

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
富士川町国民健康保険

目次

I 基本的事項	1～2
背景と目的	1
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	3～12
数的データ・質的データ	3
不適切な生活習慣/生活習慣病予備群/生活習慣病発症/ 重度化・合併症発症/要介護状態・死亡/医療費適正化	
地域特性	
健康課題の抽出	
図表 1 ～ 1 0	4～12
III 計画全体	13
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	14～30
事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	14
事業1-1 特定健康診査	15
事業1-2 特定保健指導	16
事業分類 2 糖尿病対策	17～18
(糖尿病の発病・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等)	
事業2-1 糖尿病性腎症重症化予防 (ハイリスク者への保健指導)	19
事業2-2 糖尿病性腎症重症化予防事業 (未治療者・治療中断者への受診勧奨)	20
事業分類 3 がん検診	21
事業3 がん検診事業	
事業分類 4 重症化予防	22
事業4 受診勧奨事業	
事業分類 5 健康啓発	23
事業5 各種健康教室	
その他保健事業 その他 保健事業の実施	24
評価指標一覧	25～30
V その他	31
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	

VI 第4期特定健康診査等実施計画	32~37
1. 基本的事項		32
2. 特定健康診査等の実施における基本的な事項		32
3. 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性		33
4. 第3期計画の年度別目標と実績		34
5. 目標値の設定		34
6. 特定健康診査等の対象者数		34
7. 特定健康診査の実施方法		35
8. 特定保健指導の実施方法		36
9. その他		37

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>富士川町国民健康保険においても、平成29年に第1期データヘルス計画、平成30年に第2期データヘルス計画を策定し、保健事業に取り組んできた。今回、これまでの計画の実績を分析・評価し、見直しを行うとともにさらに効果的な保健事業を実施するため、第3期データヘルス計画を策定する。</p>
	計画の位置づけ	<p>富士川町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期富士川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、富士川町国民健康保険「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調和している。また、山梨県、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。</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	本計画の策定および保健事業の運営においては、国保担当が主体となって進め、計画については国保運営協議会において審議や報告を行う。計画の実施にあたっては、健康増進担当、介護保険担当等と連携しながら、各種保健事業を実施する。
	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、県や保健所、国保連合会からの支援を得るほか、地域の関係機関として、医師会・歯科医師会・薬剤師会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)		14,213		6,921		7,292	
国保加入者数(人) 合計		2,938	100%	1,487	100%	1,451	100%
0~39歳(人)		554	19%	278	19%	276	19%
40~64歳(人)		955	33%	514	35%	441	30%
65~74歳(人)		1,429	49%	695	47%	734	51%
平均年齢(歳)		56.1歳		56.0歳		56.2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		医師会、歯科医師会、薬剤師会と健康診断、保健指導等への協力、日常的な意見交換や情報提供での連携を行う。	
山梨県(保健所)		関係機関との調整や、人材育成について連携を図る他、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求める。	
国民健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)・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。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求める。	
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		地域組織等を含む被保険者が国保運営協議会へ参画をする中で、保健事業の周知・啓発活動を実施する。	

(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2,938人である。第2期計画内の推移は、平成30年度：3,377人、平成31年度：3,217人、令和2年度：3,209人、令和3年度：3,093人と、被保険者数は年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	令和4年度の年齢別被保険者構成割合では、39歳以下が19%、40-64歳が33%、65-74歳が49%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。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の平均年齢は平成30年度の54.2歳から令和4年度の56.1歳となり、年々上昇傾向にあり、県と比較しても高齢化が進んでいる。 土地利用では、森林の割合が高く、緑豊かな環境にある。 産業構成を県と比較すると、第1次産業が低い割合で、第2次産業が高い。
前期計画等に係る考察		<p>第2期計画では、医療費の削減(特に腎機能に係る医療)、特定健診の受診率向上、「悪性新生物」による死亡率の減少、特定保健指導の終了率の向上を全体目標として保健事業を行った。</p> <p>腎機能に係るeGFRの改善については、計画策定時からほぼ横ばいで、目標達成には至らなかった。今後は、県と連携しながら、腎臓病に係る取組を行っていく必要がある。特定健康診査受診率は向上しており、目標である60%を達成できる見込みである。「悪性新生物」による死亡の割合は、計画策定時からほぼ横ばいで、目標達成には至っていない。今後も、がん検診への受診勧奨及び精密検査への勧奨に取り組む必要がある。特定保健指導終了率はやや向上した。対象者は減少しているが、終了率は伸び悩んでいるため、今後は、ひとりひとりの意識付けを丁寧に行う必要がある。</p>

II 健康・医療情報等の分析と課題

1 現状	A 不適切な生活習慣 (健診問診項目の該当者割合、等) <ul style="list-style-type: none"> 1日1時間以上の運動習慣のない者の割合が高い。 →町47.3%、県43.1% 20歳時体重から10kg以上増加している人の割合が高い。 →町35.5%、県30.8% 時々飲酒している者の割合が高い。また、飲酒量も1~2合が高く、2~3合も国より高い割合。 →時々飲酒：町21.9%、県21.5% →1日飲酒量1~2合：町37.6%、県31.1%、国23.7% →1日飲酒量2~3合：町13.1%、県13.6%、国9.4% 	B 生活習慣病予備群 (健診検査項目の有所見率、等) <ul style="list-style-type: none"> 非肥満高血糖の割合が高い →町10.6%、県9.9%、国9.0% BMIが、男女とも県の平均を上回っている。 →BMI(総数)：町5.2%、県4.6% BMI25以上で特定保健指導対象者になる割合が5.2%で、県(4.6)より高い。 40歳代から50歳代でメタボ該当者が急増する。 若い世代の特定健診受診率が低い。 →40~50代受診率：46.9% 全体の受診率：61.4% がん検診受診率：21% がん精密検査受診率：76.3% 	C 生活習慣病発症 (医療費の状況、等) <ul style="list-style-type: none"> 健診受診者の一人当たり医療費(月平均)について、健診対象者及び生活習慣病対象者とも高い。 受診勧奨者の割合が高く、医療機関の受診率も高い。 服薬の割合が県より高い。 →服薬(高血圧)：町38.2%、県35.4% →服薬(糖尿病)：町10.1%、県9.5% ⇒人口に対する病院数が多く、医療にかかりやすい環境にあり、健診受診者が医療に繋がっている傾向。	D 重症化・合併症発症 (医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合、等) <ul style="list-style-type: none"> 医療機関の受診率が県より高い。 →町749.3、県712.2 医療費が高くかかり、県より割合が高いのは、がん、精神、慢性腎不全(透析有り)。 →がん：町31.5%、県30.5% →精神：町16.3%、県16.2% →慢性腎不全(透析有り)：町12%、県10% 1件当たりの費用額が県内と比較して高いのは、腎不全、心疾患、悪性新生物。 既往歴について県と比較し高いのは、心臓病、腎不全。 	E 要介護状態・死亡 (平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況、等) <ul style="list-style-type: none"> 死因の割合は、がん、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎不全が高い。 →死因(がん)：町32.8% →死因(心臓病)：町29.1% →死因(脳疾患)：町24.6% →死因(糖尿病)：町6.0% →死因(腎不全)：町5.2% 介護認定者の脳疾患は、県・国と比較すると少ないが、死因の脳疾患は県・国と比較し高い。 介護認定者の基礎疾患を県と比較すると、糖尿病、脂質異常症の割合が高い。 →糖尿病：町24.2%、県23.9% →脂質異常症：町29.7%、県28.9% 	
	質的データ <ul style="list-style-type: none"> 移動手段が車で、歩く機会が少ない。 農業をしている人は、春・秋など繁忙期に生活習慣が変わる。 自営業、退職後の人は、お茶の時間があり、間食が多くなる。 果物をもらう機会が多く、「もったいない」の気持ちで食べている人が多い。 家族の好みに合わせ、肉類・揚げ物類の頻度が多くなる人がいる。 朝食や間食に菓子パンを食べる人が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬なく「経過観察中」は異常なしと捉え、生活改善をしない人がいる。 健診で有所見があっても、「これくらいなら大丈夫」と受診しない人がいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 透析治療による特定疾病受給者証交付件数が増加している。 精神疾患(うつ病)を理由に退職し、国保加入となる人が多い。 服薬している場合、健診等でコントロール不良の数値であっても、危機感がない人がいる。 服薬すると安心し、生活改善の意識が薄れてしまう人がいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 透析開始直前に、自身の腎機能低下に気づく人がいる。 服薬しても、数値が改善しないと、治療をやめてしまう人がいる。 服薬している場合、健診等でコントロール不良の数値であっても、危機感がない人がいる。 	F 医療費適正化 (重複頻回受診、重複・多剤投与者、後発医薬品の使用状況、等) <ul style="list-style-type: none"> 重複処方該当者が被保険者全体の約0.5% (17人)、多剤処方該当者が被保険者全体の約0.1% (4人)。 後発医薬品の使用割合は81.9% (令和5年9月診療分実績)であり、県の使用割合とほぼ同値。 	
地域特性	①変遷、面積、気候風土 <ul style="list-style-type: none"> 平成22年に鵜沢町と増穂町が合併し富士川町が発足した。 森林の割合が高く、緑豊かな環境にある。 	②産業 <ul style="list-style-type: none"> 産業構成を県と比較すると、第1次産業が低い割合で、第2次産業が高い。 	③交通機関 <ul style="list-style-type: none"> バス以外の公共交通機関が無く、移動手段が主に車。 	④医療機関 <ul style="list-style-type: none"> 千人当たりの病院数が多く、受診率が高い。医療費の外来が占める割合が高く、受診しやすい医療環境。 	⑤住民との協働活動 <ul style="list-style-type: none"> 愛育会、食生活改善推進員等との協働活動あり。 	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源) <ul style="list-style-type: none"> 町内社会体育施設。 町内温泉施設。

2 健康問題	上記の「1 現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主語として整理。(年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載)
<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の受診率、特定保健指導の終了率は高いものの、生活習慣改善意欲がある者(町27.5%)と、ない者(町25.6%)いずれも割合が高く、健康への意識が極端に分かれる傾向がある。 特に40~50代の特定健診受診率が低く、病気の早期発見、早期治療に向けた対策が必要といえる。 移動手段が主に車であること、農作業を運動と捉え、運動習慣のない人が多い。また、BMI25以上で特定保健指導対象者になる割合が5.2%で、県(4.6)や国(4.7)より高い。特に40代女性の予備軍の割合が男性より高く、男女とも50歳代でメタボ該当者が急増する。 人口に対して医療機関が多いためか、外来の医療費が高い傾向にある。健診受診率が高く健診受診者が医療を受ける割合も高いが、生活習慣の改善の意識が希薄なためか、発症・重症化予防につながっていない可能性がある。 高血圧症、糖尿病で服薬している者が多く、介護認定者の有病状況の基礎疾患に、糖尿病、脂質異常症を持っている者が多い。また、死因においては、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎不全等の生活習慣病が多くなっており生活習慣病が重症化し死因につながっている。 果物を貰う機会が多く、菓子パン等の糖質の多い食事の影響か、非肥満高血糖である者が多い可能性がある。 高齢化率が34.82%と県(31.01)国(28.59)より高く、75歳以上も19.28%と県(16.21)国(14.73)より高く高齢化が進んでいる。 服薬して数値が改善しないと治療をやめてしまう人や、服薬すると安心して生活改善の意識が薄れてしまい、健診等でコントロール不良の数値であっても、危機感がなくなってしまう人がいる。 悪性新生物(がん)は生活習慣病に関わる死因のうち最も高い割合で、医療費においても傷病別で最も大きな割合を占めている。また、がん検診の受診率・精密検査受診率ともに目標値には達しておらず、特定健診の受診率が高い割にがん検診の受診率が伸び悩んでいる。 	



