

大木町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

大木町国民健康保険
令和6年3月

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画に係る考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定
 - 4) 管理目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……36

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……44

I. 保健事業の方向性

II. 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 脳血管疾患重症化予防

III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

IV. 発症予防

V. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し63

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い64

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料65

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3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(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。))において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、本町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、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ものです。

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(いきいき健康ふくおか21)や大木町健康増進計画、福岡県医療費適正化計画、第8期福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画、福岡県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画(データヘルス計画)、福岡県国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、国民健康保険及び後期高齢者医療被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(以下、「高確法」という。)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症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、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

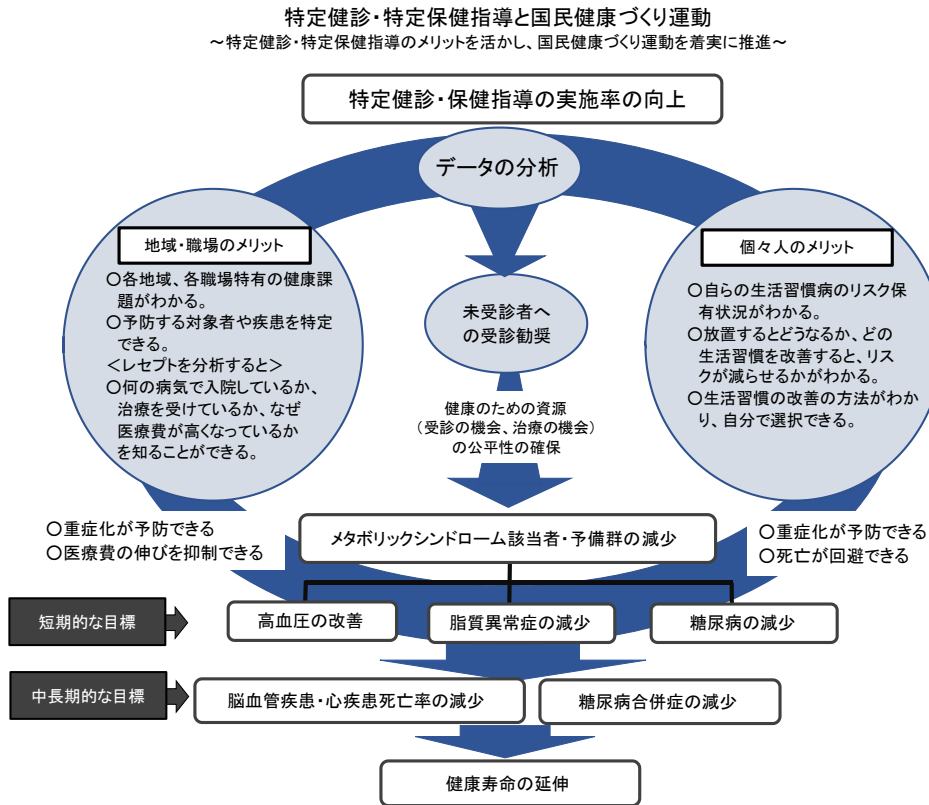
【図表 1】 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高補法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 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 令和5年9月改正 「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 保険局 令和5年3月改正 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 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 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
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
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:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し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 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計 画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (給乳期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

【図表 2】 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

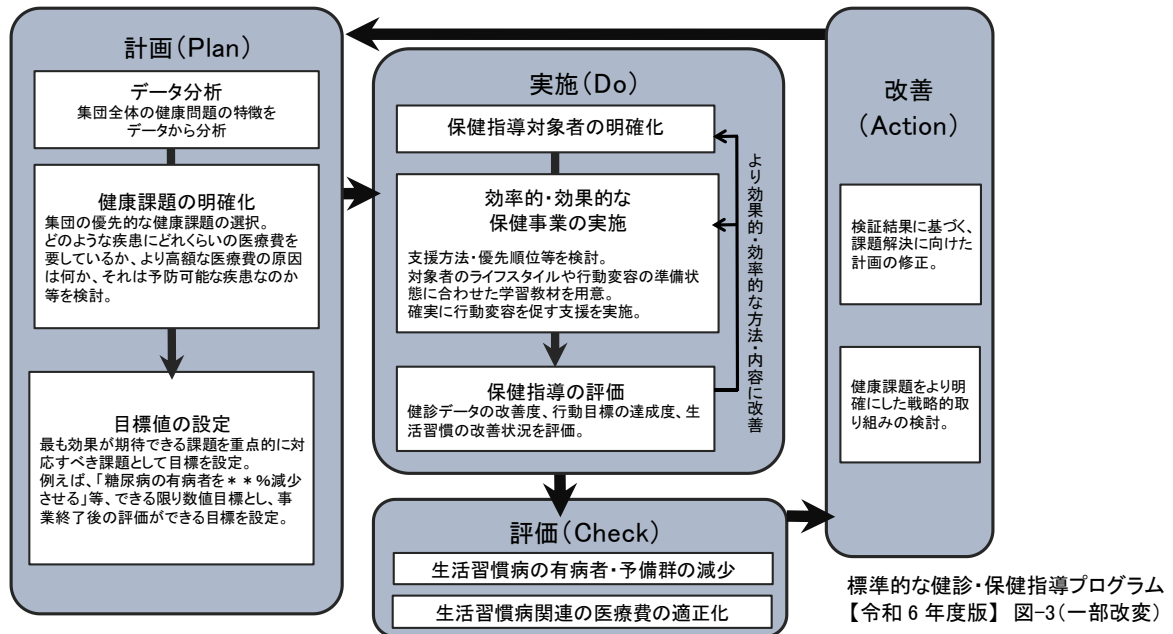
図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和6年度版】図-1(一部改変)

注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

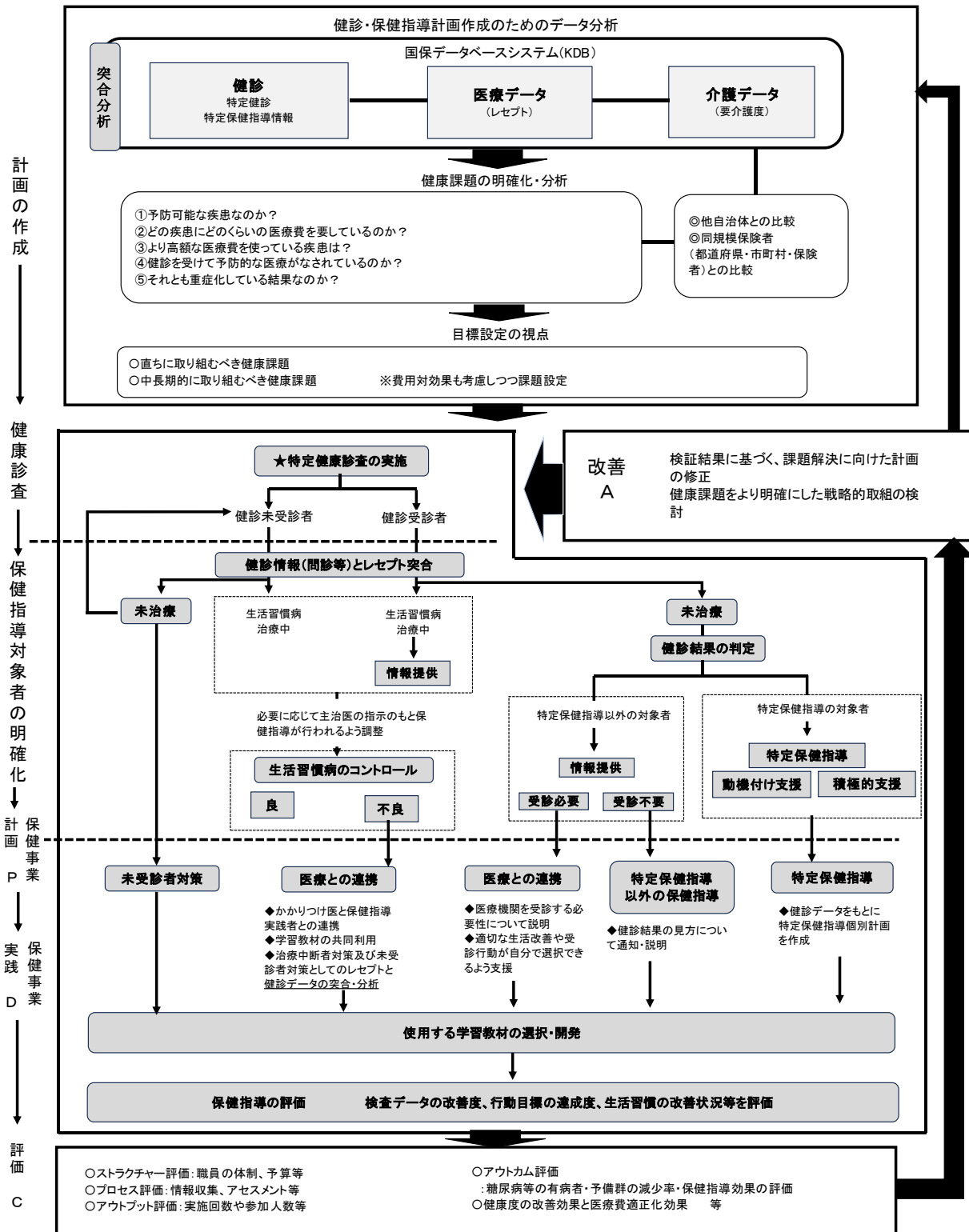
【図表 3】 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

【図表 4】生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

【図表 5】 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方 (一部改変)

老人保健法		最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン)	高齢者の医療を確保する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズム、生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。	
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者	

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5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」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を1期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

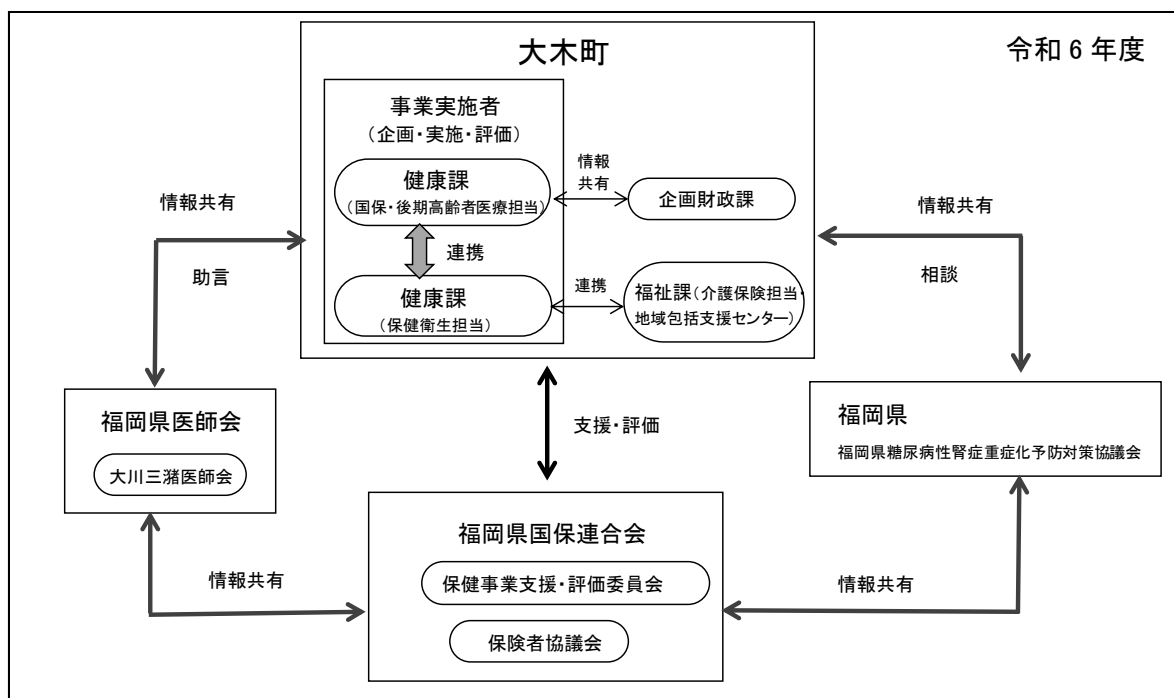
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当(税務町民課)と保健衛生担当(健康福祉課)が主体となって、保険者の健康課題を分析し、計画策定を進めました。今後は、計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業

の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、令和6年度の機構改革により新体制となる国民健康保険・後期高齢者医療担当（健康課）、保健衛生担当（健康課）、介護保険担当（福祉課）、地域包括支援センター（福祉課）、企画財政担当（企画財政課）とも十分連携を図ることとします。

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・系の業務をマニュアル化する等により、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の体制を整えます。（図表 6・7）

【図表 6】大木町の実施体制図



【図表 7】保健事業体制と主な保健事業の分担

参考: 令和 5 年度

(正規職員) 保…保健師 管栄…管理栄養士 事…事務(注:支払い事務、受診券送付等) ◎…主担当 ○…副担当

	健康福祉課							こども未来課		税務町民課		
	保 (課長補佐)	保	保	保	保	管栄	事	保 (係長)	保	事 (係長)	事	事
国保事務							○			◎		○
健康診断 保健指導			○	○	○	◎	◎					
がん検診 歯科保健			○	◎	○							
一体的実施 後期高齢者医療事務			◎		○						◎	
新型コロナ ワクチン	◎		○	○	○	○	○					
予防接種			○		◎			○	◎			
地域包括支援センター		◎										
精神保健		○	○					○				
母子保健								○	◎			

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である福岡県のほか、福岡県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という。)や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。

また、県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化に対しての関与が重要となります。さらに、保険者と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、福岡県が福岡県医師会等との連携を推進することが重要です。また、国保連と福岡県は、ともに市町村の保険者を支援する立場にあり、平素から両者が積極的に連携に努めることも重要であることから、大木町においてもこれらのことについて福岡県の関与を求めていきます。

健康づくりにおいて、医療機関との連携は必須です。前年度に掲げた計画に沿って事業報告を行ない、受診状況やコントロール不良者の保健指導の状況などは大木町医会と共に協議を行っており、次年度に向けての課題を行政と医療機関で確認しています。また、定例会議に限らず、医療機関との協議の必要性がある時には、随時、協議の場を設けています。また、生活習慣病重症化予防においてはかかりつけ医と個別に連携を図り、医師の指示のもと保健指導を行ない、その結果を報告することで連携に努めていきます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定及び進捗管理にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行っていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。(図表 8)

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用を行っていきます。

【図表 8】 保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		大木町	配点	大木町	配点	大木町	配点		
交付額(万円)		572		552		584			
全国順位(1,741市町村中)		509位		620位		456位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	50	70	80	70	125	70	
		(3)メタリックシフトロム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	35	40	55	40	60	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	60	45	60	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	130	10	130	10	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	80	100	70	100	70	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	38	50	33	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	72	95	36	100	38	100	
合計点		625	1,000	609	960	626	940		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、人口約1万4千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で29.2%でした。県、国と比較すると高齢者の割合はやや高い状況ですが、同規模と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も53.8歳と同規模と比べて若く、出生率は同規模、県、国よりも高い町で財政指数は同規模よりやや高い町となっています。産業においては、第3次産業が63.0%と同規模と比較しても高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表9)

国保加入率は21.2%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45.7%を占めています。(図表10)

また本町内には1つの病院、13の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多だけでなく、近隣市町の医療資源にも恵まれており、外来患者数は同規模と比較して高い傾向にあります。一方、入院患者数は同規模と比較しやや低い傾向にあります。(図表11)

【図表9】保険者の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
大木町	13,799	29.2	2,920(21.2)	53.8	7.9	12.8	0.5	11.9	25.2	63.0
同規模	--	36.9	24.3	55.8	5.3	15.7	0.4	13.4	27.1	59.5
県	--	28.1	21.1	51.3	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大木町と同規模保険者(152市町村)の平均値を表す

【図表10】国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	3,162		3,063		3,057		3,029		2,920	
65～74歳	1,369	43.3	1,390	45.4	1,398	45.7	1,403	46.3	1,333	45.7
40～64歳	1,032	32.6	968	31.6	973	31.8	948	31.3	924	31.6
39歳以下	761	24.1	705	23.0	686	22.4	678	22.4	663	22.7
加入率	22.3		21.6		21.6		21.4		21.2	

出典: KDBシステム_人口及び被保険者の状況

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表11】医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0.3	0.4
診療所数	13	4.1	13	4.2	13	4.3	13	4.3	13	4.5	2.7	4.5
病床数	120	38.0	120	39.2	120	39.3	120	39.6	120	41.1	40.8	78.7
医師数	18	5.7	18	5.9	19	6.2	19	6.3	18	6.2	5.0	16.0
外来患者数	761.3		783.6		754.3		779.7		800.4		708.1	721.4
入院患者数	25.7		25.1		22.9		20.2		21.9		22.2	21.2

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表 2)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で11人(認定率0.25%)、1号(65歳以上)被保険者で692人(認定率17.1%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても2号被保険者については横ばいで推移していますが、1号被保険者については、H30年度と比較し100人程増え、新規認定者が96人と平成30年度に比べ増えています(図表12)。更に、1号認定者の再掲を見ると、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており(図表12)、介護給付費は、約8億円から約10億円に伸びています。1人あたり給付費は、同規模、県、国と比較し低くはありますが、平成30年度と比較すると令和4年度は3万円以上高くなっています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、40～64歳、65～74歳の年代で脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占め、第2号被保険者では100%、第1号被保険者の内、65～74歳でも約5割の有病状況となっています。一方、75歳以上になると、虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)が上位を占め、5割以上の有病率となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

【図表12】要介護認定者(率)の状況

	大木町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,651人	25.8%	4,036人	29.2%	36.9%	28.1%	28.7%
2号認定者	12人	0.26%	11人	0.25%	0.38%	0.34%	0.38%
新規認定者	2人		3人		--	--	--
1号認定者	597人	16.4%	692人	17.1%	18.6%	19.9%	19.4%
新規認定者	78人		96人		--	--	--
再掲							
65～74歳	71人	3.7%	61人	3.0%	--	--	--
新規認定者	16人		14人		--	--	--
75歳以上	526人	30.2%	631人	32.0%	--	--	--
新規認定者	62人		82人		--	--	--

出典：KDB システム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表13】介護給付費の変化

	大木町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億6469万円	10億8790万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	236,835	269,549	303,361	291,818	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	74,516	72,964	72,528	59,152	59,662
居宅サービス	48,855	45,962	44,391	41,206	41,272
施設サービス	287,262	299,808	291,231	298,399	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表14】血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		11		61		631		692				
再)国保・後期		5		43		587		630				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	5	脳卒中	21	虚血性心疾患	303	虚血性心疾患	315	虚血性心疾患	318
				100.0%	48.8%	51.6%			50.0%	50.1%		
		2	虚血性心疾患	3	虚血性心疾患	12	脳卒中	270	脳卒中	291	脳卒中	296
			60.0%	27.9%	46.0%			46.2%	46.6%			
	3	腎不全	2	腎不全	8	腎不全	80	腎不全	88	腎不全	90	
			40.0%	18.6%	13.6%			14.0%	14.2%			
	合併症	4	糖尿病合併症	1	糖尿病合併症	11	糖尿病合併症	64	糖尿病合併症	75	糖尿病合併症	76
			20.0%	25.6%	10.9%			11.9%	12.0%			
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			5	基礎疾患	38	基礎疾患	554	基礎疾患	592	基礎疾患	597	
		100.0%	88.4%	94.4%			94.0%	94.0%				
血管疾患合計			5	合計	39	合計	569	合計	608	合計	613	
		100.0%	90.7%	96.9%			96.5%	96.5%				
認知症		認知症	1	認知症	11	認知症	290	認知症	301	認知症	302	
		20.0%	25.6%	49.4%			47.8%	47.6%				
筋・骨格疾患		筋骨格系	5	筋骨格系	39	筋骨格系	559	筋骨格系	598	筋骨格系	603	
		100.0%	90.7%	95.2%			94.9%	95.0%				

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者(被保険者数)の減少とともに、総医療費も減少しています。令和4年度の一人あたり医療費は、平成30年度と比較して約7,000円減少し、県内順位・同規模順位も共に下がっています。医療費が下がった要因としては、入院医療費の減少が考えられます。入院医療費は1件あたり約57万円かかるのに対し、外来医療費は2万4千円程度です。平成30年度と比較し、単価が安い外来の割合が56.8%から60.5%に増えたことで、医療費が下がったと考えられます。(図表15参照)

併せて年齢調整をした地域差指数(全体)で医療費を見ると、全体医療費は全国平均の1をやや超える1.02(県内46位)で平成30年度(県内1位)に比べ0.183も減少しています。特に入院の地域差指数は1を下回り、0.938(県内59位)で、平成30年度(県内17位)と比べ0.36も減少しています。(図表16参照)

医療費の適正化のためには、単価の高い入院の割合を増やさないことがポイントになります。外来での生活習慣病のコントロールが入院を抑制し重症化を防ぐことに繋がります。引き続き予防可能な生活習慣病の重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

【図表15】 医療費の推移

	大木町		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	3,162人	2,920人	--	--	--	
前期高齢者割合	1,369人 (43.3%)	1,333人 (45.7%)	--	--	--	
総医療費	12億5615万円	11億3966万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	397,263	390,295	378,542	355,059	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	550,660	572,420	592,330	599,760	617,950
	費用の割合	43.2	39.5	43.0	43.9	39.6
	件数の割合	3.3	2.7	3.0	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	24,470	24,050	24,690	22,510	24,220
	費用の割合	56.8	60.5	57.0	56.1	60.4
	件数の割合	96.7	97.3	97.0	97.1	97.5
受診率	787.059	822.336	730.302	742.544	705.439	

