

第2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3月
設楽町国民健康保険

目次

第2期データヘルス計画

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	4
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
健康課題の抽出	
III 計画全体	27
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	28
1 特定健康診査	
2 特定保健指導	
3 重症化予防事業	
4 その他事業	
V その他	39
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第4期特定健康診査等実施計画

目的と背景	.....	40
I 達成しようとする目標	.....	40
II 特定健康診査等の対象者	.....	40
III 特定健診等の実施方法	.....	40
1 特定健康診査		
2 特定保健指導		
IV 個人情報の保護	.....	43
V 特定健康診査等実施計画の公表・周知	.....	43
VI 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	.....	44
VII その他事項	.....	44

第2期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされた。</p> <p>平成26年3月に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、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の実施を図るため、データヘルス計画を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。</p> <p>平成30年には都道府県が共同保険者となり、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取り組みの推進、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2期データヘルス計画を策定した。</p>
	計画の位置づけ	<p>本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用していく。</p> <p>本計画は、「健康日本21」に示された基本方針を踏まえるとともに、「設楽町総合計画」及び「設楽町健康づくり計画いきいきしたら計画」、「設楽町国民健康保険特定健康診査等実施計画」との整合性を図っていく。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定及び運営においては、町民課及びしたら保健福祉センターが主体となって進める。
	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、地域関係機関として、地区医師会、地区歯科医師会、その他地域の関係団体との連携により進める。また、町国民健康保険運営協議会への報告を行い、有識者や国保加入者の意見を反映させていく。そのほか、県や愛知県国民健康保険団体連合会との連携により計画の標準化を図るとともに、計画の実施に当たって助言を求めていく。

(1) 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)	4,265		2,064		2,201	
国保加入者数(人) 合計	1,096	100%	559	100%	537	100%
0~39歳(人)	140	13%	71	13%	69	13%
40~64歳(人)	320	29%	180	32%	140	26%
65~74歳(人)	636	58%	308	55%	328	61%
平均年齢(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	町医師会とは、個別健診実施及び医療機関における健診受診勧奨のほか、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施にあたり連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータ、保健事業の実施に関して連携する。
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、町内事業者との連携を図る。

(2) 現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	令和4年度の国保被保険者は、1,103名であり、平成30年度の1,248人から年々減少している。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が13.1%、40-64歳が29.0%、65-74歳が57.9%であり、県平均よりも高齢化率が高い。
	その他	血糖値の有所見者が若い世代から多い。
前期計画等に係る考察	<p>第1期データヘルス計画では、生活習慣病重症化予防対策の強化、若い世代からの健康づくりの推進を重視し、糖尿病重症化予防事業や若い世代向けの事業を重点的に実施した。糖尿病重症化予防事業は、事業参加による効果が出ている一方、プログラム受診率、医療機関受診率が目標値を下回った。若い世代向けの事業は、目標値はおおよそ達成できているものの、運動習慣がない人の割合が目標達成できていない。</p> <p>特定健診は、令和2年度に新型コロナウイルスの影響により、健診実施回数が例年より少なくなったことから受診率が大きく減少した。令和3、4年度は、健診実施回数の確保や受診勧奨の効果もあり受診率は順調に回復しているが、目標値である60%は達成できていない。40、50代の若い世代の受診率が低く、またレセあり未受診者の割合が多い。</p> <p>全体的に、健康づくり意識が低い人への周知、勧奨が課題となっており、周知の方法、参加へつなげる体制づくり等を検討していく必要がある。また、がんが死亡や医療費の要因となっていることから、がんに係る保健事業についても、目標値を設定し、見直しを行っていく必要がある。</p>	

II 健康・医療情報等の分析と課題

表1 医療提供体制等の比較

	設楽町		県	国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	0	0.0	4.2	6.5
病床数	0	0.0	878.8	1,195.2
一般診療所数	7	161.6	73.9	83.1
歯科診療所数	4	92.3	49.5	54.1

図1 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布

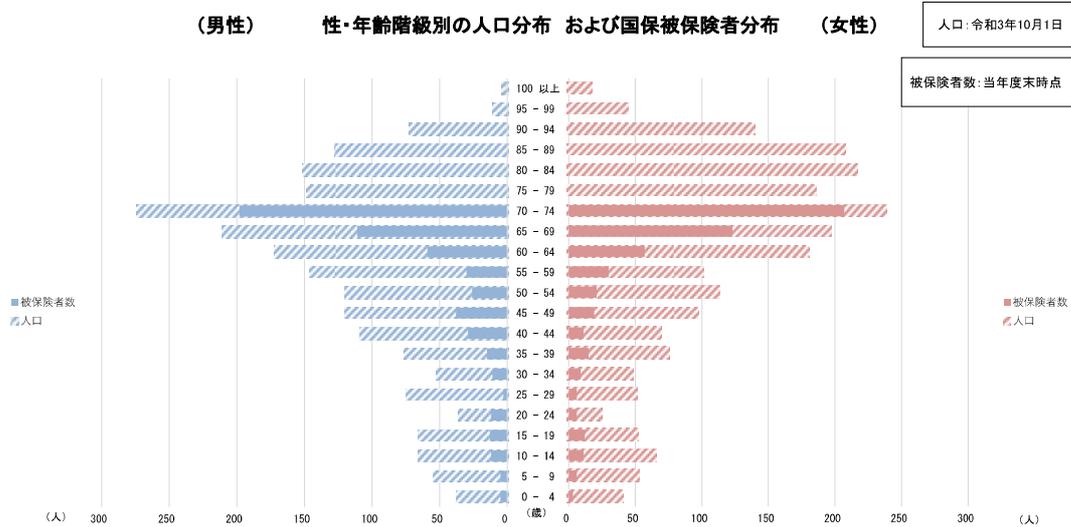
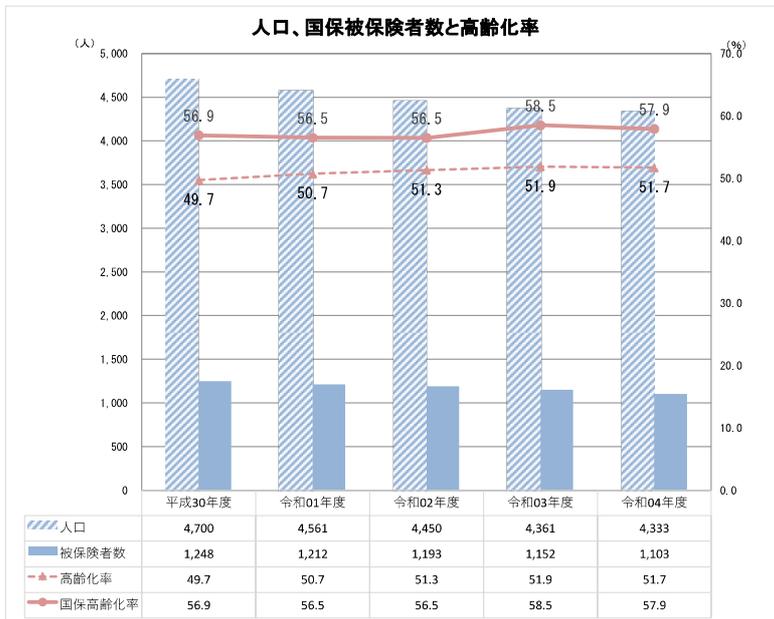
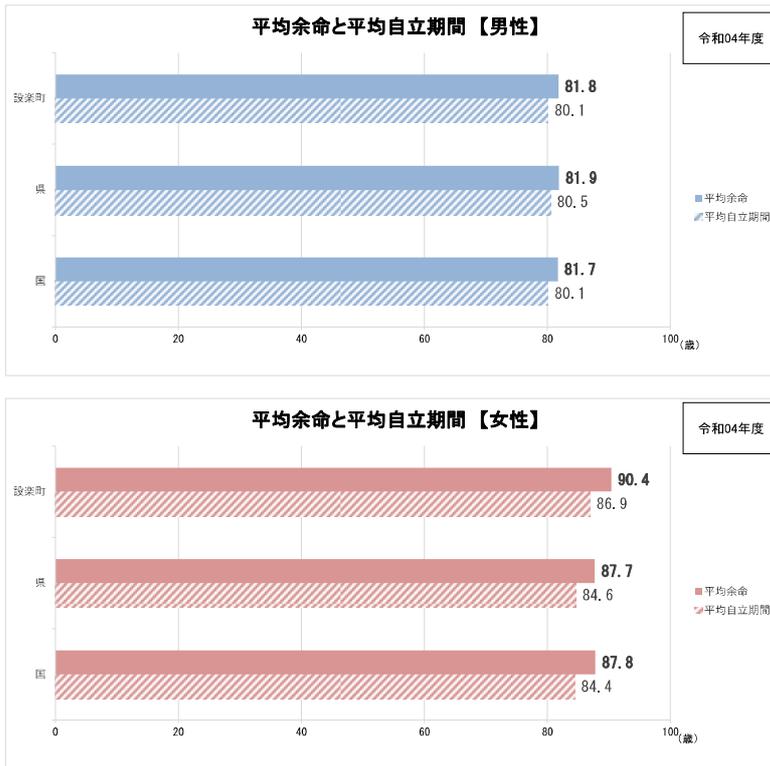


図2 人口、国保被保険者数と高齢化率



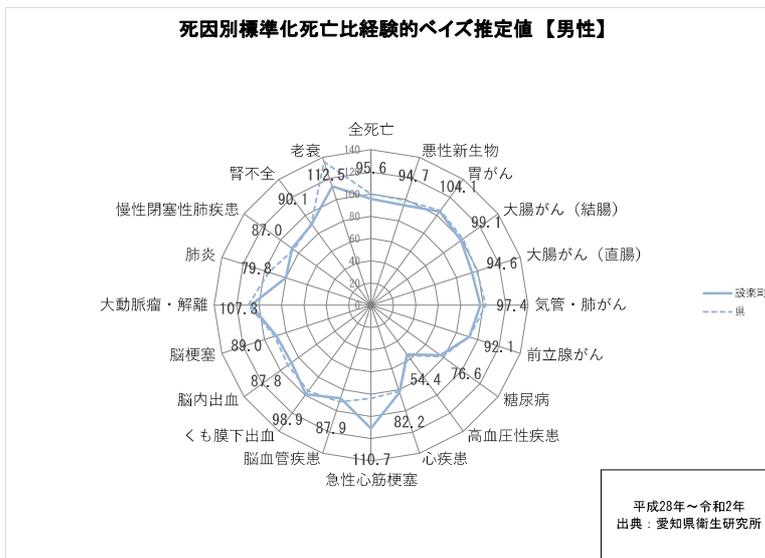
- 令和4年度「人口」は4,333人で、年々減少しています。
- 令和4年度「国保被保険者数」は1,103人で、年々減少しています。
- 令和4年度「町高齢化率」は51.7%で、経年的に増加傾向がみられます。
- 令和4年度「国保高齢化率」は57.9%で、経年的に増加傾向がみられます。

図3 平均余命と平均自立期間



- 男性の「平均余命」は81.8歳で、県を下回り、国を上回っています。「平均自立期間」は80.1歳で、県を下回り、国と同程度です。
- 女性の「平均余命」は90.4歳、「平均自立期間」は86.9歳で、いずれも県・国を上回っています。
- 「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男性は1.7歳で県・国より長く、女性は3.5歳で県・国より長い状況です。

図4 死因別標準化死亡比経験的ベイズ推定値



- 死因別標準化経験的ベイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「急性心筋梗塞」「大動脈瘤・解離」「胃がん」です。
- 女性では、「胃がん」「くも膜下出血」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「大腸がん(結腸)」「急性心筋梗塞」です。

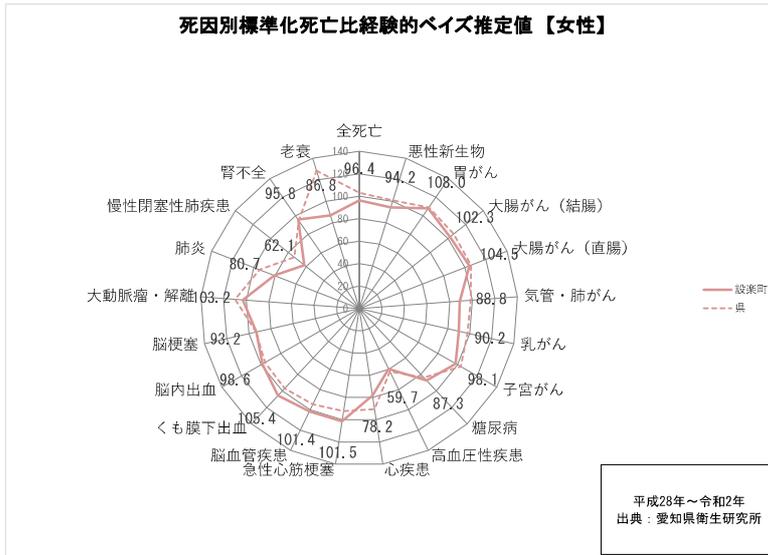
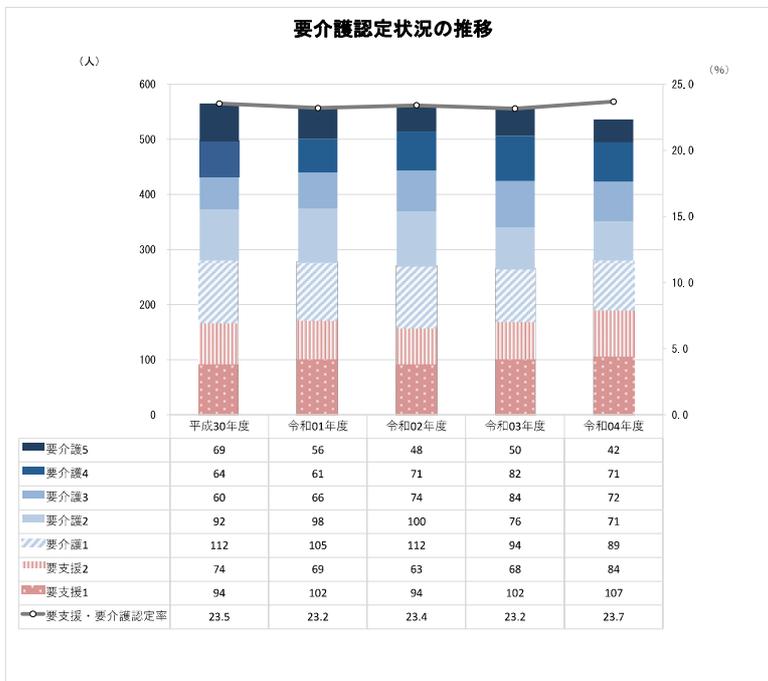


図5-1 要介護認定状況の推移

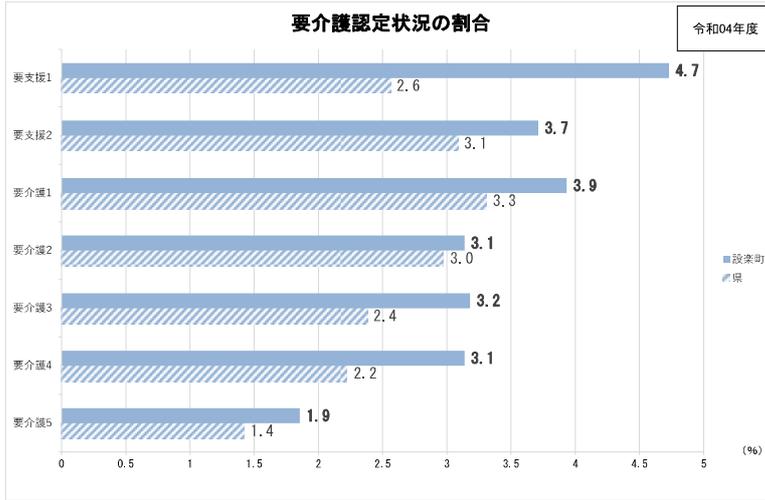


- 令和4年度「要支援・要介護認定者数」536人、「要支援・要介護認定率」23.7%で、経年的に増減があるものの横ばいの状況です。
- 認定率は、国、県と比べて高い状況です。

