

第2期久留米市保健事業実施計画
(データヘルス計画)

平成30年4月
(令和3年4月一部改訂)
久留米市国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	1
1. 背景	1
2. 計画の目的・位置付け	2
3. 計画期間	2
4. 関係部局連携による実施体制	5
第2章 第1期計画に係る評価及び課題	6
1. 第1期計画の概要	6
2. 第1期計画に係る評価（基礎的データの推移）	6
3. 保険者努力支援制度	23
第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	25
1. 分析結果に基づく課題の明確化	25
2. 成果目標の設定	26
第4章 保健事業の内容	27
第5章 地域包括ケアに係る取組	30
第6章 計画の評価・見直し	31
1. 評価の時期	31
2. 評価方法・体制	31
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	32
1. 計画の公表・周知	32
2. 個人情報の取扱い	32

* 本文内の下線部分は令和2年度に実施した中間評価結果の結果を元に加筆したもの。

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 歳となりました。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 年と長期間であることが問題となっています。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ます。

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ます。

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

本市では、レセプトや統計資料等を活用し、「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（以下「データヘルス計画」という。）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はありますが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

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

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

※2 日本再興戦略（H25.6 閣議決定）

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

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

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

※4 経済財政運営と改革の基本方針 2015

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

2. 計画の目的・位置付け

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

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します。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものとします。

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（いきいき健康ふくおか21）及び久留米市健康増進計画（第2期健康くるめ21）、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図るものとします。（図表1・2・3）

3. 計画期間

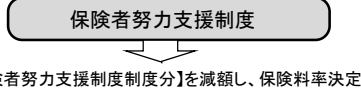
計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成30年度から平成35年度の6年間とします。

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

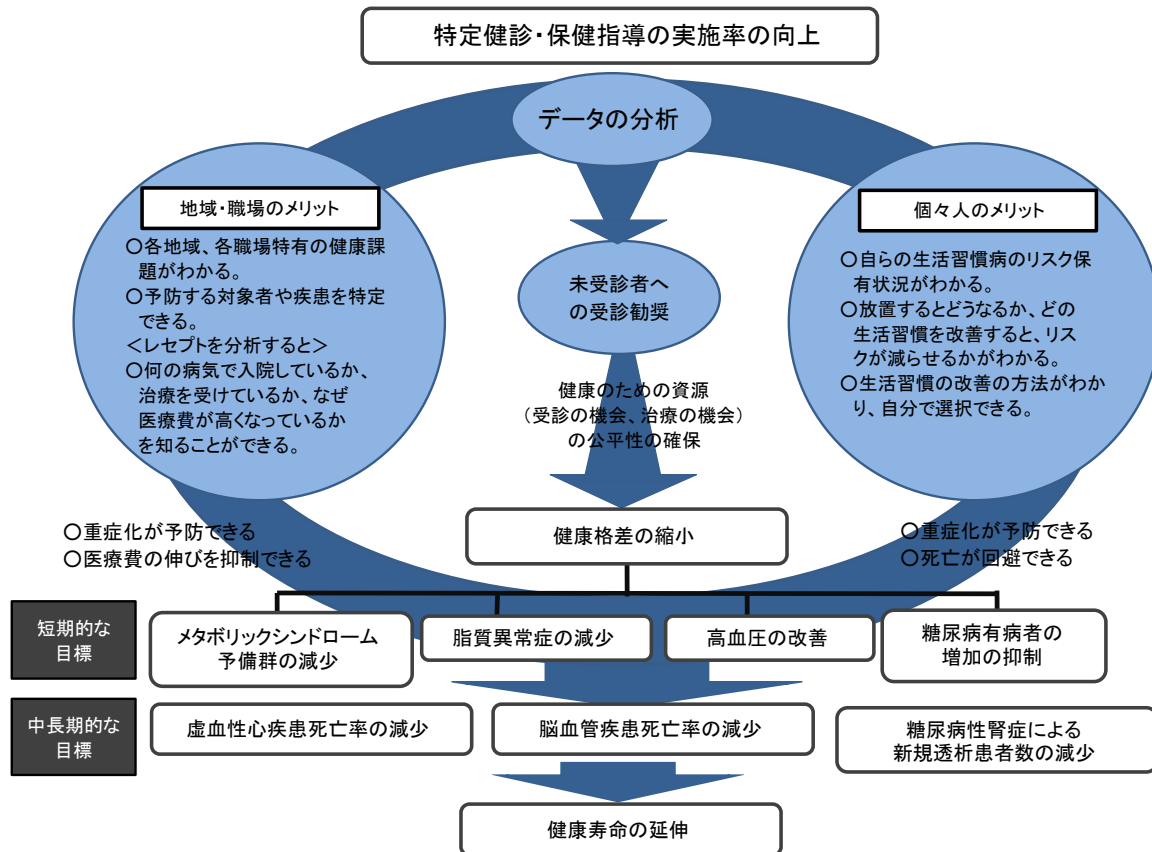
※2 都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としている。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 国民健康保険法に基づ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30～33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、生活習慣の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようしていくとともに、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果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、青年期、高齢期) に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症 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 後縦靭帯硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期	がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 ●入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)

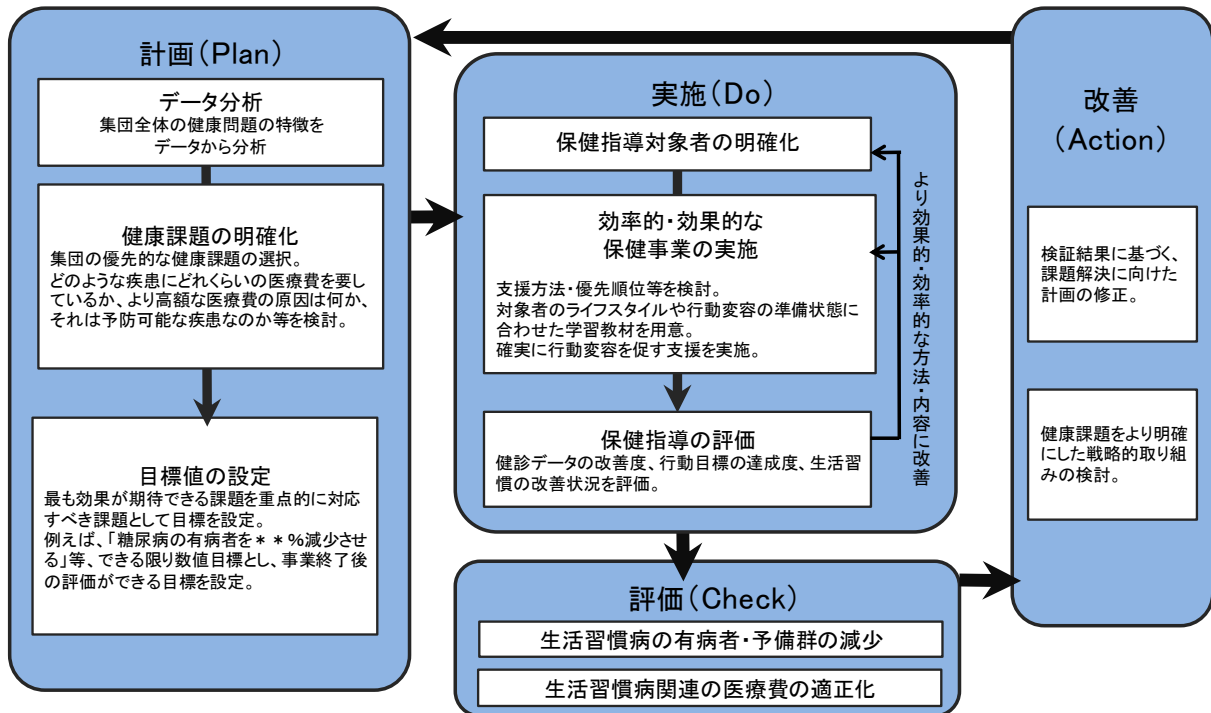


図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21（第 2 次）



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版） 図-1

図表 3 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版） 図-3

4. 関係部局連携による実施体制

本計画は、国民健康保険を主幹する課が主体となり、関係各課と連携し策定及び実施します。

本計画の策定、事業実施、評価、見直しについて、福岡県国民健康保険団体連合会（以下「福岡県国保連合会」という。）及び国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会や福岡県等より支援評価を受けます。

第2章 第1期計画に係る評価及び課題

1. 第1期計画の概要

1) 計画期間

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

2) 短期目標と中長期目標

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

<短期目標>

- ①メタボリックシンドロームの該当者、予備群割合の減少
- ②健康診査における生活習慣病有所見者の減少
- ③健康診査における生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）未治療者の減少
- ④不適切な生活習慣を有する者の減少

<中長期目標>

- ①高額レセプトに占める心臓病や脳卒中の割合の減少
- ②長期入院レセプトに占める脳卒中の割合の減少
- ③心臓病、脳卒中の入院レセプト件数の減少
- ④心臓病、脳卒中の入院レセプト1件あたり費用額の減少
- ⑤65歳未満の新規人工透析導入患者の減少
- ⑥糖尿病、高血圧症、脂質異常症による入院レセプトの減少
- ⑦糖尿病、高血圧症、脂質異常症による入院日数の短縮化
- ⑧糖尿病、高血圧症、脂質異常症の1件あたり費用額の減少

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292,271人、高齢化率22.4%で、県とほぼ同様ですが、同規模と比較すると高齢化が進んでいます。平均寿命と健康寿命は、男女ともに国・県・同規模より下回っています。産業構成は、第1次産業の割合が国・県・同規模と比較して高い特徴があります。（図表4）

