

第3期データヘルス計画  
第4期特定健康診査等実施計画  
令和6年度～令和11年度

令和6年3月

大任町国民健康保険

## 第3期データヘルス計画 目次

第3期データヘルス計画	5
I 基本的事項	5
1.背景と目的	5
2.計画の位置づけ	5
3.計画期間	5
4.実施体制・関係者連携	5
(1) 庁内組織	5
(2) 地域の関係機関	5
5.基本情報	8
6.現状の整理	9
(1) 保険者の特性	9
II 健康・医療情報等の分析と課題	10
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等 【図表1】	10
2.医療費の分析	10
(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等） 【図表2】	10
(2) 疾病分類別の医療費 【図表3】【図表4】	11
3.後発医薬品の使用割合 【図表5】	12
5.特定健康診査・特定保健指導の分析	15
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表7】【図表8】	15
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表11】【図表12】【図表13】	17
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析 【図表14】	18
7.介護費の分析 【図表14】【図表15】	21
8.その他【図表17】	23
III 計画全体	24
1.健康課題	24
3.保健事業一覧	24
IV 個別事業計画	25
1.特定健康診査	25
(1) 事業の目的	25
(2) 事業の概要	25
(3) 対象者	25
(4) アウトカム指標	25
(5) アウトプット指標	25
(6) プロセス（方法）	26
(7) ストラクチャー（体制）	26
2.特定保健指導	27
(1) 事業の目的	27
(2) 事業の概要	27

(3) 対象者.....	27
(5) アウトプット指標.....	27
(6) プロセス（方法）.....	28
3.生活習慣病重症化予防事業.....	29
(1) 事業の目的.....	29
(2) 事業の概要.....	29
(3) 対象者.....	29
(4) アウトカム指標.....	29
(5) アウトプット指標.....	30
(6) プロセス（方法）.....	30
(7) ストラクチャー（体制）.....	30
4.糖尿病性腎症重症化予防事業.....	31
(1) 事業の目的.....	31
(2) 事業の概要.....	31
(3) 対象者.....	31
(4) アウトカム指標.....	31
(5) アウトプット指標.....	32
(6) プロセス（方法）.....	32
(7) ストラクチャー（体制）.....	32
V その他.....	33
1.データヘルス計画の評価・見直し.....	33
2.データヘルス計画の公表・周知.....	33
3.個人情報の取扱い.....	33
4.地域包括ケアに係る取組.....	33
第4期特定健康診査等実施計画.....	35
I 基本的事項.....	35
1.背景・現状等.....	35
2.特定健康診査等の実施における基本的な考え方.....	35
(1) 特定健康診査の基本的考え方.....	35
(2) 特定保健指導の基本的考え方.....	35
3.達成しようとする目標.....	36
4.特定健康診査等の対象者数.....	36
II 特定健康診査.....	37
1.特定健康診査の実施方法.....	37
(1) 対象者.....	37
(2) 実施場所.....	37
(3) 法定の実施項目.....	37
(4) 保険者独自の実施項目.....	38
(5) 実施時期又は期間.....	38

(6) 外部委託の方法 .....	38
(7) 周知や案内の方法 .....	39
(8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法 .....	39
(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等） .....	40
III 特定保健指導 .....	41
1. 特定保健指導の実施方法 .....	41
(1) 対象者 .....	41
(2) 実施場所 .....	41
(3) 実施内容 .....	41
(4) 実施時期又は期間 .....	42
IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項【スケジュール等】 .....	43
1. 年間スケジュール .....	43
(1) 年度当初 .....	43
(2) 年度の前半 .....	43
(3) 年度の後半 .....	43
2. 月間スケジュール .....	43
V 個人情報の保護 .....	43
1. 記録の保存方法 .....	43
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知 .....	43
1. 特定健康診査等実施計画の公表方法 .....	43
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し .....	43
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法 .....	43
(1) 特定健康診査の実施率 .....	43
(2) 特定保健指導の実施率 .....	43
(3) 特定保健指導対象者の減少率 .....	43
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方 .....	43

# 第3期データヘルス計画

## I 基本的事項

### 1. 背景と目的

令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。

また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。

平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。

今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。

### 2. 計画の位置づけ

大任町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期大任町データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。

なお、大任町国民健康保険「データヘルス計画」は、町の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画との調和も図っている。

また、福岡県、福岡県国保連合会、福岡後期高齢者医療広域連合等による関連計画との調和も図っている。

### 3. 計画期間

令和6年度から令和11年度まで

### 4. 実施体制・関係者連携

#### (1) 庁内組織

本計画の策定および保健事業の運営においては、福祉課国保年金係が主体となって進める。

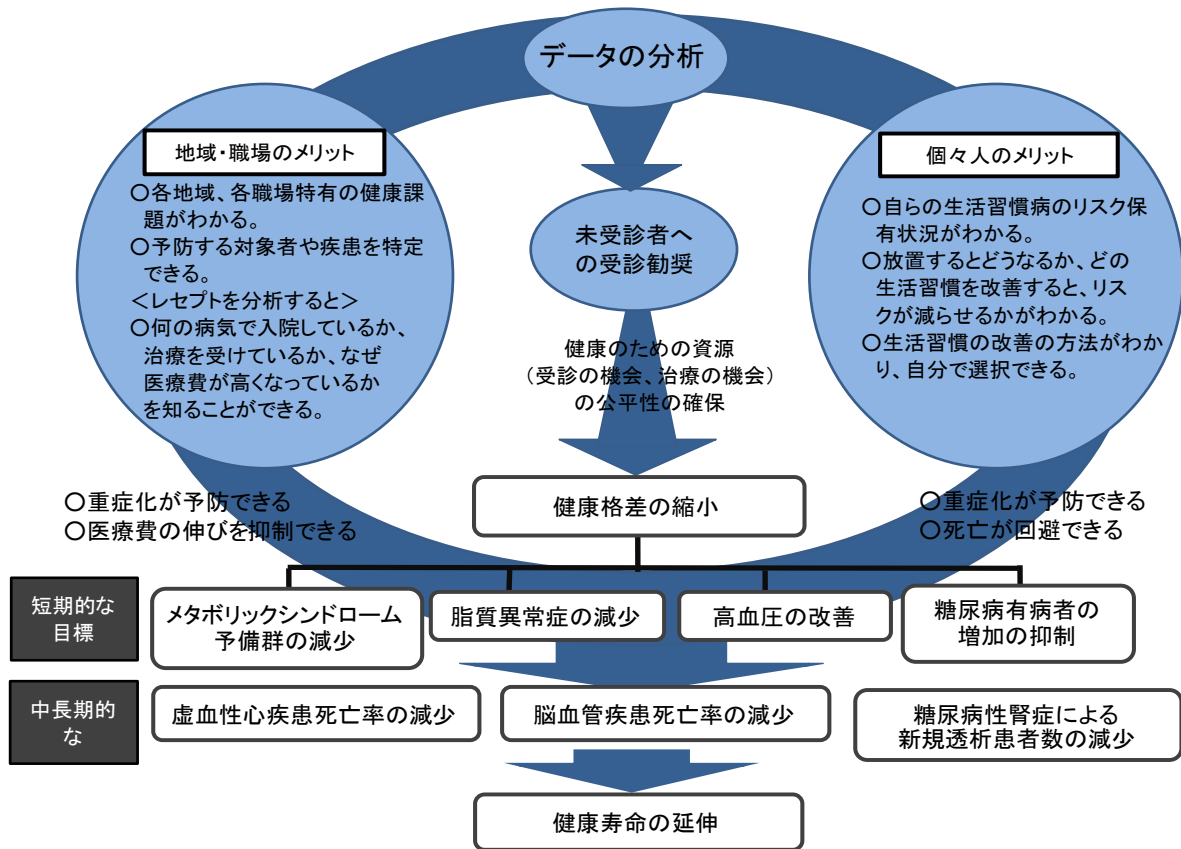
#### (2) 地域の関係機関

本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、福岡県国保連合会、福岡県後期高齢者医療広域連合、田川医師会及びその他地域の関係団体との連携により進める。

データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

		※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
	健康日本21計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業(支援)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(※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118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
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 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 平成28年8月 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 平成28年6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の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 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	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6年度～11年度(第3次)	法定 令和6年度～11年度(第4期)	指針 令和6年度～11年度(第3期)	法定 令和6年度～8年度(第9次)	法定 令和6年度～11年度(第4期)	法定 令和6年度～11年度(第8次)
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	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	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、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。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ものを、的確に抽出するために行うもの	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者とその支援の中心となつて、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の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、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
	虚血性心疾患 脳血管疾患	高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新 規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけ る コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用し て、 費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照す る) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備 群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常 生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・ 悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費 の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指 導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群 の減少 ④糖尿病重症化予防の 推進 ●入院 病床機能分化・連携の 推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>保険者努力支援制度</b> </div> ↓ 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決				

