

豊前市国民健康保険
第3期保健事業実施計画(案)
(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

豊前市国民健康保険

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 ……9

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) ……32

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

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

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65

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66

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料67

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の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

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

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

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

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

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

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性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期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

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

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

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベースシステム(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

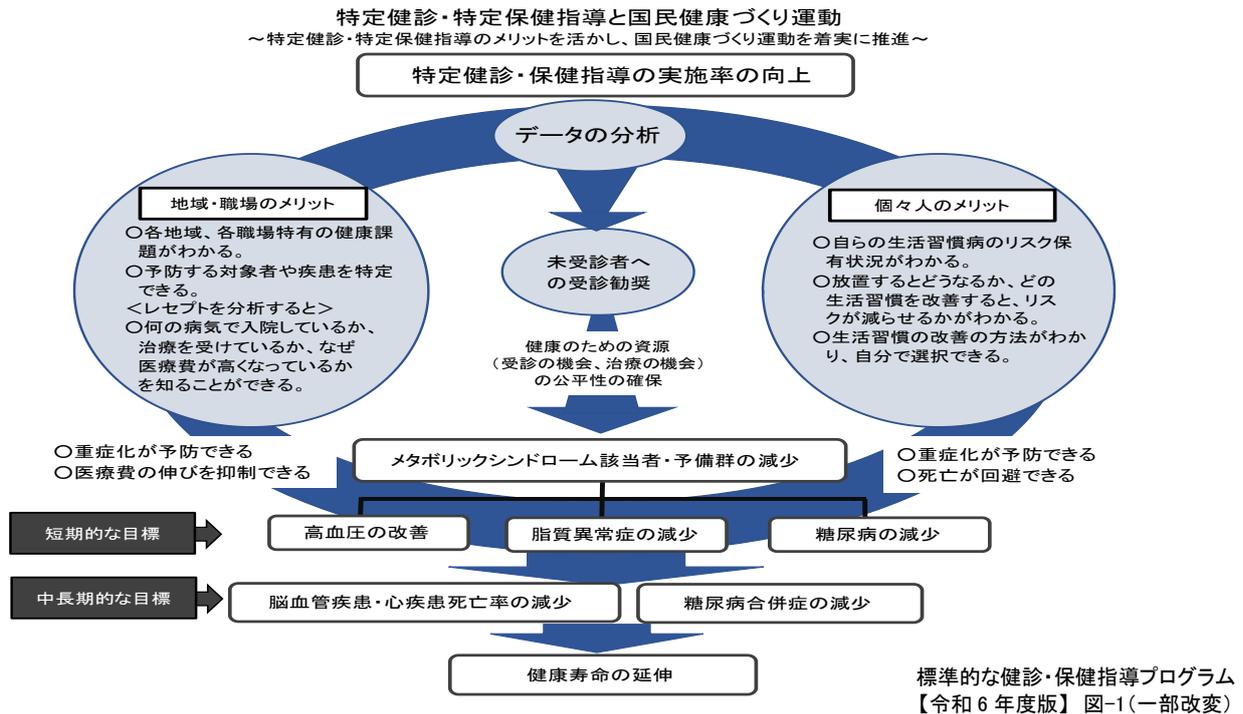
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

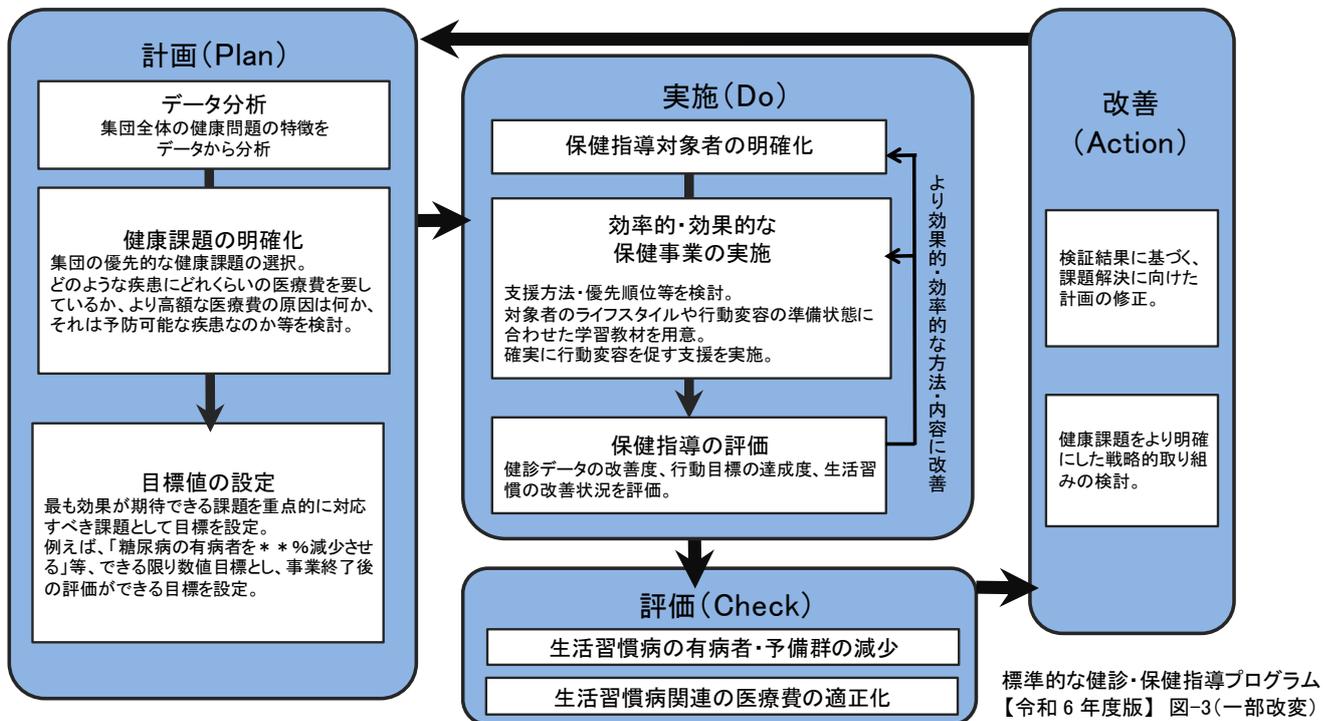
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 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	がん 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



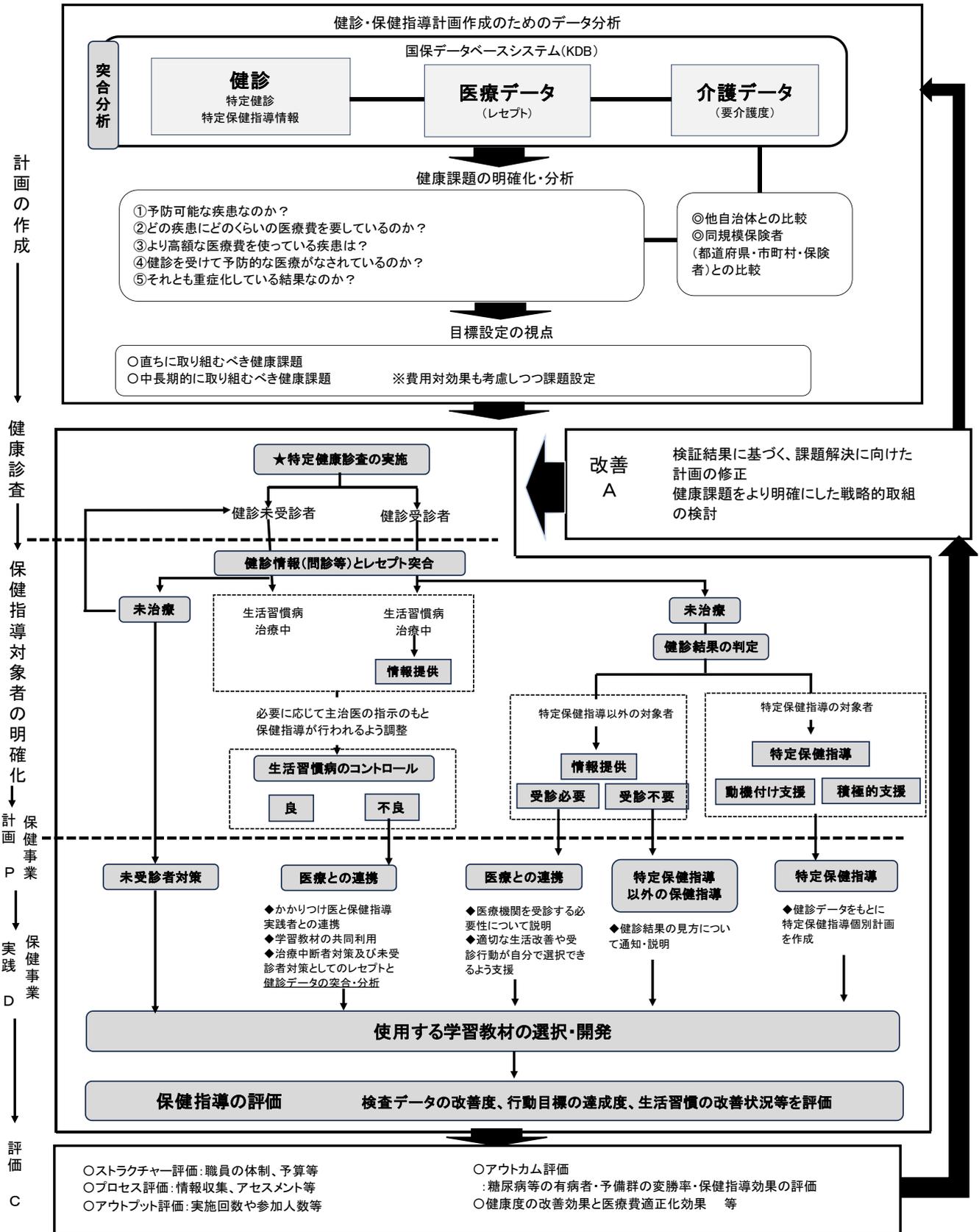
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

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



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

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

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

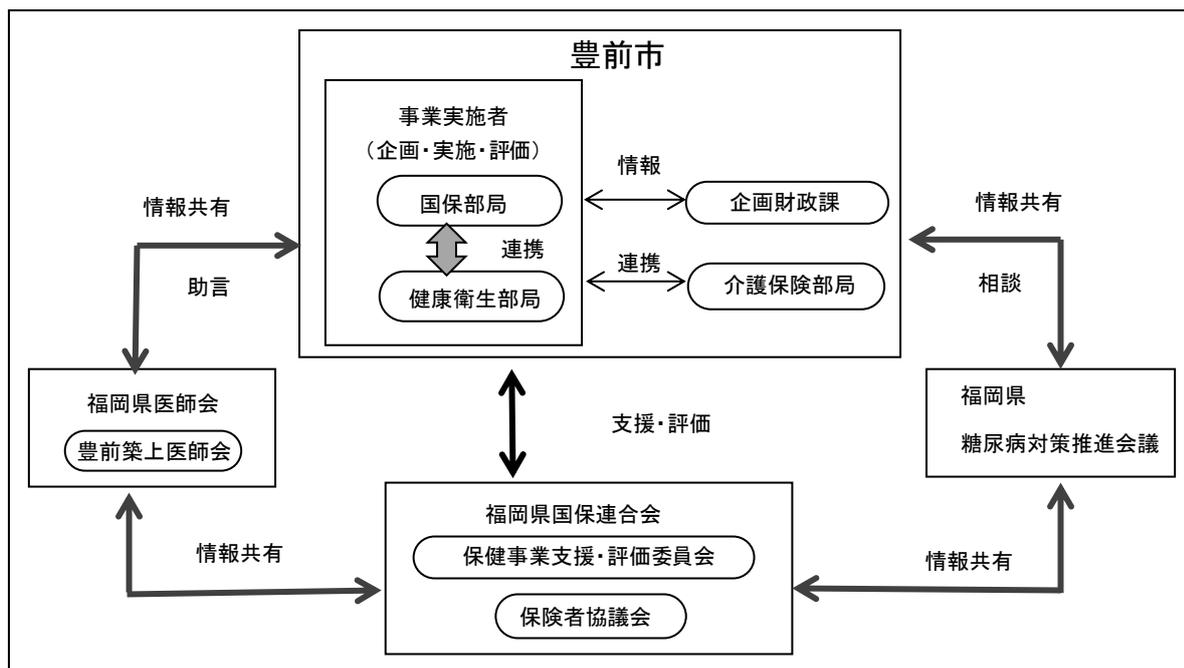
4. 関係者が果たすべき役割と連携

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、健康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。

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)

図表 6 豊前市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画策定、実施、評価、見直しは、国保部局が主体となって行うとともに、健康衛生部局や高齢者支援主管課等の関係各課と連携を図ることとします。また、必要に応じて国保運営協議会、豊前築上医師会、歯科医師会、薬剤師会、福岡県国保連合会等の関係機関と連携を図り、効果的かつ効率的な事業展開を推進します。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、被保険者代表の国保運営協議会委員の意見反映に努めます。

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 7)

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で、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする国民健康保険保険者努力支援交付金(事業費分・事業費連動分)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されています。また、都道府県は交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用を行っていきます。

図表 7 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			
			豊前市	配点	豊前市	配点	豊前市	配点		
交付額(千円)			15,185		12,903		11,523			
全国順位(1,741市町村中)			95位		406位		705位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70		
		(2)特定保健指導実施率	115	70	90	70	90	70		
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		50		50		50		
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	45	40	40	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		110	90	50	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		110	130	105	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率		0	100	0	100	0	100
		②	データヘルス計画の実施状況		40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組		25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施		30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組		38	40	29	50	29	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況		80	95	68	100	56	100	
合計点			738	1,000	647	960	580	940		

出典:厚生労働省ホームページ

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

豊前市は、人口約2万4千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で37.6%でした。同規模保険者・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56.8歳と同規模と比べて高いです。また、出生率は低く死亡率は高いため、今後さらなる人口減少と少子高齢化が予測されるため、早期からの被保険者の健康の保持・増進が重要です。(図表8)

国保加入率は21.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者54.0%と半数以上を占めています。(図表9)

また、市内には2つの病院、28の診療所があり、病院は同規模と同等、診療所は同規模と比較しても高く、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較しても高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した豊前市の特性

	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
豊前市	24,243	37.6	5,100 (21.0)	56.8	5.4	15.5	0.5	6.4	31.8	61.8
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
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、豊前市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	5,818		5,692		5,574		5,317		5,100	
65～74歳	3,088	53.1	3,015	53.0	3,018	54.1	2,923	55.0	2,754	54.0
40～64歳	1,691	29.1	1,634	28.7	1,579	28.3	1,479	27.8	1,426	28.0
39歳以下	1,039	17.9	1,043	18.3	977	17.5	915	17.2	920	18.0
加入率	22.7		22.2		21.7		20.7		21.0	

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10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	2	0.3	2	0.4	2	0.4	2	0.4	2	0.4	0.4	0.4
診療所数	31	5.3	30	5.3	30	5.4	30	5.6	28	5.5	3.5	4.5
病床数	472	81.1	472	82.9	472	84.7	472	88.8	472	92.5	67.7	78.7
医師数	41	7.0	41	7.2	39	7.0	39	7.3	36	7.1	9.7	16.0
外来患者数	823.7		839.0		797.8		817.8		838.1		728.3	721.4
入院患者数	31.0		31.3		28.2		28.5		30.0		23.6	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、入院医療費の伸びの抑制及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の医療費の抑制を設定しました。

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

令和4年度の要介護認定者は、第2号(40～64歳)被保険者で18人(認定率0.24%)、第1号(65歳以上)被保険者で1,545人(認定率16.9%)と同規模・県・国と比較すると低く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表 11)

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増加していますが、介護給付費は、約25億円と横ばいで推移しています。(図表 12)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、第2号被保険者では脳血管疾患(脳卒中)が8割以上、第1号被保険者では脳血管疾患(脳卒中)と虚血性心疾患が約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8割～9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表 13)

図表 11 要介護認定者(率)の状況

	豊前市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,964人	34.9%	9,127人	37.6%	36.2%	28.1%	28.7%
第2号被保険者の認定者	19人	0.23%	18人	0.24%	0.37%	0.34%	0.38%
新規認定者	12人		4人		--	--	--
第1号被保険者の認定者	1,509人	16.8%	1,545人	16.9%	19.1%	19.9%	19.4%
新規認定者			233人		--	--	--
再掲	65～74歳	126人	2.9%	125人	2.9%	--	--
新規認定者			31人		--	--	--
75歳以上	1,383人	29.6%	1,420人	29.1%	--	--	--
新規認定者			202人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	豊前市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	25億0226万円	24億9525万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	279,146	273,393	300,230	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	78,849	73,966	70,503	59,152	59,662
居宅サービス	45,872	45,168	43,936	41,206	41,272
施設サービス	277,865	284,048	291,914	298,399	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		18		125		1,420		1,545				
再)国保・後期		13		111		1,365		1,476				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
			割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合			
	循環器疾患	1	脳卒中	11 84.6%	脳卒中	53 47.7%	虚血性心疾患	694 50.8%	虚血性心疾患	738 50.0%	虚血性心疾患	741 49.8%
		2	虚血性心疾患	3 23.1%	虚血性心疾患	44 39.6%	脳卒中	658 48.2%	脳卒中	711 48.2%	脳卒中	722 48.5%
		3	腎不全	1 7.7%	腎不全	22 19.8%	腎不全	297 21.8%	腎不全	319 21.6%	腎不全	320 21.5%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	17 15.3%	糖尿病合併症	120 8.8%	糖尿病合併症	137 9.3%	糖尿病合併症	137 9.2%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		11 84.6%	基礎疾患	100 90.1%	基礎疾患	1,308 95.8%	基礎疾患	1,408 95.4%	基礎疾患	1,419 95.3%
	血管疾患合計		12 92.3%	合計	104 93.7%	合計	1,330 97.4%	合計	1,434 97.2%	合計	1,446 97.1%	
	認知症		1 7.7%	認知症	25 22.5%	認知症	737 54.0%	認知症	762 51.6%	認知症	763 51.2%	
	筋・骨格疾患		12 92.3%	筋骨格系	95 85.6%	筋骨格系	1,321 96.8%	筋骨格系	1,416 95.9%	筋骨格系	1,428 95.9%	

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

出典:ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

豊前市の医療費は、国保加入者が減少し、総医療費も減少していますが、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 5 万 3 千円高く、H30 年度と比較しても約 4 万円伸びています。

また、入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3.5%程度にも関わらず、医療費全体の 48.9%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても約 6 万 8 千円高くなっています。(図表 14)

また、年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の 1 を大きく超えており、県平均よりも高くなっています。

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の取組に力を入れる必要があります。
(図表 15)

