

宇美町国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

(第四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  
宇美町国民健康保険

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

## 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
  - (1)実施主体関係部局の役割及び庁内連携
  - (2)関係機関との連携
  - (3)被保険者の役割

## 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 ……6

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
  - (1)第2期計画に係る評価
3. 第3期における健康課題の明確化
  - (1)第2期計画考察で明確となった健康課題
  - (2)目標の設定

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……23

1. 第四期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 特定健診の実施
4. 特定保健指導の実施
5. 個人情報保護
6. 結果の報告
7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

## 第4章 課題解決するための個別保健事業 ……27

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取り組み
3. 発症予防の取り組み

## 第5章 地域包括ケアシステムに係る取り組み ……32

第6章 計画の評価・見直し .....32

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い .....33

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

# 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

国民皆保険等を基盤として国民の健康の維持・増進が図られたことで実現した最高水準の長寿社会の中、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え生産年齢人口減少が加速する令和22年頃を展望すると、人生100年時代に相応しい予防・健康づくりの推進が重要となり、新たな取り組みが求められています。

これまで、「健康日本21」の策定(平成12年度)や健康増進法の施行(平成14年度)、特定健診・特定保健指導の導入(平成20年度)、「健康日本21(第二次)」(平成25年度～令和4年度)のスタートなど、国民一人ひとりの健康づくりを視点に捉えた様々な取り組みが段階的に進められてきました。

そして、平成25年度に閣議決定された「日本再興戦略」において、すべての健康保険組合に対し、レセプト・健診データの分析に基づく「保健事業実施計画(以下「データヘルス計画」という)の作成・公表、事業実施、評価などの取り組みが求められることとなりました。さらにその方針を踏まえ、平成26年度に「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」が改正され、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的に保健事業を実施することとなりました。

平成27年度からは第1期データヘルス計画、平成30年度からは第2期データヘルス計画が始まり、保健事業を実施してきました。

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、保健事業を継続して実施するにあたり、国の方針に基づいて「第3期データヘルス計画」を策定します。

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

データヘルス計画においては、国保データベース(以下「KDB」という)及び町保有データ等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。

医療費適正化に関しては、大きく、住民の健康の保持推進・医療の効率的な提供の推進という2つの観点と考えられますが、本計画においては主に住民の健康の保持推進の観点で分析を行い、医療の効率的な提供の推進に関しては別途計画化する予定です。

これらを踏まえて、目標達成のため、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、福岡県健康増進計画や宇美町健康増進計画、福岡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、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、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の効率的かつ効果的 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 実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力 を得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	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	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
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に 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

### 3. 計画期間

この計画の期間は、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮し、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

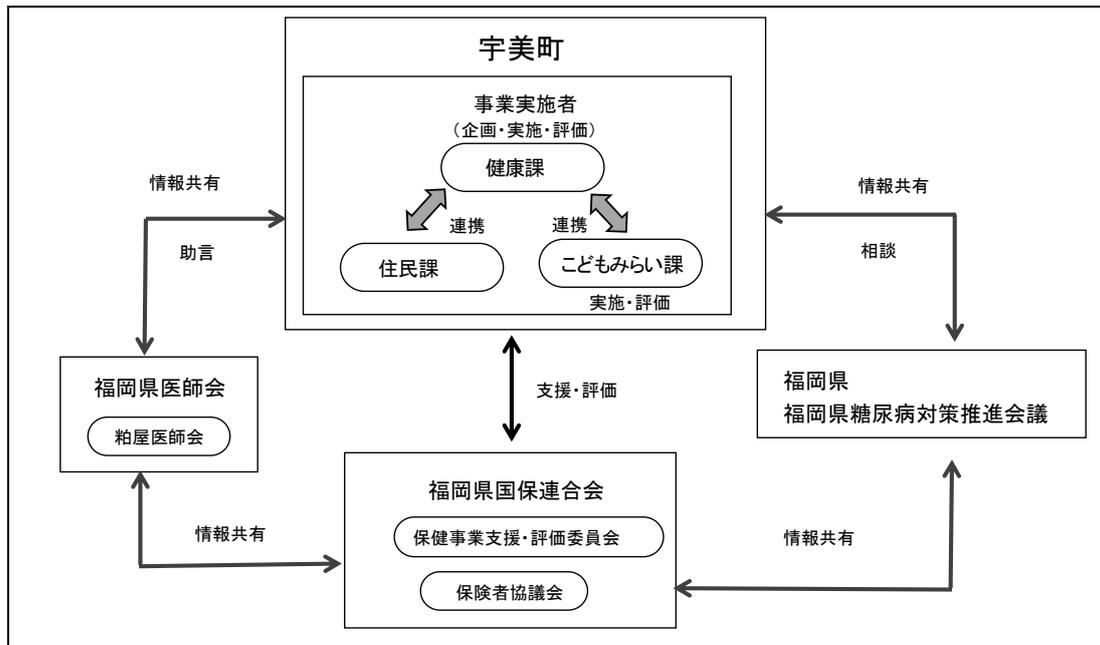
### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### (1) 実施主体関係部局の役割及び庁内連携

本計画は、健康課が主体となり、住民の健康の保持増進に関係する課に協力を求め、健康課題を分析し、町全体で一体となって策定等を進めます。

また、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 2）

図表 2 宇美町の実施体制図



#### (2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるため、計画策定等に当たっては、共同保険者である県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会等と連携、協力して進めます。

また、被用者保険からの国保加入を考慮して保険者協議会等を活用することや国保から後期高齢者医療制度へと移行することを考慮して後期高齢者広域連合との連携等、保険者間で健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保健事業の展開において協力することに努めます。

さらには、粕屋医師会、粕屋歯科医師会、町内医療機関等の保健医療関係者においては、被保

険者の健診結果等、健康に関するデータによって得られる課題を共有し、保健事業の実施に関して連携・協力を図ります。

### (3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会等で健康課題を共有して進めてきました。今後の保健事業の実施及び評価においても、同協議会等で共有して進めるよう努めます。

## 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

本町の人口は、令和2年度国勢調査において37,528人であり、平成30年度の第2期計画策定時と比較すると、この期間内では人口は減少傾向となっています。高齢化率は27.7%であり、同規模町・福岡県平均・全国平均よりも低い状況ではありますが、平成30年度より約4%上昇しており、伸びは同規模町・福岡県平均・全国平均よりも大きい状況となっています。(図表3)

本計画の対象者である国保被保険者に関しては、令和4年度の加入率が19.3%であり平成30年度より約2%減少しています。被保険者の年齢構成は48.3%が前期高齢者であり、福岡県及び全国平均よりも前期高齢者割合が高く、伸びも著しい状況です。(図表3)

