

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

舟橋村国民健康保険

目次

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置づけ		
計画期間		
実施体制・関係者連携		
基本情報		
現状の整理		
II 健康・医療情報等の分析と課題	.....	2
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
III 計画全体	.....	3
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	.....	4
1 特定健康診査		
2 特定保健指導		
3 重症化予防事業		
4 その他事業		
V 第4期特定健康診査等実施計画	.....	9
VI その他	.....	13
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	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。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。今後、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	舟橋村国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期舟橋村データヘルス計画」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働して健康課題の解決に努める。なお、舟橋村国民健康保険「データヘルス計画」は、村の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、などの関連計画と調和している。また、富山県、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。
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、生活環境課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、富山県医師会・中新川郡医師会・歯科医師会・薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
---------	------------------------------	--	--	--	--	--

	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	3,270		1,632		1,638	
国保加入者数(人) 合計	321	100%	161	100%	160	100%
0～39歳(人)	63	20%	32	20%	31	19%
40～64歳(人)	94	29%	51	32%	43	27%
65～74歳(人)	164	51%	78	48%	86	54%
平均年齢(歳)	55歳		54歳		56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	中新川郡医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、中新川郡歯科医師会、中新川郡薬剤師会、富山県養士会とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	各年度4月1日での被保険者数は、平成30年度が358人、令和元年度が338人、令和2年度が334人、令和3年度が343人、令和4年度が324人、令和5年度が321人であり、近年の傾向としては、減少傾向にありつつも概ね横ばいで推移している。
	年齢別被保険者構成割合	令和5年度において、39歳以下が19.6%、40～64歳が29.3%、65～74歳が51.1%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	退職後に国保に加入していると予測される65歳以上の方が被保険者数の半分を占めており、県内の自治体と比べても高齢者の割合が大きい。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。しかし重症化予防事業は参加率が極めて低く、目標も未達であった。また令和2年度以降、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に若い世代や女性の受診率の低下が顕著であったため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計する。また、第2期は医師会をはじめとした関係機関との連携や各保健事業間の連動が不十分であったため、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容 ※データについては注釈がなければ令和4年度のもの	参照データ	対応する健康課題 No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命は、男性80.7歳、女性87.4歳。男女とも県平均と同水準である。 平均自立期間（要介護2以上）は、男性80.2歳、女性84.4歳。男女とも県平均と同水準である。 	KDBシステム地域の全体像の把握より	—	
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> 医療費は増加傾向にある。一人あたり医療費（医科）は32,595円で全国平均（27,570円）、県平均（29,979円）よりも高い水準である。特に男性の60歳代における一人あたり医療費（医科）については、632,503円で、県平均（499,370円）よりも高いという特徴がある。 一人あたり医療費（歯科）は年々減少しており、令和4年度は、1,674円で全国平均（2,156円）、県平均（2,040円）よりも低い水準である。 	KDBシステム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より	
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> 疾病分類別医療費の割合は、がん（33.4%）、精神（21.7%）循環器系疾患（18.6%）、の順に多い。県と比較すると循環器系疾患の割合が高い。 レセプト1件あたりの入院医療費は心疾患（1,619,190円）、高血圧症（962,029円）、脂質異常症（832,447円）の順に高い。県内順位も、心疾患と高血圧症で1位となっている。 レセプト1件あたりの入院外医療費は悪性新生物（36,242円）、糖尿病（31,100円）で高い。県内順位はほぼ全てで17位となっており、高い順位のものはない。 舟橋村の近年の動向をみると、県内保険者と比較して、入院外医療費は小さく、入院医療費についても元来件数が少ないことから、特定の方が入院すると値が跳ね上がり、県内順位も高くなることからわかる。 	KDBシステム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より	
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用割合は84.03%（令和4年度実績）。国の目標値80%よりやや高い。 	厚労省公表データ 保険者別の後発医薬品の使用割合より	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度末時点で、重複・多剤服薬者（抽出条件60日以上・8剤以上）が被保険者全体の0.7%（2人/280人）となっている。 	KDBシステム保健事業介入支援管理/重複・多剤処方の状況より	
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の受診率は40.6%であり、近年は30%~40%程度で推移しているが、県平均（42.9%）より低く、同規模自治体平均（48.5%）よりも大幅に低い。 特定健診の県との比較（性・年齢別）では、40歳~64歳が低い。男女別では、55歳以上69歳未満の受診率は男女ともに県平均と同等が高いが、70歳以上74歳未満の受診率は男性で38.1%、女性で46.8%と県平均より5%以上低い。 特定保健指導の実施率は33.3%で、県平均（34.4%）と同等である。 	KDBシステム地域全体像の把握より	C
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病リスク保有者の割合を県と比較すると、BMI（7.2%-県内1位）、脂質（6.2%-県内1位）血糖（1.0%-県内5位）が県平均より多く、県内順位も非常に高い。 	KDBシステム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より	C
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣リスク保有者の割合は、どの項目においても県平均より低い。 生活習慣改善意欲は男女ともに県平均より高く、改善取り組み後6か月以上経過している方の割合も28.3%で、県平均19.2%よりかなり多い。 	KDBシステム健康スコアリングより KDBシステム質問票調査の経年比較より	A
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診未受診者で、かつ医療機関で治療ありの方も多く、健診結果で抽出される高血圧該当者より実状の高血圧該当者が多い。 高血圧有病者 健診受診者：19人/97人（19.6%） 未受診者：41人/142人（28.9%） 	KDBシステム保健指導対象者の絞込み（健診ツリー図）より KDBシステム厚労省様式出力より	A、B、D	
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定率は18.3%で、県平均（19.7%）よりも低いが、1件あたり介護給付費は79,426円と、県平均（64,565円）よりも高い。 要介護の方の有病状況をみると、脳疾患が33.5%、糖尿病が30.0%で県内でも高い割合である。 	KDBシステム健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より	—	
その他				

