

粕屋町保健事業実施計画
(第3期データヘルス計画)

・

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年4月

粕屋町

第3期データヘルス計画 目次

第3期データヘルス計画	6
I 基本的事項	6
1.背景と目的	6
2.計画の位置づけ【図表1】【図表2】【図表3】	6
3.計画期間	6
4.実施体制・関係者連携	6
(1)庁内組織	6
(2)地域の関係機関	6
5.基本情報	9
6.現状の整理	10
(1)保険者の特性	10
II 健康・医療情報等の現状と課題	12
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等【図表 4】	12
2.医療費の分析	13
(1)医療費のボリューム(経年比較 等)【図表 5】【図表 6】【図表 7】	13
(2)疾病分類別の医療費【図表 8】【図表 9】	15
3.後発医薬品の使用割合【図表 10】	15
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合【図表 11】	16
5.特定健康診査の現状	17
(1)特定健康診査の実施状況【図表 12】【図表 13】【図表 14】【図表 15】	17
(2)特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)【図表 16】	19
(3)質問票調査の状況(生活習慣)【図表 17】	19
(4)内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の該当者及び予備群の推移と特定保健指導の実施状況【図表 18】【図表 19】【図表 20】【図表 21】	20
6.生活習慣病重症化予防対象者の状況【図表 22】【図表 23】【図表 24】【図表 25】【図表 26】	22
7.介護費の分析【図表 27】【図表 28】【図表 29】	25
III 計画全体	27
1.健康課題	27
(1)【医療費からの視点】	27
(2)【特定健診からの視点】	27
(3)【特定保健指導、生活習慣病重症化予防対策からの視点】	27
(4)【介護の視点】	28
2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	28
(1)計画全体の目的・目標	28
IV 個別事業計画	30
1.特定健康診査	30
(1)事業の目的	30

(2)事業の概要.....	30
(3)対象者.....	30
(4)アウトカム指標.....	30
(5)アウトプット指標.....	30
(6)プロセス(方法).....	31
(7)ストラクチャー(体制).....	31
2.特定保健指導.....	32
(1)事業の目的.....	32
(2)事業の概要.....	32
(3)対象者.....	32
(4)アウトカム指標.....	32
(5)アウトプット指標.....	32
(6)プロセス(方法).....	33
(7)ストラクチャー(体制).....	33
3.生活習慣病重症化予防事業.....	34
(1)事業の目的.....	34
(2)事業の概要.....	34
(3)対象者.....	34
(4)アウトカム指標.....	34
(5)アウトプット指標.....	35
(6)プロセス(方法).....	35
(7)ストラクチャー(体制).....	35
4.糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業.....	36
(1)事業の目的.....	36
(2)事業の概要.....	36
(3)対象者.....	36
(4)アウトカム指標.....	36
(5)アウトプット指標.....	36
(6)プロセス(方法).....	37
(7)ストラクチャー(体制).....	37
5.30代基本健診・保健指導事業.....	38
(1)事業の目的.....	38
(2)事業の概要.....	38
(3)対象者.....	38
(4)アウトカム指標.....	38
(5)アウトプット指標.....	38
(6)プロセス(方法).....	39
(7)ストラクチャー(体制).....	39
6.町民を対象にした出前講座、学校や町行事での生活習慣病予防の啓発.....	40
(1)事業の目的.....	40

(2)事業の概要.....	40
(3)対象者.....	40
(4)アウトカム指標.....	40
(5)アウトプット指標.....	40
(6)プロセス(方法).....	41
(7)ストラクチャー(体制).....	41
7.重複受診(服薬)・多剤投与者に対する適正受診対策事業.....	42
(1)事業の目的.....	42
(2)事業の概要.....	42
(3)対象者.....	42
(4)アウトカム指標.....	42
(5)アウトプット指標.....	42
(6)プロセス(方法).....	43
(7)ストラクチャー(体制).....	43
V その他.....	44
1.データヘルス計画の評価・見直し.....	44
2.データヘルス計画の公表・周知.....	44
3.個人情報の取扱い.....	44
4.地域包括ケアに係る取組.....	44
5.高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業.....	45
(1)事業の目的.....	45
(2)事業の概要.....	45
第4期特定健康診査等実施計画.....	46
I 基本的事項.....	46
1.背景・現状等.....	46
2.特定健康診査等の実施における基本的な考え方.....	46
(1)特定健康診査の基本的考え方.....	46
(2)特定保健指導の基本的考え方.....	46
3.達成しようとする目標.....	47
4.特定健康診査等の対象者数.....	47
II 特定健康診査.....	48
1.特定健康診査の実施方法.....	48
(1)対象者.....	48
(2)実施場所.....	48
(3)法定の実施項目.....	48
(4)保険者独自の実施項目.....	49
(5)実施時期又は期間.....	49
(6)外部委託の方法.....	50
(7)周知や案内の方法.....	50
(8)事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法.....	51

(9)その他(健診結果の通知方法や情報提供等).....	51
III 特定保健指導.....	52
1. 特定保健指導の実施方法	52
(1)対象者	52
(2)実施場所.....	52
(3)実施内容.....	52
(4)実施時期又は期間.....	53
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】	54
1. 年間スケジュール.....	54
(1)年度当初 加入者の世帯へ特定健診の内容や受診方法について郵送.....	54
(2)年度の前半.....	54
(3)年度の後半.....	54
V 個人情報の保護	54
1. 記録の保存方法.....	54
VI 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	54
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	54
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法	54
(1)特定健康診査の実施率.....	54
(2)特定保健指導の実施率.....	54
(3)特定保健指導対象者の減少率	54
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方.....	54

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2015」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【図表1】【図表2】【図表3】

粕屋町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期粕屋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、粕屋町国民健康保険「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

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、住民福祉部健康づくり課及び総合窓口課が主体となって進める。

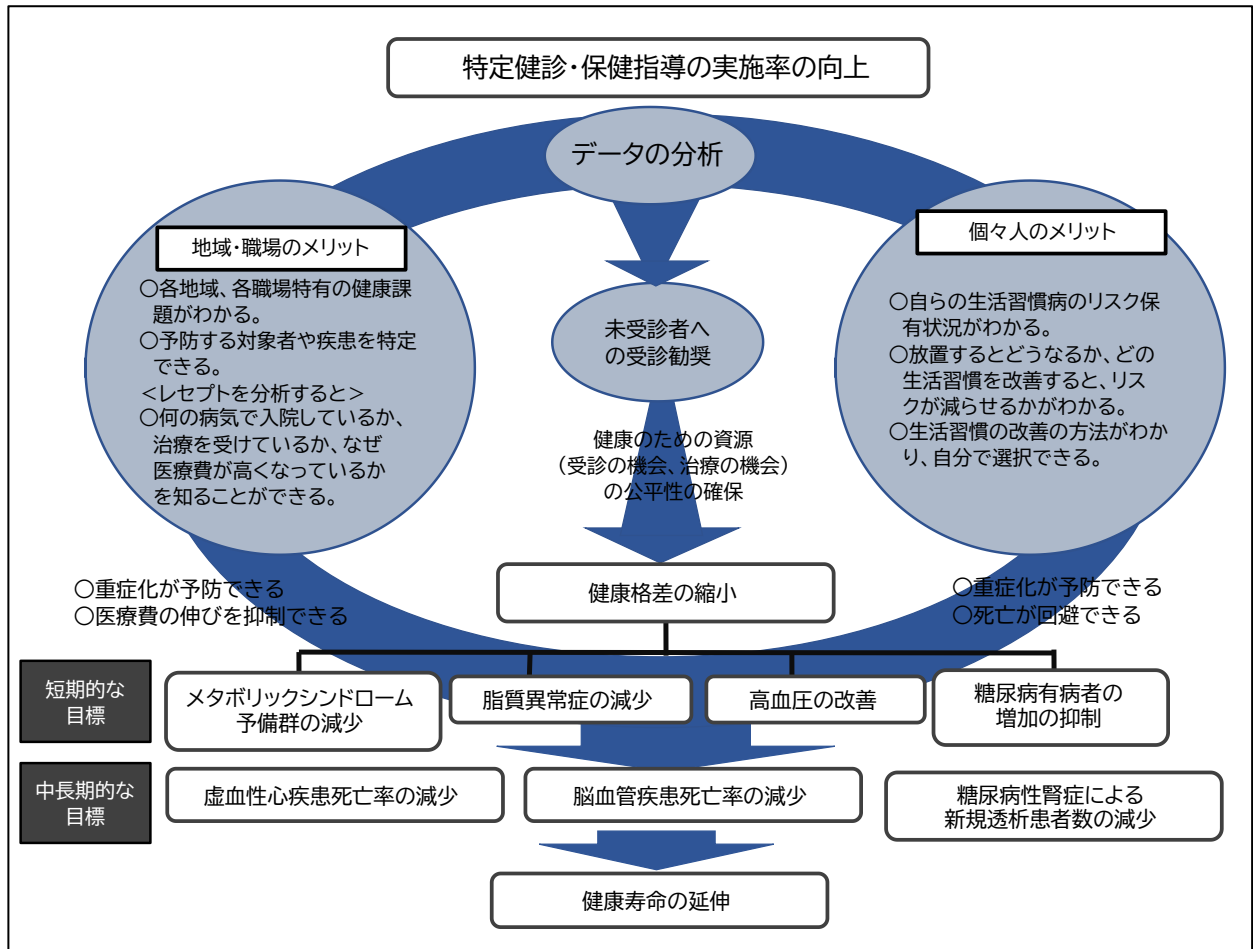
(2)地域の関係機関

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、粕屋医師会・粕屋歯科医師会・粕屋薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

