

国東市第3期データヘルス計画
及び
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
国東市国民健康保険

目次

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置づけ		
計画期間		
実施体制・関係者連携		
基本情報		
現状の整理		
II 健康・医療情報等の分析と課題	.....	3
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
III 計画全体	.....	6
健康課題		
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値		
保健事業一覧		
IV 個別事業計画	.....	7
1 特定健康診査		
2 特定保健指導		
3 重症化予防事業		
4 その他事業		
V その他	.....	23
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>国東市を取り巻く環境は、少子高齢化に伴う健康課題が多く、国東市国民健康保険も加入者の減少と高齢化による医療費の増加が課題となっている。そのため、これまで以上に健康寿命の延伸や医療費適正化を図るための取組みが必要となる。</p> <p>本市では、健康づくり計画や介護保険第7期計画等により、市民の健康増進や高齢者の自立に取り組んでおり、国民健康保険担当課では、レセプトや統計資料等を活用し、医療費の適正化を目的に平成27年12月に策定した第1期データヘルス計画及び第2期特定健康診査実施計画を策定。平成30年3月策定の第2期データヘルス計画では、第1期の評価と、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）を活用し、レセプト等のデータ分析による計画策定・評価を行い、PDCAサイクルに沿った、より効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を策定、実施した。</p> <p>第3期計画では、データ分析により健康課題をとらえ、課題解決のための保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として医療費の適正化につなげるのが目的である。</p>
	計画の位置づけ	<p>国東市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期国東市データヘルス計画」を策定し実施するにあたり、国東市総合計画を上位計画とし、第3次国東市健康づくり計画、第9期介護保険事業計画、特定健診等実施計画などとの整合性を図る。</p>
計画期間		令和6年～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>本計画は、県、医療機関、庁内関係機関による検討委員会で計画の策定や評価を行い、作業部会ではPDCAサイクルにより効果的な保健事業の進捗状況や取り組み内容の分析・見直しを行う。</p>
	地域の関係機関	<p>国東市国民健康保険運営協議会等に事業説明をするとともに、助言を受け、地域の実情に合った事業実施に努める。必要に応じて大分県国民健康保険団体連合会に設置している支援・評価委員会に指導・助言や評価を受ける。</p>

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		26,018		12,570		13,448	
国保加入者数(人) 合計		6,404	100%	3,245	100%	3,159	100%
0~39歳(人)		985	15%	523	16%	462	15%
40~64歳(人)		1,843	29%	961	30%	882	28%
65~74歳(人)		3,576	56%	1,761	54%	1,815	57%
平均年齢(歳)		58	0	58	0	59	0

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	国東市医師会とは、特定健診・特定保健指導・生活習慣病予防に関して連携を図る。国東市民病院とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して、また、この計画の検討委員として連携を図る。
国保連・国保中央会	大分県国民健康保険団体連合会に設置している支援・評価委員会に指導・助言や評価を受ける。また、KDBデータ等の取り扱いについての助言等随時相談する。
後期高齢者医療広域連合	後期高齢者のデータ連携並びに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動等において商工会や保健推進委員などの地区組織等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は6,317人であり、平成30年度の7,092人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	年齢構成で見ると、39歳以下が15%、40~64歳が29%、65~74歳が56%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く65歳以上の割合が高い。
	その他	被保険者の加入率は県に比べ高く、65歳以上の人口割合が多いためと考えられる。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、生活習慣病の発症予防と重症化予防を目的に、健康意識の向上と生活習慣改善のための事業を実施してきた。新型コロナウイルス感染症の影響もあり、さまざまな事業の実施方法の変更や参加率等の低下がみられ、事業の効果がわかりにくい部分があった。健康課題をより解決できるように分析を行った上、個別の事業の効果が健康課題の解決になっているかを評価できるように事業を計画する必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命やお達者年齢は男性は県に比べ低く、女性は県に比べ高い。 健康寿命と平均寿命の差は県に比べ男女とも短い。 主要死因別死亡割合を見ると悪性新生物で亡くなる人や心疾患で亡くなる人が多い。 標準化死亡比では市は全国に比べ心疾患や女性は脳血管疾患で死亡する率が多い。 	図表1 図表2 図表3	B	
医療費の分析	医療費のボリューム （経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> R4年度の総医療費では、がんの医療費が一番多く、次いで筋・骨格系疾患、精神疾患となっている。あとの残りの疾患はほとんどが生活習慣病で、およそ4割を占める。 一人当たり医療費では平均被保険者数は減っているが、医療費は増加しており、県と同等である。 R4年度の医科、歯科の一人当たり医療費や受診率は県よりも高く、調剤の受診率も高い。 歯科のみでは一人当たり医療費や受診率は県より低いが、一件当たりの費用が高い。 年齢別にみると40代の一人当たり医療費が県より高く、特に入院（精神疾患）の一人当たり医療費や受診率が高い。 	図表4 図表5 図表6 図表7	A,B,F
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> 市では一人当たり医療費で、入院では精神疾患の医療費が一番高いが、県よりも低い。次いで骨折、関節疾患となっており、県より高い。また、透析ありの慢性腎臓病も県より高い。また、がんが上位に3つ入っている。 外来では、糖尿病の医療費が高く県よりも高い。慢性腎臓病（透析あり）も次いで高く県に比べ高い。そのほか、高血圧や関節疾患の医療費も県より高い。受診率では、高血圧疾患・糖尿病・脂質異常症の受診率が大幅に県より高い。 入院の受診率でみると、統合失調症が一番多いが県に比べれば低い。上位の骨折、関節疾患の受診率は県より高い。 ひと月の高額医療費を見ると、腎不全で高額となっている者が多い。また、精神疾患や悪性新生物も高額な医療費となっている。 一人当たり医療費を年齢別にみると、入院では統合失調症が多いが、60歳を過ぎると骨折や関節疾患が上位に来ている。 外来では60歳から糖尿病や高血圧の一人当たり医療費や受診率が上がってくる。 虚血性心疾患の有病率は市町村計より高く、5年前よりも若干増加傾向にある。 	図表8 図表9 図表10 図表11 図表12 図表13	A,B

