

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4月

行橋市国民健康保険

目次

第1編 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 基本的事項	1
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	
(1) 庁内組織	
(2) 地域の関係機関	
5.基本情報	
6.現状の整理	
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	4
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】	
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2～4】	
(2) 疾病分類別の医療費 【図表5～7】	
3.後発医薬品の使用割合 【図表8】	
4.重複・頻回受診者、重複・多剤処方者割合 【図表9】	
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10～12】	
(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表13～15】	
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表16～図表22】	
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析【図表23～25】	
7.介護費給付費等の分析 【図表26～28】	
8.その他【図表29～30】	
第3章 計画全体.....	19
1.健康課題	
2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
3.保健事業一覧	

第4章 個別事業計画.....	2 1
1.特定健康診査	
2.特定保健指導	
3.受診勧奨通知事業	
4.生活習慣病重症化予防事業	
5.糖尿病性腎症重症化予防事業	

第5章 その他.....	3 1
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

第1章 基本的事項.....	3 2
1.背景	
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	
（2）特定保健指導の基本的考え方	
3.達成しようとする目標	
4.特定健康診査等の対象者数	

第2章 特定健康診査.....	3 4
1.特定健康診査の実施方法	
（1）対象者	
（2）実施場所	
（3）法定の実施項目	
（4）保険者独自の実施項目	
（5）実施時期又は期間	
（7）周知や案内の方法	
（8）事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	
（9）その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	

第3章 特定保健指導.....	38
1.特定保健指導の実施方法	
(1) 対象者	
(2) 実施場所	
(3) 実施内容	
(4) 実施時期又は期間	
(5) 周知や案内の方法	
第4章 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】	39
1.年間スケジュール	
第5章 個人情報の保護.....	39
1.記録の保存方法	
2.保存体制、外部委託の有無	
第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	40
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	
第7章 特定健康診査等実施計画の評価・見直し.....	40
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期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 基本的事項

1.背景と目的

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年には「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。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、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。

本市は被保険者の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）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、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する。

2.計画の位置づけ

行橋市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期行橋市データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施する。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連携して健康課題の解決に努める。

なお、行橋市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、地域保健計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連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

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、国保年金課が主体となって進める。

また事業の実施にあたっては、地域福祉課が計画に基づき実施する。

(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、京都医師会・京都歯科医師会・京都薬剤師会、その他地域の関係機関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			
項目	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
総人口	73,113		72,938		72,454		72,522		
被保険者数	14,858		14,840		14,477		13,656		
65～74歳	7,582	51.0	7,712	52.0	7,513	51.9	7,047	51.6	
40～64歳	4,225	28.4	4,136	27.9	4,068	28.1	3,851	28.2	
39歳以下	3,051	20.5	2,992	20.2	2,896	20.0	2,758	20.2	
加入率	20.3		20.3		19.9		18.8		

出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握
 ※総人口に関しては行橋市人口統計参照

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	<p>京都医師会、京都歯科医師会、京都薬剤師会と下記の事業の実施について、連携を図ることとする。</p> <p>[京都医師会] 特定健診・特定保健指導・生活習慣病重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（以下、一体的実施）</p> <p>[京都薬剤師会] 重複・多剤投与対策、後発医薬品使用促進・生活習慣病重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・一体的実施</p> <p>[京都歯科医師会] 成人歯科健診・生活習慣病重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防・一体的実施</p>
国保連・国保中央会	PDCAに基づく課題抽出、評価分析のため、健診データ、レセプトデータ等の活用に係るKDBシステム活用の技術支援および広域的な視点からの助言を受けるなど、連携を行う。
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、健康づくり自主活動組織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

令和4年度の被保険者数は13,656人であり、令和1年度の14,858人から年々減少している。

②年齢別被保険者構成割合

被保険者の年齢別割合は令和1年度から大きな変化はなく、令和4年度の39歳以下が20.2%、40-64歳が28.2%、65-74歳が51.6%であり、65-74歳の年齢層の割合が高い。

③その他

国保加入率は人口の18.8%で、令和1年度の20.3%から年々減少している。

④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、生活習慣病の発症予防と重症化予防について重点的に取り組んだ。その結果、脳血管疾患および虚血性心疾患の新規発症数の減少がみられた。一方で、健診結果における有所見者割合が増加し、新規透析患者における糖尿病性腎症の割合や入院医療費の伸び率も増加しており、生活習慣病発症と重症化のリスク保有者の増加が進んでいると考えられる。また、令和2年度以降、特定健診受診率と特定保健指導実施率のいずれも低下しており、特に40代50代の若年層の受診率が低迷している。第3期では、改めて特定健診を起点に事業を設計し、被保険者の健康状態の把握を基に、生活習慣病重症化予防事業や糖尿病性腎症重症化予防事業に注力していくことで、生活習慣病の重症化予防を進めていく。これらの推進のために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十分な連動により、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図ることが必要である。

第2章 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

- 平均寿命は、男性 80.6 歳、女性 86.9 歳で、男女とも県平均と同水準である。
- 要介護 2 以上の平均自立期間は、男性 81.1 歳、女性 84.4 歳。男性は県平均と比べて高いが、女性は低い。（図表 1）

【図表 1】

■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	
行橋市	80.6	81.1	79.5	101.7
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	
行橋市	86.9	84.4	81.4	98.1
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

※注意 「平均寿命」と「平均自立期間」は、それぞれの算出にあたって使用する統計情報が異なるため比較はできない。

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）

- 令和 1 年度と令和 4 年度の比較では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 31,975 円で全国平均 29,043 円、県平均 29,326 円よりも高い水準である。令和 1 年度からの伸び率は、県、同規模市町村、全国と比較して若干高い状況である。（図表 2）
- 性・年齢階級別一人当たり医療費について、県では 20 歳代以降の男女で、年代が高くなるとともに一人当たり医療費は高くなっているが、本市では男性において 60 歳代が最も高くなっている。また、男性では 70 歳代、女性では 60 歳代を除いて、ほとんどの年代で一人当たり医療費は県平均よりも上回っている。（図表 3）
- 受診率（人口千対）は、794,129 で県、同規模市町村、全国と比較して高い。また、医療費全体に占める入院費用の割合は県、同規模市町村、全国と比較しても高く、1 件当たりの在院日数は同規模市町村、全国と比較して長い。（図表 4）

【図表2】

■一人当たり医療費の変化

		一人当たり医療費（円）			伸び率（％）		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
R1 年度	行橋市	29,915	13,175	16,740			
	福岡県	28,030	11,468	16,428			
	同規模	27,896	12,763	15,267			
	全国	27,475	11,221	16,254			
R4 年度	行橋市	31,975	14,252	17,723	106.9	108.2	105.9
	福岡県	29,326	12,947	16,379	104.6	112.9	99.7
	同規模	29,595	11,980	17,615	106.1	93.9	115.4
	全国	29,043	11,647	17,396	105.7	103.8	107.0

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

※一人当たり医療費は年間の総医療費を各月の被保険者数で除して算出

【図表3】

■性・年齢階級別一人当たり医療費(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
行橋市	16,777	8,793	7,955	13,364	22,303	42,681	49,960	48,724
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

●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
行橋市	17,312	7,795	8,775	15,419	30,600	33,425	31,418	39,827
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）

【図表4】

■入院と入院外の件数・費用額の割合比較(医科)

R4 年度		行橋市	福岡県	同規模	全国
一人当たり医療費(円)		31,975	29,326	29,595	29,043
受診率（人口千対）		794.129	748.357	739.503	728.390
外来	費用の割合（％）	55.4	55.9	59.5	59.9
	件数の割合（％）	97.2	97.1	97.3	97.4
入院	費用の割合（％）	44.6	44.1	40.5	40.1
	件数の割合（％）	2.8	2.9	2.7	2.6
1 件あたりの在院日数		16.7 日	16.9 日	16.3 日	16.0 日

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

(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 16.5%、循環器系疾患 13.7%、精神 9.9%の順に高く、県と比較すると循環器系疾患と精神の割合が高い。(図表5)
- ▶ 1件あたりの入院医療費は、脳血管疾患 797,195 円、悪性新生物 754,525 円、腎不全 752,534 円の順に高い。県内 60 保険者中の順位をみると、歯肉炎・歯周病が 10 位、脳血管疾患が 12 位、悪性新生物が 25 位と高くなっている。(図表6)
- ▶ 1件あたり入院外医療費は腎不全 105,844 円、悪性新生物 65,232 円、糖尿病 34,174 円が高く、県内順位でみると、精神が 14 位、腎不全が 16 位で高い。(図表6)
- ▶ 高額になる疾患は、悪性新生物の割合が 31.3%と最も高く、次いで脳血管疾患が 6.9%を占めている。(図表7)