医療の提供体制については、町内には3箇所の病院と18箇所の診療所があり、人口10万対の病床数は全国平均よりもはるかに多い状況にあります。これに対して、介護の提供体制は介護施設合計が51箇所であり、75歳以上千人当たりの入所定員は全国平均の約半分となっています。(図表4)

図表3 同規模・県・国と比較した宇美町の特性

出典:KDBシステム

	人口		高齢化率		被保険者数		被保険者年齢構成割合				死亡率 (人口千対)
							～65歳		65～74歳		
	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	R4年度
宇美町	37,912人	37,528人	23.3%	27.7%	8,001人 21.1%	7,234人 19.3%	56.2%	51.7%	43.8%	48.3%	9.6%
同規模	--	--	26.8%	29.1%	23.1%	20.6%	--	--	--	--	10.7%
県	--	--	25.9%	28.1%	22.8%	21.1%	60.3%	59.6%	39.7%	40.4%	10.7%
国	--	--	26.6%	28.7%	24.5%	22.3%	60.0%	59.5%	40.0%	40.5%	11.1%

※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、宇美町と同規模保険者の平均値を表す。

※人口及び高齢化率については、システム上国勢調査時点の値が反映するため、平成30年度の値は平成27年度、令和4年度の値は令和2年度の国勢調査結果を指す。

図表4 医療提供体制(令和4年度)

出典:地域医療情報システム

		宇美町	県	国	町	県
医療	病院数 (人口10万対)	3箇所 (8.0)	(8.8)	(6.5)	(8.0)	(8.8)
	診療所 (人口10万対)	18箇所 (47.8)	(79.1)	(70.0)	(47.8)	(79.1)
	病院病床数 (人口10万対)	597床 (1584.8)	(1591.5)	(1182.0)	(1584.8)	(1591.5)
介護	介護施設数 (75歳以上人口千対)	51箇所 (11.9)	(13.4)	(11.3)	(11.9)	(13.4)
	入所定員数 (75歳以上人口千対)	136人 (31.6)	(76.7)	(70.9)	(31.6)	(76.7)

## 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期計画においては、健康寿命の延伸を最終目的として、医療費及び介護給付費等の社会保障費を圧迫している要因であり、かつ予防可能な疾患に着目し以下のように目標を設定しました。

計画全期間における中長期的な目標として、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)の医療・介護等への影響、これらを達成するための単年度毎の短期的な目標として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の状況を設定しました。

### ア. 第2期計画期間における社会保障費の推移

#### (ア) 介護給付費の状況

第2期計画期間の介護給付費の推移について、給付費総額は平成30年度が約21.3億円でしたが、令和4年度は約20.7億円という結果でした。1人当たり給付費についても平成30年度は約24万円であったのに対して、令和4年度は約20万円という結果であり、1人にかかる給付費も減少している上に総額も減少していることから、給付対象者数も減少しているということが分かります。同規模町・福岡県平均・全国平均と比較しても1人当たり給付費は大幅に低い状況です。(図表5)

図表5 介護給付費の状況

出典:KDBシステム

	宇美町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	21億2,637万円	20億6,565万円	--	--	--
一人あたり給付費	240,404円	198,468円	259,723円	291,818円	290,668円
1件あたり給付費 全体	65,062円	56,377円	63,000円	59,152円	59,662円
居宅サービス	38,317円	36,557円	41,449円	41,206円	41,272円
施設サービス	316,424円	307,128円	292,001円	298,399円	296,364円

※介護給付費は自庁処理分を除く費用額。

#### (イ) 医療費の状況

国保医療費については令和4年度が総額約28.5億円であり、平成30年度と比較して微増という結果でした。しかしながら1人当たり医療費については平成30年度が約35万円で福岡県内市町村中31位であったのに対して、令和4年度は約39万円で県内15位という結果であり、1人にかかる医療費の伸びは著しい状況です。国保被保険者数は減少傾向にあり、かつ医療費総額は微増であるのに対して1人当たり医療費の伸びが著しいことについて、1人当たりの単価が上昇していることが影響していると考えられます。(図表6)

その要因という視点で、入院及び外来に係る医療費を見ると、入院に係る医療費割合が平

成 30 年度と令和 4 年度の比較では下がっているものの、福岡県及び全国平均と比較すると大幅に入院割合が高いことが分かります。(図表 6)「1.保険者の特性」で述べた通り、本町は人口 10 万人対病床数が全国平均より多い状況にあり、病床数による影響も受けていると考えられますが、福岡県平均との病床の差はほぼないため、本町において入院割合が高くなる何らかの理由があると思われる、今後別途定める予定である計画内で分析を進めていく予定です。その一部として、退院して在宅で過ごすことが困難であるが故に入院を継続している社会的入院や、入所するための介護入所定員数が福岡県平均の約半数であることから入所施設が不足しており入院を余儀なくされていることも考えられます。

そのため本計画内での対策としては、疾病予防による入院医療費の抑制を重点には置きますが、社会保障費の適正化の視点も含め医療と介護の状況を併せて見ていくこととします。

ここで、医療費の状況のうち令和元年度及び令和 2 年度に関しては、新型コロナウイルス感染症が流行したことにより、全国的に医療機関への受診控えが発生したという社会情勢がありますが、中でも当町は極めて医療費が減少傾向となり、その反動のためか令和 3 年度以降の医療費の伸びが著しい状況です。特に 70 歳～74 歳の被保険者においてその傾向が顕著に現れています。(図表 7)

図表 6 医療の状況

出典:KDB システム

		宇美町		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費		28億2,105万円	28億5,498万円	--	--	--
一人あたり医療費		352,587円 県内31位 同規模52位	394,662円 県内15位 同規模25位	361,243円	355,059円	339,680円
入院	1件あたり費用額	563,990円	601,230円	613,590円	599,760円	617,950円
	費用の割合	50.7%	48.4%	40.4%	43.9%	39.6%
	件数の割合	3.6%	3.4%	2.6%	2.9%	2.5%
外来	1件あたり費用額	20,680円	22,590円	24,230円	22,510円	24,220円
	費用の割合	49.3%	51.6%	59.6%	56.1%	60.4%
	件数の割合	96.4%	96.6%	97.4%	97.1%	97.5%
受診率		711.644	759.101	735.303	742.544	705.439

