

射水市国民健康保険

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

令和6年3月

富山県射水市

## 目次

### ● 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置付け		
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	.....	8
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		
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		
介護費関係の分析		
その他		
参照データ		
III 計画全体	.....	29
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	.....	30
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 その他	.....	42
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		
● 第4期特定健康診査等実施計画	.....	43

## 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

### I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>保険者は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、「高確法」という。）により、40歳～74歳を対象にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされました。</p> <p>また、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。）等のデータ分析、それに基づく被保険者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。</p> <p>その方針を踏まえ、厚生労働省は平成26年3月に保健事業の実施に関する指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を利用して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ための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。</p> <p>これらのことから、射水市国民健康保険では、「射水市特定健康診査等実施計画」及び「射水市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、「データヘルス計画」という。）を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行ってきました。</p> <p>この度、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健診等実施計画」（平成30年度～令和5年度）の終了に伴い、新たに「第3期データヘルス計画」及び「第4期特定健診等実施計画」を策定します。</p>
	計画の位置付け	<p>データヘルス計画は、国民健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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」を踏まえるとともに、市総合計画、県・市が策定する健康増進計画、介護保険事業計画、県医療費適正化計画等とも調和のとれたものとする必要があります。</p> <p>また、特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診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、引き続き、データヘルス計画と一体的に策定します。</p>
計画期間	<p>計画期間は、「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」において、「特定健康診査等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされていることから、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。</p>	

<p>実施体制・関係者連携</p>	<p>庁内組織</p>	<p>本市においては、保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっており、特に保健センターの保健師・栄養士等の専門職と連携して、市一体となって計画策定等を進めていきます。</p> <p>また、介護保険課、地域福祉課、財政課等とも十分連携し、進めていきます。</p>
<p>実施体制・関係者連携</p>	<p>地域の関係機関</p>	<p>計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要です。外部有識者等とは、富山県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいいます。</p> <p>国保連は、保険者である市町村等の共同連合体として、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）の活用によるデータ分析や技術支援を行っており、市町村等の担当職員向けの多様な研修も行っています。KDBシステムの活用は、健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析等において大いに有用です。</p> <p>国保連に設置された支援・評価委員会は、幅広い専門的知見を有した委員で構成され、保険者が行うデータヘルス計画の策定・評価等への支援等を行っています。</p> <p>また、平成30年度（2018年度）から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となったことから、計画の推進にあたり県関係課との連携が重要となります。</p> <p>さらに、医師会等地域の保健医療関係者との連携を図るため、糖尿病対策推進強化事業として県が実施する医療・保健関係者連絡会や糖尿病対策従事者研修会等を通じて被保険者の健康課題を共有し、協力体制を構築します。</p>

## (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)		91,067		44,573		46,494	
国保加入者数(人)	合計	14,733	100%	6,894	100%	7,839	100%
	0~39歳(人)	2,603	17.7%	1,341	19.4%	1,262	16.1%
	40~64歳(人)	4,166	28.3%	2,065	30.0%	2,101	26.8%
	65~74歳(人)	7,964	54.0%	3,488	50.6%	4,476	57.1%
	平均年齢(歳)	57.1歳		55.9歳		58.2歳	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	射水市医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、富山県薬剤師会射水支部とはポリファーマシー対策に関して、富山県栄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ります。
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を図ります。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携及び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を図ります。

## (2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	<p>令和4年度の被保険者数は14,733人であり、平成30年度の17,304人から年々減少傾向にあります。同じく加入率も減少傾向にあり、平成30年度の18.6%から令和4年度では16.2%に減少しています。</p> <p>今後、被保険者が後期高齢者医療保険に移行することにより、被保険者数はさらに減少する見込みです。</p>
	年齢別被保険者構成割合	<p>令和4年度において、39歳以下が17.7%、40-64歳が28.3%、65-74歳が54.0%であり、65歳以上が全体の半分以上を占めています。また、県平均とは同水準となっています。</p>
前期計画等に係る考察		<p>第2期データヘルス計画では、予防可能である生活習慣病の発症や重症化の予防を最重要課題とし、そのための対策を重点的に実施してきました。その結果、中長期目標である「虚血性心疾患の減少」「脳血管疾患の減少」、短期目標である「高血圧症有病者の減少」は目標を達成できたものの、その他の目標は未達成となりました。(詳細は次ページ)</p> <p>特に、「糖尿病有病者の減少」「糖尿病性腎症による透析患者数の減少」といった、人工透析への移行を防止し、医療費の増加抑制を図るための重要な項目や、特定健診受診率・特定保健指導実施率といった保健事業の基本となる項目で目標が未達成となったことから、第3期では改めて最重要課題として事業を設計していきます。</p>

## 射水市国民健康保険第2期データヘルス計画における評価結果

第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）では、これまでの健診・医療情報を分析した結果を踏まえ、予防可能である生活習慣病の発症や重症化を予防する対策を最重要課題として、中長期目標と短期目標を設定しています。

下記の表はそれぞれの目標に掲げる評価指標について、達成状況をまとめたものです。

中長期目標	評価指標	最終目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	経年変化	最終目標値に対する 達成状況 (令和4年度実績)
虚血性心疾患有病者の減少	虚血性心疾患有病者の割合	4.2%	4.4%	平成29年度 4.2% 平成30年度 4.1% 令和元年度 3.7% 令和2年度 3.3% 令和3年度 3.6% 令和4年度 3.5%	達成
脳血管疾患有病者の減少	脳血管疾患有病者の割合	4.5%	4.7%	平成29年度 5.0% 平成30年度 4.9% 令和元年度 4.6% 令和2年度 4.0% 令和3年度 4.2% 令和4年度 4.0%	達成
糖尿病性腎症による透析患者数の減少	糖尿病性腎症による年間新規透析患者数	0人	5人	平成29年度 6人 平成30年度 5人 令和元年度 5人 令和2年度 4人 令和3年度 4人 令和4年度 6人	未達成

短期目標	評価指標	最終目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	経年変化	最終目標値に対する 達成状況 (令和4年度実績)
糖尿病有病者の減少	糖尿病有病者の割合	11.3%	11.5%	平成29年度 11.5% 平成30年度 12.0% 令和元年度 11.3% 令和2年度 10.6% 令和3年度 11.6% 令和4年度 11.9%	未達成
高血圧症有病者の減少	高血圧症有病者の割合	22.5%	22.7%	平成29年度 23.1% 平成30年度 23.0% 令和元年度 22.3% 令和2年度 19.8% 令和3年度 22.0% 令和4年度 22.0%	達成
脂質異常症有病者の減少	脂質異常症有病者の割合	18.6%	18.8%	平成29年度 18.8% 平成30年度 19.0% 令和元年度 18.5% 令和2年度 16.6% 令和3年度 18.6% 令和4年度 18.9%	未達成
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	32.0%	32.9%	平成29年度 32.2% 平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7% 令和2年度 34.0% 令和3年度 34.4% 令和4年度 35.2%	未達成
特定健診受診率の向上	特定健診受診率	60.0%	45.0%	平成29年度 46.3% 平成30年度 46.5% 令和元年度 46.2% 令和2年度 46.6% 令和3年度 47.0%	未達成
特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	60.0%	27.7%	平成29年度 34.1% 平成30年度 35.3% 令和元年度 44.5% 令和2年度 47.1% 令和3年度 48.7%	未達成



## 保健事業の実施状況

第2期計画で設定した中長期目標・短期目標を達成するため、以下の3つの取組みについて、重点的に事業を実施していました。  
各保健事業の実施状況は、次のとおりです。

※達成状況  
○…目標値に達している場合  
△…目標値には達していないが、ベースラインより改善している場合  
×…目標値に達しておらず、ベースラインよりも改善がみられない場合

取組	事業名	事業内容	評価指標		ベースライン	経年変化	目標値	※達成状況	
							令和5年度(2023年度)		
【取組1】特定健診受診率向上対策	① ハガキ・電話による受診勧奨	受診率の低い若年層にターゲットを絞るなど、工夫を凝らしたハガキや電話による受診勧奨を実施する。	実施量	① ハガキ送付件数 ② 架電件数	令和元年度 ① 6,000件 ② 1,900件	令和2年度 ① 6,000件 ② 1,900件 令和3年度 ① 6,502件 ② 1,900件 令和4年度 ① 6,500件 ② 2,000件	① 6,000件 ② 1,900件	○	
			成果	有効対話に占める「受診する」と回答した割合	令和元年度 48.3%	令和2年度 48.5% 令和3年度 45.8% 令和4年度 47.5%	50.0%	×	
	② 集団健診の実施及び受診勧奨【平成30年度～】	個別健診期間終了後の未受診者対策として、休日を利用した集団健診日を設定し、対象者にハガキや電話による受診勧奨を実施する。	実施量	① 実施回数 ② ハガキによる周知件数	令和元年度 ① 2回 ② 2,000件	令和2年度 ① 3回 ② 2,000件 令和3年度 ① 7回 ② 2,000件 令和4年度 ① 7回 ② 2,000件	① 3回 ② 2,000件	○	
			成果	集団健診受診者数	令和元年度 116人	令和2年度 159人 令和3年度 376人 令和4年度 354人	200人	○	
	③ 健診結果説明会の開催	健診及び継続受診の必要性を伝える「健診結果説明会」を開催する。	実施量	実施回数	平成29年度 2回	平成30年度 2回 令和元年度 2回 令和2年度 2回 令和3年度 2回 令和4年度 2回	現状維持	○	
			成果	参加人数	平成29年度 102人	平成30年度 102人 令和元年度 108人 令和2年度 61人 令和3年度 81人 令和4年度 65人	150人	×	
	④ 職場健診受診者からの健診結果データの受領	職場健診を受診した者の健診結果データを本人から受領し、受診率にカウントする。	実施量	周知回数	平成29年度 2回	平成30年度 3回 令和元年度 3回 令和2年度 3回 令和3年度 3回 令和4年度 4回	3回	○	
			成果	健診結果提供件数	平成29年度 85件	平成30年度 92件 令和元年度 110件 令和2年度 162件 令和3年度 174件 令和4年度 168件	100件	○	
	⑤ かかりつけ医での診療における検査データの受領【平成30年度～】	通院中で健診受診意志のない者の検査データを、本人同意のもと医療機関から受領し、受診率にカウントする。	実施量	周知回数	平成30年度 2回	令和元年度 2回 令和2年度 2回 令和3年度 2回 令和4年度 2回	2回	○	
			成果	診療情報提供件数	平成30年度 13件	令和元年度 19件 令和2年度 41件 令和3年度 35件 令和4年度 39件	100件	△	
	【取組2】メタボリックシンドローム対策	① 特定保健指導（積極的支援）の実施	特定健診の結果、階層化により積極的支援対象者となった者に、3か月以上の継続的な支援を行い、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行う。	実施量	特定保健指導（積極的支援）実施率	平成29年度 32.3%	平成30年度 28.9% 令和元年度 26.1% 令和2年度 15.2% 令和3年度 27.0%	60.0%	×
				成果	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	平成29年度 32.2%	平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7% 令和2年度 34.0% 令和3年度 34.4% 令和4年度 35.2%	32.0%	×
② 特定保健指導（動機付け支援）の実施		特定健診の結果、階層化により動機付け支援対象者となった者に、原則1回の支援を行い、3か月以上経過後に評価を実施する。	実施量	特定保健指導（動機付け支援）実施率	平成29年度 34.6%	平成30年度 36.7% 令和元年度 48.5% 令和2年度 55.9% 令和3年度 54.0%	60.0%	△	
			成果	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	平成29年度 32.2%	平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7% 令和2年度 34.0% 令和3年度 34.4% 令和4年度 35.2%	32.0%	×	



取組	事業名	事業内容	評価指標		ベースライン	経年変化	目標値	※達成状況
							令和5年度(2023年度)	
【取組3】糖尿病等重症化予防の取り組みの強化	① 血管若返り教室【令和2年度～「STOP!高血糖教室」に名称変更】	非メタボの糖尿病予備群に対して、予防に向けた専門職による健康教室を医師会と連携し実施する。	実施量	参加者数	平成29年度 45人	平成30年度 41人 令和元年度 26人 令和2年度 19人 令和3年度 22人 令和4年度 27人	増加	×
			成果	参加者のHbA1c値改善または維持した割合	平成29年度 75.6%	平成30年度 65.9% 令和元年度 73.1% 令和2年度 46.7% 令和3年度 71.4% 令和4年度 71.4%	増加	×
	② 健康相談会	保健師、栄養士による個別相談を実施する。	実施量	参加者数	平成29年度 32人	平成30年度 62人 令和元年度 60人 令和2年度 107人 令和3年度 90人 令和4年度 65人	増加	○
			成果	参加者のHbA1c値改善または維持した割合	平成29年度 75.0%	平成30年度 58.9% 令和元年度 58.3% 令和2年度 75.8% 令和3年度 51.1% 令和4年度 53.1%	増加	×
	③ 血糖コントロール不良者等への保健指導	特定健診の結果から「血糖・血圧・脂質の服薬コントロール不良者」「非肥満者(非メタボ)の受診勧奨域者」を特定し、市の在宅看護師等が個別訪問し、生活習慣の改善や適正受診等について保健指導を実施する。	実施量	訪問件数	平成29年度 726件	平成30年度 353件 令和元年度 225件 令和2年度 361件 令和3年度 685件 令和4年度 966件	800人	○
			成果	① 血糖コントロール不良者(HbA1c7.0%以上)の割合 ② 非メタボでHbA1c6.5%以上の未治療者の割合	平成29年度 ① 7.4% ② 4.2%	平成30年度 ① 7.3% ② 4.2% 令和元年度 ① 7.4% ② 4.2% 令和2年度 ① 8.2% ② 4.0% 令和3年度 ① 8.1% ② 3.9% 令和4年度 ① 8.0% ② 4.1%	① 7.0%未満 ② 4.0%未満	① × ② △
	④ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨【平成29年度～】	特定健診の結果、血圧・血糖・脂質において受診勧奨判定値を超えていて未治療者である健診異常値放置者のうち、数値が高くリスクが重複している者に対し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。	実施量	受診勧奨実施率(受診勧奨者数)	平成29年度 100% (20人)	平成30年度 100%(14人) 令和元年度 100%(14人) 令和2年度 100%(11人) 令和3年度 100%(15人) 令和4年度 100%(11人)	100%	○
			成果	医療機関受診率	平成29年度 26.3%	平成30年度 30.8% 令和元年度 38.5% 令和2年度 45.5% 令和3年度 66.7% 令和4年度 54.5%	50.0%	○
	⑤ 糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨【平成29年度～】	過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から一定期間受診記録がない者に対し、通知書を送付することで受診の再開を促す。	実施量	受診勧奨実施率(受診勧奨者数)	平成29年度 100% (30人)	平成30年度 100%(23人) 令和元年度 100%(11人) 令和2年度 100%(13人) 令和3年度 100%(14人) 令和4年度 100%(10人)	100%	○
			成果	医療機関受診率	平成29年度 40.7%	平成30年度 63.2% 令和元年度 27.3% 令和2年度 92.3% 令和3年度 71.4% 令和4年度 62.5%	50.0%	○
	⑥ 糖尿病性腎症の可能性の高い者への受診勧奨・保健指導【平成29年度～】	④及び⑤の対象者のうち、糖尿病性腎症の可能性の高い者に対し、かかりつけ医と連携した保健指導を実施する。	実施量	プログラムに参加した人数	平成29年度 3人	平成30年度 3人 令和元年度 0人 令和2年度 2人 令和3年度 1人 令和4年度 1人	3人	×
			成果	プログラム参加前後でのHbA1c値の変化	平成29年度 改善 (8.5→6.7)	平成30年度 悪化(8.2→8.3) 令和元年度 - 令和2年度 悪化(6.8→7.0) 令和3年度 改善(6.2→6.1) 令和4年度 悪化(7.4→11.1)	改善又は維持	×
	⑦ 糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導【平成29年度～】	糖尿病性腎症と想定される患者に対し、かかりつけ医と連携した保健指導を実施する。	実施量	プログラムに参加した人数	平成29年度 1人	平成30年度 2人 令和元年度 3人 令和2年度 3人 令和3年度 1人 令和4年度 2人	3人	△
			成果	プログラム参加前後でのHbA1c値の変化	平成29年度 維持 (6.9→6.9)	平成30年度 改善(7.3→6.8) 令和元年度 悪化(6.5→6.9) 令和2年度 維持(6.9→6.9) 令和3年度 悪化(6.4→6.6) 令和4年度 改善(7.4→6.6)	改善又は維持	○



取組	事業名	事業内容	評価指標		ベースライン	経年変化	目標値	※ 達成 状況
							令和5年度 (2023年度)	
その他取組	① 若年健康診査(35~39歳)の実施及び受診勧奨【受診勧奨は令和2年度~】	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防及び健診受診の習慣化による特定健診への導入のため、特定健診と同様の健康診査を実施する。	実施量	受診勧奨実施率	令和2年度 20.9%	令和3年度 34.9% 令和4年度 38.1%	40.0%	△
			成果	若年健診受診率	平成29年度 17.2%	平成30年度 17.6% 令和元年度 17.6% 令和2年度 20.5% 令和3年度 22.3% 令和4年度 20.7%	30.0%	△
	② ジェネリック医薬品普及促進事業	ジェネリック医薬品の利用促進について、広報啓発を行うほか、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知する。	実施量	差額通知実施率(通知件数)	平成29年度 100% (1,283件)	平成30年度 100% (1,015件) 令和元年度 100% (754件) 令和2年度 100% (648件) 令和3年度 100% (599件) 令和4年度 100% (407件)	100%	○
			成果	ジェネリック医薬品普及率(数量シェア)	平成29年度 70.2%	平成30年度 74.7% 令和元年度 78.0% 令和2年度 78.8% 令和3年度 79.2% 令和4年度 79.6%	80.0%	△
	③ 多受診者訪問指導(重複受診・頻回受診・重複服薬)	医療機関への過度な受診が確認できた者や、薬局から投薬を重複して受けている者に対して、保健師等が個別訪問し実態を把握しながら、受診指導を行う。	実施量	訪問指導実施者数	平成29年度 28人	平成30年度 30人 令和元年度 30人 令和2年度 30人 令和3年度 30人 令和4年度 23人	上限30人	×
			成果	訪問指導後の行動変容率	平成29年度 89.3%	平成30年度 76.7% 令和元年度 83.3% 令和2年度 100% 令和3年度 93.3% 令和4年度 82.6%	80.0%	○
	④ 多剤通知事業【令和2年度~】	多くの薬剤を服用している者や同じ効能の薬剤を複数服用している者に対し、薬剤情報を記載した通知書を送付することで、適切な服薬を促し、薬害事業を防ぐ。	実施量	多剤通知実施率(通知件数)	令和2年度 100% (580件)	令和3年度 100% (542件) 令和4年度 100% (429件)	100%	○
			成果	医薬品数改善割合	令和2年度 28.8%	令和3年度 27.3% 令和4年度 25.3%	50.0%	×
	⑤ 身体すっきり教室	運動習慣の定着化を図り、生活習慣病の発症を予防することを目的に、運動指導士による生活活動を高める運動教室を年間10回実施する。	実施量	開催回数	平成29年度 10回	平成30年度 10回 令和元年度 9回 令和2年度 10回 令和3年度 10回 令和4年度 10回	現状維持	○
			成果	ポイントラリー達成者	平成29年度 29人	平成30年度 31人 令和元年度 26人 令和2年度 15人 令和3年度 13人 令和4年度 11人	40人	×

