

魚津市国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (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



魚津市国民健康保険
令和6年3月

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 実施主体関係課の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化10

1. 保険者の特性
2. 第2期計画にかかる評価及び考察
 - 1) 第2期データヘルス計画の評価
 - 2) 第2期データヘルス計画における個別事業の評価と課題
 - 3) 第2期計画目標の達成状況一覧
3. 第3期における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 目標の設定

第3章 課題解決するための保健事業29

1. 計画全体及び第3期データヘルス計画目標管理一覧
2. 個別保健事業計画
 - 事業1 特定健康診査事業
 - 事業2 特定保健指導事業
 - 事業3 糖尿病重症化予防事業
 - 事業4 生活習慣病予防事業
 - 事業5 重複・頻回受診、重複服薬者対策
 - 事業6 ジェネリック医薬品の利用促進
 - 事業7 がん検診事業
 - 事業8 歯周疾患検診事業
 - 事業9 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

第4章 その他44

1. 計画の評価・見直し
2. 計画の公表・周知
3. 個人情報の取扱い
4. 地域包括ケアに関わる取組

第5章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)46

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. その他
 - 1) 個人情報の保護
 - 2) 結果の報告
 - 3) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

参考資料54

1. 国・県・同規模と比べてみた魚津市の位置
2. 第2期データヘルス計画における個別保健事業の最終評価

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められました。

またその後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の動きや本市の課題等を踏まえ国の指針に基づき、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

※1 日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（H25.6 閣議決定）

※2 PDCA サイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針：政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、富山県健康増進計画や魚津市健康増進プラン、富山県医療費適正化計画、富山県医療計画、魚津市高齢者保健福祉計画・魚津市介護保険事業計画、富山県国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1）

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診^{※5}及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号、以下「高確法」という。）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。（図表2・3・4・5）

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB^{※6}）を活用して特定健診の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 「特定健康診査」の略

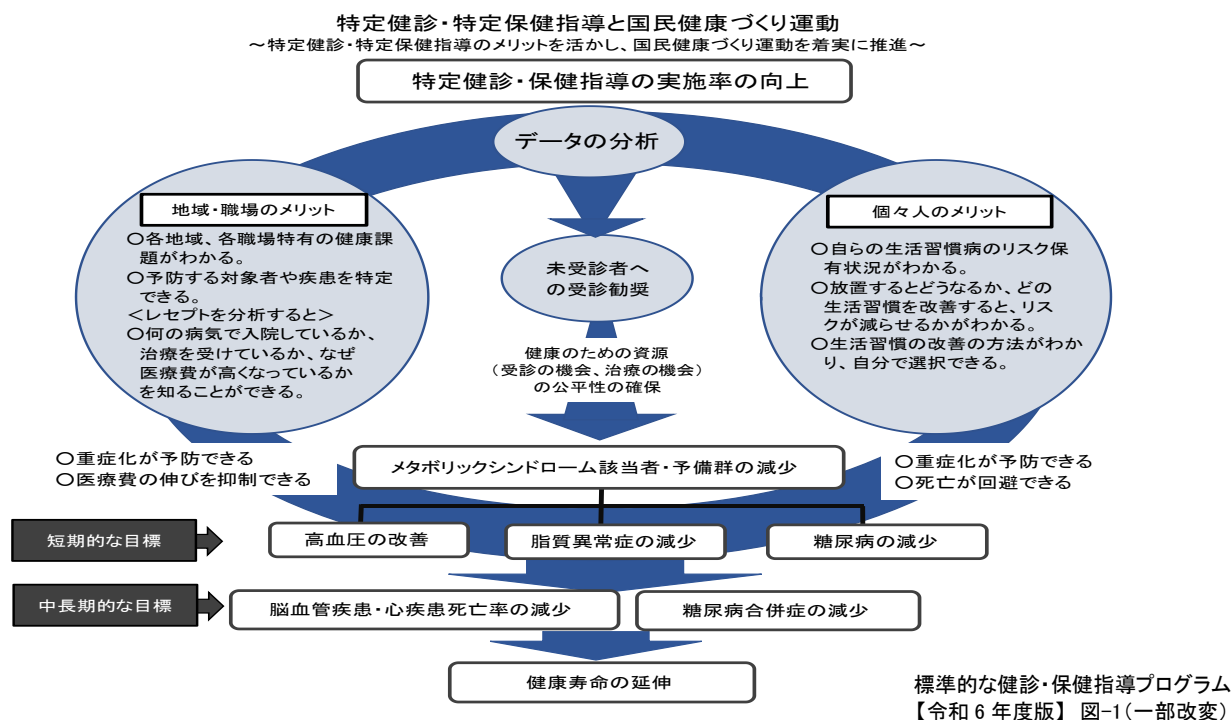
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

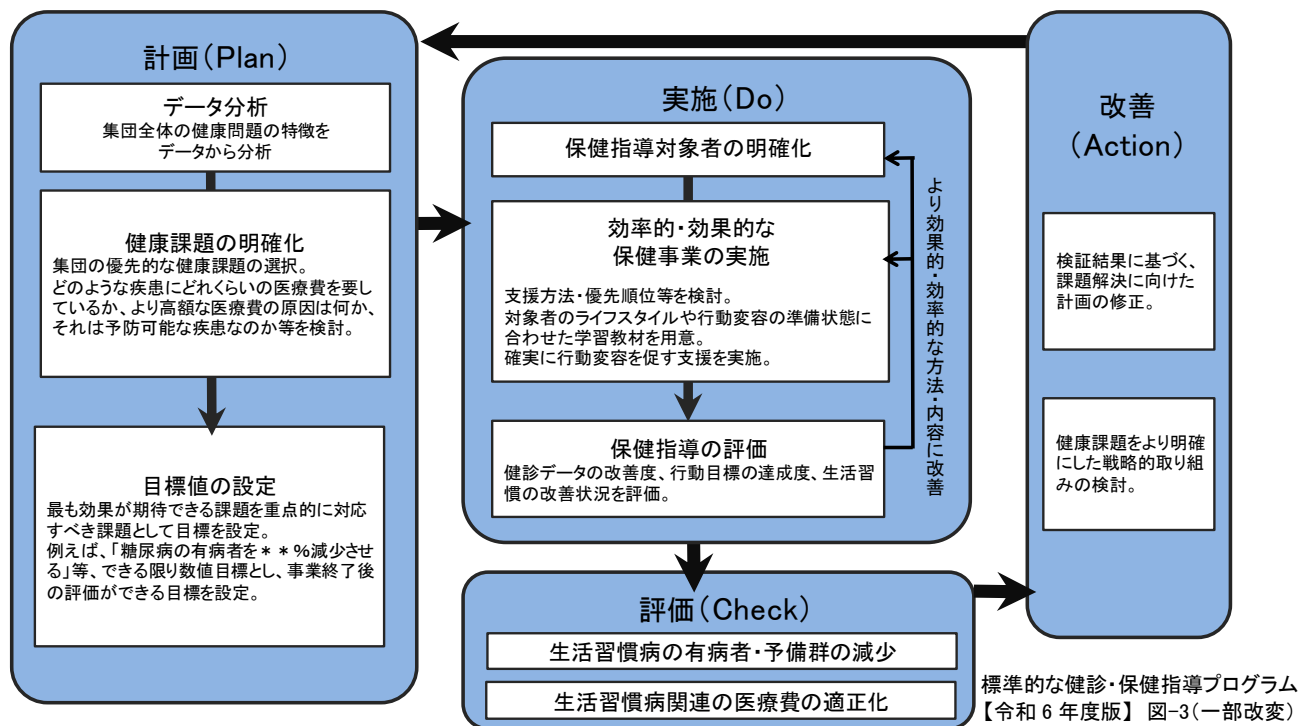
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法					
	健康増進計画	データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切なかつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用し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 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、若壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から高齢期まで継続的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病合併症 （糖尿病腎症） 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖 尿 病 糖尿病性腎症 高 血 圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖 尿 病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳 卒 中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が ん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認 知 症 フレイル 口腔機能、低栄養
評 価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者の 機能強化に向けた体制等 （地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等 （在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連） ③介護保険運営の安定化 （介護給付の適正化、 人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費連動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



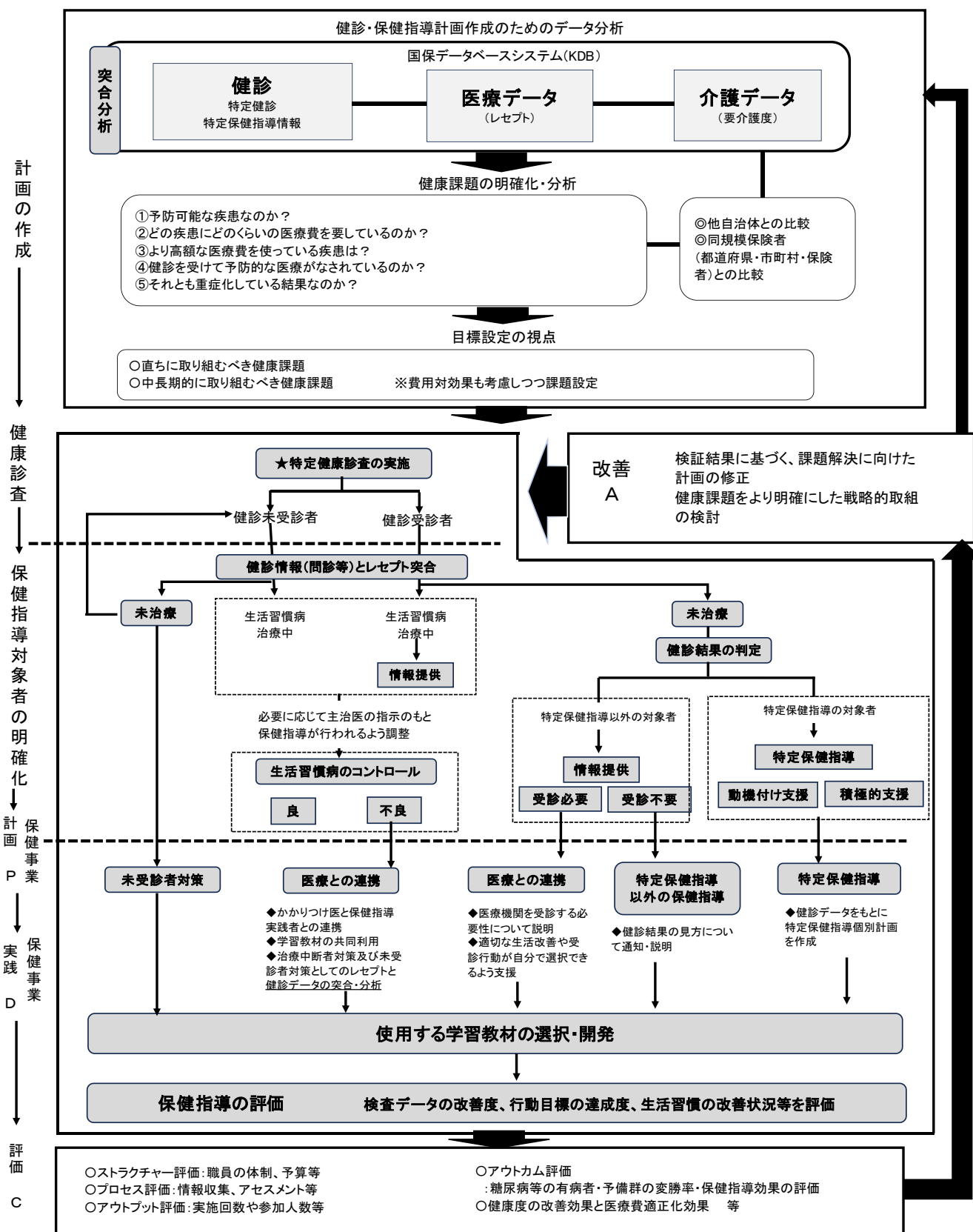
注) プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組を実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



注) 生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



注) 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム（H30 年度版）における基本的な考え方（一部改変）

老人保健法		最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 (生活習慣病に関するガイドライン) → 行動変容を促す手法	高齢者の医療を確保する法律	
かつての健診・保健指導			現在の健診・保健指導	
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診	
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導	
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につなげる保健指導を行う	
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。	
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。	
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導	
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少		
実施主体	市町村	医療保険者		

注) 内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。

(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和 11 年度までの6年間とします。

<参考：計画期間の根拠について>

データヘルス計画の期間については、国指針第 5 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、富山県医療費適正化計画や富山県医療計画が令和6年度から令和 11 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係課の役割

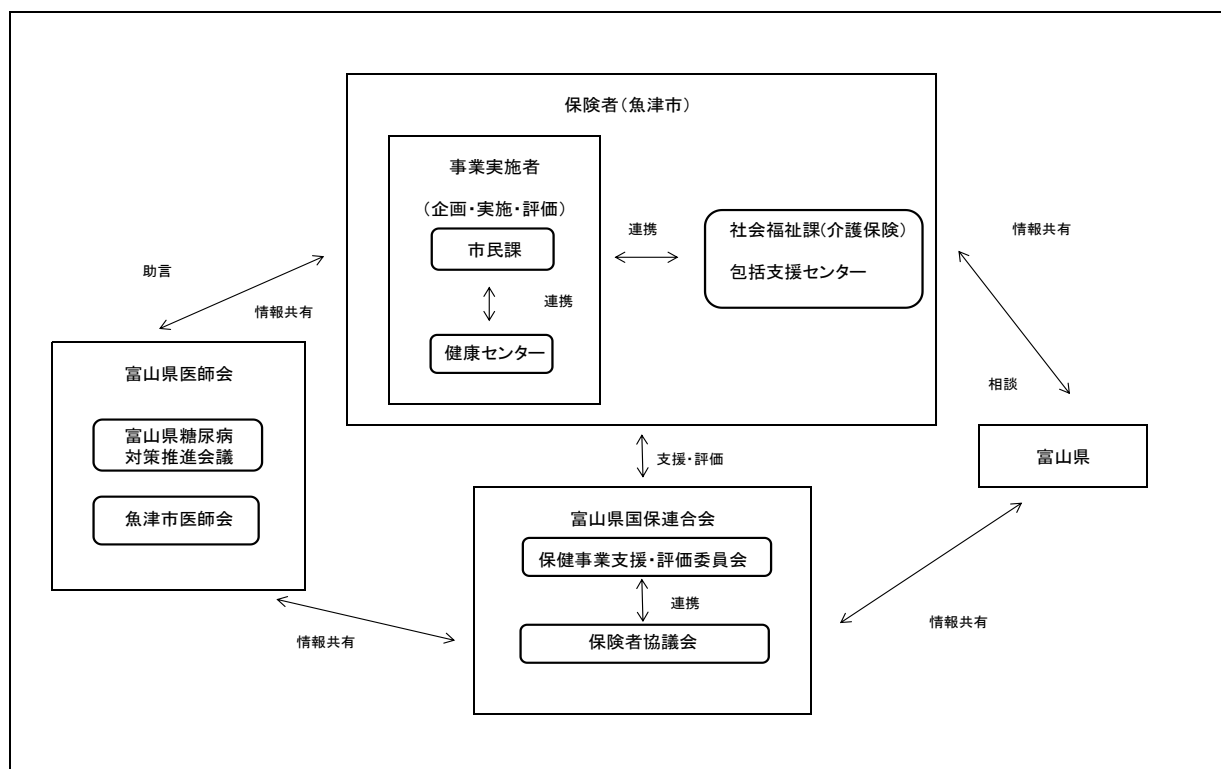
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局（市民課）が中心となって、保健衛生や介護保険等住民の健康の保持増進に関係する部局（健康センター、社会福祉課及び地域包括支援センター）と共に保険者の健康課題を分析し、市が一体となって策定等を進めます。

