

(案)

久留米市国民健康保険
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】

令和6年3月

久留米市

目次

I 基本的事項	4
1.背景と目的	4
2.計画の位置づけ	4
3.計画期間	4
4.実施体制・関係者連携	5
(1) 庁内組織	5
(2) 地域の関係機関	5
5.基本情報	5
6.現状の整理	6
(1) 保険者の特性	6
(2) 前期計画等に係る考察	6
II 健康・医療情報等の分析と課題	10
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】【図表2】	10
2.医療費の分析	11
(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別 等） 【図表3】【図表4】【図表5】	11
(2) 疾病分類別の医療費 【図表6】【図表7】	12
3.後発医薬品の使用割合 【図表9】	14
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表10】	14
5.特定健康診査・特定保健指導の分析	16
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表12】【図表13】	16
(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表15】【図表16】	17
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表11】【図表12】【図表13】	21
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	26
7.介護費の分析 【図表21】【図表22】	26
8.その他	28
III 計画全体	29
1.健康課題と対応する保健事業	29
2.目標及び評価指標等の設定	31
IV 個別事業計画	32
1.特定健康診査事業	32
2.特定保健指導事業	33
3.受診勧奨通知事業	36
【重症化予防（糖尿病医療未受診）】	36
【重症化予防（糖尿病治療中断）】	37
4.重症化予防支援事業（慢性腎臓病（CKD））	39

5.早期介入支援事業（糖尿病発症予防 75g 経口ブドウ糖負荷試験）	4 2
6.CKD 啓発事業	4 4
7.訪問健康相談事業（重複服薬者対策）	4 6
V 特定健康診査等実施計画	4 8
1.計画の目標値	4 8
2.特定健康診査の実施方法	4 8
3.特定保健指導の実施方法	5 1
4.特定健康診査等の実施方法に関する事項	5 4
5.個人情報の保護	5 5
VI その他	5 5
1.計画の評価・見直し	5 5
2.計画の公表・周知	5 6
3.個人情報の取扱い	5 6
4.地域包括ケアに係る取組	5 6
資料	5 7
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の概要	5 7
個別事業計画の目標・評価指標等の設定状況（再掲）	5 8

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ます。

そうした中、市では平成20年度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)に基づき、久留米市特定健康診査等実施計画を策定し、本計画に基づいて特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。

また、平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」では、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ています。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」が位置づけられました。

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な保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、各種事業の実施・評価・改善等を行うこととなり、本市においてもデータヘルス計画を策定し、各種保健事業の効果・効率的な実施に努めてまいりました。

さらに、平成30年に都道府県が共同保険者となったことに合わせて、政府において、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ところです。

以上のことを踏まえ、第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画を一体的に策定するものです。

2. 計画の位置づけ

この計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画(いきいき健康ふくおか 21)や久留米市健康増進計画(健康くるめ 21)、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画と調和を図ることとしています。

また、保健事業の中核を成す特定健診及び特定保健指導についても、本計画において他の保健事業と一体的に進捗管理を行うこととしています。

また、「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。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心として、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するうえで、基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであり、このため、基本的な考え方は、本プログラムに準ずることとしています。

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

本計画の実施にあたっては、国民健康保険の被保険者を対象とした保健事業を所管する各課が連携することにより体制を確保し、関係部署とも連携を図りながら取組を進めていきます。

(2) 地域の関係機関

本計画の策定、事業実施、評価、見直しにあたっては、福岡県国民健康保険団体連合会(以下「福岡県国保連合会」という。)、国保連合会設置の保健事業支援・評価委員会、及び福岡県等より支援・評価を受けることとしています。

また、地域の関係機関として、久留米医師会等地域医師会や歯科医師会、薬剤師会、その他地域の関係団体とも連携を図りながら効果的な事業実施に努めていきます。

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	%
項目						
人口(人)	278,728		131,076		147,652	
国保加入者数(人) 合計	62,746	100%	29,813	100%	32,933	100%
0～39歳(人)	17,510	28%	8,704	29%	8,806	27%
40～64歳(人)	20,128	32%	10,025	34%	10,103	31%
65～74歳(人)	25,108	40%	11,084	37%	14,024	43%
平均年齢(歳)	51		50		52	

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
項目	連携先・連携内容
保健医療関係団体	各医師会とは、特定健診・保健指導や生活習慣病の重症化予防支援、慢性腎臓病(CKD)等生活習慣病予防啓発の実施に向けて、連携を図っています。CKD対策推進検討委員会において、CKD及び糖尿病対策への助言や事業協力を得ています。糖尿病療養士会とは生活習慣病の発症予防や重症化予防事業において連携しています。
国保連・国保中央会	計画の策定、事業実施、評価、見直しについて助言を得るとともに、保健事業評価等のデータ分析支援を通じて連携しています。
後期高齢者医療広域連合	後期高齢者の医療費分析に関して助言を得るとともに、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います。
その他	福岡県とは、県糖尿病対策推進会議での課題共有や各種保健事業への助言を通じて連携を図っています。 地域組織や小・中学校とは、保健事業の周知・啓発活動において連携しています。

6.現状の整理

(1) 保険者の特性

①被保険者数の推移

被保険者数は年々減少傾向にあり、令和4年度の被保険者数は62,746人となっています。

②年齢別被保険者構成割合

令和4年度は39歳以下の割合が27.9%、40-64歳が32.1%、65-74歳が40.0%であり、県と類似した構成割合となっていますが、県平均との比較では、40-64歳の割合がやや高く、65-74歳の割合が低くなっています。

(2) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防支援事業を強化しました。具体的には、一般医と専門医の連携促進や医師と連携した保健指導を展開し、対象者の翌年の健診結果改善が見られるなどの効果を得ました。

一方で、被保険者の高齢化等の影響もあり、生活習慣病の有病者数は増加しています。

また、特定健診受診率や特定保健指導実施率は計画当初から向上しましたが、保健指導実施率は県内で最下位となるなど、低水準に止まっています。

第3期計画においては、効果が見られた重症予防支援事業の実施を引き続き継続しながら、特定健診・特定保健指導を起点とした事業を改めて設計していく必要があります。

■前期計画における優先する健康課題

項目	健康課題	優先
1	H28年度特定健診受診率は34.2%で数年停滞の状況にある。 生活習慣病予防、重症化予防の推進には、被保険者が健診を受け自身の健康状態を把握することが重要である。	◎
2	H28年度特定健診受診者のうち3割(29.2%)は不定期受診であり、健診を受診しない間に重症化する可能性がある。 毎年継続して健診を受診する必要性についての啓発と健診受診を勧める必要がある。	
3	特定健診未受診者のうち、既に生活習慣病治療中の者が約39%を占める。健診受診者で既に治療中の者にも重症化予防の対象者がいることから、かかりつけ医との連携により受診率を向上させる必要がある。	
4	特定健診未受診者のうち、生活習慣病の治療も受けていない者は約61%を占め、これらの者は自身の健康状態を把握できず突然重症化する可能性がある。健診の受診を勧める必要がある。	
5	特定保健指導を受ける者は約1割であり、必要な生活習慣の改善や治療継続につながらない可能性がある。早急な環境整備が必要である。	◎

項目	健康課題	優先
6	H28 年度疾病別医療費割合は、生活習慣病で糖尿病が最も高く、入院件数や一件あたり入院医療費も高額である。また、特定健診の血糖及び HbA1c 有所見者が半数を超える。 生活習慣改善による糖尿病発症予防や、早期治療及び治療継続できるよう重症化予防対策が必要である。	
7	人工透析患者に占める糖尿病の割合は約 4 割であり、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールを含めた重症化予防対策が重要である。	
8	要介護認定率は年々増加、H28 年度の要介護認定者の有病状況は心臓病が約 6 割、次いで高血圧症が約 5 割である。 基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防が必要である。	

■前期計画における指標及び評価

【判定区分】

A:改善している B:変わらない C:悪化している D:評価困難

a:改善しているが、目標達成は危ぶまれる

【目標（指標）の評価】

目標として8項目の指標を設定し、Aが4指標、BとCが各1指標、Dが2指標となっています。

目標		実績値			評価
指標	目標値 (R5 年度)	ベースライン (H28 年度)	R1 年度	R4 年度	
脳血管疾患に係る入院医療費(円)	減少	496,190,030	512,115,600	474,558,190	A
心疾患に係る入院医療費(円)	減少	330,440,080	253,868,810	211,767,560	A
糖尿病性腎症に係る入院医療費(円)	減少	評価できず	—	—	D
脳血管疾患の新規発症者数	減少	17.3	15.2	15.9	A
心疾患* の新規発症者数 *虚血性心疾患	減少	14.7	12.4	12.9	A
糖尿病性腎症の新規発症者数	減少	評価できず	—	—	D
糖尿病 (40-74 歳人口千対治療者数) *人口 国保被保険者数	減少	135.3	145.7	149.6	C
高血圧症 (40-74 歳人口千対治療者数)	減少	259.7	265.7	259.1	B

【各種保健事業の評価】

第2計画に基づき実施した保健事業は13事業で、このうち1事業(血圧改善支援事業)は廃止、残りの事業の評価については、Aが4事業、Cが3事業、Dが2事業、aが3事業となっています。

番号	項目		目標		実績値		評価
	事業名	指標	目標値 (R5 年度)	ベースライン	R1 年度	R4 年度	
1	特定健康診査	特定健診 受診率	60%	34.2% (H28 年度)	39.7% (男性 36.3%) (女性 42.7%)	37.9% (男性 34.8%) (女性 40.7%)	a
	【概要】 40～75 歳未満の被保険者を対象に実施する健康診査。						
2	特定健康診査 受診勧奨事業	同上	60%	34.2% (H28 年度)	39.7% (男性 36.3%) (女性 42.7%)	37.9% (男性 34.8%) (女性 40.7%)	a
	【概要】 特定健康診査の受診率向上を目的に、文書や電話等による健診受診勧奨を行う。						
3	特定健康診査 継続受診勧奨 事業	健診継続 受診率	上昇	70.8% (H27-H28)	72.3% (H30-R1)	71.8% (R3-R4)	A
	【概要】 特定健康診査の受診率向上を目的に、文書や電話等による健診受診勧奨を行う。						
4	医療情報収集 事業	特定健診 受診率	—	34.2% (H28 年度)	39.7% (男性 36.3%) (女性 42.7%)	37.9% (男性 34.8%) (女性 40.7%)	D
	【概要】 特定健康診査未受診者の医療機関における検査結果について、対象者本人の同意の下に把握し、特定健診の結果として取り扱うもの。						
5	特定保健指導	保健指導 実施率	60%	10.9% (H28 年度)	19.4%	20.2%	a
	【概要】 特定健診の結果から、メタボリックシンドローム該当者・予備群等を対象に生活習慣改善に向けた保健指導を実施する。						
6	特定保健指導 利用勧奨事業	勧奨後の 保健指導 利用率	20%	—	55%	10%	C
	【概要】 特定保健指導の実施率向上を目的に、特定保健指導対象者に文書や電話等による利用勧奨を行う。						
7	早期介入保健 指導事業	2 次検査実 施率(75g 糖 負荷試験)	35.0%	28.7%	3.4%	7.5%	C
	【概要】 糖尿病予防を目的に特定健診受診者のうち 40～59 歳の血糖高値の者を対象に詳細な検査(75g 経口ブドウ糖負荷試験)と保健指導を行う。						

番号	項目		目標		実績値		評価
	事業名	指標	目標値 (R5 年度)	ベースライン	R1 年度	R4 年度	
8	血圧改善支援事業	実施率	上昇	30.6%	事業廃止		—
	【概要】 高血圧症の予防と心血管系疾患への重症化予防を目的に、特定健康診査受診者のうち、65歳未満のⅡ度高血圧以上の者を対象に生活習慣改善に向けた保健指導を行う。※R2 年度事業廃止(R1 年度まで実施)						
9	重症化予防支援事業	2 次検査実施率 (尿蛋白定量検査等)	70%	—	51% (316 人)	43.4% (298 人)	C
	【概要】 心血管疾患や人工透析等への重症化予防を目的に、特定健康診査受診者のうち、高血糖、高血圧、脂質異常のいずれかに該当し、健診後医療未受診の者や、CKD 該当者に対して、医療受診勧奨や生活習慣改善に向けた保健指導を行う。						
10	CKD 啓発事業	CKD の疾病概念と予防方法を知る市民の数	R5 年度末 4,000 人増	0	1,233 人(+ 991 人)	3,275 人(+ 1638 人)	A
	【概要】 CKD の疾病概念及び予防方法の周知を目的に、校区イベント等において CKD の周知及び予防啓発を行う。						
11	医療連携システム構築 (CKD 対策検討委員会)	連携マニュアルの作成・運用	R2 年度末 連携マニュアルの作成	—	検討委員会の設置	マニュアル配布・説明会実施	A
	【概要】 健診や診療の機会に CKD 該当者(患者)が速やかに適切な検査や治療につながる体制を構築する。						
12	くるめ健康のびのびポイント事業	事業参加者数	—	—	309 人	3,162 人	D
	【概要】 個人の健康づくりの取組に対してポイントを付与し、獲得ポイントに応じて特典等を進呈する。						
13	訪問健康相談事業	事業実施量	100%	100%	100%	100%	A
	【概要】 重複頻回受診者を対象に、適切な医療受診について保健指導を行う。						

II 健康・医療情報等の分析と課題

1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】【図表2】

- 平均寿命は男性 81.3 歳、女性 87.2 歳。男性は県平均と同水準、女性はやや短くなっています。
- 標準化死亡比は男性 102.0、女性 104.4。男女とも県平均よりも高くなっています。
- 健康寿命(平均自立期間)は男性 79.7 歳、女性 83.8 歳。男女とも県平均と同水準となっています。
- 死因は、糖尿病の割合が 3.6%で県や中核市、全国平均と比べて多く、腎不全はやや多くなっています。脳血管疾患 13.8%で県や中核市平均と比べてやや多く、国とは同水準となっています。

【図表1】

■男性

R5 年度 (作成年月)	平均寿命 (歳)	平均自立期間(歳)		標準化死亡比	備考
		要介護2以上	要支援・要介護		
久留米市	81.3	79.7	78.3	102.0	
福岡県	81.4	79.8	78.3	101.2	
中核市	81.6	79.9	78.4	99.3	
全国	81.5	80.0	78.6	100	

■女性

R5 年度 (作成年月)	平均寿命 (歳)	平均自立期間(歳)		標準化死亡比	備考
		要介護2以上	要支援・要介護		
久留米市	87.2	83.8	80.8	104.4	
福岡県	87.7	84.4	81.2	97.8	
中核市	87.6	84.3	81.1	99.4	
全国	87.6	84.3	81.4	100	

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表2】

■死亡の状況(死因)

R4 年度	久留米市		福岡県		中核市		全国	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
がん	939	54.3	15,677	55.7	90,510	51.2	378,272	50.6
心臓病	357	20.6	6,458	22.9	48,318	27.3	205,485	27.5
脳疾患	239	13.8	3,576	12.7	23,515	13.3	102,900	13.8
糖尿病	62	3.6	596	2.1	3,382	1.9	13,896	1.9
腎不全	68	3.9	1,024	3.6	6,268	3.5	26,946	3.6
自殺	65	3.8	826	2.9	4,928	2.8	20,171	2.7

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3】【図表4】【図表5】

- 国保加入者は減少傾向にありますが、一人当たり医療費は増加傾向にあります。令和4年度の一人当たりの1か月医療費（医科）は29,680円で、県平均29,330円とほぼ同水準となっています。
- 医療の受診率（医科）は、県や中核市、全国平均と比べて高くなっています。性別では男性は同様の傾向、女性は令和4年度において県と同水準となっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響で減少しましたが、翌年には男女ともに、増加となっています。
- 入院外来合わせた医療費では、2位に糖尿病、5位に高血圧症、6位に慢性腎臓病、7位に脂質異常症となるなど生活習慣病が上位を占めています。
- 後期高齢者医療の令和4年度の医療費総額（後期）は442億7997万円となっており、一人当たりの年間医療費は100万円で県平均と同水準となっています。

【図表3】

■一人当たり医療費(月) (単位:円)

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
久留米市	16,740	12,940	2,280
福岡県	16,380	12,950	2,320
中核市	17,290	11,130	2,170
全国	17,400	11,650	2,210

出典:KDBシステム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

■医療の受診率 (単位:%)

R4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
久留米市	736.41	21.67	189.20
福岡県	726.79	21.57	166.39
中核市	703.97	17.70	163.83
全国	709.58	18.81	164.80

