

小郡市国民健康保険  
第3期 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

小郡市国民健康保険事業  
マスコットキャラクター  
カモン君



令和6年3月

小郡市国民健康保険

第1編 第3期データヘルス計画 .....	4
I 基本的事項 .....	4
1.背景と目的	
2.計画の位置づけ	
3.計画期間	
4.実施体制・関係者連携	
5.基本情報	
6.現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析 .....	8
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等	
2.医療費の分析	
3.後発医薬品の使用割合	
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合	
5.特定健康診査・特定保健指導の分析	
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	
7.介護費の分析	
8.その他	
III 計画全体 .....	2 1
IV 個別事業計画 .....	2 4
1.特定健康診査受診率向上事業	
2.特定保健指導事業	
3.重症化予防事業	
4.糖尿病性腎症重症化予防事業	
5.若年者健診・保健指導事業	
6.訪問健康相談事業	
7.ジェネリック医薬品の普及促進事業	
8.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（はつらつ長寿プロジェクト）	
9.その他の事業（ポピュレーションアプローチ）	
V その他 .....	4 4
1.データヘルス計画の評価・見直し	
2.データヘルス計画の公表・周知	
3.個人情報の取扱い	
4.地域包括ケアに係る取組	

第2編 第4期特定健康診査等実施計画.....	4 5
I 基本的事項.....	4 5
1. 背景・現状等	
2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方	
3. 達成しようとする目標	
4. 特定健康診査等の対象者数	
II 特定健康診査.....	4 6
1. 特定健康診査の実施方法	
III 特定保健指導.....	5 0
1. 特定保健指導の実施方法	
IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項.....	5 2
1. 年間スケジュール	
V 個人情報の保護.....	5 3
1. 記録の保存方法	
2. 保存体制、外部委託の有無	
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	5 3
1. 特定健康診査等実施計画の公表方法	
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し.....	5 3
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法	
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	

# 第1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28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「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。

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。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。

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

今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。

### 2. 計画の位置づけ

小郡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などと協創して健康課題の解決に努める。

なお、小郡市国民健康保険第3期データヘルス計画は、保健事業の中核をなす「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「第4期特定健康診査等実施計画」を包含し、健康増進計画、高齢者福祉計画・介護保険事業計画との調和を図っている。

また、福岡県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。

### 3. 計画期間

令和6年度から令和11年度まで

### 4. 実施体制・関係者連携

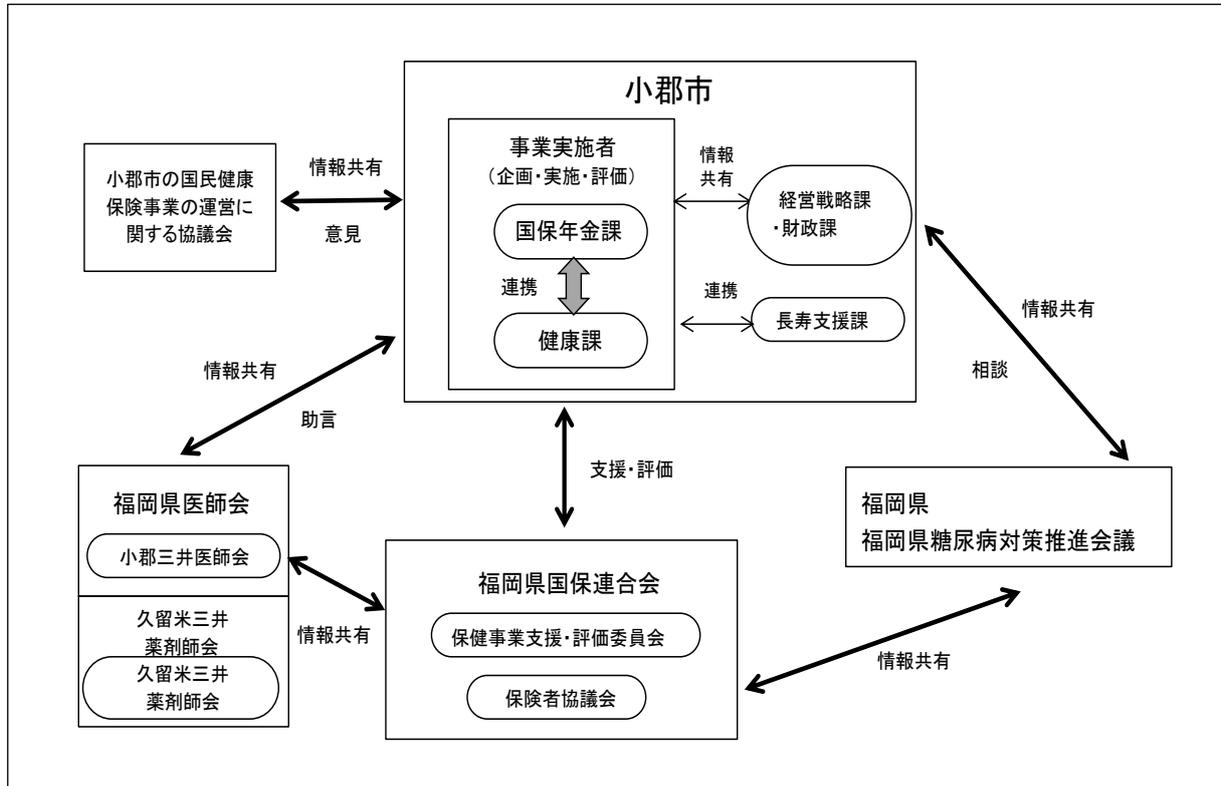
#### (1) 庁内組織

本計画の策定及び保健事業の運営においては、国保年金課と健康課が主体となって進める。必要に応じて関係部署と連携を図り、協力して実施する。

## (2) 地域の関係機関

本計画の策定及び保健事業の運営においては、地域の関係機関として、地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会、その他地域の関係団体との連携により進める。

【図表1】小郡市の実施体制図



## 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)	59,605		28,253		31,352	
国保加入者数 (人)	合計	10,652	100%	4,982	100%	5,670	100%
	0~39歳 (人)	2,744	26%	1,390	28%	1,354	24%
	40~64歳 (人)	3,009	28%	1,427	29%	1,582	28%
	65~74歳 (人)	4,899	46%	2,165	43%	2,734	48%
	平均年齢 (歳)	53		52		54	

		平成 29 年度	令和 2 年度	令和 5 年度
	人口（人）	59,257	59,578	59,605
	うち 65 歳以上	15,467	16,316	16,861
高齢化率		26.1%	27.4%	28.3%
被保険者数（人）		12,423	11,410	10,828
構成割合	39 歳以下	25.4%	23.4%	26.1%
	40 歳～64 歳	29.5%	29.1%	28.7%
	65 歳～74 歳	45.1%	47.6%	45.2%
加入率		21.5%	19.7%	18.4%
被保険者平均年齢（歳）		53.0	54.1	53.1

市民課(作成年月:各年度 4 月)

KDB 地域の全体像の把握(作成年月:各年度 10 月)

KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(作成年月:各年度 10 月)

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	小郡三井医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、小郡三井歯科医師会、久留米三井薬剤師会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	前期高齢者のデータ連携、及び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

平成 29 年度と令和 2 年度、令和 2 年度と令和 5 年度の被保険者数を比較すると、それぞれ 8.2%、5.1%の割合で減少しており、年々減少傾向にある。

#### ②年齢別被保険者構成割合

39 歳以下が 25.8%、40-64 歳が 28.2%、65-74 歳が 46.0%であり、県平均よりも 64 歳以下の割合が低く、65-74 歳の割合が高い。(令和 4 年度)

③その他

20歳代の被保険者の流出入が多く、1年間に約1/4が入れ替わる。流出入者のうち外国人の割合が4割を占める。

一方で、市全体の高齢化率は28.3%（令和5年度）に対し、被保険者では三国、御原地区の65歳以上の割合が順に54.1%、50.3%を占める。

④前期計画等に係る考察 【図表2】

	課題を解決するための 成果目標	経過							改善状況 ※1	達成 状況 ※2	目標値 R5	データ元	
		H28 (策定時)	H29	H30	R1	R2	R3	R4					
短期 目標	特定健診受診率の向上	35.5%	36.0%	37.3%	38.8%	33.7%	39.6%	39.2%	↗	B	60%	法定報告	
	特定保健指導の実施率の向上	64.5%	55.2%	56.2%	62.6%	34.2%	50.3%	61.7%	↘	C	65%		
	高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上（収縮期血圧160または拡張期血圧100以上）の割合	3.6%	4.2%	3.7%	4.3%	6.5%	6.2%	5.8%	↘	D	2.5%	保健事業 等評価・ 分析シス テム	
	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c6.5以上の割合	7.4%	8.0%	8.9%	8.7%	9.2%	9.5%	8.8%	↘	D	4.5%		
	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合（治療中の者）	30.6%	38.6%	23.9%	19.8%	18.8%	25.4%	28.3%	↗	B	19.8%		
	脂質異常の者の割合の減少	3.8%	3.2%	4.3%	4.1%	5.2%	5.5%	3.8%	→	C	3.0%		
	LDLコレステロール180以上の割合の減少												
健診受診者の糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少				0.30%	0.30%	0.80%	0.90%	↘	D	R1年度より減少			
中長期 目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、 慢性腎不全（人工透析）の入院 減少 （千人あたりの入院レセプト件数の 減少）	脳血管疾患	7.14	8.07	7.47	4.33	7.4	8.04	4.8	↗	A	減少	データヘ ルス計画 参考資料
		虚血性心疾患	7.36	8.35	7.53	8.54	5.78	4.25	5.23	↗	A	減少	
	慢性腎不全（人工透析）	28.99 (19.58)	28.28 (18.70)	27.49 (19.51)	27.36 (18.36)	26.58 (18.26)	38.98 (23.39)	44.34 (24.66)	↘	D	減少		
	100万円以上高額レセプトの件 数	494件	455件	502件	454件	442件	521件	480件	↗	B	減少		
	及び費用額の減少	費用額	7億5,327万円	7億3,261万円	8億1,423万円	7億4,815万円	7億3,053万円	8億4,404万円	8億6,588万円	↘	D	減少	

※1 改善状況：H28からR4が改善しているものは↗、悪化しているものは↘を記載。

※2 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標を達成していないが、H28からR4の改善率が5%以上改善した指標）、C（H28からR4の改善率が5%未満である指標）、D（H28からR1の改善率が5%以上悪化した指標）

