

第3期宗像市国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第4期宗像市特定健康診査等実施計画)
令和6年度～令和11年度

宗像市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1)市町村国保の役割
 - 2)関係機関との連携
 - 3)被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化 …10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 1)主な個別事業の実施状況
 - 2)中長期目標の達成状況
 - 3)第2期計画の目標達成状況一覧
 - 4)第2期計画にかかる考察
3. 第3期計画における健康課題の明確化
 - 1)医療費の状況
 - 2)介護給付費の状況
 - 3)健診・医療・介護データの一体的分析
 - 4)優先して解決を目指す健康課題
 - 5)目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……29

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報の保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための保健事業36

1. 保健事業の方向性
2. 個別事業の取り組み
 - 1) 特定健診未受診者対策
 - 2) 生活習慣病発症予防のための啓発
 - 3) 生活習慣病の重症化予防
 - 4) その他の医療費適正化
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 事業の実施
4. 地域包括ケアにかかる取り組み

第5章 計画の評価・見直し48

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い50

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

世界でもトップレベルの長寿命社会であり、令和3年には高齢化率 28%を超えた超高齢社会であるわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命(日常生活に制限のない期間)を延ばすことに転換しています。

平成 25 年に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成、公表、事業実施、評価等の取り組みが求められることとなりました。また平成 26 年、「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正において、保険者は、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・改善等に取り組むことになりました。

その後、平成 30 年に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 年に閣議決定された「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標準化等の取り組みの推進が掲げられました。さらに、令和 4 年に「新経済・財政再生計画改革行程表 2022^{※4}」において、データヘルス計画の標準化を進めるため、保険者共通の評価指標や適正なKPIの設定を推進することが掲げられました。

これまで、これらの国の指針に基づいて、本市は第2期データヘルス計画の策定、保健事業の実施等に取り組んできました。引き続き、各種データを基とした適切な保健事業を通して被保険者の疾病発症予防や早期発見等を積極的に促進し、健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸、ひいては住民の幸せを目的とした第3期データヘルス計画を策定し、目的に即した取り組みを推進していきます。

※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期データヘルス計画は、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。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や宗像市健康増進計画(健康むなかた 21)、福岡県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和を図ります。(図表1)

また、特定健康診査等実施計画は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ものであることから、データヘルス計画と一体的に策定することとします。ただし、データヘルス計画の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、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、基本的な考え方としては、プログラムに準じた保健事業を展開していきます。(図表2・3・4・5)

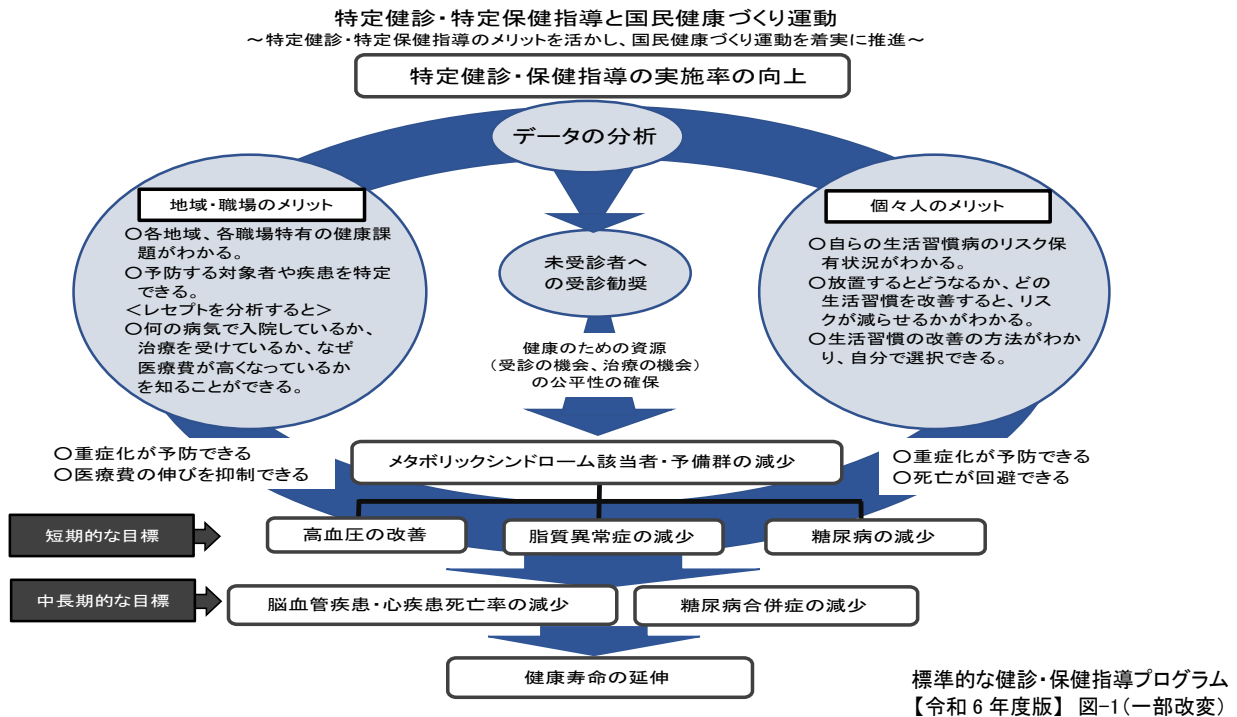
※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているが、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すため、第2期データヘルス計画同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとする。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ
法定計画等の位置づけ

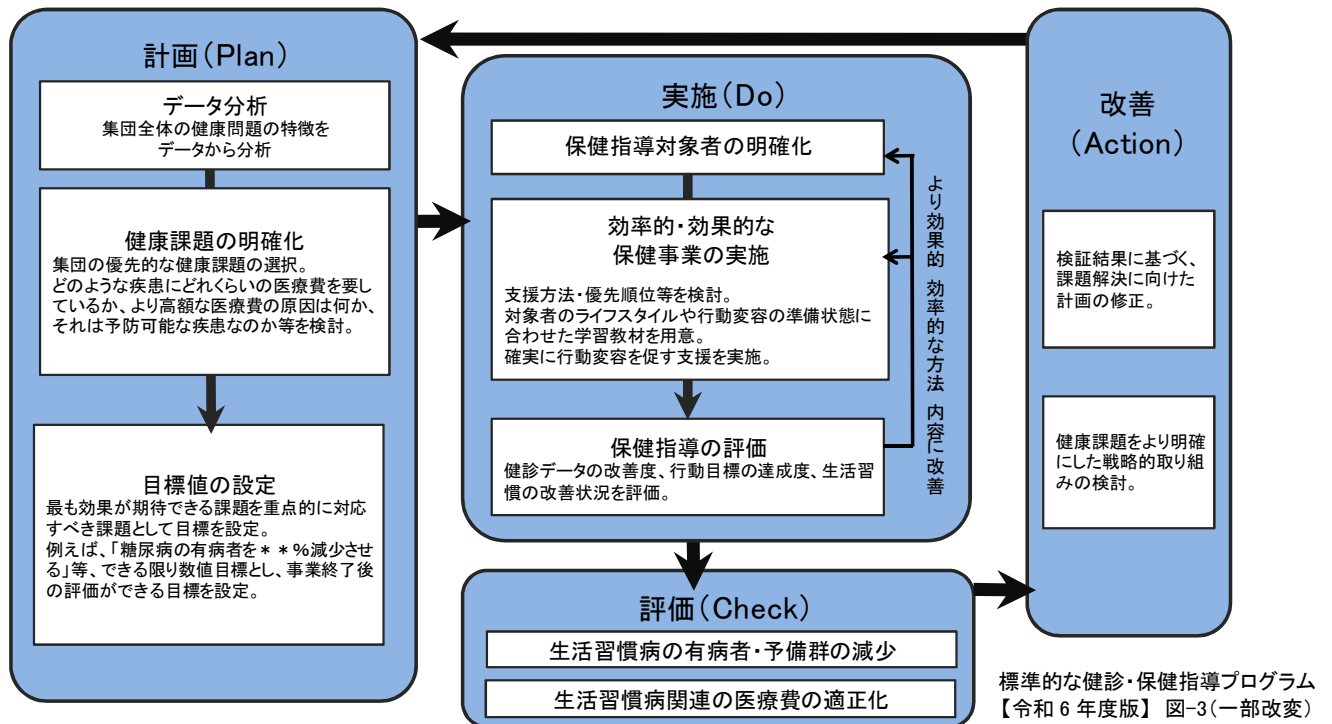
	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、 労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「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の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

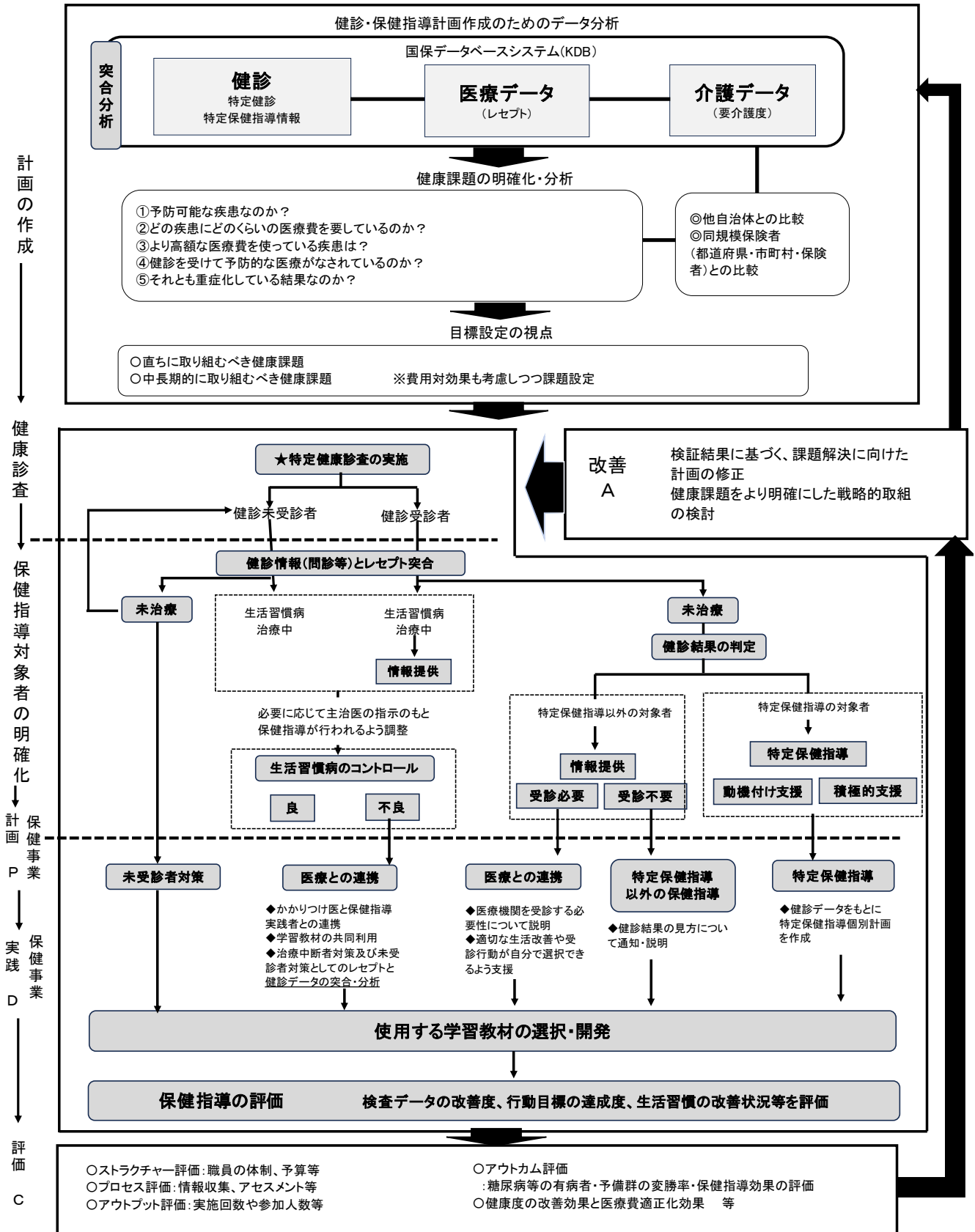


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取り組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながらる。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	現在の健診・保健指導
特徴	事業中心の保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		結果を出す保健指導
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
実施主体	市町村		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
			医療保険者

