

香春町国民健康保険  
第 2 期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)



香春町イメージキャラクター  
「カッキーくん」

平成 30 年 3 月  
香春町国民健康保険

# 目次

第1編 香春町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.4
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	
2) 外部有識者の役割	
3) 被保険者の役割	
第2章 第1期計画に係る評価及び課題	P.5
1. 第1期計画の概要	P.5
1) 計画期間	
2) 第1期計画における課題及び目標	
2. 第1期計画に係る評価（基礎的データの推移）	P.6
1) 全体の基礎統計	
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	
(2) 特定健診未受診者の状況	
(3) 特定健診未受診者対策	
(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	
3) 中長期目標の達成状況と課題	
(1) 医療（全体）の状況	
(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）	
(3) 中長期的な疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析））の状況	
(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	
イ 長期（6か月以上）入院	
ウ 人工透析の状況	
エ 生活習慣病の治療状況	
(5) 介護の状況	
ア 介護給付費の状況	
イ 介護認定者の推移及び有病状況	
3. 保険者努力支援制度	P.24

第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の課題	P.25
1. 分析結果に基づく課題の明確化	P.25
2. 成果目標の設定	P.26
第4章 保健事業の内容	P.27
1. 特定健診未受診者対策事業	P.27
2. 特定保健指導事業	P.27
3. リスク三疾患（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）重症化予防事業	P.28
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業	P.29
5. 慢性腎臓病重症化予防事業（CKD）	P.29
6. 特定保健指導サポートプログラム（教室型・スポーツジム活用型）	P.30
第5章 地域包括ケアに係る取組	P.31
第6章 計画の評価・見直し	P.32
1. 評価の時期	P.32
2. 評価方法・体制	P.32
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	P.33
1. 計画の公表・周知	P.33
2. 個人情報の取り扱い	P.33
第2編 第3期特定健康診査等実施計画	P.34
第1章 制度の背景について	P.34
1. 特定健康診査の基本的な考え方	P.34
2. 特定保健指導の基本的な考え方	P.34
第2章 特定健診・特定保健指導の実施	P.36
1. 特定健康診査等実施計画について	P.36
2. 健診・保健指導実施の基本的な考え方	P.36
3. 第2期の取り組みの評価と課題	P.36
1) 実施に関する評価	
(1)特定健診受診率	
(2)特定保健指導実施率	
2) 成果に関する評価	
(1)メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）減少率	
(2)糖尿病の有病者・コントロール不良者減少	

3) 一人あたり医療費及び特定健診の有無と生活習慣病にかかる医療費	
4. 目標の設定	P.41
1) 実施に関する目標	
2) 成果に関する目標	
3) 対象者数の見込み	
5. 特定健診の実施	P.43
1) 実施形態	
2) 特定健診委託基準	
3) 委託契約の方法	
4) 健診実施医療機関リスト	
5) 健診委託単価・自己負担額	
6) 健診項目	
(1)基本的な健診の項目	
(2)詳細な健診の項目（「実施基準」第1号十号）	
(3)その他の健診項目	
7) 健診の実施形態	
8) 代行機関の名称	
9) 健診の案内方法	
10) 年間実施スケジュール	
11) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	
6. 保健指導の実施	P.46
1) 特定保健指導	
2) それ以外の保健指導	
7. 健診から保健指導実施の流れ	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.47
1. 特定健診・保健指導のデータ形成	P.47
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	P.47
3. 特定健診等データの情報提供及び照会	P.47
4. 個人情報保護対策	P.47
5. 被保険者への結果通知の様式	P.47
第4章 結果の報告	P.48
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	P.48

# 第1編 香春町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

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、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」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、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合が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。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

また、平成 27 年 5 月に成立した「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」により、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が、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。更に、医療保険加入者の予防・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。

これまでも本町は、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に努めるため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

### 2. 計画の目的・位置付け

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

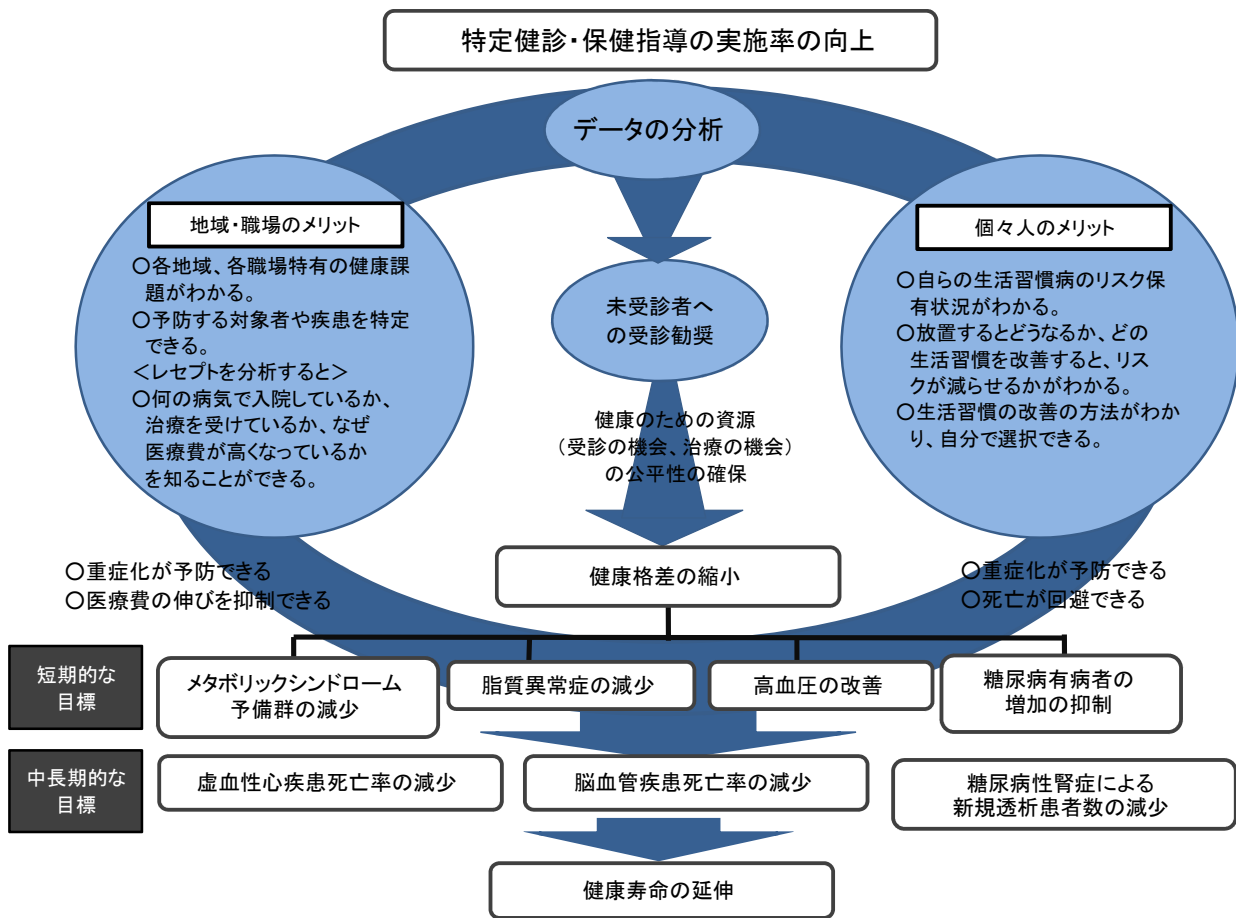
本町においては、KDB を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出し、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸(疾病・障害・早世の予防)を目指すものとする。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画との調和を図り、一体的に本町の医療費適正化や生活習慣病の予防及び重症化予防に取り組むための計画とする。(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

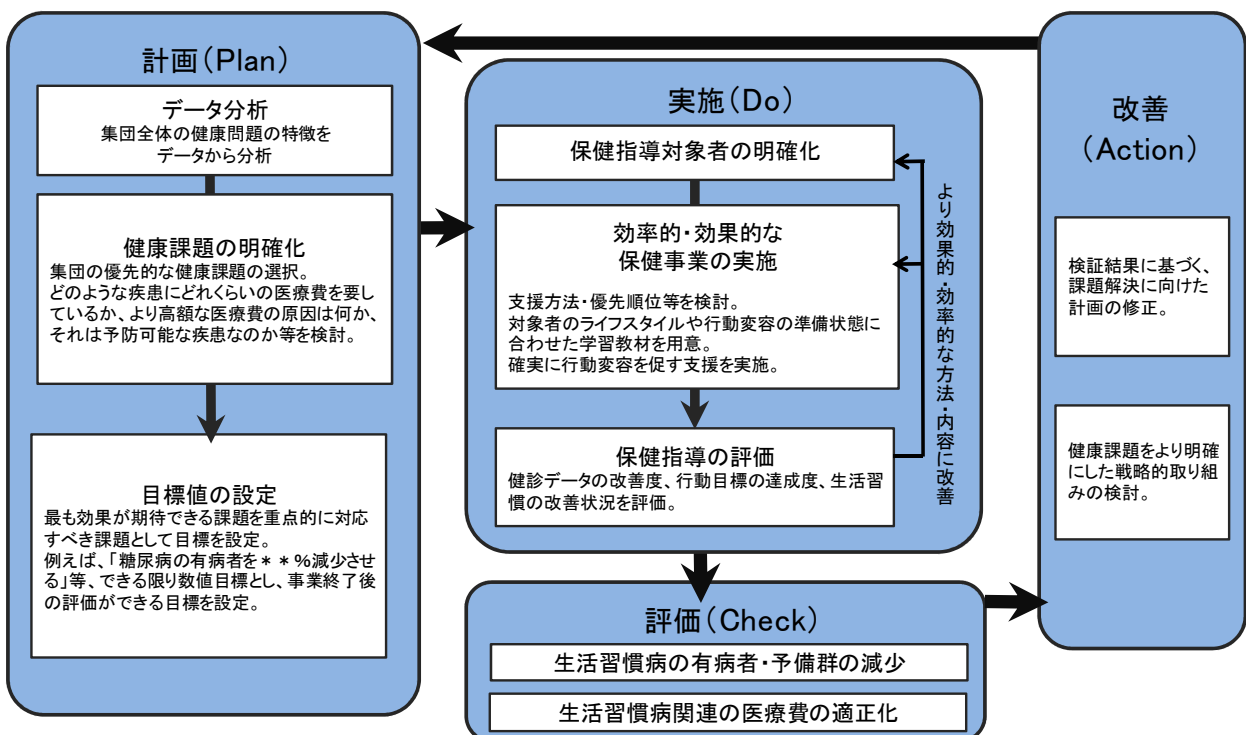
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				医療費適正化計画	医療計画
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	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す。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みすることを目標とする。	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礎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、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 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 脊管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規 透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、 費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常 生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・ 悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費 の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指 導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群 の減少 ④糖尿病重症化予防の 推進 ●入院 病床機能分化・連携の 推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)
		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>保険者努力支援制度</b> </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>				

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



### 3. 計画期間

第1期データヘルス計画は、平成27年度に作成し、平成28年度と平成29年度の2か年計画の事業計画であり、評価を行う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を考慮し、これらとの整合性を図る観点から、第2期データヘルス計画の計画期間は、平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 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

本町は、保険健康課国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の幅広い部局が関わっているため、特に同課健康づくり係の保健師等専門職と緊密に連携し、担当課一体となって計画策定、保健事業の実施・評価を進めていく。

また、必要に応じて高齢者医療部局（保険健康課）、介護保険部局（保険健康課）、企画部局（町づくり課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携を図ることとする。

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・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う体制を整える。

なお、データヘルス計画策定においてはプロジェクトチームを立ち上げ、会議体を設置する。

メンバー 責任者：保険健康課長

事務局：国保年金係長

メンバー：健康づくり係長、高齢者支援係長、包括支援センター係長

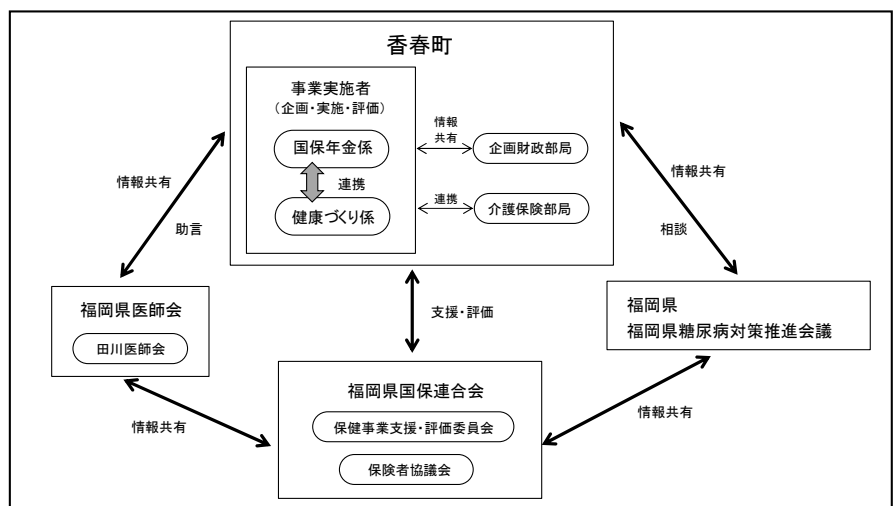
#### 2) 外部有識者の役割

有識者である田川医師会及び田川歯科医師会所属医師、田川薬剤師会所属薬剤師が参画する国民健康保険運営協議会において、データヘルス計画の策定視点から協議に入っていただき、また、本計画の運用開始後も中間評価の場を持つことで、緊密な連携体制を構築する。

