

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）

令和6年3月
吉富町国民健康保険

目次

第 1 章 基本的事項	1
1. 背景と目的	1
2. 計画の位置づけ	2
3. 計画期間	5
4. 実施体制・関係者連携	5
(1) 庁内組織	5
(2) 地域の関係機関	5
(3) 被保険者の役割	5
第 2 章 第 2 期計画に係る考察・評価及び課題	6
1. 保険者の特性	6
2. 第 2 期計画に係る評価及び考察	7
1) 第 2 期データヘルス計画の目標設定	7
(1) 中長期的な目標疾患の達成状況	7
(2) 短期的な目標疾患の達成状況	11
2) 主な個別事業と課題	13
(1) 当初の全体の方向性と取組内容	13
(2) 個別保健事業の内容と評価・課題	13
3) 介護費の分析	13
4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合	14
5) 後発医薬品の使用割合	15
6) その他	16
7) 第 2 期計画の目標達成状況のまとめと考察	16
第 3 章 第 3 期における健康課題の明確化と今後の取組	18
1. 健康課題	18
2. 計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	18
(1) 計画全体の目的	18
第 4 章 特定健診・特定保健指導の実施	19
1. 第 4 期特定健康診査等実施計画について	19
2. 目標値の設定	19
3. 対象者の見込み	19
4. 特定健診の実施	19
(1) 実施方法	19
(2) 特定健診委託基準	19
(3) 健診実施機関リスト	20
(4) 特定健診実施項目	20
(5) 特定健診の実施形態	21
(6) 医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）	21

(7) 代行機関	21
(8) 健診の案内方法・実施スケジュール	21
5. 特定保健指導の実施	22
(1) 健診から保健指導実施の流れ	23
(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法	24
6. 個人情報の保護	25
(1) 基本的な考え方	25
(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について	25
7. 結果の報告（法定報告）	25
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	25
第5章 個別事業計画	26
1. 糖尿病性腎症重症化予防	26
(1) 事業の目的	26
(2) 事業の概要	26
(3) 対象者	26
(4) アウトカム指標	26
(5) アウトプット指標	26
(6) プロセス（方法）	27
(7) ストラクチャー（体制）	27
2. 特定健康診査未受診者対策	27
(1) 事業の目的	27
(2) 事業の概要	27
(3) 対象者	27
(4) アウトカム指標	28
(5) アウトプット指標	28
(6) プロセス（方法）	28
(7) ストラクチャー（体制）	29
第6章 地域包括ケアに係る取組	30
1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の取り組みについて	30
1) 実施事業	30
(1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）	30
(2) ポピュレーションアプローチ	30
第7章 計画の評価・見直し	31
1. 評価の時期	31
2. 評価方法・体制	31
第8章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	32
1. 計画の公表・周知	32
2. 個人情報の取扱い	32

第1章 基本的事項

1. 背景と目的

令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年(2013)年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と示されたことから始まっている。

平成26年(2014)年3月には「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)において、市町村国保及び国民健康保険組合(以下「保険者」という。)は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル(計画・実施・評価・改善)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を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善を行うものとされた。

その後、平成30年(2018)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、また、令和2年(2020)年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が揚げられ、令和4(2022)年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表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定等を行うとともに、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切なKPIの設定を推進する。」と示された。

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

このような国の動きや本町の課題を踏まえ、本町では、保健事業を引き続き実施するため、国の指針に基づき、「第3期保健事業計画(データヘルス計画)」を策定した。

2. 計画の位置づけ

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

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と整合性を図る必要がある。（図表2）

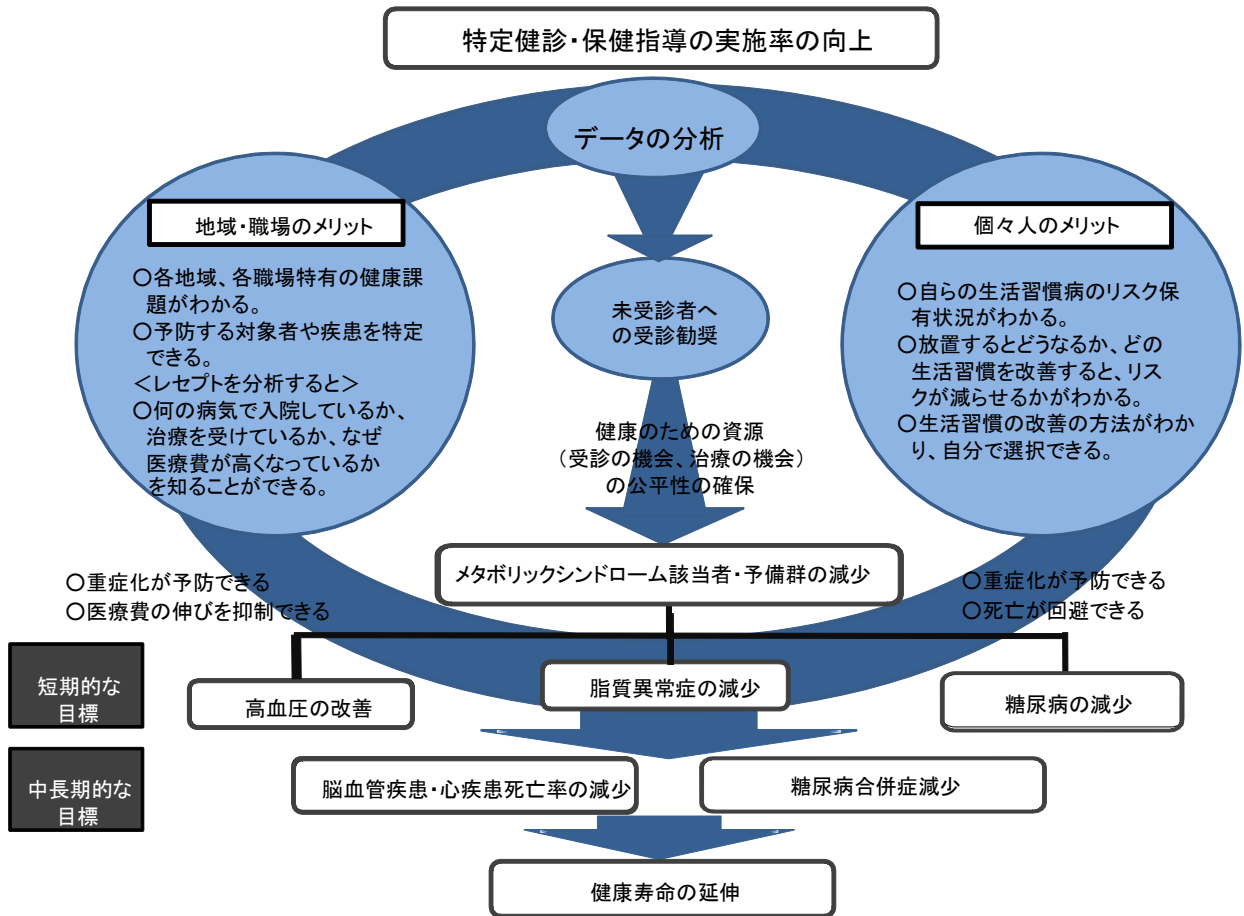
また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとする。

