

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3月

上市町国民健康保険

目次

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	2
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
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	
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	
介護費関係の分析	
その他	
参照データ（図表1～図表30）	5
III 計画全体	23
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	
1 特定健康診査	24
2 特定保健指導	25
3 糖尿病性腎症重症化予防事業(受診勧奨)	26
4 糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)	27
5 重複多剤投与者等訪問事業	28
6 ジュネリック医薬品利用促進事業	29
7 健康づくりポイント事業	30
V 第4期特定健康診査等実施計画	31
VI その他	36
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3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	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。 その方針に沿って、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サイクルに沿った保健事業を効果的かつ効率的に実施するための「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、さらに令和2年7月に「経済財政運営と改革の基本方針2020」では、データヘルス計画の標準化等の取組みが掲げられた。 また、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの策定を推進すると示された。 このことから、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。 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、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ものとする。
	計画の位置づけ	上市町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「上市町第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し実施する。なお、保健事業の中核である特定健診・特定保健指導の具体的な実施方法を定める「特定健康診査等実施計画」について、データヘルス計画と相互に連携して策定することが望ましいとされているため、第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画を一体的に策定することとする。 「第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等計画」は、町総合計画を最上位計画として健康増進計画などの関連計画と調和し、また、県や後期高齢者医療広域連合による関連計画との整合を図る。
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	本計画の策定および保健事業の運営においては、町民課が主体となって進める。
	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、上市医師会や富山県薬剤師会中新川支部、その他地域の関係団体との連携により進める。

(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)		19,167		9,203		9,964	
国保加入者数 (人)	合計	3,435	100.0%	1,622	100.0%	1,813	100.0%
	0～39歳 (人)	456	13.3%	249	15.4%	207	11.4%
	40～64歳 (人)	978	28.5%	490	30.2%	488	26.9%
	65～74歳 (人)	2,001	58.3%	883	54.4%	1,118	61.7%
	平均年齢 (歳)	59.5歳		58.0歳		60.9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	上市医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、富山県薬剤師会中新川支部とは重複多剤投与者等訪問事業・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、医療機関、商工会、自治会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は3,435人であり、平成30年度の4,231人から年々減少傾向にある。 (2023年3月31日時点)
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が13.3%、40～64歳が28.5%、65～74歳が58.3%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。 (2023年3月31日時点)
	その他	本町の人口は年々減少傾向にある。0～14歳及び15～64歳人口は減少しており、65歳以上人口は令和2年までは増加している。高齢化率は、令和2年で37.2%となっている。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費が高額となる疾患、長期入院となる疾患、人口透析が必要となる疾患、介護認定者の有病状況の多い疾患である「脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症」を減らすことを目標とし、共通のリスクとなる「高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム」を減らすため生活習慣病の予防を重点に事業を行ったが、どの事業も目標は未達であった。第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計し、医師会をはじめとした関係機関と密に連絡をとり、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

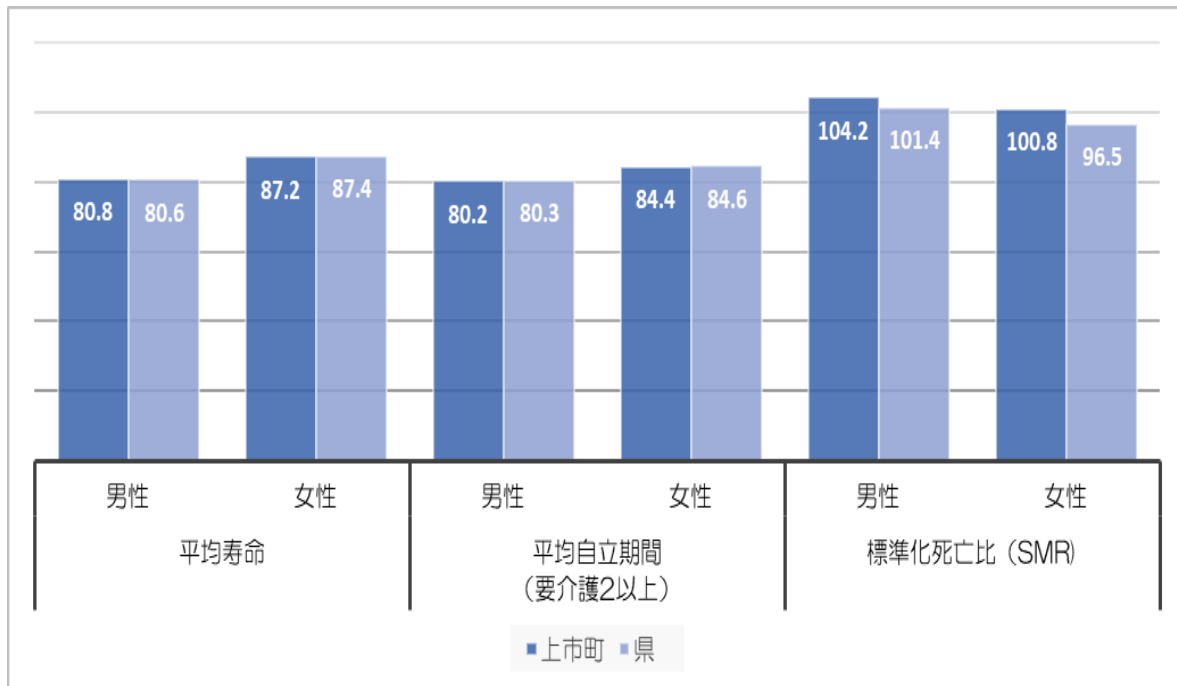
分類		健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	参照データ	対応する健康課題No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等		●平均寿命は、男性80.8歳、女性87.2歳。男女とも県平均と同水準である。 ●平均自立期間は、男性80.2歳、女性84.4歳。男女とも県平均と同水準である。(要介護2以上) ●標準化死亡比(SNR)は、男性104.2、女性100.8で、県平均より高い水準である。 ●死因で最も多くを占めているのがんで、次いで心臓病、脳疾患となっている。県と比較すると、がん・心臓病・自殺の割合が低い。	【図表1】平均寿命、平均自立期間、標準化死亡比(SMR) (R4年度) 【図表2】死因割合 (R4年度)	—
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)	●令和4年度の1人当たり医療費は450,844円で、県平均422,932円と比較すると高く、過去5年間常に高く推移している。 ●ひと月当たりの1人当たり医療費は、県平均と比較すると、内科、歯科ともに過去5年間常に高く推移している。 ●長期入院について令和元年度と令和4年度を比較すると、件数が64件、費用額が5,876万円増加している。 ●ひと月80万円以上の高額になる疾患について令和元年度と令和4年度を比較すると、件数が13件、費用額が1,716万円減少している。年代別では特に70代の割合が増えた。	【図表3】1人当たり医療費の推移 【図表4】ひと月当たり1人当たり医療費の推移 【図表5】長期入院(6か月以上) 【図表6】高額になる疾患(80万円以上)	A
	疾病分類別の医療費	●大分類別入院医療費の割合は、循環器(20.3%)、新生物(15.4%)、筋・骨格(12.1%)の順に高い。 ●大分類別入院外医療費の割合は、新生物(23.4%)、内分泌(15.4%)、循環器(11.4%)の順で高い。 ●中分類別入院医療費では、脳梗塞・虚血性心疾患による医療費が高い。 ●中分類別入院外医療費では、糖尿病・高血圧性疾患・脂質異常症による医療費が高い。 ●医療費の割合(最大医療資源傷病名による 調剤含む)は、がん(35.7%)、筋・骨格(17.5%)、精神(13.6%)の順に多い。 ●令和4年度生活習慣病の医療費は、入院・外来ともに新生物が最も高く、次いで、入院は、虚血性心疾患・脳梗塞、外来は、糖尿病・高血圧性疾患が高い。 ●中長期目標疾患の医療費に占める割合は、慢性腎不全(透析有)が(2.86%)、脳梗塞・脳出血は(2.33%)、狭心症・心筋梗塞は(2.36%)で、いずれも県平均より高い。	【図表7】医療費分析(大分類別医療費割合) 【図表8】医療費分析(大・中・細小分類) 【図表9】生活習慣病1件当たり費用額・1人当たり医療費(R4年度入院) 【図表10】生活習慣病1件当たり費用額・1人当たり医療費(R4年度外来) 【図表11】データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合	A
	後発医薬品の使用割合	●後発医薬品の使用割合について、令和2年3月診療分から令和5年3月診療分までを県と比較すると、常に低く推移している。	【図表12】後発医薬品の使用割合の推移	G
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	●重複頻回受診者について、同一月内で2医療機関以上に10日以上受診した者は、13人(0.4%)いる。 ●重複多剤受診者について、6以上の薬剤を90日以上処方されている者が45人(1.5%)、10以上の薬剤を60日以上処方されている者が36人(1.2%)いる。(被保険者数:2,956人(令和4年9月診療分))	【図表13】重複・多剤処方の状況(R4年9月診療分)	H
	特定健康診査・特定保健指導の分析	●特定健康診査の受診率は34.8%であり、年々微増傾向だが、県平均(43.4%)より低く、国の目標値60%には及ばない。 ●特定健康診査の受診者を性別、年齢別で比較すると、性別では女性よりも男性の受診率の方が低い。年齢別では、男性は40代前半、女性は40代後半の受診率が特に低い。 ●特定保健指導の実施率を県と比較すると、令和3年度までは県平均以下で推移していたが、令和4年度は動機付け支援が40.7%、積極定支援が30.8%で、いずれも県平均より高い。	【図表14】特定健康審査の受診率推移 【図表15】特定健診受診状況(健診対象者及び健診受診者のピラミッド) 【図表16】特定保健指導の実施率推移	B・C

特定健康診 査・特定保健 指導の分析	特定健診結果 の状況 (有所見率・ 健康状態)	●特定健康診査結果の有所見率を県と比較すると、BMIと血圧の割合が高い。 ●特定健康診査の検査項目を県と比較すると、血糖は（男性22.6%、女性7.1%）、収縮期血圧130以上は（男性57.8%、女性54.7%）、拡張期血圧85以上は（男性33.0%、女性21.2%）で、いずれも県平均より高い。 ●メタボリックシンドロームの該当者割合は19.2%で県平均（23.3%）より低いが、予備群割合は10.5%と県平均と同水準で増加傾向にある。 ●生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、血圧リスクありの割合が高い。 ●生活習慣病治療者数と構成割合について、令和4年5月のレセプトで確認すると、治療者数は全体で1,567人で、内訳は「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「高尿酸血症」「糖尿病性腎症」の順に高い。 ●脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の治療者の半数以上は、高血圧、糖尿病、脂質異常症の基礎疾患がある。 ●高血圧者について令和2年度と令和4年度を比較すると、139人増加している。内訳では、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧者の割合は低くなったが、Ⅰ度高血圧者の割合は6%高く、人数は140人増加した。 ●高血糖者について令和2年度と令和4年度を比較すると、30人増加している。8.0以上の者が、令和2年度では14人（25.9%）、令和4年度では21人（25.0%）いる。	【図表17】特定健診結果有所見率 【図表18】健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する 【図表19】メタボリックシンドローム該当者・予備軍 【図表20】生活習慣病リスク保有者の割合 【図表21】生活習慣病の治療者数構成割合（R4年5月診療分） 【図表22】高血圧・高血糖者の推移	C・F
	質問票調査の 状況 (生活習慣)	●特定保健指導を利用しないと回答した人の割合が、毎年増加し、県平均と同水準である。 ●質問票調査の項目を県と比較すると、服薬（高血圧症）が42.2%、服薬（糖尿病）が9.9%、服薬（脂質異常症）が35.1%で、いずれも県平均より高い。 ●生活習慣改善意欲は、改善意欲なしの割合が32.9%と県平均（31.1%）より多く、生活習慣改善の取組み6か月以上が16.4%と県平均（18.9%）より低い。	【図表23】質問票調査の経年比較（保健指導利用意向の推移） 【図表24】質問票調査の状況（R4年度）	D
レセプト・健診結果等を 組み合わせた分析		●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601人いる。 ●健診受診者988人のうち、Ⅱ度高血圧者は63人（6.4%）で、そのうち未治療者が29人（46.0%）いる。 ●健診受診者988人のうち、HbA1c7.0%以上の者は41人（4.1%）で、そのうち未治療者が3人（7.3%）いる。 ●人工透析レセプトについて、令和元年度と令和4年度を比較すると、件数は14件、費用額は1,369万円増加している。人工透析患者が複数の疾患の治療を行っていると考えられる。	【図表25】未受診者対策を考える 【図表26】高血圧・高血糖者の医療のかかり方 【図表27】人工透析レセプト	E・F
介護費関係の分析		●介護認定あり・なしで1人当たり医療費を県と比較すると、介護認定なし入院では175,124円で、県平均（175,657円）より低く、介護認定なし外来では282,661円で、県平均（268,968円）より高い。介護認定あり（要介護2以上）入院では1,151,238円で、県平均（1,109,824円）より高く、介護認定あり（要介護2以上）外来では332,072円で、県平均（353,504円）より低い。 ●要介護認定率は17.9%で、県平均（19.7%）よりも低いが、1件あたり介護給付費は68,129円と、県平均（64,565円）よりも高い。 ●介護サービス利用率は、要支援2、要介護1、要介護5の区分で県平均より高い。	【図表28】介護・医療クロス分析 【図表29】介護認定率、介護給付費、サービス利用率	—
その他		●令和4年度がん検診の受診率は、胃がん検診（19.7%）大腸がん検診（24.1%）肺がん検診（39.5%）子宮がん検診（35.7%）乳がん検診（37.1%）である。 ●県と比較すると、大腸がん検診の受診率が特に低い。 ●本町では令和4年度から一体的実施事業に取り組んでいる。ポピュレーションアプローチ通いの場への積極的関与を実施しているが、潜在的な対象者のごく一部に実施するに留まっている。	【図表30】がん検診受診率の推移	—

