

うきは市国民健康保険
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

うきは市

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期計画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期データヘルス計画の評価
 - 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) 優先して解決を目指す健康課題の明確化
 - 2) 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) ……46

1. 第4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. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知
9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

第4章 課題解決するための個別保健事業54

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組
 - 1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
 - 2) 高血圧重症化予防
 - 3) 糖尿病性腎症重症化予防
3. 特定健康診査未受診者勧奨
4. ポピュレーションアプローチ(対象を限定しない集団全体への介入)
5. 発症予防
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
7. 医療機関への頻回・重複受診者や重複・多剤服薬者への保健指導
8. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)普及促進

第5章 計画の評価・見直し70

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71

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料72

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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」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計画における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市の課題等を踏まえ、本市では、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和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、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、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、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)

本市では、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)

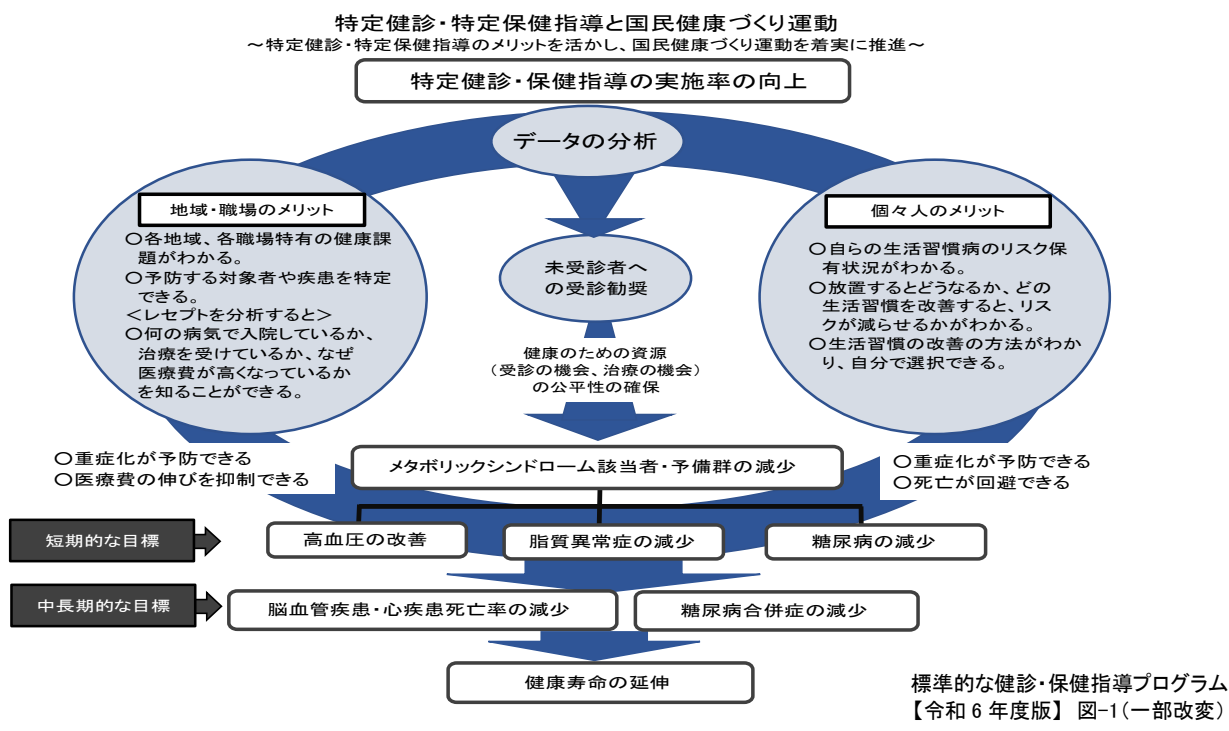
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※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

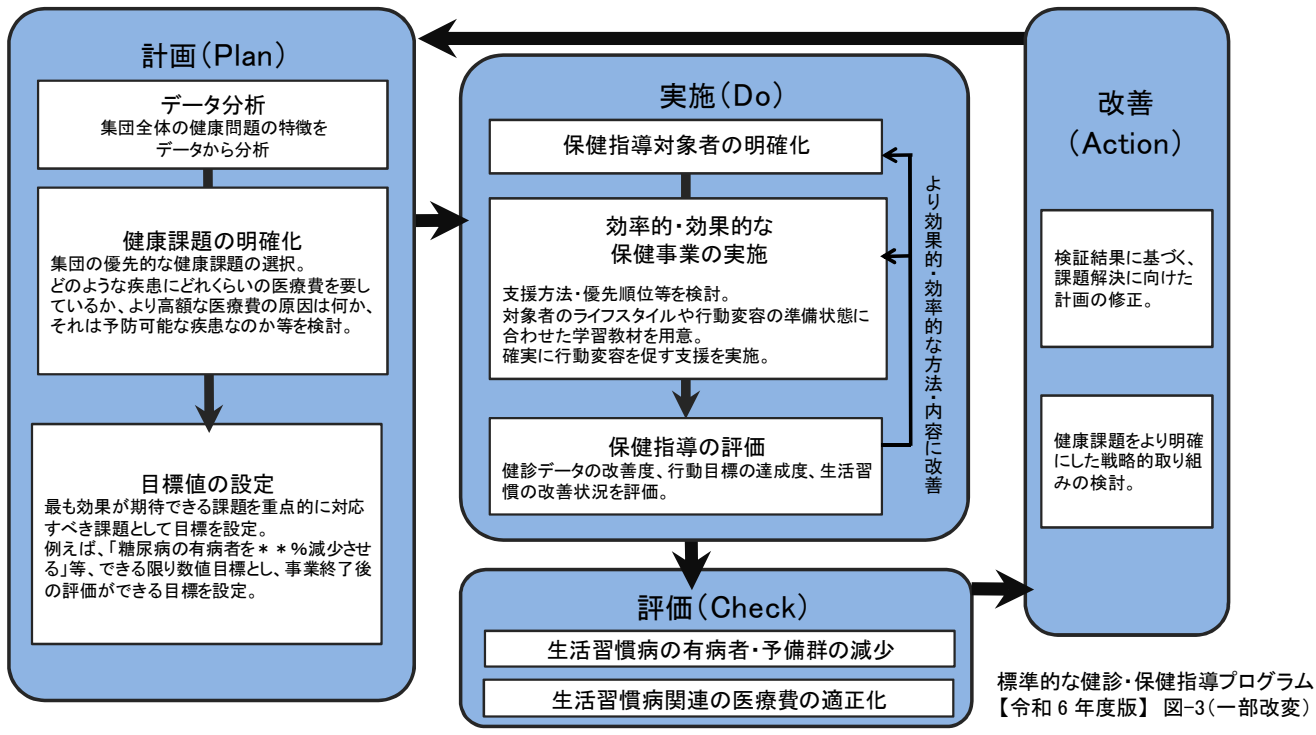
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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年～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 康づくりの展開により実効性を持 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、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで縦断的)	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青年期・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		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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 精神神経疾患
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
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
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 ・医療資源の効果的・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・事業費運動分)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



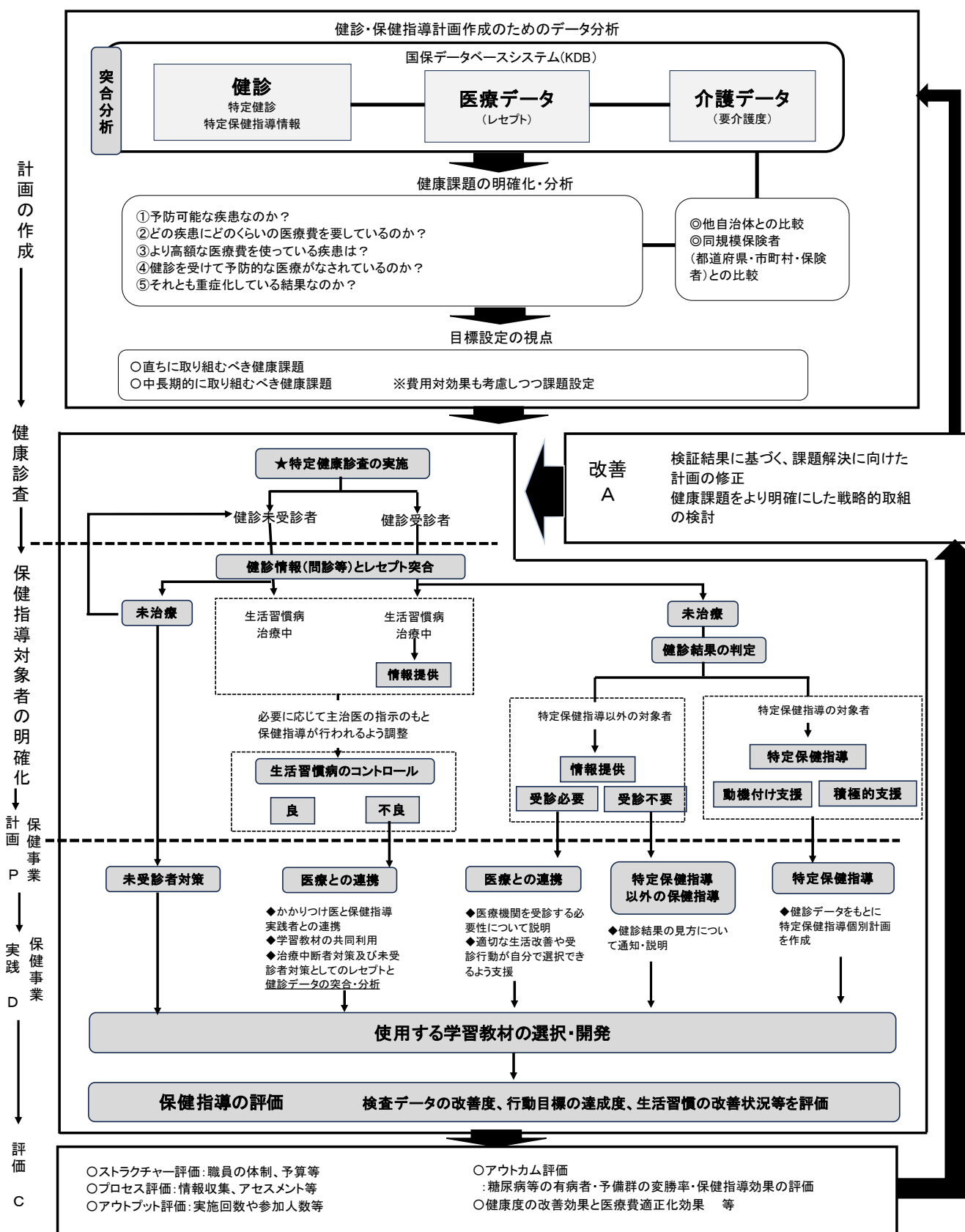
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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)



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

※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)

	老人保健法		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げる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的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と生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、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 データ分析等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

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)

行動変容を促す手法

※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が6年を一期としていことから、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

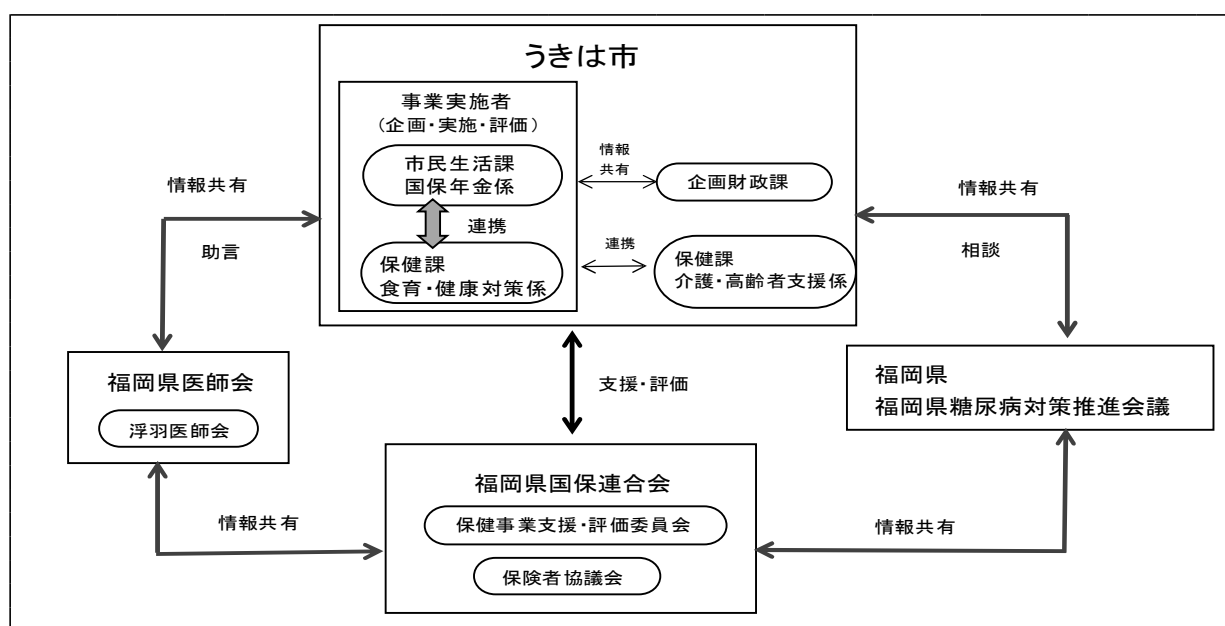
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局（市民生活課 国保・年金係）、保健衛生部局（保健課 食育・健康対策係）、介護保険部局（保健課 介護・高齢者支援係）、企画部局（企画財政課）、生活保護部局（福祉事務所 保護係）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・チーム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 うきは市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	事 (係長)	保 (係長)	保	保	保	管栄	事	事	事	事 (係長)	事	事
国保事務										○	○	○
健康診断	○						○	○				
保健指導			○	○		○						
がん検診			○	○			○	○				
新型コロナ ワクチン	○							○				
予防接種	○							○	○			
母子保健		○			○	○			○			
精神保健			○	○								
歯科保健							○					
食育	○						○		○			

2) 関係機関との連携

データヘルス計画を円滑に実践するためには、浮羽医師会や福岡県、浮羽歯科医師会、浮羽薬剤師会、うきは市商工会、各自治協議会等、様々な関係団体との連携が必要です。連携体制構築に向けた取り組みの一つとして、浮羽医師会の協力を得たうえで、糖尿病等重症化予防連携会議を行います。また、福岡県国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会やうきは市健康づくり推進協議会にて、データヘルス計画の評価・報告を行い、データヘルス計画の進捗状況、及び展開する保健事業の内容について、関係機関より意見聴取を行います。

<参考> 国民健康保険保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きより抜粋

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・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、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、協力する。

また、都道府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ついては、都道府県の関与が更に重要となる。

さらに、保険者等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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努める。

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、計画策定にあたっては、被保険者を代表する委員等で構成する国保運営協議会にて、意見交換等を行ってきました。

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り組み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り組みを後押ししています。(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・効率的な活用が期待されています。

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	
			うきは市	配点	うきは市	配点	うきは市	配点
交付額(万円)			1182		1197		1177	
全国順位(1,741市町村中)			998位		845位		978位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	50	70	70	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシフト・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	50	40	50	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	90	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	35	90	15	45	65	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	50	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	50	100	65	100	30	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	20	40	20	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	43	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	75	100	74	100
合計点			534	1,000	568	960	542	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

本市は、人口約2万7千人、令和4年度の高齢化率は36.2%で、県や国と比較して、高齢化が進行しています。産業においては、第1次産業の割合が15.5%と同規模や県、国と比較しても高いという特徴があります。

国保加入率は24.8%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向であり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が44.7%を占めています。

また本市内には3つの病院、29の診療所があり、被保険者千人あたりの診療所数が同規模と比較して多く、高齢者も多いことから、外来患者数は同規模及び県と比較して高い傾向にあります。被保険者千人あたりの入院患者数も、同規模及び県と比較して高く、疾患が重症化した者が多いことが推測されます。(図表9)

図表 9 国・県・同規模平均と比べてみたうきは市の位置(R4 年度)

項目			保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
人口構成	総人口		27,252		9,014,657		4,968,674		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
	65歳以上(高齢化率)		9,876	36.2	3,263,279	36.2	1,395,142	28.1	35,335,805	28.7		
	75歳以上		5,166	19.0	--	--	699,717	14.1	18,248,742	14.8		
	65～74歳		4,710	17.3	--	--	695,425	14.0	17,087,063	13.9		
	40～64歳		8,543	31.3	--	--	1,608,951	32.4	41,545,893	33.7		
	39歳以下		8,833	32.4	--	--	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6		
産業構成	第1次産業		15.5		10.7		2.9		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
	第2次産業		26.7		27.3		21.2		25.0			
	第3次産業		57.8		62.0		75.9		71.0			
平均寿命	男性		80.1		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性		86.8		86.9		87.2		87.0			
平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.8		79.7		80.1		80.1			
	女性		85.8		84.3		84.6		84.4			
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	105.4		103.4		101.2		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	101.5		101.4		97.8		100			
	死因	がん	123	60.0	34,996	47.8	15,677	55.7	378,272	50.6		
		心臓病	36	17.6	21,437	29.3	6,458	22.9	205,485	27.5		
		脳疾患	33	16.1	10,886	14.9	3,576	12.7	102,900	13.8		
		糖尿病	6	2.9	1,391	1.9	596	2.1	13,896	1.9		
		腎不全	6	2.9	2,819	3.9	1,024	3.6	26,946	3.6		
		自殺	1	0.5	1,654	2.3	826	2.9	20,171	2.7		
	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,544	16.0	619,810	19.1	277,144	19.9	6,724,030		19.4
新規認定者		28		0.2	10,081	0.3	4,582	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2	6,262	18.3	1,984,426	14.3	1,041,029	15.1	21,785,044	12.9	
			要介護1.2	14,524	42.4	6,527,659	47.0	3,219,908	46.8	78,107,378	46.3	
			要介護3以上	13,477	39.3	5,384,278	38.7	2,621,837	38.1	68,963,503	40.8	
2号認定者		21	0.25	10,759	0.37	5,495	0.34	156,107	0.38			
有病状況	糖尿病		331	21.3	154,694	23.8	66,990	23.1	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	高血圧症		958	59.5	352,398	54.8	156,979	54.4	3,744,672	53.3		
	脂質異常症		456	28.0	203,112	31.2	96,408	33.2	2,308,216	32.6		
	心臓病		1,049	66.1	397,324	61.9	175,116	60.8	4,224,628	60.3		
	脳疾患		413	26.4	151,330	23.9	68,049	23.8	1,568,292	22.6		
	がん		187	11.4	74,764	11.4	35,599	12.3	837,410	11.8		
	筋・骨格		901	55.5	350,465	54.5	158,168	55.0	3,748,372	53.4		
	精神		640	41.5	246,296	38.6	110,665	38.5	2,569,149	36.8		
介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		256,392	2,532,128,359	300,230	979,734,915,124	291,818	407,127,115,803	290,668	1,007,427,226,889		
	1件当たり給付費(全体)	73,903		70,503		59,152		59,662				
		居宅サービス	50,811		43,936		41,206		41,272			
		施設サービス	291,660		291,914		298,399		296,364			
医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	11,922		9,043		9,394		8,610			
		認定なし	4,302		4,284		4,251		4,020			
国保の状況	被保険者数		6,753		2,020,054		1,049,804		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
	加入率	65～74歳	3,016	44.7			424,591	40.4	11,129,271	40.5		
		40～64歳	2,184	32.3			330,002	31.4	9,088,015	33.1		
		39歳以下	1,553	23.0			295,211	28.1	7,271,596	26.5		
			24.8		22.4		21.1		22.3			
医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.4	873	0.4	456	0.4	8,237	0.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	診療所数		29	4.3	7,141	3.5	4,711	4.5	102,599	3.7		
	病床数		350	51.8	136,833	67.7	82,664	78.7	1,507,471	54.8		
	医師数		47	7.0	19,511	9.7	16,784	16.0	339,611	12.4		
	外来患者数		787.9		728.3		721.4		687.8			
	入院患者数		24.0		23.6		21.2		17.7			
医療費の 状況	一人当たり医療費		406,259	県内10位 同規模115位	394,521		355,059		339,680		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率	811.908		751.942		742.544		705.439				
		外	費用の割合	55.8	56.7	56.1	60.4					
	入	件数の割合	97.0	96.9	97.1	97.5						
		費用の割合	44.2	43.3	43.9	39.6						
	院	件数の割合	3.0	3.1	2.9	2.5						
		1件あたり在院日数		18.5日	17.1日	16.8日	15.7日					

