

朝倉市国民健康保険
第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

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) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
 - 4) 地域包括ケアに係る取組
5. 保険者努力支援制度

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化 ……10

1. 朝倉市の特性
2. 第2期計画にかかる(本表)評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 主な個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況および考察
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 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) ……32

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 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. 特定健診等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業39

1. 保健事業の方向性
2. 保健事業の内容

第5章 計画の評価・見直し43

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い44

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

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として計画の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法(昭和 13 年法律第 60 号)に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画(データヘルス計画)(以下、「データヘルス計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルス計画標準化等の取組み推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

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

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

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

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

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表 2022(骨太方針 2022):新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期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、特定健康診査(以下、「特定健診」という)等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法(平成14年法律第103号)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朝倉市健康増進計画(元気ばい朝倉21)、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(以下、「特定健診等実施計画」という。)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。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下、「高確法」という)に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベースシステム(以下、「KDBシステム」^{※6}という)を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

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

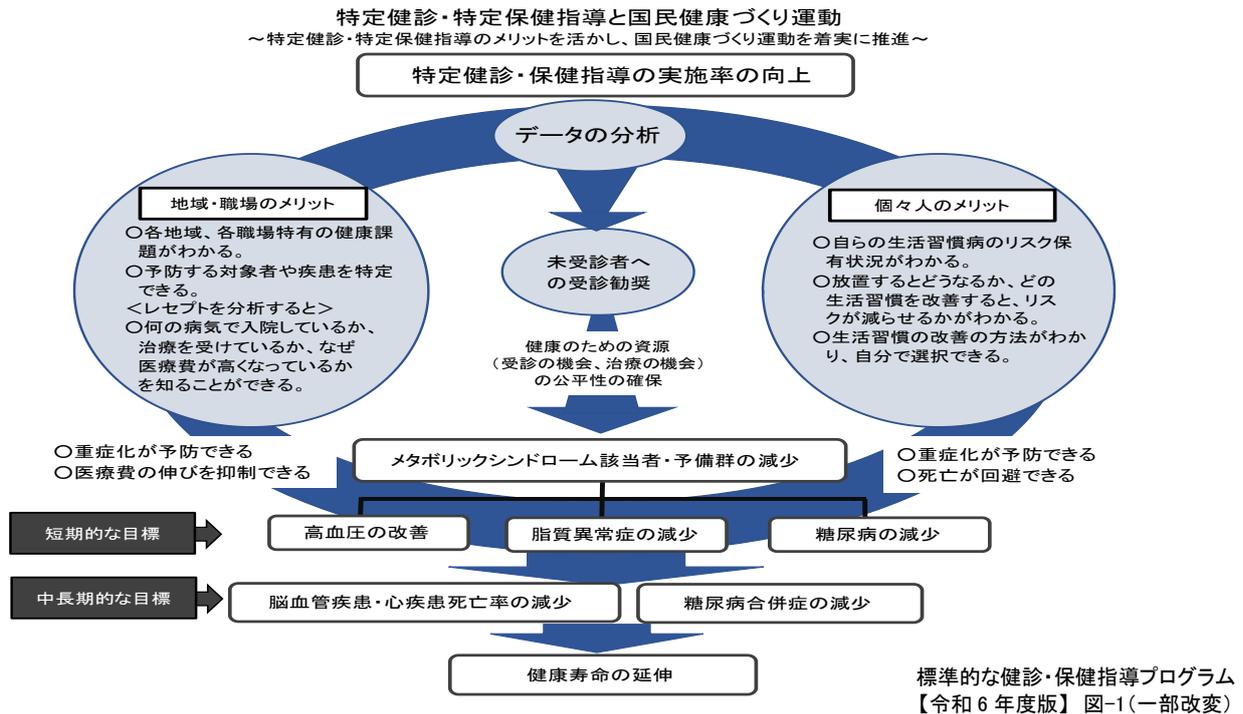
なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、データヘルス計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

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

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

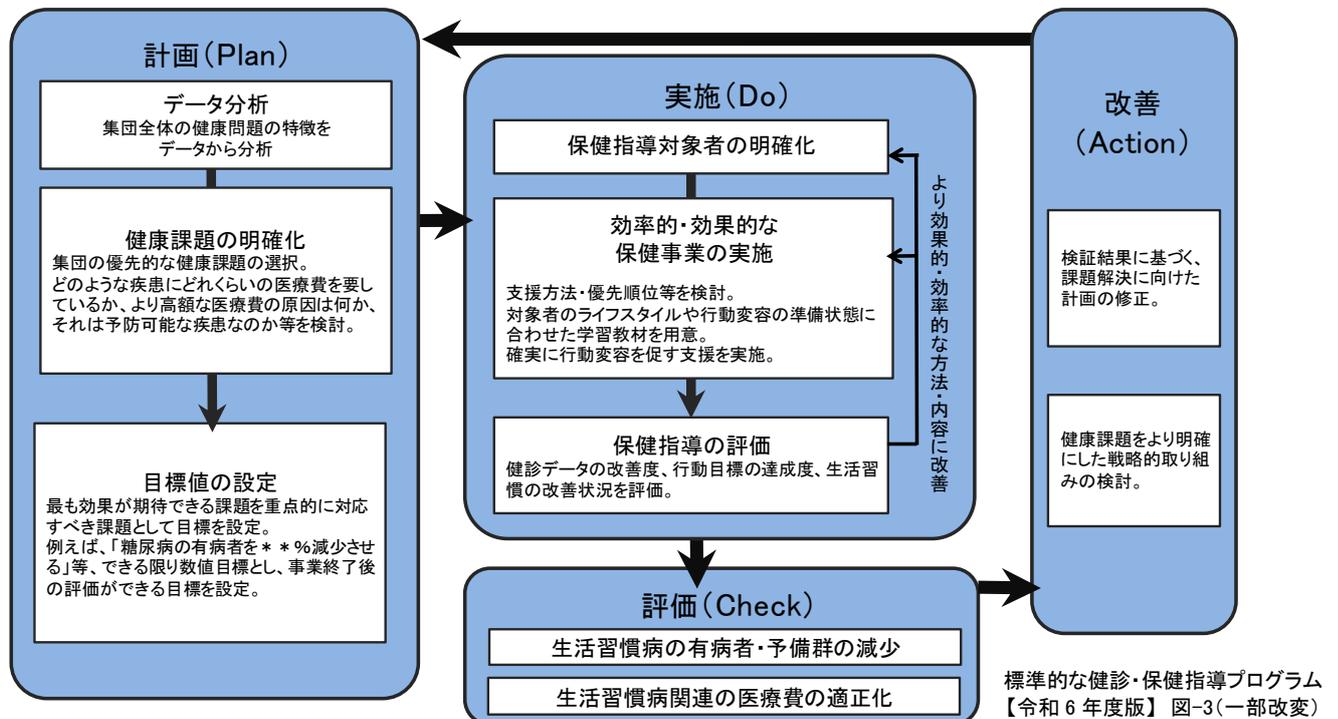
	健康増進計画		医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画	
	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画				
法律	健康増進法 第6条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者:努力義務	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に心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継時的)	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(※) ※初期の認知症、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	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
	がん ロコモティブシンドローム こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 5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産産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①包括的な支援体制の 強化等 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	

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

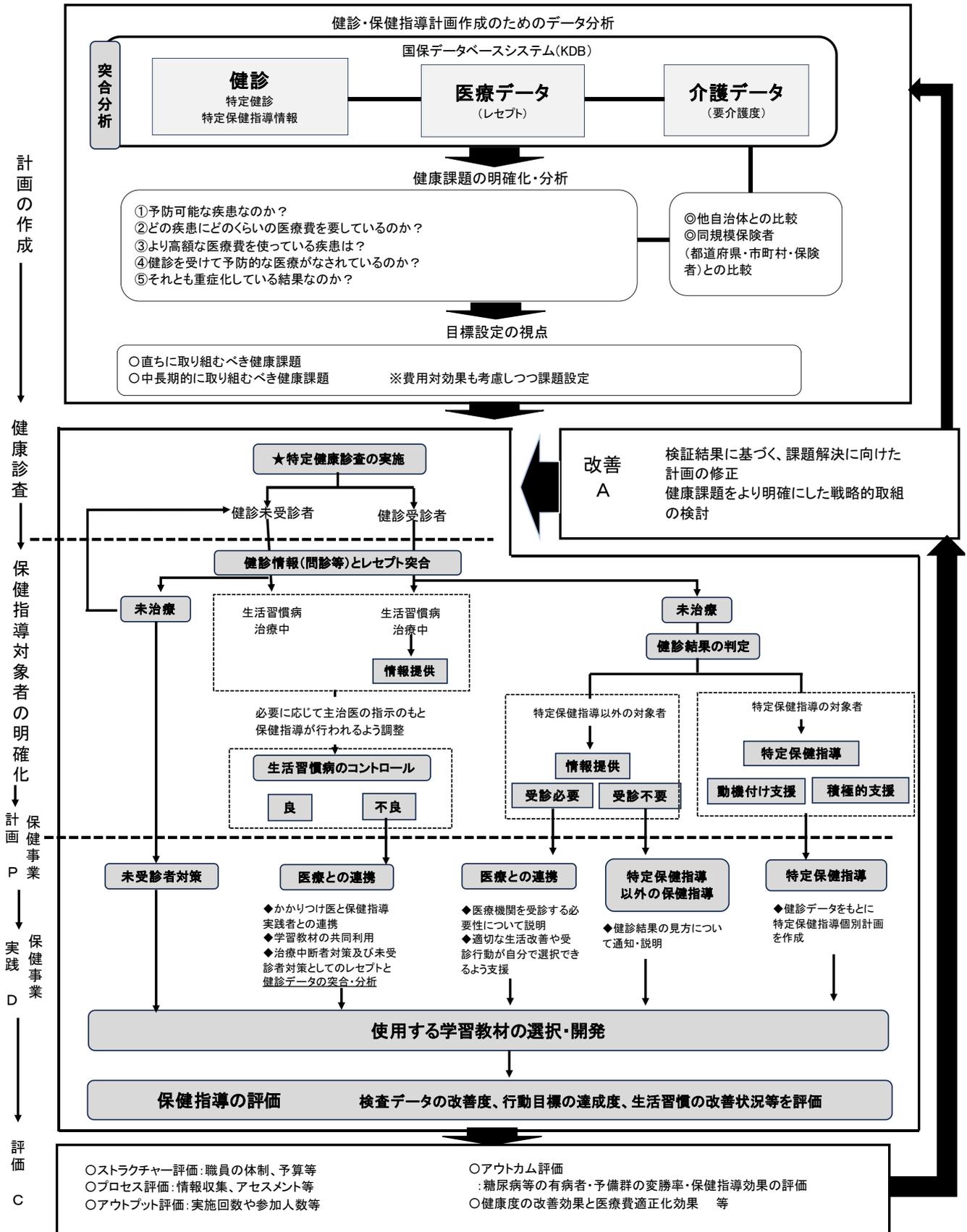


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



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



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)

