講座などポピュレーションアプローチによる医療費適正化に取り組んできた。しかし、医療機関の受診率・一人当たり医療費は国・県・同規模市の平均値と比較して高い傾向が続いている。推進体制を強化し、三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)、県、福津市等の関係機関と連携して、被保険者や市民の健康意識向上や行動変容につながる取り組みを進めていくことが重要である。

2. 成果目標の設定

前述の課題を踏まえ、中長期目標・短期目標を下表のとおり設定する。

図表 33 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
①脳血管疾患、虚血性心疾患の新規発症の減少 ②糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少	①	特定健診の受診率向上					
		40%	45%	50%	54%	57%	60%
	②	特定保健指導の実施率向上					
		62%	63%	63%	64%	64%	65%
	③	糖尿病の者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合					
		4.5%	4.5%	4.0%	4.0%	3.5%	3.5%
	④	高血圧の者の割合の減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧160または拡張期血圧100以上)の割合					
		4.0%	4.0%	3.5%	3.5%	3.0%	3.0%
	⑤	脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール160以上の割合					
		12%	12%	11%	11%	10%	10%

図表 34 その他の医療費適正化の目標

No.	目標					
	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
①	レセプト点検効果率の維持・向上					
	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
②	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及率向上					
	77%	80%	80%	80%	80%	80%

第4章 保健事業の内容

第2期データヘルス計画においては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し、特定健診における血圧、血糖、脂質の検査結果の改善に取り組む。

そのためには重症化予防の取り組み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。重症化予防対策として、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防等の取り組みを行う。具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診の働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携して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、保健指導の対象者を把握して状態に応じた指導を実施することが重要である。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。

なお、保健事業の実施にあたっては、国保部門、健康増進事業担当部門、関係機関等が連携し、被保険者の健康の保持増進に資する効果が高いものから優先順位を付けて取り組む。対象者への受診勧奨や保健指導はこれまでの取り組みにおいて効果を上げている個別アプローチを優先して実施する。中でも新しい取り組みとして、個人へのインセンティブの提供等を財政調整基金の活用も考慮に入れて実施する。

1. 特定健診事業（詳細は、第2編 第3期特定健康診査等実施計画参照。）

ア 特定健診未受診者対策

KDBでのデータ分析等により、健診未受診者のうち医療機関での生活習慣病の治療の有無が明らかになるため、個別受診勧奨のアプローチ方法を区別して、対象者に応じた効果的な特定健診受診勧奨を行う。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	特定健診未受診者
実施方法及び実施時期	ア 次年度対象者への一斉通知 3月頃 イ 受診勧奨通知の送付 9～10月
評価方法	健診受診率

2. 特定保健指導事業（詳細は、第2編 第3期特定健康診査等実施計画参照。）

3. 生活習慣病の発症予防

ア 生活習慣病の発症予防

特定健診、健康相談、健康教室、地域における健康づくり事業、広報活動等を通して、生活習慣病予防・健康づくりに関する啓発を行い、被保険者や市民の健康意識の向上を図る。

短期目標	ア 特定健診受診率の向上 イ 糖尿病・高血圧・脂質異常者割合の減少（特定健診結果による）
対象者	被保険者、市民
実施方法	特定健診受診勧奨、健康相談会、生活習慣病予防教室、ルックルック講座、広報紙による啓発、個人へのインセンティブの提供等
実施時期	通年
評価方法	ア 特定健診受診率 イ 糖尿病・高血圧・脂質異常の者の割合（特定健診結果による）

4. 生活習慣病の重症化予防

ア 糖尿病・高血圧等の生活習慣病の重症化予防

特定健診結果やレセプト情報から重症化するリスクの高い者を抽出し、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携による保健指導を行うことで、脳血管疾患、虚血性心疾患の新規発症の減少と糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少を目指す。

