熊本市国民健康保険
保健事業実施計画
（第2期データヘルス計画）

平成30年3月

熊本市国保年金課

目　次

第１章　本計画の概要 ..... **P. 4**
１　計画の趣旨（背景・目的） ..... P. 5
２　計画の位置づけ・計画期間 ..... P. 6
３　実施体制 ..... P. 7
４　分析に活用した基礎データ ..... P. 8
第２章　医療・健康情報の分析 ..... **P. 9**
１　熊本市国民健康保険の概要 ..... P. 10
（１）熊本市の人口構成 ..... P. 10
（２）被保険者構成 ..... P. 11
（３）被保険者推移（年齢階級別） ..... P. 12
２　医療・健康情報の分析 ..... P. 13
（１）医療情報分析 ..... P. 13
（２）特定健診結果分析 ..... P. 30
（３）介護統計 ..... P. 34
（４）死亡統計 ..... P. 36
（５）現状（分析のまとめ） ..... P. 38
第３章　第１期データヘルス計画評価 ..... **P. 39**
１　第１期計画の課題・目標・達成度 ..... P. 40
２　各対策の評価・考察 ..... P. 41
（１）特定健康診査受診率向上対策 ..... P. 41
（２）特定保健指導利用率向上対策 ..... P. 48
（３）生活習慣病重症化予防対策 ..... P. 53
（４）重複・頻回受診対策 ..... P. 59
（５）ジェネリック医薬品（後発品）普及啓発対策 ..... P. 60
３　全体評価　第１期の考察 ..... P. 62

目　次

第４章　第２期データヘルス計画における保健事業……P. 63
１　現状分析・第１期計画評価に基づく課題と目標の抽出……P. 64
２　保健事業（各対策）の内容……P. 65
（１）特定健康診査受診率向上対策……P. 66
（２）特定保健指導利用率向上対策……P. 71
（３）生活習慣病重症化予防対策……P. 73
（４）重複・頻回受診、重複服薬者対策……P. 81
（５）ジェネリック医薬品（後発品）普及啓発対策……P. 82
（６）地域包括ケア……P. 83
３　その他……P. 84
（１）計画の評価・見直し……P. 84
（２）計画の公表・周知……P. 87
（３）個人情報の取扱い……P. 87
参考資料……P. 88
第５章　第３期特定健康診査等実施計画……P. 90
序　節　特定健康診査等実施計画とは……P. 91
第１節　目標……P. 93
第２節　特定健康診査等の対象者数……P. 94
第３節　特定健康診査等の実施方法……P. 95
第４節　個人情報の保護……P. 99
第５節　特定健康診査等実施計画の公表・周知……P. 100
第６節　特定健康診査等実施計画の評価及び見直し……P. 100

第１章　本計画の概要

1 計画の趣旨（背景・目的）

＜国が示す計画の背景・目的＞

○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、国保データベース（ＫＤＢ）システム（以下「ＫＤＢ」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

○これまでも、保険者等においては、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。）」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、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分け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。

○こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部を改正する等により、保険者等は健康・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（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

＜熊本市の目的＞

熊本市においては、国の「保健事業の実施等に関する指針」に基づき、「第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化を図ることを目的とする。

2 計画の位置づけ･計画期間

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用する。

＜他の法定計画等との調和・計画期間＞

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針（※）」を踏まえるとともに「第３期特定健康診査等実施計画」（以下「第３期計画」という。）、下記の他計画との整合性を図る。

また、計画期間は第３期計画に合わせ、平成30年度から平成35年度までとし、その計画期間が一致するため、本計画と第３期計画を一体的に策定する。

※現行方針は、平成25年度から同34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」を推進するものであり、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向としている。

◆他計画◆

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
国保			熊本市国民健康保険「保健事業実施計画（データヘルス計画）」（H27～H29）			熊本市国民健康保険「第2期保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）」（H30～H35）					
	第2期特定健康診査等実施計画（H25～29）					第3期特定健康診査等実施計画（H30～H35）					
	熊本市国民健康保険会計健全化計画（H17～H26）										
市	熊本市第6次総合計画（H21～H27）			熊本市第7次総合計画（H28～H35）							
	熊本市健康増進計画「第2次健康くまもと21基本計画」（H25～H34）										
	第6次熊本地域保健医療計画（H25～H29）					第7次熊本地域保健医療計画（H30～H35）					
	第5期熊本市高齢者保健福祉計画･介護保険事業計画（H24～H26）		第6期熊本市高齢者保健福祉計画･介護保険事業計画（H27～H29）			第7期熊本市高齢者保健福祉計画･介護保険事業計画「くまもとはつらつプラン」（H30～H32）					
県	第3次熊本県健康増進計画（第3次くまもと21ヘルスプラン）（H25～H29）					第4次熊本県健康増進計画（第4次くまもと21ヘルスプラン）（H30～H35）					
	第6次熊本県保健医療計画（H25～H29）					第7次熊本･上益城地域保健医療計画（H30～H35）					

3 実施体制

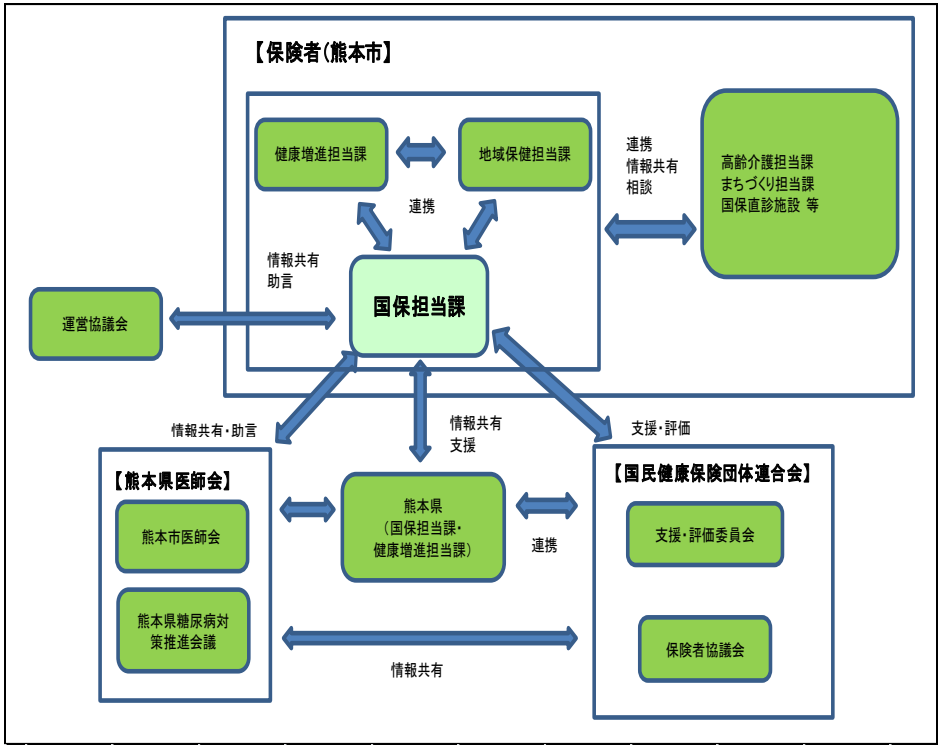
＜実施主体・関係部局の役割＞

熊本市においては、国保担当課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。健康増進担当課・地域保健担当課の保健師・管理栄養士等の専門職と連携をして、計画策定・実施を進めていく。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十分連携をしていく。

＜外部有識者の役割＞

計画の実効性を高めるには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者との連携・協力が重要となる。連携協力に当たっては、データの見える化等により被保険者の健康課題を共有することが重要。

○保健医療関係者
・保健医療に係る専門的見地から支援
○国保連合会
・KDBを活用したデータ分析や技術支援
・保険者等の職員向け研修
○支援・評価委員会
・委員の幅広い専門知見を生かした支援
○保険者協議会
・健康・医療情報の分析結果の共有、保健事業の連携等医療保険者間の連携
○県：市町村国保の財政責任の運営主体（＝共同保険者）
・県が保有する健康・医療等に関するデータの提供や意見交換
・庁内連携（国保部局・高齢者医療部局が保健衛生部局などと連携）することで、効率的・効果的な情報を保険者に提供
・保健医療関係者など外部有識者等との連携支援



＜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自主的に積極的に取り組む。

4 分析に活用したデータ

本計画の分析は、①国保データベース（KDB）システム及び②熊本市で保有する被保険者データ、レセプトデータ健診データを対象としている。

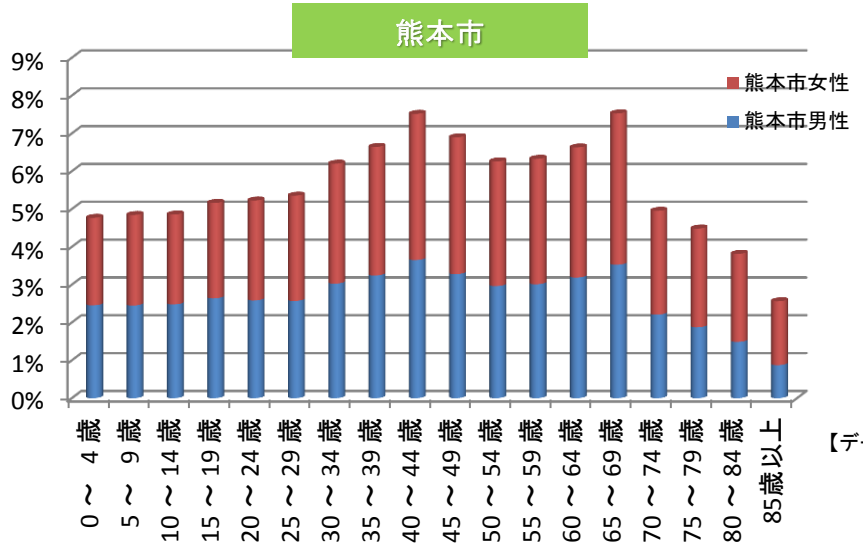
①国保データベース（KDB）集計システムデータ
・KDBは平成25年度からのデータを保有（過去５年分）
・指定都市は下記市町村のデータとなる
18都市：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、大阪市、堺市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市

②熊本市集計データ
・レセプトは、平成28年度のデータを分析対象としている
・健診は、平成25年度～平成28年度のデータを分析対象としている（レセプトは歯科を除く医科・調剤が対象）

第２章
医療・健康情報の分析

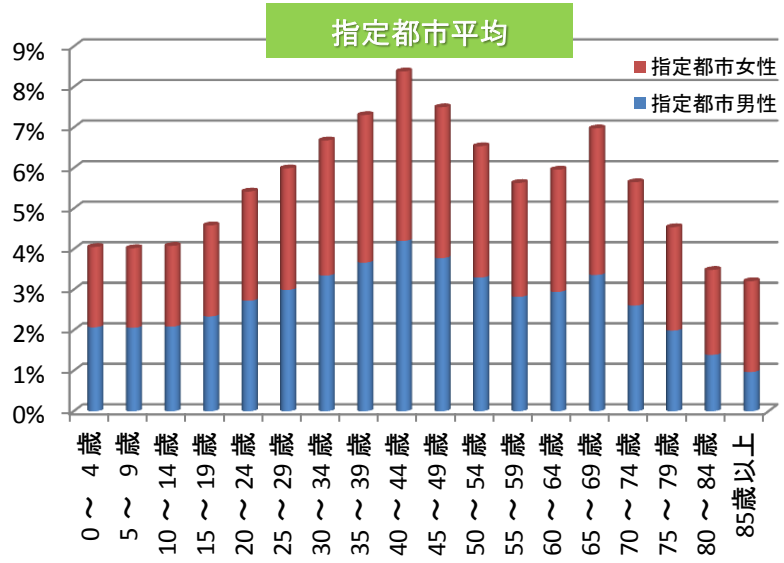
1 熊本市国民健康保険の概要

（1）熊本市の人口構成～年齢別割合～

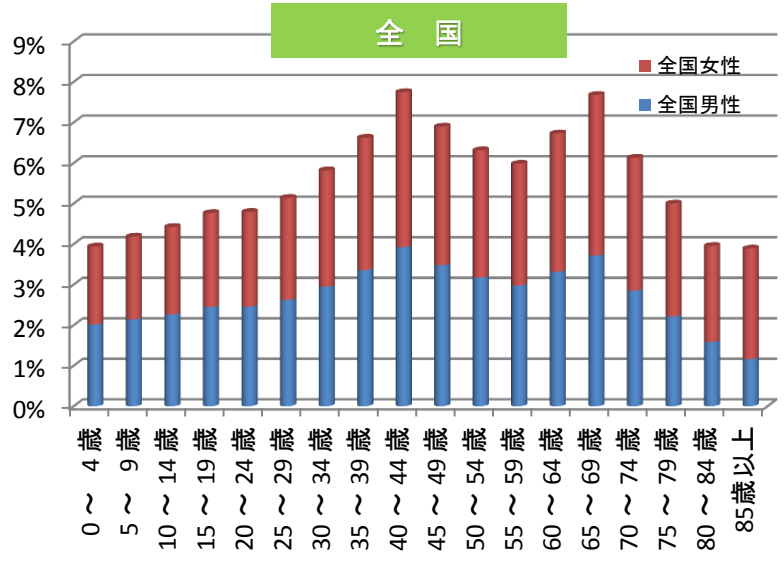


【データ】統計情報室データ　平成28年10月1日現在

全国・指定都市平均と比較して突出した違いはないが、未成年者の割合が若干高い。



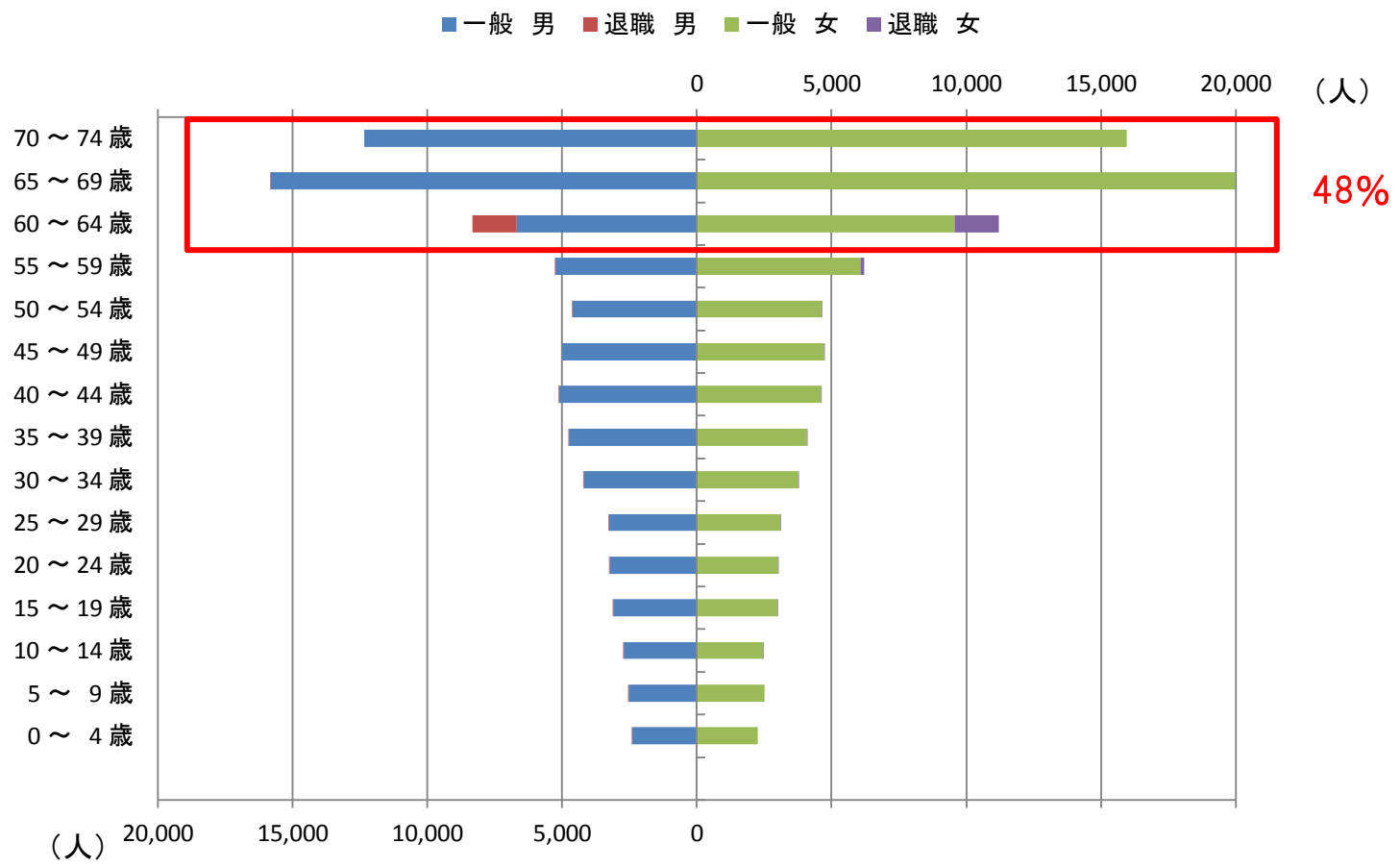
【データ】H27年国勢調査



【データ】H27年国勢調査

（２）被保険者構成・推移

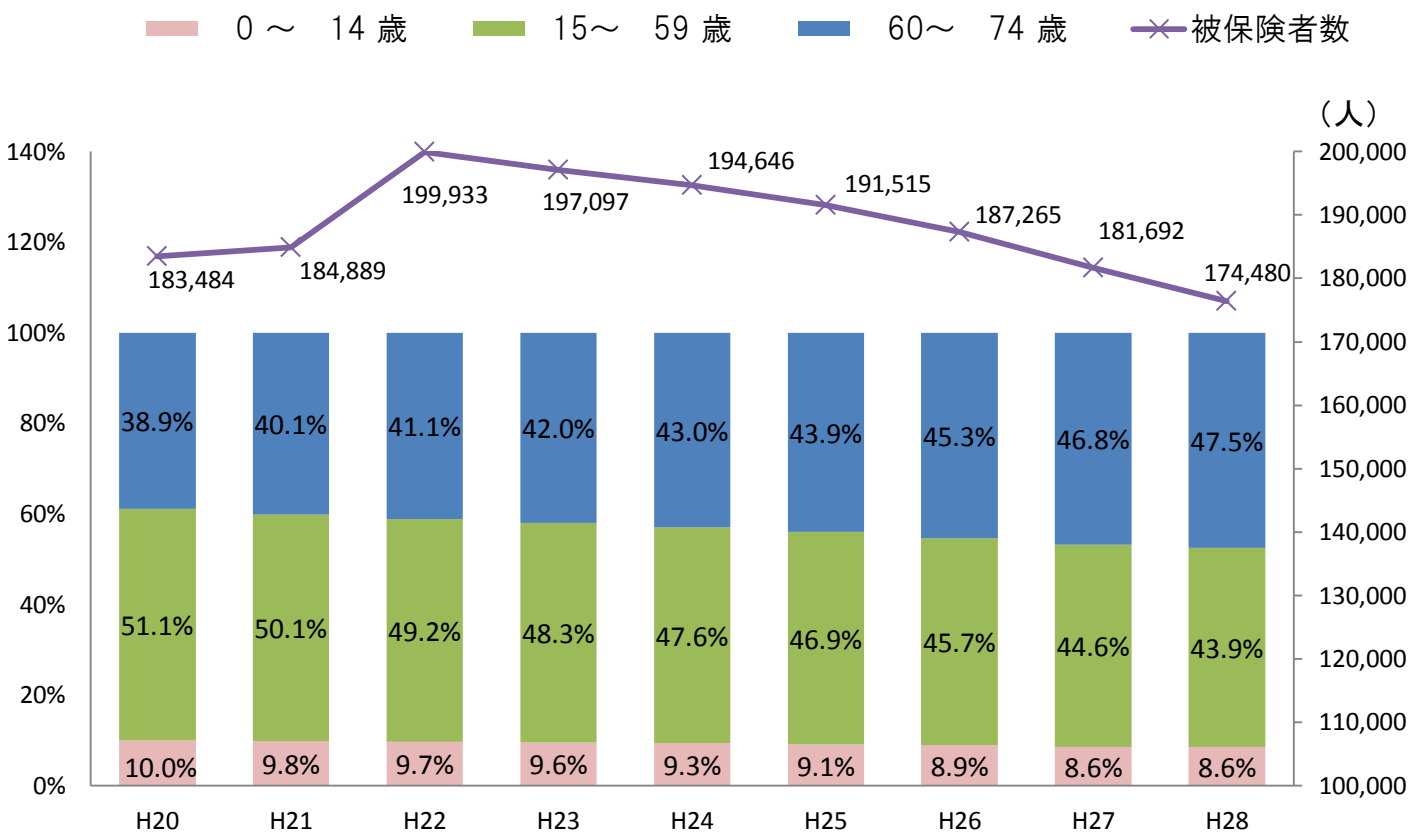
被保険者全体のうち、60歳以上が48%を占めており、平成25年度の44%を上回っている。



【データ】くまもとの国保「年齢層別被保険者数」　H28年9月末日現在

（3）被保険者数推移（年齢階級別）

被保険者数は平成22年の合併後減少傾向にあり、60歳以上の割合が増加している。



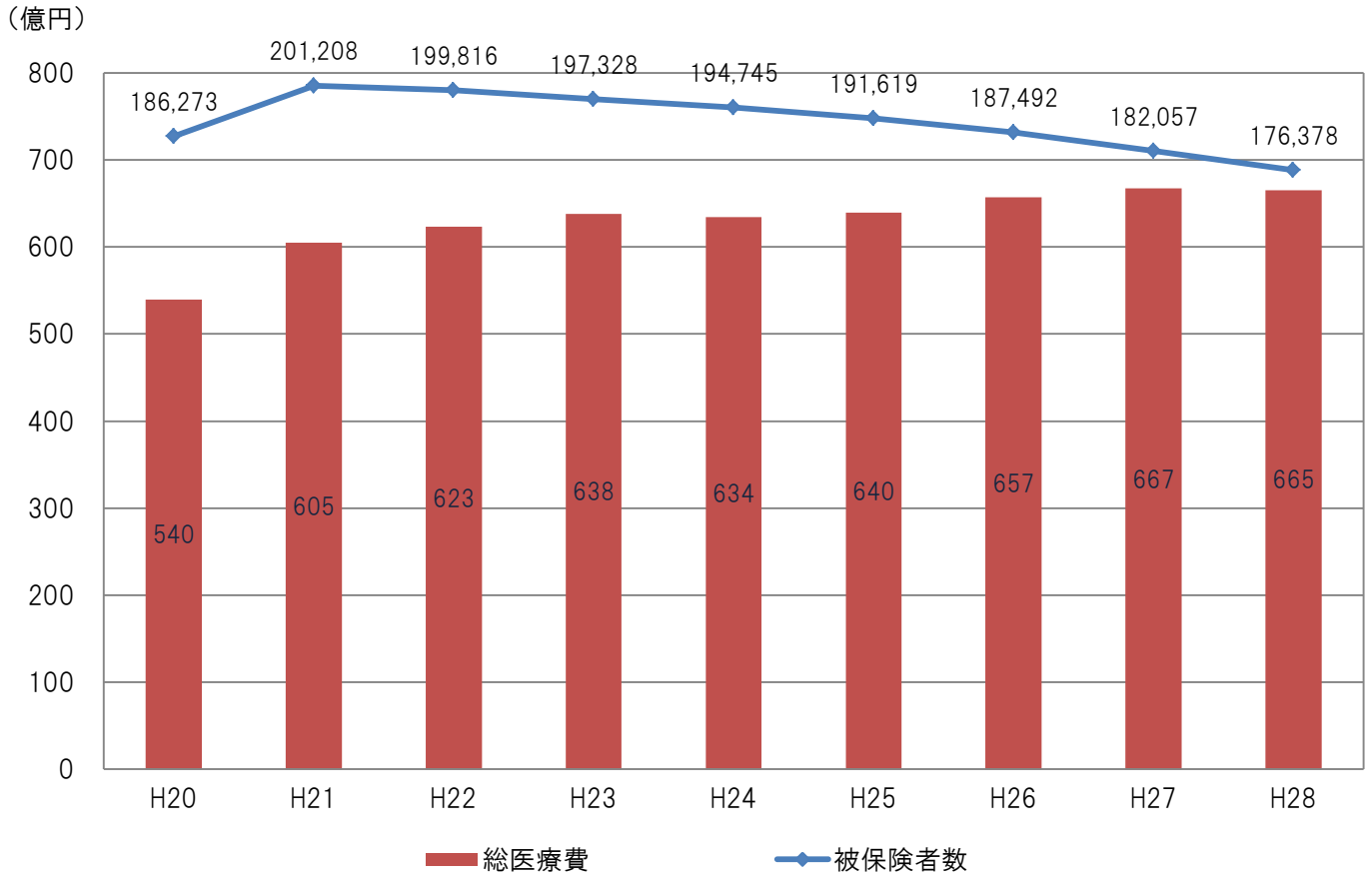
【データ】くまもとの国保「年齢層別被保険者数」　年齢階層別状況　H20～28年度

2 医療・健康情報の分析

（1）医療情報分析

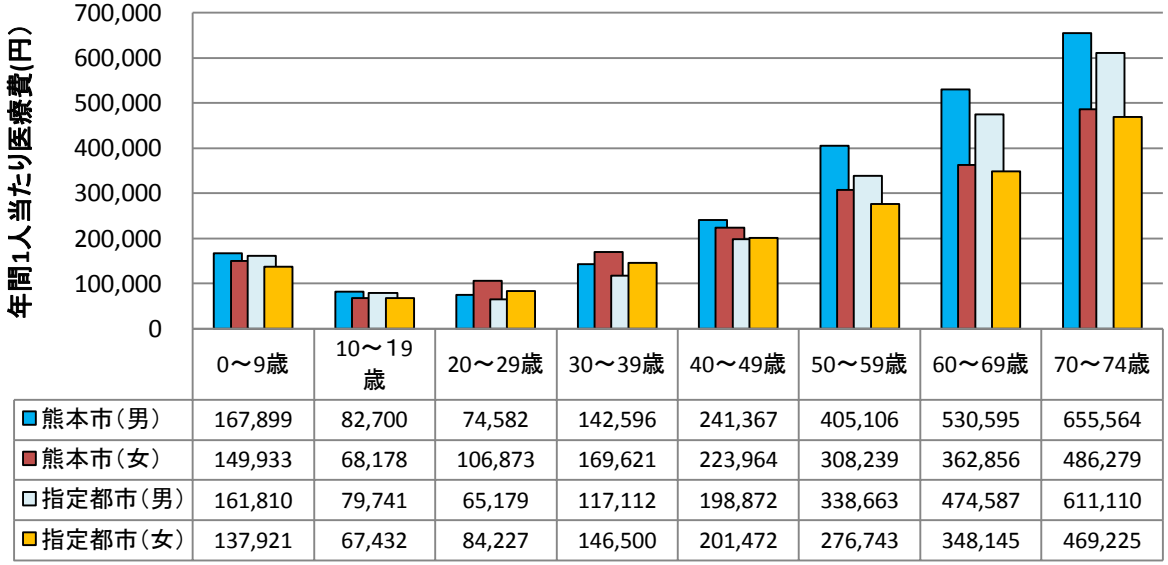
① 被保険者数と総医療費の推移

被保険者数は減少しているが、総医療費は増加傾向にある。
（H28年度は震災の影響もあり、前年度と比較し総医療費が減少）

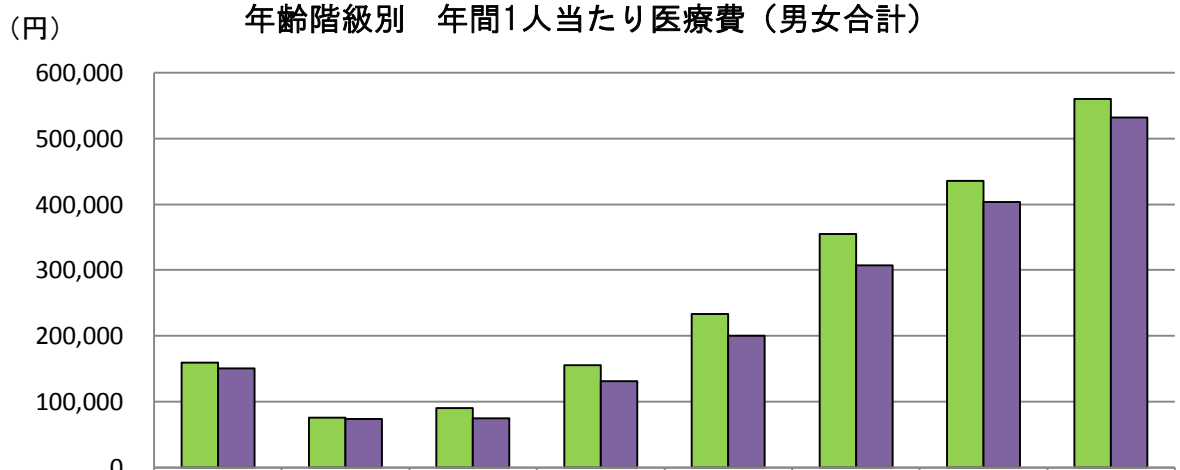


【データ】総医療費　：くまもとの国保「Ⅲ保険給付　1.医療給付費の状況」
被保険者数：くまもとの国保「Ⅱ被保険者　1.世帯数及び被保険者数の推移」3～2月の平均数

