# 柳川市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画) (平成 30 年度~平成 35 年度)

明日の健康 自分でつくろう 元気な柳川 ~ すすめよう 生活習慣病・がん・介護予防対策を~



平成30年3月柳川市健康づくり課

## 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項	1
1 背景	
2 計画の目的・位置付け	
3 計画期間	_
4 関係者が果たすべき役割と連携	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び課題	6
1 第 1 期計画の概要	6
2 第 1 期計画に係る評価(基礎的データの推移)	6
3 保険者努力支援制度	19
第 3 章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組	20
1 分析結果に基づく課題の明確化	20
2 成果目標の設定	22
第 4 章 保健事業の内容	23
1 特定健診・保健指導	23
2 糖尿病性腎症重症化予防訪問事業	
3 重症化予防事業	
4 特定健診未受診者対策	24
5 早期介入保健事業	24
6 重複受診者等への適切な受診指導(訪問健康相談事業の実施)	
7 後発医薬品の使用促進	25
8 生活習慣病発症予防(ポピュレーションアプローチ)	25
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	26
第 6 章 計画の評価・見直し	27
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	28
1 計画の公表・周知	28
2 個人情報の取り扱い	28

## 第2編 第3期特定健康診査等実施計画

第 1 章 制度の背景について	29
1 特定健康診査の基本的な考え方	29
2 特定保健指導の基本的な考え方	20
第 2 章 特定健診・特定保健指導の実施	30
1 特定健康診査等実施計画について	30
2 健診・保健指導実施の基本的な考え方	30
3 目標の設定	30
4 対象者数の見込み	
5 特定健診の実施	
6 保健指導の実施	34
第 3 章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	38
1 特定健診・保健指導のデータ形成	38
	30
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について	38
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について 3 特定健診等データの情報提供及び照会	38
2 特定健診·保健指導の記録の管理·保管期間について 3 特定健診等データの情報提供及び照会	38 38 39
<ul><li>2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について</li><li>3 特定健診等データの情報提供及び照会</li><li>4 個人情報保護対策</li></ul>	38 38 39
<ul><li>2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について</li><li>3 特定健診等データの情報提供及び照会</li><li>4 個人情報保護対策</li></ul>	38 38 39
<ul><li>2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について</li><li>3 特定健診等データの情報提供及び照会</li><li>4 個人情報保護対策</li><li>5 被保険者への結果通知の様式</li></ul>	38 38 39 39

## 第1編 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

## 1. 背景

わが国は世界トップレベルの長寿国となり、「平均寿命」は伸び続け、厚生労働省の発表によれば、平成 28 年の平均寿命は、男性 80.98 歳、女性 87.14 歳となった。しかし、一方で「健康寿命(日常生活に制限のない期間)」は男性 72.14 歳、女性 74.79 歳で「平均寿命」と「健康寿命」の差、つまり、寝たきりや何らかの支援・介護が必要な期間が男性 9.02 年、女性 12.4 年と長期間であることが問題となっている。いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに「健康寿命」を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

更に少子高齢化に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は急激に増加する一方で、支える世代は減少しており、社会保障制度の重要な柱である医療保険及び介護保険制度を維持するため、国は団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に、社会保障と税の一体改革をはじめとして、社会保障制度改革推進法や医療保険制度改革関連法を整備し、医療と介護の安定的な提供を目指している。

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

これまでも本市は、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。今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

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

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

#### ※2 日本再興戦略(H25.6 閣議決定)

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

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

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

#### ※4 経済財政運営と改革の基本方針 2015

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

## 2. 計画の目的・位置付け

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

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業実施計画を策定する。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、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。

またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図る。(図表 1・2・3)

## 3. 計画期間

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

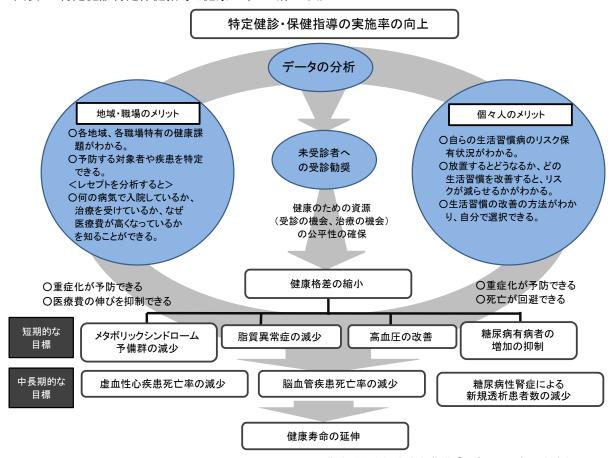
<sup>※1</sup> 保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としている。

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

## 図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

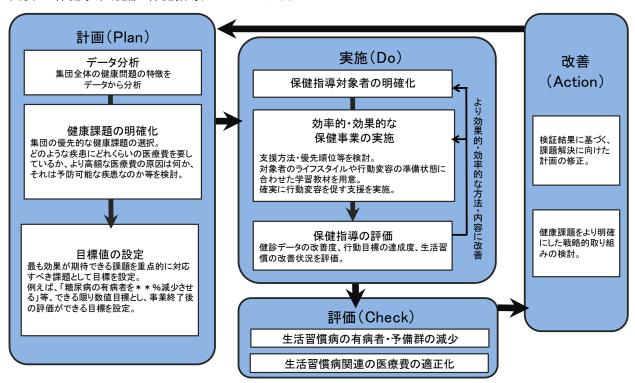
		※ <u>健康増進事業実施者</u> とは 健康保険 市町村(母子保健法、介護保険法)、!	<ul><li>法、国民健康保険法、共済組合法、労労</li><li>学校保健法に掲げる者</li></ul>	働安全衛生法、	医皮带 第二八	
	健康日本21計画	特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	介護保険事業 (支援)計画	医療費適正化 計画	医療計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康增進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に 関する法律 <sup>第19条</sup>	国民健康保険法 <sup>第82条</sup>	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に 関する法律 <sup>第9条</sup>	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 な機能の維持及降制度が指針可能 なものとなるよう、生活習慣の改善 及び社会環境の整備に取り組むこ とを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等 の生活習慣病の予防対策を進め、 糖尿病等を予防することができれば、 油院患者を減らすことができる。 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 抑制を実践することが可能となる。 特定健康診査は、基尿病等の生 活習慣病の発症や単症化学形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 すること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 疾病予防の敗処額がついて、展 接着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 つ効率的な保健主義を展開すること を目指すものである。 就保険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険者の 財政基盤強化が関うれることは保 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 服等の整進もくは悪化の防止 を理念としている。	国民省保険を堅持し続けていたため、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べとともに、良質かつ 適切な医療が悪力に提供す 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、地域において切れ直のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療 を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青牡年期、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
	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	
	Wet D. C			44 - 41 07 4		
	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
対象疾患				糖尿病性神経障害	糖尿病	糖尿病
対象疾患		糖尿病性腎症		糖尿病性神経障害	糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
対象疾患	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患	糖尿病性腎症	糖尿病性神経障害糖尿病性網膜症	糖尿病	心筋梗塞等の心血管疾患
対象疾患	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性神経障害糖尿病性網膜症 腦血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病	心筋梗塞等の心血管疾患脳卒中
対象疾患	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 (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 ※53項目ロ 特定健診に 関係する項目15項目 (脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢問整化革 ②合併症 (機尿病性腎症による年間新規・造者海炎) ③治療継続者の割ん者の割ん者の割かに 一が発展を関係した。 (動に大きな) の過にカール・不良者 (動性病性) の過に対して、一般を関係を (動性の) の場に対して、一般を (の) の場に対して、一般を (の) の場に対して、いる者の 地加(肥満、やせの減少) (の) の場のな量と質の食事をとる (の) の自然をと数 のと、の者の 地加(肥満、やせの減少) (の) の質のな量と質の食事をとる (の)	糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 ①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 関塞性動脈硬化症 切老期の認知症、早老症 骨折骨粗虧症 バーキンソン病性 弱極小脳連疾患 脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 関節リウマナ。変形性関節症 多系執萎縮症 筋萎縮性偏素硬化症	糖尿病  ●外来 ①一人あたり外来医療費 の地域差の縮減 ②特定保健指 導の実施等の向上 ③メタボ影・ の減少 ④糖尿病重症化予防の 推進 ●人院 病床機能分化・連携の	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患  ①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん。 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん。 (1)生活習慣の蚊況 (特定性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健療診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健措導率 ②健診器長の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ②介護給付費	糖尿病性神経障害糖尿病性神経障害糖尿病性網膜症    脳血管疾患  閉塞性動脈硬化症    慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期  初老期の認知症、早老症骨折・骨粗粉症 バーキンソシ病阴違疾患 脊柱の脳窄症 質節リウマチ・変形性関節症 多系統萎縮症 新委翰性側条硬化症 後級靭帯硬化症 () 地域における自立した日常生活の支援(2) 変介護状態の予防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・軽減・悪化の防・経済・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・経療・	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 調の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群 の減少 ・ (急糖尿病重症化予防の 推進 ・ (事務、)・	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患 ①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制