特定健診・保健指導の実施率の向上



## 5.基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				2023年3月31日時点	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		5,006					
国保加入者数(人)	合計	1,082	100%	538	100%	544	100%
	0~39歳(人)	328	30.3%	163	30.3%	165	30.3%
	40~64歳(人)	318	29.4%	189	35.1%	129	23.7%
	65~74歳(人)	436	40.3%	186	34.6%	250	46%
	平均年齢(歳)	45歳		46歳		43歳	

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	田川医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防・糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、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・啓発活動においては、区長会等と連携して実施する。



## 6.現状の整理

### (1) 保険者の特性

#### ①被保険者数の推移

令和5年度の被保険者数は1,082人であり、平成30年度の1,235人から年々減少傾向にある。

#### ②年齢別被保険者構成割合

39歳以下が30.3%、40-64歳が29.4%、65-74歳が40.3%であり、県平均よりも40-64歳の割合が低く、65-74歳の割合が高い。また、県平均として39歳以下が28.1%、40歳-64歳が31.1%、65-74歳40.4%となっており、県と比較しても40歳以上の被保険者が少なからず高齢化が進んでいるものと考えられる。(令和5年度)

#### ③その他

人口動態としては、年々徐々に減少傾向である。

#### ④第2期計画に係る評価及び課題

##### 1.第2期計画の概要

##### 1) 計画期間

本町は平成30年度に第2期データヘルスを策定し、計画期間を平成30年から令和5年度までとして、各種保険事業を実施した。

##### 2) 中長期目標と短期目標

##### (中長期目標)

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院が必要な疾患、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、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要である為、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先した。

##### (短期目標)

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らすことを優先した。そのため、第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。

しかし、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響で、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に若い世代の低下が顕著であったため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計する。

また、第2期は医師会をはじめとした関係機関や各保健事業間の連携が不十分な部分があったため、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

## II 健康・医療情報等の分析と課題

### 1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等 【図表 1】

- ▶ 参画平均寿命は、男性 80.5 歳、女性 87.1 歳。男女とも県平均より低い状態である。(令和 4 年度)
  - ▶ 平均自立期間は、男性 77.3 歳、女性 82.3 歳。男女とも県平均とよりかなり低い状態である。(令和 4 年度)
- ※標準化死亡比を 100 として 100 以上であれば、死亡率が高いと判断される。

【図表 1】

#### ■男性

R4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間 (歳)		標準化死亡比
		要介護 2 以上	要支援・要介護	
大任町	80.5	77.3	76.4	112.9
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.7	80.1	78.8	100.3
全国	80.8	80.1	78.7	100.0

#### ■女性

R4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間 (歳)		標準化死亡比
		要介護 2 以上	要支援・要介護	
大任町	87.1	82.3	79.3	100.6
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.0	84.4	81.7	101.2
全国	87.0	84.4	81.4	100.0

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

## 2. 医療費の分析

### (1) 医療費のボリューム (経年比較・性年齢階級別等) 【図表 2】

- ▶ 加入者は減少傾向にある。また、高齢化による治療費も上昇しており、令和元年度の一人当たりの医療費 (医科) は、347,000 円で県平均 (329,000 円) であったが、令和 4 年度の一人あたり医療費 (医科) は 392,107 円で全国平均 (358,335 円)、県平均 (359,712 円) と、医療費は年々高騰している。特に男性の 60 歳代以上における一人あたり医療費 (医科) については、大任町が県下 1 位 (572,711 円) で県平均 (455,869 円) よりも高いという特徴がある。
- ※一人当たりの受診率とは、大任町の被保険者全体の医療費 ÷ 被保険者人数です。
- ▶ 一人あたり医療費 (歯科) も微増しているが、令和 4 年度は、2,180 円で全国平均 (2,210 円)、県平均 (2,320 円) よりも低い水準である。
  - ▶ 外来の受診率は 755,708 (千人当たりの受診率) と同規模平均 719,869 (千人当たりの受診率) より高い水準である。

【図表 2】

■一件当たり医療費

(単位：円)

R1 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
大任町	22,480	11,890	2,120
福岡県	21,430	12,760	2,100
同規模	23,690	12,900	1,860
全国	23,200	11,220	2,040
R4 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
大任町	17,895	12,972	2,180
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	17,620	11,980	2,170
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率 (千人当たり)

(単位：%)

の受診率)

R1 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
大任町	763.890	24.904	146.105
福岡県	712.538	23.001	158.905
同規模	680.368	23.847	138.271
全国	700.503	19.750	160.062
R4 年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
大任町	755.708	22.054	149.482
福岡県	726.788	21.570	166.386
同規模	719.869	19.633	163.826
全国	709.576	18.814	164.799

■一件当たり医療費 (医科) 男性

(単位：円)

R4 年度	0-9 歳	10-19 歳	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
大任町	27,802	8,721	6,028	5,027	12,775	34,893	88,055	93,372
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一件当たり医療費 (医科) 女性

(単位：円)

R4 年度	0-9 歳	10-19 歳	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-69 歳	70-74 歳
大任町	16,986	11,950	20,275	16,381	34,852	20,483	29,294	45,608
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

※1件当たりの医療費は、総医療費 ÷ (被保険者数 × 病院受診回数)

出典：KDB システム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

(2) 疾病分類別の医療費 【図表 3】 【図表 4】

- 疾病分類別医療費の割合は、新生物 (18.0%)、循環器系疾患 (12.5%)、内分泌 (9.7%) の順に多い。県と比較すると新生物疾患、内分泌、尿路性器、呼吸器の割合が高い。
- 1件あたりの入院医療費は、心疾患 (748,222 円)、高血圧 (660,871 円) 脳血管疾患 (638,363 円)、脂質異常症 (637,287 円) の順に高い。県内順位も、精神 (14 位)、心疾患 (33 位)、脂質異常 (55 位) の位置にある。
- 1件あたり入院外医療費は腎不全 (107,311 円)、新生物 (85,472 円) が高い。県と比較すると新生物 (1 位)、糖尿病 (3 位)、循環器疾患 (7 位) が高い。近年、腎不全、糖尿病の医療費が上昇する傾向にある。
- 疾病部類別医療費の疾患は、悪性新生物、循環器が多く、全体の 30.5% を占めていた。

【図表 3】

■疾病分類別医療費の割合

R4 年度	新生物	循環器	精神	内分泌	筋骨格	神経	尿路 性器	呼吸器	消化器	その他
大任町	18.0%	12.5%	7.5%	9.7%	6.5%	2.9%	6.7%	8.7%	5.3%	22.3%
福岡県	16.8%	12.8%	9.5%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	17.1%	13.9%	8.1%	9.4%	8.8%	6.3%	7.8%	5.7%	6.0%	16.9%
全国	16.9%	13.6%	7.9%	9.0%	8.8%	6.3%	8.0%	6.0%	6.1%	17.4%

出典：KDB システム 疾病別医療費分析(大分類)

【図表 4】

■疾病統計（大任町）R1・R4

年の比較

R1 年度	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	脳血管 疾患	心疾患	腎不全	精神	新生物	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	520,537 円	490,824 円	421,573 円	561,425 円	435,811 円	527,143 円	436,914 円	613,807 円	83,750 円
県内順位 (63 保険者)	59 位	62 位	63 位	61 位	63 位	60 位	60 位	61 位	43 位
入院外単価 (円/件)	36,641 円	29,755 円	28,572 円	31,174 円	34,314 円	115,343 円	27,214 円	64,250 円	14,021 円
県内順位 (63 保険者)	4 位	7 位	2 位	27 位	42 位	16 位	42 位	7 位	8 位

R4 年度	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	脳血管 疾患	心疾患	腎不全	精神	新生物	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	622,705 円	660,871 円	637,287 円	638,363 円	748,222 円	552,331 円	556,025 円	575,006 円	0 円
県内順位 (63 保険者)	53 位	44 位	36 位	55 位	61 位	33 位	14 位	63 位	44 位
入院外単価 (円/件)	41,002 円	27,039 円	25,721 円	27,548 円	46,285 円	107,311 円	25,803 円	85,472 円	14,424 円
県内順位 (63 保険者)	3 位	35 位	18 位	49 位	7 位	14 位	44 位	1 位	15 位