図5-2 介護認定率(R4)

	保険者	県	同規模	国
介護認定率(%)	24.1	17.9	19.9	19.4

図5-3 要介護認定状況の割合



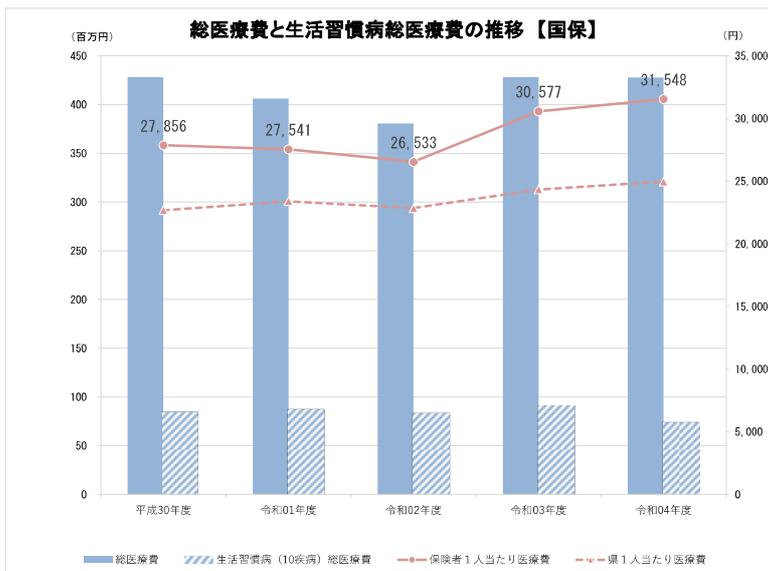
- 要介護度別の認定者数割合は、高い順に「要支援1」4.7%、「要介護1」3.9%、「要支援2」3.7%、「要介護3」3.2%、「要介護2」3.1%、「要介護4」3.1%、「要介護5」1.9%です。
- 「認定状況」はすべての介護度で、県より高い状況です。

図6 要介護者の有病状況(R4)

	(%)			
	保険者	県	同規模	国
糖尿病	25.7	27.0	21.6	24.3
心臓病	69.7	62.4	60.8	60.3
脳疾患	18.5	23.4	22.1	22.6
筋・骨疾患	60.8	54.7	54.6	53.4
精神	39.7	37.0	37.4	36.8

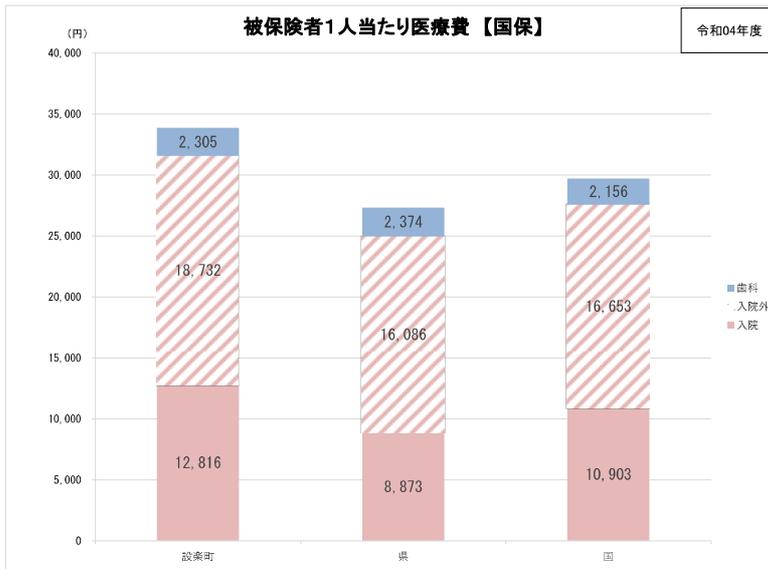
- 令和4年度の要介護者の有病状況は、心臓病、筋・骨疾患、精神で県や国より割合が高い状況です。

図7 総医療費と生活習慣病総医療費の推移



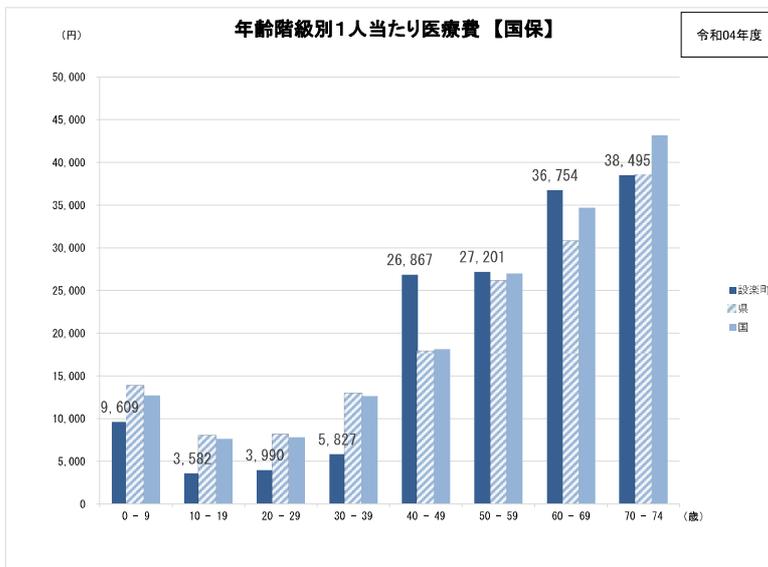
- 令和4年度の「1人当たり医療費」は、31,548円で、経年的に増加傾向がみられ、県より高い状況です。
- 令和4年度「総医療費」4.28億円、そのうち「生活習慣病（10疾病）」は7,200万円です。

図8 被保険者1人当たり医療費



- 「1人当たり医療費（入院）」「1人当たり医療費（入院外）」は、県・国より高い状況です。
- 「1人当たり医療費（歯科）」は、国より高い状況です。

図9 年齢階級別1人当たり医療費



- 【国保】
- 「40~49歳」「60~69歳」1人当たり医療費は、県・国よりも高い状況です。
- 【後期】
- 一定の障がいにより加入した「65~69歳」「70~74歳」の1人当たり医療費は、県・国と同様に、他の年齢階級に比べて高い状況です。
 - 年齢階級別1人当たり医療費は、全ての階級で県・国より低い状況です。

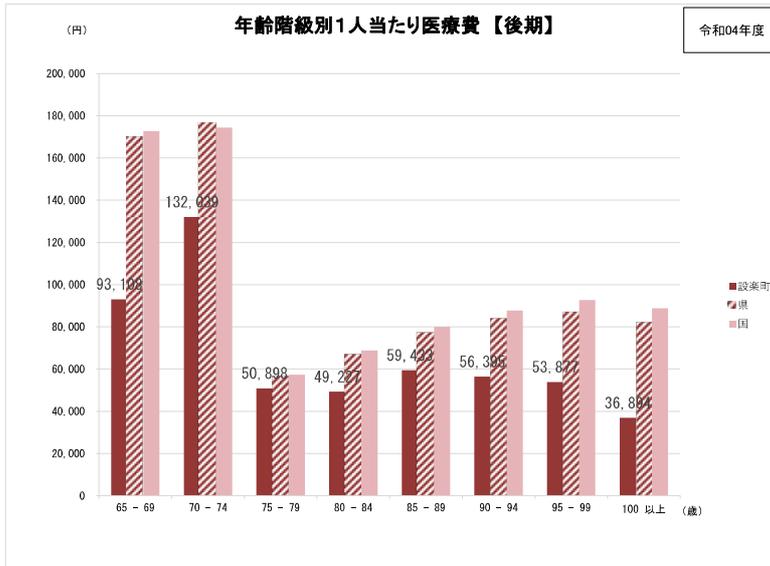
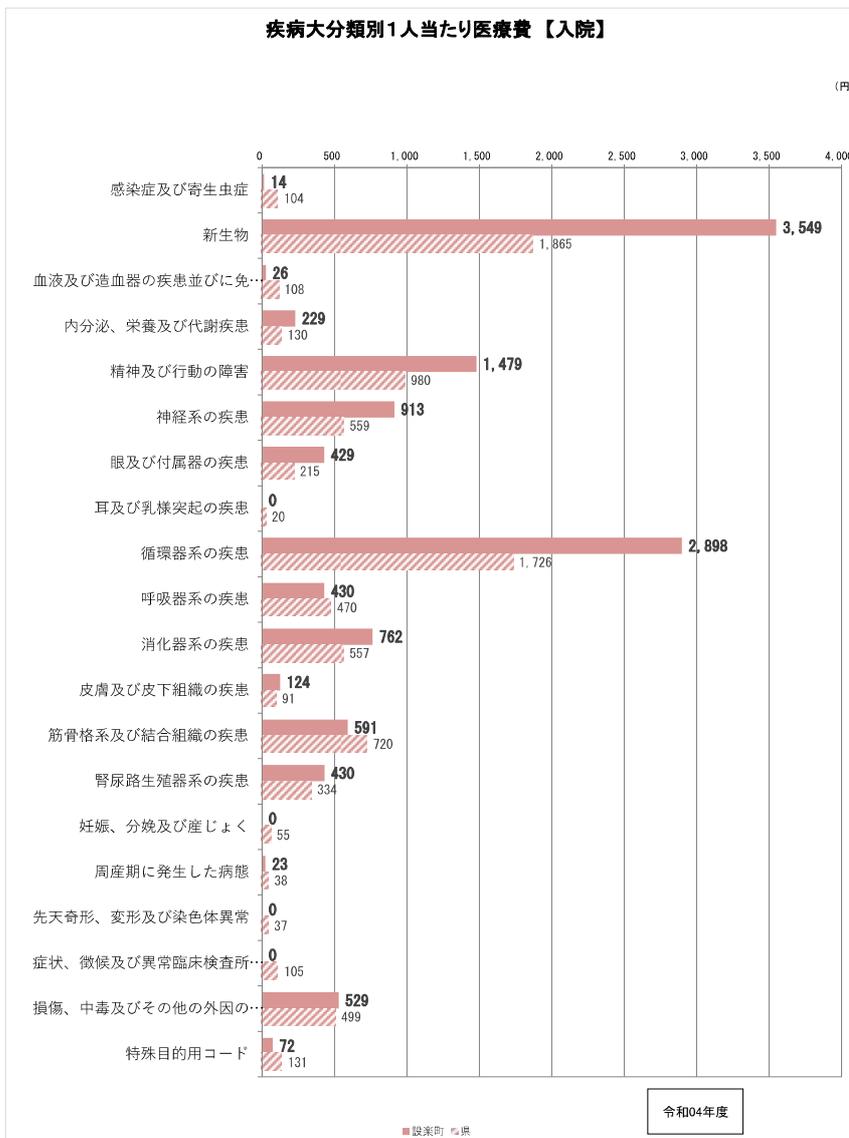


図10 疾病大分類別1人当たり医療費



【入院】

- 「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、いずれも県より高い状況です。

【入院外】

- 「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」の順に高く、いずれも県より高い状況です。

疾病大分類1人当たり医療費【入院外】

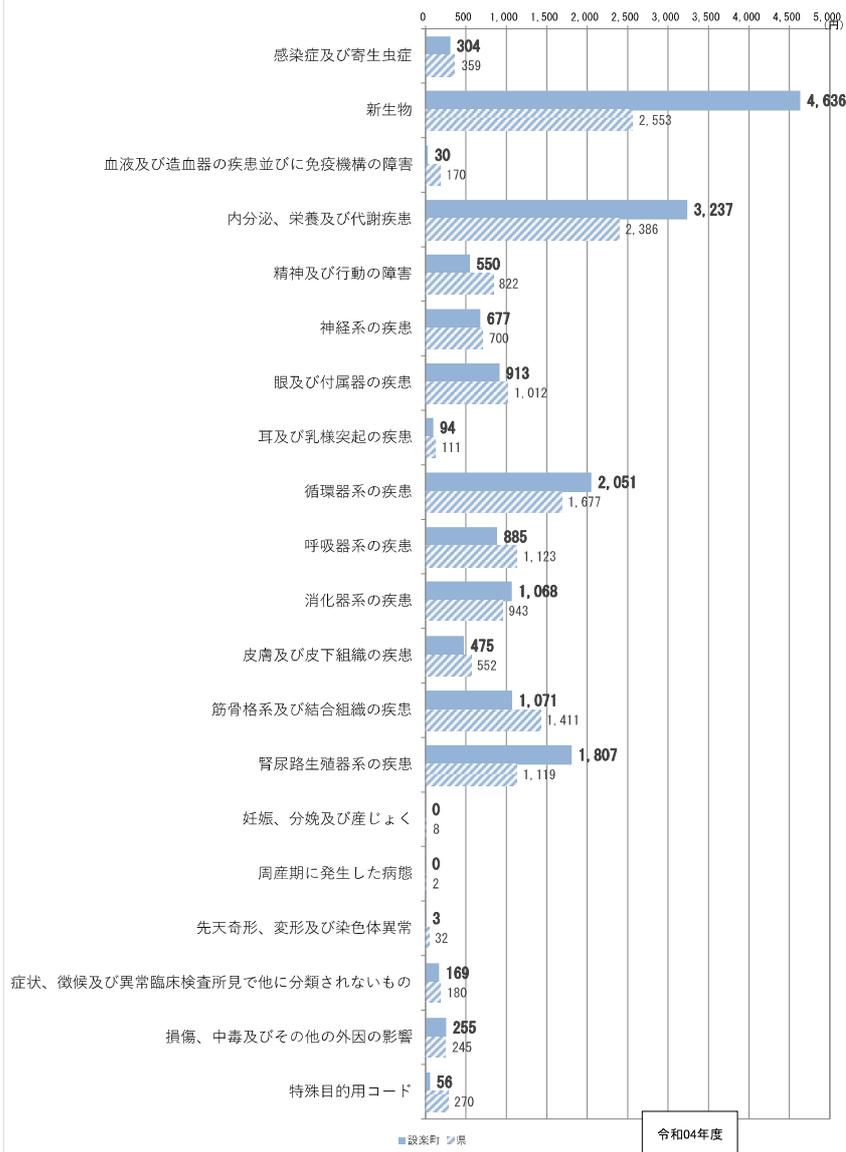
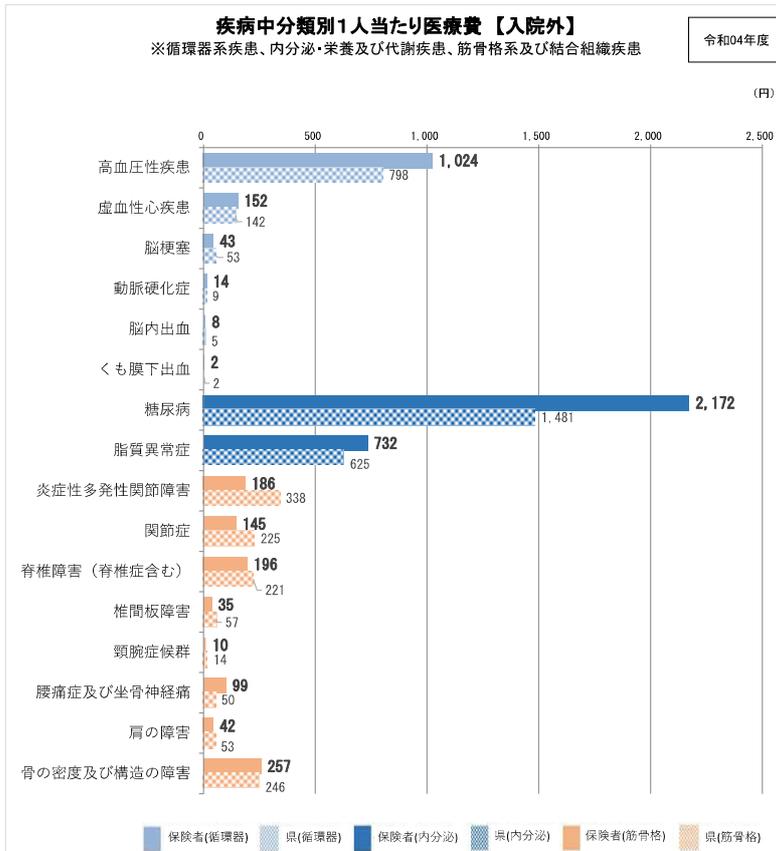
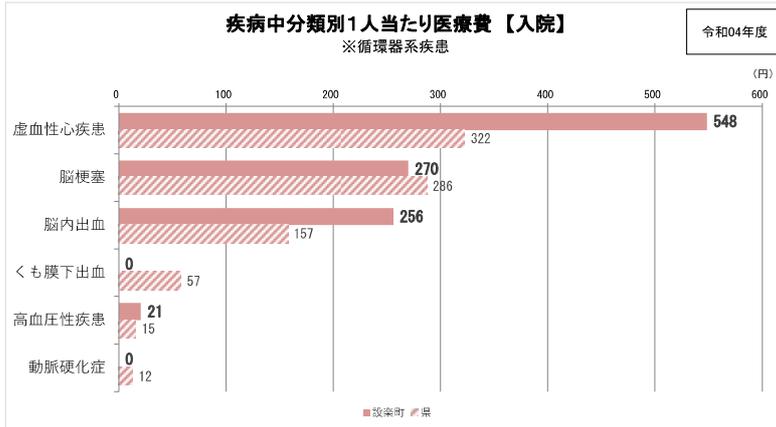