更に、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」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ものであり、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る。（図表3）

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

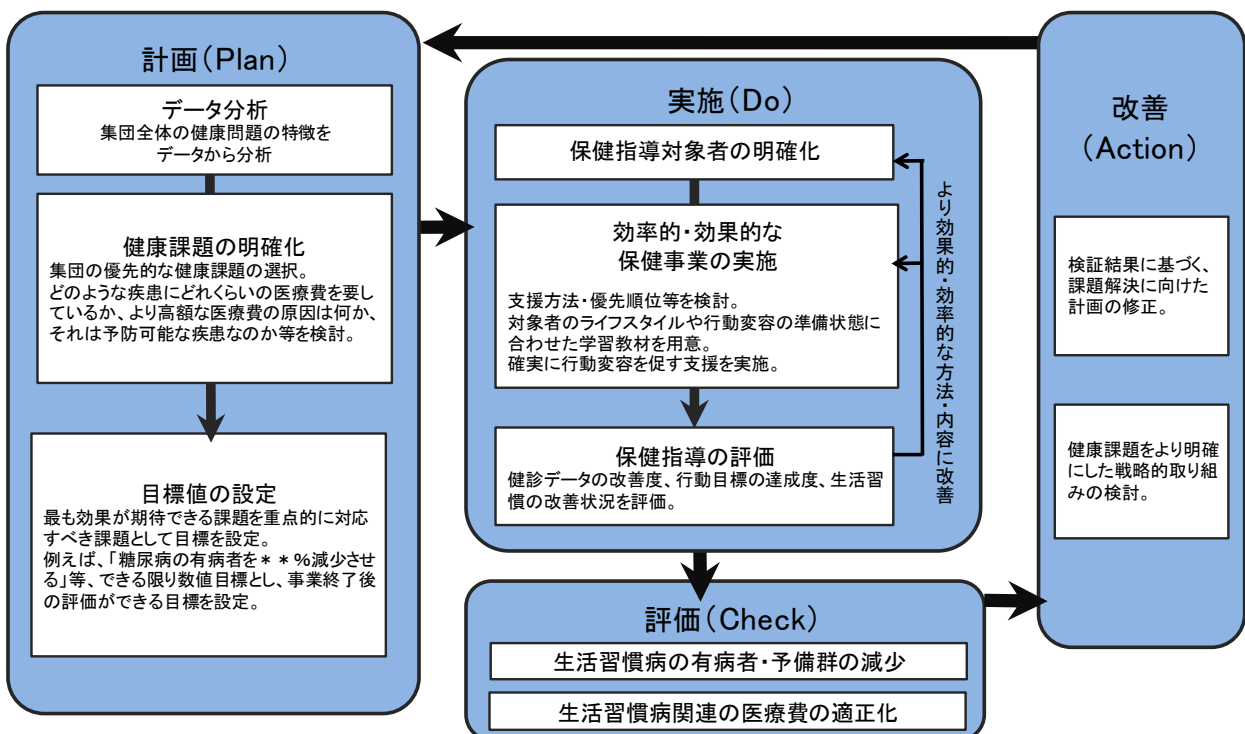
※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想を含む)
	健康増進計画	特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	介護保険事業 (支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な 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 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	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
根拠・期間	法定 令和6年～17年(12年)	法定 令和6年～11年(6年)	指針 令和6年～11年(6年)	法定 令和6年～8年(3年)	法定 令和6年～11年(6年)	法定 令和6年～11年(6年)
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者:義務	医療保険者	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県: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。	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。	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。	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・重症化防止	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 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。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアップロード (胎児期から高齢期まで経時的)	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の若年期・壮年 期世代の生活習慣の改善、小児期か らの健康な生活習慣づくりにも配慮	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	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	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 がん 精神疾患	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)
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・ 3.生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1.社会とのつながり・心の健康の維 持・向上 2.自然に健康になれる環境づくり 3.誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 子ども 2 高齢者 3 女性	①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	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) 特定健診受診率	①PDCAサイクルを活用に関する 保険者 機能強化に向けた体制等 悪化の防止 (地域介護保険事業) ②自立支援・重症化防止等 (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)	(住民の健康の保持増進) ・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 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な 活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の 医療
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



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） 図-1（一部改変）

図表 3 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） 図-3（一部改変）

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年間とする。

4. 実施体制・関係者連携

(1) 庁内組織

本計画の策定は子育て健康課が主体となって、国保、介護の関係部局と協議、連携した上で策定する。また、事業の実施にあたっては、それぞれの担当課・部署が計画に基づき実施する。

更に、計画期間を通じて、PDCAサイクルに沿った確実な運営ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行い持続可能な体制を整える。