## 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た内容	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"> <li>●平均寿命は、男性81.5歳、女性87.6歳であり、男女とも全国平均や県平均と同水準です。</li> <li>●平均自立期間（健康寿命）は、男性79.5歳、女性83.7歳であり、男女とも全国平均や県平均、同規模自治体と同水準です。</li> <li>●標準化死亡比は、心臓病が男性95.8、女性99.6、脳卒中が男性96.7、女性89.0、肺がんが男性104.5、女性98.3となっています。</li> <li>●主たる死因の割合は、新生物が28.5%と最も高く、次いで心疾患が14.7%、脳血管疾患が7.6%となっており、全国平均や県平均と同水準です。</li> </ul>	<p>【図表1】厚生労働省「令和2年市区町村別生命表の概況」</p> <p>【図表2】国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」</p> <p>【図表3・4】富山県健康課「富山県の生活習慣病」</p>	—	
	医療費のボリューム（経年比較別等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●加入者数は年々減少傾向にありますが、一人あたりの医療費は増加傾向にあります。</li> <li>●一人あたり医療費（医科）は361,560円であり、全国平均や県平均、同規模自治体と同水準です。</li> <li>●一人あたり医療費（歯科）は26,304円であり、全国平均や同規模自治体とは同水準ですが、県平均（24,720円）よりは高い水準です。</li> <li>●医科の受診率は691.73であり、全国平均（728.39）や県平均（736.92）、同規模自治体（739.50）より低い水準です。</li> </ul>	<p>【図表5】射水市国民健康保険運営協議会資料</p> <p>【図表6～8】国保データベース（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」</p>	A
医療費の分析	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●疾病分類別医療費の割合は、がん（38.7%）、筋・骨格（16.8%）、精神（14.9%）の順に多く、国や県、同規模自治体と比較すると、がんの割合が高くなっています。</li> <li>●大分類による疾病別医療費の割合をみると、生活習慣病に関連する疾病が約50%を占めています。</li> <li>●1件あたりの入院医療費は新生物（808,505円）、心疾患（788,941円）、脳血管疾患（757,951円）、腎不全（755,342円）の順に高く、また県内順位は、新生物（3位）、脂質異常症（4位）、歯肉炎・歯周病（4位）が高くなっています。</li> <li>●1件あたり入院外医療費は腎不全（99,479円）、新生物（86,974円）が高く、また県内順位は心疾患（5位）、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・精神・新生物（6位）が高くなっています。近年、糖尿病や心疾患、新生物の医療費が上昇する傾向があるほか、腎不全が高止まりしています。</li> </ul>	<p>【図表9・11・12】国保データベース（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」</p> <p>【図表10】株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」</p>	B・C



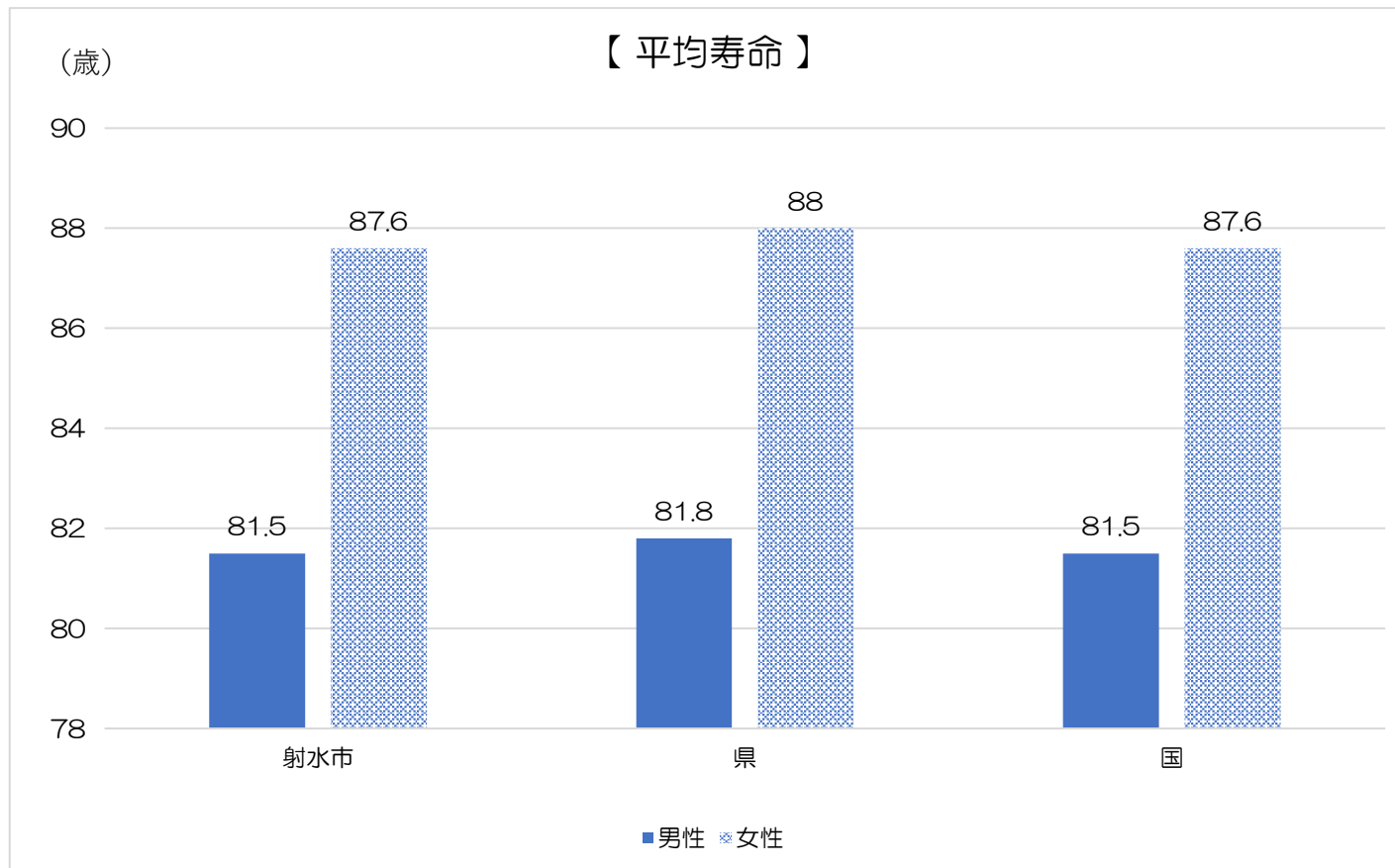
	後発医薬品の使用割合	●後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は81.6%で、国の目標値（80%）よりも高くなっています。	【図表13】厚生労働省「保険者別後発医薬品の使用割合」	A
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	●重複・多剤服薬、頻回受診者は、被保険者全体の3.1%（450人）となっています。	【図表14】株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」	A
	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<p>●特定健診の受診率は47.0%であり、年々微増傾向で全国平均（36.4%）や県平均（42.4%）より高いものの、目標の60%には達していません。</p> <p>●特定健診の受診率を性別・年齢階層別で比較すると、男性の60歳～64歳で県より低いほかは、男女ともすべての年代で全国平均、県平均よりも高くなっています。また、若い年代ほど、受診率は低い傾向があります。</p> <p>●特定保健指導の実施率は48.7%であり、年々微増傾向で全国平均（27.9%）や県平均（33.1%）より高いものの、目標の60%には達していません。</p> <p>●特定保健指導の実施率を性別・年齢階層別で比較すると、男性の40歳～44歳で全国平均、県平均より低いほかは、男女ともすべての年代で高くなっています。</p>	【図表15～18】富山県国民健康保険団体連合会	F
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<p>●年齢調整した生活習慣病リスク保有者の割合は、肥満（41.0%）、血糖（63.8%）、血圧（67.1%）、脂質（48.9%）、肝機能（24.4%）で、県平均と比較し、すべて同水準です。</p> <p>●健診有所見者の状況では、HbA1c（5.6以上：男性71.7%、女性72.7%）の該当者割合を年齢調整して比較すると、全国平均（男性59.1%、女性57.6%）、県平均（男性62.8%、女性61.5%）より高くなっています。また、eGFR（60未満：男性29.8%、女性26.0%）の該当者割合も、全国平均（男性23.6%、女性20.4%）、県平均（男性25.9%、女性24.1%）より高くなっています。</p>	<p>【図表19】国保データベース（KDB）システム「健康スコアリング（健診）」</p> <p>【図表20】国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況（男女別）」</p>	D
	質問票調査の状況（生活習慣）	<p>●年齢調整した適正な生活習慣を有していない者の割合は、喫煙習慣（11.2%）、睡眠習慣（25.7%）、運動習慣（58.7%）、飲酒習慣（5.8%）、食事習慣（16.3%）で、運動習慣が突出して高くなっています。また県平均との比較では、すべて同水準です。</p> <p>●「生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があっても利用しない」との回答（男性73.0%、女性67.8%）が一番高く、次いで「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない」との回答（男性59.4%、女性66.6%）が続いています。</p>	<p>【図表21】国保データベース（KDB）システム「健康スコアリング（健診）」</p> <p>【図表22】国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」</p>	E



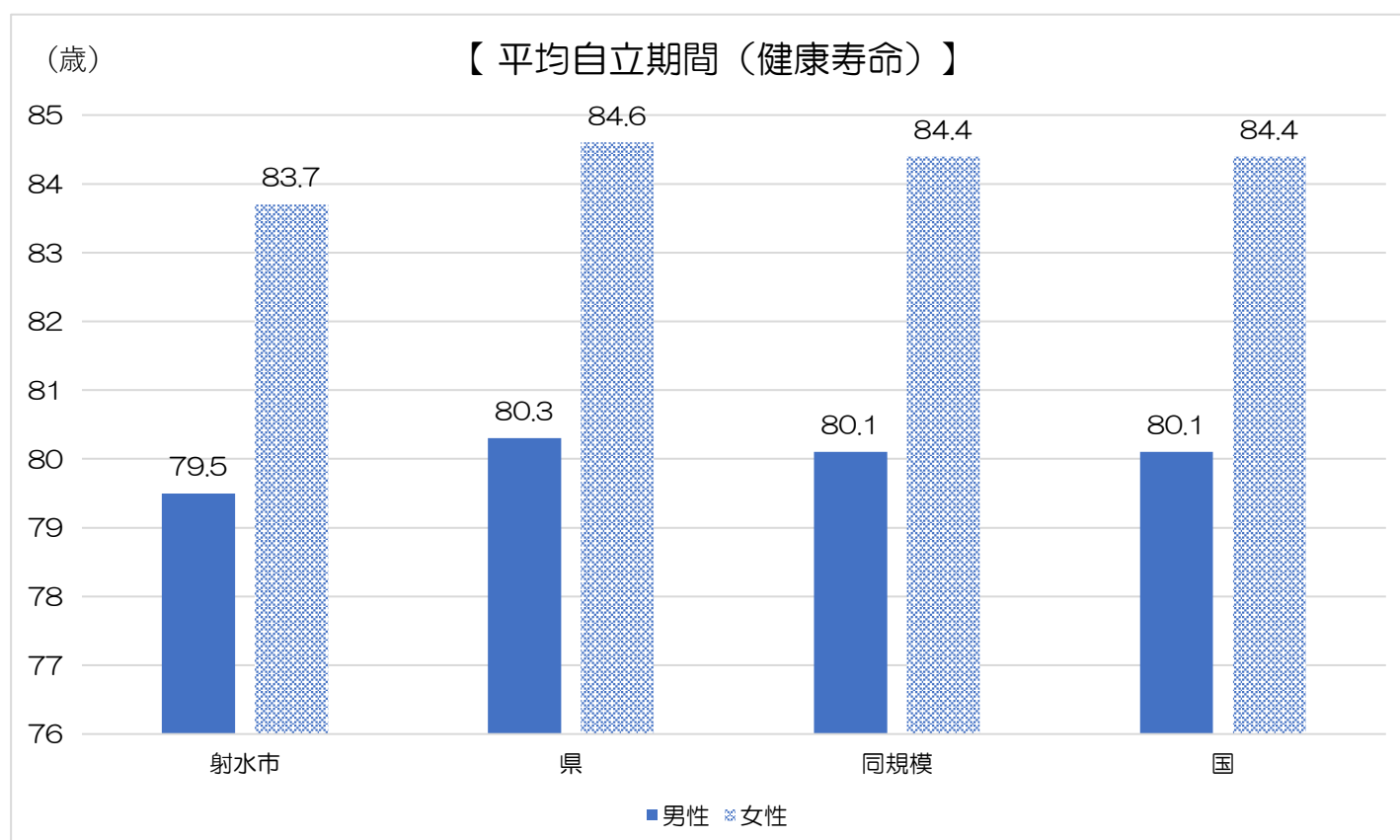
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診未受診かつ医療機関での治療のない人（健康状態不明者）は、19.2%となっています。</li> <li>●有所見者で未治療者は、コレステロールが265人、高血圧が159人となっています。</li> <li>●糖尿病の治療中断者は、近年、10人前後で推移しています。</li> </ul>	【図表23】株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」	D
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>●要介護認定率は18.6%で、全国平均（19.4%）や県平均（19.7%）よりも低く、同規模自治体と同水準です。また1件あたり介護給付費は62,899円で、全国平均（59,662円）より高く、県平均（64,565円）よりは低くなっています。</li> <li>●介護認定者の疾病別有病率は、心臓病が60.3%で最も高く、次いで筋・骨格が53.5%、高血圧症が53.2%となっています。</li> </ul>	【図表24】国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」	—
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病性腎症による新規透析患者数は、近年、5人前後で推移しています。</li> <li>●特定健診の受診の有無と生活習慣病治療費との関係を比較すると、未受診の方が3倍以上、治療費がかかっています。</li> <li>●がん検診の受診率は、胃がん（15.9%）、肺がん（22.1%）、大腸がん（18.5%）、子宮頸がん（18.1%）、乳がん（19.7%）で、胃がん検診を除き、県平均や全国平均より高くなっています。</li> </ul>	<p>【図表25】株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」</p> <p>【図表26】国保データベース（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」</p> <p>【図表27】厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」</p>	D

参照データ

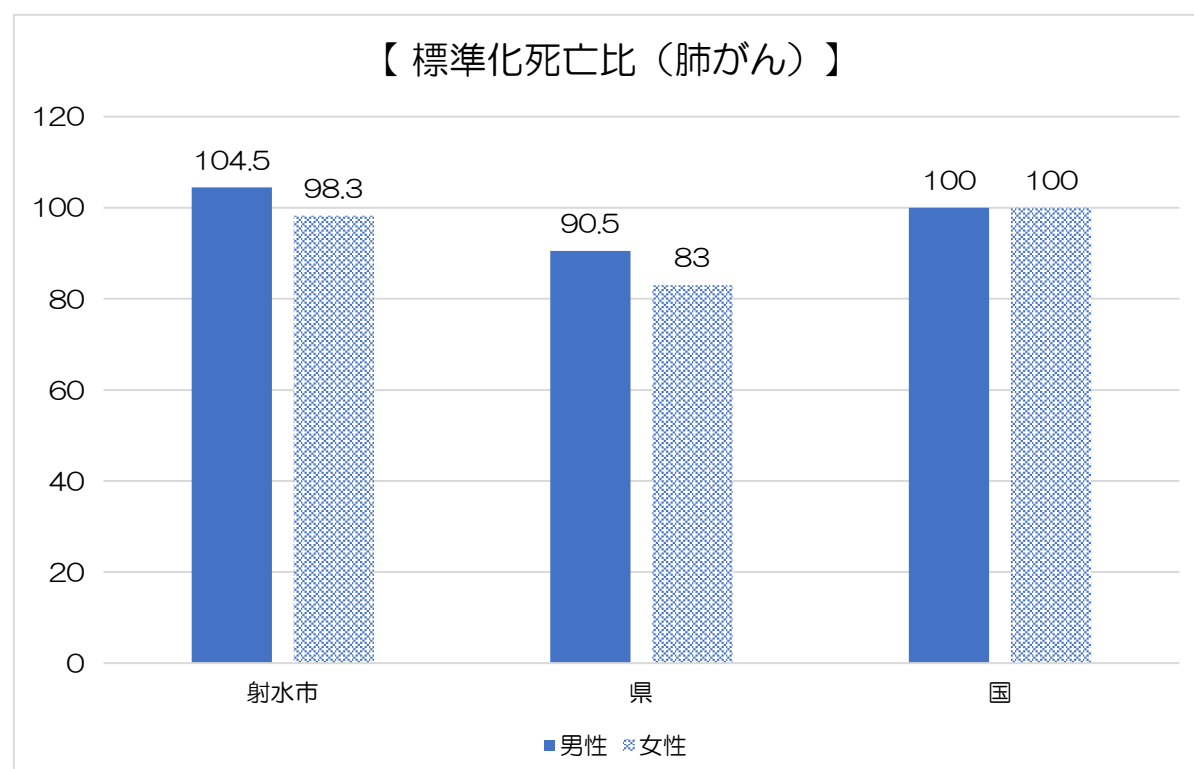
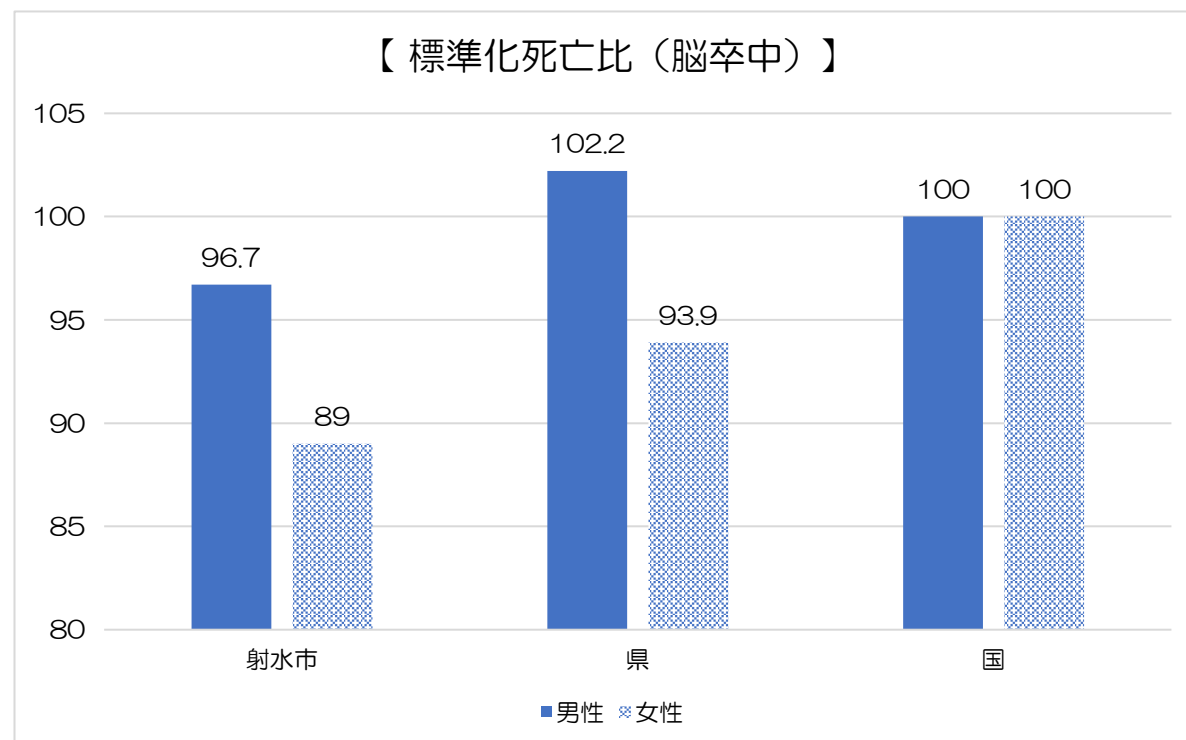
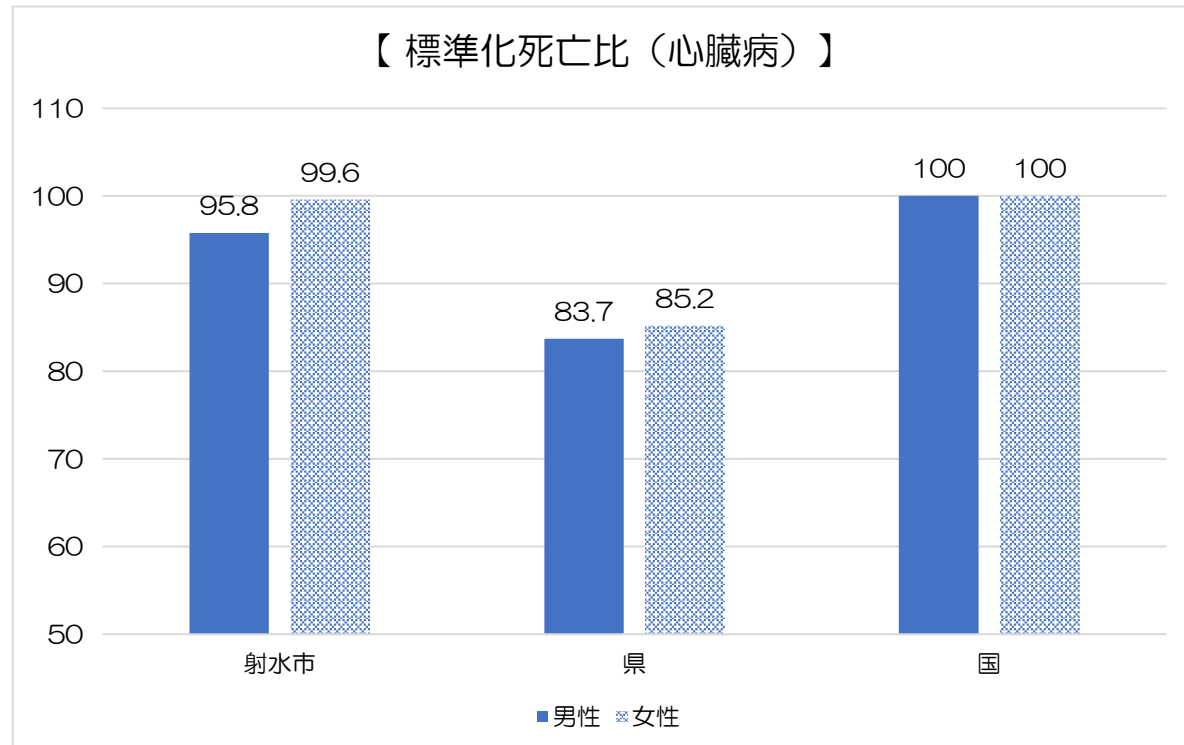
図表1	平均寿命の状況	出典	厚生労働省「令和2年市区町村別生命表の概況」
データ分析の結果	令和2年における本市の平均寿命は、男性81.5歳、女性87.6歳であり、男女とも県、同規模自治体、国と比較し、同水準となっています。		



