

筑前町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

筑前町国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……………1

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

第2章 第2期計画の考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ……10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画の評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期データヘルス計画の考察
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) ……………36

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43

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組
 - 1) 糖尿病性腎症重症化予防
 - 2) 生活習慣病重症化予防
 - 3) 特定健診二次検査
3. 特定健診未受診者対策
4. 重複服薬・多剤投与対策
5. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施
6. 発症予防
7. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し62

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63

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料64

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示第307号)(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、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、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、健康増進計画や医療費適正化計画、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及び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(昭和57年法律第805号)(以下「高確法」という。)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

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

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

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

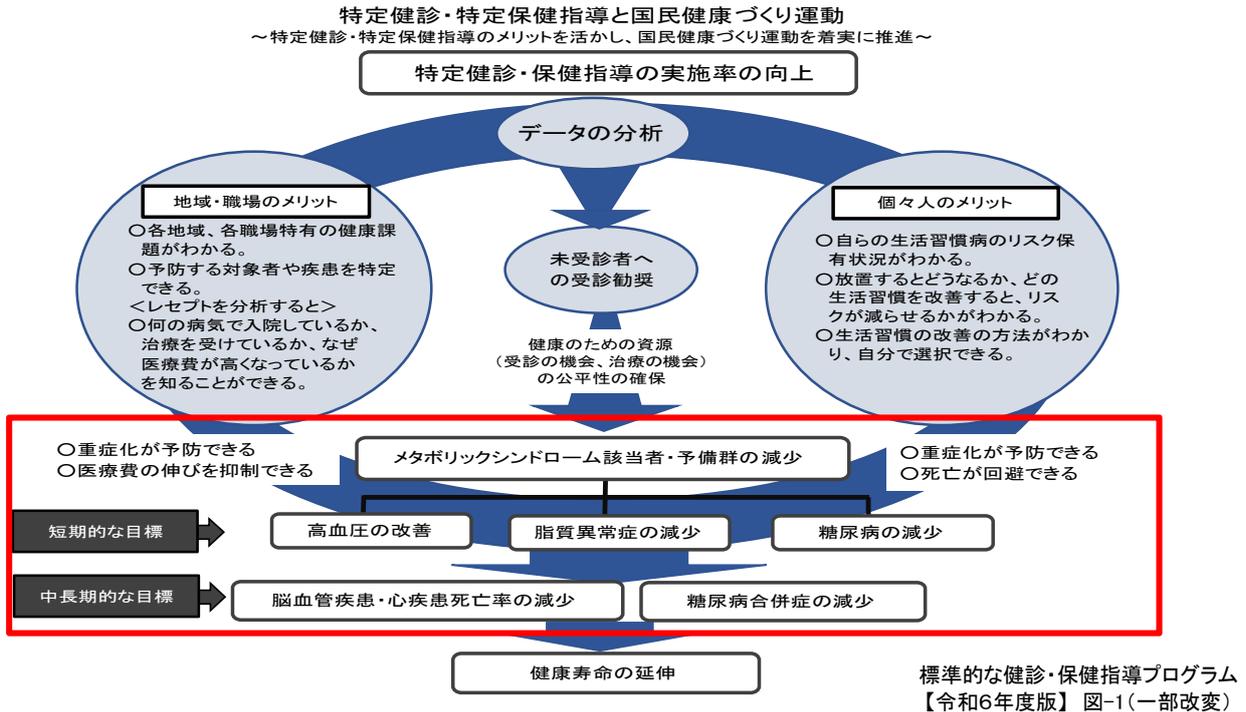
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

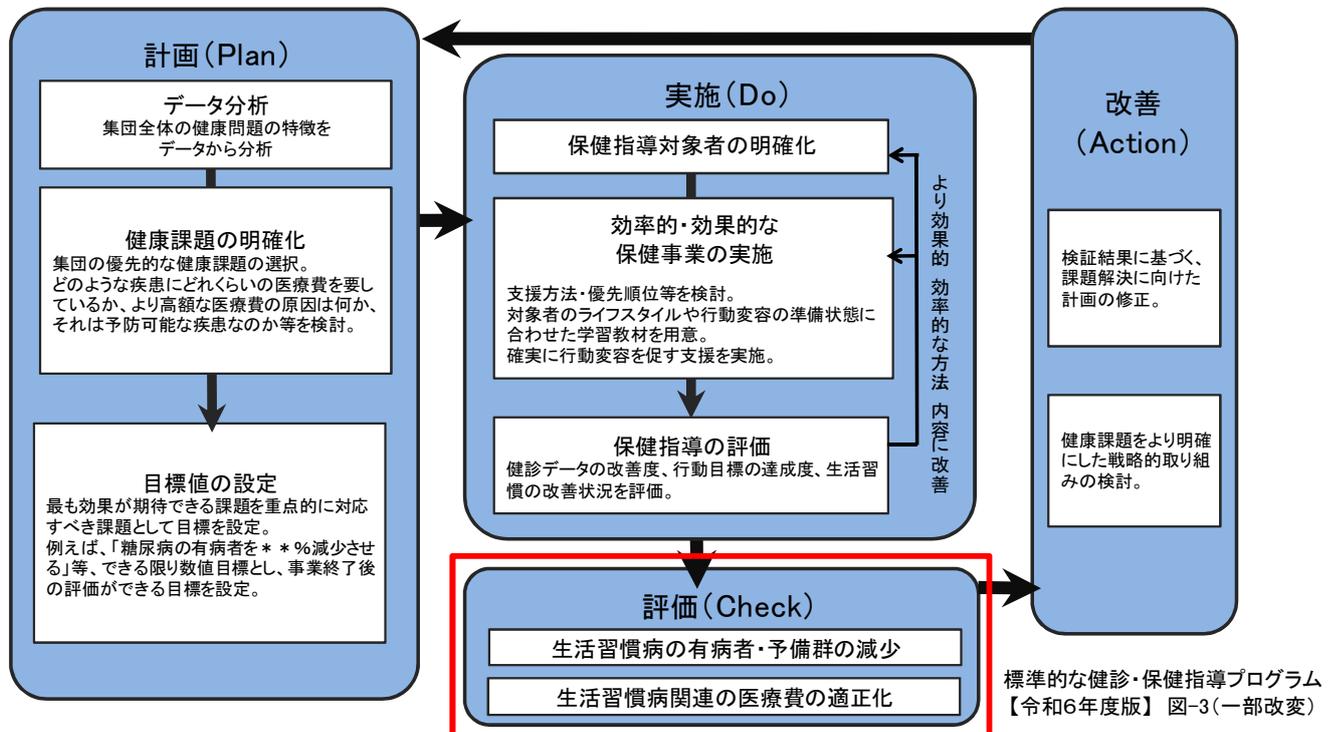
		※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律		健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 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 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病		メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 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	糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価		「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 子ども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・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 (地域の実状に応じた設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等			保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



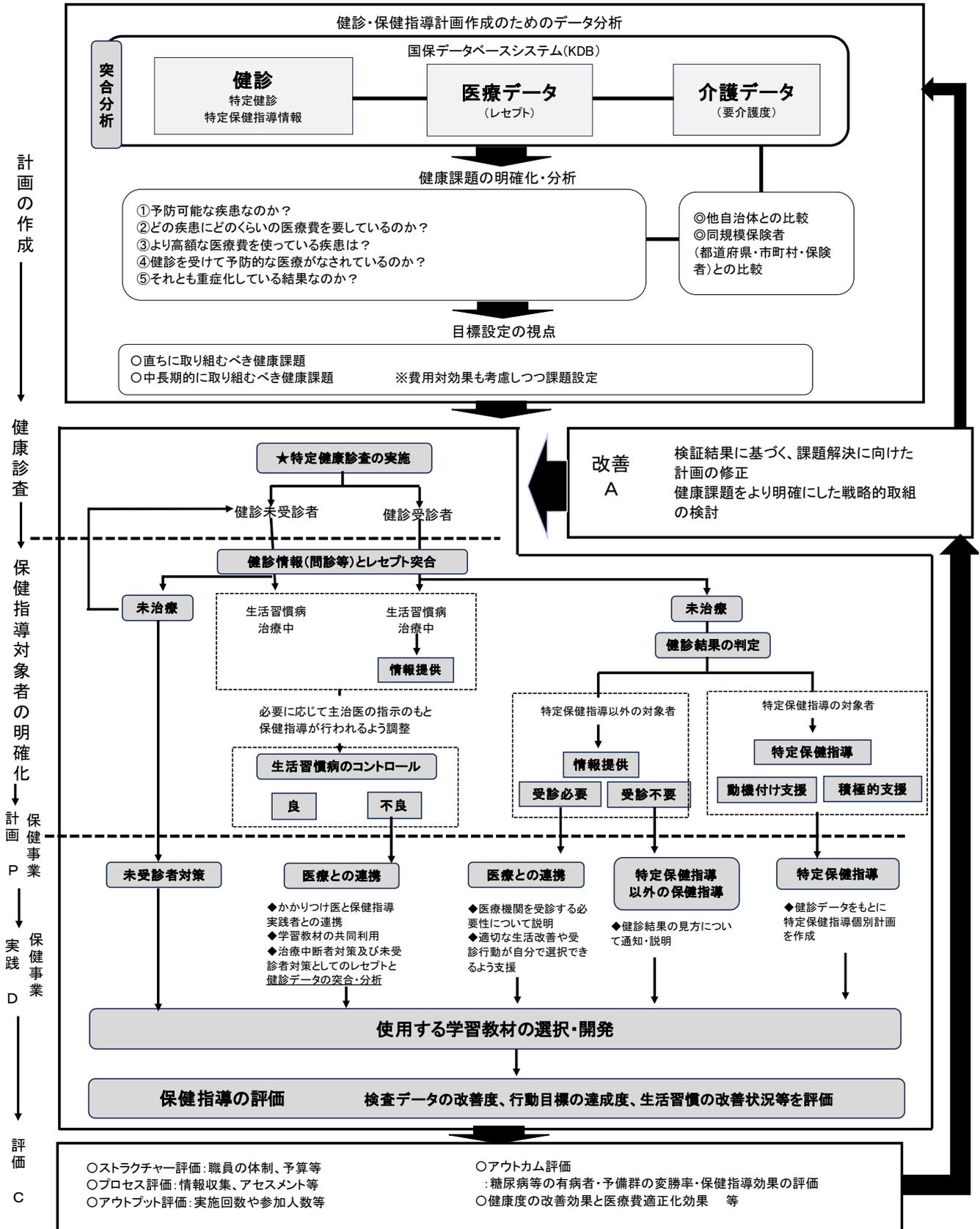
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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

図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

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
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	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 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) </div> <div style="font-size: 2em; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> 行動変容を促す手法 </div>	現在の健診・保健指導
特徴	事業中心の保健指導		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
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		結果を出す保健指導
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		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
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		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。
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。
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		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
実施主体	市町村		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
			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方を整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていことから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

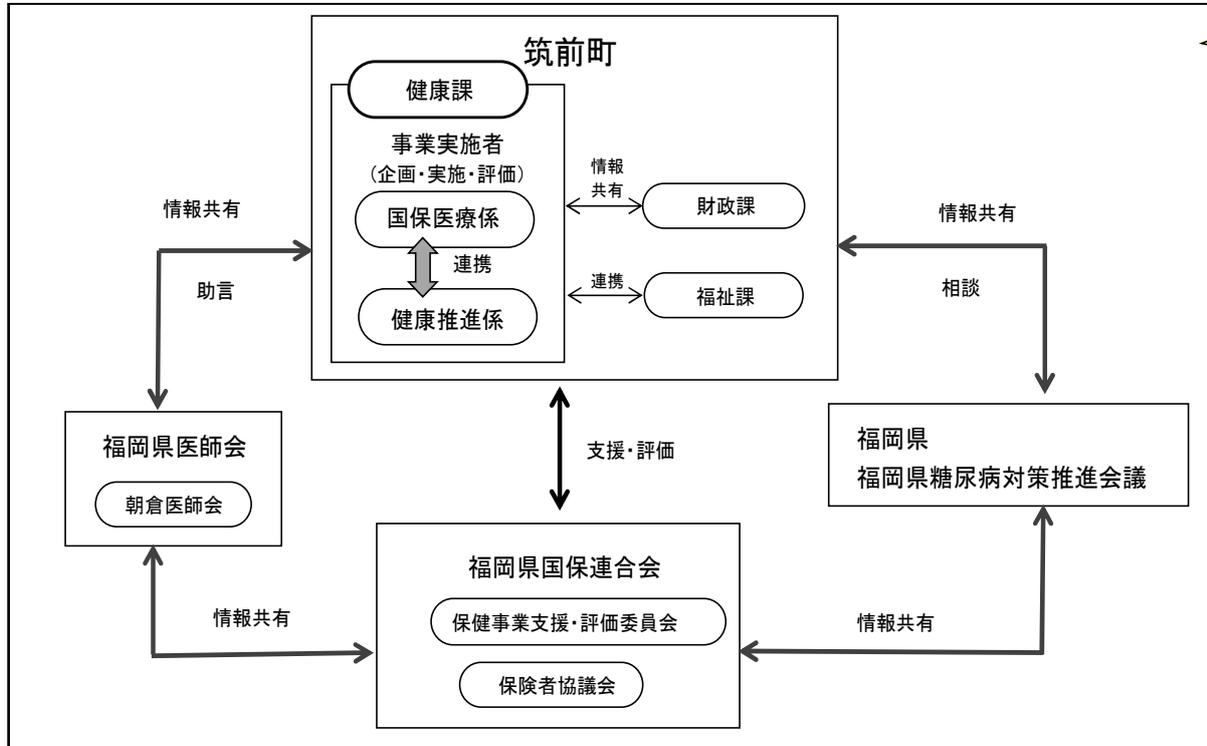
1) 保険者(町)の役割

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、健康課が中心となって健康課題を分析し、関係部署が一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、福祉課や財政課とも十分な連携や情報共有を行うこととします。

