
系島市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

- ・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
 - ・給付適正化の推進
-
-

（令和6年度～令和11年度）

令和6年3月策定
系島市
市民部 国保年金課
健康福祉部 健康づくり課

目次

第I編 第3期データヘルス計画	1
第1章 計画の概要	2
1. 背景・目的	2
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	3
3. 計画期間	5
4. 「持続可能な開発目標(SDGs)」との関係	6
第2章 現状分析と課題	7
1. 系島市の概要	7
2. 系島市国民健康保険の現状	19
3. 特定健診・特定保健指導から見る健康課題	31
4. 被保険者への特定健診に関するアンケート調査結果(一部抜粋)	43
5. 若年者(20歳~39歳)の特定健診	48
6. 後期高齢者医療の状況	49
第3章 第2期計画にかかる評価	50
1. 評価と評価基準について	50
2. 中長期目標	51
3. 短期目標	51
4. 主な個別保健事業の評価と課題	52
第4章 第3期計画データヘルス計画について	54
1. 健康課題の明確化	54
2. 計画の目的・目標	57
3. 個別の保健事業について	60
第5章 計画の推進	74
1. 計画の周知	74
2. 計画の推進体制	74
3. 他機関との連携	76
4. 計画の進行管理・評価・見直し	78
5. 個人情報の取扱い	79

第2編	第4期特定健康診査等実施計画	81
第1章	基本的事項	82
1.	背景・現状等	82
2.	特定健康診査等の実施における基本的な考え方	82
第2章	特定健康診査	84
1.	特定健康診査の実施方法	84
第3章	特定保健指導	89
1.	特定保健指導の実施方法	89
第4章	特定健康診査等の実施方法に関する事項	93
1.	年間スケジュール	93
2.	個人情報の保護	93
3.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	94
4.	特定健康診査等実施計画の評価・見直し	94
第3編	給付適正化の推進	95
第1章	国民健康保険医療費の現状	96
第2章	給付適正化の取り組み	97
資料編	101

第1編

第1編

第3期データヘルス計画

第1章 計画の概要

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略*1」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル*2に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画(以下「データヘルス計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)*3」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表*4」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、データヘルス計画に特定健康診査等実施計画、福岡県医療費適正化計画に基づく給付適正化の推進などを含有し一体的に策定します。

系島市第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

- ・第3期データヘルス計画(健康づくり課)
保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて策定。
- ・第4期特定健康診査等実施計画(健康づくり課)
高齢者医療の確保に関する法律第19条に基づき、保健事業の中核をなす。
特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める。
- ・給付適正化の推進(国保年金課)
「福岡県医療費適正化計画」に基づき、医療の効率的な提供への取り組みを定める。

*1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6閣議決定)

*2 PDCAサイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

*3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

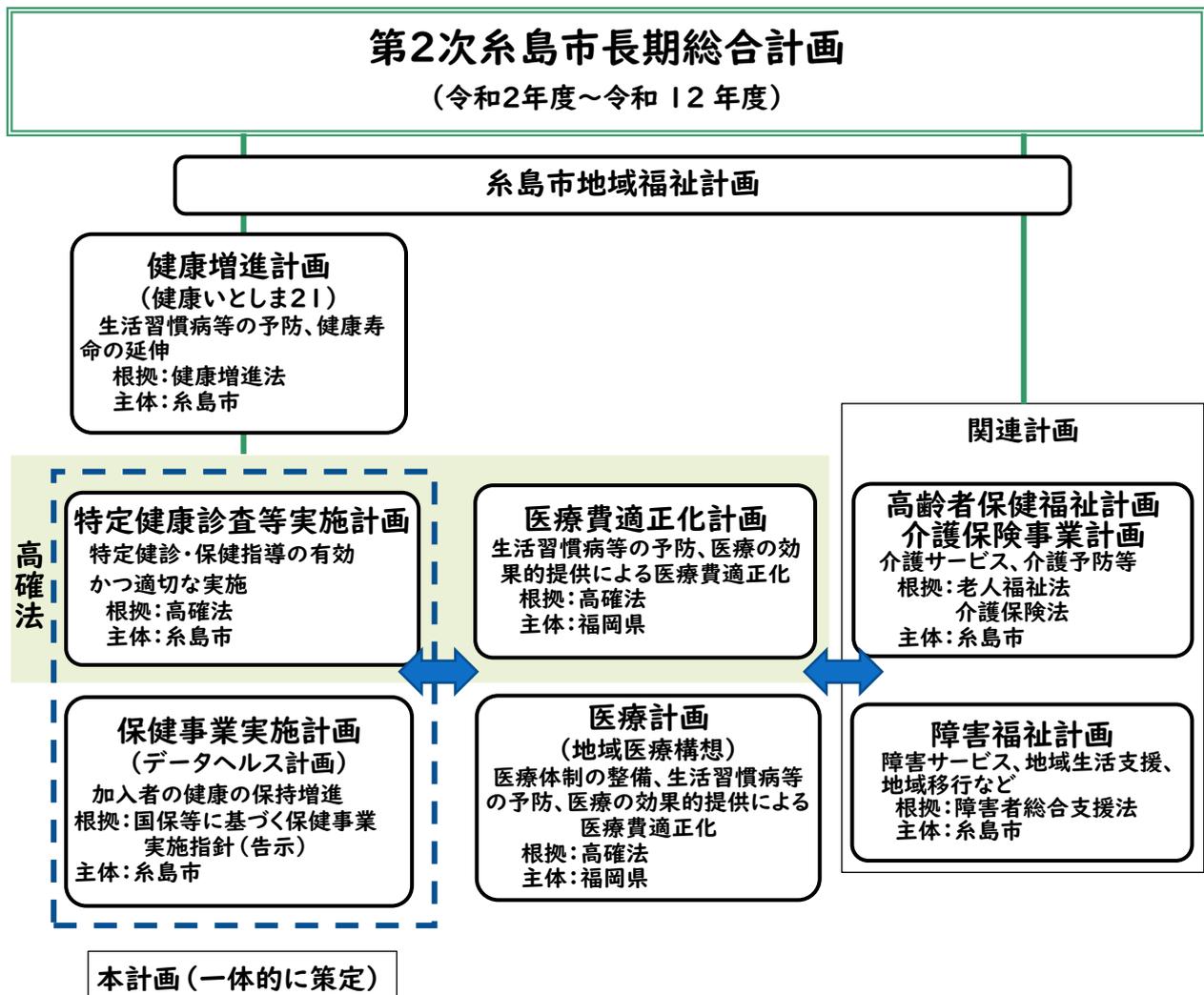
*4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。そのため、本計画の対象者は、糸島市国民健康保険被保険者とします。

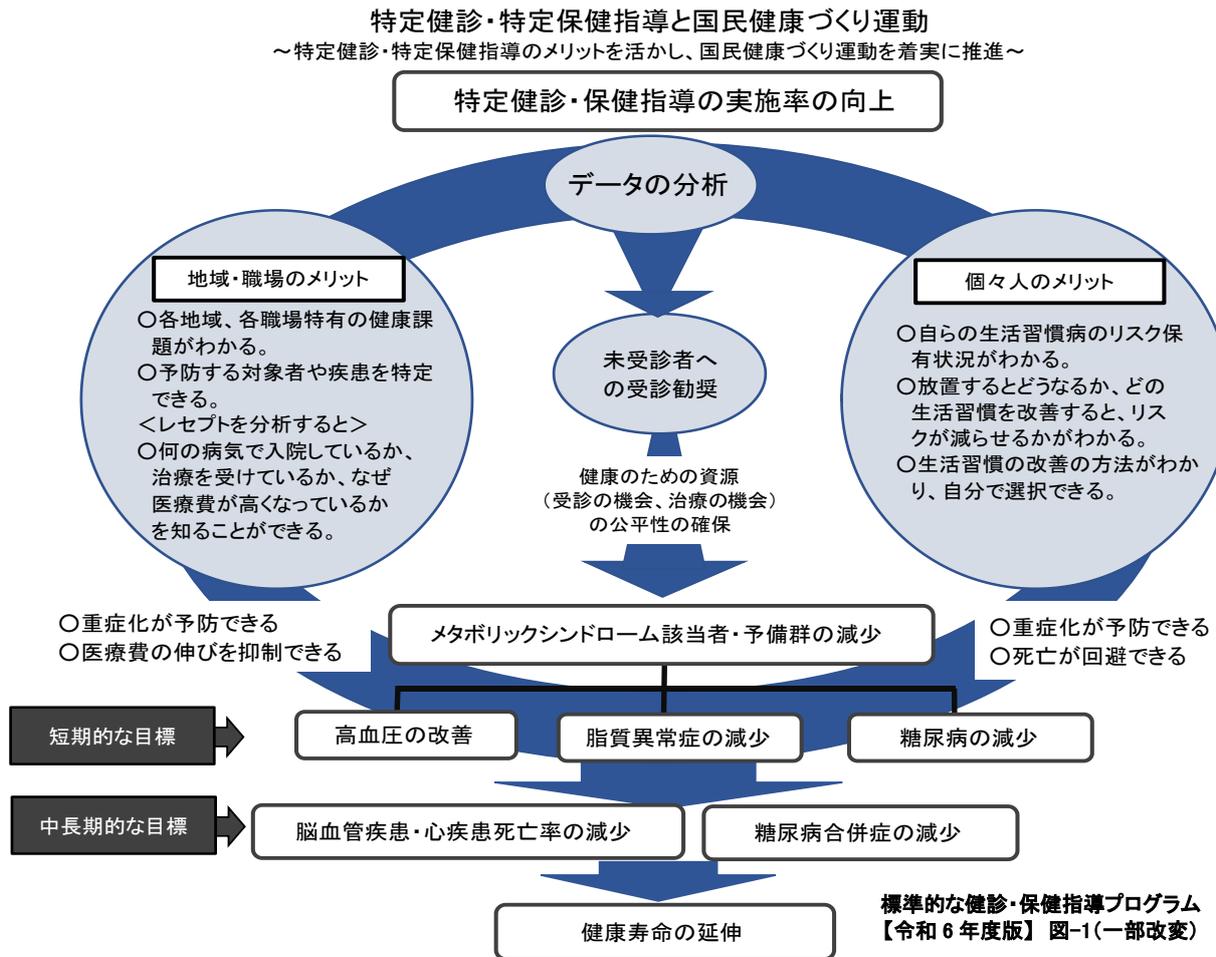
策定にあたっては、「第2次糸島市長期総合計画（令和2年度～令和12年度）」の“基本目標4（健康で安心して暮らせるまちづくり）”を実現するため、「糸島市地域福祉計画」や「糸島市健康増進計画（健康いとしま21）」、「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」などの関連計画と調和のとれたものとする必要があります。

さらに、「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（以下「高確法」という。）に基づく特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導を中心に、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にあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、プログラムに準じて健診・保健事業を展開します。



特定健診・特定保健指導と健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）

標準的な健診・保健指導プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としています。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。



3. 計画期間

各計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

第3期データヘルス計画については、令和6年度から令和8年度までを前期、令和9年度から令和11年度までを後期に区分けし、前期終了時に中間評価を実施し、必要に応じて計画を見直します。

なお、データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮しており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画が6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しました。

計画名	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	R12 (2030)	
第2次糸島市長期 総合計画	計画期間 (R3~)							
	前期			後期				
第2期健康いとしま 21(糸島市健康増 進計画)	計画期間 (R3~)							
	見直し	後期						
糸島市高齢者保健 福祉計画 第9期介護保険事 業計画	9期計画			10期計画			11期	
	本計画期間							次期計画期間
糸島市国民健康保 険医療費適正化計 画	本計画期間							次期計画期間
	前期			後期			次期計画期間	
第3期保健事業 実施計画 (データヘルス計画)			中間評価			評価・見直し		
第4期特定健康 診査等実施計画	本計画期間							次期計画期間
							評価・見直し	
医療費適正化計 画	本計画期間							次期計画期間

4. 「持続可能な開発目標 (SDGs)」との関係

持続可能な開発目標 (SDGs:Sustainable Development Goals) は、平成 27 (2015) 年9月の国連サミットで採択された持続可能な世界を実現するための令和 12 (2030) 年までの開発目標です。令和 12 (2030) 年を期限として、17 の開発目標を掲げ、国際社会全体の課題として取組を進めています。本市の長期総合計画においても施策の展開に SDGs の目標を設置しています。本計画は、長期総合計画の施策とも連携していることから、SDGs の目標から、「3. すべての人に健康と福祉を」、「10. 人や国の不平等をなくそう」、「17. パートナーシップで目標を達成しよう」の3つを挙げ、本計画を推進していきます。

**SUSTAINABLE
DEVELOPMENT
GOALS**



第2章 現状分析と課題

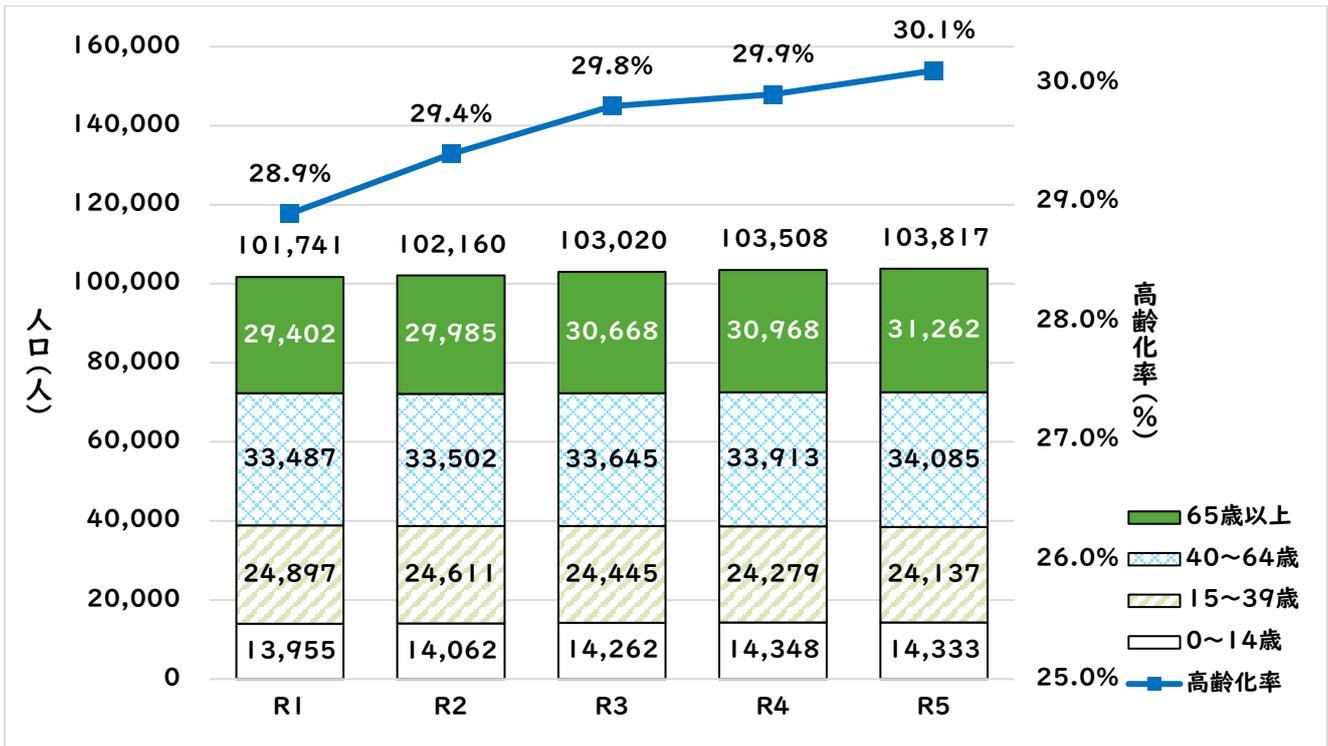
1. 系島市の概要

(1) 統計

人口統計

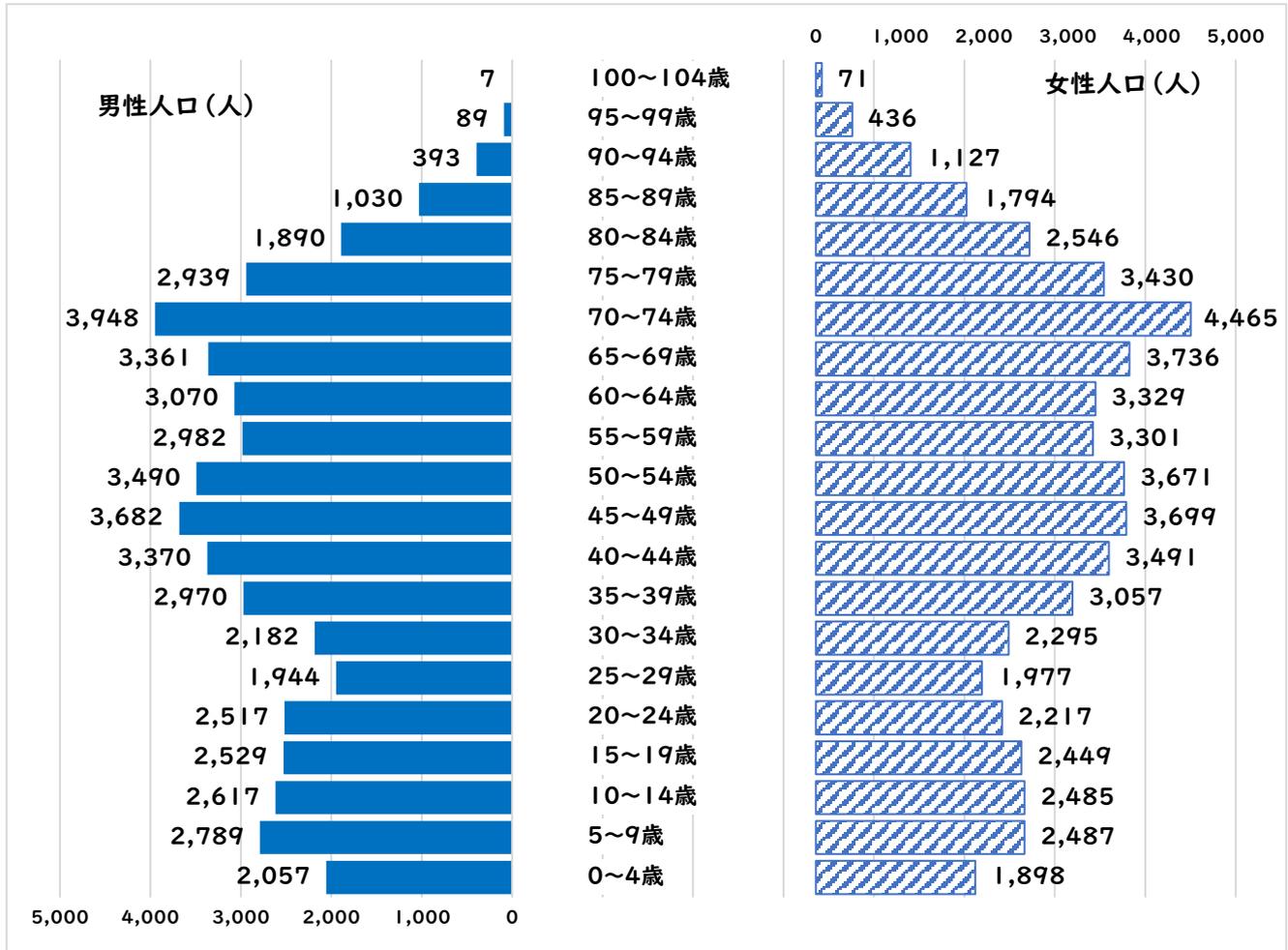
本市の総人口は緩やかに増加しており、令和5年度は、103,817人となっています。(図1)
 年齢階層別にみると、15歳から39歳は減少していますが、その他の年代では増加傾向にあります。高齢化率は、年々増加しており、令和元年度28.9%から令和5年度30.1%と1.2%増加しています。(図1)
 年齢構成で見ると、団塊の世代と言われる70代が最も多く、次いで、団塊ジュニア世代の50代が多くなっています。(図2)
 この事から、将来的に医療費、介護給付費ともに増加することが予測されます。

図1 人口・高齢化率推移



出典：系島市ホームページ_統計・調査_年齢別人口をグラフ化 (各年9月末現在)

図 2 5歳階級別人口ピラミッド(令和5年度)

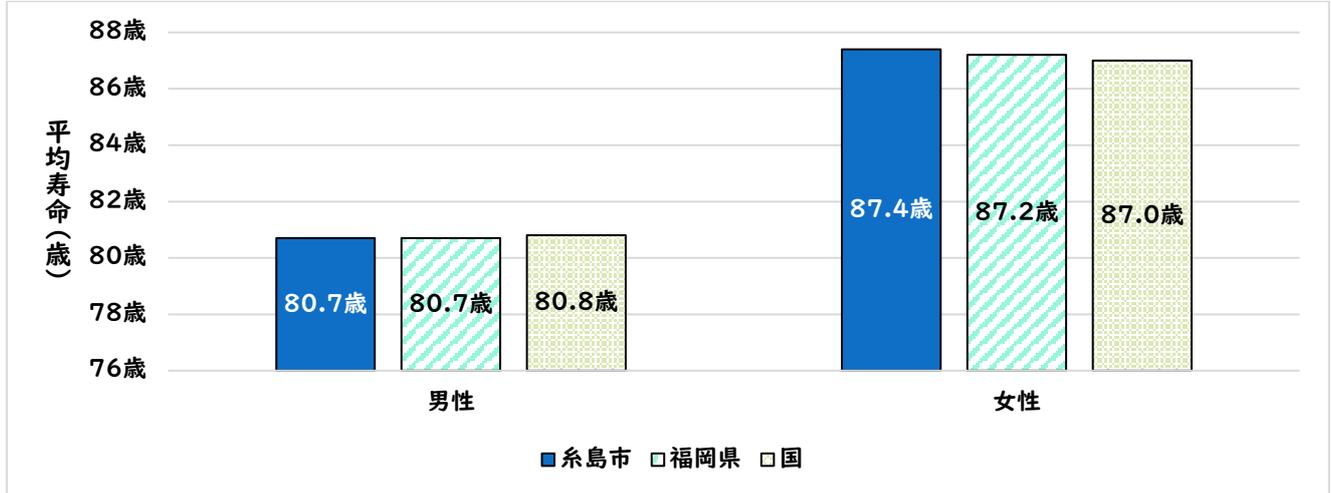


出典：糸島市ホームページ_統計・調査_年齢別人口をグラフ化(令和5年9月末現在)

平均寿命*5

本市の女性の平均寿命は、男性よりも6.7歳長く、同規模、福岡県、国よりも長くなっています。本市の男性は、同規模、福岡県、国とほぼ同程度です。(図3)

図3 平均寿命(令和2年度国勢調査)



※平均寿命について。KDBシステムは、R3年度以前はH27年度データ、令和5年度以前はR2年度データを使用。

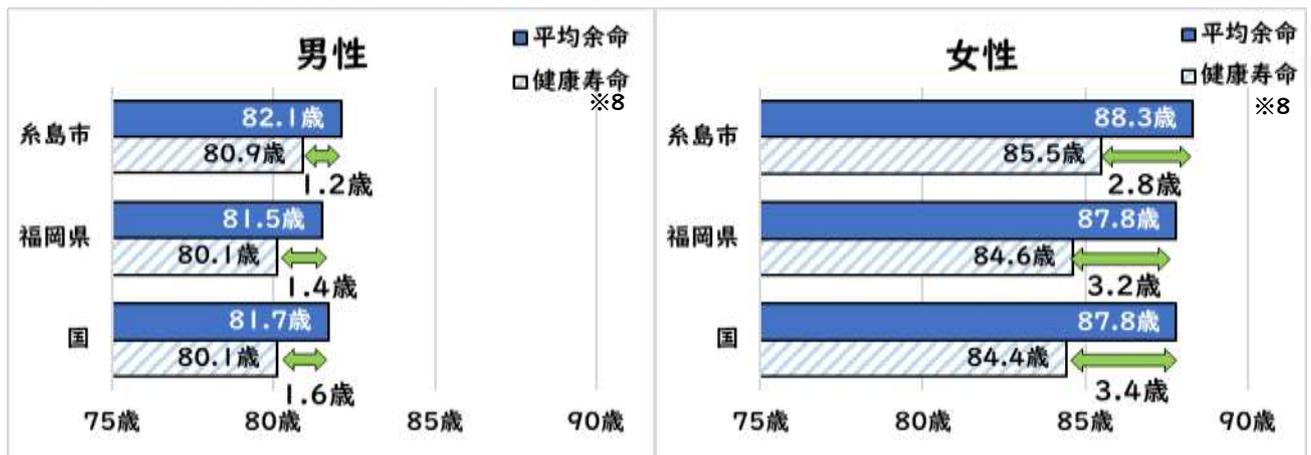
出典：出典：KDBシステム_地域の全体像の把握をグラフ化(令和4年度累計)

*5 平均寿命:「0歳における平均余命」のことで、5年に1度、国勢調査の結果により更新される。

平均自立期間*6(要介護2以上)・平均余命*7

本市の平均自立期間は、二次医療圏と比較して長く、平均自立期間と平均余命の差は、二次医療圏よりも短くなっています。男女で比較すると女性は2.8年、男性は1.2年と女性の方が長くなっています。(図4)

図4 平均自立期間(要介護2以上)・平均余命



出典：出典：KDBシステム_地域の全体像の把握をグラフ化(令和4年度累計)

*6 平均自立期間:あと何年自立した生活が期待できるかを示したもので、健康寿命の考え方に基づく指標。

*7 平均余命:平均してあと何年生きられるかという期待値。

*8 健康寿命:世界保健機関(WHO)が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。

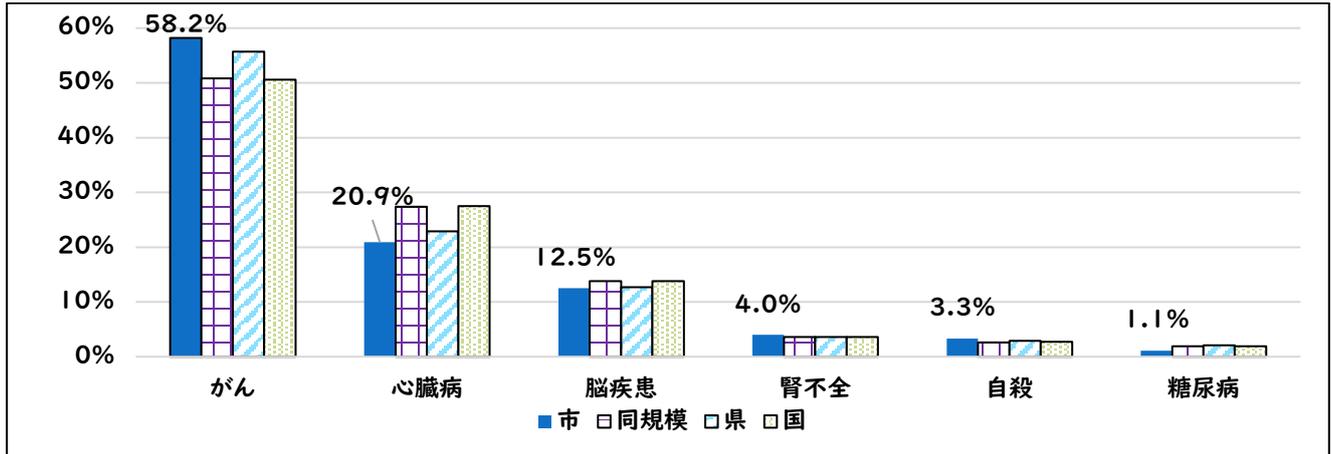
図4は、介護保険の要介護2以上を「不健康(要介護)な状態」として計算。

死亡統計

死因はがんが最も多く、次いで心臓病、脳疾患の順番となっています。この傾向は同規模、福岡県、国と同様です。がんの死亡割合は同規模、福岡県、国よりも多く、がんの早期発見・早期治療のために、さらなるがん検診の推進対策が必要です。(図5)

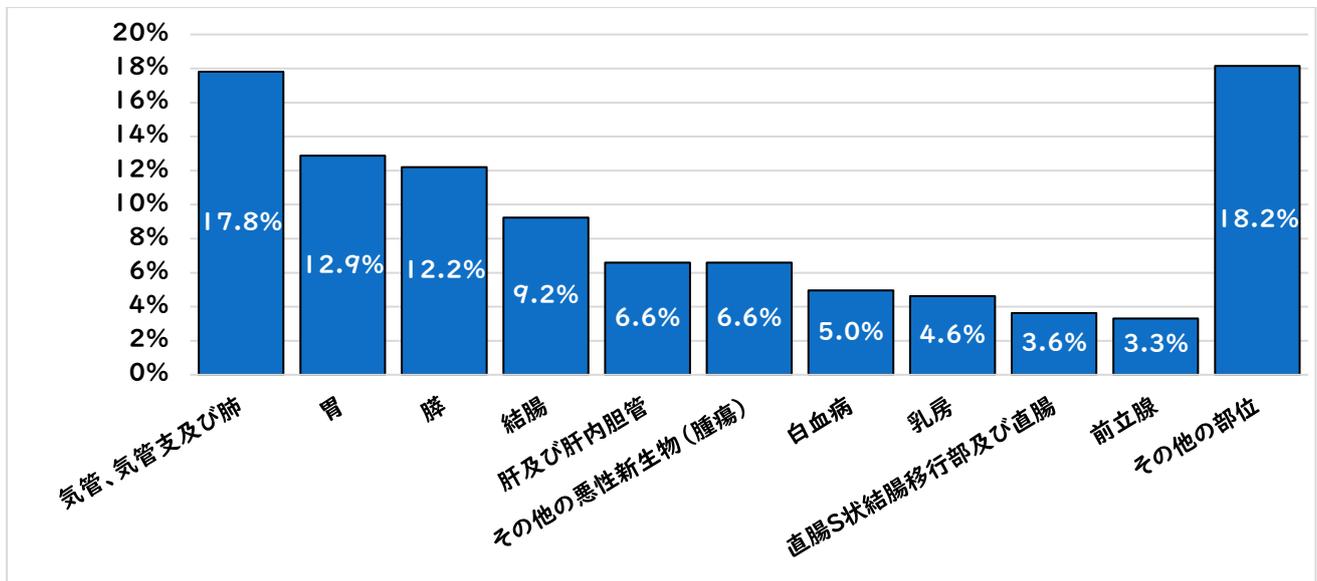
標準化死亡比は、男女ともに令和4年度は100を下回っており、死亡比率が全国平均よりも低くなっています。(表1)

図5 死因割合



出典：KDB システム_地域の全体像の把握をグラフ化 (令和4年度累計)

図6 がん部位別死亡数(令和3年度) 総数 303人



出典：令和3年版保健統計年報(福岡県)_第10表をグラフ化

表 1 標準化死亡比*9(単位:%)

	男性		女性	
	H30	R4	H30	R4
糸島市	100.9	99.4	88.4	92.8
福岡県	102.0	101.2	98.0	97.8
同規模	98.9	99.3	100.5	100.7
全国	100.0	100.0	100.0	100.0

出典:KDB システム_地域の全体像の把握をグラフ化(平成30年度累計、令和4年度累計)

*9 標準化死亡比:人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。100より小さい場合は全国平均より死亡率が低いことを意味する。

(2) がん検診受診率

本市のがん検診受診率は、これまでも低迷を続けていましたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行により、市の総合(集団)健診の受入れ人数の制限、受診控えにより、過去最低の受診率となりました。

コロナ禍後、総合(集団)健診の実施回数・受入れ人数はコロナ禍前の状況に戻りましたが、受診率はいまだ回復に至っておらず、受診率向上のためのさらなる対策が必要です。(表2)

表2 がん検診受診率推移(%)

		H29	H30	R1	R2	R3	R4
胃がん検診	糸島市	8.8	9.3	7.9	6.5	5.6	5.6
	福岡県	7.2	7.2	6.7	6.2	—	—
	全国	8.4	8.1	7.8	7.0	—	—
肺がん検診	糸島市	7.9	7.4	6.8	4.0	4.9	4.7
	福岡県	4.6	4.5	4.1	3.3	—	—
	全国	7.4	7.1	6.8	5.5	—	—
大腸がん検診	糸島市	7.7	7.4	6.9	4.3	5.1	5.0
	福岡県	5.5	5.3	5.1	4.2	—	—
	全国	8.4	8.1	7.7	6.5	—	—
乳がん検診	糸島市	15.1	14.8	14.8	12.7	11.5	12.7
	福岡県	15.0	15.5	13.5	12.3	—	—
	全国	17.4	17.2	17.0	15.6	—	—
子宮頸がん検診	糸島市	12.6	12.6	12.2	10.3	9.3	9.6
	福岡県	13.8	13.5	14.6	14.0	—	—
	全国	16.3	16.0	15.7	15.2	—	—

※対象者は、肺がん・大腸がんは40～69歳の男女。乳がんは、40～69歳の女性。子宮頸がんは20～69歳の女性。

※胃がん検診：指針の変更によりH28から対象者は50歳～69歳の人口。

※胃がん、乳がん、子宮頸がんは受診期間が2年に1回。

(前年度受診者数 + 当該年度の受診者数 - 前年度及び当該年度における2年連続受診者数) / 当該年度の検診対象者 × 100

出典：地域保健・健康増進事業報告

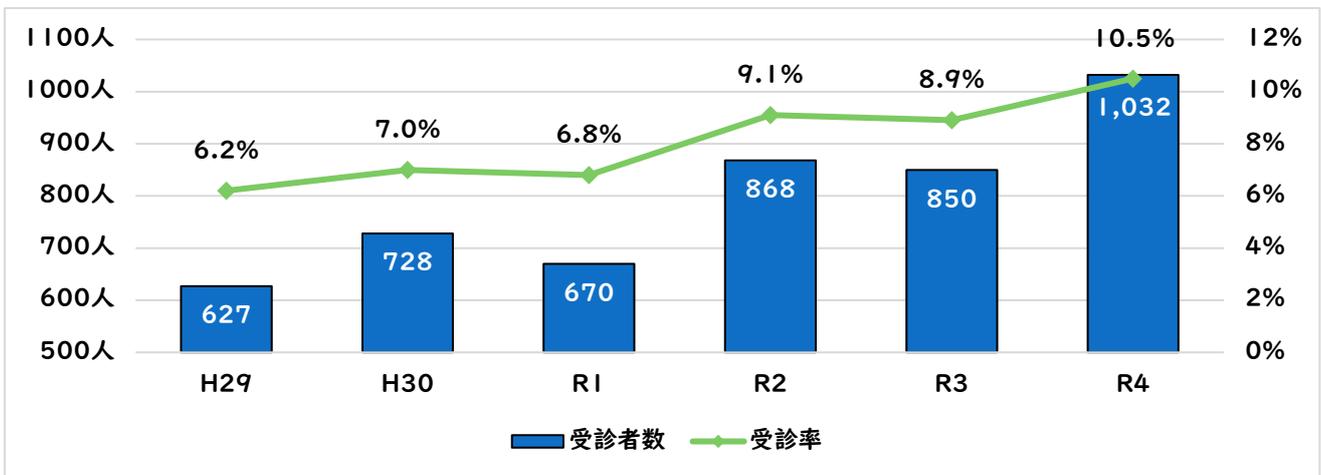
(3) 歯周病健診の状況

本市は健康増進事業の歯周病健診対象者(40歳、50歳、60歳、70歳)に加え、独自事業として45歳、55歳、65歳にも歯周病健診を実施しています。受診率は年々上昇し、令和4年度は福岡県平均受診率の2倍の10.5%となりました。(図7、表3)

要精検者の割合は80.1%で福岡県平均よりも高いものの、進行した歯周病にかかっている人の割合は、福岡県平均よりも低くなっています。

歯周病は、口腔内の症状だけでなく、糖尿病や動脈硬化症の悪化を招くなど、全身の健康状態にも影響を及ぼすことが分かっています。さらに、健康寿命を短くするフレイルにつながることも懸念されており、口腔状態の改善はとても重要です。

図7 歯周病健診受診率推移(独自事業対象年齢含む)



出典：令和4年度歯周病健診事業報告

表3 歯周病健診受診率比較(健康増進事業対象年齢のみ)(令和4年度)

	受診率	異常なし	要指導	要精検	進行した歯周炎にかかっているもの(人)
糸島市	10.3%	7.2%	12.7%	80.1%	33.7%
福岡県	4.7%	10.2%	21.1%	68.8%	47.2%

出典：県資料「市町村歯科保健事業実施状況調査 令和4年度歯周疾患検診」調査結果

(4) 介護保険の状況

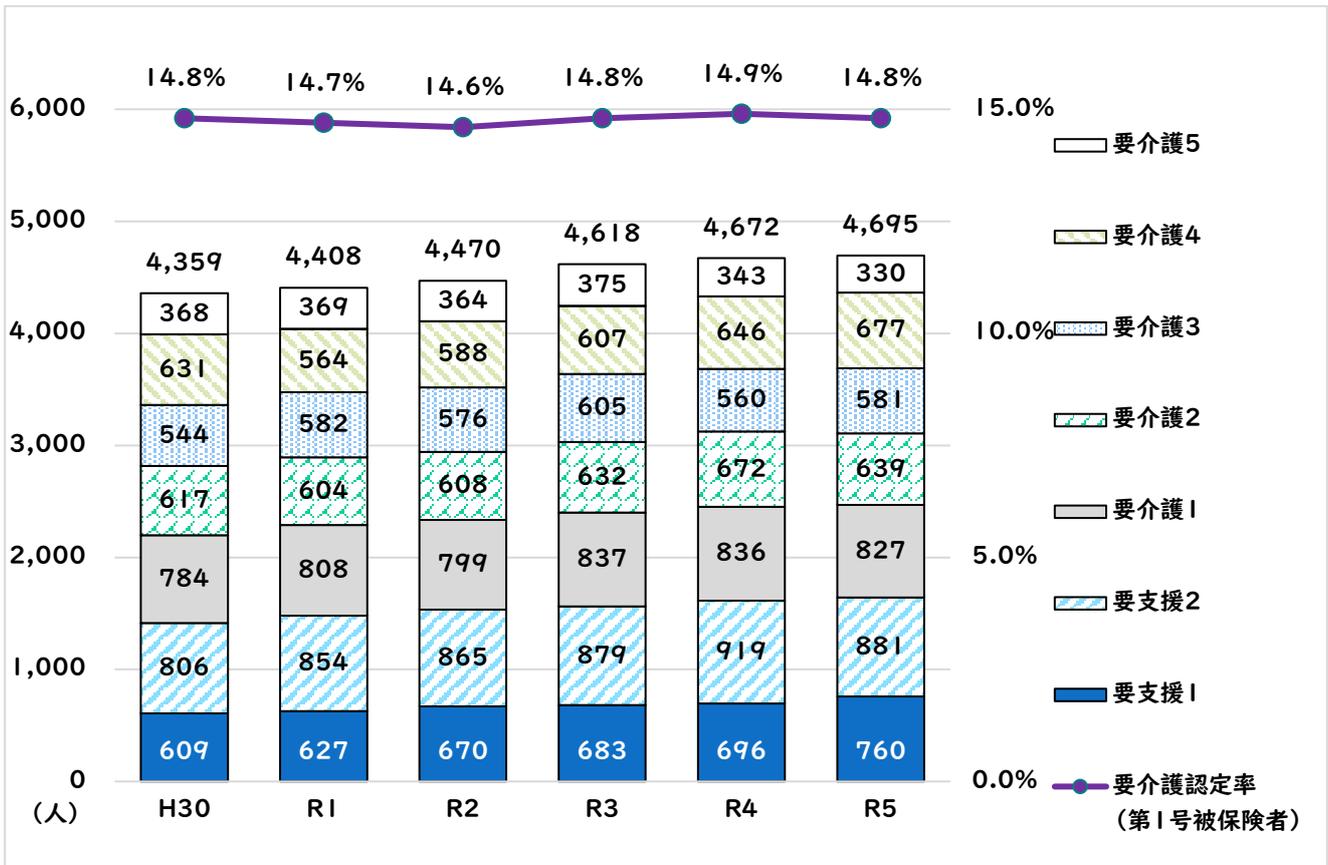
要介護認定状況

要介護認定数は、近年緩やかな増加傾向で推移しており、平成30年度から令和5年度までの5年間では336人の増加となっています。要介護認定率*10については横ばい傾向となっています。