※医療費は歯科診療分を除く費用額。 ※受診率とは、医療費 3 要素の 1 つであり、レセプト件数/加入者数で算出した数値。

図表 7 年代別医療費

出典:KDB システム

	宇美町				
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
一人あたり医療費 (県内順位)	352,587円 (31位)	371,777円 (41位)	365,180円 (40位)	389,204円 (12位)	394,662円 (15位)
40歳未満	126,308円 (35位)	128,634円 (48位)	132,463円 (35位)	120,952円 (39位)	127,333円 (43位)
40歳代	258,433円 (25位)	279,969円 (29位)	260,636円 (38位)	266,842円 (24位)	261,587円 (30位)
50歳代	442,186円 (16位)	379,362円 (44位)	393,489円 (38位)	362,926円 (41位)	395,835円 (34位)
60歳代	442,369円 (22位)	492,184円 (15位)	485,305円 (13位)	455,739円 (24位)	479,699円 (15位)
70-74歳	506,904円 (34位)	516,737円 (46位)	489,882円 (51位)	607,910円 (4位)	579,997円 (9位)

イ. 中長期的な目標に係る対象疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

第2期計画における中長期的な疾患に対する目標は、上記対象疾患にかかる医療費が総医療費に占める割合の減少、入院医療費に占める脳血管疾患・虚血性心疾患医療費の減少、人工透析新規導入者の減少を含む以下の表の通りでした。(図表8)

この目標に関して、平成30年度の総医療費に占める中長期目標疾患割合は、19.2%であるのに対して令和4年度は16.2%と減少傾向ではありましたが、目標の15.5%には到達していません。

また、総医療費に大きく影響のある入院に係る医療費のうち、脳血管疾患及び虚血性心疾患での入院割合については、平成30年度より減少しており目標を達成しています。この背景として各疾患の有病者のうち新規発症の状況を見ると、新規発症割合が減少しており、重症化予防が図れていると捉えることができます。費用面に関して新規発症者の経過を見てみると、発症者の発症年度に係る年間医療費平均は脳血管疾患で約81万円、虚血性心疾患で約128万円がかかっていることが分かり、1人予防することでの医療費適正化効果は高いと考えられます。(図表9)

図表8 中長期目標の達成状況

出典:KDBシステム

	宇美町							達成度
	基準値 (H30年度)	目標値	実績					
			R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
総医療費に占める短期・中長期的疾患にかかる医療費割合の減少	19.2%	15.5%	19.3%	18.5%	17.4%	16.2%	未達成	
脳血管疾患の入院医療費割合の減少	6.1%	減少	4.5%	4.3%	4.1%	3.0%	達成	
虚血性心疾患の入院医療費割合の減少	3.8%	減少	3.4%	2.3%	1.9%	2.0%	達成	
脳血管疾患の新規発症者の減少	158人	102人	150人	198人	221人	160人	未達成	
虚血性心疾患の新規発症者の減少	106人	109人	133人	93人	101人	89人	達成	
人工透析の新規発症者の減少	4人	4人	5人	5人	5人	3人	達成	
脳血管疾患にて1回の治療で80万円以上となるレセプトの減少	5.5%	5.8%	6.5%	5.0%	3.4%	3.6%	達成	

図表9 新規発症者の状況

出典:KDBシステム・保健事業評価分析システム

	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
新規発症者	158人	160人	106人	89人	4人	3人	
	41.3%	37.4%	32.1%	29.1%	30.8%	27.3%	
年間費用額 (平均)	約81万円		約128万円		約184万円		
合併症	高血圧	110人	107人	86人	70人	3人	3人
		69.6%	66.9%	81.1%	78.7%	75.0%	100.0%
	糖尿病	94人	78人	59人	55人	2人	3人
		59.5%	48.8%	55.7%	61.8%	50.0%	100.0%
	脂質異常症	102人	107人	78人	64人	3人	1人
		64.6%	66.9%	73.6%	71.9%	75.0%	33.3%

※合併症割合は、各新規発症者を分母に合併症を持つ割合(合併症保有人数/新規発症者×100)を示したものの、高血圧、糖尿病、脂質異常症で重複計上あり。

ウ. 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

前述の通り、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析については新規発症者割合が減少していましたが、これらの疾患は発症の背景に高血圧・糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病を保有していることが多く、これらの早期発見及び適切な治療の継続が発症予防に繋がるため、これら短期的な目標疾患の治療割合の増加により中長期目標疾患の治療割合が減少することを目指してきました。早期発見の手法としては特定健診の場を早期発見の場として受診を促進し、そこで発見された有所見者へ保健指導を行うことで治療に繋げ、治療中断を防止しながら健診にて値の経過を見ていくという方法です。

その結果を見ると、健診においては血糖コントロール不良者(HbA1c7.0以上)のみ目標を達成しましたが、高血圧者(Ⅱ度高血圧以上)及び脂質異常症(LDL180以上)においては目標を達成できず依然として受診者に占める割合が高い状況です。(図表 10)

しかしながら、潜在している有所見者を発見できているという観点では評価できる点でもあり、重要なのは発見された対象者が治療を開始しているかということになります。その観点で見ると、特に血圧Ⅱ度以上について未治療者及び治療中断者を合わせると半数以上を占めており、治療に繋がっていないという結果でした。(図表 11)高血圧に関しては「高血圧ゼロのまち(※)」を掲げて町全体での取り組みとして高血圧対策を講じていますが、依然として被保険者の良好な血圧コントロールに繋がっていないと考えられるため、対策の見直しを行います。

※「高血圧ゼロのまち」とは…日本高血圧学会の「高血圧ゼロのまち」モデルタウンの認定を受け、町が取り組んでいる高血圧対策。血圧に関連する以下の3つのゼロを目指している  
 ・自分の血圧の値を知らない人ゼロ ・高血圧の基準と1日塩分摂取量の基準を知らない人ゼロ  
 ・Ⅱ度高血圧(160/100)以上を放置している人ゼロ

図表 10 短期目標の達成状況

出典:KDB システム

		宇美町						達成度
		基準値 (H30年度)	目標値	実績				
				R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
短期的 目標	特定健診受診率の向上	36.2%	40.0%	34.9%	22.1%	23.7%	27.9%	未達成
	特定保健指導実施率の向上	62.1%	70.6%	56.7%	39.7%	58.9%	52.8%	未達成
	高血圧者の割合の減少 (Ⅱ度高血圧以上)	4.4%	2.3%	3.5%	9.4%	10.2%	6.9%	未達成
	血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c7.0以上)	7.7%	6.0%	6.3%	6.3%	6.9%	5.0%	達成
	脂質異常症者の割合の減少 (LDL180以上)	5.0%	0.8%	4.0%	5.5%	3.9%	3.9%	未達成
	腎機能低下者の割合の減少 (eGFR60未満(70歳以上:50未満)または尿蛋白2+以上または尿潜血+以上)	13.0%	11.2%	15.5%	18.4%	16.7%	19.4%	未達成