※人口構成については、令和2年度国勢調査の値を使用

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 (誤割含む)	がん		449,325,590	30.4	31.3	32.1	32.2	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題			
		慢性腎不全(透析あり)		94,320,080	6.4	7.5	4.7	8.2				
		糖尿病		154,741,770	10.5	10.8	9.7	10.4				
		高血圧症		105,128,330	7.1	6.3	6.1	5.9				
		脂質異常症		58,971,520	4.0	3.8	4.5	4.1				
		脳梗塞・脳出血		62,167,940	4.2	3.9	3.9	3.9				
		狭心症・心筋梗塞		34,957,020	2.4	2.6	2.6	2.8				
		精神		276,656,340	18.7	16.2	18.0	14.7				
筋・骨格		230,372,640	15.6	16.7	17.2	16.7						
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		175	0.1	380	0.2	436	0.3	256	0.2	KDB.NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
		糖尿病		1,387	0.8	1,531	0.9	1,503	1.0	1,144	0.9	
		脂質異常症		--	--	89	0.1	98	0.1	53	0.0	
		脳梗塞・脳出血		8,197	4.6	7,151	4.2	6,225	4.0	5,993	4.5	
		虚血性心疾患		4,463	2.5	4,385	2.6	3,899	2.5	3,942	2.9	
		腎不全		4,634	2.6	4,815	2.8	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		15,393	6.8	13,011	5.8	10,862	5.5	10,143	4.9	
		糖尿病		22,071	9.7	22,014	9.8	17,042	8.6	17,720	8.6	
		脂質異常症		8,733	3.9	7,959	3.6	8,242	4.1	7,092	3.5	
		脳梗塞・脳出血		1,009	0.4	1,056	0.5	988	0.5	825	0.4	
		虚血性心疾患		1,930	0.9	1,975	0.9	1,826	0.9	1,722	0.8	
		腎不全		11,762	5.2	18,492	8.3	8,944	4.5	15,781	7.7	
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	2,177	2,592	1,757	2,031	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
			健診未受診者	17,652	13,920	14,605	13,295					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,405	7,237	4,913	6,142					
			健診未受診者	43,828	38,862	40,836	40,210					
健診・レセ 突合		受診勧奨者	1,026	56.2	340,133	57.4	115,028	56.5	3,698,441	56.9	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		医療機関受診率	926	50.7	307,970	52.0	106,472	52.3	3,375,719	51.9		
		医療機関非受診率	100	5.5	32,163	5.4	8,556	4.2	322,722	5.0		
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 280市町村	健診受診者		1,827	592,263	203,487	6,503,152	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握				
		受診率		37.4	県内29位 同規模175位	39.7	29.8		全国43位	35.3		
		特定保健指導終了者(実施率)		100	42.2	11,197	16.7		3,557	15.7	69,327	9.0
		非肥満高血糖		134	7.3	62,750	10.6		16,499	8.1	588,083	9.0
		メタボ	該当者	355	19.4	125,726	21.2		41,492	20.4	1,321,197	20.3
			男性	238	28.3	86,891	32.6		28,832	32.7	923,222	32.0
			女性	117	11.9	38,835	11.9		12,660	11.0	397,975	11.0
			予備群	272	14.9	64,270	10.9		23,640	11.6	730,607	11.2
			男性	193	22.9	44,986	16.9		16,282	18.4	515,813	17.9
			女性	79	8.0	19,284	5.9		7,358	6.4	214,794	5.9
		メタボ 該当・ 予備群 レベル	総数	697	38.1	207,581	35.0		72,646	35.7	2,273,296	35.0
			男性	484	57.6	143,863	54.0		50,118	56.8	1,592,747	55.3
			女性	213	21.6	63,718	19.6		22,528	19.6	680,549	18.8
			総数	70	3.8	31,109	5.3		7,553	3.7	304,276	4.7
			男性	12	1.4	4,873	1.8		1,120	1.3	48,780	1.7
			女性	58	5.9	26,236	8.1		6,433	5.6	255,496	7.1
			血糖のみ	12	0.7	3,957	0.7		1,328	0.7	41,541	0.6
			血圧のみ	199	10.9	46,037	7.8		16,417	8.1	514,593	7.9
			脂質のみ	61	3.3	14,276	2.4		5,895	2.9	174,473	2.7
			血糖・血圧	53	2.9	19,597	3.3		5,943	2.9	193,722	3.0
		血糖・脂質	17	0.9	6,479	1.1	2,251		1.1	67,212	1.0	
		血圧・脂質	189	10.3	57,258	9.7	20,176		9.9	630,648	9.7	
		血糖・血圧・脂質	96	5.3	42,392	7.2	13,122		6.4	429,615	6.6	
問診の状況	服薬 既往歴	高血圧	617	33.8	231,630	39.1	72,651	35.7	2,324,538	35.8	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		糖尿病	180	9.9	58,534	9.9	18,624	9.2	564,473	8.7		
		脂質異常症	425	23.3	172,940	29.2	57,694	28.4	1,817,350	28.0		
		脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	61	3.3	18,808	3.3	7,213	3.6	199,003	3.1		
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	132	7.2	34,129	5.9	12,883	6.4	349,845	5.5		
		腎不全	26	1.4	5,247	0.9	2,186	1.1	51,680	0.8		
		貧血	239	13.1	57,291	10.0	23,070	11.4	669,737	10.6		
			284	15.5	76,177	12.9	28,915	14.2	896,676	13.8		
生活習慣の 状況		週3回以上朝食を抜く	158	9.4	43,784	7.8	24,370	12.5	609,166	10.3	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
		週3回以上就寝前夕食(～H30)	193	11.4	84,037	14.9	28,352	14.6	932,218	15.7		
		週3回以上就寝前夕食	193	11.4	84,037	14.9	28,352	14.6	932,218	15.7		
		食べる速度が速い	577	34.1	150,446	26.8	55,055	28.2	1,590,713	26.8		
		20歳時体重から10kg以上増加	544	32.2	194,667	34.7	68,702	35.2	2,083,152	34.9		
		1回30分以上運動習慣なし	1,073	63.4	351,379	62.7	112,044	57.4	3,589,415	60.3		
		1日1時間以上運動なし	176	10.4	266,155	47.2	93,068	47.7	2,858,913	48.0		
		睡眠不足	320	19.1	140,728	25.0	47,733	24.5	1,521,685	25.6		
		毎日飲酒	491	26.9	145,485	25.4	51,540	25.5	1,585,206	25.5		
		時々飲酒	401	22.0	117,378	20.5	47,808	23.7	1,393,154	22.4		
		一日飲酒量	1合未満	404	48.2	233,047	62.9	89,416	64.3	2,851,798		64.2
			1～2合	326	38.9	93,110	25.1	34,977	25.2	1,053,317		23.7
			2～3合	91	10.9	35,293	9.5	11,733	8.4	414,658		9.3
			3合以上	17	2.0	9,221	2.5	2,938	2.1	122,039		2.7

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

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、生活習慣病に起因する腎不全(人工透析)の新規発症者の減少を設定しました。

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介入が必要な疾患である、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少を設定しました。(図表2参照)

(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

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で16人(認定率0.16%)、1号(65歳以上)被保険者で1,564人(認定率15.8%)と同規模・県・国と比較すると低くなっています。(図表10)

本市の令和4年度の介護給付費は25億3,213万円で、平成30年度からほぼ横ばいとなっています。国勢調査の結果によると、老年人口は、平成27年度は9,414人であったのが、令和2年度には10,030人に増加しています。この老年人口の増加に伴い、1号被保険者数を総給付費で割って算出する一人あたり給付費は、平成30年度より減少しています。一方で、一件あたり給付費は増加しており、介護認定者がよりサービスを必要としている状態となっていることが推測されます。(図表11)

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、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。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12)

図表10 要介護認定者(率)の状況

	うきは市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	9,414人	31.9%	9,876人	36.2%	36.2%	28.1%	28.7%
2号認定者	24人	0.25%	16人	0.16%	0.37%	0.34%	0.38%
新規認定者	6人		4人		--	--	--
1号認定者	1,677人	17.8%	1,564人	15.8%	19.1%	19.9%	19.4%
新規認定者	387人		364人		--	--	--

※新規認定者については No.49_要介護実況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

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 11 介護給付費の変化

	うきは市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	25億3207万円	25億3213万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	268,968	256,392	300,230	291,818	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	71,374	73,903	70,503	59,152	59,662
居宅サービス	49,876	50,811	43,936	41,206	41,272
施設サービス	281,896	291,660	291,914	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 12 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4 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)			21		146		1,401		1,547		1,568		
再)国保・後期			15		112		1,302		1,414		1,429		
(レセプトの 診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	10 66.7%	脳卒中	64 57.1%	脳卒中	641 49.2%	脳卒中	705 49.9%	脳卒中	715 50.0%
			2	虚血性心疾患	5 33.3%	虚血性心疾患	31 27.7%	虚血性心疾患	614 47.2%	虚血性心疾患	645 45.6%	虚血性心疾患	650 45.5%
			3	腎不全	3 20.0%	腎不全	12 10.7%	腎不全	250 19.2%	腎不全	262 18.5%	腎不全	265 18.5%
		合併症	4	糖尿病合併症	4 26.7%	糖尿病合併症	18 16.1%	糖尿病合併症	115 8.8%	糖尿病合併症	133 9.4%	糖尿病合併症	137 9.6%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		14 93.3%	基礎疾患	102 91.1%	基礎疾患	1,246 95.7%	基礎疾患	1,348 95.3%	基礎疾患	1,362 95.3%
			血管疾患合計		14 93.3%	合計	108 96.4%	合計	1,262 96.9%	合計	1,370 96.9%	合計	1,384 96.9%
	認知症		認知症	1 6.7%	認知症	24 21.4%	認知症	727 55.8%	認知症	751 53.1%	認知症	752 52.6%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	15 100.0%	筋骨格系	97 86.6%	筋骨格系	1,257 96.5%	筋骨格系	1,354 95.8%	筋骨格系	1,369 95.8%	

出典: KDB システム_要介護(支援)者突合状況

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い、総医療費が平成 30 年度と比較すると 9,628 万円減少しています。一方、一人あたり医療費は、令和 2 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 3 年度以降は増加傾向で、令和 4 年度の額は同規模保険者と比べて約 1 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 4 万円伸びています。同規模順位、県内順位ともに上昇しており、その伸びが大きいことが伺えます。また、後期高齢者医療保険加入者になると、一人あたり医療費は 100 万円を超え、国保の 2.6 倍も高くなっています。(図表 13・図表 14)

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較して約 7 万円も高くなっています。(図表 14) 入院医療費の伸びの原因として、高齢化の進行だけでなく、疾患が重症化した者の入院の増加も推測されます。

国保における高額レセプトについては、患者数は、新型コロナウイルス感染拡大に伴う受診控えの影響のある令和 2 年度前後で大きな変化がみられないものの、令和 4 年度は 1,067 件と、前年度の約 2 倍に件数が増えており、一人あたりの件数の増加がみられます。(図表 15)

高額レセプト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 4 年度が一番多く 64 件で、8,000 万円以上の費用がかかっています。後期高齢においては、92 件発生し、約 1 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、重症化すると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 16)

図表 13 被保険者数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	後期：R04年度
被保険者数		7,765人	7,521人	7,368人	7,168人	6,753人	5,445人
総件数及び 総費用額	件数	73,022件	70,966件	65,435件	68,289件	67,666件	93,883件
	費用額	28億3975万円	27億8093万円	25億7445万円	28億2969万円	27億4347万円	58億2336万円
一人あたり医療費		36.6万円	37.0万円	34.9万円	39.5万円	40.6万円	106.9万円

出典：KDB システム_厚生労働省様式 1-1

図表 14 医療費の推移

		うきは市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
一人あたり医療費(円)		365,712 県内17位 同規模121位	406,259 県内10位 同規模115位	394,521	355,059	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	534,060	607,600	585,610	599,760	617,950
	費用の割合	47.2	44.2	43.3	43.9	39.6
	件数の割合	3.4	3.0	3.1	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	21,250	23,300	24,850	22,510	24,220
	費用の割合	52.8	55.8	56.7	56.1	60.4
	件数の割合	96.6	97.0	96.9	97.1	97.5
受診率		768.782	811.908	751.942	742.544	705.439

※同規模順位はうきは市と同規模保険者 280 市町村の平均値を表す。

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 15 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	264人	273人	225人	294人	272人	746人
		B	495件	492件	437件	528件	1,067件	1,393件
	件数	B/総件数	0.68%	0.69%	0.67%	0.77%	1.58%	1.48%
		C	7億0213万円	6億5767万円	5億9990万円	7億8462万円	15億5564万円	16億3383万円
		C/総費用	24.7%	23.6%	23.3%	27.7%	56.7%	28.1%

出典:KDB システム_厚生労働省様式 1-1

図表 16 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	13人		22人		22人		18人		18人		53人		
		D/A	4.9%		8.1%		9.8%		6.1%		6.6%		7.1%		
	件数	E	28件		38件		44件		37件		64件		92件		
		E/B	5.7%		7.7%		10.1%		7.0%		6.0%		6.6%		
	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	6	21.4%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.1%	70-74歳	1	1.1%
		50代	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.7%	23	35.9%	75-80歳	28	30.4%
		60代	7	25.0%	9	23.7%	12	27.3%	5	13.5%	9	14.1%	80代	46	50.0%
		70-74歳	15	53.6%	27	71.1%	32	72.7%	31	83.8%	30	46.9%	90歳以上	17	18.5%
	費用額	F	3257万円		4135万円		6044万円		4751万円		8227万円		1億1251万円		
		F/C	4.6%		6.3%		10.1%		6.1%		5.3%		6.9%		

出典:KDB システム_厚生労働省様式 1-1

図表 17 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	14人		14人		15人		13人		17人		16人		
		G/A	5.3%		5.1%		6.7%		4.4%		6.3%		2.1%		
	件数	H	18件		15件		20件		14件		34件		18件		
		H/B	3.6%		3.0%		4.6%		2.7%		3.2%		1.3%		
	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	5.6%
		40代	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.9%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	11.1%	0	0.0%	1	5.0%	1	7.1%	3	8.8%	75-80歳	2	11.1%
		60代	7	38.9%	7	46.7%	8	40.0%	11	78.6%	10	29.4%	80代	12	66.7%
		70-74歳	8	44.4%	8	53.3%	11	55.0%	2	14.3%	19	55.9%	90歳以上	3	16.7%
	費用額	I	2574万円		1968万円		2447万円		2019万円		4840万円		3016万円		
		I/C	3.7%		3.0%		4.1%		2.6%		3.1%		1.8%		

出典:KDB システム_厚生労働省様式 1-1

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・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると増加しています。特に脳血管疾患については、平成 30 年度より 0.45 ポイント伸びており、同規模、県、全国平均よりも高くなっています。(図表 18)

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 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全のいずれの疾患においても、割合はほぼ横ばいでした。(図表 19)

これらの事実から、脳血管疾患治療者が重症化している状況が推測されます。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、退院後の介護費等、患者本人や家族の日常生活に長期に渡って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。

図表 18 中長期目標疾患の医療費の推移

			うきは市		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)			28億3975万円	27億4347万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億9652万円	1億9666万円	--	--	--
			6.92%	7.17%	7.84%	6.16%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.82%	2.27%	2.10%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.65%	1.27%	1.39%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.18%	3.44%	4.05%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.27%	0.19%	0.30%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		12.03%	16.38%	16.91%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		9.50%	8.40%	9.00%	8.96%	8.68%
	精神疾患		12.03%	10.08%	8.74%	9.34%	7.63%

※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)

※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。

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 19 中長期目標疾患の治療状況

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	7,765	6,753	a	536	474	528	466	19	25	
				a/A	6.9%	7.0%	6.8%	6.9%	0.2%	0.4%	
40歳以上		B	5,885	5,200	b	529	469	525	460	19	25
		B/A	75.8%	77.0%	b/B	9.0%	9.0%	8.9%	8.8%	0.3%	0.5%
再掲	40～64歳	D	2,601	2,184	d	117	96	126	110	17	21
		D/A	33.5%	32.3%	d/D	4.5%	4.4%	4.8%	5.0%	0.7%	1.0%
	65～74歳	C	3,284	3,016	c	412	373	399	350	2	4
		C/A	42.3%	44.7%	c/C	12.5%	12.4%	12.1%	11.6%	0.1%	0.1%

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)

④ 人工透析の新規患者の状況

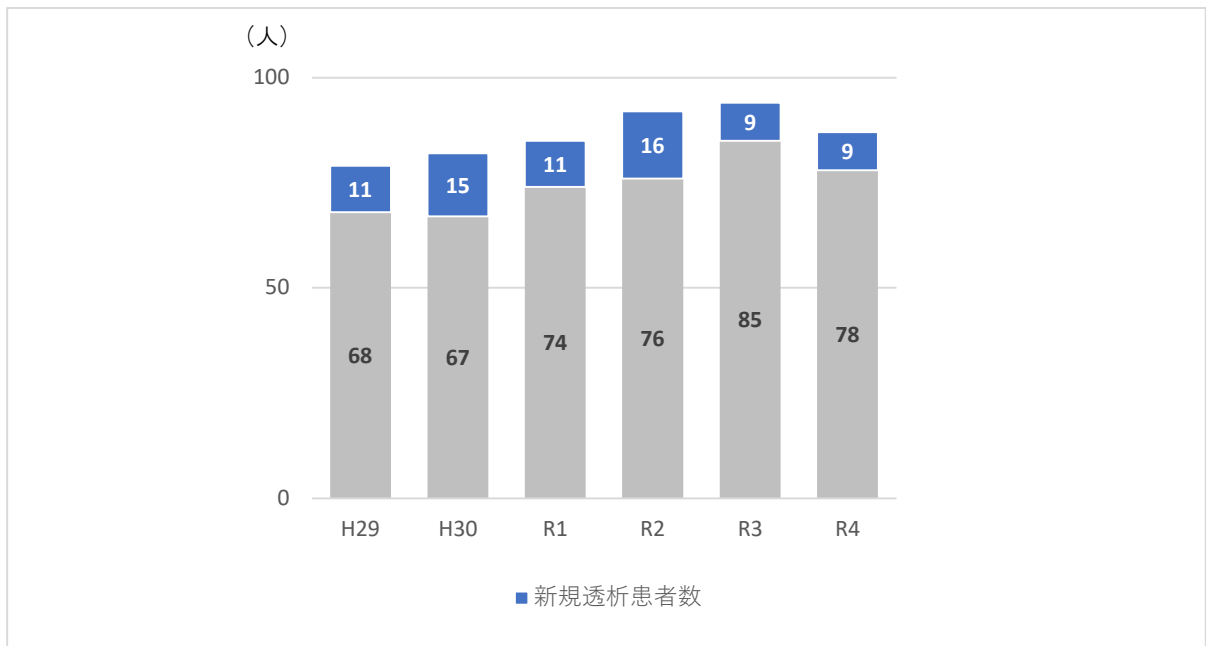
人工透析患者数をみると、後期加入者の方が国保加入者に比べ多い傾向にあります。(図表 20) 新規透析導入者は、例年 10 人程度存在する状況です。(図表 21)このうち 3 割程度は、糖尿病性腎症が導入の原因ですが、わが国においては導入患者の原因疾患として腎硬化症の増加が見受けられていることを鑑みると、原因疾患が明らかになっていない残りの 7 割の中には、腎硬化症等の高血圧を原因とする腎疾患の発症により導入に至った者の存在が予測されます。(図表 22)

図表 20 人工透析患者の経年推移

	国保									後期								
	被保険者数			人工透析患者数			新規患者数			(再掲) 糖尿病あり			(再掲) 糖尿病性腎症			被保険者数		
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/C	F	G	G/F	H	H/G	I	I/H	J	J/H
H29	8021	17	0.2	3	17.6	3	100.0	2	66.7	5414	62	1.1	8	12.9	3	37.5	1	12.5
H30	7765	16	0.2	2	12.5	2	100.0	1	50.0	5442	66	1.2	13	19.7	9	69.2	4	30.8
H31/R1	7521	18	0.2	4	22.2	4	100.0	2	50.0	5451	67	1.2	7	10.4	4	57.1	1	14.3
R2	7368	19	0.3	3	15.8	1	33.3	1	33.3	5315	73	1.4	13	17.8	6	46.2	2	15.4
R3	7168	23	0.3	4	17.4	4	100.0	2	50.0	5374	71	1.3	5	7.0	4	80.0	0	0.0
R4	6753	16	0.2	3	18.8	2	66.7	1	33.3	5445	71	1.3	6	8.5	4	66.7	2	33.3

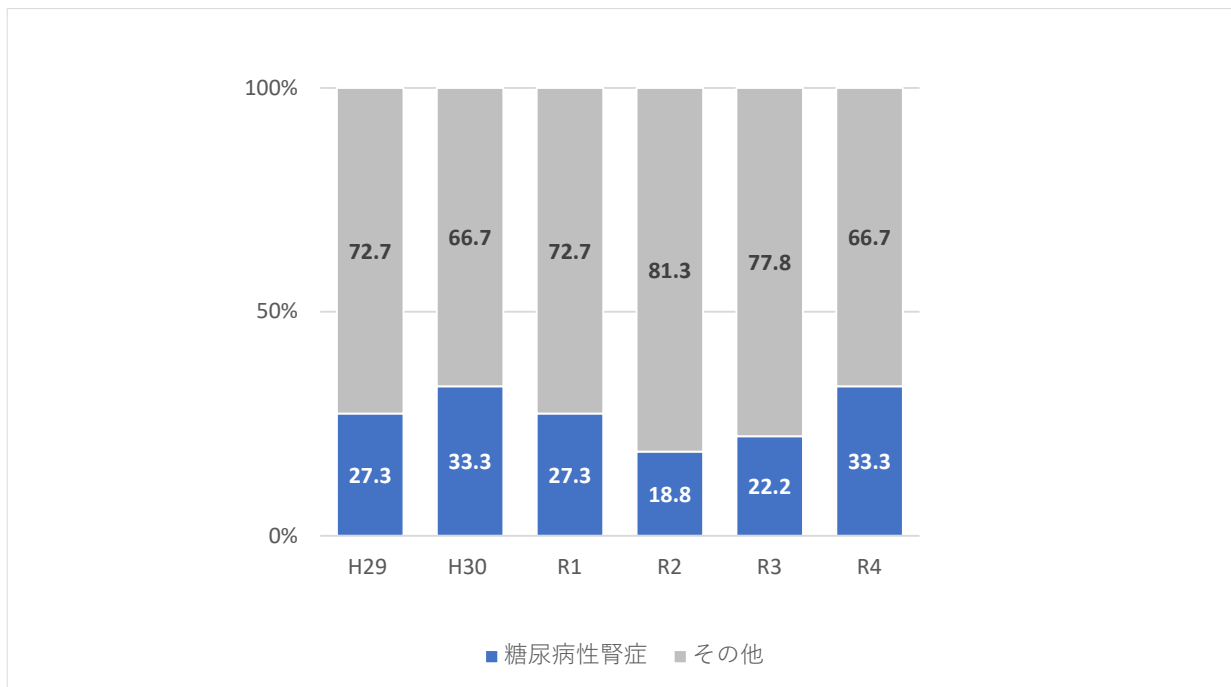
出典:KDB システム_市区町村別データ 3 月診療(5 月作成)分
保健事業等評価・分析システム_新規患者数

