

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

赤村国民健康保険

目次

第1編 第3期データヘルス計画

I 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	
4.実施体制・関係者連携	
(1) 庁内組織	
(2) 地域の関係機関	
5.基本情報	
6.現状の整理	
(1) 保険者の特性	
II 健康・医療情報等の分析と課題	8
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】	
2.医療費の分析	
(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別 等） 【図表2】	
(2) 疾病分類別の医療費 【図表3】【図表4】	
3.後発医薬品の使用割合 【図表5】	
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合 【図表6】	
5.特定健康診査・特定保健指導の分析	
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【図表7】【図表8】	
(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態） 【図表9】【図表10】	
(3) 質問票調査の状況（生活習慣） 【図表11】【図表12】【図表13】	
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析 【図表14】【図表15】	
7.介護費の分析 【図表16】【図表17】	
8.その他 【図表18】	
III 計画全体	19
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	
IV 個別事業計画	21
1.特定健康診査	21
(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.....	2 2
(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）	
3.糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業.....	2 4
(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）	
V その他	2 7
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	

第2編 第4期特定健康診査等実施計画

I 基本的事項	28
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	
II 特定健康診査.....	30
1. 特定健康診査の実施方法	
(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（健診結果の通知方法や情報提供等）	
III 特定保健指導.....	34
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	
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】	36
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	

2. 月間スケジュール

V 個人情報の保護	3 6
1. 記録の保存方法	
2. 保存体制、外部委託の有無	
VI 特定健康診査等実施計画の公表・周知	3 6
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	
VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	3 7
1. 特定健康診査等実施計画の評価方法	
(1) 特定健康診査の実施率	
(2) 特定保健指導の実施率	
(3) 特定保健指導対象者の減少率	
2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

1. 背景と目的

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

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

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

今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。

2. 計画の位置づけ

赤村国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期赤村データヘルス計画」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、赤村国民健康保険「データヘルス計画」は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や赤村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図る。

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、住民課健康増進係が主体となって進める。

(2) 地域の関係機関

本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、田川医師会・福岡県国保連合会・福岡県糖尿病対策推進会議・その他地域の関係団体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	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口 (人)		2,772					
国保加入者数(人) 合計		752	27%	394	100%	72	100%
	0～39 歳(人)	177	24%	105	27%	109	20%
	40～64 歳(人)	232	31%	123	31%	177	30%
	65～74 歳(人)	343	46%	166	30%	358	50%
	平均年齢(歳)	54 歳		53 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
保健医療関係団体	田川医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、福岡県糖尿病対策推進会議とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、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 年度の被保険者数は 752 人であり、平成 30 年度の 856 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 23.5%、40-64 歳が 30.9%、65-74 歳が 45.6%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)

③その他

本村に病院はなく、内科及び歯科の診療所がある。

④前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。

しかし重症化予防事業は参加率が極めて低く、目標も未達であった。また令和2年度以降、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に若い世代や女性の受診率の低下が顕著であったため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計する。

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

II 健康・医療情報等の分析と課題

1. 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等 【図表1】

- 参画平均寿命は、男性 80.6 歳、女性 86.9 歳。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 77.7 歳、女性 84.7 歳。女性は県平均と同水準であるが、男性は県平均と比較して低水準である。(令和4年度)

【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	
赤村	80.6	77.7	76.2	103.5
福岡県	80.7	80.1	78.4	101.2
同規模	80.5	79.3	78.2	101.6
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	
赤村	86.9	84.7	81.4	108.5
福岡県	87.2	84.6	81.2	97.8
同規模	87.0	84.2	81.9	99.9
全国	87.0	84.4	81.4	100.0

出典: KDB システム帳票 地域の全体像の把握

2. 医療費の分析

(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別 等） 【図表2】

- 加入者は減少傾向にあるが、医療費は令和3年度に比べて増加傾向にある。令和4年度の一人あたり医療費（医科）は 28,630 円で全国平均（29,050 円）よりも低く、県順位でも低

位置で推移している。特に男性の 20 歳代と女性の 20 歳代から 30 歳代における一人あたり医療費（医科）については、県平均よりも大幅に高いという特徴がある。

- 一人あたり医療費（歯科）令和 4 年度は、2,080 円で全国平均（2,210 円）、県平均（2,320 円）よりも低い水準である。
- 外来の受診率は 26.407%と同規模平均（22.884%）より高い水準である。

【図表2】

■一人あたり医療費（内訳）（単位：円）

R4 年度	医科 （外来）	医科 （入院）	歯科
赤村	14,290	14,340	2,080
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	16,530	13,460	1,930
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率

R4 年度	医科 （外来）	医科 （入院）	歯科
赤村	718.366%	26.407%	156.391%
福岡県	726.788%	21.570%	166.386%
同規模	653.606%	22.884%	132.749%
全国	709.576%	18.814%	164.799%

出典：KDB システム帳票 地域の全体像の把握

■一人あたり医療費（医科）男性（一月当たり）

（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
赤村	12,250	3,718	18,227	10,882	10,280	29,125	40,287	53,791
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874