医療費の分析	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合は83%（R4）で目標の80%を超えている。	図表14	
	重複・頻回受診 重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・R4薬剤では、一人当たり医療費が県より高く、受診率も高い。 ・重複服薬の薬剤の種類については、解熱鎮痛消炎剤等が一番多く、鎮痛薬が多い。3番目に催眠鎮痛剤、抗不安剤となっている。長期に改善できない者はこの薬剤が多い。その他は一時的な処方の方が多い。 	図表15	
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査 特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は、県内でも高い受診率である。 ・年齢が上がるごとに健診受診率が高くなっている。 ・45～49歳では受診率の低下が認められたがその他の年代の受診率は、向上または横ばいの傾向となっている。 ・特定保健指導は令和元年度を境に指導率が市町村計より高くなっている。 ・前年度特定保健指導を受けた者の減少率は市町村計よりも低い。 	図表16 図表17	C
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の有所見者割合を見ると、特に肥満や血糖値、眼底検査の有所見者が大分県よりも高い。 ・年齢別に健診結果有所見者割合を見ると、BMIやHbA1cが県平均より高いのは40代からすでに始まっている。 ・内臓脂肪症候群該当者は市町村計よりも多いが近年は減少している。予備群については市町村計よりも多く、増加しつつある。 ・HbA1cの予備群（5.6～6.4）の割合も県に比べると高い。 ・健診後の要精密者の受診率を見ると、血压や血糖については受診していないと思われる人が多い状況。 	図表18 図表19 図表20 図表21 図表22	C,D
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> ・質問票の回答を見ると、県に比べ特に血压の服薬者が多く、運動習慣がない人や飲酒の量や頻度が多い人、生活習慣改善の意欲がない人が多い。その他にも食事や間食の習慣で当てはまる者の割合が県より高い。（食習慣や運動習慣が課題） ・質問票で噛みにくいと答える人の割合が県よりも高い。 ・生活習慣の改善意欲については「なし」と答える割合が県よりも多く、保健指導を利用しないと答える人も県よりも多い。 	図表23	E,F

<p>レセプト・健診結果等を 組み合わせた分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健診未受診かつ、医療機関にかかっていない人（健康状態不明者）が健診対象者のうち15%いる。 ・健診受診者のうち、生活習慣病治療中の人で生活習慣病のコントロール不良と思われる人が59.1%いる。 	<p>図表24</p>	
<p>介護費関係の分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・国東市では高齢化率が年々増加しており、全国・県よりも高く推移している。 ・介護認定者数はほぼ横ばいだが認定率は微増。県よりは認定率は低い。 ・1件当たりの介護給付費は県より高く、介護度が上がるにつれて費用も高くなっている。 ・介護認定新規申請者の介護度別原因疾患割合を見ると、要支援では「関節疾患」「骨折転倒」が多いが、要介護度が上がると、「脳血管疾患」や「心疾患」の割合が多くなる。 	<p>図表25</p>	<p>G</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・国東市民全体のがん検診の受診率は市町村の平均に比べ高い。 ・国保加入者のがん検診受診率は各項目とも市民全体の受診率に比べ高い。年代別にみると40・50代の受診率が低いが胃がんについてはどの年代も低い。 ・国東市では令和4年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組み始めたばかりである。 ・新規透析導入者はH28年度から減少しつつあったが、R4年度では増加している。ただし、その内訳は3人が国保加入前からの透析で、4人は他の疾患の急性期やネフローゼであった。 	<p>図表26 図表27</p>	<p>H</p>