図表 14 医療費の推移

		豊前市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		5,818人	5,100人	--	--	--
前期高齢者割合		3,088人 (53.1%)	2,754人 (54.0%)	--		
総医療費		23億7437万円	22億8431万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		408,108 県内2位 同規模47位	447,904 県内2位 同規模49位	394,521	355,059	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	525,130	593,990	585,610	599,760	617,950
	費用の割合	48.9	48.9	43.3	43.9	39.6
	件数の割合	3.6	3.5	3.1	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	20,660	22,220	24,850	22,510	24,220
	費用の割合	51.1	51.1	56.7	56.1	60.4
	件数の割合	96.4	96.5	96.9	97.1	97.5
受診率		854.724	868.042	751.942	742.544	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は豊前市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 15 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		
		豊前市 (県内市町村中)		県 (47県中)	豊前市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R3年度	H30年度	R2年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.149	1.112	1.060	1.184	1.217	1.209
		(8位)	(17位)	(14位)	(25位)	(18位)	(2位)
	入院	1.383	1.323	1.176	1.310	1.340	1.359
		(6位)	(11位)	(13位)	(28位)	(20位)	(2位)
	外来	0.982	0.957	0.968	1.072	1.109	1.043
		(29位)	(34位)	(35位)	(15位)	(6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(脳梗塞・脳出血)・虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)・慢性腎不全の医療費合計が総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると1.04ポイント減少しています。疾病別では、脳血管疾患がH30年度と比較して0.66ポイント伸びており、同規模・県・国よりも高く、虚血性心疾患は1.1ポイント減少していますが、同規模・県・国と比べても依然として高い状況が続いています。(図表 16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患・人工透析が、患者数及び割合が減少していますが、脳血管疾患については、どの年代でも割合が増加していました。(図表 17)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また、退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			豊前市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			23億7437万円	22億8431万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億6495万円	1億3484万円	--	--	--
			6.94%	5.90%	7.84%	6.16%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	2.61%	2.10%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.60%	1.50%	1.39%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	1.89%	1.67%	4.05%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.50%	0.12%	0.30%	0.29%	0.29%
そ 疾 患 の 他 の	悪性新生物		12.52%	15.14%	16.91%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		10.43%	9.70%	9.00%	8.96%	8.68%
	精神疾患		15.05%	13.07%	8.74%	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 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者(人) 0~74歳	A	5,818	5,100	a	386	382	543	410	17	13
				a/A	6.6%	7.5%	9.3%	8.0%	0.3%	0.3%
40歳以上	B	4,779	4,180	b	385	377	539	405	17	13
	B/A	82.1%	82.0%	b/B	8.1%	9.0%	11.3%	9.7%	0.4%	0.3%
再 掲	40~64歳	1,691	1,426	c	67	70	78	68	11	9
				C/A	29.1%	28.0%	c/C	4.0%	4.9%	4.6%
	65~74歳	3,088	2,754	d	318	307	461	337	6	4
				D/A	53.1%	54.0%	d/D	10.3%	11.1%	14.9%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。しかし、3疾患ともに脳血管疾患を合併している人数と割合は全ての年代で増加しています。

特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対しては、医療機関への受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療につなげるよう取り組んでいます。しかし、脳血管疾患の割合が増加しているため、引き続き重症化予防の取り組みを行っていく必要があると考えます。(図表 18.19.20)

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,132	1,973	457	368	1,675	1,605	
	A/被保数	44.6%	47.2%	27.0%	25.8%	54.2%	58.3%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	203	221	30	37	173	184
		B/A	9.5%	11.2%	6.6%	10.1%	10.3%	11.5%
	虚血性心疾患	C	408	302	56	50	352	252
		C/A	19.1%	15.3%	12.3%	13.6%	21.0%	15.7%
	人工透析	D	16	13	11	9	5	4
		D/A	0.8%	0.7%	2.4%	2.4%	0.3%	0.2%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)地域の全体像の把握

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,055	1,089	227	210	828	879	
	A/被保数	22.1%	26.1%	13.4%	14.7%	26.8%	31.9%	
(中長期 合併目標 疾患)	脳血管疾患	B	103	112	16	17	87	95
		B/A	9.8%	10.3%	7.0%	8.1%	10.5%	10.8%
	虚血性心疾患	C	237	215	34	31	203	184
		C/A	22.5%	19.7%	15.0%	14.8%	24.5%	20.9%
	人工透析	D	13	7	8	4	5	3
		D/A	1.2%	0.6%	3.5%	1.9%	0.6%	0.3%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	70	68	13	12	57	56
		E/A	6.6%	6.2%	5.7%	5.7%	6.9%	6.4%
	糖尿病性網膜症	F	110	99	25	15	85	84
		F/A	10.4%	9.1%	11.0%	7.1%	10.3%	9.6%
	糖尿病性神経障害	G	28	30	9	7	19	23
		G/A	2.7%	2.8%	4.0%	3.3%	2.3%	2.6%

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

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)	A	1,882	1,769	402	341	1,480	1,428	
	A/被保数	39.4%	42.3%	23.8%	23.9%	47.9%	51.9%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	165	170	23	23	142	147
		B/A	8.8%	9.6%	5.7%	6.7%	9.6%	10.3%
	虚血性心疾患	C	352	286	47	40	305	246
		C/A	18.7%	16.2%	11.7%	11.7%	20.6%	17.2%
	人工透析	D	6	6	3	3	3	3
		D/A	0.3%	0.3%	0.7%	0.9%	0.2%	0.2%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覽(脂質異常症)地域の全体像の把握

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%以上の有所見者を H30 年度と R3 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 34.1%、糖尿病が 2.0%で、その割合は比較データが存在する 448 市町村と比較すると低い状況であることがわかりました。これは、特定健診後に、未治療者に対してきちんと受診勧奨ができており、健診後も継続した介入を行っていた成果と考えます。(図表 21)

新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療		治療中断	
													G	G/E	H	H/E
豊前市	1,552	35.8	1,398	35.3	109	7.0	67	61.5	132	9.4	73	55.3	45	34.1	2	1.5
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		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療		治療中断	
													M	M/K	N	N/K
豊前市	1,485	95.7	1,360	97.3	78	5.3	23	29.5	99	7.3	25	25.3	2	2.0	2	2.0
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

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、虚血性心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4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、6.5ポイント伸びており、予備軍の割合も0.2ポイント増加しています。(図表 22)

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 mg/dl 以上の有所見割合を見るとHbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の割合は増加し、LDL-C160 mg/dl 以上は減少していました。前年度と翌年度の変化を見ると、全て改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~3割程度存在し、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 23.24.25)

図表 22 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	該当者		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,552 (35.8%)	269 (17.3%)	96 (6.2%)	173 (11.1%)	153 (9.9%)
R04年度	1,340 (36.2%)	319 (23.8%)	122 (9.1%)	197 (14.7%)	136 (10.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 23 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→R01	149 (10.0%)	31 (20.8%)	60 (40.3%)	20 (13.4%)	38 (25.5%)
R03→R04	170 (12.5%)	60 (35.3%)	38 (22.4%)	13 (7.6%)	59 (34.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 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→R01	109 (7.0%)	44 (40.4%)	20 (18.3%)	5 (4.6%)	40 (36.7%)
R03→R04	132 (9.4%)	56 (42.4%)	32 (24.2%)	4 (3.0%)	40 (30.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 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→R01	203 (13.1%)	84 (41.4%)	51 (25.1%)	14 (6.9%)	54 (26.6%)
R03→R04	169 (12.1%)	82 (48.5%)	46 (27.2%)	6 (3.6%)	35 (20.7%)

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) 特定健診・特定保健指導事業

本特定健診受診率は、平成 30 年度には 34.2%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26) また、これまで早期からの生活習慣病対策と 40 歳からの特定健診につなげる目的で、20 歳～39 歳に若年健診を実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では 40～50 代は低い状況が続いています。(図表 27)

健診内訳をみると、継続受診者の割合が少しずつ減少してきており、特に新規受診者の割合減少が大きく、不定期受診者の割合が増加傾向にあります。(図表 28)

また、健診未受診者のうち、生活習慣病等の治療中の者が相当数いることから、H30 年 11 月から特定健診を受診したとみなすための「医療情報収集事業」を実施しています。R4 年度の受診率に対して、「医療情報収集事業」の割合は約 5.0%を占めており、特定健診受診率向上につながっています。

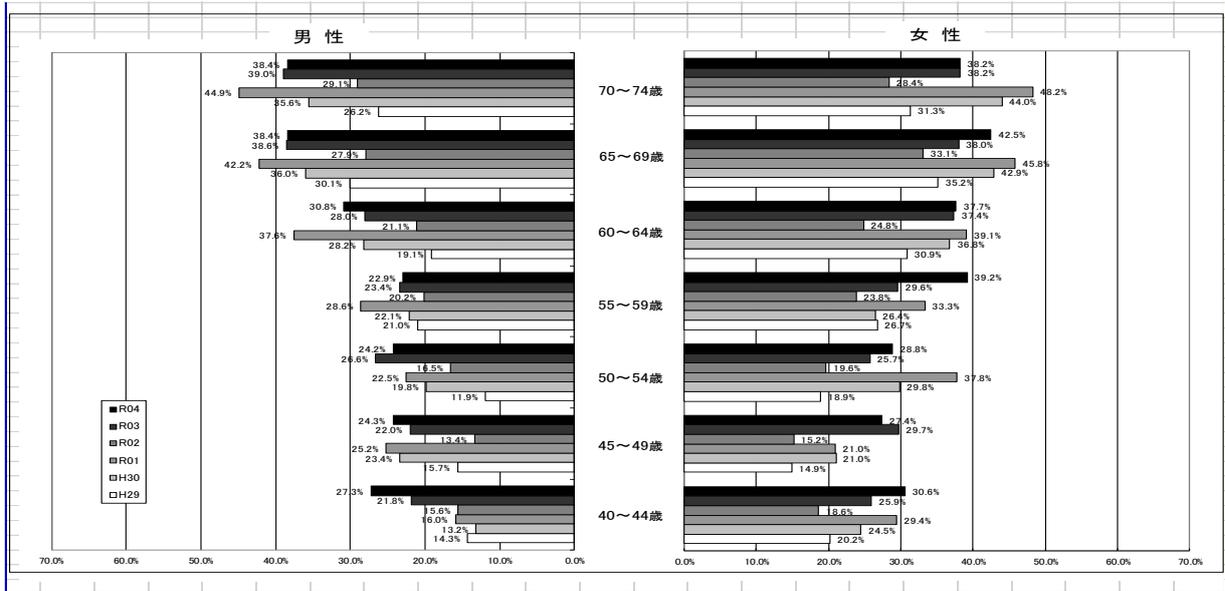
特定保健指導については、R1 年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響もあり実施率が低下しましたが、少しずつ回復傾向にあります。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,482	1,657	1,059	1,351	1,295	健診受診率 60%
	受診率	34.2% (内医療情報 2.7%)	39.3% (内医療情報 6.8%)	25.4% (内医療情報 5.3%)	33.6% (内医療情報 5.3%)	34.5% (内医療情報 5.0%)	
特定保健指導	該当者数	148	165	111	152	135	特定保健指導 実施率 60%
	割合	10.0%	10.0%	10.5%	11.3%	10.0%	
	実施者数	101	103	70	110	90	
	実施率	68.2%	62.4%	63.1%	72.4%	66.7%	

出典:特定健診法定報告データ・豊前市調べ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボ

図表 28 特定健診受診者の内訳と推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	D	D/B(前年)	C
H29	4,434	1,232	27.8%	--	--	--	--	--	--
H30	4,341	1,552	35.8%	904	73.4%	648	41.8%	--	--
R01	4,216	1,725	40.9%	1,119	72.1%	488	28.3%	118	6.8%
R02	4,119	1,089	26.4%	860	49.9%	169	15.5%	60	5.5%
R03	3,964	1,398	35.3%	800	73.5%	236	16.9%	362	25.9%
R04	3,703	1,340	36.2%	945	67.6%	233	17.4%	162	12.1%

※継続受診者は前年度と比較して算出

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

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

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c7.0%のコントロール不良者(治療中)への保健指導実施割合は、H30年度は30%程度でしたが、徐々に増加し、R4年度は52.9%でした。しかし、HbA1c7.0%以上の割合は変化がなく、これはH30年度から実施している医療情報収集事業での対象者に対して保健指導ができていなかったためと考えられます。今後は、対象者全員に対してより効果的な指導を実施していく必要があります。(図表29)

また、HbA1c6.5%以上で医療機関未受診者に保健指導、医療機関への受診勧奨を実施しており、H30年度は66.7%が医療機関につながっていましたが、R4年度は保健指導を実施したものの、55.0%しか治療につながっていませんでした。医療機関への受診のない方には継続して保健指導を実施す

るように体制を強化し、又治療中断者にならないよう医療機関と情報共有しながら受診できるように支援をおこないます。(図表 30)

R2 年度からはHbA1c8.0%以上の高血糖者も優先対象者とし重点的に支援してきました。HbA1c 8.0%以上の未治療者は 8.0%～31.8%とばらつきはありますが、医療機関受診勧奨を積極的に行い、ほとんどが内服治療の開始につながっています。(図表 31)

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1 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 血糖コントロール不良者(HbA1c7.0%以上治療者)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,552	1,725	1,089	1,398	1,340
血糖値有所見者 *1	人(b)	78	105	72	99	70
	(b/a)	5.0%	6.1%	6.6%	7.1%	5.2%
保健指導実施者 *2	人(c)	23	35	23	41	37
	(c/b)	29.5%	33.3%	31.9%	41.4%	52.9%

*1 HbA1c7.0%以上で糖尿病で医療機関を受診しているもの
*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

豊前市調べ

図表 30 治療が必要な者の適切な受診(HbA1c6.5%以上未治療者)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1552	1725	1089	1398	1340
HbA1c6.5%以上の未治療者・ 治療中断者 *3	人(b)	33	31	14	27	20
	(b/a)	2.1%	1.8%	1.3%	1.9%	1.5%
受診した者	人(c)	22	16	6	14	11
	(c/b)	66.7%	51.6%	42.9%	51.9%	55.0%
治療開始した者	人(c)	9	11	5	10	5
	(c/b)	27.3%	35.5%	35.7%	37.0%	25.0%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

豊前市調べ

図表 31 HbA1c8.0 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,552	1,725	1,089	1,398	1,340
HbA1c8.0%以上	人(b)	22	32	25	30	18
	(b/a)	1.4%	1.9%	2.3%	2.1%	1.3%
保健指導実施	人(c)	9	15	10	15	12
	(c/b)	40.9%	46.9%	40.0%	50.0%	66.7%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	7	4	2	3	4
	(b/a)	31.8%	12.5%	8.0%	10.0%	22.2%

内服治療開始	2人	2人	3人	2人
元々治療中	28人	23人	27人	14人
死亡、転出	0人	0人	0人	0人

豊前市調べ

② 脳血管疾患重症化予防対策

Ⅱ度高血圧以上の割合は、9.5%まで増加していましたが、R4 年度は 8.1%まで減少してきています。そのうち未治療者は約 5 割いますが、H30 年度の 61.5%と比較すると 54.6%まで低下しています。しかし、令和 4 年度においてⅡ度高血圧以上の未治療者 59 人のうち、保健指導後治療につながったのは、わずか 6 人(10.2%)でした。Ⅲ度高血圧においては、19 人のうち 12 人(63.2%)が未治療者でした。

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、腎疾患など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。高血圧Ⅱ度・Ⅲ度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と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。また、リスク第 3 層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の血圧高値・Ⅰ度高血圧の未治療者も重症化のリスクが高いため、予防的介入を行い、情報提供をおこなっていきます。血圧高値・Ⅰ度高値血圧以上の方には家庭血圧測定を勧めながら、血圧記録手帳の活用を促していきます。

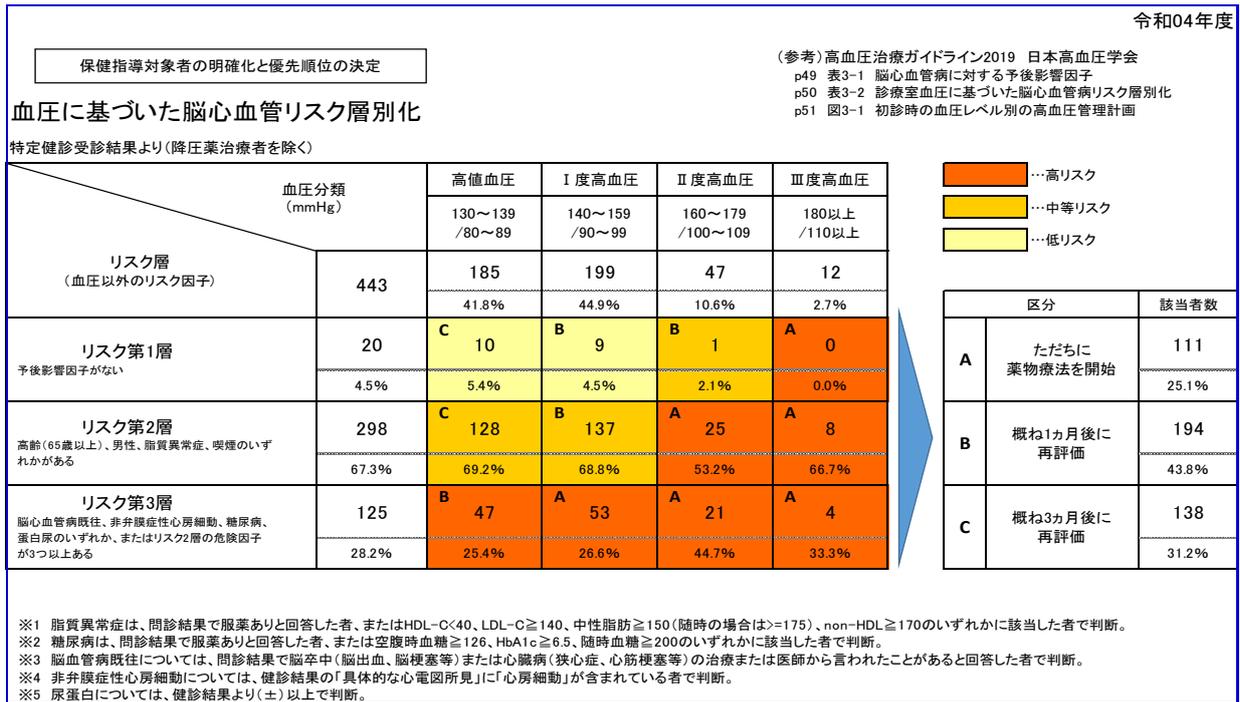
また、高血圧の治療をしているにも関わらず、Ⅱ度高血圧以上のコントロール不良者がR4 年度は 45.4%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行います。(図表 32.33)

図表 32 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
健診受診者	人(a)	1,552	1,725	1,089	1,398	1,340	
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	109	116	103	132	108	
	(b/a)	7.0%	6.7%	9.5%	9.4%	8.1%	
	治療あり	人(c)	42	53	47	59	49
		(c/b)	38.5%	45.7%	45.6%	44.7%	45.4%
	治療なし	人(d)	67	63	56	73	59
		(d/b)	61.5%	54.3%	54.4%	55.3%	54.6%
治療開始	人(e)	7	10	13	13	6	
	(e/d)	10.4%	15.9%	23.2%	17.8%	10.2%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f)	14	20	16	27	19
		(f/a)	0.9%	1.2%	1.5%	1.9%	1.4%
	治療あり	人	5	10	4	14	7
	治療なし	人(g)	9	10	12	13	12
		(f/g)	64.3%	50.0%	75.0%	48.1%	63.2%
	治療開始	人(h)	2	2	5	4	4
	(g/h)	22.2%	20.0%	41.7%	30.8%	33.3%	

