

1 成果目標の評価

第一期データヘルス計画では、特定健診の受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、高血圧、高コレステロール、高血糖の者の割合の減少等を短期目標に掲げました。

また、中長期目標としては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症における入院医療費等の伸びを抑制することを掲げ、保健事業に取り組んできました。

成果目標には達することができていませんが、特定健診受診率、脂質異常症や血糖コントロール不良者の割合は改善傾向にあります。また、脳血管疾患や虚血性心疾患の入院医療費、人工透析（糖尿病性腎症）による医療費も減少傾向にあります（図表3-1）。

〔 図表3-1 第一期データヘルス計画 成果目標と評価 〕

	成果目標	経過		改善状況 ※1	達成状況 ※2	目標 (H29)
		H25	H28			
短期目標	特定健診受診率の向上	32.5%	35.8%	↑	B	60%
	特定保健指導の実施率の向上	30.3%	30.0%	↓	C	60%
	健診受診者の高血圧症の者の割合減少 (180mmHg/110mmHg以上)	0.90%	0.92%	↓	C	0.65%
	健診受診者の脂質異常症の者の割合減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上)	14.21%	13.93%	↑	C	11.9%
	健診受診者の血糖コントロール不良者の 割合減少(HbA1c8.4%以上)	1.17%	1.13%	↑	C	0.82%
	年間新規透析導入患者数の減少	102人	114人	↓	D	195人 ※3
中長期目標	入院医療費の伸び率の減少					
	脳血管疾患の入院医療費の減少	19.1億円	16.4億円	↑	A	医療費 の減少
	虚血性心疾患の入院医療費の減少	16.1億円	12.8億円	↑	A	
	人工透析(糖尿病性腎症)による医療 費の減少	33.1億円	27.6億円	↑	A	

※1 改善状況：H25からH28が改善しているものは↑、悪化しているものは↓（改善率±5%以上変動は太文字及び太枠）

※2 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標を達成していないが、H25からH28の改善率が5%以上改善した指標）、
C（H25からH28の改善率が5%未満である指標）、D（H25からH28の改善率が5%以上悪化した指標）

※3 目標値195人：北九州市健康づくり推進プラン（平成25年策定）の目標値に合わせて設定

（北九州市国民健康保険加入以前に既に透析導入、治療していた者の数を含む）

平成25年度からの新規透析導入者には、他健保で既に透析導入されている方は含まない算定方法に変更

2 保健事業の評価

第一期データヘルス計画では、特定健診受診促進及び健診結果に基づく保健指導、関係機関との連携、地域での健康学習等、ハイリスクアプローチ^{※1}とポピュレーションアプローチ^{※2}の両輪で保健事業に取り組んできました。

各保健事業の評価は下の表の通りとなっています（図表3-2）。未受診者対策事業の効果として、ハガキでは約3割、電話では約5割の者が特定健診受診につながっています。

また、重症化予防事業の効果として、高血圧症では約7割、脂質異常症では約2割、高血糖では約4割、腎機能低下では約2割の者が次年度のデータが改善しています。平成27年度と平成28年度を比較すると、高血圧症と腎機能低下以外の割合は上昇しており、一定以上の効果はあったと言えます。

〔 図表3-2 保健事業の評価 〕

保健事業			H25	H26	H27	H28	効果 ^{※3}	評価 ^{※4}
未受診者対策	受診勧奨後の健診受診状況	ハガキ	24.4%	26.4%	27.2%	29.3%	↑	B
		電話	43.4%	37.8%	44.2%	53.3%	↑	A
重症化予防事業	特定保健指導非対象者における保健指導実施後の次年度データの変化（改善者の割合）	高血圧症	73.7%	73.8%	71.7%	集計中	↓	A
		脂質異常	22.3%	18.2%	19.1%		↑	B
		高血糖	34.0%	30.8%	40.0%		↑	B
		腎機能低下	25.7%	27.3%	19.8%		↓	C

※1 ハイリスクアプローチ：健康障害を引き起こす可能性のある集団の中から、より高いリスクをもっている人に対して働きかけ病気を予防すること

※2 ポピュレーションアプローチ：対象を一部に限定せずに集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること

※3 効果：直近の年度と前年度を比較して、増加していれば↑、減少していれば↓

※4 評価：H28の割合が50%以上はA、50%未満でも直近の年度と前年度を比較して増加していればB、減少していればC

3 健康課題の明確化

第2章のデータ分析から明らかとなった本市国保の健康課題について、健診・医療・介護の視点で整理しました。

	分析結果に基づく健康課題	健康課題解決のための取組
健診	①特定健診の受診率は年々増加しているものの、3～4割程度にとどまっている。	特定健診の受診率向上
	②特定健診の未受診者のうち、生活習慣病を治療中の者が全体の39.2%を占めている。	
	③特定健診も生活習慣病の治療も受けていない者は全体の25.3%を占めている。	
	④継続受診者に比べ、新規受診者の受診勧奨判定値以上の割合は高くなっており、健診未受診及び生活習慣病未治療者の中に重症化予防の対象者がいる可能性がある。	
	⑤特定保健指導実施率は30.0%にとどまっている。	特定保健指導の実施率向上
	⑥健診受診者の健診結果を見ると、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、収縮期血圧、中性脂肪、LDLコレステロール、HbA1cにおいて全国平均よりも高くなっている。	
医療	①本市国保の医療費は、他の政令市と比較し、医療費全体に占める入院（件数・費用）の割合が高くなっており、その結果1人あたりの医療費も高くなっている。	重症化予防のための保健指導 健康学習の実施
	②脳血管疾患、虚血性心疾患の入院医療費は減少しているが、被保険者1人あたりで見ると全国平均や福岡県平均よりも高い。	
	③脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症といった重症化した疾患で治療中の者の多くは、危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症等を有している。	
	④慢性腎不全（透析あり）の新規患者数の割合が増加しており、その8割以上の者が糖尿病の診断がある。	
介護	①高齢化の進展に伴い、市全体の要介護認定率は上昇傾向にある。第2号被保険者（40～64歳）の要介護認定率も政令市平均よりも高くなっている。	
	②第2号被保険者のうち6割以上の者が脳血管疾患（脳出血、脳梗塞）を治療している。	
	③要介護認定者の医療費は認定のない者に比べ高くなっており、介護費用と医療費が重複してかかっている。	

第4章

第二期データヘルス計画の成果目標と今後の取組

1 成果目標の設定

分析により明らかとなった健康課題解決のための目標を、短期・中長期に分けて設定します。

	課題を解決するための成果目標	現状値	中間 評価値	最終 評価値
		H28	H32	H35
短期 目標	特定健診受診率の向上	35.8%	48.0%	60.0%
	特定保健指導の実施率の向上	30.0%	45.0%	60.0%
	健診受診者のうち高血圧症の者の割合の減少 (180mmHg/110mmHg 以上)	0.92%	0.79%	0.65%
	健診受診者のうち脂質異常症の者の割合の減少 (LDLコレステロール 160mg/dl 以上)	13.93%	12.91%	11.9%
	健診受診者のうち血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c 8.4%以上)	1.13%	0.98%	0.82%
中長期 目標	脳血管疾患の入院医療費の減少	16.4 億円	H28 年度よ り減少	H28 年度よ り減少
	虚血性心疾患の入院医療費の減少	12.8 億円		
	人工透析（糖尿病性腎症）による医療費の減少	27.6 億円		
	年間新規透析患者数の減少 (国保加入者 千人あたり)	0.51 人		

2 保健事業の実施

保健事業の実施に当たっては、生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進、特定健康診査及びきめ細かい保健指導の実施、地域や保険者の特性に応じた事業運営に留意し、国保部門だけでなく、健康増進事業担当課や各区の地域保健担当部門等と連携して取り組むこととします。特に対象者への受診勧奨や保健指導は、個別アプローチを中心に取り組みます。

(1) 特定健診・特定保健指導に関連する保健事業

ア 特定健診・特定保健指導の実施（第三期特定健康診査等実施計画）

特定健康診査は、高確法に基づき、保険者に義務付けられた健診です。メタボリックシンドロームに着目し、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います。