また、計画に基づく個別の保健事業や計画の評価を行い、必要に応じて計画を見直し次期計画に反映させます。

計画の策定や保健事業の実施、評価等においては、第2次魚津市健康増進プランや医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて行う必要があるため、保健衛生部局等との連携を一層強化します。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6）

図表 6 魚津市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。また、計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である富山県（以下「県」という。）のほか、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携・協力を図ります。

特に、県は市町村ともに国保の保険者であり、国保財政運営の主体であることから市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となります。現状分析のために県が保有する健康・医療等に関するデータの共有等、積極的な連携に努めます。

また、保険者と市医師会等地域の保健医療機関者との連携を円滑に行うため、県と県医師会等との一層の連携強化を働きかけます。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有するとともに、保険者間で連携して保健事業の展開に努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、被保険者の代表が委員として参画する国保運営協議会で計画策定について意見交換等を行い、意見の反映に努めます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度から本格的に実施されています。

保険者が計画に沿って質の高い効果的・効率的な保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度の評価指標に基づく保険者機能の役割を発揮することが不可欠です。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在、国においては重複多剤投薬者に対する取組、生活習慣病重症化予防の取組、後発医薬品の促進の取組及び保険税収納率の実施状況を高く評価しています。

図表7 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標			令和3年度 配点	令和4年度 配点	令和5年度 配点	令和6年度 配点
保険者共通の指標	①	(1) 特定健康診査の受診率	70	70	70	50
	①	(2) 特定保健指導実施率	70	70	70	50
	①	(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	50	50	25
	②	(1) がん検診受診率	40	40	40	40
	②	(2) 歯科健診受診率	30	30	35	35
	③	(1) 生活習慣病予防・重症化予防取組実施状況	120	120	100	70
	④	(1) 個人へのインセンティブ提供	90	45	45	40
	④	(2) 個人へのわかりやすい情報提供実施	20	15	20	24
	⑤	重複・多剤投薬者に対する取組	50	50	50	85
	⑥	(1) 後発医薬品の促進等の取組・使用割合	130	130	130	140
国保有の指標	①	(1) 保険税収納率	100	100	100	100
	②	データヘルス計画実施状況	40	30	25	15
	③	医療費通知取組実施状況	25	20	15	-10
	④	(1) 地域包括ケア・一体的実施	30	40	40	40
	⑤	第三者求償取組状況	40	50	50	41
	⑥	(1) 適正かつ健全な事業運営の実施状況	95	100	100	85
合計点			1,000	960	940	830

第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約3万9千人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で35.6%でした。同規模※1、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も58歳と同規模、県、国と比べて高く、出生率は県とほぼ同程度で、財政指数はやや高い市となっています。産業においては、第3次産業が56.6%で一番多いが同規模、県、国と比較すると低く、次いで第2次産業が約40%で同規模、県、国と比較して高い状況です。(図表8)

国保加入率は17.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が約55%を占めています。(図表9)

また本市内には6つの病院、31の診療所があり、これはいずれも同規模、県と比較しても多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれており、入院患者数が同規模と比較して高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した魚津市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
魚津市	39,022	35.6	6,970 (17.9)	58.1	6.5	14.5	0.7	4.1	39.3	56.6
同規模	--	36.2	22.4	56.1	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	32.8	17.8	56.8	6.2	12.8	0.5	3.3	33.6	63.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：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

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	7,982		7,753		7,714		7,397		6,970	
65～74歳	4,318	54.1	4,250	54.8	4,280	55.5	4,123	55.7	3,797	54.5
40～64歳	2,366	29.6	2,285	29.5	2,229	28.9	2,161	29.2	2,114	30.3
39歳以下	1,298	16.3	1,218	15.7	1,205	15.6	1,113	15.0	1,059	15.2
加入率	18.7		18.2		18.1		17.3		17.9	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
											割合	割合
病院数	6	0.8	6	0.8	6	0.8	6	0.8	6	0.9	0.4	0.6
診療所数	29	3.6	31	4.0	31	4.0	31	4.2	31	4.4	3.5	4.2
病床数	972	121.8	972	125.4	972	126.0	972	131.4	862	123.7	67.7	83.7
医師数	88	11.0	88	11.4	88	11.4	88	11.9	89	12.8	9.7	15.6
外来患者数	706.6		704.6		656.3		683.1		701.2		728.3	702.5
入院患者数	27.7		27.7		25.6		24.4		24.9		23.6	22.1

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

※1 「同規模」・・・ KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、魚津市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

2. 第2期計画にかかる評価及び考察

1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費（医療費・介護費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析）の医療費に占める割合の変化を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。（図表2 参照）

（1）中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、第2号（40～64歳）被保険者で45人、第1号（65歳以上）被保険者で2,653人（認定率19.1%）と、H30年度と比べて増加しています。（図表11）

団塊の世代が後期高齢者医療へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数は増加しており、介護給付費は、約42億5千万円から約43億5千万円に伸びています。（図表12）

また要介護認定における生活習慣病の状況では、血管疾患の視点で有病状況を見ると、すべての年代で脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第2号被保険者で50%以上、第1号被保険者でも45%以上となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、第2号被保険者で約7割、第1号被保険者で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表13）

図表11 要介護認定者（率）の状況

		魚津市			
		H30年度		R04年度	
高齢化率		13,961人	33.5%	13,903人	34.4%
2号認定者		42人		45人	
	新規認定者	12人		17人	
1号認定者		2,595人	18.6%	2,653人	19.1%
	新規認定者	525人		567人	
再掲	65～74歳	236人	0.03%	255人	0.04%
	新規認定者	76人		90人	
	75歳以上	2,359人	0.33%	2,398人	0.32%
	新規認定者	449人		477人	

出典：魚津市調べ（各年度4月）

図表 12 介護給付費の変化

	魚津市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R04年度		
総給付費	42億4526万円	43億5597万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	306,141	313,244	300,230	311,318	290,668
1件あたり給付費(円)全体	65,977	66,891	70,503	64,565	59,662
居宅サービス	38,633	39,659	43,936	41,459	41,272
施設サービス	304,492	313,412	291,914	301,411	296,364

出典：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

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況 (R04 年度)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)			50		254		2,431		2,685		2,735		
再)国保・後期			26		216		2,378		2,594		2,620		
有 病 状 況 (レ セ プ ト の 診 断 名 よ り 重 複 し て 計 上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	14 53.8%	脳卒中	95 44.0%	脳卒中	1,089 45.8%	脳卒中	1,184 45.6%	脳卒中	1,198 45.7%	
			虚血性 心疾患	7 26.9%	虚血性 心疾患	51 23.6%	虚血性 心疾患	1,074 45.2%	虚血性 心疾患	1,125 43.4%	虚血性 心疾患	1,132 43.2%	
			腎不全	7 26.9%	腎不全	16 7.4%	腎不全	349 14.7%	腎不全	365 14.1%	腎不全	372 14.2%	
	合併症	4	糖尿病 合併症	6 23.1%	糖尿病 合併症	25 11.6%	糖尿病 合併症	267 11.2%	糖尿病 合併症	292 11.3%	糖尿病 合併症	298 11.4%	
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		19 73.1%	基礎疾患	187 86.6%	基礎疾患	2,201 92.6%	基礎疾患	2,388 92.1%	基礎疾患	2,407 91.9%
	血管疾患合計		21 80.8%	合計	192 88.9%	合計	2,255 94.8%	合計	2,447 94.3%	合計	2,468 94.2%		
	認知症		認知症	2 7.7%	認知症	68 31.5%	認知症	1,326 55.8%	認知症	1,394 53.7%	認知症	1,396 53.3%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	22 84.6%	筋骨格系	181 83.8%	筋骨格系	2,250 94.6%	筋骨格系	2,431 93.7%	筋骨格系	2,453 93.6%	

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費は減少しています。一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 1 万 4 千円低いが、H30 年度と比較すると約 1 万 7 千円伸びています。入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 43%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても、約 1 万 8 千円高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均 I を下回っていますが、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が県内でも高い状況です。(図表 14, 15)

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

		魚津市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度		
被保険者数(人)		7,982人	6,970人	--	--	--
前期高齢者割合		4,318人 (54.1%)	3,797人 (54.5%)	--	--	--
総医療費		28億9851万円	26億5377万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		363,130	380,741	394,521	372,434	339,680
		県内5位 同規模135位	県内10位 同規模176位			
入院	1件あたり費用額(円)	507,100	525,780	585,610	585,410	617,950
	費用の割合	47.6	42.6	43.3	43.1	39.6
	件数の割合	3.8	3.4	3.1	3.0	2.5
外来	1件あたり費用額	21,950	25,150	24,850	24,280	24,220
	費用の割合	52.4	57.4	56.7	56.9	60.4
	件数の割合	96.2	96.6	96.9	97.0	97.5
受診率		734.362	726.118	751.942	724.532	705.439

※同規模順位は魚津市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		魚津市(県内市町村中)		県(47県中)	魚津市(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差 指数・ 順位	全体	0.997	0.991	0.982	0.931	0.973	0.951
		(4位)	(3位)	(32位)	(9位)	(3位)	(29位)
	入院	1.161	1.142	1.076	1.05	1.062	1.05
		(2位)	(2位)	(22位)	(9位)	(6位)	(20位)
	外来	0.891	0.891	0.929	0.808	0.882	0.862
		(7位)	(9位)	(45位)	(8位)	(4位)	(46位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患(透析有)の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少しています。しかし、慢性腎不全(透析無)については、H30年度より微増しており、同規模、県、国よりも高くなっています。(図表 16)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患は、患者数及び割合と減少していますが、人工透析の割合は大きな変化はありませんでした。(図表 17)

人工透析は医療費がかかり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			魚津市		同規模	県	国
			H30年度	R4年度	R04年度		
総医療費(円)			28億9851万円	26億5377万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			2億0415万円	1億6358万円	--	--	--
			7.043211334	6.16%	7.84%	5.92%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.33%	1.88%	2.10%	2.16%	2.03%
		狭心症・心筋梗塞	1.82%	1.72%	1.39%	1.65%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	2.50%	2.11%	4.05%	1.89%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.40%	0.46%	0.30%	0.21%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		14.04%	18.46%	16.91%	20.20%	16.69%
	筋・骨疾患		8.34%	8.90%	9.00%	8.92%	8.68%
	精神疾患		9.48%	8.67%	8.74%	8.90%	7.63%

出典: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

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	7,982	6,970	a	559	432	557	413	24	18	
				a/A	7.0%	6.2%	7.0%	5.9%	0.3%	0.3%	
40歳以上	B	6,684	5,911	b	553	424	549	409	22	16	
	B/A	83.7%	84.8%	b/B	8.3%	7.2%	8.2%	6.9%	0.3%	0.3%	
再掲	40～64歳	C	2,366	2,114	c	113	96	107	82	15	14
		C/A	29.6%	30.3%	c/C	4.8%	4.5%	4.5%	3.9%	0.6%	0.7%
	65～74歳	D	4,318	3,797	d	440	328	442	327	7	2
		D/A	54.1%	54.5%	d/D	10.2%	8.6%	10.2%	8.6%	0.2%	0.1%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)地域の全体像の把握

(2) 短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合は減っています。しかし、その中でも、糖尿病合併症である糖尿病性腎症の治療者の割合は増えています。本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、早い段階から適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。（図表 18・19・20）

図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
高血圧症治療者(人)		A	2,531	2,269	521	442	2,010	1,827
		A/被保数	37.9%	38.4%	22.0%	20.9%	46.5%	48.1%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	354	271	75	62	279	209
		B/A	14.0%	11.9%	14.4%	14.0%	13.9%	11.4%
	虚血性心疾患	C	383	277	69	47	314	230
		C/A	15.1%	12.2%	13.2%	10.6%	15.6%	12.6%
	人工透析	D	21	16	14	14	7	2
		D/A	0.8%	0.7%	2.7%	3.2%	0.3%	0.1%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(高血圧症) 地域の全体像の把握

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
糖尿病治療者(人)		A	1,442	1,315	319	280	1,123	1,035
		A/被保数	21.6%	22.2%	13.5%	13.2%	26.0%	27.3%
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	219	163	38	39	181	124
		B/A	15.2%	12.4%	11.9%	13.9%	16.1%	12.0%
	虚血性心疾患	C	267	203	57	40	210	163
		C/A	18.5%	15.4%	17.9%	14.3%	18.7%	15.7%
	人工透析	D	16	10	11	9	5	1
		D/A	1.1%	0.8%	3.4%	3.2%	0.4%	0.1%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	105	153	22	37	83	116
		E/A	7.3%	11.6%	6.9%	13.2%	7.4%	11.2%
	糖尿病性網膜症	F	189	161	43	38	146	123
		F/A	13.1%	12.2%	13.5%	13.6%	13.0%	11.9%
	糖尿病性神経障害	G	79	64	24	20	55	44
		G/A	5.5%	4.9%	7.5%	7.1%	4.9%	4.3%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧(糖尿病) 地域の全体像の把握

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲			
				40～64歳		65～74歳	
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)	A	2,256	2,118	494	444	1,762	1,674
	A/被保数	33.8%	35.8%	20.9%	21.0%	40.8%	44.1%
(中長期合併症標疾患)	脳血管疾患	B	256	196	37	42	219
		B/A	11.3%	9.3%	7.5%	9.5%	12.4%
	虚血性心疾患	C	316	255	58	40	258
		C/A	14.0%	12.0%	11.7%	9.0%	14.6%
	人工透析	D	9	6	4	5	5
		D/A	0.4%	0.3%	0.8%	1.1%	0.3%

出典:KDBシステム_疾病管理一覧(脂質異常症)地域の全体像の把握

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0以上を H30 年度と R3 年度で比較してみたところ、Ⅱ度以上高血圧有所見者の割合が微増しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 50%おり、448 市町村と比較しても高くなっています。(図表 21)

前述した通り、基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合は減ってきていますが、新型コロナウイルスの影響で受診率が低迷している中、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

区分	健診受診率				高血圧 Ⅱ度以上高血圧											
	H30年度		R3年度		Ⅱ度以上高血圧の推移（結果の改善）								医療補かかり方			
					H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報（R3.4～R4.3）			
	未治療（内服なし）		未治療（内服なし）										未治療		治療中断	
	受診者	受診率	受診者	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
魚津市	2,766	45.6	2,584	46.0	140	5.1%	89	63.6%	167	6.5%	111	66.5%	84	50.3%	2	1.2%
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4%	42,432	57.6%	74,105	6.1%	43,019	58.1%	26,617	35.9%	3,693	5.0%

