

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

みやま市国民健康保険

目次

第Ⅰ編 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 基本的事項	3
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	
II 第2期計画に係る考察.....	6
1.平均寿命・平均自立期間	
2.医療費の分析（令和4年度）	
3.重複受診・重複服薬者割合	
4.特定健康診査・特定保健指導の分析	
5.中長期および短期目標の達成状況	
6.介護給付費の分析	
7.歯科受診の分析	
8.分析結果のまとめ	
III 第3期データヘルス計画の目標と事業展開	19
IV 個別事業計画	19
1.特定健康診査	
2.特定保健指導	
3.受診勧奨通知事業	
4.糖尿病性腎症重症化予防対策および生活習慣病重症化予防	
5.歯周病検診	
V その他	28
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	

第2編 第4期特定健康診査等実施計画

I 基本的事項	29
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	32
III 特定保健指導	36
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】	37
V 個人情報の保護	38
1.記録の保存方法	
2.保存体制	
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知	38
1.特定健康診査等実施計画の公表方法	
2.特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	39
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	
VIII 特定健診、特定保健指導の今後の取り組み	39

第 1 編 第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 基本的事項

1. 背景と目的

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)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、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る。

みやま市においても、国の指針に基づき、「第3期保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）」を定め、健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持および向上を図り、結果として、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化を目指す。

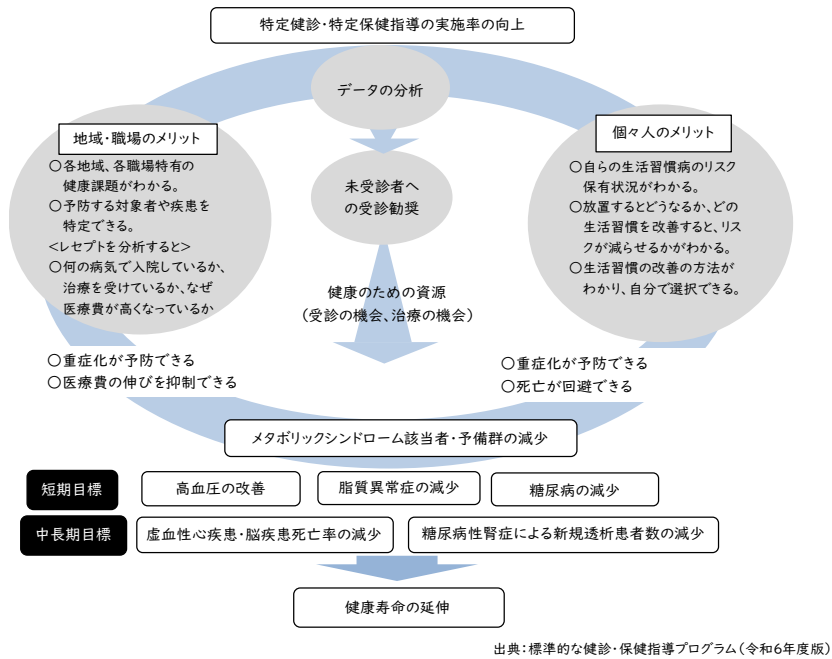
2. 計画の位置づけ

データヘルス計画は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。また、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「健康増進計画」「高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画」「特定健康診査等実施計画」等と調和のとれたものとする必要がある。

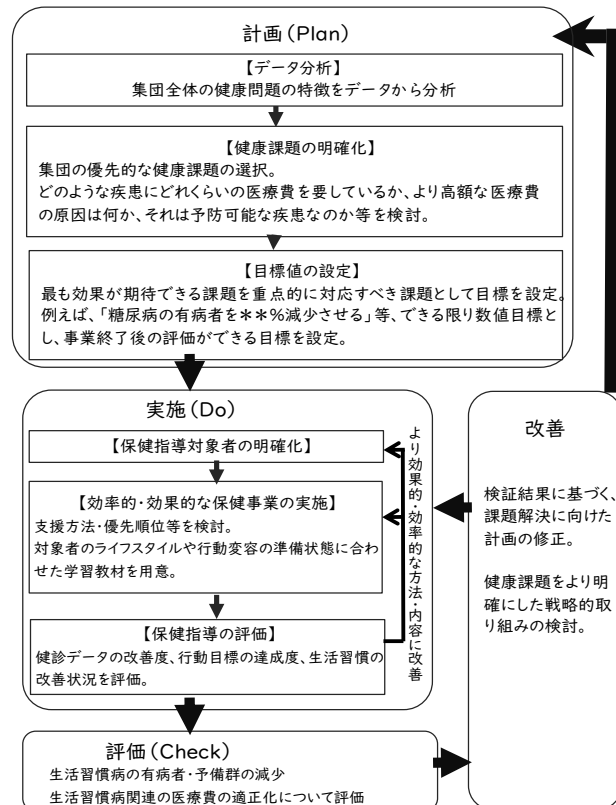
さらに、基本的な考え方については、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示した「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」(以下「プログラム」という。)に準ずることとする。

プログラムにおいては、中長期的な目標として、「虚血性心疾患・脳疾患死亡率の減少」「糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少」を掲げている。本市においても、これに準ずるとともに、高血圧の改善・脂質異常症・糖尿病の減少を短期目標として取り組むことで、中長期目標の達成を目指すこととする。