② 年齢階級別　年間１人あたり医療費（男女別及び男女合計）



	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳
熊本市（男）	167,899	82,700	74,582	142,596	241,367	405,106	530,595	655,564
熊本市（女）	149,933	68,178	106,873	169,621	223,964	308,239	362,856	486,279
指定都市（男）	161,810	79,741	65,179	117,112	198,872	338,663	474,587	611,110
指定都市（女）	137,921	67,432	84,227	146,500	201,472	276,743	348,145	469,225



	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳
熊本市	159,059	75,663	90,305	155,319	233,101	354,563	435,923	559,921
指定都市	150,174	73,728	74,703	131,160	200,092	306,846	403,399	531,687

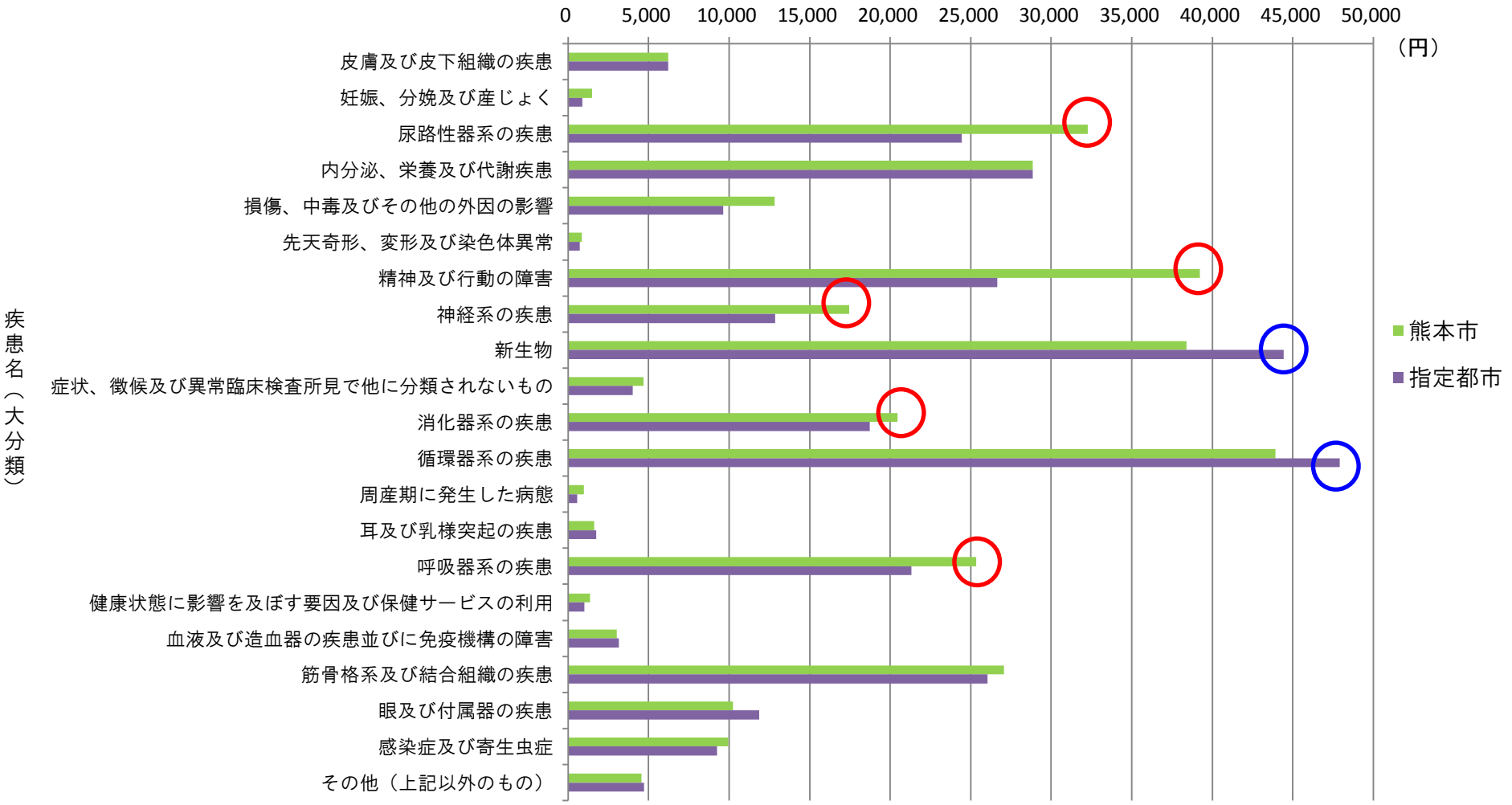
・男女ともに、全ての年代において指定都市平均を上回っている

・若い世代（～30代）までは女性のほうが医療費が高く、40代以降の世代では、男性のほうが高い傾向にある（指定都市も同様の傾向）

【データ】
KDB「疾病別医療費分析（大分類）」
H28年度（H29.6抽出）

③ 疾患別１人あたり医療費の比較（男女合計）

全体的に、指定都市平均より１人あたり医療費の水準は高い。
【指定都市平均より１人あたり医療費が高い主な疾患】
尿路性器系の疾患、精神疾患、神経系、呼吸器系、消化器系
【指定都市平均より１人あたり医療費が低い主な疾患】
新生物（がん）、循環器系疾患

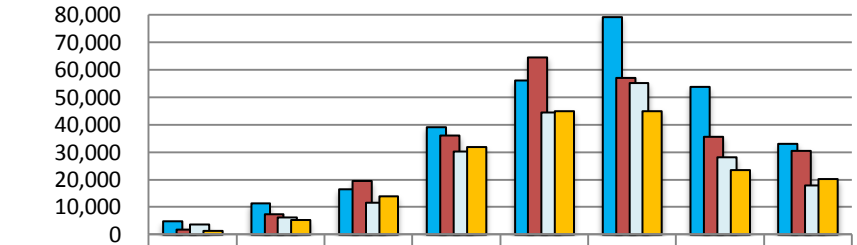


【データ】KDB「疾病別医療費分析（大分類）」H28年度（H29.6抽出）

④ 医療費が高い疾患の性・年齢別１人あたり医療費　（熊本市・指定都市比較）

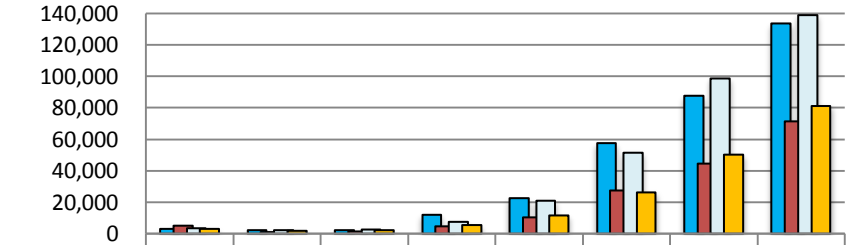
・精神及び行動の障害⇒熊本市、指定都市のいずれも、年代別の医療費推移の傾向は同様だが、全ての年代において男女ともに熊本市が高い。
・尿路性器系疾患　　⇒50代以降、男女ともに指定都市では横ばいであるが、熊本市では年代があがるにつれ医療費が伸びている。
・循環器系、新生物　⇒年代別の医療費推移の傾向は同じだが、60代以降は、男女ともに指定都市の医療費が熊本市を上回っている。

精神及び行動の障害



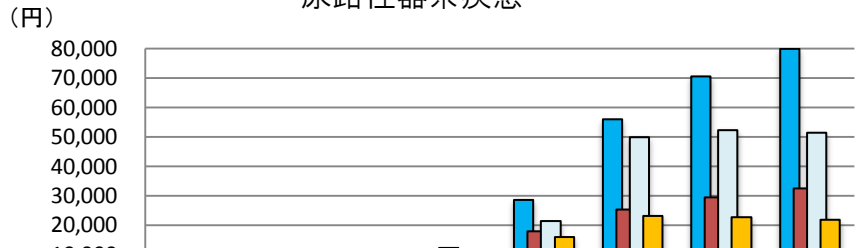
	0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70～74歳
熊本市（男）	4,845	11,355	16,584	39,210	56,053	79,257	53,692	33,127
熊本市（女）	1,751	7,314	19,428	35,963	64,445	57,100	35,670	30,586
指定都市（男）	3,699	6,362	11,694	30,148	44,436	55,078	28,266	17,860
指定都市（女）	1,408	5,312	14,023	31,948	44,842	45,019	23,381	20,194

循環器系疾患



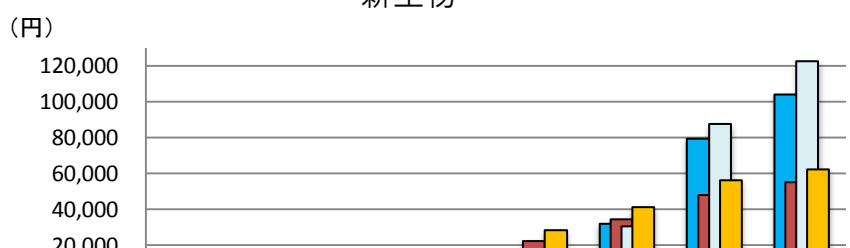
	0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70～74歳
熊本市（男）	2,922	2,426	2,205	12,174	22,566	57,589	87,659	133,475
熊本市（女）	4,974	1,153	1,457	4,804	10,606	27,593	44,628	71,355
指定都市（男）	3,422	2,187	2,837	7,713	21,010	51,547	98,650	138,924
指定都市（女）	3,160	1,874	2,246	5,553	11,722	26,296	50,127	81,277

尿路性器系疾患



	0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70～74歳
熊本市（男）	1,939	1,601	999	8,610	28,607	55,870	70,494	79,964
熊本市（女）	2,852	1,546	8,262	12,225	17,730	25,263	29,432	32,308
指定都市（男）	2,072	1,010	1,656	6,314	21,307	49,840	52,213	51,392
指定都市（女）	1,232	1,618	5,950	10,285	15,924	23,111	22,719	21,691

新生物

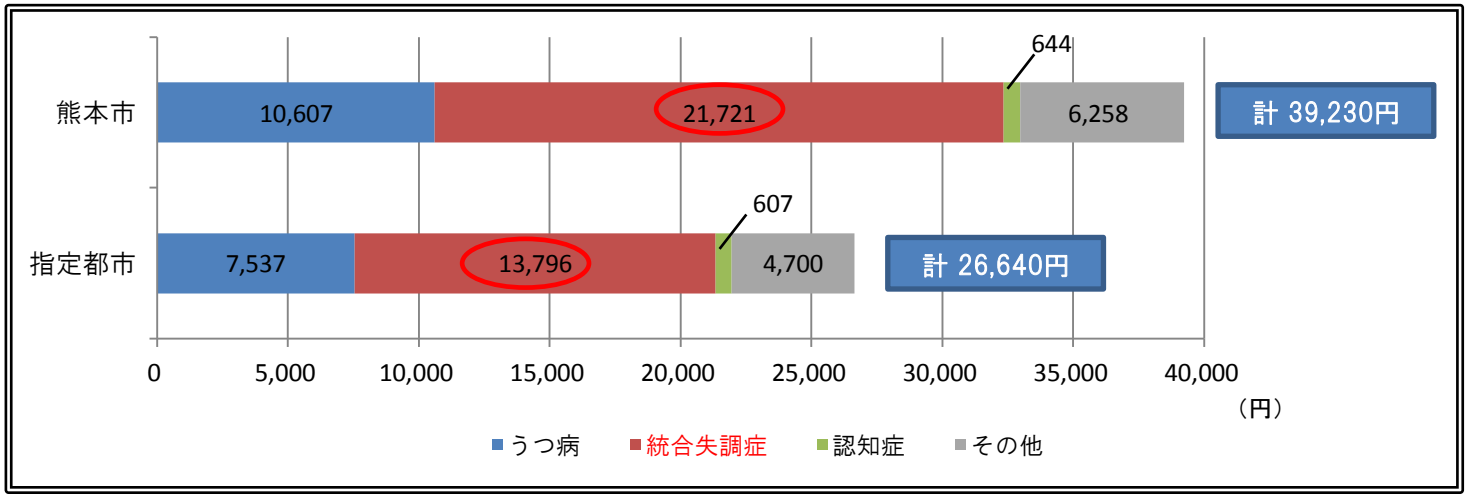


	0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70～74歳
熊本市（男）	946	522	1,037	1,864	10,254	32,160	79,596	104,225
熊本市（女）	541	725	3,920	12,654	22,451	34,620	48,134	55,332
指定都市（男）	2,043	1,669	2,177	4,072	11,255	30,461	87,707	122,719
指定都市（女）	1,365	1,522	3,969	11,662	28,387	41,146	56,426	62,261

【データ】ＫＤＢ「疾病別医療費分析（大分類）」 H28年度（H29.6抽出）

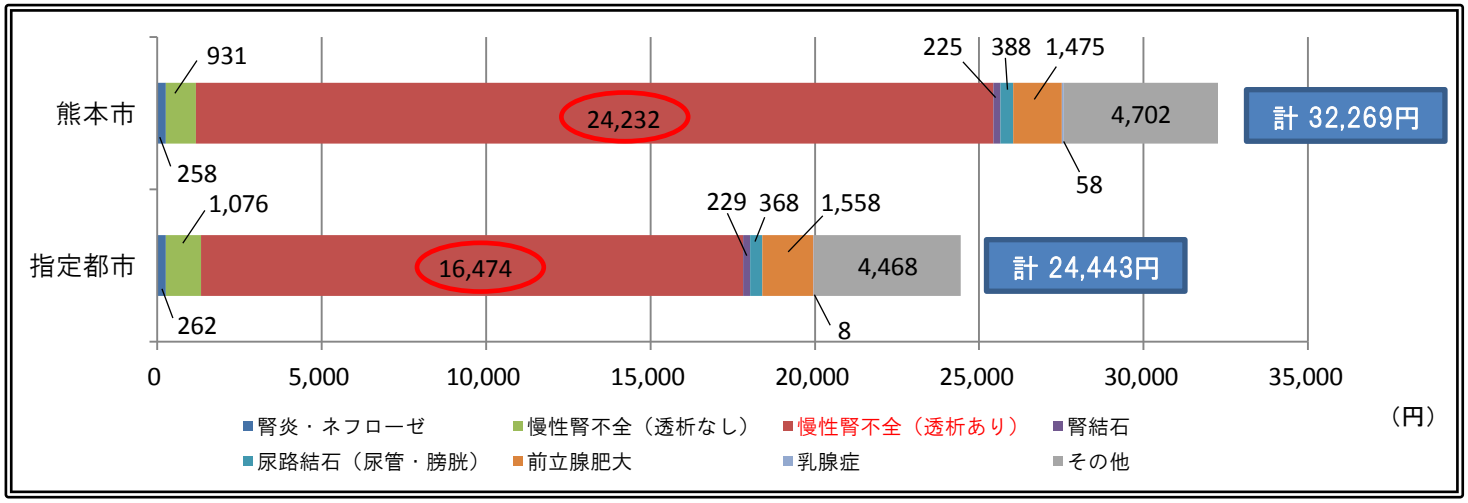
⑤－１　１人あたり医療費が高い疾患の細小分類別内訳（精神・尿路性器系疾患）

【精神及び行動の障害】



【精神及び行動の障害】
・１人あたり医療費は指定都市の約1.47倍
・熊本市、指定都市ともに、統合失調症の医療費が最も高い

【尿路性器系疾患】

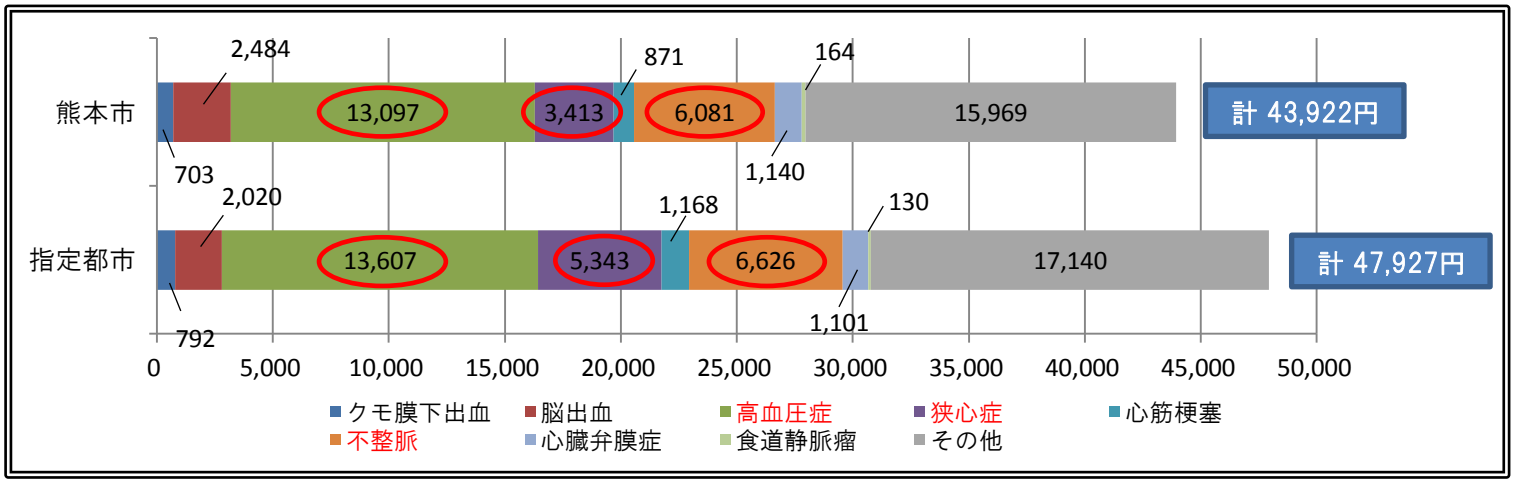


【尿路性器系疾患】
・１人あたり医療費は指定都市の約1.32倍
・熊本市、指定都市ともに、慢性腎不全（透析あり）の医療費が最も高い

【データ】KDB「疾患別医療費分析（細小（82）分類）」28年度（H29.6抽出）

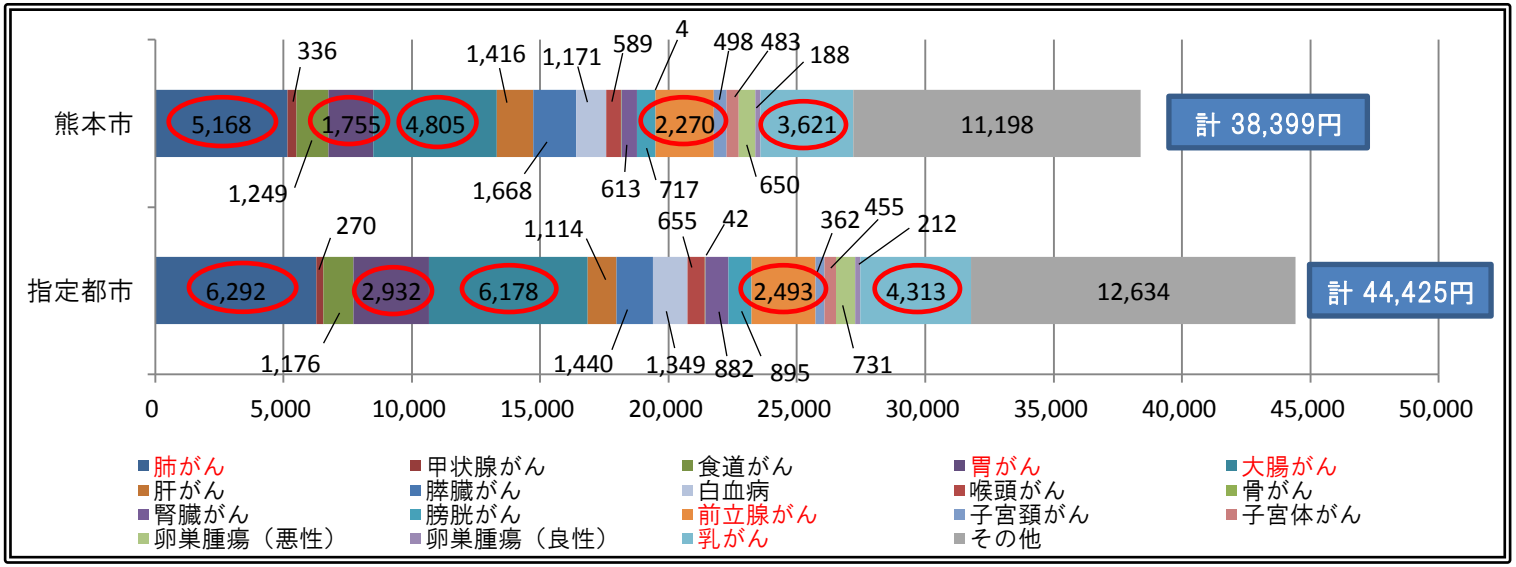
⑤－２　１人あたり医療費が高い疾患の細小分類別内訳（循環器系疾患・新生物）

【循環器系の疾患】



【循環器系の疾患】
・１人あたり医療費は指定都市の約0.92倍
・熊本市、指定都市ともに、高血圧、狭心症、不整脈の医療費が最も高い

【新生物】



【新生物】
・１人あたり医療費は指定都市の約0.86倍
・熊本市、指定都市ともに、肺・胃・大腸・前立腺・乳のがん医療費が高い

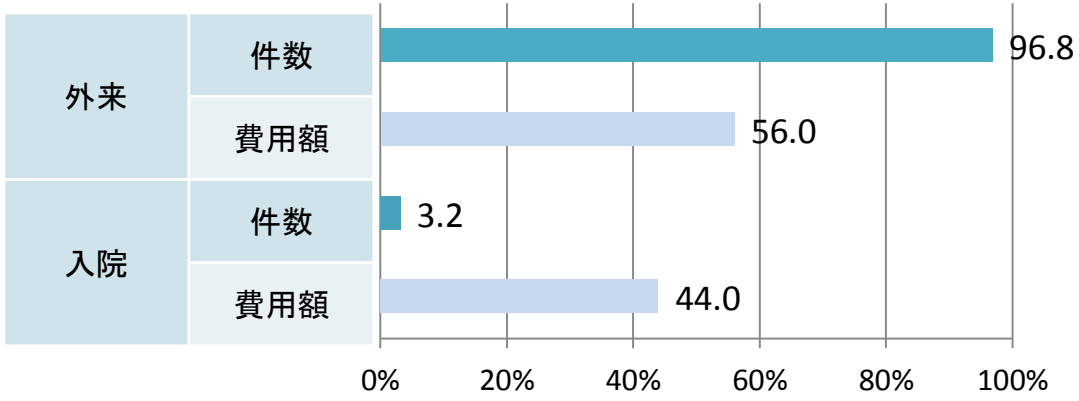
【データ】KDB「疾患別医療費分析（細小（82）分類）」28年度（H29.6抽出）

⑥ 医療費状況（費用割合・件数割合など）

指定都市と比較し、入院の割合が高く、１件当たり在院日数も長い。
これらの傾向は、前回データヘルス作成時（H25実績）と同様である。

		熊本市	指定都市平均
外来	費用割合（%）	56.0%	60.3%
	件数割合（%）	96.8%	97.4%
入院	費用割合（%）	44.0%	39.7%
	件数割合（%）	3.2%	2.6%
１件当たり在院日数		17.6日	15.3日

［参考］　総医療費の内訳（外来・入院の比較）

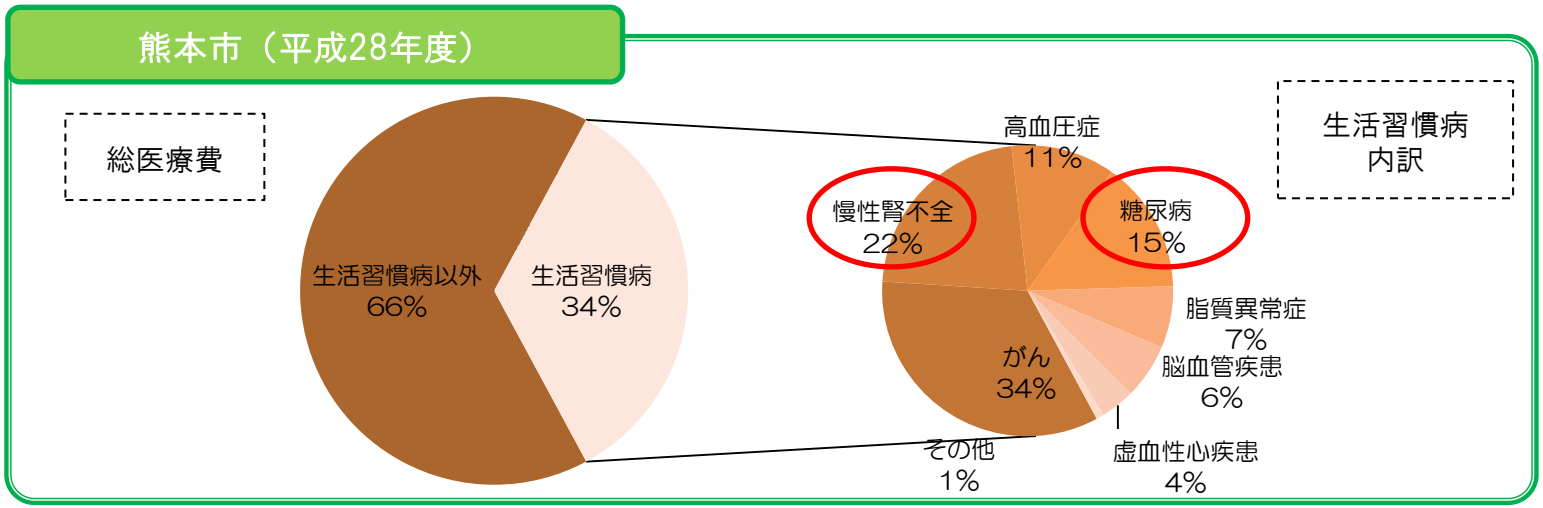


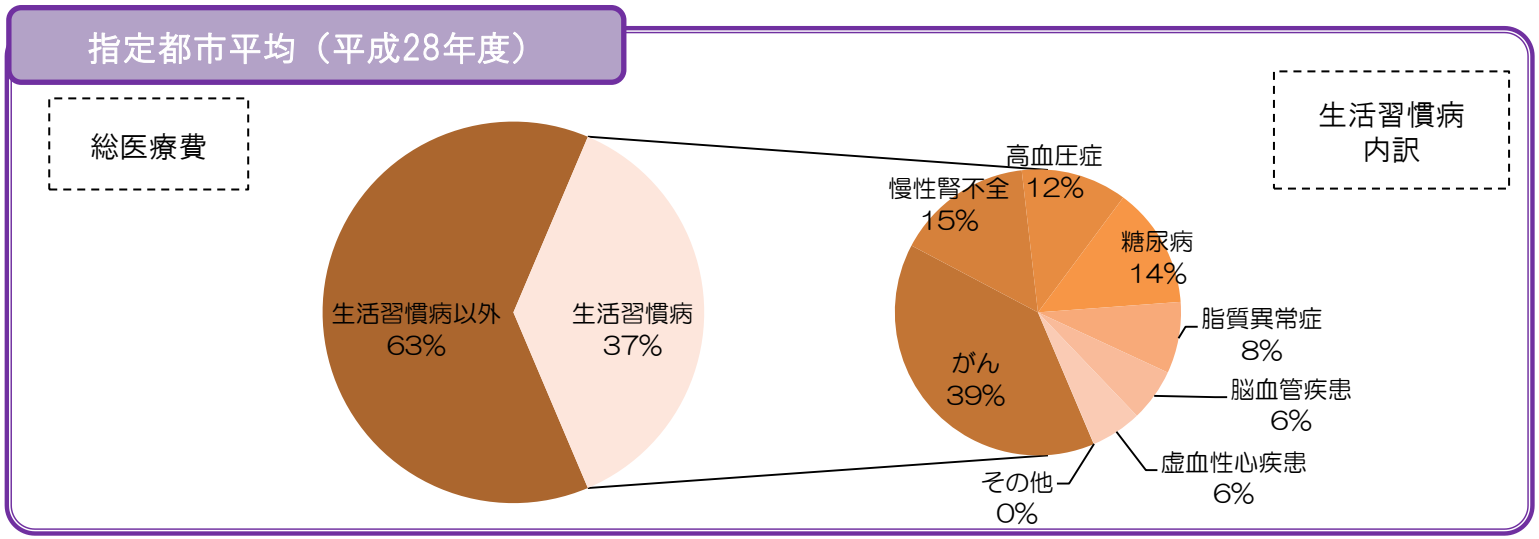
入院件数の割合は3.2%だが、費用額の割合では44%を占める

【データ】ＫＤＢ「同規模保険者比較」H28年度（H29.6抽出）

⑦ 総医療費の内訳（生活習慣病関連）

指定都市平均と比較し、生活習慣病に係る医療費の割合は下回るものの、慢性腎不全、糖尿病の割合は上回っている。
特に、慢性腎不全は＋7%と大きく上回る。



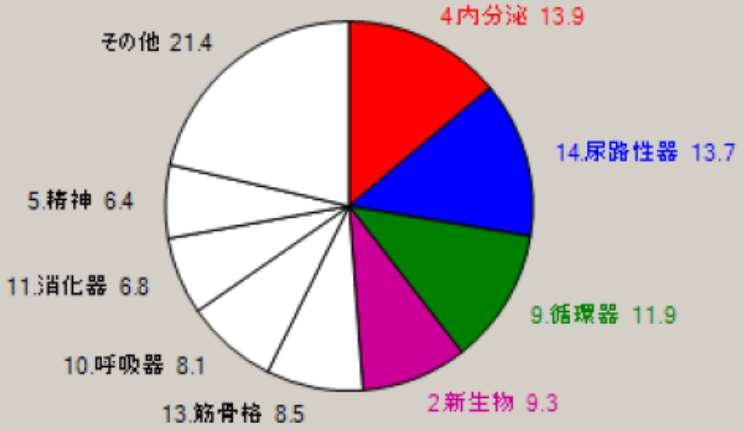


【データ】KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」H28年度（H29.6抽出）

⑧ 疾患別医療費（外来）

外来医療費の上位は、糖尿病や脂質異常症を含む「内分泌、栄養及び代謝障害」、人工透析を含む「尿路性器系疾患」、高血圧や心疾患等の「循環器系疾患」の順となっており、新生物を加えると、これらの生活習慣病のみで外来全体の約半数を占めている。