豊前市調べ

図表 33 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化



(3) ポピュレーションアプローチ

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

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

取組内容としては、広く市民への周知を行うため、毎年4月に子どもから大人までの保健事業及び介護予防事業について掲載している「健康づくりカレンダー」を全戸に配布し、健康教室等でも活用しています。また、65歳・70歳・75歳の保険証交付の機会に、生活習慣病重症化予防のための健康相談、健康教室を開催しています。特に、70歳の前期高齢者保険証交付時には、「特定健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費」の差を示し、健診結果をもとに生活の振り返りをすることで、自身の身体の状態を知り、早期に生活習慣の改善をすることで、重症化を防ぎ、医療費の抑制にも繋がっていることをお伝えしてきました。

(4) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 34 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初年度 H30	中間評 価 R2	最終評 価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)		
データヘルス計画		入院医療費の伸び率の減少(一人当たりの医療費)	103.2%	94.9%	110.1%	KDBシステム	
		脳血管疾患の割合の減少(新規患者数)	34.0%	53.0%	46.2%		
		虚血性心疾患の割合の減少(新規患者数)	27.5%	29.5%	20.1%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100.0%	22.2%	36.3%	豊前市調べ	
	短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	27.2%	35.6%	34.3%	豊前市市民課
			健診受診者の高血圧者未治療者の割合の減少(Ⅲ度高血圧以上)	58.3%	75.0%	63.1%	
			健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	5.4%	6.9%	5.2%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180以上かつ未治療者)	90.5%	86.3%	91.8%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少		16.0%	27.7%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合(HbA1C6.5%以上)			55.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合(HbA1C6.5%以上)			63.3%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率の向上	34.2%	25.4%	34.5%	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	68.2%	63.1%	66.7%		
		特定保健指導対象者の割合の減少	15.5%	10.9%	16.9%		
		健診結果で糖尿病未治療者のうちの糖尿病性腎症第3期以降の割合の減少		7.5%	4.4%		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	2.0%	4.4%	11.9%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため、R03年度を記載)
肺がん検診受診者の増加			10.6%	11.2%	15.7%		
大腸がん検診受診者の増加			1.7%	13.0%	16.2%		
子宮がん検診受診者の増加			-	5.9%	15.0%		
乳がん検診受診者の増加			0.1%	8.5%	21.1%		
5つのがん検診の平均受診率の増加			2.9%	8.6%	16.0%		
後発医薬品の使用により、医療費の削減		後発医薬品の使用割合 80%以上	80.3%	85.7%	87.3%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期データヘルス計画では、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の予防に重点をおき、中長期目標のリスクに共通した高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化予防に取り組んできました。その結果、総医療費に占める虚血性心疾患と糖尿病性腎症による透析導入の割合は減少していますが、脳血管疾患の総医療費に占める割合が増加しています。また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況でみると、65歳以上の高齢者だけでなく、40～64歳の若い世代でも脳血管疾患の合併症になった割合が増えていました。

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は顕著に増加し、健診所見ではHbA1c6.5%以上の未治療者の割合はやや減少していますが、HbA1c7.0%以上のコントロール不良者の割合は保健指導を実施しているにも関わらず横ばいでした。Ⅱ度高血圧以上の者のうち未治療者は半数程度おり、Ⅲ度高血圧以上の未治療者の割合も高い傾向にあります。

特定健診、特定保健指導の実施率に関しては、新型コロナ感染症の影響もありましたが、年々増加してきています。しかし、特定健診の新規受診率は顕著に低下しており、また、年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いており、受診率も目標には達していません。

以上のことから、第3期データヘルス計画に向けては、高血圧、糖尿病等の重症化予防対象者への受診勧奨の徹底と、高血圧、高血糖で未治療者には医療機関受診勧奨をより一層強化し、治療している場合は、内服管理を含めた保健指導を実施していく必要があります。

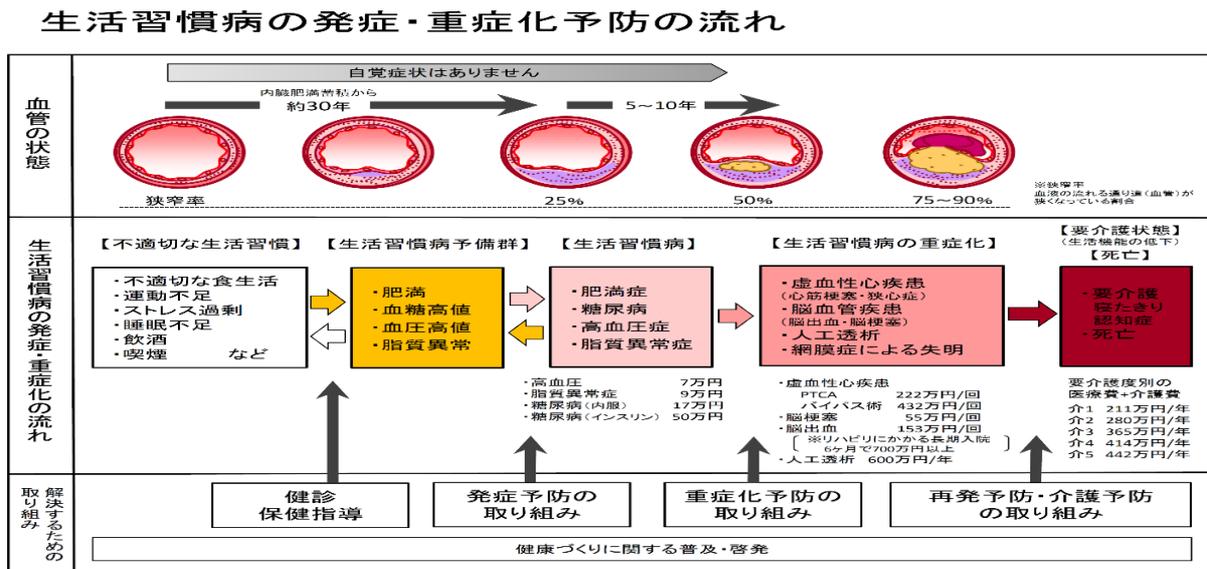
また、高い受診率を維持してきた70代の被保険者が後期高齢者医療保険へ移行が増えるため、特定健診の継続受診率や40代～50代の若い世代の受診者を増加させる等、受診率向上の取り組みも課題です。

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 35)

図表 35 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典:保健指導教材

2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達した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移行することになります。

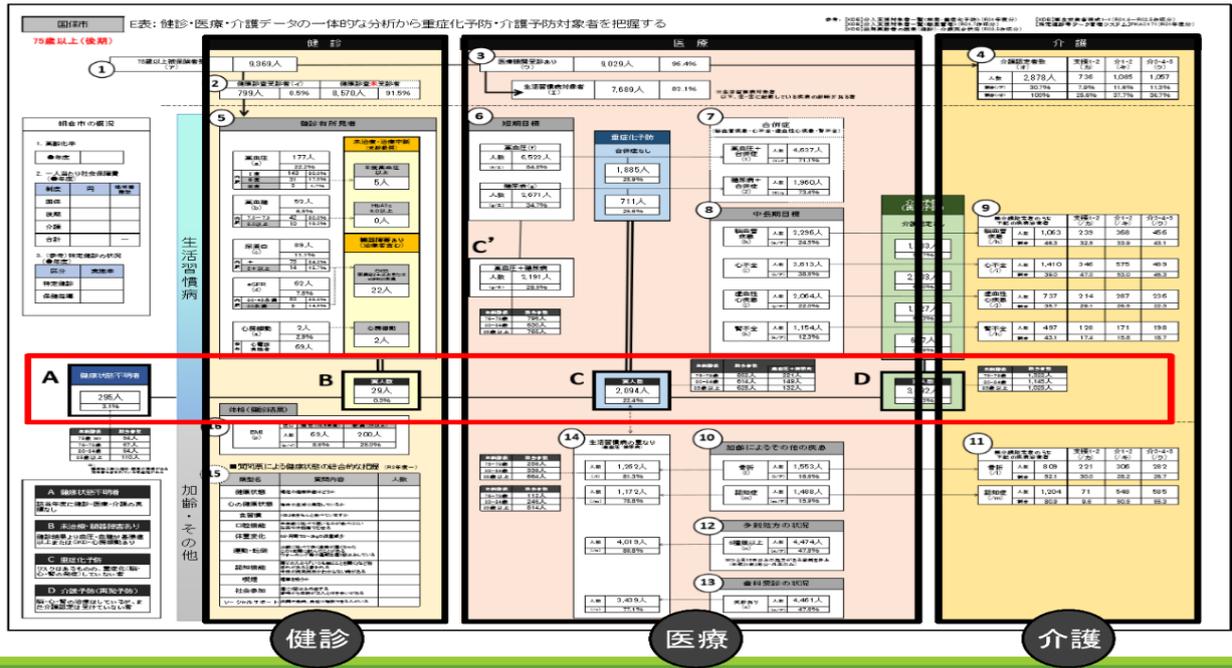
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、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、図表 36 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期データヘルス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、20歳~39歳の若年健診を引き続き実施し、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 36 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



出典：ヘルスサポートラボツール

(1) 医療費分析

図表 37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		5,818人	5,692人	5,574人	5,317人	5,100人	5,105人
総件数及び 総費用額	件数	60,970件	60,154件	55,821件	55,659件	54,428件	88,570件
	費用額	23億7437万円	23億7420万円	22億1585万円	22億2987万円	22億8431万円	54億5270万円
一人あたり医療費		40.8万円	41.7万円	39.8万円	41.9万円	44.8万円	106.8万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 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	豊前市	22億8431万円	36,431	1.67%	0.12%	2.61%	1.50%	5.41%	4.46%	2.93%	4億2722万円	18.7%	15.1%	13.07%	9.70%
	同規模	---	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	---	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	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	豊前市	54億5270万円	89,456	5.66%	0.43%	3.61%	1.84%	3.37%	3.86%	1.57%	11億0922万円	20.3%	9.3%	8.30%	10.8%
	同規模	---	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	---	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	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 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	224人	205人	207人	202人	224人	628人
	件数	B	389件	370件	337件	366件	400件	1,078件
		B/総件数	0.64%	0.62%	0.60%	0.66%	0.73%	1.22%
	費用額	C	5億6995万円	5億6398万円	5億3183万円	5億5943万円	5億9902万円	13億0887万円
		C/総費用	24.0%	23.8%	24.0%	25.1%	26.2%	24.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	11人	15人	11人	14人	13人	44人							
		D/A	4.9%	7.3%	5.3%	6.9%	5.8%	7.0%							
	件数	E	20件	26件	13件	24件	23件	68件							
		E/B	5.1%	7.0%	3.9%	6.6%	5.8%	6.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	4	5.9%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	2	8.3%	4	17.4%	70-74歳	1	1.5%
		50代	4	20.0%	4	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	17.4%	75-80歳	8	11.8%
		60代	9	45.0%	15	57.7%	6	46.2%	3	12.5%	7	30.4%	80代	43	63.2%
		70-74歳	7	35.0%	6	23.1%	6	46.2%	19	79.2%	8	34.8%	90歳以上	12	17.6%
	費用額	F	2889万円	3820万円	1882万円	3603万円	3141万円	8351万円							
F/C		5.1%	6.8%	3.5%	6.4%	5.2%	6.4%								

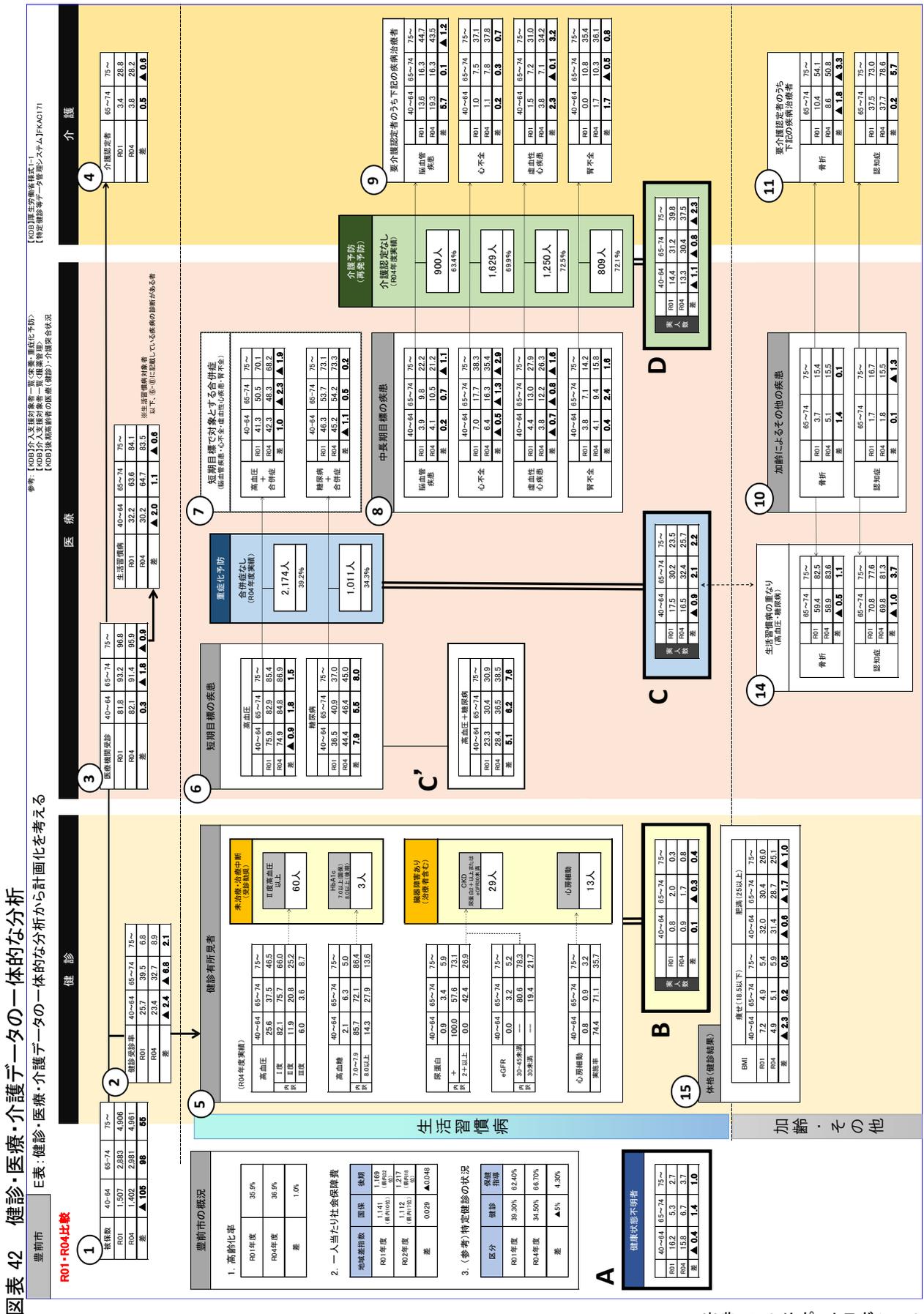
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	18人	19人	13人	12人	8人	38人							
		G/A	8.0%	9.3%	6.3%	5.9%	3.6%	6.1%							
	件数	H	21件	21件	15件	15件	9件	39件							
		H/B	5.4%	5.7%	4.5%	4.1%	2.3%	3.6%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	2.6%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	2	5.1%
		50代	0	0.0%	2	9.5%	3	20.0%	0	0.0%	2	22.2%	75-80歳	12	30.8%
		60代	12	57.1%	14	66.7%	7	46.7%	5	33.3%	4	44.4%	80代	18	46.2%
		70-74歳	9	42.9%	5	23.8%	4	26.7%	10	66.7%	3	33.3%	90歳以上	6	15.4%
	費用額	I	3648万円	2947万円	1878万円	3271万円	1822万円	5621万円							
I/C		6.4%	5.2%	3.5%	5.8%	3.0%	4.3%								

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診・医療・介護の一体的分析 (R1・R4 比較)



図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 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-
H30	28.8	1,507	2,883	4,906	25.7	39.5	6.8	7.2	4.9	5.4	32.0	30.4	26.0	
R04	28.2	1,402	2,981	4,961	23.4	32.7	8.9	4.9	5.1	5.9	31.4	28.7	25.1	

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																														
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動						
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		
年度	人	%	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	17	4.4	(5)	90	7.9	(28)	34	10.2	(12)	14	3.6	(2)	79	6.9	(4)	1	0.3	(0)	5	1.3	15	1.3	5	1.5	0	--	10	0.9	0	--	
R04	15	4.6	(10)	89	9.1	(27)	70	15.8	(23)	7	2.1	(0)	61	6.3	(3)	3	0.7	(0)	0	--	17	1.7	12	2.7	2	0.6	6	0.6	5	1.1	

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③									⑥									⑦								
	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								
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	81.8	93.2	96.8	32.2	63.6	84.1	75.9	82.9	85.4	36.5	40.9	37.0	23.3	30.4	30.9	41.3	50.5	70.1	46.3	53.7	73.1						
R04	82.1	91.4	95.9	30.2	64.7	83.5	74.9	84.8	86.9	44.4	46.4	45.0	28.4	36.5	38.5	42.3	48.3	68.2	45.2	54.2	73.3						

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 46 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											
	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		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.9	9.8	22.2	4.4	13.0	27.9	7.0	17.7	38.3	3.8	7.1	14.2	13.6	16.3	44.7	1.5	7.2	31.0	1.0	7.5	37.1	0.0	10.8	35.4
R04	4.1	10.5	21.2	3.8	12.2	26.3	6.4	16.3	35.4	4.1	9.4	15.8	19.3	16.3	43.5	3.8	7.1	34.2	1.1	7.8	37.8	1.7	10.3	36.1

図表 47 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	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)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	
H30	59.4	82.5	70.8	77.6	3.7	15.4	1.7	16.7	10.4	54.1	37.5	73.0
R04	58.9	83.6	69.8	81.3	5.1	15.5	1.8	15.5	8.6	50.8	37.7	78.6

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化(図表 37~47)

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年度に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年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2.4倍も高い状況です。(図表 37)

豊前市は、これまで糖尿病性腎症の予防に重点をおいて保健事業に取り組んできた結果、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて0.42ポイント低く、その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保において、同規模、県、国と比べて低い状況です。しかし、福岡県は人工透析をしている65歳以上は未満後期として後期高齢者医療に移行されます。後期の慢性腎不全(透析有)をみると、同規模と比較して高い傾向にありますが、県と比較すると0.37ポイント低い状況です。脳血管疾患、虚血性心疾患については、同規模、県、国と比較して高い状況が続いています。(図表 38)

高額レセプトについては、国保においては毎年約300~400件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えることがわかります。(図表 39)

医療費が高額になる疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和1年度が一番多く26件で3,800万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は23件と件数が減り、費用額も約3,100万円に減っています。しかし、内訳をみると、40代50代で発症した割合がそれぞれ17%以上を占めていました。後期高齢においては、68件発生し、約8,300万円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。一方、虚血性心疾患の高額レセプトは、件数、費用ともに徐々に減少してきています。(図表 40.41)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果で一体的に分析します。(全体像は27ページの図表 42)

①被保険者数は、40~64歳は減少していますが、65歳~74歳、75歳以上では増加してきており、高齢化率が確実に増えていることがわかります。⑮の体格をみると、全年齢層でBMI25以上の割合は低くなっています。(図表 43)

⑤健診有所見の状況をみると、Ⅱ度高血圧以上は各年代で対象者の割合が増えており、若い世代でも心房細動を発症している方もいるため、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 44)

⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると、高血圧では40～64歳で高くなっており、糖尿病では65歳以上で高くなっています。(図表45)

⑧中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)においては、H30年度とR4年度を比較すると、虚血性心疾患、心不全は減少しているものの、40～74歳の脳血管疾患と全年代で腎不全の割合が増加しています。⑨介護認定者の割合では、脳血管疾患と虚血性心疾患で40～64歳の若い世代が増加しています。(図表46)

認知症の状況では、⑭生活習慣病との重なりをみると65～74歳で約70%が高血圧や糖尿病を併せ持ち、⑮介護認定者をみると75歳以上では78.6%の人が介護認定を受けています。(図表47)

(4) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通して高血圧、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ると考えます。

具体的な取組方法については、「第4章 課題解決するための個別保健事業」に記載します。

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ます。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(図表48)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

② 中長期的な目標の設定

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

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

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

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)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の減少を目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

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

(2) 管理目標の設定

図表 48 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

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R7	最終評価 R10		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の抑制	2.61%		KDBシステム 評価・分析システム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の抑制	1.50%			
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の抑制	1.67%			
			新規脳血管疾患患者数の割合の減少	46.2%			
			新規脳血管疾患患者数の割合の減少	20.1%			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	36.3%			
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	34.3%		豊前市	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の割合の減少	16.9%			
			Ⅱ度高血圧以上で未治療者の割合の減少	54.6%			
			脂質異常者で未治療者の割合の減少(LDL180以上)	91.8%			
			HbA1C7.0%以上のコントロール不良者(治療有)の割合の減少	5.2%			
			HbA1C6.5%以上の未治療者の割合の減少	1.5%			
			★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.3%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加(HbA1C6.5%以上)	55.0%			
			糖尿病の保健指導を実施した割合(HbA1C6.5%以上)	63.3%			
			健診結果で糖尿病未治療者のうちの糖尿病性腎症第3期以降の割合の減少	4.4%			
			1日飲酒量が多い者の割合の減少	2.7%			KDBシステム
			1日1時間以上活動しない者の割合の減少	52.8%			
			アウト	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上		34.5%
★特定保健指導実施率60%以上	66.7%						

※1日飲酒量が多い者の割合は標準的な質問票「1日当たりの飲酒量」について3~5合未満・5合以上に回答した者の数

※1日1時間以上活動しない者の割合は標準的な質問票「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」について「いいえ」と回答した者の割合

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は 5 年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年1期に改正されたことを踏まえ、第3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 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	38.0%	42.0%	48.0%	53.0%	58.0%	60%以上
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 50 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	3,631人	3,558人	3,486人	3,416人	3,347人	3,280人
	受診者数	1,379人	1,494人	1,673人	1,810人	1,941人	1,968人
特定保健指導	対象者数	143人	155人	174人	188人	201人	204人
	受診者数	86人	93人	104人	113人	120人	122人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、豊前築上医師会が実施機関のとりまとめをおこないます。本市においては、集団健診を 4 月～1 月まで、個別健診は 5 月～2 月まで実施します。集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診が可能です。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <http://www.city.buzen.lg.jp>

(4) 委託契約の方法、契約書の様式

豊前築上医師会と豊前市の間で委託契約を行います。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成します。

委託の範囲は、受付、問診、身体計測、採血、検尿、心電図、眼底検査、二次健診、若年健診、結果通知、健診結果の報告(データ作成)です。

(5) 健診委託価格、自己負担額

健診委託単価については、毎年度財務規則等に基づいた契約手続きを経て金額を決定します。また、受診者の自己負担については500円とします。

(6) 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ために国が定めた項目に加え、重症化予防の観点から市独自で追加検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血等)を実施します。また、特定健診未受診者が豊前築上医師会健康管理所及び新行橋病院等にて人間ドックを利用した場合、特定健診の同時実施を行います。

① 基本的な健診の項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(以下「実施基準」という。)」の第1条に定められた項目とします。

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要ないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT)) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT)) ガンマグルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量

	空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が ^g 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

② 医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目

項目	備考
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査(12 誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 40mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧が収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上 空腹時血糖値が ^g 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上 又は随時血糖値が ^g 126mg/dl 以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧が収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上 空腹時血糖値が ^g 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上 又は随時血糖値が ^g 100mg/dl 以上

③ 市独自の実施項目

健康課題を踏まえ、①基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施します。血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c 検査)、腎機能検査(血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR)、血清尿酸、尿潜血を追加検査項目として全員に実施します。(図表 51)

※貧血検査・心電図検査は市独自で集団のみ全員に実施しています。

(7) 対象者

特定健診の対象者である 40 歳から 74 歳に加え、特定健診の動機づけや生活習慣病予防の観点から、20 歳から 39 歳についても若年健診を特定健診の健診項目に準じて実施します。

図表 51 特定健診検査項目

健診項目		豊前市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール)	○	○
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
※貧血検査・心電図検査は市独自で集団のみ全員に実施。

(8) 実施時期

4月から翌年2月末まで実施します。(集団健診:4月~1月、個別健診5月~2月)

(9) 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。(医療情報収集事業)

(10) 代行機関

特定健診に係る費用(自己負担額を除く)の請求・支払いの代行機関として、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。

(11) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

広報に申し込みハガキ付きの折り込みチラシを同封(前期・後期に分けて2回)します。個別健診希望者に対しては、特定健診受診券を発行し、個別に郵送します。また、受診率向上を図るため、電

話や訪問、ハガキでの受診勧奨を行うとともに、健康づくりカレンダー、市のホームページ、広報誌、各種健康教室等でも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 52 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 特定健診の開始 健康づくりカレンダー配布 (全日程掲載) 健診データ受取 費用決済 → 保健指導対象者の抽出	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		特定保健指導、それ以外の 重症化予防の保健指導開始	
7月		申し込みハガキ付きチラシ配布 (後期) 広報誌に同封	実施実績の分析実施 方法見直し等
8月			
9月			
10月	契約に関わる		法定報告
11月	予算手続き		受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月	契約準備 申し込みハガキ付きチラシ配布(前期) 広報誌に同封	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	
3月	健診対象者の抽出 ↓ 受診勧奨ハガキ送付		

○集団健診:

当該年度4月から1月まで実施。がん健診と同時実施。後期高齢者健診も同時実施。生活保護受給者に対して受診勧奨を行い、受診の機会を確保する。

前年度2月と当該年度7月の広報に申し込みハガキ付きの折り込みチラシを同封して周知。市へ事前申し込みが必要。

○個別健診:

当該年度5月から翌年2月末まで実施。受診券を発行し、直接医療機関に予約する。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行います。

図表 53 第 4 期における変更点

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)

○第4期(2024年以降)における変更点

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。

出典：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)

(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)」及び様式5-5(図表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。

(2) 対象者

① 特定保健指導基準該当者

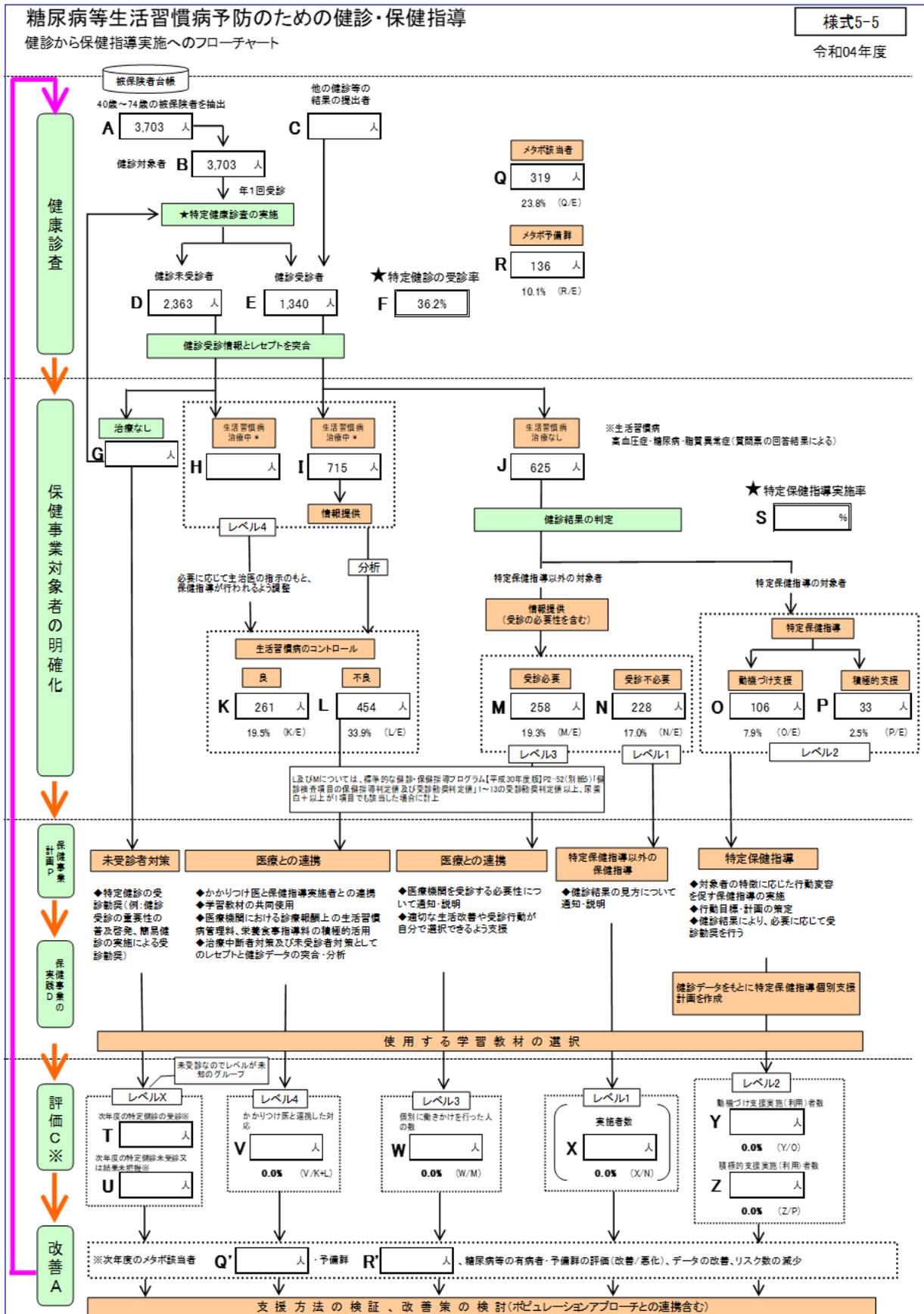
図表 54 対象者の階層

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙 歴	対象	
			40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

② それ以外の対象者

高血圧、高血糖、高LDLコレステロールなどの重症化予防が必要な方にも保健指導を実施します。

図表 55 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(3) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

健診結果から保健指導レベル別にグループ分けし、優先順位を付け、下記の方法で支援します。

図表 56 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 (受診者に占める割合)	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	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う 	139人 (10.4%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 	258人 (19.3%)	HbA1c6.5以上 については 100%
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨) 	2363人 ※受診率目標達成までにあと882人	
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明 	228人 (17.0%)	90%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆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 	715人 (53.4%)	65%

(4) 実施内容

① 特定保健指導

初回面接を実施し、3～6ヶ月後に評価を行います。また、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している人については、積極的支援を実施するか動機付け支援相当を実施するかを対象者に応じて判断します。支援方法については、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)に示された方法等で実施します。

② それ以外の保健指導

特定健診の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とならないが、受診勧奨やその他の保健指導を行う必要があるものを選定し、保健指導を実施します。

(5) 生活習慣病予防のための特定健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 57)

図表 57 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎特定健康診査実施(集団)の契約 ◎特定健康診査(集団)の開始 ◎医療情報収集事業の依頼 ◎特定健康診査実施(個別)の契約		◎健康づくりカレンダーの配布 ◎後期高齢者健診、がん検診開始
5月	◎特定健康診査(個別)の開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
6月	◎医療情報収集事業の開始		
7月			申し込みハガキ付きチラシ配布(後期)広報に同封
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券の登録	
11月			
12月			
1月			
2月	◎健診の終了		次年度申し込みハガキ付きチラシ配布(前期)広報に同封
3月	◎集団健診、個別健診実施の依頼 ◎健診対象者の抽出		

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豊前市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 保存体制

① 健診結果・保健指導のデータの形式

国から示されている「令和6年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取り扱いについて(令和5年3月31日)(健発0331第4号、保発0331第6号)」に基づいて作成されたデータで、健診実施機関から代行機関に送付されます。

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、個人カルテ及び特定健康診査等データ管理システムで行います。

特定健診結果、特定保健指導の記録を保有すべき期間は、記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまで、もしくは被保険者、被扶養者が他の保険者に加入した年度の翌年度末までの期間としています。しかし保存期間満了後もできる限り長期間健診データ等を保存し、求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康管理に役立つための支援を行えるように努めます。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、豊前市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、必要に応じて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る医療費や介護費用等の実態を広く市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。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に準ずるものとします。

II. 重症化予防の取組

豊前市の令和4年度特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者を各学会のガイドラインに基づき抽出すると、486人(36.3%)です。そのうち治療なしが122人(19.5%)を占め、さらに、臓器障害ありで直ちに取組むべき対象者が51人でした。

また、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、122人中64人と半数近くいるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表58)

図表 58 脳・心・腎を守るために(R4 年度)

脳・心・腎を守るためにー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ー		令和04年度				
		健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少	重症化予防対象者 (要人数)
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少 (脳卒中ガイドライン委員会) 脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	脳梗塞 (75.9%) 脳出血 (18.5%) クモ膜下出血 (5.6%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (循環器病の診断に活用するガイドライン(2011年度共同研究班報告)) 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (日本循環器学会)	糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少 2018 CKD診療ガイドライン (日本腎臓病学会) 2022-2023 糖尿病治療ガイド (日本糖尿病学会)	重症化予防対象者 (要人数)	
	優先すべき 課題の明確化	高血圧症 高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会) II度高血圧以上	心房細動 心房細動	脂質異常症 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) LDL-C 180mg/dl以上	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	486 36.3%
科学的根拠に基づき 健康診断結果から 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) II度高血圧以上	心房細動 心房細動	脂質異常症 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) LDL-C 180mg/dl以上	糖尿病 糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	慢性腎臓病 (CKD) CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)	
	該当者数	108 8.1%	8 0.6%	48 3.6%	91 6.8%	65 4.9%
治療なし	59 7.2%	0 0.0%	44 4.8%	36 3.2%	9 1.4%	
(再掲) 特定保健指導	23 21.3%	0 0.0%	17 35.4%	8 8.8%	4 6.2%	
治療中	49 9.4%	8 1.1%	4 0.9%	55 29.7%	56 7.8%	
臓器障害 あり	29 49.2%	0 ---	15 34.1%	15 41.7%	9 100.0%	
CKD(専門医対象者)	0	0	0	4	9	
心電図所見あり	29	0	15	11	4	
臓器障害 なし	30 50.8%	---	29 65.9%	21 56.3%	---	

出典:ヘルサポータルツール

1. 糖尿病性腎症重症化予防

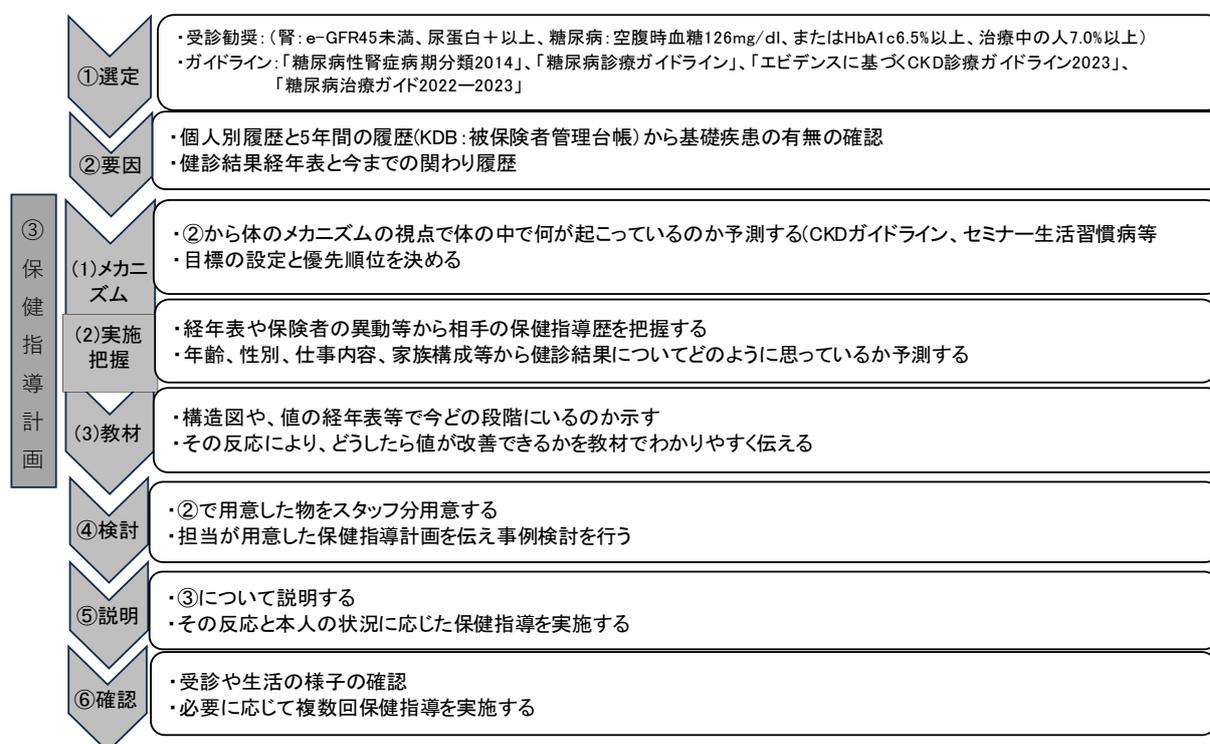
1) 基本的な考え方

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、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表59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 59 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、京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて決定します。

- ① 医療機関未受診者(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上)
 - ② 糖尿病治療中断者(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上)
 - ③ 糖尿病治療中のハイリスク者(第3期～第1期)
- ア. 糖尿病(HbA1c7.0%以上)もしくは糖尿病性腎症で通院している者

イ. 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

④ 糖尿病治療中で第4期と思われる者

⑤ ハイリスク者で医療機関からの保健指導依頼があった糖尿病治療中の者

⑥ 特定健診未受診者(糖尿病治療中、治療中断者を優先して受診勧奨)

(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及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 60 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/1.73㎡)
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。

本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が困難です。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、正常アルブミン尿は尿蛋白(-)、微量アルブミン尿は尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿は蛋白尿(+)としていることから、尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。

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の把握を行いました。(図表 61)

豊前市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、46人(19.4%・F)でした。

また、40~74歳における糖尿病治療者1,089人のうち、特定健診受診者が191人(80.6%・G)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者898人(82.5%・I)については、治療中であるが、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。