本市の国保加入率は、25.1%で、被保険者数は年々減少傾向ですが、65歳～74歳の前期高齢者数は増加傾向にあり、約4割を占めています。（図表5）

図表4 久留米市の特性

	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
久留米市	292,271	22.4	73,362 25.1	49.7	10.1	9.8	78.9 86.1	65.0 66.6	6.0	19.8	74.2
同規模	385,071	21.8	96,231 24.7	50.5	8.9	8.8	79.7 86.3	65.3 66.8	1.6	20.8	77.6
福岡県	4,960,781	22.5	1,222,429 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	32,587,866 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 H28 年度(累計)
地域の全体像の把握 H28 年度(累計)

図表5 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	79,811		78,291		76,047		73,360	
65～74歳	25,764	32.3	26,696	34.1	27,060	35.6	27,078	36.9
40～64歳	28,694	36.0	27,295	34.9	25,844	34.0	24,331	33.2
39歳以下	25,353	31.8	24,300	31.0	23,143	30.4	21,951	29.9

【出典】KDB システム帳票：地域の全体像の把握 H28 年度(累計)

2) 医療の状況

本市には、34の病院、311の診療所があり、診療所が増えていますが、病床数は減少しています。外来患者数及び入院患者数は、県・同規模より高くなっています。(図表6)

疾患分類別に医療費をみると、外来医療費で最も高かったのは、糖尿病や脂質異常症などが含まれる「内分泌、栄養及び代謝疾患」、次いで、高血圧症などが含まれる「循環器系の疾患」でした。入院医療費で最も多かったのは、統合失調症やうつ病などが含まれる「精神および行動の障害」でした。(図表7)

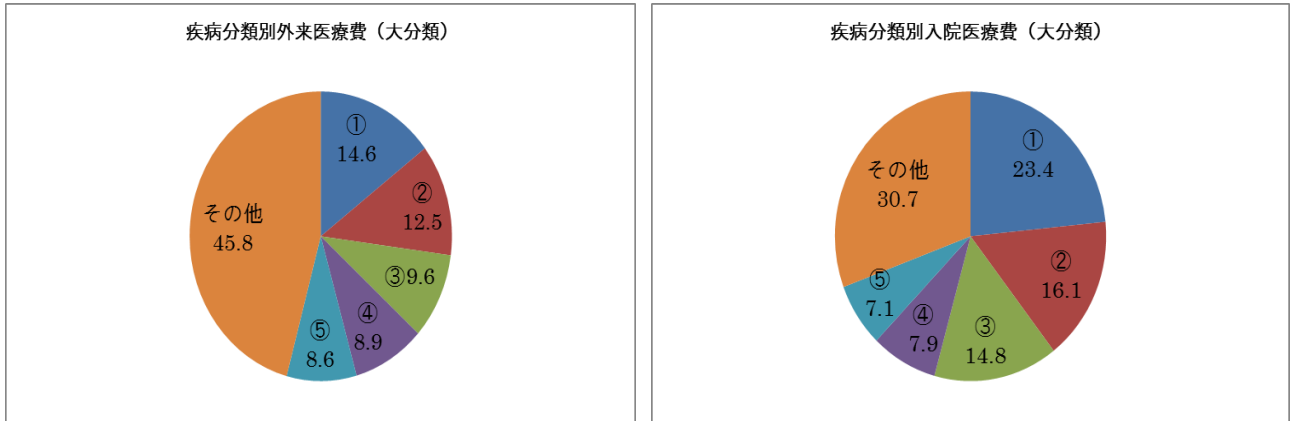
外来及び入院の合計医療費は、統合失調症が最も多く、次いで糖尿病、高血圧症でした。生活習慣病及び生活習慣病が発症要因の疾患が上位10位内に5疾患入っており、医療費の16.6%を占めています。(図表8)

図表6 医療資源(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		福岡県	
									実数	割合(%)	実数	割合(%)
病院数	34	0.4	34	0.4	34	0.4	34	0.5	30	0.3	460	0.4
診療所数	308	3.9	308	3.9	309	4.1	311	4.2	364	3.8	4,587	3.8
病床数	6,942	87.0	6,942	88.7	6,806	89.5	6,802	92.7	5,071	52.7	86,071	70.4
医師数	1,734	21.7	1,734	22.1	1,734	22.8	1,763	24.0	1,269	13.2	15,660	12.8
外来患者数	678.9		690.4		704.5		706.6		677.4		686.6	
入院患者数	23.0		22.7		23.4		23.0		18.0		22.3	

【出典】KDB システム帳票：地域の全体像の把握 H28 年度(累計)

図表7 疾病分類別医療費（大分類）



外来医療費 134 億 1,662 万 5,190 円

入院医療費 108 億 5,888 万 3,560 円

- ①内分泌、栄養及び代謝疾患 . . . 19.6 億円
- ②循環器系の疾患 . . . 16.8 億円
- ③新生物 . . . 12.9 億円
- ④精神及び行動の障害 . . . 12.0 億円
- ⑤筋骨格系及び結合組織の疾患 . . . 11.5 億円

- ①精神及び行動の障害 . . . 25.4 億円
- ②新生物 . . . 17.5 億円
- ③循環器系の疾患 . . . 16.0 億円
- ④筋骨格系及び結合組織の疾患 . . . 8.6 億円
- ⑤損傷、中毒及びその他の外因の影響 . . . 7.7 億円

【出典】KDB システム帳票：医療費分析（2）大・中・細小分類 H28 年度（累計）

図表8 疾病分類別医療費：入院・入院外計【医療費降順】（抜粋）

	傷病名：細小分類（）内：大分類	医療費	医療費に占める割合
1位	統合失調症（精神及び行動の障害）	20.6 億円	8.5%
2位	★糖尿病（内分泌、栄養及び代謝疾患）	12.0 億円	5.0%
3位	★高血圧症（循環器系の疾患）	10.2 億円	4.2%
4位	うつ病（精神及び行動の障害）	10.1 億円	4.2%
5位	★慢性腎不全【透析あり】（尿路生殖器系の疾患）	7.1 億円	2.9%
6位	★脂質異常症（内分泌、栄養及び代謝疾患）	6.6 億円	2.7%
7位	C型肝炎（感染症及び寄生虫症）	5.4 億円	2.2%
8位	骨折（筋骨格系の疾患）	4.9 億円	2.0%
9位	★不整脈（循環器系の疾患）	4.4 億円	1.8%
10位	肺がん（新生物）	4.3 億円	1.8%

【出典】KDB システム帳票：医療費分析（2）大・中・細小分類 H28 年度（累計）

（★印）生活習慣病が発症要因

3) 介護の状況

本市の要介護認定者は、第1号（65歳以上）被保険者が、15,191人（認定率22.9%）、第2号（40～64歳）被保険者が358人（認定率0.4%）で、同規模・県と同程度ですが、年々伸びてきています。（図表9）

介護給付費は約221億円で、25年度と比較すると1件当たり給付費は、居宅サービス、施設サービスともに減少しているものの、同規模と比較すると高い傾向にあります。（図表9）

要介護認定の有無別に医療費（医科）の状況を見ると、本市における「要介護認定あり」の方の医療費は、「要介護認定なし」の約2倍となっています。（図表10）

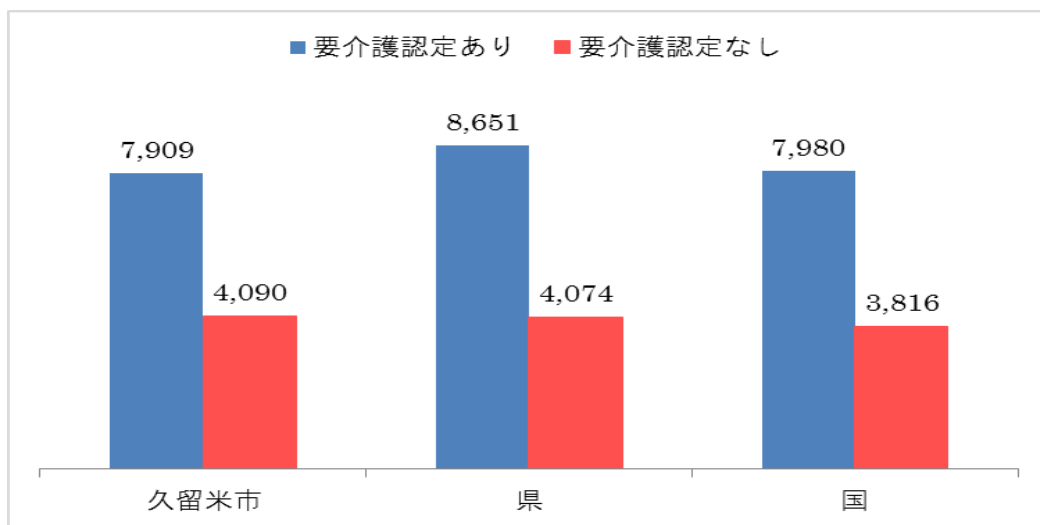
要介護者の有病状況を見ると、心疾患や高血圧症、筋・骨格系の疾患を治療している方が、いずれも半数以上で、また、国・県よりも高い状況でした。（図表11）

図表9 介護の状況

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	福岡県		
介護給付費	210億5,161万円		215億7,323万円		218億763万円		221億8,604万円		257億8,233万円		3,671億4,943万円	
1号認定者数（認定率）	14,068	21.2	14,560	21.9	14,887	22.5	15,191	22.9	18,804	22.6	259,318	23.1
新規認定者	230	0.3	284	0.4	274	0.3	303	0.3	390	0.3	4,365	0.3
2号認定者	477	0.5	457	0.5	406	0.4	358	0.4	503	0.4	6,325	0.4
1件当たり給付費（全体）	63,949		63,311		61,524		59,908		53,946		57,450	
居宅サービス	45,671		46,045		45,017		44,489		39,459		39,185	
施設サービス	292,936		293,828		287,455		282,207		285,181		285,501	