区分	健診受診率				糖尿病 HbA1c 7.0以上の推移											
	H30年度		R3年度		HbA1c 7.0以上の推移(結果の改善)								医療補かかり方			
	H30年度		R3年度		H30年度		問診結果		R3年度		問診結果		レセプト情報(R3.4～R4.3)			
	Hb1Ac実施者	受診率	Hb1Ac実施者	受診率	H30年度		未治療(内服なし)		R3年度		未治療(内服なし)		未治療		治療中断	
	A	%	B	%	I	I/A	J	J/I	K	K/B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
魚津市	2,644	95.6	2,568	99.4	109	4.1%	33	30.3%	84	3.3%	33	39.3%	3	3.6%	0	0.0%
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7%	17,755	27.8%	61,826	5.1%	16,349	26.4%	4,064	6.6%	1,905	3.1%

出典:ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

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

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者の割合、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が微増しています。(図表 22)

また、重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見るとほとんど変わらないものの、翌年度の結果を見ると改善率は下がっています。反対に、Ⅱ度高血压以上の有所見割合は増加していますが、翌年度の結果を見ると改善率は上がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 23)

図表 22 メタボリックシンドローム該当者・予備軍の危険因子の経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目	2項目	予備群
H30年度	2,766 (45.6%)	550 (19.9%)	182 (6.6%)	368 (13.3%)	303 (11.0%)
R4年度	2,464 (46.9%)	514 (20.9%)	184 (7.5%)	330 (13.4%)	269 (10.9%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 23 有所見者の1年後の変化

年度	区分	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診
H30 → R1	人数	213	53	67	26	67
	率	8.10%	24.9%	31.5%	12.2%	31.5%
R3 → R4	人数	208	50	80	22	56
	率	8.10%	24.0%	38.5%	10.6%	26.9%
年度	区分	Ⅱ度高血压 異常	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診
H30 → R1	人数	140	69	20	4	47
	率	5.1%	49.3%	14.3%	2.9%	33.6%
R3 → R4	人数	167	92	25	4	46
	率	6.5%	55.1%	15.0%	2.4%	27.5%
年度	区分	LDL-C 160 以上	翌年度健診結果			
			改善率	変化なし	悪化	健診未受診
H30 → R1	人数	317	146	73	19	79
	率	11.5%	46.1%	23.0%	6.0%	24.9%
R3 → R4	人数	295	130	71	25	69
	率	11.4%	44.1%	24.1%	8.5%	23.4%

出典：ヘルスサポートラボツール

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、R1 年度には 45.4%まで伸びましたが、新型コロナウイルスの影響で、R2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 24)

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 30 歳代を対象とした健診(スマホdeドック事業)も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。(図表 25)

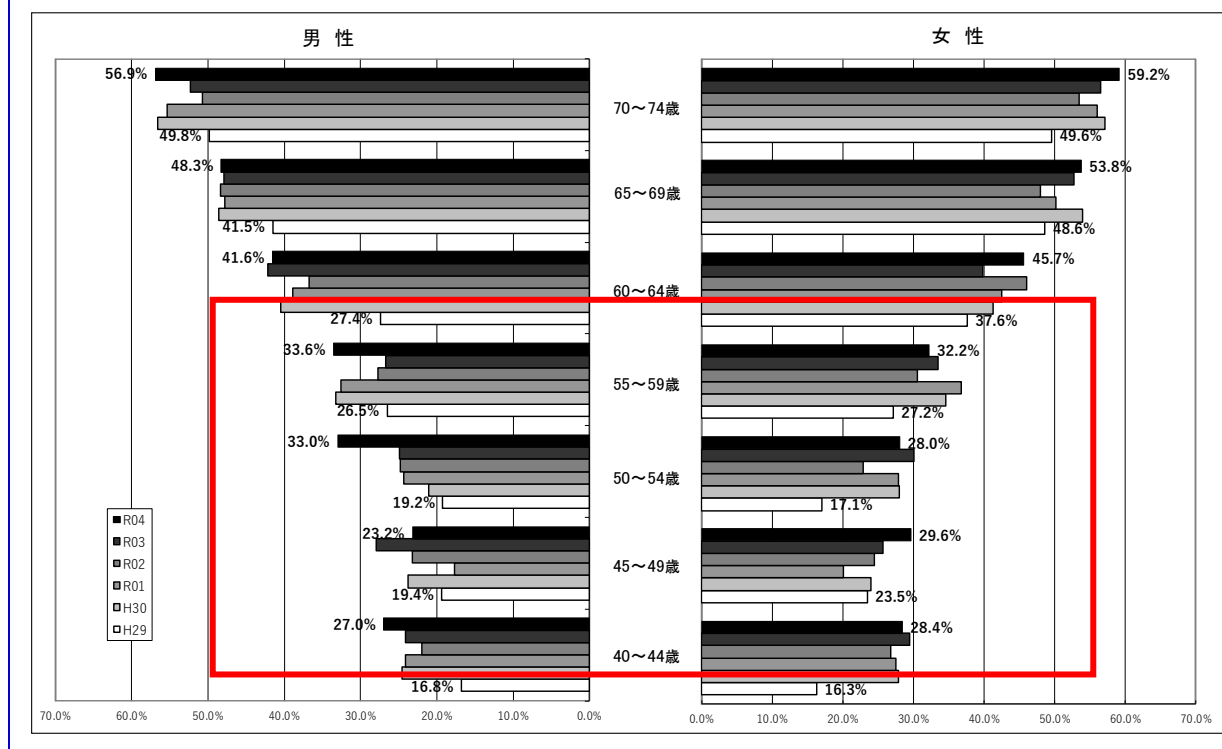
特定保健指導についても、R1 年度以降横ばい状態です。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 24 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 目標値
特定健診	受診者数	2,663	2,674	2,543	2,491	2,392	受診率 60%
	受診率	44.0%	45.4%	43.6%	44.4%	45.6%	
特定保健指導	該当者数	317	311	270	273	249	受診率 60%
	割合	11.9%	11.6%	10.6%	11.0%	10.4%	
	実施者数	103	112	98	99	82	
	実施率	32.5%	36.0%	36.3%	36.3%	32.9%	

出典：特定健診法廷報告データ

図表 25 年代別特定健診受診率の推移



2) 第2期データヘルス計画における個別事業の評価と課題

事業名	2期 評価	結果概要	次期計画への方針
特定健康診査 未受診者対策	○	目標値には達していないが、新たな取組を行い、受診率は徐々に向上している。	引き続き受診率を向上させる取組を実施する。
特定保健指導	△	新たな取組を行うが、利用率は横ばい状況。	引き続き利用率を向上させる取組を実施する。
生活習慣病重症化予防 (高血圧等)	○	健診結果で高血圧等該当者が減少傾向にあるが、心疾患等の重症化の重なりが多い。	心疾患等の重症化に関連する健診項目に着目し、事業を継続する。
糖尿病性腎症重症化予防	○	透析導入者は減少傾向にあり、引き続き腎症2期・3期の対象者に広く介入していく。	糖尿病の重症化予防として事業を実施し、医師会等との連携等、構造的課題を見直す。
ポピュレーションアプローチ	○	様々な媒体を利用して事業を実施している。	様々な媒体や機会を捉えて健康づくりの普及啓発を行う
がん対策	△	受診率は増加傾向にあるが、目標値は達成していない	未受診者勧奨や普及啓発の実施方法を工夫して実施
歯周疾患検診	○	受診率は増加の傾向が見られる。	さらなる受診率向上のための取組を実施する。
インセンティブ事業	◎	年々利用者が増加しているが、健康無関心層の状況は分からない。	参加率の低い年代への普及啓発など工夫を行いながら事業を継続する。
重複・多剤投与	○	令和元年度から通知を開始。発送数は減少傾向	対象者抽出法の検討を続け、経年変化をみる。
ジェネリック医薬品	○	事業実施量、アウトカム評価とも向上している。	引き続き使用率を向上させる取組を実施する。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	－	全国的に新たに始まった事業であり、評価基準が確立されていない。	地域の健康課題を検討しながら他機関とも連携し実施を進める。

<評価区分>

◎うまくいっている ○まあうまくいっている △あまりうまくいっていない ×まったくうまくいっていない

3) 第2期計画目標の達成状況一覧

図表 26 第2期データヘルス計画目標管理一覧

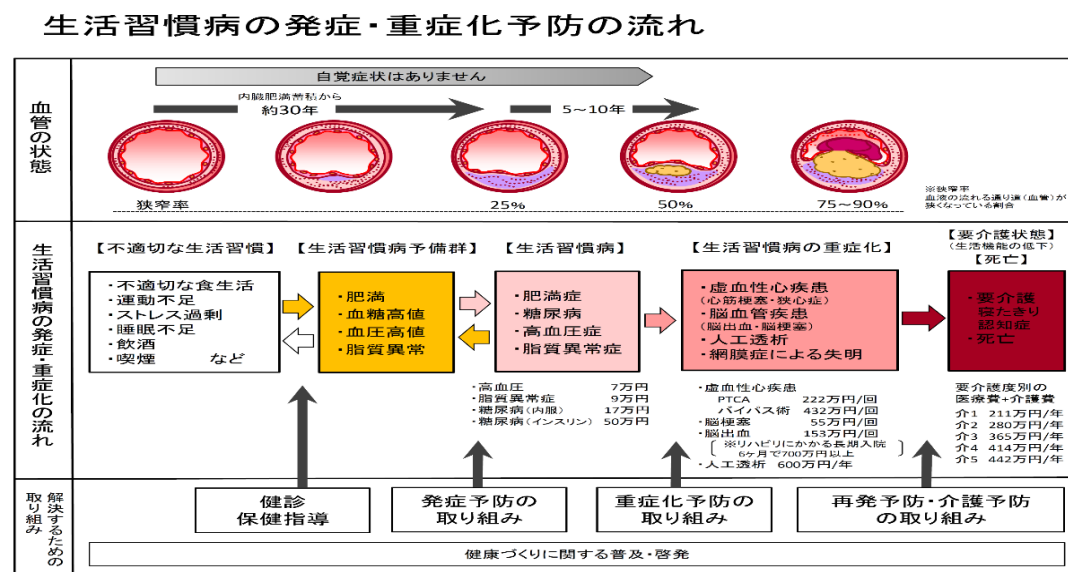
関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法		
				初年度	中間評価	最終評価			
				H30	R2	R4			
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症のによる透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	4.7%	3.10%	3.6%	KDBシステム		
			虚血性疾患の総医療費に占める割合の維持	3.6%	2%	3.3%			
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.9%	2.96%	4.0%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	4.9	0.7	2.7			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	－	0	0.7		魚津市調べ	
	短期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常者、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	30.7%	32.2%	31.9%	魚津市調べ		
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	5.1%	5.8%	5.2%			
			健診受診者の脂質異常の割合の減少（LDL160以上）	3.9%	4.1%	3.7%			
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少（HbA1c6.5%以上）	8.1%	8.9%	8.4%			
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率 60%以上	44.0%	43.6%	45.6%	法定報告		
			特定保健指導実施率 60%以上	32.5%	36.3%	32.9%			
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.9%	10.6%	10.4%			
		努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率の増加 （上段：男性　下段：女性）	10.4%	13.6%	22.5%	地域保健報告
						19.6%	15.3%	25.4%	
					肺がん検診受診者の増加 （上段：男性　下段：女性）	5.3%	14.5%	11.4%	
						10.6%	20.1%	23.7%	
					大腸がん検診受診率の増加 （上段：男性　下段：女性）	5.6%	16.7%	15.2%	
12.5%	19.1%					23.7%			
子宮がん検診受診率の増加	22.2%				14.8%	23.8%			
乳がん検診受診率の増加	21.4%				15.4%	36.3%			
5つのがんの平均受診率の増加	13.5%				16.2%	22.8%			
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合 80%以上				77.8%	83.2%	82.8%	厚労省	

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 27 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

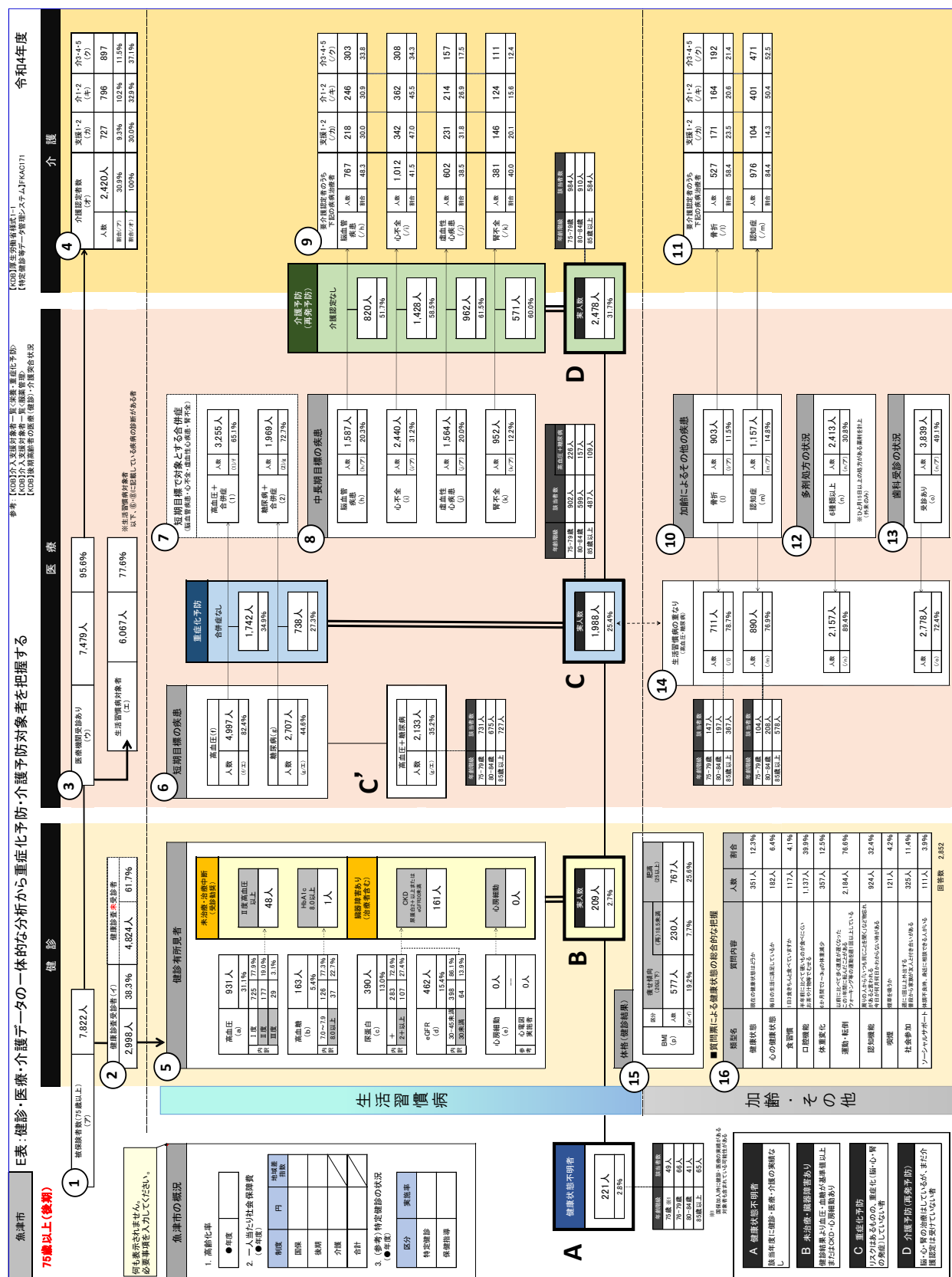
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望まれますが、制度的な背景により事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、図表 28 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、広域連合等との綿密な連携に努めます。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 40 歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 28 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析(75歳以上)



