

上三川町第3期国民健康保険 データヘルス計画

上三川町第4期国民健康保険 特定健康診査等実施計画

【改訂版〈令和7（2025）年7月〉】

令和6（2024）年3月

栃木県上三川町

目 次

I	基本情報	1
II	分析結果	4
III	健康課題・計画目標	6
IV	個別保健事業計画	
	・事業番号 1 ★特定健康診査	9
	・事業番号 2 ★特定保健指導	10
	・【別紙】★第 4 期上三川町国民健康保険特定健康診査等実施計画	11
	・事業番号 3 生活習慣病等重症化予防事業	18
	・事業番号 4 糖尿病重症化予防事業①（未治療者・治療中断者対策）	19
	・事業番号 5 糖尿病重症化予防事業②（治療中者対策）	20
	・事業番号 6 重複・頻回受診者、重複服薬者訪問指導事業	21
	・事業番号 7 後発（ジェネリック）医薬品差額通知事業	22
	・事業番号 8 人間ドック・脳ドック検診費用助成事業	23
V	その他	24
VI	用語の解説	25

【別冊】

上三川町第 3 期国民健康保険データヘルス計画に関する健康・医療情報等の分析資料

★は、第 4 期特定健康診査等実施計画に基づく項目を表す。

I 基本情報

1 被保険者の基本情報

【令和5（2023）年4月1日現在】

区 分	全 体		男 性		女 性	
	人	%	人	%	人	%
町の人口	30,860	100.0	15,866	51.4	14,994	48.6
国民健康保険被保険者数	5,795	100.0	2,896	50.0	2,899	50.0

2 基本的事項

①計画の趣旨	本町国民健康保険では、これまで「データヘルス計画」及び「特定健康診査等実施計画」を策定し、保健事業の充実を図り、特定健診や特定保健指導等において成果を上げてきた。 両計画が令和5（2023）年度で最終年度となることに合わせ、さらに効果的かつ効率的に保健事業を推進するために、令和6（2024）年度からは「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）」として、一体的に策定し推進するものとする。 なお、新たな計画では、国の提唱する共通指標の設定を通じ、さらなる保健事業の充実を図ることとする。 また、策定に当たっては、健康課題、保健事業実績に基づく実績評価を個別保健事業毎に行って達成度と課題を明確にし、さらに計画の達成を推進するための体制についても、できる限り具体的に記述する。 「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〕」を通じ、被保険者の健康の保持増進、健康寿命の延伸を目指すとともに、医療費の適正化に資するものとする。
②計画期間	本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とする。 また、前半3年間を前期、後半3年間を後期とし、令和8（2026）年度に実施する中間評価の進捗状況に応じ、計画を修正・展開する。
③実施体制	国民健康保険部局である住民課が推進の主体となる。 また、保健事業の積極的な推進を図り、健康課題の克服に向け、保健衛生部局である健康福祉課との連携を図る。 なお、計画の策定・評価・見直しの各段階において、被保険者及び医療関係者等からなる上三川町国民健康保険運営協議会の意見を聴取するものとする。
④関係者連携	保健事業の積極的な推進を図り、健康課題の克服に向け、保健衛生部局である健康福祉課との連携を図る。 なお、計画の策定及びPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう評価・見直しの各段階において、被保険者及び医療関係者等からなる上三川町国民健康保険運営協議会の意見を聴取するものとする。

3 保険者及び関係者が果たすべき役割

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
①町国保	被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、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。 計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業や計画を評価し、必要に応じ、計画の見直しや次期計画に反映させるものとする。
②県（国保医療課・健康増進課）	関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等現状分析のために県が保有するデータの提供
③県広域健康福祉センター（保健所）	関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等
④国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国保中央会	KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援 研修会等での人材育成、情報提供
⑤後期高齢者医療広域連合	地域包括ケア、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施での協力 データや分析結果の共有
⑥保健医療関係者	医師会、歯科医師会、薬剤師会と上三川町国民健康保険運営協議会を通じ、計画策定、評価・見直し等への助言及び健康診査、保健指導への協力

4 現状の整理

①保険者の特性	○環境 上三川町は栃木県の南東部に位置し、人口約3万人の町である。 ○年齢階級別人口・国民健康保険被保険者数 被用者保険加入者が多く国民健康保険加入率は約19%と低めである。60歳未満の国民健康保険加入率は約11%であり、60歳以上では約56%と同年代の住民の約半数を占めている。 ○被保険者数推移予測 住民の高齢化に伴い国民健康保険加入者数は減少傾向にあり、平成30（2018）年度は6,621人であったが令和5（2023）年度は5,795人まで減少している。今後も団塊の世代が後期高齢者医療制度に移行するため持続的な減少が予測される。 ○保健事業 本町では保健事業の概要として令和4（2022）年度において、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率とも県内7位となっている。																
②地域資源の状況	○上三川町健康づくり推進協議会 ○上三川町食生活改善推進協議会 ○上三川いきいきプラザ指定管理者																
③前期計画等に係る考察	1）特定健康診査 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="296 936 408 965">実施状況</td><td data-bbox="440 869 1444 1025"> ・受診率は県下で上位である。 ・受診率の伸びが少なく、目標値の60%には達していない。 ・令和3年度、4年度は年代別で不定期受診・連続受診・未受診に分けてハガキ勧奨を実施し、令和4年度からは、集団健診の当日キャンセル者に対して電話勧奨を開始した。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="296 1137 408 1167">成功要因</td><td data-bbox="440 1093 1444 1211"> ・はがきによる受診勧奨を強化し、継続受診するよう働きかけた。 ・40歳到達者や社保から国保の切り替えなど、初めて特定健康診査対象になる方への受診勧奨を強化した。 ・当日キャンセル者への対応を追加した。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="296 1279 408 1308">阻害要因</td><td data-bbox="440 1249 1444 1317"> ・令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で、定員を約半数に削減したため積極的な受診勧奨は行えなかった。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="320 1413 384 1442">課題</td><td data-bbox="440 1368 1444 1473"> ・個々の受診率向上策で期待される受診率の向上との関連性から目標を設定する。 ・到達可能性の高い目標を設定し、確実な達成を目指す。また、対象者のセグメント化と特性に対応した勧奨手段を検討する。 </td></tr> </table> 2）特定保健指導 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="296 1682 408 1711">実施状況</td><td data-bbox="440 1592 1444 1787"> ・健診現場や結果説明会を活用して特定保健指導を実施している。脱落率の高い要因を把握して、実施率の向上に取り組んだ結果、令和4年度は58.8%まで上昇した。 ・平成30年度から令和3年度までの過去4年間の特定保健指導を利用した者の体重低下は、積極的支援で平均0.47kg、動機付け支援で平均0.48kgであり、保健指導非参加者の平均0.38kgとほぼ同じである。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="296 1839 408 1868">成功要因</td><td data-bbox="440 1816 1321 1883"> ・令和2年度から集団健診当日に初回面接を行う分割実施を取り入れた。 ・特定保健指導未予約者に対する個別の電話勧奨を実施した。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="296 1935 408 1964">阻害要因</td><td data-bbox="440 1928 1102 1957"> ・実施率は向上しているが、支援の効果が出ていない。 </td></tr> <tr> <td data-bbox="320 2024 384 2054">課題</td><td data-bbox="440 2018 1321 2047"> ・実施率が安定的に確保でき、効果の高い保健指導の仕組みを整備する。 </td></tr> </table>	実施状況	・受診率は県下で上位である。 ・受診率の伸びが少なく、目標値の60%には達していない。 ・令和3年度、4年度は年代別で不定期受診・連続受診・未受診に分けてハガキ勧奨を実施し、令和4年度からは、集団健診の当日キャンセル者に対して電話勧奨を開始した。	成功要因	・はがきによる受診勧奨を強化し、継続受診するよう働きかけた。 ・40歳到達者や社保から国保の切り替えなど、初めて特定健康診査対象になる方への受診勧奨を強化した。 ・当日キャンセル者への対応を追加した。	阻害要因	・令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で、定員を約半数に削減したため積極的な受診勧奨は行えなかった。	課題	・個々の受診率向上策で期待される受診率の向上との関連性から目標を設定する。 ・到達可能性の高い目標を設定し、確実な達成を目指す。また、対象者のセグメント化と特性に対応した勧奨手段を検討する。	実施状況	・健診現場や結果説明会を活用して特定保健指導を実施している。脱落率の高い要因を把握して、実施率の向上に取り組んだ結果、令和4年度は58.8%まで上昇した。 ・平成30年度から令和3年度までの過去4年間の特定保健指導を利用した者の体重低下は、積極的支援で平均0.47kg、動機付け支援で平均0.48kgであり、保健指導非参加者の平均0.38kgとほぼ同じである。	成功要因	・令和2年度から集団健診当日に初回面接を行う分割実施を取り入れた。 ・特定保健指導未予約者に対する個別の電話勧奨を実施した。	阻害要因	・実施率は向上しているが、支援の効果が出ていない。	課題	・実施率が安定的に確保でき、効果の高い保健指導の仕組みを整備する。
実施状況	・受診率は県下で上位である。 ・受診率の伸びが少なく、目標値の60%には達していない。 ・令和3年度、4年度は年代別で不定期受診・連続受診・未受診に分けてハガキ勧奨を実施し、令和4年度からは、集団健診の当日キャンセル者に対して電話勧奨を開始した。																
成功要因	・はがきによる受診勧奨を強化し、継続受診するよう働きかけた。 ・40歳到達者や社保から国保の切り替えなど、初めて特定健康診査対象になる方への受診勧奨を強化した。 ・当日キャンセル者への対応を追加した。																
阻害要因	・令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で、定員を約半数に削減したため積極的な受診勧奨は行えなかった。																
課題	・個々の受診率向上策で期待される受診率の向上との関連性から目標を設定する。 ・到達可能性の高い目標を設定し、確実な達成を目指す。また、対象者のセグメント化と特性に対応した勧奨手段を検討する。																
実施状況	・健診現場や結果説明会を活用して特定保健指導を実施している。脱落率の高い要因を把握して、実施率の向上に取り組んだ結果、令和4年度は58.8%まで上昇した。 ・平成30年度から令和3年度までの過去4年間の特定保健指導を利用した者の体重低下は、積極的支援で平均0.47kg、動機付け支援で平均0.48kgであり、保健指導非参加者の平均0.38kgとほぼ同じである。																
成功要因	・令和2年度から集団健診当日に初回面接を行う分割実施を取り入れた。 ・特定保健指導未予約者に対する個別の電話勧奨を実施した。																
阻害要因	・実施率は向上しているが、支援の効果が出ていない。																
課題	・実施率が安定的に確保でき、効果の高い保健指導の仕組みを整備する。																