図表2	平均自立期間（健康寿命）	出典	国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」
データ分析の結果	令和4年度における本市の平均自立期間（健康寿命）は、男性79.5歳、女性83.7歳であり、男女とも県、同規模自治体、国と比較し、同水準となっています。		

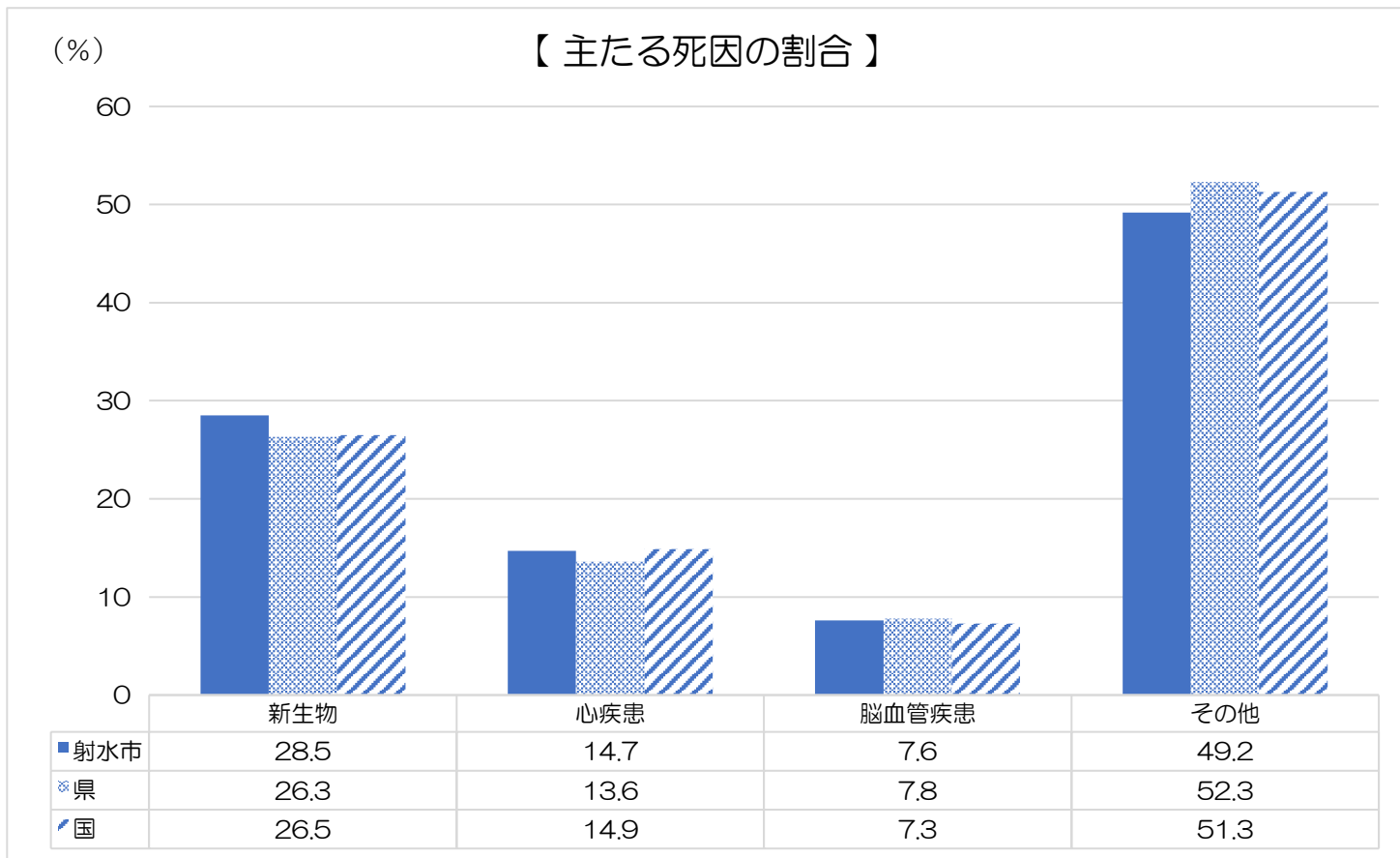


図表3	標準化死亡比	出典 富山県健康課「富山県的生活習慣病」
データ分析の結果	令和3年度における本市の標準化死亡比は、心臓病が男性95.8、女性99.6、脳卒中が男性96.7、女性89.0、肺がんが男性104.5、女性98.3となっています。	

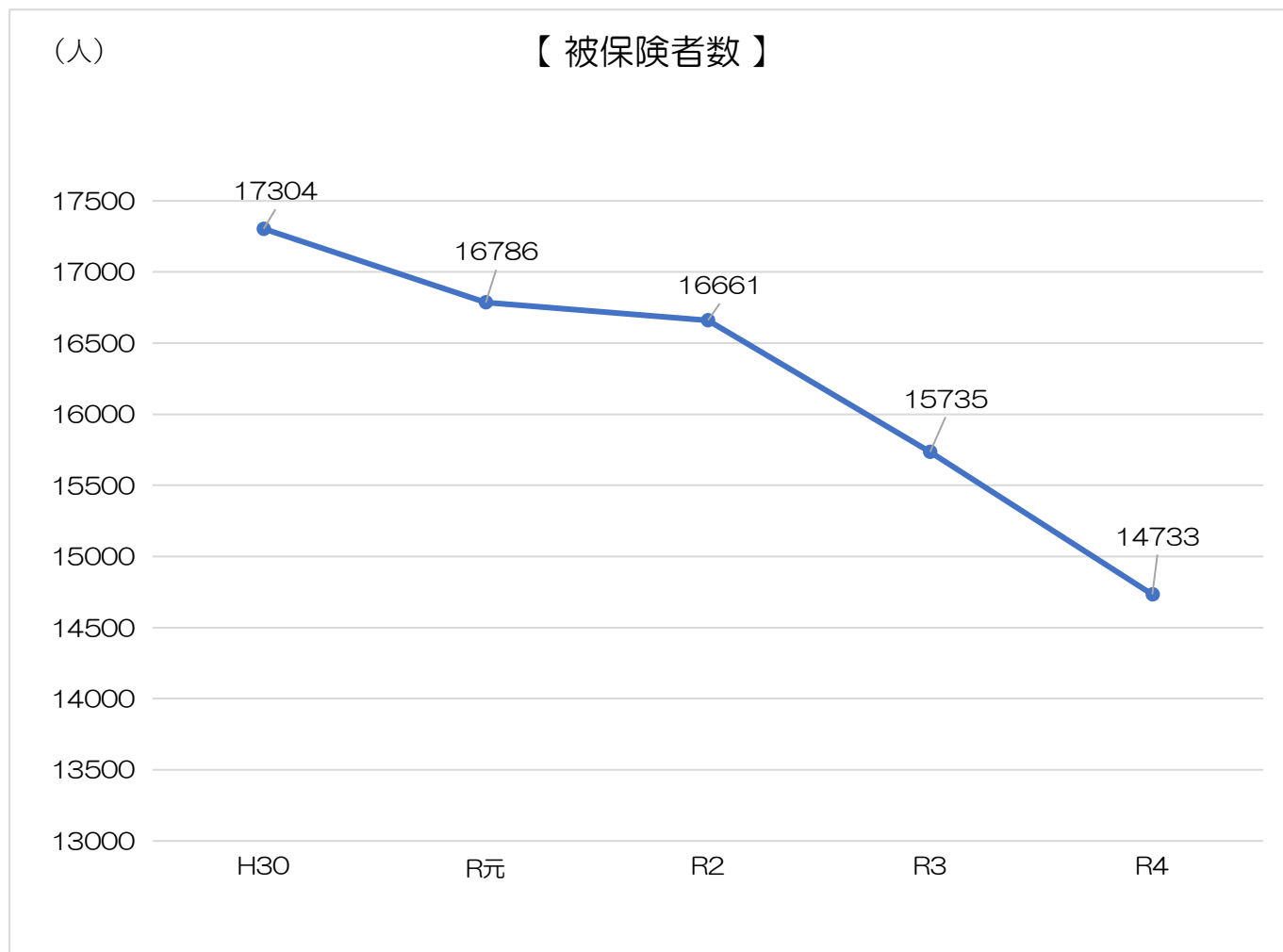




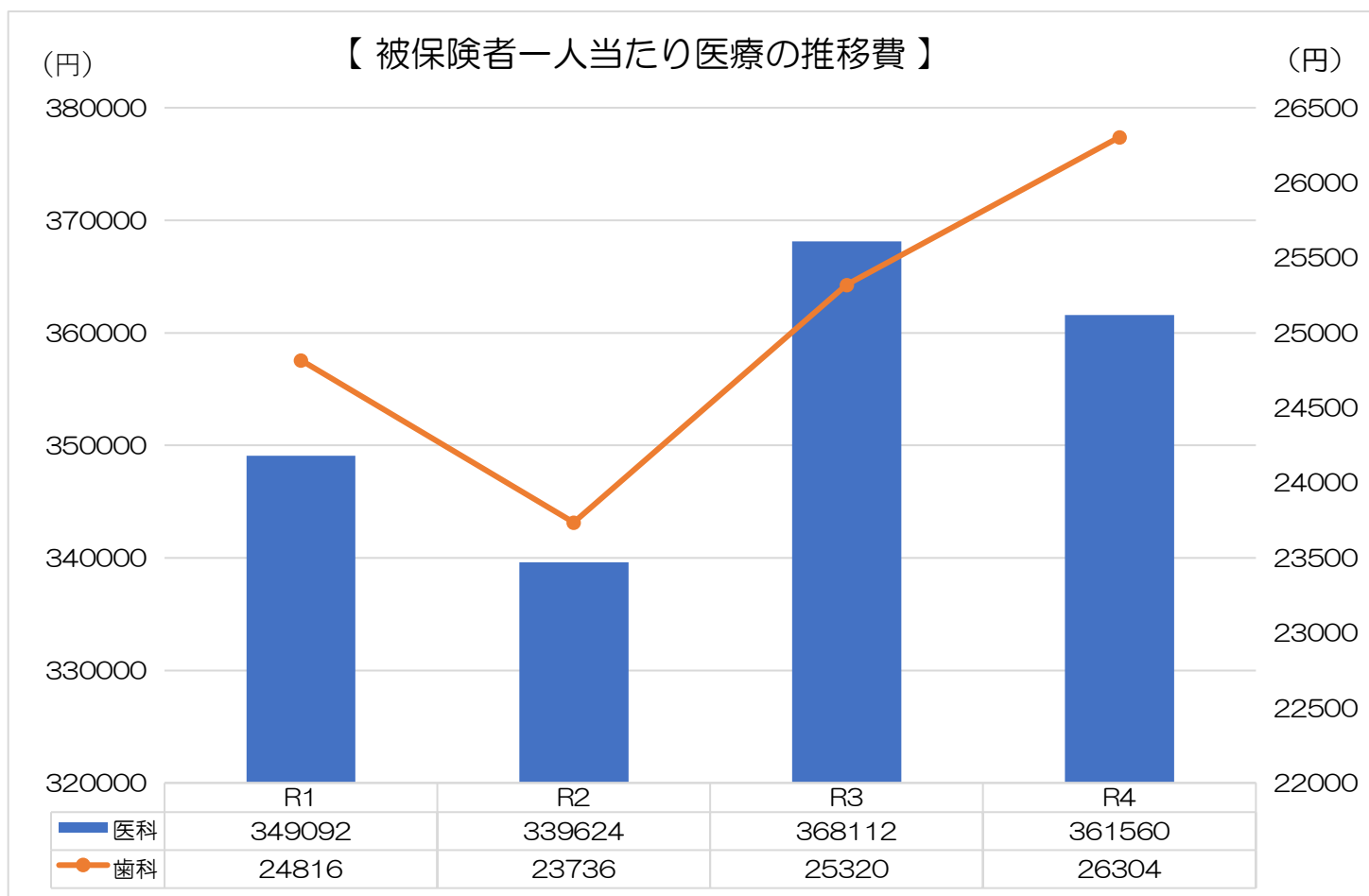
図表4	主たる死因の割合	出典	富山県健康課「富山県の生活習慣病」
データ分析の結果	令和3年度における本市の主たる死因の割合は、新生物が28.5%と最も高く、次いで心疾患が14.7%、脳血管疾患が7.6%となっています。国、県との比較では、同水準となっています。		



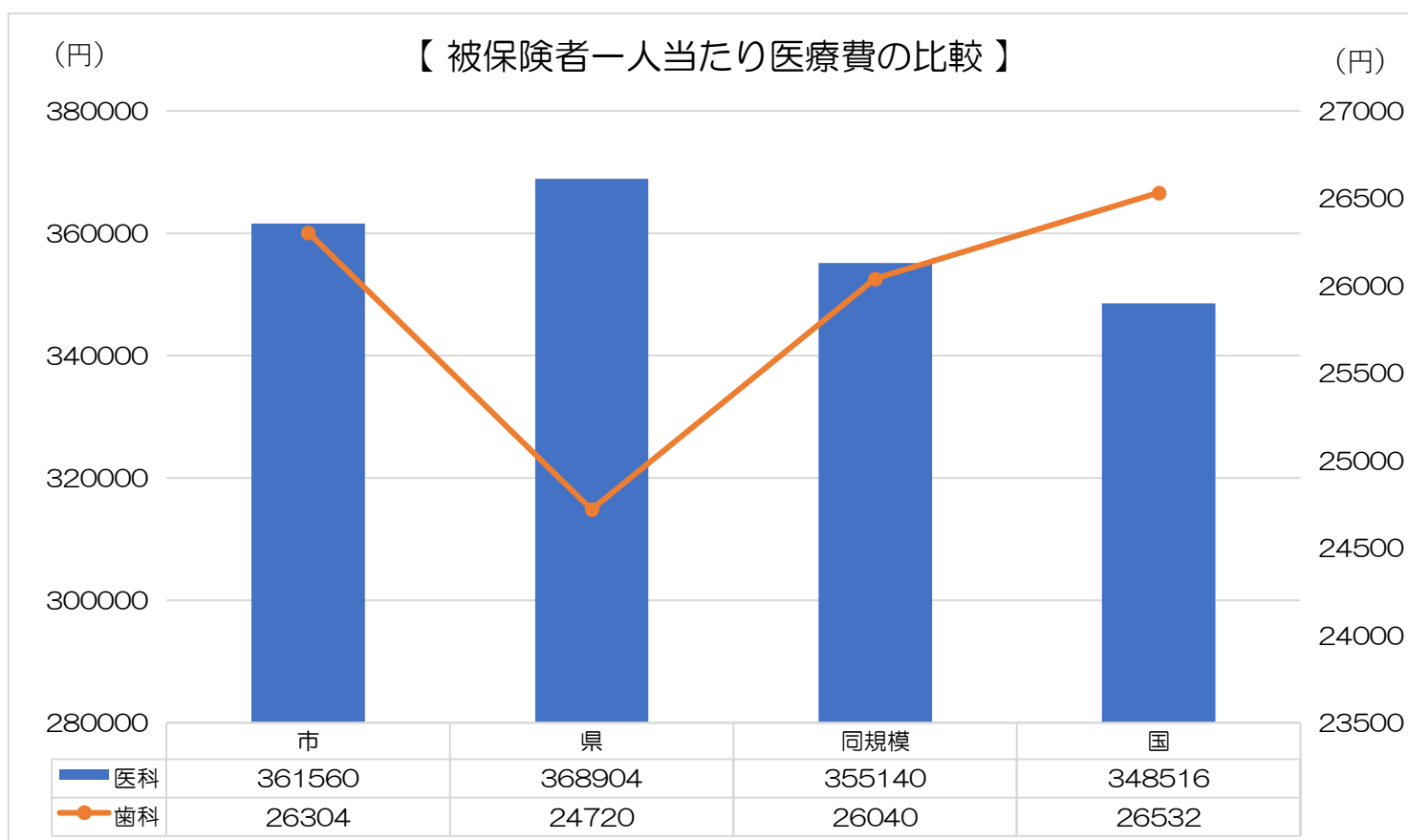
図表5	被保険者数の推移	出典	射水市国民健康保険運営協議会資料
データ分析の結果	被保険者数は年々減少傾向にあり、平成30年度と令和4年度を比較すると、2,571人、14.9%の減少となっています。		