➔

行動変容を促す手法

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理したもの。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

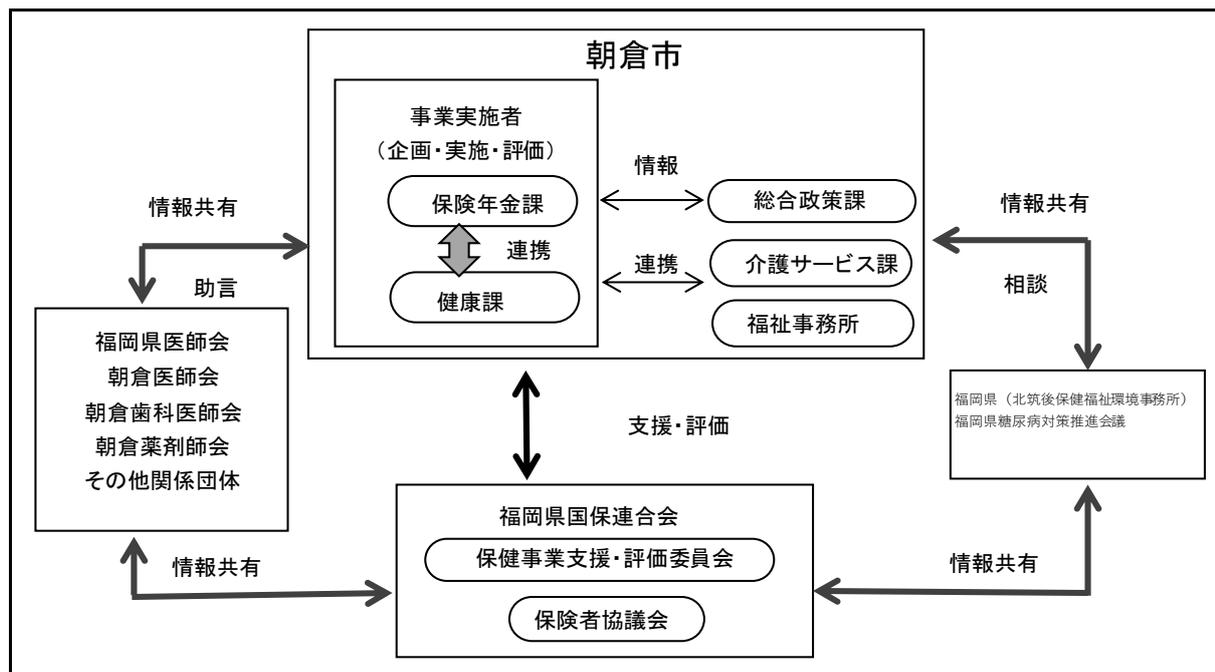
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、高齢者医療部局(保険年金課)、保健衛生部局(健康課)、介護保険部局(介護サービス課)、企画部局(総合政策課)、生活保護部局(福祉事務所)とも十分連携を図ることとします。

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

図表 6 朝倉市の実施体制図



2) 関係機関との連携

【保健医療関係者との連携】

保健事業を円滑に進めるためには、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の各種関係団体との連携が重要です。各団体の代表者と市長とによる連携会議や国民健康保険運営協議会への参画、また担当者レベルでの日常的な連絡調整等、さまざまな機会を通じて意見を交換し、関係の強化に努めます。特に、生活習慣病重症化予防の推進にあたっては、医師会やかかりつけ医との連携が必須であり、専門的な視点からの支援が得られるよう関係構築を図ります。

【国保連合会との連携】

本市の健康課題の把握やデータ分析のためには、被保険者のレセプト情報や医療・介護等のデータが蓄積され、かつ国・県・他市町村との比較が容易にできる KDB システムが有効です。そのため、国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」という)の研修等を通じ、KDB システムを活用した保健事業の実施・評価について情報収集に努めます。また、国保連に設置される保健事業支援・評価委員会を通じて計画の策定や個別の保健事業についての専門的な意見を有効活用します。

【県との連携】

平成 30 年度より、県は市町村国保の共同保険者となっているため、北筑後保健福祉環境事務所を通じて県と情報共有し、保健事業の円滑な実施に向けて連携・協力します。

【福岡県後期高齢者医療広域連合との連携】

国保被保険者は、75 歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する市町村国保においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という）と連携しつつ、健康・医療情報等の共有・分析を進め、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた保健事業の選択を行うよう努めます。

【近隣市町村との連携】

本市は、筑前町・東峰村と同じ医療圏であることから、朝倉保健協議会（朝倉市・筑前町・東峰村の保健担当課長及び保健担当職員をもって組織）等により地域の健康課題の共有や保健事業の実施について連携・協力を図ります。

【その他の連携】

国民健康保険運営協議会や地域職域連携会議等の場で朝倉市外部有識者等との意見交換や情報共有に努めます。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要であるため、被保険者の代表者等で構成される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ます。

4) 地域包括ケアに係る取組

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・予防・住まい・生活支援等暮らし全般を支えるため、直面する課題等について議論する場に保険者として出席します。

(2) 課題を抱える被保険者層の分析

KDB システム等を活用し、国保加入率が高い高齢者の中からハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、介護サービス課等の関係部署と共有します。

(3) 地域で被保険者を支える事業の実施

上記(2)で抽出されたターゲット層に対して、保健師・管理栄養士等の専門職が介護の原因となりうる生活習慣病の予防をメインとした働きかけを行い、必要に応じて介護予防教室等への案内を行います。

(4) 朝倉市国民健康保険直営診療所の施設・人材の活用

医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされる保健事業、介護サービス、生活支援等を一体的・総合的に提供できる場として活用します。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、医療費適正化や国保財政の改善に向け努力を行う自治体に対し、特定健診受診率や保険料収納率などの「指標」の達成度に応じて国が財政支援を行う制度であり、平成30年度から本格運用されています(取組評価分)。(図表7)

令和2年度からは、上記に加え、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分が創設され、「事業費に連動」して配分する部分(評価指標を設定し配分)と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする仕組みが構築されています。(事業費分・事業費連動分)。保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標			令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
			朝倉市	配点	朝倉市	配点	朝倉市	配点	
交付額(千円)			31,213		29,745		29,493		
全国順位(1,741市町村中)			239位		217位		329位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	70	70	90	70	70	70	
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	20	40	5	40	10	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	110	90	50	45	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	55	100	55	100	60	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	35	40	38	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	51	95	80	100	95	100	
合計点			686	1,000	688	960	650	940	

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. 朝倉市の特性

本市は、人口約5万人で、高齢化率は35.3%(令和2年度国勢調査)です。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合が高い市となっています。産業においては、第1次産業従事者の割合が15.0%と同規模、県、国と比較しても多く、製造業、農業、卸売・小売業従事者が多いため、繁忙期など被保険者の特性を把握し、健康課題を明確にすることが重要です。(図表8)

国保加入率は23.6%で、加入率及び被保険者数は減少傾向にあります。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約半数を占めています。(図表9)

また本市内には5つの病院、52の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いことから、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した朝倉市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千 対)	死亡率 (人口千 対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
朝倉市	49,709	35.3	11,716 (23.6)	54.6	6.2	14.8	0.5	15.0	25.4	59.6
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
県	--	28.1	20.6	51.6	7.8	10.7	0.7	2.9	21.2	75.9
国	--	28.7	20	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、朝倉市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	13,178		12,686		12,645		12,198		11,716	
65～74歳	5,918	44.9	5,880	46.4	6,015	47.6	5,880	48.2	5,620	48.0
40～64歳	4,295	32.6	4,029	31.8	3,923	31.0	3,745	30.7	3,567	30.4
39歳以下	2,965	22.5	2,777	21.9	2,707	21.4	2,573	21.1	2,529	21.6
加入率	25.4		24.5		24.4		23.5		23.6	

出典: KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	0.3	0.4
診療所数	52	3.9	51	4.0	51	4.0	51	4.2	52	4.4	3.6	4.6
病床数	858	65.1	858	67.6	858	67.9	858	70.3	833	71.1	59.4	80.9
医師数	131	9.9	131	10.3	132	10.4	132	10.8	128	10.9	10.0	16.4
外来患者数	797.2		806.2		769.1		802.6		824.8		719.9	726.8
入院患者数	27.4		27.9		25.9		27.3		27.3		19.6	21.6

出典: KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1) 第 2 期データヘルス計画の評価

本市は平成 30 年 3 月に第 2 期計画を策定し、計画期間を平成 30 年度から令和 5 年度の 6 か年として、個別保健事業を展開してきました。第 2 期計画においては、下記の中長期目標および短期目標を設定しています。