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



3.計画期間

令和 6 年度から令和 11 年度の 6 年間とする。

4.実施体制・関係者連携

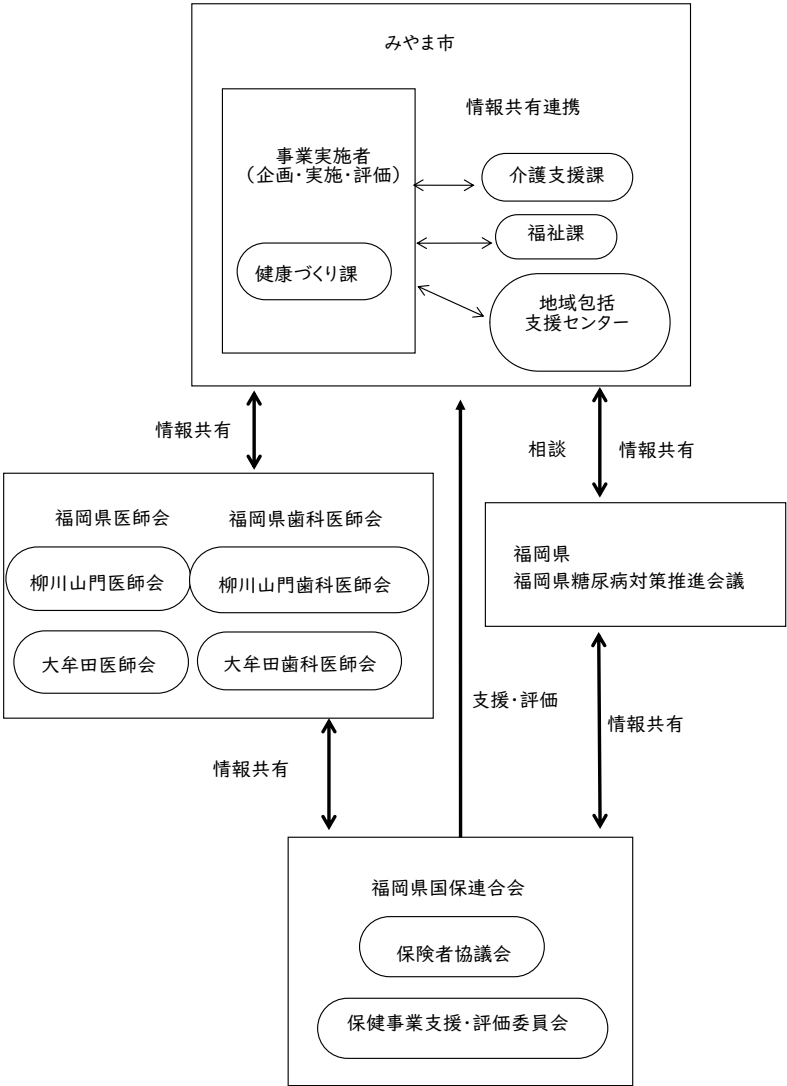
(1) 庁内組織

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、健康づくり課において健康課題を分析し、介護支援課、福祉課および地域包括支援センターとも十分連携しながら、庁内一体となってPDCA サイクルに沿った確実な計画運用を進めていく。

(2) 関係機関との連携

本計画の策定および保健事業の運営においては、地区医師会等その他地域の関係団体との連携により進める。

みやま市の実施体制図



5.基本情報

■被保険者等に関する基本情報■

(単位:人)

		全体		男性		女性	
人口		35,765		16,623		19,142	
国保被保険者数		8,778	100%	4,359	100%	4,419	100%
年齢 構成比	0~39 歳	1,671	19%	881	20%	790	18%
	40~64 歳	2,749	31%	1,465	34%	1,284	29%
	65~74 歳	4,358	50%	2,013	46%	2,345	53%

令和4年度末(2023年3月31日)時点

- 令和4年度の被保険者数は8,778人であり、年々減少傾向にある。
- 65-74歳が50%となっており、高齢者の占める割合が高くなっている。

Ⅱ 第2期計画に係る考察

1.平均寿命・平均自立期間（令和4年度）

- 平均寿命は、男性80.8歳、女性87.0歳。男女ともに県平均とほぼ同水準である。
- 平均自立期間の要支援・要介護対象者は、男性78.4歳、女性82.0歳。男性は県平均と同水準であるが、女性は県平均より高い。

■男性■

(単位:歳)

	平均寿命	平均自立期間	
		要介護2以上	要支援・要介護
みやま市	80.8	79.6	78.4
福岡県	80.7	80.1	78.4
同規模	80.4	79.7	78.5
全国	80.8	80.1	78.7

■女性■

(単位:歳)

	平均寿命	平均自立期間(歳)	
		要介護2以上	要支援・要介護
みやま市	87.0	84.7	82.0
福岡県	87.2	84.6	81.2
同規模	86.9	84.3	81.7
全国	87.0	84.4	81.4

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（令和4年度）

（1）医療費の現状（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19,070円で全国平均（17,400円）、県平均（16,380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）は38,492円であり、県平均よりも1.86倍高い水準になっている。
- 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、2,170円であるが、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810.522%と同規模平均（728.347%）より高い水準である。

■一人あたり医療費■ （単位：円）

	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
みやま市	19,070	16,350	2,170
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	18,100	13,820	2,080
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率■ （単位：％）

	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
みやま市	810.522	29.628	157.218
福岡県	726.788	21.570	166.386
同規模	728.347	23.595	153.186
全国	709.576	18.814	164.799

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■一人あたり医療費（医科）男性■

（単位：円）

	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
みやま市	11,076	7,028	14,531	20,923	38,492	38,904	52,132	51,871
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一人あたり医療費（医科）女性■

（単位：円）

	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
みやま市	23,324	7,761	13,786	20,898	27,645	37,743	30,821	45,800
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

- 疾病分類別医療費の割合は、新生物(17.0%)、精神(13.0%)、循環器系疾患(12.4%)の順に多い。
- 入院単価は、新生物(707,003 円)、糖尿病(704,392 円)、脳血管疾患 (694,140 円)が高い。県内の順位は、60 保険者中、糖尿病(20 位)、高血圧(32 位)、脳血管疾患(40 位)となっている。
- 入院外単価は腎不全(125,546 円)、新生物(66,157 円)で高くなっている。

■疾病分類別医療費の割合■

(単位:%)

	新生物	精神	循環器	筋骨格	内分泌	神経	消化器	呼吸器	尿路 性器	その他
みやま市	17.0	13.0	12.4	8.0	7.8	7.7	5.6	4.6	4.4	19.5
福岡県	16.8	9.5	12.8	9.0	9.0	7.0	5.9	6.4	5.2	18.4
同規模	17.0	8.8	13.8	9.0	9.3	6.7	5.9	5.4	7.8	16.4
全国	16.9	7.9	13.6	8.8	9.0	6.3	6.1	6.0	8.0	17.4

■疾病統計■

	新生物	糖尿病	脳血管 疾患	高血圧	心疾患	腎不全	高血圧	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	707,003	704,392	694,140	685,432	656,473	644,807	685,432	0
県内順位(位)	43	20	40	32	50	48	32	44
入院外単価 (円/件)	66,157	32,890	27,684	26,450	45,180	125,546	26,450	13,357
県内順位(位)	19	33	48	45	11	5	45	40

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

3.重複受診・重複服薬者割合

- 同一月内に2医療機関以上受診した者が被保険者全体の 24.9%いる。

■被保険者数(みやま市)■

(単位:人)

R 2 年 5 月	R 3 年 5 月	R 4 年 5 月
9,854	9,706	9,431

■重複受診の状況■

(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※		
		R2 年 5 月	R3 年 5 月	R4 年 5 月
2医療機関以上	1日以上	19.2	22.6	24.9
	5日以上	2.1	2.5	2.7
	10日以上	0.5	0.6	0.6
3医療機関以上	1日以上	5.4	7.1	7.9
	5日以上	0.9	1.3	1.2
	10日以上	0.2	0.3	0.2

※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・多剤処方状況

重複受診 同じ疾患で複数の医療機関を受診すること。

■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※		
		R2 年 5 月	R3 年 5 月	R4 年 5 月
2医療機関以上	1以上	0.2	0.2	0.3
	2以上	0.0	0.1	0.1
	3以上	0.0	0.1	0.0