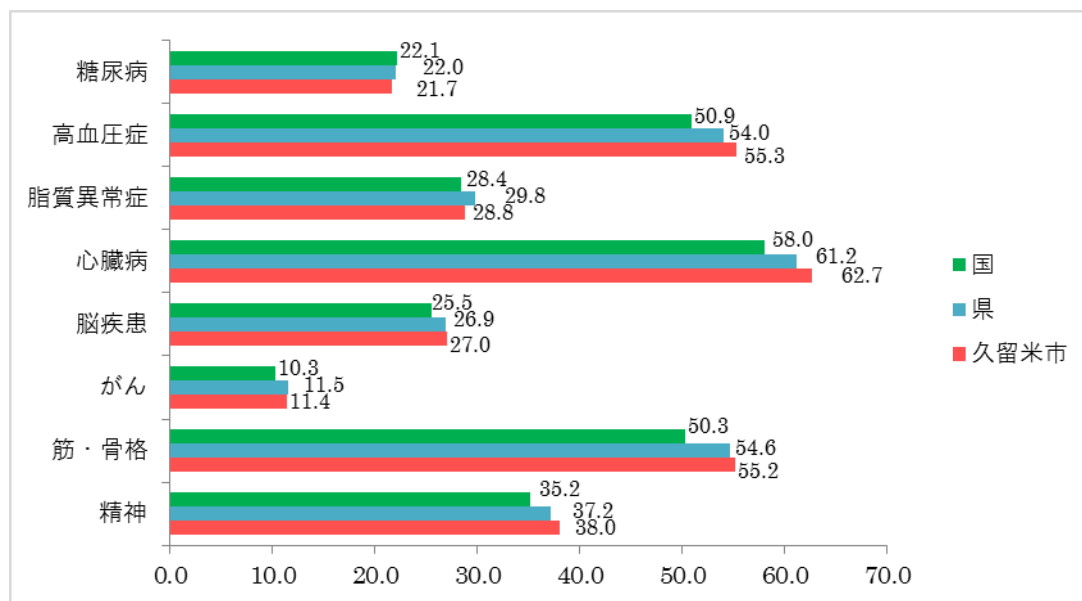
【出典】KDB システム帳票：地域の全体像の把握 H28 年度（累計）

図表10 要介護認定の有無別と医療費（医科）



【出典】KDB システム帳票：地域の全体像の把握 H28 年度（累計）

図表 11 要介護者の有病状況



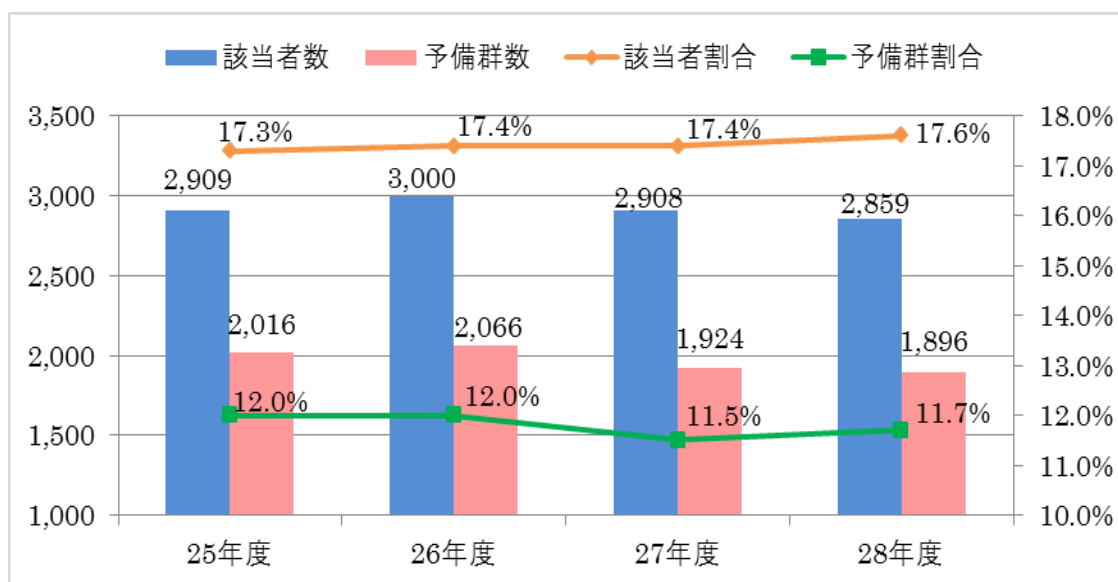
【出典】 KDB システム帳票：地域の全体像の把握 H28 年度(累計)

4) 短期目標の達成状況と課題

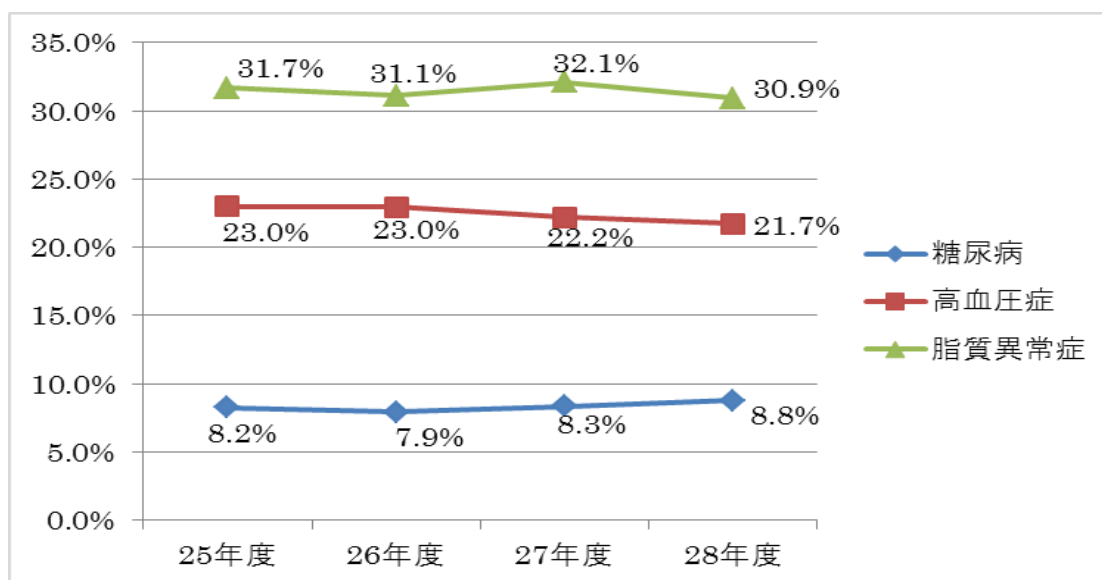
平成 26～28 年度特定健診の結果を第 1 期計画策定時と比較すると、①メタボリックシンドロームシンドロームの該当者・予備群割合の減少、②健康診査における生活習慣病有所見者の減少、③健康診査における生活習慣病（糖尿病・高血圧・脂質異常症）未治療者の減少、④不適切な生活習慣を有する者の減少のすべてにおいて、一部減少がみられるものの、ほぼ目標が達成できていない状況です。

その要因として、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の低迷があります。特に、特定保健指導の低迷が顕著であり、保健指導が必要な対象者が指導を受けていない状況があります。保健指導の対象者が指導を受けられる環境を整備し、関係機関と連携しながら実施率の向上へ向けた取組みが必要です。（図表 12～15）