#### 3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、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。

図表4 香春町の実施体制図





## 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

本町は、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、各種保健事業を実施してきた。

#### 2) 第1期計画における課題及び目標

##### 医療情報の分析結果から見える課題

- ・医療費の中で、生活習慣病に関連する医療費は20.3%を占めている。
- ・基礎疾患では高血圧症、重症化疾患では虚血性心疾患群の医療費が最も高い。
- ・重症化疾患治療者では、基礎疾患が重複している人の割合が高い。
- ・平成26年度の生活習慣病新規患者の6割以上は特定健診を受診していない。
- ・平成26年度の重症化疾患による入院患者の80%は特定健診を受診していない。

##### 健康情報の分析結果から見える課題

- ・40～50歳代の働き世代の特定健診受診率が低い。
- ・特定健診対象者の54.5%は3年以上特定健診を受診していない。
- ・特定健診対象者のレセプト保有情報から、34.7%が未受診で医療機関を受診している。
- ・特定保健指導対象者の中で、「高血圧」+「脂質異常」のリスク因子を保有する人が多い。
- ・要治療者のうち45%が未治療である。

##### 介護情報の分析結果から見える課題

- ・介護認定を受けている人のうち7割が高血圧を合併している。

これらの課題について、事業ごとの目標設定を行った。

事業名	中長期目標	短期目標
特定保健指導	腎臓障害予防	特定保健指導実施率の向上 65%
糖尿病対策	糖尿病による合併症の予防	保健指導実施率の向上 90% 医療機関受診率の向上 60%
慢性腎臓病予防	慢性腎臓病の予防	腎臓専門医受診対象者の向上 健診データの維持、改善
脂質異常症対策	脂質異常症による合併症の予防	保健指導実施率の向上 90% 医療機関受診率の向上 40%
発症予防	特定健診受診率の向上	特定健診受診率 42.3%
	健康意識の向上 生活習慣病予防	教室への参加率 90% 運動に対する意識向上

## 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

本町は、人口 10,815 人、高齢化率 37.4%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特に進んでおり、被保険者の平均年齢も 53.9 歳と福岡県、国と比べて高い。

また、平均寿命、健康寿命ともに他と比べて低く、死亡率が出生率を大きく上回っていることから、今後人口減少と更なる少子高齢化が予測されるため、被保険者の健康の保持・増進は重要である。また、医療資源としては、町内に 2 つの診療所、5 つの歯科医院が存在する。同規模保険者及び福岡県と比べ医療資源としては少ないが、田川市、北九州市及び京築地区と隣接する市町村管内医療機関に多くが受診しており、外来・入院とも 1,000 人あたりの受診率は他と比べて高い。（図表 5・6）

図表 5 香春町の特性

	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
香春町	10,815	37.4	2,809 (26.0)	53.9	6.9	16.4	78.7 86.2	64.9 66.7	3.1	25.7	71.2
同規模	11,371	33.6	3,303 (27.9)	54.0	6.4	14.9	79.4 86.4	65.1 66.7	14.4	27.1	58.5
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

図表 6 国保の加入状況、医療の状況（被保険者 1,000 人あたり）

項目	25年度		26年度		27年度		28年度		28年度(参考)		
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模平均	福岡県	
									割合(%)	割合(%)	
国保の状況	被保険者数	3,356人	3,151人	3,021人	2,857人	3,354人					
	65～74歳	1,345	40.1	1,351	42.9	1,359	45.0	1,336	46.8	42.4	37.7
	40～64歳	1,155	34.4	1,051	33.4	946	31.3	854	29.9	35.0	32.4
	39歳以下	856	25.5	749	23.8	716	23.7	667	23.3	22.5	29.9
	加入率	28.8	27.1	26.0	24.5	26.6	24.6				
医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.4
	診療所数	2	0.6	2	0.6	2	0.7	2	0.7	2.2	3.8
	病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33.8	70.4
	医師数	2	0.6	2	0.6	2	0.7	2	0.7	3.8	12.8
	外来患者数	675.8		707.0		722.9		714.1		682.6	686.6
	入院患者数	26.1		23.6		26.7		26.1		22.4	22.3

出典：KDB システム帳票  
地域の全体像の把握  
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題  
※同規模保険者数 25年度：144、28年度：152

## 2) 短期目標の達成状況と課題

### (1) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

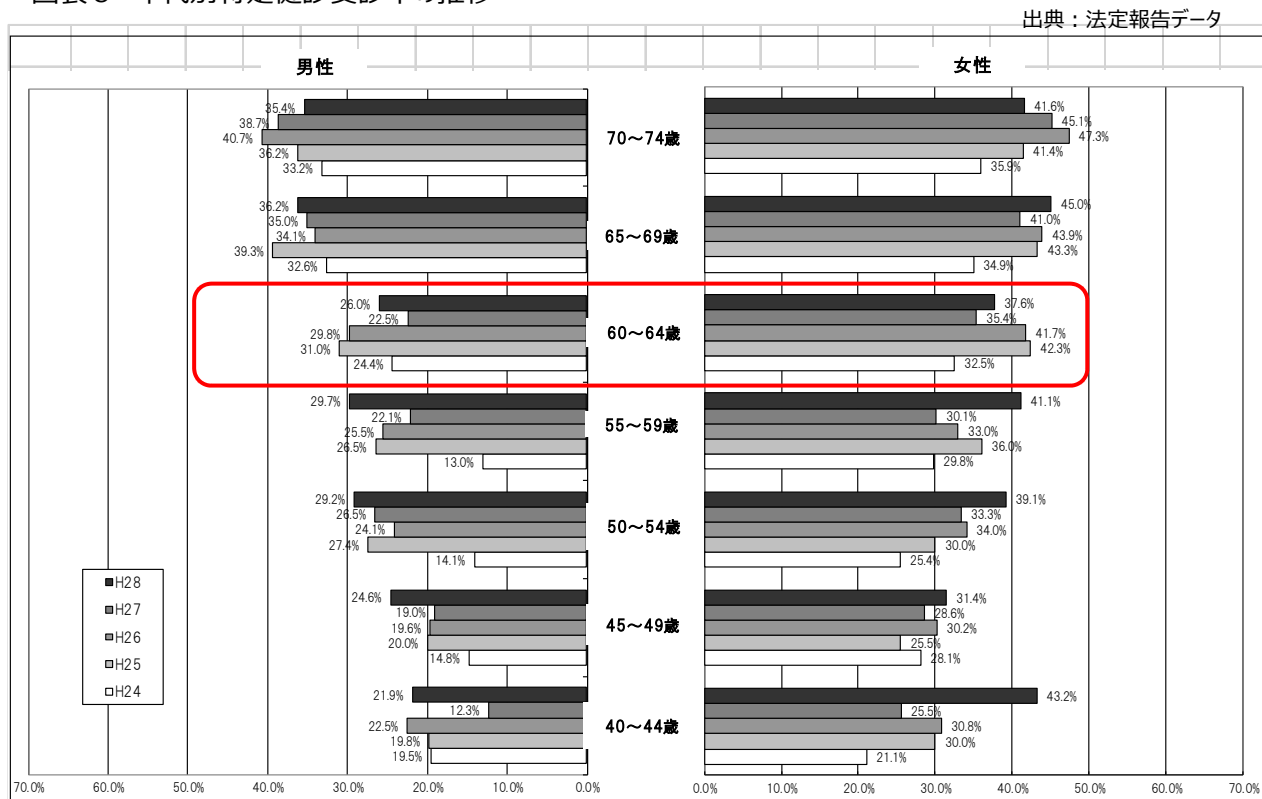
本町の特定健診受診率は、平成 20 年度と比較して約 10%ほど伸びたが、平成 25 年度以降の受診率は 36、37%の頭打ちの状態である。特定健診未受診者対策事業としては、平成 27 年度以降ヘルスアップ事業及び国保保健指導事業を活用し取り組んできた。年代別の受診率の推移を見ると、どの年代においても、男性より女性の方が高い傾向にあり、若年世代の方が低い傾向にあるが、60 歳前半での受診率の低迷が見受けられる。他保険からの加入者に対しての国保特定健診の受診方法の周知不足が要因の一つと考えられる。

特定保健指導実施率は、年々減少傾向にあり平成 20 年度と比較して 30%減少している。保険健康課の保健師による個別面接を中心に個別アプローチを重視した取り組みを行っているが、国の目標である 60%を達成できていない。

図表 7 特定健診・特定保健指導の推移

実施年度		20	25	26	27	28	29	参考 29目標値
特定健診	対象者数	2,605	2,287	2,225	2,115	1,993	実施中	特定健診 受診率 42.3%
	受診者数	679	835	831	735	740		
	受診率	26.1%	36.5%	37.3%	34.8%	37.1%		
	県内順位	37位	17位	18位	28位	22位		
特定 保健指導	該当者数	96	102	91	80	102	実施中	特定保健 指導 実施率 60.0%
	割合	14.1%	12.2%	11.0%	10.9%	13.8%		
	実施者数	71	67	53	42	45		
	実施率	74.0%	65.7%	58.2%	52.5%	44.1%		
	県内順位	6位	17位	27位	36位	45位		

図表 8 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

特定健診の未受診者のうち、既に生活習慣病を治療中で特定健診未受診者の割合が全体42%を占める。

特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは、「治療なし」の者である。特に40～64歳の若いものでは特定健診対象者の31.4%を、65歳以上でも15.0%を占めており、重症化のリスクが高い。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診リピーターを増やすことが重要である。

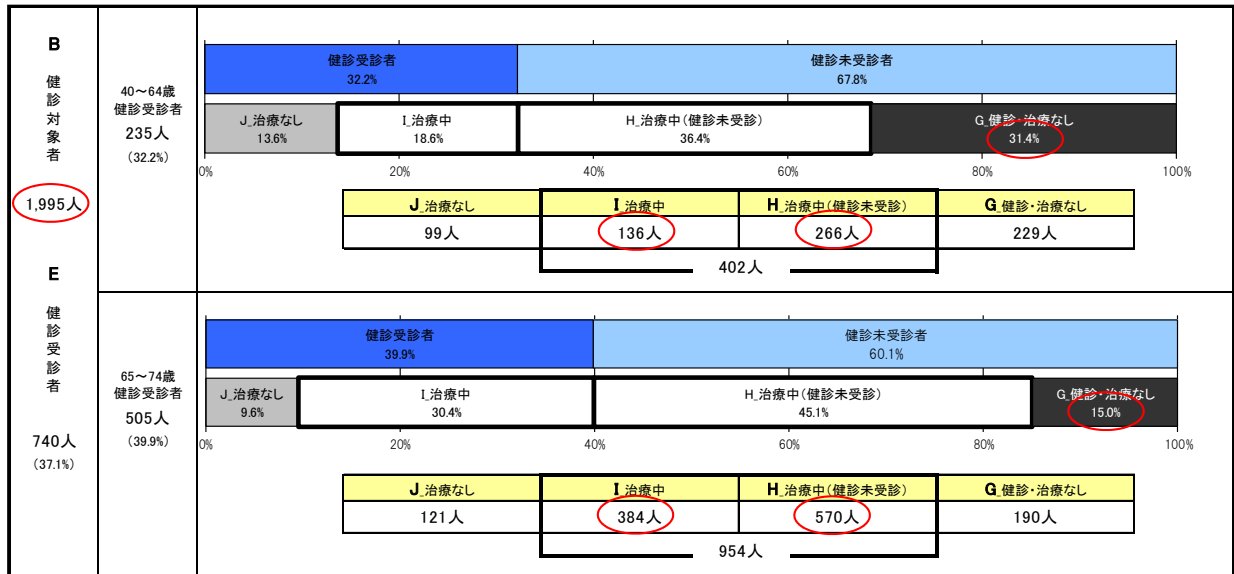
「治療中で健診未受診」の者は40～64歳、65～74歳合わせると健診受診者総数を上回る836人である。「治療中で健診受診」の者のうち約半数はコントロール不良者（1項目でも受診勧奨値有）であり、「治療中で健診未受診」者にもコントロール不良者が含まれていることが推測される。また治療を中断すると、重症化する可能性が高いため、重症化予防対策として、医療機関へも特定健診受診への協力を求めることが重要である。