要介護度別の認定者数の推移をみると、要支援1から要介護4の認定者数は緩やかに増加しており、特に要支援1・2の認定者数が伸びています。一方で、要介護5の認定者数は減少傾向にあります。(図8)

年齢別の認定者数の推移をみると、75歳以上の高齢者の認定者数が増加しています。(図9)

図8 要介護認定者数及び要介護認定率(第1号被保険者のみ)の推移(要介護度別)



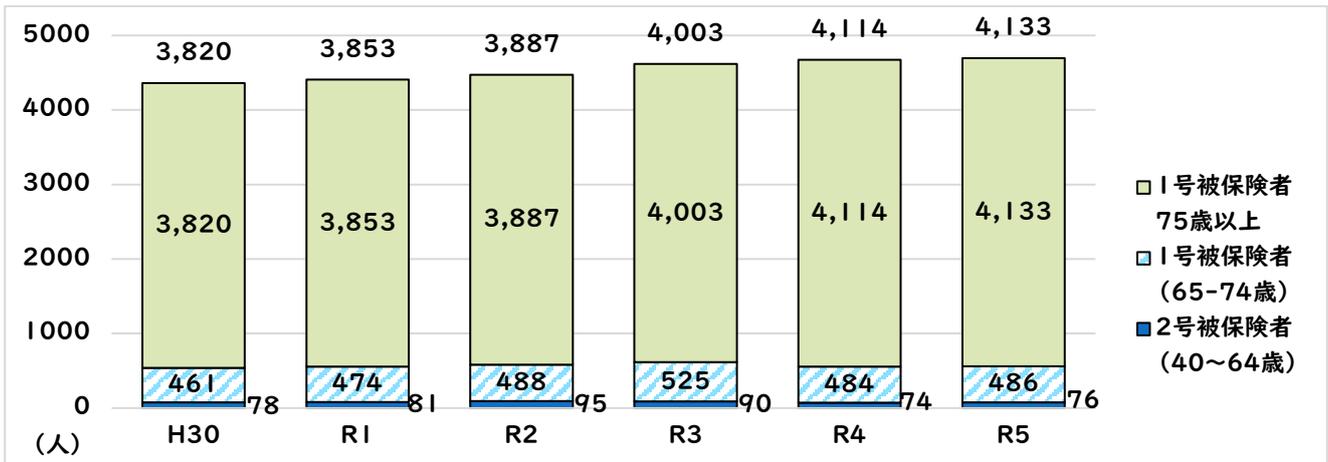
注) 認定率(%)は、介護保険事業状況報告月報(各年9月末、令和5年は7月末現在)の被保険者数で認定者数を除して算出

資料: 介護保険事業状況報告月報(各年9月末現在)

出典: 系島市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画を一部改変

*10 要介護認定率: 第1号被保険者内の要介護認定者数を第1号被保険者数で除した値を百分率で示したものの。

図9 要介護認定者数及び要介護認定率の推移(年齢層別)



注) 認定率(%)は、介護保険事業状況報告月報(各年9月末、令和5年は7月末現在)の被保険者数で認定者数を除して算出
資料:介護保険事業状況報告月報(各年9月末現在)

出典:系島市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画を一部改変

介護保険の給付費の状況

総給付費は、平成30年度の71億7481万円から令和4年度の73億5731万円と、6年間で約2億円増加していますが、一人当たり給付費は約2万8千円減少しています。これは、同規模、福岡県、国と比較しても低い金額です。(表4)

表4 介護給付費の変化

	系島市		同規模	福岡県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	71億7481万円	73億5731万円	--	--	--
一人あたり給付費	277,020円	248,743円	275,832円	291,818円	290,668円
1件あたり給付費全体	71,531円	64,095円	60,207円	59,152円	59,662円
居宅サービス	40,889円	39,193円	41,618円	41,206円	41,272円
施設サービス	306,004円	309,108円	295,426円	298,399円	296,364円

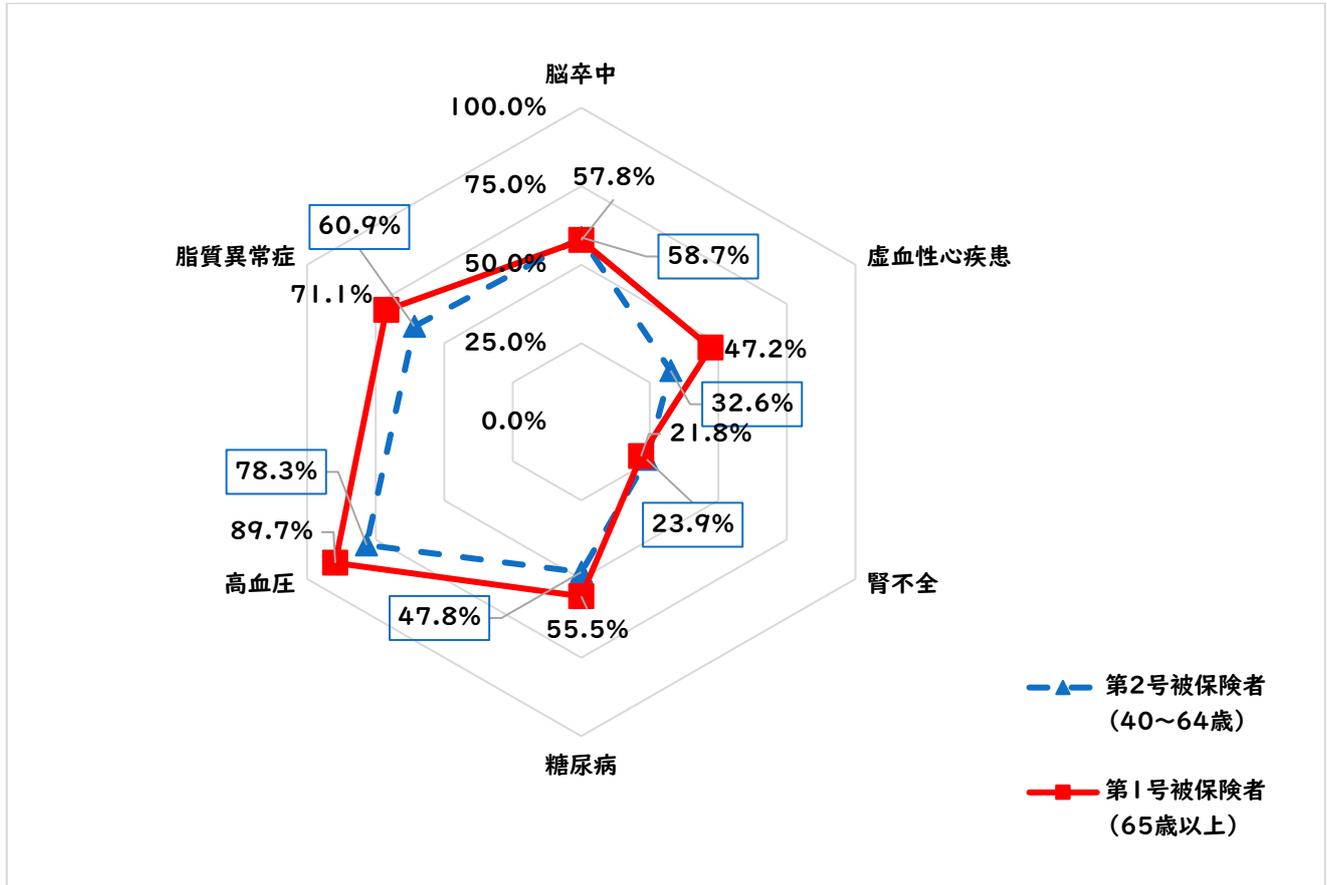
※一人当たり給付費は、総給付費/第1号被保険者数にて算出

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(成30年度累計、令和4年度累計)

介護保険の要介護認定者の有病状況

要介護認定者の有病状況を見ると、高血圧の有病状況は、第1号被保険者89.7%、第2号被保険者で78.3%と非常に高い割合となっています。さらに、糖尿病の有病率は第1号被保険者55.5%、第2号47.8%となっています。(図10)

図10 血管疾患の視点で見る要介護認定者の有病状割合

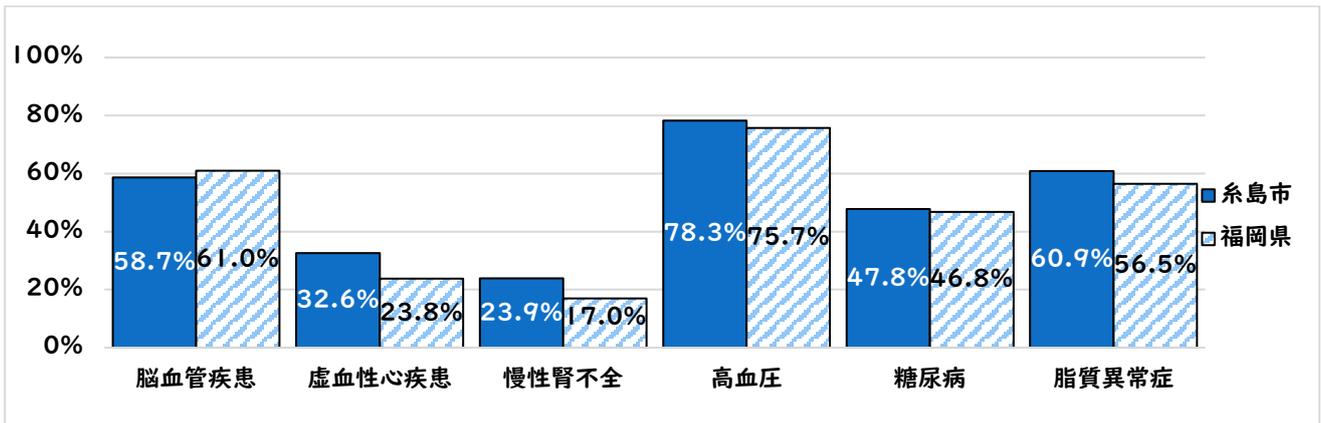


出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_【R4年度確定】様式5-1_特徴の把握3を改変しグラフ化

介護保険の要介護認定者年代別の有病状況

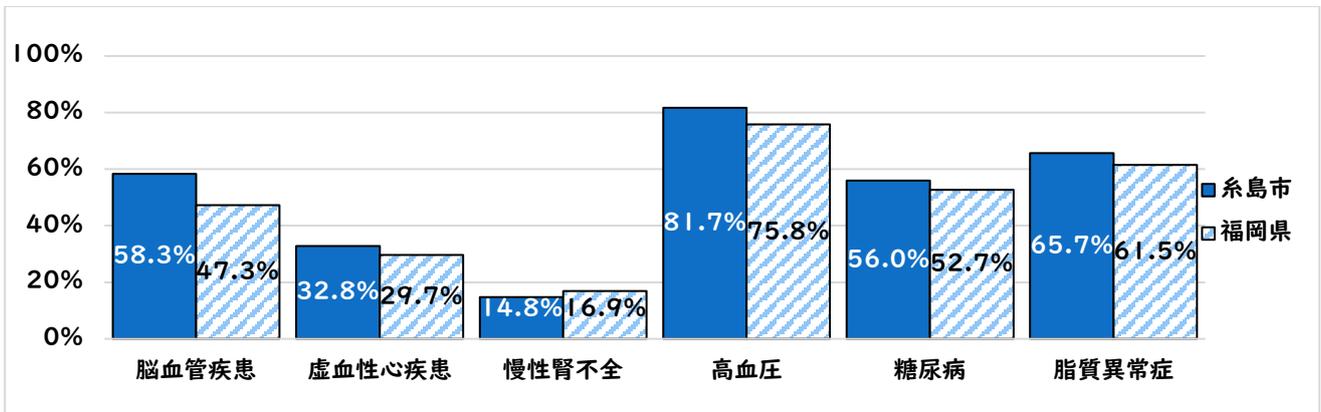
年代別有病割合を福岡県平均と比較すると、高血圧と脂質異常症は、どの世代でも福岡県平均よりも多く、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)は、第1号被保険者で福岡県平均よりも大幅に高い状況にあります。(図11、図12、図13)また、第2号被保険者についても、約6割が脳血管疾患を有しています。(図13)このことから、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

図11 要介護認定者の年代別有病状割合比較:第2号被保険者(40~64歳:国保のみ)



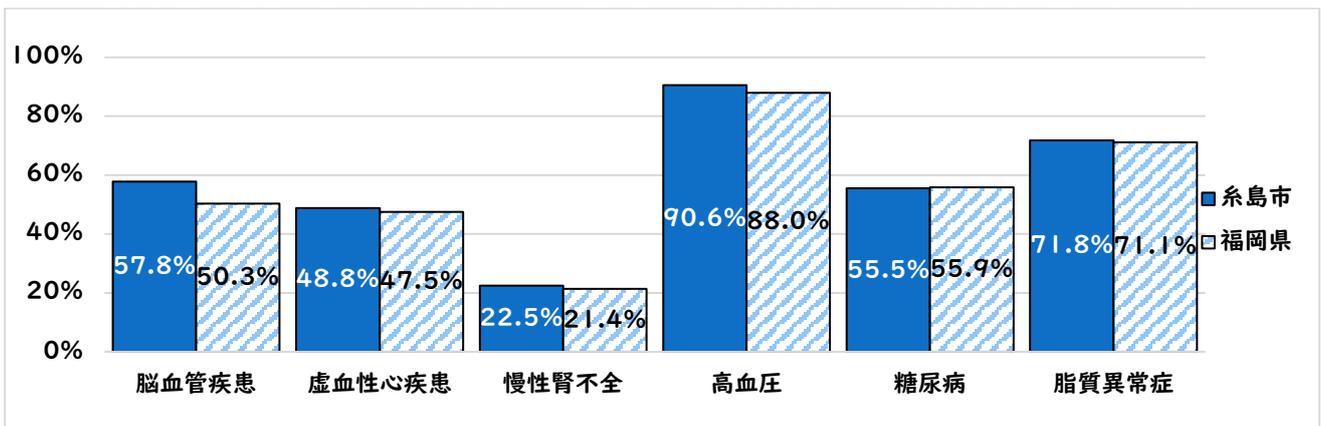
出典:保健事業等評価・分析システム_R4【確定版】データヘルス計画にかかる資料_福岡県の介護保険の実態(有病状況)_R04年度

図12 要介護認定者の年代別有病状割合比較:第1号被保険者(65~74歳:国保・後期高齢者医療のみ)



出典:保健事業等評価・分析システム_R4【確定版】データヘルス計画にかかる資料_福岡県の介護保険の実態(有病状況)_R04年度

図13 要介護認定者の年代別有病状割合比較:第1号被保険者(75歳:後期高齢者医療のみ)



出典:保健事業等評価・分析システム_R4【確定版】データヘルス計画にかかる資料_福岡県の介護保険の実態(有病状況)_R04年度

(5) 財政力指数¹⁾と産業構成

本市の財政力指数は0.6と同規模や福岡県よりは低いです、国より高くなっています。(表5)

産業構成率は第3次産業が72.9%と最も多くなっています。

また、本市の第1次産業(農業・林業・漁業)の構成率は9.0%と同規模、福岡県、国と比較しても高くなっています。(図14)

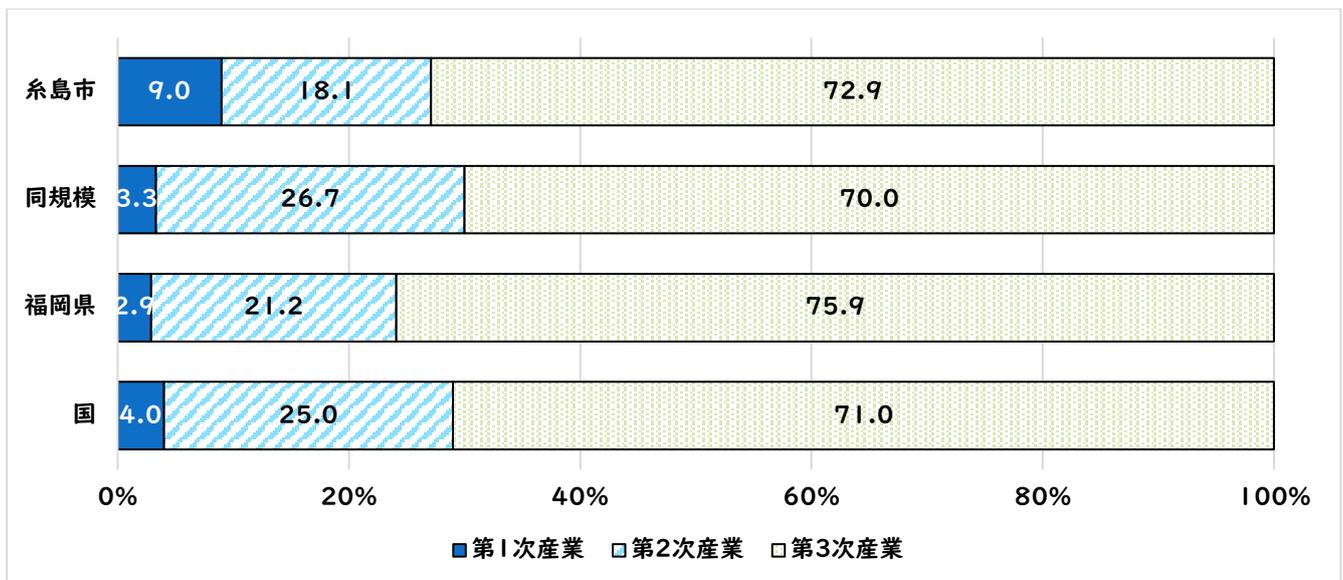
表5 財政力指数

R4(累計)	糸島市	同規模	福岡県	国
財政力指数	0.6	0.8	0.7	0.5

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(令和4年度累計)

*1) 財政力指数:地方公共団体の財政力を示す指数で、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値。
 財政力指数が高いほど、普通交付税算定上の留保財源が多く、財源に余裕があるといえる。

図14 産業構成率(令和4年度)



出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題をグラフ化(令和4年度累計)

2. 系島市国民健康保険の現状

(1) 国民健康保険の加入状況推移

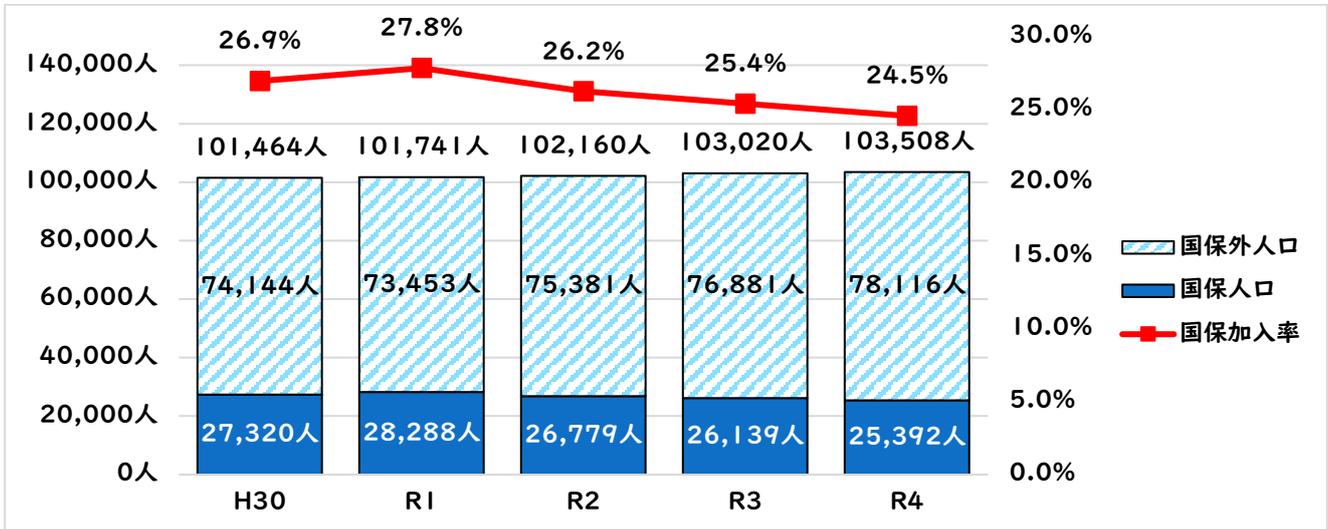
本市における国民健康保険（以下「国保」という。）加入者数は平成30年度27,320人、令和4年度25,392人で、減少傾向となっています。（図15）

年齢区別では、39歳以下が812人、40～64歳が683人、65歳～74歳が433人減少しています。（図16）

※平成20年4月から老人保健制度が後期高齢者医療制度に変わりました。

※75歳以上の方と一定の障害があると認定された65歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し、医療給付等を受けることになります。

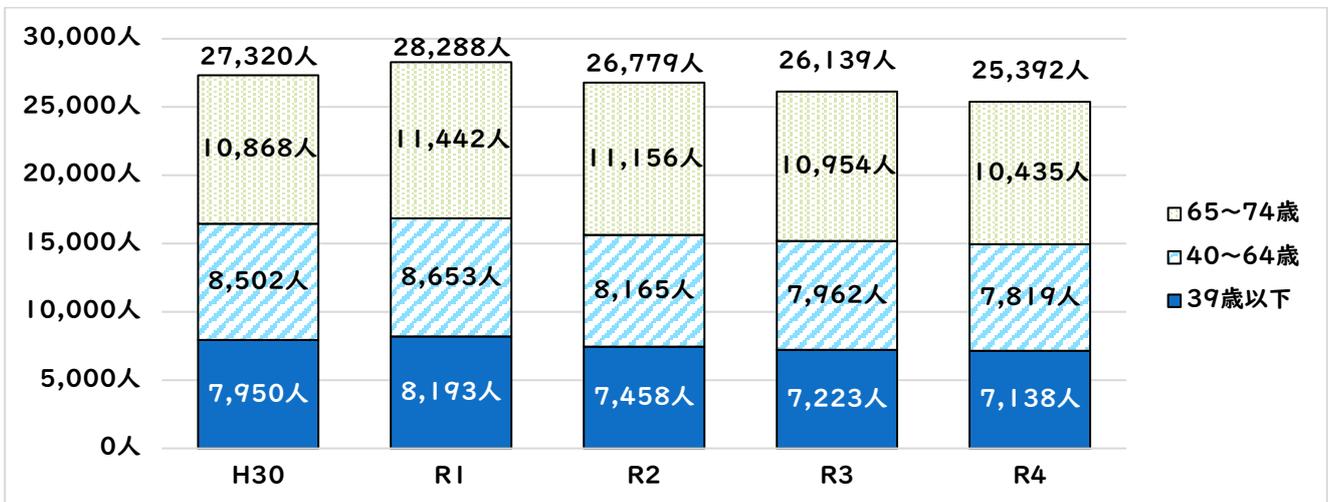
図15 被保険者数・加入率推移



※加入率は出典の⑧/④ × 100にて算出

出典：(④人口) 系島市ホームページ_統計・調査_年齢別人口をグラフ化（9月末現在）
 (⑧国保加入者数) 保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_様式5-1をグラフ化

図16 国保加入者の年齢構成推移



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_様式5-1をグラフ化

(2) 医療費の状況

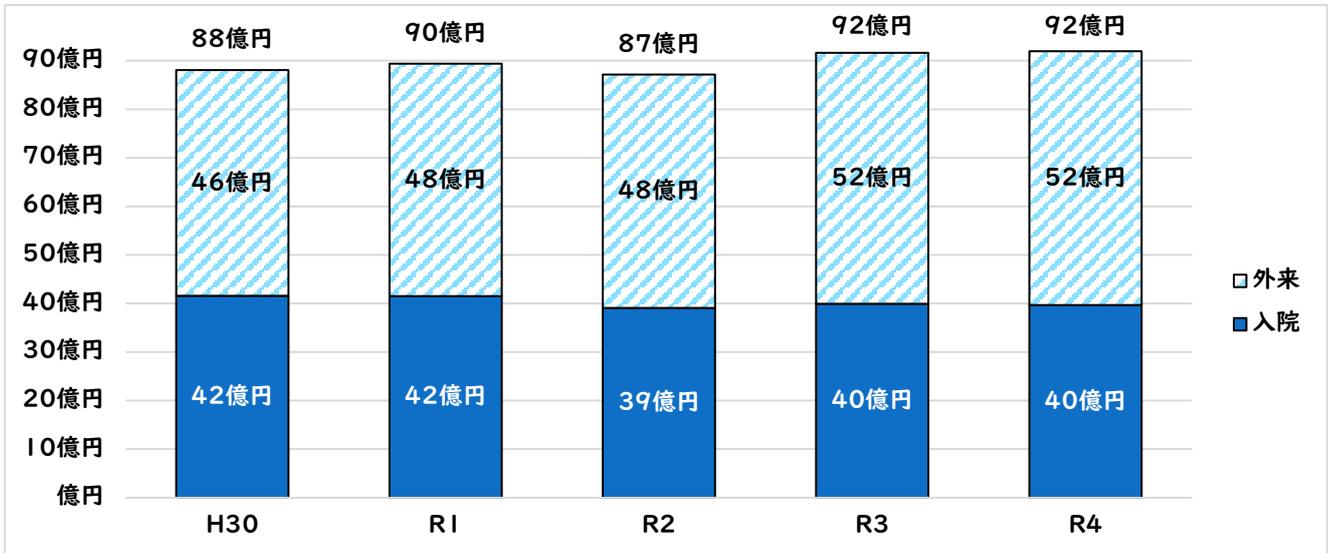
総医療費

総医療費（医科）を見ると、新型コロナウイルスの感染拡大の影響を受けた令和2年度に一時的に減少したものの、年々増加傾向にあります。（図 17）

令和4年度の加入者1人当たり医療費は361,655円で、平成30年に比べ39,255円増えています。

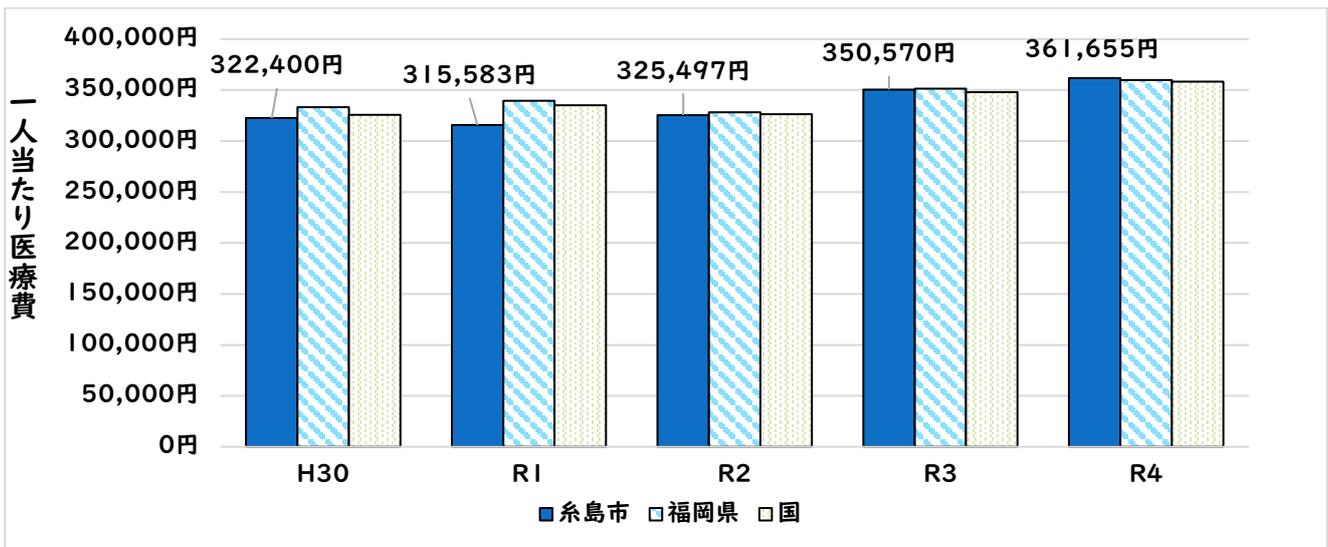
また、加入者1人当たり医療費は令和3年度以降、福岡県・国平均より高くなっています。（図 18）
加入者一人当たり医療費を年齢別に見ると、年齢とともに上昇しており、70～74歳代が最も高くなっています。（図 19）

図 17 総医療費（医科）推移



出典：KDB システム_市町村データ_各年度累計をグラフ化

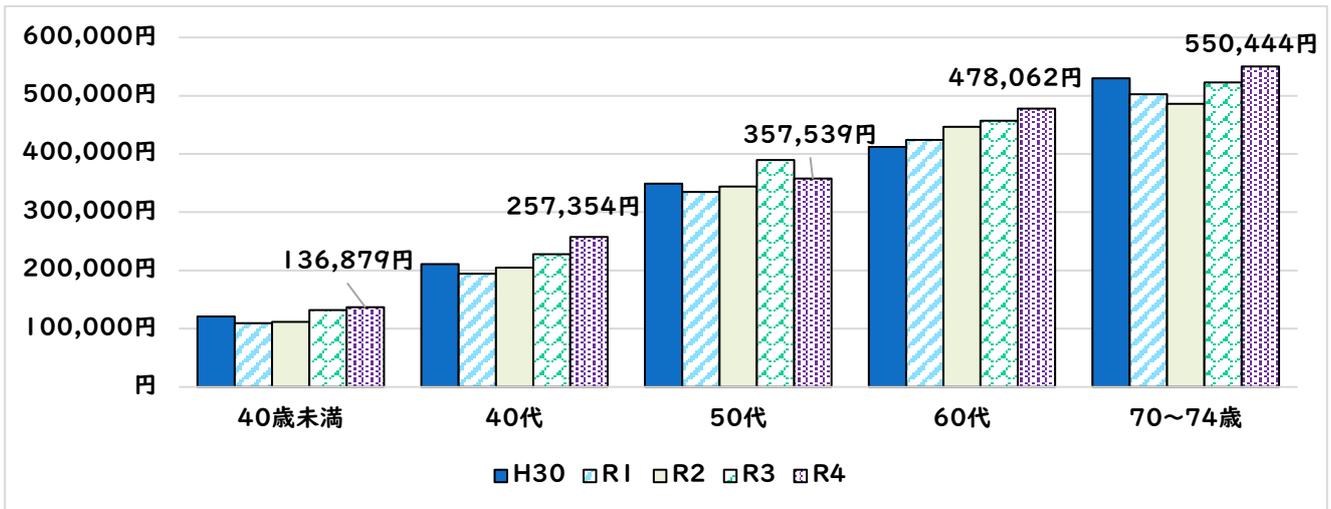
図 18 1人当たり医療費（医科+調剤）推移



※一人当たり医療は年間医療費（以下・調剤）を年度末被保険者数で割り戻して一人当たり医療費を算出

出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_年代別の1人当たり医療費をグラフ化

図 19 年代別 1 人当たり医療費 (医科+調剤) 推移

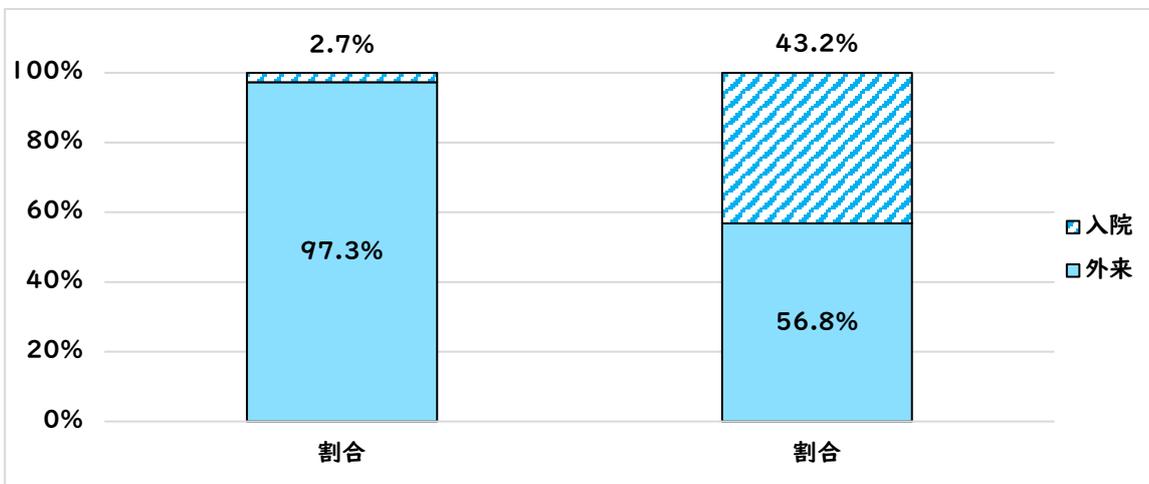


出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_年代別の 1 人当たり医療費をグラフ化

入院・外来の診療件数と医療費の比較

外来は、レセプト件数全体の 97.3%と高い割合を占めています。一方で、入院は、レセプト件数の 2.7%ですが、医療費で見ると、総医療費の 43.2%を占めており、入院医療費が高額であることが分かります。そのため、医療費を抑制するためには、入院件数を抑制する必要があります。(図 20)

図 20 入院・外来の件数と医療費の割合



	レセプト		医療費	
	件数	割合	金額	割合
入院	6,608 件	2.7%	39.67 億	43.2%
外来	239,974 件	97.3%	52.27 億	56.8%
計	246,582 件	100.0%	91.94 億	100.0%

出典：KDB システム_市町村別データ_令和4年度累計

疾病別医療費

生活習慣病医療費が総医療費に占める割合は、令和4年度 17.7%で、がん、精神疾患、筋・骨疾患よりも高くなっています。このことから、予防可能な生活習慣病対策は医療費適正化においても重要であると言えます。

基礎疾患別の医療費では、糖尿病が最も高額となっており、続いて高血圧、脂質異常症となっています。また、生活習慣病が重症化して発症する疾患別の割合を見ると、平成30年度と比較し、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は若干減少しています。慢性腎臓病(透析有)は0.3%増加しています。(図21)

図21 総医療費に占める生活習慣病疾患別医療費割合(令和4年度)

疾病名			H30年度		R4年度		R4とH30の差	
			医療費	割合	医療費	割合		
生活習慣病医療費			1,727,482,470円	19.6%	1,626,736,430円	17.7%	-1.9%	
基礎疾患	短期目標疾患	糖尿病	479,487,340円	5.4%	13.3%	477,463,140円	5.2%	-0.3%
		高血圧	398,503,470円	4.5%		347,507,490円	3.8%	-0.7%
		脂質異常症	296,453,160円	3.4%		261,782,660円	2.8%	-0.5%
	その他	高尿酸血症	4,294,100円	0.0%	3,871,130円	0.0%	0.0%	
		脂肪肝	12,634,240円	0.1%	11,177,180円	0.1%	0.0%	
重症化した生活習慣病	中長期目標疾患	動脈硬化症	13,876,910円	0.2%	12,261,290円	0.1%	0.0%	
		脳血管疾患	脳出血	58,344,210円	0.7%	54,972,050円	0.6%	-0.1%
			脳梗塞	172,961,460円	2.0%	172,292,350円	1.9%	-0.1%
		虚血性心疾患	狭心症	96,809,750円	1.1%	71,342,890円	0.8%	-0.3%
			心筋梗塞	35,793,550円	0.4%	19,594,950円	0.2%	-0.2%
		慢性腎臓病(透析有)	158,324,280円	1.8%	194,471,300円	2.1%	0.3%	
その他の疾患	がん	1,295,216,570円	14.7%	1,547,982,870円	16.8%	2.1%		
	精神	854,279,400円	9.7%	814,197,320円	8.9%	-0.8%		
	筋・骨格	735,835,260円	8.4%	765,153,940円	8.3%	0.0%		
総医療費			8,807,990,530円	—	9,194,003,790円	—	—	

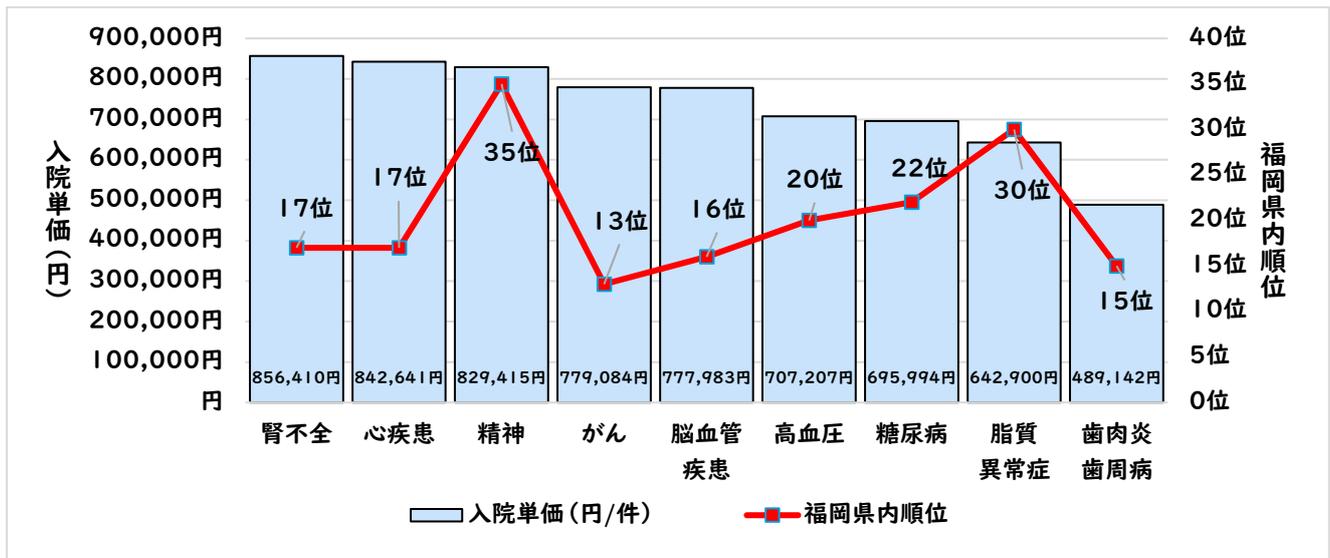
出典：KDB システム_地域の全体像の把握_CSV データを加工(令和4年度累計)

疾病別入院・入院外単価

疾病別入院・入院外単価はともに、腎不全の占める割合が最も高くなっています。疾患別入院単価は腎不全が85万6千円、次いで心疾患が84万3千円となっています。疾患別入院外単価は、腎不全が10万4千円、次いでがんが5万7千円となっています。(図22、図23)

各疾病別入院単価の福岡県内順位は、精神の35位を除き、60市町村中全ての疾病で30位以内となっています。各疾病別入院外単価の福岡県内順位は、入院単価順位に比べ全て低い順位になっています。(図22、図23)

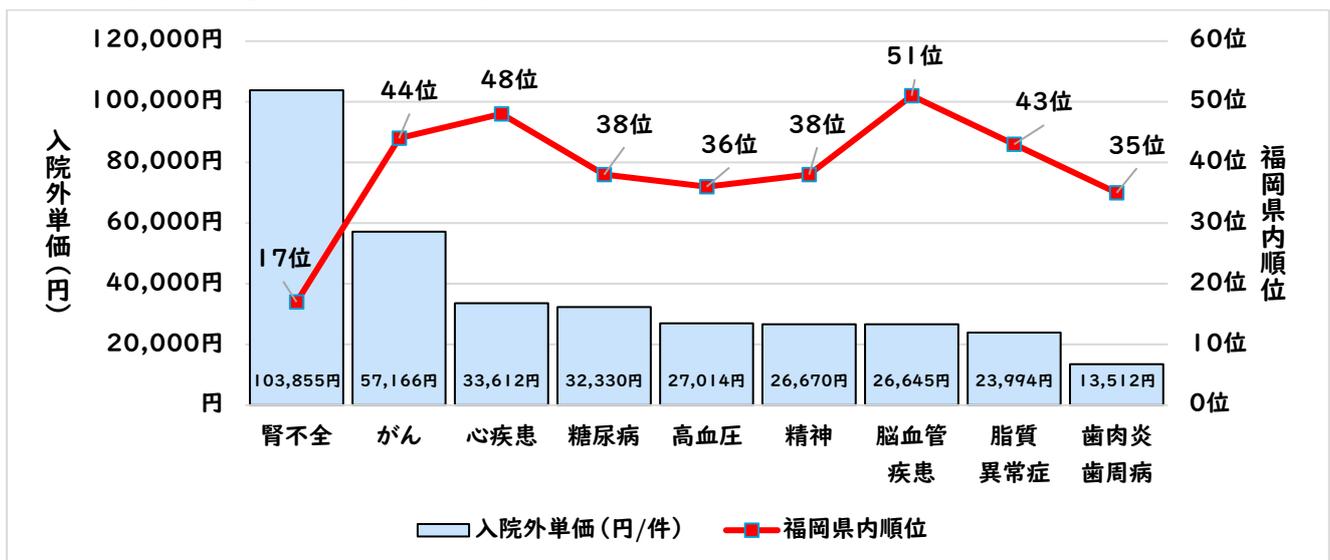
図22 疾病別入院単価(令和4年度)