3 健康課題	左記の「2 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>健康課題の内容</th> <th>優先する健康課題</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>健診未受診者は早期発見されず、健診受診者は健診を受けると安心してしまい、受診勧奨後の受診につながらなかったり、内服等の治療をしていても生活改善の意識が希薄なため、疾病のコントロールや重症化予防につながりにくい可能性がある。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>LDLコレステロール・血糖値・収縮期血圧・eGFRの有所見者が多く、医療機関に恵まれ受診しやすい環境にあるが、既往歴に心臓病や腎不全が多く、生活習慣病により動脈硬化等が進行した心臓病や脳疾患、腎不全による死亡が多い。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>食生活や飲酒量、運動習慣など生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>特定健診受診率について、若い世代の受診率が低く、50%を下回っている。特定健診未受診者は健診で健康状態を把握することができないため、生活習慣病の発見が遅れる可能性がある。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診の受診率及び精密検査受診率は第2期計画の目標値を下回っており、検診及び精密検査の未受診により、がんの発見や治療が遅れる可能性がある。</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		健康課題の内容	優先する健康課題	A	健診未受診者は早期発見されず、健診受診者は健診を受けると安心してしまい、受診勧奨後の受診につながらなかったり、内服等の治療をしていても生活改善の意識が希薄なため、疾病のコントロールや重症化予防につながりにくい可能性がある。	✓	B	LDLコレステロール・血糖値・収縮期血圧・eGFRの有所見者が多く、医療機関に恵まれ受診しやすい環境にあるが、既往歴に心臓病や腎不全が多く、生活習慣病により動脈硬化等が進行した心臓病や脳疾患、腎不全による死亡が多い。	✓	C	食生活や飲酒量、運動習慣など生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。		D	特定健診受診率について、若い世代の受診率が低く、50%を下回っている。特定健診未受診者は健診で健康状態を把握することができないため、生活習慣病の発見が遅れる可能性がある。		E	がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診の受診率及び精密検査受診率は第2期計画の目標値を下回っており、検診及び精密検査の未受診により、がんの発見や治療が遅れる可能性がある。	
	健康課題の内容	優先する健康課題																	
A	健診未受診者は早期発見されず、健診受診者は健診を受けると安心してしまい、受診勧奨後の受診につながらなかったり、内服等の治療をしていても生活改善の意識が希薄なため、疾病のコントロールや重症化予防につながりにくい可能性がある。	✓																	
B	LDLコレステロール・血糖値・収縮期血圧・eGFRの有所見者が多く、医療機関に恵まれ受診しやすい環境にあるが、既往歴に心臓病や腎不全が多く、生活習慣病により動脈硬化等が進行した心臓病や脳疾患、腎不全による死亡が多い。	✓																	
C	食生活や飲酒量、運動習慣など生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。																		
D	特定健診受診率について、若い世代の受診率が低く、50%を下回っている。特定健診未受診者は健診で健康状態を把握することができないため、生活習慣病の発見が遅れる可能性がある。																		
E	がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診の受診率及び精密検査受診率は第2期計画の目標値を下回っており、検診及び精密検査の未受診により、がんの発見や治療が遅れる可能性がある。																		

図表1 令和4年度 関連データ全体1

Table with columns: 項目, (保険者名) 実数/割合, 県 実数/割合, 国 実数/割合, データ元 (CSV). Rows include 1 全体像 (人口構成, 産業構成, 平均寿命), 2 死亡 (死亡状況), 3 介護 (介護保険, 介護認定者の有病状況, 介護給付費, 医療費等), 4 医療 (国保の状況, 医療の概況, 医療費の状況, 医療費分析生活習慣病に占める割合, 最大医療資源傷病名, 健診有無別医療費, 健診・レセ突合).

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

※ 網掛けの色は、「II健康・医療情報等の分析と課題」のA～Eの色とリンク (各項の根拠データとなる部分)

Table with columns: 項目, (保険者名) 実数/割合, 県 実数/割合, 国 実数/割合, データ元 (CSV). Rows include 4 医療 (費用額, 県内順位, 入院の状況), 5 健診 (特定健診の状況), 6 健診の質 (服薬, 既往歴, 喫煙, 食生活, 生活習慣の状況, 生活習慣の質).

図表2

令和4年度 関連データ全体2

不適切な生活習慣

項目	実数	割合
喫煙	167	13.2
週3回以上朝食を抜く	108	8.5
食後間食(毎日)	237	18.7
週3回以上就寝前夕食	199	15.7
食べる速度が速い	347	27.4
咀嚼(噛みにくい)	224	17.7
咀嚼(ほとんど噛めない)	6	0.5
20歳時体重から10kg以上増加	449	35.5
1回30分以上運動習慣なし	779	61.5
1日1時間以上運動なし	599	47.3
歩行速度が遅い	571	45.1
睡眠不足	339	26.8
毎日飲酒	260	20.5
時々飲酒	277	21.9
一日飲酒量	1合未満	262 47.0
	1~2合	210 37.6
	2~3合	73 13.1
	3合以上	13 2.3
生活習慣	改善意欲なし	324 25.6
	改善意欲あり	348 27.5
	かつ始めている	154 12.2
保健指導の希望なし	896	70.8

生活習慣病予備群

項目	実数	割合	
非肥満高血糖	134	10.6	
メタボ	該当者	177 14.0	
	男性	116 19.9	
	女性	61 8.9	
	予備群	118 9.3	
	男性	88 15.1	
	女性	30 4.4	
メタボ該当・予備群レベル	総数	318 25.1	
	腹囲	男性	224 38.5
		女性	94 13.7
	BMI	男性	16 2.7
		女性	50 7.3
	血糖のみ	2	0.2
	血圧のみ	98	7.7
	脂質のみ	18	1.4
	血糖・血圧	33	2.6
	血糖・脂質	5	0.4
血圧・脂質	90	7.1	
血糖・血圧・脂質	49	3.9	

生活習慣病発症

項目	実数	割合
医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名(調剤含む)	糖尿病	57,675,660 10
	高血圧症	29,440,940 5.1
健診有無別一人当たり医療費(月平均)	健診対象者一人当たり 健診受診者	5,081
	健診未受診者	9,418
生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	15,386
	健診未受診者	28,516
健診・レセ突合	受診勧奨者	759 60.0
	医療機関受診率	699 55.2
	医療機関非受診率	60 4.7
費用額(1件あたり) 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	入院	糖尿病 581,653 20位(16)
	入院	高血圧 575,436 21位(15)
	入院	脂質異常症 451,062 25位(16)
入院の()内は 外来	糖尿病	38,589 19位
	高血圧	32,039 19位
	脂質異常症	28,571 14位
生活習慣の状況	服薬	高血圧 483 38.2
	服薬	糖尿病 128 10.1
	服薬	脂質異常症 317 25.0

重症化・合併症発症

項目	実数	割合
一人当たり医療費	27,806	
受診率	749.3	
外来	費用の割合	64.9
	件数の割合	97.5
入院	費用の割合	35.1
	件数の割合	2.5
1件当たり在院日数	14.7	
医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名(調剤含む)	がん	181,734,690 31.5
	慢性腎不全(透析あり)	69,392,160 12
費用額(1件あたり) 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	入院	脳血管疾患 520,029 27位(16)
	入院	心疾患 526,426 23位(22)
	入院	腎不全 654,083 14位(14)
入院の()内は 外来	脳血管疾患	599,099 24位(11)
	心疾患	35,879 19位
	腎不全	63,084 11位
生活習慣の状況	既往歴	腎不全 126,689 14位
	既往歴	悪性新生物 68,767 11位
	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 33 2.6
	既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞) 110 8.7
既往歴	腎不全 14 1.1	

要介護状態・死亡

項目	実数	割合
平均寿命	男性	80.9
	女性	87.3
平均余命	男性	79.2
	女性	86.9
死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)	男性 105.0
	死亡原因	女性 98.1
	死亡原因	がん 44 32.8
	死亡原因	心臓病 39 29.1
介護保険	死亡原因	脳疾患 33 24.6
	死亡原因	糖尿病 8 6.0
	死亡原因	腎不全 7 5.2
	死亡原因	自殺 3 2.2
	1号認定者数(認定率)	855 17.3
介護認定者の有病状況	新規認定者	25 0.3
	2号認定者	13 0.3
	基礎疾患	糖尿病 217 24.2
介護給付費	基礎疾患	高血圧症(高血圧性心疾患含む) 465 50.8
	基礎疾患	脂質異常症 276 29.7
	基礎疾患	心臓病(高血圧含む) 527 58.5
	基礎疾患	脳疾患 180 19.9
	基礎疾患	がん 98 9.9
	基礎疾患	筋・骨格 450 48.6
介護給付費	精神(認知症含む)	338 37.6
	1件当たり給付費(全種)	71,565
	居宅サービス	41,889
施設サービス	291,089	
医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり 9,206
	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定なし 3,769

KDBから抽出した数的データ

図表3	特定健康診査受診率（性・年齢階層別）	出典 法定報告
データ分析の結果	<p>特定健診の受診率については、県と比較して平均を上回っており、全体としては第3期特定健康診査等実施計画に設定した目標値を達成している。町民の「年に一度の健康診断」の考え方が定着してきたと考えられる。</p> <p>男女別、年齢別にみると若い世代の受診率が低く、50%を下回っている。特に40～50代男性の特定健診の受診率を上げ、病気の早期発見、早期治療に向けた対策が必要といえる。</p>	

【男性】

年度	年齢階層	対象者（人）	受診者（人）	受診率（%）	（参考） 県受診率
令和4年度	40～49歳	134	58	43.3%	30.5%
	50～59歳	174	80	46.0%	33.3%
	60～69歳	362	203	56.1%	47.3%
	70～74歳	421	278	66.0%	50.8%
	計	1091	619	56.7%	43.7%

【女性】

年度	年齢階層	対象者（人）	受診者（人）	受診率（%）	（参考） 県受診率
令和4年度	40～49歳	107	49	45.8%	36.3%
	50～59歳	161	83	51.6%	41.5%
	60～69歳	371	273	73.6%	54.2%
	70～74歳	432	303	70.1%	53.8%
	計	1071	708	66.1%	50.3%

図表4	重複・頻回受診、重複投与者・多剤投与者の状況	出典 KDB
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 毎月、少数ではあるものの該当者がいる現状。 富士川町では、3か月連続2機関以上の多剤投与者に、保健師等による指導を行っている。 指導後、改善されることがほとんどであるため、今後もひとりひとりに丁寧に病状などを伺い、適正な処方となるよう指導していく。 	

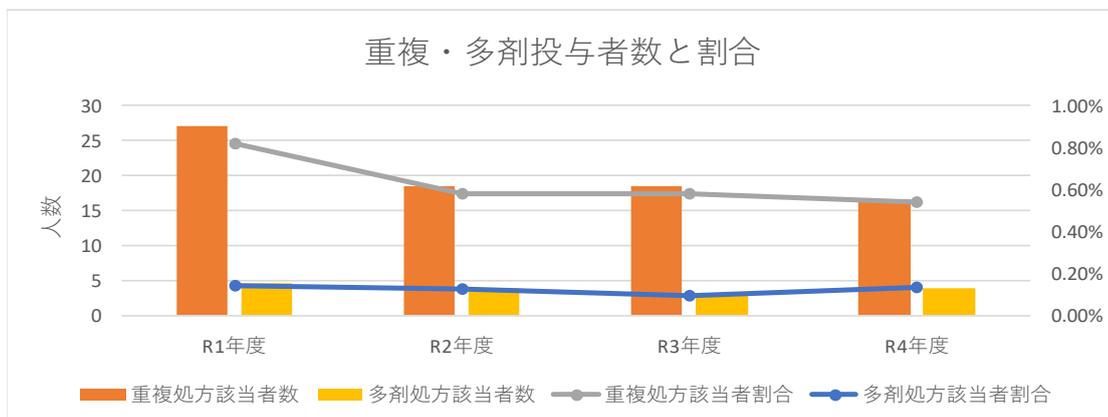
重複・多剤投与者数と割合

該当者は毎月該当となるケースが多いため、年間合計人数÷12＝年度ごとの月平均人数で算出。

	被保険者数	重複処方 該当者数※1	該当者割合	多剤処方 該当者数※2	該当者割合
R1年度	3,303	27	0.82%	5	0.14%
R2年度	3,220	19	0.58%	4	0.12%
R3年度	3,174	19	0.58%	3	0.09%
R4年度	3,044	17	0.54%	4	0.13%