(図表9)

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32,378円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表10)

更に、健診有所見者割合を継続受診者と新規受診者で比較すると、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ため、生活習慣病対策のためには、特定健診の受診率向上が不可欠である。(図表11)

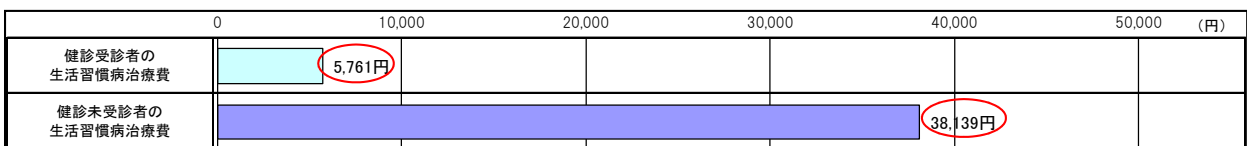
図表9 厚生労働省様式6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



※KDB システムにおける生活習慣病

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10 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

図表 11 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者			
受診者数				740 人	100.0%	552 人	74.6%	188 人	25.4%		
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ		BMI	25以上	164 人	22.2%	107 人	19.4%	57 人	30.3%		
		腹囲	男性85以上 女性90以上	230 人	31.1%	157 人	28.4%	73 人	38.8%		
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	184 人	24.9%	127 人	23.0%	57 人	30.3%	
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	66 人	8.9%	49 人	8.9%	17 人	9.0%
	(再掲) 7.0以上				32 人	4.3%	21 人	3.8%	11 人	5.9%	
	血管を 傷つける	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	58 人	7.8%	39 人	7.1%	19 人	10.1%
				拡張期	100以上	28 人	3.8%	18 人	3.3%	10 人	5.3%
				計		72 人	9.7%	48 人	8.7%	24 人	12.8%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	109 人	14.7%	76 人	13.8%	33 人	17.6%		
腎機能		尿蛋白	2+以上	11 人	1.5%	10 人	1.8%	1 人	0.5%		
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	19 人	2.6%	17 人	3.1%	2 人	1.1%		
		尿酸	8.0以上	21 人	2.8%	12 人	2.2%	9 人	4.8%		

出典：保健指導支援ツール（平成 28 年度受診結果）

### (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、過去の受診行動やレセプトデータを分析し、対象者別の受診勧奨資材を作成し、受診勧奨を行った。また、個別的なアプローチとして訪問・電話勧奨も併せて行った。

平成 27・28 年度においては、ヘルスアップ事業を活用し、福岡県国民健康保険団体連合会のヘルスサポート事業の支援を受けながら、PDCA サイクルに基づく事業展開を行った。また平成 29 年度においては、国保保健指導事業を活用し、同内容で事業展開を行った。しかし、受診率は約 37%の頭打ちの状態であり、基本的な方針は勧奨資材による勧奨と個別的アプローチを軸に、蓄積された勧奨用データの活用と勧奨スケジュールの綿密な組み立てが必要である。

### (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

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者をレセプト情報から見ると、被保険者に占める患者の割合は全疾患において増えている。

特定健診結果データから、糖尿病における HbA1c6.5 以上の出現率はほぼ横ばいだが、未治療者は 10 ポイント以上減少していることから特定保健指導における医療への連携事業が一定の効果をもたらしていることは分かる。

高血圧については、Ⅱ度高血圧以上・Ⅲ度高血圧以上の該当者の割合ともに大きく上昇しており、また未治療者の割合も非常に高い。そして、脂質異常症の LDL-C180 以上の者のうちそのほとんど者が未治療者である

ため、保健指導の充実と医療への連携については、糖尿病重症化予防対策と同様の対策と枠組みを整備する必要がる。本町の特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者は男性で 25.7%、女性で 10.6%、予備群については男性で 17.9%、女性 6.0%と、男性で高くなっている。（図表 12・13・14・15）

図表 12 糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)		糖尿病 患者数 (様式3-2)		40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再掲			
					被保険数	患者数		被保険数	患者数						HbA1c7.0以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	J/I	
25年度	2,536人	326人	12.9%	1,262人	108人	8.6%	1,274人	218人	17.1%	835人	36.5%	68人	8.1%	38人	4.6%	17人	44.7%	
28年度	2,300人	353人	15.3%	940人	93人	9.9%	1,360人	260人	19.1%	740人	37.1%	66人	8.9%	32人	4.3%	11人	34.4%	

図表 13 高血圧

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)		高血圧 患者数 (様式3-3)		40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
					被保険数	患者数		被保険数	患者数						Ⅲ度高血圧		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	J/I	
25年度	2,536人	699人	27.6%	1,262人	234人	18.5%	1,274人	465人	36.5%	835人	36.5%	25人	3.0%	1人	0.1%	人	0.0%	
28年度	2,300人	683人	29.7%	940人	186人	19.8%	1,360人	497人	36.5%	740人	37.1%	72人	9.7%	12人	1.6%	8人	66.7%	

図表 14 脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果								
	被保険数 (40歳以上)		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		再掲			
					被保険数	患者数		被保険数	患者数						LDL-C180以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	J/I	
25年度	2,536人	514人	20.3%	1,262人	175人	13.9%	1,274人	339人	26.6%	835人	36.5%	124人	14.9%	53人	6.3%	51人	96.2%	
28年度	2,300人	524人	22.8%	940人	146人	15.5%	1,360人	378人	27.8%	740人	37.1%	109人	14.7%	40人	5.4%	39人	97.5%	

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

図表 15 メタボリックシンドローム

	保険者		同規模平均		県		国		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
健診受診者	740		157,349		252,703		7,898,602		
健診受診率	37.1%	県内23位 同規模113位	43.2%		32.3%	全国37位	36.4%		
メタボ	該当者	125	16.9%	28,046	17.8%	43,079	17.0%	1,365,885	17.3%
	男性	79	25.7%	19,380	27.0%	29,282	27.8%	940,350	27.5%
	女性	46	10.6%	8,666	10.1%	13,797	9.4%	425,535	9.5%
	予備群	81	10.9%	17,199	10.9%	28,226	11.2%	847,757	10.7%
	男性	55	17.9%	11,818	16.4%	18,894	18.0%	588,322	17.2%
	女性	26	6.0%	5,381	6.3%	9,332	6.3%	259,435	5.8%

出典：KDB 帳票 地域全体像の把握

また、脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の課題解決のために関係学会のガイドラインを参照した重症化予防対象者は健診受診者の 34.7%を占め、未治療者の 26.8%、治療者の 45.5%が該当している。更に未治療者の約 6 割は既に心電図所見や CKD（腎臓専門医受診対象者）があり、確実な受診勧奨及び保健指導が必要である。（図表 16）

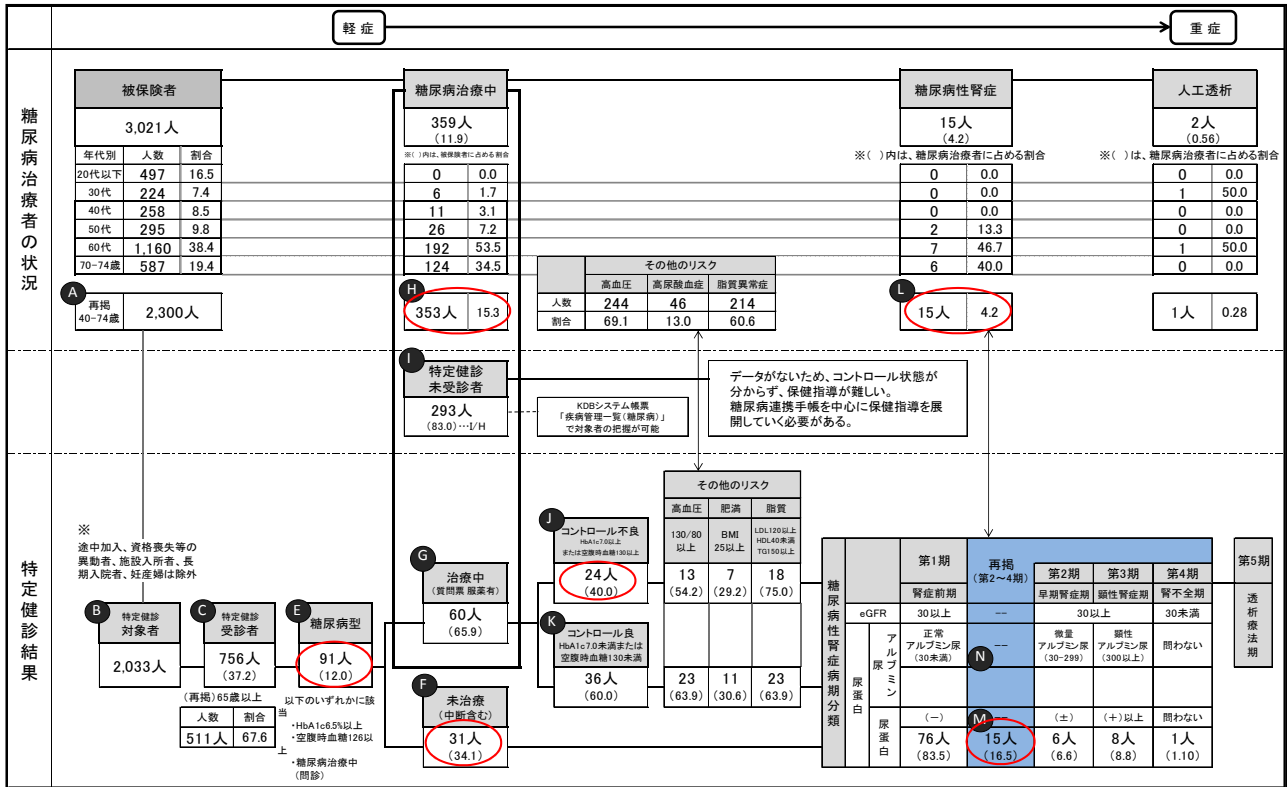
糖尿病性腎症重症化予防の観点から糖尿病の実態を見てみると、40 歳以上の糖尿病患者は 15.3%で、そのうち 4.2%に糖尿病性腎症の診断がある。特定健診結果で糖尿病（型）は受診者の 12.0%でそのうち未治療（HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上）が約 1/3 を占めている。治療者の 40%は HbA1c 7.0 以上であり、糖尿病学会の示した合併症予防のための目標値を達成できていない。また、特定健診で糖尿病（型）のうち、既に尿蛋白や eGFR に所見がある者が 16.5%存在し、今後、人工透析導入のハイリスク者として、受診勧奨や医療機関と連携し、保健指導を徹底するなど、重症化予防に向けた取り組みが重要である。（図表 17）

図表 16 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 による年間新規透析導入患者数の減少			重症化予防対象者 (実人数)
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器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)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
	クモ膜下出血 (7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症				
	心原性 脳塞栓症 (27%)	ラクナ 梗塞 (31.9%)	アテローム 血栓性脳梗塞 (33.9%)							
	※脳卒中バンク2009より 非心原性脳梗塞									
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		
受診者数 740	72	9	40	31	125	48	11	19	257	
対象者数	9.7%	1.2%	5.4%	4.2%	16.9%	6.5%	1.5%	2.6%	34.7%	
治療なし	44	1	39	22	35	27	2	5	114	
	8.7%	0.2%	6.7%	3.8%	8.2%	4.0%	0.5%	1.2%	26.8%	
(再掲) 特定保健指導	17	1	11	10	35	10	2	2	54	
	23.6%	11.1%	27.5%	32.3%	28.0%	20.8%	18.2%	10.5%	21.0%	
治療中	28	8	1	9	90	21	9	14	143	
	12.0%	2.5%	0.6%	5.7%	28.7%	35.0%	2.9%	4.5%	45.5%	
臓器障害 あり	29	1	20	15	24	16	2	5	67	
	65.9%	100.0%	51.3%	68.2%	68.8%	58.3%	100.0%	100.0%	58.8%	
臓器障害 なし	15	--	19	7	11	11	--	--	--	
	34.1%	--	48.7%	31.8%	31.4%	40.7%	--	--	--	

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

図表 17 レセプト及び健診結果からみた糖尿病の実態



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)