図表 21 新規透析患者数の推移(後期高齢者医療保険加入者を含む)



出典: KDB システム_市区町村別データ 3 月診療(5 月作成)分
保健事業等評価・分析システム_新規患者数

図表 22 新規透析患者に占める糖尿病性腎症の割合(後期高齢者医療保険加入者を含む)



出典: KDB システム_市区町村別データ 3 月診療(5 月作成)分
保健事業等評価・分析システム_新規患者数

(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

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧症と脂質異常症の治療者の割合が増加しています。合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の治療状況としては、いずれの疾患においても人工透析の治療者の割合が増加しており、うち、40～64歳の治療者の割合の増加がみられます。また、糖尿病については、治療者の割合は減少しているものの、合併症の治療者の割合は増加しており、糖尿病性腎症に至っては平成30年度の2倍となっています。(図表23・24・25)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。重症化しないうちに適切な治療を受ける、といった自己管理ができるよう、今後も重症化予防に注力していきます。

図表23 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	2,404	2,267	632	584	1,772	1,683
		A/被保数	40.8%	43.6%	24.3%	26.7%	54.0%	55.8%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	230	210	45	41	185	169
		B/A	9.6%	9.3%	7.1%	7.0%	10.4%	10.0%
	虚血性心疾患	C	403	352	86	77	317	275
		C/A	16.8%	15.5%	13.6%	13.2%	17.9%	16.3%
	人工透析	D	17	24	15	20	2	4
		D/A	0.7%	1.1%	2.4%	3.4%	0.1%	0.2%

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 24 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		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	1,315	1,076	331	290	984	786
		A/被保数	22.3%	20.7%	12.7%	13.3%	30.0%	26.1%
(中長期 合併目 標疾 患)	脳血管疾患	B	115	109	14	18	101	91
		B/A	8.7%	10.1%	4.2%	6.2%	10.3%	11.6%
	虚血性心疾患	C	221	187	48	43	173	144
		C/A	16.8%	17.4%	14.5%	14.8%	17.6%	18.3%
	人工透析	D	13	17	11	15	2	2
		D/A	1.0%	1.6%	3.3%	5.2%	0.2%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	85	130	26	37	59	93
		E/A	6.5%	12.1%	7.9%	12.8%	6.0%	11.8%
	糖尿病性網膜症	F	162	170	47	42	115	128
		F/A	12.3%	15.8%	14.2%	14.5%	11.7%	16.3%
	糖尿病性神経障害	G	49	42	18	16	31	26
		G/A	3.7%	3.9%	5.4%	5.5%	3.2%	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 25 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	2,081	2,029	590	546	1,491	1,483
		A/被保数	35.4%	39.0%	22.7%	25.0%	45.4%	49.2%
（中長期併発目標疾患）	脳血管疾患	B	152	172	24	26	128	146
		B/A	7.3%	8.5%	4.1%	4.8%	8.6%	9.8%
	虚血性心疾患	C	346	296	77	59	269	237
		C/A	16.6%	14.6%	13.1%	10.8%	18.0%	16.0%
	人工透析	D	8	12	7	11	1	1
		D/A	0.4%	0.6%	1.2%	2.0%	0.1%	0.1%

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

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。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、未治療のまま放置している者が高血圧で 29.8%、糖尿病で 3.7%います。(図表 26)

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、増加がみられるものもあります。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 26 結果の改善と医療のかかり方

	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		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
A市	2,033	37.5	1,837	36.4	55	2.7	37	67.3	131	7.1	72	55.0	39	29.8	10	7.6
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)			
													未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)	
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			I	I/実施者A			J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K
A市	2,029	99.8	1,834	99.8	78	3.8	21	26.9	82	4.5	18	22.0	3	3.7	0	0.0
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 か月間、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 月を基点として)3 か月以上レセプトがない者

出典:保健事業等評価・分析システム

特定健診・特定保健指導実施結果総括表

KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病・高脂血症・脂質異常症)

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

③ 健診結果の経年変化

うきは市特定健診有所見率を経年的に見ると、受診者のうち内臓脂肪の蓄積の指標である腹囲が異常値にある者の割合は県と比較しても高く、4 割近くとなっています。また、血圧は福岡県と比較しても高い数値を示しており、特に収縮期血圧が 130mmHg 以上の者は過半数を超え、血管を傷つけるリスクが高くなっています。(図表 27)

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症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、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることがわかっています。本市の男性のメタボリックシンドローム該当者は 28%前後、予備軍は 22%前後で推移しています。女性の該当者は 12%前後、予備軍は 8%前後で推移しています。男性は予備軍が、女性は該当者、予備軍ともに県・全国よりも高い値を示しています。(図表 28)

また重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上、HbA1c6.5%以上の有所見割合を見ると、Ⅱ度高血圧以上の有所見者の割合が、令和元年度より集団健診にて自動血圧計を導入したことにより増加しており、令和2年度以降は減少に転じていますが、福岡県と比較すると高い数値を保っています。Ⅱ度高血圧者の約半数が未治療という状況があるため、健診時に血圧Ⅱ度以上の所見がみられた者に対しては、健診日から1週間以内に電話での病院受診勧奨を実施しています。LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合についても、Ⅱ度高血圧と同様の推移がみられますが、県と比較すると、本市の方が低い割合となっています。HbA1c6.5%以上の者の割合は8%前後で推移し、県よりも低い値となっています。(図表 29・30・31・32)

令和4年度の特定健診受診者のうち、慢性腎臓病を原因とする死亡や末期腎不全、心血管死亡発症リスクが高いとされる、重症度分類の赤色及びオレンジ色に該当する者は114人という結果になっています。本市では、尿蛋白(+)以上又は eGFR45 未満の者を保健指導及び栄養指導の対象とし、重症化予防に取り組んでいます。(図表 33)

図表 27 特定健診有所見結果

【うきは市】

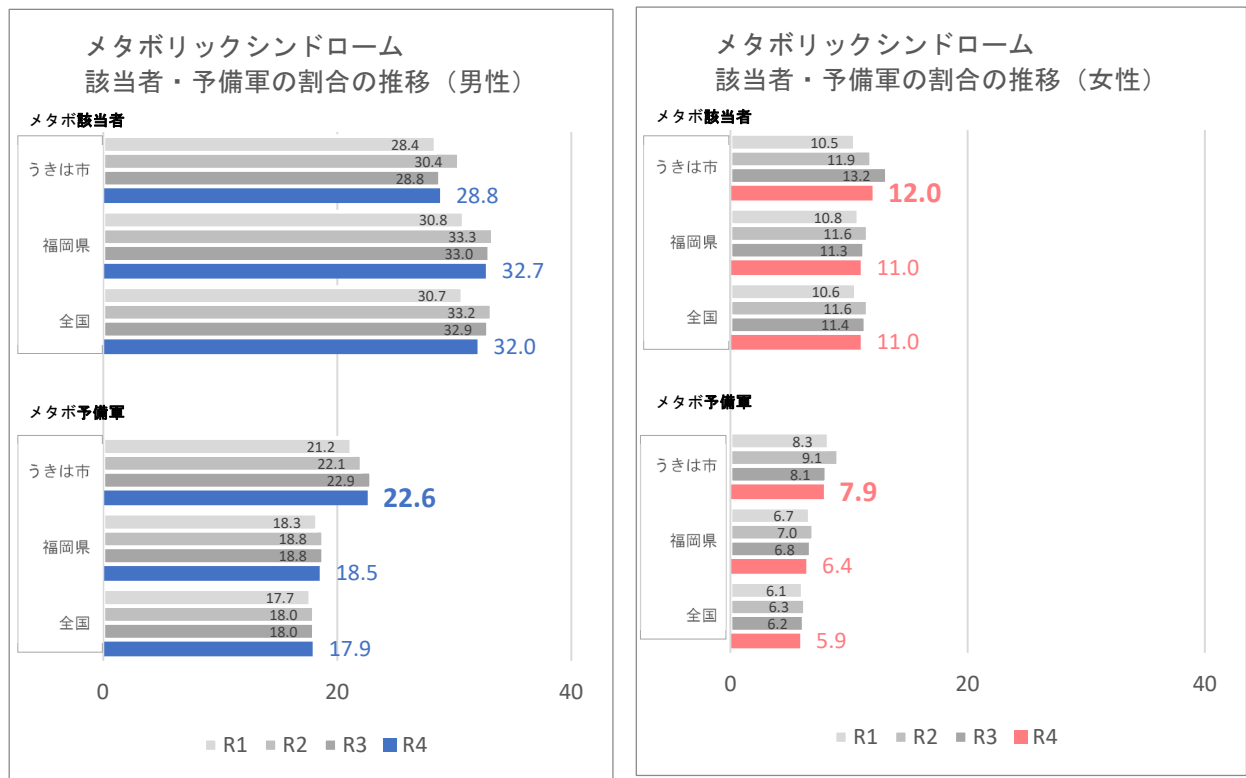
	受診者数	摂取エネルギーの過剰													
		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL					
		男85cm以上 女90cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満					
R1	2136	774	36.2%	554	25.9%	439	20.6%	276	12.9%	99	4.6%				
R2	1901	753	39.6%	506	26.6%	417	21.9%	282	14.8%	62	3.3%				
R3	1843	720	39.1%	493	26.7%	413	22.4%	273	14.8%	68	3.7%				
R4	1,843	707	38.4%	478	25.9%	422	22.9%	219	11.9%	75	4.1%				
		血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の 動脈硬化要因			
		空腹時血糖		HbA1c(NGSP)		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧				LDL	
		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上				120以上	
R1		509	23.8%	1077	50.4%	144	6.7%	1130	52.9%	691	32.4%	1118	52.3%		
R2		514	27.0%	785	41.3%	120	6.3%	1117	58.8%	453	23.8%	959	50.4%		
R3		464	25.2%	812	44.1%	127	6.9%	994	53.9%	374	20.3%	848	46.0%		
R4		415	22.5%	784	42.5%	155	8.4%	945	51.3%	407	22.1%	784	42.5%		

【福岡県】

	受診者数	摂取エネルギーの過剰										内臓脂肪症候群以外の 動脈硬化要因			
		腹囲		BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL					
		男85cm以上 女90cm以上		25以上		150以上		31以上		40未満					
R1	251,578	87,447	34.8%	62,609	24.9%	52,950	21.0%	34,191	13.6%	8,905	3.5%				
R2	230,420	83,567	36.3%	60,224	26.1%	49,685	21.6%	34,504	15.0%	7,270	3.2%				
R3	238,453	85,738	36.0%	61,573	25.8%	50,421	21.1%	35,729	15.0%	8,019	3.4%				
R4	236,034	83,983	35.6	59,966	25.4	49,641	21.0%	33,527	14.2%	7,838	3.3%				
		血管を傷つける										内臓脂肪症候群以外の 動脈硬化要因			
		空腹時血糖		HbA1c(NGSP)		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧				LDL	
		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上				120以上	
		R1		68,354	27.2%	156,625	62.3%	21,436	8.5%	109,990	43.7%	42,980	17.1%	138,531	55.1%
		R2		63,441	27.5%	132,549	57.5%	19,582	8.5%	110,793	48.1%	43,417	18.8%	125,340	54.4%
R3		65,117	27.3%	133,720	56.1%	20,454	8.6%	111,706	46.8%	44,913	18.8%	129,090	54.1%		
R4		63,344	26.8%	136,257	57.7%	19,122	8.1%	107,946	45.7%	43,794	18.6%	119,850	50.8%		

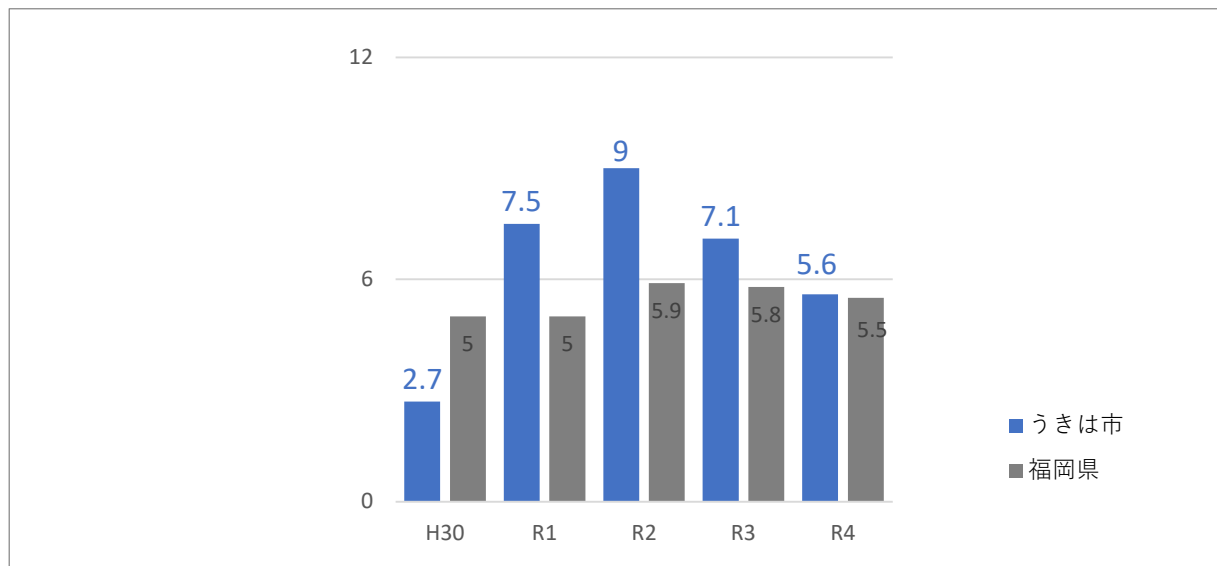
出典：国保データベース(KDB)システム

図表 28 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合



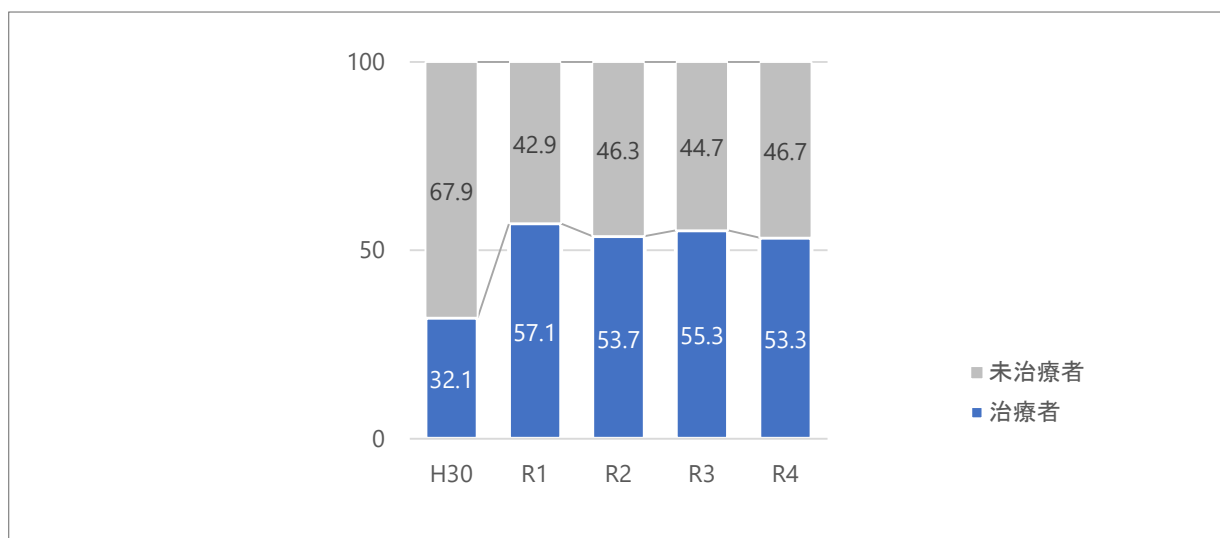
出典: 国保データベース(KDB)システム

図表 29 II 度高血圧以上の者の割合



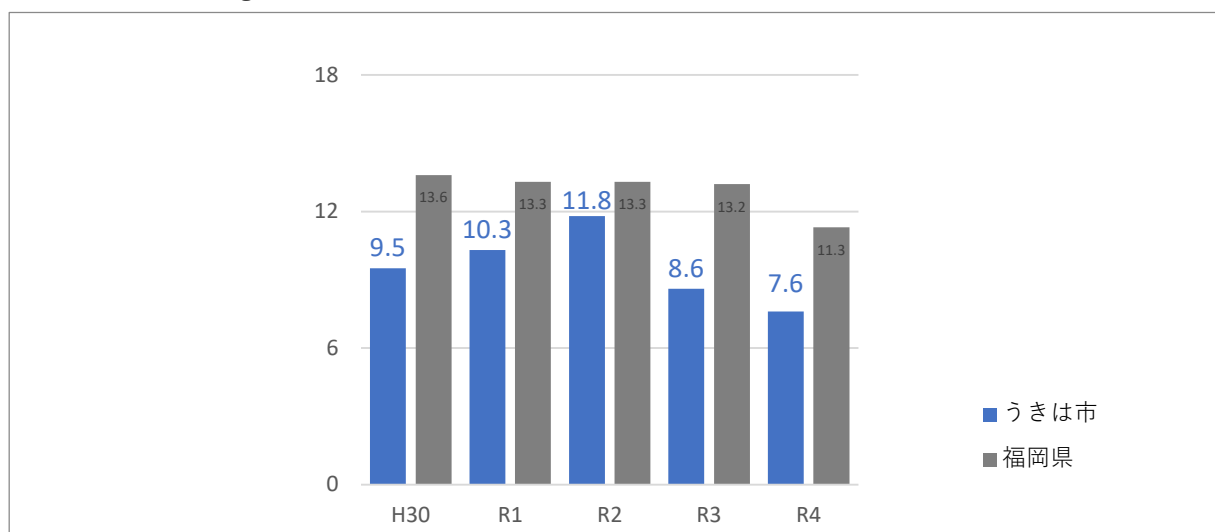
出典: 保健事業等評価・分析システム

図表 30 II 度高血圧者のうち、治療・未治療者の割合



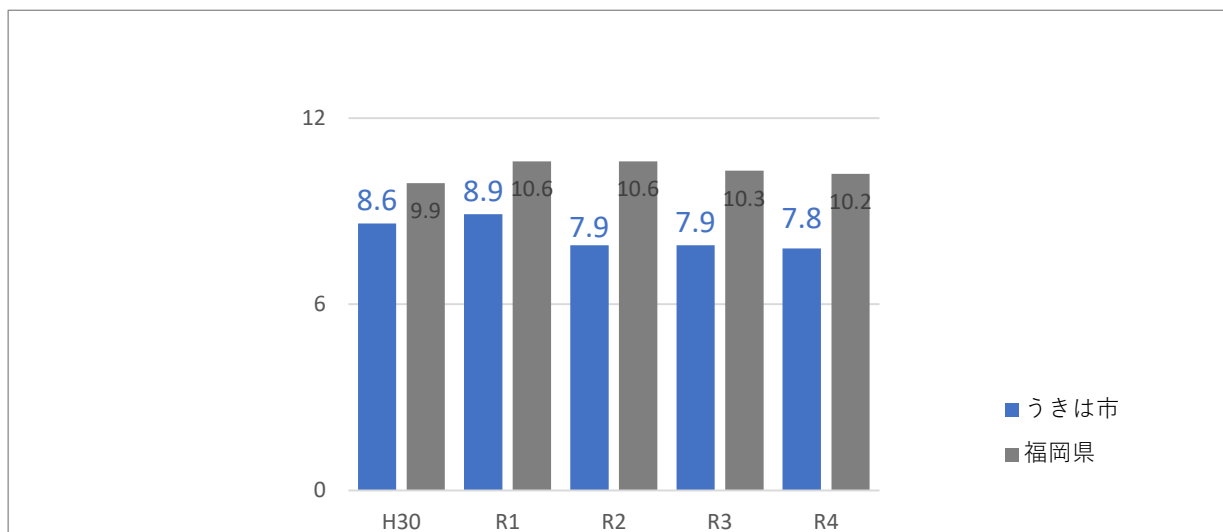
出典: 国保データベース (KDB) システム

図表 31 LDL160mg/dl 以上の者の割合



出典: 保健事業等評価・分析システム

図表 32 HbA1c6.5%以上の者の割合



出典: 保健事業等評価・分析システム

図表 33 CKD 重症度分類該当者の数(R4 年度)