③ 介入方法と優先順位

図表 60 より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）・・・46人

優先順位 2

【保健指導】

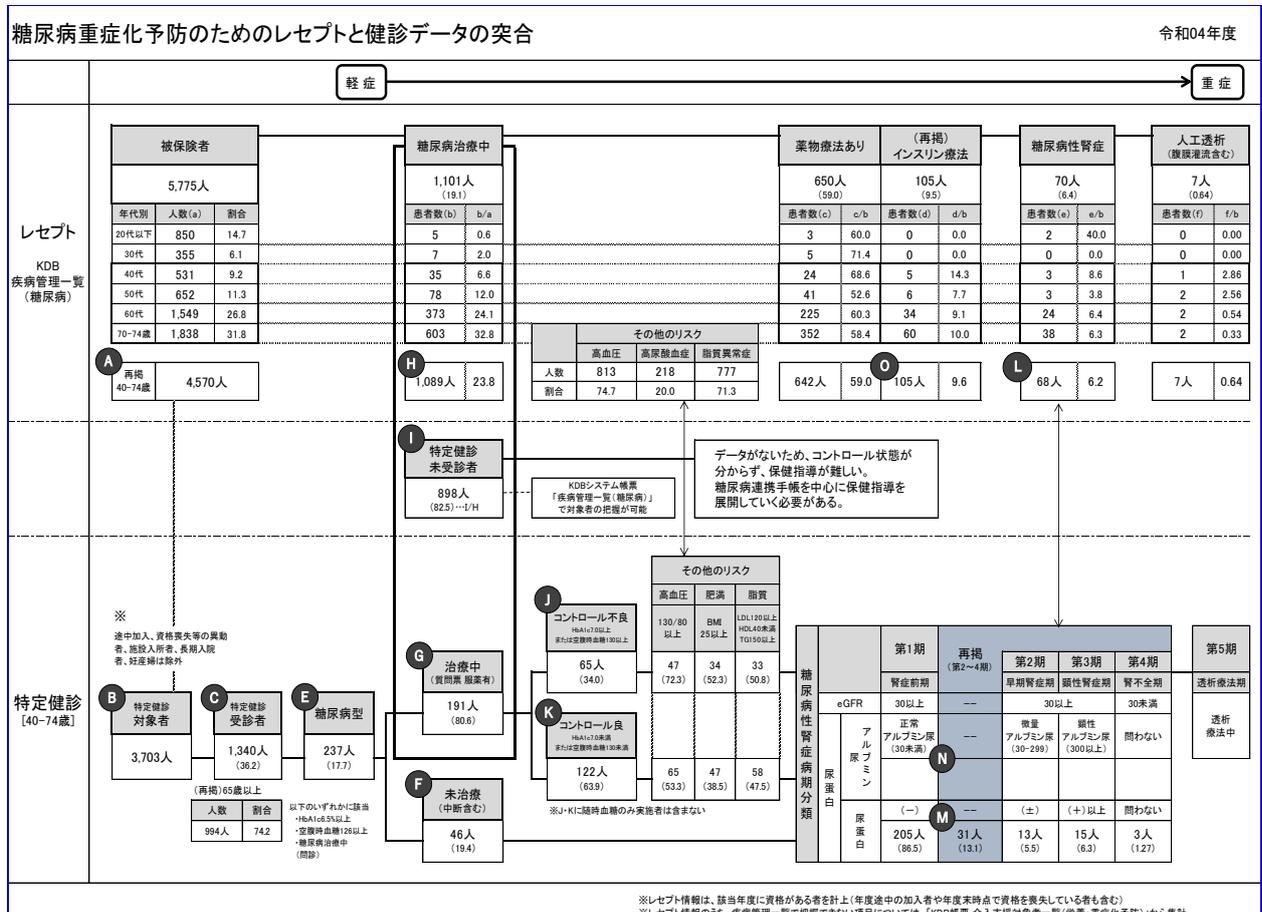
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・65人
治療中断しない（継続受診）のための保健指導等
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

- ・Iのうち医療機関から依頼があった重症化リスクの高い者（糖尿病性腎症第2期または第3期、HbA1c7.0%以上、高血圧症など）
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

図表 61 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（R4年度）



出典：ヘルスサポートラボツール

3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市では、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ライン、CKD 診療ガイドライン、肥満症診療ガイドライン、動脈硬化性疾患予防ガイドライン等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

(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、二次健診で経口 75g ブドウ糖負荷検査、頸動脈エコー、微量アルブミン検査を実施し、早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

対象者：(1) 特定保健指導対象者

(2) ①を必須とし、②または③に該当する者

① HbA1c 6.0～6.4%もしくは空腹時血糖 110～125 mg/dl

② LDL コレステロール 140 mg/dl 以上もしくは中性脂肪 400 mg/dl 以上

③ I 度高血圧以上

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、京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラムで作成した連絡票と健診結果等を同封した紹介状を医療機関に持参して受診してもらいます。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合はレセプトによる診療情報を確認し、糖尿病連携手帳を活用しながら、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京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

5) 高齢者福祉部門との連携

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等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、その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 62 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

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 介入前後の検査値の変化を比較

HbA1c、血糖値、血圧、eGFR、尿蛋白、体重の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	豊前市										同規模保険者(平均)		
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1 ① 被保険者数	A	6,048人		5,845人		5,678人		5,617人		5,345人				
② (再掲)40-74歳		4,956人		4,807人		4,680人		4,633人		4,428人				
2 ① 対象者数	B	4,338人		4,214人		4,173人		4,015人		3,755人				
② 特定健診 受診者数	C	1,482人		1,657人		1,059人		1,351人		1,295人				
③ 受診率		34.2%		39.3%		25.4%		33.6%		34.5%				
3 ① 特定保健指導 対象者数		148人		165人		111人		152人		135人				
② 実施率		68.2%		62.4%		63.1%		72.4%		66.7%				
4 ① 健診データ	① 糖尿病型	E	241人	16.3%	317人	19.1%	203人	19.2%	242人	17.9%	237人	18.3%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	69人	28.6%	80人	25.2%	54人	26.6%	66人	27.3%	46人	19.4%		
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	172人	71.4%	237人	74.8%	149人	73.4%	176人	72.7%	191人	80.6%		
	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	71人	41.3%	99人	41.8%	65人	43.6%	90人	51.1%	65人	34.0%		
	⑤ 血圧 130/80以上		42人	59.2%	55人	55.6%	41人	63.1%	61人	67.8%	47人	72.3%		
	⑥ 肥満 BMI25以上		31人	43.7%	46人	46.5%	30人	46.2%	46人	51.1%	34人	52.3%		
	⑦ コントロール良 HbA1c6.9未満かつ空腹時血糖130未満	K	101人	58.7%	138人	58.2%	84人	56.4%	86人	48.9%	126人	66.0%		
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	205人	85.1%	259人	81.7%	162人	79.8%	204人	84.3%	205人	86.5%		
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		13人	5.4%	19人	6.0%	22人	10.8%	15人	6.2%	13人	5.5%		
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)		13人	5.4%	24人	7.6%	12人	5.9%	18人	7.4%	15人	6.3%		
	⑪ 第4期 eGFR30未満		2人	0.8%	6人	1.9%	6人	3.0%	2人	0.8%	3人	1.3%		
5 ① レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		129.3人		133.1人		122.6人		139.9人		145.9人			
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		156.8人		160.2人		147.2人		167.9人		175.0人			
	③ レセプト件数(40-74歳) 入院外(件数)		4,895件 (1024.3)		4,870件 (1047.5)		4,679件 (1017.8)		4,696件 (1066.8)		4,594件 (1099.0)	1,557,522件 (951.6)		
	④ (再掲)40-74歳(被保険者千対) 入院(件数)		24件 (5.0)		24件 (5.2)		17件 (3.7)		22件 (5.0)		15件 (3.6)	7,406件 (4.5)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	782人	12.9%	778人	13.3%	696人	12.3%	786人	14.0%	780人	14.6%		
	⑥ (再掲)40-74歳		777人	15.7%	770人	16.0%	689人	14.7%	778人	16.8%	775人	17.5%		
	⑦ 健診未受診者	I	605人	77.9%	598人	77.7%	540人	78.4%	602人	77.4%	584人	75.4%		
	⑧ インスリン治療 (再掲)40-74歳	O	71人	9.1%	72人	9.3%	67人	9.6%	70人	8.9%	64人	8.2%		
	⑨ 糖尿病性腎症 (再掲)40-74歳	L	45人	5.8%	47人	6.0%	48人	6.9%	49人	6.2%	44人	5.6%		
	⑩ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		4人	0.5%	7人	0.9%	5人	0.7%	5人	0.6%	6人	0.8%		
	⑪ (再掲)40-74歳		4人	0.5%	7人	0.9%	5人	0.7%	5人	0.6%	6人	0.8%		
	⑫ 新規透析患者数		7人		5人	71.40%	2人	40%	5人	100%	4人	66.60%		
	⑬ (再掲)糖尿病性腎症		2人	28.50%	2人	40%	0人	0%	2人	40%	1人	25%		
	⑭ 【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)				20人	1.7%	31人	2.7%	33人	2.5%	33人	2.4%		
	6 ① 医療費	① 総医療費		23億7437万円		23億7420万円		22億1585万円		22億2987万円		22億8431万円		28億4626万円
		② 生活習慣病総医療費		14億1406万円		14億0481万円		12億3921万円		12億6593万円		12億9888万円		15億3700万円
③ (総医療費に占める割合)			59.6%		59.2%		55.9%		56.8%		56.9%		54.0%	
④ 生活習慣病対象者一人当たり			6,468円		8,280円		3,764円		5,936円		6,401円		7,237円	
⑤ 健診未受診者			34,591円		30,615円		32,030円		34,448円		36,303円		38,862円	
⑥ 糖尿病医療費			1億3258万円		1億3391万円		1億2544万円		1億2602万円		1億2368万円		1億6596万円	
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)			9.4%		9.5%		10.1%		10.0%		9.5%		10.8%	
⑧ 糖尿病入院総医療費			3億1352万円		3億1759万円		3億2458万円		3億2785万円		3億2593万円			
⑨ 1件あたり			30,424円		31,535円		31,868円		31,337円		31,814円			
⑩ 糖尿病入院総医療費			3億6771万円		2億8986万円		2億8030万円		2億6470万円		2億4932万円			
⑪ 1件あたり			619,048円		554,227円		597,646円		558,436円		589,420円			
⑫ 在院日数			20日		20日		20日		19日		20日			
⑬ 慢性腎不全医療費			5683万円		6851万円		3601万円		3789万円		4101万円		1億2396万円	
⑭ 透析有り			4485万円		5645万円		3140万円		3442万円		3821万円		1億1532万円	
⑮ 透析なし		1198万円		1206万円		461万円		347万円		279万円		863万円		
7 ① 介護	① 介護給付費		25億0226万円		25億2162万円		25億8092万円		25億7812万円		24億9525万円		34億9905万円	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1人	10.0%	0件	0.0%	1件	8.3%	1件	8.3%	0件	0.0%		
8 ① 死亡	① 糖尿病(死因死亡数)		4人	1.1%	4人	1.1%	8人	2.2%	6人	1.6%	3人	0.8%	2,819人	1.0%

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

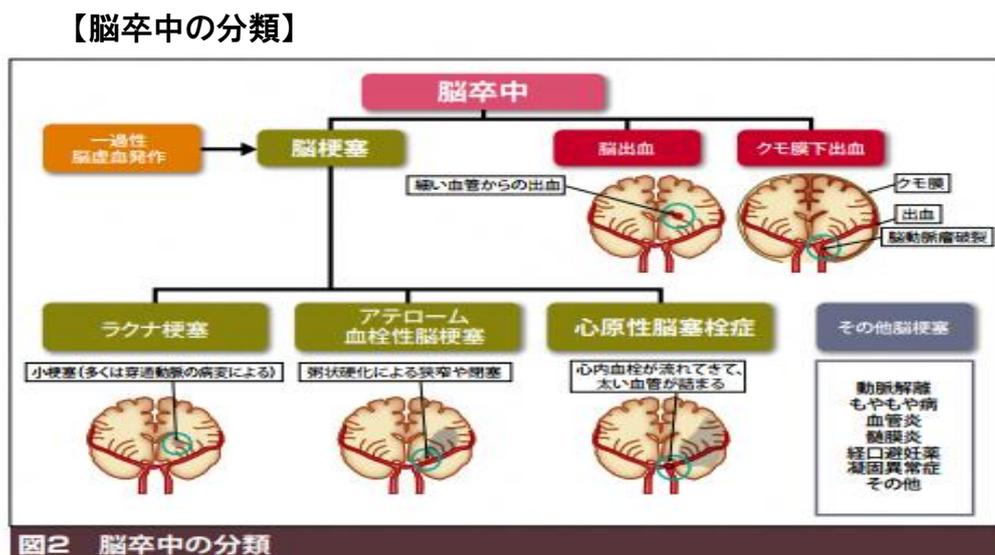
6月～前年度健診データやKDB データを活用して糖尿病性腎症対象者概数把握を行い、過去に糖尿病治療歴があり、現在中断者に対して受診勧奨。

2. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 63.64)

図表 63 脳卒中の分類



出典:脳卒中予防の提言より引用

図表 64 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	●							

参考:脳卒中治療ガイドライン

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

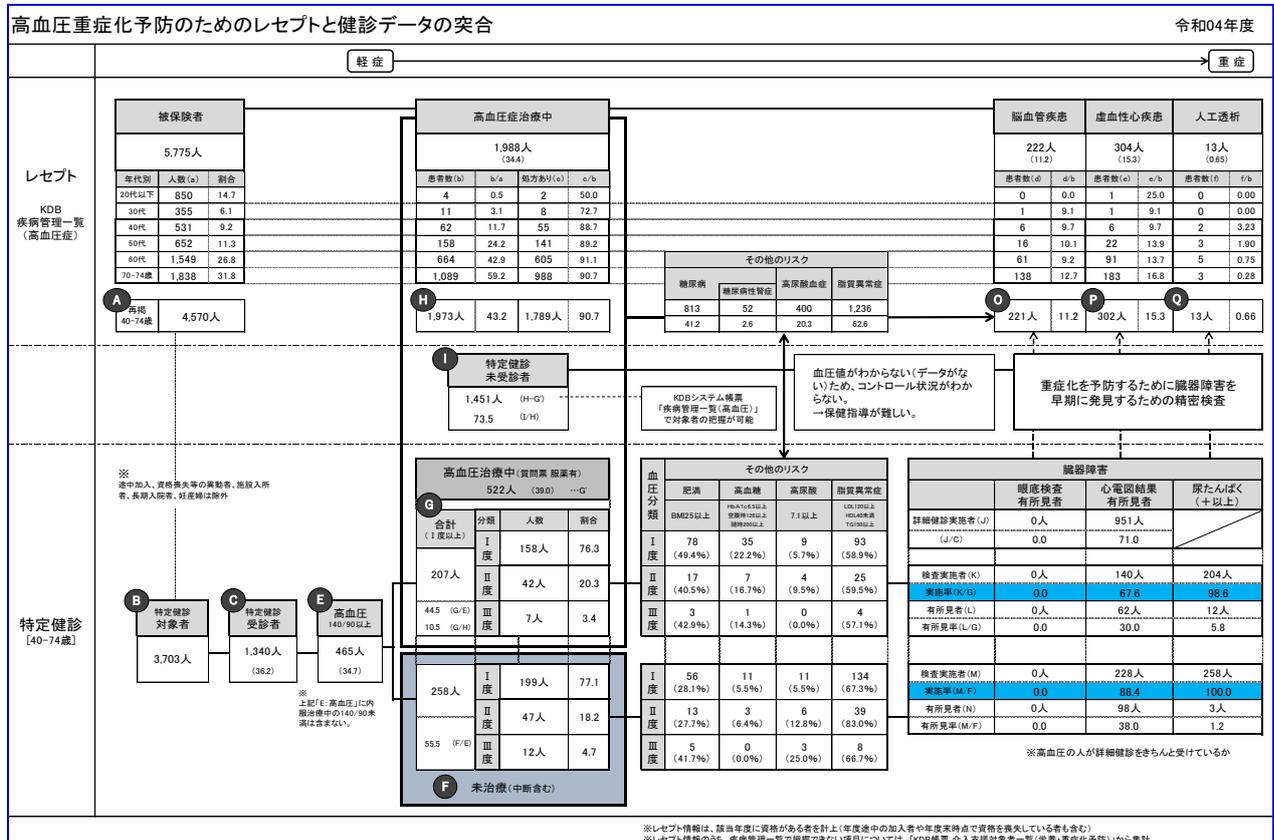
脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 65 でみると、高血圧治療者 1,973 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 221 人(11.2%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 108 人(8.0%)であり、そのうち 59 人(54.6%)は未治療者です。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいる

ことから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 49 人(9.3%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。(図表 65)

図表 65 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(R4 年度)



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

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

図表 66 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表です。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる 111 人(25.1%・A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

高血圧Ⅱ度・Ⅲ度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と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

図表 66 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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
	443	185 41.8%	199 44.9%	47 10.6%	12 2.7%
リスク第1層 予後影響因子がない	20 4.5%	C 10 5.4%	B 9 4.5%	B 1 2.1%	A 0 0.0%
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	298 67.3%	C 128 69.2%	B 137 68.8%	A 25 53.2%	A 8 66.7%
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	125 28.2%	B 47 25.4%	A 53 26.6%	A 21 44.7%	A 4 33.3%

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	111 25.1%
B 概ね1か月後に再評価	194 43.8%
C 概ね3か月後に再評価	138 31.2%

※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。

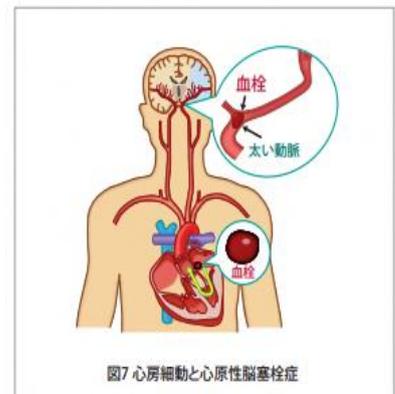
出典：ヘルスサポートラボツール

(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よ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。

図表 68 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 67 心房細動と心原性脳塞栓症



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 68 心房細動有所見状況 (R4 年度)

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査(※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	571	769	399	69.9%	552	71.8%	4	1.0%	4	0.7%	--	--
40代	53	48	38	71.7%	44	91.7%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	62	68	41	66.1%	53	77.9%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	174	298	123	70.7%	205	68.8%	3	2.4%	2	1.0%	1.9%	0.4%
70~74歳	282	355	197	69.9%	250	70.4%	1	0.5%	2	0.8%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 69 心房細動有所見者の治療状況(R4 年度)

心房細動 有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
8	1	12.5%	7	87.5%

豊前市調べ

R4 年度の心電図検査において 8 人に心房細動の所見がありました。有所見率を見るとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心房細動有所見者 8 人のうち 7 人は既に治療が開始されていましたが、1 人は未治療でした。健診受診後受診勧奨を行い、医療につながっています。(図表 68.69)

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を継続して実施していきます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

「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)

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、介入していくために、二次健診を継続して実施し重症化予防を目指します。

※対象者及び検査内容は 1.糖尿病性腎症重症化予防の二次健診と同じ。(P47)

(3) 対象者の管理

① 高血圧の管理

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、Ⅱ度高血圧以上の者の台帳を作成し経過を把握します。未治療者や治療中断者に対しては受診勧奨を行っていきます。

② 心房細動の管理

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受診勧奨を行い、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。必要に応じて、健診当日の医療機関受診への受診案内も行います。

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、治療中の人には必要に応じて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・虚血性心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～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

