

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4月

添田町国民健康保険

目次

第3期データヘルス計画

第1章 基本的事項.....	6
1. 背景と目的	
2. 計画の位置づけ	
3. 計画期間 【図表1】	
4. 実施体制・関係者連携 【図表2】	
(1) 庁内組織	
(2) 地域の関係機関	
(3) 被保険者とのかかわり	
5. 基本情報 【図表3】	
6. 現状の整理	
(1) 特定健診未受診者対策事業	
(2) 特定保健指導事業 【図表4】	
(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	
第2章 健康・医療情報等の分析と課題.....	11
1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 【図表5】	
2. 医療費の分析	
(1) 医療費の経年比較・性年齢階級別 【図表6】【図表7】	
(2) 疾病分類別の医療費 【図表8】【図表9】【図表10】	
3. 後発医薬品の使用割合 【図表11】【図表12】	
4. 重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表13】	
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14】【図表15】	
(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表16】【図表17】	
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表18】	
6. レセプト・健診結果等を組み合わせた分析 【図表19】【図表20】	
7. 介護費の分析 【図表21】【図表22】【図表23】【図表24】	
8. その他 【図表25】【図表26】	
第3章 計画全体.....	28
1. 健康課題	
2. 計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
3. 保健事業一覧	

第4章 個別事業計画	30
1. 特定健康診査及び未受診者対策事業	30
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	
(3) 対象者	
(4) アウトカム指標	
(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
2. 特定保健指導	32
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	【図表 27】
(3) 対象者	【図表 28】
(4) アウトカム指標	
(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
3. 糖尿病性腎症重症化予防	35
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	
(3) 対象者	【図表 29】
(4) アウトカム指標	
(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
4. 適正受診・服薬	38
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	
(3) 対象者	
(4) アウトカム指標	
(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
5. 早期介入保険事業	32
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	
(3) 対象者	
(4) アウトカム指標	

(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
6. 特定健診受診促進事業.....	41
(1) 事業の目的	
(2) 事業の概要	
(3) 対象者	
(4) アウトカム指標	
(5) アウトプット指標	
(6) プロセス（方法）	
(7) ストラクチャー（体制）	
第5章 その他.....	42
1. データヘルス計画の評価・見直し	
2. データヘルス計画の公表・周知	
3. 個人情報の取扱い	
4. 地域包括ケアに係る取組	
5. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施との連携	
6. その他留意事項	
1) 評価の手段	
2) 他の機関等との関係性	
第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 基本的事項.....	45
1. 背景・現状等	
(1) 背景	
(2) 現状	
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	
(2) 特定保健指導の基本的考え方	
3. 達成しようとする目標	
4. 特定健康診査等の対象者数	
第2章 特定健康診査.....	48
1. 特定健康診査（若年健診含む）の実施方法	
(1) 対象者	
(2) 実施場所	
(3) 法定の実施項目	

- (4) 保険者独自の実施項目
- (5) 実施時期又は期間
- (6) 外部委託の方法
- (7) 周知や案内の方法
- (8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法
- (9) その他

第3章 特定保健指導..... 52

1. 特定保健指導の実施方法

- (1) 対象者
- (2) 実施場所
- (3) 実施内容
- (4) 実施時期又は期間
- (5) 外部委託の方法
- (6) 周知や案内の方法

第4章 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】..... 54

1. 年間スケジュール

- (1) 年度当初
- (2) 年度の前半
- (3) 年度の後半

第5章 個人情報の保護..... 54

1. 記録の保存方法

第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知..... 54

- 1. 特定健康診査等実施計画の公表方法
- 2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

第7章 特定健康診査等実施計画の評価・見直し..... 55

- 1. 特定健康診査等実施計画の評価方法
- 2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

第3期データヘルス計画

＝ 第1章 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

添田町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期添田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、添田町国民健康保険「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。

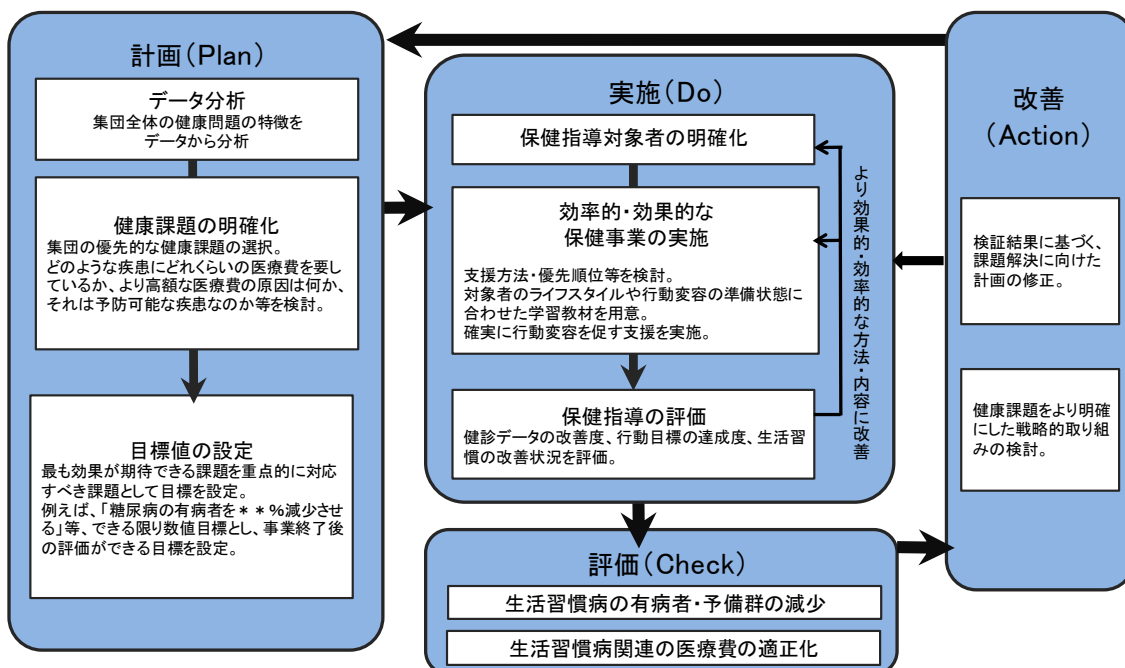
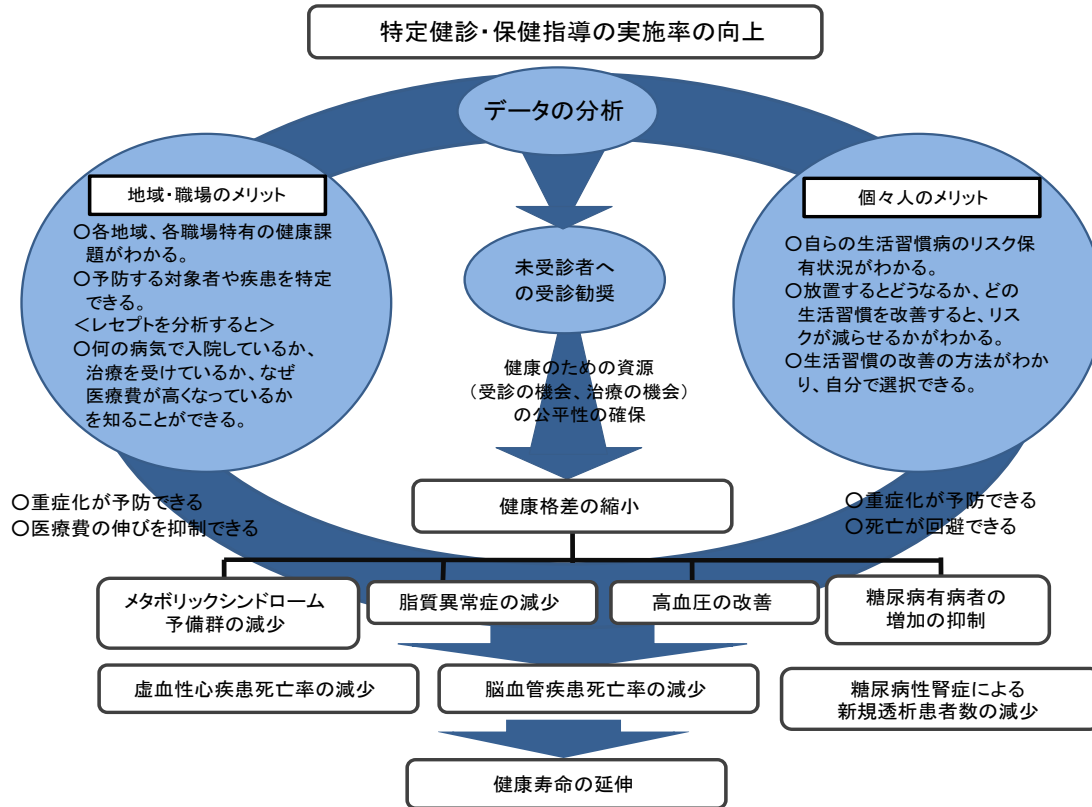
また、福岡県後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。

3.計画期間

令和6年度から令和11年度

【図表1】

■特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))



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、国保主管課が主体となって進め、健康づくり主管課と連携を図り事業を実施する。また、必要に応じて高齢者主管課、財政主管課とも連携体制を図る。

