

第3期筑紫野市国民健康保険 保健事業実施計画

〔第3期筑紫野市国民健康保険データヘルス計画
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

筑紫野市国民健康保険

目次

第 I 編 第 3 期データヘルス計画.....	7
I 基本的事項.....	7
1.背景と目的.....	7
2.計画の位置づけ.....	7
3.計画期間.....	7
4.実施体制・関係者連携.....	7
(1) 庁内組織.....	7
(2) 地域の関係機関.....	7
5.基本情報.....	8
6.現状の整理.....	8
(1) 保険者の特性.....	8
II 健康・医療情報等の分析と課題.....	9
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表 1】.....	9
2.医療費の分析.....	10
(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別 等） 【図表 2】.....	10
(2) 疾病分類別の医療費 【図表 3】【図表 4】.....	11
3.後発医薬品の使用割合 【図表 5】.....	12
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表 6】.....	12
5.特定健康診査・特定保健指導の分析.....	13
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表 7】【図表 8】.....	13
(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表 9】【図表 10】.....	14
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表 11】【図表 12】【図表 13】.....	17
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析.....	17
7.介護費の分析 【図表 14】【図表 15】.....	19
8.その他.....	20
III 計画全体.....	21
1.健康課題.....	21
2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値.....	21
(1) 中長期的目標.....	21
(2) 計画全体の目的.....	21
3.保健事業一覧.....	22

IV 個別事業計画	2 2
1.特定健康診査.....	2 2
(1) 事業の目的	2 2
(2) 事業の概要	2 2
(3) 対象者.....	2 2
(4) アウトカム指標	2 3
(5) アウトプット指標.....	2 3
(6) プロセス（方法）	2 3
(7) ストラクチャー（体制）	2 4
2.特定保健指導.....	2 4
(1) 事業の目的	2 4
(2) 事業の概要	2 4
(3) 対象者.....	2 4
(4) アウトカム指標	2 5
(5) アウトプット指標.....	2 5
(6) プロセス（方法）	2 5
(7) ストラクチャー（体制）	2 6
3.生活習慣病重症化予防	2 6
(1) 事業の目的	2 6
(2) 事業の概要	2 6
(3) 対象者.....	2 7
(4) アウトカム指標	2 7
(5) アウトプット指標.....	2 7
(6) プロセス（方法）	2 7
(7) ストラクチャー（体制）	2 8
4.糖尿病性腎症重症化予防	2 8
(1) 事業の目的	2 8
(2) 事業の概要	2 8
(3) 対象者.....	2 8
(4) アウトカム指標	2 9
(5) アウトプット指標.....	2 9
(6) プロセス（方法）	2 9
(7) ストラクチャー（体制）	3 0
5.健康教育「自分に合った食事教室」	3 0
(1) 事業の目的	3 0
(2) 事業の概要	3 0
(3) 対象者.....	3 1

(4) アウトカム指標	3 1
(5) アウトプット指標.....	3 1
(6) プロセス（方法）	3 1
(7) ストラクチャー（体制）	3 1
6.健康教育「運動習慣促進事業」	3 1
(1) 事業の目的	3 1
(2) 事業の概要	3 1
(3) 対象者.....	3 2
(4) アウトカム指標	3 2
(5) アウトプット指標.....	3 2
(6) プロセス（方法）	3 2
(7) ストラクチャー（体制）	3 2
7.重複頻回受診者対策.....	3 2
(1) 事業の目的	3 2
(2) 事業の概要	3 2
(3) 対象者.....	3 3
(4) アウトカム指標	3 3
(5) アウトプット指標.....	3 3
(6) プロセス（方法）	3 3
(7) ストラクチャー（体制）	3 3
8.重複・多剤投与者対策	3 4
(1) 事業の目的	3 4
(2) 事業の概要	3 4
(3) 対象者.....	3 4
(4) アウトカム指標	3 4
(5) アウトプット指標.....	3 4
(6) プロセス（方法）	3 4
(7) ストラクチャー（体制）	3 5
V その他	3 5
1.データヘルス計画の評価・見直し	3 5
2.データヘルス計画の公表・周知.....	3 5
3.個人情報の取扱い	3 5
4.地域包括ケアに係る取組	3 5

第Ⅱ編 第4期特定健康診査等実施計画	3 6
I 基本的事項	3 6
1. 背景・現状等	3 6
(1) 背景	3 6
(2) 現状	3 6
2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方	3 6
(1) 特定健康診査の基本的考え方	3 6
(2) 特定保健指導の基本的考え方	3 7
3. 達成しようとする目標	3 7
4. 特定健康診査等の対象者数	3 7
II 特定健康診査	3 7
1. 特定健康診査の実施方法	3 7
(1) 対象者	3 7
(2) 実施場所	3 8
(3) 法定の実施項目	3 8
(4) 保険者独自の実施項目	3 9
(5) 実施時期又は期間	3 9
(6) 外部委託の方法	4 0
(7) 周知や案内の方法	4 0
(8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	4 0
(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	4 1
III 特定保健指導	4 1
1. 特定保健指導の実施方法	4 1
(1) 対象者	4 1
(2) 実施場所	4 1
(3) 実施内容	4 2
(4) 実施時期又は期間	4 2
(5) 外部委託の方法	4 2
(6) 周知や案内の方法	4 2
IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項【スケジュール等】	4 3
1. 年間スケジュール	4 3
(1) 年度当初	4 3
(2) 年度の前半	4 3

(3) 年度の後半.....	4 3
2. 月間スケジュール.....	4 3
V 個人情報の保護.....	4 4
1. 記録の保存方法.....	4 4
2. 保存体制、外部委託の有無.....	4 4
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	4 4
1. 特定健康診査等実施計画の公表方法.....	4 4
2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法.....	4 4
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し.....	4 4
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法.....	4 4
(1) 特定健康診査の実施率.....	4 4
(2) 特定保健指導の実施率.....	4 4
(3) 特定保健指導対象者の減少率.....	4 4
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方.....	4 5

第 I 編 第 3 期データヘルス計画

I 基本的事項

1. 背景と目的

令和 3 年に高齢化率 29.1% となり、超高齢社会を迎えたわが国の目標は、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 年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。平成 26 年に「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」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針 2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。

平成 30 年には都道府県が共同保険者となり、令和 2 年に閣議決定された「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組の推進、令和 4 年に「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において保険者共通の評価指標の設定やアウトカムベースでの適切な KPI の設定の推進が掲げられた。

今般、これらの経緯も踏まえ、第 3 期データヘルス計画を策定した。

2. 計画の位置づけ

筑紫野市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第 3 期筑紫野市データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関等と連携して健康課題の解決に努める。

なお、筑紫野市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画等の関連計画と調和を図っている。

また、福岡県、後期高齢者医療広域連合による関連計画とも調和を図っている。

3. 計画期間

令和 6 年度から令和 11 年度（中間評価：令和 8 年度）

4. 実施体制・関係者連携

(1) 庁内組織

本計画の策定および保健事業の運営においては、健康推進課が主体となり、適宜国保年金課と連携を図りながら進める。

(2) 地域の関係機関

本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、筑紫医師会・筑紫

歯科医師会・筑紫薬剤師会その他健康づくりサポーター等地域の関係団体との連携により進める。

5.基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				2023年3月31日時点	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		106,473		50,905		55,568	
国保加入者数(人)	合計	18,931	100%	8,674	100%	10,257	100%
	0～39歳(人)	4,277	22.6%	2,177	25.1%	2,100	20.5%
	40～64歳(人)	5,667	29.9%	2,683	31.8%	2,984	29.1%
	65～74歳(人)	8,987	47.5%	3,814	44.0%	5,173	50.4%
	平均年齢(歳)	54.4歳		52.8歳		55.7歳	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	筑紫医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防事業・重複多剤投与・重複頻回受診に関して連携を図る。 また、筑紫歯科医師会、筑紫薬剤師会、福岡県、筑紫保健福祉環境事務所とは、糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会、各地域コミュニティ等と連携して実施する。

