

平内町国民健康保険
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
-概要版-
 令和 6 年（2024 年）度～令和 11 年（2029 年）度

1 基本的事項

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画	特定健康診査等実施計画
「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」ことが掲げられた。これを踏まえ、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定する。	平成 20 年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。
データヘルス計画の目的	
平内町民が生活習慣病を重症化することなく、元気にいきいきと自立して暮らせる 平均寿命（平均余命）（開始時：令和 4 年度：男性 78.5 歳、女性 84.4 歳）と 健康寿命（平均自立期間）（開始時：令和 4 年度：男性 77.2 歳、女性 81.4 歳）の延伸 を 目的とする。※本紙 P64・P77	
他計画との位置づけ	
本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画及び国民健康保険運営方針と調和のとれたものとする。	
関係者連携	
国保担当が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。また、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護（福祉事務所）担当と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。	
計画の評価	個別事業の評価
設定した計画の評価指標に基づき、KDB システム等を活用し、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。	設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、KDB システム等を活用し、毎年度、評価を実施し、必要に応じて次年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

2. データヘルス計画の構成

基本構成			
計画策定に際しては、まず、KDB システムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。健康課題の整理に際しては、以下の生活習慣病の進行イメージに沿って、特に保健事業における介入により予防可能な疾患に着目する。 次に、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。			
生活習慣病の進行イメージ			
不健康な生活習慣	▶	生活習慣病予備群 メタボリックシンドローム	▶
		生活習慣病	▶
			生活習慣病重症化 死亡・介護
【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 ※本紙 P.17			

2 健康課題の抽出～現状分析・目的・目標の設定

1. 死亡・介護・生活習慣病重症化（入院医療・外来（透析））の現状分析

【平均余命・平均自立期間】

男性の平均余命は78.5年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.2年である。女性の平均余命は84.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.4年である。

男性の平均自立期間は77.2年で、国・県より短い。国と比較すると、-2.9年である。女性の平均自立期間は81.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.0年である。 ※令和4年度累計 KDB より

平均余命・平均自立期間 ※本紙 P.5



【死亡】

令和3年度の生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数及び総死亡者数に占める割合は「虚血性心疾患」10人(5.5%)、「脳血管疾患」16人(8.8%)、「腎不全」5人(2.7%)となっている。

平成25年から29年の標準化死亡比は、「急性心筋梗塞」99.6(男性)111.7(女性)、「脳血管疾患」165.7(男性)160.7(女性)、「腎不全」175.3(男性)144.4(女性)となっている。

死亡割合_上位15疾患 ※本紙 P.18

標準化死亡比 (SMR) ※本紙 P.19、P20



死因	標準化死亡比 (SMR)		
	平内町		国
	男性	女性	
急性心筋梗塞	99.6	111.7	100
脳血管疾患	165.7	160.7	100
腎不全	175.3	144.4	100

【介護】

要介護認定者の有病割合をみると、「心臓病」は62.6%、「脳血管疾患」は28.8%となっている。

要介護認定者の有病割合 ※本紙 P.22

疾病名	要介護・要支援認定者(1・2号被保険者)		国	県	同規模
	該当者数(人)	割合			
糖尿病	233	30.5%	24.3%	22.0%	22.9%
高血圧症	420	54.9%	53.3%	49.6%	54.1%
脂質異常症	223	29.7%	32.6%	27.4%	30.2%
心臓病	480	62.6%	60.3%	55.1%	60.7%
脳血管疾患	218	28.8%	22.6%	21.8%	23.5%
がん	104	13.0%	11.8%	9.0%	11.0%
精神疾患	310	39.0%	36.8%	35.0%	38.1%
うち_認知症	218	26.2%	24.0%	23.1%	25.1%
アルツハイマー病	109	14.4%	18.1%	17.6%	19.0%
筋・骨格関連疾患	371	48.2%	53.4%	44.6%	53.1%

【生活習慣病重症化】入院医療・外来（透析）

「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」を含む「循環器系の疾患」の入院医療費は入院医療費全体の18.9%を占めており、「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の8.4%を占めている。

生活習慣病における重篤な疾患のうち「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」の入院受診率は脳血管疾患が国より高く、「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は国より低い。

疾病分類（大分類）別_入院医療費_循環器系の疾患
※本紙 P. 25

疾病分類（中分類）別_外来医療費_腎不全
※本紙 P. 30

疾病分類（大分類）	医療費（円）	入院医療費に占める割合	疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
循環器系の疾患	103,526,020	18.9%	腎不全	57,628,100	8.4%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_生活習慣病における重篤な疾患 ※本紙 P. 33

重篤な疾患	平内町	国	国との比
虚血性心疾患	2.4	4.7	0.51
脳血管疾患	14.5	10.2	1.42
慢性腎臓病（透析あり）	24.9	30.3	0.82



2. 生活習慣病における受診率

【生活習慣病】外来医療、健診受診者のうち、受診勧奨対象者

生活習慣病基礎疾患の外来医療費に占める割合は「糖尿病」が12.2%、「高血圧症」が5.9%、「脂質異常症」が3.8%となっている。基礎疾患及び「慢性腎臓病（透析なし）」の外来受診率は、いずれも国より高い。

疾病分類（中分類）別_外来医療費_基礎疾患（男女合計） ※本紙 P. 30

疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
糖尿病	83,841,930	12.2%
高血圧症	40,507,290	5.9%
脂質異常症	26,197,610	3.8%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_基礎疾患 ※本紙 P. 33

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	平内町	国	国との比
糖尿病	961.8	651.2	1.48
高血圧症	1096.2	868.1	1.26
脂質異常症	679.1	570.5	1.19
慢性腎臓病（透析なし）	21.6	14.4	1.50



受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった人の29.3%、血圧ではI度高血圧以上であった人の51.2%、脂質ではLDL-C140mg/dl以上であった人の79.9%、腎機能ではeGFR45ml/分/1.73m²未満であった人の11.8%である。

特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況 ※本紙 P. 51

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	血圧	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
6.5%以上 7.0%未満	60	23	38.3%	I度高血圧	226	116	51.3%
7.0%以上 8.0%未満	16	1	6.3%	II度高血圧	53	25	47.2%
8.0%以上	6	0	0.0%	III度高血圧	10	7	70.0%
合計	82	24	29.3%	合計	289	148	51.2%
脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
140mg/dL以上 160mg/dL未満	126	108	85.7%	30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	11	1	9.1%
160mg/dL以上 180mg/dL未満	68	48	70.6%	15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	6	1	16.7%
180mg/dL以上	25	19	76.0%	15ml/分/1.73m ² 未満	0	0	0.0%
合計	219	175	79.9%	合計	17	2	11.8%