※順位は入院単価が高い方から1位とする。そのため順位が低い方が、医療費は少ない。

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題_CSVデータをグラフ化(令和4年度累計)

図23 疾病別入院外単価(令和4年度)



※順位は入院外単価が高い方から1位とする。そのため順位が低い方が、医療費は少ない。

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題_CSVデータをグラフ化(令和4年度累計)

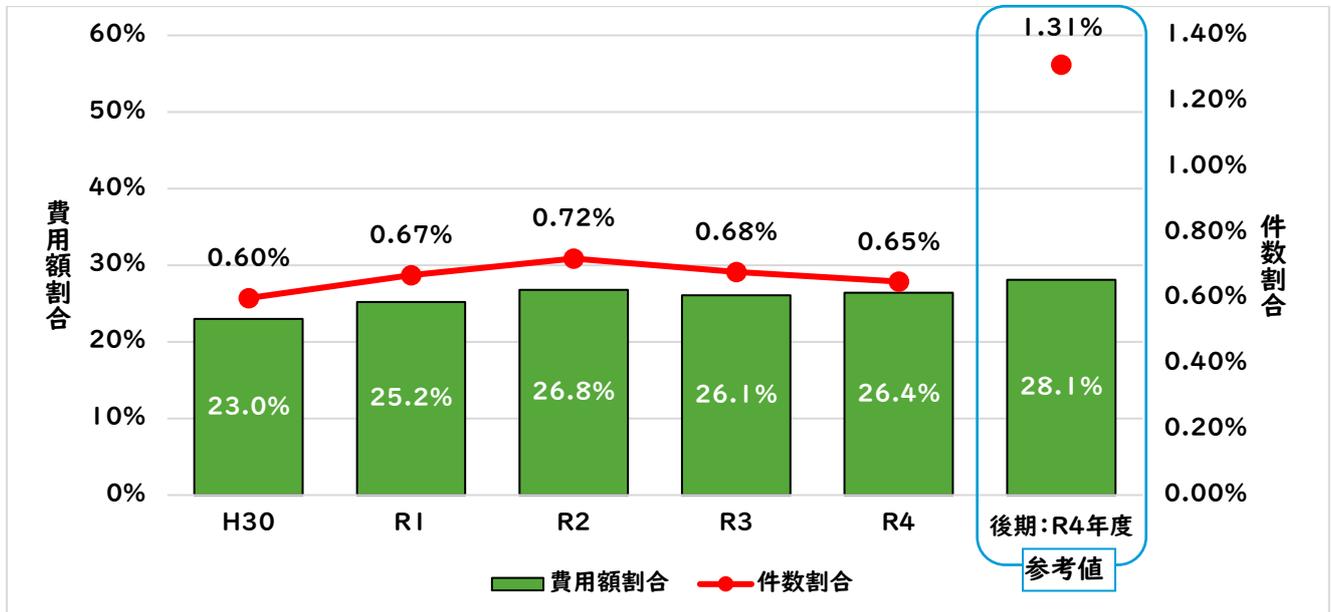
高額レセプト

本市は、被保険者数は減少しているにもかかわらず高額レセプトの人数、件数は増加傾向にあります。費用額は平成30年度に約20億円であったものが、令和4年度は約24億円と約4億円増加しています。また、後期高齢者医療における高額レセプトの占める割合は1.31%と国保0.65%と比較して約2倍高くなっています(図24)

高額レセプトは、レセプト全体に占める件数割合は低いものの、医療費全体に占める割合が高いことから、予防可能な疾患への対策が必要です。また、後期高齢者医療における高額レセプトの費用額は、国保の約2倍以上となっており、後期高齢者医療に移行する前からの発症予防・重症化予防が重要です。

中長期目標疾患である、脳血管疾患と虚血性心疾患の令和4年度80万円以上の高額レセプトの費用額は、脳血管疾患が約1億4千万円で虚血性心疾患よりも約3倍高くなっており、脳血管疾患への対策は医療費の面から最も優先度の高い課題だと言えます。(図25)

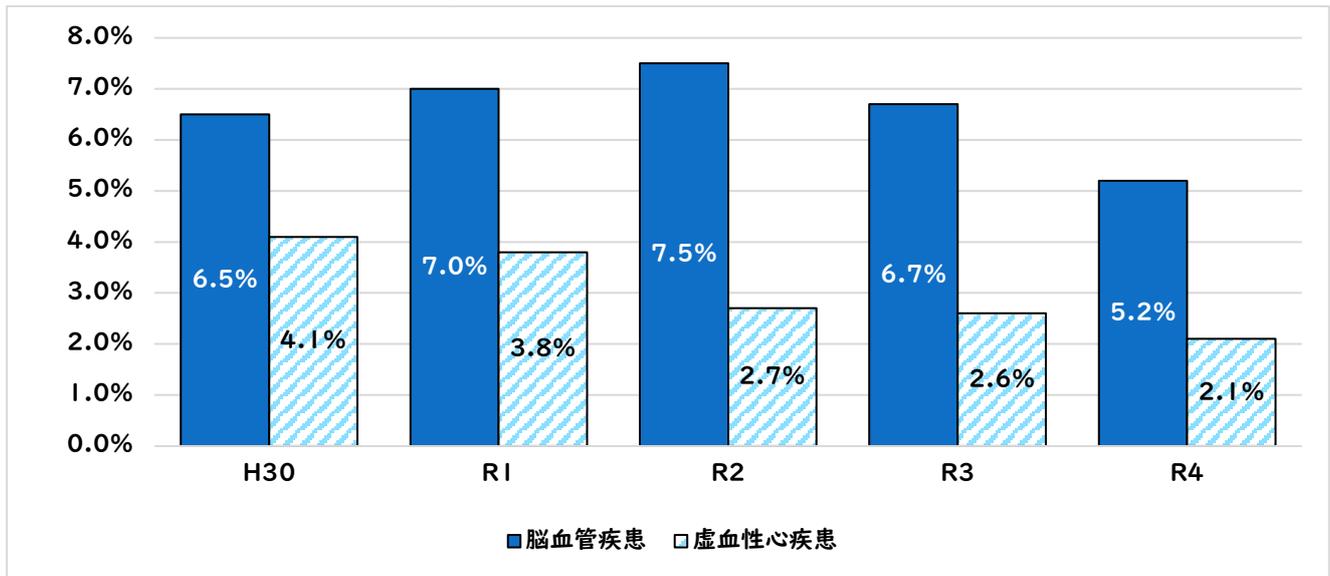
図24 高額レセプト(80万円以上/件)の推移(全体)



	H30	R1	R2	R3	R4	【参考値】 後期: R4年度
費用額	20億2,622万円	22億4,971万円	23億3,430万円	23億9,519万円	24億3,106万円	45億3,598万円
人数	851人	930人	913人	942人	932人	2,044人

出典：保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_厚生労働省様式1-1をグラフ化(各年度)
保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(後期)_厚生労働省様式1-1をグラフ化(令和4年度)

図 25 高額レセプト(80万円以上/件)以上の費用額割合推移(脳血管疾患・虚血性心疾患)



疾患名		H30	R1	R2	R3	R4	後期:R4年度
脳血管疾患	費用額	1億2,579万円	1億3,937万円	1億5,601万円	1億3,911万円	1億4,406万円	3億2,957万円
	人数	49人	63人	52人	59人	43人	145人
虚血性心疾患	費用額	9,045万円	1億1,101万円	5,821万円	6,416万円	4,565万円	1億420万円
	人数	54人	54人	43人	37人	30人	61人

出典：保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_厚生労働省様式1-1をグラフ化(各年度)
 保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(後期)_厚生労働省様式1-1をグラフ化(令和4年度)

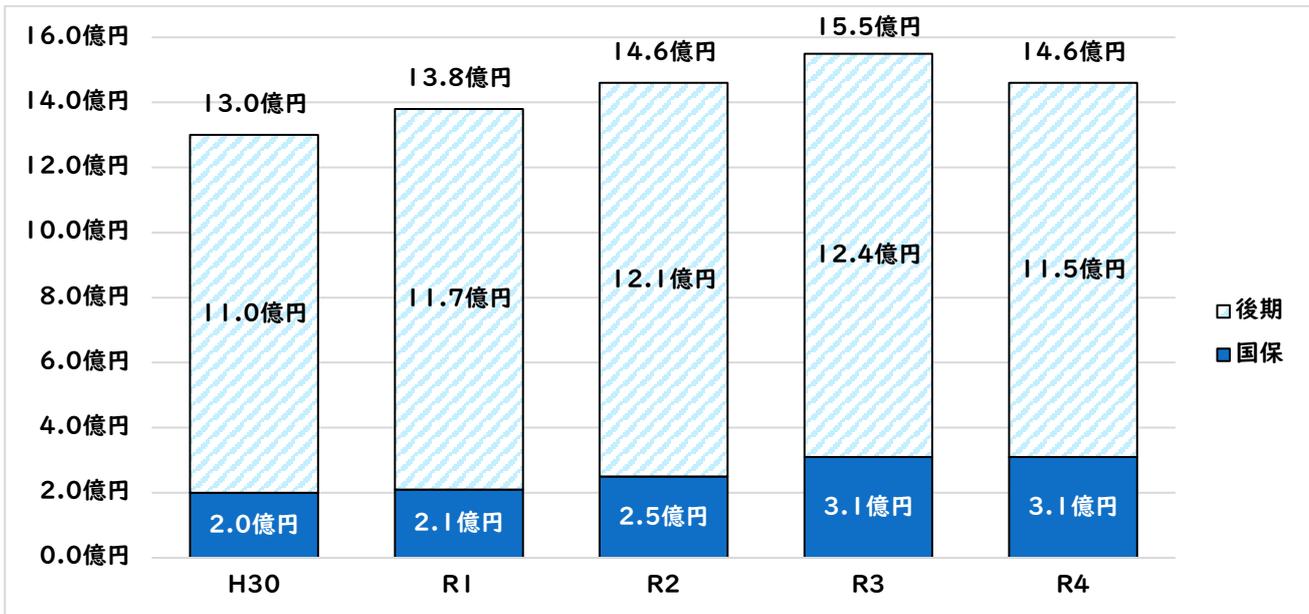
(3) 人工透析の状況

65歳以上の透析患者は、後期高齢者医療制度に加入している人もいるため、人工透析の状況を確認するためには国保のみでなく、後期高齢者医療の状況の確認が必要です。

人工透析の医療費

人工透析にかかる医療費推移をみると、国保は、令和4年度には3.1億円、後期高齢者医療は、11.5億円と平成30年度に比べ、1.1億円、5千万円増加しています。(図26)

図26 人工透析医療費推移



出典：保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_厚生労働省様式2-2をグラフ化(各年度)
 保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(後期)_厚生労働省様式2-2をグラフ化(各年度)

透析患者数

本市は、被保険者数に占める透析患者の割合が国保と後期高齢者医療ともに福岡県平均よりもやや低くなっています。(表6)

新規透析者の患者数は、年々増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しています。国保の新規透析患者の糖尿病有病割合は83.3%で福岡県平均の74.6%よりも高いですが、糖尿病性腎症の割合は糸島市33.3%、福岡県46.0%で本市の方が低くなっています。また、後期高齢者医療の糖尿病有病割合と糖尿病性割合はどちらも福岡県平均より低くなっています。(図27、図28)

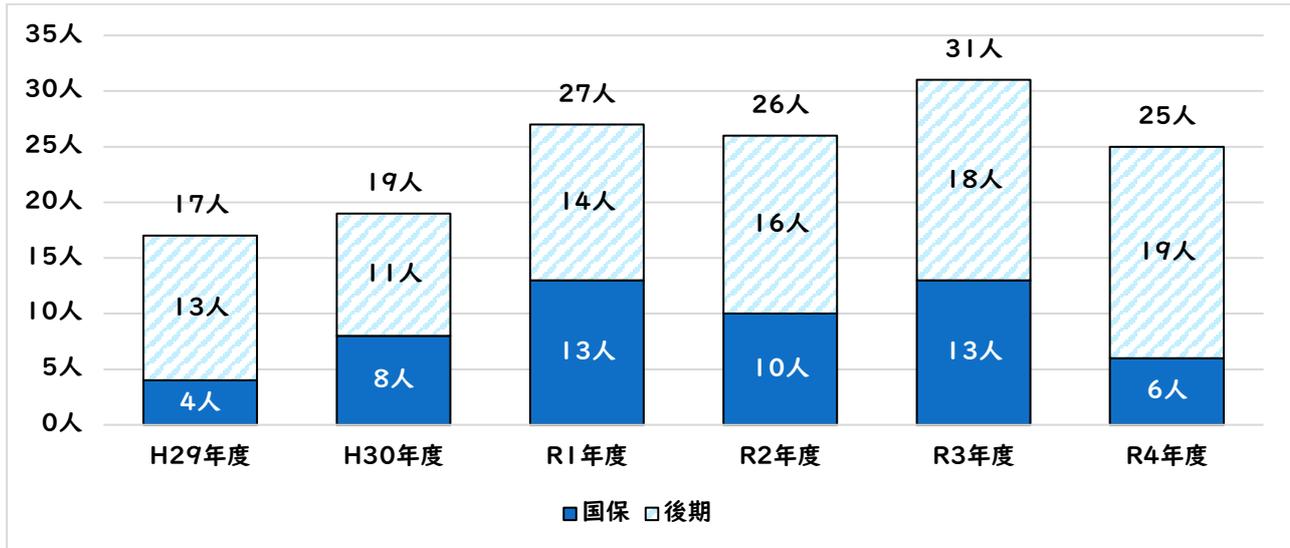
人工透析は命を守るために必要な治療ですが、医療費が高額となるのみでなく、日常生活が制限されることも多く、患者にとって身体的・精神的に負担が大きくなります。そのため、人工透析の原因の1つである腎不全の予防対策として、糖尿病や高血圧の重症化予防が重要です。

表 6 透析患者数

		被保険者数	透析患者数	被保数(千対)
国保	糸島市	25,392人	44人	1.73人
	福岡県	1,021,211人	1,876人	1.84人
後期	糸島市	15,730人	192人	12.21人
	福岡県	741,301人	9,345人	12.61人

出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る参考資料_新規透析患者数(令和4年度)

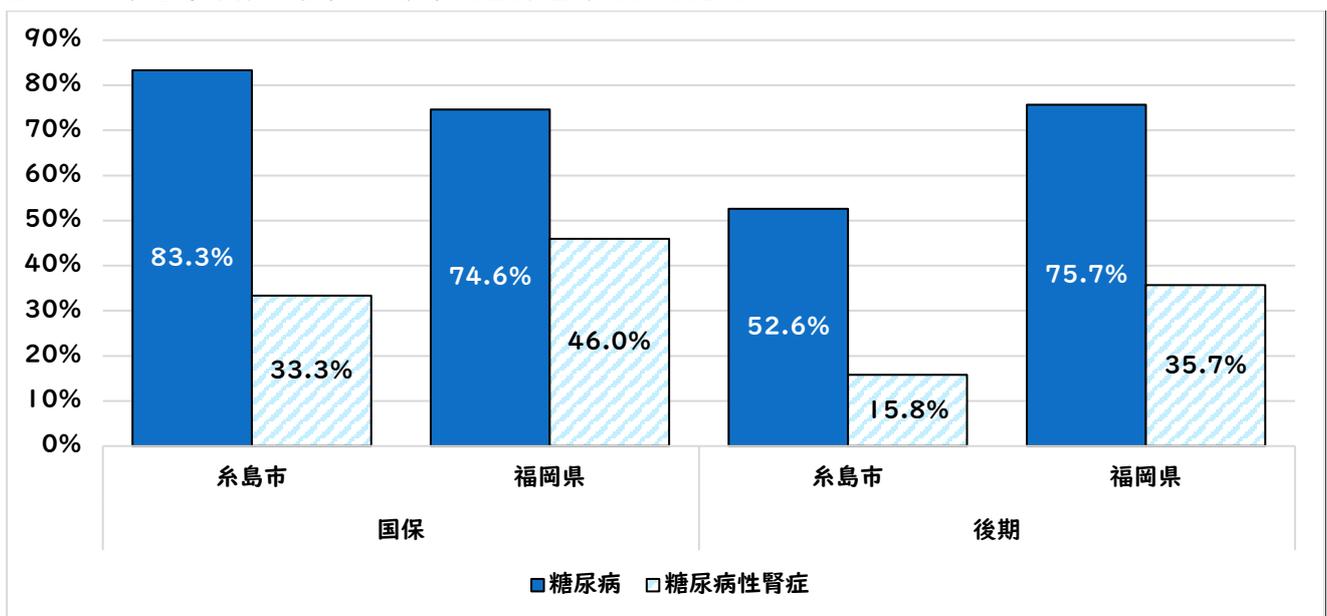
図 27 新規透析患者数推移(年度末時点(3月診療(5月作成)分)



※新規の判断:透析の導入期加算の算定あり(腹膜透析含む)

出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る参考資料_新規透析患者数をグラフ化(各年度)

図 28 新規透析者の糖尿病・糖尿病性腎症有病状況比較



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る参考資料_新規透析患者数をグラフ化(令和4年度)

(4) 中長期目標疾患・短期目標疾患

中長期目標疾患、短期目標疾患は以下のとおりとします。

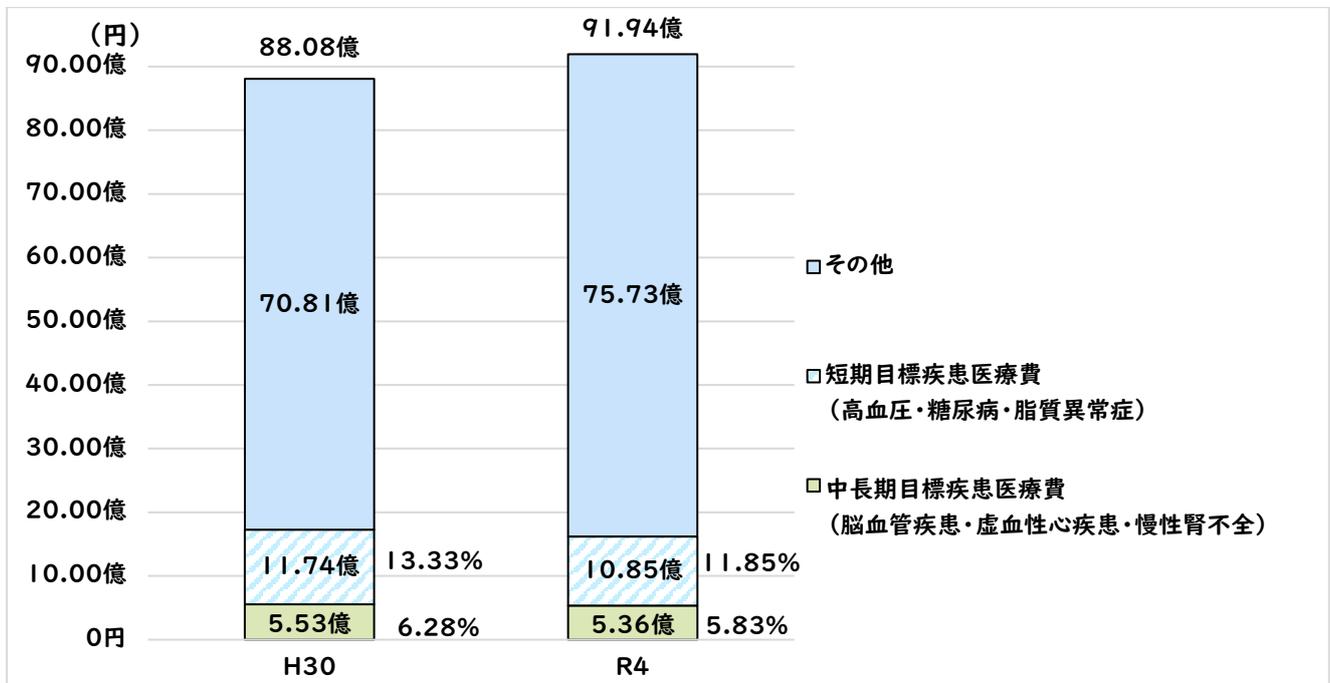


中長期目標疾患・短期目標疾患の医療費の経年比較

総医療費に占める脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の割合は 5.83%。糖尿、高血圧、脂質異常症にかかる医療費の割合は 11.85%で、平成30年度と比較するとわずかに減少しています。

予防や早期発見が難しい疾患も存在するなか、これらの疾患は予防可能な疾患であることから、医療費適正化の面からも発症予防・重症化予防の更なる取組が重要です。(図 29)

図 29 中長期・短期目標疾患の医療費比較



注) 最大医療資源傷病 (調剤含む) による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

出典: 保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_データヘルス計画のターゲットが医療費に占める割合をグラフ化 (平成30年度、令和4年度)

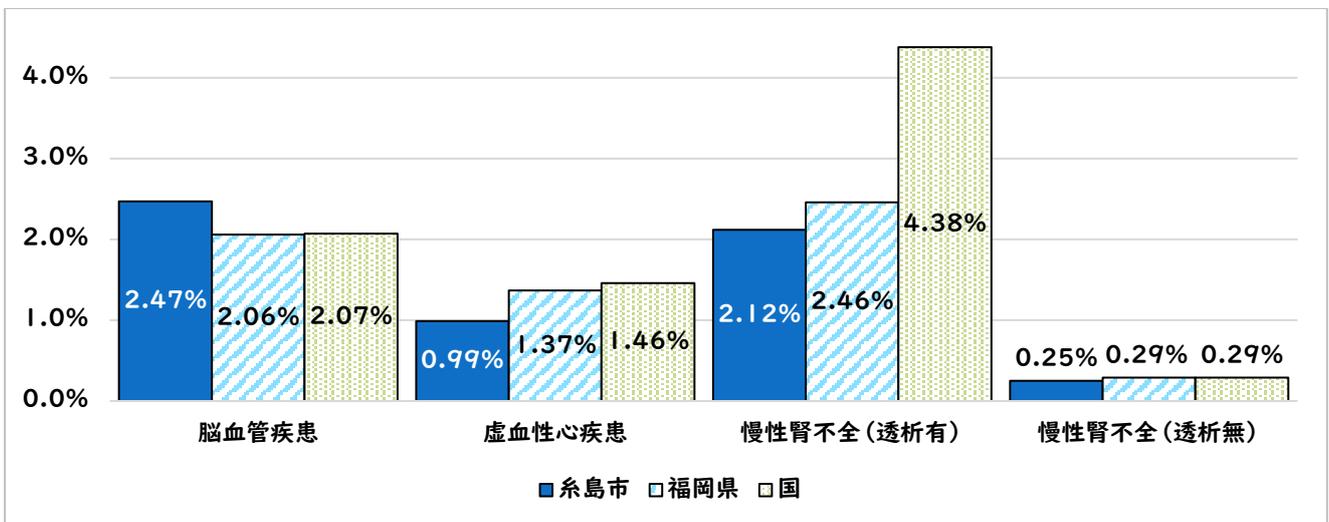
中長期目標疾患の状況

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の中で、総医療費に占める医療費の割合が最も多い疾患は、脳血管疾患で2.47%となっています。これは福岡県、国よりも高い値です。(図30)

また、生活習慣病治療者に占める中長期目標疾患の人数割合は、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)が14.1%と最も高く、福岡県平均よりも高い値となっています。(図31)

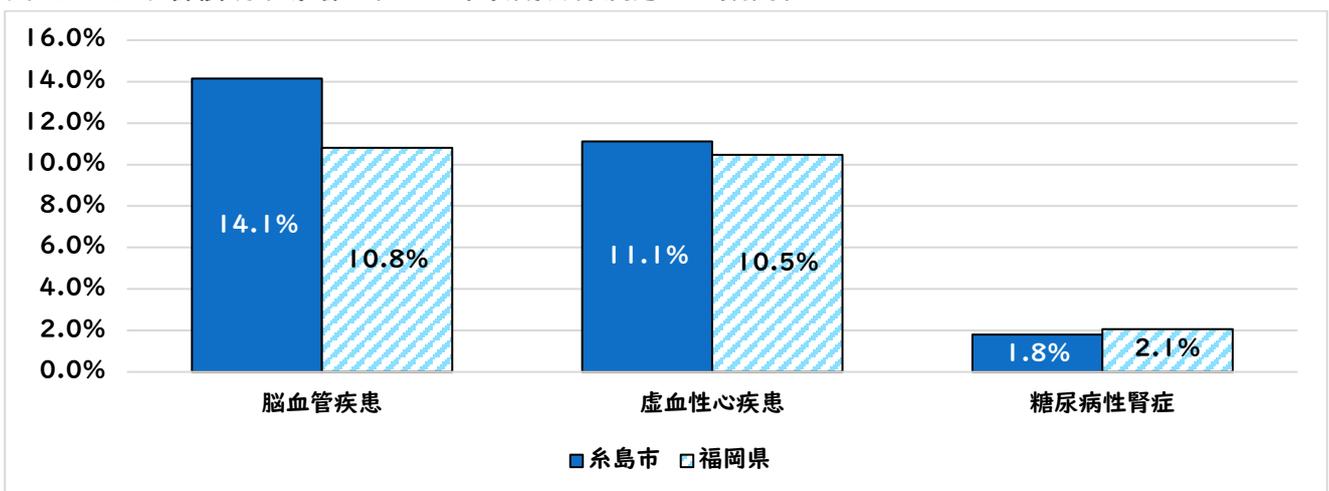
脳血管疾患は後遺症が起こりやすく、発症直後の急性期だけでなく、リハビリ等による慢性期医療費、退院後の介護費が生じます。また、長期にわたって患者本人や家族の日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策は優先度の高い課題となります。

図30 総医療費に占める中長期目標疾患割合の比較(R4)



出典:保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_データヘルス計画のターゲットが医療費に占める割合をグラフ化(令和4年度)

図31 生活習慣病治療者に占める中長期目標疾患の人数割合



※母数は生活習慣病治療者

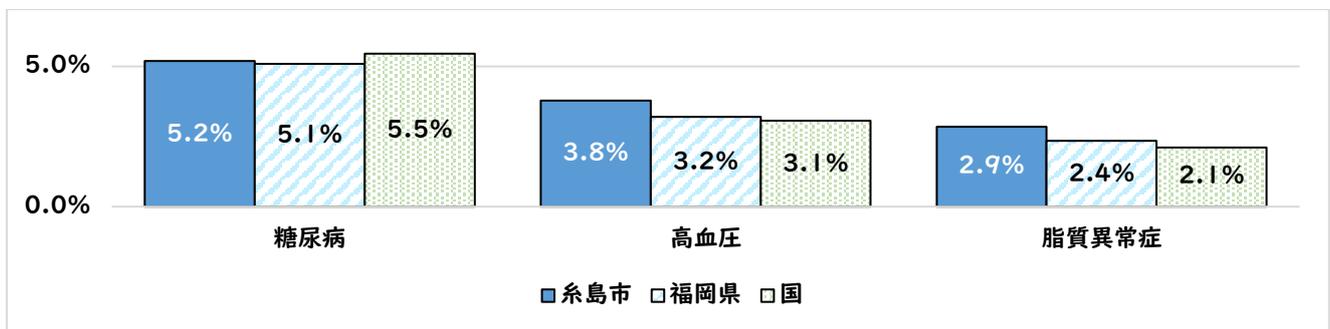
出典:保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_様式3生活習慣病治療者の福岡県の実態をグラフ化(令和4年度)

短期目標疾患の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の中で、最も医療費の割合が多い疾患は糖尿病で、総医療費の5.2%を占めます。これは、福岡県平均よりもやや高く、国平均よりも低い値となっています。(図32) また、生活習慣病治療者に占める短期目標疾患の人数割合は、高血圧症が58.3%と最も高く、ついで脂質異常症が54.2%です。このことから、本市の生活習慣病治療者の2人に1人が高血圧か脂質異常症で治療中であることが分かります。(図33)

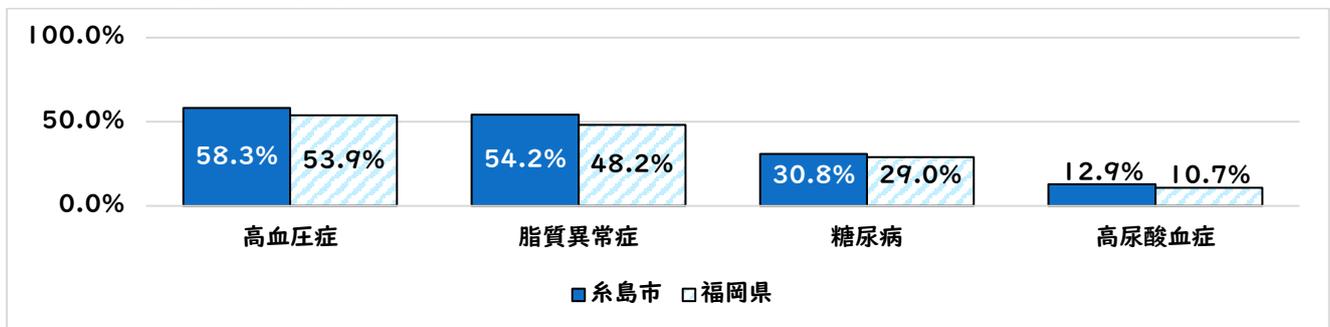
長期目標疾患と短期目標疾患の重なりを見ると、長期目標疾患の3疾患とも高血圧症との重なりが最も多く、8割以上が重なっています。次いで脂質異常症が7割以上、糖尿病が4割以上となっています。また、多くの人が複数の短期目標疾患を合わせ持っていることが分かります。長期目標疾患の割合を減らすためには、原因疾患となる短期目標疾患のコントロールが不可欠です。(図34)

図32 総医療費に占める短期目標疾患割合の比較(R4)



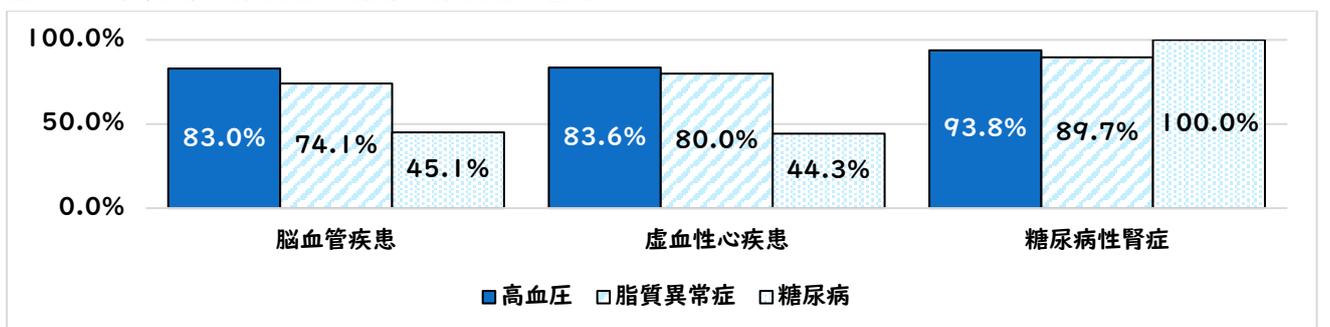
出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_データヘルス計画のターゲットが医療費に占める割合をグラフ化

図33 生活習慣病治療者に占める短期目標疾患の人数割合



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_様式3生活習慣病治療者の福岡県の実態をグラフ化

図34 中長期目標疾患と短期目標疾患の重なり



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_様式3生活習慣病治療者の福岡県の実態をグラフ化

3. 特定健診・特定保健指導から見る健康課題

(1) 特定健診

特定健診受診状況

本市の特定健診受診率は新型コロナウイルス感染症の流行の影響により、令和2年度は激減しましたが、その後回復、令和4年度には40.0%と過去最高の受診率となりました。(図 35)

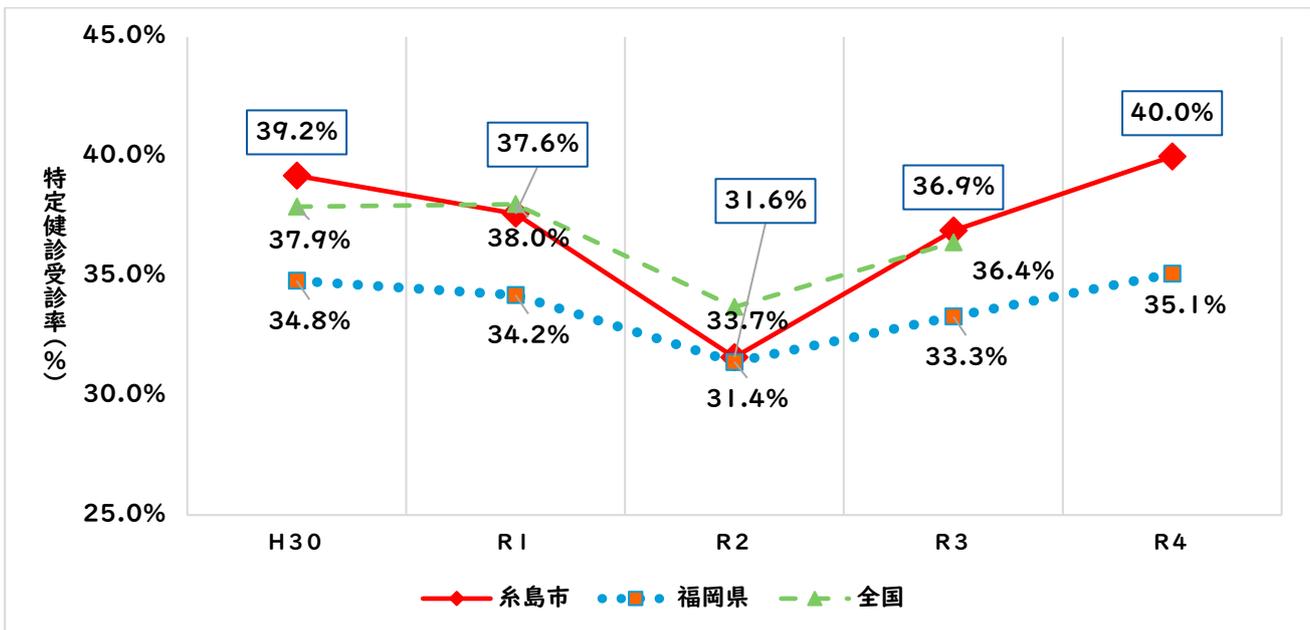
継続受診者の割合は令和2年度を除き、70%台前半を維持しています。これは福岡県平均と比較しても高い割合です。新規受診者の割合は平成30年度が最も高く、その後減少しています。不定期受診者は増減を繰り返しています。(図 36)

年齢別受診率は70～74歳代が最も高く、48.5%となっており、年代が下がるにつれて受診率は低下しています。(図 37)

受診方法を見ると、令和元年度までは総合(集団)健診受診の割合は60%台後半を占めていましたが、令和2年度のコロナ禍以降は、個別健診受診の割合が50%台前半を占めるほど高くなっています。(図 38)

今後も特定健診受診率向上に向け、継続受診率の向上、不定期受診者対策、新規受診者の獲得に向けた対策が必要です。

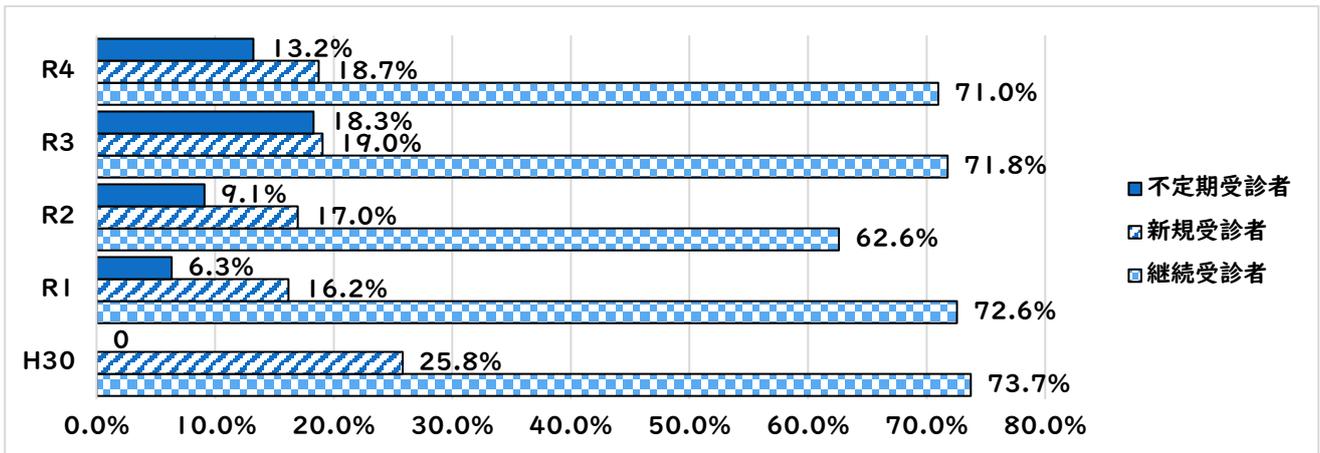
図 35 受診率推移



※R4年度国の受診率は現時点で未公表

出典：法定報告

図 36 継続受診者・新規受診者・不定期受診者の割合推移



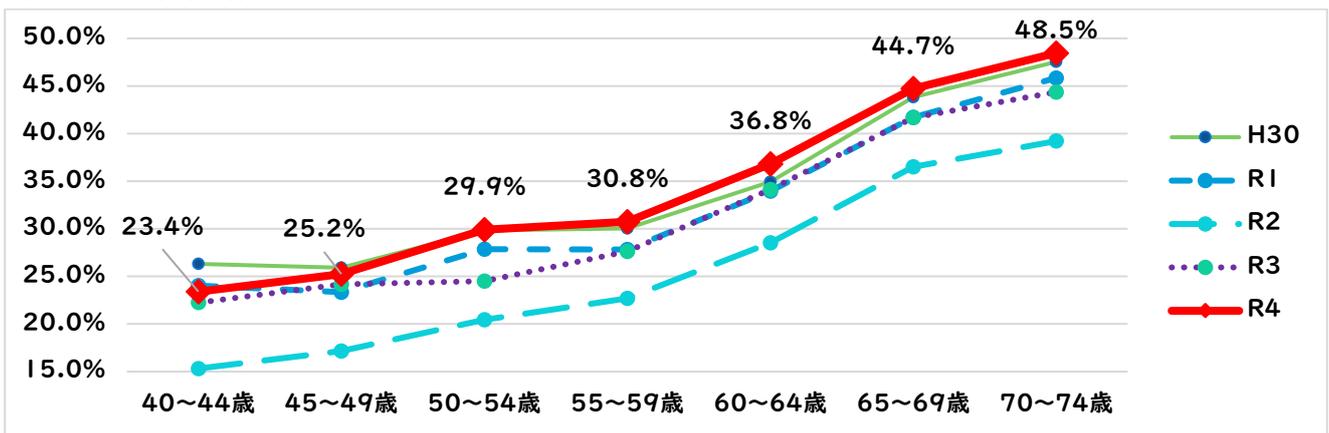
※継続受診者は当該年度と前年度連続して受診した者。母数は前年度

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者。母数は当該年度

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者。母数は当該年度。

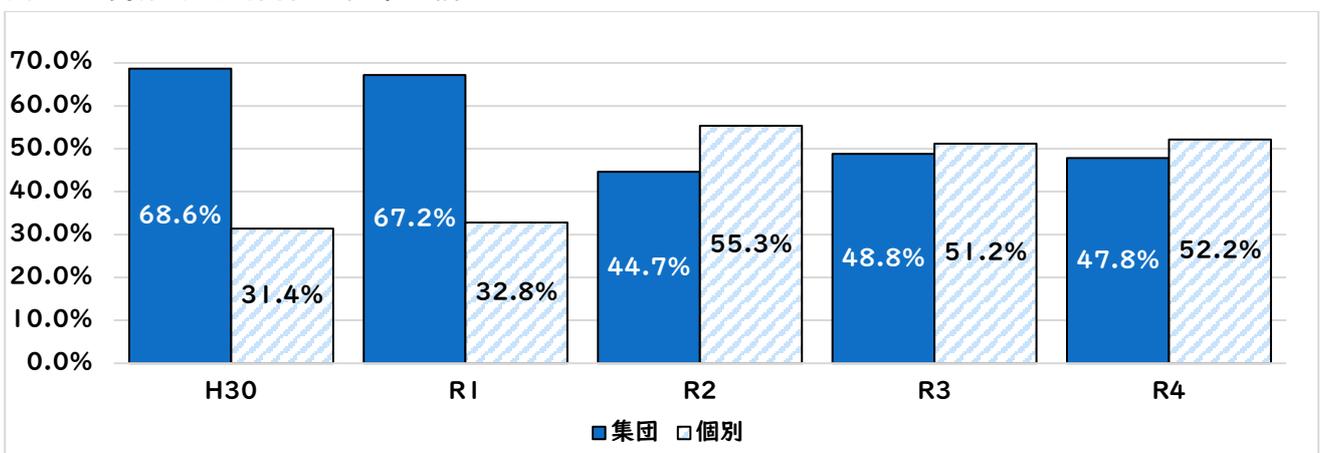
出典：評価分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_継続受診率の状況（市町村別）をグラフ化（各年度）