6.現状の整理

(1) 保険者の特性

①被保険者数の推移等

令和4年度の被保険者数は18,931人であり、平成30年度の20,675人から年々減少傾向にある。年齢別被保険者構成割合は、39歳以下が22.6%、40-64歳が29.9%、65-74歳が47.5%であり、前期高齢者(65-74歳)の増加が一人当たり医療費を引き上げ要因となっている。

②前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。脳血管疾患・虚血性心疾患の新規発症数は減少したが、糖尿病性腎症の新規発症数は増加した。

また、令和2年度には、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下したが、その後は徐々に増加し令和4年度は特定健診受診率 35.6%、特定保健指導実施率 52.2%である。しかし、国の目標である特定健診受診率 60%、特定保健指導実施率 60%は未達である。よって、第3期データヘルス計画については特定健診を起点に事業を展開する。

また、第2期は医師会をはじめとした関係機関との連携や各保健事業間の連動が不十分であったため、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】

- 平均寿命は、男性 81.0 歳、女性 87.5 歳。男女とも県平均と同水準である。(令和4年度)
- 平均自立期間(要介護2以上)は、男性 81.1 年、女性 85.5 年と男女とも県平均(男性 80.1 年、女性 84.6 年)より約1年長い状況である。(令和4年度)

【図表1】

■男性

R4年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(年)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
筑紫野市	81.0	81.1	79.7	94.7
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.8	80.2	78.8	99.3
全国	80.8	80.1	78.7	100.0

■女性

R4年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(年)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
筑紫野市	87.5	85.5	82.3	94.8
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.0	84.4	81.6	100.7
全国	87.0	84.4	81.4	100.0

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2.医療費の分析

(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別 等） 【図表 2】

- ▶ 被保険者数は減少傾向にあるが、医療費は増加傾向にある。令和 4 年度の一人あたり医療費（医科）は 29,020 円で全国平均（29,050 円）、県平均（29,330 円）と同程度である。
同規模、全国と比較して、外来医療費が安く、入院医療費が高くなっている。年代別の一人あたり医療費（医科）はほとんどの年代において県平均と同程度または県より低い、男性の 50 歳代については、44,742 円で県（35,111 円）よりも 9,631 円高いという特徴がある。
- ▶ 一人あたり医療費（歯科）も年々増加しており、令和 4 年度は 2,390 円で県平均（2,320 円）と同程度である。
- ▶ 外来の受診率は 736.421%と県平均（726.788%）よりやや高く、同規模平均（707.258%）より高い水準である。

【図表 2】

■一人あたり医療費 (単位：円)

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
筑紫野市	16,260	12,760	2,390
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	17,270	11,790	2,160
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率 (単位：%)

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
筑紫野市	736.421	21.573	175.983
福岡県	726.788	21.570	166.386
同規模	707.258	19.119	164.095
全国	709.576	18.814	164.799

出典：KDB システム 地域の全体像の把握

■一人当たり外来医療費 (単位：円)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
筑紫野市	15,830	15,330	16,200	16,260
福岡県	15,270	14,790	15,920	16,380
同規模	16,220	15,940	16,930	17,270
全国	16,250	15,970	16,990	17,400

■一人当たり入院医療費 (単位：円)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
筑紫野市	12,460	11,780	12,340	12,760
福岡県	12,760	12,370	12,900	12,950
同規模	11,340	11,090	11,630	11,790
全国	11,220	10,990	11,480	11,650

出典：KDB システム 地域の全体像の把握

■一人当たり歯科医療費 (単位：円)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
筑紫野市	2,190	2,160	2,260	2,390
福岡県	2,100	2,080	2,260	2,320
同規模	2,010	1,990	2,100	2,160
全国	2,040	2,020	2,140	2,210

出典：KDB システム 地域の全体像の把握

■一人当たり医療費（医科）男性（一月当たり） (単位：円)

R4年度	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
筑紫野市	14,745	8,385	6,386	13,311	20,383	44,742	45,270	46,670
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一人当たり医療費（医科）女性（一月当たり） (単位：円)

R4年度	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
筑紫野市	12,206	6,948	8,841	14,941	23,236	25,149	30,567	34,574
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

出典：KDB システム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

(2) 疾病分類別の医療費 【図表3】【図表4】

- ▶ 疾病分類別医療費の割合は、新生物（17.8%）、循環器系疾患（12.2%）、精神（10.6%）の順に多い。県と比較すると新生物、精神、尿路性器、消化器の割合が高い。
- ▶ 1件あたりの入院医療費は、脳血管疾患（813,501円）、新生物（771,546円）、心疾患（740,406円）の順に高い。県内順位は、脳血管疾患（10位）、新生物（18位）、高血圧（18位）が高い。
- ▶ 1件あたり入院外医療費は腎不全（85,800円）、新生物（65,143円）が高い。県内順位は、脳血管疾患（16位）、高血圧（18位）、精神（18位）が高い。
- ▶ 高額医療費の疾患（80万円以上のレセプト）は、県と比較すると脳血管疾患の割合が多い。

【図表3】

■疾病分類別医療費の割合

R4年度	新生物	循環器	精神	内分泌	筋骨格	神経	尿路性器	呼吸器	消化器	その他
筑紫野市	17.8%	12.2%	10.6%	8.9%	8.0%	6.6%	5.9%	6.1%	6.6%	17.3%
福岡県	16.8%	12.8%	9.5%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	16.8%	13.6%	8.2%	9.0%	8.6%	6.4%	8.1%	5.8%	6.0%	17.5%
全国	16.9%	13.6%	7.9%	9.0%	8.8%	6.3%	8.0%	6.0%	6.1%	17.4%

出典：KDB システム 疾病別医療費分析(大分類)

【図表4】

■疾病統計（筑紫野市）

R4年度	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳血管疾患	心疾患	腎不全	精神	新生物	菌肉炎 菌周病
入院単価 (円/件)	694,346	713,145	660,276	813,501	740,406	642,183	509,510	771,546	358,370
県内順位 (60保険者)	23	18	21	10	34	49	48	18	24
入院外単価 (円/件)	34,781	28,683	24,026	33,998	39,989	85,800	29,008	65,143	13,594
県内順位 (60保険者)	20	18	41	16	25	31	18	24	32

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

R4年度	全体 総費用額 BB (*1)	80万円以上レセプト							
		80万円以上 総費用額B	割合% B/BB	脳		心		その他(がんも含む)	
				費用額d	割合% d/B	費用額e	割合% e/B	費用額f	割合% f/B
市	69億2577万円	17億5410万円	25.3	9930万円	5.7	3703万円	2.1	16億1776万円	92.2
県	3675億0569万円	968億5516万円	26.4	49億1884万円	5.1	30億3172万円	3.1	889億0460万円	91.8

出典:KDB システム帳票 厚労省様式 1-1 基準金額以上となるレセプト(80万円以上)

3.後発医薬品の使用割合 【図表5】

- 後発医薬品の使用割合は82.4%（令和4年度実績）であり、国の目標値80%を達成しており、国・県と比較してもやや高い状況となっている。

【図表5】

■後発医薬品の使用割合

R5年3月診療分	筑紫野市	福岡県	全国
使用割合	82.4%	82.2%	80.9%

出典:厚生労働省公表値

4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表6】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の22.9%（4,647人）いる。
- 重複服薬者が被保険者全体の0.4%（71人）、多剤処方（6剤以上）者が被保険者全体の13.5%（2,736人）いる。

【図表6】

■被保険者数（筑紫野市）

R4年5月	20,285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	22.9
	5日以上	2.1
	10日以上	0.4
3医療機関以上	1日以上	7.5
	5日以上	1.0
	10日以上	0.2

※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	0.4
	2以上	0.1
	3以上	0.0

※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	45.4
	2以上	38.3
	3以上	30.3
	4以上	23.4
	5以上	17.8
	6以上	13.5