外来



外来医療費全体を100%として計算

4.内分泌 13.9	糖尿病	8.0
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	5.3
	甲状腺障害	0.6
14.尿路性器 13.7	腎不全	11.4
	その他の腎尿路系の疾患	0.7
	前立腺肥大（症）	0.6
9.循環器 11.9	高血圧性疾患	6.7
	その他の心疾患	2.9
	虚血性心疾患	1.0
2.新生物 9.3	その他の悪性新生物	3.0
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1.5
	乳房の悪性新生物	1.3

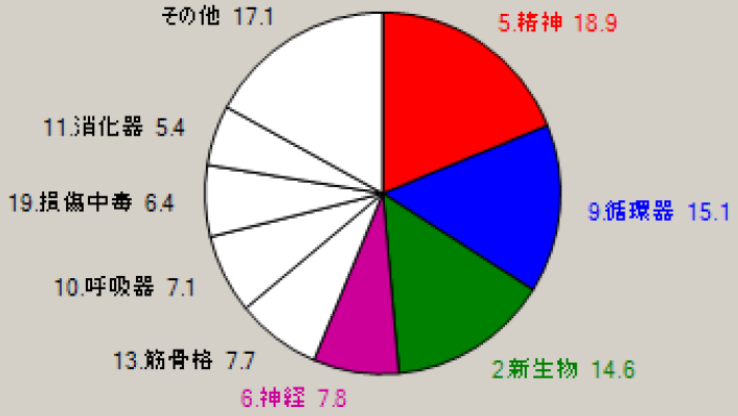
【データ】KDB「医療費分析（2）大、中、細分類」H28年度累積（H29.6抽出）

⑨ 疾患別医療費（入院）

入院医療費の上位は、「精神障害」、「循環器系疾患」、「新生物」、「神経系疾患」の順となっている。循環器系疾患の上位３位は「その他の心疾患」、「脳梗塞」、「虚血系心疾患」で、重症化した生活習慣病となっている。

入院

大分類別医療費(%)



入院医療費全体を100%として計算

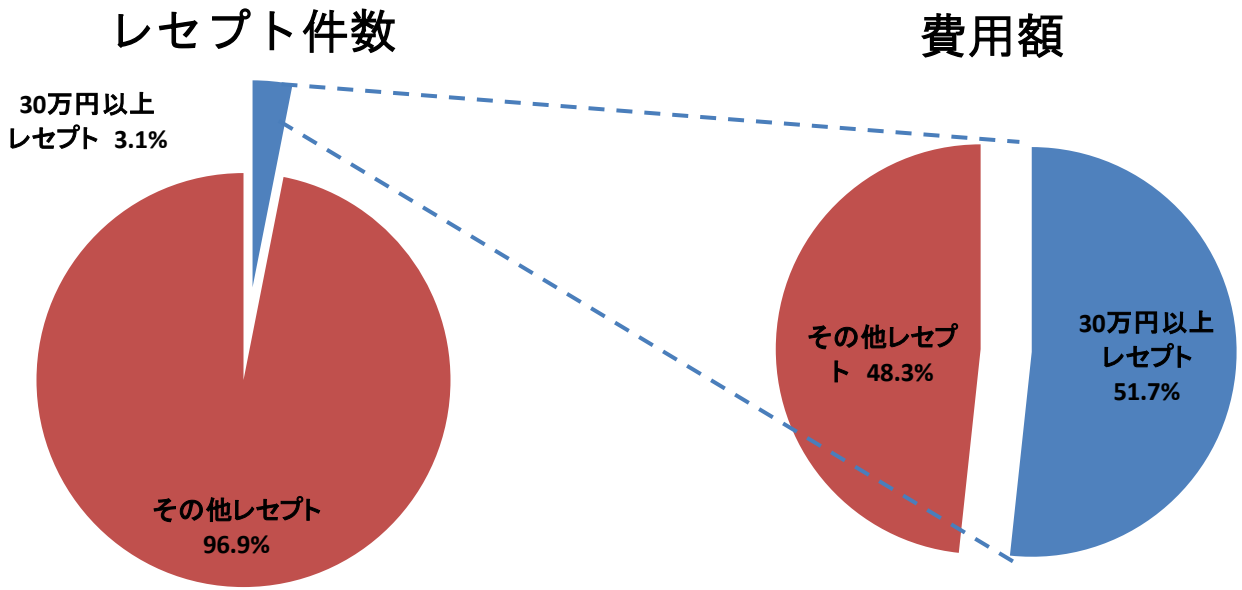
中分類別分析(%)

5.精神 18.9	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	11.6
	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	3.8
	その他の精神及び行動の障害	1.7
9.循環器 15.1	その他の心疾患	5.5
	脳梗塞	2.6
	虚血性心疾患	2.3
2.新生物 14.6	その他の悪性新生物	5.6
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1.6
	良性新生物及びその他の新生物	1.4
6.神経 7.8	その他の神経系の疾患	2.6
	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	2.2
	パーキンソン病	1.3

【データ】KDB「医療費分析（2）大、中、細分類」H28年度累積（H29.6抽出）

⑩ 高額医療費の状況

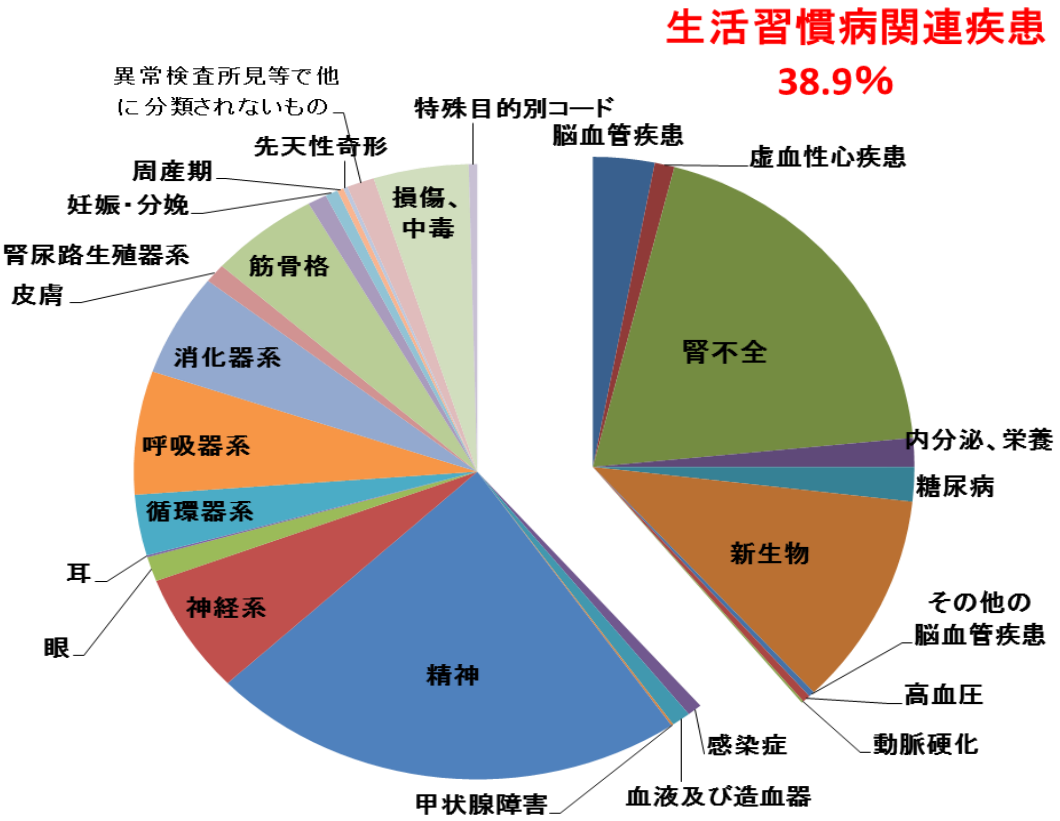
30万円以上の高額レセプト件数は全体の約3%であるが、費用額では医療費全体の約50%を占めている。H28年度は「30万以上レセプトの割合」が過半数を超え「その他レセプトの割合」より多くなった。



【データ】
・レセプト総件数：KDB「医療費分析（1）細小分類」患者千人当たり生活習慣病レセプト件数より算出
H28年度（H29.6抽出）
・総医療費：KDB「市町村データ」　H28年度（H29.6抽出）
・30万以上レセプト件数・医療費：KDB「厚生労働省様式　様式1-1　30万円以上となったレセプト一覧」H28年度（H29.6抽出）

⑪ 高額医療費の状況～疾患内訳～

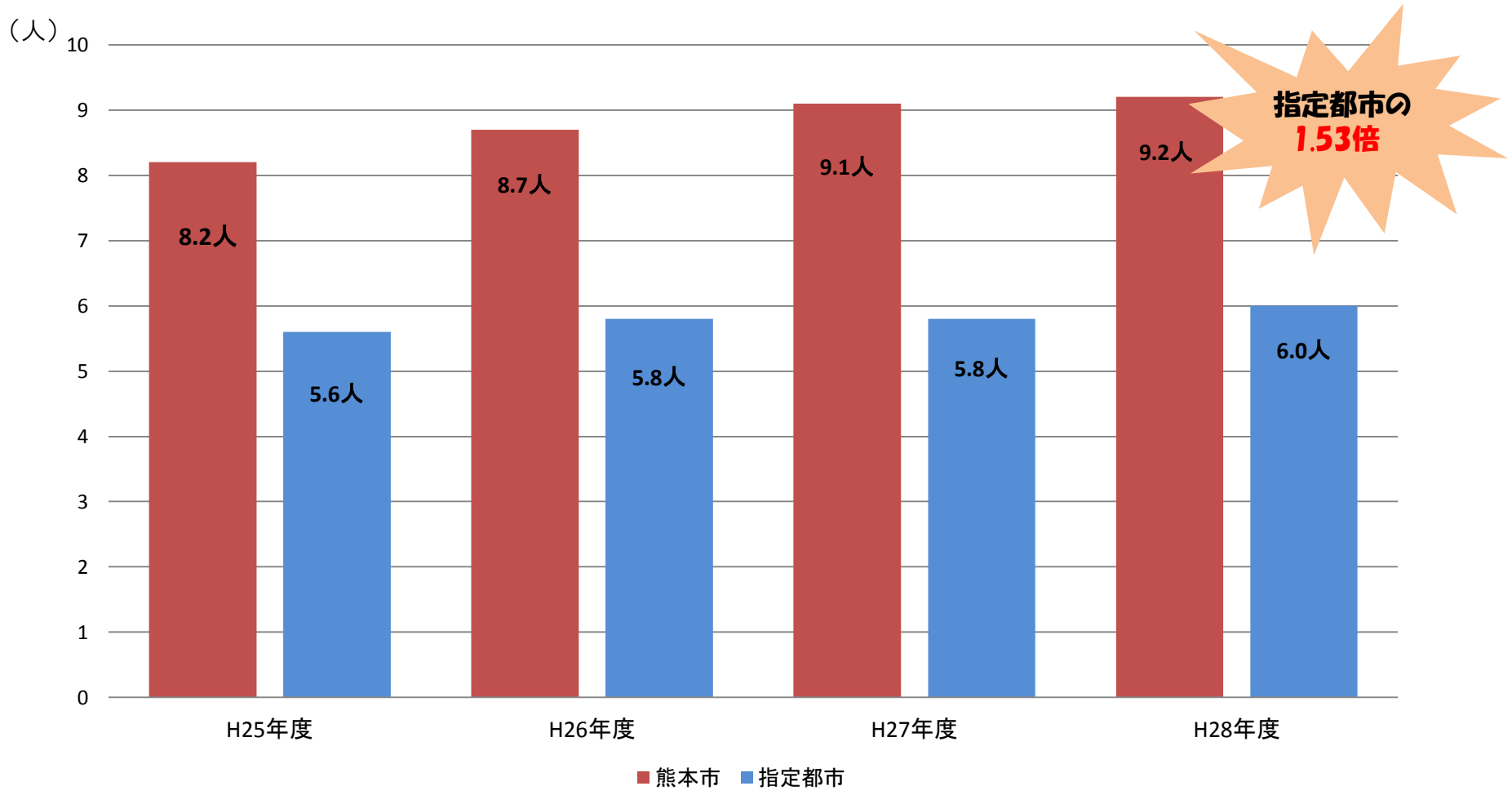
30万円以上高額レセプトの内訳は、H25年度と同様約40%が生活習慣病関連疾患である。



【データ】
・KDB「厚生労働省様式　様式1-1　30万円以上となったレセプト一覧」　H28年度（H29.6抽出）
・循環器疾患は生活習慣病関連疾患を除いた疾患（痔核、低血圧、その他心疾患）

⑫ 人工透析患者の状況
～30万円以上レセプト人工透析患者数（患者千人当たり）～

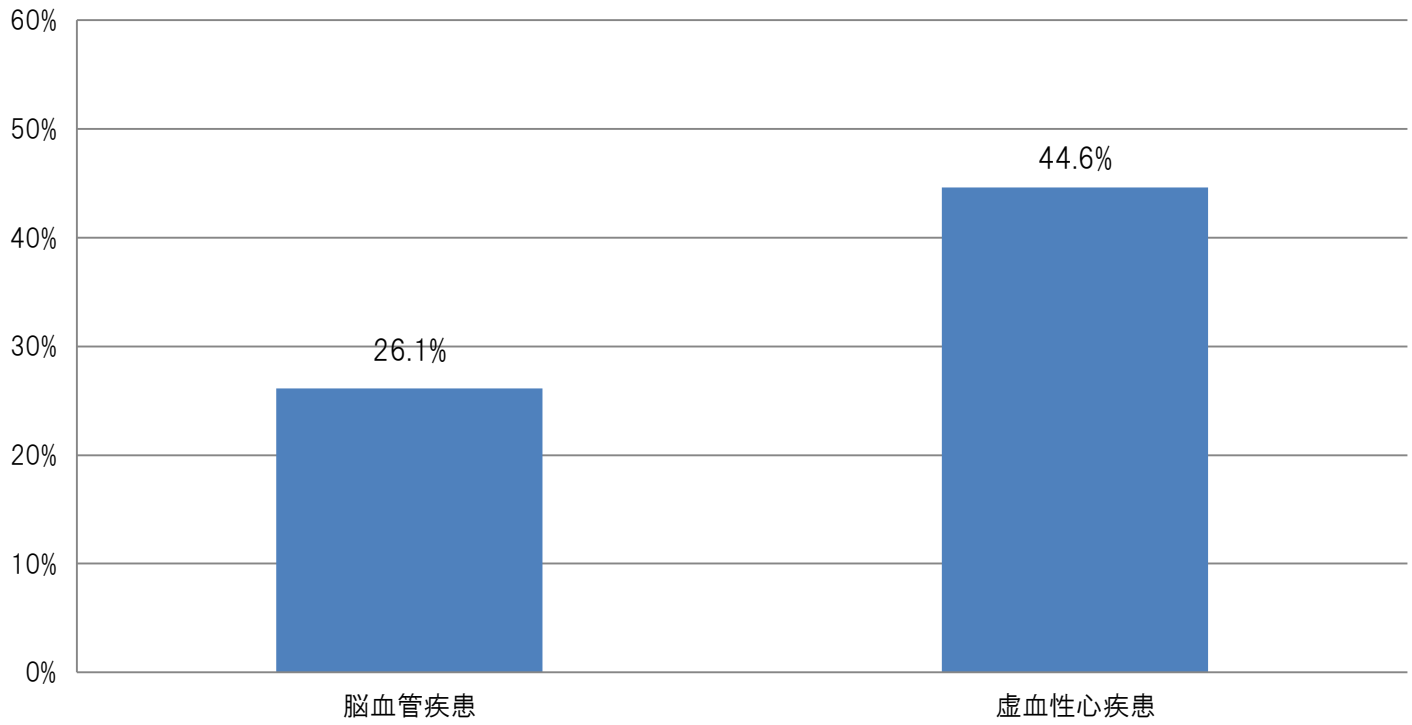
H25年度からH28年度にかけて、患者千人当たり人工透析患者数が1.0人増加。他指定都市と比較し、H25年度は1.46倍であったが、H28年度は1.53倍と増加。



【データ】 KDB「医療費分析（1）細小分類」 H28年度累計（H29.6抽出）

⑬ 人工透析患者の状況
～人工透析患者の脳血管疾患・虚血性心疾患有病率～

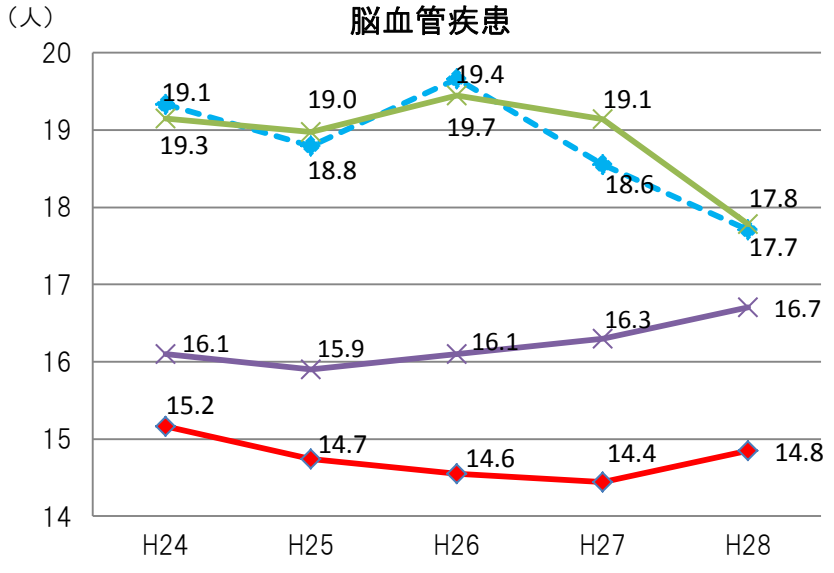
人工透析患者は腎不全と共に、脳血管疾患や虚血性心疾患のいずれかを併せ持っている割合が高い。

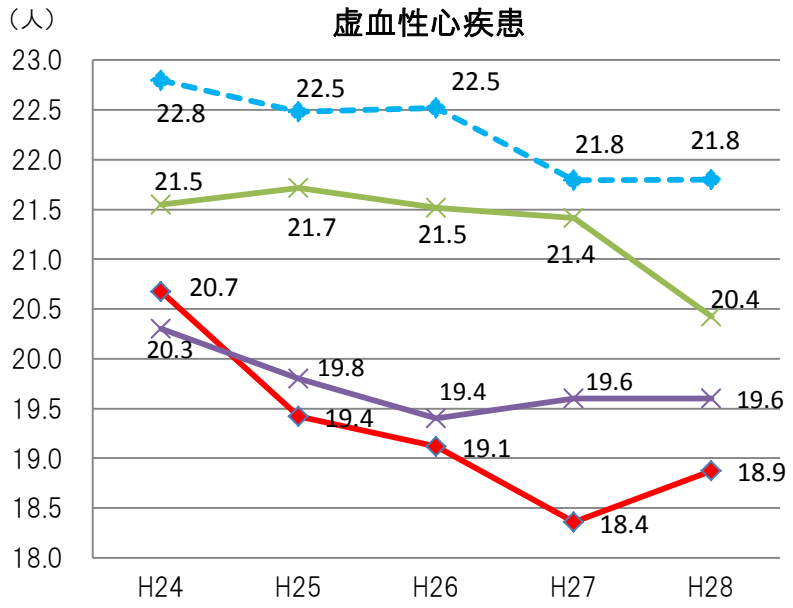


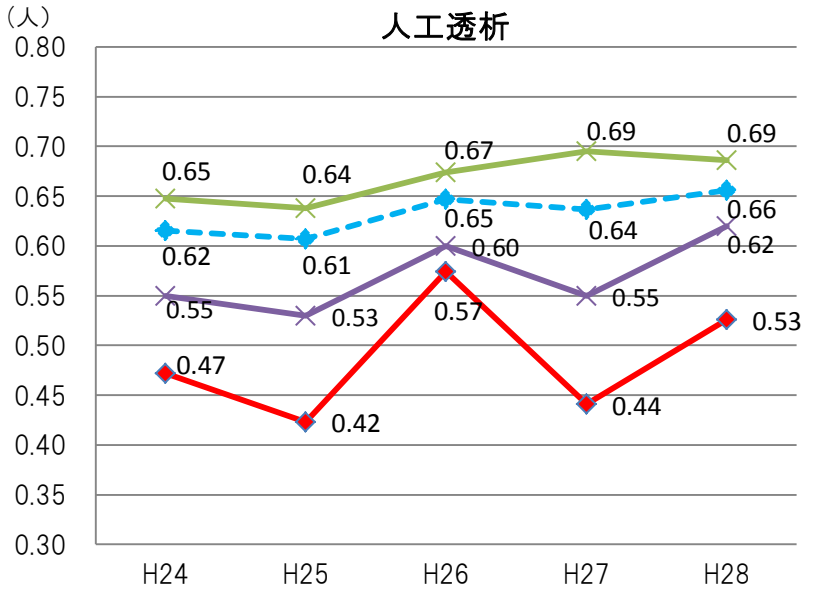
【データ】KDB「厚生労働省様式　様式3-7　人工透析のレセプト分析」H28年度累計（H29.6抽出）

⑭ 疾病別人口1000人当たり新規患者数の推移～生活習慣病関連～

生活習慣病重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）において、H28年度はやや上昇したものの、年々減少している。



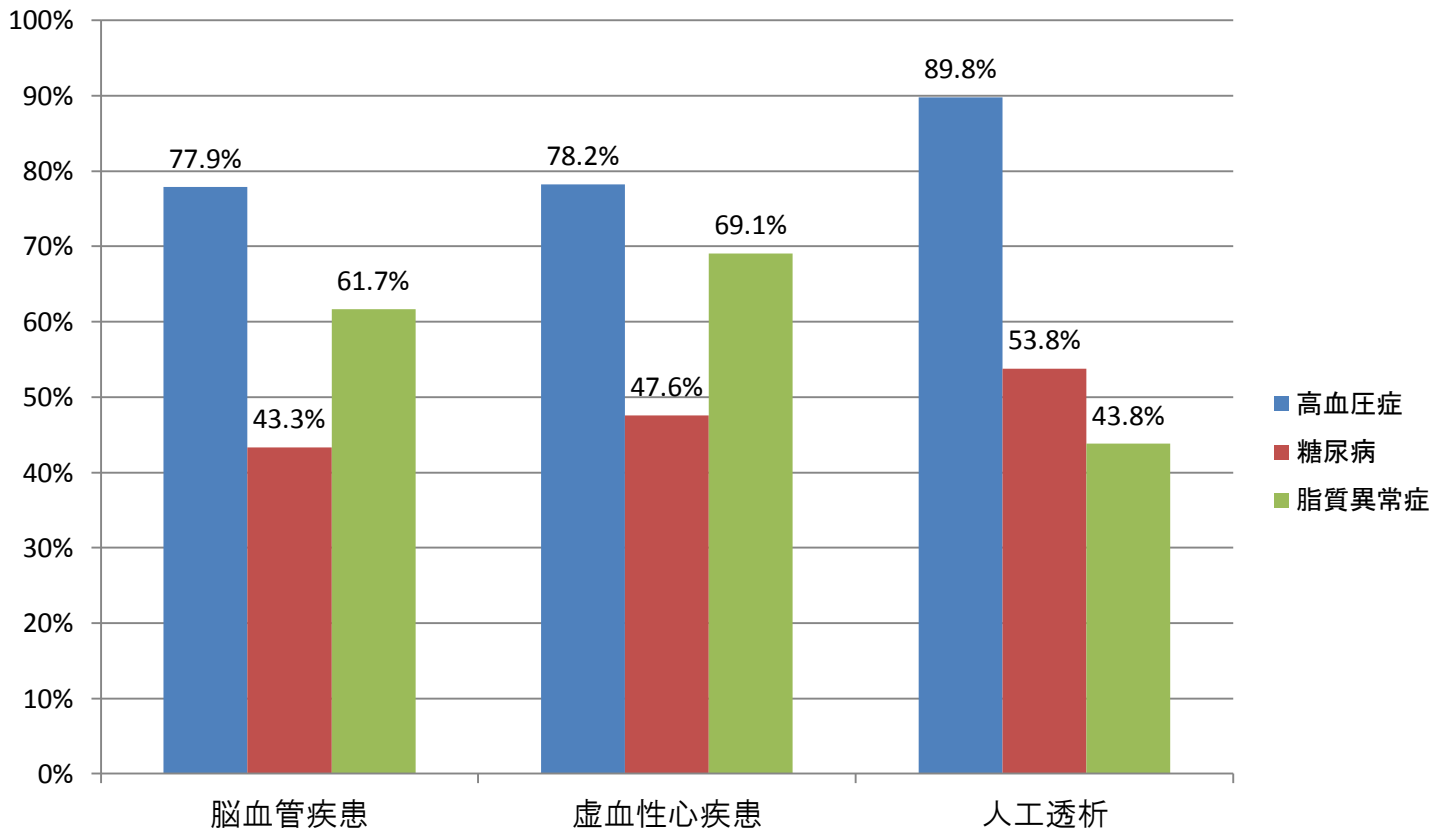




【データ】KDB「医療費分析（1）最小分類」（H29.6抽出）

⑮ 重症化疾患における基礎疾患治療割合

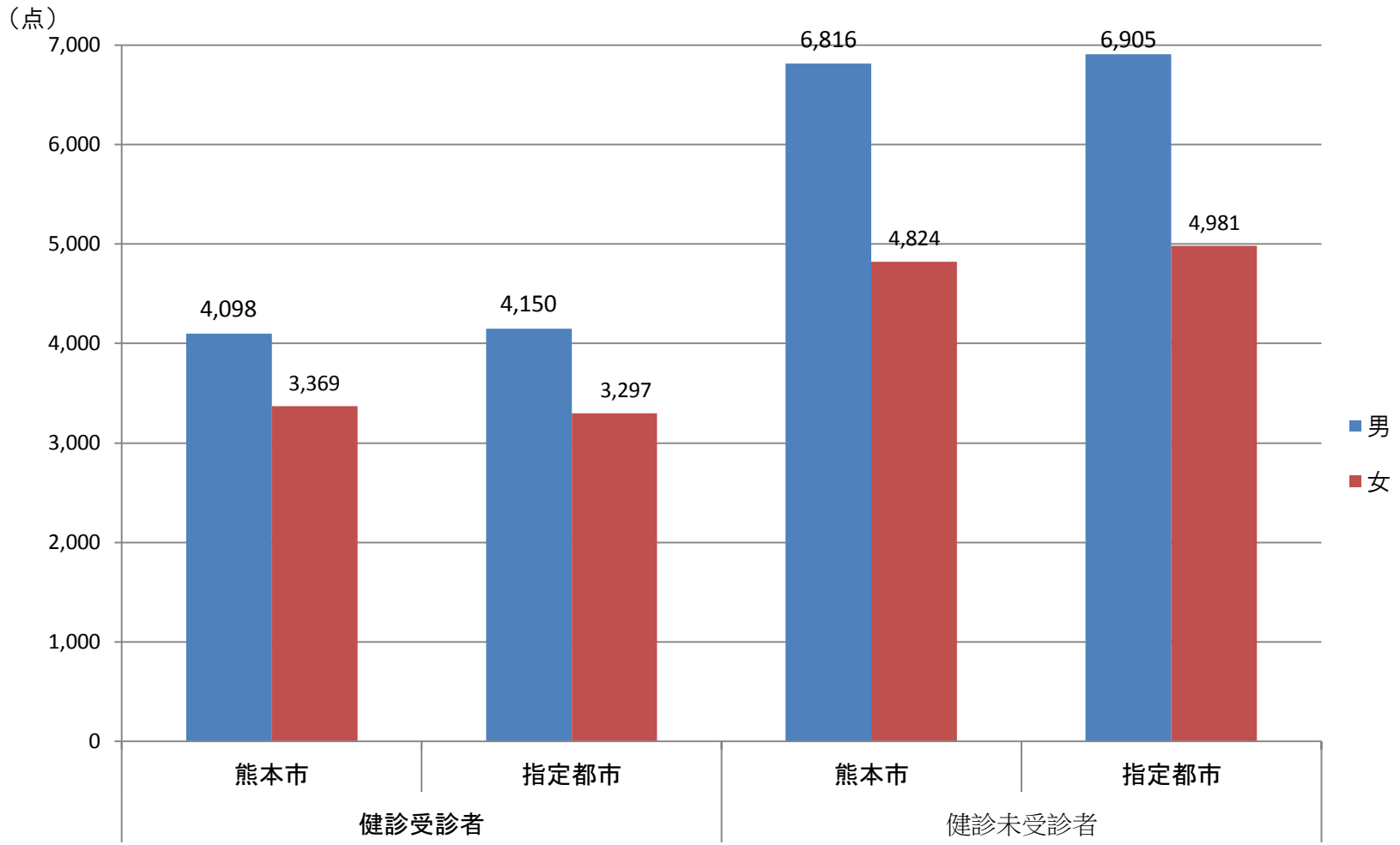
生活習慣病重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全（人工透析））では、高血圧症・糖尿病・脂質異常症を持っている割合が高い。



