

鞍手町国民健康保険第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

鞍手町国民健康保険

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) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 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)35

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

第4章 課題解決するための個別保健事業42

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. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
3. 虚血性心疾患重症化予防
4. 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71

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72

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料73

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ました。

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の推進が掲げられ、また、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（平成 25.6 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、社会等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、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。

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療を確保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していきます（図表2・3・4・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（図表2参照）を用いていますが、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、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します。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します。

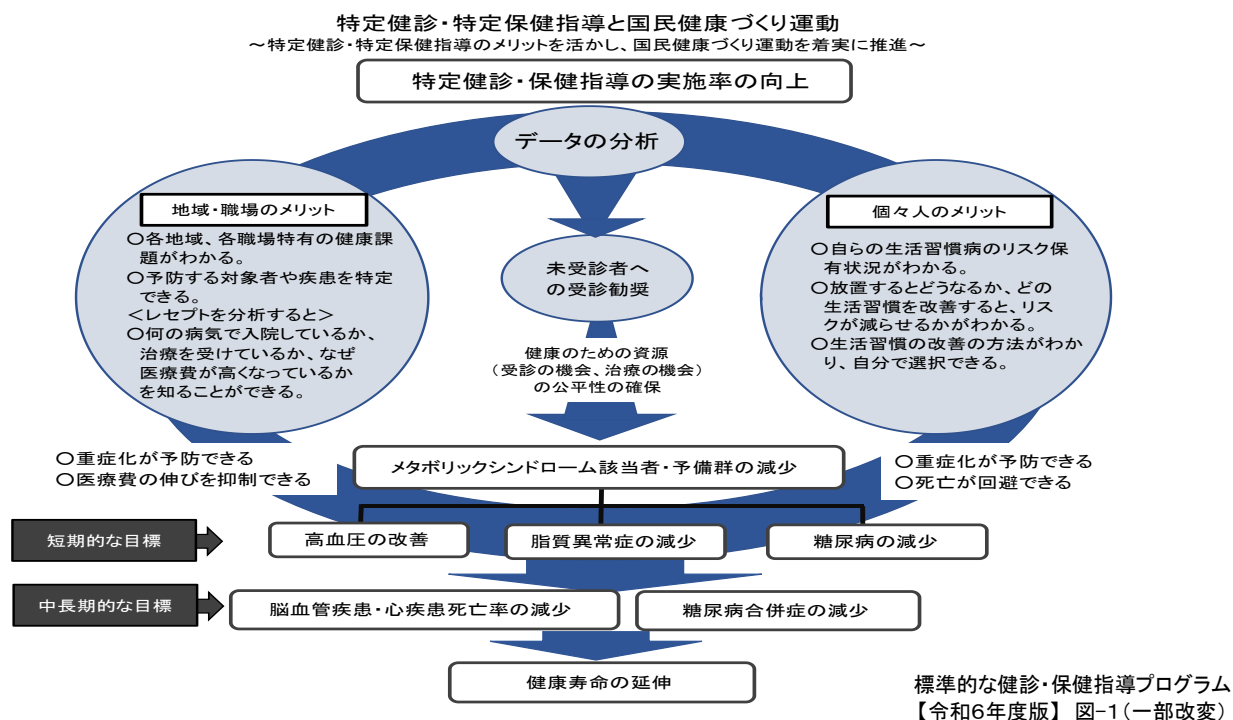
本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB^{※5}）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 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

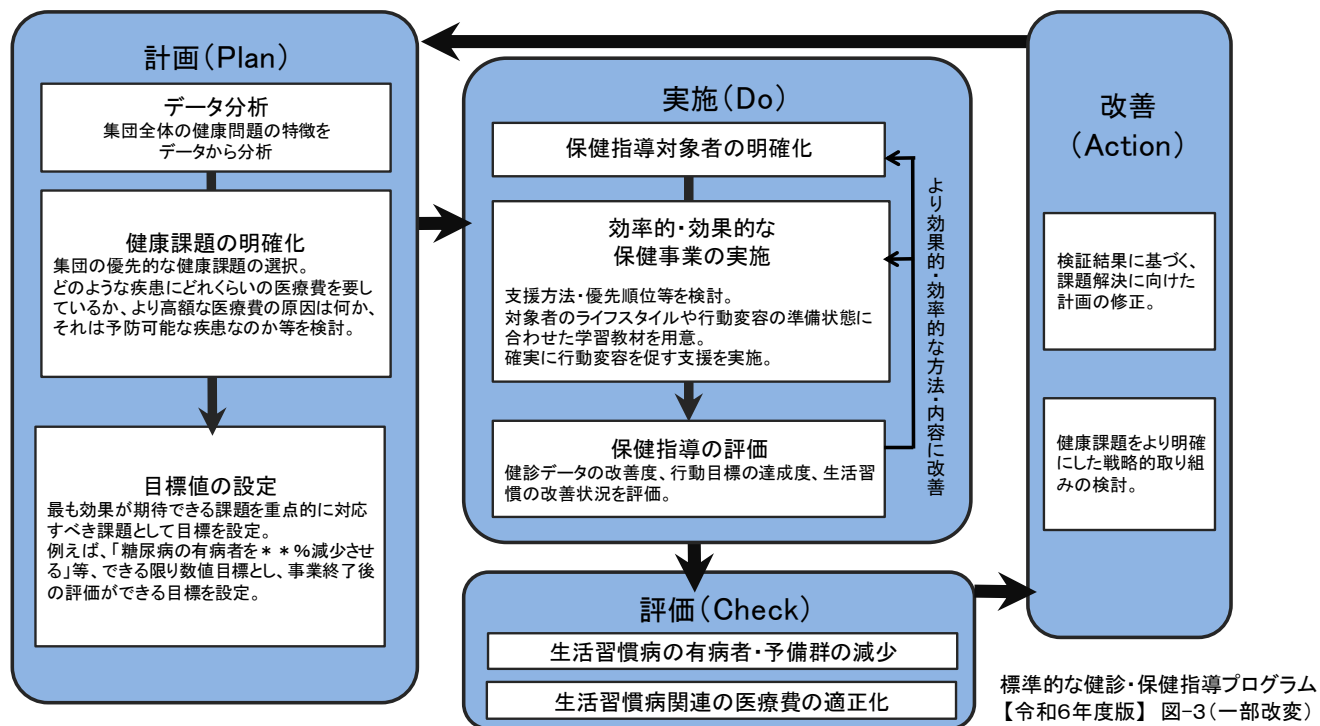
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、青年期、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(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨折後症、 パーキンソン病関連疾患、 脳神経系疾患
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
	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 口腔機能低下、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 子ども、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



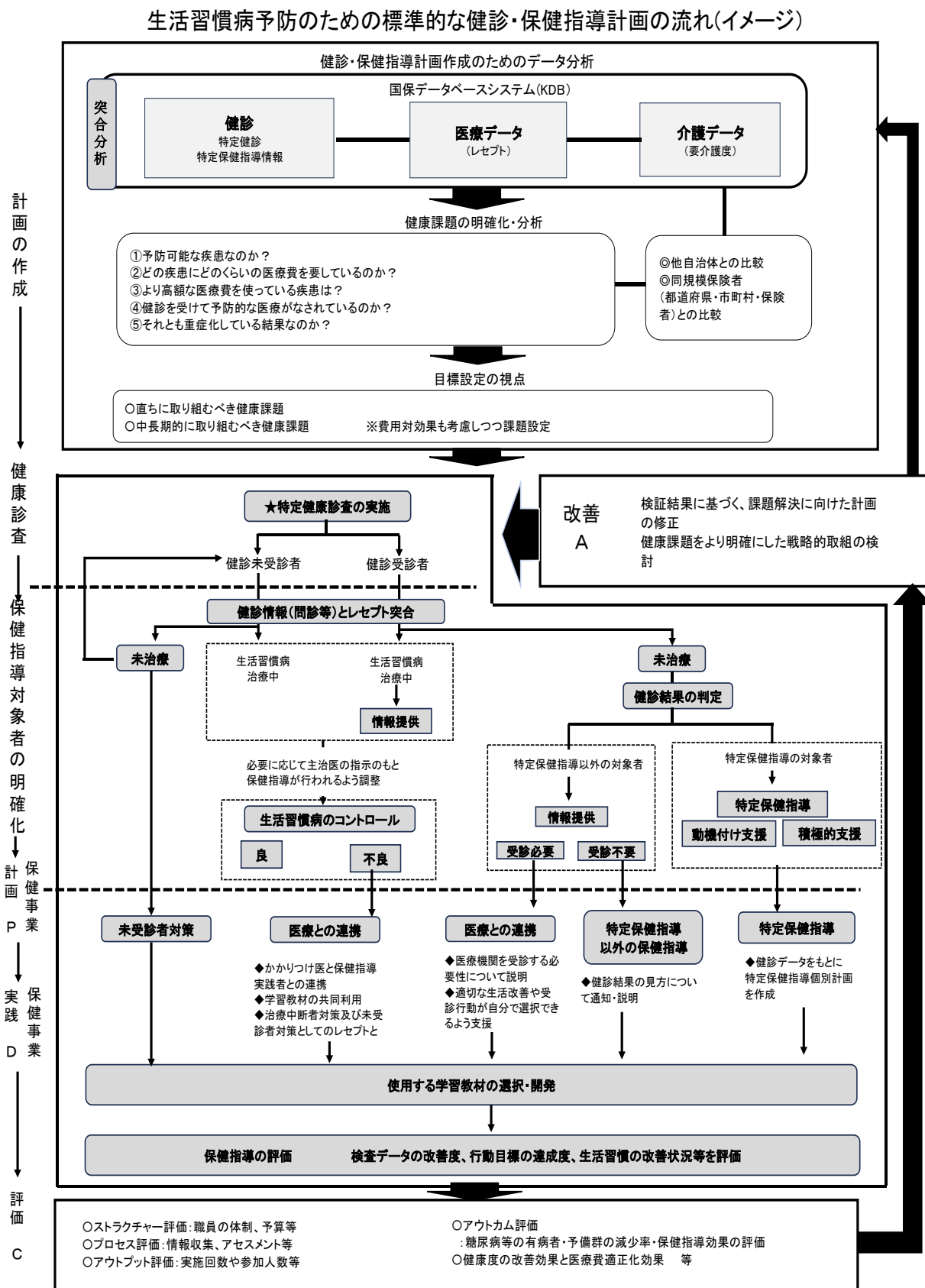
注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組が明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

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)



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(平成「30 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	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)	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	行動変容を促す手法	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 個人の健康結果を積み解くとともに、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年を一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

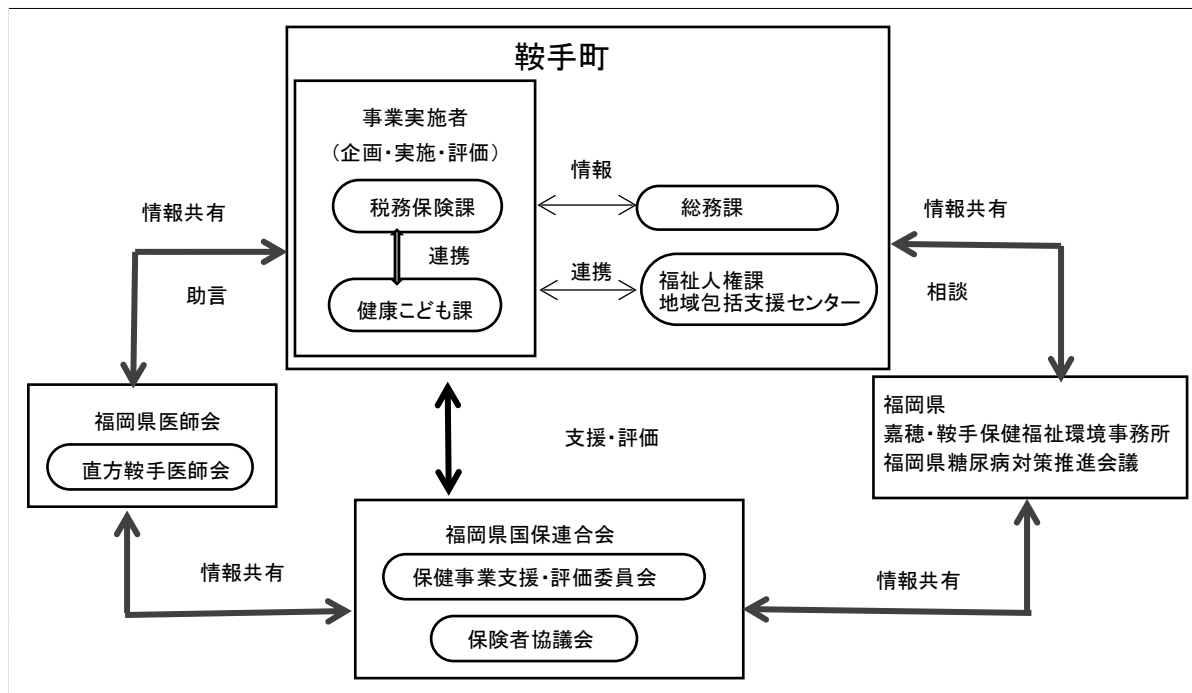
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画

の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、健康こども課、福祉人権課、地域包括支援センター、総務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・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 鞍手町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師 管栄・・・管理栄養士 助・・・助産師 看・・・看護師 事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等)

	保 (係長)	保	保	保	保	管栄	助	看	事
国保事務	○								○
健康診査 保健指導	○	○	○	○	○	◎		○	
がん検診					◎				
高齢者保健事業と 介護予防の一体的事業		◎	○	○	○	○			
予防接種									◎
母子保健	○	○	○	◎	○	○	○	○	
歯科保健				◎	○				

2) 関係機関との連携

本計画の実効性を高めるためには、一連のプロセスにおいて外部有識者等との連携・協力が重要となります。福岡県国民健康保険団体連合会は、保険者である市町村の共同連合体として健診データやレセプトデータ等による課題抽出やKDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保健事業支援・評価委員会等を通じて連携を図っていきます。平成30年度から県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、共同保険者となったことから、現状分析のために県が保有する健康・医療等に関するデータの提供を得て活用する等、県との連携も図っていきます。

また、外部有識者等や被保険者に本計画の推進への参画、連携、協力を得るため、鞍手町国民健康保険運営協議会の場において本計画の実施に関する情報提供、意見交換等を積極的に行っていきます。

＜参考＞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、国保運営協議会の委員である被保険者代表からも本計画の実施に関する情報提供、意見交換等を積極的に行っていきます。

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	
			鞍手町	配点	鞍手町	配点	鞍手町	配点
交付額(万円)			7,205		7,967		7,402	
全国順位(1,741市町村中)			998位		728位		944位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	60	70	100	70	80	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	25	40	30	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	120	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	60	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	0	100	25	100	25	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	35	40	38	50	33	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	34	95	73	100	73	100
合計点			534	1,000	591	960	546	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1万5千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で39.3%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も56.0歳と同規模、県、国と比べて高く、出生率は低い状況です。財政指数は県に比べ低くなっています。産業においては、第3次産業が6割を占め、第2次産業は34.3%と同規模、県、国と比較しても高くなっています。本町は建設業等やサービス業の割合が多く、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）。

令和4年度の国保加入率は23.0%で、被保険者数は年々減少し、加入率は減少傾向にあり、年齢構成については65～74歳の前期高齢者が52.0%を占めています（図表10）。

また、町内には1つの病院、5つの診療所があります。病床数は同規模と比較し、多いものの診療所は同規模、県と比較しても少ないことから、医療資源には恵まれていない状況です。外来患者数及び入院患者数は同規模、県と比較して高い傾向にあります（図表11）。

図表9 同規模・県・国と比較した鞍手町の特性

	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 (%)
鞍手町	15,069	39.3	3,473 (23.0)	56.0	4.2	17.1	0.5	4.4	34.3	61.3
同規模	—	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
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、鞍手町と同規模保険者(111市町村)の平均値を表す

図表10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	3,907		3,800		3,792		3,632		3,473	
65～74歳	1,968	50.4%	1,955	51.4%	1,993	52.6%	1,928	53.1%	1,806	52.0%
40～64歳	1,126	28.8%	1,053	27.7%	1,038	27.4%	988	27.2%	974	28.0%
39歳以下	813	20.8%	792	20.8%	761	20.1%	716	19.7%	693	20.0%
加入率	24.4%		23.8%		23.7%		22.7%		23.0%	

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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
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	5	1.3%	5	1.3%	5	1.3%	5	1.4%	5	1.4%	2.8%	4.5%
病床数	222	56.8%	222	58.4%	222	58.5%	222	61.1%	222	63.9%	45.4%	78.7%
医師数	19	4.9%	19	5.0%	17	4.5%	17	4.7%	26	7.5%	6.6%	16.0%
外来患者数	724.9		728.9		680.4		722.6		742.9		721.7	721.4
入院患者数	23.8		23.2		23.4		23.3		22.3		21.9	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、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24人（認定率0.53%）と同規模・県・国と比較すると高く、平成30年度と比べても増加しています。一方、1号（65歳以上）被保険者は1,161人（認定率19.6%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べて減少しています（図表12）。

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数は横ばいで推移しており、介護給付費は、令和4年度は平成30年度から減少しているものの約17億円を要しています（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みると、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号被保険者で約8割、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いえます（図表14）。

図表12 要介護認定者(率)の状況

	鞍手町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
	人数	割合	人数	割合	割合	割合	割合
高齢者人口・高齢化率	5,527	34.5%	5,915	39.3%	36.0%	28.1%	28.7%
2号認定者	15	0.29%	24	0.53%	0.40%	0.34%	0.38%
新規認定者	3		9		--	--	--
1号認定者	1,169	21.2%	1,161	19.6%	18.8%	19.9%	19.4%
新規認定者	164		163		--	--	--
再掲	65～74歳	134	4.6%	132	4.3%	--	--
	新規認定者	32		36		--	--
	75歳以上	1,035	40.0%	1,029	35.8%	--	--
	新規認定者	132		127		--	--

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

	鞍手町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	17億3183万円	16億9884万円	—	—	—
一人あたり給付費(円)	313,339	287,209	297,567	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	65,831	62,245	70,292	59,152	59,662
居宅サービス	42,133	41,236	43,991	41,206	41,272
施設サービス	293,925	292,947	291,264	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(令和4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)			24		132		1,029		1,161		1,185		
再)国保・後期			13		91		861		952		965		
(レセプトの 診断名より 重複して計上)	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
	循環器 疾患	1	脳卒中	10 76.9%	脳卒中	49 53.8%	虚血性 心疾患	411 47.7%	虚血性 心疾患	442 46.4%	虚血性 心疾患	446 46.2%	
		2	虚血性 心疾患	4 30.8%	虚血性 心疾患	31 34.1%	脳卒中	367 42.6%	脳卒中	416 43.7%	脳卒中	426 44.1%	
		3	腎不全	1 7.7%	腎不全	10 11.0%	腎不全	164 19.0%	腎不全	174 18.3%	腎不全	175 18.1%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	2 15.4%	糖尿病 合併症	14 15.4%	糖尿病 合併症	96 11.1%	糖尿病 合併症	110 11.6%	糖尿病 合併症	112 11.6%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		11 84.6%	基礎疾患	83 91.2%	基礎疾患	819 95.1%	基礎疾患	902 94.7%	基礎疾患	913 94.6%	
	血管疾患合計		12 92.3%	合計	85 93.4%	合計	828 96.2%	合計	913 95.9%	合計	925 95.9%		
	認知症		認知症	3 23.1%	認知症	19 20.9%	認知症	403 46.8%	認知症	422 44.3%	認知症	425 44.0%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	13 100.0%	筋骨格系	82 90.1%	筋骨格系	837 97.2%	筋骨格系	919 96.5%	筋骨格系	932 96.6%	

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の令和4年度の総医療費は、平成30年度より約3,500万円減少しています。一人あたり医療費は、平成30年度と比較すると約3万円増加し、県・国と比べても高くなっています。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43%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても5.5万円も高くなっています(図表15)。

年齢調整をした地域差指数でみると、県平均よりも低いものの、全国平均の1を超えており、特に入院の地域差指数が平成30年度よりも伸びています。一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防に取り組んでいく必要があります(図表16)。