※処方を受けた者の割合:受診した者 / 被保険者数 ×100

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方状況

重複服薬 同じ時期に複数の医療機関を受診し、同じ性能の薬が重複して処方され服薬すること。

4. 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

- 特定健診受診率を性別・年齢別にみると、男性は 70-74 歳、女性は 65-69 歳で最も高い。また、男女とも 40-44 歳が最も低い。
- 特定保健指導実施率を性別・年齢別にみると、男性は 60-64 歳、女性は 65-69 歳で最も高い。

■ 特定健診・特定保健指導の推移 ■

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	参考値 R5年度目標値
特定健診	受診者数	3,092人	2,303人	2,358人	2,265人	健診受診率 60%
	受診率	42.7%	32.0%	33.7%	34.1%	
特定 保健指導	該当者数	325	233	247	237	特定保健指導 実施率 80%
	割合	10.5%	10.1%	10.5%	10.5%	
	実施者数	211人	188人	167人	163人	
	実施率	64.9%	80.7%	67.6%	68.8%	

出典：法定報告データ

■ 性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合（令和 4 年度） ■

	男性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	全体
特定健診	13.6%	16.0%	16.7%	16.3%	26.7%	36.4%	39.3%	30.3%
特定保健指導	71.4%	75.0%	41.7%	57.1%	78.9%	67.6%	66.7%	66.9%

	女性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	全体
特定健診	20.8%	24.4%	28.6%	29.9%	37.4%	43.3%	42.6%	38.7%
特定保健指導	50.0%	50.0%	33.3%	80.0%	77.8%	83.3%	73.3%	74.0%

出典：データヘルス計画の指標にかかるデータ抽出ツール
保健指導ツール 評価ツール

(2) 特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)

血糖および HbA1c は県・国平均と比較すると、男女ともに高い。また女性については HDL コレステロールの基準値未満および LDL コレステロールの基準値以上の割合が高い状況である。

(単位:%)

項目	男性			女性		
	みやま市	県	全国	みやま市	県	全国
腹囲 男性 85 cm 以上 女性 90 cm 以上	48.9	56.9	55.8	16.7	20.1	19.1
BMI 25 以上	27.2	32.9	33.9	18.3	20.0	21.5
中性脂肪 150 mg/dℓ 以上	28.7	28.8	28.0	13.5	15.6	15.9
HDL コレステロール 40 mg/dℓ 未満	5.0	6.5	7.2	1.5	1.0	1.3
血糖 100 mg/dℓ 以上	39.0	38.3	35.0	28.1	23.9	22.3
HbA1c 5.6% 以上	63.4	60.1	59.1	63.5	57.3	57.6
尿酸 7.1 以上	14.3	16.1	13.0	2.3	2.3	1.8
収縮期 血圧 130 以上	47.2	49.5	50.8	44.1	44.1	46.3
拡張期 血圧 85 以上	18.6	23.4	25.7	12.9	15.0	17.0
LDL コレステロール 120 mg/dℓ 以上	43.3	45.6	44.9	56.5	54.7	54.1
血清 クレアチニン 男性 1.0 以上 女性 0.7 以上	2.4	2.9	2.7	0.1	0.3	0.3

出典: 令和 4 年度 KDB システム帳票 厚生労働省様式(5-2)

BMI 肥満度を表す指標

中性脂肪・LDL コレステロール・HDL コレステロール・尿酸 動脈硬化に関連する指標

HbA1c 糖尿病に関連する指標

血清クレアチニン 腎臓の機能を表す指標

(3) 生活習慣に係る質問票調査の状況(令和4年度)

飲酒頻度が「毎日」という人の率は国平均と同程度で、県・同規模より少ない。しかし、1日飲酒量が「1合未満」の人の率は県・国・同規模と比べて低く、1合以上の人が37.6%を占めている。

■飲酒頻度・一日飲酒量■

(単位:%)

	飲酒頻度		一日飲酒量			
	毎日	時々	1合未満	1~2合	2~3合	3合以上
みやま市	24.5	23.5	62.4	28.9	7.4	1.3
福岡県	25.5	23.5	64.3	25.0	8.5	2.2
同規模	25.4	20.5	62.8	25.1	9.5	2.5
全国	24.6	22.3	65.6	23.1	8.8	2.5

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式(5-1)

5.中長期および短期目標の達成状況

(1) 中長期目標疾患の医療費の状況

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、および糖尿病性腎症にかかる一人当たり医療費は増加傾向にあるものの、総医療費に占める割合は、低くなってきている。

また、短期目標疾患である高血圧症等治療者は増加傾向にあり、合併症(重症化)として、中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患の罹患の増加につながっている。

■中長期目標疾患にかかる医療費の推移■

	H30 年度	R4 年度
被保険者一人当たり医療費	32,753 円	35,929 円
中長期目標疾患医療費の 総医療費に占める割合	18.45%	16.66%

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

■ 高血圧症・脂質異常症・糖尿病治療者の状況(40歳以上) ■

			H30年度	R4年度
高血圧症治療者		A(人)	2,264	2,325
		A/被保数(%)	27.7	30.4
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	358	416
		B/A(%)	15.8	17.9
	虚血性心疾患	C(人)	298	313
		C/A(%)	13.2	13.5
	人工透析	D(人)	20	18
		D/A(%)	0.9	0.8
脂質異常症治療者		A(人)	1,924	2,053
		A/被保数(%)	23.5	26.9
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	320	374
		B/A(%)	16.6	18.2
	虚血性心疾患	C(人)	265	285
		C/A(%)	13.8	13.9
	人工透析	D(人)	11	10
		D/A(%)	0.6	0.5
糖尿病治療者		A(人)	1,190	1,187
		A/被保数(%)	14.5	15.5
合併症 (中長期目標疾患)	脳血管疾患	B(人)	202	195
		B/A(%)	17	16.4
	虚血性心疾患	C(人)	178	173
		C/A(%)	15	14.6
	糖尿病性腎症	C(人)	67	69
		C/A(%)	5.6	5.8
	人工透析	B(人)	12	11
		B/A(%)	1	0.9

出典:保健指導ツール 集計ツール

■ 人工透析の推移 ■

	総医療費(円)	レセプト件数	透析患者数	内新規患者数	1件当たり(円)	透析患者一人当たり(円)
R2年度	129,902,920	280	20	4	463,939	6,495,146
R3年度	110,671,470	225	17	7	491,873	6,510,086
R4年度	146,598,070	262	20	4	559,535	7,329,904

出典:KDBシステム帳票_医療費分析(1)細小分類
保健事業等支援評価・分析システム_新規患者数

(2) 健診結果の経年変化

■メタボリックシンドロームの前年度からの経年変化■ (単位:人)

