

第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
須恵町国民健康保険

目次

I 基本的事項.....	1
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【図表1】【図表2】	
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.....	4
1.平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比【図表3】	
2.医療費の分析	
(1)一人当たり医療費及び受診率【図表4】	
(2)疾病分類別の医療費【図表5】【図表6】	
3.後発医薬品の使用割合【図表7】	
4.重複・頻回受診、重複服薬者割合【図表8】	
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9】【図表10】	
(2)特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)【図表11】	
(3)質問票調査の状況(生活習慣)【図表12】	
6.レセプト・健診結果等を組み合わせた分析【図表13】【図表14】【図表15】【図表16】	
7.介護費の分析【図表17】	
8.その他【図表18】	
III 計画全体.....	14
1.健康課題	
(1)計画全体の目的	
2.保健事業一覧	

IV 個別事業計画.....	16
1.特定健康診査事業	16
(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.特定保健指導事業	18
(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.特定健診受診勧奨通知事業	20
(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)	
4.糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業.....	23
4-1. 糖尿病性腎症重症化予防事業.....	23
(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)	

4-2. 粕屋地区 CKD(慢性腎臓病)・糖尿病対策連携システム事業.....	25
(1)事業の目的	
(2)事業の概要	
(3)対象者	
(4)アウトカム指標	
(5)アウトプット指標	
(6)プロセス(方法)	
(7)ストラクチャー(体制)	
5.生活習慣病重症化予防事業.....	27
(1)事業の目的	
(2)事業の概要	
(3)対象者	
(4)アウトカム指標	
(5)アウトプット指標	
(6)プロセス(方法)	
(7)ストラクチャー(体制)	
6.健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨通知事業.....	29
(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)	
7.骨粗鬆症予防事業.....	31
(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)	

8. 40 歳前健診受診勧奨事業	33
(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)	
9. 重複服薬・多剤服薬・頻回受診対策事業.....	35
9-1. 服薬情報通知事業.....	35
(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)	
9-2. 訪問健康相談事業	37
(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)	
10. その他検診受診勧奨事業	39
10-1. がん検診及びその他の検査	39
(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)	

10-2. 歯周疾患検診.....	42
(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.....	44
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	

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。

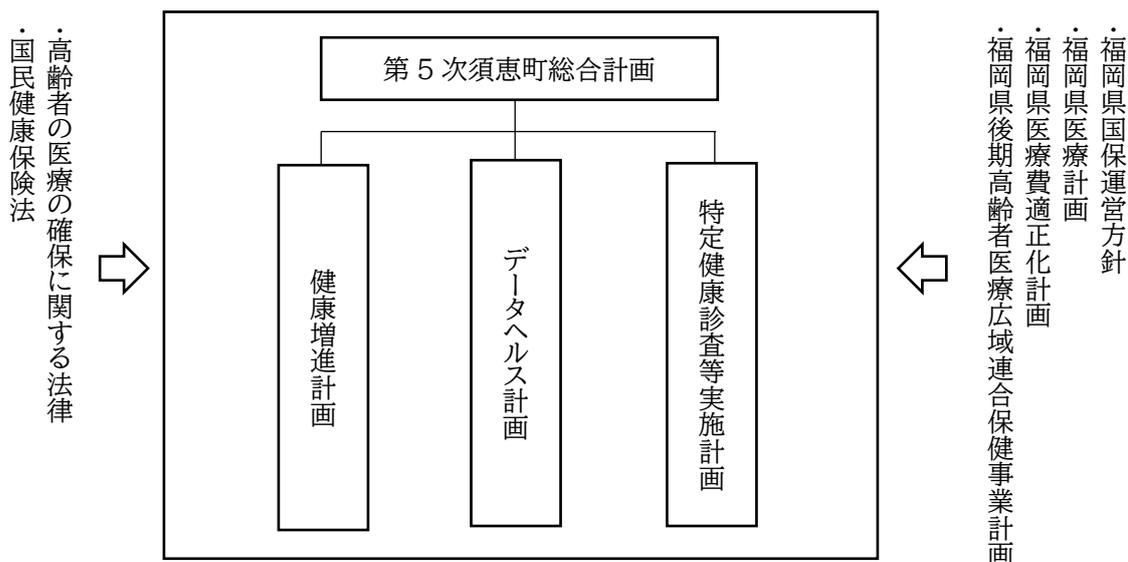
今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。

2.計画の位置づけ

須恵町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期須恵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、須恵町国民健康保険「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

関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

4.実施体制・関係者連携

(1)庁内組織

本計画の策定及び保健事業の運営においては、住民課が主体となって健康増進課及び福祉課と協議、連携した上で進める。

(2)地域の関係機関

本計画の策定及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。

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・重症化予防に関して、粕屋歯科医師会、粕屋薬剤師会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、商工会、校区コミュニティ等と連携して実施する。

5.基本情報【図表1】【図表2】

【図表1】須恵町の基本情報及び特性

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報				令和5年3月31日時点	
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	29,340	100.0	14,374	49.0	14,966	51.0
被保険者数(人) 合計	5,349	100.0	2,633	100.0	2,716	100.0
0~39歳(人)	1,501	28.1	790	30.0	711	26.2
40~64歳(人)	1,614	30.2	881	33.5	733	27.0
65~74歳(人)	2,234	41.8	962	36.5	1,272	46.8
平均年齢(歳)	50.9		49.3		52.6	

出典：住民基本台帳

【図表 2】 須恵町と福岡県・同規模自治体・全国との比較

本町の特性		須恵町と福岡県・同規模自治体・全国との比較				
		人口 (人)	被保険者数 (人)	高齢化率 (%)	出生率	死亡率
須恵町	平成 30 年度	27,194	6,162	26.0	9.6	8.7
	令和4年度	28,374	5,426	27.7	9.3	10.3
福岡県	平成 30 年度	5,038,664	1,147,395	25.9	9.0	10.0
	令和4年度	4,968,674	1,021,211	28.1	7.8	10.7
同規模	平成 30 年度	28,139	6,702	26.8	8.0	10.1
	令和4年度	28,190	6,005	29.1	6.8	10.7
全国	平成 30 年度	125,640,987	30,811,133	26.6	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	24,660,500	28.7	6.8	11.1

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

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 5,349 人であり、平成 30 年度末の 6,111 人から年々減少傾向にある。

②年齢階層別被保険者構成割合

令和4年度末の年齢階層別被保険者数は 39 歳以下が 28.1%、40 歳～64 歳が 30.2%、65 歳～74 歳が 41.8%であり、県平均よりも 39 歳以下の割合が低く、65 歳～74 歳の割合が高い。

③高齢化率及び出生率

令和4年度の高齢化率は 27.7%であり、県平均(28.1%)と比べ、0.4 ポイント低い。また、令和4年度の出生率は 9.3 であり、県平均(7.8)と比べ、1.5 ポイント高い。

④第2期データヘルス計画等に係る考察

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、新型コロナウイルス感染症の影響により特定健診受診率が低下した。回復傾向であるものの、依然回復しきれていない。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、地域及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【図表 3】

- 令和4年度の平均寿命は、男性 80.7 歳、女性 87.3 歳。男性は県平均と同水準であり、女性は県平均より高い。
- 令和4年度の平均自立期間(要介護2以上)は、男性 80.0 歳、女性 84.4 歳。男女とも県平均より低い。