図 1 1 疾病中分類別 1 人当たり医療費



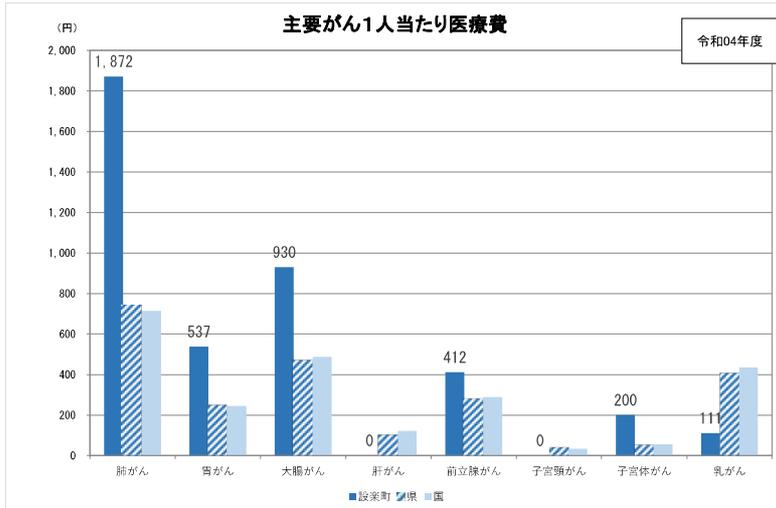
【入院】

- 循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳梗塞」「脳内出血」「高血圧性疾患」の順に高く、「虚血性心疾患」「脳内出血」「高血圧性疾患」が県より高い状況です。

【入院外】

- 循環器系疾患では「高血圧性疾患」が最も高く、「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高い状況です。
- 内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」の順に高く、いずれも県より高い状況です。
- 筋骨格系及び結合組織疾患では、「骨の密度及び構造の障害」「脊椎障害」「炎症性多発性関節障害」「関節症」の順に高い状況です。

図12 主要がん1人当たり医療費



- 「肺がん」「大腸がん」「胃がん」「前立腺がん」「子宮体がん」「乳がん」の順に高い状況です。
- 「肺がん」「大腸がん」「胃がん」「前立腺がん」「子宮体がん」が県・国より高い状況です。
- 「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「子宮体がん」は平成30年度と比較して令和4年度に増加しています。

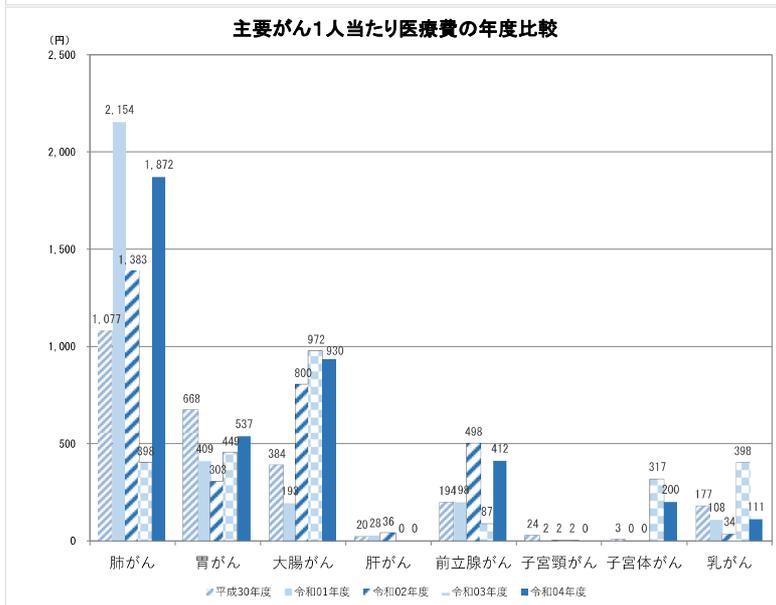
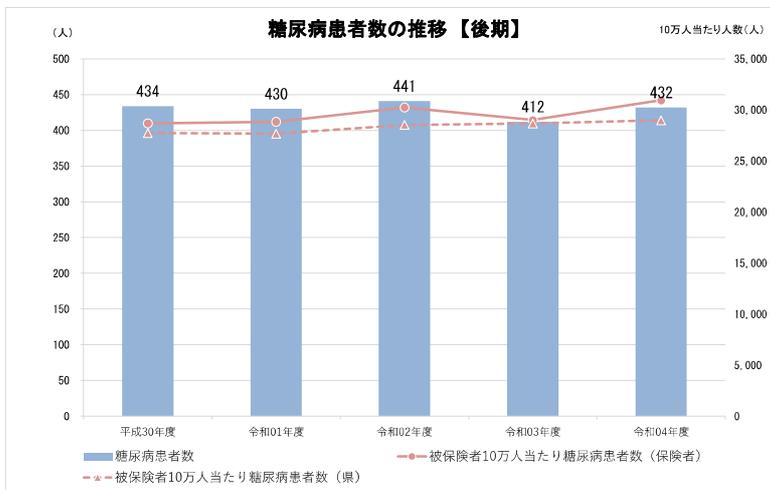
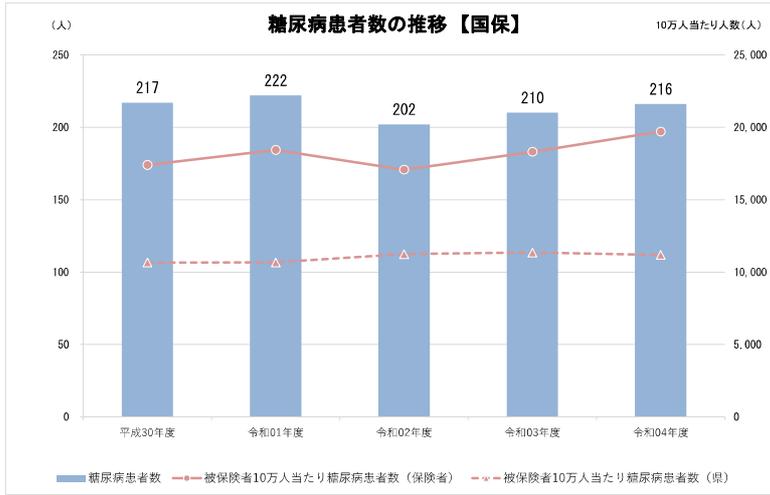
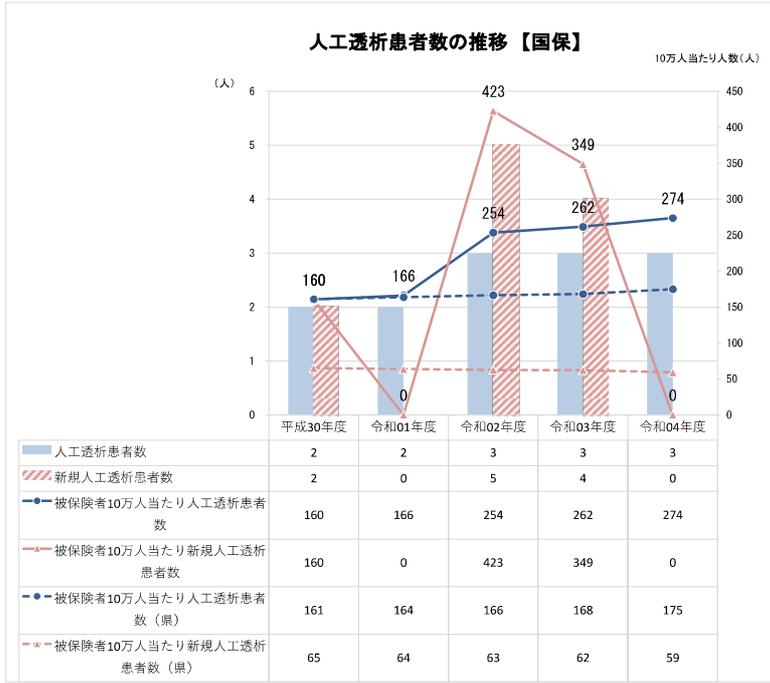


図 1 3 糖尿病患者数の推移



- 令和4年度「糖尿病患者数」は「国保」216人、「後期」432人です。
- 「被保険者10万人当たり糖尿病患者数」は、「国保」は経年的に県よりも多く、「後期」は、令和2年度、令和4年度が多い状況です。
- 「被保険者10万人当たり患者数」は、「国保」「後期」とも、平成30年度と比較して令和4年度が増加しています。

図14 人工透析患者数、新規人工透析患者数の推移



- 令和4年度「人工透析患者数」は、「国保」3人、「後期」13人です。
- 令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、「国保」は274人で県より多く、経年的に増加しています。「後期」は931人で経年的に県より少なく、減少傾向です。
- 令和4年度「10万人当たり新規人工透析患者数」は、「国保」は0人です。「後期」は501人で県より多い状況です。

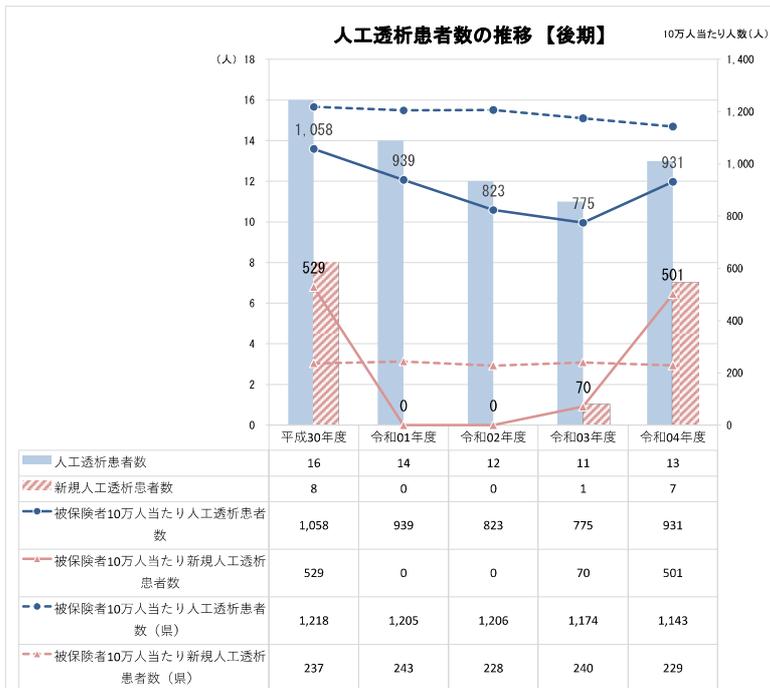
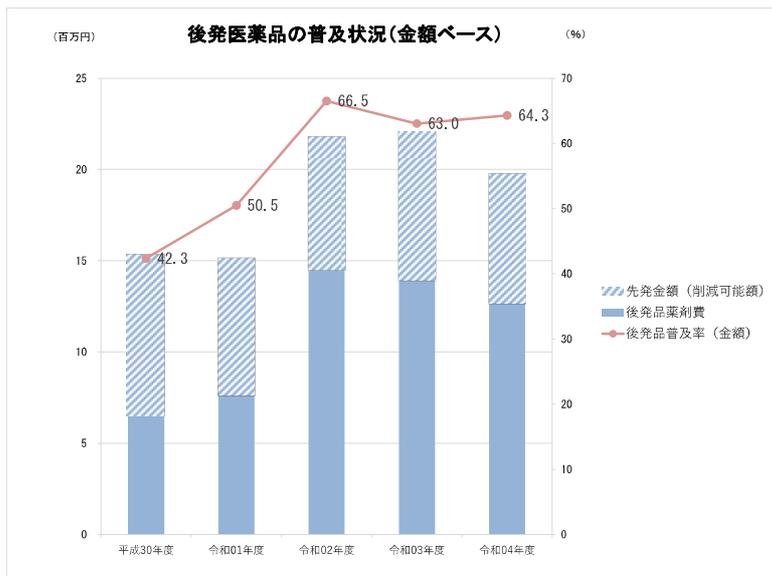


図15 後発医薬品の普及状況



- 令和4年度の「後発医薬品普及率」は「金額ベース」64.3%、「数量ベース」89.7%です。
- 「後発医薬品普及率」の経年推移は、「金額ベース」「数量ベース」とも増加しています。