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模順位は大木町と同規模保険者152市町村の平均値を表す

【図表16】 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	大木町 (県内市町村中)		県 (47県中)	大木町 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.203	↓ 1.020	1.060	1.135	1.155	1.209
		(1位)	(46位)	(14位)	(46位)	(38位)	(2位)
	入院	1.298	↓ 0.938	1.176	1.284	1.346	1.359
		(17位)	(59位)	(13位)	(37位)	(20位)	(2位)
	外来	1.158	↓ 1.081	0.968	0.979	0.952	1.043
		(1位)	(3位)	(35位)	(47位)	(54位)	(8位)

出典：厚労省「地域差分析」

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)、慢性腎不全(人工透析有・人工透析無)の医療費合計は平成30年度と比較すると2,159万円減少し、総医療費に占める割合も1.06%減少しています。同規模、国と比較するといずれも低いですが、県と比較するといずれも高くなっています。特に、腎疾患の内、慢性腎不全の透析有りの割合が県よりも約2倍高い状況で、注意する必要があります。(図表17)福岡県は、65歳から75歳未満で一定の障害(人工透析等)を持つ人が申請を行い後期高齢者医療広域連合から認定を受けたときは、後期高齢者医療への加入が適用されます。そのため、このような制度をとっていない全国の同規模との比較ではなく、県との比較が重要になりますが、県よりも2倍高いということは、40～64歳の若い人で透析を受けている人が多いことを意味しています。

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と令和4年度で比較してみると、脳血管疾患の患者数と割合が40歳～64歳及び65歳以上の年代において、共に増加しています。(図表18)

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総医療費、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ため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。人工透析についても、脳血管疾患同様、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り、生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

【図表17】中長期目標疾患の医療費の変化

			大木町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			12億5615万円	11億3966万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億0332万円	8173万円	--	--	--
			8.23%	7.17%	8.01%	6.16%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.01%	1.74%	2.07%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.62%	1.21%	1.38%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.31%	4.14%	4.23%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.28%	0.08%	0.33%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		15.13%	15.35%	17.23%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		7.70%	6.91%	8.66%	8.96%	8.68%
	精神疾患		9.36%	8.59%	8.13%	9.34%	7.63%

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(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、最も医療費を要した傷病名)

注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

【図表18】中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	3,162	2,920	a	303	351	293	267	13	10	
				a/A	9.6%	12.0%	9.3%	9.1%	0.4%	0.3%	
40歳以上	B	2,401	2,257	b	300	346	288	263	13	10	
	B/A	75.9%	77.3%	b/B	12.5%	15.3%	12.0%	11.7%	0.5%	0.4%	
再掲	40~64歳	D	1,032	924	d	70	79	76	49	11	10
		D/A	32.6%	31.6%	d/D	6.8%	8.5%	7.4%	5.3%	1.1%	1.1%
	65~74歳	C	1,369	1,333	c	230	267	212	214	2	0
		C/A	43.3%	45.7%	c/C	16.8%	20.0%	15.5%	16.1%	0.1%	0.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の令和4年度の治療状況を見ると、平成30年度と比較して、高血圧・脂質異常症の治療者の割合は増えている一方で、糖尿病については横ばいとなっています。また、3疾患ともに虚血性心疾患、人工透析を合併している人数と割合は減っていますが、脳血管疾患がいずれも増加しており、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の5人に1人が脳血管疾患を合併しています。(図表19・20・21)

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

【図表19】高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40~64歳		65~74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	933	965	237	232	696	733	
	A/被保数	38.9%	42.8%	23.0%	25.1%	50.8%	55.0%	
(中長期目標疾患)	脳血管疾患	B	102	106	24	23	78	83
		B/A	10.9%	11.0%	10.1%	9.9%	11.2%	11.3%
	虚血性心疾患	C	199	196	49	35	150	161
		C/A	21.3%	20.3%	20.7%	15.1%	21.6%	22.0%
	人工透析	D	13	9	11	9	2	0
		D/A	1.4%	0.9%	4.6%	3.9%	0.3%	0.0%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

【図表20】糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	477	445	135	116	342	329
		A/被保数	19.9%	19.7%	13.1%	12.6%	25.0%	24.7%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	51	49	8	9	43	40
		B/A	10.7%	↑ 11.0%	5.9%	↑ 7.8%	12.6%	→ 12.2%
	虚血性心疾患	C	111	96	28	21	83	75
		C/A	23.3%	↓ 21.6%	20.7%	↓ 18.1%	24.3%	↓ 22.8%
	人工透析	D	9	6	7	6	2	0
		D/A	1.9%	↓ 1.3%	5.2%	→ 5.2%	0.6%	↓ 0.0%
糖尿病 合併症	糖尿病性腎症	E	43	51	12	16	31	35
		E/A	9.0%	11.5%	8.9%	13.8%	9.1%	10.6%
	糖尿病性網膜症	F	76	72	16	19	60	53
		F/A	15.9%	16.2%	11.9%	16.4%	17.5%	16.1%
	糖尿病性神経障害	G	27	20	8	9	19	11
		G/A	5.7%	4.5%	5.9%	7.8%	5.6%	3.3%

出典：KDBシステム。疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

【図表21】脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	873	882	247	226	626	656
		A/被保数	36.4%	39.1%	23.9%	24.5%	45.7%	49.2%
(中長期 合併目 標疾患)	脳血管疾患	B	90	108	19	25	71	83
		B/A	10.3%	↑ 12.2%	7.7%	11.1%	11.3%	12.7%
	虚血性心疾患	C	197	198	44	31	153	167
		C/A	22.6%	↓ 22.4%	17.8%	13.7%	24.4%	25.5%
	人工透析	D	6	4	4	4	2	0
		D/A	0.7%	↓ 0.5%	1.6%	1.8%	0.3%	0.0%

出典：KDBシステム。疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果でⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上の有所見者の割合を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、Ⅱ度高血圧については低下していますが、HbA1c7.0以上については上がっています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置さ

れている人が高血圧で25.7%、糖尿病で5.3%いましたが、その割合はその他448市町村と比較して低くなっています。(図表22)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

【図表22】高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
大木町	921	38.4	940	40.0	46	5.0	28	60.9	35	3.7	19	54.3	9	25.7	1	2.9
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
大木町	920	99.9	873	92.9	56	6.1	19	33.9	75	8.6	14	18.7	4	5.3	2	2.7
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3ヶ月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

出典：ヘルスサポートラボツール

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発生させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、5.5%伸びており、特に3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、II度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見者の割合は、HbA1c6.5以上、LDL-C160以上で増加し、II度高血圧以上は減少していました。前年度と翌年度の変化を見ると、II度高血圧以上、LDL-C160以上は、改善率が上がっていますが、HbA1c6.5以上では、下がっています。また、翌年度健診を受診していない人、すなわち結果が把握できない人が、II度高血圧以上及びLDL-C160以上で3割程度存在し、HbA1c6.5%以上では4割以上が存在します。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から優先して継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表24・25・26)

【図表23】メタリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	921 (41.7%)	155 (16.8%)	42 (4.6%)	113 (12.3%)	136 (14.8%)
R04年度	930 (45.1%)	207 (22.3%)	56 (6.0%)	151 (16.2%)	115 (12.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

【図表24】HbA1c6.5%以上の前年度からの変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	105 (11.4%)	24 (22.9%)	41 (39.0%)	14 (13.3%)	26 (24.8%)
R03→R04	110 (13.0%)	23 (20.9%)	29 (26.4%)	10 (9.1%)	48 (43.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

【図表25】Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	46 (5.0%)	20 (43.5%)	7 (15.2%)	1 (2.2%)	18 (39.1%)
R03→R04	35 (3.8%)	18 (51.4%)	3 (8.6%)	2 (5.7%)	12 (34.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

【図表26】LDL-C160以上の前年度からの変化

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	106 (11.5%)	43 (40.6%)	25 (23.6%)	8 (7.5%)	30 (28.3%)
R03→R04	126 (13.8%)	58 (46.0%)	27 (21.4%)	9 (7.1%)	32 (25.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

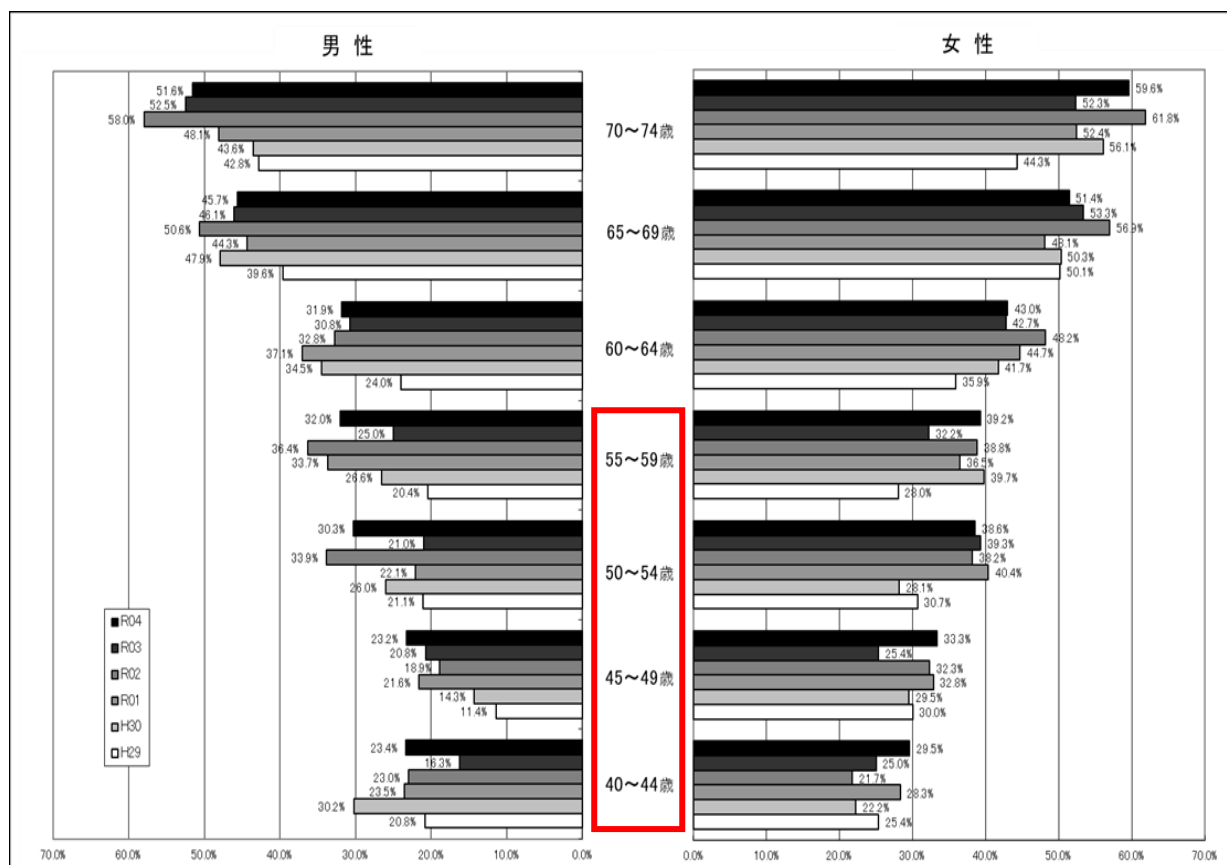
本町の特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響下においても、順調に伸び続け、令和2年度は48.4%まで伸びました。令和3年度は、新型コロナウイルス感染症患者の急増により、42.6%と減少しましたが、令和4年度は46.3%まで回復しています。しかし、第3期特定健診等実施計画の目標の60%は達成できていません。(図表27)またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診(わかもん健診)も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表28)

特定保健指導については、令和2年度以降、従事する医療専門職を増員したことで、大きく実施率が上がり、令和2年度から3年度にかけては第3期特定健診等実施計画の目標を達成しましたが、令和4年度は対象者数が増えたことと、重症化予防事業にも力を入れたことで目標達成には至りませんでした。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。引き続き、実施率の維持に努めていきます。しかしながら、国の特定保健指導実施率の目標値は60%であることから、第4期特定健診等実施計画においては目標値を70%に設定し、重症化予防事業にも注力できる体制を整えることが望ましいと考えます。

【図表27】 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	922	918	1,040	911	954	健診受診率 60%
	受診率	41.7%	42.6%	48.4%	42.6%	46.3%	
特定保健指導	該当者数	141	119	137	94	121	特定保健指 導実施率 80% (国 60%) 町 80%)
	割合	15.3%	13.0%	13.2%	10.3%	12.7%	
	実施者数	75	69	111	82	93	
	実施率	53.2%	58.0%	81.0%	87.2%	76.8%	

【図表 28】年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者(HbA1c6.5以上)の未治療者に対する保健指導実施者数は、令和2年度に従事する医療専門職を増員したことで増加し、血糖値有所見者割合、未治療者・中断者の割合は減少傾向にあります。(例示表1・2)

令和2年度からはHbA1c7.0%以上の高血糖者を優先対象者とし支援してきました。その結果、HbA1c7.0%以上の未治療者は平成30年20人から令和4年15人に少しずつですが減ってきています。未治療者には受療行動に繋がるよう受診勧奨に関する保健指導を実施しますが、令和2年度は未治療者15人中7人が治療開始に至りましたが、令和3年度は未治療者15人中治療につながった人が2人と約1割にとどまっている状況です。未治療者や治療中断者は重症化するリスクが高いため、継続して適切な受診勧奨、保健指導を実施する体制を整え強化していきます。また、HbA1c7.0%以上の高血糖者の75%(R4)は治療されていますが、治療中の人についても継続受診を支援し、重症化しないよう、医療機関と医師連絡票を活用しながら連携を図っています。さらに、肥満があるとインスリン抵抗性^{*7}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、特に治療中の人については医療機関と連携して行政においても保健師・管理栄養士・健康運動指導士が保健指導・栄養指導・運動

指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。(例示表 3)

※7 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態。

【例示表 1】 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	921	917	1,039	911	954
血糖値有所見者 * 1	人(b)	110	128	140	121	100
	(b/a)	11.9%	14.0%	13.5%	13.3%	10.5%
保健指導実施者 * 2	人(c)	17	8	29	24	29
	(c/b)	15.5%	6.3%	20.7%	19.8%	29.0%

* 1 HbA1c6.5%以上のもの

* 2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

大木町調べ

【例示表 2】 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	110	128	140	121	100
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	41	46	37	27	28
	(b/a)	37.3%	35.9%	26.4%	22.3%	28.0%
受診した者	人(c)	28	34	29	17	19
	(c/b)	68.3%	73.9%	78.4%	63.0%	67.9%
治療開始した者	人(c)	16	20	16	9	13
	(c/b)	39.0%	43.5%	43.2%	33.3%	46.4%

* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

大木町調べ

【例示表 3】 HbA1c7.0%以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	921	917	1,039	911	954
HbA1c7.0%以上	人(b)	57	69	43	78	60
	(b/a)	6.2%	7.5%	4.1%	8.6%	6.3%
保健指導実施	人(c)	12	6	20	21	28
	(c/b)	21.1%	8.7%	46.5%	26.9%	46.7%
HbA1c7.0%以上の未治療者	人(b)	20	18	15	15	15
	(b/a)	35.1%	26.1%	34.9%	19.2%	25.0%

内服治療開始	3人	7人	2人
元々治療中	0人	0人	0人
死亡、転出	0人	0人	0人

※保健指導後、レセプトにより確認。

大木町調べ

②脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は、約 5%前後の横ばいで、約 6 割が未治療者です。令和 4 年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者 31 人のうち、保健指導後、治療につながった者は 12 人(38.7%)でした。Ⅲ度高血圧においては、9 人のうち 7 人が未治療者でした。(例示表 4)

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。また、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。高血圧治療は脳血管疾患の予防に極めて有効であることが証明されていることから、特に健診で確認できた高血圧の未治療者を治療につなげることや治療につながった者が自身の判断で治療を中断していないかを丁寧に確認していく必要があります。

例示表 5 は、高血圧治療ガイドラインを基に血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化しました(降圧薬治療者を除く)。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援を行ないながら、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭での血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。

また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が 34%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

【例示表 4】

Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	922	918	1,040	911	954	
Ⅱ度高血圧以上の者	人(b)	52	39	42	39	47	
	(b/a)	5.6%	4.2%	4.0%	4.3%	4.9%	
	治療あり	人(c)	24	18	23	20	16
		(c/b)	46.2%	46.2%	54.8%	51.3%	34.0%
	治療なし	人(d)	28	21	19	19	31
		(d/b)	53.8%	53.8%	45.2%	48.7%	66.0%
治療開始	人(e)	12	6	8	11	12	
	(e/d)	42.9%	28.6%	42.1%	57.9%	38.7%	
(再掲)	Ⅲ度高血圧の者	人(f)	9	10	8	9	9
		(f/a)	1.0%	1.1%	0.8%	1.0%	0.9%
	治療あり	人	4	1	2	3	2
	治療なし	人	5	9	6	6	7

大木町調べ

【例示表 5】 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	304	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	区分	該当者数
			130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
リスク第1層 予後影響因子がない	10	3.3%	C 8 4.4%	B 2 2.2%	B 0 0.0%	A 0 0.0%	A ただちに 薬物療法を開始	66 21.7%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	178	58.6%	C 112 61.2%	B 53 58.9%	A 11 45.8%	A 2 28.6%	B 概ね1ヵ月後に 再評価	118 38.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	116	38.2%	B 63 34.4%	A 35 38.9%	A 13 54.2%	A 5 71.4%	C 概ね3ヵ月後に 再評価	120 39.5%

高リスク
中等リスク
低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

※例示表 1~5: 受診者全数の健診結果(法定報告の受診者数とは異なる)

(2) ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。

大木町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していきます。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている県町の実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、各種団体や行政区単位で出前講座を行ない、広く町民に周知したり、各種イベント開催時に健康ブースを設け、健診受診勧奨や各種測定等の健康づくりに関連する啓発活動を行なったりしました。

また、生活習慣改善を目的として集団健診結果説明会において会場で食品サンプルの展示・説明や運動指導、体組成測定等を集中的に実施してきました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

第2期データヘルス計画の目標の達成状況は図表29のとおりです。

中長期目標の7つの指標では、5つが評価A(改善している)、評価a(初年度よりは改善しているも

の、目標達成には至らなかった)は「脳血管疾患の総医療費に占める割合」でした。C(悪化している)の評価がついた指標は「人工透析患者に占める基礎疾患に糖尿病がある者」についてでした。

短期目標の9つの指標では、a の評価判定がついたものが殆どでした。C 判定の評価がついた指標は「メタボリックシンドローム該当者」と「健診受診者の血糖異常者の割合」です。

その他の7つの指標は殆どが A や a の評価が付きましたが、「子宮がん検診の受診率向上」についてはC判定で伸び悩んでいる状況でした。

中長期目標においては、短期目標を改善あるいは達成し続けることで5年後、10年後、20年後に結果が出てくるものと考えます。今後も健康寿命の延伸や医療費適正化に向けて保健事業に力を入れていく必要があります。

また、第3期データヘルス計画においては、国や福岡県が示す標準化された指標を参考に、大木町の指標を見直します。

【図表29】 データヘルス計画の目標管理一覧

A:改善している/B:変わらない/C:悪化している/D:評価困難
初年度よりは改善しているものの、目標には至っていないものは「a」

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標			実績値					評価	データの把握方法
		指標	ベースライン	目標値 (R5年度)	中間評価				最終評価 R5		
			(H28)		初年度 H30 (H30)	(R1)	(R2)	(R3)			
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	3.7%	3.5%	3.8%	3.2%	2.9%	2.3%	1.7%	A	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0%	1.3%	1.6%	1.2%	1.6%	0.8%	1.2%	A	
		慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の減少	8.1%	7.5%	4.6%	5.5%	5.4%	5.1%	4.1%	A	
		入院医療費の伸び率の減少(前年度比)	-	-0.5%	2.8%	-3.8%	-11.2%	-16.9%	16.8%	A	
		入院に占める脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)の割合の減少	3.8%	3.5%	3.8%	6.5%	6.0%	5.5%	3.6%	a	
		入院に占める虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)の割合の減少	3.5%	2.5%	2.8%	1.8%	3.1%	1.3%	2.1%	A	
		人工透析患者に占める基礎疾患に糖尿病がある者の割合の減少	40.0%	25.0%	45.5%	27.3%	50.0%	58.0%	54.5%	C	
	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	15.9%	15.0%	16.8%	18.4%	21.8%	20.6%	22.6%	C		
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	13.1%	13.0%	14.8%	14.5%	14.3%	13.1%	12.1%	A		
	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.0%	2.0%	5.0%	3.9%	3.8%	3.8%	4.8%	a		
	健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.7%	6.5%	11.5%	11.6%	11.7%	13.8%	9.4%	a		
	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0以上)	5.0%	3.5%	6.1%	7.3%	6.9%	8.5%	6.3%	C		
	健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合の減少	0.3%	0.1%	1.1%	0.8%	0.2%	0.4%	0.7%	a		
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率の向上60%以上	35.5%	60.0%	41.7%	43.6%	48.4%	42.6%	46.3%	a	法定報告値
	特定保健指導実施率の向上80%以上	53.8%	80.0%	53.2%	58.0%	81.0%	87.2%	76.8%	a		
特定保健指導対象者の割合の減少	11.3%	8.0%	15.3%	13.0%	13.2%	10.3%	12.7%	a			
努力支援制度	その他 がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率の向上	5.9%	8.0%	5.9%	6.2%	5.8%	8.7%	7.6%	a	地域保健事業報告
		肺がん検診受診率の向上	6.8%	8.5%	6.6%	7.9%	24.2%	21.4%	26.0%	A	
		大腸がん検診受診率の向上	4.8%	6.5%	4.7%	6.0%	14.1%	14.0%	16.6%	A	
		子宮がん検診受診率の向上	15.2%	16.0%	11.5%	13.7%	10.4%	15.6%	11.1%	C	
		乳がん検診受診率の向上	19.6%	19.0%	16.2%	17.3%	15.2%	20.9%	25.1%	A	
	菌周疾患早期発見、早期治療	菌周疾患検診受診率の向上	1.8%	15.0%	4.4%	15.1%	14.4%	11.8%	9.1%	a	
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	64.4%	80.0%	71.0%	75.1%	76.8%	76.6%	78.0%	a	厚生労働省(9月診療分)	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