(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減少していますが、一人あたり医療費は令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2.2倍も高い状況です。(図表29)

魚津市の短期的目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症の総医療費に占める割合は、同規模・県・国と比べてほぼ同程度です。(図表30)

高額レセプトについては、国保においては毎年約500件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約2.5倍に増えています。

高額レセプトにおける疾病をみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成30年度が最も多く26件で3,000万円以上の費用がかかっていましたが、令和4年度は21件、費用額も約2,200万円と減っています。しかし、後期高齢においては、94件発生し、1億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表31、32)

図表29 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数		7,982人	7,753人	7,714人	7,397人	6,970人	8,016人
総件数及び 総費用額	件数	71,966件	69,081件	63,666件	64,573件	62,693件	108,050件
	費用額	28億9851万円	29億0602万円	28億0016万円	27億4044万円	26億5377万円	64億9741万円
一人あたり医療費		36.3万円	37.5万円	36.3万円	37.0万円	38.1万円	81.1万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表30 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名		総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
				腎		脳 梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
				慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)											
① 国保	魚津市	26億5377万円	30,736	2.11%	0.46%	1.88%	1.72%	5.48%	3.01%	1.85%	438,009,860	4億3801万円	16.5%	18.5%	8.67%	8.90%
	同規模	—	31,918	4.05%	0.30%	2.10%	1.39%	5.83%	3.39%	2.04%	152,279,936,130	—	19.1%	16.9%	8.74%	9.00%
	県	—	29,979	1.89%	0.21%	2.16%	1.65%	5.69%	3.04%	2.02%	11,242,328,390	—	16.7%	20.2%	8.90%	8.92%
	国	—	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	—	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
② 後期	魚津市	64億9741万円	68,061	4.25%	0.38%	3.78%	1.37%	3.99%	2.84%	1.03%	1,146,207,310	11億4621万円	17.6%	13.6%	5.30%	10.3%
	同規模	—	70,726	4.19%	0.51%	4.09%	1.45%	4.05%	3.15%	1.25%	282,853,903,360	—	18.7%	10.5%	4.11%	12.6%
	県	—	70,588	4.43%	0.43%	4.83%	1.80%	4.06%	2.61%	1.19%	31,177,915,060	—	19.4%	12.4%	4.73%	12.3%
	国	—	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	3,091,939,486,510	—	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

出典：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

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 31 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移

対象年度			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R04年度
高額レセプト (80万円以上 /件)	人数	A	279人	267人	280人	262人	265人	751人
	件数	B	465件	481件	504件	477件	500件	1,241件
		B/総件数	0.65%	0.70%	0.79%	0.74%	0.80%	1.15%
	費用額	C	6億9555万円	7億0016万円	7億4603万円	6億9499万円	6億8317万円	16億2193万円
		C/総費用	24.0%	24.1%	26.6%	25.4%	25.7%	25.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 32 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(脳血管疾患)

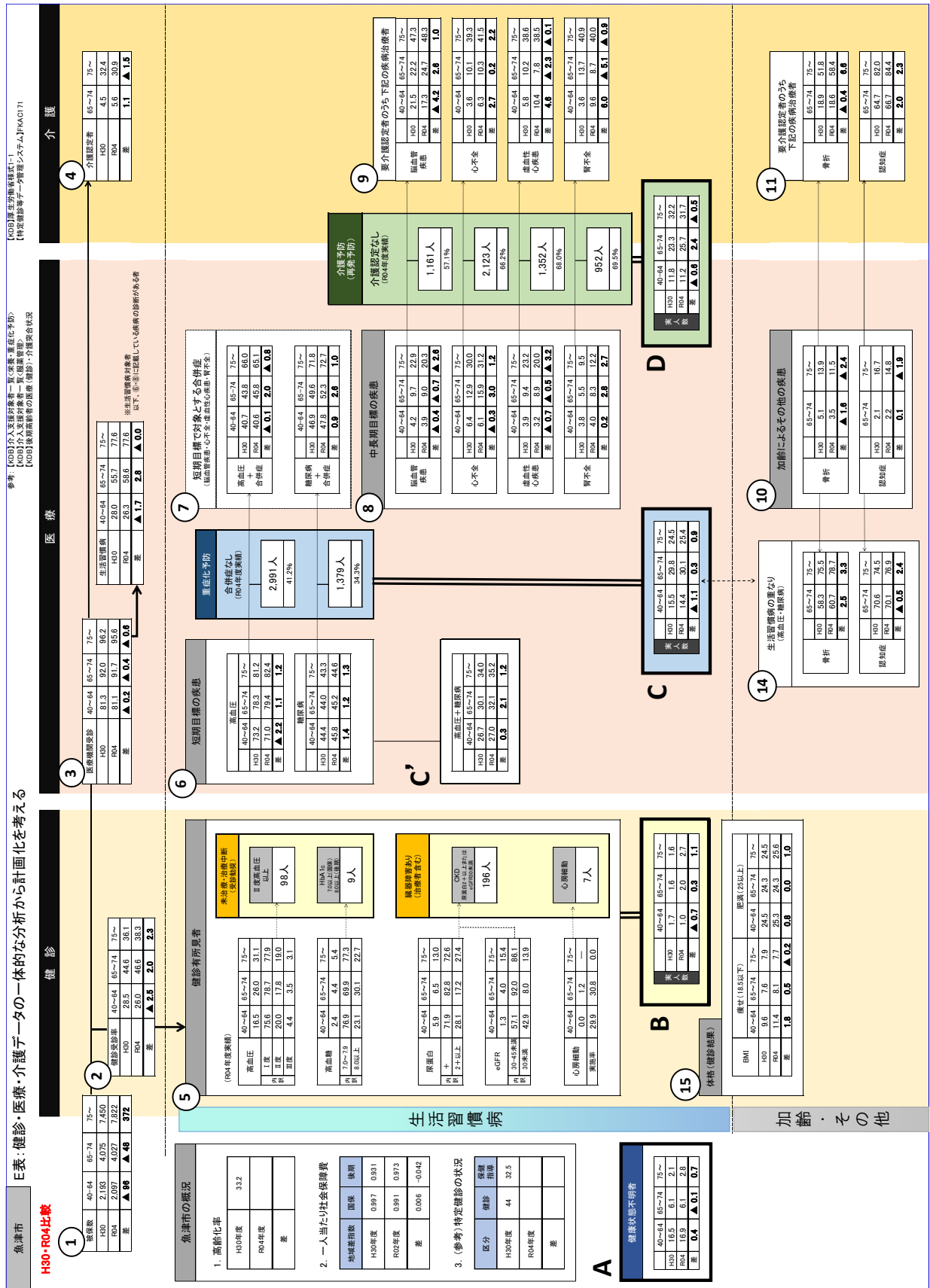
対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	15人		14人		19人		11人		19人		62人		
		D/A	5.4%		5.2%		6.8%		4.2%		7.2%		8.3%		
	件数	E	26件		20件		25件		25件		21件		94件		
		E/B	5.6%		4.2%		5.0%		5.2%		4.2%		7.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	1.1%
		40代	0	0.0%	2	10.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	4	4.3%
		50代	8	30.8%	3	15.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	75-80歳	16	17.0%
		60代	7	26.9%	8	40.0%	13	52.0%	9	36.0%	9	42.9%	80代	55	58.5%
		70-74歳	11	42.3%	7	35.0%	11	44.0%	16	64.0%	11	52.4%	90歳以上	18	19.1%
	費用額	F	3041万円		2101万円		2997万円		3048万円		2205万円		1億0295万円		
		F/C	4.4%		3.0%		4.0%		4.4%		3.2%		6.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33 高額レセプト(80 万円／件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度			H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		後期：R4年度		
虚血性心疾患	人数	G	18人		13人		12人		11人		15人		28人		
		G/A	6.5%		4.9%		4.3%		4.2%		5.7%		3.7%		
	件数	H	19件		15件		12件		11件		15件		30件		
		H/B	4.1%		3.1%		2.4%		2.3%		3.0%		2.4%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	2	18.2%	0	0.0%	70-74歳	1	3.3%
		50代	5	26.3%	5	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	75-80歳	7	23.3%
		60代	6	31.6%	4	26.7%	4	33.3%	2	18.2%	5	33.3%	80代	19	63.3%
		70-74歳	8	42.1%	6	40.0%	7	58.3%	7	63.6%	9	60.0%	90歳以上	3	10.0%
	費用額	I	3004万円		3187万円		2022万円		1686万円		3043万円		3754万円		
		I/C	4.3%		4.6%		2.7%		2.4%		4.5%		2.3%		

図表 34 健診・医療・介護データの一体的な分析(平成30年度と令和4年度の比較)



(2) 健診・医療・介護の一体的分析（全体は図表 34 参照）

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、被保険者数は、40～64 歳、65～74 歳と減少していますが、75 歳以上の後期高齢者は 372 名増加しています。（図表 35）

健診有所見の状況をみると、65～74 歳、75 歳以上で対象人数が増えており、特に 75 歳以上の CKD（慢性腎臓病）の有所見者数が倍増しています。さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。（図表 36）

短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、65～74 歳、75 歳以上で糖尿病＋合併症の割合が高くなっています。（図表 37）

中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、H30 年度と R4 年度を比較すると、65～74 歳、75 歳以上の心不全、腎不全において割合が高くなっています。（図表 38）

65 歳以上の認知症で治療を受けている方の 7 割以上が高血圧や糖尿病を併せ持っています。（図表 39）

図表 35 被保険者数と健診受診状況

E表	④	①				②			⑤					
年度	介護認定率	被保険者数				健診受診率			体格（健診結果）					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	
H30	32.4	2,193	4,075	7,450	28.5	44.6	36.1	9.6	7.6	7.9	24.5	24.3	24.5	
R04	30.9	2,097	4,027	7,822	26.0	46.6	38.3	11.4	8.1	7.7	25.3	24.3	25.6	

図表 36 健診有所見状況

E表	⑤																													
年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	人	%
H30	34	5.4	(16)	79	4.3	(35)	143	5.3	(30)	22	3.5	(6)	72	4.0	(5)	25	0.9	(0)	17	2.7	22	1.2	86	3.2	0	-	6	0.3	0	-
R04	22	4.0	(10)	104	5.5	(40)	208	6.9	(48)	13	2.4	(2)	8.3	4.4	(6)	37	1.2	(1)	9	1.7	26	1.4	161	5.4	0	-	7	0.4	0	-

図表 37 短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
	医療機関 受診			生活習慣病 対象者 (生活習慣病の 医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする 合併症								
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧 +合併症			糖尿病 +合併症					
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	81.3	92.0	96.2	28.0	55.7	77.6	73.2	78.3	81.2	44.4	44.0	43.3	26.7	30.1	34.0	40.7	43.8	66.0	46.9	49.6	71.8			
R04	81.1	91.7	95.6	26.3	58.6	77.6	71.0	79.4	82.4	45.8	45.2	44.6	27.0	32.1	35.2	40.6	45.8	65.1	47.8	52.3	72.7			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 38 中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
年度	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.2	9.7	22.9	3.9	9.4	23.2	6.4	12.9	30.0	3.8	5.5	9.5	21.5	22.2	47.3	5.8	10.2	38.6	3.6	10.1	39.3	3.6	13.7	40.9
R04	3.9	9.0	20.3	3.2	8.9	20.0	6.1	15.9	31.2	4.0	8.3	12.2	17.3	24.7	48.3	10.4	7.8	38.5	6.3	10.3	41.5	9.6	8.7	40.0

図表 39 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年度	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	58.3	75.5	70.6	74.5	5.1	13.9	2.1	16.7	18.9	51.8	64.7	82.0
R04	60.7	78.7	70.1	76.9	3.5	11.5	2.2	14.8	18.6	58.4	66.7	84.4

出典:ヘルスサポートラボツール

(3) 健康課題の明確化

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期目標疾患（脳血管障害・虚血性心疾患・腎不全）に共通して高血圧、糖尿病等に重なりがあります。そのため、肥満の改善とともに、高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等への重症化を防ぐことにつながります。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①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方策

保険者は、健診・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な保健事業の実施を図ることが求められており、計画を見直すことで、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、富山県から示された内容を含め指標等(図表 41)を設定し公表します。

②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることが重要です。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が重要です。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者には受診を促し継続した治療への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また、糖尿病とメタボリックシンドロームについては、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、必要に応じて医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。(日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方に基づく対応)

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第5章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

第3章 課題解決するための保健事業

1. 計画全体及び第3期データヘルス計画目標管理一覧

図表 40 保健事業計画全体像(1)

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	計画全体の目標	
A	若い世代から健康づくりの意識を高めるためにも、情報提供や健診機会を設けるなど、生涯にわたりいきいきと暮らすことができるよう健康意識の向上を図る。		すべて	i	健康寿命の延伸
B	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていく必要があり、そのため健診受診率の向上と、個人の状態に応じた保健指導の実施が重要である。	優先	1・2	ii iii iv v vi	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上、メタボ該当者の減少
C	医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い、脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を減少させることが重要。	優先	3・4	vii viii ix x xi xii xiii	生活習慣病の重症化予防。脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制
E	医療の質・市民のQOLの維持・向上のため、重複頻回受診、重複多剤服薬者の減少やジェネリック医薬品の普及に努める必要がある。		5・6	xiv	1人あたり医療費の維持・減少

事業番号	事業分類
1	特定健康診査
2	特定保健指導
3	重症化予防
4	重症化予防
5	重複・頻回受診、重複服薬者対策
6	後発医薬品利用促進
7	その他
8	その他
9	その他
10	

図表 41 保健事業計画全体像(2)

