

第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画  
(素案)

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

久山町国民健康保険



# 目次

第1編 第3期データヘルス計画.....	1
I 基本的事項.....	1
1.背景と目的.....	1
2.計画の位置づけ.....	1
3.計画期間.....	1
4.実施体制・関係者連携.....	2
(1) 庁内組織.....	2
(2) 地域の関係機関.....	2
5.基本情報.....	2
6.現状の整理.....	3
(1) 保険者の特性.....	3
(2) 前期計画等に係る考察.....	3
II 健康・医療情報等の分析と課題.....	4
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】.....	4
2.医療費の分析.....	4
(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢別 等） 【図表2】.....	4
(2) 疾病分類別の医療費 【図表3】【図表4】【図表5】.....	6
3.後発医薬品の使用割合 【図表6】.....	7
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表7】.....	7
5.特定健康診査・特定保健指導の分析.....	9
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表8】【図表9】.....	9
(2) 特定健康診査結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表10】.....	10
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表11】【図表12】【図表13】.....	11
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析 【図表14】.....	12
7.介護費の分析 【図表15】【図表16】.....	12
8.その他.....	13
(1) がん検診の状況【図表17】.....	13
(2) 一体的実施の状況【図表18】【図表19】.....	13
(3) ICTを活用した保健事業の状況【図表20】.....	14
(4) 新規透析導入患者数の状況【図表21】.....	14
III 計画全体.....	15
1.健康課題.....	15
2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値.....	15
(1) 計画全体の目的.....	15
3.保健事業一覧.....	16

IV 個別保健事業計画.....	1 7
1.特定健康診査（ひさやま健診） .....	1 7
2.特定保健指導.....	1 9
3.40歳未満早期介入保健事業.....	2 1
4.受診勧奨判定値以上の方の受診勧奨.....	2 3
5.糖尿病性腎症重症化予防.....	2 5
6.がん検診 .....	2 7
7.歯科保健 .....	2 9
8.ICTを活用した保健事業（健康管理アプリ「kencom」） .....	3 0
9.ICTを活用した保健事業（ひさやま元気予報） .....	3 1
10.一体的実施 .....	3 2
11.重複・多剤投与.....	3 3
12.後発医薬品使用推進.....	3 4
V その他.....	3 5
1.データヘルス計画の評価・見直し .....	3 5
2.データヘルス計画の公表・周知.....	3 5
3.個人情報の取扱い.....	3 5
4.地域包括ケアに係る取組.....	3 5
第2編 第4期特定健康診査等実施計画.....	3 6
I 基本的事項.....	3 6
1.背景・現状等 .....	3 6
(1)背景.....	3 6
(2)現状.....	3 6
2.特定健康診査等の実施における基本的な考え方.....	3 7
(1)特定健康診査の基本的考え方.....	3 7
(2)特定保健指導の基本的考え方.....	3 7
3.達成しようとする目標.....	3 8
4.特定健康診査等の対象者数 .....	3 8
II 特定健康診査（ひさやま健診） .....	3 8
1.特定健康診査の実施方法 .....	3 8
(1)対象者.....	3 8
(2)実施場所 .....	3 8
(3)法定の実施項目 .....	3 8
(4)保険者独自の実施項目.....	4 0
(5)実施時期又は期間.....	4 0
(6)外部委託の方法 .....	4 0
(7)周知や案内の方法.....	4 0

(8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法 .....	4 1
(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等） .....	4 1
III 特定保健指導 .....	4 1
1. 特定保健指導の実施方法 .....	4 1
(1) 対象者 .....	4 1
(2) 実施場所 .....	4 1
(3) 実施内容 .....	4 1
(4) 実施時期又は期間 .....	4 3
(5) 外部委託の方法 .....	4 3
(6) 周知や案内の方法 .....	4 3
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】 .....	4 3
1. 年間スケジュール .....	4 3
(1) 年度当初 .....	4 3
(2) 年度の前半 .....	4 3
(3) 年度の後半 .....	4 3
2. 月間スケジュール .....	4 4
V 個人情報の保護 .....	4 4
1. 記録の保存方法 .....	4 4
2. 保存体制、外部委託の有無 .....	4 4
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知 .....	4 5
1. 特定健康診査等実施計画の公表方法 .....	4 5
2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法 .....	4 5
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し .....	4 5
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法 .....	4 5
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方 .....	4 5

# 第1編 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な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、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、これらの経緯を踏まえ、第1期、第2期に続き第3期データヘルス計画を策定した。

### 2.計画の位置づけ

久山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、久山町国民健康保険「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、福祉総合計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画との調和を図っている。

また、福岡県及び後期高齢者医療広域連合など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、町民生活課が主体となり健康課・福祉課と協議、連携し進める。

##### (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、福岡県医師会（粕屋医師会）等や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）（以下県国保連という）との連携により進める。

#### 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)	
---------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--

	久山町										福岡県	
	R1	R2	R3	%	R4	%	再掲				R3	%
							男性	%	女性	%		
人口(人)	9,065	9,210	9,244	/	9,312	/	4,443	/	4,869	/	5,124,259	/
国保加入者数(人) 合計	1,676	1,646	1,563	100%	1,509	100%	748	100%	761	100%	1,103,947	100%
0~39歳(人)	346	356	324	21%	337	22%	175	23%	162	21%	309,573	28%
40~64歳(人)	495	474	452	29%	454	30%	253	34%	201	26%	341,218	31%
65~74歳(人)	835	816	787	50%	718	48%	320	43%	398	52%	453,156	41%
平均年齢(歳)	55歳	55歳	55歳	/	54歳	/	52歳	/	55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
保健医療機関関係団体	粕屋医師会とは特定健康診査・特定保健指導・重症化予防に関して連携を図る。
県国保連・国保中央会	特定健康診査・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	九州大学、中村学園大学、福岡県等と連携。 保健事業の周知・啓発活動においては、生活習慣病予防対策推進協議会、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被保険者数の推移

令和4年度末の被保険者数は1,509人であり、令和元年度末の1,676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21%、40-64歳が29%、65-74歳が50%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3年度)

#### ③その他

計画的な住宅政策が実施されていることにより、20~40代の子育て世代の流入が続いている。転入者の多くは現在は社会保険であるが、ゆくゆくは国保被保険者となる可能性が高い。賃貸住宅の数が少ない為、転出入による異動数はそれほど多くない。

また、昭和36年から60年以上にわたり九州大学久山町研究室と連携して住民の健康診断を実施している。蓄積されたデータは開業医や住民自身による健康状態の把握、また九州大学久山町研究室の研究に活用されている。

### (2) 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、入院医療費の伸び率の減少を重視し、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規発症の減少を目的とした重症化予防事業を重点的に実施した。

しかし高血圧者の割合や血糖コントロール不良者の割合は微増もしくは横ばいで、目標も未達であった。また新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度以降、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に50代男性、60代女性の受診率の低下が顕著であったため、第3期は改めて特定健康診査を起点に事業を設計する。



## 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】

- 平均寿命は、男性 80.7 歳、女性 87.2 歳であり、男女とも県平均と同水準である。(令和 4 年度)
- 平均自立期間は、男性 82.5 歳、女性 86.1 歳であり男女とも県平均よりも平均自立期間が長くなっている。