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 生活習慣病の医療費が高く、中でも糖尿病の一人当たり医療費、受診率が高い。糖尿病の有病率は増加傾向。高血圧も1人当たり医療費や受診率、有病率が高い。	✓	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10
B 生活習慣病が重症化して起こると考えられる虚血性心疾患の有病率や脳血管疾患の標準化死亡比（女性）が高く、慢性腎臓病（透析あり）の医療費も高い。	✓	4, 5,
C 特定健診やがん検診の受診率は40代50代（特に男性）で低く、健診結果で肥満や血糖値、血圧の有所見者の割合も多い。特定健診対象者（40歳）になる前からの健康意識の向上も必要である。	✓	1, 3, 7, 8, 9,12
D 健診結果から、内臓脂肪症候群予備群、糖尿病予備群の人が県より多い。血圧や血糖値で要受診の判定にもかかわらず受診できていない人が多い。	✓	4
E 健診の質問票から、生活習慣病や肥満につながる生活習慣が運動や飲酒、間食頻度等で見られるが、生活習慣改善の意欲がある人の割合や、保健指導の利用希望の割合が低い。	✓	1, 3
F 歯は受診している人が少なく、かかった人の費用が高いことから悪くなってからかかる傾向がある。また、健診でも噛みにくいと答える人の割合が高い。		11
G 介護のデータから、高い介護度の原因疾患は生活習慣病が重症化したと思われる疾患が多く、介護度が低い疾患には関節疾患・骨折が大きく関わっている。国保加入の頃の疾患が高齢者の健康や介護にも大きく影響を与えている。		
H 主要死因別割合ではがんが一番多く、総医療費や一人当たり医療費、高額医療費でも上位にある。		
I		
J		

計画全体の目的		生活習慣病の発症予防と重症化予防により医療費適正化、および健康寿命延伸を目指す。								
計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
				2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
i	生活習慣病の発症予防	内臓脂肪症候群該当者減少率	法定報告	19.50%			19%以下			18%以下
ii		特定健診受診者の血糖高値該当者の割合（HbA1c5.6～5.9）	血糖高値該当者数/健診受診者数（MAP統計情報次年度11月時点）	43.00%			40%以下			37%以下
iii		糖尿病有病率	疾患を有する者の延人数/被保険者数（各年5月現在）MAP統計情報翌年11月	15.30%			13%以下			12%以下
iv		高血圧症有病率	疾患を有する者の延人数/被保険者数（各年5月現在）MAP統計情報翌年11月	28.40%			25%以下			22%以下
v	生活習慣病重症化予防	新規人工透析患者数	MAP統計情報システム厚労省様式4	10人			6人以下			3人以下
vi		虚血性心疾患有病率	疾患を有する者の延人数/被保険者数（各年5月現在）MAP統計情報翌年11月	5.00%			4.6%以下			4%以下
vii		特定健診受診者の血糖高値該当者の割合（HbA1c6.5以上）	血糖高値該当者数/健診受診者数（MAP統計情報次年度11月時点）	11.10%			11%以下			10%以下
viii		脳血管疾患の有病率	疾患を有する者の延人数/被保険者数（各年5月現在）MAP統計情報翌年11月	3.80%			3.7%以下			3.6%以下
ix										
x										

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定健康診査	特定健診未受診者対策事業	重点
3	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
4	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病等受診勧奨事業	重点
5	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業	重点
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬者対策事業	
7	健康教育・健康相談	運動習慣定着事業	
8	健康教育・健康相談	食習慣定着事業	
9	その他	若年者早期介入事業	
10	その他	生活習慣病予備群保健指導事業	
11	その他	歯の健康意識向上対策事業	
12	健康教育・健康相談	健康相談事業	
13			

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
背景・現状等、計画の位置づけ・計画の期間等 (必要に応じて記載)	<p>1 計画策定の背景と趣旨 生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、特定健康及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。本市においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効果的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画※40作成の手引き(第4版)」「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)」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、アウトカムに着目したより効果的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。本計画は、第3期計画期間(平成30年度から令和5年度)が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、本市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。</p> <p>2 計画の位置づけ 本計画は、「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の具体的な実施方法やその成果に関する目標等を定めるものです。また、第3期データヘルス計画と整合を図る。</p> <p>3 計画の期間 本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づき6年を1期とする計画である。第4期は、令和6年度から令和11年度までとし、毎年度ごとに実施内容を見直ししていく。</p>
事業の概要	特定健康診査の実施
対象者	40～74歳の国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群該当者の割合	法定報告値	22.50%	22%	22%	21%	21%	20%	20%
	2	生活習慣改善意欲ありの人の割合	法定報告値	26.90%	26%	26%	27%	27%	28%	28%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	法定報告値	53.70%	54%	55%	56%	57%	58%	59%
	2									
	3									