【図表 3】 男女別平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比

■男性

令和4年度	平均寿命 (歳)	平均自立期間(歳)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
須恵町	80.7	80.0	78.9	98.6
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(歳)		標準化死亡比
		要介護2以上	要支援・要介護	
須恵町	87.3	84.4	81.7	91.4
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) 一人当たり医療費及び受診率【図表 4】

- 令和4年度の外来における一人当たり医療費は 15,940 円で全国平均、県平均、同規模平均よりも低い水準である。一方で、入院における一人当たり医療費は 14,570 円で全国平均、県平均、同規模平均よりも高い水準である。
- 外来の受診率は 705.9 と全国平均、県平均、同規模平均よりも低い水準であるが、入院の受診率は 24.6 と全国平均、県平均、同規模平均よりも高い水準である。

【図表 4】 一人当たり医療費及び受診率

■一人当たり医療費

(単位:円)

令和4年度	医科(外来)	医科(入院)	歯科
須恵町	15,940	14,570	2,230
福岡県	16,380	12,950	2,320
同規模	17,350	11,780	2,160
全国	17,400	11,650	2,210

■受診率 ※

令和4年度	医科(外来)	医科(入院)	歯科
須恵町	705.880	24.556	146.993
福岡県	726.788	21.570	166.386
同規模	716.103	19.201	164.147
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

※ 受診率は、レセプト件数÷被保険者数×1000 で算出。

■一人当たり医療費(医科)男性

(単位:円)

令和4年度	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
須恵町	12,422	4,847	12,625	11,250	26,398	34,364	51,294	55,606
福岡県	15,101	8,765	7,047	13,279	20,667	35,111	45,577	52,874
同規模	14,031	7,566	7,652	13,441	19,956	31,276	42,231	50,473
全国	13,920	8,189	6,968	12,365	19,499	31,029	43,367	52,584

■一人当たり医療費(医科)女性

(単位:円)

令和4年度	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
須恵町	9,529	6,962	8,724	18,293	25,846	25,908	37,237	40,085
福岡県	12,778	7,359	8,717	15,120	21,949	29,811	31,968	39,340
同規模	11,453	7,000	9,960	15,631	21,445	26,243	30,329	37,292
全国	12,104	7,066	8,804	14,907	20,569	26,614	31,082	38,277

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 5】【図表 6】

- 令和4年度の疾病分類別医療費の割合は、新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患の順に多い。県平均と比較すると循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、呼吸器系の疾患、消化器系の疾患の割合は高いが、新生物<腫瘍>、精神及び行動の障害、内分泌、栄養及び代謝疾患、腎尿路生殖器系の疾患の割合は低い。
- 一件当たり入院医療費は、心疾患、腎不全、新生物<腫瘍>の順に高い。県内順位は、心疾患が9位と高い。
- 一件当たり外来医療費は、腎不全、新生物<腫瘍>、心疾患の順に高い。県内順位は、心疾患、歯肉炎・歯周病が3位と高い。

【図表 5】 疾病分類別医療費の割合

(単位:%)

令和4年度	新生物	循環器	精神	内分泌	筋骨格	神経	尿路 性器	呼吸器	消化器	その他
須恵町	16.2	13.7	8.3	8.3	9.2	7.0	4.9	7.4	6.4	18.6
福岡県	16.8	12.8	9.5	9.0	9.0	7.0	5.2	6.4	5.9	18.3
同規模	16.9	13.8	7.7	9.4	8.8	6.3	7.8	5.8	6.0	17.3
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 システム帳票 疾病別医療費分析(大分類)

【図表 6】 疾病統計(須恵町)

令和4年度	糖尿病	高血圧	脂質異常症	脳血管疾患	心疾患
入院単価(円/件)	615,128	655,474	641,531	608,500	892,257
県内順位(60 保険者)	55	49	32	62	9
外来単価(円/件)	32,175	28,886	24,768	30,027	49,883
県内順位(60 保険者)	40	14	28	37	3

令和4年度	腎不全	精神	新生物	歯肉炎 歯周病
入院単価(円/件)	735,924	510,011	710,525	73,400
県内順位(60 保険者)	36	47	42	43
外来単価(円/件)	62,238	27,131	56,591	15,221
県内順位(60 保険者)	49	33	47	3

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 7】

- 後発医薬品の使用割合は 84.5%(令和 4 年度実績)。国の目標値 80%より高い。

【図表 7】 後発医薬品の使用割合

(単位:%)

令和5年3月診療分	須恵町	福岡県	全国
使用割合	84.5	82.2	80.9

出典:厚生労働省公表値(令和5年 10 月 20 日)

4.重複・頻回受診、重複服薬者割合【図表 8】

- 重複・頻回受診者が被保険者全体の 20.7%(1,170 人)いる。
- 重複服薬者が被保険者全体の 0.4%(24 人)いる。
- 多剤服薬者が被保険者全体の 43.8%(2,481 人)いる。

【図表 8】 重複・頻回受診、重複服薬者割合

■被保険者数(須恵町) (単位:人)

令和4年5月	5,664
--------	-------

■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 ※
		令和4年5月
2医療機関以上	1日以上	20.7
	5日以上	2.1
	10日以上	0.5
3医療機関以上	1日以上	6.7
	5日以上	1.0
	10日以上	0.2

※ 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 ※
		令和4年5月
2医療機関以上	1以上	0.4
	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
		令和4年5月
1日以上	1以上	43.8
	2以上	37.5
	3以上	30.5
	4以上	23.8
	5以上	18.5
	6以上	14.0

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9】【図表10】

- 令和4年度の特定健診の受診率は38.6%であり、県平均より高いものの国の目標値60%には及ばない。
- 特定健診の県平均との比較(男女年齢階層別)では、男性は65歳以上、女性は60歳以上の受診率が県平均より高い。
- 特定保健指導の実施率は85.6%で県平均より高い。

【図表9】 特定健診受診率及び特定保健指導実施率

■特定健診受診率

令和4年度	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)
須恵町	3,387	1,307	38.6
福岡県	673,387	236,321	35.1
全国 ※	-	-	-

■特定保健指導実施率

令和4年度	対象者数 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)
須恵町	153	131	85.6
福岡県	26,359	10,923	41.4
全国 ※	-	-	-

※ 全国の令和4年度データは未公表のため、掲載していない。
出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

【図表10】 男女年齢階層別特定健診受診率・特定保健指導実施割合

(単位:%)

令和4年度	男性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	
特定健診	27.3	25.6	26.0	23.1	26.3	41.0	46.9	36.2
特定保健指導	100.0	91.7	66.7	83.3	66.7	100.0	89.7	87.6

令和4年度	女性							
	年齢	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	
特定健診	22.2	31.3	32.5	26.3	40.4	38.6	49.0	40.7
特定保健指導	66.7	100.0	100.0	50.0	100.0	100.0	66.7	81.3

出典:特定健診等データ管理システム 令和4年度法定報告値

(2) 特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)【図表11】

- 令和4年度の生活習慣病リスク保有者の割合を県平均と比較すると、多くの項目で県平均よりも低い。
- HbA1cの該当者割合は64.7%で全国平均、県平均より高い。
- 生活習慣病リスク保有者の割合を性別に県平均と比較すると、男女とも県平均より高い項目がある。

【図表 11】 特定健診結果の状況

■特定健診結果の状況(有所見率①)

(単位:%)