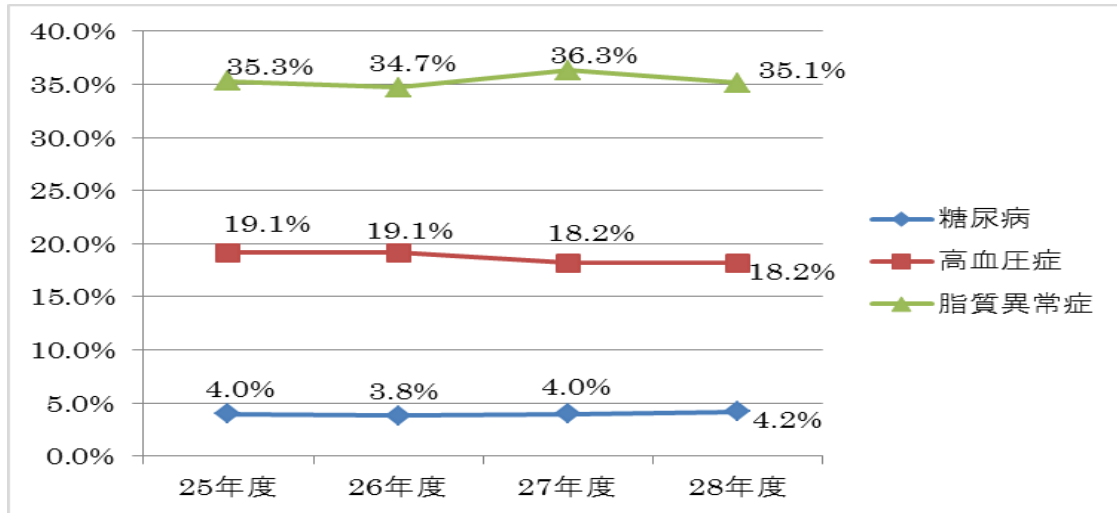
図表 12 メタボリックシンドロームの該当者、予備群割合の推移



図表 13 健康診査における生活習慣病有所見者割合の推移

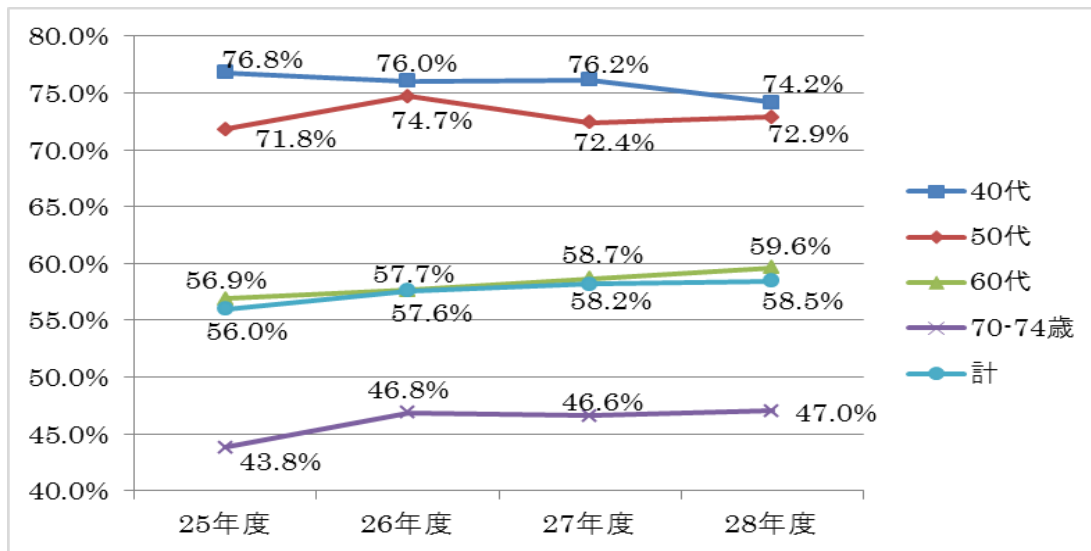


図表 14 健康診査における生活習慣病未治療者割合の推移

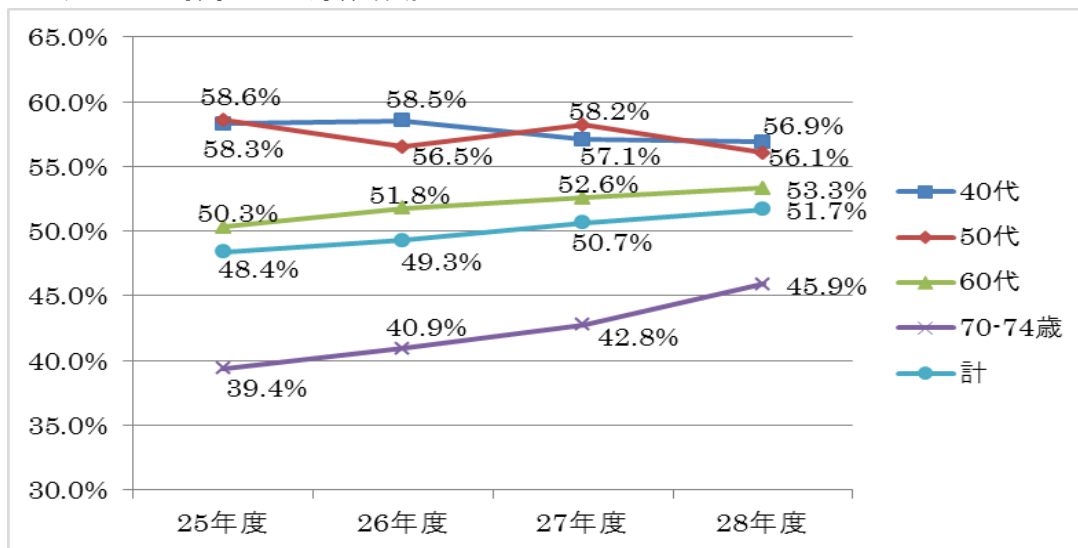


図表 15 不適切な生活習慣を有する者の割合 (特定健診質問票より)

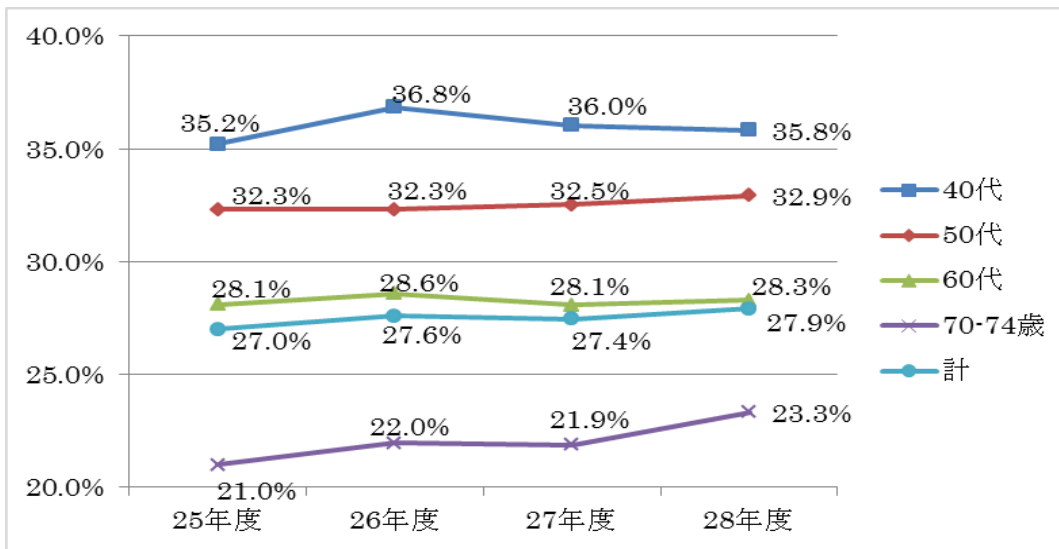
ア) 1日30分以上の運動習慣なし



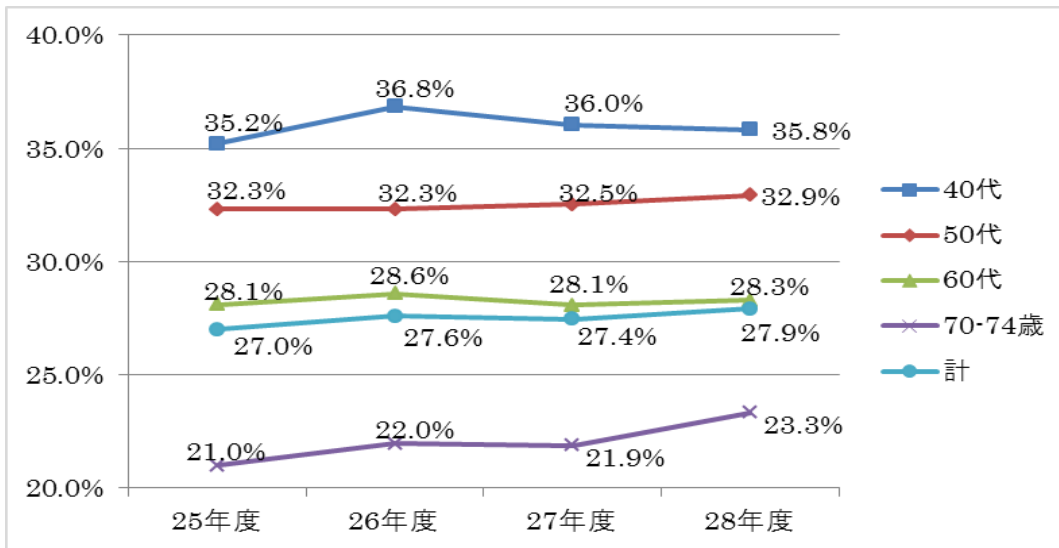
イ) 1日1時間以上の身体活動をしていない



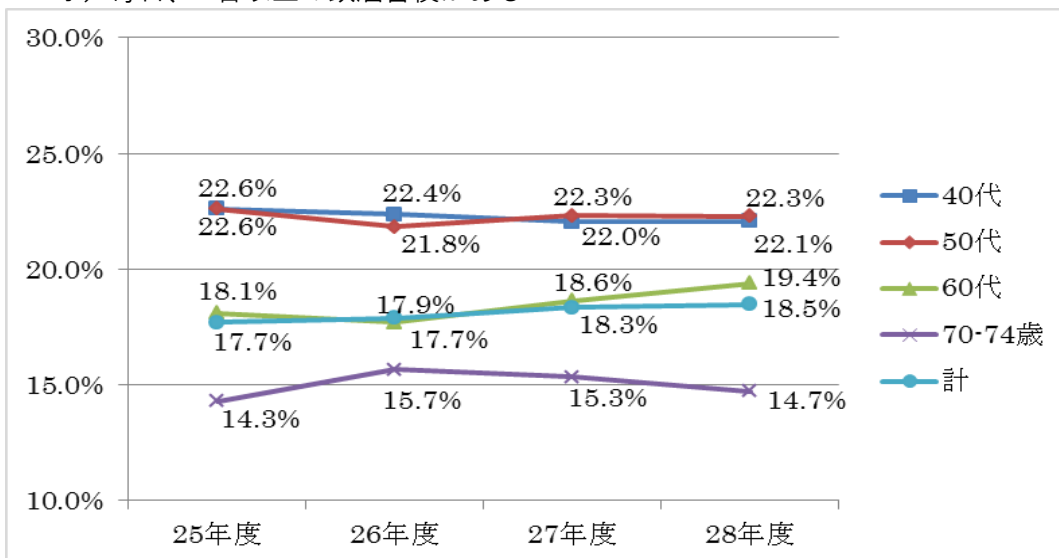
ウ) 人と比較して食べるのが早い



エ) 就寝前2時間に間食をすることが週に3回以上ある



オ) 毎日、1合以上の飲酒習慣がある



5) 中長期的目標の達成状況

第1期計画策定時と比較すると、特に医療費が高額となる、1件100万円以上の高額医療費の総費用額は増加しているものの、脳卒中、心疾患の費用額は減少しています。また、高額な医療費を要する人工透析の新規導入者も減少しています。しかし、脳卒中や心疾患、人工透析の基礎疾患となる糖尿病、脂質異常症による入院は増加しており、一部達成できていない状況となっています。