【中長期目標】

- ・一人当たり入院医療費の伸び率の減少(令和 5 年度に国の伸び率より抑える)
- ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の割合の減少(新規発症患者数の減少)
- ・脳血管疾患の医療費割合の減少
- ・虚血性心疾患の医療費割合の減少

【短期目標】

- ・特定健診受診率の向上
- ・特定保健指導実施率の向上
- ・特定保健指導対象者の減少率の向上
- ・メタボ減少率の向上
- ・メタボ予備群の減少率の向上
- ・健診受診者のⅡ度以上高血圧者の割合の減少
- ・健診受診者の血糖コントロール不良者(HbA1c7.0%以上)の者の割合の減少
- ・健診受診者の脂質異常者(LDLコレステロール 160 以上)の者の割合の減少
- ・健診受診者のHbA1c8.0 以上未治療者の割合の減少
- ・健診結果から見た糖尿病性腎症第 3 期以降の未治療者の割合の減少

(1) 中長期目標の達成状況

① 医療費の状況

本市の令和 4 年度医療費は平成 30 年度と比較すると、国保加入者の減少に伴い、総医療費は減少しているものの、一人あたり医療費は、約 4 万円増加しており、福岡県内 5 位と高く、同規模保険者と比較しても高い状況です。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1 件あたりの費用も平成 30 年度と比較して約 2 万円高くなっています。(図表 11)

さらに、1 人当たりの入院医療費についても、平成 30 年度と比較して高くなっています。平成 30 年度からの伸び率は国や県よりも高くなっていますが、同規模保険者と比較すると低い状況です。(図表 12)

図表 11 医療費の推移

	朝倉市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	13,178人	11,716人	--	--	--
前期高齢者割合	5,918人 (44.9%)	5,620人 (48.0%)	--		
総医療費	50億7163万円	49億7344万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	384,856 県内6位 同規模25位	424,500 県内5位 同規模23位	366,294	359,872	358,522
入院	1件あたり費用額(円)	552,330	574,780	610,160	600,240
	費用の割合	48.1	45.5	40.5	44.1
	件数の割合	3.3	3.2	2.7	2.9
外来	1件あたり費用額	20,460	22,830	24,470	22,540
	費用の割合	51.9	54.5	59.5	55.9
	件数の割合	96.7	96.8	97.3	97.1
受診率	824.611	852.143	739.503	742.544	705.439

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は朝倉市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

図表 12 一人あたり医療費の推移

		一人あたり医療費(円)			伸び率		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H30	朝倉市	384,856	185,116	199,740			
	同規模	330,182	136,035	194,147			
	県	337,460	154,557	182,903			
	国	342,217	138,598	203,619			
R4	朝倉市	424,500	193,148	231,353	10.3%	4.3%	15.8%
	同規模	366,294	148,349	217,945	10.9%	9.1%	12.3%
	県	359,872	158,704	201,168	6.6%	2.7%	10.0%
	国	358,522	143,767	214,755	4.8%	3.7%	5.5%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規発症患者数については、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)が減少傾向にあります。(図表 13)

また、これらの疾患の治療者割合を平成 30 年度と比較すると虚血性心疾患の治療者割合は減少していますが、脳血管疾患および人工透析の治療者割合については、横ばいでした。(図表 14)

次に、これらの疾患の医療費に占める割合について見ると、3 疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しています。しかし、3 疾患の費用割合をそれぞれで見ると、脳血管疾患については、費用割合が平成 30 年度より増加しており、同規模、県よりも高くなっています。慢性腎不全(透析有)に関しても、平成 30 年度より増加しており、同規模と比較すると低いものの、県平均よりも高い状況にあります。(図表 15) 脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生

活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。慢性腎不全(透析有)に関しても、導入後、週に3回程度通院を要するなど長期化する疾患であり、新規導入時には医療費がさらに高額となるため、患者に大きな負担を強いる疾患です。新規透析導入患者数は、平成30年度と令和4年度を比較して減少傾向にあったため、引き続き透析の原因疾患の多くを占める高血圧、糖尿病に重点を置いた保健事業を展開していきます。

令和4年度までに新規透析導入患者数は減少傾向にありましたが、人工透析は長期化する疾患であるため透析を開始する年齢が若年化していないかの確認も必要となります。新規透析導入患者の平均年齢を平成30年度から令和4年度でみると、平均年齢は57.3歳と若年化していました。さらに、国保加入期間5年以上加入者の割合は66.7%、過去5年間の健診受診歴がある者は0人でした。(図表16) この結果から、国保加入期間が長く、健診受診歴のない40代～50代の若年層被保険者でも生活習慣病が重症化しているケースがあることがわかるため、若年層に対する受診勧奨を強化する必要があります。

図表13 中長期目標疾患の新規発症患者数

	H30		R01		R02		R03		R04	
被保険者数	13,178		12,686		12,645		12,198		11,716	
脳血管疾患	279	2.1%	222	1.7%	266	2.1%	204	1.7%	190	↓ 1.6%
虚血性心疾患	175	1.3%	141	1.1%	148	1.2%	131	1.1%	147	1.3%
慢性腎不全(透析有)	5	0.04%	9	0.1%	7	0.06%	2	0.02%	3	↓ 0.03%
再掲) 糖尿病合併	5	0.04%	7	0.1%	7	0.06%	0	-	3	0.03%

出典:保健事業等評価・分析システム 新規発症者一覧

図表14 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0～74歳	A	13,178	11,716	a	1,080	974	916	↓ 753	54	50	
				a/A	8.2%	8.3%	7.0%	↓ 6.4%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	10,213	9,187	b	1,068	964	903	743	50	48	
	B/A	77.5%	78.4%	b/B	10.5%	10.5%	8.8%	8.1%	0.5%	0.5%	
再掲	40～64歳	C	4,295	3,567	c	232	194	205	171	39	37
		C/A	32.6%	30.4%	c/C	5.4%	5.4%	4.8%	4.8%	0.9%	1.0%
	65～74歳	D	5,918	5,620	d	836	770	698	572	11	11
		D/A	44.9%	48.0%	d/D	14.1%	13.7%	11.8%	10.2%	0.2%	0.2%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

図表 15 中長期目標疾患の医療費の推移

		朝倉市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)		50億7163万円	49億7344万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)		3億7629万円	3億5205万円	--	--	--
		7.42%	7.08% ↓	7.95%	6.19%	8.20%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.04%	2.15%	2.08%	2.06%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.47%	0.93% ↓	1.42%	1.37%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.54%	3.72%	4.16%	2.46%
		慢性腎不全(透析無)	0.37%	0.28% ↓	0.29%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		11.61%	14.86%	17.03%	16.72%
	筋・骨疾患		8.79%	8.44%	8.72%	8.98%
	精神疾患		9.21%	10.17%	8.04%	9.43%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 16 人工透析患者の平均年齢と新規透析導入患者の国保加入期間

透析患者数全体		平均年齢				
		H30	R1	R2	R3	R4
全 体	透析患者数	39人	41人	46人	36人	36人
	平均年齢	55.8歳	57.7歳	55.6歳	56.5歳	55.1歳
	糖尿病あり	58.2歳	58.9歳	58.2歳	57.9歳	58.2歳
	糖尿病なし	52.3歳	55.7歳	51.6歳	55.2歳	51.8歳
新 規 透 析 導 入	新規透析導入患者数	5人	9人	7人	2人	3人
	過去5年間の健診受診歴	1人	0人	1人	0人	0人
	平均年齢	61.8歳	60.4歳	68.7歳	72.5歳	57.3歳
	糖尿病あり	61.8歳	58.9歳	69.3歳	-	57.3歳
	糖尿病なし	-	66.0歳	65.0歳	66.0歳	-
	新規透析導入患者に 占める国保加入期間5 年以上の新規透析患 者割合	60%	44.4%	60%	100%	66.7%

出典：厚生労働省様式3-7 5月作成分集計対象者一覧

保健指導評価・分析システム 新規発症者一覧

③介護の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で50人(認定率0.32%)、1号(65歳以上)被保険者で3,187人(認定率18.2%)と平成30年度と比較すると、減少しています。(図表17)

しかしながら、介護給付費は、約50億円から約51億円に増加しており、1件あたり給付費が国や県・同規模と比較して高い状況です。(図表18)

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、ほとんどの年代で脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が1位となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表19)

図表17 要介護認定者(率)の状況

	朝倉市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	16,607人	32.0%	17,523人	35.3%	30.4%	28.1%	28.7%
2号認定者	67人	0.40%	50人	0.32%	0.36%	0.34%	0.38%
新規認定者	4人		11人		--	--	--
1号認定者	3,326人	20.0%	3,187人	18.2%	18.1%	19.9%	19.4%
新規認定者	382人		413人		--	--	--
再掲							
65～74歳	295人	3.7%	287人	3.3%	--	--	--
新規認定者	48人		50人		--	--	--
75歳以上	3,031人	35.2%	2,900人	32.7%	--	--	--
新規認定者	334人		363人		--	--	--

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表18 介護給付費の変化

	朝倉市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	50億3935万円	51億4772万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	303,447	293,769	274,536	291,818	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,403	72,404	63,298	59,152	59,662
居宅サービス	41,497	42,322	41,822	41,206	41,272
施設サービス	277,958	284,726	292,502	298,399	296,364