計画全体の目的			市民の健康意識を高めることで、生活習慣病の重症化予防を図り健康寿命の延伸を目指す									
計画全体の目標		目標区分	県	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	健康寿命の延伸	中長期目標	○	平均自立期間（要介護2以上） 上段：男性 下段：女性	平均自立期間	80.4 85.4	80.5 85.5	80.6 85.6	80.7 85.7	80.8 85.8	80.9 85.9	81.0 86.0
ii	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上、メタボ該当者の減少	短期目標	○	特定健康診査受診率	特定健康診査受診率	45.6%	47.0%	50.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%
iii			○	3年以上連続で受診した者の割合	3年以上連続で受診した者の割合	29.8%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	35.0%
iv				特定保健指導実施率	特定保健指導実施率	33%	40%	44%	48%	52%	56%	60%
v			○	特定保健指導対象者の割合	特定保健指導対象者/特定健診受診者	10.4%	10%以下					10%以下
vi			○	内臓脂肪症候群該当者・予備群者割合	内臓脂肪症候群該当者・予備群者/特定健診受診者	31.9%	30%以下					30%以下
vii	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	中長期目標		脳血管疾患の総医療費に占める割合	脳梗塞・脳出血医療費/総医療費	3.6%	3.6%					3.6%
viii				虚血性心疾患の総医療費に占める割合	狭心症・心筋梗塞医療費/総医療費	3.3%	3.3%					3.3%
ix				慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合	慢性腎不全（透析あり）医療費/総医療費	4.0%	4.0%					4.0%
x		短期目標	○	健診受診者の高血圧者の割合（160/100以上）	健診受診者の高血圧者の割合（160/100以上）	5.2%	5%以下					5%以下
xi			○	健診受診者の脂質異常者の割合（LDL160以上）	健診受診者の脂質異常者の割合（LDL160以上）	10.7%	10%以下					10%以下
xii			○	健診受診者の血糖異常者の割合（HbA1c6.5%以上）	健診受診者の血糖異常者の割合（HbA1c6.5%以上）	8.4%	8%以下					8%以下
xiii			○	健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合	健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合	1.0%	1%以下					1%以下
xiv	1人あたり医療費の維持・減少	中長期目標		1人当たり医療費	1人当たり医療費	380,741	380,000					380,000
*短期目標・・・原則として年度ごとに、中長期的な目標を達成するために必要な保健事業等について、実施状況に関する目標や達成度合に関する目標を設定。 *中長期目標・・・中長期的な目標は、計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定。 *県・・・富山県が示す指標												
												
事業番号	事業分類	事業名										重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業										重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業										
3	重症化予防	糖尿病重症化予防事業										重点
4	重症化予防	生活習慣病予防事業										重点
5	重複・頻回受診 重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬者対策										
6	ジェネリック医薬品 利用促進	ジェネリック医薬品の利用促進										
7	その他	がん検診事業										
8	その他	歯周疾患検診事業										
9	その他	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施										
10												

2. 個別保健事業計画

図表 42 個別保健事業計画

事業 1		特定健康診査事業									
事業の目的		メタボリックシンドローム該当者に着目し、生活習慣病の早期発見及びリスク未把握者の減少を図る。また、受診勧奨・再勧奨等の取組を行うことで、特定健診の受診率の向上を目的とする。									
事業の概要		特定健康診査の実施および未受診者勧奨を行う。また、事業主健診等の情報提供を受ける。									
対象者		40～74歳の魚津市国民健康保険加入者									
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	特定健診連続受診者率	3年以上連続で受診した者の割合	29.8%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	35.0%	
	2	未受診勧奨受診率	健診対象者のうち、受診勧奨後に受診した者の割合	14.9%	15.0%	15.5%	16.0%	16.0%	16.5%	17.0%	
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	45.6%	47%	50%	53%	55%	58%	60%	
	2	特定健診連続受診者数	3年以上連続で受診した者の人数	1,562	1,600	1,635	1,670	1,700	1,750	1,800	
	3	未受診勧奨者数	未受診者勧奨を行った人数	2,274	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	

プロセス（方法）	周知		対象者には受診券と集団健診日程と医療機関健診の実施医療機関リストを記載したリーフレットを送付する。そのほかに、市の広報誌、ホームページおよびNICETVでの周知や、医療機関にポスターを配布し、掲示する。
	勧奨		対象者全員に6月上旬に受診券を送付する。 受診率が低い世代や属性に対し、それぞれの特性に応じた未受診者勧奨を実施する。
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診および医療機関健診を実施する。 未受診者勧奨はハガキおよび電話掛けを行う
		実施場所	集団健診：市内2会場 医療機関健診：指定医療機関(市内21か所、市外2か所)
		時期・期間	集団健診：6～11月 医療機関健診：6～10月 未受診者勧奨：9～10月
		データ取得	職場健診、人間ドック、通院中で同等の検査を受けた方には、検査データを提出してもらえるよう、受診券に同封したリーフレットに提出方法を記載。 国民健康保険加入者を対象とした人間ドックは特定健診受診者とみなす。 農協ドックはかかる費用の一部を助成し、受検当日に受診券を持参してもらうことで、特定健診受診者とみなす。
		結果提供	集団健診：健診実施約1か月後に、郵送または対面にて健診結果返却(※ストラクチャー(体制)の「その他」の項目参照)。 医療機関健診：各医療機関にて、健診実施1週間～1か月後に健診結果を受診者に渡す(手渡し・郵送)。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		健診受診率向上のため、市特定健診受診およびデータ提供の特典として、申請により市内運動施設無料3回利用等の特典を付与。 前年度未受診者の分析を行い、対象者にあわせた効果的な内容の受診勧奨通知を作成する。
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康センター、市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		集団健診は一般社団法人日本健康倶楽部に委託。 医療機関健診は医療機関(市内・市外)に委託。
	国民健康保険団体連合会		受診券作成を委託。
	民間事業者		外部委託事業者にて、電話による未受診勧奨を行う。
	その他の組織		
	他事業		ふれあい・いきいきサロンや介護予防教室、各地区環境保健衛生協議会総会・健康講座等で特定健康診査の周知や受診勧奨を行う。 結核肺がん検診と同日同会場にて実施。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		健診実施にあたり、マニュアルを作成する。 過去の健診受診に関するデータについて市医師会(委託医療機関)との情報共有を行う。 特定保健指導対象者は健康センターにて対面で健診結果を手渡しし、特定保健指導につなげる。

事業 2		特定保健指導事業								
事業の目的		メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、生活習慣病の予防を図る。また、利用勧奨・再勧奨等の取組を行うことで、特定保健指導の実施率向上を目的とする。								
事業の概要		特定保健指導を実施する。また、市内医療機関に委託して実施する。								
対象者		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	内臓脂肪症候群該当者・予備群者割合	法定報告値	31.9% (R4)	30%以下					
	2	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	21.3% (R4)	20%	22%	24%	26%	28%	30%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値	32.9% (R4)	40%	44%	48%	52%	56%	60%
	2	未利用者勧奨のうち特定保健指導に繋がった割合	特定保健指導利用者/未利用者勧奨を行った者	29.2% (R4)	30%以上					

プロセス（方法）	周知		市対象者には利用券を送付する。その他市の広報誌およびホームページでの周知を行う。委託医療機関分については、窓口等にパンフレットを配布・掲示する。
	勧奨		対面結果説明会、電話フォロー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	集団健診における特定保健指導対象者は、健診結果返却の場で初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2～3か月後利用券を送付し、申込に基づいて実施する。申込がない場合は訪問等にて初回面接を実施する。委託医療機関分は、医療機関での健診結果返却の際に、初回面接に繋げる。
		実施場所	健康センター、委託実施医療機関(3か所)
		実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。。
		時期・期間	集団健診後の初回面談：健診終了後、データが届き次第実施(健診終了後1か月程) 個別健診後の初回面談：9月～翌年6月までに実施 最終評価を翌年9月末までに完了する
		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市の運動教室や他事業等につなげる。また次年度も保健指導の対象になる可能性がある場合、継続利用勧奨する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		保健指導実施者との事前・事後カンファを実施し、情報共有・資質向上に努める。
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康センター、市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		委託実施医療機関(3か所)にて実施する。
	国民健康保険団体連合会		
	民間事業者		
	その他の組織		保健指導実施後、必要に応じて市のスポーツセンター(ありそドーム)と連携して、運動習慣の継続支援を実施
	他事業		
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		効果的な指導方法を促すよう、委託実施医療機関との連携体制を構築する。5月の医療機関回り時に、当年度の特定保健指導目標数の共有及び状況確認。情報交換会を年1回設定する。マニュアルの作成。

事業 3			糖尿病重症化予防事業								
事業の目的			糖尿病や糖尿病性腎症のリスクのある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病の重症化予防を図る。併せて糖尿病予備群の者が糖尿病を発症しないための早期介入をする。								
事業の概要			①糖尿病性腎症リスク保有者に受診勧奨・保健指導で介入する。 ②高血糖の者に合併症予防のための早期介入する。 ③糖尿病予備群の者に教育支援を行う。								
対象者	選定方法		当年度特定健診結果及びレセプトから選定する								
	選定基準	健診結果による判定基準	①糖尿病性腎症プログラムに基づき腎症2期・3期の者 ②健診結果でHbA1c7.0%以上の者 ③健診結果HbA1c5.6～6.4%の者								
		レセプトによる判定基準	糖尿病歴のある者のうち、糖尿病の投薬治療が当年度にない者 専門医紹介レベルの者で、専門医で治療のない者								
		その他の判定基準									
	除外基準		透析中の者、精神疾患を有する者 ③前年度教室参加者								
	重点対象者の基準		尿蛋白±以上、eGFR<45mL/min/1.73m ²								
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	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	コントロール不良者数	当年健診HbA1c8.0以上の人数	25	20					20
		2	未治療者数（前年度評価）	HbA1c7.0以上未治療者の人数	3	3					3
		3	合併症予防者の割合	HbA1c7.0以上の割合（%）	3.7	3					3
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	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	①糖尿病性腎症介入者数	プログラム対象者のうち介入者数	64	60					60
		2	②HbA1c7.0以上介入者数	HbA1c7.0以上のうち介入者の人数	80	80					80
		3	③糖尿病教室参加者数	教室参加人数	未実施（R5実施）	50					50

プロセス（方法）	周知		③対象者に教室案内を送付。
	勧奨		①②糖尿病性腎症対象者には受診状況を把握し、電話・訪問で受診勧奨または保健指導を実施する。
	実施および実施後の支援	実施内容	①②電話訪問・面談・家庭訪問 ③教室
		時期・期間	9月～6月
		場所	訪問、市の公共施設等
		実施後の評価	①②未治療者はレセプトで治療状況を確認する。次年度の健診結果で確認する。 ③教室の理解度
		実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果でHbA1c7.0以上の場合は継続勧奨する。
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		①2期3期に分けて対象者の状況を把握する。必要な方には医療機関へ保健指導の打診をする。 ③予備群の段階で糖尿病の予防の教育（69歳以下は5.6～6.4、70歳以上は6.0～6.4）	
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康センター、市民課
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		医師会等（糖尿病重症化予防対策検討会）、厚生センター
	かかりつけ医・専門医		①②かかりつけ医に、保健指導希望者の利用勧奨の説明・周知をする。 ③健診医療機関に教室案内を周知。
	国民健康保険団体連合会		糖尿病性腎症対象者抽出・事業評価の方法を教示してもらう。
	民間事業者		なし
	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）		重症化を予防するには、連携医療機関の役割を明確にし、強化していくことが重要。

事業 4			生活習慣病予防事業							
事業の目的			心疾患・慢性腎障害（CKD）に進行する可能性のある血圧・脂質有所見者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、重症化予防を図る。							
事業の概要			①特定健診結果で血圧・脂質・eGFRにおいて有所見者に受診勧奨・保健指導で介入する。 ②高血圧（高値・Ⅰ度）、教室で早期介入する。 ③eGFRにおいて合併症予防のための教室で早期介入する。							
対象者	選定方法		当年度特定健診結果及びレセプトから選定する。							
	選定基準	健診結果による判定基準	①高血圧Ⅱ度以上、eGFR45未満、LDL160以上 ②血圧高値・Ⅰ度 ③尿蛋白（+）以上、尿蛋白（±）かつeGFR60未満、eGFR45未満							
		レセプトによる判定基準	受診勧奨は健診前3か月レセプトなし							
		その他の判定基準								
	除外基準		透析中の者、精神疾患を有する者、糖尿病重症化予防の対象者は除く ②③過去の参加者を除く							
	重点対象者の基準		尿蛋白±以上、心電図異常あり							
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	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	高血圧Ⅱ度（160/100）以上数	健診で高血圧Ⅱ度以上の人数	127人 5.2%	5%以下					5%以下
	2	高血圧未治療者の割合	高血圧Ⅱ度以上未治療者	81人 63.8%	60%	58%	56%	54%	52%	50%
	3	LDL160以上の割合	LDL160以上の割合	264人 10.7%	10%以下					10%以下
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	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	①高血圧Ⅱ度以上介入者数	高血圧Ⅱ度以上のうち介入者数	68	70					70
	2	①腎機能低下者介入者数	eGFR45以下のうち介入者数	未実施	30					30
	3	①LDL高値者介入者数	LDL160以上のうち介入者数	未実施	30					30
	4	②高血圧教室参加者数	血圧高値・Ⅰ度の教室参加人数	27	30					30
	5	③腎臓教室参加者数	教室参加人数	54	50					50

プロセス（方法）	周知		②③対象者に教室案内を送付。
	勧奨		①電話・訪問で受診勧奨または保健指導を実施する。
	実施および実施後の支援	利用申込	②③電話・窓口にて受付する。
		実施内容	①電話訪問・面談・家庭訪問 ②③教室案内
		時期・期間	9月～6月
		場所	訪問、市の公共施設
		実施後の評価	①未治療者はレセプトで治療状況を確認する。次年度の健診結果で確認する。 ②③教室の理解度
		実施後のフォロー・継続支援	①翌年度の健診結果で選定基準以上の場合は継続勧奨する。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）		①毎年の状況を把握することで、介入方法を事前協議する。
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康センター、市民課
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		医師会等
	かかりつけ医・専門医		②③健診医療機関に教室案内を周知。
	国民健康保険団体連合会		対象者抽出・事業評価の方法を教示してもらう。
	民間事業者		なし
	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）		重症化を予防するには、連携医療機関の役割を明確にし、強化していくことが重要。

事業5		重複・頻回受診、重複服薬者対策									
事業の目的		不適正受診・服薬の減少を図る。									
事業の概要		対象者へ通知・電話での指導を実施する。対象者のうち重度である者へ訪問による指導・経過観察を実施する。									
対象者		①次の基準いずれかにあてはまる者 ア1か月に同一医療機関を15回以上受診している イ1か月に同一疾病で3医療機関以上受診している ②次の基準すべてに当てはまる者 ア1か月に6種類以上の内服薬を服薬している イ1か月に長期処方（14日以上）されている ウ1か月に2医療機関以上から処方されている エ40歳以上74歳以下									
	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	【中長期】 1人当たりの医療費（円）	12か月分の総医療費/ 年度平均被保険者数	430,386	430,386					430,386	
	2	【短期】 受診・服薬改善率（％） 上段：受診 下段：服薬	重複・頻回受診改善者数/重 複・頻回受診対象者 重複・多剤服薬改善者延人 数/重複・多剤服薬通知対象 者延数	50% 26.4%	50% 30%	50% 33%	50% 36%	50% 39%	50% 42%	50% 45%	
	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	①電話指導完了率（％）	電話指導実施者数/ 電話指導対象者数	100%	100%					100%	
	2	②勧奨通知送付率（％）	通知者数/通知該当者数	100%	100%					100%	
	3	①②訪問実施率（％）	訪問実施者数/ 訪問対象者数	50%	53%	56%	60%	63%	66%	70%	
プロセス （方法）	周知	服薬通知対象者に勧奨通知を送付し啓発する。市の広報誌やホームページでの周知啓発を行う。									
	勧奨	不適正受診者へは電話指導や訪問指導を行う。 服薬対象者には通知を送付する。内容によっては電話指導や訪問指導を行う。									
	実施および実施後の支援	年度末に効果検証を行う。									
	その他 （事業実施上の工夫・留意 点・目標等）	服薬訪問指導については、薬害事象がより強く見込まれる方から選定を行う。 訪問指導対象者には、通知送付前に電話等により介入しやすい雰囲気づくりに努める。 通知送付については専門知識を有する業者に委託し、効果的・効率的に対象者を選定し勧奨 通知を作成する。									
ストラク チャー （体制）	庁内担当部署	市民課 訪問対象者の選定、委託等事務手続き 健康センター 対象者へ電話・訪問指導等									
	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）	魚津市医師会や魚津市薬剤師会と連携して実施する。									
	国民健康保険団体連合会										
	民間事業者	服薬通知については、専門知識のある民間業者へ委託し、対象者選定、通知書作成・発送業 務を行う。 最終的に効果検証も行う。									
	その他の組織										
	他事業										
	その他 （事業実施上の工夫・留意 点・目標等）	対象者への訪問指導の効果的な介入方法の検討が必要									