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

3.後発医薬品の使用割合 【図表 5】

- 後発医薬品の使用割合は 73.9%（令和 4 年度実績）。町の施策として対象となる者に、後発医薬品普及促進支援通知書を送付、また広報等で周知を行っているが、国の目標値 80%より低い状態である。

【図表 5】

■後発医薬品の使用割合

R4 年 3 月診療分	大任町	福岡県
使用割合	75.1%	80.6%

■後発医薬品の使用割合

R4年9月診療分	大任町	福岡県
使用割合	73.9%	81.4%

【図表5】

■後発医薬品の使用割合

R5年3月診療分	大任町	福岡県
使用割合	73.8%	82.2%

出典:厚生労働省公表値(令和5年5月10日)

4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表6】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の20.8% (251人) いる。
- 重複・多剤服薬、頻回受診者が被保険者全体の0.4% (5人) いる。
- 大任町の施策として、福岡国保連合会に訪問相談業務を委託し、実施しているがなかなか改善できていない状況である。

【図表6】

■被保険者数 (大任町)

R4年5月 (年平均)	1,206人
-------------	--------

※毎年5月が年間の平均を出している。

■重複・頻回の受診状況

(単位: %)

受診医療機関数 (同一月内)	同一医療機関への受診日数 (同一月内)	受診した者の割合※1
		R4年5月 (年平均)
2医療機関以上	1日以上	20.8
	5日以上	1.9
	10日以上	0.5
3医療機関以上	1日以上	6.2
	5日以上	0.8
	10日以上	0.3

※1 受診した者の割合 ((受診した者 / 被保険者数) \* 100)

出典:KDBシステム帳票 重複・頻回受診の状況

■重複服薬の状況等の傾向

(単位: %)

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

※1 処方を受けた者の割合 (処方を受けた者 / 被保険者数) \* 100)

出典:KDBシステム帳票 重複・多剤処方の状況

■多剤処方状況

(単位：%)

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)	処方薬剤数(または処方薬 効数) (同一月内)	処方を受けた者の割合
		R4年5月(年平均)
1日以上	1以上	50.3
	2以上	44.0
	3以上	36.7
	4以上	29.2
	5以上	22.8
	6以上	17.2

出典：KDBシステム帳票 重複・多剤処方状況

■被保険者数(大任町)

R5年5月(年平均)	1,118人
------------	--------

※毎年5月が年間の平均を出している。

■重複・頻回の受診状況

(単位：%)

受診医療機関数 (同一月内)	同一医療機関への受 診日数(同一月内)	受診した者の割合※1
		R5年5月(年平均)
2医療機関以上	1日以上	23.4
	5日以上	0.9
	10日以上	0.8
3医療機関以上	1日以上	7.1
	5日以上	1.0
	10日以上	0.2

※1 受診した者の割合 ((受診した者 / 被保険者数) \* 100)

出典：KDBシステム帳票 重複・頻回受診状況

■重複服薬の状況等の傾向

(単位：%)

他医療機関と重複処方の発 生した医療機関数(同一月 内)	複数の医療機関から重複処 方が発生した薬剤数(また は薬効数) (同一月内)	処方を受けた者の割合※1
		R5年5月(年平均)
2医療機関以上	1以上	0.8
	2以上	0.2
	3以上	0.0

※1 処方を受けた者の割合 (処方を受けた者 / 被保険者数) \* 100)

出典：KDBシステム帳票 重複・多剤処方状況

■多剤処方状況

(単位：%)

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)	処方薬剤数(または処方薬 効数)(同一月内)	処方を受けた者の割合
		R5年5月(年平均)
1日以上	1以上	51.1
	2以上	45.6
	3以上	32.4
	4以上	29.2
	5以上	25.9
	6以上	19.1

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方状況

5.特定健康診査・特定保健指導の分析

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表7】【図表8】

- 令和2年度より新型コロナウイルス感染症の蔓延により、集団健診が年2回から1回に変更したことや、個別健診の受診も減少したことにより、令和4年度の特定健診の受診率は21.1%と低くなり、現在、年々減少傾向で県平均(35.6%)よりかなり低く国の目標値60%の4割弱しか達成できていない。
- 特定健診受診率の県受診率との比較(性・年齢別)では、60歳以上の受診率は男女ともに県平均より低く、男女ともに60歳未満の受診率が低い。
- 特定保健指導の実施率は80%で県平均(43.0%)よりかなり高い。
- 特定保健指導の県との比較(性・年齢別)では、45歳未満の男女ともに実施率が県平均より低い。

【図表7】

■健診受診率

R4年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率
大任町	679	143	21.1%
福岡県	691,928	230,123	35.6%
全国	17,865,900	6,494,635	37.6%

■保健指導実施率

R4年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
大任町	15	12	80.0%
福岡県	26,686	11,467	43.0%
全国	746,177	208,457	27.9%

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年法定報告値

【図表8】

■性・年齢別階級別特定健診受診率・特定保健指導実施率

R4年度	男性								
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	平均
特定健診率		1.8%	8.8%	11.1%	0.0%	18.4%	28.3%	27.9%	17%
特定保健指導 実施率		0.0%	100%	0.0%	0.0%	100%	50.0%	0.0%	44.4%

R4年度	女性							平均
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診率	0%	8.7%	5.6%	5.3%	36.4%	26.0%	30.5%	29.0%
特定保健指導実施率	0%	0.0%	100%	0%	100%	66.7%	50.0%	75%

## (2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表9】 【図表10】

- 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、LDL コレステロール（39.9%）尿酸（4.2%）は県平均よりやや少ないが、BMI（35.0%）、腹囲（42.7%）、血圧（58.7%）、血糖（5.6%）、HbA1c（74.1%）、血清クレアチニン（2.1%）は県平均より多く、生活習慣病のリスクが高い。
- 内臓脂肪症候群の該当者割合を県と比較すると42.7%であり、県平均（36.0%）よりかなり高い。
- 生活習慣病リスク保有者の割合を性・年齢階級別に県と比較すると、多くの項目について、男女共に全年齢階級で該当者割合が高い。

【図表9】

### ■特定健診結果の状況（有所見率①）

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステロール	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
有所見率 (%)	大任町	42.7	35.0	25.2	15.4	2.1	38.5	74.1	5.6
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.2	58.5	2.8
	全国	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.8	58.2	2.9

令和4年度		尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL コレステロール	non-HDL コレステロール	血清クレアチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	大任町	4.2	58.7	19.6	39.9	0	2.1	23.1	6.3
	福岡県	8.3	46.4	18.6	50.8	3.5	1.4	21.9	20.6
	全国	6.6	48.3	20.7	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式（様式5-2）

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

### ■特定健診結果の状況（有所見率②）

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステロール	空腹時血糖	HbA1c	随時血糖
有所見率 (%)	男女計	42.7	35.0	25.2	15.4	2.1	38.5	74.1	5.6
	男性	55.0	35.0	40.0	26.7	5.0	45.0	68.3	6.7
	女性	33.7	34.9	14.5	7.2	0	33.7	78.3	4.8



令和4年度		尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL コレス テロール	non-HDL コ レステロール	血清クレ アチニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	男女計	4.2	58.7	19.6	39.9	0	2.1	23.1	6.3
	男性	10.0	58.3	23.3	33.3	0	5.0	33.3	
	女性	0	59.0	16.9	44.6	0	0	15.7	

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

出典:KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表10】

■特定健診結果の状況(有所見率③)

令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
自保険者 有所見率 (%)	男女計	88.8	1.4	2.8	0.7	6.3	92.3	4.2	2.8	0.7	0
	男性	83.3	3.3	5.0	1.7	6.7	88.3	6.7	5.0	0	0
	女性	92.8	0	1.2	0	6.0	95.2	2.4	1.2	1.2	0

令和4年度		GOT	γ-GTP	心電図			眼底検査		血色素
				未実施	所見あり	所見なし	未実施	実施	
自保険者 有所見率 (%)	男女計	15.4	19.6	95.8	4.2	0	81.8	18.2	14.3
	男性	25.0	31.7	95.0	5.0	0	85.0	15.0	50
	女性	8.4	10.8	96.4	3.6	0	79.5	20.5	0