3.生活習慣病予備群・メタボリックシンドロームの状況

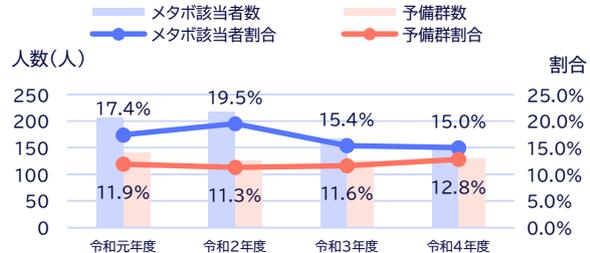
【生活習慣病予備群】メタボ該当者・メタボ予備群該当者

令和4年度特定健診受診者の内、メタボ該当者は153人(15.0%)であり、国・県より低い。メタボ予備群該当者は130人(12.8%)であり、国・県より高い。令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較すると、メタボ該当者の割合は2.4ポイント減少しており、メタボ予備群該当者の割合は0.9ポイント増加している。

メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数 ※本紙 P.42

平内町

	平内町		国	県
	対象者数(人)	割合		
メタボ該当者	153	15.0%	20.6%	20.8%
メタボ予備群該当者	130	12.8%	11.1%	10.8%



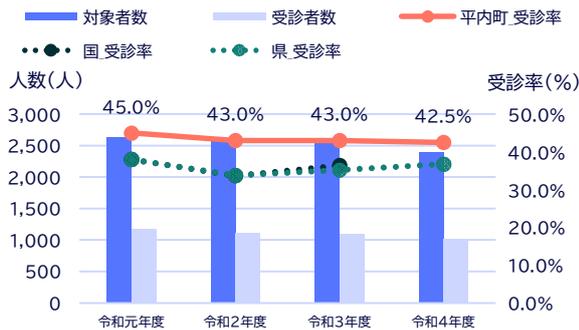
4. 特定健診・特定保健指導・生活習慣(質問票)の状況

【生活習慣】特定健診受診率・特定保健指導実施率

令和3年度の特定健診受診率は43.0%で、国・県より高い。

※令和4年度は速報値

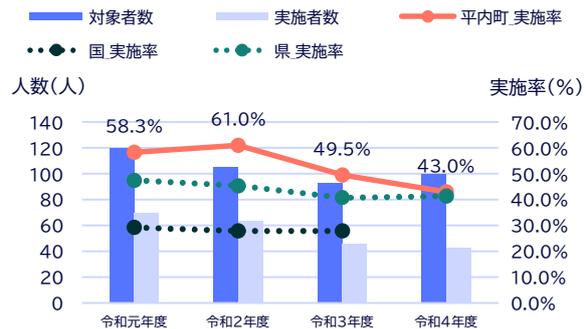
特定健診受診率(法定報告値) ※本紙 P.38



令和3年度の特定保健指導実施率は49.5%で、国・県より高い。

※令和4年度は速報値

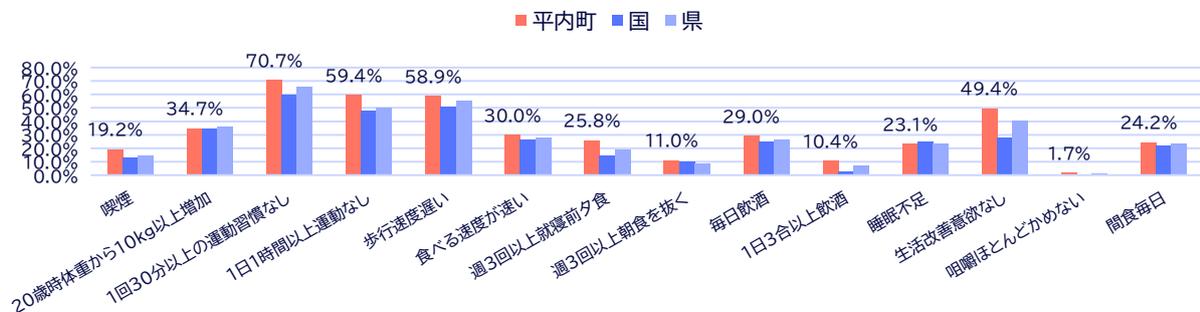
特定保健指導 実施率(法定報告値) ※本紙 P.45



【生活習慣】質問票の回答割合

令和4年度の特定健診受診者の内、国や県と比較して「喫煙」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「毎日飲酒」「3合以上」「生活改善意欲なし」「咀嚼ほとんどかめない」「間食毎日」の回答割合が高い。

質問票項目別回答者の割合 ※本紙 P.52



5. 健康課題の整理

(1) 健康課題の全体像の整理 ※本紙 P.61、62

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果	参照データ	③健康課題との対応 (2) わがまちな生活習慣病に関する健康課題 (3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題参照)
平均余命・標準化死亡比等	<p>【平均余命・平均自立期間】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性の平均余命は78.5年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.2年である。女性の平均余命は84.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.4年である。(図表2-1-3-1) ・男性の平均自立期間は77.2年で、国・県より短い。国と比較すると、-2.9年である。女性の平均自立期間は81.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-3.0年である。(図表2-1-3-1) ・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.3年、女性は3.0年となっている。(図表2-1-3-1) <p>【死亡】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年の死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第6位(5.5%)、「脳血管疾患」は第2位(8.8%)、「腎不全」は第10位(2.7%)と、いずれも死因の上位に位置している。(図表3-1-1-1) ・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞99.6(男性)111.7(女性)、脳血管疾患165.7(男性)160.7(女性)、腎不全175.3(男性)144.4(女性)。(図表3-1-2-1・図表3-1-2-2) 	図表2-1-3-1	#1、#5
医療費の分析	<p>【入院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」を含む「循環器系の疾患」の入院医療費は入院医療費全体の18.9%を占めている。(図表3-3-2-1) ・「脳血管疾患」の受診率は国の1.42倍であり、「虚血性心疾患」の受診率は国の0.51倍となっている(図表3-3-4-1) ・重篤な疾患の患者は、基礎疾患(「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」)を有している人が多い。(図表3-3-5-1) <p>【外来(透析)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の8.4%を占めている。(図表3-3-3-2) ・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病(透析あり)」の受診率は、国の0.82倍である。(図表3-3-4-1) ・「慢性腎臓病(透析あり)」患者のうち、「糖尿病」を有している人は75.0%、「高血圧症」は91.7%、「脂質異常症」は66.7%となっている。(図表3-3-5-1) <p>【外来医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基礎疾患及び「慢性腎臓病(透析なし)」の外来受診率を国と比較すると、「糖尿病」1.48倍、「高血圧症」1.26倍、「脂質異常症」1.19倍、「慢性腎臓病(透析なし)」1.50倍となっている。(図表3-3-4-1) ・重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳梗塞」「狭心症」「心筋梗塞」「慢性腎臓病(透析あり)」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。(図表3-5-3-2) 	図表3-3-2-1 図表3-3-4-1 図表3-3-5-1	#1、#5
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ(質問票を含む)の分析	<p>【特定健診受診率・特定保健指導実施率】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の特定保健指導実施率は43.0%であり、県より高い。(図表3-4-4-1) ・令和4年度の特定健診受診率は42.5%であり、県より高い。(図表3-4-1-1) ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は507人で、特定健診対象者の21.1%となっている。(図表3-4-1-3) <p>【有所見者割合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「空腹時血糖」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「BMI」「空腹時血糖」「拡張期血圧」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。(図表3-4-2-3・図表3-4-2-4) 	図表3-4-4-1 図表3-4-1-1 図表3-4-1-3	#1、#2、#3、#4