■一人あたり医療費（医科）女性（一月当たり）

（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
赤村	5,853	3,242	26,031	64,536	15,009	16,812	32,901	45,681
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340

出典：KDB システム帳票 疾病別医療費分析（大分類）

(2) 疾病分類別の医療費 【図表 3】【図表 4】

- 疾病分類別医療費の割合は、精神（15.7%）、新生物（15.2%）、循環器系疾患（13.7%）の順に多い。県と比較すると循環器系・精神・内分泌・呼吸器の割合が高く、特に精神は県の 1.65 倍である。
- 1 件あたりの入院医療費は、腎不全（905,297 円）、脳血管疾患（703,342 円）、高血圧症（698,689 円）の順に高い。県内順位も、腎不全（11 位）、高血圧症（23 位）、脳血管疾患（37 位）が高い。
- 1 件あたり入院外医療費は新生物（47,611 円）、心疾患（33,250 円）で高い。県内順位では肉炎・歯周病（36 位）、心疾患（50 位）が高い。近年、腎不全、糖尿病の医療費が上昇する傾向にある。

- 県内の医療費で見ると、腎不全、高血圧症が多く、他市町村と比べて、入院単価が高い。

【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
赤村	15.2%	13.7%	15.7%	12.0%	7.5%	6.0%	1.3%	7.1%	4.9%	16.6%
福岡県	16.8%	12.8%	9.5%	9.0%	9.0%	7.0%	5.2%	6.4%	5.9%	18.4%
同規模	17.1%	13.9%	8.1%	9.4%	8.8%	6.3%	7.8%	5.7%	6.0%	16.9%
全国	16.9%	13.6%	7.9%	9.0%	8.8%	6.3%	8.0%	6.0%	6.1%	17.4%

出典：KDB システム 疾病別医療費分析(大分類)

【図表4】

■疾病統計(赤村)

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)	623,927 円	698,689 円	504,924 円	703,342 円	436,755 円	905,297 円	446,785 円	677,708 円	0 円
県内順位 (63 保険者)	52 位	23 位	62 位	37 位	62 位	11 位	62 位	53 位	44 位
入院外単価 (円/件)	23,774 円	20,823 円	20,340 円	20,523 円	33,250 円	30,167 円	21,156 円	47,611 円	13,423 円
県内順位 (63 保険者)	63 位	63 位	61 位	62 位	50 位	62 位	62 位	60 位	36 位

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

3.後発医薬品の使用割合 【図表 5】

- 後発医薬品の使用割合 72.0%（令和 4 年度実績）。国の目標値 80%より低い。

【図表5】

■後発医薬品の使用割合

R4 年 9 月診療分	赤村	福岡県	全国
使用割合	72.0%	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 6】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の 22.4%（177 人）いる。
- 重複服薬が被保険者全体の 0.4%（3 人）いる。
- 多剤処方（4 剤以上）が被保険者全体の 26.8%（212 人）いる。

【図表6】

■被保険者数(赤村)

R5 年 3 月	790 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	22.4
	5日以上	1.9
	10日以上	0.4
3医療機関以上	1日以上	6.6
	5日以上	1.3
	10日以上	0.4

※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
		R4 年 5 月
2医療機関以上	1以上	0.4
	2以上	0.1
	3以上	0.0

※1 処方を受けた者の割合(処方を受けた者 / 被保険者数) * 100)

出典: KDB システム帳票 重複・多剤処方の状況

■多剤処方の状況

(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	47.6
	2以上	41.8
	3以上	35.2
	4以上	26.8
	5以上	20.8
	6以上	15.1

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7】【図表8】

- 令和3年度の特定健診の受診率は23.9%であり、増減を繰返しており県平均（33.3%）より低く国の目標値60%には及ばない。
- 特定健診の県との比較（性・年齢別）では、60歳以上の受診率は男女ともに県平均より低く、特に女性の65歳未満の受診率が11.6%と低い。
- 特定保健指導の実施率は61.1%で県平均（43.0%）より高い。
- 特定保健指導の県との比較（性・年齢別）では、男女共に実施率が県平均より高い。

【図表7】

■健診受診率

R3年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率
赤村	536	218	23.9%
福岡県	691,928	230,123	33.3%
全国	17,865,900	6,494,635	36.4%

■保健指導実施率

R3年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率
赤村	18	11	61.1%
福岡県	26,686	11,467	43.0%
全国	746,177	208,457	27.9%

出典：特定健診等データ管理システム 令和3年法定報告値

【図表8】

■性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施割合

R3年度	男性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	0.0%	7.7%	0.0%	16.0%	26.7%	18.5%	29.3%	19.1%
特定保健指導	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	72.7%

R3年度	女性							
年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
特定健診	10.5%	0.0%	0.0%	17.6%	14.0%	25.9%	27.3%	20.2%
特定保健指導	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	50.0%	42.9%