その要因として、特定健診の受診から保健指導へのつなぎ、重症化予防の取組みが十分できていないことが考えられます。特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率向上の取り組みと共に、特定健診結果・レセプト等で把握したハイリスク者に対する受診勧奨や治療中の患者に対する医療と連携した保健指導、治療中断者への対応等、重症化予防についても、関係機関と連携を取りながら進めていきます。(図表16～20)

図表16 1件100万円以上の高額医療費

年度	人数	件数	総費用額	【抜粋】			
				脳卒中		心疾患	
				費用額	%	費用額	%
25年度	1,529	2,321	35億7,565万円	3億1,343万円	8.8%	2億3,903万円	6.7%
28年度	1,735	2,757	43億8,461万円	2億8,247万円	6.4%	2億1,279万円	4.9%
差	206	436	8億896万円	-3,096万円	-2.4%	-2,624万円	-1.8%

【出典】福岡県国保連合会作成資料 様式1-1 高額になる疾患の福岡県の実態～100万円以上のレセプト費用額～

図表17 6か月以上の長期入院にかかる医療費

年度	人数	1件あたりの医療費	総費用額	【抜粋】			
				脳卒中		心疾患	
				レセプト件数	%	レセプト件数	%
25年度	751	43万3,523円	29億9,131万円	927	13.4%	648	9.4%
28年度	647	45万1,934円	27億2,110万円	660	11.0%	681	11.3%
差	-104	1万8,411円	-2億7,021万円	-267	-2.4%	33	1.9%

【出典】厚生労働省様式2-1 長期入院(6ヶ月以上入院)

図表18

対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	647人	450人	97人	79人
			69.6%	15.0%	12.2%
	件数	6,021件	4,254件	660件	681件
			70.7%	11.0%	11.3%
	費用額	27億2110万円	16億8398万円	2億9808万円	2億8787万円
			61.9%	11.0%	10.6%

【出典】保健事業等評価・分析システム 厚生労働省様式2-1 長期入院(6ヶ月以上入院)

図表 19 65 歳未満の新規人工透析導入患者の減少

年度	人数	【年代別内訳】						
		40 歳未満	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	(再掲)	
							40～64 歳	65～74 歳
25 年度	32	0	2	3	20	7	15	17
28 年度	24	0	2	3	15	4	13	11

【出典】 KDB システム帳票 医療費分析 (1) 細小分類 平成 25 年度 (累計) をもとに集計
保健事業等評価・分析システム

図表 20

対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	136人	58人	42人	67人
				42.6%	30.9%	49.3%
	H28年度 累計	件数	1,754件	673件	523件	800件
					38.4%	29.8%
	費用額	8億7104万円	3億1107万円	2億3615万円	3億8965万円	
				35.7%	27.1%	44.7%

【出典】 保健事業等評価・分析システム 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

図表 21 疾患別入院件数 (被保険者千人あたり)

	25 年度	28 年度
糖尿病	0.360	0.432
高血圧症	0.212	0.190
脂質異常症	0.044	0.063
脳出血	0.310	0.171
脳梗塞	0.506	0.493
狭心症	0.338	0.306
心筋梗塞	0.038	0.056
腎不全 (人工透 析)	0.240	0.172

【出典】 KDB システム帳票 :

疾病別医療費分析 (生活習慣病) 「被保険者千人あたりレセプト件数」 H25 年度 (累計)
疾病別医療費分析 (生活習慣病) 「被保険者千人あたりレセプト件数」 H28 年度 (累計)

図表 22 疾患別医療状況・医療費

	25 年度			28 年度		
	一件あたり 外来医療費	一件あたり 入院医療費	在院 日数	一件あたり 外来医療費	一件あたり 入院医療費	在院 日数
糖尿病	32,431	564,716	19	32,109	568,407	18
高血圧症	27,993	575,810	19	28,208	594,818	19
脂質異常症	26,533	517,958	21	26,628	552,386	20
脳血管疾患	34,232	620,894	22	34,784	657,578	21
心疾患	39,636	621,363	19	40,051	605,900	19
腎不全	175,919	656,736	19	164,931	695,494	18

【出典】KDB システム帳票：

疾病別医療費分析（細小（82）分類）「被保険者千人当たりレセプト件数」H25 年度（累計）、H28 年度（累計）

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 H25 年度（累計）、H28 年度（累計）

6) 保健事業

(1) 特定健診・特定保健指導の推進（平成20年度～）

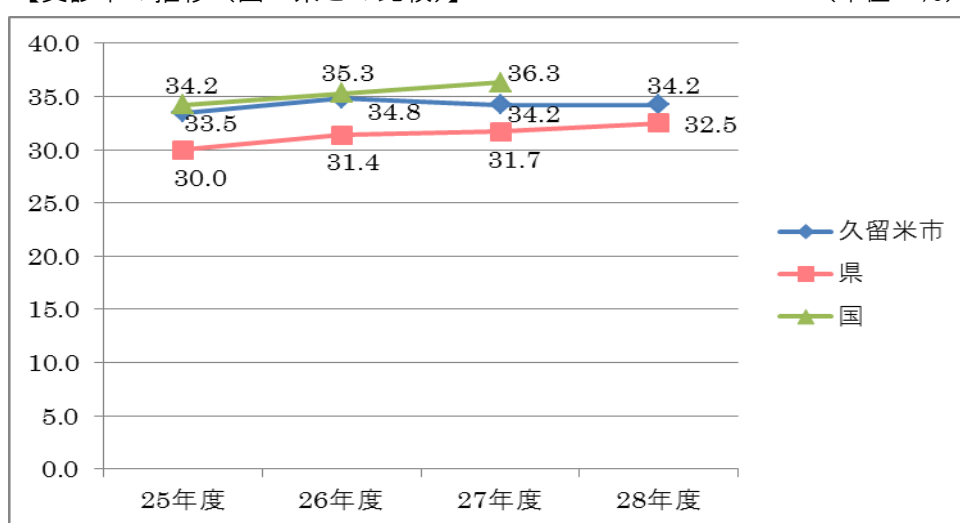
高齢者の医療の確保に関する法律第20条及び第24条に基づき、特定健診・特定保健指導を実施しています。

① 特定健診

- 目的：心臓病や脳卒中等の発症リスクの早期把握及び特定保健指導対象者の抽出
- 対象者：40～75歳未満の被保険者
- 内容：診察、身体計測、血液検査（糖代謝・脂質代謝・肝機能・腎機能・その他の代謝機能）、尿検査
- 実施方法：個別健診及び集団健診
- 実績・結果