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分 尿検査・GFR 共に実施 1,840 人	A1	A2		A3
				(一)	(±)	【再掲】 尿潜血＋以上	(＋)以上
				1,635 人	147 人	24 人	58 人
				88.9%	8.0%	16.3%	3.2%
G1	正常 または高値	90以上	217 人	201 人	10 人	2 人	6 人
			11.8%	10.9%	0.5%	20.0%	0.3%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,319 人	1,195 人	98 人	15 人	26 人
			71.7%	64.9%	5.3%	15.3%	1.4%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	271 人	222 人	33 人	7 人	16 人
			14.7%	12.1%	1.8%	21.2%	0.9%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	26 人	17 人	4 人	0 人	5 人
			1.4%	0.9%	0.2%	0.0%	0.3%
G4	高度低下	15-30 未満	5 人	0 人	2 人	0 人	3 人
			0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2 人	0 人	0 人	0 人	2 人
			0.1%	0.0%	0.0%	—	0.1%

出典: 保健事業等評価・分析システム

特定健診・特定保健指導実施結果総括表

KDB システム 疾病管理一覧(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)

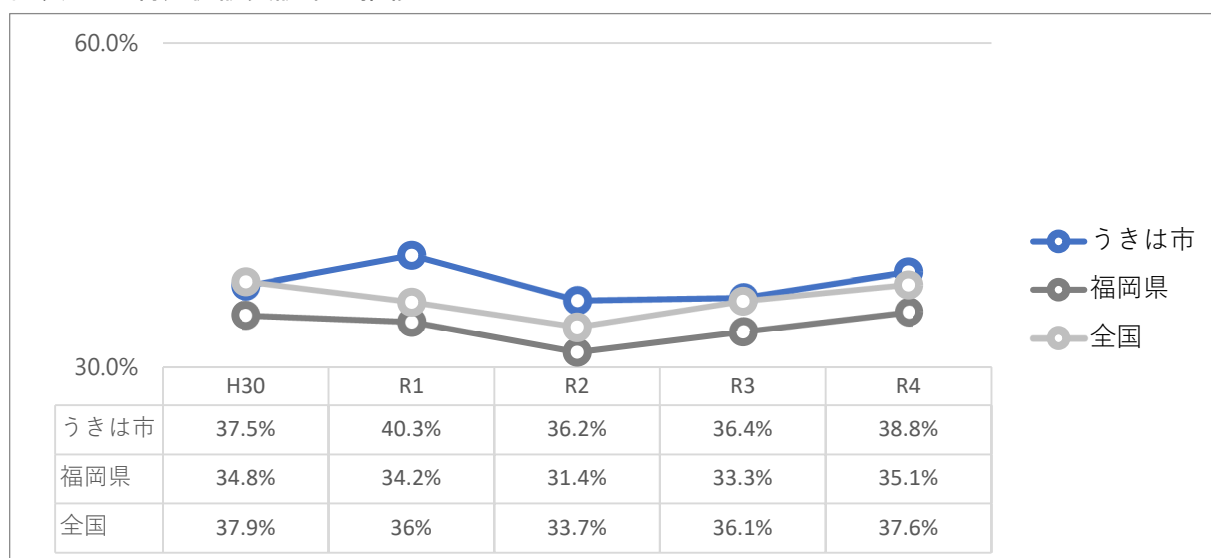
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 40.3%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響ゆえか、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画における目標値である、特定健診受診率 60%は達成できていません。(図表 31)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 代の若年層の受診率が低く、特に男性の方が低い傾向がみられます。(図表 32)

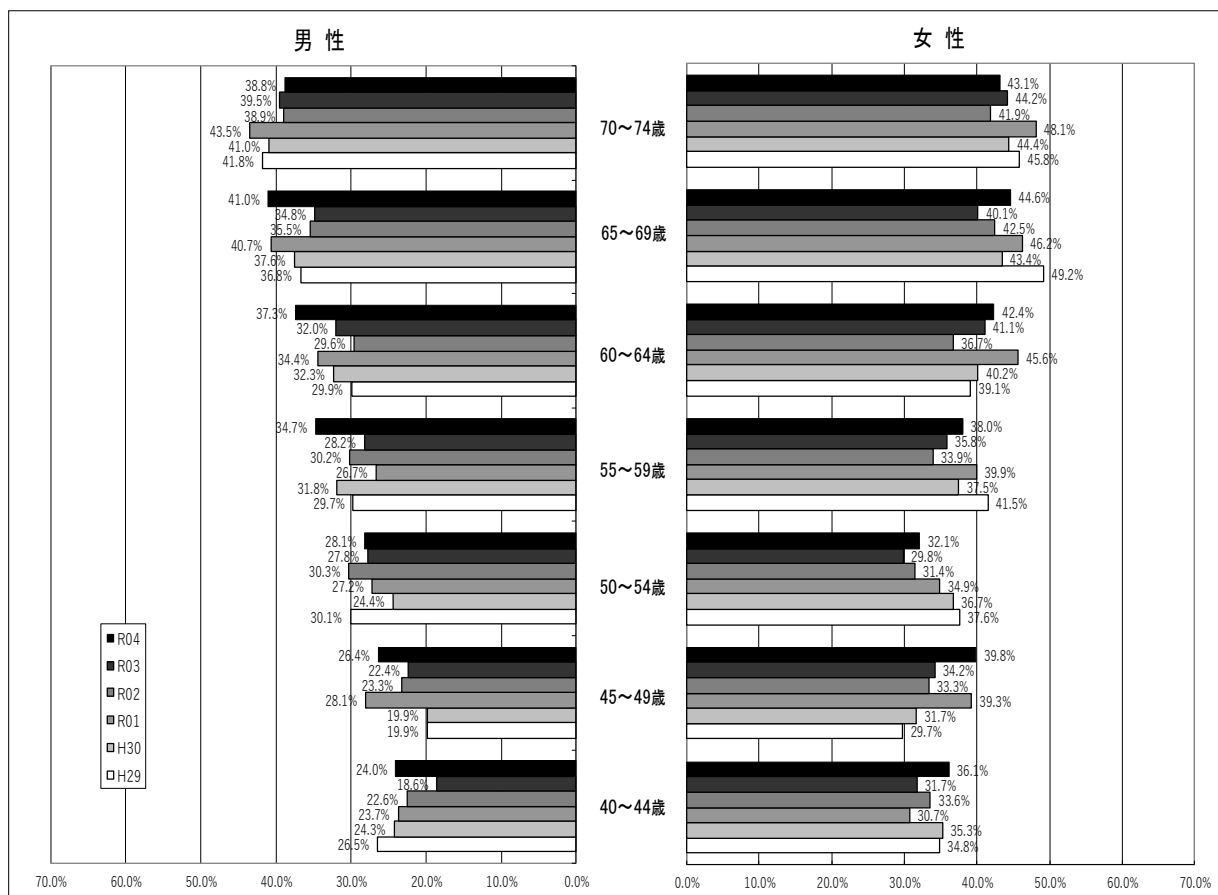
特定保健指導については、平成 30 年度以降の 3 年間の実施率は70%台後半が続いていましたが、令和 3 年度には 90%台にまで上昇しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。(図表 33)

図表 34 特定健診受診率の推移



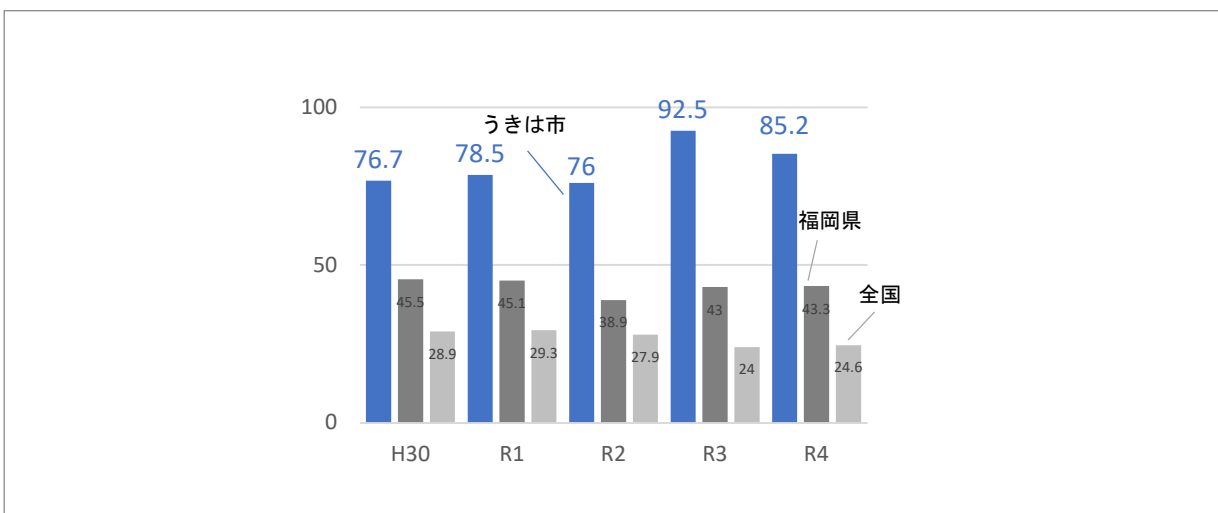
出典：保健事業等評価・分析システム

図表 35 年代別特定健診受診率の推移



出典:保健事業等評価・分析システム
特定健診・特定保健指導実施結果総括表

図表 36 特定保健指導実施率の推移



出典:国保データベース(KDB)システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

① 集団健診会場における追加検査の実施

特定健康診査の検査項目は、健診対象者全員が受診する基本項目と、医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細項目の 2 つに分類されます。心電図検査や血清クレアチニン検査は詳細項目に該当しますが、本市独自の取り組みとして、集団健診会場で特定健診を受診した者全員に、心電図検査、及び血清クレアチニン検査を実施しています。

また、追加項目として腎機能に関する検査を実施しており、令和 5 年度からは、腎機能低下予防を目的とした栄養指導の充実を図るために、尿素窒素を追加しています。

19～39 歳を対象とした基本健診においても、心電図検査以外の検査項目を実施しており、若いうちからの生活習慣病の予防に力を入れています。

図表 37 特定健診(うきは市国保 40～74 歳)の検査項目の追加

区分		内 容	
特定健康診査	基本項目	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票*)を含む	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
		診察	理学的所見(身体診察)
		血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
		肝機能検査	GOT、GPT、 γ -GPT
		血糖検査	空腹時血糖(または随時血糖)、HbA1c(両方必須)
		尿検査	糖、蛋白
	詳細項目	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
		心電図検査(※うきは市は受診者全員に実施)	
		眼底検査	
		血清クレアチニン検査(※うきは市は受診者全員に実施)	
追加項目		尿酸、尿潜血、尿素窒素、総コレステロール(受診者全員に実施)	
		微量アルブミン検査(※前年度の特定健康診査結果において、HbA1c が 6.5%以上(NGSP)の者 ただし尿蛋白(+)以上の者を除く)	

微量アルブミン尿検査実施対象者の選定基準は、「前年度の特定健康診査結果において HbA1c が 6.5%以上で、かつ、尿蛋白(－)又は(±)に該当する者」としていますが、集団健診での実施のみとなっている点や、前年度の個別健診結果を反映できていない点が課題となっています。次期計画期間では、本来対象となるはずであった者全員に検査が実施できるよう、検査実施体制の整備を進めていきます。

令和 4 年度の微量アルブミン尿検査の実績をみると、微量アルブミンとされる 30～299 mg/gCr 該当者は 18 名、顕性アルブミンとされる 300 mg/gCr 以上該当者は 1 名で、検査実施者全体の約 3 割を占めています。(例示表 2)本市においては、微量アルブミン尿 30 mg/gCr 以上を保健指導対象者としており、微量アルブミンが尿中に排泄される糖尿病性腎症の初期の段階にあたる者へ介入することができています。しかし、検査結果を用いた保健指導の内容については標準化できていないため、保健指導の質の確保という点から、今後、保健指導実施者間で内容の協議が必要です。

図表 38 令和 4 年度微量アルブミン尿(定量)検査実績

		健診での 尿検査結果 (全体)	微量アルブミン尿 検査実施者	A1(30未満)		A2(30～299)		A3(300以上)	
				人	割合	人	割合	人	割合
尿蛋白定性	(－)	1761	51	38	74.5%	12	23.5%	1	2.0%
	(±)	160	10	4	40.0%	6	60.0%	0	0%
合計		1921	61	42	68.9%	18	29.5%	1	1.6%

出典：市保健課まとめ

②二次検査の実施

健診は、動脈硬化病変を把握するための重要な手段の一つです。しかし、健診で生活習慣病を指摘されても、本人には自覚症状がないため、生活習慣改善に向けた動機付けが難しい状況があります。本市では、動脈硬化を改善可能な段階から発見し、生活習慣病改善への動機付け・実践を支援することで、将来、人工透析、心筋梗塞、脳梗塞等の発症予防を図ることを目的に、図表 39 に記載のⅠ又はⅡの基準に該当する者に対し、平成 27 年度より頸部エコー検査、及び結果説明を実施しています。

令和 4 年度の頸部エコー検査の実施率は 48.2%で、対象者の約半数にとどまっています。選定基準に該当した者のうち、保健指導対象者へは面談時に検査の案内を行っていますが、保健指導非該当者へは通知にて案内をしており、受検の必要性が十分に伝わっていない可能性が考えられます。今後、通知方法や内容について検討を行い、改善を図ります。(図表 40)

また、令和 4 年度の頸部エコー実施者と未実施者で、翌年度の健診受診時の血圧、HbA1c、LDL コレステロールの 3 項目の改善状況を比較したところ、両群に大きな違いはみられませんでした。さらに、実施者群と未実施者群のどちらにおいても、翌年度の健診を受診していない者が多く存在している実態が明らかとなりました。頸部エコー検査の対象となる者は、動脈硬化のリスクが高い状態であるため、継続的に健診を受診し、経過をみていく必要があることを保健指導時に確実に伝えていきます。(図表 41)

図表 39 頸部エコー検査対象者選定基準

Ⅰ.以下の条件に全て該当する方	
血糖	HbA1c5.6%以上 または 空腹時血糖110mg/dl以上
血圧	I 度以上
脂質	LDLコレステロール140mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満 または 中性脂肪150mg/dl以上
BMI	25以上 または 男性腹囲85cm以上 または 女性腹囲90cm以上
Ⅱ.	
年齢	60歳以上
脂質	LDLコレステロール200mg/dl以上の未治療者

図表 40 令和 4 年度頸部エコー検査対象者数及び実施者数

	対象者数	実施者数(率)
人数(人)	56	27(48.2%)

出典：市保健課まとめ

図表 41 令和 4 年度頸部エコー検査実施の有無による翌年度改善状況の比較

	対象者	実施	翌年度の改善状況					未実施	翌年度の改善状況				
			3項目改善	2項目改善	1項目改善	改善なし	未受診		3項目改善	2項目改善	1項目改善	改善なし	未受診
人数	56	27	1	4	7	3	12	29	1	2	5	1	20
割合		48.2	3.7	14.8	25.9	11.1	44.4	51.8	3.4	6.9	17.2	3.4	69.0

出典：市保健課まとめ

③ 重症化予防保健指導

健診受診から約1ヵ月後に、特定健診及び基本健診受診者に保健指導を実施し、その後半年間、経過をフォローしています。対象者の選定基準、及び項目毎の保健指導実施人数は例示表 5 のとおりです。

経過フォローは主に電話にて行っていますが、保健指導の対象者の中には就労中の者も多く、介入継続の困難さが課題となっています。状況改善のため、検査数値の変化や食事・運動の取り組み状況を LINE のアンケート機能を用いて回答できる仕組みを構築し、令和 5 年度よりこの仕組みを活用した経過フォローを開始しました。今後も各年齢層に適した介入手段の検討を続け、より多くの者へ保健指導を実施できる体制の構築を目指します。

図表 42 重症化予防保健指導実施人数

項目	H30	R1	R2	R3	R4	選定基準
高血圧	50	164	179	77	68	H30～R2年度：収縮期血圧160mmHg以上、拡張期血圧100mmHg以上 R3年度以降：①未治療Ⅱ度以上 ②治療中Ⅲ度以上に対象を変更
高血糖	148	113	86	72	75	H30年度：HbA1c6.5%以上
福岡県糖尿病性腎症プログラム		81				Ⅱ型糖尿病であり、腎機能が低下している者
HbA1c6.5%以上の 糖尿病未治療者		62	49	35	36	R1年度より左記基準を採用
65歳以上75歳未満の HbA1c7.5%以上(治療中)		20	24	24	28	
65歳未満の HbA1c7%以上(治療中)		13	13	13	11	
高脂質	63	83	92	61	52	LDLコレステロール180mg/dl以上
GFR	22					H30年度：59歳以下はeGFR45未満、60歳以上はeGFR40未満
尿検査	46	161	180	179	88	H30年度：尿蛋白(2+)以上、尿蛋白(+)以上かつ尿潜血(+)以上 R1年度以降：尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満
微量アルブミン					15	微量アルブミン尿30mg/gCr以上
尿酸	46	11	11	8	11	H30年度：尿酸8.0mg/dl以上 R1年度以降：尿酸9.0mg/dl以上 R5年度：尿酸8.0mg/dl以上
中性脂肪	60	17	25	21	20	H30年度：中性脂肪300mg/dl以上 R1年度以降：中性脂肪500mg/dl以上 R5年度：中性脂肪300mg/dl以上
心電図		11	1	6	1	R1年度：心房細動の所見がある者 R2年度以降：心房細動の所見があり、内服していない者

出典：市保健課まとめ

保健指導対象者のうち、HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者には「血糖改善プログラム」、eGFR45未満の者や尿蛋白(2+)以上の者には「腎機能低下予防プログラム」、とそれぞれ銘打ち、支援を行っています。

血糖改善プログラムにおいては、保健指導に加え、個別の栄養指導と運動指導を実施しています。その際、糖尿病連携手帳を配布し、内科・眼科・歯科への受診の必要性の説明や、受診の有無の確認を行っています。しかしながら、初回面談以降の栄養指導や運動指導に繋がりにくく、継続参加率の低さが課題となっています。事業成果を挙げるため、対象者の選定基準や介入方法の見直しを行います。

腎機能低下予防プログラムにおいても、保健指導と栄養指導を行っていますが、治療用特殊食品を用いた調理実習を実施している点が血糖改善プログラムと異なります。

上述のとおり、第2期データヘルス計画実施期間においては、計画内で本市の課題と定めた糖尿病性腎症の発症・重症化予防に向けた取り組みを重点的に行ってきましたが、もう一つの課題である脳血管疾患の発症・重症化予防策の展開は十分であったとは言えません。今期計画においても高血圧対策は本市の変わらぬ課題であり、取り組みの強化をすすめていきます。

④ 栄養指導連携パス

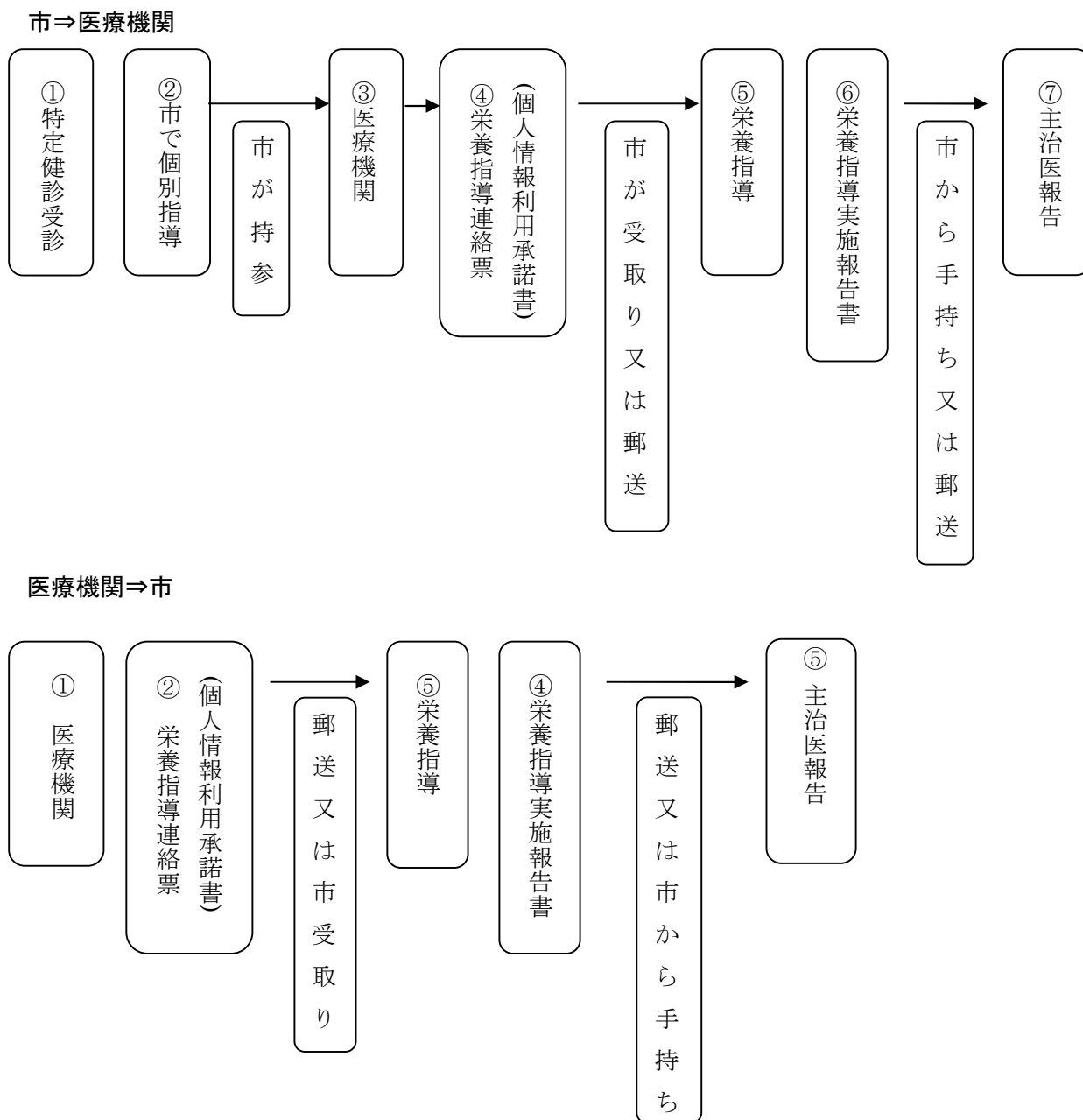
市では、健診結果から生活習慣病の重症化が疑われる対象者や主治医から紹介があった者に対し、対象者の同意を得て主治医の指示を受け、管理栄養士による栄養指導を実施し、指導結果を主治医に報告する「栄養指導連携パス」を行っています。(図表 43)指導後は原則半年間のフォローを