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
須恵町	男女計	34.9	25.2	19.8	15.0	2.7	36.4	64.7	2.7
	男性	55.1	32.8	25.0	21.3	5.3	43.5	64.5	2.9
	女性	18.4	19.0	15.7	10.0	0.6	30.6	65.0	2.5
福岡県	男女計	36.0	25.6	21.3	14.2	3.4	27.3	58.5	2.8
	男性	56.9	32.9	28.8	21.1	6.5	34.7	60.1	3.7
	女性	20.1	20.0	15.6	9.0	1.0	21.7	57.3	2.2
全国	男女計	34.9	26.9	21.1	14.0	3.8	24.9	58.2	2.9
	男性	55.8	33.9	28.0	20.7	7.2	31.5	59.1	3.6
	女性	19.1	21.5	15.9	9.0	1.3	19.9	57.6	2.4

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式5-2
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)

(単位:%)

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
須恵町	男女計	7.2	49.1	19.0	49.4	0.5	1.8	21.5	19.4
	男性	13.1	52.6	23.0	43.4	0.2	2.9	23.8	
	女性	2.4	46.3	15.8	54.3	0.8	0.8	19.7	
福岡県	男女計	8.2	46.4	18.7	50.7	3.6	1.4	21.8	20.6
	男性	16.1	49.5	23.4	45.6	3.3	2.9	24.1	
	女性	2.3	44.1	15.0	54.7	3.7	0.3	20.1	
全国	男女計	6.6	48.3	20.7	50.1	5.2	1.3	21.8	20.6
	男性	13.0	50.8	25.8	44.9	5.0	2.7	23.6	
	女性	1.8	46.3	17.0	54.1	5.3	0.3	20.4	

出典:KDB システム帳票 厚生労働省様式5-2
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③)

(単位:%)

令和4年度		尿糖					尿蛋白				
		1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)	1:(-)	2:(±)	3:(+)	4:(++)	5:(+++)
有所見率	男女計	94.0	0.5	0.8	0.8	3.9	90.9	4.6	3.1	1.1	0.3
	男性	91.2	1.0	1.0	1.4	5.4	87.8	6.0	3.7	2.0	0.5
	女性	96.3	0.0	0.7	0.4	2.6	93.5	3.5	2.5	0.4	0.1

令和4年度		GOT	γ-GTP	心電図			眼底検査		血色素
				未実施	所見あり	所見なし	未実施	実施	
有所見率	男女計	13.8	14.7	88.1	11.9	0.0	81.8	18.2	15.9
	男性	18.7	22.6	86.7	13.3	0.0	79.1	20.9	17.3
	女性	9.8	8.2	89.2	10.8	0.0	83.9	16.1	15.4

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 12】

- 令和4年度の生活習慣病リスク保有者の割合は、喫煙率が16.7%と全国平均・県平均・同規模平均より高い。
- 生活習慣改善意欲は「改善意欲なし」が26.4%と県平均より高い。

【図表 12】 質問票調査の状況

■喫煙

令和4年度	須恵町			福岡県			同規模			全国		
	有所見率 (%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率 (%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率 (%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率 (%)	有所見者数(人)	回答数(人)
男女計	16.7	219	1,309	14.2	32,008	224,635	12.8	32,562	254,213	12.7	799,118	6,277,689
男性	28.6	168	588	24.7	23,985	97,192	22.6	25,275	111,752	22.0	592,983	2,701,175
女性	7.1	51	721	6.3	8,023	127,443	5.1	7,287	142,461	5.8	206,135	3,576,514

出典:KDB システム帳票 質問票調査の状況

■飲酒

(単位:%)

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
有所見率	須恵町	23.0	21.7	52.0	49.5	36.5	10.3	3.7
	福岡県	25.5	23.5	50.9	64.3	25.0	8.5	2.2
	同規模	23.6	21.5	54.9	65.6	23.6	8.6	2.2
	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

■生活習慣改善(改善意欲なし)

令和4年度	須恵町			福岡県			同規模			全国		
	有所見率(%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率(%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率(%)	有所見者数(人)	回答数(人)	有所見率(%)	有所見者数(人)	回答数(人)
男女計	26.4	279	1,056	24.9	53,749	215,894	28.1	64,066	228,201	27.5	1,547,646	5,636,856
男性	32.6	158	484	29.2	27,300	93,560	32.8	33,022	100,590	31.5	766,659	2,430,187
女性	21.2	121	572	21.6	26,449	122,334	24.3	31,044	127,611	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13】【図表14】【図表15】【図表16】

- 令和4年度の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15.0%いる。
- 高血圧症の有所見者で未治療者が68.1%いる。
- 糖尿病の治療中断者が0.1%いる。

【図表13】 令和4年度人口及び被保険者数等

人口総数(人)	被保険者数(人)	高齢化率(%)	健診対象者数(人)
28,374	5,426	27.7	3,395

出典:KDB システム帳票 医療機関受診と健診受診

【図表14】 医療機関受診と健診受診状況

(単位:人)

令和4年度		医療機関受診あり	医療機関受診なし	合計
健診受診あり	受診者数	1,203	106	1,309
	うち生活習慣病あり	863		863
健診受診なし	未受診者数	1,578	508	2,086
	うち生活習慣病あり	967		967

出典:KDB システム帳票 医療機関受診と健診受診

【図表 15】 高血圧症の患者状況

	レセプト情報									
	被保険者数 (40歳以上)	高血圧症 患者数 (様式3-3)			40-64歳			65-74歳		
					被保険者数	患者数		被保険者数	患者数	
	A (人)	B (人)	B/A (%)	C (人)	D (人)	D/C (%)	E (人)	F (人)	F/E (%)	
平成30年度	6,309	1,238	19.6	1,807	248	13.7	2,651	984	37.1	
令和4年度	5,438	1,082	19.9	1,646	240	14.6	2,243	833	37.1	

	特定健診情報							
	健診 受診者	受診率	Ⅱ度高血圧 以上		再掲			
					Ⅲ度高血圧		未治療者	
	G (人)	H (%)	I (人)	I/G (%)	J (人)	J/G (%)	K (人)	K/I (%)
平成30年度	1,704	44.5	97	5.7	12	0.7	50	51.5
令和4年度	1,307	38.6	94	7.2	17	1.3	64	68.1

出典:KDB システム帳票 厚労省様式 3-3(毎年度5月診療分(KDB 7月作成分))
保健指導支援ツール(平成30年度・令和4年度法定報告値で計上)

【図表 16】 糖尿病治療中断者の状況 (単位:人)

	糖尿病治療中断者		
	全体	男性	女性
令和4年度	4	4	0

出典:入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

7.介護費の分析【図表 17】

- 令和4年度の第1号被保険者の要介護認定率は14.5%で、全国平均、県平均、同規模平均よりも低い
いが、一件当たり介護給付費は66,124円と、全国平均、県平均、同規模平均よりも高い。
- 第2号被保険者の要介護認定率は0.3%で県平均と同じ水準であり、新規の要介護認定率は0.2%
で、県平均よりも低い。

【図表 17】 介護認定率及び介護給付費の状況

■介護認定率の状況 (単位:%)

令和4年度	須恵町	福岡県	同規模	全国
1号認定率	14.5	19.9	17.0	19.4
2号認定率	0.3	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

■介護給付費の状況

令和4年度	須恵町	福岡県	同規模	全国
一件当たり給付費(円)	66,124	59,152	63,000	59,662
総給付費(円)	1,803,405,882	407,127,115,803	323,370,248,294	10,074,274,226,869
総件数(件)	27,273	6,882,774	5,132,900	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】

- 胃がん検診の受診率に関しては、県平均・全国平均より高い。肺がん・大腸がん・乳がん検診の受診率に関しては、県平均よりは高いものの、全国平均を下回っている。また、子宮頸がん検診の受診率は県・全国の平均より大幅に下回っている。

