

第4章 課題解決するための個別保健事業

1 保健事業の方向性

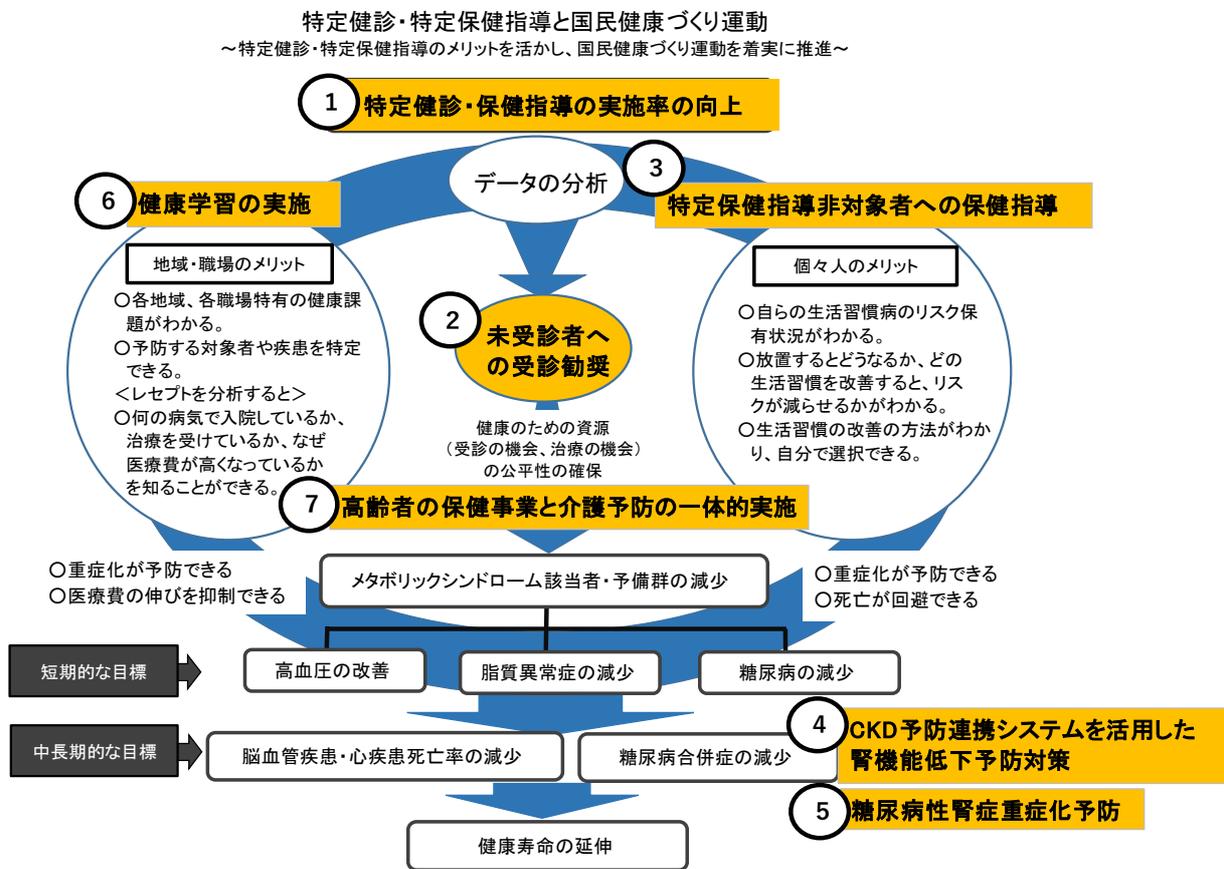
保健事業の実施にあたっては脳血管疾患・心疾患・糖尿病合併症における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常、高血糖、メタボリックシンドローム等の減少を目指します。そのためには、個別の重症化予防の取組(ハイリスクアプローチ)と、集団・地域を対象とした取組(ポピュレーションアプローチ)の両方を実施していく必要があります。

個別の重症化予防の取組としては、「特定保健指導」及び「特定保健指導非対象者への保健指導」により、医療受診が必要な方には適切な受診の働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、適切な治療継続ができるよう保健指導を実施していきます。また、「北九州市 CKD 予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策」や「糖尿病性腎症重症化予防事業」を継続して、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指します。

集団・地域を対象とした取組としては、「健康学習の実施」を行います。また、75歳を過ぎても支援が途切れないよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」において、個別への取組とともに地域で健康教育や健康相談を実施していきます。(図表 61)

図表 61 「特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動」における個別保健事業の位置づけ

(標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】図1を改変)



2 個別の保健事業

(1) 特定健診・特定保健指導実施率の向上(第四期特定健康診査等実施計画)

特定健診は、高確法に基づき、保険者に義務付けられた健診です。メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としています。

