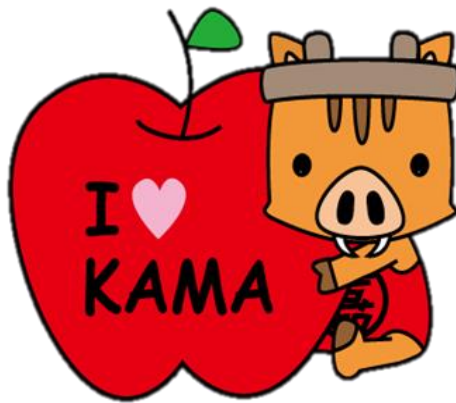


# 嘉麻市国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第4期特定健康診査等実施計画)  
令和6年度～令和11年度



嘉麻市マスコットキャラクター  
かましちゃん

令和6年3月  
嘉麻市国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	… P1
1. 背景・目的	… P1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	… P2
3. 計画期間	… P6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	… P6
1)市町村国保の役割	… P6
2)関係機関との連携	… P7
3)被保険者の役割	… P7
5. 保険者努力支援制度	… P8
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期における健康課題の明確化	… P10
1. 保険者の特性	… P10
2. 第2期計画に係る評価及び考察	… P11
1)第2期計画に係る評価	… P11
(1)中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況	… P12
①介護給付費の状況	… P12
②医療費の状況	… P13
③中長期目標疾患の医療費の変化	… P14
④新規透析導入患者の平均年齢	… P16
(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況	… P16
①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況	… P16
②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方	… P17
③健診結果の経年変化	… P18
④健診受診率及び保健指導実施率の推移	… P20
2)主な個別事業の評価と課題	… P21
(1)重症化予防の取組み	… P21
①糖尿病性腎症重症化予防対象者の保健指導評価	… P21
②微量アルブミン尿検査	… P22
(2)ポピュレーションアプローチ	… P23
(3)第2期計画目標の達成状況一覧	… P23
3)第2期データヘルス計画に係る考察	… P24
3. 第3期における健康課題の明確化	… P25
1)基本的な考え方	… P25
2)健康課題の明確化	… P25

(1) 医療費分析と健康課題の明確化	P26
(2) 健診・医療・介護の一体的分析	P30
(3) 後発医薬品の使用割合	P31
(4) 重複・頻回受診、重複服薬者の割合	P31
(5) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	P32
3) 目標の設定	P33
(1) 成果目標	P33
(2) 管理目標の設定	P34
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>P35</b>
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	P35
2. 目標値の設定	P35
3. 対象者の見込み	P35
4. 特定健診の実施	P35
(1) 実施方法	P35
(2) 特定健診委託基準	P35
(3) 健診実施機関リスト	P36
(4) 特定健診実施項目	P36
(5) 実施期間	P37
(6) 医療機関との適切な連携	P37
(7) 代行機関	P37
(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	P37
5. 特定保健指導の実施	P38
(1) 健診から保健指導実施の流れ	P39
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	P40
(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	P41
6. 個人情報の保護	P42
(1) 基本的な考え方	P42
(2) 特定健診・保健指導の管理・保存について	P42
7. 結果の報告	P42
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	P42
<b>第4章 課題解決するための個別保健事業</b>	<b>P43</b>
1. 保健事業の方向性	P43
2. 重症化予防の取組	P44
3. 糖尿病性腎症重症化予防	P45

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 .....	P52
5. 発症予防 .....	P53
6. ポピュレーションアプローチ .....	P54

## 第5章 計画の評価・見直し .....

P55

1. 評価の時期 .....	P55
2. 評価方法・体制 .....	P55

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....

P56

1. 計画の公表・周知 .....	P56
2. 個人情報の取扱い .....	P56

# 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<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>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)<sup>※3</sup>」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<sup>※4</sup>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(重要業績評価指標)の設定を推進する。」と示されました。

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

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

---

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

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

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。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)<sup>※5</sup>」(以下「プログラム」という。)は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)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。

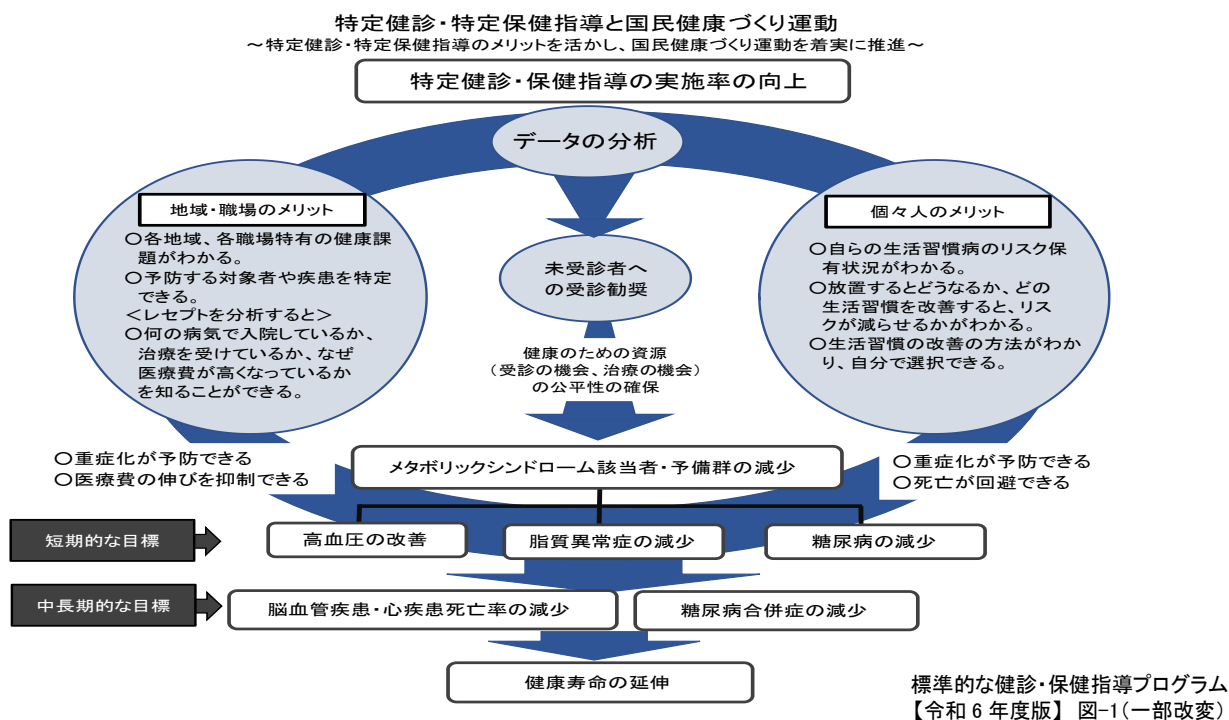
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

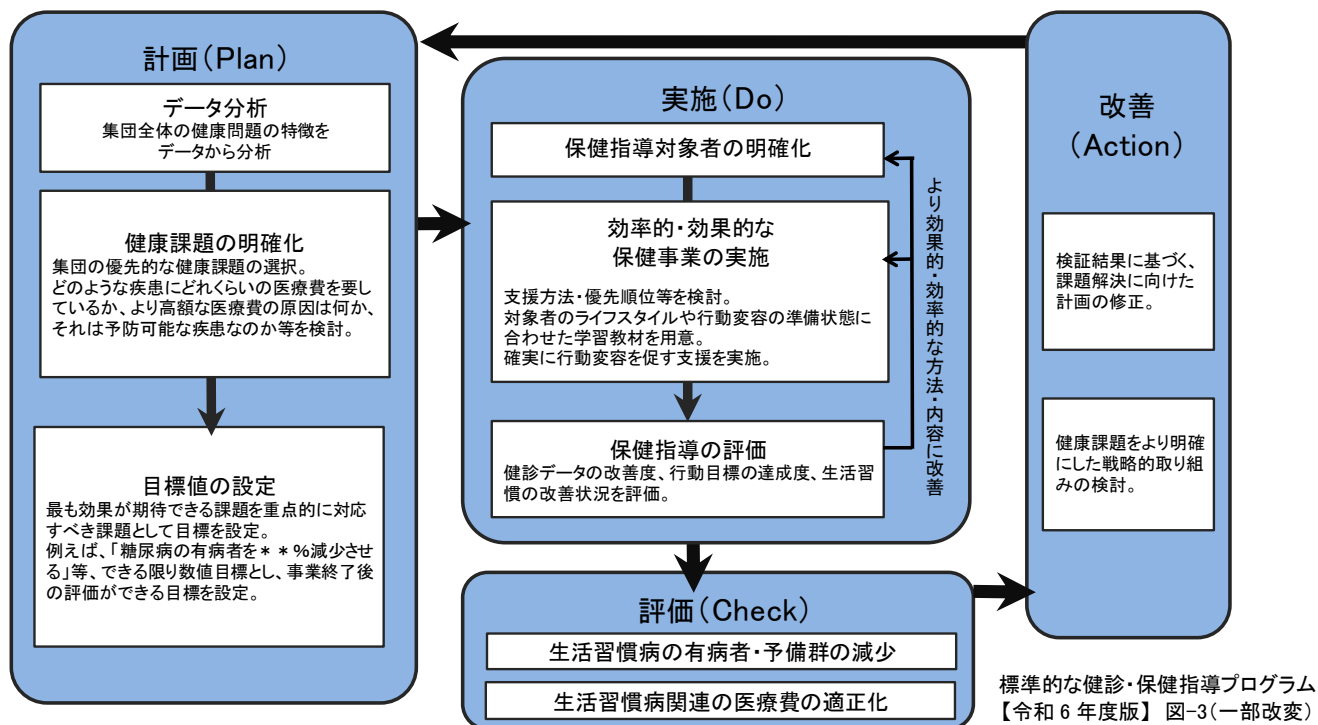
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率 的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確 保及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度 化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで総合的)	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に 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(※) 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 (糖尿病性腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能低下、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2 自然に健康になれる環境づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 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 ・ハ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産前産後医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携	地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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