参照データ

図表1 平均寿命、平均自立期間、標準化死亡比（SMR）（R4年度）

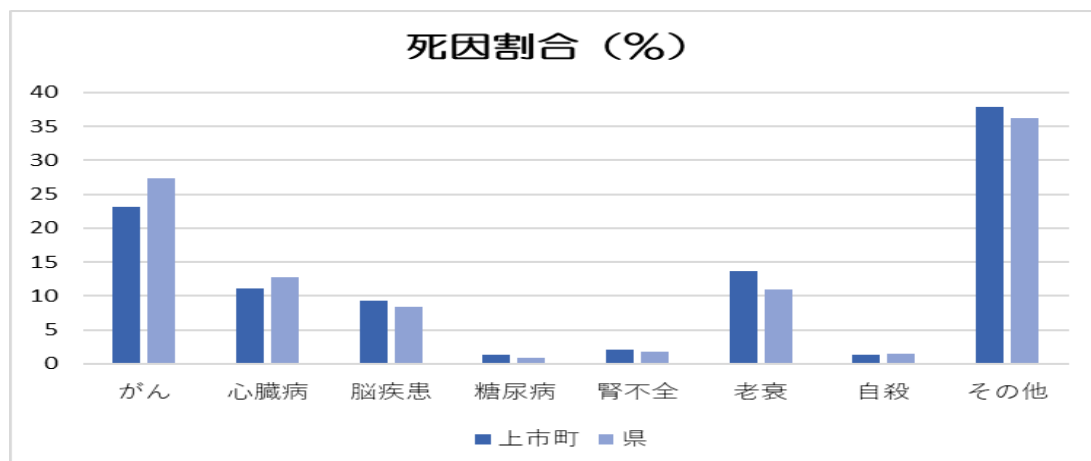
出典 KDB帳票から作成



図表2 死因割合（R4年度）

出典 人口動態調査 保管統計表

死 因	上市町		県	
	実数（人）	割合（％）	実数（人）	割合（％）
がん	65	23.2	3,555	27.4
心臓病	31	11.1	1,663	12.8
脳疾患	26	9.3	1,088	8.4
糖尿病	4	1.4	123	0.9
腎不全	6	2.1	228	1.8
老衰	38	13.6	1,419	10.9
自殺	4	1.4	193	1.5
その他	106	37.9	4,712	36.3

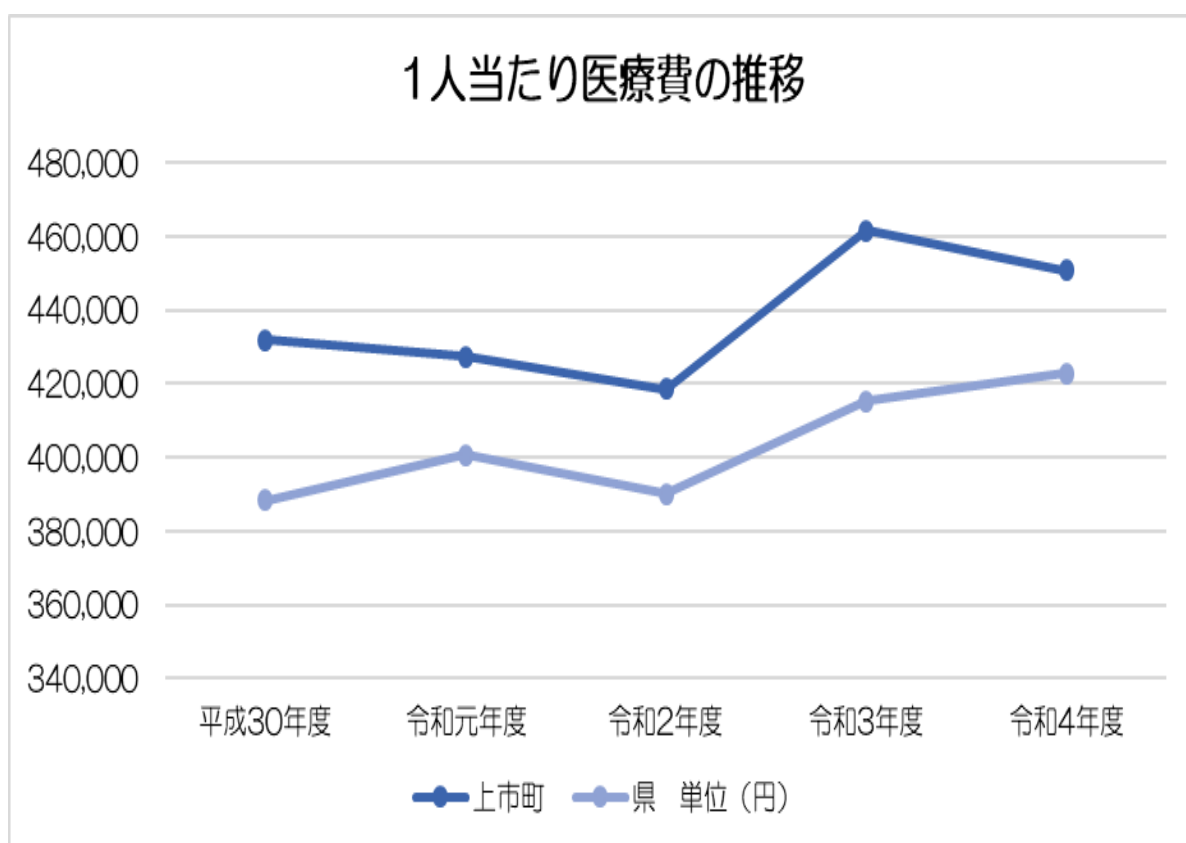


図表3 1人当たり医療費の推移

出典 富山県国民健康保険運営方針

1人当たり医療費の推移

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	医療費(円)	県内順位	医療費(円)	県内順位	医療費(円)	県内順位	医療費(円)	県内順位	医療費(円)	県内順位
上市町	432,005	2位	427,434	2位	418,640	2位	461,542	1位	450,844	3位
県	388,389	-	400,694	-	390,209	-	415,321	-	422,932	-



図表4 ひと月当たりの1人当たり医療費の推移

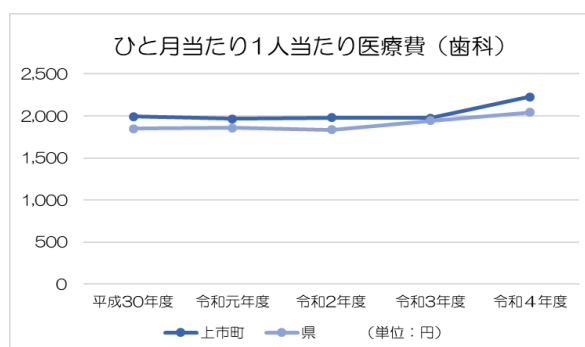
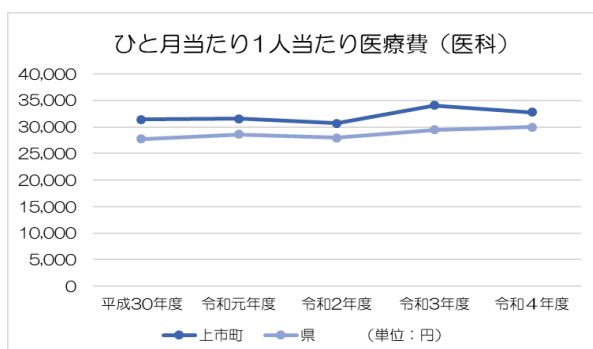
出典 KDB帳票 健診・医療・介護
データからみる地域の健康課題

単位：円

ひと月当たり1人当たり医療費（医科）	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
上市町	31,398	31,536	30,672	34,064	32,747
県	27,734	28,610	27,962	29,457	29,979

単位：円

ひと月当たり1人当たり医療費（歯科）	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
上市町	1,992	1,964	1,977	1,974	2,225
県	1,850	1,858	1,837	1,943	2,040



図表5 長期入院（6か月以上）

・精神疾患は最大医療資源傷病名（主病）で計上
 ・脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出

出典 KDB帳票 厚労省2-1（ラボ
ツールで分析）

長期入院（6か月以上）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	厚労省様式
R元年度	人数	21人	13人	2人	0人	様式2-1
			61.9%	9.5%	0.0%	
	件数	187件	113件	7件	0件	
			60.4%	3.7%	0.0%	
	費用額	7,178万円	4,143万円	265万円		
			57.7%	3.7%	—	

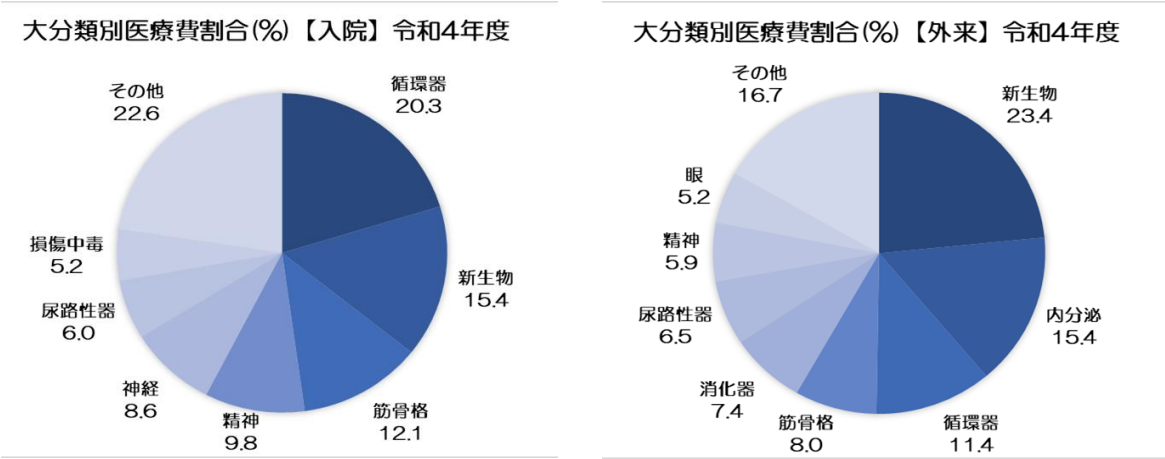
長期入院（6か月以上）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	厚労省様式
R4年度	人数	27人	14人	3人	1人	様式2-1
			51.9%	11.1%	3.7%	
	件数	251件	126件	18件	5件	
			50.2%	7.2%	2.0%	
	費用額	1億3,054万円	4,945万円	883万円	550万円	
			37.9%	6.8%	4.2%	

図表6	高額になる疾患（80万円以上） ・最大医療資源傷病名（主病）で計上 ・疾患別人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計数と一致しない。	出典 KDB帳票 厚労省1-1（ラボツールで分析）
-----	---	---------------------------