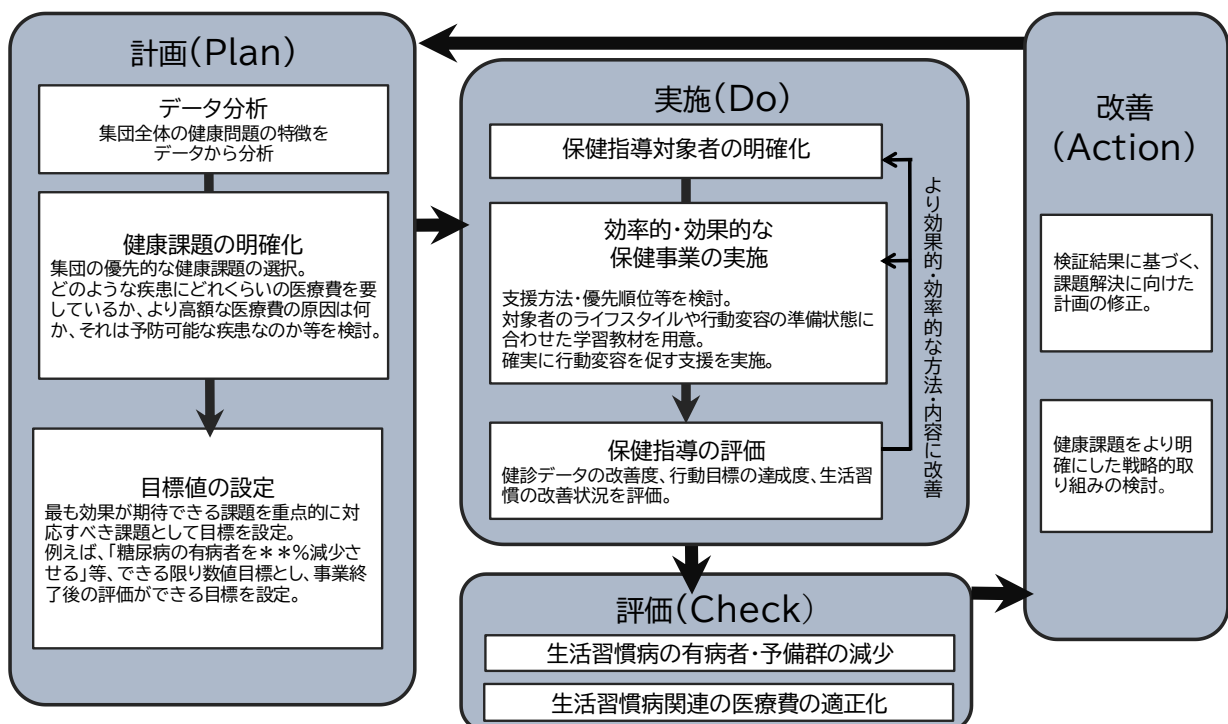
【図表1】 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

		※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29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～17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である。	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、保険者がその支援の中心となって、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、若壮年期、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 初老期の認知症、老年症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊髄狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症		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 (地域の状況に応じて設定)
<p>保険者努力支援制度</p> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>						

【図表2】 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))



【図表3】 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



5.基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				令和4年度累計	
粕屋町		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		47,562		23,449		24,113	
国保加入者数(人) 合計		6,990	100	3,434	100	3,556	100
0～39歳(人)		2,113	30.3	1,081	31.5	1,032	29.0
40～64歳(人)		2,310	33.0	1,229	35.8	1,081	30.4
65～74歳(人)		2,567	36.7	1,124	32.7	1,443	40.6
平均年齢(歳)		55		52		58	

福岡県		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		4,968,674		2,342,003		2,626,671	
国保加入者数(人) 合計		1,049,804	100	495,412	100	554,392	100
0～39歳(人)		295,211	28.1	148,752	30.0	146,459	26.4
40～64歳(人)		330,002	31.4	161,970	32.7	168,032	30.3
65～74歳(人)		424,591	40.5	184,690	37.3	239,901	43.3
平均年齢(歳)		58		55		61	

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	粕屋医師会とは特定健診・特定保健指導・生活習慣病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。粕屋歯科医師会、粕屋薬剤師会とは特定健診の受診率向上に関して協力の依頼を実施する。
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、商工会、自治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保険者数

令和4年度の被保険者数は6,990人であり令和元年度の7,549人から年々減少傾向にある。

②年齢別被保険者構成割合

令和4年度は、39歳以下が30.3%、40-64歳が33.0%、65-74歳が36.7%であり、県平均よりも65-74歳の割合が低く、64歳以下の割合が高い。

③その他

39歳以下の割合が県平均を大きく上回る35%以上である地区は、長戸、阿恵、乙仲原西、内橋2、内橋3である。反対に65歳以上の割合が県平均を大きく上回る43%以上ある地区は大隈、上大隈、花ヶ浦であり、地区によって年齢層に偏りがあると言える。

④第2期データヘルス計画等にかかわる結果

第2期データヘルス計画の全体的な評価は、下記の成果目標を設定し、個別保健事業を実施した。

● 成果目標

	内 容	評 価
短期的 目標	・特定健診の受診率向上(特に40・50代を35%にする) ・重症化予防対象者(血圧160/100 mm Hg以上、LDL180 mg/dl以上、HbA1c6.5%以上、蛋白尿陽性、eGFR50未満者)が保健指導後に医療機関を受診する率 80%以上 ・胃がん・肺がん・大腸がん検診の受診率 35%以上	単年度ごと
中長期的 目標	・65歳以上の医療費の現状維持 ・虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の患者数の減少 ・介護保険2号認定者割合の維持	3年ごと

● 成果目標の結果

	内容	目標値 (R5年度)	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
短期的 目標	特定健診受診率(%)	60%	41.7	42.1	41.5	44.1	43.5
	重症化予防対象者の医療機関受診率(%)	80%	66.3	75.3	70.9	51.0	70.0
	胃がん検診受診率(%)	35%	7.1	6.7	4.8	4.6	4.8
	肺がん検診受診率(%)	35%	9.9	9.3	7.2	7.7	8.0
	大腸がん検診受診率(%)	35%	9.7	9.0	7.1	7.7	7.8
中長期的 目標	一人当たり65歳以上の医療費(円)	現状維持	487,553	496,859	465,977	563,928	492,747
	虚血性心疾患の患者数(人)	減少	123	76	104	83	93
	脳血管疾患の患者数(人)	減少	139	136	127	161	136
	慢性腎臓病の患者数(人)	減少	219	229	279	274	312
	介護保険2号認定者割合(%)	現状維持	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

成果目標で、目標値を達成している項目は、「虚血性心疾患の患者数」、「脳血管疾患の患者数」である。他の項目は、目標達成には至らなかった。

● 個別保健事業の結果

個別保健事業	指標	令和5年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診未受診者対策	受診率 (%)	60.0	41.7	42.1	41.5	44.1	43.5
特定保健指導	実施率(終了率) (%)	60.0	65.8	68.9	67.3	72.7	69.2
重症化予防事業	受診率 (%)	80.0	66.2	75.3	70.9	51.0	70.0
30代基本健診	受診率 (%)	15.0	15.5	14.6	14.0	12.6	15.0
出前講座 生活習慣病予防啓発	自分のことが健康だと 感じている町民を増やす (%) ^{※1}	増加	85.7	-	-	-	-
	平均自立期間 (年) (要介護2以上)	延伸	男性 79.6 女性 84.9	男性 80.0 女性 85.1	男性 79.7 女性 84.4	男性 79.6 女性 83.6	男性 80.0 女性 84.1
糖尿病性腎症重症化予防事業	保健指導実施率 (%)	90.0	※令和元年度 より開始	35.6	97.8	100	91.3
重複服薬者に対する取り組み	薬剤費削減額 (%)	1円以上	0	0	0	0	0
後発医薬品の使用促進	後発医薬品普及率 (%)	80.0	77.8	77.7	78.9	78.8	79.6

個別保健事業は、「特定保健指導」、「30代基本健診」、「糖尿病性腎症重症化予防事業」以外は、目標値には達成には至らなかった。目標値に関して、第3期データヘルス計画では、達成可能な数値の設定にしていける必要がある。

※1については、粕屋町健康増進計画(健康かすや21)の最終評価が令和5年度から令和6年度に延長されたことにより、町民アンケート結果が得られなかったため非表示である。

II 健康・医療情報等の現状と課題

1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等【図表 4】

- 平均寿命は、男性 80.8 歳、女性 87.1 歳。男性よりも女性が高い。(令和 4 年度)
- 平均自立期間は、要介護2以上の男性が、80.0 歳、女性が、84.1 歳である。要支援・要介護の男性では、78.6 歳、女性が、81.7 歳である。こちらも男性よりも女性が高い。(令和 4 年度)

【図表 4】

■男性

令和 4 年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(年)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
粕屋町	80.8	80.0	78.6	104.2
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.8	80.4	79.1	98.7
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(年)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
粕屋町	87.1	84.1	81.7	98.2
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.1	84.5	81.9	99.7
全国	87.0	84.4	81.4	100.0

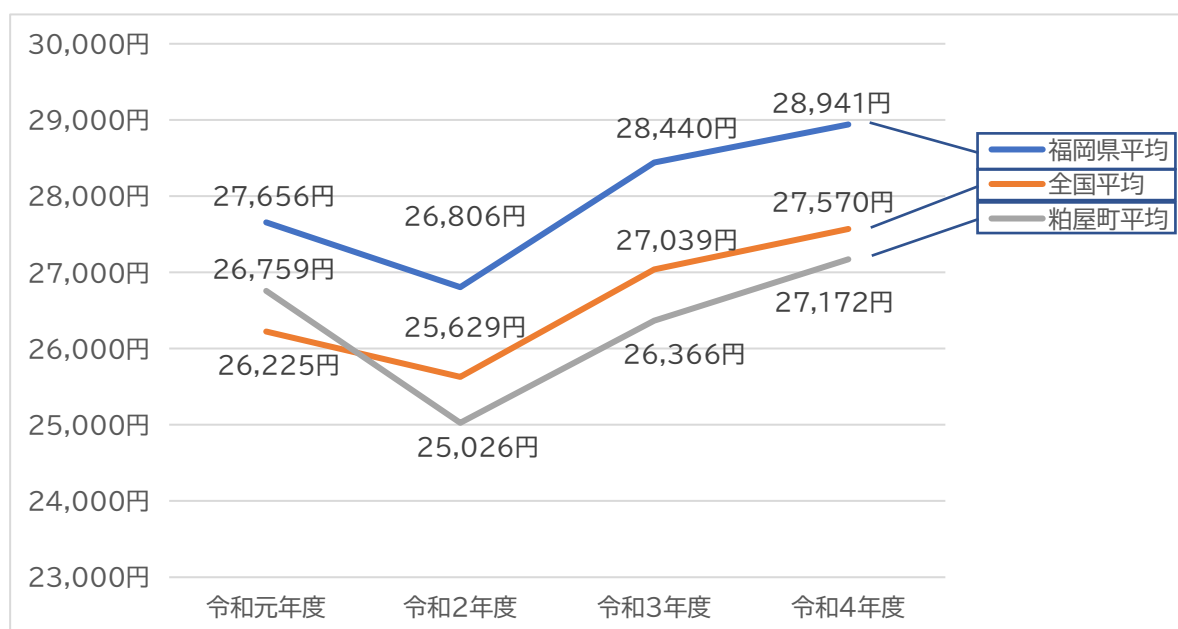
出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2.医療費の分析