行っています。

主治医の紹介は、脂質異常症、糖尿病、高血圧症に対する栄養指導が例年多数を占めています。

令和元年度にマンパワーの不足等が原因で件数は落ち込みましたが、令和 2 年度に体制を整備して以降、安定しています。(図表 44)

図表 43 栄養指導連携パスのフロー図



図表 44 栄養指導実施件数

H30	R1	R2	R3	R4
29	5	37	55	47

出典：市保健課まとめ

(2) 特定健診未受診者対策

第 2 期計画期間では、生活習慣病予防のためには健診の機会の提供が必要とし、特定健診受診率向上を目的に図表 45 に記載の対策を講じてきました。

図表 45 特定健診の受診率向上対策

受診勧奨	・住民健診パンフレットの全戸配布 ・広報紙や防災無線、市公式LINEでの複数回の受診勧奨 ・勧奨はがきの郵送 年2～3回 ・過去6年間の健診データで、HbA1c7.0%以上、血圧Ⅱ度以上、LDL180mg/dl以上のいずれかに該当する、医療機関未受診かつ健診未受診者を対象とした、電話による受診勧奨
受診の しやすさ	・事前予約制の導入による待ち時間、所要時間の短縮(R5年度～) ・土日の健診実施 ・レディースデー、託児日の設定 ・特定健診、がん検診の同日実施
医療機関 との連携	・医療機関へ訪問し、受診率向上への協力依頼 ・医療情報収集事業
インセン ティブ	・健診受診者かつ市の公式LINEに紐づいた健康LINE登録者へ市指定ゴミ袋プレゼント(R5年度～) ・特定健診受診者にうきはアリーナ利用チケットを配布(R4年度～)

健診有所見者割合を過去 5 年間で 1 回以上の受診がある継続受診者と、過去 5 年間全く特定健診の受診がなかった令和 4 年度の新規受診者で比較すると、多くの項目で新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っています。(図表 46)このような結果がみられていることから、「早期に異常所見を発見するために毎年度健診を受診しなければならない」という意識の醸成を図ることが、やはり生活習慣病予防・重症化予防において効果的な取り組みとなると考えられます。しかし、現状としては継続受診者(リピーター率)の割合は 70%前後で推移しており、一方で不定期受診者の割合は年々増加しています。継続受診率は、「たとえ治療を開始していても、重症化予防及び新たな疾患の発症予防のため、毎年健診を受ける必要はある」という健診受診の意義を保健指導対象者に伝えることができていたのか、という観点に対する一つの評価指標でもあり、割合の向上に努める必要があります。(図表 47)

また、生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として最優先すべきなのは「治療なし」の者ですが、40～64 歳では特定健診対象者の 31.3%、65 歳以上でも 13.1%を占めています。(図表 48)

令和 4 年度の生活習慣病の治療に要した医療費を特定健診受診者と未受診者で比較すると、健診未受診者の方が 38,423 円高いことから、健診を毎年受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることが分かります。(図表 49)

図表 46 特定健康診査受診者の受診回数別結果

R04年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者					全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者	
受診者数					1,843 人	100.0%	1,624 人	88.1%	219 人	11.9%
項目				基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合
身体の大きさ		BMI		25以上	478 人	25.9%	414 人	25.5%	64 人	29.2%
		腹囲		男性85以上 女性90以上	707 人	38.4%	626 人	38.5%	81 人	37.0%
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪		中性脂肪	300以上	422 人	22.9%	363 人	22.4%	59 人	26.9%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	144 人	7.8%	129 人	8.0%	15 人	6.9%
				(再掲) 7.0以上	78 人	4.2%	69 人	4.3%	9 人	4.1%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	90 人	4.9%	79 人	4.9%	11 人	5.0%
			拡張期	100以上	31 人	1.7%	25 人	1.5%	6 人	2.7%
			計		103 人	5.6%	90 人	5.5%	13 人	5.9%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	140 人	7.6%	118 人	7.3%	22 人	10.0%	
腎機能		尿蛋白		2+以上	21 人	1.1%	16 人	1.0%	5 人	2.3%
		eGFR		50未満 70歳以上は40未満	46 人	2.5%	35 人	2.2%	11 人	5.1%
		尿酸		8.0以上	52 人	2.8%	47 人	2.9%	5 人	2.3%

出典:保健事業等評価・分析システム
特定健診・特定保健指導実施結果総括表

図表 47 特定健診受診率の推移

	対象者 数	受診者 数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数		74歳受診者	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B	E	E/B
H29	5,604	2,162	38.6%	--	--	--	--	--	--	137	6.3%
H30	5,417	2,033	37.5%	1,577	72.9%	456	22.4%	--	--	104	5.1%
R01	5,277	2,128	40.3%	1,553	76.4%	401	18.8%	174	8.2%	76	3.6%
R02	5,240	1,896	36.2%	1,446	68.0%	264	13.9%	186	9.8%	138	7.3%
R03	5,041	1,837	36.4%	1,305	68.8%	262	14.3%	270	14.7%	161	8.8%
R04	4,754	1,843	38.8%	1,297	70.6%	219	11.9%	327	17.7%	145	7.9%

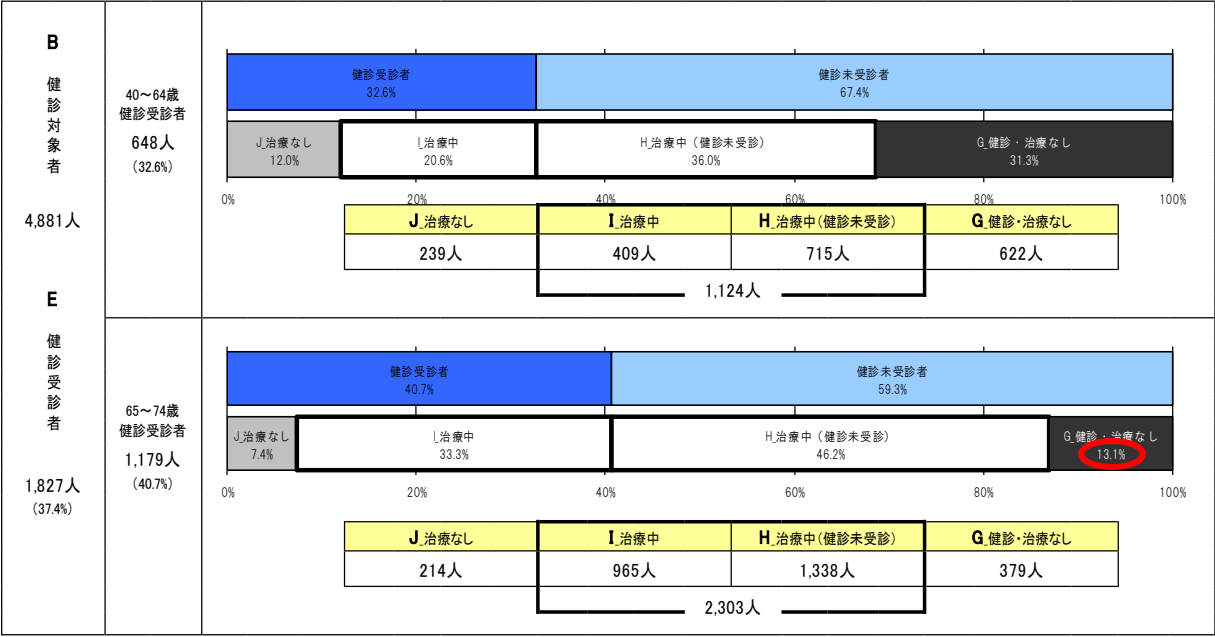
※継続受診者は前年度と比較して算出

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

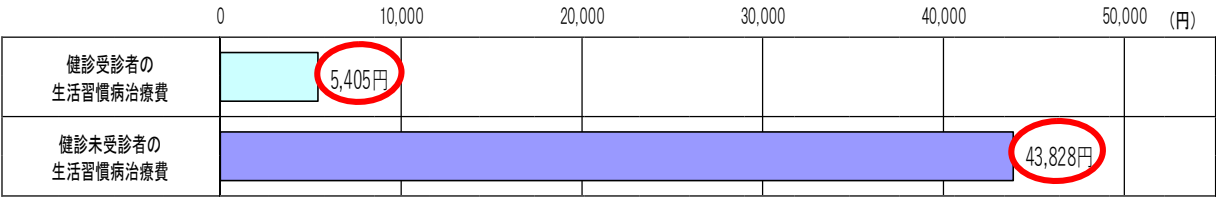
出典:保健事業等評価・分析システム
特定健診・特定保健指導実施結果総括表

図表 48 厚生労働省様式 5-5 健診受診者・未受診者の治療状況(R4 年度)



出典: KDB システム_厚生労働省様式 5-5
(糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)

図表 49 特定健診の受診の有無と生活習慣病治療費(R4 年度)



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

(3)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程されることも大きい。」とされています。

本市においては、一人ひとりの市民が自身の健康状態を把握する大切さを理解し、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ことを目指し、生涯を通じた健康づくりの取り組みを行ってきました。

実際の取り組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費などの社会保障費の増大に繋がっている実態や、食生活、運動などの生活背景と生活習慣病の関連について、広く市民へ周知するため、各種団体への出前講座の開催や、市の広報誌への健康や食生活、運動に関する記事の定期掲載を行いました。

令和 5 年度は、市の公式 LINE と紐づいた UKIHA 健康 LINE に登録した者に対し、肥満予防・改善を目的とした健康情報の発信を月 2 回行いました。この UKIHA 健康 LINE 登録者数の増加を狙い、健診受診者で LINE 登録者に市ごみ袋を進呈するキャンペーンを実施しました。また、血压への意識づけを目的として、集団健診会場にて減塩と家庭血压測定の必要性を周知する内容の展示を行い、塩分チェックシートと血压手帳の配布を行いました。

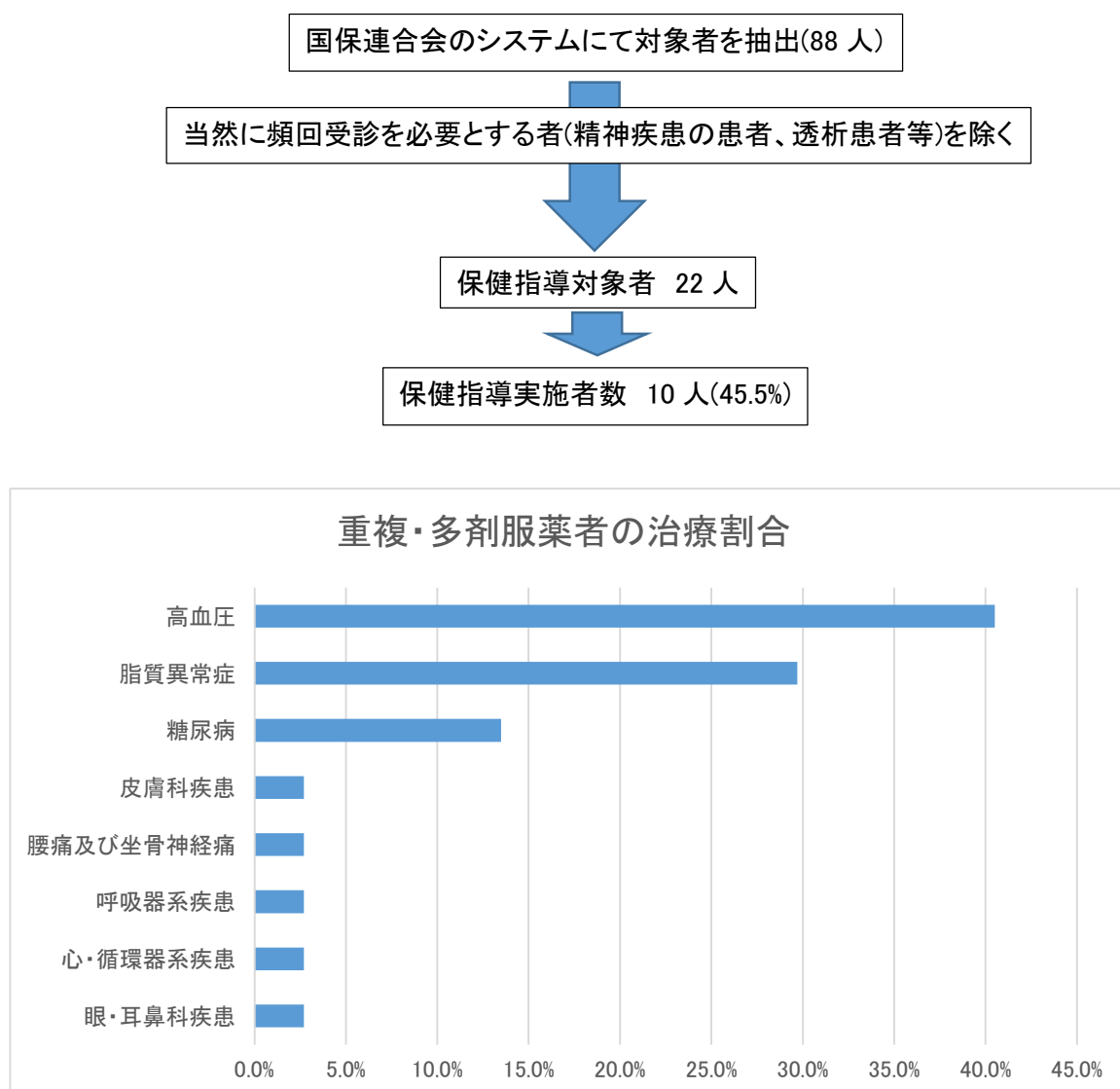
(4)医療機関への頻回・重複受診者や重複・多剤服薬者への保健指導

本市では、医療機関への頻回・重複受診者や重複投薬者・多剤投与者に対し、受診行動の改善及び疾病の早期回復の支援を目的とした保健指導を福岡県国民健康保険団体連合会に委託して実施しています。

国保連合会のシステムにて抽出した令和4年度の対象者は88人でした。そのうち、同一月内に薬剤数が7剤以上の処方を受けている60～74歳までの者で、癌患者及び精神疾患の患者など告知に問題がある者及び透析患者など、当然に頻回受診を必要とする者を除いた数は、22人となっています。

訪問指導の承諾を得ることができた10人の治療割合をみると、高血圧や脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病に関する治療者が多くなっています。

図表 50 対象者への保健指導実施状況(R4 年度)



出典: KDB システム_重複・多剤処方の状況
保険者問合せ要望支援システム_訪問健康相談業務結果報告書

(5)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 51 第2期データヘルス計画目標管理一覧

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			目標値 (R4)	データの 把握方法 (活用データ年度)
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画	中長期目標	入院医療費の伸び率の減少	0.6%	3.5%	2.2%	2.5%	成果表
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	6.5%	6.3%	5.3%	5.0%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	4.5%	3.0%	3.1%	2.0%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	4人	4人	1人	2人	評価・分析システム
	短期目標	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	15.2%	18.6%	19.8%	17.0%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会法定報告データ)
		メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	13.4%	14.2%	14.7%	13.0%	
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	3.0%	7.5%	5.5%	2.0%	連合会配布資料(動脈硬化の視点で見た健診有所見者の割合)
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.9%	10.3%	7.6%	6.0%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c7.0%以上)	3.2%	4.6%	4.3%	3.0%	特定健診結果より
		健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.4%	0.5%	0.4%	0.3%	
		健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	0.4%	0.4%	0.2%	0.3%	法定報告値
		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	37.5%	36.2%	38.8%	55.0%	
		特定保健指導実施率80%以上	76.8%	76.0%	85.2%	85.0%	
		特定保健指導対象者の割合の減少	13.3%	14.1%	12.8%	13.0%	
努力支援制度	その他	がん検診受診者の増加	23.6%	22.7%	21.5%	30.0%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
		肺がん検診受診者の増加	28.7%	27.0%	25.9%	30.0%	
		大腸がん検診受診者の増加	15.2%	14.4%	14.9%	30.0%	
		子宮がん検診受診者の増加	34.7%	34.1%	31.7%	40.0%	
		乳がん検診受診者の増加	35.0%	35.2%	32.2%	40.0%	
	後発医薬品の使用による、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	72.8%	78.3%	78.3%	78.0%	厚生労働省

目標を達成している項目は、「糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少」、「健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少」、「特定保健指導実施率80%以上」、「特定保健指導対象者の割合の減少」、「後発医薬品の使用割合」の5項目です。

また、目標未達成ながら平成30年度の初期値より改善している項目は、「脳血管疾患が総医療費に占める割合の減少」、「虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少」、「健診受診者の脂質異常症者の割合の減少」、「特定健診受診率」の4項目となっています。

特定保健指導の実施率が高いことは評価できる点ですが、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらす要因となる内臓脂肪が蓄積した状態であることを示す、メタボリックシンドローム該当者や予備軍の割合が増加している状況であることは課題と言えます。第4期特定保健指導においては、よりアウトカムを重視した評価体系に変更されるため、効果的な保健指導の実施ができるよう、実施方法や内容を検討していきます。

さらに、事前予約制の導入に伴い、令和5年度の健診受診率は低下する見込みであるため、健診

受診勧奨や発症予防を周知する内容のポピュレーションアプローチの展開にも注力していきます。

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画においては、本市の課題を脳血管疾患と糖尿病性腎症と定め、その危険因子である高血圧と糖尿病に焦点を当て、重症化予防を進めてきました。具体的な取り組み内容は、前項にて述べたとおりです。

各データや第2期計画期間の取り組みを踏まえ、健診・医療・介護のカテゴリー毎に、本市国民健康保険における健康課題を以下のとおり整理しました。

〈課題〉

健診

① 健診未受診者対策

住民自身が自己の健康状態に関心を持ち、毎年健診を受診して健診結果の経年的な変化をみていくことが、生活習慣病予防・重症化予防において重要です。しかしながら、継続受診者の割合は70%前後で推移する一方で、不定期受診者の割合は年々増加しており、特定健診受診のリピーターを増やすことが課題となっています。(P.35、図表 47)また、特定健診未受診者のうち、治療なしの者の割合は、40～64 歳で 31.3%、65 歳以上で 13.1%であり(P.36、図表 48)、これらの者については健康状態に関する情報がつかめず、保健指導等の介入が困難な状況があります。さらに、令和4年度の受診者全体の約7%が74歳受診者であること(P.35、図表 47)や、40～50代の男性の受診率が特に低い(P.29、図表 35)ことから、若年層をターゲットに健診受診率向上を図る必要があります。

② メタボリックシンドローム予備群・該当者対策

うきは市特定健診受診者のうち、腹囲が異常値にある者の割合や、男性のメタボリックシンドローム予備群、女性のメタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合は、県平均よりも高い値を示しています。(P.24、図表 28)メタボリックシンドローム該当者と予備群それぞれに、循環器疾患発症の危険因子である血圧、血糖、脂質といった所見の重複状況をみてみると、メタボリックシンドローム該当者では血圧と脂質の2項目の該当者の割合が、メタボリックシンドローム予備群では脂質の有所見割合が40代で高くなっており、メタボリックシンドローム予備群からメタボリックシンドローム該当者への移行、メタボリックシンドローム該当者から生活習慣病への移行を予防するために、若年層受診者への保健指導を確実に行う必要があります。(P.42、図表 52)