図 37 年代別受診率



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料評価ツールをグラフ化（各年度）

図 38 受診方法別割合の経年比較



出典：健康管理システム（特定健診受診者全数）

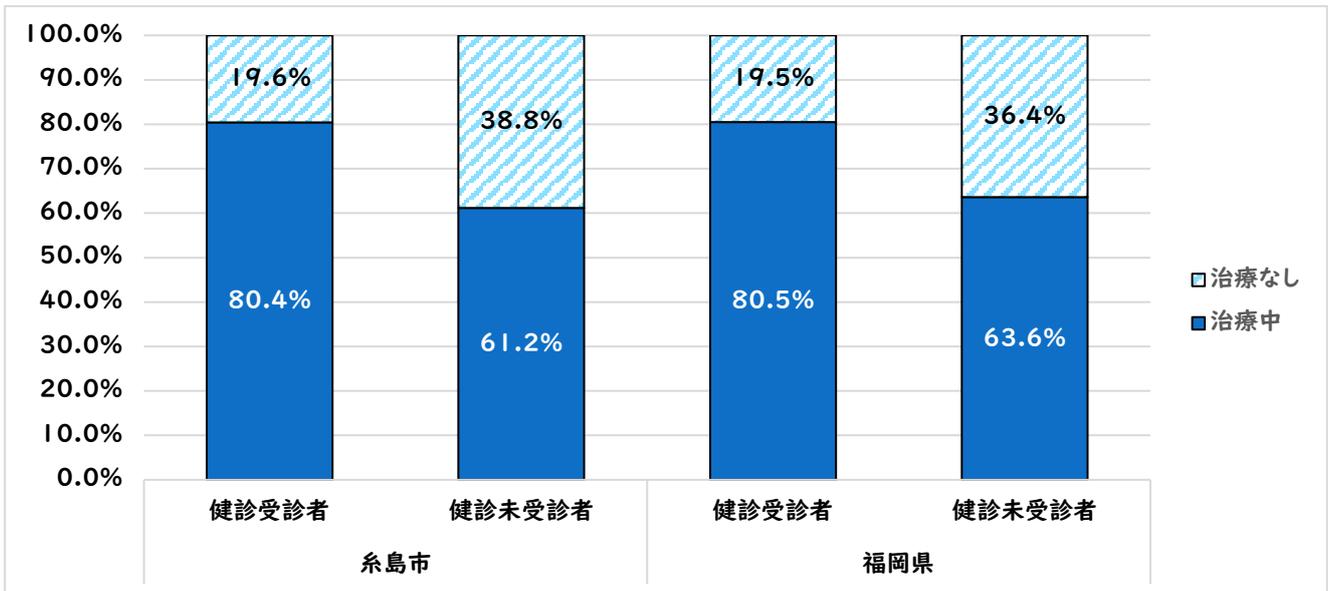
特定健診受診者と未受診者の比較

本市では、健診未受診者で「治療なし」の人が38.8%、健診未受診者で「治療中」の人が61.2%を占めます。(図39)

特定健診の受診・未受診別の医療費は、特定健診未受診者の方が約3万4千円高くなっています。これは福岡県平均を約2千円上回っています。(表7)

生活習慣病の多くは、初期症状がほとんどないため、症状が出て受療したときにはすでに病気が進行した状態となっている可能性があります。そのため、生活習慣病の早期発見には特定健診が有効です。

図39 特定健診受診・未受診別による治療の有無



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_健診受診者と健診未受診者の比較を加工・グラフ化(令和4年度)

表7 特定健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費比較(令和4年度)

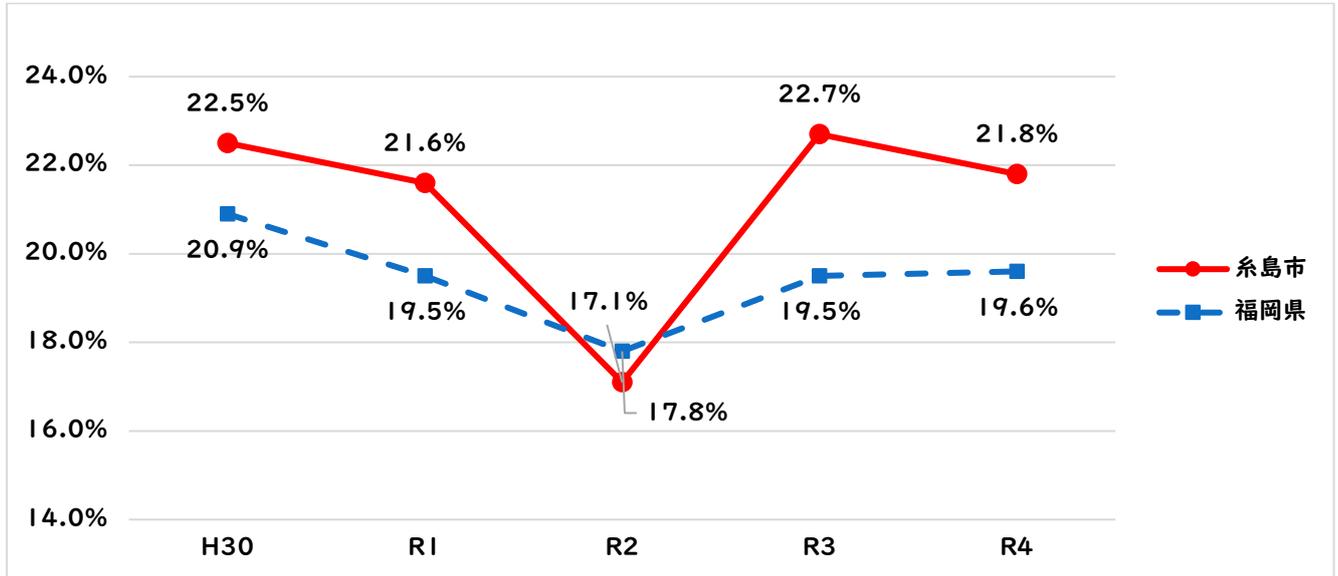
	健診受診者①	健診未受診者②	差額②-①
糸島市	5,112円	39,401円	34,289円
福岡県	6,327円	38,866円	32,539円

出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画に係る資料_健診受診者と健診未受診者の比較(令和4年度)

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群該当者)の減少率

メタボリックシンドロームの減少率は、新型コロナウイルス感染症により特定健診受診者が激減した令和2年度を除き、例年、福岡県平均よりも高い減少率を維持しています。(図40)

図40 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群該当者)の減少率



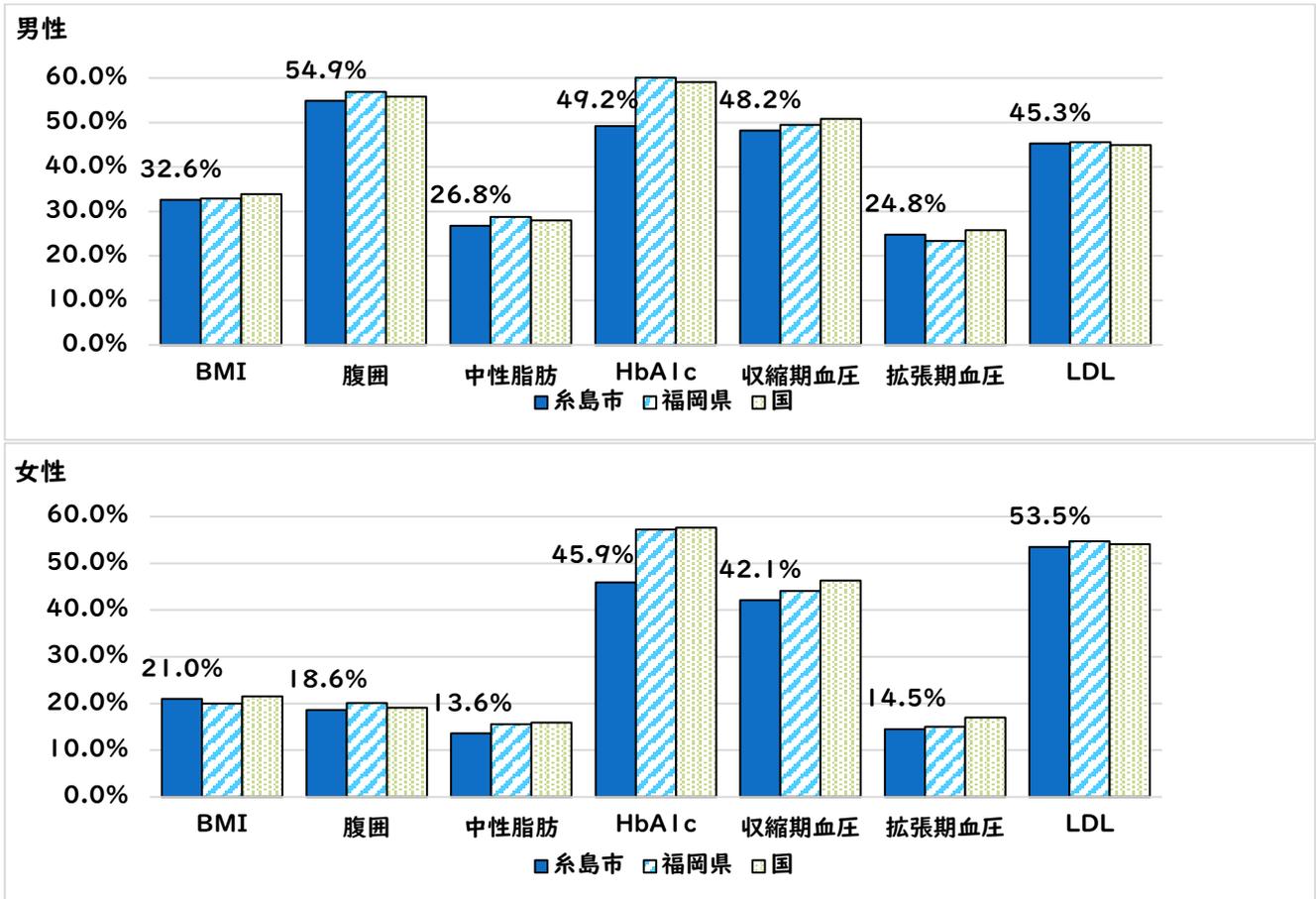
出典：法定報告

有所見者の状況

本市では、男女ともに40%以上の人がHbA1cと収縮期血圧で有所見者に該当しています。また、男性は女性に比べ有所見率が高く、腹囲は36.3ポイント、中性脂肪は13.2ポイント上回っています。

なお、HbA1cの有所見状況は男女ともに同規模・福岡県より低い状況となっています。(図41)

図41 有所見者(保健指導判定値以上)状況(令和4年度)



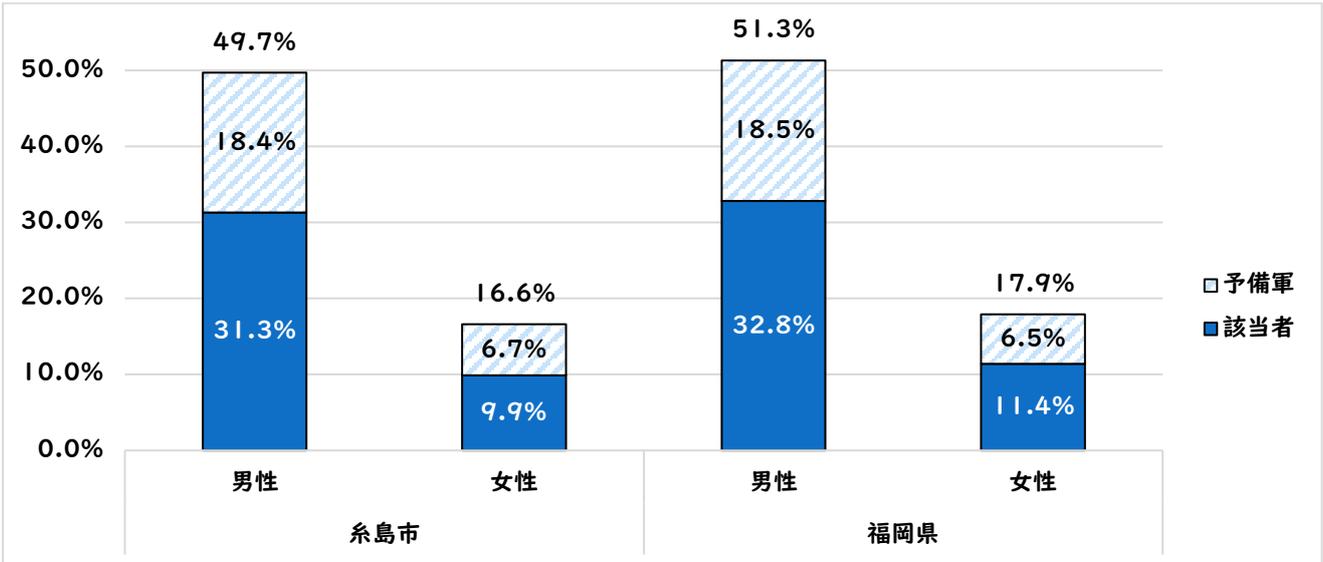
出典:保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_様式5-1_特徴の把握5-8_健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式5-2)をグラフ化(令和4年度)

メタボリックシンドロームの状況

腹囲の有所見状況に連動し、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は、男性が女性の約3倍多くなっています。福岡県平均と比較すると、男女ともわずかに本市の方が低くなっています。(図 42)

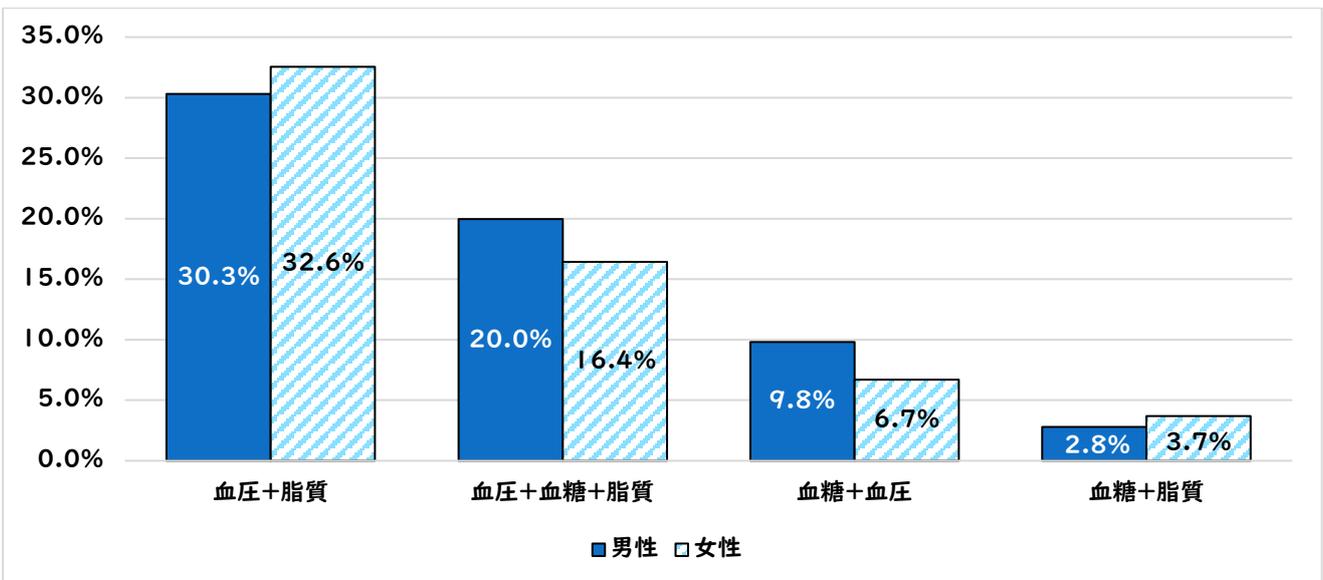
メタボリックシンドローム該当者の有所見の重複状況は、男女ともに「血圧+脂質」が最も多く 30%を超えており、次いで「血圧+血糖+脂質」となっています。メタボリックシンドロームが進むと複数の生活習慣病を発症する危険性があるため、メタボリックシンドロームの解消はとても重要です。(図 43)

図 42 メタボリックシンドローム判定の状況 (令和4年度)



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_様式 5-1_特徴の把握5-8_メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式 5-3) をグラフ化 (令和4年度)

図 43 メタボリックシンドローム該当者の有所見の重複状況 (令和4年度)



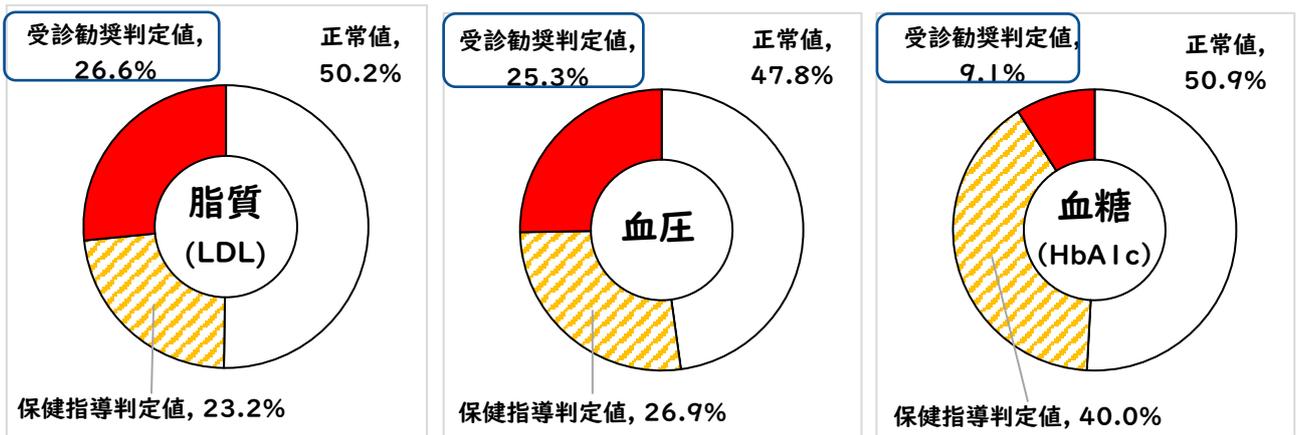
出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_集計ツール (様式 5-3) をグラフ化 (令和4年度)

血糖、血圧、脂質のリスク判定状況と受診状況

血糖、血圧、脂質のリスク判定状況を見ると、受診勧奨判定値の割合が最も多い項目は脂質で26.6%、次に血圧25.3%、血糖9.1%となっています。(図44)

受診勧奨判定値の人に対しては、生活習慣の改善とともに、服薬治療の検討が必要となるため、医療機関への受診勧奨が最優先課題となります。また、すでに治療中であっても受診勧奨判定値である場合は、コントロール不良の可能性が高いため、治療状況の確認や、服薬管理、生活習慣改善に向けた保健指導が必要です。保健指導勧奨値である場合は、発症予防のために生活習慣改善に向けた保健指導が必要です。

図44 血糖、血圧、脂質のリスク判定状況(令和4年度)



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_集計ツール_有所見状況をグラフ化(令和4年度)

慢性腎臓病の状況

慢性腎臓病専門医受診対象者383人中、84人が未治療の状況です。慢性腎臓病の悪化は透析につながることから、確実に治療につなげる必要があります。(表8)

表8 慢性腎臓病(CKD)の年代別・治療の有無別

	総数	40歳代	50歳代	60歳代	70-74歳
		7人 1.8%	28人 7.3%	132人 34.5%	216人 56.4%
専門医受診対象者	383人	5人 6.0%	12人 14.3%	31人 36.9%	36人 42.9%
		2人 0.7%	16人 5.4%	101人 33.8%	180人 60.2%
【再掲】尿蛋白・GFRのいずれか未実施で基準該当者	30人	0人 0.0%	3人 10.0%	11人 36.7%	16人 53.3%

【参考】かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者(エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018)

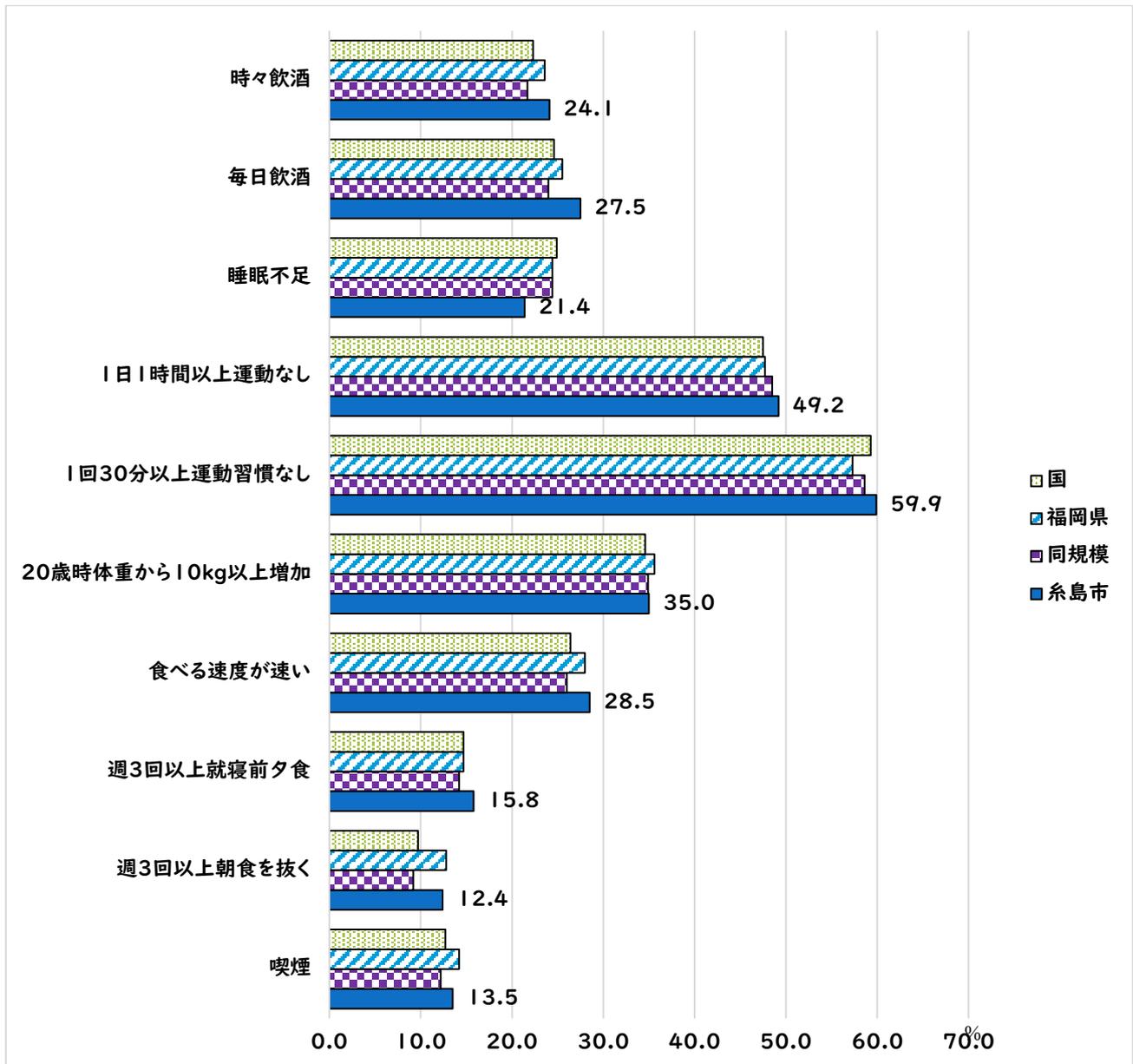
1. 高度の蛋白尿(A3区分(尿蛋白+以上))、2. 微量アルブミン尿(A2区分(尿蛋白±))でGFR区分がG3a以上
 3. 尿蛋白が正常(A1区分(尿蛋白-))でGFR区分G3b以上、4. 尿蛋白がA2区分(尿蛋白±)であっても尿潜血が陽性(+以上)
- ※年齢が40歳未満の者については、尿蛋白がA1区分(尿蛋白-)でもGFR区分がG3aの場合は紹介

出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_集計ツール_腎臓専門医(令和4年度)

特定健診問診項目結果

本市は、睡眠不足以外のすべての項目において、国の平均よりも割合が高くなっており、生活習慣の改善は大きな課題です。(図45)

図45 問診項目の状況



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_様式5-1

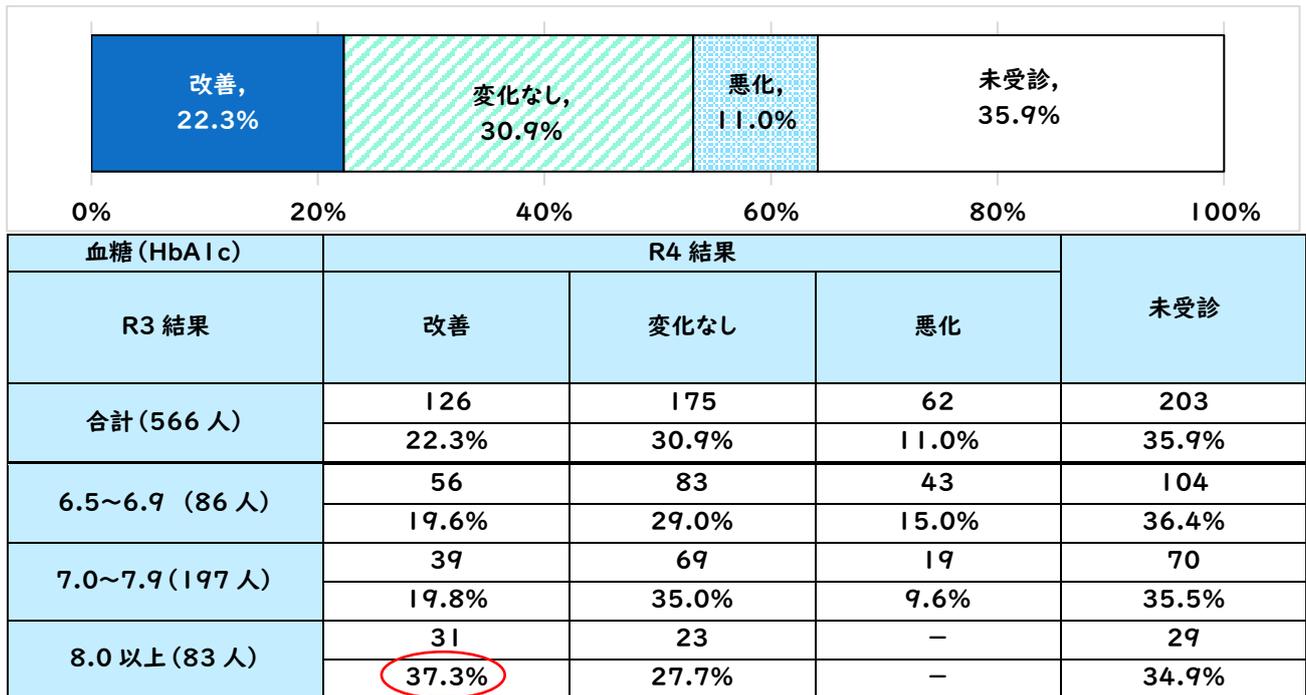
(2) 受診勧奨判定値該当者の変化(令和3年度と令和4年度比較)

令和3年度に受診勧奨判定値に該当した人が、令和4年度の健診ではどのように変化したか追跡しました。なお、各項目ともに30%台の人が令和4年度未受診でした。

血糖(HbA1c)

血糖の変化は改善 22.3%、変化なし 30.9%、悪化 11.0%です。HbA1c8.0%以上の改善率は37.3%と最も高くなっています。(図 46)

図 46 R3 年度受診勧奨判定値該当者の令和4年度結果(血糖)

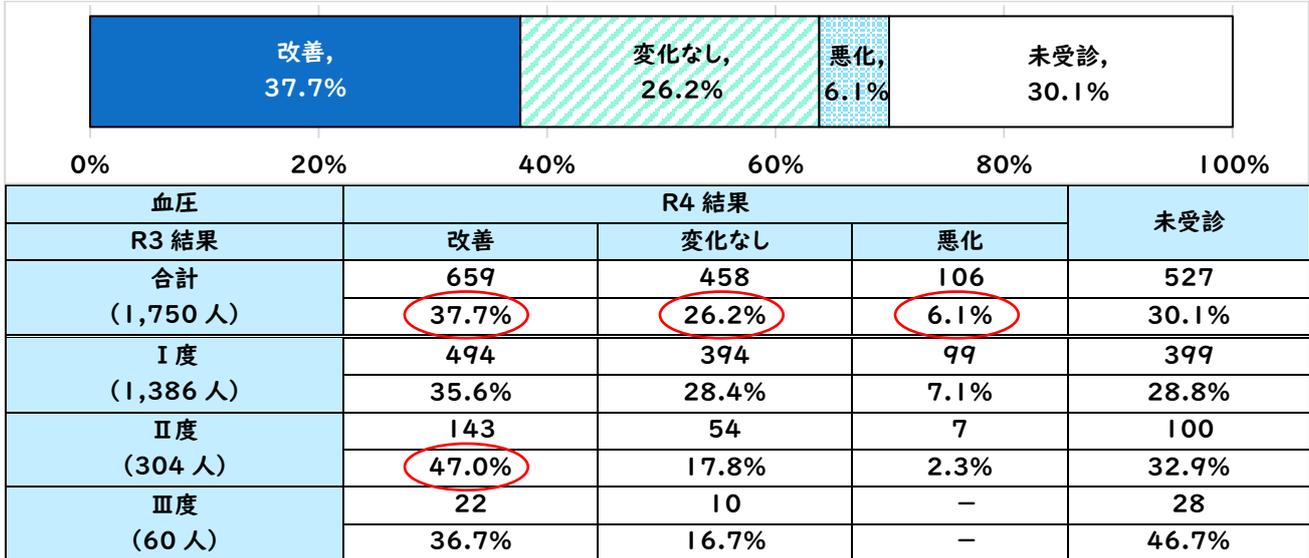


出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード_経年比較ツール改変(令和4年度)

血圧

血圧の変化は改善 37.7%、変化なし 26.2%、悪化 6.1%です。Ⅱ度高血圧者の改善率は 47.0%と最も高くなっています。(図 47)

図 47 R3 年度受診勧奨判定値該当者の令和4年度結果(血圧)

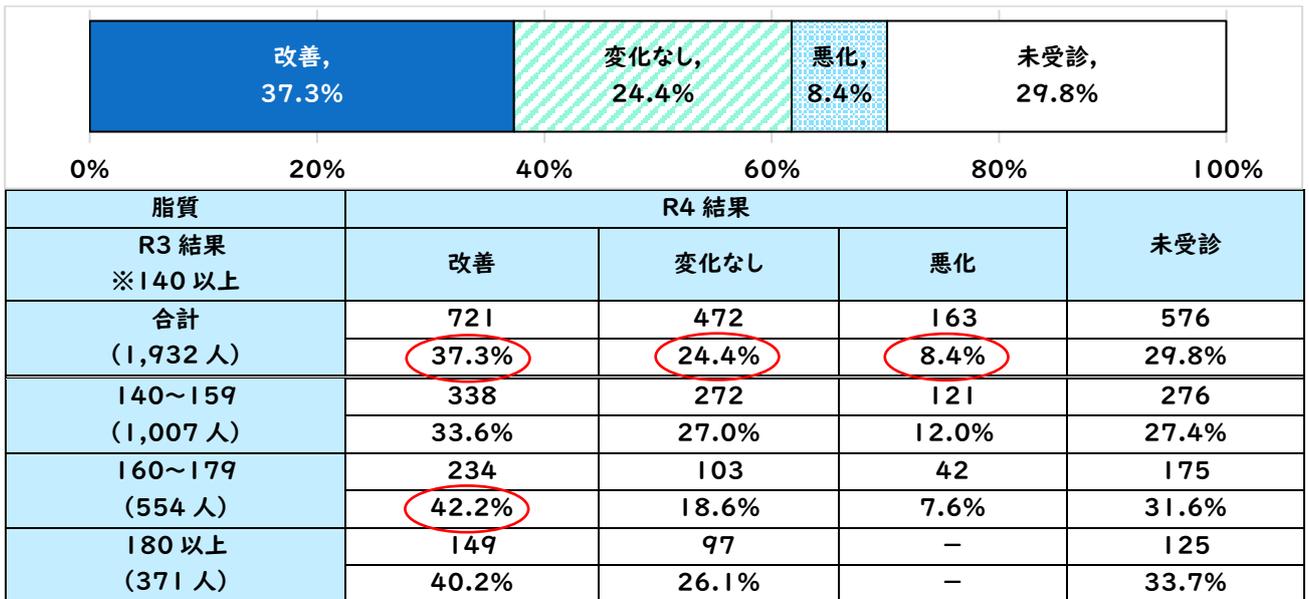


出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード_経年比較ツール改変(令和4年度)

脂質(LDL)

脂質の変化は改善 37.3%、変化なし 24.4%、悪化 8.4%です。特に LDL160~179 の改善率は 42.2%と最も高くなっています。(図 48)

図 48 R3 年度受診勧奨判定値該当者の令和4年度結果(脂質(LDL))



出典：保健事業等評価・分析システム_ダウンロード_経年比較ツール改変(令和4年度)

(3) 特定保健指導

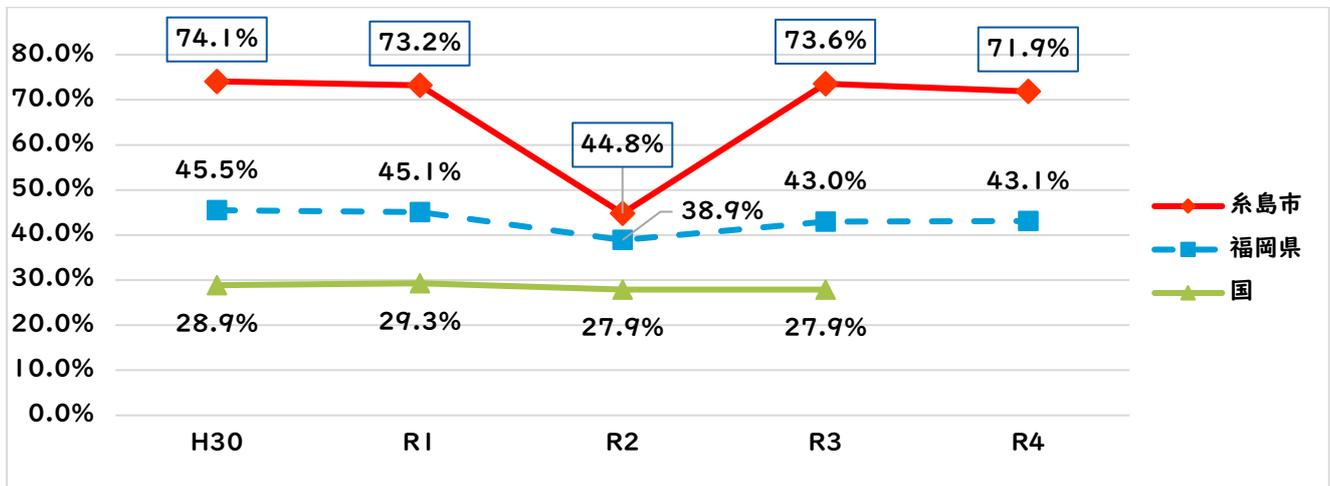
特定保健指導実施率・対象者割合の推移

新型コロナウイルス感染症の流行により、令和2年度は訪問指導を控えたため、特定保健指導実施率が低下しましたが、それ以外の年度は70%台を維持しています。(図49)

特定保健指導対象者割合は年々減少し、令和4年度は最も少ない10.6%です。(図50)
 特定保健指導実施率は高い値を維持していますが、令和2年度のコロナ禍後、被保険者に健診受診行動の変化が見られ、特定健診を個別健診で受診する割合が増加しています。(図38)

総合(集団)健診の場合、健診当日に初回面接を実施することが可能ですが、個別健診の場合は結果が出た1か月後に初回面接を実施する必要があります。個別健診受診者に訪問すると不在や、医師から指導を受けたため市の保健指導は不要という人が増加しており、特定保健指導実施率の維持は新たな課題となっています。

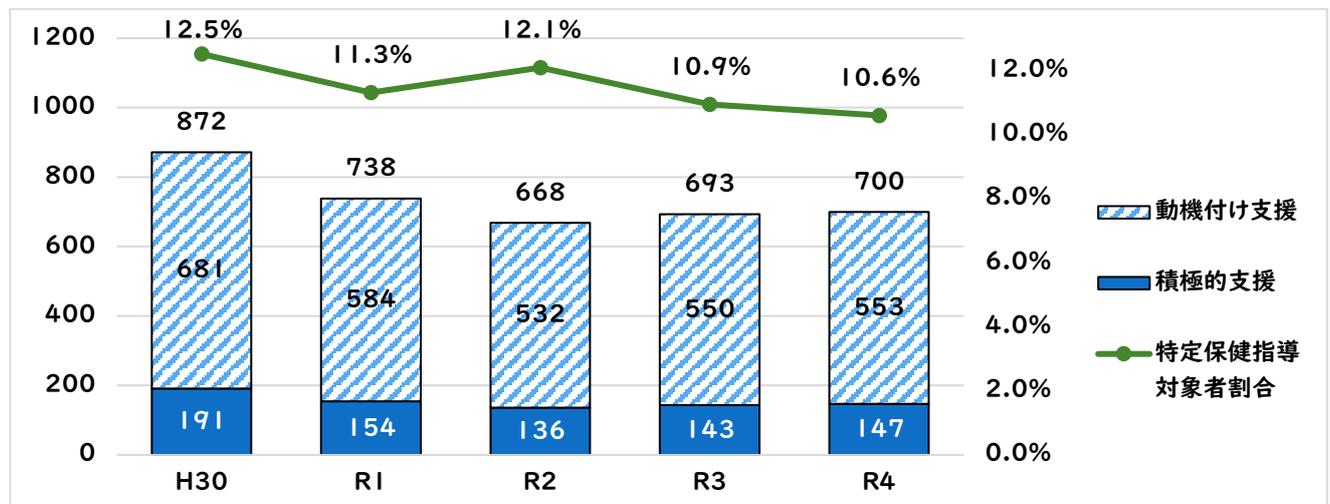
図49 特定保健指導実施率



※R4年度国の指導実施率は現時点で未公表

出典：法定報告

図50 特定保健指導対象者割合

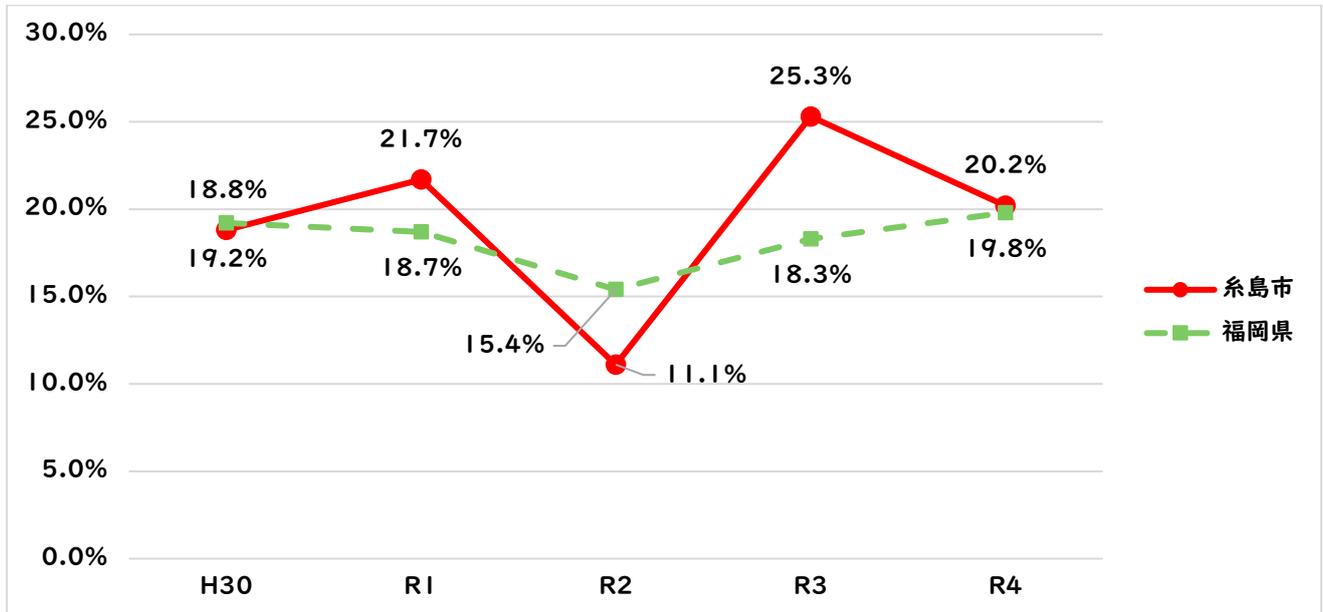


出典：法定報告

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導の効果を見る指標として「特定保健指導対象者の減少率」があります。本市における特定保健指導者の減少率は、新型コロナウイルス感染症により受診率が低下した令和2年度以外は、福岡県平均よりも高い状況です。(図51)