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

本計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

計画の期間については、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、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することとしており、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ています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

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のために、国保医療課が主体となって策定しますが、住民の健康の保持増進に関係する部局、特に健康課の保健師等の専門職と連携し、被保険者の健康課題を分析し、計画の推進、保健事業の実施・評価を進めます。

なお、本市国民健康保険における医療費適正化を全庁的な取り組みとして推進していくためには、

施策や事業の企画立案、実施、評価、見直しの全ての過程で庁内の総合調整が必要であることから、「宗像市国民健康保険医療費適正化推進会議」において、関係部署と十分な連携・協議を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化し、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表6）

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるには、計画の策定から評価・見直しまでの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携が不可欠です。その際、被保険者の健康課題を共有することも重要です。

《保健医療関係者との連携》

保健事業を円滑に進めるためには、宗像医師会・宗像歯科医師会・宗像薬剤師会との連携・協力が重要です。国民健康保険運営協議会への参画のほか、担当者間での日常的な連絡調整等、様々な機会を通して積極的に意見を交換する必要があります。

特に重症化予防の推進にあたっては、医師会やかかりつけ医との連携が必須であり、専門的見地からの積極的な支援が得られるよう連携体制のさらなる強化を図ります。

《国民健康保険団体連合会(国保連合会)との連携》

データ分析を行うには、国保データベース(KDB)の活用が有効です。よりの確な分析を効率的に行えるよう、国保連合会による研修に積極的に参加し、KDB を活用した効果の見込める事例の情報収集等に努めます。また、国保連合会に設置された支援・評価委員会は、保健事業に関する豊富な知識や経験を有しており、本市においても計画の策定や個別の保健事業の実施・評価において有効活用します。

《日本赤十字九州国際看護大学との連携》

本市に所在する日本赤十字九州国際看護大学は看護・保健衛生分野のエキスパートであり、この分野に関する豊富な知識や経験を有しています。情報共有を積極的に行い、地域医療に関する問題解決に向けて連携の強化を図ります。

《県との連携》

平成 30 年から県が市町村国保の共同保険者となったことから、宗像市国保の保険者機能を強化するには福岡県の関与が重要となります。本市においては、福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所を通じて情報を共有し、保健事業の円滑な実施に向けて連携・協力を図ります。

《福津市との連携》

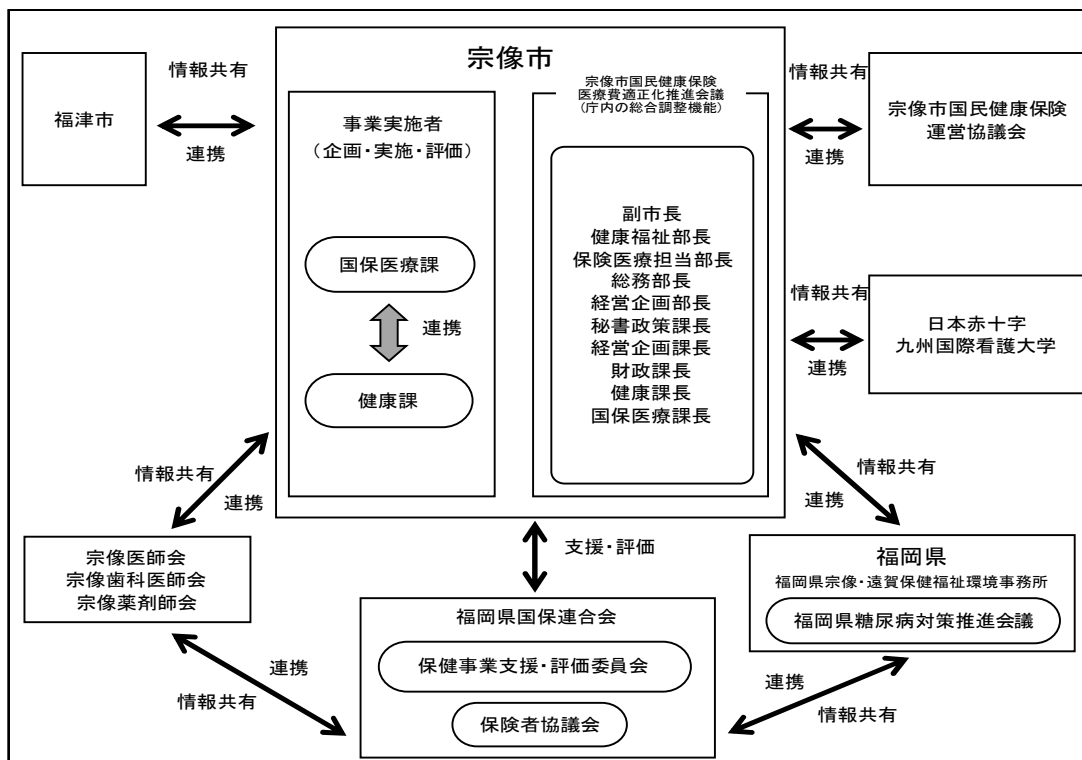
本市と福津市は同じ医療圏(宗像保健医療圏)であるため、両市が連携して医療費適正化に取り

組むことが重要です。両市担当部署で健康課題を共有し、実効性のある保健事業を展開できるよう連携・協力して取り組みます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、国民健康保険運営協議会や各種被保険者アンケート等で意見を収集し、その反映に努めます。

図表6 宗像市の実施体制図



5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化や健康づくりに向けた取り組み等に対する支援を行うため、保険者の取り組み状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取り組みを後押しする保険者努力支援制度(事業費分・事業費連動分)が新たに設けられました。事業費分は、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成されます。事業費連動分は、都道府県が交付金を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

本市では取り組みへの努力もあり、令和5年度は全国1,741市町村中、147位でした。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		R3		R4		R5		
		宗像市	配点	宗像市	配点	宗像市	配点	
全国順位(1,741市町村中)		123位		63位		147位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	105	70	70	70	70	
		(2)特定保健指導実施率		70		70	70	
		(3)メボリックシフト・ロム該当者・予備群の減少率		50		50	50	
	②	(1)がん検診受診率等	30	40	30	40	35	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	80	90	60	45	65	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	110	130	110	130	80	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	65	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	35	40	50	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	88	100	82	100
合計点		725	1,000	753	960	697	940	
交付額(万円)		42,835		44,023		42,146		

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市の人口は 97,095 人、高齢化率は 29.7%です。福岡県(以下「県」という。)、国と比較すると、高齢者の割合はやや高く、被保険者の平均年齢は 55.2 歳と同規模被保険者(以下「同規模」という。)、県、国と比べて高くなっています。

一方、出生率は同規模、県、国と比べてやや高く、産業構成については第3次産業が 75.3%と同規模と比較して高い状況です。(図表8)

被保険者数及び加入率は年々減少しており、65～74 歳の前期高齢者が半数を占めています。(図表9)

また、本市には9の病院、73の診療所があり、いずれも同規模と比べて多く、外来患者数及び入院患者数についても同規模と比較して多い傾向にありますが、医師数は少ない状況です。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した宗像市の特性

	人口	高齢化率	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
宗像市	97,095人	29.7%	19,146人 (20.1)	55.2歳	8.1%	10.1%	0.6	3.4%	21.3%	75.3%
同規模	--	30.4%	20.5%	54.7歳	6.5%	11.8%	0.7	5.6%	28.6%	65.8%
県	--	28.1%	20.6%	51.6歳	7.8%	10.7%	0.7	2.9%	21.2%	75.9%
国	--	28.7%	20.0%	53.4歳	6.8%	11.1%	0.5	4.0%	25.0%	71.0%

出典：令和2年国勢調査、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

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の被保険者」を指し、宗像市と同規模被保険者(250市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

年度	H30		R1		R2		R3		R4	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	20,394人		20,093人		19,903人		19,750人		19,146人	
65～74歳	9,905人	48.6%	9,859人	49.1%	10,015人	50.3%	9,942人	50.3%	9,653人	50.4%
40～64歳	5,854人	28.7%	5,789人	28.8%	5,646人	28.4%	5,534人	28.0%	5,437人	28.4%
39歳以下	4,635人	22.7%	4,445人	22.1%	4,242人	21.3%	4,274人	21.6%	4,056人	21.2%
加入率	21.2%		20.9%		20.7%		20.6%		20.1%	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

年度	H30		R1		R2		R3		R4		参考(R4)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	8	0.4%	8	0.4%	8	0.4%	9	0.5%	9	0.5%	0.3%	0.4%
診療所数	73	3.6%	74	3.7%	74	3.7%	71	3.6%	73	3.8%	3.6%	4.5%
病床数	1,071	52.5%	1,016	50.6%	1,016	51.0%	1,252	63.4%	1,252	65.4%	59.4%	78.7%
医師数	141	6.9%	141	7.0%	136	6.8%	136	6.9%	158	8.3%	10.0%	16.0%
外来患者数	752.2人		759.7人		707.4人		760.3人		786.5人		719.9人	721.4人
入院患者数	23.6人		24.2人		22.2人		22.8人		23.5人		19.6人	21.2人

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

第2期データヘルス計画では、計画の最終年度までに達成を目指す中長期的な目標及び中長期的な目標を達成するための短期的な目標を設定し、保健事業に取り組みました。

1) 主な個別事業の実施状況

(1) 特定健診、特定保健指導及び未受診者対策

本市の特定健診受診率は、令和2年に発生した新型コロナウイルス感染症の影響で大幅に低下しました。令和3年度以降は、感染症予防の徹底や受診券の一斉送付等の新たな取り組みを実施したことにより上昇傾向にあります。第3期特定健康診査等実施計画の目標は達成できていません。