特定健診・特定保健指導の内容については、第6章「第三期特定健康診査等実施計画」で定めています。

イ 特定健診未受診者対策

40歳代、50歳代の若い世代への受診勧奨を優先して行い、年代や健診結果の有所見の数や程度に応じて勧奨方法を工夫します。

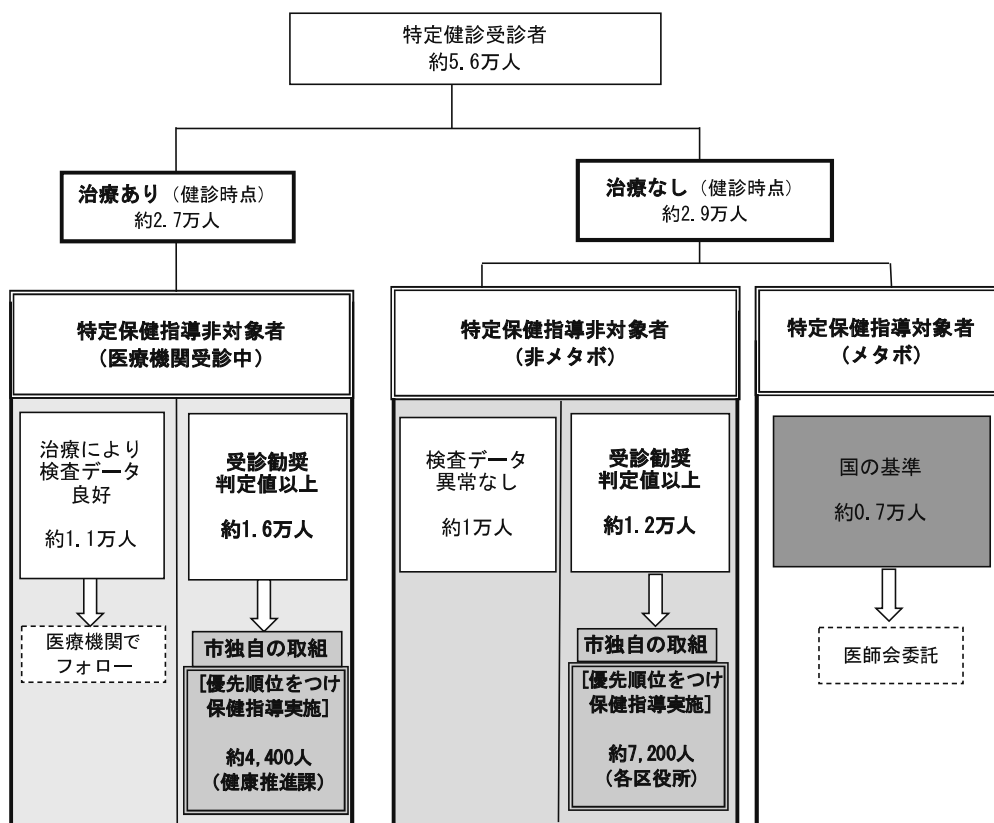
個別 勧 奨	対象者	特定健診未受診者 ①過去5年間、健診受診や生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者 ②生活習慣病等で医療機関を受診している者 ③過去に特定保健指導の対象となった者、過去の特定健診で有所見であった者 ④当該年度8月、11月末までに受診が確認できない者
	実施方法及び実施時期	①専門職の訪問による受診勧奨 6月頃～12月頃（拡充） ②かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年 ③専門職の電話による受診勧奨 10月～3月頃 コールセンターでの受診勧奨 11月～2月頃 ④受診勧奨ハガキの送付 11月・2月の年2回
そ の 他	対象者	市国保加入者
	実施方法及び実施時期	①健康づくり推進員・食生活改善推進員による受診勧奨 受診勧奨強化月間等 ②各区役所での受診勧奨 通年 ③広報や情報誌等を通じた受診勧奨 1～2回/年 ④イベントや講演でのPR 等

ウ 特定保健指導非対象者への保健指導

特定健診受診者のうち、特定保健指導に該当しない者（特定保健指導非対象者）についても、関係学会のガイドライン^{※1}等に基づき、特定健診の受診勧奨判定値または保健指導判定値以上の者から対象者を選定し、優先順位をつけながら保健指導を実施します。

対象者	特定保健指導非対象者で有所見者 ①心房細動有所見 ②高血圧（収縮期血圧 160mmHg 以上/拡張期血圧 100mmHg 以上） ③高血糖（HbA1c6.5%以上） ④脂質異常症（LDL-C160mg/dl 以上） ⑤腎機能低下（尿蛋白+以上、eGFR60 未満）等
実施方法	優先順位をつけながら、訪問、電話、文書等で保健指導を実施
実施時期	通年