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

5.特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表7】【図表8】

- 特定健診受診率は令和2年度に6.0%減少し28.3%になったが、その後は増加傾向で令和4年度は35.6%と県平均(35.1%)より高いものの国の目標値60%には及ばない。
- 特定健診の県との比較(性・年齢別)では、男性は全年齢層において県平均より高いが、女性の50歳代、65~74歳の受診率は県より低い。
- 令和4年度の特定保健指導の実施率は52.2%で県平均(41.4%)より高い。
- 特定保健指導の県との比較(性・年齢別)では、40歳代および55歳~59歳の男性の実施率が県平均より低い。女性については全年齢において県平均より高い。

【図表7】

■健診受診率

国の値は今後公表予定です

R4年度	対象者数	受診者数	受診率
筑紫野市	13,257人	4,724人	35.6%
福岡県	673,387人	236,321人	35.1%
全国			

R4年度	対象者数	実施者数	実施率
筑紫野市	586人	306人	52.2%
福岡県	26,359人	10,923人	41.4%
全国			

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

【図表 8】

R4年度	特定健診							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
市 男性	19.8%	18.7%	21.3%	24.5%	31.1%	42.0%	43.1%	35.1%
県 男性	17.7%	18.3%	20.0%	22.7%	28.5%	38.5%	41.6%	32.1%

R4年度	特定健診							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
市 女性	25.5%	23.9%	22.2%	26.3%	34.5%	40.3%	40.6%	36.2%
県 女性	22.8%	21.7%	24.4%	27.1%	34.4%	40.9%	42.1%	36.3%

R4年度	特定保健指導							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
市 男性	26.3%	14.8%	34.4%	20.0%	39.3%	60.9%	59.7%	47.5%
県 男性	30.5%	31.8%	30.7%	31.5%	35.3%	46.5%	43.5%	39.3%

R4年度	特定保健指導							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
市 女性	60.0%	42.9%	41.7%	45.5%	57.1%	69.4%	65.5%	61.9%
県 女性	31.4%	35.8%	35.3%	37.5%	39.5%	47.7%	43.4%	42.2%

出典：KDB システム帳票 健康スコアリング(健診)

(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表 9】【図表 10】

- 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、BMI (23.3%)、中性脂肪 (19.1%) は県平均と比較して少ないものの、空腹時血糖 (29.7%)、LDL コレステロール (55.9%)、non-HDL コレステロール (43.9%) は県平均と比較して高い割合となっている。
- 内臓脂肪症候群の該当者割合 (19.4%) を県と比較すると、県平均 (20.7%) よりやや低い。
- 生活習慣病リスク保有者の割合を性・年齢階級別に県と比較すると、LDL コレステロール、拡張期血圧、空腹時血糖についてほとんどすべての年齢階級で県平均より高い。

【図表 9】

■特定健診結果の状況（有所見率①）

R4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 (%)	筑紫野市	36.5	23.3	19.1	14.6	2.2	29.7	57.9	1.7
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.3	58.5	2.9
	全国	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.9	58.2	2.9

R4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 (%)	筑紫野市	8.1	45.3	22.5	55.9	43.9	1.3	21.2	19.4
	福岡県	8.2	46.5	18.7	50.7	3.5	1.4	21.8	20.7
	全国	6.6	48.3	20.8	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課題

■特定健診結果の状況（有所見率②）

R4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	36.5	23.3	19.1	14.6	2.2	29.7	57.9	1.7
	男性	58.0	29.7	26.2	21.8	4.3	37.9	60.6	2.0
	女性	19.7	18.4	13.7	8.9	0.6	23.2	55.8	1.4

R4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	8.1	45.3	22.5	55.9	43.9	1.3	21.2	19.4
	男性	15.4	50.6	27.7	51.1	40.2	2.6	24.6	
	女性	2.3	41.1	18.5	59.7	46.8	0.3	18.6	

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課題

【参考】特定健診における各項目の有所見基準について

項目	基準	項目	基準
腹囲	男性 \geq 85、女性 \geq 90	尿酸	血清尿酸 $>$ 7.0
BMI	BMI \geq 25	収縮期血圧	収縮期血圧 \geq 130
中性脂肪	中性脂肪 \geq 150	拡張期血圧	拡張期血圧 \geq 85
ALT(GPT)	ALT \geq 31	LDLコレステロール	LDL \geq 120
HDLコレステロール	HDL $<$ 40	nonHDLコレステロール	nonHDL \geq 150
空腹時血糖	空腹時血糖 \geq 100	血清クレアチニン	血清クレアチニン \geq 1.3
HbA1c	HbA1c \geq 5.6	eGFR	eGFR $<$ 60
随時血糖 (食後3.5時間以上)	随時血糖 \geq 100		

■性別・年齢階層別有所見者の状況

【LDL-コレステロール】

R4年度 LDL-コレステロール			40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
有所見率 (%)	男性	筑紫野市	61.4	62.4	61.8	54.6	59.2	49.8	47.1
		福岡県	55.2	54.7	55.0	51.4	48.3	45.1	41.4
	女性	筑紫野市	43.4	47.6	61.9	61.9	67.6	62.7	57.6
		福岡県	37.8	43.3	55.0	61.6	60.5	57.4	53.0

【拡張期血圧】

R4年度 拡張期血圧			40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
有所見率 (%)	男性	筑紫野市	22.9	24.7	33.3	37.0	40.8	31.5	22.6
		福岡県	19.3	25.9	29.9	31.4	29.7	25.2	19.6
	女性	筑紫野市	13.3	13.3	17.5	18.6	18.6	18.6	19.2
		福岡県	9.0	11.3	14.6	15.8	17.1	15.9	14.8

【空腹時血糖】

R4年度 空腹時血糖			40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
有所見率 (%)	男性	筑紫野市	14.5	24.7	29.4	24.1	38.5	38.5	42.9
		福岡県	15.9	19.9	25.4	30.7	35.7	37.2	38.3
	女性	筑紫野市	3.6	10.5	16.5	15.9	19.9	23.8	27.4
		福岡県	6.7	8.9	12.3	16.5	19.6	22.7	25.4

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 10】

■特定健診結果の状況（有所見率③）

R4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
自保険者 有所見率 (%)	男女計	94.8	0.3	1.2	1.5	2.3	92.4	3.9	2.6	0.7	0.4
	男性	91.9	0.4	1.9	2.5	3.3	90.2	4.5	3.7	1.1	0.6
	女性	97.1	0.1	0.6	0.7	1.5	94.1	3.4	1.8	0.5	0.2

R4年度		GOT	γ-GTP	心電図		眼底検査		血色素
				未実施・ 所見なし	所見あり	未実施	実施	
自保険者 有所見率 (%)	男女計	11.4	14.9	94.0	6.0	83.9	16.1	13.1
	男性	14.0	23.5	92.1	7.9	78.7	21.3	22.0
	女性	9.3	8.3	95.4	4.6	87.9	12.1	11.7

出典：KDB システム帳票 集計対象者一覧表

(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表 11】 【図表 12】 【図表 13】

- 喫煙率は 13.1%、県 14.2%と県よりやや低い。
- 毎日飲酒する人の割合が 24.2%、県 25.5%と県よりやや低い。ただし、一日の飲酒量は 1～2 合が 30.4%で県 25.0%より高く、一回の飲酒量が多い状況である。
- 生活習慣改善意欲は、改善意欲なしの男性が 29.9%（県 29.2%）、女性が 21.1%（県 21.6%）で県と同程度である。

【図表 11】

■ 喫煙

R4年度	筑紫野市			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	13.1	621	4,726	14.2	32,242	226,441	12.2	81,889	668,997	12.7	803,268	6,314,845
男性	23.0	475	2,067	24.7	24,174	97,957	21.2	61,166	288,287	21.9	596,282	2,718,664
女性	5.5	146	2,659	6.3	8,068	128,484	5.4	20,723	380,710	5.8	206,986	3,596,181

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 12】

■ 飲酒

R4年度		飲酒頻度			一日飲酒量			
		毎日	時々	飲まない	1合未満	1～2合	2～3合	3合以上
自保険者 有所見率 (%)	筑紫野市	24.2	28.1	47.7	57.9	30.4	9.7	2.0
	福岡県	25.5	23.6	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	24.0	21.7	54.3	67.0	22.4	8.4	2.2
	全国	24.6	22.3	53.1	65.6	23.1	8.8	2.5