(1) 生活習慣病重症化予防について

第2期データヘルス計画においては、医療費の適正化や健康寿命の延伸を大目標として、医療費が高額となる疾患、6か月以上入院やリハビリを必要とする疾患、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あり、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全(人工透析)の重症化予防を進めてきました。

特に大木町では、慢性腎不全による医療費が高く、人工透析患者が多かったことから、新規人工透析者を増やさないために、生活習慣病重症化予防の取組みとして、高血糖・高血圧未治療者や治療中のハイリスク者に対する受診勧奨及び個別の保健指導に取り組んできました。また、健診未受診者を受診につなげることで潜在的に存在する高血糖・高血圧の未治療者を掘り起こし、適切に保健指導を行なうことで医療受診につなげてきました。また、集団に向けてメタボリックシンドロームや生活習慣病改善のための保健指導にも取り組んできました。

その結果、高血圧、糖尿病、脂質異常症治療者で、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全)の内、虚血性心疾患・慢性腎不全の合併症を持つ人の割合は減り、一人あたり医療費は国・県・同規模に比べ高いものの、経年的に見ると中長期目標疾患の医療費は全体的に下がりました。しかし、高血圧、糖尿病、脂質異常症治療者全てにおいて、脳血管疾患の合併症を持つ人が増えていることは課題と言えます。また、慢性腎不全による人工透析は中長期目標疾患の医療費割合の中でも高い状況です。その要因となる糖尿病(HbA1c6.5以上)のコントロール不良者の増加、メタボリックシンドローム該当者の増加についても大木町の課題となっています。

これらの課題解決に向けては、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防(再発予防)の対策が鍵と言えます。短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症は自覚症状がないことで徐々に進行していき、結果、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を発症してしまうため、第3期データヘルス計画も引き続き生活習慣病重症化予防に取組み、受診勧奨及びかかりつけ医や専門医との連携を図りながら、内服治療に加え、栄養や運動面も含め生活習慣の改善に向けて個人の状態に応じた保健指導を進めていきます。

(2) 特定保健指導について

特定保健指導実施率については、平成30年度は53.2%、令和元年は58.0%と低迷していましたが、令和2年度には81.0%、令和3年度は87.2%と目標の80%を達成しました。これは、令和2年度に医療専門職を増員したことで成果に繋がったものと考えます。目標の80%は達成しましたが、この特定保健指導実施率の国の目標は60%以上と設定されており、本町の目標は基準より高く設定していたため、第3期データヘルス計画においては目標値を70%に下げ、その分を生活習慣病重症化予防における保健指導に注力していきます。その上で、生活習慣病の発症予防、重症化予防、医療費適正化につながるよう、今後も現在の特定保健指導実施率の維持に向け、人員の確保と保健指導に力を入れていきます。

(3) 特定健診受診率について

当町の特定健診受診率は、平成28年度35.5%(県内60市町村中27位)で、毎年35%以上を保

っているものの 40%の壁を越えられずにいました。平成 29 年度から対象者に合わせた受診勧奨通知を開始し、並行して受診勧奨訪問を実施したことで平成 30 年度には 41.7%へ上昇しました。令和 2 年度からは ICT を活用し、集団健診においてはウェブによる 24 時間申込みが可能な環境を整備する等工夫し、令和 2 年度には 48.4%と年々上昇してきましたが、令和 3 年度は 42.6%と失速しました。これは、新型コロナウイルス感染症の急拡大で受診勧奨の訪問を見合わせたことで、70%台だった継続受診率が令和 2-3 年度では 64.6%と大幅に低下し、全体の受診率に大きく影響したものと考えられます。

今後、更に特定健診受診率を上げていくには未受診者を健診につなげるだけでなく、継続受診率を伸ばしていくことが鍵であると考えます。それには、特定健診受診者の満足度を向上させるような取り組みも検討する必要があります。また、特定健診未受診者には、生活習慣病等で治療中の人が多く、医療情報収集事業^{※8}の活用が有効ですが、利用者は一桁台であり、医療機関への説明及び対象者への訪問勧奨を通じて利用者を増やしていくことも必要であると考えます。更に、若年者の受診率が低迷し、改善できていない状況も課題と言えます。健康増進や重症化予防を推進していくためには、被保険者が健診を受け、自身の健康状態を知ることが重要であり、引き続き健康無関心層が多い若年層へのアプローチ方法について検討していく必要があります。そのためには、わかもん健診(若年者健診)やその保健指導に留まらず、職域を超え、各種団体へのアプローチを行なっていくこと、官民が協同し健康づくりを推進していくことが有効であると考えます。

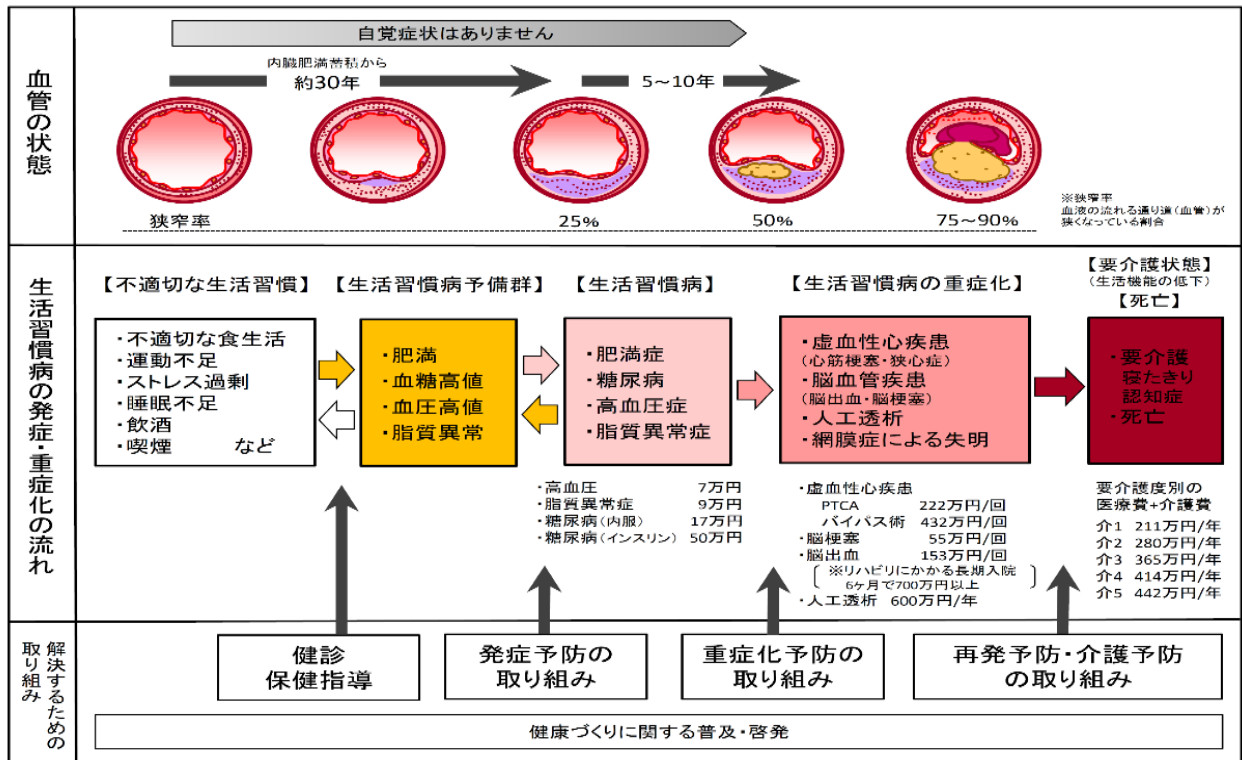
※8 医療情報収集事業:生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを収集・集積することで特定健診を受診したとみなす制度。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不適切な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 30)

【図表 30】生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

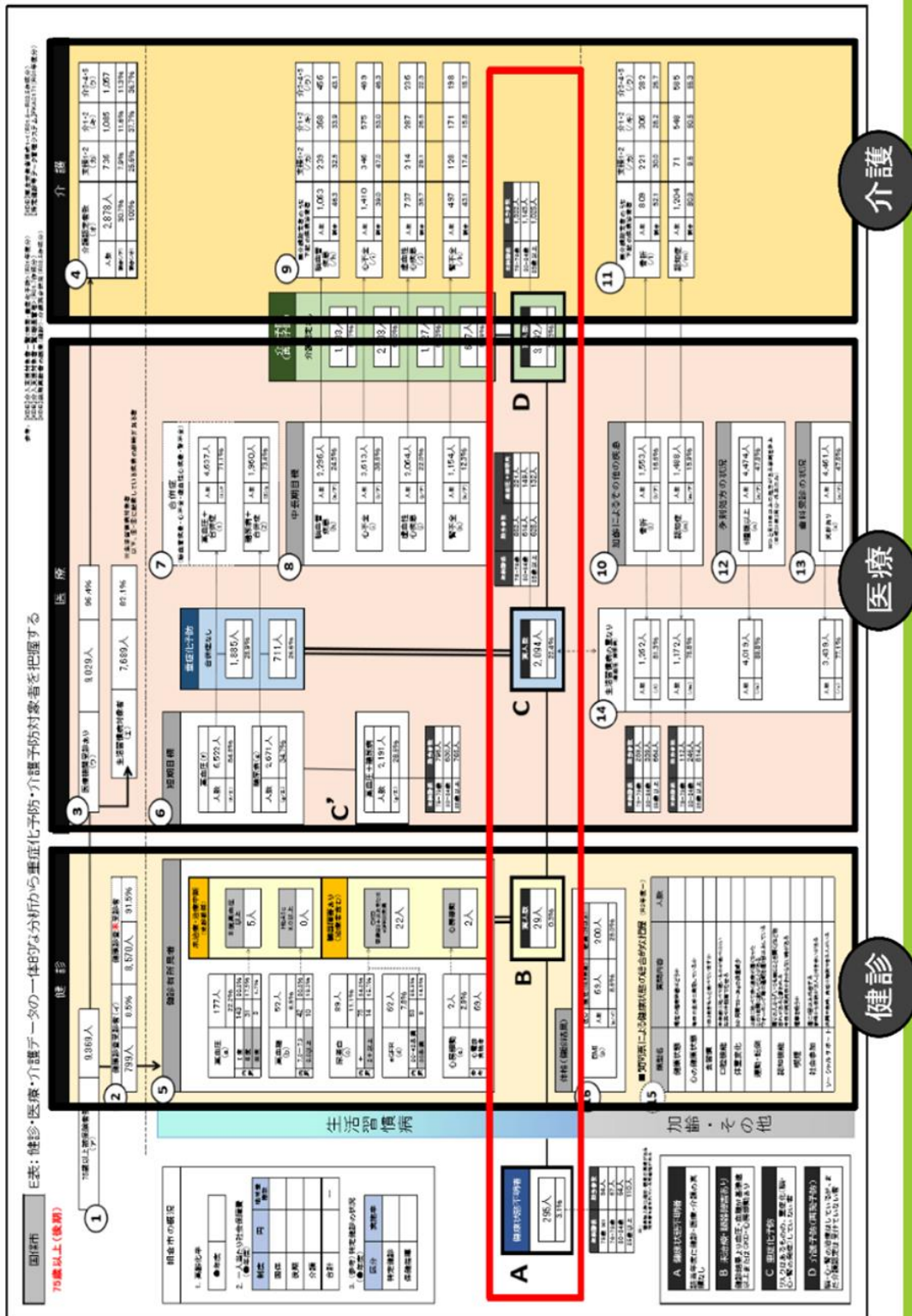
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 31 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診(わかもん健診)を実施し、健

診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

【図表 31】健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1)医療費分析

【図表 32】 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	
国保	被保険者数	3,162人	3,063人	3,057人	3,029人	2,920人	
	総件数及び 総費用額	件数	30,153件	30,298件	28,632件	29,383件	29,461件
		費用額	12億5615万円	12億1558万円	11億4803万円	10億6699万円	11億3966万円
一人あたり医療費		39.7万円	39.7万円	37.6万円	35.2万円	39.0万円	
後期	被保険者数	1,994人	2,010人	1,975人	2,038人	2,122人	
	総件数及び 総費用額	件数	33,562件	34,527件	33,210件	34,083件	35,914件
		費用額	19億2303万円	19億9352万円	20億0556万円	19億7100万円	20億0284万円
一人あたり医療費		96.4万円	99.2万円	101.5万円	96.7万円	94.4万円	

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 33】 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	大木町	11億3966万円	31,811	4.14%	0.08%	1.74%	1.21%	5.38%	4.09%	2.54%	2億1855万円	19.18%	15.35%	8.59%	6.91%
	同規模	--	30,653	4.23%	0.33%	2.07%	1.38%	6.02%	3.54%	2.04%	--	19.60%	17.23%	8.13%	8.66%
	県	--	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	--	16.75%	16.72%	9.34%	8.96%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	大木町	20億0287万円	80,093	4.17%	0.40%	3.87%	1.01%	3.85%	4.06%	1.87%	3億8515万円	19.23%	8.30%	6.59%	13.03%
	同規模	--	66,508	4.21%	0.52%	3.96%	1.49%	4.19%	3.35%	1.24%	--	18.96%	10.49%	3.78%	11.96%
	県	--	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	--	19.97%	9.86%	4.70%	12.75%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「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

出典：KDBシステム、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 34】 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A 121人	121人	95人	85人	105人	249人
	件数	B 219件	227件	177件	264件	211件	465件
		B/総件数	0.73%	0.75%	0.62%	0.90%	0.72%
	費用額	C 3億2762万円	3億1282万円	2億8948万円	4億4981万円	3億1373万円	5億6404万円
	C/総費用	26.1%	25.7%	25.2%	42.2%	27.5%	28.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

【図表 35】 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
脳血管疾患	人数	D	7人		13人		9人		8人		7人		20人		
		D/A	5.8%		10.7%		9.5%		9.4%		6.7%		8.0%		
	件数	E	14件		21件		16件		29件		8件		34件		
		E/B	6.4%		9.3%		9.0%		11.0%		3.8%		7.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	2.9%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	2	9.5%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	12	35.3%
		60代	7	50.0%	3	14.3%	14	87.5%	12	41.4%	2	25.0%	80代	15	44.1%
		70-74歳	7	50.0%	16	76.2%	1	6.3%	17	58.6%	6	75.0%	90歳以上	6	17.6%
	費用額	F	1532万円		2697万円		1887万円		3255万円		1053万円		3531万円		
F/C		4.7%		8.6%		6.5%		7.2%		3.4%		6.3%			

出典：ヘルスサポートラボツール

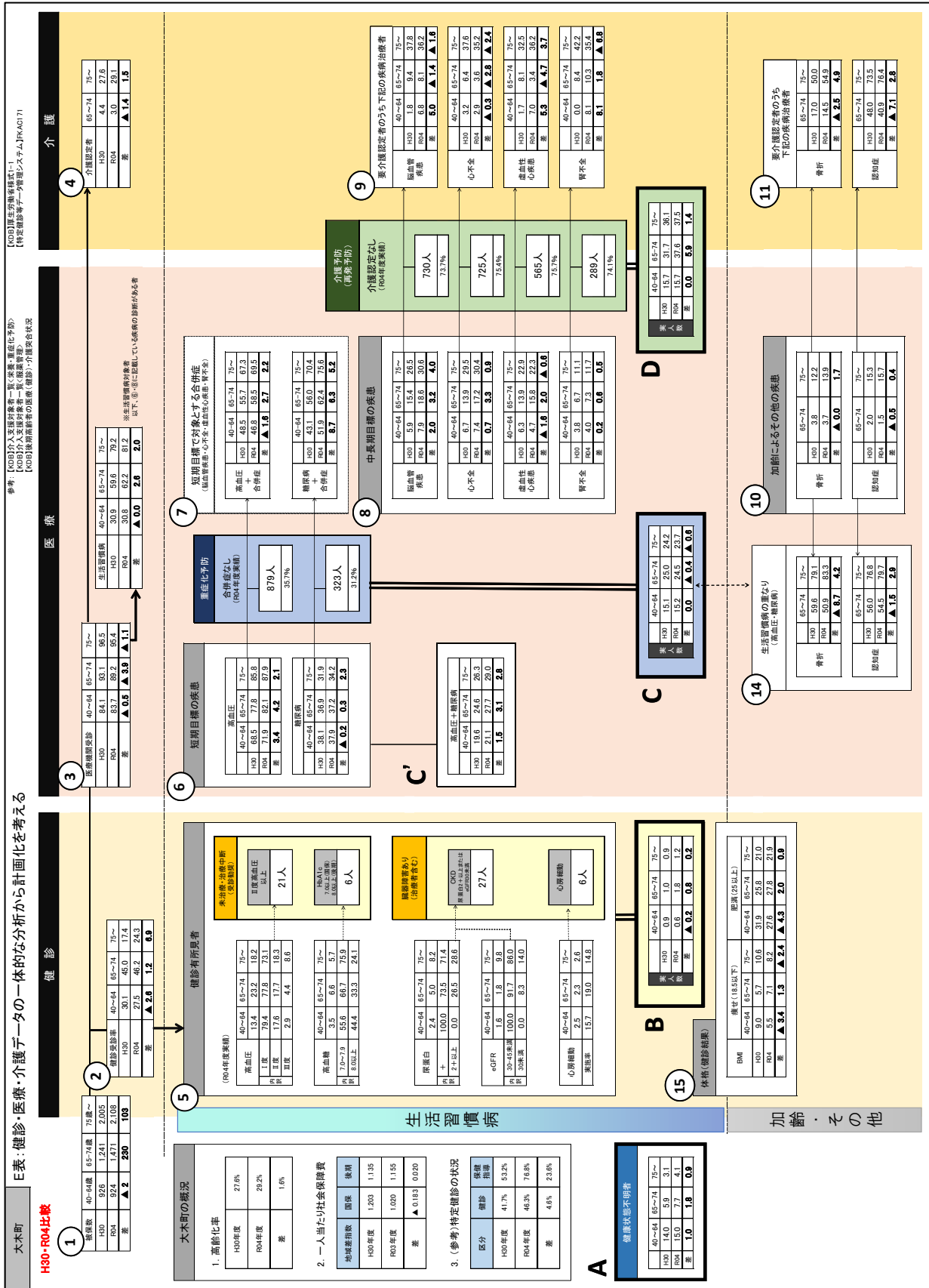
【図表 36】 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	8人		4人		6人		4人		7人		7人		
		G/A	6.6%		3.3%		6.3%		4.7%		6.7%		2.8%		
	件数	H	8件		4件		8件		7件		8件		7件		
		H/B	3.7%		1.8%		4.5%		2.7%		3.8%		1.5%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	1	25.0%	3	37.5%	0	0.0%	1	12.5%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	57.1%
		60代	3	37.5%	2	50.0%	3	37.5%	4	57.1%	1	12.5%	80代	3	42.9%
		70-74歳	3	37.5%	1	25.0%	2	25.0%	3	42.9%	6	75.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I	995万円		505万円		1219万円		753万円		903万円		792万円		
I/C		3.0%		1.6%		4.2%		1.7%		2.9%		1.4%			

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

【図表 37】 健診・医療・介護データの一体的な分析(H30年度とR04年度の年代毎経年比較)



【図表 38】 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定率	① 被保険者数						② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
		被保険者数						健診受診率			体格(健診結果)					
		40-64		65-74		75-		特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
年度	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	27.6	926	1,241	2,005	30.1	45.0	17.4	9.0	5.7	10.6	31.9	25.8	21.0			
R04	29.1	924	1,471	2,108	27.5	46.2	24.3	5.5	7.1	8.2	27.6	27.8	21.9			

【図表 39】 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-					
年度	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)
H30	13	4.7	(4)	30	5.4	(7)	15	4.3	(4)	14	5.0	(4)	32	5.7	(2)	2	0.6	(0)	0	--	4	0.7	14	4.0	0	--	0	--	1	0.3
R04	7	2.8	(3)	35	5.1	(11)	25	4.9	(7)	9	3.5	(2)	45	6.6	(4)	7	1.4	(0)	0	--	10	1.5	17	3.3	1	0.4	3	0.4	2	0.4

【図表 40】 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									⑦ 短期目標の疾患とする 合併症					
	生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	84.1	93.1	96.5	30.9	59.6	79.2	68.5	77.8	85.8	38.1	36.9	31.9	19.6	24.6	26.3	48.5	55.7	67.3	43.1	56.0	70.4
R04	83.7	89.2	95.4	30.8	62.2	81.2	71.9	82.1	87.9	37.9	37.2	34.2	21.1	27.7	29.0	46.8	58.5	69.5	51.9	62.4	75.6

【図表 41】 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保数割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.9	15.4	26.5	6.3	13.9	22.9	6.7	13.9	29.5	3.8	6.7	11.1	1.8	9.4	37.8	1.7	8.1	32.5	3.2	6.4	37.6	0.0	8.4	42.2
R04	7.9	18.6	30.6	4.7	15.8	22.3	7.4	17.2	30.4	4.0	7.3	11.7	6.8	8.1	36.2	7.0	3.4	36.2	2.9	3.6	35.2	8.1	10.3	35.4