【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
行橋市	16.5%	13.7%	9.9%	9.8%	9.8%	7.1%	6.5%	5.0%	5.5%	16.1%
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

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)	682,704 円	683,133 円	612,615 円	797,195 円	715,828 円	752,534 円	535,704 円	754,525 円	676,210 円
県内順位 (60 保険者)	26 位	33 位	44 位	12 位	40 位	33 位	26 位	25 位	10 位
入院外単価 (円/件)	34,174 円	26,480 円	24,049 円	30,087 円	32,090 円	105,844 円	29,409 円	65,232 円	13,383 円
県内順位 (60 保険者)	23 位	44 位	40 位	35 位	54 位	16 位	14 位	23 位	39 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】

■高額になる疾患(80万円以上レセプト)

	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		新生物		その他		
人数	604人	38人		25人		176人		405人		
		6.3%		4.1%		29.1%		67.1%		
件数	1,033件	71件		27件		323件		612件		
		6.9%		2.6%		31.3%		59.2%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	6	1.9%	41	6.7%
		40代	7	9.9%	1	3.7%	3	0.9%	52	8.5%
		50代	8	11.3%	1	3.7%	29	9.0%	64	10.5%
		60代	22	31.0%	10	37.0%	98	30.3%	207	33.8%
70-74歳		34	47.9%	15	55.6%	187	57.9%	248	40.5%	
費用額	14億2785万円	1億0148万円		3784万円		4億2827万円		8億6026万円		
		7.1%		2.7%		30.0%		60.2%		

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 5-5

3.後発医薬品の使用割合

- 後発医薬品の使用割合は84.2%（令和5年5月10日厚生労働省公表値）で、県81.2%、国79.9%よりも高く、また、国の目標値80%を超えている。（図表8）

【図表8】

■後発医薬品の使用割合

R4年9月診療分	行橋市	福岡県	全国
使用割合	84.2%	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・頻回受診者、重複・多剤処方者割合

- 重複・頻回受診者は令和4年度で被保険者全体の0.67%であり、年々増加傾向である。
- 重複処方者は令和4年度で被保険者全体の0.35%であり、令和1年度と同水準である。
- 多剤処方者は令和4年度で被保険者全体の2.32%であり、年々増加傾向である。

【図表9】

■重複・頻回受診者、重複・多剤処方者の割合

項目	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
	割合	割合	割合	割合
重複・頻回受診	0.57%	0.65%	0.62%	0.67%
重複処方	0.35%	0.41%	0.37%	0.35%
多剤処方	1.31%	1.88%	1.93%	2.32%

出典：KDB システム 重複・頻回受診の状況、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

- 特定健診の受診率は、第2期計画中の令和1年度に過去最高値の42.8%となったが、令和2年度には新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、37.6%に低下した。令和4年度は40.2%と、第2期計画始期の平成30年度の水準にまで回復し、県平均34.4%を上回っている状況だが、第3期特定健診実施計画の目標値60%とは約20%の乖離がある。(図表10)
- 特定保健指導実施率(法定報告値)は、令和1年に過去最高値の55.1%となっていたが、令和2年度の新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け38.5%に低下した。以降、徐々に上昇し、令和4年度に45.4%まで回復したものの、第3期特定健診実施計画の目標値60%は達していない。(図表10)
- 特定保健指導の健診種別の実施率をみると、令和4年度の個別健診では13.2%、集団健診では71.0%である。令和2年度以降、それぞれの種別で実施者数と実施率は年々減少しており、特に個別健診においては、令和1年度と比較して実施者数は6割減、特定保健指導実施率は12.6ポイント低下している。(図表11)
- 性・年齢階級別の特定健診受診割合は、男性が約3割、女性が約4割で女性の受診者が多い。男女ともに年齢が上がるにつれて受診割合は高く、40歳代、50歳代の若年層では低い。特に男性の40～55歳で低く、2割程度である。また、特定保健指導実施割合は女性で高く、男女ともに65～69歳で最も高い。(図表12)

【図表 10】

■特定健診・特定保健指導の状況

		H30 年 度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	参考 (第3期特定健診実施 計画目標値)
特定健診	受診者数	4,426 人	4,613 人	4,031 人	4,153 人	3,976 人	健診受診率 60%
	受診率	40.1%	42.8%	37.6%	39.7%	40.2%	
	県内順位	25 位	15 位	18 位	17 位	21 位	
	受診率 (県)	34.8%	34.2%	31.4%	33.3%	34.4%	
特定 保健指導	該当者	558 人	544 人	438 人	438 人	392 人	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.6%	11.8%	10.9%	10.5%	9.9%	
	実施者数	265 人	300 人	187 人	197 人	178 人	
	実施率	47.5%	55.1%	38.5%	45.0%	45.4%	
	県内順位	50 位	43 位	45 位	47 位	46 位	
	実施率 (県)	45.5%	45.1%	38.9%	43.0%	43.1%	

出典：特定健診 法定報告データ

【図表 11】

■特定保健指導の内訳

		R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
【個別】	対象者数	267	285	261	182
	実施者数	69	50	47	24
	実施率(%)	25.8	17.5	18.0	13.2
【集団】	対象者数	312	205	245	248
	実施者数	246	161	186	176
	実施率(%)	78.8	78.5	75.9	71.0
指導率(%) (法定報告値)		56.4(55.1)	43.3(42.7)	44.0(45.0)	46.5(45.4)

出典：特定健診説明会資料

実施率(%)：各健診種別における実施者数/各健診種別における対象者数

指導率(%)：国への報告(法定報告)において、資格脱落者等の除外者を除いて算出した保健指導実施率

※対象者、実施者数は実数

【図表 12】

■性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合

R4年度	男性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	20.0%	18.3%	19.9%	25.4%	30.7%	42.1%	46.7%	37.3%
特定保健指導	30.4%	20.0%	26.3%	25.0%	50.0%	54.8%	50.0%	44.0%

R4年度	女性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	23.9%	25.5%	28.3%	31.7%	40.7%	46.4%	47.3%	42.5%
特定保健指導	16.7%	33.3%	50.0%	23.1%	55.0%	70.7%	37.5%	48.1%

出典：特定健診等データ管理システム 令和4年法定報告値

(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）

- 令和4年度特定健診結果の有所見率をみると、HbA1c 68.6%、収縮期血圧 53.9%、LDL コレステロール 49.3%、腹囲 37.6%の項目で特に高く、そのうち LDL コレステロールを除いた項目は県、国の平均より高い。（図表 13）
- 男女別の有所見率は、いずれの項目においても女性と比較して、男性の方が高い。（図表 14、15）
- 健診結果による生活習慣病リスク保有者割合についての健康スコアリング（県との比較）は、92点（平均100点）で平均並みの評価である。特に血糖リスクの点数は88点（平均100点）と低く、平均より不良の評価である。（図表 16）

【図表 13】

■特定健診結果の状況（有所見率）

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 (%)	行橋市	37.6	25.9	22.0	15.9	4.5	27.3	68.6	3.3
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.2	58.5	2.9
	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	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	行橋市	7.7	53.9	19.4	49.3	1.6	23.8	23.5
	福岡県	8.2	46.5	18.7	50.7	1.4	21.8	20.7
	全国	6.6	48.3	20.8	50.1	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

【図表 14】

■特定健診結果の状況(男女別有所見率)

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	37.6	25.9	22.0	15.9	4.5	27.8	68.6	3.3
	男性	58.4	32.7	29.9	22.2	8.6	34.0	68.6	4.8
	女性	22.5	21.0	16.3	11.3	1.4	22.4	68.5	2.2

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	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	男女計	7.7	53.9	19.4	49.3	1.6	23.8	23.5
	男性	15.0	54.4	24.2	43.4	3.2	25.4	
	女性	2.3	53.6	16.0	53.6	0.4	22.6	