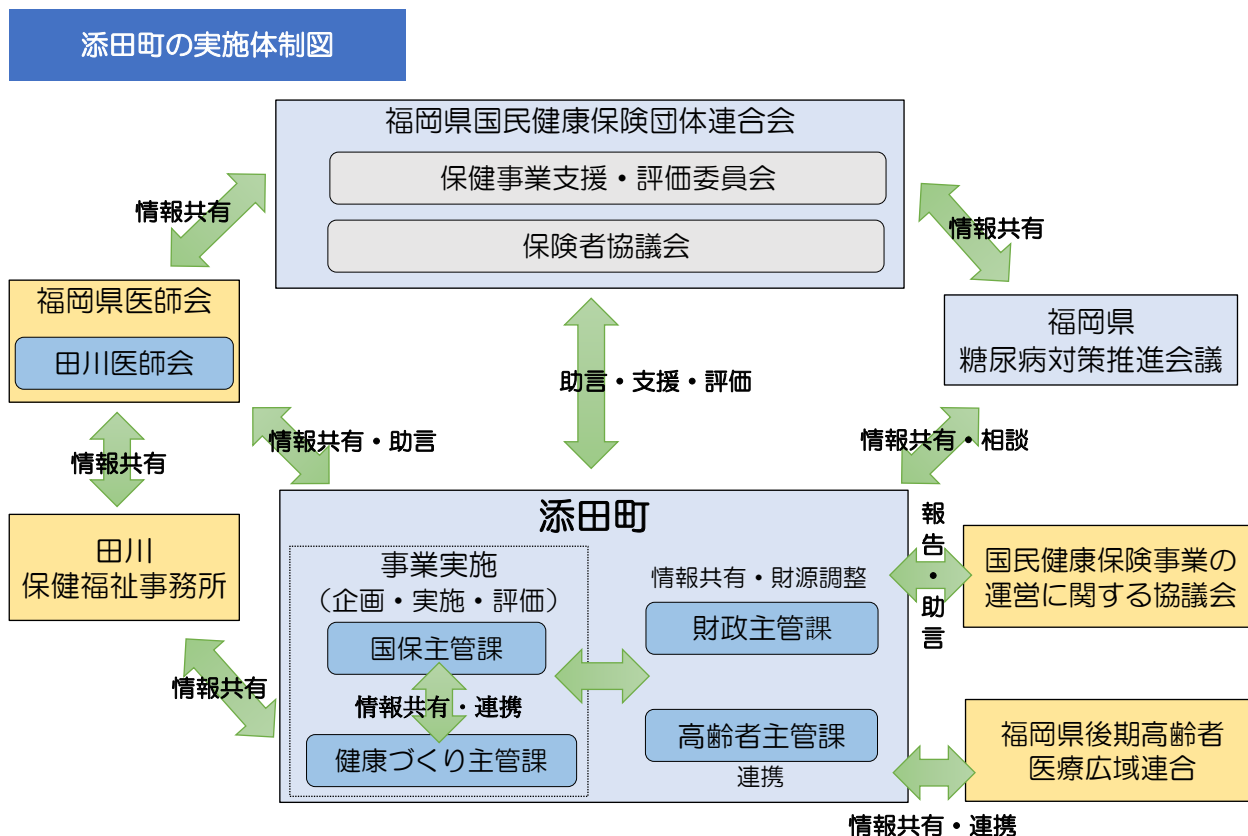
(2) 地域の関係機関

地域の関係機関として、田川医師会・田川歯科医師会・田川薬剤師会その他地域の関係団体との連携を図り、必要に応じて福岡県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会等外部有識者から意見を図る。

(3) 被保険者とのかかわり

本計画は、被保険者の健康の保持と増進が目的であり、その実効性を高めるには、被保険者自身が自分の健康状態を理解し、積極的に取り組むことが極めて重要である。被保険者が自分の健康についての関心と理解を深めるため、添田町国民健康保険事業の運営に関する協議会等を通じて、保険者として意見交換や情報提供に努める。

【図表2】



5.基本情報

(1) 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 2,125 人であり、平成 30 年度の 2,567 人から年々減少傾向にある。

《 年齢別被保険者構成割合 》

39 歳以下が 19%、40-64 歳が 30%、65-74 歳が 51%であり、県平均よりも 39 歳以下の割合が低く、65-74 歳の割合が高い。(令和 4 年度)

【図表3】

■被保険者等に関する基本情報(2023 年 3 月 31 日時点)

人口・被保険者		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		8,725		4,129		4,596	
国保加入者数 (人)	合計	2,125	100%	1,067	100%	1,058	100%
	0~39 歳 (人)	413	19%	231	22%	182	17%
	40~64 歳 (人)	641	30%	347	33%	294	28%
	65~74 歳 (人)	1,071	51%	489	46%	582	55%
平均年齢 (歳)		56 歳		54 歳		56 歳	

6.現状の整理

(1) 特定健診未受診者対策事業

《 特定健診受診率 》 目標：令和 4 年度 55%、令和 5 年度 60%

実績：平成 29 年度 34.2%→令和 4 年度 33.3%

本町の特定健診受診率は毎年(R2~)しており、目標値にも達していない。受診率は令和元年度の 39.7%で頭打ちの状態である。また、令和 2 年度以降は新型コロナウイルス感染症流行の影響により、受診期間の縮小や、健診自体への受診控えが起こり、受診率が更に低下した。国の目標である 60%とは依然としてかけ離れている。受診率向上に向けて、インセンティブによる継続受診や、未受診者に対する通特定健診の受診勧奨を強化、30 代を対象にした早期受診の促進、個別健診の受診期間の拡大や医療機関との連携強化を図る。

(2) 特定保健指導事業

《 特定保健指導実施率 》

目標：令和4年度 60%、令和5年度 60%

実績：平成29年度 48.7%→令和4年度 46.9%

本町では、死因となる疾患のうち心臓病と糖尿病が、同規模保険者、県、国と比較しても高い割合を示している。(図表2)そのため、これらの疾患の原因となるメタボリックシンドロームの方々を、特定健診の結果から選定し、高血圧や耐糖能異常、脂質異常、メタボリックシンドロームなどを改善することを目的に特定保健指導を行った。第1期のデータヘルス計画においては、特定保健指導を健診業者に委託し実施していたが、第2期データヘルス計画時(平成30年度)より、町直営での実施に切り替え受診率向上を図ってきた。町直営で実施することで、対象者に合わせた保健指導の日時、場所、方法(電話・来所・訪問)を利用者が選択できるようになり、相手のニーズに合わせて柔軟なアプローチを取ることができるようになった。しかし、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の蔓延をきっかけに、受診控えやマンパワー不足が重なり受診率が低下し、それ以降受診率が上昇しない状態が続いている。また、若い世代は仕事や家庭の事情などを理由とした途中脱落者が多く、さらに個別健診受診者の特定保健指導は医療機関委託となっていることも実施率が伸び悩む一因となっている。今後は、より相手のニーズに合わせて保健指導を開催し、こまめな電話連絡やメールでの指導も強化していく。また、医療機関に特定保健指導の実施について協力依頼を行い、個別健診受診者に対しても受診を促す内容で受診券等を作成する。さらに、特定保健指導終了者に対するインセンティブ事業の導入を検討予定としている。

【図表4】

死因	添田町	県	同規模	国
がん	50.6%	55.7%	46.3%	50.6%
心臓病	34.2%	22.9%	29.8%	27.5%
脳疾患	7.6%	12.7%	15.7%	13.8%
糖尿病	2.5%	2.1%	1.8%	1.9%
腎不全	3.8%	3.6%	4.1%	3.6%
自殺	1.3%	2.9%	2.3%	2.7%

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

《 新規人工透析患者数 》

目標：令和4年度0人、令和5年度0人

実績：平成29年度 1人→令和4年度0人

《 健診受診者のHbA1c8.0%以上の減少 》

目標：令和4年度1.6%、令和5年度1.4%

実績：平成29年度2.2%→令和4年度2.5%

集団健診及び個別健診受診者を対象に糖尿病性腎症重症化予防事業を実施した。平成29年度から令和3年度にかけて毎年1～2人の患者が発生しているが、令和4年度の新規人工透析患者数は0人であった。新規人工透析導入者の中には健診未受診者がいたため、腎機能等の確認ができておらず保健指導が行えていなかった。HbA1c8.0%以上の者は平成29年度から令和4年度で平均して2.1%となっており、目標の達成には至らなかった。

今後は、健診未受診者及び未治療者への受診勧奨の強化と、一次医療機関との連携強化を行い、中長期的な目標として新規人工透析導入者0人を目指していく。また、現在運用中の田川地区CKD・糖尿病予防連携システムを活用し、対象者に対して受診勧奨及び保健指導の強化を行い、重症化予防を継続する。

＝ 第2章 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 (令和4年度)

【図表5】

《 平均寿命 》

男性80.1歳、女性86.7歳

男女とも県平均より下回る

《 平均自立期間 》

男性77.9歳、女性84.0歳

男女とも県平均より下回っており、特に男性は国や県と大きな差がある。

《標準化死亡比》

男性113.2 女性103.2

同規模及び県と比べて男女とも高い。



【図表5】

■男性

令和4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	
添田町	80.1	77.9	76.4	113.2
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.4	79.5	78.3	103.1
全国	80.8	80.1	78.7	100.0

■女性

令和4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	
添田町	86.7	84.0	80.7	103.2
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	86.9	84.2	81.9	101.3
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) 経年比較・性年齢階級別 【図表6】【図表7】

- ◇ 加入者は減少傾向にあるが、医療費は増加傾向にある。
- ◇ 令和4年度の一人あたり医療費（医科）は32,610円で全国平均（27,580円）、県平均（28,940円）よりも高い水準である。特に女性の30歳代における一人あたり医療費（医科）については、県平均（15,120円）よりもかなり高いという特徴があるが、生活習慣病以外の疾患のため医療費が高額になっている。
- ◇ 一人あたり医療費（歯科）も年々増加しており、令和4年度は、2,240円で全国平均（2,210円）より高く、県平均（2,320円）よりは低い水準である。
- ◇ 外来の受診率は810.246%と同規模平均（692.163%）より高い水準である。