編集方法:レセプト数÷被保険者数×1000
出典:KDBシステム帳票 地域の全体像の把握

【図表4】

■医療の受診率(医科)男性 (単位:%)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
久留米市	686.582	654.032	687.157	706.496
福岡県	670.189	631.064	669.479	685.671
中核市	635.086	602.001	637.176	650.169
全国	656.120	620.681	652.218	665.567

■医科受診率の受診率(医科)女性 (単位:%)

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
久留米市	800.808	747.303	791.096	804.556
福岡県	793.640	734.873	783.839	804.800
中核市	773.326	718.226	767.977	786.402
全国	779.529	724.837	768.400	786.472

出典:KDBシステム帳票 医療費分析の経年比較

【図表5】

■一人当たり医療費(医科)(月) 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
久留米市	13,251	9,114	8,745	15,689	25,267	36,622	45,481	51,329
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)(月) 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
久留米市	13,394	9,271	10,831	15,304	24,461	30,302	31,238	38,599
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

出典:KDB システム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

(2) 疾病分類別の医療費 【図表6】【図表7】

- 入院医療費は、図表6のとおり、1位が統合失調症、2位がうつ病となっており、次いで、骨折(3位)、関節疾患(4位)、脳梗塞(5位)の順となっています。
- 外来医療費は、1位が糖尿病、2位が高血圧症となっており、次いで、慢性腎臓病(3位)、脂質異常症(4位)と生活習慣病が上位を占めています。
- 後期高齢者の疾病分類別医療費の割合は、筋・骨格疾患が最も多く、3番目に、慢性腎臓病(透析あり)となっています。

【図表6】 疾病分類別医療費の割合

【入院】■男女計

(単位:円)(被保険者千人当たり)

R4 年度	統合失調症	うつ病	骨折	関節疾患	脳梗塞	不整脈	大腸がん	肺がん	脳出血	慢性腎臓病 (透有)
久留米市	94,059,818	44,228,456	41,930,103	29,131,142	28,581,860	22,531,775	21,125,893	17,653,305	15,786,534	14,989,910
福岡県	21,295,772	8,440,502	11,312,999	10,238,281	7,116,255	6,726,756	6,669,434	6,948,066	3,775,980	3,647,697
中核市	63,422,284	22,256,687	37,389,957	32,901,173	28,871,930	29,729,859	23,070,945	23,549,789	16,545,963	24,166,545
全国	13,726,411	4,780,351	7,799,421	7,265,491	5,926,694	6,073,927	4,811,009	4,958,168	3,304,388	4,802,863

【外来】■男女計

(単位:円)(被保険者千人当たり)

R4 年度	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓 病(透有)	脂質異常症	関節疾患	統合失調 症	うつ病	肺がん	乳がん	不整脈
久留米市	104,481,761	67,328,220	49,297,034	49,222,996	49,222,996	44,333,878	32,505,765	30,691,225	26,148,118	23,554,365
福岡県	27,316,632	18,807,840	11,415,315	14,220,251	14,220,251	6,289,974	6,908,686	9,271,847	6,931,796	6,887,808
中核市	115,536,001	70,394,498	91,170,664	51,391,789	51,391,789	29,731,690	32,957,651	39,517,495	31,972,507	31,886,930
全国	24,543,214	15,169,054	17,416,969	10,632,244	10,632,244	5,796,255	6,141,182	8,368,913	6,157,893	6,712,814

【図表7】■疾病分類別医療費の割合(国保)

(単位:%)

R4 年度	がん	精神	筋・骨格	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病(透有)	その他
久留米市	28.7	23.3	15.5	9.8	5.8	5.4	11.7
福岡県	32.0	18.1	17.2	9.8	6.1	4.7	12.1
中核市	31.9	15.2	16.6	10.0	5.6	8.9	12.0
全国	32.0	15.0	16.6	10.4	5.8	8.3	11.9

■疾病分類別医療費の割合(後期)

(単位:%)

R4 年度	筋・骨格	がん	慢性腎臓病 (透有)	精神	糖尿病	脳梗塞	高血圧 症
久留米市	26.2	20.1	12.9	10.4	7.9	7.5	6.4
福岡県	26.8	20.8	12.7	9.9	7.3	6.9	6.1
中核市	27.3	24.2	9.7	7.2	8.8	6.6	6.3
全国	26.7	24.0	9.9	7.6	8.8	6.8	6.4

出典:KDBシステム 疾病別医療費分析(大分類)

【図表8】■疾病統計(国保)

(単位:円)

R4 年度	糖尿病	高血圧	脂質	脳血管	心疾患	腎不全	精神	新生物
入院単価 (円/件)	661,186	678,879	618,094	715,886	662,166	694,216	531,356	715,873
県内順位 (63 保険者)	39	38	40	32	48	42	32	40
入院外単価 (円/件)	33,619	28,814	26,221	35,710	45,371	94,107	30,345	62,117
県内順位 (63 保険者)	25	16	11	11	10	22	10	31

■疾病統計(後期)

(単位:円)

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
入院単価 (円/件)	638,171	625,713	638,667	642,392	641,574	688,031	574,634	649,562
県内順位 (63 保険者)	25	25	21	19	36	17	20	45
入院外単価 (円/件)	39,130	34,319	32,047	40,854	45,959	91,919	34,545	58,915
県内順位 (63 保険者)	39	43	42	12	22	47	28	22

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.後発医薬品の使用割合 【図表9】

- 後発医薬品の使用割合は83.5%。国の目標値80%及び全国平均79.9%を上回っています。
- 令和2年度から、差額通知対象者を段階的に拡充。(R2:500通 R4:1,000通 R5:2,000通)
- 全国的な傾向として15歳未満の普及率は、他の年齢層と比べて低い水準となっています。

【図表9】

■後発医薬品の使用割合

(単位:%)

R4年9月診療分	久留米市	福岡県	全国	備考
使用割合	83.5	81.3	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 【図表10】

- 国保における重複服薬者、3医療機関で1剤以上は17人。令和4年度における2医療機関で2剤以上の重複処方が発生した割合は、約70人(0.1%)となっています。多剤服薬者(15剤以上1日以上)については、665人(1.1%)となっています。
- 後期における重複服薬者、3医療機関で1剤以上は6人。令和4年度の2医療機関で2剤以上の重複処方が発生した割合は、約60人(0.2%)となっています。多剤服薬者(15剤以上1日以上)については1,833人(4.65%)、また、「6剤以上15日以上」は17,613人(44.7%)、「15剤以上1日以上」は665人(1.1%)となっています。

【図表10】国保

■被保険者数(久留米市)

R4年5月	65,011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	備考
		R4年5月	
2医療機関以上	1日以上	22.2	
	5日以上	2.5	
	10日以上	0.6	
3医療機関以上	1日以上	7.2	
	5日以上	1.2	
	10日以上	0.3	

※1 受診した者の割合((受診した者 / 被保険者数) * 100)

出典:KDBシステム帳票 重複・頻回受診の状況

■重複服薬の状況等の傾向

(単位: %)

他医療機関と重複処方の発生した医療機関数 (同一月内)	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(または薬効数) (同一月内)	処方を受けた者の割合※1	備考
		R4年5月	
2医療機関以上	1以上	0.4	
	2以上	0.1	
	3以上	0.0	

※1 処方を受けた者の割合(処方を受けた者 / 被保険者数) * 100 出典: KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

■多剤処方の状況

出典: KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

(単位: %)

同一薬剤に関する処方日数(同一月内)	処方薬剤数(または処方薬効数)(同一月内)	処方を受けた者の割合	備考
		R4年5月	
1日以上	1以上	46.0	
	2以上	39.5	
	3以上	31.9	
	4以上	25.2	
	5以上	19.4	
	6以上	14.9	
	7以上	11.3	

出典: KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

【図表11】後期

■被保険者数(久留米市)

R4年5月	43,664 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	備考
		R4年5月	
2医療機関以上	1日以上	44.7	
	5日以上	6.7	
	10日以上	2.1	
3医療機関以上	1日以上	18.7	
	5日以上	3.7	
	10日以上	1.1	

※1 受診した者の割合((受診した者 / 被保険者数) * 100)

出典: KDB システム帳票 重複・頻回受診の状況

■重複服薬の状況等の傾向

(単位:%)

他医療機関と重複処方の発生した医療機関数(同一月内)	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(または薬効数)(同一月内)	処方を受けた者の割合※1	備考
		R4年5月	
2医療機関以上	1以上	0.8	
	2以上	0.2	
	3以上	0.1	

※1 処方を受けた者の割合(処方を受けた者 / 被保険者数) * 100 出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

■多剤処方の状況

(単位:%)

同一薬剤に関する処方日数(同一月内)	処方薬剤数(または処方薬効数)(同一月内)	処方を受けた者の割合	備考
		R4年5月	
1日以上	1以上	76.4	
	2以上	72.1	
	3以上	66.1	
	4以上	59.3	
	5以上	52.1	
	6以上	44.9	
	7以上	37.9	

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

5.特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表12】【図表13】【図表14】

- 特定健診受診率はどの年代においても、国、県、中核市より高いが、目標値には到達していません。
- 保健指導実施率は、全年齢を通して、県や全国平均と比べて低く、中核市平均との比較では高くなっています。
- 保健指導実施率の性別では、女性の方が男性より高く、女性の実施率は県平均より低くなっていますが、全国とは同水準で、中核市よりも高くなっています。令和4年度の女性の年代別実施率を見ると、40代は県や中核市、全国平均よりも高くなっています。
- 男性の年代別保健指導実施率は、年齢を問わず10%前後で推移しており、特に50歳代の実施率が低くなっています。こうした状況は、県や中核市、全国においても同様の状況です。
- 後期高齢者の令和4年度の健診受診率は20.0%で、県平均より高く、中核市や全国平均との比較では低くなっています。

【図表12】

■健診受診率

R3年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率
久留米市	42,500	15,846	37.3%
福岡県	691,928	230,123	33.3%
全国	17,865,900	6,494,635	36.4%

■保健指導実施率

R3年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
久留米市	1,865	354	19.0%
福岡県	26,686	11,467	43.0%
全国	746,177	208,457	27.9%

出典:特定健診等データ管理システム 令和3年法定報告値

【図表13】

■健診受診率

R4年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率
久留米市	40,608	15,401	37.9%

■保健指導実施率

R4年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
久留米市	1,760	356	20.2%

【図表14】

(単位:%)

■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	20.2	18.9	21.0	22.9	32.6	42.0	45.8	34.8
特定保健指導	18.8	19.1	16.1	17.5	14.3	21.2	15.6	17.4

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	24.5	27.4	28.6	29.5	39.3	46.7	46.7	40.7
特定保健指導	27.6	40.0	20.0	30.4	26.5	22.9	25.1	25.6

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) 【図表15】【図表16】【図表17】

- メタボリックシンドローム該当者の割合は横ばい推移しており、令和4年度の有所見者率は県と同水準となっていますが、メタボ予備群の割合は県や全国平均よりも高くなっています。
- 腹囲、BMIは横ばいで推移し、腹囲は県や全国平均よりも高く、BMIは低くなっています。
- 血糖の有所見者の割合は、県や全国平均と比べて高く、非肥満高血糖者の割合は減少傾向にあり、県や全国平均よりも低くなっています。
- 血圧は県平均と同水準にあり、全国平均との比較では高くなっています。
- 脂質は、県や全国平均よりも高くなっています。
- 健診受診者の中で腎機能の低下が見られる人は、10%程度で推移しています。

【図表15】 ■特定健診結果の状況(有所見率①)

(単位:%)

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 (%)	久留米市	36.9	3.8	20.7	14.2	3.4	31	54.5	1.9
	福岡県	36	3.8	21.3	14.2	3.4	27.3	58.5	2.9
	全国	34.9	4.7	21.1	14	3.8	24.9	58.2	2.9
	中核市	34.7	4.5	—	—	—	—	—	—

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 (%)	久留米市	8.6	42.4	15	49.5	2.8	1.3	18.8	20.2
	福岡県	8.2	46.5	18.7	50.7	3.5	1.4	21.8	20.7
	全国	6.6	48.3	20.8	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6
	中核市	—	—	—	—	—	—	—	20.4

■特定健診結果の状況(有所見率②)

(単位:%)

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	36.9	3.8	20.7	14.2	3.4	31	54.5	1.9
	男性	58.8	—	27.7	20.7	6.4	37.9	56.4	2.5
	女性	20.3	—	15.3	9.2	1.1	25.8	53.1	1.4

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	8.6	42.4	15	49.5	2.8	1.3	18.8	20.2
	男性	16.6	45.3	19.2	43.6	2.2	2.7	21.5	—
	女性	2.6	40.3	11.8	53.9	3.3	0.3	16.8	—

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16】 ■特定健診結果の状況(有所見率③)

(単位:%)

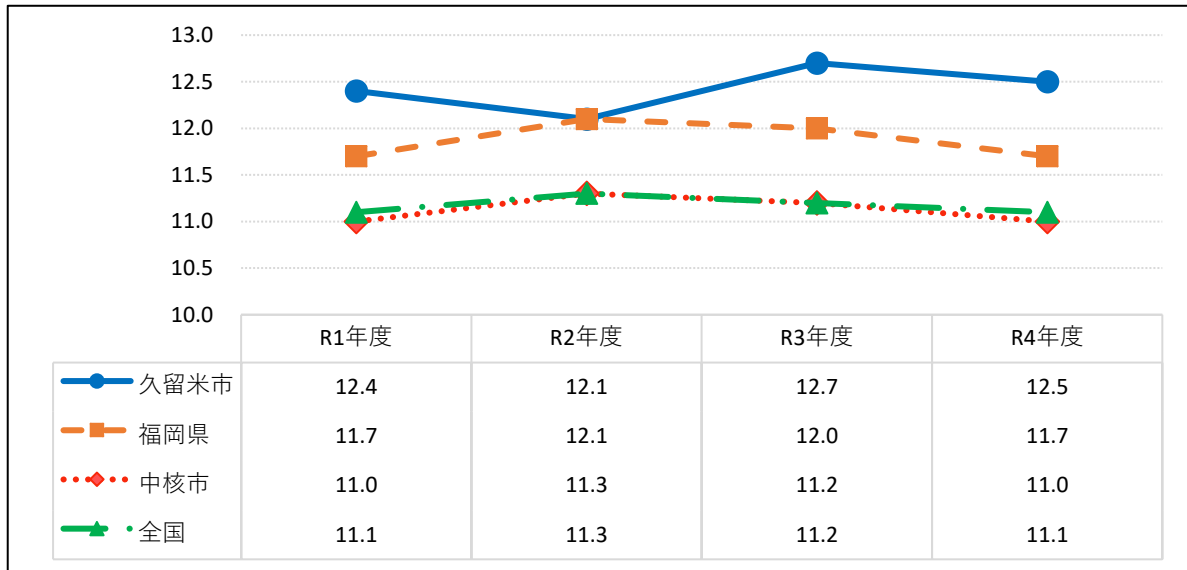
令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
久留米市 有所見率 (%)	男女計	93.7	0.9	1	1.1	3.3	85.3	8.9	4.4	1.1	0.3
	男性	89.8	1.6	1.9	1.9	4.8	80.4	11.2	6.1	1.8	0.5
	女性	96.6	0.4	0.4	0.5	2.1	89	7.1	3.1	0.6	0.2

令和4年度		GOT	γ-GTP	心電図			眼底検査		血色素	備考
				未実施	所見有	所見無	未実施	実施		
久留米市 有所見率 (%)	男女計	11.9	14.9	93.5	6.5	0	96.4	3.6	14.3	
	男性	15.5	23.8	92.1	7.9	0	96	4	13.1	
	女性	9.2	8.2	94.5	5.5	0	96.7	3.3	15	