健診受診者 (受診率)	(再掲)①該当者	(再掲)②予備群
H30 年度 3,273 (44.3%)	R1 年度 489 (14.9%)	R1 年度 401 (12.3%)
R3 年度 2,358 (33.7%)	R4 年度 402 (17.0%)	R4 年度 244 (10.3%)

※前年度からの経年変化割合: 翌年度健診受診者の①または②の該当者 / 前年度健診受診者数 × 100

出典: 特定健診法定報告データ

■HbA1c6.5%以上者の前年度からの経年変化■ (単位:人)

HbA1c6.5%以上	改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 年度 267 (8.2%)	R1 年度 61 (22.8%)	R1 年度 85 (31.8%)	R1 年度 36 (13.5%)	R1 年度 85 (31.8%)
R3 年度 246 (10.4%)	R4 年度 59 (24.0%)	R4 年度 89 (36.2%)	R4 年度 26 (10.6%)	R4 年度 72 (29.3%)

出典: 令和4年度保健指導ツール 評価ツール

■Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの経年変化■ (単位:人)

Ⅱ度高血圧 以上	改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 年度 131 (4.0%)	R1 年度 59 (45.0%)	R1 年度 22 (16.8%)	R1 年度 7 (5.3%)	R1 年度 43 (32.8%)
R3 年度 100 (4.2%)	R4 年度 50 (50.0%)	R4 年度 17 (17.0%)	R4 年度 6 (6.0%)	R4 年度 27 (27.0%)

出典: 令和4年度保健指導ツール 評価ツール

Ⅱ度高血圧以上 収縮期血圧 160 以上かつ拡張期血圧 100 以上

■LDL160 以上者の前年度からの経年変化■ (単位:人)

LDL160 以上	改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30 年度 410 (12.5%)	R1 年度 160 (39.0%)	R1 年度 114 (27.8%)	R1 年度 31 (7.6%)	R1 年度 105 (25.6%)
R3 年度 294 (12.5%)	R4 年度 155 (52.%)	R4 年度 62 (21.0%)	R4 年度 12 (4.1%)	R4 年度 65 (22.1%)

出典: 令和4年度保健指導ツール 評価ツール

(3) 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み

糖尿病性腎症につながる血糖値有所見者の割合は増加傾向にある。HbA1c6.5%以上の高血糖者を優先対象者とし未治療者は医療受診につなげる取り組みを進めている。特にHbA1c8.0%以上の未治療者については重点的に支援し医療機関と連携して保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていく。

■糖尿病性腎症重症化予防対象者■

(単位:人)

重症化 予防対象者 糖尿病性腎症			H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
	健診受診者	(a)	3,273	3,092	2,303	2,358
	血糖値有所見者 (HbA1c6.5%以上の者)	(b)	267	314	229	246
		(b/a) (%)	8.2	10.2	9.9	10.4
	血糖値有所見者のうち問診 にて未治療と答えた者	(c)	100	116	88	85
		(c/b) (%)	37.5	36.9	38.4	34.6

出典:特定健診法定報告データ

■HbA1c8.0%以上の状況 ■

(単位:人)

		H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
健診受診者	(a)	3,273	3,092	2,303	2,358
HbA1c8.0%以上	(b)	42	43	34	36
	(b/a) (%)	1.3	1.4	1.5	1.5
うち未治療者	(c)	14	7	10	5
	(c/b) (%)	33.3	16.3	29.4	13.9

出典:令和4年度保健指導ツール 評価ツール

6.介護給付費の分析

- 要介護認定率は県・同規模・国と比べて若干低い状況であるが、1件あたり介護給付費は78,554円(令和4年度)と、県・同規模・全国と比べて高い。
- 令和4年度の要介護状態の有病状況は心臓病が最も多いが、次いで高血圧症を持つ人が53.8%となっており、生活習慣と要介護認定との関連が推測できる。

■要介護認定の状況(令和4年度)■

(単位:%)

	みやま市	福岡県	同規模	全国
1号認定率	19.0	19.9	19.1	19.4
2号認定率	0.3	0.3	0.4	0.4
新規認定率	0.2	0.3	0.3	0.3

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

■介護給付費の状況(令和4年度)■

(単位:円)

	みやま市	福岡県	同規模	全国
1件当たり給付費	78,554	59,152	70,503	59,662

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

■要介護認定者の有病状況■

項目		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度		R4年度(同規模)		R4年度(県)	
		実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
有 病 状 況	糖尿病	477	18.4	506	18.4	493	18.5	503	19.3	154,694	23.8	66,990	23.1
	高血圧症	1,393	52.5	1,440	52.9	1,433	54.0	1,431	53.8	352,398	54.8	156,979	54.4
	脂質異常症	616	23.3	653	23.7	674	25.1	649	24.9	203,112	31.2	96,408	33.2
	心臓病	1,568	59.8	1,645	60.2	1,629	61.3	1,594	60.8	397,324	61.9	175,116	60.8
	脳疾患	724	27.8	756	27.7	733	27.3	666	26.3	151,330	23.9	68,049	23.8
	がん	245	9.8	259	9.5	263	9.9	265	9.7	74,764	11.4	35,599	12.3
	筋・骨格	1,360	51.3	1,437	52.0	1,440	54.0	1,427	53.9	350,465	54.5	158,168	55
	精神	1,042	38.6	1,059	39.3	1,067	39.3	1,036	39.5	246,296	38.6	110,665	38.5
要介護認定別		認定あり		9,355		9,338		9,097		9,581		9,043	
医療費(40歳以上)(円)		認定なし		4,333		4,538		4,347		4,409		4,284	

出典:KDBシステム帳票 厚生労働省様式(5-1)

7. 歯科受診の分析

歯科受診率は、15～39歳で低くなるものの、その後、年齢に比例して増加傾向にあり、特に 40 代後半からは同規模自治体と比較しても高い状況となっている。

■年代別歯科受診率■

R4 年度	受診率			
	みやま市	同規模	県	国
0～14 歳	110.406	127.823	134.055	135.256
15～39 歳	85.567	88.559	90.390	92.753
40～44 歳	111.739	116.168	126.630	124.694
45～49 歳	127.068	122.635	137.394	133.779
50～54 歳	134.838	129.415	145.257	142.433
55～59 歳	142.898	141.096	160.851	156.819
60～64 歳	172.017	160.695	186.533	179.791
65～69 歳	187.190	176.569	205.390	198.331
70～74 歳	191.126	184.212	221.700	211.302

出典：KDB システム帳票「医療費分析の経年比較」より（令和 4 年度）

受診率・・・レセプト件数÷被保険者数×1000

※レセプト件数は令和 4 年度内の月平均、人数は令和 4 年度末時点

■歯科健診受診率■

	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
人数(人)	30	15	16	24
受診率(%)	0.41	0.21	0.23	0.36