図51 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



出典：法定報告

4. 被保険者への特定健診に関するアンケート調査結果（一部抜粋）

※アンケート調査結果全体については、資料参照

アンケート調査の結果から、特定健診の認知度は70%以上と高いことが分かりました。また、未受診理由として最も多かったものは「定期受診中のため」、次が「市の健診以外で受けている」でした。

しかし、医療機関定期受診中の人が特定健診の対象となることを42.2%の人が知らない状況がありました。

このことから、受診率向上のためには医療機関定期受診中の人や、他で健診を受けた人に特定健診の対象者であることや、検査結果の提供を周知する必要があります。

(1) 調査概要

(ア) 調査方法 郵送調査（回答方法は郵送とインターネット回答）

(イ) 調査対象

抽出条件	対象者数
令和元年度～令和3年度新規国保加入者で、特定健診受診歴のない40歳～73歳の者	1,655
総合（集団）健診にてがん検診のみ受診した40、歳、46歳、50歳の者	765
計	2,420

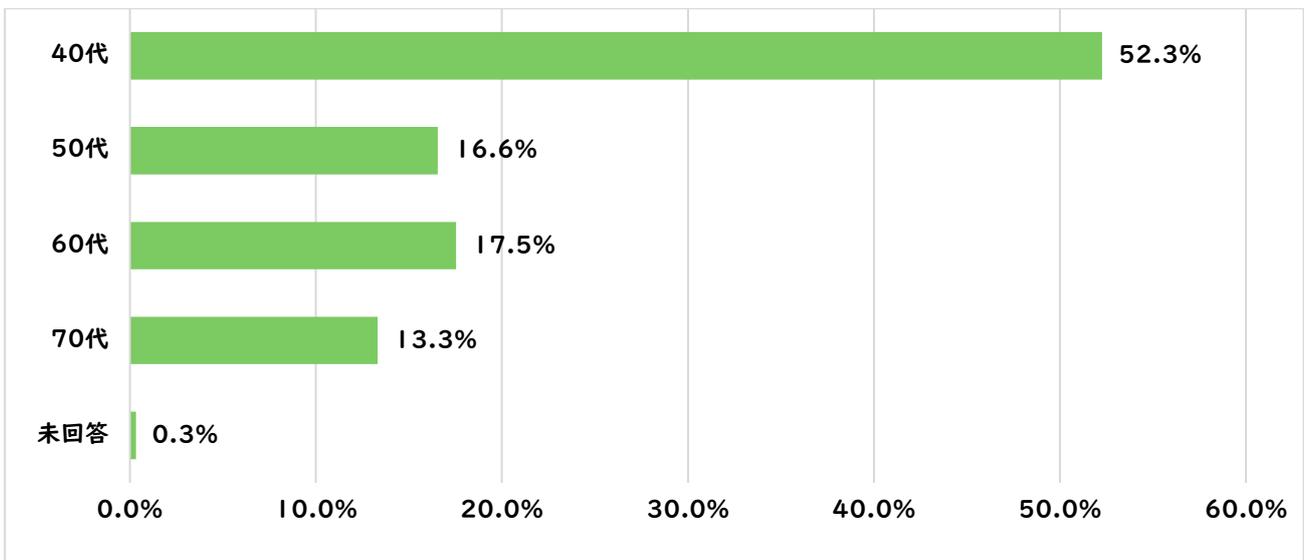
(ウ) 調査期間 令和5年9月11日～令和5年11月17日

(エ) 回答状況 有効回答数 308人（12.7%）

(2) 調査結果

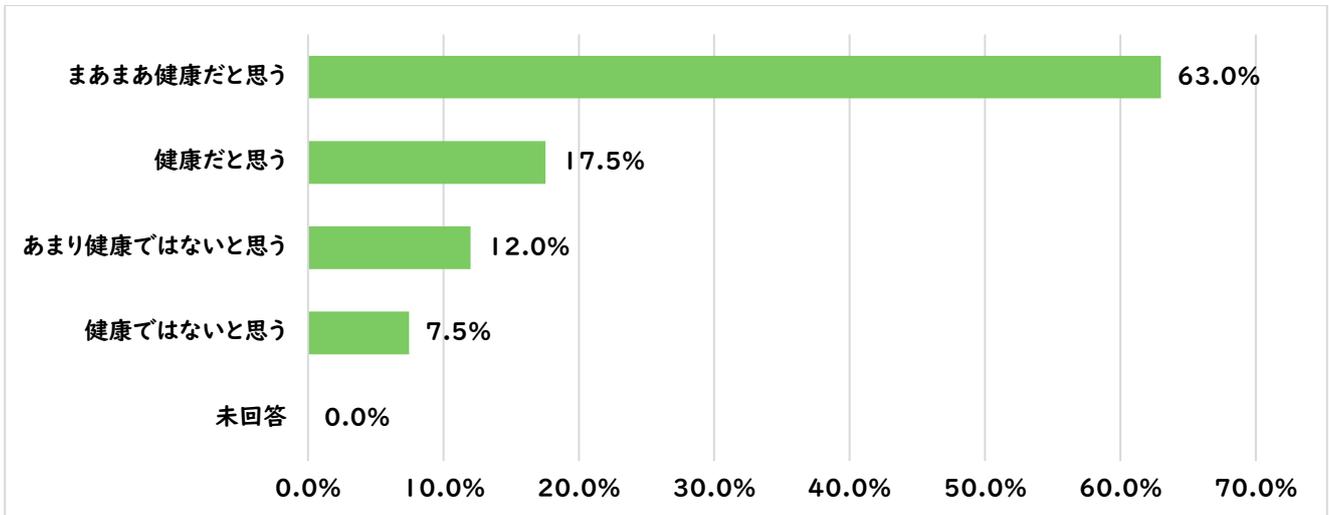
属性

回答者の年代は、「40代」52.3%が最も高く、次いで「60代」17.5%です。



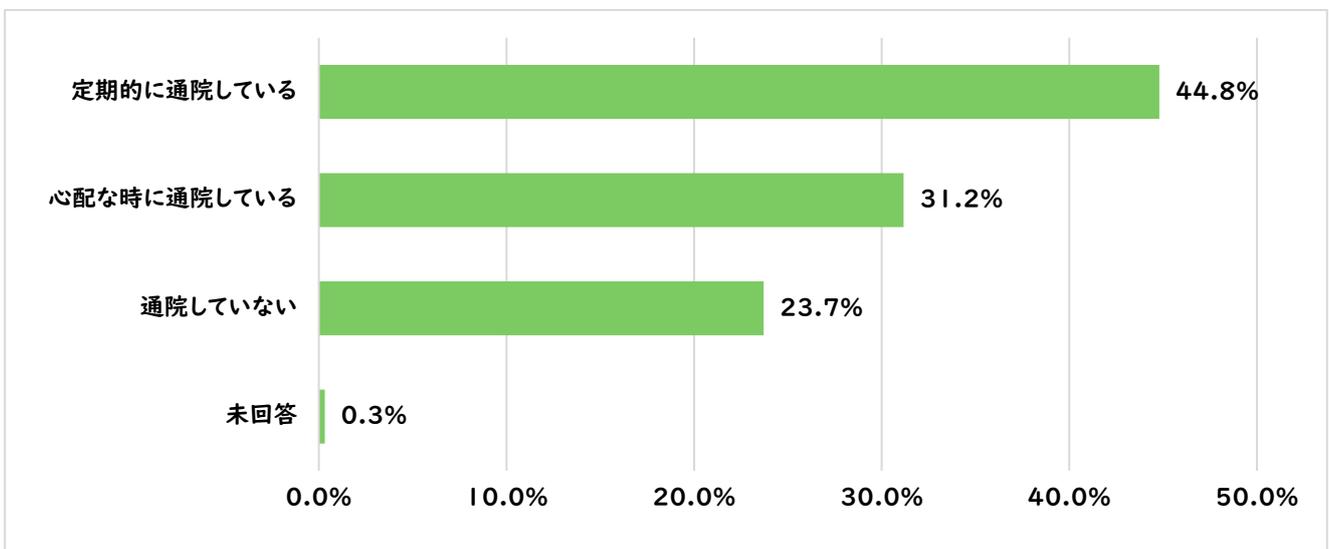
健康状態

健康状態について、「まあまあ健康だと思う」63.0%が最も高く、次いで「健康だと思う」17.5%です。



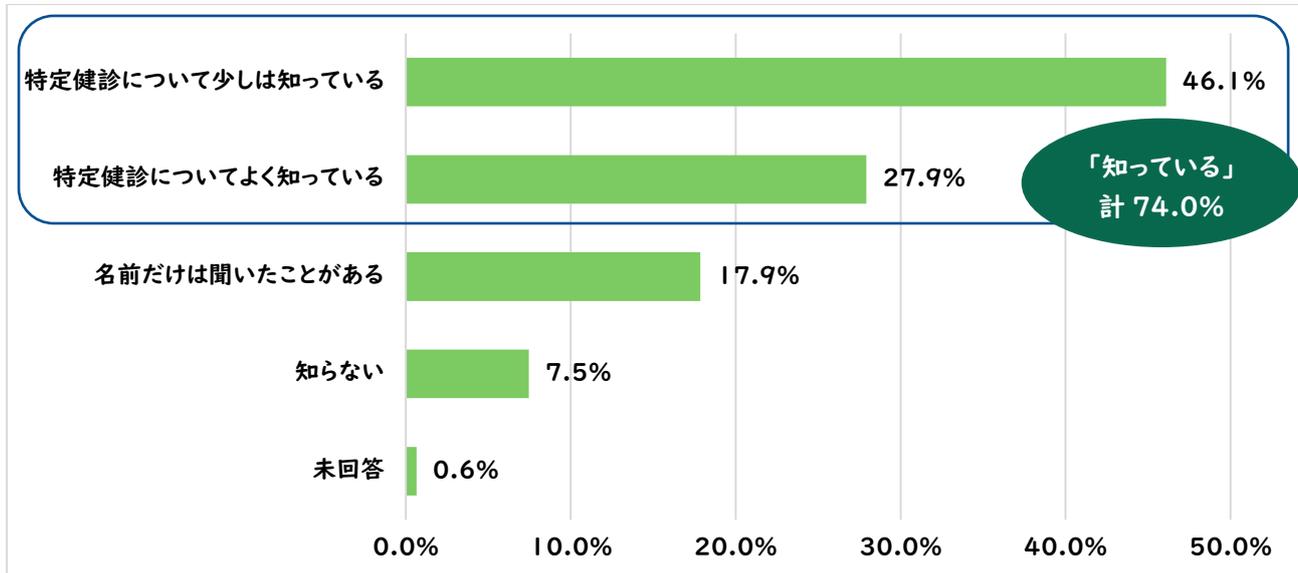
受診行動

医療機関への受診状況は、「定期的に通院している」44.8%、「必要な時に通院している」31.2%です。



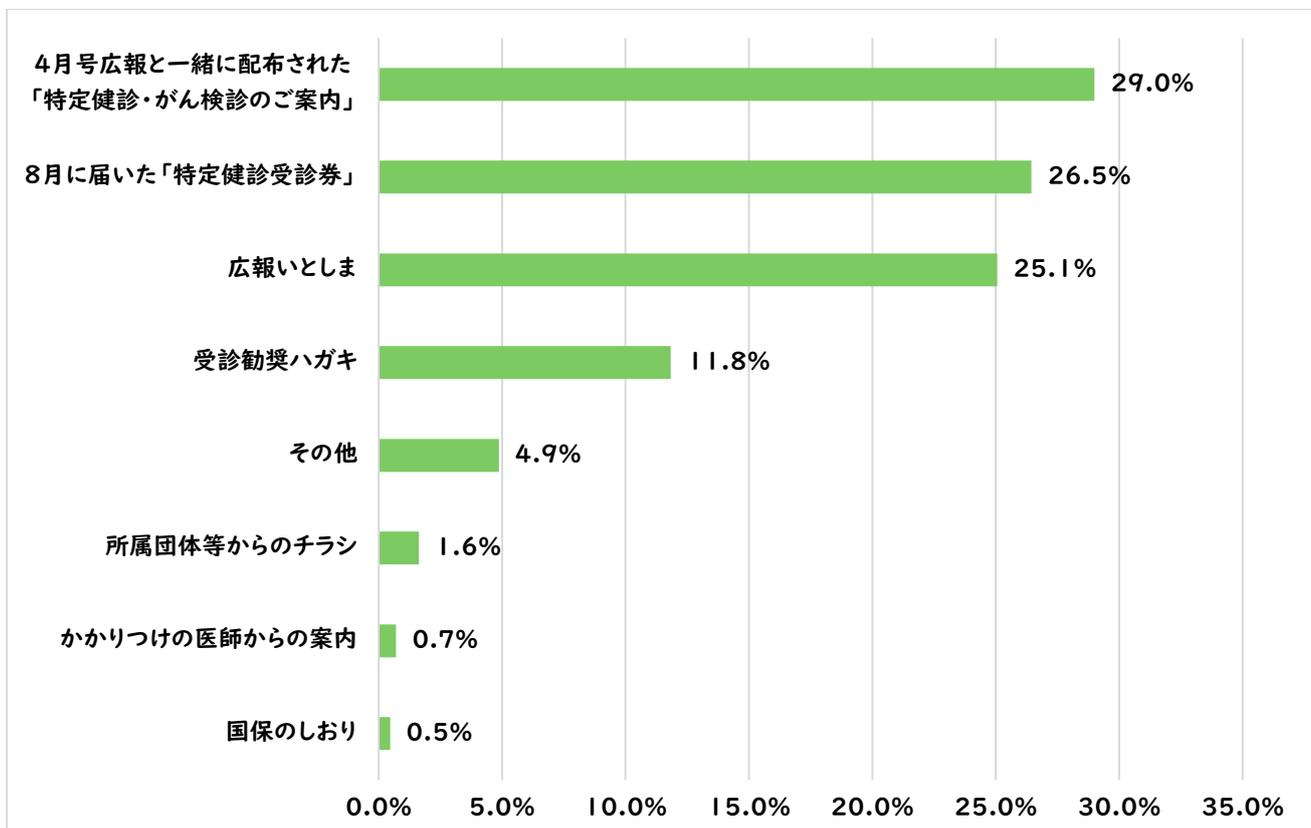
特定健診認知状況

特定健診の認知状況は、「少しは知っている」が最も高く46.1%、次いで「よく知っている」27.9%、です。



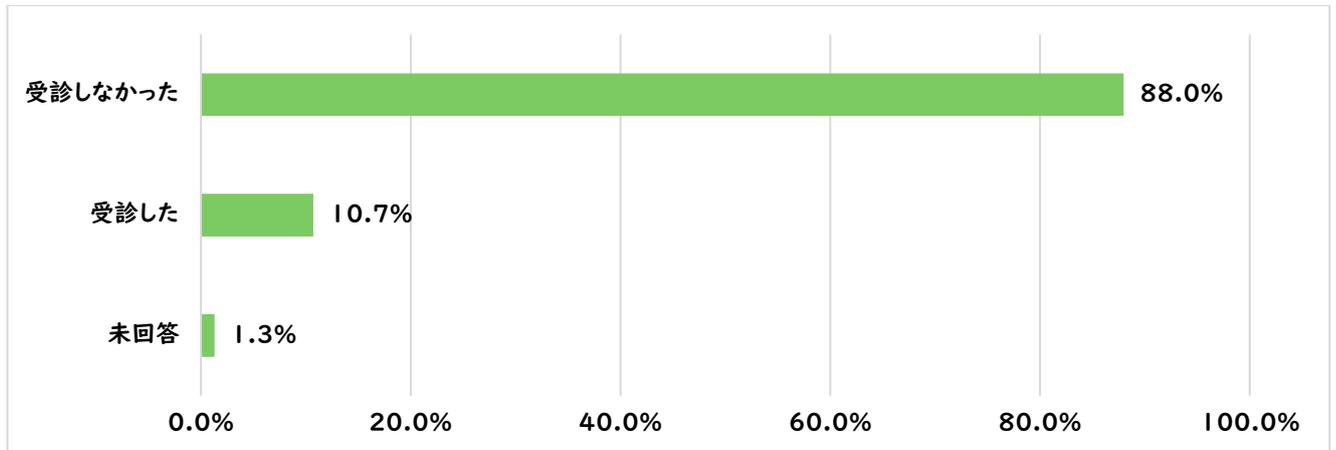
特定健診について知った方法

特定健診について知った方法は、「特定健診・がん検診のご案内」が最も高く29.0%、次いで「特定健診受診券」が26.5%です。



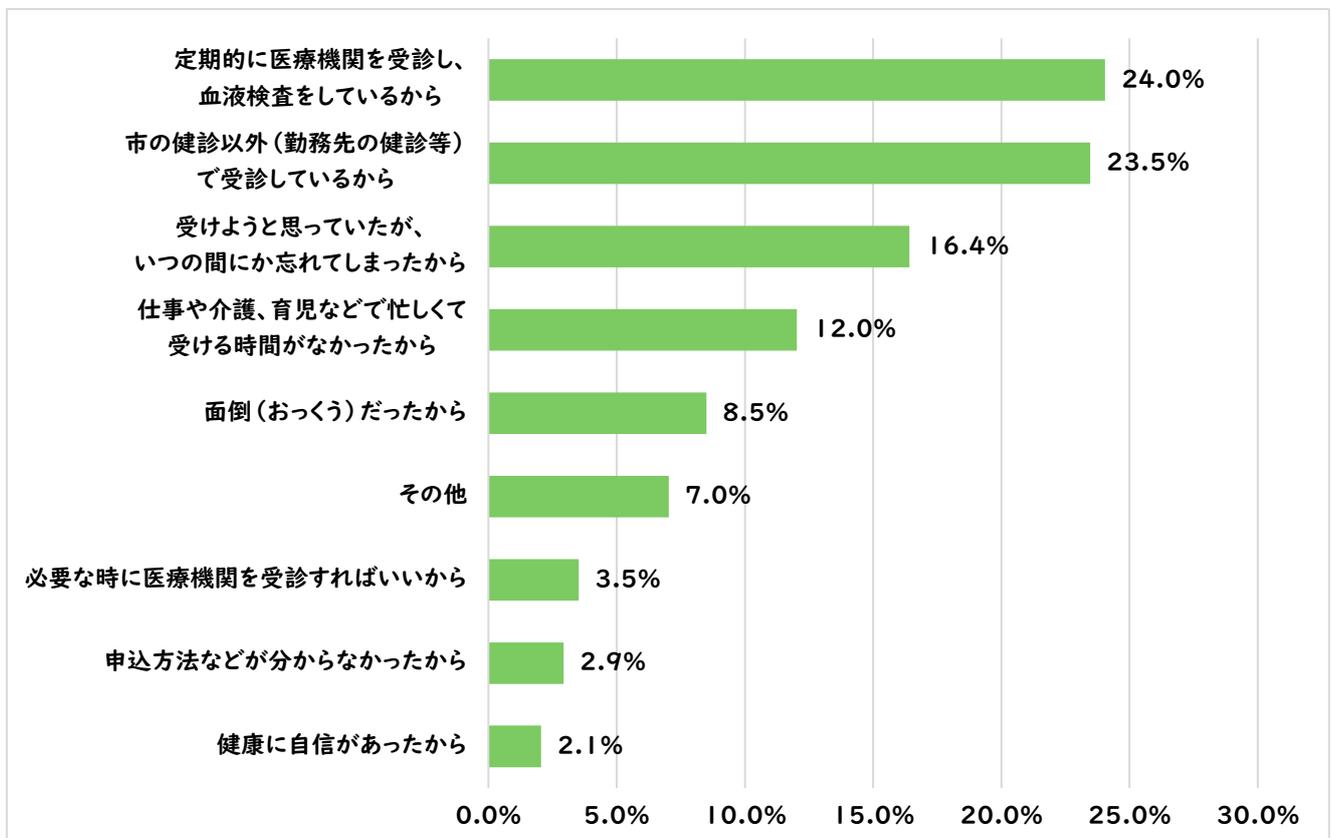
特定健診受診の有無

アンケート回答した人のうち、「受診しなかった」人は88.0%です。



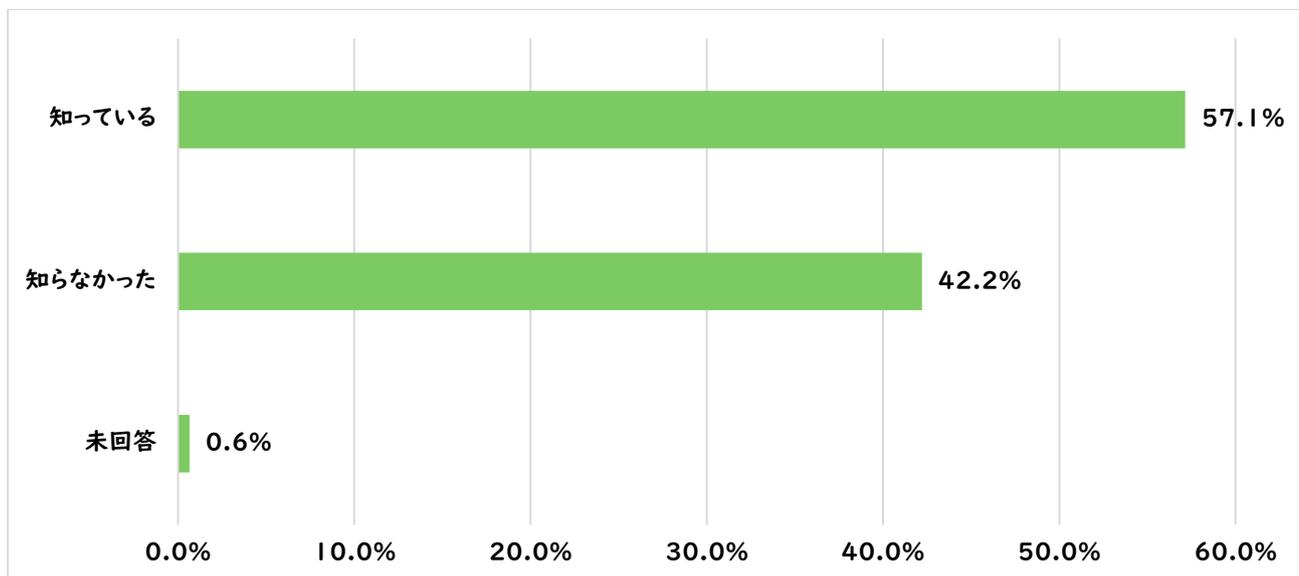
特定健診未受診理由

未受診理由は「定期的に医療機関を受診し、血液検査をしているから」24.0%、「市の健診以外（勤務先の健診等）で受診しているから」23.5%、「受けようと思っていたが、いつの間にか忘れてしまったから」16.4%、「仕事や介護、育児などで忙しくて受ける時間がなかったから」12.0%です。



医療機関通院中の者が特定健診の対象であるかの認知状況

医療機関通院中の者が特定健診対象であるかの認知状況は、「知っている」が57.1%、「知らなかった」が42.2%です。



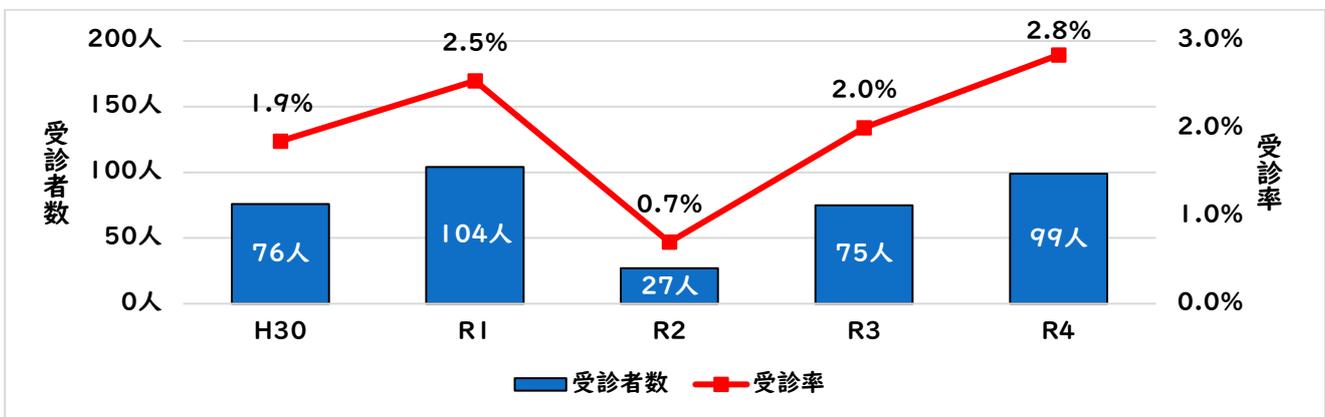
5. 若年者(20歳~39歳)の特定健診

糸島市国保では、独自事業として法定の特定健診対象外となる20歳~39歳を対象に特定健診を実施しています。

若年者(20歳~39歳)特定健診受診率

特定健診を受けやすい環境づくりのため、令和4年度から自己負担額を3,000円から500円へと変更しました。その結果、令和4年度はこれまでで最も高い2.8%の受診率となりました。しかし、依然として受診率は低い状況が続いています。(図52)

図52 若年者(20歳~39歳)特定健診受診率



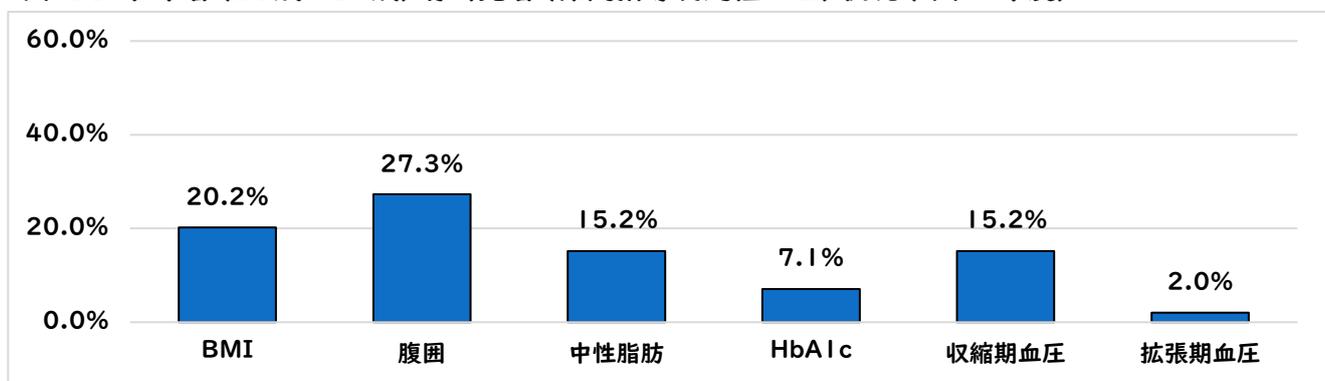
出典：糸島市健康管理システム

若年者(20歳~39歳)特定健診結果

若年者(20歳~39歳)特定健診の有所見の割合は、40歳以上の有所見割合(図41)と比べると低くなっています。(図53)

しかし、生活習慣病は望ましくない生活習慣により内臓脂肪が蓄積し、長い年月をかけ発症します。そのため、若いころから健診を受ける習慣を身につけ、体の状態を把握し、より早い時期から生活習慣の見直しを行うことで、40歳以降の生活習慣病の発症・重症化予防を防ぐ必要があります。

図53 若年者(20歳~39歳)有所見者(保健指導判定値以上)状況(令和4年度)



出典：糸島市健康管理システム

6. 後期高齢者医療の状況

本市の後期高齢者医療の被保険者数は、平成30年度13,878人から令和4年度15,730人と増加しており、令和3年度から令和4年度は585人増加しています。

被保険者数の増加に伴い、総医療費も急増していますが、1人当たり医療費は102万円台で推移しています。これは国保被保険者の約3倍です。疾患別医療費を見ると脳血管疾患が全体の約4%、虚血性心疾患が1.2%を占めています。(図54)

後期高齢者被保険者の健康状態は、これまでの生活習慣や疾病管理状況の積み重ねの結果であることから、その前の世代での生活習慣病予防・重症化予防が重要です。

図54 後期高齢者医療の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
被保険者数		13,878人	14,279人	14,425人	15,145人	15,730人
医療費総額		144億1377万円	149億8597万円	147億3278万円	154億8654万円	161億5605万円
1人当たり医療費		103.9万円	105.0万円	102.1万円	102.3万円	102.7万円
疾患別医療費	脳血管疾患	6億1816万円	7億0646万円	7億0803万円	7億4601万円	6億5197万円
	割合	4.3%	4.7%	4.8%	4.8%	4.0%
	虚血性心疾患	2億1289万円	1億9702万円	1億9428万円	1億8380万円	2億0090万円
	割合	1.5%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%

出典：保健事業等評価・分析システム_全体像(後期)

第3章 第2期計画にかかる評価

1. 評価と評価基準について

第2期計画では、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は計画最終年度までに達成を目指す中長期的な目標と対象疾患として、入院医療費、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)に関する項目を設定しました。(表10)

2つ目は年度毎に達成を目指す短期的な目標と対象疾患として、特定健診、特定保健指導、高血圧、糖尿病、脂質異常症に関する項目を設定しました。(表11)

表9 計画策定時期と使用データ

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
第2期計画年度			←—————→					
計画策定年度		第2期策定						第3期策定
目標値	初期値						最終評価	最終目標

<p>●達成状況の評価基準(数値目標以外)</p> <p>A:達成 B:未達成だが初期値より改善 C:維持 D:未達成 E:評価困難</p>	<p>●達成状況の評価基準(数値目標)</p> <p>A:よくできた(80~100%達成) B:概ねできた(50~79%達成) C:あまりできなかった(30~49%達成) D:できなかった(0~29%達成)</p> <p>出典:福岡県国保連合会_第2期データヘルス計画の評価作業について</p>
--	---

【達成率の考え方】

- ・増加目標: (現状値-計画策定時値)/(目標値-計画策定時値)
- ・削減目標: (計画策定時値-現状値)/(計画策定時値-目標値)

2. 中長期目標

中長期目標は、すべて「A」判定でした。

表 10 中長期目標

課題解決のための目標	初期値 H28	最終評価 R4	最終目標 R5	評価
A 入院医療費の伸び率の減少(入院医療費の割合)	46.0%	43.2%	減少	A
B 脳血管疾患の割合の減少(新規発症数)	910人	547人	減少	A
C 虚血性心疾患の割合の減少(新規発症数)	470人	421人	減少	A
D 糖尿病性腎症による人工透析患者の新規発症の減少	6人	6人	減少	C

3. 短期目標

短期目標は、11項目中4項目について「A」判定でした。評価が「B・D」である項目については、目標達成に向け課題の分析を行うとともに、関係する個別保健事業計画の評価を行い、効果的な取組の検討を行うことが必要です。

表 11 短期目標(★は令和2年度中間評価で新たに追加した項目)

課題解決のための目標	初期値	最終評価	最終目標	評価
	(H28)	(R4)	(R5)	
① 特定健診受診率の向上	39.0%	40.0%	47.0%	D
② 特定保健指導の終了率の向上	74.5%	71.9%	76.5%	D
③ 高血圧の者の割合の減少	5.3%	5.3%	4.0%	D
Ⅱ度以上(収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上)の割合				
④ 血糖コントロール不良者の割合の減少				
<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c6.5%以上の未治療者の割合 ・HbA1c7.0%以上(コントロール不良者)の割合 ★健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合 ★健診結果から見た糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合 	51.1%	44.8%	39.0%	B
	61.3%	46.9%	50.0%	A
	29.0%	30.4%	26.0%	D
	15.0%	16.8%	13.0%	D
⑤ 脂質異常の者の割合の減少				
<ul style="list-style-type: none"> ・LDLコレステロール160mg/dl以上の割合の減少 ・LDLコレステロール180mg/dl以上の割合の未治療者割合の減少 	15.2%	11.5%	12.0%	A
	95.7%	91.4%	92.0%	A
⑥ ★5つのがん検診の平均受診率の増加	9.4%	7.5%	11.3%	D
⑦ ★歯周病健診の受診率の増加	8.1%	10.3%	増加	A

4. 主な個別保健事業の評価と課題

個別保健事業については、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。）の福岡県保健事業支援・評価委員会の助言を参考に、毎年評価し、次年度計画を見直しました。そのため、年度により評価指標に変動があるため、令和4年度の指標で評価をおこないました。

福岡県保健事業支援・評価委員会：市町村が実施する国民健康保険の保健事業等をPDCAサイクルに沿って効果的・効率的に展開することを支援するため、公衆衛生に造詣が深い者、大学等研究機関の有識者等で構成され標記委員会を福岡県国保連合会が設置。

表 12 目標と対応する個別保健事業一覧

		対応する個別保健事業			
		(1) 特定健診 受診率向 上事業	(2) 生活習慣 病重症化 予防事業	(3) 糖尿病性 腎症重症 化予防事 業	(4) 健康講座
中 長 期 目 標	A 入院医療費の伸び率の減少 (入院医療費の割合)	○	○		○
	B 脳血管疾患の割合の減少 (新規発症数)	○	○		○
	C 虚血性心疾患の割合の減少 (新規発症数)	○	○		○
	D 糖尿病性腎症による人工透析患者の 新規発症の減少	○	○	○	○
短 期 目 標	① 特定健診受診率の向上	○			○
	② 特定保健指導の終了率の向上	○			○
	③ 高血圧の者の割合の減		○		○
	④ 血糖コントロール不良者の割合の減少		○		○
	⑤ 脂質異常の者の割合の減少		○	○	○
	⑥ ★5つのがん検診の平均受診率の増加	健康いとしま21(糸島市健康増進計画)にて実施			
	⑦ ★歯周病健診の受診率の増加				

表 13 第2期個別保健事業評価

	事業名	事業概要 (目的、内容等)	評価 指標	評価				第3期計画 に向けての 方向性
				評価指標	目標値	結果	評価	
特定健診受診率向上	(1) 特定健診受診率及び特定保健指導終了率の向上	特定健診受診率向上に向け、受診勧奨通知の送付、各種団体と連携した受診勧奨の取り組み等、多角的に受診勧奨を実施。 令和2年度から未受診者対策業務を委託し、対象者の分析結果をもとに、より効果的な受診勧奨を実施。 特定保健指導終了率の向上のため、初回面接の分割実施、圏域別の保健指導を実施。	ストラクチャー	各種団体との連携数	5団体以上	9団体	A	・対象者層に応じた受診勧奨時期、内容、回数 の再検討。 ・糸島医師会・各種団体との連携強化。 ・検査結果提供の強化。 ・SNSを活用した受診勧奨。
			プロセス	各種団体との協議回数	5回以上	12回	A	
			アウトプット	リピーター率(暫定)	75%以上	75%	A	
			アウトカム	特定健診受診率の向上	46.0%	40.0%	D	
重症化予防	(2) 生活習慣病重症化予防事業	受診勧奨判定値を超えている者に「二次検査のご案内」を送付し受診勧奨を実施。 各ガイドラインを参考に市がハイリスク介入基準を設け、ハイリスクである者に対し、電話や訪問による受診勧奨・保健指導を実施。	ストラクチャー	生活習慣病重症化予防保健指導圏域担当者への説明会の実施	1回	1回	A	・受診行動を妨げる要因の分析とその結果を活かした受診勧奨方法の確立。 ・特定健診未受診で治療中断者への受診勧奨の実施。 ・糸島医師会との連携強化。
			プロセス	中間(11月)に事業の進捗確認と協議の実施	5圏域	5圏域	A	
			アウトプット	対象者への保健指導実施率(個別・集団受診者両方)	70.0%	86.6%	A	
			アウトカム	Ⅱ度高血圧該当者割合の減少	4.0%以下	5.3%	D	
	(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症重症化予防のため、糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会と協働にて実施。平成30年度から、「糖尿病医療連携シート」の運用を開始。令和4年度から「腎症重症化予防」対象者とかかりつけ医に医療機関受診勧奨案内文書通知を発送し運用を開始。	ストラクチャー	ワーキング会議の開催	4回以上	4回	A	・糖尿病医療連携シートの運用継続。 ・医師会との連携強化。
			プロセス	糖尿病性腎症予防の対象者に関する勧奨方法の検討の実施	4回以上	4回	A	
			アウトプット	「糖尿病医療連携シート」の返信率	60.0%以上	65.2%	A	
			アウトカム	HbA1c7.0%以上(コントロール不良者)の割合の減少	55.0%以下	46.9%	A	
ポピュレーションアプローチ	(4) 健康講座	集団に対する健康づくりの啓発事業として実施。	ストラクチャー	国保年金課との定例会議の開催	1回以上	2回	A	・健康増進事業や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等と連携し、集団への啓発事業を実施。
			プロセス	実態やニーズ把握のための団体担当者との打ち合わせ	2回以上	2回	A	
			アウトプット	講座参加者数	70人以上	18人	D	
			アウトカム	有害事象を理解し、お薬手帳の必要性を理解した参加者割合 ※講座実施後アンケートを実施	90.0%以上	100%	A	

第4章 第3期計画データヘルス計画について

1. 健康課題の明確化

(1) 系島市の状況、系島市国民健康保険の現状から

		優先する健康課題	対応する保健事業
現状	被保険者は減少しているが、総医療費、1人当たり医療費は平成30年から年々増加。		
	課題① 年々増加する医療費削減のためには、予防可能な生活習慣病疾患の対策が必要です。	◎	課題①③⑤ 生活習慣病重症化予防事業 課題② がん検診受診率向上 課題④ 糖尿病性腎症重症化予防事業 課題①②③④⑤ 健康教育 課題①②③④⑤ 地域包括ケアシステム推進の取組
現状	疾病別医療費では「がん」の割合が最も高い。		
	課題② がん検診受診率は低迷しており、早期発見・早期治療のため、がん検診受診率向上対策の強化が必要です。	○	
現状	生活習慣病の中で疾病別医療費が最も割合が高い疾患は「糖尿病」であり、次に「高血圧」。		
	課題③ 生活習慣病の中でも、医療費の面からは「糖尿病」「高血圧」の優先度が高く、対策が必要です。	◎	
現状	入院・入院外単価が最も高い疾患は「腎不全」。 透析に係る医療費は3.1億円。 新規透析患者に占める糖尿病性腎症の割合は33.3%。		
	課題④ 入院・入院外単価が高い「腎不全」の主要因となる糖尿病性腎症の発症予防・重症化予防が必要です。	◎	
現状	80万円以上の高額レセプトのうち、脳血管疾患の費用額は虚血性心疾患の約3倍。 要介護認定者の8割以上が高血圧に罹患。5割以上が糖尿病に罹患。		
	課題⑤ 脳血管疾患は、医療費と介護給付費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の発症予防・重症化予防が必要です。	◎	

