
第3期芦屋町データヘルス計画

第4期芦屋町特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

芦屋町国民健康保険

目次

I 基本事項 (★)	
1. 計画策定の背景	1
2. 計画の目的	1
3. 計画の位置づけ	3
4. 計画期間	4
5. 実施体制・関係者連携	4
6. 基本情報	6
II 第2期計画等の評価 (★)	
1. 全体目標の評価	7
2. 個別保健事業の評価	8
III 健康・医療情報等の現状	
1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比	10
2. 医療費の現状	10
3. 後発医薬品の使用割合	12
4. 重複・頻回受診、重複服薬者割合	12
5. 特定健康診査・特定保健指導の現状 (★)	14
6. レセプト・健診結果等を組み合わせた現状	18
7. 介護費の現状	20
8. その他	21
IV 課題と目標	
1. 健康課題	22
2. 計画全体の目標等	23
V 個別保健事業計画	
1. 特定健康診査(特定健診)事業(★)	24
2. 特定保健指導事業(★)	28
3. 生活習慣病重症化予防事業	29
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業	31
5. 後発医薬品の促進	33
6. 重複・頻回受診、多剤処方防止	34
VI 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 (★)	
1. 特定健診・保健指導のデータの形式	36
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	36
3. 個人情報の保護	36
4. 被保険者への結果通知の様式	36
VII その他 (★)	
1. 評価・見直し	37

2. 公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
資料

1. 用語の解説・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38

(★) 特定健康診査等実施計画該当箇所

I 基本的事項

1. 計画策定の背景

保険者は、平成 20 年から健康寿命の延伸、医療費の伸びの抑制のため、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、40～74 歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査（以下、「特定健診」という。）・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされた。

また、平成 25 年に閣議決定された「日本再興戦略」^{※1}において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）等のデータ分析に基づく被保険者の健康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、評価等の取り組みが求められることとなった。

こうした背景を踏まえ、平成 26 年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・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に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。

平成 30 年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和 2 年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和 4 年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。

今般、これらの経緯も踏まえ、第 3 期芦屋町データヘルス計画（以下、「第 3 期計画」という。）・第 4 期芦屋町特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 計画の目的

データヘルス計画とは保健事業の実施計画であり、健康・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ための計画である。

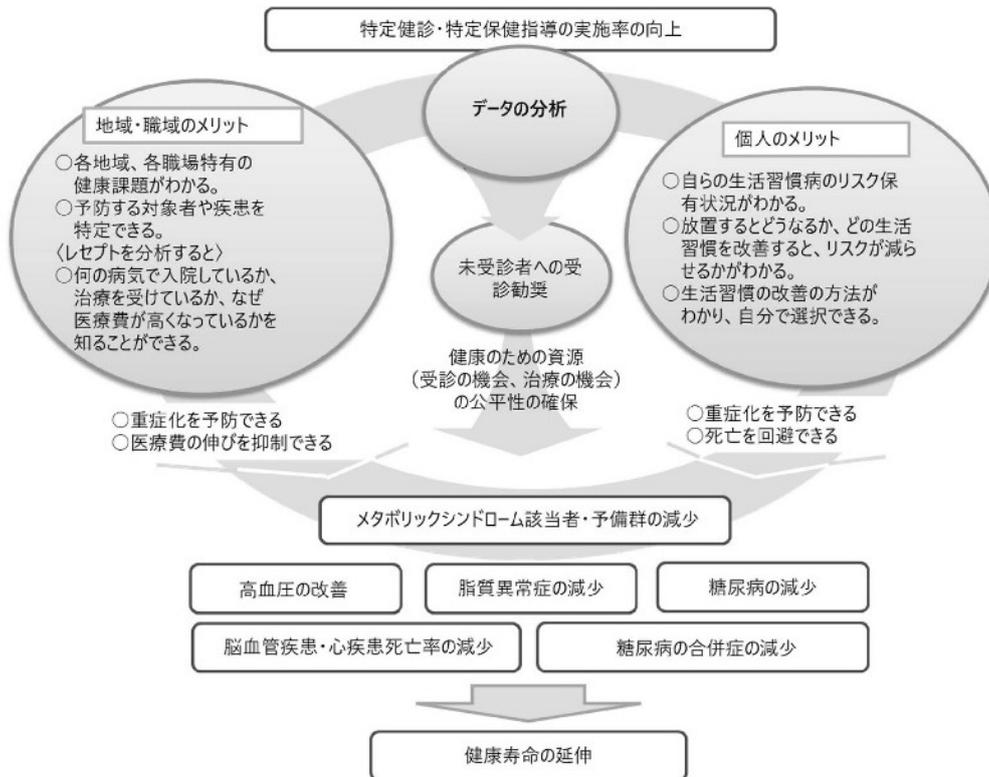
特定健康診査等実施計画とは、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下、「実施基準」という。）に基づき、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、効果的かつ効率的に特定健診・特定保健指導を実施するための計画である。

これらの計画に基づき、特定健診の実施や生活習慣病発症予防及び、重症化予防に取り組むことで、国民健康保険加入者の健康寿命の延伸、医療費適正化を図ることを目指すものとする。

データヘルス計画における分析は特定健診対象者の「40 歳から 75 歳未満の芦屋町国民健康保険被保険者」のレセプトデータ等に基づくものである。

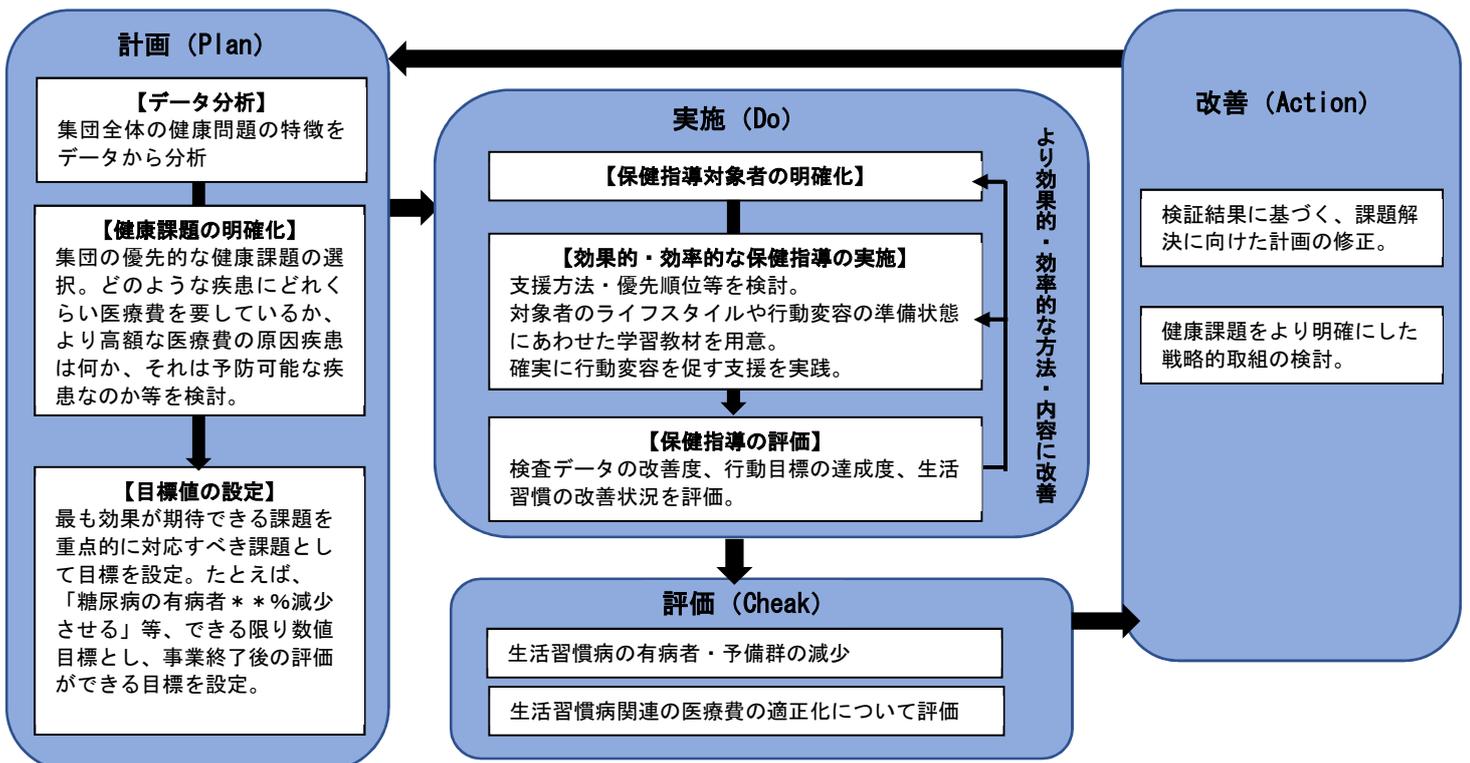
図1 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