③前期計画等に係る考察

3) 生活習慣病重症化予防事業（未治療者対策）	
実施状況	・ 令和2年度から、主に集団健診受診者を対象に生活習慣病のハイリスク者を抽出し、個別面接による結果返却に手法を転換した。対象の状況に応じて、電話や訪問など手法を変えて働きかけた。
成功要因	・ 結果説明会での個別面接に手法を転換したことで、受診率が上昇している。その後精密検査を受診していない方に対し、受診の意向等を電話などで確認し、勧奨を強化したことで受診率が増加した。
阻害要因	・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、ポピュレーションアプローチを兼ねた集団健診結果説明会の実施方法の見直しが必要となった。
課題	・ 主に集団健診受診者を事業の対象者としており、個別健診受診者等の管理ができていない。
4) 生活習慣病重症化予防事業（治療中者対策）	
実施状況	・ 主に集団健診受診者を対象として、「糖尿病重症化予防相談会」の参加者を募集し、透析に移行しないための生活習慣行動がとれるよう、保健師・管理栄養士による個別相談を実施した。
成功要因	・ 結果説明会を活用し、健診結果から今後、透析に移行しないために生活習慣の見直しが必要であることを説明の上、糖尿病重症化予防相談会を案内したことで、効果的に参加勧奨を実施できた。
阻害要因	・ 毎年度重なる対象者の抽出により、保健指導参加者が増加しておらず、対象者の獲得に課題があり、目標（年10件）に到達していない。 ・ 年度単位で事業実施をしており、経年的な対象者の管理体制が構築されていない。相談会後のデータの評価体制整備ができていない。
課題	・ 集団健診の結果説明会の場を当事業対象者の説明と募集の場、また過去支援者の継続フォローの場として整理する。 ・ 結果説明会の実施や医療機関の協力を得て対象を拡大し、新規対象者への支援を行うとともに、再度支援が必要と考えられる人には保健指導を実施できる体制の整備を目指す。治療中者へのアプローチとして、医療機関との連携を強化する。

Ⅱ 分析結果

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
平均寿命 健康寿命	●平均寿命 男性（81.6歳）は全国とほとんど変わらないが、女性（85.8歳）は1.7歳短い。 ●健康寿命 要介護2以上から見た自立期間では、男性（79.7歳）は全国とほとんど差がみられないが、女性（82.8歳）は1.4歳短い。	○国保データベース（KDB）システム等 データ分析結果報告書（R4年度）	Ⅱ
標準化死亡比	●心疾患（男性：119、女性：108）は、男性が全国より高い。 ●急性心筋梗塞（男性：164、女性：128）は、男性がかなり高い。 ●脳血管疾患（男性：124、女性：150）は、男女ともに全国より高い。 ●脳内出血（男性：112、女性：139）は、女性がかなり高い。 ●脳梗塞（男性：135、女性：149）は、男女ともにかなり高い。	○人口動態統計特殊報告（H25～H29年）	Ⅱ
医療費割合	●生活習慣病関連の医療費割合をみると脳出血・脳梗塞の医療費割合（4.6%）は、全国（3.9%）と比較して高い傾向にある。 ●高血圧症（7.0%）、糖尿病（13.2%）、脂質異常症（5.1%）の医療費割合は、全国（5.9%、10.4%、4.1%）と比較して高めである。 ●生活習慣病の医療費割合（25.6%）は、全国（20.9%）と比較してかなり高く、一人当たり（外来）医療費では、どの年齢層でも男女ともに一貫して高い。 ●循環器疾患の一人当たり（入院）医療費は、男性の40～59歳、60～64歳で県・全国と比較すると高めである。	○KDB地域の全体像の把握（R4年度）	Ⅱ
特定健康診査	●受診率は、県内で7位である。 ●一方で受診率の伸びが少なく、中間評価時の目標値には達していない。 ●中途加入者の受診率が低めである。 ●3年間の年齢階層別受診回数をみると、65～74歳の不定期受診者（2回、1回）の割合が高めである。	○法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（H30～R4年度） ○特定健診結果独自分析（R2～R4年度）	Ⅰ
特定保健指導	●比較的高い実施率を維持できており、令和4年度は58.8%まで伸びた。 ●積極的支援では終了率に対して脱落率が高かったが、令和4年度には脱落率が低下した。 ●動機付け支援では年度による差が大きく、一定の傾向はなかった。 ●平成30年度から令和3年度までの過去4年間の特定保健指導を利用した者の体重低下は、積極的支援で平均0.47kg、動機付け支援で平均0.48kgであり、保健指導非参加者の平均0.38kgとほぼ同じである。	○法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」（H30～R4年度） ○特定健診結果独自分析（H30～R4年度）	Ⅲ

重症化予防 (未治療者勸奨)	●受診勧奨対象者の延べ人数が、令和3年度214人から令和4年度173人まで減少した。 ●高血圧症治療勧奨の対象者数は、令和4年度87人と他の疾患に比べて多く、「慢性腎臓病」も増加傾向にある。 ●翌年の健診結果から見た受診勧奨対象者の治療者の割合は、高血圧症（約25%）、糖尿病（約38%）と高かった。	○特定健診結果独自分析（H30-R4年度）	Ⅱ．Ⅲ．Ⅳ
重症化予防 (治療中者)	●糖尿病コントロール不良者に占める腎機能低下者の割合は、3%にみられた。 ●「糖尿病治療中者に占めるコントロール不良者」の割合は、37.4%から21.0%に減少しており大きく改善している。	○特定健診結果独自分析（H30-R4年度）	Ⅱ．Ⅳ
糖尿病 重症化予防	●令和4年度の特定健診受診者の結果から、糖尿病区分の人のうち、糖尿病の「内服あり」と回答した人の割合は83.2%（233人）であり、そのうち高血圧症治療域にも関わらず未治療の人が14.6%（34人）いた。 ●糖尿病の「内服あり」と回答した人の糖尿病に関する医療機関受診状況では、通院歴がない割合が22.3%（52人）と高かった。	○特定健診結果・医療費独自分析（R4年度）	Ⅱ．Ⅳ
健診結果	●BMIからみた肥満者の割合（男性:33.9%、女性:27.6%）は、全国（男性:34.2%、女性:21.4%）と比較して特に女性が高く、腹囲もBMIと同様の傾向であった。 ●BMI30以上は5.2%であった。	○KDB厚生労働省様式（様式5-2）（R4年度） ○特定健診結果・医療費独自分析（R4年度）	Ⅲ
健診結果 (フレイル・口腔機能)	●前期高齢者でBMI20を下回る人は平均で約20%であり、女性の方が高い。 ●50歳以上の受診者に占める咀嚼困難者は、噛みにくいが2~3%、ほとんど噛めないが約0.3%であり、増加傾向である。	○特定健診結果独自分析（H30-R4年度）	V