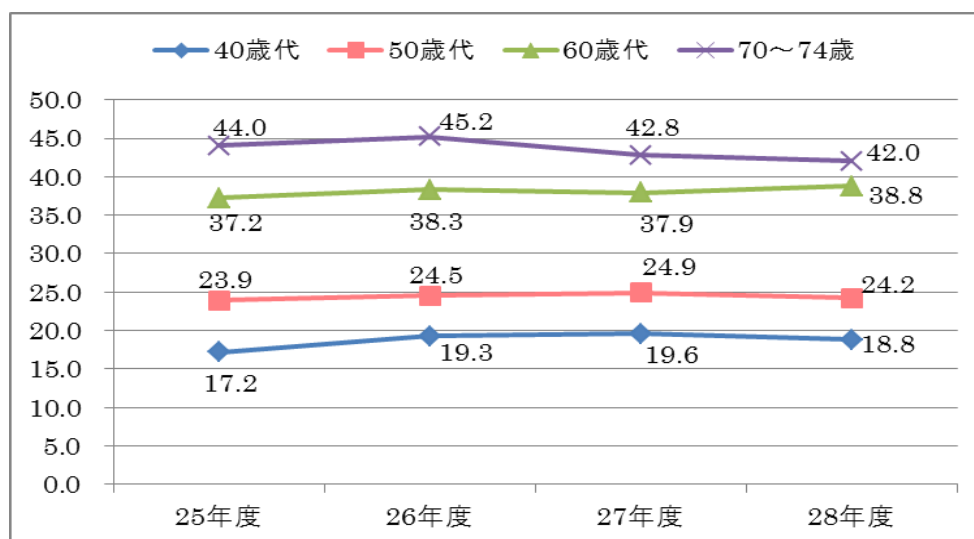
【受診率の推移（国・県との比較）】

（単位：％）

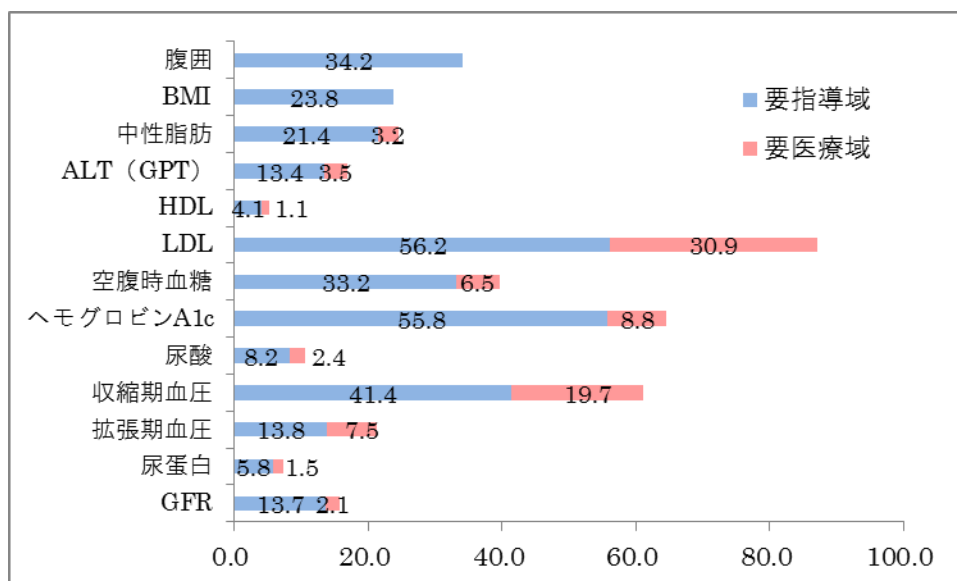


【受診率の推移（年代別）】

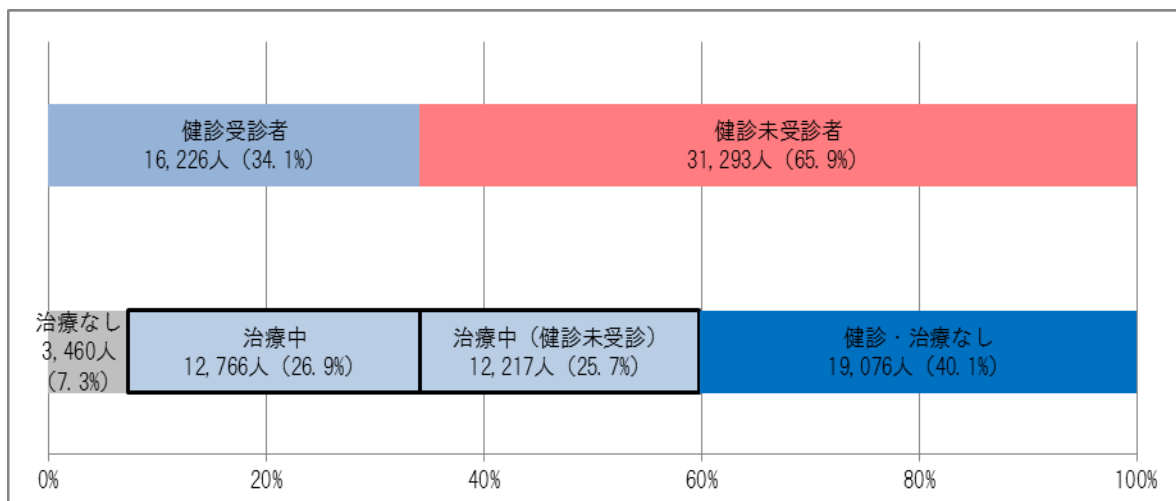
（単位：％）



【健診項目と健診結果（要指導域・要医療域）】



【健診受診者と未受診者の治療状況】



●現状・課題：

特定健診の受診率は、停滞の状況にあります。特に40歳代・50歳代の若年層の受診率が低いことが課題です。

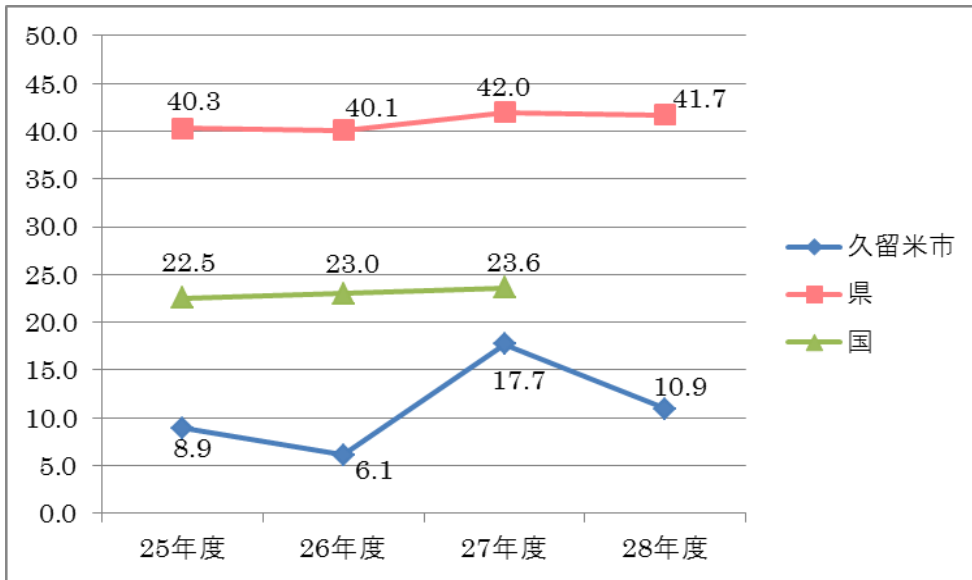
受診勧奨の中で、受診の妨げとなっている要因を分析し、受診環境や受診勧奨の方法を見直す必要があります。また、特定健診の対象者のうち、約4割は治療中で特定健診未受診となっています。そのため、医療機関との連携を強化していく必要があると考えます。

②特定保健指導

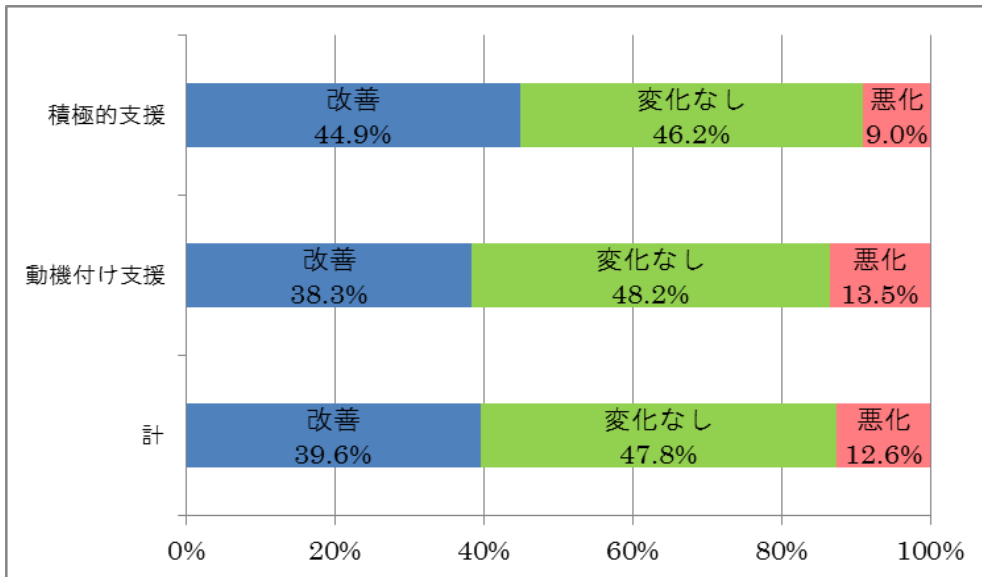
- 目的：生活習慣病予防と被保険者の健康増進
- 対象者：特定健診の結果、メタボリックシンドローム該当者・予備群など生活習慣の改善により生活習慣病予防の効果が高いと判断される者（国が示す基準をもとに対象者を選定）
- 内容：生活習慣改善を目的として実施する6ヶ月間の支援
 - ア) 積極的支援：初回に面接による支援を実施し、その後3ヶ月以上継続して支援を行う。
初回支援から6ヶ月経過後に実績評価を行う。
 - イ) 動機付け支援：初回支援に面接による支援を実施し、概ね3ヶ月以内に1回の中間支援を行う。初回支援から6ヶ月経過後に実績評価を行う。
- 実施方法：医療機関及び民間業者への委託により実施
- 実績・結果

【実施率の推移】

(単位：%)



【特定保健指導の効果：メタボ判定の変化】



●現状・課題：

特定保健指導の効果は認められるものの、県・国と比較し、実施率が低迷しています。その要因として、市内における特定健診の実施機関数が約 190 機関であるのに対し、特定保健指導の実施機関が約 90 機関にとどまっており、特定保健指導対象者の約半数は特定健診を受診した医療機関において特定保健指導を利用することができず、対象者のニーズにあった実施環境が整っていないことが考えられます。

特定保健指導の実施率向上には、保健指導の実績評価の時期を現在の「6ヶ月以降」から、「3ヶ月以降」へ短縮すること、特定保健指導の実施環境の見直しが必要であると考えます。