出典:KDB システム帳票 集計対象者一覧表

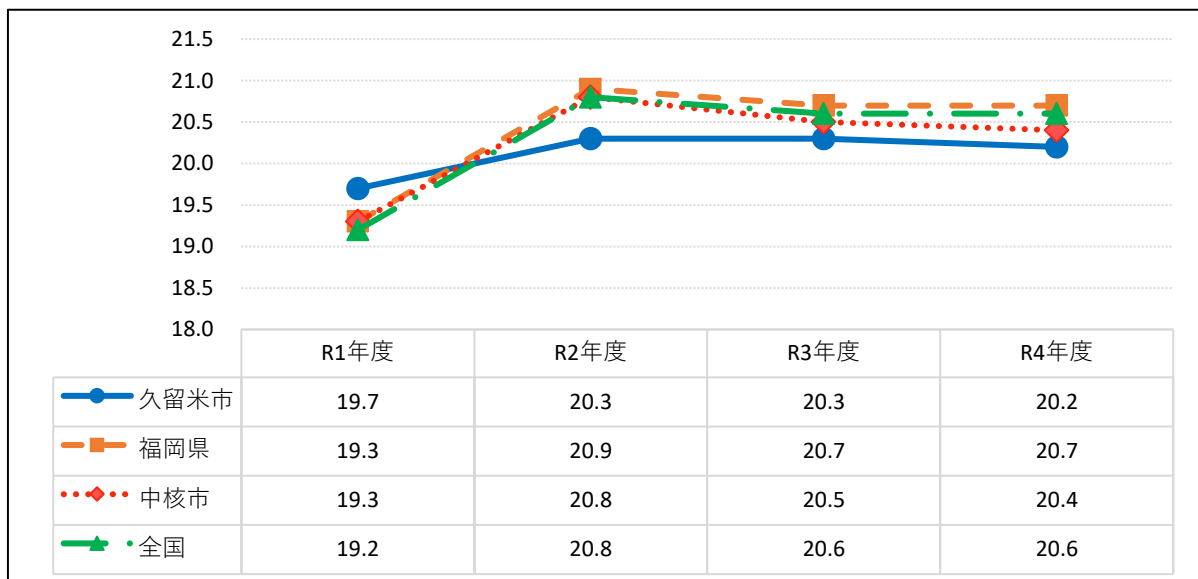
【図表17】■メタボリックシンドローム予備群

(単位:%)



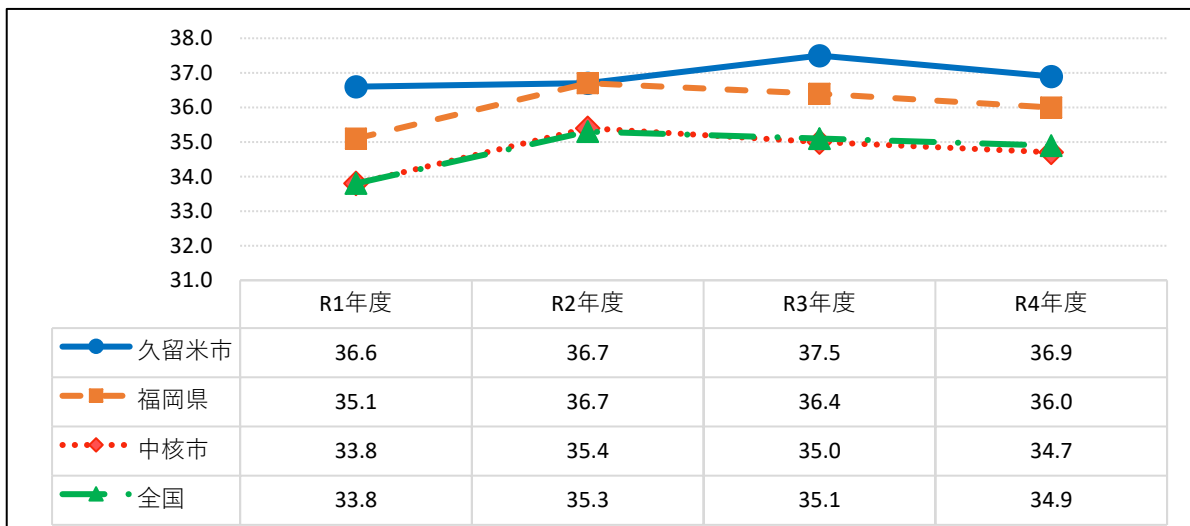
■メタボリックシンドローム該当者

(単位:%)



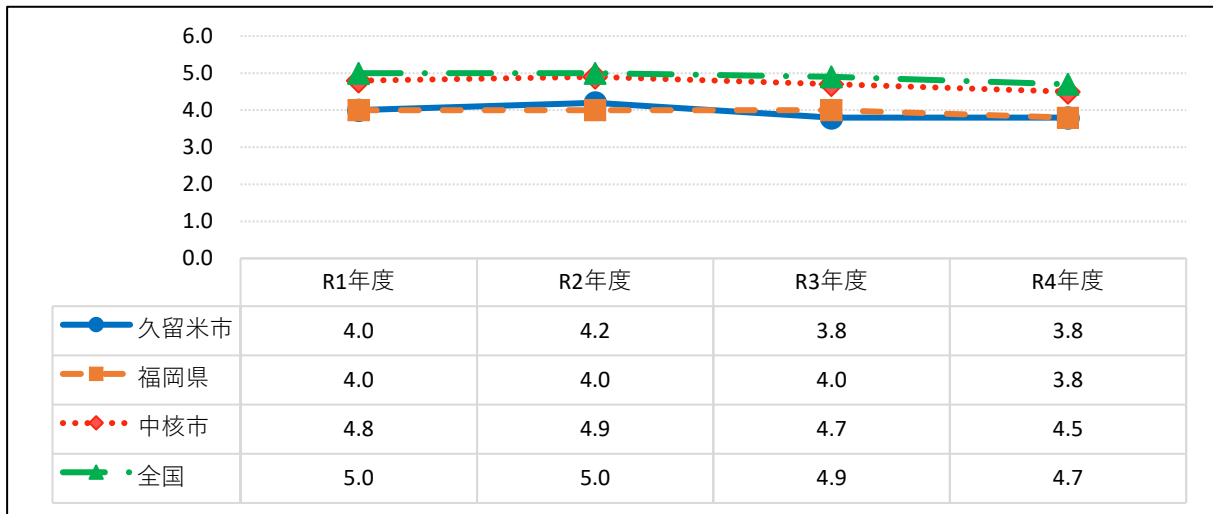
■腹囲

(単位:%)



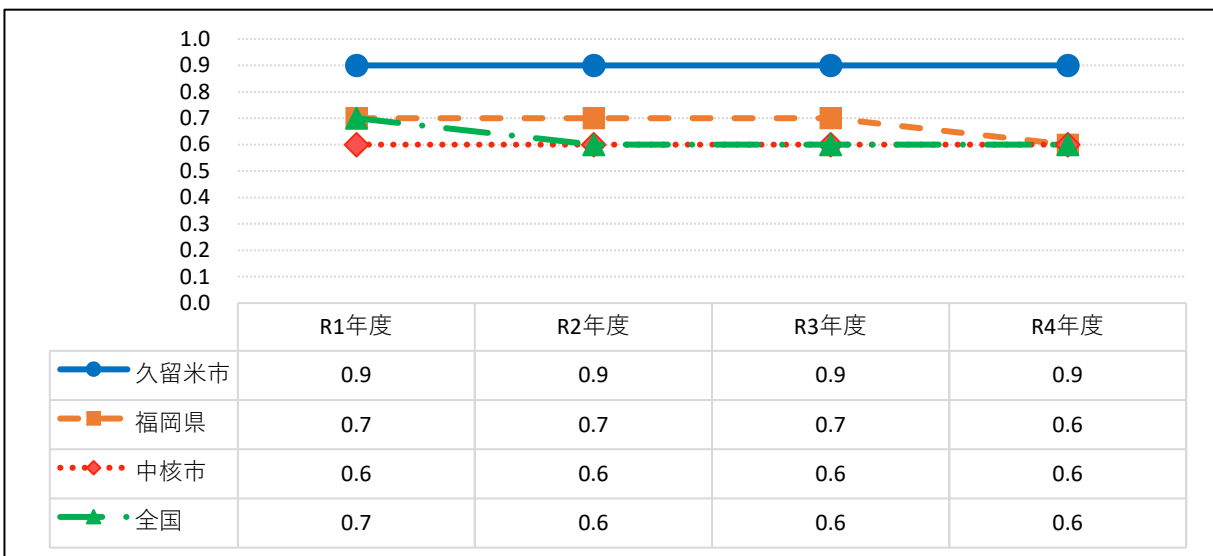
■BMI

(単位:%)



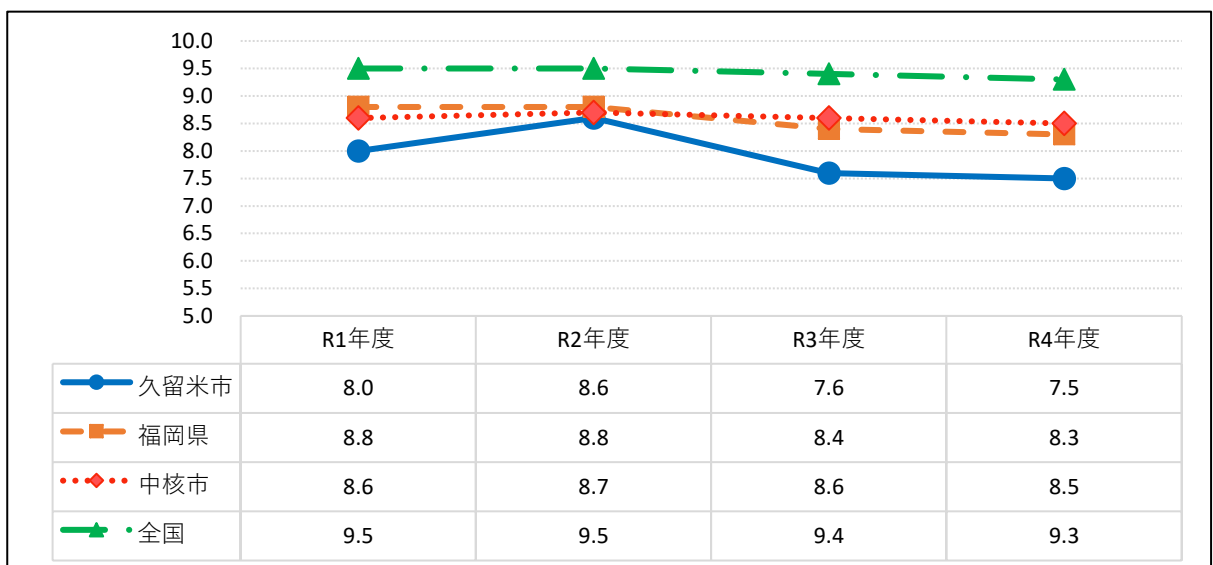
■血糖

(単位:%)



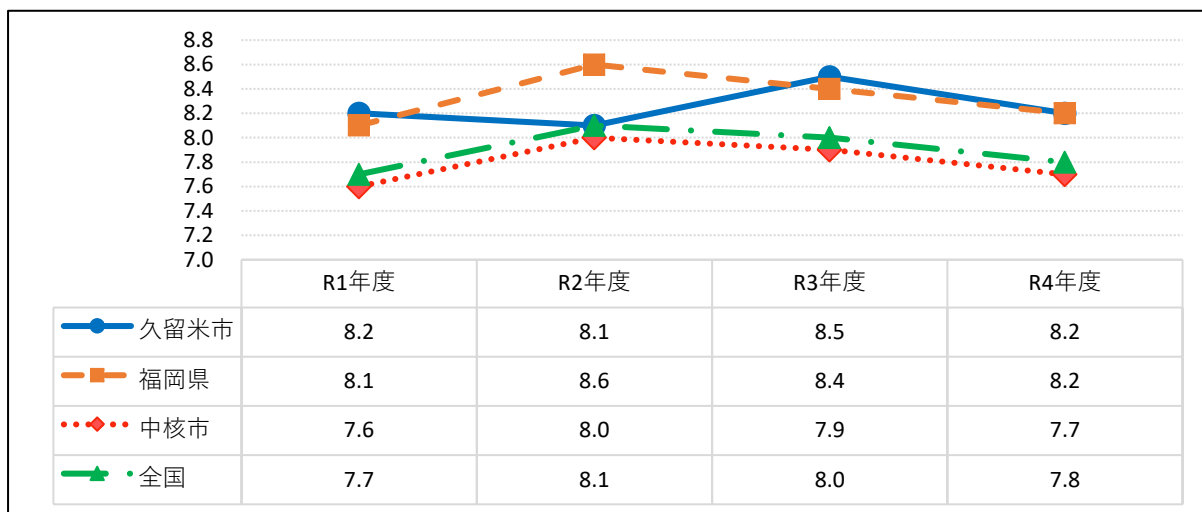
■非肥満高血糖

(単位:%)



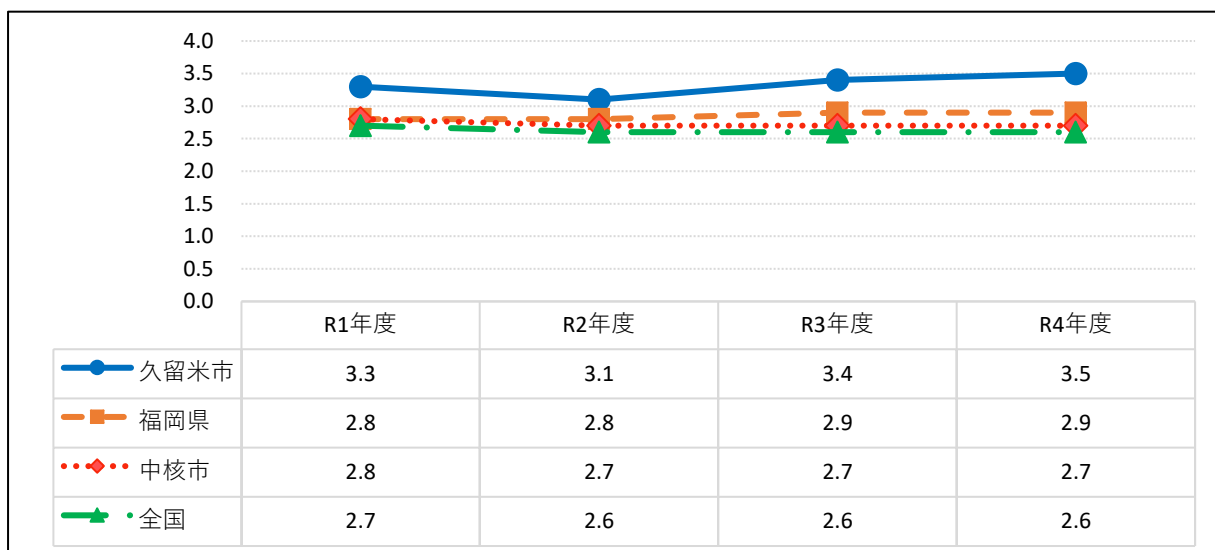
■血圧

(単位:%)



■脂質

(単位:%)

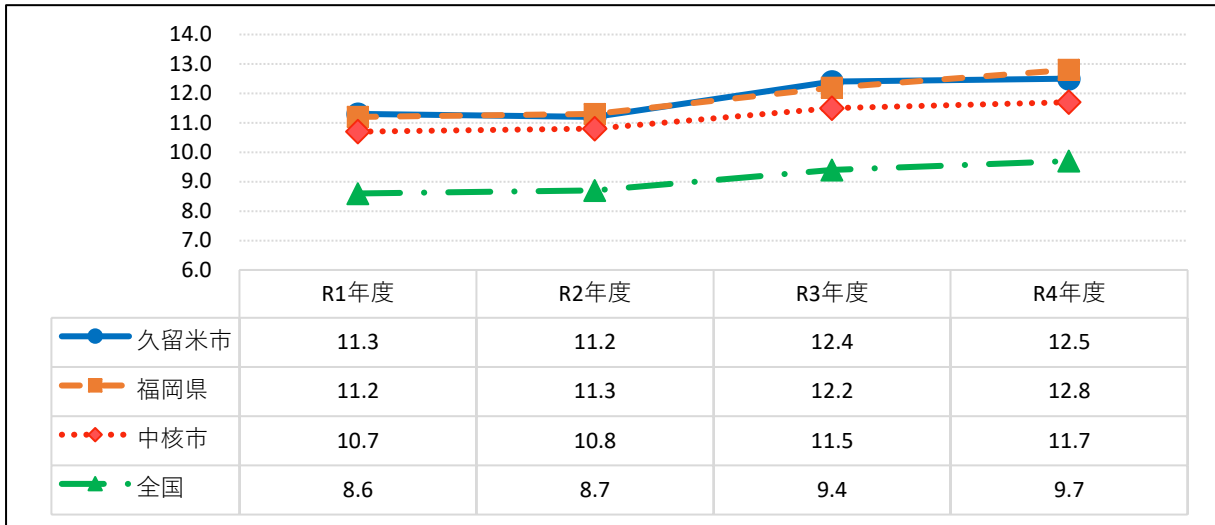


(3) 質問票調査の状況 (生活習慣) 【図表18】 【図表19】 【図表20】

- 朝食欠食の割合が中核市や全国平均と比べて高く、県平均とは同水準となっています。
- 40歳代男女の朝食欠食の割合が県や中核市、全国平均よりも高くなっています。
- 就寝前の夕食が週3回以上の方の割合の県や中核市、全国平均との比較では、男性は40～44歳、55～59歳が高く、女性は45～59歳が高くなっています。
- 「食事速度が速い」は、県や中核市平均と同水準で、国より高くなっています。男性の割合が女性より高くなっています。
- 「30分以上の運動習慣なし」は、男女ともに県や中核市よりも高く、全国とは同水準となっています。女性の割合が男性より高くなっています。
- 後期高齢者の質問票調査における「ウォーキング等の運動を週に1回以上」の割合は、県平均と比べて低くなっています。