さらに、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、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体制を整えます。(図表6・7)

図表6 筑前町の実施体制図



図表7 保健事業体制と主な保健事業の分担

事…事務 保…保健師 管栄…管理栄養士 ●…主担当 △…副担当

	事 (係長)	保	保	保	保 (会計年度)	管栄 (会計年度)	事 (会計年度)
特定健診	●	△	△	△		△	△
保健指導		●	△	△	△	△	
がん検診			△	●			△
予防接種				●		△	△
精神保健			●	△			
健康教育 (出前講座等)			△			●	
一体的実施	△		●			●	
歯科保健			△	●			

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等を進めるに当たり、共同保険者である福岡県のほか、福岡県国保連合会や連合会に設置される保健事業支援・評価委員会や保険者協議会、福岡県医師会や朝倉医師会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等と連携、協力が重要となります。

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

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、計画策定の際には、被保険者が国保運営協議会の委員として参画し、意見交換等を行うことに努めています。

5. 保険者努力支援制度

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

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

図表8 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		筑前町	配点	筑前町	配点	筑前町	配点		
交付額(千円)		14,053		12,031		12,916			
全国順位(1,741市町村中)		136位		441位		397位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	95	70	50	70	85	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70	
		(3)メタリックシフト・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	10	40	40	40	45	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	120	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	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	105	130	105	130	70	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	50	100	50	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	37	40	17	50	22	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	36	95	68	100	71	100	
合計点		718	1,000	640	960	638	940		

第2章 第2期計画の考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本町は、令和2年度国勢調査で人口約3万人、高齢化率 31.3%で、同規模、県、国と比較すると高齢者の割合が高い町です。被保険者の平均年齢は 53.4 歳で、同規模比較ではやや若いものの、県・国との比較では高くなっています。出生率は同規模、県、国と比較すると高くなっていますが、死亡率が出生率を上回っており、今後人口減少と更なる少子高齢化が予測されます。財政指数は国と変わりませんが同規模や県と比較すると低くなっており、産業においては、第1次産業が他より高い割合となっています。(図表9)

国保加入率は 21.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 46%を占めています。(図表 10)

また町内には病院3ヶ所、診療所 18 ヶ所あり、病床数については同規模自治体と比較して多い一方で、医師数は少ない割合となっていますが、外来患者数は同規模自治体や県より多くなっています。(図表 11)

図表9 同規模・県・国と比較した筑前町の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
筑前町	29,522	31.3	6,314 (21.4)	53.4	8.4	10.8	0.5	8.1	25.6	66.3
同規模	—	29.1	20.6	54.2	6.8	10.7	0.7	5.4	28.7	66.0
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

※同規模自治体とは、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、筑前町と同規模保険者(147市町村)の平均値を表す

図表 10 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合								
被保険者数	6,750		6,630		6,671		6,546		6,314	
65～74歳	3,095	45.9	3,103	46.8	3,179	47.7	3,098	47.3	2,924	46.3
40～64歳	2,112	31.3	2,048	30.9	1,975	29.6	1,954	29.9	1,898	30.1
39歳以下	1,543	22.9	1,479	22.3	1,517	22.7	1,494	22.8	1,492	23.6
加入率	23.0		22.6		22.8		22.3		21.4	

出典：KDBシステム 人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 11 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
	実数	割合	同規模	県								
											割合	割合
病院数	3	0.4	3	0.5	3	0.4	3	0.5	3	0.5	0.3	0.4
診療所数	17	2.5	18	2.7	18	2.7	19	2.9	18	2.9	3.1	4.5
病床数	538	79.7	460	69.4	460	69.0	460	70.3	460	72.9	56.1	78.7
医師数	30	4.4	30	4.5	31	4.6	31	4.7	31	4.9	11.1	16.0
外来患者数	765.2		774.7		732.4		769.5		782.4		716.1	721.4
入院患者数	24.9		22.5		22.8		22.6		22.1		19.2	21.2

出典:KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画の評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症)の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の令和4年度の要介護認定者は、第2号(40～64歳)被保険者で17人(認定率0.18%)、第1号(65歳以上)被保険者で1,347人(認定率14.6%)と同規模自治体・県・国と比較すると低く、平成30年度と比べても低く推移しています。(図表12)

しかし、団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給費は、約19億1千万円から約19億6千万円に伸びています。(図表13)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約8割、第1号被保険者でも約5割以上の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表 12 要介護認定者(率)の状況

	筑前町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	8,270人	28.2%	9,238人	31.3%	29.1%	28.1%	28.7%
2号認定者	41人	0.43%	17人	0.18%	0.35%	0.34%	0.38%
新規認定者	13人		1人		--	--	--
1号認定者	1,336人	16.2%	1,347人	14.6%	17.0%	19.9%	19.4%
新規認定者	210人		218人		--	--	--
再掲	65～74歳	154人	3.6%	132人	2.8%	--	--
新規認定者	40人		33人		--	--	--
75歳以上	1,182人	29.4%	1,215人	27.0%	--	--	--
新規認定者	170人		185人		--	--	--

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 介護給付費の変化

	筑前町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	19億1390万円	19億6502万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	231,427	212,710	259,723	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	68,774	66,260	63,000	59,152	59,662
居宅サービス	38,822	38,624	41,449	41,206	41,272
施設サービス	283,836	287,136	292,001	298,399	296,364

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		17		132		1,216		1,348				
再)国保・後期		9		104		1,110		1,214				
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	疾患	順位	脳卒中	7	脳卒中	54	脳卒中	598	脳卒中	652	脳卒中	659
				77.8%		51.9%		53.9%		53.7%		53.9%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	29	虚血性心疾患	472	虚血性心疾患	501	虚血性心疾患	501
			0.0%		27.9%		42.5%		41.3%		41.0%	
		3	腎不全	0	腎不全	22	腎不全	197	腎不全	219	腎不全	219
		0.0%		21.2%		17.7%		18.0%		17.9%		
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	17	糖尿病合併症	168	糖尿病合併症	185	糖尿病合併症	185
			0.0%		16.3%		15.1%		15.2%		15.1%	
	基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		8	基礎疾患	91	基礎疾患	1,069	基礎疾患	1,160	基礎疾患	1,168	
		88.9%		87.5%		96.3%		95.6%		95.5%		
血管疾患合計		9	合計	93	合計	1,084	合計	1,177	合計	1,186		
	100.0%		89.4%		97.7%		97.0%		97.0%			
認知症		1	認知症	28	認知症	607	認知症	635	認知症	636		
	11.1%		26.9%		54.7%		52.3%		52.0%			
筋・骨格疾患		9	筋骨格系	90	筋骨格系	1,062	筋骨格系	1,152	筋骨格系	1,161		
	100.0%		86.5%		95.7%		94.9%		94.9%			

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者が減少していること及びコロナ禍の影響もあり総医療費は平成 30 年度と令和4年度を比較すると約1億円減少していますが、年間の一人あたり医療費は微増しており、同規模自治体とほぼ変わらず、県や国よりも高くなっています。また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約4万円も高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数^{※7}をみると、国民健康保険では入院・外来ともに平成 30 年度より低くなっていますが、後期高齢者医療では、特に入院において全国3位の県平均を超えており、平成 30 年度と比較しても高くなっています。(図表 16)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化による入院を抑制するためには、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 医療費の推移

	筑前町		同規模	県	国	
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
被保険者数(人)	6,750人	6,314人	--	--	--	
前期高齢者割合	3,095人 (45.9%)	2,924人 (46.3%)	--			
総医療費	24億1369万円	22億8740万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	357,584	362,274	361,243	355,059	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	547,940	584,610	613,590	599,760	617,950
	費用の割合	46.6	43.7	40.4	43.9	39.6
	件数の割合	3.1	2.7	2.6	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	20,410	21,280	24,230	22,510	24,220
	費用の割合	53.4	56.3	59.6	56.1	60.4
	件数の割合	96.9	97.3	97.4	97.1	97.5
受診率	790.123	804.503	735.303	742.544	705.439	

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は筑前町と同規模保険者147市町村の平均値を表す

図表 16 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		筑前町 (県内市町村中)		県 (47県中)	筑前町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.080	1.068	1.060	1.260	1.276	1.209
		(28位)	(35位)	(14位)	(8位)	(9位)	(2位)
	入院	1.237	1.168	1.176	1.484	1.561	1.359
		(24位)	(41位)	(13位)	(6位)	(5位)	(2位)
	外来	0.965	0.995	0.968	1.034	0.987	1.043
		(34位)	(23位)	(35位)	(28位)	(54位)	(8位)

出典:地域差分析(厚労省)

※7 地域差指数:医療費の地域差を示す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

③ 中長期的な目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患についてはわずかに増加しています。糖尿病性腎症についても割合は減少していますが、慢性腎不全(透析有)の割合は県平均より約1.4%高くなっています。また、その他の疾患にある悪性新生物は平成30年度と令和4年度を比較すると2.1%増加、筋・骨疾患については同規模自治体や県、国と比較して1%程度高くなっています。(図表17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症が、患者数及び割合ともに減少しています。しかし、各疾患の患者数の割合をみると、40～64歳と比較して65～74歳の割合が約2倍～3倍となっており、高齢になるほど多くなることが分かります。(図表18)

長中期目標疾患の特徴としては、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早期からの対策が重要です。

図表 17 中長期目標疾患の医療費の推移

			筑前町		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			24億1369万円	22億8740万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億7379万円	1億5778万円	--	--	--
			7.20%	6.90%	8.08%	6.16%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	1.95%	1.66%	2.01%	2.04%	2.03%
		心	狭心症・心筋梗塞	0.95%	1.14%	1.52%	1.37%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.00%	3.85%	4.24%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.30%	0.24%	0.31%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.11%	15.21%	16.85%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		10.40%	9.86%	8.78%	8.96%	8.68%
	精神疾患		9.87%	8.40%	7.71%	9.34%	7.63%

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

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

図表 18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0~74歳	A	6,750	6,314	a	500	414	429	385	28	21	
		a/A	7.4%	6.6%	6.4%	6.1%	0.4%	0.3%			
40歳以上	B	5,207	4,822	b	497	407	422	379	27	20	
	B/A	77.1%	76.4%	b/B	9.5%	8.4%	8.1%	7.9%	0.5%	0.4%	
再 掲	40~64歳	C	2,112	1,898	c	109	75	93	93	18	14
		C/A	31.3%	30.1%	c/C	5.2%	4.0%	4.4%	4.9%	0.9%	0.7%
	65~74歳	D	3,095	2,924	d	388	332	329	286	9	6
		D/A	45.9%	46.3%	d/D	12.5%	11.4%	10.6%	9.8%	0.3%	0.2%

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

(2) 短期的な目標疾患(高血圧症・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

短期目標疾患でもある高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、高血圧症と脂質異常症の治療者の割合は増え、糖尿病は横ばいとなっています。その一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少しています。(図表 19・20・21)

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の者に対して、医療機関への受診勧奨も含めた保

健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 19 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者(人)	A	2,236	2,145	528	474	1,708	1,671	
	A/被保数	42.9%	44.5%	25.0%	25.0%	55.2%	57.1%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	254	192	48	30	206	162
		B/A	11.4%	9.0%	9.1%	6.3%	12.1%	9.7%
	虚血性心疾患	C	287	256	57	50	230	206
		C/A	12.8%	11.9%	10.8%	10.5%	13.5%	12.3%
	人工透析	D	24	20	17	14	7	6
		D/A	1.1%	0.9%	3.2%	3.0%	0.4%	0.4%

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

図表 20 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者(人)	A	1,139	1,025	297	252	842	773	
	A/被保数	21.9%	21.3%	14.1%	13.3%	27.2%	26.4%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	136	109	23	18	113	91
		B/A	11.9%	10.6%	7.7%	7.1%	13.4%	11.8%
	虚血性心疾患	C	165	138	38	25	127	113
		C/A	14.5%	13.5%	12.8%	9.9%	15.1%	14.6%
	人工透析	D	17	13	12	10	5	3
		D/A	1.5%	1.3%	4.0%	4.0%	0.6%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	85	97	22	23	63	74
		E/A	7.5%	9.5%	7.4%	9.1%	7.5%	9.6%
	糖尿病性網膜症	F	221	176	52	36	169	140
		F/A	19.4%	17.2%	17.5%	14.3%	20.1%	18.1%
	糖尿病性神経障害	G	52	35	13	6	39	29
		G/A	4.6%	3.4%	4.4%	2.4%	4.6%	3.8%