特定健診・特定保健指導の内容については、第3章「特定健診・特定保健指導の実施」で定めています。

(2) 特定健診未受診者への受診勧奨

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

また、前年度の特定健診でⅡ度高血圧以上であった者に対して継続受診を促します。対象者が数値の経過を確認することで、高血圧の改善に取り組めるよう支援します。

対象者	特定健診未受診者 ① 過去5年間、健診受診や生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者 ② 生活習慣病等で医療機関を受診している者 ③ 過去に特定保健指導の対象となった者、過去の特定健診で受診勧奨判定値や保健指導判定値があった者 ④ 当該年度に受診が確認できない者(新規国保加入者含む)
実施方法及び実施時期	① 専門職の訪問による受診勧奨 ② かかりつけ医を通じた受診勧奨 ③ 専門職等の電話による受診勧奨 ④ 受診勧奨ハガキ及びSMSの送付 年2回
その他	・健康づくり推進員・食生活改善推進員による受診勧奨 ・各区役所が実施する受診勧奨 通年 ・広報や情報誌等を通じた受診勧奨 1～2回/年 ・イベントや講演でのPR等
評価指標	特定健診受診勧奨後の健診受診率

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健診受診勧奨後の健診受診率	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%

(3) 特定保健指導非対象者(高血圧、高血糖等の有所見者)への保健指導

特定保健指導に該当しない者(特定保健指導非対象者)^{※1}について、引き続き各関係ガイドライン等に基づき、優先順位を検討しながら、保健指導を実施します。保健指導の効率的な実施の観点から、訪問での実施に重点を置いて取り組んでいきます。保健指導を行う専門職には研修会を実施し、効果的な保健指導の実施を目指します。

健康寿命の延伸を目指す本市では、短命と要介護となる危険性が高い^{※2}と言われる高血圧について、適切な医療受診に向けた保健指導にさらに力を入れていきます。そのために、令和 2(2020)年度から市内関係機関で組織している高血圧プロジェクトにおいて、引き続き高血圧の解決に向けた取組について議論し、実践につなげていきます。加えて、各区の運営方針(高血圧編)を策定し、区の実態に応じた高血圧対策に取り組んでいきます。

また、肥満の割合が増えていることから、運動の習慣化を図る取組を検討します。さらに、北九州市若者健診等を受診した 40 歳未満の健診有所見者に対する保健指導の実施についても検討していきます。

対象者	特定保健指導非対象者で下記の所見のある者 ①心房細動 ②高血圧(収縮期血圧 160mmHg 以上/拡張期血圧 100mmHg 以上) ③高血糖(HbA1c6.5%以上) ④脂質異常(LDL-C180 mg/dl 以上等) ⑤腎機能低下(尿蛋白+以上、eGFR60 未満等) ※関係学会ガイドライン等に基づき、毎年度対象区分と優先順位を検討する
実施方法	・訪問、電話、文書等で保健指導を実施 ・高血圧プロジェクトメンバーでの課題解決に向けた取組の検討 ・各区で運営方針(高血圧編)の策定による区の実態に応じた取組の実施
実施時期	通年
評価指標	・保健指導終了割合(高血圧) ・保健指導実施後の次年度改善者の割合(高血圧)

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
保健指導終了割合(高血圧)	69.9%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
保健指導実施後の次年度改善者の割合(高血圧)	55.2%	56.0%	56.8%	57.6%	58.4%	59.2%	60.0%

※1 メタボリックシンドロームに該当しない等の理由で、国の特定保健指導対象者の基準に該当しなかったが、血圧、血糖等の値が保健指導対象判定値及び受診勧奨判定値に該当した者

※2 糖尿病治療ガイド 2022-2023、高血圧治療ガイドライン 2019、CKD 診療ガイドライン 2023、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版 等

(4) 北九州市 CKD(慢性腎臓病)予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策
人工透析は生活の質を低下させ、高額な医療費(約 500~600 万円/年)を必要とするこ
とから、腎疾患の重症化を予防し、人工透析に至らないようにすることが重要です。

CKD 予防連携システムを効果的に活用し、特定健診受診者から腎機能低下者をスク
リーニングすることにより、適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続の支援を実施
していきます。また、対象者の検査結果により重症度分類に応じて色分けされたシール(ヒート
マップシール)をお薬手帳に貼付することで、対象者が自分自身の腎機能についての理解を
深め、円滑な多職種連携を目指していきます。(図表 62)

対象者	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	<p><特定保健指導非対象者で腎機能低下者への保健指導> 優先順位をつけながら、訪問を中心に保健指導を実施</p> <p><CKD 予防連携システム> 特定健診受診者のうち、基準に該当する者に適切な保健指導及び医療機関受診勧 奨、治療継続に向けての支援を実施</p> <p>システムの運用においては、かかりつけ医や腎臓専門医を構成員とする意見交換会 を年 1 回程度実施し、円滑な運用に向けて検討</p>
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導終了割合(腎機能低下) ・国保加入 5 年以上の年代別新規透析導入者数(70 歳未満)

指標		現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
保健指導終了割合(腎機能低下)		71.7%	72.0%	72.2%	72.4%	72.6%	72.8%	73.0%
国保加入 6 年以降 の年代別新規透析導 入者数	50 歳未満	3 人	5 人以下					
	50~59 歳	4 人	5 人以下					
	60~69 歳	16 人	15 人以下			10 人以下		