【図表 18】 がん検診受診率の状況 (単位:%)

令和3年度	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
須恵町	8.0	5.5	6.8	12.9	6.3
福岡県	5.9	3.8	4.8	12.3	14.3
全国	6.5	6.0	7.0	15.4	15.4

出典:令和3年度地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省)

Ⅲ 計画全体

1.健康課題

【健診】

- 特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により激減した。令和3年度以降、回復傾向であるが、コロナ禍前の水準には回復しきれていない。コロナ禍により途切れた「連続受診者」を呼び戻すと同時に新規受診者の獲得を目指す必要がある。
- 40歳代及び50歳代の特定健診受診率は、男女ともに25%程度である。この特定健診受診率を向上させ、生活習慣病リスクが高い被保険者へ早期に保健指導等の介入をしていくことで、将来的な医療費の削減をしていく必要がある。
- 生活習慣病リスク保有者の割合は、喫煙率(16.7%)が県平均(14.2%)より高く、また生活習慣改善意欲は「改善意欲なし」が26.4%と県平均(24.9%)より高い。健康への意識が低いので、これを高めていく必要がある。

【医療】

- 外来における一人当たり医療費は、全国平均・県平均・同規模平均に比べ低い水準である一方、入院における一人当たり医療費は全国平均・県平均・同規模平均に比べ高い水準となっている。
- 一件当たり入院医療費・一件当たり外来医療費ともに、心疾患、腎不全、新生物が高い。
- 大分類による疾病別医療費では、新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、精神及び行動の障害の順に高い。この5つで全体の55.7%を占める。

【介護】

- 介護認定率は県平均より低いですが、平均要介護度及び一件当たり介護給付費は県平均より高く、前期高齢者において生活習慣病の重症化による要介護認定及び要介護度の悪化傾向が課題である。

(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		
				令和4年度	令和8年度	令和11年度
I	特定健診受診率を向上させる。	特定健診受診率(%)	法定報告	38.6	40.0	45.0
II	特定保健指導実施率を向上させる。	特定保健指導実施率(%)	法定報告	85.6	88.0	90.0
III	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下記①または②を満たす者の割合 ①Ⅱ度高血圧 収縮期血圧 160mmHg～179mmHg かつ/または拡張期血圧 100mmHg～109mmHg ②Ⅲ度高血圧 収縮期血圧 180mmHg以上かつ/または拡張期血圧 110mmHg以上	7.2	7.0	7.0
IV		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	1.7	1.7	1.7
V		HbA1c7.0%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、HbA1c7.0%以上の人の割合	4.2	4.0	4.0
VI	若年層から健康意識を高める。	若年健診の受診率(%)	30歳代国保被保険者のうち受診者の割合	17.9	19.0	20.0
VII	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間(要介護2以上)(歳)	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 80.0 (女性) 84.4	(男性) 80.5 (女性) 85.0	(男性) 81.0 (女性) 85.5

2.保健事業一覧

特定健康診査事業

特定保健指導事業

特定健診受診勧奨通知事業

糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

生活習慣病重症化予防事業

健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨通知事業

骨粗鬆症予防事業

40歳前健診受診勧奨事業

重複服薬・多剤服薬・頻回受診対策事業

その他検診受診勧奨事業

IV 個別事業計画

1. 特定健康診査事業

(1) 事業の目的

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

(2) 事業の概要

特定健康診査を実施する。

(3) 対象者

40歳～74歳の被保険者(ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者を除く)

(4) アウトカム指標

(単位:%)

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	【中長期】 内臓脂肪症候群 該当者割合	法定報告値	19.4	19.0	19.0	19.0	19.0	19.0	19.0
2	【短期】 生活習慣改善意欲が ある人の割合	法定報告値	25.1	27.0	27.0	27.0	30.0	30.0	30.0

(5) アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康 診査受診率	法定報告値	38.6	40.0	40.0	40.0	45.0	45.0	45.0

(6)プロセス(方法)

周知	対象者には集団健診や個別健診日程等を記載した受診券を送付する。そのほかに、町の広報紙及びホームページでの周知を行う。	
勧奨	郵送、SMS(ショートメッセージサービス)、かかりつけ医からの受診勧奨を行う。	
実施及び 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。
	実施場所	集団健診:須恵町保健センター 個別健診:集合契約に参加する県内医療機関
	時期・期間	集団健診:6月・9月・10月・12月 個別健診:4月～翌年3月 ※医療機関の診療時間内
	予約申込	集団健診:集団健診コールセンターに電話申込または Web 予約 個別健診:医療機関に申込
	実施内容	問診・計測・血圧・診療・血液検査・尿検査
	データ取得	特定健診未受診者医療情報収集事業に参加し、医療機関から情報提供を受ける。また、特定健診未受診者医療情報収集事業の該当者ではない被保険者が特定健診検査項目である血液検査等を受診した場合、被保険者から情報提供を受ける。
	結果提供	集団健診:健診実施 3 週間後に健診結果を郵送 個別健診:医療機関から健診結果を対面で返却・結果説明
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	生活習慣病のリスクが高いという結果が出た受診者には、早期に電話や訪問等による保健指導の介入を行い、翌年度の受診を促す。(勧奨率目標:100%)	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	健康増進課が世帯主宛に発行する「住民検診のお知らせ」内に特定健診についての情報を掲載。集団健診については健康増進課に執行委任。国保の新規加入者への周知、特定健診受診勧奨、受診券交付は住民課にて実施。
保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	個別健診を集合契約県内実施医療機関に委託
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医から受診勧奨を行う。
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	外部委託事業者にて郵送及びSMSによる受診勧奨を行う。
他事業	健康づくり教室や歯科健診の場で、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)	粕屋地区 CKD(慢性腎臓病)・糖尿病対策連携システム事業に該当する者は、連絡票を基に保健指導を実施する。

2. 特定保健指導事業

(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

特定健診の結果、生活習慣病のリスクが高い被保険者に対して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(ただし、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者を除く)

(4) アウトカム指標

(単位:%)

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	【中長期】 内臓脂肪症候群 該当者割合	法定報告値	19.4	19.0	19.0	19.0	19.0	19.0	19.0
2	【中長期】 特定保健指導による 特定保健指導対象者の 減少率	法定報告値	18.2	19.0	19.0	19.0	20.0	20.0	20.0
3	【短期】 生活習慣改善意欲が ある人の割合	法定報告値	25.1	27.0	27.0	27.0	30.0	30.0	30.0

(5) アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導実施率	法定報告値	85.6	86.0	86.0	88.0	88.0	90.0	90.0

(6)プロセス(方法)