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

図表 21 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)	A	2,070	2,049	525	496	1,545	1,553	
	A/被保数	39.8%	42.5%	24.9%	26.1%	49.9%	53.1%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	200	159	38	27	162	132
		B/A	9.7%	7.8%	7.2%	5.4%	10.5%	8.5%
	虚血性心疾患	C	226	209	43	43	183	166
		C/A	10.9%	10.2%	8.2%	8.7%	11.8%	10.7%
	人工透析	D	6	5	3	4	3	1
		D/A	0.3%	0.2%	0.6%	0.8%	0.2%	0.1%

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

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧とHbA1c7.0以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている者が高血圧で28.8%、糖尿病で4.3%いました。(図表22)

前述したとおり、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルス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、今後也要医療域者には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	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	G	G/E	H	H/E
筑前町	2,019	42.6	1,641	36.2	98	4.9	63	64.3	104	6.3	59	56.7	30	28.8	7	6.7

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4~R4.3)			
	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	M	M/K	N	N/K
筑前町	2,017	99.9	1,641	100.0	76	3.8	17	22.4	69	4.2	17	24.6	3	4.3	1	1.4

出典:ヘルスサポートラボツール

③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態があり、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3.8%も伸びており、複数の危険因子が重なっている割合も増加しています。(図表23)

重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、いずれも微増していました。また、翌年度の結果を見ると、改善した者の割合が増えているのはLDL-Cのみで、他2項目の改善の割合は低下していますが、改善と変化なしを合わせるとHbA1c及び高血圧のそれぞれの比較は1%程度の低下に留まっていました。一方で、翌年度健診を受診していない者がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表24・25・26)

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者の継続した健診受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	2,019 (42.6%)	351 (17.4%)	88 (4.4%)	263 (13.0%)	257 (12.7%)
R4年度	1,724 (39.7%)	386 (21.2%)	103 (5.7%)	283 (15.5%)	243 (13.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表24 HbA1c6.5以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R1	158 (7.8%)	36 (22.8%)	53 (33.5%)	26 (16.5%)	43 (27.2%)
R3→R4	164 (10.0%)	35 (21.3%)	55 (33.5%)	26 (15.9%)	48 (29.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善	変化なし	悪化	
H30→R1	98 (4.9%)	47 (48.0%)	15 (15.3%)	7 (7.1%)	29 (29.6%)
R3→R4	104 (6.3%)	41 (39.4%)	24 (23.1%)	6 (5.8%)	33 (31.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	197 (9.8%)	74 (37.6%)	45 (22.8%)	13 (6.6%)	65 (33.0%)
R3→R4	170 (10.4%)	94 (55.3%) ↑	29 (17.1%)	5 (2.9%)	42 (24.7%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は平成 30 年度には 42.6%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響で、令和2年度以降は受診率が低迷していました。令和4年度では 39.7%まで回復したものの、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。また、特定保健指導においては、令和3年度までは8割近い実施率を維持していましたが、令和4年度においては低下してしまい、目標は未達となりました。(図表 27)

また、特定健診の年代別の受診率では、40歳～50歳代の若い世代において特に低い状況が続いています。(図表 28)

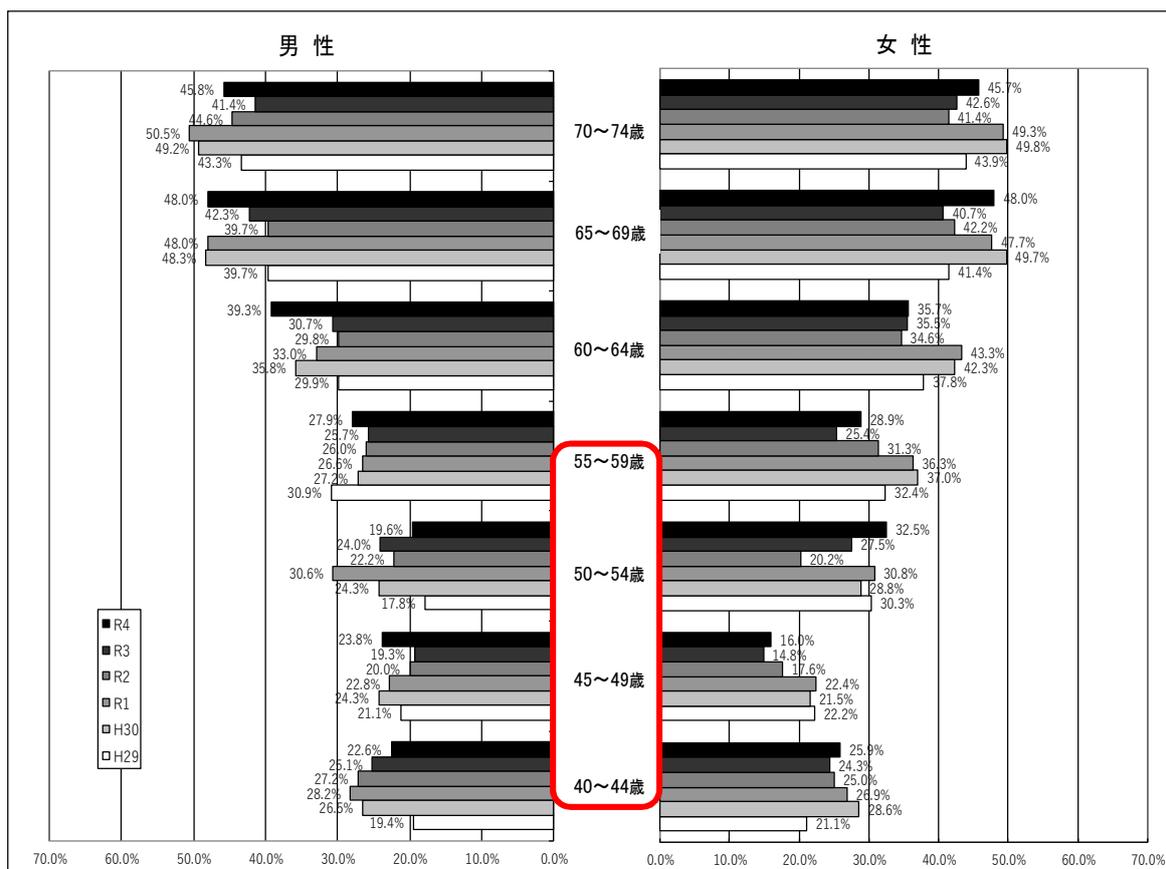
生活習慣病は自覚症状がないため、発症していても気づきにくいものです。そのため、健診の機会を提供して保健指導や治療が必要な者を抽出し、保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,019	1,992	1,705	1,641	1,724	健診受診率 60%
	受診率	42.6%	42.5%	36.5%	36.2%	39.7%	
特定保健 指導	該当者数	222	226	176	166	205	特定保健指導 実施率 60%
	割合	11.0%	11.3%	10.3%	10.1%	11.9%	
	実施者数	168	170	139	131	120	
	実施率	75.7%	75.2%	79.0%	78.9%	58.5%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

⑤特定健診未受診者の状況

令和4年度の健診結果より健診有所見者割合を継続受診者と新規受診者で比較すると、多くの項目で過去5年間健診受診のなかった新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っていました。(図表 29)

生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として優先すべきなのは、「健診・治療なし」の者であり、40~64歳では健診対象者の34.5%、65~74歳でも12.5%を占めています。また、「治療中で健診未受診」の者は、40~74歳合わせると健診受診者総数とほぼ同じの1,725名となっていました。(図表 30) また、健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診受診者は5,827円であるのに対し、未受診者は33,438円となっており、健診を受診し、早期から生活習慣を改善することが医療費適正化の面においても有用であることが分かります。(図表 31)

図表 29 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

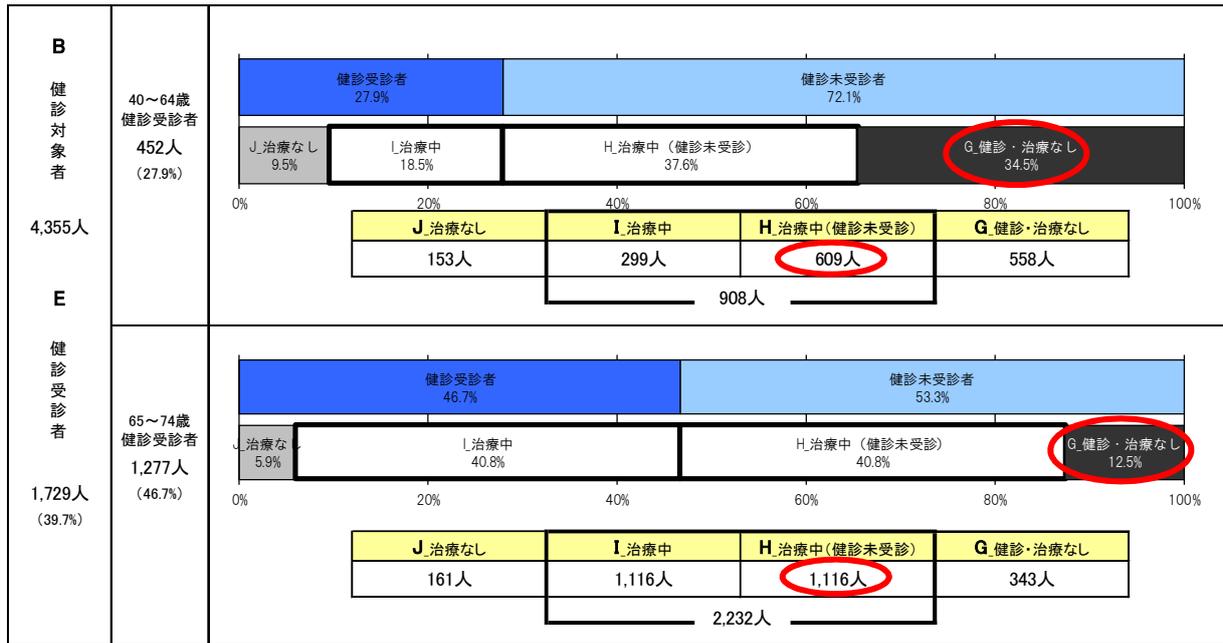
R4年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				1,745 人	100.0%	1,433 人	82.1%	312 人	17.9%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	466 人	26.7%	374 人	26.1%	92 人	29.5%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	724 人	41.5%	591 人	41.2%	133 人	42.6%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	300以上	323 人	18.5%	256 人	17.9%	67 人	21.5%	
	インスリン 抵抗性	血糖 HbA1c (NGSP値)	6.5以上	187 人	10.7%	147 人	10.3%	40 人	12.8%	
			(再掲) 7.0以上	88 人	5.0%	67 人	4.7%	21 人	6.7%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	86 人	4.9%	66 人	4.6%	20 人	6.4%
			拡張期	100以上	46 人	2.6%	30 人	2.1%	16 人	5.1%
			計		103 人	5.9%	77 人	5.4%	26 人	8.3%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	169 人	9.7%	121 人	8.4%	48 人	15.4%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	15 人	0.9%	14 人	1.0%	1 人	0.3%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	41 人	2.3%	33 人	2.3%	8 人	2.6%	
		尿酸	8.0以上	38 人	2.2%	24 人	1.7%	14 人	4.5%	

*HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

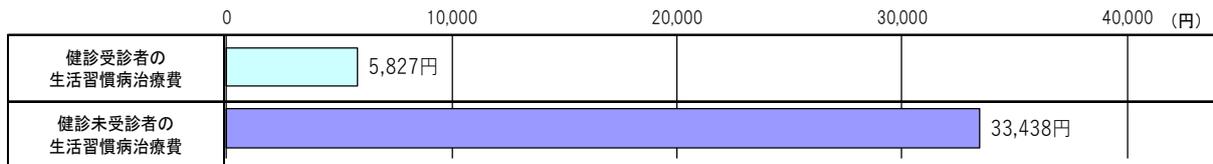
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 30 健診受診者・未受診者の治療状況



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 31 特定健診受診の有無と生活習慣病治療費



出典：ヘルスサポートラボツール

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

本町では、糖尿病性腎症の重症化を予防するため、対象者を糖尿病重症化予防対象者に含めて取り組みを進めてきました。面談による医療機関受診勧奨のための保健指導を実施するため、単年ではなく継続して同じ保健指導担当者とすることや対象者にできるだけ合わせた面談の日程を組むことで、8割の者に保健指導を実施しています。また、面談ができなくても、手紙やレセプトでの定期的な受診状況の確認によって継続的な支援を実施しています。(表1)

また、糖尿病性腎症第3期・4期該当者については、より厳格な食事療法等による疾病管理が必要なため管理栄養士を中心に保健指導を実施し、9割を超える実施率となっています。(表2)

その結果、令和4年度のHbA1c7%以上の者の割合は5.0%、そのうち未治療者は24.1%でした。(表3) 今後も、血糖コントロール不良者に対して、未治療者への受診勧奨や治療中断とならないための継続した保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように糖尿病連携手帳等を活用して医療機関とも情報共有しながら血糖改善の支援が必要であると考えます。

表1 糖尿病重症化予防実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
対象者	114 人	129 人	150 人	119 人	137 人
面談	96 人	113 人	113 人	94 人	101 人
電話*	7 人	8 人	11 人	15 人	16 人
実施率	90.4%	93.8%	82.7%	91.6%	85.4%
手紙・拒否	6 人	8 人	26 人	8 人	20 人
未実施率	5.3%	6.2%	17.3%	6.7%	14.6%