図表 62 ヒートマップシール



(5) 糖尿病性腎症重症化予防

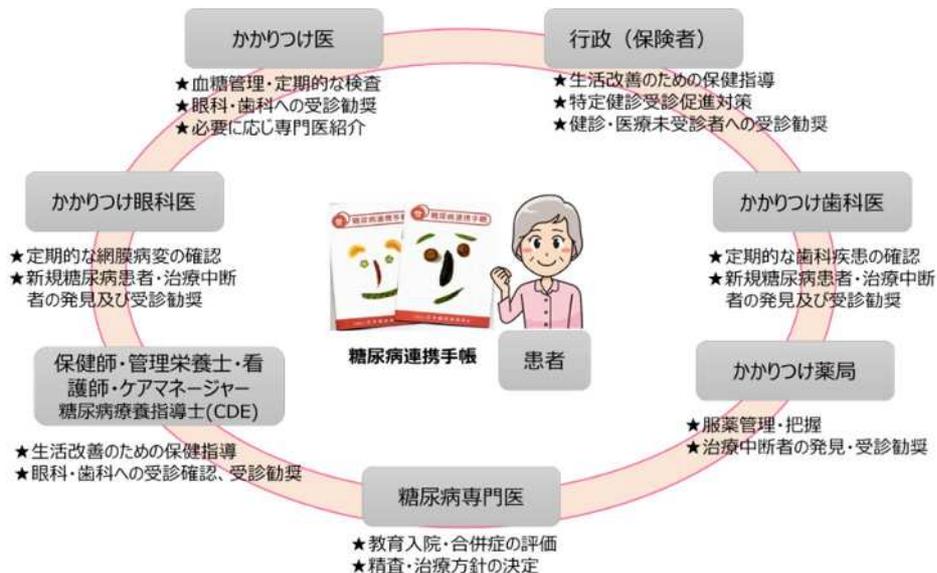
福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、医療機関と連携の上、重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。

また、引き続き「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携の取組を推進、検討するため「生活習慣病重症化予防連携推進会議」を実施します。(図表 63、64)

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・過去 5 年間の特定健診で HbA1c6.5%以上になったことがある者 ・特定保健指導非対象者のうち血糖管理がうまくいかない者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病管理台帳を活用し、優先順位をつけて訪問指導を実施 <優先順位> ①健診未受診かつ医療機関未受診の者 ②健診未受診かつ治療中断者 ③治療中で血糖管理がうまくいかない者及び腎機能低下がある者等 ・「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組 「生活習慣病重症化予防連携推進会議」を年 1 回程度実施し、取組を評価・検討
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・本事業の該当者で受診勧奨したうち受診につながった割合 ・新規透析導入者のうち糖尿病性腎症ありの割合

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
本事業の該当者で受診勧奨したうち受診につながった割合	44.2%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
新規透析導入者のうち糖尿病性腎症ありの割合	42.3%	41.9%	41.5%	41.1%	40.7%	40.3%	40.0%

図表 63 糖尿病連携手帳を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ



図表 64 糖尿病連携シール、リーフレットとちらし



(6) 健康学習の実施

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。

また、特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習を市民に身近な地域で実施します。

対象者	全市民
実施方法	市民センターを拠点とした健康づくり事業(地域でGO!GO!健康づくり)※等の機会を利用する
実施時期	通年
評価指標	・地域でGO!GO!健康づくりで地域の健康課題に沿った取組を実施している団体

※ 市民センターを拠点とした健康づくり事業(地域でGO!GO!健康づくり)

市民センター等を拠点として、市民が主体となって地域の健康課題について話し合い、目標設定、計画づくり、実践、事業評価を一つのサイクルとした健康づくり事業を、まちづくり協議会が、健康づくり推進員の会、食生活改善推進員協議会と連携し、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、行政(保健師等)等の協力により行う事業

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
地域でGO!GO!健康づくりで地域の健康課題に沿った取組を実施している団体	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(7) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の健康状態の特性を踏まえ、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

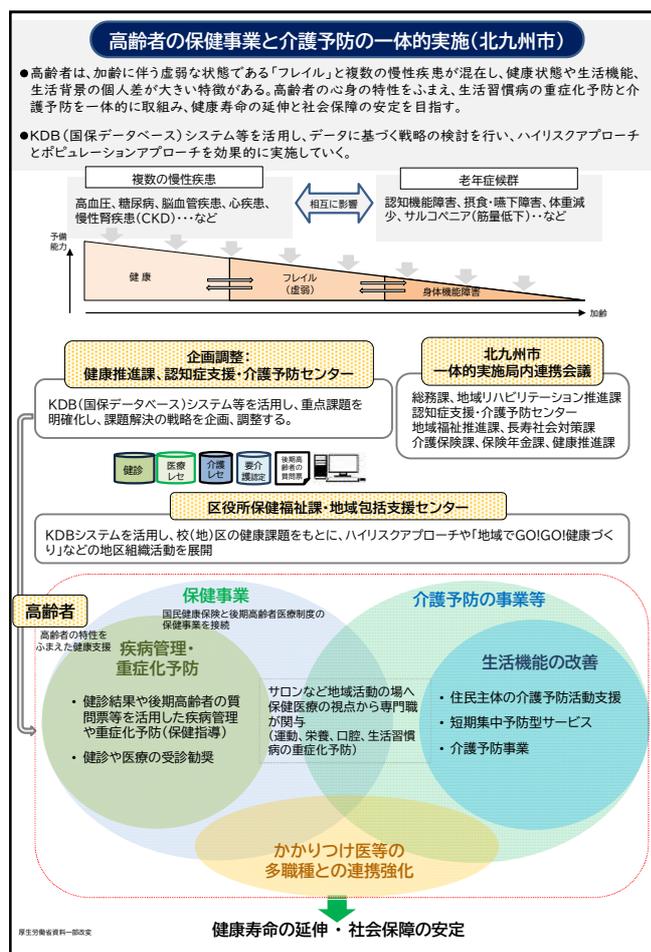
北九州市は、令和 2(2020)年度より福岡県後期高齢者医療広域連合から、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の事業を受託し実施しています。令和 6(2024)年度以降も引き続き事業を行っていきます。