【図表6】

■一人当たり医療費

(単位:円)

令和4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
添田町	17,440	15,170	2,240
福岡県	16,230	12,710	2,300
同規模	17,220	13,360	2,010
全国	16,660	10,920	2,160

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■一人当たり医療費(医科)男性

(単位:円)

令和4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
添田町	7,112	9,347	18,947	15,953	26,052	25,448	40,362	52,195
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一人当たり医療費(医科)女性

(単位:円)

令和4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
添田町	6,252	8,523	14,660	55,958	13,219	26,249	19,804	26,577
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

出典:国民健康保険レセプトデータ 診療月 R4.4-R5.3

【図表7】

■受診率

令和4年度	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
添田町	810.246%	24.553%	170.809%
福岡県	721.357%	21.187%	165.034%
同規模	692.163%	22.688%	144.173%
全国	687.776%	17.663%	161.449%

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

(2) 疾病分類別の医療費 【図表8】【図表9】【図表10】

- ◇ 疾病分類別医療費の割合は、新生物（22.9%）、循環器（12.4%）、内分泌（10.4%）の順に多い。9ページの【図表4】で示したとおり死因となる疾患でも心臓病と糖尿病が、同規模保険者、県、国と比較しても高い割合を示していることから、疾病分類別医療費割合と死亡となる疾患は相関関係にあると言える。
- ◇ 1件あたりの入院医療費は、歯肉炎・歯周病（984,390円）、心疾患（953,727円）脂質異常症（837,784円）の順に高い。
県内順位も、脂質異常症（2位）、歯肉炎・歯周病（4位）心疾患（6位）が高い。
- ◇ 1件あたり入院外医療費は新生物（68,690円）、腎不全（60,632円）が高く県と比較すると脳血管疾患（4位）、新生物（14位）が高い。
- ◇ 高額医療費の疾患は、がんの割合が多く、人数や件数、費用額それぞれ全体の4割を占めている。検診による早期発見が可能ながんについては、がん検診の受診勧奨を行う。
- ◇ 高額医療費の疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患を合わせると件数は約6%を占める。年代別でみると7件中5件が50代60代である。

【図表8】

■疾病分類別医療費の割合

令和4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
添田町	22.9%	12.4%	6.8%	10.4%	8.7%	6.7%	3.8%	6.9%	5.5%	15.8%
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	16.8%	14.4%	8.0%	9.4%	9.3%	6.7%	7.6%	5.4%	6.0%	16.4%
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9】

■疾病統計

令和4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)	678,187円	719,878円	837,784円	609,600円	953,727円	747,325円	534,470円	814,666円	984,390円
県内順位	28位	15位	2位	60位	6位	34位	27位	6位	4位
入院外単価(円/件)	30,731円	24,477円	19,314円	42,491円	28,550円	60,632円	34,047円	68,690円	12,248円
県内順位	57位	58位	63位	4位	59位	51位	2位	14位	59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

【図表 10】

■高額になる疾患

令和 4 年度	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
人数	73 人	3 人	3 人	25 人	47 人	
		4.1%	4.1%	34.2%	64.4%	
件数	118 件	4 件	3 件	45 件	66 件	
		3.4%	2.5%	38.1%	55.9%	
	年代別	40 歳未満	—	—	—	2 人
			—	—	—	3.0%
		40 代	—	—	—	4 人
			—	—	—	6.1%
		50 代	1 人	1 人	—	6 人
			25.0%	33.3%	—	9.1%
60 代	2 人	1 人	23 人	28 人		
	50.0%	33.3%	51.1%	42.4%		
70-74 歳	1 人	1 人	22 人	26 人		
	25.0%	33.3%	48.9%	39.4%		
費用額	1 億 8911 万円	506 万円	465 万円	7,950 万円	9,991 万円	
		2.7%	2.5%	42.0%	52.8%	

出典：KDB システム帳票 様式 5-1_特徴の把握 1-8(1~2_100 万円以上)



3.後発医薬品の使用割合 【図表 11】【図表 12】

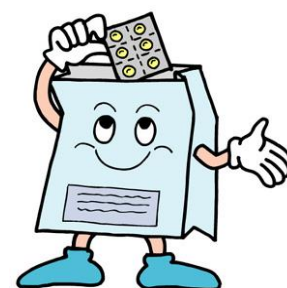
- ◇ 後発医薬品の使用割合は 73.6%（令和 4 年度実績）。
国の目標値 80%より大幅に低い。
- ◇ 令和 4 年度末は切替者数（累計）545 人に対して、通知者数（累計）1,889 人、切替率 28.4%で、令和元年度末の 26.7%から 1.7%上昇しており、徐々にではあるが上昇傾向にある。
- ◇ 累計切替数、切替率は向上しているが、効果額は令和 3 年度が最高値となり、その後は減少傾向となっている。また、切替率は県と比較するとかなり低く、原因分析を行う必要がある。

【図表 11】

■後発医薬品の使用割合

令和 4 年 9 月診療分	添田町	福岡県	全国
使用割合	73.6%	81.4%	79.9%

出典：厚生労働省公表値（令和 5 年 5 月 10 日）



【図表 12】

■後発医薬品普及状況

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
累計切替数	434 人	477 人	508 人	545 人
通知累計	1,596	1,708	1,790	1,889
切替率	26.7%	27.6%	28.2%	28.4%
切替率(福岡県)	45.5%	47.3%	49.0%	50.4%
効果額	21,410,043 円	22,464,318 円	22,715,600 円	16,068,301 円

出典：医療系システム(後発医薬品) 切替率は年度内平均値、効果額は年度計

4.重複・頻回受診、重複服用者割合 【図表 13】

- ◇ 重複・頻回の受診状況については、図表のとおりで、毎月半数以上の人々が1医療機関に1日以上受診しており、その割合も毎年少しずつ多くなっている。
- ◇ 重複処方については、特に目立った統計値とはなっていない。重複・頻回受診、重複服薬については、国保連の訪問相談事業を活用し、専門的な知見から啓発に努めていく必要がある。

【図表 13】

■重複・頻回の受診状況

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)	受診した人							
		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		被保険者数	2,453	被保険者数	2,328	被保険者数	2,255	被保険者数	2,103
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
1医療機関以上	1日以上	1,356	55.3	1,353	58.1	1,376	61.0	1,304	62.0
	5日以上	87	3.5	77	3.3	73	3.8	89	4.2
	10日以上	21	0.9	20	0.9	17	0.8	16	0.8
	15日以上	11	0.4	8	0.3	3	0.1	4	0.2
	20日以上	4	0.2	4	0.2	1	0.0	1	0.0
2医療機関以上	1日以上	485	20.0	557	24.0	559	24.8	559	26.6
	5日以上	60	2.4	51	2.2	49	2.2	71	3.4
	10日以上	18	0.7	13	0.6	10	0.4	12	0.6
	15日以上	10	0.4	5	0.2	1	0.0	3	0.1
	20日以上	4	0.2	3	0.1	—	—	1	0.0
3医療機関以上	1日以上	123	0.5	152	6.5	170	7.5	165	7.8
	5日以上	18	0.7	18	0.8	22	1.0	26	1.2
	10日以上	5	0.2	5	0.2	7	0.3	5	0.2
	15日以上	2	0.1	2	0.1	1	0.0	—	—
	20日以上	—	—	2	0.1	—	—	—	—
4医療機関以上	1日以上	20	0.8	32	1.4	44	2.0	36	1.7
	5日以上	2	0.1	5	0.2	9	0.4	12	0.6
	10日以上	1	0.0	2	0.1	2	0.1	2	0.1
	15日以上	—	—	1	0.0	—	—	—	—
	20日以上	—	—	1	0.0	—	—	—	—
5医療機関以上	1日以上	5	0.2	8	0.3	6	0.3	10	0.5
	5日以上	1	0.0	1	0.0	1	0.0	7	0.3
	10日以上	1	0.0	—	—	1	0.0	1	0.0

出典：KDB システム帳票 重複・頻回受診の状況、2医療機関以上以降は再掲 ※受診した者の割合…(受診した者 / 被保険者数) * 100

■重複処方状況

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)	重複処方を受けた人							
		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		被保険者数	2,453	被保険者数	2,328	被保険者数	2,255	被保険者数	2,103
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
2医療機関以上	1以上	9	0.4	7	0.4	8	0.4	11	0.5
	2以上	3	0.1	2	0.1	3	0.1	1	0.0
	3以上	—	—	1	0.0	1	0.1	—	—
	4以上	—	—	1	0.0	1	0.1	—	—
	5以上	—	—	—	—	—	—	—	—
3医療機関以上	1以上	—	—	—	—	1	0.1	—	—
	2以上	—	—	—	—	1	0.1	—	—
	3以上	—	—	—	—	—	—	—	—
	4以上	—	—	—	—	—	—	—	—
	5以上	—	—	—	—	—	—	—	—

出典：KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況、3医療機関以上は再掲 ※処方を受けた者の割合…(処方を受けた者 / 被保険者数) * 100

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14】【図表15】

- ◇ 特定健診の受診率は令和元年度に 39.7%だったが、新型コロナウイルス感染症が流行しだした令和2年度には30.1%まで下がっている。令和3年度の受診率は34.0%であり、県平均(33.3%)より若干高いが、令和4年度は33.3%で県平均や国の目標値60%には及ばず、受診控え等の影響がいまだに出ていると考えられる。
- ◇ 特定健診の県との比較(性・年齢別)では、ほとんどの年代で受診率は男女ともに県平均より高いが、70歳以上の受診率が低い。
- ◇ 特定保健指導の実施率は54.2%で県平均(43.1%)より高いが、新型コロナウイルス感染症の蔓延をきっかけに、受診控えやマンパワー不足が影響し、コロナ禍前の受診率には戻っていない。