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9】【図表10】

- 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、ALT（GPT）（10.9%）尿酸（6.7%）は県平均より低いが、BMI（28.6%）、腹囲（43.7%）、空腹時血糖（43.7%）は県平均より著しく高く、男女で比較すると、男性の方が高い。
- 内臓脂肪症候群の該当者割合を県と比較すると25.2%であり、県平均（20.6%）より高い。

【図表9】

■特定健診結果の状況(有所見率①)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステ ロール	空腹時 血糖	HbA1c	随時 血糖
有所見率 (%)	赤村	43.7	28.6	20.2	10.9	5.0	43.7	68.1	0.8
	福岡県	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.2	58.5	2.8
	全国	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.8	58.2	2.9

令和4年度		尿酸	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDL コレス テロール	non-HDL コ レステロール	血清クレア チニン	eGFR	メタボ
有所見率 (%)	赤村	6.7	52.1	27.7	43.7	—	1.7	20.2	25.2
	福岡県	8.3	46.4	18.6	50.8	3.5	1.4	21.9	20.6
	全国	6.6	48.3	20.7	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

■特定健診結果の状況(有所見率②)

令和4年度		腹囲	BMI	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL コレステ ロール	空腹時 血糖	HbA1c	随時 血糖
有所見率 (%)	男女計	43.7	28.6	20.2	10.9	5.0	43.7	68.1	0.8
	男性	55.7	31.1	19.7	16.4	6.6	57.4	72.1	0.0
	女性	31.0	25.9	20.7	5.2	3.4	29.3	63.8	1.7

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	6.7	52.1	27.7	43.7	—	1.7	20.2	25.2
	男性	13.1	55.7	26.2	42.6	0.0	3.3	18.0	
	女性	0.0	48.3	29.3	44.8	0.0	0.0	22.4	

出典：KDB システム帳票 厚生労働省様式(様式5-2)

出典：KDB システム帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表10】

■特定健診結果の状況(有所見率③)

令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
自保険者 有所見率 (%)	男女計	94.9	0.9	0.9	2.6	0.9	98.3	0.9	0.9	0.9	0.0
	男性	90.0	1.7	1.7	5.0	1.7	95.1	1.6	1.6	1.6	0.0
	女性	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0

令和4年度		GOT	γ-GTP	心電図		眼底検査		血色素
				所見あり	所見なし (未実施 含む)	未実施	実施	
自保険者 有所見率 (%)	男女計	23.8	40.4	5.9	94.1	69.7	30.3	13.0
	男性	24.3	51.8	3.3	96.7	72.1	27.9	12.8
	女性	23.2	28.5	8.6	91.4	67.2	32.8	13.0

出典:KDB システム帳票 集計対象者一覧表

(3) 質問票調査の状況(生活習慣) 【図表11】【図表12】【図表13】

- 質問表での生活習慣リスク保有者の割合は、喫煙率(15.1%) 飲酒習慣リスク(26.9%)が県平均より高い。また、飲酒に関し3合以上飲酒する者の割合(4.7%)も、県や国と比べて高い。
- 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34.4%と県平均29.2%より大幅に高い。

【図表11】

■喫煙

令和4年度	赤村			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	15.1	18	119	14.2	32,008	224,635	16.4	10,997	66,870	12.7	799,118	6,277,689
男性	26.2	16	61	24.7	23,985	97,192	27.0	8,721	32,241	22.0	592,983	2,701,175
女性	3.4	2	58	6.3	8,023	127,443	6.6	2,276	34,629	5.8	206,135	3,576,514

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

【図表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 (%)	赤村	26.9	22.7	50.4	59.4	29.7	6.3	4.7
	福岡県	25.5	23.5	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	26.4	23.0	50.6	54.7	28.0	12.6	4.2
	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	赤村			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	27.7	33	119	24.9	53,749	215,894	31.8	19,275	60,701	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	34.4	21	61	29.2	27,300	93,560	37.1	10,821	29,135	31.5	766,659	2,430,187
女性	20.7	12	58	21.6	26,449	122,334	26.8	8,454	31,566	24.4	780,987	3,206,669