対象者	40-74歳の被保険者						
対象者数の見込み		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	特定健診対象者数(推計)(人)	4531	4357	4183	4009	3862	3715
	特定健診受診者数(推計)(人)	2446	2396	2342	2285	2239	2191

プロセス (方法)	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。		
		実施場所	集団健診：安岐中央公民館、武蔵保健福祉センター、アストくにさき、くにみみんなかん 個別健診：県内の委託医療機関	
	実施項目		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を含む
		自覚症状及び他覚症状の有無の検査		理学的検査（身体診察）
		身長、体重及び腹囲の検査		腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略*2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）） ガンマグルト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		
実施および実施後の支援	医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	貧血検査（ハマトクリット値、色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
		心電図検査（12誘導心電図）	当該年度の特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又は問診等で不整脈が疑われる者	
		眼底検査	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：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 ただし、当該年度の特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、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	
		血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 血糖：空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上	
	独自の追加項目	血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）	同上（県下統一）	

	時期・期間	集団健診：5月～11月 個別健診：6月～次年2月 ※実施に関する全体的な年間スケジュールは別シートあり
	外部委託の方法	外部委託：有 集団健診：個別契約 個別健診：集合契約
	データ取得	データについては早めの階層化を行うため、各委託先より直接集約し、個別医療機関は特定健診データ管理システムより抽出。
	結果提供	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1～4週間後に健診結果を郵送（委託医療機関によって異なる） 健診結果の見方等は、住民健診は会場当日にワンポイントコーナーで渡し、説明している。
プロセス (方法)	周知	対象者には前年度末に特定健診受診先の意向調査を実施し、その解答により受診券や希望受診先の健診案内を個別に送付する。 また、年度当初に全戸配布により健診のお知らせを実施し、市ホームページや広報誌、各委託医療機関へのポスターの掲示など実施。
	勧奨	健診無料対象である節目健診対象者には個別で通知を行う。また、別途未受診者対策事業を実施
	実施および実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診では健診委託機関での人間ドック2機関と、住民健診を総合健診としてがん検診と合わせて各地域で実施。 ・個別健診では県内委託医療機関と契約し実施。 ・感染対策と混雑の緩和のため予約制で実施。電話予約以外にWEB予約も可能。 ・実施後は健診機関から早期に健診結果データをもらい、特定保健指導の勧奨を早期に行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・住民健診会場では、ワンポイント保健指導のコーナーを設け、健診結果の見方の説明や昨年度の結果等から保健指導、受診勧奨等を行う。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民健康課（国保）、医療保健課（国保以外の市民）
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には個別健診の委託と勧奨を依頼。ポスター等の掲示も依頼している。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	地域保健支援センターに住民健診を依頼。人間ドックは厚生連健康管理センター、国東市民病院
	その他の組織	
	他事業	各種保健事業の機会に啓発
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定健診と合わせて、がん検診が受診できる総合健診を実施。人間ドックでもがん検診とあわせて受診できるようにしている。また、節目年齢対象者についてはがん検診を無料実施を周知する。

事業 2

特定健診未受診者対策事業

事業の目的	特定健診の受診率の向上
事業の概要	特定健康診査をより多くの被保険者に受けてもらうよう啓発や勧奨を行う。
対象者	特定健診未受診の被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健診受診率	法定報告	53.70%	54%	55%	56%	57%	58%	59%
	2	40・50代受診率	40・50代の受診者数/40・50代健診対象者 (法定報告から拾う)	40.00%	40%	42%	43%	45%	46%	47%
	3									
	4									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	40・50代の訪問による未受診者勧奨実施率	訪問者数/訪問対象者	—	60%	70%	70%	80%	90%	90%
	2	40・50代の未受診者勧奨実施率 (訪問を含む全対象)	勧奨者数/対象者数	—	80%	80%	80%	90%	90%	100%
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 個別に受診勧奨通知を作成する。 市報等において、健診の受診方法などを啓発する。
	勧奨	町内担当部署と連携し、受診勧奨訪問を通知と合わせて実施
	実施および実施後の支援	受診勧奨の方法として、訪問または電話、通知を実施。実施後は受診確認をデータ上でを行い、2月頃に2回目の未受診者通知を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	勧奨の対象者については、十分に分析を行いターゲットを絞り勧奨方法を検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民健康課、医療保健課、各支所
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	勧奨通知については民間事業者へ委託。勧奨後の分析まで行う。
	その他の組織	保健推進委員や愛育班など地区組織を通して市民への啓発も行う。
	他事業	国保事業だけでなく、さまざまな保健事業で市民に出会う機会に啓発する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	がん検診の受診勧奨も合わせて実施する。

