

八女市国民健康保険 第 3 期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)

令和 6 年度～令和 11 年度



八女市国民健康保険

目次

第1章 基本的事項	4
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	
5 保険者努力支援制度	
6 計画とSDGsの関係	
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	13
1 保険者の特性	
2 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比	
3 医療費の分析	
4 後発医薬品の使用割合	
5 重複・頻回受診、重複服薬者割合	
6 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	
第3章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化	18
1 第2期計画に係る評価及び考察	
2 第3期計画における健康課題の明確化	
第4章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）	43
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 特定健康診査の実施	
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5章 個別事業計画	50
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取り組み	
3 個別保健事業	
4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	
5 発症予防	
6 ポピュレーションアプローチ	

7 地域包括ケアシステムに係る取り組み

第6章 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61

1 評価の時期

2 評価方法・体制

3 計画の公表・周知

4 個人情報の取り扱い

第1章 基本的事項

1 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成、公表・事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組み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り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当たり、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、標準化の取り組み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当たり、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。

本計画は、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、「特定健康診査等実施計画」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当たり、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（以下「KDB」※⁶という。）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

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

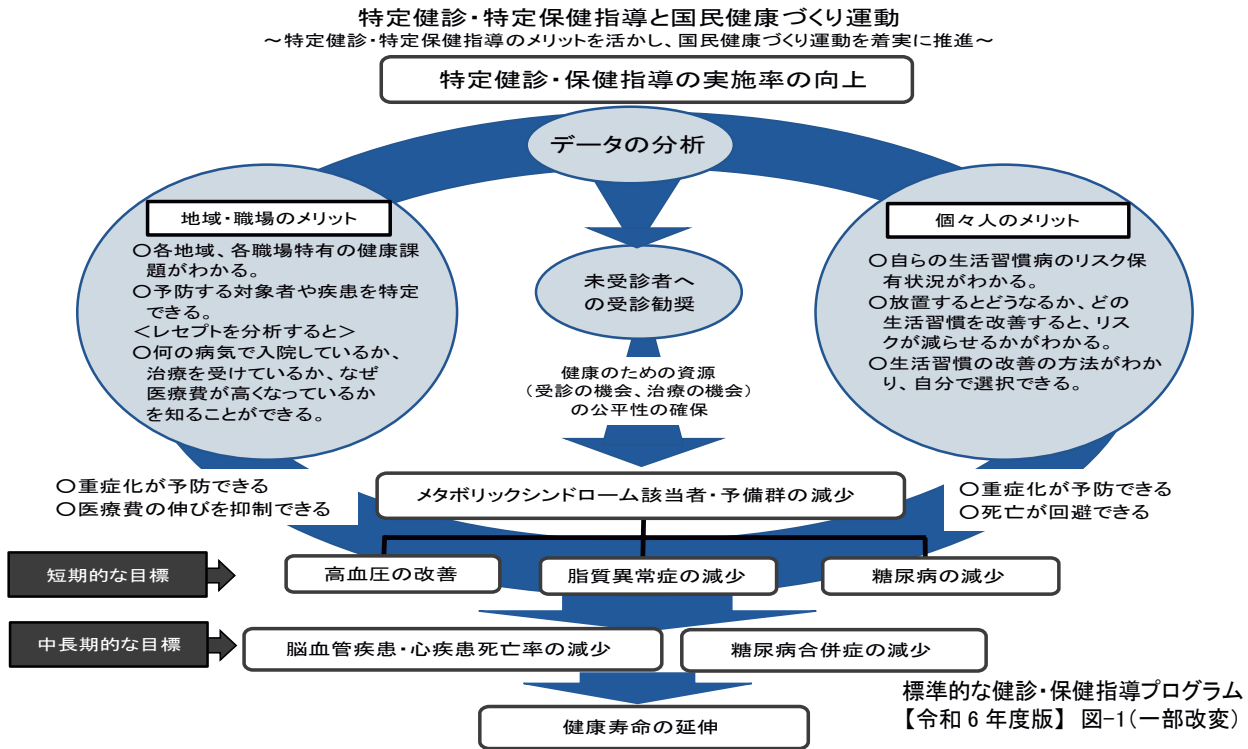
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

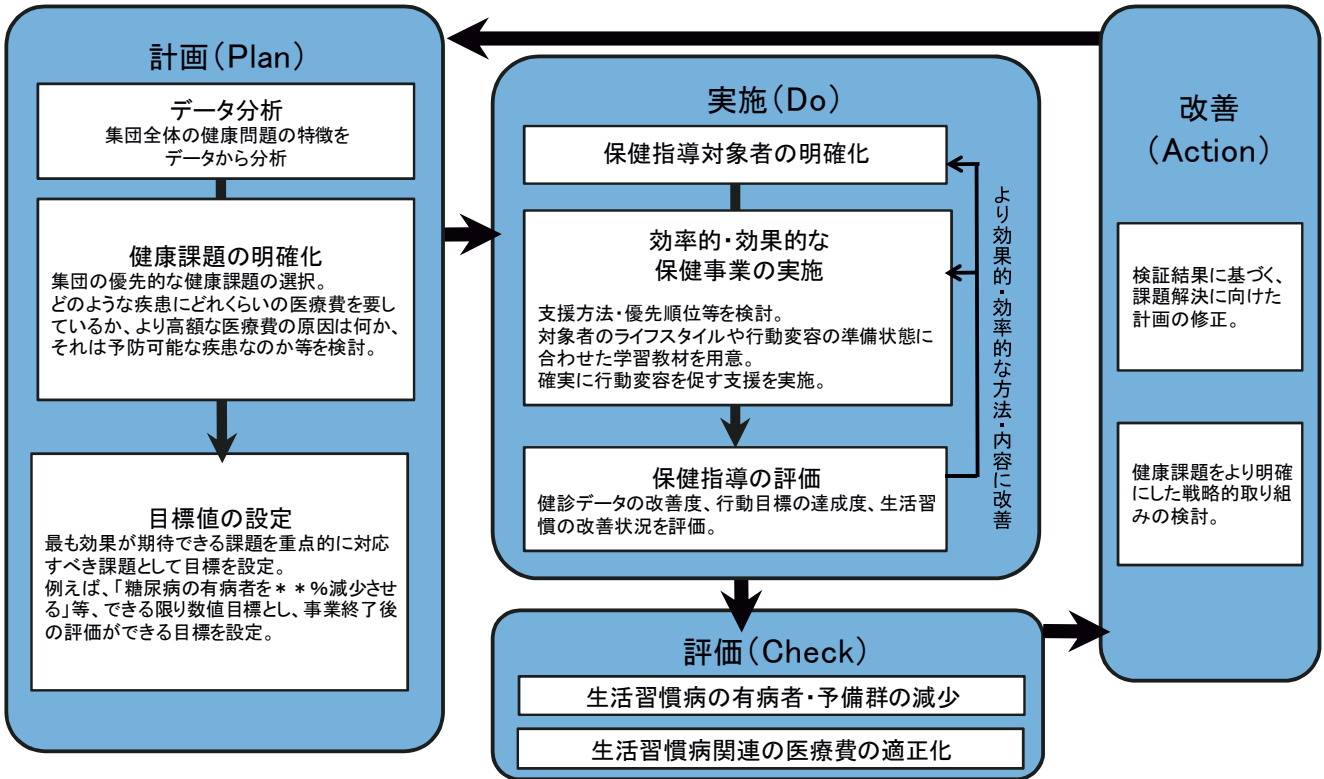
	※健康増進事業実施者とは「健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法」			医療費適正化計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な推 進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業 の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健 指導の適切かつ有効な実施 を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関す る基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険 給付の円滑な実施を確保 するための基本的な指針
根拠・期間	決定 令和6～17年（12年） 2024～2033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P DCA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性かつ 効果的に実施するための 計画を作成。	持続可能な運営を確保す るため、保険者・医療関係 者等の協力を得ながら、住 民の健康保持・医療の効 率的な提供の推進に向け た取組を進める。	医療機能の分化・連携の推 進を通じ、地域で切れ目の ない医療の提供、良質かつ 適切な医療を効率的に提 供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護 給付等サービス提供体 制の確保及び地域支援 事業の計画的な実施を 図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、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青年期・壮 年期世代の生活習慣病の改善、小 児期からの健康な生活習慣づくりにも 配慮	40～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折＋骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 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 糖尿病腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				が ん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病（NCDs）の発症予 防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進 の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の 推進 ・高齢者の心身機能の低下等に 起因した疾病予防・介護予防 の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な 活用 ・医療・介護の連携を通じた効果 的・効率的なサービス提供の 推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延 時の医療	①PDCAサイクルを活用する 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



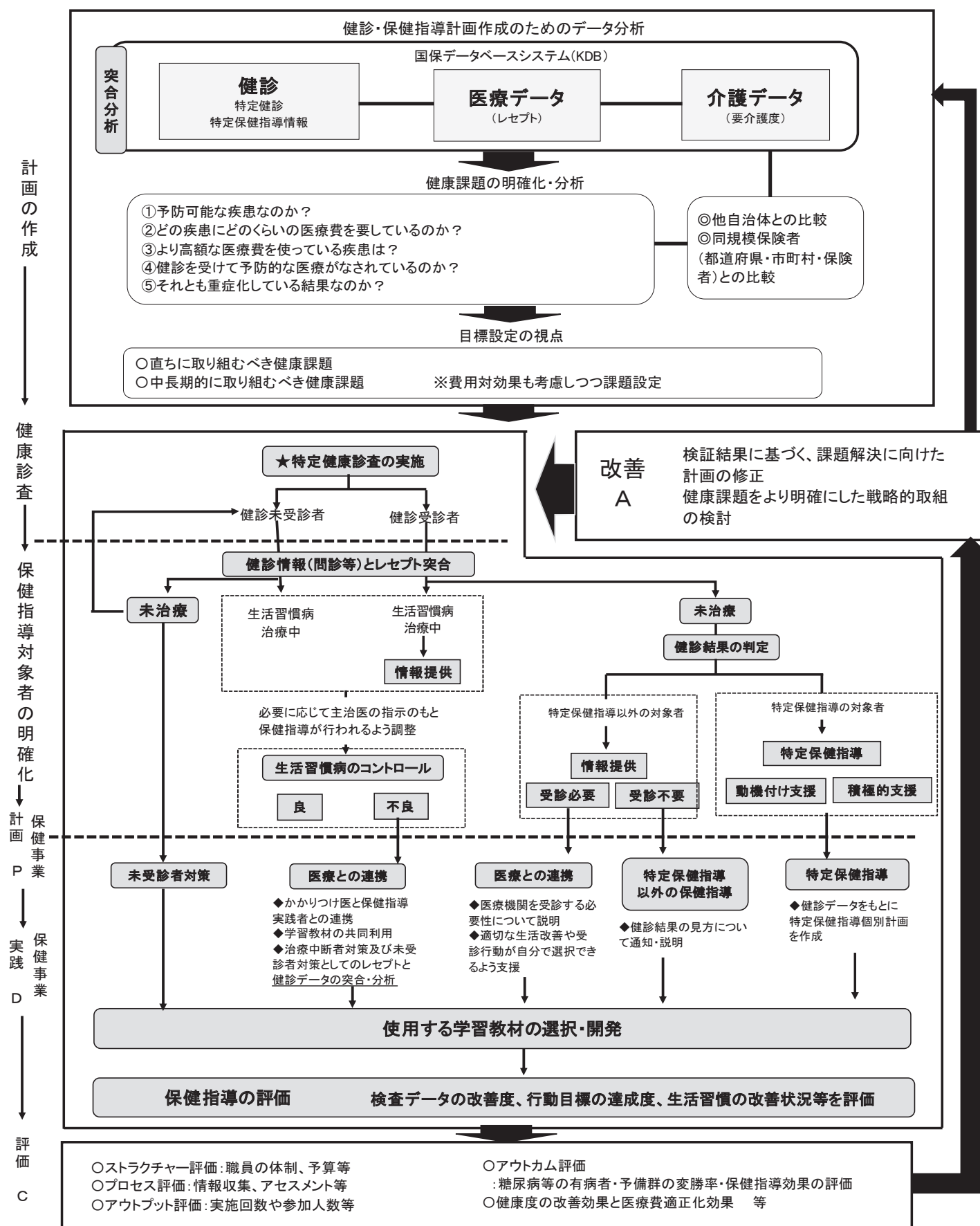
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

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（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（平成30年度版）における基本的な考え方（一部改変）