図表 15 医療費の推移

		鞍手町		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数		3,907	3,473	--	--	--
前期高齢者数(割合)		1,968 (50.4%)	1,806 (52.0%)	--	--	--
総医療費		13億2581万円	12億9127万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		339,342 県内43位 同規模62位	371,802 県内36位 同規模64位	382,035	355,059	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	521,840	577,700	601,790	599,760	617,950
	費用の割合	44.7%	42.8%	42.6%	43.9%	39.6%
	件数の割合	3.2%	2.9%	2.9%	2.9%	2.5%
外来	1件あたり費用額(円)	21,210	23,210	24,640	22,510	24,220
	費用の割合	55.3%	57.2%	57.4%	56.1%	60.4%
	件数の割合	96.8%	97.1%	97.1%	97.1%	97.5%
受診率		748.732	765.185	743.593	742.544	705.439

※同規模順位は鞍手町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

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		
		鞍手町(県内市町村中)		県(47県中)	鞍手町(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差 指数・ 順位	全体	0.973	1.028	1.058	1.149	1.073	1.203
		(60位)	(45位)	(18位)	(43位)	(56位)	(2位)
	入院	1.068	1.171	1.180	1.301	1.182	1.354
		(55位)	(36位)	(14位)	(33位)	(53位)	(3位)
	外来	0.904	0.919	0.961	0.981	0.956	1.036
		(58位)	(50位)	(42位)	(45位)	(48位)	(8位)

出典：地域差分析(厚労省)

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年度と比較すると減少していますが、脳血管疾患については、平成30年度より0.4%伸びており、同規模、県、国よりも高くなっています(図表17)。

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・腎不全の患者数及び割合が減少しています(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等、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 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			鞍手町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費			13億2581万円	12億9127万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計			1億0371万円	7984万円	--	--	--
			7.82%	6.18%	7.88%	6.16%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.05%	2.45%	2.17%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.09%	1.48%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.50%	2.01%	4.00%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.18%	0.25%	0.29%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		14.99%	17.74%	17.02%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		10.78%	10.41%	8.86%	8.96%	8.68%
	精神疾患		8.13%	7.13%	8.15%	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	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者数 0～74歳	人数A	3,907	3,473	人数a	316	240	339	259	11	7	
				a/A	8.1%	6.9%	8.7%	7.5%	0.3%	0.2%	
40歳以上	人数B	3,094	2,780	人数b	310	239	333	258	11	7	
	B/A	79.2%	80.0%	b/B	10.0%	8.6%	10.8%	9.3%	0.4%	0.3%	
再掲	40～64歳	人数C	1,126	974	人数c	71	49	69	45	8	6
		C/A	28.8%	28.0%	c/C	6.3%	5.0%	6.1%	4.6%	0.7%	0.6%
	65～74歳	人数D	1,968	1,806	人数d	239	190	264	213	3	1
		D/A	50.4%	52.0%	d/D	12.1%	10.5%	13.4%	11.8%	0.2%	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)

(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みると、40歳以上の治療者の割合は糖尿病、脂質異常症で減少しています。年代別でみると40～64歳の治療者割合は高血圧、糖尿病、脂質異常症全てで減少しています。65～74歳の治療者割合は高血圧、糖尿病、脂質異常症全てで増加していますが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少しています(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、重症化予防につながっていることが考えられますが、重症化しないうちに適切な治療を受ける等の指導を強化する必要があります。

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者数		人数A	1,397	1,260	340	267	1,057	993
		A/被保数	45.2%	45.3%	30.2%	27.4%	53.7%	55.0%
（中長期併発疾患）	脳血管疾患	人数B	163	120	32	25	131	95
		B/A	11.7%	9.5%	9.4%	9.4%	12.4%	9.6%
	虚血性心疾患	人数C	244	203	46	34	198	169
		C/A	17.5%	16.1%	13.5%	12.7%	18.7%	17.0%
	人工透析	人数D	10	7	7	6	3	1
		D/A	0.7%	0.6%	2.1%	2.2%	0.3%	0.1%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者数		人数A	1,067	943	261	197	806	746
		A/被保数	34.5%	33.9%	23.2%	20.2%	41.0%	41.3%
（中長期併発疾患）	脳血管疾患	人数B	100	80	20	14	80	66
		B/A	9.4%	8.5%	7.7%	7.1%	9.9%	8.8%
	虚血性心疾患	人数C	189	150	34	24	155	126
		C/A	17.7%	15.9%	13.0%	12.2%	19.2%	16.9%
	人工透析	人数D	8	6	6	5	2	1
		D/A	0.7%	0.6%	2.3%	2.5%	0.2%	0.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	人数E	98	82	18	16	80	66
		E/A	9.2%	8.7%	6.9%	8.1%	9.9%	8.8%
	糖尿病性網膜症	人数F	89	77	27	20	62	57
		F/A	8.3%	8.2%	10.3%	10.2%	7.7%	7.6%
	糖尿病性神経障害	人数G	18	18	6	3	12	15
		G/A	1.7%	1.9%	2.3%	1.5%	1.5%	2.0%

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	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者数		人数A	1,302	1,164	326	249	976	915
		A/被保数	42.1%	41.9%	29.0%	25.6%	49.6%	50.7%
（中長期合併目標疾患）	脳血管疾患	人数B	133	109	26	23	107	86
		B/A	10.2%	9.4%	8.0%	9.2%	11.0%	9.4%
	虚血性心疾患	人数C	207	183	37	34	170	149
		C/A	15.9%	15.7%	11.3%	13.7%	17.4%	16.3%
	人工透析	人数D	5	4	4	3	1	1
		D/A	0.4%	0.3%	1.2%	1.2%	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、未治療のまま放置されている方が高血圧で約30%、糖尿病で5%ほどおり、高血圧で治療中断が5%ほどいました(図表22)。

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 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧Ⅱ度以上高血圧													
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)					
													未治療 (内服なし)		未治療 (内服なし)		未治療	
							受診者	受診率			受診者	受診率	人数C	C/A	人数D	D/C	人数E	E/B
人数A		人数B																
鞍手町	1,220	43.3%	1,258	47.8%	95	7.8%	47	49.5%	111	8.8%	57	51.4%	34	30.6%	6	5.4%		
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_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R3.4～R4.3)			
													未治療 (内服なし)		未治療	
	HbA1c 実施者	実施率	HbA1c 実施者	実施率	人数K	K/I	人数L	L/K	人数M	M/J	人数N	N/M	人数O	O/M	人数P	P/M
人数I		人数J														
鞍手町	1,158	94.9%	1,194	94.9%	85	7.3%	15	17.6%	98	8.2%	20	20.4%	5	5.1%	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%

出典：ヘルスサポートラボツール

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

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等の循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても、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4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、1.5%伸びており、その中でも3項目すべての危険因子、2項目の危険因子が重なっている割合がどちらも増加しています（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以上の有所見割合をみると、いずれも微増しているものの、翌年度の結果をみると、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の改善率が約4割となっています。一方、HbA1c6.5%以上の改善率は2割程度にとどまっています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度おり、結果が把握できていません。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、年度当初に重症化予防対象者から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 メタボ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	人数 割合	1,220 (43.3%)	266 (21.8%)	95 (7.8%)	171 (14.0%)	157 (12.9%)
R4年度	人数 割合	1,295 (52.0%)	302 (23.3%)	114 (8.8%)	188 (14.5%)	153 (11.8%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化（継続受診者）

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→R1	人数 割合	173 (14.9%)	43 (24.9%)	65 (37.6%)	25 (14.5%)	40 (23.1%)
R3→R4	人数 割合	180 (15.1%)	37 (20.6%)	55 (30.6%)	24 (13.3%)	64 (35.6%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

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→R1	人数 割合	95 (7.8%)	55 (57.9%)	18 (18.9%)	4 (4.2%)	18 (18.9%)
R3→R4	人数 割合	111 (8.8%)	41 (36.9%)	21 (18.9%)	6 (5.4%)	43 (38.7%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

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→R1	人数 割合	153 (12.5%)	74 (48.4%)	33 (21.6%)	11 (7.2%)	35 (22.9%)
R3→R4	人数 割合	167 (13.3%)	78 (46.7%)	39 (23.4%)	9 (5.4%)	41 (24.6%)

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で、令和2年度は受診率が減少したものの、年々増加してきています。ただ、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません(図表27)。特定健診の年代別の受診率では、40～50代は60～70代に比べて低いものの、年々増加してきています(図表28)。本町では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おり、今後の健診受診につながるよう働きかけを行う必要があります。

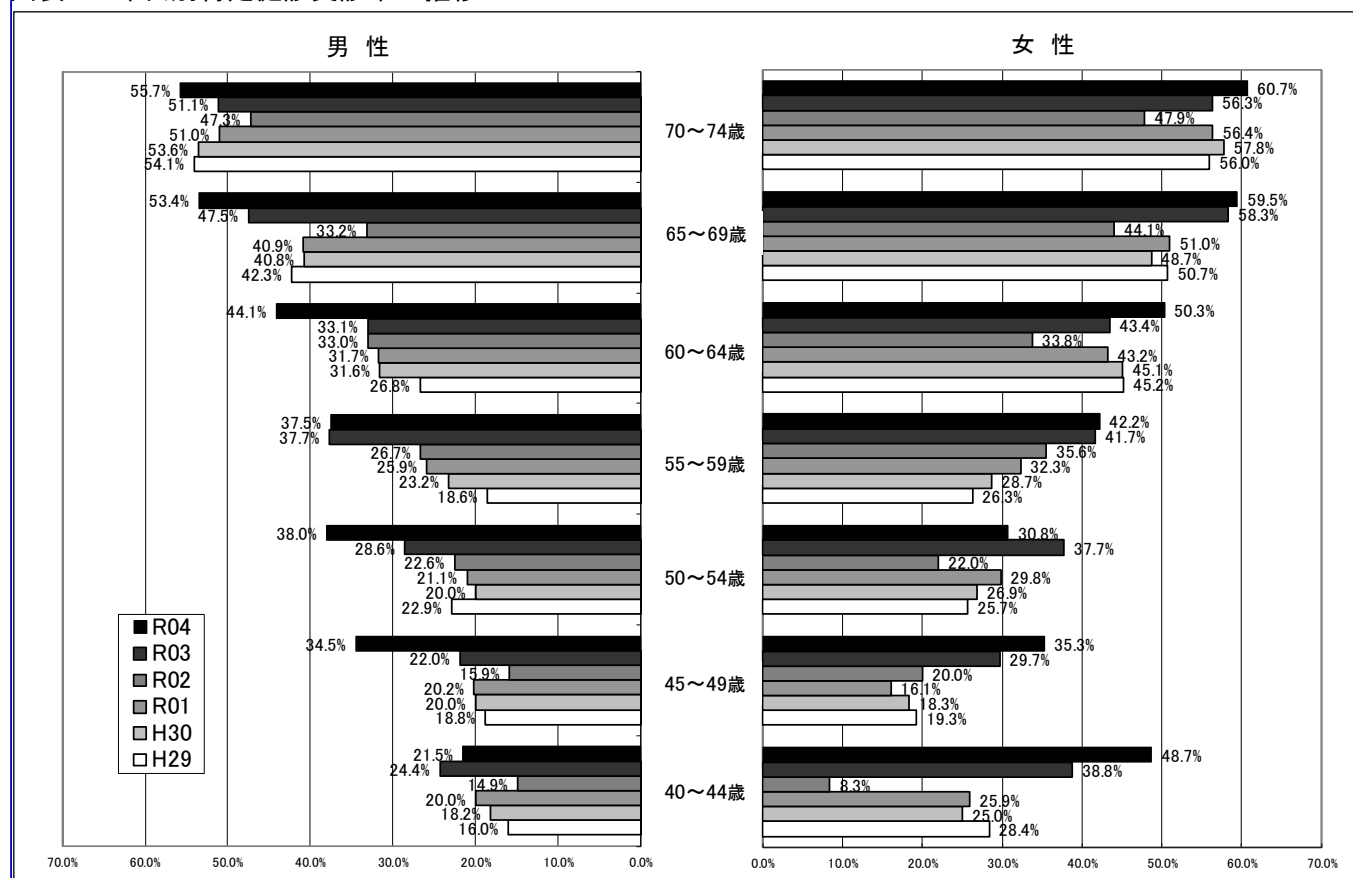
特定保健指導については、令和1年度以降、80%以上実施ができており、目標値を達成できています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	1,220	1,183	1,031	1,258	1,295	健診受診率 60%
	受診率	43.3%	43.9%	38.8%	47.8%	52.0%	
特定保健 指導	該当者数	129	111	107	132	132	特定保健指 導実施率 60%
	割合	10.6%	9.4%	10.4%	10.5%	10.2%	
	実施者数	101	91	92	119	111	
	実施率	78.3%	82.0%	86.0%	90.2%	84.1%	

出典:特定健診法定報告データ

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

① 糖尿病性腎症重症化予防対策

HbA1c6.5%以上者への保健指導実施の割合は、令和1年度はコロナの影響で減少したものの、令和2年度からは増加し、9割以上の人に保健指導を実施しました。HbA1c6.5%以上者については、保健指導を実施し、必要時、糖尿病連携手帳を通して、医療機関とも情報共有しながら支援を行っています。また、肥満があるとインスリン抵抗性^{※6}を引き起こし血糖悪化の原因となるため、保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を行っています。

HbA1c8.0%以上者については、未治療者の全員が受診につながっていますが、HbA1c6.5%以上者については、約3割程度しか受診できていません(図表29)。

※6 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

図表 29 HbA1c6.5%以上(再掲 8.0%以上)の保健指導・未治療者の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者(HbA1c測定者)	人数a	1,189	1,170	979	1,240	1,294
HbA1c6.5%以上の者	人数b	175	197	156	185	200
	b/a	14.7%	16.8%	15.9%	14.9%	15.5%
保健指導実施者 (訪問・来所による面談)	人数c	166	151	145	180	191
	c/b	94.9%	76.6%	92.9%	97.3%	95.5%
HbA1c6.5%以上の 受診勧奨対象者	人数d	21	18	12	20	28
	d/b	12.0%	9.1%	7.7%	10.8%	14.0%
受診勧奨実施者	人数e	21	18	12	20	28
	e/d	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
受診が確認できた者	人数f	7	4	4	8	7
	f/d	33.3%	22.2%	33.3%	40.0%	25.0%
HbA1c8.0%以上の 受診勧奨対象者	人数i	1	1	3	3	4
	i/j	0.6%	0.5%	1.9%	1.6%	2.0%
受診勧奨実施者	人数m	1	1	3	3	4
	m/i	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
受診が確認できた者	人数n	1	0	3	3	4
	n/i	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%

鞍手町調べ

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防対策

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査を集団健診受診者には全数実施し、個別健診受診者には直轄医療機関で受診した場合、全数実施しています。

有所見者のうち ST 所見者の状況をみると、要精査・要医療と判定を受けた者は医療機関を受診している人もいますが、未受診者も見受けられます(図表 30)。心房細動未治療者については、ほぼ全数が治療につながっています(図表 31)。心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、リスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を行っています。

図表 30 心電図受診者のうち ST 所見者の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心電図実施者	939		817		609		839		941	
ST異常所見	7	0.7%	4	0.5%	8	1.3%	6	0.7%	6	0.6%
要医療・要精査	1	14.3%	2	50.0%	2	25.0%	0	0.0%	1	16.7%
医療機関受診あり	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%
医療機関受診なし	1	100.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%

鞍手町調べ

図表 31 心房細動有所見者の未治療者の状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動有所見者	10		13		9		9		7	
心房細動未治療者	1	10.0%	2	15.4%	1	11.1%	1	11.1%	1	14.3%
検査後、異常なしと診断 (治療開始に至らず)	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関受診中 (内服治療なし)	1	100.0%	1	50.0%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
治療開始	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

鞍手町調べ

③脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上者への保健指導実施の割合は、年々増加し、9割以上の人に保健指導を実施しました。令和4年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 54 人のうち、保健指導後、治療につながったものは、わずか 12 人(22.2%)で、約 8 割が未受診でした(図表 32)。

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、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患等臓器障害の程度と深く関与しています。図表 33 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。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適切な受診勧奨に取り組んでいます。

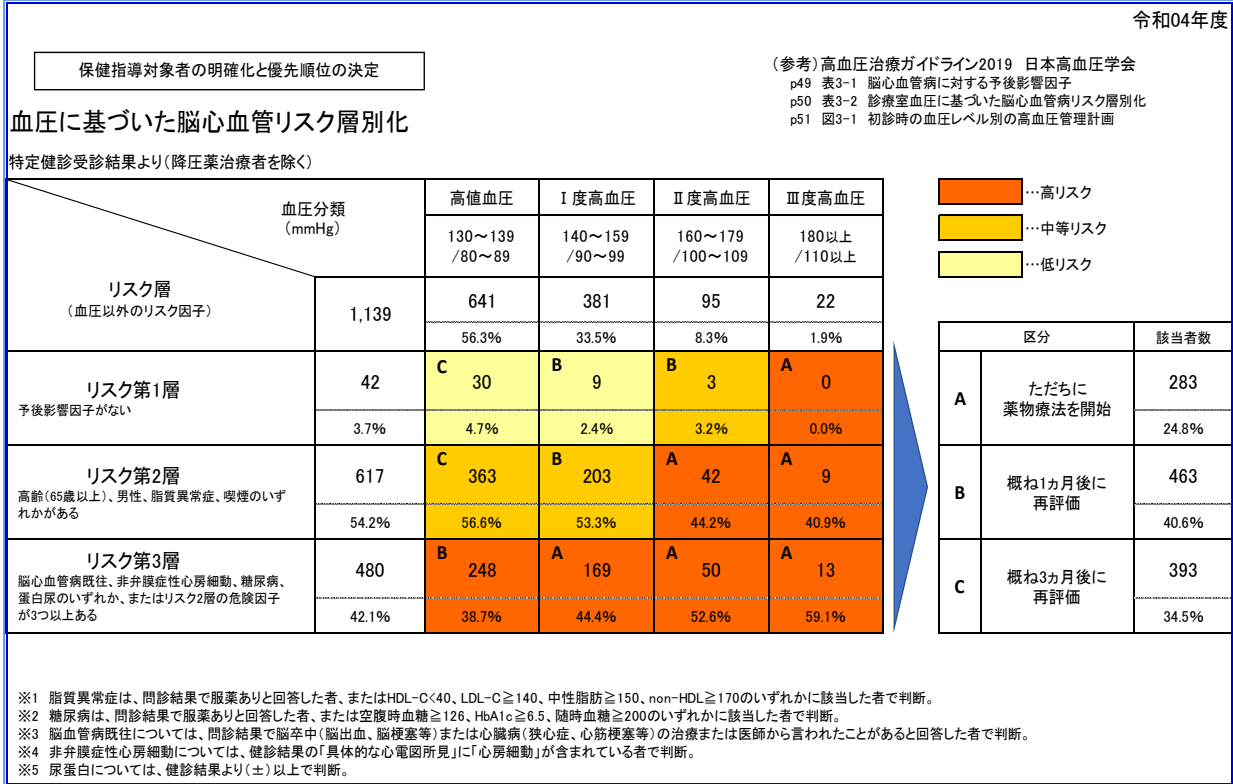
高値血圧以上の者については、家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳を活用し、医療機関に持参するようすすめています。

図表 32 高血圧Ⅱ度以上の保健指導・未治療者の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者	人数a	1,253	1,227	1,044	1,307	1340
血圧Ⅱ度以上の者	人数b	98	88	97	119	125
	b/a	7.8%	7.2%	9.3%	9.1%	9.3%
保健指導実施者 (訪問・来所による面談)	人数c	83	74	85	115	122
	c/b	84.7%	84.1%	87.6%	96.6%	97.6%
血圧Ⅱ度以上の 受診勧奨対象者	人数d	40	35	33	48	54
	b/b	40.8%	39.8%	34.0%	40.3%	43.2%
受診勧奨実施者	人数e	40	35	33	48	54
	c/d	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
受診が確認できた者	人数f	15	8	6	12	12
	f/d	37.5%	22.9%	18.2%	25.0%	22.2%