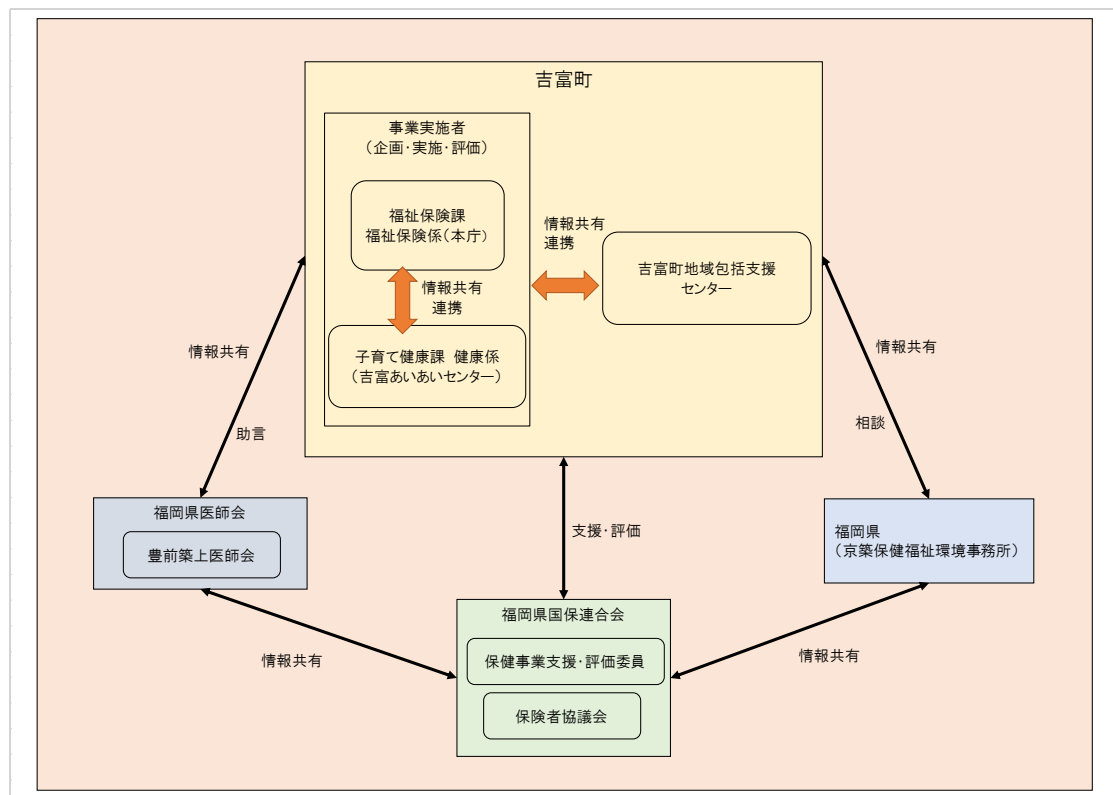
(2) 地域の関係機関

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、他地域の関係団体との連携により進める。(図表4)

(3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進目的であり、その実効性を高めるうえでは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、主体的・積極的に取り組むことが重要である。そのため、国民健康保険運営協議会等の場を通じて意見反映に努める。

【図表4】吉富町の実施体制・地域の関係機関



第2章 第2期計画に係る考察・評価及び課題

1. 保険者の特性

本町は、人口約6,500人で、高齢化率は令和4年度で32.5%である。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も54.3歳と県、国と比べて高いが、同規模と比べると低く、出生率も高い方である。(図表5)

産業においては、第2産業が38.2%と県、国と比較しても高く、建設業等の従事者が多いことがわかる。被保険者の生活習慣及び生活リズムが不規則である可能性や、肉体労働が多い可能性が高いため、町全体での健康課題を明確にするほか、個人個人に合わせた取り組みを展開することが重要である。(図表5)

国保加入率は20.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が48.9%である。(図表6)

町内に1つの病院、9つの診療所があり、これはいずれも同規模平均と比較しても多く、高齢者も多いことから、外来患者数及び入院患者数は同規模及び県と比較して高い。(図表7)

【図表5】吉富町の特性

	人口総数 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数(人) (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)	平均寿命 (歳) 男性/女性	産業構成比		
								第1次	第2次	第3次
吉富町	6,508	32.5	1,363 (20.9)	54.3	7.8	10.4	80.5 87.0	3.5	38.2	58.4
同規模	6,774	39.4	1,780 (25.6)	55.7	4.9	17.2	80.4 86.9	17.0	25.3	57.7
福岡県	4,968,674	28.1	1,021,211 (20.6)	51.6	7.8	10.7	80.7 87.2	2.9	21.2	75.9
国	123,214,261	28.7	24,660,500 (20.0)	53.4	6.8	11.1	80.8 87.0	4.0	25.0	71.0

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6】国保加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
国保加入者数(人)合計	1,617	100%	1,552	100%	1,552	100%	1,498	100%	1,363	100%
0～39(人)	386	23.9%	357	23.0%	342	22.5%	360	24.0%	316	23.2%
40～64(人)	462	28.6%	427	27.5%	425	27.9%	404	27.0%	381	28.0%
65～74(人)	796	47.6%	768	49.5%	755	49.6%	734	49.0%	666	48.9%
平均年齢(歳)	53.0歳		53.8歳		54.2歳		53.8歳		54.3歳	
人口(人)	6,625		6,625		6,625		6,625		6,508	
加入率	24.4%		23.4%		23.0%		22.6%		20.9%	

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表7】医療の状況(被保険者千人あたり)

項目	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		(参考) R4年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	1	0.8	1	0.6	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0.4	0.4
診療所数	9	6.6	9	5.8	9	5.9	9	6.0	9	6.6	2.7	4.6
病床数	72	44.5	72	46.4	72	47.3	72	48.1	72	52.8	37.4	80.9
医師数	12	7.4	12	7.7	12	7.9	12	8.0	10	7.3	4.2	16.4
外来患者数	761.6		753.5		707.3		746.8		766.5		692.2	721.4
入院患者数	27.4		28.2		27.2		29.5		28.8		22.7	21.2

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の目標設定

第2期において、目標設定を以下の2つに分類した。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には入院医療費の伸び率の減少、及び脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析導入患者の新規発症の減少を設定した。

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、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定した。

(1) 中長期的な目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析患者の新規発症の減少）の達成状況

① 医療費の状況

本町の医療費は、平成30年度と令和4年度を比較すると、総医療費は抑制されている。近年、団塊の世代が後期高齢者に移行し、国保被保険者が減少していることが影響していると考えられる。(図表8)

しかし、一人当たり医療費が33,879円と同規模市町村、県や国と比べても高い状況となっている。医療費全体に占める入院費用の割合、入院件数の割合が他と比較して高く、1件あたりの在院日数も長い。入院費用の一人当たりの入院医療費が高額医療費の要因であると読み取れる。

また、年齢があがるほど医療費が高くなる傾向にあり、本町の国保加入者の平均年齢が高いことも医療費が高い要因と考える。(図表9)

【図表8】総医療費（入院・外来）の変化

	総医療費(円)								
	全体			入院			入院外		
	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率
H30年度	611,059,160	--	--	276,081,170	--	--	334,977,990	--	--
R4年度	304,761,220	△ 306,297,940	0.50	145,392,770	△ 130,688,400	0.53	159,368,450	△ 175,609,540	0.48

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

【図表9】医療費の推移

	保険者		保険者		同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
一人当たり医療費	31,207	県内7位 同規模51位	33,879	県内8位 同規模51位	30,571	29,326	29,043
受診率	798.03		795.298		714.851	742.544	705.439
外来	費用の割合	54.8	53.9		56.3	55.9	59.9
	件数の割合	96.5	96.4		96.8	97.1	97.4
入院	費用の割合	45.2	46.1		43.7	44.1	40.1
	件数の割合	3.5	3.6		3.2	2.9	2.6
1件あたり在院日数	16.2日		16.7日		16.4日	16.9	16.0日

出典：KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

② 中長期目標疾患等の医療費の変化

データヘルス計画における対象疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）・糖尿病・高血圧・脂質異常症）の医療費が総額に占める割合を見ると、本町は 15.37% で国や県と比較すると低い傾向にあり、平成 30 年度と比較しても改善されている。