	<p>【メタボ・メタボ予備群該当者】 ・令和4年度のメタボ該当者は153人（15.0%）で減少しており、メタボ予備群該当者は130人（12.8%）で増加している。（図表3-4-3-2）</p>	図表3-4-3-2	
	<p>【受診勧奨対象者割合】 ・受診勧奨対象者数は573人で、特定健診受診者の56.2%となっており、0.6ポイント増加している。（図表3-4-6-1）</p>	図表3-4-6-1	
	<p>【質問票回答割合】 ・特定健診受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「3合以上」「咀嚼ほとんどかめない」「週3回以上就寝前夕食」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では「3合以上」「週3回以上就寝前夕食」「生活改善意欲なし」の標準化比がいずれの年代においても高い。（図表3-4-7-4）</p>	図表3-4-7-4	
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<p>【受診勧奨対象者の内、服薬なしの割合】 ・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった82人の29.3%、血圧ではI度高血圧以上であった289人の51.2%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった219人の79.9%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった17人の11.8%である。（図表3-4-6-5）</p>	図表3-4-6-5	#1
介護費関係の分析	<p>【介護認定者の有病割合】 ・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は62.6%、「脳血管疾患」は28.8%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」（30.5%）、「高血圧症」（54.9%）、「脂質異常症」（29.7%）である。（図表3-2-3-1）</p>	図表3-2-3-1	#5
その他	<p>【服薬の状況】 ・一人当たり医療費は増加している。（図表3-3-1-1） ・重複処方該当者数は21人であり、多剤処方該当者数は9人である。（図表3-6-1-1・図表3-6-2-1） ・令和5年3月の後発医薬品の使用割合は84.0%であり、県と比較して1.3ポイント高い。（図表3-6-3-1）</p>	図表3-3-1-1 図表3-6-1-1 図表3-6-2-1 図表3-6-3-1	#1、#6
	<p>【地域特性】 ・高齢化率は43.0%で、国や県と比較すると、高い。（図表2-1-1-1） ・国保加入者数は3,299人で、65歳以上の被保険者の割合は42.9%となっている。（図表2-1-2-1）</p>	図表2-1-1-1 図表2-1-2-1	
	<p>【がん】 ・悪性新生物（「気管、気管支及び肺」「胃」「膵」）は死因の上位にある。（図表3-1-1-1） ・5がんの検診平均受診率は県より低いが、国より高い。（図表3-6-4-1）</p>	図表3-1-1-1 図表3-6-4-1	

(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題 ※本紙 P.63

考察
<p>▶◀重症化予防 保健事業により予防可能な重篤疾患を見ると、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全はいずれも令和3年の死因の上位に位置している。発生頻度の観点から、予防可能な重篤疾患をみると、虚血性心疾患は令和4年度の入院受診率は国と比べて低いものの、急性心筋梗塞の平成25～29年の標準化死亡比(SMR)は男性は99.6と国と同程度の一方、女性では110超と高いことから、その発生頻度は国と同水準以上である可能性が考えられる。脳血管疾患においては、SMRが男女ともに160を超えており、令和4年度の入院受診率も国より高いことから、その発生頻度は国と比較して高いことが考えられる。腎不全においては、SMRは男女ともに140超と高く、慢性腎臓病の外来受診率は、慢性腎臓病(透析あり)は国と比較して低く、人工透析が必要になる前段階の慢性腎臓病(透析なし)の外来受診率が国と比較して1.5倍と高いことから、比較的早期に慢性腎臓病の治療につながった結果、人工透析への移行を防げている有病者が一定数存在する一方、SMRの高さを鑑みると適切な治療につながらず死亡に至っている有病者が存在することもうかがえる。</p> <p>これらの重篤な疾患の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病・高血圧・脂質異常症の外来受診率を見ると、これらすべての疾患において国より高い状況にある。また、特定健診受診者においては、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回っているものの該当疾患に関する服薬がないものが血糖では約3割、血圧では約5割、血中脂質では約8割、また、腎機能(eGFR)についても受診勧奨判定値を上回っているものの血糖や血圧の服薬がないものが約1割存在している。これらの事実から、平内町では基礎疾患を有病しているものの外来治療に至っていない有病者が一定数存在しており、より多くの基礎疾患の有病者を適切に治療につなげることで、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全といった重篤な疾患の発症を抑制できる可能性が考えられる。</p>
<p>▶◀生活習慣病発症予防・保健指導 特定健診受診者の内、メタボ該当者の割合は減少傾向にあり、予備群該当者・受診勧奨判定値を超えた人の割合は横ばいで推移している。一方で、特定保健指導実施率は国や県と比べて高く、比較的多くのメタボ該当者・予備群該当者に保健指導が実施できていると考えられる。今後さらに保健指導実施率を高め、多くのメタボ該当者・予備群該当者に保健指導を実施することができれば、メタボ該当者・予備群該当者を減少させることができる可能性があると考えられる。</p>
<p>▶◀早期発見・特定健診 特定健診受診率は国や県と比べて高い一方で、特定健診対象者の内、約2割が健診未受診者かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にあることから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。</p>
<p>▶◀健康づくり 特定健診受診者における質問票の回答割合を見ると、食習慣・運動習慣や飲酒量の改善が必要と思われる人の割合が高い。このような食習慣・運動習慣が継続した結果、体重増加を伴い、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が進行した結果、最終的に急性心筋梗塞・脳血管疾患・腎不全の発症に至る者が多い可能性が考えられる。</p>