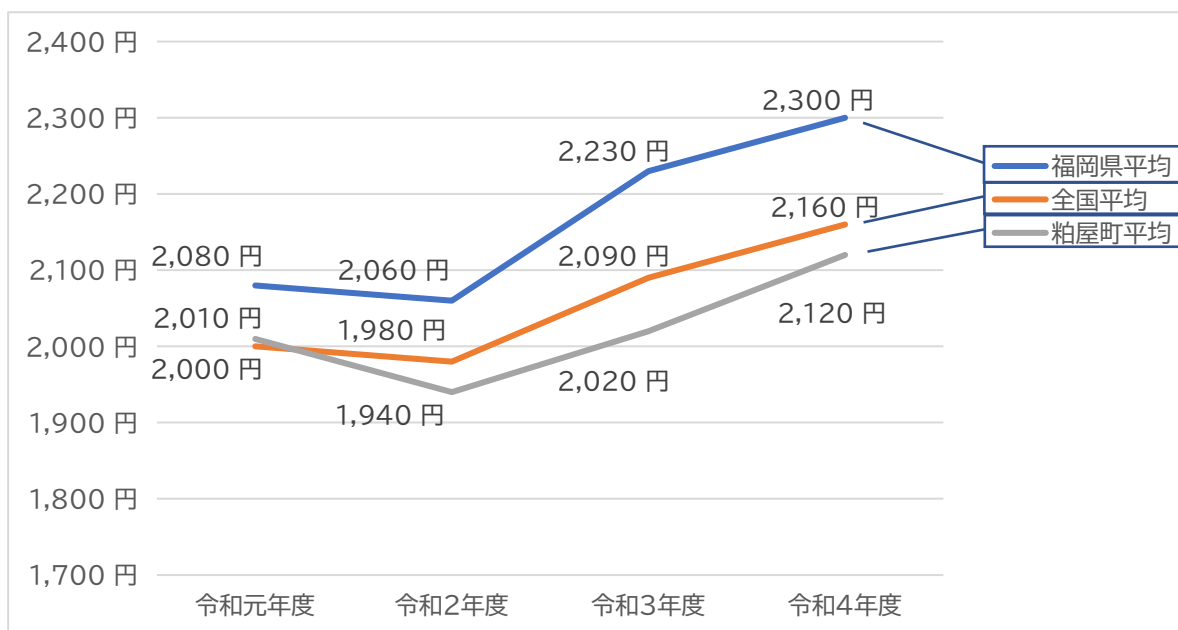
(1)医療費のボリューム(経年比較 等)【図表5】【図表6】【図表7】

- 一人あたり医療費(医科)は、令和4年度は粕屋町平均が 27,172 円、全国平均が 27,570 円、県平均が 28,941 円であり、令和2年度で減少となるが、通年では医療費は増加傾向にある。いずれの年度も県平均より低い水準である。
- 一人あたり医療費(歯科)は、令和4年度は粕屋町平均が 2,120 円、全国平均が 2,160 円、県平均が 2,300 円であり、令和2年度で減少となるが、通年では増加傾向にある。いずれの年度も県平均より低い水準である。
- 外来の受診率は、令和4年度は粕屋町平均が 654.310%、全国平均が 687.776%、県平均が 721.357%であり、いずれの年度も全国平均、県平均より低い水準である。

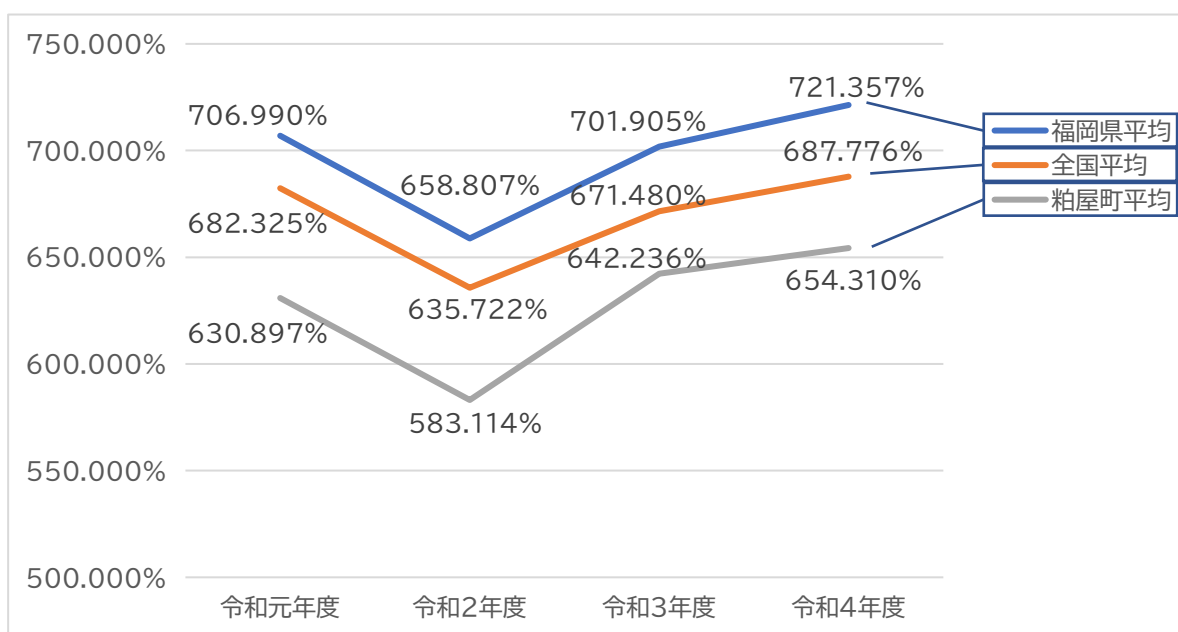
【図表 5】 一人当たり医療費(医科)推移



【図表 6】一人当たり医療費(歯科)推移



【図表 7】受診率(外来)推移



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 8】【図表 9】

- 令和4年度の疾病分類別医療費の割合は、新生物(15.8%)、循環器系疾患(11.5%)、筋骨格(9.8%)の順に多い。これは令和元年度以降(令和2年度以外)、同様の順位である。県と比較すると筋骨格、内分泌、神経系疾患の割合が高い。
- 1件あたりの入院医療費は、新生物(667,695円)、腎不全(660,380円)、脳血管疾患(655,884円)の順に高い。県内順位は、脂質異常症(41位)、歯肉炎・歯周病(44位)、腎不全(45位)が高い。
- 1件あたり入院外医療費は腎不全(81,648円)、新生物(58,880円)の順で高い。県内順位は脂質異常症(5位)、歯肉炎・歯周病(7位)、脳血管疾患(8位)が高い。また糖尿病の医療費は令和元年が32,839円、令和4年度が35,020円と増加する傾向にある。逆に、腎不全は令和元年度が101,399円、令和4年度が81,648円、精神は令和元年度が31,272円、令和4年度が24,548円と減少する傾向にある。

【図表 8】

■疾病分類別医療費の割合

(単位:%)

令和4年度	新生物	循環器	筋骨格	内分泌	精神	神経	消化器	呼吸器	尿路 性器	その他
粕屋町	15.8	11.5	9.8	9.7	9.1	8.2	5.8	5.4	4.1	20.6
福岡県	16.8	12.7	9.0	8.9	9.4	6.9	5.9	6.4	5.2	18.8
同規模	16.9	13.8	8.8	9.4	7.7	6.3	6.0	5.8	7.8	17.5
全国	16.7	13.5	8.7	9.0	7.6	6.1	6.1	6.1	7.9	18.3

【図表 9】

出典:KDB システム 疾病別医療費分析(大分類)

■疾病統計(粕屋町)

令和4年度	新生物	腎不全	脳血管 疾患	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	心疾患	精神	歯肉炎 歯周病
入院単価 (円/件)	667,695	660,380	655,884	636,700	633,652	616,504	588,337	504,001	0
県内順位 (60 保険者)	55	45	50	49	52	41	58	50	44
入院外単価 (円/件)	58,880	81,648	36,704	35,202	28,038	27,674	34,817	24,548	14,704
県内順位 (60 保険者)	40	34	8	16	24	5	43	52	7

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 10】

- 後発医薬品の使用割合は81.1%(令和4年度9月診療分)。国の目標値である80%と同水準である。

【図表 10】

■後発医薬品の使用割合

(単位:%)

令和4年9月診療分	粕屋町	福岡県	全国
使用割合	81.1	81.4	79.9

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 11】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の 50.9%おり、令和2年度以降増加傾向にある。
- 重複・多剤服薬、頻回受診者が被保険者全体の 0.1%おり、こちらも同様に令和2年度以降増加傾向にある。

【図 11】

■被保険者数(粕屋町)

令和 4 年 5 月	7,301 人
------------	---------

■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
		令和 4 年 5 月
2医療機関以上	1日以上	18.6
	5日以上	1.5
	10日以上	0.3
3医療機関以上	1日以上	5.8
	5日以上	0.7
	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 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
		令和 4 年 5 月
2医療機関以上	1以上	0.3
	2以上	0.1
	3以上	0.1

※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

■多剤処方の状況 (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
		令和 4 年 5 月
1日以上	1以上	41.5
	2以上	35.2
	3以上	27.9
	4以上	21.7
	5以上	16.3
	6以上	12.2

出典:KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

5.特定健康診査の現状

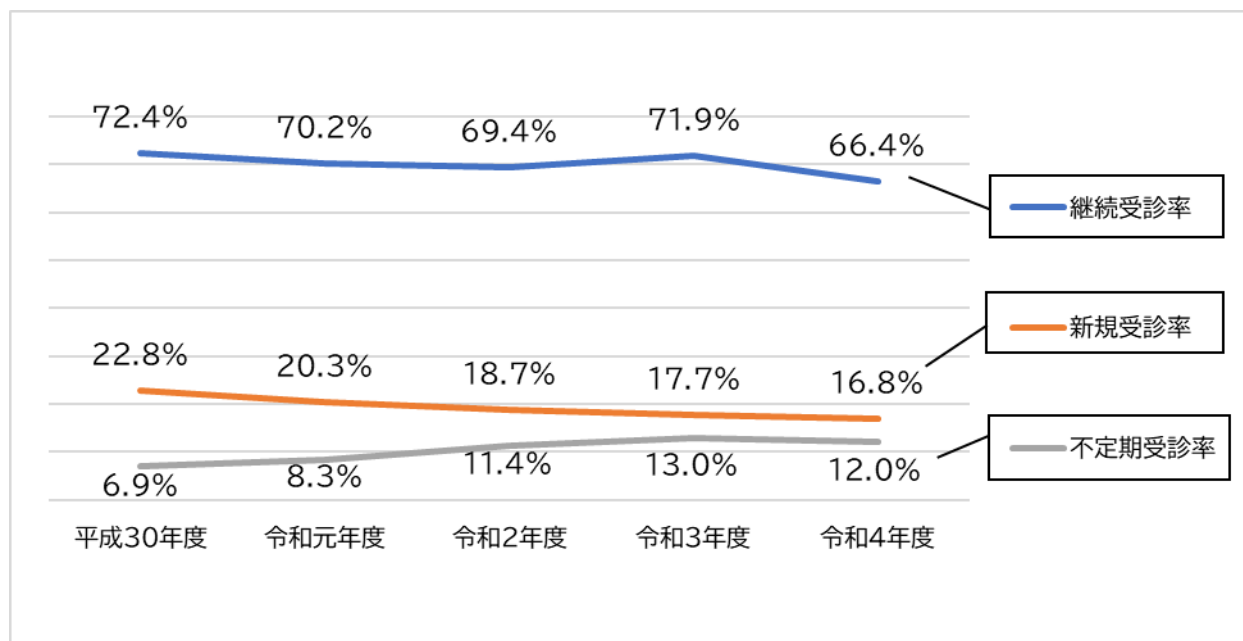
(1)特定健康診査の実施状況【図表12】【図表13】【図表14】【図表15】

- ▶ 新型コロナウイルス感染症による健康診査等の受診控えの影響をあまり受けずに、特定健康診査の受診率は年々微増傾向で、令和4年度は43.5%である。福岡県の平均より高く、県内60市町村で8位であった。しかし、国の目標値60%には及ばない状況である。
- ▶ 特定健康診査受診者の受診頻度の推移は、継続受診者が、令和4年度66.4%と前年度より低くなっている。また、不定期受診者数の割合が年々増加傾向にあり、新規受診者数は、年々減少傾向になっている。
- ▶ 令和4年度の性・年齢別の比較では、65歳以上になると男女ともに45%以上の受診率となっている。40～59歳では、女性が40%から30%台で、男性は、30%から20%台となっている。
- ▶ 健診受診者と未受診者の治療状況で、未受診者の59.5%は生活習慣病で治療中である。医療機関からの声かけや未受診者の健診受診歴・生活習慣病の有無に合わせた受診勧奨の効果で減少傾向にある。