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）

行動変容を促す手法

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提示）

3 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4 関係者が果たすべき役割と連携

（1）市町村国保の役割

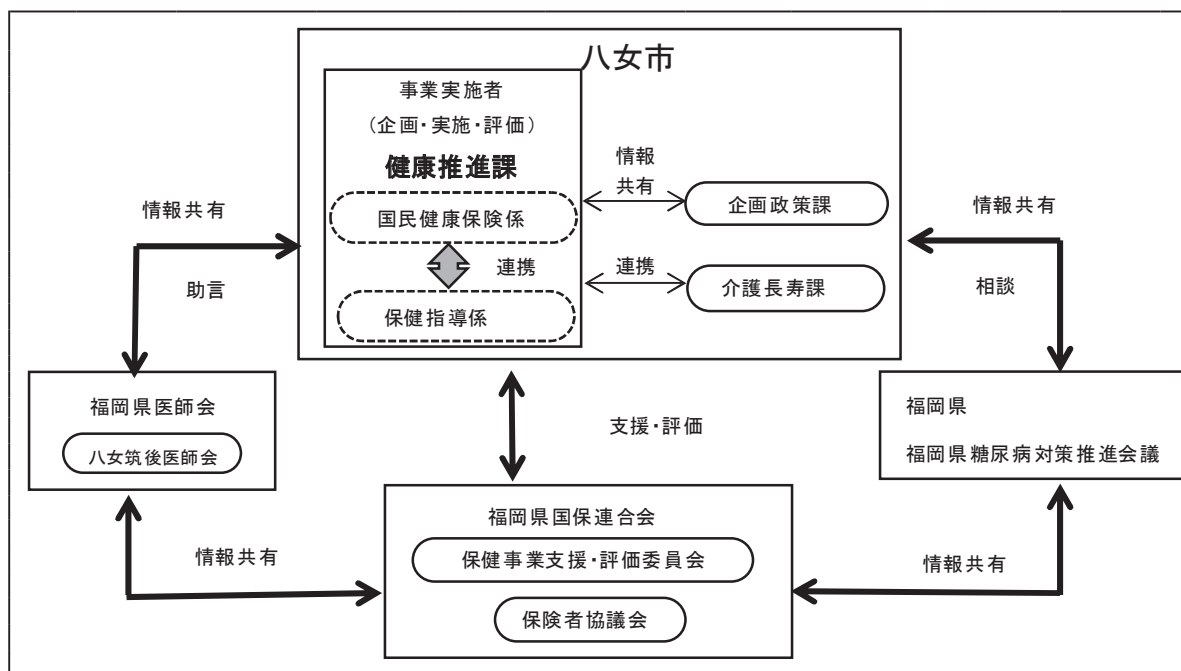
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局及び介護保険部局（介護長寿課）、保健衛生部局（健康推進課）、

企画部局（企画政策課）、生活保護部局（福祉課）とも十分に連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化することにより、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 八女市の実施体制図



（２）関係機関との連携

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

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である福岡県のほか、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、八女筑後医師会、歯科医師会、薬剤師会、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力します。

また、県は市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となります。

さらに、保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが求められます。

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

(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、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

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り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み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、保険者努力支援制度の中に予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付されることにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みの抜本的な後押しとなっています。

保険者努力支援制度は、被保険者の保険税負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにつながるため、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	
			八女市	配点	八女市	配点	八女市	配点
交付額(万円)			43,873,000		40,858,000		41,012,000	
全国順位(1,741市町村中)			168位		270位		262位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	75	70	50	70	70	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	40	40	40	40	35	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	40	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	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	60	100	60	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	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	38	40	38	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	75	100	87	100
合計点			705	1,000	673	960	665	940

6 計画とSDGsの関係

SDGsとは

「Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）」の略称で、国連加盟193か国が令和12（2030）年までに達成するための目標として、平成27（2015）年9月の国連サミットで採択されたものであり、包括的な17のゴール（目標）とその下位目標である169のターゲットにより構成されるものです。

我が国においても、「SDGsアクションプラン2019」が策定され、豊かで活力のある「誰一人取り残さない」社会を実現するため、一人一人の保護と能力強化に焦点を当てた「人間の安全保障*」の理念に基づき、世界の「国づくり」と「人づくり」に貢献していくこととされ、地方自治体においてもSDGsに向けた取組が求められています。



《5つの特徴》

- ◇普遍性：先進国を含めて、すべての国が行動
- ◇包摂性：人間の安全保障の理念を反映し、
「誰一人取り残さない」
- ◇参画性：全てのステークホルダー*が役割を
- ◇統合性：社会・経済・環境に統合的に取り組む
- ◇透明性：定期的にフォローアップ*

《5つの要素》

- ◇People 人間
- ◇Prosperity 豊かさ
- ◇Peace 平和
- ◇Partnership パートナースhip*
- ◇Planet 地球

本計画に基づく取り組みは、「ゴール3（健康と福祉）」、「ゴール10（不平等等を是正）」、「ゴール17（協働）」の実現に資するものです。



第2章 健康・医療情報等の分析と課題

1 保険者の特性

本市は、人口約6万で、高齢化率は36.7%で同規模、福岡県、全国と比較すると高くなっています。被保険者の平均年齢も52.7歳と福岡県・全国と比較すると高く、出生率は低く、財政指数も低い市となっています。産業においては、第1次産業が20.5%と同規模と比較しても高く、市内でも地区により産業構成に違いがあるため、地域の特性を踏まえての活動が必要です。（図表8）

国保加入率は26.9%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43%を占めています。（図表9）

また本市内には8つの病院、58の診療所があり、病院は同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。（図表10）

図表8 同規模・福岡県・全国と比較した八女市の特性

R4年度	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
八女市	60,003	36.7	16,125 (26.9)	52.7	6.3	15.6	0.4	20.5	22.5	57.0
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
福岡県	--	28.1	21.1	51.3	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
全国	--	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、八女市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表9 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	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
被保険者数	17,958		17,472		17,167		16,754		16,125	
65～74歳	7,102	39.5	7,120	40.8	7,310	42.6	7,175	42.8	6,873	42.6
40～64歳	6,233	34.7	5,953	34.1	5,685	33.1	5,501	32.8	5,315	33.0
39歳以下	4,623	25.7	4,399	25.2	4,172	24.3	4,078	24.3	3,937	24.4
加入率	27.9		27.2		26.7		26.1		26.9	

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（被保険者千人当たり）

		H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)	
		実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	同規模	県
医療の概況 (人口千対)	病院数	8	0.4	8	0.5	8	0.5	8	0.5	8	0.5	0.3	0.4
	診療所数	61	3.4	60	3.4	60	3.5	60	3.6	58	3.6	3.6	4.5
	病床数	1,422	79.2	1,422	81.4	1,422	82.8	1,422	84.9	1,422	88.2	59.4	78.7
	医師数	165	9.2	165	9.4	179	10.4	179	10.7	174	10.8	10.0	16.0
	外来患者数	744.6		752.9		708.8		745.3		769.9		719.9	721.4
	入院患者数	23.7		24.1		22.4		21.3		21.3		19.6	21.2

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

2 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比（図表 11）

- 平均寿命は、男性 80.6 歳、女性 87.1 歳。男女とも県平均と同水準である。
- 平均自立期間は、男性 79.1 歳、女性 84.0 歳。男女とも県平均より短い。

図表 11

■男性

R 4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間 (歳)		標準化死亡比 ※ 1
		要介護 2 以上	要支援・要介護	
八女市	80.6	79.1	77.9	102.4
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.7	80.1	78.8	100.3
全国	80.8	80.1	78.7	100.0

■女性

R 4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間 (歳)		標準化死亡比
		要介護 2 以上	要支援・要介護	
八女市	87.1	84.0	81.5	98.7
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.0	84.4	81.7	101.2
全国	87.0	84.4	81.4	100.0

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※ 1 標準化死亡比：死亡率を比較するための指数。国の平均を 100 とし、100 以下であれば国の平均死亡率より低く、100 以上であれば高いと判断される。

3 医療費の分析

(1) 医療費のボリューム（図表 12）

- 一人当たり医療費（医科入院）は 13,170 円で全国、福岡県よりも高い水準である。特に男女とも 20 歳代における一人当たり医療費（医科）については、県平均よりも高いという特徴がある。
- 一人当たり医療費（歯科）は、2,310 円で県平均と同水準であるが、受診率は県平均よりも低い傾向にある。
- 外来の受診率は県、同規模、全国平均より高い水準である。

図表 12

■一人当たり月間医療費（単位：円）

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
八女市	17,120	13,170	2,310
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	17,620	11,980	2,170
全国	17,400	11,650	2,210

■千人当たり受診※ 1（単位：人）

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
八女市	769.932	21.344	156.036
福岡県	726.788	21.570	166.386
同規模	719.869	19.633	163.826
全国	709.576	18.814	164.799

※ 1 （レセプト総件数/被保険者数）*1,000

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■一人当たり月間医療費（医科）男性

（単位：円）

R 4 年度	0-9 歳	10-19 歳	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
八女市	14,963	11,868	13,173	10,463	18,300	37,151	47,621	49,428
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一人当たり月間医療費（医科）女性

（単位：円）

R 4 年度	0-9 歳	10-19 歳	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
八女市	17,227	6,799	13,542	14,408	19,868	27,874	29,071	39,218
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

出典：KDB システム帳票 疾病別医療費分析（大分類）

（2）疾病分類別の医療費（図表 13・14）

- 疾病分類別医療費の割合は、新生物（15.0%）、循環器系疾患（13.2%）、精神（10.1%）の順に多い。県と比較すると循環器系疾患、精神の割合が高い傾向にある。
- 1件当たりの入院医療費は、新生物（730,241 円）、心疾患（724,476 円）、脳血管疾患（711,496 円）の順に高い。県内順位で見ると、高血圧（30 位）、精神（30 位）、脳血管疾患（35 位）が高い傾向にある。
- 1件当たり入院外医療費は腎不全（119,008 円）が特に高く、次に新生物（66,300 円）が続く。県と比較すると歯肉炎・歯周病（8 位）、腎不全（9 位）が高い傾向にある。

図表 13

■疾病分類別医療費の割合

R4年度	新生物	循環器	精神	内分泌	筋骨格	神経	尿路 性器	呼吸器	消化器	その他
八女市	15.0%	13.2%	10.1%	9.6%	9.7%	6.9%	4.9%	6.7%	5.6%	18.3%
福岡県	16.8%	12.8%	9.5%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	17.1%	13.9%	8.1%	9.4%	8.8%	6.3%	7.8%	5.7%	6.0%	16.9%
全国	16.9%	13.6%	7.9%	9.0%	8.8%	6.3%	8.0%	6.0%	6.1%	17.4%

出典：KDB システム 疾病別医療費分析（大分類）

図表 14

■疾病統計（八女市）

R4年度	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	脳血管 疾患	心疾患	腎不全	精神	新生物	歯肉炎 歯周病
入院単価 （円/件）	662,800 円	691,782 円	634,392 円	711,496 円	724,476 円	646,065 円	533,486 円	730,241 円	112,255 円
県内順位 （60 保険者）	37 位	30 位	38 位	35 位	38 位	47 位	30 位	36 位	42 位
入院外単価 （円/件）	33,682 円	25,757 円	21,987 円	31,924 円	41,981 円	119,008 円	26,981 円	66,300 円	14,550 円
県内順位 （60 保険者）	24 位	51 位	58 位	24 位	16 位	9 位	35 位	18 位	8 位

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

4 後発医薬品の使用割合 (図表 15)

後発医薬品の使用割合は 80.8% (令和 4 年度実績) で、国の目標値である 80% は上回っているものの県と比較すると低い。

図表 15

■後発医薬品の使用割合

令和 4 年 9 月診療分	八女市	福岡県	全国
使用割合	80.8%	81.4%	79.9%

出典：厚生労働省公表値 (令和 5 年 5 月 10 日)

5 重複・頻回受診、重複服薬者割合 (図表 16)

- 重複・頻回受診者 (3 医療機関以上かつ 10 日以上) は被保険者全体の 0.2% (約 33 人)。
- 重複服薬者 (2 医療機関以上かつ 3 薬剤以上) は被保険者全体の 0.03% (約 5 人)。
- 多剤処方者 (6 薬剤以上) は被保険者全体の 14.9% (約 2,488 人)。

図表 16

■被保険者数 (八女市)

令和 4 年 5 月	16,697 人
------------	----------

■重複・頻回の受診状況 (単位：%)