また、全国と比較して慢性腎不全（透析あり）が少ないのは、65 歳以上の前期高齢者を後期高齢者医療へ移行させていることが背景にあると考えられる。（図表 10）

【図表 10】データヘルス計画の対象者が医療費に占める割合

		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	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内	慢性腎臓病 (透析有)	慢性腎臓病 (透析無)	脳梗塞脳出血	狭心症 心筋梗塞								
吉富町	30年度	31,207	--	7位	0.20%	0.37%	1.14%	2.41%	6.44%	3.32%	3.92%	108,809,430	17.81%	16.59%	15.16%	9.15%
	R4年度	33,879	--	8位	1.43%	0.14%	1.92%	0.73%	5.21%	3.13%	2.81%	89,498,190	15.37%	19.70%	13.07%	6.39%
国	R4年度	29,043	--	--	4.38%	0.29%	2.09%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	1,663,915,741,140	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%
県		29,326	--	--	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	61,842,724,160	16.83%	16.72%	9.43%	8.98%

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費用を要した傷病名

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 レセプト分析

高額になる疾患について、80 万円以上の高額になるレセプトの分析結果からもがんとその他に含まれる精神疾患の件数が多く、医療費の負担が大きくなっている。（図表 11）

また、長期入院のレセプト分析からも、精神疾患の長期入院の割合の多さがわかる。（図表 12）

精神疾患については予防が難しく、予防可能な脳血管疾患や腎不全の予防対策が重要になるが、生活習慣病ががんの発症に関与することがあるため、生活習慣病予防対策、がん検診受診率向上も重要となる。長期化し、医療費の負担の大きい人工透析は、件数は少ない状況ではあるが、実際は後期高齢者医療に移行している方が多く、人工透析導入の原因となる糖尿病性腎症を予防するため糖尿病重症化予防対策も重要である。（図表 13）

【図表 11】高額になる疾患のレセプト分析

対象レセプト (R4年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他			
高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	43人	1人		0人		18人		26人			
			4.6%		0.0%		41.9%		60.5%			
	件数	92件	5件		0件		44件		43件			
			5.4%		0.0%		47.8%		46.7%			
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	1	2.3%	10	23.3%
				40代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	0.0%	0	--	13	29.5%	13	30.2%
60代	5	100.0%		0	--	7	15.9%	8	18.6%			
70-74歳	0	0.0%	0	--	23	52.3%	12	27.9%				
費用額	1億2221万円	606万円				5785万円		5830万円				
		5.0%		--		47.3%		47.7%				

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 1-1

【図表 12】長期入院のレセプト分析

対象レセプト (R4年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	18人	11人	4人	0人
			61.1%	22.2%	0.0%
	件数	152件	104件	12件	0件
68.4%			7.9%	0.0%	
費用額	7986万円	4921万円	740万円		
		61.6%	9.3%	--	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 2-1

【図表 13】人工透析患者のレセプト分析

対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
人工透析患者 (長期化する疾患)	R4年5月 診療分	人数	3人	2人	0人	2人
			66.7%	0.0%	66.7%	
	R4年度 累計	件数	37件	26件	0件	13件
			70.3%	0.0%	35.1%	
費用額	1691万円	1301万円		462万円		
		77.0%	--	27.3%		

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 2-2、3-7

④ 脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析患者の新規発症者数の状況

虚血性心疾患、人工透析患者の患者数の新規患者数については減少しており、人工透析は0人となっている。また、脳血管疾患の新規患者は増加している。(図表 14・15・16)

新規患者の状況をみると、脳血管疾患は「診断月入院あり」の割合は減少しているが、そのうち「健診未受診者」の割合が75.0%となっている。(図表 14) また、虚血性心疾患については、「診断月入院あり」の割合は減少しており、そのうち「健診未受診者」の割合も66.7%と減少はしているが、依然として高い数値である。(図表 15)

生活習慣病は自覚症状がないまま症状が進行するため、特定健診を定期的に受診し、自身の身体の状態を把握することで、早期に生活習慣の改善、治療を開始することが必要と考える。

このことから、引き続き、特定健診の未受診者対策を継続して実施することが重要であり、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になる危険性が高い者を早期に把握し、医療機関への受診勧奨や保健指導につなげていく必要がある。

【図表 14】 脳血管疾患

	被保険者数	脳血管疾患患者数 (様式3-6)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E
H30年度	1,263人	70人	5.5%	25人	35.7%	9人	12.9%	5人	55.6%
R4年度	1,141人	43人	3.8%	32人	74.4%	4人	9.3%	3人	75.0%

【図表 15】 虚血性心疾患

	被保険者数	虚血性心疾患患者数 (様式3-5)		新規患者数		診断月入院あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E
H30年度	1,263人	63人	5.0%	31人	49.2%	6人	9.5%	5人	83.3%
R4年度	1,141人	56人	4.9%	14人	25.0%	3人	5.4%	2人	66.7%

【図表 16】 人工透析

	被保険者数	人工透析患者数 (様式3-7)		新規患者数		糖尿病あり		健診未受診 (当該年度を含め3年間)	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E
H30年度	1,263人	1人	0.1%	1人	100.0%	1人	100.0%	1人	100.0%
R4年度	1,141人	3人	0.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-5～3-7(毎年度5月診療分(KDB7月作成分))
 厚生労働省様式 1-1(年度累計)
 保健事業等評価・分析システム 新規患者数

(2) 短期的な目標疾患（高血圧者・血糖コントロール不良者・脂質異常者の割合減少）の達成状況

① 短期的な目標疾患の状況

令和4年度のⅡ度以上高血圧の者の割合は、平成30年度と比較すると増加しており、県と比較しても割合が高くなっている。（図表17）

令和4年度のHbA1c6.5%以上の割合と、HbA1c7.0%以上の未治療者の割合は、県と比較すると低いが、平成30年度と比較すると増加している。（図表18）

令和4年度のHbA1c7.0以上の割合は県と比較すると高く、平成30年度と比較すると増加している。（図表19）

LDLコレステロール未治療者は、平成30年度82.4%、令和4年度では70.0%と減少しており、県と比較しても割合が低くなっている。（図表19）

【図表17】高血圧

	レセプト情報									特定健診結果							
	被保険者数 (40歳以上) 高血圧患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧以上		再掲			
				被保数		患者数	被保数		患者数					Ⅲ度高血圧		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/I
H30年度	1,263人	377人	29.8%	473人	69人	14.6%	790人	308人	39.0%	478	44.4%	16人	3.3%	3人	0.6%	2人	66.7%
R4年度	1,141人	350人	30.7%	410人	61人	14.9%	731人	289人	39.5%	394	43.0%	22人	5.6%	4人	1.0%	2人	50.0%
R4年度 (県)										236,209	35.1%	13,000人	5.5%	2,163人	0.9%	1,527人	70.6%