また、特定健診受診率が低い45~59歳の男性は、特定保健指導実施率も低い傾向にあり、働き盛り世代であることから特定保健指導を受ける時間を設けられないことが考えられる。

【図表 14】

■特定健診受診率

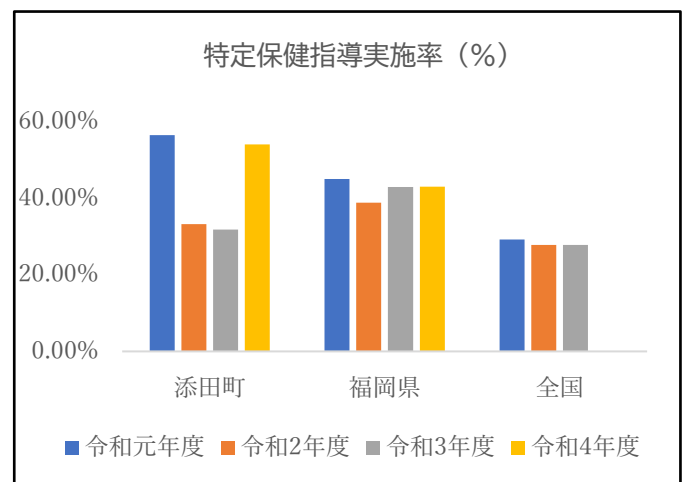
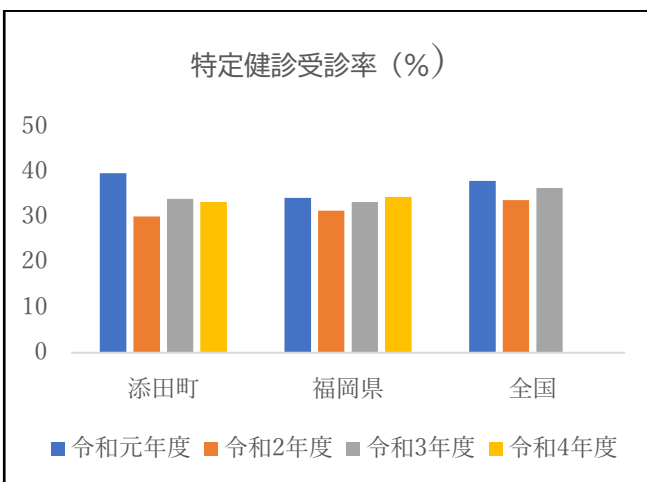
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数(人)		1,758	1,724	1,645	1,550
受診者数(人)		698	519	560	516
受診率(%)	添田町	39.7	30.1	34.0	33.3
	福岡県	34.2	31.4	33.3	34.4
	全国	38.0	33.7	36.4	

出典:法定報告データ(17-1 特定健診受診率 202310 法定)より

■特定保健指導実施率

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数(人)		76	51	47	48
受診者数(人)		43	17	15	26
受診率(%)	添田町	56.6%	33.3%	31.9%	54.2%
	福岡県	45.1%	38.9%	43.0%	43.1%
	全国	29.3%	27.9%	27.9%	

出典:法定報告データ(18 特定保健指導の実施状況 202310 法定)



【図表 15】

■性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合

男性(令和 3 年度)

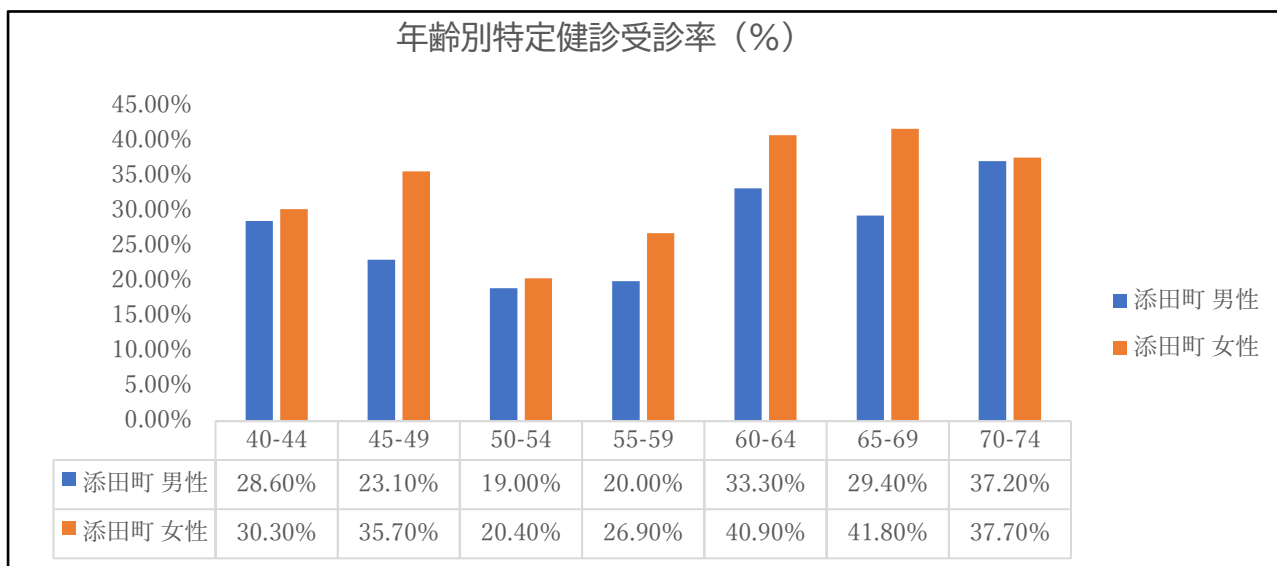
年齢		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
特定健診	添田町	28.6%	23.1%	19.0%	20.0%	33.3%	29.4%	37.2%
	福岡県	16.8%	16.9%	18.4%	20.8%	26.3%	36.0%	39.5%
特定保健指導	添田町	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%	21.4%
	福岡県	27.8%	28.9%	29.9%	29.3%	34.4%	43.5%	43.3%

出典:KDB システム帳票 健康スコアリング(健診)

女性(令和 3 年度)

年齢		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
特定健診	添田町	30.3%	35.7%	20.4%	26.9%	40.9%	41.8%	37.7%
	福岡県	21.1%	19.7%	22.1%	25.0%	32.6%	38.8%	40.3%
特定保健指導	添田町	0.0%	0.0%	100%	100%	0.0%	0.0%	0.0%
	福岡県	31.4%	37.7%	34.7%	37.4%	41.3%	45.9%	43.7%

出典:KDB システム帳票 健康スコアリング(健診)



(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表 16】 【図表 17】

- ◇ 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（50.5%）は県平均よりやや少ないが、男性のBMI（32.9%）、腹囲（46.8%）は県平均より多い
- ◇ 内臓脂肪症候群の該当者割合は16.8%であり、県平均（20.7%）より低い。
- ◇ 全体を通して、空腹時血糖とHbA1c以外は福岡県及び国の値よりも低い数値となっている。腹囲、BMIの関連性から男性は女性よりも高血圧、高血糖、脂質異常が多い傾向にあると考察される。しかし、メタボリックシンドロームの割合は県平均よりも低く、メタボリックシンドローム予備群も年々減少傾向であり、保健指導等の効果が出ていると考えられる。ただし、特定健診受診率が低いことから未受診者の中にメタボリックシンドローム（予備群含む）の人が多く可能性も考えられるため、未受診者対策を強化する必要がある。

【図表 16】

■特定健診結果の状況(有所見率)

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
添田町	男性	46.8	32.9	27.4	24.9	2.5	41.8	63.7	0.8
	女性	16.4	20.7	11.4	9.6	0.4	25.4	68.9	0.4
	全体	30.4	26.3	18.8	16.6	1.4	32.9	66.5	0.6
福岡県		36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.3	58.5	2.9
全国		34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.9	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
添田町	男性	15.6	53.6	26.6	43.9	0.0	0.8	19.0	27.4
	女性	1.4	43.6	15.0	56.1	0.0	0.0	15.0	7.9
	全体	7.9	48.3	20.3	50.5	0.0	0.4	16.8	16.8
福岡県		8.2	46.5	18.7	50.7	3.5	1.4	21.8	20.7
全国		6.6	48.2	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

【図表 17】

■有所見率・健康状態

令和 4 年度	添田町	福岡県	国
メタボ	16.8%	20.7%	20.6%
男	27.4%	32.8%	32.9%
女	7.9%	11.4%	11.3%
非肥満高血糖	10.4%	8.3%	9.3%
腹囲	30.4%	36.0%	34.9%
男	46.8%	56.9%	55.8%
女	16.4%	20.1%	19.1%
BMI	5.0%	3.8%	4.7%
男	1.3%	1.3%	1.6%
女	8.2%	5.7%	7.1%
血糖	0.8%	0.6%	0.6%
血圧	7.7%	8.2%	7.8%
特定健診受診者1件当たり 医科レセ点数	2,866	2,513	2,533
特定健診未受診者1件当たり 医科レセ点数	4,120	4,012	4,322