対象レセプト（R元年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		厚労省様式
高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	156人		12人		8人		52人		93人		様式1-1
				7.7%		5.1%		33.3%		59.6%		
	件数	297件		32件		9件		128件		128件		
				10.8%		3.0%		43.1%		43.1%		
		年代別	40歳未満	1	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	13	10.2%	
			40代	0	0.0%	1	11.1%	1	0.8%	3	2.3%	
			50代	5	15.6%	0	0.0%	2	1.6%	20	15.6%	
			60代	17	53.1%	3	33.3%	42	32.8%	34	26.6%	
			70-74歳	9	28.1%	5	55.6%	83	64.8%	58	45.3%	
	費用額	4億642万円		4,623万円		1,285万円		1億6,412万円		1億8,322万円		
11.4%				3.2%		40.4%		45.1%				

対象レセプト（R4年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		厚労省様式
高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	146人		13人		11人		42人		90人		様式1-1
				8.9%		7.5%		28.8%		61.6%		
	件数	284件		19件		11件		84件		170件		
				6.7%		3.9%		29.6%		59.9%		
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	14.1%	
			40代	1	5.3%	0	0.0%	2	2.4%	7	4.1%	
			50代	1	5.3%	1	9.1%	4	4.8%	15	8.8%	
			60代	6	31.6%	2	18.2%	22	26.2%	51	30.0%	
			70-74歳	11	57.9%	8	72.7%	56	66.7%	73	42.9%	
	費用額	3億8,926万円		2,267万円		2,170万円		1億1,331万円		2億3,159万円		
5.8%				5.6%		29.1%		59.5%				

図表7	医療費分析（大分類別医療費割合）	出典 KDB帳票 医療費分析大分類
-----	-------------------------	-------------------



図表8 医療費分析（大・中・細小分類）（最大医療資源傷病名（調剤含む））

出典 KDB帳票 医療費分析（2）大・中・細小分類、
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

◇医療費分析（入院）

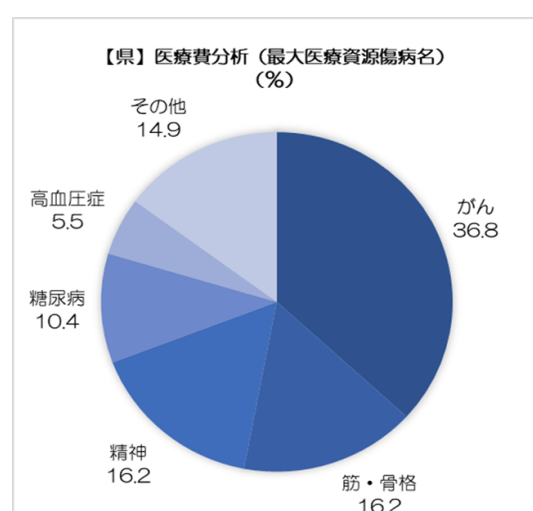
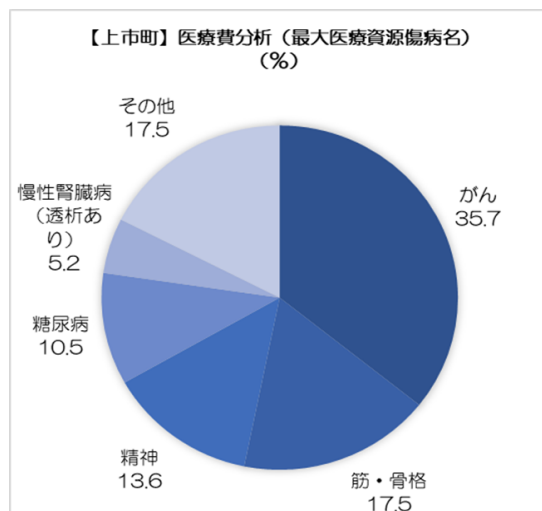
※最大医療資源傷病名を用いて計算

大分類別分析 (外来医療費全体を 100%として計算)	中分類別分析（大分類別医療費のうち上位4位までを対象）	割合（％）	細小分類分析 (疾病分類上位3位までの疾病)	割合（％）
循環器 (20.3%)	その他の心疾患	7.1	不整脈	3.6
	虚血性心疾患	4.5	心臓弁膜症	0.9
	脳梗塞	4.2	狭心症	2.7
			脳梗塞	4.2
新生物 (15.4%)	その他の悪性新生物〈腫瘍〉	5.9	膵臓がん	0.8
	悪性リンパ腫	4.1	食道がん	0.8
	良性新生物〈腫瘍〉及びその他の新生物〈腫瘍〉	1.1	前立腺がん	0.7
筋骨格 (12.1%)	関節症	4.4	関節疾患	4.4
	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.5		
	脊椎障害（脊椎症を含む）	1.6		
精神 (9.8%)	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8.1	統合失調症	8.1
	気分（感情）障害、（躁うつ病を含む）	0.8	うつ病	0.8
	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.8		

◇医療費分析（外来）

※最大医療資源傷病名を用いて計算

大分類別分析 (外来医療費全体を 100%として計算)	中分類別分析（大分類別医療費のうち上位4位までを対象）	割合（％）	細小分類分析 (疾病分類上位3位までの疾病)	割合（％）
新生物 (23.4%)	その他の悪性新生物〈腫瘍〉	8.7	前立腺がん	1.6
			膵臓がん	0.7
			咽頭がん	0.7
	気管、気管支及び肺の悪性新生物〈腫瘍〉	5.9	肺がん	5.9
内分泌 (15.4%)	結腸の悪性新生物	2.5	大腸がん	2.5
	糖尿病	10.1	糖尿病	9.2
	脂質異常症	3.8	糖尿病網膜症	1.0
	甲状腺障害	1.0	脂質異常症	3.8
循環器 (11.4%)	その他の心疾患	5.2	甲状腺機能低下症	0.5
	高血圧性疾患	4.1	不整脈	2.9
	虚血性心疾患	0.9	心臓弁膜症	0.1
			高血圧症	4.1
筋骨格 (8.0%)	炎症性多発性関節障害	2.5	狭心症	0.7
	骨の密度及び構造の障害	1.4	関節疾患	2.4
	関節症	1.3	痛風・高尿酸血症	0.1
			骨粗しょう症	1.4
			関節疾患	0.3

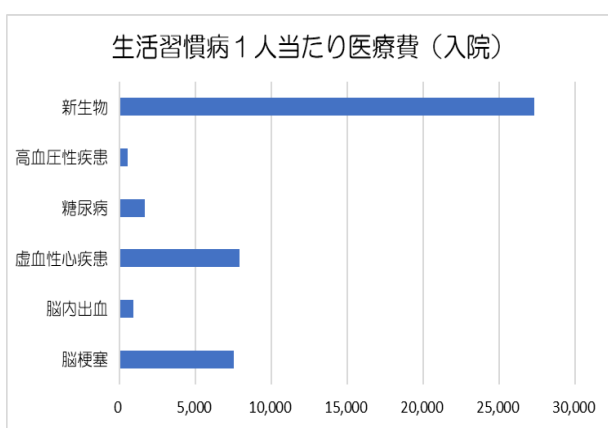
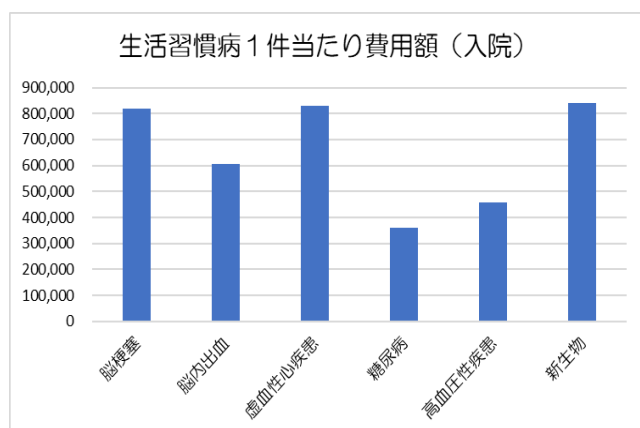


図表9 生活習慣病1件当たり費用額・1人当たり医療費（R4年度入院）

出典 KDB帳票 医療費分析(中分類)

生活習慣病の1件当たり費用額・1人当たり医療費（入院）

主要病種別	総費用額（円）	レセプト件数	1件当たり費用額（円）	1人当たり医療費（円）
脳梗塞	26,164,410	32	817,638	7,521
脳内出血	3,031,840	5	606,368	871
虚血性心疾患	27,430,050	33	831,214	7,884
糖尿病	5,772,240	16	360,765	1,659
高血圧性疾患	1,833,790	4	458,448	527
新生物	95,003,010	113	840,735	27,308

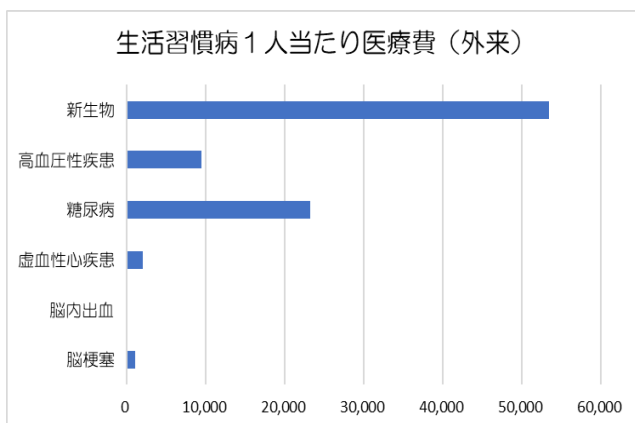
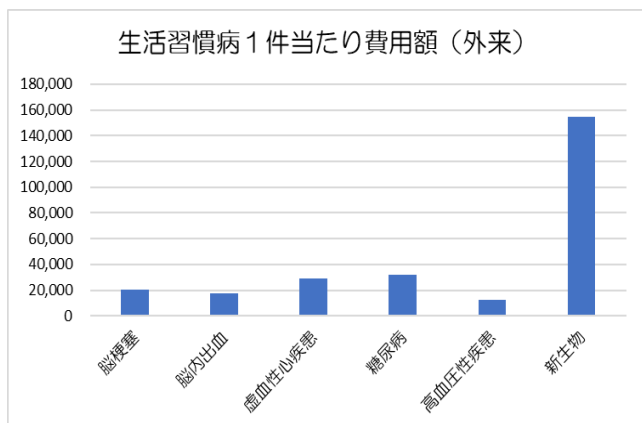


図表10 生活習慣病1件当たり費用額・1人当たり医療費（R4年度外来）

出典 KDB帳票 医療費分析（細小
(82)分類)

生活習慣病の1件当たり費用額・1人当たり医療費（外来）

主要病種別	総費用額（円）	レセプト件数	1件当たり費用額（円）	1人当たり医療費（円）
脳梗塞	3,764,120	187	20,129	1,082
脳内出血	175,320	10	17,532	50
虚血性心疾患	7,013,550	242	28,982	2,016
糖尿病	80,665,270	2,524	31,959	23,186
高血圧性疾患	32,982,470	2,666	12,372	9,480
新生物	186,001,140	1,200	155,001	53,464



図表 11	データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合	出典	KDB 帳票 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 (ラボツールで分析)
-------	-------------------------------	----	---

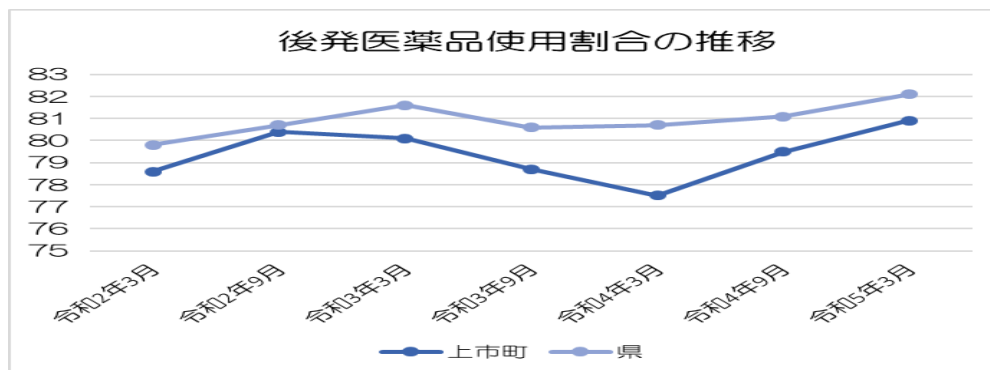
市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
上市町	1,420,780,560	32,747	32位	3位	286%	0.10%	233%	236%	584%	245%	212%	256,599,850	18.06%	19.78%	7.55%	9.73%
同規模平均	160,390,336,520	30,968	--	--	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	30,955,564,920	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
県	67,477,505,880	29,979	--	--	1.89%	0.21%	2.16%	1.65%	5.69%	3.04%	2.02%	11,242,328,390	16.66%	20.20%	8.90%	8.92%
国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表12 後発医薬品の使用割合の推移