出典:KDB システム帳票 集計対象者一覧表

(3) 質問票調査の状況(生活習慣) 【図表11】 【図表12】 【図表13】

- 生活習慣リスク保有者の割合は、喫煙率(14.7%) 飲酒習慣リスク計算式(毎日×(1~2合+3合以上)(15.0%)が県平均(8.5%)より高い。

※飲酒リスクは、毎日飲む方で1合以上飲まれる方が対象

- 生活習慣改善意欲は全体的に低く、「改善意欲なし」が23.8%と県平均24.9%より高い。

【図表11】

■喫煙

令和4年 度	大任町			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	14.7	21	143	14.2	32,008	224,635	15.1	21,523	142,781	12.7	799,118	6,277,689
男性	30.0	18	60	24.7	23,985	97,192	25.6	17,340	67,665	22.0	592,983	2,701,175
女性	3.6	3	83	6.3	8,023	127,443	5.6	4,183	75,116	5.8	206,135	3,576,514

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 1 2】

## ■飲酒

令和 4 年度		飲酒頻度			一日飲酒量			
		毎日	時々	飲まない	1 合未満	1～2 合	2～3 合	3 合以上
自保険者 有所見率 (%)	大任町	28.0	13.3	58.7	44.9	47.8	7.2	0
	福岡県	25.5	23.5	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	26.4	21.0	52.5	59.9	26.5	10.4	3.2
	全国	24.6	22.3	53.1	65.6	23.1	8.8	2.5

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表 1 3】

## ■生活習慣改善（改善意欲なし）

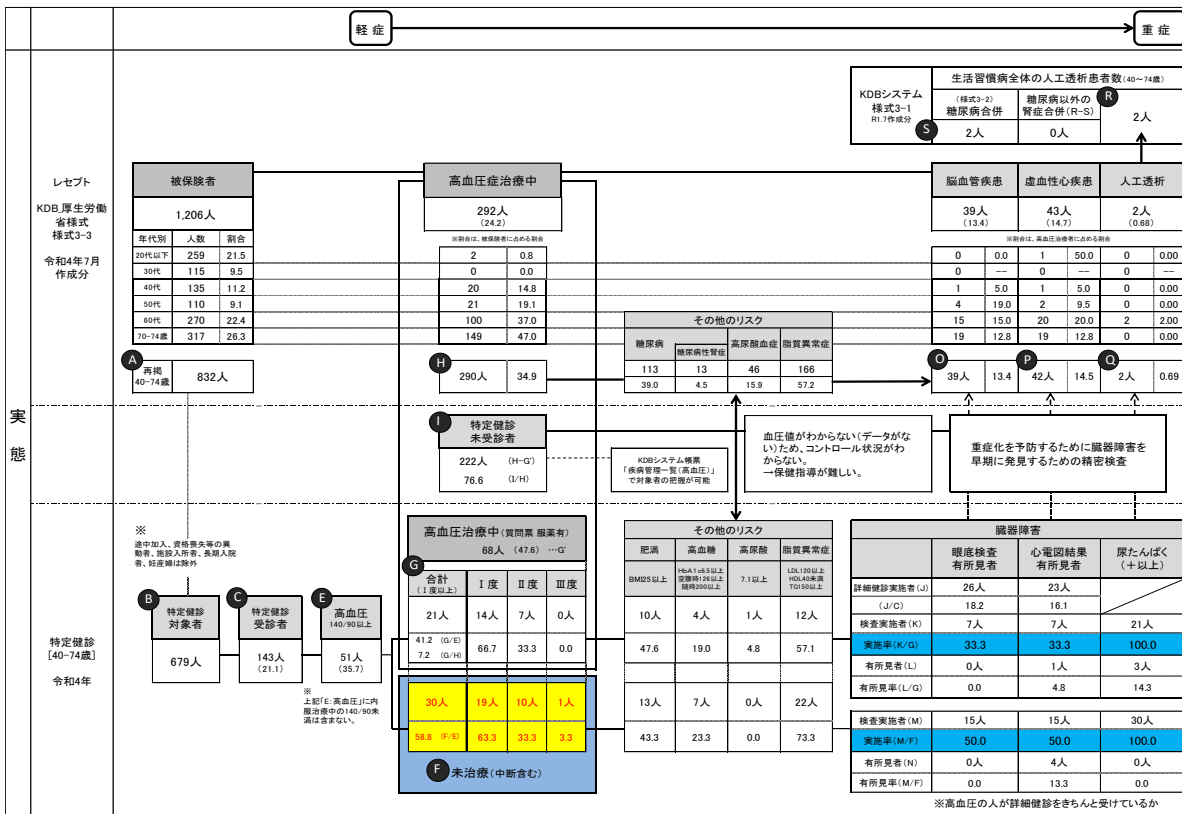
令和 4 年度	大任町			福岡県			同規模			全国		
	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)	所見者率 (%)	所見者数 (人)	回答数 (人)
男女計	23.8	34	143	24.9	53,749	215,894	32.9	43,902	133,446	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	23.3	14	60	29.2	27,300	93,560	38.7	24,447	63,124	31.5	766,659	2,430,187
女性	24.1	20	83	21.6	26,449	122,334	27.7	19,455	70,322	24.4	780,987	3,206,669

出典：KDB システム帳票 質問票調査の状況

## 6. レセプト・健診結果等を組み合わせた分析 【図表 14】

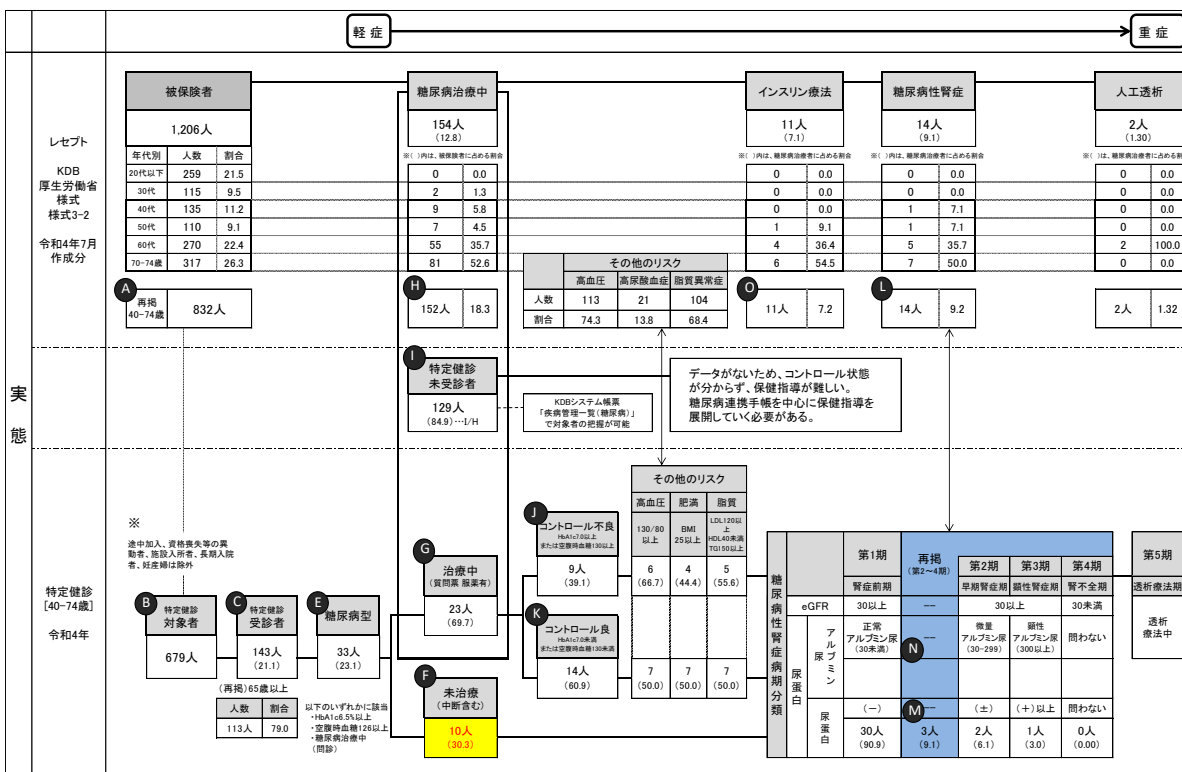
- ▶ 令和 4 年度において、40 歳～64 歳までの国保加入者で健診未受診かつ医療機関での治療のない人（健康状態不明者）が 44.2%（123 人）いる。また、65 歳～74 歳の健康状態不明者が 17.1%（69 人）いる。しかし、平成 28 年度は、40 歳～64 歳までの国保加入者で健診未受診かつ医療機関での治療のない人（健康状態不明者）が 39.8%（149 人）いる。また、65 歳～74 歳の健康状態不明者が 17.5%（77 人）であり、平成 28 年度と令和 4 年度を比べると減少しており、事業としては上手くいっているものと考えられる。