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 19 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		50		287		2,900		3,187		3,237		
再)国保・後期		23		209		2,692		2,901		2,924		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	15	脳卒中	109	虚血性心疾患	1,303	脳卒中	1,403	脳卒中	1,418
				65.2%		52.2%		48.4%		48.4%		48.5%
		2	虚血性心疾患	6	虚血性心疾患	62	脳卒中	1,294	虚血性心疾患	1,365	虚血性心疾患	1,371
				26.1%		29.7%		48.1%		47.1%		46.9%
	3	腎不全	4	腎不全	25	腎不全	514	腎不全	539	腎不全	543	
				17.4%		12.0%		19.1%		18.6%		18.6%
	合併症	4	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	38	糖尿病合併症	336	糖尿病合併症	374	糖尿病合併症	378
				17.4%		18.2%		12.5%		12.9%		12.9%
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			22	基礎疾患	186	基礎疾患	2,595	基礎疾患	2,781	基礎疾患	2,803	
			95.7%		89.0%		96.4%		95.9%		95.9%	
血管疾患合計			22	合計	194	合計	2,633	合計	2,827	合計	2,849	
			95.7%		92.8%		97.8%		97.4%		97.4%	
認知症		認知症	8	認知症	55	認知症	1,478	認知症	1,533	認知症	1,541	
			34.8%		26.3%		54.9%		52.8%		52.7%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	21	筋骨格系	189	筋骨格系	2,636	筋骨格系	2,825	筋骨格系	2,846	
			91.3%		90.4%		97.9%		97.4%		97.3%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 短期目標の達成状況

① 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、平成30年度には37.1%でしたが、令和元年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が低迷し、令和4年度には37.9%まで上昇しましたが、目標は達成できていません。(図表20)

本市では、特定健診受診率向上対策として令和3年度より、前年度特定健診受診者に対して翌年度の健診で無料クーポン券を配布しています。その結果、令和3年度以降は翌年度も健診を受診する継続受診者の割合が増加傾向にあります。(図表21)

特定健診の年代別受診率を見ると、多くの年代で受診率が増加傾向にあります。特に、40～50歳の若年層の受診率が増加傾向にあります。一方で、特定健診対象者の大半を占めている65歳以上被保険者の受診率は横ばいで推移しています。(図表22) この年代は、社会保険等から退職後に国民健康保険に加入する者も多いことから、国保加入手続きの際の健診受診勧奨の強化など、個別アプローチを強化する必要があります。

特定保健指導についても、令和2年度から令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、実施率が大きく低下しました。朝倉市内での感染者が多かった時期は訪問による保健指導の実施を自粛したことや、対象者自身も対面での保健指導を敬遠される方が多かったことが要因と考えられます。令和4年度からは訪問での保健指導を再開し、特定保健指導実施率は73.5%に上昇しました。朝倉市が独自で定める目標値75%は達成できませんでしたが、国が共通目標値としている60%は達成しました。(図表20)

図表 20 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	3,463	3,229	3,015	3,164	3141	健診受診率 60%
	受診率	37.1%	35.5%	33.2%	36.0%	37.9%	
特定保健指導	該当者数	450	319	308	335	328	特定保健指 導実施率 60%
	割合	13.0%	9.9%	10.2%	10.6%	10.4%	
	実施者数	298	219	172	189	241	
	実施率	66.2%	68.7%	55.8%	56.4%	73.5%	

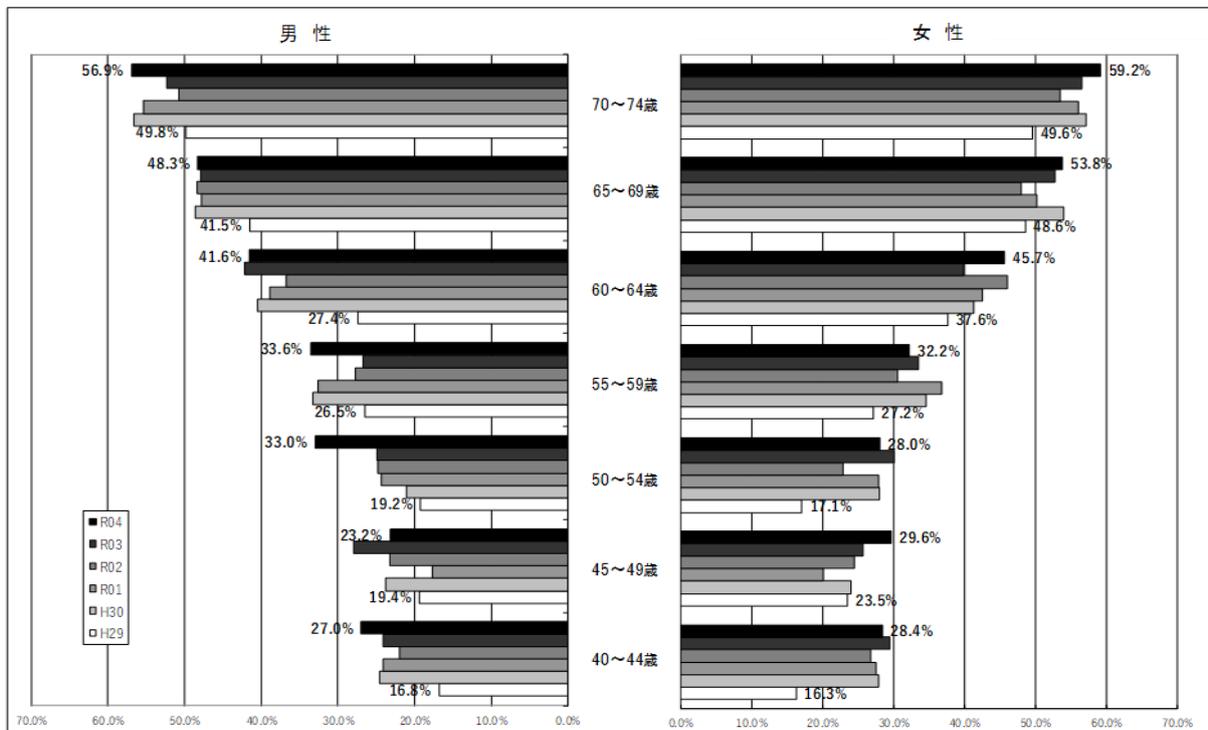
出典：特定健診法定報告データ

図表 21 特定健診受診者の継続受診の把握

	対象者 数	受診者 数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	D	D/B(前年)	C
H30	9,343	3,461	37.0%	2,505	74.2%	956	27.6%	--	--
R01	9,108	3,229	35.5%	2,502	72.3%	527	16.3%	200	6.2%
R02	9,072	3,015	33.2%	2,170	67.2%	549	18.2%	296	9.8%
R03	8,793	3,164	36.0%	2,266	75.2%	419	13.2%	479	15.1%
R04	8,284	3,141	37.9%	2,412	76.2%	467	14.9%	262	8.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 22 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

②健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子（高血糖、高血圧、脂質異常）が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、3.6 ポイント伸びており、2 項目以上の危険因子が重なっている割合が増加しています。（図表 23）

また、重症化予防の観点から、特定健診継続受診者の HbA1c7.0%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL コレステロール 160 以上の有所見割合を見ると、いずれも増加しています。（図表 24・25・26）翌年度の結果を見ると、すべての項目で改善率は上昇しています。しかし、翌年度の健診未受診者がいずれも 2～3 割程度存在し、その後の結果が把握できていません。年度当初に、重症化予防対象者に対して継続受診を勧める働きかけを行うとともに、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めます。

図表 23 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	3,461 (37.0%)	635 (18.3%)	194 (5.6%)	441 (12.7%)	415 (12.0%)
R04年度	3,155 (37.3%)	↑ 691 (21.9%)	↑ 232 (7.4%)	↑ 459 (14.5%)	327 (10.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 24 HbA1c7.0 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 7.0%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	180 (5.2%)	38 (21.1%)	62 (34.4%)	12 (6.7%)	69 (38.3%)
R03→R04	↑ 183 (5.8%)	43 (23.5%)	73 (39.9%)	17 (9.3%)	51 (27.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30→R01	127 (3.7%)	61 (48.0%)	23 (18.1%)	2 (1.6%)	41 (32.3%)
R03→R04	↑ 155 (4.9%)	77 (49.7%)	28 (18.1%)	6 (3.9%)	44 (28.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 26 LDL コレステロール 160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	348 (10.1%)	125 (35.9%)	83 (23.9%)	23 (6.6%)	117 (33.6%)
R03→R04	 378 (12.0%)	201 (53.2%)	78 (20.6%)	22 (5.8%)	77 (20.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

③短期目標疾患の患者数と合併症の状況

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、それぞれの治療者割合は増加していますが、これらの疾患の合併症(重症化)でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減少しています。(図表 27・28・29) 本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。

図表 27 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)	A	4,242	4,103	1,150	985	3,092	3,118	
	A/被保数	41.5%	 44.7%	26.8%	27.6%	52.2%	55.5%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	434	374	81	70	353	304
		B/A	10.2%	 9.1%	7.0%	7.1%	11.4%	9.7%
	虚血性心疾患	C	641	508	135	114	506	394
		C/A	15.1%	 12.4%	11.7%	11.6%	16.4%	12.6%
	人工透析	D	49	46	38	35	11	11
		D/A	1.2%	 1.1%	3.3%	3.6%	0.4%	0.4%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表 28 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	2,269	2,190	619	539	1,650	1,651
		A/被保数	22.2%	↑ 23.8%	14.4%	15.1%	27.9%	29.4%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	225	185	38	30	187	155
		B/A	9.9%	↓ 8.4%	6.1%	5.6%	11.3%	9.4%
	虚血性心疾患	C	379	289	83	64	296	225
		C/A	16.7%	↓ 13.2%	13.4%	11.9%	17.9%	13.6%
	人工透析	D	35	29	26	23	9	6
		D/A	1.5%	↓ 1.3%	4.2%	4.3%	0.5%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	166	244	55	73	111	171
		E/A	7.3%	11.1%	8.9%	13.5%	6.7%	10.4%
	糖尿病性網膜症	F	389	314	104	71	285	243
		F/A	17.1%	↓ 14.3%	16.8%	13.2%	17.3%	14.7%
	糖尿病性神経障害	G	100	92	38	27	62	65
		G/A	4.4%	↓ 4.2%	6.1%	5.0%	3.8%	3.9%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表 29 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	3,790	3,667	1,048	878	2,742	2,789
		A/被保数	37.1%	↑ 39.9%	24.4%	24.6%	46.3%	49.6%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	351	287	51	47	300	240
		B/A	9.3%	↓ 7.8%	4.9%	5.4%	10.9%	8.6%
	虚血性心疾患	C	541	419	122	86	419	333
		C/A	14.3%	↓ 11.4%	11.6%	9.8%	15.3%	11.9%
	人工透析	D	22	28	18	21	4	7
		D/A	0.6%	0.8%	1.7%	2.4%	0.1%	0.3%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