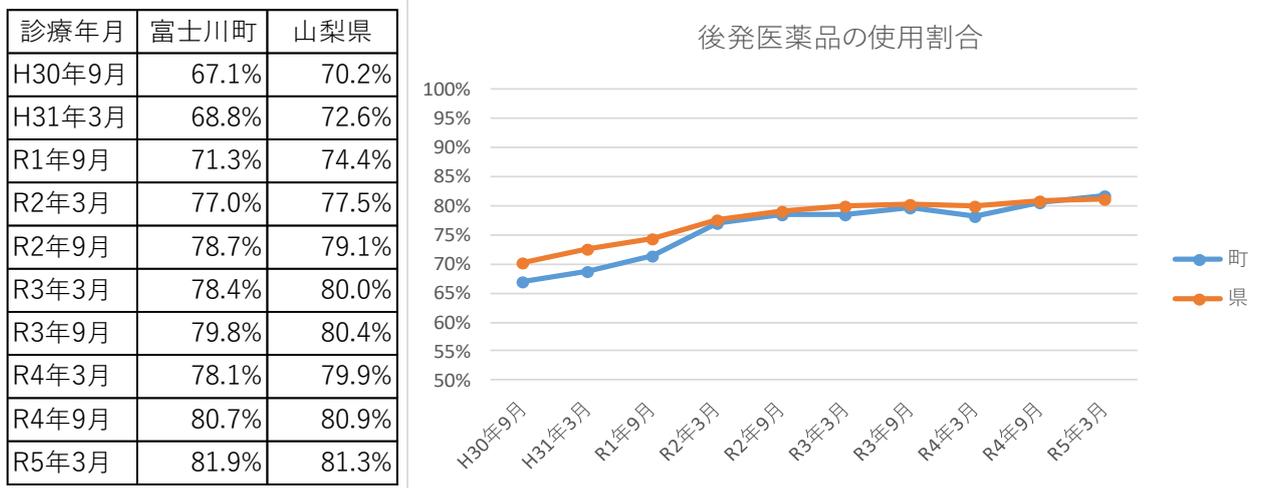
※1:「3医療機関以上・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数1以上」及び「2医療機関以上・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数2以上」の人数の合計

※2:同一薬剤に関する処方日数が1日以上、処方薬剤数（同一月内）が15剤以上に該当する人数



図表5	後発医薬品の使用状況	出典	厚生労働省HP
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・富士川町は、山梨県の平均値を下回っていたが、令和5年に平均値を上回った。 ・第2期データヘルス計画の目標を達成しており、後発医薬品の使用割合は順調に伸びている。 		

後発医薬品使用割合（山梨県と富士川町の割合）



図表6	がん検診受診率・がん精密検査受診率	出典	第2期データヘルス計画最終評価
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率については、肝がん、肺がん、大腸がん、乳がんについて、第2期データヘルス計画での目標達成には至っておらず、受診率は伸び悩んでいる。 ・精密検査受診率は、新型コロナウイルス感染拡大予防の影響により医療機関の受診を避ける傾向にあったとみられ、最終実績では受診率が下がった。第2期データヘルス計画の目標達成には至っていない。 		

がん検診受診率・がん検診精密検査受診率

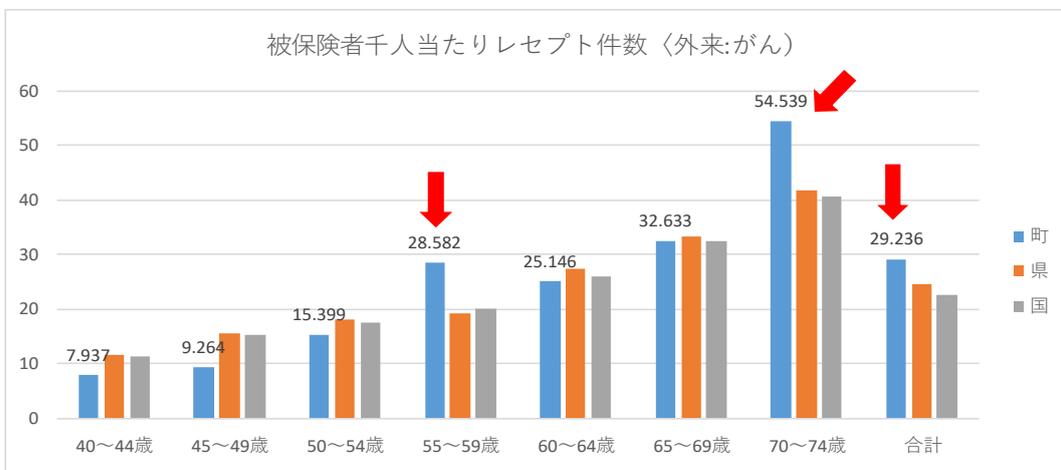
がん検診受診率	目標値 (最終評価時)	ベースライン (計画策定時)	中間実績	最終実績
胃がん	10%	17.9% (H26)	6.9% (R1)	12% (R3)
肝がん	28%	52.3% (H26)	26.2% (H30)	23.2% (R2)
肺がん	36%	74.1% (H26)	33% (R1)	21.9% (R3)
大腸がん	25%	49.1% (H26)	23.4% (R1)	18.1% (R3)
子宮頸がん	18%	28.9% (H26)	21.9% (R1)	26.1% (R3)
乳がん	30%	49% (H26)	31.1% (R1)	25.2% (R3)

精密検査受診率	目標値 (最終評価時)	ベースライン (計画策定時)	中間実績	最終実績
	100%	80.3% (H25)	82.1% (H30)	76.3% (R2)

図表7	がんに係る被保険者千人当たりのレセプト件数（外来・入院）（令和4年度）	出典	KDB
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 千人当たりのがんのレセプト件数（外来、入院）について、町・県・国で比較した場合県・国より多い。 外来については、50歳代後半と70歳代で特に件数が多い。 入院については、50歳代と60歳代後半の件数が多く、中でも50歳代前半の件数が突出して多い。 		

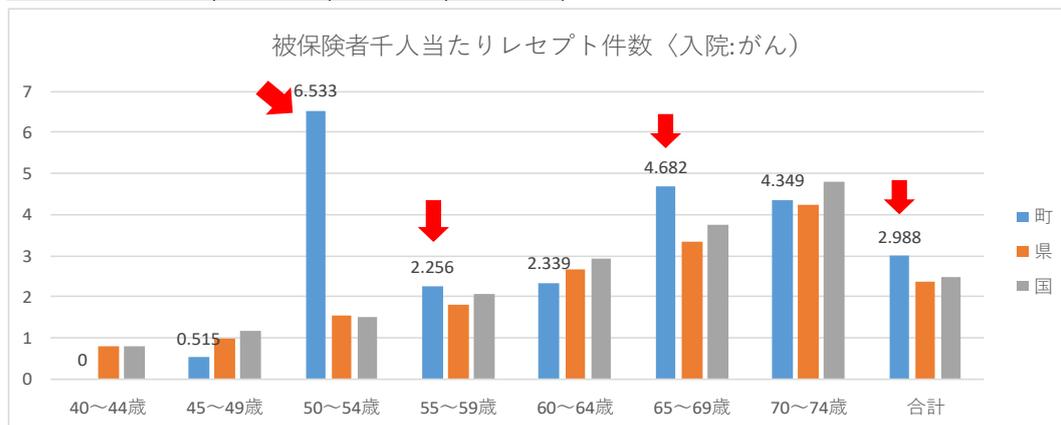
●被保険者千人当たりのレセプト件数（外来：がん）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	7.937	11.588	11.313
45～49歳	9.264	15.612	15.263
50～54歳	15.399	18.221	17.533
55～59歳	28.582	19.171	20.009
60～64歳	25.146	27.457	26.011
65～69歳	32.633	33.415	32.599
70～74歳	54.539	41.817	40.761
合計	29.236	24.686	22.659



●被保険者千人当たりのレセプト件数（入院：がん）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	0	0.782	0.792
45～49歳	0.515	0.979	1.154
50～54歳	6.533	1.553	1.513
55～59歳	2.256	1.821	2.046
60～64歳	2.339	2.667	2.911
65～69歳	4.682	3.324	3.764
70～74歳	4.349	4.243	4.81
合計	2.988	2.367	2.466

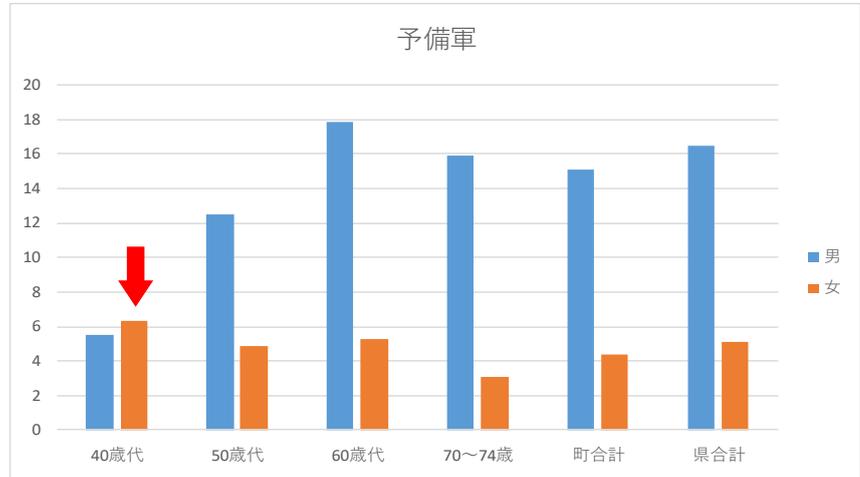


図表8	メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合	出典	KDB
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> メタボ予備軍・該当者の全体の割合は、県と同程度が低い。 BMI25以上で特定保健指導対象者になる割合が5.2%で、県（4.6%）や国（4.7%）より高い。 40歳代から50歳代で該当者が急増する。特に40歳代女性の予備軍の割合が男性より高い。 		

●メタボリックシンドローム該当者・予備群（令和4年度）

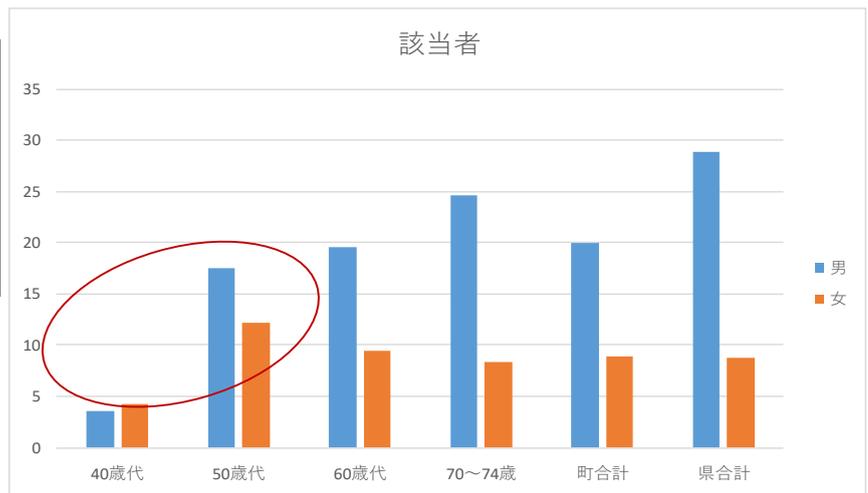
予備群（%）

	男	女
40歳代	5.5	6.3
50歳代	12.5	4.9
60歳代	17.9	5.3
70～74歳	15.9	3.1
町合計	15.1	4.4
県合計	16.5	5.1



該当者（%）

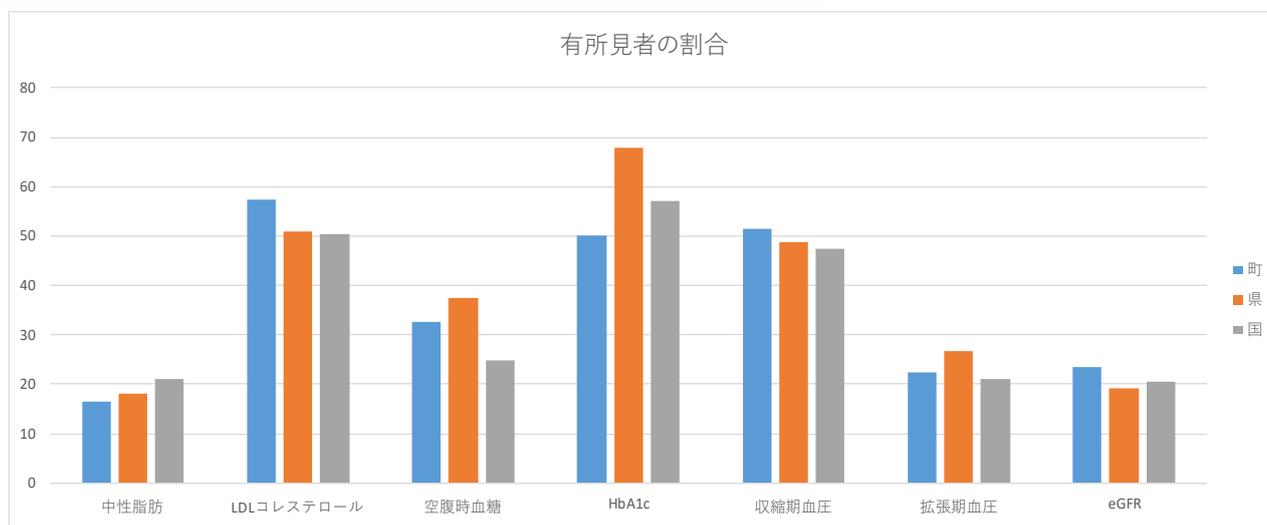
	男	女
40歳代	3.6	4.2
50歳代	17.5	12.2
60歳代	19.5	9.5
70～74歳	24.6	8.3
町合計	19.9	8.9
県合計	28.8	8.8