【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	
久山町	80.7	82.5	80.9	99.2
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

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	
久山町	87.2	86.1	83.6	100.2
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) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢別 等） 【図表2】

- 国保被保険者数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（医科外来）は 17,710 円で全国平均（16,660 円）同規模平均（17,220 円）県平均（16,230 円）よりも高い水準である。また、令和元年と比較すると一人あたり医療費（医科外来、医科入院）は増加している。特に男性の 20 代、男女とも 50 代における一人あたり医療費（医科）については県平均よりも高いという特徴がある。
- 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、2,310 円で全国平均（2,160 円）、同規模平均（2,010 円）県平均（2,300 円）よりも高い水準である。また、令和元年と比較すると微増傾向である。

【図表2】

## ■一人当たり医療費

(単位:円)

	R4 年度		
	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
久山町	17,710	16,450	2,310
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

(単位:円)

R1 年度		
医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
15,180	14,810	2,230
15,110	12,540	2,080
16,120	12,900	1,860
15,620	10,600	2,000

## ■受診率

	R4 年度		
	医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
久山町	761.69%	25.35%	175.30%
福岡県	721.36%	21.19%	165.03%
同規模	692.16%	22.69%	144.17%
全国	687.78%	17.66%	161.45%

R1 年度		
医科 (外来)	医科 (入院)	歯科
750.09%	26.89%	172.95%
706.99%	22.62%	157.63%
680.37%	23.85%	138.27%
682.33%	18.70%	157.37%

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)

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
久山町	6,674	4,583	47,447	16,940	18,531	42,864	46,254	59,842
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

R1 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
久山町	8,453	12,096	27,817	7,750	39,784	23,577	43,708	47,437
福岡県	13,881	7,002	6,433	12,396	20,044	34,854	43,154	49,133

## ■一人当たり医療費(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
久山町	10,844	6,263	6,704	8,325	9,756	45,292	33,976	43,697
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

R1 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
久山町	13,582	4,150	21,721	5,588	16,591	54,177	29,671	32,825
福岡県	11,680	6,113	7,744	13,411	20,115	27,541	31,106	37,658

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】【図表5】

- 疾病分類別医療費の割合は、新生物（20.6%）、循環器（12.0%）、筋骨格（8.4%）、内分泌（8.1%）、呼吸器（7.6%）の順に多い。県と比較すると新生物、呼吸器の割合が高い。
- 1件あたりの入院医療費は、腎不全(1,298,449円)、脳血管疾患(966,497円)、心疾患(876,556円)の順に高い。県内順位は、腎不全（1位）、脳血管疾患（1位）、新生物（2位）、精神（3位）が高い。
- 1件あたり入院外医療費は腎不全（123,613円）、新生物（72,871円）で高い。県内順位は、脳血管疾患（1位）、糖尿病（2位）が高い。
- 国民健康保険加入者の総医療費に占める各疾病の割合は県と比べて、糖尿病（5.38%）、新生物（20.53%）が高い。
- 後期高齢者医療保険加入者の総医療費に占める各疾病の割合は県と比べて、慢性腎不全（透析有）（8.48%）、慢性腎不全（透析無）（0.95%）、狭心症（1.68%）、糖尿病（3.97%）、筋・骨疾患（13.56%）が高い。

【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
久山町	20.6%	12.0%	6.7%	8.1%	8.4%	6.7%	3.2%	7.6%	4.3%	23.0%
福岡県	16.8%	12.8%	7.0%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	16.8%	14.4%	6.4%	9.4%	9.3%	6.7%	7.6%	5.4%	6.0%	16.4%
全国	16.8%	13.5%	7.7%	9.0%	8.7%	6.2%	7.9%	6.2%	6.1%	17.9%

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（久山町）

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)	761,879円	717,602円	659,816円	966,497円	876,556円	1,298,449円	606,866円	854,077円	0円
県内順位 (60保険者)	5位	16位	23位	1位	11位	1位	3位	2位	44位
入院外単価 (円/件)	41,938円	25,849円	24,093円	47,483円	33,373円	123,613円	33,202円	72,871円	13,196円
県内順位 (60保険者)	2位	50位	38位	1位	49位	6位	5位	10位	48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5】

■第3期計画の中長期目標に関する指標(令和4年度)

久山町	総医療費	一人当たり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾 患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常 症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗 塞 脳出 血	狭心症 心筋梗 塞									
国保	久山町	6億5225万円	34,162	0.70%	0.08%	1.39%	1.29%	5.38%	2.94%	1.88%	8907万円	13.66%	20.53%	6.12%	8.38%
	同規模		30,571	3.83%	0.32%	2.06%	1.47%	6.06%	3.51%	2.04%		19.29%	16.76%	7.98%	9.27%
	県		28,941	2.46%	0.29%	2.06%	1.37%	5.09%	3.20%	2.35%		16.83%	16.72%	9.34%	8.98%
	国		27,570	4.38%	0.29%	2.07%	1.46%	5.45%	3.06%	2.11%		18.82%	16.77%	7.88%	8.71%
後期	久山町	14億1346万円	86,668	8.48%	0.95%	3.49%	1.68%	3.97%	2.63%	1.19%	3億1633万円	22.39%	7.78%	2.70%	13.56%
	同規模		68,038	4.14%	0.54%	4.01%	1.51%	4.11%	3.28%	1.17%		18.77%	10.30%	3.53%	12.45%
	県		86,683	6.03%	0.56%	4.07%	1.47%	3.49%	2.88%	1.48%		19.97%	9.86%	4.70%	12.75%
	国		71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%		19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

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6】

- 後発医薬品の使用割合は79.7%（令和4年度実績）であり、国の目標値80%に近づいている。

【図表6】

■後発医薬品の使用割合

R4年9月診療分	久山町	福岡県	全国
使用割合	78.4%	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7】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の34.6%（550人）いる。（令和4年度）
- 重複・多剤服薬者が被保険者全体の48%（763人）いる。（令和4年度）

【図表7】

■被保険者数(久山町)

R4年5月	1,591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
		R4年5月
2医療機関以上	1日以上	23.2
	5日以上	2.5
	10日以上	0.6
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
2医療機関以上	1以上	0.1
	2以上	0.1
	3以上	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
		R4年5月
1日以上	1以上	47.9
	2以上	40.9
	3以上	33.1
	4以上	26.2
	5以上	20.2
	6以上	48.7

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・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8】【図表9】

- 令和4年度の特定健康診査の受診率は62.7%であり、コロナの影響により受診率が低下したが年々微増傾向で県平均(34.4%)より高く、国の目標値60%を達成している。
- 特定健康診査の県との比較(性・年齢別)では、すべての年代の受診率は男女ともに県平均より高いが、男性の45～49歳の受診率が42.5%、55～59歳の受診率が36.4%、女性の40～44歳の受診率が48.4%、50～54歳の受診率が44.0%と低い。
- 特定保健指導の実施率は77.7%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、60～64歳の男性の実施率が28.6%で県平均(32.9%)より低い。