鞍手町調べ

図表 33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化



(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程されることも大きい。」とされています。

鞍手町においては、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町の実態等を健診案内時に同封し、周知を行っています。町民一人ひとりが、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ます。また、健診結果説明会会場では、食品に含まれる塩分量の展示や減塩商品の展示を行い、減塩についての普及啓発を実施しています。

生活習慣病の発症予防・重症化予防、健康づくりの取組として、生活習慣病予防教室や運動教室を実施しています(図表34)。

図表 34 集団健康教育の実施状況

	R2年度	R3年度	R4年度
運動教室		7回・128人	9回・114人
糖尿病予防教室		1回・13人	
高血圧予防教室	1回・25人	動画視聴 1回・14人	3回・62人

(3)第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 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	初期値		中間評価値		最終評価値
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
特定健診等 実施計画	特定健診受診率・特定保健指導の実施率の向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	1220/2815 43.3%	1183/2696 43.9%	1031/2660 38.8%	1258/2630 47.8%	1295/2488 52.0%
		特定保健指導実施率80%以上	101/129 78.3%	89/114 78.1%	92/107 86.0%	119/132 90.2%	111/132 84.1%
		特定保健指導対象者の割合の減少	101/1220 8.3%	89/1183 7.5%	92/1031 8.9%	119/1258 9.5%	111/1295 10.1%
データヘルス計画	中長期	入院医療費の伸び率の減少(一人当たり医療費) 下段伸び率(%) ※一人当たり医療費は月平均額の表示	12,416 6.3%	13,274 6.9%	13,487 1.6%	12,431 -7.8%	12,229 -1.6%
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2,719万 2.1%	1,719万 1.3%	4,244万 3.2%	1,791万 1.4%	3,158万 2.4%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2,771万 2.1%	2,584万 1.9%	1,947万 1.5%	2,263万 1.8%	1,911万 1.5%
		人工透析の総医療費に占める割合の減少	4,636万 3.5%	3,682万 2.7%	3,559万 2.7%	3,376万 2.6%	2,592万 2.0%
		糖尿病性腎症による透析導入者数の減少	6/7 85.7%	6/8 75.0%	6/7 85.7%	5/8 62.5%	3/4 75.0%
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	2/3 66.7%	2/3 66.7%	2/3 66.7%	2/2 100%	2/2 100%
	短期	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	266 21.8%	250 21.1%	281 27.3%	313 24.9%	302 23.3%
		メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	157 12.9%	138 11.7%	126 12.2%	149 11.8%	153 11.8%
		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、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対象者を減らす					
		健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	95 7.8%	84 7.1%	95 9.2%	111 8.8%	124 9.6%
		健診受診者の脂質異常症の割合の減少 (LDL160以上)	153 12.5%	131 11.1%	132 12.8%	167 13.3%	144 11.1%
		健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	173 14.9%	186 16.5%	155 16.0%	181 15.1%	195 15.6%
		健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少 (HbA1c8.0%以上)	40 3.5%	34 3.0%	32 3.3%	28 2.3%	31 2.5%
		健診受診者の糖尿病有病者のうち、未治療者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上)	15 17.6%	13 12.6%	13 13.7%	20 20.4%	18 18.2%
		健診受診者の糖尿病有病者のうち、未治療者の割合の減少 (HbA1c8.0%以上)	6 15.0%	2 5.9%	3 9.4%	3 10.7%	5 16.1%
評価項目	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の増加 胃がん検診	9.6%	9.0%	7.6%	7.8%	8.8%
		肺がん検診	8.8%	8.2%	6.1%	8.4%	8.6%
		大腸がん検診	8.8%	8.1%	6.4%	8.8%	8.6%
		子宮がん検診	11.3%	10.7%	9.3%	10.4%	11.9%
		乳がん検診	18.5%	17.1%	14.7%	15.2%	16.1%
	歯周疾患の早期発見・早期治療	歯周疾患検診の受診率増加	—	—	—	21/909 2.3%	17/893 1.9%
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合の増加	152/2815 5.4%	252/2696 9.3%	238/2660 8.9%	331/2630 12.6%	331/2630 12.7%
	後発医薬品の使用により医療費を削減する	後発医薬品の使用割合の増加(80%以上)	77.3%	78.7%	79.2%	78.1%	81.5%

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、国の示す中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患の減少、慢性腎不全による新規透析導入者の減少等、重症化の予防に向けて、これらの疾患の危険因子である高血圧、高脂血症、糖尿病の減少、改善のため、特定健診受診後は結果説明会や家庭訪問等により保健指導を実施し、また、健康教室等により取り組みを進めてきました。

図表 35 の第2期データヘルス計画目標管理一覧の中長期的目標をみると、虚血性心疾患、人工透析の総医療費に占める割合は年々減少がみられていますが、脳血管疾患の総医療費に占める割合は増減がみられ、目標を達成できていません。短期的目標をみると、高血圧、糖尿病に関する指標については目標を達成できておらず、未治療者が増加してきているという課題もみえてきました。未治療者には、なぜ治療が必要か、治療に対する考え方はどうか、治療に繋がったら継続した治療ができているか、また、どのような生活実態で、生活習慣の改善はできているか等、重症化予防の視点として医療機関受診に繋がるような支援も保険者が取り組むべき重要な課題です。適正な医療につなげるためには、住民自らが体の状態を確認できる場として、特定健診が有効であり、特定健診受診率向上は重要です。

令和3年度から歯周疾患検診を実施していますが、受診率が低い状況です。糖尿病があると歯周病も進行しやすいため、歯周疾患の早期発見、治療のために歯周疾患検診受診についても併せて取り組んでいきます。

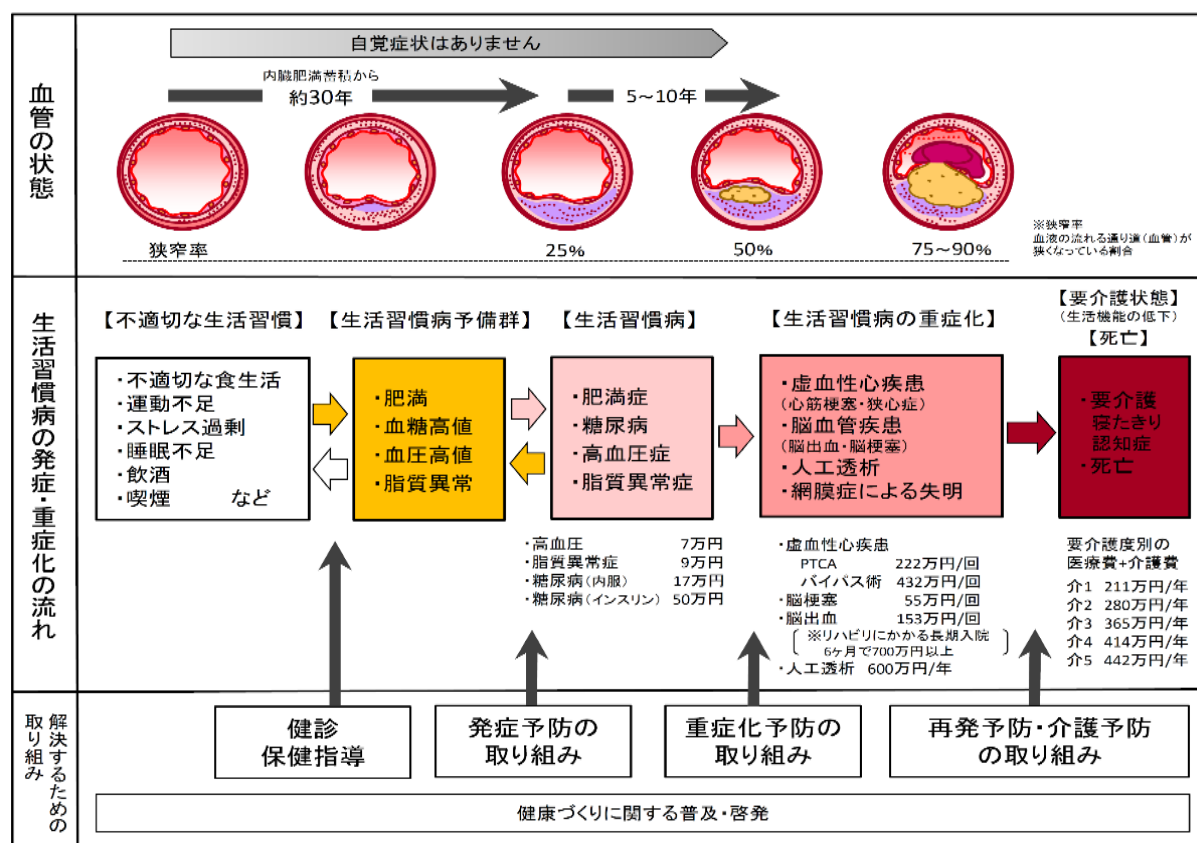
被保険者が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、健康増進に努めることができるよう、また医療費の削減につながるよう具体的な取り組みを引き続き推進していきます。

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、不健康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 36）。

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ
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。

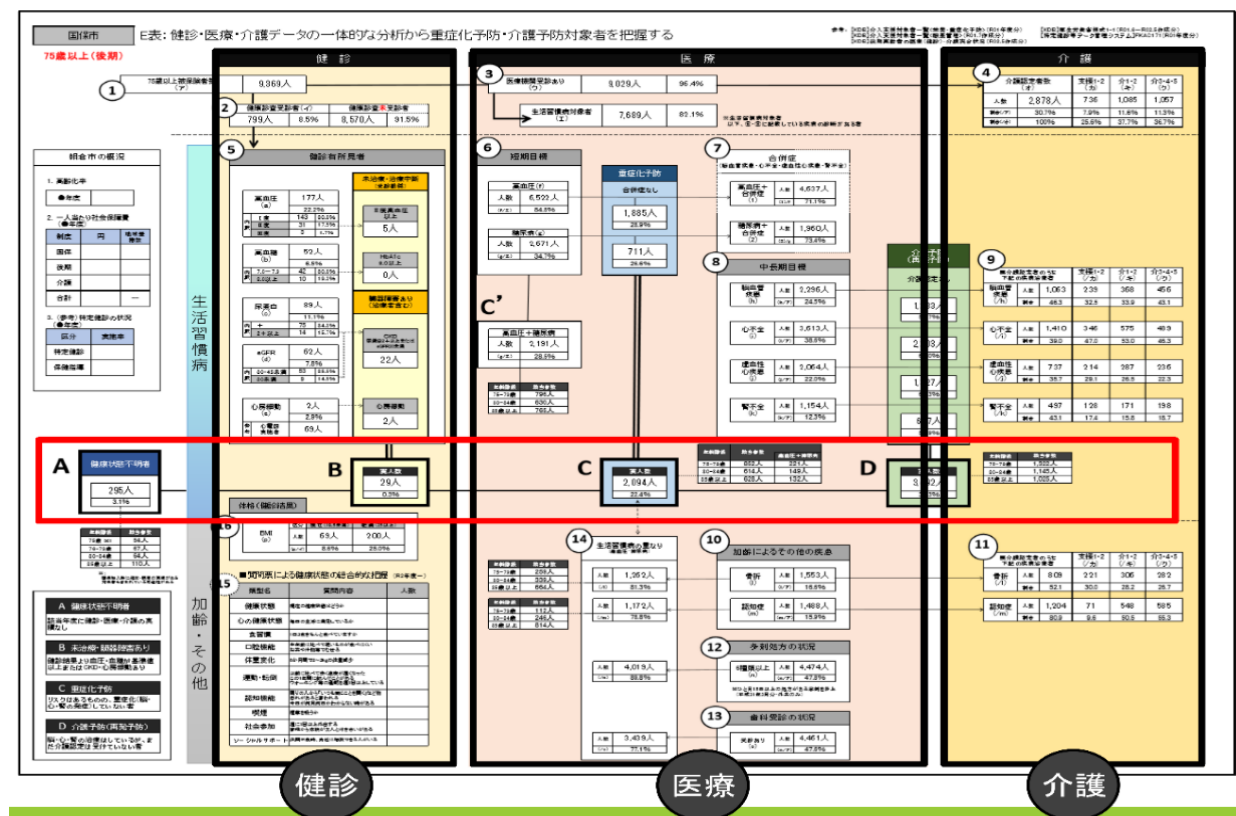
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいですが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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 37 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 37 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)健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っていますが、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年度以降は増加し、後期高齢者になると一人あたり91.7万円となり、国保の2.5倍も高い状況です(図表38)。

短期目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、国保、後期高齢とも同規模、県、国と比べて高く、その結果、国保は狭心症・心筋梗塞、脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合、後期は腎不全の医療費に占める割合が同規模、県、国と比べて高い状況です(図表39)。

高額レセプトについては、国保においては毎年約200件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3倍に増えることがわかります。

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2年度が一番多く22件で約2,900万円の費用がかかっており、そのうち2件は40代で発生

しています。後期高齢においては、令和4年度は38件発生し、約5,600万円の費用がかかっています。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取り組んでいく必要があります(図表40・41)。

虚血性心疾患で高額になったレセプトは、国保・後期高齢で毎年10件程度で、約1,000万円以上の費用がかかっています。虚血性心疾患は、高額となり、医療費に影響を及ぼすことから、虚血性心疾患のリスクとなる高血圧、糖尿病、肥満の重症化予防についても取り組んでいく必要があります(図表42)。

健診・医療・介護のデータ(図表43)を平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、①の被保険者数は、40～64歳は減っていますが、65歳～74歳では約100人、75歳以上では約200人増え、今後、後期高齢者が増加していき、高齢化率がすすんでいくことがわかります。⑮の体格をみると、40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の割合が増えてきています(図表44)。

健診有所見の状況をみると、40～64歳、65～74歳で有所見者割合が増えており、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45)。

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)において、平成30年度と令和4年度を比較すると、高血圧、糖尿病、糖尿病+高血圧とも65～74歳の年代で増えてきています。短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)をみると、高血圧+合併症においては、若干減っていますが、糖尿病+合併症においては、40～64歳の年代が増えてきています(図表46)。

中長期疾患(脳血管・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、どの年代も減少していますが、介護認定者においては、40～64歳、65～74歳で脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全が増えてきています。中長期目標疾患が医療費に占める割合が高いことが、一体的分析においても課題であることがわかります(図表47)。

骨折・認知症の状況において、平成30年度と令和4年度を比較すると、生活習慣病(高血圧・糖尿病)の重なりのある認知症の人が65～74歳で増えてきています(図表48)。

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		3,907人	3,800人	3,792人	3,632人	3,473人	3,088人
総件数及び 総費用額	件数	35,716件	34,526件	32,063件	33,425件	32,792件	43,315件
	費用額	13億2581万円	13億5837万円	13億2170万円	12億8143万円	12億9127万円	28億3018万円
一人あたり医療費		33.9万円	35.7万円	34.9万円	35.3万円	37.2万円	91.7万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 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	鞍手町	12億9127万円	30,131	2.01%	0.25%	2.45%	1.48%	6.62%	3.09%	2.15%	2億3301万円	18.0%	17.7%	7.13%	10.41%
	同規模	—	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	—	19.3%	17.0%	8.15%	8.86%
	県	—	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	—	16.8%	16.7%	9.34%	8.96%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	鞍手町	28億3018万円	77,175	8.02%	0.43%	2.50%	1.19%	4.11%	2.77%	1.07%	5億6850万円	20.1%	9.5%	5.20%	13.0%
	同規模	—	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	—	18.9%	11.0%	3.74%	12.3%
	県	—	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	—	20.0%	9.9%	4.70%	12.7%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

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

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

図表 40 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期: R4年度
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	137人	156人	157人	128人	145人	393人
	件数	B	209件	236件	257件	222件	238件	686件
		B/総件数	0.59%	0.68%	0.80%	0.66%	0.73%	1.58%
	費用額	C	2億7887万円	3億3579万円	3億4363万円	2億9015万円	3億0390万円	8億6135万円
		C/総費用	21.0%	24.7%	26.0%	22.6%	23.5%	30.4%

出典: ヘルスサポートラボツール

図表 41 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期: R4年度			
脳血管疾患	人数		D	8人		6人		13人		7人		10人		22人		
			D/A	5.8%		3.8%		8.3%		5.5%		6.9%		5.6%		
	件数		E	17件		11件		22件		9件		18件		38件		
			E/B	8.1%		4.7%		8.6%		4.1%		7.6%		5.5%		
	年代別	40歳未満	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%	
		40代	1	5.9%	4	36.4%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	3	7.9%	
		50代	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	12	31.6%	
		60代	9	52.9%	1	9.1%	1	4.5%	0	0.0%	10	55.6%	80代	18	47.4%	
		70-74歳	5	29.4%	6	54.5%	19	86.4%	9	100.0%	8	44.4%	90歳以上	5	13.2%	
	費用額		F	1715万円		1692万円		2894万円		1010万円		2417万円		5590万円		
F/C			6.2%		5.0%		8.4%		3.5%		8.0%		6.5%			

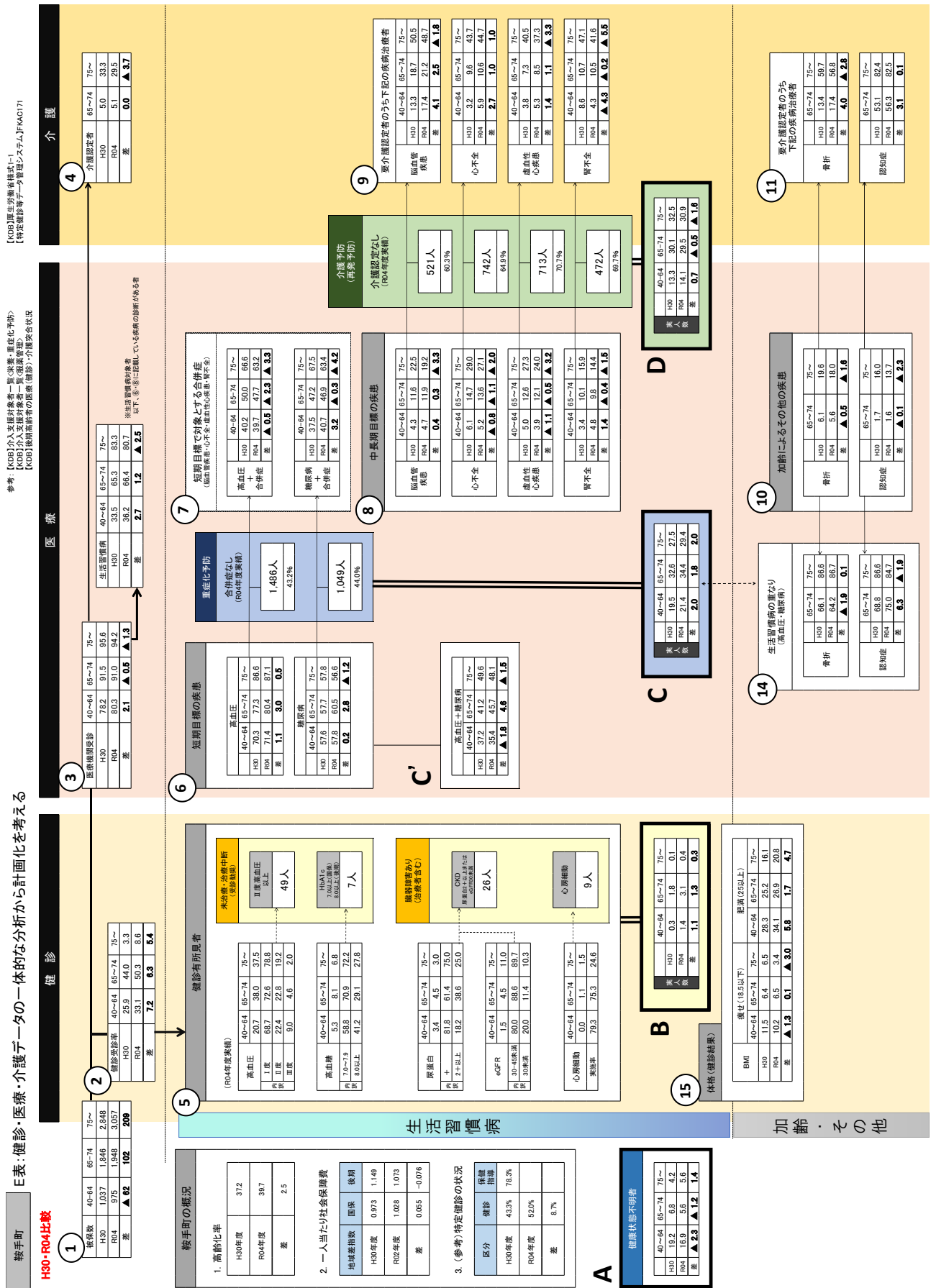
出典: ヘルスサポートラボツール

図表 42 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		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
虚血性 心疾患	人数		G	9人	7人	6人	7人	8人	8人						
			G/A	6.6%	4.5%	3.8%	5.5%	5.5%	2.0%						
	件数		H	13件	10件	7件	7件	9件	9件						
			H/B	6.2%	4.2%	2.7%	3.2%	3.8%	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	0	0.0%
		40代	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%	75-80歳	3	33.3%
		60代	7	53.8%	2	20.0%	4	57.1%	2	28.6%	2	22.2%	80代	4	44.4%
		70-74歳	4	30.8%	6	60.0%	3	42.9%	3	42.9%	7	77.8%	90歳以上	2	22.2%
費用額		I	1805万円	1481万円	1159万円	1158万円	1659万円	1780万円							
		I/C	6.5%	4.4%	3.4%	4.0%	5.5%	2.1%							