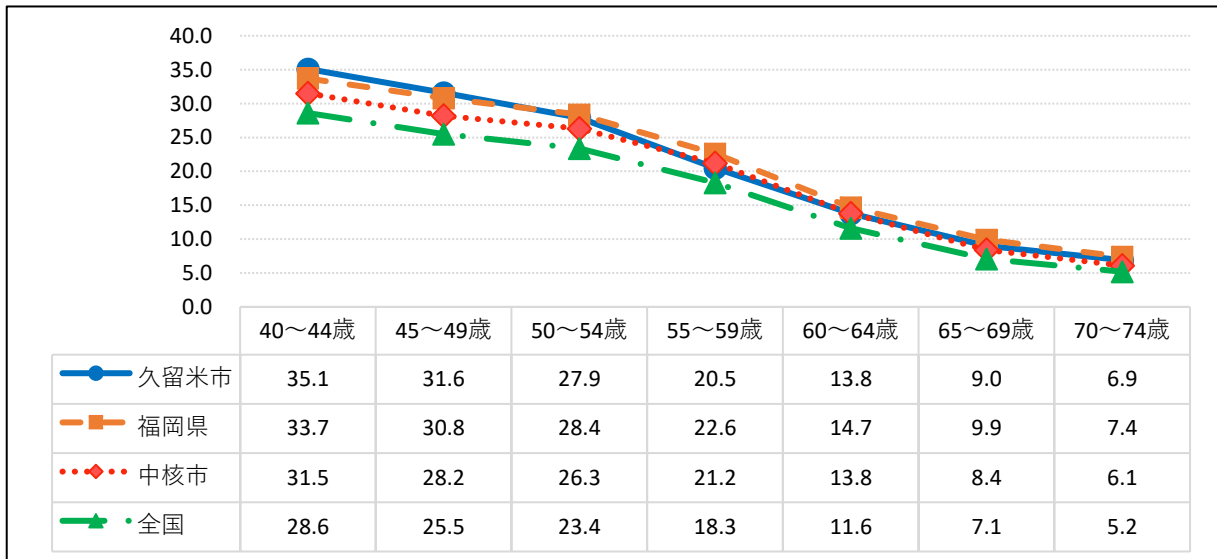
【図表 1 8】 ■朝食欠食

(単位: %)



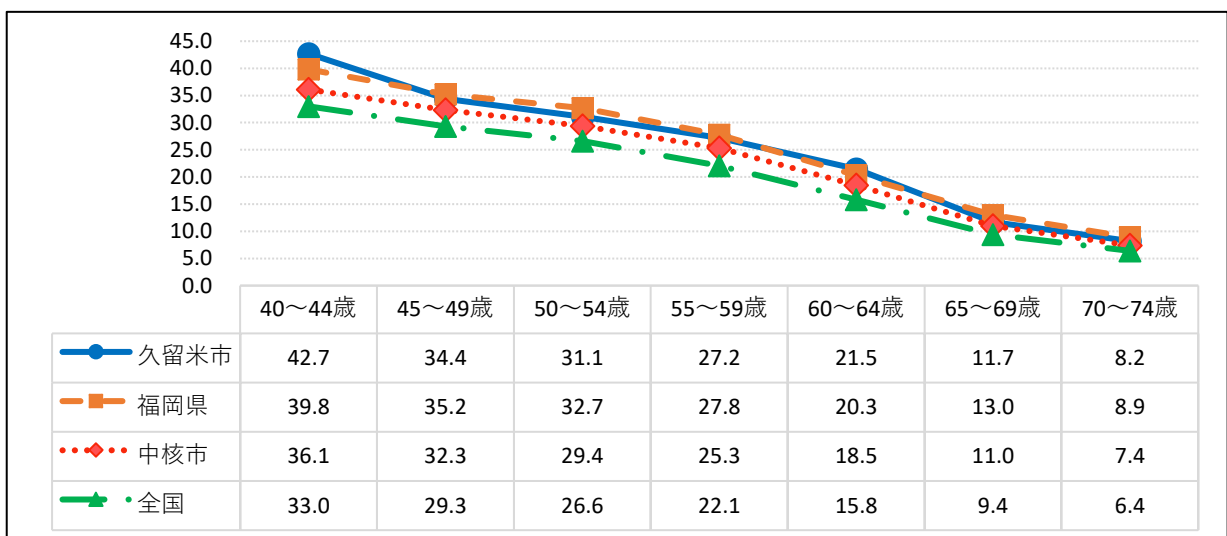
■R4 年度 朝食欠食 男女計・年齢別

(単位: %)



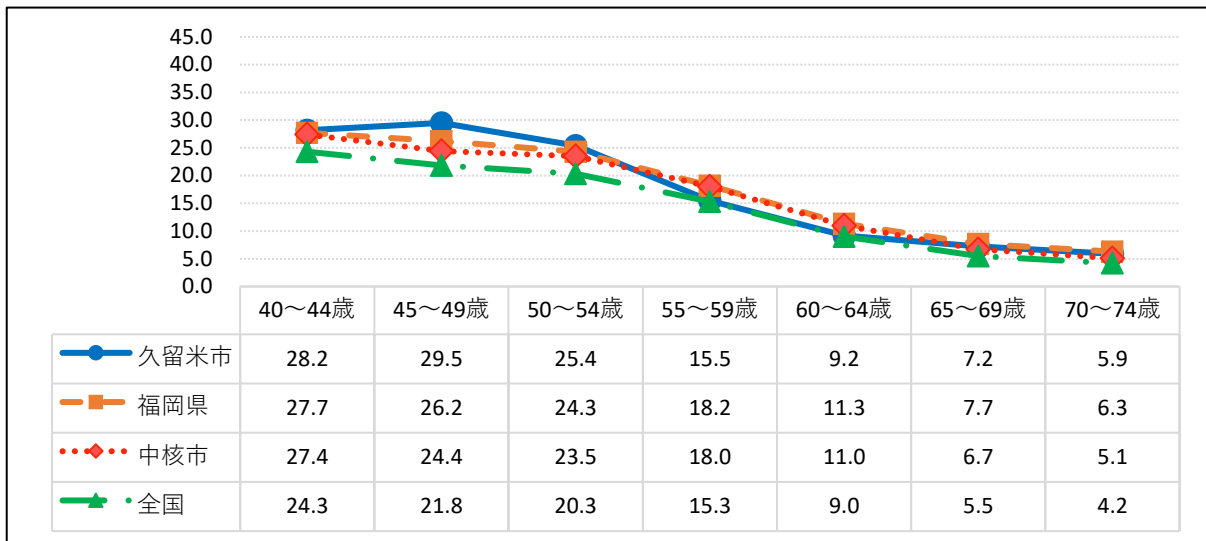
■R4 年度 朝食欠食 男性・年齢別

(単位: %)



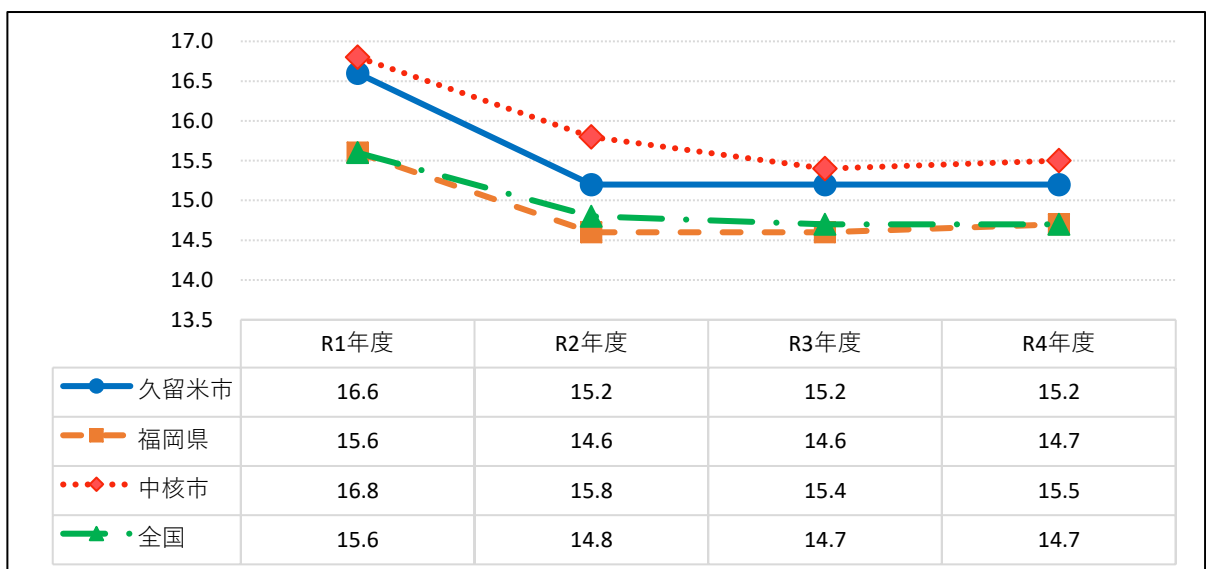
■R4年度 朝食欠食 女性・年齢別

(単位:%)



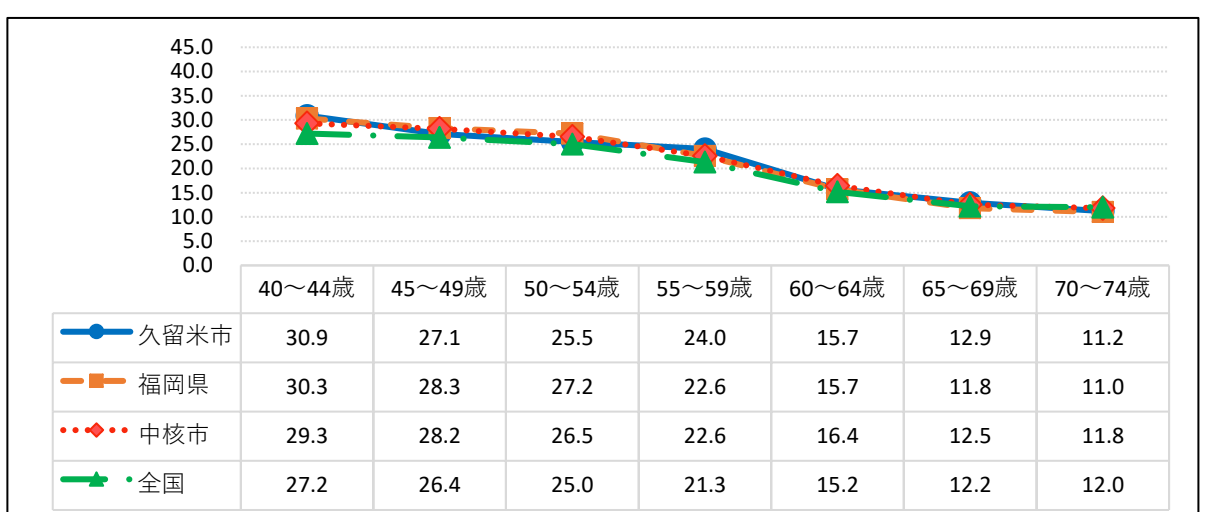
【図表19】 ■週3回以上就寝前夕食

(単位:%)



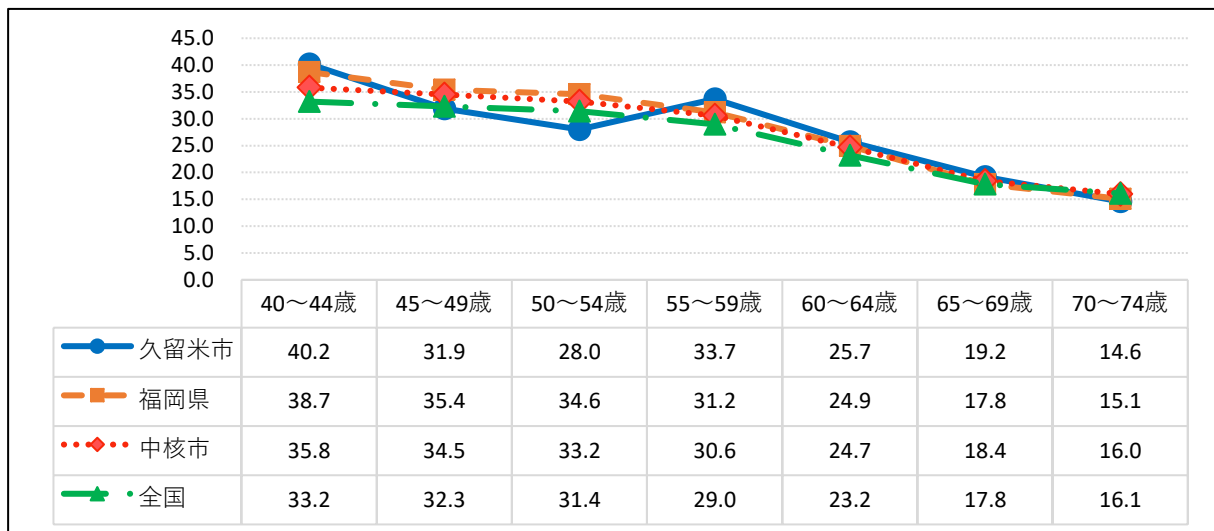
■週3回以上就寝前夕食・男女計・R4年度・年齢別

(単位:%)



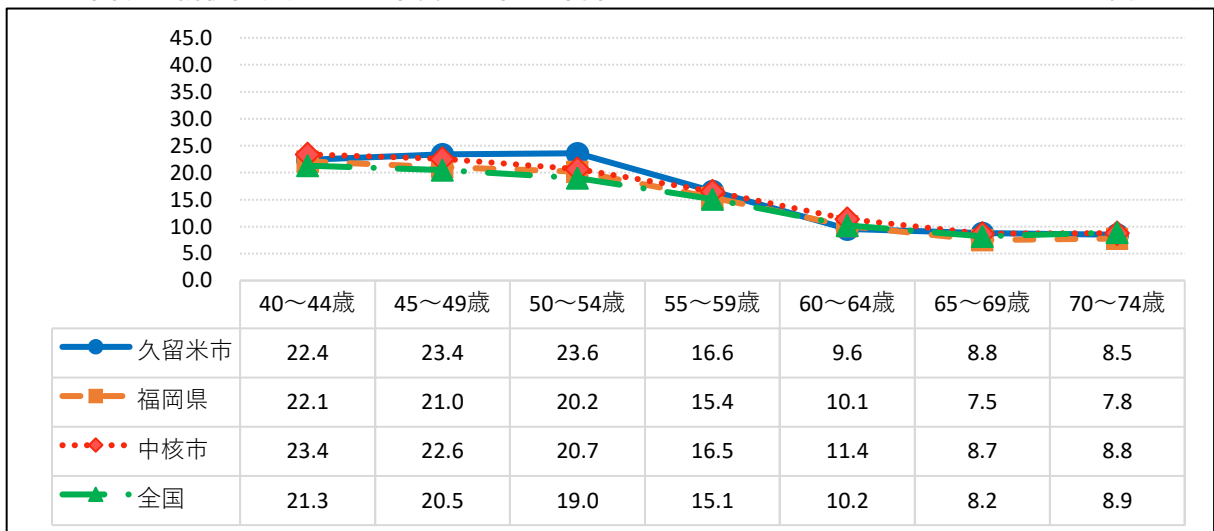
■週3回以上就寝前夕食 R4年度 男性・年齢別

(単位:%)