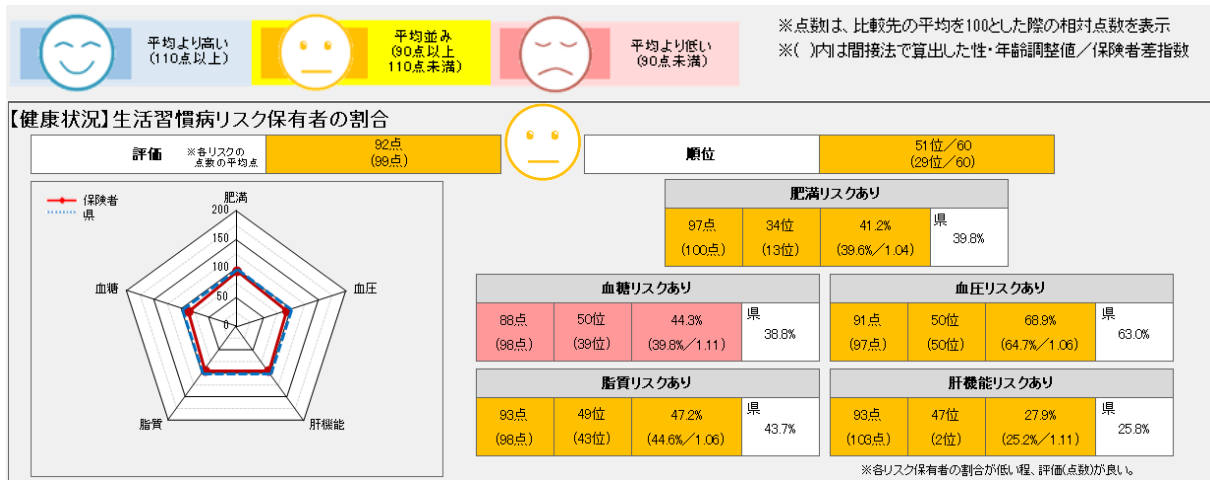
令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1 : (-)	2 : (±)	3 : (+)	4 : (++)	5 : (+++)	1 : (-)	2 : (±)	3 : (+)	4 : (++)	5 : (+++)
有所見率 (%)	男女計	92.3	1.6	1.4	1.0	3.6	93.9	2.7	2.5	0.8	0.2
	男性	86.7	2.9	2.7	1.7	6.1	90.2	4.2	4.3	1.1	0.2
	女性	96.4	0.7	0.5	0.6	1.9	96.5	1.6	1.2	0.6	0.1

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	
有所見率 (%)	男女計	14.1	16.7	79.4	20.6	93.4	6.6	9.5
	男性	18.5	25.5	76.8	23.2	92.4	7.6	8.1
	女性	11.0	10.3	81.2	18.8	94.0	6.0	10.6

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式（様式5-2）
 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
 KDB システム帳票 集計対象者一覧表

【図表 15】

■生活習慣病リスク保有者の割合



出典：KDB システム 健康スコアリング（健診）—生活習慣病リスク保有者の割合

※健康スコアリング：健診・医療・介護の基本項目について、自保険者と県、同規模の保険者、国と比較した結果（評価）を、スコア化（点数化）と順位づけによって見える化したもの。（本表については、県との比較による）

(3) 特定健診質問票調査の状況（生活習慣）

- 質問票において特に生活習慣病発症の要因となりうる生活習慣として、「喫煙」、「運動習慣がない」、「飲酒」が多い状況である。
- 喫煙についての質問では、喫煙習慣がある者の割合は 13.6%で、県 14.2%よりも低く、同規模市町村と国の 12.7%よりも高い。また、女性で喫煙習慣のある者の割合は 6.5%で、県 6.3%、同規模市町村 5.2%、国 5.8%と比較して高い。（図表 16）
- 運動習慣についての質問では、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」の割合は 57.6%で、同規模市町村 59.7%、国 59.3%と比較して低く、県 57.3%と同程度である。（図表 17）
しかし、家事や就労等を含む「1 日の活動量（1 日 1 時間以上運動なし）」の割合は 52.3%で、国 47.5%、県 47.7%、同規模市町村 46.5%と比較して高い。（図表 18）
- 飲酒習慣についての質問では、飲酒頻度が「毎日」の割合は 23.8%で、国 24.6%、県 25.5%、同規模市町村 24.4%と比較して低いが、1 日飲酒量をみると「1～2 合」「2～3 合」の割合が国、県、同規模市町村と比較して高い。（図表 19）
- 口腔機能についての質問では、「噛みにくい」と回答した者の割合 22.7%は国 20.2%、県 19.1%、同規模市町村 20.2%と比較して高く、咀嚼機能が低下している者の割合が多い。（図表 20）
- 生活習慣改善意欲についての質問では、「改善意欲なし」の割合は 26.5%で、国 27.5%、県 24.9%、同規模市町村 27.9%と同程度である。性別でみると、男性の割合が高い。（図表 21）
- 質問票による適正な生活習慣を有する者の割合についての健康スコアリング（県との比較）は、99 点（平均 100 点）で平均並みの評価である。特に運動習慣の点数は 92 点、飲酒習慣の点数は 99 点と平均より低い。（図表 22）

【図表 16】

■喫煙(習慣がある)

令和4年度	行橋市			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	13.6	541	3,986	14.2	32,008	224,635	12.7	126,982	999,749	12.7	799,118	6,277,689
男性	23.2	390	1,680	24.7	23,985	97,192	22.3	98,008	439,500	22.0	592,983	2,701,175
女性	6.5	151	2,306	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 17】

■運動習慣(1回30分以上の運動習慣なし)

令和4年度	行橋市			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	57.6	2,296	3,984	57.3	124,300	216,772	59.7	554,363	929,091	59.3	3,399,309	5,732,852
男性	53.4	897	1,679	53.6	50,350	93,944	57.1	233,154	408,600	56.6	1,399,420	2,471,337
女性	60.7	1,399	2,305	60.2	73,950	122,828	61.7	321,209	520,491	61.3	1,999,889	3,261,515

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 18】

■一日の活動量(1日1時間以上運動なし)

令和4年度	行橋市			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	52.3	2,085	3,983	47.7	103,314	216,695	46.5	434,199	934,160	47.5	2,724,279	5,740,513
男性	50.9	855	1,679	47.7	44,790	93,911	47.2	193,629	410,635	48.2	1,192,756	2,474,402
女性	53.4	1,230	2,304	47.7	58,524	122,784	46.0	240,570	523,525	46.9	1,531,523	3,266,111

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 19】

■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
(%)	行橋市	23.8	20.6	55.6	52.9	36.1	9.0	2.0
	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 20】

■咀嚼機能(かみにくい)

令和4年度	行橋市			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	22.7	906	3,986	19.1	41,254	215,750	21.3	196,992	923,602	20.2	1,146,468	5,684,278
男性	24.9	418	1,680	21.2	19,751	93,501	23.0	93,101	405,490	21.8	532,838	2,446,800
女性	21.2	488	2,306	17.6	21,503	122,249	20.1	103,891	518,112	19.0	613,630	3,237,478

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 21】

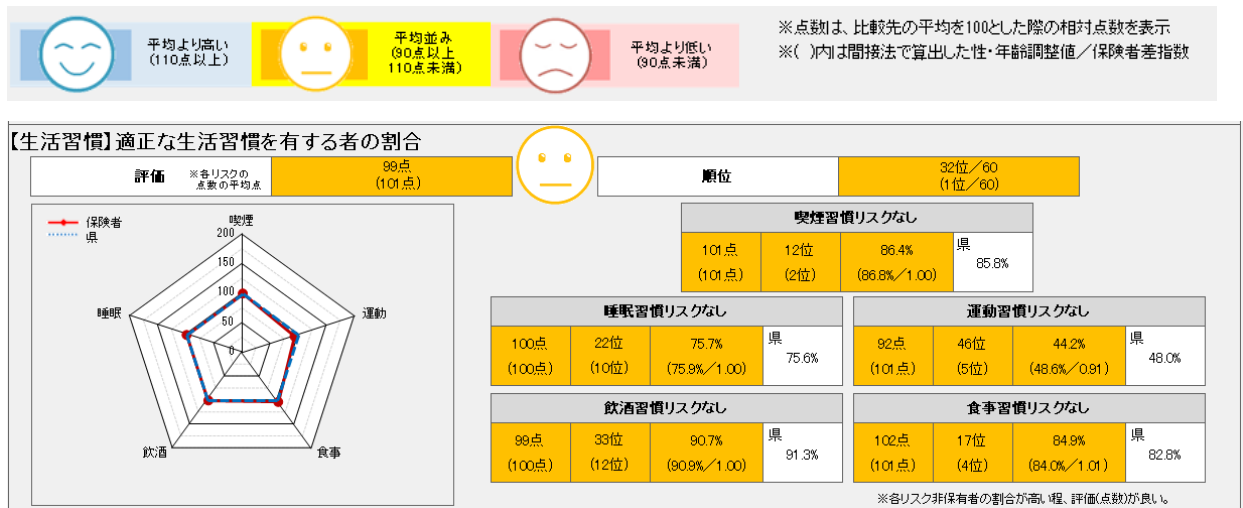
■生活習慣改善(改善意欲なし)

令和4年度	行橋市			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	26.5	1,053	3,980	24.9	53,749	215,894	27.9	254,616	912,441	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	30.2	506	1,678	29.2	27,300	93,560	32.4	129,975	401,381	31.5	766,659	2,430,187
女性	23.8	547	2,302	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