図表 2 特定健診特定保健指導と健康日本 21(第2次)



出典:標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版) 図─1

図表 3 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



出典:標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版) 図-3

## 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部局の役割

健康づくり課が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータへルス計画を策定する。また事業の実施にあたっては、それぞれの担当課が計画に基づき実施する。

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等体制を整える。

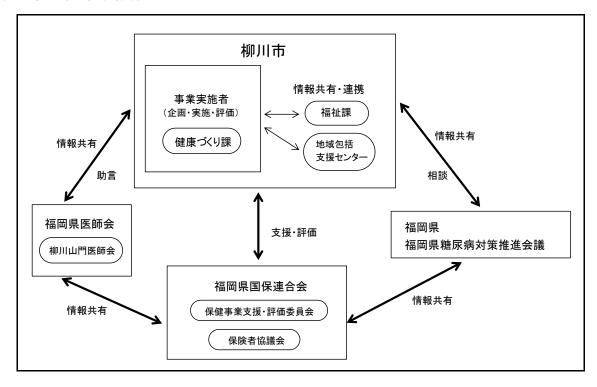
#### (2) 外部有識者等の役割

国民健康保険運営協議会及びその構成団体等と十分な連携を図り、計画運用を確実に推進する。

#### (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ため、国民健康保険運営協議会等の場を通じて意見反映に努める。

図表 4 柳川市の実施体制図



## 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

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

#### (2) 短期目標と中長期目標

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとして、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の有所見者の減少を短期目標とし、3疾患の患者数を減らし医療費に占める生活習慣病の割合を抑制すること、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んできた。

具体的には、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善し、平成 29 年度の一人当たり医療費を県並みの数値にすることを目指した。

## 2. 第1期計画に係る評価(基礎的データの推移)

#### (1) 全体の基礎統計

本市は、人口 67,702 人、高齢化率 30.7%である(平成 27 年度国勢調査)。同規模市、福岡県、国と比較しても高齢化が進んでいる。また被保険者の平均年齢も 51.4 歳と福岡県及び国と比べて高い。

また、平均寿命、健康寿命ともに女性は他と比べて低く、死亡率が出生率を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。高齢者を支える人口が少ないことから、被保険者の健康の 保持・増進は重要である。(図表 5)

本市の国保加入率は27.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65~74歳の前期高齢者が38.3%を占めている。前期高齢者の加入率は増加しているものの、65歳未満の被保険者の加入率は減少を続けていることがわかる。(図表6)

市内に 7 つの病院、61 の診療所があり、これはいずれも同規模市平均と比較して多く、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模市及び福岡県と比較して高い。(図表 7)

図表 5 柳川市の特性

	人口総数	高齢化率	被保険者数	被保険者 平均年齢	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	平均寿命 (歳)	健康寿命 (歳)		産業構成比	
	()()	(70)	(加入率)	(歳)	(ХПТХІ)	()(1   )(1)	男性/女性	男性/女性	第1次	第2次	第3次
柳川市	67,702	30.7	18,215 (27.0)	51.4	7.4	13.1	79.6 85.5	65.2 66 <i>6</i>	12.2	25.7	62.1
同規模	68,194	27.9	16,811 (24.7)	53.2	7.8	10.9	79.6 86.3		6.1	28.9	65.1
福岡県	5,038,664	25.9	1,209,883 (24.0)	50.4	9.0	10.0	79.3 86.5		3.1	20.9	76.0
玉	125,640,987	26.6	32,425,944 (26.3)	51.1	8.0	10.3	79.6 86.4		4.2	25.2	70.6

出典: KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題/地域の全体像の把握(平成 29 年 10 月作成分) 注)被保険者数及び被保険者平均年齢については、平 29 年 8 月 1 日現在、その他の項目は 27 年度国勢調査結果

図表 6 国保の加入状況

	項目	25年	丰度	264	丰度	27年	丰度	28年度		
	<b>7</b>	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	
被保	除者数	20,	513	19,	785	19,	134	18,385		
	65~74歳	6,790	33.1	6,929	35.0	6,986	36.5	7,046	38.3	
	40~64歳	7,868	38.4	7,370	37.3	6,911	36.1	6,450	35.1	
	39歳以下	5,855	28.5	5,486	27.7	5,237	27.4	4,889	26.6	

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 7 医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	25	年度	26年度		27年度		28年度		同規	模平均	福岡県	
<b>坦</b>	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
病院数	7	0.3	7	0.4	7	0.4	7	0.4	4.7	0.3	460	0.4
診療所数	60	2.9	60	3.0	59	3.1	61	3.3	48.2	2.8	4,587	3.8
病床数	985	48.0	985	49.8	985	51.5	925	50.3	854.5	50.3	86,071	70.4
医師数	123	6.0	123	6.2	123	6.4	120	6.5	126.7	7.5	15,660	12.8
外来患者数	6	689.5		96.0	7	09.5	Q	13.8	6	88.2	6	86.6
入院患者数	2	24.6	7	25.4	2	25.0		25.3	1	19.8	2	22.3

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握 ※同規模保険者数 28 年度: 266 市

## (2) 短期目標の達成状況と課題

## ① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、制度のスタートした平成 20 年度と比較して 13.1%増加し、近年は 40%前後で推移している。(図表 8)また、これまでダイレクトメールや電話及び訪問で個別アプローチによる受診勧奨を実施してきており、多くの年代で受診率は増加しているものの、一部では低迷している。(図表 9)

特定保健指導については平成 28 年度 46.6%と、以前と比べて増加し、受診者に占める特定保健指導該当者の割合は減少している。(図表 8)

図表 8 特定健診・特定保健指導の推移

		20年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	参考 29年度目標值
	受診者数	3931人	4988人	5113人	5163人	4981人		健診受診率
特定健診	受診率	26.6%	36.7%	38.6%	40.0%	39.7%	実施中	
	県内順位	37位	16位	15位	13位	15位		60%
	該当者数	761	668	686	662	622		
4+	割合	19.4%	13.4%	13.4%	12.8%	12.5%		特定保健指導
特定 保健指導	実施者数	135	287	267	265	290	実施中	実施率
N ME IT 4	実施率	17.7%	43.0%	38.9%	40.0%	46.6%		60%
	県内順位	51位	39位	44位	46位	42位		

出典:特定健診法定報告データ

男性 女性 70~74歳 65~69歳 60~64歳 55~59歳 50~54歳 ■H28 45~49歳 **□**H27 **■**H26 ■H25 □H24 40~44歳 70.0% 60.0% 50.0% 40.0% 0.0% 70.0%

図表 9 年代別特定健診受診率の推移

出典:保健指導支援ツール(平成 24~28 年度受診結果)

## ② 特定健診未受診者の状況

本市における特定健康診査の受診率は 39.7%であるが、年齢別で特定健診受診率をみると、65~74歳は 49.5%であるのに対し 40~64歳は 28.3%となっている。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。(図表 10)

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、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」の者であり、40~64 歳では特定健診対象者の 37.5%、65 歳以上でも 13.5%を占めている。「治療中で健診未受診」の者は 40~64 歳、65~74 歳合わせると健診受診者総数を上回る 4,485 人である。(図表 11)

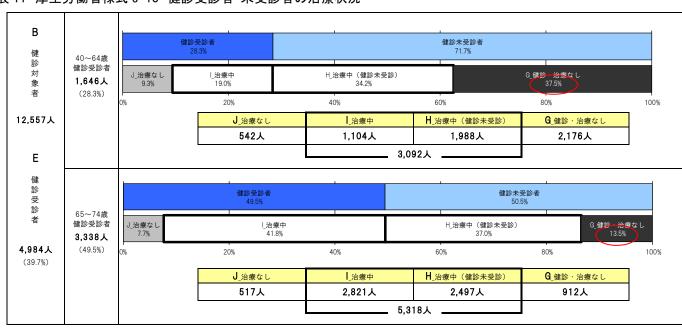
また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の方が37,535円高く、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることがわかる。(図表 12)