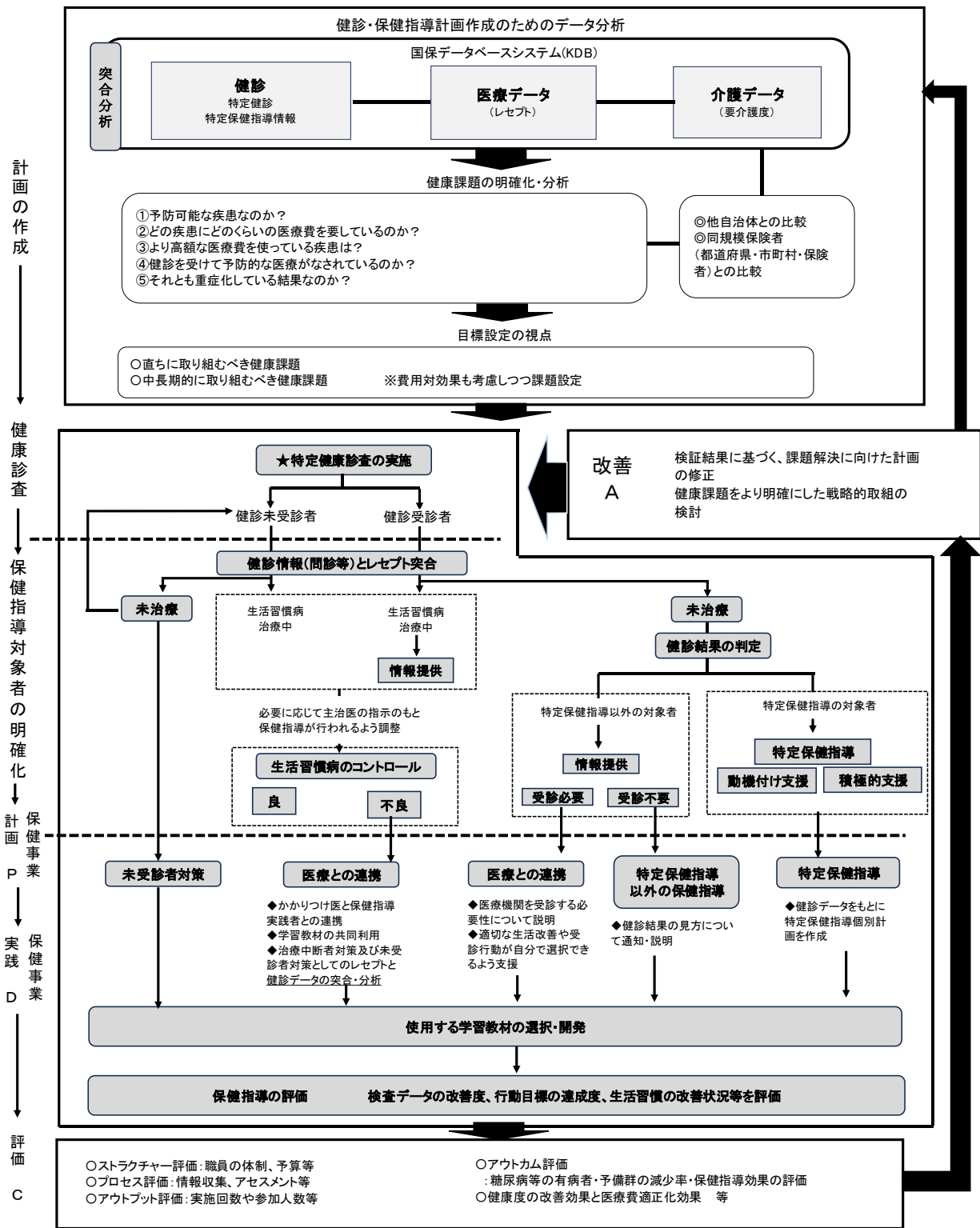
図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



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



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

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

	老人保健法	高齢者の医療を確保する法律
	<p style="text-align: center;"><b>かつての健診・保健指導</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>現在の健診・保健指導</b></p>
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、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者

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掲示)

### 3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 市町村国保の役割(庁内連携)

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(市民課)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、市一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや

次期計画に反映させます。

具体的には、健康課や高齢者介護課、子育て支援課、人権・同和対策課とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

## 2) 関係機関との連携(庁外連携)

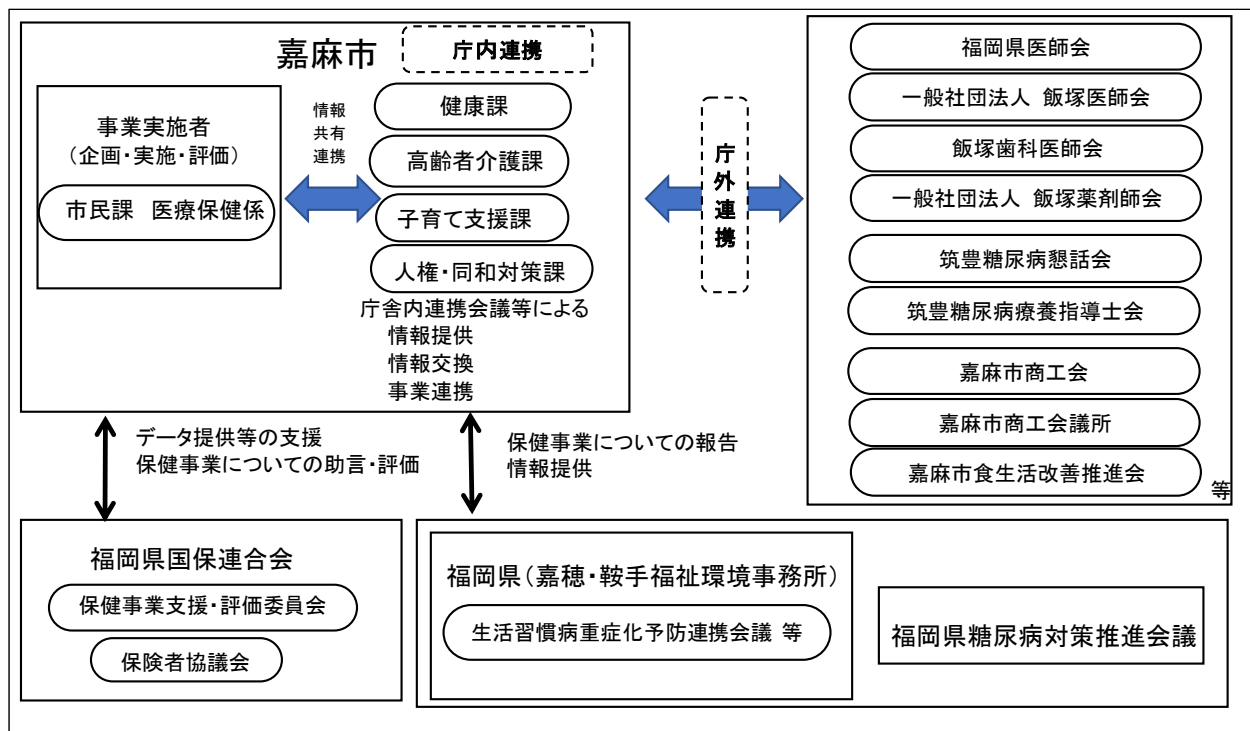
計画の実行性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部関係機関等との連携・協力を図ります。一般社団法人飯塚医師会の生活習慣病対策委員会をはじめ、嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所の生活習慣病重症化予防連携協議会等にて、データの見える化等を推進することにより、健康課題の共有や事業実施において、連携や協力を図ります。

また、健診データ・レセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいての、KDB の活用方法やデータ分析等について、福岡県国民健康保険団体連合会や支援・評価委員会より、助言や協力等を得ながら進めていきます。（図表 6）

## 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、意見交換等を行ってきます。

図表 6 嘉麻市の実施体制図



図表 7 保健事業体制と主な保健事業の分担

	事 (係長)	事	保	保	管栄	管栄	看
国保事務	◎	○	○	○			
健康診断・保健指導			○	◎	○	○	○
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業			◎	○	○	○	○

## 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する(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成を受けています。。また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用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		
		嘉麻市	配点	嘉麻市	配点	嘉麻市	配点	
交付額(万円)		1,470		1,395		1,452		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		<b>70</b>		<b>70</b>		<b>70</b>
		(2)特定保健指導実施率	70	<b>70</b>	50	<b>70</b>	50	<b>70</b>
		(3)メタリックシフト・ルーム該当者・予備群の減少率		<b>50</b>		<b>50</b>		<b>50</b>
	②	(1)がん検診受診率等	40	<b>40</b>	38	<b>40</b>	40	<b>40</b>
		(2)歯科健診受診率等		<b>30</b>		<b>30</b>		<b>35</b>
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	<b>120</b>	120	<b>120</b>	100	<b>100</b>
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	<b>90</b>	60	<b>90</b>	65	<b>45</b>
		(2)個人への分かりやすい情報提供		<b>20</b>		<b>20</b>		<b>20</b>
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	<b>50</b>	50	<b>50</b>	50	<b>50</b>
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	10	<b>130</b>	10	<b>130</b>	10	<b>130</b>
固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	<b>100</b>	10	<b>100</b>	10	<b>100</b>
	②	データヘルス計画の実施状況	40	<b>40</b>	30	<b>30</b>	25	<b>25</b>
	③	医療費通知の取組	25	<b>25</b>	20	<b>20</b>	15	<b>15</b>
	④	地域包括ケア・一体的実施	10	<b>30</b>	40	<b>30</b>	40	<b>40</b>
	⑤	第三者求償の取組	38	<b>40</b>	38	<b>50</b>	50	<b>50</b>
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	37	<b>95</b>	60	<b>100</b>	63	<b>100</b>
合計点		520	<b>1,000</b>	507 (※1)	<b>960</b>	518	<b>940</b>	

※1: 令和3年度の減点=19

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口 35,388 人で、高齢化率は 40.5%でした(令和 5 年 1 月現在)。同規模、県、国と比較しても高齢化が進んでおり、被保険者の平均年齢は 54 歳と国や県と比べて高い状況です。(図表 9)

また、人口 1 人あたり所得は、約 196 万円であり、県平均とは約 66 万円低く、近隣市町村や県内同規模市町村との差額についても大きい状況です。(図表 10)

図表 9 同規模・県・国と比較した嘉麻市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
嘉麻市	35,388	40.5	8,748 (24.7)	54.0	4.8	17.3	0.3	5.9	26.7	67.3
同規模	32,195	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	4,968,674	28.1	21.1	51.3	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
国	123,214,261	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※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、嘉麻市と同規模保険者(8 市)の平均値を表す

出典：KDB システム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 10 人口 1 人あたり市町村民所得

令和2年度 (人口1人あたり)	所得 (単位：千円)	嘉麻市との 差額 (単位：千円)	県内順位 (60団体)	
<b>嘉麻市</b>	<b>1,967</b>		<b>55位</b>	
近隣市町村	A	2,431	464	25位
	B	2,319	352	37位
同規模 県内 市町村	C	2,500	533	20位
	D	2,397	430	27位
	E	2,382	415	31位
	F	2,248	281	43位
	G	2,240	273	44位
	H	2,218	251	47位
	I	2,187	220	50位
	J	2,062	95	53位
県平均	2,630	663		
市部平均	2,656	689		
郡部平均	2,434	467		

出典：ふくおかデータウェブ 市町村民経済計算 統計表 1 時系列(平成 23 年度～令和 2 年度  
2 人口 1 人あたり市町村民所得

本市の国保加入率は 24.7%で、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 47%を占めています。(図表 11)

また本市内には 7 つの病院、25 の診療所があり、病床数については、同規模や県と比較しても多い一方で、医師数は少なく、外来患者数及び入院患者数は、同規模や県と比較して高い傾向にあります。(図表 12)

図表 11 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	9,988		9,637		9,493		9,223		8,748	
65～74歳	4,421	44.3	4,410	45.8	4,516	47.6	4,395	47.7	4,140	47.3
40～64歳	3,067	30.7	2,907	30.2	2,790	29.4	2,711	29.4	2,634	30.1
39歳以下	2,500	25.0	2,320	24.1	2,187	23.0	2,117	23.0	1,974	22.6
加入率	25.8		24.9		24.5		23.8		24.7	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

図表 12 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	8	0.8	8	0.8	8	0.8	8	0.9	7	0.8	0.4	0.4
診療所数	25	2.5	25	2.6	25	2.6	25	2.7	25	2.9	3.5	4.5
病床数	895	89.6	893	92.7	883	93.0	883	95.7	756	86.4	67.7	78.7
医師数	56	5.6	56	5.8	48	5.1	48	5.2	51	5.8	9.7	16.0
外来患者数	712.1		722.8		694.5		724.1		746.8		728.3	721.4
入院患者数	26.6		26.8		25.8		24.4		24.1		23.6	21.2

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

## 2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 2 つに分類しました。

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

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

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40~64歳)被保険者で58人(認定率0.56%)、1号(65歳以上)被保険者で3,052人(認定率21.3%)と同規模・県・国と比較すると高く、H30年度と比べても横ばいで推移しています。(図表13)

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、介護給付費も増加しています。(図表14)

図表13 要介護認定者(率)の状況

	嘉麻市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	13,828人	35.7%	14,340人	40.5%	36.2%	28.1%	28.7%
2号認定者	60人	0.49%	58人	0.56%	0.37%	0.34%	0.38%
新規認定者	13人		15人		--	--	--
1号認定者	2,984人	21.6%	3,052人	21.3%	19.1%	19.9%	19.4%
新規認定者	342人		362人		--	--	--
再掲	65~74歳	344人	5.3%	376人	5.3%	--	--
新規認定者	79人		82人		--	--	--
75歳以上	2,640人	36.1%	2,676人	37.0%	--	--	--
新規認定者	263人		280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14 介護給付費の変化