【データ】
脳血管疾患・虚血性心疾患：KDB「集団の疾患特徴の把握」　H28年度（H29.6抽出）
人工透析：KDB「厚生労働省様式　様式3-7　人工透析のレセプト分析」　H28年度（H29.6抽出）

⑯ 健診と医療の受診状況

健診受診者の医科レセプト点数は低い。健診未受診者の医科レセプト点数は高い。

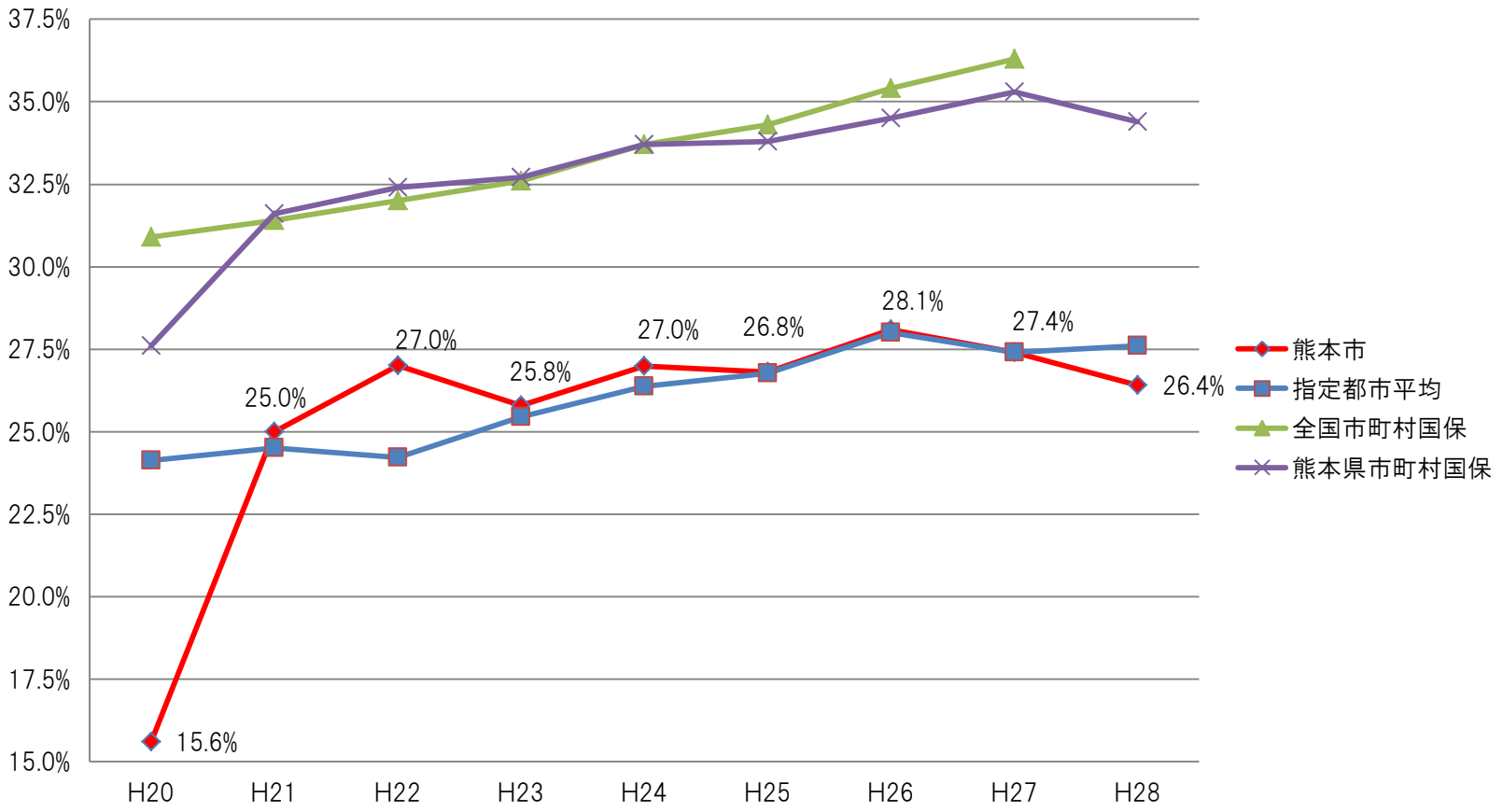


【データ】KDB「医療費分析（健診有無別）」H28年度累積　（H29.6抽出）

（２）特定健診結果分析

① 特定健診受診率の推移

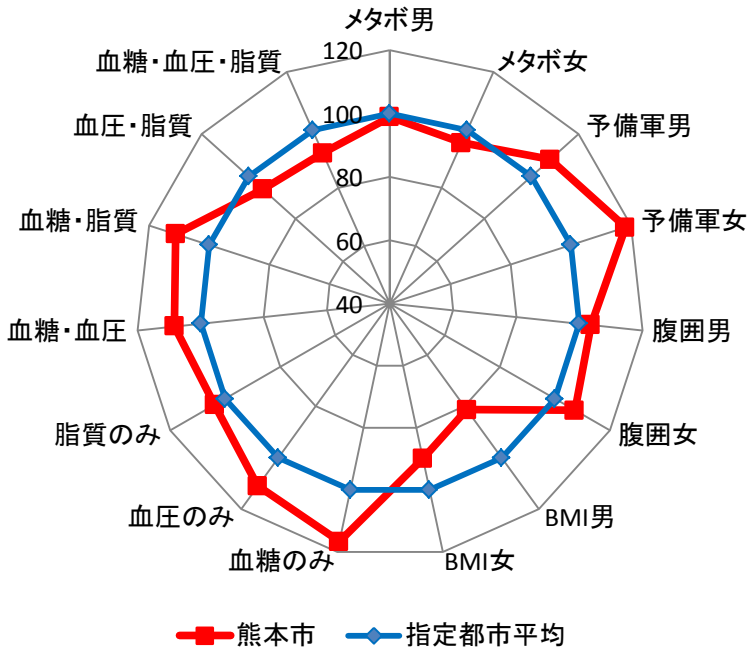
受診率は、全国・県に比べて低いが、指定都市平均と同程度である。
H22年合併以降は、ほぼ横ばいの状況。



【データ】法定報告値

② 健診メタボリックシンドローム状況

指定都市と比較しメタボ予備軍が多い。BMIは低いものの腹囲が基準値以上で内臓脂肪の蓄積があり、リスクの数は１つまでの者の割合が高い。

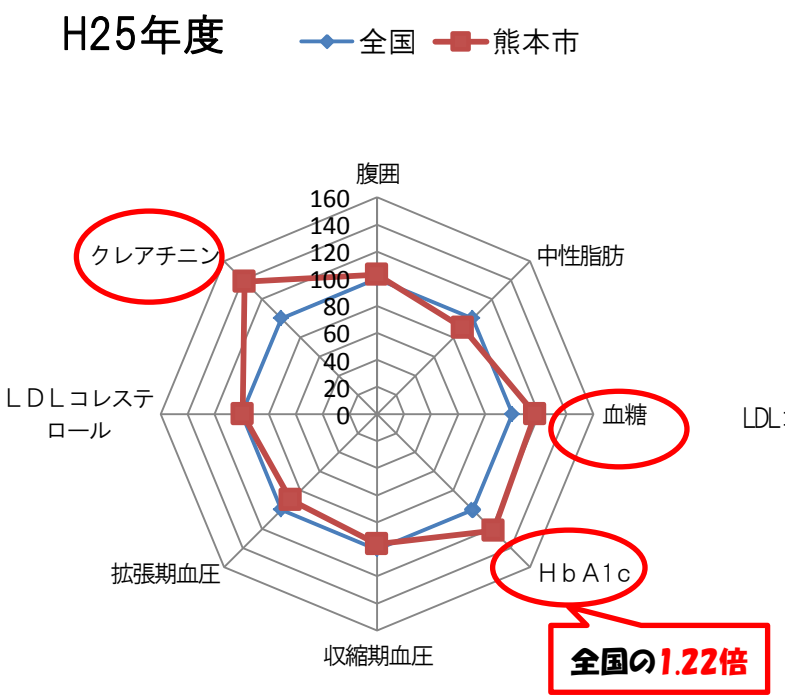


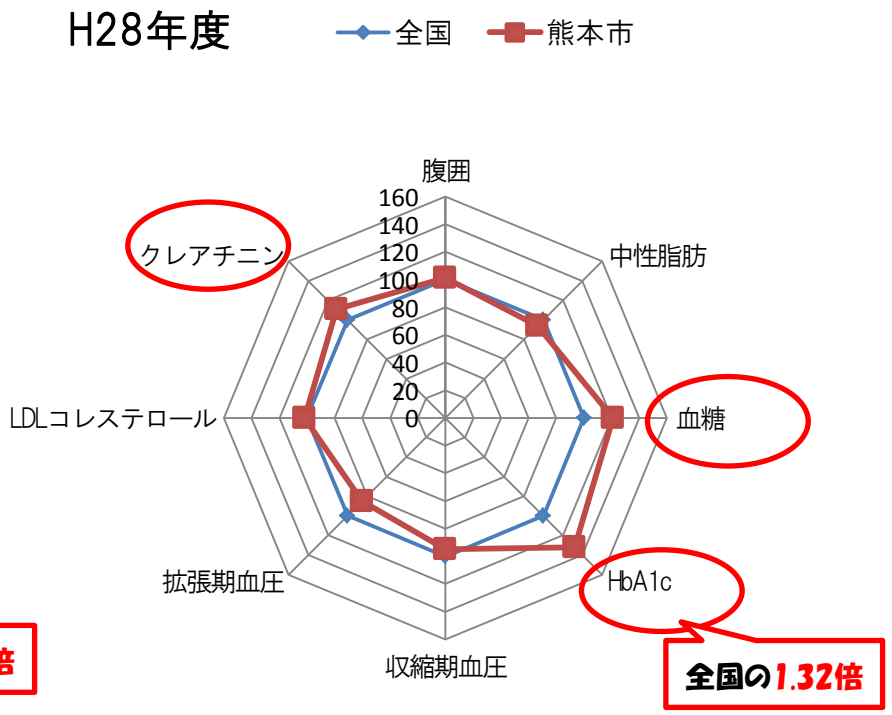
平成28年度			熊本市(%)	指定都市平均(%)
メタボ		該当者	16.2	16.8
		男	27.7	28.0
		女	8.4	8.8
		予備群	11.5	10.5
		男	18.9	17.5
		女	6.5	5.5
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	31.8	30.7
		男	52.8	50.9
		女	17.6	16.4
	BMI	総数	3.7	4.1
		男	1.3	1.6
		女	5.4	6.0
	血糖のみ		0.7	0.6
	血圧のみ		8.1	7.3
	脂質のみ		2.7	2.6
	血糖・血圧		2.6	2.4
	血糖・脂質		1.0	0.9
	血圧・脂質		7.9	8.4
	血糖・血圧・脂質		4.6	5.0

【データ】
KDB「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（H29.7抽出）
＜メタボリックシンドローム判定値＞
・腹囲　男性≧85cm、女性≧90cm、BMI≧25kg/㎡
・中性脂肪≧150mg/dlかつ/またはHDL-C＜40mg/dl
・血圧≧130mmHgかつ/または≧85mmHg
・空腹時血糖≧110mg/dl、ＨｂA1c ≧6.0%

③ 健診有所見者状況（全国平均比較）

特定保健指導判定値以上の割合を全国と比較すると、クレアチニン・ＨｂＡ１ｃ・血糖の値が高い。
Ｈ25年度と比較すると、クレアチニンの平均値は低くなっているが、ＨｂＡ１ｃの値は高くなっている。



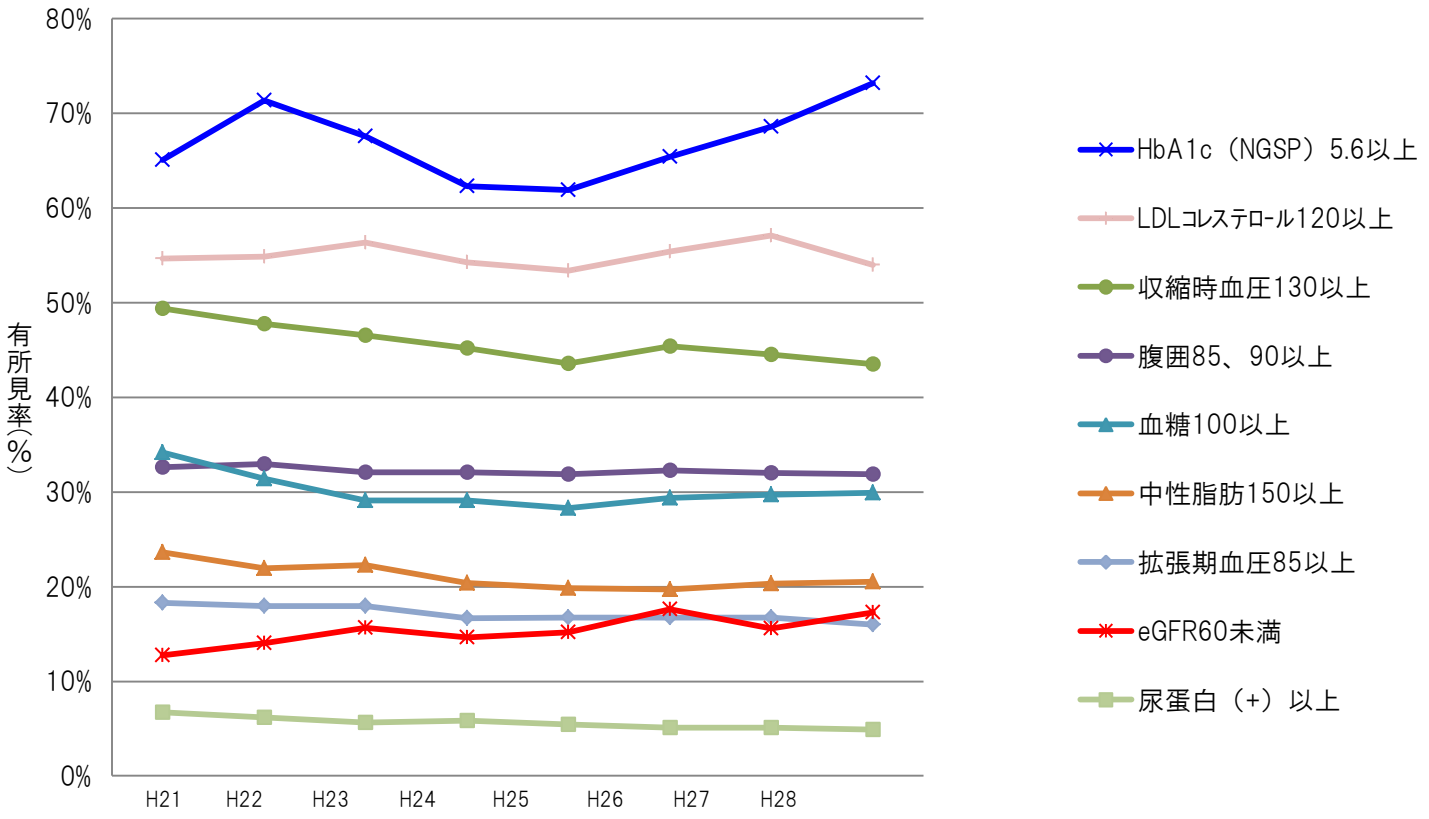


【データ】KDB「厚生労働省様式　様式6-2～7　健診有所見者状況（男女別・年代別）」H28年度（H29.6抽出）

＜保健指導判定値＞
腹囲　男性≧85cm、女性≧90cm、　中性脂肪≧150mg/dl、　空腹時血糖≧100mg/dl、　HbA1c≧5.6mg/dl、
血圧≧130mmHgかつ/または≧85mmHg、　LDL-C≧120mg/dl、　クレアチニン　男性＞1.0mg/dl、女性＞0.7mg/dl

④ 健診項目別有所見推移（経年）

健診項目別の有所見率は、HbA1cとeGFRが増加傾向にある。

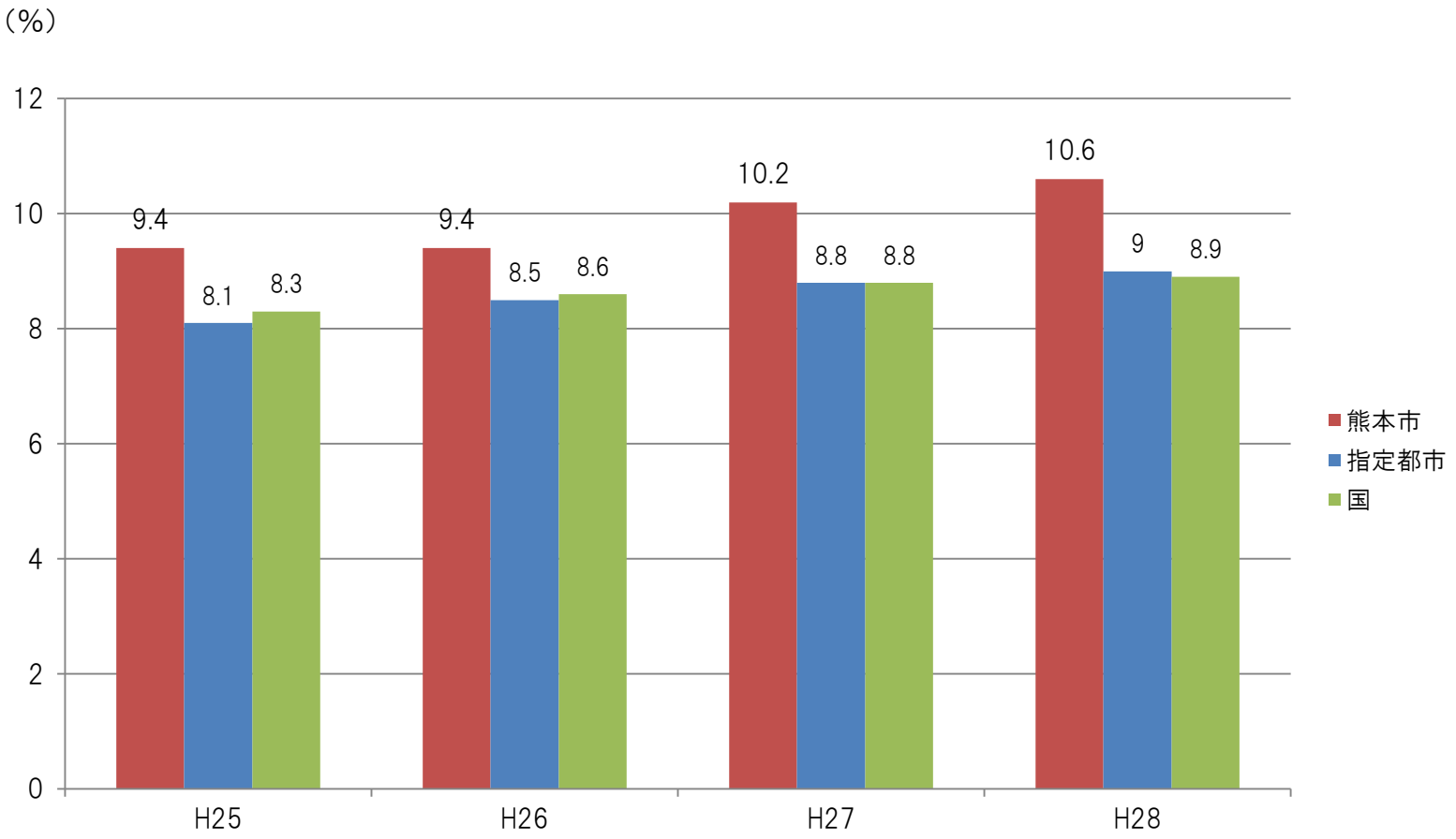


【データ】健診データ分析システム　あなみツール

（３）介護統計

① 要介護認定率の指定都市比較

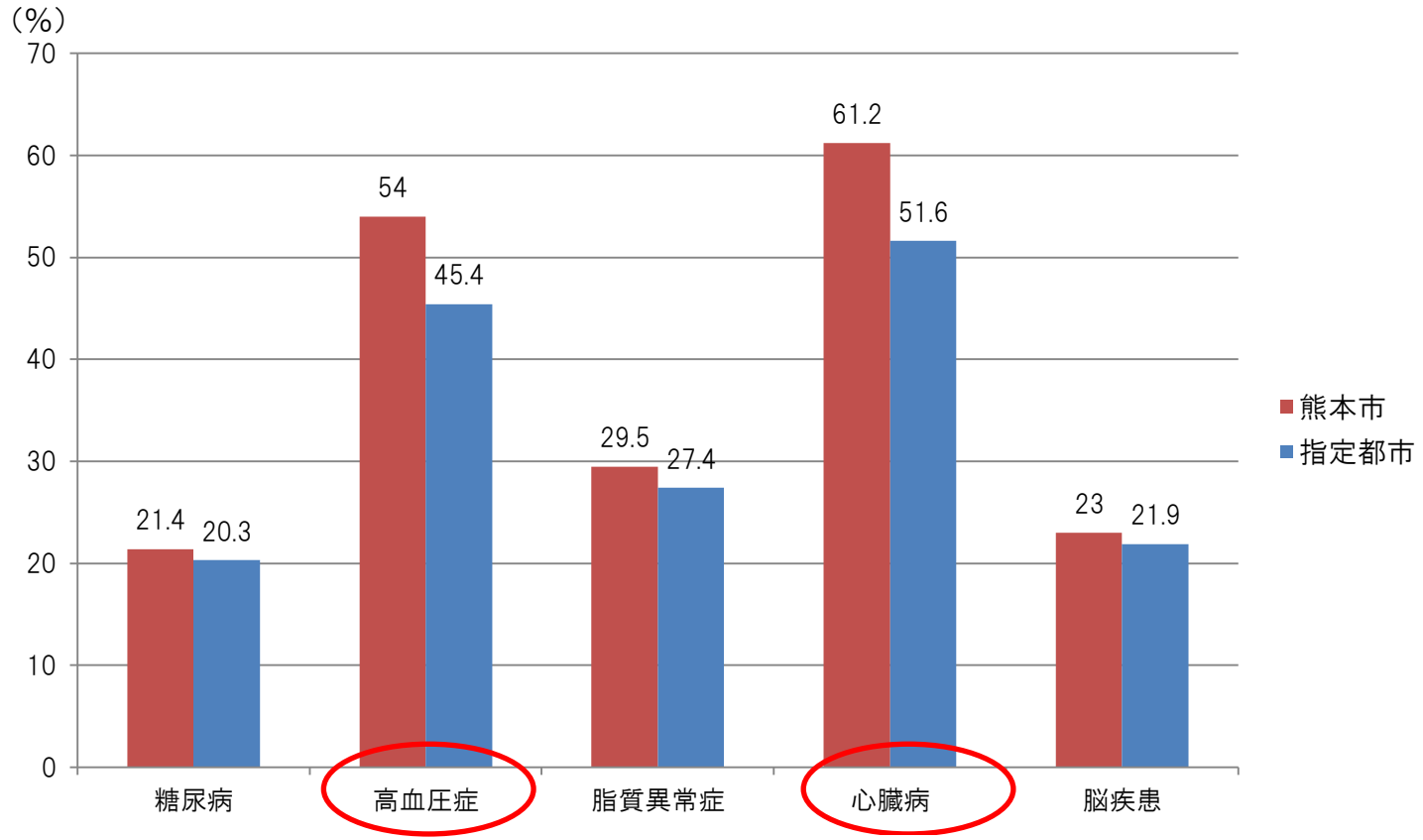
国・指定都市平均と比較し、介護認定率が高い。



【データ】KDB「地域全体の把握」　H28年度（H29.6抽出）

② 要介護者の有病状況

指定都市平均と比較し、介護認定者の生活習慣病有病率も高い。中でも高血圧症・心臓病をもつ割合が高い。

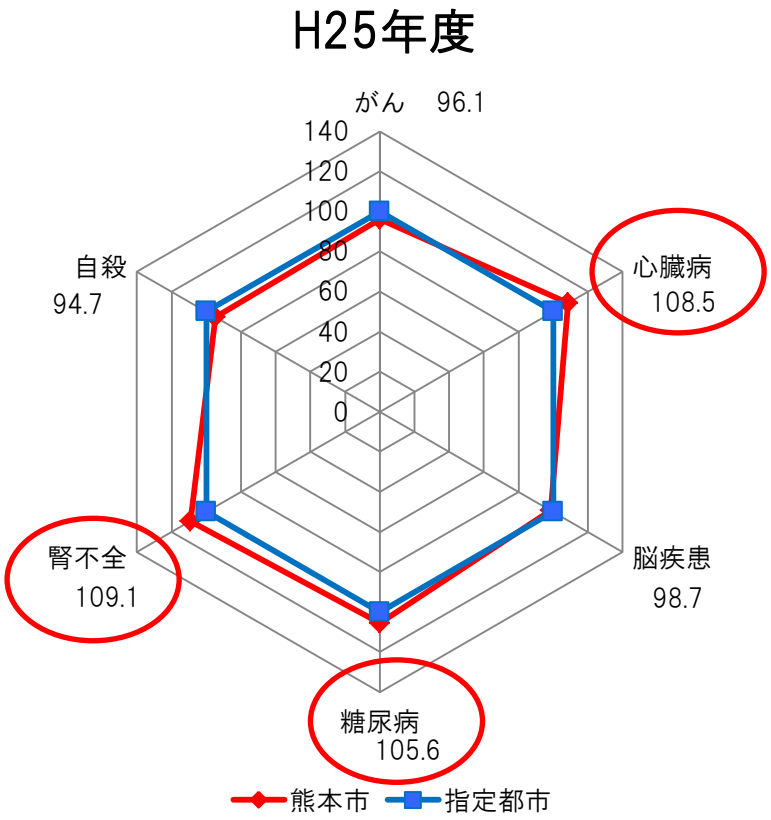


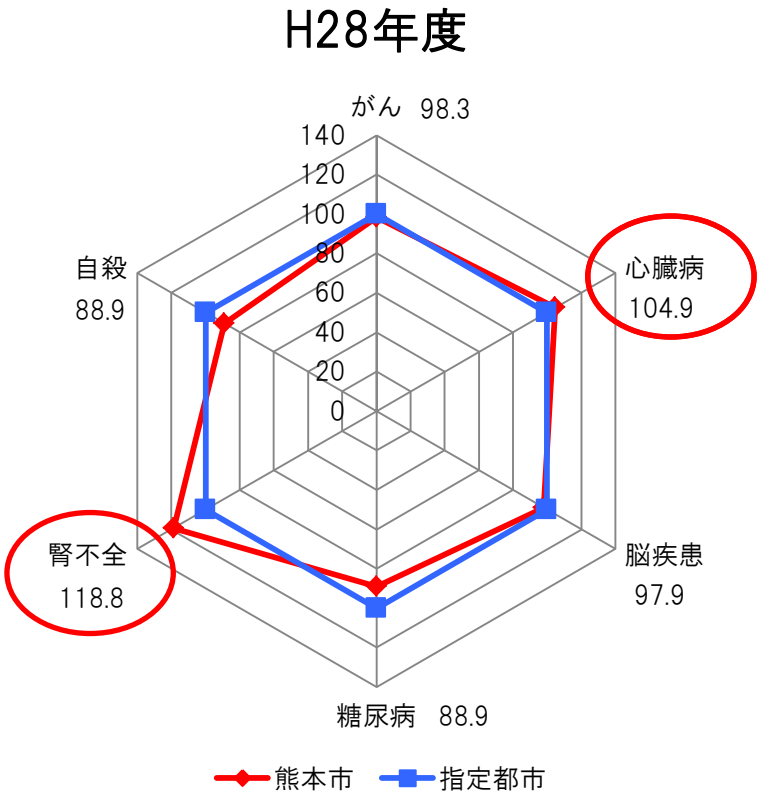
【データ】KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」H28年度（H29.6抽出）