	課題を解決するための 成果目標	考察	
短期 目標	特定健診受診率の向上	平成28年度より増加傾向にあるが、目標値である60%には満たしていない。受診率向上のために、健診場所の選択肢を増やす、3年連続受診者の受診料無料、AIを利用した対象者毎の受診勧奨を実施する等、様々な取り組みを行ってきた。今後も対象者毎の効果的な受診勧奨を実施し、医療機関との連携を強化する等、受診率向上を目指す。	
	特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導実施率は令和2年度から4年度にかけて増加しており、60%以上となっているが、目標値であった65%には達成していない。特定保健指導実施率をあげる工夫として、訪問や分割等を設け保健指導をうける機会を増やしてきた。今後、実施率を向上させ、次年度の特定保健指導対象者数の減少につなげる。	
	高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上（収縮期血圧160または拡張期血圧100以上）の割合	高血圧・血糖コントロール不良者・脂質異常症、糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合をそれぞれみると目標値には達成しておらず、令和4年度割合は目標値から大きな乖離がある。目標値の再設定をし、生活習慣病予防・重症化予防にむけた取り組みを継続する。	
	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c6.5以上の割合		
	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0以上の割合（未治療中の者）		
	脂質異常の者の割合の減少		
	LDLコレステロール180以上の割合の減少		
健診受診者の糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少			
中長期 目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、 慢性腎不全（人工透析）の入院 減少 （千人あたりの入院レセプト件数の 減少）	脳血管疾患	重症化の指標である脳血管疾患、虚血性心疾患の入院は減少しており、目標達成をしている。慢性腎不全（人工透析）については増加がみられる。総医療費に占める入院医療費の割合の減少を引き続き目標とし、予防可能な生活習慣病重症化の医療費の削減を目指します。
		虚血性心疾患	
		慢性腎不全（人工透析）	
	100万円以上高額レセプトの件 数 及び費用額の減少	件数 費用額	100万円以上の高額レセプトの件数は減少しているが、費用額は増加している。これは、1件あたりの費用額が増加したといえる。引き続き、高額となる費用額を分析し、高額レセプトの削減をしていく。

## II 健康・医療情報等の分析

### 1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等

- 平均寿命は、男性 81.2 歳、女性 87.8 歳。男女とも県平均より 0.5~0.6 歳高い。(令和 4 年度)
- 平均自立期間は、男性 82.5 歳、女性 86.5 歳。男女とも県平均より 2 歳以上高い。(令和 4 年度)

【図表3】

#### ■男性

R4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(歳)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
小都市	81.2	82.5	80.8	94.2
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.7	80.1	78.8	100.3
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(歳)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
小都市	87.8	86.5	82.8	88.2
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.0	84.4	81.7	101.2
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)

- 加入者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 28,891 円で全国平均(29,028 円)、県平均(29,312 円)よりも高い水準である。特に男性の 40 歳代における一人あたり医療費(医科)については、県平均よりも高いという特徴がある。
- 一人あたり医療費(歯科)も増加傾向にあるが、令和 4 年度は 2,140 円で全国平均(2,210 円)、県平均(2,320 円)よりも低い水準である。
- 外来の受診率は 721.1%と同規模平均(719.9%)よりも高い水準である。

【図表4】

■一人当たり医療費 (単位:円)

R4 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
小郡市	15,890	13,010	2,140
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	17,620	11,980	2,170
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率

R4 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
小郡市	721.1‰	21.0‰	155.8‰
福岡県	726.8‰	21.6‰	166.4‰
同規模	719.9‰	19.6‰	163.8‰
全国	709.6‰	18.8‰	164.8‰

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■一人当たり医療費(医科)男性

(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
小郡市	24,026	5,060	4,743	17,090	37,224	38,895	38,747	45,828
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

(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
小郡市	13,690	6,106	7,004	20,448	22,049	2,7132	30,169	34,736
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 医療費分析の経年比較

## (2) 疾病分類別の医療費

- 疾病分類別医療費の割合は、新生物 (15.3%)、循環器系疾患 (13.5%)、精神 (12.0%) の順に多い。県と比較すると循環器系疾患、精神の割合が高い。
- 1件あたりの入院医療費は、腎不全 (869,400 円)、高血圧症 (697,431 円)、心疾患 (689,235 円) の順に高い。県内順位は、精神 (13 位)、腎不全 (14 位)、脂質異常症 (17 位) が高い
- 1件あたり入院外医療費は腎不全 (80,282 円)、新生物 (52,736 円) で高い。県と比較すると心疾患 (6 位)、脂質異常症 (13 位) が高い。近年、心疾患、脂質異常症の医療費が上昇する傾向にある。
- 高額医療費の疾患は、疾患毎の費用額は減少しているが、全体の費用額が増加している。依然としてがんが占める割合が高い。

【図表5】

## ■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
小郡市	15.3%	13.5%	12.0%	8.7%	9.1%	7.6%	5.1%	6.6%	5.6%	16.6%
福岡県	16.8%	12.8%	9.5%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	17.1%	13.9%	8.1%	9.4%	8.8%	6.3%	7.8%	5.7%	6.0%	16.9%
全国	16.9%	13.6%	7.9%	9.0%	8.8%	6.3%	8.0%	6.0%	6.1%	17.4%

出典：KDB システム 疾病別医療費分析(大分類)

【図表6】

## ■疾病統計(小郡市)

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	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	641,951 円	697,431 円	671,984 円	666,951 円	689,235 円	869,400 円	560,066 円	675,510 円	328,395 円
県内順位 (60 保険者)	44 位	25 位	17 位	47 位	46 位	14 位	13 位	54 位	27 位
入院外単価 (円/件)	31,279 円	26,300 円	26,184 円	30,388 円	46,559 円	80,282 円	27,844 円	52,736 円	13,563 円
県内順位 (60 保険者)	51 位	46 位	46 位	33 位	6 位	36 位	28 位	56 位	33 位

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表7】

## ■厚生労働省様式1-1 高額になる疾患(80万円レセプト)

		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	腎不全	その他
H28年度	人数	394人	32人 8.1%	24人 6.1%	134人 34.0%	-	237人 60.2%
	件数	714件	61件 8.5%	29件 4.1%	231件 32.4%	-	393件 55.0%
	費用額	9億4,828万円	7,581万円 8.0%	3,873万円 4.1%	3億749万円 32.4%	-	5億2,625万円 55.5%
R1年度	人数	391人	23人 5.9%	31人 7.9%	123人 31.5%	-	242人 61.9%
	件数	663件	41件 6.2%	37件 5.6%	204件 30.8%	-	381件 57.5%
	費用額	9億3,336万円	6,074万円 6.5%	5,492万円 5.9%	2億7,012万円 28.9%	-	5億4,758万円 58.7%
R4年度	人数	425人	20人 4.7%	20人 4.7%	50人 11.8%	7人 1.6%	344人 80.9%
	件数	732件	30件 4.1%	22件 3.0%	74件 10.1%	8件 1.1%	598件 81.7%
	費用額	10億9205万円	3969万円 3.6%	3219万円 2.9%	9842万円 9.0%	1162万円 1.1%	9億1013万円 83.3%

※最大医療資源傷病名(主病名)で計上

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

【図表8】 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

	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位 県内	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									
国	8,841,325,383,260	29,043	--	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	1,663,915,741,140	18.82%	16.77%	7.88%	8.71%	
県	R4年度 367,505,688,740	29,326	--	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	61,842,724,160	16.83%	16.72%	9.43%	8.98%	
小郡市		3,927,195,850	28,896	50位	2.23%	0.26%	1.63%	1.47%	4.86%	3.03%	2.55%	629,549,990	16.03%	14.80%	11.56%	8.74%
	R3年度	4,001,518,950	29,548	39位	2.25%	0.18%	3.04%	1.44%	5.32%	3.33%	2.75%	732,600,710	18.31%	15.29%	11.82%	8.30%
	R2年度	3,828,327,110	27,874	42位	1.92%	0.07%	2.79%	1.81%	5.22%	3.46%	2.81%	692,066,860	18.08%	14.58%	13.04%	8.18%
	R1年度	3,994,222,060	28,459	41位	1.74%	0.12%	1.71%	2.01%	5.01%	3.42%	2.80%	671,876,600	16.82%	15.77%	12.22%	8.15%
	H30年度	4,128,926,720	28,553	35位	1.84%	0.21%	2.86%	1.60%	4.81%	3.66%	2.81%	734,763,930	17.80%	16.14%	11.71%	7.73%
	H28年度	-	28,083	23位	1.94%	0.23%	2.75%	1.63%	4.66%	4.80%	2.97%	8億597万円	18.98%	15.86%	14.35%	7.68%

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

### 3. 後発医薬品の使用割合

- 後発医薬品の使用割合は 84.4% (令和 4 年度実績)。国の目標値 80% より高い。

【図表9】

#### ■ 後発医薬品の使用割合

R4 年 9 月診療分	小郡市	福岡県	全国
使用割合	84.4%	81.4%	79.9%

出典: 厚生労働省公表値(令和 5 年 5 月 10 日)

### 4. 重複・頻回受診、重複服薬者割合

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の 22.1% (2,558 人) いる。
- 重複服薬受診者が被保険者全体の 0.3% (38 人) いる。
- 多剤処方受診者が被保険者全体の 45.2% (5,236 人) いる。

【図表10】

#### ■ 被保険者数(小郡市)

R4 年 5 月	11,577 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	22.1
	5日以上	1.9
	10日以上	0.4
3医療機関以上	1日以上	7.0
	5日以上	0.9
	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(又は薬効数)(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	0.3
	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(又は処方薬効数)(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	45.2
	2以上	38.3
	3以上	30.3
	4以上	23.9
	5以上	18.6
	6以上	14.0

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

- 令和4年度の特定健診の受診率は39.2%であり、平成30年度と比較すると高い傾向にあるが、国の目標値である60%には及ばない。
- 特定健診の性・年齢別受診率割合では、男女ともに全年齢で県より高いが、男性の受診率が女性の受診率と比べて低い傾向にある。
- 特定保健指導の実施率は令和2年度より増加傾向にあり、既に国の目標値である60%に達している。小郡市の令和3年度女性(51.6%)では県平均(38.8%)と比較して高いといえる。
- 特定保健指導の性・年齢別の実施率割合では、男女ともに50歳未満の実施率が県より低くなっている。

【図表11】

## ■ 特定健診受診率・特定保健指導実施率、内臓脂肪症候群該当者の減少率

	H30	R1	R2	R3	R4
特定健診受診率	37.3%	38.8%	33.7%	39.6%	39.2%
特定保健指導実施率	56.2%	62.6%	34.2%	50.3%	61.7%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）	23.1%	23.6%	19.2%	29.1%	18.4%
内臓脂肪症候群該当者の減少率	20.1%	20.2%	18.4%	25.2%	18.4%