	嘉麻市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	45億1997万円	45億6646万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	326,871	318,442	300,230	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,234	65,149	70,503	59,152	59,662
居宅サービス	42,474	39,837	43,936	41,206	41,272
施設サービス	277,757	284,179	291,914	298,399	296,364

出典: KDB システム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題



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、どの年代も虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)及び脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で脳血管疾患が5割、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表15)

図表15 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		58		376		2,676		3,052				
再)国保・後期		28		219		2,279		2,498				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	14	脳卒中	88	虚血性心疾患	1,100	虚血性心疾患	1,164	虚血性心疾患	1,174
				50.0%		40.2%		48.3%		46.6%		46.5%
		2	虚血性心疾患	10	虚血性心疾患	64	脳卒中	1,021	脳卒中	1,109	脳卒中	1,123
				35.7%		29.2%		44.8%		44.4%		44.5%
	3	腎不全	9	腎不全	39	腎不全	516	腎不全	555	腎不全	564	
			32.1%		17.8%		22.6%		22.2%		22.3%	
	合併症	4	糖尿病合併症	6	糖尿病合併症	43	糖尿病合併症	264	糖尿病合併症	307	糖尿病合併症	313
			21.4%		19.6%		11.6%		12.3%		12.4%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			27	基礎疾患	191	基礎疾患	2,169	基礎疾患	2,360	基礎疾患	2,387	
		96.4%		87.2%		95.2%		94.5%		94.5%		
血管疾患合計			27	合計	198	合計	2,211	合計	2,409	合計	2,436	
		96.4%		90.4%		97.0%		96.4%		96.4%		
認知症		認知症	7	認知症	53	認知症	1,019	認知症	1,072	認知症	1,079	
			25.0%		24.2%		44.7%		42.9%		42.7%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	23	筋骨格系	194	筋骨格系	2,219	筋骨格系	2,413	筋骨格系	2,436	
			82.1%		88.6%		97.4%		96.6%		96.4%	

出典:ヘルスサポートラボツール

## ② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に併せて、総医療費も減少しているが、一人あたり医療費は、H30年度と比較して2万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3%程度にも関わらず、医療費全体の約47%を占めており、1件あたりの入院医療費もH30年度と比較しても9万円も高くなっています。(図表16)

また年齢調整をした地域差指数でも、国民健康保険では、全国平均の1を超えており、県平均よりも高いが、H30年度よりは減少しています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。(図表17)

図表 16 医療費の推移

		嘉麻市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		9,988人	8,748人	--	--	--
前期高齢者割合		4,421人 (44.3%)	4,140人 (47.3%)	--	--	--
総医療費		37億1489万円	34億6735万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		371,935	396,360	394,521	355,059	339,680
		県内14位 同規模111位	県内13位 同規模135位			
入院	1件あたり費用額(円)	537,330	627,390	585,610	599,760	617,950
	費用の割合	47.2	47.1	43.3	43.9	39.6
	件数の割合	3.6	3.1	3.1	2.9	2.5
外来	1件あたり費用額	22,420	22,770	24,850	22,510	24,220
	費用の割合	52.8	52.9	56.7	56.1	60.4
	件数の割合	96.4	96.9	96.9	97.1	97.5
受診率		738.669	770.95	751.942	742.544	705.439

※同規模保険者数:249

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 17 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		
		嘉麻市 (県内市町村中)		県 (47県中)	嘉麻市 (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	1.142	1.100	1.060	1.229	1.211	1.209
		(12位)	(18位)	(14位)	(13位)	(20位)	(2位)
	入院	1.333	1.235	1.176	1.477	1.419	1.359
		(15位)	(22位)	(13位)	(7位)	(13位)	(2位)
	外来	1.013	1.003	0.968	0.950	0.978	1.043
		(15位)	(14位)	(35位)	(55位)	(46位)	(8位)

出典:厚労省「地域差分析」

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

脳血管疾患については、H30 年度より伸びていますが、心疾患や慢性腎不全は減少しています。特に慢性腎不全(透析あり)は、約 2 ポイントも減少し、国平均や同規模自治体と比べても下がっていることから、飯塚医師会と連携のもと導入した「微量アルブミン尿検査」や、保健師・管理栄養士の個別保健指導の効果が出てきているものと思われます。(図表 18)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると虚血性心疾患の、患者数及び割合と減少していますが、脳血管疾患の割合は増加しており、腎不全については、横ばいでした。(図表 19)

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の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 18 中長期目標疾患の医療費の推移

国 県	H30年度	総医療費	一人あたり医療費	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	--	20.51%			
				慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞	狭心症								
						脳出血	心筋梗塞								
国	H30年度	--	25,437	4.42%	0.31%	2.15%	1.81%	5.40%	3.78%	2.63%	--	20.51%	15.28%	8.10%	8.77%
県	H30年度	--	26,952	2.66%	0.32%	2.30%	1.80%	4.91%	3.73%	2.83%	--	18.56%	15.14%	10.07%	9.10%
嘉麻市	H30年度	37億1488万円	30,241	4.88%	0.30%	1.92%	1.41%	5.41%	3.91%	2.60%	7億5932万円	20.44%	13.72%	9.88%	8.12%
	R1年度	36億3851万円	30,901	4.61%	0.38%	1.48%	1.27%	5.75%	3.83%	2.49%	7億2,091万円	19.81%	15.65%	9.67%	7.90%
	R2年度	35億7481万円	31,196	3.87%	0.37%	2.19%	0.79%	5.65%	3.92%	2.42%	6億8,679万円	19.21%	16.49%	10.20%	8.72%
	R3年度	35億1618万円	31,249	3.88%	0.26%	1.97%	1.01%	5.72%	3.94%	2.34%	6億7,236万円	19.12%	14.69%	9.74%	8.01%
	R4年度	34億6735万円	32,152	2.94%	0.20%	1.99%	1.11%	5.68%	3.71%	2.13%	6億1,597万円	17.77%	14.12%	9.90%	8.99%
国	R4年度	--	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%
県	R4年度	--	29,326	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	--	16.38%	16.72%	9.43%	8.98%

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 19 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	9,988	8,748	a	743	693	704	591	42	32	
				a/A	7.4%	7.9%	7.0%	6.8%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	7,488	6,774	b	738	688	694	588	38	30	
	B/A	75.0%	77.4%	b/B	9.9%	10.2%	9.3%	8.7%	0.5%	0.4%	
再掲	40~64歳	D	3,067	2,634	d	154	131	160	123	34	23
		D/A	30.7%	30.1%	d/D	5.0%	5.0%	5.2%	4.7%	1.1%	0.9%
	65~74歳	C	4,421	4,140	c	584	557	534	465	4	7
		C/A	44.3%	47.3%	c/C	13.2%	13.5%	12.1%	11.2%	0.1%	0.2%

出典：KDB システム\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

④ 新規透析導入患者の平均年齢

新規人工透析導入患者は、年間5～6人以下であるため、年度によっても平均年齢は大きく変わりますが、平成30年度と比較すると令和4年度は60.0歳と維持できています。(図表20)

図表20 人工透析患者の年齢と新規導入患者の国保加入期間

透析患者数全体		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
		(H30年度)	(R1年度)	(R2年度)	(R3年度)	(R4年度)
全体	透析患者	54.3歳	56.0歳	54.4歳	58.0歳	<b>52.5歳</b>
	糖尿病あり	54.4歳	56.2歳	56.7歳	54.3歳	<b>56.9歳</b>
	糖尿病なし	54.1歳	55.8歳	53.7歳	60.0歳	<b>48.4歳</b>
新規導入	新規透析患者	61.0歳	67.6歳	62.4歳	70.2歳	<b>60.0歳</b>
	糖尿病あり	60.6歳	67.6歳	62.2歳	72.0歳	<b>60.0歳</b>
	糖尿病なし	63.0歳	-	62.8歳	69.0歳	-
	新規透析患者に占める加入期間5年以上の割合	33.3%	60.0%	60.0%	60.0%	<b>100.0%</b>

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療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21. 22. 23)

図表21 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	3,128	3,034	798	709	2,330	2,325	
	A/被保数	41.8%	44.8%	26.0%	26.9%	52.7%	56.2%	
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	424	344	87	64	337	280
		B/A	13.6%	11.3%	10.9%	9.0%	14.5%	12.0%
	虚血性心疾患	C	495	409	112	86	383	323
		C/A	15.8%	13.5%	14.0%	12.1%	16.4%	13.9%
	人工透析	D	37	29	33	23	4	6
		D/A	1.2%	1.0%	4.1%	3.2%	0.2%	0.3%

出典: KDB システム 疾病管理一覽(高血圧症)

介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 22 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,888	1,759	505	422	1,383	1,337
		A/被保数	25.2%	26.0%	16.5%	16.0%	31.3%	32.3%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	257	191	46	32	211	159
		B/A	13.6%	10.9%	9.1%	7.6%	15.3%	11.9%
	虚血性心疾患	C	352	259	84	53	268	206
		C/A	18.6%	14.7%	16.6%	12.6%	19.4%	15.4%
	人工透析	D	23	17	22	14	1	3
		D/A	1.2%	1.0%	4.4%	3.3%	0.1%	0.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	123	105	47	32	76	73
		E/A	6.5%	6.0%	9.3%	7.6%	5.5%	5.5%
	糖尿病性網膜症	F	273	237	80	75	193	162
		F/A	14.5%	13.5%	15.8%	17.8%	14.0%	12.1%
	糖尿病性神経障害	G	77	57	21	18	56	39
		G/A	4.1%	3.2%	4.2%	4.3%	4.0%	2.9%

出典: KDB システム\_疾病管理一覧(糖尿病)  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 23 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,589	2,550	686	614	1,903	1,936
		A/被保数	34.6%	37.6%	22.4%	23.3%	43.0%	46.8%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	319	270	53	48	266	222
		B/A	12.3%	10.6%	7.7%	7.8%	14.0%	11.5%
	虚血性心疾患	C	422	365	99	73	323	292
		C/A	16.3%	14.3%	14.4%	11.9%	17.0%	15.1%
	人工透析	D	23	14	21	11	2	3
		D/A	0.9%	0.5%	3.1%	1.8%	0.1%	0.2%

出典: KDB システム\_疾病管理一覧(脂質異常症)  
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上をH30年度とR03年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約40%、糖尿病で8%ほどおります。(図表 24)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナ感染症の影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま

進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 24 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善 II度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
A市	2,871	38.3	2,267	31.9	188	6.5	116	61.7	192	8.5	115	59.9	82	42.7	8	4.2

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
A市	2,730	95.1	2,202	97.1	178	6.5	50	28.1	167	7.6	43	25.7	14	8.4	6	3.6

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を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR04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ポイントも伸びており、3項目すべての危険因子が重なっている割合も増加しています。(図表 25)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5以上、II度高血圧以上、LDL-C160以上の有所見割合を見ると、HbA1c6.5以上とII度高血圧以上は増加しているが、翌年度の結果を見ると、HbA1c6.5以上とLDL-C160以上の改善率が上がってきています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行います。(図表 26. 27. 28)

図表 25 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	1項目	
H30年度	2,871 (38.3%)	597 (20.8%)	198 (6.9%)	399 (13.9%)	387 (13.5%)
R04年度	2,356 (34.8%)	562 (23.6%)	182 (7.6%)	380 (16.0%)	271 (11.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール (特定健診結果)

図表 26 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	358 (13.1%)	87 (24.3%)	134 (37.4%)	42 (11.7%)	95 (26.5%)
R03→R04	292 (13.3%)	87 (29.8%)	101 (34.6%)	19 (6.5%)	85 (29.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