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

健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A 高血圧の有病率が高い。	✓	2.3.5
B 医療費全体が県平均より高く、その中でも循環器系疾患の医療費割合が県内でも高い。		2.3.4
C 若い世代の健診受診率が低く、健康意識が低い。	✓	1.3
D 健診未受診者の生活習慣病等一人当たりの医療費が高い。		1
E		
F		
G		
H		
I		
J		

計画全体の目的		医療費全体を抑制し、医療費適正化を目指す。									
計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値							
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)		
i	生活習慣病の発症を予防する。	高血圧有病者の人数	①、②のいずれかを満たす者の人数 ①収縮期血圧≧140mmHg ②拡張期血圧≧90mmHg ※KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-3）」各年度末月数値	60人 ※参考 被保険者数：325人 割合：18.5%			55人				50人
ii		糖尿病有病者の人数	HbA1c8.0%以上の人数 ※KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-2）」各年度末月数値	33人 ※参考 被保険者数：325人 割合：10.2%			30人				27人
iii	生活習慣病の重症化を予防する。	健診受診者の生活習慣病医療費総額 / 健診対象者数（生活習慣病患者数） ※KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」⑥	8,820円			8,000円					7,150円
iv		健診未受診者の生活習慣病医療費	健診未受診者の生活習慣病医療費総額 / 健診対象者数（生活習慣病患者数） ※KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」⑥	46,707円		43,000円					40,000円
v	健康意識を高める。 （初期症状のうちに治療を開始する。）	健診の新規受診者数	過去5年間特定健診未受診の方の内、受診した人数		3人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
vi											
vii											
viii											
ix											
x											

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	
2	特定保健指導	特定保健指導事業	
3	重症化予防（受診勧奨）	未受診者・治療中断者に対する医療機関への受診勧奨	
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）	
5	重症化予防（保健指導）	高血圧重症化予防事業（保健指導）	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

事業 1	特定健康診査事業
-------------	-----------------

事業の目的	本事業は、特定健康診査を行うことでメタボリックシンドロームや高血圧、糖尿病、脂質異常症などの発生リスクが高い方を早期に発見することを目的とし、ひいては、医療費の適正化に資する。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
対象者	40歳から74歳の国民健康保険被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	健診の新規受診者数	過去5年間特定健診未受診の方の内、受診した人数	4人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
	2									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定健診受診率	法定報告値	42.70%	43%	44%	45%	46%	48%	50%
	2									