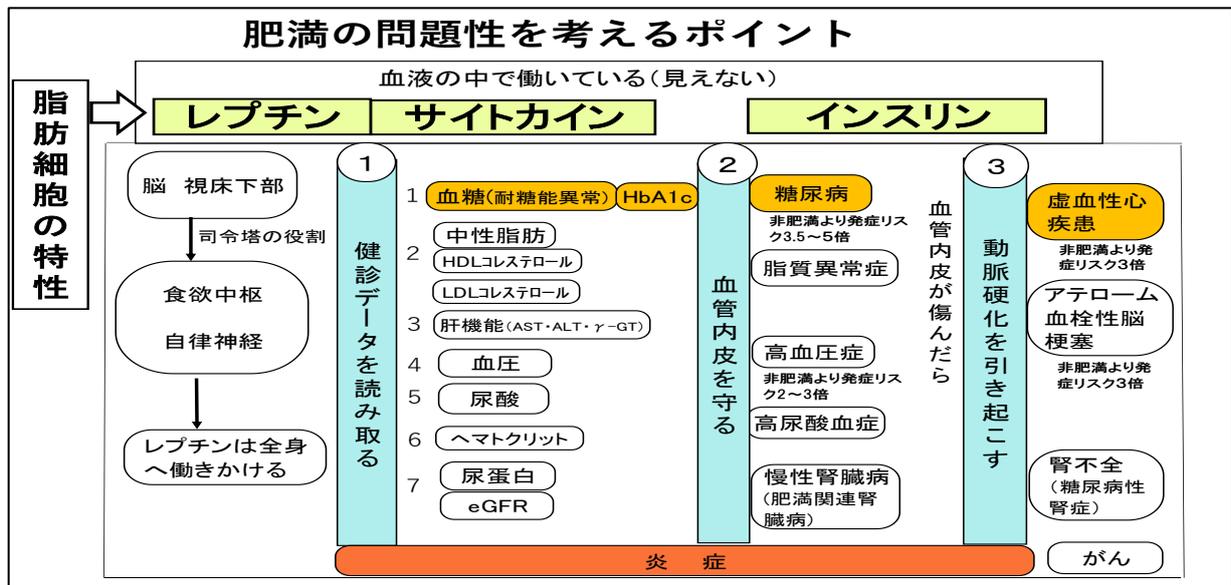
1) 基本的な考え方

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

「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。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)

なお、取組みにあたっては図表70に基づいて考えていきます。

図表70 肥満の問題性を考えるポイント



2) 対象者の明確化

(1) 肥満度分類に基づいた実態把握

図表71 肥満度分類による実態(R4年度)

	受診者数		(再掲)肥満度分類										
			BMI25以上		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	40~64歳	65~74歳	40~64歳	65~74歳		
総数	346	994	111	281	86	246	18	33	6	2	1	0	
			32.1%	28.3%	24.9%	24.7%	5.2%	3.3%	1.7%	0.2%	0.3%	0.0%	
再掲	男性	152	419	60	137	45	128	12	9	3	0	0	0
	女性	194	575	51	144	41	118	6	24	3	2	1	0
			26.3%	25.0%	21.1%	20.5%	3.1%	4.2%	1.5%	0.3%	0.5%	0.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

(2) メタボリックシンドローム該当者の実態把握

図表 72 年代別メタボリックシンドローム該当者の状況(R4 年度)

		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	A	571	53	62	174	282	769	48	68	298	355	
メタボ該当者	B	196	10	13	66	107	123	2	7	51	63	
	B/A	34.3%	18.9%	21.0%	37.9%	37.9%	16.0%	4.2%	10.3%	17.1%	17.7%	
再掲	① 3項目全て	C	77	1	3	29	44	45	1	0	15	29
		C/B	39.3%	10.0%	23.1%	43.9%	41.1%	36.6%	50.0%	0.0%	29.4%	46.0%
	② 血糖+血压	D	28	0	0	14	14	13	0	0	9	4
		D/B	14.3%	0.0%	0.0%	21.2%	13.1%	10.6%	0.0%	0.0%	17.6%	6.3%
	③ 血压+脂質	E	81	9	9	20	43	58	1	6	25	26
		E/B	41.3%	90.0%	69.2%	30.3%	40.2%	47.2%	50.0%	85.7%	49.0%	41.3%
	④ 血糖+脂質	F	10	0	1	3	6	7	0	1	2	4
		F/B	5.1%	0.0%	7.7%	4.5%	5.6%	5.7%	0.0%	14.3%	3.9%	6.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 73 メタボリックシンドローム該当者の治療状況(R4 年度)

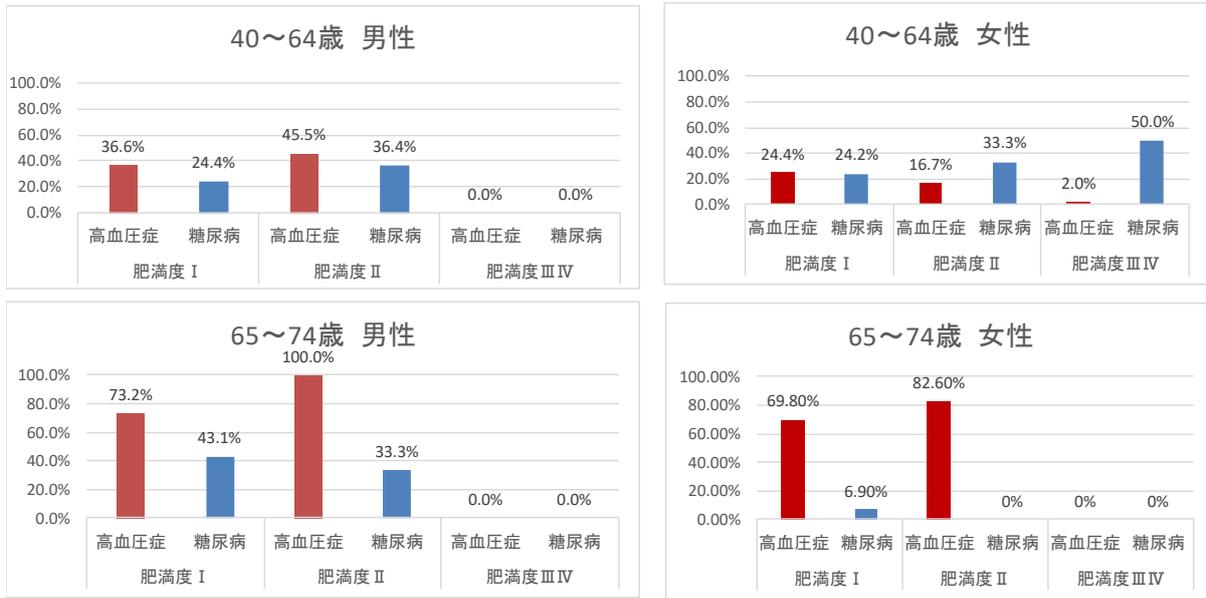
	受診者	男性						女性						
		メタボ該当者		3疾患治療の有無				メタボ該当者		3疾患治療の有無				
				あり		なし				あり		なし		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
総数	571	196	34.3%	165	84.2%	31	15.8%	769	123	16.0%	108	87.8%	15	12.2%
40代	53	10	18.9%	2	20.0%	8	80.0%	48	2	4.2%	2	100.0%	0	0.0%
50代	62	13	21.0%	9	69.2%	4	30.8%	68	7	10.3%	3	42.9%	4	57.1%
60代	174	66	37.9%	58	87.9%	8	12.1%	298	51	17.1%	43	84.3%	8	15.7%
70~74歳	282	107	37.9%	96	89.7%	11	10.3%	355	63	17.7%	60	95.2%	3	4.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 優先順位

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ます。

図表 74 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？



豊前市調べ

肥満度分類による実態では、男性が3割以上、女性が2割以上で男性の方が高く、肥満I度の割合では男女ともに高い状況でした。また、年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表72)は、男性で50代から受診者の2~3割を超え、高血圧、高血糖、脂質異常症の3つのリスクを併せ持つ割合は60代では43.9%、70代では41.1%と高くなっています。女性では全世代で該当者が1~2割程度でしたが、3つのリスクを併せ持つ割合は40代で50.0%と若い世代で高い状況になっています。(図表71)

さらに、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、男性では高血圧、糖尿病を合併する割合が高くなる傾向にあり、女性では高血圧の割合が高くなっているため、肥満I度で、若い年代(40~64歳)で、特に男性を優先的に支援していくことが効率的であると考えます。(図表74)

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8割以上が治療中となっていますが、メタボリックシンドローム該当者は年齢が上がるにつれて増加しており、治療だけでは解決できないことがわかります。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73)

(4) 対象者の選定基準の考え方

- ① 特定保健指導対象者の保健指導
- ② 治療中の方に対しては、治療を中断しないように支援し、心血管疾患を起こさないための保健指導(食事指導・運動指導)

(5) 対象者の管理

対象者の進捗管理は特定保健指導対象者やその他の重症化予防対象者と合わせて管理します。

3) 保健指導の実施

(1) 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を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけ行っています。

(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。

本市においても、動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査を行うことで、重症化予防を目指します。

検査項目：

- 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)
- ② 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③ 75g糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

※対象者は、1.糖尿病性腎症重症化予防の二次健診と同じ。

4. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

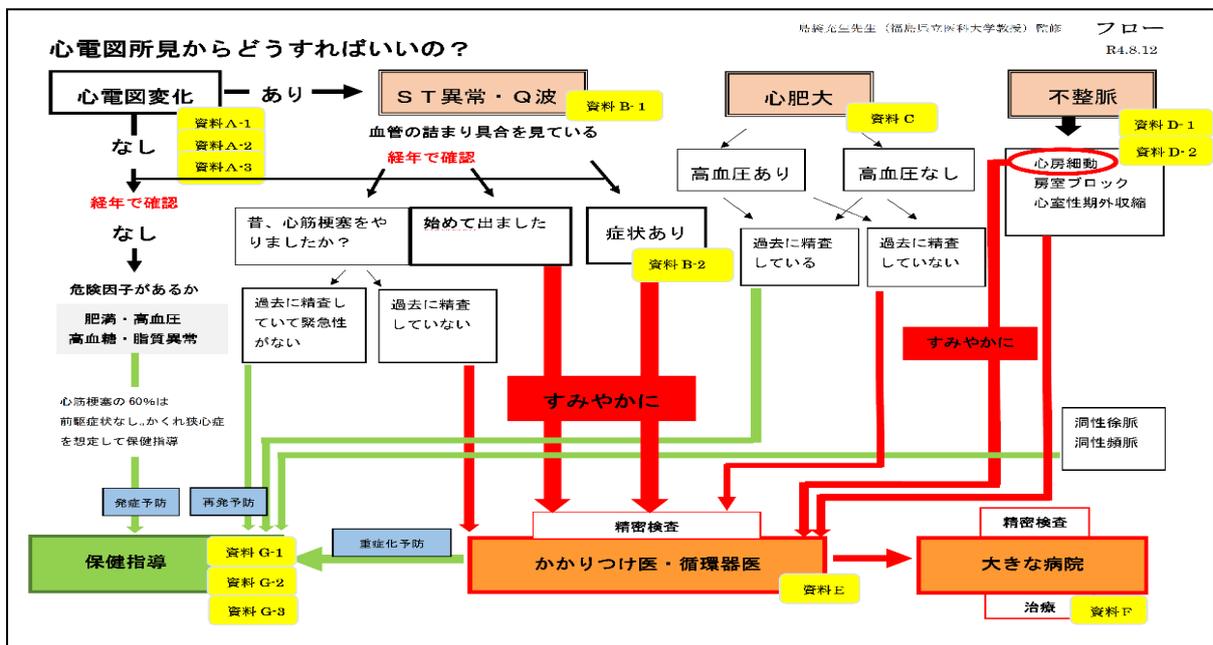
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

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75に基づいて考えます。

図表75 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、心肥大など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異常など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。

R4年度の特健診において、心電図検査を996人(71.6%)に実施し、そのうち有所見者が403人(40.4%)でした。所見の内容は、ST-T変化が49人(12.2%)、左室肥大は11人(2.7%)、そのほかの不整脈の心室性期外収縮は46人(11.4%)でした。(図表76)

また、有所見者のうち要精査が20人(5.0%)で、その後の受診状況をみると10人(50.0%)は未受診でした。(図表77)

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、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 76 心電図検査結果(R4 年度)

性別・年齢	所見	心電図検査				所見内訳															
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
						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		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
内訳	40～74歳	996	71.6%	403	40.5%	40	9.9%	49	12.2%	11	2.7%	102	25.3%	4	1.0%	60	14.9%	8	2.0%	46	11.4%
	男性	420	30.2%	178	42.4%	19	10.7%	15	8.4%	4	2.2%	48	27.0%	4	2.2%	37	20.8%	4	2.2%	22	12.4%
	女性	576	41.4%	225	39.1%	21	9.3%	34	15.1%	7	3.1%	54	24.0%	0	0.0%	24	10.7%	4	1.8%	24	10.7%

豊前市調べ

図表 77 心電図有所見者の医療機関受診状況(R4 年度)

	有所見者(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	403		20	5.0%	10	50.0%	10	50.0%
男性	178	44.2%	8	4.5%	6	75.0%	2	25.0%
女性	225	55.8%	12	5.3%	4	33.3%	8	66.7%

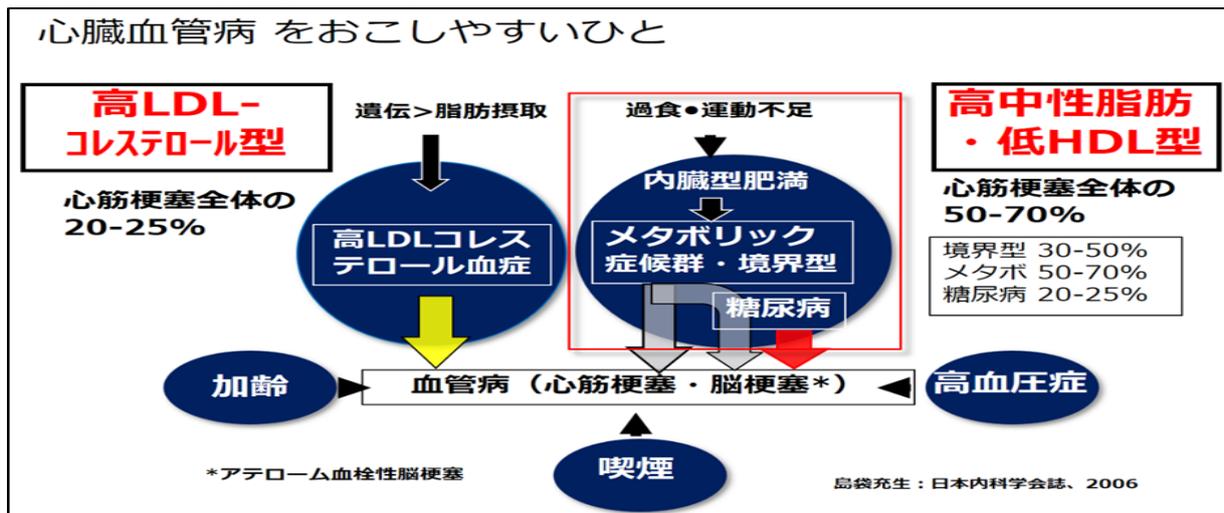
豊前市調べ

② 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がない、または心電図検査を実施していないが、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 78)

図表 78 心血管病をおこしやすいひと



出典：日本内科学会誌 2006

図表 78 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「3. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 72・73)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ(図表 78)

図表 79 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標 (R4 年度)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定 令和04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	
512			233	157	78	44	8	33	44	37	
			45.5%	30.7%	15.2%	8.6%	6.6%	27.0%	36.1%	30.3%	
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)	78	34	21	14	9	4	19	0	0
			15.2%	14.6%	13.4%	17.9%	20.5%	50.0%	57.6%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	263	108	88	42	25	4	12	30	21
			51.4%	46.4%	56.1%	53.8%	56.8%	50.0%	36.4%	68.2%	56.8%
高リスク	120未満 (150未満)	149	77	42	20	10	0	2	13	15	
		29.1%	33.0%	26.8%	25.6%	22.7%	0.0%	6.1%	29.5%	40.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	再掲	100未満 (130未満) ※1	11	9	1	1	0	0	0	0	1
			2.1%	3.9%	0.6%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%
100未満 (130未満) ※2			22	14	6	2	0	0	0	1	1
			4.3%	6.0%	3.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	2.7%

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

高コレステロール血症は、虚血性心疾患の発症因子です。令和4年度の健診結果をみると、未治療者で LDL160 mg/dl 以上は 122 人(23.8%)で、50 歳以上が 90%以上を占めていました。また、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の高リスク者は 30 人で、60 代以上で 28 人おり、高齢になるにつれてリスクが高くなっていることがわかります。(図表 79)

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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て介入するために、今後も二次健診を継続して実施し、重症化予防を目指します。

検査内容：

- 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)
- ② 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)
- ③ 75g 糖負荷検査(高インスリン状態を見る検査)

※対象者は 1. 糖尿病性腎症重症化予防の二次健診対象者と同じ。

(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、管理台帳を作成し経過を把握します。

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の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～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

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

2) 事業の実施

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

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

② 地域を担当する保健師を配置し、前年度の医療、介護、健診のデータのない方や健診受診者で高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、生活習慣病重症化予防のため、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を引き続き行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

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。生活習慣は小児期に確立することから、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防が重要です。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるだけでなく、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

本市においては、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ることが必要です。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか。 (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

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、市のホームページや広報誌を通じた周知のほか、豊前築上医師会等の関係団体経由で医療機関等へ冊子を配布するなど周知に努めます。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた豊前市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