出典：法定報告値

【図表12】

## ■ 性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合

R3年度		男性							
年齢		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	小郡市	24.9%	21.8%	21.5%	24.4%	28.1%	42.4%	44.5%	29.6%
	福岡県	16.8%	16.9%	18.4%	20.8%	26.3%	36.0%	39.5%	24.9%
特定保健指導	小郡市	26.1%	26.3%	37.5%	33.3%	12.5%	38.0%	63.4%	33.8%
	福岡県	27.8%	28.9%	29.9%	29.3%	34.4%	43.5%	43.3%	33.8%

R3年度		女性							
年齢		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	小郡市	28.7%	29.4%	27.0%	33.6%	35.7%	45.7%	46.9%	35.2%
	福岡県	21.1%	19.7%	22.1%	25.0%	32.6%	38.8%	40.3%	28.5%
特定保健指導	小郡市	0.0%	27.3%	57.1%	87.5%	53.8%	55.9%	79.6%	51.6%
	福岡県	31.4%	37.7%	34.7%	37.4%	41.3%	45.9%	43.7%	38.8%

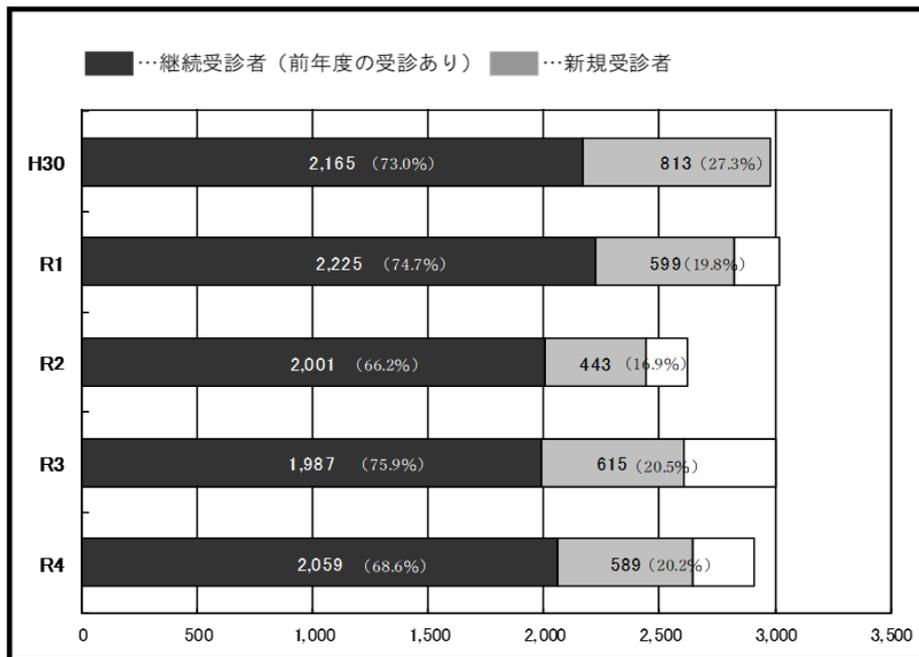
出典：KDB システム帳票 健康スコアリング(健診)

## (2) 特定健診受診者の状況

- 令和4年度の継続受診率と新規受診率は、平成30年度より減少傾向にある。
- 74歳受診者は5年間で増加傾向にあり、令和4年度では受診者の11.3%を占めている。
- 健診受診者2,798人、健診未受診者4,360人と未受診者のほうが多く、生活習慣病治療中の者も未受診者に多い。
- 健診未受診者4,360人のうち、生活習慣病治療中の者が67%を占めている。
- 健診未受診かつ医療機関受診なしの健康状態不明者が11.3%である。

【図表13】

■ 特定健診受診者内訳



出典：評価ツール 特定健診受診率の推移

【図表14】

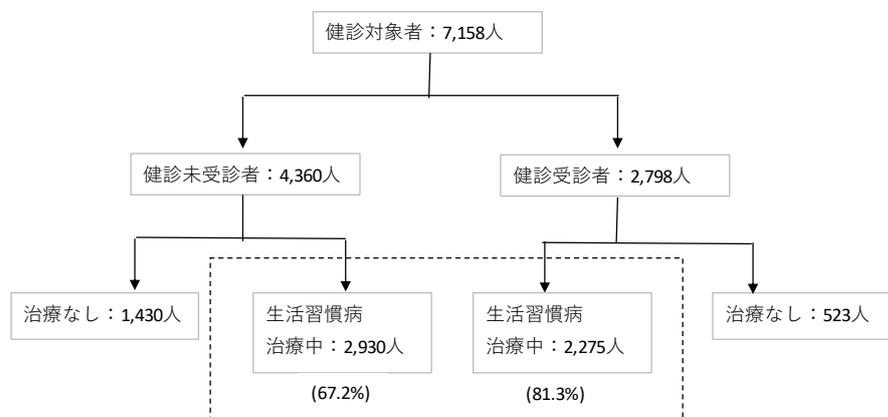
■ 74歳受診者(次年度対象外)の状況

	H30	R1	R2	R3	R4
74歳受診者(次年度対象外)	256 (8.6%)	175 (5.8%)	246 (9.4%)	350 (11.7%)	328 (11.3%)

出典：評価ツール 特定健診受診率の推移

【図表15】

■ R4年度 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況



出典：評価ツール KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-5)

【図表16】

## ■R4年度 医療機関受診と健診受診の関係表

		医療機関 受診あり	医療機関 受診なし
健診受診者	受診者数	2,653	145
	健診対象者に占める割合	37.1%	2.0%
健診未受診者	未受診者数	3,549	811
	健診対象者に占める割合	49.6%	11.3%

出典:評価ツール KDB システム帳票 医療機関受診と健診受診の関係表

## (3) 特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)

- 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、腹囲(33.7%)、BMI(22.5%)、中性脂肪(18.2%)は県平均よりやや少ないが、LDLコレステロール(51.1%)、血糖(30.8%)、HbA1c(59.4%)は県平均より高い。
- 内臓脂肪症候群(メタボ)の該当者割合を県と比較すると17.6%であり、県平均(20.6%)よりやや低い。
- 生活習慣病リスク保有者の割合を性別と比較すると、多くの項目について、男性の該当者割合が高い。

【図表17】

## ■特定健診結果の状況(有所見率①)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステ ロール	空腹時 血糖	HbA1c	随時 血糖
有所見率 (%)	小都市	33.7	22.5	18.2	13.2	3.4	30.8	59.4	0.6
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.2	58.5	2.8
	全国	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.8	58.2	2.9

令和4年度		尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDLコレス テロール	non-HDLコ レステロール	血清クレア チニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	小都市	8.2	44.5	17.4	51.1	5.0	1.0	21.5	17.6
	福岡県	8.3	46.4	18.6	50.8	3.5	1.4	21.9	20.6
	全国	6.6	48.3	20.7	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

■特定健診結果の状況(有所見率②)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステロール	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
有所見率 (%)	男女計	33.7	22.5	18.2	13.2	3.4	30.8	59.4	0.6
	男性	54.6	28.5	25.5	20.4	7.0	41.9	61.9	0.9
	女性	18.7	18.3	13.0	8.0	0.9	22.9	57.7	0.3

令和4年度		尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL コレステロール	non-HDL コレステロール	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	男女計	8.2	44.5	17.4	51.1	5.0	1.0	21.5	17.6
	男性	16.6	46.5	22.0	44.2	4.3	2.1	24.8	
	女性	2.3	43.2	14.1	56.1	5.5	0.2	19.1	

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18】

■特定健診結果の状況(有所見率③)

令和4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	96.4	0.3	0.5	0.8	2.0	89.5	7.0	2.6	0.5	0.3
	男性	93.6	0.4	1.3	1.5	3.3	86.3	9.1	3.4	0.7	0.6
	女性	98.3	0.1	0.0	0.4	1.2	91.9	5.5	2.1	0.4	0.1

令和4年度		GOT	γ-GTP	心電図		眼底検査		血色素
				未実施 または所見なし	所見あり	未実施	実施	
自保険者 有所見率 (%)	男女計	11.4	13.3	70.3	29.7	90.0	10.0	18.2
	男性	15.4	22.1	65.7	34.3	86.3	13.7	15.9
	女性	8.6	7.1	73.5	26.5	92.7	7.3	18.9

出典:KDB システム帳票 集計対象者一覧表

(4) 質問票調査の状況(生活習慣)

- 生活習慣リスク保有者の割合は、喫煙率(11.4%)、飲酒習慣リスク(24.1%)と県平均より少ない。
- 生活習慣改善意欲は男性が全体的に低く、「改善意欲なし」が25.8%と県平均24.9%より多い。

【図表19】

## ■喫煙

令和4年度	小都市			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	11.4	319	2,799	14.2	32,008	224,635	12.7	126,982	999,749	12.7	799,118	6,277,689
男性	22.3	259	1,164	24.7	23,985	97,192	22.3	98,008	439,500	22.0	592,983	2,701,175
女性	3.7	60	1,635	6.3	8,023	127,443	5.2	28,974	560,249	5.8	206,135	3,576,514

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表20】

## ■飲酒

令和4年度		飲酒頻度			一日飲酒量			
		毎日	時々	飲まない	1合未満	1～2合	2～3合	3合以上
自保険者 有所見率 (%)	小都市	24.1	24.6	51.3	68.8	21.7	7.9	1.6
	福岡県	25.5	23.5	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	24.4	21.3	54.3	65.3	23.5	8.9	2.3
	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21】