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 13】

■ 生活習慣改善（改善意欲なし）

R4年度	筑紫野市			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	24.9	1,169	4,692	24.9	53,930	216,493	27.4	161,047	587,875	27.5	1,554,532	5,660,966
男性	29.9	613	2,052	29.2	27,392	93,840	31.3	79,407	253,308	31.6	770,316	2,441,502
女性	21.1	556	2,640	21.6	26,538	122,653	24.4	81,640	334,567	24.4	784,216	3,219,464

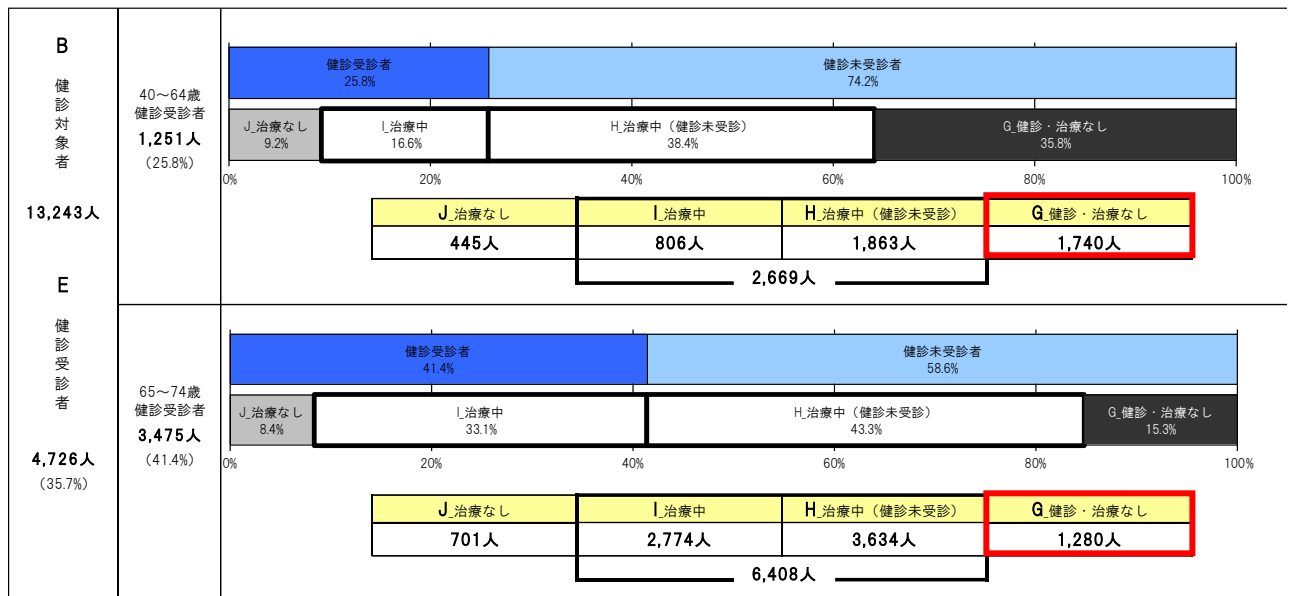
出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

6. レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

- 健診未受診かつ医療機関での治療のない人（健康状態不明者）が 3,020 人（22.8%）いる。
- 健診受診者と未受診者で生活習慣病にかかる治療費（月額）を比較すると、健診受診者は 4,125 円、健診未受診者は 41,486 円であり 37,361 円の差がある。
- 特定健診の結果、高血圧に該当する者のうち、未治療者が 59.6%いる。また、Ⅲ度高血圧者

のうち未治療者は72.5%である。

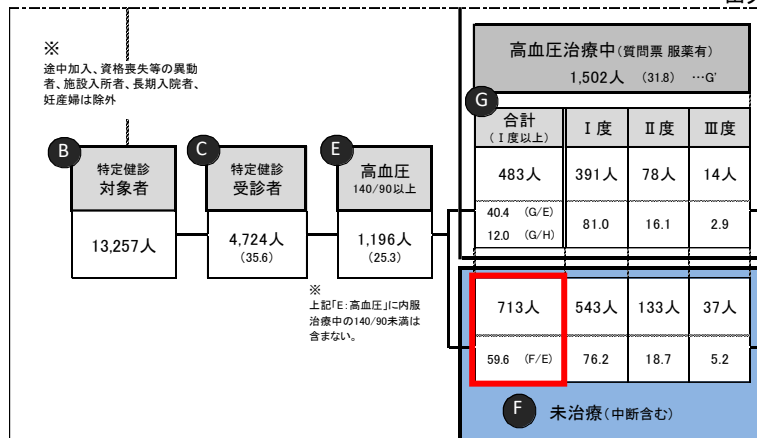
➤ 40～74歳の国民健康保険被保険者のうち、糖尿病の治療中断者は156人(1.1%)である。



出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 5-5(R4 年度)

健診対象者	健診受診者				健診未受診者				生活習慣病治療費の比較						
	受診者	受診率	治療なし	治療中	未受診者	未受診率	治療中	治療なし	健診受診者①	健診未受診者②	差額②-①				
人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	円	円	円				
13,243	4,726	35.7	1,146	24.2	3,580	75.8	8,517	64.3	5,497	64.5	3,020	35.5	4,125	41,486	37,361

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 5-2、5-3、5-5(R4 年度)



出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-3(R4 年度)

血圧					
Ⅲ度(重症) (180～/110～)					
未治療					
市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合
筑紫野市	51	1.1%	筑紫野市	37	72.5%
福岡県(組合除く)	2,088	0.9%	福岡県(組合除く)	1,465	70.2%

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-3(R4 年度)

7.介護費の分析 【図表 14】【図表 15】

- 要介護認定率は 16.9%で、県 (20.2%) よりも低く、また、1 件あたり介護給付費も 56,142 円であり、県 (59,152 円) より低い。
- 第 2 号被保険者の要介護認定率が 0.3%と県と同等であり、要介護者の有病状況を見ると、心臓病 (25.2%)、脳疾患 (24.8%) の順に多い。

【図表 14】

■介護認定の状況

(単位：%)

R4年度	筑紫野市	福岡県	同規模	全国
1号認定率	16.6	19.9	18.4	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 15】

■介護給付費の状況

R4年度	筑紫野市	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	56,142	59,152	60,207	59,662
総給付費(円)	6,220,175,852	407,127,115,803	986,888,262,898	10,074,274,226,869
総件数(件)	110,793	6,882,774	16,391,645	168,855,925

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■要介護（支援）者有病状況

R4年度	2号被保険者		1号被保険者		
	人	%	人	%	
認定者	98		4,425		
有病状況	糖尿病	14	12.4	1,048	22.7
	再掲)糖尿病合併症	4	4.2	146	3.2
	心臓病	28	25.2	2,788	61.7
	脳疾患	27	24.8	1,125	25.7
	がん	6	5.5	534	12.0
	精神疾患	17	18.9	1,755	39.3
	筋・骨疾患	22	20.3	2,386	52.7
	難病	2	3.2	207	4.5
	その他	28	27.4	2,835	62.9
合計	144	137.7	12,678	281.5	

出典：KDB システム帳票 要介護(支援)者有病状況

8.その他

- ▶ 令和3年度のがん検診受診率を県と比較すると、子宮頸がん検診の受診率（8.4%）が県（14.3%）より低く、その他のがん検診受診率は県と同程度もしくはやや高い（肺がん検診4.5%、胃がん検診7.4%、乳がん検診12.0%、大腸がん検診6.3%）。
国と比較すると、胃がん検診（7.4%）のみやや高いが、その他のがん検診受診率は低い。
令和3年度と令和4年度の市のがん検診受診率を比較すると、すべての項目において上昇している。
- ▶ 主な死因の割合はがんが61.4%を占め、県（55.7%）、同規模（50.8%）、国（50.6%）と比較して多い。
- ▶ 令和3年度から一体的実施事業に取り組んでおり、地域の課題に合わせて通いの場への支援と個別への支援の2方向から介入している。また、令和6年度からは新たに後期高齢者健診受診者に対する筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業が開始となる。