※電話：電話にて保健指導を実施した者を計上。以下同様。

表2 糖尿病性腎症第3期・4期該当者

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
対象者	25 人	33 人	28 人	21 人	20 人
実施者	19 人	29 人	27 人	19 人	19 人
実施率	76.0%	87.9%	96.4%	90.5%	95.0%

実施：面談・電話、未実施：手紙・拒否

表3 HbA1c7.0%以上の者の割合

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
HbA1c7.0%以上の者	3.8% (76 人)	4.2% (83 人)	5.3% (90 人)	4.2% (69 人)	5.0% (87 人)
未治療者	22.4% (17 人)	33.7% (28 人)	28.9% (26 人)	24.6% (17 人)	24.1% (21 人)

出典：特定健診法定報告データ

②生活習慣病重症化予防

生活習慣病の重症化は、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症につながります。高血圧は脳心血管において最大の危険因子であるとともに、要介護認定の原因の一つでもあります。さらに、高血圧以外の糖尿病や脂質異常症、慢性腎臓病等の危険因子との組み合わせにより、脳・心臓・腎臓などの臓器障害の程度と深く関与しています。

そこで、生活習慣病の重症化予防対象疾患として、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病をあげ、優先して継続した保健指導を行ってきました。糖尿病性腎症重症化予防と同様に、できるだけ面談による保健指導の実施のために、担当や面談日程日の調整等を工夫し、実施率は令和4年度で8割を超えていました。(表4) また、重症化予防対象にはならなくても、集団健診の結果受診勧奨判定値を超えた項目が複数ある者にも、軽度の重症化予防対象者として健診の結果説明会等で保健指導を実施しています。(表5)

令和4年度の健診結果を見ると、Ⅱ度高血圧以上の者は5.9%程度、腎専門医紹介基準該当者は7.2%、LDL-C180以上の者は3.2%という結果でした。(表6) 今後も、医療機関への受診勧奨や服薬状況確認など、治療の開始・継続のための支援を引き続き行っていきます。

表4 高血圧・慢性腎臓病・脂質異常症重症化予防実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
対象者	272 人	320 人	276 人	238 人	281 人
面談	243 人	259 人	226 人	196 人	219 人
電話	14 人	28 人	21 人	22 人	18 人
実施率	94.5%	89.7%	89.5%	91.6%	84.3%
手紙・拒否	11 人	33 人	28 人	20 人	44 人
未実施	4.0%	10.3%	10.1%	8.4%	15.7%

表5 軽度重症化予防実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
対象者	235 人	209 人	177 人	83 人	229 人
面談	212 人	192 人	167 人	73 人	168 人
電話	7 人	5 人	0 人	0 人	2 人
実施率	93.2%	94.3%	94.4%	88.0%	74.2%
手紙・拒否	16 人	12 人	10 人	10 人	59 人
未実施	6.8%	5.7%	5.6%	12.0%	25.8%

表6 事業対象者数・割合

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
Ⅱ度高血圧 以上の者	3.7% (66 人)	5.5% (110 人)	6.5% (110 人)	6.3% (104 人)	5.9% (101 人)
腎専門医紹 介基準該当	7.4% (149 人)	7.2% (144 人)	7.5% (128 人)	6.2% (102 人)	7.2% (124 人)
LDL180 以上の者	3.8% (67 人)	3.9% (78 人)	5.0% (86 人)	4.0% (66 人)	3.2% (56 人)

出典：特定健診法延報告データ

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。」とされています。本町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、健診結果等から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。

取組内容としては、出前講座や地区事業等の場で、生活習慣病の一次予防に重点を置いた健康教育を実施しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、平成 30 年度と令和2年度以降を比較すると実施した人数は低下していますが、引き続き取り組む必要があると考えます。(表7)

表7 健康教育実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
一般	402 人	484 人	10 人	85 人	130 人
歯	25 人	0 人	0 人	0 人	0 人
口コモ	404 人	442 人	184 人	159 人	165 人
COPD	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
病態別	459 人	454 人	121 人	80 人	66 人
薬	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
計	1,290 人	1,380 人	315 人	324 人	361 人

出典：地域保健・健康増進事業報告

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 32 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	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.95%	2.29%	1.66%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.95%	1.19%	1.14%		
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.0%	3.28%	3.85%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	60.2%	52.6%	60.8%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	66.7%	0.0%	33.3%	筑前町調べ	
	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	30.1%	36.0%	34.6%	筑前町健康課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.8%	6.5%	5.8%		
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	9.8%	13.0%	9.6%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	3.8%	5.3%	5.0%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.4%	0.3%	0.5%		
	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	42.6	36.5	39.7	法定報告値	
		特定保健指導実施率60%以上	75.7	79.0	59.1		
		特定保健指導対象者の割合の減少	11.0	10.3	11.9		
	努力支援制度	その他	胃がん検診受診者の増加	22.6	27.6	17.9	地域保健事業報告 (R4年度データがないため、R3年度を記載)
			肺がん検診受診者の増加	24.3	26.6	22.3	
大腸がん検診受診者の増加			21.8	26.4	18.5		
子宮がん検診受診者の増加			24.1	49.4	33.9		
乳がん検診受診者の増加			21.8	43.1	19.2		
5つのがん検診の平均受診率の増加			22.9	34.6	22.4		
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	77.5%	82.4%	83.5%	厚生労働省	

3) 第2期データヘルス計画の考察

これまでの第2期データヘルス計画の評価と図表 32 を合わせてみていくと、まず中長期目標について、介護給付費と生活習慣病の関連から、介護給付費増大の要因としては、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めていることが分かりました。そこで脳血管疾患の医療費に占める割合を見てみると、令和4年度では 1.66%となっており、総医療費における割合については、伸びを抑えることができています。同様に、虚血性心疾患においても伸びを抑えることができていました。これは、血管疾患の原因となる糖尿病等生活習慣病の重症化予防対策の成果であると考えます。慢性腎不全(透析あり)についてもほぼ横ばいで維持していますが、県との比較では 1.45%高いため、引き続き糖尿病性腎症の重症化予防対策を進める必要があると考えます。

短期目標について、健診結果を集計したところ平成 30 年度と令和4年度との比較で、メタボ該当者・予備群の割合等、ほとんどの項目で初年度を上回ってしまいました。また、特定健診受診率や特定保健指導実施率、特定保健指導対象者の割合についても、初年度からの改善には至らない結果となりました。目標の未達要因として、重症化予防対象者のうち翌年度健診結果が悪化した者が 10%~15%いること、重症化予防対象者のうち健診中断者が前年度受診者の3割程度いることが挙げられます。

重症化予防対象者や特定保健指導対象者については、今後も優先順位をつけて対象者を選定し、レセプト等医療情報も取り入れながら必要な保健指導を一人一人に実施していくことが、全体の健診結果の改善につながると考えます。

また、健診受診は、保健指導対象者を抽出するだけでなく、自覚症状に乏しい生活習慣病の重症化予防のために必要な医療につなげるためにも重要です。受診率の目標達成に向けて、ハガキ等による受診勧奨に加えて、保健師・管理栄養士等の専門職による過去の重症化予防対象者への個別の受診勧奨も引き続き行い、継続受診者を増やす取り組みが必要であると考えます。

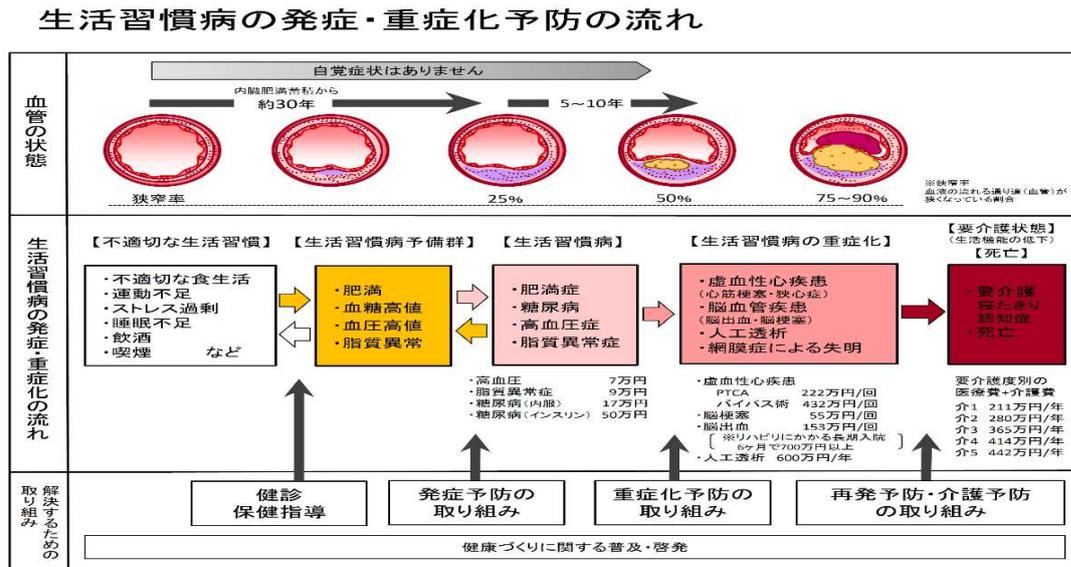
その他、悪性新生物が、総医療費の約 15%を占めており、がんの早期発見・早期治療のための検診受診率向上に向け、特定健診との同時実施や土日の検診実施等、検診受診の機会の確保に引き続き取り組む必要があると考えます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

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

図表 33 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し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異動することになります。

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び後期高齢者広域連合は、健診・医療・介護の一体的な健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

(1)医療費分析

図表 34 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		6,750人	6,630人	6,671人	6,546人	6,314人	4,717人
総件数及び 総費用額	件数	65,212件	63,930件	60,675件	62,972件	62,250件	78,236件
	費用額	24億1369万円	22億4467万円	23億3214万円	24億1468万円	22億8740万円	50億8995万円
一人あたり医療費		35.8万円	33.9万円	35.0万円	36.9万円	36.2万円	107.9万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 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（R4年度）

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	筑前町	22億8740万円	29,562	3.85%	0.24%	1.66%	1.14%	5.91%	3.84%	2.64%	4億4141万円	19.3%	15.2%	8.40%	9.86%
	同規模	--	29,136	4.24%	0.31%	2.01%	1.52%	5.81%	3.22%	2.20%	--	19.3%	16.9%	7.71%	8.78%
	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	筑前町	50億8995万円	91,531	7.01%	0.45%	5.14%	1.13%	3.86%	2.94%	1.41%	11億1680万円	21.9%	6.8%	3.54%	12.9%
	同規模	--	69,832	4.97%	0.47%	3.89%	1.64%	4.23%	2.97%	1.41%	--	19.6%	11.1%	3.50%	12.4%
	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 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度	
高額レセ プト (80万円以 上/件)	人数	A	258人	205人	223人	244人	234人	623人
	件数	B	444件	381件	427件	462件	416件	1,226件
		B/総件数	0.68%	0.60%	0.70%	0.73%	0.67%	1.57%
	費用額	C	5億9340万円	5億1333万円	6億0324万円	6億2525万円	5億5623万円	14億0262万円
		C/総費用	24.6%	22.9%	25.9%	25.9%	24.3%	27.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
人数	D	12人		13人		15人		13人		11人		62人		
	D/A	4.7%		6.3%		6.7%		5.3%		4.7%		10.0%		
件数	E	14件		22件		21件		27件		15件		116件		
	E/B	3.2%		5.8%		4.9%		5.8%		3.6%		9.5%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	1	7.1%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	70-74歳	10	8.6%
	50代	2	14.3%	0	0.0%	2	9.5%	1	3.7%	2	13.3%	75-80歳	25	21.6%
	60代	2	14.3%	4	18.2%	5	23.8%	7	25.9%	3	20.0%	80代	63	54.3%
	70-74歳	9	64.3%	16	72.7%	12	57.1%	19	70.4%	8	53.3%	90歳以上	18	15.5%
費用額	F	2012万円		2939万円		2832万円		3385万円		1919万円		1億3673万円		
	F/C	3.4%		5.7%		4.7%		5.4%		3.5%		9.7%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 38 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期:R4年度		
人数	G	6人		7人		7人		4人		6人		13人		
	G/A	2.3%		3.4%		3.1%		1.6%		2.6%		2.1%		
件数	H	6件		7件		10件		4件		6件		14件		
	H/B	1.4%		1.8%		2.3%		0.9%		1.4%		1.1%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	1	16.7%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
	50代	1	16.7%	1	14.3%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	4	28.6%
	60代	1	16.7%	2	28.6%	4	40.0%	3	75.0%	2	33.3%	80代	7	50.0%
	70-74歳	3	50.0%	3	42.9%	5	50.0%	1	25.0%	4	66.7%	90歳以上	3	21.4%
費用額	I	740万円		1206万円		2029万円		443万円		1315万円		2893万円		
	I/C	1.2%		2.3%		3.4%		0.7%		2.4%		2.1%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 40 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			⑤ 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	28.1	1,903	2,945	4,431	28.3	43.3	8.8	8.7	6.6	6.6	27.1	27.9	24.0	
R4	25.2	1,855	3,125	4,758	25.3	41.3	16.4	8.1	7.9	7.3	26.6	26.5	26.6	