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑮					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
		割合(%)	人数	人数	人数	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H30	33.3		1,037	1,846	2,848	25.9%	44.0%	3.3%	11.5%	6.4%	6.5%	28.3%	25.2%	16.1%
R4	29.5		975	1,948	3,057	33.1%	50.3%	8.6%	10.2%	6.5%	3.4%	34.1%	26.9%	20.8%

図表 45 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	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-		40-64		65-74		75-	
	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		人数	割合	
H30	13	4.8%	(3)	72	8.9%	(16)	8	8.6%	(2)	4	1.5%	(0)	64	7.9%	(2)	0	---	(0)	0	---	7	0.9%	2	2.2%	0	---	8	1.0%	0	---
R4	21	6.5%	(10)	102	10.4%	(30)	21	8.0%	(9)	17	5.3%	(2)	79	8.1%	(5)	5	1.9%	(0)	2	0.6%	20	2.0%	4	1.5%	0	---	8	0.8%	1	0.4%

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表			③						⑥										⑦								
年度	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症											
							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-						
	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合						
H30	78.2%	91.5%	95.6%	33.5%	65.3%	83.3%	70.3%	77.3%	86.6%	57.6%	57.7%	57.8%	37.2%	41.2%	49.6%	40.2%	50.0%	66.6%	37.5%	47.2%	67.5%						
R4	80.3%	91.0%	94.2%	36.2%	66.4%	80.7%	71.4%	80.4%	87.1%	57.8%	60.5%	56.6%	35.4%	45.7%	48.1%	39.7%	47.7%	63.2%	40.7%	46.9%	63.4%						

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 47 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												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保険者割)												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-
	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H30	4.7%	11.6%	22.5%	5.0%	12.6%	27.3%	6.1%	14.7%	29.0%	3.4%	10.1%	15.9%	13.3%	18.7%	50.5%	3.8%	7.3%	40.5%	3.2%	9.6%	43.7%	8.6%	10.7%	47.1%
R4	4.7%	11.9%	19.2%	3.9%	12.1%	24.0%	5.2%	13.6%	27.1%	4.8%	9.8%	14.4%	17.4%	21.2%	48.7%	5.3%	8.5%	37.3%	5.9%	10.6%	44.7%	4.3%	10.5%	41.6%

図表 48 骨折・認知症の状況

E表	⑭						⑩						⑪					
年度	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)						加齢による その他の疾患 (被保険者割合)						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		骨折		認知症		骨折	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
H30	66.1%	86.6%	68.8%	86.6%	6.1%	19.6%	1.7%	16.0%	13.4%	59.7%	53.1%	82.4%						
R4	64.2%	86.7%	75.0%	84.7%	5.6%	18.0%	1.6%	13.7%	17.4%	56.8%	56.3%	82.5%						

出典：ヘルスサポートラボツール

(2)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、評価指標については、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を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしていきます(図表 49)。

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。

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 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値	最終評価値	現状値の把握方法
			R6年度	R8年度	R11年度	
アウトプット指標	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				法定報告値
		★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				
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減少				
		人工透析の総医療費に占める割合の減少				
		糖尿病性腎症による透析導入者数の減少				
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少				
	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、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				鞍手町健康こども課
		メタボリックシンドローム予備群の割合の減少				
		健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100以上)				
		健診受診者の脂質異常症の割合の減少 (LDL160以上)				
		健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)				
		★健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少 (HbA1c8.0%以上)				
		健診受診者の糖尿病有病者のうち、未治療者の割合の減少 (HbA1c7.0%以上)				
		健診受診者の糖尿病有病者のうち、未治療者の割合の減少 (HbA1c8.0%以上)				
	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の増加 胃がん検診				地域保健事業報告
		肺がん検診				
		大腸がん検診				
		子宮がん検診				
		乳がん検診				
		がん検診平均受診率				
	歯周疾患の早期発見・早期治療	歯周疾患検診の受診率増加				鞍手町健康こども課
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合の増加				
	後発医薬品の使用により医療費を削減する	後発医薬品の使用割合の増加(80%以上)				
						厚生労働省公表結果

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 50 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	53.0%	54.5%	56.0%	57.5%	59.0%	60%以上
特定保健指導実施率	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90%以上

3. 対象者の見込み

図表 51 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	2,350	2,200	2,150	2,100	2,050	2,000
	受診者数	1,250	1,200	1,205	1,210	1,210	1,220
特定保健指導	対象者数	130	125	120	115	110	105
	受診者数	118	113	108	104	100	95

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する。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（鞍手町役場他）
- 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

北九州市以外の福岡県内特定健診実施医療機関

(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（図表 52）。

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 52 特定健診検査項目

健診項目		鞍手町	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、●…いずれの項目の実施で可

(5) 実施時期

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) 健診機関との実施年間スケジュール

実施率を高めるためには、適切に健診業務が実施できているかが不可欠であることから、健診機関とは密に連絡を取り合い、健診を受診しやすい体制を整えていきます（図表 53）。

図表 53 特定健診実施機関との年間スケジュール

	前年度	当該年度
4月		健診機関との契約
5月		特定健康診査開始
6月		健診結果受取
7月		
8月		
9月		
10月	契約に関わる予算手続き 委託先機関の見直し等	
11月		
12月		
1月		健診の終了
2月	健診機関との打ち合わせ	
3月	契約準備	

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、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

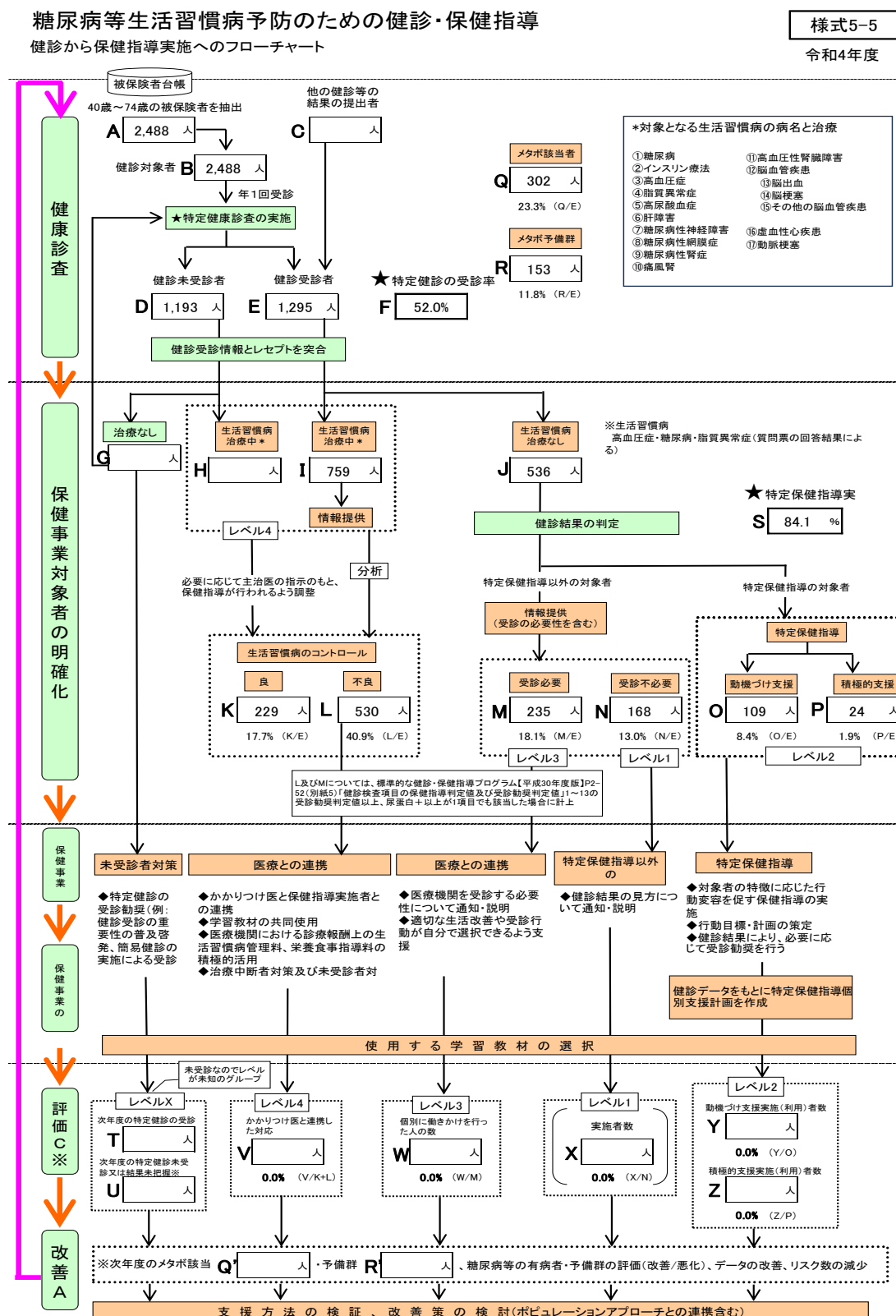
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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55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54）。

図表 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式 55)



(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 55 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 (受診者の割合)	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	133人 (10.3%)	90%
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	235人 (18.1%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	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、簡易健診の実 施による受診勧奨)	1193 ※受診率目標達成ま でにあと155人 (対象者2,400人・ 受信者1,450人見込)	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説 明	168人 (13.0%)	100%
5	I	情報提供	◆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	759人 (58.6%)	60%

出典: ヘルサポータルボツール

(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。

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 56）。

図表 56 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	周知等	その他
	集団健診	施設健診	医療情報収集事業			
4月	対象者の抽出				特定健康診査をはじめとした各種健診の広報、ホームページでの周知	
5月	特定健康診査開始				基本健診、後期高齢者健診、がん検診開始	
6月		受診券の送付 施設健康診査開始		対象者の抽出 保健指導開始		代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
7月				利用券の登録		
8月						
9月			医療情報収集事業依頼開始			
10月						前年度特定健診・特定保健指導受診・実施率の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
11月						
12月						実施実績の分析
1月	健診の終了					
2月						
3月		健診の終了	健診の終了		特定健康診査をはじめとした各種健診の次年度の案内通知	

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鞍手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時は、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、鞍手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・虚血性心疾患重症化予防・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。

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り医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知していきます。

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ていく必要があります。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

鞍手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、546人（42.2%）です。そのうち治療なしが138人（25.7%）を占め、さらに臓器障害あり直ちに取組むべき対象者が57人です。

また、鞍手町においては、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、138人中63人と多いため、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わかります（図表57）。

図表 57 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－

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 による年間新規透析導入患者数の減少	<参考> 健診受診者(受診率)
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(2012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)
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%) ※脳卒中 データバンク 2015より 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		

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 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/dl以上	中性脂肪 300mg/dl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	124 9.6%	7 0.5%	42 3.2%	33 2.5%	302 23.3%	140 10.8%	116 9.0%
治療なし	66 8.8%	1 0.2%	37 4.3%	23 2.7%	40 7.5%	59 5.6%	23 4.3%
(再掲) 特定保健指導	21 16.9%	0 0.0%	6 14.3%	6 18.2%	40 13.2%	12 8.6%	5 4.3%
治療中	58 10.7%	6 0.8%	5 1.1%	10 2.3%	262 34.5%	81 41.3%	93 12.3%
臓器障害 あり	27 40.9%	1 100.0%	11 29.7%	10 43.5%	12 30.0%	16 27.1%	23 100.0%
CKD(専門医対象者)	5	1	2	3	2	3	23
心電図所見あり	26	1	10	7	11	14	9
臓器障害 なし	39 59.1%	—	26 70.3%	13 56.5%	28 70.0%	43 72.9%	—

重症化予防対象者 (実人数)	546 42.2%	138 25.7%	63 11.5%	408 53.8%	57 41.3%	23	43	—
-------------------	-----------	-----------	----------	-----------	----------	----	----	---

出典:ヘルサポートラボツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

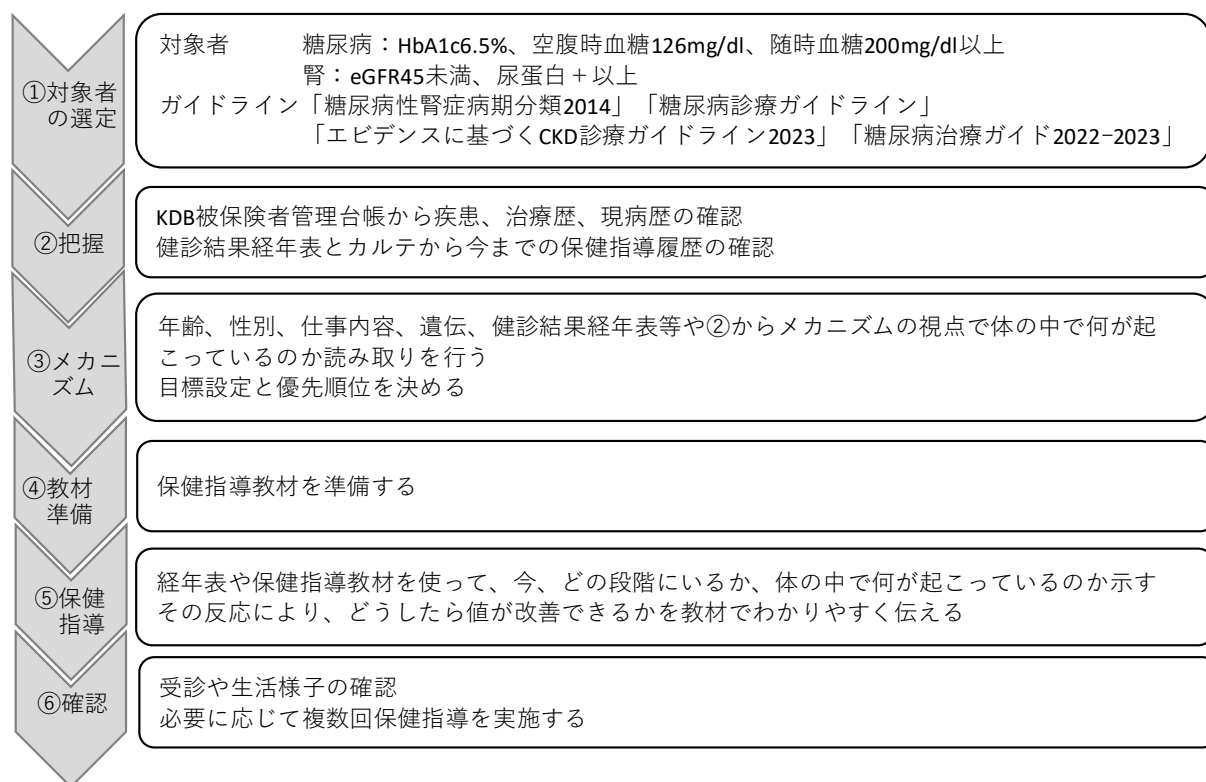
1) 基本的な考え方

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、P D C A に沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 58 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 58 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 59）。

図表 59 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。

鞍手町においては、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）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。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（＋）とすることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

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。

鞍手町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、76 人(27.5%・F)でした。

また、40～74 歳における糖尿病治療者 1,008 人のうち、特定健診受診者が 200 人(72.5%・G)

でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 781 人（79.6%・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。

④ 介入方法と優先順位

図表 60 より鞍手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】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・76 人

優先順位2

【保健指導】

- ・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）・・・100 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、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

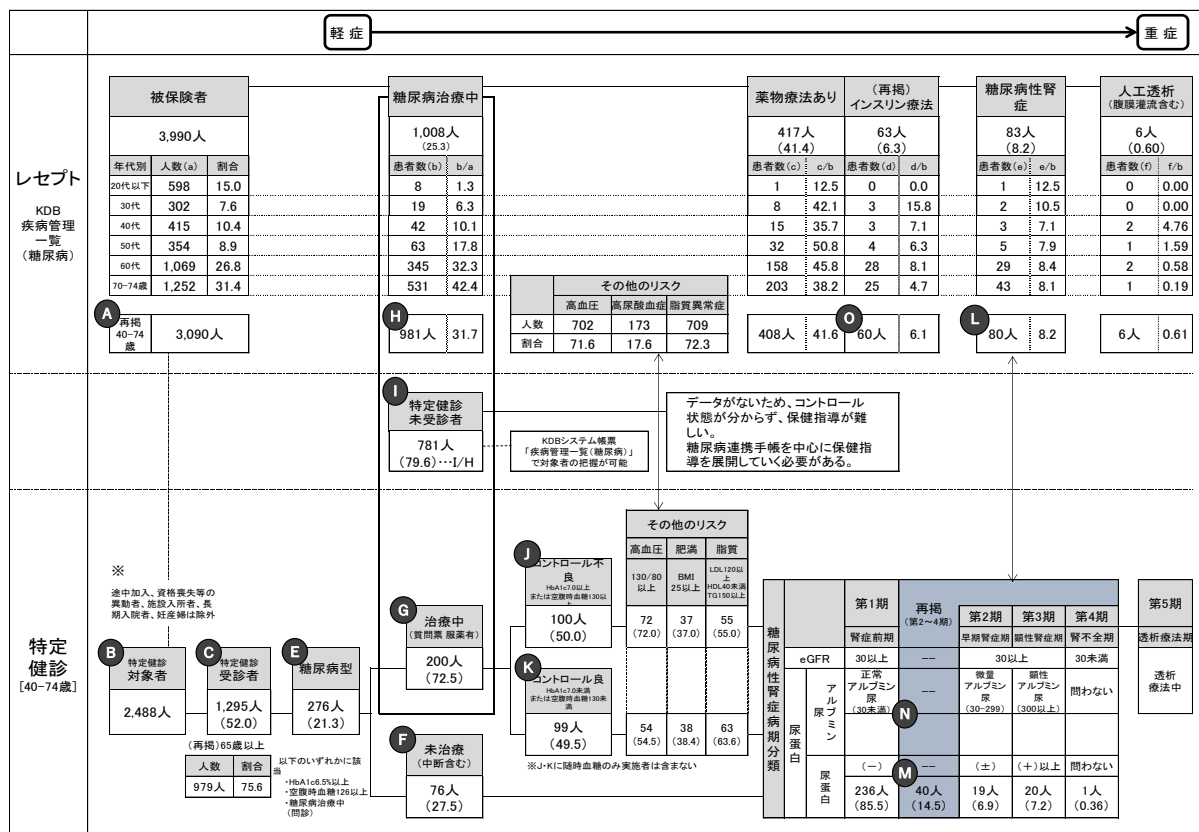
【保健指導】

- ・Iの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 60 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4年度



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、喫煙等の因子の管理も重要となってきます。鞍手町においては、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を合わせて、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、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材等を活用し保健指導を行います。

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

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（±）へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、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、紹介状や糖尿病連携手帳を活用していきます。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は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プログラムに準じ行っていきます。