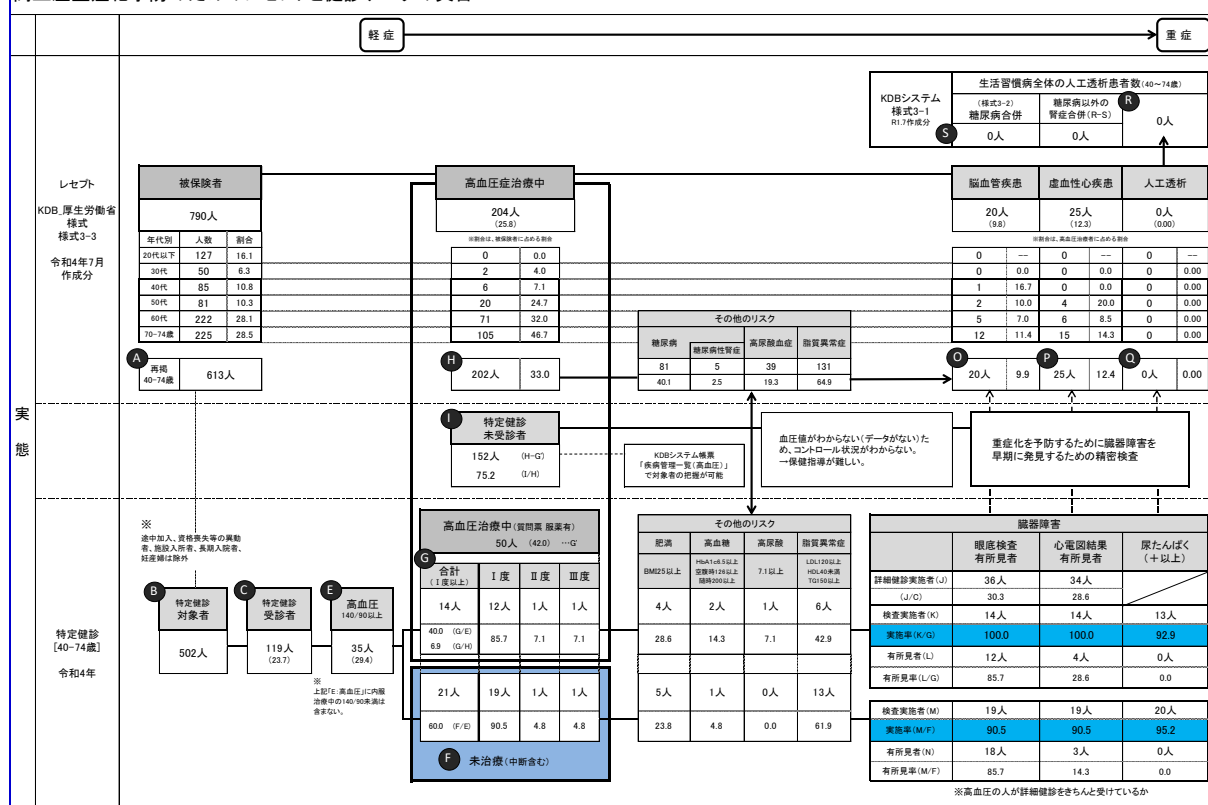
出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析【図表 14】【図表 15】

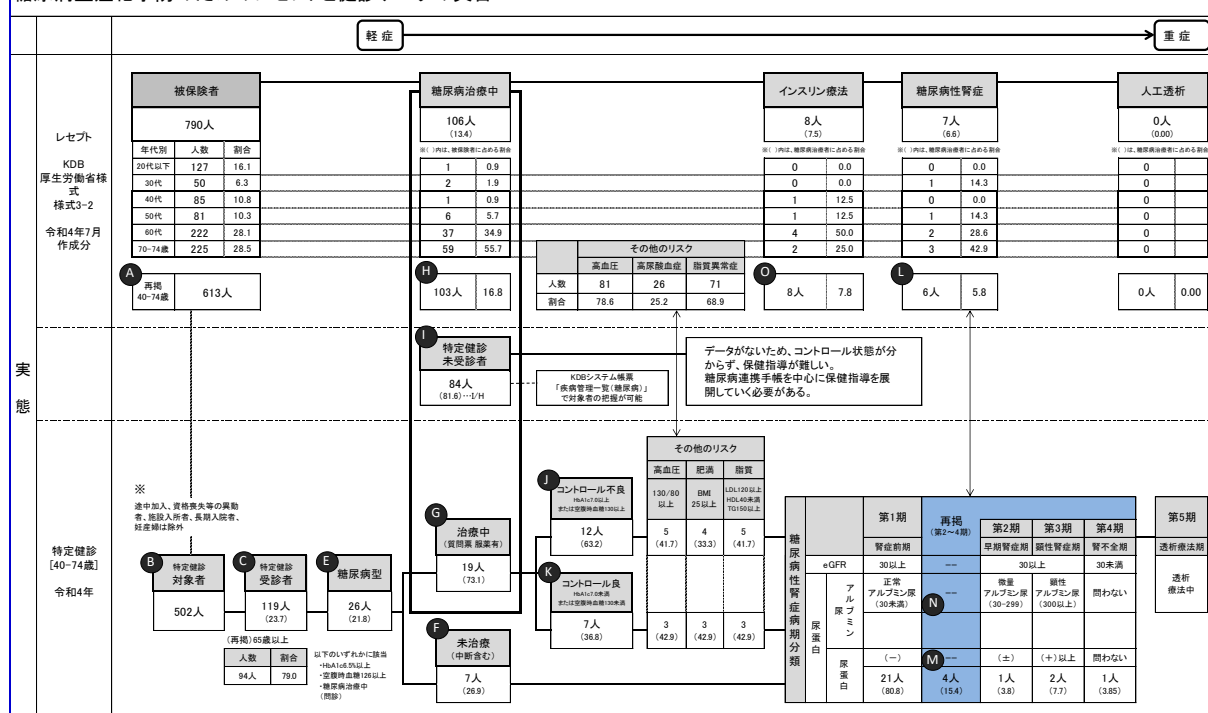
- 令和4年度において健診時、高血圧と判明した者うち、60.0%が未治療者だった。
- 同じく令和4年度において、40歳～64歳までの国保加入者で健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が42.3%(80人)いる。また、65歳～74歳の健康状態不明者が15.5%(50人)いる。しかし、平成28年度は、40歳～64歳までの国保加入者で健康状態不明者が46.3%(131人)であり、65歳～74歳の健康状態不明者が15.7%(50人)であった。平成28年度と令和4年度を比較すると、65歳～74歳は大きな変化はなかったが、40歳～64歳が減少しており、このことから世代間の健康意識の差が予測される。