ア 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。(図表 65)

イ 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、地域の通いの場において健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 65 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施イメージ



【国保と後期の保健事業の接続】

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導非対象者への保健指導の対象者で75歳到達の者 ・糖尿病性腎症重症化予防の保健指導対象者で支援中に後期高齢者医療制度に移行した者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導については各事業に準ずる ・後期高齢者医療制度の健康診査の案内や、介護予防事業の案内、必要に応じて後期高齢者の保健事業につなぐ支援を実施
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療の健診受診率 ・平均自立期間(要介護1までの日常生活動作が自立している期間の平均)

指標		現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
後期の健診受診率※		14.06%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%
平均自立期間	男性	79.4 歳	減少傾向		80.2 歳	中間評価時に設定		
	女性	84.2 歳	減少傾向		84.5 歳			

※全国的な比較を可能とするため、統一された方法で算出

(8) その他

ア がん検診

がんによる死亡率減少を目的に、がん検診の受診率を向上し、がんの早期発見・早期治療につなぐための受診促進事業に取り組みます。

対象者	対象年齢に達した市民		
実施方法	<がん検診の実施について> 集団検診と個別医療機関での検診を実施		
	健診の種類	対象者	内容
	胃がん検診	35歳以上	胃部エックス線検査
		50歳以上	胃内視鏡検査も選択可能
	大腸がん検診	40歳以上	便の潜血反応
	肺がん検診	40歳以上	胸部エックス線検査
	子宮頸がん検診	20歳以上の女性	視診・細胞診・内診
	乳がん検診	40歳以上の女性	マンモグラフィ検査
前立腺がん検診	50歳以上の男性	PSA検査(血液検査)	
	<がん検診の受診促進について> ア 子宮頸がん検診(20歳対象)・乳がん検診(40歳対象)の無料クーポンを配布 イ 協会けんぽ(特定健診)とのコラボ検診の実施 ウ 受診促進イベント・キャンペーンの実施 エ 企業等と連携したがん検診の普及啓発		
実施時期	通年		

イ 骨粗しょう症検診

骨粗しょう症検診を実施し、骨粗しょう症やその予備群となる低骨密度者の早期発見・早期治療を促し、骨粗しょう症による骨折の予防を図ります。

対象者	18歳以上の市民		
実施方法	<骨粗しょう症検診の実施について> 集団検診で実施		
	<骨粗しょう症検診の受診促進について>		
	ア 女性の健康週間イベントの実施		
	イ 女性の健康と検診に関するチラシによる普及啓発		
	ウ 世界骨粗しょう症デー(10月20日)に合わせた情報発信		
実施時期	通年		

カ 健康づくりのインセンティブ(健康づくりアプリ「GO!GO!あるくっちゃ KitaQ」)

北九州市では、平成 30(2018)年 9 月に健康づくりアプリ「GO!GO!あるくっちゃ KitaQ」を公開しました。このアプリは、毎日の歩数や体重・血圧を記録できるほか、熱中症や健診(検診)等の様々な健康関連の情報を掲載しており、日々の健康づくりに役立てることができます。

また、アプリ内ポイントを貯めると、抽選で景品を提供するインセンティブ事業に取り組みます。

対象者	市民
実施方法	ウォーキングや、体重や血圧などの健康記録を入力し、健康づくりアプリ「GO!GO!あるくっちゃ KitaQ」のポイントを貯めた方を対象に、抽選で景品を提供する
実施時期	通年

図表 67 健康づくりアプリ「GO!GO!あるくっちゃ KitaQ」のイメージ

健康づくりアプリ「GO!GO!あるくっちゃ KitaQ」



国保以外の部署で実施する保健事業の目標

	指 標	現 状 R4(2022)	目 標 R10(2028)
がん検診	■がん検診の受診率の向上 ※「北九州市健康づくり及び食育に関する実態調査」におけるがん検診の受診率	胃がん 27.0%	50.0%
		肺がん 20.5%	50.0%
		大腸がん 26.0%	50.0%
		乳がん 36.6%	60.0%
		子宮頸がん 32.1%	60.0%
骨粗しょう症検診	■骨粗しょう症検診の受診率の向上 (健康増進法上の対象年齢(40歳～70歳)までの5歳刻み)の女性の受診率	1.1%	5.3%
歯科検診	■歯周病(歯周疾患)検診の受診率の向上	40歳・50歳・60歳・70歳 歯周病検診の合計 6.0%	10.0% (R9(2027))
喫煙等	■喫煙者の割合の減少	男性 27.7%	24.3%
		女性 8.0%	6.7%
	■受動喫煙の機会を有する者の割合の低下(20歳以上)	家庭 12.0%	10.2%
		飲食店 9.5%	3.0%
		職場(学校) 13.2%	9.5%
■慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上	24.2%	55.0%	
栄養・食生活	■適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの者の割合の減少)	20～60歳代男性の肥満者の割合(BMI:25以上) 31.3%	22.0%
		40～60歳代女性の肥満者の割合(BMI:25以上) 22.0%	16.0%
		20歳代女性のやせの者の割合(BMI:18.5未満) 18.9%	15.0%
	■バランスのよい食事を摂っている者の増加	20歳以上の主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上摂取する者の男女の合計 43.1%	50.0%以上