(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題

考察
<p>▶◀介護予防・一体的実施 介護認定者における有病割合を見ると、心臓病・脳血管疾患といった重篤な疾患は前期高齢者に比べ後期高齢者の方が多い。また、医療費の観点では、脳梗塞・狭心症・心筋梗塞・慢性腎臓病(透析あり)の医療費が総医療費に占める割合が国保被保険者よりも後期高齢者の方が多い。これらの事実から、国保被保険者への生活習慣病の重症化予防が、後期高齢者における重篤疾患発症の予防につながる可能性が考えられる。</p>
<p>▶◀社会環境・体制整備 重複服薬者が21人、多剤服薬者が9人存在することから、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性がある。また、後発医薬品使用割合は県より高く、引き続き後発医薬品普及の取り組みを継続することで医療費が適正化できると考えられる。</p>

健康課題	評価指標
<p>#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要。</p>	<p>【長期指標】 虚血性心疾患の入院受診率 脳血管疾患の入院受診率 慢性腎臓病(透析あり)の外来受診率</p> <p>【中期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが6.5%以上の人の割合 血圧がI度高血圧以上の人の割合 LDL-Cが140mg/dl以上の人の割合 eGFRが45ml/分/1.73m²未満の人の割合</p> <p>【短期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人の割合 血圧がI度高血圧以上で服薬なしの人の割合 LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合 eGFRが45ml/分/1.73m²未満の人で血糖・血圧などの服薬なしの人の割合</p>
<p>#2 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の維持・向上が必要。</p>	<p>【中期指標】 特定健診受診者の内、 メタボ該当者の割合 メタボ予備群該当者の割合</p> <p>【短期指標】 特定保健指導実施率</p>
<p>#3 適切な特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要。</p>	<p>【短期指標】 特定健診受診率</p>
<p>#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食習慣・運動習慣・飲酒量の改善が必要。</p>	<p>【短期指標】 特定健診受診者の内、質問票における1回30分以上の運動習慣なしの回答割合 質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合 質問票における週3回以上就寝前夕食の回答割合 質問票における3合以上の飲酒の回答割合</p>

健康課題	評価指標
<p>#5 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。</p>	<p>※重症化予防に記載の指標と共通</p>
<p>#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。また、後発医薬品使用割合(高水準)の維持が必要。</p>	<p>【短期指標】 重複服薬者の人数 多剤服薬者の人数 後発医薬品使用割合</p>

6. データヘルス計画の目標と目的

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中長期目標を整理した。※本紙 P. 64

6年後に目指したい姿～健康課題を解決することで達成したい姿～	
平内町民が生活習慣病を重症化することなく、元気にいきいきと自立して暮らせる 平均寿命（平均余命）（開始時：令和4年度：男性78.5歳、女性84.4歳）と 健康寿命（平均自立期間）（開始時：令和4年度：男性77.2歳、女性81.4歳）の延伸	

共通指標	長期指標	開始時	目標値	目標値基準
	虚血性心疾患の入院受診率（件/千人）	2.4	減少	-
	脳血管疾患の入院受診率（件/千人）	14.5	減少	-
	慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率（件/千人）	24.9	減少	-
共通指標	中期指標	開始時	目標値	目標値基準
○	（特定健診受診者の内）HbA1c6.5%以上の人の割合	8.1%	減少	-
	（特定健診受診者の内）血圧がⅠ度高血圧以上の人の割合	28.4%	減少	-
	（特定健診受診者の内）LDL-Cが140mg/dl以上の人の割合	21.5%	減少	-
	（特定健診受診者の内）eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人の割合	1.7%	減少	-
	（特定健診受診者の内）メタボ該当者の割合	15.0%	減少	-
	（特定健診受診者の内）メタボ予備群該当者の割合	12.8%	減少	-
共通指標	短期指標	開始時	目標値	目標値基準
○	特定健診受診率	42.5%	60.0%	国・目標値
○	特定保健指導実施率	43.0%	60.0%	国・目標値
	（特定健診受診者の内）HbA1c6.5%以上で服薬なしの人の割合	29.3%	減少	-
	（特定健診受診者の内）血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合	51.2%	減少	-
	（特定健診受診者の内）LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合	79.9%	減少	-
	（特定健診受診者の内）eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満で血糖・血圧などの服薬なしの人の割合	11.8%	減少	-
○	（特定健診受診者の内）質問票における1回30分以上の運動習慣なしの回答割合 共通指標「運動習慣のある人の割合」は「100-当該割合」で算出する。	70.7%	67.0%	-
	（特定健診受診者の内）質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合	59.4%	57.8%	-
	（特定健診受診者の内）質問票における週3回以上就寝前夕食の回答割合	25.8%	24.4%	-
	（特定健診受診者の内）質問票における1日3合以上の飲酒の回答割合	10.4%	9.7%	-
	重複服用者の人数（人）	21	減少	-
	多剤服用者の人数（人）	9	減少	-
○	後発医薬品使用割合	84.0%	90.0%	国・目標値

※上記に記載のない県共通指標（以下項目）については、毎年度実績値集計をするものとする。

共通指標	短期指標	開始時	目標値	目標値基準
○	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	9.5%	減少	-
○	血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の人の割合	44.3%	減少	-
○	HbA1c8.0以上の人の割合	0.6%	減少	-
○	HbA1c6.5以上の人のうち、糖尿病のレセプトがない人の割合	12.2%	減少	-
○	喫煙率	19.3%	18.7%	-
○	前期高齢者の低栄養傾向者数の割合	15.3%	14.7%	-
○	（特定健診受診者の内）50～74歳の咀嚼良好者の割合	69.2%	70.4%	-