【図表 42】 骨折・認知症の状況

E表	⑭ 生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				⑩ 加齢による その他の疾患 (被保数割)				⑪ 加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	59.6	79.1	56.0	76.8	3.8	12.2	2.0	15.3	17.0	50.0	48.0	73.5
R04	50.9	83.3	54.5	79.7	3.7	13.9	1.5	15.7	14.5	54.9	40.9	76.4

※番号は図表 37 の E 表
①～⑮に対応

(3)健康課題の明確化(図表 32~42)

国保の被保険者数は年々減っていますが、後期高齢者医療の被保険者数は団塊の世代が全て75歳を迎える2025(令和7)年度を目前に令和3年度から徐々に増加しています。一人あたり医療費は、国保では令和2年度、令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和4年度以降はコロナ禍前に戻り、後期では平成30年度、令和元年度と徐々に増加し、令和2年度に100万円を超えましたが、令和3年度からは徐々に減ってきています。また、国保と後期の一人あたり医療費を比較すると、後期は国保の2.4倍も高い状況で、今後、後期高齢者医療費総額は増加していくことが予測されます。(図表 32)

大木町は、短期的目標疾患である糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて1%程低い状況です。一方で、慢性腎不全の医療費に占める割合は、国保においては、県と比べて約2倍高い状況です。福岡県では、65歳から75歳未満で一定の障害(人工透析)をお持ちの方が申請を行い、後期高齢者医療広域連合から認定を受けたときは後期高齢者医療が適用されます。すなわち、65歳から75歳未満の透析患者は後期高齢者医療に含まれていることから、大木町には65歳未満の若い人工透析患者が多いことが分かります。(図表 33)

高額レセプトについては、国保においては毎年約100人のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、2倍以上に増えることがわかります。(図表 34)

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く29件で3,000万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は8件と件数が減り、費用額も約1,000万円と減っています。しかし、後期高齢においては、34件発生し、約3,500万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35、41⑨)

健診・医療・介護のデータについてH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表38の①被保険者数は、40~64歳については横ばいですが、65歳~74歳、75歳以上と増加し、同規模よりは高齢化率の低い大木町でも65歳以上の高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、40~64歳の若い年齢層では、BMI25以上の割合が4%程下がりましたが、65歳~74歳、75歳以上では上がってきています。図表39の健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。図表40の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況をみると、高血圧も糖尿病においても、各年代で高くなっています。図表41の中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、全体的に被保険者の内、中長期目標疾患を持つ者の割合が上がってきています。特に脳血管疾患は、40歳~64歳と65歳~74歳の若い年代で約2~3%、75歳以上では4%程上がっています。また、中長期目標疾患のうち介護認定者割合を見ると、40歳~64歳の若い年代で脳血管疾患が5%上がっており、更に腎不全においても約8%上がっていることが課題であると分かります。図表42の骨折・認知症の状況では、生活習慣病(高血圧・糖尿病)の重なりがある人の骨折や認知症の割合が高いことと、75歳以上においては令和4年度の割合が3~4%上がっていることも課題です。

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておきます。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 43)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

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のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な

考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

4) 管理目標の設定

【図表 43】 データヘルス計画の目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	現状値	目標値		データの把握方法 (活用データ年度)		
			初期値 R 6 2022 (R4)	中間評価 R 8 2025 (R7)	最終評価 R 11 2028 (R10)			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持 ^{※1} または減少	1.74% (同規模:2.07%)	—	維持または減少	KDB システム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持 ^{※1} または減少	1.21% (同規模:1.38%)	—	維持または減少		
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	4.14%	—	減少		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	54.5%	—	減少		
			糖尿病性腎症による国保と後期の新規透析導入者数の減少 (各期計画期間、被保険者千対)	計画期間	第2期計画 (H30-R4)	第3期計画 (R5-R9)		※1 「維持」については 同規模平均を超えていない ことを基準とする。
				国保	0.39人	—		
	後期	0.99人	—	減少				
	平均自立期間を延伸する	平均自立期間(要介護2以上)の延伸	男性79.2歳 女性85.6歳	—	延伸			
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	34.7%	減少	減少	KDB システム 大木町健康福祉課	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.8%	減少	減少		
			健診受診者の高血圧者の割合の減少(140/90以上)	21.5%	減少	減少		
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上)	3.4%	減少	減少		
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.4%	減少	減少		
			★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少 ※HbA1cの検査結果がある者の数を分母とする。	2.3%	減少	減少		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	28.6%	増加	増加		
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	46.3%	向上	60%以上	法定報告値	
			★特定保健指導実施率70%以上	76.8%	維持	70%以上	※2 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなく受診した者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ^{※2}	12.7%	減少	減少		
若年層から健康意識を高める		特定健診継続受診率の向上 (前年度健診受診者のうち、当該年度継続受診した者の割合の増加)	69.6%	増加	増加	大木町健康福祉課		
生活習慣を改善する	喫煙率の減少(特定健診受診率のうち喫煙者の割合)	16.3%	減少	減少	KDBシステム			

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表 44】 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	48%	50%	53%	55%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	70%以上					

3. 対象者の見込み

【図表 45】 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	1910人	1780人	1670人	1560人	1460人	1360人
	受診者数	920人	890人	885人	860人	845人	820人
特定保健指導	対象者数	100人	102人	106人	107人	109人	110人
	受診者数	70人	71人	74人	75人	76人	77人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(大木町健康福祉センター等)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、福岡県国保連合会及び大木町のホームページに掲載します。

(参照)

福岡県国民健康保険団体連合会 URL : <https://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>

大木町 URL : <http://www.town.ooki.lg.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

【図表 46】 特定健診検査項目(例示)

○大木町特定健診検査項目

健診項目		大木町	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

(5)実施時期

6月から翌年3月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、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、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

【図表 47】 特定健診実施スケジュール（例示）

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓	(特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) ↓	健診データ抽出(前年度)
6月		特定健診の開始 ↓	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
7月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出 ↓	
8月		(特定保健指導の開始)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
9月		↓	
10月	契約に関わる 予算手続き	(特定健診・特定保健指導の実施)	
11月		↓	
12月		↓	
1月		↓	
2月		↓	
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

○第4期(2024年以降)における変更点

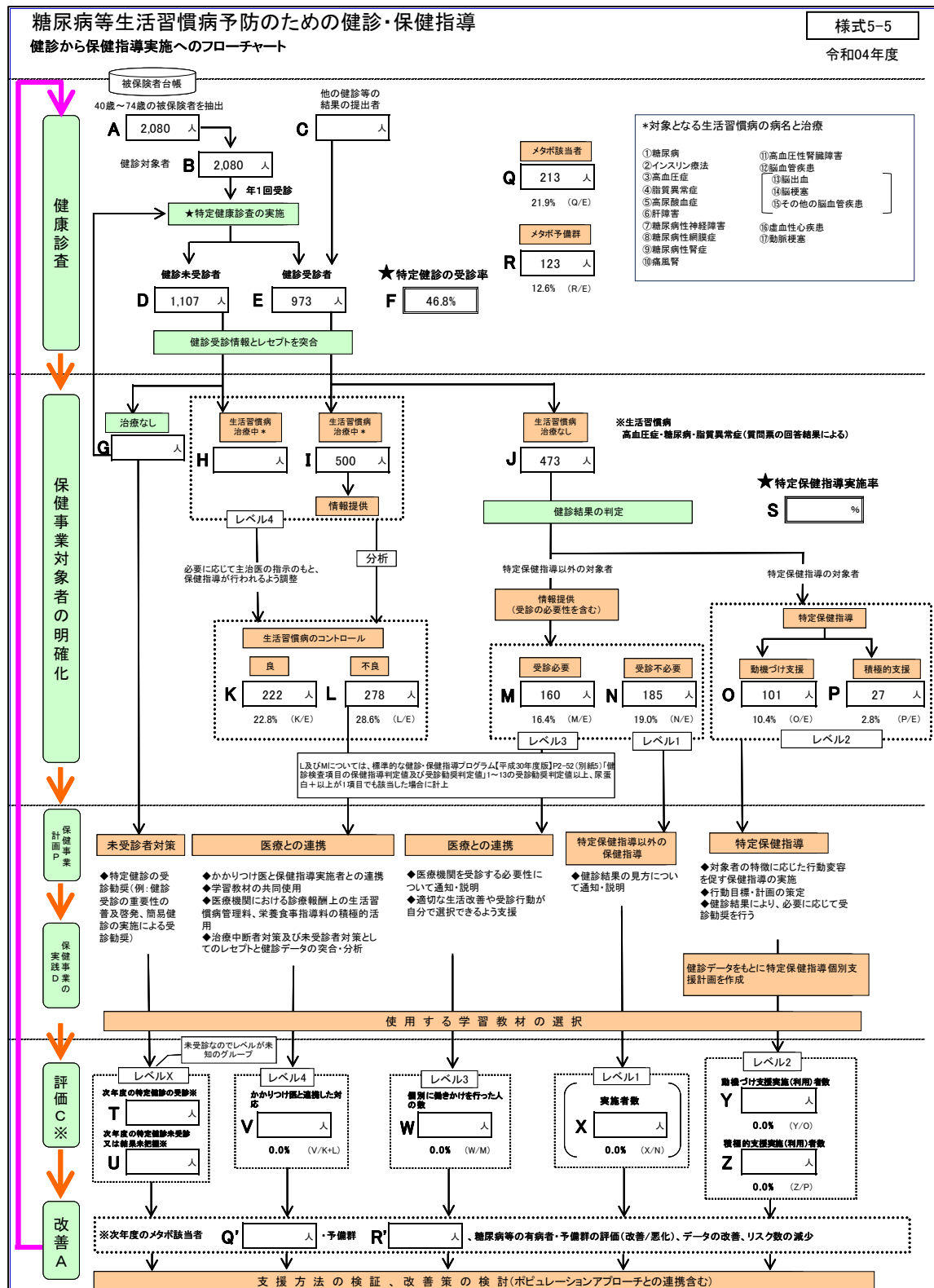
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導 の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5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・実践評価を行います。

【図表 48】 健診から保健指導実施へのフローチャート(様式 5-5)



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

【図表 49】 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う 	128人 (13.2%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	160人 (16.4%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	L	情報提供 (生活習慣病のコントロール不良)	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 	278人 (28.6%)	50%
4	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、医療情報収集事業活用による受診勧奨) 	1,107人 ※受診率目標達成までにあと275人	100%
5	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明(例: 健診結果説明会) 	185人 (19.0%)	70%

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

【図表 50】 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月			◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始		◎特定健診、後期高齢者健診、がん検診開始
7月		◎利用券の登録 ◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
8月	◎特定健康診査未受診者勧奨		
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月	◎特定健康診査未受診者勧奨		◎がん検診の終了
12月			
1月			
2月			
3月	◎特定健康診査の終了		

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および大木町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(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管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

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 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、大木町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

I. 保健事業の方向性

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きます。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る必要があります。

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・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、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きます。また、医療費が高額になる疾患には、遺伝を要因とした疾患など予防困難な疾患もありますが、その後の生活習慣により、健康状態を維持することは可能です。高額医療者の中から優先順位をつけ、訪問による生活状況の把握や保健指導による重症化予防に取り組みます。さらに、生活習慣病重症化のリスクが高い人は、生活習慣改善に向けて行動変容を促すような啓発や集団または個別支援等の取組を行います。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していくと共に、健康無関心層が多い若年層への啓発について、所属や職域を超え、官民が協同し健康づくりを推進していく基盤を作っていきます。

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が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

大木町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、337人(34.6%)です。そのうち治療なしが103人(21.8%)を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が30人です。

また、大木町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、103人中59人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効

率的であることが分かります。(図表 51)

【図表 51】 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 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-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)		
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		973人 46.8%		
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.5%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症	■各疾患の治療状況		
	心原性 脳塞栓症 (27.7)	ラクナ 梗塞 (31.2)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)				治療中	治療なし	
	※脳卒中 予一カテゴリー 2015年9月		※非心原性脳梗塞				高血圧	374	599
							脳血管 障害	269	704
							糖尿病	100	839
							3疾患 いづれか	500	473
							※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	47 4.8%	4 0.4%	33 3.4%	23 2.4%	213 21.9%	67 6.9%	75 7.7%	337 34.6%	
治療なし	31 5.2%	3 0.6%	32 4.5%	11 1.6%	43 9.1%	25 3.0%	22 4.7%	103 21.8%	
(再掲) 特定保健指導	15 31.9%	0 0.0%	9 27.3%	6 26.1%	43 20.2%	3 4.5%	8 10.7%	59 17.5%	
治療中	16 4.3%	1 0.2%	1 0.4%	12 4.5%	170 34.0%	42 42.0%	53 10.6%	234 46.8%	
臓器障害 あり	11 35.5%	3 100.0%	6 18.8%	1 9.1%	6 14.0%	7 28.0%	22 100.0%	30 29.1%	
CKD(専門医対象者)	7	1	4	0	3	5	22	22	
心電図所見あり	5	3	2	1	3	3	2	10	
臓器障害 なし	20 64.5%	--	26 81.3%	10 90.9%	37 86.0%	18 72.0%	--	--	

※受診者全数の健診結果(法定報告の受診者数とは異なる)

1. 糖尿病性腎症重症化予防

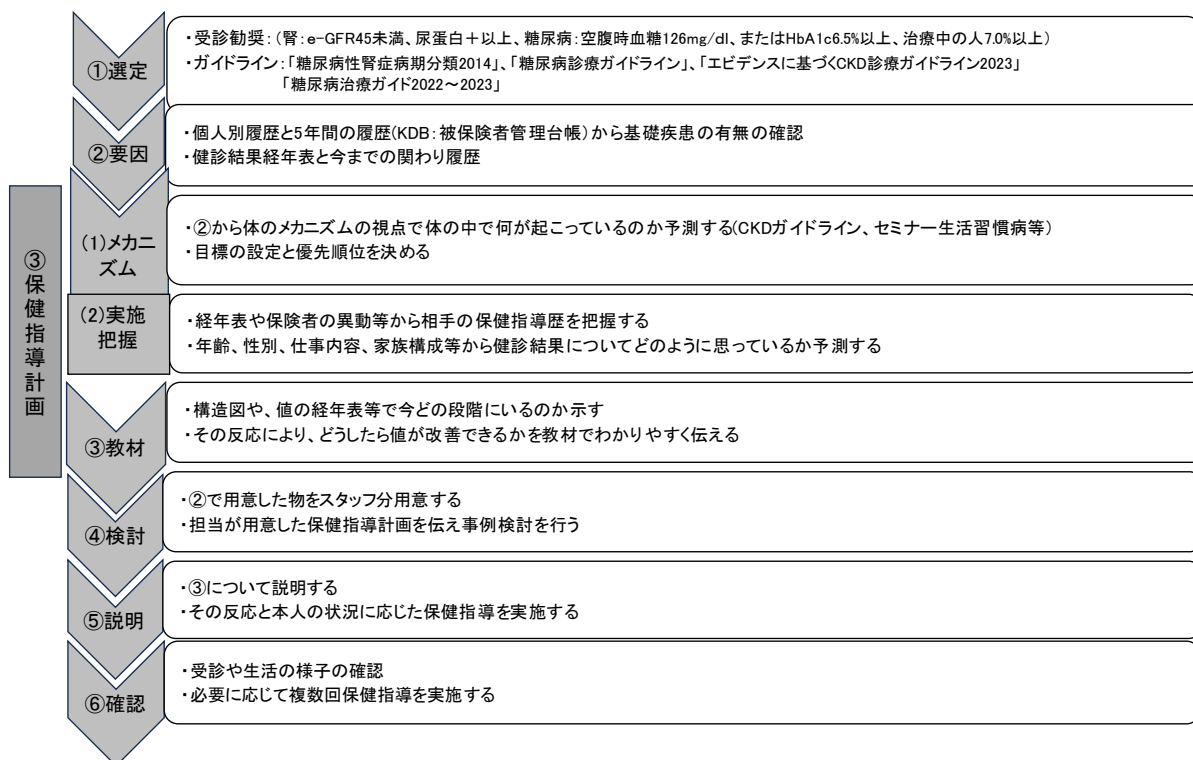
1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 52】 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

【図表 53】 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。(図表 53)
大木町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては個別健診においては実施項目に含まれていないため把握できない状況です(集団健診の際の特定健診では把握可能)。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。尿アルブミン実施に関して、糖尿病性腎症重症化予防の観点から早期発見・早期介入が可能になることから、町医会と実施に向けて検討を進めていきます。

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

大木町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、36人(26.1%・F)でした。また、40~74歳における糖尿病治療者445人(17.6%・H)のうち、特定健診受診者が102人(22.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者343人(77.1%・I)については治療中ですが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。(図表 54)

③介入方法と優先順位

図表 54 より大木町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

対象者：糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・36人

優先順位 2

【保健指導】

対象者：糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・・56人

- ・治療中断しない（継続受診の）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

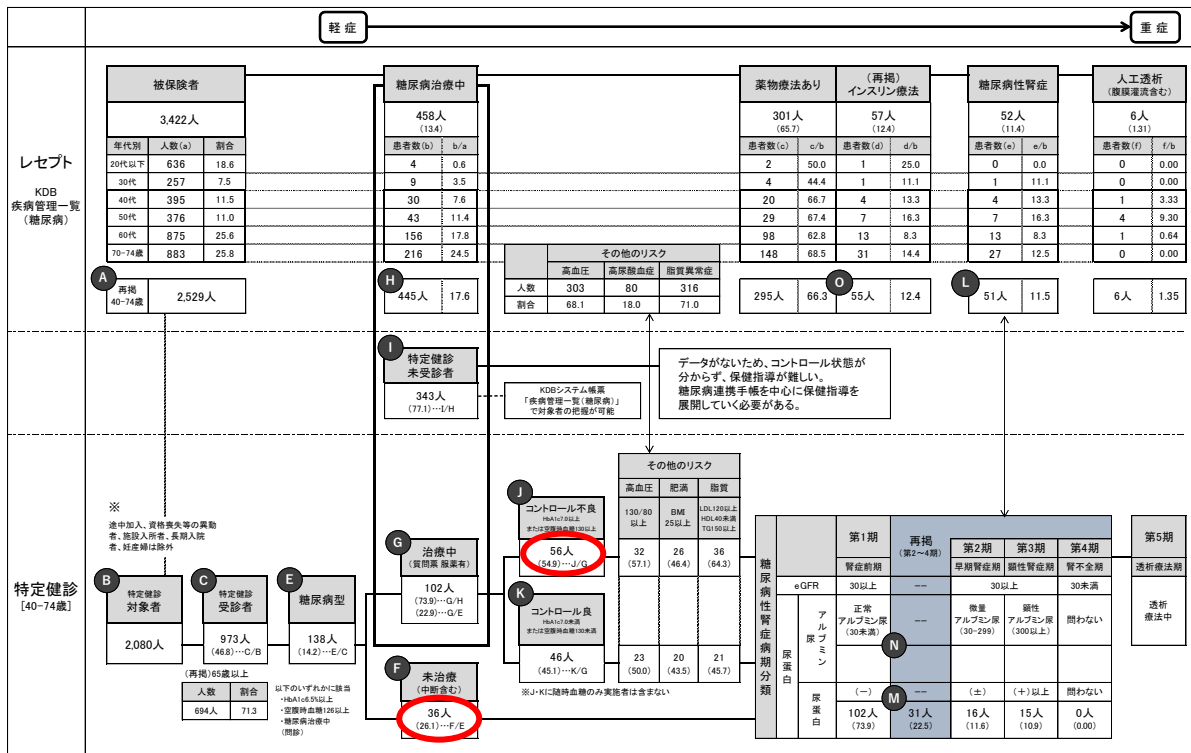
対象者：特定健診未受診者（I）の内、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者及び治療中断者

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者及び治療中断者を把握→管理台帳より
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 54】 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築、介入支援対象者一覧（薬量・重症化予防）」から集計

3) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。大木町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及

び生活習慣病のリスク因子に合わせて、対象者に応じた保健指導（運動支援等含む）を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。（図表 55）

【図表 55】

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援	2 高血糖を解決するための食
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始まります
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	3 薬物療法
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼（網膜症）	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグリコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!!	3-9 チアゾリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのしょう
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	
1-21 糖尿病治療の進め方	4 参考資料
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	4-7 都道府県別 自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

4) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に町医会等と協議した医療機関連絡票等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は医療機関連絡票や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っています。

(3) 二次健診等の実施に向けた協議

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)への二次健診(尿アルブミン検査)の実施に向けて、尿アルブミン検査の有用性について町医師会と協議し今後の取り組みを検討していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 56 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFR の変化(1 年で5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