受診医療機関数 (同一月内)	同一医療機関への 受診日数 (同一月 内)	受診した者の割 合※1
		令和 4 年 5 月
2 医療機関以上	1 日以上	22.1
	5 日以上	1.8
	10 日以上	0.5
3 医療機関以上	1 日以上	6.4
	5 日以上	0.8
	10 日以上	0.2

※1 受診した者の割合 ((受診した者 / 被保険者数) * 100)

■重複服薬の状況等の傾向 (単位：%)

他医療機関と重複処 方の発生した医療機 関数 (同一月内)	複数の医療機関から 重複処方が発生した 薬剤数 (または薬効 数) (同一月内)	処方を受けた者の割合※1
		令和 4 年 5 月
2 医療機関以上	1 以上	0.35
	2 以上	0.07
	3 以上	0.03

※1 処方を受けた者の割合 (処方を受けた者 / 被保険者数) * 100)

出典：KDB システム帳票 重複・頻回受診の状況

■多剤処方の状況

(単位：％)

同一薬剤に関する処方日数（同一月内）	処方薬剤数（または処方薬効数）（同一月内）	処方を受けた者の割合
		令和４年５月
１日以上	６以上	14.9
	７以上	11.0
	８以上	8.2
	９以上	6.0
	10以上	4.4
	15以上	0.9
	20以上	0.2

出典：KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

６ 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 （図表 17・18）

- 特定健診の受診率は 40.2％であり、県平均（34.4％）より高いものの国の目標値 60％には届いていない。
- 性・年齢別特定健診受診率は、60 歳以上で男女ともに高いが、男性の 60 歳未満では 20％台と低い傾向にある。
- 特定保健指導の実施率は 85.9％で県平均（43.1％）を大きく上回っている。

図表 17

■健診受診率

R 4 年度	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率
八女市	11,275	4,529	40.2%
福岡県	658,780	226,883	34.4%
全国	16,345,001	6,195,907	37.9%

■保健指導実施率

R 4 年度	対象者数（人）	受診者数（人）	実施率
八女市	419	360	85.9%
福岡県	25,306	10,917	43.1%
全国	687,216	199,056	29.0%

出典：特定健診等データ管理システム 令和4年法定報告値、KDB システム帳票
特定健診出力様式 特定健診・特定保健指導実施結果総括表（都道府県別）

図表 18

■性・年齢別特定健診・特定保健指導実施割合

R 4 年度	男性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
特定健診		24.4%	22.4%	23.3%	27.1%	35.3%	39.8%	44.2%
特定保健指導		86.4%	87.5%	93.5%	76.0%	82.4%	92.3%	80.3%

R 4 年度	女性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
特定健診		32.1%	26.3%	34.7%	36.4%	43.2%	49.2%	50.7%
特定保健指導		100.0%	85.7%	84.6%	92.9%	86.7%	90.7%	78.6%

出典：特定健診等データ管理システム 令和４年法定報告値

第3章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 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

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で、計画最終年度までに達成を目指す目標とし、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で、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）

ア 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

（ア）介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で50人（認定率0.27%）、1号（65歳以上）被保険者で4,225人（認定率19.3%）と福岡県・全国より低いですが、同規模より高く、平成30年度と比べても高く推移しています。（図表19）

また、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、介護給付費は、約65億円から約70億円に伸びています。（図表20）

さらに、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表21）

図表19 要介護認定者（率）の状況

		八女市				同規模	福岡県	全国
		H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率		21,451人	33.4%	22,037人	36.7%	30.4%	28.1%	28.7%
2号認定者		66人	0.31%	50人	0.27%	0.36%	0.34%	0.38%
	新規認定者	12人		9人		--	--	--
1号認定者		4,091人	19.1%	4,225人	19.3%	18.1%	19.9%	19.4%
	新規認定者	559人		614人		--	--	--
再掲	65～74歳	318人	3.4%	326人	3.2%	--	--	--
	新規認定者	77人		73人		--	--	--
	75歳以上	3,773人	31.3%	3,899人	32.8%	--	--	--
	新規認定者	482人		541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 20 介護給付費の変化

	八女市		同規模	福岡県	全国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	65億2,523万円	70億3,992万円	--	--	--
一人当たり給付費(円)	304,193	319,459	274,536	291,818	290,668
一件当たり給付費(円)	73,976	71,644	63,298	59,152	59,662
居宅サービス	49,082	47,891	41,822	41,206	41,272
施設サービス	276,444	290,059	292,502	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 21 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R4年度）

				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)				50		326		3,899		4,225		4,275	
再)国保・後期				33		276		3,767		4,043		4,076	
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳卒中 ＊1	21	脳卒中	161	脳卒中	2,117	脳卒中	2,278	脳卒中	2,299	
				63.6%		58.3%		56.2%		56.3%		56.4%	
				9		93		1,956		2,049		2,058	
	合併症	2	虚血性 心疾患	27.3%	虚血性 心疾患	33.7%	虚血性 心疾患	51.9%	虚血性 心疾患	50.7%	虚血性 心疾患	50.5%	
				5		40		791		831		836	
				15.2%		14.5%		21.0%		20.6%		20.5%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	6	糖尿病 合併症	41	糖尿病 合併症	395	糖尿病 合併症	436	糖尿病 合併症	442	
				18.2%		14.9%		10.5%		10.8%		10.8%	
				基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		29		245		3,629		3,874	3,903
			87.9%	基礎疾患	88.8%	基礎疾患	96.3%	基礎疾患	95.8%	基礎疾患	95.8%		
			30		256		3,685		3,941		3,971		
			90.9%		92.8%		97.8%		97.5%		97.4%		
認知症			認知症	7	認知症	88	認知症	2,114	認知症	2,202	認知症	2,209	
			21.2%		31.9%		56.1%		54.5%		54.2%		
筋・骨格疾患			筋骨格系	28	筋骨格系	235	筋骨格系	3,678	筋骨格系	3,913	筋骨格系	3,941	
			84.8%		85.1%		97.6%		96.8%		96.7%		

出典：ヘルスサポートラボツール

※1 脳卒中：脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）の総称。

(イ) 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少していることから総医療費は減少している一方で、一人当たり医療費は、同規模保険者と比べて約4千円高く、平成30年度と比較しても3万円伸びています。（図表22）

入院医療費について、レセプト件数は全体のわずか2.7%にも関わらず、医療費は全体の43.5%を占めており、また1件当たりの入院医療費も平成30年度と比較して約8万円高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を大きく超えており、県平均よりも

高く、特に入院の地域差指数が平成 30 年度よりも伸びています。(図表 23)

一人当たり医療費の地域差は、入院が主要因です。重症化すると入院が必要となり医療費が高くなるため、予防が重要です。引き続き重症化予防の取り組みに力を入れる必要があります。

また年齢調整をした地域差指数では、全体をみると、県平均より低いものの、全国平均の 1 を超えています。特に入院の地域差指数が、1 を大きく超えています。(図表 23)

図表 22 医療費の推移

		八女市		同規模	福岡県	全国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		17,958人	16,125人	--	--	--
前期高齢者割合		7,102人 (39.5%)	6,873人 (42.6%)	--	--	--
総医療費		60億9,170万円	59億7,284万円	--	--	--
一人当たり医療費(円)		340,318 県内41位 同規模92位	370,409 県内35位 同規模96位	366,294	365,001	378,638
入院	一件あたり費用額(円)	537,120	616,810	610,160	599,760	617,950
	費用の割合(%)	45.6	43.5	40.5	43.9	39.6
	件数の割合(%)	3.1	2.7	2.7	2.9	2.5
外来	一件あたり費用額(円)	20,390	22,240	24,470	22,510	24,220
	費用の割合(%)	54.4	56.5	59.5	56.1	60.4
	件数の割合(%)	96.9	97.3	97.3	97.1	97.5
受診率(千人当たり)		768.262	791.276	739.503	742.544	705.439

八女市

出典:ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は八女市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

図表 23 一人当たり（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		
		八女市 (県内市町村中)		福岡県 (47県中)	八女市 (県内市町村中)		福岡県 (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	1.064	1.037	1.060	1.146	1.147	1.209
		(35位)	(38位)	(14位)	(45位)	(41位)	(2位)
	入院	1.171	1.131	1.176	1.321	1.319	1.359
		(42位)	(40位)	(13位)	(23位)	(28位)	(2位)
	外来	0.974	0.951	0.968	0.952	0.961	1.043
		(31位)	(34位)	(35位)	(54位)	(50位)	(8位)

出典:地域差分析(厚労省)

(ウ) 中長期目標疾患の医療費の変化

患者数の視点で、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、虚血性心疾患は患者数及び割合は減少していますが、腎不全（人工透析）は横ばいでした。脳血管疾患については、患者数は減少していますが割合は増加しており、特に 65 歳から 74 歳までの高齢者において割合が増加しています。（図表 24）

一方で、中長期目標疾患の医療費合計は、総医療費に占める割合が平成 30 年度と比較すると減少しています。脳血管疾患については、平成 30 年度より 0.75 ポイント減少しており、同規模、福岡県よりも低くなっています。（図表 25）

これらより、重症患者が減少し、また発症した人も治療の継続につながっていると考えます。

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、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 24 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	17,958	16,125	a	1,551	1,480	1,273	1,095	48	46	
				a/A	8.6%	9.2%	7.1%	6.8%	0.3%	0.3%	
40歳以上		B	13,335	12,188	b	1,540	1,465	1,258	1,080	48	46
		B/A	74.3%	75.6%	b/B	11.5%	12.0%	9.4%	8.9%	0.4%	0.4%
再掲	40～64歳	C	6,233	5,315	c	379	323	364	261	37	31
		C/A	34.7%	33.0%	c/C	6.1%	6.1%	5.8%	4.9%	0.6%	0.6%
	65～74歳	D	7,102	6,873	d	1,161	1,142	894	819	11	15
		D/A	39.5%	42.6%	d/D	16.3%	16.6%	12.6%	11.9%	0.2%	0.2%

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

図表 25 中長期目標疾患の医療費の推移

			八女市		同規模	福岡県	全国
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			60億9,170万円	59億7,284万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			4億0,347万円	3億2,574万円	--	--	--
			6.62%	5.45%	7.95%	6.16%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.54%	1.79%	2.08%	2.04%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.33%	0.96%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.31%	2.46%	4.16%	2.46%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.45%	0.24%	0.29%	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.95%	14.95%	17.03%	16.72%	16.69%
	筋・骨疾患		9.86%	9.70%	8.72%	8.96%	8.68%
	精神疾患		12.61%	10.07%	8.04%	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。

イ 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

(ア) 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の割合は減っていますが、脳血管疾患・人工透析の割合は増えています。（図表 26・27・28）

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の人に対して、医療機関受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化する前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。しかし、割合が増加している合併症もあるため、さらなる重症化予防への取り組みが必要であると考えます。

図表 26 高血圧症治療者の経年変化

高血圧 (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	5,270	5,192	1,558	1,377	3,712	3,815
		A/被保数	39.5%	42.6%	25.0%	25.9%	52.3%	55.5%
(中長期併症標疾患)	脳血管疾患	B	704	704	150	140	554	564
		B/A	13.4%	13.6%	9.6%	10.2%	14.9%	14.8%
	虚血性心疾患	C	867	795	244	196	623	599
		C/A	16.5%	15.3%	15.7%	14.2%	16.8%	15.7%
	人工透析	D	47	46	36	31	11	15
		D/A	0.9%	0.9%	2.3%	2.3%	0.3%	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 27 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	3,033	2,785	880	767	2,153	2,018
		A/被保数	22.7%	22.9%	14.1%	14.4%	30.3%	29.4%
(中長期併症標疾患)	脳血管疾患	B	373	357	77	73	296	284
		B/A	12.3%	12.8%	8.8%	9.5%	13.7%	14.1%
	虚血性心疾患	C	486	440	141	116	345	324
		C/A	16.0%	15.8%	16.0%	15.1%	16.0%	16.1%
	人工透析	D	22	29	17	21	5	8
		D/A	0.7%	1.0%	1.9%	2.7%	0.2%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	205	240	73	78	132	162
		E/A	6.8%	8.6%	8.3%	10.2%	6.1%	8.0%
	糖尿病性網膜症	F	325	267	93	78	232	189
		F/A	10.7%	9.6%	10.6%	10.2%	10.8%	9.4%
	糖尿病性神経障害	G	106	107	38	38	68	69
		G/A	3.5%	3.8%	4.3%	5.0%	3.2%	3.4%