図表9	特定健診有所見者の割合	出典	KDB
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> LDLコレステロール有所見者が、県や国より高い。特に男性は40歳代から既に高く、男女ともに50歳代60歳代の有所見割合が著しく高い。 空腹時血糖値有所見者が、県より低い国より高い。 HbA1cは、町全体では県や国より有所見率が低い、女性は40歳代から既に高く、男性は40歳代から50歳代にかけて有所見割合が急増する。 収縮期血圧有所見者が、県や国より高い。特に、女性は40歳代から既に高く、男性は40歳代から50歳代にかけて有所見割合が急増する。 eGFR有所見者が県や国より高い。特に、女性40歳代の有所見者割合が高い。 		

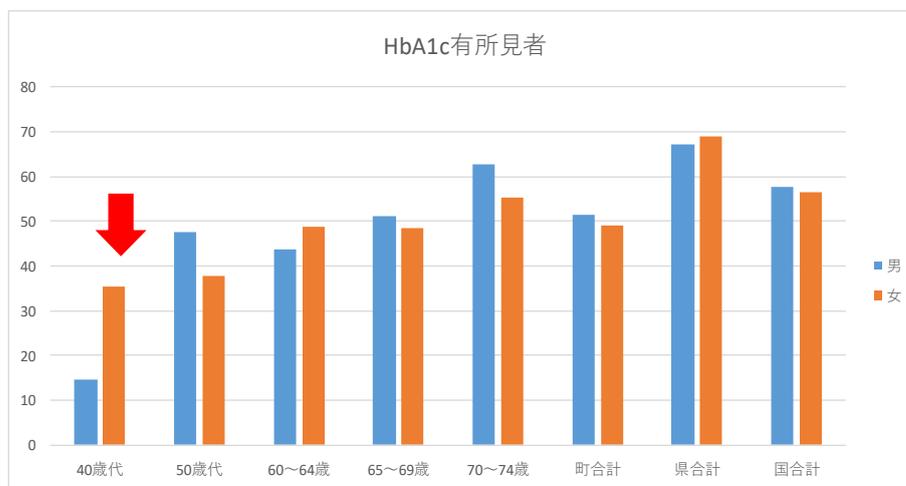
●特定健診有所見者の割合（令和4年度）

	町	県	国
中性脂肪	16.6	18.1	21.1
LDLコレステロール	57.5	50.9	50.3
空腹時血糖	32.6	37.5	24.8
HbA1c	50.2	68	57.1
収縮期血圧	51.5	48.9	47.5
拡張期血圧	22.3	26.8	21.1
eGFR	23.6	19.2	20.6



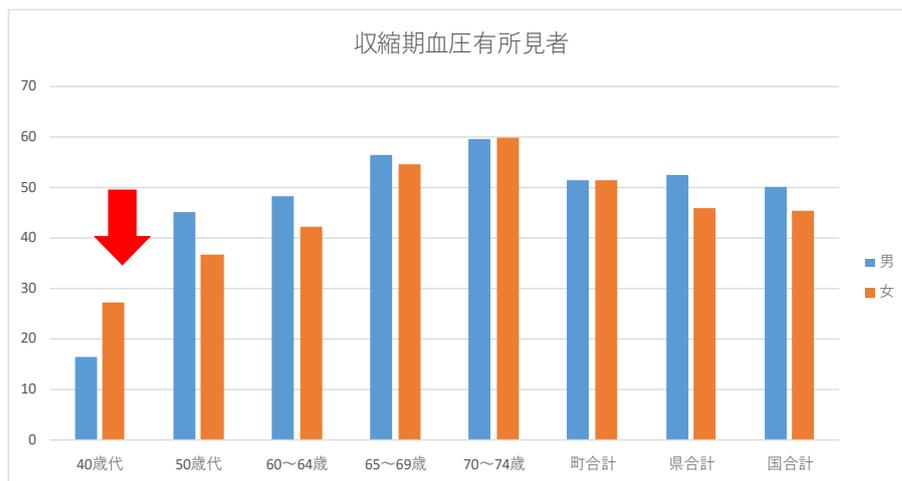
●HbA1c有所見者割合（令和4年度）

	男	女
40歳代	14.5	35.4
50歳代	47.5	37.8
60～64歳	43.8	48.7
65～69歳	51.1	48.6
70～74歳	62.7	55.2
町合計	51.4	49.2
県合計	67.1	68.9
国合計	57.8	56.5



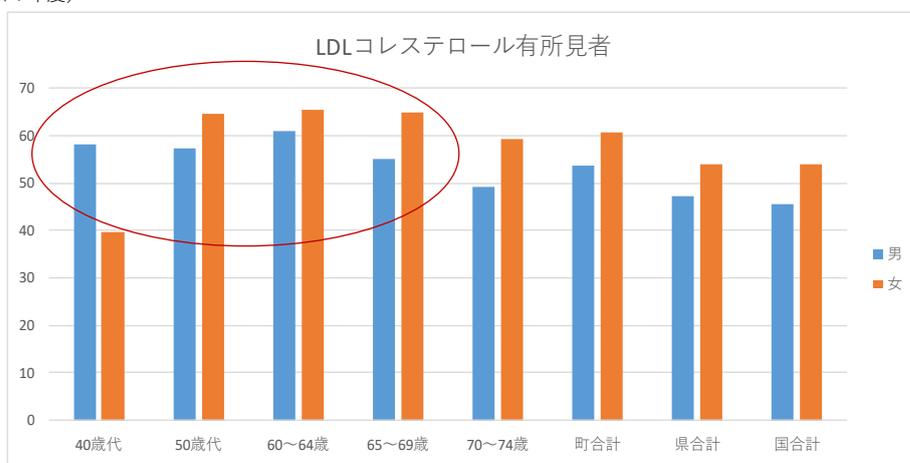
●収縮期血圧有所見者（令和4年度）

	男	女
40歳代	16.4	27.1
50歳代	45	36.6
60～64歳	48.4	42.3
65～69歳	56.5	54.6
70～74歳	59.5	60
町合計	51.5	51.4
県合計	52.6	45.9
国合計	50.2	45.4



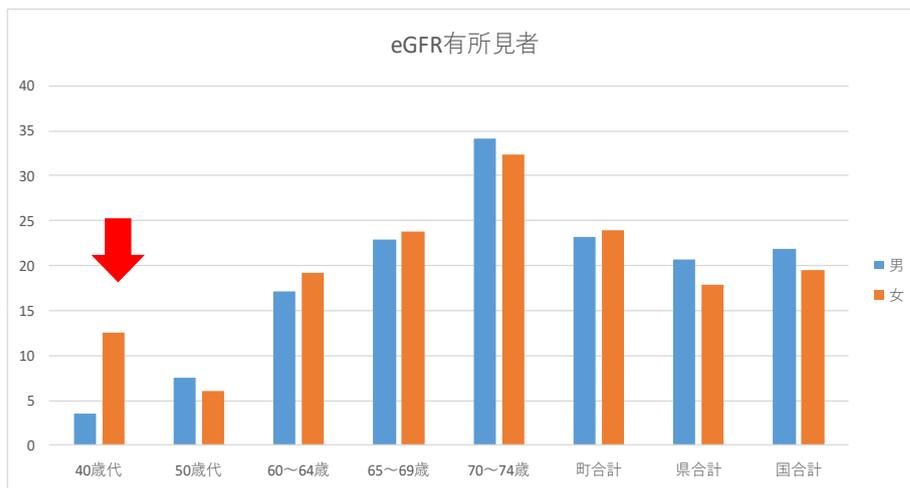
●LDLコレステロール有所見者割合（令和4年度）

	男	女
40歳代	58.2	39.6
50歳代	57.5	64.6
60～64歳	60.9	65.4
65～69歳	55	64.9
70～74歳	49.2	59.3
町合計	53.8	60.8
県合計	47.3	54
国合計	45.6	54.1



●eGFR有所見者割合（令和4年度）

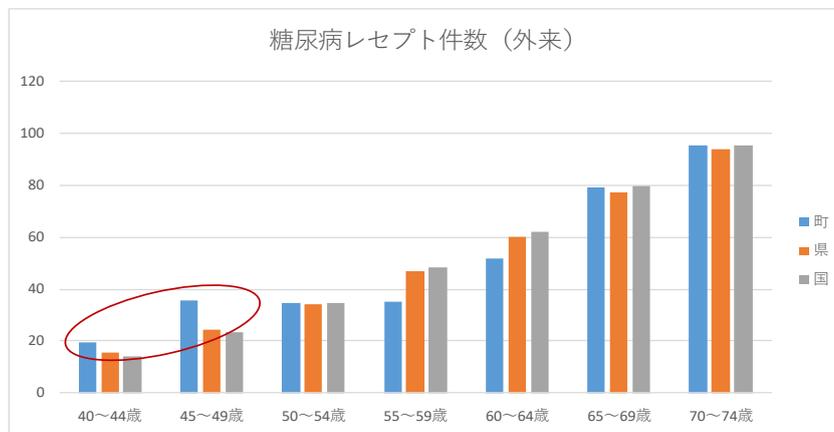
	男	女
40歳代	3.6	12.5
50歳代	7.5	6.1
60～64歳	17.2	19.2
65～69歳	22.9	23.8
70～74歳	34.1	32.4
町合計	23.2	24
県合計	20.7	17.9
国合計	21.9	19.5



図表 10	糖尿病・高血圧症・脂質異常症のレセプト件数	出典	KDB
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病については、40歳代前半が県や国よりやや多く、40歳代後半はかなり多い。 ・高血圧症については、40歳代は県や国より少ないが、50歳代後半から増加し、60歳代は県、国に比べて多くなる。 ・健診結果においてはLDLコレステロールの有所見率が高かったが、脂質異常症の外来レセプトでは、県や国と同程度が少ない。 		

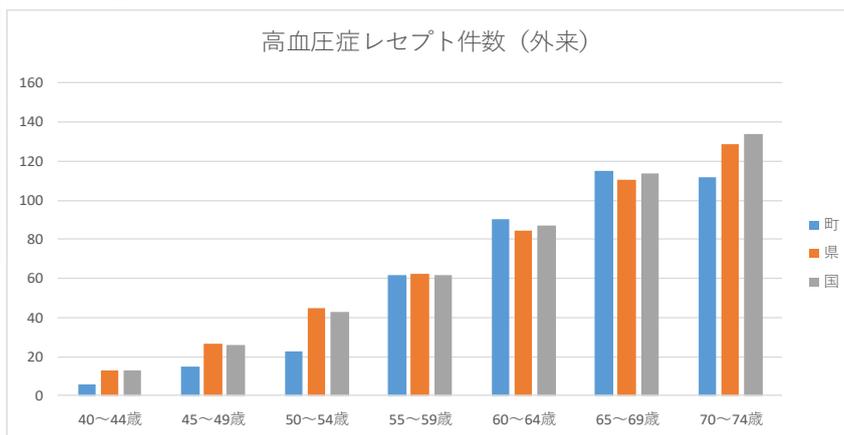
●千人当たりのレセプト件数（外来：糖尿病）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	19.274	15.326	14.094
45～49歳	35.512	24.301	23.17
50～54歳	34.531	34.059	34.658
55～59歳	34.976	47.131	48.559
60～64歳	51.754	60.152	62.093
65～69歳	79.171	77.125	79.826
70～74歳	95.398	94.142	95.636