<p>事業の目的</p>	<p>メタボリックシンドロームに着目した指導を行い生活改善により、メタボの解消、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。</p>
<p>背景・現状等、 計画の位置づけ・計画の期間等 (必要に応じて記載)</p>	<p>1 計画策定の背景と趣旨 生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、特定健康及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。 本市においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところである。 近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効果的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。 令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画※40作成の手引き(第4版)」「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)」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、アウトカムに着目したより効果的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。 本計画は、第3期計画期間(平成30年度から令和5年度)が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、本市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。</p> <p>2 計画の位置づけ 本計画は、「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の具体的な実施方法やその成果に関する目標等を定めるものである。また、第3期データヘルス計画と整合を図る。</p> <p>3 計画の期間 本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づき6年を1期とする計画である。第4期は、令和6年度から令和11年度までとし、毎年度ごとに実施内容を見直ししていく。</p>
<p>事業の概要</p>	<p>特定保健指導を実施する。</p>

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	22.50%	21%	21%	21%	20%	20	20%
	2	特定保健指導対象者減少率	法定報告値	17.30%	17%	17%	18%	18%	19%	19%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告	73.50%	73%	74%	74%	75%	75%	76%
	2									
	3									
	4									
	5									

		特定保健指導基準該当者					
対象者	対象者の階層	腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象		
					40~64歳	65~74歳	
		≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機づけ支援	
			1つ該当	あり なし			
		上記以外で BMI ≧ 2.5	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機づけ支援	
		2つ該当					
		1つ該当					

		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
対象者数の見込み	特定保健指導対象者数（推計）（人）	289	283	276	270	264	259
	特定保健指導実施者数（推計）（人）	210	219	204	203	198	197

プロセス (方法)			
実施および 実施後の 支援	実施形態	集団健診における特定保健指導対象者に対する初回面接は市町村で実施。2回目以降は市町村または委託する。個別健診における特定保健指導対象者は、健診機関については委託。ただし、本人が断った場合は市町村で勧奨・実施。個別医療機関については市町村で実施。	
	実施場所	市町村が実施する場合は、個人の家や市役所など個人に合わせた場所を設定。委託業者の場合は、各設定する場所、ICTによるオンラインの保健指導も実施。	
	実施項目 (実施内容)	動機付け支援	面接による支援のみの原則 1 回とする。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6ヶ月後に評価を実施することや、3ヶ月後の実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。特定健康診査の結果並びに喫煙習慣、運動習慣、食事習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月経過後に行う評価）を行う。
		積極的支援	初回面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月以上経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6ヶ月後に評価を実施することや3ヶ月後の実績評価の終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月以上経過後に行う評価）を行う。また、詳細な支援方法については特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）を参考に実施する。
		初回面接	住民健診（集団健診）では、健診会場で前年度結果等から保健指導対象相当の人に保健指導初回面接を実施。個別健診では、委託健診機関では健診会場で実施するよう委託。本人が拒否した場合は後日、市町村で実施。
		実施後のフォロー・継続支援	保健指導中や終了後も各種教室や健康相談などへもつなげる。
	時期・期間	集団健診後の初回面談：健診結果集約後随時 個別健診後の初回面談：随時実施 ・最終評価は次年度9月までに完了する ※実施に関する全体的な年間スケジュールは別シートあり	
	外部委託の方法	集合健診についてはほぼ市町村で実施。委託健診機関での対象者はできるだけ委託先で実施。	
	周知	対象者には階層化後、事前に個別通知を行ったうえで勧奨訪問を実施。その他に市報での周知や医療機関、健診機関にチラシを配布する。	
	勧奨	住民健診では、初回面接の分割実施も合わせて保健指導のコーナーを設けて事前に対象になりそうな者に連絡先等聞き取りを行う。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	委託事業者については、対象となった場合は名簿をもらい、直営の対象からは外す。また、委託できなかった者については市から再度勧奨を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民健康課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会については、医療機関健診実施者で保健指導対象者がいればチラシを渡してもらい、勧奨してもらおう。
	国民健康保険団体連合会	・特定健診データ管理システムを利用するにあたり、不明なこと等相談している。
	民間事業者	・厚生連健康管理センター、国東市民病院、大分県地域保健支援センターの3か所に委託。
	その他の組織	
	他事業	・特定健診の勧奨の際、これまで保健指導対象者であった者についても受診が確認できなければ勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・指導率の向上や質の向上のため、年に1回各委託先と会議を行い、健診や保健指導の勧奨方法等情報共有している。