※開始時・目標値の数値は小数点第2位以下を四捨五入している。

7. 保健事業の内容

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

<p>【評価の凡例】</p> <p>○「事業評価・指標評価」欄：3段階</p> <p>A：十分達成 B：おおむね達成 C：未達成</p>
--

(1) 重症化予防・生活習慣病予防 ※本紙 P. 65

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防・生活習慣病予防に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期的な目標	B	脳血管疾患や心臓疾患による死亡率の減少 (A) 糖尿病性腎症等生活習慣病による新規透析患者の減少 (C) 喫煙率の減少 (-)	
短期的な目標	B	特定健診受診率の向上 (目標値：60%) (B) 特定保健指導の受診率の向上 (目標値：60%) (B) 高血圧判定、脂質異常判定、糖尿病判定、メタボリックシンドローム判定の減少 (-) (目標値：2割減)	
事業評価	事業 アウトカム /アウトプット	個別事業名	事業の概要
B	①参加者数 ②体重減 ③体脂肪減 ④骨格筋増	メディコトリム教室	対象者：○特定健診受診で要指導判定の方○特定保健指導対象者○生活習慣病ですでに治療中で生活習慣改善を希望する方○生活習慣改善に興味がある方○糖尿病重症化予防の対象者 手法：6か月間を通し、食事・運動などメディコトリム手帳に記入しながら、保健師・栄養士がサポートをする。
B	特定健診受診率 ①間木 ②東滝 ③茂浦	漁師の健康を考える会	対象者：モデル地域に居住している方で漁業のことをよく知っている方 手法：現在2地区（間木・東滝地区、茂浦地区）で実施。地域の方々が健康で生活できるような仕掛けづくり
B	①新規透析者数の減、②人工透析に係る医療費推移、③HbA1cの改善者	糖尿病性腎症重症化予防	対象者：○特定健診で「糖尿病要精密検査と判定された方」○糖尿病治療中断者○特定健診の結果ハイリスクの方 手法：訪問、通知、電話等で個別に生活習慣に関する指導。メディコトリム教室を活用した集団指導
B	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	受診勧奨（未受診者対策）	対象：○健診受診率の低い地区 手法：訪問受診勧奨及びアンケート調査
B	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健康教育・健康相談・栄養教室等	対象：町民 手法：各地区での健康と栄養に関する集団指導
B	①喫煙率 ②適正飲酒の増 ③運動の実施率向上 ④減塩への取組向上 ⑤甘い飲み物減 ⑥間食の適正な取り方増 ⑦欠食率の減	広報などPR	対象：町民 手法：毎月発行される広報ひらいたの掲載

第3期計画における生活習慣病関連の健康課題

- #1
重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要。
- #2
メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の維持・向上が必要。
- #3
適切な保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定保健指導実施率の維持・向上が必要。
- #4
生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食習慣・運動習慣・飲酒量の改善が必要。
- #5
将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。

第3期計画における生活習慣病関連のデータヘルス計画の目標

【短期指標】

- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
特定健診受診者の内、
HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人の割合
血圧がI度高血圧以上で服薬なしの人の割合
LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの人の割合
eGFRが45 ml/分/1.73m²未満の人で血糖・血圧などの服薬なしの人の割合
質問票における1回30分以上の運動習慣なしの回答割合
質問票における1日1時間以上運動なしの回答割合
質問票における週3回以上就寝前の夕食の回答割合
質問票における1日3合以上の飲酒の回答割合

第3期計画における生活習慣病重症化予防に関連する保健事業

保健事業の方向性

第2期計画期間で実施していた事業では、すべての事業で目標を概ね達成している。
第3期計画においても引き続き、虚血性心疾患及び脳血管疾患の入院受診率、慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率の減少を目標とし、適切な医療機関の受診や、特定保健指導実施率の維持・向上、適切な生活習慣への改善を促進していく。

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2・#4	継続	①メディコトリム教室	対象者：○特定健診受診で要指導判定の方○特定保健指導対象者○生活習慣病ですでに治療中で生活改善を希望する方○生活改善に興味がある方○糖尿病重症化予防の対象者 手法：6か月間を通し、食事・運動などメディコトリム手帳に記入しながら、保健師・栄養士がサポートをする。
#2・#5	継続	②漁師の健康を考える会	対象者：モデル地域に居住している方で漁業のことをよく知っている方 手法：現在2地区で実施。地域の方々が健康で生活できるような仕掛けづくりをする。
#1・#5	継続	③糖尿病性腎症重症化予防	対象者：○特定健診で「糖尿病要精密検査と判定された方」○糖尿病治療中断者○特定健診の結果ハイリスクの方 手法：訪問、通知、電話等で個別に生活習慣に関する指導やメディコトリム教室を活用した集団指導をする。
#2・#3	継続 (一部追加)	④受診勧奨 (未受診者対策)	対象○特定健診未受診者：○健診受診率の低い地区 手法：○通知による勧奨・再勧奨○訪問受診勧奨及びアンケート調査を実施する。
#4・#5	継続 (統合)	⑤広報・健康教育・健康相談・栄養教室等	対象：町民 手法：毎月発行される広報ひらいたへの掲載、各地区での健康と栄養に関する集団指導をする。
#1	新規	⑥健康ポイント事業	対象：健診受診者及び生活習慣改善実施者 手法：ポイントをためて応募することで、抽選で景品を贈呈するため、健康意識向上のインセンティブ効果を期待するもの。

(2) 医療費適正化関連 ※本紙 P.73

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標	
短期的な目標	A	特定保健指導の実施率の向上	
事業評価	事業アウトカム／アウトプット	個別事業名	事業の概要
A	対象者訪問実施率 (R1～改善率も評価項目とした)	重複医療受診者への適切な受診指導	対象者：○重複・多剤：同一月内に3医療機関以上から、重複処方が発生した有効数1以上の方○重複・頻回：同一月内に10日以上受診した医療機関が1以上ある方 手法：保健師等による訪問指導で、適正受診に導く。
A	ジェネリック医薬品利用割合(第2期計画では、国保連システム「ジェネリック医薬品使用割合(数量割合)年間平均」を評価項目とした)	後発医療薬品の使用促進	対象：○ポピュレーションアプローチ：町民○ハイリスクアプローチ：指定薬剤について35歳以上で14日以上投与期間があり、後発医療薬品(ジェネリック医薬品)使用差額200円以上の方 手法：広報による啓発、被保険者へ対して保険証の切り替え時期にリーフレットを配布し啓発を実施するほか、レセプト等の情報をもとに差額通知を行い、使用促進を図る。



第3期計画における医療費適正化に関連する健康課題	
#6	重複・多剤服用者に対して服薬の適正化が必要
第3期計画における医療費適正化に関連するデータヘルス計画の目標	
重複服用者の人数 多剤服用者の人数 後発(ジェネリック)医薬品使用割合	