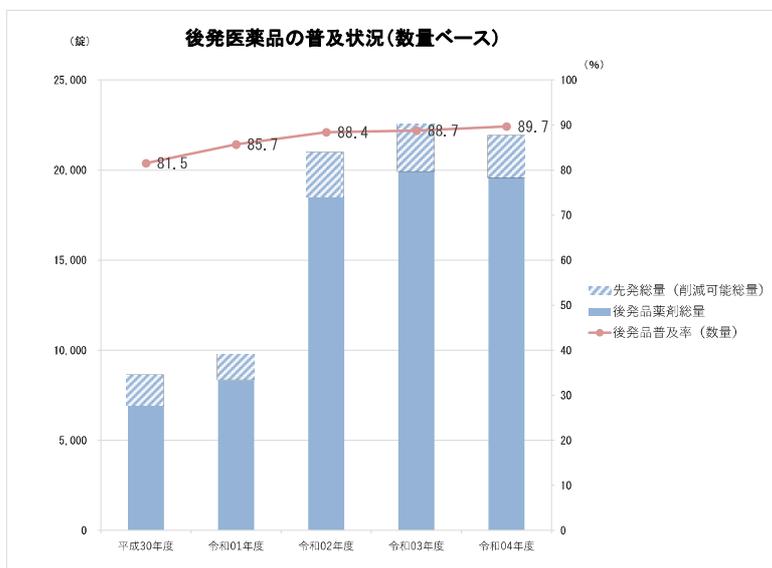
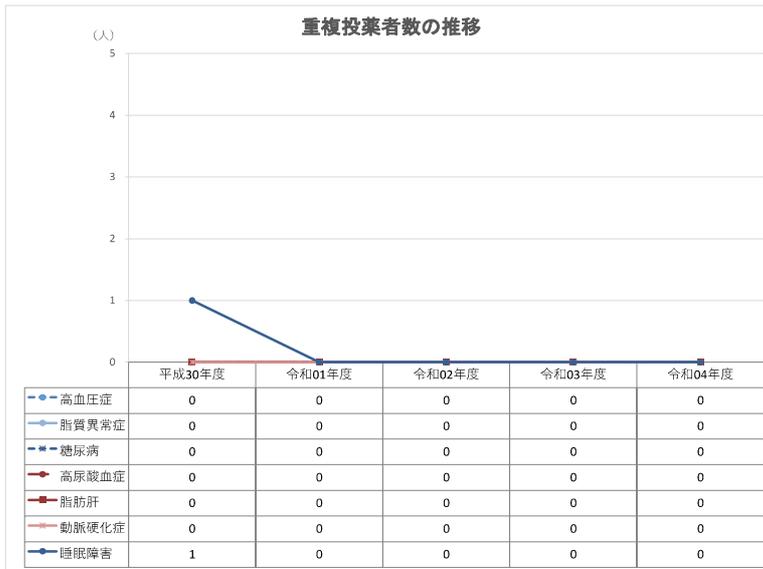
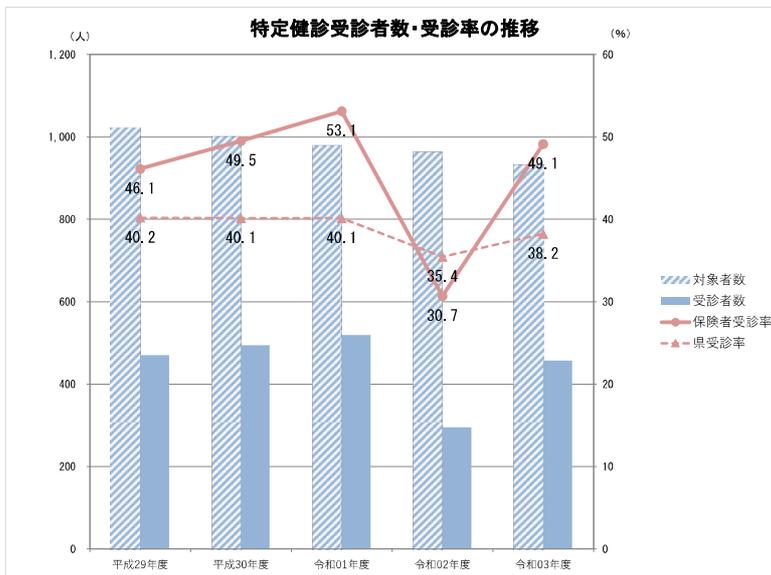


図 1 6 重複投薬者数の推移



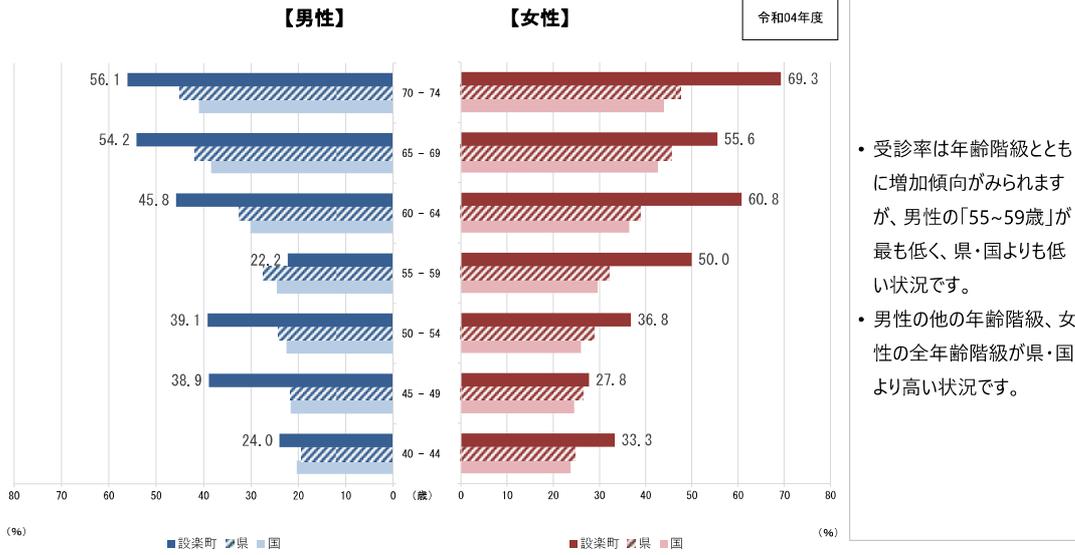
- 平成30年度から令和4年度の「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」「高尿酸血症」「脂肪肝」「動脈硬化症」「睡眠障害」の重複投薬者数は、平成30年度に「睡眠障害」1人でした。

図 1 7 特定健診受診者数・受診率の推移



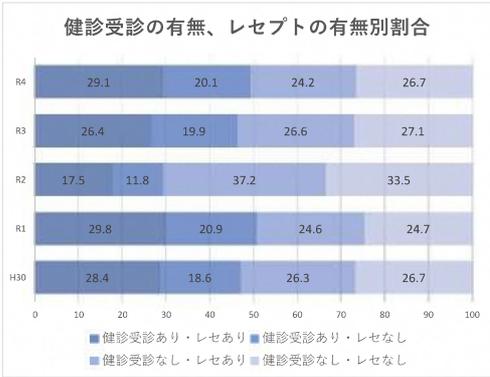
- 令和3年度の特定健診は、「対象者数」930人、「受診者数」457人、「受診率」49.1%です。
- 「受診率」は、令和2年度が県より低い状況です。
- 令和2年度の「受診率」が著しく低下しています。

図1 8-1 性・年齢階級別特定健診受診率



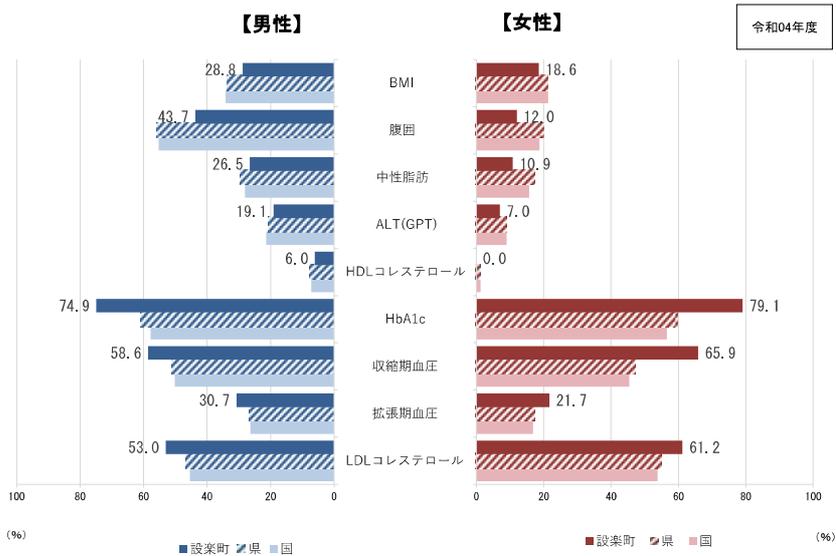
- 受診率は年齢階級とともに増加傾向がみられますが、男性の「55~59歳」が最も低く、県・国よりも低い状況です。
- 男性の他の年齢階級、女性の全年齢階級が県・国より高い状況です。

図1 8-2 健診受診の有無、レセプトの有無別割合



- 健診受診なし・レセプトありの割合は、新型コロナウイルスの影響が大きかった令和2年度を除き、毎年全体の4分の1程度います。
- 健診受診していない者のうち、レセプトありの割合は、約半数となっています。

図1 9-1 特定健診有所見者割合



- 男性の有所見者割合は、「HbA1c」74.9%、「収縮期血圧」58.6%、「LDLコレステロール」53.0%の順に高く、女性は、「HbA1c」79.1%、「収縮期血圧」65.9%、「LDLコレステロール」61.2%の順に高い状況です。
- 男女とも「HbA1c」「収縮期血圧」「LDLコレステロール」「拡張期血圧」が、県・国より高い状況です。

図1 9-2 健診有所見者状況(年代別)(R4)

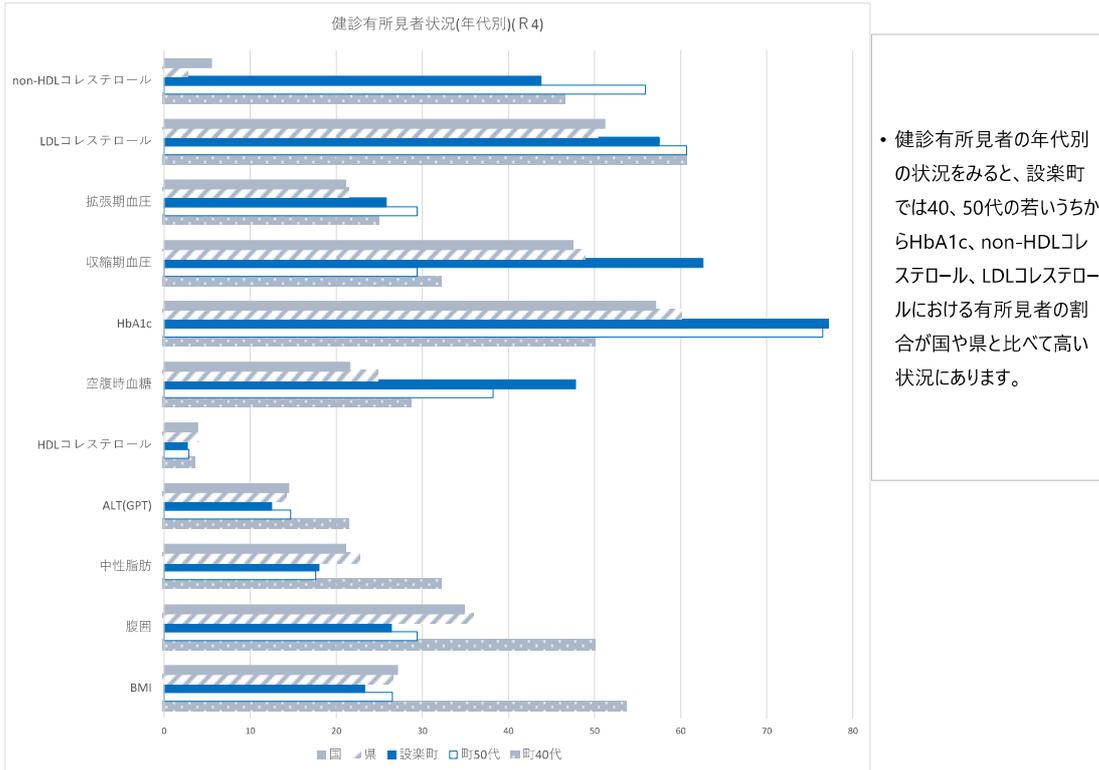


図2 0 治療有無別血圧区分別該当者数

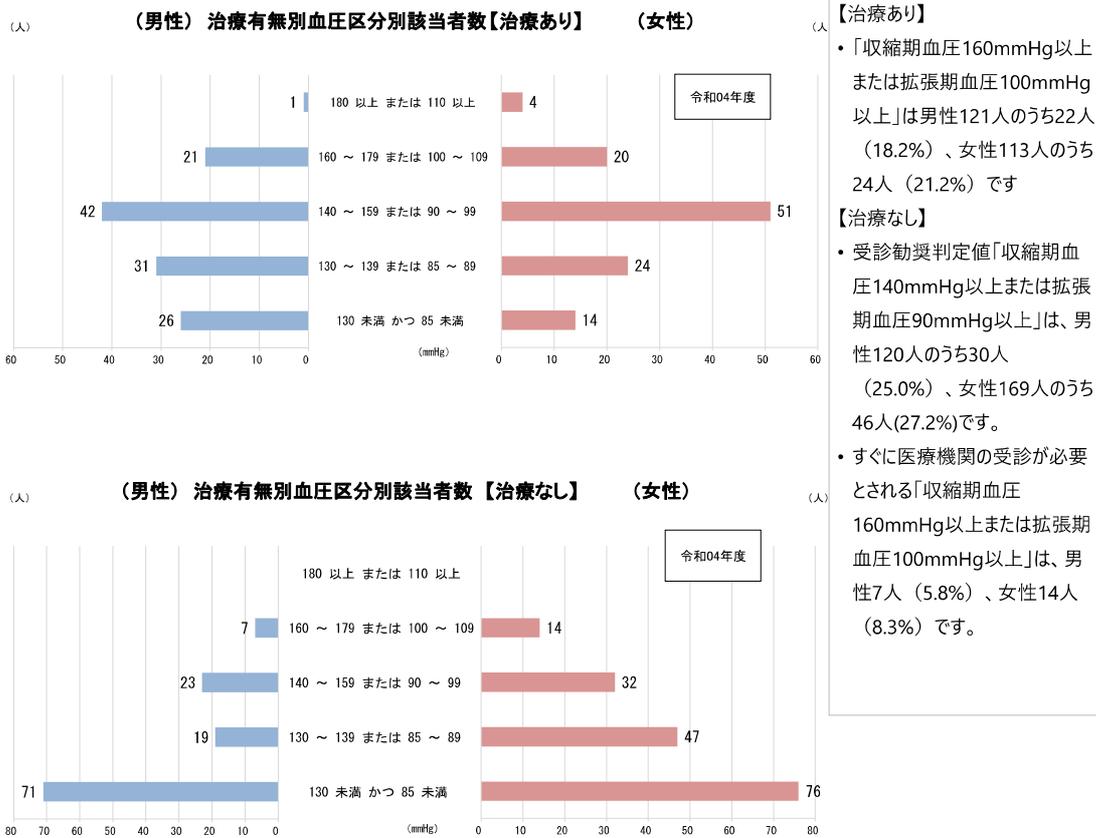
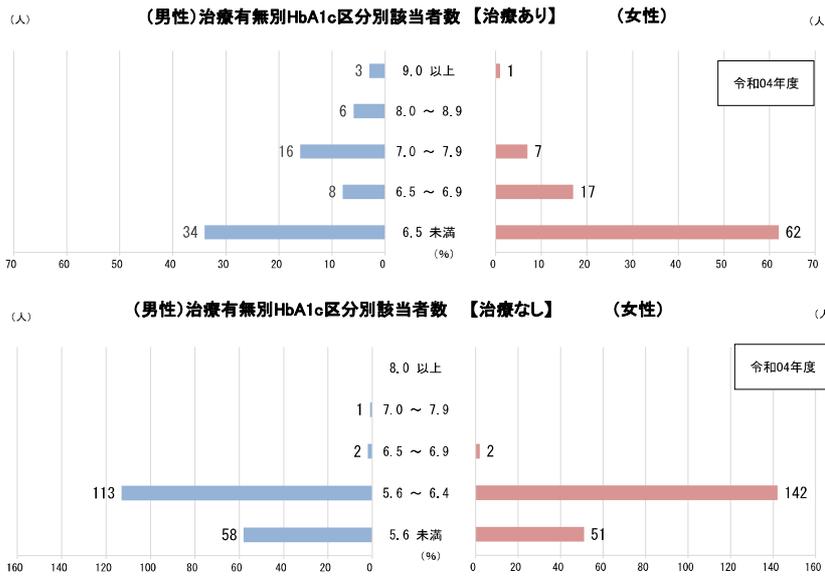