※優先する健康課題：◎最優先、○優先、△その他

※保健事業の詳細についてはP62～参照

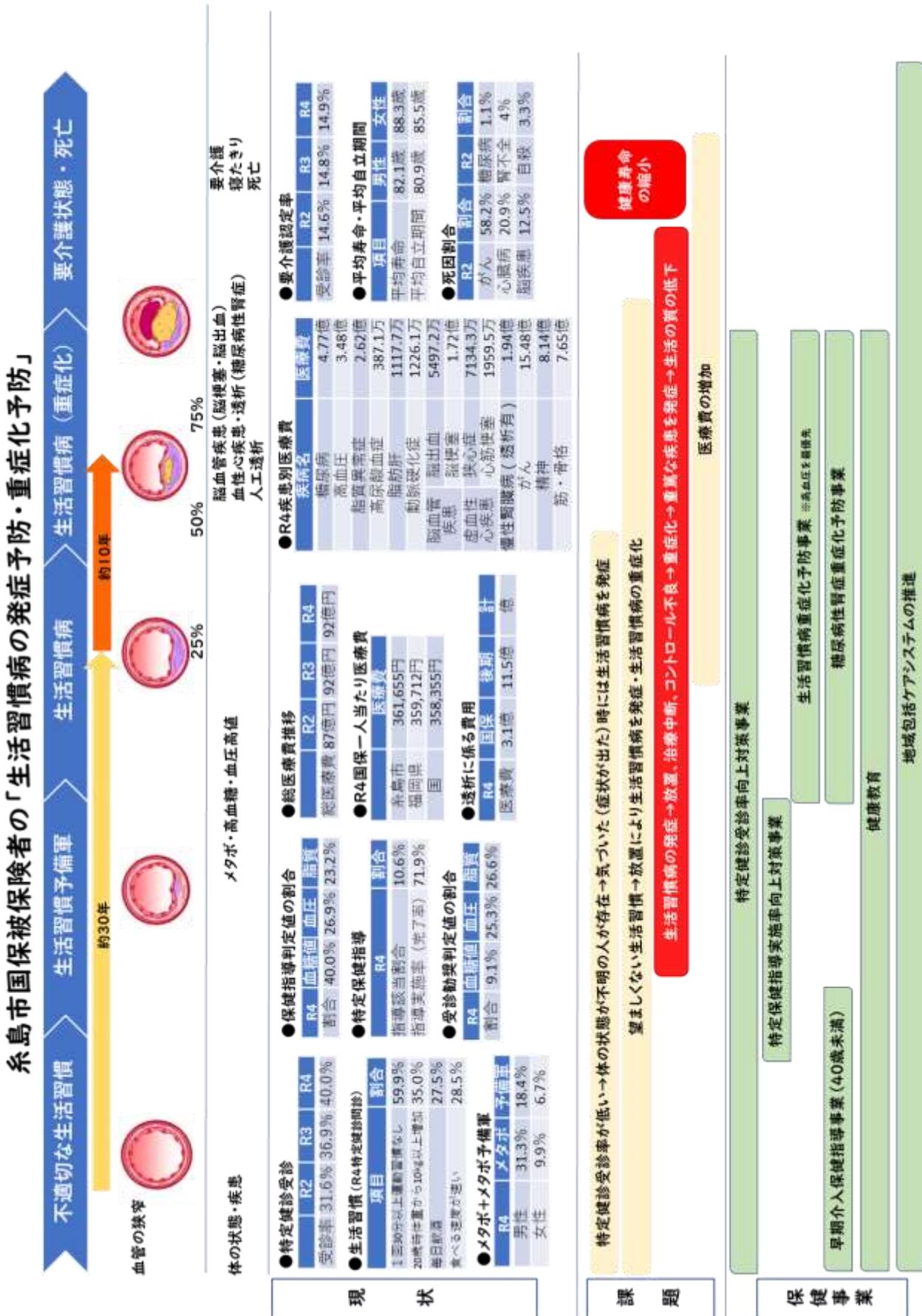
(2) 特定診査・特定保健指導の現状から

		優先する健康課題	対応する保健事業
現状	特定健診受診率は40%であり、目標値47.0%に達していない。また、若い世代ほど受診率が低い。		
課題①	生活習慣病発症予防・重症化予防対策のスタート地点である健診の受診率向上に引き続き取り組む必要があります。	◎	課題① 特定健診受診率向上対策事業
現状	特定保健指導率は71.9%であり、目標値76.5%に達していないが、市町村国保の国目標である60%は達成。 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は男性49.7%、女性16.6%。		
課題②	生活習慣病発症予防のためにメタボリックシンドロームの解消が必要です。	◎	課題②⑤ 特定保健指導実施率向上対策事業
現状	特定健診受診者のうち受診勧奨判定値に該当する割合は、HbA1c9.1%、血圧25.3%、LDL26.6%。		
課題③	生活習慣病の重症化予防のため、受診勧奨判定値該当者を医療に繋げるとともに、生活習慣の改善が必要です。	◎	課題③⑤ 生活習慣病重症化予防事業
現状	慢性腎臓病の専門医受診対象者で治療なしは21.9%。		
課題④	慢性腎臓病は進行すると透析に至るため、早期に医療につなげる必要があります。慢性腎臓病の主な要因の一つである糖尿病性腎症を防ぐため糖尿病のコントロールが重要です。	◎	課題③④⑤ 糖尿病性腎症重症化予防事業
現状	特定健診問診結果は、福岡県や国と比べ飲酒回数・運動習慣なし・食べる速度が速い・就寝前の夕食・朝食の欠食・喫煙の割合が多い。		
課題⑤	望ましくない生活習慣を有する人が多く、今後さらに多くの人が生活習慣病を発症・重症化する可能性があります。	◎	課題①②③④⑤ 健康教育
現状	39歳未満の有所見者割合は腹囲27.3%、収縮期血圧15.2%、HbA1c7.1%を占める。		
課題⑥	若年層のメタボ、高血圧保有者も多く、若年期からの生活習慣病発症予防が必要です。	○	課題⑥ 早期介入保健指導事業(40歳未満)
			課題①②③④⑤⑥ 地域包括ケアシステムの推進

※優先する健康課題：◎最優先、○優先、△その他

※保健事業の詳細についてはP62参照

図 55 第3期保健事業計画(データヘルス計画)概要



2. 計画の目的・目標

(1) 計画の目的・目標

本市の現状、健康課題から、第3期データヘルス計画の目的・目標は下記のとおりとします。



※脂質異常症については、年代、性別、他の疾患の有無により内服治療の必要性に幅があることから、高血圧、糖尿病を最優先とする。

(2) 評価指標

評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい「共通指標」及び地域の実情に応じて設定する「独自指標」を設定します。(※各年度の目標値、データソース等については資料参照)

◆データヘルス計画の中長期目標(評価指標)

	共通指標	独自指標	課題を解決するための指標	初期値	目標値		参考値		
				R4	R8 中間評価	R11 最終評価	R4 国	R4 県	
中長期目標	アウトカム評価	●	脳血管疾患新規発症者数 (被保険者千人当たり)	22.6人	21.1人	19.6人	—	16.8人	
		●	虚血性心疾患新規発症者数 (被保険者千人当たり)	16.5人	15.1人	13.6人	—	13.6人	
		●	糖尿病性腎症による透析導入者の割合	33.3%	減少	減少	—	46.0%	
		参考値		(後期)糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	15.8%			—	35.70%
				総医療費	91億9400万3790円	—	—	—	—
				被保険者一人当たり医療費	361,655円	—	—	358,335円	359,712円
			※保健事業の医療費削減効果については、以下の理由で計画期間中の評価が難しいため、参考指標とする。 ・医療費は、新型コロナウイルス・インフルエンザなどの感染症の影響、医療報酬改定など外的要因に左右されやすい。 ・長期的(10年～)には医療費削減や健康寿命の延伸などに繋がると考えられるが、保健事業等で受療勧奨し、継続治療者が増えた場合、短中期的には医療費が増える。 ・保健事業のカバー率から、医療費への効果測定が難しい。 ・一人当たりの医療費は、一般的には、被保険者の高齢化、医療の高度化で増加傾向 出典：令和5年度保健事業支援・評価委員会小委員会 総括						

◆データヘルス計画の短期目標(評価指標)

	共通指標	独自指標	課題を解決するための指標	初期値	目標値		参考値	
				R4	R8 中間評価	R11 最終評価	R3国	R4 県
短期目標	アウトカム指標	●	Ⅱ度高血圧者の割合 (160以上/100以上)	5.3%	4.7%	4.1%	—	5.5%
		●	脂質異常症(LDL180mg/dl以上)の未治療者の割合	91.4%	90.8%	90.6%	—	92.0%
		●	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.2%	1.0%	—	1.4%
		●	HbA1c8.0%以上の未治療者の割合	30.4%	28.5%	26.0%	—	34.7%
	アウトプット指標	●	特定健診受診率(*12、*13)	40.0%	44.0% (R7 法定報告値)	50.0% (R10 法定報告値)	36.4%	34.4%
		●	特定保健指導実施率(*13)	71.9%	72.5% (R7 法定報告値)	74.0% (R10 法定報告値)	27.9%	43.1%
		●	内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者の減少率(*13) ※前年度該当していたが、内臓脂肪症候群・予備群に該当しなくなった者の割合(%)	21.8%	21.0% (R7 法定報告値)	19.5% (R10 法定報告値)	19.8%	19.6%
		●	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(*13) ※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	20.2%	21.9% (R7 法定報告値)	24.4% (R10 法定報告値)	21.4%	19.8%

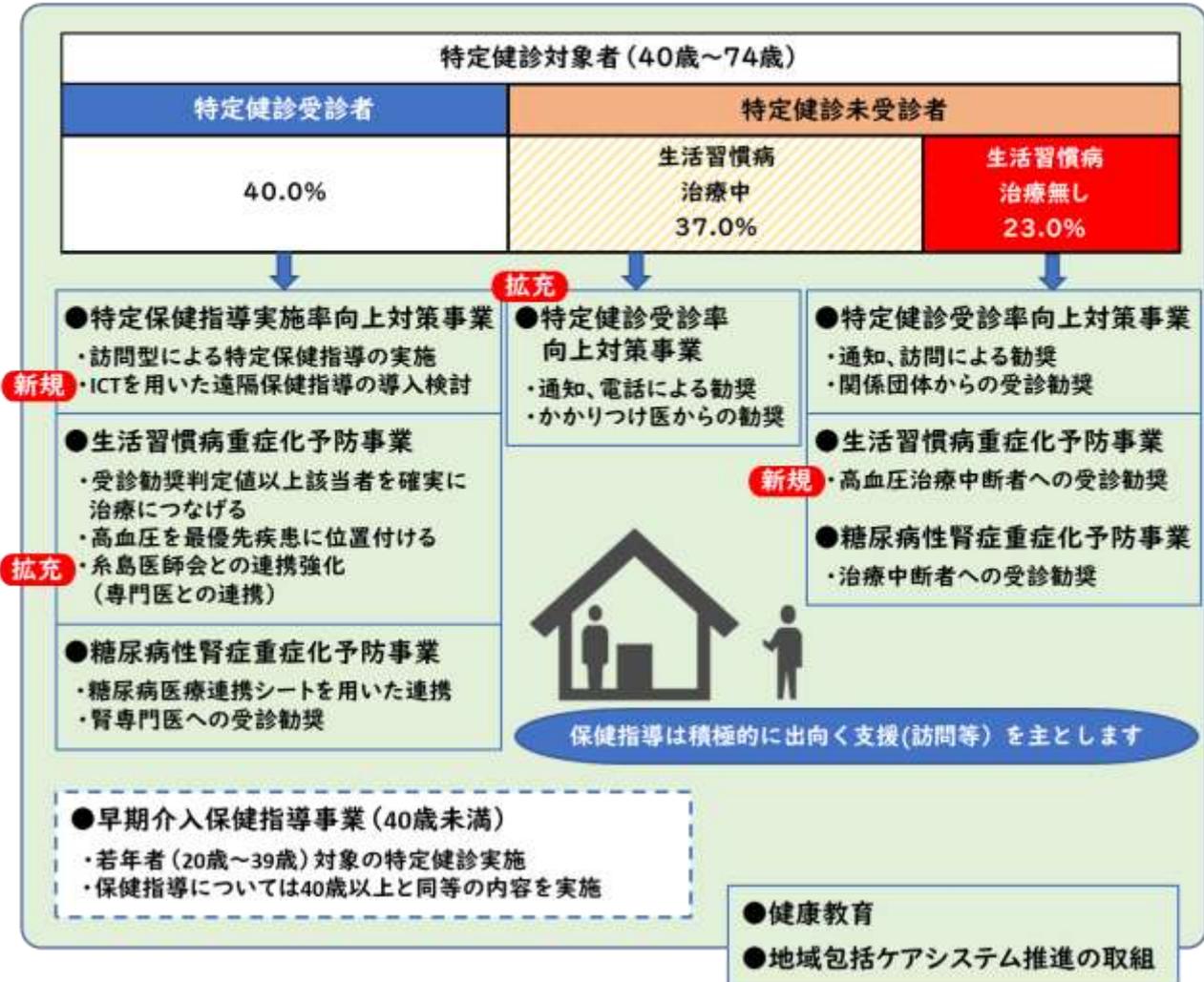
*12:本来の名称は特定健診「実施率」。本市では従来から特定健診「受診率」という名称に統一して使用。

*13:法定報告値の公表は次年度の秋であることから、評価については前年度の法定報告値を使用するため、目標値も前年度目標値とした。

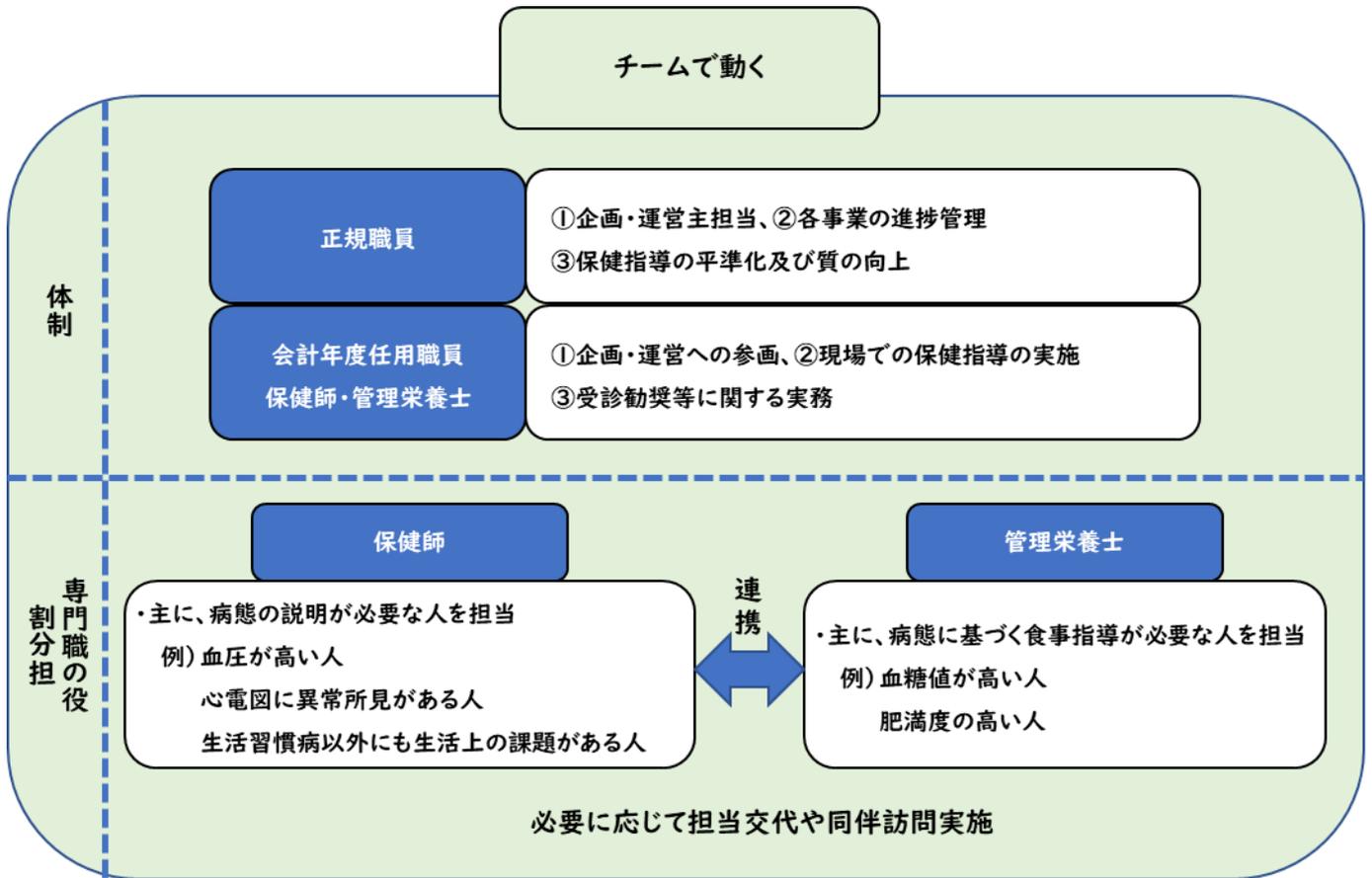
3. 個別の保健事業について

(1) 課題解決のための個別の保健事業

中長期目標及び短期目標の達成のために実施する個別の保健事業について、以下のとおりとします。



(2) 個別の保健事業の実施体制・専門職の役割分担



(3) 保健指導の質の向上

保健指導の質の向上を目的に、以下の通り専門職のスキルアップに取り組みます。また、毎年研修計画を立て、確実に実施していきます。

項目	時期・回数	内容
事例検討	年5回程度	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇困難事例 ・病態別事例
基礎研修	年5回程度	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導マニュアルの学習、保健指導資料の使い方等 ・医療、処方薬、リハビリ、介護保険制度について等
事業評価	年2回	<ul style="list-style-type: none"> ・4月(前年度事業最終評価)、11月(当該年度事業中間評価) ・目標等の共通理解 ・課題抽出 ・改善策の検討等

(4) 個別の保健指導事業内容

個別の保健指導の内容については以下のとおりとします。

なお、個別の保健事業の評価については第5章「4. 計画の進捗管理・評価及び見直し」P79 をご参照ください。

① 特定健診受診率向上対策事業															
事業目的	特定健診未受診の理由や対象者の行動分析に基づいた受診勧奨を行うことで、特定健診の受診率向上を図る。														
事業概要	特定健診対象者に対し、広報、個人通知、電話勧奨、再勧奨通知の送付、各種団体との協力により特定健診の受診を促す。														
対象者・選定基準	(1) 特定健診対象者(40歳～74歳) <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者全員 ・特定健診対象者のうち課税世帯の者 ・前年度総合(集団)健診受診者 ・各種団体の構成員 (2) 特定健診未受診者(40歳～74歳) <ul style="list-style-type: none"> ・過去5年以上、特定健診未受診者 ・過去5年間、総合(集団)健診受診歴のある未受診者 ・過去5年間不定期受診者 ・過去5年間特定健診受診歴のある者 ・51歳、56歳、61歳の特定健診未受診者(肝炎ウイルス検査節目対象年齢と重複) ・国保加入後3年以内の未受診者 														
主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・課税世帯の自己負担額の無料化による特定健診受診時の経済的負担軽減。 ・過去の受診状況や年代などの分析に基づく、効果的な受診勧奨の実施(ナッジ理論の活用)。 ・総合(集団)健診の土日、祝日開催、託児付き健診の実施。 ・地域の関係団体と協働した、受診勧奨や健診の実施。 ・医療機関での検査結果や他の健診データの提供者へインセンティブ実施。 ・医療情報収集事業、人間ドックデータの活用事業の実施。 														
ストラクチャー(体制)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">庁内担当部署</td> <td>健康づくり課、国保年金課</td> </tr> <tr> <td>保健医療関係団体</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会：特定健診保健指導嘱託医の推薦 ・糸島医師会・福岡県医師会：個別健診の実施(委託) ・市内人間ドック実施医療機関：人間ドックデータ活用事業の実施(委託) </td> </tr> <tr> <td>国保連合会</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査に関するデータ提供 ・医療情報収集事業(委託) </td> </tr> <tr> <td>民間事業者</td> <td>外部委託業者に架電による受診勧奨</td> </tr> <tr> <td>その他組織</td> <td>商工会、JA等：市事業への協力</td> </tr> <tr> <td>他事業</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・健康講座等参加者への特定健診の周知や受診勧奨 ・がん検診等の受診勧奨時に特定健診も併せて勧奨 </td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・年間スケジュールに基づく計画的な受診勧奨 ・検査結果提供者に対して糸島市可燃ごみ袋を提供 </td> </tr> </table>	庁内担当部署	健康づくり課、国保年金課	保健医療関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会：特定健診保健指導嘱託医の推薦 ・糸島医師会・福岡県医師会：個別健診の実施(委託) ・市内人間ドック実施医療機関：人間ドックデータ活用事業の実施(委託) 	国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査に関するデータ提供 ・医療情報収集事業(委託) 	民間事業者	外部委託業者に架電による受診勧奨	その他組織	商工会、JA等：市事業への協力	他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・健康講座等参加者への特定健診の周知や受診勧奨 ・がん検診等の受診勧奨時に特定健診も併せて勧奨 	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・年間スケジュールに基づく計画的な受診勧奨 ・検査結果提供者に対して糸島市可燃ごみ袋を提供
庁内担当部署	健康づくり課、国保年金課														
保健医療関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会：特定健診保健指導嘱託医の推薦 ・糸島医師会・福岡県医師会：個別健診の実施(委託) ・市内人間ドック実施医療機関：人間ドックデータ活用事業の実施(委託) 														
国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査に関するデータ提供 ・医療情報収集事業(委託) 														
民間事業者	外部委託業者に架電による受診勧奨														
その他組織	商工会、JA等：市事業への協力														
他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・健康講座等参加者への特定健診の周知や受診勧奨 ・がん検診等の受診勧奨時に特定健診も併せて勧奨 														
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・年間スケジュールに基づく計画的な受診勧奨 ・検査結果提供者に対して糸島市可燃ごみ袋を提供 														

プロセス (方法)	(1) 特定健診対象者(40歳～74歳)									
	対象者		時期	内容						
	特定健診対象者全員		4月	「健診の手引き」の全戸配布						
			通年	広報・ホームページ・SNSでのPR						
	特定健診対象者のうち課税世帯の者		通年	特定健診自己負担額全額免除						
	前年度総合(集団)健診受診者		4月	総合(集団)健診受診勧奨個別通知発送						
	各種団体の構成員		共同で実施するコラボ健診前	周知・申込チラシを団体を通じて配布						
	(2) 特定健診未受診者(40歳～74歳)									
	対象者		時期	内容						
	過去5年間以上特定健診受診歴のない者		5月頃	個人通知による受診勧奨						
過去5年間、総合(集団)健診受診歴のある未受診者		6月～12月 ※総合(集団)健診予約期間	電話による受診勧奨							
特定健診未受診者		7月末	特定健診受診券と受診勧奨啓発チラシ個別通知による受診勧奨							
51歳、56歳、61歳の特定健診未受診者 (肝炎ウイルス検査節目対象年齢と重複)		7月	個人通知による受診勧奨							
過去5年間不定期受診者		10月頃								
国保加入後3年以内の未受診者		10月頃								
過去5年間特定健診受診歴のある者		1月								
評価指標		方法	評価時期	初期値	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット (実施量・率)	未受診者への個人通知 発送割合	受診勧奨名簿: 発着者数/対象者数	単年 ・最終: 年度末	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム (成果)	特定健診受診率	暫定: 健康管理システム 最終: 法定報告値	単年 ・暫定: 4月 ・最終: 11月頃	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%

② 特定保健指導実施率向上対策事業

事業目的	特定保健指導の未利用者の理由の把握や対象者の属性等に基づいた利用勧奨・保健指導を行うことで、特定保健指導の実施率の向上を図る。		
事業内容	特定保健指導対象者に対し、特定保健指導の利用を勧奨するとともに、指導を開始した者の利用中断(脱落)を防ぐため、対象者のニーズに応じた特定保健指導を実施する。		
対象者・選定基準	特定保健指導対象者 ・国の標準的な健診・保健指導プログラムに準じる		
主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・総合(集団)健診会場における初回面接の分割実施 ・訪問を主とした出向く支援の実施 ・医師会と連携した特定保健指導利用の周知 ・ICTを用いた遠隔保健指導の導入検討 		
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康づくり課	
	保健医療関係団体	個別健診実施医療機関:特定保健指導対象者への利用周知の協力	
	国保連合会	特定保健指導に関するデータ提供	
	民間事業者	総合(集団)健診受託機関:結果送付時の啓発資料の同封	
	他事業	健康増進法に基づく健康教育等との連携による継続支援	
	その他	・効果的な保健指導の実施のため、専門職のスキルアップを目的とし、月1回の事例検討会や研修会を実施	
プロセス(方法)	(1) 総合(集団)健診受診者について		
	項目	時期	内容
	初回面談の分割実施(1回目)	総合(集団)健診当日	総合(集団)健診会場にて、腹囲・体重・血圧・喫煙歴等の状況から、特定保健指導の対象見込み者を選定し、初回面談1回目(暫定的な行動計画の策定)を実施
	勧奨	総合(集団)健診受診後約1か月後	総合(集団)健診受託機関から結果と共に、特定保健指導啓発資料を同封
	訪問準備		・対象者名簿・結果経年表を作成 ・名簿をもとにレセプト確認や訪問資料準備
	初回面談の分割実施(2回目)	総合(集団)健診受診後約1か月～2か月後	・結果が全て揃った後、訪問・電話により初回面談2回目(行動計画の修正・完成)を実施。 ・行動計画には市の健康講座や運動教室等を活用する
	実績評価	初回面接2回目から起算して3か月経過後	訪問により実績評価実施。
	その他	随時	2回訪問しても不在の場合、手紙を送付。

プロセス (方法)	(2) 個別健診受診者について									
			項目	時期	内容					
			医師への周知	7月	個別特定健診実施要領を糸島医師会特定健診実施医療機関に配布し、特定保健指導対象者には市の特定保健指導を利用する旨の周知を実施					
			勸奨	総合(集団)健診受診後約1か月後	特定保健指導対象者に特定保健指導利用勸奨通知送付					
			訪問準備		・対象者名簿・結果経年表を作成 ・名簿をもとにレセプト確認や訪問資料準備					
			初回面談実施	総合(集団)健診受診後約1か月～2か月後	・結果が全て揃った後、訪問・電話により初回面談(行動計画作成)実施。 ・行動計画には市の健康講座や運動教室等を活用する					
			実績評価	初回面接1回目から起算して3か月経過後	訪問より実績評価実施。					
			その他	随時	2回訪問しても不在の場合、手紙を送付。					
			(3) ICTを用いた遠隔保健指導の導入検討							
			内容	時期	内容					
		モデル事業の実施	令和6年度	遠隔保健指導モデル事業を委託で実施。効果を検証する。						
		導入の検討	令和6～7年度	効果が高い場合は、令和8年度から本格導入に向け準備。効果が低い場合は、他の手法を検討する。						
評価指標		方法	評価時期	初期値	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット (実施量・率)	特定保健指導実施率※保健指導の終了率	暫定：健康管理システムで集計 最終：法定報告値	単年 ・暫定：4月 ・最終：11月頃	71.9%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.5%
アウトカム (成果)	内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者の減少率			21.8%	21.5%	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.5%

③ 生活習慣病重症化予防事業

事業目的	受診勧奨値を超えている者や治療中断者に対する受診勧奨や保健指導により、早期受診及び生活習慣の改善につなげ、生活習慣病の重症化を予防する。										
事業内容	受診勧奨判定値を超えている者及び治療中断者へ受診勧奨・保健指導を実施する。										
対象者・選定基準	<p>(1) 総合(集団)健診受診者で受診勧奨判定値を超えている者 ・国の標準的な健診・保健指導プログラムに準じる</p> <p>(2) 受診勧奨値を超えている者のうちよりハイリスクである者 ※HbA1c が受診勧奨値を超えているハイリスク者については、④糖尿病性腎症重症化予防事業対象。</p> <p>●総合(集団)健診結果が以下に該当する者 ・Ⅱ度高血圧以上かつ健診問診項目にて血圧内服無し ・LDL180 mg/dl 以上かつ脂質内服無し ・尿蛋白+以上 ・eGFR45 未満 ・心房細動</p> <p>●個別健診結果が以下に該当する者 ・Ⅱ度高血圧以上かつ健診問診項目にて血圧内服無し ※個別健診については、医師から健診結果説明があり、必要に応じて治療開始となることから、短期目標疾患の最優先疾患である高血圧と糖尿病該当者を対象者とする。</p> <p>(3) 治療中断者 高血圧のレセプトが3か月以上ない中断者 ※糖尿病については、(2) (3) 共に④糖尿病性腎症重症化予防事業対象。</p>										
主な戦略	・優先度の高い病態や疾患の見極めと確実な受診につなげる保健指導の実施 ・高血圧の重症化予防を目指す新たな仕組みづくり										
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康づくり課									
	保健医療関係団体	・糸島医師会：生活習慣病予防対策相談医師(循環器専門医)の推薦 ・糸島医師会、糸島薬剤師会、糸島歯科医師会：「地域包括ケアの推進に関する協定」に基づく保健指導への協力									
	国保連合会	特定健康診査に関するデータ提供									
	民間事業者	総合(集団)健診受託機関：受診勧奨判定値を超えている者への結果送付時の二次検査受診勧奨通知物の同封									
	他事業	健康増進法に基づく健康教育等との連携による継続支援									
	その他	・効果的な保健指導のための専門職への研修の実施									
プロセス(方法)	<p>(1) 総合(集団)健診受診者で受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨</p> <table border="1" data-bbox="341 1778 1433 1984"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>時期</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>勧奨</td> <td>総合(集団)健診受診後約1か月後</td> <td>総合(集団)健診受託機関から結果と共に、二次検査受診勧奨通知の送付</td> </tr> <tr> <td>受診状況確認方法</td> <td>健診後2か月～6か月</td> <td>医療機関からの二次検査の返信状況、レセプトの有無を確認</td> </tr> </tbody> </table>		項目	時期	内容	勧奨	総合(集団)健診受診後約1か月後	総合(集団)健診受託機関から結果と共に、二次検査受診勧奨通知の送付	受診状況確認方法	健診後2か月～6か月	医療機関からの二次検査の返信状況、レセプトの有無を確認
項目	時期	内容									
勧奨	総合(集団)健診受診後約1か月後	総合(集団)健診受託機関から結果と共に、二次検査受診勧奨通知の送付									
受診状況確認方法	健診後2か月～6か月	医療機関からの二次検査の返信状況、レセプトの有無を確認									

具体的な内容										
プロセス (方法)	(2) 受診勧奨値を超えている者のうちよりハイリスクである者									
	項目	対象者			時期	内容				
		健診種別	健診結果	治療状況						
	勧奨	集団個別	Ⅱ度高血圧以上	未治療	健診後 1か月～3か月	訪問により受診勧奨・保健指導を実施				
		集団	尿蛋白+以上	—						
			eGFR45 未満	—						
			心房細動	—						
		LDL180 mg/dl以上	未治療	健診後約1か月	結果結果に、受診勧奨啓発チラシを同封					
	受診状況確認方法	上記対象者			健診後 2か月～6か月	医療機関からの二次検査の返信状況、レセプトの有無を確認				
	再勧奨	受診確認がとれなかった者			健診後 2か月～6か月	訪問による受診勧奨・保健指導を実施				
台帳管理	事業対象者全員			通年	台帳管理を行い、支援が中断しないように管理					
(3) 治療中断者 高血圧のレセプトが3か月以上存在しない中断者										
項目	時期			内容						
対象者抽出	5月頃			KDB システムを活用し抽出						
勧奨	6月～12月頃			訪問により生活状況・病識を確認し、健診と医療機関の受診勧奨・保健指導を実施						
受診状況確認方法	受診勧奨後 2か月～6か月			レセプトの有無、健診受診の有無を確認						
再勧奨	受診勧奨後 2か月～6か月			電話や訪問により健診と医療機関の受診勧奨・保健指導を実施						
台帳管理	通年			台帳管理を行い、支援が中断しないように管理						
評価指標	方法	評価時期	初期値	目標値						
			R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
アウトプット (実施量・率)	二次検査受診勧奨通知発送割合 <small>受診勧奨名簿:発送者数/集団健診受診勧奨判定値以上該当者数</small>	単年 年度末	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム (成果)	Ⅱ度高血圧以上で受診勧奨した者の医療機関受診率 <small>受診勧奨名簿:医療機関受診者数/受診勧奨実施者数 ※受診の有無は二次検査の返信、レセプト情報にて確認</small>	単年 暫定:4月 最終:11月頃	26.3%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	Ⅱ度高血圧者の割合(160以上/100以上) <small>暫定:保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_受診者全数_各フローチャート 最終:保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_動脈硬化の視点でみた健診有所見者の割合</small>		5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	4.5%	4.3%	4.1%	
	脂質異常症(LDL180 mg/dl以上)の未治療者の割合		91.4%	91.2%	91.0%	90.8%	90.6%	90.6%	90.6%	
	脳血管疾患新規発症者数(被保険者千人当たり)		22.6人	22.1人	21.6人	21.1人	20.6人	20.1人	19.6人	
	虚血性心疾患新規発症者数(被保険者千人当たり)		16.5人	16.1人	15.6人	15.1人	14.6人	14.1人	13.6人	

④ 糖尿病性腎症重症化予防事業											
事業目的	重症化リスクのある糖尿病・糖尿病性腎症の者に対し、受診勧奨・保健指導を実施することで、腎不全・人工透析への移行を防止する。										
事業内容	「糖尿病医療連携シート」「腎専門医受診勧奨通知」を活用し、受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨や保健指導を実施する。また、治療中断者への受診勧奨・保健指導を実施する。										
対象者・選定基準	<p>(1) 受診勧奨判定値を超えている者のうち、よりハイリスクである者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合(集団)健診結果が以下に該当する者 <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c6.5%以上の未治療者 ・HbA1c7.0%以上の治療中者 ● 個別健診結果が以下に該当する者 <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c7.0%以上の者(治療の有無は問わない) <p>(2) 治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病と糖尿病薬のレセプトが3か月以上ない中断者 <p>(3) 腎専門医受診勧奨対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果がeGFR45未満または尿蛋白+以上に該当する者のうち、糖尿病連携実務者ワーキング会議において治療状況等を検討し決定 										
主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・「糖尿病医療連携シート」の活用により、主治医と糖尿病専門医、主治医と市との連携ルートを構築 ・医師会のみでなく、歯科医師会、薬剤師会とも連携した地域ぐるみの支援の実施 										
ストラクチャー(体制)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">庁内担当部署</td> <td>健康づくり課</td> </tr> <tr> <td>保健医療関係団体</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所:「地域包括ケアの推進に関する協定」に基づく「糖尿病連携実務者会議」「糖尿病連携実務者ワーキング会議」への参画 ・個別健診実施医療機関:「糖尿病医療連携シート」を基にした、糖尿病専門医や市との連携 </td> </tr> <tr> <td>国保連合会</td> <td>特定健康診査に関するデータ提供</td> </tr> <tr> <td>民間事業者</td> <td>特定健診受託機関:対象者への「糖尿病医療連携シート」の発行</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>・効果的な保健指導のための専門職への研修の実施</td> </tr> </table>	庁内担当部署	健康づくり課	保健医療関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所:「地域包括ケアの推進に関する協定」に基づく「糖尿病連携実務者会議」「糖尿病連携実務者ワーキング会議」への参画 ・個別健診実施医療機関:「糖尿病医療連携シート」を基にした、糖尿病専門医や市との連携 	国保連合会	特定健康診査に関するデータ提供	民間事業者	特定健診受託機関:対象者への「糖尿病医療連携シート」の発行	その他	・効果的な保健指導のための専門職への研修の実施
庁内担当部署	健康づくり課										
保健医療関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所:「地域包括ケアの推進に関する協定」に基づく「糖尿病連携実務者会議」「糖尿病連携実務者ワーキング会議」への参画 ・個別健診実施医療機関:「糖尿病医療連携シート」を基にした、糖尿病専門医や市との連携 										
国保連合会	特定健康診査に関するデータ提供										
民間事業者	特定健診受託機関:対象者への「糖尿病医療連携シート」の発行										
その他	・効果的な保健指導のための専門職への研修の実施										
プロセス(方法)	<p>(1) 啓発チラシの配布</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">項目</th> <th style="width: 15%;">時期</th> <th style="width: 70%;">内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>チラシ内容検討</td> <td>4~5月頃</td> <td>糖尿病連携実務者ワーキング会議にて作成</td> </tr> <tr> <td>配布</td> <td>7月~3月</td> <td>健診受託機関が健診結果に啓発チラシを同封</td> </tr> </tbody> </table>	項目	時期	内容	チラシ内容検討	4~5月頃	糖尿病連携実務者ワーキング会議にて作成	配布	7月~3月	健診受託機関が健診結果に啓発チラシを同封	
項目	時期	内容									
チラシ内容検討	4~5月頃	糖尿病連携実務者ワーキング会議にて作成									
配布	7月~3月	健診受託機関が健診結果に啓発チラシを同封									

プロセス
(方法)

(2) 受診勧奨判定値を超えている者のうち、よりハイリスクである者への受診勧奨・保健指導

項目	時期	内容															
事業内容確認	5月頃	糖尿病連携実務者ワーキング会議において、対象者、糖尿病医療連携シートの内容確認															
勧奨	健診受診後約1か月後	①糖尿病医療連携シートの発行 ・糖尿病医療連携シートの対象者と配布物															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>健診種別</th> <th>治療状況</th> <th>対象者基準</th> <th>配布物</th> <th>配布方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">集団</td> <td>未治療</td> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>連携シート①</td> <td rowspan="3">健診受託機関が健診結果に同封</td> </tr> <tr> <td>治療中</td> <td>HbA1c7.0%以上</td> <td>連携シート②</td> </tr> <tr> <td>個別</td> <td>—</td> <td>HbA1c7.0%以上</td> <td>連携シート③</td> </tr> </tbody> </table>	健診種別	治療状況	対象者基準	配布物	配布方法	集団	未治療	HbA1c6.5%以上	連携シート①	健診受託機関が健診結果に同封	治療中	HbA1c7.0%以上	連携シート②	個別	—
健診種別	治療状況	対象者基準	配布物	配布方法													
集団	未治療	HbA1c6.5%以上	連携シート①	健診受託機関が健診結果に同封													
	治療中	HbA1c7.0%以上	連携シート②														
個別	—	HbA1c7.0%以上	連携シート③														
		②上記、糖尿病医療連携シート該当者のうち、下記に該当する者は訪問による受診勧奨・保健指導を実施															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>健診種別</th> <th>治療状況</th> <th>対象者基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">集団・個別</td> <td>未治療</td> <td>HbA1c7.0%以上</td> </tr> <tr> <td>治療中</td> <td>HbA1c8.0%以上</td> </tr> </tbody> </table>	健診種別	治療状況	対象者基準	集団・個別	未治療	HbA1c7.0%以上	治療中	HbA1c8.0%以上							
健診種別	治療状況	対象者基準															
集団・個別	未治療	HbA1c7.0%以上															
	治療中	HbA1c8.0%以上															
連携・保健指導	糖尿病医療連携シート返信確認後3か月以内	・糖尿病医療連携シートで主治医から保健指導の依頼があれば、保健指導実施 ・保健指導後は指導内容を主治医に返信															
受診状況確認方法	受診勧奨後2か月～6か月	糖尿病医療連携シートの返信状況、レセプトの有無を確認															
再勧奨	受診勧奨後2か月～6か月	訪問により受診勧奨・保健指導を実施															
台帳管理	通年	台帳管理を行い、支援が中断しないように管理															