Ⅲ 健康課題・計画目標

保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)		③データヘルス 計画全体の目的		生活習慣病の発症と重症化予防により、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上と健康寿命の延伸を図ると共に、結果として医療費の適正化に資する。														
① 健康課 題番号	②健康課題 (優先順位付け)	データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)																
I	特定健康診査の受診率の伸びが少ない。	①健康課題番号	⑤評価指標	⑥ベースライン (2019 (R1))	⑦計画策定時実績							⑧目標値						
					2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)							
II	生活習慣病関連医療費(高血圧症・糖尿病・脂質異常症・透析)の割合が県・全国より高い。	I Ⅳ	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(2019〔R1〕年度比)	—	10.00%	8.00%	7.00%	6.00%	5.00%	4.00%	3.00%						
			2	有所見者の割合の増加率(2019〔R1〕年度比)	収縮期血圧(130mmHg以上)	—	7.94%	5.94%	4.94%	3.94%	2.94%	1.94%	0.94%					
3	拡張期血圧(85mmHg以上)	—	38.71%		36.71%	35.71%	34.71%	33.71%	32.71%	31.71%								
4	HbA1c(5.6%以上)	—	-14.33%		-16.33%	-17.33%	-18.33%	-19.33%	-20.33%	-21.33%								
5	空腹時血糖(100mg/dl以上)	—	-10.21%		-12.21%	-13.21%	-14.21%	-15.21%	-16.21%	-17.21%								
6	中性脂肪(150mg/dl以上)	—	14.99%		12.99%	11.99%	10.99%	9.99%	8.99%	7.99%								
7	HDL-C(40mg/dl未満)	—	49.52%		47.52%	46.52%	45.52%	44.52%	43.52%	42.52%								
III	前期高齢者のうち、BMI20以下が約2割を占めフレイルハイリスク者がいる。	II Ⅳ	8	LDL-C(120mg/dl以上)	—	-10.41%	-12.40%	-13.40%	-14.40%	-15.40%	-16.40%	-17.40%						
			9	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(2019〔R1〕年度比)	—	6.52%	4.52%	3.52%	2.52%	1.52%	0.52%	-0.48%						
IV	脳血管疾患(男女)と心疾患(男性)の標準化死亡比が高い。	III	10	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	38.99%	38.55%	39.60%	40.70%	41.80%	42.90%	43.90%	45.00%						
			11	特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合	2.13%	1.41%	1.29%	1.23%	1.17%	1.11%	1.05%	1.00%						
V	肥満の有所見者は、男性で約34%、女性で約28%を占め、女性は県・全国よりも高い。	II Ⅳ	12	空腹時血糖値160mg/dl以上	2.67%	1.44%	1.32%	1.25%	1.18%	1.11%	1.04%	1.00%						
			13	特定健診受診者のフレイルハイリスク者等の割合	14.70%	14.98%	14.80%	14.70%	14.50%	14.30%	14.20%	14.00%						
V	生活習慣病関連医療費(高血圧症・糖尿病・脂質異常症・透析)の割合が県・全国より高い。	II Ⅳ	14	50～64歳における咀嚼良好	80.75%	79.82%	80.00%	80.20%	80.40%	80.60%	80.80%	81.00%						
			15	65～74歳における咀嚼良好	76.97%	77.60%	77.70%	77.70%	77.80%	77.90%	77.90%	78.00%						

個別の保健事業(データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法)

① 健康課題番号	⑮データヘルス計画の 目標を達成するための 戦略	④ 評価 指標 番号	⑨事業名称	⑩個別保健事業 の評価指標	⑪ ベース ライン (2019 〔R1〕)	⑫個別保 険事業の 計画策定 時実績							⑬個別保健事業の目標値	⑭ 重点・ 優先度
						2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)		
Ⅰ	効果的な手法を見直し ながら、特定健康 診査の受診勧奨を実 施する。 庁内連携を図り、受 診勧奨を展開し、受 診率向上を図る。	1 ～ 15	★特定健康診査	◎受診率	47.2%	48.3%	48.6%	48.9%	49.2%	49.4%	49.7%	50.0%	1	
				◎40歳代受診率	28.8%	32.5%	33.2%	33.9%	34.6%	35.2%	35.9%	36.6%		
				◎50歳代受診率	32.7%	37.7%	38.3%	39.0%	39.7%	40.4%	41.0%	41.7%		
Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ	外部アドバイザーの 支援を受けながら、 専門職が効果的な指 導技術を身につけ る。 「質の向上」に着目 し、効果的な保健指 導を展開する。	1 ～ 10	★特定保健指導	◎実施率	37.3%	58.8%	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	4	
				◎特定保健指導によ る特定保健指導対象 者の減少率	19.8%	20.4%	21.2%	21.6%	22.0%	22.3%	22.6%	23.0%		
				腹囲2cm以上かつ体 重2kg以上減少者の 割合（積極的支援）	-	-	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%		
Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ	結果説明会などの既 存の事業実施体制を 活かし、各保健事業 を効率的に実施す る。	2 ～ 8 ・ 11 ・ 12	生活習慣病等重 症化予防事業	受診勧奨対象者（未 治療者）への受診勧 奨実施率	99.6% (2020 〔R2〕)	98.7%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	100.0%	3	
				受診勧奨対象者（未 治療者）の医療機関 受診率	79.4% (2022 〔R4〕)	79.4%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%
Ⅱ ・ Ⅳ	栃木県糖尿重症化予 防プログラム及び各 保健事業の推進に向 けてかかりつけ医 との連携を強化す る。	1 ・ 4 ・ 5 ・ 11 ・ 12	糖尿病重症化予 防事業①（未治 療者・治療中断 者対策）	◎受診勧奨対象者 （未治療者）への受 診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	2	
				◎受診勧奨対象者 （未治療者）の医療 機関受診率	84.6%	76.6%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%
				受診勧奨対象者（治 療中断者）への受診 勧奨実施率	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%
				受診勧奨対象者（治 療中断者）の医療機 関受診率	-	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%		50.0%

1 ・ 4 ・ 5 ・ 11 ・ 12	糖尿病重症化予 防事業② (治療中者対 策)	重症化予防指導対象 者の案内率	87.3% (2022 〔R4〕)	87.3%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	2
		◎保健指導対象者へ の保健指導実施率 (初回相談実施割 合)	10.7%	1.8%	3.0%	3.0%	5.0%	5.0%	8.0%	8.0%	
		◎保健指導対象者へ の保健指導実施率 (終了割合)	8.9%	1.8%	3.5%	3.5%	5.2%	5.2%	8.8%	8.8%	
		対象者の管理件数	-	-	50件	65件	80件	95件	125件	140件	
1 ～ 15	重複・頻回受診 者、重複服薬者 訪問指導事業	訪問指導実施件数 (重複・頻回受診 者)	1件 (2020 〔R2〕)	3件	2件	2件	2件	2件	2件	2件	5
		訪問指導実施件数 (重複服薬者)	1件 (2020 〔R2〕)	4件	2件	2件	2件	2件	2件	2件	
1 ～ 15	後発（ジェネ リック）医薬品 差額通知事業	対象者に対する通知 回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	7
		後発（ジェネリッ ク）医薬品使用（利 用）割合	80.7%	83.4%	84.1%	84.7%	85.3%	85.9%	86.5%	87.1%	
1 ～ 15	人間ドック・脳 ドック検診費用 助成事業	助成件数	140件	141件	143件	145件	147件	149件	151件	153件	6