出典:KDB 帳票 地域の全体像の把握



(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表 18】

健診の質問票について、添田町では服薬の高血圧症、糖尿病、脂質異常症、既往歴の心臓病、咀嚼や飲酒頻度・飲酒量において、県、国の値よりも高い数値を示している。

【図表 18】

■ 質問票調査

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

令和4年度		添田町	福岡県	国
服薬	高血圧症	38.9	35.6	35.6
	糖尿病	13.7	9.1	8.7
	脂質異常症	30.4	28.2	27.9
既往歴	脳卒中	2.3	3.5	3.1
	心臓病	8.3	6.3	5.5
	慢性腎臓病・腎不全	0.2	1.1	0.8
	貧血	13.0	11.4	10.7
喫煙		17.4	14.0	13.8
20歳時体重からの10Kg以上増加		34.9	35.4	35.0
1回30分以上の運動習慣(週2回)		59.9	57.8	60.4
1日1時間以上運動なし(歩行程度)		42.1	48.0	48.0
歩行速度遅い		51.5	48.5	50.8
咀嚼	なんでも	78.7	80.6	79.3
	かみにくい	20.2	18.7	19.9
	ほとんどかめない	1.2	0.7	0.8
食事速度	速い	33.3	28.1	26.8
	普通	60.7	64.1	65.4
	遅い	6.0	7.9	7.8
週3回以上就寝前夕食		12.4	14.9	15.8
間食や甘い飲料水	毎日	19.2	19.4	21.6
	時々	55.3	58.2	57.3
	ほとんど摂取なし	25.5	22.4	21.0
週3回以上朝食を抜く		10.9	12.9	10.4
飲酒頻度	毎日	29.1	25.4	25.5
	時々	18.6	23.9	22.5
	飲まない	52.3	50.7	52.0
1日の飲酒量	1合未満	45.9	64.3	64.1
	1合～2合	38.0	25.0	23.7
	2合～3合	11.8	8.5	9.4
	3合以上	4.3	2.2	2.8
睡眠不足		23.6	24.6	25.6
生活習慣改善	意欲なし	32.2	24.7	27.6
	意欲あり	29.5	32.0	28.6
	意欲有かつ開始済	12.4	13.1	13.9
	取組6か月未満	9.3	9.8	9.0
	取組6か月以上	16.7	20.4	20.9
保健指導利用意思なし		66.5	61.2	63.3



6.レセプト・健診結果等の分析 【図表 19】【図表 20】

- ◇ 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 20.2%いる。
- ◇ 糖尿病の人数は令和元年度より令和 4 年度が減っているが、割合を比較すると男性が増加している。
- ◇ 糖尿病性腎症の人数は男女とも若干増加している。
- ◇ 糖尿病を基礎疾患とする脳血管疾患人数、虚血性心疾患人数を令和元年度と比較すると令和 4 年度から減少している。

【図表 19】

■健診受診者と健診未受診者の治療状況の比較

令和 4 年度		人数(人)			割合(%)		
		40-64 歳	65-74 歳	全体	40-64 歳	65-74 歳	全体
健診対象者		562	991	1,553	36.2	63.8	100.0
健診受診者		147	370	517	26.2	37.3	33.3
健診未受診者		415	621	1,036	73.8	62.7	66.7
健診受診者のうち	治療なし	47	58	105	8.4	5.9	6.8
	治療中	100	312	412	17.8	31.5	26.5
健診未受診者のうち	治療なし	194	119	313	34.5	50.7	20.2
	治療中	221	502	723	39.3	12.0	46.6

出典：KDB システム帳票 様式 5-1_特徴の把握 6(厚生労働省様式(様式 5-5)から)

【図表 20】

■レセプト分析(糖尿病)

5月診療分	令和元年度		令和4年度		比較 (R1→R4)	
	男	女	男	女	男	女
被保険者数(40-74歳)	962	1,001	870	944	▲92	▲57
糖尿病人数	204	172	197	151	▲7	▲21
糖尿病割合	21.2%	17.2%	22.6%	16.0%	1.4%	▲1.2%
インスリン療法人数	19	13	13	16	▲6	3
糖尿病性腎症人数	13	6	14	9	1	3
人工透析人数	1	0	1	1	-	1
脳血管疾患人数	30	21	28	8	▲2	▲13
虚血性心疾患人数	36	17	29	12	▲7	▲5
高血圧症人数	152	117	159	112	7	▲5
脂質異常症人数	118	132	121	120	3	▲12

出典:KDB 帳票 No.15 厚生労働省様式(3-2)

7.介護費の分析 【図表 21】【図表 22】【図表 23】【図表 24】

- ◇ 要介護認定率は第2号被保険者が0.3%と同規模・全国よりは低いが、第1号被保険者は22.0%で県平均(19.9%)よりも高い。
- ◇ 1件あたり介護給付費は75,152円で、県平均(59,152円)や全国平均(59,662円)よりも高い。
- ◇ 有病状況も、基礎疾患の高血圧や脂質異常症はどの年代も割合が高い。介護を受けている人と受けていない人の医療費を比較すると、要介護認定者が要介護認定なしの倍以上となっている。

【図表 21】

■介護認定の状況

(単位:%)

令和4年度	添田町	福岡県	同規模	全国
1号認定率	22.0	19.9	19.4	19.4
2号認定率	0.3	0.3	0.4	0.4
新規認定率	0.3	0.3	0.3	0.3

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 22】

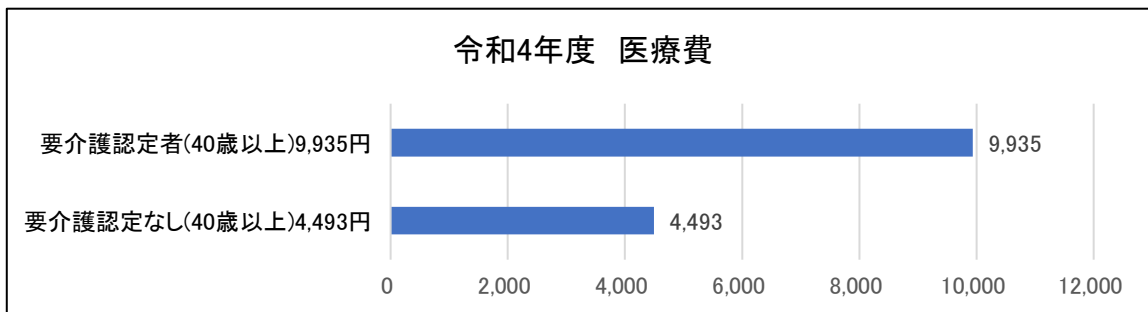
■介護給付費の状況

令和4年度	添田町	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	75,152	59,152	74,986	59,662
総給付費(円)	1,269,312,166	407,127,115,803	208,126,001,519	10,074,274,226,869
総件数(件)	16,890	6,882,774	2,775,534	168,855,925

出典:KDB システム帳票 地域の全体像の把握

【図表 23】

■一人当たり医療費の比較



出典:KDB システム帳票 様式 5-1 特徴の把握 3

【図表 24】

■介護保険の実態(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						
介護件数(国保・後期)			3		55		641		696		699		
有病 状 況	疾患	循環器疾患	脳卒中(1位)	2	66.7	20	36.4	325	50.7	345	49.6	347	49.6
			虚血性(2位)	1	33.3	11	20.0	298	46.5	309	44.4	310	44.3
	腎不全(3位)		1	33.3	10	18.2	142	22.2	152	21.8	153	21.9	
	基礎疾患	糖尿病	1	33.3	35	63.6	392	61.2	427	61.4	428	61.2	
		高血圧	3	100	43	78.2	580	90.5	623	89.5	626	89.6	
		脂質異常症	1	33.3	37	67.3	458	71.5	495	71.1	496	71.0	
	血管疾患合計		3	100	52	94.5	627	97.8	679	97.6	682	97.6	
	認知症		0	0.0	14	25.5	330	51.5	344	49.4	344	49.2	
	筋・骨格疾患		1	33.3	47	85.5	623	97.2	670	96.3	671	96.0	

出典:KDB システム帳票 No49_要介護突合状況

8.その他

- ◇ がん検診の受診率は県平均より高い傾向にある。【図表 25】
胃がん検診（10.9%）肺がん検診（9.7%）大腸がん検診（10.2%）
乳がん検診（21.5%）子宮頸がん検診（13.5%）
- ◇ 本町では令和4年度から一体的実施に取り組んでおり、後期高齢者のうち79歳までの人に対して田川地区CKD・糖尿病予防連携システムを活用し、糖尿病性腎症重症化予防事業及びその他の重症化予防事業を行っている。令和4年度の実績としては【図表 26】のとおりである。

【図表 25】

■がん検診受診率

令和4年度	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
全国	6.5%	6.0%	7.0%	15.4%	15.4%
福岡県	5.9%	3.8%	4.8%	12.3%	14.3%
添田町	10.9%	9.7%	10.2%	21.5%	13.5%

出典：地域保健・健康増進事業報告（令和4年度実績）

【図表 26】

■後期高齢者のうち79歳までの重症化予防事業実績

令和4年度	項目	基準値	該当者数	返信数	
1	糖尿病重症化予防	HbA1c6.5以上かつ 尿蛋白(+)以上、GFR60未満	未治療者	0	0
			治療中	4	3
2	CKD	GFR60未満、尿蛋白(+)以上	25	20	
3	血糖値	HbA1c6.5以上	9	6	
			合計	38	29