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 28 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	4,281	4,387	1,364	1,280	2,917	3,107
		A/被保数	32.1%	36.0%	21.9%	24.1%	41.1%	45.2%
（中長期併発症標準疾患）	脳血管疾患	B	599	616	127	127	472	489
		B/A	14.0%	14.0%	9.3%	9.9%	16.2%	15.7%
	虚血性心疾患	C	675	638	184	150	491	488
		C/A	15.8%	14.5%	13.5%	11.7%	16.8%	15.7%
	人工透析	D	22	30	17	22	5	8
		D/A	0.5%	0.7%	1.2%	1.7%	0.2%	0.3%

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)

(イ) 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※²・HbA1c 7.0%以上を平成30年度と令和3年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置している人が高血圧で39.3%、糖尿病で6.6%となっています(図表29)。

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は一部減ってきていますが、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、今後も要医療の人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。

※2 Ⅱ度高血圧：収縮期血圧160mmHg以上、または拡張期血圧100mmHg以上をいう。

図表 29 高血圧・高血糖者の結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度高血圧以上											
					Ⅱ度高血圧以上の推移（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 未治療 （内服なし）		R3年度		問診結果 未治療 （内服なし）		レセプト情報 （R3.4～R4.3）			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
八女市	5,348	43.0	4,752	40.2	206	3.9	134	65.0	239	5.0	153	64.0	94	39.3	9	3.8

	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 未治療 （内服なし）		R3年度		問診結果 未治療 （内服なし）		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									未治療		治療中断	
					I	1/実施者A	J	J/1	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
八女市	5,279	98.7	4,714	99.2	194	3.7	39	20.1	181	3.8	44	24.3	12	6.6	4	2.2

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者
②中断…高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない者

(ウ) 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を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることがわかっています。本市の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割合は2.0%伸びており、危険因子については、3項目すべてまたは2項目が重なっている割合も増加しています。(図表30)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160mg/dl以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しているものの、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上がってきています。(図表31・32・33)一方で、翌年度健診を受診していない人がいずれも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ともに、継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表30 メタボリックシンドロームの経年変化

	健診受診者 (受診率)	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	5,348 (43.0%)	768 (14.3%)	206 (3.8%)	562 (10.5%)	597 (11.1%)
R4年度	4,529 (40.2%)	738 (16.3%)	204 (4.5%)	534 (11.7%)	482 (10.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表31 HbA1c6.5%以上者の前年度からの変化(継続受診者)

	HbA1c 6.5%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	431 (8.2%)	105 (24.4%)	142 (32.9%)	48 (11.1%)	136 (31.6%)
R3→R4	397 (8.4%)	102 (25.7%)	150 (37.8%)	49 (12.3%)	96 (24.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表32 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	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	206 (3.9%)	88 (42.7%)	30 (14.6%)	6 (2.9%)	82 (39.8%)
R3→R4	239 (5.0%)	117 (49.0%)	33 (13.8%)	9 (3.8%)	80 (33.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 33 LDL160mg/dl 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160mg/dl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	639 (11.9%)	276 (43.2%)	127 (19.9%)	41 (6.4%)	195 (30.5%)
R3→R4	571 (12.0%)	275 (48.2%)	118 (20.7%)	21 (3.7%)	157 (27.5%)

出典：ヘルスサポートラボツール

（エ）健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成 30 年度には 43.0%まで伸びましたが、令和元年度は 40.9%と減少しました。令和 2 年度以降は、新型コロナウイルス感染症等の影響で、横ばいで推移しており、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 34）また、これまで早期からの生活習慣病予防を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施していますが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 歳代は未だ低い状況が続いています。（図表 35）

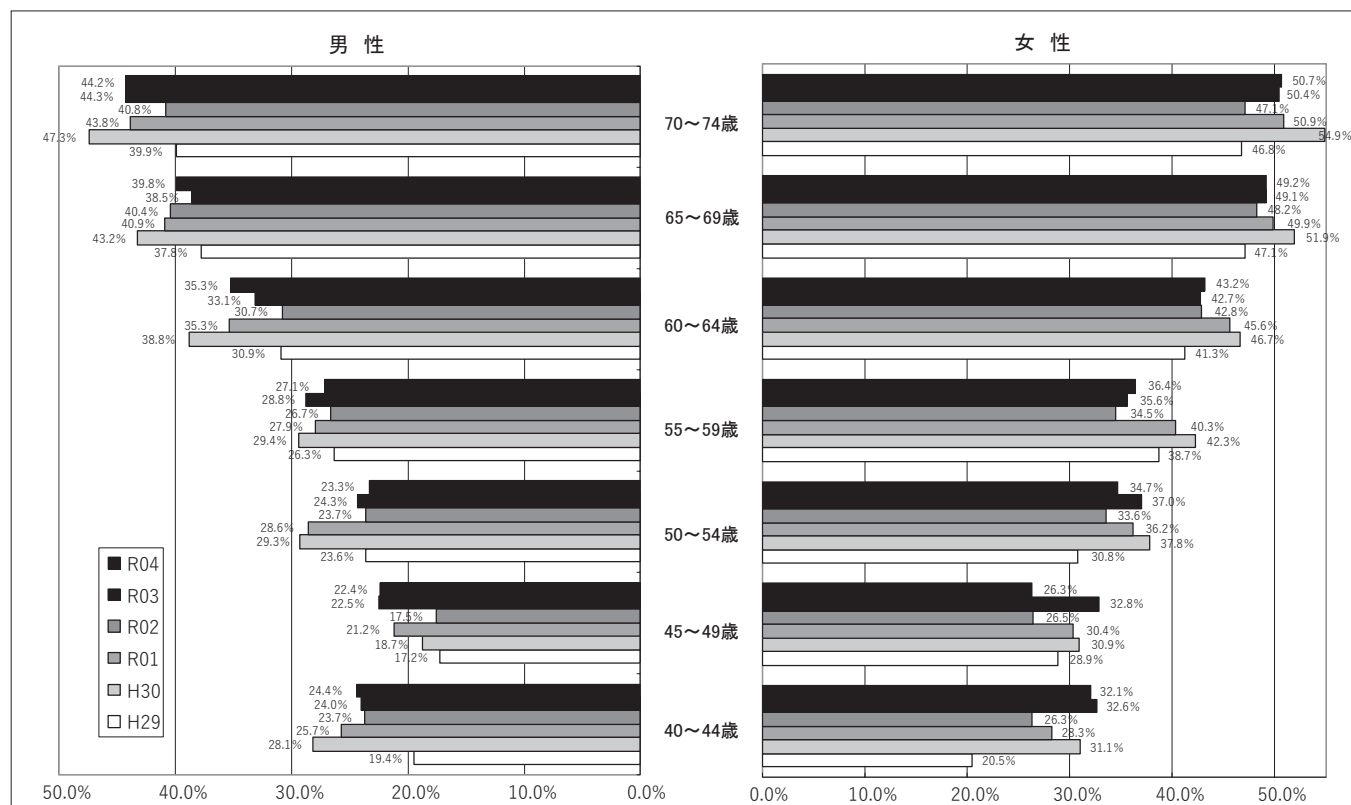
特定保健指導については、令和元年度は大きく実施率が下がりましたが、令和 2 年度以降は指導率が大幅に伸びており、目標達成できています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することで、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

図表 34 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	5,348	4,983	4,639	4,752	4,529	健診受診率 60%
	受診率	43.0%	40.9%	38.2%	40.2%	40.2%	
特定保健指導	該当者数	556	510	413	455	419	特定保健指導 実施率 85%
	割合	10.4%	10.2%	8.9%	9.6%	9.3%	
	実施者数	409	299	322	418	360	
	実施率	73.6%	58.6%	78.0%	91.9%	85.9%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 35 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 主な個別事業の評価と課題

ア 重症化予防の取り組み

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の対象者は、過年度病期分類3・4期該当者で、特に、HbA1c8.0%以上の高血糖者を優先対象者とし、受診勧奨と保健指導を実施してきました（図表36）。

HbA1c8.0%以上の未治療者には、新規の健診受診者も多く、平成30年度0.2%から令和4年度0.3%と微増しています（図表37）。健診結果からみた糖尿病性腎症3期以降の未治療者の割合は、平成30年度7.9%に対して令和4年度は6.9%と減少傾向にあります（図表38）。このことから、未治療の人には、継続して保健指導を実施するように体制を強化し、治療中の人には、治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診継続できるための支援を行います。

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、治療中の人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 36 糖尿病性腎症重症化予防対象者

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数	45人	18人	87人	115人	102人
保健指導実施者数	40人	18人	43人	92人	38人

図表 37 健診結果からみた HbA1c 8.0%以上の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定(a)	5,488人	5,126人	4,800人	4,923人	4,648人
HbA1c8.0%以上(b)	54人	56人	41人	45人	46人
(b/a)	1.0%	1.1%	0.9%	0.9%	1.0%
再掲)未治療者(c)	8人	11人	14人	17人	13人
(c/a)	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%	0.3%

図表 38 健診結果からみた糖尿病性腎症 3・4 期該当者の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
糖尿病治療中	9.0%	10.1%	9.3%	7.8%	6.6%
糖尿病未治療	7.9%	9.3%	10.9%	9.1%	6.9%

図表 39 人工透析患者と糖尿病性腎症の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
人工透析患者数	49人	46人	49人	48人	46人
(再掲)糖尿病性腎症あり	11人	10人	11人	13人	15人

(イ) その他生活習慣病重症化予防(脳血管疾患、心原性脳梗塞等重症化予防)

a 脳血管疾患重症化予防対策

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。

血圧Ⅱ度以上の人の割合は、約5%の横ばいであり、未治療者の割合は60%を超えています。血圧Ⅲ度以上の人においては、未治療者の割合が約80%です(図表40)。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(図表41)の①高リスクの未治療者、②中等リスクで第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援や適切な受診勧奨に取り組んでいきます。高値血圧の人においても、家庭血圧測定をすすめ血圧手帳の活用を促していきます。

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

図表 40 血圧Ⅱ度以上の人のうち、未治療者の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者(a)	5,560人	5,190人	4,853人	4,961人	4,677人
血圧Ⅱ度以上(b)	216人	199人	210人	246人	219人
(b/a)	3.9%	3.8%	4.3%	5.0%	4.7%
未治療者(c)	141人	117人	135人	158人	132人
(c/b)	65.3%	58.8%	64.3%	64.2%	60.3%
再掲) 血圧Ⅲ度以上(d)	33人	30人	34人	31人	33人
(d/b)	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%	0.7%
未治療者(e)	22人	25人	25人	20人	26人
(e/d)	66.7%	83.3%	73.5%	64.5%	78.8%

図表 41 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考)高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化					
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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
	1,298	702 54.1%	464 35.7%	106 8.2%	26 2.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	76 5.9%	C 48 6.8%	B 23 5.0%	B 3 2.8%	A 2 7.7%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	766 59.0%	C 407 58.0%	B 286 61.6%	A 61 57.5%	A 12 46.2%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	456 35.1%	B 247 35.2%	A 155 33.4%	A 42 39.6%	A 12 46.2%
		…高リスク …中等リスク …低リスク			
		区分 該当者数			
		A ただちに薬物療法を開始 284 21.9%			
		B 概ね1ヵ月後に再評価 559 43.1%			
		C 概ね3ヵ月後に再評価 455 35.1%			

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

b 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、心電図検査は全数を目指に実施し、心房細動の所見のある人に対して、保健指導・医療機関受診勧奨を行っています。心

房細動治療中の人に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っています。(図表 42)

図表 42 特定健診心電図検査の結果 有所見者の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
健診受診者(a)	5,560人	5,191人	4,854人	4,961人	4,677人
心電図実施者(b)	5,280人	4,991人	4,562人	4,734人	4,454人
(a/b)	95.0%	96.1%	94.0%	95.4%	95.2%
有所見者(c)	1,457人	1,345人	1,237人	1,299人	1,166人
(c/b)	27.6%	26.9%	27.1%	27.4%	26.2%
再掲)心房細動所見(d)	33人	44人	41人	36人	28人
(d/b)	0.6%	0.9%	0.9%	0.8%	0.6%

イ ポピュレーションアプローチ

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

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取り組みとして、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。

取り組み内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大につながっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、広く市民へ周知を行いました。