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



➤ 高血圧の有所見者で未治療者が 58.8% (30人) いる。

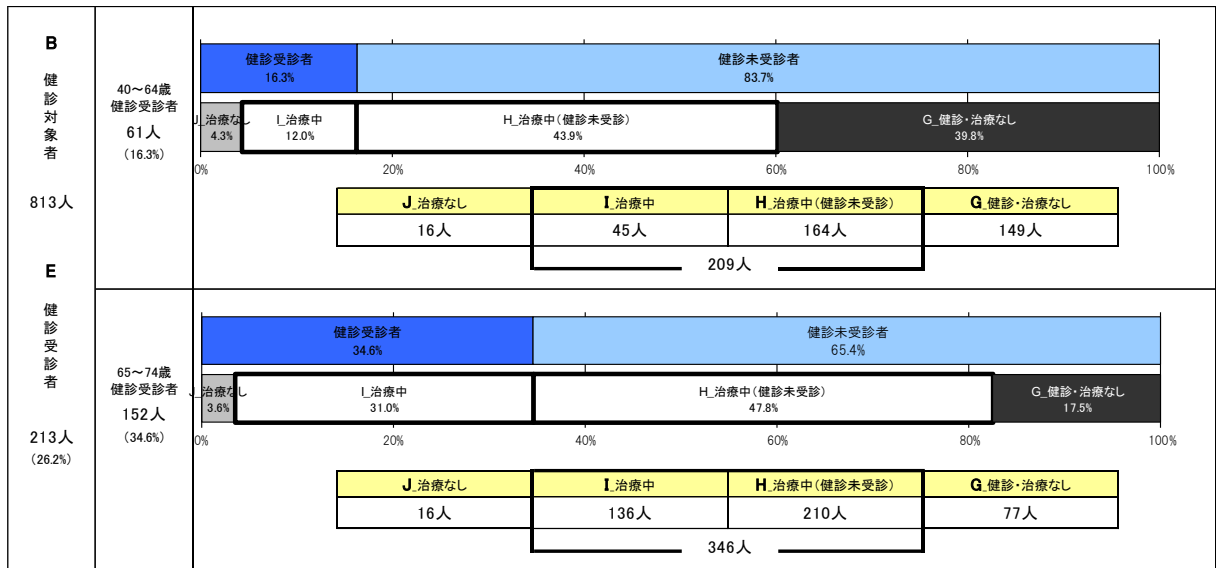
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



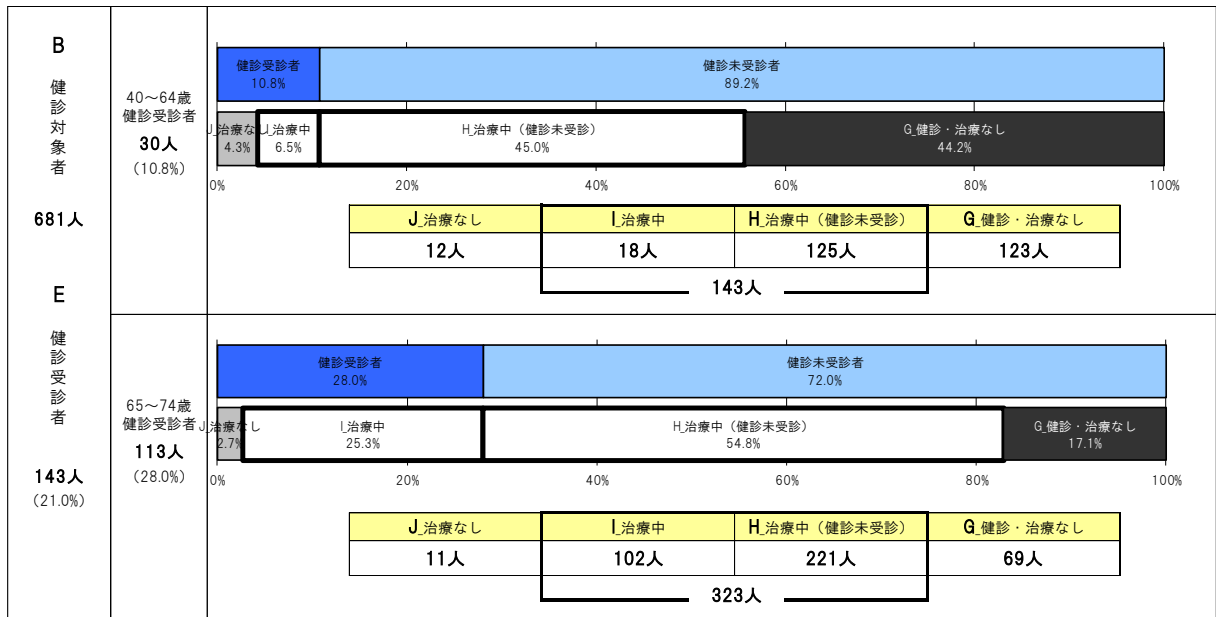
➤ 糖尿病の治療中断者が 30.3% (10人) いる。

【図表 14】

平成 28 年度



令和 4 年度



## 7.介護費の分析 【図表 14】 【図表 15】

- 要介護認定率は 24.6%で、県平均 (19.9%) よりも高く、1 件あたり介護給付費は 72,404 円と、県平均 (59,152 円) よりも高い。
- 第 1 号被保険者の要介護認定率が 24.6%、第 2 号被保険者の要介護認定率が 0.6%、新規認定率 0.5%と県平均より高く、要介護に至る原因疾患の第 1 位が脳血管性疾患となっている。

【図表 1 4】

### ■介護認定の状況

(単位：%)

令和 4 年度	大任町	福岡県	同規模	全国
1 号認定率	24.6	19.9	18.1	19.4
2 号認定率	0.6	0.3	0.4	0.4
新規認定率	0.5	0.3	0.3	0.3

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 1 5】

### ■介護給付費の状況

令和 4 年度	大任町	福岡県	同規模	全国
1 件当給付費 (円)	72,404	59,152	63,298	59,662
総給付費 (円)	5,147,721,290	407,127,115,803	1,417,885,670,317	10,074,274,226,869
総件数 (件)	71,097	6,882,774	22,400,166	168,855,925

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 16】

## 要介護認定者実数 平成30年4月1日現在

大 任 町		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
	第1号被保険者	87	66	86	65	39	64	32	439
	65歳以上75歳未満	16	11	7	12	12	4	65	
	75歳以上	71	55	79	53	27	60	374	
	第2号被保険者	1	3	1	2	0	0	8	
	総数	88	69	87	67	39	64	33	447

## 要介護認定者実数 平成31年4月1日現在

大 任 町		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
	第1号被保険者	73	64	96	67	44	57	33	434
	65歳以上75歳未満	11	12	8	13	10	2	60	
	75歳以上	62	52	88	54	34	55	374	
	第2号被保険者	0	0	1	3	2	0	9	
	総数	73	64	97	70	46	57	36	443

## 要介護認定者実数 令和2年4月1日現在

大 任 町		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
	第1号被保険者	75	69	101	54	49	59	28	435
	65歳以上75歳未満	11	13	5	10	6	7	55	
	75歳以上	64	56	96	44	43	52	380	
	第2号被保険者	0	1	0	4	2	1	9	
	総数	75	70	101	58	51	60	29	444

## 要介護認定者実数 令和3年4月1日現在

大 任 町		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
	第1号被保険者	83	59	86	56	44	66	32	426
	65歳以上75歳未満	18	10	5	7	7	8	59	
	75歳以上	65	49	81	49	37	58	367	
	第2号被保険者	0	2	0	3	1	1	7	
	総数	83	61	86	59	45	67	32	433