第3期計画における医療費適正化に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間で実施していた事業では、すべての事業で目標を概ね達成している。 第3期計画においても引き続き、適切な医療機関の受診や、特定保健指導実施率の維持・向上、適切な生活習慣への改善を促進していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#6	継続	⑦重複医療受診者への適切な受診指導	対象者：○重複・多剤：同一月内に3医療機関以上から、重複処方が発生した有効数1以上の方○重複・頻回：同一月内に10日以上受診した医療機関が1以上ある方○同一月内に処方薬効数6以上、かつ同一薬効に関する処方日数15日以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数1以上の方 手法：保健師等による訪問指導で、適正受診に導く。
#6	継続	⑧後発医療薬品の使用促進	対象：○ポピュレーションアプローチ：町民○ハイリスクアプローチ：指定薬剤について35歳以上で14日以上投与期間があり、ジェネリック医薬品使用差額200円以上の方 手法：広報による啓発、被保険者へ対して保険証の切り替え時期にリーフレットを配布し啓発を実施するほか、レセプト等の情報をもとに差額通知を行い、使用促進を図る。

8. 個別保健事業の内容

(1) 個別保健事業の内容

①メディコトリム教室 ※本紙P.67

事業の目的	住民が生活習慣病の予防や、健康に関する正しい知識を取得し、自らの健康は自らが守るという認識や自覚を持ち、かつ糖尿病重症化予防を図る。
対象者	○特定健診受診で要指導判定の方○特定保健指導対象者○生活習慣病ですでに治療中で生活習慣改善を希望する方○生活習慣改善に興味がある方○糖尿病重症化予防の対象者
現在までの事業結果	平成23年度から開始し、過去5年の平均で参加者が27人であり、継続実施しているが、参加者が固定化している。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム指標	1	体重減少	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%
	2	体脂肪減少	38.0%	39.0%	40.0%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%
	3	骨格筋増	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	60.5%	61.0%
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトプット指標	1	参加者数(実人数) (人)	21	23	24	25	26	27	28

目標を達成するための主な戦略	医師、健康運動指導士、管理栄養士、保健師で連携し、事業の計画及び事業への参加をPRする。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

<p>実施方法：医師の講話及び栄養・運動に関する集団指導 対象者：○特定健診受診で要指導判定の方○特定保健指導対象者○生活習慣病ですでに治療中で生活習慣改善を希望する方○生活習慣改善に興味がある方○糖尿病重症化予防の対象者</p>
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

開催時間や曜日、運動の回数、効果的な指導内容等検討が必要

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>(実施体制) 担当者：教室計画（指導内容）作成、対象者の抽出、担当の割り振り、事業の効果検証・評価</p> <p>(関係者) 医師、健康運動指導士、管理栄養士、保健師、事務員 町内の医療機関</p>

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

薬局等とも連携して、事業のPRや勧奨を依頼する。

評価計画

担当者が年度末評価する。

②漁師の健康を考える会 ※本紙 P.68

事業の目的	町の基幹産業である「漁業」を守るため、漁業関係者の生活習慣改善と健康課題の解決を目標とする。
対象者	モデル地域に居住している方で漁業に理解がある方(構成員)
現在までの事業結果	間木・東滝地区平成 26 年度から開始、茂浦地区は平成 27 年度から開始し、東滝地区は健診受診率が当初 33%から現在約 70%となっている。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和 4 年度	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	
アウトカム指標	1	特定健診受診率 間木地区	40.8%	41.0%	41.2%	41.4%	41.6%	41.8%	42.0%	
	2	特定健診受診率 東滝地区	72.3%	72.4%	72.4%	72.5%	72.5%	72.6%	72.6%	
	3	特定健診受診率 茂浦地区	36.0%	36.2%	36.4%	36.6%	36.8%	37.0%	37.2%	
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和 4 年度	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	
アウトプット指標	1	漁師の健康を考える会 開催回数 (回)	0(新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止)	2	3	3	4	4	5	
	2	構成員の出席者数 (人)	0(新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止)	25	37	37	47	47	57	
	3	自主的勉強会の開催回数 (回)	0(新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止)	2	2	3	3	4	4	

目標を達成するための主な戦略	構成員及び地域の役割を担っている方々と綿密に連携を図る。
----------------	------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

実施方法：構成員が地域への健康に関する仕掛けづくりを考える。 対象者：モデル地域の住民
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

構成員が主体となり健康教室を開催する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

(実施体制) 担当者：モデル地域での漁師の健康を考える会の開催計画、事業の効果検証・評価
(関係者) 漁業協同組合、保健所、水産商工観光課、健康増進課

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

現在実施しているモデル地区の活動を積極的に PR し、対象地区の増加を目指す。

評価計画

地区担当者が次年度当初に評価する。

③糖尿病性腎症重症化予防 ※本紙 P. 69

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診・受診中断者について、適切な受診勧奨によって治療に結びつけ、住民の健康増進と医療費の増加を抑制することを目標とする。
対象者	①特定健診で要精密検査者等、糖尿病治療中断者等 ②ハイリスク者
現在までの事業結果	平成 29 年度から開始。精密検査受診率は約 80%となっている。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績		目標値				
			令和 4 年度	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
アウトカム指標	1	新規透析導入の患者数（人）	1	1	1	1	1	1	1
	2	人工透析にかかる医療費の推移（件数）	115	113	111	110	108	107	105
指標	No.	評価指標	計画策定時実績		目標値				
			令和 4 年度	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
アウトプット指標	1	精密検査受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	精密検査受診率	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%	86.0%
	4	HbA1c の変化（改善者）	40.9%	41.0%	41.2%	41.5%	41.7%	41.8%	42.0%

目標を達成するための主な戦略	医療機関と綿密に連携を図る。
----------------	----------------

現在までの実施方法（プロセス）

実施方法：通知による医療機関受診勧奨、電話・訪問による保健指導あるいは集団指導 対象者：特定健診の結果糖尿病で要精密検査者、糖尿病治療中断者、ハイリスク者
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

確実に病院受診へつなげる 合併症予防のために、歯科・眼科への受診を勧める。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