## ■生活習慣改善(改善意欲なし)

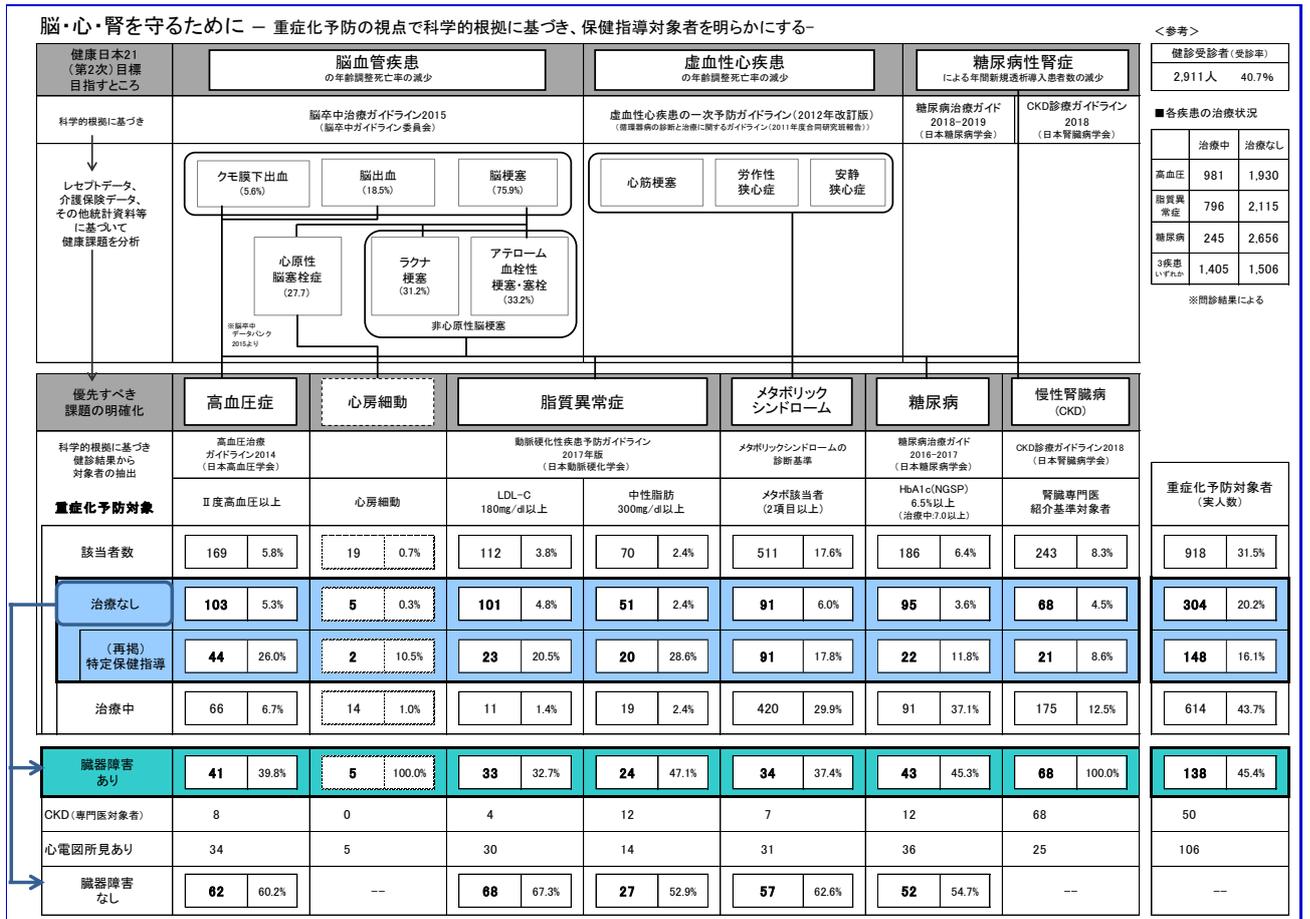
令和4年度	小都市			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	25.8	720	2,795	24.9	53,749	215,894	27.9	254,616	912,441	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	29.9	348	1,162	29.2	27,300	93,560	32.4	129,975	401,381	31.5	766,659	2,430,187
女性	22.8	372	1,633	21.6	26,449	122,334	24.4	124,641	511,060	24.4	780,987	3,206,669

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

- ・健診受診者のうち、重症化予防対象者数が平成30年度は906人(30.4%)だったのに対し、令和4年度は918人(31.5%)と割合が増加している。更に重症化予防対象者とされる未治療者の45.4%が既に臓器障害がある。【図表22、23】
- ・糖尿病の実態をみると、40～74歳の糖尿病治療中の者は15.4%で、そのうち、11.4%に糖尿病性腎症の診断がある。特定健診結果において糖尿病(型)は受診者の12.2%で、そのうち未治療者(HbA1c 6.5以上又は空腹時血糖126以上)が30.3%を占めている。治療者の約半数はHbA1c 7.0以上です。また、特定健診のうち糖尿病性腎症であり既に尿蛋白やeGFRに所見のある者の割合(第2期以上)が17.9%存在している。また、糖尿病治療中の者のうち、約5割は高血圧や脂質異常症も併発している。【図表24】

【図表22】



出典:保健事業評価・分析システム(令和4年度)

【図表23】

平成30年度 重症化予防対象者の状況

年度	項目	メタボリックシンドローム	脂質異常症		高血圧	糖尿病	慢性腎臓病		重症化予防対象者 (実人数)	
		該当者	中性脂肪	LDL-C	高血圧	HbA1c	尿蛋白	eGFR		
	重症化予防対象基準	2項目以上	300以上	180以上	Ⅱ度以上	6.5以上 治療7.0以上	2+以上	50未満 70歳以上40未満		
平成30年度	重症化予防対象者	A	513	75	128	110	194	45	80	906
		A/対象者	(17.2%)	(2.5%)	(4.3%)	(3.7%)	(6.5%)	(1.5%)	(2.7%)	(30.4%)
	治療なし(計)	B	98	56	111	80	89	8	22	320
		B/対象者	(5.8%)	(2.5%)	(4.9%)	(3.9%)	(3.3%)	(0.3%)	(0.7%)	(35.3%)
	特定保健指導	C	98	21	32	33	28	4	6	157
	情報提供	D=A-C	415	54	96	77	166	41	74	749
		D/A	(80.9%)	(72.0%)	(75.0%)	(70.0%)	(85.6%)	(91.1%)	(92.5%)	(82.7%)
治療なし	E=B-C	0	35	79	47	61	4	16	163	
治療中	F=D-E	415	19	17	30	105	37	58	586	

出典:保健事業評価・分析システム



- 受給者1人あたりの給付月額（在宅および居住系サービス）は、軽度者（要支援1～要介護2）では人口規模や高齢化率の近いその他地域（筑紫野市、久留米市、朝倉市、古賀市）、福岡県全体と比べて低くなっており、重度者（要介護3～5）では朝倉市に次いで低くなっている。
  - 調整済み認定率※の分布を見ると、軽度認定率（要支援1～要介護2）は、福岡県全体、全国よりも低く、重度認定率（要介護3～5）は、人口規模や高齢化率の近いその他地域（筑紫野市、久留米市、朝倉市、古賀市）、福岡県全体、全国よりも低い。
- ※認定率の多寡に影響する「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率

【図表26】

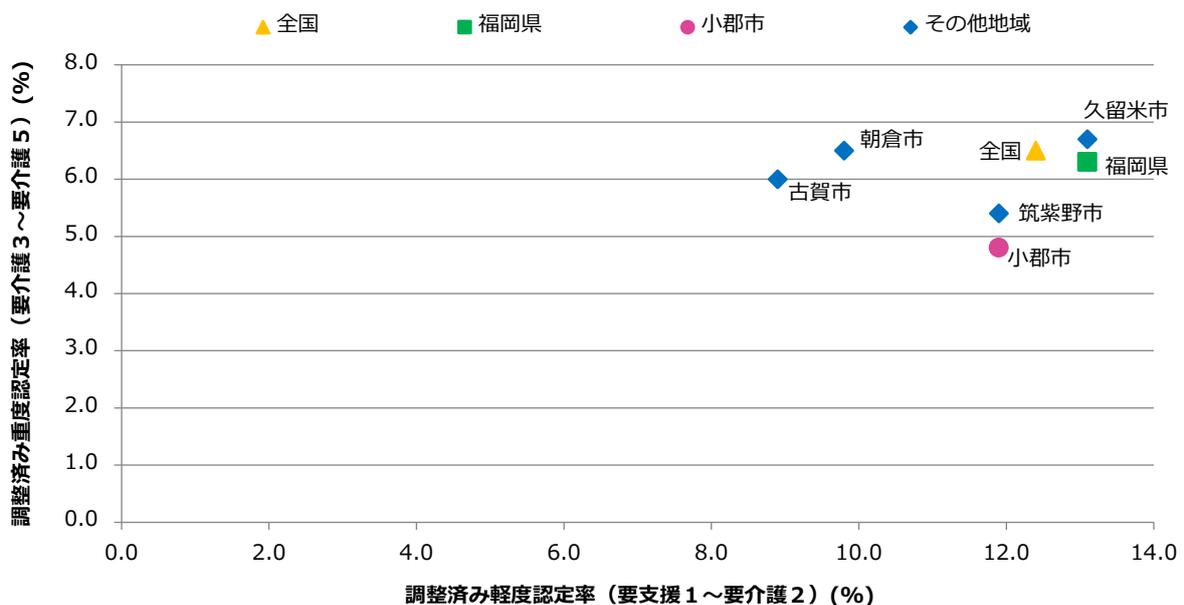
■受給者1人あたりの給付月額（令和4年）

		小郡市	筑紫野市	久留米市	朝倉市	古賀市	福岡県	全国
受給者1人あたり給付月額 (在宅および居住系サービス)	(円)	124,924	126,455	140,656	122,158	140,179	128,837	130,509
要支援1	(円)	3,818	2,651	1,849	2,027	1,455	2,251	1,802
要支援2	(円)	5,363	7,157	3,652	5,282	5,272	4,315	3,585
要介護1	(円)	31,074	26,896	30,568	32,435	26,508	30,351	26,818
要介護2	(円)	23,508	28,103	32,453	26,157	31,536	28,416	29,927
軽度者(要支援1～要介護2)	(円)	63,763	64,807	68,522	65,901	64,771	65,333	62,132
要介護3	(円)	21,796	23,977	30,784	23,961	32,016	26,122	27,488
要介護4	(円)	22,817	24,047	24,759	22,003	25,997	23,118	23,781
要介護5	(円)	16,548	13,624	16,591	10,293	17,395	14,264	17,108
重度者(要介護3～要介護5)	(円)	61,161	61,648	72,134	56,257	75,408	63,504	68,377

出典：介護保険事業を取り巻く現状(厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報)

【図表27】

■調整済認定率の分布（令和3年）



出典：介護保険事業を取り巻く現状(厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報)

## 8.その他

- ▶ がん検診の受診率が県平均より高い傾向にある。(胃がん検診(12.8%) 肺がん検診(6.3%) 大腸がん検診(6.7%) 乳がん検診(15.2%) 子宮頸がん検診(16.6%)) 【令和3年度地域保健・健康増進報告より】
- ▶ 本市では令和3年度から一体的実施に取り組んでいるが、福岡県後期高齢者医療広域連合の分析によると、県内市町村では後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業、生活習慣病重症化予防事業、健康状態不明者対策、健康教育・健康相談事業等が進捗しており、本市においても同様の取り組みを実施することができている。

## III 計画全体

### 1.健康課題

#### 医療

・疾患別の医療費をみると、心疾患、脳血管疾患については入院医療費が減少していることから外来でのコントロールができていると考えられる。しかし、慢性腎不全(人工透析)の入院医療費が増加しているため、基礎疾患と考えられる糖尿病の発症予防・重症化予防対策が重要となる。