プロセス (方法)	周知	毎年5月に対象者へ受診券と案内を送付する。令和6年度からは、特定健診（みなし健診も含む）やがん健診等を網羅した健診ガイドブックを全戸配布予定。併せて、村広報誌およびホームページでの周知も行う。	
	勸奨	毎年9月ごろ、健診未受診者に対して受診勸奨ハガキを送付する。	
	実施および 実施後の支援	実施形態	医療機関での個別健診と集団健診を実施する。
		実施場所	集団健診：舟橋会館 個別健診：県内の医療機関（追加健診については、中新川郡医師会・かみいち総合病院と契約。それ以外は個別に。）
		時期・期間	集団健診：6月、7月（休日実施）、10月 個別健診：6月～翌年3月
		データ取得	集団検診：健診委託業者より納入 個別健診：KDBシステムにて把握
		結果提供	集団健診：健診実施1か月後に健診結果を郵送または対面で返却する。 個別健診：健診受診後に結果を郵送。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定健康診査受診者に「健康ポイント」を付与し、3ポイント貯まると景品と交換できる。子育て世代の対象者でも受診しやすいよう、託児サービスを実施している（希望者）。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	生活環境課 福祉係
	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)	個別健診を中新川郡医師会に委託
	国民健康保険団体連合会	対象者リスト、受診券の作成を委託
	民間事業者	集団健診を日本健康倶楽部北陸支部に委託
	その他の組織	-
	他事業	がん検診（肺、前立腺）との同時実施、他がん検診の受診勸奨、40歳未満健診の同時契約（集団）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-

事業 2	特定保健指導事業
------	----------

事業の目的	本事業は、メタボリックシンドロームに著目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病を予防することを目的とし、ひいては、医療費の適正化に資する。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者で、特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導対象者数	法定報告値	11人	10人	9人	8人	7人	6人	5人
	2									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施（終了）率	特定保健指導修了者数/特定保健指導対象者数	40.00%	50.00%	60%	70%	85%	90%	100%
	2									

プロセス (方法)	周知	特定保健指導の対象者に担当保健師または管理栄養士が電話連絡。初回面談の日時を調整する。	
	勧奨	初回面談の調整困難な対象者には、再度電話勧奨または訪問を実施する。	
	実施および 実施後の支援	初回面接	対面にて健診結果の説明と個別指導を実施。
		実施場所	舟橋村役場または対象者宅へ訪問
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の説明と振り返り ・日頃の食生活や運動習慣の見直し ・具体的な生活習慣改善方法の提案 ・減量の目標設定 ・その他、健康に関する相談（必要に応じて）
		時期・期間	初回面接：7～8月、11月頃 最終評価：12～3月頃 積極的支援対象者の継続支援は、通年で行う
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導実施時に、健康づくり事業（生活習慣病予防教室）への参加を促す。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> ・最終評価終了時に、インセンティブを提供。 ・継続支援については、電話での支援も可とする。 		

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	生活環境課 福祉係
	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	-
	民間事業者	-
	その他の組織	-
	他事業	健康づくり事業（生活習慣病予防教室）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	初回面接から最終評価まで同じ担当者が対応することで信頼関係を構築し、リタイヤを防止する。

事業 3	未受診者・治療中断者に対する医療機関への受診勧奨
-------------	---------------------------------

事業の目的	生活習慣病のリスク保有者のうち、未受診者および治療中断者の早期治療につなげる。		
事業の概要	生活習慣病のリスク保有者のうち、未受診者および治療中断者に医療機関への受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す。		
対象者	選定方法	国民健康保険被保険者の、健診結果・レセプトより選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	未受診者：当年度の健診データから下記のいずれかに該当する者 ・収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上 ・HbA1Cが6.5%以上
		レセプトによる判定基準	治療中断者：レセプト上、6か月以上治療が確認できない者
		その他の判定基準	-
	除外基準	特になし	
重点対象者の基準	-		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	受診勧奨者の受診率	受診勧奨者の医療機関受診者数/受診勧奨通知送付者数	67%			80%			100%
	2									
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨実施率	抽出・選定した対象者への勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	-
	勧奨	対象者に電話連絡し、面談（対面）にて勧奨。その際に対象者あてに受診勧奨通知書を渡す。面談の同意が得られなかった場合は、受診勧奨通知書を対象者あてに送付する。
	実施後の支援・評価	医療機関からの返書または翌以降のレセプトで受診状況を確認する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	生活環境課 福祉係
	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)	中新川郡医師会
	かかりつけ医・専門医	-
	国民健康保険団体連合会	データ提供を委託
	民間事業者	-
	その他の組織	-
	他事業	-
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-