2) 主な個別事業の評価と課題

保健事業の評価については、全体評価表を用いてストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム評価の視点から行いました。(別添資料)

3) 第2期計画目標の達成状況および考察

目標の達成状況は下記のとおりです。(図表 30)

図表 30 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	課題を解決するための目標	実績			目標値	達成状況	データの把握方法 (活用データ年度)		
		初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5					
		(H30)	(R2)	(R4)					
データヘルス計画	中長期目標	一人当たり入院医療費の伸び率の減少 令和5年度に国の伸び率より抑える	-	-	4.3% (国:3.7%)	-	未達成	保健事業等評価・分析システム	
		脳血管疾患の新規発症患者数の減少	279人 (2.1%)	266人 (2.1%)	190人 (1.6%)	-	達成		
		虚血性心疾患の新規発症患者数の減少	175人 (1.3%)	148人 (1.2%)	147人 (1.3%)	-	未達成		
		糖尿病性腎症の新規発症患者数の減少 ※糖尿病を合併している新規透析導入患者	5人 (0.04%)	7人 (0.06%)	3人 (0.03%)	-	達成		
		脳血管疾患の医療費割合の減少	2.04%	2.55%	2.15%	-	未達成		KDBシステム
		虚血性心疾患の医療費割合の減少	1.47%	0.95%	0.93%	-	達成		
	短期目標	特定健診受診率の向上	37.0%	33.2%	37.9%	60%	未達成	法定報告	
		特定保健指導実施率の向上	66.2%	55.8%	73.5%	75%	未達成		
		特定保健指導対象者の減少率の向上	12.8%	16.2%	17.4%	25%	未達成		
		メタボ減少率の向上	20.9%	14.2%	17.5%	25%	未達成		
		メタボ予備軍の減少率の向上	19.9%	16.2%	20.5%	25%	未達成		
		健診受診者の高血圧(160/100以上)の割合の減少	3.7%	4.2%	4.2%	2.0%	未達成	保健指導実践ツール	
		健診受診者の血糖コントロール不良者(HbA1c7.0以上)の割合の減少	5.2%	6.0%	5.9%	2.5%	未達成		
		健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合の減少	10.1%	14.0%	10.2%	7.5%	未達成		
		健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	36.6%	38.1%	36.2%	25%	未達成		
		健診結果から見た糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	34.8%	32.9%	25.5%	25%	未達成		

第2期データヘルス計画では、特定健診受診率向上をはじめとして、中長期・短期目標達成のために、保健事業を展開してきました。

達成状況としては、5つの中長期目標のうち、3つの目標を達成するなど、一定の効果がみられたと考えますが、短期目標においては、改善傾向にある項目はあるものの、全ての目標が未達成であったため、生活習慣病の1次予防や重症化予防の保健事業を引き続き実施する必要があります。

医療費については、入院医療費の伸び率を国の伸び率より抑えるという目標は達成することができませんでしたが、平成30年度と令和4年度の医療費を比較すると、入院の1件当たり費用および件数は平成30年度よりも減少し、外来の1件当たり費用および件数は増加していました。(図表 12) さらに、短期目標疾患の治療者割合も増加していたことから、生活習慣病が重症化していない早期段階で治療が開始されていることが推測することができます。健診結果から、治療が必要な値の方については、医療受診勧奨を実施し、地域の医療機関との連携体制を構築している効果が現れていると考えられます。

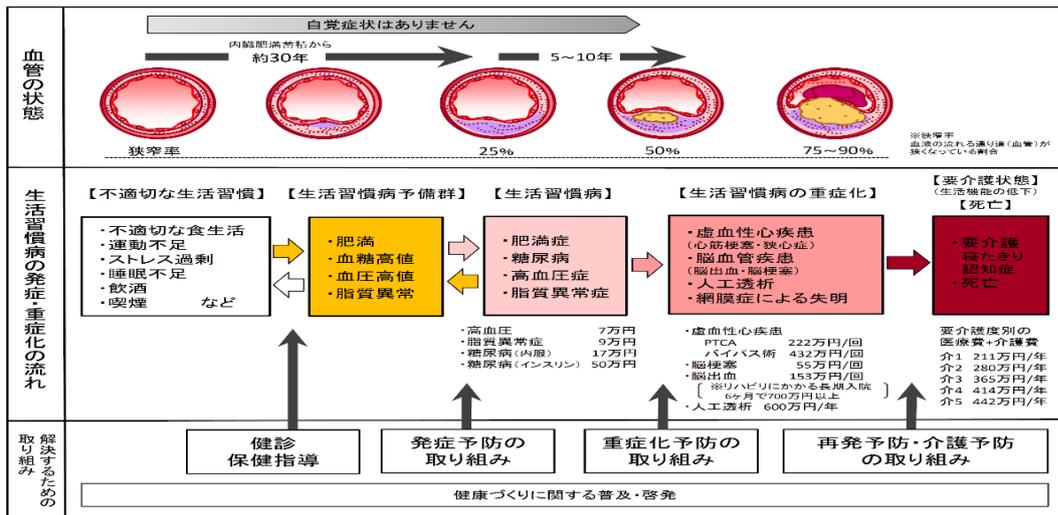
特定健診受診率に関しては、令和4年度法定報告値で37.9%であり、国が目標とする60%に到達していません。生活習慣病は自覚症状がないため、健診未受診者の中には、生活習慣病発症や重症化リスクを抱えた被保険者もいると推察されます。実際に、今回の分析結果より、国保加入歴が長く、健診受診歴のない被保険者が新規透析導入に至っており、さらに令和4年度透析導入患者の平均年齢については若年化していることが分かりました。このことから、第3期計画では改めて特定健診受診率向上を起点とした事業を設計し、より多くの被保険者に対して生活習慣病発症・重症化予防の保健事業が展開できるよう努めます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病やその予備群を減少させるためには、不適切な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群や生活習慣病への進展、さらには重症化する要因を減少させる必要があります。

図表 31 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から介入の優先順位を決定します。さらに、被保険者が75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、朝倉市国民健康保険に加入している前期高齢期からの生活習慣病の結果が、後期高齢期で重症化したり、複数の慢性疾患につながるため、市町村国保と広域連合は健康・医療情報等の共有・分析を進め、高齢者の特性や状況に対応した切れ目ない支援を行うように努めます。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費に関しては平成30年度と令和4年度を比較すると、約4万円増加しています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え等により減少したものの、令和3年度以降は増加傾向になっています。後期高齢者になると一人あたり医療費は100万円を超え、国保の約2.5倍高い状況です。(図表32)

本市は、これまで高血圧、糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできました。しかし、これらの疾患の医療費に占める割合は、県や国と比較すると未だ高い状況なので、引き続き高血圧、糖尿病に重点を置いた保健事業を展開していく必要があります。(図表33)

高額レセプトについては、国保においては毎年400~500件のレセプトが発生しています。後期高齢者になると、約5倍に増えることがわかります。(図表34) 疾病別にみても、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保では平成30年度が最も多く38件で約5000万円の費用がかかっていま

たが、令和4年度は29件と減少し、費用額も約3300万円と減少しています。しかし、後期高齢者においては、146件発生し、約1億5000万円余りの費用額がかかっています。(図表35、36)

長期入院(6か月以上の入院)レセプトに関しては、国保は年間1300件程度発生しており、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患の件数はそのうちの5%~10%前半で推移しており、近年は減少傾向にあります。しかし、後期高齢者においては、長期入院レセプト件数の約40%を脳血管疾患が占め、費用割合も40%を超えています。(図表37、38、39)

高額レセプト、長期入院レセプト分析から脳血管疾患は、高額な医療費がかかるのみならず、長期にわたって治療を要する状態となってしまうことが分かります。後期高齢期に入ってから脳血管疾患の発症を抑制するためには、前期高齢期からの重症化予防対策が重要です。前期高齢者の多くが加入する国保においては、引き続き、脳血管疾患発症のリスクとなる高血圧や糖尿病などの生活習慣病の重症化予防に取り組んでいく必要があります。

図表32 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度
被保険者数		13,178人	12,686人	12,645人	12,198人	11,716人	9,809人
総件数及び 総費用額	件数	132,957件	129,643件	120,691件	124,437件	122,724件	163,275件
	費用額	50億7163万円	49億6020万円	47億7465万円	50億7733万円	49億7344万円	106億1962万円
一人あたり医療費		38.5万円	39.1万円	37.8万円	41.6万円	42.4万円	108.3万円