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 61 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

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

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

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25%以上の低下、1年で5 ml/173 m²以上低下）

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

図表 61 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			突合表	鞍手町												同規模保険者(平均)		データ基
				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4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	4,040人		3,876人		3,799人		3,826人		3,660人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40~74歳		3,236人		3,107人		3,038人		3,065人		2,922人						
2	①	対象者数	B	2,815人		2,696人		2,660人		2,630人		2,488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 受診者数	C	1,220人		1,183人		1,031人		1,258人		1,295人						
	③	受診率		43.3%		43.9%		38.8%		47.8%		52.0%						
3	①	特定保健指導 対象者数		129人		111人		107人		132人		132人						
	②	実施率		78.3%		82.0%		86.0%		90.2%		84.1%						
4	①	健診データ	糖尿病型	E	226人	18.1%	259人	21.2%	236人	22.6%	266人	20.4%	280人	20.8%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	67人	29.6%	51人	19.7%	52人	22.0%	72人	27.1%	78人	27.9%				
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	159人	70.4%	208人	80.3%	184人	78.0%	194人	72.9%	202人	72.1%				
	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	94人	59.1%	120人	57.7%	96人	52.2%	99人	51.0%	102人	50.5%				
	⑤		血圧 130/80以上		70人	74.5%	77人	64.2%	73人	76.0%	66人	66.7%	74人	72.5%				
	⑥		肥満 BMI25以上		40人	42.6%	47人	39.2%	41人	42.7%	38人	38.4%	39人	38.2%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	65人	40.9%	88人	42.3%	88人	47.8%	95人	49.0%	100人	49.5%				
	⑧		第1期 尿蛋白(一)	M	180人	79.6%	193人	74.5%	162人	68.6%	205人	77.1%	240人	85.7%				
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		19人	8.4%	22人	8.5%	32人	13.6%	27人	10.2%	19人	6.8%				
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		21人	9.3%	37人	14.3%	36人	15.3%	27人	10.2%	20人	7.1%				
	⑪		第4期 eGFR30未満		5人	2.2%	6人	2.3%	6人	2.5%	5人	1.9%	1人	0.4%				
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		156.4人		154.5人		145.3人		166.5人		168.9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)		192.8人		189.9人		179.1人		205.5人		209.1人					
	③		レセプト件数 (40~74歳) (1)内は被保険者千対		2,842件 (918.6)		3,024件 (1005.3)		2,961件 (976.9)		3,022件 (1036.4)		3,003件 (1080.2)		319,390件 (944.1)		KDB 疾病別医療費分 析 (生活習慣病)	
	④		入院外(件数)		11件 (3.6)		23件 (7.6)		13件 (4.3)		21件 (7.2)		8件 (2.9)		1,366件 (4.0)			
	⑤		入院(件数)		632人		599人		552人		637人		618人		16.9%			
	⑥		糖尿病治療中	H	632人	15.6%	599人	15.5%	552人	14.5%	637人	16.6%	618人	16.9%				
	⑦		(再掲)40~74歳		624人	19.3%	590人	19.0%	544人	17.9%	630人	20.6%	611人	20.9%				
	⑧		健診未受診者	I	465人	74.5%	431人	73.1%	360人	66.2%	436人	69.2%	409人	66.9%				
	⑨		インスリン治療	O	43人	6.8%	46人	7.7%	41人	7.4%	41人	6.4%	40人	6.5%				
	⑩		(再掲)40~74歳		42人	6.7%	45人	7.6%	40人	7.4%	40人	6.3%	39人	6.4%				
	⑪		糖尿病性腎症	L	50人	7.9%	68人	11.4%	63人	11.4%	69人	10.8%	61人	9.9%				
	⑫		(再掲)40~74歳		50人	8.0%	67人	11.4%	62人	11.4%	69人	11.0%	60人	9.8%				
	⑬		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		6人	0.9%	6人	1.0%	6人	1.1%	5人	0.8%	3人	0.5%				
	⑭		(再掲)40~74歳		6人	1.0%	6人	1.0%	6人	1.1%	5人	0.8%	3人	0.5%				
	⑮		新規透析患者数		3人	50.0%	3人	50.0%	3人	50.0%	2人	40.0%	2人	66.7%				
	⑯		(再掲)糖尿病性腎症		2人	66.7%	2人	66.7%	2人	66.7%	2人	100.0%	2人	100.0%				
	⑰		【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)		18人	2.0%	19人	2.0%	29人	3.5%	31人	3.4%	35人	3.6%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期	
6	①	医療費	総医療費		13億2581万円		13億5837万円		13億2170万円		12億8143万円		12億9127万円		14億4496万円		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		7億2629万円		7億6326万円		7億6095万円		7億0136万円		6億9372万円		7億7425万円			
	③		(総医療費に占める割合)		54.8%		56.2%		57.6%		54.7%		53.7%		53.6%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,076円		8,260円		5,665円		7,827円		9,310円		7,560円		
	⑤		健診未受診者		36,035円		37,289円		42,466円		35,739円		36,823円		37,805円			
	⑥		糖尿病医療費		7896万円		8718万円		8824万円		9242万円		8551万円		8603万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.9%		11.4%		11.6%		13.2%		12.3%		11.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		2億2294万円		2億3892万円		2億4198万円		2億6685万円		2億4644万円					
	⑨		1件あたり		27,421円		29,133円		30,327円		31,756円		30,109円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億5175万円		1億6295万円		1億7953万円		1億7033万円		1億3171万円					
	⑪		1件あたり		568,367円		563,844円		604,473円		635,549円		582,797円					
	⑫		在院日数		18日		17日		18日		16日		15日					
	⑬		慢性腎不全医療費		4881万円		4076万円		3745万円		3522万円		2914万円		6202万円			
	⑭		透析有り		4636万円		3682万円		3559万円		3376万円		2592万円		5785万円			
	⑮		透析なし		244万円		395万円		186万円		146万円		322万円		418万円			
7	①	介護	介護給付費		17億3183万円		17億4889万円		17億6213万円		17億0973万円		16億9884万円		17億4718万円			
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	12.5%	1件	10.0%	3件	27.3%	3件	30.0%	2件	15.4%				
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.8%	3人	1.1%	3人	1.1%	1人	0.4%	2人	0.8%	564人	1.0%	KDB 健診・医療・介護 データからみる地域の健康 課題	

出典：ヘルスサポートラボツール

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、対象者へ介入（通年）

2. 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^{※7}、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常^{※8}、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。

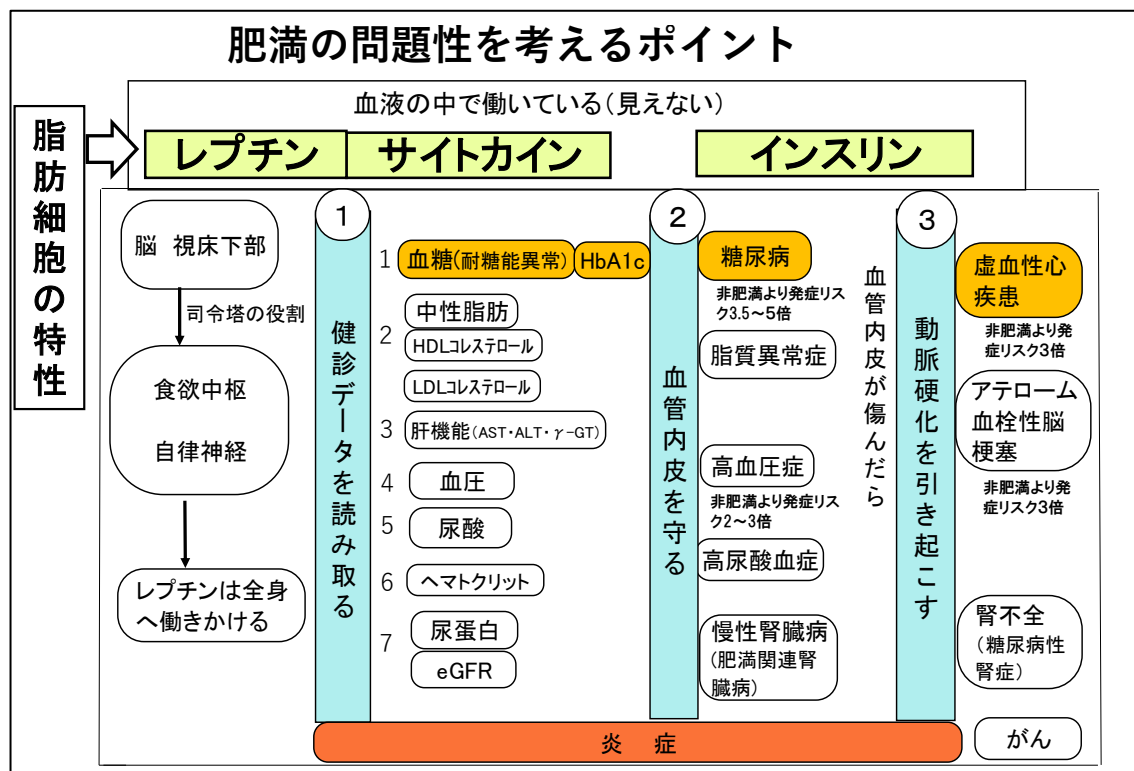
「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」(メタボリックシンドロームの定義と診断基準より)とされています。

なお、取組にあたっては図表 62 に基づいて考えていきます。

※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

※8 動脈硬化を引き起こす高中性脂肪血症、低 HDL コレステロール血症

図表 62 肥満の問題性を考えるポイント



2) 肥満の状況

(1) 図表 63 の肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 63 肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
						40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数	人数 割合	316	979	110	264	86	231	20	28	3	5	1	0
				34.8%	27.0%	27.2%	23.6%	6.3%	2.9%	0.9%	0.5%	0.3%	0.0%
再掲	男性	150	407	64	108	56	94	7	13	1	1	0	0
				42.7%	26.5%	37.3%	23.1%	4.7%	3.2%	0.7%	0.2%	0.0%	0.0%
	女性	166	572	46	156	30	137	13	15	2	4	1	0
				27.7%	27.3%	18.1%	24.0%	7.8%	2.6%	1.2%	0.7%	0.6%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 優先順位をつけます。

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

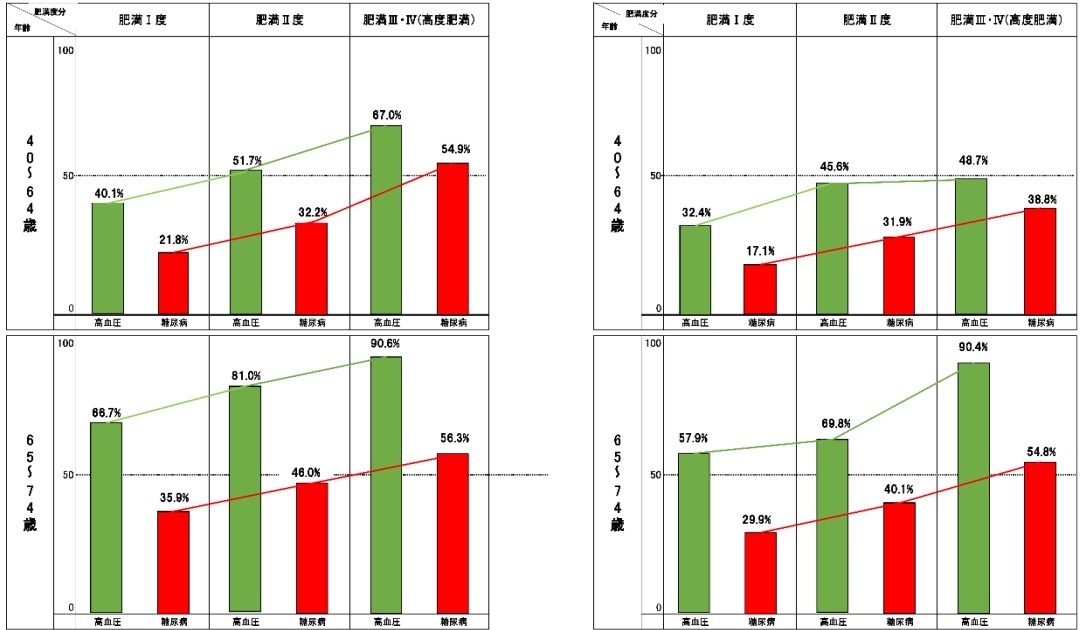
肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えると、肥満度及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなっています（図表 64）。

保健指導を実施した時の住民の声（意識）から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。肥満度が高くなるほど、「日常生活」で困っている深刻さがわかります（図表 65）。

「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、「6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症（肥満 3 度・4 度）は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士等多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。」とあり、このことは、まだ高血圧、糖尿病の両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代（40～64 歳）を対象とすることが効率のいいことがわかります。

図表 64 肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

肥満を解決するために どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？ 一番問題である高血圧と糖尿病をグラフに表してみました



図表 65 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活	肥満度 BMI	生活			
		I 度 25~29.9	II 度 30~34.9	III 度 35~39.9	IV 度 40~
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたいくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変まっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがづらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2~3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、6年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がづらい ・皮膚科に毎月通院している

3)対象者の明確化

年代別のメタボリックシンドローム該当者は、男性で50代から受診者の3割を超えますが、女性では60代・70代で1割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます(図表66)。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも40代で4割以上、50代以上で約8割以上が治療中となっており、治療だけでは解決できないことがわかります(図表67)。

また、心・脳血管疾患を発症した事例を整理すると、全員がメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病の薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります(図表68)。

図表 66 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者		人数	557	46	48	180	283	738	43	43	284	368
メタボ該当者		人数	189	7	18	65	99	113	2	6	46	59
		割合	33.9%	15.2%	37.5%	36.1%	35.0%	15.3%	4.7%	14.0%	16.2%	16.0%
再掲	① 3項目全て	人数	72	1	9	28	34	42	0	3	17	22
		割合	38.1%	14.3%	50.0%	43.1%	34.3%	37.2%	0.0%	50.0%	37.0%	37.3%
	② 血糖＋血圧	人数	36	0	0	11	25	11	1	0	4	6
		割合	19.0%	0.0%	0.0%	16.9%	25.3%	9.7%	50.0%	0.0%	8.7%	10.2%
	③ 血圧＋脂質	人数	74	6	8	22	38	52	1	3	21	27
		割合	39.2%	85.7%	44.4%	33.8%	38.4%	46.0%	50.0%	50.0%	45.7%	45.8%
	④ 血糖＋脂質	人数	7	0	1	4	2	8	0	0	4	4
		割合	3.7%	0.0%	5.6%	6.2%	2.0%	7.1%	0.0%	0.0%	8.7%	6.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 67 メタボリック該当者の治療状況

	男性							女性						
	受診者 数	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者 数	メタボ該当者		3疾患治療の有無			
				あり		なし					あり		なし	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	557	189	33.9%	157	83.1%	32	16.9%	738	113	15.3%	105	92.9%	8	7.1%
40代	46	7	15.2%	3	42.9%	4	57.1%	43	2	4.7%	1	50.0%	1	50.0%
50代	48	18	37.5%	13	72.2%	5	27.8%	43	6	14.0%	5	83.3%	1	16.7%
60代	180	65	36.1%	54	83.1%	11	16.9%	284	46	16.2%	46	100.0%	0	0.0%
70～74歳	283	99	35.0%	87	87.9%	12	12.1%	368	59	16.0%	53	89.8%	6	10.2%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 68 心・脳血管疾患を発症した事例

事例 N o	性別	発症 年齢	KDBから把握 レセプト								特 定 健 診	
			脳血管疾患		虚血性心疾患		基礎疾患					介護
			脳出血	脳梗塞	狭心症	急性心 筋梗塞	高血圧	糖尿病	脂質異 常症	高尿酸 血症		
1	男	50代		●	●	●	●	●	●	●		メタボ
2	男	70代			●		●					メタボ
3	男	70代			●		●	●	●			メタボ
4	女	50代			●		●		●			メタボ

鞍手町調べ

4) 保健指導の実施

(1) 最新の脳科学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 等を参考に作成した保健指導用教材等を活用し保健指導を行います。メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、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。

治療中の者へは、治療中断し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保健指導（食事指導）を行います。

(2) 二次健診の実施

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、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。鞍手町においても、二次健診を実施します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

- ①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）
- ②75 g 糖負荷検査（高インスリン状態を見る検査）

5) 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 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。

6) 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、対象者へ介入（通年）

3. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

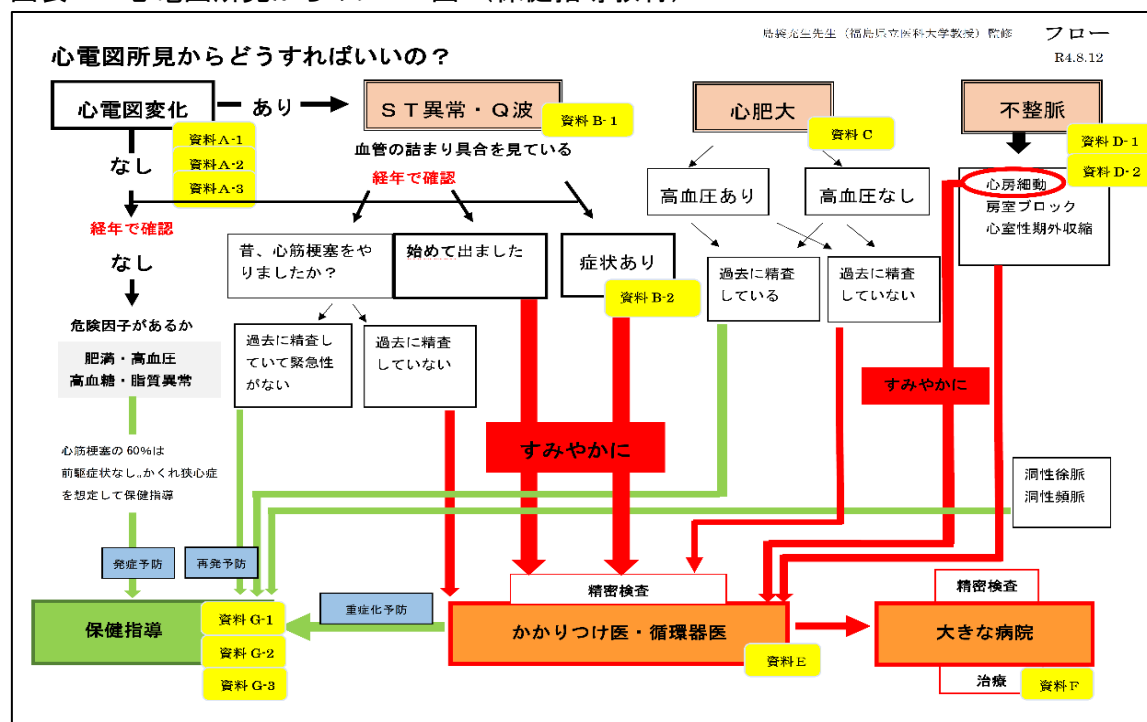
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 69 に基づいて考えます。

図表 69 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



(2) 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大等の評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T異常等がある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

鞍手町においては、心電図検査実を 941 人（72.7％）に実施し、そのうち有所見者が 286 人（30.4％）でした。所見の中でも脚ブロック、期外収縮、洞性徐脈の所見率が高いことがわかります(図表 70)。

また、有所見者のうち要精査が 25 人で、その後の受診状況をみると約半数は未受診でした(図表 71)。

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圧、血糖等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た受診勧奨を行う必要があります。

図表 70 心電図検査結果

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳																			
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈											
		実施者数	有所見者数	異常Q波	ST-T変化	左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房粗動		心房細動		洞性徐脈		期外収縮					
						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		
内訳	40～74歳	941	72.7%	286	30.4%	1	0.3%	9	3.1%	33	11.5%	28	9.8%	13	4.5%	52	18.2%	1	0.3%	7	2.4%	49	17.1%	38	13.3%
	男性	408	43.4%	156	38.2%	1	0.6%	2	1.3%	16	10.3%	14	9.0%	7	4.5%	35	22.4%	0	0.0%	7	4.5%	25	16.0%	21	13.5%
	女性	533	56.6%	130	24.4%	0	0.0%	7	5.4%	17	13.1%	14	10.8%	6	4.6%	17	13.1%	1	0.8%	0	0.0%	24	18.5%	17	13.1%