周知	対象者には電話や訪問等を行う。連絡が取れない対象者には、文書による周知を行う。	
勧奨	個別に電話や訪問によりアプローチする。連絡が取れない対象者には、文書によりアプローチをした後、改めて電話や訪問を行う。	
実施及び 実施後の支援	初回面談	集団健診における特定保健指導対象者は、高血圧の者には健診時に、同意を得られた場合、初回面接及び情報提供を実施する。同意を得られなかった場合は、後日電話や訪問にて初回面談を行う。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施の翌月以降に個別に電話や訪問を行い、初回面談を実施する。
	実施場所	対象者には、須恵町保健センター及び対象者宅への訪問により実施する。
	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。 設定した目標の取組を継続できるよう、指導期間中の生活習慣などのモニタリングを行う。
	時期・期間	集団健診後の初回面談：健診受診日または健診結果受領以降に電話や訪問により介入できた月に行う。 個別健診後の初回面談：健診結果受領以降に電話や訪問により介入できた月に行う。
	実施後の フォロー・ 継続支援	翌年度の健診受診を勧奨する。翌年度の健診結果を確認し、改善されているか経過をフォローする。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	初回面談時に対象者が分からないことなどをヒアリングし、次回介入時に情報提供できるよう、対象者に応じた分かりやすい資料を作成して提供する。	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課(管理栄養士)、健康増進課(保健師)
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)	町内医療機関から健診結果を健診月の翌月に受領する。
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
民間事業者	集団健診委託業者にて実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	指導内容等は、管理栄養士及び保健師内で情報を共有している。不在時でも対応できるようにし、途中脱落を少なくする。

3. 特定健診受診勧奨通知事業

(1) 事業の目的

特定健診の受診により、生活習慣病のリスクが高い者へ早期に保健指導等の介入をすることができ、将来の医療費削減が期待できる。この受診率を向上させることを目的とする。

(2) 事業の概要

- ①. データを活用した特定健診の未受診者及び継続受診に向けた効率的・効果的な施策(郵送・SMS等)により行う。
- ②. 町広報紙やホームページ、公式 LINE の媒体を用いて周知を行う。
- ③. 福岡県国民健康保険団体連合会「特定健診未受診者医療情報収集事業」に参加し、医療機関からの医療情報の提供を受ける。
- ④. かかりつけ医等医療機関からの受診勧奨チラシの作成及び配布依頼をする。
- ⑤. 40 歳以上の須恵町国民健康保険新規加入者への受診勧奨チラシの作成及び配布をする。

(3) 対象者

選定方法		40 歳～74 歳の被保険者
選定基準	判定基準	①. 特定健診未受診者であること ②. 被保険者であること ③. 「特定健診未受診者医療情報収集事業」に関して、福岡県国民健康保険団体連合会が提供するシステムにて血液検査結果があること ④. 特定健診未受診者であること ⑤. 国民健康保険新規加入者
除外基準		特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号)第 1 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者

(4) アウトカム指標

(単位: %)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和 4 年度	目標値					
			令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健康診査受診率	法定報告値	38.6	40.0	40.0	40.0	45.0	45.0	45.0

(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 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	通知またはSMSによる勧奨回数(回)	未受診者に1回以上の通知回数	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2	郵送 4 SMS 2
2	広報紙に掲載(回)	掲載した回数	1	1	1	1	1	1	1
3	情報提供した人の割合(%)	送付者数に対する情報提供者数の割合	23.1	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0	25.0
4	医療機関からの受診勧奨チラシの作成(回)	作成回数	1	1	1	1	1	1	1
5	国保新規加入者への受診勧奨チラシの作成(回)	作成回数	1	1	1	1	1	1	1

(6)プロセス(方法)

周知		②.町広報紙やホームページ、公式 LINE 等の媒体を用いて周知を行う。
勸奨方法		①.郵送及び SMS ③.郵送 ④.かかりつけ医等医療機関 ⑤.窓口にて配布
実施及び 実施後の支援	利用申込	集団健診:集団健診コールセンターに電話予約または Web 予約システムにて申込 個別健診:県内集合契約参加医療機関に直接申込
	実施内容	①.過去の受診履歴等から送付対象者を8パターン程度に分類し、受診勧奨通知を郵送。過去に集団健診を受診し、かつ携帯電話番号を登録した者に SMS にて受診勧奨通知を配信 ③.福岡県国民健康保険団体連合会「特定健診未受診者医療情報収集事業」にて対象となった者に通知を郵送
	時期・期間	①.集団健診コールセンター開設前または開設後の適切な時期 ②.集団健診コールセンター開設前 ③.12月～1月 ④.随時 ⑤.随時
	場所	④.かかりつけ医等医療機関
	実施後の評価	①.分類パターンごとの受診率や SMS 配信対象者の特設サイト閲覧履歴を追跡するなど、解析する ③.対象者の医療情報提供率 ④.個別医療機関における特定健診受診者数の変化 ⑤.新規国保加入者の特定健診受診者数の変化
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		外部委託事業者等と実施時期等の打ち合わせを行い、適切な時期に送付や配信を行う。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課及び健康増進課
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)	福岡県医師会(福岡県内集合契約参加医療機関)
かかりつけ医・専門医	③.血液検査結果等医療情報の提供
国民健康保険団体連合会	③.特定健診受診結果及び血液検査結果等医療情報の提供
民間事業者	①.外部委託事業者にて受診勧奨通知の作成及び SMS の配信を委託 ④.外部委託事業者または町においてチラシの作成 ⑤.外部委託事業者または町においてチラシの作成
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	外部委託事業者等と実施時期等の打ち合わせを行い、適切な時期に送付や配信を行う。

4.糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業

4-1. 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1)事業の目的

糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。

(2)事業の概要

糖尿病性腎症または糖尿病(以下、「糖尿病性腎症等」という。)の患者に、通院先の医療機関と協力しながら、糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「プログラム」という。)を実施して、自分で体調管理できるように促し、透析への移行など、糖尿病性腎症等の重症化を遅らせることを目的とする。

(3)対象者

選定方法		健診受診者のうち、HbA1c7.0%以上かつ糖尿病の服薬ありの人を対象として、選定する。
選定基準	健診結果による判定基準	①.空腹時血糖値が130mg/dL以上、または、HbA1c値が7.0%以上
	レセプトによる判定基準	②.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	③.eGFR値が15mL/分/1.73㎡以上かつ60mL/分/1.73㎡未満。 ④.レセプト及び健診データから治癒状況を確認し、病期判定を3a期～4期(CKDガイドライン)と判定された者。 ⑤.レセプト及び健診データから治癒状況を確認し、病期判定を1期～2期(CKDガイドライン)と判定された者。 ①または②に該当し、かつ③または④に該当する者を重度指導対象者群とし、①または②に該当し、かつ⑤に該当する者を軽度指導対象者群とする。 重度指導対象者群または軽度指導対象者群に参加勧奨を実施し、同意した者。
除外基準		なし
重点対象者の基準		eGFR値が15mL/分/1.73㎡以上かつ60mL/分/1.73㎡未満

(4)アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合	58	55	55	55	50	50	50

(5)アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
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	16.5 (41/249)	17.4 (40/230)	18.2 (40/220)	18.2 (40/220)	19.0 (40/210)	19.0 (40/210)	20.0 (40/200)

(6)プロセス(方法)

周知	対象者に案内文書を郵送する。	
勧奨	対象者には委託事業者にて通知・電話で利用勧奨を行う。	
実施及び 実施後の支援	利用申込	プログラム参加希望者は電話または書面にて申込を行う。重度指導対象者群に分類される者は初回面接時までにかかりつけ医より生活指導確認書をもらう。
	実施内容	委託事業者の保健師や管理栄養士が月1回の個別面談等にて保健指導を実施する。
	時期・期間	8月～2月
	場所	須恵町保健センターまたはオンライン面談
	実施後の評価	終了後にアンケートで生活習慣改善状況を確認、翌年度の健診結果
	実施後の フォロー・ 継続支援	翌年度の健診結果でHbA1c7.0%以上の場合は、再び事業実施対象者となる。また、町の管理栄養士や保健師による保健指導等による介入を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	アンケート結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。 (目標:報告率 100%)	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課及び健康増進課
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)	かかりつけ医から生活指導確認書をもらい、指導内容の確認を行う。
かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医から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	委託業者によりレセプト・健診結果から対象者を抽出。委託事業者にて電話による参加勧奨及び面談や電話による指導を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	重度指導対象者群の事業参加人数を向上させるため、通知内容の見直しを行う。