#### 健診

・特定健診受診率は微増傾向であるが、継続受診率と新規受診率は減少している。団塊世代の74歳受診者は次年度対象外となることや、生活習慣病予防、重症化予防の推進のためには、対象者の把握を行い、特定健診受診率を向上させる必要がある。健診未受診者のうち、生活習慣病治療中の者は67%を占めている。新規受診率を向上させるためにも、かかりつけ医からの受診勧奨を依頼する等、医療機関との連携を通して受診勧奨に努める必要がある。

・生活習慣病は自覚症状がないまま放置すると重症化する。健診未受診かつ治療なしの者については、受診勧奨を通して健診受診の重要性について伝えることが重要である。また、健診未受診かつ医療機関受診なしの者は、健康状態が不明のため、効果的な受診勧奨を実施し、健診受診を通して健康状態を把握していく必要がある。

・生活習慣病リスク保有者の割合をみると、LDL コレステロール(51.1%)、血糖(30.8%)、HbA1c(59.4%)の有所見率は県平均より高い。また、健診受診者のうち重症化予防対象者の割合は増加している。重症化予防対象者が、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症することで、高額・長期にわたる医療費、介護を要することにつながるため、脂質異常症・糖尿病を優先的に解決し重症化予防に努めていく必要がある。

・特定健診受診者のうち、糖尿病に該当する者で既に尿蛋白やeGFRに所見のある者の割合が約2割存在し、糖尿病治療中の者のうち、約5割は高血圧や脂質異常症も併発している。健診受診者の糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合は増加傾向にある。糖尿病性腎症は、重症化することで人工透析となり高額医療費へとつながる。医療機関との連携を強化し、糖尿病性腎症重症化予防に努めていく必要がある。

介護

・要介護認定率は17.1%で、県平均(19.9%)よりも低い、1件あたり介護給付費は62,774円と、県平均(59,152円)よりも高い。

・要介護に至る原因疾患は、第1位から順に精神(30.1%)、筋骨格(27.2%)、循環器(14.4%)となっていることから、生活習慣病の重症化を予防していく必要がある。

2. 計画全体の目的・目標/評価指標/現状値/目標値

(1) 計画全体の目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。

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)	
短期 目標	i	特定健診受診率の向上	特定健康診査受診者数 /特定健康診査対象者 数	39.2%	50%	60%
	ii	特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導終了者数 /特定保健指導対象者 数	61.7%	64%	67%
	iii	特定保健指導による 特定保健指導対象者 の減少率	分母のうち今年度は特 定保健指導の対象者で はなくなった者の数/ 昨年度の特定保健指導 の利用者数	18.4% (30/16 3人)	24%	30%
	iv	血糖コントロール不 良者の割合減少 HbA1c8.0%以上の者の割 合	HbA1c8.0%以上の者 の数/特定健康診査受 診者のうち、HbA1c の検査結果がある者の 数	1.2%	1.0%	0.9%
	v	高血圧者の割合減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧160 または拡張期血圧100以 上)の割合	保健事業等評価・分析 システム 評価ツール	5.8%	5.0%	4.5%

短期目標	vi	脂質異常者の割合減少 LDL コレステロール 180 以上の割合		保健事業等評価・分析システム 評価ツール	3.8%	3.0%	2.5%
	vii	健診受診者の糖尿病性腎症第 3 期以降の未治療者の割合の減少		糖尿病治療なしの腎症第 3 期以降数/健診受診者-	0.9%	減少	減少
中長期目標	viii	脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全	脳血管疾患	入院レセプト件数/被保険者数×1,000	4.8	減少	減少
		(人工透析)の入院減少	虚血性心疾患		5.23	減少	減少
		千人あたりの入院レセプト件数	慢性腎不全 (人工透析)		44.34 (24.66)	減少	減少
	ix	100 万円以上高額レセプトの件数及び費用額の減少	100 万円以上高額レセプト件数	レセプト 1 枚あたり医療費が 100 万円以上のものの件数	480 件	減少	減少
			100 万円以上高額レセプト費用額	レセプト 1 枚あたり医療費が 100 万円以上のものの費用額	8 億 6,588 万円	減少	減少

### 3.保健事業一覧

- 1 特定健康診査受診率向上事業
- 2 特定保健指導事業
- 3 重症化予防事業
- 4 糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業
- 5 若年者特定健診・保健指導事業
- 6 訪問健康相談事業
- 7 ジェネリック医薬品の普及促進事業
- 8 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
- 9 その他の事業

## IV 個別事業計画

### 1.特定健康診査受診率向上事業

#### (1) 事業の目的

生活習慣病の予防、早期発見・早期治療を図り、医療費の適正化を目的に、特定健診未受診者への受診勧奨や、特定健診同様の検査や健診を受診した者へ、結果提出を依頼し、受診率向上を目指す。

#### (2) 事業の概要

##### ①特定健診の実施

②未受診者への受診勧奨…特定健診未受診者へ受診勧奨を実施する。

③結果収集…他医療機関で人間ドックや職場健診等を受診した者への結果提出依頼や、定期通院中の者へ検査データを提出してもらう医療情報収集事業を実施する。

#### (3) 対象者

##### ①特定健診の実施

・40-74歳の被保険者

##### ②未受診者への受診勧奨（随時対象者見直す）

- ・集団健診でがん検診のみ予約者
- ・節目年齢（40.45.50.55.60.65歳）のうち無料対象者
- ・糖尿病管理台帳掲載者
- ・前年度特定保健指導及び重症化予防対象者
- ・3年連続受診者、不定期受診者、未受診者

##### ③結果収集

- ・医療情報収集事業：定期通院中の者（血液検査をしている方）
- ・結果提出依頼：他医療機関で人間ドックや職場健診等を受診した者

(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)	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	法定報告値	39.2%	40%	45%	50%	55%	60%	60%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 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	受診勧奨率	当該年度の対象者に勧奨した場合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	医療情報収集事業返送者数		16人 /324人	36人 /600人	42人 /600人	48人 /600人	54人 /600人	60人 /600人	66人 /600人
3	結果提出者のうち特定健診受診とみなした者の数		60人	65人	70人	75人	80人	85人	90人
4	人間ドック受診者数	国保連合会より結果提供	35人	40人	45人	50人	55人	60人	65人

(6) プロセス (方法)

	①特定健診の実施	②未受診者への受診勧奨	③結果収集
周知	対象者には受診券と個別健診の実施医療機関リスト、集団健診日程表、健診結果提出表を送付する。そのほかに、案内チラシの発送、市の広報誌、ホームページ、SNSでの周知や、医療機関等にパンフレット、ポスターを配布・掲示する。		
勧奨		電話、訪問、ハガキ	通知
実施形態	個別健診、集団健診		<ul style="list-style-type: none"> <li>事業者健診や人間ドックの結果収集</li> <li>医療機関で治療中の未受診者の検査データ収集</li> </ul>
実施時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>6月受診券発送</li> <li>集団健診6月～12月</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団健診でがん検診のみ予約者：6月～10月</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療情報収集事業：9月、12月</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診 7月～3月</li> </ul>	月 <ul style="list-style-type: none"> <li>・節目年齢 (40.45.50.55.60.65歳)のうち無料対象者：7月～10月</li> <li>・糖尿病管理台帳掲載者：11月～2月</li> <li>・前年度特定保健指導及び重症化予防対象者：11月～2月</li> <li>・3年連続受診者、不定期受診者、未受診者：8月、10月、2月</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果提出依頼：6月(受診券に同封)</li> </ul>
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度末年齢40歳、連続受診3年目以降無料</li> <li>・休日健診実施</li> <li>・独自追加項目として、血液検査(HbA1c、血清クレアチニン検査、血清尿酸検査、総コレステロール)、尿検査(尿潜血)、心電図検査を実施</li> <li>・Web、電話での申込</li> <li>・特定健診の代わりに人間ドックを受診する者は、特定健診受診者とみなし、費用を助成する。</li> </ul>	勸奨時期を分け、効果的なリコール勸奨や駆け込み勸奨を促進している。	結果提出者へのインセンティブ制度を検討する。
	健診受診者にインセンティブ制度を活用する。		

(7) ストラクチャー (体制)

	①特定健診の実施	②未受診者への受診勸奨	③結果収集
庁内担当部署	健康課。国保の新規加入者への健診周知は国保年金課にて実施。	健康課	健康課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を小郡三井医師会に委託。		

	年度初めの説明会にて、説明・周知を図る。		
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	印刷業者：特定健診受診券の印刷、封入封緘委託 健診業者：集団健診委託	勸奨委託業者：受診勸奨発送委託	
他事業	がん検診との同時実施		
	健康教育で、特定健診の周知や受診勸奨を行う。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	福岡県医師会との集合契約の検討	対象者毎の効果的な勸奨方法の検討	
	医療機関・かかりつけ医との連携強化		

## 2. 特定保健指導事業

### (1) 事業の目的

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

### (2) 事業の概要

特定保健指導の実施基準		
動機づけ支援	(初回面接：個別支援 20 分以上) 医師、保健師、管理栄養士等の面接・指導のもとに行動計画を策定し生活習慣の改善のための取り組みの支援を行う (3 か月後の評価) 設定した個人の行動目標が設定されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認する	3 か月間
積極的支援	(初回面接：個別支援 20 分以上) 医師、保健師、管理栄養士等の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取り組みの支援を行う (3 か月以上の継続的な支援：個別支援・電話・Email 等) 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う (3 か月後の評価) 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認する	3 か月間

(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割合の減少	法定報告値	17.6%	17%	16%	15%	14%	13%	12%
2	【短期】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	18.4%	20%	22%	24%	26%	28%	30%

(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	61.7%	62%	63%	64%	65%	66%	67%

(6) プロセス (方法)

周知	健診受診時、特定保健指導実施案内する。
勧奨	集団健診における特定保健指導対象者は案内文の送付をする。 個別健診における特定保健指導対象者は電話勧奨をする。
実施内容	集団健診における特定保健指導対象者は、健診結果返却の場で初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施後に委託医療機関の専門職が、申込に基づいて実施する。
	小郡三井医師会の特定健診指定医療機関、小郡市総合保健福祉センターあすてらす
	① 積極的支援（40～64歳）：個別支援 小郡三井医師会の特定保健指導協力医療機関の保健師・管理栄養士又は市の保健師・管理栄養士が実施 (実施場所) 特定健診指定医療機関・小郡市総合保健福祉センター「あすてらす」 ② 動機づけ支援（40～74歳）（集団健診受診者）：個別支援 市の保健師・管理栄養士と小郡三井医師会の特定保健指導協力医療機関の保健師・管理栄養士又は市の保健師・管理栄養士（要相談）が実施 (実施場所) 小郡市総合保健福祉センター「あすてらす」