(3) 治療中断者への受診勧奨・保健指導

項目	時期	内容
勧奨	6月～12月頃	訪問により生活状況・病識を確認し、健診と医療機関の受診勧奨・保健指導を実施
受診状況確認方法	受診勧奨後2か月～6か月	レセプトの有無、健診受診の有無を確認
再勧奨	受診勧奨後2か月～6か月	電話や訪問により健診と医療機関の受診勧奨・保健指導を実施
台帳管理	通年	台帳管理を行い、支援が中断しないように管理

(4) 腎専門医受診勧奨

項目	時期	内容
対象者選定	年4回程度(5・8・12・3月頃)	糖尿病連携実務者ワーキング会議において、糖尿病専門医を中心に対象者選定
勧奨	対象者選定後すぐ	対象者には受診勧奨通知、主治医(レセプト情報:糖尿病治療主医療機関)には治療協力依頼通知発送
受診状況確認方法	受診勧奨後2か月～6か月	レセプトにて腎専門医受診状況確認
台帳管理	通年	台帳管理を行い、支援が中断しないように管理

評価指標		方法	評価時期	初期値	目標値					
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
アウトプット (実施量・率)	糖尿病医療連携シートで指導依頼があった者のうち、保健指導を実施した者の割合	保健指導実施者数/保健指導依頼件数	単年 暫定:4月 最終:9月	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム (成果)	糖尿病医療連携シート対象者の医療機関受診率	連携シートの返診数+レセプトにて受診確認数/連携シート対象者数	単年 暫定:4月 最終:9月	88.6%	89.0%	89.0%	89.5%	89.5%	90.0%	90.0%
	HbA1c8.0%以上の者の割合	暫定:保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_受診者全数_各フローチャート 最終:保健事業等評価・分析システム_保険者一覧(国保)_動脈硬化の視点でみた健診有所見者の割合	単年 暫定:4月 最終:11月頃	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.0%	1.0%
	HbA1c8.0%以上の未治療者の割合			30.4%	30.0%	29.5%	28.5%	27.5%	26.5%	26.0%
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合	暫定:保健事業等評価・分析システム_保健者一覧(国保)_受診者全数_厚労省様式2-2 最終:保健事業等評価・分析システム_ダウンロード帳票_データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合		33.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

⑤ 早期介入保健指導事業(40歳未満)

事業目的	40歳未満の被保険者が健診を受けやすい環境を作ることで健診受診の習慣化を。また、保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる。									
事業内容	20歳～39歳被保険者への特定健診及び特定保健指導や各種重症化予防事業を実施する。									
対象者	20歳～39歳の被保険者									
主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 自己負担額を500円にすることで、特定健診受診時の経済的負担を軽減。 総合(集団)健診(がん検診との同日実施)を活用した受診しやすい環境の整備。 総合(集団)健診の土日、祝日開催、託児付き健診の実施。 地域の関係団体と協働した、受診勧奨や健診の実施。 保健指導については、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について 40歳以上の対象者と同じ内容で実施 									
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康づくり課								
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・集団特定健診受託機関:特定健診と同じ内容の健診を実施。 ・検査結果に受診勧奨判定値を超えている者へは二次検査受診勧奨通知を同封。 								
	その他組織	商工会、JA等:市事業への協力								
プロセス(方法)	(1)若年対象特定健診の実施									
		項目	時期	内容						
	周知	4月	「健診の手引き」の全戸配布							
		通年	広報・ホームページ・SNSでのPR							
受診勧奨	4月	前年度総合(集団)健診受診者に総合(集団)健診受診勧奨個別通知発送								
	各種団体と共同で実施する コラボ健診前	各種団体の構成員に、周知・申込チラシを団体を通じて配布								
(2)若年対象保健指導の実施										
	事業名	時期	内容							
	特定保健指導実施率向上対策事業	7月～3月	前述の個別の保健事業を若年者にも実施(治療中断者受診勧奨を除く)							
	生活習慣病重症化予防事業									
	糖尿病性腎症重症化予防事業									
評価指標	方法	評価時期	初期値	目標値						
			R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
アウトプット(実施量・率)	初回面接実施率	初回面接終了者数/特定保健指導対象者数 ※健康管理システムより	年度末	82.4%	85.0%	90.0%	95.0%	100%	100%	100%
アウトカム(成果)	継続受診率	当該年度と前年度連続受診者数/前年度受診者数	年度末	17.1%	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	71.0%

⑥ 健康教育											
事業目的	健康に関する正しい知識の普及・啓発を図ることで、自らの健康は自ら守るという意識を高め、健康寿命の延伸につなげる。										
事業内容	対象者の特性に合わせた健康講座を実施する。										
対象者	被保険者										
主な戦略	被保険者が興味を持つことができるように、特定健診結果やレセプト分析の結果から身近な健康課題をテーマとした内容を選択。										
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康づくり課									
	保健医療関係団体	糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会：講師派遣などの協力									
	その他組織	コミュニティセンターなど：健康講座への参加の呼びかけ等の協力									
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・他の健康講座教室参加者への参加呼びかけ ・他の健康講座との共同開催 ・正規職員保健師：企画・運営 ・会計年度任用職員保健師・管理栄養士：企画・運営補助 									
プロセス (方法)	周知	広報・ホームページ・SNS等での周知									
	実施形態	講師は、テーマによって選定（直営、外部への講師派遣依頼等）									
	時期・期間	6月以降									
	(1) 健康講座の開催										
		項目	時期	内容							
		企画	4月～5月	テーマ、対象者、内容、開催時期等検討 テーマによっては健康増進事業との共同開催を検討							
		実施形態	—	講師は、テーマによって選定 (直営または外部への講師派遣依頼等)							
		周知	開催前1か月前後	広報・ホームページ・SNS等での周知 特定保健指導対象者や生活習慣病重症化予防等の個別の保健事業対象者へ講座案内チラシ送付							
		時期・期間	6月以降	健康講座後、健康意識の高まった人が、特定健診や市のその他の健康教室や運動教室に参加できる時期とする							
		その他	講座終了時	参加者へのアンケート調査実施							
評価指標		方法	評価時期	初期値	目標値						
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
アウトカム (成果)	講座参加者数	国保被保険者数+後期高齢者医療参加者数*1	講座終了後2週間以内	18人	30人	30人	40人	40人	50人	50人	
アウトプット (実施量・率)	講座参加者の健康づくりへの知識が深まった割合	教室終了後のアンケート調査による		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

*1 講座参加者数に後期高齢者医療被保険者数を含む理由は、福岡県国民健康保険者努力支援交付金(事業費分・事業費連動分)対象である「国保ヘルスアップ事業」の算出式に基づき設定しているため。

⑦ 地域包括ケアシステム推進の取組																					
事業目的	高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援																				
事業内容	糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所、糸島市の5者の協働（5者協定）による地域包括ケアシステムの推進																				
対象者	高齢者等																				
主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・連携に基づき実施する各種事業の定期的な評価と情報共有 ・地域の関係団体との連携強化 																				
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康づくり課、介護・高齢者支援課、国保年金課																			
	保健医療関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会：事業への参画 ・糸島保健福祉事務所：市と協働した各種事業の推進 																			
	その他組織	地域包括支援センター、理学療法士会、作業療法士会など：事業への参画																			
プロセス（方法）	内容	5者協定に基づく取組の実施。 ①在宅医療推進に関する事 ②在宅医療と在宅介護の連携に関する事 ③介護予防の推進に関する事 ④生活習慣病予防対策の推進に関する事 ⑤認知症対策の推進に関する事 ⑥糖尿病の重症化予防に関する事 ⑦口腔ケアの推進に関する事																			
	実施形態	それぞれの担当課において実施 ※上記④⑥は個別計画「3. 生活習慣病重症化予防事業」、「4. 糖尿病性腎症重症化予防事業」にて実施。																			
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>事業名</th> <th>連携先</th> <th>連携内容</th> <th>事業内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>生活習慣病重症化予防事業</td> <td>糸島医師会</td> <td>医療機関は、受診勧奨判定値を超えている者が持参する二次検査受診勧奨通知の返信を行う</td> <td>P66 参照</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">糖尿病性腎症重症化予防</td> <td>糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所</td> <td>年1回の糖尿病連携実務者会にて糖尿病連携実務者ワーキング会議を経て提案された事業内容の承認と協力</td> <td rowspan="2">P68 参照</td> </tr> <tr> <td>糸島医師会、糸島保健福祉事務所</td> <td>年4回の糖尿病連携実務者ワーキング会議にて、事業の方向性の検討、腎専門医受診勧奨対象者の選定</td> </tr> </tbody> </table>		事業名	連携先	連携内容	事業内容	生活習慣病重症化予防事業	糸島医師会	医療機関は、受診勧奨判定値を超えている者が持参する二次検査受診勧奨通知の返信を行う	P66 参照	糖尿病性腎症重症化予防	糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所	年1回の糖尿病連携実務者会にて糖尿病連携実務者ワーキング会議を経て提案された事業内容の承認と協力	P68 参照	糸島医師会、糸島保健福祉事務所	年4回の糖尿病連携実務者ワーキング会議にて、事業の方向性の検討、腎専門医受診勧奨対象者の選定		
事業名	連携先	連携内容	事業内容																		
生活習慣病重症化予防事業	糸島医師会	医療機関は、受診勧奨判定値を超えている者が持参する二次検査受診勧奨通知の返信を行う	P66 参照																		
糖尿病性腎症重症化予防	糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所	年1回の糖尿病連携実務者会にて糖尿病連携実務者ワーキング会議を経て提案された事業内容の承認と協力	P68 参照																		
	糸島医師会、糸島保健福祉事務所	年4回の糖尿病連携実務者ワーキング会議にて、事業の方向性の検討、腎専門医受診勧奨対象者の選定																			
評価指標		方法	評価時期	初期値	目標値																
				R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度											
アウトプット（実施量・率）	地域包括ケアシステム推進会議の開催	開催回数	年度末	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上											
アウトカム（成果）	要介護認定者割合	介護・高齢者支援課に確認	年度末	14.9%	—	—	15.5%以下	15.6%以下	15.6%以下	15.7%以下											

※要介護認定割合の目標値については、糸島市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画にて設定された目標値を使用。介護保険事業計画は1期3年のため、R8以降の目標値は未設定であることから、健康福祉部で協議し設定した。

第5章 計画の推進

1. 計画の周知

本計画（データヘルス計画）は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であることから、これらの公表・配布にあたっては、必要に応じて本計画のみを抜粋し、ホームページ等を活用して、広く周知するほか、系島保健福祉事務所、系島市国民健康保険運営協議会、系島医師会等などの関係機関を通じて周知し、内容の普及啓発に努めます。

2. 計画の推進体制

（1）実施主体部局の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保年金課が中心となって、健康づくり課等との連携に基づき、保険者の健康課題を分析し、関係課が一体となって策定等を進めます。保健事業の実施については、健康づくり課の保健師等の専門職が主体となり推進していきます。介護・高齢者支援課とは、実態の共有化や保健事業の役割分担等を行います。

（2）関係機関との連携

一般社団法人系島医師会（以下「系島医師会」という。）、一般社団法人系島歯科医師会（以下「系島歯科医師会」という。）、一般社団法人系島薬剤師会（以下「系島薬剤師会」という。）とは協定（P76 参照）に基づき、連携した取組みを推進します。また、系島市商工会、系島農業協同組合等の地域の関係機関や関係団体とも協力・連携を図りながら、保健事業を推進していきます。

（3）系島市国民健康保険運営協議会の役割

被保険者代表や保健・医療・関係者等で構成される系島市国保運協は、それぞれの立場から必要な意見の交換を行い、効果的かつ効率的な保健事業の実施を支援するため、データヘルス計画の作成や実施、評価に関する助言を提供します。なお、本計画の策定にあたっては、系島市国保運協の協議結果を反映し策定しています。

(4) 外部有識者等の役割

(ア) 国保連合会及び保健事業支援・評価委員会の役割

福岡県国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援などを積極的に行っています。本市としては、特定健診の実績報告データを用いて経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価すること、加えて、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の実施状況を毎年とりまとめ、保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとします。

福岡県国保連合会は保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データ等の課題抽出や事業実施後の評価分析やレセプト活用によるデータ分析や技術支援を行っています。本市としては、福岡県国保連合会の提供する資料を活かしながら事業を推進します。

(イ) 福岡県の役割

平成30年からは都道府県が市町村国保の財政運営の運営主体となり、市町村と共同運営者となることから保険者機能の強化については、都道府県の関与がさらに重要となります。このため、県機関である系島保健福祉事務所と意見や情報の交換を行い、連携に努めます。

3. 他機関との連携

(1) 地域包括ケアに係る取組(5者協定)

本市では、市民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域社会を構築することを目的に、「医療」、「介護」、「介護予防」、「見守り・生活支援」、「住まい」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指し、平成26年度に糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会及び糸島保健福祉事務所と連携・協力し「地域包括ケアの推進に関する協定」(以下「協定」という。)を締結しました。

本協定に基づき、生活習慣病に関する連携事項である「生活習慣病予防対策の推進」「糖尿病の重症化予防」を活用し、被保険者の健康づくりに取り組んでいきます。

◆ 各団体の役割

団体	役割
糸島医師会	支援が必要な高齢者が在宅で生活する期間を延長するためには、出来るだけ身近な場所で在宅医療を提供する体制をつくる必要がある。関係機関と連携体制を構築することで、今後さらに必要性が高まる在宅医療提供体制の充実を図る。
糸島歯科医師会	咀嚼、嚥下機能の維持は、栄養状態の改善、誤嚥性肺炎の予防等に直結している。高齢になっても在宅生活を続ける健康状態を維持するためには、口腔ケアの推進は重要である。医科と歯科の連携により、口腔ケアの推進を図る仕組みをつくる。
糸島薬剤師会	在宅医療を受ける多くの高齢者が、薬剤の処方を受けている。自宅で薬剤の管理を適切に行い、病状を悪化させないため、薬剤師の訪問指導体制を推進する。
糸島保健福祉事務所	糸島地域における在宅医療の推進について、関係機関との連携を推進するとともに、市の地域包括ケア推進の取り組みと協働し、医療に関する広域的な連携を行う。
糸島市	地域包括ケア推進のため、関係機関との調整等中心となって体制を構築する。

◆ 連携事項

	事項
1	在宅医療の推進に関すること。
2	在宅医療と在宅介護の連携に関すること。
3	介護予防の推進に関すること。
4	生活習慣病予防対策の推進に関すること。
5	認知症対策の推進に関すること。
6	糖尿病の重症化予防に関すること。
7	口腔ケアの推進に関すること。
8	その他、前条の目的を達成するために必要な事項に関すること。

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(ア) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者医療の被保険者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

(イ) 事業の実施

本市は、令和2年度より福岡県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

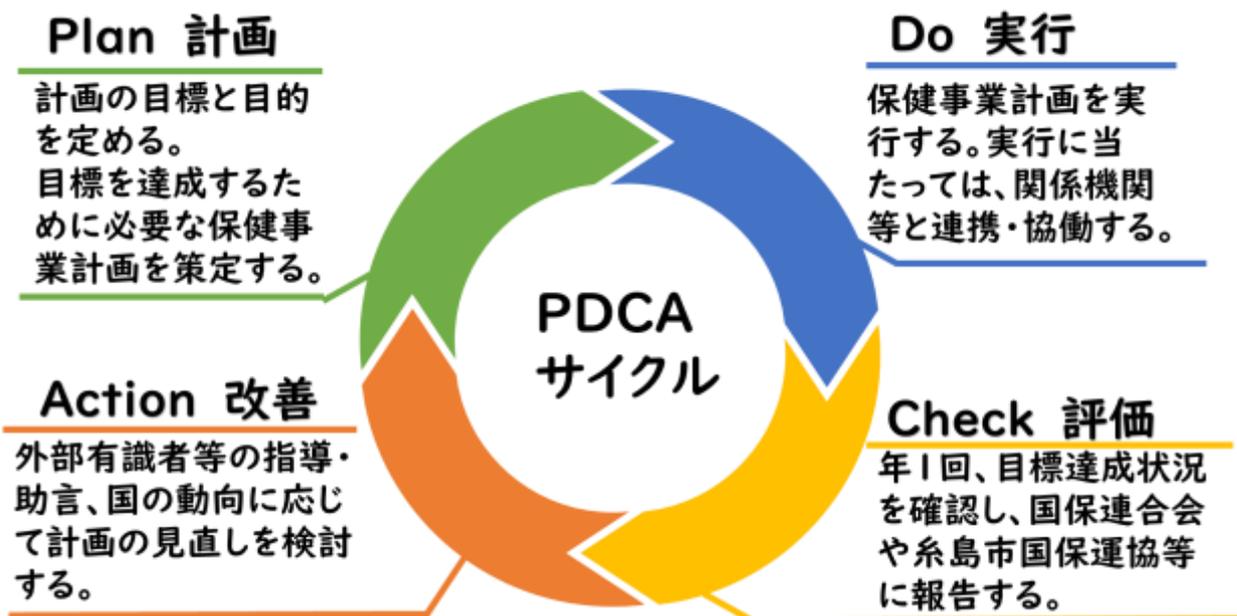
また、地域を担当する保健師等も配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための運動教室など健康教育や健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

4. 計画の進行管理・評価・見直し

(1) 計画の進行管理

本計画の推進にあたっては、毎年度の進捗を確認するとともに、計画の円滑な実施を推進するため、PDCAサイクルに沿って、適宜その達成状況を確認しながら進行管理を行います。本計画に掲げている個別の保健事業の進捗状況については、目標の達成状況を糸島市国保運協に報告し、評価並びに各分野の立場での意見を聴取します。

また、計画の進捗状況や国の動向、社会情勢の変化などを十分に見極め、必要に応じて関連計画との調整を図りながら、計画に記載する個別の保健事業のあり方について、必要に応じて検討を行います。



(2) 評価・見直し

(ア) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した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します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

◆評価における指標

区分	概要
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況の評価
アウトプット	目的・目標達成のために行われる事業の結果を評価
アウトカム	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標を評価

(イ) データヘルス計画全体の評価・見直し

進捗確認のため、令和8年度に設定した評価指標に基づいて中間評価を行い、必要に応じて事業の見直しを実施します。また、計画の最終年度である令和11年度においては、次期計画の円滑な策定に向けて、令和10年度データを使用し評価を行います。

5. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、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適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

第2編

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・現状等

(1) 背景

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。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ます。

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、高確法第19号に基づき、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ました。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定することになりました。

(3) 現状

特定健康診査・特定保健指導の実施状況、特定健康診査の状況（有所見率・健康状態）については、「第2章 現状分析と課題」（P7～）を参照してください。

2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

(1) 特定健康診査の基本的な考え方

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ます。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣が、やがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

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ができます。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ります。

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す。

(2) 特定保健指導の基本的な考え方

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものです。

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ました。

(3) 達成しようとする目標

	R4年度 (初期値)	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率(*13)	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%
特定保健指導実施率	71.9%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.5%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少(*14)	20.2%	21.0%	21.9%	22.7%	23.5%	24.4%	25.3%

*13: 本来の名称は特定健診「実施率」。本市では従来から特定健診「受診率」という名称に統一して使用。

*14: 分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

<参考>

(人)

		R4年度 (初期値)	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査	対象者数	16,502	16,944	16,520	16,127	15,783	15,447	15,116
	目標とする受診者数	6,609	7,116	7,269	7,419	7,576	7,723	7,860
特定保健指導	対象者数	700	818	836	853	871	888	904
	目標とする実施者数	503	589	606	623	640	657	673

※特定健診対象者数は国保年金課提供データ

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

- ・40～74歳の被保険者
- ・20歳～39歳の被保険者（糸島市独自事業。早期介入保健指導事業（40歳未満）P71参照）

(2) 実施形態・場所・時期

総合（集団）健診及び個別健診にて実施します。総合（集団）健診では、健康増進法に基づくがん検診と同時受診を可能とします。また、後期高齢者の健診については、総合（集団）健診において受診機会を確保します。

実施形態	実施場所	実施時期
総合（集団）健診	市内コミュニティセンター、健康福祉センター等	6月～12月頃
個別健診	福岡県内実施医療機関	8月～翌年3月
人間ドック	糸島医師会等	8月～翌年3月
コラボ健診 ※団体との協働による健診	各種団体施設等	通年

(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。

(ア) 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BM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、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST（GOT））、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT（GPT））、ガンマグルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）の量、低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量、空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

(イ) 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	実施できる条件(基準)				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>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</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	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
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	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				
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>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</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	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
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	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				

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

(4) 糸島市独自の追加項目

国の定める基本的な健診項目、詳細な健診項目に加え、糸島市独自事業として、下記の検査を追加し実施します。

項目	備考
腎機能検査	血清クレアチニン(eGFRによる腎機能評価を含む) ※詳細健診対象者は詳細健診として実施。それ以外の者について追加項目として実施
尿酸検査	尿酸
血糖検査	ヘモグロビン A1c (HbA1c) ※基本的な健診項目では、空腹時血糖または随時血糖を実施
尿検査	尿潜血

(5) 外部委託の方法

特定健診の実施については、下記のとおり特定健診実施機関に委託します。

集合契約においては、福岡県国保連合会の調整のもと、公益社団法人福岡県医師会（以下「福岡県医師会」という。）と委託契約を行います。

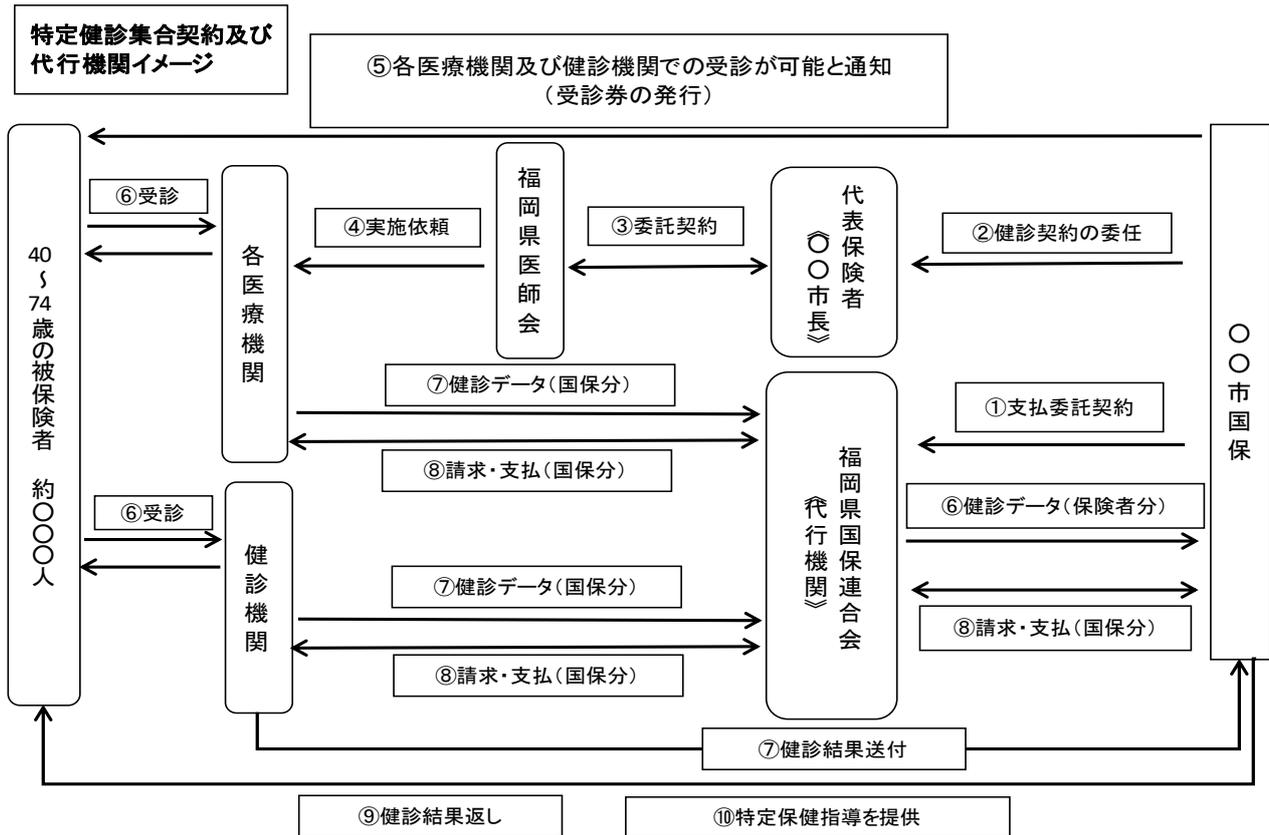
個別契約においては、市と総合（集団）健診実施機関、糸島医師会、並びに人間ドック実施機関等と委託契約を行います。

実施形態	契約形態	契約	実施場所
個別健診	集合契約	福岡県医師会と市町村国保側の代表保険者（福岡県医師会が実施機関のとりまとめ）	福岡県内実施医療機関
総合（集団）健診 コラボ健診	個別契約	市と総合（集団）健診委託機関	コミュニティセンター 健康福祉センター等
個別健診		市と糸島医師会（糸島医師会が実施機関のとりまとめ）	市内実施医療機関
人間ドック		市と糸島医師会病院等の人間ドック実施機関	人間ドック実施機関

福岡県医師会との集合契約には、糸島医師会、総合（集団）健診委託機関も含まれますが、集合契約に基づく特定健診結果を国保連合会システムで閲覧可能となるのは受診後2か月後となります。別途、糸島医師会、総合（集団）健診委託機関と契約を締結することで、健診後1か月で特定健診結果を入手し、早期に保健指導を開始できる体制を構築しています。

(6) 代行機関

福岡県国保連合会と契約します。



(7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、本人同意のもと、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力を求めています。

(8) 周知や案内の方法

対象者には、年度当初に健診申込案内を、7月下旬頃に特定健診受診券と実施医療機関一覧を、個別に郵送します。そのほか、市の広報誌及びホームページ等による普及啓発、糸島医師会等との連携による受診勧奨等に努めます。

なお、未受診者への受診勧奨については、第4章「第3期データヘルス計画について」の「3. 個別の保健事業について」の「①特定健診受診率向上対策事業」P62 参照してください。

(9) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

(ア) 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います。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ように、事業者健診受診者には、結果表の写しの提出を依頼します。

(イ) 診療における検査データの活用

本人同意のもとで保険者が診療所における検査結果の提供を受け、特定健康診査の結果データとし

て活用する場合は、以下のとおりとします。

- ・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。
- ・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。
- ・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。

(ウ) その他（健診結果の通知方法や情報提供等）

- 総合（集団）健診…健診実施4週間後に健診結果を郵送
- 個別健診…健診実施約1か月～1か月半後に医療機関にて返却・結果説明

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

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果により、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク因子の数により、選定・階層化します。(表 14)

なお、高血圧、糖尿病又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は除きます。

表 14 対象者の階層化

腹囲	追加リスク		対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙	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 kg/m ²	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	/		

※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

(2) 実施場所

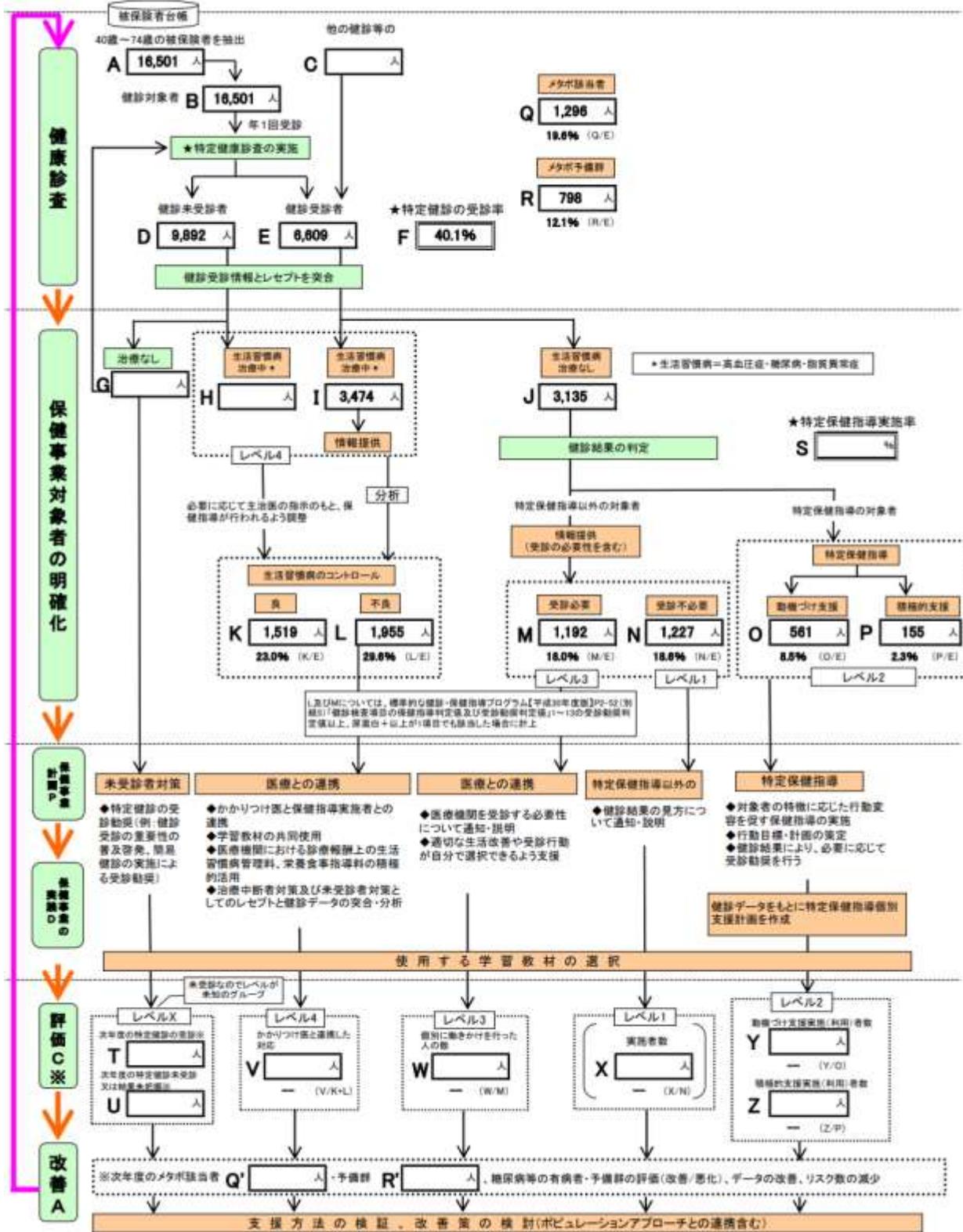
自宅、健康福祉センター等

(3) 実施内容

特定保健指導の実施については、国の「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の階層化を行い、特定保健指導を実施します。

図 56 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導(様式 5-5)

～健診から保健指導実施へのフローチャート～(令和4年度)



出典:保健事業等評価・分析システム_保健者一覧(国保)_糖尿病等生活習慣病のための健診・保健指導(様式 5-5)

※KDB システムにおける厚生労働省様式 5-5 は、I:生活習慣病治療中にがん、筋骨格系疾患、精神疾患を含む。そのため、特定保健指導対象者からそれらの疾患の人が除かれた数が示されるため、保健事業等評価・分析システム_保健者一覧(国保)_糖尿病等生活習慣病のための健診・保健指導(様式 5-5)を使用

図 56 に基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に5つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次のとおりとします。

なお、優先順位が低い保健指導レベルであっても、個別の保健事業対象者（③生活習慣病重症化予防事業、④糖尿病性腎症重症化予防事業 P66～）に該当する人は受診勧奨・保健指導を実施します。

表 15 保健指導対象者の優先順位と支援方法

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込の割合 ※Dの母数：特定健診対象者 ※それ以外の母数：健診受診者
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	O：8.5% (561人)
				P：2.3% (155人)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	M：18.0% (1,192人)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(P62参照)	D：59.9% (9,892人)
4	N	情報提供 (受診不必要者)	◆健診結果の見方について通知・説明	N：18.6% (1,227人)
5	I	情報提供 (治療中の者)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	I：52.6% (3,474人)

※保健指導対象者の見込みは令和4年度法定報告実績値

(4) 外部委託の方法

当面は、直営での保健指導を実施します。

なお、多様なライフスタイルに対応するため、今後、ICTを用いた遠隔保健指導の導入を検討します。導入する場合は、個別契約による外部委託となります。

(5) 周知や案内の方法

特定保健指導の必要性については、特定健診受診券送付時に資料を同封するなど広く周知します。

また、総合（集団）健診受診者で特定保健指導該当者と予測できる者には、健診当日に面接を行い、特定保健指導の必要性を説明するとともに、特定健診結果に特定保健指導に関するチラシを同封し送付します。

個別健診受診者には、医療機関で結果説明を受ける際に特定保健指導に関する資料を医師から検査結果とともに渡します。

第4章 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

月	特定健診	特定保健指導		その他
		前年度受診者	当該年度受診者	
4月	・総合(集団)健診申込 受付開始	前年度受診者の 特定保健指導の 継続	当該年健診後、 約1か月～1か月 半で初回面接実 施	・契約事務 ・特定健康診査をはじめとした各種 健(検)診の広報
5月	・健診準備			
6月	・集団特定健診開始 ・未受診者勧奨開始			・総合(集団)健診開始
7月	受診券発送			・代行機関(国保連合会)を通じて 費用決済開始
8月	・個別特定健診開始 ・途中加入者への受診券 発送			
9月				・前年度特定健診・特定保健指導 実施(法定報告)報告終了
10月				・予算案作成
11月	・法定報告による前年度 実績確認			・次年度総合(集団)健診日程調整
12月	・医療情報収集事業準備			
1月	・医療情報収集事業実施 ・最終受診勧奨			・前年度の実施結果の検証・評価 ・翌年度の事業計画の検討
2月				
3月				

2. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインおよび糸島市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。また、特定健康診査等を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を個人情報取扱特記事項として契約書に定めるとともに、委託先の遵守状況を確認します。

(2) 記録の管理・保存期間

特定健診実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診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。しかし、代行機関を通じ健診結果を受領するためには、健診後約2か月の期間を要するため、適切な時期に保健指導を実施する事が困難です。そのため、本市では総合(集団)健診委託機関と系島医師会と個別に契約を結び、直接、特定健診実施結果を受領し、系島市独自システムである系島市健康管理システムに保管しています。

特定保健指導結果については、系島市健康管理システムに保管し、その後、特定健康診査等データ管理システムにデータを複写しています。

保存期間については、特定健診・特定保健指導のデータは、本人の健康管理や効果的な保健指導、加入者全体の経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用等の観点から、できる限り長期に保管することが望ましいとされています。なお、保存年限については国の「標準的な健診・保健指導プログラム」において、「記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間」と義務づけられています。本市では健康管理システムにて10年間保管します。

3. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく本計画は、系島市国民健康保険運営協議会をはじめ、系島医師会等の関係組織団体、ホームページ等を通じ公表、周知します。

4. 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

特定健康診査等実施計画の評価は、下記の3つで行います。なお、目標値については、「達成しようとする目標」を参照してください。(P83)

- ・特定健康診査の受診率
- ・特定保健指導の実施率
- ・特定保健指導による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、①単年度、②中間評価(令和8年度)、③最終評価(令和11年度)を行います。評価に当たっては、市の関係機関と連携を図ります。

第3編

第3編
給付適正化の推進

第1章 国民健康保険医療費の現状

福岡県は、県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に取り組むため、医療保険制度の持続可能性を高めることを目的とした「福岡県医療費適正化計画」を策定し、様々な事業に取り組んでいます。

しかしながら、国民健康保険被保険者一人当たりの医療費は、全国平均を上回っているため、国民健康保険の財政運営の責任主体である福岡県を中心に、県内各市町村も連携して給付適正化に取り組んでいく必要があります。

◆都道府県別 国保被保険者1人当たり医療費(令和3年度)

順位	都道府県	被保険者1人当たり医療費	備考
1位	島根県	488,549円	全国平均の1.24倍
2位	山口県	487,054円	全国平均の1.23倍
3位	佐賀県	483,561円	全国平均の1.23倍
28位	福岡県	405,594円	全国平均の1.03倍
—	全国平均	394,729円	—
47位	茨城県	344,117円	全国平均の0.87倍

資料：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

国民健康保険被保険者一人当たりの医療費を県内市町村別にみると、系島市は46位と県内市町村平均より低く抑えられています。

引き続き系島市も「福岡県医療費適正化計画」に基づき、給付適正化に取り組むことで、医療費を抑えることを目指していきます。

◆県内市町村別 国保被保険者1人当たり医療費(令和3年度)

順位	市町村	被保険者1人当たり医療費	備考
1位	吉富町	501,633円	
2位	大牟田市	487,797円	
3位	みやま市	472,972円	
—	市町村平均	405,594円	
46位	系島市	403,838円	
60位	福岡市	359,169円	

資料：国民健康保険事業状況（福岡県）

第2章 給付適正化の取り組み

取り組み① 医薬品の適正使用の推進

患者の複数医療機関の受診による重複投薬の是正は、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、医薬品の適正使用につながるため、服薬の一元的かつ継続的な把握を通じて、重複投薬の是正に取り組めます。

また、電子処方箋の活用推進等も関係団体と連携し、推進を検討していきます。

●市民・医療関係者への普及啓発

福岡県民への医薬品の適正使用に関する理解促進を図るため、薬局での服薬指導などの機会を捉え、リーフレット等を活用した取組を行います。

●重複・多剤服用者に対する訪問指導

重複・多剤服用者に対する健康管理や医療への知識を深めてもらうことを目的として訪問指導を実施します。その際、被保険者のレセプトから受診状況や調剤の状況を把握し、その状況を改善するため、医療機関、薬局との連携について、検討を行います。

■事業実績【訪問健康相談指導事業】

取組年度	訪問相談延べ人数	訪問相談延べ回数
R4年度	47人	80回
R3年度	46人	80回
R2年度	33人	33回

取り組み② 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同じ有効成分・同じ効き目で承認された医薬品であり、先発医薬品と比べ開発費や開発期間を大幅に抑えることができるため、薬価が安く設定されています。このため、ジェネリック医薬品を普及させることで、患者負担の軽減や医療保険財政の改善を目指します。

●市民、医療関係者等へのジェネリック医薬品の理解促進

市民への普及啓発のために、薬局での服薬指導などの機会を捉え、ポスター及びリーフレット等を活用した取組を行います。

●市民へのジェネリック医薬品の利用促進

被保険者が処方を受けた先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額金額を通知することにより、ジェネリック医薬品の利用を促進し、本人一部負担の軽減とともに保険給付費の増加抑制を図ります。

■事業実績【後発医薬品普及事業】

取組年度	通知延べ件数	普及率
R4年度	1,491件	85.7%
R3年度	1,567件	83.8%
R2年度	1,605件	83.6%

★目標値【後発医薬品普及事業】

目標年度	普及率(県)	普及率(市)
※R6年度	※80.0%	※80.0%

出典：福岡県医療費適正化計画（第4期）

※後発医薬品の普及率については、国が「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」という政府目標を、金額ベース等の観点で踏まえて2024年に見直すこととしており、この新たな政府目標を踏まえて福岡県が2024（令和6）年度中に目標を見直す予定です。

目標年度及び普及率については、県が見直した数値に基づき、市も適正化を推進していきます。

取り組み③ その他の適正化の取り組み

給付適正化取り組みにおける実効性確保のため、運営主体である福岡県はもちろん、福岡県国民健康保険団体連合会や医療関係者等の協力を得つつ、給付適正化を推進していきます。

●医療費に関する意識の啓発

健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために受診者に医療費の額などについて通知を行います。

また、医療保険や医療費・療養費（柔道整復、はり、きゅう、あんま・マッサージ等）について、住民の理解を深めてもらうために、広報紙やパンフレットなどによる広報活動を充実します。

■事業実績【医療費啓発事業】

取組年度	医療費通知延べ件数	市広報掲載回数
R4年度	80,906件	12回
R3年度	80,540件	13回
R2年度	78,003件	13回

●レセプト点検等の充実

福岡県国民健康保険団体連合会と連携し、一次審査に加え、市が二次審査を行うことでより効果的・効率的なレセプト点検を実施します。また、交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、適正な求償事務を行っていきます。

また、柔道整復、はり、きゅう、あんま・マッサージ等の施術に係る療養費の適正な支給を推進するため、必要に応じて施術状況の確認を行うなど、療養費の審査に取り組んでいきます。