事業6		ジェネリック医薬品の利用促進								
事業の目的		被保険者の薬品費負担軽減及び保険者の医療費の抑制を図る。								
事業の概要		軽減効果額等を記載した差額通知を送付する。 ジェネリック医薬品利用の周知啓発を行う。								
対象者		ジェネリック医薬品に切り替え可能な医薬品を服用している被保険者 被保険者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (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	【中長期】 ジェネリック医薬品利用率 (年平均) (%)	ジェネリック医薬品の 数量/ジェネリック医 薬品のある先発医薬品 及びジェネリック医薬 品の数量	83.0%	83%	83%	83%	85%	85%	85%
	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	勧奨通知送付率 (%)	勧奨実施者数/ 勧奨対象者数	100%	100%					100%

プロセス (方法)	周知	周知啓発のための希望シールを作成し、保険者証送付時に交付する。 市の広報誌およびホームページでの周知啓発を図る。
	勧奨	年4回差額通知を送付する。
	実施および実施後の支援	年度末に効果検証を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	被保険者1人当たり100円以上の差額が生じる場合に差額通知を送付する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤 師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	差額通知については、専門知識のある民間業者へ委託し、対象者選定、通知書作成・発送業 務を行う。
	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)	国の目標値である80%を達成しているので、大幅な達成率は見込めないが、今後のジェネ リックや医薬品の供給状況にも注意して事業を進めなければならない。

事業7		がん検診事業								
事業の目的		5大（胃・大腸・肺・子宮・乳）がんの早期発見・早期治療に繋げるために、がん検診受診率を向上させる。								
事業の概要		がん検診を実施する。								
対象者		職場等でがん検診を受ける機会がない者								
アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	がん検診受診率(胃) 上段：男性, 下段：女性	地域保健・健康増進事業報告 (各がん検診集計シートの下段に算出される受診率)	22.5%	24%	26%	28%	30%	32%	34%
				25.4%	27%	29%	31%	33%	35%	37%
	2	がん検診受診率(大腸) 上段：男性, 下段：女性		15.2%	17%	19%	21%	23%	25%	27%
				23.7%	25%	27%	29%	31%	33%	35%
	3	がん検診受診率(肺) 上段：男性, 下段：女性		11.4%	13%	15%	17%	19%	21%	23%
				15.8%	18%	20%	22%	24%	26%	28%
4	がん検診受診率(子宮)	23.8%		26%	28%	30%	32%	34%	36%	
5	がん検診受診率(乳)	36.3%	38%	40%	42%	44%	46%	48%		
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	未受診者勧奨数 (全がん)	未受診者勧奨を行った人数	2,991通	5,000通					5,000通
プロセス（方法）	周知	対象者にはがん検診受診券を送付する。市の広報誌およびホームページ、SNSでの周知や、自治会、商工会議所、医療機関、薬局、図書館等にチラシを配布・掲示する。								
	勧奨	秋頃に未受診者勧奨を個別郵送通知する。地区行事、事業等で受診勧奨を行う。								
	実施および実施後の支援	集団検診および医療機関検診を実施する。 要精密検査と判定された者について、受診状況の把握および精密検査受診勧奨を実施する。 医療機関に精密検査の状況照会を実施する。								
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	未受診者勧奨の対象者選定は、経年の状況を踏まえて実施する。ナッジ理論を活用して効果的な内容を検討する。 検診対象者のうち、未受診理由を確認できた者については対象者から除外する。								
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康センター、市民課医療保険係								
	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)	個別検診を医師会に委託								
	国民健康保険団体連合会									
	民間事業者	集団検診を富山県健康増進センターに委託								
	その他の組織	がん対策推進員								
	他事業									
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定健診との同時実施、休日検診を実施する。 がん検診実務者検討会や検診結果照会等により連携体制を構築する。手引きを作成し、情報共有を図る。 がん対策推進員と連携をとりながら、がん検診普及啓発キャンペーンを実施する。								

事業8		歯周疾患検診事業									
事業の目的		歯科に関する疾患および歯科疾患が影響する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指して、歯周疾患検診の受診率を向上させる。									
事業の概要		歯周疾患検診を実施する。 受診勧奨、未受診者勧奨ハガキを送付する。									
対象者		20、30、40、50、60、70歳									
	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	歯周疾患検診受診率	地域保健・健康増進事業報告	13.4%	15%	17%	19%	22%	26%	30%	
	2	未受診者勧奨による受診率	未受診者勧奨後受診した者／未受診者勧奨者	9.2%	10%	12%	14%	17%	21%	25%	
	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	未受診者勧奨数	発送数	746通	1200通					1200通	
	2	健康教育回数(国保に限る)	実施回数	2回	15回					15回	
プロセス（方法）	周知	対象者には歯周疾患検診を送付する。そのほかに、市の広報誌およびホームページでの周知や、市内歯科医療機関にチラシを配布・掲示する。									
	勧奨	秋頃に未受診者勧奨を個別郵送通知する。									
	実施および実施後の支援										
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	未受診者勧奨では、ナッジ理論を活用して効果的な内容を検討する。									
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康センター									
	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）	歯科医師会に委託									
	国民健康保険団体連合会										
	民間事業者										
	その他の組織										
	他事業										
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	歯科医師会との連携体制を構築する。手引きを作成し、情報共有を図る。									

事業 9		高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施								
基本的な考え方		高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくために、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進めます。								
事業の概要		① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置 KDB 等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。 ② 事業内容 1) ハイリスクアプローチ 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療等の対象者を抽出し高齢者に対する個別支援を行います。 2) ポピュレーションアプローチ 75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。								
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	平均自立期間(要介護2以上)	男性(自立期間)	80.4歳	80.5	80.6	80.7	80.8	80.9	81.0
			女性(自立期間)	85.4歳	85.5	85.6	85.7	85.8	85.9	86.0
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	健康診査受診率(長寿健診)	受診率	44.9%	46.0%	48.0%	50.0%			50.0%
	2	健康教育・相談人数	人数	690人	R4比増					R4比増
					第9期介護保険計画より					

第4章 その他

1. 計画の評価・見直し

(1) 個別の保健事業の評価見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本とし、計画策定時に設定した保健事業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します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘル計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

設定した評価指標に基づき、中間時点である3年後の令和8年度に進捗確認・中間評価を実施します。また、計画の最終年度において、次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度である令和11年度の上半期に評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。

2. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

3. 個人情報の取扱い

保険者等においては、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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

4. 地域包括ケアに関わる取組

保健事業の実施に当たっては、高齢者の被保険者が多く、今後も高齢者の割合が高くなると予想される状況を踏まえ、令和6年度から3年間の計画期間とする「魚津市高齢者保健福祉計画・第9期魚津市介護保険事業計画」と連携した取組が重要となります。

同計画の基本理念は「みんなが健康で生きがいを持ち、地域で支え合いながら安心して暮らせるまち ～地域共生社会の実現を目指して～」とされており、実現には健康寿命の延伸が課題の一つに挙げられていることから、KDB システム等によるデータを活用し、情報共有を行うなど関係者との連携に努めます。

<評価における4つの指標>

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

第5章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 43 特定健診受診率・特定保健指導実施率

区分	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	47%	50%	53%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%

3. 対象者の見込み

図表 44 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

区分		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	5,301	5,191	5,106	5,021	4,936	4,851
	受診者数	2,491	2,596	2,706	2,762	2,863	2,911
特定保健指導	対象者数	259	270	281	287	298	303
	受診者数	104	119	135	149	167	182

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と富山県保険者協議会が集合契約を行います。

- ① 集団健診
- ② 個別健診（委託医療機関）
- ③ 人間ドック（国保ドック・農協ドックで特定健診項目実施の場合）

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、富山県保険者協議会(市町村)のホームページに掲載しています。（参照）URL：<http://toyama-kokuhoren.or.jp/kyogikai/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（血清クレアチニン）を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。（実施基準第 1 条第 4 項）

図表 45 特定健診検査項目

区分	内容	
基本的な 健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
	血中脂質検査 肝機能検査	空腹時中性脂肪、随時中性脂肪 ^{※1} 、HDL コレステロール、 LDL コレステロール (Non-HDL コレステロール ^{※2}) AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP
	血糖検査	ヘモグロビン A1c、空腹時血糖、随時血糖検査 ^{※3}
	尿検査	糖、蛋白
詳細な健診	貧血検査（赤血球数、血色素量、ハマトクリット値）、心電図検査、眼底検査（無散瞳・散瞳）、血清クレアチニン検査（推算式による eGFR） ^{※4}	
追加健診項目	血清クレアチニン検査（推算式による eGFR） ^{※3} ⇒詳細な健診に該当しない者	

※1) 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する。

※2) 中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール（総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

※3) 空腹時および随時血糖による血糖検査が可となっているが、原則ヘモグロビン A1c での測定を優先とする。

※4) 血清クレアチニン検査は 40 歳～74 歳の方全員が対象となる。原則、「詳細な健診」が優先となる。血圧と血糖の基準にもとづき判定し、基準に該当する場合は、「詳細な健診」として扱う。それ以外の詳細な健診に該当しない者は、「追加健診」として扱う。

(5) 対象者

被保険者のうち特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる者
（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者を含む）

(6) 実施時期

毎年 6 月から 10 月末まで実施しますが、一部翌年 3 月末まで実施する場合があります。

(7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医への協力依頼を行うなど連携に努めます。

(8) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、富山県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率向上につながるよう、受診の案内送付のほか様々な機会を通じて周知を行います。

- ① 郵送による特定健診受診券及び日程等の個別案内
- ② 広報うおづ及び魚津市ホームページ掲載
- ③ 未受診者の状況把握及び受診勧奨の実施

図表 46 特定健診実施スケジュール

健診実施スケジュール

月	特定健康診査		特定保健指導	その他
	魚津市健康センター	個別健診実施医療機関	魚津市国保 (魚津市健康センター)	
	集団健診	個別健診		
4月	対象者の抽出		前年度の 特定保健 指導評価 特定保健 指導実施・ 評価	
5月	受診券等送付・医療機関説明会			がん検診開始
6月	集団 健診	個別 健診 実施		
7月				
8月				
9月				前年度特定健診・保健指 導実績報告終了
10月				健診結果から、重症化予 防対象者抽出・訪問等
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。第 4 期における変更点は下記の表のとおりです。

図表 47 第4期（2024 年以降）における変更点

特定保健指導の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg 減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲 1 cm・体重 1 kg 減をその他の目標として設定した。
	(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にした。
	(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または特定保健指導実施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、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(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あたって、確認する医薬品の種類、確認手順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。
	(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。

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑実施に向けた手引き(第 4 版)

(1) 健診から保健指導実施の流れ

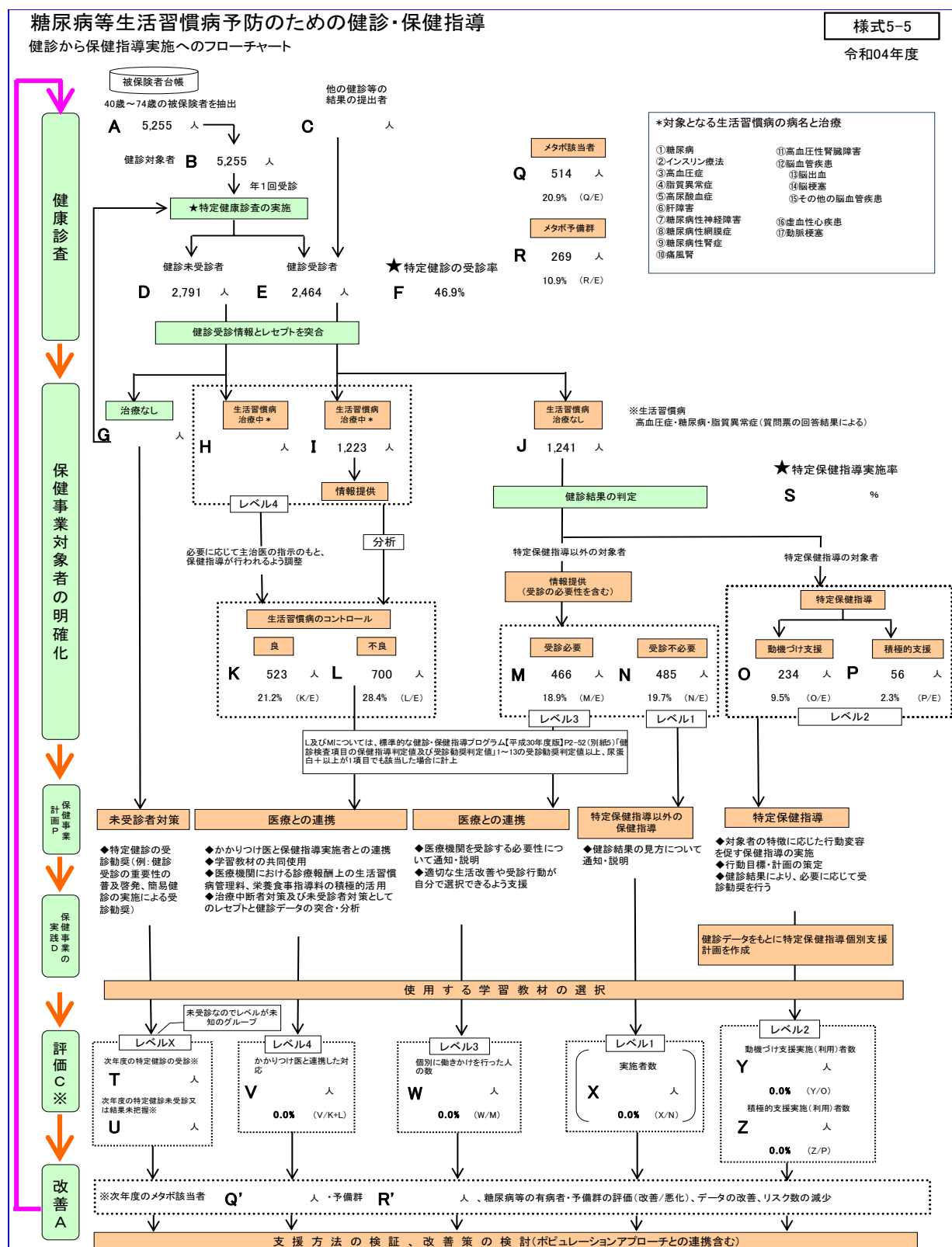
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