【図表 14】

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

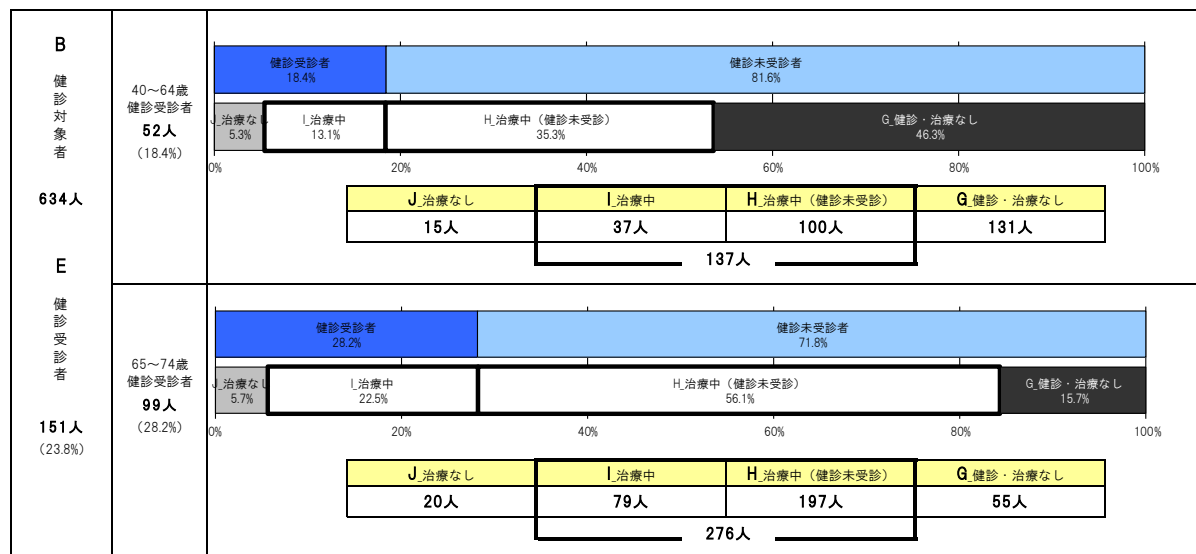


糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

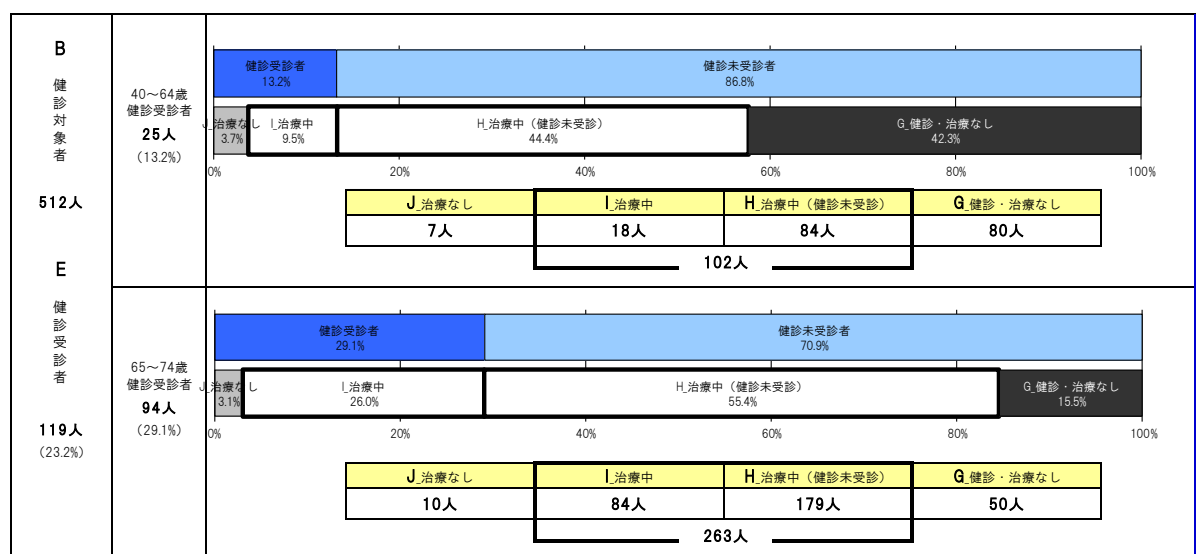


【図表 15】

平成 28 年度



令和 4 年度



7.介護費の分析 【図表 16】【図表 17】

- 要介護認定率は 23.6%で、県平均（19.9%）よりも高く、さらに 1 件あたり介護給付費は 75,401 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 0.7%と県平均より高く、有病状況の第 1 位が脳血管疾患となっている。