また、肥満の改善を目的として集団健診会場で糖尿病などのパネル展示や各地区で健康相談を実施してきました。

(3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 43 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 活用データ	初年度 平成30年度	中間評価 令和2年度	最終評価 令和4年度	データの 把握方法
特定健診等 実施計画	特定健診受診率、特定保健指導の実 施率を向上し、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	43.0%	38.2%	40.2%	特定健診・特定保健 指導法定報告 (国保中央会)
		特定健診継続受診率の向上	79.7%	71.9%	71.0%	
		特定保健指導実施率の向上	73.6%	78.0%	85.9%	
		特定保健指導対象者の減少率	20.7%	21.0%	17.0%	
		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	25.5%	27.0%	26.9%	
		メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	14.4%	16.3%	16.3%	
		メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	11.2%	10.7%	10.6%	
データヘル ス計画	中長期	医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上 の入院における疾患、長期化すること で高額となる疾患で、要介護認定者 の有病状況の多い疾患でもある脳血 管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎 症(人工透析患者に占める基礎疾患 に糖尿病がある者の割合)の減少	中長期・短期目標疾患医療費の減少 11億4,904万円	11億1,566万円	10億2,762万円	KDBシステム
		中長期・短期目標疾患医療費の総医療費に占める割合の減少	18.9%	18.8%	17.2%	
		一人当たりの医療費の減少(月)	27,802円	28,674円	30,289円	
		長期入院医療費	6億9,122万円	7億0,901万円	5億8,528万円	
		高額になる疾患 脳血管疾患の医療費の減少	9,496万円	8,756万円	4,979万円	
		高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費の減少	4,700万円	2,982万円	2,547万円	
		高額になる疾患 人工透析の医療費の減少	1億9,923万円	2億1,319万円	2億0,067万円	
		脳血管疾患の新規患者割合の減少	45.4%	33.1%	33.3%	
		虚血性心疾患の新規患者割合の減少	34.4%	30.6%	27.1%	
		慢性腎不全(人工透析)の新規患者割合の減少	15.0%	19.4%	18.7%	
		人工透析患者のうち糖尿病性腎症の数の減少	11人	11人	15人	
	短期	高血圧症の患者数の減少	4,220人	4,310人	4,224人	KDBシステム
		糖尿病の患者数の減少	2,116人	2,047人	1,990人	
		脂質異常症の患者数の減少	3,093人	3,455人	3,386人	
		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リス クとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症 等の減少	健診受診者の高血圧者の割合の減少(Ⅱ度高血圧以上) 3.9%	4.3%	4.7%	
			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) 3.7%	4.0%	3.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL180mg/dl以上) 4.2%	4.5%	2.8%	
			健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少 0.2%	0.3%	0.3%	
			健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少 7.9%	10.9%	6.9%	

保険者努力支援制度	短期	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 受診率の向上	9.4%	7.2%	7.2%	八女市健康推進課
			肺がん検診 受診率の向上	16.4%	13.9%	15.2%	
			大腸がん検診 受診率の向上	13.6%	13.7%	14.5%	
			子宮頸がん検診 受診率の向上	25.4%	26.8%	26.4%	
			乳がん検診 受診率の向上	30.3%	29.3%	28.4%	
		健康意識を高め、健康ポイント事業参加を増やす	健康ポイント事業参加者の割合増加（参加者数/特定健診対象者）	1.3%	8.6%	12.1%	八女市健康推進課
		多剤処方（ひと月15日以上の6種類処方）の減少	多剤処方（ひと月15日以上の6種類処方）の割合減少（40-64歳）	10.6%	9.8%	11.1%	KDBシステム
			多剤処方（ひと月15日以上の6種類処方）の割合減少（65-74歳）	20.6%	16.8%	18.8%	

ウ 第2期データヘルス計画に係る考察

主な保健事業

- （ア）特定健康診査未受診者対策
- （イ）特定保健指導
- （ウ）早期介入予防事業
- （エ）重症化予防事業の取り組み
 - a 生活習慣病重症化予防事業（ハイリスク・ポピュレーション）
 - b 糖尿病性腎症重症化予防事業
- （オ）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

* 中長期的な目標疾患：脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患

* 短期的な目標疾患：高血圧・糖尿病・脂質異常症

〈中長期的な目標についての評価等〉

脳血管疾患、虚血性心疾患の新規患者割合は、平成30年度と令和4年度を比較するとそれぞれ5%以上減少、医療費も減少しており目標は達成できています。慢性腎不全（人工透析）の新規患者割合は、平成30年度と令和4年度を比較すると増加しており、目標は達成できていません。

中長期・短期目標疾患医療費の総医療費に占める割合については、平成30年度と令和4年度を比較すると減少していますが、高額になる疾患（人工透析の医療費）は増加しています。

人工透析患者のうち、糖尿病性腎症である人は、令和4年度は15人です。

中長期的な目標疾患の新規患者割合を減少させるため、引き続き（イ）特定保健指導（ウ）早期介入予防事業（エ）重症化予防事業の保健指導を実施し、生活習慣の見直し、医療機関への受診勧奨、治療の継続に繋がるよう取り組みます。

人工透析の導入を防ぐためには、早期からの（エ）重症化予防事業（b糖尿病性腎症重症化予防）を重点的に行います。糖尿病性腎症によらない透析導入を抑えるために

も、(エ)重症化予防事業（a生活習慣病重症化予防事業）も取り組みます。また、医療機関と連携し、個人に合わせた指導を実施し、重症化の予防を行います。

75歳以上の後期高齢者になっても切れ目のない支援を行うため、(オ)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施と連携して実施します。

＜短期目標についての評価等＞

患者数について、平成30年度と令和4年度を比較すると、高血圧は横ばい、糖尿病は減少、脂質異常症は増加しており、目標は達成できていません。患者数の減少という目標は、適正な受診を減らし重症化につながる懸念もあるため、未治療者を治療に繋いだ割合などへの見直しが必要です。

引き続き(イ)特定保健指導 (ウ)早期介入予防事業 (エ)重症化予防事業の保健指導を実施し、生活習慣の見直し、医療機関への受診勧奨、治療の継続に繋がるよう取り組みます。

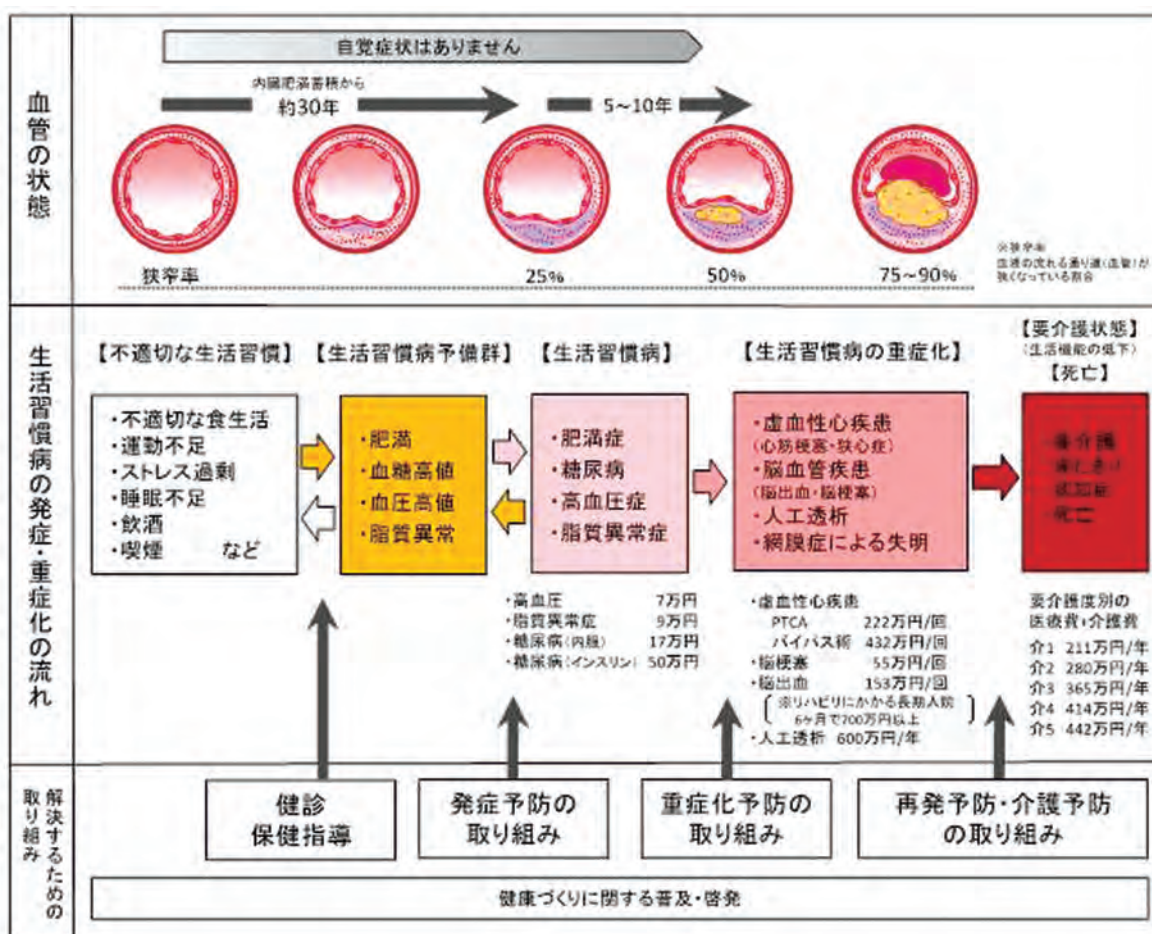
また保健指導後の評価のためには、特定健診の受診率の底上げ、継続受診率の向上が必要です。特定健診受診率向上のため、広報八女・FMラジオ・LINEの活用、電話・訪問の他、AIを活用した勧奨資材（ハガキ）による健診受診勧奨なども行ってきました。これからは、医療情報収集事業を含む医療機関へ特定健診受診率向上について理解してもらうような働きかけが必要です。また、SNSを活用した勧奨など、勧奨方法を工夫する必要があります。

2 第3期計画における健康課題の明確化

(1) 基本的な考え方

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44)

図表 44 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(2) 健康課題の明確化

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

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

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、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。(図表 45)

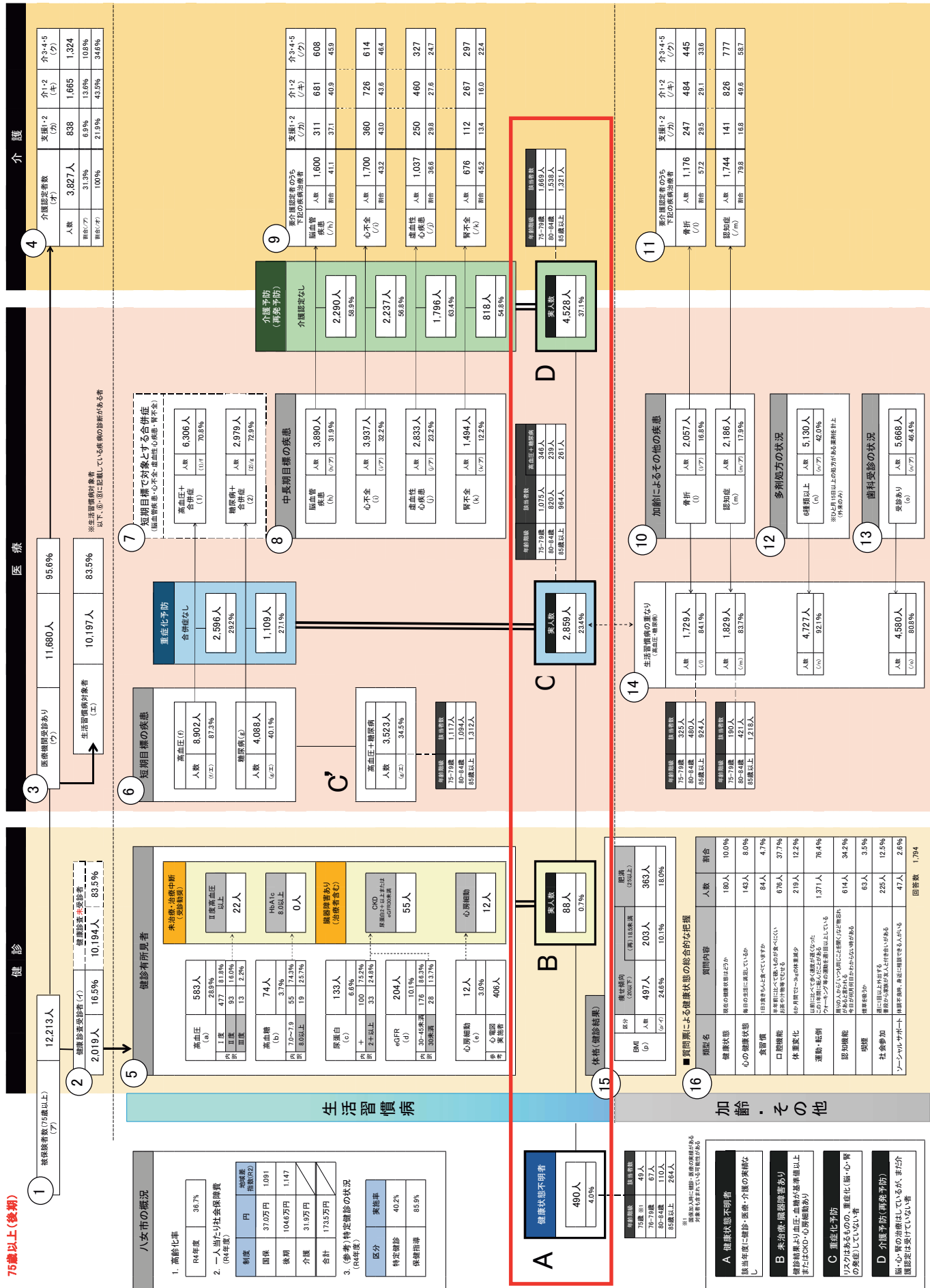
健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を継続して実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる人に対し保健指導を行います。