〔 図表 4-1 特定健診受診者の状況（平成28年度実績より） 〕



【出典】保健指導支援ツール

※1 関係学会のガイドライン：脳卒中治療ガイドライン 2017、虚血性心疾患一次予防ガイドライン
糖尿病治療ガイドライン 2016、CKD 診療ガイド、高血圧治療ガイドライン 2014
動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017、メタボリックシンドロームの診断基準 等

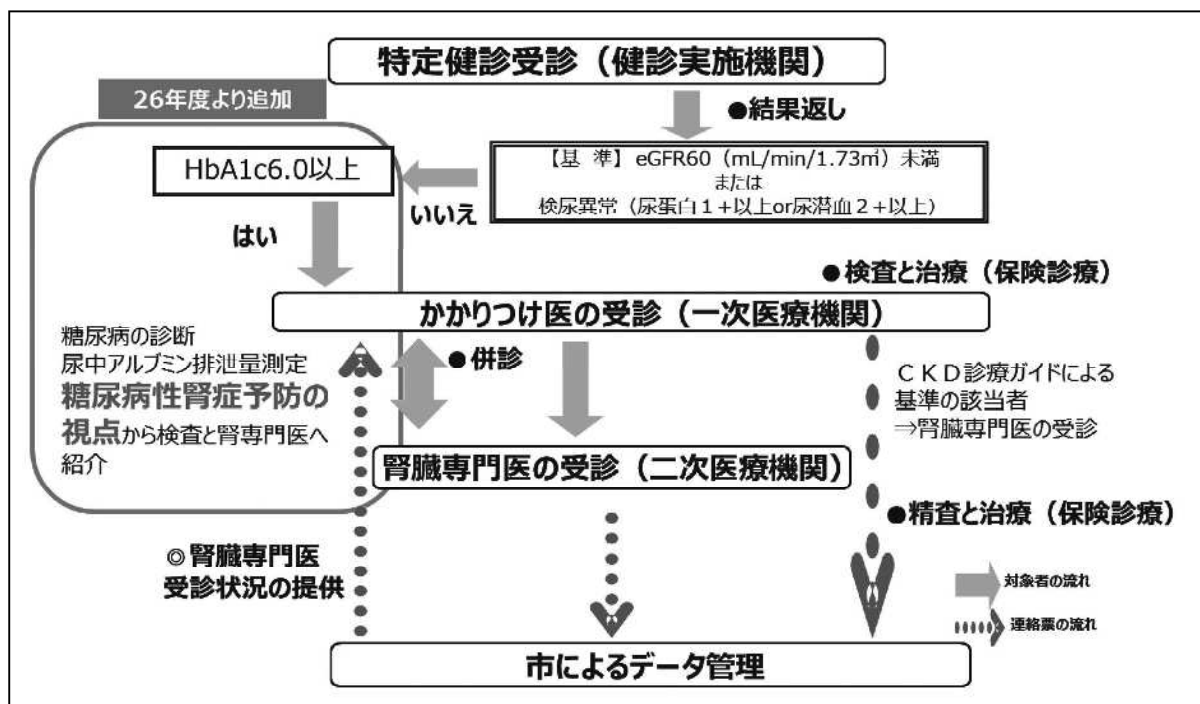
エ 北九州市CKD（慢性腎臓病）予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策

人工透析は生活の質を低下させ、高額な医療費（約500～600万円/年）を必要とすることから、腎疾患の重症化を予防し、人工透析に至らないようにすることが重要です。

CKD予防連携システムを効果的に活用し、特定健診受診者から腎機能低下者をスクリーニングすることにより、適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けての支援を実施していきます。

対象者	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	<p><特定保健指導非対象者で腎機能低下者への保健指導></p> <p>優先順位をつけながら、重度の者は訪問指導、中等度の者は電話指導を実施</p> <p><CKD 予防連携システム> 図表 4-2 参照</p> <p>システムの運用においては、かかりつけ医や腎臓専門医を構成員とする意見交換会を年1回程度実施し、円滑な運用に向けて検討</p>
実施時期	通年