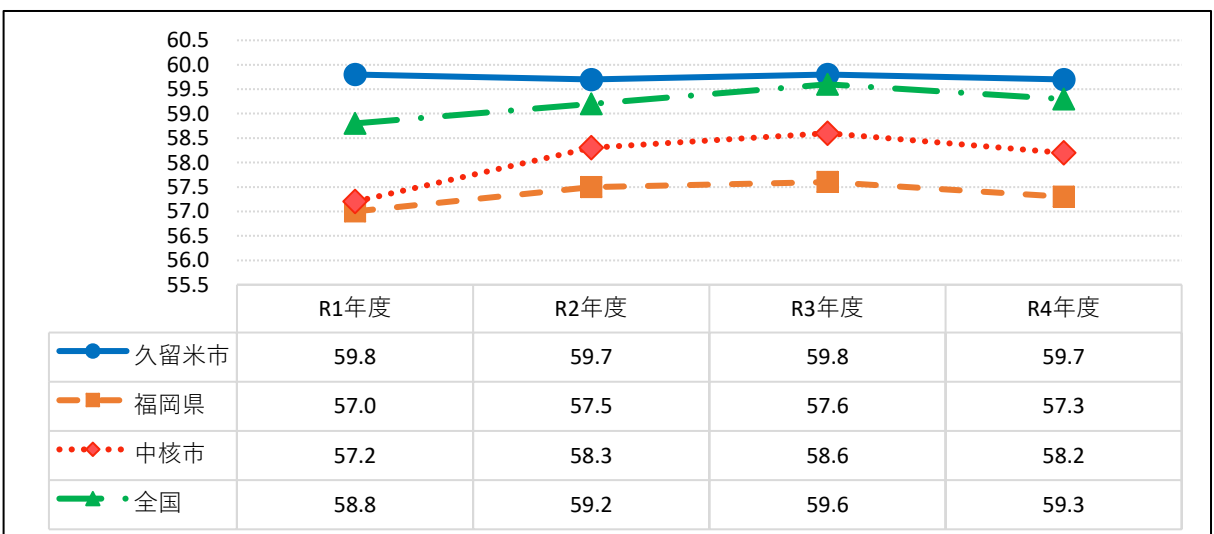
■週3回以上就寝前夕食 R4年度 女性・年齢別

(単位:%)



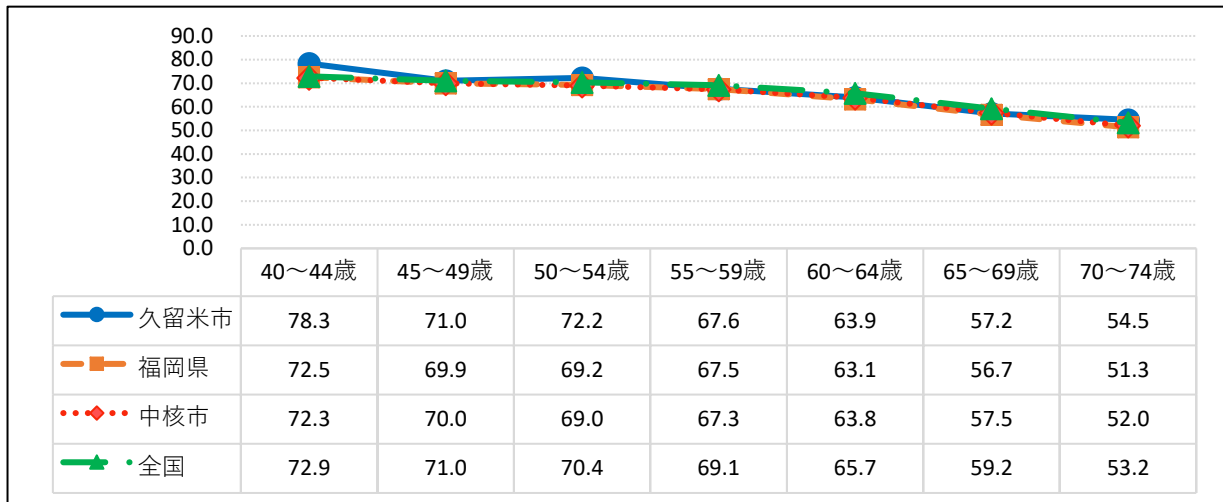
【図表20】 ■1回30分以上の運動習慣なし 経年変化・男女計

(単位:%)



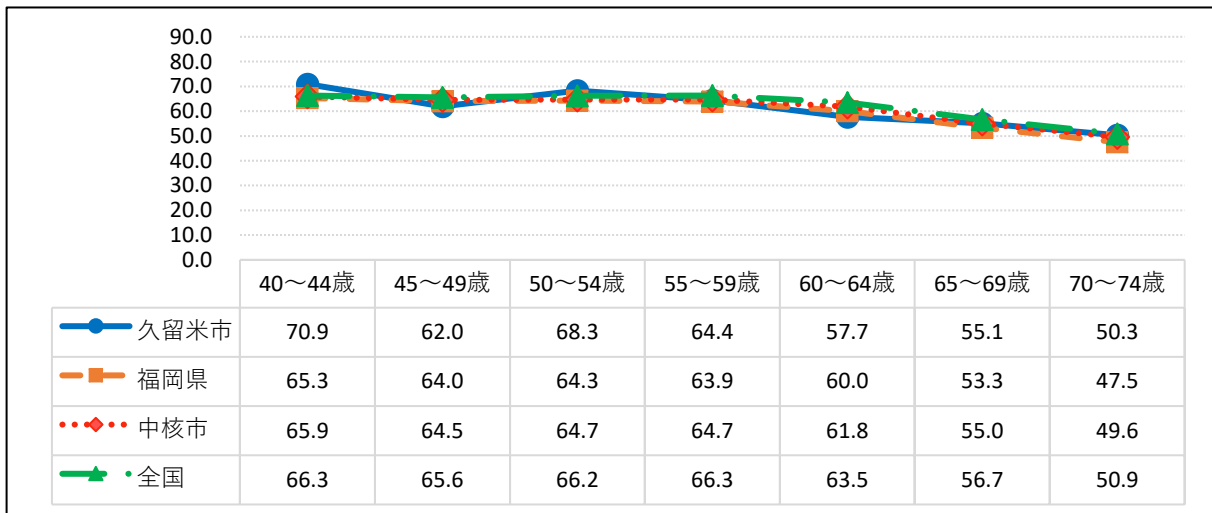
■1回30分以上の運動習慣なし R4年度・男女計

(単位: %)



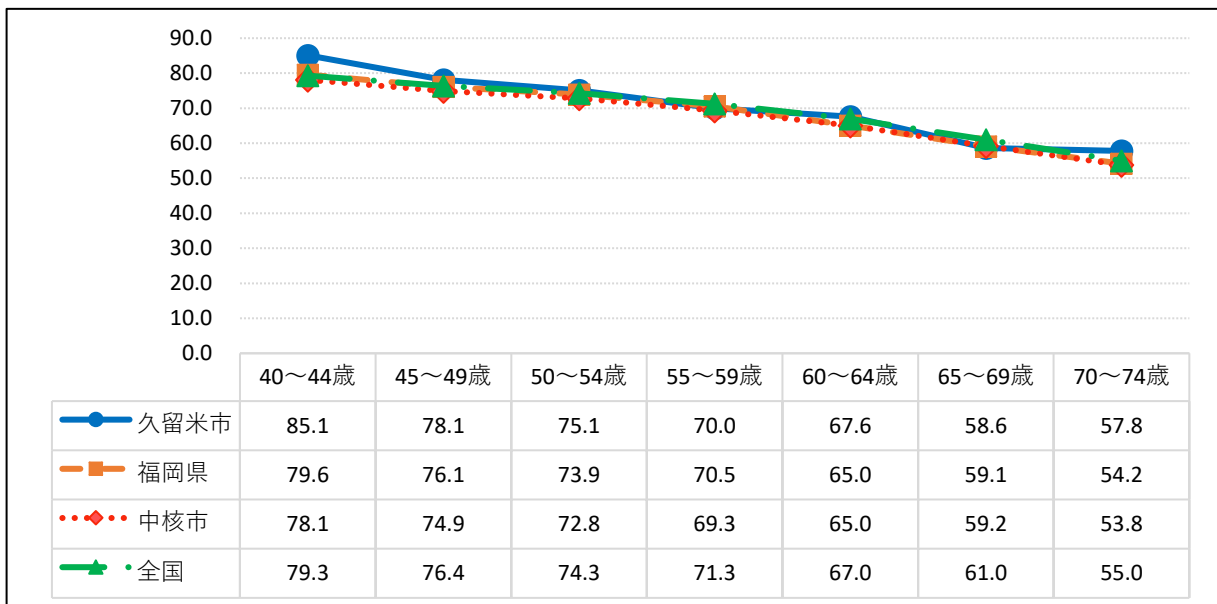
■1回30分以上の運動習慣なし R4年度・男性・年齢別

(単位: %)



■1回30分以上の運動習慣なし R4年度・女性・年齢別

(単位: %)



6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

- 医療費分析から脳梗塞や脳出血、慢性腎臓病の入院医療費が高く、外来医療費では、糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病、脂質異常症等の生活習慣病の医療費が高くなっています。
- 健診データ分析では、血糖の有所見率が高いことが判明しました。非肥満高血糖は減少傾向で県平均よりも低くなっています。また、メタボリックシンドローム該当者は横ばいで、予備群は県平均よりも高くなっています。
- 後期高齢者健診のBMI値は県や中核市、全国平均と同水準ですが、腹囲は中核市や全国との比較において高くなっています。また、質問票調査における「6ヵ月で2～3kg以上の体重減少」に当てはまる人は、県や中核市、全国よりもわずかに高くなっています。本市の後期高齢者の状況として、肥満とやせの二極化が進んでいる可能性があります。
- レセプト・健診結果等の分析から、糖尿病及び、脳血管疾患のリスク要因でもある慢性腎臓病、糖尿病等の前段階であるメタボリックシンドロームが本市の優先する健康課題であると考えられます。

7.介護費の分析 【図表21】【図表22】【図表23】【図表24】

- 介護認定率は20%で、県や中核市、全国平均と差がなく、介護区分別でも差がありません。
- 介護区分別のサービス利用率は、県や中核市、全国平均と同水準となっていますが、1件当たりの介護給付費は高く、特に「要支援2」「要介護5」で高い状況が見られます。
- 要介護者の有病状況は、1号被保険者で心臓病の割合が64.2%と高く、2号被保険者でも心臓病が25.6%、脳血管疾患は20.2%となっています。全体では、生活習慣病に起因する疾患の有病率が高い状況となっています。
- 1号（65～74歳）要介護認定者の心疾患の割合は、県平均よりも高くなっています。
- 1号（75歳以上）要介護認定者の心・腎疾患の割合は県平均と同水準で、脳血管疾患の割合は低くなっています。1号（65～74歳）の基礎疾患は、いずれも県と同水準で、認知症と筋骨格系の割合が高くなっています。1号（75歳以上）の基礎疾患は高血圧、脂質異常症の割合が県平均と同水準で、糖尿病は低くなっています。
- 令和4年度の要介護（支援）者の有病率を、2号、1号（65～74歳）、1号（75歳以上）と比較すると、年齢が高くなるにつれて糖尿病や心臓病、筋・骨格などは増加していますが、脳血管疾患は年齢を問わず20%台で推移しています。

【図表21】

■介護認定の状況

(単位:%)

令和4年度	久留米市	福岡県	中核市	全国	備考
1号認定率	20.9	19.9	20.5	19.4	
2号認定率	0.4	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22】

■介護サービス利用率

R4 年度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
久留米市	5.6	6.7	19	15.6	12.8	11	6.8
福岡県	6.5	8.5	18.4	14.1	11.8	11.1	6.5
中核市	5.8	7.5	17.5	14.8	12	11.5	7.8
全国	5.5	7.7	17.4	15.1	12.4	11.8	7.7

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表23】

■介護給付費の状況

令和4年度	久留米市	福岡県	中核市	全国
1件当給付費(円)	62,039	59,152	55,521	59,662
総給付費(円)	25,600,685,253	407,127,115,803	2,503,469,980,686	10,074,274,226,869
総件数(件)	412,653	6,882,774	45,090,425	168,855,925

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表24】

■介護サービス利用率

区分	2号		1号				計	
	40～64歳		65～74歳		75歳～			
有病状況								
糖尿病	34	(10.0)	437	(23.2)	3,784	(23.2)	4,255	(24.0)
糖尿病合併症 (再掲)	7	(2.3)	97	(5.2)	607	(3.9)	711	(4.0)
心臓病	92	(25.6)	819	(43.7)	10,116	(66.9)	11,027	(63.5)
脳疾患	72	(20.2)	452	(23.3)	3,625	(24.1)	4,149	(23.9)
がん	19	(4.8)	215	(11.4)	1,913	(12.7)	2,147	(12.1)
精神疾患	51	(15.0)	535	(28.5)	6,504	(43.3)	7,090	(41.1)
筋・骨格	72	(21.8)	737	(38.8)	9,205	(60.8)	10,014	(57.5)
難病	14	(4.6)	115	(6.0)	527	(3.4)	656	(3.7)
その他	96	(26.8)	865	(46.0)	10,193	(67.6)	11,154	(64.3)

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

8.その他

- がん検診の受診率は、県や全国平均と比べて同水準または高くなっています。
- 令和4年度の疾病別入院医療費において、骨折と関節疾患は第3、4位と高くなっています。一保険者あたりの医療費は、県や中核市、全国平均よりも高くなっています。また、外来医療費で関節痛疾患は5位で、県や全国平均より高く、中核市との比較では低くなっています。
- 骨粗鬆症健診の受診率は10.4%であり、県や全国平均よりも高くなっています。
- 本市では令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでいますが、フレイル予防の成果は一部にとどまっているような状況です。

【図表25】

R3年度	市		県		全国	
	全住民	国保	全住民	国保	全住民	国保
対象者						
大腸	7.3	16.9	4.8	9.8	7.0	16
肺がん	8.1	20.5	3.8	8.5	6.0	15.2
乳がん	14.3	15.9	12.3	14.1	15.4	18.2
子宮頸がん	20.0	22.6	14.3	12.3	15.4	16.2
胃がん	4.6	8.3	5.9	10.2	6.5	12.1
骨粗鬆症	10.4	—	2.7	—	4.9	—

出典：地域保健報告

III 計画全体

1.健康課題と対応する保健事業

健康課題	優先課題	保健事業 (IV個別事業計画No.)
入院医療費は脳梗塞や脳出血及び慢性腎臓病の占める割合が高く、外来医療費は糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病、脂質異常症等の生活習慣病に係る医療費の割合が高い。	○	1、2、3、4、5、6、7
死因の割合も、糖尿病が県や全国平均と比べて、高い。	○	1、2、3、4、5、6
特定健診における血糖の有所見率が、県や中核市、全国平均と比べ、高い。また、血圧の有所見率は県と同水準だが、中核市や全国平均との比較では高い。脂質の有所見率は県や中核市、全国平均と比べ高く、血糖の有所見者率は県平均と比べ高くなっているが、非肥満者の高血糖は減少傾向で県や中核市、全国平均より低い。		1、2、3、4、5、6
メタボリックシンドローム該当者は県平均と同水準で横ばいとなっているが、メタボ予備群は横ばいで県より高い。腹囲、BMIは横ばいで県平均と同水準順となっているが、中核市や全国平均との比較において、腹囲は高く、BMIは低くなっている。		1、2、3、4、5、6
後期高齢者の有所見者では、健診のBMI値は県や中核市、全国平均と同水準だが、腹囲は県平均と同水準であるものの、中核市や全国平均と比べて高い。質問票調査における「6ヵ月で2～3kg以上の体重減少」に当てはまる人は県や中核市、全国平均よりもわずかに高いため、本市の後期高齢者は肥満とやせの二極化が進んでいる可能性がある。		1、2、3、4、5、6
特定健診受診率は全ての年代において、県や中核市、全国平均より高くなっているが、目標値には到達していない。特に、40代・50代については健診受診率が低く、医療機関受診率も低いいため、自身の健康状態や健康リスクを把握できていない人が多いと想定される。	○	1、2、6
保健指導実施率は全ての年齢で県や全国平均よりも低くなっているが、中核市平均よりは高い。女性よりも男性が低く、年齢を問わず保健指導実施率は10%台前後で推移している。特に50歳代の実施率が低く、こうした傾向は県や中核市、全国においても同様となっている。	○	1、2、6