ー特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進ー



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)

図2 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



出典：標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)

3. 計画の位置づけ

データヘルス計画は、国民健康保険法第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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」により、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 サイクルに沿った効果的な保健事業の実施を図るための計画として作成する。

特定健診等実施計画は、高齢者の医療の確保に関する法律第18条に基づいて実施する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。

両計画は相互に連携して策定することが望ましいことから、一体的に策定し、運用する。

また、この両計画は、町の総合振興計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、などの関連計画や福岡県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。

	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*1	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高齢者の医療の確保に関する法律 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 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 「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 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 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 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 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)	指針 令和6~11年 (6年)	法定 令和6~11年 (6年)	法定 令和6~11年 (6年)	法定 令和6~11年 (6年)	法定 令和6~8年 (3年)
計画策定者	市町村:努力義務 都道府県: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
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 (胎児期から老齢期まで経時的)	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*2
対象疾病	<p>メタボリック シンドローム 内臓脂肪肥満型</p> <p>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</p> <p>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)</p>	<p>メタボリック シンドローム 内臓脂肪肥満型</p> <p>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</p>	<p>メタボリック シンドローム 内臓脂肪肥満型</p> <p>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</p>	<p>メタボリック シンドローム</p> <p>糖尿病等生活習慣病の 重症化予防</p>	<p>5 疾病</p> <p>糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患</p>	<p>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 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養</p>
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金	保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

*1 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) 学校保健法の規定により健康増進事業を行う事業者

*2 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、他神経系疾患

4. 計画期間

令和6年度から令和11年度の6年間とする。

5. 実施体制・関係者連携

(1) 庁内組織

本計画の策定及び保健事業の運営においては、健康・こども課が主体となり関係部局（住民課・福祉課）と協議、連携した上で進める。

(2) 地域の関係機関

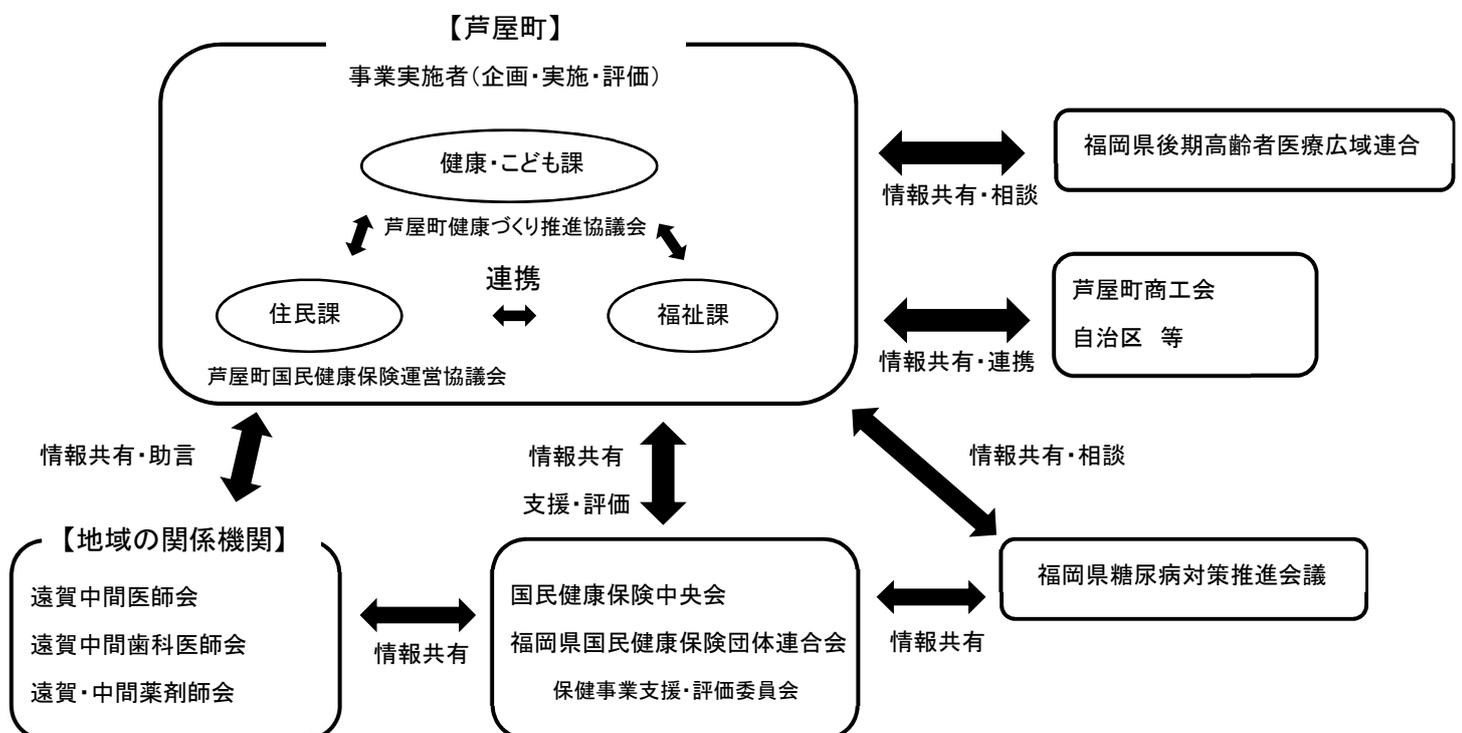
本計画の策定及び保健事業の運営においては、地域の関係機関として、遠賀中間医師会、遠賀中間歯科医師会、遠賀・中間薬剤師会との連携により進める。

また本計画の策定における評価や保健事業の運営の支援を、福岡県国保連合会の保健事業支援・評価委員会より受ける。

特定健診・特定保健指導のデータに関しては国保中央会・福岡県国保連合会と連携する。前期高齢者のデータ連携、ならびに高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施においては福岡県後期高齢者医療広域連合と連携して実施する。

糖尿病性腎症重症化予防については、福岡県糖尿病対策推進会議との連携を図る。

その他、保健事業の周知・啓発活動においては芦屋町商工会・自治区等と連携して実施する。



(3) 地域包括ケアに係る取り組み

KDB システム^{※3}によるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性別・年齢階層別・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。

これらにより抽出されたターゲット層に対しては保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。

また、地域住民の参加する介護予防を目的とした、健康教育の実施、自治区サロン等の自主組織の支援を行う。

(4) 他制度との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（以下、「一体的実施事業」という）の取り組みと連携する。

6. 基本情報

(1) 人口・被保険者

令和 5 年 3 月 31 日時点

	県	芦屋町		
		全体	男性	女性
人口	4,968,674 人	13,012 人	6,314 人	6,693 人
国保加入者数	1,049,804 人	2,705 人	1,332 人	1,373 人
0～39 歳	294,995 人 (28.1%)	616 人 (22.8%)	316 人 (23.7%)	300 人 (21.8%)
40～64 歳	329,638 人 (31.4%)	861 人 (31.8%)	440 人 (33.0%)	421 人 (30.7%)
65～74 歳	425,171 人 (40.5%)	1,228 人 (45.4%)	576 人 (43.2%)	652 人 (47.5%)

(2) 被保険者の推移

	1 期 (平成 25 年)	2 期 (平成 28 年)	3 期 (令和 4 年)
人口	15,253	14,207 人	13,012 人
被保険者	3,984 人	3,579 人	2,705 人
加入率	26.1%	25.2%	20.8%

(3) 保険者の特性

①年齢別被保険者構成割合

令和 4 年度について、39 歳以下は 22.8%と県の 28.1%と比較して低く、40～64 歳は同程度である。また、65～74 歳は、45.4%と県の 40.5%と比較して高く、加入者の年齢構成は高くなっている。