事業 4	糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）
-------------	--------------------------------

事業の目的	透析への移行および糖尿病・糖尿病性腎症の重症化の予防を図る。		
事業の概要	レセプトや特定健診の結果から糖尿病性腎症の重症化リスクが高い人に対し、個別訪問または受診勧奨、手紙の送付を行う。また、必要に応じて医療機関と連携し、かかりつけ医の同意があった人に対して生活指導を行う。		
対象者	選定方法	特定健康診査の結果より選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	特定健康診査の結果から、糖尿病の重症化リスクが高い未治療者または以下の基準に該当する者。 ・DM治療中で、尿蛋白1+以上またはeGFRが60未満またはHbA1Cが7.0%以上の者 ・DM未治療の者で、HbA1Cが6.5%以上の者（受診勧奨） ・DM未治療の者で、HbA1Cが5.6%以上の者（手紙送付） 特定健康診査の結果から、糖尿病性腎症のリスクが高い糖尿病未治療者または以下の基準に該当する者。 ・レセプト上、6か月以上治療が確認できない者（訪問） ・DM治療中で、尿蛋白2+以上またはeGFRが30未満の者（訪問） ・DM未治療の者で、HbA1Cが7.0%以上または尿蛋白2+またはeGFRが45未満の者（訪問） ・DM未治療の者で、HbA1Cが6.5～6.9%または尿蛋白1+またはeGFRが45～59の者（訪問）
		レセプトによる判定基準	-
		その他の判定基準	-
	除外基準	-	
	重点対象者の基準	-	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	医療機関受診率	受診者数/受診勧奨対象者数	66.60%			80%			100%
	2	新規透析導入者数	当年度新たに透析療法が必要になった者(人)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	訪問指導実施率	抽出・選定した対象者への訪問指導実施率	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	受診勧奨実施率	抽出・選定した対象者への勧奨実施率	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	手紙での指導実施率	抽出・選定した対象者への実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者に訪問指導対象となった旨を電話連絡	
	勧奨	対象者を抽出後に個別訪問し、健診結果の説明と保健指導を実施する。	
	実施および実施後の支援	利用申込	特定健診結果に基づき、対象者へ直接利用勧奨をする。
		実施内容	栄養指導・運動指導・服薬指導等を対面にて実施する。対象者から訪問の同意がなかった場合は、電話による保健指導を実施する。
		時期・期間	時期：当年度の健診結果を把握後、すみやかに実施
		場所	対象者の自宅または舟橋村役場
		実施後の評価	レセプトや次年度の健診結果を把握し、検証する。
	実施後のフォロー・継続支援	必要に応じて面談等を実施する。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	生活環境課 福祉係
	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)	中新川郡医師会、その他近隣の医療機関
	かかりつけ医・専門医	【かかりつけ医と連携する場合】 指導開始前に「保健から医療への保健指導実施確認書」を医療機関へ送付。医療機関側からは、その返書として「保健指導依頼書」を提出してもらい、依頼書に基づいて指導を開始する。
	国民健康保険団体連合会	-
	民間事業者	-
	その他の組織	-
	他事業	健康づくり事業（生活習慣病予防教室）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-