図 2 1 治療有無別HbA1c区分別該当者数



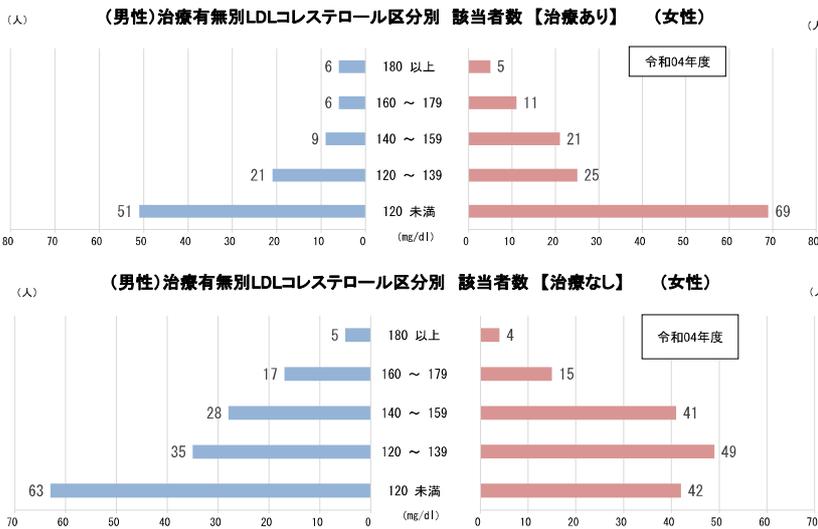
【治療あり】

- 合併症のリスクが高まる「7.0以上」は、男性67人のうち25人（37.3%）、女性87人のうち8人（9.2%）です。
- 治療強化が困難な際の目標値「8.0以上」は、男性9人（13.4%）、女性1人（1.1%）です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「6.5%以上」は、男性174人のうち3人（1.7%）、女性195人のうち2人（1.0%）です。

図 2 2 治療有無別LDLコレステロール区分別該当者数



【治療あり】

- 「180mg/dl以上」は男性93人のうち6人（6.5%）、女性131人のうち5人（3.8%）です。

【治療なし】

- 受診勧奨判定値「140mg/dl以上」は、男性148人のうち50人（33.8%）、女性151人のうち60人（39.7%）です。
- すぐに医療機関の受診が必要とされる「180mg/dl以上」の割合は、男性5人（3.4%）、女性4人（2.6%）です。

図 2.3 標準的な質問票の項目別回答者割合

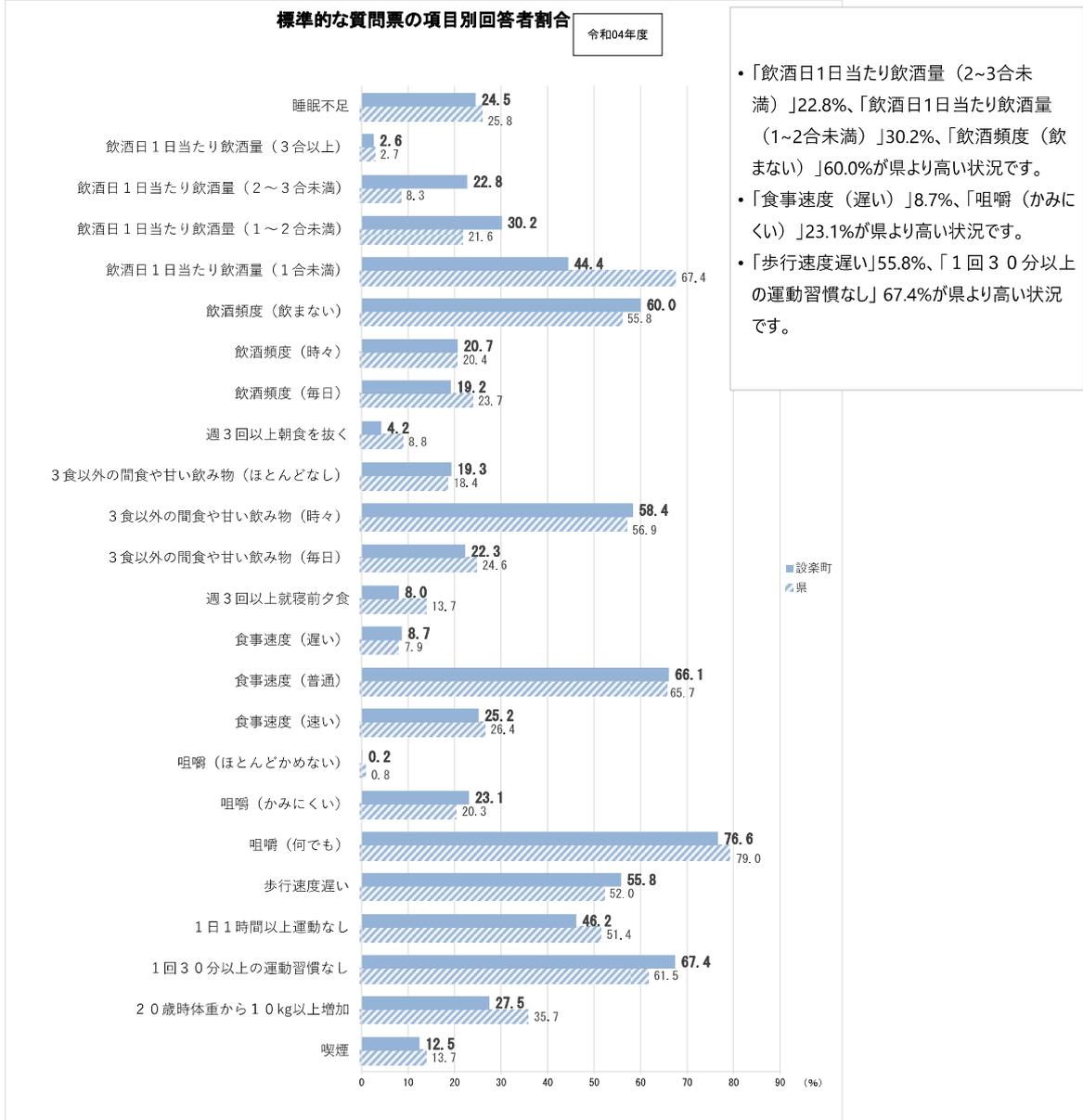
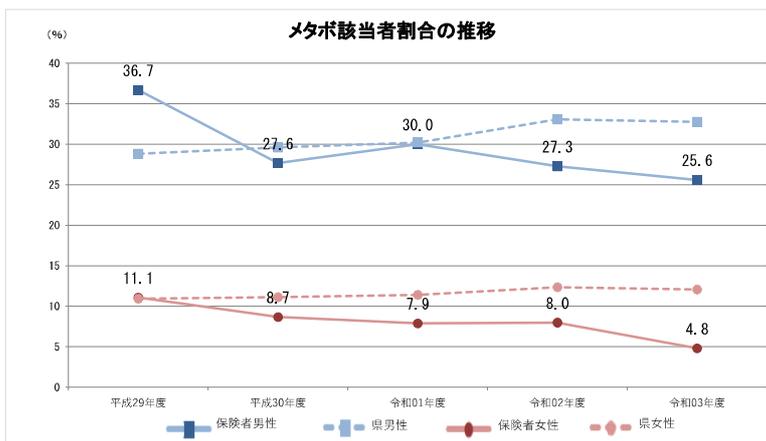


図2-4 メタボ該当者・予備群割合の推移



- 令和3年度メタボ該当者割合は、「男性」25.6%、「女性」4.8%、メタボ予備群割合は「男性」17.4%、「女性」4.8%です。
- 「メタボ該当者割合」は、男女とも経年的に減少傾向がみられます。
- 「メタボ予備群割合」は、男性は増加傾向がみられますが、女性は減少傾向がみられます。

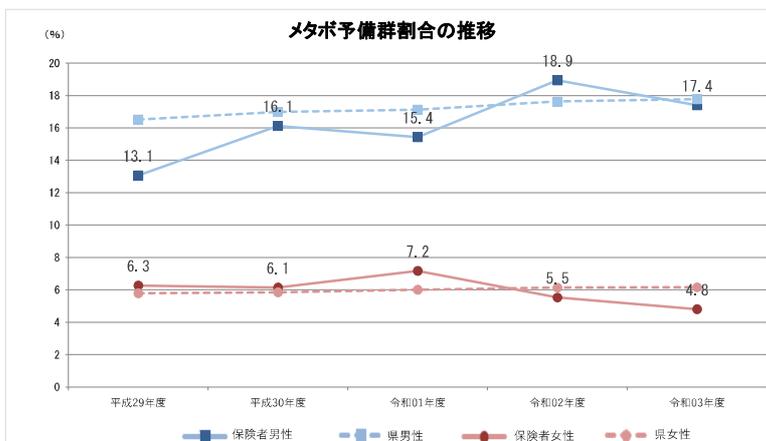
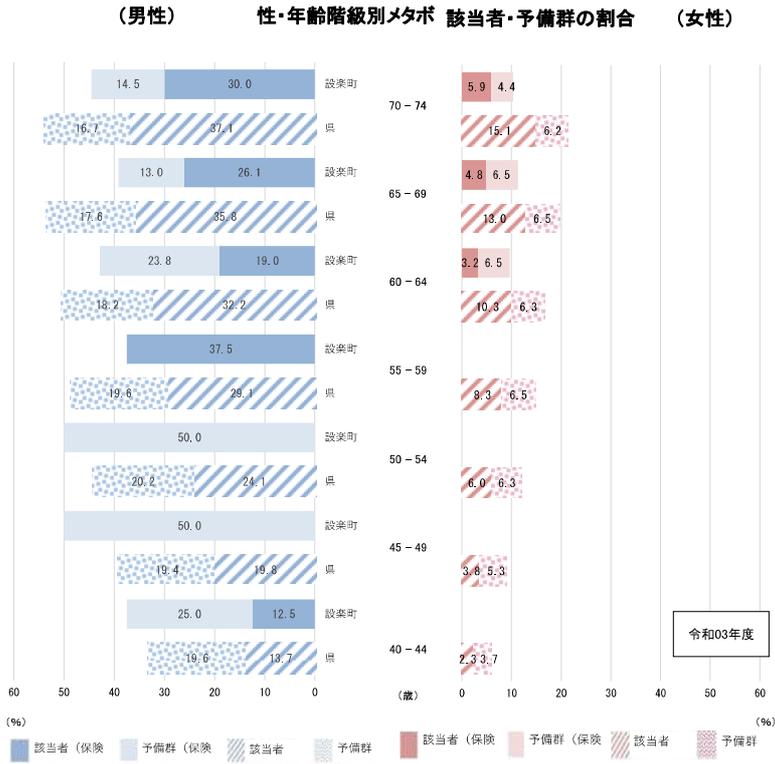
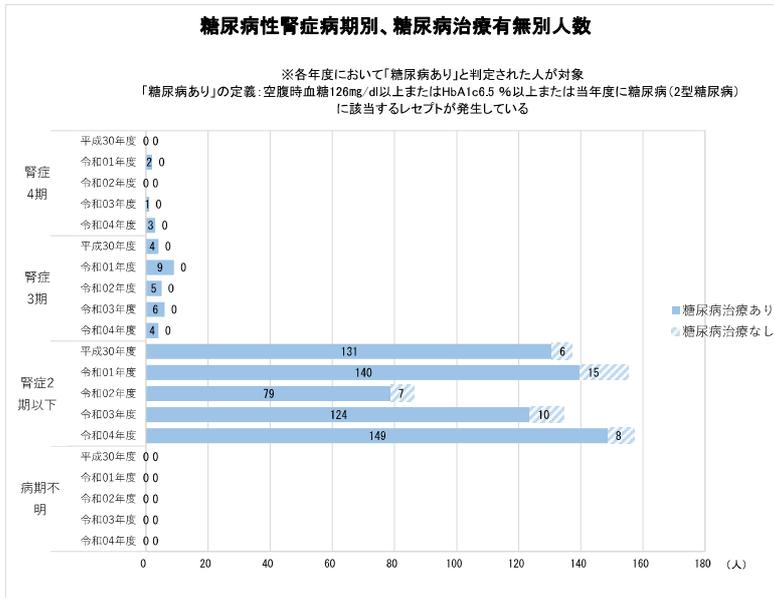


図 2 5 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



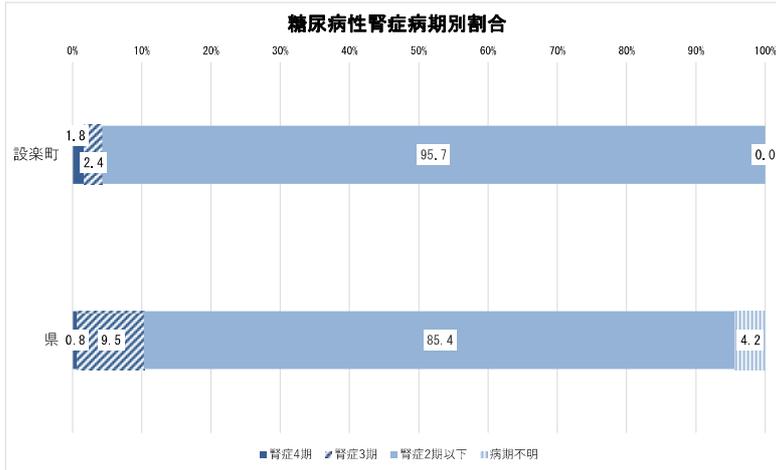
- 男性のメタボ該当者と予備群の合計割合は全年齢階級で4割弱から5割の状況です。
- 女性のメタボ該当者と予備群は、「60~64歳」の年齢階級以上でみられます。