また、特定保健指導についても、令和2年度以降の実施率が大きく下がっています。新型コロナウイルス感染症の影響で対面での指導を一部取り止めたほか、訪問指導を中止したためと考えられます。

特定健診結果について、平成30年度と令和4年度とを比較したところ、特定保健指導該当者は0.9%減少し、メタボリックシンドロームの該当者の割合は4.2%伸び、3項目すべての危険因子が重なっている者は2.8%増えています。(図表11,12)

図表 11 特定健診・保健指導の推移

年度		H30	R1	R2	R3	R4	R5 目標値
特定健診	受診者数	5,199人	5,343人	3,851人	4,332人	4,577人	健診受診率 60%
	受診率	36.2%	37.7%	27.1%	31.0%	33.9%	
特定 保健指導	該当者数	628人	643人	492人	507人	514人	特定保健 指導実施率 60%
	割合	12.1%	12.0%	12.8%	11.7%	11.2%	
	実施者数	401人	435人	280人	267人	258人	
	実施率	63.9%	67.7%	56.9%	52.7%	50.2%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 12 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		予備群
			3項目	2項目	
H30	5,199人 (36.2%)	725人 (13.9%)	199人 (3.8%)	526人 (10.1%)	551人 (10.6%)
R4	4,577人 (33.9%)	830人 (18.1%)	302人 (6.6%)	528人 (11.5%)	452人 (9.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

(2) 生活習慣病の発症予防

特定健診、健康相談、地域における健康づくり事業及び広報活動等を通して、生活習慣病予防や健康づくりに関する啓発を行い、被保険者や市民の健康意識の向上を図りました。

また、30歳代の被保険者に対する早期介入事業として、特定健診と同項目の健診を実施し、必要に応じて保健指導を実施しました。

新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に縮小・中止した事業がありますが、参加者数は徐々に回復してきています。(図表 13)

図表 13 実施内容及び事業実施量

		H30	R1	R2	R3	R4
30歳代の基本健診受診者数		68人	63人	40人	46人	50人
生活習慣病予防 教室参加者数	糖尿病予防 (休日コース)	—	20人	12人	15人	17人
	糖尿病予防 (平日コース)	—	38人	17人	14人	11人
	動脈硬化 予防コース	—	38人	16人	13人	15人
ルックルック講座参加者数		1,215人	857人	103人	121人	288人
健康マルシェ参加者数		889人	2,019人	中止	中止	240人

(3) 重症化予防

① 生活習慣病の重症化予防

生活習慣病の重症化予防として、特定健診結果から高血圧、糖尿病及び脂質異常があり、医療機関への受診が必要な者を抽出し、医療機関への受診勧奨を行うとともに、食事や運動など生活習慣に関する保健指導を行いました。

健診を継続して受診している者の変化をみると、有所見者割合は HbA1c7.0 以上及び LDL-C160 以上は減少しており、Ⅱ度高血圧以上は増加しています。

一方、健診を継続して受診していない者の割合が3割近くあるため、継続して健診を受診することの意識付けに取り組む必要があります。(図表 14、15、16)

図表 14 HbA1c7.0 以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 7.0%以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	247人 (4.8%)	58人 (23.5%)	92人 (37.2%)	21人 (8.5%)	76人 (30.8%)
R3→R4	188人 (4.3%)	46人 (24.5%)	71人 (37.8%)	13人 (6.9%)	58人 (30.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 15 II 度高血圧以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	225人 (4.3%)	81人 (36.0%)	54人 (24.0%)	5人 (2.2%)	85人 (37.8%)
R3→R4	271人 (6.3%)	114人 (42.1%)	55人 (20.3%)	12人 (4.4%)	90人 (33.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 16 LDL-C160 以上の者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160以上	翌年度健診結果			
		改善	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R1	855人 (16.4%)	311人 (36.4%)	242人 (28.3%)	51人 (6.0%)	251人 (29.4%)
R3→R4	662人 (15.3%)	254人 (38.4%)	188人 (28.4%)	47人 (7.1%)	173人 (26.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

② 糖尿病性腎症重症化予防

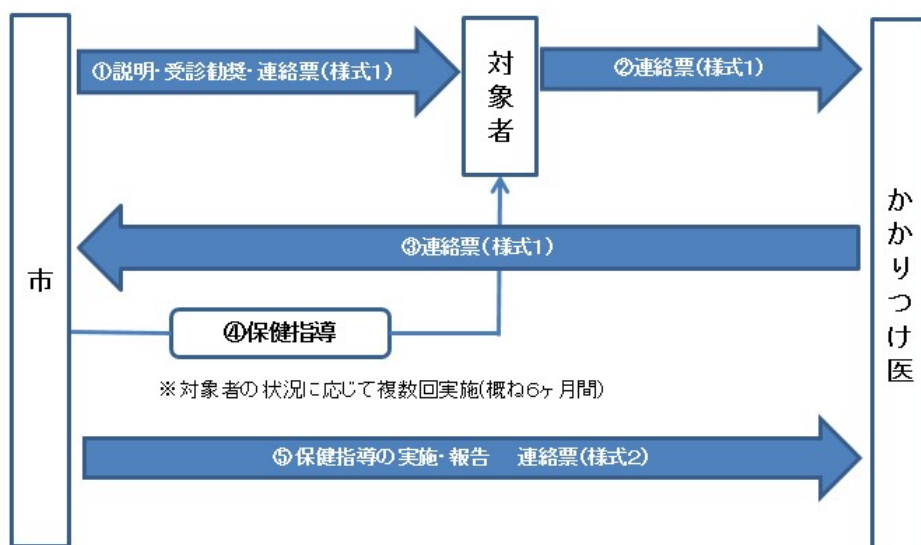
平成 30 年度から、福津市と合同で宗像地区糖尿病性腎症予防プログラムを実施しています。本事業は、30～74 歳の被保険者のうち、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者に対し、適切な受診勧奨や保健指導を行い治療につなぐとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者を保健指導優先対象者として選定し、慢性腎不全及び人工透析への移行を防止することを目的としています。

優先対象者のうち、毎年度、8割弱の者に自身の病状への理解を促すプログラム説明を実施できていましたが、令和4年度については 52.4%と割合が下がっています。説明まで至らなかった理由は、保健指導の拒否やかかりつけ医に相談するので指導は不要というケースがほとんどでした。

しかし、対象者が現段階では保健指導不要と判断しても、プログラム説明を繰り返す中で意識が変わり、数年後には予防プログラムに参加する対象者も多いため、まずは、対象者にプログラムをきちんと説明することが重要であると考えます。

本人同意後、かかりつけ医からの保健指導指示率は2割程度ですが、プログラムを開始した者は支援を最後まで実施する割合が高く、1年後の HbA1c の改善・維持率も高いです。(図表 17、18)

図表 17 宗像地区糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡フロー図



図表 18 糖尿病性腎症重症化予防の実績

年度	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数	5,199 人	5,343 人	3,851 人	4,338 人	4,577 人
対象者出現率	3.2%	3.6%	3.2%	4.2%	4.1%
優先対象者割合	21.3%	33.0%	32.8%	38.7%	43.9%
プログラム説明実施率	74.3%	77.8%	80.0%	75.7%	52.4%
医師の保健指導指示率	19.2%	6.1%	25.0%	20.8%	60.0%
支援終了率	75.3%	100.0%	87.5%	100.0%	R6に集計
1年後病期改善・維持率	66.7%	100.0%	57.1%	82.0%	R6に集計

(4) その他の医療費適正化事業

① 重複・頻回受診者、重複服薬者対策

レセプト点検や訪問健康相談支援システムで発見した重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者に対し、国保連合会の共同事業を活用した訪問健康相談を中心に、適正受診・適正服薬を促すための取り組みを実施しました。第2期データヘルス計画では、重複・頻回受診者の割合と重複・多剤服薬者の割合の合計値を評価指標としており、その割合は減少傾向にあります。(図表 19)

図表 19 重複・頻回受診者の割合と重複・多剤服薬者の割合の合計値

年度	H30	R1	R2	R3	R4	
目標	4.0%	3.8%	3.0%	2.8%	2.6%	
実績	2.8%	2.2%	2.6%	2.6%	2.1%	
(内訳)	重複・頻回受診	2.8%	2.2%	2.1%	2.1%	1.7%
	重複・多剤服薬	-	(0.7%)	0.5%	0.5%	0.4%

※R1 までは重複・頻回受診者の割合

② レセプト点検の充実・強化

レセプト点検は、国保連合会による一次点検と市が委託した業者による二次点検により実施しています。第2期では、令和3年度にプロポーザルを行って業者を再選定し、令和4年4月から令和7年3月までの委託契約を締結しました。業者と情報連携のうえ、年度ごとに観点を変えるなど工夫しながら点検を進めたことにより、点検効果率及び効果額は年々上昇しています。(図表 20、21)

図表 20 レセプト点検効果率

年度	H30	R1	R2	R3	R4
目標	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
実績	0.35%	0.29%	0.39%	0.43%	0.53%

レセプト点検効果率:(再審査が認められた医療費/総医療費)

図表 21 レセプト点検効果額

年度	H30	R1	R2	R3	R4
実績	23,159 千円	19,838 千円	25,609 千円	29,380 千円	37,652 千円
レセプト点検業務委託料 (補助金交付額除く)	12,513 千円	12,441 千円	10,762 千円	11,937 千円	10,915 千円

③ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

切り替え差額通知の発送や希望カードの配布、広報紙や動画による啓発・周知により、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及率は増加傾向にあります。(図表 22)

図表 22 後発医薬品(ジェネリック医薬品)普及率

年度	H30	R1	R2	R3	R4
目標	77%	80%	80%	80%	80%
実績	78.4%	76.1%	79.7%	79.6%	80.6%
薬剤費削減額	38,552 千円	36,744 千円	37,766 千円	38,979 千円	29,530 千円

④ 第三者行為求償の取り組み強化

毎月、レセプト情報や救急搬送記録から第三者行為を発見し、対象者に対し電話または郵送にて届出の勧奨を行っています。令和2年度以降、コロナ禍による外出自粛や受診控え等が影響したためか、第三者行為と疑われる対象の抽出件数が減少傾向にあり、求償件数も減少しています。(図表 23、24)

図表 23 第三者行為求償件数

年度	H30	R1	R2	R3	R4
目標	24 件	25 件	26 件	27 件	28 件
実績	23 件	30 件	15 件	16 件	14 件

図表 24 第三者行為求償率

年度	H30	R1	R2	R3	R4
抽出件数	647 件	469 件	326 件	322 件	263 件
届出勧奨件数	151 件	137 件	61 件	160 件	66 件
求償件数	23 件	30 件	15 件	16 件	14 件
求償率 (求償件数/勧奨件数)	15.2%	21.9%	24.6%	10%	21.2%

⑤ 健康教育の実施

健康や医療に関する公演・セミナー等の啓発事業を実施し、被保険者や市民への健康意識の向上を図りました。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行により、公演・セミナーが実施できなかったため、令和3年度は健康医療動画(YouTube)を作成して啓発に取り組むなど、新型コロナ感染防止策を講じて健康教育事業を実施しました。