【がん検診の実施状況】

R4年度	肺がん	胃がん	子宮頸がん	乳がん	大腸がん
対象者数	42,346	26,626	33,277	21,960	42,346
受診者数	2,246	1,298	1,661	1,546	3,016
受診率	5.3%	7.7%	9.2%	13.1%	7.1%

■参考 R3年度

R3年度	肺がん	胃がん	子宮頸がん	乳がん	大腸がん
筑紫野市	4.5%	7.4%	8.4%	12.0%	6.3%
福岡県	3.8%	5.9%	14.3%	12.3%	4.8%
全国	6.0%	6.5%	15.4%	15.4%	7.0%

※胃がん・子宮がん・乳がん検診の受診率は、
「前年度の受診者数＋当該年度の受診者数－2年連続受診者数」/「当該年度の対象者数」×100で算出。

【参考】各種がん検診の受診率の算出上の対象年齢について、以下の年齢で算出。

- ・肺がん検診・乳がん検診・大腸がん検診：40歳～69歳
- ・胃がん検診：50歳～69歳
- ・子宮頸がん検診：20歳～69歳

■参考 主な死因

R4年度	筑紫野市	福岡県	同規模	全国
がん	61.4%	55.7%	50.8%	50.6%
心臓病	22.0%	22.9%	27.4%	27.5%
脳疾患	8.4%	12.7%	13.8%	13.8%
糖尿病	2.2%	2.1%	1.9%	1.9%
腎不全	3.8%	3.6%	3.6%	3.6%
自殺	2.2%	2.9%	2.6%	2.7%

出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

Ⅲ 計画全体

1.健康課題

- 疾病分類別医療費割合は、新生物、精神が県・国と比較して高い。
- 高額医療費には、脳血管疾患が多くを占める。
- 高血圧で要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、Ⅲ度高血圧の未治療者も多い。
- 一日の飲酒量が1～2合の人が30.4%と県25.0%より多い。
- 特に40歳代男性の特定健診受診率及び特定保健指導実施率が低い。また、50歳代男性の医療費は県と比較して約1万円高い。若い世代の健康意識や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く、1件あたり介護給付費も県平均より低い。前期高齢者において生活習慣病の重症化による要介護認定が課題である。
- 主な死因はがんが最も多く、6割を占める。また、がん検診の受診率は県よりやや高いものの、国と比較して低い。

2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値

(1) 中長期的目標

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規発症の減少
医療費の伸び率の減少

(2) 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。

計画全体の目標		評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	生活習慣病の早期発見・発症を予防する。	特定健診受診率(%)	特定健診法定報告における特定健診受診率で評価をする	35.6	45.0	60.0
		特定保健指導実施率(%)	特定健診法定報告における特定保健指導実施率で評価をする	52.2	56.5	60.0
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	特定健診法定報告における特定保健指導対象者の減少率で評価をする	20.7	22.5	25.0
ii	生活習慣病の重症化を予防する。	高血圧者の割合(%)	特定健康診査受診者で①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧 \geq 160mmHg	5.5 (262人/4,724人)	5.3	5.0

			②拡張期血圧 $\geq 100\text{mmHg}$			
		HbA1c8.0%以上の者の割合(%)	特定健康診査受診者で HbA1c の検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.4 (68人/4,714人)	1.2	1.0
iii	若年層から健康意識を高める。	基本健診の継続受診率(%)	前年度健診受診者のうち、当該年度継続受診した人の割合	32.0	33.0	34.0
iv	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間(要介護2以上)(年)	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 81.1 (女性) 85.5	(男性) ↗ (女性) ↗	(男性) ↗ (女性) ↗

3.保健事業一覧

- 特定健康診査事業
- 特定保健指導事業
- 生活習慣病重症化予防
- 糖尿病性腎症重症化予防
- 健康教育「自分に合った食事教室」
- 健康教育「運動習慣促進事業」
- 重複頻回受診対策
- 重複多剤投与者対策

IV 個別事業計画

1.特定健康診査

(1) 事業の目的

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

(2) 事業の概要

特定健康診査を実施する。

(3) 対象者

40-74 歳の被保険者

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	【中長期】内臓脂肪 症候群該当者割合 (%)	法定報告値	19.4	18.9	18.4	17.9	17.4	16.9	16.4
2	【短期】生活習慣改 善意欲がある人の割 合(%)	法定報告値	21.8	22.0	22.2	22.4	22.6	22.8	23.0

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定健康診査受診率 (全体) (%)	法定報告値	35.6	37.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
2	特定健康診査受診率 (40～50代) (%)	法定報告値	22.7	23.0	23.3	23.6	23.9	24.3	24.6
3	基本健診継続受診率 (16～39歳) (%)	マルチマー カー	32.0	32.3	32.6	33.0	33.3	33.6	34.0

(6) プロセス (方法)

周知		対象者には受診券と集団健診及び個別健診の案内を送付する。そのほかに、市の広報誌およびホームページでの周知や、個別の医療機関、薬局にパンフレットを配布・掲示する。
勧奨		必要性や勧奨効果を勘案して、対象者を選定し個別通知を行う。
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診、集団健診を実施。
	実施場所	集団健診：カミーリヤ、小学校、コミュニティセンター等 個別健診：市内の指定医療機関33か所
	時期・期間	集団健診：6月～2月 個別健診：6月～3月
	データ取得	・事業者健診等の健診受診者のデータ収集（商工会に依頼、人間ドックや職場健診を受けている市民に提供依頼の周知） ・医療情報収集事業の対象者への個別通知
	結果提供	集団健診：健診実施1か月後に健診結果を郵送、保健指導が必要な対象者には健診結果個別説明会の案内も郵送。

		個別健診：健診実施2～3週間後に健診結果を対面で返却・結果説明。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果個別説明会に参加した者や、参加できず電話で保健指導を実施した者には、次年度の継続的な健診受診の勧奨を実施。 ・医療情報収集事業の対象者への個別通知後、初めて対象となった者については、事業の主旨や内容について電話で説明を実施。

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康推進課及び国保年金課が連携して実施。(国保年金課は国保新規加入者への窓口における周知を実施)
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	個別健診を福岡県医師会に委託 特定健診の受診率向上に向けた周知啓発について、筑紫医師会及び筑紫薬剤師会に協力依頼
国民健康保険団体連合会	特定健康診査に関するデータ提供
民間事業者	集団健診を健診業者に委託
その他の組織	健康づくりサポーター(運動サポーター、食生活改善推進員)の養成講座や更新講習会で健診受診の必要性や受け方についての知識の普及啓発
他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診との同時実施 ・人間ドックで特定健診を受ける者への特定健診部分の費用負担
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診において、即日把握できるハイリスク者(収縮期血圧 \geq 160mmHg、拡張期血圧 \geq 100mmHg)は、会場内で保健指導及び受診勧奨を実施。

2. 特定保健指導

(1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。

(2) 事業の概要

特定保健指導を実施する。

(3) 対象者

特定保健指導基準該当者

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	【中長期】内臓脂肪 症候群該当者および 予備群割合(%)	法定報告値	32.3	31.5	30.0	28.5	27.0	25.5	18.5
2	特定保健指導による 特定保健指導対象者 の減少率(%)	法定報告値	20.7	21.0	21.5	22.5	23.5	24.5	25.0

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定保健指導実施率 (%)	法定報告値	52.2	53.5	55.0	56.5	58.0	59.5	60.0

(6) プロセス (方法)