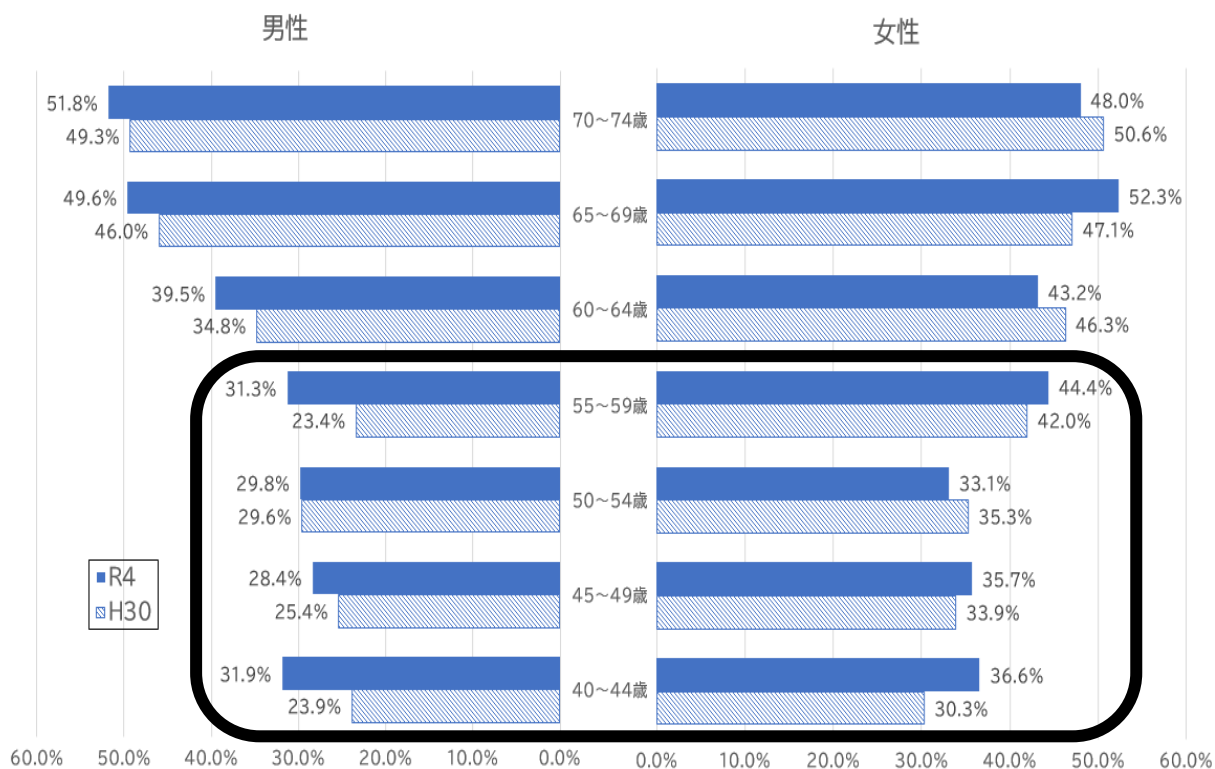
【図表12】 特定健康診査受診率推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
対象者数(人)	4,665	4,535	4,582	4,478	4,226	計測中	
受診者数(人)	1,943	1,911	1,900	1,974	1,840		
受診率(%)	粕屋町	41.7	42.1	41.5	44.1		43.5
	県平均	34.8	34.2	31.4	33.3		34.4
	国平均	37.9	38.0	33.7	36.4		計測中
県内順位	19	19	9	9	8		

【図表13】 特定健康診査受診者の受診頻度の推移



【図表 14】 性・年齢階級別で特定健診受診率



【図表 15】 健診受診者と健診未受診者の治療状況

令和元年度			
健診受診者 1,911人 (42.1%)		健診未受診者 2,627人 (57.9%)	
治療なし 453人 (23.7%)	治療中 1,458人 (76.3%)	治療なし 1,030人 (39.2%)	治療中 1,597人 (60.8%)
令和4年度			
健診受診者 1,842人 (43.5%)		健診未受診者 2,392人 (56.5%)	
治療なし 459人 (24.9%)	治療中 1,383人 (75.1%)	治療なし 969人 (40.5%)	治療中 1,423人 (59.5%)

(2)特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)【図表 16】

- 健診受診者の約半数で該当している項目は、男性の腹囲が 85cm 以上(49.7%)、女性で LDL が 120 mg/dl 以上(54.2%)、男女ともに HbA1c5.6%以上(男性 63.5%、女性 59.9%)である。また、HbA1c5.6%以上は、福岡県の平均より高い。

【図表 16】 特定健診結果の有所見率

令和4年度		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性	粕屋町	259	30.3	425	49.7	249	29.1	217	25.4	52	6.1	359	42.0
	福岡県	32,215	32.9	55,742	56.9	28,213	28.8	20,653	21.1	6,359	6.5	37,599	38.4
女性	粕屋町	205	20.8	176	17.8	132	13.4	86	8.7	7	0.7	242	24.5
	福岡県	25,746	20.0	25,803	20.1	20,045	15.6	11,535	9.0	1,277	1.0	30,737	23.9

令和4年度		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性	粕屋町	543	↑63.5	141	16.5	379	44.3	167	19.5	405	47.4	24	2.8
	福岡県	58,885	60.1	15,754	16.1	48,503	49.5	22,946	23.4	44,652	45.6	2,815	2.9
女性	粕屋町	591	↑59.9	23	2.3	386	39.1	123	12.5	535	54.2	1	0.1
	福岡県	73,516	57.2	2,892	2.3	56,704	44.1	19,313	15.0	70,245	54.7	333	0.3

(3)質問票調査の状況(生活習慣)【図表 17】

- 質問票の項目で、男性の 43.2%が、「20歳から10kg以上体重増加している」と回答している。また、男性、女性ともに約5割の方が、「1回30分以上の運動習慣がない」と回答している。
- 県平均と比較して、喫煙率(男性 27.1%、女性 7.5%)、朝食欠食率(男性 19.7%、女性 10.9%)、飲酒習慣リスク(女性 14.8%)が高い。

【図表17】 特定健康診査での質問票調査結果

令和4年度		喫煙		朝食欠食 週3回以上		就寝前夕食 就寝前2時間以内の夕食が 週3回以上		20歳から 10kg以上体重増加		1回30分以上 運動習慣なし <small>1回30分以上の軽く汗をかく運動 を週2日以上、1年以上実施</small>	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性	粕屋町	232	27.1	150	19.7	139	18.2	330	43.2	428	56.0
	福岡県	24,174	24.7	15,060	16.1	19,524	20.8	43,165	45.9	50,350	53.6
女性	粕屋町	74	7.5	92	10.9	86	10.2	221	26.2	541	64.1
	福岡県	8,068	6.3	12,475	10.2	12,241	10	34,068	27.7	73,950	60.2

令和4年度		1日1時間以上 運動習慣なし <small>日常生活において歩行または同等 の身体活動を1日1時間以上</small>		睡眠不足 <small>睡眠で休養が十分取れていない</small>		毎日飲酒		1日飲酒量 2合以上 <small>飲酒日の一日あたりの飲酒量</small>	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性	粕屋町	319	41.8	218	28.6	296	37.1	104	21.2
	福岡県	44,790	47.7	20,715	22.1	41,386	42.8	13,519	17.7
女性	粕屋町	346	41.0	244	28.9	131	14.8	26	7.9
	福岡県	58,524	47.7	32,181	26.2	15,592	12.3	3,036	3.9

(4)内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の該当者及び予備群の推移と特定保健指導の実施状況【図表 18】【図表 19】【図表 20】【図表 21】

- 内臓脂肪症候群該当者^{※1}は、令和4年度 18.9%、内臓脂肪症候群予備群^{※2}の該当者は、9.9%で、特定健康診査受診率が上がるのに合わせて、微増から横ばいを推移している。しかし、内臓脂肪症候群該当者の減少率^{※3}は、年々増加している。
- 令和4年度の特定保健指導の実施率は、69.2%と国の目標値の60%を達成している状況である。
- 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率^{※4}は、第1期データヘルス計画の数値と比較して減少傾向にある。令和4年度の特定保健指導対象者の内訳をみると、新規者と継続者^{※5}を比較して6割が継続者で、平成30年度から令和3年度まで同様の傾向にある。

※1 内臓脂肪症候群該当者：

内臓脂肪症候群判定の腹囲、BMI が基準を超え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、2 つ以上に該当する者

※2 内臓脂肪症候群予備群：

内臓脂肪症候群判定の腹囲、BMI が基準を超え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、1 つ以上に該当する者

※3 内臓脂肪症候群該当者の減少率：

(昨年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群の推定者)-(今年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群の推定者)／昨年度内臓脂肪症候群該当者及び予備群の推定者×100