【図表18】糖尿病

	レセプト情報									特定健診結果							
	被保険者数 (40歳以上) 糖尿病患者数 (様式3-2)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c6.5以上		再掲			
				被保数		患者数	被保数		患者数					HbA1c7.0以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/I
H30年度	1,263人	189人	15.0%	473人	46人	9.7%	790人	143人	18.1%	478	44.4%	37	7.7%	15人	3.1%	3人	20.0%
R4年度	1,141人	175人	15.3%	410人	45人	11.0%	731人	130人	17.8%	394	43.0%	36	9.2%	22人	5.6%	7	31.8%
R4年度 (県)										236,209	35.1%	23,766人	10.1%	11,903人	5.0%	3,827人	32.2%

【図表19】脂質異常症

	レセプト情報									特定健診結果							
	被保険者数 (40歳以上) 脂質異常症患者数 (様式3-4)			40-64歳			65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C160以上		再掲			
				被保数		患者数	被保数		患者数					LDL-C180以上		未治療者	
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G	J	J/G	K	K/I
H30年度	1,263人	345人	27.3%	473人	75人	15.9%	790人	270人	34.2%	478人	44.4%	50人	10.5%	25人	5.2%	22人	82.4%
R4年度	1,141人	303人	26.6%	410人	53人	12.9%	731人	250人	34.2%	394人	43.0%	29人	7.4%	10人	2.5%	7人	70.0%
R4年度 (県)										236,209	35.1%	26,610人	11.3%	9,586人	4.1%	8,812人	91.9%

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2~3-4(毎年度5月診療分(KDB7月作成分) 保健指導支援ツール(平成30年度・令和4年度法定報告値で計上)

② 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は、令和元年度には45%台まで伸びたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度は受診率が31.8%まで低下した。しかし、令和3年度以降は上昇に転じ37.1%に、令和4年度は、43.0%まで回復した。しかし、それでも第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていない。（図表20）

特定保健指導についても、新型コロナウイルス感染症が流行拡大した令和元年度から対面での保健指導を積極的に実施できず、平成30年度と比較して実施率が下がっている。しかし、令和2年度は63.6%となり上昇に転じたが、令和3年度は51.7%、令和4年度は34.6%であり、新型コロナウイルス感染症対応等でのマンパワー不足が要因となり、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていない。

【図表 20】 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

		H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	参考 R5年度目標値
特定健診	受診者数	486人	478人	477人	331人	372人	394人	健診受診率 60.0%
	受診率	43.6%	44.4%	45.4%	31.8%	37.1%	43.0%	
	県内順位	9位	9位	10位	36位	28位	10位	
特定保健指導	該当者数	71人	69人	60人	55人	58人	52人	特定保健指導 実施率 80.0%
	割合	14.6%	14.4%	12.6%	16.6%	15.6%	13.2%	
	実施者数	48人	52人	32人	35人	30人	18人	
	実施率	67.6%	75.4%	53.3%	63.6%	51.7%	34.6%	
	県内順位	21位	14位	45位	24位	42位	54位	

出典：特定健診法定報告データ

③ 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）

生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、LDL コレステロール(41.4%)血糖(20.3%)は県平均よりやや少ないが、男女共にBMI (28.7%)、腹囲 (41.1%)、HbA1c (58.9%)は県平均より多い。(図表 21)

【図表 21】

■特定健診結果の状況(有所見率①)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
有所見率 (%)	吉富町	41.1	28.7	23.6	13.2	4.1	20.3	58.9	2.0
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.2	58.5	2.8
	全国	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.8	58.2	2.9

令和4年度		尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDLコレステロール	non-HDLコレステロール	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	吉富町	8.9	41.6	12.9	41.4	1.0	1.5	14.5	24.1
	福岡県	8.3	46.4	18.6	50.8	3.5	1.4	21.9	20.6
	全国	6.6	48.3	20.7	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6

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

■特定健診結果の状況(有所見率②)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
有所見率 (%)	男女計	41.1	28.7	23.6	13.2	4.1	20.3	58.9	2.0
	男性	54.7	32.5	25.7	21.0	5.2	42.8	74.3	1.5
	女性	64.2	35.2	29.1	17.9	8.4	31.1	63.7	3.4

令和4年度		尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	non-HDLコレステロール	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	男女計	8.9	41.6	12.9	41.4	1.0	1.5	14.5	21.4
	男性	15.1	40.8	17.3	36.3	1.7	3.4	16.8	
	女性	3.7	42.3	9.3	45.6	0.5	0.0	12.6	

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

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 当初の全体の方向性と取組内容

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くことを目標とし、糖尿病性腎症重症化予防、特定保健事業、特定健診未受診者、健康づくり事業の実施（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組）の4つを取り組む事業として挙げている。

(2) 個別保健事業の内容と評価・課題

個別保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防、特定保健事業、特定健診未受診者、健康づくり事業の実施（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組）を挙げているが、具体的なアウトカム指標の設定がなく、経過の記録もなかったため、評価をすることができなかった。

第3期の個別事業では、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム、指標を具体的に設定し、評価できるようにする。

3) 介護費の分析

令和4年度の要介護認定率は、1号被保険者で17.6%と県平均より低く、2号被保険者で0.3%と県と同等である。（図表22）

第2号被保険者の要介護認定率が0.3%と県平均と同等で、要介護に至る原因疾患の第1位が心臓病となっている。（図表22）

1件あたり介護給付費は77,373円と、県平均59,152円よりも高い。（図表23）

【図表 22】

■介護認定の状況 (単位: %)

令和4年度	吉富町	福岡県	同規模	全国
1号認定率	17.6	19.9	18.1	19.4
2号認定率	0.3	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 23】

■介護給付費の状況

令和4年度	吉富町	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	77,373	59,152	74,986	59,662
総給付費(円)	637,474,271	407,127,115,803	208,126,001,519	10,074,274,226,869
総件数(件)	8,239	6,882,774	2,775,534	168,855,925

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合

重複・頻回受診者が被保険者全体の 22.5% (336 人) である。

重複・多剤服薬、頻回受診者が被保険者全体の 0.0% (0 人) である。当該月は 0 人であったが他の月では毎月平均 1~7 人である。(図表 24)

【図表 24】

■被保険者数(吉富町)

R4 年 5 月	1,496 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	3.1
	10日以上	0.8
3医療機関以上	1日以上	7.4
	5日以上	1.4
	10日以上	0.5