【図表 22】

■適正な生活習慣を有する者の割合

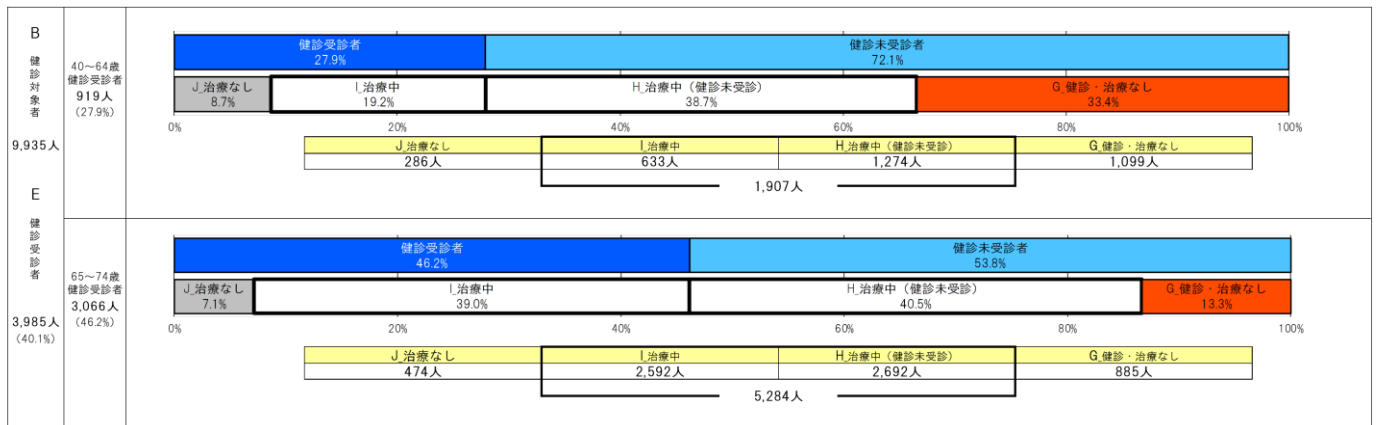


6. レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

- 特定健診未受診であって医療機関での治療がない者（健康状態不明者）の割合は、40～64歳では33.4%、65～74歳では13.3%である。（図表23）
- 特定健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者の方が29,630円高い。（図表24）
- 糖尿病・高血圧・脂質異常症の被保険者に占める患者数の割合は増加傾向にあり、特定健診結果では、糖尿病、高血圧において重症化リスクの高いHbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の該当者も増加している。特に、令和4年度のⅡ度高血圧以上の未治療者の割合は72.9%を占め、令和1年度との比較では約7.5ポイント増加している。また、脂質異常症の重症化リスクの高いLDL コレステロール 160以上の未治療者の割合は94.0%、HbA1c6.5以上の未治療者の割合は19.1%である。（図表25）

【図表 23】

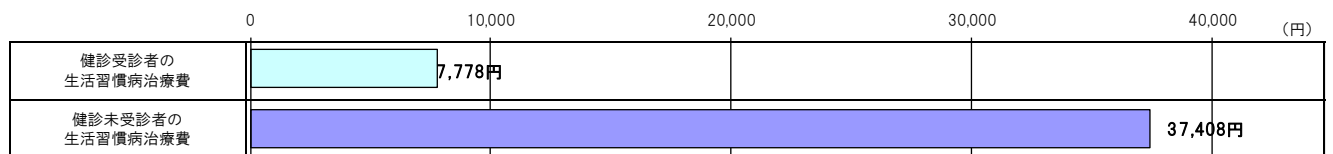
■ 健診受診者・未受診者の治療状況



出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 5-5

【図表 24】

■ 特定健診の受診有無と生活習慣病治療費



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 令和4年度累計

【図表 25】

■糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者の状況

	レセプト情報										特定健診結果										
	糖尿病 治療者 (49歳以上)		糖尿病 患者数 (49歳以上)			40-64歳					65-74歳			健診 受診者	受診率	HbA1c 6.5以上		再検			
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G			J	J/G	K	K/I		
	診療数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数			
R1年度	12,139人	1,398人	16.5%	4,492人	440人	9.8%	7,687人	1,558人	20.3%	4,613人	42.8%	481人	10.4%	51人	1.1%	11人	21.6%				
R4年度	11,583人	2,000人	17.3%	4,108人	398人	9.7%	7,475人	1,602人	21.4%	4,397人	40.2%	567人	13.0%	68人	1.6%	13人	19.1%				

	レセプト情報										特定健診結果										
	高血圧 治療者 (49歳以上)		高血圧 患者数 (49歳以上)			40-64歳					65-74歳			健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再検			
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G			J	J/G	K	K/I		
	診療数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数			
R1年度	12,139人	3,621人	29.8%	4,492人	754人	16.9%	7,687人	2,867人	37.3%	4,613人	42.8%	307人	6.7%	52人	1.1%	34人	65.4%				
R4年度	11,583人	3,419人	29.5%	4,108人	660人	16.1%	7,475人	2,759人	36.9%	4,397人	40.2%	335人	7.6%	59人	1.3%	43人	72.9%				

	レセプト情報										特定健診結果										
	脂質異常症 治療者 (49歳以上)		脂質異常症 患者数 (49歳以上)			40-64歳					65-74歳			健診 受診者	受診率	LDL-C 160以上		再検			
	A	B	B/A	C	D	D/C	E	F	F/E	G	H	I	I/G			J	J/G	K	K/I		
	診療数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数	患者数			
R1年度	12,139人	3,062人	25.1%	4,492人	696人	15.6%	7,687人	2,356人	30.6%	4,613人	42.8%	614人	13.3%	218人	4.7%	207人	95.0%				
R4年度	11,583人	3,082人	26.6%	4,108人	625人	15.2%	7,475人	2,467人	32.9%	4,397人	40.2%	428人	9.7%	149人	3.4%	140人	84.0%				

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式 3-2~3-4（毎年度 5月診療分（KDB7月作成分）
保健指導支援ツール（R1年度・R4年度法定報告値で計上）

7.介護給付費等の分析

- 令和4年度の介護保険1号被保険者の要介護認定率は16.8%で、県平均19.9%よりも低いが、1件あたり介護給付費は59,540円と、県平均59,152円よりもやや高い。（図表26、27）
- 血管疾患の視点で要介護認定者の有病状況を年代別にみると、1号被保険者の要介護認定者と2号被保険者の要介護認定者のいずれにおいても要介護に至る原因疾患の第1位は脳血管疾患であり、循環器疾患の約半数占めている。1号被保険者の要介護認定者では、次いで虚血性心疾患、腎不全と続くが、2号被保険者の要介護認定者では腎不全が2位で約3割占めていることが特徴的である。（図表28）
- 血管疾患の視点でみた要介護認定者の基礎疾患として、全体で約9割の者に高血圧があり、約7割の者に脂質異常症、約5割の者に糖尿病がある。特に高血圧は年代が上がるほど高くなっており、40~74歳では約7割、75歳以上では約9割である。（図表29）

【図表 26】

■介護認定の状況

令和4年度	行橋市	福岡県	同規模	全国
1号認定率	16.8%	19.9%	18.1%	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 27】

■介護給付費の状況

令和4年度	行橋市	福岡県	同規模	全国
1件当給付費	59,540円	59,152円	63,298円	59,662円
総給付費	5,341,426,408円	407,127,115,803円	1,417,885,670,317円	10,074,274,226,869円
総件数	89,711	6,882,774	22,400,166	168,855,925

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 28】

■血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(年代別)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		69		392		3,265		3,657				
再) 国保・後期		30		280		2,943		3,223				
疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	
			割合	割合	割合	割合	割合	割合				
血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	17 56.7%	脳卒中	142 50.7%	脳卒中	1,429 48.6%	脳卒中	1,571 48.7%	脳卒中	1,588 48.8%	
		2 腎不全	11 36.7%	虚血性心疾患	66 23.6%	虚血性心疾患	1,275 43.3%	虚血性心疾患	1,341 41.6%	虚血性心疾患	1,344 41.3%	
		3 虚血性心疾患	3 10.0%	腎不全	32 11.4%	腎不全	561 19.1%	腎不全	593 18.4%	腎不全	604 18.6%	
	基礎疾患(*2)	糖尿病	13 43.3%	糖尿病	133 47.5%	糖尿病	1,512 51.4%	糖尿病	1,645 51.0%	糖尿病	1,658 51.0%	
		高血圧	22 73.3%	高血圧	208 74.3%	高血圧	2,669 90.7%	高血圧	2,877 89.3%	高血圧	2,899 89.1%	
		脂質異常症	16 53.3%	脂質異常症	179 63.9%	脂質異常症	2,024 68.8%	脂質異常症	2,203 68.4%	脂質異常症	2,219 68.2%	
	血管疾患合計		合計	29 96.7%	合計	249 88.9%	合計	2,850 96.8%	合計	3,099 96.2%	合計	3,128 96.2%
	認知症		認知症	4 13.3%	認知症	72 25.7%	認知症	1,542 52.4%	認知症	1,614 50.1%	認知症	1,618 49.7%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	23 76.7%	筋骨格系	255 91.1%	筋骨格系	2,846 96.7%	筋骨格系	3,101 96.2%	筋骨格系	3,124 96.0%