第三次北九州市健康づくり推進プランより一部抜粋

第5章 医療費適正化に係る現状と取組

1 医療費適正化に係る現状

(1) ジェネリック医薬品の使用状況

国は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のため、ジェネリック医薬品の数量シェアを、令和5(2023)年度末までにすべての都道府県で80%以上とすることを目標としています。

令和4(2022)年度末の本市国保のジェネリック医薬品の使用割合は81.9%であり、国の目標を達成し、全国平均の80.9%をやや上回っています。

本市では、被保険者の自己負担及び国保の費用負担を軽減するために、ジェネリック医薬品に切り替えた場合に薬代の削減効果が高いと見込まれる者へ、ハガキによる個別通知を行い、ジェネリック医薬品の利用促進に努めています。

(2) 診療報酬明細書(レセプト)点検の状況

保険医療機関から請求された診療報酬明細書(レセプト)については、被保険者の資格の有無等を確認する資格点検及び傷病名に対する診療内容の妥当性等を確認する内容点検を行っています。

資格点検については各区で行い、内容点検については本庁にレセプト点検専門の嘱託職員10名を配置し実施しており、令和4(2022)年度は、点検件数19,101件、304,040千円の効果をあげています。

(3) 第三者行為求償事務

本市では、第三者行為求償事務を行うために、各区及び3名の専任嘱託職員を配置し求償事務を行っており、令和4(2022)年度は求償件数3,830件、111,376千円の効果をあげています。

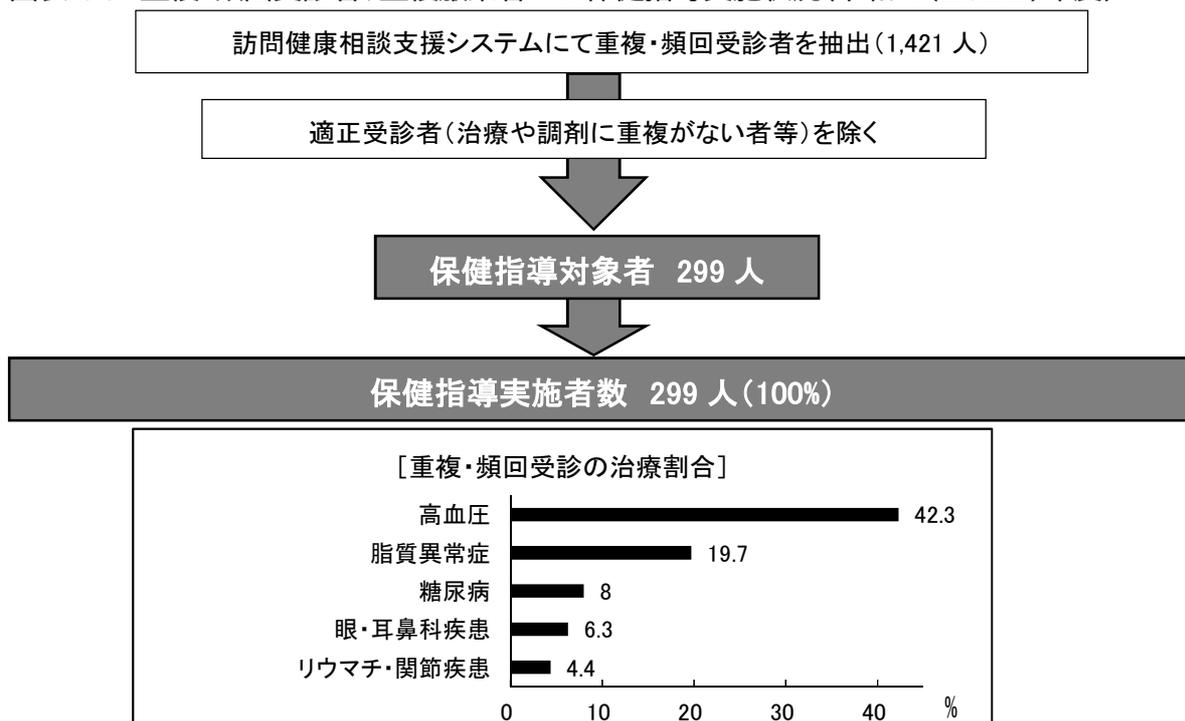
(4) 重複・頻回受診者、重複服薬・多剤者への保健指導

健康の保持増進や医療費適正化のためには医療機関への適正な受診や、適切な服薬が必要です。本市では、医療機関への重複受診者^{※1}、頻回受診者^{※2}、重複服薬者^{※3}に対し、健康に対する自覚と認識を深めて健康の保持増進を図ることを目的とした保健指導を実施しています。

訪問健康相談支援システム^{※4}にて抽出した令和4(2022)年度の重複・頻回受診者は1,421人でした。そのうち、専門別や治療別受診等の適正受診者を除いた数は、重複・頻回受診者と重複服薬受診者合わせて299人となっています(図表68)。

訪問指導を実施した299人の治療割合を見ると、高血圧や脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病に関する治療者が多くなっています。