図表 11 特定健診受診者に占める高血圧者の状況

出典:KDB システム・特定健診結果

	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 受診率	R3年度 受診率	H30年度	問診結果		R3年度	問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)					
				未治療 (内服なし)			未治療 (内服なし)		未治療	治療中断				
宇美町	36.2%	23.7%	83人	4.4%	50人	60.2%	132人	10.2%	85人	64.4%	60人	45.5%	13人	9.8%
福岡県	34.8%	33.3%		5.1%		--		5.8%		--				

図表 12 特定健診受診者に占める血糖コントロール不良者の状況

出典:KDB システム・特定健診結果

	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 実施率	R3年度 実施率	H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4～R04.3)			
					未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
宇美町	36.2%	23.7%	139人	7.7%	32人	23.0%	90人	6.9%	22人	24.4%	8人	8.9%	10人	11.1%
福岡県	34.8%	33.3%		5.1%		33.8%		5.3%		32.3%				

※「HbA1c」とは…長期間(約2ヶ月間)の平均血糖値を反映する検査

治療者全体の状況を見ると、高血圧・糖尿病・脂質異常症すべてにおいて、被保険者に占める治療者割合は横ばいの状態でした。今後も中長期目標疾患の新規発症者を減少させるためには、これから短期目標疾患の適切な治療を勧める必要があります。(図表 13～15)

図表 13 高血圧治療者の経年変化

出典:KDB システム

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲	
				65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		1,755人	1,679人	1,331人	1,341人
		29.0%	29.5%	37.5%	36.9%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	301人	335人	238人	281人
		5.0%	5.9%	6.7%	7.7%
	虚血性心疾患	263人	251人	207人	206人
		4.3%	4.4%	5.8%	5.7%
	人工透析	12人	9人	1人	0人
		0.2%	0.2%	0.0%	0.0%

図表 14 糖尿病治療者の経年変化

出典:KDB システム

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲	
				65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)		1,074人	1,006人	817人	812人
		17.8%	17.7%	23.0%	22.3%
(中長期 合併 目標 疾患)	脳血管疾患	178人	188人	145人	158人
		2.9%	3.3%	4.1%	4.3%
	虚血性心疾患	187人	172人	151人	143人
		3.1%	3.0%	4.3%	3.9%
	人工透析	7人	4人	1人	0人
		0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
糖尿病 合併 症	糖尿病性腎症	60人	69人	46人	54人
		1.0%	1.2%	1.3%	1.5%
	糖尿病性網膜症	114人	76人	93人	62人
		1.9%	1.3%	2.6%	1.7%
	糖尿病性神経障害	34人	25人	19人	15人
		0.6%	0.4%	0.5%	0.4%

図表 15 脂質異常症治療者の経年変化

出典:KDB システム

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲	
				65～74歳	
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
脂質異常症治療者(人)		1,458人	1,440人	1,105人	1,135人
		24.1%	25.3%	31.1%	31.2%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	257人	318人	211人	270人
		4.2%	5.6%	5.9%	7.4%
	虚血性心疾患	244人	248人	199人	205人
		4.0%	4.4%	5.6%	5.6%
	人工透析	4人	5人	1人	0人
		0.1%	0.1%	0.0%	0.0%

そのためには特定健診の機会で有所見者の早期発見に努める必要がありますが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のための健診中止・延期及び全国的に発生した受診控え等が影響して令和 2 年度・3 年度の特定健診受診率は、第 2 期計画期間において最も高かった平成 30 年度より 10%以上低下し未だ回復できていない現状にあります。(図表 16)

今後受診者を増加させるための更なる対策が必要であり、受診場所・種別毎の効率的効果的な勧奨方法の検討等の戦略が求められます。

図表 16 特定健診・特定保健指導結果

出典:特定健診法定報告データ

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
特定健診	受診者数	1,901人	1,782人	1,141人	1,181人	1,342人
	受診率	36.2%	34.9%	22.1%	23.7%	27.9%
	集団健診	1,444人	1,328人	788人	844人	1,014人
	個別健診	143人	140人	114人	110人	141人
	医療情報収集	54人	94人	81人	84人	67人
	データ提供	260人	220人	158人	143人	120人
	継続率	71.7%	69.7%	47.6%	58.1%	60.2%
特定保健指導	該当者数	224人	210人	156人	141人	180人
	割合	11.8%	11.8%	13.7%	11.9%	13.4%
	実施者数	139人	119人	62人	83人	95人
	実施率	62.1%	56.7%	39.7%	58.9%	52.8%

エ. 第2期計画での各事業の考察

(ア) 重症化予防の取り組み

a 糖尿病性腎症重症化予防(図表 17)

1 福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、HbA1c6.5以上の被保険者の腎症予防を実施し、中でも HbA1c7.0以上の被保険者へ重点的な保健指導を実施してきました。

その結果として、集団健診受診者中 HbA1c7.0以上の被保険者のうち令和3年度は62.9%、令和4年度は77.8%の方へ保健指導が実施できています。しかしながら治療開始に繋がったのは約半数しかおらず、かつ経年的に見た健診受診者に占める HbA1c7.0以上の者の割合は前述の通り目標を達成したとはいえ、依然として5%以上発生しています。

図表 17 重症化予防(糖尿病性腎症)

事業		重症化予防(糖尿病性腎症)					
目標		糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す。					
評価	ストラクチャ	体制	直営				
	マンパワー	保健師:5名 管理栄養士:2名					
	プロセス	対象者	①～③を満たす者又は④ ①HbA1c6.5以上 ②糖尿病未治療 ③尿蛋白(－)または(±) ④HbA1c7.0以上: 全員				
		方法及び内容	～R3 ア 特定健診より1ヶ月後に結果の説明及び二次検査案内(糖尿病連携手帳を活用) イ 医療機関にてアルブミン定量検査実施 ウ 検査結果の説明及び医療機関受診勧奨 エ 3ヶ月ごとにレセプト確認と再勧奨等の保健指導(各疾患の管理台帳を活用) R4～ 上記イを粕屋地区CKD・糖尿病対策連携システム内で実施				
		時期	6～3月				
	アウトプット及びアウトカム		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
		受診者数	1,901人	1,968人	1,200人	1,297人	1,476人
		HbA1c7.0以上	139人 7.3%	123人 6.3%	76人 6.3%	90人 6.9%	74人 5.0%
		未治療	48人 34.5%	41人 33.3%	24人 31.6%	22人 24.4%	26人 35.1%
		指導実施				22人 62.9%	28人 77.8%
		治療開始					6人 54.5%

※マンパワーについては、5つの小学校区に対して校区担当制を実施する保健師・管理栄養士数を指す。(以下同じ)

b その他の生活習慣病重症化予防(図表 18)