出典：後期高齢者集団健診（令和4年度実績）

＝ 第 3 章 計画全体 ＝

1.健康課題

- ◇ 生活習慣病の医療費が高く、患者数も多い。特に心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比が県平均と比較して高い。心疾患の入院単価は県内で 6 番目に高く、心疾患に関連する脂質異常症の入院単価においては県内 2 位の高さとなっている。高額医療費は、悪性新生物が最も多いが、次いで脳血管疾患、虚血性心疾患が続く。入院単価や医療費が高い疾患は予防可能な生活習慣病に関連する疾患が多いことから、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化の予防を図ることが重要な課題である。
- ◇ LDL-c 160mg/dl 以上で要受診レベルにも関わらず、未治療者（治療中断含む）が 85.1% であり、180mg/dl 以上の人では 77.3% が未治療となっている。高血圧 I 度以上の未治療者（治療中断含む）は 56.7% で、そのうち II 度以上は 19.7% が未治療（治療中断含む）となっており、糖尿病未治療者（治療中断含む）は 16.3% となっている。心臓病及び糖尿病は死因となる疾患において同規模保険者、県、国と比較しても高い割合を示していること、心疾患の入院単価が県内 6 位であること、高額医療費に虚血性心疾患が多いことなどから、治療中断を含む未治療者への医療機関受診を促す働きかけが重要な課題と考える。
- ◇ 男性の喫煙率が高く、特に 40 代の喫煙率が高い。結果説明会等でたばこに関する知識の普及啓発等が課題である。
- ◇ 健診受診率は特に 40～50 代の男女ともに低く、生活習慣の改善意欲は全体的に低い。このことから、若い世代から健康意識を高めることが課題である。
- ◇ 介護認定率は県平均より高く、それに伴い 1 件あたり介護給付費も県平均より高くなっている。過去数年においてもこのような傾向があり、健康寿命の延伸につながる対策が求められる。
- ◇ 重複・頻回受診は、毎月半数以上の人々が 1 医療機関に 1 日以上受診しており、その割合も毎年少しずつ多くなっているため、重複・頻回受診、重複服薬については、周知・啓発により適正な受診の促進に努めていく必要がある。

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などにより、健康の保持増進と医療費の適正化につなげる。

計画全体の目標		評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	生活習慣病の重症化を予防する。	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 ≥ 160 mmHg ②拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	8.0%	6.5%	2.0%
ii		血糖管理不良の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c7.0%以上の人の割合	5.7%	5.0%	4.0%
iii		脂質異常者の割合	LDL コレステロール 160 以上の割合	10.1%	8.0%	6.5%
iv	生活習慣を改善する。	喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙有の割合	17%	16%	14%
v	若年層から健康意識を高める。	健診の受診率	40～59歳の受診率	25%	27%	30%
vi	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間(要介護2以上)	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 77.9 歳 (女性) 84.0 歳	(男性) 78.5 歳 (女性) 84.5 歳	(男性) 79.0 歳 (女性) 85.0 歳

3.保健事業一覧

特定健康診査及び未受診者対策事業

特定保健指導事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

適正受診・服薬

早期介入保健事業

特定健診受診促進事業

＝ 第 4 章 個別事業計画 ＝

1. 特定健康診査及び未受診者対策事業

(1) 事業の目的

メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。また医療費の適正化を図ることも目的であり、特定健診受診率を向上させて被保険者の健康に対する関心を持たせる。

(2) 事業の概要

特定健康診査を実施し、健診の予約がない被保険者に対して受診勧奨する。

(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 2022 年度 (R4 年)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	【中長期】内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	16.8%	16.5%	16.3%	16%	15.5%	15.3%	15%
2	【短期】生活習慣改善意欲がある人の割合	法定報告値	29.5%	30%	30%	30%	31%	31%	32%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	特定健康診査受診率	法定報告値	33%	35%	37%	39%	41%	43%	45%
2	受診勧奨回数	通知・電話等の勧奨をした回数	3 回	← 維持 →					
3	40～59 歳の特定健診受診率	法定報告値	25%	25%	26%	27%	28%	29%	30%

※国の目標値は令和 6 年度以降、特定健診受診率 60%以上であるが、計画策定時の実績値が 33%であることから、令和 6 年度の目標値を 35%とし、段階的に受診率を上げ、実現の可能性がある目標値とします。

(6) プロセス（方法）

周知		4月に健診(がん検診含む)の申し込み案内の通知を世帯主宛に送付する。個別健診開始前に集団健診の事前予約がない方を対象に特定健診の案内を含めた受診券を送付する。そのほかに、町の広報誌およびホームページで周知する。
勧奨		集団健診で特定健診の受診予約をしていない方を対象に通知と電話で受診勧奨を行う。
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。なお、個別健診は集団健診の未受診者を対象に実施する。
	実施場所	集団健診:町体育館 個別健診:田川市郡内の指定医療機関
	時期・期間	集団健診:春・秋 個別健診:7月～3月
	結果説明	集団健診:健診実施4～5週間後に結果説明会を開催し、結果説明を行う 個別健診:健診実施後、各医療機関で結果説明を行う
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		通知勧奨は過去の受診歴などからパターン分けを行い実施する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり主管課に執行委任。国保の新規加入者への周知は国保主管課にて実施
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を田川医師会に委託
国民健康保険団体連合会	特定健康診査に関するデータ提供
民間事業者	集団健診は健診業者に委託する。 未受診者対策は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する。
その他の組織	国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会
他事業	総合健診(がん検診との同時実施)、糖尿病性重症化予防事業
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ハイリスク者のうち、健診当日の血圧値によっては医師の判断で早急な医療機関受診を勧める。 また、高血糖や脂質異常、肝機能異常など、緊急連絡の基準値に該当する者には、結果が分かり次第健診機関より健康づくり主管課へ連絡が入り、その後健康づくり主管課より対象者に医療機関受診を勧める。

2. 特定保健指導

(1) 事業の目的

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

(2) 事業の概要

◇ 保健指導の実施

特定保健指導対象者の保健指導は、健康づくり主管課への執行委任、業者委託、田川医師会に委託の形態で行う。(図表 27)。

《健診から特定保健指導実施の流れ》

- ① 特定健診の結果より、階層化データを基に対象者を選定する。
- ② 対象者に対して郵送もしくは電話連絡で初回面接の日時を調整し面接を行う。
- ③ 初回面接時に健診の結果説明を行い、目標及び評価時期を設定する。
- ④ 対象者に応じて評価時期までの間、面接や電話連絡等で経過確認及び追加の保健指導を行う。
- ⑤ 評価時期に面接等を行い評価する。

《特定保健指導》

- ◎ 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選別し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、高確法第 24 条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。開始から終了まで 3 か月以上を要するため、基本的には年度末までに実施を開始し、実績報告期限である翌年 11 月 1 日に間に合う実施分までを実施年度の実績として、それ以上である場合は翌年度実績とする。
- ◎ 2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、2 年目の状態が改善している者に対して積極的支援を実施するか、動機付け支援相当の支援を実施するかは、対象者に応じて担当保健師等が判断する。

《それ以外の保健指導》

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導を実施する。詳細については、「3. 糖尿病性腎症重症化予防事業」の内容を参照。

【図表 27】

■特定保健指導実施機関

	積極的支援	動機付け支援(動機付け支援相当含む)
集団健診	業者委託	業者委託
個別健診	健康づくり主管課	田川医師会委託

(3) 対象者

特定保健指導対象者は【図表 28】のとおりとする。

【図表 28】

■特定保健指導の対象者(階層化)

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

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※質問票において「以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	【中長期】内臓脂肪症候群該当者の割合	法定報告値	16.7	16.3	-	-	-	-	14.0
2	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	28.6%	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	特定保健指導実施率	法定報告値	54.2%	55.0	57.0	59.0	61.0	63.0	65.0

(6) プロセス（方法）

周知		<p>集団健診：健診当日に特定保健指導に該当する者、もしくは該当する可能性がある者に対して特定保健指導の説明を行い、初回面接の日程を伝える。</p> <p>個別健診：受診券に健診後の特定保健指導に関する案内を掲載する。特定保健指導の該当が確定した対象者には個別案内通知もしくは電話連絡を行う。</p>
勧奨		<p>集団健診：個別案内通知もしくは電話連絡で初回面接の受診勧奨を行う（町直営）。</p> <p>個別健診：積極的支援該当者に対して、個別案内通知もしくは電話連絡で初回面接の受診勧奨を行う。</p>
実施および 実施後の支援	初回面接	<p>集団健診における特定保健指導対象者は、健診結果返却の場で初回面接を実施する。</p> <p>個別健診における特定保健指導対象者は、健診受診から約2か月後に初回面接を行う。</p>
	実施場所	<p>集団健診： 個別健診：添田人材開発センター1階 多目的ルーム</p>
	実施内容	<p>対象者の生活背景や職業、行動変容ステージに応じた効果的な指導を実施する。</p> <p>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体重等のモニタリングを行う。また、健診後もしくは指導開始後に内服が開始した者は、主治医の指示を確認し指導の継続を行えるようにする。</p>
	時期・期間	<p>集団健診後の初回面接：春健診分；7～8月に実施 秋健診分；10～12月に実施</p> <p>個別健診後の初回面接：健診結果が分かり次第、随時実施 最終評価を初回面接から6か月以内までに完了する</p>
	実施後のフォロー・継続支援	<p>特定保健指導終了時に必要に応じて生活習慣病予防教室の参加を促したり、次年度以降の健診の受診勧奨を行う。</p>
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり主管課に執行委任及び健診業者に委託。
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)	田川医師会に個別健診の特定保健指導(動機付け支援)を委託し、個別健診受診者への周知に協力を得る。
国民健康保険団体連合会	特定保健指導に関するデータ提供
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。(目標:対象者の健康課題や特定保健指導事業の評価指標を委託事業者と共有)

3.糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) 事業の目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対して、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

(2) 事業の概要

◇ 事業の具体的内容

方法：個別面談、電話、郵送等

- ① 対象者に田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム連絡票について説明を行い、一次医療機（かかりつけ医）への受診勧奨及び保健指導を行う。
- ② 受診後は連絡票が医療機関から町へ返書され、保健指導項目の必要に☑が付いた者に医師の指示のもと、再度保健指導を実施する。
- ③ 必要に応じて保健指導の指示を出した医師と連携を図り、治療や指導内容の共有・助言等をもらう。