【図表 56】 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	大木町										同規模保険者(平均)					
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者数	A		3,194人		3,171人		3,092人		3,106人		3,041人				
	②		(再掲) 40-74歳	2,447人		2,424人		2,384人		2,413人		2,365人					
2	①	特定健診	B		2,210人		2,156人		2,148人		2,140人		2,060人				
	②		対象者数	C		922人		918人		1,040人		911人		954人			
	③		受診率	C		41.7%		42.6%		48.4%		42.6%		46.3%			
3	①	特定保健指導	A		141人		119人		137人		94人		121人				
	②		実施率	A		53.2%		58.0%		81.0%		87.2%		76.8%			
4	①	健診データ	E		131人	13.6%	154人	15.9%	176人	16.1%	166人	17.2%	138人	14.2%			
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		46人	35.1%	53人	34.4%	45人	25.6%	42人	25.3%	36人	26.1%		
	③			治療中(質問票 服薬あり)	G		85人	64.9%	101人	65.6%	131人	74.4%	124人	74.7%	102人	73.9%	
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J		50人	58.8%	58人	57.4%	70人	53.4%	76人	61.3%	56人	54.9%	
	⑤			血圧 130/80以上	J		32人	64.0%	37人	63.8%	41人	58.6%	42人	55.3%	34人	60.7%	
	⑥				肥満 BMI25以上	J		17人	34.0%	28人	48.3%	31人	44.3%	34人	44.7%	27人	48.2%
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		35人	41.2%	43人	42.6%	61人	46.6%	48人	38.7%	46人	45.1%		
	⑧			第1期 尿蛋白(-)	M		102人	77.9%	120人	77.9%	140人	79.5%	122人	73.5%	102人	73.9%	
	⑨			第2期 尿蛋白(±)	M		10人	7.6%	6人	3.9%	14人	8.0%	15人	9.0%	16人	11.6%	
	⑩			第3期 尿蛋白(+)以上	M		18人	13.7%	24人	15.6%	14人	8.0%	12人	7.2%	15人	10.9%	
	⑪		第4期 eGFR30未満	M		1人	0.8%	3人	1.9%	1人	0.6%	2人	1.2%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	H		106.1人		103.8人		96.1人		108.2人		105.6人				
	②		(再掲) 40-74歳(被保険者千対)	H		136.5人		133.3人		122.9人		135.5人		132.8人			
	③		レセプト件数(40-74歳)	入院外(件数)	H		1,860件(774.7)		1,999件(847.8)		2,173件(916.5)		2,276件(968.1)		2,229件(987.6)	334,283件(942.0)	
	④		()内は被保険者千対	入院(件数)	H		15件(6.2)		19件(8.1)		22件(9.3)		12件(5.1)		14件(6.2)	1,709件(4.8)	
	⑤		糖尿病治療中		H		339人	10.6%	329人	10.4%	297人	9.6%	336人	10.8%	321人	10.6%	
	⑥		(再掲) 40-74歳	H		334人	13.6%	323人	13.3%	293人	12.3%	327人	13.6%	314人	13.3%		
	⑦		健診未受診者	I		249人	74.6%	238人	73.7%	162人	55.3%	203人	62.1%	212人	67.5%		
	⑧		インスリン治療		O		34人	10.0%	33人	10.0%	27人	9.1%	26人	7.7%	29人	9.0%	
	⑨		(再掲) 40-74歳	O		33人	9.9%	32人	9.9%	26人	8.9%	24人	7.3%	29人	9.2%		
	⑩		糖尿病性腎症		L		24人	7.1%	19人	5.8%	27人	9.1%	31人	9.2%	34人	10.6%	
	⑪		(再掲) 40-74歳	L		23人	6.9%	19人	5.9%	26人	8.9%	30人	9.2%	33人	10.5%		
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		L		5人	1.5%	3人	0.9%	6人	2.0%	7人	2.1%	6人	1.9%	
	⑬		(再掲) 40-74歳	L		5人	1.5%	3人	0.9%	6人	2.0%	7人	2.1%	6人	1.9%		
	⑭		新規透析患者数		L		2	40.0%	2	66.7%	0	0%	2	28.6%	0	0%	
	⑮		(再掲) 糖尿病性腎症		L		-	-	1	50.0%	0	0%	1	50.0%	0	0%	
	⑯		【参考】後高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		L		9人	2.3%	11人	2.7%	13人	3.0%	10人	2.3%	13人	2.9%	
6	①	医療費	総医療費		12億5615万円		12億1558万円		11億4803万円		10億6699万円		11億3966万円		10億9648万円		
	②		生活習慣病総医療費	H		6億6040万円		6億6299万円		6億2053万円		5億5067万円		5億7456万円		5億9067万円	
	③		(総医療費に占める割合)	H		52.6%		54.5%		54.1%		51.6%		50.4%		53.9%	
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	H		7,810円		8,211円		7,181円		5,803円		7,575円		8,199円
	⑤		健診未受診者	H		38,478円		37,549円		34,818円		30,616円		32,532円		37,038円	
	⑥		糖尿病医療費		H		5817万円		6082万円		6667万円		6444万円		6128万円		6602万円
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	H		8.8%		9.2%		10.7%		11.7%		10.7%		11.2%	
	⑧		糖尿病入院院外総医療費		H		1億4525万円		1億5539万円		1億7259万円		1億6246万円		1億6567万円		
	⑨		1件あたり	H		32,759円		34,309円		38,457円		35,457円		37,660円			
	⑩		糖尿病入院総医療費		H		1億3180万円		1億0882万円		1億1043万円		8206万円		9478万円		
	⑪		1件あたり	H		633,662円		614,784円		616,928円		626,393円		752,221円			
	⑫		在院日数		H		19日		17日		17日		15日		14日		
	⑬		慢性腎不全医療費		H		5770万円		6691万円		6180万円		5439万円		4815万円		4999万円
	⑭		透析有り	H		5417万円		6413万円		5826万円		5261万円		4722万円		4634万円	
	⑮		透析なし	H		353万円		277万円		355万円		178万円		93万円		364万円	
7	①	介護	介護給付費		8億6469万円		9億2991万円		9億7018万円		10億3299万円		10億8790万円		13億3151万円		
	②		(2号認定者) 糖尿病合併症	H		1件	20.0%	1件	20.0%	2件	28.6%	1件	20.0%	1件	20.0%		
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		4人	2.3%	1人	0.6%	2人	1.1%	2人	1.1%	1人	0.6%	582人	1.1%	

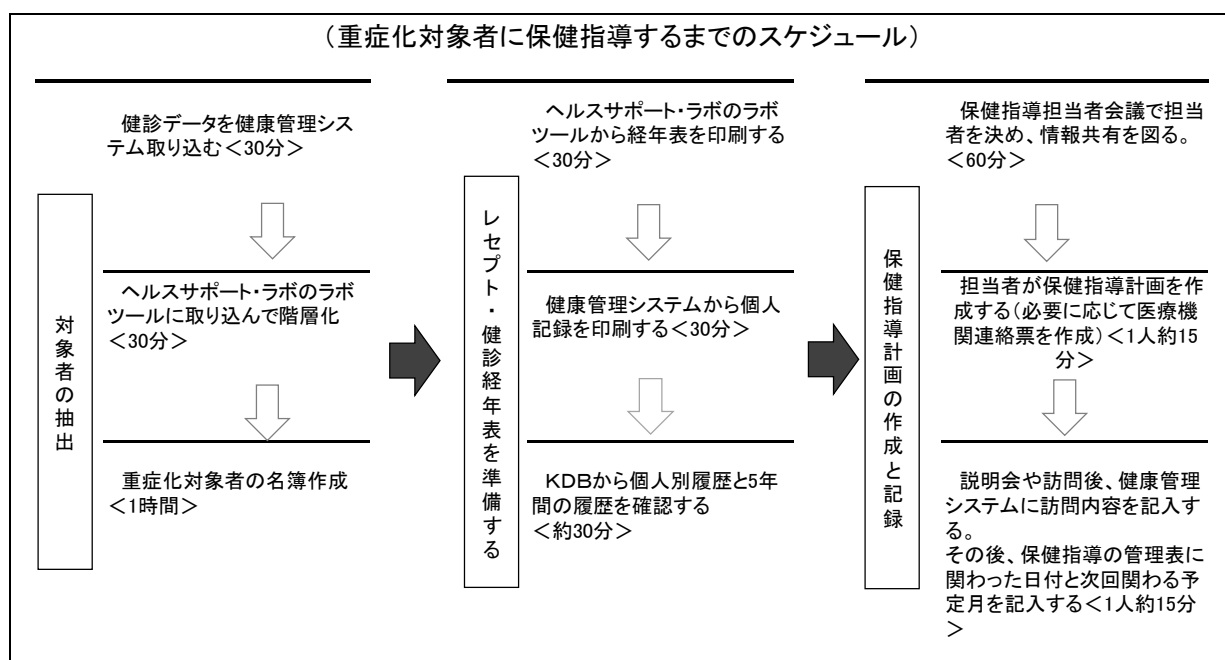
7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5～6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

【図表 57】 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール

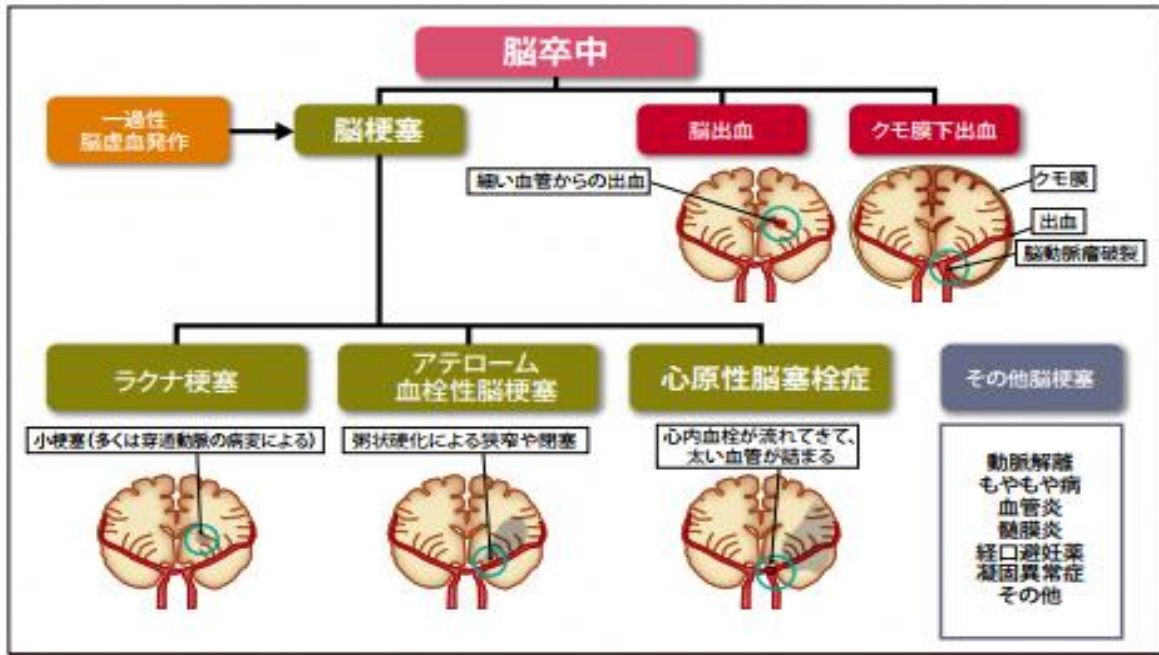


2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 58・59)

【図表 58】 脳卒中の分類



【図表 59】 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 60 でみると、高血圧治療者 965 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 106 人(11.0%・0)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 47 人(4.8%)であり、そのうち 31 人(66%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 16 人(4.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

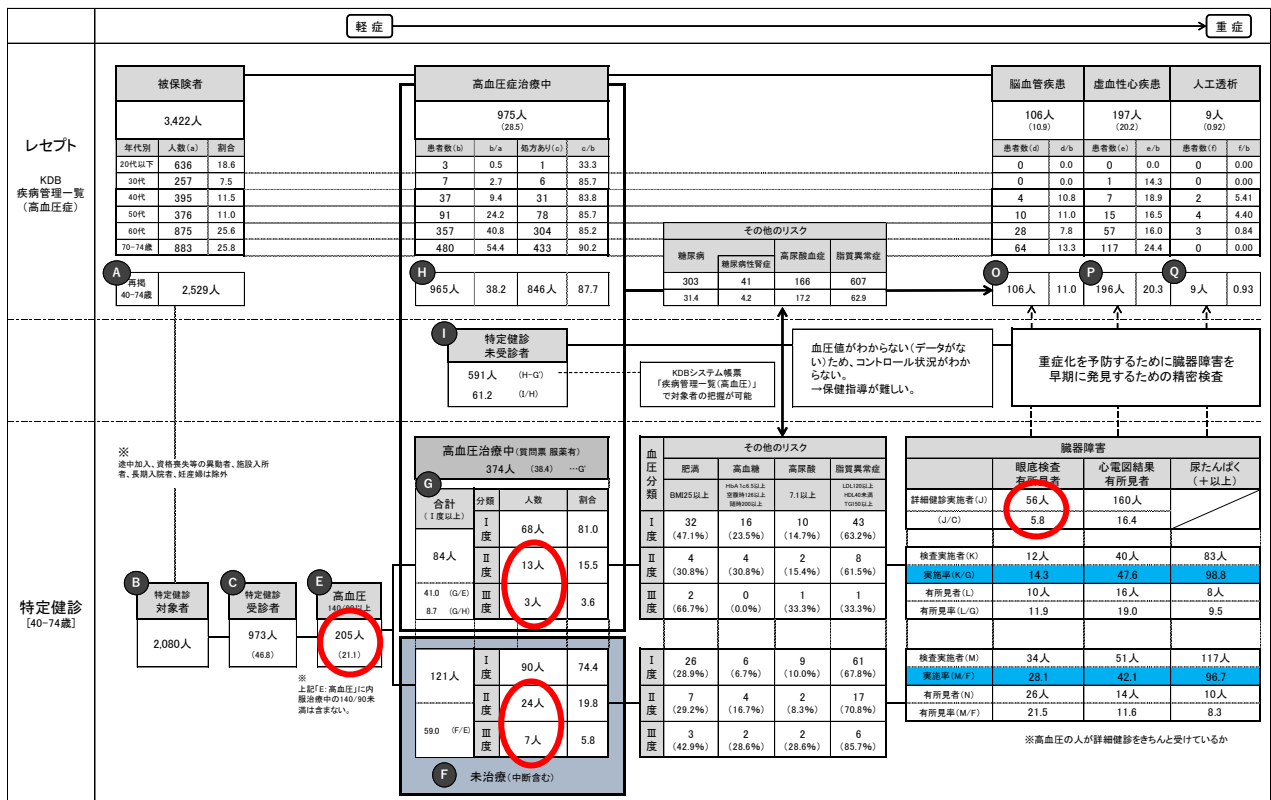
重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)が、わずか 56 人(5.8%)しか実施していない状況です。しかし、眼底検査(詳細検査)の条件は、I 度高血圧以上の場合となっていることから、205 人(21.1%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。

第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)が必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。

【図表 60】 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上し、年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む。
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築介入支援対象者一覧(対象=重症化予防)」から集計

出典：ヘルスサポートラボソール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 61 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

【図表 61】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	血圧分類			
		高値血圧 130~139 /80~89	I度高血圧 140~159 /90~99	II度高血圧 160~179 /100~109	III度高血圧 180以上 /110以上
	304	183 60.2%	90 29.6%	24 7.9%	7 2.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	10	C 8 4.4%	B 2 2.2%	B 0 0.0%	A 0 0.0%
	3.3%				
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	178	C 112 61.2%	B 53 58.9%	A 11 45.8%	A 2 28.6%
	58.6%				
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	116	B 63 34.4%	A 35 38.9%	A 13 54.2%	A 5 71.4%
	38.2%				

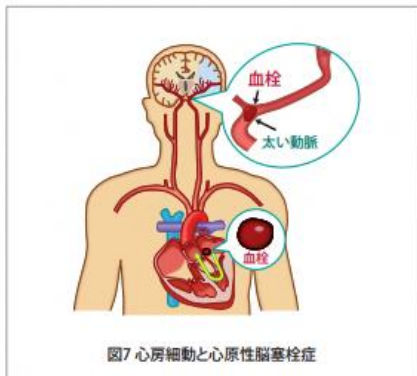
区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	66
		21.7%
B	概ね1ヵ月後に再評価	118
		38.8%
C	概ね3ヵ月後に再評価	120
		39.5%

高リスク
中等リスク
低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)≥175、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血の塊(血栓)が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる病気です。心源性脳塞栓症の原因の殆どが心房細動という不整脈によって起こります。この心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 62 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 62】 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循環疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	434	539	88	20.3%	72	13.4%	3	3.4%	1	1.4%	--	--
40代	43	40	9	20.9%	2	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	46	61	5	10.9%	5	8.2%	0	0.0%	1	20.0%	0.8%	0.1%
60代	150	184	41	27.3%	30	16.3%	2	4.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	195	254	33	16.9%	35	13.8%	1	3.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

【図表 63】 心房細動有所見者の治療状況

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	1	25.0	3	75.0

大木町調べ

心電図検査において4人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者4人のうち3人は既に治療が開始されましたが、1人はまだ治療につながっていません。(図表 62・63)

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。しかし、大木町においてはその重症化予防の検査の実施率が男性 20.3%、女性 13.4%と十分に実施できていない状況でした。心電図検査(詳細検査)が必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し、働きかけをしていく必要があります。(図表 62)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握

された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動者の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していきます。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、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みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療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。

2) 事業の実施

大木町は、令和2年度10月より福岡県後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き以下①②の通り事業を行っていきます。

① 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。

② 地域を担当する保健師(看護師)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、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための各種介護予防教室や出前講座により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)。