※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の発生した医療機関数(同一月内)	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(または薬効数)(同一月内)	処方を受けた者の割合※1
		R4年5月
2医療機関以上	1以上	0
	2以上	0
	3以上	0

※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
		R4年5月
1日以上	1以上	46.6
	2以上	39.7
	3以上	31.8
	4以上	25.3
	5以上	19.3
	6以上	15.1

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

5) 後発医薬品の使用割合

後発医薬品の使用割合は87.4%(令和4年度実績)となっており、国の目標値80%より高い。
(図表25)

【図表25】

■後発医薬品の使用割合

R4年9月診療分	吉富町	福岡県	全国
使用割合	87.4%	81.4%	79.9%

出典:厚生労働省公表値(令和5年5月10日)

6) その他

平成 30 年度以降、吉富町のがん検診受診率は、福岡県・国と比較すると高い状況である。

令和 3 年度のがん検診受診率は、胃がん・肺がん検診が最も低く 9.6%であり、子宮がん検診が最も高く 26.0%となっている。(図表 26)

【図表 26】がん検診受診率

	平成30年度			令和元年度			令和2年度			令和3年度		
	吉富町	福岡県	国	吉富町	福岡県	国	吉富町	福岡県	国	吉富町	福岡県	国
胃がん	13.7%	7.6%	8.2%	12.9%	6.7%	7.8%	11.7%	5.2%	7.0%	9.6%	5.9%	6.5%
肺がん	12.1%	4.5%	7.1%	12.3%	4.1%	6.8%	8.9%	3.3%	5.5%	9.6%	3.8%	6.0%
大腸がん	14.0%	4.7%	7.7%	12.1%	5.1%	7.7%	9.8%	4.2%	6.5%	10.9%	4.8%	7.0%
子宮がん	22.3%	13.5%	16.0%	22.0%	14.6%	15.7%	20.3%	14.0%	15.2%	26.0%	14.3%	15.4%
乳がん	28.2%	15.5%	17.2%	27.5%	13.5%	17.0%	25.5%	12.3%	15.6%	21.0%	12.3%	15.4%

出典：地域保健・健康増進事業報告

7) 第 2 期計画の目標達成状況のまとめと考察

第 2 期計画中の令和元年度から、新型コロナウイルス感染症の流行を予防するため、全国的に多くのイベントや事業が中止もしくは縮小し、個人は行動の自粛を求められ、生活範囲が狭まった。

特定健診受診率の低下や医療機関への受診控え、生活様式の変更からの個人の活動量の減少等が問題視される中、健診や個人保健事業を広く展開していくことができなかった。

そのような状況の中、図表 27 を見ると、中長期目標から見た町の状況は平成 30 年度から改善傾向にある。中長期目標疾患である「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」の新規患者の減少については達成できた。短期目標を見ると、特定健診受診率は、目標受診率 60%を達成することはできなかったが、コロナ禍で受診率が低下した後、コロナ前の値まで戻りつつある。予約制とし感染対策を行ったことや、対象者へのインセンティブ事業を開始したことで安心して受診できる体制づくりや、受診意欲につながった結果と考える。

しかし、保健指導実施率については積極的に行えなかったことや、マンパワー不足の問題もあり、コロナ前より低下を続けている。今後は、優先すべき保健指導対象者を絞り、必要な対象者に確実に保健指導が行えるよう事業を展開していく。高血圧者の割合減少（Ⅱ度以上の割合）、血糖コントロール不良者の減少（HbA1c7.0 以上の割合）、脂質異常者の割合減少については、脂質異常者の割合は減少し目標達成しているが、血圧、血糖については増加しており達成できていない。コロナ禍で外出・運動の機会が減少するなどが悪化の原因の一つとして考える。このことから、今後も保健指導を積極的に行っていく必要がある。

【図表 27】第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

課題を解決するための目標		H30年度	中間評価 R4年度	最終評価 R5年度	達成状況
		(H29)	(R3)	(R4)	(活用データ)
中 長 期 目 標	入院医療費の伸び率の減少	1.00	1.31	0.53	達成
	脳血管疾患の新規発症の減少	25人	29人	32人	未達成
	虚血性心疾患の新規発症の減少	31人	24人	14人	達成
	糖尿病性腎症の新規発症の減少	0人	1人	0人	達成
短 期 目 標	特定健診受診率の向上	44.4%	37.1%	43.0%	未達成
	特定保健指導の実施率の向上	75.4%	51.7%	34.6%	未達成
	高血圧者の割合減少（Ⅱ度以上の割合）	3.3%	6.4%	5.6%	未達成
	血糖コントロール不良者の割合減少（HbA1c7.0以上の割合）	3.1%	5.2%	5.6%	未達成
	脂質異常者の割合減少（LDLコレステロール160以上の割合）	10.5%	7.7%	7.4%	達成

第3章 第3期における健康課題の明確化と今後の取組

1. 健康課題

総医療費、入院医療費の伸び率は減少しているが、これは国保被保険者数の減少が大きな要因であり、一人当たりの医療費は増加している。

データヘルス計画対象者が医療費に占める割合では悪性新生物の占める割合が多く、健診受診勧奨に加え、食事や飲酒、喫煙などの生活習慣を改善することで、予防できるがんを防いでいく必要がある。

高血圧、脂質異常、糖尿病で要受診レベルにも関わらず、医療機関の未受診者の割合が多い。

健診結果より高額レセプトにつながる脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症の原因となる生活習慣病リスク（BMI、腹囲、HbA1c）の保有者が多い。

国保加入状況では65～74歳が48%と半数近くを占めており、今後半数近くが後期高齢者へ移行するため、受診率の維持が課題である。また、今後、社会を支えていく40～50代の若い世代の健康意識の低さ、生活習慣の改善意欲の低さが課題である。

介護認定率は県平均より低い、平均要介護度及び1件あたり介護給付費は県平均より高く、要介護度の悪化傾向が課題である。

2. 計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値

(1) 計画全体の目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。

【図表 28】成果目標

※ は、すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目標	課題を解決するための目標	実績		
			初期値 R6	中間評価 R8	最終評価 R11
			(R4)	(R7)	(R10)
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	一人あたり医療費の減少	33,879円	31,000円	29,000円
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.92%	1.5%	1.0%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	0.73%	0.6%	0.5%
		慢性腎臓病（透析あり）総医療費に占める割合の減少	1.43%	1.0%	0.5%
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の維持	0人	0人	0人
短期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発生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	特定健診受診者の高血圧者の割合減少（Ⅱ度160/100以上）	5.6%	4.0%	3.0%
		特定健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c7.0以上）	5.6%	4.0%	3.0%
		特定健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c8.0以上）	1.0%	0.75%	0.5%
		特定健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDLコレステロール160以上）	7.4%	6.0%	5.0%
	アウトプット指標	特定健診受診率60%以上	45.0%	51.0%	60.0%
		特定健診保健指導実施率60%以上	45.0%	55.0%	70.0%
		特定健診保健指導による特定保健指導対象者の減少率	12.1%	16.0%	20.0%