糖尿病性腎症予防に加えて、脳血管疾患及び虚血性心疾患予防として、高血圧及び高コレステロール血症への保健指導を実施してきました。

その結果として、令和3年度は68.9%、令和4年度は66.7%の保健指導実施ができていますが、治療開始に繋がったのは3割以下に留まり、かつ有所見割合は年度でバラつきがあり、減少しているとは言えない状況です。

図表 18 重症化予防(その他の生活習慣病)

事業		重症化予防(その他の生活習慣病)					
目標		脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の新規発症者の減少を目指す。					
ストラクチャチャイ	体制	直営					
	マンパワー	保健師:5名 管理栄養士:2名					
プロセス	対象者	①～④のいずれか ① 血圧Ⅱ度以上 ② LDL180以上 ③ eGFR60未満(70歳以上は50未満) または尿蛋白(+)以上または尿潜血(++)以上 ④ 心房細動所見 ※R5より②③の基準引き上げ					
	方法及び内容	ア 特定健診より1ヶ月後に結果の説明及び医療機関受診勧奨 イ 3ヶ月ごとにレセプト確認と再勧奨等の保健指導 (疾病管理台帳を活用)					
	時期	6～3月					
評価	アウトプット及びアウトカム	<血圧>					
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
		受診者数	1,901人	1,968人	1,200人	1,297人	1,476人
		Ⅱ度以上	83人	68人	113人	132人	102人
			4.4%	3.5%	9.4%	10.2%	6.9%
		未治療	50人	47人	78人	85人	66人
			60.2%	69.1%	69.0%	64.4%	64.7%
		指導実施				57人	66人
						50.4%	78.6%
		治療開始					16人 29.1%
<LDL>							
	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度		
受診者数	1,901	1,968	1,200	1,297	1,476		
180以上	94人	78人	66人	51人	58人		
	4.9%	4.0%	5.5%	3.9%	3.9%		
未治療	92人	69人	64人	47人	51人		
	97.9%	88.5%	97.0%	92.2%	87.9%		
指導実施				31人	36人		
				68.9%	66.7%		
治療開始					10人 20.8%		

(イ) 発症予防の取り組み

a 特定健診未受診者対策(図表 19)

有所見者を早期発見して受診に繋げるために、より多くの方に特定健診受診を促進するよう未受診者対策を実施してきました。令和元年度までは町の保健師・管理栄養士にて電話及び訪問による勧奨を実施してきましたが、より効率的・効果的な勧奨を行うために令和2年度より電話勧奨の委託、令和5年度より個別通知の委託を追加で取り入れました。

その結果、勧奨の実施率は高いものの実際に受診した数は低く、全体の受診率も前述の通りで低迷している結果となり、今後の未受診者対策については見直しが必要であると考えます。

図表 19 特定健診未受診者対策

事業		特定健診未受診者対策				
目標		対象者に応じた効果的・効率的な特定健診受診勧奨を行い受診率向上を目指す。				
評価	ストラクチャー	体制	直営	委託		
	マンパワー	保健師:5名 管理栄養士:2名	R2～電話勧奨委託開始 R5～個別通知委託開始			
	プロセス	対象者	以下該当 ①前年度受診かつ 当該年度未受診 ②前年度重症化予防対象者	以下該当 ①がん検診のみ予約者 ②当日キャンセル者 ③過去3年間未受診	以下該当 ①不定期受診者 ②過去健診受診歴無し	
		方法	直営 ・訪問及び電話	委託 ・電話	委託 ・個別通知	
		時期	5～11月	5～11月	6月、9月	
内容		町保健師及び管理栄養士による電話・訪問勧奨	健診予約コールセンターによる電話勧奨	AIを活用した対象者特性に応じた個別通知による受診勧奨		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記は集団健診受診率向上対策</li> <li>・その他医療情報収集事業及び健診結果提出者への訪問等も実施</li> </ul>				
アウトプット	R4	【1】	【2】	【3】(R5)		
	対象者数	1,549人	1,584人	1回目:4,035人 2回目:2,005人		
	実施数	835人	1,321人	1回目:4,035人 2回目:2,005人		
	実施率	56.50%	83.40%	100%		
アウトカム		【1】	【2】	【3】		
	申込者数	542人	67人			
	勧奨者 申込率	64.9%	5.1%			

b 若年者への保健指導(図表 20)

より早期に生活習慣病の発症を予防するために若年者への保健指導を実施してきました。

その結果、該当者の約 6 割に対して保健指導・栄養指導を実施することができました。

しかしながら、毎年健診結果において保健指導判定値以上の項目を併せ持つ対象者は 10% 程度発生しており、その後の生活習慣病発症に繋がる可能性があるため、健診受診者数を増やすとともにこれらの発症予防に対する取り組みの継続が必要であると思われます。

図表 20 発症予防(若年受診者への保健指導)

事業		発症予防(若年受診者への保健指導)			
目標		生活習慣病発症予防			
評価	ストラクチャー	体制	直営		
	マンパワー	保健師:5名 管理栄養士:2名			
	プロセス	対象者	50歳未満かつ以下検査項目のうち保健指導判定値以上の者 ①血圧 ②HbA1c ③LDL ④eGFR または 尿検査結果 ⑤心電図結果(心房細動)		
		方法及び内容	ア 特定健診より1ヶ月後に結果の説明 イ 6ヶ月後に電話又は面談又は訪問にて状況確認 及び次年度健診受診勧奨		
		時期	6~3月		
	アウトプット及びアウトカム		R2年度	R3年度	R4年度
		受診者数	195人	296人	288人
		該当者数	37人 19.0%	26人 8.8%	27人 9.4%
		指導実施	--	15人 57.7%	17人 63.0%

c 生涯にわたる生活習慣病対策(うみっ子健診)(図表 21)

大人的生活習慣の影響を受けながら生活する学童期及び青年期への生活習慣病対策として、小児生活習慣病予防健康診査(うみっ子健診)を実施してきました。

その結果、これまで把握ができなかった子どもの実態として、小学 5 年生の時点で耐糖能異常の状態である児童がいることが分かり、代謝能力以上の食生活が行われている可能性が示唆されました。