図表 10 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

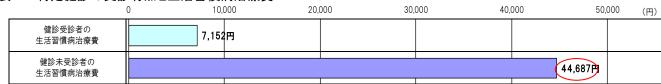
受診勧奨値の	うちガイドラ	・イン	/を踏まえた受診	勧奨対象者	全体	;	継続受記 過去5年間で1回以 る者		新規受診者 過去5年間受診がない者													
	受	を診者	首数		4, 981 人	100. 0%	4, 353 人	87. 4%	628 人	12. 6%												
	項目			基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合												
† H = 1	<i>-</i>		BM	25以上	1, 314 人	26. 4%	1, 131 人	26. 0%	183 人	29. 1%												
身体の大			腹囲	男性85以上 女性90以上	1,717 人	34. 5%	1, 475 人	33. 9%	242 人	38. 5%												
	内臓脂肪		中性脂肪	300以上	978 人	19. 6%	809 人	18. 6%	169 人	26. 9%												
	インスリン	ш́ HbA1с				6. 5以上	468 人	9. 7%	402 人	9. 5%	66 人	10.9%										
血管が傷む (動脈硬化の	抵抗性	糖	(NGSP値)	(再掲) 7.0以上	234 人	4. 8%	193 人	4. 6%	41 人	6.7%												
危険因子)			収縮期	160以上	198 人	4. 0%	161 人	3. 7%	37 人	5.9%												
	血管を 傷つける	血圧	拡張期	100以上	85 人	1. 7%	67 人	1. 5%	18 人	2.9%												
			計		238 人	4. 8%	199 人	4. 6%	39 人	6.2%												
その他の動脈硬	化危険因子	LDL	コレステロール	160以上	534 人	10. 7%	461 人	10. 6%	73 人	11.6%												
	尿蛋白				73 人	1. 5%	66 人	1. 5%	7 人	1. 1%												
腎機能	腎機能 eGFR				103 人	2. 1%	92 人	2. 2%	11 人	1. 8%												
		尿酸		尿酸		尿酸		尿酸		尿酸		尿酸		尿酸		8. 0以上	109 人	2. 3%	88 人	2. 1%	21 人	3.5%

出典:保健指導支援ツール(平成 28 年度受診結果)

図表 11 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



図表 12 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

## ③ 特定健診受診者の状況

本市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 28.2%、女性で 10.6%、予備 群については男性で 19.2%、女性で 7.3%となっている。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 は、同規模市平均・県・国と比較して男女とも高い。(図表 13)

更に特定健診有所見者割合の変化をみると、収縮期血圧、LDL-C の割合は高値ではあるが男女とも 平成 25 年度と比べると減少している。HbA1c の割合は男女ともに増加が著しい。(図表 14)

図表 13 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

百口		保隆	<b>食者</b>	同規模	莫平均	ļ.	Į	国		
項目		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
	該当者	895	18.0	815.9	17.5	43,079	17.0	1,365,885	17.3	
	男性	589	28.2	553.9	27.5	29,282	27.8	940,350	27.5	
メタボ	女性	306	10.6	262.0	9.9	13,797	9.4	425,535	9.5	
メダル	予備群	625	12.5	501.1	10.8	28,226	11.2	847,757	10.7	
	男性	404	19.4	344.3	17.1	18,894	18.0	588,322	17.2	
	女性	221	7.6	156.8	5.9	9,332	6.3	259,435	5.8	

出典:KDB 帳票 地域全体像の把握

図表 14 特定健診有所見者の割合

男	性	健診	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時 血糖	HbA1c	尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL-C	クレアチニン
	,	受診者	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
25年度	人数	2,057	612	981	578	439	179	742	875	363	1,097	487	1,053	23
20年及	割合(%)		29.8	47.7	28.1	21.3	8.7	36.1	42.5	17.6	53.3	23.7	51.2	1.1
28年度	人数	2,085	651	1,112	573	446	215	779	1,235	372	1,089	486	1,027	38
20年度	割合(%)		31.2	53.3	27.5	21.4	10.3	37.4	59.2	17.8	52.2	23.3	49.3	1.8

女	性	健診	BMI	腹囲	中性脂肪	GPD	HDL-C	空腹時 血糖	HbA1c	尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL-C	クレアチニン
ı		受診者	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
25年度	人数	2,934	677	559	422	250	56	708	1297	60	1383	438	1802	5
20年度	割合(%)		23.1	19.1	14.4	8.5	1.9	24.1	44.2	2.0	47.1	14.9	61.4	0.2
28年度	人数	2,899	664	607	406	255	63	675	1669	62	1313	396	1695	4
20年及	割合(%)		22.9	20.9	14.0	8.8	2.2	23.3	57.6	2.1	45.3	13.7	58.5	0.1

出典: KDB 帳票 厚生労働省様式 6-2~7) 健診有所見者状況

## ④ 短期的な疾患(糖尿病・高血圧・脂質異常症)の状況

糖尿病の治療者を見ると、被保険者に占める患者の割合は増加し、特定健診の結果では重症化リスクの高い HbA1c6.5%以上が増加している。また HbA1c7.0%以上の 28.2%が未治療である。高血圧・脂質 異常症の治療者を見ると、II 度高血圧以上や LDL-C160 以上の該当者は減少しているものの、それぞれ 76.3%、88.1%が未治療である。(図表 15・16・17)

また保健指導支援ツールを用いて関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者数を算出すると 健診受診者の30.1%(未治療者の19.8%、治療者の41.8%)が該当している。(図表18)

同ツールを用い、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、40~74 歳の糖尿病患者は 13.3%で、そのうち 9.4%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 13.4%でそのうち未治療(HbA1c6.5 以上又は空腹時血糖 126 以上)が 33.6%を占めている。治療者の 50.8%は HbA1c7.0 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 25.9%存在している。(図表 19)

図表 15 糖尿病

					レセプ	ト情報				特定健診結果							
	被保数 (40歳以上)	糖质			40-64歳			65-74歳		健診 受診者	受診率	Hb A 1 6.5以			再排	曷	
	(中0)成火工/	患者数		被保数		<b>香数</b>	被保数	患者	<b>香数</b>	又即省		0.00	_	HbA1c	7.0以上	未治	療者
	А	В	B/A	С	D	D/C	Е	F	F/E	G	Н	_	I/G	J	J/G	K	K/J
25年度	14,949人	1,947人	13.0%	8,297人	758人	9.1%	6,652人	1,189人	17.9%	4,988人	36.7%	326人	6.5%	158人	3.2%	60人	38.0%
28年度	13,953人	1,853人	13.3%	6,919人	602人	8.7%	7,034人	1,251人	17.8%	4,981人	39.7%	468人	9.4%	234人	4.7%	66人	28.2%

図表 16 高血圧

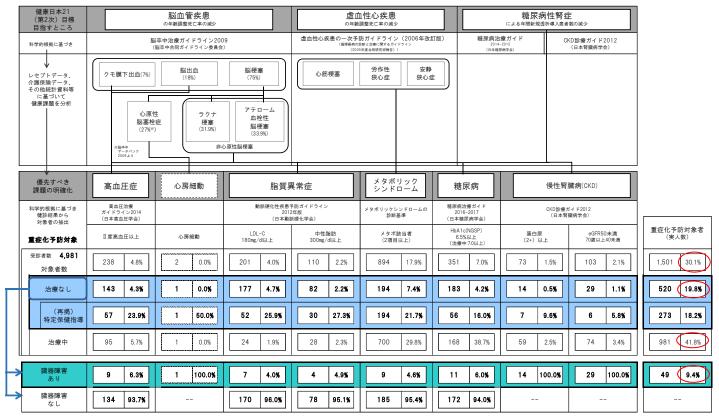
					レセプ	ト情報				特定健診結果							
	被保数 (40歳以上)	高血患者			40-64歳			65-74歳		健診 受診者	受診率	Ⅱ 度高.			再排	<b>5</b>	
		/EX.E	心徂奴		患者	<b>香数</b>	被保数	患者	<b>香数</b>	又即日				Ⅲ度高	高血圧	未治	療者
	А	В	B/A	С	D	D/C	Е	F	F/E	G	Н	_	I/G	J	J/G	K	K/J
25年度	14,949人	3,911人	26.2%	8,297人	1,405人	16.9%	6,652人	2,506人	37.7%	4,988人	36.7%	245人	4.9%	34人	0.7%	25人	73.5%
28年度	13,953人	3,715人	26.6%	6,919人	1,084人	15.7%	7,034人	2,631人	37.4%	4,981人	39.7%	238人	4.8%	38人	0.8%	29人	76.3%