参加者アンケートを基に健康教育により意識変容した被保険者の割合を評価指標としており、事業が実施できた全ての年度において、参加者の約 90%が健康について考えるきっかけとなったと回答しています。(図表 25)

図表 25 健康教育により、意識変容した被保険者の割合(参加者アンケートによる)

年度	H30	R1	R2	R3	R4
目標	90%	90%	90%	90%	90%
実績	90%	89%	中止	92%	96%

2) 中長期目標の達成状況

脳血管疾患の新規発症者の割合は、令和2年度まで減少していましたが、令和3年度以降増加に転じています。虚血性心疾患の新規発症者の割合は目標値に達していますが、令和2年度を境に増加しています。糖尿病性腎症による人工透析新規導入者は6人です。(図表 26)

患者数については、虚血性心疾患の割合が減っており、脳血管疾患及び人工透析を行っている者の割合は横ばいです。(図表 28)

医療費については、総額は増加していますが、中長期目標疾患の医療費は減少しています。

脳血管疾患及び虚血性心疾患の高額レセプトにかかる医療費は、ともに計画策定時の値を下回り、目標値に達しています。(図表 26、27)

図表 26 中長期目標の達成状況

中長期目標	現状値		H30	R1	R2	R3	R4
脳血管疾患の新規発症の減少 (被保険者のうち新規患者数が占める割合)	2.1%	目標	-	-	1.5%未満		
		実績	1.5%	1.5%	1.5%	1.9%	2.0%
虚血性心疾患の新規発症の減少 (被保険者のうち新規患者数が占める割合)	1.8%	目標	-	-	1.4%未満		
		実績	1.5%	1.4%	1.2%	1.3%	1.4%
糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少 (新規透析患者のうち糖尿病を持つ者の人数)	7人	目標	-	-	5人未満		
		実績	12人	6人	8人	16人	6人
高額になる疾患 脳血管疾患の医療費の減少	1.47%	目標	-	-	1.28%未満		
		実績	1.28%	1.28%	0.98%	0.78%	1.17%
高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費の減少	1.15%	目標	-	-	0.97%未満		
		実績	1.05%	0.97%	0.92%	0.74%	0.68%

図表 27 中長期目標疾患の医療費の推移

		宗像市		同規模	県	国	
		H30	R4	R4	R4	R4	
総医療費(円)		70億5483万円	75億9915万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		4億5238万円	3億9139万円	--	--	--	
		6.41%	5.15%	7.95%	6.19%	8.20%	
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	2.35%	1.87%	2.08%	2.06%	2.07%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.80%	1.13%	1.42%	1.37%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.06%	1.75%	4.16%	2.46%	4.38%
		慢性腎不全(透析無)	0.20%	0.40%	0.29%	0.29%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		15.85%	19.18%	17.03%	16.72%	16.77%
	筋・骨疾患		8.53%	9.58%	8.72%	8.98%	8.71%
	精神疾患		9.29%	8.69%	8.04%	9.43%	7.88%

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

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。

図表 28 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患						
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		H30	R4		H30	R4	H30	R4	H30	R4
治療者 0~74歳	A	20,394人	19,146人	a	1,439人	1,376人	1,394人	1,207人	23人	26人
				a/A	7.1%	7.2%	6.8%	6.3%	0.11%	0.14%
40歳以上	B	15,759人	15,090人	b	1,427人	1,358人	1,373人	1,200人	21人	24人
				B/A	77.3%	78.8%	9.1%	9.0%	8.7%	8.0%
再 掲	40~64歳	5,854人	5,437人	c	254人	243人	247人	196人	19人	22人
				C/A	28.7%	28.4%	4.3%	4.5%	4.2%	3.6%
	65~74歳	9,905人	9,653人	d	1,173人	1,115人	1,126人	1,004人	2人	2人
				D/A	48.6%	50.4%	11.8%	11.6%	11.4%	10.4%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

3) 第2期計画の目標達成状況一覧

図表 29 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5		
			(H28)	(R1)	(R4)	(活用データ)	
特定健診等計画	短期目標 特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率の向上	35.9%	37.7%	33.9%	特定健診・特定保健指導法定報告(国保中央会)	
		特定保健指導実施率の向上	61.6%	67.7%	50.2%		
		特定保健指導対象者の減少率(前年度比)	18.7%	16.7%	16.5%		
		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	24.7%	26.0%	28.0%		
データヘルス計画	中長期目標 医療費が高額となる疾患6ヶ月以上の入院における疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性人証(人工透析患者に占める基礎疾患に糖尿病がある者の割合)の減少	脳血管疾患の新規発症の減少(被保険者のうち新規患者数が占める割合)	2.1%	1.5%	2.0%	国保連合会	
		虚血性心疾患の新規発症の減少(被保険者のうち新規患者数が占める割合)	1.8%	1.4%	1.4%		
		糖尿病性腎症による人工透析新規導入の減少(新規透析患者数のうち糖尿病を持つ者の人数)	7人	6人	6人		
		高額になる疾患 脳血管疾患の医療費の減少	1.47%	1.28%	1.17%		
		高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費の減少	1.15%	0.97%	0.68%		
		健診受診者の糖尿病者の割合の減少(HbA1C7.0%以上)	4.6%	5.4%	4.6%		
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の高血圧の者の割合の減少(160/100以上)	4.1%	4.8%	6.7%		
		健診受診者の脂質異常の者の割合の減少(LDL160以上)	12.3%	15.9%	15.0%		
		健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合の減少	0.42%	0.60%	0.50%		
		健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の減少	3人	6人	6人		
		診療報酬支払いの適正化	レセプト点検効果の維持・向上	0.37%	0.29%		0.53%
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及率向上	73.5%	76.1%		80.6%

4) 第2期計画にかかる考察

本計画の期間中は、令和2年1月に発生した新型コロナウイルス感染症のため、市民の日常生活が大きく制約を受けました。同様に、市の保健事業も中止したり制限をした上で実施したりするなど、十分な働きかけを行うことが難しい期間でもありました。

そのような中、本計画の中長期目標に掲げた脳血管疾患及び虚血性心疾患の新規発症者割合は、現状値から減少しました。糖尿病性腎症による人工透析新規導入者数の増加も抑えられています。

医療費をみると、総額は増額していますが、中長期目標疾患の医療費は減少しており、脳血管疾患及び虚血性心疾患の高額レセプトにかかる医療費は、ともに計画策定時の値を下回り、目標値に達しています。また、レセプト点検効果率及びジェネリック医薬品の普及率についても、医療費適正化事業の取り組みにより計画策定時から向上し、目標値を達成したことにより、医療費の増加の抑制につながっています。

一方、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率は、順調に数値を伸ばしてきましたが、令和2年度は大幅に低下しました。その後、徐々に回復してきましたが、コロナ以前の状況にまでは戻りきれれていません。

特定健診の結果をみると、特定保健指導対象者の減少など好転しているものもありますが、メタボリックシンドロームの該当者やⅡ度高血圧以上の該当者は増加しています。健診受診者の減少や新型コロナウイルス感染症の流行による運動、食生活等の生活習慣の変化により、今後も生活習慣病の増加や重症化が懸念されます。

以上から、データヘルズ計画に基づいて実施してきた様々な保健事業の取り組みは、中長期目標の達成につながったと考えます。

一方、メタボリックシンドロームや高血圧などの生活習慣病は、重症化すると医療費が高額になる可能性が高いため、引き続き、生活習慣病の発症予防・重症化予防への取り組みが必要です。

また、健診の受診は、被保険者が自身の健康状態を知り、結果に応じた必要な保健指導につながる重要な機会であるため、健診を受ける習慣が途切れることは大きな課題と考えます。多くの被保険者が一年に1回健診を受けるように、様々な機会を受診勧奨をする必要があります。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 医療費の状況

令和4年度の医療費は、被保険者数が減少しているものの総医療費は増加しており、一人あたりの医療費は同規模と比べて約3万円高く、平成30年度と比較して約5万円伸びています。

内訳をみると、入院件数は全体の約3%ですが、費用額の割合は全体の約45%を占めており、1件あたりの費用額は、平成30年度と比較すると約8万円高くなっています。(図表30)

一方、後期高齢者医療の一人あたりの医療費は100万円を超え、国保の2.5倍高い状況です。(図表31)

総医療費に占める割合について、脂質異常症は、同規模、県、国に比べてやや高い傾向にあります。人工透析を行っている慢性腎不全については、国保では同規模、県、国と比べて低いですが、後期においては高い状況にあります。(図表32)

一件あたり80万円以上の高額レセプトは増加傾向にあり、令和4年度は国保で1,528件発生し、後期では3,561件と、約2.3倍発生しています。(図表33)

医療費が高額になる疾病についてみると、脳血管疾患の高額レセプトは、国保では平成30年度が一番多く72件でしたが、令和4年度は62件と減っています。しかし、後期においては203件発生し、約2億3,000万円の費用額がかかっています。(図表34)

一方、虚血性心疾患の高額レセプトは、人数及び件数の割合はともに減少しており、費用額も減っています。(図表35)

図表30 医療費の推移

		宗像市		同規模	県	国
		H30	R4	R4	R4	R4
被保険者数		20,394人	19,146人	--	--	--
前期高齢者割合		9,905人 (48.6%)	9,653人 (50.4%)	--	--	--
総医療費		70億5483万円	75億9915万円	--	--	--
一人あたり医療費		345,927円 県内38位 同規模85位	396,905円 県内12位 同規模49位	366,294円	359,872円	358,522円
入院	1件あたり費用額(円)	542,080円	618,860円	610,160円	600,240円	619,090円
	費用の割合	45.3%	44.9%	40.5%	44.1%	40.1%
	件数の割合	3.0%	2.9%	2.7%	2.9%	2.6%
外来	1件あたり費用額	20,540円	22,680円	24,470円	22,540円	24,520円
	費用の割合	54.7%	55.1%	59.5%	55.9%	59.9%
	件数の割合	97.0%	97.1%	97.3%	97.1%	97.4%
受診率		775.807	810.003	739.503	748.357	728.39

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は宗像市と同規模保険者250市町村の平均値を表す

図表 31 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30	R1	R2	R3	R4	後期：R4
被保険者数		20,394人	20,093人	19,903人	19,750人	19,146人	15,372人
総件数及び 総費用額	件数	193,799件	191,512件	175,324件	187,741件	190,192件	257,977件
	費用額	70億5483万円	72億4311万円	68億0370万円	72億5531万円	75億9915万円	154億6212万円
一人あたり医療費		34.6万円	36.0万円	34.2万円	36.7万円	39.7万円	100.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 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