③ 高血圧対策

特定健診受診時のⅡ度高血圧以上の有所見割合が、令和元年度以降、県平均を上回っており(P.24、図表 29)、そのうち未治療者は約半数を占めています。(P.25、図表 30)健診受診後も未治療のまま放置している者も約3割存在している状況です。(P.22、図表 26)これらの実態を踏まえ、高血圧有所見者への保健指導や病院受診勧奨に特に注力することに加え、高血圧症の発症予防を目的としたポピュレーションアプローチの展開が必要だと考えます。

図表 52 厚生労働省様式 5-3 メタボリックシンドローム予備群・該当者(令和 4 年度)

		被保険者 数		健診受診者		肥満		有所見の重複状況																					
						男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		(腹囲+2項目or3項目)								(腹囲+1項目)											
										メタボリック 該当者		3項目全て				血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		メタボリック 予備群		血圧		血糖		脂質	
												F 1	F/(E+J)	G 2	G/(E+J)	H 3	H/(E+J)	I 4	I/(E+J)	J	J/B			K 5	K/(E+J)	L 6	L/(E+J)	M 7	M/(E+J)
		A	B	B/A	C	C/B	D 8	D/C	E	E/B	F 1	F/(E+J)	G 2	G/(E+J)	H 3	H/(E+J)	I 4	I/(E+J)	J	J/B	K 5	K/(E+J)	L 6	L/(E+J)	M 7	M/(E+J)			
総 数	総数	4,754	1,843	38.8%	707	38.4%	70	9.9%	365	19.8%	101	15.9%	54	8.5%	192	30.1%	18	2.8%	272	14.8%	199	31.2%	12	1.9%	61	9.6%			
	40代	622	190	30.5%	52	27.4%	14	26.9%	19	10.0%	1	2.6%	1	2.6%	15	39.5%	2	5.3%	19	10.0%	6	15.8%	1	2.6%	12	31.6%			
	50代	745	247	33.2%	94	38.1%	15	16.0%	40	16.2%	10	12.7%	5	6.3%	23	29.1%	2	2.5%	39	15.8%	23	29.1%	0	0.0%	16	20.3%			
	60代	1,656	695	42.0%	272	39.1%	20	7.4%	136	19.6%	38	15.1%	18	7.1%	75	29.8%	5	2.0%	116	16.7%	90	35.7%	8	3.2%	18	7.1%			
	70-74	1,731	711	41.1%	289	40.6%	21	7.3%	170	23.9%	52	19.4%	30	11.2%	79	29.5%	9	3.4%	98	13.8%	80	29.9%	3	1.1%	15	5.6%			
男 性	総数	2,384	854	35.8%	492	57.6%	52	10.6%	246	28.8%	71	16.1%	43	9.8%	120	27.3%	12	2.7%	194	22.7%	141	32.0%	11	2.5%	42	9.5%			
	40代	370	94	25.4%	43	45.7%	10	23.3%	15	16.0%	0	0.0%	1	3.0%	12	36.4%	2	6.1%	18	19.1%	6	18.2%	1	3.0%	11	33.3%			
	50代	412	130	31.6%	74	56.9%	10	13.5%	33	25.4%	8	12.5%	5	7.8%	18	28.1%	2	3.1%	31	23.8%	19	29.7%	0	0.0%	12	18.8%			
	60代	785	313	39.9%	180	57.5%	14	7.8%	82	26.2%	25	15.1%	12	7.2%	42	25.3%	3	1.8%	84	26.8%	63	38.0%	7	4.2%	14	8.4%			
	70-74	817	317	38.8%	195	61.5%	18	9.2%	116	36.6%	38	21.5%	25	14.1%	48	27.1%	5	2.8%	61	19.2%	53	29.9%	3	1.7%	5	2.8%			
女 性	総数	2,370	989	41.7%	215	21.7%	18	8.4%	119	12.0%	30	15.2%	11	5.6%	72	36.5%	6	3.0%	78	7.9%	58	29.4%	1	0.5%	19	9.6%			
	40代	252	96	38.1%	9	9.4%	4	44.4%	4	4.2%	1	20.0%	0	0.0%	3	60.0%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%			
	50代	333	117	35.1%	20	17.1%	5	25.0%	7	6.0%	2	13.3%	0	0.0%	5	33.3%	0	0.0%	8	6.8%	4	26.7%	0	0.0%	4	26.7%			
	60代	871	382	43.9%	92	24.1%	6	6.5%	54	14.1%	13	15.1%	6	7.0%	33	38.4%	2	2.3%	32	8.4%	27	31.4%	1	1.2%	4	4.7%			
	70-74	914	394	43.1%	94	23.9%	3	3.2%	54	13.7%	14	15.4%	5	5.5%	31	34.1%	4	4.4%	37	9.4%	27	29.7%	0	0.0%	10	11.0%			

出典: 国保連合会 評価・分析システム

特定健診・特定保健指導実施結果総括表

KDB システム 疾病管理一覧(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)

KDB システム 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

医療

④ 重症化予防

脳血管疾患の総医療費に占める割合が、平成 30 年度より 0.45 ポイント伸びており、同規模、県、全国平均よりも高くなっています。(P.17、図表 18)高額レセプトに占める脳血管疾患の割合は、令和 4 年度で全体の 6%でありながら、8000 万円以上の費用がかかっています。(P.16、図表 16)また、原因となる高血圧症や脂質異常症の治療者の割合も増加しており、今後の脳血管疾患治療者の割合が増加することが予測されます。(P.20・21、図表 23・25)高血圧治療ガイドライン 2019 には、高血圧に喫煙、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の危険因子が集積すると、脳心血管病リスクはさらに上昇することは明らかとの記載があることから、効果的な高血圧症の重症化予防策を講じるために、危険因子の重なりが多い者から優先順位をつけて保健指導を行います。

介護

⑤ 75 歳以上の高齢者への保健指導

要介護認定者の有病状況をみると、脳血管疾患がどの年代においても半数近くを占めています。発症原因となる高血圧、糖尿病、脂質異常症といった基礎疾患を有する者の割合は、いずれの年代においても 9 割以上を占めており、重症化した結果として脳血管疾患を発症し、介護認定を受けるケースが非常に多いことが分かります。(P.14、図表 12)医療保険制度においては、75 歳に到達すると、国民健康保険制度等から後期高齢者医療保険制度の被保険者に異動することになります。

制度が異なることにより、支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうため、対象者の特性や状況に対応した切れ目のない支援の実施が課題となっていました。今後は、75 歳以上の高齢者の健康状態の把握や保健指導の実施を、介護保険部局と連携して一体的に行う必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1) 優先して解決を目指す健康課題の明確化

前章で整理した結果を踏まえると、高血圧所見を有する者の早期発見・介入が喫緊の課題であると考えられます。高血圧所見を有する者への早期病院受診勧奨や、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。

2) 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います。

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。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報の分析結果をふまえ、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、医療費の延伸は避けられないことから、医療費の適正化を目指します。

また、重症化予防、医療費適正化へつなげるために、適切な時期での病院受診を促し、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させることを目指します。目標達成のために、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、糖尿病とメタボリックシンドロームは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法や運動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、日本人食事摂取基準(2020 年版)の基本的な考え方を基に、栄養指導等の保健指導を行います。

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す。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。

(2)管理目標の設定

図表 53 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★共通の評価指標(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	実績	目標		データの把握方法 (活用データ年度)
					初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	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	5.3%	5.0%	4.5%	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	3.1%	2.5%	2.0%	
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.4%	6.0%	5.5%	評価・分析システム
				透析導入者の割合の減少	0.2%	0.2%	0.1%	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の維持又は減少	1人	1人	1人	
	短期目標	アウトカム指標	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の割合の減少	19.8%	18.0%	16.5%	特定健診・特定保健指導結果 (国保中央会 法定報告データ)
				メタボリックシンドローム予備軍の割合の減少	14.7%	13.5%	12.5%	
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	5.5%	4.0%	2.0%	連合会配布資料 (動脈硬化の視点 で見た健診有所見者の割合)
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	7.6%	6.0%	5.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C6.5%以上）	7.8%	6.0%	5.0%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.4%	1.2%	1.0%	
				健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の維持又は減少	0.2%	0.2%	0.2%	特定健診 結果より
				健診受診時Ⅱ度高血圧以上者のうち、未治療者の割合の減少	54.4%	48.0%	40.0%	
		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	38.8%	42.0%	55.0%	特定健診・特定保健指導結果 (国保中央会 法定報告データ)
				★特定保健指導実施率60%以上	85.2%	80.0%	85.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.4%	3.0%	6.0%	
努力度支援	その他		後発医薬品の使用による、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上	78.3%	80.0%	80.0%	厚生労働省

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4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年を一期としていましたが、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 54 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	38%	42%	45%	50%	55%	60%以上
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	85%	85%	85%以上

3. 対象者の見込み

図表 55 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	4192人	3896人	3649人	3367人	3149人	2949人
	受診者数	1593人	1636人	1642人	1684人	1732人	1769人
特定保健指導	対象者数	213人	219人	220人	226人	232人	237人
	受診者数	170人	175人	176人	192人	197人	201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。郡市医師会が実施機関の取りまとめを行い、郡市医師会とうきは市国保が集合契約を行います。

- ① 集団健診(るり色ふるさと館、うきはアリーナ、かわせみホール)
- ② 個別健診(受託医療機関)

集団健診会場では、被用者保険の被扶養者の特定健診や、後期高齢者医療の被保険者の健診を実施し、健診受診の機会を確保します。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 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

特定健診実施機関については、うきは市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.city.ukiha.fukuoka.jp/kiji0033643/index.html>

(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を目的として特定保健指導対象者を抽出するために国が定めた項目に加え、追加の検査(尿酸・尿潜血・尿素窒素・総コレステロール・微量アルブミン)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替えられます。(特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 1 条第 4 項)

図表 56 特定健診検査項目

健診項目		うきは市	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)	○	○
	総コレステロール	追加	
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	追加	
	微量アルブミン	追加	
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	追加	
	尿素窒素	追加	

○…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

集団健診を7月から10月まで、個別健診を4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実施していただくよう、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

受診券や健診パンフレットを個別に配布します。加えて、ホームページ、広報誌、防災無線、市公式LINE等を活用した広報の実施と、通知や電話等での受診勧奨といった、加入者に対する周知広報活動を年間通して行います。

図表 57 特定健診実施スケジュール

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

(1) 実施方法

特定保健指導の実施については、保健衛生部局への執行委任の形態で行います。

具体的な実施方法としては、集団健診会場や市役所西別館での対面実施や、対象者宅への訪問等を想定しています。

○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。

(2) 実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号)」に定められた実施要件に則って実施します。

対象となる国保加入者は農業や自営業等に従事しており、年齢を重ねても仕事を続ける者が多く、電話での経過支援では連絡がつかない場合も多々あります。途中脱落を少なくするため、LINE の活用等、対象者の年齢層や就労状況を考慮した実施形態を検討しながら、保健指導を実施します。

(3) 実施期間

通年実施します。

(4) 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 42)

(5) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

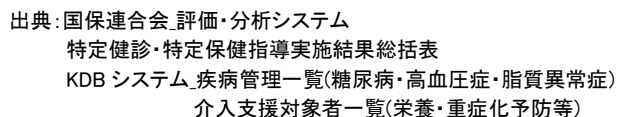
図表 58 要保健指導対象者の見込み

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	◆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	236人 (12.8%)	利用率90% 終了率85%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆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	325人 (17.6%)	100%
3	L	情報提供 (治療中のコント ロール不良者)	◆治療効果を上げるため、適切な生 活改善や受診行動が自分で選択で きよう保健指導の実施 ◆栄養指導連携パスを活用した、か かりつけ医との連携 ◆治療中断者対策としてのレセプト の確認 ◆学習教材の共同使用	544人 (29.5%)	100%
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説 明	404人 (21.9%)	100%
5	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受 診の重要性の普及啓発) ◆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	2,911人 ※受診率60%達成 までにあと1000人	100%

※要保健指導対象者の見込み数は、令和4年度の法定報告値で試算

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

令和04年度



(6)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 60 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	◎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		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月			
7月	◎特定健康診査の開始	◎対象者の抽出	◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始
8月		◎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
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		
3月			

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うきは市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(電子媒体)及

び保健指導記録(紙媒体)で行います。

特定健康診査・特定保健指導の記録の最低限の保存期間は、記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間、又は、被保険者が他の保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間のいずれかのうち、短い期間とします。

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、うきは市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

できる限り多くの対象者に効果的・効率的に特定健診・特定保健指導を実施するためには、実施計画に沿った特定健診・特定保健指導の実施と、実施後の成果検証を行うことが重要になります。

実施後の成果検証を行うための指標として、「特定健診・特定保健指導の実施率」と「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」に関する目標値を定め(P46、図表 36)、前年度の結果を翌年度に確認し、目標値の達成状況を把握します。

毎年度の評価の際に、目標の達成状況を踏まえ、実施計画の記載内容の見直しを行うか否か、検討します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、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圧、血糖、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施する必要があります。

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、脳血管疾患重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防等の取り組みを行います。

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。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣と疾患発症リスクの関連や、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態等を広く市民へ周知し、健康づくりへの意識向上を図っていきます。

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。

2. 重症化予防の取組

(1) 対象者

うきは市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を各学会のガイドラインに基づき抽出すると、616人(33.4%)です。そのうち治療なしは205人、臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者は134人となっています。(P.55、図表61)

うきは市においては、特定保健指導の対象には該当しない、以下の選定基準の該当者に対し、生活習慣病重症化予防事業対象者として保健指導を実施します。選定基準については、各学会のガイドラインを参考に、毎年度見直しを行います。(P.55、図表62)

後項では、本市の課題別に取り組む内容を詳述します。

令和04年度

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 による年間新発透析導入患者数の減少				＜参考＞ 健診受診者（受診率） 1,843人38.8%			
科学的根拠に基づき	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(2023年改訂版) (循環器病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)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況			
↓ 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	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 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%) 非脳卒中 ガイドライン 2015.2 V 非心原性脳梗塞				心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症										治療中治療なし	
													高血圧6261,217 脂質異常症4331,410 糖尿病1841,654 3疾患 1,778965 ※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)						
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 2022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		重症化予防対象者 (実人数)		
該当者数	103	5.6%	13	0.7%	47	2.6%	64	3.5%	365	19.8%	101	5.5%	132	7.2%		
治療なし	56	4.6%	3	0.3%	42	3.0%	52	3.7%	82	8.5%	41	2.5%	41	4.2%		
(再掲) 特定保健指導	17	16.5%	0	0.0%	12	25.5%	25	39.1%	82	22.5%	10	9.9%	13	9.8%		
治療中	47	7.5%	10	1.1%	5	1.2%	12	2.8%	283	32.2%	60	32.6%	91	10.4%		
臓器障害 あり	41	73.2%	3	100.0%	23	54.8%	31	59.6%	45	54.9%	21	51.2%	41	100.0%	134	65.4%
CKD(専門医対象者)	7		0		3		11		6		5		41		41	
心電図所見あり	38		3		22		25		40		19		22		115	
臓器障害 なし	15	26.8%	—		19	45.2%	21	40.4%	37	45.1%	20	48.8%	—		—	

出典:国保連合会_評価・分析システム

特定健診・特定保健指導実施結果総括表

KDB システム_疾病管理一覽(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)

介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

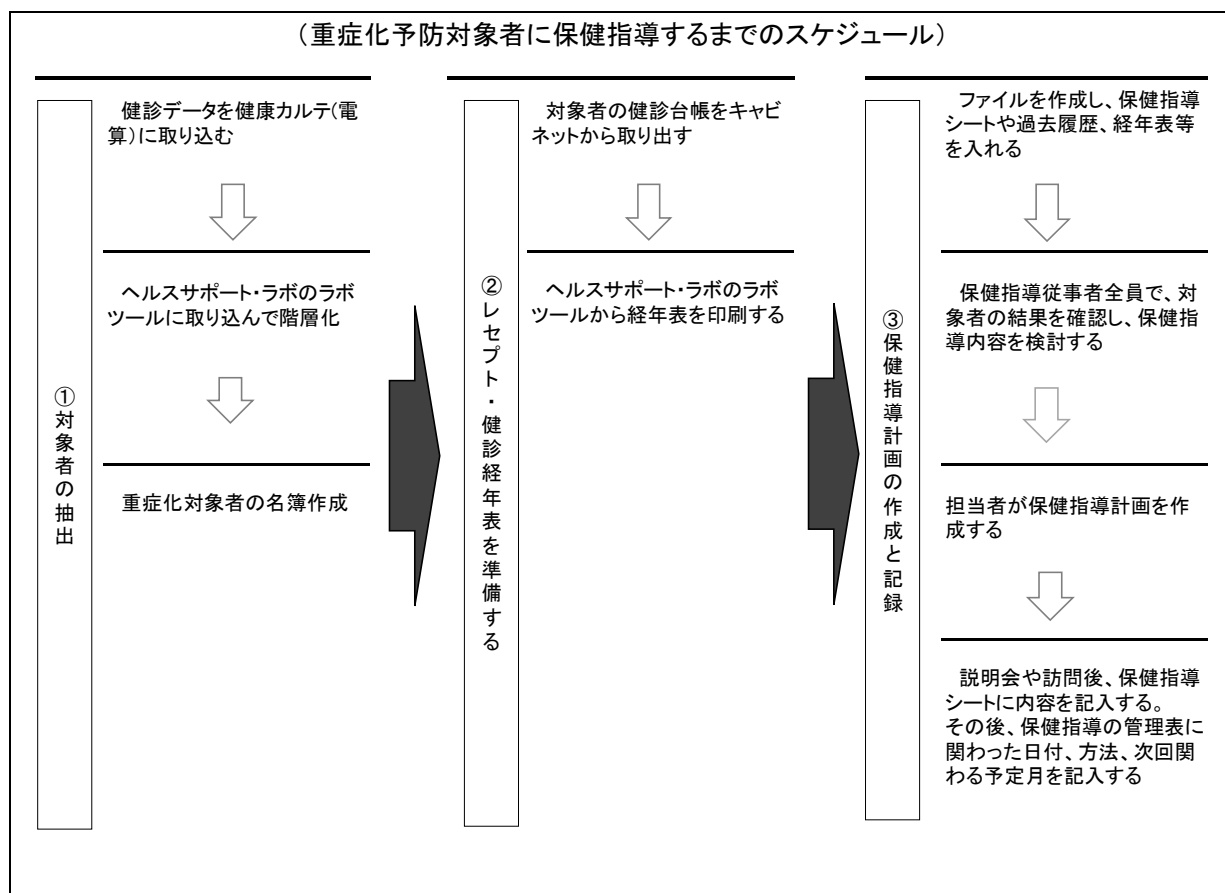
図表 62 生活習慣病重症化予防事業対象者

項目	選定基準
血圧	①血圧Ⅱ度以上の未治療者 ②血圧Ⅲ度以上で治療中の者
血糖	①HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者 ②65歳未満のHbA1c7.0%以上(治療中) ③65歳以上75歳未満のHbA1c7.5%以上(治療中)
脂質	LDLコレステロール180mg/dl以上
GFR	eGFR45未満
尿検査	尿蛋白(+)以上
尿酸	尿酸8.0mg/dl以上
中性脂肪	中性脂肪300mg/dl以上
心電図	心房細動の所見があり、内服していない者
微量アルブミン	微量アルブミン尿30mg/gCr以上

(2)スケジュール

対象者に対する保健指導は、以下のスケジュールに従って実施します。

図表 63 重症化予防対象者に保健指導するまでのスケジュール



1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

(1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会が合同で構成したメタボリックシンドローム診断基準検討委員会作成の「メタボリックシンドローム定義と診断基準」には、「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」と内臓脂肪を減少させることによって期待できる疾患予防効果が記載されています。

(2) 対象者の明確化

①対象者の選定基準の考え方

- ア メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- イ 治療中の者へは、脳・心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための食事指導や運動指導を行います。
- ウ 特定保健指導対象者には、対象者の状況に応じた保健指導や食事指導、運動指導を行います。

②対象者の管理

保健指導の管理表(Excel シート)を作成し、関わった日付や方法、次回関わる予定月等を入力し、進捗状況を管理します。紹介状受診の有無や血液データの推移についても、経過フォローの際に対象者より聞き取りを行い、台帳に記載します。

(3) 保健指導の実施

①最新のガイドラインを活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に、保健指導用教材を活用しながら行っていきます。

対象者には、初回面談後 6 か月間の経過フォローを実施します。

②二次検査・追加検査の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、うきは市においては以下の検査を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

ア 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)

特定健康診査の結果が、血圧、血糖、脂質、腹囲やBMI、年齢に関する市の定めた選定基準に該当する者へ受託医療機関での検査受診を勧奨し、検査費用を全額助成します。

イ 心電図検査(心臓の状態を詳しく見る検査)

特定健康診査受診者全員に実施します。

(4)医療との連携

①連携パスの活用

特定健診結果から生活習慣病の重症化が疑われる者に対し、本人の同意を得たうえで、主治医の指示を受け、栄養指導・保健指導を実施し、指導結果を主治医に報告する連携パスの活用を行います。

(5)実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の選定基準、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定。