図表 68 重複・頻回受診者、重複服薬者への保健指導実施状況(令和 4(2022)年度)



※1 重複受診者: 同一月内に同一の傷病で、2 か所以上の医療機関を外来受診している者

※2 頻回受診者: 同一月内に同一診療科目を 15 日以上外来受診している者

※3 重複服薬者: 複数の医療機関又は診療科より、同一の薬効の薬剤の処方を受けている者

※4 のシステムで抽出した重複・頻回受診者の中から、複数の医療機関又は診療科より、同一の薬効の薬剤の処方を受けている者を対象としている

※4 訪問健康相談支援システム: 福岡県国保連合会より提供されているシステム

(資格喪失者・悪性新生物・精神疾患・人工透析を除外)

医療費適正化に係る取組状況

項目	指標	H30 (2018)	R1 (2019)	R4 (2022)	達成 状況 ※	R5 (2023) (目標)
ジェネリック 医薬品の使用促進	ジェネリック医薬品の使用割合の向上	70.2% (H30(2018). 3月)	74.9% (R2(2020). 3月)	79.5% (R5(2023). 3月)	B	80.0%
診療報酬明細書 (レセプト)点検	内容点検効果率の向上	0.17%	0.15%	0.13%	D	0.20%
第三者行為求償	被害届受理日までの平均日数の減(日)	128日	121日	100日	A	100日
重複・頻回受診者への保健指導	重複・頻回、重複服薬の対象となる受診者への指導実施率	97.0% (302人)	96.8% (288人)	100% (299人)	A	100%

※ 達成状況: A(目標を達成した指標)、B(目標を達成していないが、H30(2018)から R4(2022)の改善率が 5%以上改善した指標)、C (H30(2018)から R4(2022)の改善率が 5%未満である指標)、D(H30(2018)から R4(2022)の改善率が 5%以上悪化した指標)

2 医療費適正化の取組

(1) ジェネリック医薬品の使用促進

ジェネリック医薬品に切り替えた場合に薬代の削減効果が高いと見込まれる者に「利用案内通知」を送付し、ジェネリック医薬品の利用促進を図ることで、被保険者の自己負担及び国保の費用負担の軽減を図ります。

対象者	ジェネリック医薬品に切り替えた場合に薬代の削減効果が高いと見込まれる被保険者
実施方法	ハガキによる個別通知
実施時期	通年

(2) 診療報酬明細書(レセプト)点検

保険医療機関から請求された診療報酬明細書(レセプト)については、被保険者の資格の有無等を確認する資格点検及び傷病名に対する診療内容の妥当性等を確認する内容点検を行い、医療費の適正化を図ります。

実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・資格点検 被保険者資格の有無等確認し、過誤処理又は返還請求を行う。 ・内容点検 傷病名に対する診療内容の妥当性、調剤報酬明細書との照合、診療報酬点数表との突合等、レセプトの記載内容について点検確認を行い、再審査申立を行う。
実施時期	通年

(3) 第三者行為求償事務

第三者(加害者)からの行為によって生じた傷病で保険給付を行ったものについて、実態の把握に努め、代位取得した損害賠償請求権により第三者に求償を行います。

実施方法	傷病原因の把握→傷病届出の勧奨→届出書類の受理→調査→損害賠償請求
実施時期	通年

(4) 重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者への保健指導

レセプト等の情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している者及び同一疾患で同一月に頻回に医療機関を受診している者に対し、保健師等の専門職による個別訪問を行い、適切な受診指導や生活・健康上の不安解決のための保健指導を行います。

対象者	<p>重複：数か月以上連続して、同一月内に同一の疾患で、2 か所以上の医療機関を外来受診している者</p> <p>頻回：数か月以上連続して、同一月内に同一診療科目を 15 日以上外来受診している者</p> <p>重複・多剤服薬：同一月内に複数の医療機関又は診療科より、同一の薬効の薬剤の処方を受けている者、同一月内に処方日数の多い薬剤の処方を受けている者</p>
実施方法	<p>福岡県訪問健康相談支援システムにより対象者を抽出し、保健師等による訪問指導を実施。</p> <p>ア 重複・頻回の 70 歳以上の者：福岡県国民健康保険団体連合会へ委託実施</p> <p>イ 重複・頻回の 70 歳未満の者：本庁保健師が実施</p> <p>ウ 重複・多剤服薬の者：本庁保健師が実施</p>
実施時期	9 月～2 月頃

(5) 医療費通知事業

国保加入者に健康や医療についての関心を高めてもらう事を目的として、2 か月に 1 回各世帯宛てに「医療費通知」を送付しています。医療費通知の内容を参考に、医療費負担の仕組みに理解を深めてもらい、国保の健全な運営を目指します。

対象者	国保被保険者で医療機関に受診した者
実施方法	各世帯への通知
実施時期	通年(2 か月に 1 回)

医療費適正化の目標

項目	指標	現状 R4 (2022)	目標 R11 (2029)
ジェネリック医薬品の 使用促進	ジェネリック医薬品の使用 割合の向上	81.9% (R5(2023).3月)	80.0%以上
診療報酬明細書 (レセプト)点検	内容点検効果率の向上	0.13%	0.20%
第三者行為求償	被害届受理日までの平均 日数の減(日)	100日	100日
重複・頻回受診者、 重複・多剤服薬者へ の保健指導	重複・頻回、重複服薬の 対象となる受診者への指 導実施率	100% (299人)	対象者への指導 100%