健診の間診票による生活習慣では、間食する人は少ない状況だが、朝食を欠食する人は中核市や全国平均と比べ高く、県平均と同水準。特に40歳代は性別を問わず、朝食欠食者割合が県や中核市、全国平均と比べて高くなっている。また、就寝前に夕食をとる人が男性の40～44歳、55～59歳において、女性の45～59歳において、県や中核市、全国平均よりも高い。		1、2
食事速度が速い人は県や中核市と同程度だが、全国よりも高い。また、男性の方が女性より高くなっている。		1、2
運動習慣において、「30分以上の運動習慣なし」は男女ともに県や中核市平均と比べてやや高く、全国平均と同水準となっている。性別では女性の方が運動習慣のない人の割合が高く、特に令和4年度では40歳代の女性、50～54歳の男性で、県や中核市、全国平均より高くなっている。		1、2
介護認定率は20%で、県や中核市、全国平均と差がなく、介護区分別でも差はない。		1、2、3、4、6
1号被保険者では心臓病の割合が64.2%と高く、2号被保険者でも心臓病が25.6%、脳血管疾患が20.2%となっている。2号での要介護認定者は脳、心、腎の順で高く、脳が6割を占め、脳血管疾患の割合は県よりも高い。基礎疾患では高血圧が県と同水準、脂質異常症はやや低く、糖尿病は低くなっている。全体では、生活習慣病に起因する疾患の有病率が高くなっている。		1、2、3、4、6

《個別保健事業計画No.》

- 1 … 特定健康診査事業
- 2 … 特定保健指導事業
- 3 … 重症化予防(受診勧奨)(糖尿病医療未治療者、糖尿病治療中断者)
- 4 … 重症化予防(保健指導)(慢性腎臓病(CKD))
- 5 … 早期介入支援事業(糖尿病発症予防 75g経口ブドウ糖負荷検査)
- 6 … 慢性腎臓病(CKD)啓発事業
- 7 … 訪問健康相談事業(重複服薬者対策)

2.目標及び評価指標等の設定

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費の適正化を実現するため次のとおり計画の目標等を設定します。

計画全体の目標		評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	生活習慣病の合併症を予防する。引いては脳血管疾患や人工透析の医療費の伸びの抑制を図る。	脳血管疾患(入院)①や人工透析②に占める医療費の割合の維持	脳血管疾患(入院)①、慢性腎不全(透析あり)(入院及び外来)②、の総医療費に占める割合の維持	①1.95% ②2.82%	1.95% 2.82%	1.95% 2.82%
		新規透析導入患者数の減少	国保年間新規透析患者数()内は後期	24人 (46人)	減少 (減少)	減少 (減少)
iii	生活習慣病の重症化を予防する。	HbA1c8.0以上の人の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある人のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.28%	1.19%	1.10%
iv		高血糖者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある人のうち、HbA1c6.5%以上の人の割合	9.6%	9.4%	9.1%
v		重症化予防支援事業により保健指導を受けた人の生活習慣改善率	重症化予防支援事業における保健指導修了者のうち生活習慣が改善した割合と人数	59.4% (92/ 155人)	61.0%以上	62.0%以上
vi		特定保健指導による特定保健指導の対象者の減少率	特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告	19.7%	24.0%	27.0%
vii	健康意識を高める。	特定健康診査受診率	特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告	37.9%	51.0%	60.0%
viii		50代特定健康診査受診率	特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告	25.3%	34.0%	40.0%
ix	生活習慣病の発症を予防する。	特定保健指導実施率	法定報告値	20.2%	30.0%	60.0%
x	生活習慣を改善する。	朝食を欠食する人の割合	特定健診受診者で当該回答がある人のうち、標準的な質問表「朝食を抜くことが3回以上ある」と回答した人の割合	12.5%	12.0%	11.5%

IV 個別事業計画

1. 特定健康診査事業

(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発症及び、重症化を予防することを目的としています。

(2) 事業の概要

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査を実施し、生活習慣病リスクの早期発見を図るとともに、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者などの抽出を行います。

(3) 対象者

40歳～74歳の被保険者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	HbA1c8.0以上の人の割合	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	1.28%	1.25%	1.22%	1.19%	1.16%	1.13%	1.10%
2	高血糖者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c6.5以上の人の割合	9.6%	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%

(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	特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告	37.9%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
2	50代特定健康診査受診率	特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告	25.3%	29.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%

(6) プロセス（方法）

周知	対象者には受診券と案内チラシを送付する。そのほかに、集団健診の日程・場所、個別健診の実施医療機関リスト等が掲載されたガイドブックを全戸配布し、市のホームページ・広報紙での周知、医療機関・関係機関に案内チラシを配布、周知啓発活動を実施する。また、校区担当保健師による市民への周知を実施する。	
勧奨	未受診者に対して、受診勧奨はがき等を活用した勧奨を実施する。特に50歳代の若い世代に対する受診勧奨を優先的に行う。	
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	個別健診：特定健康診査受診機関一覧に掲載する医療機関 集団健診：市内の公共施設等（被保険者が受診しやすい施設）
	時期・期間	個別健診：6月から翌年3月 集団健診：6月～11月及び翌年2月
	データ取得	労働安全衛生法に基づく事業主健診等の健診受診者や人間ドック受診者の健診結果の收受、医療情報収集事業による検査結果提供依頼など。
	結果提供	個別健診：健診実施後、健診結果説明及び情報提供、必要時受診勧奨を実施する。 集団健診：健診実施1か月後に健診結果説明会を開催し、健診結果説明及び情報提供、必要時受診勧奨を実施する。 受診者の都合により対面での結果説明ができなかった場合は、健診結果を受診者へ送付する。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	医療機関や関係機関と連携した受診勧奨を実施する。 受診行動に対して、健康ポイント事業による個人へのインセンティブ提供を実施する。	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康推進課が実施。国保新規加入者への周知は健康保険課にて実施。
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	各医師会への健診説明会を実施：年1回 年間の受診勧奨スケジュール・内容等も周知し、医療機関と連携した受診勧奨を実施。医師会との特定健診合同検討会にて、事業報告等を実施：年2回医療情報収集事業実施時に協力依頼文作成、事業協力依頼。
国民健康保険団体連合会	特定健康診査にかかる費用の請求・支払の代行を委託。
民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨（ハガキ、SMS等）を実施。
その他の組織	久留米民主商工会加入者に対して、集団健診（出前健診）を実施。 民間企業等と連携した健診（コンビニ健診）の実施。
他事業	特定健診とがん検診の一体的実施。 校区担当保健師による地区活動において、市民への周知啓発を実施する。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	医師と連携して、定期受診者等へ配布する受診勧奨チラシを作成、周知啓発依頼。医療機関に対して、市の現状について周知し、事業への協力依頼。

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保健指導を実施し、対象者が生活習慣を改善する必要性に気づき、行動変容することでメタボリックシンドロームの予防や改善を図るとともに、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、被保険者の健康増進と国保医療費の適正化を図ることを目的としています。

(2) 事業の概要

特定健康診査の結果を踏まえ、保健指導判定値を超えた方を対象に保健指導を行い、生活習慣の改善(食生活、運動習慣等)を図り、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防します。

(3) 対象者

特定健康診査の検査値により、保健指導判定値を超えている者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	HbA1c8.0 以上の人 の割合	特定健康診査受診 者でHbA1cの検査 結果がある人のう ち、HbA1c8.0以上 の人の割合	1.28%	1.25%	1.22%	1.19%	1.16%	1.13%	1.10%
2	高血糖者 の割合	特定健康診査受診 者でHbA1cの検査 結果がある人のう ち、HbA1c6.5以上 の人の割合	9.6%	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%
3	特定保健 指導による 特定保健 指導の対象者の減 少率	特定健康診査等の 実施状況に関する結 果の報告	19.7%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%
4	朝食欠食 者の割合	「朝食を抜くことが3 回以上ある」と回答し た人の割合 KDB帳票(地域の全 体像の把握)	12.5%	12.4%	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.5%
5	就寝前に 夕食を食 べる人の 割合	「就寝前の2時間以 内に夕食をとること が週に3回以上ある」 と回答した人の割合 KDB帳票(地域の全 体像の把握)	15.2%	15.3%	15.1%	14.9%	14.7%	14.6%	14.5%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定保健指導実施 率	法定報告	20.2%	25.0%	25.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%
2	特定保健指導未開 始者の割合	法定報告	77.2%	77.0%	77.0%	76.0%	74.0%	72.0%	70.0%

(6) プロセス (方法)

周知	特定健診受診券にチラシを同封し、特定保健指導及び特定保健指導実施機関について情報提供を実施する。 市のホームページ等での周知・啓発を実施する。	
勧奨	集団健診と医療機関において、対象者に対して利用勧奨を実施する。 特定保健指導対象者のうち、未開始者に対して、事業案内等を送付し利用勧奨を実施する。特に50歳代等の若い世代に対する利用勧奨を優先的に行う。 健診当日に特定保健指導を希望しなかった対象者について、後日、市より利用勧奨を実施する。	
実施および 実施後の支 援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、健診当日に初回面接分割、または後日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、医療機関ごとに健診当日か初回面接分割、または後日実施を選択する。
	実施場所	各医療機関、久留米市内の施設または利用者の居宅
	実施内容	特定健康診査の結果から、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善に向けた自主的な取組を積極的に行うことができるようになることを目的として実施する。 特定保健指導を行う実施機関の医師、保健師又は管理栄養士は、対象者との面接のもとで、体重又は腹囲減少目標達成につながる具体的な行動計画を作成し、生活習慣改善のための取組に係る支援及び計画の実績評価を行う。
	時期・期間	集団健診：6月から翌年1月 個別健診：6月から翌年3月
	実施後のフォロー・継続支援	面談、電話、電子メール、チャット等にて支援
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	—	

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康推進課
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)	各医師会への健診説明会を実施：年1回 年間の受診勧奨スケジュール・内容等も周知し、医療機関と連携した受診勧奨を実施。 医師会との特定健診合同検討会にて、事業報告等を実施：年2回
国民健康保険団体連合会	特定保健指導にかかる費用の請求・支払の代行を委託。事業への助言。
民間事業者	外部委託事業者による利用勧奨と特定保健指導を実施する。
その他の組織	—
他事業	地域保健課のCKD事業の保健指導対象者のうち、特定保健指導対象者に対して特定保健指導を実施。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	医療機関と連携し、特定保健指導対象者への迅速な介入に向けた実施体制を構築(引継ぎシートを作成、提供)。 医療機関に対して、市の現状について周知し、事業への協力依頼。

3.受診勧奨通知事業

【重症化予防（糖尿病医療未受診）】

(1) 事業の目的

被保険者が自身の身体状況及び糖尿病の合併症等の危険性について理解し、身体状況に応じた適切な治療を受けることで、糖尿病の重症化を予防することを目的としています。

(2) 事業の概要

糖尿病が強く疑われる人に対して、医療受診勧奨や保健指導を実施します。

(3) 対象者

選定方法		市国保特定健診結果において、以下の①～④の全てに該当する人。
選定基準	健診結果による判定基準	①空腹時血糖 200mg/dl 以上または HbA1c8.0%以上 ②尿蛋白-または± ③血糖降下薬の服用「なし」(※健診質問票より)
	レセプトによる判定基準	④健診受診後、糖尿病に対する診療が確認できない。
	その他の判定基準	—
除外基準		なし
重点対象者の基準		—

(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	医療機関受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関受診した人の数	74.1%	75%	76%	77%	78%	79%	80%

(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	医療受診勧奨実施率(面談・電話・文書等)	受診勧奨実施人数/事業対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

周知	受診勧奨に併せて周知。
勧奨	対象者には市が通知・面談・電話等による受診勧奨を行う。
実施後の支援・評価	医療受診状況をレセプトで確認。未受診の場合：再度受診勧奨を行う。 受診済の場合：必要に応じて保健指導を行う。検査結果や内服薬の服薬確認及び治療継続に向けた保健指導を実施。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	台帳での進捗状況入力：月1回 必要に応じ、かかりつけ医と連携し受診継続への情報共有を実施。 保健指導スキル向上のため、事例検討会や研修を実施。

(7) ストラクチャー（体制）

市内担当部署	健康保険課、健康推進課、地域保健課
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)	各医師会、久留米大学病院等から構成するCKD対策検討委員会(糖尿病部会・かかりつけ医部会)で事業の助言及び事業の協力。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医において検査勧奨・検査実施。
国民健康保険団体連合会	事業への助言。
民間事業者	—
その他の組織	糖尿病療養指導士との連携。
他事業	—
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	実施者のオリエンテーションの参加率：70% (オリエンテーション参加人数/事業実施者数)

【重症化予防（糖尿病治療中断）】

(1) 事業の目的

被保険者が自身の身体状況及び糖尿病の合併症等の危険性について理解し、身体状況に応じた適切な治療を受けることで、糖尿病の重症化を予防することを目的としています。

(2) 事業の概要

糖尿病治療を中断し、かつ特定健診が未受診である人に対して、医療や健診の受診勧奨を行うとともに、健診受診後の医療機関受診状況の調査を行います。

(3) 対象者

選定方法	KDBシステムを使用し、対象者を抽出する。(※糖尿病性腎症対象者の概数把握チャートを活用 糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き) 以下の①～③すべてを満たす人のうち、抽出時点の年齢が40～59歳の人	
選定基準	健診結果による判定基準	① 前年度に 特定健康診査未受診
	レセプトによる判定基準	② 前々年度に「糖尿病」のレセプトあり ③ 前年度に「糖尿病」のレセプトなし
	その他の判定基準	—
除外基準	—	
重点対象者の基準	—	

(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	医療機関受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関受診した人の数 レセプト確認 KDB 介入支援管理台帳	18.2%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
2	医療機関または健診受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関または特定健診を受診した人の数	27.3%	28%	29%	30%	31%	31.50%	32%

(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	医療受診勧奨実施率	受診勧奨実施人数/事業対象者数 進捗管理台帳	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

周知	受診勧奨に併せて周知。
勧奨	外部委託事業者により、文書による医療受診勧奨及びアンケートにて未受診理由を把握する。受診勧奨後、レセプトを用いて介入後の医療受診状況を確認し、未受診の場合は再度、文書や電話による受診勧奨を行う。
実施後の支援・評価	医療受診状況をレセプトで確認。健診受診状況を KDB システムで確認。未受診の場合：再度受診勧奨を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	「糖尿病」レセプトありに加え、レセプトの薬剤処方履歴により、受診勧奨文書を2通り作成する。 薬剤処方履歴あり：医療受診勧奨が主とした勧奨文書。薬剤処方履歴なし、定期受診または検査履歴あり：医療または健診受診勧奨を主とした勧奨文書。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康保険課
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）	各医師会、久留米大学病院等から構成するCKD対策検討委員会（糖尿病部会・かかりつけ医部会）で事業の助言及び事業の協力。
かかりつけ医・専門医	－
国民健康保険団体連合会	事業への助言。
民間事業者	外部委託業者にて、文書・TEL・面談による受診勧奨を実施。
その他の組織	－
他事業	－
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者抽出回数：1回（5月） 文書・電話等で受診勧奨をする回数：2回（①6月②11月）

4.重症化予防支援事業（慢性腎臓病（CKD））

(1) 事業の目的

CKD 該当者が医師の指示のもとに CKD を適切に管理することで、心血管疾患や人工透析等への重症化を予防することを目的としています。

(2) 事業の概要

CKD 該当者に対して、2次検査（尿蛋白定量検査/尿中クレアチニン測定）を勧奨し、検査結果に基づき、かかりつけ医と連携した保健指導を行います。また、腎臓専門医と糖尿病専門医との連携のもと、かかりつけ医に対して、治療方針等に係る支援を書面により行います。

(3) 対象者

選定方法	市国保特定健診結果及びレセプトの確認	
選定基準	健診結果による判定基準	尿蛋白＋以上
	レセプトによる判定基準	－
	その他の判定基準	－
除外基準	レセプトで腎臓専門医又は糖尿病専門医による継続受診が確認できる人。透析中の人。本事業を過去に利用したことがある人。	
重点対象者の基準	高血糖・高血圧等生活習慣病のリスクが重複しているもの。生活習慣病の疾患コントロール不良のもの	

(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	新規透析導入患者数(国保)(人)	国保被保険者 保健事業等評価・ 分析システム_新 規患者数	24	24	24	減少	減少	減少	減少
2	新規透析導入患者数(後期)(人)	後期高齢者医療 保険被保険者 保健事業等評価・ 分析システム_新 規患者数	46	46	46	減少	減少	減少	減少
3	生活習慣改善率	保健指導修了者 のうち生活習慣 改善した割合及 び人数 進捗管理台帳(ユ ニットベース)	59% 92/155人	60% 以上	60% 以上	61% 以上	61% 以上	62% 以上	62% 以上
4	HbA1c区分等の改善率	HbA1c7.0以上の 保健指導実施者 (検査受検者※) で区分が改善し た割合 (中間)進捗管理 台帳(ユニットベース) 聴取り値 (※最終)KDBシ ステム翌年健診 値	32% (9/28人) (R4中間) 29.3% 17/58人 (R3最終)	30% 以上	31% 以上	32% 以上	32% 以上	33% 以上	33% 以上
5	専門医への受診率	専門医紹基準該 当者のレセプトを 確認	32.4% 24/74人	37%	38%	39%	40%	40%	40%