※4 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率：

今年度は特定保健指導の対象でなくなった者／昨年度特定保健指導の利用者×100

※5 継続者：

平成30年度～令和4年度の間に2回以上、特定保健指導対象者となっている

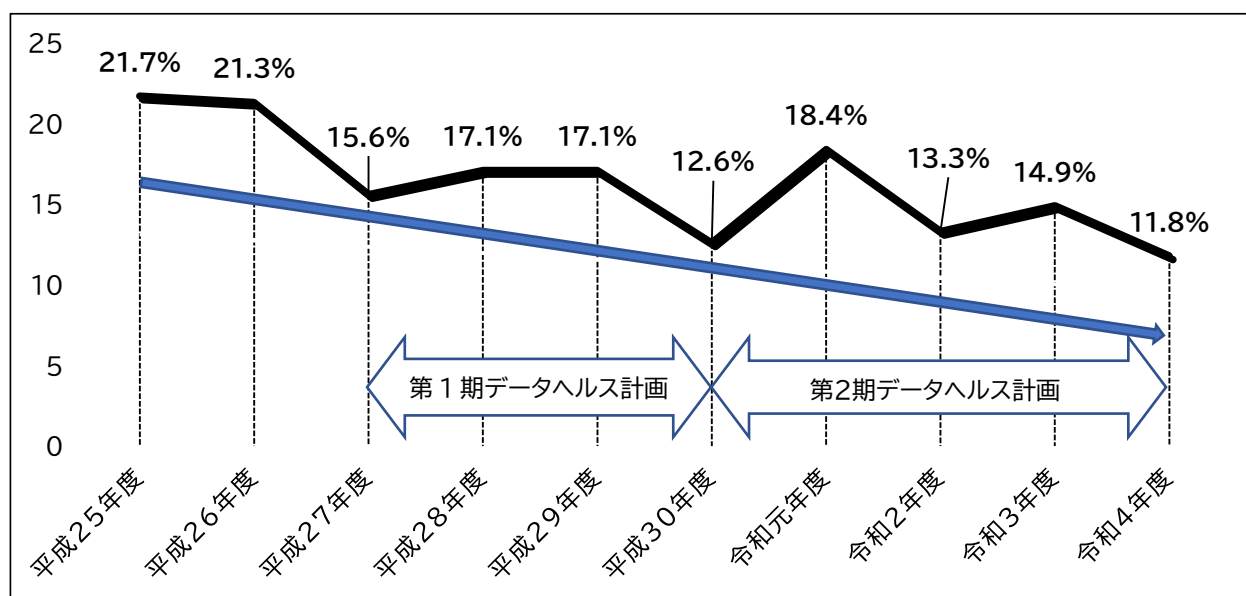
【図表 18】 内臓脂肪症候群、内臓脂肪症候群予備軍、内臓脂肪症候群該当者の減少率の割合推移

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
内臓脂肪症候群	該当数(人)	344	357	386	381	348	実施中	
	割合(%)	17.7	18.7	20.3	19.3	18.9		
内臓脂肪症候群予備群	該当数(人)	211	231	220	216	182		
	割合(%)	10.9	12.1	11.6	10.6	9.9		
内臓脂肪症候群該当者の減少率		(%)	14.3	18.8	14.9	20.9		22.3

【図表 19】 特定保健指導実施率の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
対象者数 (人)	199	212	205	231	201	計測中	
実施者数 (人)	131	146	138	168	139		
実施率 (%)	粕屋町	65.8	68.9	67.3	72.7		69.2
	県平均	45.5	45.1	38.9	43.0		43.1
	国平均	28.9	29.3	27.9	27.9		計測中
県内順位	27	21	20	18	23		
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	12.6	18.4	13.3	14.9	11.8		

【図表 20】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の推移



【図表 21】 特定保健指導対象者の新規者と継続者の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規者 (人)	87	59	40	56	54
継続者 (人)	107	128	127	129	99
合計 (人)	194	187	167	185	153
継続者の割合 (%)	55.2	68.4	76.0	69.7	64.7

6.生活習慣病重症化予防対象者の状況【図表 22】【図表 23】【図表 24】【図表 25】【図表 26】

- ▶ レセプト情報において、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症の治療者をみると、どの項目も平成30年度と令和4年度を比較して大きな増減なく、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症の順で多い。福岡県の治療該当者の割合と比較して、同等の割合である。
- ▶ 令和4年度の関係学会の治療に関するガイドラインに基づく重症化予防対象者数は、健診受診者の33.5%(未治療者 22.1%、治療者※1 46.6%)が該当している。
- ▶ 令和4年度の重症化予防対象者数の割合が多いのは、糖尿病の診断で使われる HbA1c6.5%以上(治療中:HbA1c7.0%以上)の該当者数は、149 人(8.1%)である。そのうち、治療なしが、64 人(42.9%)存在している。次が、Ⅱ度高血圧以上の該当者数で受診者の該当者数は、100 人(5.4%)である。そのうち、治療なしが64人(64%)存在している。また、悪玉コレステロール(LDL)の数値が180mg/dl 以上の該当者数は、85 人(4.6%)で、そのうち治療なしが 81 人(95.3%)存在している。
- ▶ CKD※2診療ガイドラインに準じて、尿たんぱくと eGFR の健診結果より腎臓専門医への紹介基準対象者は、112 人該当し、特定健診受診者での割合は、6.1%である。粕屋地区では、平成 24 年度より自覚症状がない時期から適切な医療受診と保健指導を実施し、重症化予防を図る「粕屋地区 CKD 対策連携システム」を立ち上げ、行政・かかりつけ医・腎臓内科医が連携している。令和 4 年度の連絡票を渡した対象者数は、252 人で、そのうち一次医療機関受診者数は、135人(53.6%)で一次医療機関から保健指導依頼があったのは、8人である。
- ▶ 福岡県が令和元年度より糖尿病性腎症重症化予防プログラム※3を開始し、粕屋町も令和2年度より福岡県の対象者に準じて開始した。令和4年度の対象者は、47人でそのうち糖尿病治療中は45人、未治療者は2人であった。令和4年度の粕屋町の人工透析調べで、原因疾患が糖尿病性腎症36人(34%)とその他と同じぐらい多い状況である。また、国民健康保険加入者のうち糖尿病性腎症が原因で透析に移行したのは1名であった。

※1 治療者:高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療中

※2 CKD:慢性腎臓病

※3 糖尿病性腎症重症化予防プログラム:

糖尿病は、放置することにより糖尿病網膜症・腎症などの重篤な合併症を引き起こす。特に、腎症が重症化すると、新規の人工透析導入につながるため対象者の日常生活への影響や経済的負担も大きい。このため福岡県では、糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みを開始した。

【図表 22】生活習慣病の実態

		高血圧症		脂質異常症		糖尿病		高尿酸血症	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
平成30年度	粕屋町	1,384	52.6	1,267	48.1	805	30.6	293	11.1
令和4年度	粕屋町	1,232	50.5	1,179	48.3	713	29.2	275	11.3
	福岡県	217,547	53.9	194,646	48.2	117,231	29.0	43,165	10.7

【図表 23】 健診受診者の重症化予防対象者の状況

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			健診受診者(受診率)																	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2015 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究報告))			糖尿病治療ガイド 2018-2019 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,840人 43.5%																	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データレセプト 2015年より</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>							■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>574</td> <td>1,266</td> </tr> <tr> <td>脳血管 疾患</td> <td>536</td> <td>1,304</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>208</td> <td>1,574</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれか</td> <td>856</td> <td>984</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	574	1,266	脳血管 疾患	536	1,304	糖尿病	208	1,574	3疾患 いずれか	856	984
	治療中	治療なし																									
高血圧	574	1,266																									
脳血管 疾患	536	1,304																									
糖尿病	208	1,574																									
3疾患 いずれか	856	984																									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2014 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2018-2017 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	重症化予防対象者 (実人数)																			
該当者数	100 5.4%	7 0.4%	85 4.6%	49 2.7%	348 18.9%	149 8.1%	112 6.1%	616 33.5%																			
治療なし	64 5.1%	5 0.5%	81 6.2%	35 2.7%	61 6.2%	64 4.1%	31 3.2%	217 22.1%																			
(再掲) 特定保健指導	20 20.0%	2 28.6%	28 32.9%	15 30.6%	61 17.5%	14 9.4%	8 7.1%	96 15.6%																			
治療中	36 6.3%	2 0.2%	4 0.7%	14 2.6%	287 33.5%	85 40.9%	81 9.5%	399 46.6%																			
臓器障害 あり	21 32.8%	5 100.0%	17 21.0%	6 17.1%	18 29.5%	17 26.6%	31 100.0%	71 32.7%																			
CKD(専門医対象者)	5	1	3	2	5	9	31	27																			
心電図所見あり	18	5	15	4	14	8	4	48																			
臓器障害 なし	43 67.2%	--	64 79.0%	29 82.9%	43 70.5%	47 73.4%	--	--																			

治療中

臓器障害 あり	11 30.6%	2 100.0%	0 0.0%	5 35.7%	78 27.2%	27 31.8%	81 100.0%	114 28.6%
CKD(専門医対象者)	4	1	0	3	50	21	81	74
心電図所見あり	7	2	0	2	30	6	4	44
臓器障害 なし	25 69.4%	--	4 100.0%	9 64.3%	209 72.8%	58 68.2%	--	--

【図表 24】 図表23を基に HbA1c、Ⅱ度高血圧症、LDL を抽出した重症化予防対象者の状況

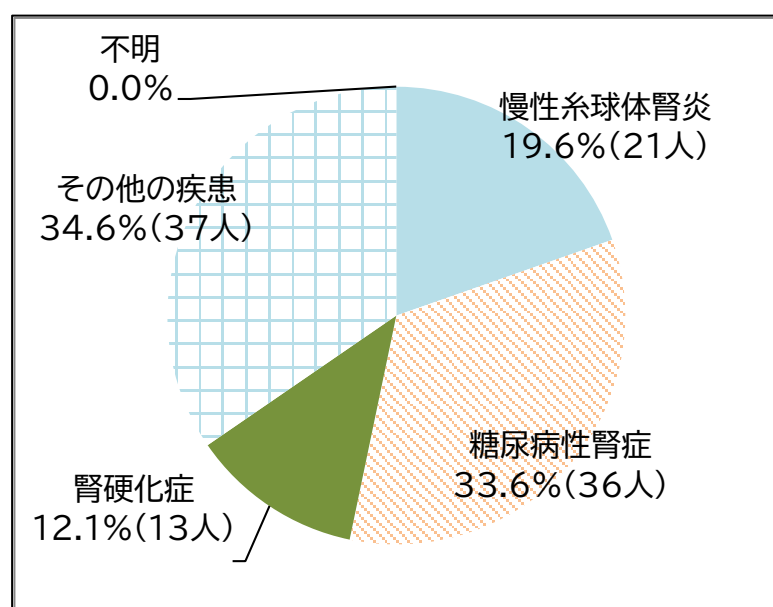
	該当者		治療中		治療なし	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
HbA1c6.5%以上 (治療中:HbA1c7.0%以上)	149	8.1	85	57.0	64	42.9
Ⅱ度高血圧以上	100	5.4	36	36.0	64	64.0
LDL180mg/dl以上	85	4.6	4	4.7	81	95.3