周知		対象者には特定保健指導の場である健診結果個別説明会の案内チラシを送付する。そのほかに、市のホームページでの周知や、特定健診実施医療機関にチラシを配布する。
勧奨		集団健診会場、訪問、電話の際に初回面談の利用勧奨を行う。
実施および 実施後の支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診における特定保健指導対象者は、集団健診会場で初回面接の分割1回目を実施し、その後、健診結果が出た後に電話で初回面接2回目を行い、初回面接を完了する。 ・個別健診における特定保健指導対象者は、毎月20日締め、翌月5日頃健診結果が納品されるため、結果の処理後毎月10日前後に健診結果個別説明会の案内チラシを送付する。申込がない人に対しては訪問を行い、その場で初回面接を実施もしくは健診結果個別説明会を案内する。
	実施場所	カミーリヤ、コミュニティセンターで実施する。
	実施内容	対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 積極的支援対象者については、途中脱落を防ぐために面接、電話、手紙等による継続支援を実施する。

	時期・期間	<p>集団健診後の初回面接：翌年5月末までに実施</p> <p>個別健診後の初回面接：翌年6月末までに実施</p> <p>初回面接後の評価：翌年9月末までに実施</p>
	実施後のフォロー・継続支援	<p>特定保健指導の初回面接時にカミーリヤにあるトレーニング健康測定室を案内し、運動の継続を促す。</p>

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	<p>主に健康推進課で実施</p> <p>国保年金課とは会議等により実施状況を報告しながら連携を図っている</p>
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	<p>特定健診実施医療機関に対し、特定保健指導に関する協力依頼文書を作成し、配布する</p>
国民健康保険団体連合会	<p>特定保健指導に関する情報共有や、保健事業支援評価委員会において助言をもらう等連携を図る</p>
民間事業者	<p>集団健診委託業者に対し、集団健診会場における保健指導の対象者の選定を依頼する。また、特定健診受診者に健診結果を送付する際に健診結果個別説明会の案内チラシを同封する</p> <p>集団健診会場における特定保健指導初回面接分割実施1回目の民間委託を検討する</p>
その他の組織	<p>トレーニング健康測定室の委託業者と連携し、健診結果個別説明会において体成分測定や血管年齢測定、骨密度測定、そのほか健康測定会や健康セミナーと同日実施をすることで運動習慣の定着を図る</p>
他事業	<p>集団健診会場で特定保健指導の利用を促す</p>

3.生活習慣病重症化予防

(1) 事業の目的

高血圧症、糖尿病、腎機能の低下や LDL コレステロール高値に着目し、受診勧奨判定値を超えている者や、過去に治療歴がある治療中断者に対して受診勧奨及び保健指導を行い、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全等の重症化への移行を防止する。

(2) 事業の概要

血圧・血糖・腎機能・脂質のリスク保有者のうち、未受診および治療中断者に受診勧奨の通知や保健指導を行い、早期の受診を促す。

(3) 対象者

選定方法		健診受診者の結果及びレセプトを元に判定する。
選定基準	健診結果による判定基準	① 血圧：160/100mmHg（Ⅱ度）以上の未治療者 ② 血糖：HbA1c7.0%以上の未治療者 ③ 腎機能：尿蛋白（±）以上かつ eGFR60 mL/分/1.73m ² 未満のうち血糖・血圧・脂質の未治療者 ④ 脂質：上記①～③のいずれかに該当し、かつ LDL コレステロール 180 以上の未治療者
	レセプトによる判定基準	血圧・血糖・腎機能に関する治療薬を処方されていない者
	その他の判定基準	⑤ 医療情報収集事業やデータ授受対象者で上記①～④に該当する者 ⑥ 集団健診受診者で要精密に該当し紹介状の発行があった者（上記①～④の対象者を除く） ⑦ 糖尿病治療中断者

(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 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	Ⅱ度以上高血圧・HbA1c7.0%以上・腎機能フォロー対象者の医療機関受診率(%)	受診勧奨の6か月後のレセプトで受診ありの者の割合	38.1	40.0	42.0	45.0	48.0	50.0	50.0

(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 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	受診勧奨実施率(%)	選定した対象者のうち受診勧奨した人の割合	58.5	62.0	62.0	64.0	64.0	65.0	65.0

(6) プロセス（方法）

周知	対象者には、健診結果と併せて個別通知で周知する。そのほかに、市の広報誌およびホームページで周知する。
勧奨	対象者には受診勧奨と健診結果個別説明会の案内を通知。健診結果個別説明会・電話・訪問等で保健指導及び医療機関への受診勧奨を行う

	う。受診勧奨の6か月後にレセプトで受診状況を確認し、未受診の場合は再度受診勧奨する。
実施後の支援・評価	受診勧奨の6か月後に、レセプトで受診状況を確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診結果が出て2か月以内に電話、訪問、通知のアプローチを行うように留意する。

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	国保年金課と会議を行い、現状と課題の共有を行う。
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	特定健診実施医療機関に対し、保健指導に関する協力依頼文書を作成し、配布する。
かかりつけ医・専門医	特定健診実施医療機関を中心に訪問し、医療機関と市の実態や事業に関する現状・課題の共有を行い、事業の周知及び連携を図る。
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
民間事業者	集団健診委託事業者にて健診結果から対象者を抽出し、要精密者に通知・電話等で受診勧奨する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診において、即日把握できるハイリスク者(収縮期血圧 \geq 160mmHg、拡張期血圧 \geq 100mmHg)は、会場内で保健指導及び受診勧奨を実施。

4. 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 事業の目的

糖尿病重症化及び慢性腎不全や人工透析への移行を防止し、生活の質の確保と健康寿命の延伸、医療費適正化につなげる。

(2) 事業の概要

糖尿病性腎症病期分類第1期以上相当の者のうち、レセプトおよび服薬歴があるにも関わらず血糖値のコントロール不良者の生活習慣改善の保健指導を行う。

(3) 対象者

選定方法	特定健診受診者のうち、糖尿病(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上または糖尿病治療中または過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり)かつeGFR60mL/分/1.73m ² 未満または尿蛋白(±)以上の人を対象として、市で選定する。
選定基準	健診結果による判定基準 当該年度の健診でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつeGFR60mL/分/1.73m ² 未満または尿蛋白(±)以上

その他の判定基準	医師が必要と認めた者
除外基準	筑紫管外・非医師会医療機関を受診している者

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	受療率(%) (かかりつけ医への受診及び新規受診者を合わせた率)	対象者のうち医療機関を受診している人の割合	92.5	95.0	95.0	97.0	97.0	98.0	98.0
2	当該年度に医師の指示があった者で保健指導を実施した者のうち、検査値改善者の割合(%)	医師の指示に基づき保健指導を実施した者のうち、検査値が改善した者の割合	20.0	25.0	25.0	28.0	28.0	30.0	30.0
3	血糖コントロール不良者の割合 (HbA1c7.0%以上)の減少(%)	国保データベースシステム	5.1	4.9	4.9	4.7	4.7	4.5	4.5

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	保健指導実施率(%)	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	75.7 (56/74)人	78.4 (58/74)人	78.4 (58/74)人	80.0 (64/80)人	80.0 (64/80)人	85.0 (68/80)人	85.0 (68/80)人

(6) プロセス (方法)

周知	対象者には、健診結果個別説明会の案内と併せて周知する。
勧奨	対象者には通知・電話・訪問等で健診結果、健診結果個別説明会の案内を行う。
実施および実施後の支援	利用申込 保健指導を受ける希望者は電話、ハガキ、インターネットで申込をする。

	実施内容	保健師・管理栄養士が、電話や訪問、健診結果個別説明会等で健診結果及び生活習慣の改善の必要性等について説明。 併せて、医療機関への受診勧奨及び依頼書と連絡票を配付し、受診の際に持参するように伝える。医師より保健指導の依頼があった場合、医師の指示のもと保健指導を実施。
	時期・期間	6月～3月
	場所	訪問、市の公共施設
	実施後の評価	保健指導後3か月後に電話等を実施し、医療機関の受診結果、生活習慣や検査結果の改善状況を確認。
	実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果で対象となった場合は、電話や訪問でフォローする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診結果が出て2か月以内に電話、訪問、通知のアプローチを行うように留意する。	