②被保険者数の推移

令和 4 年度の被保険者数は 2,705 人であり、第 1 期データヘルス計画策定時（平成 25 年度）から年々減少傾向である。また、国保加入率も減少している。

II 第2期計画等の評価

1. 全体目標の評価

目標		実績値							評価
指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	平成 29年度	平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	
1. 特定健診受診率	60%以上	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%	31.4%	37.4%	37.1%	a
2. 特定保健指導実施率	66%以上	60.2%	62.3%	51.9%	63.4%	69.4%	58.4%	70.7%	A
3. 高血圧の者の割合 (Ⅱ度以上)	3%以下	6.3%	7.4%	5.1%	3.9%	3.9%	5.7%	6.3%	C
4. 血糖コントロール不良者 の割合 (HbA1c7.0%以上)	5%以下	8.8%	10.2%	10.0%	9.8%	9.1%	9.0%	7.5%	a
5. 脂質異常症の者の割合 (LDLコレステロール160mg/dℓ以上)	9%以下	10.6%	10.2%	10.9%	13.3%	12.7%	13.3%	12.9%	C
6. 一人当たりの医療費(円)	減少	27,497	27,662	27,786	29,079	27,825	30,584	30,740	C
7. 一人当たりの入院費(円)	減少	12,166	11,867	12,503	12,562	12,299	14,222	13,157	C
8. 脳血管疾患の新規発症者 の割合	減少	3.2%	2.6%	2.7%	2.2%	2.3%	1.8%	2.2%	A
9. 虚血性心疾患の新規発症 者の割合	減少	1.3%	1.0%	1.3%	1.1%	1.2%	1.1%	1.3%	B
10. 新規透析導入患者数	減少	2人	3人	4人	2人	2人	2人	2人	B
11. レセプト点検効果率	0.3%以上	0.11%	0.12%	0.25%	0.25%	0.25%	0.59%	0.18%	A
12. 後発医薬品の普及率向上	78.%以上	65.6%	71.2%	80.7%	80.9%	84.5%	82.5%	83.7%	A

【評価】

A : 目標達成 a : 改善 B : 変化なし C : 悪化 D : その他(評価不能)

2. 個別保健事業の評価

目標		実績値							評価
指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	平成 29年度	平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	
1. 特定健診事業									
特定健診受診率	60以上	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%	31.4%	37.4%	37.1%	a
継続受診率	65%以上	68.9%	70.5%	65.1%	63.6%	63.9%	74.4%	66.9%	A
2. 特定保健指導事業									
特定保健指導実施率	66%以上	60.2%	62.3%	51.9%	63.4%	69.4%	58.4%	70.7%	A
メタボ減少率	-	14.4%	19.0%	18.4%	14.6%	15.8%	17.7%	20.5%	a
3. 生活習慣病発症予防事業									
教室参加者 (延べ人数)	-	1239人	1241人	1058人	775人	430人	411人	620人	C
参加者の腹囲減少率 (運動教室)	-	59.0%	53.0%	56.0%	33.0%	55.0%	44.0%	93.0%	a
4. 生活習慣病重症化予防事業									
医療機関受診率	90%以上	69.4%	74.2%	68.5%	78.7%	68.2%	87.8%	83.1%	a
血圧Ⅱ度以上	3%以下	6.3%	7.4%	5.1%	3.9%	3.9%	5.7%	6.3%	C
LDL160mg/dℓ 以上	9%以下	10.6%	10.2%	10.9%	13.3%	12.7%	13.3%	12.9%	C
5. 糖尿病性腎症重症化予防事業									
受診勧奨実施率	100%	-	-	80.0%	100.0%	80.0%	85.7%	90.9%	a
HbA1c7.0%以上	5%以下	8.8%	10.2%	10.0%	9.8%	9.1%	9.0%	7.5%	a
新規透析導入患者数	減少	2人	3人	4人	2人	2人	2人	2人	B
6. 重複・頻回受診・重複服薬者対策									
重複・頻回受診、 重複服薬者訪問 相談人数	4人以上	-	5人	6人	1人	4人	7人	7人	A
7. レセプト点検の充実・強化									
レセプト内容点 検効果率	0.60%以上	0.11%	0.12%	0.25%	0.25%	0.25%	0.59%	0.18%	a

【評価】

A：目標達成 a：改善 B：変化なし C：悪化 D：その他（評価不能）

※目標値の設定がない場合は、ベースラインまたは事業開始年度の実績値との比較で評価

目標		実績値							評価
指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	平成 29年度	平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	
8. 後発医薬品の使用促進									
後発医薬品の 使用割合	84.0%以上	65.6%	71.2%	80.7%	80.9%	84.5%	82.5%	83.7%	B
9. 第三者求償の取り組み強化									
第三者疑いレセ プト抽出のうち 第三者求償該当 の割合	0.3%以上	-	0.4%	0.3%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	D
10. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（一体的実施事業）									
受診勧奨後の医 療機関受診率	70%	-	-	-	-	-	-	92.3%	A
健康状態把握率	80%	-	-	-	-	-	-	96.9%	A
フレイル講話実 施回数	3回	-	-	-	-	-	-	3回	A

A：目標達成 a：改善 B：変化なし C：悪化 D：その他（評価不能）

※目標値の設定がない場合は、ベースラインまたは事業開始年度の実績値との比較で評価

- ・第2期計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。
脳血管疾患や、虚血性心疾患、人工透析などは、発症後のQOL^{※4}の低下や要介護状態を招くことが多く、医療費も増加する。これらの脳血管疾患や、虚血性心疾患、人工透析の新規患者数は減少傾向であるものの、それらを引き起こす疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病などコントロール不良者は増加傾向であることから、今後、増加する恐れがある。
- ・特定健診受診率は目標を達成できておらず、生活習慣病の発症予防や重症化予防などの事業は、特定健診を受診することから始まるため、第3期計画では改めて特定健診を起点に事業を設計する。
- ・生活習慣病の発症予防のために健康教育を実施しているが、参加者は減少傾向である。
- ・第2期計画では、重症化予防を効果的に行うため、医師会をはじめとした医療機関との連携に取り組んだ。その結果、医療機関受診率は目標には届いていないもののベースラインである平成28年度からは上昇した。しかし、依然として血圧や血糖などのコントロール不良者は多く、連携方法や保健指導の内容など課題もある。今後は、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。
- ・医療費適正化のための、レセプト点検や後発医薬品^{※5}の使用割合などについては年々上昇しており、効果がでてきている。
- ・令和4年度より、一体的実施事業を行っており、受診勧奨後の医療機関受診率・健康状態把握率・フレイル講話実施回数の目標は達成できている。

Ⅲ 健康・医療情報等の現状

1. 平均寿命・平均自立期間^{*6}・標準化死亡比^{*7}等

- ・平均寿命は、男性 80.4 歳、女性 87.4 歳であり、男女とも県平均と同水準である。
- ・平均自立期間（要支援・要介護）は、男性 77.4 年、女性 79.8 年であり、男女とも県平均と 1 歳以上の差が開いている。

【図表 1】

■男性

令和 4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(年)		標準化死亡比(%)
		要介護2以上	要支援・要介護	
芦屋町	80.4	79.1	77.4	104.9
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.4	79.5	78.4	103.9
全国	80.8	80.1	78.7	100.0

■女性

令和 4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(年)		標準化死亡比(%)
		要介護2以上	要支援・要介護	
芦屋町	87.4	83.1	79.8	96.8
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	86.9	83.9	81.6	101.5
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

2. 医療費の現状

(1) 医療費のボリューム

- ・一人当たり医療費（医科）は外来・入院ともに全国平均、県平均より高い水準である。【図表 2】
- ・また性別、年齢別にみると男性 70～74 歳、女性 50～59 歳で県と一人当たり医療費の差が大きくなっている。【図表 4-1】【図表 4-2】

【図表 2】

■一人当たり医療費

(単位：円)

令和 4 年度	医科(前年比)			歯科
		外来	入院	
芦屋町	30,740 (0.5%増)	17,583	13,157	2,277
福岡県	29,326 (1.8%増)	16,393	12,933	2,320
同規模	30,653 (2.5%増)	17,472	13,181	2,170
全国	29,043 (2.0%増)	17,397	11,646	2,210

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 3】

■受診率

(人口千対)

令和 4 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
芦屋町	767.056	22.392	148.065
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

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 4-1】

■男性一人当たり医療費(医科)

(単位:円)

令和 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
芦屋町	21,868	10,433	24,456	22,816	22,785	35,081	42,762	74,475
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

出典:KDB システム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

【図表 4-2】

■女性一人当たり医療費(医科)

(単位:円)

令和 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
芦屋町	18,560	6,639	7,327	18,481	23,990	46,024	35,455	44,930
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