（４）死亡統計

① 死因～指定都市比較～

死因の割合を指定都市平均と比較すると、心臓病・腎不全が高い位置にある。



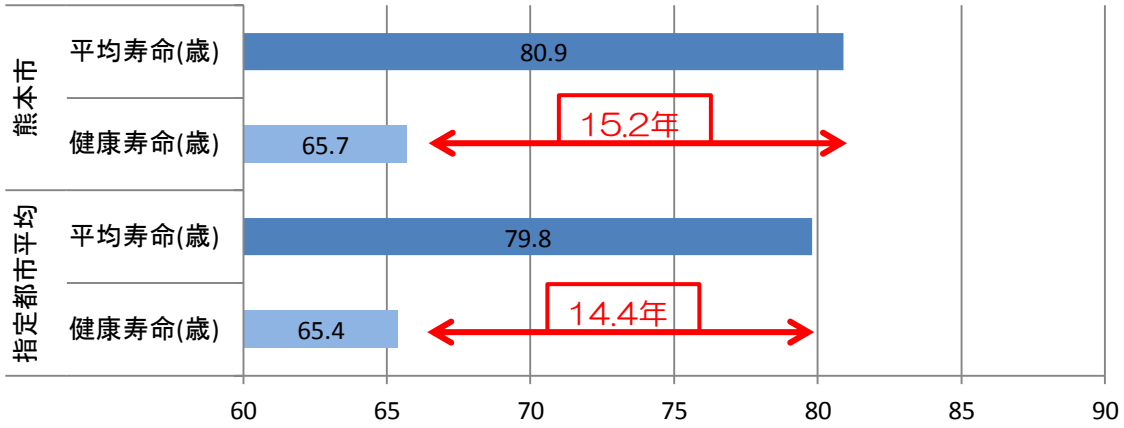


【データ】KDB「地域の全体像の把握」H25.28年度（H29.6抽出）

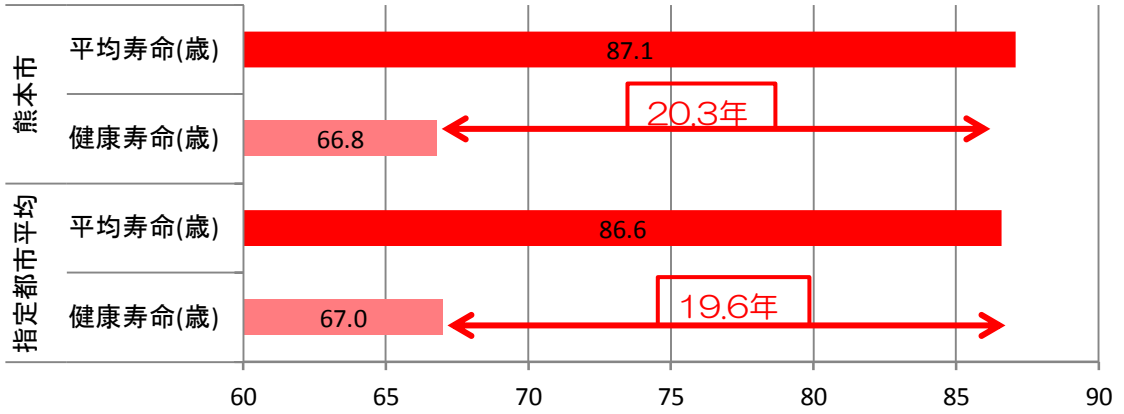
② 平均寿命と健康寿命

平均寿命と健康寿命の差は、男性は約15年、女性は約20年である。
指定都市平均と比べると半年以上の差がある。

男性　平均寿命と健康寿命の差



女性　平均寿命と健康寿命の差



【データ】KDB「地域の全体像の把握」H28年度（H29.6抽出）

（５）現状（分析のまとめ）

＜医療費の状況＞

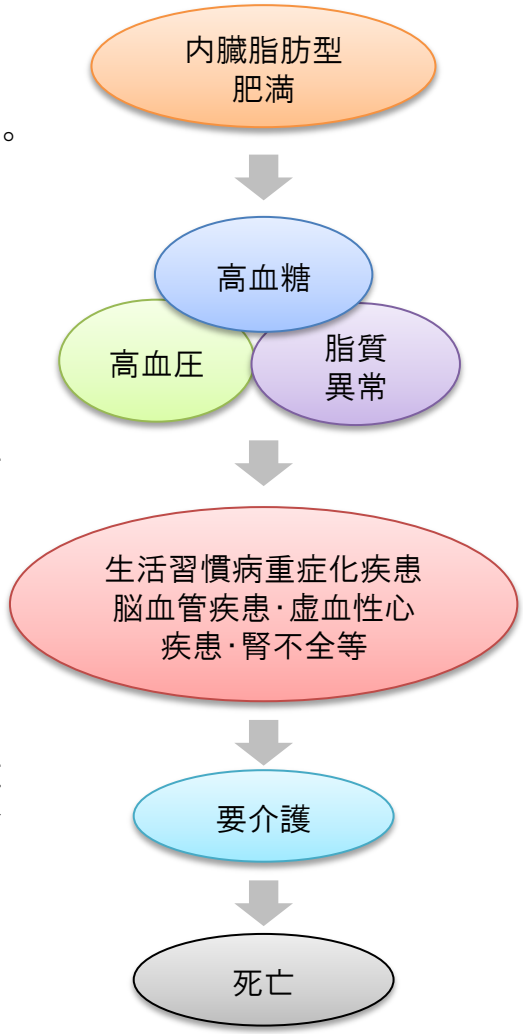
○被保険者数は減少、総医療費は増加。
１人当たり医療費は指定都市平均より高く年々増加し年代が上がるほど増加。

○総医療費のうち34%が生活習慣病。
（内訳を平成25年度と比較して、最も増えたのはがん。他に慢性腎不全、糖尿病が増加。一方、医療費が最も低下したのは高血圧。）

○外来医療費の上位のうち予防可能な生活習慣病は以下のとおり。
・内分泌・栄養及び代謝障害（糖尿病、脂質異常症等）
・尿路性器系疾患（人工透析含む）
・循環器系疾患（高血圧症、心疾患等）

○入院医療費の上位のうち予防可能な生活習慣病は、「循環器系疾患」（脳梗塞、虚血性心疾患等）。

○30万円以上の高額レセプト件数は全体の約3%だが、費用額では医療費全体の約50%を占め、そのうち約40%が生活習慣病関連疾患である。



＜生活習慣病の状況＞

○腹囲が基準値以上の者の割合が高い。（内臓脂肪型肥満）

○メタボ予備群の割合が高い。

○健診有所見者では生活習慣病重症化疾患に関連があるクレアチニン・HbA1c・血糖の値が高い。

○経年で見ると血糖の平均を表すHbA1cの増加が目立つ。

○生活習慣病重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全等）では、高血圧症・糖尿病・脂質異常症を併せ持っている割合が高い。

○人工透析患者数は、指定都市平均の1.53倍である。

○要介護認定者は、指定都市平均と比較して、介護認定率も生活習慣病有病率も高い。

○死因では、腎不全・心臓病の割合が指定都市市平均と比較して高い。

○平均寿命と健康寿命の差が大きい。

第３章
第１期データヘルス計画評価

1 第1期データヘルス計画の課題・目標・達成度

【達成度について】 ○：目標達成 △：目標達成はしないが数値改善したもの ×：目標達成せず改善困難なもの

課題	目標（短期・中期・長期）	事業	評価時期	評価指標	目標値	H25年度 熊本市	H28年度 熊本市	達成度
生活習慣病の重症化	短期目標 高血圧・糖尿病・脂質異常症等の減少 中期目標 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の減少 長期目標 健康格差の縮小	特定健康診査受診率向上対策	毎年	特定健診受診率	60.0%	26.8%	26.4%	×
		特定保健指導利用率向上対策	毎年	特定保健指導利用率	60.0%	15.7%	16.0%	△
				腹囲（有所見者）	30.9%	31.9%	31.7%	△
				空腹時血糖（有所見者）	20.6%	23.9%	26.1%	×
				HbA1c（有所見者）	50.5%	62.2%	73.2%	×
				クレアチニン（有所見者）	0.7%	1.1%	1.0%	△
		生活習慣病重症化予防対策	毎年	血圧（健診結果改善率）	94.0%	91.3%	83.3%	×
				血糖（健診結果改善率）	78.0%	72.2%	61.3%	×
				脂質異常（健診結果改善率）	途中追加項目のため未設定			―
				腎機能（健診結果改善率）	97.8%	95.2%	92.5%	×
			中期目標 H29年度	人工透析新規導入者数：人口千人対	0.22人	0.42人	0.53人	×
				虚血性心疾患新規患者数：人口千人対	14.38人	19.42人	18.88人	△
				脳血管疾患新規患者数：人口千人対	13.06人	14.74人	14.84人	△（※1）
医療費の伸び	中期目標 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の減少、重複頻回受診の減少、ジェネリック医薬品の普及 長期目標 医療費の伸びの抑制		長期目標 第2期計画最終年度	健康寿命の延伸状況	縮小傾向	♂15.2年 ♀20.3年	♂15.2年 ♀20.3年	×
		重複受診対策頻回受診対策	中期目標 H29年度	受診行動改善率	80.0%	77.8%	42.9%	比較不可（※2）
					80.0%	70.0%	68.8%	比較不可（※2）
		ジェネリック医薬品普及啓発の取組	毎年	ジェネリック普及率	60.0%	47.5%	64.7%	○
			長期目標 第2期計画最終年度	医療給付費伸び率	2.5%	3.1%（H26年度）	2.8%	△

※1 脳血管疾患新規患者数は、H24→H27にかけて年々減少していたが、H28は地震の影響もあり上昇していると考えられる。
H24→H28を全体的にみると減少しているため、達成度は△と評価した。

※2 重複頻回受診者の行動改善率は、対象者抽出の条件等を毎年見直してきたため、比較評価できないが、H28以降は同じ条件で抽出・評価を実施している。

2 保健事業の概況と考察

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜概要＞

第２期特定健康診査等実施計画に基づき、受診率向上に向けた取組を推進する。特に、健診未受診かつレセプトのない（健康状況不明者）について、受診勧奨を強化する。

＜目標と実績＞

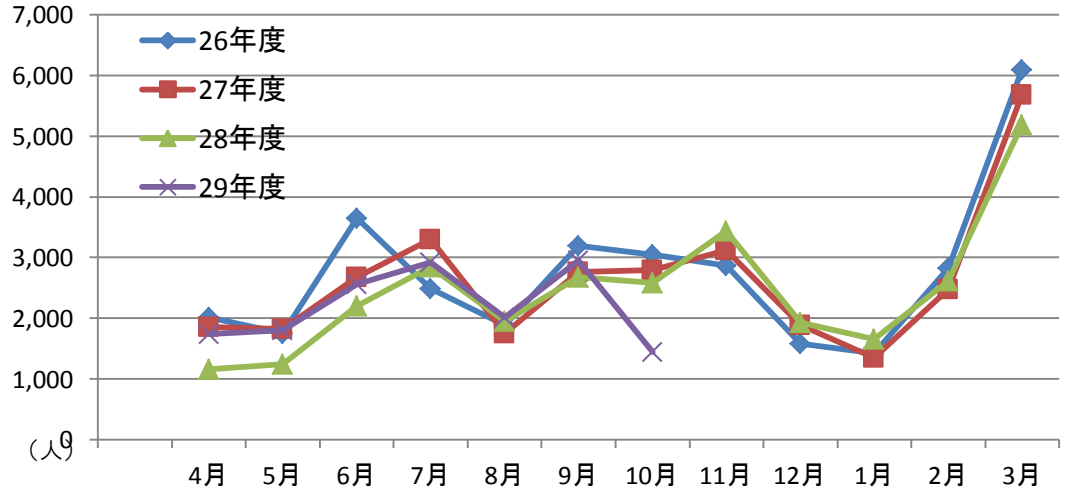
【特定健診受診率の推移】

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
目標受診率	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
受診率（法廷報告値）	28.1%	27.4%	26.4%	

【性別・年代別受診率推移】

		40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳	計
男性	H26	12.7%	16.9%	28.9%	32.1%	25.0%
	H27	12.6%	16.3%	28.3%	31.1%	24.5%
	H28	11.1%	14.2%	26.4%	31.1%	23.3%
女性	H26	15.4%	21.9%	34.5%	36.3%	30.6%
	H27	14.9%	21.8%	33.6%	34.8%	29.9%
	H28	14.1%	19.4%	32.4%	34.4%	28.9%
全体	H26	14.0%	19.5%	32.1%	34.5%	28.1%
	H27	13.7%	19.2%	31.4%	33.2%	27.4%
	H28	12.4%	17.0%	29.8%	32.9%	26.4%

【月別受診者数推移】

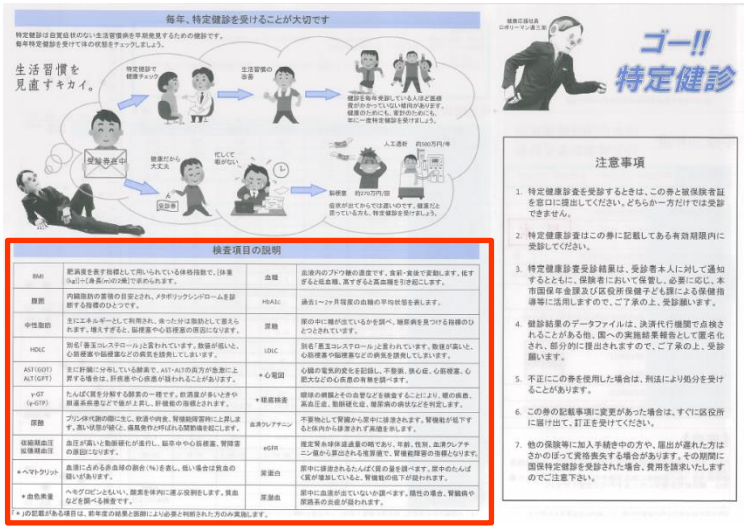


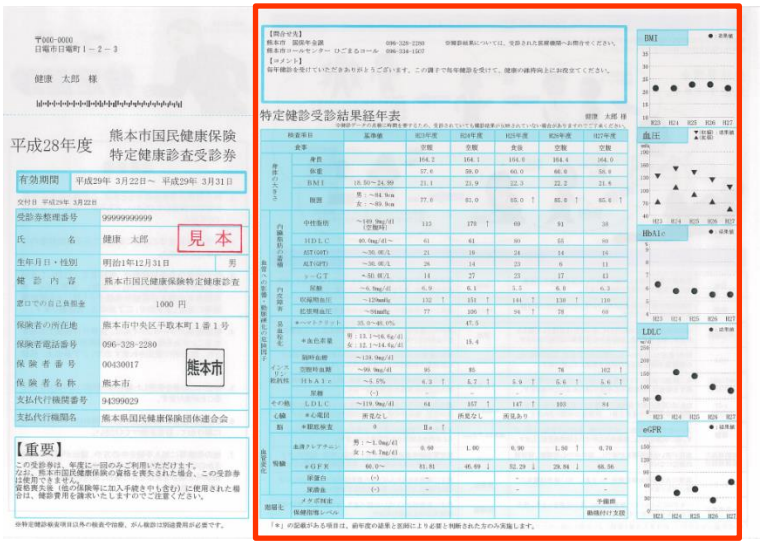
（1）特定健康診査受診率向上対策

＜個人への働きかけ①　受診券等一斉発送＞

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
受診券・啓発リーフレット・実施機関一覧発送数	131,038通	129,167通	126,490通	123,772通
送付時期	前年度3月末と、当年度5月末に一斉発送			

平成28年度より、受診券に過去5年分の結果を付随し、経年の変化がわかりやすく把握できるようになった。
裏面には検査項目の説明を記載し、検査項目の内容を把握出来るようになっている。





（1）特定健康診査受診率向上対策

＜個人への働きかけ　②電話・ハガキによる個別勧奨＞

年度	実施期間	電話			ハガキ		対 象	反省及び改善点
		件数	勧奨完了率	勧奨完了者の受診率	通数	勧奨完了者の受診率		
H26	5月～3月	75,878件	61.8%	18.1%	77,000通	14.8%	3年連続受診者を除く全員	
H27	5月～3月	77,312件	61.8%	15.5%	50,000通	13.8%	3年連続受診者を除く全員 65～74歳　前年受診者を除く	受診率の低い若年層への勧奨を強化するため、連続受診者等を除外したが、勧奨することで受診行動に繋がっていたことが分かった。
H28	7月～3月	57,435件	67.6%	29.8%	87,000通	15.3%	27年度勧奨結果で「自分で受診すると決めている」者を除く未受診者 【電話】60歳以上の者 【ハガキ】40～59歳と集団健診実施校区	過去の実績より、40・50歳代と、60歳以上の電話勧奨完了率に約10%の違いがあるため、電話勧奨完了率の高い60歳以上の者へ電話勧奨、40・50歳代へハガキ勧奨を行った。
H29	5月～3月	57,300件			64,000通		28年度勧奨結果で「自分で受診すると決めている」者を除く未受診者 【電話】60歳以上の者 【ハガキ】集団健診実施校区 【圧着ハガキ】40～59歳の者	28年度に60歳以上の者へ電話勧奨を実施したが、勧奨完了率、完了者の受診率も前年度に比べて高く、40・50歳代へのハガキ勧奨についても前年度より効果があったため、継続して実施する。

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜個人への働きかけ　③電話勧奨結果＞

H27年度電話勧奨の結果　受診すると回答した者の理由（回答者19,923人）	割合
①自分の意思で受診すると決めている	57.1%
②勧奨を受けて	32.8%
③家族や友人に誘われた	4.5%
④市政だより、地域の回覧板、新聞等を見て	1.5%
⑤主治医に勧められて	0.7%
⑥安価な料金で受診できるから	0.1%
⑦受診券の同封文書を見て	0.1%
⑧その他	3.2%

H27年度電話勧奨の結果　受診しないと回答した者の理由（回答者22,536人）	割合			
	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
①通院中	27.0%	40.2%	55.7%	70.4%
②多忙	12.8%	11.0%	4.2%	1.0%
③健康・体調が悪くない	11.7%	9.7%	9.2%	6.8%
④面倒	1.4%	0.6%	0.5%	0.3%
⑤健診内容に不満	0.1%	0.3%	0.3%	0.2%
⑥職場で同じような健診を受診	21.6%	14.1%	7.4%	1.8%
⑦人間ドックを受診	2.1%	2.9%	2.7%	2.2%
⑧入院・施設入所・妊娠中	2.3%	2.4%	1.5%	1.8%
⑨回答なし	3.3%	3.5%	2.3%	1.4%
⑩その他	17.6%	15.1%	16.1%	14.0%
⑪自己負担関連	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜委託機関への連携強化＞

年度	実施内容
H26年度	実施機関へ「熊本市国保健診だより」を毎年発行し、特定健診受診率向上や国保の現状等の情報を提供し協力依頼
	特定健診啓発ポスターの掲示を依頼
	特定健診受診率向上のための協力依頼
H27年度	診療と健診の同時実施可能なこと等情報提供
	眼科、整形外科へ特定健診啓発ポスターの掲示依頼
H28年度	医療機関より特定健診受診勧奨を出来るようリーフレットを作成
H29年度	通院中の対象者へ、特定健診受診者抽選プレゼントキャンペーンの周知依頼

↑H29年度 熊本市国保健診だより

＜受診しやすい体制作り＞

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
実施機関数	407	405	406	398
集団健診実施数	26	27	27	27
（がん検診同日実施）	14	14	16	26

＜区役所との連携・ＰＲ場所の確保＞

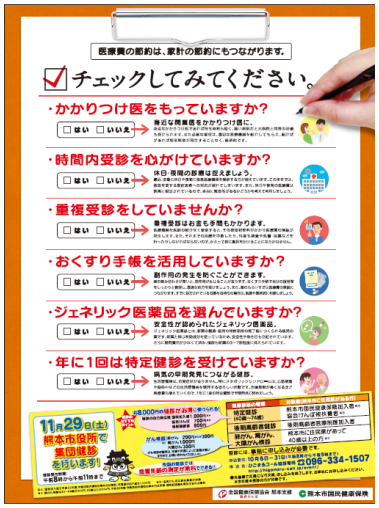
地域回覧板で集団健診周知
各区地域保健担当課より地域イベント、会議等での健診周知
健康づくりイベント等への積極的参加

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜広報・啓発＞

年度	実施内容
H26年度	協会けんぽと合同で、新聞一面広告掲載、熊本市電ラッピング広告
H27年度	CM、ラジオ、新聞等広告掲載、郵便局ポスター掲示、眼科・整形外科用ポスター掲示
H28年度	CM、ラジオ、新聞等広告掲載、熊本市電・駅貼りポスター掲示
H29年度	CM（TV、You Tube）、広報紙広告掲載、熊本市電ポスター掲示、抽選プレゼントキャンペーン

【26年度】



【27年度】

【28年度】

【29年度】

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜評価・考察＞（特定健康診査受診率向上対策）

特定健診受診率は、各年度とも計画上の目標値を大きく下回っている。（H28年度は震災影響もあり、受診率が低下したと想定）
⇒受診率向上は保健指導利用率の向上、重症化予防の促進に繋がるため、医療費適正化のためには受診率向上への取組が大変重要である。国が示す国保保険者の目標受診率である「平成35年度までに60%」の達成に向け、以下の各取組の見直し・強化により、受診率向上に努める。

【各取組の評価・考察】

取組		実施概要	評価	考察・今後の対策
個人への働きかけ	受診券等一斉発送	受診券や啓発リーフレット等を対象者へ一斉発送	①各年度ともに、対象者へ一斉発送を実施 ②28年度に受診券内容を見直し。過去の健診結果等を記載。	①継続して実施できるよう、予算確保に努める ②今後も必要に応じて内容を見直し
	受診勧奨業務	・電話、ハガキによる個別勧奨 ・PDCAサイクルに沿った事業の実施 （毎年度勧奨結果を検証し、対象や勧奨方法を見直し）	①29年度は勧奨完了率・勧奨完了者の受診率ともに前年度を上回った。 ②受診率全体の底上げへの大きな効果は得られていない。受診しない理由の多くを占める「通院中」「多忙」等の層へのアプローチ不足が原因。	①現行と同様に内容を見直しながら継続して実施 ②国費を活用したインセンティブ事業や、健診データの収集などの新たな取組を実施
委託機関との連携強化		・特定健診等の現状をまとめた情報の提供 ・特定健診と診療の同日実施や、人間ドックとの併用についての情報提供	通院中の特定健診対象者への受診勧奨や、診療と健診の同日実施について文書による依頼を行ったが、大きな効果は得られなかった。	特定健診受診者の少ない実施機関や、未受診の対象者が通院している実施機関へ直接協力依頼を行い、受診勧奨や、未受診者の医療データの提供等を勧めていく。
受診しやすい体制作り		・個別健診実施機関の拡充 ・集団健診の実施	①個別健診実施機関数はやや減少したが、約400の実施機関にて受診できる体制。 ②特定健診の受診希望者が多い市外実施機関を新たに追加。 ③集団健診実施数は横ばいだが、がん検診との同時実施数は増加。	①②隣接市町の実施機関増加を図り、より受診しやすい体制を強化する。 ③実施数の増加に向け、新規委託業者の開拓等を検討。がん検診との同時実施について、受診者にとってより満足度が高まるよう、内容の充実化に向け、関係機関・部署との協議を行う。
区役所連携・PR場所の確保		・健康づくりイベント等への積極的参加 ・地域との連携強化 ・区役所と連携したＰＲ	①集団健診の周知に地域回覧版を使用し、対象地域の住民への周知を強化。 ②各区地域保健担当課と連携し、各種イベント・会議等での健診周知を行った。	①集団健診の受診率向上のため、継続して実施。 ②より多くのイベント・会議等でＰＲが実施できるよう、関係部署との連携を強化する。
広報啓発		・テレビ・ラジオ等の各種メディアの活用 ・受診勧奨グッズ等の配布	①協会けんぽとの合同実施による広報啓発の展開 ②テレビＣＭ、ラジオ、新聞、市電広告、駅構内広告、facebook、YouTube広告など多数のメディアを活用。 ③29年度は新たに抽選キャンペーンと合わせて実施。 ④広報啓発がきっかけで健診を受診した者の割合は低い。	②YouTube広告は視聴率が高かったことから、広報啓発の実施にあたっては、ターゲットや手法を絞り、その費用対効果が得られるよう工夫が必要である。 ③④広報啓発のみでは受診率の向上に直結しにくいため29年度のように抽選キャンペーンの周知と一体的に実施する等、活用の仕方を変えていく。

（２）特定保健指導利用率向上対策

＜概要＞

第２期特定健康診査等実施計画に基づき、啓発の強化や特定保健指導の質の向上に努め、利用率向上を図る。特定健診・特定保健指導の実施率を上げることで、有所見率を目標値に近づけることを目指す。