【図表 25】粕屋地区 CKD 対策連携システム運用状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
CKD対象者 (人)	215	225	216	214	252
一次医療機関受診者 (人)	107	119	123	127	135
一次医療機関から 二次医療機関紹介者 (人)	4	3	5	4	1

うち8人が
保健指導依頼あり

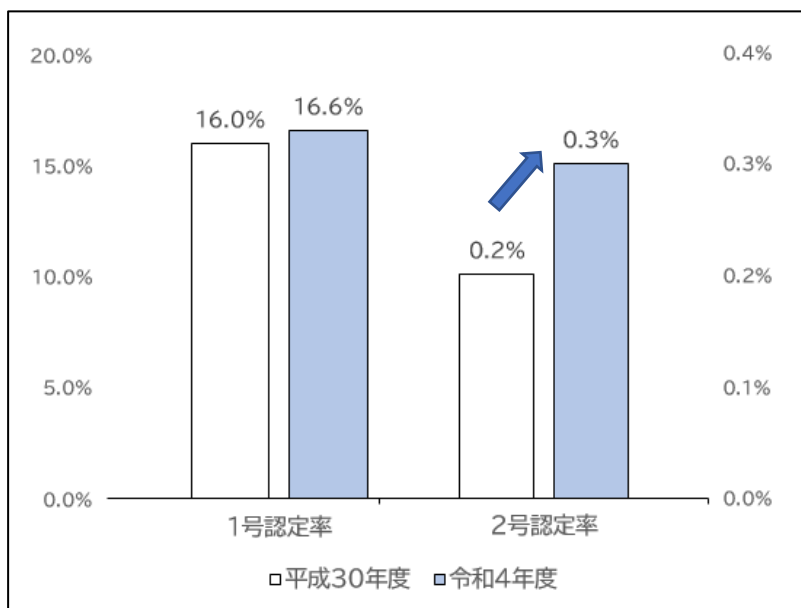
【図表26】 透析となった原因疾患



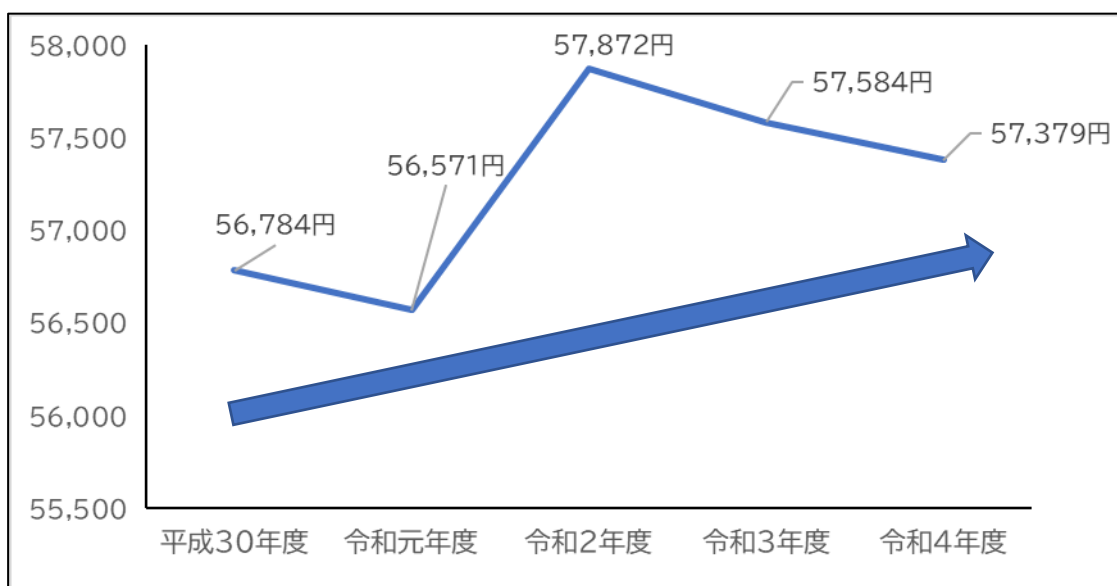
7.介護費の分析【図表 27】【図表 28】【図表 29】

- 介護保険の1号認定者、2号認定者の認定率の割合は、平成30年度と令和4年度を比較して、増えている。また、令和4年度の1件あたり介護給付費は57,379円と高くなっている。
- 国保加入者で要介護認定を受けている者の有病状況を見ると、特に第2号保険者(40～64歳)では、脳卒中が7割程度を占めている。また、脳血管疾患の危険因子である高血圧の有病状況も、第1、2号保険者ともにおおむね8割程度を占めている状況である。

【図表 27】 1号、2号の認定率



【図表 28】 1件あたり介護給付費の推移



【図表 29】 要介護認定の有病状況の割合（単位：%）

	第2号保険者	第1号保険者	合計
脳卒中	68.8	51.5	51.4
虚血性心疾患	31.3	42.6	42.5
腎不全	6.3	27.3	27.1
糖尿病	31.3	54.4	54.1
高血圧	75.0	85.3	85.1
脂質異常症	62.5	68.9	68.8
認知症	18.8	49.2	48.8
筋骨格系	62.5	95.6	95.2

8.その他【図表 30】

- ▶ がん検診の受診率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、令和2年度の受診率が落ち込んだ。しかし、その後、少しずつ受診率は上昇している。

【図表 30】がん検診受診率（単位：%）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
胃がん	7.1	6.7	4.8	4.6	4.8
肺がん	9.9	9.3	7.2	7.8	8.0
大腸がん	9.7	9.0	7.1	7.7	7.8

※1 対象者数は、平成29年度まで国勢調査報告数により算出。

県の指示より、平成30年度から対象年齢の人口とする。(4月1日時点)

※2 令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、胃内視鏡検査の実施期間が4か月のみとなる。(令和3年度以降は6か月)

Ⅲ 計画全体

1.健康課題

(1)【医療費からの視点】

- 1人当たりの医療費(医科)は、増加傾向にある。また、【図表8】疾病分類別医療費の割合を見ると、循環器疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患)や内分泌疾患(糖尿病)の生活習慣病に関係する疾患の医療費の割合が高い。生活習慣病の早期発見のためには特定健康診査の受診と疾病管理の重症化予防の対策が必要である。

(2)【特定健診からの視点】

- 特定健康診査の受診率は、年々微増から横ばいで推移している。特定健康診査で発見できる生活習慣病は、無症状で数十年以上進行する疾患が多いため、毎年、自分の健康状態を把握することが重要である。そのために、継続受診者を増やす取り組みが必要である。
- 特定健診の未受診者の中で、生活習慣病で治療中の方については、医療機関と連携して、受診勧奨を行う必要がある。また、年齢層が下がるとともに特定健康診査の受診率が低くなる。若年層から特定健康診査を毎年受ける習慣をつけることが生活習慣病の発症予防や疾病の早期発見にも繋がる。そのため、年齢層に合わせた未受診者対策と40歳前からの特定健康診査を受診できる機会をつくることも必要である。
- 特定健康診査の結果で有病率と質問票から、男女ともに運動習慣がない者が半数程度存在している。運動不足による消費エネルギーの減少は、内臓脂肪が蓄積しやすく、結果、男性で腹囲が判定値より高いものが半数以上存在している状況に繋がっている可能性がある。粕屋町健康増進計画第2期の課題としても、20歳以上の運動不足があるため、20歳前後の青年期から運動習慣を定着することは、その後の生活習慣病予防や介護予防へと繋がっていく。そのため若年層が興味、関心が湧くような運動教室の開催や若年層が集まる場での啓発活動が必要と考える。
また、週3回以上朝食を欠食している者、就寝前2時間以内の夕食を週3日以上の方が1割から2割存在している。朝食を欠食することや就寝前の食事では、血糖値が上がりやすくなるため、結果、糖尿病の診断に使用されるHbA1cの検査結果が判定値より高い者が多くなっていると推測される。このことから生活習慣病へと繋がる生活習慣について改善を意識していただくような啓発活動や運動・食事に関する健康講座の開催などポピュレーションアプローチをしていく必要がある。

(3)【特定保健指導、生活習慣病重症化予防対策からの視点】

- 特定保健指導の実施率は、国の目標を達成はしている。しかし、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、年々減少傾向にある。要因として、特定保健指導を継続して受ける継続者が、特定保健指導対象者の半数以上存在している。特定保健指導を受けているにも関わらず、生活改善に至っていない方が多く、理由としては、長年の生活習慣を短期間で行動変容するのは難しいことが考えられる。継続者には、少しでも生活改善できるように長期的な支援をしていくことが大切である。そのために、保健指導実施者のスキルアップや特定保健指導の実施体制づくりが必要である。

- 高血圧症及び脂質異常症に係る健診所見が重症化リスクの高い数値になっている対象者で未治療者が6割以上存在している。高血圧症や脂質異常症の数値が高く、未治療のまま放置すると脳血管疾患、虚血性心疾患を重症化し、身体的にも経済的にも大きな影響を及ぼすため、未治療者には医療機関への受診勧奨と生活習慣病を改善する重症化予防対策が必要である。

(4)【介護の視点】

- 介護認定率は、1号、2号認定者ともに認定率が増えてきている。2号認定者の有病率は、7割程度が脳卒中を罹患し、同じ割合で脳卒中の基礎疾患となる高血圧症、脂質異常症を治療中である。脳卒中を含む脳血管疾患は、急性期、回復期ともに医療費もかかり、患者本人、家族も長期にわたって日常生活の変化も大きな負担となる。そのため、生活習慣病の治療中の者にも食事管理や運動の必要性についてかかりつけ医と連携し、治療を中断しないような二次予防の保健指導をしていく必要がある。

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・目標

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。

- ① 生活習慣病の発症予防を行う。
- ② 生活習慣病の重症化予防を行う。
- ③ 健康的な生活習慣への改善を行う。
- ④ 地域で健康づくりを行う。

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)
生活習慣病の 発症予防を行う	特定健診受診者数の割合	特定健診受診率の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	43.5%	45%	50%
	30代基本健診受診者数	30代基本健診受診者を抽出 (評価時期:3月、集団健診終了後)	184人	現状値より増加	現状値より増加
生活習慣病の 重症化予防を行う	脳血管疾患の新規患者数 (被保険者千対)	保健事業等評価・分析システム「全体像」の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	19.5人	現状値より減少	現状値より減少
	虚血性心疾患の新規患者数 (被保険者千対)	保健事業等評価・分析システム「全体像」の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	13.3人	現状値より減少	現状値より減少
	人工透析の新規患者数 (被保険者千対)	保健事業等評価・分析システム「全体像」の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	0人	維持	維持
	一人当たり医療費	保健事業等評価・分析システム「全体像」の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	33.5万円	現状値より減少	現状値より減少
	介護保険2号認定者割合	保健事業等評価・分析システム「全体像」の値 (評価時期:法定報告確定後 11月頃)	0.3%	現状値より減少	現状値より減少
健康的な生活習慣 への改善を行う	特定保健指導実施率	特定健診・特定保健指導実施結果総括表の総計の値 (評価時期:翌年度11月頃)	69.2%	70%	75%
	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	特定健診・特定保健指導実施結果総括表の総計の値 (評価時期:翌年度11月頃)	11.8%	12.8%	11.9%
地域で健康づくり を行う	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 80.0年 女性 84.1年	維持	維持