4-2. 粕屋地区 CKD(慢性腎臓病)・糖尿病対策連携システム事業

(1) 事業の目的

人工透析を予防するため、慢性腎臓病(CKD)及び糖尿病の重症化を予防すること。

(2) 事業の概要

I. 一次医療機関(かかりつけ医)への受診勧奨

特定健康診査において(3)対象者のIに該当する場合、対象者への受診勧奨関係様式類、連絡票等を渡し、一次医療機関(かかりつけ医)へ受診するよう勧奨する。

II. 緊急受診

特定健康診査において(3)対象者のIIに該当する場合、対象者に直接説明し、二次医療機関へ受診するように勧奨する。

III. 保健指導の実施

受診の結果から、二次医療機関及び一次医療機関(かかりつけ医)との連携のもと、対象者の保健指導を行う。

(3) 対象者

選定方法		健診受診者で健診結果がIまたはIIのいずれかに該当する者
選定基準	健診結果による判定基準	<p>I. 一次医療機関(かかりつけ医)への受診勧奨(CKD 関連)以下のいずれかに該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・eGFR60mL/分/1.73 m²未満 (70 歳以上は 50mL/分/1.73 m²未満) ・尿蛋白1+以上 ・尿潜血2+以上 <p>(糖尿病関連)以下のいずれかに該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空腹時血糖 126 mg/dL 以上 ・随時血糖 126 mg/dL 以上 ・HbA1c 6.5%以上 10%未満 (75 歳以上 7.0%以上 10%未満) <p>II. 緊急受診(CKD 関連)以下のいずれかに該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白、尿潜血共に 3+ ・eGFR30 mL/分/1.73 m²未満 <p>(糖尿病関連)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c 10%以上

(4) アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者の人工透析に移行した人の割合	保健指導後のプログラム該当者のレセプト	0	0	0	0	0	0	0

(5)アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
連絡票 回収率	一次医療機関 受診対象者 に対する受診者 数	60.3 (117/194)	60.0	60.0	60.0	65.0	65.0	65.0
	二次医療機関 受診対象者 に対する受診者 数	71.4 (5/7)	70.0	70.0	70.0	75.0	75.0	75.0
保健指導 実施率	連絡票で保健 指導依頼があ った人に対する 保健指導した 人の割合	100 (15/15)	100 (15/15)	100 (15/15)	100 (15/15)	100 (15/15)	100 (15/15)	100 (15/15)

(6)プロセス(方法)

周知・勧奨		一次医療機関受診対象者に対しては、案内文と一緒に連絡票を郵送。二次医療機関受診対象者に対しては訪問し、保健師から直接システムや健診結果の説明を行い、連絡票を手渡し。
実施及び 実施後の支援	実施内容	健診結果に基づき、一次医療機関(かかりつけ医)及び二次医療機関(腎臓内科・泌尿器科)または糖尿病専門医に受診勧奨し、一次医療機関または二次医療機関等と連携し、保健指導依頼がある場合は指導を行う。
	時期・期間	4月～3月
	場所	対象者宅への訪問または須恵町保健センター
	実施後の評価	終了後に生活習慣改善状況及び血液検査結果等を確認する。
	実施後の フォロー・ 継続支援	連絡票の返信が確認できない対象者に対しては郵送等で再度受診勧奨を行う。また、レセプト等を確認し、内科受診の有無を確認する。

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課及び健康増進課
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)	粕屋医師会、粕屋保健福祉事務所
かかりつけ医・専門医	一次医療機関(かかりつけ医)、二次医療機関(腎臓内科・泌尿器科)または糖尿病専門医と連携し、必要に応じて加療、保健指導等の指示を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	粕屋地区糖尿病性腎症重症化会議兼慢性腎臓病会議において、粕屋保健福祉事務所、粕屋医師会や専門医等と事業について情報共有等を行っている。

5.生活習慣病重症化予防事業

(1)事業の目的

生活習慣病のリスクが高い者に保健指導を行い、早期に医療機関に繋げることを目的とする。

(2)事業の概要

生活習慣病のリスクが高い者に保健指導を行い、医療機関への受診勧奨を行う。

(3)対象者

選定方法		特定健診結果から LDL コレステロール 180mg/dL 以上またはⅡ度高血圧以上または HbA1c7.0%以上で未治療の者
選定基準	健診結果による判定基準	LDL コレステロール 180mg/dL 以上またはⅡ度高血圧以上または HbA1c7.0%以上
	レセプトによる判定基準	医療機関未受診者

(4)アウトカム指標

(単位:%)

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
				令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
1	対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診における LDL コレステロール 180mg/dL 以上の数値の変化	84.6	85.0	85.0	85.0	90.0	90.0	90.0
2	対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診におけるⅡ度高血圧以上の数値の変化	77.7	80.0	80.0	80.0	85.0	85.0	85.0
3	対象者の翌年度の検査値改善者割合	翌年度の健診における HbA1c の数値の変化	60.0	60.0	60.0	60.0	65.0	65.0	65.0

(5)アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
保健指導実施率	選定した対象者のうち保健指導等を実施した人の割合	100 (142/142)	100 (140/140)	100 (140/140)	100 (140/140)	100 (140/140)	100 (140/140)	100 (140/140)

(6)プロセス(方法)

周知	個別に電話や訪問によりアプローチする。連絡が取れない対象者には、文書によりアプローチをした後、改めて電話や訪問を行う。	
勧奨	個別に電話や訪問によりアプローチする。連絡が取れない対象者には、文書によりアプローチをした後、改めて電話や訪問を行う。	
実施及び 実施後の支援	実施内容	管理栄養士または保健師による個別面談等にて保健指導及び医療機関受診勧奨を行う。
	時期・期間	特定健診結果が出た翌月以降
	場所	須恵町保健センターまたは対象者への訪問または文書投函
	実施後の評価	指導後、受診状況をレセプトで確認
	実施後の フォロー・ 継続支援	電話や訪問により保健指導及び受診状況等の確認。連絡が取れない者には受診状況をレセプトで確認。 指導後、受診していた者が治療中断となった場合は、「健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨通知事業」の対象者になる。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	通常の特定保健指導に加え、より重症化リスクが高く緊急性を要する者への保健指導と、早期に医療機関にかかるよう受診勧奨をする必要がある。	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課・健康増進課(保健師)
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

6. 健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者受診勧奨通知事業

(1) 事業の目的

生活習慣病のリスク保有者のうち未受診者及び治療受断者の早期治療につなげる。

(2) 事業の概要

生活習慣病のリスク保有者のうち、未受診及び治療中断者に受診勧奨通知の送付、電話や訪問等により保健指導を行い、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、前年度の健診結果及びレセプトを基に判定する。
選定基準	健診結果による判定基準	以下のいずれか一つでも該当する者 ・特定健診にて収縮時血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上 ・特定健診にて空腹時血糖 126mg/dL 以上もしくは HbA1c6.5%以上 ・特定健診にて中性脂肪 300mg/dL 以上もしくは HDL コレステロール 34mg/dL 以下もしくは LDL コレステロール 140mg/dL 以上
	レセプトによる判定基準	健診以降、医療機関への受診がない者
除外基準		資格喪失者