図表 41 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-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	27	5.0	(14)	66	5.2	(16)	19	4.9	(4)	16	3.0	(2)	54	4.2	(1)	3	0.8	(0)	8	1.5	20	1.6	18	4.6	2	0.4	8	0.6	1	0.3
R4	23	4.9	(12)	81	6.3	(26)	45	5.8	(7)	17	3.6	(1)	73	5.7	(3)	6	0.8	(0)	6	1.3	13	1.0	10	1.3	3	0.6	22	1.7	0	-

図表 42 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)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症								
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-						
H30	82.4	92.8	95.1	29.1	60.3	79.7	80.3	86.1	87.0	43.0	40.6	38.6	27.1	29.4	31.5	13.5	16.1	54.4	17.2	22.3	56.3						
R4	82.4	91.2	93.0	31.3	64.3	80.1	73.3	83.8	87.2	38.8	39.1	38.1	23.1	29.1	31.8	32.0	42.6	62.9	32.4	49.2	65.2						

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 43 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(被保険者数)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	0.6	3.2	24.9	0.9	2.5	19.8	1.3	2.2	8.4	3.4	7.0	11.7	8.3	44.2	38.5	5.9	21.9	35.0	4.2	23.1	59.9	4.6	11.7	41.1
R4	3.5	11.7	22.8	4.3	9.3	18.5	4.7	13.3	30.2	3.7	6.8	11.6	9.4	13.9	39.7	1.3	7.9	32.1	2.3	7.0	37.7	2.9	11.2	37.1

(3)健康課題の明確化(図表 34~43)

国保の被保険者数は減少傾向にあります。一人あたり医療費は令和3年度まで増加傾向でした。令和4年度は前年度と比較すると減少していますが平成 30 年度よりは高く、後期高齢者になると一人あたり 100 万円を超え、国保の3倍に迫る高い状況です。(図表 34)

本町は、医療費分析から、県平均と比較して糖尿病の有所見率が以前から高く、人工透析患者に占める糖尿病患者の割合が5割を超えていたことから、早期からの糖尿病発症予防と重症化予防対策が必要と考え、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。令和4年度の短期的目標疾患の糖尿病が総医療費に占める割合をみると、国保においては同規模自治体・県・国よりも高くなりましたが、後期においては同規模自治体・国より低い結果となりました。また、中長期目標疾患の糖尿病性腎症においては、透析無が同規模自治体・県・国より低く、透析有も同規模自治体・国より低い状況です。(図表 35)

高額レセプトについては、国保においては毎年約 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3倍に増えることがわかります。高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和3年度が一番多く 27 件で 3,000 万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は 15 件と件数が減り、費用額も 2,000 万円未満と減っています。しかし、後期高齢においては、116 件発生し、約1億 3,600 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。また、虚血性心疾患では、令和4年度の発生件数は6件でしたが、費用額は 1,300 万円となっており、1 件当たりの費用額が大きいことがわかります。(図表 36・37・38)

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 40 の①被保険者数は、40~64 歳は減少していますが、65 歳~74 歳は 180 名、75 歳以上では 327 名増えており、筑前町でも前期高齢者及び 75 歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

図表 41 の健診有所見の状況を見ると、65~74 歳と 75 歳以上において、Ⅱ度高血圧以上と HbA1c7.0 以上の未治療・治療中断者の人数と割合が増えています。また、心房細動では、65~74 歳の人数が8名から 22 名に増えており、医療機関につなぐための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 42 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧と糖尿病ともに各年代高くなっており、特に 65 歳~74 歳はどちらも 26 ポイント以上増えていました。

図表 43 の中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症)において、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、腎不全については特に変化はなく横ばいでしたが、脳血管疾患や虚血性心疾患、心不全はそれぞれ増えており、高額レセプト分析において入院費が伸びている要因が、一体的分析においても課題であることがわかります。

(4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨

や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。そして、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 44)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

② 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、糖尿病性腎症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すことが望ましいと思われれます。

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、現状維持することを目標として設定します。

また、軽症時に通院せずに重症化して入院することが高額医療費につながることから、重症化予防、医療費適正化のためには、適切な時期での医療機関受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者及び予備群等を減らしていくことを短期的な目標とします。

そのためには、医療機関と十分な連携を図り、受診が必要な者に適切な働きかけや治療中断させない働きかけをするとともに、受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。

また、糖尿病とメタボリックシンドロームについて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)等に関わる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・重症化予防につなげることが重要です。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 44 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 (活用データ年度)	
				初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.66%	1.6%	1.6%	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.14%	1.1%	1.1%		
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	3.85%	3.8%	3.8%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	60.8%	60.0%	59.5%		
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	33.3%	30.0%	30.0%		
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	34.6%	33.0%	32.0%	筑前町健康課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	5.8%	5.5%	5.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	9.6%	9.5%	9.0%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C7.0%以上）	5.0%	4.8%	4.5%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	0.5%	0.4%	0.3%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	39.7%	45.0%	60.0%	法定報告値	
			★特定保健指導実施率60%以上	59.1%	62.0%	70.0%		
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の割合の減少	11.9%	11.0%	10.0%		

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年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第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 45 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	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%

3. 対象者の見込み

図表 46 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	4226人	3883人	3571人	3340人	3066人	2858人
	受診者数	1690人	1670人	1643人	1670人	1686人	1715人
特定保健指導	対象者数	201人	199人	195人	199人	201人	204人
	実施者数	121人	123人	125人	131人	136人	143人

出典：健康かるて

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。福岡県医師会が実施機関の取りまとめを行い、福岡県医師会と保険者の取りまとめ機関である福岡県国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(コスモスプラザ保健館、めくばーる健康福祉館他)
- ② 個別健診(委託先の特定健診実施機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委

託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関

特定健診実施機関については、一部抜粋したリストを特定健診受診券に同封する等で周知します。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

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

(5) 実施時期

5月から翌年3月末まで実施します。

(6) 医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	健診データ抽出(前年度) (特定保健指導の実施)
5月		健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(毎月随時) (特定健診の開始)	
6月			
7月		健診データ受取 費用決裁	実施実績の分析実施方法、
8月		保健指導対象者の抽出 (特定保健指導の開始)	
9月			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)
10月	契約に関わる 予算手続き		
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施で行います。

○第4期(令和6年度以降)における変更点

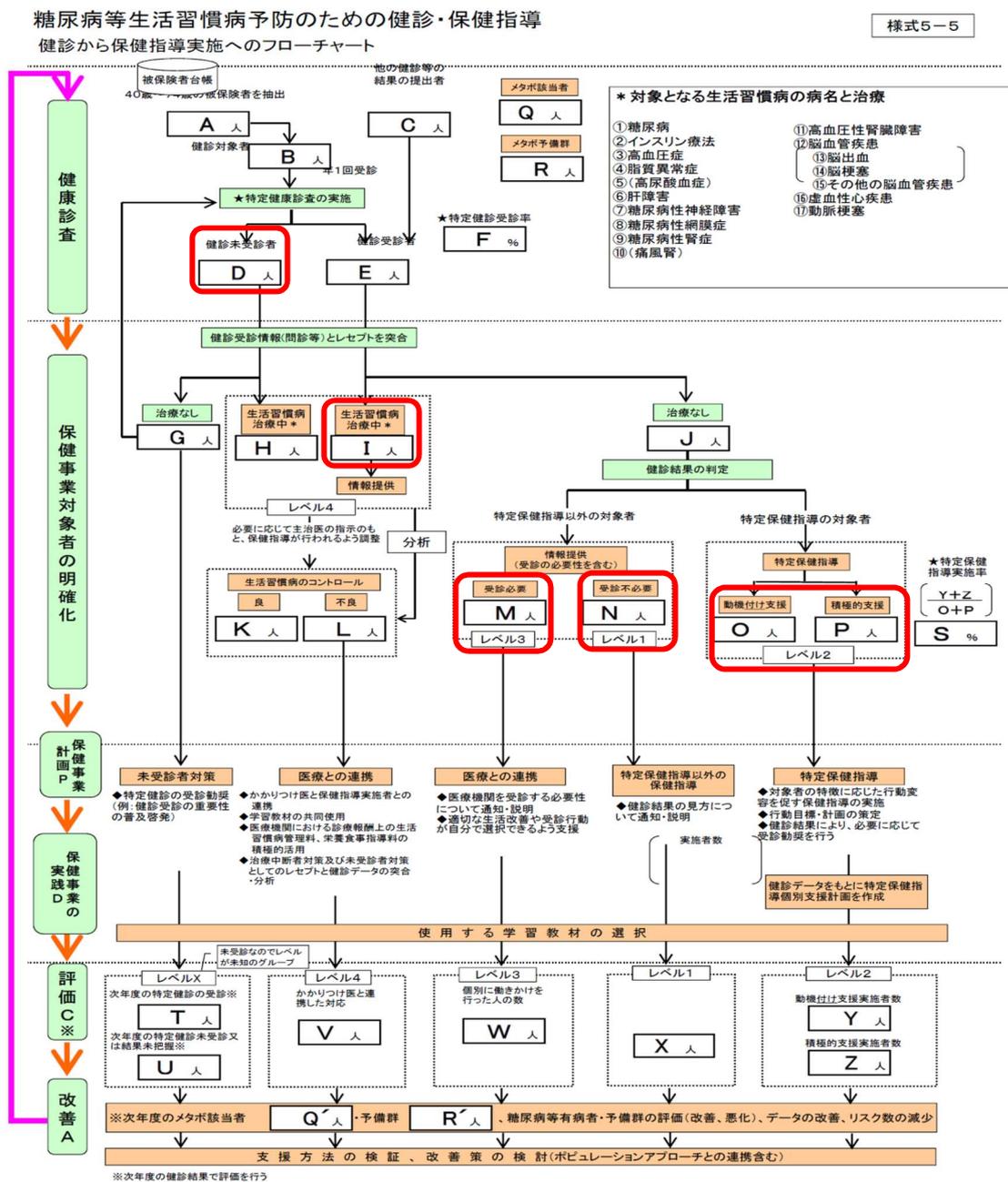
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 48 健診から保健指導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

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆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	204人 (11.8%)	(町R11年度) 70% (国)60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	292人 (16.9%)	重症化予防対象者は 80%
3	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	927人 (53.8%)	重症化予防対象者は 80%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2,619人 ※受診率目標達成まであと882人	80%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	301人 (17.5%)	80%

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

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

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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筑前町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、国保連合会から指定された期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、筑前町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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行きます。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・生活習慣病重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診の働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には、医療機関と連携した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が与える医療費や介護給付費等の影響の実態を広く町民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となり、そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

本町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、640人(37.1%)です。そのうち治療なしが197人(22.1%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取組むべき対象者が61人です。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、197人中106人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表 51)

また、重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査と心電図検査については、集団健診では原則特定健診受診者全員へ実施しており、個別健診においても医師の判断によって実施しているところです。詳細健診としての実施率は眼底が67.6%、心電図が77.1%となっており、高血圧の者のうち6割以上が眼底・心電図検査を受けることができます。(図表 52)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