鞍手町調

鞍手町調べ

図表 71 心電図有所見者の医療機関受診状況

	有所見要精査	医療機関受診あり		受診なし	
		人数	割合	人数	割合
	人数				
全体	25	13	52.0%	12	48.0%
男性	10	4	40.0%	6	60.0%
女性	15	9	60.0%	6	40.0%

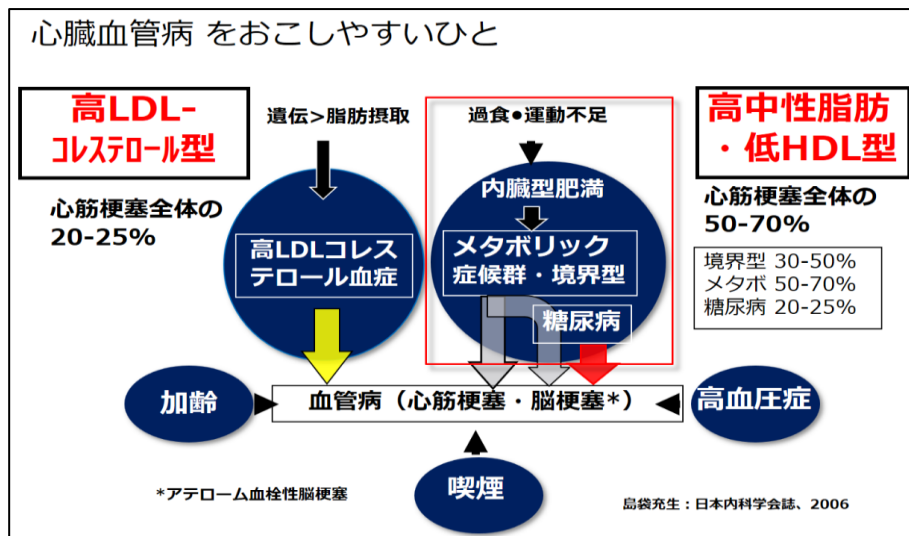
鞍手町調べ

③ 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない者や心電図検査を実施していない者のうち、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の 60％は前駆症状ないため）積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します(図表 72)。

図表 72 心血管病をおこしやすいひと



図表 72 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A：メタボタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」（図表 66・67）を参照します。

B：LDL コレステロールタイプ(図表 73)

図表 73 冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和4年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳
532				236	169	90	37	11	11	48	57
				44.4%	31.8%	16.9%	7.0%	8.7%	8.7%	37.8%	44.9%
一次予防 まず生活習慣の改善 を行った後、薬物療 法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	59	29	16	9	5	8	6	0	0
			11.1%	12.3%	9.5%	10.0%	13.5%	72.7%	54.5%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	188	72	61	41	14	3	1	32	19
			35.3%	30.5%	36.1%	45.6%	37.8%	27.3%	9.1%	66.7%	33.3%
	高リスク	120未満 (150未満)	241	109	77	39	16	0	4	15	36
			45.3%	46.2%	45.6%	43.3%	43.2%	0.0%	36.4%	31.3%	63.2%
再掲 100未満 (130未満) ※1		18	7	5	3	3	0	2	1	3	
	3.4%	3.0%	3.0%	3.3%	8.1%	0.0%	18.2%	2.1%	5.3%		
二次予防 生活習慣の是正と 共に薬物療法を考 慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	44	26	15	1	2	0	0	1	2
			8.3%	11.0%	8.9%	1.1%	5.4%	0.0%	0.0%	2.1%	3.5%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(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。

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、保健指導教材等を活用し対象者がイメージしやすいように保健指導を行います。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、過去に治療中であつ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、リスクがある場合等に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

虚血性心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、二次健診として頸動脈エコー検査を実施していきます。

「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「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 C T (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

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、経過を把握していきます。

4) 医療との連携

虚血性心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、対象者へ介入（通年）

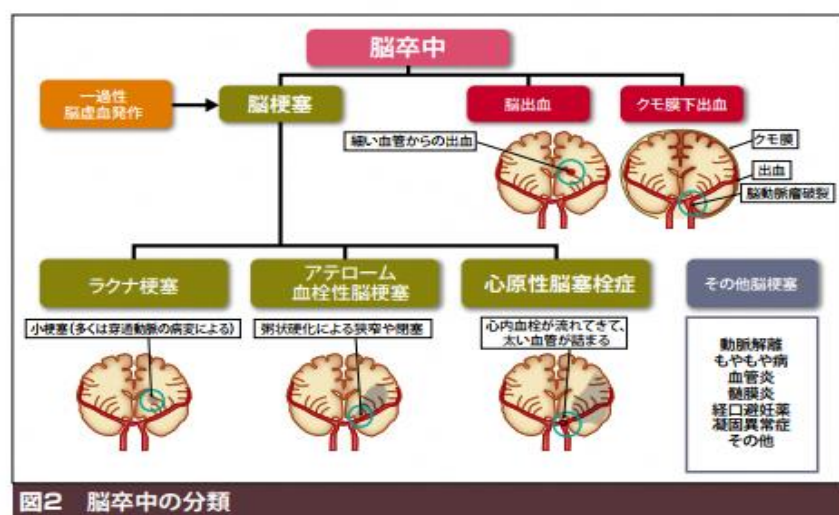
4. 脳血管疾患重症化予防

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 74・75）。

図表 74 脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 75 脳血管疾患とリスク因子

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) 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すが、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等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 77 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 77 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和4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)	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
	386	178 46.1%	142 36.8%	53 13.7%	13 3.4%
リスク第1層 予後影響因子がない	18	C 10 4.7%	B 6 4.2%	B 1 1.9%	A 1 7.7%
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	191	C 96 49.5%	B 67 53.9%	A 22 47.2%	A 6 41.5%
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	177	B 72 45.9%	A 69 40.4%	A 30 56.6%	A 6 46.2%

…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	134 34.7%
B 概ね1か月後に再評価	146 37.8%
C 概ね3か月後に再評価	106 27.5%

※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：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ります。しかし、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。

特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみたところ、心電図検査において7人が心房細動の所見がありました。有所見率をみるとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています(図表 78)。また、心電図有所見者7人のうち、全員治療が開始されています(図表 79)。



図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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。

図表 78 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	557	738	408	73.2%	533	72.2%	7	1.7%	0	0.0%	--	--
40代	46	43	40	87.0%	42	97.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	48	43	37	77.1%	32	74.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	180	284	132	73.3%	208	73.2%	2	1.5%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	283	368	199	70.3%	251	68.2%	5	2.5%	0	0.0%	3.4%	1.1%

※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

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 79 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	
人数	人数	割合	人数	割合
7	0	0.0%	7	100.0%

鞍手町調べ

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保健指導を行います。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ます、対象者へは、二次健診として頸動脈エコー検査を実施していきます。

「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

過去の健診受診歴等も踏まえ、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、対象者へ介入（通年）

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重要です。

鞍手町においては、健康増進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ていくことが必要です。

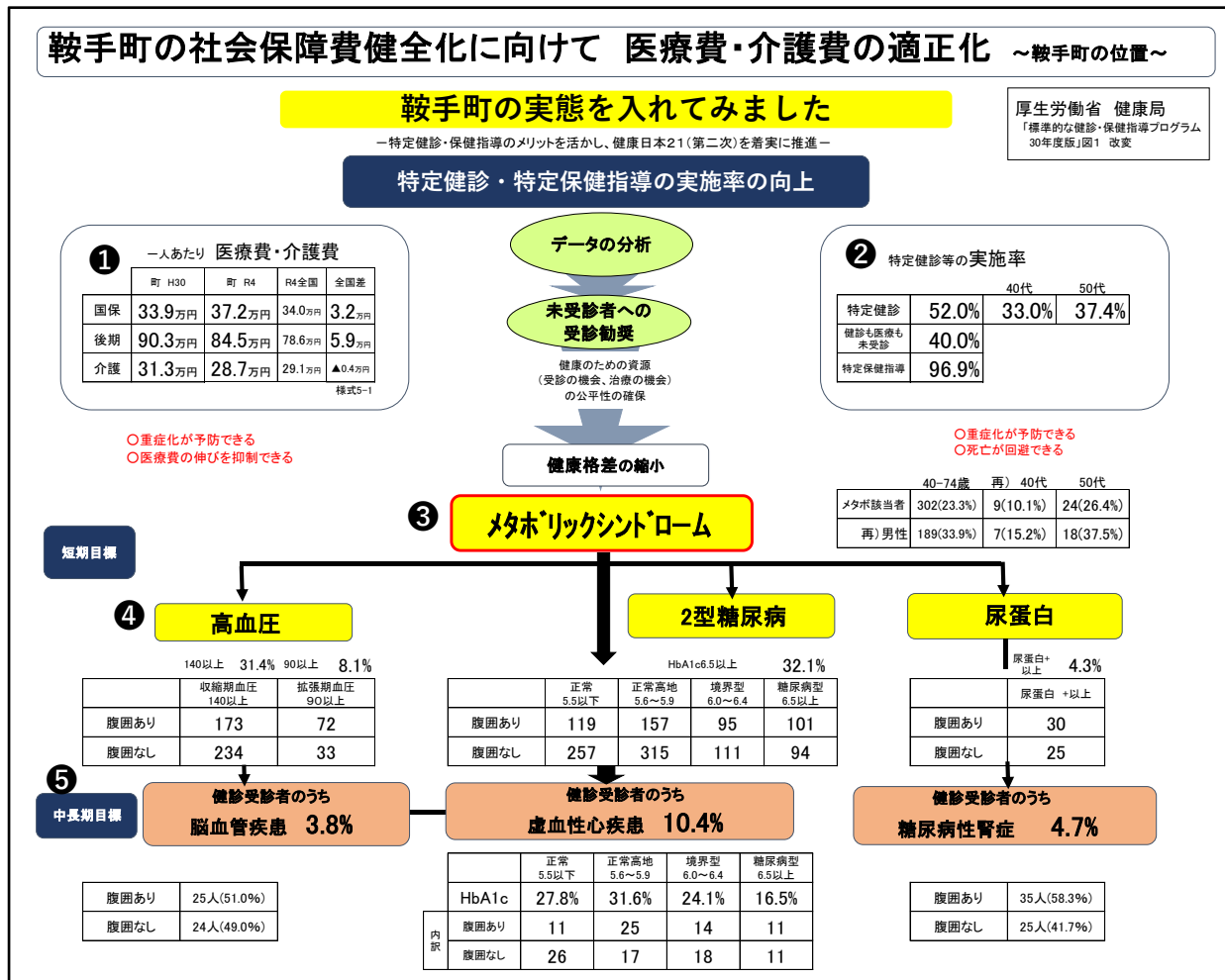
図表 81 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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 健康増進事業実施指		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】																				
2 計画		データヘルス計画【保健事業実施計画】（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 （13条）		産婦健診 （13条）	乳幼児健康診査 （第12・13条）				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 （第1・13・14条）		定期健康診断 （第66条）		特定健康診査 （第18・20・21条）		後期高齢者健康診査 （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																			
		HbA1c	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																			
		(診断) 妊娠 糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上を満たすもの																			
		身長 体重																				
		BMI																				
		肥満度				かつ18以上																
		尿糖																				
糖尿病 家族歴																						

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めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態やその背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く町民へ周知していきます(図表 82・83)。

図表 82 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 83 統計からみえる福岡県の食

統計からみえる福岡県の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2020～2022年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
即席めん(北九州市)	6位	葉茎菜(北九州市・福岡市)	31位・33位
いわし(北九州市)	2位		
たらこ(福岡市・北九州市)	1位・2位	豆腐(北九州市・福岡市)	43位・48位
鶏肉(福岡市・北九州市)	1位・11位		
他の生鮮肉(福岡市・北九州市) もつ、タン等	4位・7位		
白菜(北九州市)	11位		
キャベツ(福岡市)	16位		
もやし(北九州市)	9位		
ごぼう(北九州市)	3位		
さといも(北九州市)	7位		
ドレッシング(北九州市・福岡市)	3位・5位		
ぎょうざ(福岡市)	9位		
焼酎(北九州市・福岡市)	3位・10位		

図表 84 保健事業ごとの目的と事業概要

取組	事業名	事業目的	事業概要
特定保健健康診査・特定保健指導事業	特定健診未受診者対策事業	特定健康診査の受診率向上により、被保険者の健康保持増進、生活習慣病の発症予防を図る	特定健診の受診率の向上により、被保険者の健康の保持増進、生活習慣の発症予防を図る
	特定保健指導事業	メタボ該当者及び予備群の減少	特定保健指導対象者に、生活習慣や健診データが改善されるよう、保健師・管理栄養士が家庭訪問や生活習慣病予防教室で保健指導を実施する
若年者健康診査・保健指導事業	若年者健康診査・保健指導事業	若年期から健診受診を習慣化させ、生活習慣改善への取り組みも定着化させることにより、特定健診移行後の受診率の向上と健康増進、発症予防・重症化予防を図る	18歳から39歳までの町民を対象に、健康診査を実施し、結果に応じた保健指導を実施する
生活習慣病の重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症の発症および重症化予防を図り、新規透析患者数の減少を目指す	健診結果からわかる糖代謝の状態や腎臓の機能を指標に、対象者を抽出し、糖尿病性腎症の発症、重症化の予防を目的とした保健指導を実施するとともに、必要に応じ二次健診（予防評価健診）を実施する
	生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症を除く）	生活習慣病リスクを減らし、対象者の健康保持・増進、重症化予防を図る	健診結果からわかる生活習慣病の危険因子を減らし、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重症化予防を目的とした保健指導を実施するとともに、必要に応じ、二次健診（予防評価健診）を実施する
	生活習慣病予防教室	生活習慣病リスクを減らし、対象者の健康保持・増進、重症化予防を図る	健診結果からわかる血圧や糖代謝の状態や腎臓の機能を指標に、生活習慣病発症、重症化の予防を目的とした教室を実施する
歯周疾患	歯周疾患検診事業	歯周疾患の早期発見・早期治療を図る	歯科保健意識の向上と歯及び歯周組織疾患の早期発見、早期治療により、歯の喪失を防ぐ。糖尿病等の生活習慣病を予防につなげる
医療費の適正化	医療費適正化対策事業（ジェネリック医薬品差額通知）	ジェネリック医薬品の普及率80%以上	レセプトデータから、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に変更した場合の差額を被保険者へ通知し、後発医薬品の使用促進につなげる
	重複頻回受診者等訪問指導事業（国保連合会）	重複頻回受診者数及び重複多剤投与者数の減少	レセプトデータから、重複頻回受診者及び重複多剤投与者を抽出し、訪問指導を行うことにより、適正な医療受診につなげる
健康意識の向上	運動教室	健康意識の向上、自発的な健康づくりのきっかけとなる取組の促進	運動や健康づくりに取り組むきっかけを提供する
	広報にて健康に関する普及啓発	健康意識の向上、自発的な健康づくりのきっかけとなる取組の促進	広報誌にて健康週間に関するテーマや「食進会おすすめのメニュー」掲載
	元気まつり等のイベント等を活用した情報発信	健康意識の向上、自発的な健康づくりのきっかけとなる取組の促進	元気まつり等の啓発イベントを活用した情報発信を行う

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、受診勧奨実施数等
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、要介護率等)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等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 様式 51 国・県・同規模と比べてみた鞍手町の位置

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 51 国・県・同規模と比べてみた鞍手町の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた鞍手町の位置													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			
1	①	人口構成	総人口		15,069		1,810,851		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)		5,915	39.3	651,740	36.0	1,395,142	28.1	35,335,805	28.7		
			75歳以上		2,878	19.1	—	—	699,717	14.1	18,248,742	14.8		
			65～74歳		3,037	20.2	—	—	695,425	14.0	17,087,063	13.9		
			40～64歳		4,547	30.2	—	—	1,608,951	32.4	41,545,893	33.7		
	39歳以下		4,607	30.6	—	—	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6				
	②	産業構成	第1次産業		4.4		10.9		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		34.3		27.1		21.2		25.0			
			第3次産業		61.3		61.9		75.9		71.0			
	③	平均寿命	男性		80.2		80.5		80.7		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性			86.6		86.9		87.2		87.0					
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		77.9		79.7		80.1		80.1				
		女性		84.6		84.3		84.6		84.4				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	107.2		103.0		101.2		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				女性	108.1		100.8		97.8		100			
			死因	がん	82	63.6	6,844	47.1	15,677	55.7	378,272	50.6		
				心臓病	22	17.1	4,468	30.7	6,458	22.9	205,485	27.5		
				脳疾患	15	11.6	2,073	14.3	3,576	12.7	102,900	13.8		
				糖尿病	2	1.6	271	1.9	596	2.1	13,896	1.9		
				腎不全	4	3.1	564	3.9	1,024	3.6	26,946	3.6		
				自殺	4	3.1	317	2.2	826	2.9	20,171	2.7		
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	15	6.1	—	—	5,138	8.4	129,016	8.2	厚労省HP 人口動態調査		
			男性	7	5.6	—	—	3,313	11	84,891	10.6			
			女性	8	6.7	—	—	1,825	5.9	44,125	5.7			
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,161	19.4	121,841	18.8	277,144	19.9	6,724,030	19.4	KDB NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者		21	0.3	1,946	0.3	4,582	0.3	110,289	0.3	
				介護度別 総件数	要支援1.2	6,929	25.4	382,007	13.8	1,041,029	15.1	21,785,044	12.9	
要介護1.2					11,987	43.9	1,277,829	46.3	3,219,908	46.8	78,107,378	46.3		
要介護3以上					8,377	30.7	1,099,163	39.8	2,621,837	38.1	68,963,503	40.8		
2号認定者				24	0.53	2,304	0.40	5,495	0.34	156,107	0.38			
②		有病状況	糖尿病	329	27.3	29,183	22.8	66,990	23.1	1,712,613	24.3			
			高血圧症	638	53.4	67,451	53.3	156,979	54.4	3,744,672	53.3			
			脂質異常症	386	31.9	38,328	30.0	96,408	33.2	2,308,216	32.6			
			心臓病	692	57.9	76,143	60.3	175,116	60.8	4,224,628	60.3			
			脳疾患	243	19.6	29,057	23.1	68,049	23.8	1,568,292	22.6			
			がん	189	15.7	14,184	11.0	35,599	12.3	837,410	11.8			
			筋・骨格	665	54.1	66,665	52.7	158,168	55.0	3,748,372	53.4			
			精神	445	36.3	46,518	36.9	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		287,209	1,698,840,465	297,567	193,936,445,825	291,818	407,127,115,803	290,668	10,074,274,226,869		
			1件当たり給付費(全体)		62,245		70,292		59,152		59,662			
			居宅サービス		41,236		43,991		41,206		41,272			
			施設サービス		292,947		291,264		298,399		296,364			
④		医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	9,570		9,041		9,394		8,610				
			認定あり 認定なし	4,579		4,224		4,251		4,020				
4	①	国保の状況	被保険者数		3,473		419,832		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	
			65～74歳		1,806	52.0			424,591	40.4	11,129,271	40.5		
			40～64歳		974	28.0			330,002	31.4	9,088,015	33.1		
			39歳以下		693	20.0			295,211	28.1	7,271,596	26.5		
			加入率		23.0		23.2		21.1		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	141	0.3	456	0.4	8,237	0.3			
			診療所数	5	1.4	1,172	2.8	4,711	4.5	102,599	3.7			
			病床数	222	63.9	19,041	45.4	82,664	78.7	1,507,471	54.8			
			医師数	26	7.5	2,768	6.6	16,784	16.0	339,611	12.4			
			外来患者数	742.9		721.7		721.4		687.8				
			入院患者数	22.3		21.9		21.2		17.7				
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		371,802	県内36位 同規模64位	382,035		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		765.185		743.593		742.544		705.439			
			外来	費用の割合	57.2		57.4		56.1		60.4			
				件数の割合	97.1		97.1		97.1		97.5			
			入院	費用の割合	42.8		42.6		43.9		39.6			
件数の割合				2.9		2.9		2.9		2.5				
1件あたり在院日数			15.7日		16.6日		16.8日		15.7日					