出典：KDB システム帳票 要介護(支援)者突合状況

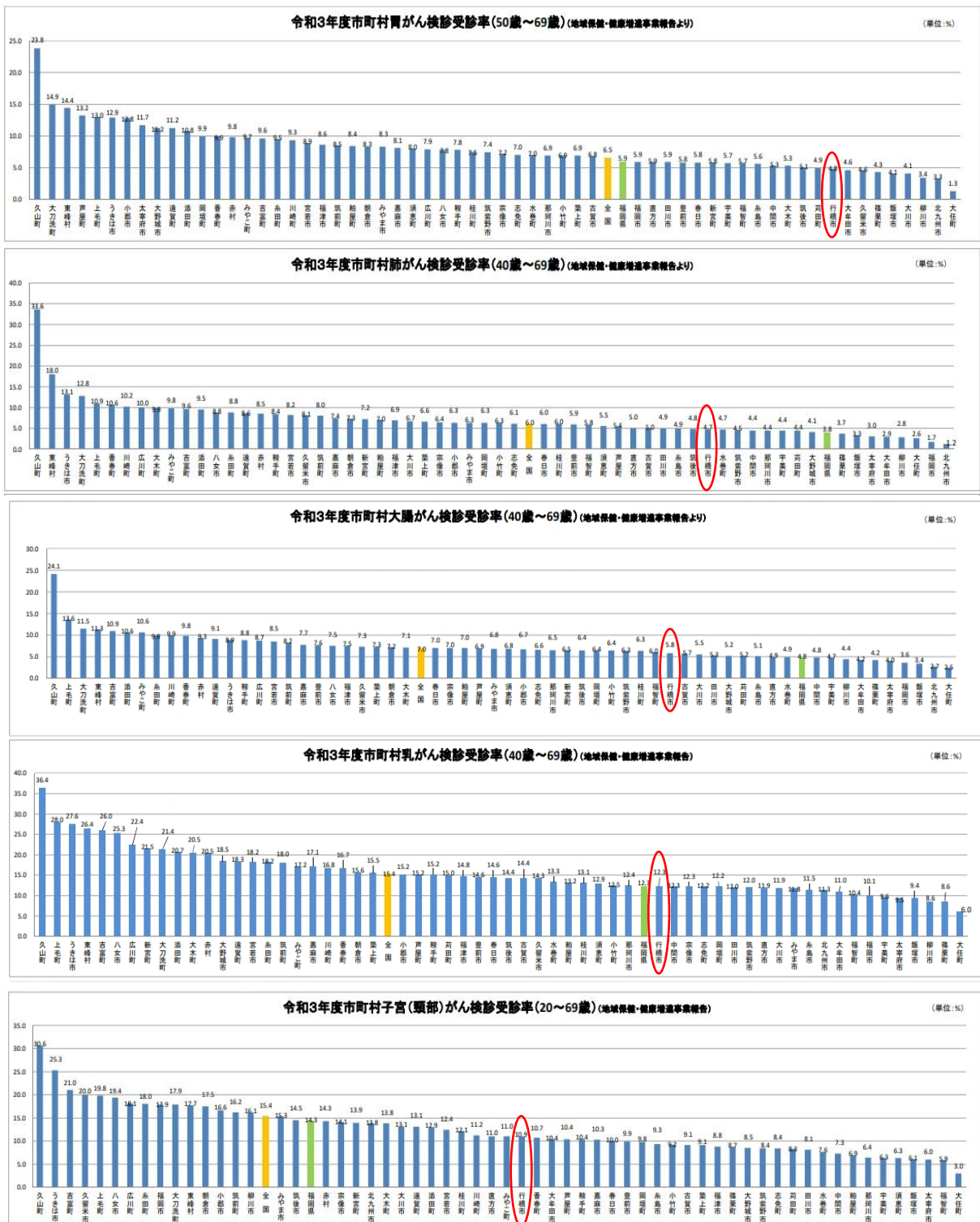
※2 基礎疾患のうち、糖尿病については糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

8.その他

- 令和3年度のがん検診の受診率は、胃がん検診4.8%(県内52位)、肺がん検診4.7%(県内45位)、大腸がん検診5.8%(県内42位)、乳がん検診12.3%(県内40位)、子宮頸がん検診10.9%(県内31位)であり、県内順位は低い状況である。(図表29)
- 令和4年度後期高齢者健診の受診率は13.0%と県平均と同水準であり、年々上昇傾向にある。(図表30)

【図表 29】

■がん検診受診率の状況



出典：地域保健・健康増進事業報告

【図表 30】

■後期高齢者健診受診率の推移

健診受診 年度	行橋市			福岡県		
	受診率	前年度比較	受診者数	受診率	前年度比較	受診者数
R1年度	9.3 %	4.9%	1,002 人	9.5 %	4.5%	66,446 人
R2年度	10.8 %	1.5%	1,171 人	10.1 %	0.6%	70,993 人
R3年度	10.7 %	-0.1%	1,191 人	11.2 %	1.1%	80,935 人
R4年度	13.0 %	2.3%	1,492 人	13.1 %	1.9%	97,430 人

出典：保健事業等評価分析システム（後期）

第3章 計画全体

1.健康課題

1. 特定健診未受診者かつ医療機関での治療がない者（健康状態不明者）は40～64歳の約3割、65～74歳の約1割であり、生活習慣病予防で重要な被保険者の健康状態等の把握が十分にできていない状況がある。生活習慣病は自覚症状がほとんどないため、健診の機会を提供することで健康状態を把握し、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげる必要がある。従って、継続受診率と特に若年層（40～50歳代）の受診率を上げるための、健康意識向上に向けた取り組みの強化が必要である。
2. 令和4年度の特定保健指導実施率は44.0%で、県内61市町村中47位と低く、生活習慣病発症リスクが高い対象者への保健指導実施率が低い状況である。特定保健指導実施率の向上と対象者にあった効果的な保健指導の実施に向け、特定保健指導の取り組み方法等について強化する必要がある。
3. 特定健診受診者の有所見者における未治療者（中断者含む）は、糖尿病では約2割、高血圧では約7割、脂質異常症では約9割にのぼる。これらの疾患は要介護者の基礎疾患に多く、脳血管疾患や虚血性心疾患等の重篤な疾患の発症につながる可能性が高い。そのため、健診受診から早期に適切な治療につながるような体制を整える必要がある。
4. 医療費全体に占める入院（件数・費用額）の割合が高く、1件あたりの在院日数も長くなっている。さらに、一人あたり医療費は31,975円で、県29,326円、国29,043円と比較して高く、疾患の重症化による入院日数の長期化、それに伴う医療費の増加が課題である。軽症のうちから治療につなぎ、治療継続の動機付けを行うとともに、生活改善できるよう保健指導を行う生活習慣病重症化予防対策の強化が必要である。
5. 介護要因の疾患について、1号被保険者の要介護認定者は脳血管疾患が約5割、虚血性心疾患が約4割、腎不全が約1割の順で多く、2号被保険者の要介護認定者においては脳血管疾患の約5割に次いで、腎不全が約3割を占めており、若年層の腎機能の悪化が課題である。さらに、1件あたり入院外医療費では腎不全と糖尿病が上位を占めていることから、糖尿病性腎症重症化予防を起点とした腎不全の移行を防止する対策の強化が必要である。

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

生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図り、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指す。

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	特定健診受診率の向上	特定健康診査実施率	法定報告値	40.2%	52.0%	60.0%
ii	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	法定報告値	45.4%	54.0%	60.0%
iii		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	24.2%	30.0%	36.0%
iv	生活習慣病の重症化予防	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 ②拡張期血圧 \geq 100mmHg	7.6%	6.4%	5.5%
v		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	1.6%	1.0%	0.5%
VI	生活習慣の改善	生活習慣改善の意欲	KDB 帳票「質問票調査の経年比較」の値 「改善するつもりはない」以外の回答率合計	73.5%	77.0%	80.0%
VII	健康意識の向上	健診の継続受診率	KDB 帳票「継続受診率の状況」の値 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	(R3-R4) 70.9%	(R7-R8) 77.0%	(R10-R11) 80.0%
VIII		若年層（40-50代）の健診受診率	法定報告値	対象者数： 2,248人 受診者数： 541人 受診率： 24.1%	30.0%	36.0%
IX	医療費の抑制	一人あたり医療費（医科）	KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」の値	31,975円	減少	減少
X	平均自立期間の延伸	平均自立期間（要介護2以上）	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 81.1歳 (女性) 84.4歳	(男性) 81.5歳 (女性) 85.0歳	(男性) 82.0歳 (女性) 85.5歳