＜目標と実績＞

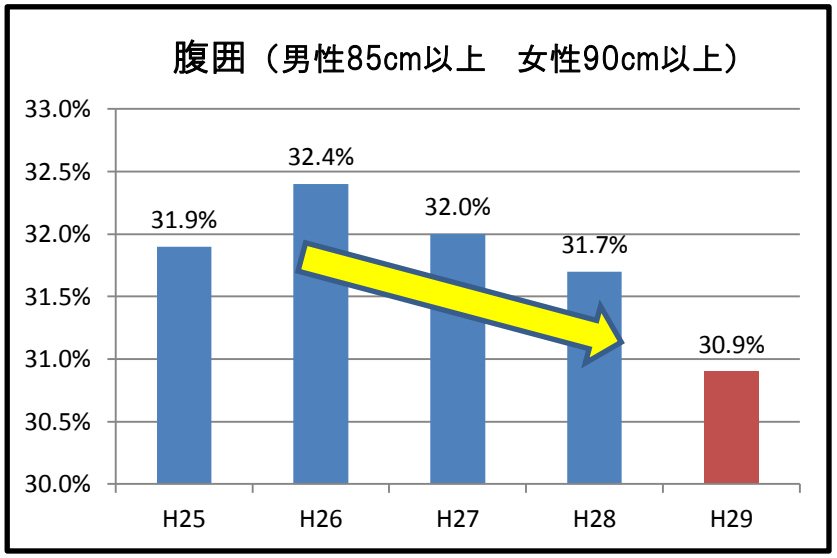
【特定保健指導利用率・利用者数の推移】

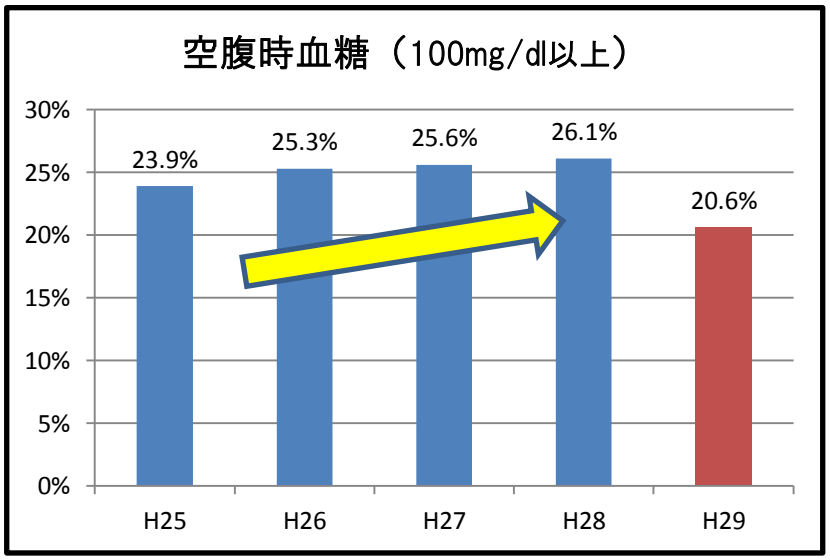
		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
対象者	動機づけ支援	2,950	3,197	3,030	2,592	
	積極的支援	1,237	1,194	1,022	837	
	合計	4,187	4,391	4,052	3,429	
実施者（修了者）	動機づけ支援	522	468	469	455	
	積極的支援	135	107	103	92	
	合計	657	575	572	547	
実施率	動機づけ支援	17.7%	14.6%	15.5%	17.6%	
	積極的支援	10.9%	9.0%	10.1%	11.0%	
	実績	15.7%	13.1%	14.1%	16.1%	
	目標	28.0%	36.0%	44.0%	52.0%	60.0%

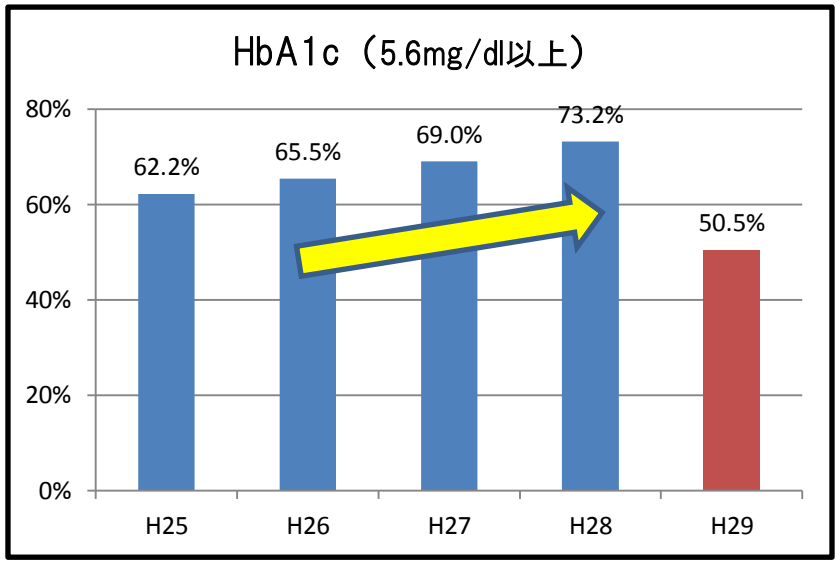
【データ】 法定報告値

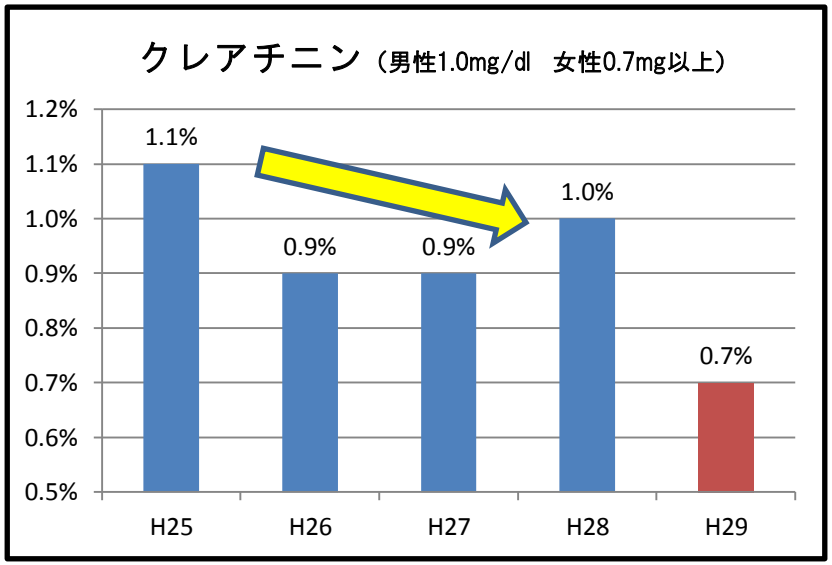
（２）特定保健指導利用率向上対策

【健診有所見率】





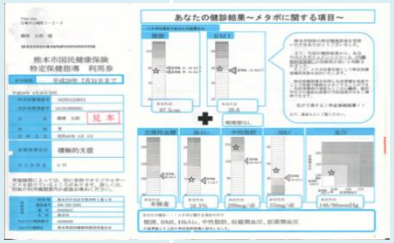




【データ】KDB厚生労働省様式（様式6-2～7）「健診有所見者状況」H28年度（H29.6抽出）
※H25～H28年度は「実績」、H29年度は「目標」の値。

（２）特定保健指導利用率向上対策

＜個人への働きかけ＞

項　目	内　容	実　施	評　価
①保健指導利用の動機付け強化（利用案内の工夫）	対象者に対する利用案内を、実施機関ごとの特徴や指導の効果が伝わりやすい内容に変更する。	・26年度までは、白黒で実施機関一覧を作成し積極的支援と動機付け支援で、利用可能な実施機関を分けていた。 ・27年度より実施機関一覧を用紙A4からA3のカラー印刷へ変更し、「熊本市医師会の実施機関一覧」は別紙で案内。 ・28年度より保健指導利用券の様式を変更。用紙をA4版からA3版にし、左側が利用券、右側にメタボに関する項目の健診結果をグラフで表示。  	・実施機関を支援区分で分けることは、対象者にとって分かりやすいが、同じ情報が被ったり、文字の大きさも違うため見えにくい面もあった。 ・「特定保健指導実施機関一覧」と「熊本市医師会特定保健指導実施機関一覧」を別紙にし、カラー印刷にした。用紙のサイズを変更したことで従来よりも見やすくなった。 ・利用券の右側に、メタボに関する項目の健診結果をグラフで示し、利用券の利用方法をイラストで説明したことで、視覚的に分かりやすくなり保健指導の必要性を伝える手段となった。
②途中脱落防止の徹底	評価日を経過しても、評価されず終了していない対象者を抽出し、定期的に実施機関に評価促進を実施する。	・毎年、評価促進の通知を実施機関に送付。	H26（H23初回面接の脱落者）16.0% H27（H24初回面接の脱落者）12.1% H28（H25初回面接の脱落者）10.0% H29（H26初回面接の脱落者）10.1%
③個別受診勧奨の強化	個人への電話勧奨	・業務委託。 毎月、対象者へ電話勧奨を実施。	・受診勧奨の結果、全体の約70%の対象者又は家族等にアプローチが出来た。しかし、残りの約30%の対象者は不在や通話不可（電話番号が使われていない等）でアプローチが出来ていない。勧奨後、保健指導を利用しない理由として、①「定期通院・治療中」②「自分で生活習慣を改善する」③「多忙・時間がない」という回答が続いている。 **◆電話勧奨後の回答･反応◆** H26年度 / H27年度 / H28年度 利用する 32.6% / 32.6% / 32.5% 利用しない 29.2% / 29.2% / 48.1% 利用中 7.5% / 7.5% / 5.5%

（2）特定保健指導利用率向上対策

＜実施体制の整備＞

項　目	内　容	実　施	評　価
④利用しやすい体制作り	健診受診日から保健指導開始までの期間短縮（人間ドック結果説明と同時に保健指導を実施する）。	・人間ドック受診時に保健指導初回面接を実施している（一部の機関）。	・健診と同日に保健指導初回面接が実施できるため、確実に対象者に指導が可能である。しかし、現時点で健診と同日に初回面接が可能な実施機関が少ない。
	実施機関が少ない地域において、集団健診後の結果説明会を拡充する。	集団健診後結果説明会を毎年全ての会場で実施している。	継続実施。
⑤特定保健指導の質の担保	毎年度、実施機関ごとに指導実績の評価を行うとともに指導場面の視察を行い、評価結果等のフィードバックを実施する。	・毎年、実施機関ごとに脱落率、評価率、健診利用リピート受診率、体重減少率を算出し、実施機関へ送付している。 ・26年度に特定保健指導委託機関視察を実施（委託機関　7機関）。	・組織的運営が難しい機関があった。組織として運営が困難であっても、専属で従事している場合は円滑に実施できていた。 ・保健指導の質の担保が課題である。

（2）特定保健指導利用率向上対策

＜評価・考察＞（特定保健指導利用率向上対策）

平成25年度に比べ平成28年度は上昇したものの計画上の目標と乖離している。
⇒利用率向上はメタボリックシンドロームとその予備軍の減少、重症化予防の促進に繋がるため、その向上への取組は、受診率向上への取組と同様に大変重要である。国が示す国保保険者の目標受診率である「平成35年度までに60%」の達成に向け、以下の各取組の見直し・強化により、利用率向上に努める。

【各取組の評価・考察】

取組内容		実施概要	評価	考察・今後の対策
個人への働きかけ	保健指導利用の動機付け強化	対象者への利用案内をわかりやすくする	送付資料の表示方法の変更。サイズ変更、カラー印刷など毎年改善を行い、内容が伝わりやすく見やすいものに改善してきた。	・今後も必要に応じて内容を見直す ・継続して実施できるよう、予算確保に努める
	途中脱落の防止	特定保健指導の評価がされていない者について、実施機関へ評価促進を行う	＜脱落率＞ H26：16.0% H27：12.1% H28：10.0% H29：10.1%	・一定の効果があり脱落率が減少しているため継続して実施 ・30年度から国の運用の見直しで評価時期を短縮することになり、脱落率の低下がより促進されると考えられる。
	個別受診勧奨の強化	電話による個別受診勧奨を行う	・勧奨実施率は約70% ・保健指導を利用しない理由の上位３つは「通院・治療中」「自分で改善する」「多忙・時間がない」	・システム上、健診受診から利用券発券まで2ヶ月以上かかることで、利用券を郵送しても左記の理由から利用しない者が多い
利用しやすい体制づくり		・健診受診から保健指導開始までの期間短縮 ・集団健診後の結果説明会の拡充	・人間ドッグ受診時に保健指導初回面接を実施（一部の機関） ・集団健診結果説明会を全ての会場で毎年実施	・システム上、健診受診から利用券発券まで2ヶ月以上かかることから、健診結果を本人に渡すと同時に特定保健指導を実施することが、本人にとって利便性が高く、利用率向上につながりやすいと考える。 ・生活習慣病重症化予防対策で家庭訪問を行うと同時に特定保健指導を実施することで、利用率向上の効果が見込まれる。
特定保健指導の質の担保		・実施機関ごとの実績評価 ・指導場面の視察、評価のフィードバック	・実績評価は毎年、脱落率・評価率・健診リピート率・体重減少率を実施機関ごとに算出し送付した。 ・特定保健指導委託機関（7機関）の視察（H26）	・メタボリックシンドロームの予防効果を上げるため、保健指導の質を向上する取組を継続する。

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜概要＞

被保険者の生活の質の維持及び向上、医療費の伸びを抑制するため、特定健診の結果、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）で治療が必要な者に対し、関係部署と連携し、保健指導と積極的な医療受診を勧めることで、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・末期腎不全（人工透析）を減少させる。

＜実績・評価＞　アウトプット評価

高血圧・CKD

糖尿病を追加

国保担当課訪問開始

地域保健担当課訪問開始

LDLを追加

	実績						
	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
対象者 延人数	3,060	3,079	1,682	1,480	1,288	2,778	2,803
手紙・電話・訪問による受診勧奨数 延人数	1,522	1,508	705	662	630	1,508	1,642
治療開始者 延人数	2,861	2,781	1,522	1,320	1,175	2,242	2,259
治療開始率 脂質異常を除く	93%	90%	90%	89%	91%	87%	87%

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜対象者選定基準＞ 平成29年度

eGFR ＼ 尿蛋白	血糖及び血圧	（−）or（±） A1	（+） A2	（++）以上 A3
90以上 G1	①	G1A1①	G1A2①	G1A3
	②	G1A1②	G1A2②	
	③	G1A1③	G1A2③	
	④	G1A1④	G1A2④	
60-90未満 G2	①	G2A1①	G2A2①	G2A3
	②	G2A1②	G2A2②	
	③	G2A1③	G2A2③	
	④	G2A1④	G2A2④	
45-60未満 G3a	①	G3aA1①	G3aA2	G3aA3
	②	G3aA1②		
	③	G3aA1③		
	④	G3aA1④		
30-45未満	G3b	G3bA1	G3bA2	G3bA3
15-30未満	G4	G4A1	G4A2	G4A3
15未満	G5	G5A1	G5A2	G5A3

①	血糖及び血圧　正常域
②	HbA1c6.0-6.4%以下 または　収縮期血圧140-159mmHg以下 または　拡張期血圧　90- 99mmHg以下
③	HbA1c6.5-6.8%以下 または　収縮期血圧160-179mmHg以下 または　拡張期血圧100-109mmHg以下
④	HbA1c6.9%以上 または　収縮期血圧180mmHg以上 または　拡張期血圧110mmHg以上

○毎年、対象基準やフォロー時期を見直し変更しながら実施した

○H29年度より熊本市CKDフォローアップ基準と一体化し、CKD重症度分類をもとに血糖、血圧を加味してターゲットを絞った

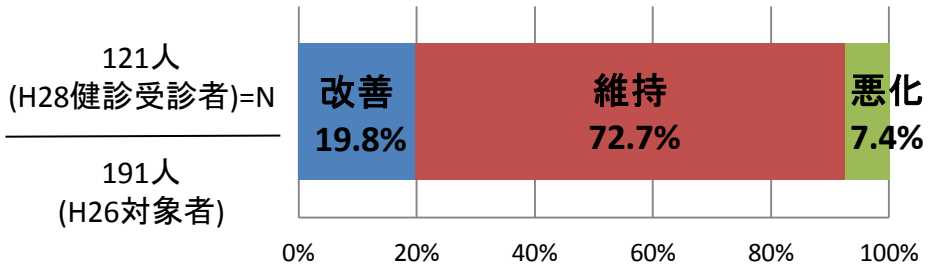
（3）生活習慣病重症化予防対策

＜短期目標＞
高血圧症、糖尿病等の減少

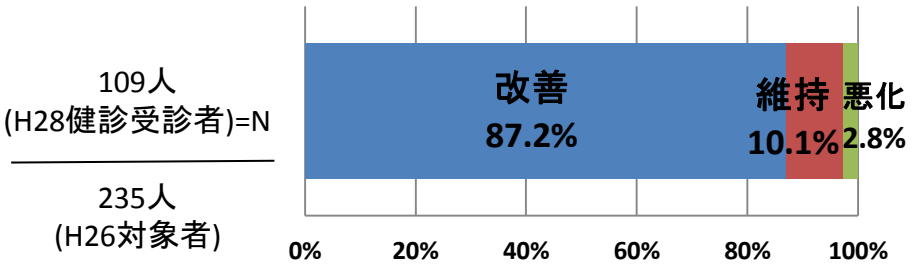
＜実績･評価＞
特定健診結果改善率（アウトカム評価）

eGFRの92.5%が維持・改善 、尿蛋白の87.2%が改善
高血圧の83.3%が改善 、 HbA1cの61.3%が改善

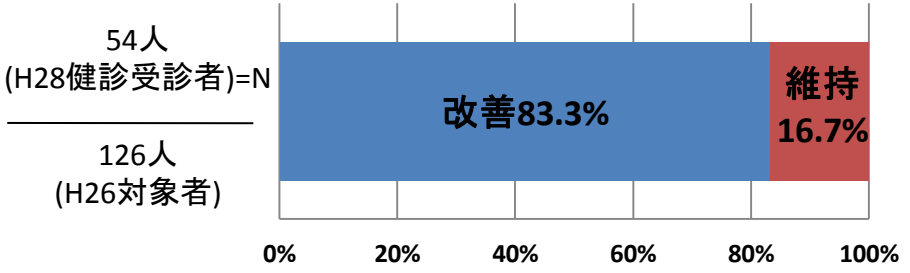
CKD　e-GFR改善状況



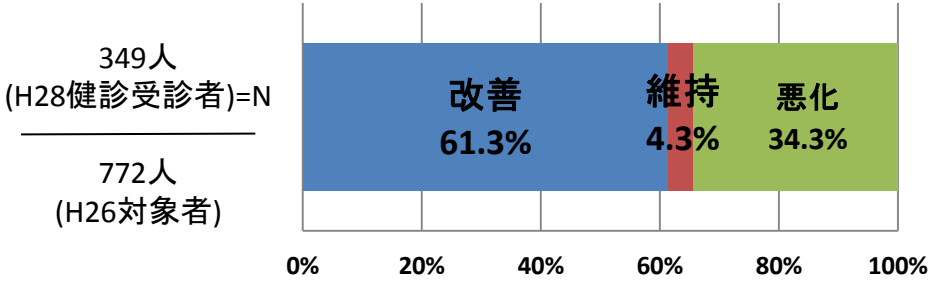
CKD　尿蛋白改善状況



高血圧改善状況



HbA1ｃ改善状況



※H26年度健診結果基準対象者で、受診勧奨し医療機関を受診した者のH26年度とH28年度の健診結果を比較

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜短期目標＞
高血圧症、糖尿病等の減少

＜実績・評価＞
特定健診結果改善率推移（アウトカム評価）

		実績					目標
健診年度		H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
評価年度		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
慢性腎臓病（CKD）	eGFRの値が維持・改善した者の割合	97.8%	95.2%	88.1%	93.3%	92.5%	98.0%
	尿蛋白が改善した者の割合	81.1%	86.7%	86.4%	82.4%	87.2%	設定なし
高血圧症	Ⅲ度高血圧がⅡ度以下に改善した者の割合	90.7%	91.3%	82.4%	82.4%	83.3%	95.0%
糖尿病	HbA1cが低下した者の割合	64.4%	72.2%	46.1%	63.4%	61.3%	80.0%

※事業対象者の2年後の特定健診結果を比較

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜中期目標＞
虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の減少

＜実績・評価＞
新規患者数（アウトカム評価）

	実績				目標
	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
人工透析新規導入者数：人口千人対	0.42人	0.57人	0.44人	0.53人	0.22人
指定都市平均	0.61人	0.65人	0.64人	0.66人	
虚血性心疾患新規患者数：人口千人対	19.42人	19.12人	18.36人	18.88人	14.38人
指定都市平均	22.48人	22.52人	21.79人	21.80人	
脳血管疾患新規患者数：人口千人対	14.74人	14.55人	14.44人	14.84人	13.06人
指定都市平均	18.79人	19.66人	18.55人	17.71人	

【データ】KDB「医療費分析（1）細小分類」　H25～28年度

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜評価・考察＞（特定保健指導利用率向上対策）

重症化した生活習慣病の新規発生数は減少傾向にあり、事業の効果が伺える。

⇒減少傾向にはあるものの医療費に占める生活習慣病重症化疾患の割合は依然として高いことから、医療費適正化およびQOLの維持向上の観点から本対策は大変重要である。以下の各取組の見直し・強化により、対策を推進する。

【各取組の評価・考察】

取組	実施概要	評価	考察・今後の対策
生活習慣病重症化予防対策	保健指導と積極的な受診勧奨により、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防する	＜アウトカム＞ ①対象者の２年後の特定健診結果 【実績・評価】特定健診結果改善率推移のとおり(P.56) ②生活習慣病重症化疾患新規患者数 【実績・評価】新規患者数のとおり(P.57)	受診勧奨の成果を上げるためには、ただ単に「受診してください」という勧奨で終わらず、受診の必要性、メリットを本人が理解できるよう、個別性を重視した効果的な保健指導が求められている。
	特定健診の結果、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）で治療が必要な方に受診勧奨を行う	＜アウトプット＞ 対象者数・受診勧奨数・治療開始者数・治療開始率 【実績・評価】アウトプット評価　のとおり（P.53）	・糖尿病の治療開始率が91%であるが、HbA1c改善率が低いことから、一度医療機関を受診しても治療を中断して悪化する者がいることが考えられる。 ・熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、健診からの受診勧奨に加え、治療中断者、重症化ハイリスク者の対応も求められており個々に関わるマンパワーの確保が課題である。
	・市独自のフォローアップ基準による対象者の抽出 ・健康増進担当課、地域保健担当課校区担当保健師との連携	＜プロセス＞ ①29年度より対象者の選定基準、事業スケジュールを変更。 ②健診受診から訪問指導までの期間を短縮し、よりタイムリーに対応。 ③地域保健担当課の予防活動を重視し、重症度に応じて担当を国保担当課と地域保健担当課で分担して対応。 ④脂質異常の受診勧奨は28年度に見直し、従来の3項目(血圧、糖、CKD)の対応を確実に行うこととした。 ⑤中断予防対策（血圧、糖、CKD）はH24～26に実施したが業務量に対し効果がみられないことから中止した。（H26対象者185人、手紙送付37人、電話通話15人→治療開始9人）しかし、HbA1c基準値以上の者の割合が増加傾向である。 ⑥研修・事例検討による保健指導の力量形成。	・フォロー基準やスケジュールは今後も評価に応じて改善を続ける。 ・HbA1c基準値以上の者を減少させるためには、糖尿病治療中断者対策が重要である。関係機関と中断者対策について検討が必要。
	・庁内連係（健康増進担当課、地域保健担当課）、外部連係（熊本市医師会、特定健診・特定保健指導実施機関、熊本県糖尿病対策推進会議） ・国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の支援を受ける	＜ストラクチャー＞ ①外部との連携：医師会、特定健診・保健指導実施機関との情報共有（医師会会報、国保だよりの活用等）。熊本県糖尿病対策推進会議との連携。 ②庁内連携：各種会議（熊本市CDK保健指導プロジェクト会議、健康増進担当課との会議、地域保健担当課への事業説明等）、課内カンファレンス ③実施体制整備として保健事業・評価委員会の支援、熊本市CKD対策推進プロジェクト会議で助言を受けた。 ④国民健康保険調整交付金（ヘルスアップ事業）申請	・事業の円滑な実施のために、関係課、関係機関との連携を今後も強化していく。 ・予防の視点で個別的な保健指導ができる、地域の現状に精通した校区担当保健師の確保が重要。 ・事業の充実に向け予算確保に努める。

（4）重複･頻回受診対策

＜概要＞

・重複受診者（3ヶ月間継続して同一診療科目で月3件以上の複数医療機関に受診している者）
・頻回受診者（3ヶ月間継続して一医療機関で月15日以上受診している者）に対し家庭訪問による保健指導を実施する。

＜実績・評価＞

【重複受診者】

	H25年度（実績）	H26年度（実績）	H27年度（実績）	H28年度（実績）	H29年度（目標）
重複対象者の抽出条件	月8件以上	月4件以上	月4件以上	月3件以上	月3件以上
受診行動改善割合 訪問実施者数	57% 7名	70% 10名	64% 19名	43% 33名	80%

【頻回受診者】

	H25年度（実績）	H26年度（実績）	H27年度（実績）	H28年度（実績）	H29年度（目標）
受診行動改善割合 訪問実施者数		75% 27名	64% 76名	69% 69名	80%
受診行動改善割合 手紙実施者数			47% 125名	44% 107名	―

※訪問月前後3ヶ月で評価
※受診行動改善割合：改善者/訪問者
※重複受診者抽出条件は毎年異なる

＜考察＞

現在の重複・頻回受診対策で一定の効果がみられていることから、これまでの対策を継続し、加えて重複服薬者の対策も検討していく。

（5）ジェネリック医薬品（後発品）普及促進対策

＜概要＞

被保険者に対し、先発品と同等の効果で安価である後発品（ジェネリック医薬品）の使用を促進する。

＜目標と実績＞

【ジェネリック医薬品差額通知】

	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
ジェネリック医薬品数量シェア率	55.6%（26年4月時点）	61.3%（27年4月時点）	64.7%（28年4月時点）	69.5%（29年4月時点）
対象者	・40歳～74歳の熊本市国民健康保険被保険者 ・生活習慣病に伴う慢性疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症等）対象薬を処方されている者 ・1薬剤あたりの削減効果額が、200円以上見込める者	・40歳～74歳の熊本市国民健康保険被保険者 ・生活習慣病に伴う慢性疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症等）対象薬を処方されている者 ・1薬剤あたりの削減効果額が、200円以上見込める者	・30歳～74歳の熊本市国民健康保険被保険者 ・本市が独自に設定する対象薬（精神神経用剤を除くすべて）を処方されている者 ・1薬剤あたりの削減効果が、100円以上見込める者	・20歳～74歳の熊本市国民健康保険被保険者 ・本市が独自に設定する対象薬を処方されている者 ・1薬剤あたりの削減効果が、100円以上見込める者
除外者	・精神神経用剤及び腫瘍用剤に含まれる医薬品が処方されている者 ・熊本市内に住所を有しない者及び住所地特例該当者 ・公費負担者番号が設定されている者	・精神神経用剤及び腫瘍用剤に含まれる医薬品が処方されている者 ・熊本市内に住所を有しない者及び住所地特例該当者 ・公費負担者番号が設定されている者	・精神神経用剤に含まれる医薬品が処方されている者 ・熊本市内に住所を有しない者及び住所地特例該当者 ・公費負担者番号が設定されている者	・精神神経用剤、精神神経用剤、血液凝固阻止用剤、その他の血液・体液用薬、抗生物質製剤（主としてカビに作用するものに含まれる医薬品のみ）、抗ウイルス剤、その他の化学療法剤を除く ・熊本市内に住所を有しない者及び住所地特例該当者 ・公費負担者番号が設定されている者
発送時期・件数	4・7・10・1月　計4回 （29,227通発送）	4・7・10・1月　計4回 （29,769通発送）	4・7・10・1月　計4回 （29,905通発送）	4・7・10・1月　計4回 （約30,000通発送予定）
財政効果額※1）	12,099千円	6,469千円	14,073千円	－
切替人数※2）	7,482人	4,627人	6,613人	－

※1）1回の通知後、3ヶ月のみ対象者を追跡した切替前薬剤料との差額（10割）の4回の計から事業費を引いた金額
※2）1回の通知後、3ヶ月のみ対象者を追跡し、後発医薬品に切替えた延べ人数