図表 17 脂質異常症

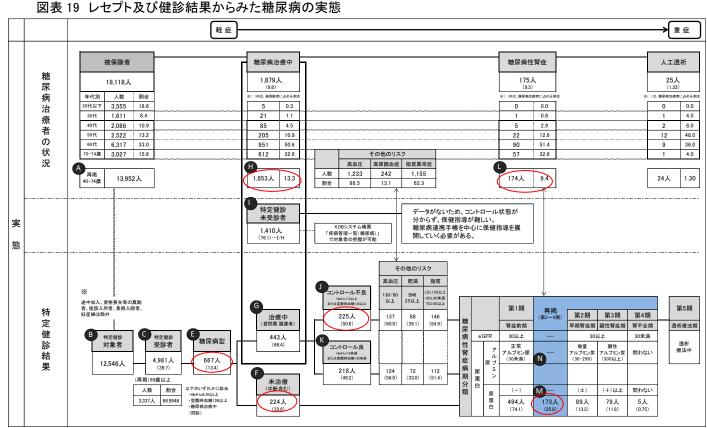
					レセプ	ト情報				特定健診結果							
	被保数 (40歳以上)	糖尿			40-64歳			65-74歳		健診 受診者	受診率	LDL- 160以			再打	曷	
	(中0)成2人工)	16.7E	患者数		患者	<b>皆数</b>	被保数	患者	<b>香数</b>	又即省		100%		LDL-C1	80以上	未治	療者
	А	В	B/A	С	D	D/C	Е	F	F/E	G	Н	1	I/G	J	J/G	K	K/J
25年度	14,949人	3,113人	20.8%	8,297人	1,138人	13.7%	6,652人	1,975人	29.7%	4,988人	36.7%	685人	13.7%	235人	4.7%	221人	94.0%
28年度	13,953人	3,115人	22.3%	6,919人	961人	13.9%	7,034人	2154人	30.6%	4981人	39.7%	534人(	10.7%	201人	4.0%	177人	88.1%

出典:KDBシステム帳票 厚生労働省様式 3-2~3-4(毎年度 5 月診療分(KDB7 月作成分)) 保健指導支援ツール(25 年度・28 年度法定報告値で計上)

図表 18 脳・心・腎を守るために一 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-



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



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)

#### (3) 中長期的目標の達成状況

#### ① 医療の状況

本市の一人当たり医療費(月額)は 28,456 円と同規模市平均、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、入院件数の割合も他と比較して高く、1 件あたりの在院日数も長い。(図表 20)

本市の平成 28 年度医療費総額は約 64 億円で、平成 25 年度と比較すると、入院外費用額で 2.3 億円減少している。一人当たり医療費は、全体では 28,456 円で 25 年度と比較すると 1,557 円増加(+5.79%)しており、入院では 1,006 円の増加(+8.29%)、入院外では 551 円の増加(+3.73%)となっている。第 1 期データヘルス計画の目標である一人当たりの医療費を県並みの数値にするまでには至っていないが、入院外では他と比較して伸び率を抑えることができ、全体としても同規模市・国より伸び率は低い状況にある。(図表 21・22)

図表 20 入院と入院外の件数・費用額の割合比較

		保险	食者	同規模平均	県	国
_	-人当たり医療費	28,456	県内20位 同規模52位	25,581	25,927	24,245
外	費用の割合	53	3.9	59.3	54.9	60.1
来	件数の割合	96	6.6	97.2	96.9	97.4
入	費用の割合	46		40.7	45.1	39.9
院	件数の割合	3.4		2.8	3.1	2.6
1件あ	たり在院日数	19.8日		16.2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

図表 21 総医療費(入院・外来)の変化

	全	体	入	院	入院	於
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
25年度	67億885万円		30億2398万円		36億8487万円	
28年度	64億887万円	△2億9998万円	29億5731万円	△6668万円	34億5156万円	△2億3331万円

図表 22 一人当たり医療費の変化

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	(円)	1	申び率 (%)	
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
	保険者	26,899	12,125	14,774			
25年度	同規模	23,466	9,563	13,903			
20年度	県	24,609	11,269	13,340			
	围	22,383	8,965	13,418			
	保険者	28,456	13,131	15,325	5.79	8.29	3.73
20 左 庄	同規模	25,581	10,399	15,182	9.01	8.74	9.20
28年度	県	25,927	11,703	14,224	5.36	3.85	6.63
	玉	24,245	9,667	14,578	8.32	7.83	8.64

#### 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な疾患)

本市のデータヘルス計画における対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)・糖尿病・高血圧・脂質異常症)の医療費が総額に占める割合は 21.06%で、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(透析あり)が少ないのは、65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ異動させていることが背景にあると考えられるが、県と比較すると高い。(図表 23)

本市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歳以上の透析患者の医療保険はほとんどが後期高齢者医療であり、25年度と比較して増加している。(図表 24)

図表 23 データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合(25 年度・28 年度比較)

			たり医	療費	中長期目標疾患			短期目標疾患								
击断	村名			位	E	Z	脳	心				(中長期・短期)		新生物	精神	肺·
111111	111 12	全額	同規模	県内	慢性腎	肾不全	脳梗塞	狭心症	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療費系		利工10	疾患	骨疾患
			川州保	乐	(透析有)	(透析無)	脳出血	心筋梗塞			J ( 117.22					
柳川市	25年度	26,899	40位	23位	3.80%	0.37%	2.61%	2.34%	4.90%	5.64%	2.88%	15億1,306万円	22.55%	11.91%	15.40%	8.28%
134711111	28年度	28,456	52位	20位	4.09%	0.34%	2.42%	1.96%	5.01%	4.60%	2.65%	13億4,949万円	21.06%	12.16%	15.72%	8.68%
国	28年度	24,245			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%		23.12%	14.20%	9.39%	8.45%
県	20十及	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

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 24 年代別透析患者数の推移(25 年度・28 年度比較)

	1						
	透析	40~64 歳	被保険者	65~74 <del>**</del>	被保険者	(再掲)	
	患者数	成	10万対	歳	10万対	国保	後期
25年度末	99人	41人	521.1	58人	796.3	2人	56人
28年度末	103人	40人	620.2	63人	834.0	3人	60人

出典: KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-7

#### ③ 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すすめる。

一方、脳血管疾患及び虚血性心疾患を合わせると件数では 10.5%、費用額では 12.2%を占めている。また脳血管疾患による高額レセプトは 60 代で大幅に増加し、60 歳以上で 89.1%を占めているため、若年層での予防の重要性がうかがえる。(図表 25)

#### イ 長期(6ヶ月以上の)入院

長期入院の件数の 70.3%、費用額の 61.5%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を併発している人もいる。(図表 26)

<sup>※「</sup>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

## ウ 人工透析の状況

本市国保被保険者の人工透析患者は 1ヶ月あたり 46 人程度を推移しており、人工透析患者の 67.4% が虚血性心疾患、54.3%に糖尿病性腎症の診断がある。また 23.9%に脳血管疾患を合併している。(図表 27)

## エ 生活習慣病の治療状況

生活習慣病の治療者は 7,037 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 13.8%、11.9%、2.5%を占める。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症ともに基礎疾患として、高血圧、糖尿病、脂質異常症を併せ持っている。(図表 28)

図表 25 厚生労働省様式 1-1 高額になる疾患(80 万円以上レセプト)

		全体	脳血管	<b></b> 套疾患	虚血性	心疾患	が	<i>6</i>	その	の他
人数		571人	44	人	41	人	169	9人	36	4人
八致		371X	7.	7%	7.	2%	29	.6%	63.7%	
		1.041件	64	64件		46件		287件		4件
		1,0411	6.1%		4.	4%)	27	.6%	61	.9%
		40歳未満	1	1.6%	0	0.0%	7	2.4%	108	16.8%
件数	年	40代	0	0.0%	2	4.3%	18	6.3%	36	5.6%
	代	50代	6	9.4%	6	13.0%	28	9.8%	77	12.0%
	別	60代	38	59.4%	21	45.7%	146	50.9%	263	40.8%
		70-74歳	19	29.7%	17	37.0%	88	30.7%	160	24.8%
費用額	12		8389	万円	7888	3万円	3億55	26万円	8億1981万円	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	13	13億3784万円		3%	5.	9%	26.6%		61.3%	

<sup>\*</sup>最大医療資源傷病名(主病)で計上

図表 26 厚生労働省様式 2-1 長期入院(6ヶ月以上の入院)

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
人数	227人	155人	37人	15人
八致	2217	68.3%	16.3%	6.6%
件数	2.104件	1,479件	272件	93件
计数	2,104	70.3%	12.9%	4.4%
費用額	9億5098万円	5億8452万円	1億2323万円	4533万円
具用領	31周303071 门	61.5%	13.0%	4.8%