短期目標	ア 対象者の医療機関受診率の向上 イ 糖尿病・高血圧・脂質異常者の割合の減少(特定健診結果による)
対象者	ア 特定健診結果ハイリスク者 イ 生活習慣病治療中断者
実施方法	個別訪問、個別面談、電話、郵送等 ※医療機関未受診者・治療中断者を優先し、主治医と連携して実施する。
実施時期	通年
評価方法	ア 対象者への保健指導実施率 イ 対象者の医療機関受診率 ウ 脳血管疾患、虚血性心疾患の新規発症の減少 エ 糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少 オ 糖尿病・高血圧・脂質異常の者の割合(特定健診結果による)

イ 糖尿病性腎症重症化予防

特定健診結果やレセプト情報から糖尿病性腎症による透析導入のリスクが高い者を抽出し、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携による保健指導を行うことで、人工透析の新規導入者の減少と対象者及び家族の QOL(生活の質)の向上を目指す。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 対象者の医療機関受診率の向上
対象者	糖尿病性腎症病期分類 2～4 期、1 期のうち eGFR60 未満
実施方法	個別訪問、個別面談、電話、郵送等 ※医療機関未受診者・治療中断者を優先し、主治医と連携して実施する。
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨対象者への介入率 イ 対象者の医療機関受診率 ウ 各種検査値の変化(改善) エ 糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少

5. その他の医療費適正化

被保険者や市民の健康意識向上や行動変容を促す取り組みにより、医療費適正化を図る。

ア 重複・頻回受診者、重複服薬者対策

レセプト点検や訪問健康相談支援システムで発見した重複・頻回受診者、重複服薬者に対し、適正受診・適正服薬を促すための取り組みを行う。

短期目標	重複・頻回受診者、重複服薬者割合の減少
対象者	被保険者のうち重複・頻回受診、重複服薬の傾向がある者
実施方法と実施時期	レセプト点検による対象者の発見、調査、啓発、指導／通年 国保連合会の共同事業を活用した訪問健康相談／通年
評価方法	重複・頻回受診者・重複服薬者の割合

イ レセプト点検の充実・強化

委託業者の選定や委託業者との情報共有、国保連合会主催研修への参加等により、レセプト点検の体制・取り組みを強化し、効果率の向上を目指す。

短期目標	レセプト点検効果率の維持向上
対象者	被保険者
実施方法と実施時期	点検技能が高い業者を選定／契約時 委託業者と効果率等を情報共有／月１回 柔道整復療養費受給者への調査・啓発／（調査）月１回（啓発）年２回
評価方法	レセプト点検効果率

ウ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

関係機関との連携による啓発や被保険者への通知等により、後発医薬品の使用促進を図る。

短期目標	後発医薬品の普及率向上
対象者	被保険者
実施方法と実施時期	切り替え差額通知の送付／月１回 400 通 被保険者証交付時等のジェネリック医薬品希望カードの配布／通年 薬剤師会との連携による広報紙への啓発記事掲載／年１回
評価方法	後発医薬品普及率

エ 第三者求償の取り組み強化

レセプト情報や消防等の関係機関と連携して第三者行為を発見し、届出を勧奨することで適切な求償を行う。

短期目標	第三者求償の取り組み強化
対象者	被保険者
実施方法と実施時期	レセプト情報を活用した第三者行為の発見と届出勧奨／通年 消防等の関係機関と連携した第三者行為の発見と届出勧奨／通年
評価方法	第三者求償件数

オ 健康教育の実施

健康や医療に関する講演・セミナー等の啓発事業を実施し、被保険者や市民の健康意識の向上を図る。

短期目標	健康教育による意識の向上
対象者	被保険者、市民
実施方法と実施時期	健康・医療に関する講演やセミナー等を開催／年１回程度
評価方法	意識変容した参加者の割合（参加者アンケート等）

第5章 地域包括ケアに係る取組み

「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ことができる。

国民健康保険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。このような状況をかながみれば、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。