事業 4

生活習慣病等受診勧奨事業

事業の目的	健診結果で生活習慣病の要治療者や治療中断者への受診勧奨を行うことにより生活習慣病等の重症化を予防する。
事業の概要	健診結果から、糖尿病や高血圧・腎機能低下で要治療対象者やレセプト上治療中断者と思われる者について医療機関への受診勧奨を行う。
対象者	国保被保険者で該当する者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	精密受診勧奨対象者の医療機関受診率	受診者数/勧奨対象者数	58.10%	58%	58%	59%	59%	60%	60%
	2	治療中断者の受診率	受診者/対象者(本人またはレセプト確認)	—	30%	40%	50%	60%	80%	90%
	3									
	4									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	精密受診対象者への介入率	勧奨できた数/勧奨対象者数	93.2%(糖・腎)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	治療中断者への介入率	TELまたは訪問で勧奨できた数/治療中断者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3									
	4									

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 対象者には個別で電話または訪問により受診確認。 市報には健診後の受診が大事であることを周知啓発。
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧は医療機関からの精密紹介状の返信を確認。返信ない者についてはレセプトでも確認。それでも受診していない者についてはTelや訪問にて受診勧奨。 糖や腎機能はプログラムに則り実施。
	実施および実施後の支援	勧奨後に再度レセプトや返信状から受診しているか確認する。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	住民健診以外で人間ドックに委託している分については委託先で精密者に対して受診勧奨を実施してもらう。 ※糖と腎機能については、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り実施する。

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	特定健診は市民健康課、がん検診等については医療保健課
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	市医師会には、精密紹介状の返信をもらえるように毎年度お願いする。
	国民健康保険団体連合会	対象者のデータ抽出に伴いアドバイスをもらう
	民間事業者	健診委託医療機関等には受診勧奨の徹底をお願いする。
	その他の組織	
	他事業	特定健診委託と合わせて精密受診勧奨も実施
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 5

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者の重症化を予防する
事業の概要	糖尿病性腎症の者で重症化リスクの高い者について、医療機関と連携して生活指導を行う。
対象者	<p>糖尿病や糖尿病性腎症治療中であり以下にあてはまる者（①かつ②～④のいずれか該当）</p> <p>【糖尿病であるもの】</p> <p>① HbA1c6.5%以上、または空腹時血糖126（mg/dl）以上</p> <p>【腎機能が低下している】②③④のいずれかに該当</p> <p>② 尿タンパクが1+以上</p> <p>③ eGFRが45（mL/分/1.73m²）未満</p> <p>④ 2年以内にeGFRが30%以上低下</p> <p>上記に該当する者を基本として、eGFR、尿アルブミン、尿タンパク等から腎機能の低下が認められ、医師が保健指導の対象者と判断した者</p> <p>※国東市糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋</p>

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	保健指導実施者の最終評価時の改善または維持の割合	症例検討委員会での最終評価	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2									
	3									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率	保健指導を了承した者のうち最後まで指導できた者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	症例検討委員会の開催数	当該年度の症例検討委員会の開催数	2回 (R5)	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	3									

プロセス (方法)	周知	対象者には個別で通知し、連絡先がわかるものについては電話で連絡後、訪問実施。
	勧奨	
	実施および実施後の支援	本人の了承後に主治医に意見をもらい指示書をもらう。支援方針も相談しながら6か月間生活指導実施。評価を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	詳細は別途「国東市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」参照 ※指標については、現時点で全対象者に継続して関わられていることから今後も維持する意味で100%と表示

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民健康課、医療保健課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会、国東市民病院
	その他の組織	東部保健所国東保健部とも連携し、姫島を含む圏域での情報交換会に参加。
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	詳細は別途「国東市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」参照 ※指標については、現時点で全対象者に継続して関わられていることから今後も維持する意味で100%と表示

事業 6

重複・頻回受診、重複服薬者対策事業

事業の目的	被保険者の適正な受診を促し、被保険者の傷病の早期回復、健康の保持増進を目指すとともに、医療費の適正化を図る
事業の概要	対象者に、服薬状況や療養方法等について健康相談及び保健指導を行うことにより、被保険者の適正な受診を促す。
対象者	○重複受診者 3か月連続して、ひと月に、同一疾患で3か所以上の医療機関にかかっている者（KDB） ○頻回受診者 3か月連続して1件のレセプトで診療日数が15日以上の方（KDB） ○重複服薬者 3か月連続してひと月に2ヶ所以上の医療機関で同一の薬効の薬剤投与を受けている者（Hoppy） ※がん、認知症、うつ、統合失調症、リハビリのため整形外科を受診している者、デイケア、ショートステイなど利用している者は除外する。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	対象者の受診状況の改善	改善者/保健指導対象者	0%	10%	10%	20%	20%	20%	30%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	対象者への保健指導実施率	保健指導者数/対象者数	40%	60%	60%	70%	70%	80%	100%