<sup>\*</sup>精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

図表 27 厚生労働省様式 3-7/2-2 人工透析患者の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28.5	人数	46人	25人	11人	31人
診療分	八奴	+0/(	54.3%	23,9%	67.4%
	件数	595件	310件	131件	362件
H28年度	一致	335 F	52.1%	22.0%	60.8%
累計	費用額	2億8530万円	1億4604万円	7084万円	1億6947万円
	更/// 故	2 //5.000/J   ]	51.2%	24.8%	59.4%

<sup>\*</sup>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

<sup>\*</sup>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。

<sup>\*</sup>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)

図表 28 厚生労働省様式 3 生活習慣病の治療者数

全	体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
7.03	87人	971人	838人	175人
7,03	o / 入	13.8%	11.9%	2.5%
	高血圧	712人	677人	131人
の基	商皿庄	73.3%	80.8%	74.9%
重礎	<b>特尼岸</b>	368人	329人	175人
な疾	糖尿病	37.9%	39.3%	100.0%
り患	脂質	585人	537人	119人
	異常症	60.2%	64.1%	68.0%

## ④ 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症(人工透析)の新規患者の状況

脳血管疾患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20.5%を占めており、更にその方の健診受診歴を確認すると51.9%が過去3年間において全く健診を受診されていなかった。(図表29)

同様に虚血性心疾患においては、同月の入院が新規患者数の27.5%を占めており、48.9%が過去3年間において全く健診を受診されていなかった。(図表30)

人工透析においては、透析患者に占める糖尿病は年々増加し、新規患者の 88.9%は基礎疾患として 糖尿病を持っており、新規導入患者の 88.9%が過去3年間健診受診歴がなかった。(図表31)

図表 29 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管 患者		新規制	景者数	診断月	入院あり		・受診 ・含め3年間)
	А	В	B/A	С	C/B	D	D/C	E	E/D
25年度	20,513人	1,043人	5.1%	540人	51.8%	133人	24.6%	91人	68.4%
26年度	19,785人	1,048人	5.3%	472人	45.0%	117人	24.8%	67人	57.3%
27年度	19,134人	968人	5.1%	391人	40.4%	83人	21.2%	47人	56.6%
28年度	18,385人	971人	5.3%	385人	39.6%	79人	20.5%	41人	51.9%

図表 30 虚血性心疾患

	被保険者数	虚血性心疾患患者数		新規患者数		診断月.	入院あり	健診未受診 (当該年度を含め3年間)		
	А	В	B/A	С	C/B	D	D/C	Е	E/D	
25年度	20,513人	947人	4.6%	482人	50.9%	142人	29.5%	99人	69.7%	
26年度	19,785人	919人	4.6%	421人	45.8%	105人	24.9%	62人	59.0%	
27年度	19,134人	846人	4.4%	339人	40.1%	92人	27.1%	54人	58.7%	
28年度	18,385人	838人	4.6%	320人	38.2%	人88	27.5%	43人	48.9%	

図表 31 人工透析

	被保険者数	人工透析	<b>f患者数</b>	新規患者数		糖尿	病あり	健診۶ (当該年度を	ト受診 ・含め3年間)
	А	В	B/A	С	C/B	D	D/C	Е	E/D
25年度	20,513人	46人	0.22%	5人	10.9%	4人	80.0%	4人	100.0%
26年度	19,785人	47人	0.23%	9人	19.1%	7人	77.8%	6人	85.7%
27年度	19,134人	46人	0.24%	11人	23.9%	11人	100.0%	9人	81.8%
28年度	18,385人	46人	0.25%	9人	19.6%	8人	88.9%	) 8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

## ⑤ 介護の状況

本市の要介護認定者は、第1号(65歳以上)被保険者で3,750人(認定率19.4%)、第2号(40~64歳) 被保険者で73人(認定率0.3%)と同規模市・県を下回っているが年々伸びてきている。

本市の 1 件当たり給付費は、居宅サービス、施設サービスともに減少しているものの、同規模市平均と 比較すると高い傾向にある。

また有病状況を見ると、脳疾患、がん、精神が同規模市と比較して高く、27年度と比較して、糖尿病、高血圧症、心臓病、筋・骨格、精神が増加傾向にある。(図表32)

要介護認定者の有病状況を血管疾患の視点に年代別で見ると、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、特に脳血管疾患は全年齢で 50%以上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についても全年齢で 90%以上と非常に高い割合となっている。(図表 33)

図表 32 要介護認定者の経年推移

			٥٢	<b> α</b>	0.0	/- de	0.7	fer atta	0.0	\ <del></del>	( <del>4</del> * ) (	0 <del>/- ==</del>
項目		25:	年度	26	年度	27:	年度	28	3年度	(参考)2	8年度	
			実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模平均	福岡県
1号認定者	f数(認定 <sup>3</sup>	ℤ)	3,596	18.6	3,620	19.0	3,662	19.0	3.750	19.4	20.2	23.1
	新規認定	<b></b>	52	0.3	77	0.3	59	0.3	50	0.3	0.3	0.3
2号認定者	f		76	0.4	78	0.3	63	0.3	73	0.3	0.4	0.4
1件当たり	給付費(全	≧体)	76,	442	75	,621	72,	883	71	1,245	61,245	57,450
	居宅サー	<b>ゴス</b>	48,	130	48	48,001		47,308		5,272	40,247	39,185
	施設サーロ	<b>ニ</b> ス	284,420		284,572		279,136		271,790		278,147	285,501
糖尿病	_		621	18.4	655	17.1	674	17.4	666	17.5	22.0	22.0
高血圧症			1,752	48.3	1,831	48.6	1,854	49.0	1,920	49.4	51.8	54.0
脂質異常類	Ē		785	20.9	856	22.3	864	23.3	899	23.1	27.6	29.8
心臓病	••••••••••••		2,052	56.8	2,116	56.3	2,139	56.7	2,203	57.1	59.2	61.2
脳疾患			1,105	30.2	1,140	30.5	1,138	30.4	1,117	29.9	26.2	26.9
がん			373	11.0	426	10.9	414	11.2	411	10.8	10.0	11.5
筋·骨格		1,825	50.1	1,849	49.2	1,909	50.2	1,964	50.9	50.8	54.6	
精神		1,296	35.1	1,365	36.0	1,390	36.9	1,425	37.1	35.6	37.2	
	認定別	認定あり	90,	230	91,	,950	90,	510	91	1,680	80,270	86,510
医療質 上	(40歳以 :)	認定なし	42,	670	42	,520	43,	700	42	2,760	38,080	40,740

図表 33 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

		受給者	<b>首区分</b>	2号	+			1号	-			合計	L		
	年齢		40~6	40~64歳		65~74歳		75歳以上			Πū				
	介記	隻件数	(全体)	73		338	3	3,41	2	3,750		3,823			
		再)	国保・後期	35		268	3	3,21	7	3,48	5	3,52	0		
			疾患	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
			<b>大</b> 忠	沃州	割合	<b>沃</b> 柄	割合	<b>沃</b> 納	割合	<b>大</b> 柄	割合	沃州	割合		
要				脳卒中	20	脳卒中	152	脳卒中	1632	脳卒中	1784	脳卒中	1804		
介	<u> </u>			四十十	57.1%	四十十	56.7%	四十十	50.7%	旭十十	51.2%	四十十	51.3%		
護	レセ		循環器	虚血性	8	虚血性	86	虚血性	1441	虚血性	1527	虚血性	1535		
認定	プ		疾患	心疾患	22.9%	心疾患	32.1%	心疾患	44.8%	心疾患	43.8%	心疾患	43.6%		
	-			腎不全	4	腎不全	26	腎不全	335	腎不全	361	腎不全	365		
レ	の =^	の 血 —			月刊工	11.4%	月11年	9.7%	月11年	10.4%	ĦŢ.Ŧ	10.4%	E T	10.4%	
セプ	有断	管		糖尿病	10	糖尿病	118	糖尿病	1336	糖尿病	1454	糖尿病	1464		
	病 名	疾		170 7779	28.6%	170 77 773	44.0%	170 77 773	41.5%	170 77 77	41.7%	170 77 773	41.6%		
突	状よ	患	基礎疾患	基礎疾患	基礎疾患	高血圧	26	高血圧	183	高血圧	2512	高血圧	2695	高血圧	2721
合	況り重		(*2)	101 1111 / 1	74.3%	10) 1111/12	68.3%	1011111/11	78.1%	PJ HIL/IL	77.3%	101	77.3%		
状   況	複			脂質	17	脂質	130	脂質	1514	脂質	1644	脂質	1661		
) //L	L			異常症	48.6%	異常症	48.5%	異常症	47.1%	異常症	47.2%	異常症	47.2%		
	て 計		血管疾患	合計	33	合計	243	合計	2980	合計	3223	合計	3256		
	上		合計	口司	94.3%	口前	90.7%	口引	92.6%		92.5%		92.5%		
		認知症		認知症	8	認知症	78	認知症	1546	認知症	1624	到知点	1632		
			祁和亚	認和症	22.9%	祁和亚	29.1%	1	48.1%	祁和亚	46.6%	認知症	46.4%		
		筋	·骨格疾患	筋骨格系	27	效品投衣	235	筋骨格系	2953	筋骨格系	3188	筋骨格系	3215		
		肋	育俗疾思	加育哈希	77.1%	筋骨格系	87.7%	加 有 恰 糸	91.8%	肋骨 恰希	91.5%	肋骨 恰希	91.3%		