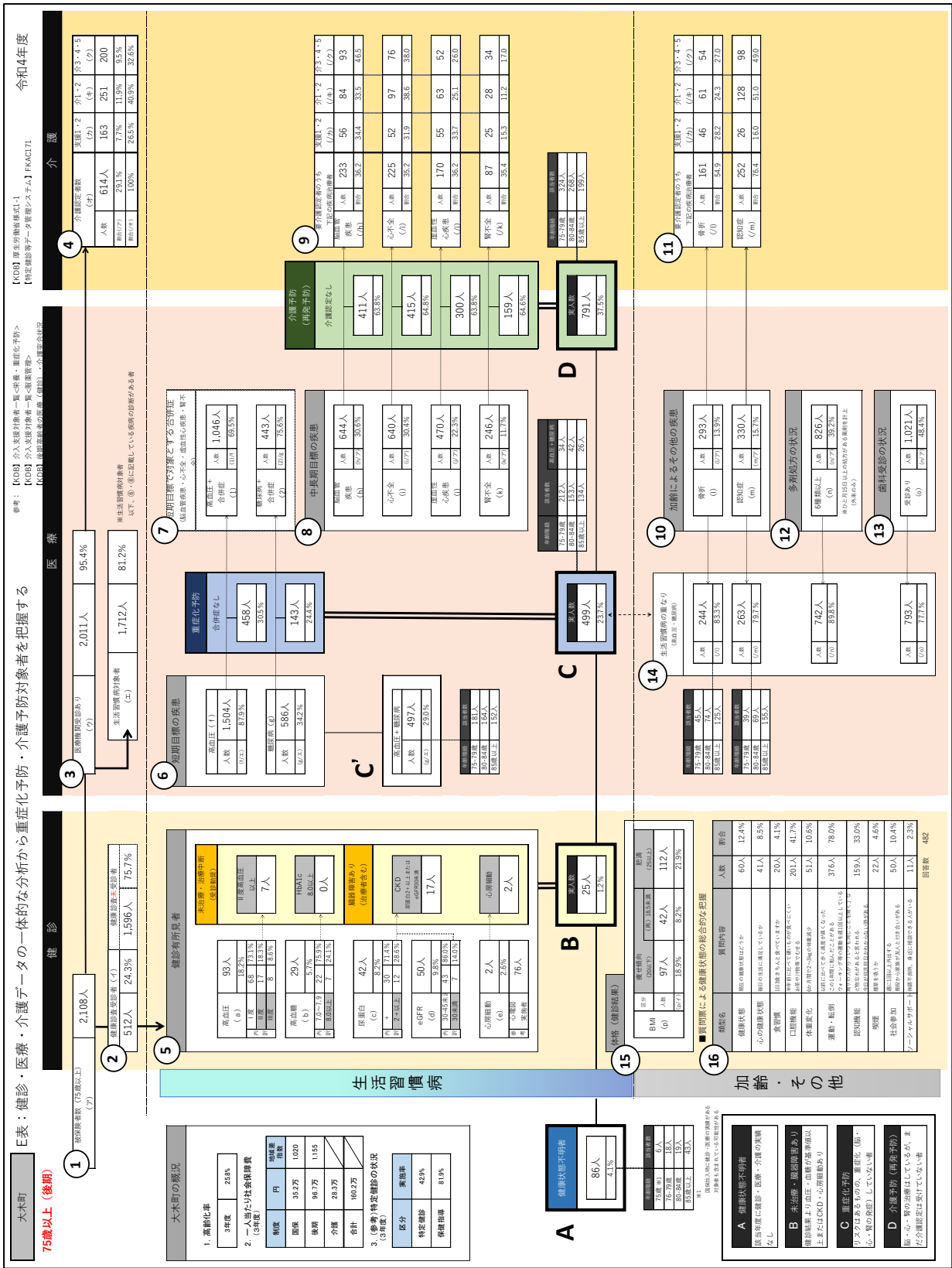
3) 一体的実施に係る大木町の健康課題と今後の事業展開

一体的実施に係る大木町の現状と健康課題については第 2 章で国保の状況と併せて述べています。

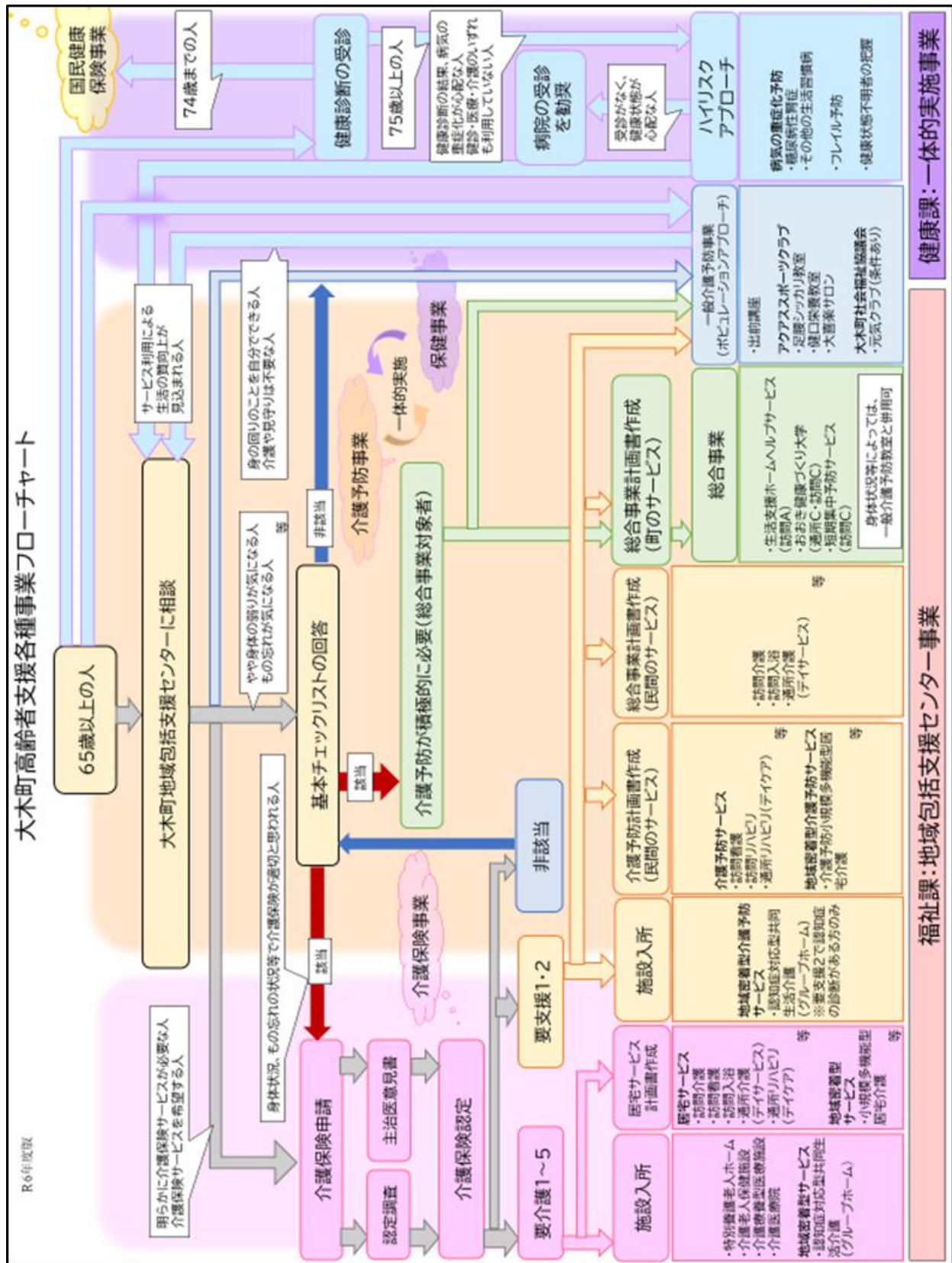
大木町においては、長期入院や要介護の原因となり、医療費や介護給付費を押し上げている予防可能な疾患は脳血管疾患(認知症含む)、虚血性心疾患、骨折であり、その疾患を有する人の7割から9割が高血圧症を基礎疾患として有していることから、血圧管理に関する対策が重要であることが分かりました。特に 65-74 歳から 75-79 歳の国民健康保険から後期高齢者医療保険への移行時期に高血圧症の有病率が高くなっていることから、この時期の家庭での正しい血圧測定方法や血圧手帳の利用方法、食事指導、残薬確認等の丁寧な血圧管理と、後期高齢者に増加すると予測されている心原性脳梗塞を予防するために、家庭での脈拍測定方法や不整脈が疑われた時の受診方法等について、ポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチにより、適切な保健指導を行っていきます。併せて、脳血管疾患や虚血性心疾患などの生活習慣病重症化予防・介護予防(再発予防)には適切な受診に繋げることが重要であり、特に高血圧・高血糖の有所見者で未治療者を減らす取り組みと、現在治療中の特に臓器障害の疑いがある所見については、治療中断しないよう、レセプトを追跡し継続受診を見守っていく体制を整えていきます。一体的実施のハイリスクアプローチ対象者については KDB システムを活用し、健診・医療・介護データを一体的に分析することで、効果的、効率的に選定していきます。(図表 64)

また、一体的実施を進めるにあたっては、地域包括支援センターと連携し取り組みを推進します。また、若い頃からの健康づくりの取組みが重要であることから、国保の保健事業と連携した事業展開を行なっていきます。(図表 65)

【図表 64】 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する



【図表 65】大木町高齢者支援各種事業フローチャート



※第3期データヘルス計画期間中においても必要に応じて適宜修正していきます。

IV. 発症予防

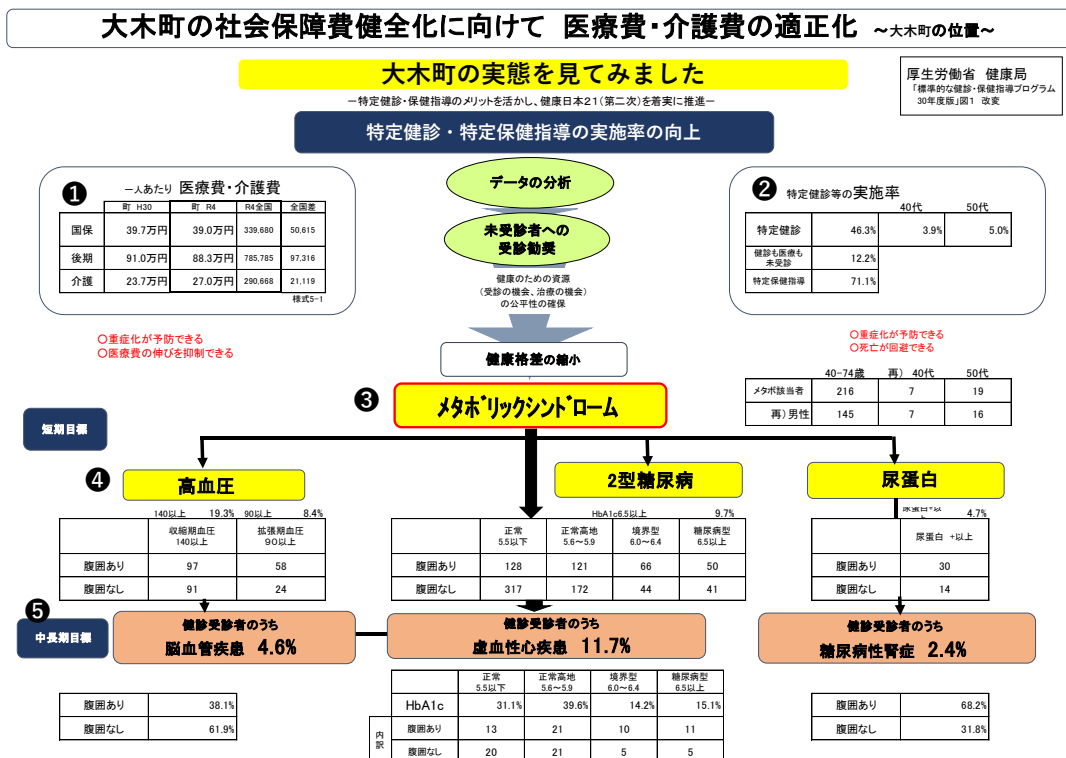
生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であるといえます。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

大木町においては、健康増進法や母子保健法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていくことが必要です。

V. ポピュレーションアプローチ

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みます。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出前講座等を通して広く町民へ周知していきます。(図表 66)

【図表 66】 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11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ります。

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)	・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)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・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)	・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)	・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、要介護率など)

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・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が被保険者分について定期的に行います。

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6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概要版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、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。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた大木町の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた大木町の位置

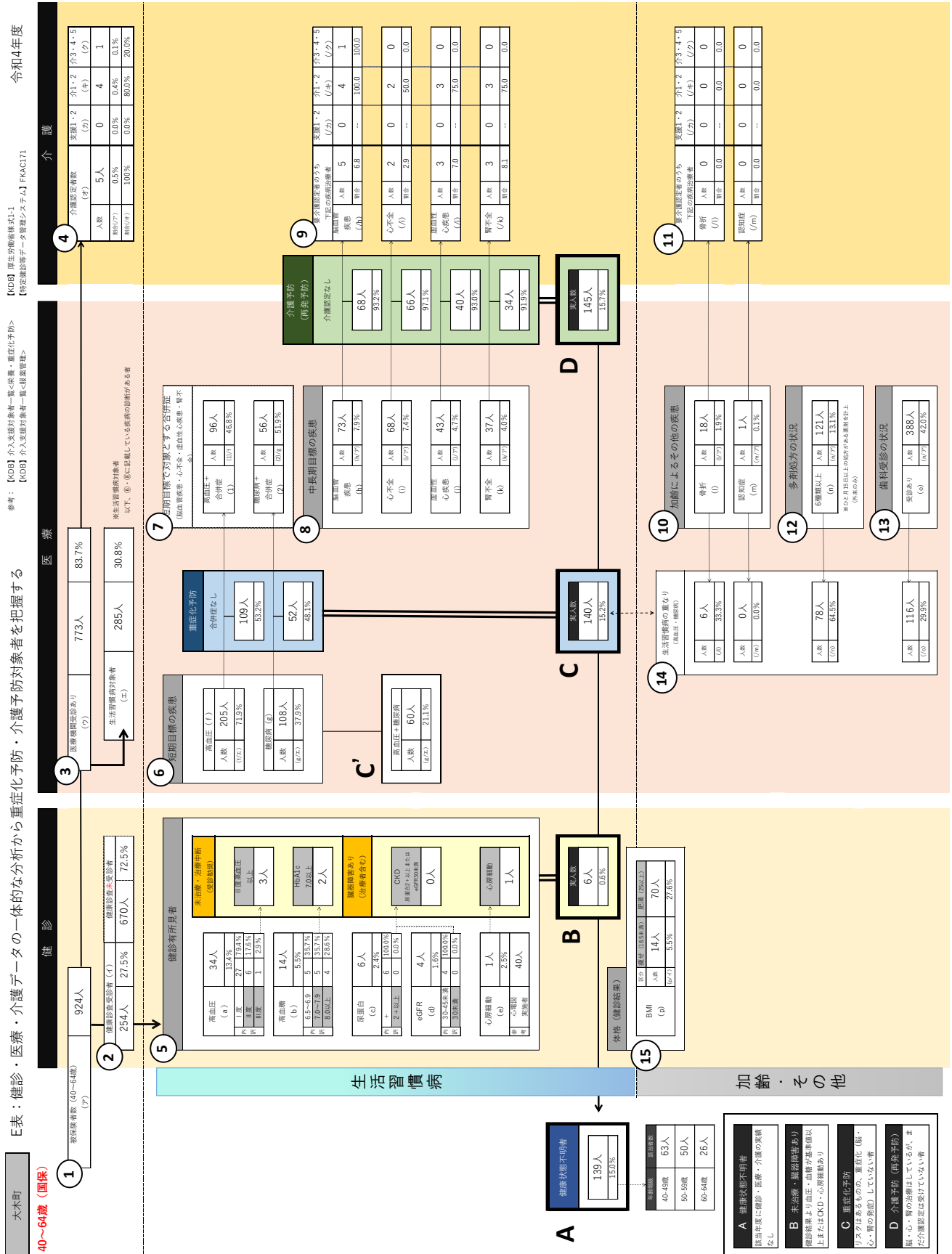
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた大木町の位置 (R04年度)

項目			大木町		同規模平均		福岡県		国				
			R04年度		R04年度		R04年度		R04年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 概況	①	人口構成	総人口		13,799		1,808,758		123,214,261				
			65歳以上(高齢化率)	4,036	29.2	667,156	36.9	1,395,142	28.1	35,335,805	28.7		
			75歳以上	1,974	14.3	--	--	699,717	14.1	18,248,742	14.8		
			65~74歳	2,062	14.9	--	--	695,425	14.0	17,087,063	13.9		
			40~64歳	4,457	32.3	--	--	1,608,951	32.4	41,545,893	33.7		
		39歳以下	5,306	38.5	--	--	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6			
	②	産業構成	第1次産業	11.9		13.4		2.9		4.0			
			第2次産業	25.2		27.1		21.2		25.0			
			第3次産業	63.0		59.5		75.9		71.0			
	③	平均寿命	男性	80.4		80.4		80.7		80.8			
女性			86.7		86.9		87.2		87.0				
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.2		79.5		80.1		80.1				
		女性	85.6		83.9		84.6		84.4				
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	104.8		103.9		101.2		100.0		
				女性	110.6		101.5		97.8		100.0		
			死因	がん	58	55.2	7,103	46.7	15,677	55.7	378,272	50.6	
				心臓病	34	32.4	4,457	29.3	6,458	22.9	205,485	27.5	
				脳疾患	10	9.5	2,405	15.8	3,576	12.7	102,900	13.8	
				糖尿病	1	1.0	309	2.0	596	2.1	13,896	1.9	
				腎不全	1	1.0	582	3.8	1,024	3.6	26,946	3.6	
	自殺	1	1.0	356	2.3	826	2.9	20,171	2.7				
	②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計	17	10.6	--	--	5,138	8.4	129,016	8.2		
			男性	11	13.3	--	--	3,313	11.0	84,891	10.6		
			女性	6	7.8	--	--	1,825	5.9	44,125	5.7		
	3 介護	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		692 17.2		123,092 18.6		277,144 19.9		6,724,030 19.4	
				新規認定者		10 0.2		2,019 0.3		4,582 0.3		110,289 0.3	
介護度別 総件数				要支援1.2	2,358	15.8	352,830	12.6	1,041,029	15.1	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	7,421	49.8	1,291,061	46.3	3,219,908	46.8	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	5,131	34.4	1,146,606	41.1	2,621,837	38.1	68,963,503	40.8	
2号認定者		11 0.2		2,178 0.4		5,495 0.3		156,107 0.4					
②		有病状況	糖尿病	157	20.8	29,521	22.9	66,990	23.1	1,712,613	24.3		
			高血圧症	415	56.7	69,159	54.1	156,979	54.4	3,744,672	53.3		
			脂質異常症	211	28.0	39,076	30.2	96,408	33.2	2,308,216	32.6		
			心臓病	446	62.5	77,477	60.7	175,116	60.8	4,224,628	60.3		
			脳疾患	204	26.6	29,613	23.5	68,049	23.8	1,568,292	22.6		
			がん	67	10.2	14,238	11.0	35,599	12.3	837,410	11.8		
			筋・骨格	362	49.8	67,887	53.1	158,168	55.0	3,748,372	53.4		
			精神	247	34.5	48,712	38.1	110,665	38.5	2,569,149	36.8		
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		269,549 1,087,899,182		303,361		291,818		290,668		
			1件当たり給付費(全体)		72,964		72,528		59,152		59,662		
			居宅サービス		45,962		44,391		41,206		41,272		
			施設サービス		299,808		291,231		298,399		296,364		
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	8,957		8,988		9,394		8,610		
	認定なし		4,157		4,226		4,251		4,020				
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		2,920		440,282		1,049,804		27,488,882		
			65~74歳	1,333	45.7	--	--	424,591	40.4	11,129,271	40.5		
			40~64歳	924	31.6	--	--	330,002	31.4	9,088,015	33.1		
			39歳以下	663	22.7	--	--	295,211	28.1	7,271,596	26.5		
	加入率		21.2		24.3		21.1		22.3				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	139	0.3	456	0.4	8,237	0.3		
			診療所数	13	4.5	1,177	2.7	4,711	4.5	102,599	3.7		
			病床数	120	41.1	17,962	40.8	82,664	78.7	1,507,471	54.8		
			医師数	18	6.2	2,218	5.0	16,784	16.0	339,611	12.4		
			外来患者数	800.4		708.1		721.4		687.8			
	入院患者数		21.9		22.2		21.2		17.7				
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		390,295		378,542		355,059		339,680		
			受診率		822,336		730,302		742,544		705,439		
			外来	費用の割合	60.5		57.0		56.1		60.4		
				件数の割合	97.3		97.0		97.1		97.5		
			入院	費用の割合	39.5		43.0		43.9		39.6		
				件数の割合	2.7		3.0		2.9		2.5		
1件あたり在院日数			17.0日		16.7日		16.8日		15.7日				

4 医療	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	174,900,520	30.4	32.0	32.1	32.2							
			慢性腎不全(透析あり)	47,222,220	8.2	7.8	4.7	8.2							
			糖尿病	61,282,710	10.7	11.2	9.7	10.4							
			高血圧症	46,593,750	8.1	6.6	6.1	5.9							
			脂質異常症	28,937,440	5.0	3.8	4.5	4.1							
			脳梗塞・脳出血	19,830,940	3.4	3.9	3.9	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	13,752,670	2.4	2.5	2.6	2.8							
			精神	97,941,310	17.0	15.1	18.0	14.7							
			筋・骨格	78,752,310	13.7	16.1	17.2	16.7							
			5 健診	⑤	医療費分析 一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	399	0.3	363	0.2	436	0.3	256	0.2
糖尿病	1,575	1.0					1,550	1.0	1,503	1.0	1,144	0.9			
脂質異常症	20	0.0					73	0.0	98	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	5,113	3.3					6,817	4.2	6,225	4.0	5,993	4.5			
虚血性心疾患	3,994	2.6					4,157	2.6	3,899	2.5	3,942	2.9			
腎不全	538	0.3					5,219	3.2	2,879	1.8	4,051	3.0			
医療費分析 一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症					15,558	6.6	13,015	6.0	10,862	5.5	10,143	4.9	
		糖尿病					20,117	8.5	21,723	10.1	17,042	8.6	17,720	8.6	
		脂質異常症					9,890	4.2	7,634	3.5	8,242	4.1	7,092	3.5	
		脳梗塞・脳出血					1,208	0.5	951	0.4	988	0.5	825	0.4	
		虚血性心疾患	1,681	0.7	1,821	0.8	1,826	0.9	1,722	0.8					
		腎不全	18,197	7.7	18,224	8.4	8,944	4.5	15,781	7.7					
		⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,924	2,885	1,757	2,031						
					健診未受診者	12,560	13,033	14,605	13,295						
				生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,575	8,199	4,913	6,142						
					健診未受診者	32,532	37,038	40,836	40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	481	53.4	82,799	58.4	115,028	56.5	3,698,441	56.9					
		医療機関受診率	445	49.4	74,226	52.4	106,472	52.3	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	36	4.0	8,573	6.1	8,556	4.2	322,722	5.0					
		健診受診者	901	141,687	203,487	6,503,152									
6 問診	①	特定健診の 状況 県内市町村数 63市町村 同規模市区町村数 152市町村	メタボ	健診受診者	43.3	県内8位 同規模80位	43.8	29.8	全国43位	35.3					
				受診率	31	26.7	2,951	17.8	3,557	15.7	69,327	9.0			
				特定保健指導終了者(実施率)	78	8.7	15,497	10.9	16,499	8.1	588,083	9.0			
				非肥満高血糖	196	21.8	30,235	21.3	41,492	20.4	1,321,197	20.3			
				メタボ	男性	131	33.0	21,095	32.0	28,832	32.7	923,222	32.0		
					女性	65	12.9	9,140	12.1	12,660	11.0	397,975	11.0		
					予備群	113	12.5	15,952	11.3	23,640	11.6	730,607	11.2		
				メタボ該当・予備群 レベル	男性	83	20.9	11,241	17.0	16,282	18.4	515,813	17.9		
					女性	30	6.0	4,711	6.2	7,358	6.4	214,794	5.9		
					総数	343	38.1	50,374	35.6	72,646	35.7	2,273,296	35.0		
				BMI	男性	237	59.7	35,285	53.5	50,118	56.8	1,592,747	55.3		
					女性	106	21.0	15,089	19.9	22,528	19.6	680,549	18.8		
					総数	45	5.0	7,897	5.6	7,553	3.7	304,276	4.7		
				②	生活習慣の 状況	喫煙	男性	4	1.0	1,324	2.0	1,120	1.3	48,780	1.7
							女性	41	8.1	6,573	8.7	6,433	5.6	255,496	7.1
							血糖のみ	2	0.2	955	0.7	1,328	0.7	41,541	0.6
							血圧のみ	89	9.9	11,657	8.2	16,417	8.1	514,593	7.9
							脂質のみ	22	2.4	3,340	2.4	5,895	2.9	174,473	2.7
							血糖・血圧	34	3.8	5,059	3.6	5,943	2.9	193,722	3.0
血糖・脂質	15	1.7	1,443				1.0	2,251	1.1	67,212	1.0				
血圧・脂質	94	10.4	13,553				9.6	20,176	9.9	630,648	9.7				
血糖・血圧・脂質	53	5.9	10,180				7.2	13,122	6.4	429,615	6.6				
③	生活習慣の 状況	服薬	高血圧				352	39.1	55,815	39.4	72,651	35.7	2,324,538	35.8	
			糖尿病	99	11.0	14,192	10.0	18,624	9.2	564,473	8.7				
			脂質異常症	252	28.0	39,744	28.1	57,694	28.4	1,817,350	28.0				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	33	3.7	4,238	3.1	7,213	3.6	199,003	3.1				
			既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	61	6.8	8,077	5.9	12,883	6.4	349,845	5.5			
				腎不全	15	1.7	1,245	0.9	2,186	1.1	51,680	0.8			
				貧血	82	9.2	12,089	8.9	23,070	11.4	669,737	10.6			
			④	生活習慣の 状況	喫煙	週3回以上朝食を抜く	142	15.8	19,577	13.8	28,915	14.2	896,676	13.8	
						週3回以上食後間食(～H29)	98	10.9	10,726	8.0	24,370	12.5	609,166	10.3	
						週3回以上就寝前夕食(H30～)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
						週3回以上就寝前夕食	160	17.8	20,886	15.5	28,352	14.6	932,218	15.7	
						食べる速度が遅い	160	17.8	20,886	15.5	28,352	14.6	932,218	15.7	
						20歳時体重から10kg以上増加	282	31.3	35,250	26.1	55,055	28.2	1,590,713	26.8	
						1日30分以上運動習慣なし	332	37.0	46,943	34.9	68,702	35.2	2,083,152	34.9	
1日1時間以上運動なし	564	62.7				87,224	64.6	112,044	57.4	3,589,415	60.3				
睡眠不足	369	41.1				65,749	48.7	93,068	47.7	2,858,913	48.0				
⑤	生活習慣の 状況	睡眠不足				毎日飲酒	212	23.6	33,002	24.5	47,733	24.5	1,521,685	25.6	
			時々飲酒	226	25.1	35,225	25.7	51,540	25.5	1,585,206	25.5				
			1合未満	206	22.9	28,823	21.1	47,808	23.7	1,393,154	22.4				
			1～2合	566	73.9	52,589	60.4	89,416	64.3	2,851,798	64.2				
			2～3合	139	18.1	22,931	26.4	34,977	25.2	1,053,317	23.7				
			3合以上	55	7.2	8,971	10.3	11,733	8.4	414,658	9.3				
⑥	生活習慣の 状況	酒量	1日1時間以上運動なし	6	0.8	2,518	2.9	2,938	2.1	122,039	2.7				
			3合以上	6	0.8	2,518	2.9	2,938	2.1	122,039	2.7				