【図表 16】

■介護認定の状況

(単位: %)

令和4年度	赤村	福岡県	同規模	全国
1号認定率	23.6	19.9	19.9	19.4
2号認定率	0.7	0.3	0.4	0.4
新規認定率	0.2	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 17】

■介護給付費の状況

令和4年度	赤村	福岡県	同規模	全国
1件当給付費(円)	75,401	59,152	80,543	59,662
総給付費(円)	437,023,957	407,127,115,803	97,308,660,154	10,074,274,226,869
総件数(件)	5,796	6,882,774	1,208,165	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【図表 18】

- 国保被保険者のがん検診の受診率は平成30年度からどの項目においても横ばい状態である。内訳としては、大腸がん検診(17.0%)が最も高く、次に肺がん検診(16.3%) 胃がん検診(11.0%)と続く。
- 本村では令和2年度から一体的実施に取り組んでいるが、福岡県後期高齢者医療広域連合の分析によると、県内市町村では後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業が進捗しているのに対し、本村では、ごく一部の対象者の実施に留まっている。

【図表 18】

■住民総合健診におけるがん検診受診率

年度	X線(肺がん) (%)	胃がん(%)	大腸がん(%)	子宮がん(%)	マンモ(乳がん) (%)
令和4年	16.3	11.0	17.0	8.9	9.9
令和3年	16.8	9.9	16.6	5.6	8.7
令和2年	15.5	10.4	16.2	8.5	8.4
令和元年	16.4	11.0	17.2	8.4	11.2
平成30年	13.1	7.8	14.3	7.4	8.7

Ⅲ 計画全体

1.健康課題

- 男性の平均自立期間は県平均・全国平均と比較して低い。
- 1人あたりの医療費は県平均・全国平均と比べて外来は低い、入院が高い。また、入院の患者数も多く、疾病も生活習慣病が多くを占める。高額医療費には、高血圧症、がん、脂質異常症の順に多い。
- 高血圧で要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、治療中断者も多い。
- 飲酒頻度で毎日飲む者が多く、一日の飲酒量が多い。
- 健診受診率が特に65歳未満の女性の健診受診率が低く、男性では生活習慣の改善意欲も低いことから、健康意識の低さが課題である。
- 介護認定率は県平均より高く、1件あたり介護給付費は県平均より高いため、前期高齢者において生活習慣病の重症化による要介護認定および要介護度の悪化傾向が課題である。

2.計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値

(1) 計画全体の目的

生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。

計画全体の目標		評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
				2022 (R4)	2026 (R8)	2029 (R11)
i	生活習慣病の発生予防を行う。	特定健診受診者の割合	特定健診受診率の値	23%	29%	35%
ii	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 $\geq 140\text{mmHg}$ ②拡張期血圧 $\geq 90\text{mmHg}$	29%	28%	26%
iii		HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者で HbA1c の検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	2%	2%	2%
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者の割合	15%	13%	11%
v	若年層から健康意識を高める。	健診の継続受診率	前年度健診受診者のうち、当該年度継続受診した人の割合	77%	79%	81%
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) 77.7 歳 (女性) 84.7 歳	(男性) 78.0 歳 (女性) 85.0 歳	(男性) 78.5 歳 (女性) 85.5 歳

3.保健事業一覧

特定健康診査事業

特定保健指導事業

糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

IV 個別事業計画

1. 特定健康診査

(1) 事業の目的

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

(2) 事業の概要

特定健康診査を実施する。

(3) 対象者

40-74 歳の被保険者

(4) アウトカム指標

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 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	25%	25%	24%	23%	22%	21%	20%
2	【短期】生活習慣改善意欲がない人の割合	法定報告値	28%	27%	26%	25%	24%	23%	22%
3	特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	28%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

(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	23%	25%	27%	29%	31%	33%	35%

(6) プロセス（方法）

周知		対象者には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、村の広報誌およびホームページでの周知や、自治会、農協、医療機関、薬局にパンフレットを配布・掲示する。
勧奨		計画的に手紙による通知を実施する。また、過去の特定健診受診歴や生活習慣病の有無など、対象者を検討し、受診勧奨を行う。
実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。なお、集団健診は個別健診の未受診者を対象に実施する。
	実施場所	集団健診：村の保健センター 個別健診：村内外の指定医療機関
	時期・期間	集団健診：7月、10月 個別健診：6月～翌年3月
	データ取得	事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法、人間ドックの結果提供への働きかけ等
	結果提供	集団健診：健診実施4週間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）		