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	評価時期	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	特定健康診査受診率	法定報告の値	単年: 法定報告確定後 11月頃	43.5%	45%	45%	45%	47%	47%	50%
2	継続受診率	17-2継続受診率の状況 (国保連合会提供資料)	単年: 翌年度1月	66.4%	70%	70%	70%	72%	72%	72%

(5) アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	受診勧奨回数	郵送・電話・訪問・SMS 勧奨をした回数 (4勧奨方法×3回) ※健診の受診勧奨の検証結果より勧奨は、2回程 度が効果的	単年: 翌年度4月	12回	← 維持 →					

(6)プロセス(方法)

周知	4月に国民健康保険加入者の全世帯へ特定健康診査についてのハンドブックを郵送する。そのほかに、広報誌およびホームページでの周知や、医療機関や公共施設にポスターを掲示する。	
勧奨	計画的に年に数回、通知・訪問・電話・SMSなどの手法を変えて実施する。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、勧奨する。	
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診・集団健診
	実施場所	・集団健診：粕屋町健康センター ・個別健診：指定医療機関
	時期・期間	・集団健診：5月～12月(状況に応じて変更あり)、28回前後 ・個別健診：5月～3月
	データ取得	人間ドック、職場での健診結果の提出依頼や粕屋管内の商工会へ健診受診者の結果提供依頼をする。
	結果提供	・集団健診：健診実施後1か月後に特定保健指導対象者、重症化予防事業対象者へ個別面談を実施する。 ・個別健診：町内の指定医療機関は、月初に健診結果を回収する。対象者への返却・結果説明は、指定医療機関において対応する。特定保健指導対象者、粕屋地区CKD・糖尿病連携システムの連絡票の対象者には、健康づくり課より面談を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診率が低い40歳～50歳代への受診勧奨について検討する。	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課、総合窓口課
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)	個別健診は、福岡県医師会に委託する。
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の依頼をする。
民間事業者	外部委託事業者へ特定健診未受診者の受診勧奨通知に関する業務を依頼する。
他事業	・出前講座や健康教室で特定健診の受診の必要性を周知する。 ・総合窓口課より新規加入者へ特定健診を案内する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定健診未受診者勧奨は、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

(4)アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ※実績平均20人減のため25人減を目標とする対象者数で算出	法定報告値	単年: 法定報告確定後 11月頃	11.8%	12.6%	12.6%	12.8%	12.3%	12.6%	11.9%

(5)アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	単年: 法定報告確定後 11月頃	69.2%	70%	70%	70%	75%	75%	75%

(6)プロセス(方法)

周知		集団健診時、特定健診受診者全員に当日面談を実施し、同時に特定保健指導についての案内を説明する。そのほかに、町のホームページでの周知や、町内の医療機関へ説明する。
勧奨		健診後の結果説明や電話でのフォローの際に初回面談の利用勧奨を行う。
実施および 実施後の支援	初回面接	・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。 ・個別健診における特定保健指導対象者は、健診結果返却後に対象者へ連絡し、面談予約を行う。
	実施場所	粕屋町健康センター、対象者の自宅
	実施内容	加入者の年齢や就労状況にあわせた効果的な指導を実施するために、体組成計を使用した保健指導や管理栄養士からの栄養相談(積極的は必須)、運動指導士からの運動指導を実施する。
	時期・期間	・集団健診後の初回面談:6月～1月中に実施する。 ・個別健診後の初回面談:7月～3月中に実施する。 最終評価は、翌年度7月までに終了する。
	実施後の フォロー・ 継続支援	初回面談より約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、手紙や電話で状況の把握を行う。生活習慣病重症化予防事業と重なっている対象者については、医療機関の受診状況の確認も実施する。

(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)	特定健診を委託する町内の指定医療機関に、対象者へ特定保健指導で町より連絡があることの周知の協力依頼をする。
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を依頼する。
その他の組織	特定保健指導の初回面談後、希望者には、町内の体育館と民間のスポーツジムで運動指導を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	減量に効果的な指導方法を委託事業者と情報交換を実施する。

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

未治療者は、医療機関への受診勧奨や保健指導を行い、治療者には、治療継続の必要性についてと保健指導を行う。

(3)対象者

選定方法	対象者の選定基準は、関係学会の治療に関するガイドラインに基づいて検診結果で選定する。
検診結果基準	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧:Ⅱ度高血圧以上(160/100mmhg以上)治療中も含む ・血糖値、HbA1c:40~64歳 空腹時血糖 126 mg/dlまたはHbA1c6.5%以上 未治療者のみ 65歳以上 空腹時血糖 126 mg/dlまたはHbA1c7.0%以上 未治療者のみ 40~69歳 空腹時血糖 126 mg/dlまたはHbA1c7.0%以上 治療中 70歳以上 空腹時血糖 126 mg/dlまたはHbA1c8.0%以上 治療中 ・糖質:LDL 180 mg/dl以上 ・尿酸値:尿酸 8 mg/dl以上 治療中も含む ・心電図:判定H(要精密検査)

(4)アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	Ⅱ度高血圧以上の該当率	保険事業等評価・分析システム「全体像」のⅡ度高血圧以上の該当の割合	単年: 法定報告確定後 11月頃	5.4%	← 減少 →					
2	HbA1c7.0%以上の該当率	保険事業等評価・分析システム「全体像」のHbA1c7.0%以上の該当の割合	単年: 法定報告確定後 11月頃	5.9%	← 減少 →					
3	LDL180 mg/dl以上の該当率	保険事業等評価・分析システム「全体像」のLDL180 mg/dl以上の該当の割合	単年: 法定報告確定後 11月頃	4.6%	← 減少 →					
4	Ⅱ度高血圧以上、HbA1c7.0%以上、LDL180 mg/dl以上の未治療者の医療機関受診率	重症化予防事業対象者の台帳で初回面談後、6か月以内のレセプトで受診者の割合(未受診者(中断者も含む)のうち受診した者/未受診者)	単年: 翌年度の 12月末	43% (43/100人)	← 増加 →					

(5)アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	初回の保健指導実施率	重症化予防事業対象者の台帳の初回の保健指導実施者数の割合	単年: 翌年度の12月末	98% (304/311人)				維持			

(6)プロセス(方法)

周知	特定健診時に特定健診受診者に説明する。
支援・評価	(治療中)健診結果後の初回面談を実施する→初回面談6か月後にレセプト確認し、生活習慣や病状確認のため手紙・電話をする。 (未治療)健診結果後の初回面談を実施する→初回面談3か月後にレセプト確認し、その後、未受診時は電話または訪問をする→初回面談6か月後にレセプト確認し、未受診の時は手紙・電話をする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	6か月後の評価シートの作成を検討する。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	町内の医師会に加入の医療機関には、年度末に生活習慣病重症化予防事業の結果報告を実施する。

4.糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

(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

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて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	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者で福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに該当する方 ・糖尿病治療中断者は、KDB システムを使用した糖尿病性腎症の対象者数の概数把握後の E(過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断)の該当者
健診結果基準	<ul style="list-style-type: none"> ①または②かつ③に該当する ①HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl以上 ②糖尿病治療中(1型糖尿病は除く) ③eGFR60 未満または蛋白尿(±)以上

(4)アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	人工透析の新規導入数 (国保)	前年度の対象者を更生台帳より確認	単年: 翌年度の12月末	1名	← 減少 →					
2	HbA1c8.0%以上の該当者率	保険事業等評価・分析システム「全体像」のHbA1c8.0%以上の該当の割合	単年: 法定報告確定後11月頃	1.7% (31/1782人)	← 減少 →					
3	未治療者(中断者を含む)の医療機関受診率	初回面談後、6か月以内のレセプトで受診有者の割合	単年: 翌年度の12月末	20% (1/5人)	← 減少 →					

(5)アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	初回の保健指導実施率	初回面談の実施者数の割合	単年: 翌年度の12月末	93.9% (46/49人)	← 増加 →					

(6)プロセス(方法)

実施および 実施後の支援	実施内容	(治療中)健診結果後の初回面談を実施する→初回面談6か月後にレセプト確認し、その後生活習慣や病状確認のため手紙・電話をする。 (未治療)健診結果後の初回面談を実施する→初回面談3か月後にレセプト確認し、その後、未受診時は電話・訪問をする→初回面談6か月後にレセプト確認し、未受診の時は手紙・電話をする。 ・中断者の抽出は、8月頃に実施する。中断者リストを作成し、中断者へ現在の治療状況に関する通知を郵送する。返信がない対象者には、電話または訪問を実施する。初回の通知から6か月後にレセプト確認を行う。
	時期・期間	6月～1月
	場所	粕屋町健康センター・対象者の自宅
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	6か月後評価シートの作成を検討する。	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	町内の医師会に加入の医療機関には、年度末の連絡会で説明・周知を図る。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	町内の医療機関に訪問し、事業説明と連携についての協力依頼をする。 (目標:医療機関からの保健指導依頼が対象者の1割)

5.30 代基本健診・保健指導事業

(1)事業の目的

粕屋町民の30～39歳へ健康診断を行うことで、早期よりメタボリックシンドロームの改善や生活習慣病の発症予防を図る。

(2)事業の概要

粕屋町民の30～39歳へ特定健診と同じ内容の健康診断を実施し、生活習慣病重症化予防事業の数値該当者と特定保健指導の積極的支援該当者には保健指導を行う。

(3)対象者

粕屋町民の30～39歳

(4)アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	30代基本健診の受診者数	保健管理システムで30代基本健診の受診者数を抽出	単年: 当年度の3月、集団健診終了後	218人							

← 増加 →

(5)アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	保健指導対象者台帳で30代基本健診の保健指導実施者の割合	単年: 当年度の3月、集団健診終了後	87.5% (14/16人)	90%	90%	90%	95%	95%	95%

(6)プロセス(方法)

周知		30歳代の住民が集まる機会での受診勧奨(幼稚園、保育園でのチラシ配布、出前講座や町主催のフェスタなどでチラシ配布)、乳幼児健診でのチラシを配布する。
勧奨		国民健康保険加入者の30歳～39歳に受診勧奨の通知をする。
実施形体・場所		集団健診:粕屋町健康センター
実施時期		5月～12月
実施および 実施後の支援	初回面接	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。
	実施場所	粕屋町健康センター、対象者の自宅
	実施内容	対象者の年齢や就労状況にあわせて効果的な指導を実施するために体組成計を使用した保健指導や管理栄養士からの栄養相談、運動指導士からの運動指導を実施する。
	時期・期間	集団健診後の初回面談:6月～1月中に実施する。
	実施後のフォロー	翌年の基本健診を受診し、身体的変化を確認する。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課
その他の組織	特定保健指導の初回面談後、希望者には町内の体育館と民間のスポーツジムで運動指導を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	減量に効果的な指導方法を委託事業者と情報交換を実施する。