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	国保年金課と会議を行い、現状と課題の共有を行う。
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	福岡県筑紫保健福祉環境事務所、筑紫医師会、筑紫歯科医師会、筑紫管内市と年に1回会議を行い、現状と課題の共有を行い、連携を図る。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からの指示書に基づき保健指導のうえ、保健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
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	事業への理解を得られる市内の医療機関・かかりつけ医を増やすことが実施率を上げるためには重要。

5.健康教育「自分に合った食事教室」

(1) 事業の目的

一般市民及び特定健診事後フォロー者を対象に食生活改善のための学習の機会をすることで、メタボリックシンドロームの予防や改善、生活習慣病の重症化予防に繋げる。

(2) 事業の概要

脂質、血糖、血圧に焦点を当てた食事教室を実施する。

(3) 対象者

市民及び国保被保険者については主に特定健診事後フォロー者

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	参加者のうち、野菜の摂取量を増やしたり減塩する等、具体的な生活習慣改善の意思を示した者の割合(%)	教室参加者にアンケート実施	93.0	93.0	94.0	95.0	98.0	98.0	98.0

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定健診事後フォロー対象者のうち、教室に参加した人数(人)	予約時に事後フォロー対象者か照会	3	5	7	9	11	13	15

(6) プロセス (方法)

特定健診事後フォロー対象者へ教室の予約が満杯になるまでの周知 (通知)

(7) ストラクチャー (体制)

市内医療機関栄養士との協議

6.健康教育「運動習慣促進事業」

(1) 事業の目的

メタボリックシンドロームの予防もしくは改善、生活習慣病重症化予防を目的として運動習慣につながる指導を行う。

(2) 事業の概要

カミーリア内トレーニング健康測定室において、生活習慣病重症化予防・改善のための運動継続支援を行う。

(3) 対象者

市民及び国保被保険者については主に特定健診事後フォロー者

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定保健指導対象者で保健指導からトレーニング健康測定室の利用につながった者のうち腹囲や体重の減少につながった者の割合(%)	評価の電話の際に確認⇒要フォローリストにて集計	8.3	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.5

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定健診事後フォロー対象者のうち、トレーニング健康測定室の無料お試し券を配付した人数(人)	要フォローリストにて確認	117	125	135	145	155	165	175

(6) プロセス (方法)

トレーニング健康測定室利用者の医療・健診等データ分析の評価検証の会議を実施

(7) ストラクチャー (体制)

健寿株式会社と事業内容について定期的に協議を実施

7. 重複頻回受診者対策

(1) 事業の目的

医療機関へ頻回、重複受診している被保険者に対して、保健師等が適正な受診のための指導や助言および健康状態に応じた生活指導等を行うことにより、当該被保険者の受診行動の改善、疾病の早期回復を支援し、医療費の適正化を図る。

(2) 事業の概要

以下の対象者に該当する者に対し、保健師等が適正な受診行動について指導を行う。

(3) 対象者

同一月内に同一の診療科に多数回の外来受診がある者（多受診）、同一月内に同一の疾病で重複の外来受診がある者（重複受診）

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	指導前後での医療費（医科）の減少率(%)	訪問健康相談事業に係る市町村別事業評価一覧で評価	△9.9	△10.0	△10.5	△11.0	△11.5	△12.0	△12.5
2	指導前後での受診日数の減少(日)	訪問健康相談事業に係る市町村別事業評価一覧で評価	△2.03	△2.05	△2.1	△2.1	△2.2	△2.2	△2.3

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	訪問実施率(%)	訪問健康相談事業に係る市町村別事業評価一覧で評価	100	100	100	100	100	100	100

(6) プロセス（方法）

訪問対象候補者の抽出
訪問対象者リストの作成
訪問対象者の決定作業
訪問指導の実施

(7) ストラクチャー（体制）

国保連合会との契約により民間業者に委託して実施する
市直営での実施について検討する

8.重複・多剤投与者対策

(1) 事業の目的

重複・多剤投与者に対して、保健師等が適正な受診のための指導や助言および健康状態に応じた生活指導等を行うことにより、当該被保険者の受診行動の改善、疾病の早期回復を支援し、医療費の適正化を図る。

(2) 事業の概要

以下の対象者に該当する者に対し、保健師等が適正な受診行動について指導を行う。

(3) 対象者

同一月内に異なる医療機関にて同一薬効の薬剤処方を受けている者（重複投与）、同一月内に処方薬効数が多い者（多剤投与）

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	指導前後での医療費（調剤）の変化	訪問健康相談事業に係る市町村別事業評価一覧で評価	+38,348円	+25,000円	+10,000円	維持	△1,000円	△2,000円	△3,000円

(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 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	訪問実施率(%)	訪問健康相談事業に係る市町村別事業評価一覧で評価	100	100	100	100	100	100	100

(6) プロセス（方法）

訪問対象候補者の抽出
 訪問対象者リストの作成
 訪問対象者の決定作業

訪問指導の実施

(7) ストラクチャー（体制）

国保連合会との契約により民間業者に委託して実施する
市直営での実施について検討する

V その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

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

計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関および後期高齢者医療広域連合と連携を図る。

2. データヘルス計画の公表・周知

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

3. 個人情報の取扱い

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る。

4. 地域包括ケアに係る取組

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の直面する課題等についての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。

地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。

第Ⅱ編 第4期特定健康診査等実施計画

I 基本的事項

1. 背景・現状等

(1) 背景

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化等、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)に基づき、保険者(高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。)は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされた。

(2) 現状

データヘルス計画Ⅱ健康・医療情報等の分析と課題を参照。

2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

(1) 特定健康診査の基本的考え方

①国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできる。また、その結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

②特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

(2) 特定保健指導の基本的考え方

- ①特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。
- ②第4期からは、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入された。こうした特定保健指導の実施率を向上させていくことで、成果を重視した保健指導をより多くの者が享受できるようにしていくべきである。

3. 達成しようとする目標

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査 の実施率(%)	37.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定保健指導 の実施率(%)	53.5	55.0	56.5	58.0	59.5	60.0
メタボ該当者 および予備群 の割合(%)	31.5	30.0	28.5	27.0	25.5	18.5

4. 特定健康診査等の対象者数

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数(人)	13,000	12,800	12,600	12,400	12,200	12,000
【特定健康診査】 目標とする 実施者数(人)	4,810	5,120	5,670	6,200	6,710	7,200
【特定保健指導】 対象者数(人)	596	635	703	769	832	893
【特定保健指導】 目標とする 対象者数(人)	319	349	397	446	495	536

II 特定健康診査

1. 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者

40歳～74歳の被保険者

(2) 実施場所

<集団健診> カミーリヤ、小学校、コミュニティセンター、文化会館等

<個別健診> 市内の指定医療機関33か所

(3) 法定の実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）」の第1条に定められた項目とする。

①基本的な健診項目

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

②医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目

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

（４）保険者独自の実施項目

腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出した eGFR）、血清尿酸を追加検査項目として全員に実施する。