【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. 特定保健指導

・特定保健指導実施率の向上 65% →平成 28 年度：44.1% **未達成**

平成 25 年度と平成 28 年度では、特定保健指導該当者数が同数にも関わらず、保健指導実施率が 21.6%減少となった。この間に対象者の年齢構成も変わり、40 歳～59 歳の世代の受診者が伸びる中、平日昼間に来庁を促し行う保健指導体制では、対象者の保健指導利用可能状況にそぐわない状況がある。今後の取り組みとして、電話にて実施日時と来庁又は訪問の希望を確認し、実施体制の柔軟性を高める必要がある。

2. 糖尿病対策

・保健指導実施率の向上 90% 平成 25 年度：48%→平成 28 年度：20% **未達成**

・医療機関受診率の向上 60% 平成 25 年度：60%→平成 28 年度：83% **達成**

1 の課題と同様に、保健指導未実施の背景には、対象者が利用しやすい保健指導体制ではなかった点が挙げられる。1 の対応同様に実施体制の柔軟性を高める必要がある。

医療機関受診率向上には十分作用した。今後は、医療機関受診者の経過を把握するためにも、特定健診の経年受診を勧める必要がある。



【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】続

3. 慢性腎臓病予防

- ・腎臓専門医受診対象者の向上

(保健指導実施率の向上) 平成 28 年度 : 38% 評価継続

- ・健診データの維持、改善 平成 28 年度 : 83% 達成

田川地区 CKD 予防対策の医療連携システムにより、腎専門医への紹介が円滑に行えるようになった。しかし、腎専門医医療機関が町外であるため、継続受診に至らなかったケースがあった。

本事業における医療受診者の次年度特定健診受診率は 89%と高い継続受診状況であった。データの維持・改善がおよそ半数の対象者に確認できた。今後も取り組みを継続していく。

4. 脂質異常症対策

- ・保健指導実施率の向上 90% 平成 28 年度 : 33% 未達成

- ・医療機関受診率の向上 40% 平成 28 年度 : 20% 未達成

本事業における保健指導実施率は約 3 割、医療機関受診率についても 2 割にとどまっている。2-糖尿病対策事業にならい同じ取り組みを進める必要がある。

5. 発症予防

- ・特定健診受診率 42.3% →平成 28 年度 : 37.1% 未達成

- ・教室への参加率 90% →平成 28 年度 : 86% 未達成

健診受診者・未受診者の治療状況 (図表 9) のうち、64 歳以下では健診・治療なしが 45%と約半数を占めており、この中に生活習慣病予備群・既発症者も含まれている。よって、ターゲットを絞った健診受診勧奨を行い、受診後は保健指導を徹底することで生活習慣の改善と発症予防及び重症化予防に寄与したのではないかと分析される。

健康教育として、温水プール事業を継続する形でノルディックウォーキング教室を実施してきた。運動意識の向上・運動習慣の固定化を目指し、事業展開してきたが一定程度の目標達成と、教室新規参加者の減少となってきたため、この事業内容についての継続は行わず、健診データ及びレセプトデータから重症化予防として対象者を抽出し、個別作用を行う保健事業へと内容変更を行う。

3) 中長期目標の達成状況と課題

(1) 医療 (全体) の状況

本町の平成 28 年度医療費総額は 10 億 2,020 億円で、平成 24 年度と比べると約 1,800 億円増加している。

図表 18 総医療費 (入院・外来) の変化

	総医療費 (円)					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
24年度	1,001,885,640	--	482,801,060	--	519,084,580	--
25年度	1,045,618,280	43,732,640	481,944,770	▲856,290	563,673,510	44,588,930
26年度	1,016,058,800	▲29,559,480	426,151,240	▲55,793,530	589,907,560	26,234,050
27年度	1,107,702,720	91,643,920	505,675,670	79,524,430	602,027,050	12,119,490
28年度	1,020,206,940	▲87,495,780	491,586,300	▲14,089,370	528,620,640	▲73,406,410

出典 : KDB システム帳票 地域の全体像の把握

本町の一人当たり医療費（月額）は 28,926 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は 48.2%、入院件数の割合も 3.5%と他と比較して極めて高い状況にある。1 件あたりの在院日数はほぼ同じ水準であり、受診率が高いため入院対象者が多いことが読み取れる。医療費適正化に向けて、症状の軽いうちに外来受診し、重症化を予防することで入院に係る費用額を減らすことが重要である。（図表 19・20）

図表 19 医療の詳細

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(%)			
医療費の状況	一人当たり医療費(円)	25,655	県内32位 同規模54位	26,295	県内31位 同規模51位	29,736	県内12位 同規模33位	28,926	県内16位 同規模42位			
	受診率	701.892		730.597		749.617		740.232				
	外来	費用の割合	53.9		58.1		54.3		51.8			
		件数の割合	96.3		96.8		96.4		96.5			
	入院	費用の割合	46.1		41.9		45.7		48.2			
		件数の割合	3.7		3.2		3.6		3.5			
1件あたり在院日数		17.4日		17.5日		18.5日		16.9日				
医療費分析 生活習慣病に 占める割合	がん	119,663,960	20.5	124,493,850	21.0	104,567,280	17.4	131,114,440	22.8			
	慢性腎不全(透析あり)	30,261,840	5.2	40,902,590	6.9	47,768,480	7.9	37,951,380	6.6			
	糖尿病	45,671,910	7.8	52,118,590	8.8	55,053,320	9.1	54,002,250	9.4			
	高血圧症	68,849,510	11.8	61,774,720	10.4	58,292,440	9.7	49,467,730	8.6			
	精神	150,285,880	25.8	152,513,720	25.7	146,859,690	24.4	125,445,760	21.8			
	筋・骨格	76,682,100	13.2	74,282,750	12.5	84,920,210	14.1	75,327,640	13.1			
最大医療資源 傷病名(調剤含 む) (円)	がん	119,663,960	20.5	124,493,850	21.0	104,567,280	17.4	131,114,440	22.8			
	慢性腎不全(透析あり)	30,261,840	5.2	40,902,590	6.9	47,768,480	7.9	37,951,380	6.6			
	糖尿病	45,671,910	7.8	52,118,590	8.8	55,053,320	9.1	54,002,250	9.4			
	高血圧症	68,849,510	11.8	61,774,720	10.4	58,292,440	9.7	49,467,730	8.6			
	精神	150,285,880	25.8	152,513,720	25.7	146,859,690	24.4	125,445,760	21.8			
	筋・骨格	76,682,100	13.2	74,282,750	12.5	84,920,210	14.1	75,327,640	13.1			
	糖尿病	492,093	57位 (18)	515,117	55位 (19)	560,899	37位 (19)	572,221	32位 (17)			
	高血圧	498,408	59位 (18)	554,793	49位 (19)	553,315	48位 (18)	564,699	48位 (17)			
費用額(円) (1件あたり)	入院	脂質異常症	449,947	62位 (17)	531,526	36位 (16)	531,059	40位 (18)	593,905	11位 (18)		
		脳血管疾患	496,982	62位 (23)	469,970	63位 (23)	604,801	44位 (22)	567,332	56位 (19)		
		心疾患	490,996	58位 (16)	541,068	55位 (17)	614,024	41位 (19)	545,089	58位 (15)		
		腎不全	621,091	50位 (18)	675,350	32位 (21)	557,382	56位 (20)	708,313	27位 (15)		
		精神	413,045	52位 (26)	452,360	36位 (27)	442,318	46位 (27)	512,645	3位 (26)		
		悪性新生物	588,446	54位 (14)	664,268	14位 (14)	604,281	54位 (16)	618,391	56位 (15)		
		入院の( )内 は在院日数	外来	糖尿病	32,384	33位	35,998	7位	35,330	16位	33,533	20位
				高血圧	27,481	41位	29,137	16位	29,362	24位	26,455	44位
脂質異常症	25,485			35位	26,507	24位	27,008	24位	24,403	40位		
脳血管疾患	32,826			31位	33,983	20位	34,024	24位	31,468	31位		
心疾患	33,591			46位	38,407	19位	40,537	17位	35,508	29位		
腎不全	166,762			24位	199,592	7位	210,032	4位	161,927	17位		
精神	32,221			7位	35,762	1位	36,668	1位	33,712	4位		
悪性新生物	45,273			40位	53,906	7位	46,904	47位	44,733	49位		
健診有無別 一人当たり 費用額(円)	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,202		2,213		1,964		2,202			
		健診未受診者	12,709		12,335		13,768		14,596			
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,943		5,842		5,139		5,756			
		健診未受診者	34,297		32,569		36,029		38,157			
健診・レセ 突合	受診勧奨者	503	60.2	501	60.4	458	62.3	499	67.4			
	医療機関受診率(%)	443	53.1	444	53.5	417	56.7	445	60.1			
	医療機関非受診率(%)	60	7.2	57	6.9	41	5.6	54	7.3			

出典：KDB システム帳票  
地域の全体像の把握  
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題  
※同規模保険者数 25年度：144、28年度：152

図表 20 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		28,926 県内16位 同規模42位	26,568	25,927	24,245
受診率		740.232	705.038	708.879	686.286 (1,000人あたり)
外来	費用の割合	51.8	57.2	54.9	60.1
	件数の割合	96.5	96.8	96.9	97.4
入院	費用の割合	48.2	42.8	45.1	39.9
	件数の割合	3.5	3.2	3.1	2.6
1件あたり在院日数		16.9日	16.7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

一人当たり医療費の変化は、各年度同規模・県・国と比べても非常に高く、特に入院分については、その傾向が顕著で平成 28 年度においては 2,000 円程高くなっており重症化予防が機能していない状況にある。(図表 21)

図表 21 一人あたり医療費の変化

		一人あたり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
24年度	保険者	24,632	11,870	12,762			
	同規模	23,423	10,241	13,182			
	県	23,706	10,972	12,734			
	国	21,557	8,834	12,723			
25年度	保険者	25,655	11,825	13,830	4.15	▲0.38	8.37
	同規模	24,431	10,522	13,909	4.30	2.74	5.52
	県	24,609	11,269	13,340	3.81	2.70	4.76
	国	22,779	9,229	13,550	5.67	4.47	6.50
26年度	保険者	26,295	11,029	15,266	2.49	▲6.73	10.39
	同規模	24,856	10,621	14,235	1.74	0.94	2.34
	県	24,981	11,344	13,637	1.51	0.67	2.23
	国	23,292	9,383	13,909	2.25	1.68	2.64
27年度	保険者	29,736	13,575	16,161	13.09	23.09	5.86
	同規模	26,607	11,218	15,389	7.04	5.63	8.10
	県	26,154	11,583	14,571	4.70	2.11	6.85
	国	24,452	9,579	14,873	4.98	2.09	6.93
28年度	保険者	28,926	13,938	14,988	▲2.72	2.68	▲7.26
	同規模	26,567	11,365	15,202	▲0.15	1.31	▲1.22
	県	25,927	11,703	14,224	▲0.87	1.03	▲2.38
	国	24,253	9,671	14,582	▲0.81	0.96	▲1.96

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※一人あたり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者総数で除して算出

(2) 最大医療資源傷病名による分析（中長期的疾患及び短期的疾患）

データヘルス計画における対象疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）・糖尿病・高血圧・脂質異常症）の医療費が総額に占める本町の割合は 23.71%で、国とほぼ同水準であり、福岡県と比較すると高い傾向にある。また疾患別に見ると、全国と比較して慢性腎不全（透析なし）、慢性腎不全（透析あり）が共に少ないのは、65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ資格異動させていることが背景にあると考えられる。（図表 11）本町の国民健康保険及び後期高齢者医療の年代別透析患者数を見ると、65 歳以上透析患者の医療保険は全ての方が後期高齢者医療であり、25 年度と比較して被保険者 10 万人あたりの対象者は増加している。（図表 22）

図表 22 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合

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)											
香春町	25年度	25,655	54位	32位	2.89%	0.42%	2.53%	1.88%	4.37%	6.58%	3.64%	233,390,650	22.32%	11.44%	14.37%	7.33%
	28年度	28,926	42位	16位	3.72%	0.07%	4.29%	2.22%	5.29%	4.85%	3.27%	241,918,210	23.71%	12.85%	12.30%	7.38%
国 県	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%
		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) 中長期的な疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析））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、脳血管疾患患者数の割合は 1 ポイント増えているものの、虚血性心疾患・人工透析の患者の割合は横ばいで推移している。

また、その医療費については、該当年度によってバラつきがみられるため傾向としてまとめることは困難であるが、脳血管疾患と虚血性心疾患の新規患者の状況を見ると、診断された同月に入院されているケースが新規患者数の 1～2 割を占めており、更にその方の健診受診歴を確認すると 7 割前後が過去 3 年間に於いて全く健診を受診されていなかった。生活習慣病は自覚症状がないため、放置され、入院を要する状態に至ったことが推測される。