(2) 対象者

特定保健指導の対象者は、特定健診の結果、腹囲や血糖値等が基準値を上回る人のうち、高血圧症、糖尿病または脂質異常症の治療に係る内服をしている人を除いた人となります。図表 49 のとおり、腹囲(または BMI)、血圧、血糖、脂質、喫煙歴のリスクの数に応じて、対象者に「動機づけ支援」または「積極的支援」を実施し、基準値を超える検査項目があった場合には医療機関への受診を促します。

なお、特定保健指導対象者以外にも、高血圧、高血糖、高 LDL コレステロール血症などの重症化予防が必要な人にも保健指導を実施します。

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)



出典:ヘルサポートラボツール

図表 49 特定保健指導対象者基準

腹囲	※追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象	
			40～64 歳	65～74 歳
≧85cm (男性) ≧90cm (女性)	2 つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり なし		
	該当しない		情報提供	
上記以外で BMI≧25	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			
	該当しない		情報提供	
腹囲もBMIも正常			情報提供	

※追加リスク基準

血糖高値：空腹時血糖が 100mg/dl 以上、又は HbA1c が 5.6% 以上 (NGSP 値)

脂質異常：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上、又は 随時中性脂肪 175mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満)

血圧高値：収縮期 130mmHg 、又は拡張期 85mmHg 以上)

※注意：これら基準に該当した者でも、血圧降下剤等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しており、特定保健指導の対象外とする。

(3) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 50 要保健指導対象者の見込み(令和 6 年度)

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (各対象/受診者)
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	259 人 (10.4%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で行えるよう支援	448 人 (18.0%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	689 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	523 人 (21%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの実合・分析	1,260 人 (50.6%)

(4) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。(図表 46)

6. その他

1) 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および魚津市個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、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るとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

2) 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

3) 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、魚津市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

参考資料

1. 国・県・同規模と比べてみた魚津市の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた魚津市の位置																	R04年度
項目				保険者		同規模平均		県		国		データ元					
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	(CSV)					
1	①	人口構成	総人口		39,022		9,014,657		1,016,237		123,214,261		KDB_NO.5				
			65歳以上（高齢化率）	13,906	35.6	3,263,279	36.2	333,008	32.8	35,335,805	28.7	人口の状況					
			75歳以上	7,497	19.2	--	--	174,126	17.1	18,248,742	14.8	KDB_NO.3					
			65～74歳	6,409	16.4	--	--	158,882	15.6	17,087,063	13.9	健診・医療・介護					
			40～64歳	12,863	33.0	--	--	336,735	33.1	41,545,893	33.7	データからみる地域の健康課題					
		39歳以下	12,253	31.4	--	--	346,494	34.1	46,332,563	37.6							
	②	産業構成	第1次産業		4.1		10.7		3.3		4.0		KDB_NO.3				
			第2次産業		39.3		27.3		33.6		25.0		健診・医療・介護				
			第3次産業		56.6		62.0		63.1		71.0		データからみる地域の健康課題				
	③	平均寿命	男性		80.0		80.4		80.6		80.8		KDB_NO.1				
女性			87.5		86.9		87.4		87.0								
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		80.4		79.7		80.3		80.1		地域全体像の把握					
		女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		85.4		84.3		84.6		84.4							
2	①	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	105.8		103.4		101.4		100		KDB_NO.1				
				女性	98.4		101.4		96.5		100						
			死 因	がん	156	56.1	34,996	47.8	3,555	51.9	378,272	50.6		地域全体像の把握			
				心臓病	53	19.1	21,437	29.3	1,663	24.3	205,485	27.5					
				脳疾患	45	16.2	10,886	14.9	1,088	15.9	102,900	13.8					
				糖尿病	4	1.4	1,391	1.9	123	1.8	13,896	1.9					
				腎不全	11	4.0	2,819	3.9	228	3.3	26,946	3.6					
				自殺	9	3.2	1,654	2.3	193	2.8	20,171	2.7					
				合計													
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性									厚労省HP					
			女性									人口動態調査					
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		2,685	19.5	619,810	19.1	65,366	19.7	6,724,030	19.4	KDB_NO.1			
				新規認定者	41	0.3	10,081	0.3	1,010	0.3	110,289	0.3					
介護度別 総件数					要支援1.2	11,361	17.4	1,984,426	14.3	176,857	11.0	21,785,044	12.9				
					要介護1.2	27,830	42.7	6,527,659	47.0	794,531	49.5	78,107,378	46.3				
					要介護3以上	25,929	39.8	5,384,278	38.7	634,306	39.5	68,963,503	40.8				
2号認定者				50	0.39	10,759	0.37	1,190	0.35	156,107	0.38						
②		有病状況	糖尿病	705	24.9	154,694	23.8	16,971	24.7	1,712,613	24.3	KDB_NO.1					
			高血圧症	1,313	47.2	352,398	54.8	35,145	51.5	3,744,672	53.3						
			脂質異常症	735	26.3	203,112	31.2	20,410	29.6	2,308,216	32.6						
			心臓病	1,561	56.4	397,324	61.9	40,400	59.4	4,224,628	60.3						
			脳疾患	570	20.9	151,330	23.9	16,371	24.5	1,568,292	22.6						
			がん	280	10.5	74,764	11.4	7,457	10.8	837,410	11.8						
			筋・骨格	1,369	49.5	350,465	54.5	35,453	52.1	3,748,372	53.4						
			精神	989	36.4	246,296	38.6	25,101	37.2	2,569,149	36.8						
③		介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		313,244	4,355,970,844	300,230	979,734,915,124	311,318	103,671,243,363	290,668	10,074,274,226,869					
			1件当たり給付費（全体）		66,891		70,503		64,565		59,662						
			居宅サービス	39,659		43,936		41,459		41,272							
④		医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	9,438		9,043		9,328		8,610							
			認定なし	4,396		4,284		4,420		4,020							
4		①	国保の状況	被保険者数		6,970		2,020,054		181,180		27,488,882		KDB_NO.1			
	65～74歳			3,797	54.5			95,253	52.6	11,129,271	40.5						
	40～64歳			2,114	30.3			53,481	29.5	9,088,015	33.1						
	39歳以下			1,059	15.2			32,446	17.9	7,271,596	26.5						
		加入率	17.9		22.4		17.8		22.3		KDB_NO.1						
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	6	0.9	873	0.4	106	0.6	8,237	0.3	KDB_NO.5					
			診療所数	31	4.4	7,141	3.5	759	4.2	102,599	3.7						
			病床数	862	123.7	136,833	67.7	15,170	83.7	1,507,471	54.8						
			医師数	89	12.8	19,511	9.7	2,832	15.6	339,611	12.4						
			外来患者数	701.2		728.3		702.5		687.8							
			入院患者数	24.9		23.6		22.1		17.7							
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費		380,741	県内10位 同規模176位	394,521		372,434		339,680	KDB_NO.3					
			受診率		726.118		751.942		724.532		705.439						
			外 来	費用の割合	57.4	56.7		56.9		60.4	健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題						
				件数の割合	96.6	96.9		97.0		97.5							
入 院			費用の割合	42.6	43.3		43.1		39.6	KDB_NO.1							
			件数の割合	3.4	3.1		3.0		2.5								
1件あたり在院日数			15.7日		17.1日		16.4日		15.7日		地域全体像の把握						

4	④	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 (調剤含む)	がん	489,835,310	35.0	31.3	36.8	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題				
				慢性腎不全（透析あり）	55,960,150	4.0	7.5	3.4	8.2					
				糖尿病	145,509,960	10.4	10.8	10.4	10.4					
				高血圧症	79,926,180	5.7	6.3	5.5	5.9					
				脂質異常症	48,990,240	3.5	3.8	3.7	4.1					
				脳梗塞・脳出血	49,795,190	3.6	3.9	4.0	3.9					
				狭心症・心筋梗塞	45,677,770	3.3	2.6	3.1	2.8					
				精神	230,180,760	16.5	16.2	16.2	14.7					
				筋・骨格	236,194,090	16.9	16.7	16.2	16.7					
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医療 費に占める割 合	入 院	高血圧症	93	0.1	380	0.2	207	0.1	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)	
				糖尿病	2,849	1.8	1,531	0.9	1,496	0.9	1,144	0.9		
				脂質異常症	--	--	89	0.1	70	0.0	53	0.0		
				脳梗塞・脳出血	6,144	3.8	7,151	4.2	6,884	4.3	5,993	4.5		
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医療 費に占める割 合	外 来	虚血性心疾患	5,547	3.4	4,385	2.6	4,928	3.1	3,942	2.9		
				腎不全	2,281	1.4	4,815	2.8	3,069	1.9	4,051	3.0		
				高血圧症	11,374	5.2	13,011	5.8	11,101	5.2	10,143	4.9		
				糖尿病	18,906	8.7	22,014	9.8	20,347	9.6	17,720	8.6		
		脂質異常症	7,029	3.2	7,959	3.6	7,444	3.5	7,092	3.5				
		脳梗塞・脳出血	1,001	0.5	1,056	0.5	1,088	0.5	825	0.4				
		虚血性心疾患	1,730	0.8	1,975	0.9	1,925	0.9	1,722	0.8				
		腎不全	9,197	4.2	18,492	8.3	7,850	3.7	15,781	7.7				
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,137		2,592	3,181	2,031	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題					
			健診未受診者	11,927		13,920	13,153	13,295						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	9,631		7,237	9,335	6,142						
			健診未受診者	36,610		38,862	38,593	40,210						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,298	54.2	345,730	57.5	33,902	57.8	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	1,175	49.0	313,063	52.0	31,122	53.1	3,501,508	52.0				
		医療機関非受診率	123	5.1	32,667	5.4	2,780	4.7	334,324	5.0				
5	①	特定健診の 状況	メタボ	健診受診者	2,397		601,639	58,623	6,735,405		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題			
	受診率			45.6	県内12位 同規模74位	40.4	43.3	全国9位	36.7					
	特定保健指導終了者（実施率）			32	11.3	15566	22.8	1,289	18.8	91,478		11.5		
	非肥満高血糖			202	8.4	64,197	10.7	7,849	13.4	608,503		9.0		
	該当者			504	21.0	127,981	21.3	13,623	23.2	1,366,220		20.3		
				男性	347	34.6	88,474	32.7	8,824	35.8		953,975	32.0	
				女性	157	11.3	39,507	11.9	4,799	14.1		412,245	11.0	
	予備群			259	10.8	65,260	10.8	6,183	10.5	756,692		11.2		
				男性	160	16.0	45,668	16.9	4,115	16.7		533,553	17.9	
				女性	99	7.1	19,592	5.9	2,068	6.1		223,139	5.9	
	県内市町村数			総数	841	35.1	211,082	35.1	21,434	36.6		2,352,941	34.9	
				男性	556	55.5	146,298	54.0	14,060	57.0		1,646,925	55.3	
				女性	285	20.4	64,784	19.6	7,374	21.7		706,016	18.8	
	17市町村			総数	74	3.1	31,765	5.3	2,384	4.1		316,378	4.7	
				男性	13	1.3	4,968	1.8	346	1.4		50,602	1.7	
				女性	61	4.4	26,797	8.1	2,038	6.0		265,776	7.1	
	同規模市区町村数 280市町村			血糖のみ	16	0.7	4,020	0.7	481	0.8		43,022	0.6	
				血圧のみ	167	7.0	46,733	7.8	4,145	7.1		533,361	7.9	
		脂質のみ	76	3.2	14,507	2.4	1,557	2.7	180,309	2.7				
		血糖・血圧	56	2.3	19,961	3.3	1,918	3.3	200,700	3.0				
		血糖・脂質	35	1.5	6,610	1.1	837	1.4	69,468	1.0				
		血圧・脂質	233	9.7	58,126	9.7	5,753	9.8	651,885	9.7				
		血糖・血圧・脂質	180	7.5	43,284	7.2	5,115	8.7	444,167	6.6				
		①	問診の状況	服薬	高血圧	850	35.5	235,433	39.1	22,801	38.9	2,401,322	35.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
					糖尿病	166	6.9	59,612	9.9	5,027	8.6	582,344	8.6	
脂質異常症	699				29.2	175,568	29.2	18,048	30.8	1,877,854	27.9			
脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	81				3.4	19,102	3.3	2,141	3.7	205,223	3.1			
②	既往 歴	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	111	4.6	34,697	5.9	3,187	5.5	361,423	5.5				
		腎不全	24	1.0	5,359	0.9	527	0.9	53,281	0.8				
		貧血	290	12.1	58,132	10.0	7,230	12.5	694,361	10.7				
		喫煙	286	11.9	77,562	12.9	7,204	12.3	927,614	13.8				
6	生活習慣の 状況	週3回以上朝食を抜く	191	8.0	44,667	7.9	4,439	7.7	633,871	10.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		週3回以上食後間食（～H29）	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
		週3回以上就寝前夕食（H30～）	325	13.6	85,374	15.0	9,637	16.6	964,244	15.7				
		週3回以上就寝前夕食	325	13.6	85,374	15.0	9,637	16.6	964,244	15.7				
		食べる速度が速い	614	25.6	152,554	26.8	16,289	28.1	1,640,770	26.8				
		20歳時体重から10kg以上増加	718	30.0	197,783	34.7	18,954	32.7	2,149,988	34.9				
		1日30分以上運動習慣なし	1,518	63.3	356,755	62.7	37,078	64.0	3,707,647	60.4				
		1日1時間以上運動なし	1,287	53.7	270,288	47.3	31,176	53.8	2,949,573	48.0				
		睡眠不足	544	22.7	142,775	25.0	14,722	25.5	1,569,769	25.6				
		毎日飲酒	609	25.4	147,614	25.4	14,660	25.3	1,639,941	25.5				
		時々飲酒	462	19.3	119,206	20.5	12,152	21.0	1,446,573	22.5				
		⑭	日 飲 酒 量	1合未満	1,353	72.0	236,347	62.8	38,120	73.8		2,944,274	64.2	
				1～2合	370	19.7	94,518	25.1	9,204	17.8		1,088,435	23.7	
				2～3合	108	5.7	35,904	9.5	3,453	6.7		428,995	9.3	
3合以上	48			2.6	9,402	2.5	857	1.7	126,933	2.8				