プロセス（方法）	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステムとHoppyを利用し、対象（下記）を抽出する。 ・対象者名簿をもとに、各個人のレセプトを確認し事業対象とするか検討する。 ・訪問指導を円滑に行うため、あらかじめ対象者に通知を行ってから訪問、電話等行う。
----------	---

ストラクチャー（体制）	<ul style="list-style-type: none"> ・国保担当者保健師、看護師で実施。
-------------	---

事業 7

運動習慣定着事業

事業の目的	運動習慣を見直し、生活の中に運動する人を増やすことで運動習慣の定着により、生活習慣病予防につなげる
事業の概要	運動教室を実施することで自ら運動習慣を見直し、自分に合った運動を実践する。
対象者	国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施した人の割合	法定報告	34.80%	34%	35%	36%	37%	37%	38%
	2	教室参加者で「日常生活において、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施した人」の割合	教室参加者の次年度健診結果から歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施した人/参加者数	—	50%	51%	52%	53%	54%	56%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	運動教室の実施回数	当該年度の運動教室実施回数	5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回
	2	運動教室の参加者数	当該年度の運動教室参加者延べ人数	延58名	60人	60人	60人	60人	60人	60人

プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> ・市報や、個別勧奨（健康相談時や特定保健指導対象者）により参加者を勧奨。 ・健康運動指導士の講師に依頼し実施。 ・実践につながるようにシリーズで教室を設定する。
-----------	--

ストラクチャー (体制)	<ul style="list-style-type: none"> ・健康運動指導士へ依頼。 ・地域担当保健師や地区組織なども協力して勧奨、啓発。 ・地域主催の事業と協力し、地域の中で運動を意識できる体制づくり。 ・保健部門と協力し、国保被保険者を含めた国東市民への運動習慣改善の啓発。
--------------	--

事業 8

食習慣定着事業

事業の目的	食生活を見直し、食事の内容や食習慣を改善する人を増やすことで食習慣の定着化を図り、生活習慣病予防につなげる。
事業の概要	食生活を振り返るきっかけづくりとして、料理教室や野菜摂取の普及啓発を実施することで食生活を意識し改善する。
対象者	国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	教室後に食生活を見直した人の割合	1か月後アンケート実施	—	40%	40%	50%	60%	70%	80%
	2	BMI：20～24（適正体重）の人の割合	MAP統計情報	52.70%	53%	53%	54%	54%	54%	55%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	教室の実施回数	当該年度の実施回数	5回	5回	5回	5回	6回	6回	6回
	2	教室の参加者数	当該年度の実施回数	46人	50人	50人	60人	60人	70人	70人
	3	イベント等での普及啓発のブース設置	該当年度内実施回数	4回	4回	4回	4回	4回	4回	4回

プロセス（方法）	<p>○教室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市報や特定保健指導等の対象者へ個別で勧奨する。 ・教室参加後はアンケートを実施しその後の食生活の変化等を聞きとる。 <p>○普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケーブルテレビにて健康応援レシピの調理方法を放映。それに合わせてレシピの発行 ・地元店舗に協力をもらい、健康応援レシピの掲示。 ・イベントでの野菜摂取の普及啓発
----------	---

ストラクチャー（体制）	・管理栄養士を中心とした企画・運営。参加勧奨については地区担当保健師等と協力
-------------	--

事業 9

若年者早期介入事業

事業の目的	40歳未満の健康意識を向上させることで、40歳を過ぎてからの健康づくり、生活習慣病予防につなげる。
事業の概要	40歳未満に特定健診同様の健診を無料実施し、その結果から生活習慣改善の必要性や治療の必要性などの保健指導を行う。
対象者	18～39歳国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	40歳未満受診率	受診者数/19～39歳加入者数	15.90%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
	2	40歳未満保健指導対象者割合	保健指導対象者/受診者数	15.70%	15%	15%	14%	14%	13%	13%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	40歳未満保健指導率	保健指導実施者数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	40歳未満健診受診勧奨回数	通知等による勧奨回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	3									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 年度当初に全戸配布により健診のお知らせを実施し、市ホームページや広報誌、各委託医療機関へのポスターの掲示など実施。 18～39歳国保加入者には住民健診キット配布。
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 年度途中に受診勧奨通知個別発送実施
	実施および実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> 健診会場にて国保若年者に全員にワンポイント健康アドバイス実施 健診実施後は健診結果をもとに保健指導や受診勧奨を実施。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	国保加入者については市民健康課、国保以外の者については医療保健課や福祉課で対応
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> 住民健診(特定健診)委託事業者に40歳未満についても実施委託。
	その他の組織	
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> 子育て広場等で若い世代に健診の啓発を保健で実施。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 10