- ・疾病分類別医療費の割合は、新生物^{※8} (20.2%)、循環器 (12.1%)、筋骨格 (11.1%) の順に多い。県と比較すると新生物と筋骨格の割合が高い。【図表 5】
- ・1件あたりの入院単価は、脳血管疾患 (830,558 円)、心疾患 (774,773 円)、新生物 (732,655 円) の順に高い。県内順位も、脳血管疾患 (8 位)、心疾患 (25 位) と高い。【図表 6】
- ・1件あたり入院外単価は新生物 (61,252 円)、腎不全 (54,016 円) の順で高い。県内では歯肉炎・歯周病 (2 位) と高い。【図表 6】

【図表 5】

■疾病分類別医療費の割合

(単位:%)

令和4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
芦屋町	20.2	12.1	8.1	10.2	11.1	6.5	3.4	5.4	5.3	17.7
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	17.3	14.2	8.2	9.4	8.7	6.3	8.1	5.7	6.0	16.3
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 6】

■疾病統計(芦屋町)

令和4年度	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	脳血管 疾患	心疾患	腎不全	新生物	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	662,162 円	661,630 円	563,926 円	830,558 円	774,773 円	638,525 円	732,655 円	392,215 円
県内順位 (60 保険者)	38 位	43 位	56 位	8 位	25 位	51 位	35 位	21 位
入院外単価 (円/件)	31,451 円	26,529 円	23,446 円	29,826 円	31,439 円	54,016 円	61,252 円	15,221 円
県内順位 (60 保険者)	48 位	43 位	48 位	39 位	57 位	55 位	34 位	2 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

3. 後発医薬品の使用割合

- ・後発医薬品の使用割合は 83.7%であり、国の目標値 80%より高い。

【図表 7】

■後発医薬品の使用割合

(単位:%)

令和4年9月診療分	芦屋町	福岡県	全国
使用割合	83.7	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、重複服薬者割合

- ・重複・頻回受診者(10日以上)は2医療機関以上、3医療機関以上ともに被保険者全体の0.3%となっている。【図表9】
- ・重複服薬者のうち薬剤数2以上は、被保険者全体の0.2%であり、3以上は0%である。【図表10】
- ・多剤処方については、処方薬剤数5以上は21.1%、6以上は15.9%である。【図表11】

【図表 8】

■被保険者数(芦屋町)

令和 4 年 5 月	2,925 人
------------	---------

【図表 9】

■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※
		令和 4 年 5 月
2医療機関以上	1日以上	22.8
	5日以上	1.5
	10日以上	0.3
3医療機関以上	1日以上	6.7
	5日以上	0.8
	10日以上	0.3

※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

【図表 10】

■重複服薬の状況等の傾向 (単位: %)

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※
		令和 4 年 5 月
2医療機関以上	1以上	0.5
	2以上	0.2
	3以上	0.0

※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

【図表 11】

■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	1以上	49.3
	2以上	42.5
	3以上	34.8
	4以上	27.1
	5以上	21.1
	6以上	15.9

※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

5. 特定健康診査・特定保健指導の現状

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

- ・令和4年度の特定健診の受診率は37.1%であり、県平均(35.1%)より高いものの国の目標値60%に届いていない。【図表12】
- ・特定保健指導実施率は、70.7%であり県平均の35.1%より高くなっている。【図表13】
- ・年齢別に受診率をみると年齢が上がるごとに受診率も上がる傾向にある。40代、50代の健診の受診率が低い。【図表14】

【図表12】

■健診受診率

令和4年度	対象者数(人)	受診者数(人)	受診率(%)
芦屋町	1,924	714	37.1
福岡県	673,247	236,209	35.1
全国(令和3年度)	17,865,900	6,494,635	33.3

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

【図表13】

■特定保健指導率

令和4年度	対象者数(人)	終了者(人)	受診率(%)
芦屋町	92	65	70.7
福岡県	25,306	10,917	43.1
全国(令和3年度)	746,177	208,457	27.9

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

【図表14】

■性別・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合 (単位:%)

令和4年度	男性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	
特定健診	21.5	14.7	25.7	33.3	38.8	49.9	45.1	36.7
特定保健指導	0.0	33.3	42.9	40.0	40.0	70.0	65.4	70.1

令和4年度	女性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	
特定健診	24.4	23.3	20.6	23.2	33.6	39.3	46.7	37.4
特定保健指導	0.0	100.0	50.0	100.0	0.0	100.0	78.6	72.8

出典:KDBシステム帳票 健康スコアリング(健診)

【図表15】

■特定健診受診率・特定保健指導実施率の経過

(単位:%)

		平成 28年度	平成 29年度	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
特定健診 受診率	芦屋町	28.6	32.9	35.5	34.6	31.4	37.4	37.1
	県	32.3	33.5	34.8	34.2	31.4	33.3	35.1
	国	36.6	37.7	37.9	38.0	33.7	36.4	未公表
特定保健指導 実施率	芦屋町	60.2	62.3	51.9	63.4	69.4	58.4	70.7
	県	41.	43.2	45.5	45.1	38.9	43.0	41.4
	国	26.3	26.9	28.9	29.3	27.9	27.9	未公表

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

(2) 特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)

- ・特定健診結果項目ごとの有所見率を県と比較すると HDL コレステロール以外、県平均よりも高くなっている。【図表 16-1】
- ・メタボ(25.2%)や、BMI(30.6%)の割合が高く、4人に1人はメタボ該当者となっている。【図表 16-1】
- ・また、糖尿病の指標である空腹時血糖(48.5%)、HbA1c(74.1%)は県平均を大きく上回っている。【図表 16-1】
- ・生活習慣病リスク保有者の割合を性別にみると LDL コレステロール以外の項目で、男性が女性を上回っている。【図表 16-2】

【図表 16-1】

■特定健診結果の状況(※検査項目の詳細については、P24.25 参照)

(単位:%)

令和4年度		腹囲 (男:85cm以上 女:90cm以上)	BMI (25以上)	中性脂肪 (140以上)	ALT(GPT) (31以上)	HDL コレステロール (40未満)	空腹時 血糖 (100以上)	HbA1c (5.6以上)
有所見率 (%)	芦屋町	38.6	30.6	26.4	15.0	2.7	48.5	74.1
	福岡県	35.6	25.4	21.0	14.2	3.3	26.8	57.7
	全国	35.0	27.1	21.1	14.5	3.8	24.8	57.1

令和4年度		尿酸 (7.0以上)	収縮期 血圧 (130以上)	拡張期 血圧 (85以上)	LDL コレステロール (120以上)	血清 クレアチニン (1.3以上)	eGFR (60未満)	メタボ
有所見率 (%)	芦屋町	11.2	46.6	19.0	51.3	2.0	30.9	25.2
	福岡県	8.1	45.7	18.6	50.8	1.4	21.3	20.3
	全国	6.5	47.5	21.1	50.3	1.2	20.6	20.3

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

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

【図表 16-2】

■特定健診結果の状況

(単位:%)

令和4年度		腹囲 (男:85cm以上 女:90cm以上)	BMI (25以上)	中性脂肪 (140以上)	ALT(GPT) (31以上)	HDL コレステロール (40未満)	空腹時 血糖 (100以上)	HbA1c (5.6以上)
有所見率	男女計	38.6	30.6	26.4	15.0	2.7	48.5	74.1
	男性	57.9	39.7	34.4	21.5	5.3	57.9	74.7
	女性	21.1	22.4	19.2	9.1	0.3	40.0	73.6

令和4年度		尿酸 (7.0以上)	収縮期 血圧 (130以上)	拡張期 血圧 (85以上)	LDL コレステロール (120以上)	血清 クレアチニン (1.3以上)	eGFR (60未満)	メタボ
有所見率	男女計	11.2	46.6	19.0	51.3	2.0	30.9	25.2
	男性	19.7	49.1	22.6	50.0	3.2	34.7	
	女性	3.5	44.3	15.7	52.5	0.8	27.5	

令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
有所見率	男女計	90.6	0.7	1.1	0.8	6.7	90.1	5.7	2.5	1.1	0.6
	男性	85.5	1.2	2.1	1.2	10.0	87.3	7.1	3.5	1.5	0.6
	女性	95.2	0.3	0.3	0.5	3.7	92.5	4.5	1.6	0.8	0.5

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

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

出典:KDB システム帳票 集計対象者一覧表

(3) 特定健診結果の状況(重症化予防対象者)

・重症化予防対象者の割合はすべての項目で県よりも高くなっている。未治療者については、血圧、脂質異常は県よりも低く、血糖は同等、腎機能では未治療者が県よりも高くなっている。【図表 17】