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



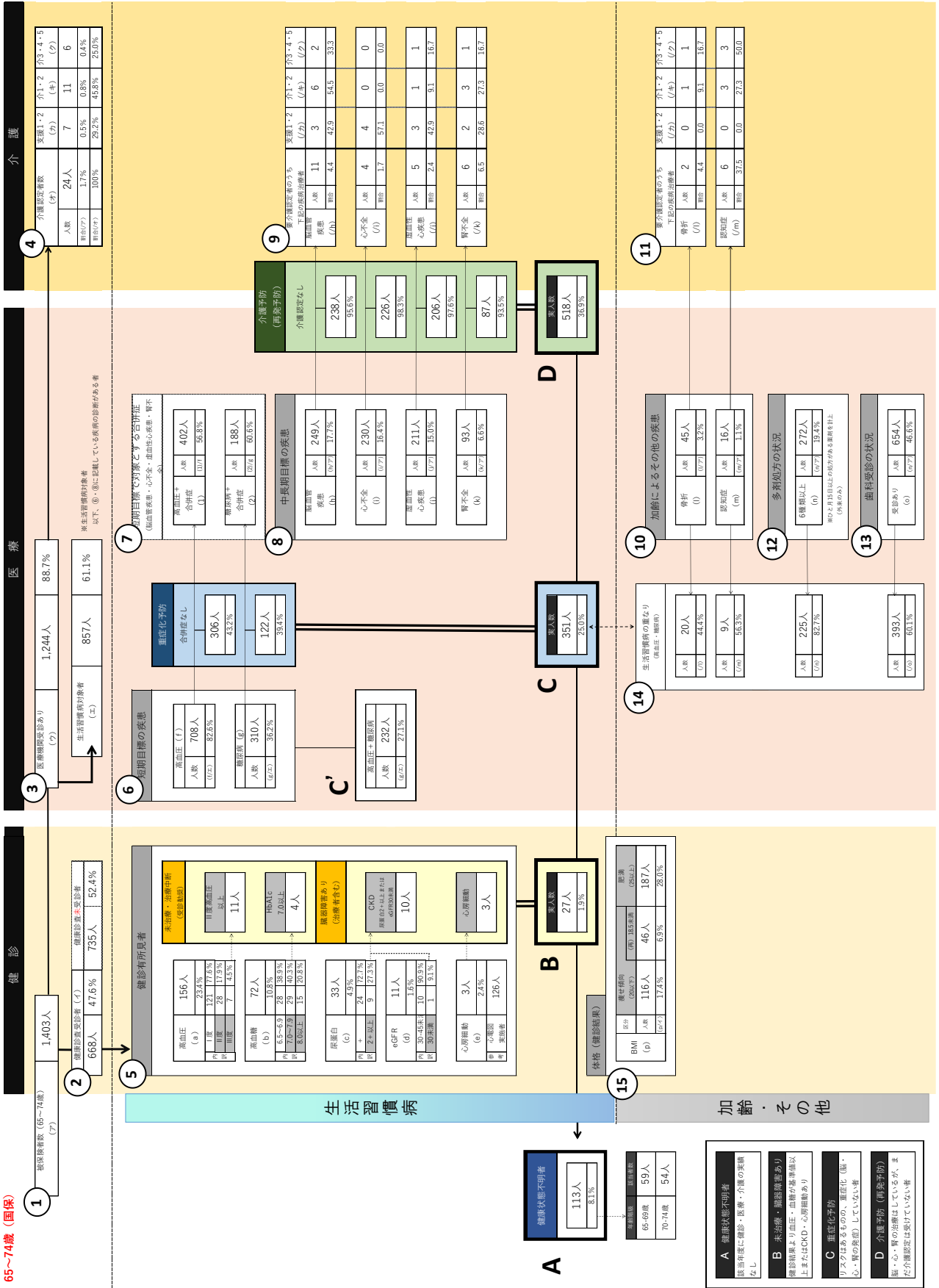
② 65～74歳(国保)

【KOB】厚生労働省様式1-1
【特定保健指導等データ管理システム】FKAG171

参考：【KOB】介入支援対象者一覧<医療・重症化予防>
【KOB】介入支援対象者一覧<医療管理>

E表：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する

大木町
65～74歳(国保)

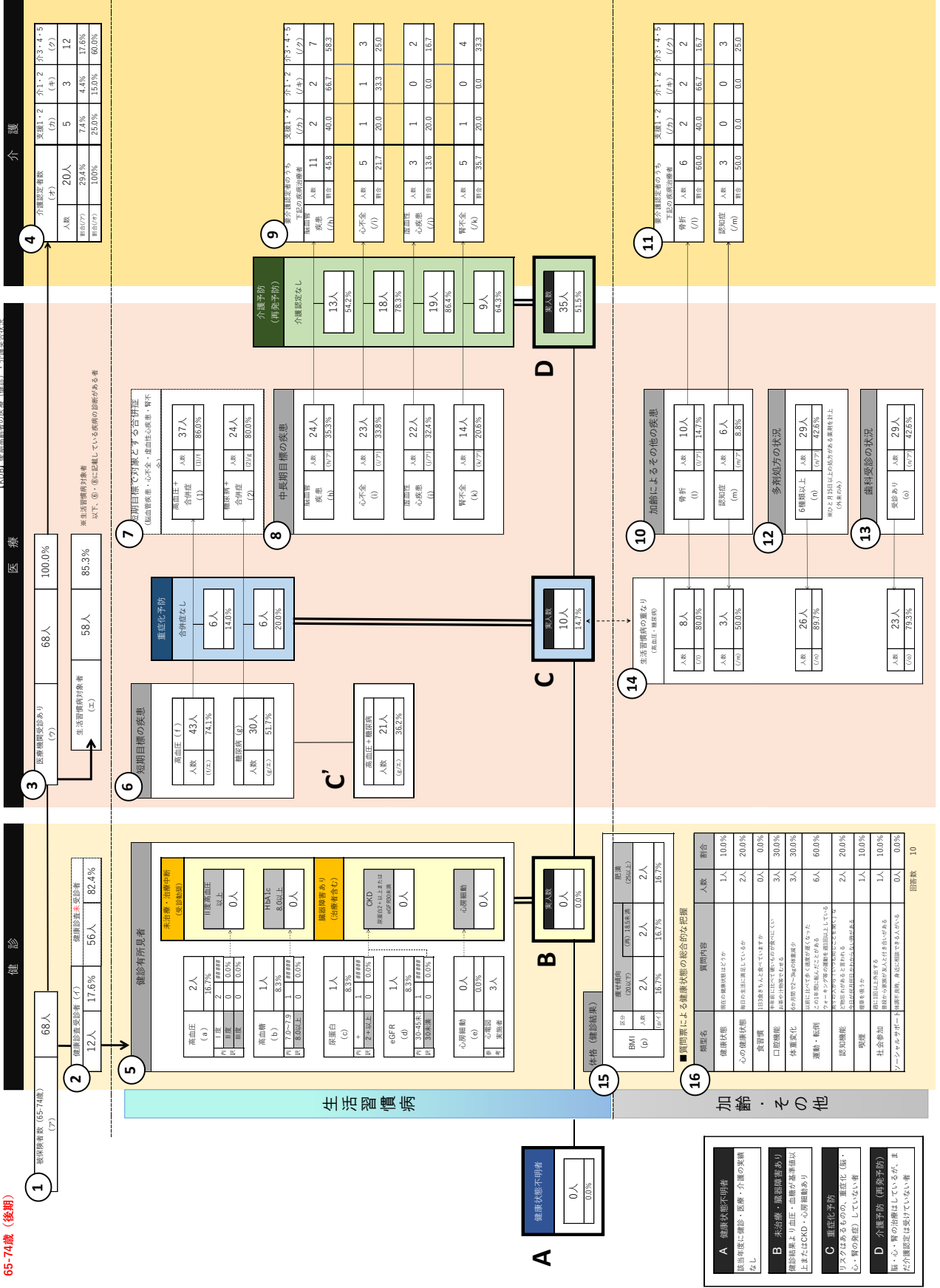


③ 65～74歳(後期)

大木町 65-74歳(後期) E表：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する

【KDB】 介護予防種別コード1-1 【特定機能等データ管理システム】 FKAC171

【KDB】 介護支援対象者一覽を把握・重症化予防> 【KDB】 介護支援対象者一覽を把握管理> 【KDB】 後期高齢者の健康(健診)・介護実況



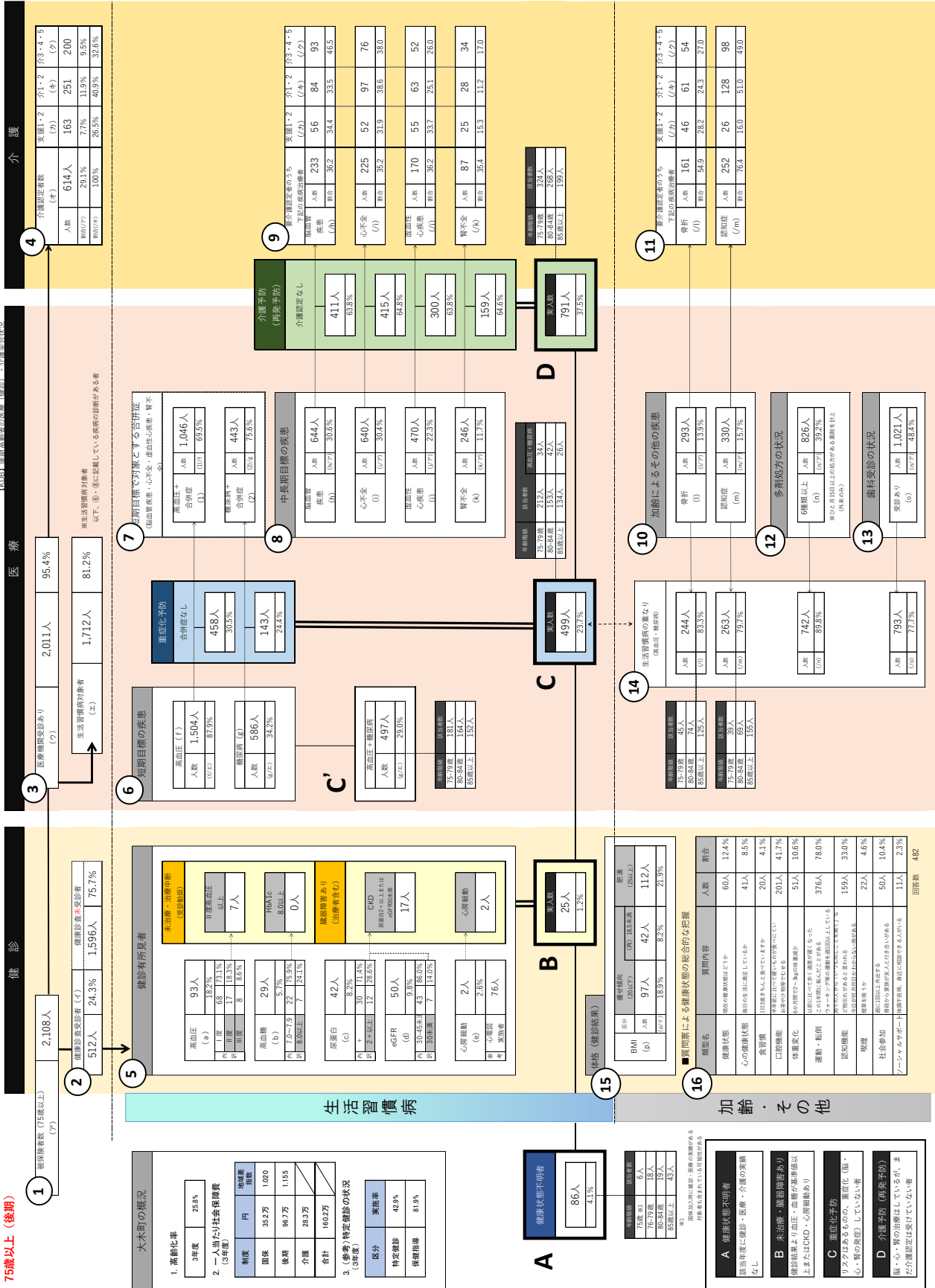
④75歳以上(後期)

令和4年度

【K08】厚生労働省様式1-1
【特定】高齢者等データベース管理システム FRAC171

参考：【K08】介入支援対象者一覧<医療・重症化予防>
【K08】介入支援対象者一覧<介護管理>
【K08】後期高齢者の医療（継続） - 介護実態調査

E表：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する



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

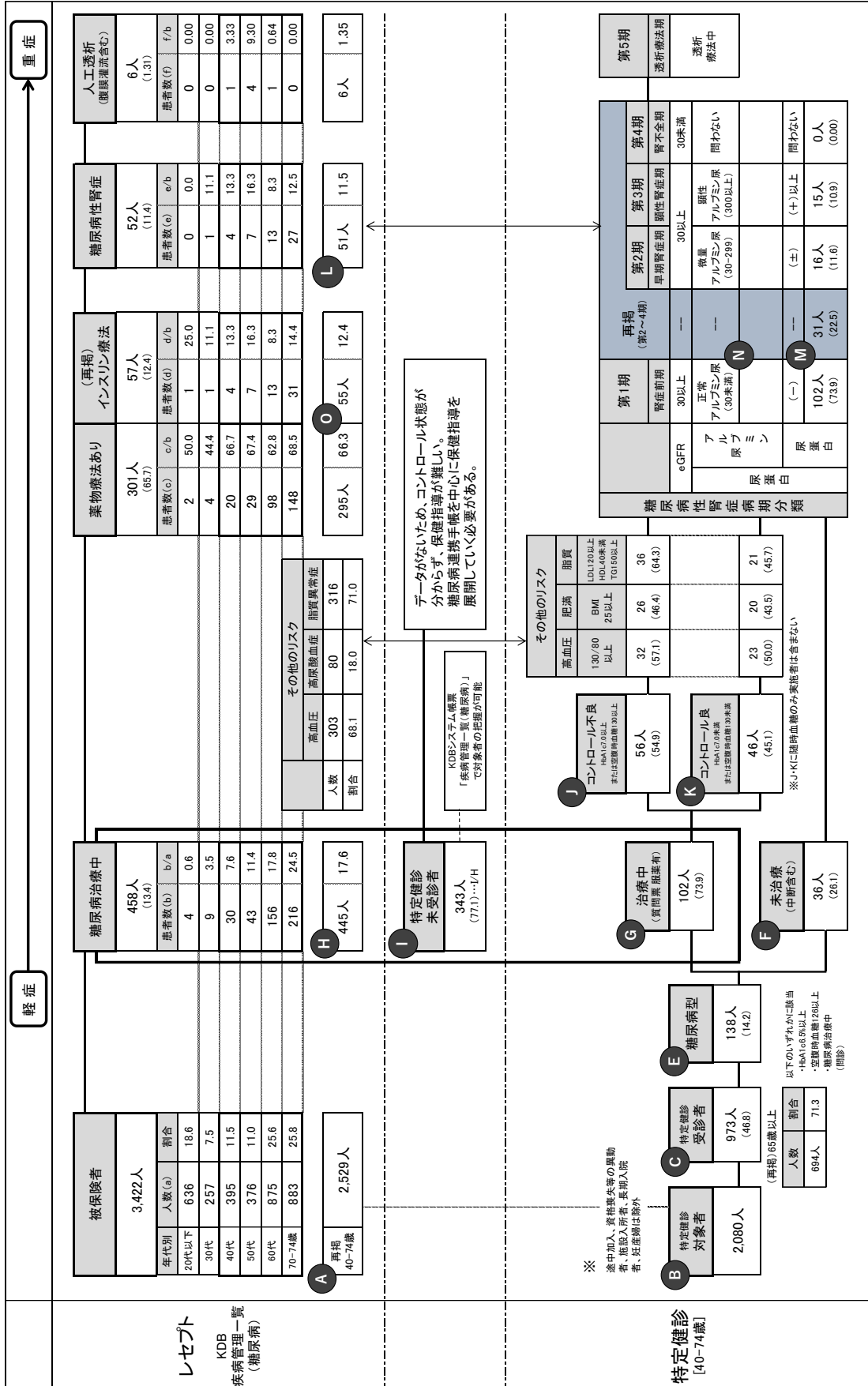
様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実数	割合	大木町								同規模保険者(平均)		データ基		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1 ① 被保険者数			3,194人		3,171人		3,092人		3,106人		3,041人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳		2,447人		2,424人		2,384人		2,413人		2,365人				
2 ① 対象者数			2,210人		2,156人		2,148人		2,140人		2,060人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書	
	② 特定健診		922人		918人		1,040人		911人		954人				
	③ 受診率		41.7%		42.6%		48.4%		42.6%		46.3%				
3 ① 特定 保健指導			141人		119人		137人		94人		121人				
	② 実施率		53.2%		58.0%		81.0%		87.2%		76.8%				
4 健診 データ	① 糖尿病型	E	131人	13.6%	154人	15.9%	176人	16.1%	166人	17.2%	138人	14.2%		特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	46人	35.1%	53人	34.4%	45人	25.6%	42人	25.3%	36人	26.1%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	85人	64.9%	101人	65.6%	131人	74.4%	124人	74.7%	102人	73.9%			
	④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	50人	58.8%	58人	57.4%	70人	53.4%	76人	61.3%	56人	54.9%			
	⑤ 血圧 130/80以上	J	32人	64.0%	37人	63.8%	41人	58.6%	42人	55.3%	34人	60.7%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	17人	34.0%	28人	48.3%	31人	44.3%	34人	44.7%	27人	48.2%			
	⑦ コントロール良 HbA1c6.9%未満かつ空腹時血糖130未満	K	35人	41.2%	43人	42.6%	61人	46.6%	48人	38.7%	46人	45.1%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	102人	77.9%	120人	77.9%	140人	79.5%	122人	73.5%	102人	73.9%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	10人	7.6%	6人	3.9%	14人	8.0%	15人	9.0%	16人	11.6%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	18人	13.7%	24人	15.6%	14人	8.0%	12人	7.2%	15人	10.9%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	1人	0.8%	3人	1.9%	1人	0.6%	2人	1.2%	0人	0.0%			
5 レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		106.1人		103.8人		96.1人		108.2人		105.6人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳(被保険者千対)		136.5人		133.3人		122.9人		135.5人		132.8人				
	③ レセプト件数 (40-74歳)		1,860件	(774.7)	1,999件	(847.8)	2,173件	(916.5)	2,276件	(968.1)	2,229件	(987.6)	334,283件	(942.0)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院外(件数)		15件	(6.2)	19件	(8.1)	22件	(9.3)	12件	(5.1)	14件	(6.2)	1,709件	(4.8)	
	⑤ 糖尿病治療中	H	339人	10.6%	329人	10.4%	297人	9.6%	336人	10.8%	321人	10.6%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥ (再掲) 40-74歳	H	334人	13.6%	323人	13.3%	293人	12.3%	327人	13.6%	314人	13.3%			
	⑦ 健診未受診者	I	249人	74.6%	238人	73.7%	162人	55.3%	203人	62.1%	212人	67.5%			
	⑧ インスリン治療	O	34人	10.0%	33人	10.0%	27人	9.1%	26人	7.7%	29人	9.0%			
	⑨ (再掲) 40-74歳	O	33人	9.9%	32人	9.9%	26人	8.9%	24人	7.3%	29人	9.2%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	24人	7.1%	19人	5.8%	27人	9.1%	31人	9.2%	34人	10.6%			
	⑪ (再掲) 40-74歳	L	23人	6.9%	19人	5.9%	26人	8.9%	30人	9.2%	33人	10.5%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	1.5%	3人	0.9%	6人	2.0%	7人	2.1%	6人	1.9%			
	⑬ (再掲) 40-74歳		5人	1.5%	3人	0.9%	6人	2.0%	7人	2.1%	6人	1.9%			
	⑭ 新規透析患者数		2	40.0%	2	66.7%	0	0%	2	28.6%	0	0%			
	⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		-	-	1	50.0%	0	0%	1	50.0%	0	0%			
	⑯ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	2.3%	11人	2.7%	13人	3.0%	10人	2.3%	13人	2.9%		KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6 医療費	① 総医療費		12億5615万円		12億1558万円		11億4803万円		10億6699万円		11億3966万円		10億9648万円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		6億6040万円		6億6299万円		6億2053万円		5億5067万円		5億7456万円		5億9067万円		
	③ (総医療費に占める割合)		52.6%		54.5%		54.1%		51.6%		50.4%		53.9%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,810円		8,211円		7,181円		5,803円		7,575円		8,199円		
	⑤ 健診未受診者	38,478円		37,549円		34,818円		30,616円		32,532円		37,038円			
	⑥ 糖尿病医療費	5817万円		6082万円		6667万円		6444万円		6128万円		6602万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	8.8%		9.2%		10.7%		11.7%		10.7%		11.2%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	1億4525万円		1億5539万円		1億7259万円		1億6246万円		1億6567万円					
	⑨ 1件あたり	32,759円		34,309円		38,457円		35,457円		37,660円					
	⑩ 糖尿病入院総医療費	1億3180万円		1億0882万円		1億1043万円		8206万円		9478万円					
	⑪ 1件あたり	633,662円		614,784円		616,928円		626,393円		752,221円					
	⑫ 在院日数	19日		17日		17日		15日		14日					
	⑬ 慢性腎不全医療費	5770万円		6691万円		6180万円		5439万円		4815万円		4999万円			
⑭ 透析有り	5417万円		6413万円		5826万円		5261万円		4722万円		4634万円				
⑮ 透析なし	353万円		277万円		355万円		178万円		93万円		364万円				
7 介護	① 介護給付費	8億6469万円		9億2991万円		9億7018万円		10億3299万円		10億8790万円		13億3151万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症	1件	20.0%	1件	20.0%	2件	28.6%	1件	20.0%	1件	20.0%				
8 ① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	4人	2.3%	1人	0.6%	2人	1.1%	2人	1.1%	1人	0.6%	582人	1.1%	KDB_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度