8.分析結果のまとめ

(1) 健診

- 特定健診受診率は平成 31 年度までは 40%を超えており、県内でも高い水準だったが、コロナ禍の令和 2 年度に 32%と落ち込み、その後は微増しているものの、以前の水準までは戻せていない。特に若年層の受診率が低く、生活習慣病も含めた健康意識の向上および特定健診受診率の向上が課題である。

(2) 医療費

- 新規人工透析患者は横ばいであるが、一件当たりおよび一人当たりの医療費は年々増加している。健診データによると、血糖・HbA1c の有所見者が国・県平均より多い状況にあるため、未治療者は確実に治療につなげていくと共に、治療を中断しないよう勧奨を行い、生活習慣病の重症化を予防していく必要がある。
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者が、脳血管疾患や虚血性心疾患を併発した割合が増えている。また、将来的な介護予防の観点からも、生活習慣病のより一層の発症予防が求められる。
- 重複受診、重複服薬等は増加しており、適正医療対策の強化を図る。

(3) 歯周病

- 歯周病検診の受診率が低く、検診の必要性の周知の工夫とともに市民の健康意識向上が課題と考えられる。

Ⅲ 第3期データヘルス計画の目標と事業展開

目標	保健事業	事業の展開
生活習慣病対策の推進	特定健康診査の実施 特定保健指導の実施	医療機関や関係団体と連携し、周知や受診勧奨を行い、受診率向上に努める。
	健康づくり広報啓発	地元関係団体に協力を依頼し、周知に努める。若年層には SNS などを用いて幅広い年齢層に関心をもってもらう。
健康課題に応じた保健事業の推進	糖尿病性腎症重症化予防対策	効果的、効率的な保健指導等の実施により、疾病の重症化予防を行う。医療関係団体に協力を呼びかけ対象者を適切な医療につなげることを目指す。
	生活習慣病重症化予防対策	
	高血糖対策	重症化予防事業の基準以下の者であっても、リスクが高い者に対しては、個別に支援を行う。あわせて、広報誌等を活用した情報提供により、被保険者の健康意識向上を図る。
	歯周病検診の実施	若年層にも対象を拡大して、歯周病検診の周知や受診勧奨を行い、受診率向上を目指す。
医療費適正化の推進	適正医療対策 (重複受診、重複服薬)	適正受診、適正服薬の必要性を指導し、適切な医療行動がとれるように取り組む。

Ⅳ 個別事業計画

Ⅰ.特定健康診査

(1) 事業の目的

自分の健康状態を知り、生活習慣の改善による疾病の予防および生活習慣病の重症化予防につなげる。

(2) 事業の概要

個別健診および集団健診において、「特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準」に定められた項目の診査を行う。

(3) 事業の展開

地域の医療機関や関係団体の協力を得ながら、特定健康診査の周知や受診勧奨等を行い、受診率の向上に努める。

(4) 評価指標

アウトカム評価指標	現状値 R4	目標値						データの 把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
メタボリックシンドローム予備群 の割合	10.5%	減少						KDB システム
メタボリックシンドローム該当者 の割合	17.1%	減少						
アウトプット評価指標	現状値 R4	目標値						データの 把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定健診受診率	34.1%	38%	42%	46%	50%	54%	60%	法定報告
20～30代健診受診者数(人)	110	120	140	160	180	200	220	実績報告
健康ポイント申請数(人)	945	1,049	1,164	1,292	1,434	1,592	1,767	

(5) プロセス(方法)

周知		特定健診対象者には受診券を送付し、健診ガイドを全戸配布する。そのほかに、市の広報誌およびホームページ、地域コミュニティFMでの周知を図る。また、医療機関や商工会等関係団体にポスター等の掲示を依頼する。
勧奨		未受診者には個別通知で受診勧奨を行う。
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。
	実施場所	集団健診：市の公共施設 個別健診：県内の契約医療機関
	時期・期間	集団健診：7月～10月 個別健診：6月～12月
	データ取得	事業者健診等の健診受診者データ収集、人間ドックの結果提供への働きかけ等
	結果提供	集団健診：健診実施4週間後に郵送、特定保健指導対象者には手渡しで通知する。特定保健指導対象者には説明会を案内する。 個別健診：健診結果は直接医療機関より説明をする。
その他		特定健診の内容について市の広報誌やホームページ、SNSを活用した周知を行い、幅広い年齢層へ関心を持ってもらうようにする。

(6) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり課 国保年金係・健康係
保健医療関係団体	個別健診を福岡県医師会、集団健診は健診業者へそれぞれ委託
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	外部委託事業者にて受診勧奨ハガキの送付、電話でのフォローを実施する。集団健診事業を健診業者へ委託し、予約および運営を実施する。
他事業	出前講座等で特定健診の啓発を行う。
その他	地元医師会や医療機関等と連携し、パンフレットの配布・掲示等によって周知を図る。

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保健指導や栄養指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防や生活習慣病の重症化予防につなげる。

(2) 事業の概要

国の示すプログラムに準じて、保険者直営で実施する。

(3) 事業の展開

プログラムをもとに、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・実践評価を行う。

(4) 評価指標

アウトカム評価指標	現状値 R4	目標値						データの把握 方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
⑦健診受診者の高血圧者の割合 (160/100 以上)	5.2%	減少						KDB システム
⑧健診受診者の血糖コントロール不良者割合 (HbA1c7.0 以上)	5.9%	減少						
⑨健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL160 以上)	10.1%	減少						
アウトプット評価指標	現状値 R4	目標値						データの把握 方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定保健指導実施率	68.8%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	法定報告
特定保健指導対象の割合	21%	21%	21%	22%	22%	23%	23%	

(5) プロセス(方法)

周知		対象者には利用券を送付する。そのほか、健診ガイドや広報誌を全世帯へ配布し、ホームページ、LINE の SNS にて情報配信を行う。農協や商工会、漁協にも協力を依頼する。
勧奨		特定保健指導説明会の案内通知を行い、電話にて勧奨し、説明会当日に結果説明を行う。
実施および実施後の支援	初回面接	集団健診会場にて当日初回面談を実施する。 また、特定健診結果ができ次第、特定保健指導対象者には特定保健指導説明会への案内文を送付し、説明会当日に健診結果の説明を行う(個別健診も同様に実施)。
	実施場所	集団健診会場、市役所
	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。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
	時期・期間	集団健診当日保健指導:7月～10月 健診後の初回面談～最終評価:8月～3月末まで実施
	実施後のフォロー・継続支援	次年度の健診に向けて身体管理の継続と勧奨を実施している。
その他		集団健診業者に当日初回面談を委託しているため、特定保健指導前に打ち合わせを実施し、毎回健診実施後に報告を出してもらうようにしている。個別健診で特定健診受診者には管内医療機関での結果説明時に健康相談チラシを配布し、特定保健指導につながるように工夫している。