生活習慣病予備群保健指導事業

事業の目的	生活習慣病有病者を減らす。									
事業の概要	糖尿病や高血圧症等の生活習慣病予備群の者に対し、保健指導等を行う。									
対象者	国保被保険者で健診の結果から検査値が保健指導判定値に該当する者（特定保健指導対象者は除く）									
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	糖尿病予備群（5.6～6.4）の割合	MAP統計情報の6.5以上と5.6以上の数より集計	60.5%	60%	59%	58%	57%	56%	54%
	2									
	3									
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	健診会場での保健指導実施率	保健指導実施者数／保健指導対象者数	—	70%	80%	80%	90%	100%	100%
プロセス（方法）	当該年度の健診結果から、対象者名簿を作成し訪問または電話や健診会場等で保健指導を実施する。									
ストラクチャー（体制）	国保担当保健師、看護師、管理栄養士及び地区担当保健師で実施する。									

事業 11

歯の健康意識向上対策事業

事業の目的	歯の健康意識を向上させ、いずれは生活習慣病予防につながる
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・節目年齢（40、50、60、70歳）に対して歯周病検診の無料実施 ・歯周病等の普及啓発を行うことで自分の歯の状態を意識してもらう
対象者	国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	「なんでも噛んでたべる」人の割合	訪問対象者の次年度健診問診項目で確認	75.80%	75%	75%	76%	76%	77%	77%
	2	要治療者の受診率	検診後要治療者をレセプトで受診確認（3月末）	54%	55%	58%	60%	62%	65%	70%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	歯周病検診受診率	検診受診者／検診対象者	10.50%	10%	11%	11%	12%	12%	14%
	2									

プロセス（方法）	<ul style="list-style-type: none"> ・市歯科医師会に委託契約を結び個別健診を実施。歯周病検診対象者には4月に受診券を発行し、直接医療機関で受診してもらう。 ・健診会場にて歯周病簡易チェックを行うことで本人の歯周病への意識をつける ・市報等で歯周病と生活習慣病の関係等周知啓発する。
----------	--

ストラクチャー（体制）	<ul style="list-style-type: none"> ・市歯科医師会に委託 ・歯周病簡易チェックも県内事業所に歯科指導まで委託
-------------	---

事業 12

健康相談事業

事業の目的	健康相談を通して、自分の健康状態を知ること、生活習慣を振り返るきっかけとなり生活習慣病予防につなげる
事業の概要	体成分分析器等の健康機器を利用することで、自分の体の状態を知ってもらい、生活改善が必要なことを伝える。
対象者	国保被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	延参加者数	利用者名簿	218人	230人	240人	240人	250人	250人	250人

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	健康相談開催回数	当該年度	12回	12回	12回	13回	13回	14回	15回

プロセス（方法）	<ul style="list-style-type: none"> 毎月第3週に健康相談コーナーを本庁市民健康課前に設置。 市報やホームページ、チラシで日程を周知 測定した方には結果の見方や現状を伝え、食生活や運動について必要なアドバイスを行う。
----------	---

ストラクチャー（体制）	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、管理栄養士、看護師で実施。地域で要望あれば地域担当保健師と協力して実施。
-------------	--

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行う。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の国保運営協議会及びデータヘルス計画検討委員会・作業部会にて協議する。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>国東市では、令和5年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、介護・保健・国保部門での協議の場を定期的に設けている。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有したり、これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行うことや、地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行うなどの検討を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、大分県及び大分県国民健康保険団体連合会などが実施する研修会等に積極的に参加するとともに、健康増進情報等について、関係各課へ速やかに情報提供し、共有を図り必要に応じて協議を行う。</p>

第4期特定健康診査等実施計画

特定健康診査・特定保健指導 年間スケジュール

スケジュール		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
体制整備 (予算、協議、契約等)		●契約 ●医療機関への依頼						●予算組み			●次年度について委託医療			
周知・広報		●4月日程表全戸配布 ●ケーブル放映 ●ポスター掲示(役所、健診機関、医療機関等) ●ホームページ				●8月市報								
特定健康診査	対象者抽出	●対象者抽出												
	受診券	●受診券発送 ※4月以降加入の対象者へは随時発送												
	特定健診実施	●地区巡回健診												
	未受診者対策 ※必要に応じて記載	電話												
		訪問					●訪問実施							
		通知					●ハガキ					●ハガキ		
その他											●次年度健診意向調			
特定保健指導	対象者抽出 利用案内			●対象者抽出・案内(健診開始後より随時)										
	特定保健指導実施	●前年度の継続 ●指導開始(健診開始後より)												
	未利用者対策	健診会場		●保健指導対象相当の人に健診会場にて勧奨										
		訪問		●未利用者に随時訪問										
	その他		●健診会場で初回面接実施											
その他		●担当者会議(随時)										●事業評価		