(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	2次検査実施率(尿蛋白定量検査等)	2次検査案内者のうち、検査受検した人 進捗管理台帳(ユニットベース)	43.4% 314/686人	44%	46%	47%	48%	49%	50%
2	面談による保健指導実施率	2次検査受検者のうち、面談での保健指導実施割合及び人数 進捗管理台帳(ユニットベース)	81% 245/299人	82%	83%	83%	84%	84%	85%

(6) プロセス (方法)

周知	受診勧奨に併せて周知。その他、CKD 啓発事業に合わせて周知。	
勧奨	対象者には市が通知・電話で利用勧奨を行う。	
実施および実施後の支援	利用申込	希望者が受託医療機関に検査予約し、受検時には市が送付した利用券及び健診結果、保険証等を持参する。
	実施内容	医療機関から提出された検査結果及び保健指導指示書に基づき、市保健師が保健指導を実施。3～6か月の期間で電話での中間支援、生活習慣改善具合を確認する。必要に応じて、かかりつけ医と専門医の書面連携を、市を介して実施する。
	時期・期間	9月から翌年12月
	場所	2次検査…受託医療機関 保健指導…対象者自宅、公共施設等
	実施後の評価	3～6か月後に生活習慣や、HbA1c や血圧等の検査結果の改善度を確認する。
	実施後のフォロー・継続支援	—
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	必要に応じ、かかりつけ医に保健指導指示を確認し、保健指導終了後はかかりつけ医に文書で報告する。事業の進捗管理を会議や台帳確認等で月1回以上行う。保健指導スキル向上のための研修会の実施。後期高齢者を対象とした重症化予防事業との連携を図る。 今後、被保険者の生活習慣改善や健康増進に向け、PHR(パーソナルヘルスレコード)を活用した取組を検討する必要がある。	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康保険課(企画・対象者抽出)、健康推進課(特定健診・特定保健指導)、地域保健課(保健指導)
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)	各医師会、久留米大学病院等から構成するCKD対策検討委員会による事業の助言及び事業協力。 各医師会には事業の相談、契約・支払い取りまとめ、受託医療機関調整や事業周知の協力を依頼。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医には検査勧奨、検査実施、保健指導指示を依頼。腎臓専門医及び糖尿病専門医は書面連携におけるコメント記載を依頼。
国民健康保険団体連合会	事業への助言。
民間事業者	連携協定を締結している製薬企業によるかかりつけ医への事業の周知。
その他の組織	腎臓病療養士との連携。
他事業	—
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	CKD 該当者や CKD リスクのある人への医療機関での尿定量検査の定着。かかりつけ医と専門医の連携強化。連携強化に向け、専門医連携初回時には、市が医療機関へ事業説明と保健指導指示の面談時間設定をかかりつけ医へ依頼する。

5. 早期介入支援事業（糖尿病発症予防 75g 経口ブドウ糖負荷試験）

(1) 事業の目的

生活習慣病の一次予防として被保険者の自主的な健康増進や疾病予防の取り組みに対して支援を行うことで、被保険者の健康保持・増進を図ることを目的としています。

(2) 事業の概要

特定健診の結果により、境界型糖尿病域または正常高値血糖域の人に対し、文書・電話により75g 経口ブドウ糖負荷試験の受診勧奨を行うとともに、検査結果に基づき保健指導を行います。

(3) 対象者

年度末時点において40～59歳の市国保被保険者

(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	行動変容ステージの改善率	保健指導対象者のうち、市作成の行動変容評価ステージが面談の前後で改善した人の割合	53.3%	60%	65%	70%	70%	70%	70%

(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	糖負荷試験実施率	受検者数/ 事業対象者数	7.5% 17/246人	30.0%	33.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%
2	事業勸奨実施率	事業案内文書の送付数/ 事業対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	保健指導実施率 (面談)	面談・訪問による保健指導実施数/受検者数	88.0%	88.0%	88.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

(6) プロセス (方法)

周知	市が文書にて周知、受診勸奨。	
勸奨	市が文書にて受診勸奨後、委託業者にて電話受診勸奨。	
実施および実施後の支援	利用申込	検査希望者が委託業者へ検査申込。委託業者が検査受診券を発券。検査希望者が2次検査受託医療機関へ検査申込。
	実施内容	医療機関は75g経口ブドウ糖負荷試験を実施し、検査結果通知票を市へ送付。委託業者は、検査結果通知票に基づき個別面談を行う。
	時期・期間	11月から翌年9月
	場所	2次検査:受託医療機関、個別面談:市役所・保健センターなど
	実施後の評価	面談実施前後の、行動ステージ変化。
	実施後のフォロー・継続支援	継続指導が必要な場合は、校区担当保健師へ引き継ぎを行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	委託事業者と適宜連絡をとり、情報共有に努める。	

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康保険課(企画・対象者抽出)、健康推進課(特定健診・特定保健指導)、地域保健課(継続指導が必要な場合の保健指導)
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)	各医師会には事業の相談、契約取りまとめ、受託医療機関調整や事業周知の協力を依頼。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医(受託医療機関)には検査実施、保健指導指示を依頼。
国民健康保険団体連合会	事業への助言。
民間事業者	安定した事業運営の為、保健指導のマンパワー確保及びスキル強化を依頼。
その他の組織	—
他事業	—
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	保健指導につながるよう、事業申込時に丁寧に説明を行う。

6. CKD 啓発事業

(1) 事業の目的

CKD について、市民への啓発や受診勧奨を行うことで、疾病の早期発見や早期治療に繋げ、人工透析の導入や心血管疾患の発症を防ぐことにより、市民の健康保持・増進を図ることを目的としています。

(2) 事業の概要

啓発イベントの開催や健康教育等の方法で CKD の普及・啓発を行います。

(3) 対象者

全市民

(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	CKD の疾病概念及び予防方法を理解した人	アンケート	71.5%	70%	70%	70%	70%	70%	70%

(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	地域での啓発事業実施	健康教育等の実施エリア(日常生活圏域)	11 圏域	11 圏域	11 圏域	11 圏域	11 圏域	11 圏域	11 圏域
2	啓発イベント実施	啓発イベントの実施回数	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回
3	65 歳未満の参加割合	アンケート	44%	前年 比増	前年 比増	前年 比増	前年 比増	前年 比増	前年 比増

(6) プロセス（方法）

周知	年度当初に校区まちづくり団体へ、校区イベントでの CKD 啓発イベントの開催を打診。また、市ホームページやチラシにて CKD 健康教育の案内を行う。校区での啓発イベント開催前には、回覧板などで校区住民へ周知を行う。	
勸奨	—	
実施および 実施後の支援	実施形態	<p>1. 啓発イベント 市民が多く参加することが見込まれる場所において、年に 2 回程度 CKD 啓発イベントを実施する。内容としては、CKD 疾病概念や予防方法(概要)についての健康教育と血圧・血糖測定、医師や保健師による保健指導。尿検査キットの配布も実施。</p> <p>2. 健康教育 各小学校校区における、小集団の集まりや校区イベントでの健康教育を実施。疾病概念、予防方法(概要)に関する健康教育を行う他、各校区の健康課題を踏まえた内容の健康教育を行う。</p> <p>3. 非対面啓発活動</p> <p>1) 動画啓発 久留米市公式 YouTube チャンネルへの啓発動画掲載や、「くるめ健康のびのびポイントアプリ」を活用した動画視聴・クイズ回答を行う。</p> <p>2) 紙面 ランチタイム通信や おしっこ通信にて市内の小中学生や保護者を対象に啓発を行い、啓発ポスターや広報久留米 特集記事にて広く周知を行う。</p>
	実施場所	久留米市内の公共施設、民間施設など、校区や健康教育希望団体が希望する場所や市民の往来が多く見込める場所。
	時期・期間	通年
	データ取得	啓発活動内での血圧測定、参加者アンケート
	結果提供	校区まちづくり団体へは参加者の健康状況をまとめたものを渡し、フィードバックを行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	配布資料に関しては CKD 対策委員会などに助言をもらう。	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	地域保健課、健康保険課
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)	久留米大学病院、久留米医師会、小郡御井医師会、大川三瀬医師会、浮羽医師会
国民健康保険団体連合会	
民間事業者	道の駅や市内大型ショッピングモールより場所の提供を受ける
その他の組織	各校区まちづくり振興会など
他事業	まちかど栄養・糖尿病予防健康相談との連携
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	配布資料に関しては CKD 対策委員会などに助言をもらう。

7. 訪問健康相談事業（重複服薬者対策）

(1) 事業の目的

重複・多剤投与を受けている人や重複・頻回受診している人が、保健師等による適正受診のための助言及び健康状態に応じた生活指導等を受けることにより、受診行動の改善や早期の疾病回復に繋げることを目的としています。

(2) 事業の概要

レセプト情報から訪問対象者を抽出し、訪問指導を行うとともに、訪問対象者の状況を実地にて把握し、適切な受診がなされるための助言・指導を行います。

(3) 対象者

次のいずれかに該当する人で、訪問指導の承諾を得られた国民健康保険の被保険者。

- ・ 同一月内に同一の診療科に多数回(原則 15 回以上)の外来受診がある人
- ・ 同一月内に同一の疾病で重複(原則3医療機関以上)の外来受診がある人
- ・ 同一月内に異なる医療機関にて同一の薬剤の処方を受けている人(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人(多剤投与者)

※癌患者及び精神疾患の患者及び透析患者を除く。

※訪問対象者の年齢は、原則 60 歳～74 歳。

(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	費用対効果率 1.5 倍以上	改善者・事業 評価一覧(国 保連合会)	1.61 倍	1.6 倍	1.6 倍	1.6 倍	1.6 倍	1.6 倍	1.6 倍
2	多剤投与・重複 服薬・頻回受診・ 重複受診の要因 改善率 30%以上	改善者・集計 報告書	39% (46/76 人)	40%	40%	40%	40%	40%	40%
3	対象者の疾病、 治療についての 理解	訪問前後で 「疾病、治療に ついての理解 不足」が改善 した人の人数 改善者・集計 報告書	1 人以上	1 人 以上	1 人 以上	1 人 以上	1 人 以上	1 人 以上	1 人 以上

(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	事業実施量 100%	訪問対象者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

周知	県医師会、県薬剤師会へ事業概要説明、関係都市医師会への周知依頼（依頼文書）
勸奨	対象者へ訪問健康相談事業案内文書送付
実施後の支援・評価	県薬剤師会へ残薬バックの使用枚数を報告。国保連より実績報告書等の提供
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	—

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康保険課
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）	県医師会、県薬剤師会は国保連合会事業周知協力依頼
かかりつけ医・専門医	
国民健康保険団体連合会	福岡県国民健康保険団体連合会に事業委託
民間事業者	福岡県国民健康保険団体連合会から事業委託（R5年度（株）日本医事保険教育協会）
その他の組織	—
他事業	—
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	—

V 特定健康診査等実施計画

1. 計画の目標値

(1) 目標値の設定

国の「特定健康診査等基本方針」では、市町村国保の特定健康診査受診率 60%、特定保健指導実施率 60%を目標に掲げています。久留米市の直近の実績では、国の目標値と大きな乖離がありますが、引続き実施率の向上に向けて取組みを進めていく必要があるため、令和 11 年度の最終目標値を国の基本指針の目標値とし、各年度の目標値を下記の通り設定します。

(2) 各年度における目標値

	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 受診率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導の 実施率	25.0%	25.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%

(3) 対象者数の見込み

	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	38,600	37,600	36,700	35,800	34,900	34,000
【特定健康診査】 目標とする 受診者数	17,370	18,048	18,717	19,332	19,893	20,400
【特定保健指導】 対象者数	2,050	2,130	2,209	2,281	2,347	2,407
【特定保健指導】 目標とする 実施者数	512	532	663	912	1,174	1,444

※特定健康診査対象者数は、令和元年度～令和4年度の特定健康診査対象者数の推移を基に推計しています。
※特定健康診査受診者数は特定健康診査対象者数に目標受診率を乗じたものです。
※特定保健指導対象者数は特定健康診査受診者数に出現率の推計を乗じたものです。出現率は令和元年度から令和4年度の出現率の推移を基に推計しています。
※特定保健指導実施者数は特定保健指導対象者数に目標実施率を乗じたものです。

2. 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

①個別健診について

久留米市内の医療機関で実施します。なお、必要に応じ市外医療機関についても実施場所としています。

②集団健診について

保健センターなど、被保険者が受診しやすい場所とします。

(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します。

①基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。
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)
身体測定	身長、体重、腹囲(内臓脂肪面積) 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の計測	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
肝機能検査	AST(GOT)ALT(GPT)γ-GT(γ-GTP)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)、やむを得ない場合は随時中性脂肪(空腹時(絶食10時間以上)以外に採血を行う)により脂質検査を行うことを可とする。 HDL コレステロール LDL コレステロール又は Non-HDL コレステロール 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合には、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロール(総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの)でもよい。
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。なお、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行う。
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

②医師の判断に基づく詳細な健診項目

項目	備考
貧血検査(ヘマトクリット値、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、収縮期血圧が140mmHg 以上若しくは拡張期血圧が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、①血圧が以下の a、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値が、a、b、cのうちいずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 140mmHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上 ②血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 b HbA1c(NGSP 値)6.5%以上 c 随時血糖値 126mg/dl 以上

	ただし、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、①のうち a、bのいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が②のうち a、b、cのいずれかの基準に該当した者も含む。
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、①血圧が以下の a、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値が、a、b、cのうちいずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 b 拡張期血圧 85mmHg 以上 ②血糖 a 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上 b HbA1c(NGSP 値)5.6%以上 c 随時血糖値が 100mg/dl 以上

③追加健診項目

以下の項目については、追加健診項目として受診者全員に実施します。

血糖検査(HbA1c)、血清尿酸、尿検査(潜血)、

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※)

(4) 実施期間

特定健康診査の実施時期は、一定の受診期間を指定して実施します。

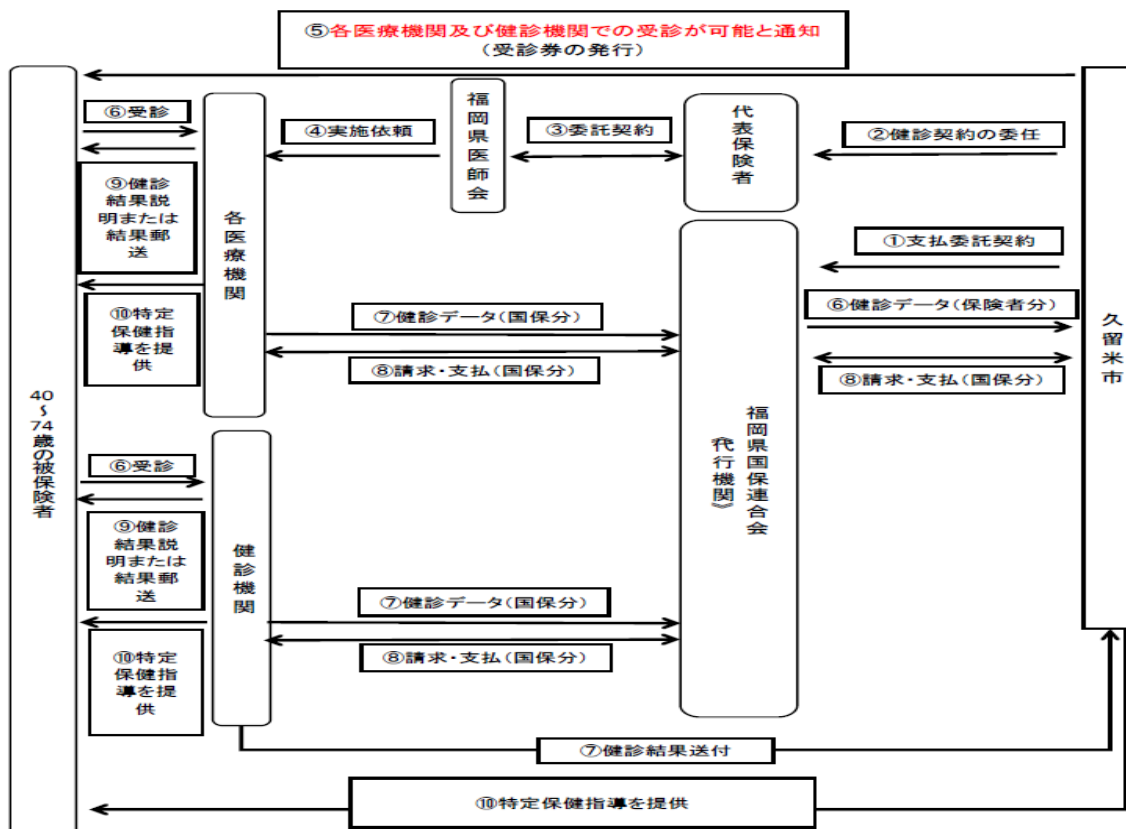
(5) 外部委託の方法

①外部委託の有無

個別健診については、医療機関に委託。県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保代表保険者が集合契約を行います。