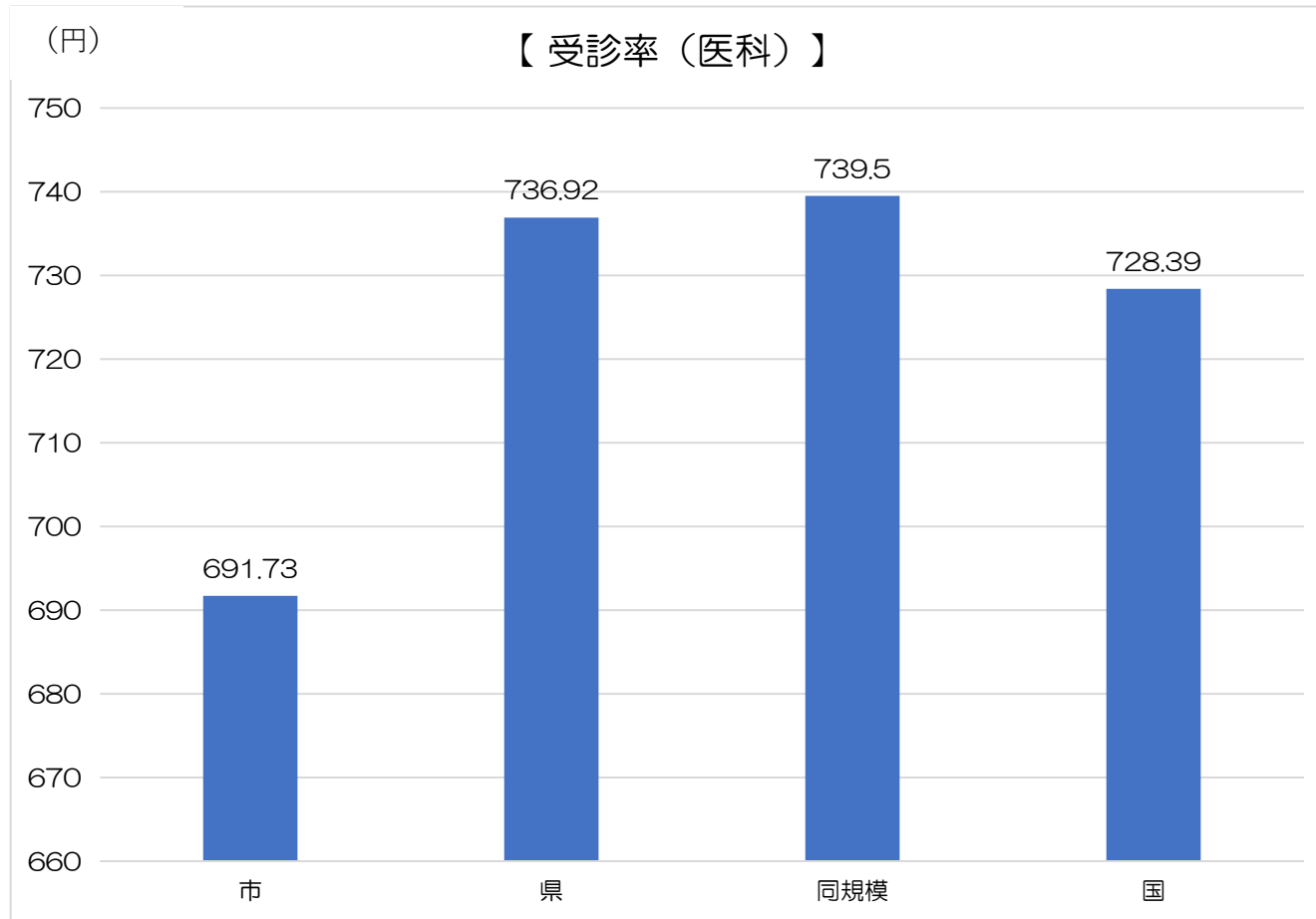
図表6	被保険者一人当たり医療費の推移	出典	国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	被保険者一人当たりの医療費は、新型コロナウイルス感染症による受診控えが起きた令和2年度のみ一時的に減少しましたが、令和元年度と令和4年度を比較すると、医科・歯科とも増加傾向にあります。		



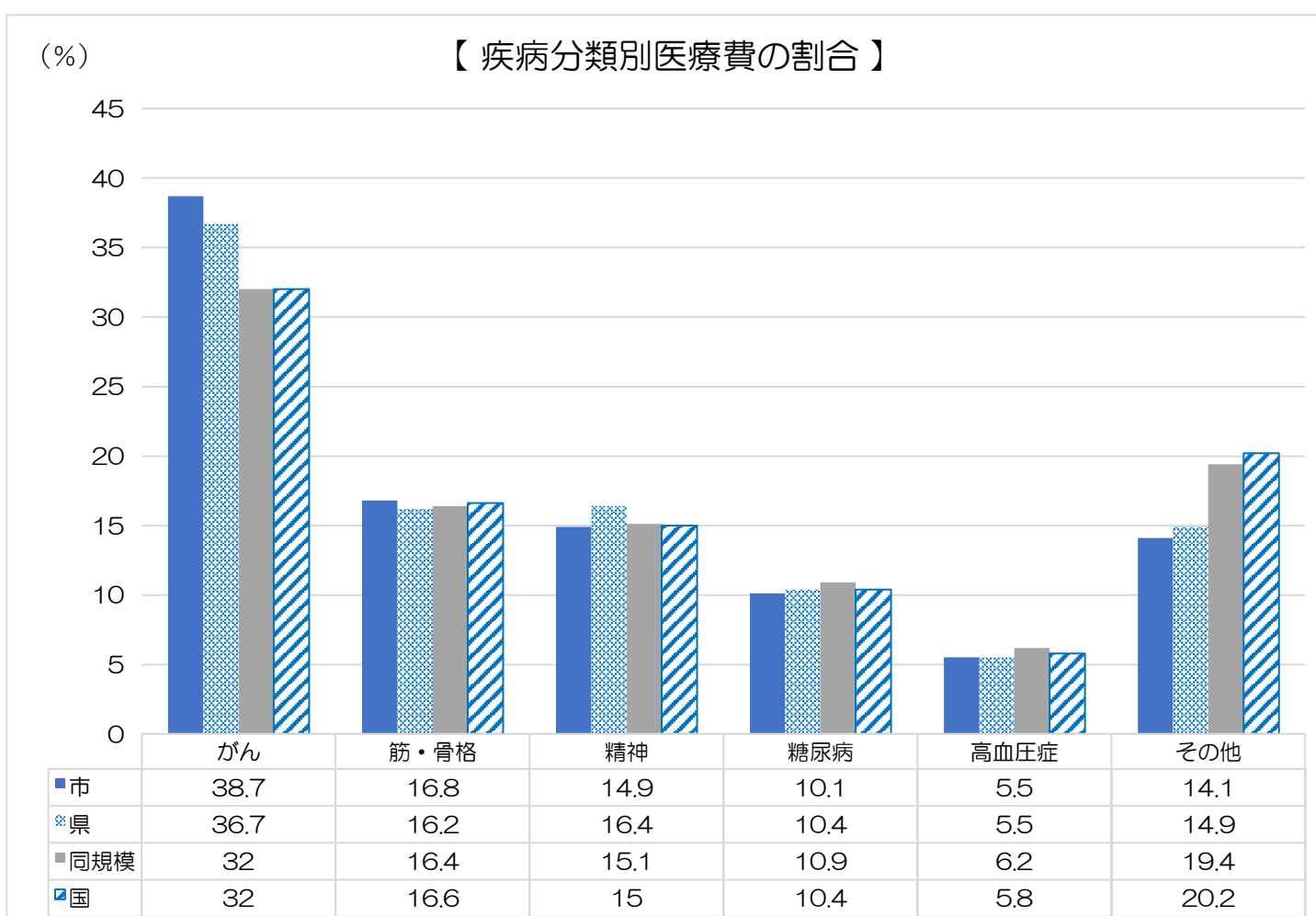
図表7	一人当たり医療費の比較	出典	国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	令和4年度における被保険者一人当たりの医療費は、医科では県、同規模自治体、国と同水準にあります。歯科では県よりも高く、同規模自治体や国と同水準となっています。		



図表8	受診率（医科）	出典 国保データベース（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」
データ分析の結果	令和4年度における受診率（医科）は、県や同規模自治体、国と比較すると低くなっています。	



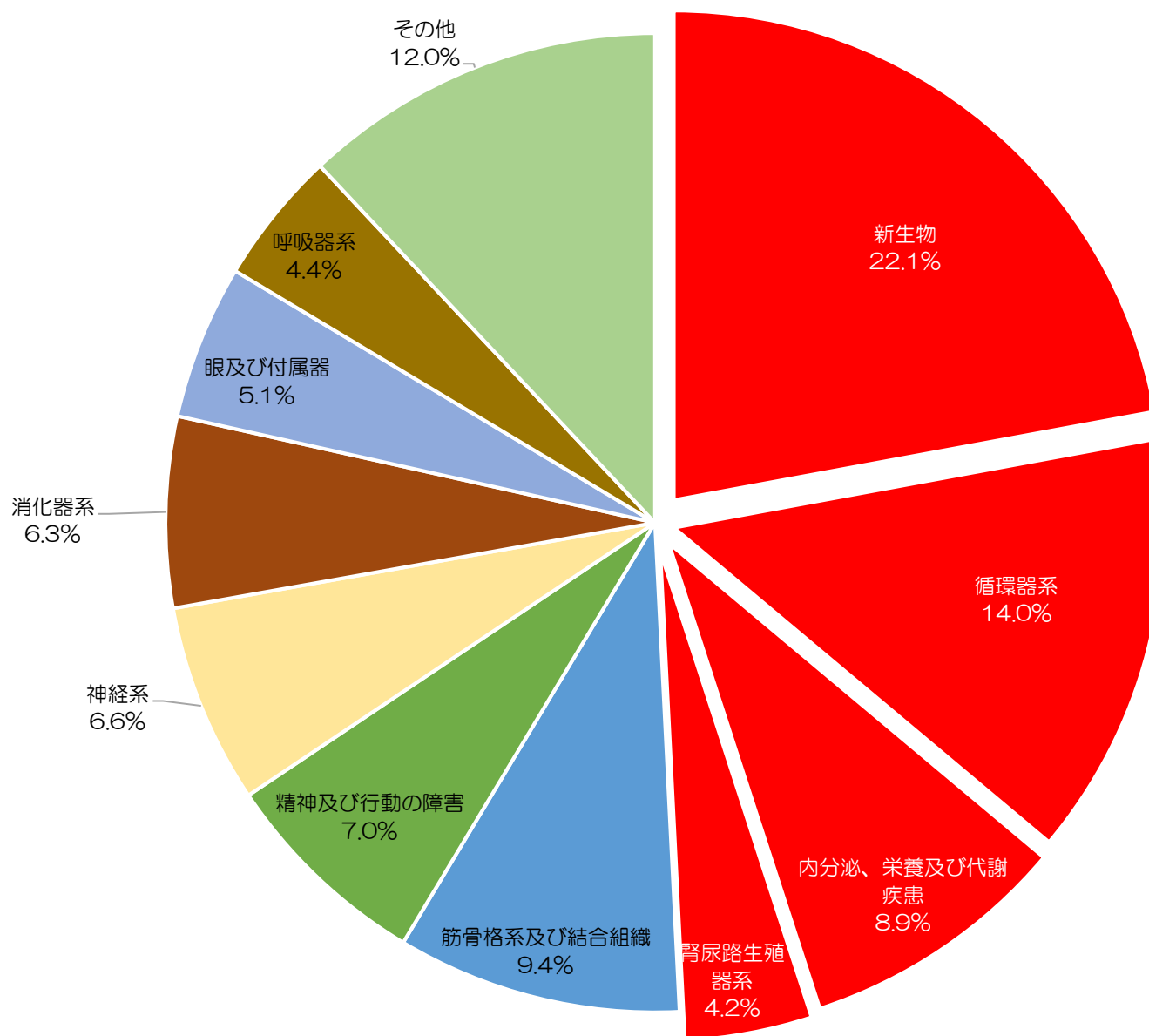
図表9	疾病分類別医療費の割合	出典 国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	令和4年度における疾病分類別医療費の割合は、「がん」、「筋・骨格系」、「精神」の順に高く、同規模や国と比較するとがんの割合が高くなっています。	





図表10	大分類による疾病別医療費	出典	株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」
データ分析の結果	令和4年度における大分類による疾病別医療費の割合は、新生物が22.1%、循環器系が14.0%、筋骨格系及び結合組織が9.4%となっており、生活習慣病関連の疾病が約50%を占めています。		

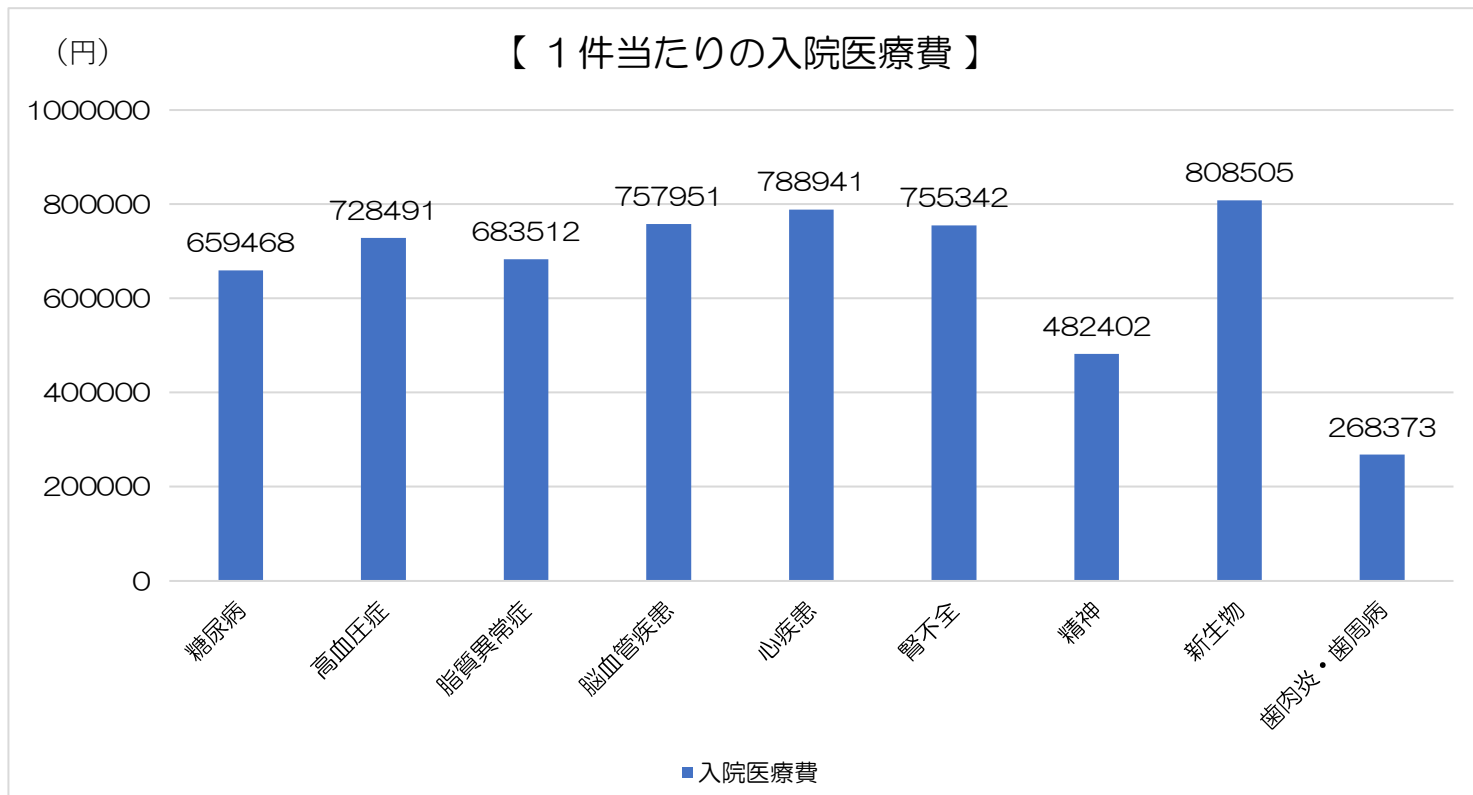
【大分類による疾病別医療費の割合】



大分類	主な疾病の具体例
新生物	がん、良性の腫瘍 等
循環器系	高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞 等
内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病、脂質異常症 等
腎尿路生殖器系	腎不全、糖尿病性腎症 等
筋骨格系及び結合組織	骨折、関節障害、リウマチ 等
精神及び行動の障害	認知症、統合失調症、うつ病 等
神経系	パーキンソン病、自律神経障害 等
消化器系	胃潰瘍、腸炎、歯周病 等
眼及び付属器	白内障、緑内障 等
呼吸器系	肺炎、鼻炎、扁桃炎、気管支炎 等

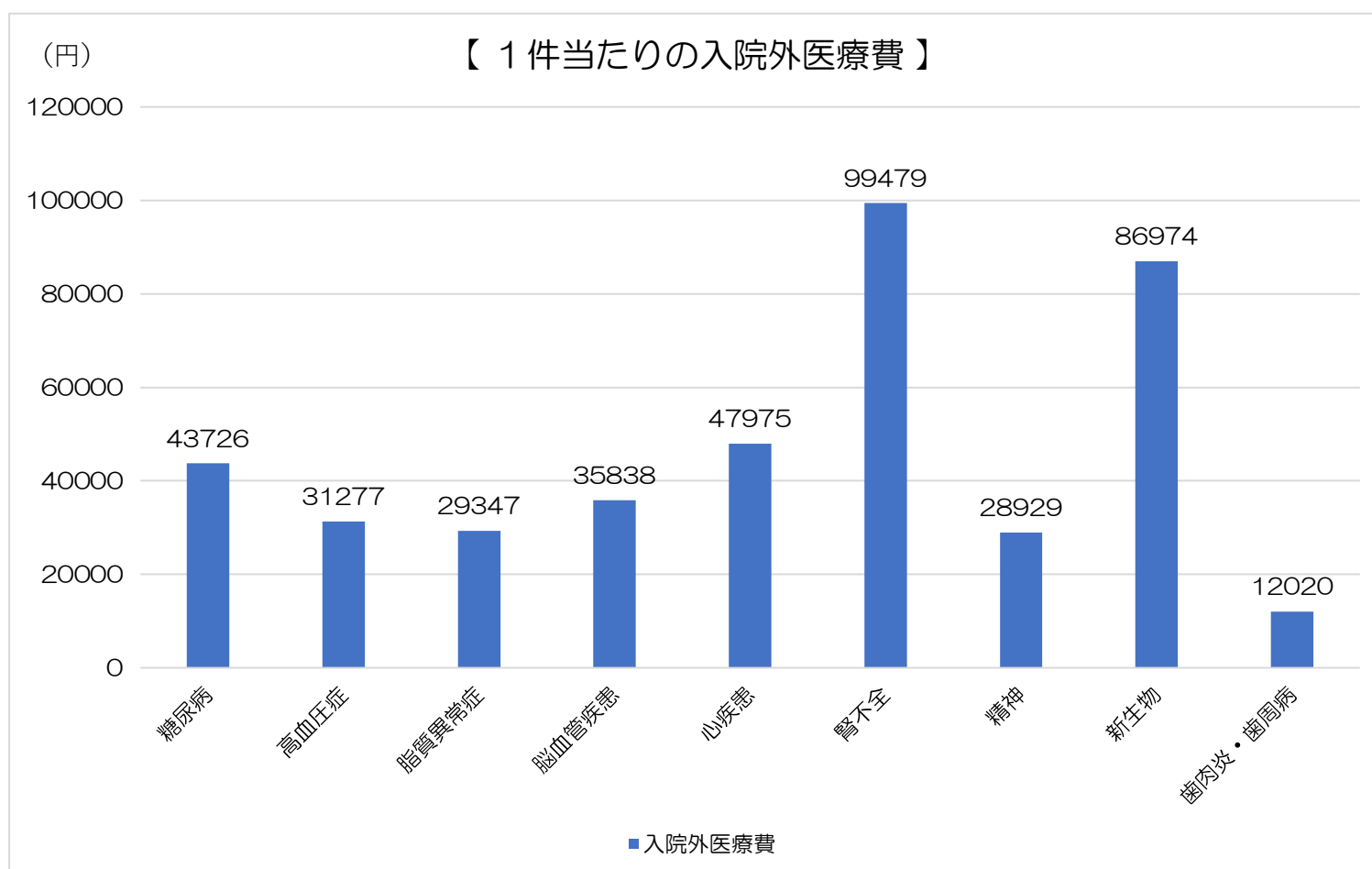
生活習慣病に  
関連する疾病

図表11	1件当たりの入院医療費	出典 国保データベース（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」
データ分析の結果	令和4年度における1件当たりの入院医療費は、新生物、心疾患、脳血管疾患の順に高く、県内順位は新生物、脂質異常症、歯肉炎・歯周病が高くなっています。	