【図表8】

#### ■ 特定健康診査受診率

	R3年度			R4年度		
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
久山町	1,140	677	59.4%	1,071	672	62.7%
福岡県	709,109	229,615	32.4%	674,219	236,034	34.4%
全国	18,132,300	6,501,264	35.9%	—	—	—

#### ■ 特定保健指導実施率

	R3年度			R4年度		
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
久山町	120	94	78.3%	103	80	77.7%
福岡県	26,892	10,562	39.3%	25,305	10,917	43.1%
全国	759,400	197,032	25.9%	—	—	—

出典: 特定健診等データ管理システム 令和3年、4年法定報告値

【図表9】

#### ■ 性・年齢別階級別特定健康診査・特定指導実施割合

R4年度	年齢	男性							
		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健康診査	久山町	44.4%	42.5%	55.1%	36.4%	64.7%	63.6%	70.6%	60.5%
	福岡県	17.7%	18.3%	20.0%	22.7%	28.5%	38.5%	41.6%	32.1%
特定保健指導	久山町	50.0%	70.0%	72.7%	100%	28.6%	88.9%	92.3%	76.1%
	福岡県	28.8%	30.2%	28.9%	29.2%	32.9%	45.2%	43.0%	23.3%

R4年度		女性							
年齢		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健康診査	久山町	48.4%	53.3%	44.0%	75.0%	57.9%	72.6%	66.7%	64.9%
	福岡県	22.8%	21.7%	24.4%	27.1%	34.4%	40.9%	42.1%	36.3%
特定保健指導	久山町	50%	50%	対象者なし	100%	66.7%	100%	80.0%	78.1%
	福岡県	27.7%	29.7%	30.7%	34.1%	37.8%	47.0%	43.2%	28.5%

出典：KDB システム帳票 健康スコアリング(健診)

## (2) 特定健康診査結果の状況(有所見率・健康状態) 【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、空腹時血糖(72.6%)、HbA1c(84.1%)は県平均より大幅に高い。また、腹囲(43.8%)、尿酸(10.3%)、LDL コレステロール(55.4%)は県平均よりやや高い。
- 内臓脂肪症候群(メタボ)の該当者割合を県と比較すると21.7%であり、県平均(20.6%)よりやや高い。
- 生活習慣病リスク保有者の男女別割合で比較すると、腹囲(男性：62.1%)、尿酸(男性：18.8%)は男性の有所見率が大幅に高く、LDL コレステロール(女性：62%)は女性の有所見率が高い。また、空腹時血糖やHbA1cに関して男女差はみられない。

【図表10】

### ■特定健康診査結果の状況(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 (%)	久山町	43.8	28.7	21.7	15.8	4.2	72.6	84.1	0.1
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.3	58.5	2.8
	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
有所見率 (%)	久山町	10.3	45.7	20.1	55.4	0	1.0	19.9	21.7
	福岡県	8.2	46.4	18.7	50.7	3.6	1.4	21.8	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

### ■特定健康診査結果の状況(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	33.8	28.7	21.7	15.8	4.2	72.6	84.1	0.1
	男性	62.1	33.8	28.7	22.3	7.3	77.7	81.5	0
	女性	27.7	24.3	15.6	10.1	1.4	68.2	86.3	0.3

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	10.3	45.7	20.1	55.4	0	1.0	19.9	29.3
	男性	18.8	46.2	26.4	47.8	0	2.2	19.1	
	女性	2.8	45.3	14.5	62.0	0	0	20.7	

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

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

- 喫煙率(19.8%)は県平均(14.2%)よりも高く、飲酒習慣では飲酒頻度「毎日」(30.2%)の割合が県平均(25.5%)より高い。また、一日飲酒量は1合未満(73.6%)の割合が県平均(64.3%)より高い。
- 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43.8%と県平均24.9%より大幅に高い。

#### 【図表11】

##### ■喫煙

令和4年度	久山町			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	19.8	133	672	14.2	32,160	225,954	15.1	21,687	143,906	12.7	802,152	6,30,344
男性	33.1	104	314	24.7	24,109	97,749	25.6	17,477	68,252	21.9	595,337	2,713,822
女性	8.1	29	358	6.3	8,051	128,205	5.6	4,210	75,654	5.8	206,815	3,591,522

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

#### 【図表12】

##### ■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 (%)	久山町	30.2	20.1	49.7	73.6	17.6	6.9	1.9
	福岡県	25.5	23.6	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	26.4	21.1	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13】

■生活習慣改善(改善意欲なし)

令和4年度	久山町			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	43.8	293	699	24.9	53,890	216,369	32.9	44,080	134,105	27.5	1,553,245	5,656,206
男性	47.4	148	312	29.2	27,379	93,787	38.7	24,545	63,470	31.5	769,488	2,439,029
女性	40.6	145	357	21.6	26,511	122,582	27.7	19,535	70,635	24.4	783,757	3,217,177

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】

- 健診受診者と未受診者の生活習慣病等 1 人当たり医療費を比べると、健診受診者は 17,828 円に対し、未受診者は 35,594 円と高くなっている。
- 令和 4 年度の高血圧の有所見者で未治療者が 16.2%いる。(県は 14.3%)
- 令和 4 年度の糖尿病の未治療者は 8.6%いる。(県は 5.1%)

【図表14】

■健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人当たり医療費(単位:円)

	久山町	県	同規模	国
健診受診者	17,828	4,913	9,063	6,142
健診未受診者	35,594	40,836	37,482	40,210

出典:KDB システム帳票 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題

7.介護費の分析 【図表 15】【図表 16】

- 要介護認定率は 16.1%で、県平均 (19.9%) よりも低い、1 件あたり介護給付費は 61,249 円と、県平均 (59,152 円) よりも高い。
- 第 2 号被保険者の要介護認定率が 0.1%と県平均 (0.3%) より低い。

【図表15】

■介護認定の状況 (単位:%)

令和4年度	久山町	福岡県	同規模	全国
1号認定率	16.1	19.9	19.4	19.4
2号認定率	0.1	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16】

■介護給付費の状況

令和4年度	久山町	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	61,249	59,152	74,986	59,662
総給付費(円)	5,53,013,523	407,127,115,803	208,126,001,519	10,074,274,226,869
総件数(件)	9,029	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

8.その他

(1) がん検診の状況【図表17】

- ▶ がん検診の受診率が県平均より高い傾向にある。(令和3年度胃がん検診(23.8%) 肺がん検診(33.6%) 大腸がん検診(24.1%) 子宮頸がん検診(30.6%) 乳がん検診(36.4%))

【図表17】

■がん検診の受診率

	胃がん			肺がん			大腸がん			子宮頸がん			乳がん		
	久山町	福岡県	全国	久山町	福岡県	全国	久山町	福岡県	全国	久山町	福岡県	全国	久山町	福岡県	全国
令和2年度	22.8%	6.2%	7.0%	28.2%	3.3%	5.5%	22.9%	4.2%	6.5%	31.7%	14.0%	15.2%	36.8%	12.3%	15.6%
令和3年度	23.8%	5.9%	6.5%	33.6%	3.8%	6.0%	24.1%	4.8%	7.0%	30.6%	14.3%	15.4%	36.4%	12.3%	15.4%