〔図表 4-2 北九州市国民健康保険CKD予防連携システム〕



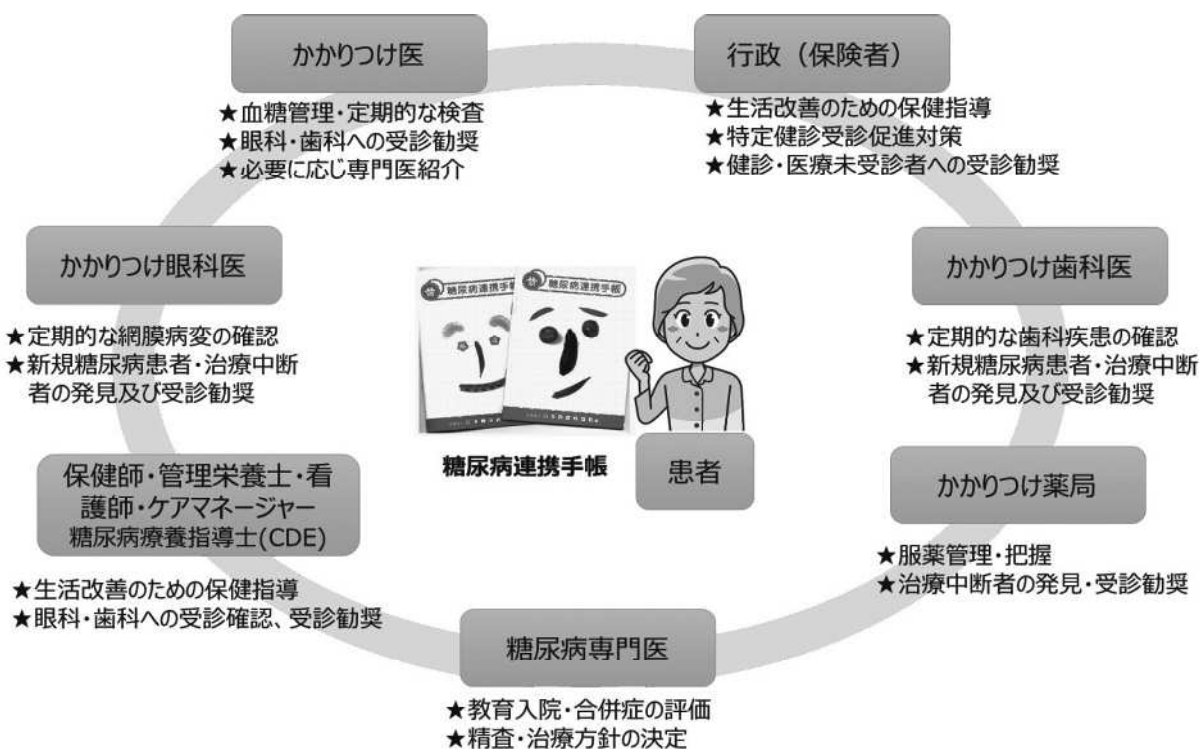
オ 糖尿病性腎症重症化予防（新規）

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム※¹に基づいて、医療機関と連携のもと重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少を目指します。

また、平成29年度には、医師会（かかりつけ医、眼科医、糖尿病専門医）や歯科医師会、薬剤師会、糖尿病療養指導士（CDE）の会、看護協会、栄養士会、日本糖尿病協会等を構成員とする「糖尿病重症化予防連携推進会議」を立ち上げ、「糖尿病連携手帳※²」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組について検討していきます（図表4-3）。

対象者	過去5年間の特定健診でHbA1c6.5%以上になったことがある者
実施方法	糖尿病管理台帳※ ³ を活用し、優先順位をつけながら、訪問を実施 ①健診未受診かつ医療機関未受診の者 ②健診未受診かつ治療中断者 ③治療中で血糖コントロール不良及び腎機能低下がみられる者
実施時期	通年

〔図表4-3 「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ〕



※1 福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム：日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省における「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」に基づき制定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に、福岡県で策定したプログラム

※2 糖尿病連携手帳：日本糖尿病協会が編纂し、糖尿病の重症化予防、地域連携の支援等を目的とした手帳

※3 糖尿病管理台帳：特定健診受診者のうち、過去一度でもHbA1cが6.5%以上となったことがある者の台帳