図 2 6 糖尿病性腎症病期別、糖尿病治療有無別人数



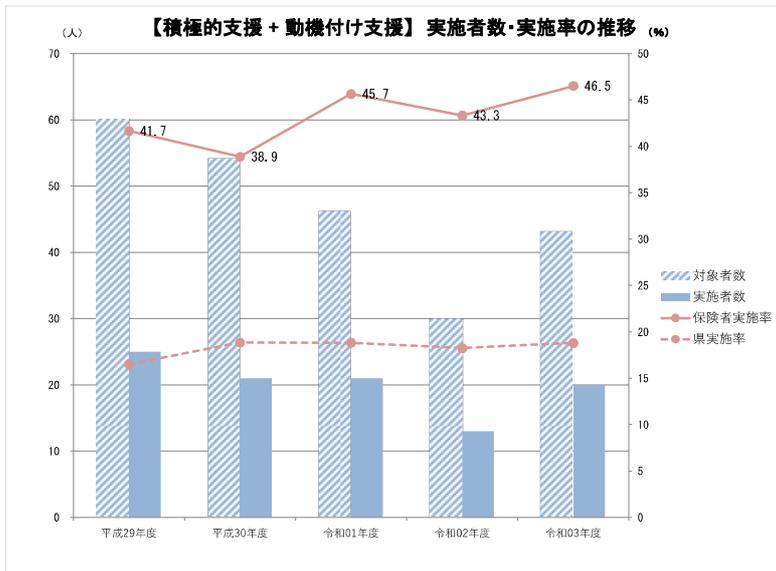
- 「糖尿病治療なし」の「腎症3期」は、平成30年度から令和4年度は0人です。
- 「糖尿病治療なし」の「腎症2期以下」は、平成30年度6人から、令和4年度8人と増加しています。
- 「糖尿病治療あり」はそれぞれ増減しながら令和4年度に「腎症2期以下」は増加、「腎症3期」は同人数、「腎症4期」は増加しています。

図 2 7 糖尿病性腎症病期別割合

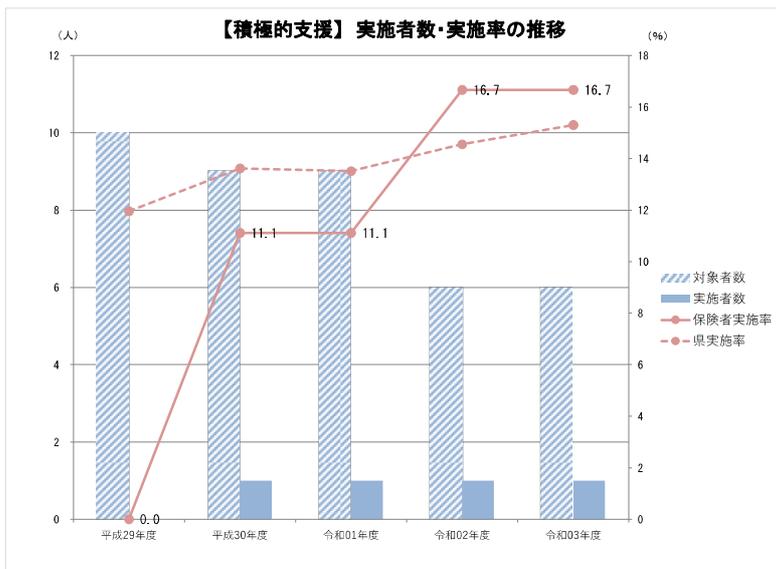


・「腎症4期」1.8%、「腎症3期」2.4%、「腎症2期以下」95.7%で、「腎症4期」「腎症2期以下」が、県より高い状況です。

図 2 8 積極的・動機付け支援別実施者数・実施率の推移



・令和3年度「特定保健指導実施率」は46.5%で、経年的に県より高い状況です。
 ・令和3年度「積極的支援実施率」は16.7%で、県より高い状況です。
 ・令和3年度「動機付け支援実施率」は51.4%で、経年的に県より高い状況です。



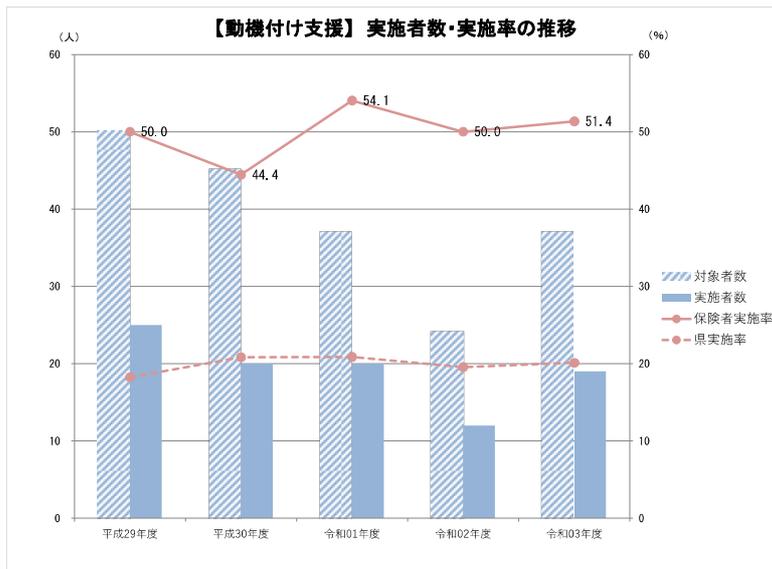
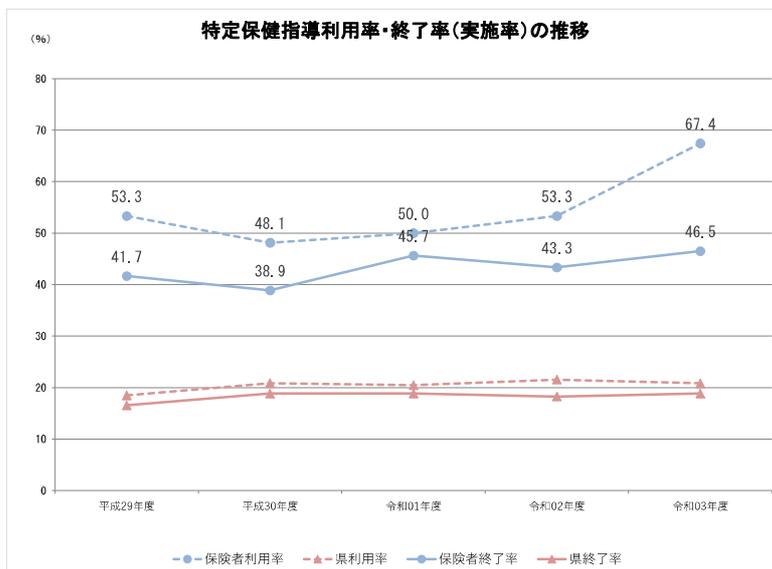
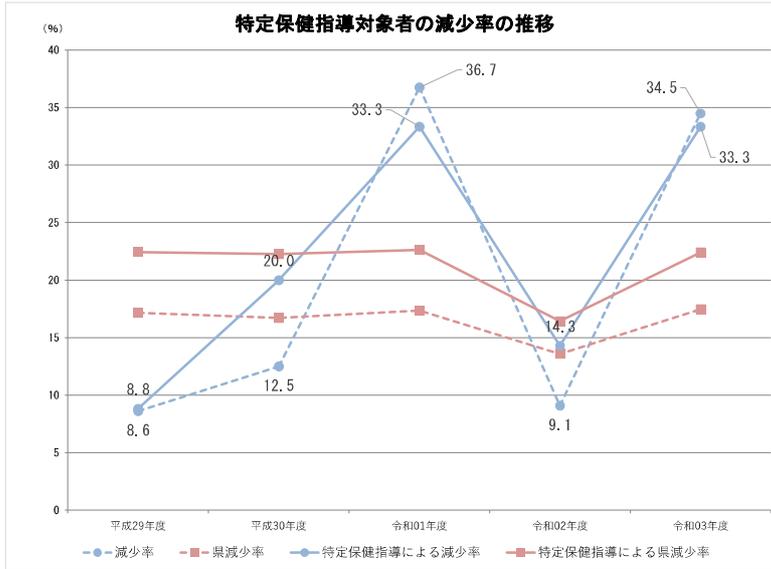


図 2 9 特定保健指導利用率・終了率（実施率）の推移



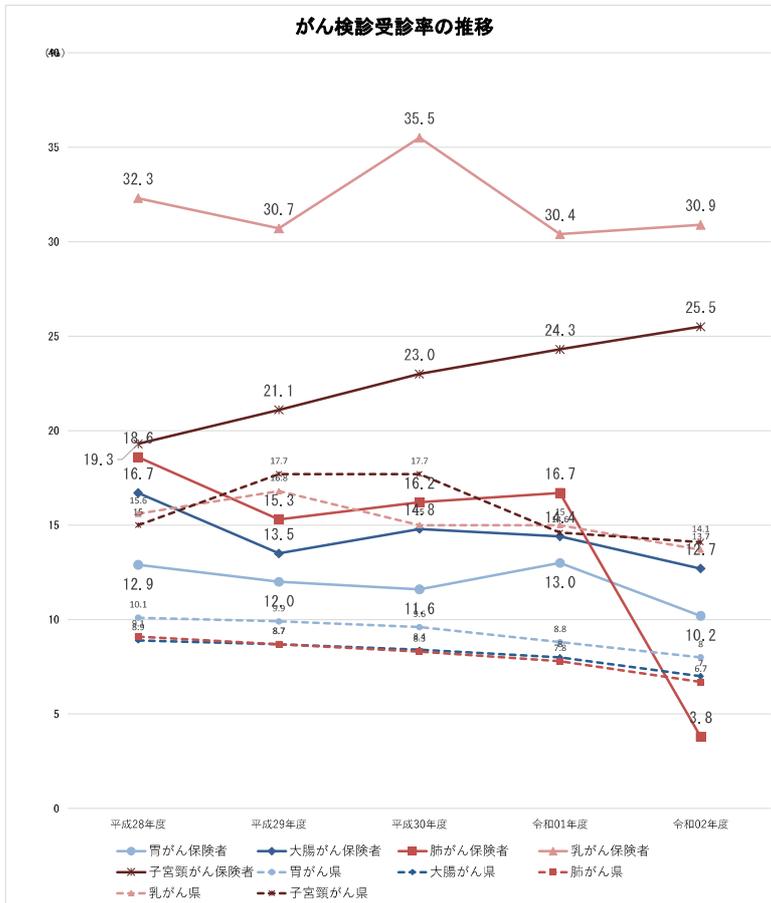
• 令和3年度特定保健指導「利用率」67.4%、「終了率」46.5%で、いずれも経年的に県より高い状況です。

図30 特定保健指導対象者の減少率の推移



- 令和3年度の「特定保健指導対象者の減少率」は34.5%、「特定保健指導による減少率」は33.3%でした。
- いずれも平成29年度、平成30年度、令和2年度が県より低く、令和元年度、令和3年度が県より高い状況です。

図31 がん検診受診率の推移



- 令和2年度がん検診受診率は「胃がん」10.2%、「大腸がん」12.7%、「肺がん」3.8%、「乳がん」30.9%、「子宮頸がん」25.5%です。
- 「胃がん」「大腸がん」「乳がん」「子宮頸がん」は経年的に県より高い状況です。
- 「肺がん」の令和2年度が県より低い状況です。

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> ・男性の「平均余命」は81.8歳で、県を下回り、国を上回る。「平均自立期間」は80.1歳で、県を下回り、国と同程度。 ・女性の「平均余命」は90.4歳、「平均自立期間」は86.9歳で、いずれも県・国を上回る。 ・「平均余命」と「平均自立期間」の差は、男女とも県・国より長い。 ・死因別標準化死亡比経験的ハイズ推定値が100を超える死因は、男性では、「急性心筋梗塞」「大動脈瘤・解離」「胃がん」であり、女性では、「胃がん」「くも膜下出血」「大腸がん(直腸)」「大動脈瘤・解離」「大腸がん(結腸)」「急性心筋梗塞」である。 	図3 図4	C	
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較・性年齢階級別等)	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の「1人当たり医療費」は、31,548円で、経年的に増加傾向にあり、県より高い。 ・令和4年度「総医療費」4.28億円、そのうち「生活習慣病(10疾病)総医療費」は7,200万円である。 ・「1人当たり医療費(入院)」「1人当たり医療費(入院外)」は、県・国より高い。 ・「1人当たり医療費(歯科)」は、国より高い。 ・「40~49歳」「60~69歳」1人当たり医療費は、県・国よりも高い 	図7 図8 図9	B
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・1人当たり医療費(入院)は「新生物」「循環器系疾患」「精神及び行動の障害」が県よりも高い。循環器系疾患では、「虚血性心疾患」「脳内出血」「高血圧性疾患」の順に高く、「虚血性心疾患」「脳内出血」「高血圧性疾患」が県より高い。 ・1人当たり医療費(入院外)は、「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」が県より高い。循環器系疾患では「高血圧性疾患」「虚血性心疾患」「動脈硬化症」「脳内出血」「くも膜下出血」が県より高く、内分泌・栄養及び代謝疾患では、「糖尿病」「脂質異常症」が県より高い。 ・「肺がん」「大腸がん」「胃がん」「前立腺がん」「子宮体がん」1人当たり医療費が、県・国より高い。 ・「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」「子宮体がん」は平成30年度より令和4年度に増加している。 	図10 図11 図12	D
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の「後発医薬品普及率」は「金額ベース」64.3%、「数量ベース」89.7%で、経年的に増加している。 	図15	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度から令和4年度の「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」「高尿酸血症」「脂肪肝」「動脈硬化症」「睡眠障害」の重複投薬者数は、平成30年度に「睡眠障害」1人である。 	図16	
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度「特定健診受診率」は49.1%で、県よりも高い水準で推移している。 ・令和4年度「特定健診受診率」は、男性の「55~59歳」が、県・国よりも低い。 ・令和3年度「特定保健指導実施率」は46.5%で、経年的に県より高い。 ・令和3年度「積極的支援実施率」は16.7%で、県より高く、「動機付け支援実施率」は51.4%で、経年的に県より高い。 ・令和3年度「特定保健指導利用率」は67.4%、「終了率」46.5%で、いずれも経年的に県より高い。 ・令和3年度「減少率」は34.5%、「特定保健指導による減少率」は33.3%で、いずれも県より高い。 	図17 図18 図28 図29 図30	F
	特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)	<ul style="list-style-type: none"> ・男女とも「HbA1c」「収縮期血圧」「LDLコレステロール」「拡張期血圧」が、県・国より高い ・「メタボ該当者割合」は、男女とも経年的に減少傾向がある。 ・「メタボ予備群割合」は、男性は増加傾向があり、女性は減少傾向がある。 ・男性のメタボ該当者と予備群の合計割合は全年齢階級で4割弱から5割である。 ・「腎症4期」1.8%、「腎症3期」2.4%、「腎症2期以下」95.7%で、「腎症4期」「腎症2期以下」が、県より高い。 	図19 図24 図25 図27	A
	質問票調査の状況(生活習慣)	<ul style="list-style-type: none"> ・「飲酒日1日当たり飲酒量(2~3合未満)」22.8%「飲酒日1日当たり飲酒量(1~2合未満)」30.2%「飲酒頻度(飲まない)」60.0%が県より高い。 ・「食事速度(遅い)」8.7%「咀嚼(かみにくい)」23.1%が県より高い。 ・「歩行速度遅い」55.8%「1回30分以上の運動習慣なし」67.4%が県より高い。 	図23	E
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・治療なし受診勧奨値以上の割合「血圧」は、男性25.0%、女性27.2%、「HbA1c」は、男性1.7%、女性1.0%、「LDLコレステロール」は、男性33.8%、女性39.7%である。 ・治療あり「HbA1c7.0以上」の割合は、男性37.3%、女性9.2%である。 ・糖尿病治療なし「腎症2期以下」の人数は、増加している。 	図20 図21 図22 図26	A	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度「要支援・要介護認定率」は23.7%で、経年的に増減あるも横ばいである。 ・令和4年度「要支援・要介護認定率」は、すべての介護度で、県より高い。 	図5 図6	H	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・「10万人当たり糖尿病患者数」は、国保は経年的に県より高い。後期は令和2年度、令和4年度が県より高い。 ・令和4年度「10万人当たり人工透析患者数」は、国保では県より多く、後期では県より少ない。 ・令和2年度「肺がん」がん検診受診率が、県より低い。 	図13 図14 図31	D	