図表 27 II度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	188 (6.5%)	93 (49.5%)	30 (16.0%)	12 (6.4%)	53 (28.2%)
R03→R04	192 (8.5%)	89 (46.4%)	39 (20.3%)	9 (4.7%)	55 (28.6%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

図表 28 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	372 (13.0%)	143 (38.4%)	118 (31.7%)	26 (7.0%)	85 (22.8%)
R03→R04	264 (11.7%)	113 (42.8%)	64 (24.2%)	25 (9.5%)	62 (23.5%)

出典:ヘルスサポートラボツール  
(特定健診結果)

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、未受診者の特性に合わせた通知や訪問、夜間を含めた電話勧奨を実施し、令和元年度には44.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度以降は受診率が低迷しており、第2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29)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代は特に低い状況が続いています。(図表30)

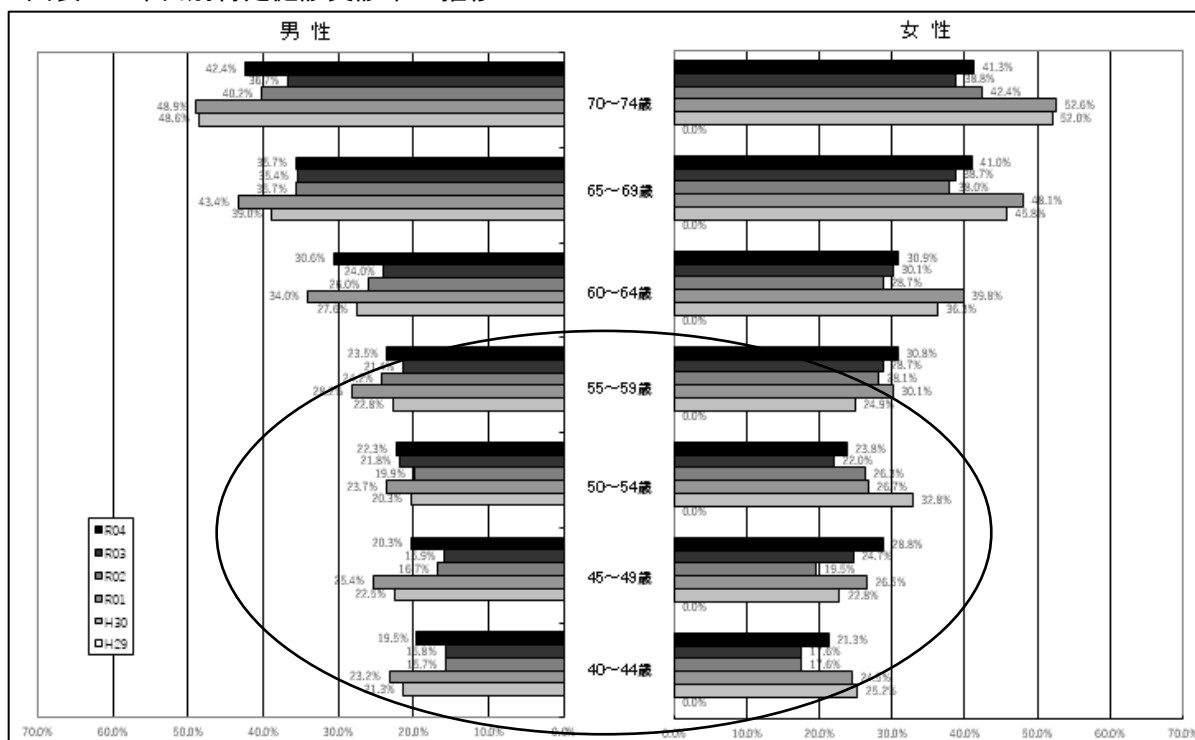
特定保健指導についても、新型コロナウイルス感染症の影響により、自宅訪問等ができない状況のため、令和2年度以降、大きく実施率が下がっていましたが、令和4年度は目標を達成することができました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表29 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,771	2,860	2,316	2,181	2,247	健診受診率 60%
	受診率	41.2%	44.1%	35.6%	34.4%	37.6%	
特定保健指導	該当者数	355	377	284	246	243	特定保健指導実施率 60%
	割合	12.8%	13.2%	12.3%	11.3%	10.8%	
	実施者数	288	273	176	137	168	
	実施率	81.1%	72.4%	62.0%	55.7%	69.1%	

出典：特定健診法定報告データ

図表30 年代別特定健診受診率の推移





## 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対象者の保健指導評価

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は、R4年度 86.5%と増加しているものの、血糖値有所見者割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

また、HbA1c8%以上の未治療者の割合はH30年度から増加しており、R4年度は、9割の方に受診勧奨のための保健指導を実施し、未治療者の半数以上が治療につながっています。受診のない方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、又治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援をおこないます。(図表 31.32.33)

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

※1 インスリン抵抗性: 血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

図表 31 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c実施者)	人(a)	2,963	2,933	2,397	2,281	2,418
血糖値有所見者 * 1	人(b)	365	401	307	306	312
	(b/a)	12.3%	13.7%	12.8%	13.4%	12.9%
保健指導実施者	人(c)	270	295	211	257	270
	(c/b)	74.0%	73.6%	68.7%	84.0%	86.5%

\* 1 HbA1c6.5%以上のもの

図表 32 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 * 1	人(a)	365	401	307	306	312
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 * 3	人(b)	139	169	109	107	115
	(b/a)	38.1%	42.1%	35.5%	35.0%	36.9%
受診した者	人(c)	29	25	42	67	88
	(c/b)	20.9%	14.8%	38.5%	62.6%	76.5%
治療開始した者	人(c)	14	16	11	12	8
	(c/b)	10.1%	9.5%	10.1%	11.2%	7.0%

\* 3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

図表 33 HbA1c8.0 以上の状況(アウトカム評価)

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c実施者)	人(a)	2,963	2,933	2,397	2,281	2,418
HbA1c8.0%以上	人(b)	47	57	36	41	35
	(b/a)	1.6%	1.9%	1.5%	1.8%	1.4%
保健指導実施	人(c)	40	45	23	36	34
	(c/b)	85.1%	78.9%	63.9%	87.8%	97.1%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(b)	12	27	7	7	12
	(b/a)	25.5%	47.4%	19.4%	17.1%	34.3%

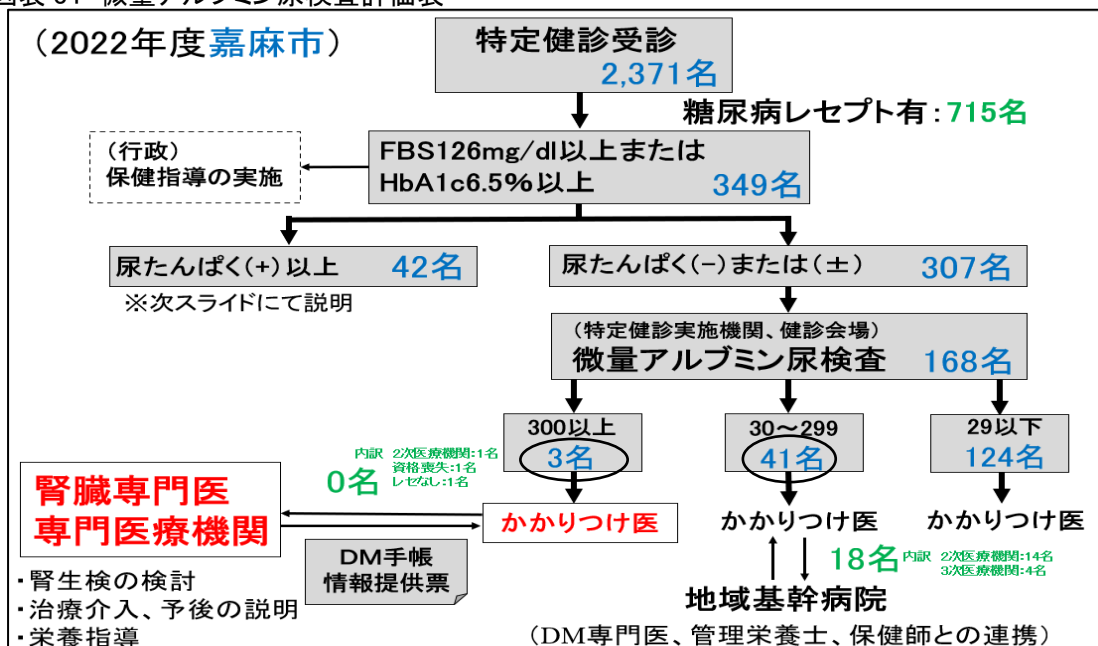
	H30	R1	R2	R3	R4
内服治療開始	5人	10人	1人	2人	4人
受診	4人	7人	2人	3人	6人
未受診	2人	6人	2人	2人	2人
不明	1人	4人	2人	0人	0人

②微量アルブミン尿検査

平成 31 年度に飯塚医師会の生活習慣病対策委員会の先生方や、嘉穂鞍手保健福祉環境事務所、飯塚市、嘉麻市、桂川町にて、飯塚医療圏糖尿病重症化予防推進協議会を発足後、令和元年度より微量アルブミン尿検査の実施を開始しました。糖尿病性腎症の方を早期から保健指導や、かかりつけ医や腎専門医等への受診につなぎ、新規透析患者の減少を図ることを目的として、特定健診の結果が①空腹時血糖 126 以上又は HbA1c6.5%以上②尿蛋白(-)または、(±)の対象者に実施しました。また、検査の実施率や検査後の、かかりつけ医と専門医の連携状況を把握するため、飯塚医療圏において下記の集計をまとめ、会議等にて情報共有をしました。微量アルブミン尿検査結果 30 以上者の 44 人は、特定健診だけでは、分からなかった早期腎症の把握につながりました。

今後も引き続き、2次医療機関(糖尿病専門医等)及び3次医療機関(腎臓内科専門医等)への受診体制の強化を行う必要があります。

図表 34 微量アルブミン尿検査評価表



## (2) ポピュレーションアプローチ(※1)

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よることも大きい。」とされています。

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

取組内容としては、いきいきサロンやオレンジサロン等の出前講座にて、生活習慣病重症化予防の健康教育や健康相談を行い、広く市民へ周知啓発を行います。

また、高血圧や糖尿病予防を目的として、結果説明会にて350gの野菜摂取フードモデルの活用や、食品に含まれる塩分量の展示、ジュースに含まれる砂糖量を展示し、集中的に実施してきました。

健康課では、朝食・野菜摂取促進事業として、若年者が多く受診する総合健診日の会場を活用し、手軽に摂取できる商品の紹介や、減塩の日に合わせて市役所のロビーにて、クイズ等の展示をし、行動変容の動機付けを行いました。

※1 対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいという考え方

## (3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 35 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5
			(H30)	(R2)	(R4)
データヘルス計画	中長期目標 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する	データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合の減少	20.44%	19.21%	17.77%
		新規透析導入者の平均年齢の高齢化または維持	60.6歳	62.2歳	60.0歳
	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	健診受診者のHbA1c7.0以上者の減少	6.5%	6.7%	6.2%
		メタボリックシンドローム該当者の減少	20.2%	16.6%	18.9%
		重症化予防対象者の減少	35.3%	40.7%	40.4%
		特定健診未受診者の減少	—	64.4%	62.8%

### 3) 第2期データヘルス計画に係る考察

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の医療費合計が、総医療費に占める割合については年々減少しており、また、新規人工透析導入患者の平均年齢も維持できていることは、飯塚医師会をはじめ、保健所や近隣市町との連携した、微量アルブミン尿検査の実施をはじめとする重症化予防の取り組みや、個別保健指導の成果が出ていると思われます。

しかし、特定健診の受診率については、国の目標に達しておらず、コロナ禍以前の受診率に戻っていないのが現状です。健診を受けることで、住民自身が健診結果により、自分の体の状態を把握することでリスクを知り、そのリスクを減らすためにどうすれば良いのか等知ってもらうことは、糖尿病や高血圧等を予防し、結果として医療費の適正化や医療費の伸びの抑制にも繋がるため、特定健診の受診率向上は重要な取り組むべき課題です。