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 45 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

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

令和4年度



ア 医療費分析

図表 46 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	後期高齢者医療保険 R4年度
被保険者数		17,958人	17,472人	17,167人	16,754人	16,125人	12,497人
総件数及び 総費用額	件数	168,337件	165,397件	151,558件	156,233件	156,038件	210,797件
	費用額	60億9,170万円	62億3,217万円	59億4,357万円	58億9,106万円	59億7,284万円	130億7,265万円
一人当たり医療費		33.9万円	35.7万円	34.6万円	35.2万円	37.0万円	104.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 47 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

		総医療費	一人当たり 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	八女市	59億7,284万円	30,289	2.46%	0.24%	1.79%	0.96%	5.48%	3.94%	2.33%	10億2,763万円	17.2%	14.9%	10.07%	9.70%
	同規模	—	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	—	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	福岡県	—	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	—	16.8%	16.7%	9.34%	8.96%
	全国	—	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	八女市	130億7,266万円	87,734	4.65%	0.54%	5.06%	1.11%	3.71%	3.30%	1.19%	25億5,746万円	19.6%	7.8%	5.47%	13.7%
	同規模	—	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	—	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	福岡県	—	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	—	20.0%	9.9%	4.70%	12.7%
	全国	—	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 48 高額レセプト（80万円／件）以上の推移

			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	607人	626人	622人	596人	640人	1,785人
		B	1,079件	1,151件	1,252件	1,116件	1,156件	3,296件
	件数	B/総件数	0.64%	0.70%	0.83%	0.71%	0.74%	1.56%
		C	13億9,258万円	14億8,647万円	16億1,502万円	15億8,962万円	16億8,743万円	39億3,038万円
	費用額	C/総費用	22.9%	23.9%	27.2%	27.0%	28.3%	30.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 49 高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
脳血管疾患	人数	D	39人		34人		35人		37人		27人		161人		
		D/A	6.4%		5.4%		5.6%		6.2%		4.2%		9.0%		
	件数	E	79件		69件		76件		79件		41件		319件		
		E/B	7.3%		6.0%		6.1%		7.1%		3.5%		9.7%		
	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	6	1.9%
		40代	5	6.3%	3	4.3%	5	6.6%	3	3.8%	1	2.4%	70-74歳	0	0.0%
		50代	19	24.1%	16	23.2%	14	18.4%	14	17.7%	5	12.2%	75-80歳	74	23.2%
		60代	21	26.6%	23	33.3%	35	46.1%	27	34.2%	18	43.9%	80代	171	53.6%
		70-74歳	34	43.0%	27	39.1%	22	28.9%	35	44.3%	17	41.5%	90歳以上	68	21.3%
	費用額	F	9,496万円		8,984万円		8,756万円		1億129万円		4,979万円		3億5,011万円		
		F/C	6.8%		6.0%		5.4%		6.4%		3.0%		8.9%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 50 高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	32人		29人		19人		19人		18人		40人		
		G/A	5.3%		4.6%		3.1%		3.2%		2.8%		2.2%		
	件数	H	35件		30件		22件		24件		20件		44件		
		H/B	3.2%		2.6%		1.8%		2.2%		1.7%		1.3%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	1	4.2%	0	0.0%	65-69歳	1	2.3%
		40代	0	0.0%	1	3.3%	1	4.5%	0	0.0%	1	5.0%	70-74歳	3	6.8%
		50代	3	8.6%	6	20.0%	3	13.6%	0	0.0%	4	20.0%	75-80歳	13	29.5%
		60代	18	51.4%	16	53.3%	9	40.9%	14	58.3%	6	30.0%	80代	20	45.5%
		70-74歳	14	40.0%	6	20.0%	9	40.9%	9	37.5%	9	45.0%	90歳以上	7	15.9%
	費用額	I	4,700万円		4,336万円		2,982万円		4,953万円		2,547万円		7,080万円		
		I/C	3.4%		2.9%		1.8%		3.1%		1.5%		1.8%		

出典：ヘルスサポートラボツール

イ 健診・医療・介護の一体的分析

H30-R04比較



図表 52 被保険者数と健診受診状況

年度	年齢	④	①			②			⑮					
		介護 認定率 (%)	被保険者数(人)			健診受診率(%)			(健診結果)体格(%)					
						特定健診	後期高齢者 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		31.4	5,710	6,677	12,268	33.5	44.3	5.2	8.0	9.4	12.6	23.7	20.7	14.4
R4		31.3	5,267	7,388	12,213	29.0	41.9	16.5	8.6	9.2	10.1	24.7	22.4	18.0

図表 53 健診有所見状況

E表	年度	年齢	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					
			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
			人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	H30		55	2.9	(22)	129	4.4	(39)	27	4.2	(11)	48	2.5	(3)
	R4		53	3.5	(17)	164	5.3	(57)	106	5.3	(22)	49	3.2	(4)

図表 54 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	年度	年齢	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(%)					
			40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧 +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-
	H30		84.2	94.0	96.6	32.3	63.5	83.9	72.4	78.0	85.6	41.0	44.9	38.6	25.6	31.6	32.6	42.4	50.1	70.1
	R4		84.5	92.9	95.6	32.0	66.1	83.5	74.6	80.8	87.3	41.6	43.3	40.1	26.5	32.1	34.5	41.1	52.8	70.8

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

E表		⑧												⑨											
年度	年齢	中長期目標の疾患(被保険割合)												中長期疾患のうち介護認定者											
		脳血管疾患(%)			虚血性心疾患(%)			心不全(%)			腎不全(%)			脳血管疾患(%)			虚血性心疾患(%)			心不全(%)			腎不全(%)		
		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	5.3	14.8	31.4	5.1	11.9	24.7	6.0	13.8	31.6	3.9	6.9	10.8	8.9	11.9	41.0	1.7	7.3	36.2	1.7	8.1	41.2	1.8	10.2	44.7	
R4	5.2	16.0	31.9	4.3	11.9	23.2	5.7	16.3	32.2	4.3	8.2	12.2	7.2	11.1	41.1	2.6	6.8	36.6	2.7	7.1	43.2	2.7	9.3	45.2	

図表 56 骨折・認知症の状況

E表	年度	年齢	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(%) (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者(%)			
			骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
			65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
	H30		60.6	80.4	69.5	81.7	5.2	15.7	1.9	17.4	12.1	53.3	46.9	77.0
	R4		66.2	84.1	76.0	83.7	5.3	16.8	2.0	17.9	12.8	57.2	49.3	79.8

出典:ヘルスサポートラボツール

ウ 健康課題の明確化（図表 46～56）

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人当たり医療費は令和 2・3 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和 4 年度以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人当たり 100 万円を超え、国保の 2.8 倍も高い状況です。（図表 46）

本市は、これまで生活習慣病の重症化予防に重点をおいて保健事業に取り組んできました。短期的目標疾患の高血圧及び脂質異常症の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 1 ポイント以内ではあるものの高い状況です。一方で、中長期的目標疾患については同規模と比較して割合が低い状況です。しかし、後期高齢者においては中長期目標疾患のうち脳血管疾患の割合が同規模と比較して 1 ポイント以上高くなっています。国保から後期高齢者医療への切れ目のない保健指導が重要といえます。（図表 47）

高額レセプト（80 万円/件）以上については、国保においては毎年約 1,100 件のレセプトが発生していますが、後期高齢者になると、約 2.8 倍に増えることがわかります。（図表 48）

高額における疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で令和 3 年度が一番多く 79 件で 1 億円以上の費用がかかっていましたが、令和 4 年度は 41 件と件数が減り、費用額も約 5,000 万円となっています。しかし、後期高齢者においては、319 件発生し、約 3 億 5,000 万円余りの費用額がかかっています。（図表 49）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。

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 51 のとおりです。図表 52 の①被保険者数は、40～64 歳では約 500 人減少し、65 歳～74 歳では約 700 人増加、75 歳以上はほぼ横ばいの状態です。今後、団塊の世代が後期高齢者になることを考えると、現在の前期高齢者の増加がそのまま後期高齢者の増加につながるものが予測されます。

⑤の体格をみると、各年代で、BMI25 以上の率が 1 ポイント以上高くなってきています。図表 53 健診有所見の状況をみると、各年代でⅡ度高血圧以上及び HbA1c7.0%以上の未治療・治療中断者の割合が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 54 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、高血圧の 40～64 歳を除いて、高血圧・糖尿病共に各年代割合が高くなっています。

図表 55 の中長期目標疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）と介護認定の状況において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、脳血管疾患と心不全は 65～74 歳で、1 ポイント以上上がっています。また、腎不全については、各年代で割合が伸びています。

図表 56 の骨折・認知症の状況をみると、⑭生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）、⑩加齢によるその他の疾患、⑪加齢による疾患のうち要介護認定者のすべての項目で増加しています。そのため、更に一体的取り組みを強化することが大切です。

エ 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

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

防ぐことにつながります。

具体的な取り組み方法については、第5章に記載していきます。

（3）目標の設定

ア 成果目標

（ア）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、計画を見直します。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、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 57）を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

（イ）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、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。

（ウ）短期的な目標の設定

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

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な人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人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ます。それから、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4章の「特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載します。

イ 管理目標の設定

図表 57 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			目標		データの把握方法 (活用データ)
				第2期	第2期 中間評価	初期値 R 6	中間評価 R 8	最終評価 R 11	
				H30	R2	(R4)	(R7)	(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	2.54%	2.49%	1.79%	1.70%	1.70%	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	1.33%	1.13%	0.96%	1.00%	1.00%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	2.31%	2.44%	2.46%	2.40%	2.40%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	22.4%	22.4%	32.6%	32.0%	30.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	25.0%	71.4%	66.6%	60.0%	50.0%	
	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	25.5%	27.0%	26.9%	25.3%	24.5%	八女市健康推進課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(Ⅱ度高血圧以上)	3.9%	4.3%	4.7%	4.3%	3.9%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180mg/dl以上)	4.2%	4.5%	2.8%	2.7%	2.6%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c7.0%以上)	3.7%	4.1%	3.9%	3.8%	3.7%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.0%	0.9%	1.0%	1.0%	0.9%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	—	—	78.0%	178.0%	278.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	43.0%	38.2%	46.0%	52.0%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	73.6%	78.0%	85.9%	86.0%	88.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.1%	22.2%	17.4%	19.0%	22.0%	

第4章 特定健康診査・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1期として策定します。

2 目標値の設定

図表 58 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	46%	49%	52%	55%	58%	60%以上
特定保健指導実施率	86%	86%	86%	87%	87%	88%

3 対象者の見込み

図表 59 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	11,400人	11,200人	11,100人	10,900人	10,800人	10,600人
	受診者数	5,244人	5,488人	5,772人	5,995人	6,264人	6,360人
特定保健指導	対象者数	524人	548人	577人	599人	626人	636人
	受診者数	419人	438人	461人	479人	500人	508人