高齢期は健康状態の個人差が大きい年代であり、個人の特性や状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、保健・医療・介護・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が必要である。地域包括支援センターや在宅総合支援センター・在宅医療連携拠点室(むーみんネット)等との連携を強化し、かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー等の地域の保健・医療・介護・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有により、市民が地域で安心して暮らしていけるように支援する。また、地域住民が主体となって行う健康づくりや介護予防の取り組みを支援し、地域で被保険者及び市民の健康を支える仕組みづくりを進めていく。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画期間の中間年度である平成 32 年度に評価・見直しを行う。

また、計画の最終年度の平成 35 年度は次期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。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿って効率的かつ効果的に保健事業を実施することとなっており、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) ・保健事業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)	・設定した目標値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数の変化、要介護率など)

【庁内連携による評価・見直し】

データヘルス計画に基づく具体的な保健事業の内容・実施方法等については、関係機関との協議・調整や予算・人員体制等を含めて、毎年度見直しを行う。

具体的には、①前年度データの分析を実施し、②評価、改善策の検討、次年度事業案の作成を行ったうえで、③予算編成時期に宗像市国民健康保険医療費適正化推進会議において協議し、次年度事業を決定する。その後、次年度に向けた諸準備、関係機関との協議や調整等を行う。

なお、改善事項については、当年度推進中の事業に積極的に反映し、できる限り実効性を高める。

【国保連合会との連携による評価・見直し】

保健事業の見直しに必要なデータの分析、評価にあたっては、国保連合会の指導・助言を得ながら、KDB システム等を活用して健診・医療・介護の動向を把握するとともに、法定報告後の特定健診データを用いて健診結果を比較し、検査データの改善度合い等の把握や分析を行う。

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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努める。

2. 個人情報の取扱い

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

第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低迷、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とそ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) 国民の受診の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の医療機関の受診率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

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

- 2) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型症候群）（※1）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。

※1 メタボリックシンドローム（内臓脂肪型症候群）：内臓脂肪型肥満に加え、高血糖・高血圧・脂質異常のうちいずれか2つ以上を合わせもった状態のこと。動脈硬化を進行させ、心臓病や脳卒中などの命にかかわる重大な病気の原因になる。

2. 特定保健指導の基本的考え方

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

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 特定健診診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第2期の評価を踏まえ策定するものである。この計画は6年が1期であるため、第3期の計画期間は平成30年度から35年度までとし、計画期間の中間年度である平成32年に、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）が増加する。これらのリスク要因を減らすことが重要である。
- 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、受診勧奨し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を行う。
- 5) メタボリックシンドロームの該当者は、40歳代から増加する傾向にある。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、生活習慣病を発症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. 目標値の設定

1) 実施に関する目標値

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とおり設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	62%	63%	63%	64%	64%	65%

2) 成果に関する目標値

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とおり、設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
メタボ数の減少率(H20 年度比)	5%	10%	15%	20%	23%	25%
特保対象者数の減少率(H20 年度比)	5%	10%	15%	20%	23%	25%

4. 対象者数の見込み

特定健診・保健指導の対象者数等を下記の通り見込む。

	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(※1)	15,729 人	15,761 人	15,941 人	16,088 人	15,811 人	15,479 人
特定健診受診者	6,292 人	7,093 人	7,971 人	8,688 人	9,013 人	9,288 人
特定保健指導対象者数	712 人	802 人	898 人	976 人	1,015 人	1,046 人
特定保健指導実施数	442 人	506 人	566 人	625 人	650 人	680 人

※1 特定健診対象者数の算出にあたり、基本となる人口推計には、コーホート変化率法を用い、平成 35 年度まで 40～74 歳の 5 歳刻みの人口推計を行った。国保加入率は、年代毎で大きく異なることから、対象者数の算定にあたっては、平成 26 年～平成 28 年度、3 年間の 5 歳刻みの国保加入率の平均値を用いた。