3.保健事業一覧

- 特定健康診査事業
- 特定保健指導事業
- 受診勧奨通知事業
- 生活習慣病重症化予防事業
- 糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

第4章 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

糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防のため、特定健診を実施し対象者の健康状態を把握する。そのために受診率を向上させる。

(3) 対象者

40-74歳の行橋市国民健康保険被保険者

(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	【中長期】 内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	23.5%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.5%	20.0%
2	【短期】 生活習慣改善意欲がある人の割合	法定報告値	73.5%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%

(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	法定報告値	40.2%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	58.0%	60.0%
2	医療情報収集事業 利用率	利用者数/勧奨 通知数	25.3% (174/688)	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	37.5%	40.0%

(6) プロセス（方法）

周知	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への受診券と個別健診の指定医療機関リスト等の個人通知 健診情報を掲載したけんしんガイドの折込み全戸配布 市内医療機関や公共施設、商業施設等でのポスター掲示、庁舎内や商工会議所、健康教育等でのチラシ配布 市の広報誌、ホームページ、LINE等のSNSを活用した周知 健康づくり推進自主活動組織と協働したイベント実施による啓発 	
勧奨	未受診者に対する、健診期間中の受診勧奨通知や電話勧奨を行う。また、健診受診者における保健指導時には継続受診を勧める。	
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診および集団健診。集団健診においてはがん検診と同時受診が可能。
	実施場所	集団健診：ウィズゆくはし他、市内公共施設 個別健診：指定医療機関
	時期・期間	集団健診：7月～12月（実施期間や休日の開催数については毎年見直しを行う） 個別健診：6月～10月
	データ取得	集団健診：健診から約1ヶ月後に集団健診実施機関から受領する 個別健診：健診から約2ヶ月後に個別健診の検査機関から受領する
	結果提供	集団健診：健診結果説明会（健診実施の約1ヶ月後）に對面で健診結果を返却 個別健診：健診実施の約1ヶ月後に各医療機関で健診結果を返却・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"> 集団健診の予約体制について電話、窓口、ウェブの方法を設定し、多様な年齢層や生活スタイルに対応するようにしている。 集団健診受診者の特典として市指定ごみ袋を贈呈 特定健診費用の無償化の継続。 受診券の形態やチラシおよび健診ガイドの改善等を随時行い、受診方法や受診内容が伝わりやすいよう工夫をしている。 医療機関を定期受診中で健診未受診者への医療情報収集事業の活用を勧める。 	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉課 健康づくり推進係（事業実施） 国保年金課 国民健康保険係（予算執行管理）
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）	特定健診を医師会に委託。医師会向けに説明会を開催し対象者への周知に協力を得る。
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	委託業者による受診勧奨通知・医療情報収集の通知の送付
その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> 商業施設で健康づくり推進自主活動組織と協働したイベントの開催 集団健診会場で食生活改善推進委員会による減塩食などの試食配付
他事業	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談や健康教育の機会に、特定健診の周知や受診勧奨を行う。 集団健診において、特定健診とがん検診の同時受診を可能にしている。

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

生活習慣病予防のため、対象者が自身の健康に関するセルフケアをできるように、個々人の特性に応じた身体状況及び生活習慣の改善を重視した支援を行う。

(3) 対象者

40-74歳の行橋市国民健康保険被保険者における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	法定報告値	23.5%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.5%	20.0%
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	24.2%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%
3	【短期】 生活習慣改善割合 (食事・運動のいずれか1つ以上改善)	アンケート 集計結果 (聞き取り含む)	53.5%	57.0%	59.0%	61.0%	63.0%	65.0%	67.0%
4	【短期】 腹囲・体重の改善率 (-1cm以上かつ-1kg以上)	アンケート 集計結果 (聞き取り含む)	19.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%

(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	45.4%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
2	個別健診受診者の特定保健指導実施率	年度末集計 (「保健指導状況」参照)	13.2%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%

(6) プロセス（方法）

周知	市の広報誌およびホームページでの事業周知。	
勸奨	個別健診受診者：対象者へ勸奨通知の送付及び電話にて勸奨を行う。 集団健診受診者：対象者への結果表提供の際、利用勸奨を行い、引き続き初回面接を実施する。	
実施および 実施後の支援	初回面接	個別健診受診者：対象者の利用希望に基づき、初回面接を実施する。 集団健診受診者：対象者への結果表提供の際に初回面接を実施する。
	実施場所	個別健診受診者：ウィズゆくはし他、市庁舎 集団健診受診者：健診会場他、市庁舎
	実施内容	特定保健指導プログラムに基づき、対象者の属性に応じた効果的な指導を実施する。 特定保健指導の効果を高めるため、個別支援だけでなくグループ支援としての栄養教室や運動教室などを設定する。また教室等の参加勸奨や生活習慣、体重、血圧等のモニタリングを適宜行うことで、生活習慣改善行動の継続支援を行う。
	時期・期間	<初回面接実施期間> 個別健診受診者：健診受診後 2 か月以降 集団健診受診者：健診受診後 1 か月以降 <評価期間> 初回面談から 3～6 か月後
	実施後の フォロー・ 継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて、自主活動グループにつなげる。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	対象者に合わせた効果的な保健指導を実施するために、事例検討や疾患等の学習会を通して、保健指導実施者の力量向上を図る。	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	地域福祉課 健康づくり推進係（事業実施） 国保年金課 国民健康保険係（予算執行管理）
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)	特定健診を委託する医師会向けに説明会を開催し、対象者への周知に協力を得る。
国民健康保険団体連合会	・特定保健指導に関するデータの提供。 ・KDB システムを活用し、対象者のレセプトの確認を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	効果的な保健指導を行うため、定期的に担当者会議を開催し、方法等を検討している

3.受診勧奨通知事業

(1) 事業の目的

生活習慣病の重症化リスクの高い者を、早期に適切な治療に繋げ、生活習慣病予防及び重症化予防を図る。

(2) 事業の概要

集団健診受診者のうち、受診勧奨値該当者に対して連絡票を手交して受診勧奨を行い、対象者が受診した医療機関から連絡票に対する報告書を返送してもらうことで受診状況を把握する。また、報告書の返送がなく受診状況が把握できない者に対して、受診状況を確認し未受診者には受診勧奨を行う。

(3) 対象者

選定方法	当該年度の健診結果により判定基準に該当する者を選定する。
選定基準	集団健診結果について、下記に該当する者 1) 高血糖：HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126mg/dl 2) 高血圧：Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160 以上または拡張期 100 以上） 3) 腎機能：①eGFR45 未満、②尿蛋白（+）以上、③尿蛋白（±）かつ尿潜血（+）以上 4) 高尿酸値：血清尿酸値 8.0mg/dl 以上 5) 脂質異常：LDL コレステロール 180 mg/dl 以上、中性脂肪 300 mg/dl 6) 心電図：心房細動

(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	高血圧Ⅲ度（180～/110～）の割合	法定報告値	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%
2	HbA1C（7.0 以上）の割合	法定報告値	6.3%	6.1%	5.8%	5.5%	5.3%	5.0%	4.8%
3	医療機関からの報告書返信率	年度末時点での報告書返信率 (返信数/連絡票数)	58.8% (341/580 通)	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%

(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	連絡票による受診勧奨数 (集団健診分)	受診勧奨値該当者に対する連絡票の発行数 (実人数)	580 通	600 通	610 通	620 通	630 通	640 通	650 通

(6) プロセス (方法)

周知	対象者への集団健診の結果表提供の際に、受診勧奨値に該当する検査項目があれば早期受診するよう説明を行う。
勧奨	1) 集団健診の受診勧奨値該当者の結果に受診勧奨を促す案内文と医師への連絡票を添付し、手交による結果通知の際に受診勧奨を行う。 2) 医療機関からの報告書の返信がなく、受診確認ができない者に対して訪問または電話などの方法により再度受診勧奨を行う。
実施後の支援・評価	・ 報告書の返信状況や内容に応じて、生活習慣病重症化予防事業において、個別に受診勧奨および保健指導を行う。 ・ 報告書未返信者については、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)	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)

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	地域福祉課 健康づくり推進係 (事業実施) 国保年金課 国民健康保険係 (予算執行管理)
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)	指定医療機関向けに開催する特定健診実施説明会において、受診勧奨値該当者 (集団健診受診者) の受診について、連絡票と報告書による連携体制についての説明と協力を依頼する。
かかりつけ医・専門医	受診中であっても必要に応じて専門医を受診し、重症化を防ぐという体制についてかかりつけ医と専門医に理解をしてもらえるように協力を図る。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	対象者の選定基準と医療機関受診率に関しては医師会と共有し、重症化予防対策に生かす。