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	男女とも「HbA1c」「収縮期血圧」「LDLコレステロール」「拡張期血圧」が高くなっている。		1.2
B	1人あたりの医療費は、県・国よりも高く、年齢別で見ると「40～49歳」「60～69歳」が県・国よりも高い。		2～11
C	死因で見ると、循環器系疾患、胃がん、大腸がんが全国よりも割合が高い。		3～9
D	医療は、入院、入院外ともに、「新生物」「循環器系疾患」が県より高い。また入院外では「糖尿病」「脂質異常症」も県より高くなっている。肺がん、大腸がんに係る医療費が県・国よりも高く、平成30年度より令和4年度に増加している。		3～9
E	飲酒量が多い(1合以上)人、運動習慣のない人の割合が県よりも高い。		5.7
F	特定健診の受診率が55～59歳の男性が県や国よりも低い。町における年齢別の受診率で見ると男女ともに40、50代の受診率が低く、健康意識の低さが課題となっている。		1
G	40代の若い世代から、HbA1c、non-HDLコレステロール、LDLコレステロールにおける健診の有所見者割合が県よりも高い。また40～55歳で男性のメタボ該当者、予備群の割合が県よりも高くなっている。		7
H	介護認定率は、24.1%と県や国よりも高い。要介護者の有病状況のうち、心臓病、筋・骨疾患、精神で県や国より割合が高くなっている。		3～7
I			

計画全体の目的		「生活習慣病重症化予防対策を強化し、若い世代からの健康づくりを推進する。」 死因や医療費の増大の要因となるがんの早期発見及び循環器疾患の発症の減少、重症化を予防する。 また、循環器疾患を引き起こす若い世代の高血糖につながる生活習慣の改善を推進する。									
計画全体の目標		計画全体の評価指標	指標の定義	計画 策定時 実績	目標値						
				2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
i	特定健診受診率の向上	特定健診受診率	特定健診対象者の内、受診した者の割合(法定報告値)	54.5%	56%	57%	58%	59%	59.5%	60%	
ii	生活習慣病の重症化を予防する	HbA1c6.5以上の者の割合	特定健診受診者の内、3大疾患治療の無い、HbA1c 6.5%以上の者の割合	3.5%			3.1%			2.4%	
iii	がんの早期発見	大腸がん検診受診率の向上	大腸がん検診受診率(40歳以上)	21%			25%			28%	
iv	//	大腸がん検診精密検査受診率	大腸がん検診精密検査受診率(40歳以上)	73.3%			85%			90%	
v	生活習慣を改善する	運動する人の習慣	特定健診受診者のうち、「30分以上の運動習慣なし」の割合	67.4%			65.5%			63.5%	
vi	若年層から健康意識を高める。	40、50代の特定健診受診率	KDB「健診の状況」における40代(上段)50代(下段)の特定健診受診率	31.8% 37%			34.5% 38.5%			37% 40%	
vii	若年層の生活習慣を改善する	40、50代のHbA1cの有所見者割合	KDB「厚生労働省様式5-2」における40代(上段)50代(下段)の有所見者の割合	50% 76.5%			48% 68%			45% 60%	
viii	//	40、50代男性のメタボ該当者、予備群の割合	40-44歳(上段)、45-49歳(中段)、50-54歳(下段)の該当者と予備群の計	37.5% 50% 50%			34% 45% 48%			30% 40% 45%	
ix	生活習慣病の重症化を予防する	①糖尿病、②脂質異常症、③高血圧症の有病率	KDB「厚生労働省様式(様式3-2)」	①20.3% ②28.1% ③31.6%	①20.0% ②27.9% ③31.2%	①19.7% ②27.7% ③31.2%	①19.1% ②26.6% ③29.9%	①18.8% ②27.1% ③30.7%	①18.4% ②26.9% ③30.2%	①17.9% ②26.6% ③29.9%	

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健診未受診者対策	
2	特定保健指導	特定保健指導	
3	重症化予防(受診勧奨)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム(受診勧奨)	重点
4	重症化予防(保健指導)	糖尿病性腎症重症化予防プログラム(保健指導)	重点
5	健康教育・健康相談	運動教室	
6	その他	いきいきしたら計画関係事業(からだいきいき月間など)	
7	その他	若年層向け健康づくり事業	
8	その他	大腸がん検診受診率向上事業	
9	その他	大腸がん検診精密検査受診率向上事業	
10	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品差額通知事業	
11	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複投与対象者通知事業	

事業 1		特定健診未受診者対策
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生活習慣病の予防を図る特定健診について、受診率向上のために未受診者対策事業を行い、健康状態不明者の減少を図る。	
事業の概要	特定健康診査の未受診者に対して、周知及び受診勧奨等を行うことにより、特定健診の受診につなげる。	
対象者	40歳以上の国保加入者のうち、前年度以前の未受診者で、当該年度に健診受診を希望していない者。	

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	5年連続未受診者率	AI Cube	34.9% (R4)	34%	33%	32%	31%	31.5%	30%
	2	しせあり未受診者の割合	AI Cube	24.2% (R4)			22%			20%
	3	未受診者勧奨をした者のうち健診を受けた人	未受診者勧奨をした者のうち健診を受けた人の人数	21人 (R4)	19人	18人	17人	17人	16人	15人

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	特定健診受診率	法定報告値	54.5% (R4)	56%	57%	58%	59%	59.5%	60%
	2	60代受診率	KDB	54.5% (R4)	56%	57%	58%	59%	59.5%	60%
	3	40,50代受診率	KDB	31.8% 37%			34.5% 38.5%			37% 40%
	4	健診未受診者勧奨の実施	勧奨通知送付回数	2回 (R4)	2回	2回	2回	2回	2回	2回

プロセス (方法)	周知	3月に各家庭に送付する受診希望調べに、健診案内を同封。 新規加入者については、加入手続き時に窓口で直接健診案内する。(4月～9月) (支所受付分は郵送で案内)		
	勧奨	未受診者に対する勧奨ハガキ等の発送、医療機関における医師等による受診勧奨。		
	実施および実施後の支援	実施形態	①未受診者勧奨ハガキ等の発送、②医療機関における受診勧奨、③新規加入者への受診勧奨	
		実施場所	①対象者の自宅にハガキ等を郵送、②町内3医療機関、③町民課窓口(直接案内または証郵送時に案内同封)	
		時期・期間	①1回目：6月(夏集団健診、個別健診勧奨)、2回目：9月(秋集団健診、個別健診) ②7～9月(個別健診実施期間) ③国保加入の手続きの際	
		データ取得	集団健診の受診者一覧は、集団健診実施機関から提供。 未受診者対象一覧(抽出条件は町民課で設定)及び受診結果は、国保連合会から提供。	
		結果提供	なし。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	未受診者の抽出条件は、対象人数や効果を検討して選択する。(5年連続未受診者、受診中断者、離脱予備群、40歳到達者、社保離脱者等委託先の条件から選択)。未受診者として抽出された者のうち、健診希望者や抽出後の健診受診者は対象から除外する。			

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	未受診者対策は、町民課で行う。ただし、健診希望調査の実施及び集団健診は、したら保健福祉センターで実施するため、勧奨内容や時期等はしたら保健福祉センターと相談しながら実施する。	
	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)	町内医療機関における健診受診勧奨を依頼。(5～6月頃(健診実施前)依頼)	
	国民健康保険団体連合会	健診未受診者受診勧奨事業を委託。(候補者リスト作成、勧奨通知作成、効果報告書作成)	
	民間事業者	集団健診については、健診実施機関に委託。集団健診受診者一覧の提供を、健診実施後早い時期にさせていただくよう依頼。	
	その他の組織	なし	
	他事業	なし	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	しせありの未受診者が多いことから、医療機関との協力を構築し、町内医療機関における受診勧奨により受診率向上につなげる。医師または受付等での案内を依頼し、案内時に活用いただくチラシを配布する。	

事業 2	特定保健指導
------	--------

事業の目的	生活習慣を改善し、生活習慣病を予防すること。
事業の概要	腹囲、BMI、血圧、脂質、血糖、喫煙リスクから対象者を抽出し、動機付け支援または積極的支援を行う。
対象者	住民健診受診者の内、特定保健指導判定で動機付け支援または積極的支援に該当した者。抽出基準は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」P56～59に準拠する。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドローム該当者数	KDB「保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）」	68人 (R4)	64人	59人	54人	49人	44人	40人
	2	健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者割合	KDB「保健指導対象者の絞り込み（健診ツリー図）」	14.4% (R4)	13.5%	12.5%	11.4%	10.4%	9.3%	8.5%
	3	糖尿病、脂質異常症、高血圧症の有病率	KDB「厚生労働省様式（様式3-2）」	①糖尿病 20.3% ②脂質異常症 28.1% ③高血圧症 31.6%	① 20.0% ② 27.9% ③ 31.2%	① 19.7% ② 27.7% ③ 31.2%	① 19.1% ② 26.6% ③ 29.9%	① 18.8% ② 27.1% ③ 30.7%	① 18.4% ② 26.9% ③ 30.2%	① 17.9% ② 26.6% ③ 29.9%
	4	対象者の取組状況の自己評価で「だいたいできた」「とてもよくできた」の割合	保健指導後に実施するアンケート	未実施	50%	55%	60%	65%	68%	70%
	5	対象者のBMI、腹囲、検査データの改善者割合	保健指導後のアンケート及び翌年の健診結果	未実施	30%	33%	36%	39%	42%	45%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	対象者の内、初回面接を実施した者の割合		69.7%	70%	71%	72%	73%	74%	75%
	2	対象者の内、最終評価まで実施出来た者の割合		45.7%	50%	52%	54%	56%	58%	60%

プロセス (方法)	周知	健診受診後対象者には、個別に案内を郵送し、健診結果説明会（初回面接）への予約を促す。	
	勧奨	個別への案内を郵送して、初回面接の予約がない方については、電話で面接への勧奨を行う。	
	実施および 実施後の支援	初回面接	本人の生活について聞き取りを行い、行動目標、体重、腹囲について目標を立案する。昨年度も特定保健指導の対象となっていた住民には、健診受診時に分割実施を行う。
		実施場所	したら保健福祉センター、つぐ保健福祉センター、名倉体育館、田峯環境改善センター。名倉体育館、田峯環境改善センターは昨年の特定保健指導対象者への分割実施でのみ使用。
		実施内容	訪問・来所による面接、電話、メールで支援を実施。評価時には、本人の取組状況の自己評価、体重、腹囲を記載する用紙を送付し、返送していただく形で実施する。
		時期・期間	健康診査後2ヶ月以内に初回面接を実施。 初回面接以降、面接、電話、メールで取組状況を確認し、励まし、助言を行う。 初回面接から約6ヶ月後に評価。
実施後のフォロー・継続支援	前年度の対象者には、前年度の取組状況や目標を踏まえた計画を立案する。保健指導後の継続支援が必要な場合には、栄養相談、健康相談を案内し、フォローしていく。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	初回面接に予約しなかった者や、評価用紙の返送が無かった者には電話もしくは訪問で面接及び評価を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	したら保健福祉センター
	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)	無し
	国民健康保険団体連合会	無し
	民間事業者	無し
	その他の組織	無し
	他事業	健康マイレージ事業、運動教室、血糖コントロール塾等への適宜案内。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	無し

事業 3	糖尿病性腎症重症化予防プログラム(受診勧奨)
------	------------------------

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関の未受診者を治療につなげる。		
事業の概要	住民健診受診者の内、血糖高値かつ糖尿病未治療の者に対し受診勧奨を行う。		
対象者	選定方法	当該年度の住民健診受診者の内、40歳～74歳でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上の者で、医療機関未受診の者。	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上
		レセプトによる判定基準	無し
		その他の判定基準	住民健診受診時の問診で医療機関未受診と回答した者。
	除外基準	糖尿病治療薬を内服はしていないが、医療機関で定期的に血液検査等を行い医師が経過観察をしている者。住民健診受診時の問診では、未治療と回答があったが、面接で治療中または経過観察中と分かった者。	
重点対象者の基準	対象者数が少ないため全対象者に受診勧奨を行っており、重点対象者について基準は設けていない。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	対象者の内、医療機関を1回以上受診した者の割合。	医療機関連絡表または本人からの聞き取り。	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%
	2	受診勧奨した者の内、HbA1cまたは空腹時血糖値のいずれかが改善した者の割合。	糖尿病連携手帳または翌年の健診結果。	50%	60%	70%	80%	90%	90%	90%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	対象者の内、受診勧奨できた者の割合。	住民健診結果説明会後に受診勧奨者割合を把握。	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	対象者の内、受診状況を確認出来た者の割合。	初回面接後半年以内に受診状況を確認。	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	住民健診結果説明会での初回面接時に事業案内を行う。結果説明会欠席者には訪問等で事業案内をする。
	勧奨	住民健診結果説明会で医療機関への受診勧奨を行う。結果説明会欠席者には訪問等で受診勧奨を行う。
	実施後の支援・評価	対象者には受診勧奨及び定期的な保健指導を6ヶ月間実施する。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	課内での困難事例の検討や県や国保連の研修に参加し、保健指導技術向上によるアウトカム目標達成をねらう。定期受診の継続が困難な対象者には、医療機関と連携して受診継続を支援する。

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	したら保健福祉センター
	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)	町内医療機関には、事業開始時に事業内容の説明をしている。
	かかりつけ医・専門医	医療機関連絡表を用いて健診結果、保健指導内容を共有。
	国民健康保険団体連合会	連携なし。
	民間事業者	連携なし。
	その他の組織	連携なし。
	他事業	健康マイレージ事業、運動教室、血糖コントロール塾を適宜案内。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	無し。

事業 4	糖尿病性腎症重症化予防プログラム(保健指導)
-------------	-------------------------------

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関の未受診者の重症化及び合併症の予防をする。		
事業の概要	住民健診受診者の内、血糖高値かつ糖尿病未治療の者に対し6ヶ月間の保健指導を行う。		
対象者	選定方法	当該年度の住民健診受診者の内、40歳～74歳でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上の者で、医療機関未受診の者。	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上
		レセプトによる判定基準	無し
		その他の判定基準	住民健診受診時の問診で医療機関未受診と回答した者。
	除外基準	糖尿病治療薬を内服はしていないが、医療機関で定期的に血液検査等を行い医師が経過観察をしている者。住民健診受診時の問診では、未治療と回答があったが、直接で治療中または経過観察中と分かった者。	
重点対象者の基準	対象者数が少ないため全対象者に受診勧奨を行っており、重点対象者について基準は設けていない。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	対象者の内、生活習慣改善ができた者。	保健指導終了時のアンケートで「だいたいできた」「とてもよくできた」と回答した者の割合。	未実施	60%	70%	80%	90%	100%	100%
	2	保健指導を実施した者の内、HbA1cまたは空腹時血糖値のいずれかが改善した者の割合。	糖尿病連携手帳または翌年の健診結果。	50%	60%	70%	80%	90%	90%	90%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	対象者の内、事業案内ができた者の割合。	住民健診結果説明会後に受診勧奨者割合を把握。	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
	2	対象者の内、初回面接ができた者の割合。	初回面接実施者割合を確認。	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
	3	医療機関で保健指導が必要と判断された者の内、最終評価ができた者の割合。	保健指導終了時にアンケートを実施。	未実施	60%	70%	80%	90%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	住民健診結果説明会での初回面接時に事業案内を行う。結果説明会欠席者には訪問で事業案内をする。	
	勧奨	住民健診結果説明会で医療機関受診勧奨を行う。結果説明会欠席者には訪問で受診勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	住民健診結果説明会で当事業申込みをする。
		実施内容	糖尿病予防、糖尿病性腎症重症化予防についての保健指導。
		時期・期間	初回面接から半年間の定期的な面接・訪問・電話による支援。
		場所	したら保健福祉センターまたは本人自宅。
		実施後の評価	取り組みについてのアンケートを実施。
		実施後のフォロー・継続支援	半年間の保健指導終了後は、継続支援が必要で、本人が希望する場合には食事栄養相談・一般健康相談で継続フォローする。
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	無し。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	したら保健福祉センター
	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)	無し。
	かかりつけ医・専門医	医療機関連絡表で、健診結果、保健指導の内容について共有する。
	国民健康保険団体連合会	無し。
	民間事業者	無し。
	その他の組織	無し。
	他事業	健康マイレージ事業、運動教室、血糖コントロール塾に適宜案内する。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	無し。