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	住民課健康増進係に執行委任。
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（個別健診）
国民健康保険団体連合会	特定健康診査に関するデータ提供
民間事業者	
その他の組織	赤村役場住民課
他事業	料理教室や運動教室、通いの場等で、特定健診の周知や受診勧奨を行う。（がん検診との同時実施）
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	受診勧奨については、1年間のスケジュールを決めて実施する。

2. 特定保健指導

(1) 事業の目的

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

(2) 事業の概要

特定保健指導を実施する。

(3) 対象者

特定保健指導基準該当者

(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割合	法定報告値	25%	25%	24%	23%	22%	21%	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	61%	62%	63%	64%	65%	66%	67%

(6) プロセス（方法）

周知		対象者には個別に該当通知を送付する。
勧奨		電話にて説明及び勧奨を行う。
実施および実施後の支援	初回面接	電話等で決定した日程で、訪問及び窓口により、保健センター役場窓口及び対象者宅に訪問により実施。
	実施場所	訪問、村の公共施設
	実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
	時期・期間	集団健診後の初回面談：9月及び12月中に実施 個別健診後の初回面談：9月～3月中に実施 最終評価を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地区別の健康教室につなげる
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	住民課健康増進係
保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	特定健診を委託する田川医師会と会員向けに説明会を開催し、対象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
民間事業者	
その他の組織	保健指導実施後、必要に応じて村の保健センター（運動機能訓練）と連携して、運動習慣の継続支援を実施
他事業	保険証交付会、電話フォローの際に初回面談の利用勧奨を行う。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	効果的な指導方法を促すよう、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保健指導事業

(1) 事業の目的

田川地区は全国と比較して、透析の患者数が多く、また、新規導入患者の約 55%が糖尿病をもっている。そのため、糖尿病の予防及び重症化予防に、より一層の力を入れる必要がある。方策として田川地区 CKD 糖尿病予防連携システムを用い、糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。

(2) 事業の概要

田川地区 CKD 糖尿病予防連携システムの連絡票を用い、健診結果で血糖及び腎臓コントロール不良者に対して、受診勧奨及び必要な者には保健指導をおこなう。

(3) 対象者

選定方法		健診受診者のうち、田川地区 CKD 糖尿病予防連携システムにて選定する。
選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診で尿蛋白（＋）以上、尿潜血（2＋）以上、e-GFR60未満、HbA1c6.5%以上の4項目の内、1つ以上当てはまる者
除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者

(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	対象者の翌年度の検査値改善者の割合	翌年度の健診における HbA1c6.5%以上の人の割合	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%

(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	医療機関受診率	田川地区 CKD 糖尿病 予防連携 システムにて 連絡票の返 信があった 者の割合	48%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

(6) プロセス (方法)

周知		健診結果の送付に併せて周知。そのほか、村内の医療機関に周知の協力依頼をする。
勧奨		対象者には該当通知で利用勧奨を行う。
実施および 実施後の支援	実施内容	対象者は、必要書類を持参し、かかりつけ医に受診。かかりつけ医に受診後、連絡票が村に送信される。また、かかりつけ医から保健指導依頼があれば、村の保健師や管理栄養士が保健指導を実施する。連絡票の返信がない者には再度受診勧奨をする。
	時期・期間	9月～3月
	場所	訪問、村の公共施設
	実施後の評価	連絡票の返信数により受診率を確認する。
	実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果で HbA1c8.0%以上の場合は、電話でフォローする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		

(7) ストラクチャー（体制）

庁内担当部署	住民課健康増進係がレセプト・健診結果から対象者を抽出
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）	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医から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。
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	
その他の組織	
他事業	
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	指示書を得られる田川市郡の医療機関・かかりつけ医を増やすことが実施率を上げるためには重要。（目標；医療機関数の増加）

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、村の関係機関、国保連合会及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。

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う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

	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	25%	27%	29%	31%	33%	35%
特定保健指導の 実施率	62%	63%	64%	65%	66%	67%
特定保健指導対 象者の減少率	25%	25%	25%	25%	25%	25%

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	530人	512人	494人	476人	458人	440人
【特定健康診 査】 目標とする 実施者数	132人	138人	143人	147人	151人	154人
【特定保健指 導】 対象者数	14人	14人	14人	14人	14人	14人
【特定保健指 導】 目標とする 対象者数	9人	9人	10人	10人	10人	11人

II 特定健康診査

1. 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者

40-74 歳の被保険者

(2) 実施場所

<集団健診> 村の保健センター

<個別健診> 村内外の指定医療機関

(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	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（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 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として実施する。