4 特定健康診査の実施

（1）実施方法

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

ア 集団健診（市内各施設等）

イ 個別健診（受託医療機関）

（2）特定健診委託基準

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

（3）健診実施機関リスト

特定健診実施医療機関については、本市ホームページに毎年掲載します。

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

（4）特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防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・尿潜血等）を実施します。（図表 60）

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）

市内の医療機関または各地区での健診で受診する場合には、追加項目として貧血検査・心電図検査・尿中アルブミン検査が加わります。貧血検査・心電図検査は詳細な健診項目で実施していない場合に実施します。尿中アルブミン検査は、糖尿病治療中の人、前年度の健診結果で基準に該当する人、医師が必要と認める人に実施します。

図表 60 特定健診検査項目

区分		内容	
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
		血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール
		肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP
		血糖検査	空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
		尿検査	糖、蛋白
	詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
		心電図検査	
		眼底検査	
		血清クレアチニン及びeGFR	
		尿酸、血清クレアチニン及びeGFR、尿潜血、ヘモグロビンA1c、貧血検査、心電図検査、尿中アルブミン検査	
追加健診項目			

（５）実施時期

６月から 12 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、年度初めに医療機関に伺い、十分な説明を実施します。

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

（７）代行機関

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

（８）健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠です。

毎年５月に住民健診ガイド本を全戸配布します。また、５月中に特定健診受診券に住民健診の案内チラシを同封して特定健診対象者に発送します。ポスターの掲示（実施医療機関、各調剤薬

局、各歯科医院、市の掲示板、各関係機関、事務所等）や勧奨チラシの配布（広報折り込み、各地区回覧版、商工会議所・商工会広報折り込みなど）、その他にも本市ホームページ、FM ラジオ、LINE、イベントによる周知も行います。

図表 61 特定健診実施スケジュール

時期	内容	備考
4月	健診機関との契約	特定健診データ管理システムを使用し、受診券を印刷する。
4月下旬	受診券印刷	
5月	特定健診受託医療機関へ訪問・周知	
同上	特定健診対象者に受診券を発送	
同上	予約（前期日程）開始	
6月～11月	集団健診を実施	前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
6月～12月	個別健診を実施	
7月～翌年3月	特定保健指導の実施	
7月上旬	予約（後期日程）開始	
7月下旬	未受診者に対して受診勧奨通知を発送（1回目）	
8月～11月	特定健診未受診者へ電話勧奨	
9月下旬	未受診者に対して受診勧奨通知を発送（2回目）	

5 特定保健指導の実施

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式 5-5（以下、厚労省様式 5-5 という。）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 62）

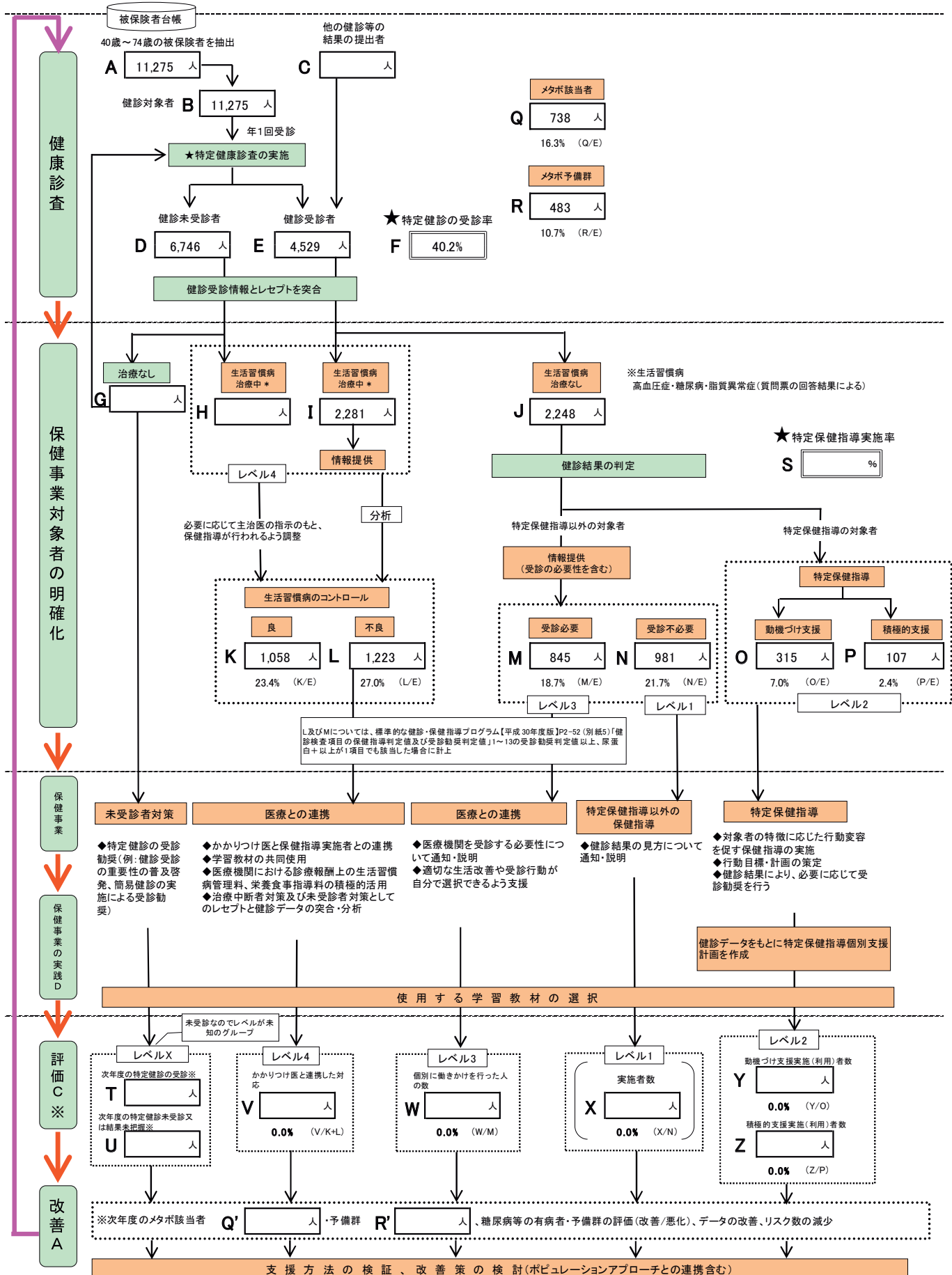
図表 62 健診から保健指導へのフローチャート（厚労省様式 5-5）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和04年度



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

厚労省様式 5-5 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に 5 つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとします。(図表 63)

図表 63 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	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導を実施する ◆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	O：315 人 (7.0%) P：107 人 (2.4%)	実施率 87.5%
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・説明を行う ◆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する	M：845 人 (18.7%)	八女市重症化予防基準に該当するものについては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発) ◆未受診者対策(過去の特健診ハイリスク者で医療機関に繋がっていない方、治療中断者の受診勧奨)	D：6,746 人	65%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明を行う	N：981 人 (21.7%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	I：2,281 人	

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFR と尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

(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 64 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		◎前年度特定保健指導継続支援 ◎要医療者への保健事業（健康相談・健康教育等）にて医療機関への受診勧奨・受診確認（通年）	◎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		◎住民健診（がん検診・後期高齢者健診等）開始
6月	◎特定健康診査の開始	◎特定保健指導準備（通年）	◎代行機関（国保連合会）を通じて費用決済の開始
7月	◎健診未受診者勧奨通知（1回目）	◎特定保健指導初回面接・継続支援開始・受診勧奨・受診確認	
8月		◎（個別指導）対象者選定・通知	
9月	◎健診未受診者勧奨通知（2回目）		
10月		◎特定保健指導評価開始・継続支援	
11月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
12月	◎診療情報提供の依頼		
1月			
2月			
3月		◎利用券の登録	

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八女市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

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

(2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

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

また保存期間は、記録の作成の日から5年間とします。

7 結果の報告

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

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、また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、本市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第5章 個別事業計画

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、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、重症化予防の取り組み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り組みを行います。

具体的には、医療受診が必要な人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の人には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化により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4章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2 重症化予防の取り組み

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,377人（30.4%）です。そのうち治療なしが454人（12.4%）を占め、さらに臓器障害ありで直ちにに取り組むべき対象者が186人（41.0%）です。（図表 65）

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、1,377人中198人というため、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 65 脳・心・腎を守るために

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ					脳血管疾患 の年間新発症に率の減少		虚血性心疾患 の年間新発症に率の減少		糖尿病性腎症 による年間新発症に率の減少		＜参考＞ 健診受診者(受診率)	
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		4,529人 40.2%	
優先すべき 課題の明確化					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		■各疾患の治療状況	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		治療中 治療なし	
重症化予防対象					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		高血圧 1,665 2,864	
該当者数					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		脂質異常症 1,185 3,343	
治療なし					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		糖尿病 410 4,088	
(再掲) 特定保健指導					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		3疾患 いずれか 2,281 3,649	
治療中					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		※問診結果による	
臓器障害 あり					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		重篤化予防対象者 (実人数)	
CKD(専門医対象者)					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		1,377 30.4%	
心電図所見あり					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		454 12.4%	
臓器障害 なし					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		198 14.4%	
					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		923 40.5%	
					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		186 41.0%	
					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		91	
					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		125	
					脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		--	

3 個別保健事業

(1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

ア 事業の目的

特定保健指導対象者が生活習慣病に移行しないために、メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。また、20歳代からの健診・保健指導を実施し、早期からの生活習慣病予防を実施します。

イ 事業の概要

国が定める基準に該当する「動機づけ支援」および「積極的支援」対象者に特定保健指導事業を実施し、生活習慣病の発症や重症化予防を図ります。また、メタボリックシンドロームは40歳代から増加するため、20歳代からの健診・保健指導を実施し、早期からの健康意識の向上や生活習慣病予防を実施します。

ウ 対象者

特定保健指導基準該当者

エ アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値			
			R4年度	R6年度	R8年度	R11年度	
1	内臓脂肪症候群 該当者割合の減少	法定報告値	16.3%	16.0%	15.0%	14.5%	
2	内臓脂肪症候群 予備群者割合の減少	法定報告値	10.6%	10.5%	10.3%	10.0%	
3	特定保健指導による 特定保健指導対象者の 減少率	法定報告値	17.4%	18.0%	19.0%	22.0%	

オ アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値			
			R4年度	R6年度	R8年度	R11年度	
1	特定保健指導実施率	法定報告値	85.9%	86.0%	86.0%	88.0%	
2	継続受診率	対象者の次年度健診を 継続した人の割合	74.5%	75.0%	76.0%	77.5%	

カ プロセス（方法）

メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な人には、適切な受診のための保健指導を行います。治療中の人へは、治

療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

周知		市内の医療機関に事業についてのパンフレットを配布する。 集団健診会場で受診者に対し、特定保健指導について啓発を行う。
勧奨		対象者には通知で案内し、電話で利用勧奨を行う。
実施および 実施後の支 援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、健診結果返却の場で初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施約2か月後に案内を送付し、面接を実施する。
	実施場所	事前に設定した各地区の公共施設等
	実施内容	健診結果等から、各種資料を用いて、個人に合わせた分かりやすい支援を行う。生活習慣と健診結果の関係、メタボや生活習慣病に関する知識を理解、習得できるように支援を行う。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、電話等で指導期間中の生活習慣のモニタリングを行う。
	時期・期間	集団健診後の初回面談：7月～翌年3月中に実施 個別健診後の初回面談：9月～翌年3月中に実施 最終評価を翌年度の9月末までに完了する。
	実施後の フォロー・ 継続支援	特定保健指導終了時に翌年度の健診受診勧奨を行う。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		集団健診受診者分は、返送健診データより、個別医療機関受診者の健診データは月1回データ処理を行い、対象者の抽出を行う。 初回面談を設定会場で出来なかった場合、家庭訪問および別会場を確保し実施する。

キ ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康推進課が健診結果から対象者を抽出する。 保健師・管理栄養士が、保健指導を実施する。
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・ 薬剤師会・栄養士会等）	特定健診を委託する医療機関をまわり、対象者への周知に協力を得る。
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ提供
他事業	健康相談、健康教室開催時、電話フォローの際に初回面談の利用勧奨を行う。必要時、市の健康教室を案内する。

（２）生活習慣病重症化予防

ア 事業の目的

脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全（人工透析）の共通リスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症等のリスク保有者に着目し、重症化を予防します。