5. 特定健診の実施

1) 実施形態

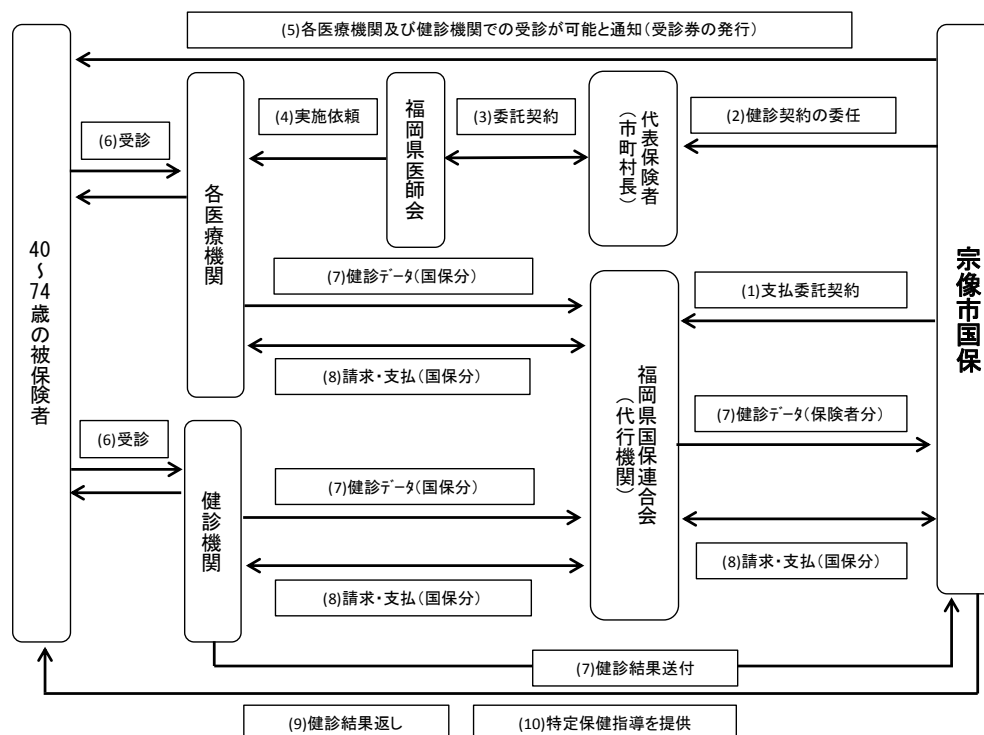
①集団健診

市が特定健診実施機関に委託し、「集団健診」を実施する。

②個別健診

特定健診実施機関に委託し、「個別健診」を実施する。契約については、県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側の代表保険者において集合契約を行う。

特定健診集合契約及び代行機関イメージ



③人間ドックデータの活用事業による実施

人間ドック等を受診する被保険者の検査結果データから特定健診検査項目の結果データを収集することにより実施する。

2) 特定健診委託基準

高確法第 28 条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる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

①集団健診

市と特定健診実施機関が契約を行う。委託の範囲は、受診票等発送、会場設営、健診実施(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、市独自の様式で作成する。

②個別健診

県医師会と市町村国保側の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。

③人間ドックデータの活用事業による実施

市は、福岡県医師会加入の人間ドック等実施機関のうち、事業参加意向を示した実施機関と契約を行う。委託の範囲は、人間ドック等と同時に実施する項目(問診、身体計測、採血、検尿、結果通知)と、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、福岡県国民健康保険団体連合会が示す様式で作成する。

4) 健診実施機関

個別健診については、受診希望者に対して、特定健診実施医療機関一覧を送付する。

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、市契約事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(H30 年度現在)とする。

6) 健診項目

①基本的な健診の項目(実施基準第 1 条 1 項一号から九号で定められた項目)

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

②特定健診の詳細な健診の項目(実施基準第 1 条十号)