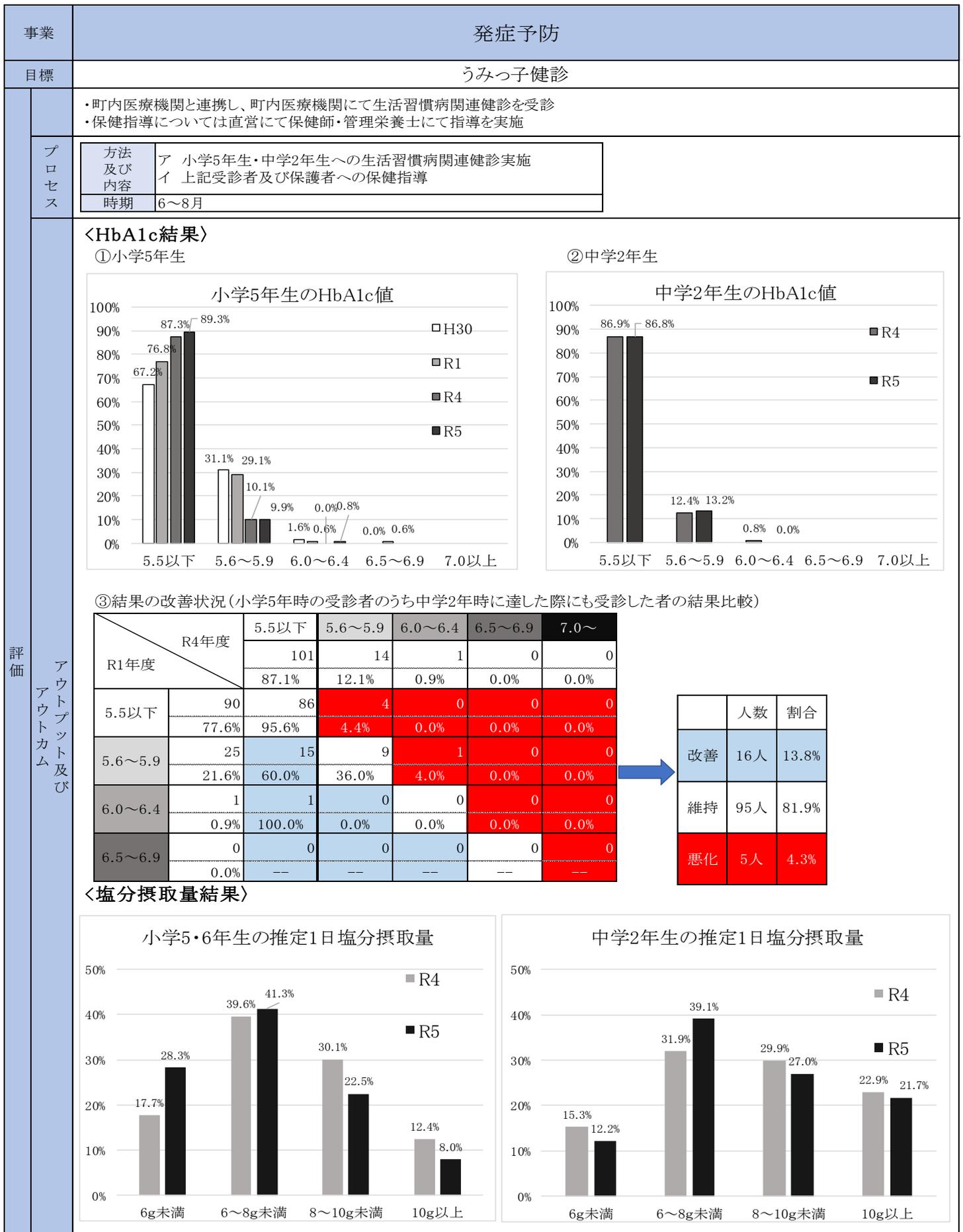
また、血圧上昇の要因の一つである塩分摂取量に関しても、目標値(10・11 歳は 6g 未満、13・14 歳は男性 7g 未満、女性 6.5g 未満)を超える児童が半数以上占めていることが分かりました。

これらの結果より将来の生活習慣病予防として、自分で生活習慣を選択していくライフステージに入る前に、自分の代謝能力に応じた生活習慣づくり・食生活の選択が出来るような取り組みが必要であると考えられます。

実際に小学 5 年の時点で保健指導を受けた児童のうち 95.7%は中学 2 年の時点で HbA1c 値が維持・改善しており、その期間の自分の代謝に対する不適切な生活習慣の蓄積が予防できたこととなります。

このように健診後の保健指導を継続することで、将来の生活習慣病の発症予防が可能であると思われるため、引き続き生涯にわたる生活習慣病対策を継続していきます。

図表 21 発症予防(うみっ子健診)



評価  
アウトプット及び

d ポピュレーションアプローチ(図表 22)

生活習慣病の発症及び重症化予防のために広く周知・啓発する取り組みとして、自治会及び校区コミュニティの場における健康教育及び健康講話を実施してきました。新型コロナウイルス感染症拡大防止のために開催ができず参加者数が少ない年度もありますが、令和4年度については年間延べ965人に啓発することができました。

しかしながら、参加する方たちはもともと健康意識が高い可能性があること、同一参加者が多く、もっと多くの被保険者へ啓発をする必要があること等課題が残る点も多くなっています。

潜在している生活習慣病発症・重症化リスクを保有している方たちへのアプローチ方法について検討し今後も広く普及啓発していく必要があります。

図表 22 発症予防(ポピュレーションアプローチ)

事業		発症予防(ポピュレーションアプローチ)			
目標		生活習慣病発症予防			
評価	ストラクチャー	体制	直営		
		マンパワー	保健師:5名 管理栄養士:2名		
	プロセス	方法及び内容	ア 自治会等における健康教育 イ 介護予防教室での健康教育・健康相談		
		時期	4～3月		
	アウトプット及びアウトカム	実施回数	R3年度	R4年度	
			5校区 計15回	5校区×10回	
	参加者数	のべ113人	のべ965人		

### 3. 第 3 期における健康課題の明確化

#### (1)第 2 期計画考察で明確となった健康課題

##### ア. 社会保障費(医療費・介護給付費)

本計画対象者である国保被保険者数は減少の一途を辿っていますが、被保険者のうち前期高齢者が占める割合は上昇しています。加齢とともに生活習慣病は発症しやすくなり、1人にかかる医療費は高くなる傾向が全国的にあります。それに加えて当町の特徴として 70 歳代になると 1 人当たり医療費が県平均と比較して急激に高くなる傾向にあるため、今後も前期高齢者割合の上昇とともに国保医療費の上昇が懸念されます。また、介護給付費については現状は同規模・福岡県・全国平均よりも 1 人当たり給付費が低い状況にありますが、医療費及び介護給付費の適正化を併せて評価していくこととします。

##### イ. 中長期目標疾患及び短期目標疾患

本計画が対象とする疾患について、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症が総医療費に占める割合及び入院医療費は減少傾向にありますが、今後も継続して減少を目指す必要があります。そのために、短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症について、早期発見・早期治療を行い適切なコントロールにより中長期目標疾患を新規に発症させないことが重要となります。