イ 事業の概要

身体のメカニズム（仕組み）を伝え、対象者が自らの健診データを理解し健康課題に気づき行動変容を導く保健指導を行います。また、対象者を確実に治療につなぎ、治療を中断しないように支援します。必要に応じて医師連絡票を活用し、主治医の指示をもとに細やかな保健指導を実施します。

ウ 対象者

選定方法		健診受診者のうち、高血圧・高血糖・脂質異常等リスクがある人を選定する。
選定基準	健診結果による判定基準	Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0%以上、LDL コレステロール 180mg/dl 以上、eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満（70 歳以上は 40 未満）、尿蛋白 2 + 以上、心電図「心房細動」所見等
	レセプトによる判定基準	未治療の人を優先する。
	その他の判定基準	医師が必要と認めた人

エ アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値		
			R4年度	R6年度	R8年度	R11年度
1	未治療者の受療率	保健指導後の受療割合	47.3%	50.0%	55.0%	60.5%
2	次年度健診結果改善率	対象者の次年度健診結果が改善した割合	44.5%	45.0%	46.0%	47.5%

オ アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値		
			R 4年度	R 6年度	R 8年度	R11年度
1	保健指導実施率	対象者へ保健指導を実施した割合	87.8%	88.5%	89.5%	91.0%
2	継続受診率	対象者の次年度の健診を継続受診した人の割合	70.0%	70.5%	71.5%	73.0%
3	医師連絡票活用件数	連絡票を活用した件数	3件	4件	5件	8件

カ プロセス（方法）

周知		市の広報に事業についての記事を掲載し、住民に周知する。その他に、市内の医療機関にはパンフレットを配布・掲示する。
勧奨		対象者には通知で案内し、電話で利用勧奨を行う。
実施および実施後の支援	実施内容	対象者に対して健診結果をもとに、保健師及び管理栄養士が医療機関の受診勧奨、保健指導を実施する。
	時期・期間	通年

	場所	市の公共施設等、もしくは対象者宅を訪問する。
	実施後の評価	電話及びレセプトによる医療機関受診の有無、治療状況、検査データを確認する。
	実施後のフォロー・継続支援	次年度の継続受診勧奨を兼ねた、状況確認を電話等で実施する。

キ ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康推進課が健診結果・レセプトから対象者を抽出する。 保健師・管理栄養士が、保健指導を実施する。
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・ 薬剤師会・栄養士会等）	住民健診開始前に特定健診受託機関を訪問し、事業の再周知をし、 連携を図る。 南筑後保健福祉環境事務所と連携し、医療機関に医師連絡票の活用 について周知を図り事業を推進する。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨を行う。かかりつけ医からの指示書に もとづき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供
その他 （事業実施上の工夫・留 意点・目標等）	医療機関への事業の周知の強化と、医師連絡票の活用を勧める。

（３）糖尿病性腎症重症化予防

ア 事業の目的

腎不全（人工透析）の主な原因疾患である糖尿病性腎症の発症予防、重症化予防に努めるため、医療機関受診の有無にかかわらず、対象者へ適切な受診勧奨、生活改善に向けた保健指導を行います。

イ 事業の概要

対象者自身が自分の健康状態を把握し個々の生活に合わせた治療ができるよう保健指導や栄養指導を行い、継続した健診の受診と適切な医療機関の受診ができるよう受診勧奨を行います。また主治医と医師連絡票等を活用しながら連携を図り、慢性腎不全、人工透析への移行を防止します。

ウ 対象者

選定方法		健診受診者のうち、糖尿病性腎症のリスクがある人
選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c7.0%以上、尿中アルブミン 30mg/gCr 以上、糖尿病性腎症病期分類第2～4期 過去健診受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類第3～4期に該当する人
	レセプトによる判定基準	未治療の人を優先
	その他の判定基準	医師が必要と認めた人

エ アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値		
			R4年度	R6年度	R8年度	R11年度
1	未治療者の受療率	HbA1c7.0%以上未治療者の保健指導後の受療割合	78.0% ※1	79.0%	80.0%	81.5%
2	次年度健診結果改善率	HbA1c7.0%の者の次年度健診結果が改善した割合	42.2%	43.0%	44.0%	45.5%

※1 R3健診受診者でR3.3月～R4.8月に医療機関を受診した割合

オ アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定時 実績	目標値		
			R4年度	R6年度	R8年度	R11年度
1	保健指導実施率	対象者へ保健指導を実施した割合	65.4%	69.5%	77.7%	90.0%
2	継続受診率	対象者の次年度の健診を継続受診した人の割合	72.9%	73.5%	74.5%	76.0%
3	糖尿病連携手帳の保有率	第2～4期該当者の保有率	50.8%	60.0%	70.0%	85.0%
4	医師連絡票活用件数	連絡票を活用した件数	8件	9件	10件	12件

カ プロセス（方法）

周知		市の広報に事業についての記事を掲載し、住民に周知する。その他に、市内の医療機関にはパンフレットを配布・掲示する。
勧奨		対象者には通知で案内し、電話等で利用勧奨を行う。
実施および実施後の支援	実施内容	対象者に対して健診結果をもとに、保健師及び管理栄養士が医療機関の受診勧奨、保健指導を実施する。
	時期・期間	通年
	場所	市の公共施設等、もしくは対象者宅への訪問
	実施後の評価	電話及びレセプトによる医療機関受診の有無、治療状況の確認 検査データの改善
	実施後のフォロー・継続支援	次年度の継続受診勧奨を兼ねた、状況確認の電話連絡を実施する。

キ ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康推進課が健診結果・レセプトから対象者を抽出する。 保健師・管理栄養士が、保健指導を実施する。
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・ 薬剤師会・栄養士会な ど）	住民健診開始前に特定健診受託機関を訪問し、事業の再周知をし、 連携を図る。 南筑後保健福祉環境事務所と連携し、医療機関に医師連絡票の活用 について周知を図り事業を推進する。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨を行う。かかりつけ医からの指示書に もとづき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供
その他 （事業実施上の工夫・留意 点・目標等）	医療機関への事業の周知の強化と、医師連絡票の活用を勧める。

4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

（１）基本的な考え方

高齢化の進展と医療・介護ニーズの増大が見込まれる中、第２期データヘルス計画の課題を踏まえ、保健事業を推進していきます。

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と生活機能の低下を予防する必要性が高く、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進める必要があります。

また、一体的実施事業を後期高齢者の保健事業の中心を担う事業として位置づけ、地域特性を生かしたハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの充実を目指します。

（２）事業の実施

本市は、令和３年度より福岡県後期高齢者医療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事業」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、第３期福岡県後期高齢者医療広域連合データヘルス計画に基づき、福岡県後期高齢者医療広域連合と連携調整を図りながら次のとおり取り組みます（図表 66）。

ア 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。

イ 地域を担当する医療専門職を配置

支援対象者を抽出し、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。国保事業との連携を図り支援が途切れないように、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病、フレイル、認知症などの予防のためポピュレーションアプローチを実施していきます。

図表 66 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の目標と取り組み内容

短期的目標	取り組み内容
(1) 健康状態不明者の減少	1 健康診査 2 健康状態不明者対策
(2) 健康課題に応じた保健事業の推進	3 糖尿病性腎症重症化予防対策 4 生活習慣病重症化予防対策 5 低栄養対策 6 口腔対策
(3) 適正医療・適正服薬の推進	7 適正医療対策（重複・頻回受診等） 8 適正服薬対策（重複・多剤等） 9 ジェネリック医薬品の普及促進
(4) 地域の特性を活かした体制づくり	10 通いの場への積極的な関与 （ポピュレーションアプローチ）

図表 67 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

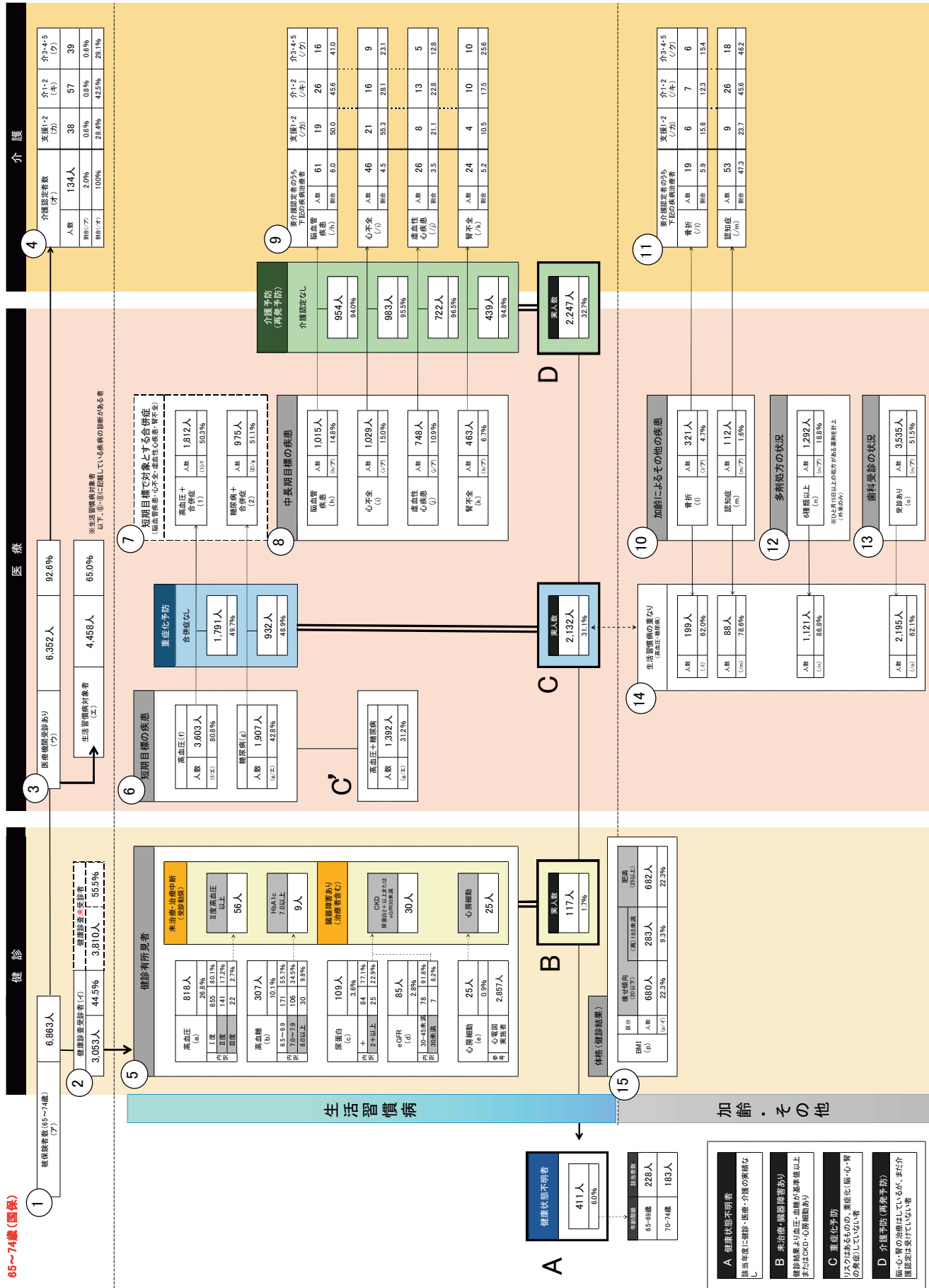
八女市
65～74歳(国保)

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:【KOB】介入支援対象者—覧<栄養・重症化予防>
【KOB】介入支援対象者—覧<服薬管理>

【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度



5 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題です。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防は重要です。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ていくことが必要です。

6 ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、生活習慣病予防教室を実施し、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。

7 地域包括ケアシステムに係る取り組み

本市は、市町村合併前の旧市町村を6つの日常生活圏域と設定し、圏域毎の地域包括ケアの確立を目指しています。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立して日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援を包括的に確保する『地域包括ケアシステム』の構築に取り組んでいきます。

その中で、KDB システムのデータ等を活用してハイリスク者に係る分析や課題抽出、保健事業等についても情報を共有するほか、疾病が重症化した場合や要介護状態になった場合の介護サービス等への接続など地域包括支援センターと連携して地域包括ケアシステムと連動した取り組みになるように進めていきます。

第6章 その他

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、KDB システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について行います。

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。

3 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、本市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します。

4 個人情報の取り扱い

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、庁内等での利用等の場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