(4) アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
医療機関受診率	通知発送後6カ月以内のレセプトで受診有の者の割合	20	25	25	25	30	30	30

(5) アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
介入率	対象者に対する通知者数の割合	100	100	100	100	100	100	100

(6)プロセス(方法)

周知	前年度特定健診受診結果及びレセプト分析を行い、対象者を決定。対象者には通知を送付する。
勧奨	高血圧、HbA1c、脂質が要医療域の人を対象に受診勧奨通知を発送。6カ月後の受診状況を把握する。
実施後の支援・評価	通知発送の6カ月後、レセプトで受診状況を確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	経年で対象者をチェックし、対策を検討する。(目標:対象者リストを経年で作成)

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課・健康増進課(保健師)
国民健康保険団体連合会	特定健康診査等データ及び医療データの提供
民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者を抽出し、通知を作成する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	対象者の選定基準等は委託業者及び健康増進課(保健師)と協議する。 (目標:事業実施から6カ月後に実施効果を集計する)

7.骨粗鬆症予防事業

(1)事業の目的

骨粗鬆症の治療を中断している者及び骨密度検査で要精密検査となったにもかかわらず医療機関を受診していない者へ医療機関への受診勧奨を行い、骨粗鬆症の悪化による骨折を予防することを目的とする。

(2)事業の概要

レセプト、健診結果をデータ化し、それらを複合的かつ多角的に分析した対象者リストを作成し、指導同意者への保健指導を行う。

(3)対象者

選定方法		骨密度検査結果及びレセプトを分析し、対象者を抽出する。
選定基準	健診結果による判定基準	骨密度検査にて要精密検査となっているが、骨粗鬆症で医療機関受診していない者
	レセプトによる判定基準	過去2年間のレセプトにおいて、骨粗鬆症にて定期的に医療機関を受診していたが通院を中断したと考えられる者
除外基準		がん・難病・認知症を罹患している者
重点対象者の基準		なし

(4)アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
医療機関 受診率	指導した対象者のうち医療機関にかかった人の割合	33 (3/9)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)

(5)アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
保健指導 実施率	選定した対象者のうち指導を実施した人の割合	25 (9/36)	25 (10/40)	25 (10/40)	25 (10/40)	25 (10/40)	25 (10/40)	25 (10/40)

(6)プロセス(方法)

周知	対象者に事前に文書を郵送する。	
勧奨	対象者には委託事業者にて通知・電話で保健指導を行う。	
実施及び 実施後の支援	利用申込	なし
	実施内容	委託事業者の保健師や管理栄養士が電話による指導を行う。
	時期・期間	1月・2月
	場所	電話による保健指導
	実施後の評価	終了後にアンケートを実施し、レセプトを確認し医療機関にかかったかを確認する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	アンケート結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。 (目標:報告率 100%)	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課・健康増進課(保健師)
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)	なし
かかりつけ医・専門医	なし
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	委託業者によりレセプト・健診結果から対象者を抽出。委託事業者にて通知、電話による指導を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	なし

8.40 歳前健診受診勧奨事業

(1) 事業の目的

特定健診の対象となる前から健診を受診することで、生活習慣病に対するリスク等を認識し、若いうちから生活習慣を見直すきっかけとすることを目的とする。

(2) 事業の概要

30歳代の国民健康保険被保険者に対し、集団健診において若年健診の受診勧奨を行う。

(3) 対象者

選定方法	勧奨通知送付時点での30歳代被保険者で若年健診未受診者
------	-----------------------------

(4) アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
保健指導 実施率	選定した対象者のうち指導を実施した人の割合	33 (3/9)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)	40 (4/10)

(5) アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
若年健診の 受診率	受診勧奨者数に対する健診受診者数の割合	17.9 (75/419)	17.8 (73/410)	18.0 (72/400)	19.0 (76/400)	19.0 (76/400)	20.0 (80/400)	20.0 (80/400)

(6)プロセス(方法)

周知	対象者に勧奨通知を郵送する。	
勧奨	対象者に勧奨通知を郵送する。	
実施及び 実施後の支援	実施形態	集団健診
	実施場所	須恵町保健センター
	時期・期間	6月・9月・10月・12月
	予約申込	集団健診コールセンターまたは Web 予約
	実施内容	問診・計測・血圧・診療・血液検査・尿検査
	結果提供	集団健診実施3週間後に健診結果を郵送
	実施後の フォロー・ 継続支援	生活習慣病のリスクが高い者に保健指導を行う。翌年度も国民健康保険被保険者である場合には、受診勧奨通知を送付する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	生活習慣病のリスクが高いという結果が出た受診者には、早期に電話や訪問等による保健指導の介入を行い、翌年度の受診を促す。(勧奨率目標:100%)	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	集団健診については健康増進課に執行委任。受診勧奨は住民課にて実施
民間事業者	集団健診コールセンターまたは Web 予約の管理を行う。 特定健診と同基準で積極的・動機づけ支援対象者には、面談や電話による指導を実施する。

9.重複服薬・多剤服薬・頻回受診対策事業

9-1. 服薬情報通知事業

(1) 事業の目的

薬剤の重複・多剤服用等の疑いのある被保険者に対して服薬情報を記載した通知書を送付することにより適切な服薬支援の機会を提供し、被保険者の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。

(2) 事業の概要

レセプトデータを解析し、対象者の決定を行う。対象者には服薬情報を記載した通知書を送付し、電話等による服薬についての指導を行う。

(3) 対象者

選定方法		レセプトデータの解析
選定基準	健診結果による判定基準	なし
	レセプトによる判定基準	長期処方を考慮し、通知書を発送する月の3カ月または4カ月前の診療年月以前の4カ月分のレセプトデータを対象期間とする。
	その他の判定基準	基準月に複数の医療機関から長期間処方されていること。 対象とすべき医薬品を6種類以上服用されていること。
除外基準		通知対象者の選定にあたって、薬物有害事象のリスク増加などに繋がる状態(ポリファーマシー)の対象者に絞り込む必要がある。 下記について考慮したうえで送付対象者とする。 a 重複服薬の判定(薬価基準コードが異なる同一有効成分の医薬品を含む) b 相互作用(併用禁忌)の判定 c 高齢者に慎重投与すべき医薬品の判定 d 処方されている医薬品の種類別(内服薬, 頓服薬, 外用薬, 注射剤等) e 検査や手術等で用いた医薬品の除外

(4) アウトカム指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者一人当たり医薬品種類数	通知書作成月と効果確認月を比較し、対象者一人当たり医薬品種類の削減率	10.8 (8.3-7.4)/8.3	11.0	11.0	11.0	12.0	12.0	12.0

(5) アウトプット指標

(単位:%)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
送付率	対象者への送付率	100 (280/280)	100	100	100	100	100	100

(6)プロセス(方法)

	周知	対象者に勧奨通知を郵送する。
	勧奨	対象者に勧奨通知を郵送する。
実施及び 実施後の支 援	実施形態	郵送・訪問・電話
	時期・期間	9月～10月
	実施内容	対象者に通知を送付し、それを基にかかりつけ医等に相談することにより、処方される薬剤等の見直しを促す。
	実施後の フォロー・ 継続支援	なし

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課・健康増進課
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)	なし
かかりつけ医・専門医	処方する薬剤の検討
国民健康保険団体連合会	レセプトデータ等の提供
民間事業者	委託業者によりレセプトから対象者を抽出。委託事業者にて通知を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	なし