・「⑨事業名称」における★は、第4期特定健康診査等実施計画に基づく項目を表す。

・「⑩個別保健事業の評価指標」における◎は、県の共通指標を表す。

Ⅳ 個別保健事業計画

【★第4期特定健康診査等実施計画】

事業番号 1. ①事業名：★特定健康診査

②事業の目的	高血圧症、脂質異常症、糖尿病など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（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査を実施し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出する。また受診率の向上を図り、疾病の早期発見・早期治療・重症化予防を図る。
③対象者	40～74歳までの国民健康保険加入者
④現在までの事業結果	- 令和4年度の特定健康診査受診率は48.3%であり、ほぼ横ばいで推移しているが、前期計画の目標値60%に到達していない。 - 健診受診歴に応じた通知を作成し、受診勧奨を継続的に実施した。 - 初めて特定健康診査の対象となる40歳の者に無料クーポン券を配布した。 - 受診者の傾向を分析すると、被用者保険から加入する中途加入者の受診率が低めである。 - 過去3年間の累積受診回数を年齢階層別にみると、65～74歳の不定期受診者の割合が高めである。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 [R1])	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (成果)指標	受診率	47.2%	48.3%	48.6%	48.9%	49.2%	49.4%	49.7%	50.0%
アウトカム (成果)指標	40歳代受診率	28.8%	32.5%	33.2%	33.9%	34.6%	35.2%	35.9%	36.6%
アウトカム (成果)指標	50歳代受診率	32.7%	37.7%	38.3%	39.0%	39.7%	40.4%	41.0%	41.7%

(注) 太枠の2026年度 (R8) は中間評価年度、2029年度 (R11) は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	- 受診率向上のため、受診者の傾向をアセスメントしながら対象者をセグメント化し、効果的な受診勧奨を実施する。 - 国保部門と庁内連携を図り、新規加入者の受診勧奨を実施する。 - 予約体制など、健診を受けやすい仕組みを検討する。
-----------------	---

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- 令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で集団健診の定員を約半数に削減し、受診率が低下したものの、令和3年度にはコロナ禍前まで回復傾向にある。 40歳到達者や社会保険から国民健康保険の切り替えなど、初めて特定健康診査対象になる方への受診勧奨を強化した。また不定期受診者を減らすために、はがきによる受診勧奨を強化し、継続受診するよう働きかけた。勧奨時には計画的に直近の健診を案内するなどタイムリーな勧奨を実施し、受診率上昇につなげることができた。
--

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- 受診勧奨効果をアセスメントしながら、到達受診率を想定し、受診率向上策を展開する。 - 新規加入者、不定期受診者、連続受診者、未受診者などグループを分け、ナッジ理論を取り入れた受診勧奨を行う。 - 受診率向上に向けて国保部門と連携し、新規加入者の受診勧奨を強化する。 - 受診者の傾向を分析し、被用者保険から加入する中途加入者や前期高齢者などの受診勧奨を強化する。
--

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- 健診受診方法を分かりやすく記載したオリジナルの健診案内を毎年作成している。主に健診希望日調査票で申し込みを受け付ける他、電話申し込みも可能としている。 - 保健センターや地域のコミュニティセンターなど身近な会場での集団健診と、町内委託医療機関による個別健診の2つの方式で実施している。 - 受診しやすい環境を整えるため、集団健診では土・日曜日の開催、女性だけが受診できる女性の日の設定をしている。 - 特定健康診査と同時にがん検診を受診できるようにしている。 - 健診受診がインセンティブ事業（健康マイレージ）のポイントになるなど、他事業と連動して事業展開している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- 中間評価までに受診率49%を目標に、対象者の特性ごとに効果的な受診勧奨方法を導き、効率的な受診勧奨に取り組む。 - 他の保健事業の場も活用しながら、受診勧奨を実施する。 - 利便性向上に向けて、Web予約システムの導入などを検討する。

⑮評価計画

- ストラクチャー及びプロセス評価は、主に事業に携わる全職員による話し合いにより毎年度実施する。目標の到達度を振り返り、次年度の目標受診率等を定め、戦略を立て、計画の修正を行うこととする。 - アウトカム評価は、「特定健診・特定保健指導実施結果報告」の数値を利用し評価する。なお、確定値は翌年11月に公表される。

Ⅳ 個別保健事業計画

【★第4期特定健康診査等実施計画】

事業番号2. ①事業名：★特定保健指導

②事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した保健指導により、高血圧症、糖尿病、脂質異常症について生活習慣病の予防を図る。生活習慣の改善をするための行動目標を設定・実践することにより、対象者が自分の健康に関するセルフケアができるようになる。
③対象者	特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の選定基準による階層化により対象となった者
④現在までの事業結果	・特定保健指導実施率は増減を繰り返し、上昇傾向にあるものの、前期計画の目標値60%には到達していない。 ・特定保健指導積極的支援の体重低下は平均で0.47kgで、保健指導の質の向上に課題がある。 ・令和4年度から町独自に外部アドバイザーを委託し、面接技術等の向上に努めた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 [R1])	⑧計画策 定時実績 (R4)	⑨目標値					
				2022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 (実施量・率)指標	実施率	37.3%	58.8%	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上
アウトカム (成果)指標	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	19.8%	20.4%	21.2%	21.6%	22.0%	22.3%	22.6%	23.0%
アウトカム (成果)指標	腹囲2cm以上かつ体重2kg以上 減少者の割合（積極的支援）	(※)	(※)	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%

(注) 太枠の2026年度（R8）は中間評価年度、2029年度（R11）は最終評価年度

※ 新規評価指標のため未記入

⑩目標を達成するための主な戦略	・外部アドバイザーからの支援を受けながら、長期に持続可能な実施率目標を設定し、維持する。 ・「質の向上」に着目し、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、対象者の行動変容につなげる。 ・委託先との協議などを通じて保健指導効果を高める取り組みを検討する。
-----------------	--

⑪現在までの実施方法（プロセス）

・主に実施率を上げていくことを目指し、通知・電話による利用勧奨を実施した。 ・令和2年度から健診当日に初回面接を実施する初回面接の分割実施を開始し、対象者の利便性と実施率の向上を図ることができた。 ・実施形態を完全委託実施から、対象者の都合等に応じて保健指導ができるよう、一部、直営実施を開始した。

⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・対象者の健康意識が高く効果的な機会となる健診当日に、委託事業者による保健指導の初回面接分割実施に取り組む。 ・特定保健指導対象者に含まれる治療が必要な重症者への受診勧奨を確実に実施する。 ・委託実施と直営実施を並行して取り入れることにより、対象者の都合に応じた柔軟な方法で保健指導を展開する。

⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

・事業効果分析を委託実施した結果、保健指導の「質の向上」について課題があった。 ・課題を共有し、委託事業者と協議の上、事業実施体制の見直しを図った。 ・専門職の知識向上が重要であると考え、保健指導の技術指導を受け、実践に活かした。

⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・委託事業者に質の担保を求め、保健指導効果の向上のために、特定保健指導の効果的な実施体制について協議を重ねる。 ・委託事業者の保健指導実施状況や指導効果について評価し、結果をフィードバックする。中間評価までに委託業者に対する評価の視点、フィードバックの方法をまとめ運用できることを目標とする。 ・実施率を安定的に確保し、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、質の高い保健指導体制を構築する。
--

⑮評価計画

・ストラクチャー及びプロセス評価は、主に事業担当・指導に携わる全職員による話し合いにより毎年度実施する。目標の到達度を振り返り、次年度の事業方向性を見直し、計画の修正を行うこととする。委託実施に関しては、保健指導の現場確認及び記録物の確認により事業内容の評価し、結果をフィードバックする。 ・アウトプット評価及びアウトカム評価は、「特定健診・特定保健指導実施結果報告」の数値を利用し評価する。なお、確定値は翌年11月に公表される。
--

★【別紙】第4期上三川町国民健康保険特定健康診査等実施計画

1 基本指針における目標値の把握

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づく、特定健康診査等基本指針（以下、「基本指針」）において、令和11（2029）年度（実施計画終了年度）時点における保険者種別の特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標値は、次のとおり掲げられている。

■第4期計画における目標値

保険者種別	全国目標	市町村国保
特定健康診査の実施率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群等の減少率	25%以上 (2008年度比)	25%以上 (2008年度比)

2 特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率に係る目標値

基本指針に基づき、各年度における目標値を次のとおり定める。

なお、特定保健指導の実施率については、質の担保に注力することから、全国目標値の45%以上を維持することを目標とする。

■各年度における目標値

区 分	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査 の受診率	48.6%	48.9%	49.2%	49.4%	49.7%	50.0%
特定保健指導 の実施率	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上