（実施体制） 担当者：対象者の抽出、担当の割り振り、事業の効果検証・評価
（関係者） かかりつけ医、健康運動指導士、管理栄養士、青森糖尿病療養指導士、保健師

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町内の医療機関との連携会議で年 1 回検討する。

評価計画

担当者が次年度当初に評価する。

④受診勧奨(未受診者対策) ※本紙 P.70

事業の目的	健診受診率の低い地区への訪問による受診勧奨や、特定健診未受診の方へ勧奨通知の発送を行い、特定健診受診率の向上を図る。
対象者	特定健診受診率の低い地区、特定健診未受診者
現在までの事業結果	地区への訪問による受診勧奨は、平成 24 年度から毎年 1 地区受診勧奨訪問を実施しているが、令和 2 からは新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止。通知による勧奨については、継続実施している。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和 4 年度	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	
アウトカム指標	1	特定健診受診率	42.5%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	
	2	特定保健指導実施率	43.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和 4 年度	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	
アウトプット指標	1	未受診者への勧奨通知回数(回)	4	4	4	4	5	5	5	
	2	勧奨地区数(地区)	0	1	1	1	1	1	1	

目標を達成するための主な戦略	時期を逃さず、ナッジ理論を活用し、複数回受診勧奨する。
----------------	-----------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

実施方法：訪問受診勧奨及びアンケート調査、通知による勧奨・再勧奨 対象者：受診率が低い地区の住民、特定健診未受診者
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

ナッジ理論を最大限に活用した勧奨方法(通知内容など)を検討する。 健診受診者が再度受診したいと思えるように環境を整える(会場・従事者など)。 集団健診やフォローアップ健診は、がん検診と特定健診が同時に受診できるというメリットを効果的に周知する方法を考える。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

(実施体制) 担当者：対象地区・対象者の抽出、担当の割り振り、事業の効果検証・評価
(関係者) 保健協力員、管理栄養士、保健師、事務員、委託業者

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健診担当、国保担当、委託業者、健診センター他医療機関と連携を図る。

評価計画

担当者が次年度当初評価する。

⑤健康教育・健康相談 ※本紙 P.71

事業の目的	よりよい生活習慣に関する正しい知識の普及啓発と必要な指導及び助言を行うことにより、自らの健康は自らで守るという意識の向上を目指す。
対象者	全町民
現在までの事業結果	広報ひらないに毎月健康情報を掲載。健康教育や健康相談は、令和2年度からは、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため休止していたが、令和4年度より規模を少しずつ拡大して実施している。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトカム指標	1	特定健診受診率	42.5%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	
	2	特定保健指導実施率	43.0%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトプット指標	1	1日30分以上の運動習慣なしの回答割合	70.7%	70.5%	70.3%	70.0%	69.0%	68.0%	67.0%	
	2	1日1時間以上運動なしの回答割合	59.4%	59.0%	58.7%	58.5%	58.3%	58.0%	57.8%	
	3	週3回以上就寝前夕食の回答割合	25.8%	25.5%	25.3%	25.0%	24.8%	24.6%	24.4%	
	4	1日3合以上の飲酒の回答割合	10.4%	10.3%	10.2%	10.0%	9.9%	9.8%	9.7%	
	5	喫煙率	19.3%	19.2%	19.1%	19.0%	18.9%	18.8%	18.7%	
	6	前期高齢者の低栄養傾向者数の割合	15.3%	15.2%	15.1%	15.0%	14.9%	14.8%	14.7%	
	7	50～74歳の咀嚼良好者の割合	69.2%	69.4%	69.6%	69.8%	70.0%	70.2%	70.4%	

目標を達成するための主な戦略	保健協力員や食生活改善推進員等の地区組織、関係課とより連携を深める。
----------------	------------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

実施方法：毎月発行される広報ひらないに掲載、各地区での健康と栄養に関する健康相談・集団指導等 ホームページへの健康に関する情報の掲載

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

町の健康課題や健康に関する事業・役立つ情報等を興味関心を引く内容でさらに周知していく。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

（実施体制） 担当者：広報への1年間の掲載計画、地域の健康課題に沿った指導内容の計画、健康相談・集団指導等の実施
（関係者） 企画政策課・保健協力員・食生活改善推進員・福祉介護課・管理栄養士・保健師

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

地域診断の内容を保健指導や広報等に生かす。

評価計画

担当者が次年度当初評価する。

⑥健康ポイント事業 ※本紙 P. 72

事業の目的	健診受診率向上及び健康意識の向上を目指す。
対象者	特定健診・がん検診受診者及び健康づくり事業への参加者
現在までの事業結果	令和2年度より事業開始。参加者からのアンケート結果を事業内容に反映させながら実施を継続している。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトカム指標	1	特定健診受診率	42.5%	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトプット指標	1	事業への参加者数(人)	678	691	704	718	732	746	760	

目標を達成するための主な戦略	広報や健診会場、医療機関や公共施設等での周知により、事業の浸透を図る。
----------------	-------------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

実施方法：健診や各事業に参加することでポイントを集め応募してもらい、抽選で景品を贈呈する。
対象者：特定健診・がん検診受診者及び健康づくり事業への参加者

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

継続実施する。参加者の増加により、町民の健康意識の向上へ繋がるよう、景品や実施方法等の見直しを実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

(実施体制)
担当者：年度内計画、町民向けに情報発信、該当者の選定、景品の発送、事業の効果検証・評価

(関係機関)
かかりつけ医、薬局、福祉介護課、公共施設等

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

継続実施する。R5 度から実施した介護予防ポイント事業との連携も図りながら、相乗効果を目指す。

評価計画

担当者が次年度当初評価する。

⑦重複医療受診者への適切な受診指導 ※本紙 P.74

事業の目的	適正な医療受診へ向けての個別指導を目指す。
対象者	①同一月に3医療機関以上から重複処方が発生した有効数1以上の方、②同一月に10以上受診した10日以上受診した医療機関が1以上ある方、③同一月に処方薬効数6以上、かつ同一薬効に関する処方日数15日以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数1以上の方
現在までの事業結果	毎年事業を実施しており、令和元年度から4年度までの平均改善率は、約94%。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム指標	1	適切な受診（改善率）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトプット指標	1	保健指導実施率（適切な受診指導）	67.0%	70.0%	73.0%	76.0%	79.0%	82.0%	85.0%
	2	重複服用者の人数（人）	21	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	3	多剤服用者の人数（人）	9	減少	減少	減少	減少	減少	減少

目標を達成するための主な戦略	事務職と専門職で密に連携をとり、それぞれの役割を果たす。
----------------	------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

KDBシステムにて対象者候補者を抽出し、レセプトを確認しながら、対象者の絞り込みを行っている。対象者決定後は、保健師、管理栄養士が保健指導を実施。その翌年に、保健指導実施者へのアンケート及びKDBシステムによる改善率の測定から、事業効果を確認している。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

継続実施する。対象者に対して、事業目的である「適正な医療機関の受診」についてわかりやすく説明し、改善につなげる。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