出典 国公表データ



単位：％

後発医薬品使用割合	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
上市町	78.6	80.4	80.1	78.7	77.5	79.5	80.9
県	79.8	80.7	81.6	80.6	80.7	81.1	82.1

図表13 重複・多剤処方の状況（R4年9月診療分）

出典 保健事業介入支援管理/重複・多剤処方の状況

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（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	1,720	77	18	3	2
	2医療機関以上	634	43	13	1	1
	3医療機関以上	155	18	8	1	1
	4医療機関以上	37	5	3	0	0
	5医療機関以上	3	0	0	0	0

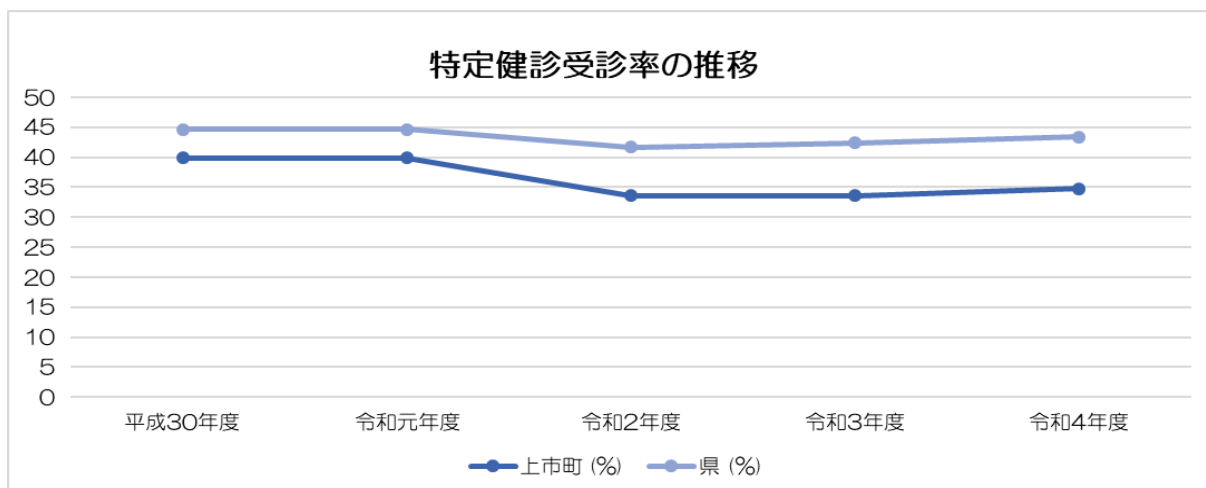
※外来（内科・歯科）のみを対象とする

同一薬剤に関する処方日数（同一月内）		処方薬剤数（同一月内）											
		処方を受けた者（人）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者（人）	1日以上	1,422	1,198	947	745	577	453	327	239	180	121	31	7
	15日以上	1,162	1,041	866	700	552	436	317	234	177	118	31	7
	30日以上	932	828	688	554	429	342	246	179	134	88	23	7
	60日以上	429	369	302	230	174	136	103	72	52	36	10	3
	90日以上	106	91	79	73	57	45	37	31	25	18	8	3
	120日以上	3	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
	150日以上	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
	180日以上	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0

※外来（内科・歯科・調剤）のみを対象とする

図表14 特定健康審査の実施率推移

出典 法定報告値

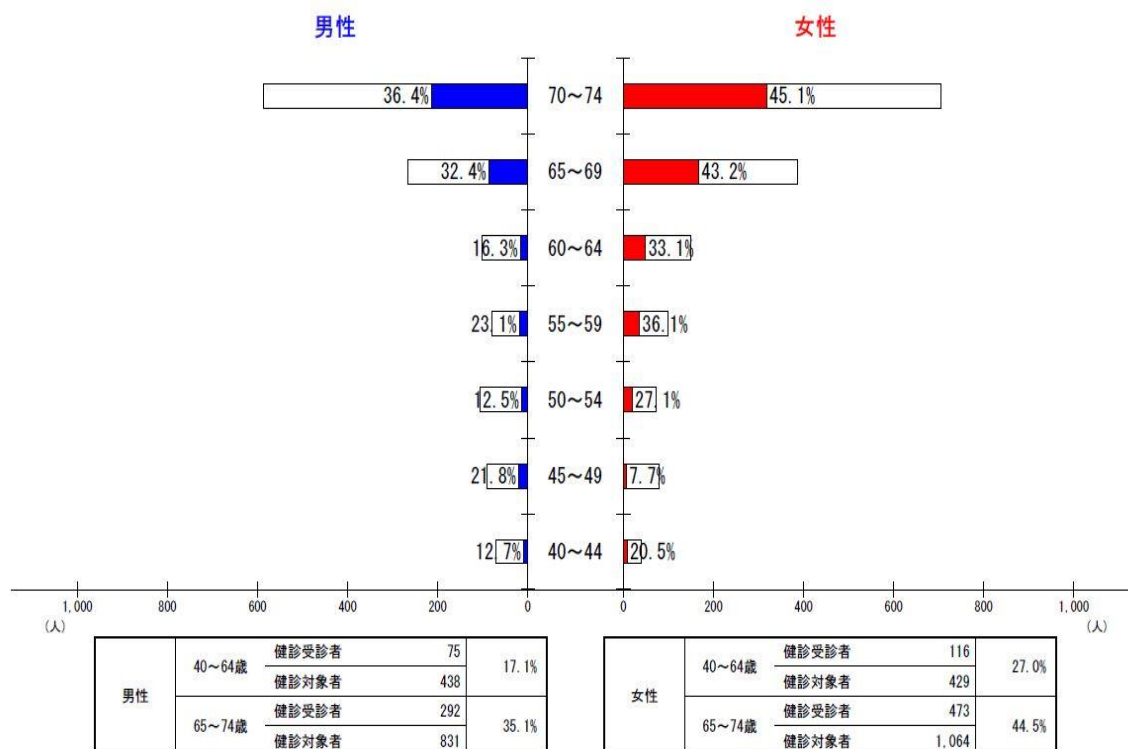


◇特定健診受診率の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
上市町 (%)	39.9	39.9	33.6	33.6	34.8
県 (%)	44.7	44.7	41.7	42.4	43.4

図表15 特定健診受診状況（健診対象者及び健診受診者のピラミッド）

出典 KDB帳票 健診の状況

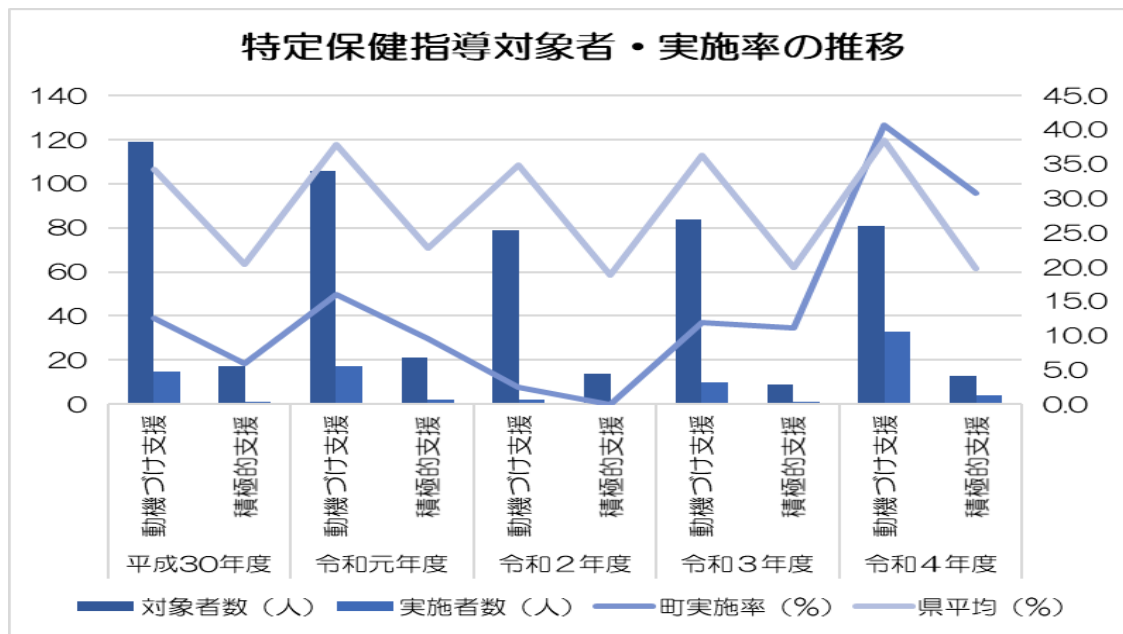


図表16

特定保健指導の実施率推移

出典

KDB帳票 厚労省様式(5-4)



◇特定保健指導実施率の推移

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	動機づけ支援	積極的支援	動機づけ支援	積極的支援	動機づけ支援	積極的支援	動機づけ支援	積極的支援	動機づけ支援	積極的支援
対象者数(人)	119	17	106	21	79	14	84	9	81	13
実施者数(人)	15	1	17	2	2	0	10	1	33	4
町実施率(%)	12.6	5.9	16.0	9.5	2.5	0.0	11.9	11.1	40.7	30.8
県平均(%)	34.3	20.4	37.8	22.7	34.9	18.9	36.2	20.0	38.5	19.8

図表17

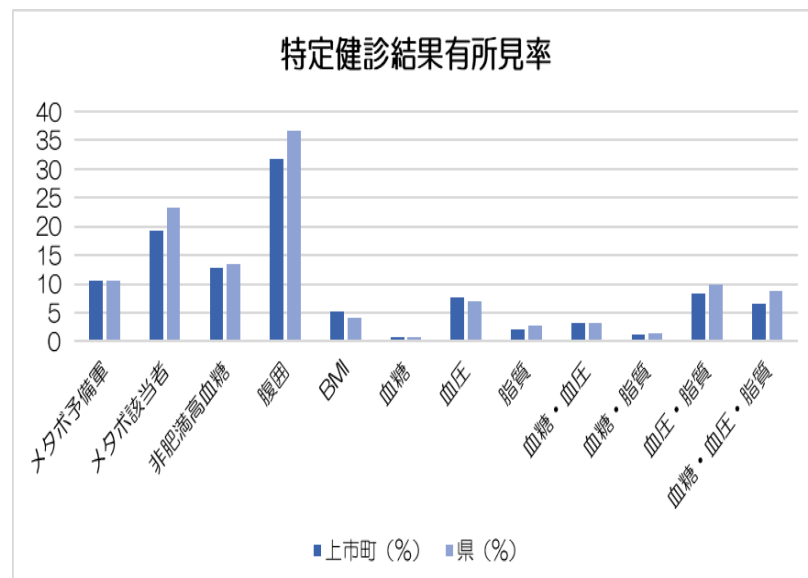
特定健診結果有所見率

出典

KDB帳票 健診・医療・介護
データからみる地域の健康課題

◇特定健診結果有所見率(令和4年度)

	上市町(%)	県(%)
メタボ予備軍	10.5	10.5
メタボ該当者	19.2	23.3
非肥満高血糖	12.7	13.4
腹囲	31.7	36.6
BMI	5.1	4.1
血糖	0.8	0.8
血圧	7.6	7.1
脂質	2	2.7
血糖・血圧	3.1	3.3
血糖・脂質	1.3	1.4
血圧・脂質	8.3	9.8
血糖・血圧・脂質	6.6	8.7



