



福岡医発第 1971 号 (地)

令和 4 年 10 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県後期高齢者医療広域連合における
健康診査結果フォローアップ事業について

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」）では、健康診査の結果等をもとに、早期に医療や生活改善につなげ、生活習慣病の発症及び重症化予防や心身機能の低下を防止することを目的に、平成 30 年度から本事業を実施しております。

本事業では、委託した市町もしくは委託業者が保健指導を行った後に医療機関への受診を勧奨することから、今般、広域連合より本事業の周知等に関する依頼がありました。

本件につきましては、令和 4 年 10 月 6 日の第 22 回全理事会で協議の結果、各医師会へ周知依頼することを承認いたしました。

つきましては、貴会会員への周知方につきご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

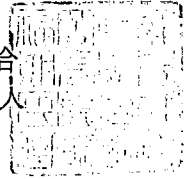
小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

令和 4 年 9 月 22 日

公益社団法人福岡県医師会
会長 蓮澤 浩明 様

福岡県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 二場 公人



令和 4 年度福岡県後期高齢者医療広域連合における保健事業の実施について（依頼）

平素より当広域連合の事業に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、当広域連合では、後期高齢者の健康保持及び重症化防止の取組の一環として、平成 28、29 年度のモデル的实施を経て、平成 30 年度から「健康診査結果フォローアップ事業」を実施しているところです。

つきましては、下記のとおり、貴会員への周知、及び、患者様が受診された際のご対応等について、ご高配の程よろしくお願い申し上げます。

記

1 事業名

健康診査結果フォローアップ事業

2 目的

健康診査の結果等をもとに、早期に医療や生活改善につなげ、生活習慣病の発症及び重症化予防や心身機能の低下を防止する。

3 令和 4 年度の取組状況

①委託市町村：大牟田市、うきは市、篠栗町、須恵町、上毛町

②委託業者：株式会社日本医事保険教育協会

（対象市町村：直方市、飯塚市、大川市、小郡市、嘉麻市、みやま市、志免町、新宮町、久山町、粕屋町、水巻町、糸田町、川崎町、福智町、荏田町、みやこ町、上毛町、築上町）

※その他の市町村においては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」として取り組んでいます。

4 事業概要

別紙のとおり

5 依頼内容

①貴会員への「健康診査結果フォローアップ事業」の周知

②受託市町村・業者（株式会社日本医事保険教育協会）からの受診勧奨後、患者様が受診した際のご対応

《お問合せ先》

〒812-0044 福岡市博多区千代四丁目 1-27 福岡県自治会館 5 階

福岡県後期高齢者医療広域連合健康企画課健康企画係 藤木

電話 092-707-3029

FAX 092-651-3120

メール tekisei@fukuoka-kouki.jp

健診結果フォローアップ事業 概要

(1) 経過

高齢者の脳卒中等の脳血管疾患重症者や糖尿病性腎症に起因した人工透析導入者を減少させることを目的として、平成 28 年度からモデル的に開始。血圧・血糖等の管理は生活習慣病にとどまらず様々な病態の重症化予防となることが期待できるものと考え、平成 30 年度から本格的に実施している。

(2) 事業目的

健康診査の結果等をもとに、早期に医療や生活改善につなげ、生活習慣病の発症及び重症化予防や心身機能の低下を防止するとともに重症化予防の体制整備を目指す。

(3) 対象者

① 健診結果が受診勧奨判定値のうち、重症度が高いレベルにある医療未受診者（KDB）

血糖	空腹時血糖	140 以上	空腹時血糖の結果値が存在する場合は、空腹時血糖、ない場合は、HbA1c が条件を満たす。H30 年度以降、いずれもない場合は随時血糖（食後 3.5H 以上）が条件を満たす。
	HbA1c	7.4 以上	
	随時血糖	140 以上(H30 年度以降)	
血圧	収縮期血圧	160 以上	収縮期血圧と拡張期血圧のいずれかが条件を満たす。
	拡張期血圧	100 以上	
脂質	LDL-C	180 以上	LDL と中性脂肪と non-HDL(H30 年度以降)のいずれかが条件を満たす。
	中性脂肪	500 以上 (H29 年度まで 1000 以上)	
	non-HDL	210 以上(H30 年度以降)	
肝機能	GOT	101 以上	GOT と GPT と γ-GPT のいずれかが条件を満たす。
	GPT	301 以上	
	γ-GPT	301 以上	
貧血	血色素	男性 10.1 未満 未満 9.1 未満	血色素が条件を満たす。
腎機能	尿タンパク	「++」以上	尿タンパクと eGFR のいずれかが条件を満たす。
	eGFR	40 未満	
尿酸	尿酸	9.0 以上	尿酸が条件を満たす。

② その他、広域連合が認めた者

(4) 事業の流れ

- ① 広域連合から受託市町村・業者へ、対象者リストを提供。
- ② 受託市町村・業者が、保健指導実施（原則訪問による 1 回（上限：必要時 2 回/1 人））。
- ③ 事業終了後、受託市町村・業者から広域連合へ、事業実績を報告。

(5) 主な指導内容

- ・日常生活状況の把握（ADL・食事・栄養・運動・生活習慣等）
- ・健康・医療に関する指導、助言 等

※対象者の状況により、必要に応じて医療及び地域の社会資源につなぐ。

(6) 結果 (令和3年度)

○取 組 状 況 : 委託市町村 9 市町村 (内、3 市町村は、対象者なし)

委託業者 株式会社日本医事保険教育協会 (対象市町村 : 18 市町村)

○対 象 者 : 202 名 (市町村 : 28 名、業者 : 174 名)

○保健指導者 : 107 名 (市町村 : 18 名、業者 : 89 名)

(7) 評価 (R3.10 月評価実施)

		R 2 目 標	R 2 実 績
受診勧奨値該当者割合の減少		57.5%	59.7%
医療未受診者で重症度の高いレベルの割合の低下		20.2%	23.5%
受診勧奨後の受診率	受託市町村	65.0%	46.7%
	受託業者	36.5%	44.7%

(8) 課題

- ①健康診査結果から対象者を抽出しているが、健診受診率が低いため対象者が限られる。
- ②支援が必要な高齢者を把握して適切なサービスにつなげるため、かかりつけ医等との連携を推進する必要がある。

◆支援が必要な高齢者 : ・ハイリスクで未受診、治療中断中

・基礎疾患がありフレイル状態にある。

・医療・健診・介護等の必要なサービスを利用することができず孤立している。

(9) 対策

○医師会・かかりつけ医との連携推進

○健康診査受診率の向上