事業 5	運動教室
------	------

事業の目的	運動習慣のない住民に対し、運動習慣定着のきっかけを作る。
事業の概要	複数回のコースで運動についての実技を含めた教室を実施。
対象者	一般住民。その他の事業で運動習慣改善が必要な住民。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトカム指標	1	実施後のアンケートで「参加後に始めた運動はありますか」の問に「はい」と答えた割合。	運動教室最終回後のアンケート。	86.7%	88%	90%	95%	100%	100%	100%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトプット指標	1	運動教室の実施回数。	年度末に実施回数を評価。	6回	6回	6回	6回	6回	6回	6回

プロセス（方法）	1月～3月に3回コースで実施。広報誌への掲載または回覧等で周知する。その他の保健事業で関わる住民で、参加が必要な方には個別に案内する。
----------	---

ストラクチャー（体制）	参加者が運動に興味を持てる内容を検討し、内容に適した外部講師へ依頼する。
-------------	--------------------------------------

事業 6	いきいきしたら計画関係事業（からだいきいき月間など）
-------------	----------------------------

事業の目的	住民の健康づくりへの関心を高め、主体的に健康づくりに取り組むきっかけをつくる。
事業の概要	参加者は生活習慣改善をテーマとした目標を決め実施する。実施した記録をチャレンジシートに記入し、決められた日にち（例年20日程度）実施出来た達成者には、記念品を贈呈する。
対象者	3歳以上の住民。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトカム指標	1	達成者数	達成者数	237人 (延人数)	270人	300人	341人	370人	390人	427人

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトプット指標	1	チャレンジシート配布数	チャレンジシート配布数	4,050枚	4,050枚	4,050枚	4,050枚	4,050枚	4,050枚	4,050枚

プロセス（方法）	10月、2月にチャレンジ月間を設定。チャレンジ月間の前月に全戸、小中学校、保育園へチャレンジシートを配布する。チャレンジ月間前月に各戸配布される広報誌で周知する。
----------	---

ストラクチャー（体制）	チャレンジ達成者には記念品を用意する。また、10月のチャレンジ達成者向けに健康に関するイベントを企画する。
-------------	---

事業 7	若年層向け健康づくり事業
------	--------------

事業の目的	若い頃からの生活習慣病への意識を高め、生活習慣の見直し、改善のきっかけづくりとする。
事業の概要	住民健診受診者の内39歳以下の初回受診者に生活習慣を伺いつつ、健診結果の見方について説明する。
対象者	当該年度に住民健診を受診する39歳以下の者の内、初回受診者。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	40歳代の被保険者に占める生活習慣病罹患患者割合。	KDB厚生労働省様式(様式3-1)生活習慣病全体のレセプト分析	31.60%	30%	27%	25%	24%	22%	20%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	保健指導実施者数	保健指導実施者数	未実施 (R4)	90%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	対象者には健診受診時に保健指導を実施する。また、健診結果の見方について説明する。
-----------	--

ストラクチャー (体制)	集団健診委託機関と事前に対象者の共有をし、健診当日には対象者に保健指導をすることができる環境を整える。
--------------	---

事業 8	大腸がん検診受診率向上事業
------	---------------

事業の目的	大腸がん検診の受診率向上を図ることで、大腸がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率低下を目指す。
事業の概要	節目年齢に個別勧奨を行う。
対象者	受診希望調査で大腸がん検診を受けないとした者の内、当該年度に特定の年齢に達する者。 ※対象年齢は、より受診に繋がりがやすい年齢とするため、毎年検討する。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトカム指標	1	大腸がん検診受診率	年度末に受診率を評価	21%	22%	23%	24%	25%	27%	28%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
アウトプット指標	1	個別勧奨対象者の内、勧奨実施者数	個別勧奨後に確認	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	対象者へ個別勧奨を実施。
----------	--------------

ストラクチャー（体制）	集団健診実施機関に大腸がん検診を委託。
-------------	---------------------

事業 9	大腸がん検診精密検査受診率向上事業
------	-------------------

事業の目的	大腸がん検診で要精密検査となった対象者に精密検査受診を促すことで、大腸がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率低下を目指す。
事業の概要	要精密検査該当者には近隣で精密検査を受けることができる医療機関一覧と受診勧奨案内を同封。年度末に精密検査未受診者の者には、架電による勧奨を行う。
対象者	大腸がん検診で要精密検査と判定された者。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	大腸がん検診要精密検査受診率。	年度末に受診率を評価	73.3%	75%	77%	80%	83%	86%	90%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	年度末に精密検査未受診者の内、架電または手紙等で勧奨した者の割合。	年度末に評価	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	対象者には大腸がん検診結果に精密検査受診勧奨ちらし、近隣の精密検査を受診できる医療機関一覧を同封する。当該年度3月時点で、精密検査の受診が確認出来ない場合には架電による受診勧奨を実施する。
----------	--

ストラクチャー（体制）	当該年度2月に大腸がん検診実施機関から精密検査未受診者一覧の提供を受ける。近隣の大腸がん検診の精密検査を受診可能な医療機関を確認し、一覧を準備する。
-------------	--

事業 10	ジェネリック医薬品差額通知事業
-------	-----------------

事業の目的	後発医薬品への切り替えにより、医療費削減につなげるため。
事業の概要	差額通知の対象となる方に、後発医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減をお知らせする通知を作成、発送する。
対象者	後発医薬品に切り替えた場合の医療費削減額が一定以上の被保険者を対象。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトカム指標	1	使用割合(数量ベース)	国保連合会	89.7% (R4)	90%	90%	90.5%	90.5%	91%	91%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	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)
アウトプット指標	1	通知発送回数 通知発送率	発送回数 通知発送者数/通知 発送必要者数	3回 100% (R4)	3回 100%	3回 100%	3回 100%	3回 100%	3回 100%	3回 100%

プロセス(方法)	国保連合会の総合システムにて、差額通知の条件を作成する。設定された条件により抽出された該当者に、差額通知を発送する。
----------	--

ストラクチャー(体制)	国保連合会に通知作成を委託。
-------------	----------------

事業 11	重複投与対象者通知事業
-------	-------------

事業の目的	重複投与対象者に対して、注意喚起を促すリーフレットを作成し、被保険者が服薬量を見直すきっかけづくりと医療費適正化の推進を行う。
事業の概要	複数の医療機関や薬局へかかっている被保険者に対して、被保険者情報(診療年月、調剤薬局名、医薬品名等)を出力、お薬手帳の活用を促すリーフレットを作成、対象者に通知する。
対象者	3か月以上連続して、1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている被保険者。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトカム指標	1	翌年度重複投与解消者割合	国保連から提供される重複投与対象者一覧の人数	ー(対象なし)(R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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)
アウトプット指標	1	通知発送率	通知発送者数/通知発送必要者数	ー(対象なし)(R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	毎月、国保連合会から提供される重複投与対象者一覧の対象者に対して、リーフレットを送付。
----------	---

ストラクチャー(体制)	国保連合会に重複投与対象者一覧の作成及びリーフレットの提供を依頼。
-------------	-----------------------------------

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>各年次の保健事業・特定健康診査・特定保健指導等の評価や医療費の動向等を鑑み、各事業のアウトプット・アウトカム評価を行い、令和8年度に令和7年度までの実績を踏まえ計画の見直しを行う。 また、計画の最終年度においては、中間評価も踏まえて総合的に評価を行う。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>この計画は、町ホームページに掲載し、町民や関係機関に周知する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>本計画に関わる個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び「設楽町個人情報保護法施行条例」によるものとする。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>地域で被保険者を支える連携の促進のため、地域包括ケアに関する会議等に参加し、KDBシステム等を用いて国保が保有するデータや抱える健康課題の共有など、関係機関と意見交換を実施する。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>愛知県等が実施する研修に各関係課の担当者が積極的に参加し、事業の企画、評価、知識、技術の向上に努めるものとする。</p>

第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定めることとなっている。
特定健康診査等の実態における基本的な考え方	内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診を実施し、リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣病の改善につながる保健指導を行う。

1 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	56%	57%	58%	59%	59.5%	60%
特定保健指導の実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

2 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	803	772	743	715	688	662
【特定健康診査】 目標とする実施者数	454	444	435	422	409	397
【特定保健指導】 対象者数	46	45	45	43	42	41
【特定保健指導】 目標とする対象者数	23	23	24	24	24	25

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる設楽町国民健康保険被保険者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中で加入・脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者が対象者となる。
実施場所	<集団健診>町内4か所（田口、清嶺、名倉、津具地域各1か所） <個別健診>町内3医療機関 <人間ドック>節目：町委託先医療機関(県内3か所、県外1か所)／節目以外：指定なし

法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣病に関連する項目、喫煙の有無及び自覚症状等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
理学的検査	身体診察
血液化学検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
血糖検査	HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白
医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
実施時期又は期間	<集団健診>5月、8月、10月 <個別健診>7～9月 <人間ドック>節目：9～3月、節目以外：4～3月
外部委託の方法	<①外部委託の有無> 有 <②外部委託の契約形態> 個別契約
周知や案内の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・受診希望調べ：各家庭に住民健診案内チラシ及び調査票を郵送 ・当該年度新規加入被保険者：窓口にて受診案内を配布 ・随時：町ホームページに住民健診案内掲載
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	人間ドック受診者：人間ドック助成申請時の結果提供。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	受診後2～4週間後に受診者へ健診結果を郵送。保健指導該当者には、したら保健福祉センターまで結果を取りに来てもらい、直接交付。併せて保健指導を行う。

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】

対象者	特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者。 また、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。					
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)	2つ以上該当		/	積極的支援	動機づけ支援
	≥90cm (女性)	1つ該当		あり		
				なし		
	上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当		あり			
	1つ該当		なし			
実施場所	したら保健福祉センター、つく保健福祉センター及び対象者宅への家庭訪問					
実施内容	動機付け支援	健診結果を基に疾病のリスク、改善が必要な生活習慣について説明し、対象者と共に日常生活改善に向けた目標を立案。3ヶ月後をめぐり腹囲・体重の改善状況の確認や立案した目標達成評価を実施する。				
	積極的支援	健診結果を基に疾病リスク、改善が必要な生活習慣について説明し、対象者と共に日常生活改善に向けた目標を立案。定期的に電話や家庭訪問による取り組み状況確認や目標変更等を実施し、6ヶ月後に腹囲・体重の改善状況、目標達成状況の評価を実施する。				
実施時期又は期間	特定健診受診結果の受領後に初回面接を実施し、実績評価までの6カ月間とする。					
外部委託の方法	<①外部委託の有無> 無 <②外部委託の契約形態>					
周知や案内の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導該当者への案内：健診結果の受け取りを直接交付としており、結果受け取り案内郵送時に併せて保健指導を案内。 ・保健指導未実施者：電話等にて勧奨実施。 					
特定保健指導対象者の重点化（重点化の考え方等）	したら保健福祉センターが実施機関となり、医師・保健師・栄養士等が中心となって、特定健診の受診結果に基づき、内臓脂肪の蓄積を基本にし、対象者の年齢等考慮しつつ、該当するリスク要因の数により対象者を決定していく。					

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール等】		
特定健康診査・特定保健指導	年度当初	<ul style="list-style-type: none"> 前年度末：新年度の住民健診受診希望調査を全戸配布 5月集団健診受診希望者への案内(問診票、健診用品等)の送付
	年度の前半	<ul style="list-style-type: none"> 春の集団健診(町内4カ所)実施、特定保健指導対象者の抽出、案内、保健指導実施。 夏の集団健診(町内2カ所)受診希望者への案内送付、健診実施、特定保健指導対象者の抽出、案内、保健指導実施。 個別健診(町内3医療機関)医療機関への協力依頼、契約、受診希望者への案内送付、健診実施、随時特定保健指導対象者への案内、保健指導実施。 節目人間ドックの契約、受診希望者への案内送付。
	年度の後半	<ul style="list-style-type: none"> 秋の集団健診(町内1カ所)受診希望者への案内送付、健診実施、特定保健指導対象者の抽出、案内、保健指導実施。 特定保健指導実施者の最終評価。 受診結果のシステム入力 次年度予算要求、次年度契約準備。
月間スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> 毎月の受診委託費の請求・支払 国保新規加入者へ住民健診の案内配布(郵送・窓口) 受診券の随時発行 	

4 個人情報の保護	
記録の保存方法、保存体制、外部委託の有無	<p>原則として、特定健康診査を受託する医療機関が、国の定める電子的標準様式により、愛知県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)へ提出する。特定健診に関するデータは原則5年間(加入者でなくなった場合は翌年度末まで)保存とし、国保連に管理及び保管を委託する。</p> <p>また、人間ドックに係る受診結果等の取り扱いについては、データで受領した場合は自庁システム(健診データ管理システム)へ入力し管理するものとする。紙面にて受領する場合は、自庁システムへ入力の上、保管場所・方法を考慮し適切に管理するものとする。</p> <p>国保連への委託に係るデータについては、国保連にて消去・廃棄を行う。自庁システム及び紙面にて保管しているデータは、担当職員にて消去・廃棄を行う。</p>

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
特定健康診査等実施計画の公表方法	町のホームページに掲載
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	<p>特定健診・保健指導の実施率の向上や実施の趣旨を広く啓発するため、全戸配布する受診希望調査時の案内チラシ同封、町ホームページ、町広報誌への掲載などで周知を図る。</p> <p>また、国民健康保険新規加入時など日常窓口業務においても受診内容等チラシの配布、啓発物品の活用により広く周知を実施する。</p>

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査等実施計画の評価方法	特定健診・特定保健指導の実施率 国への実績報告（法定報告）による数値を活用
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	実施計画をより実効性の高いものとするために、目標値の達成状況の点検・評価結果を活用し、必要に応じ実態に即した効果的なものに見直すことが必要である。計画の中間年となる令和8年度に令和6年度～令和7年度の実績を踏まえ、目標値の再考察（見直し含む）を行う。

7 その他事項

<p>①がん検診等の他の健診と同日に開催し、衛生部門にてとりまとめのうえ、案内を一括で送付する等、他の健診との同時実施体制づくりをする。</p> <p>②特定健診・特定保健指導を効率的かつ効果的に実施するため、国民健康保険担当者と保健指導を行う保健師は、愛知県等が実施する研修に積極的に参加し、事業の企画・評価及び知識・技術の向上に努めるものとする。また、事例検討等の機会を持ち情報共有及び庁内連携を推進する。</p>