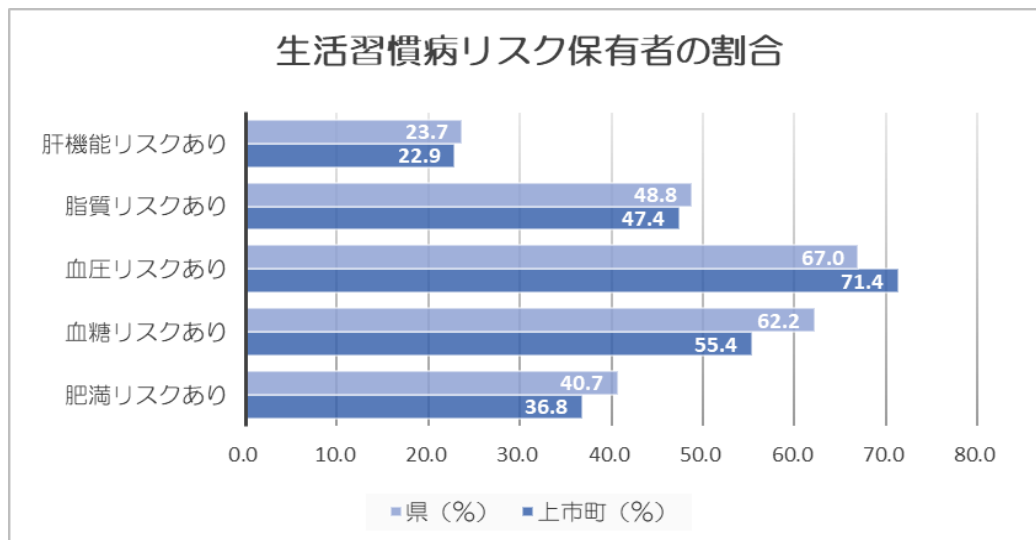
図表18	健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する	出典	KDB帳票 厚生労働省様式5-2 (ラボツールで分析)
------	----------------------------	----	--------------------------------

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		34.3		55.3		28.1		21.4		7.1		34.9		57.8		12.4		50.2		26.4		45.6		2.5	
県		8,316	33.7	14,060	57.0	8,025	32.6	4,998	20.3	1,889	7.7	3,210	13.0	15,517	62.9	421	1.7	12,382	50.2	6,184	25.1	11,162	45.3	705	2.9
保険者	合計	123	33.5	196	53.4	106	28.9	64	17.4	32	8.7	83	22.6	232	63.2	0	0.0	212	57.8	121	33.0	147	40.1	7	1.9
	40-64	31	41.3	32	42.7	31	41.3	21	28.0	5	6.7	14	18.7	34	45.3	0	0.0	35	46.7	30	40.0	37	49.3	1	1.3
	65-74	92	31.5	164	56.2	75	25.7	43	14.7	27	9.2	69	23.6	198	67.8	0	0.0	177	60.6	91	31.2	110	37.7	6	2.1
女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		21.9		56.5		1.8		45.4		16.9		54.1		0.3	
県		7,378	21.7	7,379	21.7	7,093	20.9	2,988	8.8	491	1.4	2,048	6.0	21,266	62.6	81	0.2	16,452	48.4	5,857	17.2	19,007	56.0	81	0.2
保険者	合計	123	20.9	107	18.2	78	13.2	53	9.0	7	1.2	42	7.1	316	53.7	0	0.0	322	54.7	125	21.2	328	55.7	2	0.3
	40-64	21	18.1	20	17.2	12	10.3	13	11.2	1	0.9	4	3.4	54	46.6	0	0.0	48	41.4	27	23.3	71	61.2	1	0.9
	65-74	102	21.6	87	18.4	66	14.0	40	8.5	6	1.3	38	8.0	262	55.4	0	0.0	274	57.9	98	20.7	257	54.3	1	0.2

図表19	メタボリックシンドローム該当者・予備軍	出典	KDB帳票 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 (ラボツールで分析)
------	---------------------	----	--

項目			保険者		同規模平均		県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
特定健診受診者の状況	特定保健指導終了者（実施率）		30	30.3	5830	37.9	1,958	28.6	163,209	20.1
	非肥満高血糖		121	12.7	13,324	10.2	7,858	13.4	619,558	9.0
	メタボ	該当者	184	19.2	27,962	21.4	13,633	23.3	1,391,901	20.3
		男性	122	33.2	19,355	32.6	8,827	35.8	972,647	32.0
		女性	62	10.5	8,607	12.1	4,806	14.2	419,254	11.0
		予備群	100	10.5	14,775	11.3	6,181	10.5	771,076	11.2
		男性	63	17.2	10,403	17.5	4,115	16.7	544,159	17.9
		女性	37	6.3	4,372	6.1	2,066	6.1	226,917	5.9
	メタボ該当・予備群レベル	総数	303	31.7	46,970	36.0	21,439	36.6	2,397,978	35.0
		腹囲								
		男性	196	53.4	32,681	55.0	14,060	57.0	1,679,742	55.3
		女性	107	18.2	14,289	20.1	7,379	21.7	718,236	18.8
		BMI								
		総数	49	5.1	6,770	5.2	2,385	4.1	322,312	4.7
		男性	9	2.5	1,034	1.7	347	1.4	51,704	1.7
		女性	40	6.8	5,736	8.1	2,038	6.0	270,608	7.1
		血糖のみ	8	0.8	910	0.7	481	0.8	43,873	0.6
		血圧のみ	73	7.6	10,616	8.1	4,143	7.1	543,403	7.9
		脂質のみ	19	2.0	3,249	2.5	1,557	2.7	183,800	2.7
		血糖・血圧	30	3.1	4,525	3.5	1,920	3.3	204,574	3.0
		血糖・脂質	12	1.3	1,335	1.0	839	1.4	70,790	1.0
		血圧・脂質	79	8.3	12,821	9.8	5,753	9.8	663,671	9.7
		血糖・血圧・脂質	63	6.6	9,281	7.1	5,121	8.7	452,866	6.6

図表20 生活習慣病リスク保有者の割合

出典 KDB帳票 健康スコアリング
(健診)

◇生活習慣病リスク保有者の割合

	肥満リスクあり	血糖リスクあり	血圧リスクあり	脂質リスクあり	肝機能リスクあり
上市町 (%)	36.8	55.4	71.4	47.4	22.9
県 (%)	40.7	62.2	67.0	48.8	23.7

図表21 生活習慣病の治療者数構成割合 (R4年5月診療分)

出典 KDB帳票 (ラボツールで分析)

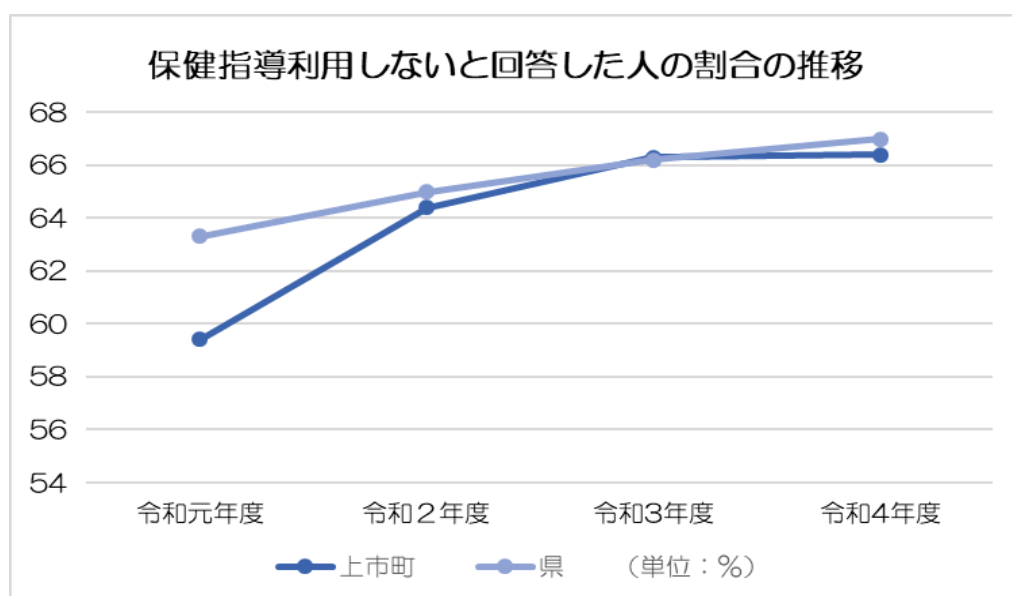
厚労省様式	対象レセプト（R04年5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	1,567人		151人	134人	19人
				96%	86%	12%
		の基 重 礎 な 疾 り 患	高血圧	120人	99人	18人
				79.5%	73.9%	94.7%
			糖尿病	76人	77人	19人
				50.3%	57.5%	100.0%
			脂質異常症	87人	94人	12人
				57.6%	70.1%	63.2%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		841人		521人	717人	114人
53.7%		33.2%	45.8%	7.3%		

図表22 高血圧・高血糖者の推移

出典 KDB帳票（ラボツールで分析）

		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
高血圧		417人		466人		556人	
		35.4%		38.2%		39.9%	
内 訳	I 度	320人	76.7%	375人	80.5%	460人	82.7%
	II 度	87人	20.9%	82人	17.6%	86人	15.5%
	III 度	10人	2.4%	9人	1.9%	10人	1.8%
高血糖		54人		67人		84人	
		4.6%		5.5%		6.0%	
内 訳	7.0～7.9	40人	74.1%	48人	71.6%	63人	75.0%
	8.0以上	14人	25.9%	19人	28.4%	21人	25.0%

図表23 質問票調査の状況(保健指導利用意向の推移)