(実施体制) 担当者：対象者の抽出、事業の効果検証・評価
(関係者) 管理栄養士、保健師、事務員など

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

継続実施する。

評価計画

保健指導実施の翌年に保健指導実施者へのアンケートを実施する。またKDBシステムにより改善率を評価する。

⑧後発医薬品の使用促進 ※本紙 P.75

事業の目的	後発医薬品の使用率向上を目指す。
対象者	全町民、指定薬剤について35歳以上で14日以上投与期間があり、後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用差額200円以上の方
現在までの事業結果	年2回の差額利用（使用）通知と年1回の広報掲載等を実施し、令和4年度のジェネリック医薬品使用率は83.7%（年間平均）。

今後の目標値

指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトカム指標	1	ジェネリック医薬品利用割合（厚生労働省公表保険者別後発医薬品の使用割合）	84.0% (R5年3月診療分)	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	
指標	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			令和4年度	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	
アウトプット指標	1	広報掲載（回/年）	1	1	1	1	1	1	1	
	2	促進通知（回/年）	2	2	2	2	2	2	2	

目標を達成するための主な戦略	国保連との連携を密にする。
----------------	---------------

現在までの実施方法（プロセス）

年2回差額通知を対象者へ送付するほか、広報掲載・保険証一斉更新時等にリーフレットを送付。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

継続実施する。第3期計画からは、県指標でもある厚生労働省公表数値を使用する。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>（実施体制） 担当者：広報記事作成、国保連との連携、ジェネリック医薬品利用割合確認など</p> <p>（関係者） 国保連、事務員など</p>

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

継続実施する。

評価計画

年2回（9月診療分、3月診療分）公表される厚生労働省公表数値「保険者別の後発医薬品の使用割合」を確認し、評価する。

(2) 個別保健事業の内容個別保健事業計画・評価指標のまとめ ※本紙 P. 76

事業名：担当部署	事業概要	アウトプット 指標	アウトカム 指標	関連する 短期目標
メディコトリム教室：健康増進担当部署	対象者：○特定健診受診で要指導判定の方○特定保健指導対象者○生活習慣病ですでに治療中で生活改善を希望する方○生活改善に興味がある方○糖尿病重症化予防の対象者 手法：6か月間を通し、食事・運動などメディコトリム手帳に記入しながら、保健師・栄養士がサポートをする。	【項目名・目標値】 概要版 12 ページ参照 本紙 67 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 12 ページ参照 本紙 67 ページ参照	HbA1c6.5%以上で服薬なしの人の割合 血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合 LDL=c140mg/dl 以上で服薬なしの人の割合 eGFR が 45ml/分/1.73m ² 未満で血糖・血圧などの服薬なしの人の割合
漁師の健康を考える会：健康増進担当部署及び国保担当部署	対象者：モデル地域に居住している方で漁業のことをよく知っている方 手法：現在2地区で実施。地域の方々健康で生活できるような仕掛けづくりをする。	【項目名・目標値】 概要版 13 ページ参照 本紙 68 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 13 ページ参照 本紙 68 ページ参照	特定健診受診率 1日30分以上の運動習慣なしの回答割合 1日1時間以上運動なしの回答割合 1日3合以上の飲酒の回答割合
糖尿病性腎症重症化予防：健康増進担当部署	対象者：○特定健診で「糖尿病要精密検査と判定された方」○糖尿病治療中断者○特定健診の結果ハイリスクの方 手法：訪問、通知、電話等で個別に生活習慣に関する指導やメディコトリム教室を活用した集団指導をする。	【項目名・目標値】 概要版 14 ページ参照 本紙 69 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 14 ページ参照 本紙 69 ページ参照	特定健診受診率 HbA1c6.5%以上で服薬なしの人の割合 血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの人の割合 eGFR が 45ml/分/1.73m ² 未満で血糖・血圧などの服薬なしの人の割合
受診勧奨：健康増進担当部署及び国保担当部署	対象○特定健診未受診者：○健診受診率の低い地区 手法：○通知による勧奨・再勧奨○訪問受診勧奨及びアンケート調査を実施する。	【項目名・目標値】 概要版 15 ページ参照 本紙 70 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 15 ページ参照 本紙 70 ページ参照	特定健診受診率 特定保健指導実施率
広報・健康教育・健康相談・栄養教室等：健康増進担当部署	対象：町民 手法：毎月発行される広報ひらいたへの掲載、各地区での健康と栄養に関する集団指導をする。	【項目名・目標値】 概要版 16 ページ参照 本紙 71 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 16 ページ参照 本紙 71 ページ参照	特定健診受診率 特定保健指導実施率 1日30分以上の運動習慣なしの回答割合 1日1時間以上運動なしの回答割合 週3回以上就寝前夕食の回答割合 1日3合以上の飲酒の回答割合
健康ポイント事業：国保担当部署	対象：健診受診者及び生活習慣改善実施者 手法：ポイントをためて応募することで、抽選で景品を贈呈するため、健康意識向上のインセンティブ効果を期待するもの。	【項目名・目標値】 概要版 17 ページ参照 本紙 72 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 17 ページ参照 本紙 72 ページ参照	特定健診受診率
重複医療受診者への適切な受診指導：健康増進担当部署及び国保担当部署	対象者：○重複・多剤：同一月内に3医療機関以上から、重複処方が発生した有効数1以上の方○重複・頻回：同一月内に10日以上受診した医療機関が1以上ある方○同一月内に処方薬効数6以上、かつ同一薬効に関する処方日数15日以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数1以上の方 手法：保健師等による訪問指導で、適正受診に導く。	【項目名・目標値】 概要版 18 ページ参照 本紙 74 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 18 ページ参照 本紙 74 ページ参照	重複服用者の人数 多剤服用者の人数
後発医薬品の使用促進：健康増進担当部署及び国保担当部署	対象：○ポピュレーションアプローチ：町民○ハイリスクアプローチ：指定薬剤について35歳以上で14日以上投与期間があり、ジェネリック医薬品使用差額200円以上の方 手法：広報による啓発、被保険者へ対して保険証の切り替え時期にリーフレットを配布し啓発を実施するほか、レセプト等の情報をもとに差額通知を行い、使用促進を図る。	【項目名・目標値】 概要版 19 ページ参照 本紙 75 ページ参照	【項目名・目標値】 概要版 19 ページ参照 本紙 75 ページ参照	後発医薬品の使用割合

(3) データヘルス計画の全体像 ※本紙 P. 77