3 特定健康診査等の対象者の推計

各年度における特定健康診査及び特定保健指導の対象者及び実施者数は、次のとおり推計される。

■特定健康診査の対象者の見込み（推計値）

区 分	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
対象者数	4,065人	3,966人	3,866人	3,766人	3,666人	3,567人
実施者数	1,976人	1,939人	1,901人	1,862人	1,823人	1,783人
目標受診率	48.6%	48.9%	49.2%	49.4%	49.7%	50.0%

■特定保健指導の対象者の見込み（推計値）

区 分	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
対 象 者 数	211 人	206 人	201 人	195 人	190 人	185 人
実 施 者 数	95 人	93 人	90 人	88 人	86 人	83 人
目標実施率	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上	45.0% 以上

4 特定健康診査について

（１）実施項目

高齢者の医療の確保に関する法律及び関係省令・通知に基づく特定健康診査として、特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するため、次の基本的な健診項目（全ての対象者が受診しなければならない項目）及び詳細項目（医師の判断により受診しなければならない項目）を実施する。

<基本的な健診項目>

- ① 問診（既往歴の調査・自覚症状及び他覚症状の検査・既往歴・家族歴等）
- ② 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）
- ③ 診察（理学的検査〔視診・打聴診・触診〕）
- ④ 血圧測定（収縮期血圧・拡張期血圧）
- ⑤ 尿検査（糖・蛋白）
- ⑥ 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）
- ⑦ 肝機能検査（AST・ALT・γ-GT）
- ⑧ 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c〔NGSP〕又は随時血糖〔食後3.5時間以上の場合〕）

<詳細項目>

- ① 眼底検査（両眼）
- ② 心電図検査
- ③ 貧血検査（ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数）
- ④ 腎機能検査（血清クレアチニン検査〔eGFRによる腎機能の評価を含む〕）

（２）実施方法（実施場所、実施期間、外部委託等）

ア 特定健康診査は、集団健診及び個別健診により、外部委託で実施する。

また、がん検診等と同時実施し、町民の利便性を図る。

イ 人間ドック事業は、特定健康診査の法定項目を含有する場合、特定健康診査に代えて実施する。

ウ 集団健診においては、特定保健指導の実施率向上や対象者の負担軽減に資する観点から、特定健康診査実施後、健診会場にて特定保健指導の「初回面接の分割実施」を行う。

健 診 種 別	場 所	実 施 体 制	実 施 期 間
集 団 健 診	上三川いきいきプラザ、 コミュニティセンター等 (年28回)	健診実施機関との委託 契約	7月～翌年1月
個 別 健 診	町内委託医療機関	一般社団法人小山地区 医師会との代表者契約	7月～12月
人間ドック	指定医療機関等		4月～翌年3月

(3) 周知・案内方法

日程や料金等を記載した「健康診査のご案内」、健診希望日調査票及び受診券を郵送し特定健康診査の案内を行う。

また、広報紙、ホームページ、かみたんメール等を活用し、周知を図る。

(4) 特定健康診査の結果通知方法

特定健康診査の結果については、異常値を示している項目や異常の程度、身体への影響について、「特定健診結果通知書」等により分かりやすく受診者に通知する。

(5) 事業者健診等他の健診受診者のデータを、データ保有者から受領する方法

事業者健診や他機関での健診結果については、広報紙等で受診結果の情報提供を依頼し、本人に健診結果の写し等の提出を求める。

5 特定保健指導について

(1) 特定保健指導対象者の抽出と階層化方法

国が定める「特定保健指導の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、対象者を「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」の3階層に分類する。

特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援か積極的支援の対象に分類する。

■特定保健指導の対象者（階層化）

区 分	追加リスク	(d) 喫煙歴	対 象	
	(a) 血糖 (b) 脂質 (c) 血圧		40～60歳	65～74歳
〔腹囲〕 男性：85cm以上 女性：90cm以上	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		
上 記 以 外 で BMI：25以上	3つ該当		積極的 支 援	動機付け 支 援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

※ 喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※ 追加リスクの基準値については以下のとおり

- ① 血圧・・・①収縮期血圧 130mmHg 以上又は②拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 脂質・・・①中性脂肪 150mg/dL 以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dL 以上）、又は②HDLコレステロール 40mg/dL 未満
- ③ 血糖・・・①空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dL 以上、又は②HbA1c（NGSP）の場合 5.6%以上（①と②両方測定している場合は①の結果を優先する）
- ④ 質問票・・・喫煙歴あり（①から③のリスクが1つ以上の場合のみ）

※ 糖尿病、高血圧症又は脂質異常症に係る服薬者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当なことから、特定保健指導対象外とする。

(2) 実施方法（実施場所、実施期間、外部委託等）

ア 実施場所

健診実施会場、庁舎窓口等

イ 実施期間

健診受診日の年度末までに開始（通年実施）

ウ 実施体制

- ・直営と外部委託を併用し、個別方式で実施する。
- ・「集団健診結果説明会」の場を活用し、保健指導を実施する。
- ・結果説明会に欠席の場合や個別健診受診者及び人間ドック事業で特定保健指導対象となった者については、直営方式により保健指導を行う。

エ 実施内容

保健指導は、「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」及び

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年版）」に準じて実施する。

■階層化判定

情報提供	<目的> 対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。 <対象者> 健診受診者全員 <支援内容> 健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。 <支援形態> 健診結果返却時にパンフレットを同封する。
動機付け支援	<目的> 特定保健指導の利用者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、特定保健指導終了後、すぐに実践（行動）に移り、改善行動が継続できることを目指す。 <対象者> 健診結果の階層化により動機付け支援に位置づけられた方 <支援内容> 利用者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に自ら気づき、目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。 <支援形態> ・ 1人20分以上の初回面接（個別支援） ・ 初回面接から3か月以上経過後、通信等を利用した実績評価
積極的支援	<目的> 定期的・継続的な支援により、利用者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指す。 <対象者> 健診結果の階層化により、積極的支援に位置づけられた方 <支援内容> 自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、自らが行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を利用者が選択できるように支援する。 行動目標を達成するために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。 また、積極的支援期間を終了するときには、利用者が改善した行動を継続できるように意識づけを行う。 <支援形態> ・ 1人20分以上の初回面接（個別支援）

	・ 3 か月以上の継続的な支援 ・ 初回面接から 3 か月以上経過後、面接や通信等を利用した実績評価 ※ 実績評価は成果が出たことを評価する「アウトカム評価」と保健指導実施介入量を評価する「プロセス評価」を併用する。
--	--

オ 従事者

保健師又は管理栄養士

カ 周知・案内方法

対象者に特定保健指導の案内を個人通知する。

6 特定健康診査・特定保健指導 実施スケジュール

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健康診査	対象者の抽出	←→											
	健診予約	←											
	受診券作成・送付			←→									
	健診の開始（個別）				←								
	（集団）				←								
	未受診者への勧奨						←						
特定保健指導	対象者抽出・通知				←								→
	保健指導の開始				←								→
	未利用者への勧奨					←							→
	保健指導の評価									←			→

7 記録の保存及び個人情報の保護等

（1）特定健康診査・特定保健指導の記録

保存期間は原則 5 年とする。

また、データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、個人情報保護の厳重な管理、目的外使用の禁止等を委託先との契約書に定めるものとする。

（2）データの保管方法・体制

健診データの管理等については、国民健康保険団体連合会の健診データ管理システムで行う。

（3）システム体制

健診データの管理等を代行機関に委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理する。

（4）代行機関の利用について

- ・ 契約した医療機関、健診機関、保健指導実施機関等からの費用の請求、支払い及

び健診データ・保健指導データの管理、支払基金への報告作成等に係る業務は、代行機関に委託する。

- ・ 委託にあたっては健診機関や保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報を扱うことに対して「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じることを求める。

(5) 個人情報の保護について

特定健康診査等の実施にあたり、個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等が定められており、これらの規定及び「上三川町個人情報保護法施行条例」を遵守する。

8 その他の事項

- ・ 特定健康診査の実施にあたっては、加入者へ健診受診の必要性や受診方法を分かりやすく伝え、受診率の向上に向けて広報周知の充実を図り、効果的な受診勧奨に取り組む。
また、人間ドック、各種がん検診など、他の事業とも連携を図りながら、町民の利便性を考慮し実施する。
- ・ 特定保健指導の実施にあたり、保健指導の質の担保を図るため、人材育成体制づくりに取り組む。