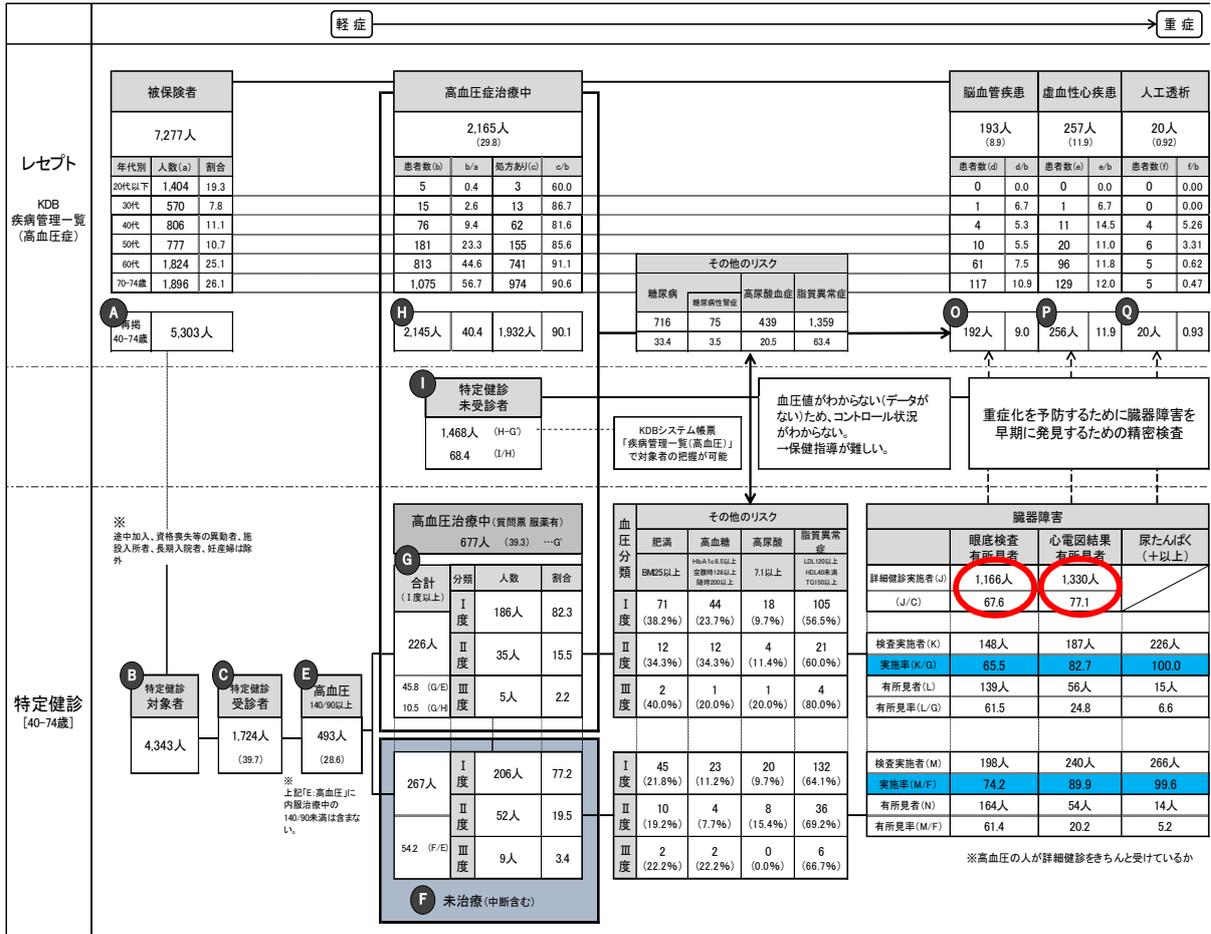
令和4年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率) 1,724人 39.7%		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ 梗塞 (31.2%) ↳ アテローム 血栓・塞栓 (33.2%) ↳ 非心原性脳梗塞		心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症				■各疾患の治療状況 治療中 治療なし 高血圧 677 1,047 脂質異常 482 1,242 糖尿病 190 1,534 3疾患 927 893 ※問診結果による		
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		
該当者数	101 5.9%	24 1.4%	56 3.2%	56 3.2%	386 22.4%	126 7.3%	110 6.4%	640 7.1%	
治療なし	61 5.8%	7 0.8%	55 4.4%	38 3.1%	61 6.8%	60 3.9%	30 3.4%	197 2.1%	
(再掲) 特定保健指 導	22 21.8%	2 8.3%	19 33.9%	21 37.5%	61 15.8%	21 16.7%	12 10.9%	106 6.6%	
治療中	40 5.9%	17 1.8%	1 0.2%	18 3.7%	325 35.1%	66 34.7%	80 8.6%	443 47.8%	
臓器障害 あり	14 23.0%	7 100.0%	11 20.0%	8 21.1%	15 24.6%	15 25.0%	30 100.0%	61 11.0%	
CKD(専門医対象者)	5	1	3	5	2	6	30	30	
心電図所見あり	11	7	8	4	13	10	8	39	
臓器障害 なし	47 77.0%	—	44 80.0%	30 78.9%	46 75.4%	45 75.0%	—	—	
治療中	臓器障害 あり	18 45.0%	17 100.0%	1 100.0%	7 38.9%	99 30.5%	20 30.3%	80 100.0%	160 36.1%
CKD(専門医対象者)	7	3	0	5	36	9	80	80	
心電図所見あり	13	17	1	3	70	14	17	97	
臓器障害 なし	22 55.0%	—	0 0.0%	11 61.1%	226 69.5%	46 69.7%	—	—	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 52 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和4年度



出典:ヘルスサポートラボツール

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に実施していきます。

(2) 対象者の明確化

① 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者を以下とします。

- ア. 糖尿病未治療者で HbA1c 値(NGSP)6.5%以上
- イ. 糖尿病治療中で HbA1c 値(NGSP)7.0%以上
- ウ. 糖尿病腎症病期分類 第2期・第3期・第4期

(3) 保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進行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。筑前町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせ、対象者に応じて、面談や電話、運動教室等の保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成したからだノート等の保健指導用教材を活用して行っています。

なお、保健指導の進捗状況については、保健指導管理台帳を作成し、担当者ごとに定期的に確認して行っています。

(4) 医療との連携

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、紹介状や情報提供書等を使用します。また、治療中の場合は、情報提供書や糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただきます。情報提供書等の返書より、医師から保健指導の依頼をいただいた場合には、保健指導実施報告書をもって保健指導内容を医師へ報告します。

(5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとします。その際は翌年度の特定健診結果及び KDB システム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 54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っています。

短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 翌年度の特定健診結果から介入前後の検査値の変化を比較
HbA1c値、eGFR 値、尿蛋白、服薬状況

図表 54 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		統合表	筑前町										同規模保険者(平均)				
			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数	A	7,001人		6,726人		6,697人		6,658人		6,588人					
	②			(再掲)40-74歳		5,330人		5,197人		5,202人		5,182人		5,075人			
2	①	特定健診	B	4,744人		4,688人		4,666人		4,537人		4,343人					
	②			対象者数		2,084人		2,053人		1,762人		1,712人		1,818人			
	③			受診率		43.9%		43.8%		37.8%		37.7%		41.9%			
3	①	特定保健指導	C	222人		226人		176人		166人		205人					
	②			実施率		75.7%		75.2%		79.0%		78.9%		58.5%			
4	①	健診データ	E	281人 13.5%		309人 15.1%		295人 16.7%		249人 14.5%		283人 15.6%					
	②			未治療・中断者(質問票 服薬なし)		71人 25.3%		85人 27.5%		87人 29.5%		70人 28.1%		83人 29.3%			
	③			治療中(質問票 服薬あり)		210人 74.7%		224人 72.5%		208人 70.5%		179人 71.9%		200人 70.7%			
	④			コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		86人 41.0%		96人 42.9%		90人 43.3%		73人 40.8%		88人 44.0%			
	⑤			血圧 130/80以上		48人 55.8%		61人 63.5%		50人 55.6%		44人 60.3%		58人 65.9%			
	⑥			肥満 BMI25以上		32人 37.2%		44人 45.8%		40人 44.4%		37人 37.0%		29人 33.0%			
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		124人 59.0%		128人 57.1%		118人 56.7%		106人 59.2%		112人 56.0%			
	⑧			第1期 尿蛋白(-)		226人 80.4%		266人 86.1%		254人 86.1%		225人 90.4%		258人 91.2%			
	⑨			第2期 尿蛋白(±)		30人 10.7%		14人 4.5%		14人 4.7%		3人 1.2%		7人 2.5%			
	⑩			第3期 尿蛋白(+)		25人 8.9%		26人 8.4%		27人 9.2%		21人 8.4%		18人 6.4%			
	⑪			第4期 eGFR30未満		0人 0.0%		1人 0.3%		0人 0.0%		0人 0.0%		0人 0.0%			
5	①	レセプト	H	115.7人		112.5人		103.2人		114.6人		113.8人					
	②			(再掲)40-74歳(被保険者千対)		150.7人		143.9人		131.5人		145.9人		146.6人			
	③			レセプト件数(40-74歳) ()内は被保険者千対		4,765件 (915.1)		4,761件 (924.3)		4,667件 (905.5)		4,860件 (962.0)		4,828件 (1001.2)		630,975件	(921.9)
	④			入院(件数)		46件 (8.8)		26件 (5.0)		17件 (3.3)		27件 (5.3)		25件 (5.2)		2,654件	(3.9)
	⑤			糖尿病治療中		810人 11.6%		757人 11.3%		691人 10.3%		763人 11.5%		750人 11.4%			
	⑥			(再掲)40-74歳		803人 15.1%		748人 14.4%		684人 13.1%		756人 14.6%		744人 14.7%			
	⑦			健診未受診者		593人 73.8%		538人 71.9%		476人 69.6%		577人 76.3%		544人 73.1%			
	⑧			インスリン治療		56人 6.9%		44人 5.8%		55人 8.0%		53人 6.9%		48人 6.4%			
	⑨			(再掲)40-74歳		55人 6.8%		42人 5.6%		53人 7.7%		52人 6.9%		47人 6.3%			
	⑩			糖尿病性腎症		48人 5.9%		42人 5.5%		36人 5.2%		40人 5.2%		48人 6.4%			
	⑪			(再掲)40-74歳		45人 5.6%		39人 5.2%		35人 5.1%		39人 5.2%		47人 6.3%			
	⑫			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		14人 1.7%		11人 1.5%		10人 1.4%		11人 1.4%		8人 1.1%			
	⑬			(再掲)40-74歳		14人 1.7%		11人 1.5%		10人 1.5%		11人 1.5%		8人 1.1%			
	⑭			新規透析患者数		6人 42.9%		0人 0.0%		3人 30.0%		2人 18.2%		3人 37.5%			
	⑮			(再掲)糖尿病性腎症		4人 66.7%		0人 0.0%		0人 0.0%		1人 50.0%		1人 33.3%			
	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)		14人 3.1%		33人 3.1%		41人 4.1%		40人 3.6%					
6	①	医療費		24億1369万円		22億4467万円		23億3214万円		24億1468万円		22億8740万円		21億6943万円			
	②			生活習慣病総医療費		12億8753万円		11億5340万円		12億5558万円		12億9233万円		12億1211万円		11億4738万円	
	③			(総医療費に占める割合)		53.3%		51.4%		53.8%		53.5%		53.0%		52.9%	
	④			生活習慣病対象者一人あたり		5,742円		6,649円		3,575円		5,965円		5,827円		7,199円	
	⑤			健診未受診者		34,272円		29,690円		36,449円		33,839円		33,438円		37,856円	
	⑥			糖尿病医療費		1億3195万円		1億2420万円		1億2407万円		1億3163万円		1億3527万円		1億2598万円	
	⑦			(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.2%		10.8%		9.9%		10.2%		11.2%		11.0%	
	⑧			糖尿病入院外総医療費		3億8101万円		3億4703万円		3億4800万円		3億5801万円		3億2012万円			
	⑨			1件あたり		35,749円		33,555円		34,555円		34,501円		32,810円			
	⑩			糖尿病入院総医療費		2億9662万円		2億5879万円		2億6561万円		2億9868万円		2億2953万円			
	⑪			1件あたり		625,784円		625,096円		679,305円		680,360円		673,096円			
	⑫			在院日数		17日		18日		18日		17日		17日			
	⑬			慢性腎不全医療費		1億0390万円		9160万円		8467万円		9015万円		9357万円		9872万円	
	⑭			透析有り		9666万円		7915万円		7639万円		7935万円		8799万円		9197万円	
	⑮			透析なし		725万円		1246万円		829万円		1079万円		558万円		675万円	
7	①	介護		19億1390万円		19億3392万円		19億8428万円		19億9107万円		19億6502万円		21億9980万円			
	②			(2号認定者)糖尿病合併症		2件 8.7%		3件 15.0%		4件 20.0%		0件 0.0%		0件 0.0%			
8	①	死亡		8人 2.7%		3人 1.0%		6人 2.0%		5人 1.7%		7人 2.2%		926人 1.1%			

出典:ヘルスサポートラボツール

(6)実施期間及びスケジュール(図表 55)

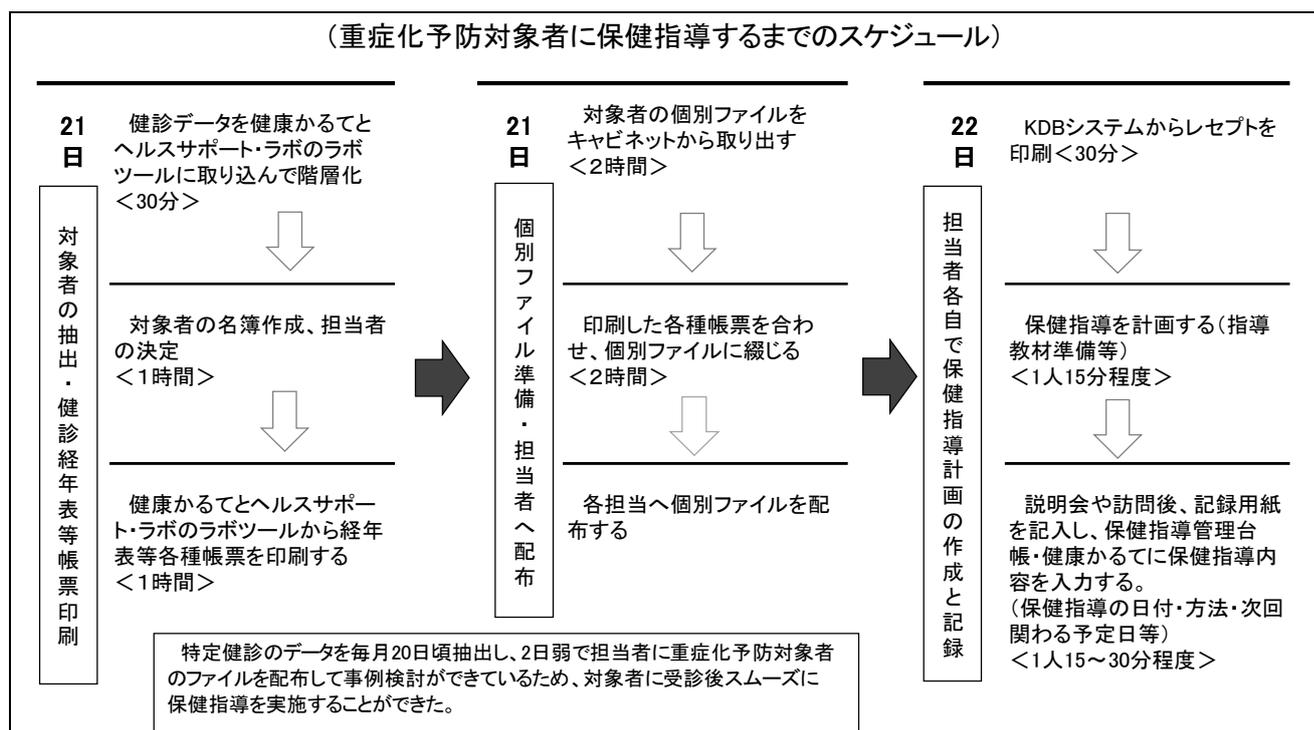
4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第保健指導管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