第4章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

計画期間は、令和6年度から令和11年度の6年間として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 29】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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導の実施率	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%

3. 対象者の見込み

【図表 30】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	900人	880人	860人	840人	820人	800人
	受診者数	405人	422人	439人	454人	467人	480人
特定保健指導	対象者数	60人	63人	65人	68人	70人	72人
	受診者数	27人	32人	36人	41人	46人	51人

※特定保健指導対象者は、特定健診受診者の15%を見込んでいます。

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診業務については、特定健診実施機関に委託して実施する。

- ① 集団健診（豊前築上医師会健康管理者に委託）
- ② 個別健診（豊前築上医師会に委託。受託医療機関での実施）

(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、及び実施基準16条第1項に基づき、具体的に委託できる者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る。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、対象機関に通知でお知らせする。

(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検査項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）を町独自に実施する。

【図表 31】吉富町特定健診検査項目

健診項目		吉富町	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-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	□	□
血液学検査 (貧血検査)	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、●…いずれの項目でも実施可

※貧血検査、心電図検査は集団健診では全員に実施

※20～39歳の若年特定健診実施についても、上記健診項目に準ずる。

(5) 特定健診の実施形態

集団健診を6月に実施し、個別健診を8月～12月に実施する。

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診を可能とするほか、加入している保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるよう体制整備を行う。

特に、被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたっては、引き続き、利便性がよく地元でも受診できるよう集団健診（健診受診の機会）を確保する。また、生活保護受給者についても健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。

(6) 医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）

特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨が行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

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、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

(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する。

(8) 健診の案内方法・実施スケジュール

対象者に健診を周知するため、集団特定健診の約2か月前に対象世帯宛に案内（申込用紙）を郵送し、その後、集団特定健診申込者に受診票を送付する。集団特定健診に申し込まなかった対象者へは、個別特定健診の案内と受診券を個別に郵送する。町ホームページ及び広報誌、SNS、防災無線等による広報活動を実施し、保健推進員、医療機関にもポスター掲示等の協力を依頼し、受診勧奨に努める。

4月	： 特定健診の案内通知準備（チラシ等）
5月	： 特定健診・がん検診対象者世帯に調査票郵送
6月	： 受診希望者へ受診券の郵送
6～7月	： 集団健診準備、特定健診・がん検診実施（集団）、保健指導準備
7月	： 個別特定健診の案内・受診券を郵送
7月～随時	： 保健指導の実施
8月～12月	： 個別特定健診実施
11月～	： 二次健診
11月～	： 特定健診未受診者対策（電話による受診勧奨）
1月～	： 特定健診未受診者対策（医療情報収集事業）

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者による直接実施の形態で実施する。

○第4期(2024年以降)における変更点

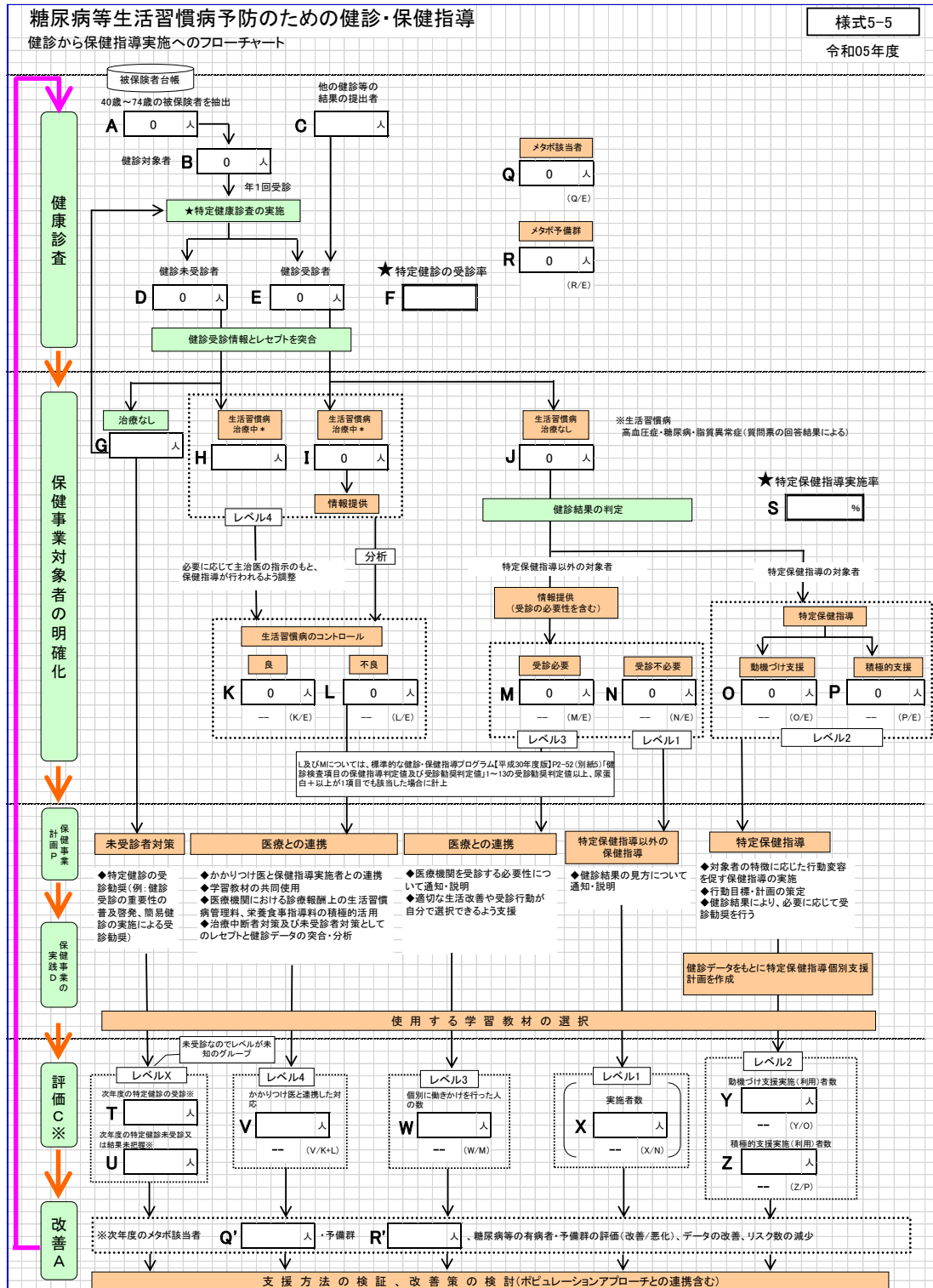
特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、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