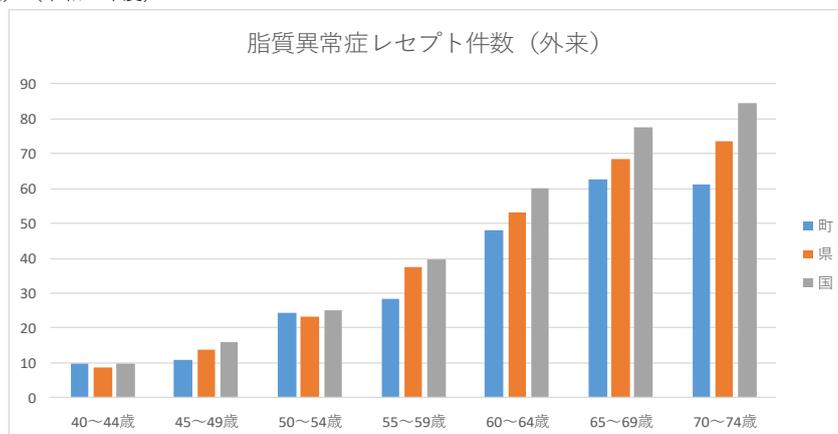
●千人当たりのレセプト件数（外来：高血圧症）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	5.669	12.75	13.129
45～49歳	14.925	26.481	26.141
50～54歳	22.865	45.05	42.793
55～59歳	62.053	62.64	61.764
60～64歳	90.058	84.358	86.796
65～69歳	114.926	110.535	113.942
70～74歳	111.614	128.623	133.68



●千人当たりのレセプト件数（外来：脂質異常症）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	9.637	8.841	9.64
45～49歳	10.808	13.861	15.821
50～54歳	24.265	23.103	25.216
55～59歳	28.206	37.419	39.558
60～64歳	47.953	52.944	60.169
65～69歳	62.571	68.321	77.527
70～74歳	61.152	73.511	84.342



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
A 健診未受診者は早期発見されず、健診受診者は健診を受けると安心してしまい、受診勧奨後の受診につながらなかったり、内服等の治療をしていても生活改善の意識が希薄なため、疾病のコントロールや重症化予防につながりにくい可能性がある。	✓
B LDLコレステロール・血糖値・収縮期血圧・eGFRの有所見者が多く、医療機関に生まれ受診しやすい環境にあるが、既往歴に心臓病や腎不全が多く、生活習慣病により動脈硬化等が進行した心臓病や脳疾患、腎不全による死亡が多い。	✓
C 食生活や飲酒量、運動習慣など生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。	
D 特定健診受診率について、若い世代の受診率が低く、50%を下回っている。特定健診未受診者は健診で健康状態を把握することができないため、生活習慣病の発見が遅れる可能性がある。	
E がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診の受診率及び精密検査受診率は第2期計画の目標値を下回っており、検診及び精密検査の未受診により、がんの発見や治療が遅れる可能性がある。	

対応する健康課題	対策の方向性（目標を達成するための戦略）	対応する保健事業番号
A,C	メタボリックシンドロームの減少を通じて、生活習慣病を予防する。	1-1 1-2 5
A,B	血糖コントロール不良者等のハイリスク者に保健指導や受診勧奨を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防する。	2-1 2-2
E	がんによる医療費を抑えるため、がんの早期発見・早期治療を推進する。	3
B,E	医療機関への受診勧奨を行うことで、適正な医療に繋ぎ、重症化を予防する。	2-2 3 4
A,C	健康的な生活習慣を促し、生活習慣病を予防する。	1-2 5
A,D	40～50歳代の特定健康診査受診率を向上させることで、病気の早期発見・早期治療を図り、生活習慣病を予防する。	1-1

計画全体の目的		各種保健事業を通じて生活習慣病の発症及び重症化の予防を図り、医療費適正化を目指す							
対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
				2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)
A,B,C,D,E	生活習慣病の重症化を予防する。	運動習慣のある者の割合	38.5%	38.75%	39%	39.25%	39.5%	39.75%	40%以上
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合（※1）	52.3%	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合（※1）	24.1%	23.15%	22.2%	21.25%	20.3%	19.3%	18.4%以下
A,B	糖尿病性腎症による透析導入を予防する。	HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合）（※1）	10.0%	9.94%	9.88%	9.81%	9.74%	9.67%	9.6%以下
		糖尿病性腎症病期分類 悪化率（短期）	2.6%	2.57%	2.54%	2.51%	2.48%	2.44%	2.4%以下
		糖尿病性腎症病期分類 悪化率（中長期）（3年後）（6年後）	(R1→R4) 5.5%	—	—	(R5→R8) 5.0%以下	—	—	(R5→R11) 10.0%以下

※1：性年齢階層別（40～49歳、50～59歳、60～69歳、70～74歳）の値についても共通評価指標としてモニタリングを行う。（値は個別保健事業シートに記載）

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	1.特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査事業	40～74歳の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 土日健診実施、追加健診の実施。 健診未受診者への追加健診への受診勧奨。 40～50歳代の健診未受診者を抽出し、通知での受診勧奨。 	重点
1-2		特定保健指導事業	特定健診対象者のうち特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 個別のプログラムに沿った、保健師・管理栄養士による保健指導。 	
2-1	2.糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防（ハイリスク者への保健指導）	特定健診対象者のうち腎機能の精密検査対象者・糖代謝の項目で異常があった者	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果個別返却の際に、保健師・管理栄養士による保健指導を実施。 かかりつけ医と連携し、対象者の生活状況をふまえた保健指導を実施。 	
2-2		糖尿病性腎症重症化予防事業（未受診者・治療中断者への受診勧奨）	特定健診結果でHbA1cが要医療かつ健診受診前半年間のレセプトがない者	<ul style="list-style-type: none"> 個別の健診結果説明会での勧奨、通知や電話による勧奨。 	重点
3	3.がん検診	がん検診事業	各がん検診対象年齢である全住民	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査とがん検診との同日実施。 子宮がん検診、乳がん検診のクーポン券の配布。 要精密検査者に対して、個別の健診結果説明会や電話にて受診勧奨の実施。 	重点
4	4.重病化予防（受診勧奨）	受診勧奨事業	特定健診受診者のうち結果判定が「要医療」「要精密検査」の者	<ul style="list-style-type: none"> 個別の健診結果説明会での受診勧奨。 受診が確認できない者へ、通知や電話による受診勧奨。 	
5	5.健康啓発	各種健康教室	全被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防を目的とした、運動教室や栄養教室の開催。 医師、薬剤師、管理栄養士などを講師に腎機能低下予防についての教室を実施。 	

IV 個別事業計画

事業分類 1	特定健康診査・特定保健指導
--------	---------------

～総合目的・総合評価指標～

総合目的	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しハイリスク者へ保健指導を行うことで、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。
------	--

項目	No.	総合評価指標	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の該当者及び予備群の割合（全年齢）	24.1%	23.2%	22.2%	21.3%	20.3%	19.3%	18.4%以下	
		男性	40～49歳	12.1%	11.6%	11.1%	10.6%	10.1%	9.6%	9.1%以下
			50～59歳	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%	24.0%以下
			60～69歳	37.9%	36.9%	35.9%	34.9%	33.9%	32.9%	31.9%以下
			70～74歳	42.1%	41.1%	40.1%	39.1%	38.1%	37.1%	36.1%以下
		女性	40～49歳	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%	5.2%	4.2%以下
			50～59歳	16.9%	15.9%	14.9%	13.9%	12.9%	11.9%	10.9%以下
	60～69歳		15.4%	14.4%	13.4%	12.4%	11.4%	10.4%	9.4%以下	
	70～74歳		11.2%	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%	5.2%以下	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（全年齢）	52.3%	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	52.3%以下	
		男性	40～49歳	25.4%	25.4%以下	25.4%以下	25.4%以下	25.4%以下	25.4%以下	25.4%以下
			50～59歳	50.0%	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下	50.0%以下
			60～69歳	56.3%	56.3%以下	56.3%以下	56.3%以下	56.3%以下	56.3%以下	56.3%以下
			70～74歳	61.1%	61.1%以下	61.1%以下	61.1%以下	61.1%以下	61.1%以下	61.1%以下
		女性	40～49歳	25.8%	25.8%以下	25.8%以下	25.8%以下	25.8%以下	25.8%以下	25.8%以下
			50～59歳	39.1%	39.1%以下	39.1%以下	39.1%以下	39.1%以下	39.1%以下	39.1%以下
	60～69歳		50.5%	50.5%以下	50.5%以下	50.5%以下	50.5%以下	50.5%以下	50.5%以下	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合）（全年齢）	10.0%	9.9%	9.9%	9.8%	9.7%	9.7%	9.6%以下	
		男性	40～49歳	3.4%	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下
			50～59歳	11.0%	10.7%	10.4%	10.1%	9.8%	9.5%	9.2%以下
			60～69歳	13.2%	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下
70～74歳			16.8%	16.64%	16.48%	16.31%	16.14%	15.97%	15.8%以下	
女性		40～49歳	2.0%	1.95%	1.90%	1.85%	1.80%	1.75%	1.7%以下	
		50～59歳	3.6%	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	
	60～69歳	6.4%	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下		
4	特定健康診査受診率	男性	61.4%	62.83%	64.26%	65.69%	67.12%	68.56%	70%	
		女性	43.3%	44.3%	45.3%	46.3%	47.3%	48.3%	49.3%以上	
	5	特定保健指導実施率（全体）	男性	46.0%	47.05%	48.10%	49.15%	50.20%	51.25%	52.3%以上
			女性	45.8%	46.88%	47.96%	49.04%	50.12%	51.21%	52.3%以上
			男性	51.6%	52.83%	54.06%	55.29%	56.52%	57.76%	59%以上
			女性	51.6%	52.83%	54.06%	55.29%	56.52%	57.76%	59%以上
			積極的支援	4.8%	6.38%	7.96%	9.54%	11.12%	12.71%	14.3%以上
6	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	全体	16.1%	16.98%	17.86%	18.74%	19.62%	20.51%	21.4%以上	
		積極的支援	4.8%	6.38%	7.96%	9.54%	11.12%	12.71%	14.3%以上	

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。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
現在までの事業結果（成果・課題）	受診率については、第2期計画目標である60%を達成。土日に健診の日程を設ける、12月に追加健診を実施、未受診者へ勧奨を行うなどの取組の結果、受診者が増加したと考えられる。今後も高い受診率を維持していく。
対象者	40-74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	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割合	14.7%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%
	2	メタボリックシンドローム予備群 該当者割合	9.4%	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%

項目	No.	評価指標	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	61%	62%	64%	66%	68%	69%	70%	
		男性	40～49歳	43%	44.30%	45.30%	46.30%	47.30%	48.30%	49.3%以上
			50～59歳	46%	47.05%	48.10%	49.15%	50.20%	51.25%	52.3%以上
		女性	40～49歳	46%	46.88%	47.96%	49.04%	50.12%	51.21%	52.3%以上
	50～59歳		52%	52.83%	54.06%	55.29%	56.52%	57.76%	59%以上	
	2	国保人間ドック助成金助成件数	46件	50件	52件	54件	56件	58件	60件	
3	かかりつけ医特定健康診査情報提供割合	27%	30%	34%	38%	42%	46%	50%		

プロセス (方法)	周知	特定健康診査案内（集団健診・個別健診）を対象者へ配布し、受診希望調査を行う。町の広報誌およびホームページ等での周知を行う。	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 健診の申し込みをしたが受診をしていない方を対象に、追加健診実施の際、電話による受診勧奨を行う。 前年度健診未受診者の40～50代男性へ、次年度健診の案内通知前に、受診勧奨の通知を行う。 	
	実施および実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。個別健診は、40・45・50・55・60・65・70歳を対象に人間ドックの受診費用助成を行う。
		実施場所	集団健診：町の町民会館、保健福祉支援センター 個別健診：指定医療機関2か所
		時期・期間	集団健診：5月～7月 個別健診：7月～12月 追加健診：12月
		データ取得	人間ドックの結果提供への働きかけ（助成あり）、みなし健診結果提供への働きかけ
		結果提供	集団健診：健診実施約1か月後に健診結果を健診委託機関から町が受領、健診結果説明会を開催。 個別健診：健診実施後当日手渡しにより健診結果を対面で返却・結果説明。または後日自宅へ郵送により返却。 ※指導や改善が必要な方には、町保健師・管理栄養士等から保健指導等の案内を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診を受診しやすいよう、土日に健診の日程を設けるほか、12月に追加健診を実施している。 人間ドックの結果提供の働きかけの取り組みとして、国保人間ドック助成金を令和1年度から実施している。 	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉保健課健康増進担当を中心に連携して実施。国保の新規加入者への周知は、保険証交付の際に、町民生活課国保担当にて案内を行う。
	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)	山梨県医師会と契約を行い、現に生活習慣病等で治療中の者の特定健康診査の検査項目に類する結果を有する場合は、本人の同意を得た上で、特定健康診査情報提供表により情報提供を受ける。
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託する。
	民間事業者	健診実施機関へ委託を行い、連携を取りながら健診を実施。
	その他の組織	—
	他事業	がん検診、歯科相談を同時実施
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	特定健診受診時にがん検診、歯科相談を実施することで、各種健康診断や相談を同時に受けやすい環境としている。