4.生活習慣病重症化予防事業

(1) 事業の目的

生活習慣病の重症化リスクの高い者を、早期受診と適切な治療と生活習慣改善に繋げ、生活習慣病予防及び重症化予防を図る。

(2) 事業の概要

生活習慣病が重症化するリスクの高い者に対して訪問や電話等により、指導媒体を用いて生活習慣改善のアドバイスを行う。

(3) 対象者

選定方法	特定健診受診者のうち下記の選定基準に該当する者
選定基準	1) HbA1c7.0 以上かつ尿蛋白 (-) かつ eGFR60 以上 (70 歳以上は 40 以上) : 糖尿病性腎症対象者を除く 2) 高血圧Ⅱ度以上 (収縮期 160 以上または拡張期 100 以上) 3) 心電図所見の心房細動 (治療中を除く) 4) 尿蛋白 (++) 以上または eGFR40 未満
除外基準	精神疾患、急性疾患治療中、がん末期などで保健指導の受け入れが困難であるものの他、上記判定基準の各項目について下記を除外できる 1) 糖尿病治療中であって、65 歳～75 歳の HbA1c7.5 未満のもの。 2) Ⅱ度で服薬治療中のもの (ただし、初めて事業対象となったものを除く) 4) 腎臓疾患治療中で生活習慣病によらないと確認できたもの
重点対象者の基準	初めて対象となった者については、できるだけ対面での指導を行う

(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	高血圧Ⅱ度 (160～/100～) の割合	法定報告値	7.6%	7.0%	6.7%	6.4%	6.1%	5.8%	5.5%
2	HbA1C (7.0 以上) の割合	法定報告値	6.3%	6.1%	5.8%	5.5%	5.3%	5.0%	4.8%
3	対象者の翌年度の検査値改善者割合 (血圧)	翌年度健診結果で対象外 (収縮期血圧 160 mm Hg 未満) の人数/当該年度対象者数	42.7%	44.5%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
4	対象者の翌年度の検査値改善者割合 (HbA1c)	翌年度健診結果で対象外 (HbA1c7.0%未満) の人数/当該年度対象者数	16.8%	19.0%	21.5%	24.0%	26.5%	29.0%	31.5%
5	対象者のうち未受診者が受診に繋がった割合	受診につながった人数/対象者のうち未受診者	39.2% (69/176 人)	52.0%	58.0%	64.0%	70.0%	76.0%	80.0%

(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	対象者への保健指導実施率	保健指導実施/ 事業対象者	76.8% (424/552)	80.0%	83.0%	85.0%	90.0%	95.0%	100%

(6) プロセス（方法）

周知		結果説明会において、事業対象者に対して保健師、管理栄養士が保健指導を実施することについて伝える。
実施および 実施後の支援	実施内容	保健師、管理栄養士が、原則として、アポイントなしで対象者の状況や特性を踏まえた保健指導を実施。
	時期・期間	初回介入は市が健診結果データ入手以後から年度末までに実施し、評価介入は初回介入から3ヵ月以降に行う。
	場所	対象者の自宅、職場などへの訪問、結果手渡し時（結果説明会の会場や市役所面談室等）等
	実施後の評価	1) 介入後の受診状況について、本人への聞き取りおよびレセプト情報等で確認を行う 2) 次年度の健診結果から、事業対象該当の有無、検査結果データの変化等から改善、悪化などの効果を確認する（アウトカム） 3) 介入件数、介入率、介入方法の割合等（アウトプット）
	実施後のフォロー・継続支援	初回介入から3ヵ月以降に、受診状況や生活習慣改善状況の聞き取りを行い、あわせて必要な保健指導を行う。また、生活習慣改善に関する各種教室の受講を勧めるなどして、生活習慣改善の継続を支援する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		地区担当制を活かし、個別性を重視した継続性のある保健指導を行う。効果的な配布資料や教育媒体の開発を行う。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	地域福祉課 健康づくり推進係（事業実施） 国保年金課 国民健康保険係（予算執行管理）
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)	特定健診実施説明会等で事業実施について報告し、事業実施の理解と協力を得る
かかりつけ医・専門医	対象者の状況共有のため、医療機関から市へ保健指導を依頼する体制を十分に活用する。（連携強化のため、保健指導依頼報告内容の見直しと周知を行う）
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	個別健診受診者の事業対象者の一部を民間業者へ事業委託
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	対象者に合わせた効果的な保健指導を実施するために、事例検討や疾患等の学習会を通して、保健指導実施者の力量向上を図る。

5.糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) 事業の目的

糖尿病性腎症の重症化を予防し、腎不全や人工透析への移行を防止する

(2) 事業の概要

健診受診者の糖尿病性腎症リスク保有者、及び健診未受診者で糖尿病の治療中断が疑われる者に対し、受診勧奨も含めた生活習慣の把握と生活習慣改善の是正のアドバイス（改善目標設定等支援）を行う。

(3) 対象者

選定方法		対象者 A：当該年度健診受診者のうち、糖尿病性腎症のリスク保有者 対象者 B：昨年度健診未受診者かつ当該年度健診未申込者で糖尿病治療中断が疑われるもの
選定基準	健診結果による判定基準	対象者 A：当該年度の健診でHbA1c6.5%以上かつ ① レセプトにおける糖尿病受診歴がない者で糖尿病性腎症病期分類 4～2 期と 1 期の eGFR60 未満（70 歳以上は 40 未満） ② 過去に糖尿病治療歴があり直近 1 年以上においてレセプトにおける糖尿病受診歴がないもので病期分類は①と同じ ③ 糖尿病治療中の者で糖尿病性腎症病期分類 3、2 期と 1 期の eGFR60 未満（70 歳以上は 40 未満）
	レセプトによる判定基準	対象者 B：昨年度健診未受診者のうち過去の健診データやレセプト等から糖尿病治療中断が疑われる者で、昨年度に糖尿病に関するレセプトデータ（糖尿病に関する検査や薬の処方等）がなく、当該年度健診も未申込者。
除外基準		1 型糖尿病である者。がん等で終末期にある者。認知機能障害等により保健指導の実施が困難な者。糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者。その他かかりつけ医が除外すべきと判断した者。
重点対象者の基準		対象者 A：抽出条件全員を対象とするが、主に未治療、治療中断者を優先する。 対象者 B：過去に服薬歴があるものを優先する。

(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	健診受診者のうち高血糖かつ未治療者の割合	HbA1c8.0以上の未治療者割合（法定報告値）	20.6% 13 人	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	14.0%	13.0%
2	対象者 A の介入者のうち糖未治療、治療中断疑いの者が医療（診断）につながった数（割合）	対象者 A の介入者のうち糖未治療、治療中断疑いの者が医療（診断）につながった割合	31.3% (5 / 16 人)	37.5%	43.8%	50.0%	56.3%	62.5%	68.8%
3	対象者 B の介入者のうち健診または医療につながった数（割合）	対象者 B の介入者のうち健診または医療につながった割合	30.9% (17 / 55 人)	35.0%	38.0%	41.0%	44.0%	47.0%	50.0%
4	透析患者数（被保険者千対）の人数	国保連合会帳票「国保・後期別透析療法患者数(R4 年度 3 月末時点)と新規透析導入患者数 (H29～R4)」	(国保) 2.93 人 (後期) 14.14 人	(国保) 2.8 人 (後期) 13.0 人	(国保) 2.7 人 (後期) 12.0 人	(国保) 2.6 人 (後期) 11.0 人	(国保) 2.5 人 (後期) 10.0 人	(国保) 2.4 人 (後期) 9.0 人	(国保) 2.3 人 (後期) 8.0 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	対象者Aの支援介入率	対象者Aのうち保健指導の内容について支援介入した割合（家族対応、資料投函含む）	96.8% (92/95人)	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%
2	対象者Bの支援介入率	対象者Bのうち保健指導の内容について支援介入した割合（家族対応含む）	74.3% (55/74人)	78.0%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%