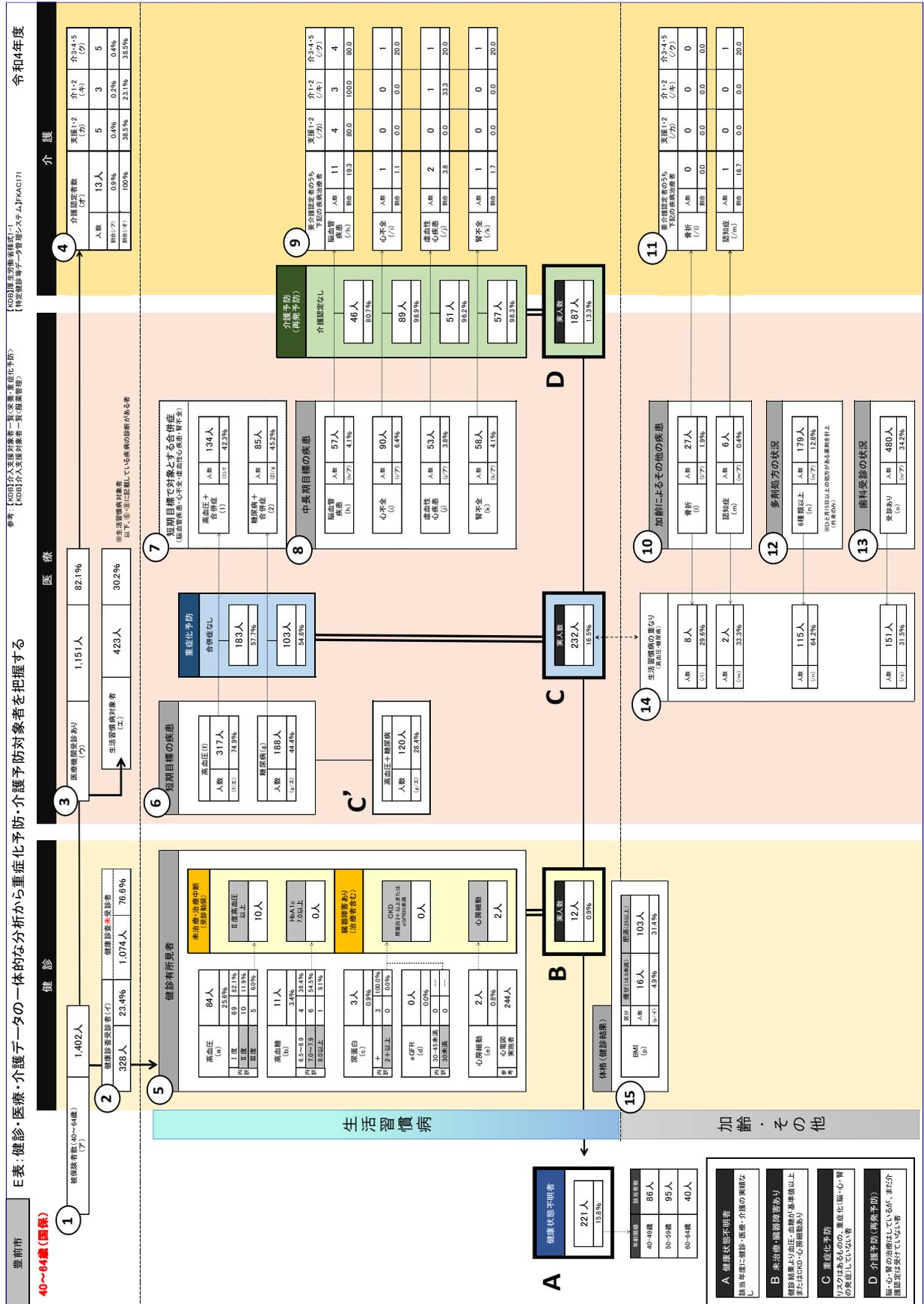
参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた豊前市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた豊前市の位置										R04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		24,243		9,014,657		4,968,674		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			65歳以上(高齢化率)	9,127	37.6	3,263,279	36.2	1,395,142	28.1	35,335,805	28.7								
			75歳以上	4,883	20.1	--	--	699,717	14.1	18,248,742	14.8								
			65~74歳	4,244	17.5	--	--	695,425	14.0	17,087,063	13.9								
			40~64歳	7,508	31.0	--	--	1,608,951	32.4	41,545,893	33.7								
	39歳以下	7,608	31.4	--	--	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6										
	②	産業構成	第1次産業	6.4		10.7		2.9		4.0		KDB_NO.3							
			第2次産業	31.8		27.3		21.2		25.0		健診・医療・介護データからみる地域の健康課題							
			第3次産業	61.8		62.0		75.9		71.0									
	③	平均寿命	男性	80.6		80.4		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
女性			87.1		86.9		87.2		87.0										
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.4		79.7		80.1		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
		女性	84.0		84.3		84.6		84.4										
2	①	死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	男性	101.7		103.4		101.2		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握						
				女性	99.6		101.4		97.8		100								
			死因	がん	79	42.2	34,996	47.8	15,677	55.7	378,272	50.6							
				心臓病	69	36.9	21,437	29.3	6,458	22.9	205,485	27.5							
				脳疾患	23	12.3	10,886	14.9	3,576	12.7	102,900	13.8							
				糖尿病	3	1.6	1,391	1.9	596	2.1	13,896	1.9							
				腎不全	7	3.7	2,819	3.9	1,024	3.6	26,946	3.6							
	自殺	6		3.2	1,654	2.3	826	2.9	20,171	2.7									
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	24		5.5		5.138		8.4		129,016	8.2						
			男性	13		7.2		3.313		11		84,891	10.6						
女性			11		4.3		1,825		5.9		44,125	5.7							
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)		1,545		17.1		619,810		19.1		277,144	19.9	6,724,030	19.4			
			新規認定者		22		0.3		10,081		0.3		4,582		0.3		110,289	0.3	
			介護度別 総件数	要支援1.2	5,506		16.3		1,984,426		14.3		1,041,029		15.1		21,785,044		12.9
				要介護1.2	15,600		46.2		6,527,659		47.0		3,219,908		46.8		78,107,378		46.3
				要介護3以上	12,629		37.4		5,384,278		38.7		2,621,837		38.1		68,963,503		40.8
	2号認定者		18		0.24		10,759		0.37		5,495		0.34		156,107		0.38		
	②	有病状況	糖尿病	416		25.1		154,694		23.8		66,990		23.1		1,712,613		24.3	
			高血圧症	942		57.9		352,398		54.8		156,979		54.4		3,744,672		53.3	
			脂質異常症	537		33.3		203,112		31.2		96,408		33.2		2,308,216		32.6	
			心臓病	1,055		66.0		397,324		61.9		175,116		60.8		4,224,628		60.3	
脳疾患			371		23.6		151,330		23.9		68,049		23.8		1,568,292		22.6		
がん			181		12.0		74,764		11.4		35,599		12.3		837,410		11.8		
筋・骨格			918		57.1		350,465		54.5		158,168		55.0		3,748,372		53.4		
精神	663		42.5		246,296		38.6		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		273,393		2,495,253,978		300,230		979,734,915,124		291,818		407,127,115,803		290,668		1,007,424,226,889	
		1件当たり給付費(全体)		73,966		70,503		59,152		59,662									
		居宅サービス		45,168		43,936		41,206		41,272									
		施設サービス		284,048		291,914		298,399		296,364									
④	医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	9,790		9,043		9,394		8,610									
		認定なし	4,557		4,284		4,251		4,020										
4	①	国保の状況	被保険者数		5,100		2,020,054		1,049,804		27,488,882								
			65~74歳	2,754		54.0		424,591		40.4		11,129,271		40.5					
			40~64歳	1,426		28.0		330,002		31.4		9,088,015		33.1					
			39歳以下	920		18.0		295,211		28.1		7,271,596		26.5					
	加入率		21.0		22.4		21.1		22.3										
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	2		0.4		873		0.4		456		0.4		8,237		0.3	
			診療所数	28		5.5		7,141		3.5		4,711		4.5		102,599		3.7	
			病床数	472		92.5		136,833		67.7		82,664		78.7		1,507,471		54.8	
			医師数	36		7.1		19,511		9.7		16,784		16.0		339,611		12.4	
			外来患者数	838.1		728.3		721.4		687.8									
入院患者数	30.0		23.6		21.2		17.7												
③	医療費の 状況	一人当たり医療費		447,904		394,521		355,059		339,680									
		受診率		868.042		751.942		742.544		705.439									
		外 来	費用の割合	51.1		56.7		56.1		60.4									
			件数の割合	96.5		96.9		97.1		97.5									
		入 院	費用の割合	48.9		43.3		43.9		39.6									
件数の割合	3.5		3.1		2.9		2.5												
1件あたり在院日数		18.0日		17.1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	345,781,280	26.6	31.3	32.1	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題					
			慢性腎不全(透析あり)	38,212,010	2.9	7.5	4.7	8.2						
			糖尿病	123,676,820	9.5	10.8	9.7	10.4						
			高血圧症	101,813,480	7.8	6.3	6.1	5.9						
			脂質異常症	66,886,400	5.1	3.8	4.5	4.1						
			脳梗塞・脳出血	59,647,380	4.6	3.9	3.9	3.9						
			狭心症・心筋梗塞	34,186,360	2.6	2.6	2.6	2.8						
			精神	298,619,490	23.0	16.2	18.0	14.7						
			筋・骨格	221,599,610	17.1	16.7	17.2	16.7						
			5	⑤	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	1,165		0.5	380	0.2	436	0.3
糖尿病	1,354	0.6					1,531	0.9	1,503	1.0	1,144	0.9		
脂質異常症	51	0.0					89	0.1	98	0.1	53	0.0		
脳梗塞・脳出血	10,888	5.0					7,151	4.2	6,225	4.0	5,993	4.5		
虚血性心疾患	4,793	2.2					4,385	2.6	3,899	2.5	3,942	2.9		
腎不全	2,947	1.3			4,815	2.8	2,879	1.8	4,051	3.0				
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			18,798	8.2	13,011	5.8	10,862	5.5	10,143	4.9		
		糖尿病			23,745	10.4	22,014	9.8	17,042	8.6	17,720	8.6		
		脂質異常症			13,064	5.7	7,959	3.6	8,242	4.1	7,092	3.5		
		脳梗塞・脳出血			807	0.4	1,056	0.5	988	0.5	825	0.4		
		虚血性心疾患	2,898	1.3	1,975	0.9	1,826	0.9	1,722	0.8				
腎不全	8,172	3.6	18,492	8.3	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	2,799		2,592		1,757		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題		
				健診未受診者	15,871		13,920		14,605		13,295			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,401		7,237		4,913		6,142			
				健診未受診者	36,303		38,862		40,836		40,210			
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	770	60.8	349,416	57.5	133,935	56.7	3,915,807	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			医療機関受診率	697	55.1	316,479	52.1	123,882	52.5	3,574,378	52.0			
			医療機関非受診率	73	5.8	32,937	5.4	10,053	4.3	341,429	5.0			
5	①-⑱	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 280市町村	健診受診者	1,266		607,815		236,035		6,874,715		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	34.2	県内45位 同規模224位	40.9	35.0	全国34位	37.6				
			特定保健指導終了者(実施率)	87	68.5	28,762	41.7	10,227	38.5	200,147	24.6			
			非肥満高血糖	98	7.7	65,018	10.7	19,306	8.2	620,920	9.0			
			メタボ	該当者	300	23.7	129,545	21.3	47,905	20.3	1,394,679		20.3	
				男性	183	34.0	89,587	32.7	33,029	32.7	974,740		32.0	
				女性	117	16.1	39,958	12.0	14,876	11.0	419,939		11.0	
				予備群	123	9.7	65,857	10.8	27,314	11.6	772,552		11.2	
				男性	83	15.4	46,102	16.8	18,671	18.5	545,269		17.9	
			女性	40	5.5	19,755	5.9	8,643	6.4	227,283	5.9			
			メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	460	36.3	213,414	35.1	83,984	35.6		2,402,739	35.0
					男性	291	54.1	147,964	54.0	57,488	56.9		1,683,310	55.3
				女性	169	23.2	65,450	19.6	26,496	19.6	719,429		18.8	
				BMI	総数	62	4.9	32,126	5.3	9,065	3.8		323,039	4.7
					男性	14	2.6	5,023	1.8	1,329	1.3		51,832	1.7
				女性	48	6.6	27,103	8.1	7,736	5.7	271,207		7.1	
				血糖のみ	7	0.6	4,054	0.7	1,523	0.6	43,981		0.6	
				血圧のみ	91	7.2	47,186	7.8	19,025	8.1	544,462		7.9	
				脂質のみ	25	2.0	14,617	2.4	6,766	2.9	184,109		2.7	
血糖・血圧	39	3.1		20,231	3.3	6,859	2.9	205,051	3.0					
血糖・脂質	17	1.3		6,682	1.1	2,581	1.1	70,941	1.0					
血圧・脂質	132	10.4		58,708	9.7	23,198	9.8	664,823	9.7					
血糖・血圧・脂質	112	8.8		43,924	7.2	15,267	6.5	453,864	6.6					
高血圧	500	39.5		238,133	39.2	83,959	35.6	2,447,012	35.6					
糖尿病	181	14.3	60,491	10.0	21,388	9.1	594,898	8.7						
脂質異常症	417	32.9	177,709	29.2	66,542	28.2	1,914,768	27.9						
6	①-②	問診の状況	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	39	3.3	19,284	3.3	8,115	3.5	208,631	3.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	98	8.3	35,029	5.9	14,699	6.3	367,800	5.5			
6	③-⑱	生活習慣の 状況	腎不全	5	0.4	5,417	0.9	2,533	1.1	54,301	0.8			
			貧血	88	7.5	58,539	10.0	26,554	11.4	706,690	10.7			
			喫煙	162	12.8	78,410	12.9	33,153	14.0	948,511	13.8			
			週3回以上朝食を抜く	111	9.4	44,906	7.9	28,828	12.9	648,921	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回以上食後前夕食(H30～)	155	13.1	85,899	15.0	33,280	14.9	985,237	15.8			
			週3回以上就寝前夕食	155	13.1	85,899	15.0	33,280	14.9	985,237	15.8			
			食べる速度が速い	317	26.8	153,564	26.8	62,975	28.1	1,672,149	26.8			
			20歳時体重から10kg以上増加	444	37.6	199,197	34.7	79,460	35.4	2,190,989	35.0			
			1回30分以上運動習慣なし	740	62.6	359,559	62.7	129,659	57.8	3,777,098	60.4			
			1日1時間以上運動なし	623	52.8	272,485	47.3	107,552	48.0	3,004,715	48.0			
			睡眠不足	283	24.0	143,711	25.0	55,072	24.6	1,599,845	25.6			
			毎日飲酒	301	25.5	148,829	25.4	58,757	25.4	1,671,390	25.5			
			時々飲酒	229	19.4	120,277	20.5	55,432	23.9	1,475,561	22.5			
⑱	一日 飲酒 量	1合未満	428	63.1	238,439	62.8	102,691	64.3	2,997,474	64.1				
		1～2合	131	19.3	95,418	25.1	39,951	25.0	1,110,546	23.7				
		2～3合	101	14.9	36,197	9.5	13,625	8.5	438,404	9.4				
		3合以上	18	2.7	9,465	2.5	3,476	2.2	130,123	2.8				

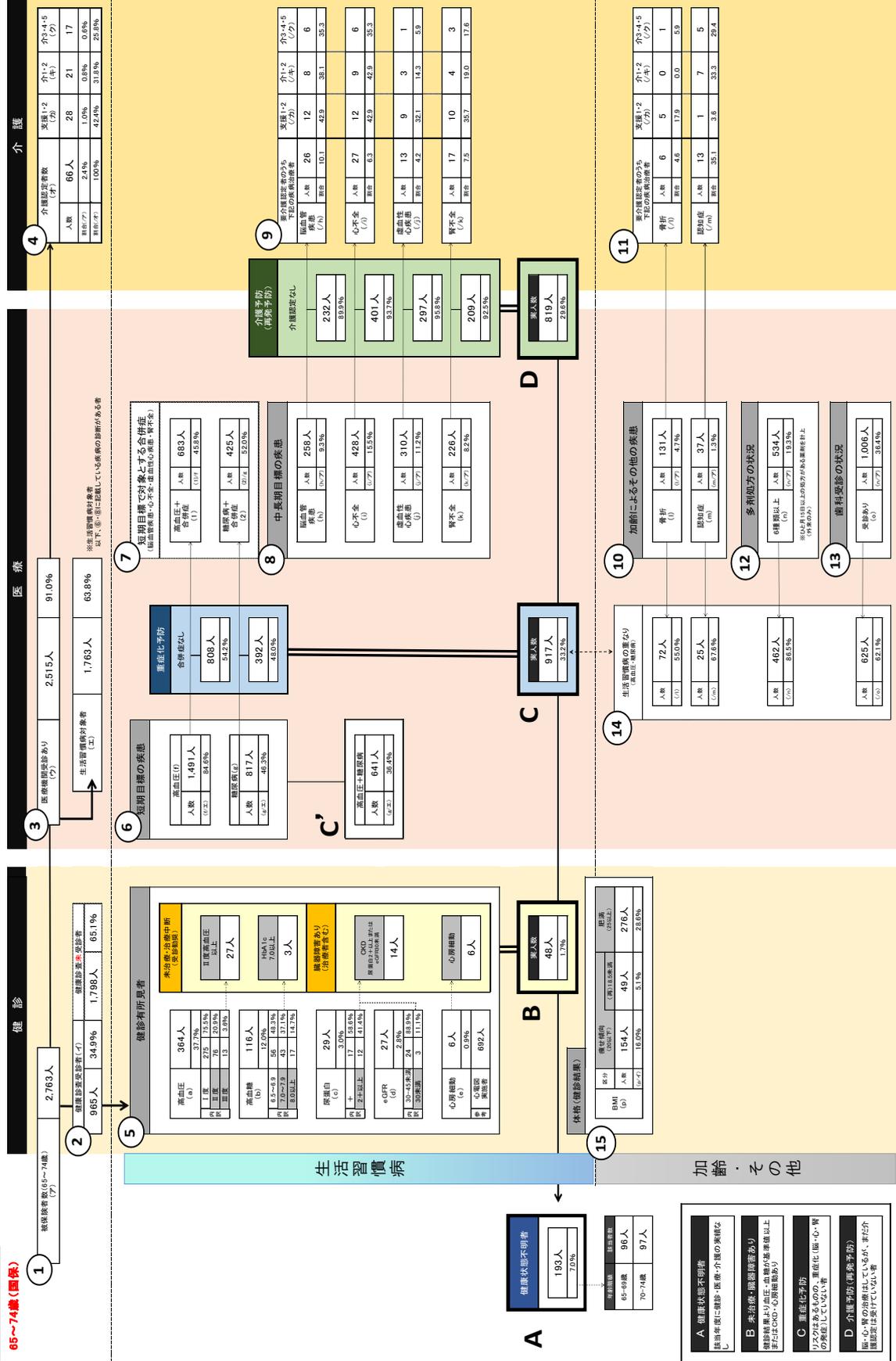
参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

① 40～64歳(国保)



② 65～74歳(国保)