集団健診については、健診機関に委託。健診機関と久留米市が個別契約を行います。

②外部委託の実施形態



(6) 周知や案内の方法

毎年度当初の被保険者資格を確認後、特定健康診査対象者には、特定健康診査受診券を発行し、集団健診日程等の情報が掲載された案内チラシ等を送付します。また、国民健康保険証の更新の際にも、案内チラシを同封します。そのほか、公式 LINE や SMS を活用した情報発信を行うとともに、保健師による地区活動の中での健診普及啓発を行います。また、広報誌及び市ホームページへ掲載することにより、受診率向上、生活習慣病予防に向けた意識啓発に努めます。

(7) 事業主が実施する健康診査等による健康診査データ収集の方法

①労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)に基づく事業主健康診査の健診データ収集

労働安全衛生法に基づく事業主健康診査等受診した被保険者については、本人の同意の上、健康診査の結果を提供いただくよう依頼します。

②医療機関との連携(診療における検査データの活用)

被保険者の同意のもとで久留米市国保が診療における検査データの提供を受け、特定健康診査結果のデータとして円滑に活用します。

(8) その他(健診結果の通知方法や情報提供等)

①個別健診

健診実施後に、対面にて返却し結果説明を実施します。

②集団健診

健診実施から概ね1か月後に保健センター等で健診結果説明会を開催します。ただし、受診者の都合等により対面での結果説明ができなかった場合は、健診結果を受診者へ送付します。

3. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」に基づき、特定健康診査の結果から、保健指導対象者を選定するための階層化を行い、「動機付け支援レベル」、「積極的支援レベル」の者を特定保健指導の対象とします。

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	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(2) 実施場所

特定保健指導の実施場所については以下の通りとします。

- ・久留米市内の施設または利用者の居宅
- ・久留米市から委託を受けた実施機関が使用できる久留米市内の施設
- ・対象者の利便性を考慮し遠隔面接による保健指導も可能

(3) 実施内容

特定保健指導は、特定健康診査の結果から、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善に向けた自主的な取り組みを積極的に行うことができるようになることを目的として実施します。保健指導を行う実施機関の医師、保健師又は管理栄養士は、対象者との面接のもとで、行動計画を作成し、生活習慣改善のための取り組みに係る支援及び計画の実績評価を行います。

①動機付け支援

ア 支援期間・頻度

原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行います。

イ 支援内容及び支援形態

(ア)初回支援

1人あたり20分以上の個別支援又は1グループ(1人グループは8人以下)当たりおおむね80分以上のグループ支援とします。ただし、初回面接を分割実施した場合、初回面接2回目の支援として、「1人あたり20分以上」の個別支援、「1グループ(1人グループは8人以下)当たりおおむね80分」のグループ支援を行う必要はなく、対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて実施します。

(イ) 支援内容

対象者が健診結果やその経年変化等から、身体に起こっている変化を理解し、生活習慣の改善点・継続すべき行動目標を設定します。

食生活については、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に指導を行います。身体活動については、対象者の身体活動量や運動習慣、行動変容ステージ、生活・就労環境を把握した上で、それらの状況に応じた支援を行います。

(ウ)実績評価

3か月以上経過後に、面接又は通信(電話又は電子メール、FAX、手紙、チャット等(以下「電子メール等」))を利用して実施します。体重や腹囲の達成目標や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見られたかについて評価を行います。

②積極的支援

ア 支援期間及び頻度

3か月以上の継続的な支援を行います。初回面接から実績評価を行うまでの期間は、3か月経過後となります。

イ 支援内容

(ア) 初回支援

1人あたり20分以上の個別支援又は1グループ(1人グループは8人以下)当たりおおむね80分以上のグループ支援とします。ただし、初回面接を分割実施した場合、初回面接2回目の支援として、「1人あたり20分以上」の個別支援、「1グループ(1人グループは8人以下)当たりおおむね80分」のグループ支援を行う必要はなく、対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて実施します。

(イ) 3ヶ月以上の継続的な支援

支援内容については、動機付け支援「(イ) 支援内容」と同様とするが、継続的に支援するものとし、支援内容については、アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とします。(図表1)

継続的支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。

(ウ) 実績評価

アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則として、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価します。

面接又は通信(電話又は電子メール等)を利用して実施します。体重や腹囲の達成目標や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見られたかについて評価を行います。

【図表26 積極的支援のポイント】

アウトカム評価	2cm・2kg	180p
	1cm・1kg	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低40分間以上
	電話支援	・支援1回当たり30p ・支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール・チャット等支援	・1往復当たり30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

【出典】標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)

(4) 実施期間

原則、年間を通じて実施します。なお、特定保健指導を開始できるのは、特定健康診査を受診した年度の3月31日までです。

(5) 外部委託の方法

久留米市が実施する特定保健指導は、国及び久留米市国保が定める委託基準等を満たした実施機関への委託を基本とします。

(6) 周知や案内方法

特定保健指導を受託している医療機関や集団健診機関においては、特定保健指導対象者に対して、健診結果説明と同時に特定保健指導の概要を説明し、利用勧奨を行います。

そのほかに、広報誌及び市ホームページへ掲載することにより、保健指導の意義の周知に努めます。特定保健指導を受託していない医療機関においては、対象者に対して特定保健指導の概要を説明し、利用勧奨を行います。

また、特定保健指導未開始者に対しては、市より個別通知し利用勧奨を実施します。

(7) ICT（情報通信技術）を活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務などの多様なニーズに対応するため、プライバシーに配慮しつつ、遠隔で行う特定保健指導を推進します。

4. 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

①年度当初

- ・集団健診及び個別健診における委託契約
- ・特定健康診査受診券と案内の発送（健診開始前に受診券を一括発券）

②年度の前半

- ・前年度の実施結果の検証や評価
- ・翌年度の事業計画の検討（必要に応じた実施計画の見直し）

③年度の後半

- ・評価結果や事業計画を受け、次年度の委託契約の設定準備（県医師会、集団健診委託業者、医師会非会員との調整）、予算組み等。（集合契約への継続参加・不参加も判断）
- ・医療情報収集事業実施

(2) 月間スケジュール

4月 委託契約、特定健康診査受診券発券準備

5月 特定健康診査受診券発券・送付

6月 特定健康診査、特定保健指導開始

特定健康診査対象者抽出し特定健康診査受診券発券（毎月）

特定保健指導を後日開始者の特定保健指導利用券発、実施機関へ送付（毎月）

9月 特定健康診査未受診者への受診勧奨実施

特定保健指導未利用者への利用勧奨実施（2月まで）

10月 法定報告実績報告（国保連へ提出）

- 11月 医療情報収集事業実施
 - 1月 特定健康診査未受診者への受診勧奨実施
医療情報収集事業実施
 - 2月 特定健康診査未受診者に対する集団健診実施

5.個人情報保護

(1) 特定健康診査・特定保健指導のデータの形式

国の通知「令和6年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて(令和5年7月31日健発0731第3号、保発0731第5号)」に基づき作成されたデータ形式で、健診・保健指導実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間は、記録の作成の日から5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

VI その他

1.計画の評価・見直し

本計画の評価にあたって、個別の保健事業の評価は毎年度行うこととし、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こととし、評価の際はKDB等の情報を活用していきます。

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のため中間評価を行うとともに、計画最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を見据えた最終評価を行います。

評価にあたっては、庁内関係機関が連携を図るとともに、福岡県や国保連合会の保健事業支援・評価委員会、後期高齢者医療広域連合等より支援評価を受けるなど、各支援機関とも密に連携を図ります。

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

(評価における4つの指標)

ストラクチャー……保健事業実施のための体制・システムを整えているか

プロセス……保健事業の実施過程

アウトプット……保健事業の実施量

アウトカム……成果

2.計画の公表・周知

本計画は、市ホームページへの掲載を通じて、広く市民に周知します。また、必用に応じて、福岡県や国保連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関に対しても周知します。

3.個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令やガイドラインに基づき、個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

4.地域包括ケアに係る取組

市国民健康保険では、被保険者の4割を占める前期高齢者の健康づくり支援に取り組むほか、75歳以降も支援が継続となるよう、関係課と連携し保健事業を展開します。

また、国保データベース(KDB)システムから把握した医療・介護・健診情報の分析結果や、各種事業から得られた情報等を関係課と共有します。その上で、医療保険者として、医療や介護・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の議論の場(在宅医療介護連携推進会議等)に参加するなど、地域包括ケアの構築の実現のため積極的に関与していきます。

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の概要

1. 計画の目的

糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の罹患予防や重症化予防、メタボリックシンドロームへの対策を講じ、脳血管疾患や慢性腎不全による透析の共通リスクを軽減することを目的とする。

2. 目標・評価指標等の設定状況(再掲)

目標	評価指標	実績	目標値						
	【指標の定義】	2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
i 生活習慣病の合併症を予防する。引いては脳血管疾患や人工透析の医療費の伸びを抑制の一助とする	脳血管疾患(入院)①、慢性腎不全(透析あり)(入院及び外来)②、の総医療費に占める割合の維持	①1.95% ②2.82%				1.95% 2.82%			1.95% 2.82%
	【KDB帳票医療費分析(1)細小分類・KDBシステム_疾病別医療費分析(細小82分類)】								
ii	新規透析導入患者数の減少 ※()内は後期	24人 (46人)	24人 (46人)	24人 (46人)	減少 (減少)	減少 (減少)	減少 (減少)	減少 (減少)	
	【年間新規透析患者数、保健事業等評価・分析システム_新規患者数】								
iii	HbA1c8.0以上の者の割合	1.28%	1.25	1.22	1.19	1.16	1.13	1.10	
	【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】								
iv	高血糖者の割合	9.6%	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%	
	【特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c6.5%以上の人の割合】								
v	重症化予防支援事業による保健指導を受けた者の生活習慣改善率	59% (92/155人)	60%以上	60%以上	61%以上	61%以上	62%以上	62%以上	
	【重症化予防支援事業における保健指導修了者のうち生活習慣改善した割合及び人数、進捗管理台帳(ユニットベース)】								
vi	特定保健指導の対象者の減少率	19.7%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	
	【法定報告】								
vii	特定健康診査受診率	37.9%	45%	48%	51%	54%	57%	60%	
	【法定報告値】								
viii	50代特定健康診査受診率	25.3%	29%	32%	34%	36%	38%	40%	
	【法定報告値】								
ix	生活習慣病の発症を予防する	20.2%	25.0%	25.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	
	【法定報告値】								
x	朝食を欠食する人の割合	12.5%	12.4%	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.5%	
	【特定健診受診者で当該回答がある者のうち、標準的な質問表「朝食を抜くことが3回以上ある」と回答した人の割合 KDB帳票】								

個別事業計画の目標・評価指標等の設定状況(再掲)

1	事業名	特定健康診査事業						
事業目的		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発症及び、重症化を予防することを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
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	1.28%	1.25	1.22	1.19	1.16	1.13	1.10
高血糖者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c6.5%以上の人の割合	9.6%	9.6	9.5	9.4	9.3	9.2	9.1

2	事業名	特定保健指導事業						
事業目的		メタボリックシンドロームに着目した保健指導を実施し、対象者が生活習慣を改善する必要性に気づき、行動変容することでメタボリックシンドロームの予防や改善を図るとともに、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、被保険者の健康増進と国保医療費の適正化を図ることを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
HbA1c8.0以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある人のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.28%	1.25%	1.22%	1.19%	1.16%	1.13%	1.10%
高血糖者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある人のうち、HbA1c6.5%以上の人の割合	9.6%	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%
特定保健指導の対象者の減少率	法定報告	19.7%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%
朝食欠食者の割合	「朝食を抜くことが3回以上ある」と回答した人の割合 KDB帳票(地域の全体像の把握)	12.5%	12.4%	12.2%	12.0%	11.8%	11.6%	11.5%
就寝前に夕食を食べる者の割合	「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。」と回答した人の割合 KDB帳票(地域の全体像の把握)	15.2%	15.3%	15.1%	14.9%	14.7%	14.6%	14.5%

3	事業名	受診勧奨通知事業【重症化予防(糖尿病医療未受診)】						
事業目的		被保険者が自身の身体状況及び糖尿病の合併症等の危険性について理解し、身体状況に応じた適切な治療を受けることで、糖尿病の重症化を予防することを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
医療機関受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関受診した人の数	74.1%	75%	76%	77%	78%	79%	80%

3	事業名	受診勧奨通知事業【重症化予防(糖尿病治療中断)】						
事業目的		被保険者が自身の身体状況及び糖尿病の合併症等の危険性について理解し、身体状況に応じた適切な治療を受けることで、糖尿病の重症化を予防することを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
医療機関受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関受診した人の数 レセプト確認 KDB介入支援管理台帳	18.2%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
医療機関または健診受診率	受診勧奨対象者のうち、医療機関または特定健診を受診した人の数	27.3%	28%	29%	30%	31%	31.50%	32%

4	事業名	重症化予防支援事業(慢性腎臓病(CKD))						
事業目的		CKD該当者が医師の指示のもとにCKDを適切に管理することで、心血管疾患や人工透析等への重症化を予防することを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
新規透析導入患者数(国保)(人)	国保被保険者 保健事業等評価・分析システム_新規患者数	24	24	24	減少	減少	減少	減少
新規透析導入患者数(後期)(人)	後期高齢者医療保険被保険者 保健事業等評価・分析システム_新規患者数	46	46	46	減少	減少	減少	減少
生活習慣改善率	保健指導修了者のうち生活習慣改善した割合及び人数 進捗管理台帳(ユニットベース)	59% (92/155人)	60%以上	60%以上	61%以上	61%以上	62%以上	62%以上
HbA1c区分等の改善率	HbA1c7.0以上の保健指導実施者(検査受検者※)で区分が改善した割合 (中間)進捗管理台帳(ユニットベース)聴取り値 (※最終)KDBシステム翌年健診値	32% (9/28人) (R4中間) 29.3% 17/58人 (R3最終)	30%以上	31%以上	32%以上	32%以上	33%以上	33%以上
専門医への受診率	専門医紹基準該当者のレセプトを確認	32.4% 24/74人	37%	38%	39%	40%	40%	40%

5	事業名	早期介入支援事業(糖尿病発症予防 75g経口ブドウ糖負荷試験)						
事業目的		生活習慣病の一次予防事業として被保険者の自主的な健康増進や疾病予防の取り組みに対して支援を行うことで、被保険者の健康の保持・増進を図ることを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
行動変容ステージの改善率	保健指導対象者のうち、市作成の行動変容評価ステージが面談の前後で改善した人の割合	53.3%	60%	65%	70%	70%	70%	70%

6	事業名	CKD啓発事業						
事業目的		CKDについて、市民への啓発や受診勧奨を行うことで、早期発見や早期治療につなげ、人工透析の導入や心血管疾患の発症を防ぐことにより、市民の健康保持・増進を図ることを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
CKDの疾病概念及び予防方法を理解した人	アンケート回答	71.5%	70%	70%	70%	70%	70%	70%

7	事業名	訪問健康相談事業(重複服薬者対策)						
事業目的		重複・多剤投与を受けている人や重複・頻回受診している者が、保健師等による適正受診のための助言及び健康状態に応じた生活指導等を受けることにより、受診行動の改善や早期の疾病回復に繋げることを目的とする。						
評価指標	評価対象・方法	実績	目標値					
		2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
費用対効果率1.5倍以上	改善者・事業評価一覧(国保連合会)	1.61倍	1.6倍	1.6倍	1.6倍	1.6倍	1.6倍	1.6倍
多剤投与・重複服薬・頻回受診・重複受診の要因改善率30%以上	改善者・集計報告書	39% (46/76人)	40%	40%	40%	40%	40%	40%
対象者の疾病、治療についての理解	訪問前後で「疾病、治療についての理解不足」が改善した人の人数 改善者・集計報告書	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上	1人以上