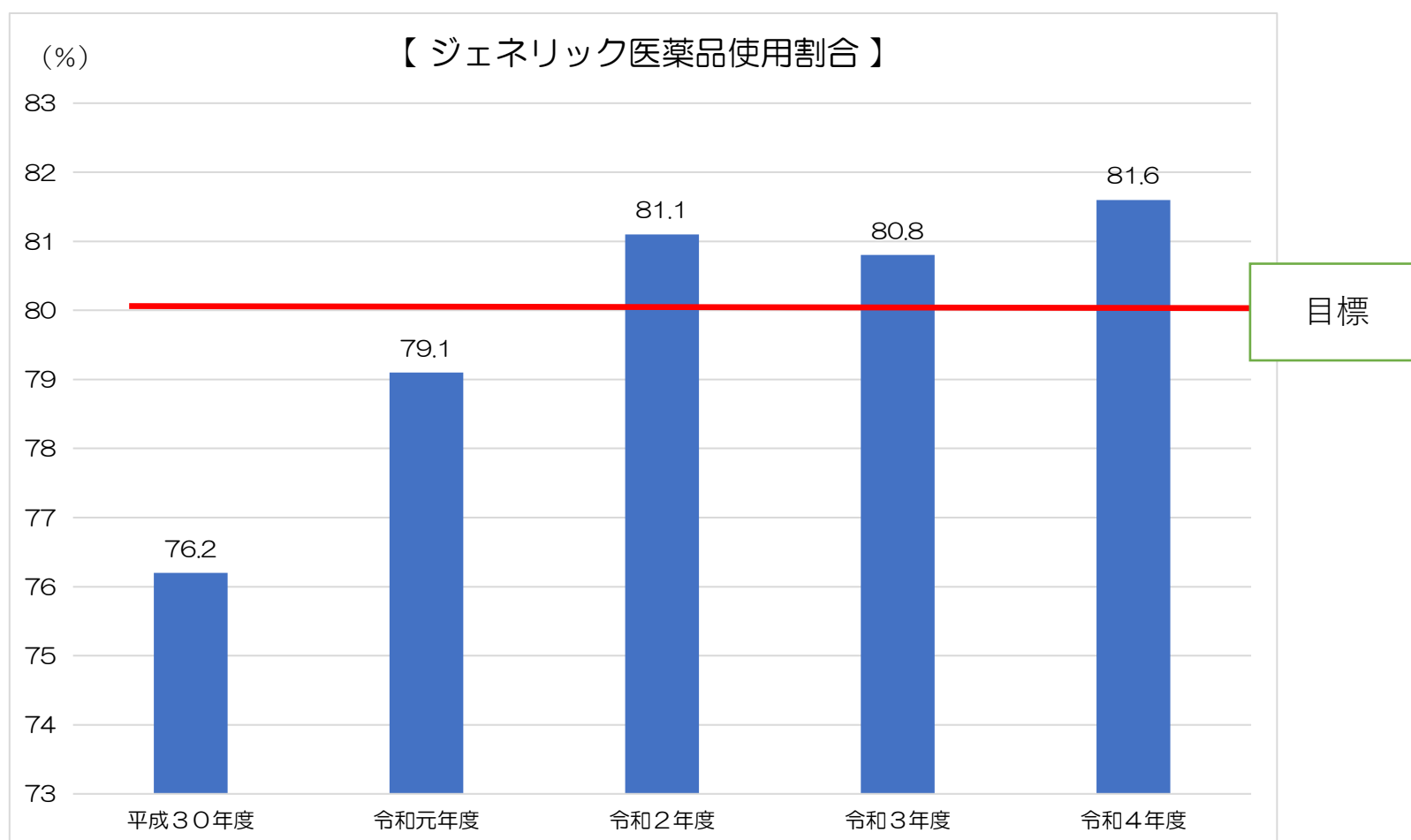
( 県内順位	10	5	4	5	9	7	11	3	4)
--------	----	---	---	---	---	---	----	---	----

図表12	1件当たりの入院外医療費	出典 国保データベース（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」
データ分析の結果	令和4年度における1件当たりの入院外医療費は、腎不全、新生物が特に高くなっています。近年、糖尿病や心疾患、新生物の医療費が上昇する傾向にあるほか、腎不全が高止まりしています。	



( 県内順位	6	6	6	14	5	11	6	6	11)
--------	---	---	---	----	---	----	---	---	-----

図表13	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合	出典	厚生労働省「保険者別後発医薬品の使用割合」
データ分析の結果	令和4年度における後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は81.6%であり、平成30年度の76.2%と比較し5.4%上昇しているほか、国が目標としている80%を超えています。		



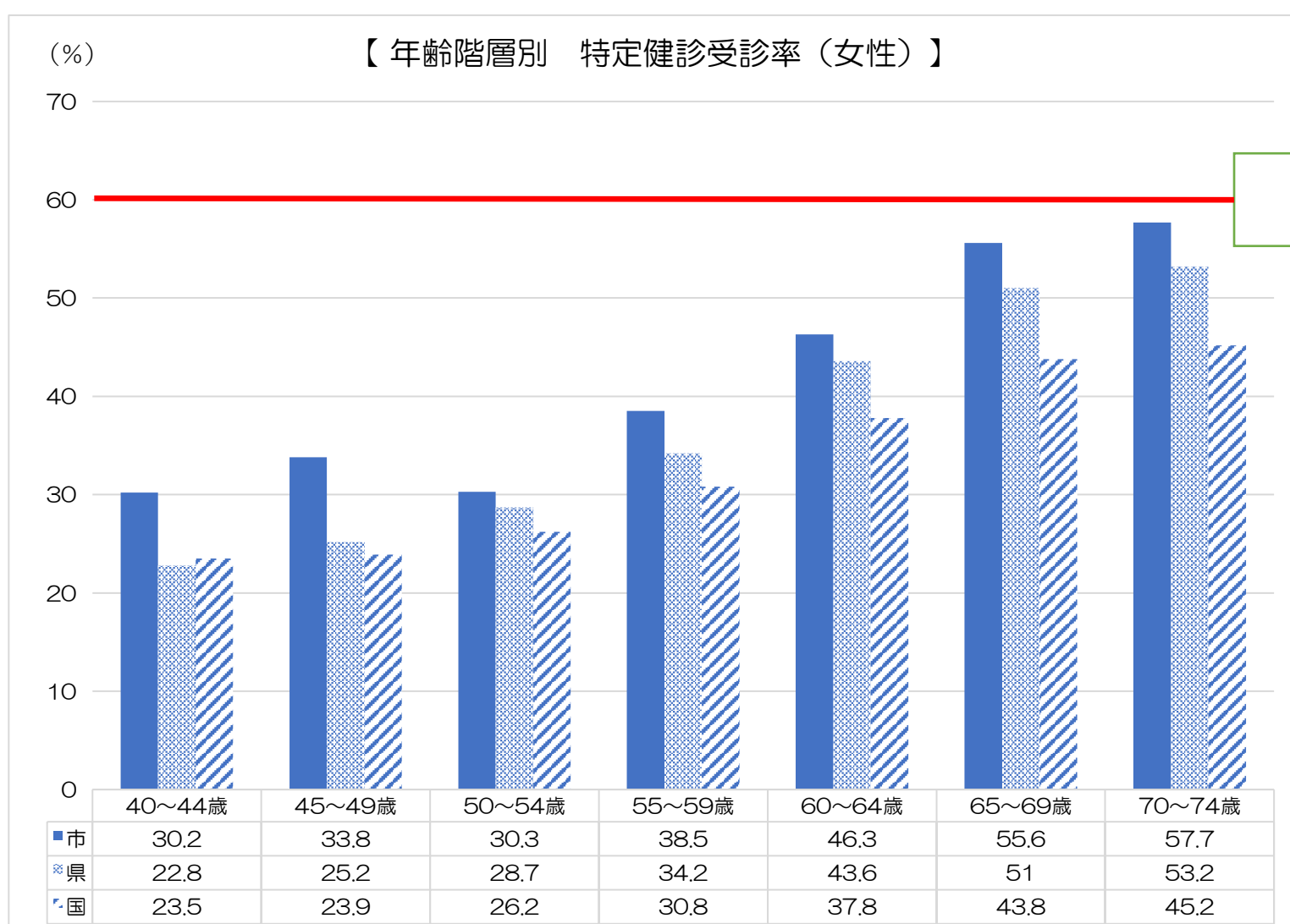
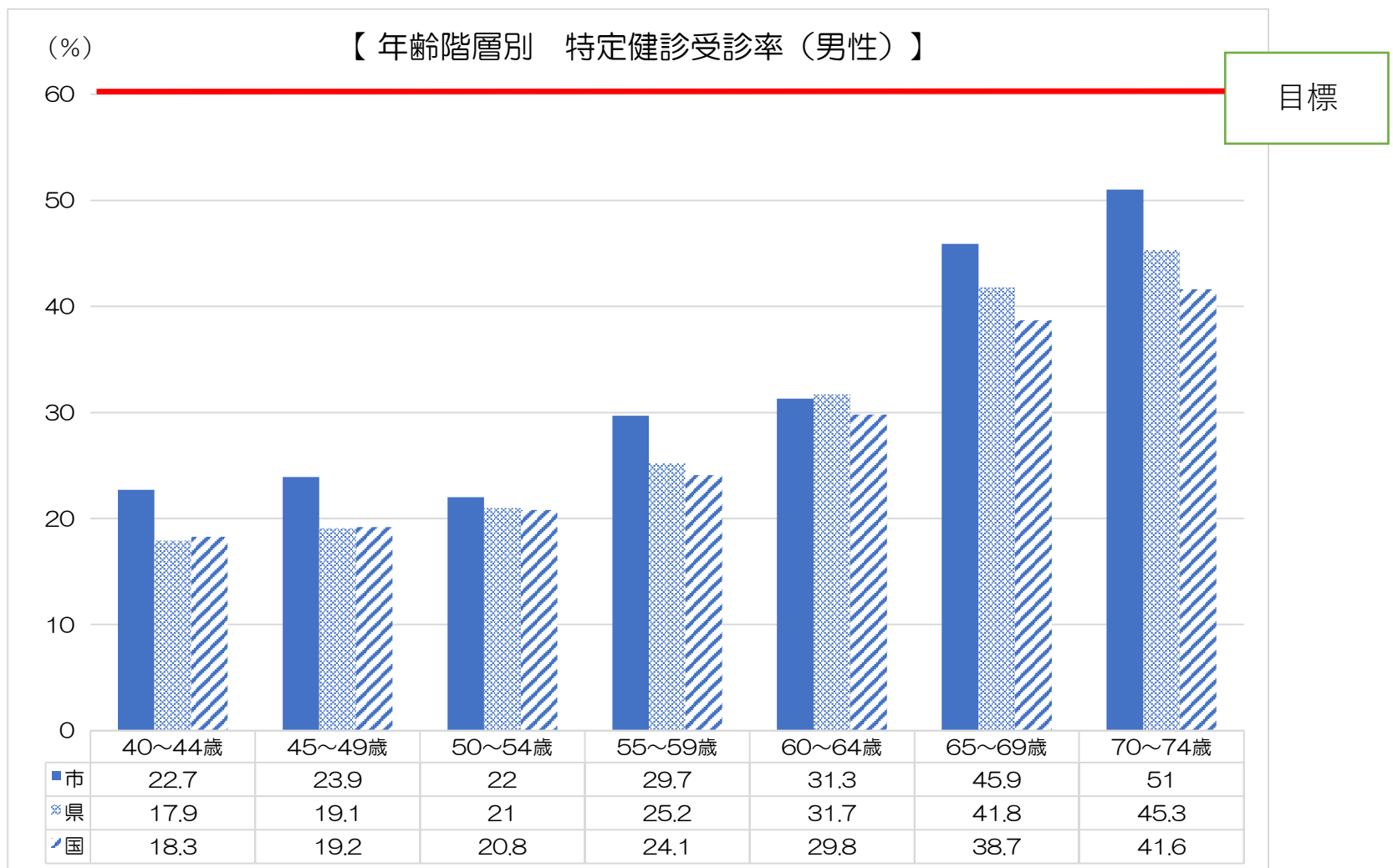
図表14	重複・頻回受診、重複服薬の状況	出典	株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」
データ分析の結果	令和4年度における重複・頻回受診、重複服薬の対象となる者は、450人となっています。		

### 重複受診者、頻回受診者、重複服薬者の状況

- ・ 重複受診者・・・1か月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している者
- ・ 頻回受診者・・・1か月間で同一医療機関に12回以上受診している者
- ・ 重複服薬者・・・1か月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える者

450人

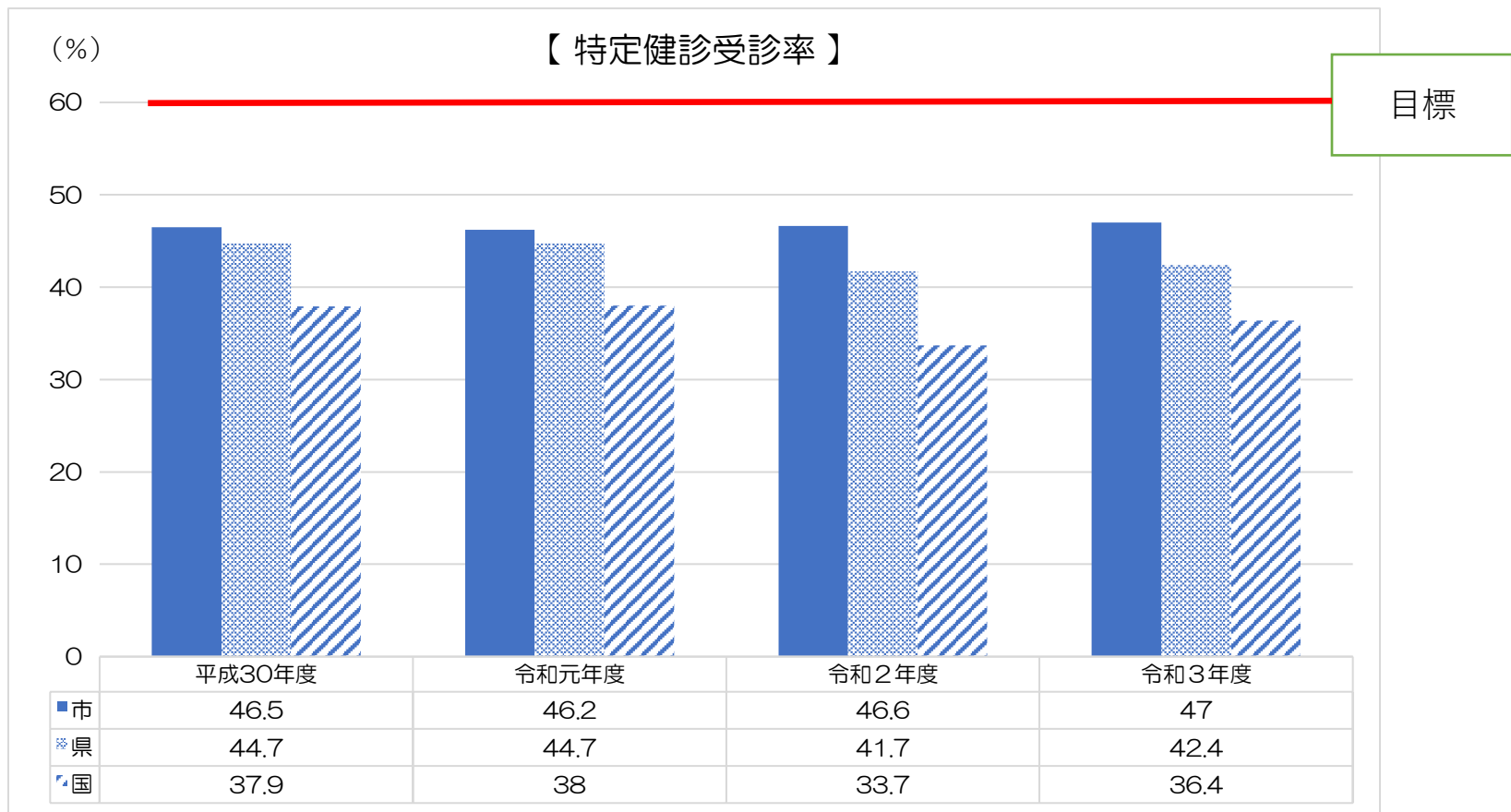
図表15	年齢階層別・男女別 特定健診受診率	出典 富山県国民健康保険団体連合会
データ分析の結果	令和3年度における年齢階層別・男女別の特定健診受診率は、男女ともほぼすべての年代で県・国よりも高い数値となっているものの、目標の60%には届いておらず、また若い世代の受診率が低い状況となっています。	