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

③その他の健診項目

健康課題を踏まえ、「①基本的な健診項目」以外の項目を追加健診項目として全員に実施する。

血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査)、腎機能検査(血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR)、血清尿酸、貧血検査、尿検査(尿潜血)

※30～39 歳の健診についても、上記健診項目に準ずる。

7) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能とする。

個別健診においては、大島診療所のみ一部がん検診も合わせて受診できるような体制をとる。

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、後期高齢者健康診査の実施にあたっては、引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診(健診受診の機会)を確保する。又、生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。

8) 代行機関の名称

代行機関は「福岡県国民健康保険団体連合会」とする。

9) 健診の案内方法

例年、3月中に次年度特定健診対象者に対して個別に案内通知を郵送するとともに、市広報紙3月15日号と同時に全戸配布する健診案内冊子で、周知を行う。国保新規加入者については国保医療課と連携し、受診案内を配布する。

このほか、年度途中の未受診者に対する受診勧奨通知送付、市ホームページや市広報紙への受診啓発記事の掲載、地区健康教室等での受診勧奨等、周知に努める。

10) 年間実施スケジュール

4 月～翌年 3 月	特定健診(集団)実施、特定保健指導準備
5 月～翌年 3 月	個別健診受診希望者へ受診券等必要書類送付、特定健診(個別)実施
5 月～翌年 3 月	未受診者対策
6 月～翌年 5 月	結果把握、特定保健指導実施
10 月	予算案作成
2 月～3 月	次年度健診準備、次年度対象者への個別通知送付

11) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

①医療機関との連携(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、改善に取り組むきっかけ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、体制を整備する。

6. 保健指導の実施

1) 特定保健指導

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

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

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

標準的な健診・保健指導プログラム様式 5-5（以下、厚労省様式 5-5 という。）をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行う。

②保健指導対象者の基準

厚労省様式 5-5 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導対象者ごとに 4 つのグループに分ける。優先順位及び支援方法は次のとおりとする。

優先 順位	様式 5-5	対象者	指導方法・内容	H30 年度 対象者数見込 (受診者に占める割合)
1	O P	O 動機づけ P 積極的支援	◆健診当日の初回面接、個別訪問、電話、郵送による保健指導 ◆必要に応じて医療機関受診勧奨 ◆検査結果より体の状態が理解できるようにする ◆適切な生活改善ができるようにする	O: 536 人 (8.5%) P: 176 人 (2.8%)
2	M	受診勧奨 判定値の者	◆個別訪問等による保健指導 ◆紹介状の発行 ◆検査結果より体の状態が理解できるようにする ◆医療機関受診の必要性について説明 ◆適切な生活改善や受診行動ができるようにする	M: 1,391 人 (22.1%)
3	I	治療中の者	◆かかりつけ医との連携による保健指導 ◆適切な生活改善や服薬管理ができるようにする ◆治療中断の予防	I: 2,517 人 (40%)
4	N	医療不必要の者	◆健診結果通知に合わせて健康情報の提供 ◆健康相談会による健診結果相談	N: 1,649 人 (26.2%)

3) 保健指導の評価

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

①様式 5-5 に基づいた評価

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

保健指導レベル毎の評価指標

優先 順位	対象者	改善	悪化
1	O 動機づけ P 積極的支援	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	受診勧奨判定値の者	必要な治療の開始	必要な治療の未開始
3	治療中の者	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
4	医療不必要の者	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生

②疾患別フローチャートに基づいた評価

厚労省様式 5-5 では疾患別の状況がわからないため、3 疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し、保健指導対象者を明確化させ、保健指導対象者ごとにプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1. 特定健診・保健指導のデータの形式

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

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

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

3. 特定健診等データの情報提供及び照会

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

生涯にわたる健康情報を活用した効果的な保健指導を実施するため、「福岡県保険者協議会における医療保険者間異動者の健診結果受け渡しに係るルール」に基づき、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。