事業 4

高血圧重症化予防事業

事業の目的		動脈硬化の進行を予防し、高血圧の重症化、ひいては脳血管疾患や心疾患の発症を予防する。	
事業の概要		レセプトや特定健診の結果から高血圧の重症化リスクが高い人に対し、個別訪問を行う。 また、医療機関と連携し、かかりつけ医の同意があった人に対して生活指導を行う。	
対象者	選定方法	特定健康診査の結果より選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	特定健康診査の結果から、以下の基準に該当する者 ・降圧剤内服治療中の者で、収縮期血圧が160mmHgまたは拡張期血圧が100mmHg以上の者（訪問） ・降圧剤を内服していない者で、収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上の者（受診勧奨） ・降圧剤を内服していない者で、収縮期血圧が130mmHg以上または拡張期血圧が85mmHg以上の者（手紙送付）
		レセプトによる判定基準	-
		その他の判定基準	-
	除外基準	-	
重点対象者の基準	-		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	医療機関受診率	受診者数/受診勧奨対象者数	66.60%			80%			100%
	2	血圧が保健指導判定以上の者の割合	上記判定基準に該当する者/特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	33.80%	29.20%	27.60%	26.10%	24.60%	23.10%	21%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	訪問指導実施率	抽出・選定した対象者への訪問指導実施率	89%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	受診勧奨実施率	抽出・選定した対象者への勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	手紙での指導実施率	抽出・選定した対象者への実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者に訪問指導対象となった旨を電話連絡する。	
	勧奨	対象者を抽出後に個別訪問し、健診結果の説明と保健指導を実施する。	
	実施および 実施後の支援	利用申込	特定健診結果に基づき、対象者へ直接利用勧奨をする。
		実施内容	栄養指導・運動指導・服薬指導等を対面にて実施する。 対象者から訪問の同意がなかった場合は、電話による保健指導を実施する。
		時期・期間	時期：当年度の健診結果を把握後、すみやかに実施
		場所	対象者の自宅または舟橋村役場
		実施後の評価	レセプトや次年度の健診結果を把握し、検証する。
		実施後のフォロー・継続支援	必要に応じて面談等を実施する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	生活環境課 福祉係
	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)	中新川郡医師会、その他近隣の医療機関
	かかりつけ医・専門医	【かかりつけ医と連携する場合】 指導開始前に「保健から医療への保健指導実施確認書」を医療機関へ送付。医療機関側からは、その返書として「保健指導依頼書」を提出してもらい、依頼書に基づいて指導を開始する。
	国民健康保険団体連合会	-
	民間事業者	-
	その他の組織	-
	他事業	健康づくり事業（生活習慣病予防教室）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-

第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	<p>平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者が実施主体となって40～74歳の加入者を対象に、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した「特定健康診査・特定保健指導」が導入され、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定めることとなった。</p> <p>実施計画は、保険者が特定健康診査・特定保健指導を効果的・効率的に実施し、事業評価ができるよう作成し、6年(第1期及び第2期は5年)を一期として策定している。</p> <p>今回、舟橋村国民健康保険では、令和6年度から開始される「第3期舟橋村データヘルス計画(保健事業の実施計画)」を策定した。データヘルス計画は、保険者が保健事業を総合的に企画し、効果的・効率的に実施するための計画であり、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法等を定める「第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定することとする。</p>
特定健康診査等の実施における基本的な考え方	<p>令和2年以降、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に若い世代や女性の受診率が顕著であったため、第4期は特定健康診査を起点に事業を実施する。</p>

1 達成しようとする目標						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
特定健康診査の実施率	40%	42%	44%	46%	48%	50%
特定保健指導の実施率	65%	75%	80%	85%	90%	100%
メタボリックシンドローム該当者の割合	25.00%	24.00%	23%	22.00%	21.00%	20.00%

2 特定健康診査等の対象者数						
	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
【特定健康診査】 対象者数	266人	270人	270人	270	260	260
【特定健康診査】 目標とする実施者数	106人	113人	118人	124人	124人	130人
【特定保健指導】 対象者数	10人	9人	8人	7人	6人	5人
【特定保健指導】 目標とする対象者数	7人	7人	6人	6人	5人	5人