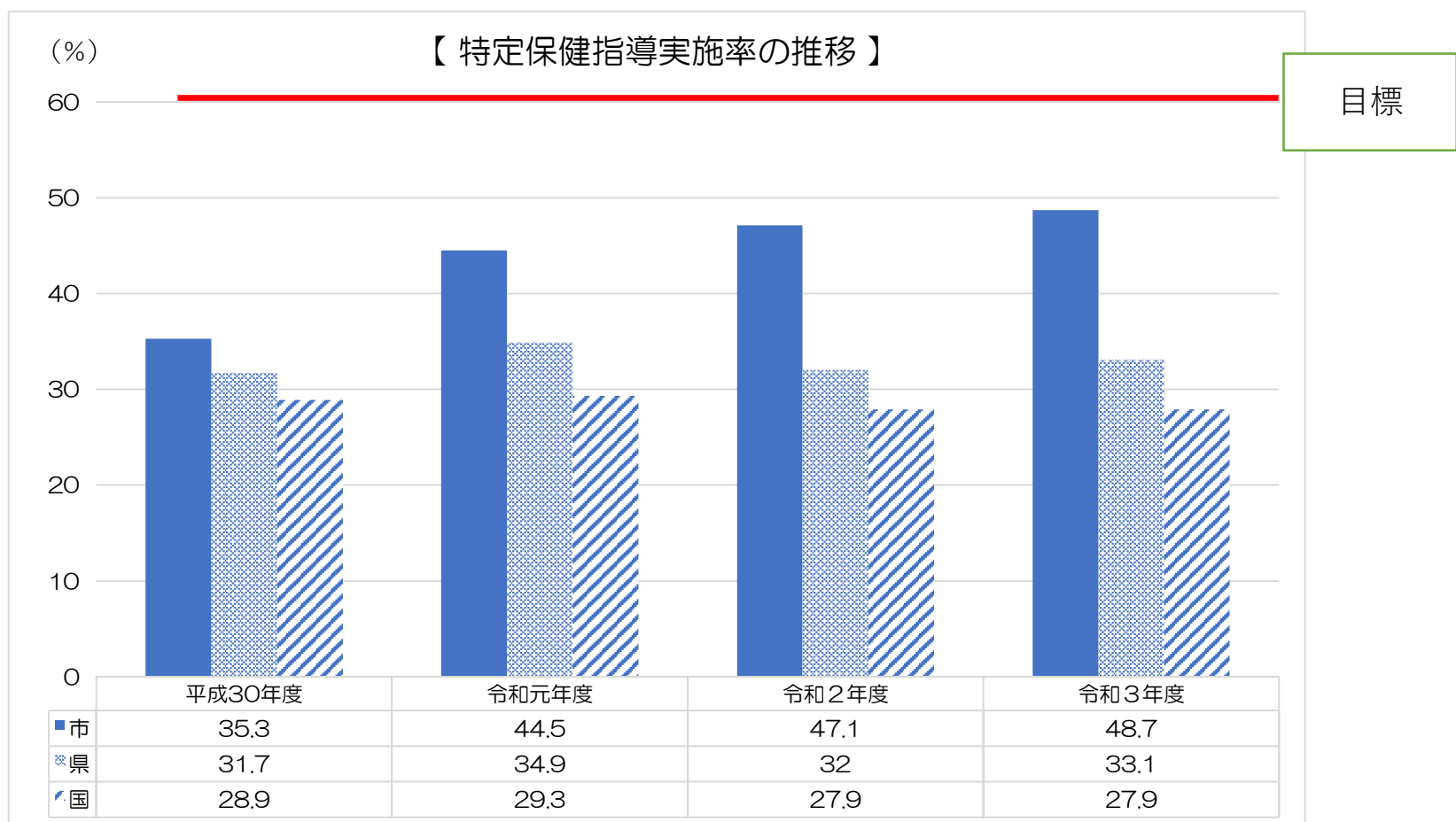
図表16 特定健診受診率の推移 出典 富山県国民健康保険団体連合会

データ分析の結果 特定健診の受診率は令和3年度が47.0%であり、年々微増傾向にあります。県や国よりも高い状況ですが、目標である60%には届いていません。



図表17 特定保健指導実施率の推移 出典 富山県国民健康保険団体連合会

データ分析の結果 特定保健指導の実施率は令和3年度が48.7%であり、年々微増傾向にあります。県や国よりも高い状況ですが、目標である60%には届いていません。

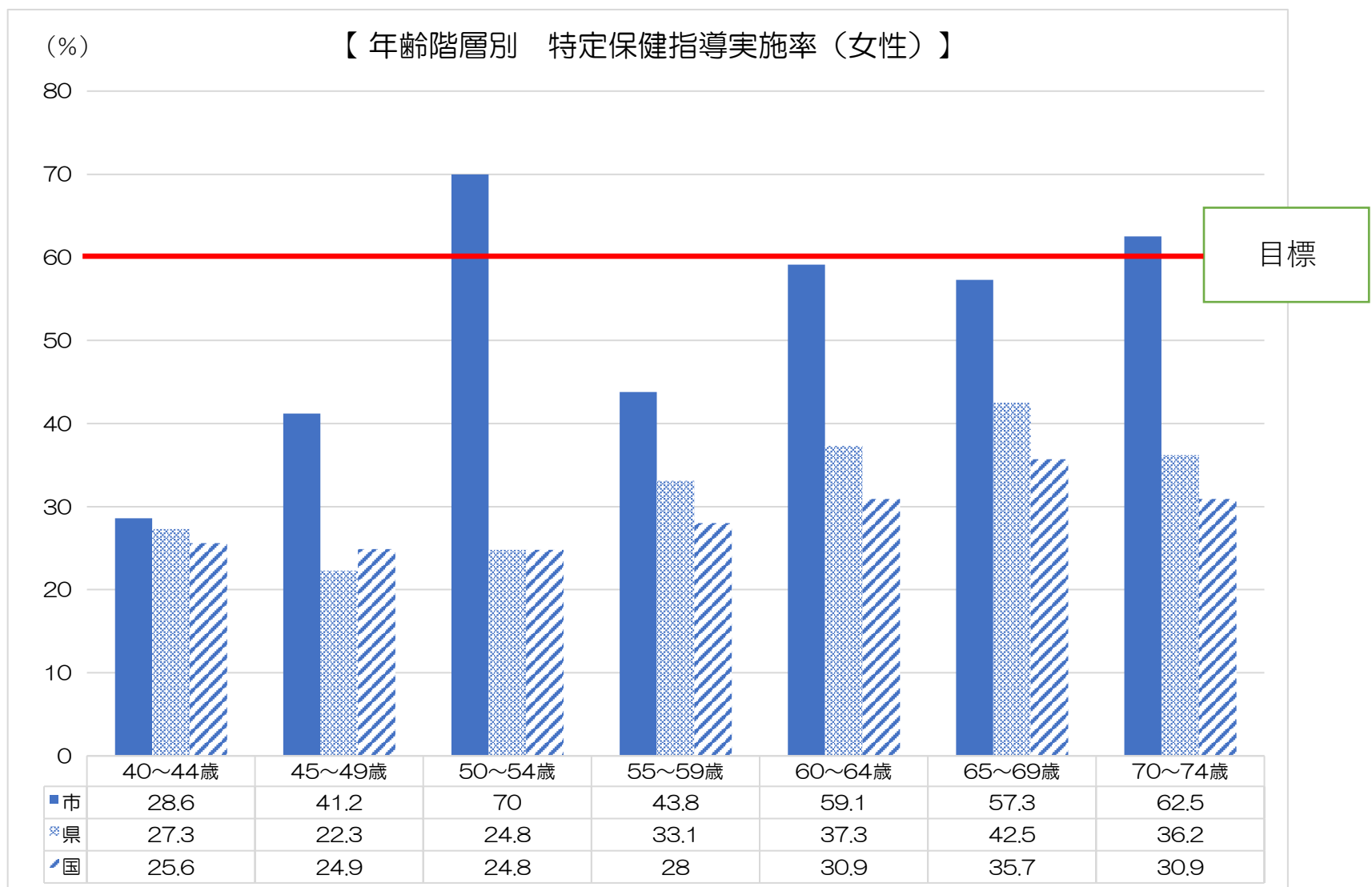
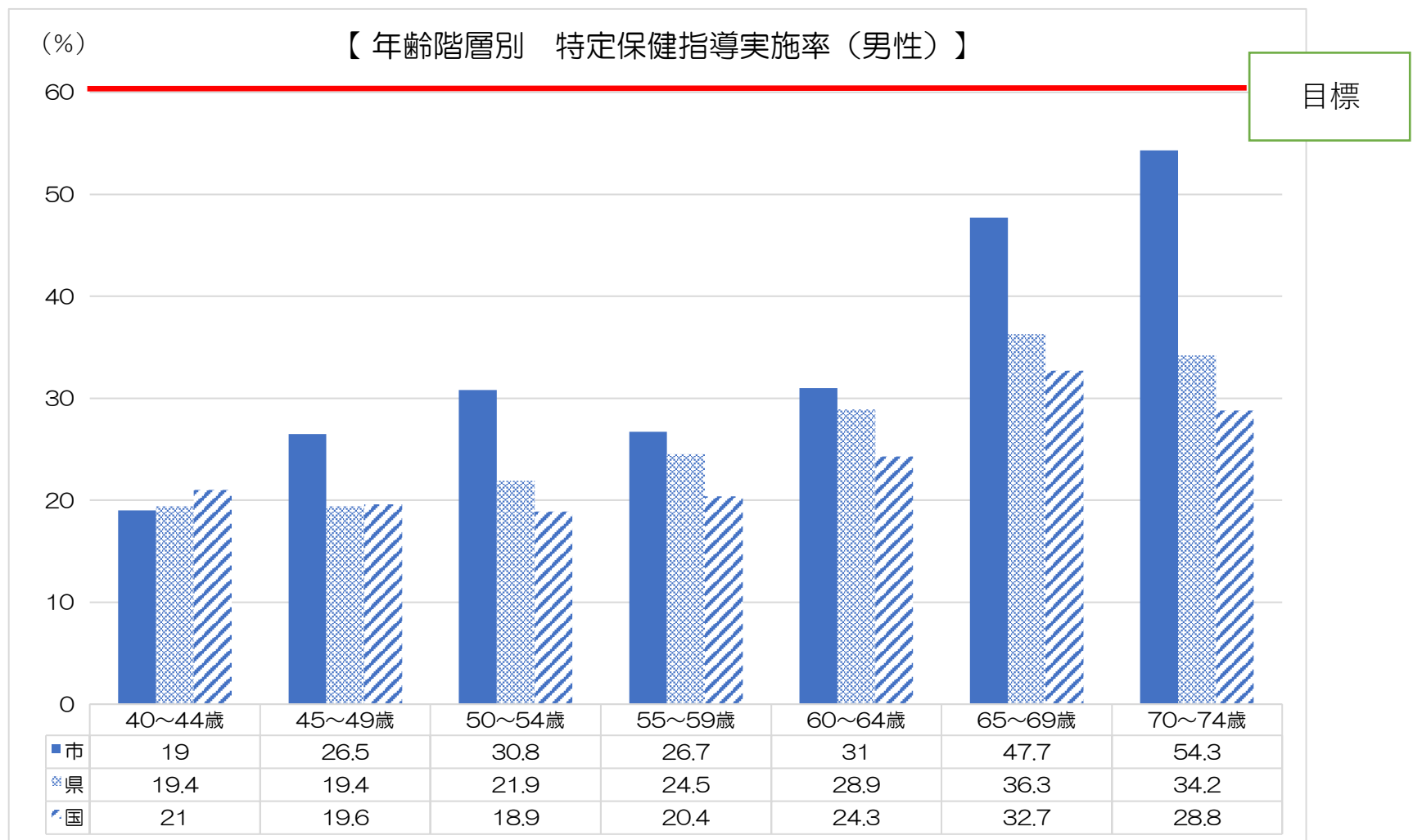


図表18 年齢階層別・男女別 特定保健指導実施率

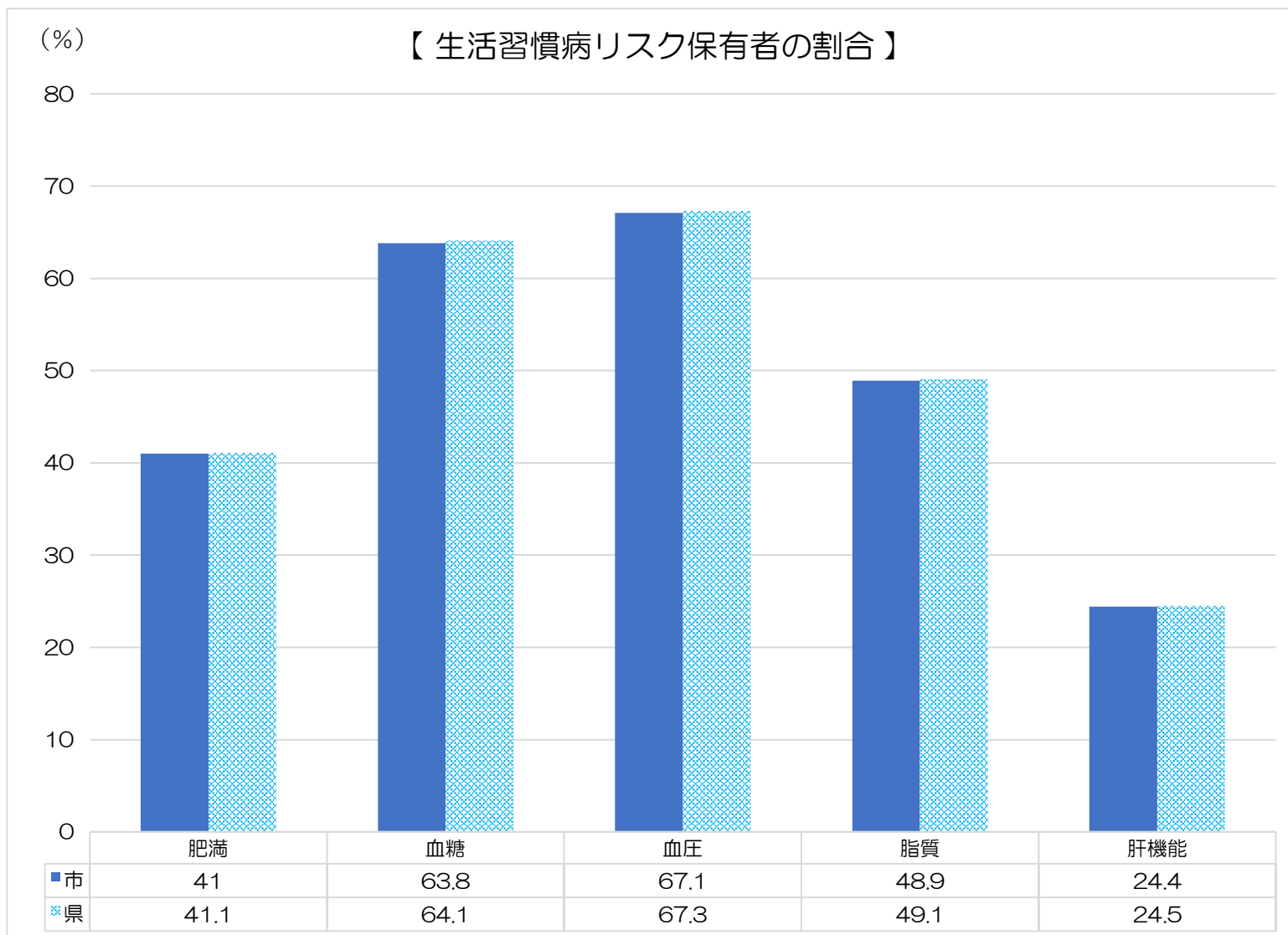
出典 富山県国民健康保険団体連合会

データ分析の結果

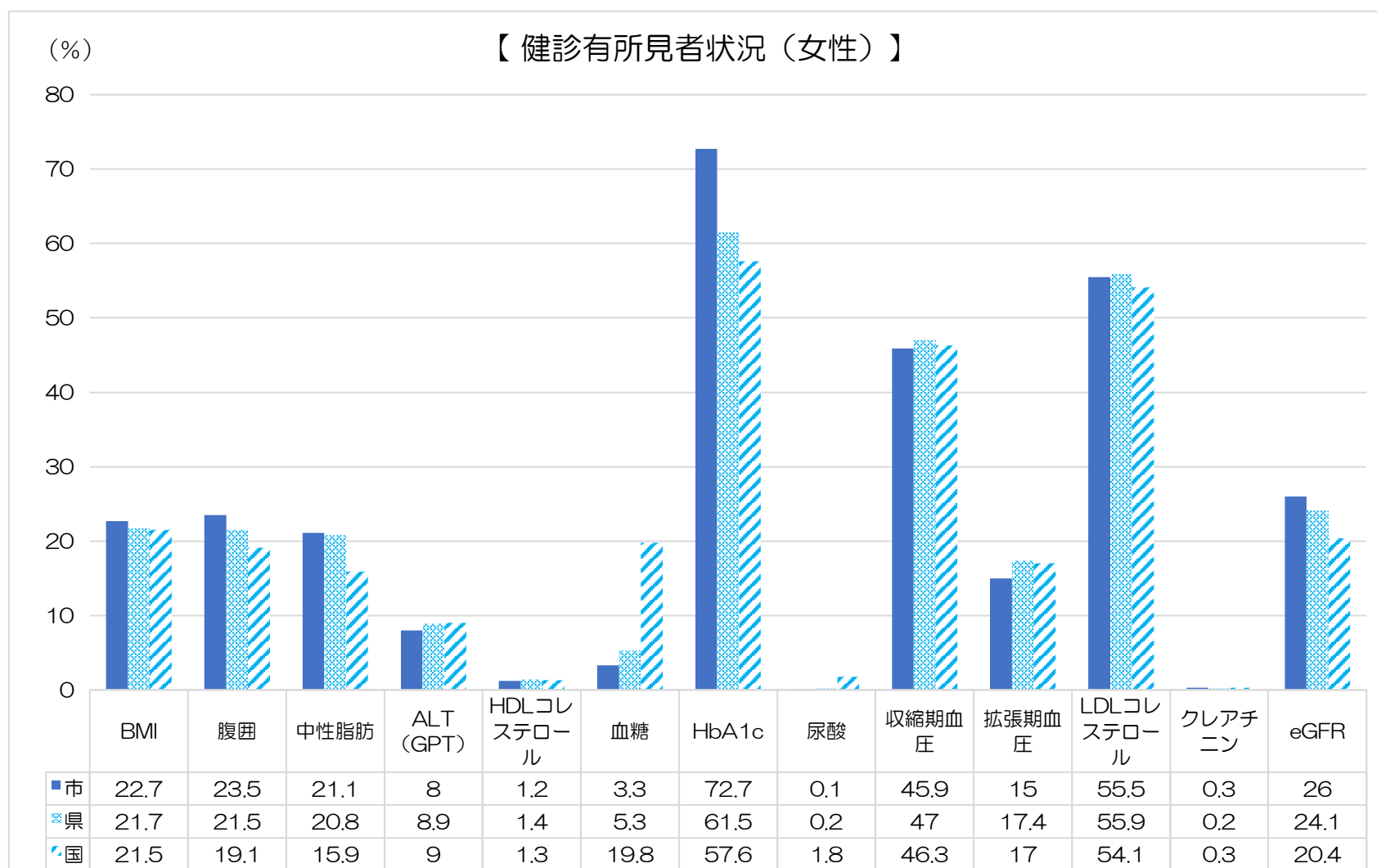
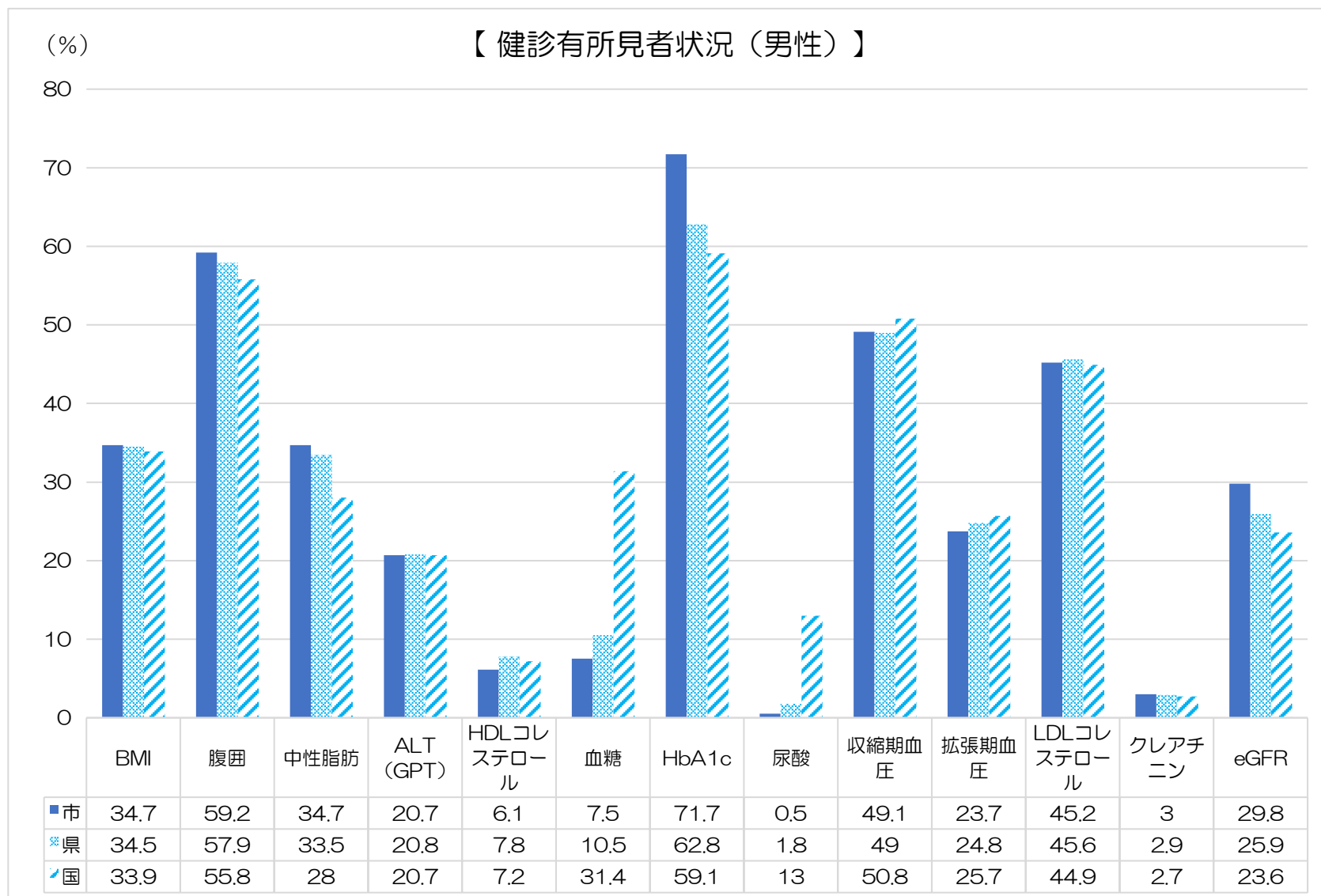
令和3年度における特定保健指導実施率は、男性はほぼすべての年代で、女性はすべての年代で県や国を上回っていますが、若い世代の実施率が低い傾向にあります。



<p>図表19</p>	<p>生活習慣病リスク保有者の割合</p>	<p>出典 国保データベース（KDB）システム「健康スコアリング（健診）」</p>
<p>データ分析の結果</p>	<p>令和3年度における生活習慣病リスク保有者の割合を年齢調整して県と比較すると、肥満、血糖、血圧、脂質、肝機能すべて同水準でした。</p>	