(5) ジェネリック医薬品(後発品)普及促進対策

【差額通知以外の取り組み】

実施年度	実施内容
H26年度	・医療費適正化リーフレットの送付（110,000枚） ・協会けんぽと合同で新聞一面広告（32,900部）
H27年度	・希望カードを保険証に同封、各区役所窓口での配布（138,000枚） ・医療費適正化リーフレットの送付（110,000部） ・協会けんぽと合同でポスター作成 （実施機関9,500枚・眼科、整形外科620枚） ・テレビCM、熊日新聞等広告（874,500部）
H28年度	・希望シールを保険証に同封、各区役所窓口での配布（115,000枚） ・医療費適正化リーフレットの送付（105,000部） ・協会けんぽと合同で実施機関用リーフレット作成（189,519枚） ・テレビCM、熊日新聞等広告（1,147,250部）
H29年度	・希望シールを保険証に同封、各区役所窓口での配布（115,000枚） ・医療費適正化リーフレットの送付（110,000通） ・テレビCM、広報機関紙等広告（1,091,000部） ・協会けんぽと合同でジェネリック医薬品普及促進セミナーを実施

＜考察＞

順調にシェア率を伸ばし、目標を達成していることから、これまでの対策を継続し、今後の状況を見ながら適宜見直しを行っていく。

3 全体評価 第1期の考察

第1期データヘルス計画において目標達成できなかった要因

1．特定健診受診率が低いため、生活習慣病の早期発見ができない。

＜特定健診受診率向上対策の振り返り＞

○平成28年度は、熊本地震の影響が受診率低下の大きな要因と考えられる。（診療機関の被災・受診券の紛失等）
○平成28年度の受診率は26.4%で、指定都市20市中12位であり、平均よりやや低い水準。（H28指定都市平均：27.6%）
○「通院中」「多忙」「体調が悪くない」等の理由での未受診者が多く、それらの層への効果的なアプローチが不十分であった。

⇒（第２期計画）未受診者層へのアプローチを強化する取組の実施等により、受診率の底上げを図り、重症化予備群の早期発見に繋げる。

2．特定保健指導の利用率が低く、健診受診後に生活習慣の改善が必要な者が改善できていない。

⇒ HbA1c有所見者が増加しているにも関わらず、保健指導利用率が低いため、生活習慣の改善が必要な者が改善できていない。

＜特定保健指導利用率向上対策の振り返り＞

○平成28年度の利用率は16.0%で、指定都市では9位であり、平均とほぼ同じ水準。（H28指定都市平均：15.9%）
○「通院・治療中」「自分で生活習慣改善する」「多忙・時間がない」等の理由による未利用者が多い。
○途中脱落者→被保険者が必要性や効果を感じていない。
○健診受診から利用券発券までに時間を要するために、利用意欲が低下。

⇒（第２期計画）直営での保健指導の実施など、取組易い体制作りの強化等により、利用率向上を図り、生活習慣の改善を促進する。

3．生活習慣病の治療が必要な者が治療していない。または、治療を中断している。

＜生活習慣病重症化予防対策の振り返り＞

○受診勧奨後、約９割が治療開始しているが、特定健診結果のHbA1c改善率は61.3%と低い。 → 治療中断者やコントロール不良者が存在
○通院せず健診も受けない健康状態不明者の存在 → 重症化してから受診しているケースが見受けられる

⇒（第２期計画）糖尿病の治療中断対策の強化等により、重症化した生活習慣病の発症を減らす。

総　括

○虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者数は減少傾向にあり、適切な医療受診により重症化予防につながっているが、人工透析新規導入者は増加しており、今後も重症化予防を継続・強化し、人工透析新規導入者を減少させることが重点課題である。

○人工透析新規導入者を減らすためには、人工透析の原疾患第１位が糖尿病性腎症であることから、糖尿病の重症化予防が必要。そのため、血糖のコントロールを適切に行うことが必要である。特定健診受診率を向上させるとともに、健診受診後に個別性を重視した適正な保健指導、医療受診勧奨を行う取組が重要である。

第４章
第２期データヘルス計画における保健事業

1 現状分析・第1期計画評価に基づく課題と目標の抽出

【課題】 これまでの健康・医療情報の分析の結果、本市の健康課題を以下の２つとする。

【課題1】　生活習慣病の重症化

高血糖（HbA1c)が全国の1.32倍であり、糖尿病を中心とした生活習慣病の悪化が、生活習慣病が重症化した疾患である慢性腎不全、虚血性心疾患、脳血管疾患を引き起こしていると考えられる。

【課題2】　医療費の伸び

・人工透析患者数は指定都市平均の1.53倍。生活習慣病に係る医療費のうち、慢性腎不全に係る医療費の割合は、指定都市平均の＋７％である。
・重症化した生活習慣病と関連の高い循環器系疾患（脳梗塞、虚血性心疾患等）が入院医療費の上位にある。

これらの状況が全体の医療費を引き上げる要因となっている。

【目標】 本市の２つの課題から目的を達成するために必要となる目標を短期・中期・長期に分けて設定する。

【短期目標】

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の共通のリスクとなる高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）等の減少。

【中期目標】

・人工透析につながる糖尿病性腎症の減少。
・脳血管疾患、虚血性心疾患、特に本市の重要課題である人工透析新規患者数の減少。
・医療費適正化につながる重複頻回受診者の行動改善率とジェネリック医薬品の普及向上。

【長期目標】

・健康寿命の延伸
・医療費の伸びの抑制

【目指す姿（目的）】 保健事業により、数年後に実現しているべき「改善された状態」、被保険者に期待する変化を示す。

【目的1】

被保険者自らが生活習慣病の予防の必要性を理解し、健康の保持増進を図ることで、QOLを維持向上する。

【目的2】

要治療者が適正に医療を利用するとともに、人工透析や入院につながる重症化した生活習慣病の発症を減らすことができる。

2 保健事業(各対策)の内容

（１） 特定健康診査受診率向上対策

（２） 特定保健指導利用率向上対策

（３） 生活習慣病重症化予防対策

（４） 重複・頻回受診、重複服薬者対策

（５） ジェネリック医薬品（後発品）普及促進対策

（６） 地域包括ケア

（1）特定健康診査受診率向上対策

＜概要＞

特定健診受診率向上に向けた各種取組の実施により、重症化のリスクが高い者や要治療者をより多く捕捉し、保健指導、重症化予防の促進へと繋げることで、生活習慣病の発症、医療費の伸びの抑制を図る。

＜目標受診率＞

国が示す国保保険者における目標「平成35年度までに60%」の達成に向け、年度毎の目標受診率を設定。
なお、P.67以降に記載の取組全ての実施に係るアウトカム評価（当対策全体の評価指標）についても同様の目標値とする。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
熊本市 目標受診率	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%	55.0%	60.0%

（1） 特定健康診査受診率向上対策

＜各取組の内容＞

① 特定健診受診勧奨

【概要】

健診対象者及び未受診者にハガキや電話による勧奨を行い受診を促す。
第１期計画での振り返りを踏まえ、毎年度の取組結果に応じて、次年度の対象者選定・勧奨方法を見直す計画で事業を実施。

【取組内容・評価指標】

PDCA	実施項目	前年度	実施年度 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	翌年度
P	実施計画・内容の策定	←													
D	受診券・啓発リーフレットの作成・送付		←			→									
	電話勧奨				←						→				
	勧奨ハガキの作成・送付				←						→				
C	勧奨状況の確認・集計				←									→	
	受診状況の確認・集計				←										→
A	振り返り・改善計画									←					→

実施年度	実施計画	アウトプット（事業実施量）		アウトカム（成果）	
30年度	① 【電話勧奨】約60,000件 対象者に対して電話による受診勧奨を実施	評価指標	勧奨完了率	評価指標	勧奨完了者の受診率
		目標値	68%	目標値	30%
	② 【ハガキ勧奨】約30,000通 対象者に対してはがきによる受診勧奨を実施	評価指標	送付件数	評価指標	勧奨完了者の受診率
		目標値	30,000通	目標値	15.5%
31年度以降	前年度の実績内容に応じて見直し	評価指標	勧奨完了率	評価指標	勧奨完了者の受診率
		目標値	前年度比増	目標値	前年度比増

（1）特定健康診査受診率向上対策

② インセンティブ事業【新規】

【概要】

特定健診受診等の健康づくりへの取組を実施した者へ特典を与えるインセンティブ事業を新たに実施。受診勧奨と合わせて、既存の受診者群に加え、未受診者群へのアプローチをより強化することで、受診率の向上を図る。

【取組内容・評価指標】

インセンティブ事業の内容（案）

・企業からの協賛を募り、特定健診受診等の健康づくりへの取組に応じて、抽選で様々な賞品をプレゼントするキャンペーン
・特定健診受診等の健康づくりへの取組に応じて、各種電子マネーカードへポイントを付与　など

PDCA	実施項目	前年度	実施年度 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	翌年度
P	事業計画・内容の策定・予算要求	←													
D	事業内容リーフレット作成・発送		←		→							←			→
	事業の運営					←									→
C	申請者数・アンケート結果の集計、確認				←									→	
A	事業内容の振り返り・見直し											←			→

実施年度	実施計画	アウトカム（成果）	ストラクチャー（構造）	プロセス（過程）
H30年度	インセンティブ事業の内容考案・事業の実施	＜特定健診の新規受診者の割合＞ 前年度受診率より増加	＜次年度実施に向けた予算の確保＞ 保険者努力支援制度での加点により国費を獲得できたか	＜事業の周知＞ 対象者へ効果的な周知が行えたか
		＜対象者の行動変容＞ 健康への意識向上等、対象者の行動変容が図られたか（アンケートにて確認）	＜実施体制＞ 必要な人員を確保する等、事業の円滑な実施が図られたか	＜事業内容の満足度＞ 特典など、満足いく事業内容であるか（アンケートにて確認）
H31年度以降	・前年度成果（受診率向上への効果、アンケート結果等）を踏まえ、事業内容の見直し ・保険者努力支援制度の加点にて獲得した国費を活用した事業の実施	平成30年度の指標 ＋ 31年度以降の事業内容に応じて設定	平成30年度の指標 ＋ 31年度以降の事業内容に応じて設定	平成30年度の指標 ＋ 31年度以降の事業内容に応じて設定

（1）特定健康診査受診率向上対策

③ 受診しやすい体制作り

【概要】

平成26年度から実施機関数は横ばいで推移しているが、生活圏が近隣市町村の者の利便性を向上させるため、市外の実施機関拡充を図る。また、がん検診と同日実施の集団健診を継続して推進し受診率向上を図る。

【取組内容・評価指標】

◆市外個別健診実施機関の拡充

〈取組内容〉・ニーズの高い地域や病院を把握するための調査を実施し、ターゲットを抽出。
・契約実現に向け、ターゲットとなる地区の医師会や該当する実施機関との協議・交渉を行う。

〈評価指標〉・市外実施機関を効果的に増やすための適切なアプローチができたか（プロセス）
・市外の個別健診実施機関数（アウトカム）：対前年度増

◆集団健診の推進

〈取組内容〉・健診内容の充実化に向けた関係機関・部署との協議（会場の選定・受診可能ながん検診の種類拡張等）
・集団健診会場の拡充に向け、新規委託業者の開拓を検討

〈評価指標〉・集団健診の充実化、拡充化に向けた体制作りが図られたか（ストラクチャー）
・集団健診実施数（アウトカム）：対前年度増

④ 医療機関との連携強化

【概要】

通院中の健診対象者への受診勧奨や、診療と健診の同日実施について文書での依頼を継続して実施。加えて、受診者が少ない医療機関、通院中の未受診者が多い医療機関に対しての働きかけを強化し、受診率向上を図る。

【取組内容・評価指標】

〈取組内容〉・国保だよりやリーフレット等を活用した特定健診の普及啓発
→診療と健診の同日実施、インセンティブ事業の周知等の依頼
・通院中の未受診者が多い医療機関を、国保連合会の保健事業支援システムにて抽出（ターゲット選定）
・対象となる医療機関へ直接出向き、対象者への受診勧奨等を依頼
・通院中の者の医療データ収集に向けた、関係機関との協議等【新規】

〈評価指標〉・医療機関に対し、特定健診普及啓発のための効果的な周知方法を考案、実施できたか（ストラクチャー）
・通院中の者を特定健診へ誘導する仕組みを構築できたか（ストラクチャー）

（1）特定健康診査受診率向上対策

⑤ 関係機関との連携によるＰＲ場所の確保

【概要】

各区などの関係機関と連携し、イベント等での啓発を継続して実施する。また、地域回覧版は地域のニーズ等に応じて実施し、受診率向上を図る。

【取組内容・評価指標】

〈取組内容〉・健康づくりをはじめとした、各種イベントへの参加数を増やし、特定健診の普及啓発を今まで以上に広く行う。新規で実施するインセンティブ事業も合わせてＰＲする。
・地域回覧版を活用した集団健診の周知

〈評価指標〉・特定健診普及啓発に係るチラシ等の配布数（アウトプット）：対前年度増

⑥ その他の取組

＜職場等での健診結果の提供促進【新規】＞

第１期の振り返りにて、特定健診を受診しない理由として、「職場で同じような健診を受診」・「人間ドックを受診」と回答した者の割合が１割強を占めていることから、健診データ提供者へ特典を付与する等の、データ提供を促進する取組を検討し受診率向上を図る。

＜広報・啓発事業＞

〇他の取組と合わせた広報・啓発事業の展開

第１期での振り返りを踏まえ、インセンティブ事業の周知等、必要に応じて、他の取組と合わせた広報・啓発を展開する。実施にあたっては、ターゲットや手法を絞るなど、費用対効果が高まるよう工夫する。

〇他保険者との連携による事業展開

第１期で取り組んできたように、協会けんぽ等の他保険者との連携による広報・啓発事業についても、継続して検討・実施し、ポピュレーションアプローチの強化を図る。

（2） 特定保健指導利用率向上対策

＜概要＞

特定保健指導を行うことで、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ことで、健康的な生活を維持し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。
特定保健指導の利用率を上げることで、健診有所見率を目標値に近づけることを目指す。

＜目標(保健指導利用率)＞

国が示す国保保険者における目標「平成35年度までに60%」の達成に向け、年度毎の目標利用率を設定。

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
熊本市 目標受診率	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%

＜目標(健診有所見率)＞

	H28年度（実績）	H35年度（目標）
腹囲	31.7%	30.9%
空腹時血糖	26.1%	20.6%
HbA1c	73.2%	50.5%
クレアチニン	1.0%	0.7%

（2）特定保健指導利用率向上対策

＜各取組の内容＞

① 個人へのアプローチ

◆国保直営による特定保健指導【新規】
〈内容〉・特定保健指導未利用者で生活習慣病重症化予防の対象者に対して、訪問時に対象者の了承を得ることができた場合、特定保健指導を実施する。
◆特定保健指導未利用者への利用勧奨
〈内容〉・対象者への電話勧奨
◆途中脱落防止の徹底
〈内容〉・評価日を経過しても、評価されず終了していない対象者を抽出し、実施機関に評価を促す。
・実施機関が途中脱落と判断する前に、国保担当課より電話勧奨等のアプローチを実施する。

② 実施体制の整備

◆健診受診日から保健指導開始までの期間短縮【新規】
〈内容〉平成30年度以降、国基準の改正に伴い、特定保健指導の実施期間が短縮可能となるため、実施機関へ働きかける等、可能な限り短縮できるよう努めていく。
◆利用しやすい体制作り
〈内容〉・保健指導（動機づけ支援）実施機関の拡充
・集団健診全ての会場で結果説明会を実施する。
・特定健診実施機関に該当する医療機関に対し、保健指導利用に関する情報の周知徹底を図る。
◆保健指導の質の担保
〈内容〉・実施機関の研修、実績発表、意見交換の場を設ける。

PDCA	実施項目	前年度	実施年度 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	翌年度
P	実施計画	↔													
D	特定保健指導利用券作成・送付	↔	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	特定保健指導未利用者への利用勧奨				←	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
	委託先特定保健指導	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
	国保直営特定保健指導	←	- -	- -	- -	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
	途中脱落防止						●						●		
	特定保健指導実施機関等への研修					●									
C	特定保健指導実施状況の集計評価	←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
A	事業内容の振り返り・見返し											←	—	→	

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜概要＞

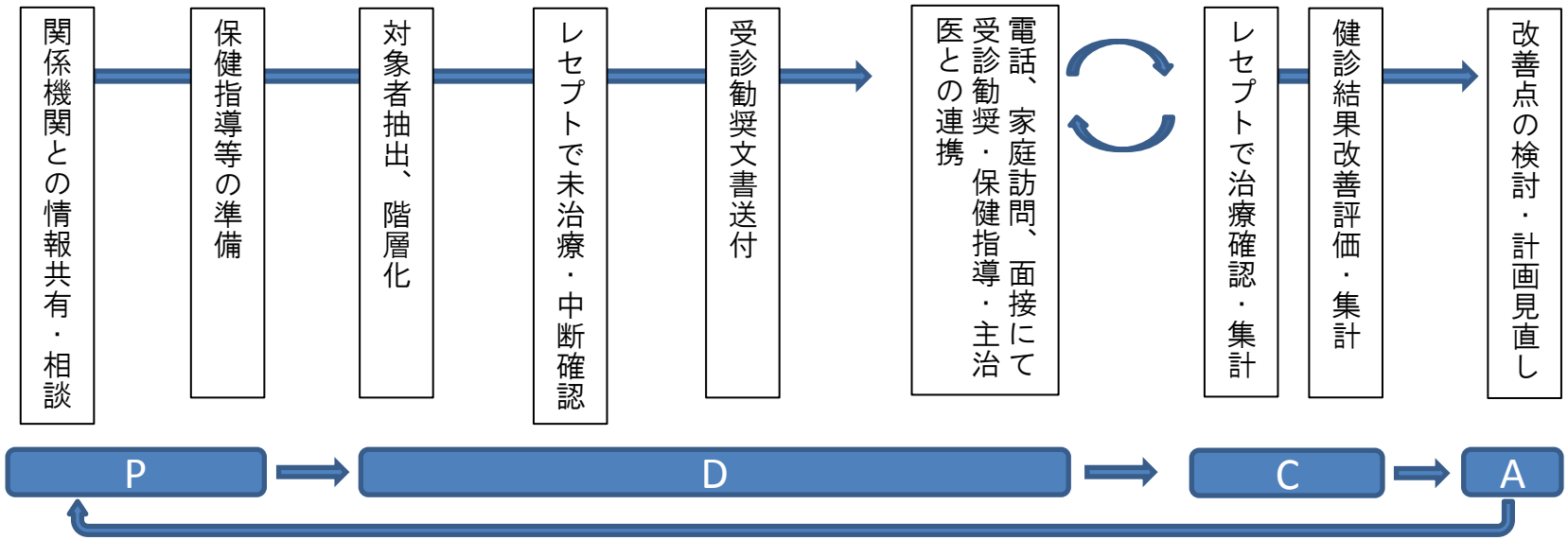
被保険者の生活の質の維持及び向上、医療費の伸びを抑制するため、健診データやレセプトデータ等から治療が必要な方に対して、関係機関と連携し、受診勧奨・保健指導を行うことで、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）を減少させる。

＜第１期からの発展＞

①これまでのCKD対策で培ったノウハウと、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの視点を加え取組を充実
②地域保健担当課はポピュレーションから進行予防を担当し、よりタイムリーに関わる
③国保担当課はハイリスクを担当し、訪問による受診勧奨を強化する

＜方法＞

特定健診の結果をもとに、重症度に応じて各区地域保健担当課と分担。文書、電話、訪問等により受診勧奨・保健指導を実施する。必要に応じ、かかりつけ医等関係機関と連携する。



（3）生活習慣病重症化予防対策

＜対象者選定基準＞　平成29年度

eGFR ＼ 尿蛋白	血糖及び血圧	（－）or（±） A1	（+） A2	（＋＋）以上 A3
90以上 G1	①	G1A1①	G1A2①	G1A3
	②	G1A1②	G1A2②	
	③	G1A1③	G1A2③	
	④	G1A1④	G1A2④	
60-90未満 G2	①	G2A1①	G2A2①	G2A3
	②	G2A1②	G2A2②	
	③	G2A1③	G2A2③	
	④	G2A1④	G2A2④	
45-60未満 G3a	①	G3aA1①	G3aA2	G3aA3
	②	G3aA1②		
	③	G3aA1③		
	④	G3aA1④		
30-45未満 G3b		G3bA1	G3bA2	G3bA3
15-30未満 G4		G4A1	G4A2	G4A3
15未満 G5		G5A1	G5A2	G5A3

①	血糖及び血圧　正常域
②	HbA1c6.0-6.4%以下 または　収縮期血圧140-159mmHg以下 または　拡張期血圧90-99mmHg以下
③	HbA1c6.5-6.8%以下 または　収縮期血圧160-179mmHg以下 または　拡張期血圧100-109mmHg以下
④	HbA1c6.9%以上 または　収縮期血圧180mmHg以上 または　拡張期血圧110mmHg以上

	担当課	方法（文書・電話・訪問・健康相談・教室開催等）
	ポピュレーションアプローチ（集団全体のリスク低減、予防のための広報、啓発等）	
	各区地域保健担当課	区が受診勧奨文書通知後、未受診者を電話勧奨・訪問
	国保担当課　→ 各区地域保健担当課	国保が受診勧奨文書通知後、未受診者を区が電話勧奨・訪問
	国保担当課	受診勧奨文書通知・電話勧奨・訪問

・CKD重症度分類をもとに、血糖及び血圧を加えて階層化する。
・重症度に応じて、国保担当課と各区地域保健担当課で分担しフォローを行う。

（3）生活習慣病重症化予防対策

熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

【目的】

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。

なお、本プログラムは、熊本県医師会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本県保険者協議会および熊本県の四者で策定し、対策の実施が容易となるような基本的な考え方を示すものであり、地域・職域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

本市では平成21年度よりCKD対策と連動した重症化予防事業を展開してきた。今後は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの視点を加えて糖尿病対策を充実させていく。

・糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断対策の強化。【新規】
・DM熊友パスや糖尿病連携手帳を活用し対象者を取り巻く関係機関の連携強化【新規】

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜短期目標＞
高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD） 等の減少

＜評価指標＞
アウトプット：治療開始率

	実績	目標					
年度	H27年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
目標 治療開始率	87.0%	90.0%	91.0%	92.0%	93.0%	94.0%	95.0%

【データ】重症化予防事業記録、レセプトデータから算出

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜短期目標＞
高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD)等の減少

＜評価指標＞
アウトカム：特定健診結果改善率

		実績	目標						
健診年度		H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度
評価年度		H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
慢性腎臓病（CKD）	eGFRの値が維持・改善した者の割合	92.5%	93.3%	94.1%	94.9%	95.7%	96.5%	97.3%	98.0%
	尿蛋白が改善した者の割合	87.2%	88.3%	89.4%	90.5%	91.6%	92.8%	93.9%	95.0%
高血圧	Ⅲ度高血圧がⅡ度以下に改善した者の割合	83.3%	85.0%	86.6%	88.3%	90.0%	91.6%	93.3%	95.0%
糖尿病	HbA1cが低下した者の割合	61.3%	64.0%	66.6%	69.3%	72.0%	74.7%	77.3%	80.0%

【データ】重症化予防事業記録、特定健診データから算出

（3）生活習慣病重症化予防対策

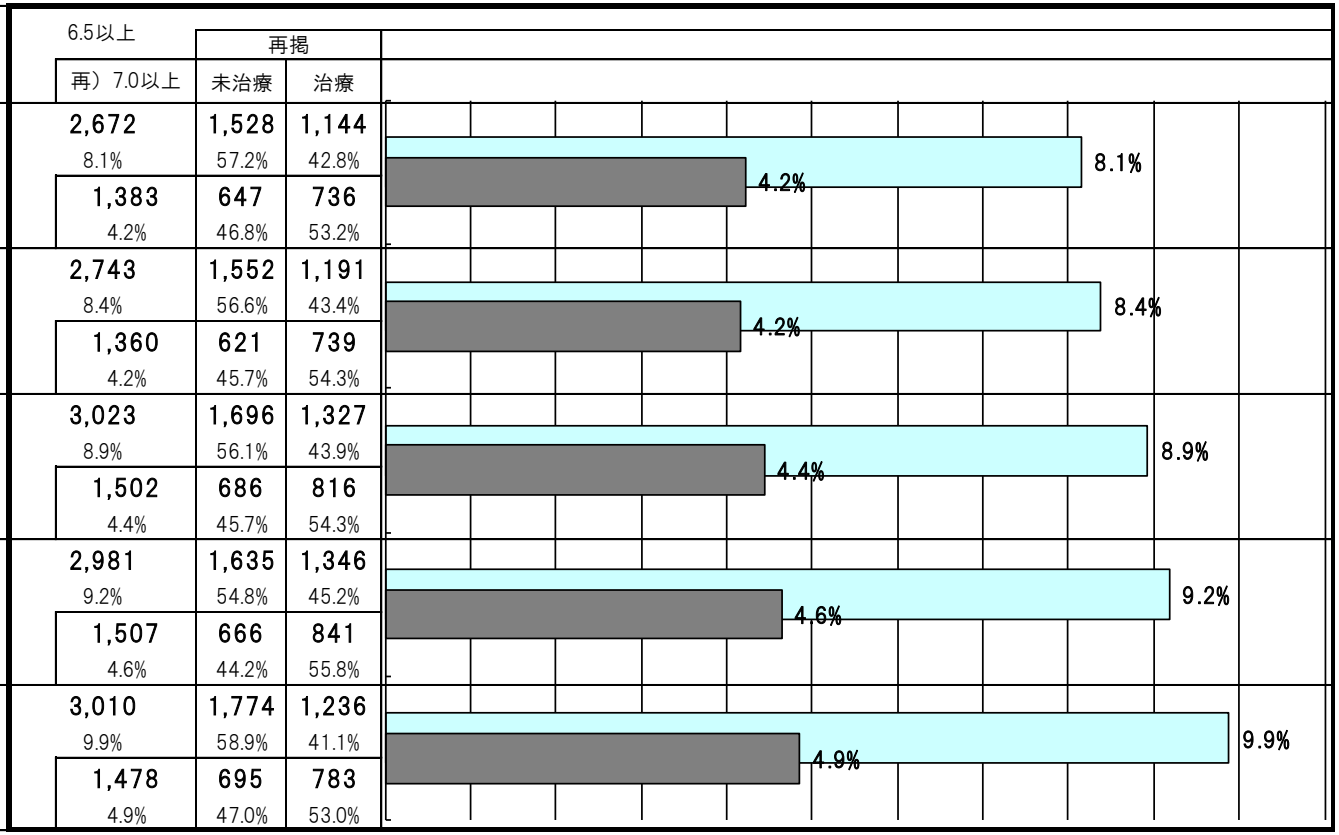
＜短期目標＞
高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD） 等の減少

＜評価指標＞
アウトカム：特定健診結果

HbA1c　H24～H28年度

（NGSP値）

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H24	32,791	12,358 37.7%	12,879 39.3%	4,882 14.9%	2,672 8.1%	1,528 57.2%	1,144 42.8%
					1,383 4.2%	647 46.8%	736 53.2%
H25	32,726	12,459 38.1%	12,696 38.8%	4,828 14.8%	2,743 8.4%	1,552 56.6%	1,191 43.4%
					1,360 4.2%	621 45.7%	739 54.3%
H26	33,846	11,773 34.8%	13,371 39.5%	5679 16.8%	3,023 8.9%	1,696 56.1%	1,327 43.9%
					1,502 4.4%	686 45.7%	816 54.3%
H27	32,485	10,200 31.4%	13,609 41.9%	5,695 17.5%	2,981 9.2%	1,635 54.8%	1,346 45.2%
					1,507 4.6%	666 44.2%	841 55.8%
H28	30,457	8,165 26.8%	12,877 42.3%	6,405 21.0%	3,010 9.9%	1,774 58.9%	1,236 41.1%
					1,478 4.9%	695 47.0%	783 53.0%



【データ】特定健診データ、あなみツール

（3）生活習慣病重症化予防対策

＜中期目標＞
脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の減少

＜評価指標＞
アウトカム：新規患者数

評価指標	実績				目標	
	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H32年度	H35年度
人工透析新規導入者数：人口千人対	0.42人	0.57人	0.44人	0.53人	0.35人	0.22人
虚血性心疾患新規患者数：人口千人対	19.42人	19.12人	18.36人	18.88人	16.32人	14.38人
脳血管疾患新規患者数：人口千人対	14.74人	14.55人	14.44人	14.84人	13.81人	13.06人

【データ】KDB「医療費分析（1）細小分類」

	実績				目標	
	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H32年度	H35年度
人工透析新規患者数（糖尿病性腎症）	12人	19人	11人	14人	12人	11人