3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】	
対象者	40歳から74歳の国民健康保険被保険者
実施場所	<p><集団健診> 舟橋会館</p> <p><個別健診> 県内の医療機関 (追加健診については、中新川郡医師会・かみいち総合病院と契約。それ以外は個別に。)</p>
法定の実施項目	
基本的な健診項目	
項目	備考
問診票	既往歴の調査(服薬歴・喫煙習慣・自覚症状、他覚症状の検査)
身体測定	身長・体重・腹囲・BMI
血圧測定	収縮期血圧・拡張期血圧
理学的検査	身体診察
尿検査	糖・蛋白
血液検査(血中脂質検査)	中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール 空腹時中性脂肪もしくは随時中性脂肪が400mg/dl以上または、食後採血の場合、LDL-コレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血液検査(肝機能検査)	AST(GOT)・ALT(GOT)・γ-GT(γ-GTP)
血液検査(血糖検査)	空腹時血糖・HbA1c・随時血糖 ※いずれかの項目の実施で可

医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目	
追加項目	備考
貧血検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値
心電図検査	
眼底検査	無散瞳・散瞳
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む
実施時期又は期間	〈集団健診〉 6月、7月(休日実施)、10月のうち計3日間 〈個別健診〉 6月～10月
外部委託の方法	〈①外部委託の有無〉 有 〈②外部委託の契約形態〉 集団契約または個別契約
周知や案内の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・村広報誌及びホームページ ・5月 対象者へ受診券と案内を送付 ・特定健診(みなし健診も含む) やがん検診等を網羅した健診ガイドブックを全戸配布
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	集団健診 健診委託業者より納入 個別健診 KDBシステムにて把握
その他(健診結果の通知方法や情報提供等)	集団健診 健診実施1か月後に健診結果を郵送または対面で返却する 個別健診 健診受診後に結果を郵送

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】					
対象者	40歳から74歳の国民健康保険被保険者で、特定保健指導基準該当者				
対象者の階層	腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
				40～64歳	65～74歳
	≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (女性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
		1つ該当				なし
	上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
		2つ該当				なし
1つ該当					
実施場所	舟橋村役場または対象者宅へ訪問				
実施内容	動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の説明と振り返り ・日頃の食生活や運動習慣の見直し ・具体的な生活習慣改善方法の提案 ・減量の目標設定 ・その他、健康に関する相談(必要に応じて) 			
	積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の説明と振り返り ・日頃の食生活や運動習慣の見直し ・具体的な生活習慣改善方法の提案 ・減量の目標設定 ・その他、健康に関する相談(必要に応じて) 			
実施時期又は期間	初回面接：7～8月、11月頃 最終評価：12～3月頃 積極的支援対象者の継続支援は、通年で行う				
外部委託の方法	〈①外部委託の有無〉 無 〈②外部委託の契約形態〉				
周知や案内の方法	特定保健指導の対象者に担当保健師または管理栄養士が電話連絡。初回面談の日時を調整する。				

特定保健指導対象者の重点化 (重点化の考え方等)	特になし。
-----------------------------	-------

3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【基本的な作業スケジュール等】

月	特定健康診査	特定保健指導
4月		
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・健診機関との契約、実施要領の説明 ・特定健康診査対象者の抽出 ・受診券送付 ・村広報、ホームページ、けんしんガイド（全戸配布）にて啓発 	
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査開始 	
7月		<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者の抽出 ・利用券の配布 ・特定保健指導開始（通年で実施）
8月		
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への受診勧奨（ハガキ送付） 	
10月	↓ 実施終了	
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		↓

4 個人情報の保護

記録の保存方法	特定健康診査、特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムならびに紙で行い、最低5年間は保存する。
保存体制、外部委託の有無	個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

5 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の公表方法	本計画は、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	特定健康診査等の普及啓発方法については、特定健康診査・後期高齢者の健康診査・がん検診・人間ドックに関するリーフレットを作成し全戸配布するとともに、村広報誌やホームページに掲載し、周知・普及啓発を図る。

6 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査等実施計画の評価・見直し方法	計画で設定した評価指標に基づき、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。 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、村の関係機関と連携を図る。
----------------------	--

7 その他事項

特記事項なし

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、村の関係機関と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</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目して抽出し、関係者と共有する。</p>
<p>その他留意事項</p>	