出典: KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況 ※基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

## 3. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標については、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、本市においても国の見直し、追加も考慮し、取組の充実を図ることとする。

本市の平成 28 年度前倒し実施分では全国 1,714 市町村中 238 位と上位に位置していたが、特定健診 受診率、特定保健指導実施率、重複服薬者に対する取組、後発医薬品の使用割合、地域包括ケアの推 進に関する項目で県平均を下回る結果であった。(図表 34)

図表 34 保険者努力支援制度の評価指標と配点について

				前倒し実施分	}		
	評価指標			-1-1-		29年度	30年度
2.0.000				実績	1	配点	配点
			全国	福岡県	柳川市		
総得点	(満点)			345		580	850
総得点	(体制構築加点70点を除く)	275	128.67	146.03	175	510	790
交付額					10,696千円		
被保険	者一人当たり交付額		-		566.7円		
全国順	位(1,741市町村中) ※福岡県は47都道府県中の順位			13位	238位		
	特定健診受診率	20	6.92	3.08	0	35	50
共通①	特定保健指導実施率	20	7.47	14.17	10	35	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	7.13	7.08	10	35	50
共通②	がん検診受診率	10	5.26	3.92	5	20	30
共通区	歯周疾患(病)検診の実施	10	6.63	5.33	10	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	18.75	32.67	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
共通任	個人インセンティブ提供	20	6	5.67	20	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	3.33	2.17	0	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進	15	8.91	9.35	15	25	35
共進(0)	後発医薬品の使用割合	15	3.85	4.75	0	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	10	15	25
国保④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2.89	3.08	0	15	25
国保⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	8.15	9.32	10	30	40
国保⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況						
体制構	築加点			70		70	60

## 第3章 分析結果に基づく課題の明確化と今後の取組

1. 分析結果に基づく課題の明確化

本市では第 1 期データヘルス計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症を重点に重症化予防を進めてきた。

特定健診の受診で、より多くの被保険者の状況を把握するために優先順位をつけて対象者を把握し、 直接的な受診勧奨に取り組んだ。そのデータをもとに、重症化予防対象者を明確にし、血管変化まで起こ しているにもかかわらず、治療を受けていない人に治療の必要性を理解してもらい、治療につなげられる よう保健指導を実施した。

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

- ●高額や長期に医療を要する疾患の原因は何か、それは予防可能な疾患か。
- ●医療と介護の両方を必要とする疾患は何か。

## <健康課題>

## 健診

- ① 特定健診の受診者は 40%程度であり、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。(図表 11)
- 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 59.2%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。(図表 11)

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 40.8%を占め、これらの者は全く実態がつかめず、重篤な病気により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 収縮期血圧、LDL-C、HbA1c ともに有所見者割合が高く、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、高額な医療費が長期にわたってかかるだけでなく、介護も要することにつながる。メタボリックシンドロームを解消することにより高血圧・脂質異常症・糖尿病を解決することが期待できることから、優先的に解決する必要がある、(図表 13・14)
- ④ 健診結果で糖尿病(型)と判断される者の 25.9%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。(図表 19)

#### 医療

⑤ 同規模市と比べ、本市は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 日数も長くなっており、重症化している状況がうかがえる。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。(図表 20・22)

- ⑥ 人工透析患者のうち、糖尿病性腎症の診断があるものの割合は 54.3%であり、早期からの糖尿病 の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となる。(図表 27)
- ⑦ ひと月 80 万円以上の高額になる疾患のうち、脳血管疾患と虚血性心疾患の人数の割合は 14.9% である。(図表 25)新規患者の 20~30%は同月に入院をしている。高血圧、脂質異常症、糖尿病等 の重症化を防ぎ、進行した状態で初めて治療を行う患者を減らしていく必要がある。(図表 29・30・31)

## 介護

⑧ 脳血管疾患は、発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患である。本市の要介護認定率は年々増えており、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90%以上と非常に高くなっている。これらの基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病は、自覚症状がないまま放置すると重症化するため、これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。(図表32・33)

## 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、新規発症の減少を目指す。

## <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とする。特に高血圧、糖尿病は本市の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組む。

図表 35 成果目標

中長期的なもの	NO	短期的なもの							
- 1- X/91117-0 0 00	110	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度		
	1	特定健診受診率の向上 1)							
	)	42.0%	46.0%	50.0%	54.0%	57.0%	60.0%		
	2		特	定保健指導の	の実施率の向	<b></b> 可上			
		48.5%	51.0%	53.0%	55.5%	57.5%	60.0%		
①入院医療費の伸び率の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患・	3	高血圧の者の割合減少 II 度以上(収縮期血圧160または拡張期血圧100以上)の割合							
糖尿病性腎症の新規発症者数の減少		4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%		
	4	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合							
		4.7%	4.7%	4.6%	4.6%	4.5%	4.5%		
	(5)	脂質異常の者の割合の減少 LDLコレステロール160以上の割合の減少							
		10.0%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%		

## 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て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2編第3期特定健康診査等実施計画に準ずるものとする。

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、健康づくり課が主体となり、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。

上記の内容を踏まえ、中長期目標、短期目標を達成するために本市では具体的に以下の 8 項目の保健事業に取り組む。

#### 1. 特定健診・特定保健指導

特定健診の受診率向上及び特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)の実施により、特定保健指導の実施率向上を図る。

詳細については、第3期特定健康診査等実施計画参照。

#### 2. 糖尿病性腎症重症化予防訪問事業

特定健診結果やレセプト情報から重症化するリスクの高い者を抽出し、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保健師・管理栄養士等が行うことで、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	ア 検査データの改善
	イ 医療機関受診率の向上
対象者	HbA1c6.5%以上かつ eGFR60 未満又は、尿蛋白(±)以上。
実施方法	個別訪問、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、かかりつけ医と連携の上、実施する。糖
	尿病で通院中の者で HbA1c8.0%以上のコントロール不良の者は対象者の状況により実施す
	<b>る</b> 。
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨対象者への介入率
	イ 医療機関受診率
	ウ 各種検査値の変化(改善)

## 3. 重症化予防事業

特定健診結果やレセプト情報から優先順位をつけ、保健師・管理栄養士等が個別に保健指導し受診勧奨を行い、脳血管疾患・虚血性心疾患等の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の有所見者を減らしていくことを目指す。

短期目標	ア 検査データの維持、改善
	イ 医療機関受診率の向上
対象者	高血圧、糖尿病、脂質異常症等の各学会のガイドラインに基づき医療機関への受診が
	必要と判定された対象者。
実施方法	個別訪問、個別面談、電話、手紙等
	※特にⅢ度高血圧・HbA1c7.0%以上の未治療者を優先する。
実施時期	通年
評価方法	ア 受診勧奨対象者への介入率
	イ 医療機関受診率
	ウ 各種検査値の変化(改善)

## 4. 特定健診未受診者対策

特定健診未受診者のうち、無料クーポン券対象者、非リピーター、年齢等のテーマ毎に優先順位をつけて対象者を抽出し、対象者に応じた効果的な特定健診受診勧奨を行う。

短期目標	健診受診率の向上				
対象者	特定健診未受診者				
実施方法及び	ア 受診勧奨(電話及び個別訪問) 6月~12月				
実施時期	イ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 通年				
	ウ 受診勧奨はがきの送付 10月				
	エ 追加健診の実施3月				
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況				

## 5. 早期介入保健事業

若年層のメタボリックシンドローム該当者及び予備群を早期に発見し、生活習慣を見直すことにより、将 来的な医療費の伸びを抑えることを目的に、生活習慣病予防健康診査及び保健指導を実施する。

短期目標	ア 健診受診率の向上
	イ 検査データの改善
対象者	30 歳代
実施方法	集団健診、施設健診の実施。健診結果が特定保健指導判定値に該当した者及び受診勧
	奨レベルにある者は戸別訪問、個別面談により保健指導を行う。
実施時期	ア 健診期間 6月~12月
	イ 保健指導7月~3月
評価方法	ア健診受診率
	イ メタボ該当者、予備軍の減少率