6.町民を対象にした出前講座、学校や町行事での生活習慣病予防の啓発

(1)事業の目的

町民一人一人の自発的な健康づくりを図る。

(2)事業の概要

国民健康保険加入者に限らず、全てのライフステージにおいて生活習慣病予防やがん検診の啓発を行う。

(3)対象者

町民

(4)アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	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	中間評価と最終評価	男性:80.0年 女性:84.1年			維持				維持
2	がん検診精密検査の受診率 胃・肺・大腸	精検受診者数/要精検通知者数の割合 (新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業報告より抽出)	単年: 翌年度1月	胃:84.6% 肺:88.0% 大腸:68.3%			← 増加 →				

(5)アウトプット指標

No.	評価指標	評価対象・方法	評価時期	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	出前講座実施数	健康増進事業での出前講座の回数	単年: 当年度の3月	5回			← 増加 →				
2	イベントでの啓発チラシ配布数	バラ祭り・わっしょいフェスタでのチラシ配布数	単年: 当年度の3月	366枚			← 増加 →				

(6)プロセス(方法)

周知	<ul style="list-style-type: none">・区長会で出前講座について周知・啓発をする。・町のイベントや健康かすや21週間での周知・啓発をする。・広報誌での健康かすや21で啓発する。・ふくおか健康アプリを活用するよう啓発する。・小学校、中学校でのがん教育についての周知・啓発をする。
勧奨	<ul style="list-style-type: none">・がん検診受診者で精密検査未受診へ勧奨を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	<ul style="list-style-type: none">・啓発内容に禁煙と朝食の必要性、適正飲酒、運動に関する啓発をする。・運動習慣のきっかけづくりとなる運動教室や生活習慣病予防教室を開催する。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康づくり課
他事業	母子保健事業、高齢者支援事業、健康増進事業との連携

7.重複受診(服薬)・多剤投与者に対する適正受診対策事業

(1)事業の目的

重複受診(服薬)、多剤投与がある被保険者の適正な受診や服薬を促進し、健康の保持増進と医療費の適正化につなげる。

(2)事業の概要

重複受診(服薬)、多剤投与がある被保険者について、個別通知やアンケート等を郵送、電話での健康相談や服薬指導を行う。

(3)対象者

被保険者のうち、下記条件に該当する者

- ①重複受診対象者:同一疾病にて1ヵ月に2医療機関以上を受診している者(同一薬効の薬剤投与を受けている者)
- ②多剤処方対象者:1ヵ月に2医療機関以上、かつ、6剤以上処方されている者

(4)アウトカム指標

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)
適正受診勧奨通知 一件当たりの効果額	月平均医療費削減額 (介入後3ヵ月間のレセプトデータより)	13,626円	13,000円	13,000円	13,000円	13,000円	13,000円	13,000円

(5)アウトプット指標

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)
行動変容により効果ありと判定された者の割合	効果ありの人数/通知送付者数 (介入後3ヵ月間のレセプトデータより)	54% (39/71人)	50% (35/70人)	50% (35/70人)	50% (35/70人)	50% (35/70人)	50% (35/70人)	50% (35/70人)

(6)プロセス(方法)

実施および 実施後の支援	実施内容	重複受診、頻回受診、多剤投与者へ、委託事業者にて通知・電話にて勧奨を行う。
	時期・期間	5月～12月
	実施後の評価	通知・電話にて勧奨後3ヵ月間のレセプトデータにより、受診内容の変化を確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)		令和4年度は対象範囲を広げた取り組みを実施することで効果が見られた。電話等による相談や服薬指導を積極的に実施する。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	総合窓口課
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	委託事業者にて勧奨通知、アンケートを郵送、また電話にて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)	保健指導が必要と思われる者については、保健指導を実施するため、委託業者と連携を取る。

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、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事業

(1) 事業の目的

高齢者への個別的支援(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) 事業の概要

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をする。
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ないか等) 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

(単位:%)

	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 実施率	45	45	45	47	47	50
特定保健指導の 実施率	70	70	70	75	75	75
特定保健指導対象 者の減少率 ※過去の実績の平 均 20 人減 25 人減にて目標 とする対象者数で 算出	12.6	12.6	12.8	12.3	12.6	11.9

4. 特定健康診査等の対象者数

(単位:人)

	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	4,400	4,400	4,300	4,300	4,200	4,200
【特定健康診査】 目標とする 実施者数	1,980	1,980	1,935	2,021	1,974	2,100
【特定保健指導】 対象者数 ※過去の実績平均 11%で算出	218	218	213	237	217	231
【特定保健指導】 目標とする 対象者数 ※10%以下目標で 算出	198	198	194	202	197	210

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> 粕屋町健康センター

<個別健診> 福岡県医師会

(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	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
血圧の測定	収縮期血圧・拡張期血圧
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(ハマトクリット値、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)	当年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当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)粕屋町独自の実施項目

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
ヘモグロビン A1c
総コレステロール

(5)実施時期又は期間

<集団健診> 5月～12月(終了月は、年度で変更するときもある)

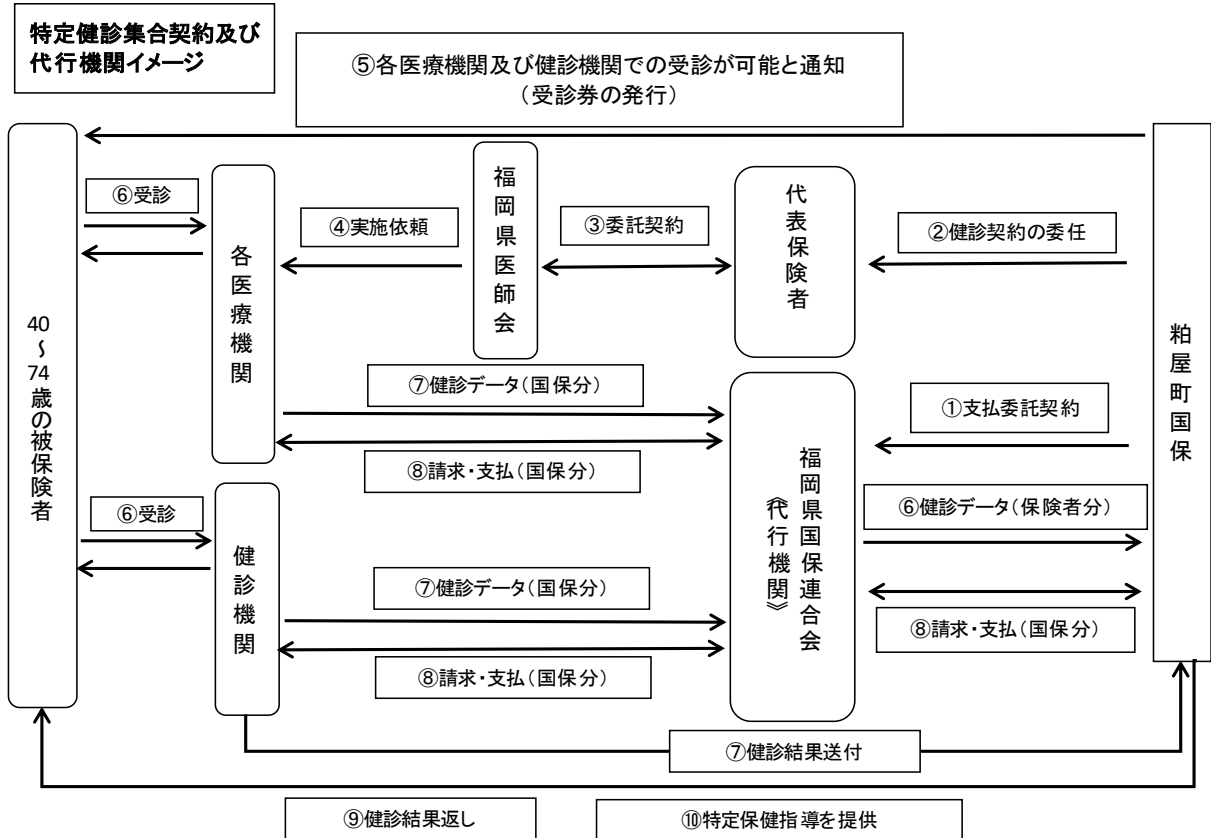
<個別健診> 5月～3月

(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、福岡県医師会に委託

②外部委託の実施形態



(7)周知や案内の方法

4月に国保加入者の全世帯へ特定健康診査についてのハンドブックを郵送。そのほかに、広報誌およびホームページでの周知や、医療機関や公共施設にポスターを掲示する

(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

本人同意のもとで粕屋町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 粕屋町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> 健診実施後、特定保健指導対象者、重症化予防事業の対象者は、1か月後に保健師、管理栄養士との面談にて健診結果を説明する。それ以外の対象者は、郵送となる。

<個別健診> 町内の医療機関は、月初に前月の健診実施分を回収し、特定保健指導対象者、粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムの対象者は、保健師、管理栄養士との面談にて結果を説明する。

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		
		なし		
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

健康センター、対象者の自宅

(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、後日電話等により行動目標を作成する初回面談の分割実施を行う。
継続支援(3か月以上の支援)	必要に応じて、運動支援、中間健診などの案内をする。
評価	体重、腹囲、血圧、生活習慣に関する質問票に準じて面談または手紙で実施する。

② 積極的支援

初回面談	健診当日に初回面談を実施し、後日電話等により行動目標を作成する初回面談の分割実施を行う。
継続支援(3か月以上の支援)	管理栄養士からの栄養相談、運動支援、中間健診などの案内をする。
評価	体重、腹囲、血圧、生活習慣に関する質問票に準じて面談または手紙で実施する。

・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か月後の行動変容項目	獲得ポイント
健診時より腹囲 2 cm・2 kg	180 ポイント
健診時より腹囲1cm・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)	30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:6 月～1月中に実施する。

個別健診後の初回面談:7 月～翌年 3 月中に実施する。

最終評価を翌年 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 加入者の世帯へ特定健診の内容や受診方法について郵送

(2)年度の前半

特定健康診査の実施

(3)年度の後半

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)

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)

V 個人情報の保護

1. 記録の保存方法

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日に属する年度の翌年度の末日までとなるが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて、当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努める。

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(法定報告の数値にて)

(1)特定健康診査の受診率

(2)特定保健指導の実施率

(3)特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

計画で設定した評価方法に基づき、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。