出典: 特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」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・実施評価を行う。

【図表 32】健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルスサポートラボツール

(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

厚労省様式 5-5 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に 4 つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとする。

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者見込 (受診者に占める割合)	目標実施率
1	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	61 人 (14.8%)	100%
2	O P	特定保健指導 O: 動機づけ支援 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	53 人 (12.9%)	利用開始率 90% 終了率 78%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発	505 人	60%
4	I	情報提供 医療機関で生活習慣病治療中の者	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆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 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	228 人	80%
5	N	情報提供 受診不要の者	◆健診の意義や各健診項目の見方について説明	70 人 (17.0%)	90%

※要保健指導対象者の見込：令和 4 年度実績から試算

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から、個々のリスク（HbA1c、血糖値、血圧、LDL-C、心電図判定、eGFR と尿蛋白）を評価し、必要な保健指導を実施していく。

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及び吉富町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理について

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、町健康管理システムで行う。

7. 結果の報告（法定報告）

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 日までに報告する。

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、ホームページ等への掲載により、公表、周知する。

第5章 個別事業計画

1. 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 事業の目的

糖尿病性腎症のリスク保有者の糖尿病の重症化を予防し、腎不全、人工透析への移行を防止する。

(2) 事業の概要

糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、医療機関未受診者・治療中断者に対して適切な受診勧奨、保健指導を行い、治療に結び付ける。また、数値のコントロール不良者の生活習慣改善・服薬指導を行う。

(3) 対象者

選定方法		対象者の選定基準にあたっては、京築版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下にする。
選定基準	健診結果・レセプトによる判定基準	HbA1c6.5%以上で医療機関未受診の者。 HbA1c6.5%以上で医療機関受診中断の者。
	その他の判定基準	医師が必要と認めた者
除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者
重点対象者の基準		HbA1c8.0%以上で医療機関未受診の者。 HbA1c8.0%以上で医療機関受診中断者。

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合	100.0% (2/2人)	95%	90%	85%	80%	75%	70%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	保健指導実施率	対象者のうち保健指導を実施した人の割合	83% (15/18)人	85%	85%	95%	95%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

周知	受診勧奨に併せて周知。	
勧奨	対象者には健診結果通知とともに通知・電話で利用勧奨を行う。	
実施および 実施後の支援	利用申込	初回面接時に利用勧奨を行い、その後受診し、かかりつけ医より指示書をもらう。
	実施内容	受診勧奨後 2～3 か月後レセプトによる受診確認、未治療の場合は再度受診勧奨を行う。 治療開始の場合は、報告書や糖尿病連携手帳等を活用し、保健師や管理栄養士が個別面談にて保健指導を実施する。
	時期・期間	8月～3月
	場所	訪問、保健センター、町の公共施設
	実施後の評価	3か月後に医療機関で検査、6か月後にアンケートで生活習慣改善状況を確認
	実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果で HbA1c8.0%以上の場合は、電話でフォローする。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	アンケート結果から必要な対策を検討する。（目標：報告率 100%）	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	子育て健康課がレセプト・健診結果から対象者を抽出
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）	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供

2. 特定健康診査未受診者対策

(1) 事業の目的

特定健診未受診者に対して健康診査の重要性を伝え、未受診から受診、継続受診へとつなげ、受診率の維持・向上を図る。

(2) 事業の概要

集団健診予約未申し込み者、集団健診未受診者に対して受診勧奨を行う。

(3) 対象者

40歳から74歳までの被保険者のうち、特定健康診査未受診者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者に受診勧奨後の受診率	受診勧奨後に健診を受診した人の割合	15% (33/219 人)	20%	21%	22%	23%	24%	25%
2	特定健診実施率	特定健診を受診した人の割合	43% (394/917 人)	45%	48%	51%	54%	57%	60%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者への受診勧奨率	健診未受診者に対して受診勧奨をした件数の割合	57% (219/383 人)	60%	60%	70%	70%	80%	80%

(6) プロセス (方法)

周知		対象者には電話で受診勧奨、その他に、町の広報誌及びホームページでの周知や、保健推進員、医療機関にもポスター配布・掲示を依頼する。
勧奨		未受診者に対して受診勧奨を行う。
実施および実施後の支援	実施形態	集団健診の希望調査票回収後に未申し込みの者、集団健診実施後の未受診者に実施する。個別健診は集団健診の未受診者対象に実施する。
	実施内容	希望調査票回収後、対象者に1回電話で受診勧奨。 集団健診終了後に対象者に2回電話で受診勧奨。
	時期・期間	希望調査票回収後：5月末から6月上旬 個別健診受診券発送後：10月～12月中に実施
	実施後のフォロー・継続支援	受診につながらなかった方の未受診の理由を把握し、来年度の受診勧奨を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		前年度受診者で今年度未受診者、年齢区分で対象者が多い年齢層を優先して行う。

(7) ストラクチャー（体制）

	子育て健康課
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）	特定健診を委託する医師会に、対象者へ周知することの協力を得る。
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ提供
その他の組織	福祉保険課：データ提供、広報 包括支援センター：受診勧奨
他事業	介護保険証交付会にて受診勧奨
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	前年度受診者、若い世代を優先的に受診勧奨を行う。

第6章 地域包括ケアに係る取組

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の取り組みについて

後期高齢者の健康寿命の延伸を図り自立した生活を支えるために、身体的、精神的、社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的な高齢者の状況に応じたきめ細かな支援・健康増進を図る保健事業の実施や介護予防事業を本町では令和6年度から行っていく。そのために、国保データベース（KDB）システム等を活用し、健診・医療・介護のデータの一体的な分析を行う。

なお、福岡県後期高齢者医療広域連合の分析によると、県内市町村では後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業が進捗しているのに対し、本町では、ごく一部の潜在的な対象者の実施に留まっている。

1) 実施事業

(1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

- ・重症化予防（糖尿病性腎症）対策

(2) ポピュレーションアプローチ

- ・健康教育・健康相談
- ・フレイル状態の把握

第7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、個別の保健事業の評価は年度ごとに行う。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期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る。

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る。

※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)	<ul style="list-style-type: none">・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システム活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・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る。・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)	<ul style="list-style-type: none">・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、受診勧奨数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・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・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療費等の医療の動向について定期的に分析し、評価を行う。

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する。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保険事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

第 8 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

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であるため、国指針において、公表するものとされる。

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、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努める。

2. 個人情報の取扱い

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、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に措置を講じる。