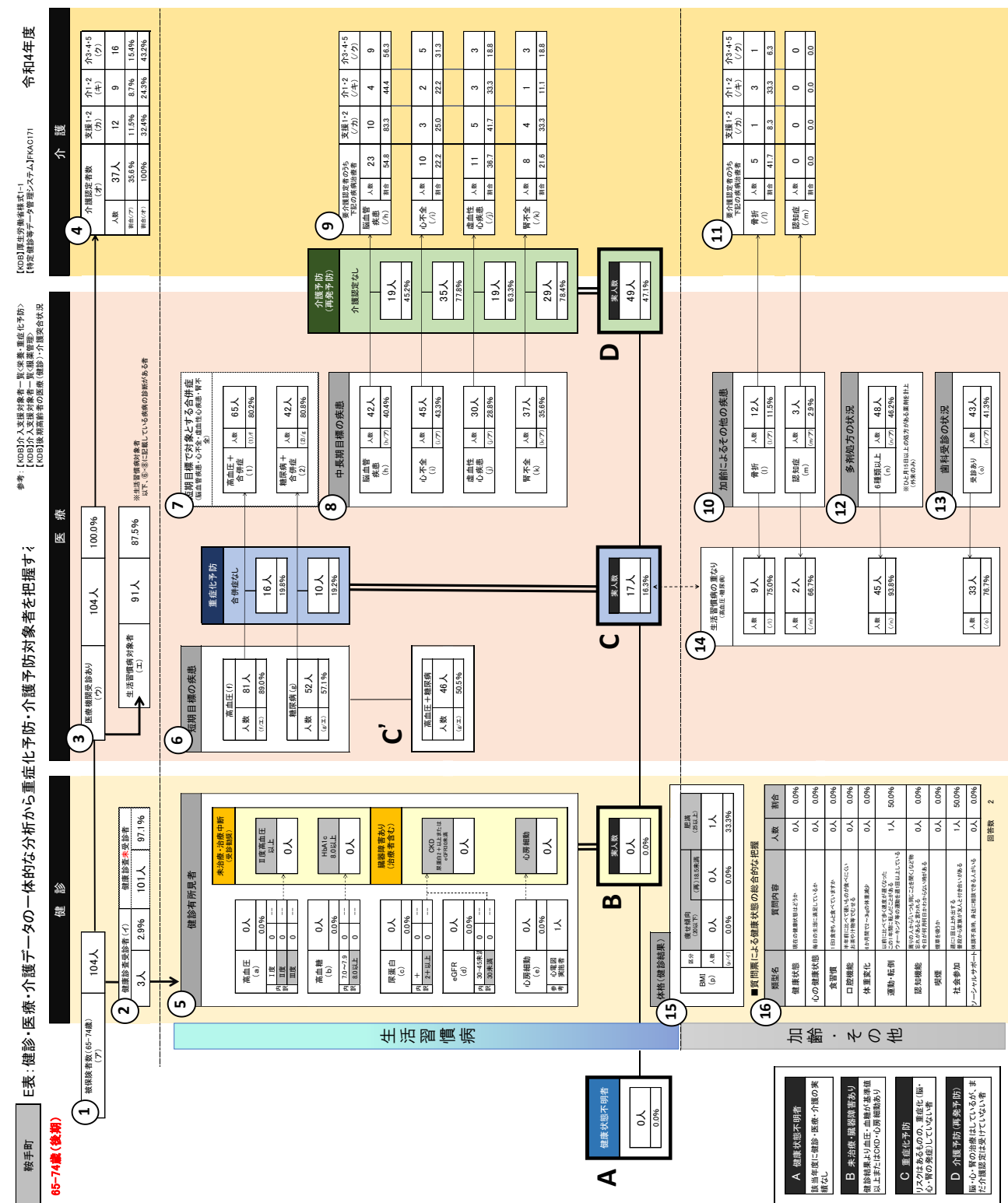
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん	229,109,890	33.0	31.8	32.1	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題						
			慢性腎不全（透析あり）	25,918,350	3.7	7.5	4.7	8.2							
			糖尿病	85,506,060	12.3	11.1	9.7	10.4							
			高血圧症	39,914,290	5.8	6.4	6.1	5.9							
			脂質異常症	27,755,070	4.0	3.8	4.5	4.1							
			脳梗塞・脳出血	31,579,430	4.5	4.0	3.9	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	19,114,050	2.8	2.6	2.6	2.8							
			精神	92,103,140	13.3	15.2	18.0	14.7							
			筋・骨格	134,458,760	19.4	16.5	17.2	16.7							
			5	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	301		0.2	329	0.2	436	0.3	256
糖尿病	1,045	0.7					1,391	0.9	1,503	1.0	1,144	0.9			
脂質異常症	54	0.0					65	0.0	98	0.1	53	0.0			
脳梗塞・脳出血	8,368	5.3					7,229	4.4	6,225	4.0	5,993	4.5			
虚血性心疾患	5,186	3.3					4,422	2.7	3,899	2.5	3,942	2.9			
腎不全	3,247	2.0					4,564	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			11,192	5.3	12,709	5.8	10,862	5.5	10,143	4.9			
		糖尿病			23,788	11.2	21,886	10.0	17,042	8.6	17,720	8.6			
		脂質異常症			7,938	3.7	7,778	3.5	8,242	4.1	7,092	3.5			
		脳梗塞・脳出血			718	0.3	1,013	0.5	988	0.5	825	0.4			
虚血性心疾患	2,440	1.1	2,004	0.9	1,826	0.9	1,722	0.8							
腎不全	7,353	3.5	17,654	8.0	8,944	4.5	15,781	7.7							
6	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	3,292	2,690	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	13,020	13,453	14,605	13,295							
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,310	7,560	4,913	6,142							
				健診未受診者	36,823	37,805	40,836	40,210							
7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者		843	65.8	75,309	58.3	132,068	56.8	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率		780	60.8	67,899	52.6	122,231	52.6	3,543,116	52.0			
			医療機関非受診率		63	4.9	7,410	5.7	9,837	4.2	337,939	5.0			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	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 111市町村	健診受診者	1,282		129,182		232,544		6,812,842		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	50.8	県内4位 同規模18位	42.0		34.3	全国37位	37.1				
					特定保健指導終了者（実施率）		107	81.1	3687	24.2	4,734		18.1	107,925	13.4
					非肥満高血糖		165	12.9	13,125	10.2	18,974		8.2	615,549	9.0
			メタボ	該当者	299	23.3	27,581	21.4	47,288	20.3	1,382,506		20.3	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	
					男性	188	34.1	19,114	32.5	32,580	32.7		965,486		32.0
					女性	111	15.2	8,467	12.0	14,708	11.1		417,020		11.0
					予備群	147	11.5	14,639	11.3	26,991	11.6		765,405		11.2
					男性	103	18.7	10,319	17.6	18,445	18.5		539,738		17.9
					女性	44	6.0	4,320	6.1	8,546	6.4		225,667		5.9
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	腹囲	総数	493	38.5	46,429	35.9	82,902	35.7		2,380,778	34.9	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
					男性	318	57.6	32,340	55.0	56,726	56.8		1,666,592	55.3	
					女性	175	24.0	14,089	20.0	26,176	19.7		714,186	18.8	
				BMI	総数	57	4.4	6,672	5.2	8,854	3.8		320,038	4.7	
					男性	8	1.4	1,017	1.7	1,301	1.3		51,248	1.7	
					女性	49	6.7	5,655	8.0	7,553	5.7		268,790	7.1	
				血糖のみ		14	1.1	902	0.7	1,495	0.6		43,519	0.6	
				血圧のみ		98	7.6	10,532	8.2	18,794	8.1		539,490	7.9	
				脂質のみ		35	2.7	3,205	2.5	6,702	2.9		182,396	2.7	
血糖・血圧		47		3.7	4,461	3.5	6,766	2.9	203,072	3.0					
血糖・脂質		15		1.2	1,311	1.0	2,556	1.1	70,267	1.0					
血圧・脂質		123		9.6	12,691	9.8	22,923	9.9	659,446	9.7					
血糖・血圧・脂質		114		8.9	9,118	7.1	15,043	6.5	449,721	6.6					
6	① ②	問診の状況		服薬	高血圧	534	41.7	49,799	38.6	82,821	35.6	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
					糖尿病	198	15.4	13,039	10.1	20,997	9.0	589,470	8.7		
			脂質異常症		431	33.6	36,804	28.5	65,696	28.3	1,899,637	27.9			
			既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	54	4.2	4,180	3.3	8,069	3.5	207,385	3.1			
心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	115	9.0		7,699	6.2	14,589	6.3	365,407	5.5						
腎不全	18	1.4		1,060	0.8	2,515	1.1	53,898	0.8						
貧血	124	9.7	11,963	9.6	26,317	11.4	702,088	10.7							
6	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	209	16.3	17,549	13.6	32,639	14.0	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			週3回以上朝食を抜く	149	11.7	9,629	8.1	28,728	12.9	642,886	10.4				
			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～）	147	11.5	18,189	15.2	33,131	14.9	976,348	15.7				
			週3回以上就寝前夕食	147	11.5	18,189	15.2	33,131	14.9	976,348	15.7				
			食べる速度が速い	354	27.7	31,129	26.0	62,667	28.1	1,659,705	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	519	40.5	41,961	35.1	79,109	35.4	2,175,065	35.0				
			1回30分以上運動習慣なし	777	60.7	73,980	61.8	129,007	57.8	3,749,069	60.4				
			1日1時間以上運動なし	521	40.7	56,527	47.3	107,011	47.9	2,982,100	48.0				
			睡眠不足	325	25.4	29,904	25.1	54,824	24.6	1,587,311	25.6				
			毎日飲酒	285	22.2	31,623	25.2	58,521	25.4	1,658,999	25.5				
			時々飲酒	271	21.1	25,821	20.6	55,102	23.9	1,463,468	22.5				
			一日飲酒量	1合未満	372	58.4	45,881	60.4	102,273	64.3	2,978,351		64.1		
				1～2合	191	30.0	20,169	26.6	39,775	25.0	1,101,465		23.7		
2～3合	66	10.4		7,800	10.3	13,569	8.5	434,461	9.4						
3合以上	8	1.3		2,070	2.7	3,460	2.2	128,716	2.8						

①40～64 歳(国保)

鞍手町



③65～74 歳(後期)

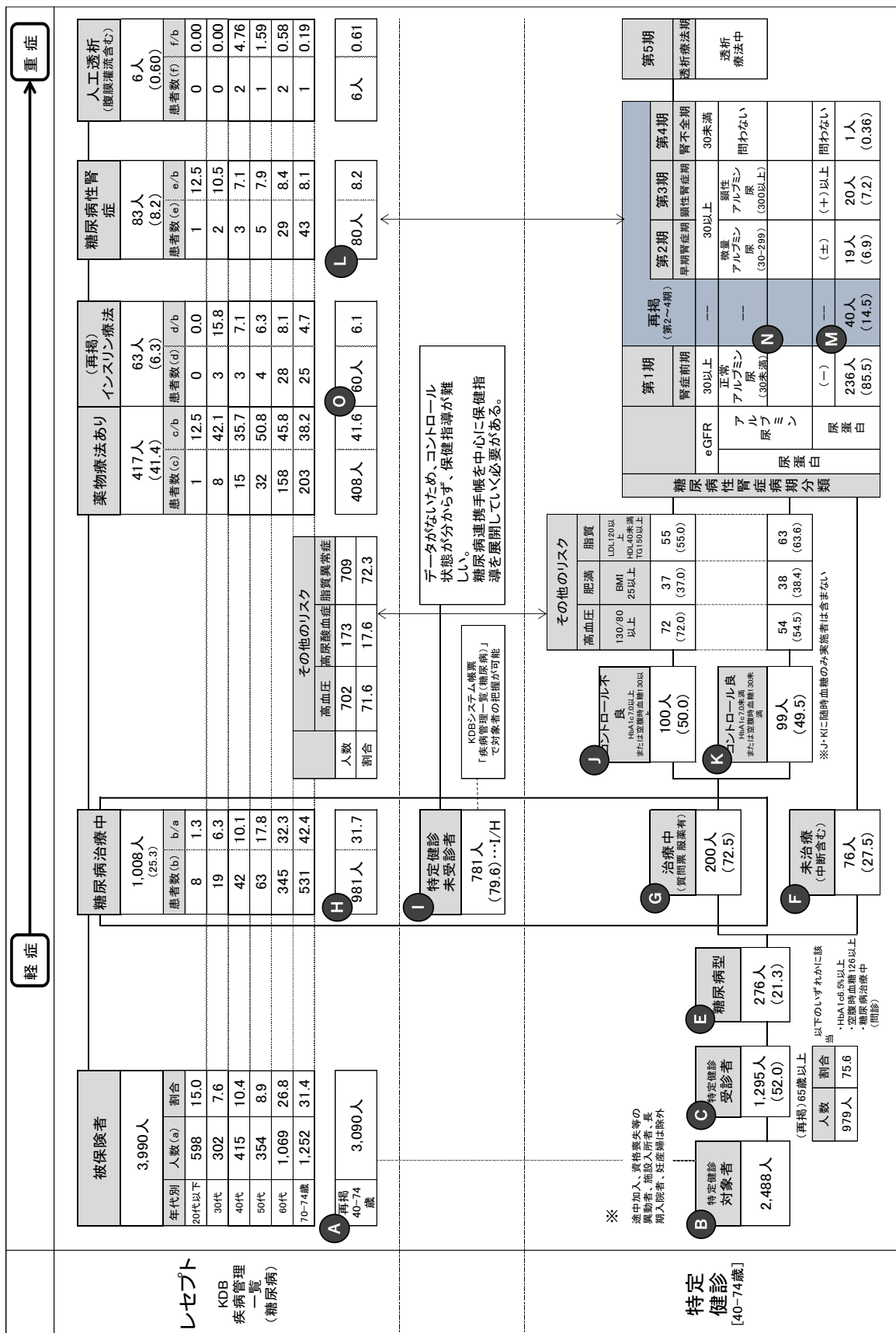


参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

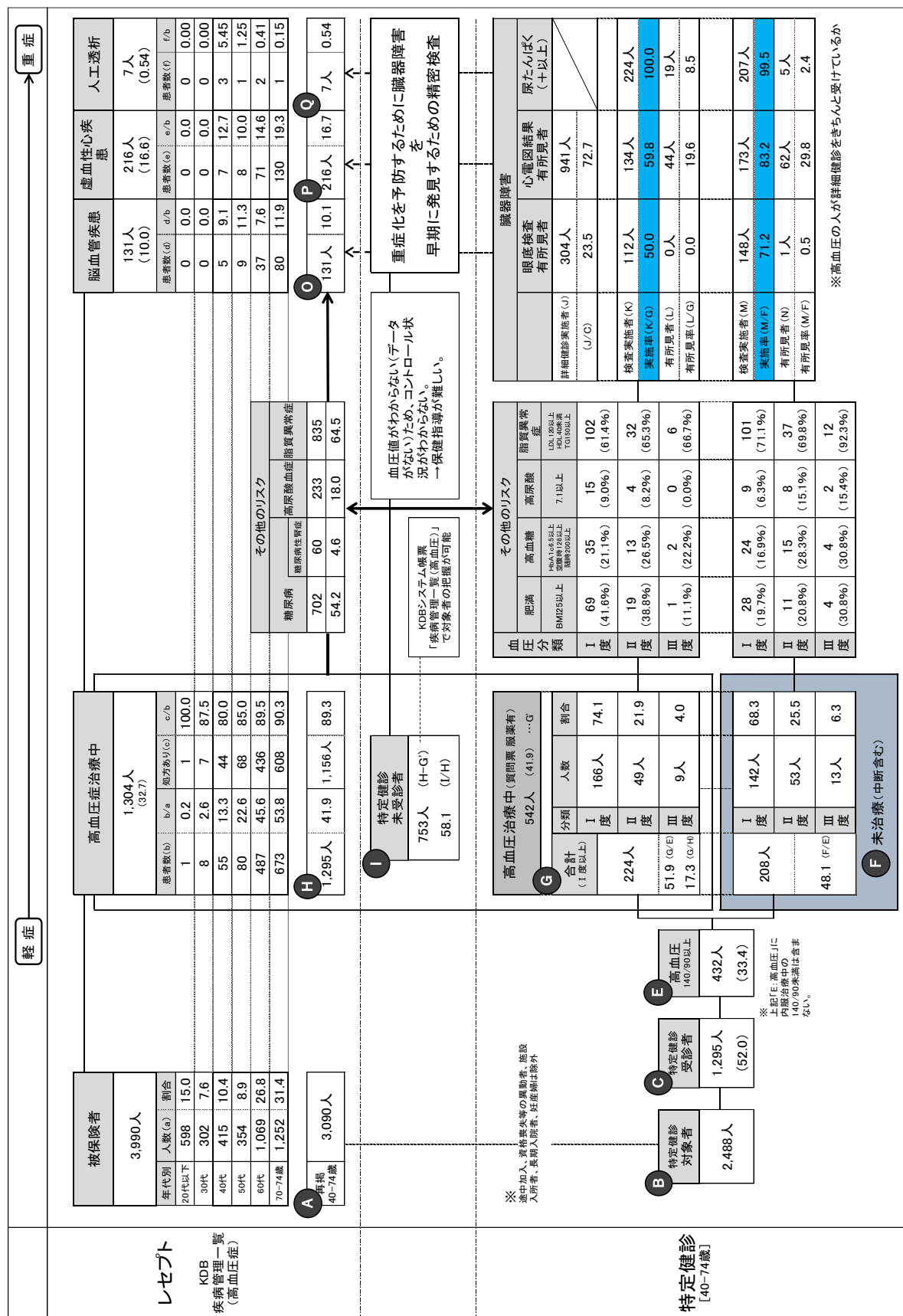
項目			突合表	鞍手町										同規模保険者（平均）		データ基		
				H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	4,040人		3,876人		3,799人		3,826人		3,660人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	（再掲）40～74歳		3,236人		3,107人		3,038人		3,065人		2,922人						
2	①	対象者数	B	2,815人		2,696人		2,660人		2,630人		2,488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 受診者数	C	1,220人		1,183人		1,031人		1,258人		1,295人						
	③	受診率		43.3%		43.9%		38.8%		47.8%		52.0%						
3	①	特定 保健指 導 対象者数		129人		111人		107人		132人		132人						
	②	実施率		78.3%		82.0%		86.0%		90.2%		84.1%						
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	226人	18.1%	259人	21.2%	236人	22.6%	266人	20.4%	280人	20.8%			特定健診結果	
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	67人	29.6%	51人	19.7%	52人	22.0%	72人	27.1%	78人	27.9%				
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	159人	70.4%	208人	80.3%	184人	78.0%	194人	72.9%	202人	72.1%				
	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	94人	59.1%	120人	57.7%	96人	52.2%	99人	51.0%	102人	50.5%				
	⑤				血圧 130/80以上	70人	74.5%	77人	64.2%	73人	76.0%	66人	66.7%	74人	72.5%			
	⑥		肥満 BMI25以上	K	40人	42.6%	47人	39.2%	41人	42.7%	38人	38.4%	39人	38.2%				
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		65人	40.9%	88人	42.3%	88人	47.8%	95人	49.0%	100人	49.5%				
	⑧		第1期 尿蛋白（－）	M	180人	79.6%	193人	74.5%	162人	68.6%	205人	77.1%	240人	85.7%				
	⑨		第2期 尿蛋白（±）		19人	8.4%	22人	8.5%	32人	13.6%	27人	10.2%	19人	6.8%				
	⑩		第3期 尿蛋白（＋）以上		21人	9.3%	37人	14.3%	36人	15.3%	27人	10.2%	20人	7.1%				
	⑪	第4期 eGFR30未満	5人		2.2%	6人	2.3%	6人	2.5%	5人	1.9%	1人	0.4%					
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）		156.4人		154.5人		145.3人		166.5人		168.9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）		192.8人		189.9人		179.1人		205.5人		209.1人					
	③		レセプト件数 （40～74歳） （1件は被保険者千対）	入院外（件数）		2,842件（918.6）		3,024件（1005.3）		2,961件（976.9）		3,022件（1036.4）		3,003件（1080.2）		319,390件（944.1）		KDB 疾病別医療費分 析 （生活習慣病）
	④		入院（件数）		11件（3.6）	23件（7.6）	13件（4.3）	21件（7.2）	8件（2.9）	1,366件（4.0）								
	⑤		糖尿病治療中	H	632人	15.6%	599人	15.5%	552人	14.5%	637人	16.6%	618人	16.9%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		（再掲）40～74歳		624人	19.3%	590人	19.0%	544人	17.9%	630人	20.6%	611人	20.9%				
	⑦		健診未受診者	I	465人	74.5%	431人	73.1%	360人	66.2%	436人	69.2%	409人	66.9%				
	⑧		インスリン治療	O	43人	6.8%	46人	7.7%	41人	7.4%	41人	6.4%	40人	6.5%				
	⑨		（再掲）40～74歳		42人	6.7%	45人	7.6%	40人	7.4%	40人	6.3%	39人	6.4%				
	⑩		糖尿病性腎症	L	50人	7.9%	68人	11.4%	63人	11.4%	69人	10.8%	61人	9.9%				
	⑪		（再掲）40～74歳		50人	8.0%	67人	11.4%	62人	11.4%	69人	11.0%	60人	9.8%				
	⑫		慢性人工透析患者数 （糖尿病治療中に占める割合）		6人	0.9%	6人	1.0%	6人	1.1%	5人	0.8%	3人	0.5%				
	⑬		（再掲）40～74歳		6人	1.0%	6人	1.0%	6人	1.1%	5人	0.8%	3人	0.5%				
	⑭		新規透析患者数		3人	50.0%	3人	50.0%	3人	50.0%	2人	40.0%	2人	66.7%				
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症		2人	66.7%	2人	66.7%	2人	66.7%	2人	100.0%	2人	100.0%				
	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）		18人	2.0%	19人	2.0%	29人	3.5%	31人	3.4%	35人	3.6%			KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期		
6	①	医療費	総医療費		13億2581万円		13億5837万円		13億2170万円		12億8143万円		12億9127万円		14億4496万円		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		7億2629万円		7億6326万円		7億6095万円		7億0136万円		6億9372万円		7億7425万円			
	③		（総医療費に占める割合）		54.8%		56.2%		57.6%		54.7%		53.7%		53.6%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		8,076円		8,260円		5,665円		7,827円		9,310円		7,560円		
	⑤			健診未受診者		36,035円		37,289円		42,466円		35,739円		36,823円		37,805円		
	⑥		糖尿病病医療費		7896万円		8718万円		8824万円		9242万円		8551万円		8603万円			
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）		10.9%		11.4%		11.6%		13.2%		12.3%		11.1%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費		2億2294万円		2億3892万円		2億4198万円		2億6685万円		2億4644万円					
	⑨		1件あたり		27,421円		29,133円		30,327円		31,756円		30,109円					
	⑩		糖尿病入院総医療費		1億5175万円		1億6295万円		1億7953万円		1億7033万円		1億3171万円					
	⑪		1件あたり		568,367円		563,844円		604,473円		635,549円		582,797円					
	⑫		在院日数		18日		17日		18日		16日		15日					
	⑬		慢性腎不全医療費		4881万円		4076万円		3745万円		3522万円		2914万円		6202万円			
	⑭		透析有り		4636万円		3682万円		3559万円		3376万円		2592万円		5785万円			
	⑮	透析なし		244万円		395万円		186万円		146万円		322万円		418万円				
7	①	介護	介護給付費		17億3183万円		17億4889万円		17億6213万円		17億0973万円		16億9884万円		17億4718万円			
	②		（2号認定者）糖尿病合併症		1件	12.5%	1件	10.0%	3件	27.3%	3件	30.0%	2件	15.4%				
8	①	死亡 糖尿病（死因別死亡数）		2人	0.8%	3人	1.1%	3人	1.1%	1人	0.4%	2人	0.8%	564人	1.0%	KDB 健診・医療・介護 データからみる地域の健康 課題		