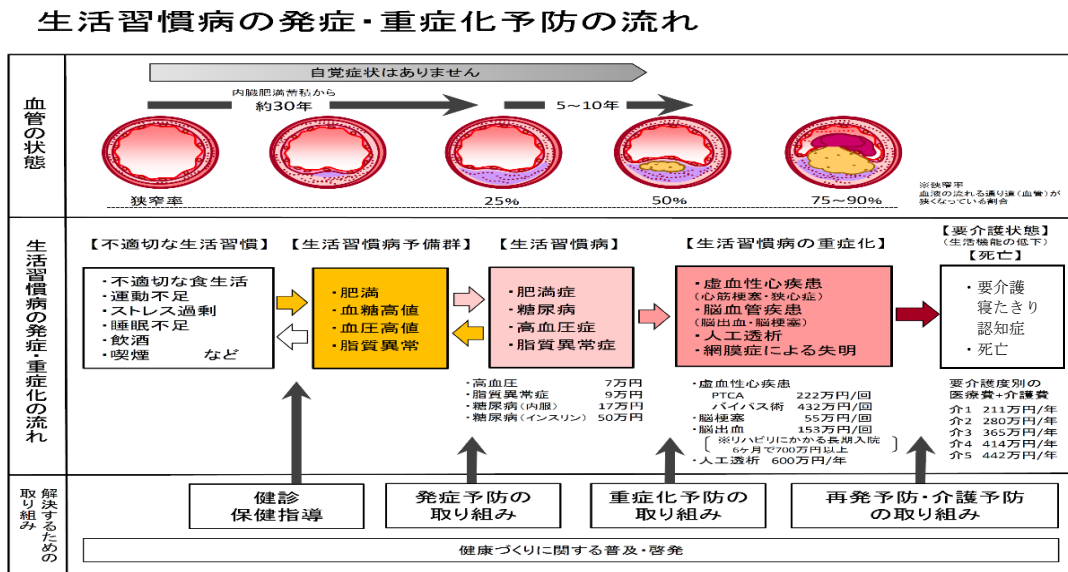
嘉麻市では、今後もかかりつけ医や腎専門医等への的確に治療につなげる体制の強化や、飯塚医師会生活習慣病対策委員会の先生方とCKD(慢性腎臓病)対策等に向けて連携を図り、医療・介護・特定健診等に関する情報(国保データベース:KDB)を一体的に活用しながら、未受診者対策をはじめ、治療中断者への受診勧奨等の重症化予防を取り組んで行く必要があります。

### 3. 第3期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 36 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。

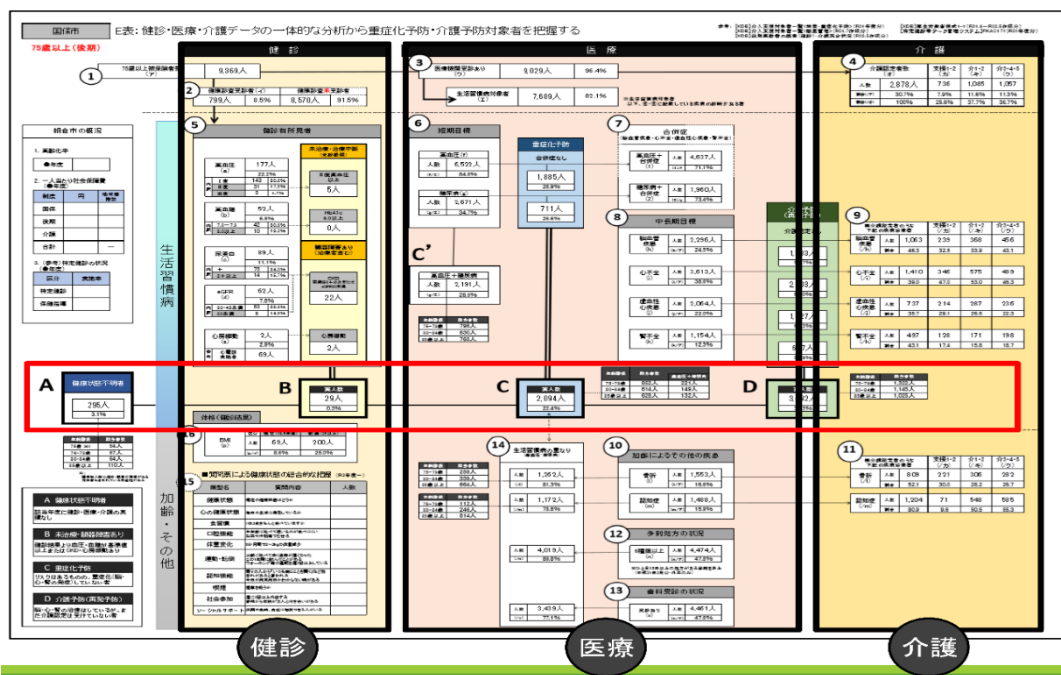
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、【図表 37】に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

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

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 37 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析と健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり100万円を超え、国保の2.5倍も高い状況です。(図表38)

嘉麻市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低い状況です。その結果腎不全の医療費に占める割合が、国保及び後期高齢においても、同規模、国と比べて低いが、県と比べると高い状況です。(図表39)

図表 38 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
被保険者数	9,988人	9,637人	9,493人	9,223人	8,748人	7,331人	
総件数及び 総費用額	件数	90,741件	88,260件	82,551件	84,220件	83,140件	111,339件
	費用額	37億1489万円	36億3852万円	35億7481万円	35億1619万円	34億6735万円	75億1239万円
一人あたり医療費	37.2万円	37.8万円	37.7万円	38.1万円	39.6万円	102.5万円	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 39 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(令和4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	嘉麻市	34億6735万円	32,152	2.94%	0.20%	1.99%	1.11%	5.68%	3.71%	2.13%	6億1598万円	17.77%	14.12%	9.90%	8.99%
	同規模	--	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	--	19.11%	16.91%	8.74%	9.00%
	県	--	28,941	2.46%	0.29%	2.04%	1.37%	5.06%	3.18%	2.35%	--	16.75%	16.72%	9.34%	8.96%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	嘉麻市	75億1239万円	85,697	5.78%	0.80%	3.63%	1.09%	3.19%	3.16%	1.16%	14億1345万円	18.81%	7.98%	6.34%	11.58%
	同規模	--	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	--	18.69%	10.49%	4.11%	12.58%
	県	--	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	--	19.97%	9.86%	4.70%	12.75%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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

国保における高額レセプトは、毎年約 700 件発生していますが、後期高齢になると、約 2.5 倍に増えることがわかります。(図表 40)

国保において、疾病別に見てみると、脳血管疾患で令和2年度が一番多く43件で約6,000万円の費用がかかっていましたが、令和4年度は36件、費用額も約4,000万円と減っています。一方、令和4年度の後期高齢者においては、131件発生し、約1.5億円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、虚血性心疾患においては、令和2年度が件数・費用額とも一番少ない状況です。(図表 41、42)

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	372人	353人	374人	341人	370人	981人
	件数	B	671件	635件	680件	698件	713件	1,828件
		B/総件数	0.74%	0.72%	0.82%	0.83%	0.86%	1.64%
	費用額	C	9億0357万円	8億5535万円	9億2355万円	9億1865万円	9億6073万円	20億6540万円
		C/総費用	24.3%	23.5%	25.8%	26.1%	27.7%	27.5%

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	20人	20人	18人	25人	20人	76人							
		D/A	5.4%	5.7%	4.8%	7.3%	5.4%	7.7%							
	件数	E	38件	35件	43件	32件	36件	131件							
		E/B	5.7%	5.5%	6.3%	4.6%	5.0%	7.2%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	65-69歳	1	0.8%		
		40代	1	2.6%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.8%	70-74歳	5	3.8%
		50代	13	34.2%	6	17.1%	0	0.0%	6	18.8%	0	0.0%	75-80歳	12	9.2%
		60代	15	39.5%	18	51.4%	22	51.2%	10	31.3%	10	27.8%	80代	70	53.4%
		70-74歳	9	23.7%	10	28.6%	21	48.8%	16	50.0%	24	66.7%	90歳以上	43	32.8%
	費用額	F	4230万円	4204万円	5648万円	3493万円	4034万円	1億4957万円							
F/C		4.7%	4.9%	6.1%	3.8%	4.2%	7.2%								

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	19人	16人	10人	14人	12人	22人							
		G/A	5.1%	4.5%	2.7%	4.1%	3.2%	2.2%							
	件数	H	23件	17件	11件	15件	14件	24件							
		H/B	3.4%	2.7%	1.6%	2.1%	2.0%	1.3%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	4.2%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	2	14.3%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	4	23.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	75-80歳	7	29.2%
		60代	13	56.5%	5	29.4%	4	36.4%	6	40.0%	7	50.0%	80代	13	54.2%
		70-74歳	10	43.5%	8	47.1%	6	54.5%	9	60.0%	4	28.6%	90歳以上	3	12.5%
	費用額	I	3724万円	3974万円	1614万円	1896万円	2691万円	3661万円							
I/C		4.1%	4.6%	1.7%	2.1%	2.8%	1.8%								

出典：ヘルスサポートラボツール





(2) 健診・医療・介護の一体的分析と健康課題の明確化

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 43 の①被保険者数は、40～64 歳は減っていますが、65 歳～74 歳と、75 歳以上では増えており、後期高齢者が確実に増えていることが分かります。⑮の体格をみると、40～64 歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が高くなってきています。

図表 45 健診有所見の状況を見ると、ほとんどの年代で対象人数が増えており、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 46 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧においては 40～74 歳、糖尿病においては、65～74 歳で高くなっています。

図表 44 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 認定 介護 率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑮ 体格(健診結果)					
		被保険者数			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
H30	33.9	2,758	4,233	7,150	27.0	41.8	4.8	8.1	7.2	6.8	30.5	26.4	20.3
R04	33.1	2,623	4,484	7,236	24.2	36.6	9.3	6.6	7.5	7.0	31.2	26.1	22.4

図表 45 健診有所見者状況

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	%					
H30	30	4.0	(17)	130	7.4	(56)	25	7.4	(12)	38	5.1	(5)	107	6.1	(7)	3	0.9	(0)	16	2.1	33	1.9	7	2.1	2	0.3	17	1.0	6	1.8
R04	36	5.7	(18)	118	7.2	(42)	72	10.7	(23)	32	5.0	(1)	114	7.0	(12)	9	1.3	(0)	7	1.1	40	2.4	28	4.2	2	0.3	18	1.1	11	1.6

図表 46 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症					
	高血圧		糖尿病		c' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症										
40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	78.5	91.7	95.1	31.4	60.4	81.4	75.2	82.7	87.4	48.3	49.4	40.8	31.8	38.7	34.9	43.1	51.5	69.9	44.9	55.4	74.1
R04	80.9	91.2	92.9	32.0	64.2	79.6	75.7	83.5	88.7	46.1	47.8	42.3	30.8	37.9	36.7	43.5	53.7	68.7	43.9	56.0	72.9

### (3) 後発医薬品の使用割合

後発医薬品の使用割合は 78.3% (令和 4 年度実績) で、国の目標値 80% に達していない状況です。

図表 47

#### ■後発医薬品の使用割合

R4 年 9 月診療分	嘉麻市	福岡県	全国
使用割合	78.3%	81.4%	79.9%

出典：厚生労働省公表値(令和 5 年 5 月 10 日)

### (4) 重複・頻回受診、重複服薬者の割合

重複・頻回受診者(2 医療機関以上・5 日以上)が被保険者全体の 1.7% います。また、重複服薬者(2 剤以上)が被保険者全体の 0.1%、多剤服薬者(6 剤以上)が被保険者全体の 16.4% います。