出典:ヘルスサポートラボツール

図表33 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞								
① 朝倉市	49億7344万円	34,533	3.72%	0.28%	2.15%	0.93%	5.56%	3.58%	2.46%	9億2909万円	18.7%	14.9%	10.17%	8.44%
① 同規模	—	29,595	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	—	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
① 国保	—	29,326	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	—	16.8%	16.7%	9.43%	8.98%
① 県	—	29,043	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	—	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 朝倉市	106億1962万円	91,492	4.73%	0.31%	3.68%	1.04%	3.46%	2.84%	1.31%	18億4436万円	17.4%	7.6%	3.70%	13.0%
② 同規模	—	68,448	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	—	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
② 国保	—	86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	—	20.0%	9.9%	4.70%	12.7%
② 県	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典:KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	274人	272人	317人	322人	307人	1,228人
	件数	B	424件	413件	531件	568件	494件	2,307件
		B/総件数	0.32%	0.32%	0.44%	0.46%	0.40%	1.41%
	費用額	C	5億9414万円	5億5570万円	6億9191万円	7億5844万円	6億5971万円	21億5354万円
C/総費用		11.7%	11.2%	14.5%	14.9%	13.3%	20.3%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	20人	14人	23人	21人	19人	93人							
		D/A	7.3%	5.1%	7.3%	6.5%	6.2%	7.6%							
	件数	E	38件	15件	36件	35件	29件	146件							
		E/B	9.0%	3.6%	6.8%	6.2%	5.9%	6.3%							
	年代別	40歳未満	4	10.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.7%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	70-74歳	8	5.5%
		50代	2	5.3%	1	6.7%	3	8.3%	15	42.9%	6	20.7%	75-80歳	38	26.0%
		60代	19	50.0%	7	46.7%	17	47.2%	13	37.1%	5	17.2%	80代	71	48.6%
		70-74歳	13	34.2%	7	46.7%	16	44.4%	7	20.0%	17	58.6%	90歳以上	28	19.2%
	費用額	F	4912万円	1660万円	4676万円	4406万円	3378万円	1億4735万円							
F/C		8.3%	3.0%	6.8%	5.8%	5.1%	6.8%								

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	13人	11人	11人	10人	6人	25人							
		G/A	4.7%	4.0%	3.5%	3.1%	2.0%	2.0%							
	件数	H	14件	11件	13件	11件	7件	26件							
		H/B	3.3%	2.7%	2.4%	1.9%	1.4%	1.1%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	3.8%
		40代	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	70-74歳	1	3.8%
		50代	0	0.0%	0	0.0%	5	38.5%	3	27.3%	1	14.3%	75-80歳	8	30.8%
		60代	10	71.4%	5	45.5%	2	15.4%	2	18.2%	2	28.6%	80代	11	42.3%
		70-74歳	1	7.1%	6	54.5%	6	46.2%	6	54.5%	3	42.9%	90歳以上	5	19.2%
	費用額	I	2218万円	1585万円	1741万円	1348万円	894万円	2817万円							
I/C		3.7%	2.9%	2.5%	1.8%	1.4%	1.3%								

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 37 長期入院(6か月以上)の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
長期入院 (6か月以上の入院)	人数	142人	143人	146人	146人	145人	332人
	件数	1,362件	1,405件	1,352件	1,282件	1,341件	2,485件
	費用額	6億0895万円	6億4047万円	6億2156万円	5億9432万円	6億2002万円	12億6486万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 長期入院（6 か月以上）の推移（脳血管疾患）

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
脳血管疾患	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	25人	24人	25人	22人	20人	143人
			17.6%	16.8%	17.1%	15.1%	13.8%	43.1%
		件数	165件	201件	192件	151件	149件	990件
			12.1%	14.3%	14.2%	11.8%	11.1%	39.8%
		費用額	7966万円	1億0470万円	9764万円	8094万円	7557万円	5億4263万円
			13.1%	16.3%	15.7%	13.6%	12.2%	42.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 39 長期入院（6 か月以上）の推移（虚血性心疾患）

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
虚血性心疾患	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	12人	13人	16人	11人	8人	51人
			8.5%	9.1%	11.0%	7.5%	5.5%	15.4%
		件数	91件	128件	109件	73件	65件	330件
			6.7%	9.1%	8.1%	5.7%	4.8%	13.3%
		費用額	5251万円	7151万円	6922万円	5662万円	4436万円	1億7016万円
			8.6%	11.2%	11.1%	9.5%	7.2%	13.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 健診データの分析

① 健診受診者の状況

朝倉市の令和 4 年度特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると健診受診者の 4 割（未治療者の約 2 割、治療者の約 5 割）が該当しています。さらに、重症化予防対象の中でも最優先される未治療者の約 4 割が既に心電図所見や CKD（腎臓専門医受診対象者）に該当しているため、医療機関への受診勧奨及び保健指導が必要になります。（図表 40）

また、本市が重点を置いている高血圧・糖尿病について、Ⅱ度以上高血圧と HbA1c7.0 以上の血糖コントロール不良者の人数推移を平成 30 年度と令和 4 年度で比較してみたところ、高血圧は有所見者及び未治療者割合の両方が増加し、糖尿病については有所見者割合が増加し、未治療者割合は横ばいでした。

次に、令和 4 年度の高血圧・糖尿病の有所見者が令和 5 年度までに医療につながったかを確認するために医療情報（レセプト）と突合しました。その結果、保健指導後も未治療のまま放置されている者が、高血圧で約 40%、糖尿病で約 8%いることが分かりました。また、医療につながっていたものの、治療中断の可能性のある者については、高血圧・糖尿病ともに約 2%～3%存在しました。（図表 41）このことから、医療情報を活用して未治療者と治療中断者を把握し、次年度も健診や医療への受診勧奨を継続するよう努めます。

図表 40 健診受診者の状況

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少				虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少				糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少							
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)				虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))				糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)					
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症		メタボリック シンドローム		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)				動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/d以上		中性脂肪 300mg/d以上		メタボ該当者 (2項目以上)		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者			
該当者数	132	4.2%	25	0.8%	120	3.8%	77	2.5%	681	21.7%	300	9.6%	259	8.2%	1,146	36.5%
治療なし	78	4.0%	5	0.4%	106	5.1%	49	2.4%	119	8.3%	172	6.2%	61	4.3%	328	23.0%
(再掲) 特定保健指導	26	19.7%	4	16.0%	33	27.5%	20	26.0%	119	17.5%	32	10.7%	18	6.9%	164	14.3%
治療中	54	4.5%	20	1.2%	14	1.3%	28	2.6%	562	32.8%	128	36.3%	198	11.5%	818	47.7%
臓器障害 あり	31	39.7%	5	100.0%	31	29.2%	16	32.7%	50	42.0%	66	38.4%	61	100.0%	148	45.1%
CKD(専門医対象者)	4		0		4		5		10		14		61		61	
心電図所見あり	29		5		28		13		43		57		21		108	
臓器障害 なし	47	60.3%	--		75	70.8%	33	67.3%	69	58.0%	106	61.6%	--		--	

図表 41 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧_Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報 (R04.4~R05.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	未治療 (内服なし)		治療中断	
朝倉市	3,461	37.0	3,141	37.9	127	3.7	71	55.9	132	4.2	78	59.1	49	37.1	2	1.5

	健診受診率				糖尿病_HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)						医療のかかり方					
	H30年度		R04年度		H30年度		問診結果		R04年度		問診結果		レセプト情報 (R04.4~R05.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率	I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	未治療		治療中断	
朝倉市	3,461	37.0	3,141	37.9	180	5.2	56	31.1	185	5.9	57	30.9	14	7.6	5	2.7

出典:ヘルスサポートラボツール

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

②特定健診未受診者の状況

令和4年度の健診有所見者割合を、継続受診者と過去5年間健診受診歴のない新規受診者とで比較すると、ほとんどの項目で新規受診者の有所見割合が継続受診者を上回っていました。(図表42)

特定健診対象者の健診・医療の受診状況を見ると、「健診も治療も受けていない者」は40～64歳では、特定健診対象者の33.9%、65～74歳でも13.1%を占めています。生活習慣病は自覚症状が乏しいため、特定健診未受診者対策として優先すべきなのは、「健診も治療も受けてない者」になります。(図表43)「治療中で健診未受診の者」は40～64歳、65～74歳を合わせると健診受診者総数を上回る3,451人となります。健診受診者のうち関係学会のガイドラインに基づく重症化予防対象者には、治療中の者の約5割が該当しています。(図表40)、このことから「治療中で健診未受診の者」の中にも重症化予防のために日常生活改善等の指導が必要な者が含まれていることが推察されます。(図表43)

また、特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の方が28,796円/人高い状況です。健診を受診することで、早期から生活習慣病を予防・改善することが医療費適正化の面において有用であることがわかります。(図表44)

本市は特定健診受診率向上のために、第1期計画から未受診者対策に取り組んできました。健診受診率は上昇傾向にあるため、引き続き優先順位をつけて電話や通知等による受診勧奨を行います。