人工透析においては透析患者に占める糖尿病は年々減っているものの、新規患者のほとんどは基礎疾患として糖尿病を持っており、新規導入患者の 9 割が過去 3 年間健診受診歴がなかったことから、重症化を予防するために健診未受診者への受診勧奨を充実させていく必要がある。（図表 23・24・25）

図表 23 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管疾患患者数 (様式3-5)			高額レセプト (80万円以上)		入院医療費 (脳出血・脳梗塞)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度含め3年間)	
		A	B	B/A	人数	割合	医療費	伸び率	C	C/B	D	D/B	E	E/D
		25年度	3,356人	126人	3.8%	7人	7.9%	2021万円	▲4.44%	80人	63.5%	22人	17.5%	16人
26年度	3,151人	124人	3.9%	2人	2.5%	954万円	▲52.80%	85人	68.5%	22人	17.7%	13人	59.1%	
27年度	3,021人	138人	4.6%	5人	5.1%	1934万円	102.73%	63人	45.7%	25人	18.1%	16人	64.0%	
28年度	2,857人	136人	4.8%	6人	6.7%	3883万円	100.78%	62人	45.6%	21人	15.4%	14人	66.7%	

図表 24 虚血性心疾患

	被保険者数	虚血性心疾患患者数 (様式3-5)			高額レセプト (80万円以上)		入院医療費 (狭心症・心筋梗塞)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度含め3年間)	
		A	B	B/A	人数	割合	医療費	伸び率	C	C/B	D	D/B	E	E/D
		25年度	3,356人	159人	4.7%	8人	9.0%	1191万円	▲43.69%	76人	47.8%	25人	15.7%	17人
26年度	3,151人	152人	4.8%	11人	13.6%	2022万円	69.77%	77人	50.7%	21人	13.8%	15人	71.4%	
27年度	3,021人	149人	4.9%	10人	10.1%	3075万円	52.08%	62人	41.6%	20人	13.4%	13人	65.0%	
28年度	2,857人	136人	4.8%	6人	6.7%	1416万円	▲53.95%	56人	41.2%	17人	12.5%	13人	76.5%	

図表 25 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		糖尿病あり		透析医療費		新規患者数		糖尿病あり		健診未受診 (当該年度含め3年間)	
		A	B	B/A	C	C/B	医療費	伸び率	D	D/B	E	E/D	F
	25年度	3,356人	4人	0.1%	2人	50.0%	3408万円	94.63%	4人	100.0%	3人	75.0%	2人
26年度	3,151人	6人	0.2%	2人	33.3%	4661万円	36.77%	1人	16.7%	1人	100.0%	1人	100.0%
27年度	3,021人	8人	0.3%	4人	50.0%	4867万円	4.42%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%
28年度	2,857人	6人	0.2%	2人	33.3%	3795万円	▲22.03%	1人	16.7%	1人	100.0%	1人	100.0%

出典：KDBシステム帳票  
 厚生労働省様式 3-5～3-7（毎年度 5月診療分（KDB7月作成分））  
 厚生労働省様式 1-1（年度累計）  
 保健事業等評価・分析システム 新規患者数

(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

高額になる疾患のうち、悪性新生物の占める割合が高い。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を健康づくり部局と協力して行う。食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで予防できるがんについては、生活習慣病対策と一体的に予防を進める。

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数と費用額ともに約 18%を占めている。また脳血管疾患による高額レセプトは 18 件に対して患者数は 6 人であり、複数月高額レセプトになっていることがわかる。脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。（図表 26）

図表 26 厚生労働省様式 1-1\_高額になる疾患（80万円以上になるレセプト）（平成 28 年度）

	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
人数	90人	6人		6人		32人		52人		
		6.7%		6.7%		35.6%		57.8%		
件数	152件	18件		10件		46件		78件		
		11.8%		6.6%		30.3%		51.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	15	19.2%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.5%	0	0.0%
		50代	2	11.1%	1	10.0%	8	17.4%	16	20.5%
		60代	11	61.1%	6	60.0%	14	30.4%	26	33.3%
70-74歳	5	27.8%	3	30.0%	23	50.0%	21	26.9%		
費用額	2億0320万円	2144万円		1171万円		6407万円		1億0598万円		
		10.5%		5.8%		31.5%		52.2%		

\* 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システム帳票 2次加工帳票 特徴の把握（平成 28 年度）

イ 長期（6か月以上の）入院

長期入院の対象者数の 69%、件数の 57.1%、費用額の 50%を統合失調症等の精神疾患が占める。また

脳血管疾患や虚血性心疾患の併発も約 1 割程度あるため、統合失調症等の精神疾患患者の重症化予防や長期入院を防ぐことに加え、精神障害者の地域移行等福祉施策での対応を引き続き行う。(図表 27)

図表 27 厚生労働省様式 2-1 長期入院 (6 か月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	29人	20人	3人	2人
		69.0%	10.3%	6.9%
件数	259件	148件	26件	23件
		57.1%	10.0%	8.9%
費用額	1億2290万円	6142万円	1017万円	786万円
		50.0%	8.3%	6.4%

\* 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 システム帳票 2 次加工帳票 特徴の把握 (平成 28 年度)

### ウ 人工透析の状況

本町国保被保険者の人工透析患者は 4~8 人程度を推移しており、人工透析患者の約半数に虚血性心疾患を合併している。また 33.3%に糖尿病の診断があり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

まずは健診の受診勧奨、健診有所見者への適切な受診勧奨及び保健指導を徹底し、人工透析にいたるような重症化を予防することが重要となる。(図表 28)

図表 28 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	6人	2人	0人	3人
		33.3%	0.0%	50.0%	
H28年度 累計	件数	81件	29件	0件	36件
		35.8%	0.0%	44.4%	
	費用額	3795万円	1300万円		1570万円
			34.3%	--	41.4%

\* 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 システム帳票 2 次加工帳票 特徴の把握 (平成 28 年度)

## エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は1,194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11.4%、11.4%、1.3%を占める。

中長期疾患目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに、高血圧が8割以上、糖尿病が4割以上、脂質異常症は7割以上の基礎疾患を併せ持っている。(図表29)

図表29 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	高尿酸血症
1,194人		136人	136人	15人	692人	359人	531人	110人
		11.4%	11.4%	1.3%	58.0%	30.1%	44.5%	9.2%
の 基 礎 な 疾 患	高血圧	110人	115人	12人				
		80.9%	84.6%	80.0%				
	糖尿病	62人	62人	15人				
		45.6%	45.6%	100.0%				
	脂質異常症	84人	97人	11人				
		61.8%	71.3%	73.3%				

出典：KDBシステム帳票2次加工帳票 特徴の把握（平成28年度）

## (5) 介護の状況

### ア 介護給付費の状況

本町の介護給付費は約14.5億円で、平成25年度と比較すると1件当たり給付費は居宅サービス、施設サービスともにほぼ横ばいで推移し、同規模平均と比較すると低い傾向にある。しかし、1号認定率は同規模保険者に比べ7ポイントも高い状況である。(図表30・31)

図表30 介護給付費の変化

	香春町				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり給付費	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費	居宅サービス	施設サービス
25年度	14億5,350万円	55,422	41,859	269,740	70,235	42,529	283,116
28年度	14億5,482万円	54,670	40,311	267,495	68,805	42,403	278,100



図表 31 要介護別介護給付費の変化（同規模比較）

	25年度		28年度	
	香春町	同規模	香春町	同規模
1号認定率	26.7%	19.4%	27.1%	20.2%
1件当給付額(円)	55,422	70,235	54,670	68,805
要支援1	13,363	12,097	12,672	10,678
要支援2	20,153	19,566	19,278	16,299
要介護1	61,144	42,913	54,744	41,951
要介護2	57,992	55,618	59,957	54,121
要介護3	101,045	90,177	94,225	90,510
要介護4	103,701	121,210	111,043	124,214
要介護5	130,329	147,149	126,580	147,066

イ 介護認定者の推移及び有病状況

本町の要介護認定者は第1号（65歳以上）被保険者で3,708人（認定率26.9%）、第2号（40～64歳）被保険者で24人（認定率0.6%）である。（図表32）

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点で見ると、脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）、虚血性心疾患、腎不全の循環器疾患が上位を占めており、特に脳血管疾患は第2号被保険者で63.6%、第1号被保険者でも約50%の有病状況となっている。基礎疾患である糖尿病等血管疾患の有病状況は国保被保険者で60%以上と高い割合となっている。（図表33）

本町の40～50歳代の特定健診受診率は、それ以上の年代と比較しても低く、特に男性はその傾向が顕著である。また要介護認定を受けている人の医療費は、受けていない人より3,600円も高いため、健診を受診せず自覚症状のないまま重症化して要介護状態となり、かつ医療費を要する実態が考えられる。このことから基礎疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の発症予防及び重症化予防に努め、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全に至ることを抑えていくことが重要であるため、若い世代からの発症予防、健診未受診者への受診勧奨の両面を充実させていく必要がある。（図表34）

図表 32 要介護認定状況

受給者区分		2号		1号				合計			
		40～64歳		65～74歳		75歳以上				計	
要 介 護 認 定 状 況	被保険者数	3,986人		1,740人		1,968人		3,708人	7,694人		
	認定者数	24人		108人		896人		1,004人	1,028人		
		認定率	0.6%		6.2%		45.5%		27.1%	13.4%	
	新規認定者数(*1)		4人		25人		68人		93人	97人	
	介 護 度 別 人 数	要支援1・2	3	12.5%	50	46.3%	348	38.8%	398	39.6%	401
要介護1・2		9	37.5%	30	27.8%	280	31.3%	310	30.9%	319	31.0%
要介護3～5		12	50.0%	28	25.9%	268	29.9%	296	29.5%	308	30.0%

出典：KDBシステム帳票 要介護（支援）者認定状況

図表 33 要介護者の有病状況

受給者区分		2号				1号				合計		
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計		
要介護認定・ レセプト突合状況	介護件数(全体)	24		108		896		1,004		1,028		
		再)国保・後期		11		50		737		787		798
	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	7 63.6%	脳卒中	25 50.0%	脳卒中	338 45.9%	脳卒中	363 46.1%	脳卒中	370 46.4%
		2	虚血性心疾患	3 27.3%	虚血性心疾患	15 30.0%	虚血性心疾患	302 41.0%	虚血性心疾患	317 40.3%	虚血性心疾患	320 40.1%
		3	腎不全	3 27.3%	腎不全	10 20.0%	腎不全	98 13.3%	腎不全	108 13.7%	腎不全	111 13.9%
	基礎疾患(*2)		糖尿病	7 63.6%	糖尿病	32 64.0%	糖尿病	352 47.8%	糖尿病	384 48.8%	糖尿病	391 49.0%
			高血圧	8 72.7%	高血圧	41 82.0%	高血圧	614 83.3%	高血圧	655 83.2%	高血圧	663 83.1%
			脂質異常症	8 72.7%	脂質異常症	33 66.0%	脂質異常症	372 50.5%	脂質異常症	405 51.1%	脂質異常症	413 51.8%
血管疾患合計		合計	11 100.0%	合計	49 98.0%	合計	679 92.2%	合計	728 92.5%	合計	739 92.6%	
認知症		認知症	2 18.2%	認知症	10 20.0%	認知症	324 44.0%	認知症	334 42.4%	認知症	336 42.1%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	10 90.9%	筋骨格系	42 84.0%	筋骨格系	678 92.0%	筋骨格系	720 91.5%	筋骨格系	730 91.5%	

出典：KDBシステム帳票 要介護（支援）者突合状況

※ 1）新規認定者については、「開始年月日」を参照し、年度累計を計上。

※ 2）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 34 介護を受けている人と介護を受けていない人の医療費の比較

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	
要介護認定者医療費 (40歳以上)						7,731	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,146						

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

【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】

1. 特定保健指導

臓器障害予防（脳・心・腎） → 未達成

2. 糖尿病対策

糖尿病による合併症の予防 → 未達成

3. 慢性腎臓病予防

慢性腎臓病の予防 → 達成

4. 脂質異常症対策

脂質異常による合併症の予防 → 未達成

5. 発症予防

特定健診受診率の向上 → 未達成

健康意識の向上生活習慣病の予防 → 事業内容の見直し

### 3. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施されている。（平成 30 年度から本格実施）

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

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

本町の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 692 位と中位に位置した。全体的に国保固有指標の実績では県平均より大きく評価点を獲得しているが、共通指標の実績では、県平均を下回っている。特に、特定健診及びがん検診受診率、歯周疾患検診の実施、また個人インセンティブ提供、重複服薬者に対する取組で評価点を獲得できていない結果であった。（図表 35）