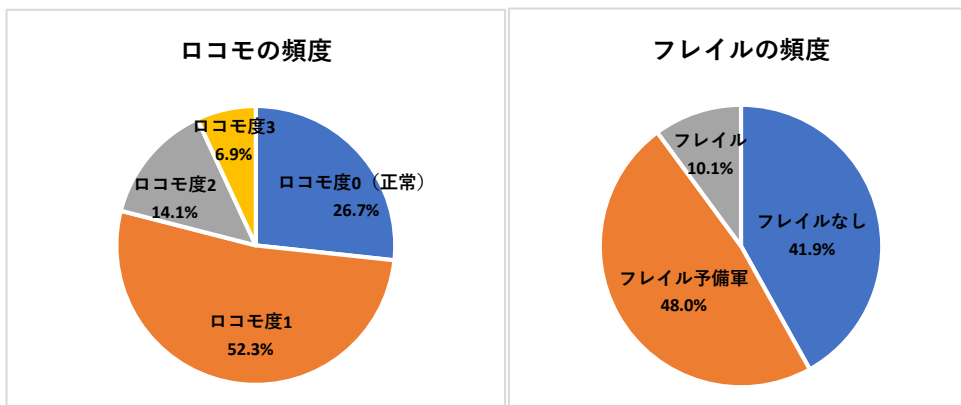
出典:令和2、3年度地域保健・健康増進事業報告 福岡県より提供

(2) 一体的実施の状況【図表18】【図表19】

- ▶ 久山町では令和6年度から一体的実施の取組みを開始する。令和4年度に65歳以上の方を対象としたロコモ・フレイルCT検診の結果、受診者1,483名のうち約70%が何らかの身体機能の低下があり、約60%がフレイルに該当またはその予備軍であった。また、後期高齢者の一人当たり医療費は県内28位であり、そのうち筋・骨格に係る医療割合が最も高く27.7%を占めているが年々減少傾向にある。一方で慢性腎臓病(透析有)と糖尿病にかかる医療費の割合が増加傾向である。

【図表18】

■ロコモ・フレイルCT検査結果(令和4年度)



出典:久山町研究室資料

【図表19】

■後期高齢1保険者当たり疾病別入院医療費点数  
(高い順)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1位	骨折	骨折	骨折
2位	脳梗塞	脳梗塞	慢性腎臓病(透析有)
3位	関節疾患	慢性腎臓病(透析有)	関節疾患
4位	不整脈	不整脈	脳梗塞
5位	慢性腎臓病(透析有)	関節疾患	不整脈

■後期高齢1保険者当たり疾病別外来医療費点数  
(高い順)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1位	慢性腎臓病(透析有)	慢性腎臓病(透析有)	慢性腎臓病(透析有)
2位	糖尿病	糖尿病	糖尿病
3位	不整脈	不整脈	不整脈
4位	高血圧症	関節疾患	関節疾患
5位	関節疾患	関節疾患	関節疾患

出典:KDB システム帳票 医療費分析(1)細小分類

(3) ICT を活用した保健事業の状況【図表 20】

- 久山町では住民のセルフケア推進を目的に平成 30 年度より健康管理アプリ「kencom」を導入している。kencom アプリ利用者の健診受診状況をみると、利用ありの健診受診者の割合(84.8%)が高く、継続受診率も高い。

【図表20】

■kencom 利用者の健診受診状況

	令和4年度 受診あり	(再掲)受診あり			
		2年連続	3年連続	4年連続	5年連続
kencom 利用あり	84.8%	74.7%	63.2%	61.0%	56.5%
kencom 利用なし	48.1%	38.2%	29.5%	27.6%	25.0%

出典:健康管理システム(特定健診対象者リスト、kencom 利用者分析一覧)

(4) 新規透析導入患者数の状況【図表 21】

- 国保加入者の新規透析導入患者数は、令和2年度、令和3年度は0人、令和4年度は1人となっており、糖尿病、糖尿病性腎症を発症している。

【図表21】

■新規透析導入患者数(単位:人)

	透析患者数 (年度末)		新規透析導入者				
			令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度	
	千対被保数	糖尿病あり				糖尿病性腎症	
国保	2	1.29	0	0	1	1	1
後期	22	15.95	3	0	2	1	1

出典:データヘルス参考資料(国保連より)16 新規透析患者数(H29-R04 年度)

### III 計画全体

#### 1.健康課題

- 1件あたりの入院医療費は腎不全、脳血管疾患、心疾患の順に高い。特に腎不全、脳血管疾患の入院医療費が県内1位である。また、1件あたり入院外医療費は腎不全、新生物の順に高い。県内順位は脳血管疾患が1位、糖尿病が2位となっている。
- 健診受診率では特に男女ともに40～50代の健診受診率が低く、健康意識の低さが課題である。
- 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、空腹時血糖、HbA1cは県平均より大幅に高くなっており、また、男性は腹囲、尿酸、女性はLDLコレステロールが県平均よりやや高い状況である。
- 後期高齢者医療保険では、慢性腎臓病（透析有）と糖尿病にかかる医療費の割合が増加傾向であり、若い頃からの予防や重症化予防が必要である。

#### 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

生活習慣病の発症予防・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	現状値	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	脳血管疾患の発症予防	脳血管疾患の最大医療費割合の減少	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より脳出血・脳梗塞の医療費の割合	2.9%	2.8%	2.7%
ii	新規透析患者の発症予防	透析患者千対被保数の減少	データヘルス計画参考資料より「16新規透析患者」から算出された透析患者千対被保数	1.29人	1.28人	1.27人
iii	糖尿病の重症化を予防する	HbA1c8.0以上の者の割合の減少	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	1.6%	1.5%	1.4%
iv	若年層から健康意識を高める	特定健康診査の受診率の向上	特定健康診査の受診者の割合 (法定報告)	62.7%	70%	70%

### 3.保健事業一覧

- 1.特定健康診査（ひさやま健診）
- 2.特定保健指導
- 3.40歳未満早期介入保健事業
- 4.受診勧奨判定値以上の方への受診勧奨
- 5.糖尿病性腎症重症化予防
- 6.がん検診
- 7.歯科保健
- 8.ICTを活用した保健事業（健康管理アプリ「kencom」）
- 9.ICTを活用した保健事業（ひさやま元気予報）
- 10.一体的実施
- 11.重複・多剤投与
- 12.後発医薬品使用促進

## IV 個別保健事業計画

### 1. 特定健康診査（ひさやま健診）

#### (1) 事業の目的

メタボリックシンドロームの該当者および予備軍を抽出・把握することにより、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 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	62.7%	62.7%	65.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
2	40～50代の特定健康診査受診率	40～50代の特定健康診査の年齢階層別指標 (KDBシステム)	46.0%	46.0%	48.8%	51.6%	54.4%	57.2%	60.0%

#### (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	受診勧奨回数	通知での受診勧奨の回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回

(6) プロセス (方法)