(詳細は個別保健事業計画を参照)

IV 個別保健事業計画

事業番号3. ①事業名：生活習慣病等重症化予防事業

②事業の目的	健康診査の結果、確実な医療機関受診を要する者や生活習慣病のリスクが高く精密検査が必要な者等に対して受診勧奨を実施し、疾病の早期発見・早期治療に繋げると共に、生活習慣病の重症化予防を目指す。
③対象者	治療勧奨基準対象者（「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」の受診勧奨判定値に準じて町が独自に定めた基準に該当する者）
④現在までの事業結果	・主に集団健診受診者を対象に実施し、個別面接によりハイリスクアプローチを強化した。 ・対象の状況に応じて、電話や訪問など手法を変えて働きかけた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (※)	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (実施量・率)指標	受診勧奨対象者（未治療者） への受診勧奨実施率	99.6% (※1)	98.7%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	100.0%
	(参考) 受診勧奨人数	-	155人	-	-	-	-	-	-
アウトカム (成果)指標	受診勧奨対象者（未治療者） の医療機関受診率	79.4% (※2)	79.4%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	(参考) 受診人数	123人	123人	-	-	-	-	-	-

(注) 太枠の2026年度（R8）は中間評価年度、2029年度（R11）は最終評価年度

※1 事業実施方法変更のため2020年度（R2）値

※2 数値評価を開始した2022年度（R4）値

⑩目標を達成するための主な戦略	・外部アドバイザーからの支援を受けながら、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、要治療者を確実に医療につなげる。 ・個別健診受診者等においても、生活習慣病重症化予防事業を展開できるよう事業の流れを整理し、体制構築を図る。
-----------------	--

⑪現在までの実施方法（プロセス）

・令和2年度から、健診受診者全員の結果を一斉に手渡し返却する方法から、特に治療勧奨を要する対象者を抽出し、保健師・管理栄養士による個別面接で結果を返却するハイリスクアプローチに転換した。加えて精密検査未受診者に対し、受診の意向等を電話支援などで確認し、受診勧奨を強化した。

⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・特に受診勧奨を要する基準値を定め、対象を絞り込み、効果的な受診勧奨を実施する。
・高血圧症や糖尿病等を放置することが脳血管疾患や慢性腎臓病などの大きな疾病リスクになることを念頭に、高血圧症予備群や糖尿病予備群者への情報提供など啓発についても並行して実施する。

⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

・主に集団健診受診者を対象に、集団健診結果説明会を活用して町保健師及び管理栄養士が事業を展開してきた。
・令和2年～3年度は県の保健事業アドバイザー派遣事業を活用し、事業データの客観的な効果分析を実施し、町の健康課題の把握に努めた。令和4年度から町独自に外部アドバイザーを委託し、専門職の面接技術向上に向けた体制を整備した。

⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・対象者が自らの健診結果を理解してリスクに気づき、確実な受診行動につながるよう、専門職が効果的な保健指導技術を身につける。
・既存の実施体制を活用しながら、個別健診受診者等においても、生活習慣病重症化予防事業を展開できるよう事業の流れを整理し、体制構築を図る。中間評価までに事業の流れを整理することを目標とする。

⑮評価計画

・ストラクチャー及びプロセス評価は、主に事業担当・指導に携わる全職員による話し合いにより毎年度実施する。目標の到達度を振り返り、次年度の事業方向性を見直し、計画の修正を行うこととする。
・アウトプット評価は、年度内の抽出基準対象者に対して、受診勧奨した者の割合を計算して評価する。
・アウトカム評価は、年度内に受診勧奨対象者のうち、受診行動につながった者を精密検査結果の返信結果やレセプト情報を確認し、割合を計算して評価する。

Ⅳ 個別保健事業計画

事業番号 4. ①事業名：糖尿病重症化予防事業①（未治療者・治療中断者対策）

②事業の目的	糖尿病を発症するリスクがある者及び重症化するリスクの高い者に対して、生活習慣の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病の発症や重症化、人工透析への移行を抑制する。
③対象者	栃木県糖尿病重症化予防プログラムの抽出基準の該当者
④現在までの事業結果	・未治療者対策は、主に集団健診受診者を対象として健診結果に基づき「情報提供」「治療勧奨」に対象を区分して実施している。 ・治療中断者対策は、令和4年度から開始し、レセプト情報や健診情報から総合的に判断し、治療中断と考えられる対象者に対して個別に状況確認及び治療勧奨を実施している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 [R1])	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (実施量・率) 指標	受診勧奨対象者（未治療者） への受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨対象者（未治療者） の医療機関受診率	84.6%	76.6%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨対象者（治療中断者） への受診勧奨実施率	(※)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨対象者（治療中断者） の医療機関受診率	(※)	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

(注) 太枠の2026年度（R8）は中間評価年度、2029年度（R11）は最終評価年度

※ 2022年度（R4）開始事業のため未記入

⑩目標を達成するための主 な戦略	・糖尿病重症化予防事業の推進に向けて、医療機関と連携を強化し、受診を要する高血糖者を確実な医療につなげる。 ・集団健診受診者に加えて個別健診受診者等にも事業展開できるよう医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。
---------------------	---

⑪現在までの実施方法（プロセス）

【未治療者対策】 ・集団健診受診者は、健診結果に基づいて対象者を抽出して情報提供及び治療勧奨を行った。治療勧奨者の初回受診勧奨は、検査値によって個別面接と文書による受診勧奨に方法を分けて実施した。集団健診結果説明会の場を有効に活用し、対面での受診勧奨を実施した。 ・個別健診受診者に対しては、健診実施医療機関に対し、糖尿病予備群に該当する場合、リーフレット配布を依頼した。 【治療中断者対策】 ・初回アプローチは文書による実態把握を行い、自宅訪問等により治療再開に向けたアプローチを図った。
--

⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・重症化予防段階に応じて支援方法を選定し、効率的・効果的な情報提供及び受診勧奨を実施していく。 ・高血糖者に対して確実な医療機関受診を促す。 ・医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。

⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

【未治療者対策】 ・町保健師及び管理栄養士による直営で実施し、主に集団健診受診者を対象に事業展開した。 ・集団健診を基盤に事業展開しており、個別健診など対象者の拡大に課題がある。 【治療中断者対策】 ・令和4年度から町保健師による直営で事業を運営し、対象者抽出には、リスクをAI分析した国保連作成の糖尿病重症化プログラム対象者一覧を活用した。
--

⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。中間評価までに個別健診等の受診者に対する事業展開方法について現状や課題を整理し、展開方法を検討する。 ・AI分析を活用した客観的な分析に基づくリストを活用して対象者を抽出することで、効果的な事業実施を目指す。

⑮評価計画

・ストラクチャー及びプロセス評価は、主に事業担当・指導に携わる全職員による話し合いにより毎年度実施する。目標の到達度を振り返り、事業の実施方法など次年度の事業方向性を見直し、計画の修正を行うこととする。 ・未治療者対策及び治療中断者対策のアウトプット評価とアウトカム評価は、毎年度、栃木県糖尿病重症化予防プログラムの基準に準じて行う。 【未治療者対策】 ・アウトプット評価は、年度内の抽出基準対象者に対して、受診勧奨した者の割合を計算して評価する。 ・アウトカム評価は、年度内に受診勧奨対象者のうち、受診行動につながった者を精密検査結果の返信結果やレセプト情報を確認し、割合を計算して評価する。 【治療中断者対策】 ・アウトプット及びアウトカム評価は、栃木県糖尿病重症化予防プログラムに準じる基準で抽出した対象者に対して、受診勧奨した者の割合とレセプト情報等で確認し、医療機関に受診した者の割合を評価する。