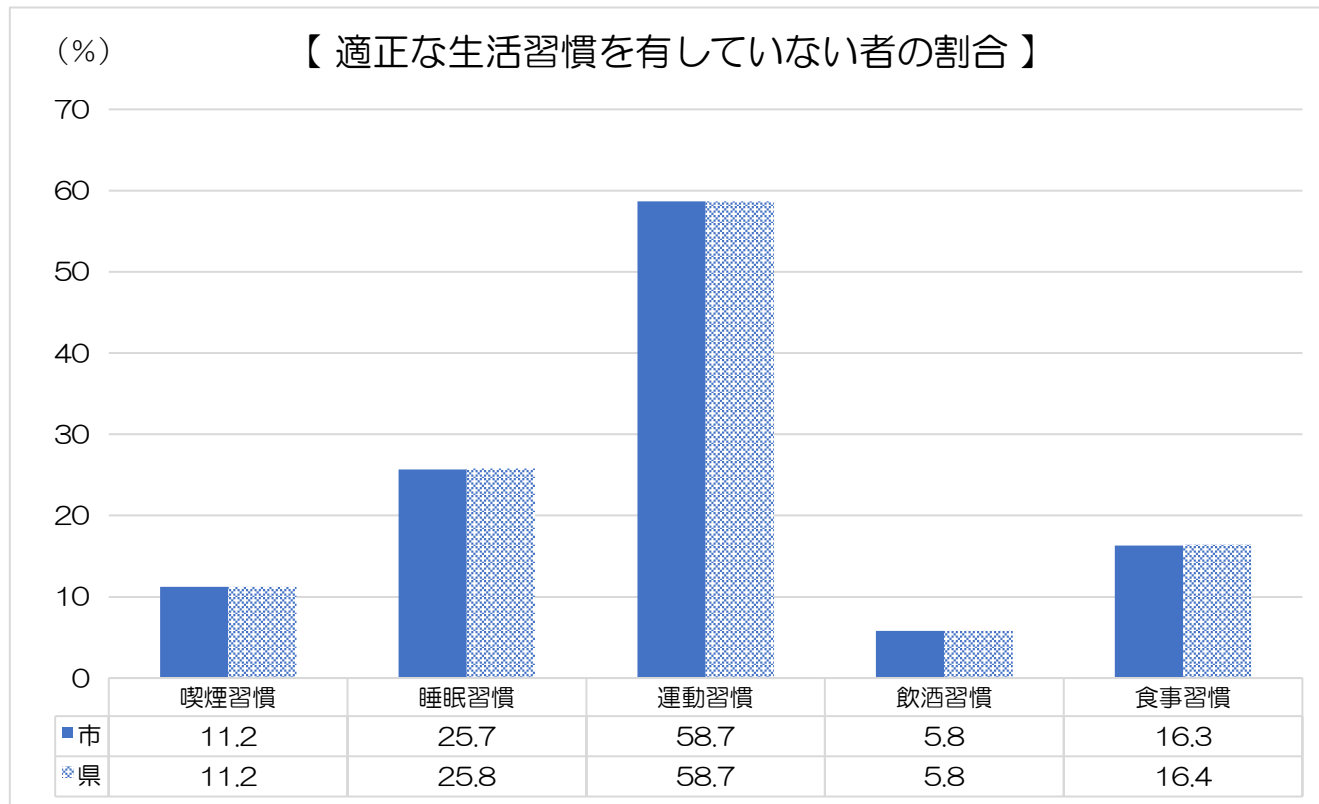


図表20	健診有所見者の状況（男女別）	出典	国保データベース（KDB）システム「健診有所見者状況（男女別）」
データ分析の結果	令和4年度における健診有所見者状況を年齢調整して県や国と比較すると、腹囲や中性脂肪、HbA1c、eGFRで上回っていました。		

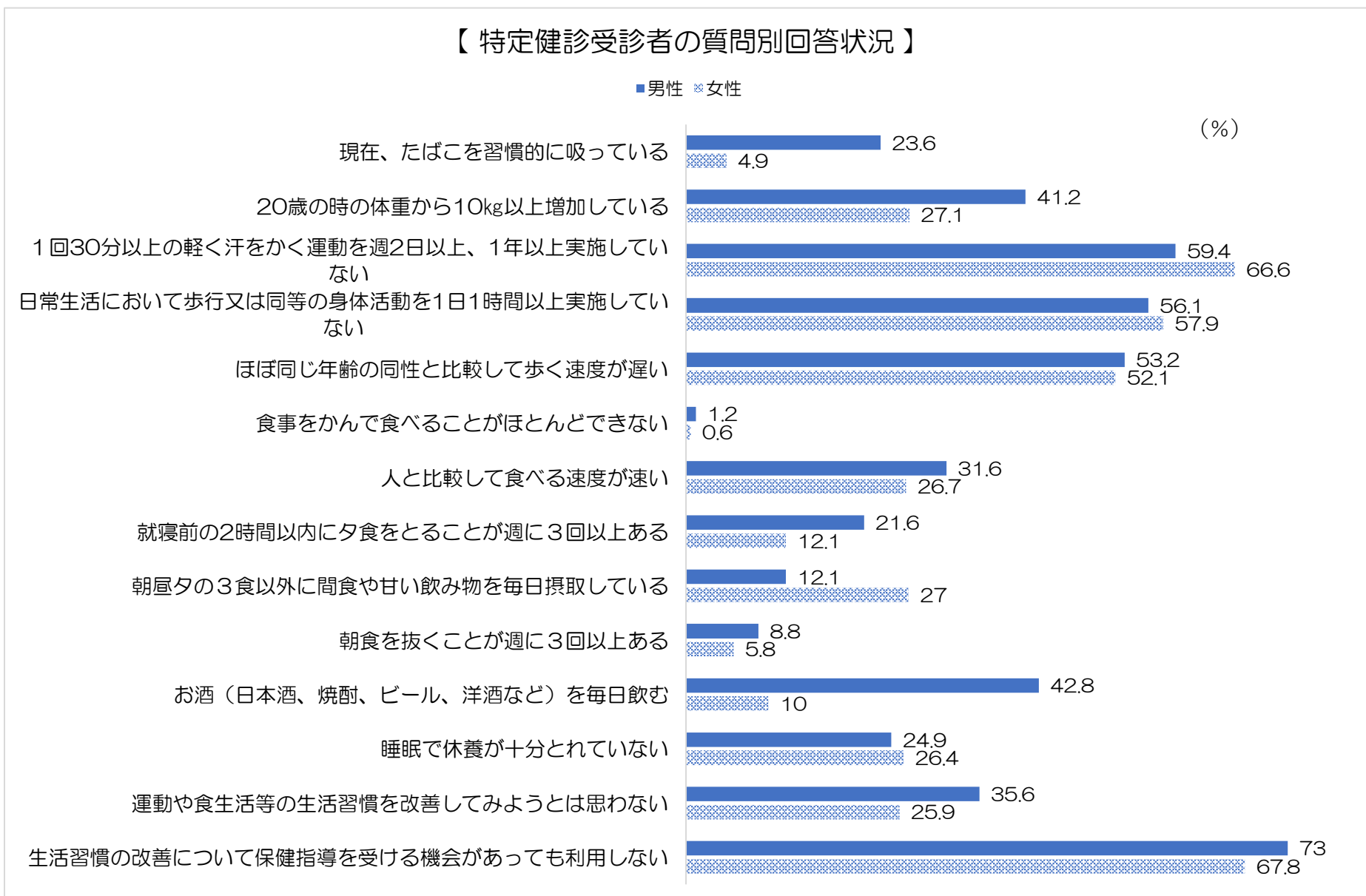




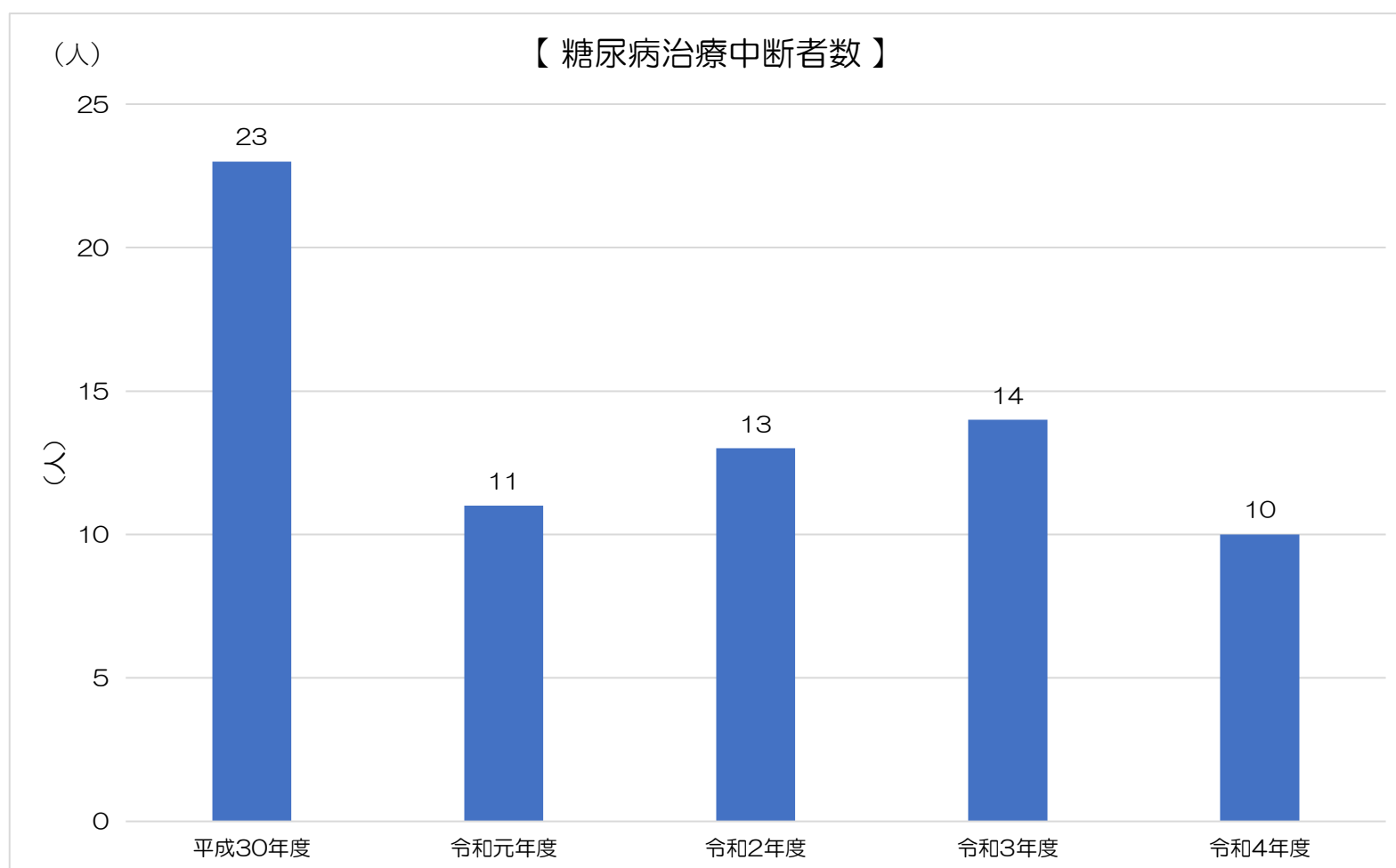
図表21	適正な生活習慣を有していない者の割合	出典 国保データベース（KDB）システム「健康スコアリング（健診）」
データ分析の結果	令和3年度における適正な生活習慣を有しない者の割合を年齢調整して県と比較すると、喫煙習慣、睡眠習慣、運動習慣、飲酒習慣、食事習慣すべて同水準でした。	



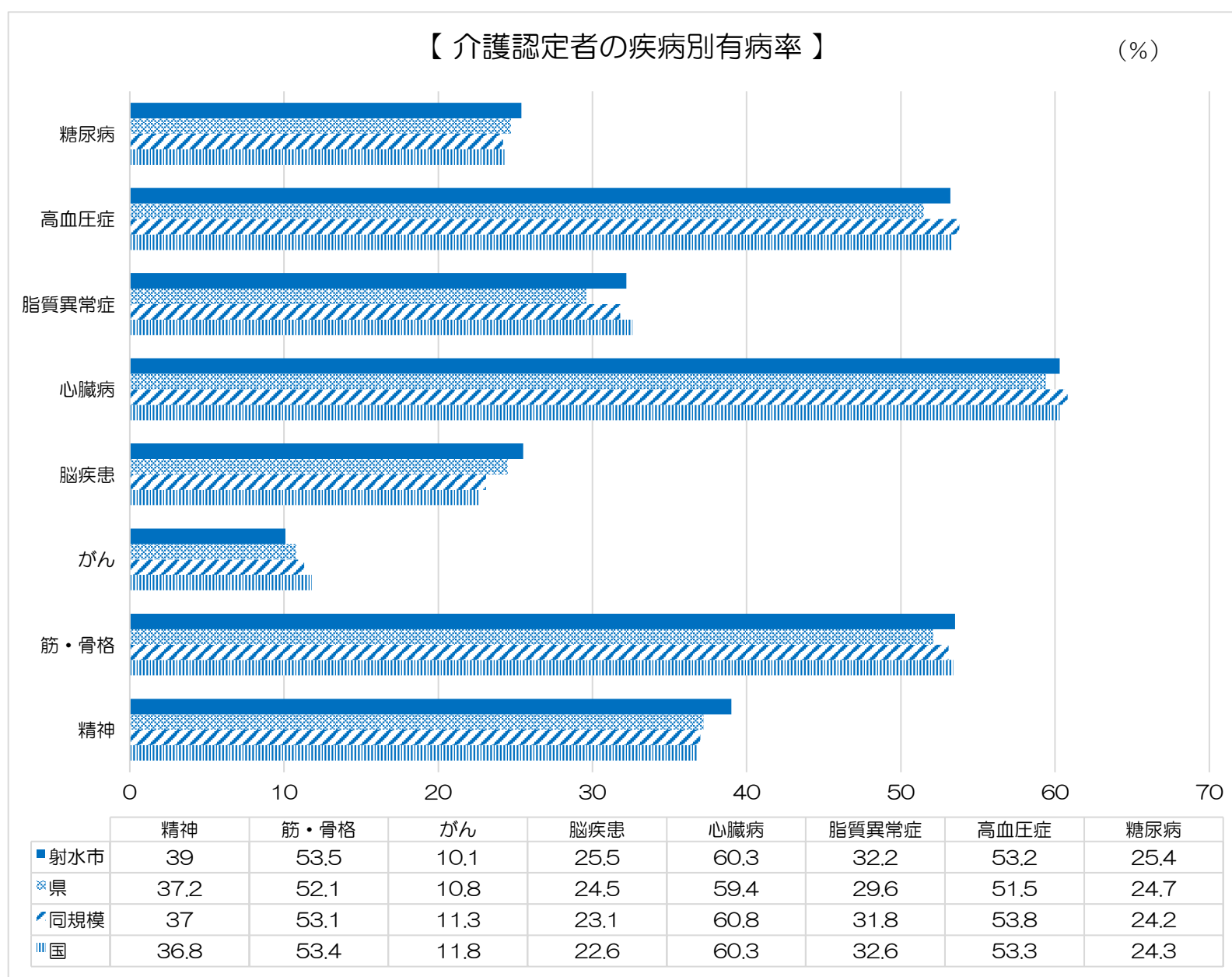
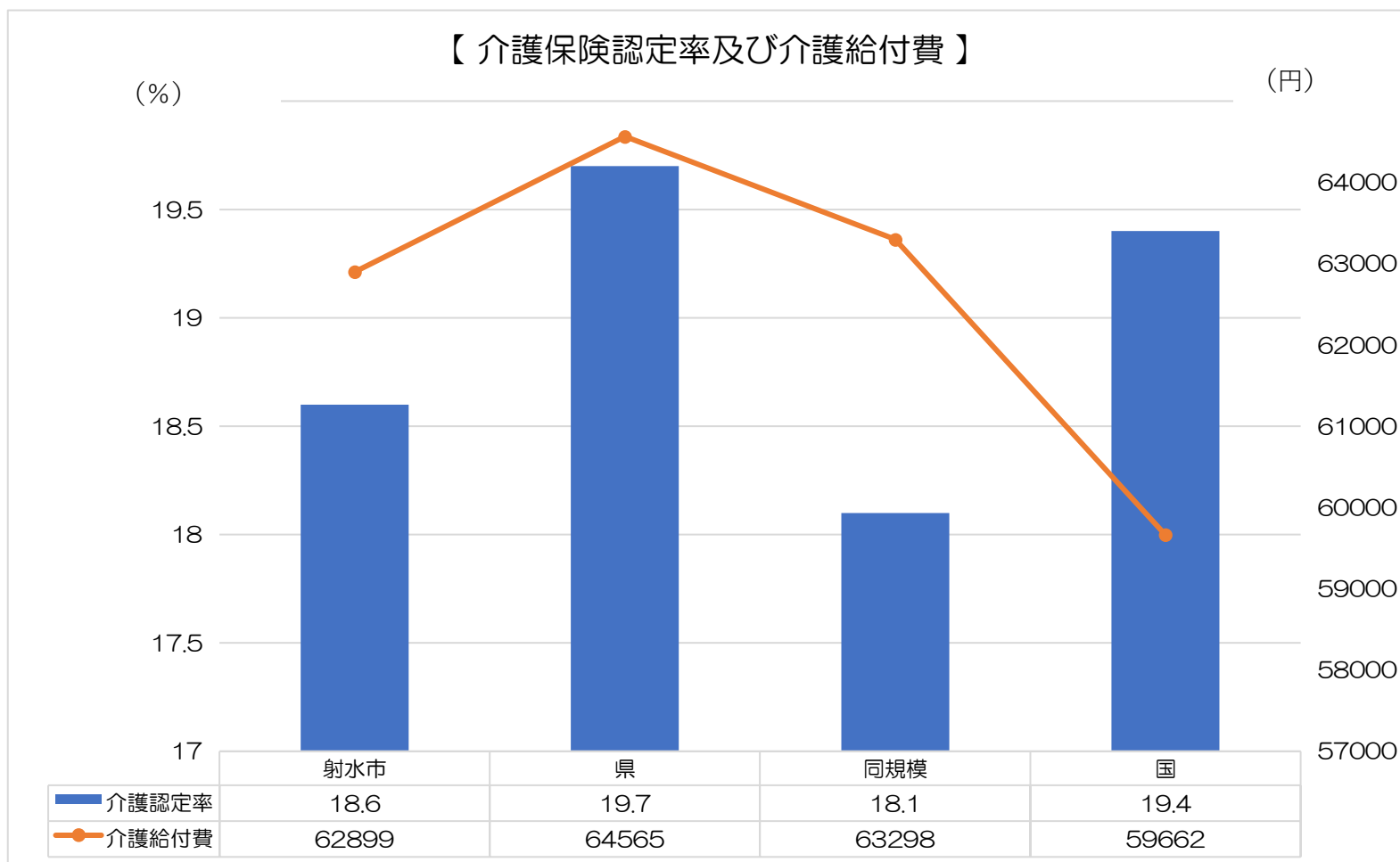
図表22	特定健診受診者の質問別回答状況	出典 国保データベース（KDB）システム「質問票調査の状況」
データ分析の結果	令和4年度における特定健診問診票の回答状況を見ると、「生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があっても利用しない」「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない」「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していない」といった回答の割合が高くなっています。	