◇事業の担当者

保健師、管理栄養士

(3) 対象者

糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者は【図表 29】のとおりとする。

【図表 29】

■糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者

選定方法	集団健診及び個別健診で特定健診を受診し、選定基準に該当した者全員
選定基準	〈田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム〉 健診受診者のうち、HbA1c6.5 以上、e-GFR60 未満、尿たんぱく(+)以上、尿潜血(2+)以上が1つでも該当した者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	受診に繋がった割合	・対象者のうち医療機関から返信があった者(連絡票の返信及び健診機関への返信の有無)	65% (104 人) ^(注1)	68%	70%	72%	74%	76%	78%
2	HbA1c8.0 以上の者の割合	HbA1c8.0% 以上の人の割合の減少	2.5%	2.3%	2.1%	1.9%	1.7%	1.5%	1.3%

注1)田川地区 CKD・糖尿病予防連携システム連絡票の返信のみの割合及び人数(健診委託業者への返信数は含まない)

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022 年度 (R4 年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	保健指導実施率	医師の指示があった人のうち保健指導を実施した人の割合	83% (5/6)人	90%	95%	100%	100%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

周知		対象者に対して個別面談、電話、郵送等で受診勧奨に併せて田川地区CKD・糖尿病予防連携システムについて周知。 また、町内の医療機関に対してはシステムについての実施及び協力依頼を行う。
実施および 実施後の支援	実施内容	①対象となった人に受診勧奨を行う。 ②受診後、医師から保健指導の指示があった人に保健指導を行う。
	時期・期間	特定健診の結果確認後、随時連絡票の発行を行う。
	保健指導の 場所	健康づくり主管課への来所、訪問、電話、オンライン
	実施後の フォロー・ 継続支援	必要に応じて、電話連絡などで継続的な指導を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)		・医師からの保健指導の指示があった人に指導を行った場合、結果について医師に報告を行う。 ・田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムの一次医療機関受診を希望した場合に、健診業者の紹介状に同様の検査項目があった場合は、連絡票を優先する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康づくり主管課
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)	医師会には田川保健福祉事務所が代表して周知を行う。また、定期的な連絡会議等で田川医師会、田川歯科医師会、田川市立病院腎臓内科医、田川保健福祉事務所、他市町村と連携・情報共有を図る。
かかりつけ医・専門医	町内の一次医療機関に対してシステムの実施及び協力の依頼を行う。 一次医療機関からの指示に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。 専門医からの返信及び依頼に対しても同様に行う。
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
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	受診確認が取れない人には健診受診後6か月以内を目安に電話連絡を行い、受診の有無を確認する。受診をしている場合には、受診医療機関に連絡票もしくは紹介状の返信を確認し、必要に応じて返信依頼等を行う。 連絡票及び紹介状の再発行が必要な場合はその都度対応する。

4.適正受診・服薬

(1) 事業の目的

ジェネリック医薬品の普及促進及び医療機関等への適正な受診を促す。

(2) 事業の概要

ジェネリック医薬品の普及促進を実施する。

被保険者自らの健康への意識向上を図り、受診行動の適正化を促す。

(3) 対象者

ジェネリック医薬品への切替可能な対象薬剤を利用している被保険者

レセプトデータにより重複受診、頻回受診または多剤投薬が確認できた被保険者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	ジェネリック 医薬品普及率	保険者別 の後発医 薬品の使 用割合 (3月診 療分)	79.4%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年度)	目標値					
				2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
1	ジェネリック 医薬品差額通 知の通知率	対象者 へ通知し た割合	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	重複受診、頻 回受診または 多剤投薬が確 認できた者へ 啓発・指導し た人数	指導した 人数	3人	3人	5人	5人	5人	5人	5人

(6) プロセス（方法）

周知	町独自のチラシ等による周知、広報活動を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	重複受診者(3か月連続、同一疾患で複数の医療機関を利用)及び頻回受診者(3か月連続で15日以上外来受診あり)については、状況確認のうえ、必要があれば訪問指導を実施する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	国保主管課、健康づくり主管課
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)	田川医師会、田川歯科医師会、田川薬剤師会と連携
国民健康保険団体連合会	ジェネリック医薬品差額通知の作成を委託
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	毎月、重複受診者及び頻回受診者を把握し、庁内担当部署で情報共有する。

5.早期介入保健事業

(1) 事業の目的

特定健康診査を実施することにより、生活習慣病の早期発見、早期治療による生活習慣病重症化予防を促す。また、40歳前受診により健康意識が高まり40歳以降の継続受診につなげることにより特定健診の受診率向上を促進する。

(2) 事業の概要

特定健康診査と同じ内容で若年者健診を実施する。(集団健診のみ)

健診結果の説明及び保健指導を実施する。

令和5年度の若年者健診受診者16名中6名に結果説明会で結果の説明及び保健指導を行った。

(3) 対象者

30歳から39歳までの被保険者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 2022年度 (R4年)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	若年者健診を受診した割合	健診を受診した割合	—	20%	20%	20%	20%	20%	20%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 2022年度 (R4年)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	保健指導を受けた人数	健診結果により保健指導を受けた人数	—	10人	10人	10人	10人	10人	10人

(6) プロセス（方法）

周知	4月に健診(がん検診含む)の申し込み案内の通知を世帯主宛に送付する。町の広報誌およびホームページで周知する。	
実施および 実施後の支援	実施場所	町の体育館
	時期・期間	春・秋
	結果説明	健診実施4～5週間後に結果説明会を開催し、結果説明を行う
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	健診当日の血圧値によっては医師の判断で早急な医療機関受診を勧める。	

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	国保主管課、健康づくり主管課
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)	田川医師会、田川歯科医師会、田川薬剤師会と連携
国民健康保険団体連合会	若年者健康診査に関するデータ提供
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	ヘルスアップ事業(保険者努力支援交付金)を活用して実施する。

6. 特定健診受診促進事業

(1) 事業の目的

特定健診受診者に対するインセンティブにより、受診勧奨を行い、新規受診者及び継続受診者の促進を図る。

(2) 事業の概要

特定健診を受診した方に道の駅で利用できるお買物券を配布することで、受診勧奨を行う。

(3) 対象者

特定健診受診者（集団健診・個別健診）

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	特定健診を受診した割合	健診を受診した割合	33%	35%	37%	39%	41%	43%	45%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 2022年度 (R4年)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
1	継続受診に繋がった割合	翌年度継続受診率	67.3%	70%	72%	74%	76%	78%	80%
2	お買物券回収率	道の駅で利用したお買物券の回収率	—	90%	90%	90%	90%	90%	90%

(6) プロセス（方法）

周知		健診の申し込み案内の通知にチラシを同封する。 町の広報誌およびホームページで周知する。 道の駅でチラシ等を配布する。
実施および 実施後の支援	利用場所	道の駅歓遊舎ひこさん
	時期・期間	健診受診データ確認後3～6か月後利用券を郵送 有効期限 郵送後から約3か月
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)		翌年度受診のお願いを利用券交付の際に同封する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	国保主管課
民間事業者	道の駅歓遊舎ひこさん
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	インセンティブ事業の趣旨を特定健診受診者へ理解してもらうようにする。

＝ 第5章 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後期高齢者医療広域連合と連携を図る。

2.データヘルス計画の公表・周知

本計画については、添田町国民健康保険事業の運営に関する協議会への公表、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目して抽出し、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との連携

福岡県後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、国保主管課と高齢者福祉主管課、健康づくり主管課と連携し、保健指導、保健事業と通いの場等の介護予防を一体的に実施する。

6. その他留意事項

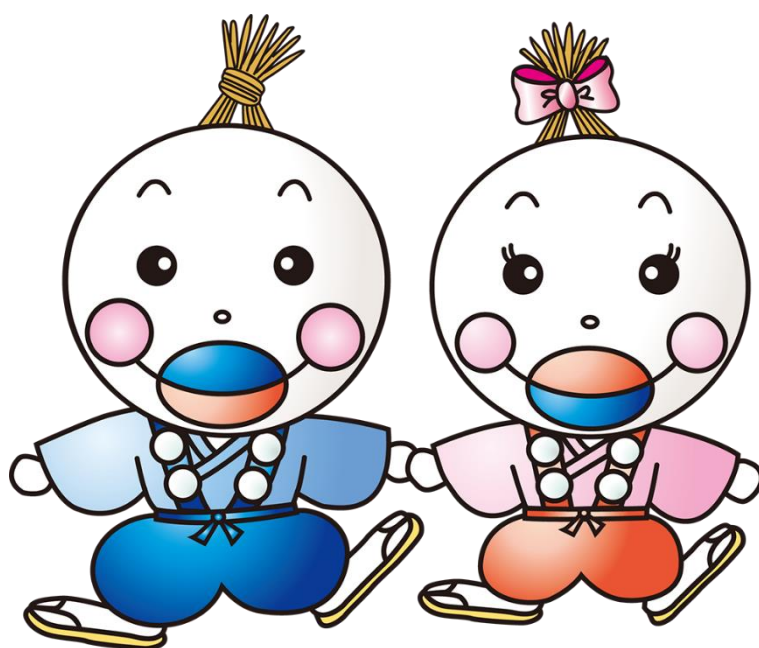
1) 評価の手段

必要に応じて、国保連の保健事業支援・評価委員会に対して、評価及び意見を求めることとする。

また、国民健康保険事業の運営に関する協議会においても、事業実施状況等の報告を行い、意見及び助言を求め、改善に努める。

2) 他の機関等との関係性

介護保険、後期高齢者医療、健康づくりなどの各種事業計画において、本計画との整合性を図るとともに事業実施にあたっては、課題解決に向けてその効果を最大化するよう関係機関と連携を強化する。