③特定健診受診勧奨事業（平成 20 年度～）

●目 的：特定健診の受診率向上

●対 象 者：当該年度の健診未受診者や不定期受診者等

●内 容：ア) ハガキによる受診勧奨（H20 年度～）

＊H20～22 年度は年 1 回、H23 年度からは年 2 回実施。

イ) 封書（過去 5 年間の健診結果を掲載）による受診勧奨（H29 年度～）

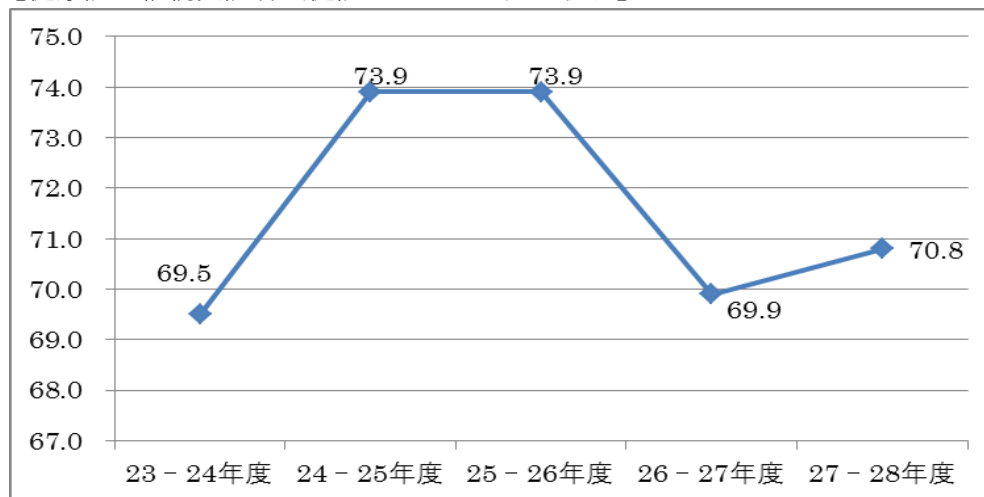
ウ) 保健師等による電話での受診勧奨（H24 年度～）

●実施方法：ア) 直営

イ)、ウ) 民間業者への委託により実施

●実績・結果

【健康診査継続受診者（健診リピーター）の状況】



●現状・課題：

健診受診者における継続的健診受診者（健診リピーター）は 7 割前後で推移していますが、更なる継続受診率の増加が求められるため、各々の実績評価と年代等対象に合わせた勧奨方法を検討していく必要があります。

(2) 糖尿病対策

早期介入保健指導事業（平成 21 年度～）

●目的：将来の糖尿病や心血管疾患等の予防

●対象者：特定健診の結果、血糖値またはヘモグロビン A1c 値が正常高値から境界型糖尿病域*に該当する方。ただし、特定保健指導の対象者や生活習慣病を治療中の方を除く。

*正常高値：空腹時血糖 100～109mg/dl またはヘモグロビン A1c5.6～6.0%

*糖尿病境界域：空腹時血糖 110～125mg/dl またはヘモグロビン A1c6.1～6.4%

●内容：ア) 糖尿病予防に関するパンフレットの配布
イ) 保健師の電話による簡易的な保健指導
ウ) 75g 経口ブドウ糖負荷試験の実施
エ) 保健師の面談による詳細な保健指導の実施

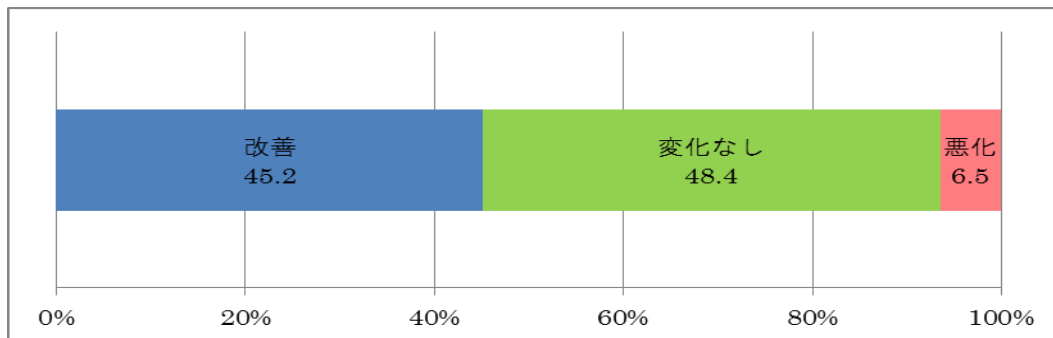
●実施方法：民間業者への委託により実施

●実績・結果

(単位：人)

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	計
①対象者	217	215	266	222	920
②75g 経口ブドウ糖負荷試験受診者	66	94	78	51	289
③検査受診率 (②/①)	30.4%	43.7%	29.3%	23.0%	31.4%

【早期介入保健指導事業の効果 血糖判定レベルの変化】



●現状・課題：

保健指導の効果は認められるものの、検査実施率の低さが課題となっており、検査対象者へのアプローチ方法の見直しが必要です。

(3) 重症化予防

重症化予防支援事業（平成22年度、平成25年度～）

●目的：早期の医療受診による生活習慣病重症化（心臓病・脳卒中、腎不全の発症）の予防

●対象者：特定健診の結果、以下のいずれかに該当し生活習慣病の重症化の危険性が高いと判断される方、すでに当該項目についての治療中の方は除く。

- ① 高血糖：空腹時血糖 200mg/dl 以上、HbA1c8.0%以上
- ② 高血圧：Ⅲ度高血圧（180mmHg/110mmHg）以上
- ③ 脂質異常：LDL180mg 以上かつア）～オ）のうち1つ以上重複
 - ア）高血糖：空腹時血糖 126mg/dl もしくは、HbA1c 6.5%以上
 - イ）高血圧：Ⅰ度高血圧以上
 - ウ）低HDL：40未満
 - エ）腎機能低下 eGFR60未満
 - オ）喫煙

④ 腎機能低下：慢性腎臓病（CKD）

A3（2+）以上 GFR 不問

A2（尿蛋白+以上）× G3a（eGFR45-59.9）～G5 *65歳未満のみ

A2（尿蛋白+以上）× G3b（eGFR30-44.9）～G5 *65歳以上

A1（尿蛋白-～±）× G3b（eGFR30-44.9）～G5 *65歳未満のみ

A1（尿蛋白-～±）× G4（eGFR15-29.9）～G5 *65歳以上

※平成27年度より対象者を変更

●内容：保健師による医療受診勧奨

●実施方法：直営（保健所地域保健課 地区担当保健師による実施）

●実績・結果

（単位：人）

	25年度	26年度	27年度	28年度	計
①対象者	69	49	125	187	430
②保健指導 実施率（②/①）	68 (98.6%)	41 (83.7%)	68 (54.4%)	154 (82.4%)	331 (77.0%)

●現状・課題：

健診受診者の約9割は医療機関で健診を受診しており、健診で発見された高血圧や糖尿病についてはスムーズに治療へと繋がっています。

腎機能低下者（CKD）については、糖尿病や高血圧と比べると、疾患の認知度が低く、保健指導を実施しても医療受診に繋がりにくいという結果になりました。疾患とその予防方法について広く周知していく必要があります。

また腎機能低下者（CKD）該当者の約6割は生活習慣病治療中です。より効果的な取り組みへ発展させるため、医師との連携強化が必要です。

(4) 高血圧対策 ※健康増進法に基づく健康増進事業

血圧改善支援事業（平成 23 年度～）

- 目的：心臓病や脳卒中などの発症の危険因子である高血圧症の一次予防及び重症化予防
- 対象者：久留米市生活習慣病予防健診または 40～64 歳の特定健診受診者のうち、以下のいずれかに該当する方
 - ア) 血圧判定レベルが正常高値またはⅠ度高血圧、Ⅱ度高血圧に該当する方
 - イ) 特定保健指導対象者で、Ⅰ度高血圧、Ⅱ度高血圧に該当する方
 - ウ) 高血圧症の服薬治療中でⅠ度高血圧以上の方

*ただし、血圧値以外の項目において速やかに医療受診が必要であると判断される方は除く。

- 内容：保健師による個別保健指導及び集団健康教育
- 実施方法：民間業者への委託により実施
- 実績・結果

(単位：人)

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	延数
①対象者	418	836	886	640	2,780
②保健指導 実施率(②/①)	188 (45.0%)	343 (41.0%)	254 (28.7%)	284 (44.4%)	1,069 (38.5%)
③集団健康教育参加者数	65	89	85	59	298

●現状・課題

保健指導実施率の低さと、実践的な保健指導を実施する集団健康教育の参加者が少ないことが課題となっており、事業の効果検証及び事業展開について、検討見直しが必要です。

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ます。(平成 30 年度から本格実施)

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

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

本市の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 1,278 位であり、下位に位置しています。評価指標每でみると、共通指標①～⑥の、特定健診・特定保健指導及びがん検診受診率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、また糖尿病等の重症化予防取組の実施状況、個人インセンティブ提供、重複服薬者に対する取組項目で、国保指標①～⑥では、地域ケア包括ケアの推進の実施状況で県平均を下回る結果でした。(図表 23)

図表 23 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	久留米市			
総得点（満点）	345				580	850	
総得点（体制構築加算70点を除く）	275	128.67	146.03	100	510	790	
交付額	--	--	--	2,945万円			
全国順位（1,741市町村中） ※福岡県は47都道府県中の順位	--	--	13位	1,278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	0	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	0	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	0	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	データヘルズ計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人へのわ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						
体制構築加算	70				70	60	

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1. 分析結果に基づく課題の明確化

第1計画において、中長期目標疾患である脳卒中・心疾患・慢性腎不全（人工透析）を重点に、重症化の予防を進めてきました。

第1期の取り組み、評価も踏まえ、健診・医療・介護等のデータを分析するにあたり、以下の視点で整理し、本市国民健康保険の健康課題を明らかにしました。

<健康課題>

健診

- ① 特定健診の受診者は約3割であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要です。そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要があります。
- ② 健診受診者のうち3割は不定期受診者です。健診を受診しない間に重症化する可能性があるため、毎年健診を受診する必要性についての啓発と健診受診を勧める必要があります。
- ③ 特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中の者が健診未受診者の約39%を占めていますが、特定健診受診者で既に治療中である者の中にも重症化予防の対象者がいることから、かかりつけ医との連携により受診率を向上させる必要があります。
- ④ また生活習慣病の治療も健診も受けていない者は健診未受診者の約61%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然重症化する可能性があるため、健診の受診を勧める必要があります。
- ⑤ 特定保健指導を受ける者は約1割であり、早急な環境整備が必要です。