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。
現在までの事業結果（成果・課題）	保健指導の対象者は減少傾向にあるが、終了率は伸び悩んでいる。今後も対象者ひとりひとりへの丁寧な意識付けを行う必要がある。また、脱落者は少ないが、初回利用に乘らないケースが多い。このため、まず初回利用の率を伸ばすことが重要である。
対象者	特定保健指導基準該当者

項目	No.	評価指標	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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.1%	17%	18%	19%	20%	21%	21.4%以上
	2	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	24.1%	23.15%	22.2%	21.25%	20.3%	19.3%	18.4%以下

項目	No.	評価指標	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(全体)	58.3%	59%	59%	59%	59%	60%	60%以上
		動機付け支援	71.3%	71.3%以上	71.3%以上	71.3%以上	71.3%以上	71.3%以上	71.3%以上
		積極的支援	4.8%	6%	8%	10%	11%	13%	14.3%以上
	2	特定保健指導初回面談利用割合	61.1%	62.5%	64.0%	65.5%	67.0%	68.5%	70%以上
		動機付け支援	73.6%	74.5%	75.5%	76.5%	77.5%	78.5%	80%以上
		積極的支援	9.5%	12.9%	16.4%	19.9%	23.4%	26.9%	30%以上

プロセス(方法)	周知	対象となった者へは、通知により周知する。	
	勧奨	健診結果説明の際に初回面談の利用勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	初回面接	集団健診・個別健診における特定保健指導対象者に対して、健診実施機関からの健診結果受領後に特定保健指導について案内を送付し、同意を得て実施する。
		実施場所	個別に日程と場所を調整して実施する。
		実施内容	特定保健指導基準該当者に対し、個別面談において、保健師・管理栄養士により保健指導を実施する。
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診後の初回面談：実施機関からの健診結果受領後に実施 個別健診後の初回面談：実施機関からの健診結果受領後に実施 最終評価を、初回面談から約3か月後までに完了する
	実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて健康教室（運動教室・栄養教室・腎機能低下予防教室 等）に繋げる。	
その他（事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等）	積極的支援については、委託事業者から指導期間中に行っているモニタリングの内容や進捗について報告を得るようにし、必要な対策を検討する。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	福祉保健課健康増進担当を中心に、国保担当と連携して実施。
	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）	—
	国民健康保険団体連合会	特定保健指導の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託する。
	民間事業者	積極的支援については、健診実施機関へ委託を行い、連携を取りながら実施する。
	その他の組織	—
	他事業	結果説明会、対面結果説明の際に初回面談の利用勧奨を行う。
	その他（事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・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。（対象者の健康課題や、効果的なアプローチ方法を委託事業者と共有）

～総合目的・総合評価指標～

総合目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化を防止し、糖尿病を起因とする新規透析導入を予防する。
------	---

項目	No.	総合評価指標	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	HbA1c6.5% (NGSP値) 以上の者の割合 (高血糖者の割合) (全年齢)	10.0%	9.94%	9.88%	9.81%	9.74%	9.67%	9.6%以下							
		男性	40～49歳	3.4%	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下	3.4%以下						
			50～59歳	11.0%	11%	10%	10%	10%	10%	9.2%以下						
			60～69歳	13.2%	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下	13.2%以下						
			70～74歳	16.8%	17%	16%	16%	16%	16%	15.8%以下						
		女性	40～49歳	2.0%	2%	2%	2%	2%	2%	1.7%以下						
			50～59歳	3.6%	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下	3.6%以下						
			60～69歳	6.4%	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下	6.4%以下						
			70～74歳	9.2%	9%	9%	9%	9%	9%	9.0%以下						
		2	HbA1c8.0% (NGSP値) 以上の者の割合 (血糖コントロール不良者の割合) (全年齢)	1.4%	1.34%	1.28%	1.21%	1.14%	1.07%	1.0%以下						
	男性		40～49歳	1.7%	1.64%	1.58%	1.51%	1.44%	1.37%	1.3%以下						
			50～59歳	3.7%	3.64%	3.58%	3.51%	3.44%	3.37%	3.3%以下						
			60～69歳	2.9%	2.84%	2.78%	2.71%	2.64%	2.57%	2.5%以下						
			70～74歳	1.4%	1.34%	1.28%	1.21%	1.14%	1.07%	1.0%以下						
	女性		40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%						
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%						
			60～69歳	1.4%	1.34%	1.28%	1.21%	1.14%	1.07%	1.0%以下						
			70～74歳	0.3%	0.25%	0.20%	0.15%	0.10%	0.05%	0.0%						
	3		HbA1c 悪化率 (短期)	15.1%	14.47%	13.84%	13.21%	12.58%	11.94%	11.3%以下						
		男性	40～49歳	8.2%	性年齢階層別は参考値としてモニタリングを行う											
			50～59歳	15.5%												
			60～69歳	20.2%												
			70～74歳	12.0%												
		女性	40～49歳	15.2%												
			50～59歳	15.5%												
			60～69歳	17.0%												
			70～74歳	11.8%												
		HbA1c 悪化率 (中長期)	(R1→R4) 18.9%	-							-	(R5→R8) 12.2%以下	-	-	(R5→R11) 15.0%以下	
		男性	40～49歳	15.2%							性年齢階層別は参考値としてモニタリングを行う					
			50～59歳	23.9%												
	60～69歳		18.0%													
	70～74歳		24.3%													
女性	40～49歳	17.5%														
	50～59歳	14.9%														
	60～69歳	19.8%														
	70～74歳	14.5%														
4	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)	2.6%	2.6%	2.5%	2.5%	2.5%	2.4%	2.4%以下								
	男性	40～49歳	4.3%	性年齢階層別は参考値としてモニタリングを行う												
		50～59歳	0.0%													
		60～69歳	4.2%													
		70～74歳	5.3%													
	女性	40～49歳	0.0%													
		50～59歳	1.4%													
		60～69歳	1.5%													
		70～74歳	1.4%													
	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	(R1→R4) 5.5%	-							-	(R5→R8) 5.0%以下	-	-	(R5→R11) 10.0%以下		
	男性	40～49歳	4.3%							性年齢階層別は参考値としてモニタリングを行う						
		50～59歳	3.0%													
		60～69歳	5.7%													
		70～74歳	10.6%													
女性	40～49歳	0.0%														
	50～59歳	2.7%														
	60～69歳	4.8%														
	70～74歳	8.3%														

項目	No.	総合評価指標	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)	
	5	HbA1c6.5% (NGSP値) 以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	5.9%	5.65%	5.40%	5.15%	4.90%	4.65%	4.4%以下	
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下
			50～59歳	0.0%	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下
			60～69歳	11.1%	10.49%	9.88%	9.27%	8.65%	8.03%	7.4%以下
			70～74歳	4.3%	3.59%	2.88%	2.17%	1.45%	0.73%	0.0%以下
		女性	40～49歳	0.0%	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下
			50～59歳	0.0%	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下
			60～69歳	0.0%	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下	0.0%以下
	70～74歳		10.7%	10.1%	9.5%	8.9%	8.3%	7.7%	7.1%以下	
	6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	1.0%	0.97%	0.94%	0.91%	0.88%	0.84%	0.8%以下	

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。
事業の概要	慢性腎臓病（CKD）精密検査の対象者に対し、健診結果説明会等において、保健師・管理栄養士による個別保健指導の実施を行う。
現在までの事業結果（成果・課題）	腎不全の原疾患のひとつに糖尿病性腎症が挙げられるため、糖尿病の重症化予防が必要であり、特定保健指導において取組を行っているが、特定健診有所見者のHbA1cが高い人は減少していない。

対象者	選定方法	健診受診者のうち、医療機関に通院中で、糖代謝に異常がある被保険者を対象として、町で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度（または前年度）の健診データ及びKDBで抽出し、腎症3期 かつ 血糖値（HbA1c）7.0%以上の者
		レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症が主病（受診歴あり）で通院中の者
		その他の判定基準	医師が必要と認めた対象者のうち、同意が得られた者
	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、糖尿病透析予防指導管理がされている者	
重点対象者の基準	尿たんぱく十以上の人は優先する。		

項目	No.	評価指標	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	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者の割合（高血糖者の割合）（全年齢）	10.0%	9.94%	9.88%	9.81%	9.74%	9.67%	9.6%以下
	2	HbA1c 悪化率（短期）	15.1%	14.47%	13.84%	13.21%	12.58%	11.94%	11.3%以下

項目	No.	評価指標	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	保健指導動員率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	健診結果の返却の際に通知して周知を行う。	
	勧奨	対象者には通知・電話で利用勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	希望者は電話または窓口にて申込、初回面接時までにかかりつけ医より指示書をもらう。（難しい場合は町が代行）
		実施内容	保健師や管理栄養士が月1回の個別面談にて保健指導を実施する。
		時期・期間	初回面談から約6か月
		場所	訪問、町の公共施設
		実施後の評価	医療機関で検査、アンケートで生活習慣改善状況を確認
		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、電話でフォローする。
その他（事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等）	—		

ストラクチャー（体制）	市内担当部署	国保担当がレセプト・健診結果から対象者を抽出。福祉保健課健康増進担当が選定し、保健指導を実施。
	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）	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムや糖尿病性腎症重症化予防支援システム等の活用に係る支援を受ける。
	民間事業者	—
	その他の組織	—
	他事業	町で開催している健康教室（運動教室・栄養教室・慢性腎臓病予防教室）への参加を促す。
	その他（事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> 指示書を得られる市内の医療機関・かかりつけ医を増やすことが実施率を上げるためには重要。 町内の医療機関、かかりつけ医と、町の事業やその目的について情報共有を行う。

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち未受診および受診中断者の早期治療につなげる。
事業の概要	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、未受診および受診中断者に受診勧奨を行い、早期の受診を促す。
現在までの事業結果（成果・課題）	糖尿病の悪化により、慢性腎臓病や人工透析の原因となることを十分に周知できていない。糖尿病及び慢性腎臓病と判断された際には、適切な治療に繋げる必要がある。

対象者	選定方法	糖尿病性腎症重症化予防支援システムを活用して国保担当で抽出し、健康増進担当で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度（または前年度）の健診データ及びKDBで抽出し、精密検査の対象となっている者、または精密検査基準該当の者。
		レセプトによる判定基準	健診受診前半年間（または前年度）のレセプトなし
		その他の判定基準	—
	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	尿たんぱく十以上の者		

項目	No.	評価指標	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	HbA1c6.5% (NGSP値) 以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	5.9%	5.65%	5.40%	5.15%	4.90%	4.65%	4.4%以下
	2	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	1.0%	0.97%	0.94%	0.91%	0.88%	0.84%	0.8%以下

項目	No.	評価指標	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	受診勧奨率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	特定健診や結果返却の際に併せて周知、個別に通知を行う。
	勧奨	対象者に特定健診結果説明会、または個別に受診勧奨を行う。未受診者には電話勧奨を行う。
	実施後の支援・評価	年度末にレセプトで受診状況を確認し、未受診であれば再勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	経年対象者をチェックし、対策を検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	国保担当が糖尿病性腎症重症化予防支援システムを活用して抽出、福祉保健課健康増進担当が選定し、受診勧奨を実施。
	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)	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。
	かかりつけ医・専門医	—
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムや糖尿病性腎症重症化予防支援システム等の活用に係る支援を受ける。
	民間事業者	—
	その他の組織	—
	他事業	町で開催している慢性腎臓病予防教室への参加を促す。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	対象者の選定基準と医療機関への受診率に関しては医師会と共有し、基準検討などのその後の対策に生かす体制とする。