9-2. 訪問健康相談事業

(1) 事業の目的

医療機関の頻回・重複受診者や重複服薬者・多剤服薬者に対して、保健師等が適正な受診のための指導や助言及び健康状態に応じた生活指導等を行うことにより、当該被保険者の受診行動の改善、健康保持増進を図ることを目的とする。

(2) 事業の概要

選定された対象者に以下の助言等を行う。

- ①. 療養上の日常生活指導(食事・栄養・運動・予防等の指導)
- ②. 疾病治癒に向けた適切な助言及び健康の保持増進に関する助言
- ③. 受診、健診及び服薬に関する助言等
- ④. 訪問対象者やその家族からの質問や疑問への対応

(3) 対象者

選定方法		レセプトデータの解析
選定基準	健診結果による判定基準	なし
	レセプトによる判定基準	a 頻回受診者(同一月内に同一の診療科に原則15回以上の外来受診者) b 重複受診者(同一月内に同一の疾病で原則3医療機関以上の外来受診者) c 重複服薬者(同一月内に異なる医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている者) d 多剤服薬者(同一月内に処方薬剤数が多い者)
	その他の判定基準	原則60歳～74歳
除外基準		がん患者、精神疾患及び透析患者

(4) アウトカム指標

(単位:日)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
年間一人当たり削減日数	訪問健康相談事業報告書	4.63	5	5	5	5	5	5

(5) アウトプット指標

(単位:回)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者への訪問指導回数	アンケートの実施	10	10	10	10	10	10	10

(6)プロセス(方法)

周知	対象者に事前に文書を送付	
勸奨	なし	
実施及び 実施後の支援	実施形態	訪問
	時期・期間	4月～3月
	実施内容	対象者に通知送付後、訪問。健康相談を実施する。
	実施後の フォロー・ 継続支援	なし
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	なし	

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	住民課
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)	なし
かかりつけ医・専門医	なし
国民健康保険団体連合会	国民健康保険団体連合会に委託
民間事業者	なし
その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	なし

10.その他検診受診勧奨事業

10-1. がん検診及びその他の検査

(1)事業の目的

がん検診及びその他の検査の受診により、早期発見・早期治療をすることで、将来の医療費削減が期待できる。この受診者数を向上させることを目的とする。

(2)事業の概要

- ①.がん検診(胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診・前立腺がん検診・子宮頸がん検診・乳がん検診)及びその他の検査と集団健診における特定健診との同時受診を勧奨する。
- ②.健康増進課が契約する町内及びその他実施医療機関において、がん検診(胃がん検診・大腸がん検診・子宮頸がん検診・乳がん検診)を受診できる旨を周知する。
- ③.乳がん検診対象者(各年度4月1日現在で40歳)に無料クーポン券を送付する。
- ④.子宮頸がん検診対象者(各年度4月1日現在で20歳)に無料クーポン券を送付する。
- ⑤.がん検診(胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診・前立腺がん検診・子宮頸がん検診・乳がん検診)に関して町広報紙、ホームページ、公式LINE、集団健診受付Webサイト、個別通知等の媒体により周知を行う。

(3)対象者

選定方法	①. 40歳～74歳の特定健診対象者 ②. 40歳～74歳の特定健診対象者 ③. 町内に在住の各年度4月1日現在で40歳の女性 ④. 町内に在住の各年度4月1日現在で20歳の女性 ⑤. 町民
------	---

(4)アウトカム指標

(単位:人)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 令和4年度	目標値					
			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
胃がん検診受診者数	検診受診者数	711	750	750	750	800	800	800
肺がん検診受診者数	検診受診者数	1,090	1,100	1,100	1,100	1,200	1,200	1,200
大腸がん検診受診者数	検診受診者数	1,287	1,300	1,300	1,300	1,500	1,500	1,500
乳がん検診受診者数	検診受診者数	449	450	450	450	500	500	500
子宮頸がん検診受診者数	検診受診者数	352	350	350	350	400	400	400

(5)アウトプット指標

(単位:回)

No.	評価指標	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
①	受診勧奨回数	1	1	1	1	1	1	1
②	受診勧奨回数	1	1	1	1	1	1	1
③	送付回数	2	2	2	2	2	2	2
④	送付回数	2	2	2	2	2	2	2
⑤	広報紙への掲載	6	6	6	6	6	6	6
⑤	ホームページへの掲載	1	1	1	1	1	1	1
⑤	公式 LINE への掲載	3	3	3	3	3	3	3
⑤	世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成	1	1	1	1	1	1	1

(6)プロセス(方法)

周知		⑤.町広報紙やホームページ、公式 LINE 等の媒体を用いて周知を行う。
勧奨方法		①.郵送 ②.郵送 ③.郵送 ④.郵送 ⑤.郵送及び窓口配布
実施について	利用申込	集団健診:集団健診コールセンターに電話予約または Web 予約システムにて申込 個別健診:町内及び健康増進課が契約する実施医療機関に直接申込
	実施内容	①.特定健診受診券にがん検診についてのお知らせを同封 ②.特定健診受診券にがん検診についてのお知らせを同封 ③.対象者に無料クーポン券を郵送 ④.対象者に無料クーポン券を郵送 ⑤.世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成及び配布
	時期・期間	①.4月 ②.4月 ③.6月～1月 ④.6月～1月 ⑤.4月

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	①.住民課及び健康増進課 ②.住民課及び健康増進課 ③.健康増進課 ④.健康増進課 ⑤.健康増進課
民間事業者	⑤.外部委託事業者にて世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成

10-2. 歯周疾患検診

(1) 事業の目的

口腔の健康を維持して、歯周病と関連する糖尿病、心臓血管疾患、アルツハイマー型認知症、誤嚥性肺炎、関節リウマチ等の発症や進行を抑制し、健康寿命を延ばすことで医療費を抑制して、高齢期においても、食べる楽しみを享受できるように、歯の喪失を予防することを目的とする。

(2) 事業の概要

40歳・50歳・60歳・70歳～74歳の住民に対する歯周疾患検診の受診勧奨を行う。

(3) 対象者

選定方法	1. 町内に在住の各年度末現在で 40 歳・50 歳・60 歳など節目を迎える住民 2. 各年度末現在で 70 歳～74 歳の須恵町国保の人(特定健診対象者)
------	--

(4) アウトカム指標

(単位:人)

評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
歯周疾患検診受診者数	検診受診者数	40	50	50	60	60	60	60

(5) アウトプット指標

(単位:回)

No.	評価指標	計画策定時 実績 令和4年度	目標値					
			令和6 年度	令和7 年度	令和8 年度	令和9 年度	令和10 年度	令和11 年度
1	世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成及び配布	1	1	1	1	1	1	1
2	受診券の送付	1	1	1	1	1	1	1

(6)プロセス(方法)

周知		1.世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成及び配布 歯周疾患検診受診券を5月末に送付。 2.70歳～74歳の対象者に対して、歯科医師会が作成した受診券を特定健診受診券送付時に同封。
実施について	利用申込	1.粕屋歯科医師会に属する町内歯科医院に直接申し込み 2.粕屋歯科医師会に属する実施医療機関に直接申し込み
	実施内容	1.世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成及び配布 歯周疾患受診券を郵送 2.無料受診券を郵送
	時期・期間	1.6月～1月 2.4月～3月

(7)ストラクチャー(体制)

庁内担当部署	1.健康増進課 2.住民課及び健康増進課
民間事業者	外部委託事業者にて世帯主宛「住民検診のお知らせ」の作成

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、ホームページや町広報紙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別・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。

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

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