医療

- ⑥ 疾病別の医療費に占める割合は、生活習慣病では糖尿病が最も高く、入院件数や一件当たり入院医療費も高額となっています。特定健診においても血糖及びヘモグロビンA1cの有所見者が半数を超えることから、生活習慣の改善により糖尿病への移行を防ぐ発症予防（一次予防）と軽症のうちに治療につなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要です。
- ⑦ 人工透析患者に占める糖尿病の割合は約4割であり、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールを含めた重症化予防対策が重要です。

介護

- ⑧ 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。本市の要介護認定率は年々増えており、要介護認定者の心臓病の有病状況が約6割、次いで高血圧症の有病状況が約5割となっています。基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化するため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要となります。

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、設定します。

<中長期目標の設定>

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

<短期目標の設定>

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

第4章 保健事業の内容

保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、脳血管疾患、末期腎不全（特に糖尿病性腎症）、の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診・特定保健指導を推進し、血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。

特定健診の受診率向上及び特定保健指導実施率の向上については、第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

そのためには保健指導等の重症化予防の取組と、健康教育等の従来の取組のほか、被保険者一人ひとりの主体的な健康管理の取組を推進によって健康水準の底上げを図るポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

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、慢性腎臓病や糖尿病性腎症等の重症化予防の取組を行います。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きます。

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します。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みます。

保健事業の内容【目標】

		事業名・取り組み	中長期目標（H35年度）	短期目標
啓発	1	●依頼型健康教育	特定健康診査受診率の向上	生活習慣病予防に関する知識の習得
		●CKD普及啓発事業	CKD及び生活習慣病に関する認知度の向上	（H30～H32年度） CKDを知る市民を4,000人増加させる。
一次予防（発症予防）	2	●特定健康診査	特定健康診査受診率60%	・40～50歳代の受診率の向上 ・健診継続受診者の増加
		●特定健康診査受診勧奨事業 ●健診実施環境の拡充（コンビニ健診・出前健診） ●人間ドック等費用の一部助成		
	3	●特定保健指導	メタボ該当者・予備群の割合25%以上減少（H20年度比）	・メタボ判定の改善 ・生活習慣の改善
	4	●早期介入保健指導事業	①40～50歳代の糖尿病治療者数の減少 ②特定健診におけるHbA1c6.5%以上の割合の減少	対象者の血糖値等の健診結果および生活習慣の改善
	5	●血圧改善支援事業 <u>令和元年度を以て廃止</u>	①40～64歳の高血圧治療者数の減少 ②特定健診におけるⅡ度高血圧（収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上）の割合減少	対象者の血糖値等の健診結果および生活習慣の改善
二次予防（重症化予防）	6	●重症化予防支援事業	・心臓病・脳卒中及び人工透析への重症化例の減少	・受療行動の開始 ・身体状況の改善 ・生活習慣病管理に関する認識・理解等の変化
	7	●訪問健康相談事業	頻回受診者割合の減少	医療受診行動の変化

保健事業の実施内容（平成30年度～平成35年度）

	目的	事業名称	事業内容	対象	実施方法	実施時期	主な評価指標
1	生活習慣病の普及啓発	依頼型健康教育	保健師等による講話	市国保被保険者を含む市民	委託	通年	OP) 事業実施量 OC) 生活習慣病およびその予防方法への理解度 等
		CKD 普及啓発事業	校区イベント等での啓発ブースの設置 (血圧・血糖測定、尿検査紙の配布、健康相談)	市国保被保険者を含む市民	直営 久留米大学、医師会と連携し実施	通年	OP) 事業実施量 OC) 疾病を理解した市民の数 P) 地域組織及び市民の反応
2	生活習慣病予防のための保健指導対象者の抽出	①特定健康診査	診察、身体計測、血液検査、尿検査	①40～74歳の被保険者 ②35～39歳の市国保被保険者を含む市民	委託	①6～3月 ②6～11月	OC) 受診率 等
		②生活習慣病予防健康診査					
	特定健康診査受診率の向上	特定健康診査未受診者受診勧奨・継続受診勧奨事業	①電話による受診勧奨* ②勧奨ハガキ等文書送付による受診勧奨 ③早期受診者への特典の進呈 *SMS活用による勧奨	①健診対象者のうち、過去に市国保の特定健診の受診履歴がある者 ②健診未受診者 ③40～74歳の被保険者	①委託 ②③直営、	①9～10月 ②8月、1月 ③6～3月	OP) 事業実施量 OC) 健診受診率 OC) 勧奨後の健診受診状況 P) 課題把握率
		コンビニ健診	コンビニで健診 PR ポスター掲示、チラシを配布。	市国保特定健診対象者	委託 株式会社 ローソンと連携協定締結	7～10月	OC) 健診受診者に占める40～50歳代の割合 OC) 新規受診者の割合 P) 受診者の満足度 等
		出前健診	出張型集団健診の実施	30名以上の市国保特定健診対象者の集団	健診のみ委託	6～3月	OP) 実施量 OC) 受診者数 OC) 受診率への寄与割合
		人間ドック等費用の一部助成	特定健診に相当する健診費用を自己負担した場合、その費用を一部助成する	当該年度の4月1日以前から市国保に加入している特定健康診査対象者	直営	通年	OP) 実施量 OC) 受診率への寄与割合 等
医療情報収集事業	診療における検査結果を特定健診結果として活用する。	当該年度の4月1日以前から市国保に加入している特定健康診査対象者	委託（国保連合会）	1～3月	OP) 実施量 OC) 受診率への寄与割合 等		
3	メタボ該当者・予備群の減少	特定保健指導・特定保健指導利用勧奨事業	医師・保健師・管理栄養士による、生活習慣改善に向けた6ヶ月間の支援 *医療機関の健診受診者のうち、特定保健指導未利用者に利用勧奨を実施	OPの結果、積極的支援または動機付け支援に該当する40～74歳の被保険者	委託	初回支援の実施時期 6～3月末	OP) 実施量 OC) メタボ改善率 OC) 生活習慣改善状況（質問票） P) 行動変容ステージ（準備段階）の変化 S) 保健指導受託割合
4	糖尿病の一次予防	早期介入保健指導事業	糖尿病予防に関する資料の配布、75g経口ブドウ糖負荷試験、保健師による保健師指導の実施	①A群：40～59歳の特定健診受診者のうち、健診結果における血糖判定レベルが正常高値～境界型に該当する者。 (特定保健指導対象者、生活習慣病治療中を除く) ②前年度の75g糖負荷検査結果において有所見の者	委託	8～3月	OP) 実施量 OC) 身体状況及び生活習慣の改善状況 OC) 翌年度健診受診率 P) 行動変容ステージ（準備段階）の変化 S) 連携会議開催回数
5	高血圧症の一次・二次予防	血圧改善支援事業（健康増進事業） <u>令和元年度を以て廃止</u> 健康教育、重症化予防支援事業にて対応。	高血圧予防または高血圧の管理に関する保健指導を行う。	40～64歳の特定健康診査受診者 ①A群：血圧判定レベルが正常高値～Ⅱ度高血圧の者 ②特定保健指導対象者のうち、血圧判定レベルが正常高値～Ⅱ度高血圧の者 ③高血圧を治療中の者	委託	9～3月	OP) 実施量 OC) 身体状況及び生活習慣の改善状況
6	生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症、慢性腎臓病）の重症化予防	重症化予防支援事業	保健師等による医療受診勧奨および疾患の適切な管理に向けた保健指導。 *一部対象者には2次検査（尿検査）を実施。*慢性腎臓病医療連携システムの構築。	①A群：健診受診後に医療未受診の者 HbA1c8.0%以上または空腹時血糖200mg/dl以上または、Ⅲ度高血圧、Ⅱ度高血圧のうち、腎機能低下（CKD）が疑われる者 ②B群：糖尿病等の治療中断者	①A群：保健指導：直営 2次検査：委託 ②B群：委託	5～3月	OP) 実施量（目標達成率） OC) 保健指導後の医療受診者の割合 OC) 対象者の身体状況の変化 P) 行動変容ステージ（準備段階）の変化 S) 実施体制（連携会議開催回数）
7	心臓病、脳卒中、人工透析への進展を予防する。	訪問健康相談事業	保健師等による健康相談	定期的に医療機関を受診中の者等	委託（国保連合会）	通年	OP) 実施量 OC) 受診行動が変化した者の割合
8	市民の自主的な予防・健康づくりの促進	くるめ健康のびのびポイント事業（インセンティブ事業）	特定健診・保健指導の利用、健康な生活習慣（食事、喫煙など）の取組に応じてポイントを付与し、それに応じて特典を進呈。	40～74歳の被保険者	直営	10月～3月	OP) 事業参加者数 OC) 健診受診率 OC) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少

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ました。

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ます。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ります。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します。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ます。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数を超えています。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す。

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ります。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ります。

市国保では、被保険者の4割を占める前期高齢者の健康づくり支援のほか、75歳以降もその支援が継続して行われるよう、関係課と連携し体制の整備を進めます。また、国保データベース(KDB)システムから把握した医療・介護・健診情報の分析結果や、各種事業から得られた情報等を関係課と共有し、地域包括ケアの構築の実現に向けて医療保険者として積極的に関与します。

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います。

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

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ます。

※評価における4つの指標

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連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・助言を受けます。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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ます。