周知	対象者には健診案内と申込書を送付する。その他に町の広報誌およびホームページ、町の公式 LINE での周知や町内医療機関、薬局、スーパー等にポスターを掲示する。	
勧奨	健診未申込者への受診勧奨通知。 40代・50代には通知で受診勧奨を行う。	
実施および実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。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：ヘルス C&C センター 個別健診：福岡県医師会に加入している指定医療機関。
	時期・期間	集団健診：7～9月 個別健診：10～3月
	結果提供	集団健診：当日に血液検査の結果も出ることから当日に結果説明を行い、1か月後にがん検診の結果を含む健診結果を郵送。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診の当日に血液検査の結果も確認できるため、受診者全員に健診結果に応じた結果説明を行う。	

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康課、町民生活課
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)	個別健診を医師会に委託
県国保連	特定健康診査に関するデータ提供
民間事業者	健診運営業務を外部委託。
その他の組織	九州大学久山町研究室、中村学園大学
他事業	レディース検診時に、健診の周知や受診勧奨を行う。

## 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、生活習慣病の発症や重症化の予防を図る。

### (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	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	メタボリックシンドローム該当者割合	法定報告	29.4%	29.4%	28.5%	27.6%	26.7%	25.8%	25.0%
2	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	16.5%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%	19.0%

### (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	77.7%	77.7%	80.0%	80.0%	82.0%	82.0%	82.0%



(6) プロセス（方法）

	勸奨	特定健康診査当日の結果説明の際に初回面接の利用勸奨を行う。
実施および実施後の支援	初回面接	特定保健指導対象者は、特定健康診査当日の結果説明の際に初回面接を実施する。
	実施場所	初回面接は原則ヘルス C&C センターでの対面で実施。 継続支援・評価は電話や ICT によるオンラインの保健指導も実施。
	実施内容	対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。
	時期・期間	初回面談は 7～9 月中（特定健康診査の時期）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	特定保健指導終了時に必要に応じて、町のフィットネス（ピアジェフィットネス）の利用案内を行う。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	指導期間中の進捗及び結果は委託業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康課、町民生活課
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）	必要に応じて医師会等と連携
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
民間事業者	健診結果から対象者を抽出し、対面で保健指導を実施する。
他事業	特定健康診査の際に初回面接を実施する。
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。

### 3.40 歳未満早期介入保健事業

#### (1) 事業の目的

若年期からの健診受診の習慣化及び早期に生活習慣病の予防を図る。

#### (2) 事業の概要

ひさやま健診を実施し結果に応じて必要な保健指導を実施する。

#### (3) 対象者

35歳の被保険者（当該年度4月1日現在）

#### (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	対象者の保健指導実施率	健康課実績	未実施	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

#### (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	受診勧奨回数	通知等での受診勧奨の回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回

(6) プロセス (方法)

周知	対象者には健診案内と申込書を送付する。その他に町の広報誌およびホームページ、町の公式 LINE での周知や町内医療機関、薬局、スーパー等にポスターを掲示する。	
勧奨	35 歳の方には通知で受診勧奨を行う。	
実施および実施後の支援	実施形態	集団健診を実施する。
	実施場所	集団健診:ヘルス C&C センター
	時期・期間	集団健診:7~9 月
	結果提供	集団健診:当日に血液検査の結果も出ることから当日に結果説明を行い、1 か月後に健診結果を郵送。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診の当日に血液検査の結果も確認できるため、受診者全員に健診結果に応じた結果説明を行う。特に生活習慣病のリスクが高い方は、具体的な保健指導を実施する。	

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	必要に応じて医師会等と連携
民間事業者	健診運營業務を外部委託
その他の組織	九州大学久山町研究室、中村学園大学
他事業	レディース健診時に、健診の周知や受診勧奨を行う。

#### 4.受診勧奨判定値以上の方の受診勧奨

##### (1) 事業の目的

健診結果から生活習慣病のリスク保有者のうち、医療機関への受診が望ましいとされている方の早期受診につなげる。

##### (2) 事業の概要

生活習慣病のリスク保有者のうち、医療機関未受診者に受診勧奨を行い、早期の受診を促す。

##### (3) 対象者

選定方法		対象者の選定基準は毎年課内で協議のうえ決定する。 前年度の健診結果などを基に判定する。
選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c6.5 以上、LDL コレステロール 140 以上、尿酸 7.1 以上
	レセプトによる判定基準	なし
	その他の判定基準	なし
除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けたもの、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
重点対象者の基準		HbA1c8.0 以上

##### (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	医療機関受診率	受診勧奨後 6か月以内のレセプト	72%	75%	75%	75%	75%	75%	75%

##### (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	受診勧奨実施率	基準値に該当した方への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(6) プロセス（方法）

勧奨	特定健康診査当日の結果説明の際に保健指導の利用勧奨を行う。
実施後の支援・評価	レセプトで医療機関受診につながっているか確認を行う。また、必要時には医療機関への受診勧奨のため電話等での連絡方法を検討。

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	必要に応じて医師会等と連携
かかりつけ医・専門医	必要に応じてかかりつけ医と連携
国民健康保険団体連合会	レセプト情報を提供
民間事業者	健診結果から対象者を抽出し、対面で保健指導を行う。
他事業	特定健康診査の際に保健指導を実施する。
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。 必要に応じて健診での診察で紹介状を発行する。

## 5.糖尿病性腎症重症化予防

### (1) 事業の目的

糖尿病性腎症のリスク保有者を対象に保健指導を行い人工透析などへの移行を防止し、透析関連の医療費を抑制する。

### (2) 事業の概要

糖尿病性腎症のリスク保有者のうち血糖コントロール不良者の保健指導を実施する。

### (3) 対象者

選定方法		健診受診者のうち、粕屋地区 CKD・糖尿病対策連携システムの糖尿病性腎症重症化予防の基準に該当する人を対象として、町で選定する。
選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診で HbA1c6.5 以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上かつ eGFR60 未満または尿蛋白 1+以上または尿潜血 2+以上
	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、腎臓移植を受けたもの、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、1型糖尿病の者
重点対象者の基準		尿蛋白 2+以上

### (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	対象者の翌年度 HbA1c 改善者の割合	翌年度の健診における HbA1c の値が改善した者の割合	76.9% (10/13)人	77.0% (13/16)人	77.0% (13/16)人	79.0% (14/17)人	79.0% (14/17)人	83.3% (15/18)人	83.3% (15/18)人
2	HbA1c8.0 以上の者の割合	法定報告	1.6%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%
3	透析患者 千対被保数	16 新規透析患者 (データヘルス計画 参考資料)	1.29 人	1.29 人	1.28 人	1.28 人	1.28 人	1.27 人	1.27 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 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	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	86.7% (13/15)人	85% (17/20)人	85% (17/20)人	85% (17/20)人	90% (18/20)人	90% (18/20)人	90% (18/20)人

## (6) プロセス（方法）

	周知	健診の結果説明に併せて周知。
	勧奨	対象者には委託事業者により対面で利用勧奨を行う。
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健診時に個別面談を行い、訪問・面談・電話等による3か月間以上の継続保健指導を実施する。
	時期・期間	7～3月
	場所	ヘルスC&Cセンター
	実施後の評価	約3か月後の医療機関での検査結果の確認。レセプトによる受診状況の確認。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	必要に応じて健診未受診で①糖尿病治療中の者や②過去に糖尿病治療歴ありかつ現在治療中断者に健診及び医療機関への受診勧奨を通知等で実施する。