図表 48

#### ■被保険者数(嘉麻市)

R4 年 5 月	9,123 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
		R4 年 5 月
2 医療機関以上	1 日以上	22.5
	5 日以上	1.7
	10 日以上	0.4
3 医療機関以上	1 日以上	6.9
	5 日以上	0.7
	10 日以上	0.1

※1 受診した者の割合(受診した者 / 被保険者数) \* 100)

出典：KDB システム帳票 重複・頻回受診の状況

#### ■重複服薬の状況等の傾向

(単位：%)

他医療機関と重複処方 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
		R4 年 5 月
2 医療機関以上	1 以上	0.3
	2 以上	0.1
	3 以上	0.1

※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・多剤処方の状況

■多剤処方状況

(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
		R4年5月
1日以上	1以上	48.0
	2以上	41.3
	3以上	33.6
	4以上	27.0
	5以上	21.1
	6以上	16.4

※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・多剤処方状況

(5)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、透析への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

### 3) 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にし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 49)を設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

##### ② 中長期的な目標の設定

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

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

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

##### ③ 短期的な目標の設定

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

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

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

## (2) 管理目標の設定

図表 49 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

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 <small>(活用データ年度)</small>
					初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合の減少	17.77%	16.00%	14.50%	KDBシステム
				新規透析導入者の平均年齢の高齢化または維持	60.0歳	62.5歳	65.0歳	
	短期目標	アウトプット	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者の減少率	18.9%	20.0%	22.0%	法定報告値
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	1.6%	1.4%	1.2%	KDBシステム
				★特定健診受診率60%以上※1	37.6%	50.0%	60%以上	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上※2	69.1%	60%以上	60%以上	
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※3	20.0%	22.5%	25.0%					

※1・2 福岡県医療費適正化計画(第4期)目標値:市町村国保 60%以上に合わせて設定

※3 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 50 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	45%	45%	50%	50%	55%	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

### 3. 対象者の見込み

図表 51 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,500人	5,300人	5,100人	4,900人	4,700人	4,500人
	受診者数	2,475人	2,385人	2,550人	2,450人	2,585人	2,700人
特定保健指導	対象者数	233人	228人	223人	218人	213人	208人
	受診者数	160人	157人	154人	151人	148人	145人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。一般社団法人飯塚医師会が実施機関のとりまとめを行います。

#### (2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、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

嘉麻市ホームページにおいて、毎年、「嘉麻市国民健康保険特定健診実施医療機関一覧」として、最近の情報を公表する。

### (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)

図表 52 特定健診検査項目

#### ○嘉麻市特定健診検査項目

健診項目		嘉麻市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可



(5)実施時期

6月から翌年2月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携(医療情報収集事業)

生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、嘉麻市の特定健診受診率向上及び保健指導の充実並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とし、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

図表 53 特定健診実施スケジュール(当該年度)

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約	(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(随時可)	健診データ抽出(前年度)
6月		(特定健診の開始)	
7月		健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	実施実績の分析実施方法、委託先機関の見直し等
8月		(特定保健指導の開始)	
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる予算手続き		支払基金(連合会)への報告(ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月		(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	
3月	契約準備		

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行います。

### ○第4期(2024年以降)における変更点

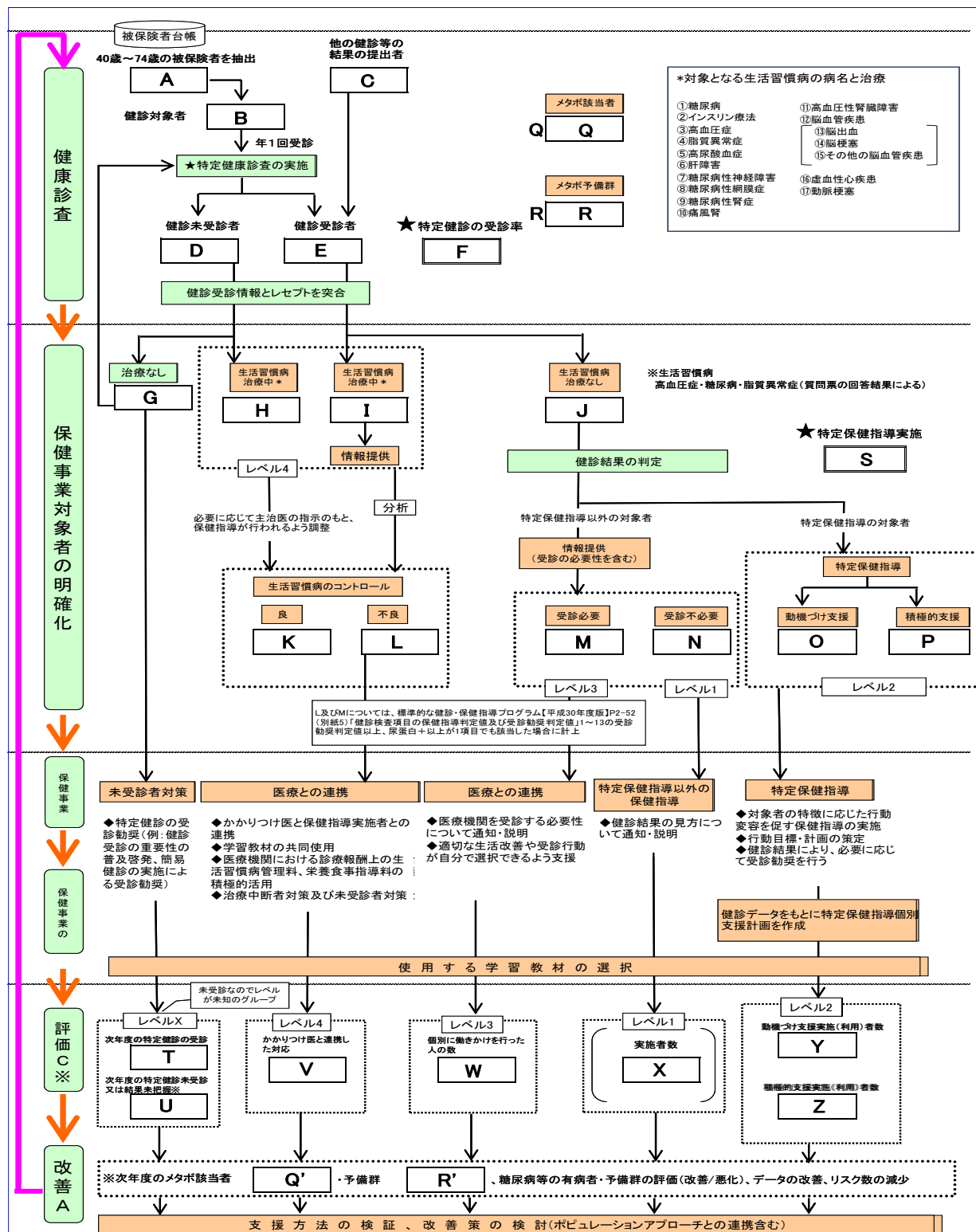
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式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 54 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポータルツール

(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 55 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	256人 (10.9%)	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	440人 (18.7%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	4,418人	—
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	365人 (15.5%)	—
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	1,295人 (54.9%)	—

(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 56 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	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 ◎診療情報提供の依頼 ◎個別健康診査実施の依頼		
6月	◎特定健康診査の開始		◎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 ◎未受診者電話勧奨の開始(夜間あり)
8月			◎未受診者通知(1回目)
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了 ◎医療情報収集事業対象者へ通知及び電話勧奨(1回目)
10月			◎市内医療機関回り
11月			◎医療情報収集事業対象者へ通知及び電話勧奨(2回目)
12月			◎未受診者通知(2回目)
1月			
2月	◎健診の終了		◎医療情報収集事業対象者へ通知及び電話勧奨(3回目)
3月			

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および嘉麻市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

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

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

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

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、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、嘉麻市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 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、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く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

嘉麻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、952人(40.4%)です。そのうち治療なしが287人(26.4%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が120人です。

また、嘉麻市においては、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、287人中152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、効果的であることが分かります。

図表 57 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-										令和04年度		
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率) 2,356人 34.8%		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(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 2018 (日本腎臓病学会)		■各疾患の治療状況	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) ↳ 心原性脳塞栓症 (27.7%) ↳ ラクナ梗塞 (31.2%) ↳ アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) <small>※脳卒中 データは 2015年</small>			心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症							治療中 治療なし 高血圧 980 1,376 脂質異常症 678 1,671 糖尿病 305 2,001 3疾患 いっしょ 1,295 1,086 <small>※問診結果による</small>	
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)	心房細動 2017年版 (日本循環器学会)	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)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		952 40.4%			
該当者数	163 6.9%	19 0.8%	98 4.2%	81 3.4%	562 23.9%	220 9.3%	223 9.5%		287 26.4%			
治療なし	93 6.8%	4 0.4%	93 5.6%	61 3.6%	105 9.7%	110 5.5%	59 5.4%		287 26.4%			
(再掲) 特定保健指導	41 25.2%	1 5.3%	30 30.6%	22 27.2%	105 18.7%	22 10.0%	23 10.3%		152 16.0%			
治療中	70 7.1%	15 1.2%	5 0.7%	20 2.9%	457 35.3%	110 36.1%	164 12.7%		665 51.4%			
臓器障害 あり	43 46.2%	4 100.0%	26 28.0%	23 37.7%	34 32.4%	45 40.9%	59 100.0%		120 41.8%			
CKD(専門医対象者)	14	0	7	8	11	21	59		59			
心電図所見あり	34	4	19	18	27	28	24		85			
臓器障害 なし	50 53.8%	--	67 72.0%	38 62.3%	71 67.6%	65 59.1%	--		--			

出典:ヘルサポートラボツール



### 3. 糖尿病性腎症重症化予防

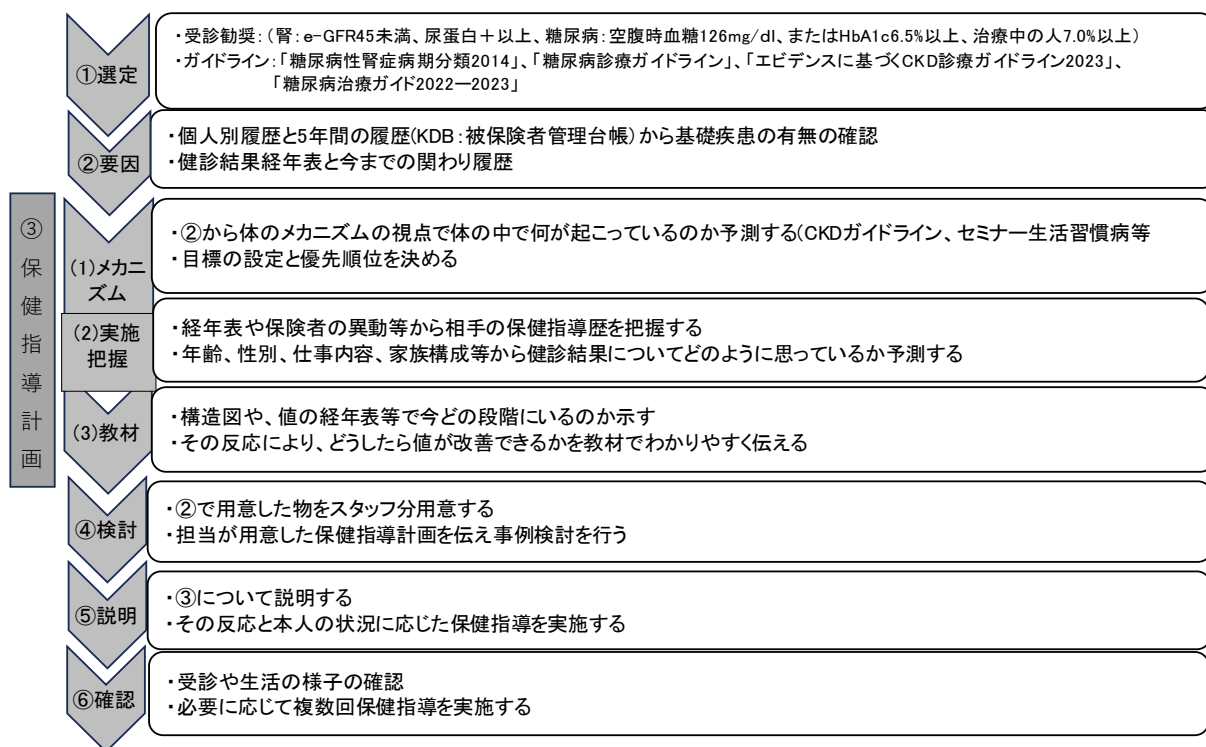
#### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては図表 58 に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 58 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者

- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
- ア. 糖尿病性腎症で通院している者
- イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

① 対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。

図表 59 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類(改訂)		
病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

嘉麻市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため、腎機能(eGFR)の把握は可能です。また、尿アルブミンについては二次健診として実施しているため、把握は可能となります。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。

嘉麻市において特定健診受診者で糖尿病型のうち糖尿病未治療者は、140人(31.3%・F)でした。また、糖尿病治療者で特定健診未受診者1,452人(82.5%・I)については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

(図表 60)

④ 介入方法と優先順位

図表 60 より嘉麻市においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・140人

優先順位 2

【保健指導】

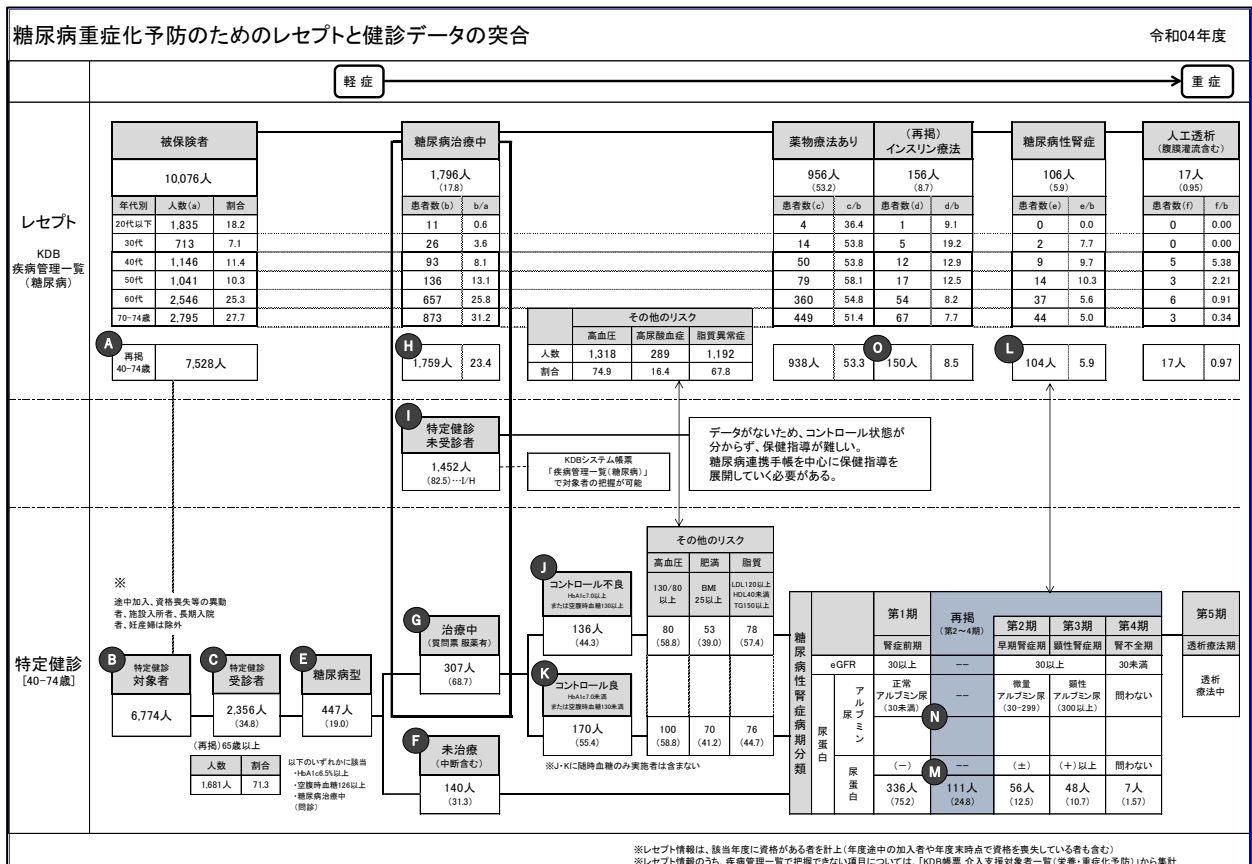
- ・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（J）・・・136人  
治療中断しない（継続受診）ための保健指導
- ・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

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

図表 60 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典:ヘルスサポートラボツール

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。嘉麻市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

図表 61 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける(保健指導教材)

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける	
もくじ	
<b>1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援</b>	<b>2 高血糖を解決するための食</b>
1-1 健診経年結果一覧	1 健診結果と日常食べている食品
1-2 糖尿病タイプ	2 生活は住民の方しかわかりません 何うことから始めます
1-3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
1-4 ヘモグロビンA1cは・・・	4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
1-5 糖尿病とはどういう病気なのでしょう	5 自分の食べている食品をみてみます
1-6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？	6 糖尿病性腎症食事療法
1-7 75グラム糖負荷検査結果	
1-8 私はどのパターン？	
1-9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう	<b>3 薬物療法</b>
1-10 Zさん(男性)から教えていただきました	3-1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
1-11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？	3-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
1-12 糖尿病による網膜症	3-3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
1-13 眼(網膜症)	3-4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
1-14 高血糖と肥満は 腎臓をどのように傷めるのでしょうか	3-5 その薬はもしかして「αグロコシダーゼ阻害薬」ですか
1-15 64歳以下 HbA1cとeGFRの経年変化	3-6 イメグリミンってどんな薬？
1-16 64歳以上 HbA1cとeGFRの経年変化	3-7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
1-17 さんの腎臓の機能の結果をみていきます	3-8 ビグアナイド薬とは
1-18 腎臓の働きが落ちてきたが 動いて大丈夫なのか!!	3-9 チアソリジン薬とは？
1-19 糖尿病性神経障害の症状とすみ方	3-10 薬のみに頼ったら、体の中で何が起きているのでしょうか
1-20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です	<b>4 参考資料</b>
1-21 糖尿病治療の進め方	4-1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
1-22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です	4-2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
1-23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か	4-3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
1-24 64歳以下 HbA1cと体重の推移	4-4 ライフステージごとの食品の目安量
1-25 64歳以上 HbA1cと体重の推移	4-5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
1-26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います	4-6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
1-27 健診データの推移と生活・食の変化	4-7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)
1-28 食べ方を変えて良くなった人の事例	

## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち空腹時血糖 126 以上又は HbA1c6.5 以上で、尿蛋白定性(-)又は(±)へは、二次健診等でアルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

## 4) 医療との連携(庁外連携)

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に飯塚医師会等と協議した紹介状等を使用します。

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては福岡県プログラムに準じ行っています。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携(庁内連携)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

## 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

### 短期的評価

#### ①受診勧奨者に対する評価

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

#### ②保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

- HbA1c の変化
- eGFR の変化
- 尿蛋白の変化
- 服薬状況の変化

図表 62 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	統合表	嘉麻市										同規模保険者(平均)			
		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	10,378人		9,920人		9,622人		9,466人		9,205人					
	② (再掲)40-74歳	7,766人		7,515人		7,379人		7,329人		7,136人					
2	① 特定健診 対象者数	7,488人		7,317人		7,306人		7,106人		6,774人					
	② 特定健診 受診者数	2,871人		3,009人		2,426人		2,267人		2,356人					
3	① 特定保健指導 対象者数	355人		377人		284人		246人		243人					
	② 特定保健指導 実施率	81.1%		72.4%		62.0%		55.7%		69.1%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	482人	16.8%	547人	18.2%	433人	17.8%	410人	18.1%	447人	19.0%		
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	160人	33.2%	207人	37.8%	133人	30.7%	123人	30.0%	140人	31.3%		
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	322人	66.8%	340人	62.2%	300人	69.3%	287人	70.0%	307人	68.7%		
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130以上	J	154人	47.8%	165人	48.5%	144人	48.0%	152人	53.0%	136人	44.3%		
		⑤ 血圧 130/80以上	J	106人	68.8%	104人	63.0%	96人	66.7%	95人	62.5%	80人	58.8%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	69人	44.8%	72人	43.6%	57人	39.6%	66人	43.4%	53人	39.0%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	168人	52.2%	175人	51.5%	156人	52.0%	135人	47.0%	171人	55.7%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	376人	78.0%	412人	75.3%	325人	75.1%	298人	72.7%	336人	75.2%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		51人	10.6%	61人	11.2%	46人	10.6%	56人	13.7%	56人	12.5%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		41人	8.5%	56人	10.2%	49人	11.3%	49人	12.0%	48人	10.7%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		10人	2.1%	9人	1.6%	12人	2.8%	7人	1.7%	7人	1.6%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		125.1人		121.9人		119.0人		129.3人		131.8人			
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		164.7人		158.1人		152.9人		164.6人		167.7人			
		③ レセプト件数 (40-74歳) (内は再掲)		6,045件 (807.3)		6,140件 (839.1)		6,217件 (850.9)		6,394件 (899.8)		6,235件 (920.4)		1,557,522件 (951.6)	
		④ 入院外(件数)		67件 (8.9)		65件 (8.9)		59件 (8.1)		41件 (5.8)		45件 (6.6)		7,406件 (4.5)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	1,298人	12.5%	1,209人	12.2%	1,145人	11.9%	1,224人	12.9%	1,213人	13.2%		
		⑥ (再掲)40-74歳	H	1,279人	16.5%	1,188人	15.8%	1,128人	15.3%	1,206人	16.5%	1,197人	16.8%		
		⑦ 健診未受診者	I	957人	74.8%	866人	72.9%	828人	73.4%	919人	76.2%	890人	74.4%		
		⑧ インスリン治療	O	122人	9.4%	106人	8.8%	97人	8.5%	96人	7.8%	93人	7.7%		
		⑨ (再掲)40-74歳		121人	9.5%	105人	8.8%	94人	8.3%	93人	7.7%	91人	7.6%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	72人	5.5%	56人	4.6%	53人	4.6%	60人	4.9%	66人	5.4%		
		⑪ (再掲)40-74歳		71人	5.6%	56人	4.7%	53人	4.7%	59人	4.9%	65人	5.4%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		16人	1.2%	17人	1.4%	17人	1.5%	14人	1.1%	14人	1.2%		
		⑬ (再掲)40-74歳		14人	1.1%	17人	1.4%	17人	1.5%	14人	1.2%	14人	1.2%		
		⑭ 新規透析患者数		6		5		10		5		2			
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		5		5		6		2		2			
		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)		46人	2.4%	37人	1.9%	44人	2.4%	44人	2.5%	50人	2.7%		
6	医療費	① 総医療費		37億1489万円		36億3852万円		35億7481万円		35億1619万円		34億6735万円		28億4626万円	
		② 生活習慣病総医療費		19億4964万円		19億3741万円		19億6232万円		18億2170万円		17億7437万円		15億3700万円	
		③ (総医療費に占める割合)		52.5%		53.2%		54.9%		51.8%		51.2%		54.0%	
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		6,428円		7,059円		5,650円		5,055円		5,541円		7,237円	
		⑤ 健診未受診者		37,507円		38,633円		40,534円		39,479円		39,501円		38,862円	
		⑥ 糖尿病医療費		2億0103万円		2億0912万円		2億0204万円		2億0117万円		1億9701万円		1億6596万円	
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		10.3%		10.8%		10.3%		11.0%		11.1%		10.8%	
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		5億7720万円		5億8121万円		5億5450万円		5億4871万円		5億0890万円			
		⑨ 1件あたり		34,464円		35,541円		34,797円		34,088円		33,168円			
		⑩ 糖尿病入院総医療費		4億9868万円		4億0951万円		4億3761万円		4億2167万円		4億4361万円			
		⑪ 1件あたり		579,183円		528,402円		585,829円		585,648円		637,365円			
		⑫ 在院日数		19日		19日		20日		19日		20日			
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億9273万円		1億8148万円		1億5156万円		1億4546万円		1億0863万円		1億2396万円	
		⑭ 透析有り		1億8144万円		1億6759万円		1億3826万円		1億3648万円		1億0181万円		1億1532万円	
		⑮ 透析なし		1128万円		1390万円		1330万円		898万円		682万円		863万円	
7	介護	① 介護給付費		45億1997万円		46億3139万円		47億7053万円		46億1089万円		45億6646万円		34億9905万円	
		② (2号認定者)糖尿病合併症		6件	21.4%	5件	15.2%	4件	13.8%	5件	20.0%	6件	21.4%		
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		7人	1.1%	5人	0.8%	7人	1.1%	11人	1.7%	6人	1.0%	2,819人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