	③ 動機づけ支援（40～74 歳）（個別健診受診者）：個別支援 小郡三井医師会の特定保健指導協力医療機関の保健師・管理栄養士又は市の保健師・管理栄養士（要相談）が実施 （実施場所） 特定健診指定医療機関	
	時期・期間	集団健診・個別健診：通年
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	柔軟に日程調整、個別訪問を実施する。 今後は ICT によるオンラインの保健指導を実施し、面談方法の工夫をして保健指導実施機会を増やしていく。	

### (7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	小郡三井医師会の特定保健指導協力医療機関
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ提供
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	結果郵送希望者や未実施者への追跡、保健指導ができる日程調整や訪問を実施して柔軟にする。魅力的な保健指導を実施する。 アンパワーの確保をする。

## 3.重症化予防事業

### (1) 事業の目的

高額な医療費が必要になる心臓病、脳血管疾患、人工透析を予防し医療費適正化につなげていくことを目的とする。

### (2) 事業の概要

小郡市総合保健福祉センター「あすてらす」または家庭訪問や電話にて、健診結果説明及び医療機関受診勧奨を実施する。

### (3) 対象者

選定方法		① 集団健診で小郡市特定健康診査を受診した 40～74 歳のうち、「情報提供」に該当し、次の基準のいずれかを満たす者 ② 個別健診で小郡市特定健康診査を受診した 40～74 歳の者のうち、「情報提供」に該当し、次の基準のいずれかを満たす者。ただし、①未治療者②治療中断者③糖尿病連携の対象になる者	
選定基準	健診結果による判定基準	血圧 収縮期血圧 160mmHg 以上または 拡張期血圧 100mmHg 以上 （血圧Ⅱ度以上） 血糖 HbA1c7.0%以上 LDL コレステロール 180mg/dl 以上 中性脂肪 400mg/dl 以上 腎機能 尿蛋白 2+以上または eGFR40 未満 リスク重複者 （1）LDL コレステロール 160mg/dl 以上 180mg/dl かつ	

		心電図実施者 (2) 収縮期血圧 140mg/dl 以上 160mg/dl 未 満または拡張期血圧 90mg/dl 以上 100mg/dl 未満 (血圧 I 度) 心房細動の有所見者
	レセプトによ る判定基準	定期受診、定期処方にて内服しているかを確認して、重点対象者の選定を する。
	その他の判定 基準	糖尿病連携の対象者は糖尿病性腎症重症化予防対象者とする。
重点対象者の基準		未治療・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	集団健 診受診 者のう ち紹介 状発行 者の医 療機関 受診率	紹介状 の返送 数	44.6% (41 人 /92 人)	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
2	個別健 診受診 者のう ち受診 勧奨者 の医療 機関受 診率	レセプ ト	62.0% (49 人 /79 人)	63.0%	64.0%	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%

#### (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	集団健診受診者の 保健指導実施数	健康管理シ ステム対 象者名簿	51 人	55 人	56 人	57 人	58 人	59 人	60 人
2	個別健診受診者の 保健指導実施数	健康管理シ ステム対 象者名簿	79 人	80 人	81 人	82 人	83 人	84 人	85 人

#### (6) プロセス (方法)

周知	特定健診に併せて、結果説明会案内チラシにて周知する。
勧奨	① 集団健診受診者には、電話や結果説明会にて保健指導と受診勧奨を実施する。 ② 個別健診受診者には、電話や家庭訪問による保健指導と受診勧奨を実施する。
実施後の支援・評価	受診勧奨後にレセプトにて医療機関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)	医療機関未受診者には電話連絡をして再受診勧奨をする。

#### (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	小郡三井医師会
かかりつけ医・専門医	紹介状を市へ返送。
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)	かかりつけ医との連携方法を検討していく。

### 4.糖尿病性腎症重症化予防事業

#### (1) 事業の目的

糖尿病の重症化と糖尿病性腎症を予防することで、本人の生活の質を維持できるだけでなく、人工透析等による高額・長期にわたる医療費を抑制することで医療費適正化につなげていく。

#### (2) 事業の概要

糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプトおよび服薬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・服薬指導を行う。

来所または訪問により、対象者へ受診勧奨を行う。「医療機関受診連絡票」を医療機関へ配布する。「医療機関受診連絡票」が届いた後、対象者へ保健指導を実施する。保健指導後は、かかりつけ医へ保健指導実施内容の報告を行う。

#### (3) 対象者

選定方法	健診受診者のうち、選定基準①②いずれにも該当する者。
選定基準	① 2型糖尿病であること・・・(a) (b) (c) のいずれかに該当 (a) 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c6.5%以上 (b) 現在、糖尿病で医療機関を受診している (c) 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病による医療機関の受診歴がある (但し、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない者を除く)

		② 腎機能が低下していること・・・(a) (b)のいずれかに該当 (a) 検査値より腎症4期:eGFR30ml/分1.73m <sup>2</sup> 未満 (b) 検査値より腎症3期:尿蛋白(+)以上
	その他の判定基準	血糖高値のみ等、個別に相談を要する場合も連携対象者とする。
重点対象者の基準		医療機関未受診者・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	HbA1c8.0以上の者の割合	HbA1c8.0%以上の者の数/特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%
2	健診受診者の糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合の減少	糖尿病治療なしの腎症第3期以降数/健診受診者-	0.9%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%

#### (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	保健指導実施した人数/医療機関連絡票の返送があった人数の割合	18.2% (2/11)人	27.3% (3/11)人	36.4% (4/11)人	45.5% (5/11)人	54.5% (6/11)人	63.6% (7/11)人	72.7% (8/11)人

#### (6) プロセス (方法)

周知	小郡三井医師会特定保健指導協力医療機関へ特定健診・保健指導説明会の開催時に説明し周知する。
実施および実施後の支援	<p>健診結果説明会において市の保健師・管理栄養士による保健指導と医療機関受診勧奨をし、同意が得られた方は、医療機関受診連絡票を医療機関(かかりつけ医)へ送付する。</p> <p>医療機関(かかりつけ医)へ「医療機関受診連絡票」を送付して、医療機関(かかりつけ医)へ返送を依頼する。</p> <p>医師からの指示に基づき保健指導を実施する。</p> <p>保健指導実施後の報告書を医療機関(かかりつけ医)へ送付する。</p>

	時期・期間	通年
	実施後の評価	次年度の健診結果の確認をする。
	実施後のフォロー・継続支援	対象者の医療機関へ受診状況を確認する。 糖尿病等腎症重症化予防対象者の名簿管理にて追跡する。
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		糖尿病等連携会議において重症化予防に関する研修会を年1回実施する。 小郡三井管内糖尿病等連携会議を年2回開催し、前年度実績報告及び今年度の実施方針の決定、事例検討等を行う。

### (7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康課・国保年金課
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	小郡三井医師会 小郡三井管内糖尿病等連携会議は、小郡三井医師会代表、小郡三井歯科医師会、小郡三井薬剤師会、北筑後保健福祉事務所の各代表
かかりつけ医・専門医	利用勧奨、保健指導の実施や指示をする。
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）	「医療機関受診連絡票」を活用できる医療機関を増やし、（かかりつけ医）医療機関に留まらず、とも連携を図っていけるようにしていく。

## 5.若年者健診・保健指導事業

### (1) 事業の目的

若年期からの生活習慣病予防を推進するため、40歳未満の人についても、特定健康診査に準じた健康診査・保健指導を実施する。

### (2) 事業の概要

20歳、25歳、30歳の節目年齢及び、35歳から39歳（年度末時点）までの学校や職域等における健診受診機会がない者を対象とし、集団健診にて実施する。

### (3) 対象者

選定方法	集団健診受診者で、20歳、25歳、30歳の節目年齢及び、35歳から39歳（年度末時点）までの学校や職域等における健診受診機会がない者を対象とする。
選定基準	特定保健指導相当（積極的支援・動機付け支援相当）または重症化予防基準に該当する者 血圧 収縮期血圧 160mmHg 以上または 拡張期血圧 100mmHg 以上 （血圧Ⅱ度以上） 血糖 HbA1c7.0%以上 LDL コレステロール 180mg/dl 以上 中性脂肪 400mg/dl 以上 腎機能 尿蛋白 2+以上または eGFR40 未満

		リスク重複者 心電図実施者	①LDL コレステロール 160mg/dl 以上 180mg/dl かつ ②収縮期血圧 140mg/dl 以上 160mg/dl 未満または 拡張期血圧 90mg/dl 以上 100mg/dl 未満 (血圧 I 度) 心房細動の有所見者
--	--	------------------	--

#### (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	紹介状発行者の医療機関受診率(返送率)	紹介状返送者数/紹介状発行数	27.4% (17人/62人)	29.0% (18人/62人)	30.6% (19人/62人)	32.6% (20人/62人)	33.9% (21人/62人)	35.5% (22人/62人)	37.1% (23人/62人)

#### (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	健診受診者数	若年者健診受診者数	174 人	180 人	190 人	200 人	210 人	220 人	230 人

#### (6) プロセス (方法)

周知	対象者へ健診案内パンフレットを配布。広報・ホームページ・SNS で周知。
勧奨	保健指導対象者には案内文を送。 年 3 回、紹介状発行者で未受診者には医療機関への受診勧奨をする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	結果説明会に来所できない場合は、別日程での調整や電話、手紙の郵送等で保健指導する機会を増やす。

#### (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康課
民間事業 (委託業者)	医療機関には特定健診・保健指導説明会にて説明・周知を図り、対象者の選定基準は毎年度合意を得る体制をとる。
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)	年度末年齢 40 歳、休日健診の実施をする。 健診受診者には健康ポイントを付与する等、インセンティブ制度を活用する。 Web、電話での予約体制を整える。

	20歳代節目年齢のみならず、20～30歳代全員が受診できるような制度を検討する。
--	--

## 6.訪問健康相談事業

### (1) 事業の目的

被保険者の受診行動の改善や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

国保連合会への委託により、頻回・重複受診等の被保険者に対し適正な受診のための指導及び助言並びに健康状態に応じた生活指導等を行う。

保健師等が訪問対象者1人に原則2回の訪問指導を実施。

令和元年度から重複・多剤投与者に対しても訪問・指導等を行うこととした。

### (3) 対象者

60～74歳の被保険者のうち、

- ・ 同一月内に同一の診療科に多数回（原則15回以上）の外来受診がある者
- ・ 同一月内に同一の疾病で重複（原則3医療機関以上）の外来受診がある者
- ・ 同一月内に異なる医療機関にて同一薬剤の処方を受けている者（重複服薬者）
- ・ 同一月内に処方日数の多い薬剤の処方を受けている者（多剤投与者）