第 2 期計画期間においてはこれら短期目標疾患の治療者割合がほぼ横ばいであったため、今後治療割合を増加させる必要があります。

治療が必要な対象者の発見と治療へ導くためには、特定健診受診者数を増加させ、潜在している有所見者を 1 人でも多く発見する必要があります。

##### ウ. 他保険との連携

本計画対象である国保被保険者はいずれその全員が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。前述した本町の特徴である 70～74 歳における 1 人当たり医療費が高いまま後期高齢者医療制度へと移行すると、後期高齢者医療制度での医療費が高騰してしまいます。実際に本町の後期高齢者に係る 1 人当たり医療費は、平成 20 年度の後期高齢者医療制度設立以降平成 25 年度を除き令和 3 年度まで、福岡県内で 1 位で推移しており、今後の団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行により更に医療費が高騰する可能性があります。

そのため、まずは国保被保険者であるうちに重症化させない取り組みが必要であり、後期高齢者医療制度へ移行しても同様の視点で継続した取り組みが必要であると考えられます。

## (2) 目標の設定

### ア. 成果目標

#### (ア) 中長期的な目標の設定

これまでの分析結果で、新規に発症すると高額な医療費がかかり、かつ長期にわたって治療が必要となる疾患であり第 2 期計画期間から継続した対策が必要となる脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症が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、「第 2 章 2. 第 2 期計画に係る評価及び考察」内の医療費の状況で述べた通り、1 人当たり医療費の抑制のために、現在課題となっている入院医療費の中でも高血圧・糖尿病・脂質異常症等の早期受診による重症化予防の取り組みを実施するため、補完的な指標として脳血管疾患、虚血性心疾患が入院に係る医療費を抑えることを設定します。

最終評価値の設定に当たり、入院医療費に占める脳血管疾患及び虚血性心疾患の割合をそれぞれ 1%と目指すことで、令和 4 年度入院医療費の実態から試算すると、医療費は脳血管疾患において約 2,700 万円、虚血性心疾患において約 1,400 万円程度抑制できることとなり、かつ要介護状態に至る対象者も減少させることが可能となります。

#### (イ) 短期的な目標の設定

第 2 期計画期間で課題として残っている疾患であり脳血管疾患、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、町として掲げている「高血圧ゼロのまち」を目指すことから、第 3 期計画期間においては高血圧対策を強化していくことで、適正な医療に繋がっていない高血圧者を減らし、高血圧を背景に持った重症化を予防することを目指すため、特定健診受診者に占める高血圧者(Ⅱ度以上)については、保健指導実施後に確実に 0 人にしていくことを目標とします。

その他の糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドロームに関する目標値としては、6 年間で割合をそれぞれ約 2%減少させることを目指し、福岡県内市町村のうち最も該当者割合が低くなるよう目標値を定めます。すべての都道府県で設定することが望ましい項目のうちの HbA1c8.0 以上については、状態の改善の困難さを考慮し、福岡県平均を下回ることを目標とするため、6 年間で 1%減少することを目標値として設定します。

これらのために、潜在している生活習慣病リスク保有者を 1 人でも多く発見することが必要であり、健診受診率の向上も併せて目標とします。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。

図表 23 第3期計画期間の目標一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (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	総医療費に占める脳血管疾患割合の維持	1.88%	1.88%	1.88%	KDBシステム
		総医療費に占める虚血性心疾患割合の維持	1.29%	1.29%	1.29%	
		総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)割合の維持	2.0%	2.0%	2.0%	
		入院医療費に占める脳血管疾患割合の減少	3.0%	2.0%	1.0%	
		入院医療費に占める虚血性心疾患割合の減少	2.0%	1.5%	1.0%	
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.6%	22.1%	24.5%	
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	健診受診者の高血圧者の割合減少(Ⅱ度以上)	6.9%	4.0%	0.0%	特定健診結果
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	3.9%	3.0%	2.0%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	5.4%	4.0%	3.0%	
		★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.0%	1.5%	1.0%	
		★特定健診受診率	40%	48%	60%	
		★特定保健指導実施率	60%	70%	80%	

## 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 年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第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 24 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%以上
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	75%	80%	80%以上

### 3. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、集団健診及び個別健診を実施します。

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

- ア 集団健診(町内施設)
- イ 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)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・尿中ナトリウム)を実施します。

(図表 25)

図表 25 特定健診検査項目

健診項目		宇美町	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-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	○	
	尿中ナトリウム検査	○	

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

#### (4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

#### (5) 医療機関との適切な連携

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

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

#### (6) 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。

#### (7) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、特定健診・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)に則り、効果的・効率的な実施方法を毎年度検討し直営又は委託等手法を選択して実施します。

#### (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)」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。

#### (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 26 要保健指導対象者の見込み

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
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	動機づけ:13.1% 積極的:3.4%	60%

特定保健指導以外の対象者についても別途保健指導を実施します。

## 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宇美町個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外委託する際は、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、宇美町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要があります。

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、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症に対する重症化予防の取り組みを行います。

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り組みとしては、医療費及び介護給付費等の社会保障費と生活習慣病との関連等の実態を周知することや、自身の生活習慣の改善に繋がるような、生活習慣と検査値の関係を見える化した体験型の健康講話等を実施していきます。

また、潜在している生活習慣病リスク保有者を早期発見するために特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努めていきます。

### 2. 重症化予防の取り組み

#### (1) 脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防

##### ア. 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。

また、虚血性心疾患重症化予防の取り組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

具体的には、脳心血管病のリスク因子として、高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病・メタボリックシンドロームが示されているため、これら疾患の発症予防及び良好なコントロールに向けた取り組みを行います。

中でも高血圧に関しては、脳梗塞・脳出血のいずれにおいてもリスクとなり、脳出血は高血圧の改善のみで予防できるものでもあるため、高血圧対策については強化して実施していきます。

図表 27 脳血管疾患とリスク因子

#### 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

## イ. 対象者の明確化

### a 重症化予防対象者の抽出及び優先順位

前述の通り脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子であり、虚血性心疾患に関してもリスクの一つであると根拠づけられています。

まずは潜在する高血圧者を発見するために特定健診受診者を増やすことが先決ではありますが、そこで発見された対象者について以下の順番で保健指導を実施します。計画最終年度までに、未治療かつ血圧Ⅰ度以上の者をゼロにすることを目指しますが、令和6年度はマンパワーを考慮して(a)の対象者への保健指導を優先的に実施、確実に改善ができるよう取り組みます。

(a) 高血圧Ⅱ度以上(治療者も含む)

(b) 高血圧Ⅰ度(未治療)

(c) 高血圧Ⅰ度(治療中)