Ⅳ 個別保健事業計画

事業番号 5. ①事業名：糖尿病重症化予防事業②（治療中者対策）

②事業の目的	糖尿病治療中者で重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携し、生活習慣の改善、糖尿病の重症化及び人工透析への移行を抑制する。
③対象者	栃木県糖尿病性腎症対策プログラム抽出基準の該当者
④現在までの事業結果	・糖尿病性腎症の治療中者対策として、「糖尿病重症化予防相談会」を開催している。 ・主に集団健診受診者を対象として参加者を募集し、保健師・管理栄養士による個別相談を実施してきた。 ・年度単位で事業実施しており、経年的な対象者の管理体制が構築されていない。 ・結果説明会での実施や医療機関の協力を得て対象を拡大する必要がある。 ・抽出される対象者はリピーターが多く、対象者を獲得しにくい状況にある。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 [R1])	⑧計画策 定時実績 2022年度 (R4)	⑨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 (実施量・率)指標	重症化予防指導対象者の 案内率	87.3% (※1)	87.3%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導対象者への保健指導 実施率(初回相談実施割合)	10.7%	1.8%	3.0%	3.0%	5.0%	5.0%	8.0%	8.0%
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導対象者への保健指導 実施率(終了割合)	8.9%	1.8%	3.5%	3.5%	5.2%	5.2%	8.8%	8.8%
アウトカム (成果)指標	対象者の管理件数	(※2)	(※2)	50件	65件	80件	95件	125件	140件

(注)太枠の2026年度(R8)は中間評価年度、2029年度(R11)は最終評価年度

※1 数値評価を開始した2022年度(R4)値

※2 新規評価指標のため未記入

⑩目標を達成するための主 な戦略	集団健診の結果説明会の場を当事業対象者の説明と募集の場、また過去支援者の継続フォローの場として整理し、かかりつけ医と連携を図りながら糖尿病患者の人工透析移行を抑制する。
---------------------	--

⑪現在までの実施方法(プロセス)

・結果説明会において、今後、透析に移行しないために生活習慣の見直しが必要であることを説明し、糖尿病重症化予防相談会を案内した。相談会は、町保健師及び管理栄養士が担当した。かかりつけ医に指示書記入を依頼し、相談会終了後には結果報告を行うことで連携を図った。 ・毎年度重なる対象者の抽出により、保健指導参加者が増加しておらず、対象者の獲得に課題がある。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・保健師や管理栄養士による保健指導を行うことで、対象者が検査値を理解して自身の健康状態を把握し、透析に移行しないための生活習慣行動がとれるよう、サポートを行う。 ・中間評価までに、AI分析を活用した客観的な分析に基づくリストを活用して対象者を抽出するなど、対象者抽出方法の見直しを図り、対象拡大を図る。対象者の管理台帳を作成し、健診結果を追跡管理する仕組みづくりを行う。
--

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

・集団健診結果説明会の場を当事業対象者の説明と募集の場として活用した。 ・糖尿病重症化予防相談会は、1人あたり半年間で4回実施し、治療経過を確認して実施に当たっているが、相談会終了後の検査データ等の評価体制が整備できていない。
--

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・糖尿病重症化による合併症の周知を図り、中間評価までに相談会の参加を後押しできるよう、ネーミングの変更や参加募集案内などの見直しを図る。 ・新規対象者への支援を行うとともに再度支援が必要と考えられる人には保健指導を実施できる体制の整備を目指す。 ・治療中者へのアプローチとして、医療機関との連携を強化する。

⑮評価計画

・ストラクチャー及びプロセス評価は、主に事業担当・指導に携わる全職員による話し合いにより毎年度実施する。事業の実施体制整備の進捗度などを振り返り、次年度の事業方向性や目標設定を見直し、計画の修正を行うこととする。 ・アウトプット及びアウトカム評価は、毎年度、栃木県糖尿病重症化予防プログラムに準じる基準を用いて評価する。重症化予防指導対象者の案内率は、対象者に対して相談会を案内した割合を計算して評価する。保健指導実施率は、保健指導対象者実人数に対して、初回実施者数または終了者実人数の割合を計算して評価する。初回実施は3月末、終了者は翌年10月を確定値として用いる。

Ⅳ 個別保健事業計画

事業番号 6. ①事業名：重複・頻回受診者、重複服薬者訪問指導事業

②事業の目的	健康の保持及び疾病の早期回復による重複・頻回受診者、重複服薬者の減少を目的とし、医療機関への適正な受診に向けた訪問指導を行う。
③対象者	【重複受診者】 同一月内に同一疾病のため、同一診療科の3医療機関以上の外来受診があり、かつ、それが3ヶ月以上連続する者 【頻回受診者】 同一月内に同一診療科の医療機関に15日以上以上の外来受診があり、かつ、それが3ヶ月以上連続する者 【重複服薬者】 同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されており、かつ、それが3ヶ月以上連続する者
④現在までの事業結果	対象者に対し、訪問指導を実施する内容の通知を送付し、了解を得た者に対し指導を実施している。訪問指導後の受診状況等を確認し、効果確認を行っている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2020年度 〔R2〕)	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (実施量・率)指標	訪問指導実施件数 (重複・頻回受診者)	1件	3件	2件	2件	2件	2件	2件	2件
アウトプット (実施量・率)指標	訪問指導実施件数 (重複服薬者)	1件	4件	2件	2件	2件	2件	2件	2件

(注)太枠の2026年度 (R8) は中間評価年度、2029年度 (R11) は最終評価年度

⑩目標を達成するための主な戦略	・訪問指導対象者に対し通知の上、療養に関すること、日常生活に関すること、諸制度等の情報提供に関すること、その他健康管理に関することについて、指導する。
-----------------	---

⑪現在までの実施方法(プロセス)

- ・KDBデータ、国保総合システムの帳票及び柔整適正化システムを基に訪問指導対象となる重複頻回受診者を抽出している。
- ・国民健康保険団体連合会に委託し重複服薬者の候補者を抽出している。
- ・対象者へ通知し、そのうち訪問を了解した者に訪問指導を実施している。
- ・訪問指導後、受診状況等をレセプトにて確認し、受診状況の分析・効果の確認を行う。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・訪問指導後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
- ・国民健康保険運営協議会に年1回、報告する。
- ・訪問指導を年度前半までに実施し、効果確認をする。
- ・対象者への通知について、訪問指導の実施につながるよう通知内容の見直しを行う。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・重複服薬者は、国民健康保険団体連合会が抽出した候補者から保健師が対象者を選定している。
- ・重複・頻回受診者は、住民課で対象者を抽出している。
- ・対象者への通知や訪問の日程調整は、住民課で実施している。
- ・訪問指導については、住民課(事務職1人)と健康福祉課(保健師1人)の職員で実施している。

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・重複服薬者は、国民健康保険団体連合会が抽出した候補者から保健師が対象者を選定する。
- ・重複・頻回受診者は、住民課で対象者を抽出する。
- ・服薬の指導について、薬剤師会との協力連携を目指す。

⑮評価計画

- ・アウトプット評価は、訪問指導後の効果確認後に毎年度実施し、事業の実施時期や対象者の選定方法などの見直しを行う。

IV 個別保健事業計画

事業番号 7. ①事業名：後発（ジェネリック）医薬品差額通知事業

②事業の目的	後発（ジェネリック）医薬品の差額通知を発送することにより、被保険者の医療費負担の軽減、及び医療保険財政の改善・効率化・有効活用を図り、国民健康保険制度を持続可能な社会保障として確立していく。
③対象者	基準月に受診した被保険者のうち、1薬剤当たり月100円を超え、自己負担500円以上の削減効果が見込まれる者
④現在までの事業結果	・ジェネリック医薬品の使用（利用）割合は、県下では上位、全国的にはほぼ平均レベルとなっている。 ・使用（利用）割合の伸びは、令和2年度から横ばいとなっている。 ・一部、通知対象者が固定化している（改善効果が見られない）。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 〔R1〕)	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (実施量・率) 指標	対象者に対する通知回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
アウトカム (成果) 指標	後発（ジェネリック）医薬品 使用（利用）割合	80.7%	83.4%	84.1%	84.7%	85.3%	85.9%	86.5%	87.1%

(注) 太枠の2026年度（R8）は中間評価年度、2029年度（R11）は最終評価年度

⑩目標を達成するための主 な戦略	・対象者リストの抽出、後発（ジェネリック）医薬品差額通知書を作成、発送する。 ・医療費の抑制、国保財政の安定化につながることの周知を行う。
---------------------	--

⑪現在までの実施方法（プロセス）

- ・対象者の抽出、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託し、町が発送している。
- ・年2回通知している。
- ・保険証の年次更新時にパンフレット、新規交付時に後発（ジェネリック）医薬品希望カードを配布している。

⑫今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・対象者の抽出（抽出条件の拡大）、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託し、町が発送する。
- ・年2回通知する。
- ・保険証（資格確認書）の年次更新時にパンフレット、新規交付時に後発（ジェネリック）医薬品希望カードを配布する。
- ・医療費の抑制、国保財政の安定化につながることの周知を行う。