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	宗像市	75億9915万円	32,364円	1.75%	0.40%	1.87%	1.13%	5.19%	3.21%	2.47%	12億1673万円	16.0%	19.2%	8.69%	9.58%
	同規模	--	29,595円	4.16%	0.29%	2.08%	1.42%	5.79%	3.28%	2.15%	--	19.2%	17.0%	8.04%	8.72%
	県	--	29,326円	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%	--	16.8%	16.7%	9.43%	8.98%
	国	--	29,043円	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%	--	18.8%	16.8%	7.88%	8.71%
② 後期	宗像市	154億6212万円	85,298円	6.46%	0.50%	3.35%	1.41%	3.34%	2.78%	1.44%	29億8052万円	19.3%	10.5%	5.21%	12.5%
	同規模	--	68,448円	4.63%	0.47%	3.89%	1.57%	4.23%	3.13%	1.40%	--	19.3%	11.2%	3.74%	12.1%
	県	--	86,683円	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%	--	20.0%	9.9%	4.70%	12.7%
	国	--	71,162円	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

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

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「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費用を要した傷病名

図表 33 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30	R1	R2	R3	R4	後期：R4	
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	729人	731人	676人	724人	825人	1,930人
	件数	B	1,258件	1,297件	1,245件	1,326件	1,528件	3,561件
		B/総件数	0.65%	0.68%	0.71%	0.71%	0.80%	1.38%
	費用額	C	17億2937万円	18億2800万円	17億2363万円	18億8640万円	21億8476万円	44億2455万円
		C/総費用	24.5%	25.2%	25.3%	26.0%	28.8%	28.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 34 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30		R1		R2		R3		R4		後期:R4			
脳血管疾患	人数	D	41人		37人		32人		25人		33人		115人		
		D/A	5.6%		5.1%		4.7%		3.5%		4.0%		6.0%		
	件数	E	72件		71件		54件		48件		62件		203件		
		E/B	5.7%		5.5%		4.3%		3.6%		4.1%		5.7%		
	年代別	40歳未満	1	1.4%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	1.6%	65-69歳	4	2.0%
		40代	1	1.4%	0	0.0%	4	7.4%	2	4.2%	0	0.0%	70-74歳	7	3.4%
		50代	9	12.5%	5	7.0%	2	3.7%	6	12.5%	2	3.2%	75-80歳	35	17.2%
		60代	28	38.9%	19	26.8%	11	20.4%	21	43.8%	18	29.0%	80代	104	51.2%
		70-74歳	33	45.8%	47	66.2%	36	66.7%	19	39.6%	41	66.1%	90歳以上	53	26.1%
	費用額	F	8981万円		9271万円		6699万円		5681万円		8889万円		2億3351万円		
F/C		5.2%		5.1%		3.9%		3.0%		4.1%		5.3%			

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30		R1		R2		R3		R4		後期:R4			
虚血性心疾患	人数	G	39人		40人		36人		29人		30人		81人		
		G/A	5.3%		5.5%		5.3%		4.0%		3.6%		4.2%		
	件数	H	48件		47件		41件		36件		33件		94件		
		H/B	3.8%		3.6%		3.3%		2.7%		2.2%		2.6%		
	年代別	40歳未満	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	4	4.3%
		40代	3	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	8.3%	3	9.1%	70-74歳	6	6.4%
		50代	6	12.5%	1	2.1%	1	2.4%	4	11.1%	2	6.1%	75-80歳	30	31.9%
		60代	19	39.6%	26	55.3%	24	58.5%	14	38.9%	10	30.3%	80代	43	45.7%
		70-74歳	19	39.6%	20	42.6%	16	39.0%	15	41.7%	18	54.5%	90歳以上	11	11.7%
	費用額	I	7320万円		7040万円		6251万円		5340万円		5152万円		1億1919万円		
I/C		4.2%		3.9%		3.6%		2.8%		2.4%		2.7%			

出典:ヘルスサポートラボツール

2) 介護給付費の状況

令和4年度の要介護認定者の割合は、2号(40~64歳)被保険者で0.2%、1号(65歳以上)被保険者で14.2%と、同規模・県・国と比較すると低い傾向にありますが、新規認定者数は増加し、特に75歳以上で増えています。(図表 36)

また、介護給付費は一人あたり約2万円減っており、同規模・県・国と比べて少ないですが、総額は約2億円伸びています。(図表 37)

要介護認定の状況と生活習慣病に関連する血管疾患の有病状況をみると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者で約5割となっています。

なお、血管疾患の基礎疾患である高血圧、糖尿病及び脂質異常症の有病状況は、全体で 95%と非常に高い割合となっています。(図表 38)

図表 36 要介護認定者(率)の状況

	宗像市				同規模	県	国
	H30		R4		R4	R4	R4
高齢化率	25,527人	26.6%	28,276人	29.7%	30.4%	28.1%	28.7%
2号認定者	78人	0.3%	69人	0.2%	0.4%	0.3%	0.4%
新規認定者	15人		18人		--	--	--
1号認定者	4,108人	16.1%	4,026人	14.2%	18.1%	19.9%	19.4%
新規認定者	506人		623人		--	--	--
再掲	65～74歳	373人	9.1%	349人	8.7%	--	--
新規認定者	82人		90人		--	--	--
75歳以上	3,735人	90.9%	3,677人	91.3%	--	--	--
新規認定者	424人		533人		--	--	--

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

図表 37 介護給付費の変化

	宗像市		同規模	県	国
	H30	R4	R4	R4	R4
総給付費	64億4035万円	66億1452万円	--	--	--
一人あたり給付費	252,296円	233,927円	274,536円	291,818円	290,668円
1件あたり給付費(全体)	62,598円	62,662円	63,298円	59,152円	59,662円
居宅サービス	40,446円	41,428円	41,822円	41,206円	41,272円
施設サービス	297,096円	301,574円	292,502円	298,399円	296,364円

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

図表 38 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号				1号				合計																					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計																							
介護件数(全体)		69件		349件		3,677件		4,026件		4,095件																					
再)国保・後期		44件		289件		3,396件		3,685件		3,729件																					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合																
		循環器疾患	1	脳卒中	28件	63.6%	脳卒中	147件	50.9%	脳卒中	1,695件	49.9%	脳卒中	1,842件	50.0%	脳卒中	1,870件	50.1%													
			2	虚血性心疾患	05件	11.4%	虚血性心疾患	72件	24.9%	虚血性心疾患	1,503件	44.3%	虚血性心疾患	1,575件	42.7%	虚血性心疾患	1,580件	42.4%													
			3	腎不全	05件	11.4%	腎不全	38件	13.1%	腎不全	707件	20.8%	腎不全	745件	20.2%	腎不全	750件	20.1%													
		合併症	4	糖尿病合併症	06件	13.6%	糖尿病合併症	54件	18.7%	糖尿病合併症	439件	12.9%	糖尿病合併症	493件	13.4%	糖尿病合併症	499件	13.4%													
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		35件		79.5%		基礎疾患		264件		91.3%		基礎疾患		3,251件		95.7%		基礎疾患		3,515件		95.4%		基礎疾患		3,550件		95.2%	
		血管疾患合計		36件		81.8%		合計		266件		92.0%		合計		3,298件		97.1%		合計		3,564件		96.7%		合計		3,600件		96.5%	
		認知症		09件		20.5%		認知症		97件		33.6%		認知症		1,984件		58.4%		認知症		2,081件		56.5%		認知症		2,090件		56.0%	
		筋・骨格疾患		31件		70.5%		筋骨格系		245件		84.8%		筋骨格系		3,273件		96.4%		筋骨格系		3,518件		95.5%		筋骨格系		3,549件		95.2%	

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 健診・医療・介護データの一体的分析

平成 30 年度と令和4年度の健診・医療・介護のデータを各年代で一体的に整理・分析しました。(図表 39)体格をみると、すべての年代で BMI25 以上の者の割合が増えており、健診の有所見状況は、各年代で対象者の割合が増えています。(図表 40、41)

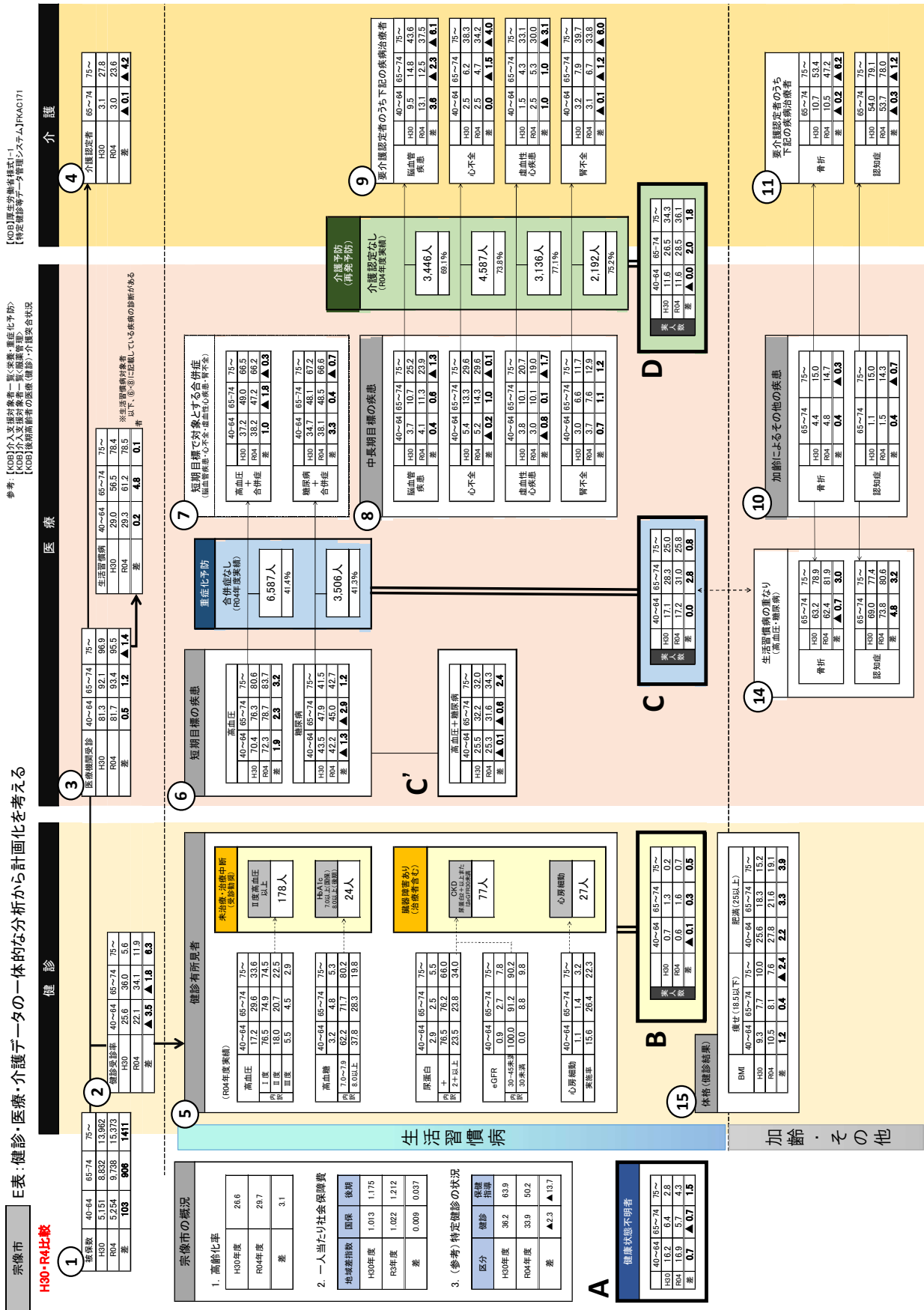
75 歳以上では、高血圧と糖尿病の割合が増えており、合併症は、高血圧が 40～64 歳で 1.0%高くなり、65 歳～74 歳は 1.8%低くなっています。糖尿病においては、40～64 歳で 3.4%高くなっています。(図表 42)

脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全及び腎不全について、平成 30 年度と令和4年度を比較すると、脳血管疾患、虚血性心疾患及び心不全はほぼ横ばいですが、腎不全は増加傾向です。

また、脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全を疾患にもつ介護認定者の割合は、75 歳以上ではすべての疾患において減少していますが、40～64 歳では脳血管疾患が 3.6%、虚血性心疾患が 1%増えています。(図表 43)

加齢による疾患のうち骨折と認知症をみると、75 歳以上では骨折の約半数、認知症の約8割が介護認定を受けています。(図表 44)

図表 39 健診・医療・介護データの一体的な分析



図表 40 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑤ 体格(健診結果)					
		被保険者数			特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
H30	26.6	5,298	9,214	14,271	26.1	37.6	8.7	9.3	7.7	8.8	24.1	20.6	17.4
R4	23.6	5,254	9,738	15,373	22.1	34.1	11.9	10.5	8.1	7.6	27.8	21.6	19.1

図表 41 健診有所見状況

E表	⑤																															
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動													
	40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-											
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%
H30	57	4.1	(28)	174	5.0	(83)	71	5.7	(24)	56	4.0	(8)	188	5.4	(28)	8	0.6	(0)	5	0.4	10	0.3	18	1.4	3	0.2	7	0.2	4	0.3		
R4	47	4.1	(19)	247	7.4	(101)	156	8.6	(58)	37	3.2	(5)	159	4.8	(18)	19	1.0	(1)	8	0.7	25	0.8	44	2.4	2	0.2	12	0.4	13	0.7		

図表 42 高血圧・糖尿病と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症								
	生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	81.0	92.3	96.6	29.4	57.8	79.3	70.1	76.8	81.0	43.3	46.9	41.9	24.4	32.3	32.3	35.7	47.8	66.6	34.4	48.5	67.1			
R4	81.7	93.4	95.5	29.3	61.2	78.5	72.3	78.7	83.7	42.2	45.0	42.7	25.3	31.6	34.3	38.2	47.2	66.2	38.1	48.5	66.6			

注)合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 43 脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保数割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	3.6	10.9	25.0	3.6	10.0	20.6	5.2	13.9	30.1	3.1	6.7	12.4	12.7	14.1	42.4	1.6	4.2	31.7	1.5	6.1	36.6	3.7	7.0	38.2
R4	4.1	11.3	23.9	3.0	10.1	19.0	5.2	14.3	29.6	3.7	7.6	12.9	13.1	12.5	37.5	2.5	5.3	30.0	2.5	4.7	34.2	3.1	6.7	33.8

図表 44 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑩				⑪			
	加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	4.2	14.7	1.3	15.1	11.0	49.6	50.4	79.5
R4	4.8	14.7	1.5	14.3	10.5	47.2	53.7	78.0

出典：ヘルスサポートラボツール

4) 優先して解決を目指す健康課題

医療費の状況から、入院医療費は外来医療費と比べて1件あたりの費用額が高額となっており、入院件数が増えると総医療費に大きく影響すると考えられるため、医療費適正化の観点から入院件数を少しでも抑えることが必要です。

その中で、脳血管疾患及び虚血性心疾患は、長期入院や治療内容で一人あたりの医療費が高額であり、要介護認定者の有病率の高さからも、その後の経過で医療費だけでなく介護費にも長期にわたって影響が出てきます。この2疾患は、生活習慣病のコントロール不良の状態が重症化して発症する疾患であるため、基礎疾患である高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続し、医療費の適正化を図るとともに、重症化の予防に取り組む必要があります。

また、3)で整理した結果から、腎不全の発症予防に取り組む必要があります。

加齢による疾患である骨折は、後期高齢者で罹患すると介護認定を受ける割合が増えてきます。骨折はリハビリ期間を含め医療費に与える影響が大きくなるため、骨粗鬆症へのアプローチやロコモティブシンドローム^{※6}の予防への取り組みが必要です。

5) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療・介護の一体的分析から、脳血管疾患、虚血性心疾患及び慢性腎不全は、一人あたりの医療費が高額となり、介護認定者の有病率も高いため、生活への影響も大きいと推測します。

被保険者の健康寿命を延伸し、医療費の適正化を図っていくため、脳血管疾患、虚血性心疾患及び慢性腎不全の発症予防に取り組むとともに、これらの疾患の医療費の上昇を抑制することを中長期目標とします。

また、患者の負担が大きく医療費への影響が大きい人工透析については、原因疾患として最も多い糖尿病性腎症の対策に取り組み、糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少を目指します。

※6 運動器症候群のことで、加齢に伴う筋力の低下や関節や脊椎の病気、骨粗鬆症などにより運動機能が衰えて、要介護や寝たきりの状態や、そのリスクの高い状態を表す。

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患及び慢性腎不全の共通のリスクである、高血圧、糖尿病（血糖異常者）、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。特に、糖尿病においては良好な血糖コントロール状態を維持することで、合併症の発症及び重症化を抑制できるため、2段階の目標値を設定します。

また、自身の健康状態を知る特定健診の受診率を向上させ、健診結果や個人の状態に応じた保健指導を着実にを行うことを目指します。

なお、特定健診及び特定保健指導の目標値については、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）」に記載することとします。

③ その他の医療費適正化の目標の設定

第2期データヘルス計画に引き続き医療費適正化を図るため、レセプト点検の充実・強化と後発医薬品の使用促進を継続し、レセプト点検効果率と後発医薬品普及率の維持・向上を目指します。

また、医療費が高額になりやすく、要支援・要介護状態へつながりやすいロコモティブシンドロームを予防するため、その原因疾患である骨折・骨粗鬆症の重症化予防事業に新たに取り組み、骨粗鬆症治療中断者の医療機関再受診率の向上を目指します。

(2) 管理目標の設定

図表 45 第3期データヘルス計画目標管理一覧

達成すべき目的	課題を解決するための目標	現状値	目標値		データの把握方法 (活用データ)	
		初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	1.87%	1.87%	1.87%	KDBシステム	
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の上昇抑制	1.13%	1.13%	1.13%		
	慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の上昇抑制	1.75%	1.75%	1.75%		
	糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少(被保険者千人あたり)	0.31人	0.29人	0.26人		
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減少	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少	28.0%	26.5%	24.5%	宗像市健康課
	健診受診者の高血圧の者の割合の減少(160/100以上)	6.7%	6.0% 未滿	6.0% 未滿		
	健診受診者の脂質異常の者の割合の減少(LDL160以上)	15.0%	13.0% 未滿	13.0% 未滿		
	健診受診者の血糖異常の者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	10.0%	9.0% 未滿	9.0% 未滿		
	★健診受診者のHbA1C8.0%以上の者の割合の減少	1.30%	1.23%	1.13%		
特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診の受診率向上	33.9%	44.0%	60.0%	法定報告値	
	★特定保健指導の実施率向上	50.2%	53.0%	60.0%		
	★特定保健指導対象者の減少(前年度の健診で特定保健指導対象者だった者のうち、今年度の健診で特定保健指導の対象でなくなった者の割合)	16.5%	17.1%	18.0%		
その他の医療費適正化	レセプト点検効果率の維持・向上	0.53%	0.40%	0.40%	連合会報告値	
	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及率向上	80.6%	80.0%	80.0%	宗像市国保医療課	
	骨粗鬆症治療中断者の医療機関再受診率	—	14.0%	20.0%		

★共通の評価指標

第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年間で1期としていましたが、医療費適正化計画等が6年1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年間1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 46 特定健診受診率・特定保健指導実施率

年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診受診率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	43.6%	46.8%	50.2%	53.3%	56.8%	60.0%
特定保健指導対象者の減少	16.9%	17.1%	17.4%	17.6%	17.8%	18.0%

3. 対象者の見込み

図表 47 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

年度		R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診	対象者数	14,503人	13,945人	13,723人	13,501人	13,280人	13,058人
	受診者数	5,801人	6,136人	6,587人	7,021人	7,437人	7,835人
特定保健指導	対象者数	696人	736人	790人	843人	892人	940人
	実施者数	304人	345人	397人	449人	507人	564人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

集団健診については、特定健診実施機関と委託契約し、各地区コミュニティ・センター等で実施します。個別健診は県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行い、委託医療機関で実施します。

- ① 集団健診（各地区コミュニティ・センター等）
- ② 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、福岡県国保連合会(市町村)のホームページに掲載されます。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、Non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)(図表 48)

図表 48 特定健診検査項目

健診項目		宗像市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(Non-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	■	□
	血色素量	■	□
	赤血球数	■	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須、□…医師の判断に基づき選択的に実施、●…いずれの項目の実施で可
■…集団健診は必須、個別健診は医師の判断に基づき選択的に実施

(5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

(6) 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ていきます。

また、本人同意のもとで、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、かかりつけ医の協力及び連携を図ります。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、福岡県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

健診受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診案内の送付に関わらず、保険者として年間を通して加入者に対する基本的な周知広報活動を行います。(図表 49)

図表 49 特定健診実施スケジュール

	当該年度	翌年度
4月	特定健診実施機関との契約 (特定健診の開始)	↓ (特定保健指導の実施)
5月	受診券の送付 ↓ 健診データ受取 → 保健指導対象者の抽出 費用決裁	健診データ抽出(前年度)
6月	↓ (特定保健指導の開始)	↓
7月	↓	↓
8月	↓	↓ 実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
9月	↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	↓
10月	↓	↓ 受診・実施率実績の算出
11月	↓	↓ 支払基金(連合会)への報告
12月	↓	↓ (ファイル作成・送付)
1月	↓	
2月	↓	
3月	↓ (特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、「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)」に基づき実施します。なお、第3版から第4版に改定されたことによる変更点は以下のとおりです。