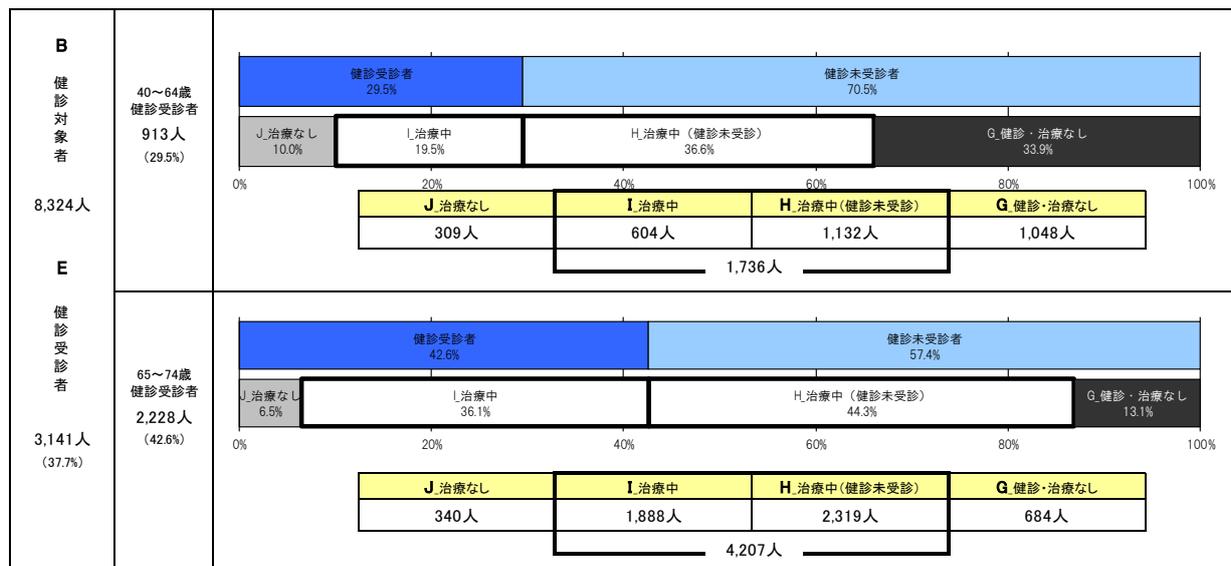
図表42 健診継続受診者と新規受診者の有所見割合

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				3,141人	100.0%	2,674人	85.1%	467人	14.9%	
項目		基準値		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	846人	26.9%	703人	26.3%	143人	30.6%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	1,123人	35.8%	946人	35.4%	177人	37.9%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪		150以上	588人	18.7%	483人	18.1%	105人	22.5%
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	426人	13.6%	358人	13.4%	68人
	(再掲) 7.0以上			185人	5.9%	153人	5.7%	32人	6.9%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	113人	3.6%	85人	3.2%	28人	6.0%
			拡張期	100以上	46人	1.5%	39人	1.5%	7人	1.5%
計				132人	4.2%	102人	3.8%	30人	6.4%	
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	321人	10.2%	244人	9.1%	77人	16.5%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	23人	0.7%	16人	0.6%	7人	1.5%	
		eGFR	50未満 70歳以上は40未満	68人	2.2%	58人	2.2%	10人	2.1%	
		尿酸	8.0以上	76人	2.4%	59人	2.2%	17人	3.6%	

*HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

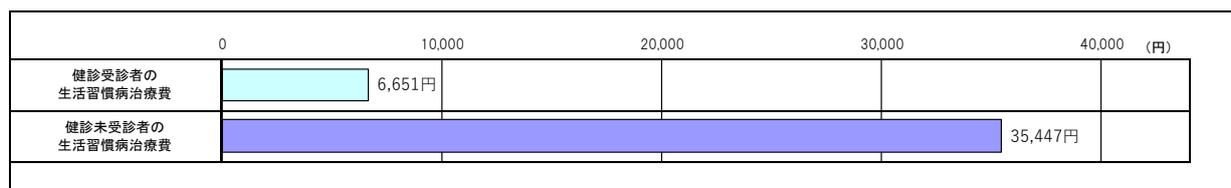
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43 厚生労働省様式 6-10 健診受診者・未受診者の治療状況



出典：ヘルスサポートラボツール

図表 44 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費（一人当たり）



出典：ヘルスサポートラボツール

(3) 優先して解決を目指す健康課題

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、引き続き高血圧、糖尿病に重点を置いて保健事業を展開していく必要があります。さらに未治療者や治療中断者を把握し、適切な受療勧奨および保健指導を徹底します。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、方策

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておく必要があります。評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 45)を設定します。

② 中長期的な目標の設定

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

しかし、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。そのためには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることで医療費適正化を目指します。

③ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。これらの生活習慣病は自覚症状がないため、まずは早期発見のために、健診受診率の向上を目指します。健診受診者の中で、生活習慣病のリスクがある者に対しては、個人の状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防に努めます。特定健診・特定保健指導の目標および運用については、第3章の「特定健診・保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

短期目標疾患の中では、特に高血圧・糖尿病を重点疾患とし、健診受診者における有所見者割合の減少を目指します。そのためには、高血圧・糖尿病を重症化させる要因ともなるメタボリックシンドローム該当者及び予備群への積極的なアプローチを行うとともに、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者については受診への働きかけを行います。また、治療中断者については治療継続を促すための適切な保健指導を行います。

(2) 管理目標の設定

図表 45 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

関連計画			達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)
					初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	①脳血管疾患の総医療費に占める割合の増加の抑制（同規模平均との比較）	2.15%	抑制	抑制	KDBシステム
				②虚血性心疾患の総医療費に占める割合の増加の抑制（同規模平均との比較）	0.93%	抑制	抑制	
				③慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の増加の抑制（同規模平均との比較）	3.72%	抑制	抑制	
				④糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%	減少	減少	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症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	①メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	32.0%	減少	減少	保健指導実践ツール
				②健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	4.2%	減少	減少	
				③健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	10.2%	減少	減少	
				④健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1C7.0%以上）	5.9%	減少	減少	
				⑤★健診受診者のHbA1C8.0%（NGSP値）以上の者の割合の減少	1.5%	減少	減少	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	⑥★特定健診受診率60%以上	37.9%	45%	60%	法定報告値	
			⑦★特定保健指導実施率60%以上	73.5%	60%以上	60%以上		
			⑧★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（県平均との比較）	17.4% (19.8%)	県平均との比較	県平均との比較		

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

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

なお、第1期及び第2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3期以降は本計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

本市の現状を踏まえた上で、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のさらなる上昇を目指し、
各年度の目標値を下記の通り設定する。(図表46)

図表46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

図表47 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R06年度	R07年度	R08年度	R09年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	7,657人	7,312人	6,927人	6,597人	6,301人	6,060人
	受診者数	3,063人	3,290人	3,464人	3,628人	3,780人	3,636人
特定保健指導	対象者数	307人	329人	346人	363人	378人	364人
	実施者数	184人	197人	208人	218人	227人	218人

3. 特定健診の実施

(1)実施方法

特定健診については、集団健診、個別健診、半日人間ドック(誕生日健診)にて実施し、健診実施
機関に委託します。集団健診及び半日人間ドックにおいては、健康増進法に基づくがん検診との同
時受診を可能とします。

- ① 集団健診:指名競争入札を行い、最低価格で落札した健診業者に委託する。
- ② 個別健診:朝倉医師会に委託する。
- ③ 半日人間ドック(誕生日健診):朝倉市国民健康保険直営診療所において行う。

(2) 特定健診委託基準

高確法第 28 条、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

朝倉市ホームページ及び広報誌等により、「実施医療機関リスト」の最新の情報を公表します。

(4) 特定健診実施項目

メタボリックシンドローム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・総コレステロール・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)(図表 40)

図表 48 特定健診検査項目

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

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

(5)実施時期

4月から翌年3月20日まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の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、かかりつけ医と協力及び連携を行います。

(7)事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)に基づく事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、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判明した事業者健診受診者には、結果表の写しの提出を依頼します。

(8)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、国保連に事務処理を委託します。

(9)健診の案内方法・健診実施スケジュール

特定健診受診券を発行し、健診の受診方法・日程等の通知を個別に郵送します。(図表49)

また、ホームページ及び広報誌、有線放送、SNS等による広報を実施し、医療機関や出前講座、区会長、健康づくり推進員と連携した受診勧奨等に努めます。

図表 49 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月	補助金実績報告	健診機関との契約 健診対象者の抽出、受診券の印刷	(特定保健指導の実施) 補助金実績報告
5月		受診券の送付、特定健診の開始 健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出	健診データ抽出(前年度)
6月		費用決済 (特定保健指導の開始)	実績の分析
7月			
8月			
9月	契約に関わる 予算手続き	(特定健診・特定保健指導の実施)	受診・実施率実績の算出 支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

4. 特定保健指導の実施

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者を選定し、階層化する基準及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施します。

本市においては、特定保健指導を保険者直営実施で行います。

図表 50 特定保健指導運用の変更点

○第4期(2024年以降)における変更点

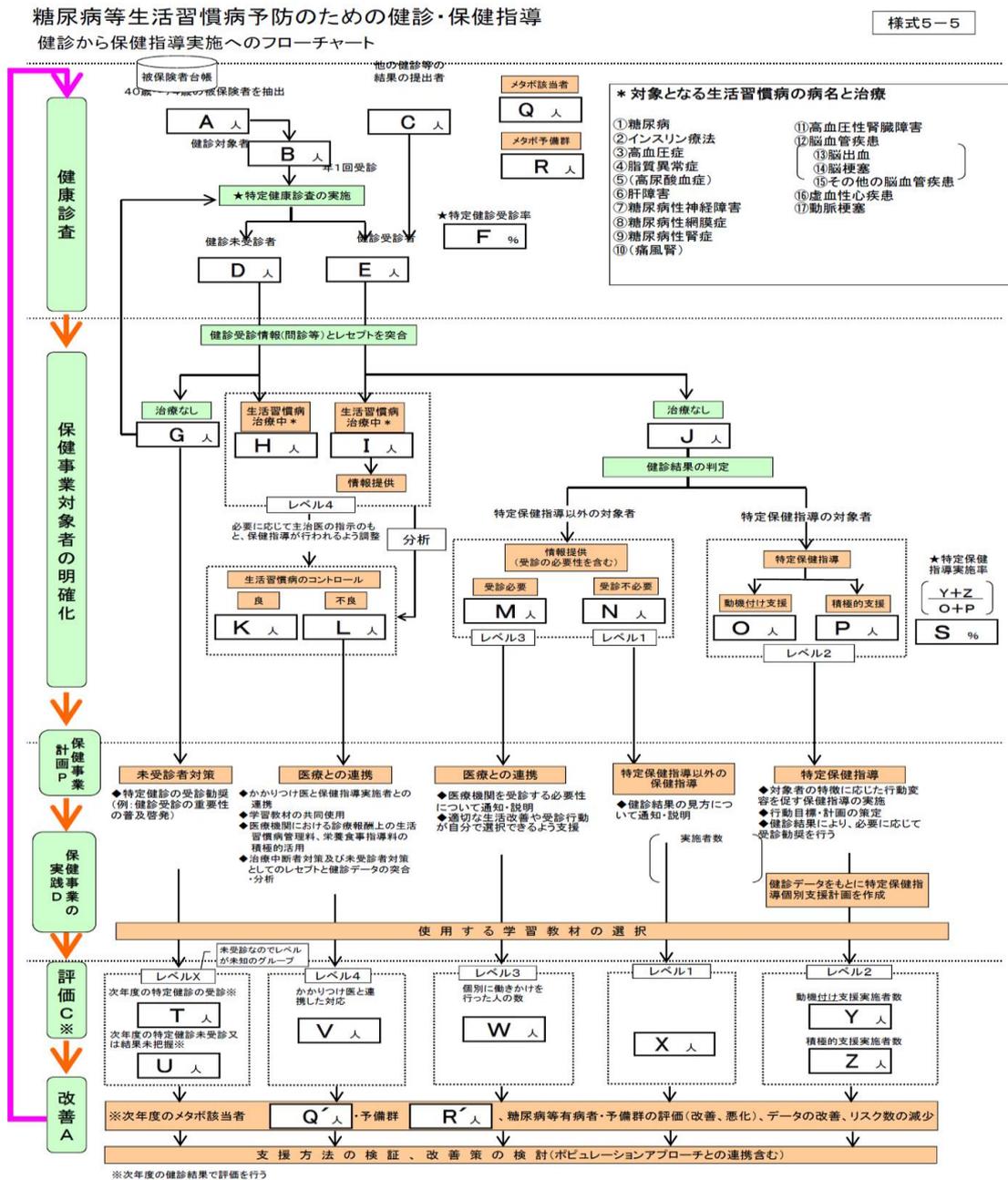
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 51 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 52 保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	307人 (受診者の10%)	60%以上
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	533人 (受診者の17.4%)	高血圧、血糖異常者を優先する。
3	L	治療中でコントロール不良者	◆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 ◆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	962人 (受診者の31.4%)	高血圧、血糖異常者を優先する。
4	O,P,M,L に含む	CKD専門医紹介レベル	◆腎専門医を受診する必要性について通知・説明 ◆治療中の場合は、かかりつけ医と連携 ◆生活習慣の改善の保健指導	O,P,M,Lに含む	尿蛋白2+、eGFR40以下を優先する。
5	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	4594人	
6	N	情報提供 (受診不必要の者)	◆健診結果の見方について通知・説明	527人 (受診者の17.2%)	100%
7	K	情報提供 (治療中でコントロール良好の者)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	711人 (受診者の23.2%)	