・脂質異常の重症化予防該当者 33 人のうち 29 人が未治療者と多くなっている。血圧、血糖、腎機能については該当者のうち、半数以上がすでに医療機関にかかっている状態である。

【図表 17】

【図表 17】

■特定健診結果の状況(重症化予防対象者)

令和4年度	【血圧】		【脂質異常】		【血糖】				【腎機能】	
	高血圧Ⅱ度以上		LDL180mg/dℓ以上		HbA1c7.0%以上		HbA1c8.0%以上		eGFR45 以下	
	該当者 (人)	割合 (%)	該当者 (人)	割合 (%)	該当者 (人)	割合 (%)	該当者 (人)	割合 (%)	該当者 (人)	割合 (%)
芦屋町	45	6.3	33	4.6	50	7.5	15	2.2	38	5.6
未治療者	22	48.9	29	87.9	14	28.0	6	1.0	8	21.1
県	13,000	5.5	9,586	4.1	11,903	5.1	3,292	1.4	5,884	2.5
未治療者	2,163	62.2	8,812	91.9	3,827	32.2	1,145	34.8	1,086	18.5

出典:保健事業等評価分析システム帳票 全体像の把握・動脈硬化の視点でみた健診有所見者の割合

(4) 質問票調査の状況(生活習慣)

- ・特定健診受診時の質問票によると生活習慣リスク保有者の割合は、喫煙有所見者率(17.8%)、飲酒頻度が毎日の人(27.1%)ともに県平均より高い。【図表 18】【図表 19】
- ・生活習慣改善の意欲のない割合(所見者率)は県平均と同程度であり、同規模と比較して割合は少ない。【図表 20】

【図表 18】

■喫煙の状況

令和4年度	芦屋町			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)									
男女計	17.8	127	715	14.2	32,008	224,635	13.8	19,950	144,132	12.7	799,118	6,277,689
男性	29.1	99	340	24.7	23,985	97,192	24.1	16,160	67,102	22.0	592,983	2,701,175
女性	7.5	28	375	6.3	8,023	127,443	4.9	3,796	77,030	5.8	206,135	3,576,514

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 19】

■飲酒の状況

(単位:%)

令和4年度		飲酒頻度			一日飲酒量			
		毎日	時々	飲まない	1合未満	1~2合	2~3合	3合以上
有所見率	芦屋町	27.1	23.0	49.9	72.4	18.1	7.6	1.9
	福岡県	25.5	23.5	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	25.3	21.0	53.2	60.4	26.4	10.3	2.9
	全国	24.6	22.3	53.1	65.6	23.1	8.8	2.5

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 20】

■生活習慣改善(改善意欲なし)

令和4年度	芦屋町			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	25.9	152	586	24.9	53,749	215,894	32.0	42,776	133,819	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	31.0	88	284	29.2	27,300	93,560	37.9	23,510	62,076	31.5	766,659	2,430,187
女性	21.2	64	302	21.6	26,449	122,334	26.9	19,266	71,743	24.4	780,987	3,206,669

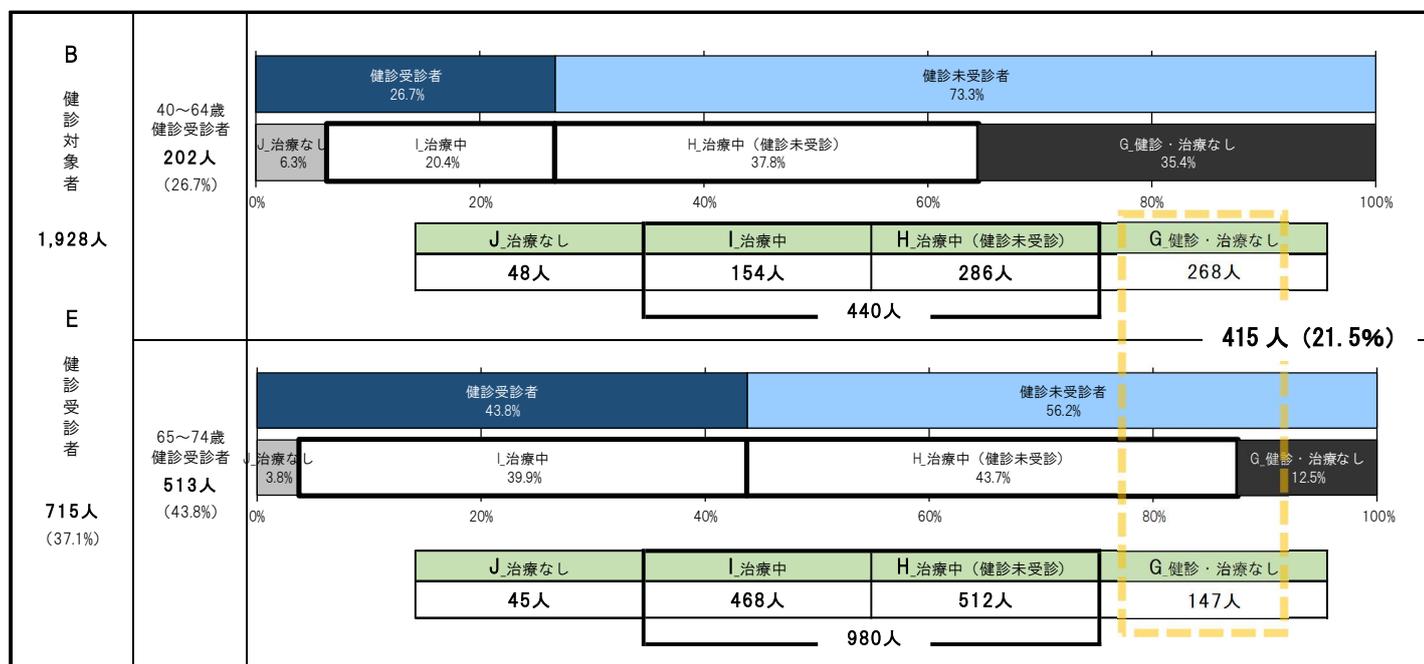
6. レセプト・健診結果等を組み合わせた現状

(1) 健診未受診者の受診状況

- ・健診未受診かつ医療機関での治療のない健康状態不明者（G 健診・治療なし）が 415 人（21.5%）いる。【図表 21】
- ・健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者は受診者の約 5 倍の医療費がかかっている。【図表 22】

【図表 21】

■健診対象者の医療機関受診状況



出典:保健事業等評価分析システム 特徴の把握

【図表 22】

■健診受診・未受診別の医療費

令和4年度	健診受診者 一人当たり(円)	健診未受診者 一人当たり(円)
芦屋町	3,160	15,675
福岡県	1,770	14,765
全国	2,087	13,715

出典:保健事業等評価分析システム 特徴の把握

(2) 糖尿病治療中断者の状況

- ・健診未受診者のうち、過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している人が 29 人いる。

【図表 23】

- ・健診受診者のうち糖尿病基準に該当する人で 25 人、糖尿病性腎症に該当する人で 2 人の医療機関未受診者がいる。【図表 23】
- ・新規透析患者数は県と比較して割合が高い。【図表 24】

【図表 23】

■糖尿病性腎症概数把握

レセプトなし	健診受診者 レセプトなし	健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし)
	C 糖尿病基準該当 + 受診なし 25 人 A 糖尿病性腎症 + 受診なし (特保) 2 人	
レセプトあり	B 糖尿病性腎症 + 受診あり (特保) 198 人	D 糖尿病治療中 尿アルブミン ^{※9} 、尿蛋白、eGFR 有所見かつ医師の推薦あり 351 人 健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)
	健診受診者 レセプトあり	

出典:糖尿病性腎症概数把握ツール

【図表 24】

■新規透析導入患者数

令和4年度	国保被保険者		後期被保険者	
	患者数	被保険者千対	患者数	被保険者千対
芦屋町	2 人	0.7	3 人	1.3
福岡県	464 人	0.4	790 人	1.1

出典:保健事業等評価分析システム

7. 介護費の現状

- ・介護認定率は県平均と同程度であり、新規認定率も県と比較して差がない。【図表 25】
- ・1件当たりの介護給付費は県とほぼ同額であり、同規模と比較すると低い。【図表 26】
- ・介護認定者の有病状況は、基礎疾患として糖尿病、高血圧、脂質異常症を有する人が多い。【図表 27】

【図表 25】

■介護認定の状況 (単位: %)