○第4期(2024年以降)における変更点

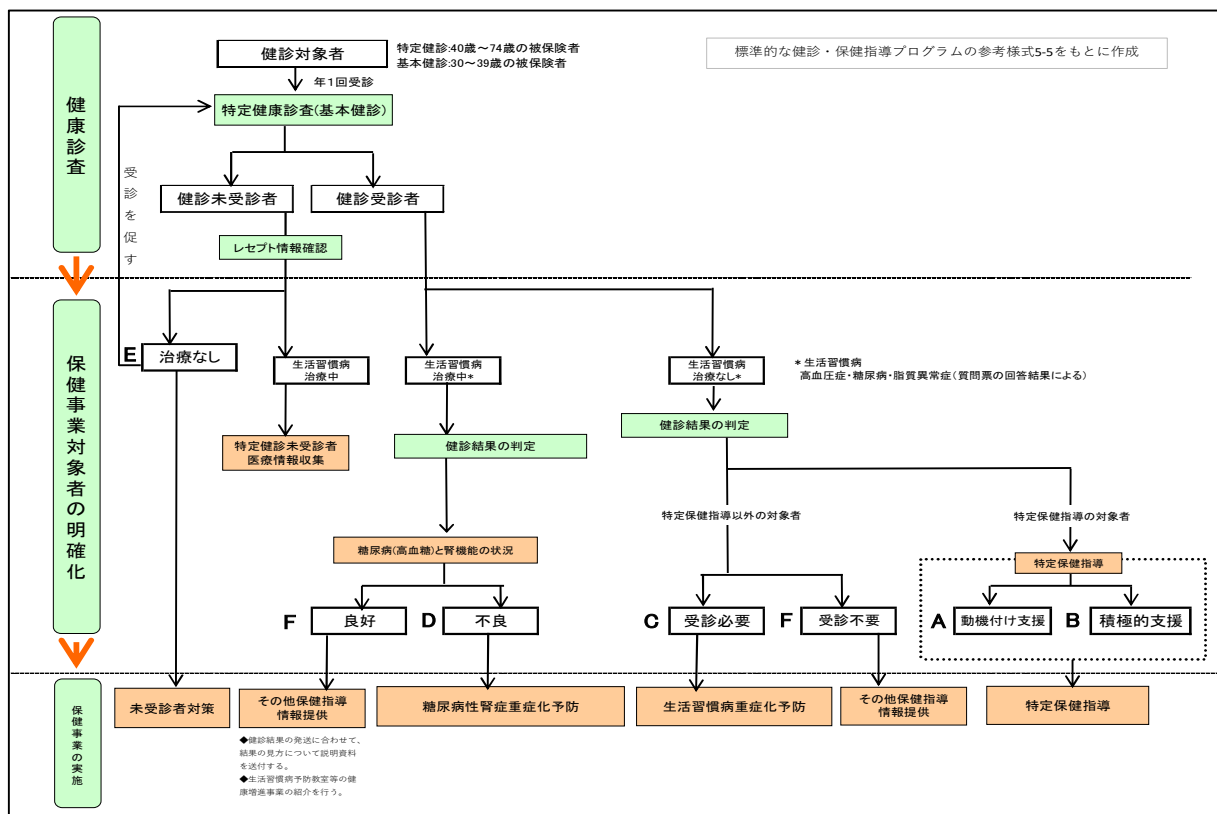
特定保健指導の見直し	(1)評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

参照: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)

(1) 健診から保健指導実施の流れ

健診結果から特定保健指導及びそれ以外の保健指導対象者を明確化した上で、各保健指導を実施します。(図表 50)

図表 50 健診から保健指導へのフローチャート



(2) 要保健指導対象者の見込み、優先順位・支援方法

図表 51 要保健指導対象者の見込み

優先順位	図表50	関連する保健事業(支援方法)
1	A B	特定保健指導 A: 動機付け支援 (R6見込:580人(10%)) B: 積極的支援 (R6見込:116人(2%))
2	C	糖尿病・高血圧等の生活習慣病の重症化予防
3	D	糖尿病性腎症重症化予防
4	E	未受診者対策
5	F	その他保健指導 情報提供

(3) 特定保健指導の実施体制および実施方法

実施者	保健師・管理栄養士
実施方法	<p>①健診実施機関からの結果受け取り後、特定保健指導対象者の抽出</p> <p>②特定保健指導対象者へ初回面談を実施。 (実施方法: 訪問・来所・WEB面談) ・土日、夜間しか時間が取れない者に対し、委託業者からの連絡について案内を行う。 ・初回面談時、健診結果と資料を用いながら疾病へのリスクを説明し、改善への意識づけをする。 ・体重と腹囲の目標数値、食事や運動面等の行動計画を立てる。</p> <p>③3か月後、目標数値・行動計画の実施状況を評価。 (実施方法: 訪問・来所・電話) ・来年度の受診勧奨を行う。</p> <p>※最終評価までの間、必要に応じて対象者へ進捗状況把握・助言を行う。</p>

(4) 特定保健指導の年間スケジュール

図表 52 特定保健指導の年間スケジュール

	当該年度	翌年度
4月	関係機関との委託契約	
5月	・健診結果受け取り ・特定保健指導対象者の抽出 ・対象者へ初回面談実施・支援開始	
6月	(随時)特定保健指導委託機関の報告、 保健指導実施状況の確認	
7月		
8月		当該年度保健指導終了(予定)
9月		
10月		当該年度特定保健指導法定報告完了
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		

6. 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法律及び宗像市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査・特定保健指導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契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・保健指導の記録の管理は特定健康診査等データ管理システムで行い、5年間保存します。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づく計画は、市ホームページ等で公表、周知します。

第4章 課題解決するための保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、脳血管疾患、虚血性心疾患及び慢性腎不全の共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症及びメタボリックシンドローム等の減少を目指し、特定健診における血圧、血糖及び脂質の検査値の改善に取り組みます。そのため、重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチを組み合わせ実施します。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進行抑制、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを行います。具体的には、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携して保健指導を実施します。

ポピュレーションアプローチとして、特定健診の受診を促し、必要な保健指導を実施します。また、様々な機会を活用し、生活習慣病に関する情報を広く市民に提供します。

2. 個別事業の取り組み

1) 特定健診未受診者対策

成果連動型民間委託契約方式(以下、「PFS」という。)を活用した特定健診受診率向上事業を実施します。支払額を受診率に連動させることで事業者の創意工夫を促し、事業の成果向上を図ります。

目標	特定健診受診率の向上
対象者	特定健診未受診者
実施体制・方法	選定した事業者と委託契約し、次年度対象者への案内通知、受診券の一斉送付、受診勧奨事業を実施する。
実施時期及び実施期間	3月 次年度対象者への案内通知 5月 受診券の一斉送付 通年 受診勧奨(特定の手法・時期を定めるものではなく、事業者が効果的と判断した手法・タイミングで実施)

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診者数	法定報告	4,577 人	5,801 人	6,136 人	6,587 人	7,021 人	7,437 人	7,835 人
2	受診率		33.9%	40%	44%	48%	52%	56%	60%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	案内通知送付数	事業者の送付実績	13,592 件	14,612 件	14,049 件	13,826 件	13,602 件	13,379 件	13,156 件
2	受診券送付数		14,519 件	15,608 件	15,008 件	14,769 件	14,530 件	14,292 件	14,053 件
3	受診勧奨数		13,174 件	14,162 件	13,617 件	13,401 件	13,184 件	12,968 件	12,751 件

2) 生活習慣病発症予防のための啓発(ポピュレーションアプローチ)

小児期に形成される日々の食事、運動、生活リズムなどの生活習慣は成人に持ち越され、生活習慣病の発症につながることも分かっていることから、市の健康増進計画及び食育推進計画である健康むなかた21・健康むなかた食育プランの取り組みと連携して、被保険者に限らず、子どもとその家族や現役世代を含めた幅広い年代の市民に向けて、健康づくりや医療費に関することについての情報提供や啓発を行います。

また、健康教室、地域における健康づくり事業で健(検)診の重要性を伝え、一人ひとりにあった健康的な生活習慣が習得できるよう、運動や食生活など健康に関する情報提供や啓発、保健指導を行います。

被保険者に対しては、自身の健康状態や経年の変化を確認する重要な機会である健(検)診の大切さを啓発し受診を促すとともに、特定健診の場を生かして健康相談を実施し、健康意識の向上を図ります。

目標	被保険者をはじめとした市民の健康意識の向上
対象者	被保険者、市民
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診時の健康相談 ・生活習慣病予防教室 ・ルックルック講座・健康マルシェ等を通じた健康教育・健康相談
実施時期及び実施期間	通年

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健診受診率(再掲)	法定報告	33.9%	40%	44%	48%	52%	56%	60%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健診受診者への健康相談実施率	相談者数／地域健診時の特定健診受診者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	地域での健康教育・健康相談実施者数	健康課集計	1,608人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人	2,000人

※地域健診：メイトム宗像、各地区コミュニティ・センターで実施する健診

3) 生活習慣病の重症化予防

(1) 糖尿病・高血圧等の生活習慣病の重症化予防

特定健診結果やレセプト情報から重症化リスクの高い者を抽出し、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携による保健指導を行うことで、脳血管疾患、虚血性心疾患の新規発症者数の減少及び糖尿病性腎症による人工透析新規導入者数の減少を目指します。

目標	①対象者の医療機関受診率の向上 ②糖尿病・高血圧・脂質異常症者の割合の減少(特定健診結果による)
対象者	①特定健診結果ハイリスク者 ②生活習慣病治療中断者
実施体制・方法	個別指導、受診勧奨、受診確認(レセプト)
実施時期及び実施期間	通年

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	医療機関受診率	医療機関受診者／指導者	64.5%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
2	糖尿病の者の割合 (HbA1c6.5以上)	法定報告	10.0%	9%未満	9%未満	9%未満	9%未満	9%未満	9%未満
3	高血圧の者の割合 (160/100以上)	法定報告	6.7%	6%未満	6%未満	6%未満	6%未満	6%未満	6%未満
4	脂質異常の者の割合 (LDL160以上)	法定報告	15.0%	13%未満	13%未満	13%未満	13%未満	13%未満	13%未満

【アウトプット指標】

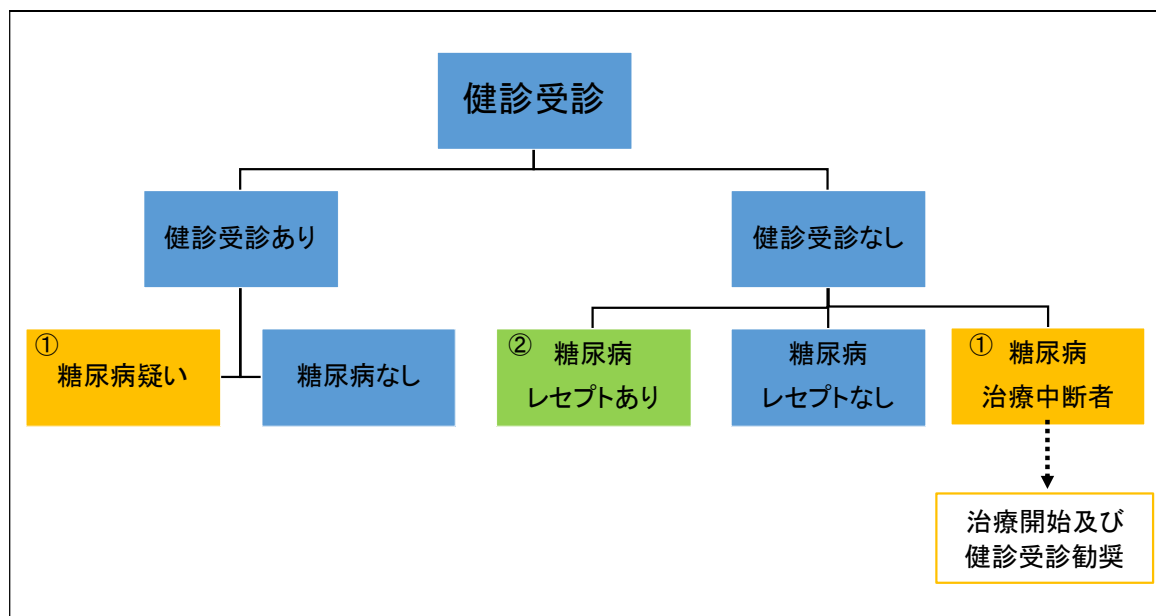
No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者への保健指導実施率	実施者／保健指導者対象者	79%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業