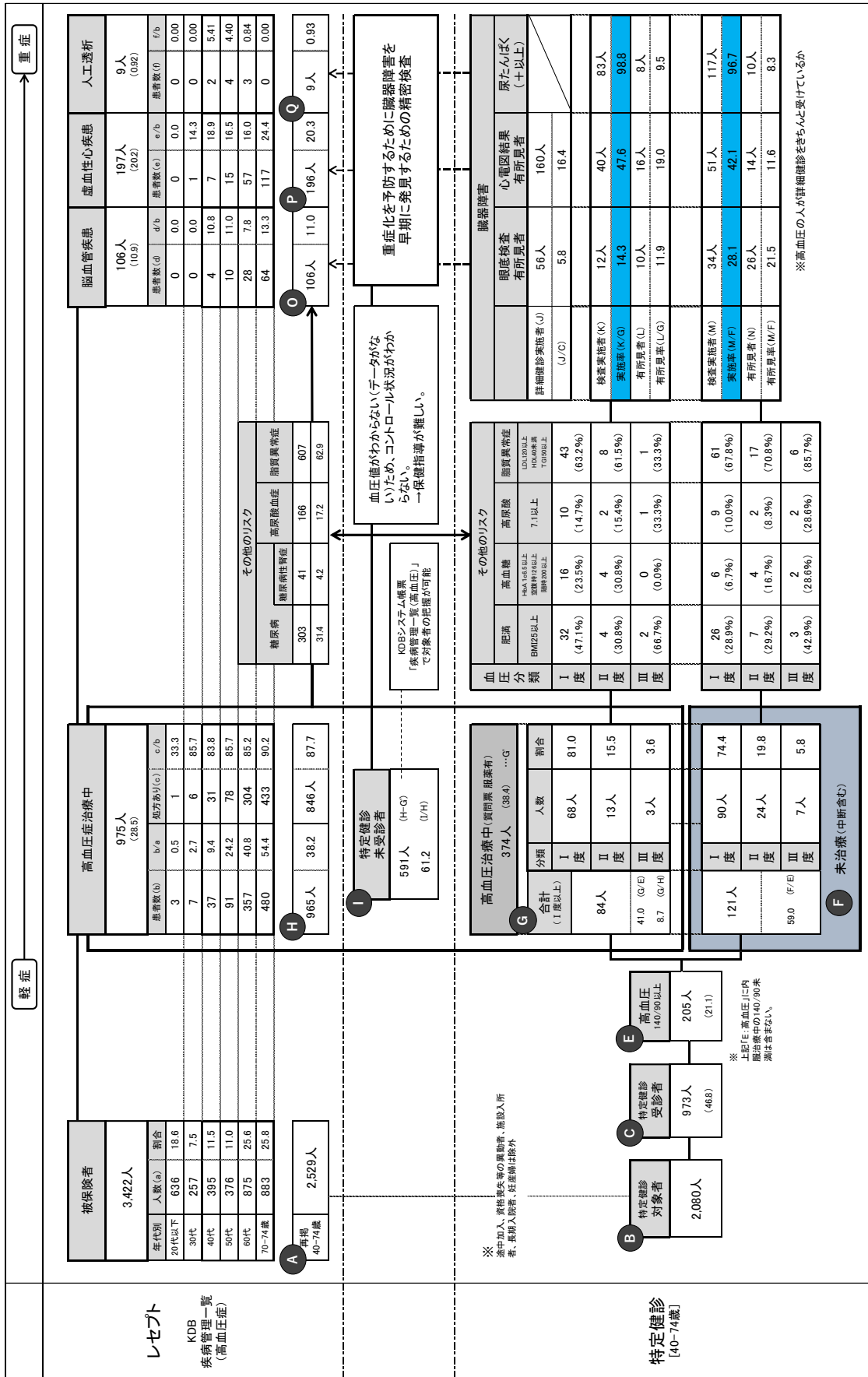


※レセプト情報は、該当年度に診療がある者を対象とし(年度途中の加入者や年度末時点での資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票-介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

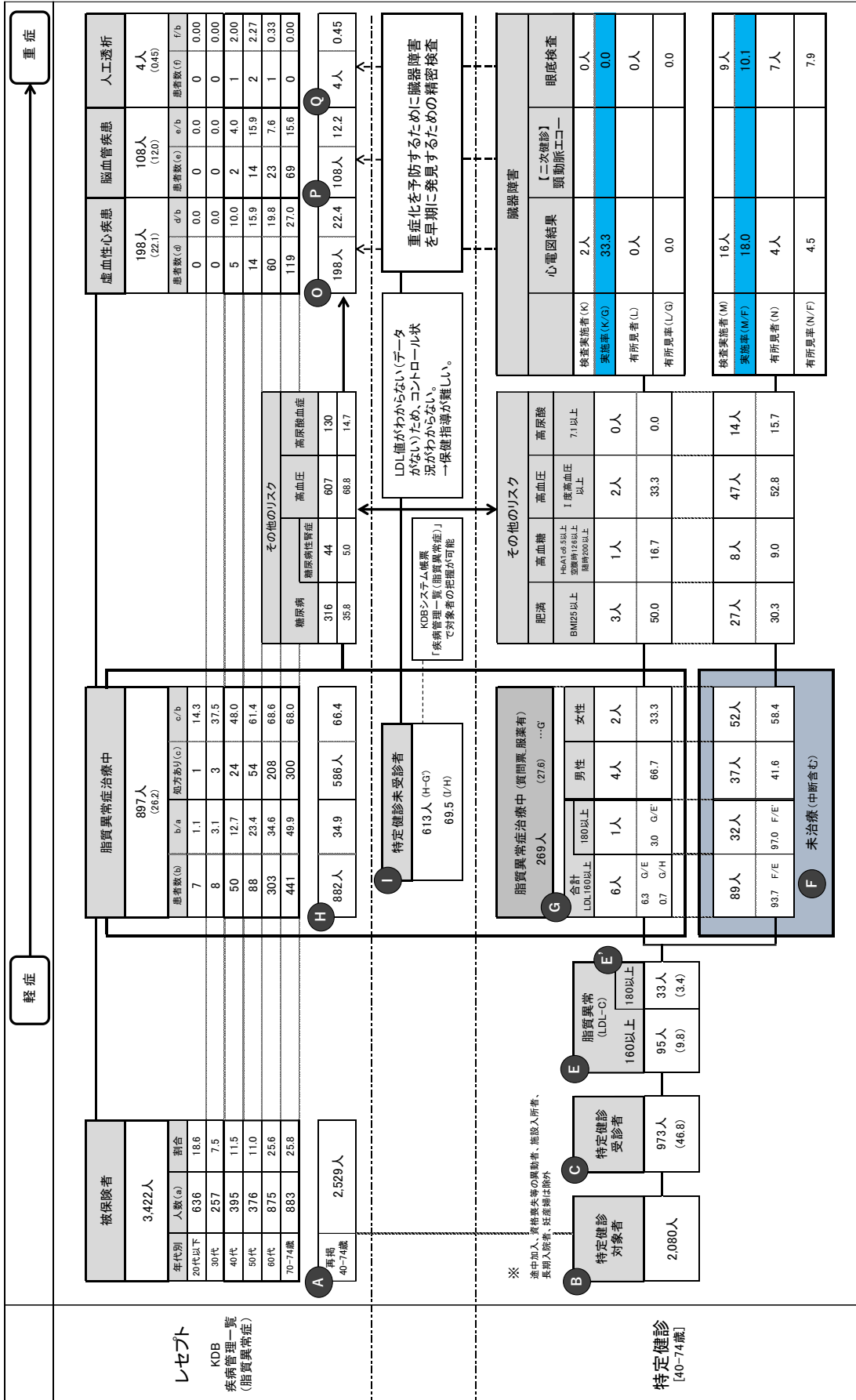
令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を対象とし、年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む。
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB構築・介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防)」から集計

参考資料7 HbA1Cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる						
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
H29	813	377	46.4%	258	31.7%	99	12.2%	36	4.4%	31	3.8%	12	1.5%	22	2.7%	11	1.4%	
H30	920	365	39.7%	338	36.7%	112	12.2%	49	5.3%	34	3.7%	22	2.4%	41	4.5%	16	1.7%	
R01	956	361	37.8%	335	35.0%	141	14.7%	53	5.5%	47	4.9%	19	2.0%	40	4.2%	12	1.3%	
R02	1,012	399	39.4%	346	34.2%	129	12.7%	67	6.6%	47	4.6%	24	2.4%	50	4.9%	13	1.3%	
R03	873	384	44.0%	257	29.4%	117	13.4%	40	4.6%	56	6.4%	19	2.2%	45	5.2%	15	1.7%	
R04	939	445	47.4%	293	31.2%	110	11.7%	36	3.8%	35	3.7%	20	2.1%	37	3.9%	11	1.2%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者-予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

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	再掲	割合
H29	813	377	258	99	79	26	53	9.7%	5.3%
					43	10	33		
H30	920	365	338	112	105	38	67	11.4%	6.1%
					56	19	37		
R01	956	361	335	141	119	45	74	12.4%	6.9%
					66	18	48		
R02	1,012	399	346	129	138	36	102	13.6%	7.0%
					71	14	57		
R03	873	384	257	117	115	26	89	13.2%	8.6%
					75	14	61		
R04	939	445	293	110	91	25	66	9.7%	5.9%
					55	13	42		

治療と未治療の状況

	HbA1c測定		保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲				
			正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる							
			5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P				
治療中	H29	71	8.7%	0	0.0%	5	7.0%	13	18.3%	20	28.2%	22	31.0%	11	15.5%	20	28.2%	10	14.1%
	H30	85	9.2%	2	2.4%	3	3.5%	13	15.3%	30	35.3%	25	29.4%	12	14.1%	24	28.2%	9	10.6%
	R01	99	10.4%	0	0.0%	4	4.0%	21	21.2%	26	26.3%	36	36.4%	12	12.1%	29	29.3%	6	6.1%
	R02	130	12.8%	1	0.8%	2	1.5%	25	19.2%	45	34.6%	35	26.9%	22	16.9%	44	33.8%	12	9.2%
	R03	123	14.1%	3	2.4%	4	3.3%	27	22.0%	28	22.8%	46	37.4%	15	12.2%	36	29.3%	12	9.8%
	R04	100	10.6%	1	1.0%	10	10.0%	23	23.0%	24	24.0%	28	28.0%	14	14.0%	27	27.0%	5	5.0%
治療なし	H29	742	91.3%	377	50.8%	253	34.1%	86	11.6%	16	2.2%	9	1.2%	1	0.1%	2	0.3%	1	0.1%
	H30	835	90.8%	363	43.5%	335	40.1%	99	11.9%	19	2.3%	9	1.1%	10	1.2%	17	2.0%	7	0.8%
	R01	857	89.6%	361	42.1%	331	38.6%	120	14.0%	27	3.2%	11	1.3%	7	0.8%	11	1.3%	6	0.7%
	R02	882	87.2%	398	45.1%	344	39.0%	104	11.8%	22	2.5%	12	1.4%	2	0.2%	6	0.7%	1	0.1%
	R03	750	85.9%	381	50.8%	253	33.7%	90	12.0%	12	1.6%	10	1.3%	4	0.5%	9	1.2%	3	0.4%
	R04	839	89.4%	444	52.9%	283	33.7%	87	10.4%	12	1.4%	7	0.8%	6	0.7%	10	1.2%	6	0.7%

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	813	213	26.2%	163	20.0%	286	35.2%	130	16.0%	20	2.5%	1	0.1%
H30	921	253	27.5%	192	20.8%	295	32.0%	135	14.7%	38	4.1%	8	0.9%
R01	970	256	26.4%	178	18.4%	340	35.1%	157	16.2%	29	3.0%	10	1.0%
R02	1,088	227	20.9%	246	22.6%	376	34.6%	197	18.1%	35	3.2%	7	0.6%
R03	938	236	25.2%	192	20.5%	327	34.9%	148	15.8%	27	2.9%	8	0.9%
R04	973	247	25.4%	163	16.8%	358	36.8%	158	16.2%	37	3.8%	10	1.0%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
					再Ⅱ度高血圧	割合	割合	割合	割合						
															人数
H29	813	376 46.2%	286 35.2%	130 16.0%	21 2.6%	12 57.1%	9 42.9%	1	0.1%	0	0.0%	1	100.0%	0.1%	2.6%
H30	921	445 48.3%	295 32.0%	135 14.7%	46 5.0%	28 60.9%	18 39.1%	8 0.9%	5 62.5%	3 37.5%	0.9%	5.0%			
R01	970	434 44.7%	340 35.1%	157 16.2%	39 4.0%	21 53.8%	18 46.2%	10 1.0%	9 90.0%	1 10.0%	1.0%	4.0%			
R02	1,088	473 43.5%	376 34.6%	197 18.1%	42 3.9%	19 45.2%	23 54.8%	7 0.6%	6 85.7%	1 14.3%	0.6%	3.9%			
R03	938	428 45.6%	327 34.9%	148 15.8%	35 3.7%	19 54.3%	16 45.7%	8 0.9%	5 62.5%	3 37.5%	0.9%	3.7%			
R04	973	410 42.1%	358 36.8%	158 16.2%	47 4.8%	31 66.0%	16 34.0%	10 1.0%	7 70.0%	3 30.0%	1.0%	4.8%			

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	281	34.6%	31	11.0%	58	20.6%	122	43.4%	61	21.7%	8	2.8%	1	0.4%
	H30	301	32.7%	47	15.6%	68	22.6%	112	37.2%	56	18.6%	15	5.0%	3	1.0%
	R01	352	36.3%	56	15.9%	68	19.3%	144	40.9%	66	18.8%	17	4.8%	1	0.3%
	R02	443	40.7%	49	11.1%	101	22.8%	175	39.5%	95	21.4%	22	5.0%	1	0.2%
	R03	382	40.7%	59	15.4%	88	23.0%	146	38.2%	73	19.1%	13	3.4%	3	0.8%
R04	374	38.4%	49	13.1%	66	17.6%	175	46.8%	68	18.2%	13	3.5%	3	0.8%	
治療なし	H29	532	65.4%	182	34.2%	105	19.7%	164	30.8%	69	13.0%	12	2.3%	0	0.0%
	H30	620	67.3%	206	33.2%	124	20.0%	183	29.5%	79	12.7%	23	3.7%	5	0.8%
	R01	618	63.7%	200	32.4%	110	17.8%	196	31.7%	91	14.7%	12	1.9%	9	1.5%
	R02	645	59.3%	178	27.6%	145	22.5%	201	31.2%	102	15.8%	13	2.0%	6	0.9%
	R03	556	59.3%	177	31.8%	104	18.7%	181	32.6%	75	13.5%	14	2.5%	5	0.9%
R04	599	61.6%	198	33.1%	97	16.2%	183	30.6%	90	15.0%	24	4.0%	7	1.2%	

参考資料9 LDL-Cの年次比較

LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	813	391	48.1%	201	24.7%	145	17.8%	53	6.5%	23	2.8%
	H30	921	419	45.5%	252	27.4%	144	15.6%	70	7.6%	36	3.9%
	R01	962	448	46.6%	243	25.3%	160	16.6%	65	6.8%	46	4.8%
	R02	1,078	502	46.6%	262	24.3%	186	17.3%	84	7.8%	44	4.1%
	R03	936	440	47.0%	212	22.6%	154	16.5%	84	9.0%	46	4.9%
R04	973	493	50.7%	217	22.3%	168	17.3%	62	6.4%	33	3.4%	
男性	H29	352	200	56.8%	74	21.0%	49	13.9%	21	6.0%	8	2.3%
	H30	415	217	52.3%	93	22.4%	63	15.2%	27	6.5%	15	3.6%
	R01	439	225	51.3%	102	23.2%	67	15.3%	26	5.9%	19	4.3%
	R02	495	239	48.3%	133	26.9%	77	15.6%	29	5.9%	17	3.4%
	R03	417	208	49.9%	92	22.1%	69	16.5%	30	7.2%	18	4.3%
R04	434	242	55.8%	88	20.3%	63	14.5%	30	6.9%	11	2.5%	
女性	H29	461	191	41.4%	127	27.5%	96	20.8%	32	6.9%	15	3.3%
	H30	506	202	39.9%	159	31.4%	81	16.0%	43	8.5%	21	4.2%
	R01	523	223	42.6%	141	27.0%	93	17.8%	39	7.5%	27	5.2%
	R02	583	263	45.1%	129	22.1%	109	18.7%	55	9.4%	27	4.6%
	R03	519	232	44.7%	120	23.1%	85	16.4%	54	10.4%	28	5.4%
R04	539	251	46.6%	129	23.9%	105	19.5%	32	5.9%	22	4.1%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲		再掲
					再)180以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	813	391	201	145	76	66	10	9.3%	2.8%	9.3%
		48.1%	24.7%	17.8%	9.3%	86.8%	13.2%	2.8%	69.6%	30.4%
H30	921	419	252	144	106	97	9	11.5%	3.9%	11.5%
		45.5%	27.4%	15.6%	11.5%	91.5%	8.5%	3.9%	91.7%	8.3%
R01	962	448	243	160	111	102	9	11.5%	4.8%	11.5%
		46.6%	25.3%	16.6%	11.5%	91.9%	8.1%	4.8%	89.1%	10.9%
R02	1,078	502	262	186	128	113	15	11.9%	4.1%	11.9%
		46.6%	24.3%	17.3%	11.9%	88.3%	11.7%	4.1%	88.6%	11.4%
R03	936	440	212	154	130	118	12	13.9%	4.9%	13.9%
		47.0%	22.6%	16.5%	13.9%	90.8%	9.2%	4.9%	93.5%	6.5%
R04	973	493	217	168	95	89	6	9.8%	3.4%	9.8%
		50.7%	22.3%	17.3%	9.8%	93.7%	6.3%	3.4%	97.0%	3.0%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	171	21.0%	114	66.7%	29	17.0%	18	10.5%	3	1.8%	7	4.1%
	H30	191	20.7%	130	68.1%	40	20.9%	12	6.3%	6	3.1%	3	1.6%
	R01	215	22.3%	155	72.1%	37	17.2%	14	6.5%	4	1.9%	5	2.3%
	R02	279	25.9%	196	70.3%	51	18.3%	17	6.1%	10	3.6%	5	1.8%
	R03	256	27.4%	183	71.5%	44	17.2%	17	6.6%	9	3.5%	3	1.2%
R04	269	27.6%	191	71.0%	45	16.7%	27	10.0%	5	1.9%	1	0.4%	
治療なし	H29	642	79.0%	277	43.1%	172	26.8%	127	19.8%	50	7.8%	16	2.5%
	H30	730	79.3%	289	39.6%	212	29.0%	132	18.1%	64	8.8%	33	4.5%
	R01	747	77.7%	293	39.2%	206	27.6%	146	19.5%	61	8.2%	41	5.5%
	R02	799	74.1%	306	38.3%	211	26.4%	169	21.2%	74	9.3%	39	4.9%
	R03	680	72.6%	257	37.8%	168	24.7%	137	20.1%	75	11.0%	43	6.3%
R04	704	72.4%	302	42.9%	172	24.4%	141	20.0%	57	8.1%	32	4.5%	

大木町国民健康保険

〒830-0416

福岡県三潞郡大木町大字八町牟田 255-1

TEL 0944-32-1013(代表)