8月～ 特定健診結果が届き次第、保健指導実施。

管理表にて対象者の管理を行う。

2～3月 事業評価の検討会実施。

2)高血圧重症化予防

(1) 基本的な考え方

高血圧治療ガイドライン 2019 によると、「高血圧は脳心血管病の最大の危険因子であり、脳心血管病死亡の約 50%が、120/80 mm Hg を超える高値血圧に起因するものと推定される」との記載があります。また、「高血圧は推算糸球体濾過量 (eGFR) 低下、慢性腎臓病 (CKD)、さらには末期腎不全の発症リスクを上昇させる」ともされています。

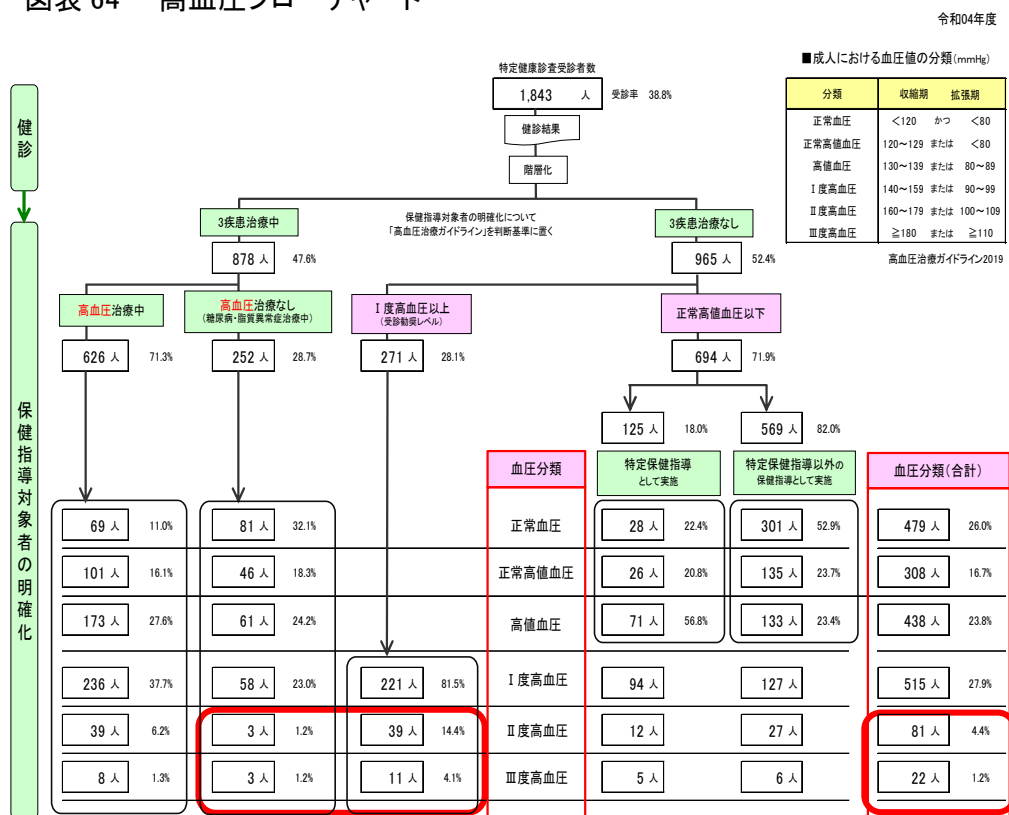
高血圧有病率は加齢とともに上昇する傾向があることから、本市も高齢化に伴い、さらに増加する可能性があり、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを並行して展開していく必要があります。

(2)対象者の明確化

①特定健康診査受診時の高血圧所見からの把握

令和 4 年度の特健康診受診者のうち、Ⅱ度高血圧該当者は 81 名、Ⅲ度高血圧該当者は 22 名でした。そのうち、治療なしの者は、Ⅱ度高血圧該当者で 42 名(51.9%)、Ⅲ度高血圧該当者で 14 名(63.6%)であり、半数以上が治療に結び付いていない実態があります。

図表 64 高血圧フローチャート



出典：国保連合会 評価・分析システム

特定健診・特定保健指導実施結果総括表

KDB システム 疾病管理一覧(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)

KDB システム 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

② 高血圧治療ガイドラインに基づく層別化による把握

未治療者の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上の所見がみられた者の多くがリスク第2層及び第3層に分類されることが分かります。

図表 65 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)	高値血圧	I 度高血圧	Ⅱ 度高血圧	Ⅲ 度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
	600	265 44.2%	279 46.5%	42 7.0%	14 2.3%
リスク第1層 予後影響因子がない	35	C 26 9.8%	B 6 2.2%	B 3 7.1%	A 0 0.0%
		5.8%			
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	349	C 147 55.5%	B 171 61.3%	A 23 54.8%	A 8 57.1%
		58.2%			
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	216	B 92 34.7%	A 102 36.6%	A 16 38.1%	A 6 42.9%
		36.0%			
		…高リスク …中等リスク …低リスク			
		区分 該当者数			
		A ただちに薬物療法を開始 155 25.8%			
		B 概ね1ヵ月後に再評価 272 45.3%			
		C 概ね3ヵ月後に再評価 173 28.8%			

※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。

出典: 国保連合会_評価・分析システム
特定健診・特定保健指導実施結果総括表
KDB システム_疾病管理一覧(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)
KDB システム_介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

③ 高血圧有所見者への介入の方向性

以上の結果を踏まえ、Ⅱ度高血圧以上の所見がみられる未治療者から優先的に保健指導を実施していきます。また、高値血圧やⅠ度高血圧であっても、脳心血管病発症リスクの高リスク層に該当する場合があるため、ポピュレーションアプローチを通して、重症化することによるリスクや、減塩や肥満の解消、家庭血圧測定の推進といった自己予防策について周知していきます。

(3) 保健指導の実施

① 最新のガイドラインを活用した保健指導及び受診勧奨

対象者への保健指導については、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版、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を参考に、保健指

導用教材を活用しながら行っていきます。

ア 高血圧有所見者への保健指導

健診時の血圧がⅡ度高血圧以上の者には、集団健診会場での面談、もしくは健診後 1 週間以内の電話での体調確認を行います。200/120mmHg 以上の所見であった場合には、自宅に訪問し、体調確認と受診勧奨を実施します。

高血圧治療中でⅢ度高血圧以上の者、高血圧未治療でⅡ度高血圧以上の者は、生活習慣病重症化予防事業の対象者として保健指導を実施し、生活習慣改善に向けた支援や受診勧奨を行います。

イ 心電図異常所見者への保健指導

心房細動や ST 異常といった心筋虚血が推測される所見がみられるものの、内服治療をしていない者を対象に、適切な受診のための保健指導を行います。

ウ 腎機能低下所見者への保健指導

尿蛋白陽性、又は eGFR45 未満の者は、生活習慣病重症化予防事業の対象者として保健指導を実施し、生活習慣改善に向けた支援や受診勧奨を行います。

また、eGFR45 未満の者や尿蛋白(2+)以上の者を対象に、「腎機能低下予防プログラム」と銘打ち、保健指導・栄養指導・治療用特殊食品を用いた調理実習を実施します。

エ 住民健診・医療機関への受診勧奨

過去数年間に特定健診受診歴があり、その期間中に一度でも血圧Ⅱ度以上に該当したことのある医療機関未受診者をレセプトデータより把握し、電話や手紙、訪問での健診・医療機関への受診勧奨を行います。

オ ポピュレーションアプローチ

高血圧症発症予防に向け、発症に至る機序や高血圧であることによる身体的リスク、発症予防策等について、集団健診会場での啓発活動や市の広報媒体を通した情報発信により、広く市民に周知していきます。

②二次健診・追加検査の実施

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ます。対象者へは、二次健診の受診勧奨を検討していく必要があります。うきは市においては以下の検査を実施します。

ア 頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）

特定健康診査の結果が、血圧、血糖、脂質、腹囲や BMI、年齢に関する市の定めた選定基準に該当する者へ受託医療機関での検査受診を勧奨し、検査費用を全額助成します。

イ 眼底検査（眼球の奥から頭に向かう細い血管内皮の状態を見る検査）

特定健康診査の血圧、血糖の結果において、国の定める基準に該当する者に対して実施します。

③対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、保健指導の管理表(Excel シート)を作成し、関わった日付や方法、次回関わる予定月等を入力し、経

過を把握します。

(4)医療との連携

①医療機関未受診者や治療中の者への対応

脳・心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ます。治療中の者へは血管リスク低減に向け、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。

②連携パスの活用

特定健診結果から生活習慣病の重症化が疑われる者に対し、本人の同意を得たうえで、主治医の指示を受け、栄養指導・保健指導を実施し、指導結果を主治医に報告する連携パスの活用を行います。

(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、介護保険部局と連携していきます。

(6)実施期間及びスケジュール

4～5 月 対象者の選定基準、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定。

7 月～ 特定健診データ管理システムや KDB よりデータを収集し、高血圧管理台帳を作成。
順次、受診勧奨及び保健指導を実施。

健診受診時にⅡ度高血圧以上の所見がみられた者へ、保健指導実施。

8 月～ 特定健診結果が届き次第、保健指導実施。
管理表にて対象者の管理を行う。

2～3 月 事業評価の検討会実施。

3)糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病の慢性合併症の一つである糖尿病性腎症は、重症化すると新規の人工透析導入に繋がる等、個人の生活の質を著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることから、糖尿病性腎症の重症化予防は我が国における課題となっています。

本市においても、糖尿病の発症予防や、生活習慣の改善等による合併症の予防に努めます。

(2)対象者の明確化

①対象者選定基準の考え方

抽出すべき対象者を以下とします。

ア 医療機関未受診者

イ 医療機関受診中断者

ウ 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

ア 対象者の抽出

取り組み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、特定健診データやレセプトデータを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化のリスクを判断する際は、「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 66 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	

(3)保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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。うきは市においては、糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を鑑み、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイドや CKD 診療ガイド等を参考に、保健指導用教材を活用しながら行っていきます。

ア 未治療者・治療中断者への保健指導

HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者には、「血糖改善プログラム」と銘打ち、保健指導・栄養指導・運動指導を実施します。その際、糖尿病連携手帳を配布し、内科・眼科・歯科への受診の必要性を説明や、受診の有無を確認します。

過去数年間に特定健診受診歴があり、その期間中に一度でも HbA1c7.0%以上に該当したことのある医療機関未受診者をレセプトデータより把握し、電話や手紙での健診・医療機関への受診勧奨を行います。

イ 治療者のうち、重症化リスクの高い者への保健指導

65歳未満の糖尿病治療者で HbA1c7.0%以上の場合や、65歳以上 75歳未満の糖尿病治療者で HbA1c7.5%以上の場合、生活習慣病重症化予防事業の対象者として保健指導を実施し、生活習慣改善に向けた支援や受診勧奨を行います。

ウ 腎機能低下が疑われる者への保健指導

尿蛋白陽性、又は eGFR45 未満の者は、生活習慣病重症化予防事業の対象者として保健指導を実施し、生活習慣改善に向けた支援や受診勧奨を行います。

eGFR45 未満の者や尿蛋白 (2+) 以上の者を対象に、「腎機能低下予防プログラム」と銘打ち、保健指導・栄養指導・治療用特殊食品を用いた調理実習を実施します。

②健診検査項目の追加による重症化予防対策

腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、前年度の特定健康診査の結果にて HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白陰性だった者に対しては、微量アルブミン尿検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

(4)医療との連携

① 医療機関未受診者や治療中の者への対応

糖尿病性腎症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ます。治療中の者へは血管リスク低減に向け、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。

②連携パスの活用

特定健診結果から生活習慣病の重症化が疑われる者に対し、本人の同意を得たうえで、主治医の指示を受け、栄養指導・保健指導を実施し、指導結果を主治医に報告する連携パスの活用を行います。

③糖尿病等重症化予防連携会議の実施

市内の医療機関と行政が連携することで、糖尿病のコントロール良好者を増加させるための仕組みを構築・運用し、糖尿病有病者の減少、及び糖尿病性腎症等の重症化(合併症)を予防することを目的に、情報共有や協議を行います。

構成員は、浮羽医師会推薦医師、浮羽歯科医師会推薦歯科医師、浮羽薬剤師会薬剤師、北筑後保健福祉環境事務所職員、その他会長が糖尿病重症化予防を推進するために必要と認める者となります。

(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、介護保険部局と連携していきます。

(6)実施期間及びスケジュール

4～5月 対象者の選定基準、対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定。

7月～ 特定健診データ管理システムやKDBよりデータを収集し、糖尿病管理台帳を作成。

順次、受診勧奨を実施。

8月～ 特定健診結果が届き次第、保健指導実施。

2～3月 事業評価の検討会実施。

3. 特定健康診査未受診者勧奨

KDB より抽出した過去の健診受診歴や問診票の回答等に基づいて対象者の特性を分類し、個別受診勧奨の資材を区別して、対象者に応じた効果的な特定健康診査受診勧奨を行います。

また、医療機関を定期的に受診していることを理由に特定健診を受診しない者に対しては、医療機関が保有している検査データの情報収集に取り組みます。

図表67 未受診者勧奨の取り組み内容

個別 勧奨	対象者	特定健診未受診者
	実施方法	・電話、訪問による受診勧奨 ・受診勧奨はがきの送付 ・かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 ・医療情報収集事業を活用した受診勧奨
その他	対象者	市国保加入者
	実施方法	・広報紙や市公式LINE、防災無線を通じた受診勧奨 ・乳幼児健診や介護保険第1号被保険者説明会等、市の事業での周知

4. ポピュレーションアプローチ(対象を限定しない集団全体への介入)

ポピュレーションアプローチとして、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、個人の实態と社会環境等について、講座等の実施により、学習の機会を設けます。

また、生活習慣病の発症予防に向け、市の広報媒体の活用、住民健診会場等での情報発信を通して、広く市民へ周知していきます。

5. 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に重点的に取り組むことが、成人期の生活習慣病発症予防に繋がると言えます。

うきは市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児、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ている必要があります。

図表 51 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える　　基本的考え方　　（ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみてみました）																		
発症予防 重症化予防																		
1　根拠法		健康増進法																
		母子保健法					学校保健安全法		労働安全衛生法 （学校職員は学校保健安全法）		高齢者の医療の確保に関する法律			(介護保険)				
6条 健康増進事業実施者		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）																
2　計画		特定健康診査等実施計画（各保険者）																
3　年　代		妊婦 （胎児期）		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上			
4　健康診査 （根拠法）		妊婦健康診査		産婦健診	乳幼児健康診査			保育所・幼稚園健康診断	就学時健診 （11・12条）	児童・生徒の定期健康診断		定期健康診断		特定健康診査		後期高齢者健康診査		
		(13条)		(13条)	(第12・13条)				(第1・13・14条)	(第66条)		(第18・20・21条)		(第125条)				
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 （第13・44条）		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)				
5 対 象 者	健 診 内 容	血糖	95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
		HbA1c	6.5%以上							6.5%以上								
		50GCT	1時間値140mg/dl以上															
		75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上								
		（診断） 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの															
		身長																
		体重																
		BMI												25以上				
		肥満度								加齢18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上				
		尿糖	(+) 以上								(+) 以上							
	糖尿病家族歴																	

7. 医療機関への頻回・重複受診者や重複・多剤服薬者への保健指導

健康の保持増進や医療費適正化のためには、医療機関への適正な受診や適切な服薬が必要です。本市では、60～74 歳の医療機関への頻回・重複受診者や重複・多剤服薬者に対し、保健師等の専門職による個別訪問を行い、受診行動の改善や疾病の早期回復を図ることを目的とした保健指導を実施します。

8. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)普及促進

患者負担額が 100 円以上減額になる方のうち、差額が大きい最大 170 名を毎月抽出し、先発医薬品から後発医薬品へ切り替えた場合の患者負担額の差額通知を送付します。

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)

具体的な評価方法としては、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が定期的に評価を行います。

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。重症化予防の実施状況については、福岡県国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会の指導助言を受けるものとします。

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する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定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り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 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料2 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3 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4 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