第4期特定健康診査等実施計画

＝ 第1章 基本的事項 ＝

1. 背景・現状等

(1) 背景

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）に基づき、保険者（高確法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）は、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとされた。

(2) 現状

①特定健康診査・特定保健指導の実施状況

- 令和4年度の特定健康診査の受診率は33.3%であり、年々微減傾向で県平均（34.4%）より低く国の目標値60%には及ばない。
- 特定健康診査の県との比較（性・年齢別）では、ほとんどの年代で受診率は男女ともに県平均より高いが、70歳以上の受診率が低い。
- 特定保健指導の実施率は54.2%で県平均（43.1%）より高い。
- 特定保健指導の県との比較（性・年齢別）では、40歳～64歳の男性の実施率が県平均より低い。

②特定健康診査結果の状況（有所見率・健康状態）

- 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（50.5%）空腹時血糖（32.9%）は県平均よりやや多く、男性のBMI（32.9%）、腹囲（46.8%）は県平均より多く、男女計の血圧（収縮期血圧48.3%、拡張期血圧20.3%）は県平均よりやや高い。
- 内臓脂肪症候群の該当者割合を県と比較すると16.8%であり、県平均（20.7%）より低い。
- 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。

③質問票調査の状況（生活習慣）

- 生活習慣リスク保有者の割合は、喫煙率（17.4%）飲酒習慣リスク（29.1%）が県平均より多い。
- 生活習慣改善意欲は男性が全体的に低く、「改善意欲なし」が32.2%と県平均24.9%より大幅に多い。

2. 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

(1) 特定健康診査の基本的考え方

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、糖尿病や脳梗塞、心筋梗塞などのリスクを高める歯周病は、健康に悪影響を与えるため、口腔歯科検診を行うことで、早期発見、早期治療により重症化予防につながる。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

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査の 受診率	35%	37%	39%	41%	43%	45%
特定保健指導の 実施率	55%	57%	59%	61%	63%	65%
特定保健指導対 象者の減少率	28%	27.5%	27%	26.5%	26%	25.5%

4. 特定健康診査等の対象者数

	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数	1,580	1,455	1,345	1,225	1,135	1,030
【特定健康診査】 目標とする 実施者数	555	540	525	505	490	465
【特定保健指導】 対象者数 ^(注1)	51	50	48	46	45	43
【特定保健指導】 目標とする 対象者数 ^(注2)	49	47	45	42	40	37

(注1) 令和4年度の特定保健指導対象者が、特定健診受診者の9.3%であったため、「特定健康診査の目標とする実施者数」のうち9.3%が特定保健指導に該当するとして計算。

(注2) 「特定健康診査の目標とする実施者数」から9.3%以下にしていくことを目標とした。

(R6年度9.0%、R7年度8.8%、R8年度8.6%、R9年度8.4%、R10年度8.2%、R11年度8.0%)

＝ 第2章 特定健康診査 ＝

1. 特定健康診査（若年健診含む）の実施方法

（1）対象者

〈集団健診〉30-74歳の被保険者

〈個別健診〉40-74歳の被保険者

（2）実施場所

〈集団健診〉 添田町体育館

〈個別健診〉 田川市郡の指定医療機関

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

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
血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c検査)
腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出したeGFR）
血清尿酸
心電図検査

（5）実施時期又は期間

〈集団健診〉 春・秋

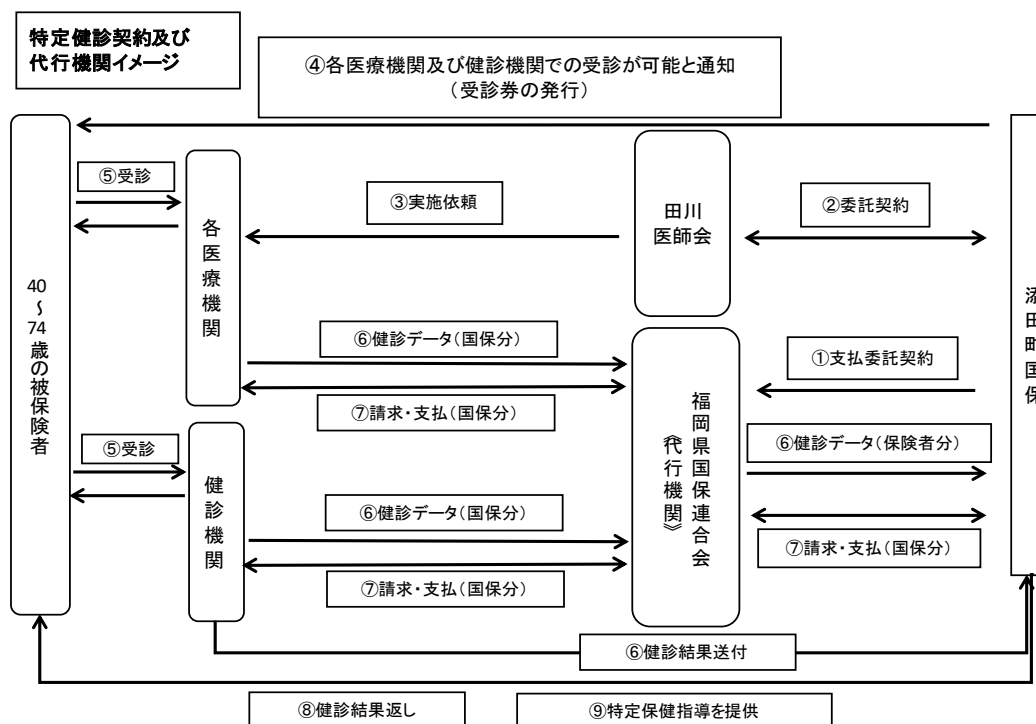
〈個別健診〉 7月～3月

(6) 外部委託の方法

①外部委託の有無

- ・ 集団健診は健診業者へ委託
- ・ 個別健診は田川医師会に委託

②外部委託の実施形態



(7) 周知や案内の方法

4月初めに世帯主あてに集団健診の案内及び申込書の送付、また、集団健診で特定健診の受診予約をしていない人を対象に受診券と個別健診の実施医療機関リストを送付する。そのほかに、町の広報誌およびホームページ、SNSでの周知や、医療機関、道の駅勤遊舎ひこさんにチラシを配布・掲示する。

(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＞健診実施4～5週間後に健診結果説明会を開催し、健診結果の内容を説明

＜個別健診＞健診実施後、各医療機関で結果を説明

＝ 第3章 特定保健指導 ＝

1. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

特定保健指導基準該当者

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 なし		
上記以外で BMI ≥ 2.5	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(2) 実施場所

集団健診受診者：役場庁舎内、オンライン、電話など

個別健診受診者：添田人材開発センター1階

(3) 実施内容

- ・ 集団健診で特定健診を受診した者すべてに対して、健診当日に腹囲・BMI・血圧・内服状況の確認を行い、特定保健指導に該当するもしくは該当する可能性がある者に対して、特定保健指導の説明及び初回面接日の周知を行う。
- ・ 特定保健指導に該当する者に対して案内を送付し、初回面接日を決める。

①動機付け支援

初回面接時に健診の結果説明及び保健指導を行い、評価日及び目標を設定する。

初回面接から3～6か月以内に評価を行う。

②積極的支援

初回面接時に健診の結果説明及び保健指導を行い、評価日及び目標を設定する。約1か月ごとを目安に面接もしくは電話連絡等を行い、初回面接から3～6か月以内に評価を行う。

③内服が始まった者への対応

特定保健指導該当者のうち、健診以降に内服が開始した者に対しては、本人の希望及び処方医の判断で特定保健指導の継続の可否を決める。

(4) 実施時期又は期間

集団健診後の初回面接：健診日から約1か月～1か月半後

個別健診後の初回面接：結果が分かり次第、随時
最終評価を初回面接から6か月以内に終了する。

(5) 外部委託の方法

集団健診受診者に関しては、健診機関に業務委託を行います。

(6) 周知や案内の方法

健診当日に、対象者及び対象となる可能性がある人に対して初回面接日の周知及び特定保健指導について案内を行う。

特定保健指導に該当することが確定したら、個別通知を行い初回面接の案内を行う。

そのほかに、町の広報誌およびホームページ、SNSでの周知

＝ 第4章 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

4月中旬までに世帯主宛に健診の案内及び申込書を郵送
5月号の広報及びホームページ、SNSで健診案内の周知
前年度の実施結果の検証や評価

(2) 年度の前半

健診実施（春分）
集団健診の受診者及び受診申込者以外の方を対象に個別健診実施医療機関入りの受診券を送付
健診結果説明会・特定保健指導実施（春に実施した分）
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

集団健診（特定健診・がん検診）の周知チラシを世帯配布
健診実施（秋分）
特定健診未受診者を対象に勧奨通知郵送
健診結果説明会・特定保健指導実施（秋に実施した分）
前年度の実施結果を報告（法定報告）
翌年度の事業計画の検討（予算・画の見直し）
次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）

＝ 第5章 個人情報保護 ＝

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。

＝ 第6章 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し、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体、添田町国民健康保険事業の運営に関する協議会など地域の関係機関にも周知を図る。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

- ・世帯主あてに特定健康診査等の案内通知を発送
- ・役場窓口にて、啓発チラシ、ポスターを掲示、広報・ホームページやSNSにて啓発

＝ 第7章 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) 特定健康診査の受診率
- (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。