次に糖尿病及び脂質異常症に関しても保健指導を実施しますが、糖尿病については「Ⅱ.糖尿病性腎症重症化予防」にて述べます。

脂質異常症については、まずは保健指導・栄養指導のマンパワーを考慮して LDL200 以上の方への保健指導を実施し、段階的に指導基準を下げ、健診受診者に占める LDL180 以上の者の割合を減少させることを目指します。

## ウ. 保健指導の実施

### a 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

具体的には、特定健診の結果を保健師又は管理栄養士と対面した際に返却することを前提とし、その際に保健指導・栄養指導を実施します。その後3ヶ月おきにレセプトを確認しながら治療状況を把握したうえで、本人への指導を行いながら値の改善・維持ができるよう支援します。

## エ. 医療との連携

未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していきます。

## オ. 介護予防における連携

本計画対象者である国保被保険者はいずれ後期高齢者医療制度へ移行しますが、移行と同時に保健事業が切断されないことがないよう、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施として後期高齢者への指導も実施するため、実施に当たっては介護保険担当及び地域包括支援センターと連携していきます。

## カ. 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年1回、特定健診結果及びKDBデータ等を用いて行います。

## キ. 実施時期

4月～3月まで、年間を通じて実施します。

## (2) 糖尿病性腎症重症化予防

### ア. 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みにあたっては「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。

- (ア) 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
- (イ) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (ウ) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

## イ. 対象者の明確化

### a 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。

- (a) 医療機関未受診者
- (b) 医療機関受診中断者
- (c) 糖尿病治療中者
  - ・糖尿病性腎症で通院している者
  - ・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

### b 選定基準に基づく該当者の把握

#### (a) 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、粕屋管内で取り組んでいる粕屋 CKD・糖尿病連携システムに則り、対象者を以下とします。中でも①②の対象者への保健指導・栄養指導を優先的に実施します。

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者に対して、本町では主に特定健診結果を基にした保健指導を優先としており、糖尿病治療中断者かつ特定健診未受診者に対する取り組みが不十分であるため、マンパワーを考慮して業者委託で実施する等、効率的・効果的な実施方法を毎年検討して実施していきます。

①HbA1c8.0%以上

②eGFR45未満(70歳以上は40未満)または尿蛋白(++)以上

③HbA1c 6.5%～7.9% (70 歳以上は 7.0%～7.9%)

④eGFR45～60 (70 歳以上は 40～50 未満) または尿蛋白1+以上または尿潜血2+以上

#### ウ. 保健指導の実施

##### (a) 受診勧奨及び保健指導

「(1)脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防」で述べた方法と同様に実施していきます。加えて粕屋 CKD・糖尿病連携システムに則り、対象者には保健指導を実施するとともに連絡票を通じてかかりつけ医・専門医等との連携を図りながら改善・維持に努めます。

#### エ. 医療との連携

前述した連絡票及び糖尿病連携手帳等を活用し、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、粕屋 CKD・糖尿病連携システム及び福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて行っていきます。

#### オ. 介護予防における連携

「(1)脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防」で述べた方法と同様に実施していきます。

#### カ. 評価

「(1)脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防」で述べた方法と同様に実施していきます。

#### キ. 実施期間及びスケジュール

4 月～3 月まで、年間を通じて実施します。

### (3) 発症予防の取り組み

生活習慣の確立が小児期に端を発することを考え、小児における生活習慣病対策の重要性は容易に想起されます。本町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見えていく必要があります。

図表 28 生涯にわたる切れ目ない全世代型生活習慣病対策(ライフコースアプローチ)

生涯にわたる切れ目ない全世代型生活習慣病対策(ライフコースアプローチ)		重症予防 ←————→ 重症化予防		
		<b>健康増進法</b>		
1 根拠法	母子保健法 児童福祉法 労働安全衛生法 高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者) 特定健康診査等実施計画(各保険者)		
2 計画	健康増進計画(県)(市町村努力義務)【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】(各保険者)			
3 年代	妊婦(胎児期) 産婦 0歳～5歳 6歳～14歳 15～18歳 30歳～39歳 40歳～64歳 65歳～74歳 75歳以上	乳幼児健康診査 産婦健康診査 産後1年以内 胎児 乳児 1.6歳児 3歳児 保育園 / 幼稚園児 保育所・幼稚園健康診査 胎学時健診(0・1・2歳) 児童・生徒の定期健康診査 定期健康診査 特定健康診査 後期高齢者健康診査 (第12・13条) (第13・14条) (第18・20・21条) (第25条)	小学校 中学校 高等学校	労働安全衛生規則(第13・44条) 標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)
4 健康診査(根拠法)	母子手帳交付時の保健指導 妊娠中・産後の保健指導 訪問・乳幼児健診時等の保健指導 うみっ子健診・保健指導 若年健診・保健指導 特定健診・特定保健指導 重症化予防のための保健指導			
5 対象者	高血圧ゼロのまちづくり 若年健診・保健指導 特定健診・特定保健指導 重症化予防のための保健指導 後期高齢者健診 一体的事業 介護予防教室			
事業内容				

#### (4) 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周知していきます。

### 第5章 地域包括ケアシステムに係る取り組み

人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくために、高齢者一人一人に対するきめ細かな保健事業と介護予防の実施に対する重要性はますます高まっています。高齢者は複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段であっても身体的な脆弱性のみならず、精神的、心理的または社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱きやすい傾向にあります。

地域包括ケアシステムに係る取り組みについては保険者努力支援制度においても推進されており、国保事業と後期高齢者に係る事業の一体化、疾病予防と介護予防の一体化を進めていくことが求められています。

本町での介護予防の考え方として、介護予防の一つは疾病予防と同様に、生まれた時からの生活習慣づくりから始まるもので、それが将来的な生活習慣病、中でも血管性疾患を発症しないことに繋がり、ひいては介護予防になると考えています。この考えのもと、全てのライフコースにおいて介護予防の視点も持った事業を展開していきます。具体的には、介護予防・重症化予防の視点として後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を継続するとともに、かかりつけ医や薬剤師・ケアマネジャー・ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや役割分担、情報共有、対象者及びその世帯を地域全体で見っていく体制を地域包括支援センターと連携しながら今後も整えていきます。

### 第6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。

図表 29 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"> <li>・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)</li> <li>・保健指導実施のための専門職の配置</li> <li>・KDB 活用環境の確保</li> </ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導等の手順・教材はそろっているか。</li> <li>・必要なデータは入手できているか。</li> <li>・スケジュールどおり行われているか。</li> </ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li> <li>・計画した保健事業を実施したか。</li> <li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数など</li> </ul>
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設定した目標に達することができたか。</li> </ul> (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・栄養士等が自身の地区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7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得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

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

### 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。