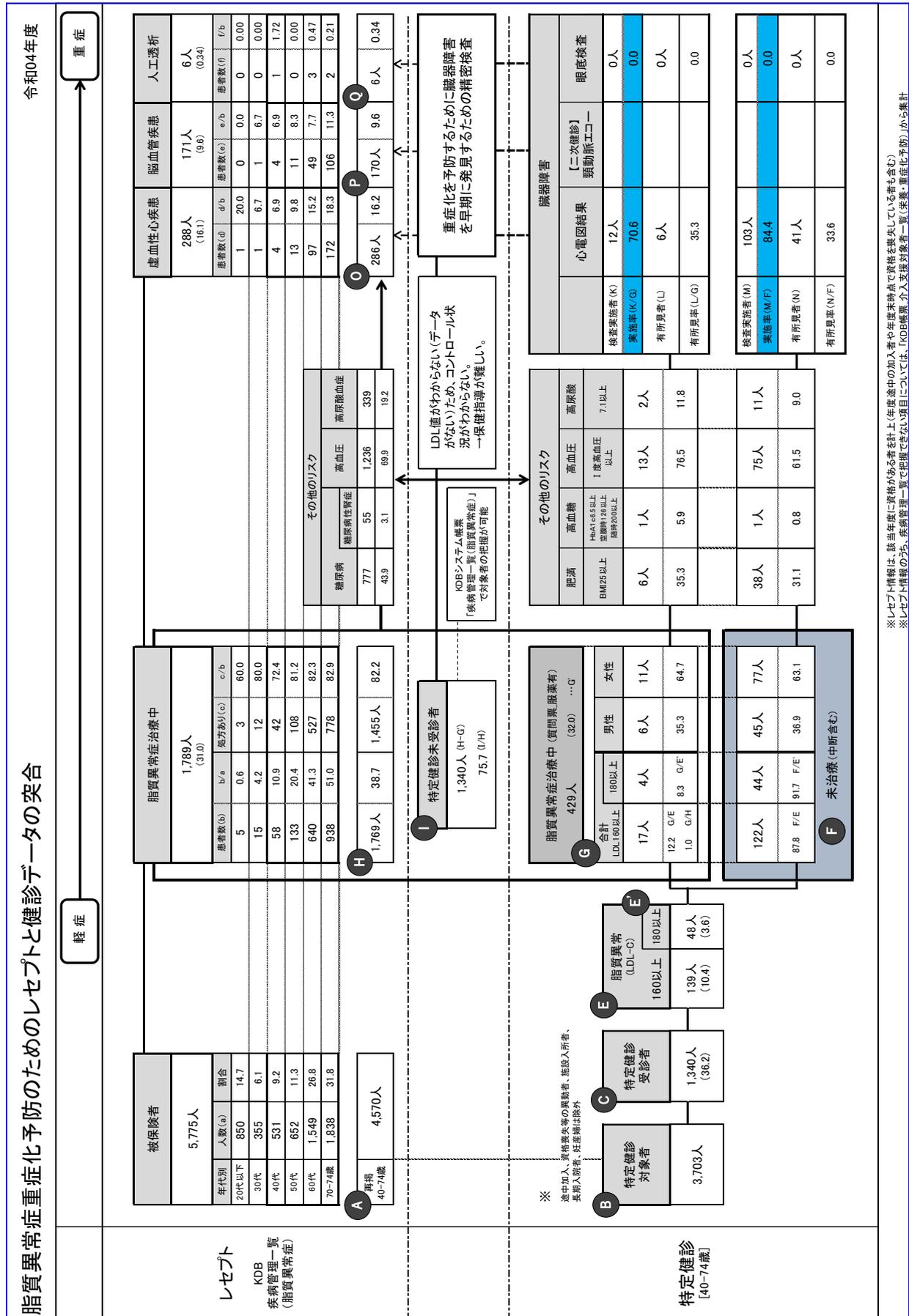
E表: 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	実数	割合	豊前市								同規模保険者(平均)		データ基		
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度				
			実数	割合											
1 被保険者数	①	6,048人		5,845人		5,678人		5,617人		5,345人		KDB 厚生労働省様式様式3-2			
	② (再掲)40-74歳	4,956人		4,807人		4,680人		4,633人		4,428人					
2 特定健診	① 対象者数	4,338人		4,214人		4,173人		4,015人		3,755人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況報告書			
	② 受診者数	1,482人		1,657人		1,059人		1,351人		1,295人					
	③ 受診率	34.2%		39.3%		25.4%		33.6%		34.5%					
3 特定保健指導	① 対象者数	148人		165人		111人		152人		135人					
	② 実施率	68.2%		62.4%		63.1%		72.4%		66.7%					
4 健診データ	① 糖尿病型	E	241人	16.3%	317人	19.1%	203人	19.2%	242人	17.9%	237人	18.3%	特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	69人	28.6%	80人	25.2%	54人	26.6%	66人	27.3%	46人	19.4%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	172人	71.4%	237人	74.8%	149人	73.4%	176人	72.7%	191人	80.6%			
	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	71人	41.3%	99人	41.8%	65人	43.6%	90人	51.1%	65人	34.0%			
	⑤ 血圧 130/80以上	J	42人	59.2%	55人	55.6%	41人	63.1%	61人	67.8%	47人	72.3%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	31人	43.7%	46人	46.5%	30人	46.2%	46人	51.1%	34人	52.3%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	101人	58.7%	138人	58.2%	84人	56.4%	86人	48.9%	126人	66.0%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	205人	85.1%	259人	81.7%	162人	79.8%	204人	84.3%	205人	86.5%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	13人	5.4%	19人	6.0%	22人	10.8%	15人	6.2%	13人	5.5%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	13人	5.4%	24人	7.6%	12人	5.9%	18人	7.4%	15人	6.3%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	2人	0.8%	6人	1.9%	6人	3.0%	2人	0.8%	3人	1.3%			
5 レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		129.3人		133.1人		122.6人		139.9人		145.9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)		156.8人		160.2人		147.2人		167.9人		175.0人				
	③ レセプト件数(40-74歳)		4,895件(1024.3)		4,870件(1047.5)		4,679件(1017.8)		4,696件(1066.8)		4,594件(1099.0)	1,557,522件(951.6)	KDB 疾病別医療費分析(生活習慣病)		
	④ 入院外(件数)		24件(5.0)		24件(5.2)		17件(3.7)		22件(5.0)		15件(3.6)	7,406件(4.5)			
	⑤ 糖尿病治療中		782人	12.9%	778人	13.3%	696人	12.3%	786人	14.0%	780人	14.6%	KDB 厚生労働省様式様式3-2		
	⑥ (再掲)40-74歳	H	777人	15.7%	770人	16.0%	689人	14.7%	778人	16.8%	775人	17.5%			
	⑦ 健診未受診者	I	605人	77.9%	598人	77.7%	540人	78.4%	602人	77.4%	584人	75.4%			
	⑧ インスリン治療	O	71人	9.1%	72人	9.3%	67人	9.6%	70人	8.9%	64人	8.2%			
	⑨ (再掲)40-74歳	O	70人	9.0%	69人	9.0%	65人	9.4%	69人	8.9%	64人	8.3%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	45人	5.8%	47人	6.0%	48人	6.9%	49人	6.2%	44人	5.6%			
	⑪ (再掲)40-74歳	L	44人	5.7%	47人	6.1%	47人	6.8%	49人	6.3%	44人	5.7%			
	⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		4人	0.5%	7人	0.9%	5人	0.7%	5人	0.6%	6人	0.8%			
	⑬ (再掲)40-74歳		4人	0.5%	7人	0.9%	5人	0.7%	5人	0.6%	6人	0.8%			
	⑭ 新規透析患者数		7人		5人	71.4%	2人	40.0%	5人	100%	4人	66.6%			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2人	28.5%	2人	40.0%	0人	0%	2人	40.0%	1人	25.0%			
	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)				20人	1.7%	31人	2.7%	33人	2.5%	33人	2.4%	KDB 厚生労働省様式様式3-2 Ⅱ後期		
6 医療費	① 総医療費		23億7437万円		23億7420万円		22億1585万円		22億2987万円		22億0431万円	28億4626万円	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		14億1406万円		14億0481万円		12億3921万円		12億6593万円		12億9888万円	15億3700万円			
	③ (総医療費に占める割合)		59.6%		59.2%		55.9%		56.8%		56.9%	54.0%			
	④ 生活習慣病対象者一人あたり		6,468円		8,280円		3,764円		5,936円		6,401円	7,237円			
	⑤ 健診未受診者		34,591円		30,615円		32,030円		34,448円		36,303円	38,862円			
	⑥ 糖尿病医療費		1億3258万円		1億3391万円		1億2544万円		1億2602万円		1億2368万円	1億6596万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		9.4%		9.5%		10.1%		10.0%		9.5%	10.8%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億1352万円		3億1759万円		3億2458万円		3億2785万円		3億2593万円				
	⑨ 1件あたり		30,424円		31,535円		31,868円		31,337円		31,814円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		3億6771万円		2億8986万円		2億8030万円		2億6470万円		2億4932万円				
	⑪ 1件あたり		619,048円		554,227円		597,646円		558,436円		589,420円				
	⑫ 在院日数		20日		20日		20日		19日		20日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		5683万円		6851万円		3601万円		3789万円		4101万円	1億2396万円			
	⑭ 透析有り		4485万円		5645万円		3140万円		3442万円		3821万円	1億1532万円			
	⑮ 透析なし		1198万円		1206万円		461万円		347万円		279万円	863万円			
7 介護	① 介護給付費		25億0226万円		25億2162万円		25億8092万円		25億7812万円		24億9525万円	34億9905万円			
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1人	10.0%	0件	0.0%	1件	8.3%	1件	8.3%	0件	0.0%			
8 死亡	① 糖尿病(死因別死亡数)		4人	1.1%	4人	1.1%	8人	2.2%	6人	1.6%	3人	0.8%	2,819人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

参考資料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



脂質異常症治療中 (質問票調査者)

検査実施者(M)	実施率(M/F)	有所見者(N)	有所見率(N/F)
103人	84.4	41人	0.0
33.6	41.1	0.0	0.0

参考資料7 HbA1Cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	1,232	510	41.4%	480	39.0%	162	13.1%	41	3.3%	21	1.7%	18	1.5%	25	2.0%	13	1.1%
H30	1,485	517	34.8%	572	38.5%	247	16.6%	71	4.8%	56	3.8%	22	1.5%	42	2.8%	17	1.1%
R01	1,636	498	30.4%	627	38.3%	296	18.1%	110	6.7%	73	4.5%	32	2.0%	63	3.9%	22	1.3%
R02	1,053	362	34.4%	374	35.5%	177	16.8%	68	6.5%	48	4.6%	24	2.3%	50	4.7%	16	1.5%
R03	1,360	522	38.4%	483	35.5%	185	13.6%	71	5.2%	69	5.1%	30	2.2%	67	4.9%	14	1.0%
R04	1,306	544	41.7%	438	33.5%	192	14.7%	62	4.7%	52	4.0%	18	1.4%	39	3.0%	16	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	再掲	再掲	
H29	1,232	510	480	162	80	28	52	6.5%	3.2%	6.5%
H30	1,485	517	572	247	149	51	98	10.0%	5.3%	10.0%
R01	1,636	498	627	296	215	70	145	13.1%	6.4%	13.1%
R02	1,053	362	374	177	140	47	93	13.3%	6.8%	13.3%
R03	1,360	522	483	185	170	54	116	12.5%	7.3%	12.5%
R04	1,306	544	438	192	132	36	96	10.1%	5.4%	10.1%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲					
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		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	87	7.1%	1	1.1%	8	9.2%	26	29.9%	21	24.1%	18	20.7%	13	14.9%	19	21.8%	9	10.3%
	H30	168	11.3%	3	1.8%	15	8.9%	52	31.0%	43	25.6%	40	23.8%	15	8.9%	29	17.3%	11	6.5%
	R01	234	14.3%	5	2.1%	25	10.7%	59	25.2%	64	27.4%	57	24.4%	24	10.3%	48	20.5%	17	7.3%
	R02	146	13.9%	5	3.4%	10	6.8%	38	26.0%	40	27.4%	33	22.6%	20	13.7%	36	24.7%	13	8.9%
	R03	173	12.7%	3	1.7%	24	13.9%	30	17.3%	42	24.3%	49	28.3%	25	14.5%	50	28.9%	11	6.4%
R04	185	14.2%	7	3.8%	21	11.4%	61	33.0%	41	22.2%	42	22.7%	13	7.0%	30	16.2%	11	5.9%	
治療なし	H29	1,145	92.9%	509	44.5%	472	41.2%	136	11.9%	20	1.7%	3	0.3%	5	0.4%	6	0.5%	4	0.3%
	H30	1,317	88.7%	514	39.0%	557	42.3%	195	14.8%	28	2.1%	16	1.2%	7	0.5%	13	1.0%	6	0.5%
	R01	1,402	85.7%	493	35.2%	602	42.9%	237	16.9%	46	3.3%	16	1.1%	8	0.6%	15	1.1%	5	0.4%
	R02	907	86.1%	357	39.4%	364	40.1%	139	15.3%	28	3.1%	15	1.7%	4	0.4%	14	1.5%	3	0.3%
	R03	1,187	87.3%	519	43.7%	459	38.7%	155	13.1%	29	2.4%	20	1.7%	5	0.4%	17	1.4%	3	0.3%
R04	1,121	85.8%	537	47.9%	417	37.2%	131	11.7%	21	1.9%	10	0.9%	5	0.4%	9	0.8%	5	0.4%	

参考資料8 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	1,232	488	39.6%	195	15.8%	271	22.0%	215	17.5%	54	4.4%	9	0.7%
H30	1,552	481	31.0%	257	16.6%	373	24.0%	332	21.4%	95	6.1%	14	0.9%
R01	1,725	456	26.4%	314	18.2%	444	25.7%	395	22.9%	96	5.6%	20	1.2%
R02	1,089	246	22.6%	205	18.8%	256	23.5%	279	25.6%	87	8.0%	16	1.5%
R03	1,398	303	21.7%	229	16.4%	337	24.1%	397	28.4%	105	7.5%	27	1.9%
R04	1,340	325	24.3%	204	15.2%	346	25.8%	357	26.6%	89	6.6%	19	1.4%

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	割合
					再Ⅲ度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	1,232	683 55.4%	271 22.0%	215 17.5%	63 5.1%	38 60.3%	25 39.7%	9 0.7%	7 77.8%	2 22.2%	5.1%
H30	1,552	738 47.6%	373 24.0%	332 21.4%	109 7.0%	67 61.5%	42 38.5%	14 0.9%	9 64.3%	5 35.7%	7.0%
R01	1,725	770 44.6%	444 25.7%	395 22.9%	116 6.7%	63 54.3%	53 45.7%	20 1.2%	10 50.0%	10 50.0%	6.7%
R02	1,089	451 41.4%	256 23.5%	279 25.6%	103 9.5%	56 54.4%	47 45.6%	16 1.5%	12 75.0%	4 25.0%	9.5%
R03	1,398	532 38.1%	337 24.1%	397 28.4%	132 9.4%	73 55.3%	59 44.7%	27 1.9%	13 48.1%	14 51.9%	9.4%
R04	1,340	529 39.5%	346 25.8%	357 26.6%	108 8.1%	59 54.6%	49 45.4%	19 1.4%	12 63.2%	7 36.8%	8.1%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	381	30.9%	95	24.9%	63	16.5%	110	28.9%	88	23.1%	23	6.0%	2	0.5%
	H30	531	34.2%	94	17.7%	82	15.4%	155	29.2%	158	29.8%	37	7.0%	5	0.9%
	R01	667	38.7%	84	12.6%	120	18.0%	212	31.8%	198	29.7%	43	6.4%	10	1.5%
	R02	466	42.8%	60	12.9%	91	19.5%	129	27.7%	139	29.8%	43	9.2%	4	0.9%
	R03	563	40.3%	64	11.4%	92	16.3%	159	28.2%	189	33.6%	45	8.0%	14	2.5%
	R04	522	39.0%	77	14.8%	77	14.8%	161	30.8%	158	30.3%	42	8.0%	7	1.3%
治療なし	H29	851	69.1%	393	46.2%	132	15.5%	161	18.9%	127	14.9%	31	3.6%	7	0.8%
	H30	1,021	65.8%	387	37.9%	175	17.1%	218	21.4%	174	17.0%	58	5.7%	9	0.9%
	R01	1,058	61.3%	372	35.2%	194	18.3%	232	21.9%	197	18.6%	53	5.0%	10	0.9%
	R02	623	57.2%	186	29.9%	114	18.3%	127	20.4%	140	22.5%	44	7.1%	12	1.9%
	R03	835	59.7%	239	28.6%	137	16.4%	178	21.3%	208	24.9%	60	7.2%	13	1.6%
	R04	818	61.0%	248	30.3%	127	15.5%	185	22.6%	199	24.3%	47	5.7%	12	1.5%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	H29	1,232	530	43.0%	313	25.4%	214	17.4%	112	9.1%	63	5.1%
	H30	1,552	697	44.9%	386	24.9%	266	17.1%	116	7.5%	87	5.6%
	R01	1,722	814	47.3%	431	25.0%	259	15.0%	133	7.7%	85	4.9%
	R02	1,086	547	50.4%	244	22.5%	165	15.2%	83	7.6%	47	4.3%
	R03	1,396	673	48.2%	339	24.3%	215	15.4%	113	8.1%	56	4.0%
R04	1,339	703	52.5%	306	22.9%	191	14.3%	91	6.8%	48	3.6%	
男性	H29	489	239	48.9%	121	24.7%	79	16.2%	28	5.7%	22	4.5%
	H30	620	331	53.4%	141	22.7%	82	13.2%	40	6.5%	26	4.2%
	R01	735	397	54.0%	172	23.4%	95	12.9%	49	6.7%	22	3.0%
	R02	466	256	54.9%	100	21.5%	62	13.3%	30	6.4%	18	3.9%
	R03	614	336	54.7%	137	22.3%	87	14.2%	36	5.9%	18	2.9%
R04	571	317	55.5%	133	23.3%	70	12.3%	37	6.5%	14	2.5%	
女性	H29	743	291	39.2%	192	25.8%	135	18.2%	84	11.3%	41	5.5%
	H30	932	366	39.3%	245	26.3%	184	19.7%	76	8.2%	61	6.5%
	R01	987	417	42.2%	259	26.2%	164	16.6%	84	8.5%	63	6.4%
	R02	620	291	46.9%	144	23.2%	103	16.6%	53	8.5%	29	4.7%
	R03	782	337	43.1%	202	25.8%	128	16.4%	77	9.8%	38	4.9%
R04	768	386	50.3%	173	22.5%	121	15.8%	54	7.0%	34	4.4%	

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			割合
					再)180以上	未治療	治療	
H29	1,232	530 43.0%	313 25.4%	214 17.4%	175	157	18	14.2%
					63 5.1%	58 92.1%	5 7.9%	
H30	1,552	697 44.9%	386 24.9%	266 17.1%	203	179	24	13.1%
					87 5.6%	79 90.8%	8 9.2%	
R01	1,722	814 47.3%	431 25.0%	259 15.0%	218	199	19	12.7%
					85 4.9%	77 90.6%	8 9.4%	
R02	1,086	547 50.4%	244 22.5%	165 15.2%	130	111	19	12.0%
					47 4.3%	41 87.2%	6 12.8%	
R03	1,396	673 48.2%	339 24.3%	215 15.4%	169	146	23	12.1%
					56 4.0%	53 94.6%	3 5.4%	
R04	1,339	703 52.5%	306 22.9%	191 14.3%	139	122	17	10.4%
					48 3.6%	44 91.7%	4 8.3%	

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	313	25.4%	193	61.7%	70	22.4%	32	10.2%	13	4.2%	5	1.6%
	H30	444	28.6%	288	64.9%	96	21.6%	36	8.1%	16	3.6%	8	1.8%
	R01	552	32.1%	372	67.4%	107	19.4%	54	9.8%	11	2.0%	8	1.4%
	R02	384	35.4%	267	69.5%	67	17.4%	31	8.1%	13	3.4%	6	1.6%
	R03	448	32.1%	311	69.4%	80	17.9%	34	7.6%	20	4.5%	3	0.7%
R04	429	32.0%	305	71.1%	73	17.0%	34	7.9%	13	3.0%	4	0.9%	
治療なし	H29	919	74.6%	337	36.7%	243	26.4%	182	19.8%	99	10.8%	58	6.3%
	H30	1,108	71.4%	409	36.9%	290	26.2%	230	20.8%	100	9.0%	79	7.1%
	R01	1,170	67.9%	442	37.8%	324	27.7%	205	17.5%	122	10.4%	77	6.6%
	R02	702	64.6%	280	39.9%	177	25.2%	134	19.1%	70	10.0%	41	5.8%
	R03	948	67.9%	362	38.2%	259	27.3%	181	19.1%	93	9.8%	53	5.6%
R04	910	68.0%	398	43.7%	233	25.6%	157	17.3%	78	8.6%	44	4.8%	