## (7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	必要に応じて医師会等と連携
かかりつけ医・専門医	糖尿病連携手帳により、保健指導実施状況の共有を行う。
国民健康保険団体連合会	レセプト情報を提供
民間事業者	委託事業者にて保健指導および電話フォローを実施する。
その他の組織	九州大学久山町研究室、中村学園大学
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	必要に応じて健診での診察時にかかりつけ医への報告書または紹介状の発行を行う。

## 6.がん検診

### (1) 事業の目的

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率や医療費の減少につなげる。

### (2) 事業の概要

がん検診を実施する。

### (3) 対象者

胃 X 線・大腸・胸部：40 歳以上

胃内視鏡：50 歳以上（隔年）

子宮頸部：20 歳以上の女性

乳：エコー30 歳代、マンモグラフィー40 歳代（隔年）

前立腺：50 歳以上男性

### (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 2021 年度 (R3 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	精密検査受診率(胃)	健康課実績 (国保以外も含む)	97.0%	97.0%	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	98.0%
2	精密検査受診率(肺)	健康課実績 (国保以外も含む)	88.9%	89.0%	89.0%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%
3	精密検査受診率(大腸)	健康課実績 (国保以外も含む)	73.5%	75.0%	78.0%	80.0%	84.0%	87.0%	90.0%
4	精密検査受診率(子宮)	健康課実績 (国保以外も含む)	66.7%	70.0%	75.0%	80.0%	84.0%	87.0%	90.0%
5	精密検査受診率(乳)	健康課実績 (国保以外も含む)	87.9%	88.0%	89.0%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%

### (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 2021 年度 (R3 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	がん検診受診率(胃)	地域保健・健康増進報告 (県より)	23.8%	23.8%	24.0%	24.0%	24.5%	24.5%	25.0%
2	がん検診受診率(肺)	地域保健・健康増進報告 (県より)	28.2%	28.2%	29.0%	29.0%	29.5%	29.5%	30.0%
3	がん検診受診率(大腸)	地域保健・健康増進報告 (県より)	22.9%	22.9%	23.5%	23.5%	24.5%	24.5%	25.0%
4	がん検診受診率(子宮)	地域保健・健康増進報告 (県より)	31.7%	31.7%	32.5%	32.5%	34.0%	34.0%	35.0%
5	がん検診受診率(乳)	地域保健・健康増進報告 (県より)	36.8%	36.8%	37.5%	37.5%	38.5%	38.5%	40.0%



(6) プロセス (方法)

周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レディース検診(子宮頸がん・乳がん) :対象者には2月頃受診勧奨チラシ・申込書を送付。</li> <li>・がん検診(大腸がん・胃がん・胸部レントゲン・前立腺がん) :対象者には4月頃ひさやま健診の案内と同時に受診勧奨チラシ・申込書を送付。</li> </ul> <p>その他に町の広報誌およびホームページ、町の公式LINEでの周知。</p>
勧奨	<p>レディース健診(子宮頸がん・乳がん):20歳子宮頸がん検診無料クーポン、40歳乳がん検診無料クーポンを配布し受診勧奨を行う。</p>
実施および実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レディース健診(子宮頸がん・乳がん):5~7月頃実施し、約1か月後に結果発送。結果発送後電話でのフォローを実施。</li> <li>・がん検診(大腸がん・胃がん・胸部レントゲン・前立腺がん) :7~9月頃実施(ひさやま健診と同時実施)。約1か月後に結果発送。12月頃電話でのフォローを実施。</li> <li>・胃内視鏡検診:12月末までに個別医療機関で実施。</li> </ul>

(7) ストラクチャー (体制)

庁内担当部署	健康課
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	胃内視鏡検診を医師会に委託して実施する。
民間事業者	レディース検診:外部委託健診業者にて受診勧奨の通知の送付、結果発送後電話でのフォローを実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	がん検診はひさやま健診(特定健康診査)と同時に実施する。

## 7. 歯科保健

### (1) 事業の目的

全身の健康に深く関わる歯や口腔内の疾病・異常を早期に発見し、治療につなげる。

### (2) 事業の概要

歯科健診・歯周病健診を行う。

### (3) 対象者

歯科健診・歯周病健診を行う。

### (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	一人当たり 歯科医療費	KDBシステム帳票 地域の全体像の把握	2,310円	2,300円	2,200円	2,200円	2,100円	2,100円	2,000円

### (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	歯科健診 受診率	分子:健康課実績 (健康管理システムより) 分母:年齢別統計表 (町民生活課より)	55.6% (70/126人)	56%	56%	58%	58%	60%	60%

### (6) プロセス (方法)

特定健康診査(ひさやま健診)と同時に実施。

### (7) ストラクチャー (体制)

健康課が主管し、九州大学大学院歯学研究院 口腔保健推進学講座 口腔予防医学分野と共同で実施する。

## 8. ICT を活用した保健事業（健康管理アプリ「kencom」）

### (1) 事業の目的

アプリを通して、住民が日常的に楽しくセルフケアを行うことにより疾病予防につなげる。

### (2) 事業の概要

アプリを使った健康管理を推進する。

### (3) 対象者

20 歳以上の住民

### (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	健診閲覧コード登録者の継続受診率	健康管理システムより 2 年連続受診率	74%	75%	75%	77%	77%	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	健診閲覧コード登録者数	健康管理システムより (国保以外も含む)	1,221 人	1,250 人	1,300 人	1,350 人	1,400 人	1,450 人	1,500 人

### (6) プロセス（方法）

kencom アプリについて：住民が健診受診・健診結果連携の同意をすることで「健診閲覧コード」を附番する。ウォーキングイベントや体重や歩数の記録、健康イベントなどへの参加で独自ポイントが貯まり抽選で賞品を贈呈する。

周知活動：健診案内、健診会場、広報誌、ホームページへの掲載。健診会場や C&C センター窓口でアプリの登録支援を行う。

### (7) ストラクチャー（体制）

健康課が主管し、DeSC ヘルスケア株式会社の健康管理アプリ「kencom」を利用。

## 9. ICT を活用した保健事業（ひさやま元気予報）

### (1) 事業の目的

ひさやま元気予報を通して、住民が将来の生活習慣病のリスクを確認し自ら生活習慣を見直すことで重症化予防につなげる。

### (2) 事業の概要

ひさやま元気予報を使った保健指導を実施する。

### (3) 対象者

40 歳以上の住民

### (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	次年度健診結果の改善率	血糖の値が前年度より改善したもの（国保以外も含む）	100% (7/7)	90%	90%	90%	90%	90%	90%

### (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	ひさやま元気予報を活用した保健指導の実施者数	健康課実績（国保以外も含む）	7 人	15 人	15 人	15 人	15 人	15 人	15 人

### (6) プロセス（方法）

健診結果を基に、将来の生活習慣病のリスクを確認し、体重・運動・禁煙の条件を変更することによる効果をシミュレーションすることで、生活習慣を見直すきっかけとする。また、保健師・管理栄養士・看護師等から必要に応じた保健指導を実施する。