<集団健診> 血清クレアチニン及び eGFR、尿酸、尿潜血

<個別健診> 血清クレアチニン及び eGFR、尿酸、尿潜血、HbA1c

（５）実施時期又は期間

<集団健診> 7 月、10 月

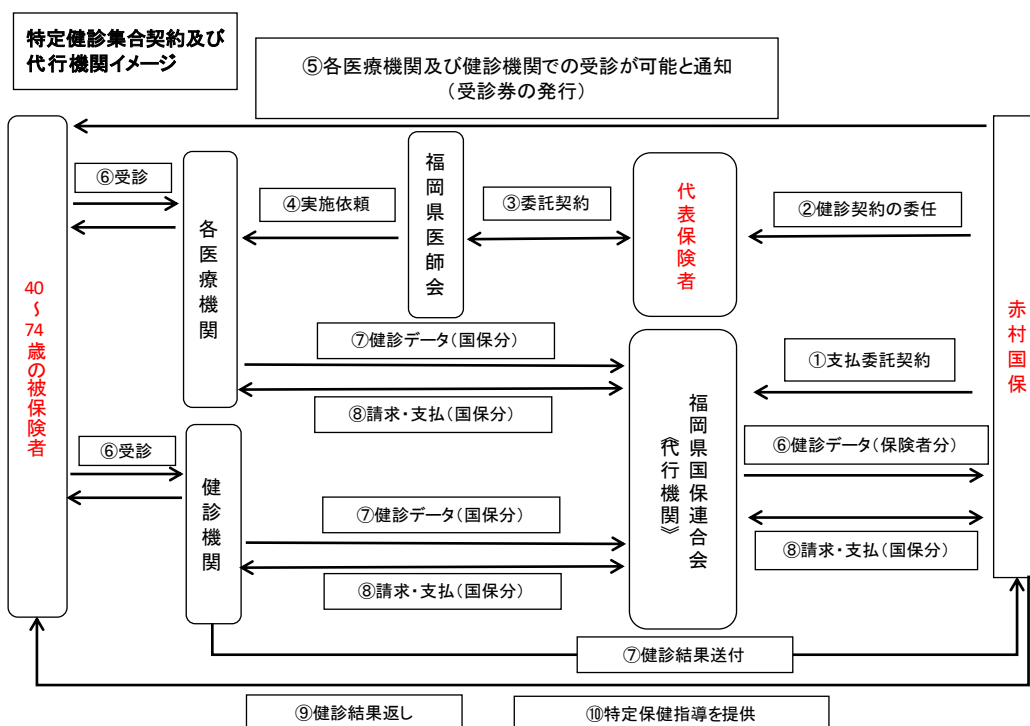
<個別健診> 6 月～3 月

（６）外部委託の方法

①外部委託の有無

個別健診を医師会に委託

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、村の広報誌およびホームページでの周知や、自治会、農協、医療機関、薬局にパンフレットを配布・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 週間後に健診結果を郵送。

＜個別健診＞健診実施 1 週間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
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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

<集団健診> 村の保健センター

<個別健診> 協力医療機関

(3) 実施内容

高確法第24条の規定により保健師や管理栄養士が実施する

①動機付け支援

対象者宅の訪問または役場窓口において個別で初回面接。

自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とし、行動計画の策定日から3ヶ月以上経過した後に評価結果を動機付け支援対象者に提供する。

②積極的支援

個別で初回面接による支援を実施した後、3ヶ月以上経過の持続的な支援を行う。

前年度に積極的支援対象者で、かつ前年度より健診結果が改善している者には、積極的支援を実施するか動機付け支援を実施するか、適宜担当保健師等が判断する。

(4) 実施時期又は期間

集団健診後の初回面談：健診後 1 ヶ月中に実施

個別健診後の初回面談：8 月～12 月中に実施

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

＜集団健診＞直営

＜個別健診＞直営

②外部委託の実施形態

医師会と委託契約により、個別健診の受診者に対する特定保健指導を協力医療機関に依頼する。

(6) 周知や案内の方法

対象者には利用券を送付する。そのほかに、村の広報誌およびホームページでの周知や、自治会、農協、医療機関、薬局にパンフレットを配布・掲示する。

結果説明、対面結果説明、電話フォローの際に初回面談の利用勧奨を行う。

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

受診券の発券や案内の発送等（健診については年度初めの一括発券内等、保健指導については年間を通じた随時発券・案内）

(2) 年度の前半

前年度の実施結果の検証や評価。

翌年度の事業計画の検討（必要に応じた実施計画の見直し）

(3) 年度の後半

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

2. 月間スケジュール

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

Ⅴ 個人情報の保護

1. 記録の保存方法

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

Ⅵ 特定健康診査等実施計画の公表・周知

1. 特定健康診査等実施計画の公表方法

本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。

2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

関係機関に啓発用ポスター、チラシの掲示、ホームページや広報誌等に掲載するなど、特定健康診査等の普及啓発に努める。

VII 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

1. 特定健康診査等実施計画の評価方法

- (1) 特定健康診査の実施率
- (2) 特定保健指導の実施率
- (3) 特定保健指導対象者の減少率

2. 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

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