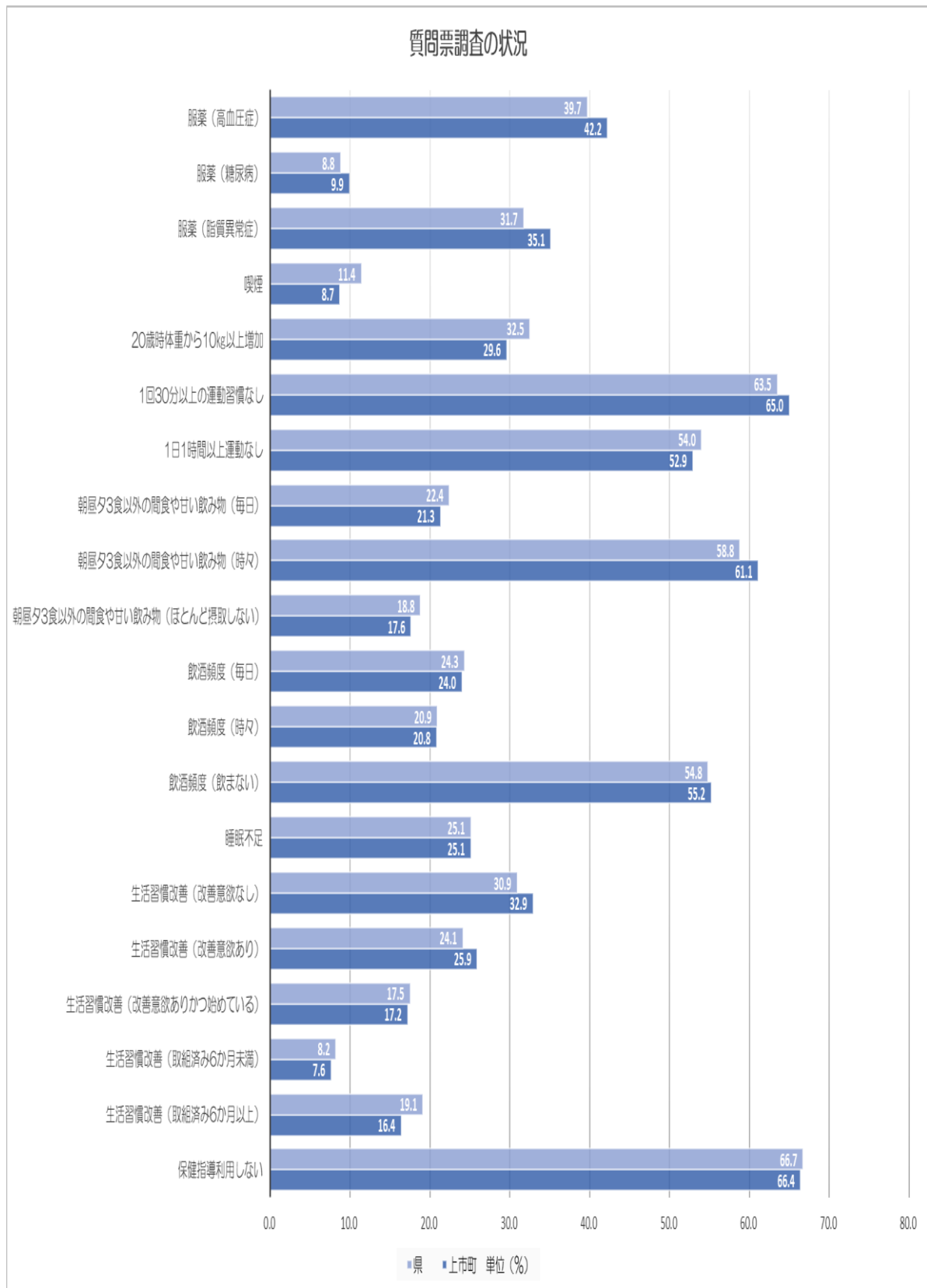
出典 KDB帳票 健診・医療・介護
データからみる地域の健康課題

単位：％

保健指導利用しない	上市町	県
令和元年度	59.4	63.3
令和2年度	64.4	65.0
令和3年度	66.3	66.2
令和4年度	66.4	67.0

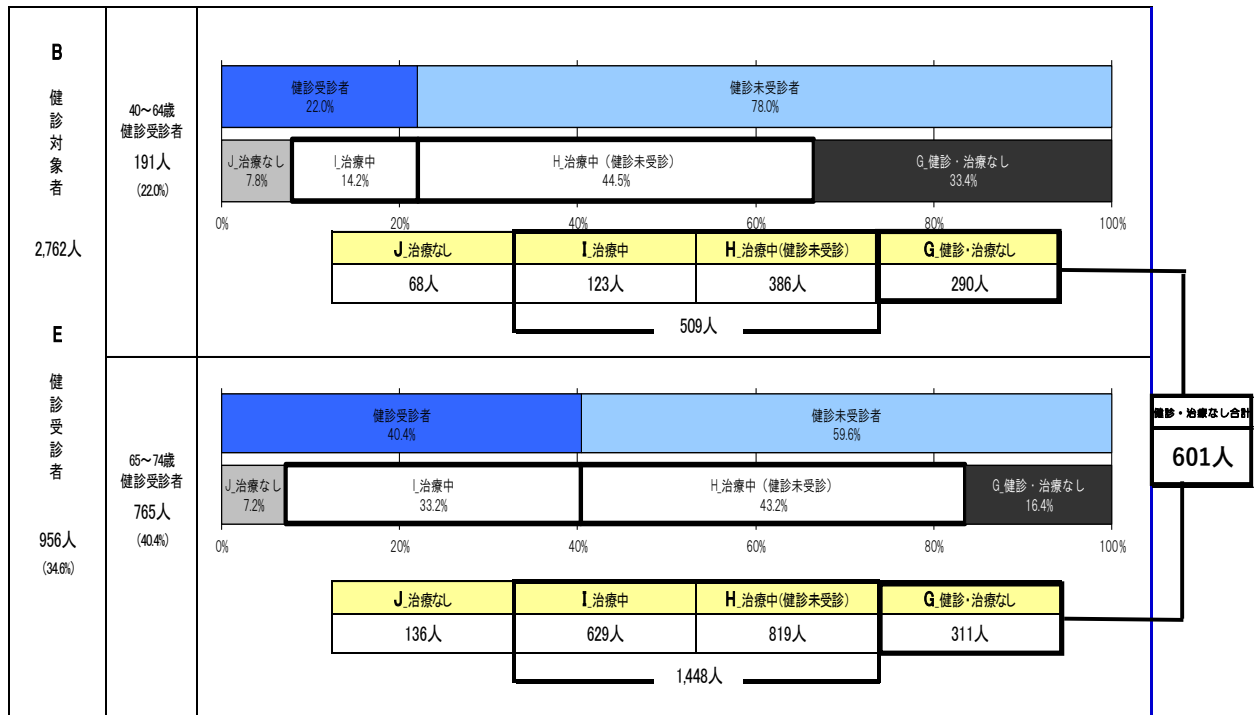
図表24 質問票調査の状況（R4年度）

出典 KDB帳票 質問票調査の経年比較



図表25 未受診者対策を考える

出典 KDB帳票 未受診者対策を考える（厚生労働省様式5-5）（ラボツールで分析）



図表26 高血圧・高血糖者の医療のかかり方

出典 KDB帳票（ラボツールで分析）

特定健診				血圧								HbA1c							
対象者	受診者	HbA1c 実施者	受診率	Ⅱ度以上		未治療			治療中断			7.0%以上		未治療			治療中断		
A	B	C	B/A	D	D/B	E	E/D	F	F/D	G	G/D	H	H/C	I	I/H	J	J/H	K	K/H
3,446	988	988	28.7	63	6.4	29	46.0	3	4.8	22	34.9	41	4.1	3	7.3	0	0.0	9	22.0

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧のレセプトがない

②中断…高血圧(HbA1cの場合は糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない。

③不定期受診…②以外で直近半年の受診が3回以下(ただし、治療開始と考えられる者を除く)

図表27 人工透析レセプト

出典 KDB帳票（ラボツールで分析）

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	R元年5月 診療分	人数	11人	7人 63.6%	5人 45.5%	5人 45.5%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		R元年度 累計	件数	110件	55件 50.0%	50件 45.5%	43件 39.1%
			費用額	5617万円	3047万円 54.2%	2544万円 45.3%	2068万円 36.8%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	R04年5月 診療分	人数	9人	8人 88.9%	4人 44.4%	5人 55.6%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		R04年度 累計	件数	124件	84件 67.7%	58件 46.8%	55件 44.4%
			費用額	6986万円	4818万円 69.0%	2821万円 40.4%	4032万円 57.7%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

図表28 介護・医療クロス分析

出典 KDB帳票 健康スコアリング
(介護)

単位：円

入院1人当たり医療費	上市町	県
介護認定あり（要介護2以上）	1,151,238	1,109,824
介護認定あり（要支援・要介護1）	924,333	863,768
介護認定なし	175,124	175,657

外来1人当たり医療費	上市町	県
介護認定あり（要介護2以上）	332,072	353,504
介護認定あり（要支援・要介護1）	385,840	392,282
介護認定なし	282,661	268,968

図表29 介護認定率、介護給付費、サービス利用率

出典 KDB帳票 健診・医療・介護
データからみる地域の健康課題、
健康スコアリング（介護）

◆介護認定率、1件当たり介護給付費

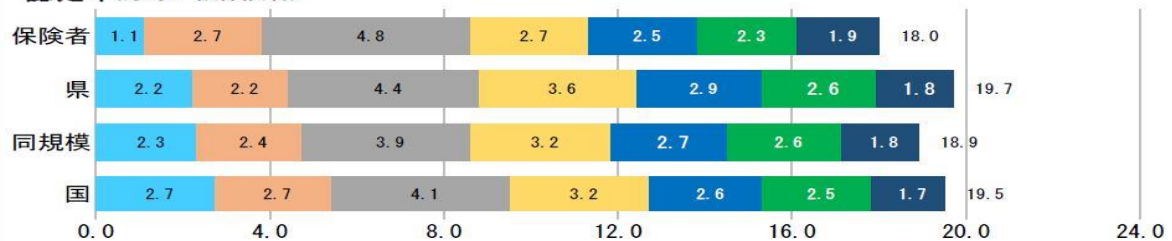
	保険者	県	同規模	国
介護認定率（％）	17.9	19.7	18.8	19.4
介護給付費（円）	68,129	64,565	70,292	59,662
居宅給付費（円）	41,645	41,459	43,991	41,272
施設給付費（円）	303,861	301,411	291,264	296,364

	保険者	県	同規模	国
認定率	17.9%	19.7%	18.8%	19.4%
悪化度（前年比）	82.9%	101.3%	102.9%	106.2%
[参考]悪化度	0.3ポイント	0.4ポイント	0.4ポイント	0.4ポイント
改善度（前年比）	71.9%	97.0%	99.9%	107.1%
[参考]改善度	0.1ポイント	0.1ポイント	0.1ポイント	0.2ポイント
居宅1人当たり介護給付費（前年比）	93.7%	97.0%	95.6%	96.5%
[参考]居宅1人当たり介護給付費	13,302円	14,879円	13,601円	15,157円
施設1人当たり介護給付費（前年比）	95.3%	96.7%	94.5%	94.2%
[参考]施設1人当たり介護給付費	11,032円	10,694円	10,826円	8,570円

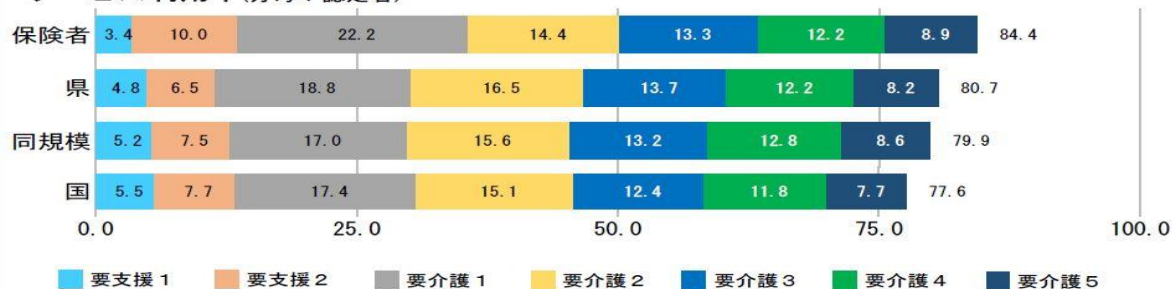
【介護認定率・サービス利用率内訳】

単位：（％）

認定率（分母：被保険者）

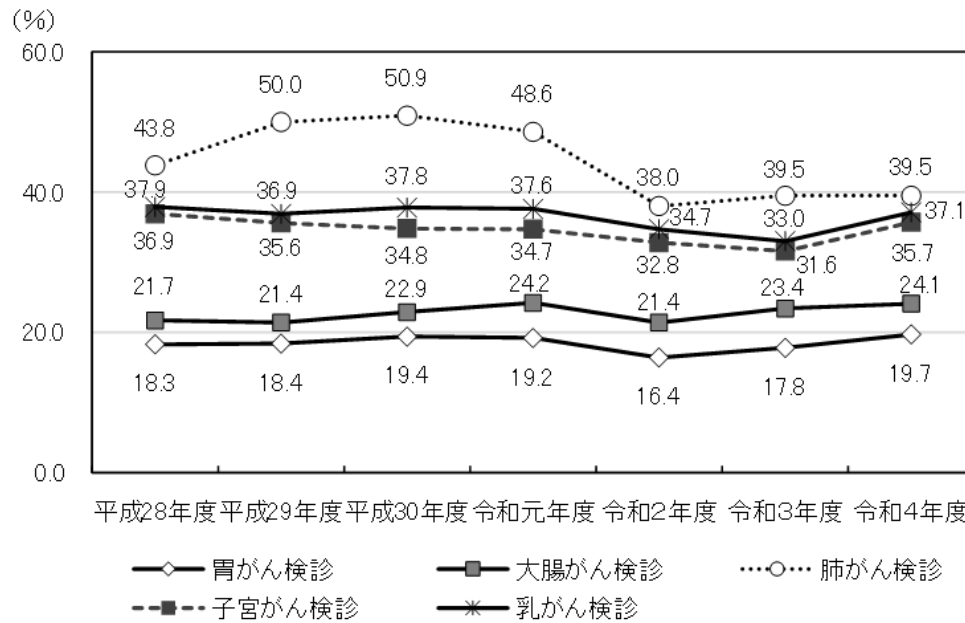


サービス利用率（分母：認定者）



図表30 がん検診受診率の推移

出典 地域保健・健康増進事業実施報告
富山県の生活習慣病



※令和元年度以前の肺がん検診は対象者の抽出条件が異なるため参考値

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	1人当たりの医療費が高い。過去5年間は常に県平均より高く推移している。疾病別では特にがんが高いが、生活習慣病について着目すると、入院では虚血性心疾患・脳梗塞、外来では糖尿病・高血圧性疾患による医療費の割合が高い。		✓	1,2,3,4,5,6,7
B	特定健康診査の受診率が低い。女性より男性の受診率の方が低く、男女ともに64歳までの若年層の受診率が低い。（男性：40-64歳受診率＝17.1％、女性：40-64歳受診率＝27.0％）生活習慣病予防は早いうちから行うことが大切なので、若年層の受診率向上に取組む必要がある。		✓	1,7
C	特定保健指導実施率は、令和4年度に県平均より高くなったものの、これまでは県平均より低く推移してきた。メタボリックシンドローム予備軍の割合が増加傾向にあるので、特定保健指導の動員や周知の工夫を図り実施率を上げ、生活習慣病予防に取組む必要がある。		✓	2
D	質問票調査の項目では、服薬（高血圧症）が42.2％、服薬（糖尿病）が9.9％、服薬（脂質異常症）が35.1％で、いずれも県平均より高い。生活習慣改善の取組みを継続している人の割合も低く、健康意識の低さが課題である。		✓	2,3,4
E	人工透析患者のレセプト件数と費用額が増加しているが、健診受診者でHbA1c7.0％以上の者の未治療者の割合は7.3％で、不定期受診も22.0％と高い。糖尿病を放置することで重症化するリスクがあるので、健康意識を高める必要がある。		✓	2,3,4
F	生活習慣病治療者の構成割合をみると、高血圧症と合併しているのが、脳血管疾患の治療者で79.5％、虚血性心疾患で73.9％、糖尿病性腎症で94.7％いる。また、糖尿病と合併しているのが、脳血管疾患の治療者で50.3％、虚血性心疾患で57.5％、糖尿病性腎症で100％おり、保健事業で重症化予防に取組む必要がある。		✓	2,3,4
G	後発医薬品の使用割合については、令和5年3月診療分では国の目標値（80％）を達成しているものの、県と比較すると常に低く推移しており、継続した利用促進の啓発に取組む必要がある。			6
H	重複頻回・多剤受診者については、副作用等がおこりやすいことから、対象者には適切な受診や服薬について助言指導を行う必要がある。			5
I				
J				