ただし、がん・精神疾患・透析患者を除く。

### (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)	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	医療費削減額	1人当たり効果額／年間	80,892円	100,000円	100,000円	100,000円	100,000円	100,000円	100,000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	訪問健康相談実施件数	訪問指導 人数	26人	30人	30人	30人	30人	30人	30人

7.ジェネリック医薬品の普及促進事業

(1) 事業の目的

後発医薬品への切替を促進することで、医療費の適正化を図る。

(2) 事業の概要

ジェネリック医薬品（後発医薬品）を使用した場合の薬剤費減額に関する通知を、1か月に1回対象の被保険者に発送する。

差額通知の作成は国保連合会に委託する。

その他、窓口等でのパンフレットの配布を行う。

(3) 対象者

ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切替により自己負担額が100円以上下がることが見込まれる被保険者

(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)	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	後発医薬品使用率	数量 ベース 年間平均	83.4%	84.0%	84.5%	85.0%	85.5%	86.0%	86.5%
2	薬剤費削減額	変更前 後の医薬品総額(10割)年間累計	17,017,423 円	20,000 千円	20,000 千円	20,000 千円	20,000 千円	20,000 千円	20,000 千円

(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	差額通知数	年度あたり の発送数	2,749件	3,000 件	3,000 件	3,000 件	3,000 件	3,000 件	3,000 件

8.高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（はつらつ長寿プロジェクト）

(1) 事業の目的

高齢者が抱える様々な健康課題に対応するため、ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチを通して、高齢者の生活習慣病予防や重症化予防と介護予防・フレイル予防の取組みを一体的に推進し、健康寿命の延伸を図る。

(2) 事業の概要

健診や医療、介護に関するデータ等を活用して地域の健康課題を分析し、リスクの高い高齢者に対して個別に介入するハイリスクアプローチと、高齢者の通いの場等を活用して健康教育や相談を行うポピュレーションアプローチを実施する。

関係課	役割
国保年金課	事業全体のマネジメント及び後期高齢者広域連合との一連の事務処理
健康課	企画・調整を担当する医療専門職の配置及びハイリスクアプローチ
長寿支援課	ポピュレーションアプローチ

(3) 対象者

後期高齢者

(4) 事業内容及び評価

【ハイリスクアプローチ】

健康状態不明者対策	
目標	健康状態不明者数の減少
実施内容	KDBシステムにより、過去1年間に健診・医療・介護のデータがない者のうち、独居又は夫婦のみの世帯者を優先し、健康状態把握を行う。健診の受診勧奨や訪問等により健康状態を把握し、必要なサービスへつなげていく。概ね3か月後にレセプトの確認を行い、その後の健診や医療の受診状況を確認する。
実施体制	小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して情報共有や相談を行う。
実施場所	家庭訪問、電話

時期・期間	4月～3月
評価指標	健康状態不明者数の減少、必要なサービス（医療・介護サービス）につながった数
評価方法	事業終了時
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康課題分析を行うにあたっての調査分析業務の委託。</li> <li>・対象者へのアプローチ方法について検討する。</li> <li>・実施内容について、小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して検討していく。</li> </ul>
<b>糖尿病性腎症重症化予防</b>	
目標	糖尿病のコントロール良好者の増加
実施内容	健診受診者のうち、基準該当者に対して保健指導や受診勧奨を行う。 小郡三井管内糖尿病等医療連携会議で実施内容を報告する。
実施体制	小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して情報共有や相談を行う。
実施場所	家庭訪問、電話
時期・期間	4月～3月
評価指標	連絡票の活用数、連絡票を利用した対象者の検査データの変化（維持改善）
評価方法	事業終了時、次年度の健診受診データの確認・レセプト確認
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康課題分析を行うにあたっての調査分析業務の委託。</li> <li>・実施内容について、小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して検討していく。</li> </ul>
<b>血圧重症化予防</b>	
目標	血圧コントロール良好者の増加
実施内容	健診受診者のうち、基準該当者に対して保健指導や受診勧奨を行う。 小郡三井管内糖尿病等医療連携会議で実施内容を報告する。
実施体制	小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して情報共有や相談を行う。
実施場所	家庭訪問、電話
時期・期間	4月～3月
評価指標	保健指導を実施した対象者の検査データの変化（維持改善）
評価方法	事業終了時、次年度の健診受診データの確認・レセプト確認
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康課題分析を行うにあたっての調査分析業務の委託。</li> <li>・実施内容について、小郡三井管内糖尿病等医療連携会議を通して検討していく。</li> </ul>

【ポピュレーションアプローチ】

目標	フレイルリスクのある者を早期発見し、維持改善につなげる
実施内容	日常生活支援コーディネーター、地域包括支援センター保健師、健康課保健師や管理栄養士が連携し、校区コミュニティセンター等で講座を毎月開催する。
実施体制	講座の内容に応じて市内医療機関のリハビリ専門職等に講師依頼を行い実施する
実施場所	校区コミュニティセンター等
時期・期間	4月～3月
評価指標	高齢者の質問票回答結果より、フレイルリスク（運動・栄養・口腔）の該当率を把握し、該当者の改善割合をみる
評価方法	医療専門職の関与の開始時と最終時の身体計測結果及び高齢者の質問票回答結果から、運動・栄養・口腔の各リスクについて該当者割合を確認する。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	今後も校区コミュニティセンター等と連携し、講座の充実を図っていく

9. その他の事業（ポピュレーションアプローチ）

【個別運動指導】

(1) 事業の目的

特定健康診査（集団健診）受診者のうち、腹囲及びBMIで対象者を抽出し、生活習慣病予防を目的とした個別運動指導を実施することで、生活習慣病予防のための運動の種類と効果を知り、対象者が無理のない強度で運動を取り入れることができるようになることを目指す。

(2) 事業の概要

集団健診会場において、特定健診受診者のうち腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上、あるいはBMI25以上の者に対して、健康運動指導士（あるいは健康運動実践指導者）より個別運動指導を実施する。

(3) 対象者

特定健康診査受診者のうち腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上、あるいはBMI25以上の者

(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	はつらつ健康増進コース参加率	はつらつ健康教室参加者/集団健診受診者のうち腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上、あるいはBMI25以上の者	—	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

(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	個別運動指導実施回数	個別運動指導実施回数	—	32回	32回	32回	32回	32回	32回

プロセス（方法）	<p>集団健診受診者で腹囲が男性 85cm 以上・女性 90cm 以上、あるいは BMI25 以上の者に対して、健康運動指導士（あるいは健康運動実践指導者）による個別運動指導を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 運動の種類と効果</li> <li>2. 安全管理について</li> <li>3. 自宅できる運動の紹介</li> <li>4. トレーニングルームで開催する健康運動教室「はつらつ健康増進コース」の案内</li> </ol>
----------	--

ストラクチャー（体制）	<p>集団健診会場にて健康運動指導士（あるいは健康運動実践指導者）と協力体制を図り、個別運動指導の実施体制づくりをする。</p> <p>健康運動教室参加者へインセンティブの活用（健康ポイント付与）をする。</p>
-------------	--

## 【食生活改善】

### (1) 事業の目的

食生活改善推進員（小郡市食生活推進会）の知識習得、資質向上を目的とした中央研修を実施し、食生活改善推進員の方同士の交流の場にも繋げる

### (2) 事業の概要

食の啓発活動を行う対象が、乳幼児から成人と多岐に渡り、また第一次予防を目的とした活動を行う上でのスキルアップを行うため、アンケート結果を参考に実践活動に沿ったテーマで中央研修を年6回実施する。会員が知識習得等スキルアップすることで活動の拡がりを目指すため、80%の参加率を目標とし、学習内容の理解把握のため、学習会後にミニテストを実施し、参加者の理解率（正解率）80%以上を目標とする。

中央研修で学習した内容を活かせる場として特定保健指導会場等で、保健指導対象者に対して減塩レシピや、ヘルシーメニューの配布を行い、保健指導対象者に食に関するアドバイスを行う機会を設ける。

### (3) 対象者

食生活改善推進員

### (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)	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	参加者理解率	ミニテスト	93.4 (%)	90	90	90	90	90	90

### (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	実施回数		6回	6回	6回	6回	6回	6回	6回

### (6) プロセス

アンケート調査回収率

### (7) ストラクチャー

推進進（理事）と行政との定期会議

**【市民の健康づくり支援】**

(1) 事業の目的

地域における市民の自主的・主体的健康づくりを実現するために、地域で健康づくりを推進する健康運動リーダーの養成を行う。さらに、健康運動リーダーが運営する自主健康運動教室に対して、事前準備や支援を行う。

(2) 事業の概要

健康運動リーダーが地元公民館等で行う自主健康運動教室の立ち上げ支援及び約3か月間の技術的支援を行う。その後は各教室からの依頼に応じて、運動指導・体力測定・健康講座等の支援を行う。

(3) 対象者

行政区長から推薦された市民

(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)	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	行政区の健康運動教室の新規立上数		1件	1件	1件	1件	1件	1件	1件

(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	行政区の健康運動リーダーの養成者数		4名	4名	4名	4名	4名	4名	
	自主健康運動教室の支援回数		46回	50回	50回	50回	50回	50回	

(6) プロセス

委託業者との連携会議

(7) ストラクチャー

連携や共同している機関・部署・役職等の数

**【歯科にかかる保健事業】**

(1) 事業の目的

乳幼児健診をきっかけに、幼少期からの口腔ケアへの理解を深めてもらい、虫歯の減少を推進していく

(2) 事業の概要

乳幼児健診（1歳6か月・3歳1か月児健診）に来た保護者と対象児へ、歯科衛生士による歯科指導（乳歯の生え方の説明やブラッシング方法、感触や歯磨きの回数等の聞き取り・指導）を実施する

(3) 対象者

1歳6か月・3歳1か月児健診受診者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年)	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	対象児の虫歯の発症数		1歳6か月…0.01 本 3歳1か月… 0.14本	0本	0本	0本	0本	0本	0本

※目標値は、おごおり健康・食育プラン（中間報告書から引用）

(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	歯科指導実施回数		24回	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回

(6) プロセス

個別指導の実施

(7) ストラクチャー

歯科衛生士の確保

## 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、市の関係機関及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誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

### 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・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。

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

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

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2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など、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. 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った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、糖尿病等の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	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導の実施率	62%	63%	64%	65%	66%	67%
特定保健指導対象者の減少率	20%	22%	24%	26%	28%	30%

### 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	7,473人	7,293人	7,117人	6,945人	6,778人	6,615人
【特定健康診査】 目標とする 実施者数	2,989人	3,281人	3,558人	3,819人	4,066人	3,969人
【特定保健指導】 対象者数	343人	335人	327人	319人	312人	304人
【特定保健指導】 目標とする 実施者数	212人	211人	209人	207人	206人	204人