【データ】データヘルス支援システム新規患者集計リスト

（3）生活習慣病重症化予防対策

アウトプット、アウトカムの成果を上げるために、下記の取組を行う

＜プロセス評価＞

実績、評価をもとに見直し・改善を行う

- 尿蛋白定量検査の導入に向けた働きかけ
- 通知文の内容
- 保健指導内容
- 医療機関との連携の内容

＜ストラクチャー評価＞

- 手順書の作成
- 進捗管理
- 関係機関との連携体制の整備
  （医師会、専門医、特定健診・特定保健指導実施機関等）
- 庁内連携
- 予算・マンパワーの確保

（4） 重複･頻回受診、重複服薬者対策

＜概要＞

・重複受診者（3ヶ月間継続して同一診療科目で月3件以上の複数医療機関に受診している者）
・頻回受診者（3ヶ月間継続して、一医療機関で月15日以上受診している者）
・重複服薬者（3ヶ月間継続して、麻薬・向精神薬を5回以上で処方されている者）
に対し家庭訪問による保健指導を実施する。

＜実績・目標＞

	実績		目標	
	H27年度	H28年度	H32年度	H35年度
重複訪問者 受診行動改善割合	64% (n=19)	43% (n=33)	55%	70%
頻回訪問者 受診行動改善割合	64% (n=76)	69% (n=69)	75%	80%
頻回手紙対応 受診行動改善割合	47% (n=125)	44% (n=107)	55%	60%

＜今後の取組＞

・重複受診者：継続的に訪問実施。
・頻回受診者：新規対象者であがってきた人を優先的に訪問実施。
・重複服薬者：重複受診者と被っている状況。そのため、目標値は設定せず今後の動向を見ながら対策を考慮していく。

（5）ジェネリック医薬品（後発品）普及促進対策

＜概要＞

被保険者に対し、先発品と同等の効果で安価である後発品（ジェネリック医薬品）の使用を促進し、医療費適正化を図る。

＜目標・取組内容＞

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
熊本市目標シェア率	73.0%	76.5%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%

実施年度	実施計画	アウトプット（事業実施量）		アウトカム（成果）	
30年度	【差額通知】　年間30,000人 対象者に対してハガキによる 差額通知を送付	評価指標	通知完了率	評価指標	差額通知送付後 切替人数
		目標値	99%	目標値	7,000人
31年度以降	前年度の実施内容に応じて修正	評価指標	通知完了率	評価指標	差額通知送付後 切替人数
		目標値	前年度比増	目標値	前年度比増

実施項目	前年度	実施年度											翌年度
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
実施計画・内容策定		⟷												
希望シール作成・送付			⟷			⟷								
差額通知（ハガキ）作成・送付			⟷		⟷			⟷			⟷			
医療費適正化リーフレット送付			⟷			⟷								
数量シェア率・切替人数等確認・集計				⟷										⟷
振り返り・改善計画											⟷			⟷

（6）地域包括ケア

重度の要介護状態となる原因として、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よるものが多くを占めている。これら生活習慣病に起因するものは予防可能であり、国保加入者の生活習慣病重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸になると考えられる。

要介護状態となり、地域での生活が難しくなる人を、少しでも減らしていくためには、ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する重症化予防の取組そのものが介護予防の取組となり得る。「生活習慣病重症化予防」を積極的に推進し、高齢者が地域で元気に暮らし、医療・介護サービスをできるだけ必要としない取組を関係機関と連携していく必要がある。今後、各区地域包括ケアシステム推進会議等の会議に参加し、国保の特定健診・重症化予防等についての情報提供を行うと共に、被保険者を支えるまちづくり、仕組づくりについて情報共有していく。

3 その他

（1）計画の評価・見直し

＜評価の時期＞

データヘルス計画は、平成32年度に中間評価、最終年度である平成35年度に最終評価を行う。計画に掲げた目的・目標達成状況の評価を行い、達成状況を踏まえ、計画の見直しを行う。

また、個別の事業においては、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業内容を見直しを行う。

＜評価方法・体制＞

【評価方法】

PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するためKDB等から得られる健診・医療・介護のデータや保険給付費のデータを利用し定期的に評価する。評価項目は継続的に評価できる項目とし、可能な限り数値を用いて行う。

〇ストラクチャー(計画立案体制・実施構成・評価体制)
〇プロセス（保健事業の実施過程）
〇アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）
〇アウトカム(成果)

【評価体制】

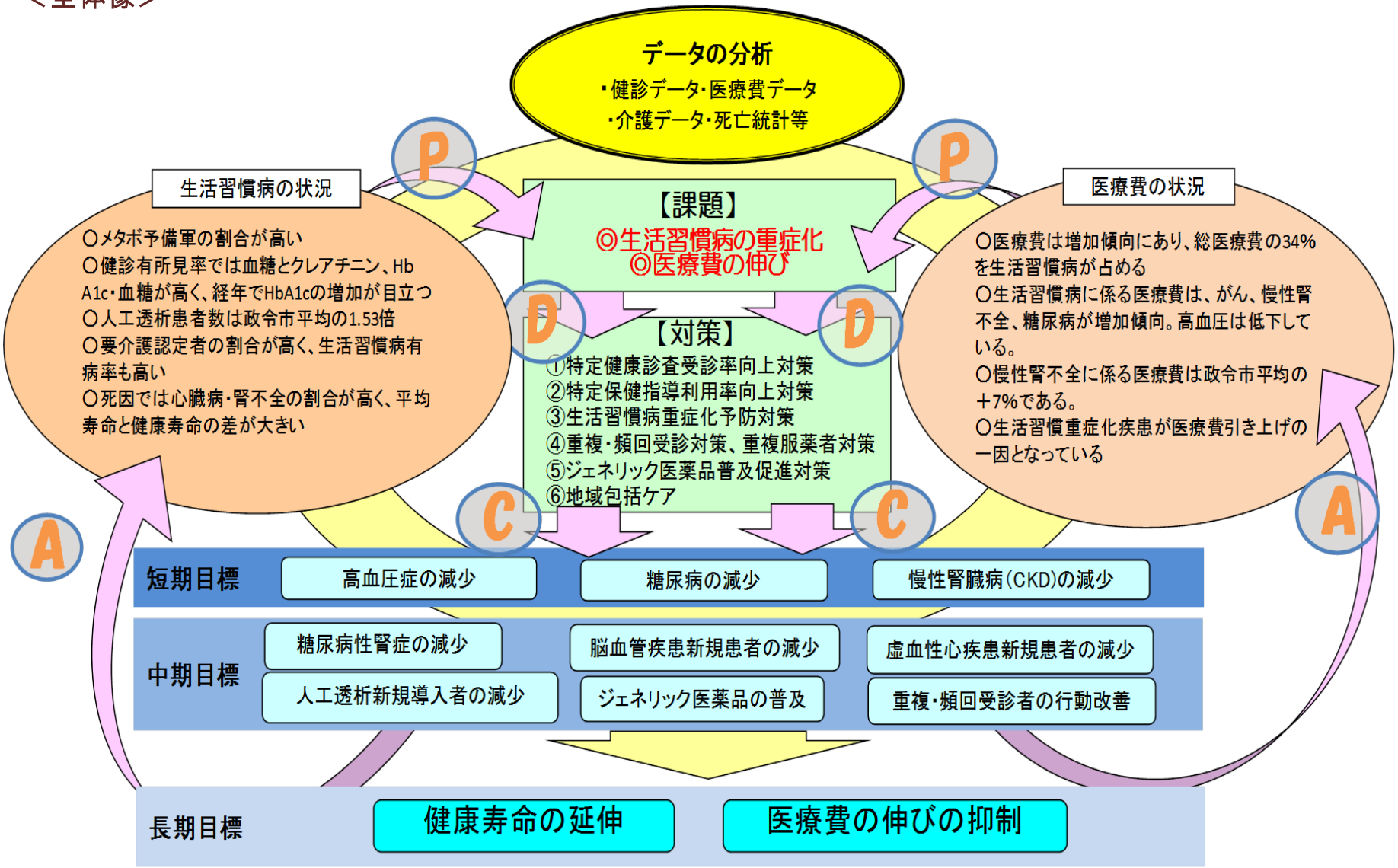
◆関係部署などで構成する協議の場において、事業実施状況と事業目標の達成状況を評価し、必要な見直しを行う。
◆事業実施状況に関しては、国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受ける。

（1） 計画の評価･見直し

課題	目標（短期・中期・長期）	対策	評価指標	評価時期
生活習慣病の重症化	短期目標 高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD)の減少 中期目標 糖尿病性腎症の減少 脳血管疾患新規患者数・虚血性心疾患新規患者数・人工透析新規導入者数の減少 重複・頻回受診者、重複服薬者の行動改善 ジェネリック医薬品の普及 長期目標 健康寿命の延伸 医療費の伸びの抑制	（1）特定健康診査受診率向上対策	短期目標 ・特定健診受診率	毎年
		（2）特定保健指導利用率向上対策	短期目標 ・特定保健指導利用率 ・健診有所見率	毎年
		（3）生活習慣病重症化予防対策	短期目標 ・健診結果改善率（血圧・血糖・腎機能）	毎年
			中期目標 ・人工透析新規導入者数 ・虚血性心疾患新規患者数 ・脳血管疾患新規患者数 ・人工透析新規導入者数（糖尿病性腎症）	中期目標 H35年度
医療費の伸び		（4）重複受診対策 頻回受診対策 重複服薬者対策	中期目標 ・受診行動改善率	中期目標 H35年度
		（5）ジェネリック医薬品普及促進対策	中期目標 ・ジェネリック普及率	中期目標 H35年度
		上記（1）～（5）の対策	長期目標 ・健康寿命の延伸 ・医療給付費伸び率	長期目標 第3期計画最終年度

（1） 計画の評価･見直し

＜全体像＞



（2） 計画の公表･周知

策定した計画は、市のホームページ等に掲載し周知を図る。

（3） 個人情報の取扱い

熊本市における個人情報の取り扱いは「個人情報の保護に関する法律」及び「熊本市個人情報保護条例」を厳守し、これを適正に管理する。

特定健診及び特定保健指導に係る業務を外部に委託する場合には、個人データの盗難・紛失などを防ぐための物理的な安全措置等に留意して委託仕様書等を作成するなど、個人情報の管理について、万全の対策を講じる。

参 考 資 料(用語集)

あ行	インセンティブ	意欲向上や目標達成のための刺激策。「やる気を起こさせる・目的を達成させるための刺激」
か行	拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。
	眼底検査	眼球の網膜とその血管を検査することにより、眼の疾患、高血圧症、動脈硬化症、糖尿病の病状などを判定する。
	高齢化率	65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	血色素量	ヘモグロビンともいい、酸素を体内に運ぶ役割をする。貧血などを調べる検査。
	血清クレアチニン	不要物として腎臓から尿中へ排泄される。腎機能が低下すると、体内から排泄されず高値を示す。
さ行	収縮期血圧	心臓が収縮したときに動脈にかかる圧。血圧が高いと動脈硬化が進行し、脳卒中や心筋梗塞、腎障害の原因になる。
	ジェネリック医薬品 （後発医薬品）	先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品をいう。
	受診勧奨	生活習慣病が重症化する危険性が高い人に医師の診察を勧めること。
	心電図	心臓の電気的変化を記録し、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心肥大などの心疾患の有無を調べる。
	生活習慣病	高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓病、肥満等で生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣がその発症・進行に関与する疾患のこと。
た行	中性脂肪	主にエネルギーとして利用され、余った分は脂肪として蓄えられる。増えすぎると、脳梗塞や心筋梗塞の原因になる。
な行	尿酸	プリン体代謝の際に生じ、飲酒や肉食、腎機能障害時に上昇する。高い状態が続くと、痛風発作と呼ばれる関節痛を起こす。
	尿潜血	尿中に血液が出ていないか調べる検査。陽性の場合、腎臓病や尿路系の炎症が疑われる。
	尿蛋白	尿中に排泄されるたんぱく質の量を調べる検査。尿中のたんぱく質が増加していると、腎機能の低下が疑われる。

参 考 資 料(用語集)

は行	腹囲	内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	ヘマトクリット	血液に占める赤血球の割合（%）を表し、低い場合は貧血の疑いがある。
	法定報告	高齢者の医療の確保に関する法律第百四十二条に基づき、特定健康診査・特定保健指導の結果について報告すること。
ま行	メタボリックシンドローム	「メタボリックシンドローム」は、「内臓脂肪症候群」とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態を表わす。「内臓脂肪の蓄積」によって、高血圧や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の重なりが起こっていることを示し、心筋梗塞や脳梗塞の原因となる動脈硬化を急速に進行させていく。2つ3つと複数重なっている場合は、動脈硬化の進行予防という観点から“すでに手を打たなければならない状態”として捉えることが必要。
	AST(GOT) ALT(GPT)	主に肝臓に分布している酵素で、AST/ALTの両方が急激に上昇する場合は、肝疾患や心疾患が疑われることがある。
	BMI	肥満度を表す指標として用いられている体格指数で〔体重(Kg)〕÷〔身長（m）の2乗〕で求める。
	eGFR	推定腎糸球体ろ過量の略。年齢、性別、血清クレアチニン値から算出される推算値で、腎機能障害の指標となる。
	KDBシステム	国保データベース（KDB）システム。国保中央会が「特定健診・特定保健指導」「医療」「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築した全国規模の システムである。特定健診及びレセプトの統計情報を国･県・同規模保険者等と比較しながら確認することが可能。
	HbA1c	過去1～2ヶ月程度の血糖の平均状態を表す。
	HDLコレステロール	別名「善玉コレステロール」。数値が低いと、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を誘発する。
	LDLコレステロール	別名「悪玉コレステロール」。数値が高いと、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を誘発する。
	PDCAサイクル	Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）を繰り返すことで、業務を改善していく手法。
	γ-GT(γGPT)	たんぱく質を分解する酵素の一種。飲酒量が多いときや胆道系疾患などで値が上昇し、肝機能の指標とされる。

第５章
第３期特定健康診査等実施計画

序節 「特定健康診査等実施計画」とは

＜特定健康診査、特定保健指導とは＞

平成18年度に行われた医療制度改革において特定健康診査（以下「特定健診」という）・特定保健指導は医療保険者にその実施を義務付けられ、「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「法」という）に基づき平成20年度から実施することとなった。

特定健診は、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。

＜なぜ、計画策定の必要があるのか＞

〇国の理由

法第19条に基づき、医療保険者は実施計画を定めるものとされている。第１期及び第２期は５年を一期としていたが、医療費適正化計画が６年一期に見直されたことを踏まえ、第３期からは６年を一期として策定する。

〇熊本市の理由

高齢化の急速な進展と生活習慣病が増加し、死亡原因でも生活習慣病が６割を占め、医療費に占める生活習慣病も国民医療費の約３分の１であることなどから、生活習慣病対策が必要。

不健康な生活習慣による生活習慣病の発症、重症化の過程で、メタボリックシンドロームが大きく影響していることから、この該当者及び予備軍の減少を目指す。

第3期計画策定に当たっての基本方針

＜期間＞

「平成30年度から平成35年度まで」の６年間

＜位置づけ＞

法第19条において、医療保険者に計画策定が義務付けされた法定計画

＜他計画との数値目標等の整合性＞

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
国保			熊本市国民健康保険「保健事業実施計画（データヘルス計画）」（H27～H29）			熊本市国民健康保険「第2期保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）」（H30～H35）					
	第2期特定健康診査等実施計画（H25～29）					第3期特定健康診査等実施計画（H30～H35）					
	熊本市国民健康保険会計健全化計画（H17～H26）										
市	熊本市第6次総合計画（H21～H27）					熊本市第7次総合計画（H28～H35）					
	熊本市健康増進計画「第2次健康くまもと21基本計画」（H25～H34）										
	第6次熊本地域保健医療計画（H25～H29）					第7次熊本地域保健医療計画（H30～H35）					
	第5期熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（H24～H26）		第6期熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（H27～H29）			第7期熊本市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画「くまもとはつらつプラン」（H30～H32）					
県	第3次熊本県健康増進計画（第3次くまもと21ヘルスプラン）（H25～H29）					第4次熊本県健康増進計画（第4次くまもと21ヘルスプラン）（H30～H35）					
	第6次熊本県保健医療計画（H25～H29）					第7次熊本・上益城地域保健医療計画（H30～H35）					

第1節 目標

＜実施に対する目標＞

特定健康診査等基本指針における全国目標は、平成35年度における特定健診実施率を70%以上、特定保健指導実施率を45%以上としている。

その上で、保険者種別ごとの参酌基準を踏まえ、次の通り目標値を設定し、確実な目標達成に向けて積極的に取り組む。

年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診目標実施率	32%	38%	44%	50%	55%	60%
特定保健指導目標実施率	25%	32%	39%	46%	53%	60%

＜成果に対する目標＞

第３期は特定保健指導対象者の減少を目的とする。平成20年度比25%以上を目指す。

第2節 特定健康診査等の対象者数

＜対象者の定義＞

①特定健康診査

実施年度中に、40～74歳となる加入者（当該年度において、75歳に達するものも含める）でかつ、当該実施年度の１年間を通じて加入している者のうち、妊産婦等除外規定の該当者を除いた者。

②特定保健指導

特定健康診査の結果、厚生労働省令で定める基準に従って階層化を行い、「動機づけ支援」「積極的支援」に該当する者。

＜対象者及び実施者数見込み＞

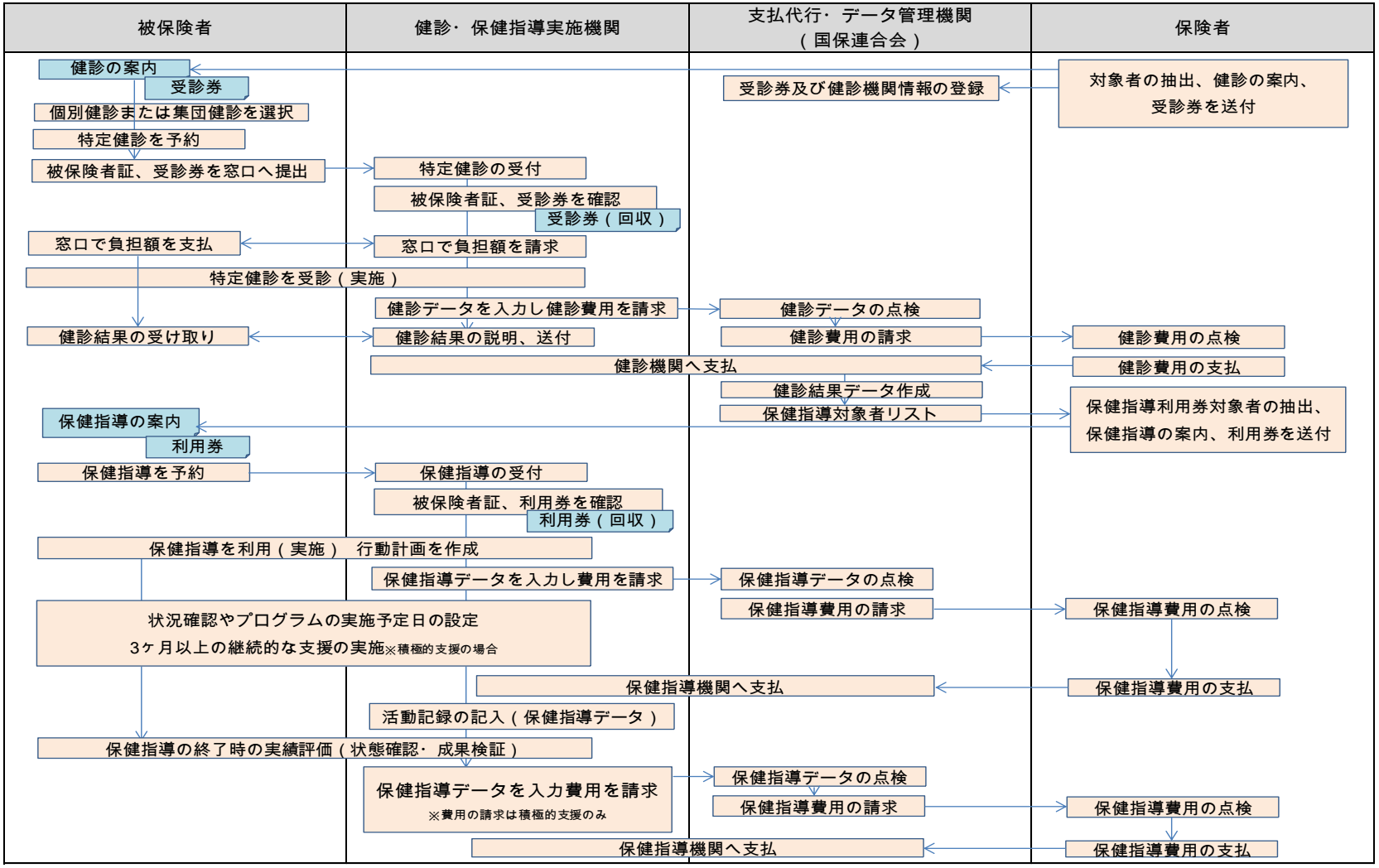
		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
40～74歳被保険者数見込み		108,915人	107,635人	106,171人	103,903人	101,654人	99,423人
（特定健診目標受診率）		（32.0%）	（38.0%）	（44.0%）	（50.0%）	（55.0%）	（60.0%）
受診者数見込み		34,853人	40,901人	46,715人	51,951人	55,909人	59,654人
（特定保健指導目標実施率）		（25.0%）	（32.0%）	（39.0%）	（46.0%）	（53.0%）	（60.0%）
動機付け支援	対象者数見込み	2,724人	3,053人	3,324人	3,513人	3,585人	3,615人
	実施者数	758人	1,087人	1,442人	1,798人	2,114人	2,413人
積極的支援	対象者数見込み	998人	1,119人	1,217人	1,287人	1,313人	1,324人
	実施者数	173人	248人	329人	410人	482人	550人

第3節 特定健康診査等の実施方法

＜基本的な考え方＞

特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、「標準的な健診・保健指導プログラム」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」に基づき実施する。

＜全体的な流れ（フロー図）＞



（1）基本事項

＜自己負担額・受診券等交付時期＞

項目	自己負担額	受診券・利用券交付時期
特定健診	1,000円 前年度住民税非課税国保世帯は無料 （年度途中加入は除く）	前年度3月末に一斉交付 当該年度5月末に追加交付
保健指導	無料	健診結果確認後（受診の約2～3ヵ月後） すぐに一斉交付

＜実施場所･実施時期＞

項目		実施場所	実施時期	
特定健診	個別健診	熊本市内及び本市に隣接する実施機関	4月～3月	平日
	集団健診	健康センター分室・公民館等の地域会場・かがやき館 火の君文化センター・雁回館・JA熊本市支店	5月～3月	平日 土日 祝日
保健指導		熊本市内の実施機関	4月～3月	平日・土

＜実施機関＞

項目	実施機関（委託先）
特定健診	各登録医療機関　約400ヶ所（熊本市医師会、熊本県医師会、鹿本医師会等）
特定保健指導	各登録医療機関　約80ヶ所（熊本市医師会等）

＊特定健診実施機関においては、市ホームページに掲載

（1）基本事項

＜健診項目＞

国が定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」に示された項目に熊本市独自に「HbA1c、血清尿酸、尿潜血検査」を加える。

◇基本的な健診項目（国が定めた項目）

区分	検査項目
身体測定 診察など	問診（既往歴や服薬歴調査）
	身長
	体重
	BMI
	腹囲
肝機能検査	AST(GOT)
	ALT(GPT)
	γ-GT（γGTP）
血圧検査	収縮期血圧
	拡張期血圧
血中脂質検査	中性脂肪
	HDL-コレステロール
	LDL-コレステロール
血糖検査	空腹時血糖
尿検査	尿糖
	尿蛋白

◇追加健診項目
（本市国保が独自に追加した項目）

区分	検査項目
生化学的検査	ヘモグロビンA1c
	血清クレアチニン　※
	血清尿酸
尿検査	尿潜血

※詳細な健診に該当しなかった者へ実施

◇詳細な健診項目（健診結果により医師が必要と判断した者に実施）

区分	検査項目	判定基準
貧血検査	ヘマトクリット値 血色素測定 赤血球数	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
生化学的検査	血清クレアチニン	当該年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が、次のいずれかの基準に該当した者 ・血圧130/85以上 ・空腹時血糖100以上 ・HbA1c5.6以上 ・随時血糖100以上
心電図検査		当該年度の特定健康診査の結果等において収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査		当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次のいずれかの基準に該当した者 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せずかつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む ・血圧140/90以上 ・空腹時血糖126以上 ・HbA1c6.5以上 ・随時血糖126以上

（1）基本事項

＜外部委託の方法＞

外部委託について	利用者のニーズに対応するため、特定健診及び特定保健指導の外部委託を行い、委託先を拡充し効率的・効果的な実施体制について検討していく。
外部委託の契約形態	個別契約
外部委託先の選定にあたっての考え方	委託先の選定に当たっては、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の「外部委託に関する基準」を満たしている機関とする。その他、詳細は契約書・仕様書に定める。
代行機関の利用	特定健診等の費用支払及びデータ管理において、熊本県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）に業務委託する。

＜周知や案内の方法＞

制度の広報・周知	市政だより、市ホームページ、国保のしおり等を活用し、医療機関や地域団体等の関係者と連携してチラシの配布、ポスターの掲示等を行い、熊本市国保の特定健診及び保健指導を広く周知する。
個別の受診案内	対象者には、毎年3月末に特定健診受診券と詳しい受診案内を一斉発送する。 また、継続的な受診の重要性について対象者のモチベーションを上げるよう経年結果とグラフを受診券に付随する。 保健指導対象者には、利用券と詳しい利用案内を一斉発送する。
特定健診未受診者への勧奨	受診履歴から未受診者を特定して、ハガキや委託業者による個別勧奨を積極的に行う。 また、かかりつけ医（特定健診実施機関）からの個別勧奨について一層の協力を依頼していく。

＜健診受診者データ収集方法＞

個別の受診案内等の際に、人間ドック受診データ等の提供を促進していく。

＜その他＞

診療上の検査データの活用について検討していく。
（保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健診の推進及び診療情報の提供）

＜健診結果の返却方法＞

特定健診受診者全員に健診結果を通知する。健診結果の通知の際には、結果に基づいた生活習慣の改善について意識付けを行うことが重要であるため、病気のリスクを自分自身の問題として理解してもらうための情報を提供する。

第4節 個人情報の保護

（1）記録の保存

①保存方法

特定健康診査及び特定保健指導の結果（以下「特定健診等結果」という）の保管業務については、熊本県国民健康保険連合会に委託する。なお、必要に応じて当課でも特定健診等結果を保存する。

②保存年限

国保連システムにおいて、特定健診等結果は５年間保存する。

国保連から熊本市へ提出されたデータは、総合行政情報システム（Aネット）において、健診実施年から10年間保存し、10年経過したものは破棄する。

（2）アクセス権限の設定

国保担当課及び地域保健担当課に設置した端末へのアクセスには、パスワードを設定し、本事業の関係者のみが利用できるようにする。

また、地域保健担当課で取り扱うデータは、国保担当課が提供する対象者リストに基づくものとし、その管理は適正に行うものとする。

（3）記録管理ルール

特定健診・特定保健指導で得られた個人情報の取り扱いについては、「熊本市個人情報保護条例」を遵守するとともに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインについて」を踏まえた対応を行う。特定健診等の実施機関においても同様に取り扱うよう指導する。

第5節 特定健康診査等実施計画の公表･周知

＜公表方法＞

・この計画の内容及び実施状況については、熊本市のホームページに掲載するほか、市政だより・国保のしおり・ちらし・ポスター・ダイレクトメール等を活用し、広く市民に周知を図る。
・地域保健担当課と連携・役割分担し、啓発活動を展開する。
・保険者協議会等活用し、関係者の連携・役割分担をすることで、効果的なポピュレーションアプローチを実施する。

第6節 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

＜目標達成状況の評価方法＞

①特定健診・特定保健指導の実施率
　特定健康診査及び特定保健指導の結果データから、国への実績報告を生成する中で、年代別・男女別、保健指導実施率、実績評価を行う。

②特定保健指導対象者の減少率
　平成20年度実施分の健診データによる国への実績報告ファイルと平成30～35年度実施分の国への実績ファイルとを比較し、減少率を算出し、実施計画上の目標値と比較する。

＜評価の時期＞

毎年度、健診受診率・保健指導実施率の実績と目標値を比較し、目標達成に向けた次年度の取組に生かす。

＜第３期計画の見直しと「第４期計画」＞

計画の最終年度において、計画全体の評価を行い次期計画を策定する。