## 7) 実施期間及びスケジュール

5月 対象者の選定基準の決定

6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)  
嘉麻市糖尿病性腎症重症化予防事業マニュアルに沿って保健指導を実施

## 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 事業の実施

嘉麻市は、令和3年度より福岡県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

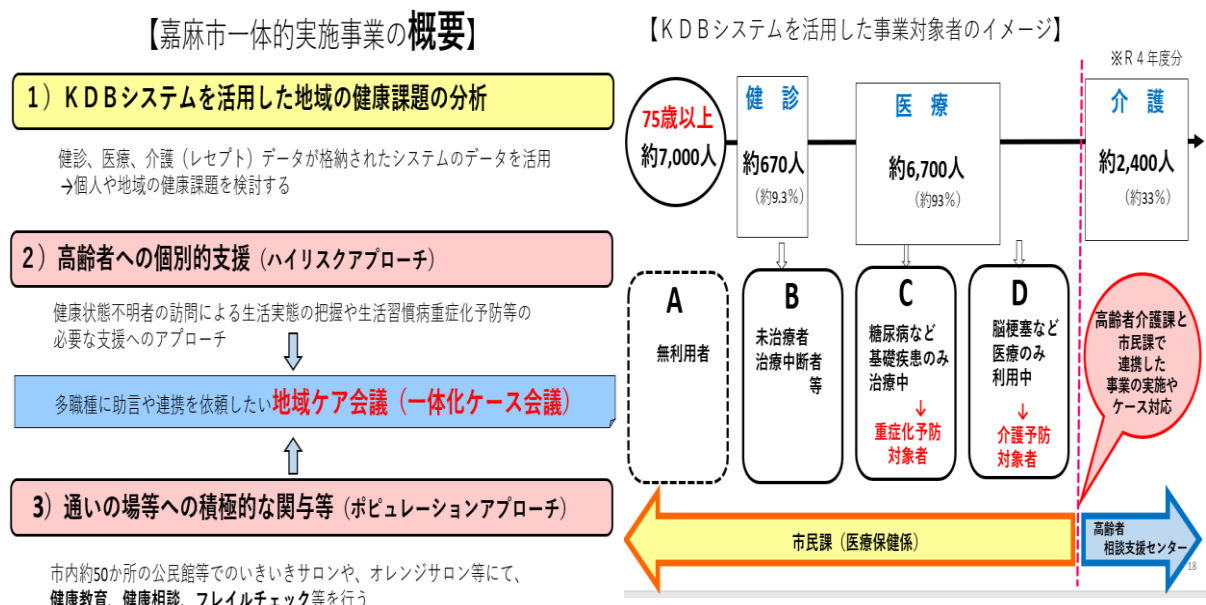
具体的には、

#### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

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

#### ② 地域を担当する管理栄養士等を配置し、75歳を過ぎても支援が途切れないように、生活習慣病の重症化予防に加え、健康状態不明者の把握等を行います。必要に応じて、一体化ケース会議(地域ケア会議)等において、専門職からの助言を踏まえた、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。また、生活習慣病予防に加え、フレイル予防など、健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 63 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



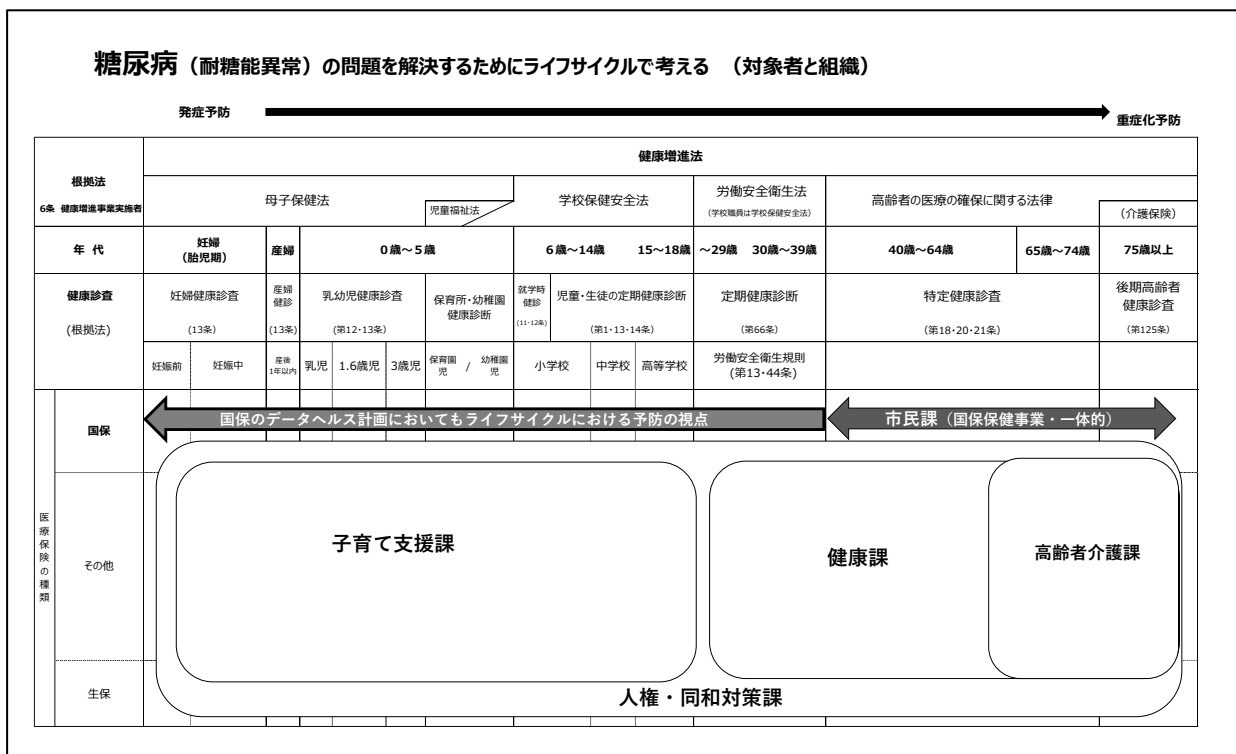


## 5. 発症予防

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あります。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。

嘉麻市においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ることが必要であります。まずは、妊娠糖尿病該当者の糖尿病発症予防のために、子育て支援課や健康課が使用している共通のシステムの活用や、連携し健診の受診勧奨や保健指導を行います。

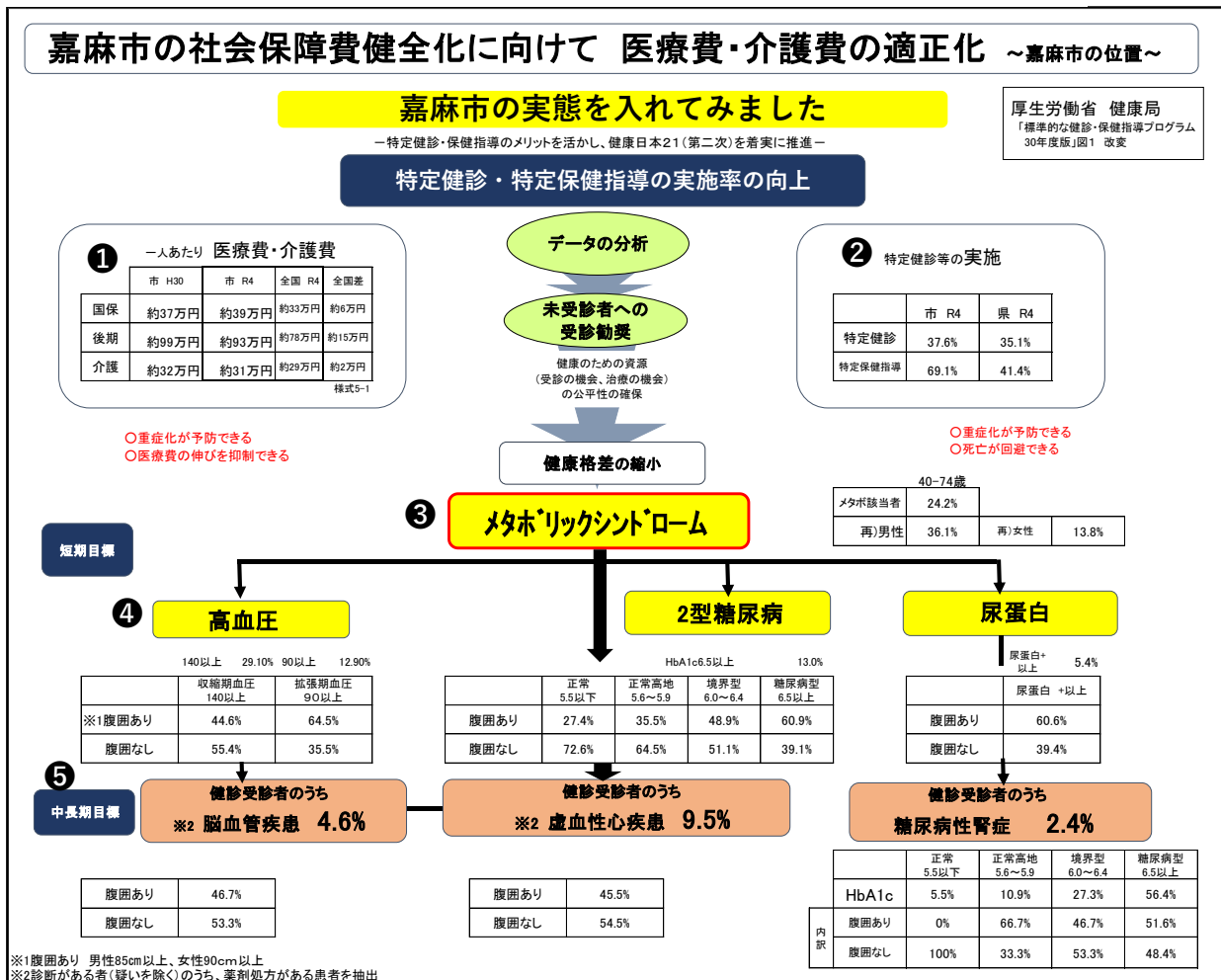
図表 64 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



## 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、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。

図表 65 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

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

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

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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



## 嘉麻市国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

---

---

発行: 令和6年3月31日

編集: 嘉麻市 市民課

〒820-0292 嘉麻市岩崎1180-1

電話 0948-42-7468