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の評価は、年度ごとに実施する個別の保健事業の評価結果を踏まえ、令和 8(2026)年度に中間評価を行います。その際、必要に応じて計画を見直します。

また、計画の最終年度の令和 11(2029)年度においては、次期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います。

2 評価方法・体制

保険者は、保健事業について、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実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められています。

※評価における 4 つの指標

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

具体的な評価方法は、KDBシステム等を活用して評価指標の経過をみていき、事業の効果を確認します。保健指導を行う保健師・栄養士等は、KDBシステムに毎月収載される受診率・受療率、医療の動向等のデータについて、自身の地区担当の被保険者分の確認を定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、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ます。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

2 個人情報の取扱い

データヘルス計画における各事業の実施においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

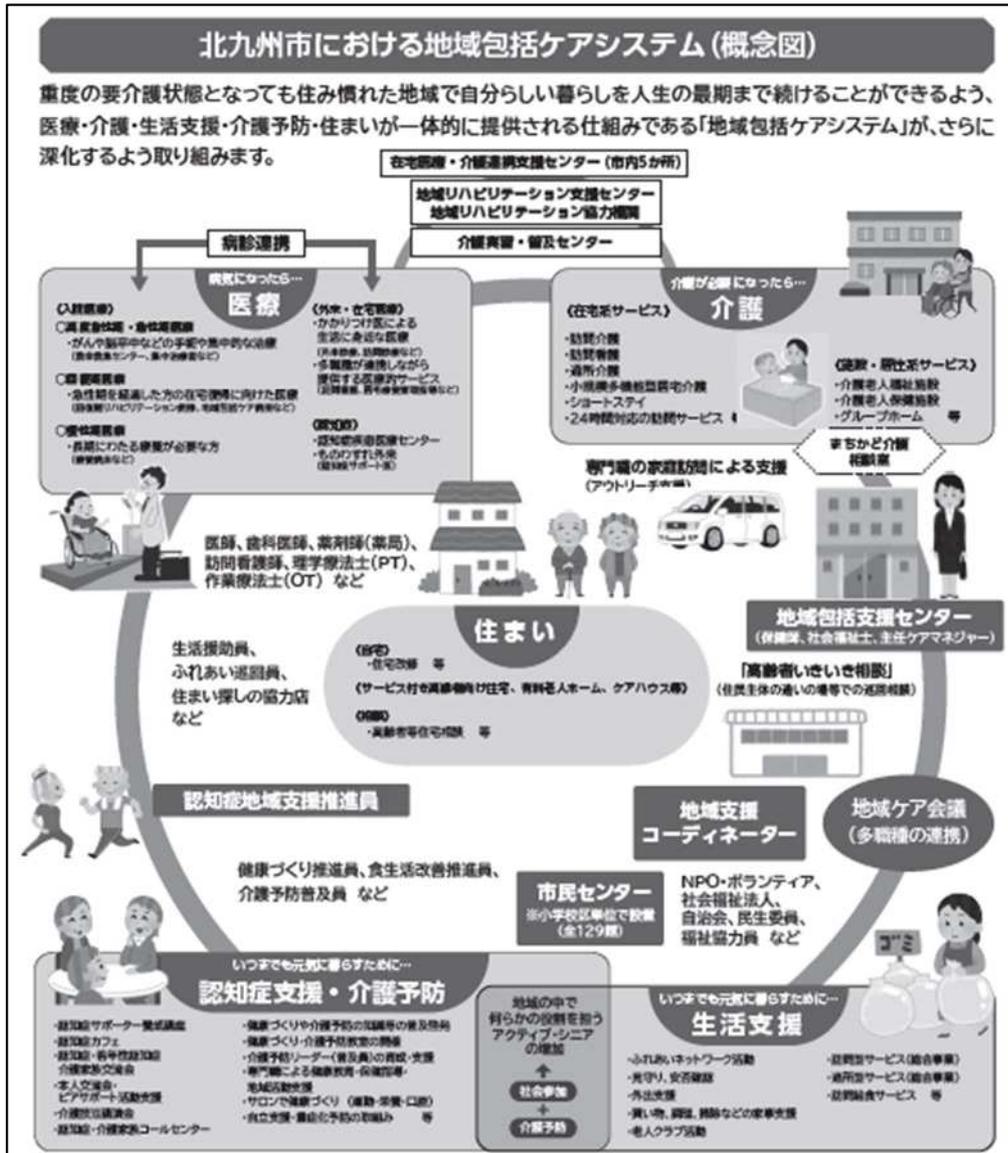
第8章 地域包括ケアに係る取組

「地域包括ケアシステム」とは、「重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいが一体的に提供される仕組み」のことです。(図表 69)

本市においても、地域包括ケアシステムの構築に取り組んできましたが、今後、後期高齢者等の増加も見込まれ、今まで以上に地域の受け皿づくりが重要となっています。また、高齢者だけでなく、障害のある方や子育て世代も含めた地域共生社会の実現に向け、これまで構築してきた地域包括ケアシステムがさらに深化するよう取り組みます。