受診率 40%(令和 6 年度目標)で試算。

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(特に血圧、血糖異常者)を評価し、マンパワーに応じて保健指導優先順位を決定する。

(3) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラムによると、「保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である生活習慣病の有病者や予備群の減少状況等の観点から評価を行っていくことになる。「健診・保健事業」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移等で評価されるものであるが、その成果は数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、翌年以降の健診結果や生活習慣の改善状況等の短期間で評価できる事項についても、評価を行っていくことが必要である。」とされています。評価については、一般的に、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の観点から行います。

5. 個人情報保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・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(平成 15 年法律第 57 号)及び朝倉市個人情報の保護に関する法律施行条例(令和 4 年朝倉市条例第 22 号)を踏まえた対応を行います。

また、特定健診を外委託する際は、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・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録は、特定健診等データ管理システムで管理します。保存義務期間は、記録の作成の日から最低 5 年間又は被保険者が他の保険の被保険者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなります。しかし他の保険への移動後も、保存期間内においては、保有している記録を他の保険者の求めに応じて提供するなど、被保険者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行うように努めます。

6. 結果の報告

実績報告については、特定健診等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 日までに国保連へ報告します。

7. 特定健診等実施計画の公表・周知

高確法第 19 条第 3 項に基づく計画は、朝倉市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症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標とします。生活習慣病は自覚症状がないことから、まずは特定健診実施率の向上を目指します。そのうえで、特定保健指導やその他の保健指導、ポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとします。

その他の保健指導としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防等の取組を行います。具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

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

2. 保健事業の内容

(1) 特定健診未受診者対策

KDB システムでのデータ分析により、健診未受診者のうち医療機関で生活習慣病の治療有無や受療状況が明らかとなるため、未受診者の特性に応じた効果的な受診勧奨を検討し、実施します。

成果目標	短期目標⑥
対象者	特定健診未受診者
実施方法	ア 重点対象者を決定し、抽出する イ 専門職による電話・訪問勧奨 ウ 特性に合わせた受診勧奨はがきの送付 エ かかりつけ医を通じた個別健診受診勧奨 オ 特定健診結果提供事業(人間ドック、医療情報収集事業) カ 有線放送、広報等を通じた啓発
実施時期	健診期間中
評価方法	特定健診受診率、継続受診率、新規受診率等

(2) 特定保健指導事業

特定健診後の特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）の実施により、特定保健指導の実施率向上を図ります。実施方法については、第3章特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）に準ずるものとします。

(3) 保健指導事業

健診受診者において一定の健診結果（血圧、脂質、腎機能、心電図）に該当する対象者を抽出し、各年度の保健師・管理栄養士のマンパワーを考慮した上で優先順位を決定します。KDBでのデータ分析やレセプト等の情報を活用した医療受診勧奨・保健指導を実施します。

成果目標	短期目標②、③
対象者	重症化予防対象者
実施方法	ア 各年度のマンパワーを考慮し、優先順位を決定する イ 保健師・管理栄養士による医療受診勧奨・保健指導 ウ 必要に応じて、主治医に治療方針を確認する等、医療との連携を図る
実施時期	通年
評価方法	対象者への保健指導実施率、各種検査値の変化(改善)等

(4)糖尿病性腎症重症化予防事業

特定健診結果やレセプト情報から、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、医療機関との連携のもと、必要に応じて医療受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。

成果目標	短期目標④、⑤
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・2型糖尿病であること:aからcまでのいずれかであること <ul style="list-style-type: none"> a. 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 b. 糖尿病治療中 c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり ・腎障害を有していること <ul style="list-style-type: none"> eGFR60未満又は、尿蛋白±以上 <p style="text-align: right;">※福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより</p>
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ア 各年度のマンパワーを考慮し、優先順位を決定する イ 糖尿病連携手帳や糖尿病連携パスを活用した保健指導 ウ 必要があれば、主治医に治療方針を確認する等、医療との連携をはかる エ 円滑な医療連携体制構築に努める
実施時期	通年
評価方法	対象者への保健指導実施率、各種検査値の変化(改善)等

(5)二次検査(75g糖負荷試験・頸動脈エコー検査・微量アルブミン尿検査)

健診結果から、糖尿病や血管障害を発症するリスクが高い者を抽出し、希望者に対して検査を指定医療機関で実施します。検査結果を基に、生活習慣改善に向けた保健指導を行います。

成果目標	短期目標②、③、④、⑤
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・75g糖負荷試験 <ul style="list-style-type: none"> 40～65歳の特定健診受診者のうち、HbA1c5.6～6.4%の者 ・頸動脈エコー・微量アルブミン尿検査 <ul style="list-style-type: none"> 50～74歳の特定健診受診者のうち、HbA1c5.6～6.4%、高血圧I度以上またはLDLコレステロール160mg/dl以上の重なりを持つ者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ア 希望者に対して指定医療機関での検査の実施 イ 保健師・管理栄養士による検査結果の説明と保健指導
実施時期	検査:6月～2月 結果説明:随時
評価方法	対象者への保健指導実施率、各種検査値の変化(改善)等

(6)ポピュレーションアプローチ

特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる知識の普及啓発のために、広報誌や出前講座等を通じて情報を発信します。

成果目標	短期目標⑥
対象者	市民
実施方法	ア 朝倉市健康づくり推進員及び各地区コミュニティと連携して実施 イ 出前講座の実施 ウ 保健師だより(広報誌)の掲載
実施時期	通年
評価方法	健診受診率

(7)適正受診・適正服薬の促進

被保険者の受診行動の適正化、服薬リテラシーの向上を通じて、服薬リスクの回避および医療費(薬剤費)の適正化を図ることを目的とします。

成果目標	医療費の適正化
対象者	被保険者(60~74歳)のうち、下記に該当する者 ・同一月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 ・同一月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 ・同一月に異なる医療機関にて同一の薬剤の処方を受けている者 ・同一月に処方日数の多い薬剤の処方を受けている者 ※癌患者及び精神疾患の患者及び透析患者を除く。
実施方法	ア 重点対象者を決定し、抽出する イ 専門職による訪問指導
実施時期	6月~3月
評価方法	重複受診・重複服薬者の減少等

(8)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者への保健事業と介護予防の一体的実施は、保険者である広域連合より、市町村へ委託され実施しています。後期高齢者の健診・医療・介護データから健康課題を分析し、フレイル予防や重症化予防のための保健事業を実施します。

成果目標	健康寿命の延伸・社会保障の安定
対象者	・健診結果において、受診勧奨判定値以上の者または低栄養等に該当する者 ・健康状態不明者
実施方法	ア 重点対象者を決定し、抽出する イ 専門職による健康相談 ウ 必要に応じて、医療機関や介護支援との連携を図る
実施時期	通年
評価方法	健康状態不明者の減少、各種検査値の変化(改善)等

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

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

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健師・管理栄養士が地区単位等で確認を行います。

また、特定健診等のデータを用いて、経年比較を行うとともに、被保険者の健診結果の改善度を評価します。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を始めとする保険事業の実施状況は毎年度評価を行い、国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会から指導・助言を受けます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、朝倉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ます。

2. 個人情報の取扱い

特定健診・特定保健指導・その他の個別保健事業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(平成 15 年法律第 57 号)及び朝倉市個人情報の保護に関する法律施行条例(令和 4 年朝倉市条例第 22 号)、その他の関係規則等に基づき、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。

朝倉市

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

発行年月:令和6年3月

発行:朝倉市

編集:朝倉市保健福祉部健康課

〒838-0068

福岡県朝倉市甘木198-1

TEL 0946-22-0399

FAX 0946-23-0732

<http://www.city.asakura.lg.jp>