(6) プロセス（方法）

周知	集団健診結果説明会や市報、ホームページで訪問対象者条件等を周知する。	
勸奨	かかりつけ医へ必要に応じて市の保健指導利用勸奨の協力を仰ぐ。	
実施および実施後の支援	実施内容	保健師、管理栄養士が、原則アポイントなしで、訪問・電話等で対象者の状況や特性を踏まえた保健指導と医療受診勸奨を実施する。 対象者Aについては健診結果に添付する医師への連絡票を活用し、かかりつけ医との連携を図る。
	時期・期間	対象者A：初回介入は市が健診結果データ入手以後から年度末までに実施し、評価介入は初回介入から3ヵ月以降に行う。 対象者B：初回介入は年度月上旬に実施し、評価介入は初回介入から3ヵ月以降に行う。
	場所	対象者の自宅、職場などへの訪問、結果手渡し時（結果説明会の会場や市役所面談室等）
	実施後の評価	1) 介入後の受診状況について、本人への聞き取りおよびレセプト情報等で確認を行う 2) 次年度の健診検査結果データの変化等から改善、悪化などの効果を確認する（アウトカム） 3) 介入件数、介入率、介入方法の割合等（アウトプット）
	実施後のフォロー・継続支援	初回介入から3ヵ月以降に、受診状況や生活習慣改善状況の聞き取りを行い、必要な保健指導を行う。また、生活習慣改善に関する各種教室の受講を勧める等して、生活習慣改善の継続を支援する。 対象者Aについては連絡票に対する医療機関からの報告書の返信がなく、受診確認ができない者に対して再度受診勸奨を行う。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	地区担当制を活かし、個別性を重視した継続性のある保健指導を行う。そのための効果的な配布資料や教育媒体の開発を行う。	

(7) ストラクチャー（体制）

市内担当部署	地域福祉課 健康づくり推進係（事業実施） 国保年金課 国民健康保険係（予算執行管理）
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）	・特定健診実施説明会等で事業実施について報告し、事業実施の理解と協力を得る。 ・保健所主催の生活習慣病重症化予防対策会議で事業の取り組みや成果について、医師会、歯科医師会、薬剤師会と情報共有し、課題や今後の方針について検討する。
かかりつけ医・専門医	・特定健診実施説明会等で事業実施内容を説明し、併せて、専門医への紹介基準を示すことでかかりつけ医から専門医につなぐ体制について協力を得る。 ・対象者の状況共有のため、医療機関から市へ保健指導を依頼する体制を十分に活用する。（連携強化のため、保健指導依頼報告内容の見直しと周知を行う）
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	事業対象者の一部を民間業者へ事業委託

その他の組織	保健所が生活習慣病重症化予防対策会議の事務局として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、近隣市町との協議の場を設定し、具体的な事業の検討を行っている。
他事業	腎症予防をテーマとした市民向けの講演会や学習会において、病態の基礎知識や予防等について広く周知を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医と専門医の連携体制を構築することで、腎症の重症化予防を図る。 ・対象者に合わせた効果的な保健指導を実施するために、事例検討や疾患等の学習会を通して、保健指導実施者の力量向上を図る。

第5章 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目して抽出し、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

第1章 基本的事項

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	44%	48%	52%	56%	58%	60%
特定保健指導の実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導対象者の減少率	26%	28%	30%	32%	34%	36%

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	10,093人	9,629人	9,186人	8,763人	8,360人	7,975人
【特定健康診査】 目標とする 実施者数	4,441人	4,622人	4,777人	4,907人	4,849人	4,785人
【特定保健指導】 対象者数	506人	527人	545人	559人	553人	545人
【特定保健指導】 目標とする 実施者数	253人	274人	294人	313人	321人	327人

第2章 特定健康診査

1. 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者

行橋市国民健康保険加入者で、当該年度に 40 歳から 74 歳となる人
(実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の人も含む)

(2) 実施場所

<集団健診> ウィズゆくはし、市内公共施設等
<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22kg/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	2回測定し、平均値を用いる
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 ※集団健診のみ	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

健康課題を踏まえ、下記を追加健診項目として全員に実施する。

血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c検査)、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

（5）実施時期又は期間

<集団健診> 7月～12月（実施期間や休日の開催数については毎年見直しを行う）

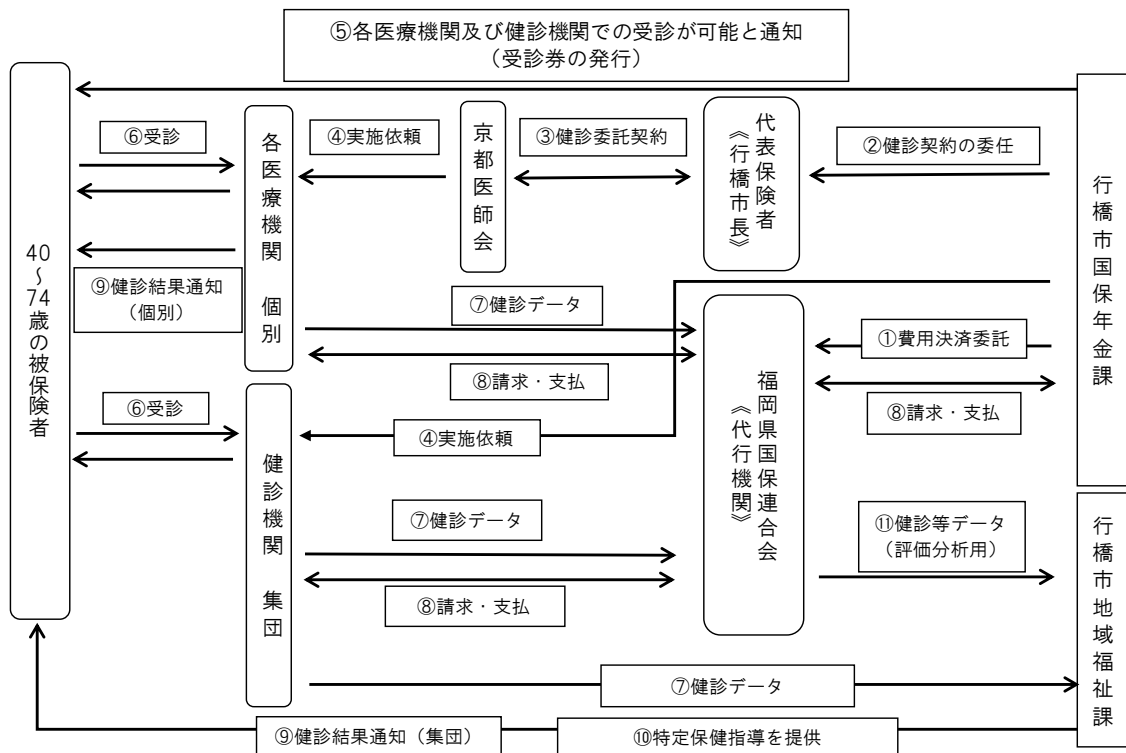
<個別健診> 6月～10月

（6）外部委託の方法

① 外部委託

京都医師会に健診委託、福岡県国保連合会に費用決済委託

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指定医療機関リスト等を送付する。そのほか、健診情報が掲載されたパンフレットの全戸配布、市内医療機関や公共施設、食料品店、商店街、駅でのポスター掲示、庁舎内や商工会議所、健康教育等でチラシを配布する。また、市の広報誌およびホームページ、LINE等のSNSを活用した周知や健康づくり推進自主活動組織と協働したイベントにおいて健診案内を行う。

(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依頼を検討する。

②診療における検査データの活用（医療情報収集事業）

医療機関が保有している特定健康診査未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集することにより、特定健康診査の結果として利用できるため、定期的な通院が認められる者のうち、特定健康診査の項目に相当する者に医療情報の提出を依頼する。

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> 健診実施の約1カ月以後に健診結果説明会を開催し、原則対象者全員に結果通知表を手渡し、説明を行う。

<個別健診> 健診実施の約1カ月以後に健診実施医療機関から対象者へ結果通知表を手渡し、説明を行う。

第3章 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
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (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> 健診会場他、市庁舎

<個別健診> ウィズゆくはし、市庁舎

(3) 実施内容

動機付け支援及び積極的支援ともに保健師または管理栄養士による初回面接を実施する。初回面接では、対象者の属性に応じた効果的な指導を実施し、生活習慣改善のための行動計画を設定する。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、指導期間中に電話や面談のほか、グループ支援としての栄養教室や運動教室を開催し、継続支援を実施する。

① 動機付け支援

初回面接後、3～6 カ月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について評価を行う。

② 積極的支援

初回面接後、3～6 カ月間、定期的に電話や訪問で継続支援を実施し、教室参加の勧奨や生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。

(4) 実施時期又は期間

- < 集団健診 > 健診受診後 1 カ月以降に初回面接
3～6 カ月後に評価
- < 個別健診 > 健診受診後 2 カ月以降に初回面接
3～6 カ月後に評価

(5) 周知や案内の方法

市の広報誌およびホームページで周知する。集団健診受診者の保健指導対象者には、結果表提供の際に利用勧奨を行う。個別健診受診者の保健指導対象者には、勧奨通知の送付及び電話での勧奨を行う。

第 4 章 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

- 4 月 受診券・健診案内通知の準備
- 5 月 受診券・健診案内通知発送
- 6 月～11 月 未受診者対策
- 6 月～12 月 健診実施（集団・個別）
- 8 月～ 特定保健指導実施

第 5 章 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

保存体制について、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。

第6章 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1編第5章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

ホームページや広報紙等への掲載、ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

第7章 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
- 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。