2. 第2期データヘルス計画における個別保健事業の最終評価

事業名	ア 特定健康診査・未受診者対策					
目的	内臓脂肪蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげるために、受診率の向上を図る。					
実施内容	・過去3年間の特定健診受診歴を活用し、対象者を抽出し、ハガキ・電話による受診勧奨を行う。 ・勧奨ハガキの文面は年齢や過去受診歴ごとに変え、対象に合った勧奨内容とする。 ・勧奨ハガキ送付後に電話での再勧奨を行う。 ・みなし健診のデータ提供をした方には特典を進呈する。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	特定健診受診率 46.0% (中間評価値) 60.0% (最終評価値)				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
未受診者への受診勧奨数	—	2,271通	2,274通	2,000通	◎	下記条件による勧奨対象発送(R4) ①40～42歳(受診歴関係なし)②43～59歳(受診歴考慮あり)③60歳以上(未治療・健診受診歴関係なし)、60歳以上(治療中・受診歴関係なし)
健診受診率	41.8%	45.4%	45.6%	60.0%	△	受診率は年々向上しているが、目標値達成までには至っていない。
健診受診率(40・50歳代)	26.3%	28.0%	25.6%	60.0%	△	
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】特定健診受診率は年々増加。委託医療機関への特定健診説明会を実施していたが、R1年度よりすべての医療機関へ訪問して事業説明を行った。医療機関からの声掛けにより、治療中の方の受診に繋がったと考えられる。また、ナッジ理論を活用し、受診券送付した際に、開封してもらいやすい封筒のデザインに変更したり、未受診勧奨者では、封筒での郵送からハガキに変更し、区分ごとに内容を変えるなど工夫した。また、コロナ禍において、3密を避けられる会場で集団健診を実施したり、健診受診が不要不急に当たらないことをアピールするなどし、受診控えによる受診者数の低下が著しくならないよう工夫した。 【うまくいかなかった要因】コロナ禍の受診控えにより、もともと低かった若年層(40～50代)の受診率がさらに低くなった。現在は受診率が徐々に回復傾向にあるが、コロナ禍前の受診率には戻っていないため、引き続き若年層への対策は必要と考えられる。 また、年度途中で国保に加入した被保険者は、健診未受診者や不定期受診者となる可能性があるため、タイミングよく特定健診に関する情報提供や受診勧奨を行う必要がある。併せて治療中の方の受診勧奨、みなし受診者のデータ提供等、医療機関との連携も引き続きの課題である。					
今後の方針	若年層への受診勧奨方法の工夫、委託医療機関との連携を行う 未受診者勧奨の対象・内容・タイミングの工夫、年度途中で国保に加入した被保険者への健診の情報提供や受診勧奨方法に工夫を行う。					

事業名	イ 特定保健指導					
目的	メタボリックシンドロームの割合を減少させ、生活習慣病の発症予防および重症化予防を行い、医療費の適正化と健康寿命の延伸を図る。					
実施内容	・特定保健指導の未利用者に対し、電話・家庭訪問などによる利用勧奨を行うことで、特定保健指導の実施率の向上を図る。 ・集団健診会場にて、特定保健指導対象者に該当すると想定される方には、健康相談会の予約につなげる。 ・特定保健指導利用券発送時に、個人データを反映させたちらしを作成し、意識づけを行う。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	・特定保健指導実施率 35.0% (中間評価値) 60.0% (最終評価値) ・メタボリックシンドローム・予備群の減少 減少傾向へ				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
特定保健指導実施率	7.1%	36.0%	32.9%	60.0%	△	法定報告値
メタボリックシンドローム・予備群の減少	27.0%	30.4%	31.9%	減少傾向	×	法定報告値
事業評価					△	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】未利用者に対する電話勧奨や訪問を基本的に全数実施し、状況把握・利用勧奨を行った。 【うまくいかなかった要因】アウトカム指標の目標達成はできていない。またアウトプット指標についても、利用勧奨しても利用につながらない方が多く、国の実施率の目標値にまだ届いていない。健診受診から利用券発送までのタイムラグに対する工夫やリピーターへの保健指導の工夫が必要と考えられる。					
今後の方針	委託医療機関との連携、利用勧奨時期・方法の工夫を行う マニュアルの整備、担当者間の情報共有・事例検討の実施					

事業名	ウ 生活習慣病重症化予防(高血圧等)					
目的	必要な方が医療機関を受診し、さらに治療が必要な方が治療を受けることで、重症化予防を図る。					
実施内容	・健診結果より、受診勧奨レベルの者を抽出し、レセプトにて治療状況を確認した上で対象者を選定する。 ・選定した対象者に対して、必要に応じて訪問により受診勧奨および生活習慣改善指導を行う。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	健診受診者の高血圧者、脂質異常者、糖尿病者の割合 減少傾向へ				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
選定した対象者のうち、 受診勧奨を実施した者の割合	100.0%	100.0%	—	100.0%	○	令和3年度より対象者を高血圧Ⅱ度以上に変更 治療中の者も含め介入している。(血圧68.7%)(糖 計算中)
健診受診者の 高血圧減少傾向へ	4.8%	5.2%	5.2%	減少傾向	○	R2年度5.8%、R3年度6.5%からR4年度5.2%に減少
健診受診者の 脂質異常者減少傾向へ	4.1%	3.8%	3.7%	減少傾向	△	
健診受診者の 糖尿病患者減少傾向へ	7.4%	7.8%	8.4%	減少傾向	○	R2年度8.9%から減少
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】R3年度から実施する対象者の基準を整理し、対象者に合わせて介入方法を変更した。 【うまくいかなかった要因】マンパワー不足や新型コロナウイルス感染症の影響もあり、実施項目や実施数にばらつきがあった。					
今後の方針	心疾患と関連のある高血圧に併せてLDLとeGFR等から見える合併症等にも対応していく。 糖尿病は糖尿病性腎症と併せて糖尿病重症化予防として実施する。					

事業名	エ 糖尿病性腎症重症化予防					
目的	受診勧奨および保健指導により、糖尿病性腎症の重症化予防および医療費適正化を図る。					
実施内容	・対象者抽出ツールにて対象者を抽出し、病期にあった方法で重症化予防を行う。 ・受診勧奨:郵送等により受診勧奨を行う。 ・保健指導:郵送で意識付けを行った上で、面談や訪問でかかりつけ医と連携した保健指導を行う。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
受診勧奨送付者数	—	80人	64人	80人	○	R3年度から、受診勧奨を送付にせず、訪問等の介入で対応する。併せて腎症2期にも介入する。
保健指導参加者数	—	0人	3人		○	
糖尿病性腎症による透析導入 者の割合の減少	7.1%	3.7%		減少傾向	◎	
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】R3からマニュアルの対象者に送付ではなく個別に介入し、対象者の状況もわかり、医療機関との連携も数件できた。 【うまくいかなかった要因】開業医との連携や専門医につなげること、薬や治療の知識不足等などの強化が望ましい。					
今後の方針	糖尿病性腎症重症化予防ではなく、糖尿病の重症化予防としてとらえて、医療機関等とも連携し体制を作りながら対応する。また、糖尿病有病者を増やさないために、予備軍にも健康教育を実施していく。					

事業名	オ ポピュレーションアプローチ					
目的	生活習慣病の予防について、広く市民に働きかけることで、集団全体として生活習慣病の予防を図る。 市民自ら健康管理・生活習慣病予防の重要性を認識し、適切な健康管理の行動を選択できるよう図る。					
実施内容	・CATVで健康教育を行う。 ・全戸配布される市広報において、市のデータ等を活用した健康情報の発信を行う。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定なし					
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
CATV、市広報での健康教育 の実施回数	13	14	14	14	◎	
健康だと思ふ者の割合	56.3%	57.0%	－	60.0%	－	魚津市市民意識調査結果より(健康だと思ふ・ややそう思うと回答した者の割合)
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】CATV、市広報による健康教育も継続して実施し、市民に健康管理や生活習慣病予防に関心をもってもらえるよう工夫をしている。 【うまくいかなかった要因】広く市民全体の健康意識の変容につながっているかが評価が困難。将来の国保加入に向けて、若いうちから健康に関心をもてるようにアプローチが必要である。					
今後の方針	・国保加入時には高齢ということもあり、全世代、特に若い世代のうちから健康に関心をもってもらえるよう広報やCATV等で普及啓発をしていく。 ・他団体との連携により、より多くの市民への情報発信を図る。					

事業名	カ がん対策					
目的	がん検診受診率を向上させ、がんの早期発見・早期治療につなげる。					
実施内容	・コール・リコール(受診勧奨)の実施 ・要精密検査と判定された者について、受診状況の把握および精密検査受診勧奨の実施 ・がん対策推進員と連携したがん検診普及啓発キャンペーンの実施					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	がん検診受診率(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん検診) 増加傾向へ				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
受診率(胃がん)	男10.4% 女19.0%	男13.6% 女15.3%	男22.5% 女25.4%	増加傾向	△	地域保健報告(各がん検診集計シートの下段に算出される受診率) ※H29年度より胃がんのみ算出方法に変更あり
受診率(大腸がん)	男5.6% 女12.5%	男16.7% 女19.1%	男15.2% 女23.7%	増加傾向	△	
受診率(肺がん)	男5.3% 女10.6%	男14.5% 女20.1%	男11.4% 女15.8%	増加傾向	△	
受診率(子宮がん)	22.2%	14.8%	23.8%	増加傾向	△	
受診率(乳がん)	21.4%	15.4%	36.3%	増加傾向	△	
事業評価					△	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】がん検診実務者会議や検診結果照会等により、医療機関との連携がとれた。がん対策推進員と連携をとりながら、がん検診普及啓発キャンペーンを実施できた。未受診者受診勧奨については、ナッジ理論を活用して内容を工夫した。 【うまくいかなかった要因】職場でのがん検診実施状況等が把握できておらず、受診券送付対象者の状況把握が正確にできていない。保険者努力支援制度における配点につながる受診率については男女ともにすべてのがん検診において低迷している。					
今後の方針	受診券送付対象者の状況把握・整理、未受診者受診勧奨の時期・内容の工夫の必要がある。					

事業名	キ 歯周疾患検診					
目的	疾病の発見のみならず、自己管理能力を高揚させることで高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防する。					
実施内容	・40, 50, 60, 70歳の方に対して受診ハガキを送付 ・未受診者勧奨ハガキを送付					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定無					
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
未受診者への受診勧奨率	-	100%	100%	100%	◎	
歯周疾患検診受診率	13.4%	14.7%	13.4%	増加傾向へ	○	
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】歯周疾患検診受診率は横ばいである。R1年度より受診ハガキ・未受診者勧奨ハガキを年代ごとに内容を変えるなど工夫した。またハガキ持参者のうち保険診療になった方を把握し、対象者管理を行った。 【うまくいかなかった要因】特に若年層の受診率が低く、対策が必要と考えられる。					
今後の方針	受診・未受診案内ハガキ内容の工夫が必要である。またマニュアルの整備、医療機関との情報共有が必要である。					

事業名	ク インセンティブ事業(ミラたん健康ポイント事業)					
目的	健康行動に対してインセンティブが与えられることで、楽しみながら主体的に健康づくりに取り組む市民の増加を図る。					
実施内容	・健康診査の受診や健康教室への参加、スポーツ施設や市民バスの利用などの健康づくりへの取組をポイント化し、一定のポイントに達した場合、抽選で記念品を贈呈することで、健康行動のきっかけづくりとする。 ・記念品は市内事業所から協賛事業所を募集しており、商工会議所とも連携しながら協賛事業所の増加に努めている。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定有	健康ポイントの取組を行う実施者の人数800人以上				
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
応募者の人数の増加	504人	1,622人	1,568人	800人以上	◎	
健康づくりの励みになった者の割合	92.3%	97.0%	99.0%	95.0%	◎	R1までは当選者アンケートにて集計(R1～回答項目変更あり。R1は「以前から健康づくりをしている」と答えた者も含む)
事業評価					◎	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】協力施設、協賛事業所は停滞傾向ではあるが、ポスターやちらしの設置場所の増加やLINE応募の導入で、参加者の増加につながったと思われる。 【うまくいかなかった要因】もともと健康に関心がある者が参加している印象であり、健康無関心層への効果は不明である。					
今後の方針	応募者の男女比が2:8と男性の参加率が低いことと、働き盛りの50代以下の参加が25%程度であるため、世代や性別等、参加率が少ない層への働きかけをする必要がある。					

事業名	ケ 重複・多剤投与					
目的	重複・多剤投与を減らすことにより、医療費の適正化を図るとともに、薬の副作用を予防する。					
実施内容	レセプト情報を活用し、複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の方に対し、服薬情報通知書を送付する。また、通知送付者の服薬状況から効果を確認する。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定無					
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
重複・多剤投与者への通知数	-	444通	332通	450通	○	R1年度から事業実施
対象者の改善状況	-	61.6%	-	65.0%	-	(R1年度通知者のうち、R2年度候補者リストにいない者の人数)÷ (R1年度通知者人数)
事業評価					○	◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】評価指標の目標値より最終評価では通知数が減ってきている。被保険者数が減少していることも一つの要因であるが、毎年定期的に服薬通知を送付していることで服薬に対する被保険者の関心が高まってきているためではないかと推測される。 【うまくいかなかった要因】服薬通知の送付については、処方に関する医師の考えや被保険者の意向があるため、服薬通知の受け取りを拒否される方がいる。また、服薬通知の送付対象者の中から相談が必要な方に対して服薬相談事業を始めたが、相談を希望する方が少ないので事業の進め方について検討する必要がある。					
今後の方針	服薬相談事業を進めていく上で、相談者の選定方法や介入方法について検討していく。					
事業名	コ ジェネリック医薬品					
目的	医療費の削減を図る。					
実施内容	利用促進について広報啓発を行うほか、レセプト情報を活用し、ジェネリック医薬品の仕様率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費が一定(100円)以上の方に対し、ジェネリック医薬品差額通知書を送付する。また、発送後のレセプトを用いて、ジェネリック医薬品の使用率や差額通知によりジェネリック医薬品へ切り替えた人数等の効果を確認する。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定無					
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
差額通知数	536件	969件	654件	800件	◎	H30年度から業者委託。差額通知発送の基準を500円以上から100円以上に変更
後発医薬品使用率(3月診療 分の数量シェア)	72.5%	82.0%	83.0%	80.0%	◎	電子帳票システムより
事業評価					○	<指標判定> ◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要	【うまくいった要因】評価指標の目標値を高く設定しているが、最終評価では通知対象者が減ってきている。被保険者数が減少していることも一つの要因であるが、被保険者のジェネリック医薬品使用意識の高い人が増えているためではないかと推測される。すでに国の目標値である80%は達成しているので、この使用率を維持していくことが大切である。 【うまくいかなかった要因】					
今後の方針	現状維持					
事業名	ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施					
目的	後期高齢者医療被保険者となっても、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防等、高齢者の特性を踏まえた保健事業を行うことで、医療費や介護費の抑制を図る。					
実施内容	- 健康情報、医療情報、介護情報を総合的に分析し、地域の課題を抽出し、対応策を検討する。 - 生活習慣病の重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、低栄養等の観点から、優先順位をつけて保健事業を行う。 - 通いの場等を活用し、高齢者のボビュレーションアプローチを行う。 - 事業実施に当たっては、医師会・歯科医師会・薬剤師会・在宅保健師の会・栄養士会等、地域の関係団体と連携する。					
第2期データヘルス計画 評価指標	設定無					
評価指標	ベースライン (初期値)	中間評価 (R1)	最終評価 (R4)	目標値	指標判定	備考
事業評価						◎ うまくいっている ○ まあうまくいっている △ あまりうまくいっていない × まったくうまくいっていない
結果概要						
今後の方針	保険者努力支援制度の評価指標で示される取組を進めていく。					