以降の生活習慣病重症化予防対策も同様のスケジュールで行います。

図表 55 重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2)生活習慣病重症化予防

(1)基本的な考え方

糖尿病性腎症だけでなく脳血管疾患や虚血性心疾患における共通のリスクとなる高血圧症・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することとします。

生活習慣病の重症化対策としては、高血圧症・慢性腎臓病(CKD)・脂質異常症に関わる検査値から優先順位をつけ、合併症の発症・進行抑制を目指した取組を行います。なお、メタボリックシンドローム対策を含む特定保健指導の実施については、第4期特定健康診査等実施計画に記載のとおりです。

(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、抽出すべき対象者及び優先順位を以下とします。

ア. 高血圧症対象者

Ⅱ度高血圧以上(160～179/100～109mmHg以上)の者

イ. CKD 対象者

腎専門医への紹介基準対象者

(ア)eGFR 値 45ml/分/1.73 m²未満(40 歳未満は 60 未満)

(イ)尿蛋白(+)以上または

(ウ)尿蛋白(±)かつ尿潜血(+)以上

(エ)尿蛋白(±)かつ eGFR60 未満

ウ. 脂質異常症対象者

(ア)LDL コレステロール 180 mg/dl 以上

(イ)中性脂肪 300 mg/dl 以上

②基準に基づく該当者数の把握

図表 51 より令和4年度健診結果から各種ガイドラインに基づいて重症化予防対象者数の把握を行ったところ、高血圧症対象者は 101 名、CKD 対象者は 110 名、脂質異常症対象者は 112 名でした。

(3)保健指導の実施

糖尿病性腎症重症化予防と同様に、生活習慣病のリスク因子を合わせ、対象者に応じて、面談や電話、運動教室等の保健指導を考えていきます。また、対象者への個別の保健指導については、高血圧治療ガイドラインや動脈硬化性疾患予防ガイドライン、CKD 診療ガイドライン等を参考に作成したからだノート等の保健指導用教材を活用して行っていきます。

なお、保健指導の進捗状況については、保健指導管理台帳を作成し、担当者ごとに定期的に確認していきます。

(4) 医療との連携

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、紹介状や情報提供書等を使用します。また、治療中の場合は、情報提供書を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただきます。情報提供書等の返書より、医師から保健指導の依頼をいただいた場合には、保健指導実施報告書をもって保健指導内容を医師へ報告します。

(5) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとし、その際は翌年度の特定健診結果及び KDB システム等の情報を活用します。

短期的評価

- ① 保健指導実施率
- ② 翌年度の特定健診結果から介入前後の検査値の変化を比較
 血圧値、eGFR 値、尿蛋白、LDL-c値等

3) 特定健診二次検査

(1) 基本的な考え方

本町が実施している特定健診二次検査は、生活習慣病の発症予防を目的に、国保特定健診受診者に実施しているものです。糖尿病や動脈硬化、早期腎症を改善可能な段階から発見し、生活習慣病改善への動機付けや実践を支援することで、糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞、腎機能障害(人工透析)等の発症予防を図るため、朝倉市・東峰村と合わせて朝倉医師会の協力医療機関で実施しています。

(2) 検査項目

検査項目及び判定基準は下記のとおりとする。

① 75g糖負荷試験(インスリン検査 4回を含む)

日本糖尿病学会編「糖尿病治療ガイド 2022-2023」を基準とする。

② 頸動脈エコー検査

日本脳神経超音波医学会等委員会報告「超音波による頸動脈病変の標準的評価法 2017」「頸部血管超音波検査ガイドライン」を基準とする。

③ 微量アルブミン尿検査(定量法)

日本腎臓学会編「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2018」「CKD診療ガイド 2012」を基準とする。

(3) 対象者の明確化

① 対象者選定基準

ア. 特定健康診査受診者のうち下記の選定基準に該当する者。(ただし治療者は除く。また、微量アルブミン尿検査では尿蛋白+以上の者は除く。)

イ. 事業開始年度(令和2年度)以降は、筑前町特定健康診査二次検査を受診した者は除く。

図表 56 筑前町特定健診二次検査対象者選定基準

NGSP	判定	75g糖負荷試験		頸動脈エコー検査 微量アルブミン尿検査	
		40歳～65歳		50歳～74歳	
5.5 以下	正常				
5.6 ↓ 5.9	正常高値 (将来糖尿病の 発症リスクが否 定できない値)	○	75g糖負荷試験を 行うことが望ましい 値	○	高血圧Ⅰ度以上又は LDL160以上の重なりをも つ者
6.0 ↓ 6.4	境界型 (現在糖尿病の 疑いが否定でき ない値)	○	75g糖負荷試験を 強く推奨される値	○	高血圧Ⅰ度以上又は LDL160以上の重なりをも つ者
6.5 ↓ 7.0	糖尿病型			○	高血圧Ⅰ度以上又は LDL160以上の重なりをも つ者
7.1 以上	糖尿病型 (3大合併症の 危険)			○	受診勧奨優先 高血圧Ⅰ度以上又は LDL160以上の重なりをも つ者

出典：筑前町特定健康診査二次検査実施要領

②基準に基づく該当者数の把握

選定基準に基づいて該当者を把握する際には、ヘルスサポートラボツールを使用して対象者を判定し、過年度受診者を省きます。令和4年度においては、75g糖負荷試験では対象者の約3割(29人)、頸動脈エコー検査及び微量アルブミン尿検査においては約5割以上(63人・58人)が検査を受けています。

図表 57 特定健診二次検査実施者数

R4年度	糖負荷	頸動脈エコー	尿検査
対象者	87人	113人	105人
実施者	29人	63人	58人
実施率	33.3%	55.8%	55.2%

筑前町調べ

(4)保健指導の実施

特定健診の結果説明と合わせて面談にて保健指導を行い、検査内容や注意事項の説明を行います。協力医療機関で受検後は、再度面談にて二次検診の結果説明と生活習慣病発症予防に向けた保健指導を行います。

(5) 医療との連携

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、紹介状や情報提供書等を使用します。また、治療中の場合は、情報提供書を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をいただきます。情報提供書等の返書より、医師から保健指導の依頼をいただいた場合には、保健指導実施報告書をもって保健指導内容を医師へ報告します。

(6) 評価

評価については、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年1回行うものとしします。

短期的評価

- ① 特定健診二次検査実施率
- ② 翌年度の特定健診受診率

(7) 実施期間及びスケジュール

- 前年度3月まで 朝倉医師会へ協力医療機関集約依頼
- 4月 対象者の選定基準の決定
- 6月 朝倉医師会との契約、協力医療機関への説明
- 7月 特定健診二次検査実施(通年)

3. 特定健診未受診者対策

1) 基本的な考え方

特定健診の受診率向上については、ハガキやリーフレット送付による業務委託と直接電話等にて実施するものに分けて行っています。まず業務委託分について、令和4年度では、過去5年間(平成29年度～令和3年度)の特定健康診査の受診履歴・健診結果・問診票等のデータを、AI(人工知能)を用いて分析、7種類のリーフレットの中から対象者の特性に合わせたリーフレットを送付し、効率的効果的な受診勧奨を行っています。40～50歳代の若い世代の受診率の向上に向けて、SMSによる受診勧奨も行っているところです。

また、健康推進係にて、過年度重症化予防対象者や前年度受診者で受診が済んでいない者への電話や訪問による受診勧奨や必要時の保健指導を行い、継続受診者の向上に取り組みます。さらに、治療中の者へは、かかりつけ医へ健診実施の説明を行い、連携して受診勧奨を実施します。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

業務委託分については、対象者全員への受診勧奨を実施します。健康推進係実施分の受診勧奨対象者及び優先順位については以下のとおりとします。

- ①前年度 HbA1c 値 7.0%以上で未受診の者
- ②前年度高血圧重症化予防対象者で未受診の者
- ③前年度 CKD 重症化予防対象者で未受診の者
- ④過去5年間で受診歴があり、レセプトデータのない者(健康状態不明者)

(2) 基準に基づく該当者数の把握

前年度 HbA1c 値 7.0%以上の者から優先して、保健師・管理栄養士等による電話や手紙での受診勧奨を行います。令和4年度の対象者数は図表 58 のとおりです。治療中断者や未受診者については、適宜保健指導や医療機関への受診勧奨を行います。

図表 58 令和4年度健診受診勧奨対象者(直営分)

R4年度	HbA1c7.0 以上	高血圧対象者	CKD 対象者	健康状態不明者
対象者	24 人	36 人	28 人	50 人

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 医療との連携

対象者へ特定健診受診券を送付するタイミングで、医療機関への健診実施の依頼や啓発グッズ(ポスター等)を配布し、かかりつけ医からも健診の受診勧奨への協力を依頼します。また、業務委託分のリーフレットに医療機関での受診の案内も掲載し、かかりつけ医で受診ができることの周知を広く行います。

4) 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。

短期的評価

- ① 特定健診受診率
- ② 受診勧奨実施率

5) 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 業務委託分の受診勧奨、かかりつけ医を通じた個別受診勧奨開始(通年)

11月頃～前年度重症化予防対象者の受診勧奨開始

翌年1月頃～健康状態不明者の受診勧奨開始

4. 重複服薬・多剤投与対策

1) 基本的な考え方

重複服薬とは、同じ効能の薬を複数の医療機関で処方されて服用することです。また、多剤服用とは、複数の薬剤を服用することで、その中でも薬物によって害をなすものがポリファーマシーと呼ばれています。ポリファーマシーは、単に服用する薬剤が多いことではなく、それに関連したふらつきや転倒、記憶障害等の有害な症状や徴候を指し、服用者の生活機能にも支障をきたすことが考えられます。特に高齢者においては、加齢に伴う生理的な変化により薬剤間での薬物相互作用が起こりやすいと言われています。また、医療費適正化の面からも適切な受診や服薬指導は有用であると考えます。

本町においても、特に高齢者を対象に重複服薬や多剤投与対象者に対する適正受診・適正服薬指導を実施する必要があります。多剤投与者については、令和5年度より実施しています。

2) 対象者の明確化

(1) 基準に基づく対象者の抽出

① 重複服薬対象者

不眠症剤において、2箇所以上の医療機関から同効薬剤を処方されている者

② 多剤投与対象者

同一月内に15剤以上処方された者のうち、条件※を絞って抽出した者

(※条件・・・除外要件 65歳未満、がん、要介護1～5)

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

当該年度の5月診療分のレセプトをもとに対象者を抽出します。令和5年度の対象者数は図表59のとおりです。

図表 59 令和5年度重複服薬・多剤投与対象者

R5年度	重複服薬	多剤投与
対象者	5人	26人

出典：KDBシステム

3) 保健指導の実施及び評価

保健師・管理栄養士が、電話や手紙によって医療機関のかかり方やお薬手帳の使い方等の適正服薬指導を行います。

評価については、保健指導実施後4か月を目安にレセプトデータで医療情報を確認することになっています。

4) 実施期間及びスケジュール

7月 対象者の選定基準の決定、5月診療分レセプトにて対象者抽出

8月 対象者へ介入開始(通年)

1月 評価(保健指導から4か月後目安)

5. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

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と、生活機能の低下を防止する取組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

本町は、令和3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等の一体的な実施」を実施しており、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、

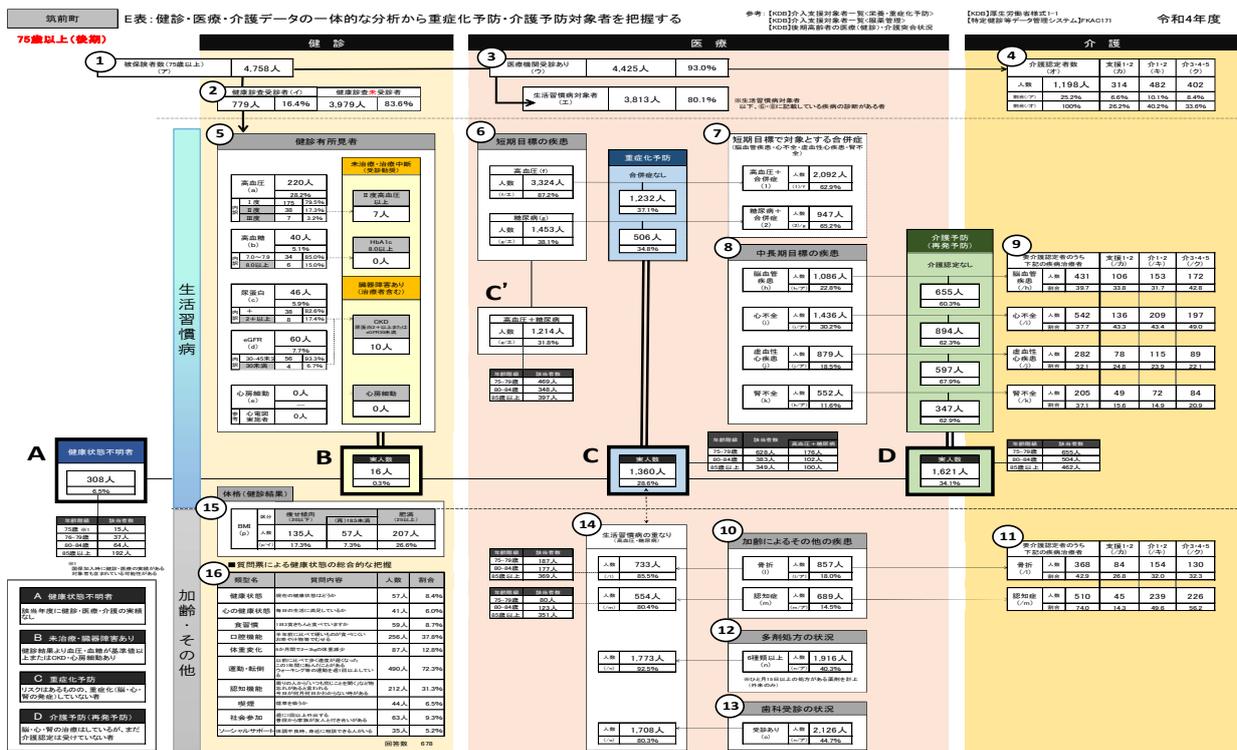
(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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・介護予防の対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2) ハイリスクアプローチ・ポピュレーションアプローチを担当する管理栄養士等を配置