令和4年度	芦屋町	福岡県	同規模	全国
1号認定率	20.0	19.9	18.6	19.4
2号認定率	0.4	0.3	0.4	0.4
新規認定率	0.3	0.3	0.3	0.3

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 26】

■介護給付費の状況

令和4年度	芦屋町	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	59,750	59,152	72,528	59,662
総給付費(円)	1,218,894,407	407,127,115,803	202,389,376,142	10,074,274,226,869
総件数(件)	20,400	6,882,774	2,790,497	168,855,925

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 27】

■介護認定者の有病状況

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)		16		99		757		856		872		
再) 国保・後期		6		71		666		737		743		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	2	脳卒中	28	脳卒中	315	脳卒中	343	脳卒中	345
				33.3%		39.4%		47.3%		46.5%		46.4%
		2	腎不全	2	虚血性心疾患	16	虚血性心疾患	232	虚血性心疾患	248	虚血性心疾患	248
		33.3%		22.5%		34.8%		33.6%		33.4%		
	3	虚血性心疾患	0	腎不全	13	腎不全	167	腎不全	180	腎不全	182	
		0.0%		18.3%		25.1%		24.4%		24.5%		
	基礎疾患	糖尿病	4	糖尿病	52	糖尿病	423	糖尿病	475	糖尿病	479	
				66.7%		73.2%		63.5%		64.5%		64.5%
		4	高血圧	56	高血圧	593	高血圧	649	高血圧	653		
		66.7%		78.9%		89.0%		88.1%		87.9%		
	脂質異常症	2	脂質異常症	53	脂質異常症	471	脂質異常症	524	脂質異常症	526		
		33.3%		74.6%		70.7%		71.1%		70.8%		
血管疾患合計	合計	6	合計	67	合計	654	合計	721	合計	727		
		100.0%		94.4%		98.2%		97.8%		97.8%		
認知症	認知症	0	認知症	26	認知症	372	認知症	398	認知症	398		
		0.0%		36.6%		55.9%		54.0%		53.6%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	5	筋骨格系	67	筋骨格系	647	筋骨格系	714	筋骨格系	719		
		83.3%		94.4%		97.1%		96.9%		96.8%		

出典: 保健事業等評価分析システム 特徴の把握

8. その他

(1) がん検診

- ・がん検診の受診率は、肺がん検診以外の項目で目標に達していない。
- ・特定健診とがん検診の同日実施を行い、どちらの受診率も向上するように努める。

【図表 28】

■がん検診受診率 (単位: %)

	基準値 (令和4年度)	目標値
胃がん検診	12.2	30.0
肺がん検診	15.5	15.0
大腸がん検診	11.1	15.0
乳がん検診	21.4	30.0
子宮頸がん検診	15.6	30.0

出典: 令和5年度健康づくり推進協議会資料

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業(一体的実施事業)

- ・一体的実施事業とは、高齢者が抱える様々な健康課題に対して、福岡県後期高齢者医療広域連合と健康・こども課(健康増進担当課)及び福祉課(介護保険担当課)並びに住民課(後期高齢者医療制度担当課)が連携し、地域全体で高齢者を支え、重症化予防やフレイル予防等の高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施するための事業である。
- ・令和4年度より一体的実施事業を行っており、国民健康保険加入者、後期高齢者医療保険加入者、社会保険加入者に関係なく、幅広くポピュレーションアプローチ^{※10}を実施している。
- ・ポピュレーションアプローチは健康・こども課健康づくり係が実施する健康教育や、福祉課高齢者支援係が実施する介護予防、各自治区で取り組んでいる通いの場にて実施している。
- ・ハイリスクアプローチ^{※11}は、後期高齢者健診の結果、高血圧や糖尿病の重症化予防事業基準に該当する人に、医療機関受診勧奨や保健指導を実施している。また、隔年で健康状態不明者をKDBシステムで抽出し、訪問を行い健康状態の把握や、健診・医療受診勧奨、必要に応じて保健指導を行っている。

IV 課題と目標

1. 健康課題

(1) 生活習慣病の発症予防

生活習慣病の発症予防として、特定健診を受診し生活習慣病を発症する前に生活改善を行うことが大切であるが、特定健診の受診率は 37.1%と国の目標である 60%に届いていない。特に、40・50 代の受診率が低く、早期の生活習慣改善のために受診率の向上が課題である。また、生活習慣病の発症リスクの高い特定保健指導該当者（メタボ該当者）に対する保健指導の実施率は 70.7%と高いが、メタボ減少率は 20.5%と低く、メタボ該当者率も県・国と比較して高く、改善に至っていない。

(2) 生活習慣病の重症化予防

すでに生活習慣病を発症している人がより重症化しないことも重要である。糖尿病性腎症や、糖尿病性網膜症などの合併症予防のためのコントロール目標値は HbA1c7.0%未満であるが、HbA1c7.0%以上の方は特定健診受診者の 7.2%と高い。また、新規透析導入者は 2 人であり、被保険者千対で見ると 0.7 で県の 0.4 を上回っている。糖尿病以外でも動脈硬化を引き起こす高血圧、脂質異常症（LDL コレステロール）も県平均を上回っている。

(3) 平均自立期間の延伸

介護認定率は県と同等であり、新規認定率も県と比較して差がないが、平均自立期間は男女ともに、県よりも 1 年短くなっているため、介護が必要となる年齢が低いことがわかる。介護となる要因は脳卒中、虚血性心疾患などが多く、基礎疾患として生活習慣病である糖尿病、高血圧、脂質異常症の人も多い。平均自立期間を延伸し、QOL の低下を防ぐためにも生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組む必要がある。

(4) 医療費の適正化

医療費は感染症の流行や、診療報酬改定、高齢化など様々な要因の影響を受けやすく、抑制することは困難である。しかし、医療費の適正化をめざし、疾患の早期発見や早期介入、早期治療により医療費を削減することや、後発医薬品の使用や重複・頻回受診、重複服薬者対策を行い、医療費の伸び率を抑えていく必要がある。

2. 計画全体の目標等

(1) 計画全体の目標／評価指標／現状値／目標値

計画全体の目標	評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
			令和4年度	令和8年度	令和11年度
1.生活習慣病の発症予防	①特定健診受診率	特定健診対象者に対する受診者の割合【県共通指標】	37.1%	50%	60%
	②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者のうち保健指導が終了した人の割合【県共通指標】	70.7%	65%	70%
	③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度、特定保健指導対象者であった者のうち、今年度対象とならなかった人の割合【県共通指標】	20.5%	20%	25%
2.生活習慣病の重症化予防	④HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健診受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合【県共通指標】	2.2% (15人)	1.8%	1.5%
	⑤新規透析導入者数	計画期間中(6年間)の透析導入患者数	15人 (H29-R4)	-	12人 (R6-R11)
3.平均自立期間の延伸	⑥平均自立期間(要介護2以上)	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男)79.1年 (女)83.1年	(男)80.1年 (女)84.6年	(男)80.1年 (女)84.6年
4.医療費の適正化	⑦一人当たり医療費の伸び率	当該年度医療費/前年度医療費	0.5%	0.5%	0.5%

これらの目標を達成するために個別保健事業を実施し、それぞれの事業についてアウトカム指標（成果）、アウトプット指標（結果）に基づき目標値を設定する。

【個別保健事業】

1. 特定健康診査（特定健診）事業
2. 特定保健指導事業
3. 生活習慣病重症化予防事業
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業
5. 後発医薬品の促進
6. 重複・頻回受診、多剤処方防止

V 個別保健事業計画

1. 特定健康診査事業（特定健診）

（１）事業の目的

メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。

（２）事業の概要

健診項目は、実施基準第 1 条に定められた「基本的な健診項目」と「詳細な健診項目」を実施する。また、法定項目の他に糖尿病性腎症重症化予防のために HbA1c を追加する。腎不全の進行状態を把握する血清クレアチニンや、腎機能低下因子とされている、尿酸値・尿潜血も独自の追加項目とする。

①基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22 kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要ないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	$BMI = \text{体重}(\text{kg}) \div \text{身長}(\text{m})^2$
血圧の測定	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST（GOT）） アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT（GPT）） ガンマグルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GTP）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

②医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目

項目	備考
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査(12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <ul style="list-style-type: none"> ・血圧が収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上 ・空腹時血糖値が^g 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が^g 126mg/dl 以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <ul style="list-style-type: none"> ・血圧が収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上 ・空腹時血糖値が^g 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が^g 100mg/dl 以上