図表 35 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

評価指標	前倒し実施分				29年度 配点	30年度 配点	
	28年度 配点	実績					
		全国	福岡県	香春町			
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	141	510	790	
交付額	--	--	--	140万円			
被保険者一人当たり交付額	--	--	--	477.5円			
全国順位(1,714市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位	--	--	13位	692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	15	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	5	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	0	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	40	70	100
国保②	データヘルス計画策定状況	10	7.16	9.17	10	30	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	17.01	19.95	20	45	70
	個人インセンティブ提供	20	6.00	5.67	0	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	7	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	4	30	40
国保①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	10.52	6.33	15	70	100
国保③	医療費通知の取組の実施状況	10	8.68	10.00	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	5	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
体制構築加算		70			70	60	

## 第3章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

### 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、本町国民健康保険の健康課題が明らかとなった。

- 高額や長期に医療を要する疾患の原因は、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎疾患、及び精神疾患であり、中長期目標である三疾患に共通するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症について重症化予防事業を展開し、医療費抑制につなげることができるのではないかと。
- 医療と介護の両方を必要とする疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患であり、上記同様予防が可能ではないかと。

#### <健康課題>

##### 【健診】

- (1) 特定健診の受診者は約4割弱であり、生活習慣病予防、重症化予防を更に推進していくためには、その対象者を把握していくことが重要であり、そのために今後更に特定健診の受診率を向上させる必要がある。
- (2) 特に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66%を占めているが、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る。

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34%を占め、これらの者は全く実態がつかめず突然倒れてしまう可能性があるため、健診の受診を勧める必要がある。

- (3) 特定健診の結果からは、男性のメタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに高く、特定保健指導の実施率向上が必要である。

また、高血圧及び糖尿病の有所見率が高く、放置すると脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症し、高額、長期にわたって医療がかかるだけでなく、介護も要することにつながるため、高血圧、糖尿病を優先的に解決する必要がある。

- (4) 健診結果で糖尿病（型）と判断される者の約40%に既に腎機能の所見があり、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

##### 【医療】

- (5) 同規模と比べ、医療費全体に占める入院（件数・費用額）の割合が高く、1件当たりの在院日数は同規模保険者、県と同じため、入院対象者が多い状況がうかがえる。その結果一人当たり医療費も高くなっている。軽症のうちに外来治療につなぎ、治療継続の動機づけを行うとともに、生活習慣を改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要である。

- (6) 人工透析患者に占める糖尿病の割合は30%を超えており、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となる。

##### 【介護】

- (7) 本町の要介護認定率は約27%で推移しており、要介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の糖尿病等の血管疾患の有病状況が6割以上と非常に高くなっている。このことから、脳血管疾患の危険因子は高血圧、糖尿病等の基礎疾患であり、このことから高血圧・糖尿病を

中心とした重症化予防の対策が重要となる。

## 2. 成果目標の設定

明らかとなった健康課題の解決のための目標を中長期・短期にわけ、設定する。

### <中長期目標の設定>

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

### <短期目標の設定>

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標の柱とする。特に、糖尿病は本町の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組む。また、全ての保健事業の入り口ともいえる特定健診受診率の向上を短期目標の1つ目に据え、保健部局と健康づくり部局一体となって取り組む。

図表 36 成果目標

中長期的な目標	No.	短期的な目標					
		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・糖尿病性腎症の入院医療費割合の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規患者数の減少	①	特定健診受診率の向上					
		42.3%	46.0%	49.5%	53.0%	56.5%	60.0%
	②	特定保健指導実施率の向上					
		50%	52%	54%	56%	58%	60%
	③	血糖コントロール不良者(HbA1c7.0以上)の保健指導実施率の向上					
		80%	85%	90%	90%	90%	90%
		血糖コントロール不良者(HbA1c7.0以上)の医療機関連携率の向上					
		80%	80%	80%	80%	80%	80%
	④	高血圧者(Ⅲ度以上)の保健指導実施率の向上					
		80%	85%	90%	90%	90%	90%
		高血圧者(Ⅲ度以上)の健診データ改善率の向上					
	⑤	脂質異常者(LDLコレステロール180以上)の保健指導実施率の向上					
		80%	85%	90%	90%	90%	90%
		脂質異常者(LDLコレステロール180以上)の健診データ改善率の向上					
		30%	35%	40%	45%	50%	50%
	⑥	CKD対象者の保健指導実施率の向上					
		80%	85%	90%	90%	90%	90%
		CKD対象者の医療機関連携率の向上					
80%		80%	80%	80%	80%	80%	

## 第4章 保健事業の内容

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

### 1. 特定健診未受診者対策事業

KDB等のデータ分析により、健診未受診者のうち既に医療機関で生活習慣病の治療を受けているものとそうでないものが明らかになるため、個別受診勧奨のアプローチ方法を区別して、対象者に応じた効果的な特定健診受診勧奨を行う。

短期目標	①特定健診受診率の向上
対象者	特定健診未受診者
実施方法及び 実施時期	【勧奨資材の送付】 4月下旬：住民健診一斉電話受付後、特定健診未申込者へ勧奨資材（健診受診意向回答用返信はがき添付）の送付 11月中旬：集団健診スケジュール後、個別健診に特化した勧奨資材を送付 【専門職による電話での受診勧奨及び医療情報提供のお願い】 通常受診勧奨事業：5月～11月 医療情報収集事業：12月～翌年3月
評価方法	特定健診受診率

### 2. 特定保健指導実施率向上事業

特定保健指導対象者が保健指導を受けやすい日時・時間及び場所等、受診機会を選択できる環境設定し、全ての対象者に保健指導が実施できるよう取り組む。

短期目標	②特定保健指導実施率の向上
対象者	特定保健指導未実施者

実施方法及び 実施時期	<p>【電話及び訪問による個別的アプローチ】</p> <p>(1)健診実施機関より健診結果を受け取り後、保険者側から対象者へ電話連絡を行い、保健指導日時を決定する。</p> <p>(2)(1)で連絡が取れない場合、訪問を行い、可能であればその機会に保健指導を行う。</p> <p>【初回面接の活用】</p> <p>特定健診（集団健診）実施時において、腹囲、BMI、及び血圧値で保健指導を行う必要がある者に対しては、その時点で初回面接第1回保健指導を実施する。</p>
評価方法	特定保健指導実施率

### 3. リスク三疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常）重症化予防事業

特定健診結果から重症化するリスクの高い者を抽出し、保健指導を行った後、医療機関に適切に受診できるよう医療機関と連携し重症化予防に取り組む。

短期目標	<p>③④⑤-1 リスク三疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常）保健指導実施率の向上</p> <p>③-2 リスク疾患（糖尿病）医療機関連携率</p> <p>④⑤-2 リスク疾患（高血圧・脂質異常）健診データ改善率</p>
対象者	<p>【糖尿病】</p> <p>(1)空腹時血糖値 126 mg/dl</p> <p>(2)HbA1c6.5%以上（NGSP）</p> <p>【高血圧】</p> <p>(1)Ⅲ度高血圧症以上</p> <p>【脂質異常】</p> <p>(1)LDL コレステロール 180mg/dl 以上</p>
実施方法	<p>【糖尿病】</p> <p>(1)特定健診後に、糖尿病数値異常者へ個別保健指導を実施し、医療機関受診を促す。連携については、田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムを活用し、医療機関への「連絡票」を作成し、田川管内の一次医療機関へ連携を行う。</p> <p>(2)医療機関受診後に、医療機関は連絡票に検査結果やその後のフォロー内容等を記載し、本町に返信する。</p> <p>(3)初回保健指導を行った保健師は、医療機関からの情報をもとに再度保健指導を行う。また、必要に応じ「保健指導連絡票」を用い、連携医療機関医師と情報共有を行う。</p> <p>【高血圧・脂質異常】</p> <p>(1)特定健診後に、保健指導対象者に個別保健指導を実施し、医療機関受診・生活習慣の改善を促す。</p> <p>(2)保健指導から2か月後を目安に、レセプト確認を行い、医療受診が無い者には電話で受診勧奨もしくは状況確認を行う。</p> <p>(3)保健指導から6か月後を目安に、全員に電話で状況確認と評価を行い、次年度の受診勧奨を行う。</p>
実施時期	通年



評価方法	(1)各疾病対象者に対する保健指導実施率 (2)連携医療機関受診率（連携率） (3)次年度特定健診データ改善率
------	---

#### 4. 糖尿病性腎症重症化予防事業

主に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保健指導及び受療勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す。

短期目標	⑥- 1 医療機関受診率の向上 ⑥- 2 検査データの改善
対象者	糖尿病治療中断者等
実施方法	戸別訪問、個別面談、電話、手紙等 ※医療機関未受診者・医療機関受診中断者を優先し、糖尿病で通院中の者については、主治医と連携の上、実施する。
実施時期	通年
評価方法	(1)受診勧奨対象者への介入率 (2)医療機関受診率 (3)各種検査値の変化（改善）

#### 5. 慢性腎臓病重症化予防事業（CKD）

特定健診結果から重症化するリスクの高い者を抽出し、医療機関に適切に受診できるよう医療機関と連携し重症化予防に取り組む。

短期目標	⑥- 1 CKD 対象者の保健指導実施率の向上 ⑥- 2 CKD 対象者の医療機関連携率の向上
対象者	(1)尿蛋白 2 + 以上 (2)尿蛋白・尿潜血共に 1 ± 以上 (3)40 歳未満で GFR60 未満 40 歳から 70 歳未満で GFR50 未満 70 歳以上で GFR40 未満
実施方法	(1)特定健診後に、CKD 数値異常者へ個別保健指導を実施し、医療機関受診を促す。 連携については、田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムを活用し、医療機関への「連絡票」を作成し、田川管内の一次医療機関へ連携を行う。 (2)医療機関受診後に、医療機関は連絡票に検査結果やその後のフォロー内容等を記載し、本町に返信する。 (3)初回保健指導を行った保健師は、医療機関からの情報をもとに再度保健指導を行う。 また、必要に応じ「保健指導連絡票」を用い、連携医療機関医師と情報共有を行う。
実施時期	通年

評価方法	(1)各疾病対象者に対する保健指導実施率 (2)連携医療機関受診率（連携率） (3)次年度特定健診データ改善率
------	---

## 6. 特定保健指導サポートプログラム（教室型・スポーツジム活用型）

特定保健指導対象者及び被保険者のうち特に必要と認められた者に対し、運動習慣の確立・食生活の改善に取り組みことで生活習慣病予防及び重症化予防を図る。

短期目標	③④⑤⑥ 健診データ改善率
対象者	(1)特定保健指導該当者 (2)事業2、3、4、5の対象者
実施方法及び 実施時期	【教室型】 9月～翌年3月の期間中、香春町保健師が指定する概ね3カ月間 保健指導を行う期間と並行する12週間、委託専門業者が開催する運動教室において対象者の受け入れを行い、運動習慣の固定化と食生活の改善に取り組む。 【スポーツジム活用型】 8月～翌年3月の期間中、香春町保健師が指定する概ね3カ月間 保健指導を行う期間と並行する12週間、委託契約をおこなったスポーツジムにおいて対象者の受け入れを行い、運動習慣の固定化と食生活の改善に取り組む。
評価方法	(1)次年度特定健診データ改善率 (2)レセプト抽出該当者の対象数値非該当率

※本実施計画期間中においても各年度評価を行い、評価内容によっては必要に応じ事業の内容変更を行う。

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

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

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は本市国民健康保険加入者にとっても市民全体にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。なお、保健事業の展開については各年度評価を行い必要に応じ事業内容の見直しを行う。

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

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

#### ※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li></ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・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)</li></ul>

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等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、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、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健康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、国民生活の意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆健康を堅持し、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もの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。