(6) ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課 健康係
保健医療関係団体	健診前に、受託医療機関に特定健診・特定保健指導の周知の協力を得る。
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ提供
他事業	予約制の結果説明会でも、特定保健指導を実施している。
その他	効果的な指導方法を促すよう、集団健診委託事業者や雇いあげの専門職との連携体制を構築する。

3. 受診勧奨通知事業

(1) 事業の目的

特定健康診査未受診者を受診につなげることで、生活習慣病予防につなげる。また、生活習慣病治療中で特定健康診査未受診者へ受診勧奨を行うことで、生活習慣病の重症化を予防する。

(2) 事業の概要

健診履歴や医療機関受診履歴、問診票回答結果等のデータを分析し、効果的なメッセージの送り分けを行う。また、勧奨効果を高めるため、年内に複数回の受診勧奨を行う。加えて、生活習慣病治療中で特定健康診査未受診者へ受診勧奨を行う。

(3) 事業の展開

年度末までに効果検証を行う。

(4) 評価指標

アウトカム評価指標	現状値 R4	目標値						データの把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
通知発送後の年度内の受診率	17.6%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	データ管理システム
アウトプット評価指標	現状値 R4	目標値						データの把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
特定健康診査受診率（再掲）	34.1%	38%	42%	46%	50%	54%	60%	法定報告

(5) プロセス（方法）

周知	各対象者の属性に着目した通知やホームページやLINEなどSNSを活用する。また、医療機関や関係団体に事業内容を共有し協力を得る。
勧奨	【継続受診者・新規受診者】 リピート受診を促進するメッセージ内容 【長期未受診者】 医療機関受診の有無など、属性を踏まえた通知等の受診勧奨 【若年層（40～50歳代）】 通知だけでなくSNSによる分かりやすい健診制度案内 【生活習慣病治療中の者】 一定期間に複数回医療機関を受診している者に対して通知等の受診勧奨
実施後の支援・評価	通知発送の一定期間後や年度内に受診状況を確認する。
その他	経年対象者をチェックし、対策を検討する。（目標：対象者リストを経年で作成）

(6) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり課 国保年金係・健康係
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データおよび医療データの提供
民間事業者	委託事業者による対象者の属性に応じた個別の効果的なメッセージの送り分けを行い、複数回の通知を行う。
その他の組織	自治会、農協、商工会との連携を行う。
他事業	事業者健診受診者の健診データ提供依頼を行う。
その他	特定健診担当と特定保健指導担当とで連携しながら、特定健診の受診勧奨について方法を検討している。対象者の選定や実施時期については、委託事業者と協議を行い、より効果的な受診勧奨を行う。その他の組織とも定期的な協議を重ね連携を深める。

4. 糖尿病性腎症重症化予防対策および生活習慣病重症化予防

(1) 事業の目的

糖尿病や生活習慣病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・受診中断者に対して適切な受診勧奨・保健指導を行い治療につなぐ。また、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化リスクが高い者へ主治医の判断により保健指導対象者を選定し、保健指導や栄養指導を行うことにより、腎不全、新規透析への移行を予防する。

(2) 事業の概要

国の示す「糖尿病性腎症重症化予防に関する手引き」や「福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って対象者を抽出し、結果説明会・訪問・電話等で介入し、重症化予防のための支援を行う。

(3) 事業の展開

地域の医療機関や保健所等の協力により、対象者を適切な医療につなぐことを目指す。

(4) 評価指標

アウトカム評価指標	現状値 R4	目標値						データの 把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
脳血管疾患の割合	13.1%	減少						KDBシステム
虚血性心疾患の割合	9.4%	減少						
糖尿病性腎症の割合	1.7%	減少						
糖尿病性腎症による新規透析患者数の割合	50%	減少						
健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合 健診受診者で糖尿病性腎症3期以降の未治療	0.3%	減少						法定報告

アウトプット評価指標	現状値 R4	目標値						データの 把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
プログラム対象者のうち医療機関未受診者数、およびそのうち個別に受診勧奨を実施した数	26.7%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムツール
連絡票の回収率	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムツール
医療機関受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	健康係データバンク
飲酒頻度：毎日	24.5%	24%	23%	22%	21%	20%	19%	KDB システム
飲酒量：3 合以上	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	

(5)-1 糖尿病性腎症重症化予防対策

プロセス(方法)

実施内容		健診結果から糖尿病性腎症（早期腎症期～腎不全期）の未治療者を抽出。保健師や管理栄養士が結果説明会で受診勧奨・保健指導し、目標を立て3か月支援を行う。その際、本人の同意があれば医療機関受診連絡票や糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医と連携し、その後の医療機関受診有無や検査データを確認、指導前後の評価を行う。血糖値の数値が基準値以上で未治療者・治療中断者であれば電話や訪問等で医療機関受診につなげる。
周知・勧奨		特定保健指導説明会の案内通知を送付し、その後電話を行い、出席確認をとる。欠席の場合は、電話や自宅訪問を行う。
実施および 実施後の支援	実施形態	特定保健指導説明会や結果説明会、電話・訪問。
	実施場所	市役所
	時期・期間	特定保健指導説明会：8月～3月
	データ取得	集団健診業者より健診受診者のデータを取得。医療機関受診者は国保連合会のシステムにてデータ取得。
その他		特定保健指導説明会への参加を促すため、出席確認連絡を行う。また欠席の場合は訪問を行うこととし、本人と直接対話するよう努める。また、医療機関連絡票も積極的に活用する。

ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり課 健康係
保健医療関係団体	柳川山門医師会・大牟田医師会・福岡県南筑後保健福祉環境事務所
国民健康保険団体連合会	保健指導ツールに関するデータ提供
その他	効果的な指導方法を促すよう、集団健診委託事業者や保健指導者（専門職）との連携体制を構築する。

(5)-2 生活習慣病重症化予防対策

プロセス（方法）

実施内容		健診結果をもとに、KDBシステムや分析評価システム、レセプト情報などから、重症化するリスクが高い対象者を抽出し、特定保健指導説明会、訪問、電話等にて指導を実施。 8月～3月に実施。対象者の抽出および説明会への案内状を送付。欠席者には電話・訪問・手紙等で医療機関への受診勧奨を実施。
周知・勧奨		特定保健指導説明会の案内通知を郵送。郵送後に本人に電話し、出席してもらうように勧奨。また、医療機関での再検査の受診勧奨のチラシ、特定保健指導説明会のチラシを同封。
実施および 実施後の支援	実施形態	面談（予約制）、訪問、電話
	実施場所	市役所
	時期・期間	8月～3月に15回実施。
	データ取得	集団健診業者や国保連合会のシステムよりデータ取得し、専用システムにて処理。
その他		特定保健指導説明会への参加を促すため、出席確認連絡を行う。また欠席の場合は訪問を行うこととし、本人と直接対話するよう努める。

ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり課 健康係
保健医療関係団体	柳川山門医師会・大牟田医師会・福岡県南筑後保健福祉環境事務所
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データおよび医療データの提供
その他	効果的な指導方法を促すよう、集団健診委託事業者や保健指導者（専門職）との連携体制を構築する。

5. 歯周病検診

(1) 事業の目的

自分の口腔状態を知り、口腔ケアへの関心を高め、歯科の定期的な検診受診につなげることで、歯周病や口腔機能の低下を予防する。

(2) 事業の概要

事業は柳川山門歯科医師会、大牟田歯科医師会に委託する。歯周病に関連する問診や歯および歯周組織等の口腔内の検査を行い、歯と歯周病予防・改善に関する指導を行う。

(3) 事業の展開

歯周病検診の周知や受診勧奨を行い、受診率の向上に努める。

(4) 評価指標

アウトカム評価指標	現状値 R5	目標値						データの把握方法
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
口腔機能低下の者の割合	38.3%	38%	37%	36%	35%	34%	33%	健康管理システム
アウトプット評価指標	現状値 R5	目標値						
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	
歯周病検診受診率	0.9%	1%	2%	3%	4%	5%	6%	

(5) プロセス(方法)

実施内容		年度末年齢 20・30・40・50・60・70 歳の市民および 20 歳以上のみやま市国民健康保険加入者を対象に歯科医療機関において実施する。
周知・勧奨		広報誌、チラシを全世帯配布やホームページにて情報配信。
実施および 実施後の支援	実施形態	医療機関検診
	実施場所	柳川山門歯科医師会・大牟田歯科医師会の医療機関
	時期・期間	医療機関検診:6 月～11 月
	データ取得	医療機関より検診票提出後に市でデータ入力。
	結果提供	歯科医療機関にて直接結果説明実施。
その他		歯周病は生活習慣病とも関連性が高いため、20 歳以上のみやま市国民健康保険加入者は節目年齢に限らず、受診可能とする。

(6) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり課 国保年金係・健康係
保健医療関係団体	柳川山門歯科医師会・大牟田歯科医師会に委託。
その他	健診ガイド送付時やみやま市国保特定健診の受診券に歯周病検診のチラシを同封し、節目年齢の人にはクーポン券を送るなど、周知に努める。

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、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。

また、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。評価にあたっては、市の関係機関および福岡県国民健康保険団体連合会（以下国保連合会）とも連携を図る。

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市民に周知し、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。

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、保険者による健診およ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、被保険者および被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査およ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。

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およ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する。

(2) 現状

■ 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 ■

（単位：％）

	みやま市	県	国	目標値
特定健診受診率	34.1	35.1	37.3	60
特定保健指導実施率	68.8	41.4	26.7	80

出典：特定健診法定報告データ（みやま市、県）

国保データベースシステム（KDB） 令和 4 年度 地域の全体像の把握より抜粋（国）

- 令和 4 年度特定健康診査の受診率は 34.1％であり、年々微増傾向であるものの国・県より低い状況である。
- 特定保健指導の実施率は 68.8％で国・県より高いものの、目標値には及んでいない。

■特定健康診査・特定保健指導の実施状況（性・年齢別）■

（単位：％）

R4 年度	男性		女性	
	特定健診受診率	特定保健指導実施率	特定健診受診率	特定保健指導実施率
40-44 歳	13.6	71.4	20.8	50.0
45-49 歳	16.0	75.0	24.4	50.0
50-54 歳	16.7	41.7	28.6	33.3
55-59 歳	16.3	57.1	29.9	80.0
60-64 歳	26.7	78.9	37.4	77.8
65-69 歳	36.4	67.6	43.3	83.3
70-74 歳	39.3	66.7	42.6	73.3

出典：データヘルス計画の指標にかかるデータ抽出ツール
保健指導ツール 評価ツール

- 令和４年度特定健康診査受診率を性別・年齢別にみると、男性は 70-74 歳、女性は 65-69 歳が最も高い。
- 令和４年度特定保健指導実施率を性別・年齢別にみると、男性は 60-64 歳、女性は 65-69 歳が最も高い。

■特定健康診査結果の状況（有所見率・健康状態）■

（単位：％）

男性	BMI	腹囲	中性脂肪	HDL-C	血糖	HbA1c	LDL-C
	25 以上	85 以上	150 以上	40 未満	100 以上	5.6 以上	120 以上
国	33.9	55.8	28.0	7.2	35.0	59.1	44.9
県	32.9	56.9	28.8	6.5	38.3	60.1	45.6
みやま市	27.2	48.9	28.7	5.0	39.0	63.4	43.3

（単位：％）

女性	BMI	腹囲	中性脂肪	HDL-C	血糖	HbA1c	LDL-C
	25 以上	85 以上	150 以上	40 未満	100 以上	5.6 以上	120 以上
国	21.5	19.1	15.9	1.3	22.3	57.6	54.1
県	20.0	20.1	15.6	1.0	23.9	57.3	54.7
みやま市	18.3	16.7	13.5	1.5	28.1	63.5	56.5

出典：国保データベースシステム（KDB）令和４年度 健診有所見者状況（男女別、年代別）（厚生労働省様式 5-2）より抜粋

■メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の割合■

（単位：％）

		みやま市	県	国
メタボリックシンドローム （内臓脂肪症候群）	該当者	17.2	20.6	20.6
	男性	26.8	32.8	32.9
	女性	9.9	11.4	11.3
	予備群	10.4	11.7	11.1
	男性	17.7	18.5	17.8
	女性	4.9	6.5	6.0

出典：国保データベースシステム（KDB） 令和4年度 地域の全体像の把握より抜粋

- 特定健診の結果の所見を県・国平均と比較すると、血糖値と HbA1c の値が男女共に高い。また女性の LDL コレステロール値が県・国平均と比較して高い。
- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者および予備群の割合は県・国平均と比較して、低い。

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

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣はやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院および服薬が始まり、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、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、その結果として生活の質の維持およ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。

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

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。

また、データヘルス計画においては、第3期からアウトカム評価が導入され受診者の行動変容を評価することとなる。実施率の向上とともに、被保険者の健康増進につながるよう、成果を重視した保健指導を構築していく必要がある。

3. 達成しようとする目標

(単位:%)

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査の実施率	38	42	46	50	54	60
特定保健指導の実施率	70	72	74	76	78	80
特定保健指導対象者の減少率	21	21	22	22	23	23

4. 特定健康診査等の対象者数

(単位:人)

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
【特定健康診査】 対象者数	6,290	6,120	5,955	5,794	5,683	5,486
【特定健康診査】 目標とする実施者数	2,390	2,570	2,739	2,897	3,068	3,291
【特定保健指導】 対象者数	239	257	273	289	306	329
【特定保健指導】 目標とする実施者数	167	185	202	219	238	263