## 6. 重複受診者等への適切な受診指導(訪問健康相談事業の実施)

福岡県国保連合会への委託により実施する。対象の被保険者に対し、保健師等が適正な受診のため の指導や助言及び健康状態に応じた生活指導等を行うことにより、当該被保険者の受診行動の改善及 び疾病の早期回復を支援し、医療費の適正化を図る。

短期目標	頻回及び重複受診者の減少
対象者	ア 頻回受診者(同一月内に同一の診療科に多数回受診がある者)
	イ 重複受診者(同一月内に同一の疾病で重複の受診がある者)
実施方法	戸別訪問
実施時期	通年
評価方法	受診状況の変化(改善)

## 7. 後発医薬品の使用促進

福岡県国保連合会の「後発医薬品普及促進支援システム」を活用し、後発医薬品の差額通知を行う。 後発医薬品の使用促進を促し、医療費削減に繋げることとする。

短期目標	後発医薬品の普及
対象者及び	ア 保険証と後発医薬品希望カードを一体化して被保険者全員に配布
実施方法	イ 差額上位200人に削減効果の通知(毎月)
実施時期	通年
評価方法	データ(普及率・削減額・切替率等)の変化

## 8. 生活習慣病発症予防(ポピュレーションアプローチ)

国保事業や結果説明会などを通じ、生活習慣病予防に関する知識を広く市民へ周知していく。

## 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50%を超えている。このような状況に鑑みれば、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市民を増やしていくことにつながり、地域包括ケアの推進にむけた取り組みをすすめていきたい。

## 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。

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

(保健事業の実施量)	・計画した保健事業を実施したか。
アウトプット	・スケジュールどおり行われているか。 ・特定健診受診率、特定保健指導実施率
(保健事業の実施過程)	・必要なデータは入手できているか。
プロセス	・保健指導等の手順・教材はそろっているか
	・KDB 活用環境の確保
いるか)	・保健指導実施のための専門職の配置
(保健事業実施のための体制・システムを整えて	整備しているか。(予算等も含む)
ストラクチャー	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を

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・管理栄養士等が定期的に行う。

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、福岡県国保連合会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ことが重要であるため、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り扱いが確保されるよう措置を講じる。

## 第2編 第3期特定健康診査等実施計画

## 第1章 制度の背景について

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)に基づき、保険者(高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。)は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査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者に対する保健指導を実施することとされた。

## 1. 特定健康診査の基本的な考え方

(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う経過をたどることになる。

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

(2) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、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

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

## 第2章 特定健診・特定保健指導の実施

## 1. 特定健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、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第2期の評価を踏まえ策定するものである。

この計画は 6 年が 1 期であるため、第 3 期の計画期間は平成 30 年度から 35 年度とし、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. 目標の設定

## (1) 実施に関する目標

市国保特定健診受診率、特定保健指導実施率の各年度の目標値を下記の通り設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	42.0%	46.0%	50.0%	54.0%	57.0%	60.0%
(再掲)継続受診率	78.0%	81.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%
(再掲)40~50 代の	27.0%	32.0%	37.0%	42.0%	46.0%	50.0%
受診率						
特定保健指導実施率	48.5%	51.0%	53.0%	55.5%	57.5%	60.0%

## (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特定健診保健指導対象者の減少率の目標値を下記の通り、設定する。

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特保対象者の減少率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

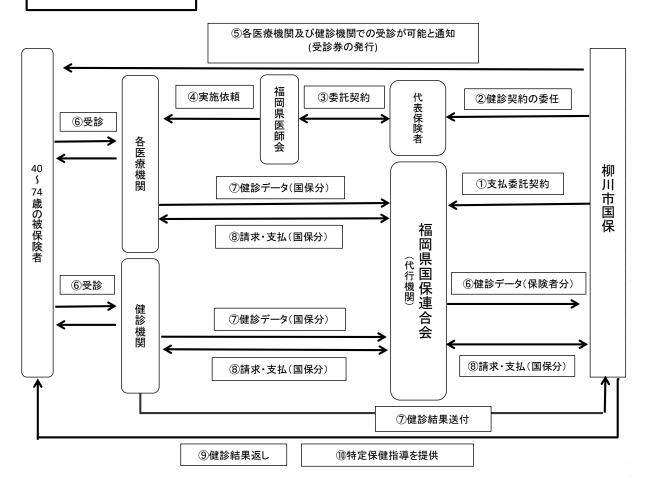
## 4. 対象者数の見込み

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診対象者数	13,152 人	12,850 人	12,554 人	12,265 人	11,983 人	11,707 人
特定健診受診者	5,524 人	5,911 人	6,277 人	6,623 人	6,830 人	7,024 人
(再掲)40~50 代の受診者	1,130 人	1,289 人	1,433 人	1,565 人	1,649 人	1,725 人
特定保健指導対象者数	883 人	945 人	996 人	1,059 人	1,092 人	1,123 人
特定保健指導実施数	428 人	481 人	527 人	587 人	627 人	673 人

## 5. 特定健診の実施

## (1) 契約形態

## 特定健診集合契約及び 代行機関イメージ



施設健診については、県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保代表保険者が 集合契約を行う。集団健診については、特定健診実施機関に委託する。

## (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

## (3) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会と市町村国保代表保険者が集合契約を行う。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告(データ作成)である。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している。

## (4) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、柳川市のホームページに掲載している。

http://www.city.yanagawa.fukuoka.jp/

#### (5) 健診委託単価、自己負担額、健診項目

特定健診の委託単価は、委託先と協議の上決定する。特定健診受診者の自己負担額については 500 円である。なお、受診率向上対策として節目の年齢層に限定した無料クーポン事業を実施する。

## (6) 柳川市の健診項目

	問診(質問)		食事、運動習慣、服薬歴、喫煙歴など		
	身体計測	IJ	身長、体重、BMI、腹囲		
	理学的模	 全	身体診察		
	血圧測定		収縮期血圧、拡張期血圧		
基本的な健診項目		<b>化好</b>	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロー		
	血液	脂質	ル又はnon-HDLコレステロール		
	検査	肝機能	GOT、GPT、 $\gamma$ - GTP		
		血糖	空腹時又は随時血糖		
	尿検査		尿糖·尿蛋白		
詳細な健診項目	心電図樹	全			
(基準に該当し、医師が必	眼底検査	<u> </u>			
要と認めた場合に実施)	<b>貧血検査</b>		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		クレアチニン及びeGFR		
追加健診項目	血液検査		血清尿酸、クレアチニン、ヘモグロビンA1c		
(市国保独自)			尿潜血		

注)市国保独自のクレアチニンは、詳細な健診項目非該当者全員に実施するものとする。

#### (7) 健診の実施形態

集団健診及び施設健診にて実施する。集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診と同時受診が出来るようにする。施設健診においても近隣病院の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制をとる。

又加入している保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受診でき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。又、生活保護受給者に対して健診の機会を確保する。

## (8) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払いの代行を、福岡県国民健康保険団体連合会(以下「県国保連合会」という。)に委託する。

#### (9) 年間実施スケジュール

時期	内 容	備考
5 月	特定健診について周知	
5 月下旬	がん検診・特定健診の案内チラシを全戸配布	特定健診データ管
同上	特定健診対象者に受診券を郵送	理システムから対
		象者を抽出して受
6月~10月	集団健診を実施	診券を印刷する。
6月~12月	施設健診を実施	
6月~12月	受診勧奨(電話及び個別訪問)	
7月~翌年の6月	特定保健指導の実施	健診結果は、特定健
		診データ管理シス
10 月下旬	未受診者全員に受診勧奨ハガキを郵送	テムから電子デー
10月~12月	未受診者に対して受診勧奨(電話及び個別訪問)	タで管理。
2月下旬	未受診者に受診勧奨通知を郵送	
2月~3月	未受診者に対して受診勧奨(電話及び個別訪問)	
3 月	施設健診を追加実施	

## (10) 健診の案内方法

毎年度5月に市報および各戸配布チラシ等で健診のお知らせをするとともに「がん検診・特定健診の案内チラシ」を全戸に配布する。また、5月下旬には対象者全員に受診券を発送する。医療機関やコミュニティセンターでのポスター掲示等も実施し、受診勧奨に努める。

- (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。

○ 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、本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう取り組む。

#### 6. 保健指導の実施

- (1) 特定保健指導
- ① 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。
  - 2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、2 年目の状態が改善している者に対して積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師が判断する。
- ② 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施(行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3 か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば 180 ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす)を導入する。
- (2) 特定保健指導以外の保健指導
- ① 特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を実施する。