特定健診結果やレセプト情報から糖尿病性腎症による透析導入のリスクが高い者を抽出し、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携による保健指導を行うことで、人工透析の新規導入者の減少と対象者及び家族のQOL(生活の質)の向上を目指します。

健診受診者で糖尿病が疑われる者、糖尿病治療中断者には医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施し、健診未受診で糖尿病のレセプトがある者には保健指導を実施します。

図表 53 糖尿病性腎症重症化予防事業フロー



①特定健診受診者のうち糖尿病が疑われる者、糖尿病治療中断者

目標	①健診検査データの改善 ②対象者の医療機関受診率の向上
対象者	①特定健診受診者で糖尿病性腎症病期分類2～4期、1期のうち eGFR60未満 ②糖尿病治療中断者
実施体制・方法	市保健師・管理栄養士による個別訪問、個別面談、電話、郵送等 ・福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施。 ・宗像・遠賀保健福祉環境事務所・福津市と共に実施体制整備を行う。
実施時期及び実施期間	通年

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定健診受診者のうち糖尿病が疑われる者、糖尿病治療中断者の医療機関受診率	医療機関受診者 / 受診勧奨対象者	71.6%	73.0%	74.4%	75.8%	77.2%	78.6%	80%
2	検査データが維持・改善した者の割合	次年度 HbA1c 維持・改善者 / 指導終了者	81.8%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	プログラムの説明	対面等による事業説明実施者 / 優先対象者数	52.4%	54%	55%	56%	57%	58%	60%
2	保健指導指示者に対する指導終了者の割合	指導終了者 / 保健指導指示者	R6 集計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

②特定健診未受診者のうち糖尿病治療中の者

目標	①検査データ(HbA1c)の改善 ②自己管理行動の改善
対象者	特定健診未受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類2～4期の者
実施体制・方法	業務委託により実施 ・郵送と電話による参加勧奨 ・電話または対面(オンライン含)による個別指導
実施時期及び 実施期間	・郵送と電話による参加勧奨／9月 ・電話または対面(オンライン含)による個別指導／10月～3月

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・ 方法	計画策定時 実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	事業参加者のうち、検査データ(HbA1c)が維持・改善した者の割合	検査データ(HbA1c)維持・改善者／事業参加者	22.2%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
2	自己管理行動の改善割合	自己管理行動について開始時と比べて改善した者／事業参加者	—	50%	50%	50%	50%	50%	50%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・ 方法	計画策定時 実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	保健指導実施率	事業参加者／事業対象者	15%	20%	20%	20%	20%	20%	20%

4) その他の医療費適正化

被保険者や市民の健康意識向上や行動変容を促す取り組みにより、医療費適正化を図ります。

(1) 骨折・骨粗鬆症重症化予防

骨粗鬆症の治療再開を促すとともにロコモティブシンドロームの危険性周知と啓発を行います。

目標	骨粗鬆症治療中断者の受診再開及びロコモティブシンドロームの危険性周知・啓発
対象者	骨粗鬆症治療中断者及び「骨粗しょう症検査(節目健診)」受診者
実施体制・方法	業務委託により実施 ・受診再開勧奨通知及び運動啓発文書の通知 ・事業アンケート回答者に対する医療機関受診再開支援及び運動啓発
実施時期及び実施期間	・受診再開勧奨通知及び運動啓発文書の通知／8月 ・医療機関受診再開支援及び運動啓発／9月～3月

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	骨粗鬆症治療中断者の医療機関再受診率	再受診者数／骨粗鬆症治療中断者	-	10%	12%	14%	16%	18%	20%
2	啓発により意識変容した者の割合	事業アンケートで意識変容があったと回答した者／事業アンケート回答者	-	20%	24%	28%	32%	36%	40%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診勧奨実施率	受診勧奨通知実施者数／受診勧奨対象者数	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(2) 重複・頻回受診者、重複服薬者対策

レセプト点検や訪問健康相談支援システムで発見した重複・頻回受診者、重複服薬者に対し、適正受診・適正服薬を促すための取り組みを行います。

目標	重複・頻回受診、重複服薬の適正化
対象者	被保険者のうち重複・頻回受診、重複服薬の傾向がある者
実施体制・方法	・レセプト点検による対象者の発見、調査、啓発、指導 ・国保連合会の共同事業を活用した訪問健康相談
実施時期及び実施期間	通年

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	重複・頻回受診者の割合	訪問健康相談システム抽出対象者／被保険者	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%
2	重複・多剤服薬者の割合	訪問健康相談システム抽出対象者／被保険者	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

(3) レセプト点検の充実・強化

委託業者の選定や委託業者との情報共有、国保連合会主催研修への参加等により、レセプト点検の体制・取り組みを強化し、効果率の向上を目指します。

目標	レセプト点検効果率の維持向上
対象者	被保険者
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・点検技能が高い業者を選定 ・委託業者と効果率等を情報共有 ・柔道整復療養費受給者への調査・啓発
実施時期及び実施期間	<ul style="list-style-type: none"> ・点検技能が高い業者を選定／契約時 ・委託業者と効果率等を情報共有／月1回 ・柔道整復療養費受給者への調査・啓発／(調査)月1回、(啓発)年2回

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	レセプト点検効果率	国保連合会報告値	0.53%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%

レセプト点検効果率:(再審査が認められた医療費/総医療費)

(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

医薬品の需給事情や社会状況の変化に対応しながら関係機関との連携による啓発や被保険者への通知等により、後発医薬品の使用促進を図ります。

目標	後発医薬品の普及率の維持向上
対象者	被保険者
実施体制・方法	・切り替え差額通知の送付 ・被保険者証交付時のジェネリック医薬品希望カードの配布 ・薬剤師会との連携による広報紙への啓発記事掲載
実施時期及び実施期間	・切り替え差額通知の送付／月1回 ・被保険者証交付時のジェネリック医薬品希望カードの配布／通年 ・薬剤師会との連携による広報紙への啓発記事掲載／年1回

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	後発医薬品普及率	国保連合会報告値	80.6%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

(5) 第三者行為求償の取り組み強化

レセプト情報や消防等の関係機関と連携して第三者行為を発見し、届出を勧奨することで適切な求償を行います。

目標	第三者行為求償の取り組み強化
対象者	被保険者
実施体制・方法	・レセプト情報を活用した第三者行為の発見と届出勧奨 ・消防等の関係機関と連携した第三者行為の発見と届出勧奨
実施時期及び実施期間	通年

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	第三者行為求償率	第三者行為求償件数／届出勧奨件数	21.2%	20%	20%	20%	20%	20%	20%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価体制・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	届出勧奨率	届出勧奨数／勧奨すべき第三者行為抽出件数(※)	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

※勧奨すべき第三者行為抽出件数…抽出件数のうち、国保被保険者で第三者行為による傷病の可能性が高いものの件数

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢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り組みと、生活機能の低下を防止する取り組み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。

2) 事業の実施

令和3年度から、本市が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」に取り組んでいます。企画・調整担当と地域担当の医療専門職を配置し、令和6年度以降も引き続き実施していきます。

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の役割

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高齢者の健康課題を明確にし、重症化予防・介護予防対象者を把握します。そのデータに基づき企画立案し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。(図表 54)

② 地域を担当する医療専門職(保健師・管理栄養士・歯科衛生士)の役割

(ハイリスクアプローチの実施)

高血圧や高血糖等の生活習慣病未治療者や、低栄養・口腔機能低下等のフレイルリスクが高い高齢者を抽出し、家庭訪問などによる個別的支援を行います。被保険者として保健指導の履歴がある高齢者には、支援が途切れることがないように、これまでの指導を踏まえて、きめ細やかな支援を行います。

(ポピュレーションアプローチの実施)

地域の通いの場などに積極的に関わり、生活習慣病重症化予防、口腔ケアや栄養改善などフレイル予防に関する健康教育・健康相談を実施します。加えて、後期高齢者の質問票を活用して高齢者の健康状態を把握し、必要な支援へつなげます。

4. 地域包括ケアにかかる取り組み

本市の被保険者は、65～74歳の前期高齢者が50.4%と半数を超えています。

また、中長期目標に掲げた脳血管疾患や虚血性心疾患などの高額レセプト件数は、60～74歳が8割以上を占める状況です。

このような状況を考えると、高齢者が地域で元気に暮らし、医療・介護サービスをできるだけ必要としないための対策は、被保険者のみならず、全市民にとって非常に大切です。

また、高齢者は健康状態の個人差が大きいため、生活習慣病重症化予防に向けた保健指導だけでなく、生活機能低下防止という介護予防の取り組みを含めて、対象者の特性や状況に応じた包括的な支援につなげていくことが必要です。

本計画では、被保険者の医療・健診データだけでなく、介護や後期高齢者医療の状況も含めて健康課題の抽出・分析を一体的に行います。その上で、要介護状態となることを予防し、市民の健康寿命の延伸を図る視点を踏まえた目標を設定し、各保健事業を展開していきます。

本市では、宗像市高齢者福祉計画・介護保険事業計画において、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を営むことができるよう、各地域の実情に応じて、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に提供される体制「地域包括ケアシステム」の構築を進めてきました。その中で、介護保険や高齢者支援の担当部署、かかりつけ医や薬剤師、在宅医療連携拠点室（むーみんネット）等の地域医療、地域包括支援センターやケアマネージャー等の介護保険や高齢者福祉関係者等と、健康課題や各自の役割・取り組みについて情報共有し、連携を深めていくことで、本市の地域包括ケアシステムの推進を図っていきます。

第5章 計画の評価・見直し

第3章及び第4章の取り組みについては、以下のとおり評価・見直しを実施します。

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

【庁内連携による評価・見直し】

データヘルス計画に基づく具体的な保健事業の内容・実施方法等については、関係機関との協議・調整や予算・人員体制等を含めて、毎年度見直しを行います。

具体的には、①前年度データの分析を実施し、②評価、改善策の検討、次年度事業案の作成を行ったうえで、③宗像市国民健康保険医療費適正化推進会議において協議し、次年度事業を決定します。その後、次年度に向けた諸準備、関係機関との協議や調整等を行います。

【国保連合会との連携による評価・見直し】

保健事業の見直しに必要なデータの分析、評価にあたっては、国保連合会の指導・助言を得ながら、KDB システム等を活用して健診・医療・介護の動向を把握するとともに、法定報告後の特定健診データを用いて健診結果を比較し、検査データの改善度合い等の把握や分析を行います。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、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ため、市ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知し、内容の普及啓発に努めます。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。