地域包括ケア推進の取組
①地域で被保険者を支える連携の推進 ・地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい等部局横断的な議論の場への国保部局の参画(認知症支援・介護予防センター、地域福祉推進課等との連携) ・地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画又は地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有(「在宅医療・介護連携推進に関する会議」への参加)
②課題の分析 ・KDB システムによる要介護認定状況とレセプトを突合したデータを基に、課題を分析し、生活習慣病予防と介護予防の一体的な活動の展開
③支援の実施 ・国保被保険者を含む高齢者等の居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動への国保部局の支援実施(小学校区単位で実施する地域で GO!GO!健康づくりにおいて、生活習慣病予防、介護予防に関する健康学習を健康推進部門と一体的・継続的に実施)

図表 69 北九州市における地域包括ケアシステム(概念図)



計画策定に係る経緯

1 計画策定に関する国の通知(厚生労働省 保険局)

通知日	内容
令和 5(2023)年 3 月 31 日	特定健診実施計画作成の手引き(第 4 版)の通知
令和 5(2023)年 5 月 18 日	国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き

2 北九州市国民健康保険運営協議会

(1) 構成員名簿

区分	氏名	職名
被保険者を代表する 委員	藤岡 きみ江	日本赤十字社北九州市門司区地区赤十字奉仕団事務局長
	佐藤 まゆみ	小倉北区食生活改善推進員協議会会員
	川崎 三英子	小倉南区民生委員児童委員協議会会長
	長尾 由紀子	八幡東区食生活改善推進員協議会会長
	吉川 加代子	西戸畑婦人会副会長
	長野 美智子	公募委員
	外山 雄一	公募委員
医療機関を代表する 委員	安藤 文彦	北九州市医師会副会長
	長森 健	北九州市医師会専務理事
	石井 義輝	北九州市医師会理事
	榎本 通典	北九州市歯科医師会会長
	星野 正俊	北九州市薬剤師会理事
	仙敷 義和	北九州市薬剤師会理事
公益を代表する 委員	田村 大樹	北九州市立大学教授
	原賀 美紀	産業医科大学准教授
	溝部 昌子	西南女学院大学教授
	濱崎 朋子	九州女子大学教授
	岡本 弘子	北九州市健康づくり推進員の会会員
	河野 はつえ	北九州市民生委員児童委員協議会理事
	井上 龍子	北九州商工会議所女性会副会長
被用者保険 代表委員	後藤 政彦	山九健康保険組合常務理事
	山崎 文俊	全国健康保険協会福岡支部企画総務グループ長補佐

(敬称略)

(2) 計画策定に関する報告状況

開催日	内容
令和 5(2023)年 8 月 21 日	第三期データヘルス計画の策定について
令和 6(2024)年 2 月 5 日	第三期データヘルス計画(最終案)について

3 福岡県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会

(1) 構成員名簿

役名	氏名	所属	役職
委員長	香月 進	福岡県保健環境研究所	所長
副委員長 (R5.9.11 まで)	掛川 秋美	福岡県看護協会	常任理事
委員 (R5.9.11 まで) 副委員長 (R5.9.12 から)	松田 京子	福岡県保健医療介護部健康増進課	参事
委員	井上 和美	福岡県京築保健福祉環境事務所 健康増進課	課長
委員 (R5.9.11 まで)	今福 華枝	朝倉市役所健康課	課長兼新型コロナウイルス ワクチン接種対策室長
委員	岩本 治也	福岡県京築保健福祉環境事務所	副理事兼所長兼保健監
委員	内田 和宏	中村学園大学栄養科学部 栄養科学科	准教授
委員 (R5.9.12 から)	宇野 朝江	直方市役所健康長寿課健康推進係	係長
委員	江藤 真紀	福岡大学医学部看護学科 基礎看護学分野公衆衛生看護学	教授
委員	大賀 智美	福岡県粕屋保健福祉事務所 健康増進係	係長
委員	緒方 文子	日本赤十字九州国際看護大学 ヘルスプロモーション領域	准教授
委員	尾形 由紀子	福岡県立大学看護学部	教授

委員 (R5.9.12 から)	甲斐田 裕介	久留米大学医学部内科学講座 腎臓内科部門	医局長講師
委員	柁 勇三郎	久留米大学医学部看護学科	准教授
委員	庄島 正浩	福岡県保健医療介護部医療保険課	課長
委員	管 正剛	福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課	課長
委員	二宮 利治	九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野	教授
委員	藤井 未央子	福岡市保健医療局総務企画部 保険医療課	課長
委員	眞崎 直子	聖マリア学院大学看護学部	教授
委員	松尾 和枝	福岡女学院看護大学 公衆衛生看護学	教授
委員	向井 直子	福岡市西区保健福祉センター	保健所長
委員	吉田 大悟	福岡看護大学地域・在宅看護部門 公衆衛生看護学分野	准教授

(敬称略)

(2) 計画策定に関する報告状況等

開催日	内容
令和 5(2023)年 4 月 28 日	<第1回データヘルス研修会> 第二期データヘルス計画の最終評価と第三期データヘルス 計画策定について、今後のスケジュールについて
令和 5(2023)年 7 月 13 日	<第2回データヘルス研修会> データヘルス計画の標準化について
令和 5(2023)年 8 月 23 日	<保健事業支援・評価委員会> 委員長・委員によるヒアリング
令和 5(2023)年 9 月 1 日	計画のひな型提示
令和 6(2024)年 1 月 26 日	<第3回データヘルス研修会> 令和5年度保健事業支援・評価委員会小委員会の総括