## 要介護認定者実数 令和4年4月1日現在

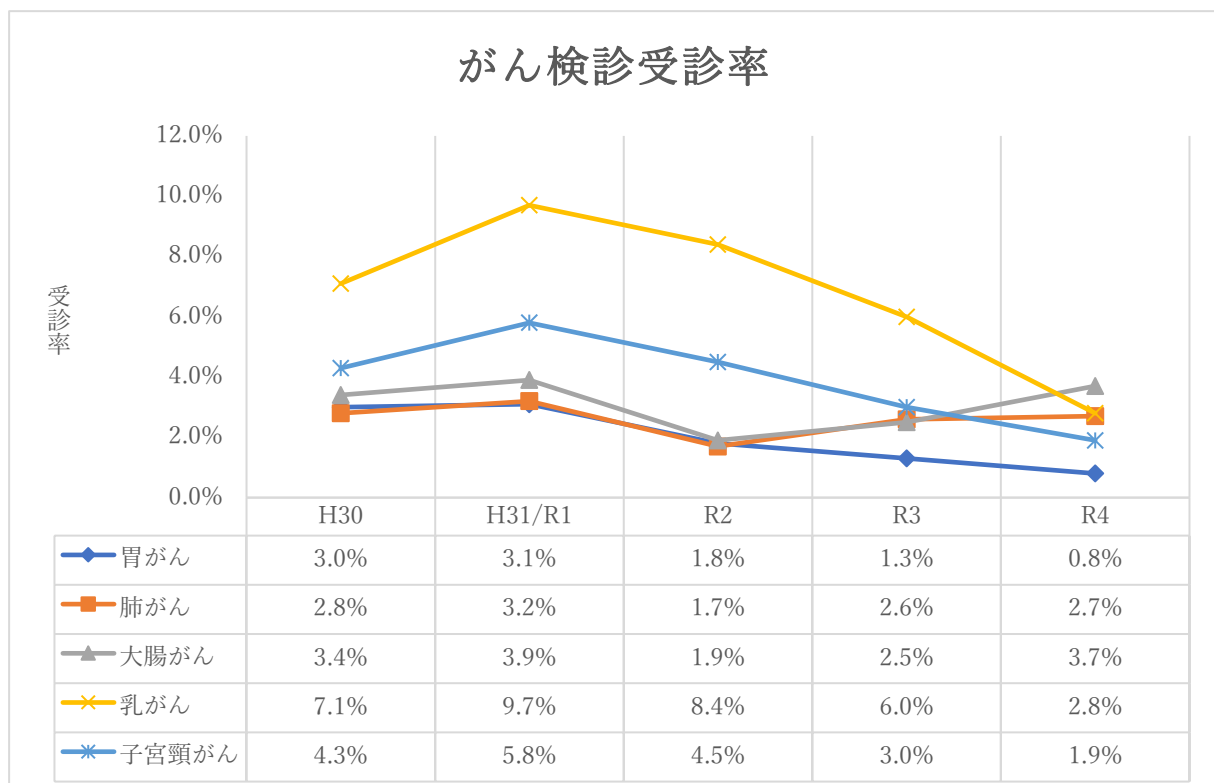
大 任 町		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
	第1号被保険者	103	68	88	59	46	68	29	461
	65歳以上75歳未満	14	11	9	9	7	15	67	
	75歳以上	89	57	79	50	39	53	394	
	第2号被保険者	0	1	1	3	1	0	6	
	総数	103	69	89	62	47	68	29	467

## 8.その他【図表 17】

- ▶ がん検診の受診率が県平均より低い傾向にある。また、経年比較すると、受診率は減少傾向となり（胃がん検診（0.8%）肺がん検診（2.7%）大腸がん検診（3.7%）乳がん検診（2.8%）子宮頸がん検診（1.9%））
- ▶ 本町では令和 2 年度から一体的実施に取り組んでいるが、福岡県後期高齢者医療広域連合の分析によると、県内市町村では後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業を実施しているが、本町と同様、ごく一部の潜在的な対象者の実施に留まっている。

がん検診受診率【図表 17】

	H30	H31/R1	R2	R3	R4
胃がん	3%	3.1%	1.8%	1.3%	0.8%
肺がん	2.8%	3.2%	1.7%	2.6%	2.7%
大腸がん	3.4%	3.9%	1.9%	2.5%	3.7%
乳がん	7.1%	9.7%	8.4%	6%	2.8%
子宮頸がん	4.3%	5.8%	4.5%	3%	1.9%



### Ⅲ 計画全体

#### 1.健康課題

- 悪性新生物及び生活習慣病の医療費が高く、患者数も多い。特に脳血管疾患の標準化死亡比が県平均と比較して高い。循環器系疾患の1人あたり医療費も県平均・全国平均と比較して高い。高額医療費には、悪性新生物、循環器系疾患が多くを占める。
- 高血圧で要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、治療中断者も多い。
- 健診受診率が20%台であり、県内の中で1番低い。年齢階層毎に確認すると60歳代未満の健診受診率が低く、生活習慣の改善意欲も低いことから、健康意識の低さが課題である。
- 介護認定率、平均要介護度および1件あたり介護給付費は県平均より高く、前期高齢者において生活習慣病から来る脳血管疾患の重症化による要介護認定および要介護度の悪化傾向が課題である。

#### 2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値

##### (1) 計画全体の目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。

計画全体の目標	評価指標	指標の定義	目標値		
			現状値	R4	R8
生活習慣病の発症予防を行う	特定健診受診者の割合	特定健診受診率の値	21%	35%	50%
生活習慣病の重症化を予防する。	人工透析の新規患者数	保健事業等・評価分析システム	1人	0人	0人
	高血圧者の割合	特定健康診査受診者で①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧≧140mmHg ②拡張期血圧≧90mmHg	35%	30%	25%
	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	2.80%	2%	1%
	喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙有の割合	17%	15%	13%
全ての世代から健康意識を高める。	健診の継続受診率	前年度健診受診者のうち、当該年度継続受診した人の割合	61.50%	70%	80%
平均自立期間を延伸する。	平均自立期間	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 6.4歳	(男性) 77.7歳	(男性) 79.0歳
	(要介護2以上)		(女性) 82.3歳	(女性) 83.6歳	(女性) 84.9歳

#### 3.保健事業一覧

特定健康診査事業

特定保健指導事業

生活習慣病重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業



## IV 個別事業計画

### 1. 特定健康診査

#### (1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。

#### (2) 事業の概要

特定健康診査を実施する。

#### (3) 対象者

40-74歳の被保険者

#### (4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	健診受診率の動向	医療機関データ提出数	55.6%	60%	65%	70%	75%	80%	85%

#### (5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	特定健康診査受診率	法定報告値	21%	25%	30%	35%	40%	45%	50%

## (6) プロセス (方法)

周知	対象者に受診券発送時に特定健診受診勧奨をお願いし、健診受診の周知を行う。また、広報紙及び SNS での周知を行う。	
勧奨	計画的にハガキによる通知、電話、SMS などの手法を変えて実施する。また、過去の特定健診受診歴や生活習慣病治療の有無など、対象者を検討し受診勧奨を行う。	
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。
	実施場所	集団健診：大任町役場 個別健診：田川医師会に加入している指定医療機関
	時期・期間	集団健診：6月、11月（年2回、状況に応じて変更あり） 個別健診：7月～12月
	データ取得	職場での健診実施があれば健診結果、人間ドックの結果提供への働きかけ等
	結果提供	集団健診：集団健診後、約1か月後に健診結果説明会を開催し健診結果の提供を行い、特定保健指導対象者、重症化予防事業対象者については個別面談を実施。また、健診結果の提供できていない人は、後日郵送する。 個別健診：医療機関が受診者に通知する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	インセンティブとして、個別健診、集団健診を受診した人に、道の駅おおとう桜街道で使用できる商品券250円を渡す。実質250円で健診を受診できるが、受診率が低迷しているため、受診率を向上させるため商品券500円にするか他の方法をも検討が必要である	

## (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	福祉課国保年金係
保健医療関係団体 (医師会など)	田川医師会（個別健診）
国民健康保険団体連合会	特定健康診査に関するデータを共有
民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨ハガキの送付、電話でのフォローを実施
その他の組織	大任町役場住民課衛生係（集団健診時、がん検診との同時実施のため）
他事業	介護予防教室で、特定健診の周知や受診勧奨を行う。 国保新規加入者への特定健診を案内
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診勧奨については、1年間のスケジュールを決めて実施する

## 2. 特定保健指導

### (1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。

### (2) 事業の概要

特定保健指導を実施する。

### (3) 対象者

特定保健指導基準該当者（40歳～74歳）

#### ① 対象者の階層

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血 圧		④喫煙歴	対象	
				40～64歳	65～74歳
≧85cm (男性) ≧90cm (女性)	2つ以上該当	/	あり	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	/	なし		
上記以外で BMI ≧ 2.5	3つ該当	/	あり	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	/	なし		
	1つ該当	/			