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		計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
					2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）	
i	生活習慣病による医療費の伸びを抑制する	疾病別医療費（生活習慣病）	※県共通指標 疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（全国＝100） 男女別、入院	男性：117.8 女性：111.2 （データR3）	男性：116.0 女性：109.0	男性：114.0 女性：107.5	男性：112.0 女性：106.0	男性：110.0 女性：104.5	男性：108.0 女性：103.0	男性：106.0 女性：102.0	
ii			※県共通指標 疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（全国＝100） 男女別、外来	男性：108.5 女性：94.9 （データR3）	男性：106.5 女性：94.0	男性：104.0 女性：93.0	男性：101.5 女性：92.0	男性：99.0 女性：91.0	男性：96.5 女性：90.0	男性：95.0 女性：89.0	
iii			※県共通指標 疾病別医療費（生活習慣病）標準化比（全国＝100） 男女別、入外計	男性：112.5 女性：100.9 （データR3）	男性：110.0 女性：100.0	男性：108.0 女性：98.0	男性：106.0 女性：97.0	男性：104.0 女性：96.0	男性：102.0 女性：95.0	男性：100.0 女性：94.0	
iv	生活習慣病の重症化を予防する	高血糖者の割合	健診受診者のうち、HbA1c7.0％以上の者の割合（男女別、年齢調整）	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	男性：7.1％ 女性：2.5％	
v		高血圧者の割合	※県共通指標 健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の割合（男女別）	男性：6.7％ 女性：6.0％ （データR3）	男性：6.7％ 女性：6.0％	男性：6.6％ 女性：5.9％	男性：6.5％ 女性：5.8％	男性：6.4％ 女性：5.7％	男性：6.3％ 女性：5.6％	男性：6.2％ 女性：5.5％	
vi		高血圧者の未受診状況	健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧者で、未治療者の割合	46.0％	45.8％	45.6％	45.5％	45.3％	45.1％	45.0％	
vii		医療機関受診率（糖尿病）	受診人数/受診勧奨者 レセプトにて受診状況の有無を確認	37.5％ （3人/8人）	40.0％	40.0％	45.0％	45.0％	50.0％	50.0％	
viii		医療機関受診率（高血圧）	受診人数/受診勧奨者 レセプトにて受診状況の有無を確認	13.6％ （3人/22人）	15％	20％	30％	40％	50％	50％	
ix	生活習慣病の発生を予防する	高血糖者の割合	※県共通指標 健診受診者のうち、HbA1c5.6％以上の者の割合（男女別、年齢調整）	男性：56.0％ 女性：52.0％ （データR3）	男性：56.0％ 女性：52.0％	男性：55.0％ 女性：51.0％	男性：55.0％ 女性：51.0％	男性：54.0％ 女性：50.0％	男性：54.0％ 女性：50.0％	男性：53.0％ 女性：49.0％	
x		高血圧者の割合	健診受診者のうち、血圧が保健指導判定値以上の者の割合（130mmHg以上または、85mmHg以上）（男女別）	男性：62.1％ 女性：54.4％	男性：62.0％ 女性：54.0％	男性：60.0％ 女性：53.0％	男性：58.0％ 女性：53.0％	男性：56.0％ 女性：52.0％	男性：54.0％ 女性：52.0％	男性：54.0％ 女性：51.0％	
xi		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少数	法定報告値	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人	

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業（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事業（保健指導）	重点
5	重複・多剤投与者等訪問事業	重複・多剤投与者等訪問事業	
6	ジェネリック医薬品利用促進事業	ジェネリック医薬品利用促進事業	

Ⅳ個別事業計画

事業 1	特定健康診査事業
------	----------

事業の目的	40～74歳の生活習慣病リスクの確認と疾病の発見
事業の概要	特定健康診査を実施する
対象者	40～74歳の被保険者

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	40～64歳の特定健康診査受診率	※県共通指標 法定報告値 (特定健診結果総括表)	20% (R3)	22% (R4)	23% (R5)	24% (R6)	25% (R7)	26% (R8)	27% (R9)
	2	【短期】健診受診者の内、拡張期血圧85mmHg以上の者の割合	※県共通指標 法定報告値 (男女別・年齢調整)	男性：32.4% 女性：19.4% (R3)	男性：30.0%以下 女性：19.0%以下 (R4)	男性：28.0%以下 女性：18.5%以下 (R5)	男性：26.0%以下 女性：18.0%以下 (R6)	男性：24.0%以下 女性：17.5%以下 (R7)	男性：22.0%以下 女性：17.0%以下 (R8)	男性：20.0%以下 女性：16.5%以下 (R9)
	3									
	4									
	5									

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	特定健康診査受診率	法定報告値	33.6% (R4)	38% (R5)	43% (R6)	48% (R7)	53% (R8)	58% (R9)	60% (R10)
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知		町広報誌・ホームページへの掲載、リーフレットの全戸配布、医療機関等への説明
	動員		外部委託事業者にて、受診率向上が期待される対象者を人工知能を用いて抽出し、定義にあった内容の受診動員ハガキを送付する。SMSを用いた動員を実施する。
	実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診 集団健診（個別健診の未受診者を対象に、がん検診と同日・同会場で11月に実施）
		実施場所	個別健診：委託契約を締結した医療機関 集団検診：保健センター
		時期・期間	個別健診：6月～10月 集団検診：11月（1日のみ）
		データ取得	事業者健診等の受診者に、電話動員により健診結果の提供を働きかける。
		結果提供	個別健診：健診実施日に結果がわかる医療機関の場合は、健診当日に提供 健診実施日に結果がわからない医療機関の場合は、健診実施日から7～14日後を目途に健診結果を提供または郵送 集団健診：健診実施後に1か月以内に健診結果を郵送
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		動員ハガキの送付を2回実施する。1回目は対象者の定義にあった内容とし、2回目は若年層と受診率の向上が見込める層を中心に送付する。 動員ハガキに医療機関の電話番号を記載し、すぐに予約しやすいよう配慮する。

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	町民課（国民健康保険） 福祉課保健班（衛生部局）と連携を図る
	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）	上市医師会
	国民健康保険団体連合会	受診券の作成
	民間事業者	外部委託事業者から受診動員ハガキの送付 集団健診について、外部委託事業者にて実施
	その他の組織	
	他事業	個別健診を受診できなかった者を対象に、集団健診をがん検診と同日に実施
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・ 目標等）	福祉課保健班との連携体制の構築

事業 2			特定保健指導事業										
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										
事業の概要			特定保健指導を実施する										
対象者			特定保健指導基準該当者										
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	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	19.2% (R4)	19% (R5)	18% (R6)	17% (R7)	16% (R8)	15% (R9)	14% (R10)	
			2	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少人数	法定報告値	2人 (R4)	2人 (R5)	2人 (R5)	2人 (R5)	2人 (R5)	2人 (R5)	2人 (R5)	
			3										
			4										
			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	特定保健指導実施率	法定報告値	38.9% (R4)	40% (R5)	42% (R6)	44% (R7)	46% (R8)	48% (R9)	50% (R10)	
			2										
			3										
			4										
			5										
プロセス (方法)	周知		対象者には利用券を送付する。そのほかに、町の広報誌掲載や、医療機関にパンフレットを配布・掲示する。										
	勧奨		はがきや電話での利用勧奨を行う。										
	実施および 実施後の支 援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、結果を自宅へ持参し、初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、申込に基づいて実施する。										
		実施場所	上市町保健センター、対象者の自宅、委託業者の設定する場所等で実施。										
		実施内容	対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。										
		時期・期間	集団健診後の初回面談：集団検診結果が届き次第、順次訪問 個別健診後の初回面談：8月～3月中に実施										
		実施後のフォロー・ 継続支援	指導期間中のモニタリングの進捗及び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％）										
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・ 目標等）												
ストラク チャー (体制)	庁内担当部署		福祉課保健班執行委任。										
	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）		特定健診を実施する町内医療機関へ、対象者への特定保健指導利用勧奨に協力を得る。										
	国民健康保険団体連合会												
	民間事業者		外部委託事業者にて実施する。										
	その他の組織												
	他事業		特定保健指導と重症化予防が重なる対象者へは、優先的に指導を実施する。										
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・ 目標等）		効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築する。										

事業 3		糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）									
事業の目的		血糖、高血圧の重症化のリスクが高いと判断される未治療者やコントロール不良者に対して受診勧奨を行い、高血圧症及び糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図る									
事業の概要		上市町糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施要領及び重症化予防のための訪問指導実施要領に基づき対象者を選定し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨を行う									
対象者	選定方法		40歳以上75歳未満の上市町国民健康保険加入者のうち、特定健康診査を受診した者								
	選定基準	健診結果による判定基準	【糖尿病】 未治療者：特定健診結果がHbA1c6、5%以上かつ尿蛋白（＋）以上またはeGFR60未満の者 糖尿病専門医への受診勧奨：糖尿病未治療者のうち特定健診結果がHbA1c7、0%以上かつ尿蛋白（＋＋）以上またはeGFR45未満の者 腎専門医への受診勧奨：糖尿病治療中の者のうち特定健診の結果が尿蛋白（＋＋）以上またはeGFR30未満 【高血圧】収縮期血圧が160mmHg以上あるいは拡張期血圧が100mmHg以上の者のうち以下に該当する者 ①脂質・血糖についての治療を行っているが、血圧について治療を行っていない ②脂質・血糖についての治療を行っておらず、血圧についても治療を行っていない								
		レセプトによる判定基準	治療中断者：過去に受診歴があり、レセプト情報より最終の受診日より6か月以上受診歴がない者								
		その他の判定基準	※対象者から、かかりつけ医もしくは特定健診受診医療機関への受診紹介の同意を得た者								
	除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者								
	重点対象者の基準		糖尿病未治療者、治療中断者のうち、HbA1c8.0%以上及び糖尿病性腎症の可能性が高い者を優先的に医療に結びつける								
		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	対象者の翌年度の検査値改善者割合（糖尿病）	翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合 翌年度5月頃	33.3% (1人/3人)	30%	30%	30%	25%	25%	25%
		2	医療機関受診率（糖尿病）	受診人数/受診勧奨者 レセプトにて受診状況の有無を確認	37.5% (3人/8人)	40%	40%	45%	45%	50%	50%
		3	対象者の翌年度の検査値改善者割合（高血圧）	翌年度の健診におけるⅢ度高血圧の人の割合	0.8% (8人/988人)	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
		4	医療機関受診率（高血圧）	受診人数/受診勧奨者 レセプトにて受診状況の有無を確認	13.6% (3人/22人)	15%	20%	30%	40%	50%	50%
		5									
		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	受診勧奨実施率（糖尿病）	受診勧奨実施者/受診勧奨対象者	62.5% (5人/8人)	65%	70%	75%	80%	80%	85%
		2	受診勧奨実施率（高血圧）	受診勧奨実施者/受診勧奨対象者	18.2% (4人/22人)	25%	40%	50%	60%	70%	80%
		3									
		4									
		5									
プロセス （方法）	周知	受診勧奨通知を送付									
	勧奨	電話や訪問等で勧奨実施、通院中の者は、かかりつけ医から受診勧奨を行う。									
	実施後の支援・評価	勧奨後、3か月後にレセプト情報から受診状況を確認する。受診歴が確認できない場合は、電話、面談、訪問等により再度受診勧奨を行う。									
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者について台帳管理し、かかりつけ医に対して事前に対象者リストを配布し、共有している。									
ストラクチャー （体制）	庁内担当部署	福祉課									
	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）	上市町医師会、かみいち総合病院、富山県中部厚生センター									
	かかりつけ医・専門医										
	国民健康保険団体連合会										
	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）	対象者の選定基準については関係団体との合意の元体制整備している。									