健康状態不明者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう受診勧奨や生活習慣病などの重症化予防を行います。また、生活習慣病によるフレイルなどの健康教育や健康相談をポピュレーションアプローチにより実施していきます。

図表 60 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施



6. 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となっています。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からますます注目されています。

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

図表 61 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

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

7. ポピュレーションアプローチ

糖尿病等の生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の発症予防や重症化予防に関する健康教育に加え、運動機能の維持・向上に向けた健康教育を実施します。その中で、国保特定健診や後期高齢者健診等の受診勧奨も行います。

また、健診受診後は、保健指導を受けることや必要な場合の医療機関受診の重要性を伝え、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっている実態も周知していきます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、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・管理栄養士等が定期的に行います。また、特定健診の国への実績報告後のデータ(法定報告データ)を用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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・同規模自治体と比較した筑前町の位置
- 参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析
- 参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価
- 参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料7 HbA1c の年次比較
- 参考資料8 血圧の年次比較
- 参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模自治体と比較した筑前町の位置

R4年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口		29,522		4,284,839		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)		9,238	31.3	1,245,056	29.1	1,395,142	28.1	35,335,805	28.7		
		75歳以上		4,499	15.2	—	—	699,717	14.1	18,248,742	14.8		
		65～74歳		4,739	16.1	—	—	695,425	14.0	17,087,063	13.9		
		40～64歳		9,368	31.7	—	—	1,608,951	32.4	41,545,893	33.7		
	39歳以下		10,916	37.0	—	—	1,964,581	39.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		8.1		5.4		2.9		4.0		KDB.NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業		25.6		28.7		21.2		25.0			
		第3次産業		66.3		66.0		75.9		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.9		80.8		80.7		80.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
女性		88.0		87.1		87.2		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.8		80.4		80.1		80.1				
	女性		85.3		84.5		84.6		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		92.8		98.7		101.2		100		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		男性		92.8		98.7		101.2		100			
		女性		87.5		99.7		97.8		100			
		死因	がん		92	49.2	12,696	50.6	15,677	55.7	378,272		50.6
			心臓病		43	23.0	6,874	27.4	6,458	22.9	205,485		27.5
			脳疾患		26	13.9	3,420	13.6	3,576	12.7	102,900		13.8
			糖尿病		7	3.7	485	1.9	596	2.1	13,896		1.9
	腎不全		12	6.4	926	3.7	1,024	3.6	26,946	3.6			
	自殺		7	3.7	686	2.7	826	2.9	20,171	2.7			
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計										厚生省HP 人口動態調査	
男性													
		女性											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,347	14.4	211,456	17.0	277,144	19.9	6,724,030	19.4	KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		25	0.2	3,785	0.3	4,582	0.3	110,289	0.3		
		介護度別 総件数	要支援1.2		5,043	17.0	712,630	13.9	1,041,029	15.1	21,785,044		12.9
			要介護1.2		14,945	50.4	2,355,997	45.9	3,219,908	46.8	78,107,378		46.3
			要介護3以上		9,668	32.6	2,064,273	40.2	2,621,837	38.1	68,963,503		40.8
	2号認定者		17	0.18	5,015	0.35	5,495	0.34	156,107	0.38			
	② 有病状況	糖尿病		312	21.7	54,717	24.5	66,990	23.1	1,712,613	24.3		
		高血圧症		778	55.4	117,224	52.9	156,979	54.4	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		462	32.9	70,399	31.5	96,408	33.2	2,308,216	32.6		
		心臓病		887	62.8	132,327	59.8	175,116	60.8	4,224,628	60.3		
脳疾患		333	24.4	50,122	22.9	68,049	23.8	1,568,292	22.6				
がん		157	11.3	24,937	11.1	35,599	12.3	837,410	11.8				
筋・骨格		746	53.8	116,014	52.5	158,168	55.0	3,748,372	53.4				
精神		563	38.7	80,119	36.4	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		212,710	1,965,015,419	259,723	323,370,248,294	291,818	407,127,115,803	290,668	10,074,274,226,899	KDB.NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題		
	1件当たり給付費(全体)		66,260		63,000		59,152		59,662				
	居宅サービス		38,624		41,449		41,206		41,272				
	施設サービス		287,136		292,001		298,399		296,364				
	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり 認定なし		11,072 4,415		8,999 4,040		9,394 4,251			8,610 4,020	
4	① 国保の状況	被保険者数		6,314		882,802		1,049,804		27,488,882		KDB.NO.1 地域全体像の把握 KDB.NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		2,924	46.3			424,591	40.4	11,129,271	40.5		
		40～64歳		1,898	30.1			330,002	31.4	9,088,015	33.1		
		39歳以下		1,492	23.6			295,211	28.1	7,271,596	26.5		
	加入率		21.4		20.6		21.1		22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		3	0.5	265	0.3	456	0.4	8,237	0.3		
		診療所数		18	2.9	2,753	3.1	4,711	4.5	102,599	3.7		
		病床数		460	72.9	49,546	56.1	82,664	78.7	1,507,471	54.8		
		医師数		31	4.9	9,765	11.1	16,784	16.0	339,611	12.4		
		外来患者数		782.4		716.1		721.4		687.8			
入院患者数		22.1		19.2		21.2		17.7					
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		362,274	県内43位 同規模65位	361,243		355,059		339,680		KDB.NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB.NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		804.503		735.303		742.544		705.439				
	外 来	費用の割合		56.3		59.6		56.1		60.4			
		件数の割合		97.3		97.4		97.1		97.5			
	入 院	費用の割合		43.7		40.4		43.9		39.6			
		件数の割合		2.7		2.6		2.9		2.5			
1件あたり在院日数		17.1日		16.0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	347,931,600	28.7	31.9		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)	87,987,080	7.3	8.0		4.7		8.2					
				糖尿病	135,272,630	11.2	11.0		9.7		10.4					
				高血圧症	87,941,290	7.3	6.1		6.1		5.9					
				脂質異常症	60,414,950	5.0	4.2		4.5		4.1					
				脳梗塞・脳出血	38,039,640	3.1	3.8		3.9		3.9					
				狭心症・心筋梗塞	26,168,080	2.2	2.9		2.6		2.8					
				精神	192,100,680	15.8	14.6		18.0		14.7					
				筋・骨格	225,497,000	18.6	16.6		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	644	0.4	310	0.2		436	0.3	256
糖尿病	1,738	1.1	1,270					0.9	1,503	1.0	1,144	0.9				
脂質異常症	73	0.0	61					0.0	98	0.1	53	0.0				
脳梗塞・脳出血	5,154	3.3	6,294					4.3	6,225	4.0	5,993	4.5				
虚血性心疾患	3,351	2.1	4,413					3.0	3,899	2.5	3,942	2.9				
腎不全	4,100	2.6	4,223		2.9	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	13,284		6.5	11,332	5.3	10,862	5.5	10,143	4.9					
		糖尿病	20,258		9.9	20,232	9.4	17,042	8.6	17,720	8.6					
		脂質異常症	9,495		4.7	7,876	3.7	8,242	4.1	7,092	3.5					
		脳梗塞・脳出血	871		0.4	916	0.4	988	0.5	825	0.4					
		虚血性心疾患	1,619	0.8	1,870	0.9	1,826	0.9	1,722	0.8						
腎不全	10,904	5.3	17,044	7.9	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	2,328	2,440		1,757		2,031		KDB.NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題				
				健診未受診者	13,359	12,830		14,605		13,295						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,827	7,199		4,913		6,142						
				健診未受診者	33,438	37,856		40,836		40,210						
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	948	54.9	147,301	57.9	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	875	50.7	133,116	52.3	123,882	52.5	3,574,378	52.0					
			医療機関非受診率	73	4.2	14,185	5.6	10,053	4.3	341,429	5.0					
5	①	特定健診の 状況	県内市町村数 63市町村 同規模市区町村 数 147市町村	メタボ 該当・予 備群レベ ル	健診受診者	1,727		254,584		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	39.7	県内26位 同規模81位	40.1		35.0	全国34位	37.6				
					特定保健指導終了者(実施率)	124	60.8	12,406	41.0	10,227	38.5	200,147	24.6			
					非肥満高血糖	147	8.5	25,650	10.1	19,306	8.2	620,920	9.0			
					メタボ	該当者	386	22.4	53,200	20.9	47,905	20.3	1,394,679		20.3	
						男性	253	31.1	36,411	32.5	33,029	32.7	974,740		32.0	
						女性	133	14.6	16,789	11.8	14,876	11.0	419,939		11.0	
					予備群	男性	243	14.1	28,656	11.3	27,314	11.6	772,552		11.2	
						女性	162	19.9	19,786	17.7	18,671	18.5	545,269		17.9	
					メタボ 該当・予 備群レベ ル	メタボ	総数	715	41.4	90,286	35.5	83,984	35.6		2,402,739	35.0
							男性	477	58.7	61,900	55.3	57,488	56.9		1,683,310	55.3
							女性	238	26.0	28,386	19.9	26,496	19.6		719,429	18.8
							総数	49	2.8	12,551	4.9	9,065	3.8		323,039	4.7
							男性	3	0.4	1,748	1.6	1,329	1.3		51,832	1.7
							女性	46	5.0	10,803	7.6	7,736	5.7		271,207	7.1
							血糖のみ	14	0.8	1,775	0.7	1,523	0.6		43,981	0.6
							血圧のみ	177	10.2	20,337	8.0	19,025	8.1		544,462	7.9
							脂質のみ	52	3.0	6,544	2.6	6,766	2.9		184,109	2.7
							血糖・血圧	70	4.1	8,233	3.2	6,859	2.9		205,051	3.0
血糖・脂質	21	1.2	2,679	1.1			2,581	1.1	70,941	1.0						
血圧・脂質	192	11.1	24,509	9.6			23,198	9.8	664,823	9.7						
血糖・血圧・脂質	103	6.0	17,779	7.0			15,267	6.5	453,864	6.6						
6	①	問診の状況	既往 歴	服薬			高血圧	677	39.2	94,413	37.1	83,959	35.6	2,447,012	35.6	KDB.NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病			190	11.0	23,858	9.4	21,388	9.1	594,898	8.7		
				脂質異常症			482	27.9	72,433	28.5	66,542	28.2	1,914,768	27.9		
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	54	3.1	7,719	3.2	8,115	3.5	208,631	3.1				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	108	6.3	14,447	5.9	14,699	6.3	367,800	5.5				
				腎不全	20	1.2	2,051	0.8	2,533	1.1	54,301	0.8				
				貧血	207	12.0	25,504	10.4	26,554	11.4	706,690	10.7				
				生活習慣の 状況	喫煙	274	15.9	32,605	12.8	33,153	14.0	948,511	13.8			
					週3回以上朝食を抜く	202	11.7	20,317	8.7	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回以上就寝前夕食(H30～)	290	16.9	33,900	14.3	33,280	14.9	985,237	15.8			
					週3回以上就寝前夕食	290	16.9	33,900	14.3	33,280	14.9	985,237	15.8			
					食べる速度が速い	477	27.7	60,560	25.9	62,975	28.1	1,672,149	26.8			
					20歳時体重から10kg以上増加	628	36.5	84,182	35.5	79,460	35.4	2,190,989	35.0			
1回30分以上運動習慣なし	1,006	58.3	139,332		59.6	129,659	57.8	3,777,098	60.4							
1日1時間以上運動なし	845	49.1	112,491		47.4	107,552	48.0	3,004,715	48.0							
睡眠不足	453	26.3	60,484		25.6	55,072	24.6	1,599,845	25.6							
14	②	毎日飲酒 時々飲酒	1合未満	400	44.5	105,154	65.6	102,691	64.3	2,997,474	64.1	KDB.NO.1 地域全体像の把握				
			1～2合	384	42.7	37,813	23.6	39,951	25.0	1,110,546	23.7					
			2～3合	91	10.1	13,797	8.6	13,625	8.5	438,404	9.4					
			3合以上	24	2.7	3,562	2.2	3,476	2.2	130,123	2.8					