例) 健診での生活習慣病重症化予防として利用、糖尿病予防教室での糖尿病の発症リスクの確認及び生活習慣の見直しの動機付け等

### (7) ストラクチャー（体制）

健康課が主管し、DeSC ヘルスケア株式会社と九州大学久山町研究室が共同で開発したひさやま元気予報を利用。

## 10. 一体的実施

### (1) 事業の目的

後期高齢者の健康寿命及び平均寿命の延伸及び医療費の減少を図る

### (2) 事業の概要

生活習慣病予防や重症化予防のため個別に保健指導や栄養指導を行う。また、フレイル予防のため栄養や運動に関する普及啓発のための健康教育を行う。

### (3) 対象者

後期高齢者被保険者

### (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	健康寿命の延伸	KDBシステム 平均自立期間 (要介護2以上)	男:82.5 女:86.1	82 86	83 86	83 86	84 87	84 87	85 88

### (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	介入率	保健指導や栄養指導の 実施率	未実施	90%	90%	90%	90%	90%	90%

### (6) プロセス（方法）

個別の保健指導や栄養指導に関してはひさやま健診受診後の結果をもとに実施する。また、健康教育に関しては高齢者の集いの場に出向き講話を行う。

### (7) ストラクチャー（体制）

町民生活課、健康課、福祉課で連携し事業内容の検討や実施を行う。また、福岡県後期高齢者医療広域連合データヘルス計画と整合性をとりながら実施する。

## 1 1. 重複・多剤投与

### (1) 事業の目的

重複・多剤投与の実態を確認し指導することにより、医療費の適正化を図り薬の副作用を予防する。

### (2) 事業の概要

重複・多剤投与者を抽出し、専門員が対象者宅を訪問する。生活や服薬の実態を聞き取り、適宜指導を行う。国保連事業を活用する。

### (3) 対象者

重複・多剤投与を受けている者

### (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 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	重複・多剤投与者数の減少	訪問健康相談システムにより該当者数を把握する。	25人	23人	23人	21人	21人	19人	19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 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	訪問対象者数	実際に訪問し指導した対象者数	3人	3人	3人	3人	3人	3人	3人

### (6) プロセス（方法）

訪問健康相談システムにより該当者を抽出し、情報を訪問事業者へ連携する。専門員が自宅を訪問し、聞き取り及び服薬指導をする。

### (7) ストラクチャー（体制）

町民生活課が主管し、県国保連委託事業を活用する。

## 1 2. 後発医薬品使用推進

### (1) 事業の目的

後発（ジェネリック）医薬品の使用を促進し、医療費の抑制及び適正化を図る。

### (2) 事業の概要

ジェネリック医薬品を使用した場合の具体的な金額の入った自己負担差額通知を送付し、併せてジェネリック希望シールの配布を行う。

### (3) 対象者

後発医薬品に切り替えた場合、自己負担額の軽減が見込める者

### (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 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	後発医薬品使用割合	後発医薬品普及促進システムにより把握する。	79.70%	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	毎月の差額通知発送数	毎月被保険者あてに差額通知を発送する。	12通	15通	15通	15通	15通	15通	15通

### (6) プロセス（方法）

県国保連委託事業を活用し、差額通知を発送する。通知前後のレセプトを確認し、後発医薬品への切替状況を把握する。

### (7) ストラクチャー（体制）

町民生活課が主管し、県国保連委託事業を活用する。

## 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、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、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。

### 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。

地域住民が参加する介護予防を目的とした運動指導を実施し、また健康教室等を開催する。



## 第2編 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

##### (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62.7%であり、コロナの影響により受診率が低下したが年々微増傾向で県平均(32.4%)より高く、国の目標値60%を達成している。
- 特定健康診査の県との比較(性・年齢別)では、すべての年代の受診率は男女ともに県平均より高いが、男性の45～49歳の受診率が42.5%、55～59歳の受診率が36.4%、女性の40～44歳の受診率が48.4%、50～54歳の受診率が44.0%と低い。
- 特定保健指導の実施率は77.7%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、60～64歳の男性の実施率が28.6%で県平均(32.9%)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、空腹時血糖(72.6%)、HbA1c(84.1%)は県平均より大幅に高い。また、腹囲(43.8%)、尿酸(10.3%)、LDLコレステロール(55.4%)は県平均よりやや高い。
- 内臓脂肪症候群(メタボ)の該当者割合を県と比較すると21.7%であり、県平均(20.6%)よりやや高い。
- 生活習慣病リスク保有者の男女別割合で比較すると、腹囲(男性:62.1%)、尿酸(男性:18.8%)は男性の有所見率が高く、LDLコレステロール(女性:62%)は女性の有所見

率が高い。また、空腹時血糖や HbA1c に関して、男女差はみられない。

### ③質問票調査の状況（生活習慣）

- 喫煙率（19.8%）は県平均（14.2%）よりも高く、飲酒習慣では飲酒頻度「毎日」（30.2%）の割合が県平均（25.5%）より高い。また、一日飲酒量は1合未満（73.6%）の割合が県平均（64.3%）より高い。
- 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43.8%と県平均24.9%より大幅に高い。

## 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人々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、人々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する。

### 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	62.7%	65%	70%	70%	70%	70%
特定保健指導の 実施率	77.7%	80%	80%	82%	82%	82%
特定保健指導対象者の 減少率	16.5%	17%	17.5%	18%	18.5%	19%

### 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	1,160人	1,110人	1,060人	1,010人	960人	910人
【特定健康診査】 目標とする 実施者数	727人	721人	742人	707人	672人	637人
【特定保健指導】 対象者数	103人	100人	95人	95人	90人	90人
【特定保健指導】 目標とする 実施者数	80人	80人	76人	78人	74人	74人

## II 特定健康診査（ひさやま健診）

### 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> ヘルス C&C センター

<個別健診> 福岡県医師会に加入している指定医療機関

#### (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（実施基準第1条第1項第1号から第9号）

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 <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
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

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、貧血検査、眼底検査、心電図検査を追加検査項目として全員に実施する。