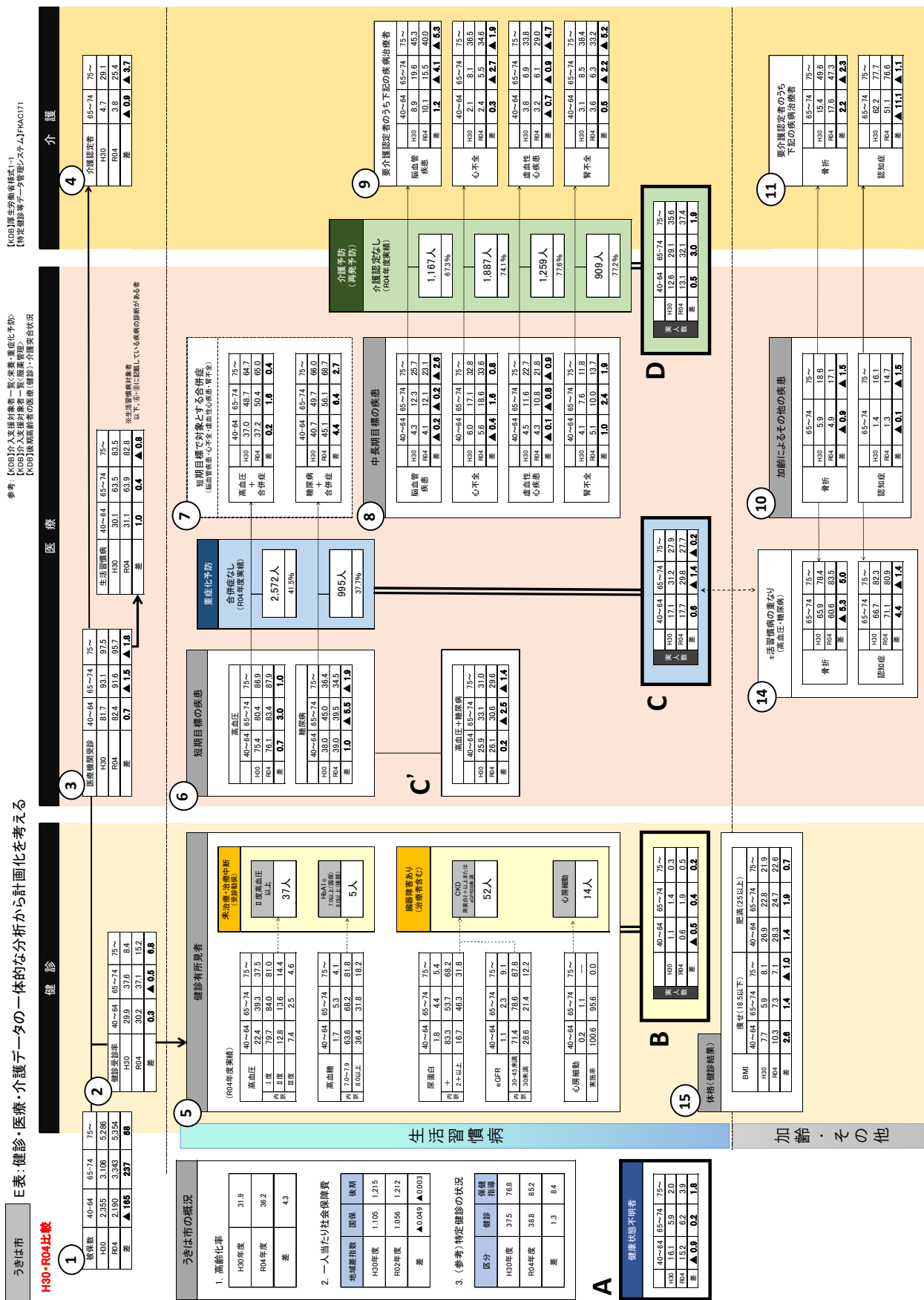
参考資料5 血圧の年次比較

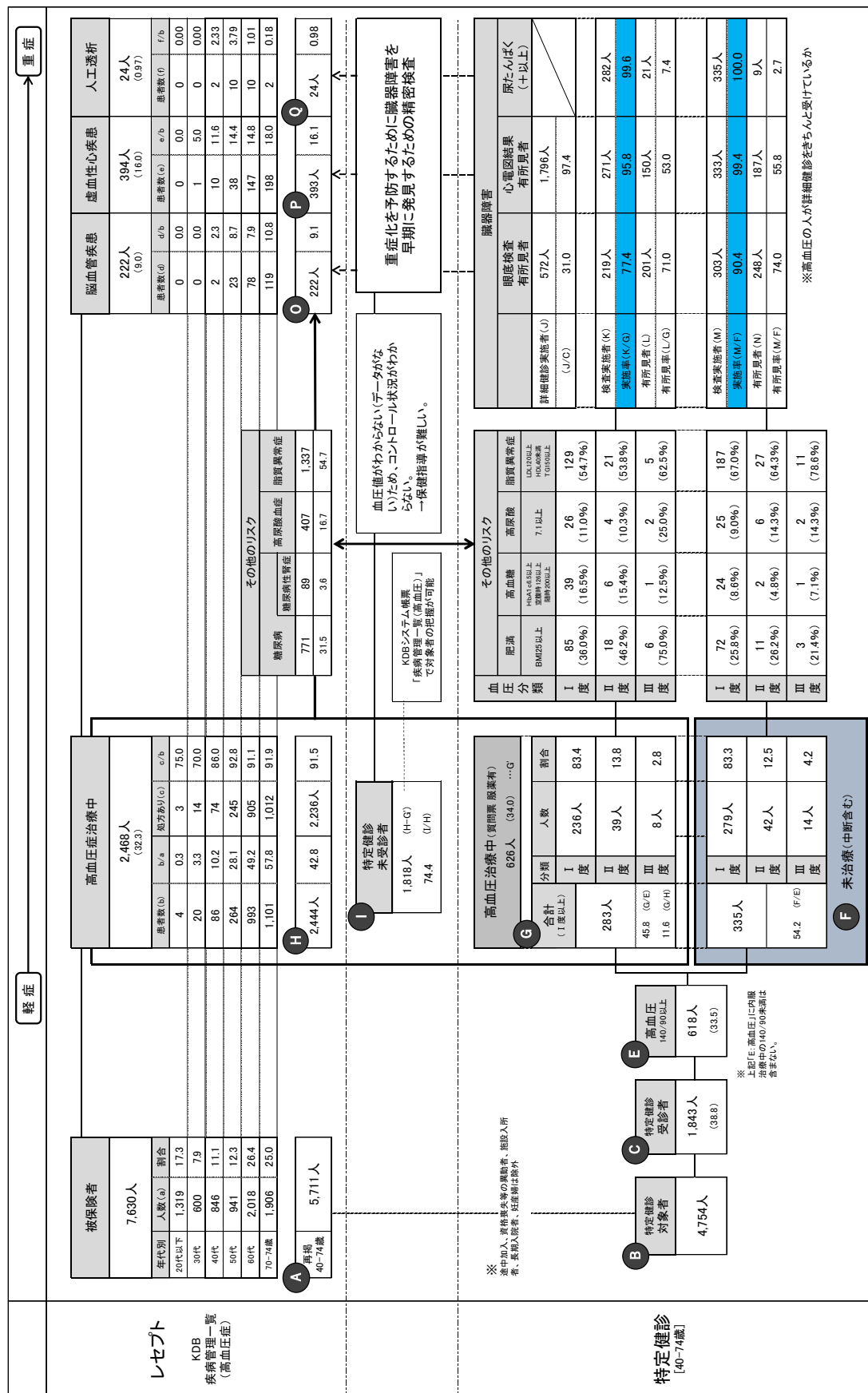
参考資料6 HbA1c の年次比較

参考資料7 LDL-C の年次比較

参考資料1 健診・医療・介護の一体的な分析

E表:健診・医療・介護データの一体的な分析から計画化を考える

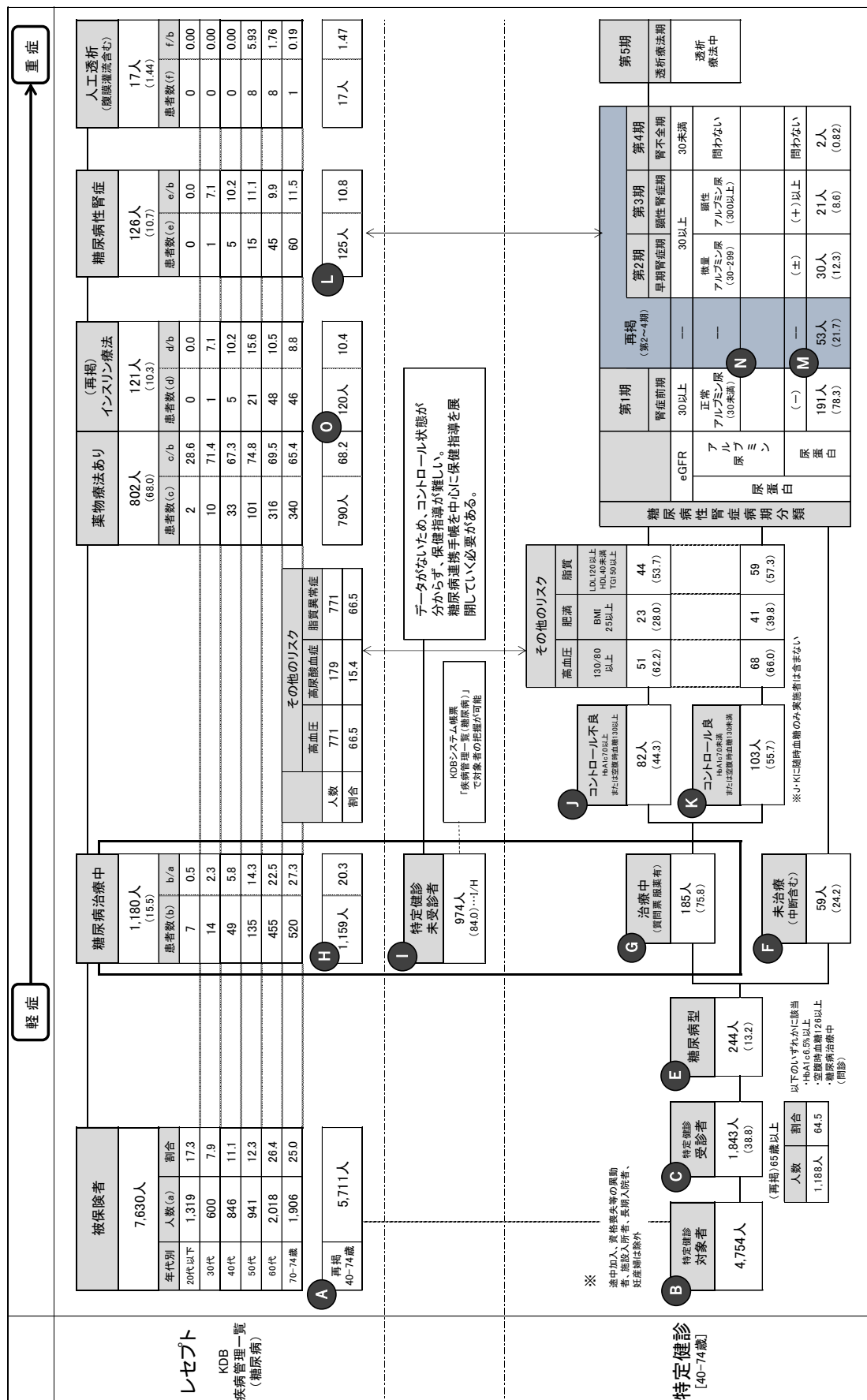




※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、I・KDB帳票「介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

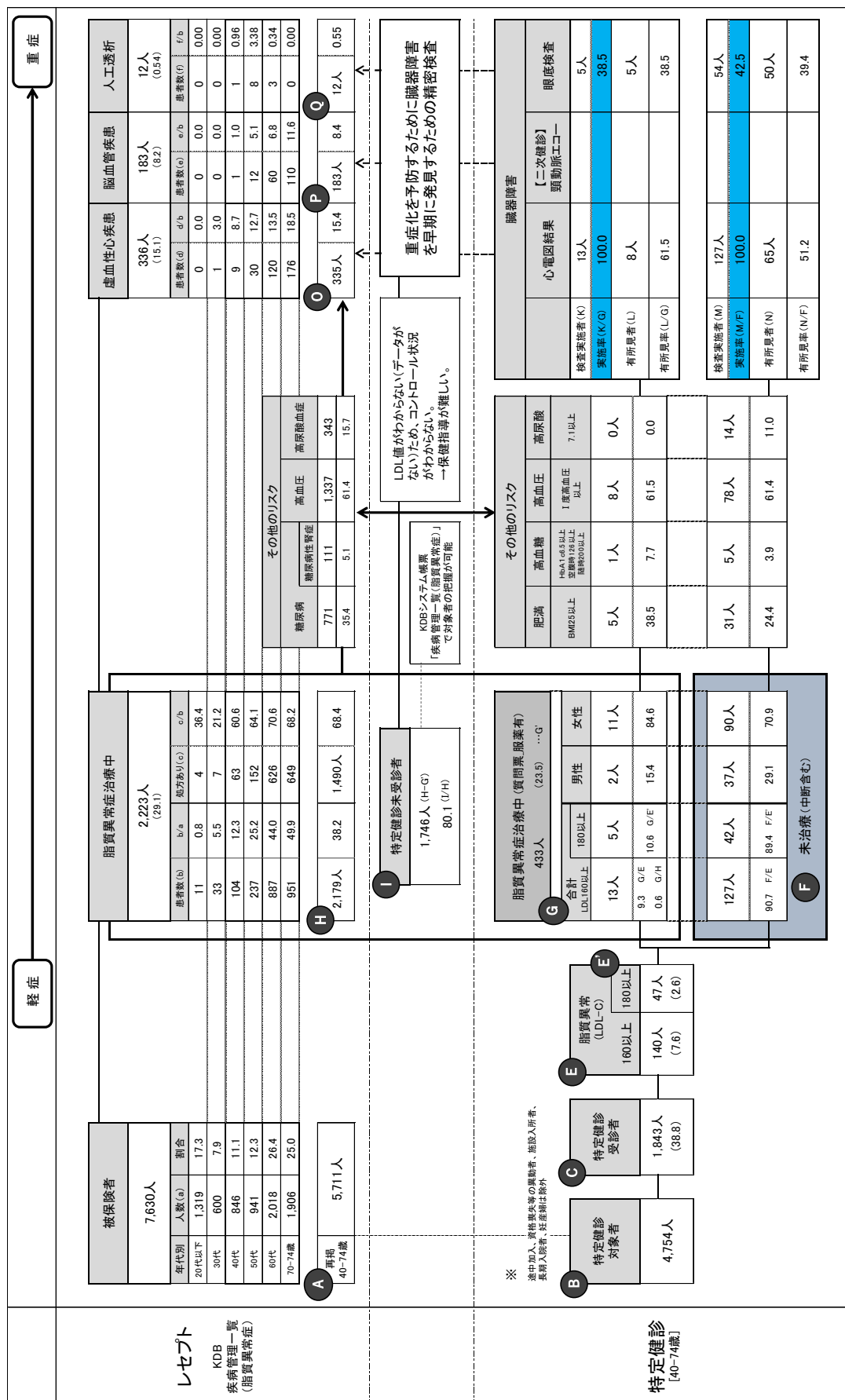
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4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まで資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一貫で把握できない項目については、「KDB療養 介入支援対象者一貫(実査・重症化予防)」から集計

令和4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帳票 介入支援対象者一覧（栄養症予防）」から集計

参考資料5 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	2,162	603	27.9%	353	16.3%	629	29.1%	528	24.4%	37	1.7%	12	0.6%
H30	2,033	623	30.6%	367	18.1%	555	27.3%	433	21.3%	52	2.6%	3	0.1%
R01	2,128	505	23.7%	278	13.1%	600	28.2%	586	27.5%	129	6.1%	30	1.4%
R02	1,896	391	20.6%	282	14.9%	466	24.6%	587	31.0%	130	6.9%	40	2.1%
R03	1,837	463	25.2%	281	15.3%	462	25.1%	500	27.2%	111	6.0%	20	1.1%
R04	1,843	479	26.0%	308	16.7%	438	23.8%	515	27.9%	81	4.4%	22	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										
H29	2,162	956 44.2%	629 29.1%	528 24.4%	49 2.3%	33 67.3%	16 32.7%										
					12 0.6%	11 91.7%	1 8.3%										
								2.3%									
H30	2,033	990 48.7%	555 27.3%	433 21.3%	55 2.7%	37 67.3%	18 32.7%										
					3 0.1%	2 66.7%	1 33.3%										
								2.7%									
R01	2,128	783 36.8%	600 28.2%	586 27.5%	159 7.5%	92 57.9%	67 42.1%										
					30 1.4%	24 80.0%	6 20.0%										
								7.5%									
R02	1,896	673 35.5%	466 24.6%	587 31.0%	170 9.0%	90 52.9%	80 47.1%										
					40 2.1%	22 55.0%	18 45.0%										
								9.0%									
R03	1,837	744 40.5%	462 25.1%	500 27.2%	131 7.1%	72 55.0%	59 45.0%										
					20 1.1%	15 75.0%	5 25.0%										
								7.1%									
R04	1,843	787 42.7%	438 23.8%	515 27.9%	103 5.6%	56 54.4%	47 45.6%										
					22 1.2%	14 63.6%	8 36.4%										
								5.6%									

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	688	31.8%	65	9.4%	108	15.7%	247	35.9%	252	36.6%	15	2.2%
	H30	657	32.3%	79	12.0%	123	18.7%	229	34.9%	208	31.7%	17	2.6%
	R01	719	33.8%	66	9.2%	73	10.2%	244	33.9%	269	37.4%	61	8.5%
	R02	642	33.9%	49	7.6%	78	12.1%	169	26.3%	266	41.4%	62	9.7%
	R03	637	34.7%	60	9.4%	97	15.2%	186	29.2%	235	36.9%	54	8.5%
	R04	626	34.0%	69	11.0%	101	16.1%	173	27.6%	236	37.7%	39	6.2%
治療なし	H29	1,474	68.2%	538	36.5%	245	16.6%	382	25.9%	276	18.7%	22	1.5%
	H30	1,376	67.7%	544	39.5%	244	17.7%	326	23.7%	225	16.4%	35	2.5%
	R01	1,409	66.2%	439	31.2%	205	14.5%	356	25.3%	317	22.5%	68	4.8%
	R02	1,254	66.1%	342	27.3%	204	16.3%	297	23.7%	321	25.6%	68	5.4%
	R03	1,200	65.3%	403	33.6%	184	15.3%	276	23.0%	265	22.1%	57	4.8%
	R04	1,217	66.0%	410	33.7%	207	17.0%	265	21.8%	279	22.9%	42	3.5%

参考資料6 HbA1c の年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
								合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		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		6.5～6.9		7.0～7.9		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	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
H29	2,162	1,329	61.5%	510	23.6%	169	7.8%	79	3.7%	51	2.4%	24	1.1%	46	2.1%	12	0.6%		
H30	2,029	1,064	52.4%	604	29.8%	187	9.2%	96	4.7%	53	2.6%	25	1.2%	49	2.4%	17	0.8%		
R01	2,122	1,047	49.3%	665	31.3%	221	10.4%	91	4.3%	65	3.1%	33	1.6%	65	3.1%	21	1.0%		
R02	1,894	1,110	58.6%	445	23.5%	190	10.0%	71	3.7%	47	2.5%	31	1.6%	48	2.5%	21	1.1%		
R03	1,834	1,025	55.9%	474	25.8%	191	10.4%	62	3.4%	54	2.9%	28	1.5%	60	3.3%	21	1.1%		
R04	1,838	1,054	57.3%	446	24.3%	194	10.6%	66	3.6%	53	2.9%	25	1.4%	49	2.7%	20	1.1%		

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)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	2,162	1,329 61.5%	510 23.6%	169 7.8%	154	62	92										
					7.1%	40.3%	59.7%										
					75 3.5%	21 28.0%	54 72.0%										
H30	2,029	1,064 52.4%	604 29.8%	187 9.2%	174	63	111										
					8.6%	36.2%	63.8%										
					78 3.8%	21 26.9%	57 73.1%										
R01	2,122	1,047 49.3%	665 31.3%	221 10.4%	189	72	117										
					8.9%	38.1%	61.9%										
					98 4.6%	30 30.6%	68 69.4%										
R02	1,894	1,110 58.6%	445 23.5%	190 10.0%	149	46	103										
					7.9%	30.9%	69.1%										
					78 4.1%	21 26.9%	57 73.1%										
R03	1,834	1,025 55.9%	474 25.8%	191 10.4%	144	43	101										
					7.9%	29.9%	70.1%										
					82 4.5%	18 22.0%	64 78.0%										
R04	1,838	1,054 57.3%	446 24.3%	194 10.6%	144	41	103										
					7.8%	28.5%	71.5%										
					78 4.2%	18 23.1%	60 76.9%										

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																					
												合併症予防の ための目標		最低限度達成 が望ましい目標						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		6.5～6.9		7.0～7.9		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	人数	割合										
A		B		B/A		C		C/A		D		D/A		E		E/A		F		F/A		G		G/A		H		H/A		I		I/A	
治療中	H29	149	6.9%	6	4.0%	17	11.4%	34	22.8%	38	25.5%	35	23.5%	19	12.8%	36	24.2%	9	6.0%														
	H30	175	8.6%	9	5.1%	14	8.0%	41	23.4%	54	30.9%	37	21.1%	20	11.4%	39	22.3%	13	7.4%														
	R01	192	9.0%	4	2.1%	17	8.9%	54	28.1%	49	25.5%	44	22.9%	24	12.5%	45	23.4%	13	6.8%														
	R02	190	10.0%	7	3.7%	20	10.5%	60	31.6%	46	24.2%	36	18.9%	21	11.1%	36	18.9%	12	6.3%														
	R03	186	10.1%	10	5.4%	11	5.9%	64	34.4%	37	19.9%	46	24.7%	18	9.7%	46	24.7%	12	6.5%														
	R04	184	10.0%	13	7.1%	16	8.7%	52	28.3%	43	23.4%	42	22.8%	18	9.8%	39	21.2%	14	7.6%														
治療なし	H29	2,013	93.1%	1,323	65.7%	493	24.5%	135	6.7%	41	2.0%	16	0.8%	5	0.2%	10	0.5%	3	0.1%														
	H30	1,854	91.4%	1,055	56.9%	590	31.8%	146	7.9%	42	2.3%	16	0.9%	5	0.3%	10	0.5%	4	0.2%														
	R01	1,930	91.0%	1,043	54.0%	648	33.6%	167	8.7%	42	2.2%	21	1.1%	9	0.5%	20	1.0%	8	0.4%														
	R02	1,704	90.0%	1,103	64.7%	425	24.9%	130	7.6%	25	1.5%	11	0.6%	10	0.6%	12	0.7%	9	0.5%														
	R03	1,648	89.9%	1,015	61.6%	463	28.1%	127	7.7%	25	1.5%	8	0.5%	10	0.6%	14	0.8%	9	0.5%														
	R04	1,654	90.0%	1,041	62.9%	430	26.0%	142	8.6%	23	1.4%	11	0.7%	7	0.4%	10	0.6%	6	0.4%														

参考資料7 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	2,162	1,097	50.7%	571	26.4%	323	14.9%	111	5.1%	60	2.8%
	H30	2,033	1,016	50.0%	496	24.4%	327	16.1%	134	6.6%	60	3.0%
	R01	2,128	1,013	47.6%	538	25.3%	357	16.8%	145	6.8%	75	3.5%
	R02	1,896	939	49.5%	471	24.8%	263	13.9%	145	7.6%	78	4.1%
	R03	1,837	990	53.9%	429	23.4%	260	14.2%	105	5.7%	53	2.9%
	R04	1,843	1,059	57.5%	424	23.0%	220	11.9%	93	5.0%	47	2.6%
男 性	H29	941	536	57.0%	246	26.1%	116	12.3%	28	3.0%	15	1.6%
	H30	919	537	58.4%	204	22.2%	129	14.0%	36	3.9%	13	1.4%
	R01	960	542	56.5%	232	24.2%	122	12.7%	39	4.1%	25	2.6%
	R02	869	484	55.7%	209	24.1%	100	11.5%	52	6.0%	24	2.8%
	R03	826	491	59.4%	185	22.4%	93	11.3%	35	4.2%	22	2.7%
	R04	854	547	64.1%	187	21.9%	81	9.5%	32	3.7%	7	0.8%
女 性	H29	1,221	561	45.9%	325	26.6%	207	17.0%	83	6.8%	45	3.7%
	H30	1,114	479	43.0%	292	26.2%	198	17.8%	98	8.8%	47	4.2%
	R01	1,168	471	40.3%	306	26.2%	235	20.1%	106	9.1%	50	4.3%
	R02	1,027	455	44.3%	262	25.5%	163	15.9%	93	9.1%	54	5.3%
	R03	1,011	499	49.4%	244	24.1%	167	16.5%	70	6.9%	31	3.1%
	R04	989	512	51.8%	237	24.0%	139	14.1%	61	6.2%	40	4.0%

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)180以上	未治療	治療																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
H29	2,162	1,097 50.7%	571 26.4%	323 14.9%	171 7.9%	159 93.0%	12 7.0%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

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	397	18.4%	258	65.0%	85	21.4%	42	10.6%	7	1.8%	5	1.3%
	H30	397	19.5%	265	66.8%	75	18.9%	37	9.3%	12	3.0%	8	2.0%
	R01	442	20.8%	289	65.4%	96	21.7%	40	9.0%	12	2.7%	5	1.1%
	R02	412	21.7%	287	69.7%	84	20.4%	24	5.8%	11	2.7%	6	1.5%
	R03	437	23.8%	324	74.1%	73	16.7%	29	6.6%	7	1.6%	4	0.9%
	R04	433	23.5%	335	77.4%	62	14.3%	23	5.3%	8	1.8%	5	1.2%
治療なし	H29	1,765	81.6%	839	47.5%	486	27.5%	281	15.9%	104	5.9%	55	3.1%
	H30	1,636	80.5%	751	45.9%	421	25.7%	290	17.7%	122	7.5%	52	3.2%
	R01	1,686	79.2%	724	42.9%	442	26.2%	317	18.8%	133	7.9%	70	4.2%
	R02	1,484	78.3%	652	43.9%	387	26.1%	239	16.1%	134	9.0%	72	4.9%
	R03	1,400	76.2%	666	47.6%	356	25.4%	231	16.5%	98	7.0%	49	3.5%
	R04	1,410	76.5%	724	51.3%	362	25.7%	197	14.0%	85	6.0%	42	3.0%