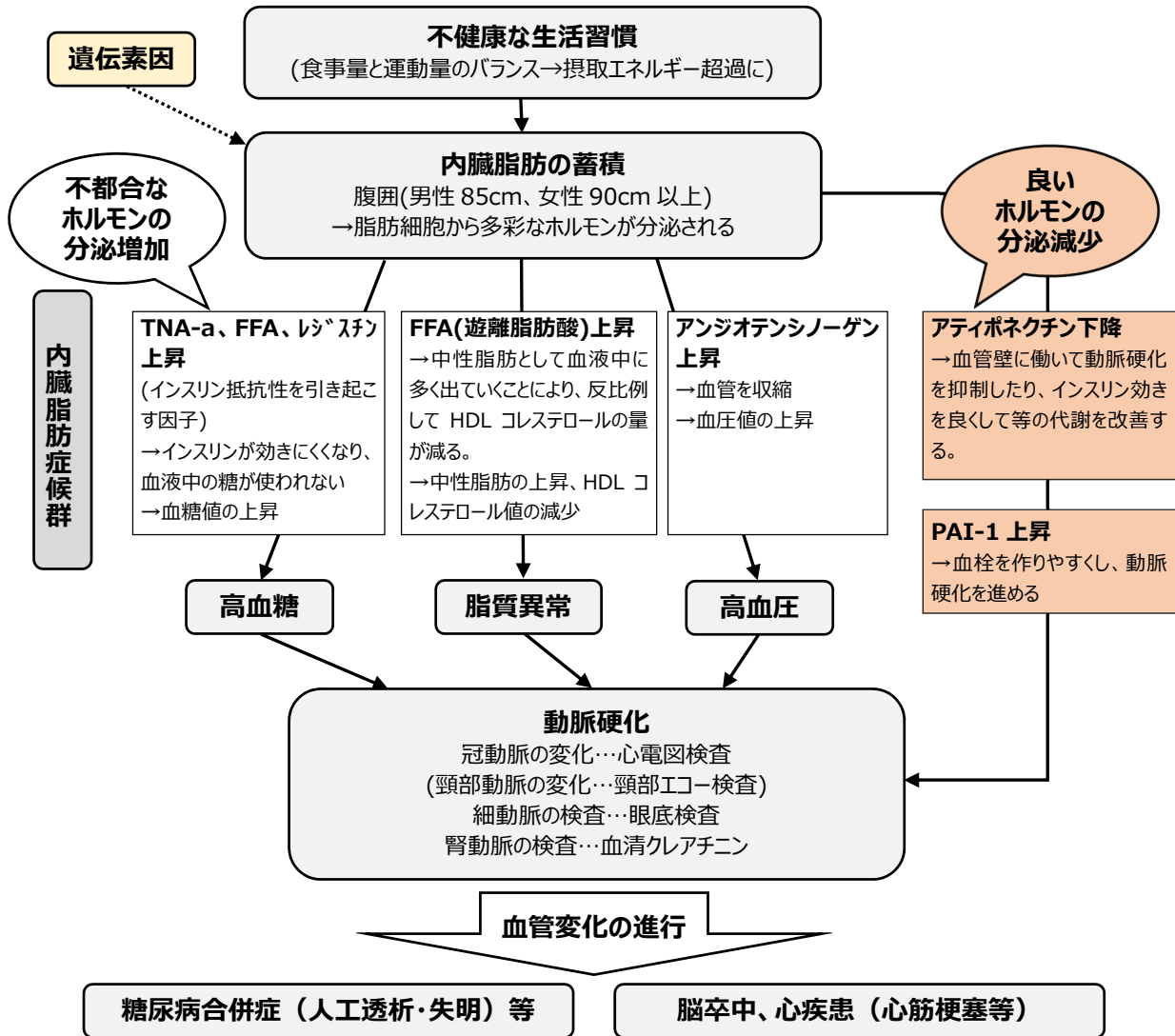
- (2) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなることが明らかになっている。このため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を踏まえ、適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。（図表37）
- (3) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする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。

図表 37 メタボリックシンドロームのメカニズム



参考資料：今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）厚生科学審議会健康増進栄養部会

## 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、制度創設時の趣旨、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年を1期とするため、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歳代以前と比較して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. 第2期の取り組みの評価と課題

#### 1) 実施に関する評価

##### (1) 特定健診受診率

国の「特定健康診査等基本指針」に基づき、市町村国保については、平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の60%以上が特定健康診査を受診することを目標として定められている。

図表 38 特定健康診査の実施状況（法定報告値）

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
国目標	65%	65%	65%	65%	60%
香春町目標	35%	40%	42.3%	42.3%	42.3%
香春町実績	36.5%	37.3%	34.8%	37.1%	実施中



県内順位	17位	18位	29位	22位	実施中
対象者数	2,287人	2,225人	2,115人	1,993人	実施中
受診者数	835人	831人	735人	740人	実施中
集団健診	799人	793人	671人	709人	実施中
個別健診	36人	38人	64人	31人	実施中

受診率は、全体的に若干の上昇推移ですが、頭打ちの状況であり目標の達成は困難な状況である。

図表 39 特定健康診査継続受診率実施状況

	平成 24-25 年度	平成 25-26 年度	平成 26-27 年度	平成 27-28 年度
香春町	76.5%	70.4%	66.8%	75.6%
福岡県	68.6%	70.5%	69.8%	70.8%

継続受診率は、減少推移であったが、平成 27-28 年度で再度上昇に転じた。

【考察】

- ・直近 3 年度間の目標受診率は、平成 26 年度受診率 37.3%にプラス 5%上乗せした数値を設定しているが、達成に至っていない状況である。
- ・平成 25 年度は前年比プラス 6.9%と大きく受診率を伸ばした。その背景として、当該年度は、特定健診受診行動や医療機関受診行動、健康意識などを分析し、その結果による未受診グループを 4 区分に分け、それぞれ内容の異なる勧奨資材を送付する事業を開始した年度である。しかし、その年度以降は、同事業継続の結果、受診率が伸び悩んでいる。
- ・健診受診行動が定着した世代が 75 歳到達し、後期高齢者医療制度へ移行している状況の中、受診率の向上を図るためには、不定期受診者や新規対象者への勧奨方法を模索する必要がある。
- ・継続受診率は、勧奨資材による受診勧奨を基本とした平成 26 年度、平成 27 年度については減少し、個別電話勧奨を併せて実施した平成 28 年度には持ち直している。定期・不定期受診者への働きかけとしては、個別電話勧奨が有効と言える。

(2) 特定保健指導実施率

国の「特定健康診査等基本指針」に基づき、市町村国保については、平成 29 年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の 60%以上が特定保健指導を受診することを目標として定められている。

図表 40 特定保健指導実施状況

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
国目標	65%	65%	65%	65%	60%
香春町目標	55%	60%	60%	60%	60%
香春町実績	65.7%	58.2%	52.5%	44.1%	実施中
県内順位	17位	27位	36位	45位	実施中
対象者数	102人	91人	80人	102人	実施中
終了者数	67人	53人	42人	45人	実施中

## 【考察】

実施率は経年的に低下してきており、国目標の達成は困難な状況である。

実施率が低下した要因として、大きく二点挙げられる。一点目は、健診継続受診者の増加により、保健指導については以前受けたので必要がないといった理由からの拒否がある。二点目は、対象者が受けやすい環境が十分に整備されていたかという点である。また、両者に共通する要因として、適切な手段を用いて保健指導が提供されていたか、対象者が満足するものであったかが問題であり、今後の課題と言える。保健指導が必要な人が、継続して受診してもらうためには、対象者個々人の健診結果を読み解くとともにライフスタイルを考慮した保健指導が必要である。

## 2) 成果に関する評価

### (1) メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）減少率

特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム（該当者及び予備群）の人数・率及びその減少率は以下のとおりである。

図表 41 メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）の人数・率

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
メタボ者数	262 人/31.4%	248 人/29.8%	216 人/29.4%	265 人/35.8%	実施中
該当者	148 人/17.7%	149 人/17.9%	132 人/18.0%	157 人/21.2%	実施中
予備群	114 人/13.7%	99 人/11.9%	84 人/11.4%	108 人/14.6%	実施中
メタボ減少率 (対 H20 年度)	▲16.42%	▲10.73%	▲9.04%	▲32.87%	実施中
特保対象者数 の減少率 (対 H20 年度)	13.60%	22.55%	23.02%	2.51%	実施中

## 【考察】

・特定健診受診者のうち、メタボ減少率は平成 20 年度に対し、マイナス値で推移しておりメタボリックシンドロームの人数は増加傾向にある。それに対し、特定保健指導出現率は減少している。これは、特定健診継続受診率は 70%前後で推移している状況の中、上記対象者が増加していることは、第 2 期保健指導がメタボ対象者に効果的に作用しておらず、運動習慣を主とする生活習慣の見直しや改善、また必要である場合の医療機関への受診・服薬に至っていないことを証明している。

・平成 28 年度については、メタボ者の出現率は前年度より上昇し、それに伴いメタボ減少率はマイナス値が大きくなっている。また、特定保健指導者の減少率も前年度より低下している。これは、当該年度の特定健診受診率が伸び、健康意識が低く、生活習慣の見直しが必要な被保険者が健診を受診したことと、ここ数年間の特定保健指導率の低下により、保険者として指導が必要な被保険者への生活習慣改善指導ができていないことが要因として挙げられる。改めて、生活習慣病予防課題を把握するためには、特定健診の受診が必要不可欠であると整理される。

・特定保健指導対象者数の減少率は平成 20 年度に対し、減少しているが、直近の平成 28 年度については、ほぼ同割合である。

(2) 糖尿病の有病者・コントロール不良者減少

図表 42 糖尿病に関する指標 人数・率 ※有病者：治療中（問診結果）及び HbA1c6.5 以上の者

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
糖尿病有病者	76 人/9.1%	97 人/11.7%	91 人/12.4%	82 人/11.1%	実施中
予備群	144 人/17.3%	204 人/24.6%	161 人/21.9%	154 人/20.8%	実施中
有病者＋予備群 減少率 (対 H20 年度)	▲27.8%	▲75.7%	▲66.3%	▲54.7%	実施中
(糖尿病＋メボ) 減少率 (対 H20 年度)	▲27.5%	▲18.9%	▲13.4%	▲18.9%	実施中
治療継続者	30 人/3.6%	49 人/5.9%	50 人/6.8%	43 人/5.8%	実施中
HbA1c8.4 以上	13 人/1.56%	7 人/0.84%	5 人/0.68%	3 人/0.41%	実施中

該当者・予備群・治療継続者・HbA1c8.4 以上の割合：対受診者数

【考察】

・直近 5 年度間の糖尿病有病者数は、ほぼ横ばいであり、予備群の対象者数も同じく横ばいで推移している。これは、コントロール不良者に対する重症化予防の保健指導が十分に作用していないことを表している。

この状態の継続は、動脈硬化を進行させ、循環器系疾患の重症化を招く。よって、糖尿病有病者及びコントロール不良者に対しては、適切な治療や生活習慣病の予防に繋がる個別保健指導の充実が必要不可欠であり、必要に応じて医療機関と連携し治療の開始が求められる。また、予備群の占める割合が多いことについては、予備群の段階から、糖尿病は、脳卒中や心筋梗塞を引き起こす動脈硬化を進行させるといった意識付けのためのポピュレーションアプローチが必要と言える。

・その中で HbA1c8.4 以上の重度糖尿病の割合は減少している。これは、特定保健指導をきっかけに糖尿病専門医療機関との連携事業が機能し、医療に繋がったため、その効果があったと言える。

3) 一人当たり医療費及び特定健診の有無と生活習慣病にかかる医療費

図表 43 一人当たり医療費推移（国民健康保険年報数値より）

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
一人当たり医療費	380,530 円	387,653 円	421,322 円	411,188 円
年度中医療費	1,285,811,467 円	1,247,856,479 円	1,230,615,195 円	1,205,602,482 円
平均被保険者数	3,379 人	3,219 人	3,092 人	2,932 人
県平均一人当たり	349,357 円	357,316 円	370,646 円	371,188 円
ワースト県内順位	14 位	15 位	7 位	11 位（速報値）

一人当たり医療費：（年報 C1 表全体費用額＋年報 F1 表全体費用額）/年報 A 表年度平均被保険者数

図表 44 特定健診の有無と生活習慣病にかかる一人当たり医療費

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
未受診者	34,297 円	32,569 円	36,029 円	38,157 円
受診者	5,943 円	5,842 円	5,139 円	5,756 円
未受診/受診	5.77 倍	5.57 倍	7.01 倍	6.63 倍

【考察】

・平成 24 年度以前、県内でも中位に位置していた一人当たりの医療費は、平成 25 年度以降県内上位に推移し、医療費抑制の効果がでない状況である。経年的推移の考察として、平成 27 年度まで右肩上がりで上昇していた年間医療費は、平成 28 年度に減少に転じている。しかし、直近 4 年度間での年度平均被保険者数は 13.23%の減少に対し、年度中医療費は 6.24%の減少となっているため、被保険者数に見合った減少割合となっていない。

・平成 27 年度は、高額な C 型肝炎新薬の影響を特に受け本町国民健康保険においても一人当たり医療費は 8.7%の高い伸びとなった。平成 28 年度は、▲1.8%の薬価・材料価格改定、前述肝炎新薬影響の減少のため一定程度医療費の抑制は図られたが、周産期妊娠及び胎児発育に関連する医療費等が高負担となり、被保険数の減少率に比べ医療費の減少率は小さかった。