(5) 実施時期又は期間

<集団健診> 7~9月

<個別健診> 10月~3月

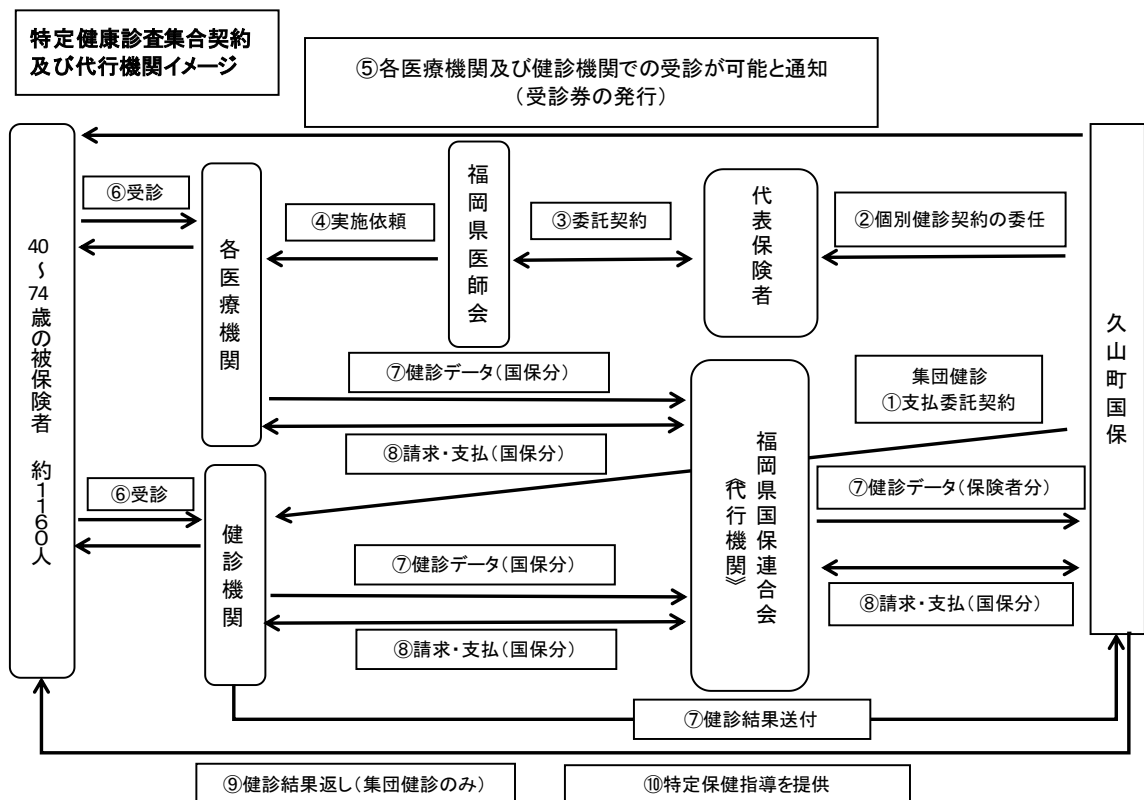
(6) 外部委託の方法

①外部委託の有無

集団健診を健診機関に委託

個別健診を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

対象者には集団健診の案内と申込書を送付する。また、集団健診が未受診であった方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、町の広報誌及びホームページでの周知や、公民館、医療機関、薬局、商業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

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、商工会を通じて結果表の写し等のデータの提出を依頼する。

(9) その他（健診結果の通知方法や情報提供等）

< 集団健診 > 健診当日に健診結果の説明を行い、健診実施約 1 か月後に健診結果を郵送。

### 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 なし		
	1つ該当	/		

##### (2) 実施場所

健診当日にヘルス C&C センターで初回面接を実施。

##### (3) 実施内容

##### ① 動機付け支援

##### i) 支援形態

初回面接による支援のみの原則 1 回とする。初回面接から実績評価を行うまでの期間は 3 か月以上経過後となる。

##### ii) 初回面接による支援の内容

原則 1 人当たり 20 分以上の個別支援とする。

(詳しい内容は標準的な健診・保健指導プログラムを参照)

iii) 実績評価

面接または通信（電話または電子メール、FAX、手紙、チャット等）を利用して実施する。電子メール等を利用する場合は、保健指導機関から指導対象者への一方的ではなく、双方向のやりとりを行い評価に必要な情報を得る。

②積極的支援

i) 支援形態

初回面接による支援を行い、その後 3 か月以上の継続的な支援を行う。初回面接から実績評価を行うまでの期間は 3 か月以上経過後となる。

特定健康診査の結果並びに食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から 3 か月以上経過後に行う評価）を行う。（詳しい内容は標準的な健診・保健指導プログラムを参照）

ii) 初回面接による支援の内容

原則 1 人当たり 20 分以上の個別支援とする。

iii) 3 か月以上の継続的な支援の内容

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180 ポイント以上の支援を実施することを条件とする。継続的な支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。（具体的な支援内容やポイント構成は標準的な健診・保健指導プログラムを参照）

iv) 実績評価

面接または通信（電話または電子メール、FAX、手紙、チャット等）を利用して実施する。電子メール等を利用する場合は、保健指導機関から指導対象者への一方的ではなく、双方向のやりとりを行い評価に必要な情報を得る。

③2 年連続して積極的支援に該当した者への 2 年目の特定保健指導

2 年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者については、2 年目の特定保健指導は、動機付け支援相当（初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は 180 ポイント未満でもよい）の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

また、状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1 年目と比べて 2 年目の腹囲及び体重の値が次のとおり一定程度減少していると認められる者とする。

BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者
BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者

対象者を選定し動機付け支援相当の支援を実施する流れは、以下の通り。

ア 当該年度に積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度も積極的支援レベルに該当し、かつ積極的支援（3 か月以上の継続的な支援の実施を含む）を終了した者を抽出する。

イ 腹囲及び体重の値が、前年度の特定健康診査の結果に比べ当該年度の特定健康診査の

結果の方が改善している者を抽出する。

ウ 動機付け支援相当の支援とするか、積極的支援とするかを判断

エ 動機付け支援相当の支援の実施を決定

#### (4) 実施時期又は期間

集団健診後の初回面接：健診当日に実施

最終評価を年度末までに完了する。

#### (5) 外部委託の方法

##### ①外部委託の有無

保健指導業務を一部委託して実施する。

##### ②外部委託の実施形態

委託業者と協議し情報共有を実施。毎年委託内容について検討していく。

#### (6) 周知や案内の方法

健診当日の結果説明の際に初回面接の案内を行う。

## 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

受診券の番号附番（バッチ処理）や健診案内の発送

利用券は健診終了後に随時番号附番

#### (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。（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

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券番号附番	●	●	●	●	●	●						
健診案内の発送	●											
未受診者勧奨				●		●						
ひさやま健診				●	●	●						
結果発送					●	●	●					
特定保健指導初回面接				●	●	●						
特定保健指導継続支援					●	●	●					
特定保健指導評価							○	●	●	●		
利用券の番号附番							●	●	●			
実績報告用データ作成										●	●	●
請求支払い						○	●	●	●	○	○	○
予算作成							○	●				

## 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。特定健康診査に係るデータについては外部委託事業者に必要なに応じて過去データをお渡しし、利用期間経過後は直ちにデータを廃棄するよう定めている。

### 2. 保存体制、外部委託の有無

特定健康診査のデータは実施機関より代行機関である県国保連へ報告され管理・保管を委託します。それと共に、久山町の健康管理システム内にデータを取り込み、最低5年間は保存される。

蓄積された特定健診等のデータの保管期間は、記録の作成の日の属する年度の当年度から7年間とします。また、資格喪失等により被保険者でなくなった場合は、資格を喪失した日の属する年度の翌年度末までを保管期間とします。保管期間を経過したデータは削除・廃棄します。また、久山町の健康管理システムでは国保の資格を喪失しても継続的にデータを保管します。

## 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、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、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。

### 2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

対象者には集団健診の案内と申込書を送付する。また、集団健診が未受診であった方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、町の広報誌及びホームページでの周知や、公民館、医療機関、薬局、商業施設にポスターを掲示する。

## 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。