③独自の追加項目

項目	備考
HbA1c	血液検査項目に追加する
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	血液検査項目に追加する
尿酸値	血液検査項目に追加する
尿潜血	尿検査項目に追加する

(3) 対象者

40-74歳の被保険者

(4) アウトカム指標(成果)

(単位: %)

No.	評価指標	評価対象方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	メタボ者割合	法定報告値	25.2	25	24	23	2%	21	20
2	生活習慣改善意欲がない人の割合	法定報告値	25.9	25	24	23	22	21	20

(5) アウトプット指標 (結果)

(単位: %)

No.	評価指標	評価対象・方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	特定健診受診率	法定報告値	37.1	40	44	48	52	56	60

(6) プロセス (方法)

周知		対象者に受診券と受診方法のチラシを送付する。広報紙やホームページで周知を実施する。自治区の公民館でのPR等、医療機関へのポスター掲示などを行う。
勧奨		5月に受診券を発送する。年に2回勧奨ハガキを送付する。過去の受診状況から電話や訪問で勧奨を実施する。
実施および 実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。
	実施場所	集団健診: 芦屋中央病院(がん検診も同時実施) 個別健診: 特定健診契約医療機関
	時期・期間	集団健診: 6月~3月(平日毎日、日曜日3回) 個別健診: 6月~3月
	データ取得※	事業者健診等の健診受診者のデータ収集を行う。 医療情報収集事業を活用し、生活習慣病治療中の人へデータ提供を依頼する。
	結果提供	集団健診: 健診受診の約1カ月後に結果説明会を実施 個別健診: 各医療機関から結果返却・説明
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		集団健診の予約は電話、インターネット、ハガキ(年2回の勧奨ハガキ往復)で行う。 個別健診の予約は、各医療機関で行う。 受けやすい環境を整えるため、休日の健診回数や夜間の健診等を検討する。

※データ取得の方法

(1) 事業者健診データの収集 (労働安全衛生法に基づく健診)

事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健診の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には、結果票の写しの提出を依頼する。

(2) 診療における検査データの活用 (医療情報収集事業)

本人同意のもとで保険者が医療機関における検査結果の提供を受け、特定健診の結果データとして活用する場合は、以下のとおりとする。

- ① 保険者が受領する診療における検査結果は、特定健診の基本健診項目(医師の総合判断を含む)を全て満たす検査結果であること。
- ② 特定健診の基本健診項目は基本的に同一日に全てを実施することが想定されるが、検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3ヶ月以内とする。
- ③ 特定健診の実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断を実施した日付とする。

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康・こども課 健康づくり係
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)	集団健診は芦屋中央病院に委託 個別健診は福岡県医師会・北九州市医師会に委託
国民健康保険団体連合会	特定健診に関するデータ提供
民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨ハガキの作成を行う。
他事業	健康教育等の場で、特定健診の周知や受診勧奨を行う。 過去に受診歴のある人には電話にて受診勧奨を行う。

(8) 想定対象者数・想定受診者数

(単位：人)

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
想定対象者数	2,100	2,100	2,000	2,000	1,900	1,900
想定受診者数	840	924	960	1,040	1,064	1,140

※受診率の目標値はP26 参照

2. 特定保健指導事業

(1) 事業の目的

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る。

(2) 事業の概要

実施基準第4条に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた人に対して、特定保健指導を実施する。

①特定保健指導対象者（階層化）基準

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

追加リスクの基準

①血糖：空腹時血糖 100mg/dℓ以上またはHbA1c5.6%以上（空腹時血糖値の判定値を優先）

②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dℓ以上（随時中性脂肪の場合は175mg/dℓ以上）またはHDL コレステロール 40mg/dℓ未満

③血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

④喫煙：直近1カ月吸っていない場合は「喫煙なし」とする

(3) 対象者

特定保健指導対象者（血圧、血糖、脂質異常で服薬中の人は除く）

(4) アウトカム指標（成果）

（単位：％）

No.	評価指標	評価対象方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	メタボ者割合	法定報告値	25.2	25	24	23	22	21	20
2	メタボ減少率	法定報告値	20.5	20	21	22	23	24	25

(5) アウトプット指標 (結果)

(単位：%)

No.	評価指標	評価対象方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	特定保健指導率	法定報告値	70.7	71.0	71.5	72.0	72.5	73.0	73.5

(6) プロセス (方法)

勸奨		集団健診受診者には結果説明会で特定保健指導対象者であることを説明し、初回面接を行う。 個別健診受診者には電話連絡を行い、特定保健指導対象者であることをお知らせし、保健指導の利用を促す。
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、電話にて連絡を行う。
	実施場所	役場また訪問
	実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 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、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
	時期・期間	通年
	実施後のフォロー・ 継続支援	特定保健指導時に必要に応じて健康教室につなげる。 次年度の健診勸奨を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		健診結果説明会を欠席した場合は電話連絡を行い、必ず対面で結果を返却し初回面談を実施する。

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康・こども課 健康づくり係
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
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導が実施できるよう、研修会への参加や事例検討を行い保健師、管理栄養士のスキルアップを図る。

3. 生活習慣病重症化予防事業

(1) 事業の目的

健診受診者のうち、生活習慣病重症化のリスクがある者を治療につなげ生活改善を行い重症化を防ぐ。

(2) 事業の概要

各学会のガイドラインに基づき、受診勸奨判定値以上の人に対して紹介状を発行し医療機関への受診勸奨を行う。また紹介状にて、医療機関と連携を図り重症化予防のための保健指導、栄養指導を行う。

(3) 対象者

選定方法		対象者の選定基準は、健診結果をもとに各学会のガイドラインに基づき決定する。
選定基準	健診結果による判定基準	血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg以上 中性脂肪：400mg/dℓ以上 LDL コレステロール：180mg/dℓ以上 空腹時血糖：200mg/dℓ以上 HbA1c：70 歳未満 7.0%以上 70 歳以上 8.0%以上（未治療者は 7.0%以上） 腎機能：70 歳未満 eGFR60 未満かつ尿蛋白±以上、または eGFR45 以下 70 歳以上 eGFR45 未満かつ尿蛋白±以上、または eGFR30 以下 尿蛋白+以上かつ尿糖+以上

(4) アウトカム指標（成果）

（単位：％）

No.	評価指標	評価対象方法	現状値 令和 4 年度	目標値					
				令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
1	血圧Ⅱ度以上の人	特定健診結果	6.3	6.0	5.8	5.6	5.4	5.2	5.0
2	血圧コントロール不良者の割合	血圧Ⅱ度以上の人のうち、医療機関受診有の者の割合	51.1	50.0	45.0	40.0	35.0	30.0	25.0
3	LDL コレステロール 180mg/dℓ以上の人	特定健診結果	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	4.0
4	LDL コレステロールコントロール不良者	LDL コレステロール 180mg/dℓ以上の人のうち医療機関受診有の者の割合	12.1	10.0	9.0	8.0	7.0	6.0	5.0

(5) アウトプット指標（結果）

（単位：％）

No.	評価指標	評価対象方法	現状値 令和 4 年度	目標値					
				令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
1	医療機関受診率	6か月以内のレセプトで受診有の者の割合	83.1	85.0	86.0	87.0	88.0	89.0	90.0
2	未治療者の医療機関受診率		67.4	70.	72.0	75.0	77.0	80.0	82.0

(6) プロセス (方法)

受診勧奨	健診結果説明会で対象者に対して紹介状を発行し、医療機関への受診勧奨を行う。
実施後の支援・評価	通知発送の6か月後に紹介状の返信がない場合は、レセプトを確認する。レセプトにて受診確認が出来なかった人には再勧奨を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	経年対象者をチェックし、対策を検討する。

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康・子ども課 健康づくり係
かかりつけ医	町内医療機関に年度初めに訪問し、事業の説明を実施する。
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
他事業	健康教育への参加を促す。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	後期高齢者健診にて対象となった人は一体的実施事業のハイリスクアプローチとしてフォローを行う。

4. 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) 事業の目的

糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。

(2) 事業の概要

遠賀・中間地域で策定している行政とかかりつけ医、専門医、歯科医、薬剤師などが連携を図るプログラムに基づき、特定健診の結果、糖尿病性腎症のリスク保有者に対して保健指導・栄養指導を行う。