事業分類3	がん検診
事業番号3	がん検診事業
事業の目的	がん検診を実施し、がんの早期発見・早期治療につなげる。
事業の概要	がん検診を行い、要精密検査者に対して受診勧奨を行う。
現在までの事業結果（成果・課題）	<ul style="list-style-type: none"> ・健診会場でがん検診を同時に受けることのできる環境にし、検診受診率の向上に取り組んできた。 ・がん検診の受診率及び精密検査受診率は、第2期計画の目標値を下回っている。
対象者	各がん検診対象年齢である全住民

	No.	評価指標	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	精密検査受診率（胃がん）	83.3%	86%	89%	92%	94%	97%	100%
	2	精密検査受診率（肺がん）	85.6%	88%	90%	93%	95%	97%	100%
	3	精密検査受診率（大腸がん）	75.8%	80%	84%	88%	92%	96%	100%
	4	精密検査受診率（子宮頸がん）	28.6%	41%	53%	65%	77%	89%	100%
	5	精密検査受診率（乳がん）	94.8%	95%	96%	97%	98%	99%	100%

	No.	評価指標	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	がん検診受診率（胃がん）	12%	20%	28%	36%	44%	52%	60%
	2	がん検診受診率（肺がん）	21.9%	28%	34%	40%	46%	53%	60%
	3	がん検診受診率（大腸がん）	18.1%	25%	32%	39%	46%	53%	60%
	4	がん検診受診率（子宮頸がん）	26.1%	31%	36%	42%	48%	54%	60%
	5	がん検診受診率（乳がん）	25.2%	30%	36%	42%	48%	54%	60%

プロセス（方法）	周知	特定健診の案内の際に、がん検診の案内を同封。
	勧奨	特定健康診査と同時受診を可能とする日程の工夫や、受診費用の補助を実施することで、受診勧奨につなげる。
	実施および実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・健診委託事業者から精検未受診者へ受診勧奨通知を送付する。※健診結果至急返却対象者には訪問で精検受診を勧める。 ・町から精密検査未受診者へ通知を発送する。 ・精密検査未受診者に電話連絡勧奨を行う。
	その他（事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等）	要精密検査であり未受診者である者に対しては、段階的に、何度も受診勧奨を行うことで、精密検査につなげられるよう取り組んでいる。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	福祉保健課健康増進担当を中心に、国保担当と連携して実施。
	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）	精密検査の受けられる医療機関の把握について、県や医療機関に問い合わせ確認を行っている。
	国民健康保険団体連合会	国民健康保険団体連合会からレセプトデータの提供を受ける。
	民間事業者	健診委託事業者から精検未受診者へ受診勧奨通知を送付する。
	その他の組織	—
	他事業	—
	その他（事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等）	町民が通院しやすい医療機関一覧を作成し、一覧表をもとに対象者のニーズに合わせた医療機関について情報提供を行っている。

事業分類 4		重症化予防（受診勧奨）							
事業番号 4		受診勧奨事業							
事業の目的	特定健診結果により早期に発見することのできる高血圧、脂質異常症、糖尿病等について、受診勧奨により治療に結び付けることで重症化を予防し、脳血管疾患や心臓病等の循環器系疾患の発症等を防ぐ。								
事業の概要	循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健診の結果をもとに結果通知、保健指導、受診勧奨により、医療機関の受診が必要な者を受診及び治療に結びつける。								
現在までの事業結果（成果・課題）	高血圧、糖尿病、脂質異常症の生活習慣病や、それらが重症化することによって発症する疾患が課題となっている。このため、特定健診を受診し早期発見し、重症化を予防していく必要がある。								
対象者	特定健診受診者のうち結果判定が「要医療」「要精密検査」の者のうち、健康増進担当で選定した者								
	No.	評価指標	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	要精密検査の者のうち、医療機関を受診した者の割合	—	75%	80%	85%	90%	95%	100%
	No.	評価指標	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	受診勧奨率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	<p>①特定健康診査結果受領後、「要医療」「要精密検査」と判定された者へ、健診委託機関または町から受診勧奨通知を送付する。（健診結果至急返却対象者には訪問で精密検査受診を勧める）</p> <p>②未把握者に対して、町から電話連絡にて受診勧奨を行う。</p> <p>①→②を段階的に取り組む。</p>								
ストラクチャー（体制）	<ul style="list-style-type: none"> 福祉保健課健康増進担当を中心に、国保担当と連携して取り組む。 特定健診及び受診勧奨については、健診委託業者と連携しながら行う。 受診状況について、必要に応じて国民健康保険団体連合会からレセプトデータの提供を受ける。 								

事業分類5	健康啓発
-------	------

事業番号5	各種健康教室
-------	--------

事業の目的	各健康教室を通じて健康づくりのためのきっかけや、意識啓発につなげる。
事業の概要	健康づくりのための各種教室を実施する。
現在までの事業結果（成果・課題）	運動習慣の少ない働き盛りの世代を対象とした教室の実施、コロナ禍でも自宅でもできる運動に焦点を当てた教室の実施、血管若返りに着目した栄養教室など、状況に合わせた教室を実施した。
対象者	全被保険者

	No.	評価指標	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	運動習慣のある者の割合	38.5%	38.75%	39%	39.25%	39.5%	39.75%	40%以上

	No.	評価指標	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	運動教室参加率 (参加人数/定員)	73.1%	74%	75%	76%	77%	78%	80%
	2	栄養教室参加率 (参加人数/定員)	43.3%	50%	56%	62%	68%	74%	80%
	3	慢性腎臓病予防教室参加率 (参加人数/定員)	89.1%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

プロセス（方法）	運動教室	<ul style="list-style-type: none"> 4～6月頃に企画書を作成・講師の検討や依頼を行う。 7～8月頃に広報や町ホームページ、町LINEを活用して周知、参加者募集を行う。 9～1月頃に実施。
	栄養教室	<ul style="list-style-type: none"> 4～6月頃にメニューの検討や企画書作成を行う。 ※調理実習については、感染症等の拡大状況を踏まえて実施を検討する。 7～8月頃に広報や町ホームページ、町LINEを活用して周知、参加者募集を行う。 9～1月頃に実施。
	慢性腎臓病予防教室	<ul style="list-style-type: none"> 4～8月頃に内容の検討・講師の検討や依頼を行う。 9～10月頃に広報や町ホームページ、町LINEを活用して周知、参加者募集を行う。 10～1月頃に実施。

ストラクチャー（体制）	福祉保健課健康増進担当を中心に、参加募集の周知や教室の内容の検討など国保担当と連携して実施。
-------------	--

その他保健事業

その他 保健事業の実施	
ジェネリック医薬品 促進事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品差額通知（作成は国保連合会へ委託）の送付を行う。
重複受診・多剤投与者 対策	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連から重複多受診・重複投薬等該当リストの提供を受け、健康増進担当へ情報提供を行う。 ・3か月連続2機関以上の医療機関受診者保健師による訪問や架電での指導を、健康増進担当と連携して行う。
地域包括ケア・ 一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業と介護予防の一体的実施に向けた、KDBシステム等を活用した支援及び連携を行う。 ・地域包括会議への国保担当の参加を行う。

評価指標一覧

○計画全体（総合アウトカム）

山梨県共通評価指標		計画全体		指標	分母	分子	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
山梨県共通評価指標	計画全体	1	運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10（1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している）で「はい」と回答した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。 ・健やか山梨21（第2次）では「運動習慣者の割合の増加」を目標に掲げ推進しているが、進捗していないか後退している状況にあり、令和5年度は当該目標を重点項目に設定し取組を推進している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム「地域の全体像」 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング 	
		2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・生活習慣病の初期の兆候として高血圧が出現することが多く、血圧の管理はすべての重症化予防に繋がる。 ・糖尿病性腎症重症化予防においても血圧の管理が重要とされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB出力情報から「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」により算出。（現状県では取得不可。R5年度は国保連合会から情報提供を受ける） 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング 	
		3	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定	特定健診受診者数	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において、該当者割合の減少が目標となっている。 ・健康日本21（第三次）及び医療費適正化計画（第4期）においては、年齢調整値による該当者数の減少が目標となっているが、市町村単位で年齢調整を行うとプレが生じ適切な評価を行うことができない可能性があることから、年齢階層ごとの指標を設定し確認する方法とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング 	
		4	HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標（糖尿病が強く疑われる者の数の状況の評価する指標）」として例示あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ（市町村が県へ提出） 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング 	
		5	糖尿病性腎症病期分類の悪化率 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R5年度→R8年度 6年後変化：R5年度→R11年度 	

その他、参考値として県単位で長期的視点によりモニタリングを行う指標：
①健康寿命 ②平均自立期間 ③医療費 ④糖尿病に起因する新規透析導入患者割合

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

指標		分母	分子	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等	
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1 （再掲）メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者数	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において、該当者割合の減少が目標となっている。 ・健康日本21（第三次）及び医療費適正化計画（第4期）においては、年齢調整値による該当者数の減少が目標となっているが、市町村単位で年齢調整を行うとプレが生じ適切な評価を行うことができない可能性があることから、年齢階層ごとの指標を設定し確認する方法とする。 	・法定報告	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		2 （再掲）血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg	<ul style="list-style-type: none"> ・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・生活習慣病の初期の兆候として高血圧が出現することが多く、血圧の管理はすべての重症化予防に繋がる。 ・糖尿病性腎症重症化予防においても血圧の管理が重要とされる。 	・KDB出力情報から「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」により算出。（現状県では取得不可。R5年度は国保連合会から情報提供を受ける）	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		3 （再掲）HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標（糖尿病が強く疑われる者の数の状況の評価する指標）」とされている。 	・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ（市町村が県へ提出）より取得。	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		4 特定健康診査受診率 ※40歳代、50歳代の男女別指標も設定	特定健診対象者数	特定健康診査受診者数	<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において実施率の向上が目標となっている。 ・40歳代・50歳代の受診率の低さが課題であるため、当該年代の指標を設定。 ・実施量を評価する指標ではあるが、健診を対象者が受けることは「自分の状態を知る」ことに繋がり、そうした気づきを促す機会を設けたことに対するアウトカムの意味合いも持つ指標。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		5 特定保健指導実施率 ※動機付け支援、積極的支援の別にも指標を設定	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において実施率の向上が目標となっている。 ・現状全体の実施率が低い傾向にあるため、第3期計画期間中は年齢階層別の指標は設けない。 	・法定報告	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		6 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きにより「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・法定報告値は、治療や内服の開始により特定保健指導の対象ではなくなった者は分子から除かれているため、純粋にデータの改善が図られた者の割合として評価が可能。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

富士川町指標	事業番号1・1	7	国保人間ドック助成金助成件数	国保人間ドック助成金助成件数	—	<ul style="list-style-type: none"> 令和1年度から、町独自に助成を行っている「国保人間ドック助成金」は、年々助成件数が増加しており、特定健診受診者数の底上げに繋がっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 国保人間ドック助成者リスト（町作成） 	<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標 単年ごとの推移をモニタリング
		8	かかりつけ医特定健康診査情報提供割合	かかりつけ医特定健診情報提供依頼を送付した者の数	かかりつけ医特定健診情報提供があった者の数	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医特定健診情報提供は、特定健診未受診者で通院中の者のみなし健診の提供を受けることにより、特定健診受診者数の底上げに繋がっている。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医特定健診情報提供一覧（町作成） 	<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標 単年ごとの推移をモニタリング
	事業番号1・2	9	特定保健指導初回利用割合 ※動機付け支援、積極的支援の別にも指標を設定	特定保健指導（積極的支援レベル）の対象者数（人）＋特定保健指導（動機付け支援レベル）の対象者数（人）	特定保健指導（積極的支援）の利用者数（人）＋特定保健指導（動機付け支援）の利用者数（人）	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導は、脱落者は少ないが、初回利用に乗らないケースが多い。このため、まず初回利用の率を伸ばすことが重要であるため設定。 	<ul style="list-style-type: none"> 法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標 単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類2：糖尿病対策（糖尿病の発症・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等）