・特定健診の有無と生活習慣病にかかる一人当たり医療費については、特定健診未受診者の医療費は、受診者の平均 6.2 倍となり、特定健診の受診行動は本町国民健康保険においてもその後の医療費に大きな影響を与えることが読み取れる。

## 4. 目標の設定

### 1) 実施に関する目標

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。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健診受診率	42.3%	46.0%	49.5%	53.0%	56.5%	60.0%
(再掲)継続受診率	78.0%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%
(再掲)40～50 歳代の受診率	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%
特定保健指導実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特保実施者の改善率	18.2%	19.2%	20.2%	21.2%	22.2%	23.2%

### 2) 成果に関する目標

特定健診・保健指導の成果に関する目標としてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群等の目標値を下記のとおり設定する。

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
メタボ及び予備群	152 人/20%	157 人/20%	159 人/20%	160 人/20%	157 人/20%	151 人/20%
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%
糖尿病有病者	76 人/10%	78 人/10%	79 人/10%	72 人/9%	71 人/9%	61 人/8%
HbA1c : 8.4 以上	3 人/0.4%	3 人/0.4%	3 人/0.4%	3 人/0.4%	3 人/0.4%	3 人/0.4%

### 3) 対象者数の見込み

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健診対象者数	1,801 人	1,705 人	1,609 人	1,513 人	1,388 人	1,263 人
特定健診受診者数	761 人	784 人	796 人	801 人	784 人	757 人
(再掲)40～50 代受診者	496 人	490 人	484 人	478 人	472 人	466 人
特定保健指導対象者数※	105 人	108 人	110 人	110 人	108 人	104 人
特定保健指導実施者数	53 人	56 人	59 人	62 人	63 人	62 人

※ 平成 28 年度特定保健指導出現率 (13.78%≒13.8%) で算出

【見込根拠及び特定健診受診率向上や特定保健指導実施率向上に対する今後の取り組みの方向性】

・平成 28 年度末国保人口推計より、40 歳から 75 歳までの特定健診対象者については、平成 29 年度から平成 33 年度末までの 5 年間に 480 人減少する見込みであり、年度平均 96 人の減少となる。さらに平成 34 年度から平成 38 年度までの 5 年間に 626 人減少する見込みであり、年度平均 125 人の減少となる。

・平成 28 年度末国保人口推計より、40 歳から 60 歳までの特定健診対象者については、平成 29 年度から平成 33 年度末までの 5 年間に 33 人減少、また、平成 34 年度から平成 38 年度までの 5 年間に 30 人減少する見込みであり、両期間とも年度平均 6 人の減少となる。

・40歳から50歳代の受診率については、平成28年度実績で27.61%であり、受診率向上事業にとってこの世代への作用が重点取組事項である。

・特定健診受診率向上の今後の取組みとしては、第2期特定健診等実施計画事業実施期間における受診率結果の考察からも読み取れるように、集団健診の継続受診率に対しては、電話・訪問による受診勧奨が有効な手段であり、新規受診者や個別健診希望対象者に対しての作用としては、勧奨資材による受診勧奨が一定の効果をもたらしたため、第3期実施計画中では、国保財政状況を鑑みながら上記の勧奨方法を2本柱とし、それぞれの施策の充実が求められる。

1つ目の柱である電話・訪問による受診勧奨について、集団健診日程前の特に勧奨強化を必要とする期間において、勧奨専門員を直接雇用する方向で時間的、内容的にさらに充実を図る。

2つ目の柱である勧奨資材による受診勧奨については、事業全体を事業者委託する手法を見直し、平成25年度から29年度までの間で得た勧奨資材内容や勧奨時期等のノウハウを生かし、保険者で対応できる部分については自庁で実施する方向で取り組む。また、勧奨資材の中に、特定健診対象が健診に対する意向を記載する返信用ハガキを盛り込むなどし、1つ目の柱である電話による勧奨を効果的・効率的に進める材料にする。

特定保健指導実施率向上の今後の取組みとしては、まずもって初回面接が重要であり、面接の場所と時間帯について対象者のライフスタイルに沿った形で柔軟に対応することが求められる。また、効果的な保健指導を行うためには、健診結果の正確な読み取りが何よりも重要であり対象者本人が、自分自身の身体の中で起こっている変化を理解できる内容でなければならない。この両者の充実により初回面接が行動変容の動機付けとなり、生活習慣の改善について自ら考える場となる面接となる。

また、脱落しにくい・脱落させない保健指導の取組みとしては、行動変容を起こした者に対し自信と達成感を感じてもらえるよう体重等のデータ変化や受診行動への評価を、対象者と情報共有しながら継続支援を行う。なお、達成値によっては目標値の再設定を行う必要がある。

保健指導のサポート体制としては、運動習慣の固定化と食生活の改善のためのサポートプログラムとして、定期的に開催する集団運動教室や個別運動施設利用支援を用意し、保健指導の充実を図る。さらに、保健指導前後の変化が数値等評価できる体制を構築する。

## 5. 特定健診の実施

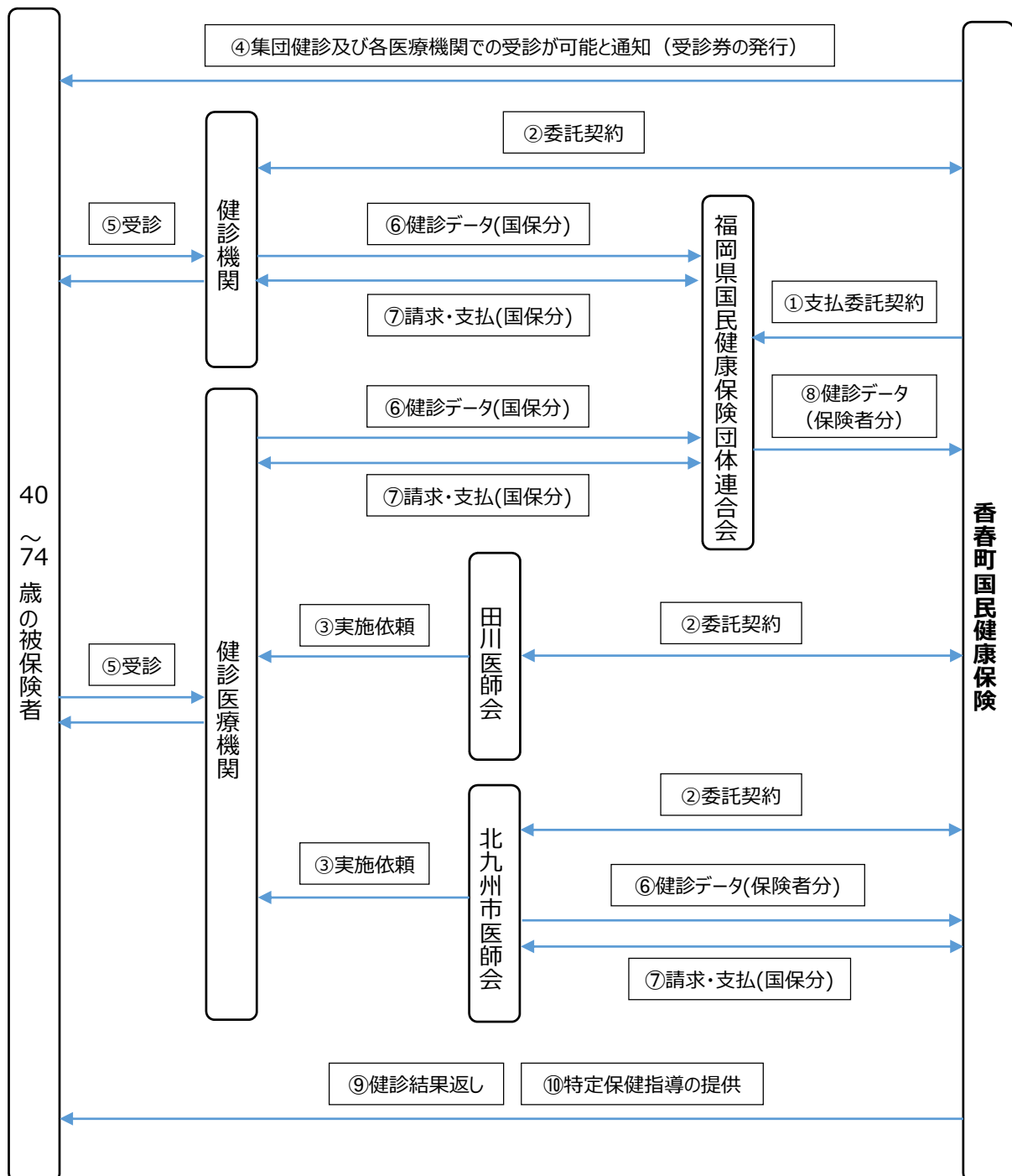
### 1) 実施形態

集団健診については、特定健診実施機関に委託する。

個別健診については、田川医師会及び北九州市医師会に所属実施医療機関の取りまとめを行っていただく。

実施期間については、集団健診は6月～11月まで、個別健診は6月～3月まで実施する。

図表 45 特定健診契約形態及び代行機関フロー図



## 2) 特定健診委託基準

高確法律第 28 条及び実施基準 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

集団健診契約については、特定健診実施機関と 1 対 1 契約を行う。個別健診については、田川医師会及び北九州市医師会と 1 対 N 集合契約を結ぶ。

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

健診実施医療機関については下記のデータベースで最新の情報を得ることができる。

- ・田川地区特定健診実施医療機関  
→田川医師会ホームページ
- ・北九州市特定健診実施医療機関  
→北九州市ホームページ

## 5) 健診委託単価、自己負担額

健診委託単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定する。また、受診者の自己負担額については 500 円とする。（自己負担額の見直しについては、実施計画中においても必要があれば検討を行う。）

## 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 条第 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）、γGT）、血糖検査（空腹時血糖又 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 号十号）

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）

※集団健診においては、上記詳細な健診の項目について、本町の健康課題を踏まえた上で全員実施しており、個別健診においては、医師の判断により実施している。それ以外は追加健診項目として実施する。

### (3) その他の健診項目



健康課題を踏まえ、基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施する。

※20～39歳の健診についても、上記健診項目に準じる。

#### 7) 健診の実施形態

集団健診及び個別健診にて実施する。

集団健診については、健康増進法に基づくがん検診と同時受診ができるようにする。

また、加入している健康保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるよう体制整備を行う。特に、被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては引き続き利便性良く地元でも受診できるよう集団健診（健診受診の機会）を確保する。また、生活保護受給者に対して健診機会の確保をする。

#### 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

特定健康診査受診券を発行し、個別送付又は来庁案内を行う。広報紙及びホームページ、集団健診受付前の一斉放送システム等による広報を実施し、訪問看護師による受診勧奨等に努める。

#### 10) 年間実施スケジュール

4月～	特定健診（集団健診・個別健診）契約準備
4月中旬	集団健診受付開始
5月上旬～	健診未申込者対策
6月～11月	集団健診実施
6月～翌年3月	個別健診（田川地区医師会、北九州市医師会）実施
10月	前年度法定報告
11月	予算案作成
3月	受診結果の把握・分析と次年度健診体制整備

#### 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。（被保険者の同意の下）

##### ・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、本人同意の下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

国民健康保険団体連合会「特定健診未受診者検査情報収集事業」に参加し、受診率の向上を目指す。

## 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別し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

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

### 2) それ以外の保健指導

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とならないが、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実施する。

#### 【基準】

##### 糖尿病予防該当者

- ・空腹時血糖 126 mg/dl 以上
- ・HbA1c 6.5 以上

##### CKD 予防該当者

- ・尿蛋白 2 + 以上
- ・尿蛋白と尿潜血がともに 1 + 以上
- ・40 歳未満で eGFR 60 未満
- ・40 歳以上 70 歳未満で eGFR 50 未満
- ・70 歳未満で eGFR 40 未満

##### 脂質異常該当者

- ・LDL コレステロール 180 mg/dl 以上

##### 高血圧該当者

- ・収縮期血圧 180 以上

## 7. 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の保健指導（以下「（特定）保健指導」）は、国保年金係から健康づくり係への執行委任の形態で行う。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

### 1. 特定健診・保健指導のデータ形式

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

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健康診査等の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末日までとなるが、保存期間の終了後は、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

特定健康審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、次保険者において過去の健診結果等を活用して継続し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」の今後の検討や取組みに基づき、積極的に過去の健診結果の情報提供を求めるものとする。

### 4. 個人情報保護対策

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

### 5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

## 第4章 結果の報告

支払基金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ます。

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の11月1日までに報告します。

## 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。