II 特定健康診査

I. 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> 市の公共施設

<個別健診> 県内の契約医療機関

集団健診においては、健康増進法に基づくがん検診との同時受診が出来るようにする。個別健診についても地元医師会の協力を得ながら、がん検診も合わせて受診できるような体制をとる。また、加入している保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるような体制整備を行う。20~30 代健診、被用者保険の被扶養者健診、後期高齢者健診、生活保護受給者に対しての健診の機会を確保する。

(3) 法定の実施項目

「特定健康診査およ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	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状および他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重および腹囲の検査	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 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	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
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、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖および蛋白の有無

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、血色素量および赤血球数の測定）	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 40mmHg 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）みやま市独自の追加健診項目

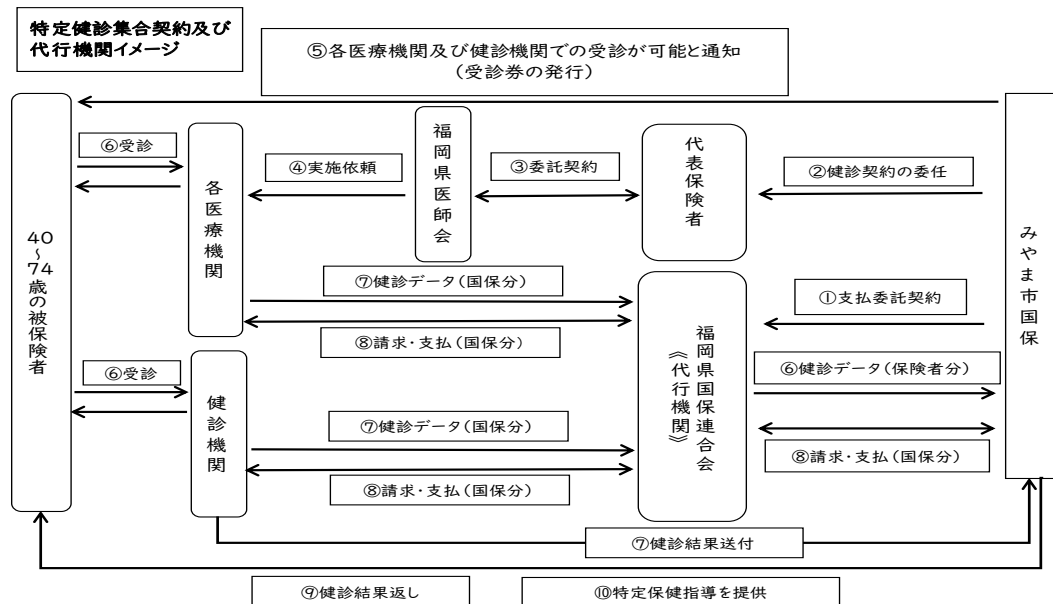
- ・血糖検査（HbA1c 検査）
- ・血清クレアチニンおよび eGFR
- ・尿酸
- ・尿潜血

（5）外部委託の方法

①外部委託の有無

集団健診については特定健診実施機関に委託する。個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保代表保険者が集合契約を行う。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）であり、契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成する。

②外部委託の実施形態



(6) 周知や案内の方法

特定健診対象者には受診券を送付し、健診ガイドを全戸配布する。そのほかに、市の広報誌およびホームページ、地域コミュニティ FM での周知を図る。また、医療機関や商工会等関係団体にポスター等の掲示を依頼し、健診対象者への周知を図る。

(7) 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。

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。

(8) 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 4 週間後に郵送、特定保健指導対象者には手渡して通知する。

特定保健指導対象者には特定保健指導説明会を案内する。

<個別健診>健診結果は直接医療機関より説明をする。

Ⅲ 特定保健指導

Ⅰ. 特定保健指導の実施方法

内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、特定保健指導対象者の階層化を行う。また、階層化された対象者に優先順位をつけ、支援方法を具体化する。

■対象者の階層■

腹囲	追加リスク ①血圧高値 ②脂質異常 ③血糖高値	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		
	1つ該当	なし		

■保健指導対象者の優先順位と階層化および支援方法■

順位	優先	階層化	支援方法
1		特定保健指導 動機付け支援 積極的支援	標準的な健診・保健指導プログラム(国)に基づき実施。 ◆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 ◆健診結果から必要に応じて受診勧奨を行う
2		医療機関受診 勧奨者 (要精密検査)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明を行う ◆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
3		健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (特定健診受診の必要性を啓発および個別案内通知)
4		情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明を行う ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆効果的な学習教材の選定 ◆治療中断者対策およ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 ◆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

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

時 期	内 容
4月～ 5月	特定健診について周知 特定健診の受診券および健診ガイドの送付
5月～	集団健診予約の受付開始
7月～ 10月	集団健診を実施
6月～ 12月	個別健診を実施
7月～	特定保健指導の開始
8月	未受診者への電話勧奨
9月	未受診者に受診勧奨通知を郵送(1回目)
11月	重症化予防対象者へ受診勧奨通知を郵送
12月	未受診者に受診勧奨通知を郵送(2回目)

※なお、健診受診率・保健指導の実施状況等から実施方法を随時検討する。

V 個人情報の保護

1. 記録の保存方法

第Ⅰ編 V その他「3. 個人情報の取扱い」に準ずるものとする。

2. 保存体制

健診データは、国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査および特定保健指導に関する記録の取扱いについて」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から国保連合会に送付される。

データファイルは国保連合会において、特定健康診査等データ管理システムに保管され、特定保健指導の実績については、市において同システムへのデータ登録を行う。

特定健康診査・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。

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

第Ⅰ編 V その他「2. データヘルス計画の公表・周知」に準ずるものとする。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

特定健診の内容について市の広報誌やホームページ、SNS を活用した周知を行い、幅広い年齢層へ関心を促す。また、出前講座を実施するほか、地区医師会等関係団体とも連携し普及啓発の充実を図るとともに、新規対象者（年度末年齢 40 歳）への重点的なアプローチを行い、特定健診への関心をより高めていく。

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

評価は、特定健康診査・特定保健指導の受診率等や特定保健指導対象者の減少率について行う。また、実施体制や実施方法に関しても評価についても行う。

この計画については、みやま市国民健康保険運営協議会に報告し、必要に応じ事業の見直し等を行う。

Ⅷ 特定健診、特定保健指導の今後の取り組み

- ・若年層への健診受診勧奨の強化、受診しやすいスケジュール作成等により受診率向上を図る。
- ・未受診者への個別通知、地域関係団体との連携等により健診の必要性を広める。
- ・効果的、効率的な保健指導を実施し、重症化予防、被保険者の健康増進に寄与する。