		指標	分母	分子	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1 （再掲）HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者の割合（高血糖者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標（糖尿病が強く疑われる者の数の状況の評価する指標）」とされている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		2 HbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合（血糖コントロール不良者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c8.0%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健康日本21（第三次）における目標値になっている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		3 HbA1c 悪化率 ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1cの悪化者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロールの変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R5年度→R8年度 6年後変化：R5年度→R11年度
		4 （再掲）糖尿病性腎症重病期分類悪化率 ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症重病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ（市町村が県へ提出）より取得。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R5年度→R8年度 6年後変化：R5年度→R11年度
		5 HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み） 指標も設定	特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の数	HbA1c6.5%以上の者のうち、「糖尿病治療なし（※）」の者の数 ※問診で本人が糖尿病治療薬なしと回答かつレセプトに糖尿病名あるいは糖尿病治療薬の処方がないこと （国手引きでは、分子を「糖尿病のレセプトがない者」とする例が示されているが、当該データはKDBからの取得に手間がかかるため、県が作成する糖尿病性腎症重症化システムにて取得可能な上記定義のデータ（糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（厚労省2019.3）の定義に準ずる）を分子とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」とされている。 ・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて未受診者・治療中断者への受診勧奨は最も重要視されている取組である。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		6 健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	特定健診未受診者	過去に糖尿病治療歴がある治療中断者（※）の数 ※年度内の健診未受診者のうち、過去に糖尿病治療歴がある治療中断者	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて未受診者・治療中断者への受診勧奨は最も重要視されている取組である。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

富士川町指標	事業番号2・1	7	保健指導勧奨率	糖尿病性腎症リスク保有者で勧奨対象者	糖尿病性腎症リスク保有者で勧奨対象者のうち、勧奨を行った者	・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、重症化予防のための保健指導は、重要視されている取組である。	・勧奨対象者リスト	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
	事業番号2・2	8	受診勧奨率	受診勧奨対象者	受診勧奨対象者のうち、勧奨を行った者	・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて未受診者・治療中断者への受診勧奨は最も重要視されている取組である。	・勧奨対象者リスト	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類3：がん検診

富士川町指標	事業番号3	1	精密検査受診率 (胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)	精密検査対象者数	精密検査受診者数	・がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診精密検査受診率は第2期計画の目標値を下回っており、精密検査の未受診により、がんの治療が遅れる可能性がある。	・山梨県生活習慣病健診管理指導協議会における課題検討結果報告	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		2	がん検診受診率 (胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)	全住民（がん検診対象者）	がん検診受診者数	・がんは死因の第1位で、傷病別医療費で最も大きな割合を占めており、県と比較し高率である。がん検診の受診率は第2期計画の目標値を下回っており、検診未受診により、がんの発見や治療が遅れる可能性がある。		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類4：重症化予防（受診勧奨）

富士川町指標	事業番号4	1	要精密検査の者のうち、医療機関を受診した者の割合	特定健診要精密検査者数	医療機関受診者数	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果により早期に発見することのできる高血圧、脂質異常症、糖尿病等について、結果判定が「要医療」「要精密検査」の者へ医療機関への受診勧奨を行い、重症化を予防し、脳血管疾患や心臓病等の循環器系疾患の発症等を防ぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨者リスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		2	受診勧奨率	受診勧奨対象者数	受診勧奨数	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果により早期に発見することのできる高血圧、脂質異常症、糖尿病等について、結果判定が「要医療」「要精密検査」の者へ医療機関への受診勧奨を行い、重症化を予防し、脳血管疾患や心臓病等の循環器系疾患の発症等を防ぐ。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類5：健康啓発

富士川町指標	事業番号5	1	(再掲)山梨県共通表評価指標より運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10（1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している）で「はい」と回答した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。 ・健やか山梨21（第2次）では「運動習慣者の割合の増加」を目標に掲げ推進しているが、進捗していないか後退している状況にあり、令和5年度は当該目標を重点項目に設定し取組を推進している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム「地域の全体像」 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		2	運動教室参加率	運動教室 定員	参加者数	<ul style="list-style-type: none"> ・教室の参加者の増加により、効果が見込めるため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者リスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		3	栄養教室参加率	栄養教室 定員	参加者数	<ul style="list-style-type: none"> ・教室の参加者の増加により、効果が見込めるため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者リスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		4	慢性腎臓病予防教室参加率	慢性腎臓病予防教室 定員	参加者数	<ul style="list-style-type: none"> ・教室の参加者の増加により、効果が見込めるため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者リスト 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>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、町の関係機関及び国保連合会と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページ等を通じた周知のほか、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。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>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。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。 これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催を行う。</p>

Ⅵ 第4期特定健康診査等実施計画

1. 基本的事項

<p>背景及び 計画の趣旨</p>	<p>国では、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療体制を実現してきた。しかしその一方で、医療費については、急速な高齢化や生活スタイルの変化、健康格差の拡大により増大し続けているのが現状である。</p> <p>そこで、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病予防推進体制の構築が盛り込まれた医療費適正化の総合的な推進に向けて、平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者への特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施が義務付けられた。</p> <p>富士川町国民健康保険においても、第1期（平成20年度～平成24年度）、第2期（平成25年度～平成29年度）、第3期（平成30年度～令和4年度）を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防の取り組みを進めてきた。</p> <p>本計画は、第3期計画が終了することから、第1～3期の実施状況をふまえた上でこれまでの取り組みをさらに推進し、生活習慣病の発症、重症化を抑制し、将来的な医療費の適正化を図ることを目的に「第4期富士川町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定するものである。</p>
<p>計画期間</p>	<p>令和6年度～令和11年度</p>

2. 特定健康診査等の実施における基本的な事項

<p>特定健康診査の 基本的考え方</p>	<p>不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症の発症を招き、重篤な疾患の発症に繋がる。このため、健康維持増進及び生活の質の向上を図るよう、生活習慣病対策を強化する必要がある。</p> <p>特定健康診査は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを的確に抽出するために行うものである。</p>
<p>特定保健指導の 基本的考え方</p>	<p>特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行う。特定保健指導により、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的として行うものである。</p> <p>第4期からは、個人の受診者の行動変容に繋がり成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の実績評価にアウトカム評価が導入された。富士川町国民健康保険においても、これらの変更点を踏まえた特定保健指導を実施していく。</p>

3. 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は次のとおりである。富士川町国民健康保険においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健康診査及び特定保健指導を実施する。

区分	変更点の概要
特定健康診査 の見直し	<p>(1) 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。</p>
	<p>(2) 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。</p>
特定保健指導 の見直し	<p>(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。 プロセス評価は、介入方法により個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とした。支援Aと支援Bの区別は廃止した。また、ICTを活用した場合も同水準の評価とした。 特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価することとした。 また、モデル実施は廃止とした。</p>
	<p>(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。</p>
	<p>(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。</p>
	<p>(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。</p>
	<p>(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。</p>

厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き より

4. 第3期計画の年度別目標と実績

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査実施率	目標	56%	57%	58%	58%	59%	60%以上
	実績	56.0%	58.5%	55.1%	59.6%	61.4%	
特定保健指導実施率	目標	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
	実績	62.5%	55.6%	55.2%	51.7%	58.3%	
メタボリックシンドローム該当者予備軍の減少率	目標						25%以上減少 (H20年度比)
	実績						6.5%増加 (H20→R4)

(法定報告より)

5. 目標値の設定

目標値について	第3期特定健康診査等実施計画の実施状況および第3期データヘルス計画の目標値、国が設定した第4期計画における目標値をもとに、富士川町国民健康保険における目標値を次のとおり設定する。
---------	---

	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
特定健康診査実施率	62.83%	64.26%	65.69%	67.12%	68.56%	70%
特定保健指導実施率	58.58%	58.86%	59.14%	59.42%	59.71%	60%
特定保健指導による保健指導対象者の減少率	16.98%	17.86%	18.74%	19.62%	20.51%	21.4%以上

6. 特定健康診査等の対象者数（見込）

	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
特定健康診査対象者数（人）	2,300	2,250	2,200	2,150	2,100	2,050
特定健康診査実施者数（人）	1,446	1,446	1,446	1,444	1,440	1,435
特定保健指導（動機付け支援）対象者数（人） ※過去の実績平均6.9%で算出	100	100	100	99	99	99
特定保健指導（積極的支援）対象者数（人） ※過去の実績平均2.2%で算出	32	32	32	31	31	31

7. 特定健康診査の実施方法

対象者	40-74歳の被保険者	
周知	特定健康診査案内（集団健診・個別健診）を対象者へ配布し、受診希望調査を行う。町の広報誌およびホームページ等での周知を行う。	
勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の申し込みをしたが受診をしていない方を対象に、追加健診実施の際、電話による受診勧奨を行う。 ・前年度健診未受診者の40～50歳代男性へ、次年度健診の案内通知前に、受診勧奨の通知を行う。 	
実施体制	健診の委託に関しては、国の委託基準を満たす健診機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。	
実施 および 実施後の 支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。個別健診は、40・45・50・55・60・65・70歳を対象に人間ドックの受診費用助成を行う。
	実施場所	集団健診：町の町民会館、保健福祉支援センター 個別健診：指定医療機関2か所
	時期・期間	集団健診：5月～7月 個別健診：7月～12月 追加健診：12月
	事業者健診等の 健診データ取得	人間ドックの結果提供への働きかけ（助成あり）、みなし健診結果提供への働きかけで本人から取得する。
	結果提供	集団健診：健診実施約1か月後に健診結果を健診委託機関から町が受領、健診結果説明会を開催。 個別健診：健診実施後当日手渡しにより健診結果を対面で返却・結果説明。または後日自宅へ郵送により返却。 ※指導や改善が必要な方には、町保健師・管理栄養士等から保健指導等の案内を行う。
特定健診の検査項目		
<p>「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に「基本的な健診項目」を実施する。 また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。</p>		
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・質問項目 ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）） ・理学的所見（身体診察） ・血圧測定 ・脂質検査（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖） ・尿検査（尿糖、尿蛋白） 	
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・眼底検査 ・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値） ・血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む） 	

厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版） より

8. 特定保健指導の実施方法

対象者	特定保健指導基準該当者			
周知	対象となった者へは、通知により周知する。			
勧奨	健診結果説明の際に初回面談の利用勧奨を行う。			
実施体制	特定保健指導（積極的支援）の委託に関しては、特定健康診査と同様に、国の委託基準を満たす機関を選定する。詳細は契約書及び仕様書で定める。			
実施 および 実施後の 支援	初回面接	集団健診・個別健診における特定保健指導対象者は、実施機関からの健診結果受領後に案内を送付し、同意を得て実施する。		
	実施場所	個別に日程と場所を調整して実施する。		
	実施内容	特定保健指導基準該当者に対し、個別面談において、保健師・管理栄養士により個別保健指導を実施する。		
	時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診後の初回面談：実施機関からの健診結果受領後に実施 ・個別健診後の初回面談：実施機関からの健診結果受領後に実施 ・最終評価を初回面談から約3か月後までに完了する ・評価については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」に基づいて行う。 		
	実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて健康教室（運動教室・栄養教室・腎機能低下予防教室 等）に繋げる。		
特定保健指導階層化の基準				
腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象年齢	
	(血糖・血圧・脂質)		40～64歳	65～74歳
男性 \geq 85cm 女性 \geq 90cm	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし	動機付け支援	
上記以外で BMI \geq 25	3つ該当	/	積極的支援	
	2つ該当	あり	動機付け支援	
		なし		
1つ該当	/			

9. その他

<p>計画の評価</p>	<p>法定報告の数値にて目標値の評価を行う (1) 特定健康診査の受診率 (2) 特定保健指導の実施率 (3) 特定保健指導対象者の減少率</p>
<p>計画の見直し</p>	<p>計画で設定した評価方法に基づき、年度ごと進捗確認を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画を見据えて最終評価を行う。</p>
<p>計画の公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページ等を通じた周知のほか、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。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>(1) データの管理・保存期間 特定健康診査等により得られたデータは、国による標準的なデータファイル仕様に基づいた電子データとして保存・管理し、この記録は原則として5年間保存する。データの保存・管理は、山梨県国民健康保険団体連合会（以下国保連という）に委託により行う。 健診機関等から提出されたデータは、国保連が管理する「特定健診等データ管理システム」に専用回線で接続する専用端末からのみ参照可能とする。データの管理を行う国保連や健診等を実施する医療機関等の外部委託においても、目的外の使用の禁止等を委託契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況の管理を行う。</p>
	<p>(2) 個人情報の取り扱いについて 特定健康診査や特定保健指導により得られた個人情報に関しては、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。</p>