## II 特定健康診査

### 1. 特定健康診査の実施方法

#### (1) 対象者

40-74歳の被保険者

#### (2) 実施場所

<集団健診> 市の保健福祉センター（あすてらす）

<個別健診> 指定医療機関

(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 <sup>2</sup> 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	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 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 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度

	の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 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

項目	備考
血液検査(血清クレアチニン(eGFRによる腎機能の評価を含む)、血清尿酸、HbA1c(NGSP)、尿潜血、総コレステロール)	全員に実施 血清クレアチニンについては詳細健診対象者以外
心電図検査	詳細健診対象者以外全員に実施

(5) 実施時期又は期間

<集団健診> 6月～12月

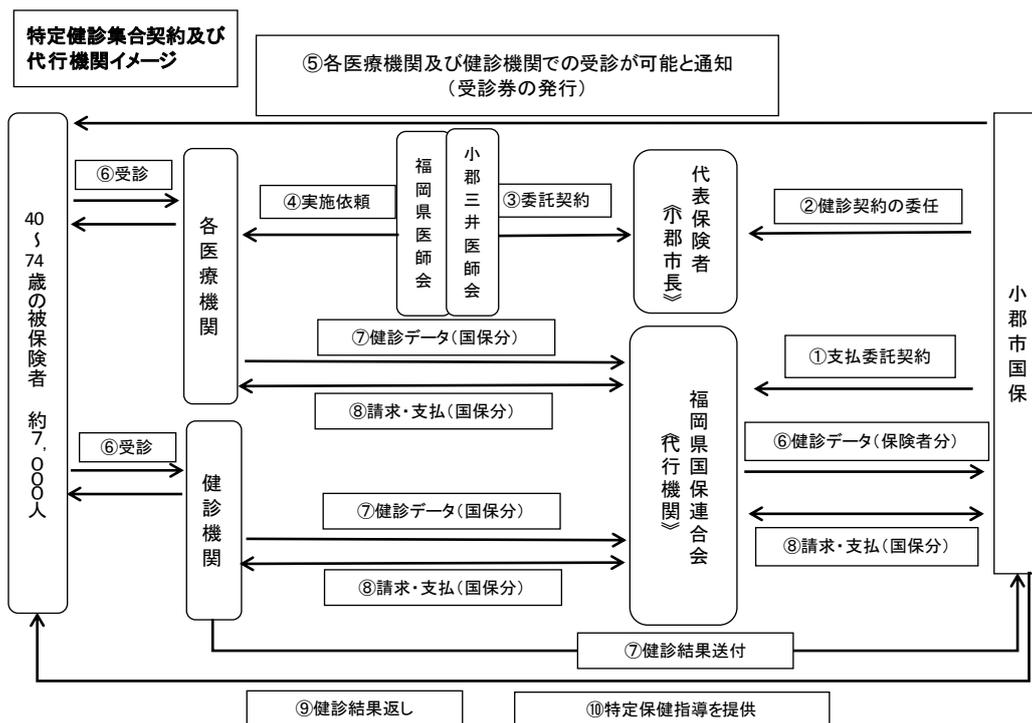
<個別健診> 7月～3月

(6) 外部委託の方法

①外部委託の有無

個別健診を医師会に委託

②外部委託の実施形態



## (7) 周知や案内の方法

対象者には受診券と個別健診の実施医療機関リストを送付する。そのほかに、案内チラシ、市の広報誌、ホームページ、SNSでの周知や、医療機関等にパンフレットを配布・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 人間ドック・労働安全衛生法に基づく事業者健診等のデータ収集

事業者健診の項目は、特定健康診査の項目を含んでおり、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、結果表の写しの提出を依頼する。

### ② 診療における検査データの活用

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ヶ月以内とする。

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。

保健指導対象者、重症化予防対象選定基準に該当した者は、健診結果を対面で返却・結果説明

＜個別健診＞健診結果を郵送、あるいは対面で返却・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 なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(2) 実施場所

集団健診の動機付け支援は、小郡市総合保健福祉センター（あすてらす）で実施します。

個別健診の動機付け支援は、指定医療機関で実施します。

積極的支援は、小郡市総合保健福祉センター（あすてらす）もしくは、指定医療機関で実施します。

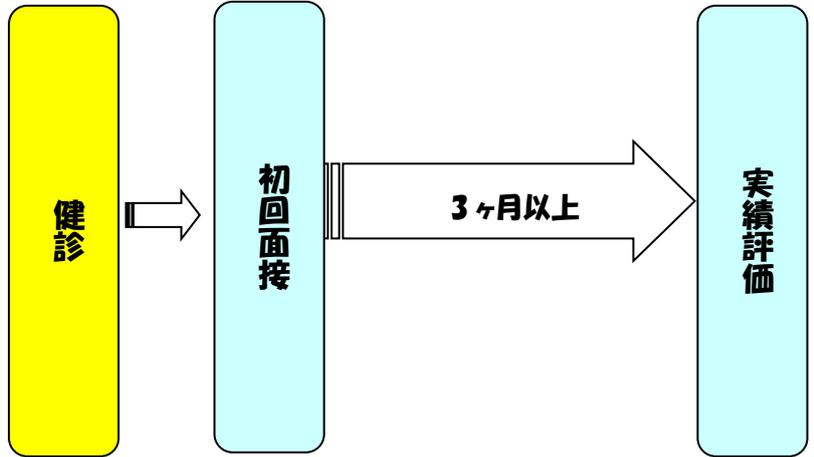
(3) 実施内容

特定健診の結果に基づき、特定保健指導の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 条の厚生労働省で定められた方法で実施します。

<健診から保健指導実施の流れ>

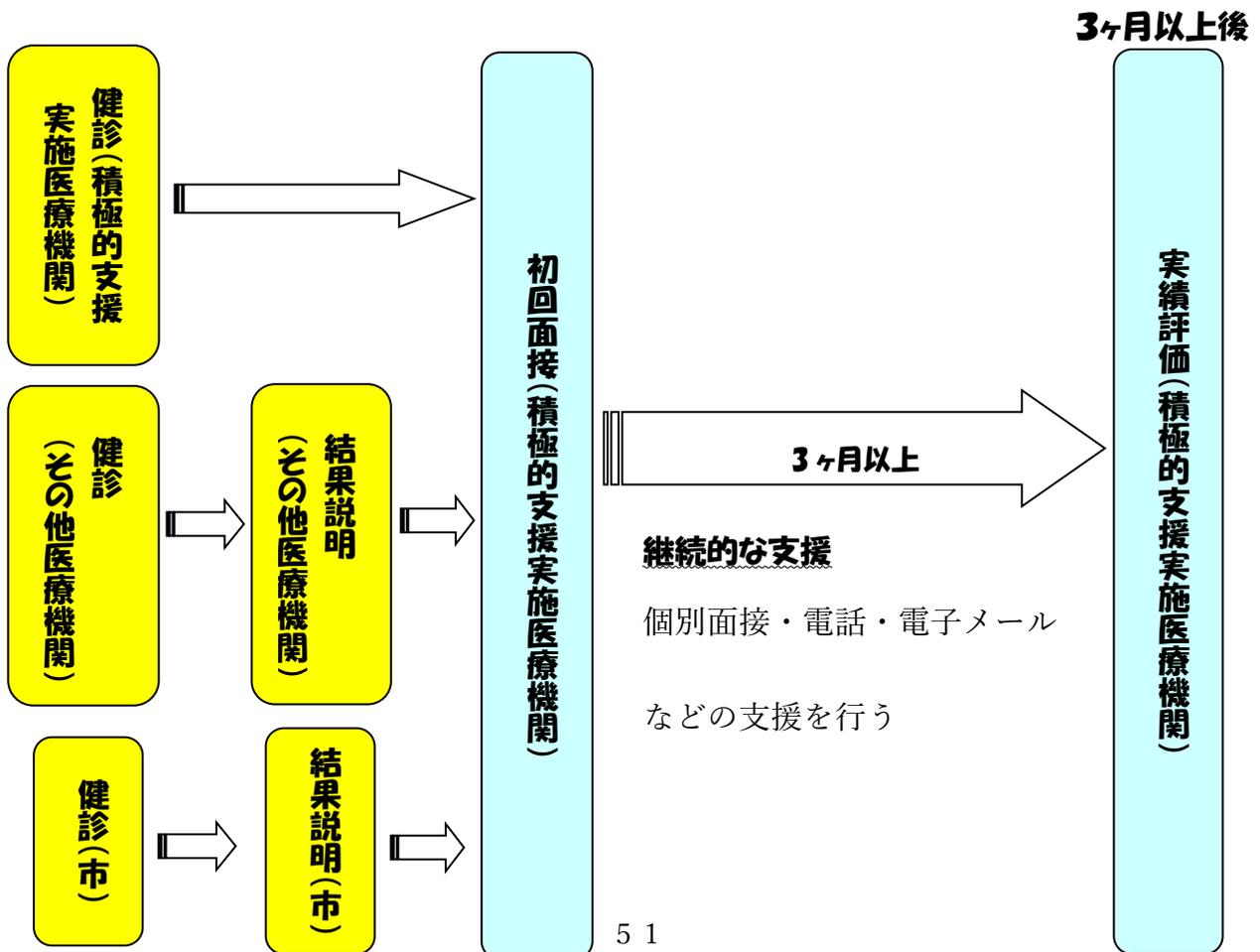
・動機付け支援

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、保健指導終了後にはすぐに実践に移すことができ、その生活が継続できることをめざす。



・積極的支援

定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後にはその生活が継続できることをめざす。



(4) 実施時期又は期間

通年

(5) 周知や案内の方法

健診受診時に特定保健指導実施案内をする。

集団健診における特定保健指導対象者は案内文の送付をする。

個別健診における特定保健指導対象者は電話勧奨と訪問する。

IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項

1.年間スケジュール

特定健診・特定保健指導の年間実施スケジュール					
月		集団健診	個別健診	集団保健指導	個別保健指導
4月	業務委託施行	対象者抽出	対象者抽出		
		健診案内発送			
5月					
6月	保健指導スタッフ研修	受診券発送	受診券発送		
		集団健診		保健指導対象者抽出	
7月		健診データ受取 健診結果送付	個別健診	特定保健指導開始	保健指導開始
		受診勧奨	個別健診受診勧奨		↓
8月		費用決済		↓	
		法定報告作業 (前年度)	法定報告作業 (前年度)	法定報告作業 (前年度)	法定報告作業 (前年度)
9月			健診データ受取		
			費用決済		
10月				実績評価開始	実績評価開始
11月					
12月					
1月					
2月	次年度健診・ 保健指導実施計画作成				
3月	業務委託契約準備				

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

## 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、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

## 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。