(3) 対象者

選定方法	特定健診受診者のうち、糖尿病であり腎機能が低下している者 (遠賀・中間地域糖尿病性腎症重症化予防プログラムに該当する者)
選定基準	健診結果による判定基準 ①、②どちらにも該当する者 ①2型糖尿病であること(a～cのいずれかに該当) a: 空腹時血糖 126mg/dℓ(随時血糖 200mg/dℓ)以上または HbA1c6.5%以上 b: 現在、糖尿病で医療機関を受診している c: 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病による医療機関の受診歴がある ②腎機能が低下していること(a～dのいずれかに該当) a: eGFR45 ml/分/1.73 m ² 未満 b: eGFR60 ml/分/1.73 m ² 未満のうち、年間 5 ml/分/1.73 m ² 以上低下 c: 尿蛋白(±)以上 d: 高血圧のコントロール不良(目安: 140/90mmHg 以上)の未治療者

(4) アウトカム指標 (成果)

(単位: %)

No.	評価指標	評価対象・方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	HbA1c7.0%以上の人	特定健診結果	7.5	7.0	6.8	6.5	6.3	6.1	6.0
2	HbA1c8.0%以上の人	特定健診結果	2.2	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5

(5) アウトプット指標 (結果)

(単位: %)

No.	評価指標	評価対象・方法	現状値 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	プログラム説明実施率	対象者のうちプログラムの説明を行った割合	90.5	91.0	91.5	92.0	92.5	93.0	94.0
2	同意率	対象者のうち同意を得ることが出来た割合	68.4	69.0	69.5	70.0	70.5	71.0	71.5
3	保健指導実施率	対象者のうち、医療機関から連絡票の返信があり保健指導が実施された人の割合	23.8	25.0	28.0	30.0	33.0	35.0	38.0

(6) プロセス (方法)

対象者への周知		集団健診受診者には結果説明会でプログラムの説明を行う。 個別健診受診者には電話にてプログラムへの参加を促す。 プログラムへの参加については対象者から同意を得る。
実施および実施後の支援	実施内容	対象者にプログラムの説明を行い、同意をもらう。 同意者には連絡票を発行し、医療機関へ提出してもらう。 医療機関からの町へ保健指導の指示をもらい、保健指導を実施する。
	時期・期間	通年
	実施後のフォロー・継続支援	連絡票の返信内容に基づき、保健指導を実施後、医療機関へ報告を行う。医療機関から連絡票の返信がない場合は、レセプトで受診確認を行い、未受診の場合は再勧奨を行う
実施後の評価		遠賀・中間地域でプログラムの評価を行い、報告会を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		保健指導実施後の医療機関との連携には糖尿病連携手帳※12を使用する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康・こども課 健康づくり係
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)	遠賀・中間医師会、遠賀・中間歯科医師会、遠賀・中間薬剤師会 宗像・遠賀保健福祉環境事務所
かかりつけ医・専門医	連絡票を受け取り、治療や専門医への紹介を行う。 また保健指導、栄養指導の指示を行う。
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
その他の組織	遠賀・中間地域の行政が連携してプログラムを実施する。
他事業	健康教育への参加を促す。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	後期高齢者健診にて対象となった人は一体的実施事業のハイリスクアプローチとしてフォローを行う。

5. 後発医薬品の促進

(1) 事業の目的

医療費の適正化、被保険者の自己負担額減額のために後発医薬品の促進を図る。

(2) 事業の概要

被保険者への通知等により、後発医薬品の使用促進を図る。

(3) 対象者

国民健康保険加入世帯

(4) アウトカム指標（成果）

No.	評価指標	評価対象	現状値 令和4年度	目標値					
				令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
1	後発医薬品切替率	被保険者	45.6%	48.0%	48.0%	50.0%	55.0%	55.0%	60.0%
2	後発医薬品の使用による医療費削減額	被保険者	3,286 千円	3,300 千円	3,300 千円	3,320 千円	3,350 千円	3,350 千円	3,400 千円

(5) アウトプット指標（結果）

(単位：回)

No.	評価指標	評価対象	現状値 令和4年度	目標値					
				令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
1	通知回数	被保険者	12	12	12	12	12	12	12

(6) プロセス (方法)

周知	広報紙やホームページに掲載するほか、役場及び公民館等の施設にチラシを設置し、周知広報を実施する。また、国保加入者に対しては直接窓口でチラシを配布する。
勧奨	毎月対象者に自己負担額の差額通知を送付する。 問い合わせがあった場合、説明を行う。
実施後の支援・評価	送付される後発医薬品普及率一覧を用いて通知前後の削減額等の推移を確認し、評価を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	—

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	住民課 保険年金係
国民健康保険団体連合会	対象者の抽出作業、差額通知の作成、納品
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	—

6. 重複・頻回受診、多剤処方防止

(1) 事業の目的

適正受診や適正服薬を促し、医療費の適正化を図る。

(2) 事業の概要

レセプト点検や訪問健康相談システムで把握した頻回または重複受診をしている者、重複・多剤投与を受けている者に対し、適正受診・適正服薬を促すための取り組みを行う。

(3) 対象者

○頻回受診者

同一月内に同一の診療科に多数回（原則 15 回以上）の外来受診がある者

○重複受診者

同一月内に同一の疾病で重複（原則 3 医療機関以上）の外来受診がある者

○重複服薬者

同一月内に異なるの医療機関にて同一の薬効の処方を受けている者

○多剤投与者

同一月内に処方日数の多い薬剤の処方を受けている者

(4) アウトカム指標 (成果)

(単位: %)

No.	評価指標	評価対象	現状値 令和4年度	目標値					
				令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
1	実施率	被保険者	37.5	38	38	40	45	45	50

(5) アウトプット指標 (結果)

(単位: 円)

No.	評価指標	評価対象	現状値 令和4年度	目標値					
				令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
1	効果額	被保険者	33,989	34,000	34,000	35,000	37,000	37,000	40,000

(6) プロセス (方法)

周知	広報紙やホームページに掲載するほか、役場及び公民館等の施設にチラシを設置し、周知広報を実施する。また、国保加入者に対しては直接窓口でチラシを配布する。
勧奨	対象者に訪問案内通知を送付し、電話または直接訪問にて趣旨説明を行う。
実施後の支援・評価	事業実施後に送付される訪問前後の医療費及び受診日数比較などを用いて効果測定を実施し、医療費の推移を確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	—

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	住民課 保険年金係
国民健康保険団体連合会	対象者の抽出作業、訪問指導票の確認、事業効果測定
民間事業者	委託業者保健師による対象者への訪問指導を実施する。 その後、訪問指導票の作成及び提出を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	—

VI 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1. 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて(平成20年3月28日健総発第0328024号、保総発第0328003号)」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付される。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行う。

2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

3. 個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン(「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等)、芦屋町個人情報保護法施行条例や町のセキュリティポリシー等を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保する。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理する。

4. 被保険者への結果通知の様式

厚生労働省から示された内容を網羅した様式とする。

Ⅶ その他

1. 評価・見直し

個別保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDB データ等の健康・医療情報を活用して定量的に行う。

本計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等、計画期間の途中で進捗確認・中間評価（令和 8 年度）を行うとともに、計画の最終年度（令和 11 年度）においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。

2. 公表・周知

本計画については、ホームページや広報紙を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

資料

I.用語の解説

※1 日本再興戦略

全ての国民保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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り組みを行うことを推進するもの。

※2 PDCA サイクル

Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）のプロセスを繰り返し行うことで、業務効率の向上を図る手法。

※3 KDB システム

国保データベース（KDB）システムは、国保連合会が「特定健診・保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護」等の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。

※4 QOL (Quality of life)

一人ひとりの人生の内容の質や社会的にみた「生活の質」のこと。肉体的、精神的、社会的、経済的、全てを含めた生活の質のことを意味する。

※5 後発医薬品

ジェネリック医薬品のことで、新薬（先発医薬品）と治療学的に同等であると承認された医薬品。

※6 平均自立期間

日常生活において介護を要しない期間の平均値。

※7 標準化死亡比

基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断される。

※8 新生物

組織に通常とは異なる成長をした細胞ができた状態。がん（悪性新生物）を含む。

※9 尿アルブミン

腎臓の機能が弱まり、老廃物の濾過機能がうまくいかなくなると、アルブミンが尿中に排泄される。尿中のアルブミン量を調べることで腎臓の状態を知ることができる。

※10 ポピュレーションアプローチ

対象を限定せず、地域などの集団全体に働きかけてリスクを下げる方法。

※11 ハイリスクアプローチ

リスクの高い人に対象を絞りこんで働きかける方法。

※12 糖尿病連携手帳

糖尿病に関わる検査結果や治療内容などを記録できるもので、各医療機関が連携して医療を提供できるように治療経過を共有するための手帳。