### (4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	【中長期】内臓脂肪 症候群該当者割合	法定報告値	33%	32%	31%	30%	29%	28%	27%

### (5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	特定保健指導実施率	法定報告値	66.7%	70%	80%	90%	100%	100%	100%

## (6) プロセス (方法)

周知	集団健診申込時や広報紙で特定保健指導についての案内を説明。	
実施および 実施後の支援	初回面接	集団健診時における特定保健指導対象者は、健診終了後に初回面接を実施する。集団健診時にできなかった人、健診結果で糖尿病・脂質異常症の判定値を超えた人は、結果説明会の時に初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、田川医師会に加入している医療機関が実施
	実施場所	大任町役場もしくは本人宅
	実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
	時期・期間	集団健診後の初回面接：健診後の1ヶ月後に実施する集団説明会にて実施 個別健診後の初回面接：9月～2月中に実施 最終評価を年度末までに完了する。
	実施後のフォロー・継続支援	初回面接より約3か月後に体重、腹囲、血圧、生活行動の変化（運動、食事、喫煙、睡眠、その他の健康づくりの取り組み）について、電話等で状況把握を実施。また、生活習慣病重症化予防事業と重なっている対象者は医療機関の受診状況の確認も行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導方法を促すよう、衛生係及び委託業者と連携体制を構築する	

## (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	福祉課国保年金係
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)	田川医師会
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ共有
民間事業者	外部委託事業者にて実施する。
他事業	特定保健指導の初回面接後、年齢対象者にはトランポリン教室などの運動教室を案内する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築する。

### 3.生活習慣病重症化予防事業

#### (1) 事業の目的

健診受診者で生活習慣病重症化リスクの高い対象者に対して、医療機関への受診勧奨・継続受診の必要性や生活習慣への保健指導を行い、生活習慣病の重症化予防をする。

#### (2) 事業の概要

虚血性心疾患・脳卒中の生活習慣病重症化予防を優先に、訪問等による保健指導を実施し改善を図る。

#### (3) 対象者

選定方法		医療機関への受診勧奨判定値以上の者で、過去のデータ KDB、レセプト等のデータを分析し、重症化になりそうな未受診者を優先して、特に介入を要する対象者を全て抽出する。
選定基準	健診結果による判定基準	治療中も含み、血液検査のコントロール不良者や治療中断者等、特に介入を要する全て抽出する
	レセプトによる判定基準	健診及び医療機関の受診歴が半年間以上空いている人を確認する
除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者

#### (4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	保健指導対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診における HbA1c7.0%以上の人割合	46.2%	45.0%	42.5%	40.0%	35%	32.5%	30.0%
2	保健指導対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診における 2 度 高血圧以上の人の割合	13.3%	12%	11%	10%	9%	8%	7%
3	保健指導対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診における LDL コレステロール 160 以上の人の割合	26.7%	25%	22.5%	20.0%	17.5%	15%	12.5%

### (5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	糖尿病医療機関受診率	通知発送後 6か月以内 のレセプト で受診有の 者の割合	69.2%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	82.5%	85.0%
2	高血圧医療機関受診率	通知発送後 6か月以内 のレセプト で受診有の 者の割合	38.9%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
3	脂質異常症医療機関 受診率	通知発送後 6か月以内 のレセプト で受診有の 者の割合	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%

### (6) プロセス (方法)

周知	特定健診に併せて周知
実施後の支援・評価	委託業者が訪問、通知発送、電話勧奨の3か月後に、レセプトで受診状況を確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	KDB等のレセプトデータによる治療確認と分析。

### (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	福祉課国保年金係
保健医療関係団体 (医師会)	田川医師会
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供
民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者を抽出し、電話勧奨する。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	住民課衛生係との会議（結果説明の際に、田川地区CKD・糖尿病予防連携システムを対象者に渡す際、説明内容や人数を共有する）

#### 4.糖尿病性腎症重症化予防事業

##### (1) 事業の目的

糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。

##### (2) 事業の概要

田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムに基づき、健診の結果において該当した方を対象とする。また、糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプトおよび服薬があるにも関わらず血糖値のコントロール不良者の生活習慣改善・服薬指導を行う。また、糖尿病治療中断者には、特定健診受診勧奨と医療機関への治療継続の必要性について保健指導を行う。

##### (3) 対象者

選定方法		健診受診者で、田川地区腎症重症化予防プログラムに該当する方
選定基準	健診結果による判定基準	今年度の集団健診及び、前年度個別健診で HbA1c5.6～6.4、尿蛋白±の方は保健指導を実施 HbA1c6.5% 以上かつ e-GFR60mL 未満、尿蛋白 1 以上、尿潜血 2 以上の方は、病院受診を促す
	レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症が主病（受診歴あり）かつ糖尿病薬剤を処方されている者
	その他の判定基準	医師が必要と認めた者
除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者 I型糖尿病の方
重点対象者の基準		尿たんぱく+以上の人は優先して選定する。

##### (4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	人工透析の新規導入数	前年度の対象者を確認	1 名	0 名	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

### (5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 R4 年度	目標値					
				R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
1	保健指導 実施率	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	71% (5/7) 人	75% (6/8) 人	78% (7/9) 人	80% (8/10) 人	90% (9/10) 人	100% (10/10) 人	100% (10/10) 人

### (6) プロセス (方法)

周知	田川医師会から各医療機関に田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムについて周知	
勧奨	対象者には、集団結果説明の際に、田川地区 CKD・糖尿病予防システム連携票を本人に手渡しして病院受診して頂く	
実施および 実施後の支援	実施内容	委託事業者の保健師や管理栄養士が集団結果説明時に個別面談にて保健指導を実施する。
	時期・期間	7月～2月
	場所	訪問、役場内での集団結果説明
	実施後の評価	対象者が医療機関で検査後、医療機関から田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム連絡票で検査結果と今後の方針について連絡が来る。
	実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果で HbA1c 8.0% 以上の場合は、電話でフォローする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導方法を促すよう、委託業者と連携を図る	

### (7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	福祉課国保年金係
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)	田川医師会、田川保健福祉事務所 内容としては、田川保健福祉事務所において、年度初めに医師会との田川地区生活習慣病重症化予防連携会議があり、田川管内市町村から CKD について協議を行う
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医から田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム連絡票指導で、保健指導の有無を確認し、指導実施後の報告書を送付する。
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供
民間事業者	委託事業者にて電話勧奨および指導を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	指示書を得られる町内外の医療機関・かかりつけ医を増やすことが実施率を上げるためには重要。



## V その他

### 1. データヘルス計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDB データ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。

計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、町の関係機関および国保連合会と連携を図る。

### 2. データヘルス計画の公表・周知

本計画については、ホームページや広報紙を通じて公表するのほか、必要に応じて県、国保連合会、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

### 3. 個人情報の取扱い

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

### 4. 地域包括ケアに係る取組

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。

KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。

これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。

地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。

## 5. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業

### (1) 目的

高齢者の個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行い、生活習慣病重症化予防を図る。

### (2) 概要

後期高齢者基本健診結果において、高血圧分類Ⅱ度以上に該当する者を対象に、保健師や管理栄養士等の医療専門職による保健指導を行う。また、未治療者や治療中断者においては、医療機関への受診勧奨を行う。

対象者	後期高齢者基本健診受診者のうち、健診結果において高血圧分類Ⅱ度以上（収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上）を有する者。なお、既に医療機関において治療中の者も含む。
実施方法	対象者への保健指導及び受診勧奨
長期目標	高血圧分類Ⅱ度以上を有する者のうち、未治療・治療中断者の減少
短期目標	・対象者の生活習慣・意識改善 ・受診が必要な者が、適切な医療につながる
アウトプット	介入数（保健指導実施数）・介入率（初回面談実施率）
アウトカム	①生活習慣、意識の改善度（食事等の生活習慣の改善、服薬管理や継続受診ができているか等） ②高血圧分類Ⅱ度以上有所見者数 ③未治療、治療中断者数 ④受診につながった人数

# 第4期特定健康診査等実施計画

## I 基本的事項

### 1. 背景・現状等

第3期データヘルス計画の「Ⅲ 計画全体 1. 健康課題」を参考。

### 2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

#### (1) 特定健康診査の基本的考え方

①国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。

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

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることを避けることもできる。また、その結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、中長期的には医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

②特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

#### (2) 特定保健指導の基本的考え方

①特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として行うものである。

②第4期からは、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入された。こうした特定保健指導の実施率を向上させていくことで、成果を重視した保健指導をより多くの者が享受できるようにしていくべきである。

### 3. 達成しようとする目標

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査の実施率	25%	30%	35%	40%	45%	50%
特定保健指導の実施率	70%	80%	90%	100%	100%	100%
特定保健指導対象者の減少率	20%	22%	24%	26%	28%	30%

### 4. 特定健康診査等の対象者数

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
【特定健康診】 対象者数	650人	630人	610人	590人	570人	550人
【特定健康診】 目標とする 実施者数	163人	189人	214人	236人	257人	275人
【特定保健指】 対象者数	10人	10人	10人	10人	10人	10人
【特定保健指】 目標とする 対象者数	7人	8人	9人	10人	10人	10人