② 特定保健指導の対象とならない非肥満の脳·心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善 指導

平成 20 年 4 月より生活習慣病予防施策として、特定健康診査・特定保健指導が実施されているが、特定保健指導の対象者は、内臓脂肪蓄積による肥満がある者に限定されている。

しかし、脳・心血管疾患に対する、高血圧、糖尿病、脂質異常症等の影響は、肥満と独立していることが国内外の多くの疫学研究で明らかとなっている。すなわち、特定保健指導の対象とならなかった者(以下、非肥満者)においても、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙習慣は脳・心血管疾患の発

症の危険因子であり、脳・心血管疾患の発症予防を効果的に推進するためには、非肥満者において も脳・心血管疾患危険因子を有する者への対策が必要である。

また、食生活、身体活動、喫煙習慣といった生活習慣に対する保健指導が、これらの生活習慣病の予防や進行の抑制に効果があることが報告されている。わが国の地域・職域における無作為化比較試験(RCT)を対象に、肥満の有無別に、血圧、脂質異常、血糖、及び喫煙に対する非薬物療法の効果を検討した結果、いずれの脳・心血管疾患危険因子でも、非肥満者における生活習慣への介入効果がみられた。これらの介入研究で用いられている指導内容は、各学会がガイドラインで推奨する生活習慣改善の方法と方針は同じであり、肥満、非肥満に関わらず、危険因子を改善するための有効な方法は、基本的には共通である。しかし、減量や生活習慣に関する保健指導において、対象者が肥満であることを前提とした指導方法を、非肥満者に対してそのままでは適応できない部分がある点に、留意する必要がある。

各学会のガイドラインに示されている通り、エビデンスの確立された生活習慣への介入による、様々な脳・心血管疾患危険因子の改善方法がある。標準的な健診・保健指導プログラムに危険因子ごとの具体的な生活習慣改善方法が、効果と必要性からみた優先順位と共に示されている。(表 1)

保健指導の場では、優先順位が高い生活習慣の改善方法であっても、対象者にとって実行が困難、もしくは優先順位が低くなる場合もある。保健指導実施者は、表2を参考にしながらも、対象者自身が自己決定することを原則として、対象者にとって実行性が高い方法を選び、場合によっては対象者自身に選んでもらうことから始めることで、対象者が生活習慣を確実に改善できるように支援することが重要である。また保健指導実施者には、一度に多くの目標を立てず、対象者が一つでも目標を達成できれば称賛し、少しずつでも健康的な生活習慣が対象者に根付くよう、支援することが求められる。更に禁煙等については、保健指導実施者から提案することも必要である。

なお、非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導を行う際の留意点は以下の通りである。

- 特定健診の結果で要医療に該当する場合には、まず医療機関への受診勧奨を行い、かかりつけ 医の指示に従って、生活習慣を改善するよう指導する。
- 危険因子の原因として、生活習慣以外に加齢や遺伝等、変えることのできない要因があることに留意する。
- 家族性高脂血症や非肥満のインスリン分泌低下型では、早期の薬物療法が必要な場合があるため、医療機関への受診勧奨を行った上で、保健指導を実施する。
- 非肥満者の中には体重を自らコントロールしている者(すでに減量した者、体重が増加しないように 注意している者)が一定数含まれていることを認識した上で保健指導を実施する。
- 高齢者では各学会のガイドラインに従い、保健指導を実施する。

## 表 1 標準的な健診・保健指導プログラム

危険因子と生活習慣の改善の方法 (優先度が高い順に◎→○→△)

	減塩	カリウム 摂取 (1)	食物繊維 摂取	カルシウム 摂取	総エネル ギー減	糖質減	脂質の調 整	過量飲酒 の改善	禁煙	身体活動	食行動の 改善	適正体重の 維持(減量) (2)
血圧	0	0	0	0	Δ*1	Δ*1		0		0		0
血糖			0		0	0			0	0	O*2	0
HDL-C					Δ	Δ			0	0		0
中性脂肪			0		0	© <b>%</b> 3		0	0	0		0
LDL-C			0				© <b>%</b> 4		0	Δ		Δ
喫煙	·				·				0			

- (1)要医療レベルの腎機能異常がある場合には、医療機関への受診勧奨を行う
- (2) やせの場合を除く
- ※1 過去の経過で体重増加が明らかな場合
- ※2 よく噛み食事を楽しむ、食べる順番、朝食を摂る、やけ食い・無茶食いをしない、食事の時間・間食回数
- ※3 ショ糖等の単純糖質
- ※4 飽和脂肪酸の摂取を減らす、コレステロールの摂取を減らす、多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす

## (3) 健診から保健指導実施の流れ

特定保健指導対象者の保健指導は、健康づくり課国民健康保険係から健康係への執行委任の形態で行う。標準的な健診・保健指導プログラム様式 5-5(以下、厚労省様式 5-5 という。)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行う。

## (4) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

厚労省様式 5-5 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に 4 つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとする。さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施する。

表 2 保健指導の優先順位・支援方法

				<u> </u>
優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	理由	支援方法
1	0	○動機づけ	特定健診・保健指導の	◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよ
	Р	P 積極的支	評価指標、医療費適正	う支援を行う
		援	化計画の目標達成に	◆健診結果により必要に応じて受診勧奨
		レベル2	寄与するグループで	
			ある	
2	М	受診勧奨	病気の発症予防・重症	◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密
		判定値の	化予防の視点で医療	検査について説明
		者	費適正化に寄与でき	◆自分の検査結果と体のメカニズムを理解し、
		レベル3	ると考えられる	適切な生活改善や受診行動が選択できる支援
3	D	健診未受	特定健診受診率向上、	◆特定健診の受診勧奨
		診者	重症化予防対象者の	◆未受診者対策(40・50代を中心とした未受
		レベルX	把握、早期介入で医療	診者対策、治療中断者の受診勧奨)
			費適正化に寄与でき	◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発
			る	
4	1	治療中の	すでに病気を発症し	◆治療中断者対策としてのレセプトと健診デー
		者	ていても、重症化予防	タの突合・分析
		レベル4	の視点で、医療費適正	◆必要に応じて、かかりつけ医と保健指導実施
			化に寄与できると考	者の連携
			えられる	◆治療状況確認と治療内容の理解のための学習
				教材の活用
5	Ν	受診不必	特定健診受診率向上	◆総合健診受診者に対し、健診の意義や各健診
		要の者	を図り自己管理に向	項目の見方について説明
		レベル1	けた継続的な支援が	
			必要	

## (5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

専門職としての資質の向上を図るため、保険者協議会等で開催の健診・保健指導プログラムの研修等に積極的に参加するとともに、事例検討などOJTも推進する。

医療保険者による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、保健指導に必要な保健師・ 管理栄養士等の専門職の配置を行う。

## (6) 保健指導の評価

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

#### ○ 様式 5-5 に基づいた評価

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

#### 表 3 保健指導レベル毎の評価指標

優先	保健指導	改善	悪化
順位	レベル	以音	ᄧᄉ
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診未受診、又は結果未把握
4	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個	治療中断
		数が増える	

## 第3章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

## 1. 特定健診・保健指導のデータの形式

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

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

#### 2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

#### 3. 特定健診等データの情報提供及び照会

特定健康診査及び特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業である。このため、加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健康診査及び特定保健指導を実施できるよう、高確法第 27 条第1項及び実施基準第 13 条の規定により、保険者(以下「現保険者」という。)は、加入者が加入していた保険者(以下「旧保険者」という。)

に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた旧保険者は、当該加入者の同意を得て、現保険者に記録の写しを提供しなければならないこととされている。

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

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等)について周知徹底をするとともに、柳川市個人情報保護条例により、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払う。

#### 5. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

## 第4章 結果の報告

支払基金(国)への実績報告を行う際には、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣 告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められている。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の 翌年度11月1日までに報告する。

#### 第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により、若い時からの糖尿病等の生活習慣病の予防の対策を勧め、糖尿病等を発症させない段階で留める事ができれば、通院患者を減らすこと、更には重症化予防や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことが期待できる。また、その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能になる。皆保険制度を持続可能とするためにも市民の理解と実践が最も重要となる。

そのため、特定健康診査等実施計画について、広報誌及びホームページへ掲載する等、加入者や関係者に対し、内容の普及啓発に努める。



## 柳川市国民健康保険 保健事業実施計画(データヘルス計画) 平成 30 年 3 月

柳川市保健福祉部健康づくり課 〒832-8601 福岡県柳川市本町 87番地 1 電話 0944-73-8111 (代表)