事業 4		糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）									
事業の目的		糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図る									
事業の概要		上市町糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施要領及び重症化予防のための訪問指導実施要領に基づき対象者を選定し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨を行う									
対象者	選定方法		40歳以上75歳未満の上市町国民健康保険加入者のうち、特定健康診査を受診した者								
	選定基準	健診結果による判定基準	糖尿病未治療者：HbA1c6.5～7.0%未満の者で尿蛋白（±）～（＋）またはeGFR45～60未満または高血圧Ⅱ度以上またはLDLコレステロール140以上 糖尿病治療中：HbA1c7.0%未満かつ特定健診結果より尿蛋白（±）またはeGFR30～60未満の者								
		レセプトによる判定基準									
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者								
	除外基準		透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者								
	重点対象者の基準										
		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	対象者の翌年度の検査値の維持・改善者の割合	翌年度の特定健診結果（HbA1c7.0以下の者の割合）	72.7% (8人/11人)	75%	75%	75%	75%	75%	75%
		2									
		3									
		4									
		5									
		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	保健指導実施率	保健指導実施者/保健指導対象者 翌年度5月頃	26.3% (5人/19人)	30%	30%	40%	40%	50%	50%
		2									
		3									
		4									
		5									
プロセス (方法)	周知		保健指導対象者宛に保健指導勧奨案内を送付								
	勧奨		対象者名簿をかかりつけ医と共有し、かかりつけ医から保健指導の利用勧奨を実施								
	実施および実施後の支援	利用申込	本人あるいはかかりつけ医からの保健指導依頼書により申込								
		実施内容	糖尿病及び腎症の病態、血圧管理、食事指導、低血糖の対処法、服薬管理、禁煙指導、運動、その他対象者に必要な事項								
		時期・期間	1月～6月								
		場所	上市町保健センター、対象者自宅								
		実施後の評価	翌年度の特定健診結果、受診状況、心疾患・脳血管疾患、透析導入の有無、医療費の状況								
		実施後のフォロー・継続支援	保健指導結果をかかりつけ医へ報告書を用いて共有、対象者に対し、6か月後、1年後に電話連絡で状況確認								
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		保健師、管理栄養士の資質向上のため、研修や学習会へ参加している。								
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		福祉課								
	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)		上市町医師会、かみいち総合病院、富山県中部厚生センター								
	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										
	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)		対象者の選定基準については関係団体との合意の元体制整備している。								

事業5		重複・多剤投与者等訪問事業
事業の目的	対象者に服薬に関する指導等を行うことで、被保険者の健康保持、増進と医療費の適正化を図る	
事業の概要	上市町国民健康保険重複・多剤投与者等訪問事業実施要領に基づき抽出された対象者に、訪問指導を原則として、薬の飲み合わせや適切な医療機関受診に関する指導助言を行い、身体状況・生活状況を確認し、健康相談を実施する	
対象者	・3か月以上連続で同一月に2以上の医療機関から同一薬効薬剤の投与を受けている者 ・3か月以上連続で同一月に6以上の薬剤を90日以上処方されている者 ・3か月以上連続で同一月に10以上の薬剤を60日以上処方されている者	

	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	重複・多剤投与者の減少	前年度比減	87人 (R4.9月診療分)	前年度比 減	前年度比 減	前年度比 減	前年度比 減	前年度比 減	前年度比 減
	2									
	3									
	4									
	5									

	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	事業実施割合	指導対象者への事業 実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	町広報誌、ホームページへの掲載								
	勧奨	重複・多剤投与者へ、薬の飲み合わせや適切な医療機関受診に関する情報について、封書等で案内する。								
	実施および実施後の支援	富山県薬剤師会中新川支部								
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	実際の指導対象者については、精神疾患や柔道整復の施術について考慮し、保健師等と協議して決定する。								

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	町民課（国民健康保険） 福祉課保健班（衛生部局）と連携を図る。								
	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)	富山県薬剤師会中新川支部								
	その他の組織	富山県								
	他事業									
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・ 目標等)	・対象者の抽出基準が適正かどうか医師や薬剤師等の専門的な助言をいただく。 ・精神疾患で受診している対象者への対応に留意する。								

事業 6		ジェネリック医薬品利用促進事業								
事業の目的		ジェネリック医薬品の利用促進により、被保険者の薬剤費の自己負担額軽減と、医療費の削減を図る								
事業の概要		広報誌やホームページ、窓口等でジェネリック医薬品についての情報発信する								
対象者		40歳以上で、ジェネリック医薬品に切替えることにより自己負担額が一定額（500円）以上安価になる可能性がある被保険者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
アウトカム指標	1	年間医療費（調剤分）	前年度比減（KDB補完システム）	30,393万円	前年度比減	前年度比減	前年度比減	前年度比減	前年度比減	前年度比減
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
アウトプット指標	1	ジェネリック医薬品使用割合	ジェネリック医薬品使用割合	80.9% (R5.3月診療分)	81.0%	81.0%	83.0%	83.0%	85.0%	85.0%
プロセス（方法）		・年2回差額通知を送付（7月、12月） ・町広報誌、ホームページでの掲載、窓口での周知 ・被保険者証交付時に、「ジェネリック医薬品希望シール」を配付								
ストラクチャー（体制）		差額通知は委託先の富山県国民健康保険団体連合会で作成し、町民課から対象者に郵送								

事業 7		健康づくりポイント事業								
事業の目的		「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、個々に応じた健康づくりへの具体的な行動へのきっかけづくりと取り組み習慣化を図る								
事業の概要		・「けんしん」と教室・講座への参加、各記録（体重・血圧・歩数）等のポイントを合わせて各年度で規定したポイントに到達した者に対して参加賞を渡す。 ・ポイント到達者の中から抽選で特別賞を進呈する。								
対象者		30歳以上の町民								

V 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	上市町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「上市町第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し実施する。なお、保健事業の中核である特定健診・特定保健指導の具体的な実施方法を定める「特定健康診査等実施計画」については、データヘルス計画と相互に連携して策定することが望ましいとされているため、第3期データヘルス計画と第4期特定健康診査等実施計画を一体的に策定する。
特定健康診査等の実施における基本的な考え方	【特定健康診査】40-74歳の被保険者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した検査項目による健康診査を実施する。 【特定保健指導】特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い人に対し、保健師や管理栄養士などが生活習慣改善のサポートを行う。リスクが高い対象者には「積極的支援」を、リスクが中程度の対象者には「動機付け支援」実施する。

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	38.0%	43.0%	48.0%	53.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導の実施率	40.0%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%
内臓脂肪症候群該当者割合	19.0%	19.0%	18.5%	18.5%	18.0%	18.0%

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	3,000人	3,000人	2,900人	2,900人	2,800人	2,800人
【特定健康診査】 目標とする実施者数	1,140人	1,290人	1,392人	1,537人	1,624人	1,680人
【特定保健指導】 対象者数	120人	118人	116人	114人	112人	110人
【特定保健指導】 目標とする対象者数	48人	50人	51人	52人	54人	55人

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	40-74歳の被保険者
実施場所	<個別健診> 委託契約を締結した医療機関 <集団健診> 町保健センター
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項 目	備 考
問診票	既往歴の調査（服薬歴・喫煙習慣・自覚症状、他覚症状の検査）
身体測定	身長・体重・腹囲・BMI
血圧測定	収縮期血圧・拡張期血圧
理学的検査	身体診察
尿検査	糖・蛋白
血液検査（血中脂質検査）	中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採決の場合、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
血液検査（肝機能検査）	AST(GOT)・ALT(GOT)・ γ -GT（ γ -GTP）
血液検査（血糖検査）	空腹時血糖・HbA1c・随時血糖 ※いずれかの項目の実施で可
詳細な健診項目（医師の判断による追加項目）	
追加項目	備考
貧血検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
心電図検査	
眼底検査	無散瞳・散瞳
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む
実施時期又は期間	個別健診：6月～10月 集団健診：11月（1日のみ）
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> 集団契約または個別契約
周知や案内の方法	町広報誌・ホームページへの掲載、リーフレットの全戸配布、医療機関等への説明
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	事業者健診等の受診者に、電話勧奨により健診結果の提供を働きかける。
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	個別健診：健診実施日に結果がわかる医療機関の場合は、健診当日に提供 健診実施日に結果がわからない医療機関の場合は、健診実施日から7～14日後を目途に健診結果を提供または郵送 集団健診：健診実施後に1か月以内に健診結果を郵送

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】						
対象者		特定保健指導基準該当者				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象		
				40～64歳	65～74歳	
		≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
			1つ該当	あり なし		
		上記以外で BMI ≥25	3つ該当		積極的支援	動機づけ支援
			2つ該当	あり なし		
			1つ該当			
		実施場所		上市町保健センター、対象者の自宅、委託業者の設定する場所等で実施。		
実施内容	動機付け支援	初回面接：集団健診における特定保健指導対象者は、結果を自宅へ持参し、初回面接を実施。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、申込に基づいて実施。 実施内容：対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施。 実施後のフォロー・継続支援：指導期間中のモニタリングの進捗及び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%）				
	積極的支援	初回面接：集団健診における特定保健指導対象者は、結果を自宅へ持参し、初回面接を実施。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、申込に基づいて実施。 実施内容：対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施。 実施後のフォロー・継続支援：指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。（目標：報告率100%）				
実施時期又は期間		集団健診後の初回面談：集団検診結果が届き次第、順次訪問。 個別健診後の初回面談：8月～3月中に実施。				
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		周知：対象者には利用券を送付する。そのほかに、町の広報誌掲載や、医療機関にパンフレットを配布・掲示。 勧奨：はがきや電話での利用勧奨を行う。				
特定保健指導対象者の重点化 (重点化の考え方等)		年齢が比較的若い対象者を重点とする。				

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【標準的な作業スケジュール等】					
月	特定健康審査			特定保健指導	
4月	・健診機関との契約 ・特定健康審査対象者の抽出				
5月	・健診機関への説明 ・受診券等送付（下旬）			・委託病院への説明	
6月	・町広報誌、ホームページ、リーフレットでの啓発 ・特定健康審査開始				
7月				・町広報誌での啓発	
8月		・費用決済、健診データの受取 ・町広報誌での啓発 ・受診勧奨通知		・特定保健指導対象者の抽出 ・利用券送付	・特定保健指導開始 （翌年9月まで実施）
9月		・町広報誌での啓発 ・受診勧奨通知			
10月	↓ 実施終了				
11月	・集団健康診査				
12月					
1月					
2月				↓	
3月					↓
4 個人情報の保護					
記録の保存方法		特定健康診査、特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行い、最低5年間は保存する。			
個人情報の取り扱い		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。			
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		本計画については、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、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。			
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法		特定健康診査等の普及啓発方法については、がん検診・特定健康診査・後期高齢者・人間ドックに関するリーフレットを作成し全戸配布するとともに、町広報誌、ホームページに掲載し、周知徹底、普及啓発を図る。			

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・見直し方法

計画で設定した評価指標に基づき、KDBデータ等の健康・医療情報を活用し、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、必要に応じて指標や目標設定の見直しを行う。また、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、関係機関等と連携を図る。

Ⅵその他

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、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、町の関係機関と連携を図る。
データヘルス計画 の公表・周知	本計画については、ホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、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。
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。
地域包括ケアに 係る取組	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。 かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャーやホームヘルパー等地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの取組みを実施する。