## II 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

#### (2) 実施場所

<集団健診> 大任町役場

<個別健診> 田川医師会加入の町内 3 医療機関、町外 58 医療機関

#### (3) 法定の実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）」の第 1 条に定められた項目とする。

##### ①基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22 kg/m <sup>2</sup> 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要ないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	BMI=体重（kg）÷身長（m）の 2 乗
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST（GOT）） アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT（GPT）） ガンマグルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

②医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目

項目	備考
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧40mmHg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	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧が収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上 ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。
血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧が収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

(4) 保険者独自の実施項目

健康課題を踏まえ、基本的な健診項目以外の項目を追加健診項目として実施する

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)
尿酸
尿潜血
HbA1c

(5) 実施時期又は期間

<集団健診> 6月～11月

<個別健診> 7月～12月

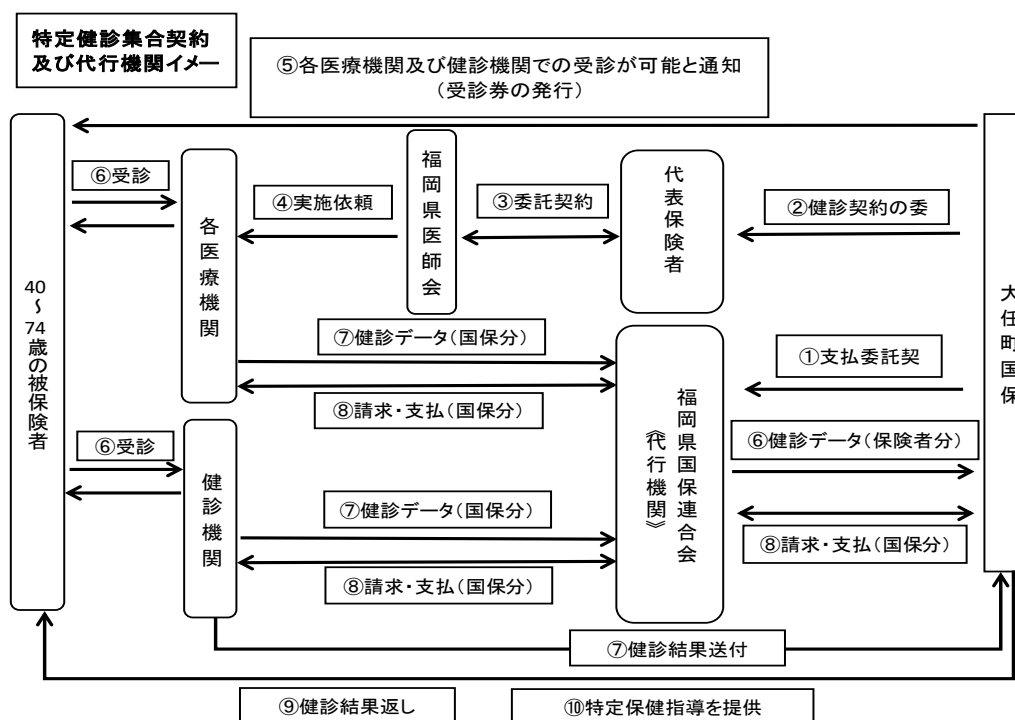
(6) 外部委託の方法

①外部委託の有無

集団健診は、委託業者

個別健診を田川医師会に委託

②外部委託の実施形態



### (7) 周知や案内の方法

対象者に受診券発送時に特定健診受診勧奨をお願いし、健診受診の周知を行う。また、広報紙及び SNS での周知を行う。

### (8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

#### ①労働安全衛生法に基づく事業者健診データの収集

事業者健診の項目は、特定健康診査の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診は、特定健康診査の結果として利用できるため、未受診者の実態把握の中で、事業者健診受診者には、結果表の写しの提出を依頼する。

#### ②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、以下のとおりとする。

ア 保険者が受領する診療における検査結果は、特定健康診査の基本健診項目（医師の総合判断を含む）を全て満たす検査結果であること。

イ 特定健康診査の基本健診項目は基本的に同一日に全てを実施することが想定されるが、検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3ヶ月以内とする。

ウ 特定健康診査の実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断を実施した日付とする。

(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等）

<集団健診> 健診 1 か月後、健診結果説明会を実施し健診結果を提供し、CKD 対象者については内容説明を行い受診してもらうように案内を行う。また、結果説明会の中で、特定保健指導対象者、生活習慣重症化予防事業対象者については保健師等の面談にて健診結果を説明。健診結果説明に来ていない者については、後日健診結果等を郵送する。

<個別健診> 各医療機関から国民健康保険団体連合会を通じて、2 ヶ月後に健診実施分を大任町に郵送。生活習慣病重症化予防事業対象者に対して委託業者の保健師が面談にて結果説明を実施。その中で、CKD に該当した者は、医療機関から CKD 該当者であることを町に報告し、町の保健師から田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム連絡票を医療機関に送付する。



### Ⅲ 特定保健指導

#### 1. 特定保健指導の実施方法

##### (1) 対象者

特定保健指導基準該当者

##### ①対象者の階層

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象	
			40～64歳	65～74歳
≧85cm (男性) ≧90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

##### (2) 実施場所

大任町役場内の集団結果説明、対象者の自宅訪問

##### (3) 実施内容

##### ①動機付け支援

初回面談	健診当日に初回面談を実施し、後日電話により行動目標を作成する初回面談の実施
継続支援 (3カ月以上の支援)	必要に応じて、運動支援、中間健診などの案内
評価	体重、腹囲、血圧、生活習慣に関して行動変容などが有ったか電話にて実施

##### ②積極的支援

初回面談	健診当日に初回面談を実施し、後日電話により行動目標を作成する初回面談の実施
継続支援 (3カ月以上の支援)	必要に応じて、運動支援、中間健診などの案内
評価	体重、腹囲、血圧、生活習慣に関して行動変容などが有ったか電話にて実施

第4期より変更点は以下のとおりである。

「評価」においてアウトカム評価を導入開始。

3カ月後の行動変容項目	獲得ポイント
健診時より腹囲 2 cm・2kg	180 ポイント
健診時より腹囲 1 cm・1kg	20 ポイント
食習慣の改善	20 ポイント
運動習慣の改善	20 ポイント
喫煙習慣の改善（禁煙）	20 ポイント
休養習慣の改善	20 ポイント
その他生活習慣の改善	20 ポイント

「初回面談」、「継続支援」においてプロセス評価は、1回あたりのポイント加算へと変更

支援方法	獲得ポイント
個別支援（面談）	支援1回あたり 70 ポイント （支援1回は最低 10 分以上）
グループ支援	支援1回あたり 70 ポイント （支援1回は最低 40 分以上）
電話支援	支援1回あたり 30 ポイント （支援1回は最低 5 分以上）
電子メール・チャット等の支援	1 往復あたり 30 ポイント
健診当日の初回面談	20 ポイント
健診後 1 週間以内の初回面接	10 ポイント

#### （4）実施時期又は期間

集団健診後の初回面談：健診で血圧と BMI・腹囲で該当となった人は、健診終了後保健指導実施。それ以外で糖尿及びコレステロールで引っかかった人は、健診 1 か月後の集団結果説明の時に初回面談を実施

個別健診後の初回面談：9 月～3 月中に実施

最終評価を翌年度 7 月までに完了する

## IV 特定健康診査等の実施方法に関する事項【スケジュール等】

### 1. 年間スケジュール

#### (1) 年度当初

受診券の発券や案内の発送等（健診については7月初めの一括発券）

#### (2) 年度の前半

前年度の実施結果の検証や評価。

翌年度の事業計画の検討（必要に応じた実施計画の見直し）

#### (3) 年度の後半

評価結果や事業計画を受け、次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）、予算組み等。（集合契約への継続参加・不参加も判断）

### 2. 月間スケジュール

毎月の請求支払（振込）日、階層化・重点化を行う日、受診券の発券準備期間や発送日等

## V 個人情報の保護

### 1. 記録の保存方法

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

## VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知

### 1. 特定健康診査等実施計画の公表方法

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。

## VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

### 1. 特定健康診査等実施計画の評価方法

#### (1) 特定健康診査の実施率

#### (2) 特定保健指導の実施率

#### (3) 特定保健指導対象者の減少率

### 2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

計画で設定した評価方法に基づき、年度ごと、進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、町の関係機関と連携を図る。