糖尿病重症化予防のためのしせつと健診データの実合

令和4年度

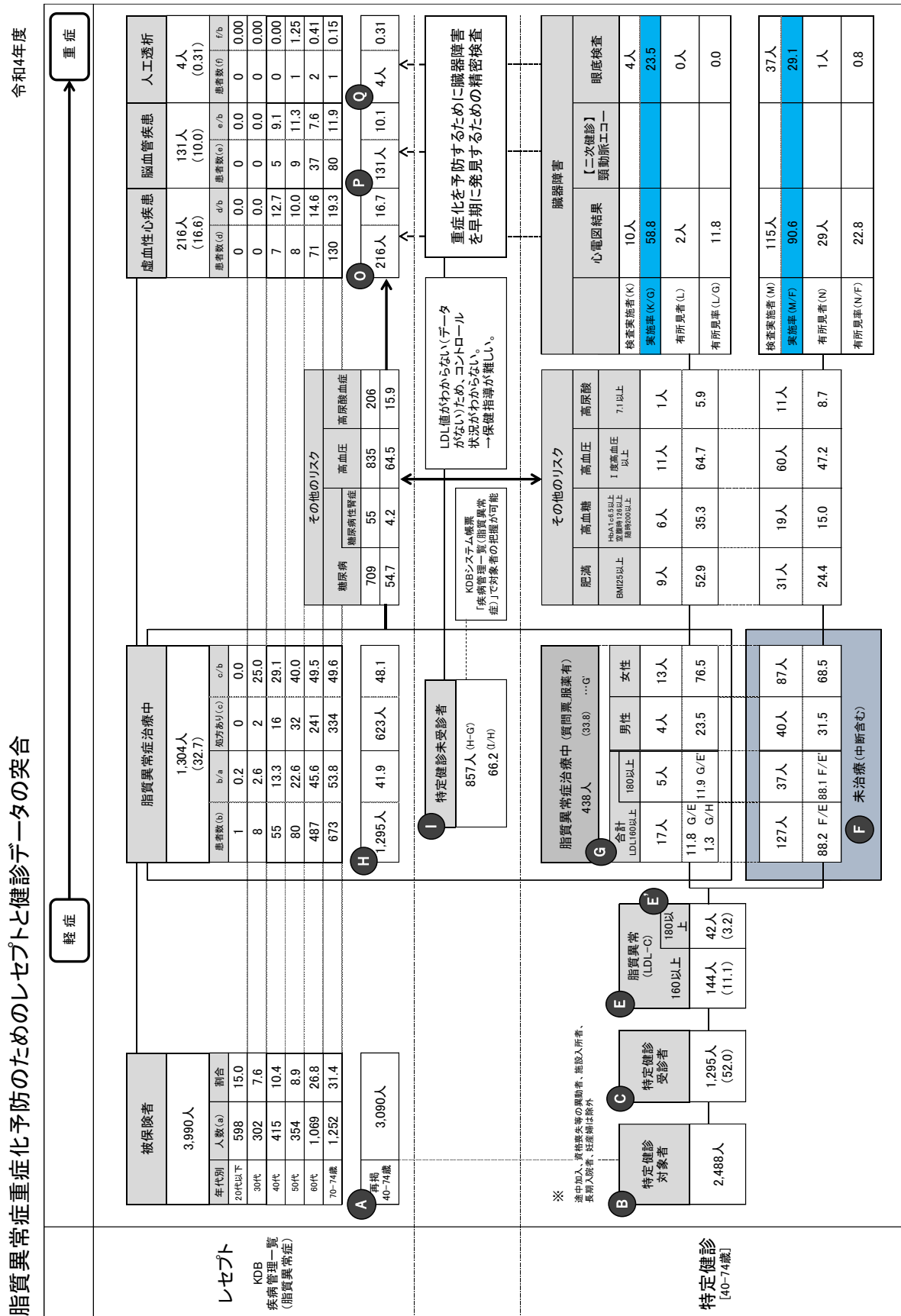


※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）



※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、疾病管理一覽で把握できない項目については、「KDＢ帳票 介入支援対象者一覽（栄養・重症化予防）」から集計

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



※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）
※レセプト情報の一覧で把握できない項目については、「KOB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7 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
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	1,176	361	30.7%	461	39.2%	184	15.6%	76	6.5%	67	5.7%	27	2.3%	56	4.8%	18	1.5%
H30	1,158	376	32.5%	437	37.7%	172	14.9%	88	7.6%	45	3.9%	40	3.5%	58	5.0%	31	2.7%
R01	1,128	419	37.1%	347	30.8%	176	15.6%	83	7.4%	69	6.1%	34	3.0%	66	5.9%	20	1.8%
R02	967	322	33.3%	335	34.6%	155	16.0%	60	6.2%	63	6.5%	32	3.3%	66	6.8%	22	2.3%
R03	1,194	397	33.2%	422	35.3%	195	16.3%	82	6.9%	70	5.9%	28	2.3%	51	4.3%	11	0.9%
R04	1,249	376	30.1%	472	37.8%	206	16.5%	96	7.7%	68	5.4%	31	2.5%	61	4.9%	16	1.3%

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										
H29	1,176	361 30.7%	461 39.2%	184 15.6%	170 14.5%	45 26.5%	125 73.5%										
					94 8.0%	12 12.8%	82 87.2%										
H30	1,158	376 32.5%	437 37.7%	172 14.9%	173 14.9%	51 29.5%	122 70.5%										
					85 7.3%	15 17.6%	70 82.4%										
R01	1,128	419 37.1%	347 30.8%	176 15.6%	186 16.5%	38 20.4%	148 79.6%										
					103 9.1%	13 12.6%	90 87.4%										
R02	967	322 33.3%	335 34.6%	155 16.0%	155 16.0%	36 23.2%	119 76.8%										
					95 9.8%	13 13.7%	82 86.3%										
R03	1,194	397 33.2%	422 35.3%	195 16.3%	180 15.1%	53 29.4%	127 70.6%										
					98 8.2%	20 20.4%	78 79.6%										
R04	1,249	376 30.1%	472 37.8%	206 16.5%	195 15.6%	59 30.3%	136 69.7%										
					99 7.9%	18 18.2%	81 81.8%										

治療と未治療の状況

		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
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	160	13.6%	1	0.6%	11	6.9%	23	14.4%	43	26.9%	57	35.6%	25	15.6%	50	31.3%	16	10.0%
	H30	154	13.3%	2	1.3%	9	5.8%	21	13.6%	52	33.8%	36	23.4%	34	22.1%	47	30.5%	26	16.9%
	R01	195	17.3%	2	1.0%	10	5.1%	35	17.9%	58	29.7%	58	29.7%	32	16.4%	59	30.3%	19	9.7%
	R02	177	18.3%	6	3.4%	13	7.3%	39	22.0%	37	20.9%	53	29.9%	29	16.4%	59	33.3%	20	11.3%
	R03	185	15.5%	3	1.6%	11	5.9%	44	23.8%	49	26.5%	53	28.6%	25	13.5%	45	24.3%	10	5.4%
	R04	196	15.7%	3	1.5%	19	9.7%	38	19.4%	55	28.1%	55	28.1%	26	13.3%	49	25.0%	12	6.1%
治療なし	H29	1,016	86.4%	360	35.4%	450	44.3%	161	15.8%	33	3.2%	10	1.0%	2	0.2%	6	0.6%	2	0.2%
	H30	1,004	86.7%	374	37.3%	428	42.6%	151	15.0%	36	3.6%	9	0.9%	6	0.6%	11	1.1%	5	0.5%
	R01	933	82.7%	417	44.7%	337	36.1%	141	15.1%	25	2.7%	11	1.2%	2	0.2%	7	0.8%	1	0.1%
	R02	790	81.7%	316	40.0%	322	40.8%	116	14.7%	23	2.9%	10	1.3%	3	0.4%	7	0.9%	2	0.3%
	R03	1,009	84.5%	394	39.0%	411	40.7%	151	15.0%	33	3.3%	17	1.7%	3	0.3%	6	0.6%	1	0.1%
	R04	1,053	84.3%	373	35.4%	453	43.0%	168	16.0%	41	3.9%	13	1.2%	5	0.5%	12	1.1%	4	0.4%

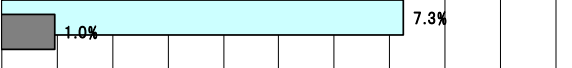
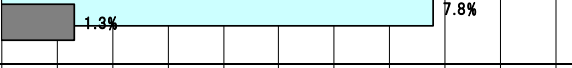
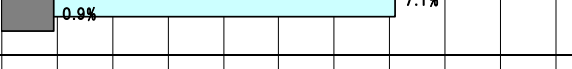
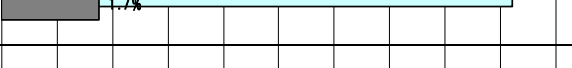
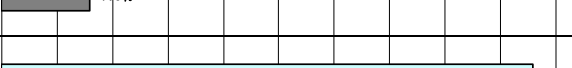
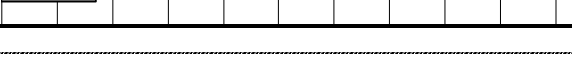
参考資料8 血圧の年次比較

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	1,255	311	24.8%	184	14.7%	393	31.3%	276	22.0%	79	6.3%	12	1.0%
H30	1,220	278	22.8%	256	21.0%	308	25.2%	283	23.2%	79	6.5%	16	1.3%
R01	1,183	284	24.0%	244	20.6%	301	25.4%	270	22.8%	73	6.2%	11	0.9%
R02	1,031	176	17.1%	185	17.9%	270	26.2%	305	29.6%	77	7.5%	18	1.7%
R03	1,258	244	19.4%	220	17.5%	322	25.6%	361	28.7%	91	7.2%	20	1.6%
R04	1,295	264	20.4%	251	19.4%	348	26.9%	308	23.8%	102	7.9%	22	1.7%

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	1,255	495 39.4%	393 31.3%	276 22.0%	91 7.3%	49 53.8%	42 46.2%										
H30	1,220	534 43.8%	308 25.2%	283 23.2%	95 7.8%	47 49.5%	48 50.5%										
R01	1,183	528 44.6%	301 25.4%	270 22.8%	84 7.1%	42 50.0%	42 50.0%										
R02	1,031	361 35.0%	270 26.2%	305 29.6%	95 9.2%	40 42.1%	55 57.9%										
R03	1,258	464 36.9%	322 25.6%	361 28.7%	111 8.8%	57 51.4%	54 48.6%										
R04	1,295	515 39.8%	348 26.9%	308 23.8%	124 9.6%	66 53.2%	58 46.8%										

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	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	499	39.8%	62	12.4%	77	15.4%	169	33.9%	149	29.9%	36	7.2%
	H30	475	38.9%	42	8.8%	97	20.4%	148	31.2%	140	29.5%	44	9.3%
	R01	495	41.8%	47	9.5%	103	20.8%	150	30.3%	153	30.9%	37	7.5%
	R02	458	44.4%	40	8.7%	73	15.9%	126	27.5%	164	35.8%	47	10.3%
	R03	536	42.6%	61	11.4%	75	14.0%	153	28.5%	193	36.0%	44	8.2%
	R04	542	41.9%	57	10.5%	91	16.8%	170	31.4%	166	30.6%	49	9.0%
治療なし	H29	756	60.2%	249	32.9%	107	14.2%	224	29.6%	127	16.8%	43	5.7%
	H30	745	61.1%	236	31.7%	159	21.3%	160	21.5%	143	19.2%	35	4.7%
	R01	688	58.2%	237	34.4%	141	20.5%	151	21.9%	117	17.0%	36	5.2%
	R02	573	55.6%	136	23.7%	112	19.5%	144	25.1%	141	24.6%	30	5.2%
	R03	722	57.4%	183	25.3%	145	20.1%	169	23.4%	168	23.3%	47	6.5%
	R04	753	58.1%	207	27.5%	160	21.2%	178	23.6%	142	18.9%	53	7.0%

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
総数	H29	1,255	599	47.7%	303	24.1%	199	15.9%	102	8.1%	52	4.1%
	H30	1,220	590	48.4%	268	22.0%	209	17.1%	99	8.1%	54	4.4%
	R01	1,182	561	47.5%	323	27.3%	167	14.1%	89	7.5%	42	3.6%
	R02	1,030	507	49.2%	228	22.1%	163	15.8%	87	8.4%	45	4.4%
	R03	1,255	562	44.8%	307	24.5%	219	17.5%	110	8.8%	57	4.5%
	R04	1,295	606	46.8%	329	25.4%	216	16.7%	102	7.9%	42	3.2%
男性	H29	524	285	54.4%	126	24.0%	70	13.4%	35	6.7%	8	1.5%
	H30	511	282	55.2%	114	22.3%	78	15.3%	25	4.9%	12	2.3%
	R01	490	260	53.1%	132	26.9%	59	12.0%	28	5.7%	11	2.2%
	R02	449	248	55.2%	89	19.8%	72	16.0%	27	6.0%	13	2.9%
	R03	521	265	50.9%	128	24.6%	82	15.7%	27	5.2%	19	3.6%
	R04	556	288	51.8%	133	23.9%	91	16.4%	31	5.6%	13	2.3%
女性	H29	731	314	43.0%	177	24.2%	129	17.6%	67	9.2%	44	6.0%
	H30	709	308	43.4%	154	21.7%	131	18.5%	74	10.4%	42	5.9%
	R01	692	301	43.5%	191	27.6%	108	15.6%	61	8.8%	31	4.5%
	R02	581	259	44.6%	139	23.9%	91	15.7%	60	10.3%	32	5.5%
	R03	734	297	40.5%	179	24.4%	137	18.7%	83	11.3%	38	5.2%
	R04	739	318	43.0%	196	26.5%	125	16.9%	71	9.6%	29	3.9%

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)180以上	未治療	治療				
H29	1,255	599 47.7%	303 24.1%	199 15.9%	154 12.3%	139 90.3%	15 9.7%				
					52 4.1%	49 94.2%	3 5.8%	12.3%			
H30	1,220	590 48.4%	268 22.0%	209 17.1%	153 12.5%	138 90.2%	15 9.8%				
					54 4.4%	53 98.1%	1 1.9%	12.5%			
R01	1,182	561 47.5%	323 27.3%	167 14.1%	131 11.1%	112 85.5%	19 14.5%				
					42 3.6%	34 81.0%	8 19.0%	11.1%			
R02	1,030	507 49.2%	228 22.1%	163 15.8%	132 12.8%	104 78.8%	28 21.2%				
					45 4.4%	37 82.2%	8 17.8%	12.8%			
R03	1,255	562 44.8%	307 24.5%	219 17.5%	167 13.3%	146 87.4%	21 12.6%				
					57 4.5%	49 86.0%	8 14.0%	13.3%			
R04	1,295	606 46.8%	329 25.4%	216 16.7%	144 11.1%	127 88.2%	17 11.8%				
					42 3.2%	37 88.1%	5 11.9%	11.1%			

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 B	割合 B/A	人数 C	割合 C/A	人数 D	割合 D/A	人数 E	割合 E/A	人数 F	割合 F/A
治療中	H29	339	27.0%	217	64.0%	71	20.9%	36	10.6%	12	3.5%
	H30	379	31.1%	259	68.3%	66	17.4%	39	10.3%	14	3.7%
	R01	401	33.9%	262	65.3%	86	21.4%	34	8.5%	11	2.7%
	R02	403	39.1%	260	64.5%	76	18.9%	39	9.7%	20	5.0%
	R03	441	35.1%	281	63.7%	95	21.5%	44	10.0%	13	2.9%
	R04	438	33.8%	281	64.2%	93	21.2%	47	10.7%	12	2.7%
治療なし	H29	916	73.0%	382	41.7%	232	25.3%	163	17.8%	90	9.8%
	H30	841	68.9%	331	39.4%	202	24.0%	170	20.2%	85	10.1%
	R01	781	66.1%	299	38.3%	237	30.3%	133	17.0%	78	10.0%
	R02	627	60.9%	247	39.4%	152	24.2%	124	19.8%	67	10.7%
	R03	814	64.9%	281	34.5%	212	26.0%	175	21.5%	97	11.9%
	R04	857	66.2%	325	37.9%	236	27.5%	169	19.7%	90	10.5%