（５）実施時期又は期間

<集団健診> 6月～2月

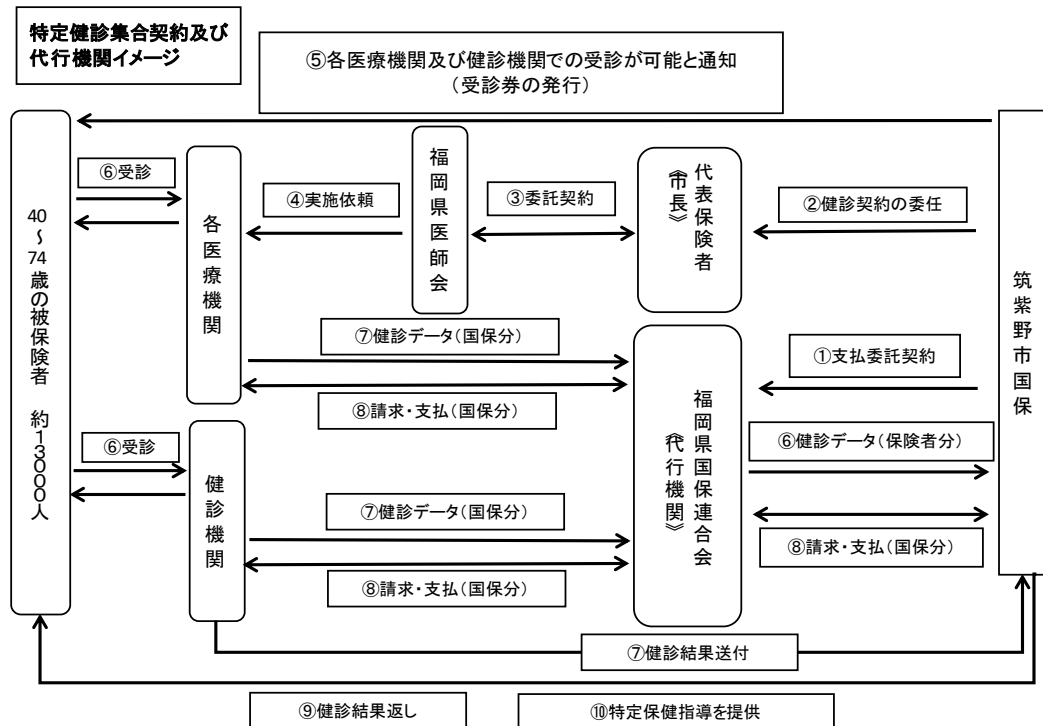
<個別健診> 6月～3月

(6) 外部委託の方法

①外部委託の有無

個別健診を福岡県医師会および市内・近隣非医師会医療機関に委託

②外部委託の実施形態



(7) 周知や案内の方法

対象者には受診券及び集団健診や個別健診の案内（健診内容、申込方法、受診の流れ、健診日程や健診機関の連絡先等）を送付する。その他、市の広報誌およびホームページでの周知や、市内公共施設（市役所やコミュニティセンター等）に健診案内のパンフレットを配布し、周知する。また、特定健診実施医療機関に健診案内ポスターを掲示する。

(8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

①労働安全衛生法に基づく事業者健診データの収集

事業者健診の項目は、特定健康診査の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健康診査の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には、結果表の写しの提出を依頼する。また、商工会にデータ提供の依頼を行う。

②診療における検査データの活用

本人同意のもとで保険者が診療所における検査結果の提供を受け、特定健康診査の結果データとして活用する場合は、以下のとおりとする。

ア 保険者が受領する診療における検査結果は、特定健康診査の基本健診項目（医師の総合判断を含む）を全て満たす検査結果であること。

イ 特定健康診査の基本健診項目は基本的に同一日に全てを実施することが想定されるが、検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3か月以内とする。

ウ 特定健康診査の実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断を実施した日付とする。

(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等）

<集団健診> 健診実施1か月後に健診結果を郵送

<個別健診> 健診実施2～3週間後に受診医療機関にて健診結果を対面で返却・結果説明

III 特定保健指導

1. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

特定保健指導基準該当者

①対象者の階層

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象	
			40～64歳	65～74歳
≧85cm (男性) ≧90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI ≧ 2.5	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし	/	

(2) 実施場所

健診結果個別説明会や、集団健診会場で初回面接の分割実施1回目を実施できた人に対しては電話による保健指導を実施。そのほか、訪問による保健指導も行う。

(3) 実施内容

1) 動機付け支援

【集団健診受診者の場合】

時系列	すること	備考
① 集団健診受診時	集団健診会場で初回面接①を実施	
② 健診結果受領～ 健診受診 3 か月	電話にて初回面接②を実施	初回面接が完了 電話で不在の場合は訪問を行う
③ 初回面接 3 か月後以降	評価の電話を行う	不在の場合は最低 2 回電話をする

【個別健診受診者・集団健診会場で面接できなかった場合】

時系列	すること	備考
① 健診結果受領後	訪問や説明会等対面で初回面接を行う	
② 初回面接 3 か月後以降	評価の電話を行う	不在の場合は最低 2 回電話をする

2) 積極的支援

積極的支援対象者については、1)動機付け支援対象者の時系列①の後、継続支援を行う。

(4) 実施時期又は期間

集団健診受診者・個別健診受診者ともに当該年度 7 月から翌年度 6 月まで初回面接を実施する。

最終評価を翌年度 9 月末までに完了する。

(5) 外部委託の方法

①外部委託の有無

特定保健指導について、現在、直営で実施しているが、今後集団健診の契約更新時に集団健診会場における初回面接の分割実施について集団健診委託業者への委託を検討していく。

(6) 周知や案内の方法

健診結果個別説明会についてホームページでの周知や、医療機関にチラシを配布する。また、集団健診において特定健診を受診した人全員に対し結果の返却時に健診結果個別説明会の案内チラシを配布している。さらに、集団健診・個別健診の結果、特定保健指導の基準に該当した人に対し、個別に健診結果個別説明会の案内通知を送付している。

集団健診会場や電話フォローの際に初回面接の場である健診結果個別説明会の利用勧奨を行う。

IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項【スケジュール等】

1. 年間スケジュール

(1) 年度当初

受診券の発券および案内の発送等（健診については年度初めに一括で受診券を発行し、案内を送付している。また、年度途中の加入者に対しては毎月受診券を発行し、案内を送付している。特定保健指導については年間を通して結果を受領し、対象者を選定次第随時案内を送付している）

(2) 年度の前半

前年度の実施結果の検証や評価。

翌年度の事業計画の検討（必要に応じた実施計画の見直し）

(3) 年度の後半

評価結果や事業計画を受け、次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）、予算組み等。（集合契約への継続参加・不参加の判断等）

2. 月間スケジュール

【特定健診スケジュール】

	時期	すること
①	毎月上旬	国保連合会より請求書が来るため、委託料の支払い処理を行う。
②	毎月 20 日ごろ	国保加入者を抽出し、特定健診受診券の発送準備を行う。
③	毎月月末	②で準備した受診券を発送する。

【特定保健指導スケジュール】

	時期	すること
①	・ 集団健診の約 1 か月後 ・ 個別健診：毎月 5 日ごろ	集団健診委託業者、個別健診委託業者より健診結果を受領し、健康管理システム（健康かるて）およびマルチマーカーへ健診結果を投入し、処理を行い、特定保健指導対象者を選定する。
②	健診結果処理後	①で選定した対象者に健診結果個別説明会や利用案内通知を送付する。
③	通知送付 10 日後から	通知送付後、健診結果個別説明会の予約が入らなかった人に対し訪問や電話を行い、健診結果個別説明会の案内や保健指導の利用を促す。また、訪問や電話の際に初回面接が実施できる場合は、その場で面接を行う。

V 個人情報の保護

1. 記録の保存方法

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る。

2. 保存体制、外部委託の有無

特定健診結果については、健康管理システム（健康かるて）およびマルチマーカ―に結果を投入し、管理する。

特定保健指導のデータについては、マルチマーカ―に投入した結果より、エクセルファイルで要フォローリストを作成し、保健指導の利用勧奨結果を随時入力することで管理する。また、特定保健指導実施者については、記録を作成し、紙媒体でも保管する。

VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知

1. 特定健康診査等実施計画の公表方法

本計画については、ホームページを通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体等地域の関係機関にも周知を図る。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

- ・対象者には年度初めに受診券と集団健診及び個別健診の案内を送付
- ・市の広報誌およびホームページでの周知、健診に関するパンフレットを市役所及びコミュニティセンター等に設置
- ・特定健診を委託する個別の医療機関へ、健診実施機関のポスター掲示及び対象者への受診勧奨依頼
- ・市内薬局へ健診受診勧奨のミニ幟設置
- ・必要性や勧奨効果を勘案して対象者を選定し、個別の受診勧奨を通知
- ・国保新規加入者及び国保の窓口を訪れた対象者への受診勧奨

VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

1. 特定健康診査等実施計画の評価方法

- (1) 特定健康診査の実施率
- (2) 特定保健指導の実施率
- (3) 特定保健指導対象者の減少率

2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

計画で設定した評価方法に基づき、年度ごと、進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関と連携を図る。