⑬現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・職員1人（事務職）が担当している。
- ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当している。
- ・対象者の抽出、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託している。

⑭今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・職員1人（事務職）が担当する。
- ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当する。
- ・対象者の抽出、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託する。
- ・医師会、薬剤師会との協力連携を図る。

⑮評価計画

- ・アウトプット評価は、毎年度事業終了後に実施し、次年度の計画の見直しを行う。
- ・アウトカム評価は、指標を国民健康保険団体連合会から提供される毎年度3月調剤分の後発（ジェネリック）医薬品の使用（利用）割合とし、毎月の使用（利用）割合の統計から、毎年度2月頃に次年度の周知方法や希望カードの配布方法について見直しを行う。

Ⅳ 個別保健事業計画

事業番号 8. ①事業名：人間ドック・脳ドック検診費用助成事業

②事業の目的	被保険者に対し、人間ドック又は脳ドックの検診に要する費用の一部を助成することにより、疾病の予防、早期発見及び早期治療を促進し、もって被保険者の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。
③対象者	30歳以上の国民健康保険被保険者のうち、保険税を完納し、かつ町が実施する特定健康診査を受診していない者
④現在までの事業結果	・毎年度の助成件数は、ほぼ横ばいである。また、新規助成者が少ない。 ・事務手続きの円滑化のため、契約を締結している検診機関の数を増やした。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ ベースライン (2019年度 [R1])	⑧計画策 定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	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 (実施量・率)指標	助成件数	140件	141件	143件	145件	147件	149件	151件	153件

(注) 太枠の2026年度 (R8) は中間評価年度、2029年度 (R11) は最終評価年度

⑩目標を達成するための主 な戦略	・周知方法の拡大を図る。 ・契約検診機関を見直す。
---------------------	--

⑪現在までの実施方法(プロセス)

・特定健康診査項目が含まれている人間ドック・脳ドックを助成対象としている。 ・助成希望者は、自ら検診機関に予約した後、役場に来庁し、住民課窓口にて助成申請する。 ・契約機関の受診者は、助成額を控除した額を支払い、当該機関は町に助成金を請求する。 ・契約機関以外の受診者は、検診結果と領収書を添付し、町に助成金を請求する。 ・受領した検診結果は健康福祉課（保健師）にて特定保健指導に活用する。

⑫今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・町内公共施設等に、費用助成に関するポスター掲示及びチラシの設置を行い、制度の周知を図る。 ・契約検診機関からXMLデータによる検診結果受領を推進する。

⑬現在までの実施体制(ストラクチャー)

・職員1人（事務職）が担当している。 ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当している。 ・特に契約検診機関とは、助成事務について連携を密にし、事業を実施している。
--

⑭今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

・職員1人（事務職）が担当する。 ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当する。 ・特に契約検診機関とは、助成事務について連携を密にし、事業を実施する。
--

⑮評価計画

・アウトプット評価は、毎年度2月頃実施し、検診機関ごとの件数を確認し、次年度の契約検診機関の見直しや契約内容について見直しを行う。

V その他

データヘルス計画 の評価・見直し	データヘルス計画に定める数値目標の達成状況と事業実施状況については、年度で進捗状況を管理し、必要に応じて適宜計画の内容を見直す。 特定健診・特定保健指導の受診率（実施率）等について、KDB等の情報を活用し、健康情報全体の経年変化を全国、栃木県とともに比較し評価を行う。 実施体制や実施方法に関する評価及び見直しについても必要に応じて適時行う。令和8（2026）年度には中間評価を行い、実績に応じて目標値、実施内容を見直す。 最終年度の令和11（2029）年度に目標達成度を「上三川町第4期国民健康保険特定健康診査等実施計画」とともに評価し、新たな課題や取り巻く状況等を踏まえ、次期計画に向けた見直しを行う。
データヘルス計画 の公表・周知	本計画は、町ホームページに掲載する。
個人情報の取扱い	本計画における個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」（以下「個人情報保護法」という。）、「上三川町個人情報保護法施行条例」等関係法規・ガイドラインを遵守し、個人情報の保護に配慮するとともに適切な取り扱いを確保する。 特に、特定健康診査・特定保健指導データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報保護法」に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも一層慎重に取り扱う。 また「健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を参考に、職員の義務（データの漏洩防止措置、職員の監督、委託先の監督）等について、関係職員に対し周知徹底を図り、特定健康診査等の委託先に対しても、個人情報の管理や目的外使用の禁止等について適正に管理する。
地域包括ケアに係る取組	高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活できるシステムづくりとして取り組んでいる、地域包括ケアに係る課題について議論するため、地域包括ケア会議に保険者として参加するなど、取り組みの支援・協力を行う。
その他留意事項	この計画に定める保健事業の推進にあたっては、町保健衛生部門、町関係部署及び関係機関、関係団体との連携を図り、効果的な保健事業の実施にあたることとする。

VI 用語の解説

H

・ H b A 1 c [ヘモグロビンエーワンシー]

赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したものをいいます。

過去1～2か月間の平均血糖値を反映するため、糖尿病管理の指標として用いられます。

あ行（ア行）

・ アウトカム

評価の観点の1つで、事業実施による成果のことをいいます。

【例】設定した目標を達成できたか など

・ アウトプット

評価の観点の1つで、事業の実施状況・実施量のことをいいます。

【例】勸奨ハガキの配布数、回数や参加者数 など

か行（カ行）

・ 健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間（自立期間）のことをいいます。

・ 国保データベースシステム〔KDB〕

国民健康保険団体連合会が、各種統計情報及び各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護等）を保険者に提供するサービスのことをいいます。

・ 国民健康保険団体連合会

国民健康保険法第83条の規定に基づき、会員である保険者（市町村・国保組合）が目的達成に必要な事業を共同して行うことを目的として設立された団体（公法人）のことをいいます。

・ 国民健康保険被保険者

国民健康保険に加入している人のことをいいます。

さ行（サ行）

・ 受診勧奨対象者

健康診断結果に異常を認め、医師による治療または検査が必要と判断された人のことをいいます。

・ 自立期間

介護保険の要介護 2 ～ 5 を不健康（要介護）な状態とし、それ以外の健康（自立）な状態の期間のことをいいます。

・ ストラクチャー

評価の観点の 1 つで、事業を実施するための仕組みや実施体制のことをいいます。

【例】十分な人員や予算が確保できたか、関係者との連携ができたか など

・ 生活習慣病

食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因とする疾患の総称のことで、がん・心臓病・脳卒中が含まれます。

・ 積極的支援

メタボリックシンドロームのリスクが重複している人を対象とした保健指導のことをいいます。

・ 前期高齢者

65 歳以上 75 歳未満の高齢者のことをいいます。

た行（タ行）

・ 特定健康診査〔特定健診〕

40 歳～74 歳までを対象とした、メタボリックシンドロームに着目した健康診査のことをいいます。

・ 特定保健指導

特定健康診査〔特定健診〕の結果から、生活習慣を改善することで生活習慣病の予防効果が大きく期待できる人に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が行う保健指導のことをいいます。

・ 特定保健指導実施率

特定保健指導対象者数に対する特定保健指導終了者数の割合のことをいいます。

- ・ 動機付け支援

メタボリックシンドロームのリスクが出始めた人を対象とした保健指導のことをいいます。

は行（ハ行）

- ・ 標準化死亡比〔SMR〕

年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値（期待死亡数）に対する現実の死亡数の比のことで、全国値（基準値）は100となります。

標準化死亡比〔SMR〕が基準値（100）より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪い、基準値より小さいということは、全国より良い、ということを意味します。

- ・ 平均寿命

0歳の平均余命のことをいいます。

- ・ フレイル

加齢にともない心身の機能（運動機能や認知機能等）が低下した状態のことをいいます。

- ・ プロセス

評価の観点の1つで、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のことをいいます。

【例】スケジュール通りに行われているか など

ま行（マ行）

- ・ メタボリックシンドローム

内臓脂肪症候群のことです。

内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖・高血圧・脂質異常のうち2つ以上に該当した人を「該当者」と、1つに該当した人を「予備群」といいます。

ら行（ラ行）

- ・ レセプト

「診療報酬明細書」ともいい、医療機関が保険者に医療費を請求するために、診察、処置、薬剤等の費用を記載した明細書のことをいいます。