■事業実績【レセプト点検事業】

取組年度	レセプト点検件数	レセプト点検効果額
R4年度	476,709件	14,549,080円
R3年度	472,054件	14,529,420円
R2年度	451,984件	17,145,955円

資料編

- ◆データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
- ◆第3期データヘルス計画 中期目標値(各年度)とデータソース
- ◆第3期データヘルス計画 短期目標値(各年度)とデータソース
- ◆健診項目の保健指導判定と及び受診勧奨判定値
- ◆生活習慣病予防のための標準的な健診・保健事業計画の流れ
- ◆令和5年度 特定健診に関するアンケート調査
- ◆糸島市国民健康保険運営協議会規則
- ◆糸島市国民健康保険運営協議会委員名簿
- ◆各種対象者等数将来予測数
- ◆用語解説集

◆ 第3期データヘルス計画 中長期目標値(各年度)とデータソース

第3期データヘルス計画 中長期目標値(各年度)とデータソース														
共通 指標	独自 指標	課題を解決するための指標	初期値						目標値				データソース	
			(R4)	R6	R7	R8 中間評価	R9	R10	R11 最終評価	R4 国	R4 県	最終評価	暫定評価	
	●	脳血管疾患新規発症者数 (被保険者千人当たり)	22.6人	22.1	21.6	21.1	20.6	20.1	19.6	-	16.8人	-	保健事業等評価・分 析システム_全体像 (国保)の医療の新規 発症患者数	-
	●	虚血性心疾患新規発症者数 (被保険者千人当たり)	16.6人	16.1	15.6	15.1	14.6	14.1	13.6	-	13.6人	-	保健事業等評価・分 析システム_ダウン ロード帳票_新規透折 患者数	-
	●	糖尿病性腎症による透折導入者の割合	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	-	46.0%	-	保健事業等評価・分 析システム_保健者一 覧(国保)_厚労省様 式2-2	-
	参考値	(後期)糖尿病性腎症による 新規透折導入者の割合	15.8%								35.70%			
		総医療費	91億9400 万3790円										保健事業等評価・分 析システム_ダウン ロード帳票_データヘ ルス計画のターゲット となる疾患が医療費 に占める割合	・総医療費:KDBシス テム「市町村データ」 CSVデータ「系島市」 「総医療費」
	参考値	被保険者一人当たり医療費	361,655円								358,335円	359,712円		-

※保健事業の医療費削減効果については、以下の理由で計画期間中の評価が難しいため、参考指標とする。
 ・医療費は、新型コロナウイルス・インフルエンザなどの感染症の影響、医療報酬改定など外的要因に左右されやすい。
 ・長期的(10年～)には医療費削減や健康寿命の延伸などに繋がると考えられるが、保健事業等受療勧奨し、継続治療者が増えた場合、短中期的には医療費が増える。
 ・保健事業のカバー率から、医療費への効果測定が難しい。
 ・一人当たりの医療費は、一般的には、被保険者の高齢化、医療の高度化で増加傾向

出典:令和5年度保健事業支援・評価委員会小委員会 総括

◆ 第3期データヘルス計画 短期目標値(各年度)とデータソース

第3期データヘルス計画 短期目標値(各年度)とデータソース

ア ウ ト カ ム 指 標	共通 指標	独自 指標	課題を解決するための指標	目標値						参考値		データソース				
				初期値 (R4)	R6	R7	R8 中間評価	R9	R10	R11 最終評価	R3 国	R4 県	最終評価	暫定評価		
●			特定健診受診者のうちⅡ度高血圧者の割合 (160以上/100以上)	5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	4.5%	4.3%	4.1%	—	5.5%	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_各フローチャート	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_各フローチャート		
			特定健診受診者のうち脂質異常症(LDL180mg/dl以上)の未治療者の割合	91.4%	91.2%	91.0%	90.8%	90.6%	90.6%	90.6%	90.6%	—	92.0%	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_動脈硬化の視点でみた健診有見者の割合	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_各フローチャート	
			特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の者の割合	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	—	1.4%	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_動脈硬化の視点でみた健診有見者の割合	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_各フローチャート
			特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の未治療者の割合	30.4%	30.0%	29.5%	28.5%	27.5%	26.5%	26.0%	26.5%	26.0%	—	34.9%	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_動脈硬化の視点でみた健診有見者の割合	保健事業等評価・分析システム_保険者一覽(国保)_各フローチャート
●			★特定健診受診率(実際の各年度目標値)	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%	36.4%	34.4%	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)		
			★特定健診受診率(評価時の目標値) ※法定報告値は次年度秋に確定するため、評価は前年度の法定報告値を用いる。	40.0%	—	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	50.0%	—	—	—	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)
●			★特定保健指導実施率(実際の各年度目標値)	71.9%	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.5%	27.9%	43.1%	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)		
			★特定保健指導実施率(評価時の目標値) ※法定報告値は次年度秋に確定するため、評価は前年度の法定報告値を用いる。	71.9%	—	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.0%	—	—	—	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)
●			内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者の減少率	21.8%	21.5%	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.5%	19.8%	19.6%	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)		
			前年度該当していたが、内臓脂肪症候群・予備群に該当しなくなった者の割合(%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	前年度該当していたが、内臓脂肪症候群・予備群に該当しなくなった者の割合(%)	前年度該当していたが、内臓脂肪症候群・予備群に該当しなくなった者の割合(%)
●			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.2%	21.0%	21.9%	22.7%	23.5%	24.4%	25.3%	21.4%	19.8%	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)		
			分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

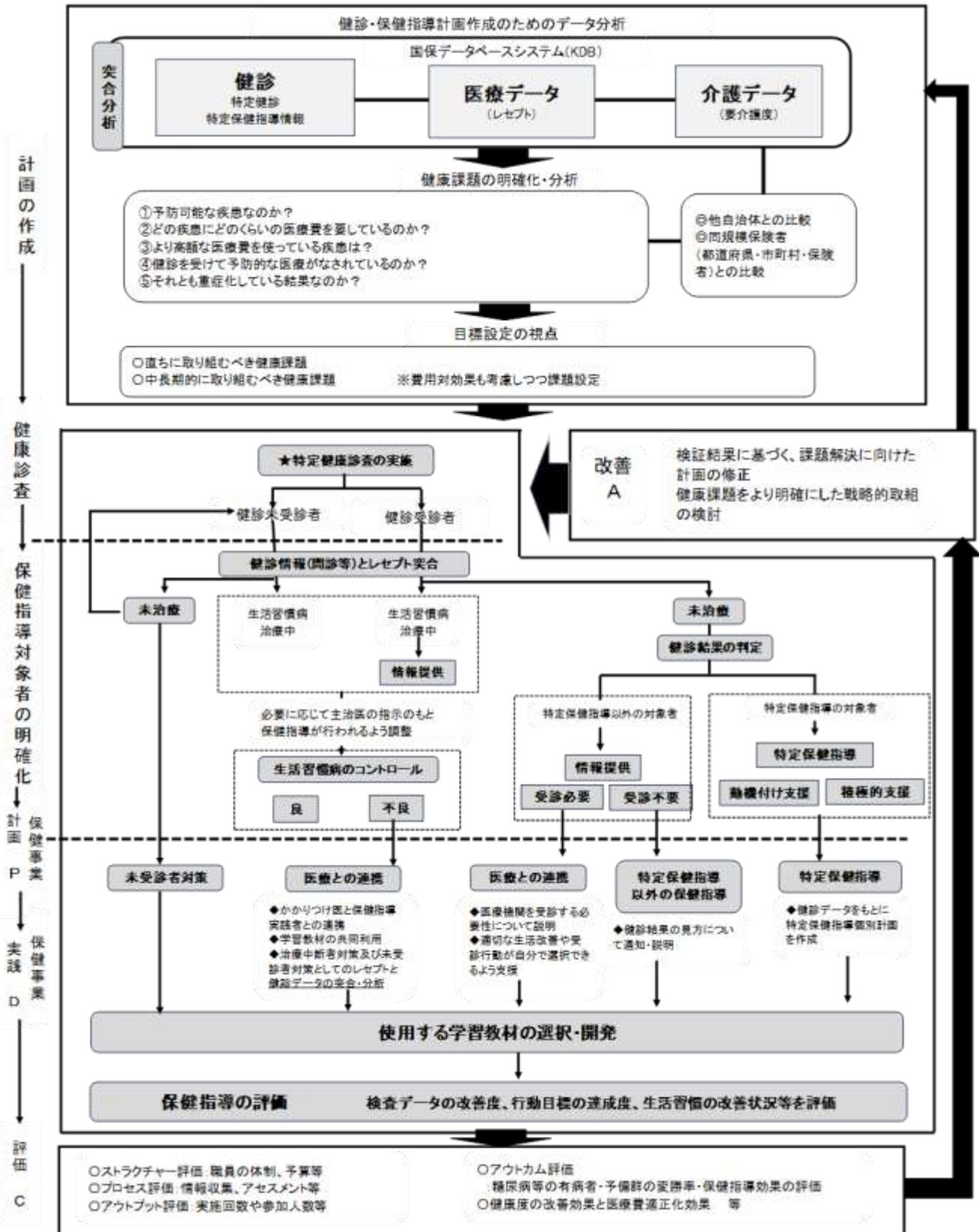
◆ 健診項目の保健指導判定と及び受診勧奨判定値

※「LDL (non-HDL)」については、LDL がない場合のみ non-HDL で判断

項目		正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値	再掲	参考		
身体の大きさ	BMI	~24.9	25.0~	—	—	メタボリックシンドローム診断基準検討委員会：メタボリックシンドローム定義と診断基準		
	腹囲	男性 ~84.9 女性 ~89.9	85~ 90~	—	—			
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	~149	150~299	300~	400~	日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン	
		HDL コレステロール	40~	35~39	~34	—		
		AST (GOT)	~30	31~50	51~	—		日本消化器病学会：肝機能研究班意見書
		ALT (GPT)	~30	31~50	51~	—		
		γ-GT (γ-GTP)	~50	51~100	101~	—		
	内皮障害	血圧	収縮期	~129	130~139	140~	160~	日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン
			拡張期	~84	85~89	90~	100~	
			計	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧以上	II度以上	
		尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~	9.0~	日本痛風・核酸代謝学会：高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン	
	インスリン抵抗性	血糖	~99	100~125	126~	—	日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド	
		HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	7.0~		
		尿糖	(-) or (±)	(+)	(2+)~	—		
	腎臓	クレアチニン	男性	~1.00	1.01~1.29	1.3~	—	人間ドック学会：判定区分
			女性	~0.70	0.71~0.99	1.0~	—	
		GFR (糸球体濾過量)	60~	45~60 未満	45 未満	30 未満	日本腎臓学会：CKD 診療ガイド	
		尿蛋白	(-)	(±)	(+)~	—		
	尿潜血	(-) or (±)	(+)	(2+)~	—			
その他の動脈硬化危険因子	LDL-C (non-HDL)	~119 (~149)	120~139 (150~169)	140~ (170~)	160~ (190~)	日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン		

出典：厚生労働省 健康局「標準的な健診・保健指導プログラム【平成6年度版】」

◆ 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健事業計画の流れ



◆ 令和5年度 特定健診に関するアンケート調査

令和5年度 特定健診に関するアンケート調査結果報告

今年度、令和6年から令和11年までの期間に実施する「第4期特定健康診査等実施計画」と「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定するにあたり、より効果的かつ効率的な特定健診受診勧奨事業の設計を目的とし、健診未受診者の状況を把握するためアンケート調査を実施しました。

1. 調査概要

- (1) 調査方法 郵送調査(回答方法は郵送とインターネット回答)
- (2) 調査対象

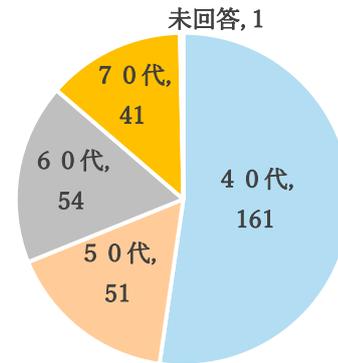
抽出条件	対象者数
令和元年度～令和3年度新規国保加入者で、特定健診受診歴のない者で40歳～73歳	1,655
総合(集団)健診にて特定健診予約のない者40、歳、46歳、50歳	765
計	2,420

- (3) 調査期間
令和5年9月11日～令和5年11月17日
- (4) 回答状況
有効回答数 308人(12.7%)

2. 調査結果

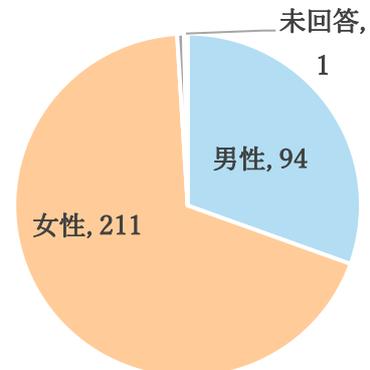
問1. 年齢について、当てはまる番号に○印をつけてください。

年代	人数	割合
40代	161	52.3%
50代	51	16.6%
60代	54	17.5%
70代	41	13.3%
未回答	1	0.3%
計	308	100%



問2. 性別について、当てはまる番号に○印をつけてください。

性別	人数	割合
男性	94	30.5%
女性	211	68.5%
回答しない	2	0.6%
未回答	1	0.3%
計	308	100.0%



問3. お住まいの地域について、当てはまる番号に○印をつけてください。

校区	人数	割合
1. 前原校区	52	16.9%
2. 加布里校区	14	4.5%
3. 波多江校区	38	12.3%
4. 長糸校区	12	3.9%
5. 雷山校区	13	4.2%
6. 怡土校区	20	6.5%
7. 前原南校区	32	10.4%
8. 南風校区	18	5.8%
9. 東風校区	24	7.8%
10. 深江校区	7	2.3%
11. 福吉校区	12	3.9%
12. 一貴山校区	16	5.2%
13. 桜野校区	5	1.6%
14. 可也校区	32	10.4%
15. 引津校区(姫島含む)	11	3.6%
16. 不明	0	0.0%
未回答	2	0.6%
計	308	100.0%



問4. 就業形態について、当てはまる番号に○印をつけてください。

就業形態	人数	割合
1. 正社員・正職員	0	0.0%
2. 派遣・契約社員	0	0.0%
3. パートタイム・アルバイト	123	39.9%
4. 内職	0	0.0%
5. 自営業(農業・漁業を含む)	63	20.5%
6. 家族従業員(家業の手伝い)	4	1.3%
7. 家事専業	39	12.7%
8. 学生	1	0.3%
9. 無職	63	20.5%
10. その他	14	4.5%
未回答	1	0.3%
計	308	100.0%

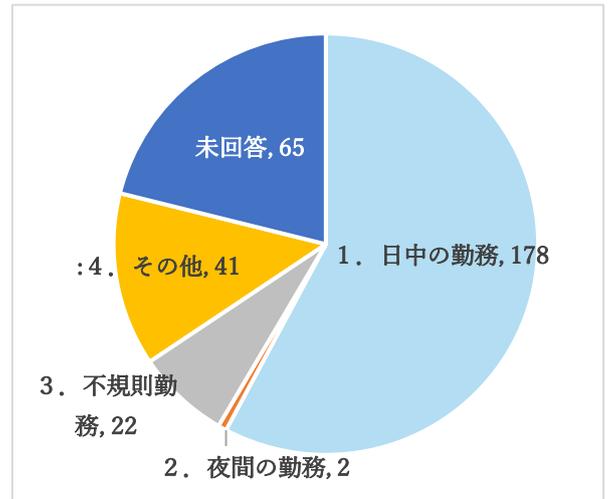


その他: 技能実習生、業務委託(フリーランス)、作業所B型、自宅療養、障害者手帳あり、嘱託、特殊な公務員、非常勤講師

問5. 勤務形態について、最も多く当てはまる番号に○印をつけてください。

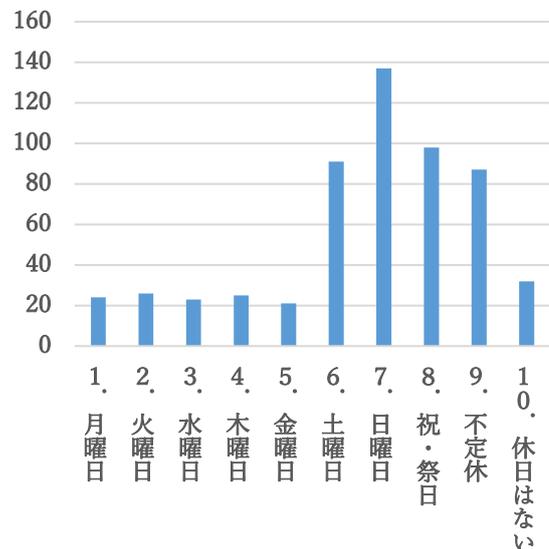
勤務形態	人数	割合
1. 日中の勤務	178	57.8%
2. 夜間の勤務	2	0.6%
3. 不規則勤務	22	7.1%
4. その他	41	13.3%
未回答	65	21.1%
計	308	100.0%

その他: 家事専業のため、時間に縛りはない、今無職のため、仕事をしていないから、主婦、主婦のため回答しにくい、主婦業、専業主婦、無職、無職だから家にいます、無職なので



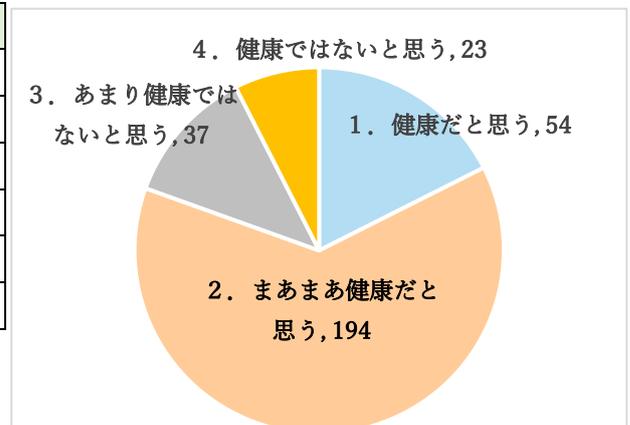
問6. 休日について、当てはまる番号に○印をつけてください。(複数回答可)

曜日	人数	割合
1. 月曜日	24	4.3%
2. 火曜日	26	4.6%
3. 水曜日	23	4.1%
4. 木曜日	25	4.4%
5. 金曜日	21	3.7%
6. 土曜日	91	16.1%
7. 日曜日	137	24.3%
8. 祝・祭日	98	17.4%
9. 不定休	87	15.4%
10. 休日はない	32	5.7%
計	564	100.0%



問7. 自分の健康状態について、当てはまる番号に○印をつけてください。

状態	人数	割合
1. 健康だと思う	54	17.5%
2. まあまあ健康だと思う	194	63.0%
3. あまり健康ではないと思う	37	12.0%
4. 健康ではないと思う	23	7.5%
未回答	0	0.0%
計	308	100.0%



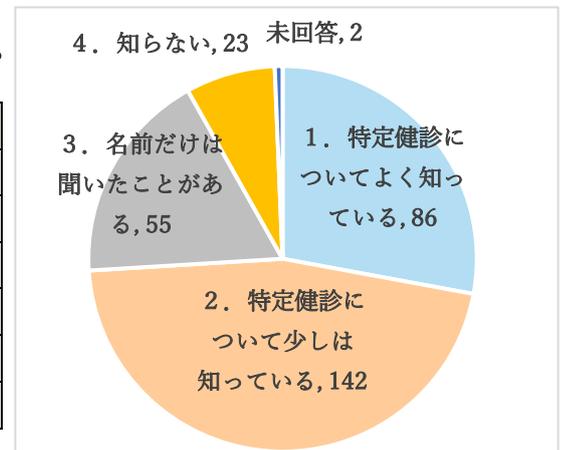
問8. 医療機関への通院状況について、
当てはまる番号に○印をつけてください。

通院状況	人数	割合
1. 定期的に通院している	138	44.8%
2. 心配な時に通院している	96	31.2%
3. 通院していない	73	23.7%
未回答	1	0.3%
計	308	100.0%



問9. このアンケートが届く前から特定健診のことを知っていましたか。
当てはまる番号に○印をつけてください。

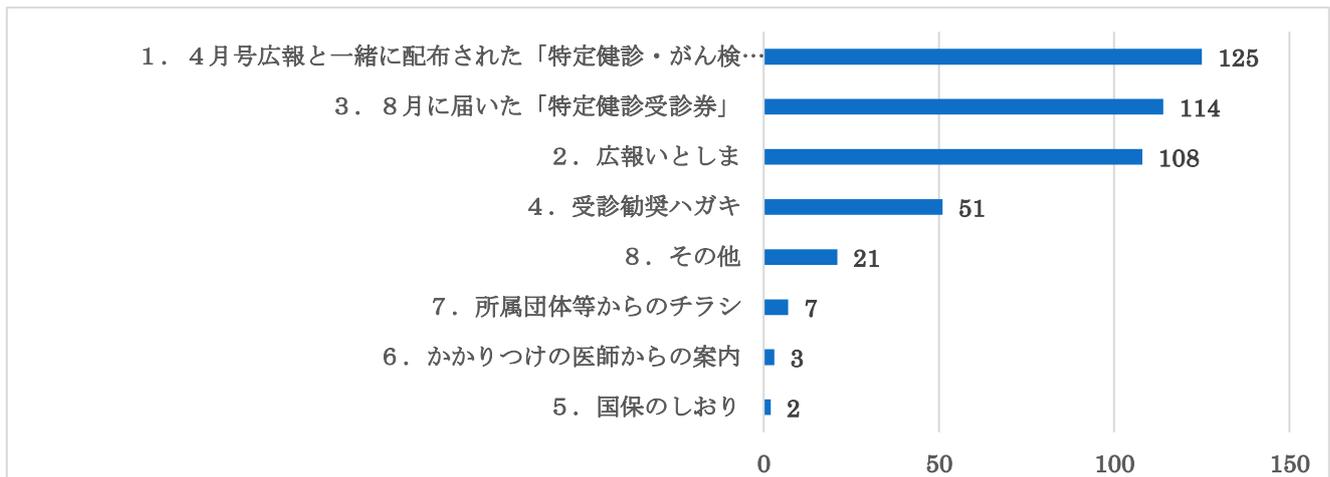
項目	人数	割合
1. 特定健診についてよく知っている	86	27.9%
2. 特定健診について少しは知っている	142	46.1%
3. 名前だけは聞いたことがある	55	17.9%
4. 知らない	23	7.5%
未回答	2	0.6%
計	308	100.0%



問10. (問9で「1~3」を選んだ方のみ)特定健診についてどのようにして知りましたか。当てはまる番号に○印をつけてください。(複数回答可)

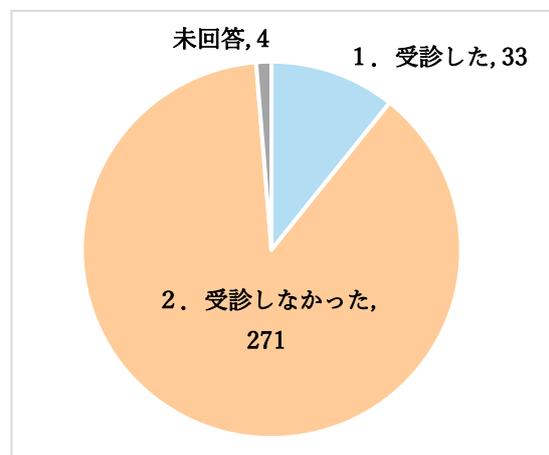
項目	人数	割合
1. 4月号広報と一緒に配布された「特定健診・がん検診のご案内」	125	29.0%
2. 広報いとしま	108	25.1%
3. 8月に届いた「特定健診受診券」	114	26.5%
4. 受診勧奨ハガキ	51	11.8%
5. 国保のしおり	2	0.5%
6. かかりつけの医師からの案内	3	0.7%
7. 所属団体等からのチラシ	7	1.6%
8. その他	21	4.9%
計	431	100.0%

その他:インターネット、なんとなく、以前に健診に関する仕事をしていた、家族から、家族が受けていた、今回の便り、在職中から毎年健診があった、親からの情報、人から聞いたことがある、前々から知識として仕入れていた、郵便。



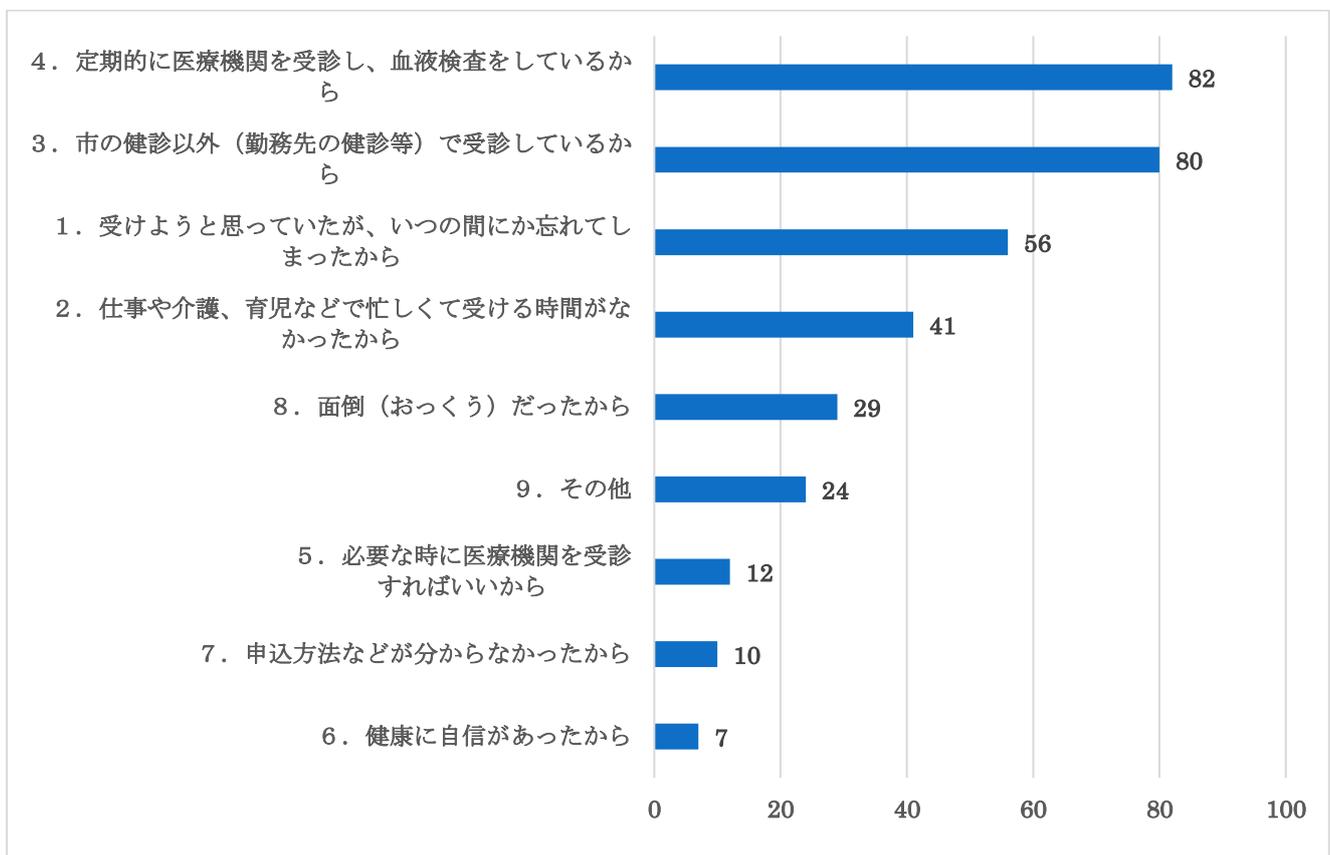
問11. 令和4年度(令和4年6月~令和5年3月の間)に、糸島市国民健康保険の特定健診を受けましたか。当てはまる番号に○印をつけてください。

受診の有無	人数	割合
1. 受診した	33	10.7%
2. 受診しなかった	271	88.0%
未回答	4	1.3%
計	308	100.0%



問12. (問11で「2」を選んだ方のみ) 受診しなかった理由について、当てはまる番号に○印をつけてください。
(複数回答可)

理由	人数	割合
1. 受けようと思っていたが、いつの間にか忘れてしまったから	56	16.4%
2. 仕事や介護、育児などで忙しくて受ける時間がなかったから	41	12.0%
3. 市の健診以外(勤務先の健診等)で受診しているから	80	23.5%
4. 定期的に医療機関を受診し、血液検査をしているから	82	24.0%
5. 必要な時に医療機関を受診すればいいから	12	3.5%
6. 健康に自信があったから	7	2.1%
7. 申込方法などが分からなかったから	10	2.9%
8. 面倒(おっくう)だったから	29	8.5%
9. その他	24	7.0%
計	341	100.0%



その他:

2023年4月来日の為

CT,内視鏡定期に受診、尿血液等。市の特診は内容がない。無駄自分で管理しないとダメ
お金が掛かるから

コロナ

コロナが発生した時点からずっと受けていない。感染が怖くて受けてない。

ずっと入院してたから

引っ越してきたばかりで通知が来てるか知らない

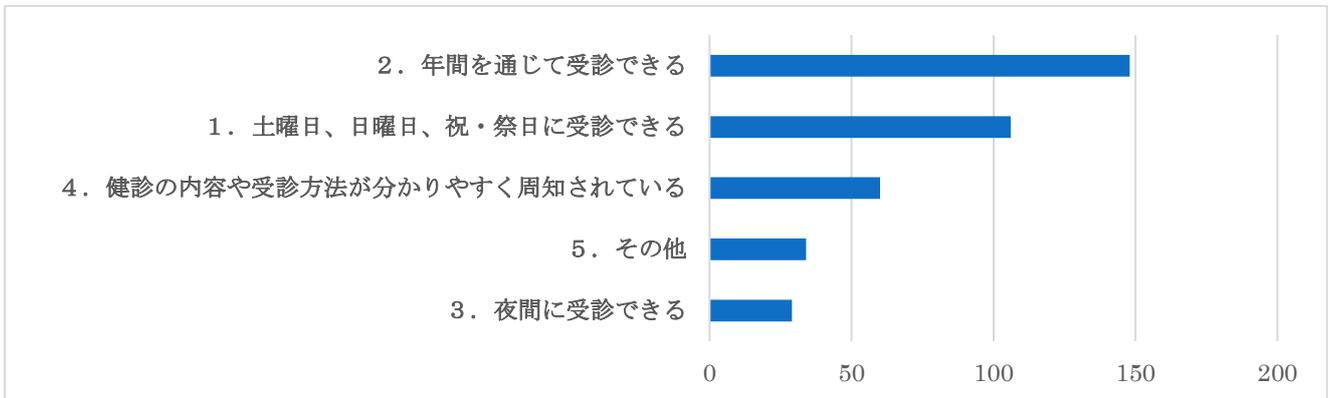
協会けんぽの健診を受診している

健診結果が悪ければ薬ばかり処方され、根本の生活改善等の説明はほとんどしないから

仕事が休みの日に病院が開いていない
 受けていいのかわからなかった
 退職後かかりつけ医で内容の濃い検査を定期的に(血圧は毎回)受けている。在職中の検診 LDL コレステロール値での再検査(24 時間心電図)以降、かかりつけ医で毎年、血液検査(PSA 含んで 4 回)腹部エコー、頸部動脈エコー、胃カメラ、胸部レントゲン、心電図、心臓エコー、の各検査を各 1 回定期的に受けている
 年齢じゃなかったため
 必要だと感じなかったから
 北九州から転入したばかりで前年まで北九州で受けている
 本当は特定健診で血液、尿検査など医療費を安くしたいのですが、また病院で血液検査などされるので娘の出産、同居など忙しかったから。夫の病気で亡くなった。精神的に受診する気持ちにならなかった
 予約したが体調不良で受診できなかった

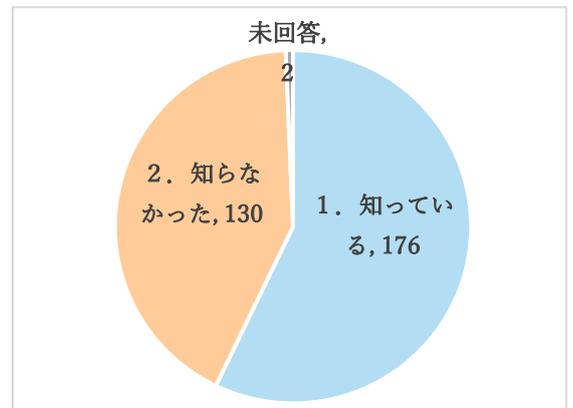
問13. どのような条件や環境が改善されたら、特定健診を受診しやすくなりますか(または、受診しようと思いませんか)。当てはまる番号に○印をつけてください。(複数回答可)

項目	人数	割合
1. 土曜日、日曜日、祝・祭日に受診できる	106	28.1%
2. 年間を通じて受診できる	148	39.3%
3. 夜間に受診できる	29	7.7%
4. 健診の内容や受診方法が分かりやすく周知されている	60	15.9%
5. その他	34	9.0%
計	377	100.0%



問14. 医療機関に通院されている方も特定健診の対象であることを知っていますか。
 当てはまる番号に○印をつけてください。

項目	人数	割合
1. 知っている	176	57.1%
2. 知らなかった	130	42.2%
未回答	2	0.6%
計	308	100.0%



◆ 糸島市国民健康保険運営協議会規則

○糸島市国民健康保険運営協議会規則

平成22年1月1日
規則第110号

(趣旨)

第1条 糸島市国民健康保険運営協議会(以下「協議会」という。)の運営方法については、糸島市国民健康保険条例(平成22年糸島市条例第102号。以下「条例」という。)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(招集)

第2条 協議会は、市長が定めた日に会長がこれを招集する。

(議事)

第3条 会議は、会長が議長となりこれを開閉する。

第4条 開議、散会、延会及び中止は、議長がこれを宣告する。

第5条 会議は、条例第2条各号に規定するそれぞれの委員の半数以上の出席がなければ開会することができない。

第6条 議長は、議題とした議案を市長に説明を求め、又は協議会書記に朗読させることができる。

2 委員提出議題は、当該委員に説明を求めることができる。

3 協議会において必要と認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その説明又は意見を聴くことができる。

(審議事項)

第7条 協議会は、次に掲げる事項を審議する。

(1) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第43条第1項及び第52条第2項の規定による一部負担金の割合の引下げ

(2) 国民健康保険税の税率

(3) 国民健康保険法第58条の規定による保険給付の種類及び内容の変更

(4) 保健事業の実施大綱

(5) その他重要事項

(採決)

第8条 出席委員は、採決について可否のいずれかを表決しなければならない。

第9条 採決の方法は、呼称、挙手、起立の3種とし、議長が適宜運用する。

第10条 委員は、自己の表決について更正を求めることができない。

第11条 議案は、出席委員の過半数の賛成がなければこれを決することができない。

2 可否同数のときは、議長がこれを決定する。

第12条 議長が採決した後は、何人も議題について発言することができない。

(採決事項の処理)

第13条 会長は、市長よりの諮問事項について審議し、議決を了したときは、速やかに、市長に答申しなければならない。

第14条 会長は、委員よりの提出事項があるときは、これを採決後、市長に建議することができる。

(会議録)

第15条 会議録には、すべての議事の状況を記載しなければならない。

2 会議録には、議事のほか、開会及び閉会の年月日、時間、出席委員の氏名その他議長が必要と認める事項を記載しなければならない。

3 会議録に署名すべき委員は、議長のほか委員2人とし、議長がこれを指名する。

4 会議録は、会議終了後速やかに作成しなければならない。

(庶務)

第16条 協議会の庶務は、市民部国保年金課において処理する。

(補則)

第17条 この規則に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この規則は、平成22年1月1日から施行する。

附 則(平成24年3月30日規則第9号)

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(令和4年3月25日規則第7号)

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

◆ 糸島市国民健康保険運営協議会委員名簿

令和5年度 糸島市国民健康保険運営協議会委員名簿

区 分	氏 名	備 考
被保険者代表 (1号委員)	岡本 修	糸島市行政区長会
	財津 明子	福岡県社会保険労務士会
	宗 俊子	公募
	山下 善一郎	公募
保険医、保険薬剤師代表 (2号委員)	富満 久教	一般社団法人 糸島医師会
	奥 郁美	一般社団法人 糸島医師会
	江頭 修作	一般社団法人 糸島歯科医師会
	細川 禎久	一般社団法人 糸島薬剤師会
公益代表 (3号委員)	西 佳明	元前原市議会議員
	宮本 向子	福岡県被用者保険等保険者連絡協議会
	井土 敏幸	糸島市商工会
	中嶋 幸男	糸島市農業協同組合

※任期 令和3年4月1日から令和6年3月31日まで（3年間）
任期途中で交代した委員については、前任者の任期を引き継ぐ

◆ 各種対象者等数将来予測数

項目	予測値					
	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2024	2025	2026	2027	2028	2029
①国保人口	23,500	22,912	22,368	21,890	21,424	20,965
②特定健診対象者数	16,944	16,520	16,127	15,783	15,447	15,116
③目標受診率	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	52.0%
④特定健診受診者予測数	7,116	7,269	7,419	7,576	7,723	7,860
⑤特定保健指導該当者割合	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%	11.5%
⑥特定保健指導該当者数	818	836	853	871	888	904
⑦特定保健指導実施率	72.0%	72.5%	73.0%	73.5%	74.0%	74.5%
⑧目標実施者数	589	606	623	640	657	673
⑨積極的支援該当者割合	21.2%	21.2%	21.2%	21.2%	21.2%	21.2%
⑩積極的支援該当者数	173	177	181	185	188	192
⑪動機付け支援該当者割合	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%	78.8%
⑫動機付け支援該当者数	645	659	672	687	700	712

◆ 用語解説集

英文字	
BMI	肥満度を表す指標として国際的に用いられている体格指数。Body Mass Index の略称。[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で求められる。
HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖コントロールの状態がわかる。糖尿病検査に使用される。
HDL コレステロール	善玉コレステロールのこと。血管の壁についている余分な脂質であるコレステロールを回収し、肝臓に送り、動脈硬化を予防する。
ICT	情報通信技術 (Information and Communication Technology) の略称であり、情報や通信に関連する科学技術の総称。
KDB システム	国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。
LDL コレステロール	悪玉コレステロールのこと。細胞に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となる。
non-HDL コレステロール	総コレステロールから HDL コレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。
あ行	
医療費	医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用の総額のこと。被保険者が医療機関等の窓口で負担する額と、保険者や公費で負担する額を合わせた費用の合計額になる。
か行	
拡張期血圧	血圧は血管にかかる圧力のことで、拡張期血圧は全身から戻った血圧が心臓にたまっているときに示す最小血圧。
がん	組織細胞が何らかの原因で変質して増殖を続け、他の組織との境界に侵食(浸潤)しながら、身体の正常な組織を破壊する。
眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無等を調べるもの。
虚血性心疾患	心臓の筋肉に酸素や栄養を送る冠動脈が、狭くなったり閉塞したりすることで血流障害を起こす病気。
空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖の量のこと。食事の内容で数値が左右されるため、空腹の状態にて計測する。
継続受診	前年度と当該年度の2年連続で特定健診を受診すること。
血清クレアチニン	筋肉運動のエネルギーとして代謝された後に残る老廃物。腎臓のろ過機能をチェックする指標となる。

血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	
最大医療資源傷病名	レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名。
脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
歯周病	歯と歯ぐきの間に繁殖する細菌に感染し、歯の周りに炎症が起こる病気。
収縮期血圧	血圧は血管にかかる圧力のことで、収縮期血圧は心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧。
心電図	心筋が収縮する時に発生する電気エネルギーの変化を記録したもの。
レセプト	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	
中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。

動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
同規模	同規模：KDBシステムにおいて、都市区分・人口等により13区分に分けられたものによる比較で、糸島市は区分6（人口100,000人～150,000人未満に該当）。
特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。
特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160mmHg～179mmHgかつ/または拡張期血圧100mmHg～109mmHgを示す分類区分。
尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	
腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
フレイル	健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	
メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	
有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
要精検	要精密検査の略。適切な対処法を確認するために精密検査が必要であることを示す。

行くと健康



発行：系島市市民部 国保年金課
健康福祉部 健康づくり課
〒819-1192

福岡県系島市前原西一丁目1番1号
TEL 092-323-1111(代表)