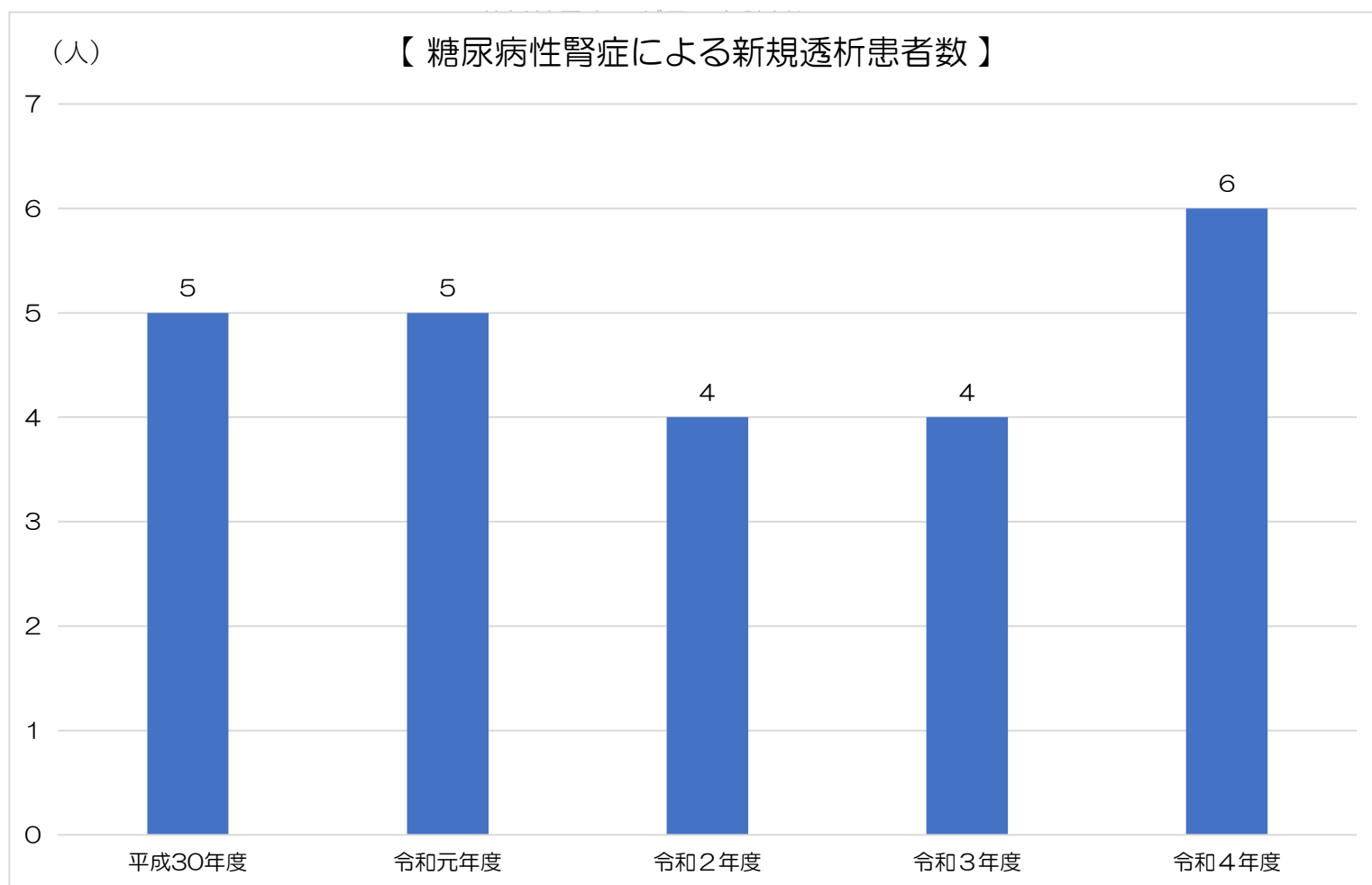
図表23	糖尿病治療中断者数	出典 株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」
データ分析の結果	過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から一定期間、受診記録がない者は、近年、10人前後で推移しています。	



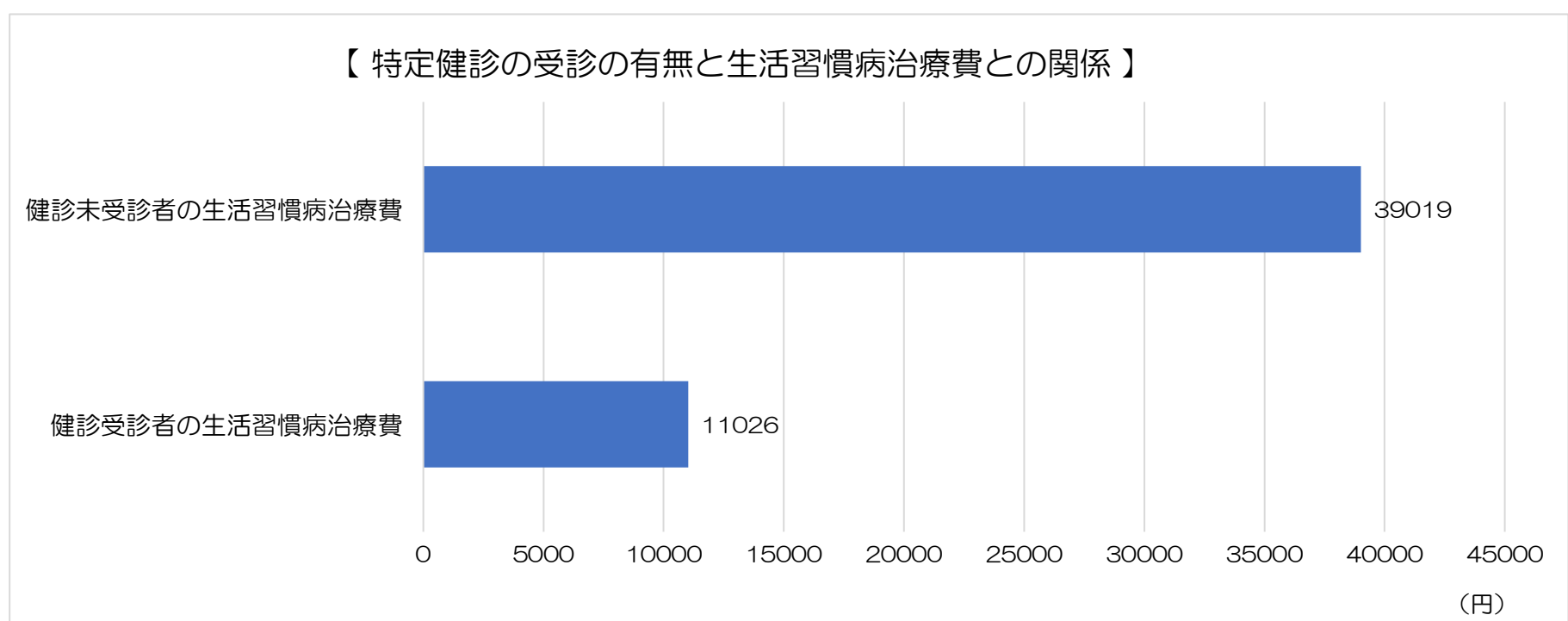
<p>図表24 介護保険の状況</p>		<p>出典 国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」</p>
<p>データ分析の結果</p>	<p>令和4年度における介護保険認定率は、県や国よりも低く、同規模自治体と同水準となっています。  また、介護認定者の疾病別有病率は、心臓病、筋・骨格、高血圧症の順に高くなっており、県、同規模自治体、国とはほぼ同水準となっています。</p>	



図表25	糖尿病性腎症による新規透析患者数	出典	株式会社データホライゾン「ポテンシャル分析」
データ分析の結果	糖尿病性腎症による新規透析患者数は、近年、5人前後で推移しています。		



図表26	特定健診の受診の有無と生活習慣病治療費との関係	出典	国保データベース (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」
データ分析の結果	令和4年度における特定健診の受診の有無と生活習慣病治療費との関係と比較すると、3倍以上の開きがありました。		



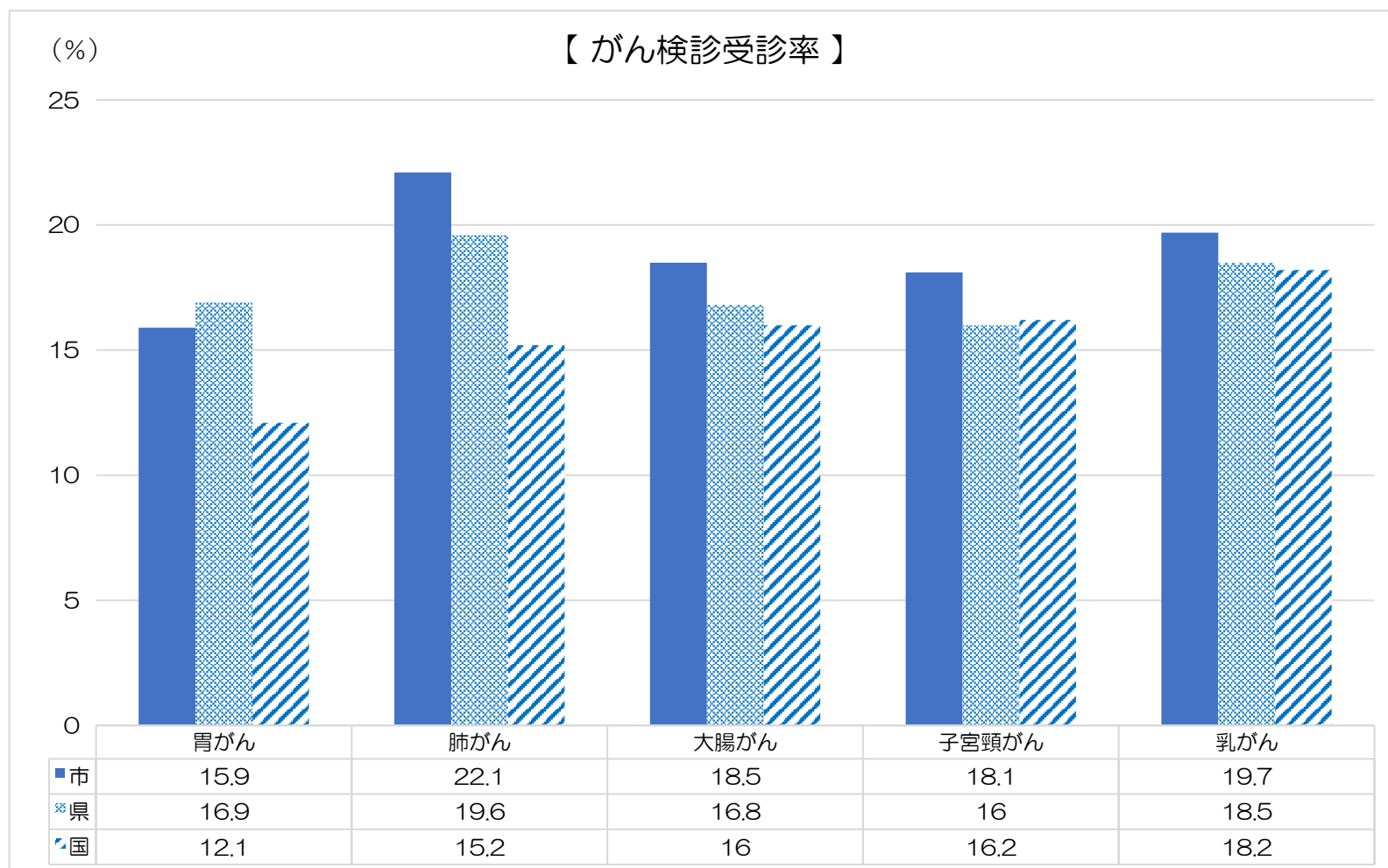


図表27 がん検診受診率

厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」

データ分析の結果

令和3年度におけるがん検診受診率は、「胃がん」検診を除いて県や国よりも高くなっています。



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 一人当たりの医療費が、年々、増加傾向にあります。	✓	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
B 生活習慣病に関連する疾病にかかる医療費の割合が高く、約50%を占めています。	✓	1,2,3,4,7
C 1件当たりの医療費が高額なものとして、入院では循環器系である「心疾患」や「脳血管疾患」のほか、「腎不全」「新生物」がそれぞれ約70～80万円、入院外では「腎不全」が約10万円かかっています。	✓	1,2,3,4,10
D HbA1cの有所見者割合が高く、受診者の7割強を占めています。また、糖尿病の治療中断者や糖尿病性腎症による新規透析患者数が、近年、減少していません。	✓	3,4
E 「適正な生活習慣を有していない者の割合」では、「適正な運動習慣を有していない者」の割合が特に高くなっています。		2,7,8
F 特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率が目標の60%に届いておらず、また若い世代で率が低い傾向にあります。		1,2,7,8,9

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化の予防を図り、医療費の適正化を目指す								
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)
生活習慣病の発症を予防する	i	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	【特定健診】特定健診・特定保健指導実施結果総括表（法定報告値）	35.2%	34.5%	34.0%	33.5%	33.0%	32.5%	32.0%
	ii	健診受診者のうち、HbA1cが5.6以上の者の割合	KDB帳票「厚労省様式(5-2)健診有所見者状況」	73.3%	70.0%	68.0%	66.0%	64.0%	62.0%	60.0%
	iii	健診受診者のうち、適正な運動習慣を有していない者の割合	KDB帳票「健康スコアリング（健診）」	58.7% (R3)	57.0%	57.0%	56.0%	56.0%	55.0%	55.0%
	iv	高血圧症有病者の割合	KDB帳票「厚労省様式(3-3)高血圧症のレセプト分析」	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%
	v	脂質異常症有病者の割合	KDB帳票「厚労省様式(3-4)脂質異常症のレセプト分析」	18.9%	18.9%	18.9%	18.8%	18.8%	18.7%	18.6%
	vi	糖尿病有病者の割合	KDB帳票「厚労省様式(3-2)糖尿病のレセプト分析」	11.9%	11.8%	11.7%	11.6%	11.5%	11.4%	11.3%
生活習慣病の重症化を予防する	vii	健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の割合	有所見者の数／健診受診者のうち、左記の検査結果がある者	4.8% (R3)	4.8%	4.8%	4.7%	4.7%	4.6%	4.5%
	viii	健診受診者のうち、LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	有所見者の数／健診受診者のうち、左記の検査結果がある者	12.7% (R3)	12.5%	12.3%	12.1%	11.9%	11.6%	11.3%
	ix	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者／HbA1c6.5%以上の者	13.9% (R3)	13.5%	13.1%	12.7%	12.3%	11.9%	11.6%
	x	虚血性心疾患有病者の割合	KDB帳票「厚労省様式(3-5)虚血性心疾患のレセプト分析」	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
	xi	脳血管疾患有病者の割合	KDB帳票「厚労省様式(3-6)脳血管疾患のレセプト分析」	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
	xii	糖尿病性腎症による年間新規透析患者数	(株)データホライゾン透析患者集計新規透析患者の内疾病起因がⅡ型糖尿病患者数	6人	5人	4人	3人	2人	1人	0人
xiii	医療給付の適正化を図る	ジェネリック医薬品普及比	ジェネリック医薬品の使用割合(厚生労働省調査)	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%

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【特定健診、特定健診受診勧奨、健診結果説明会】	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業【積極的支援、動機付け支援】	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）	重点
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）、血糖コントロール不良者への保健指導、オンライン健康相談事業	重点
5	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品普及促進事業	
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	多受診者訪問指導（重複・頻回受診、重複服薬）事業、多剤通知事業	
7	健康教育・健康相談	生活習慣病予防教室、健康相談・訪問指導	
8	健康教育・健康相談	身体すっきり教室	
9	その他	若年健康診査	
10	その他	※がん検診（がん検診担当部署と連携）	

#### IV 個別事業計画

事業 1	特定健康診査事業【特定健診、特定健診受診勧奨、健診結果説明会】
------	---------------------------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
対象者	40-74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	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	特定健診・特定保健指導実施結果総括表（法定報告値）	35.2%	34.5%	34.0%	33.5%	33.0%	32.5%	32.0%
	2	受診勧奨実施者の受診率	受診勧奨実施者のうち勧奨後に特定健診を受診した人の割合	37% (R5)	38%	39%	40%	41%	42%	43%

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	特定健康診査受診率	法定報告値	49%	51%	53%	55%	57%	59%	60%
	2	特定健康診査受診率（40歳～64歳）	特定健診・特定保健指導実施結果総括表（法定報告値）	34%	35%	36%	37%	38%	39%	40%

プロセス (方法)	周知	年度初めに全戸配布の健康カレンダー内で大きく特定健診の日程等を掲載。対象者には健診期間前に受診券とともに実施医療機関リストの載ったパンフレット、健診結果説明会等の案内を送付する。 その他に、市の広報誌及びホームページでの周知や、ケーブルテレビでも受診を呼び掛ける。また、医療機関や地域のコミュニティセンターにポスター・チラシを配布・掲示する。	
	勧奨	受診期間中の未受診者に対し、勧奨通知の送付を行う。対象者については、年齢や過去の受診歴により階層化し、勧奨効果の高いグループや若年層を優先して抽出する。	
	実施及び実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。なお、集団健診は個別健診の未受診者を対象に実施する。
		実施場所	個別健診：市内の指定医療機関32か所 集団健診：市庁舎ほか 人間ドック：県内の指定医療機関5か所
		時期・期間	個別健診：6月～9月 集団健診：10月～12月 人間ドック：通年
		データ取得	事業者健診等結果データの受領、かかりつけ医での診療における検査データの受領（本人同意有）、人間ドック受診結果データの受領
		結果提供	個別健診：健診実施2週間後に健診結果を対面で返却・結果説明 集団健診：健診実施3週間後に健診結果を市から郵送 また、すべての実施形態での受診者を対象とした健診結果説明会を年2回開催
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	仕事等で平日に健診に行けない若年層を対象に、休日の集団健診も実施する。受診率の向上を図るため、集団健診はがん検診と同時実施する。特定保健指導基準該当者には、健診結果票に特定保健指導の案内を同封する。		

ストラクチャー （体制）	庁内担当部署	保険年金課
	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）	個別健診を医師会に委託
	国民健康保険団体 連合会	受診券の作成及び健診費用の支払い代行事務を委託
	民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨対象者の選定及び勧奨通知の送付
	その他の組織	集団健診：健診機関に委託 人間ドック：指定医療機関に委託
	他事業	健康づくり教室で特定健診の周知や受診勧奨を行う。 がん検診や他制度保険者との集団健診を同時実施する。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	受診率の向上を図るため、集団健診はがん検診と同時実施する。



事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
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	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	17.3% (R3)	17.8%	18.4%	19.0%	19.6%	20.2%	20.8%
	2	1回30分以上の運動習慣なしの男性の割合	KDB帳票「質問票調査の経年比較」	59.5%	59.5%	59.4%	59.3%	59.2%	59.1%	59.0%
	3	1回30分以上の運動習慣なしの女性の割合	KDB帳票「質問票調査の経年比較」	66.6%	66.5%	66.3%	66.1%	65.9%	65.7%	65.5%

	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	特定保健指導実施率（終了者の割合）	法定報告値	40.8%	44.0%	47.0%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%

プロセス (方法)	周知	対象者には利用券を送付する。そのほか、ホームページでの周知や医療機関に特定保健指導メニューの掲載したチラシを配付する。	
	勧奨	特定保健指導の利用券に支援メニューのチラシを同封し、利用勧奨を行う。訪問又は電話により、初回面接の利用勧奨を行う。集団健診において、腹囲が基準値以上かつ服薬無しの該当者に対し、個別面接時に利用勧奨を行う。	
	実施及び実施後の支援	初回面接	個別健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、グループ支援への申込みまたは訪問・電話により個別支援を実施する。集団健診における特定保健指導対象者は、健診実施3週間後に案内を送付し、グループ支援への申込みまたは訪問・電話により個別支援を実施する。腹囲基準値以上かつ服薬無しの該当者は、本人の同意を得て初回面接を実施する。
		実施場所	【直営】 自宅または市庁舎・保健センターほか 【委託】 委託先の指定する場所
		実施内容	自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができる効果的な指導を実施する。また、継続的な支援により、行動目標の達成だけでなく、習慣形成されていくよう評価・励ましを行う。
		時期・期間	原則として通年実施 集団健診後の初回面接：11月～翌年度6月中に実施 個別健診後の初回面接：9月～翌年度6月中に実施 最終評価を翌年度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、生活改善や運動、医療機関への受診状況を電話等により確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	民間の委託事業者から特定保健指導の進捗及び結果報告をこまめに得るようにし、脱落者を少なくする。 日中不在対象者対策として、休日等時間外においても対応可能な民間の委託事業者を採用し、利用率向上を図る。 健診結果が受診勧奨域にある者は重症化予防の観点から医療機関への受診勧奨を実施する。特に糖尿病重症化予防のため、健診項目が本市で定める規定値以上の者には、利用券発送時に受診勧奨様式を同封する。 集団健診結果票送付時に特定保健指導基準該当者に保健指導案内を同封し、利用勧奨する。	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険年金課及び保健センター
	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)	年度当初に開催する特定健診等説明会において、医師会会員及び医療機関に特定保健指導メニューのチラシを配付し、保健指導対象者への周知を依頼する。
	民間事業者	外部委託事業者にて実施する。
	その他の組織	医療機関、健診機関と事業委託を行い、特定保健指導メニューまたは人間ドック同時実施による特定保健指導個別支援を行う。
	その他 (事業実施上の 工夫・留意点 ・目標等)	国保加入者に比較的多いICTリテラシーが低い世代の保健指導対象者への対応を含め、活用を検討する。

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、健診異常値放置者及び糖尿病治療中断者の早期治療につなげる。
-------	--

事業の概要		糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、健診異常値放置者及び糖尿病治療中断者に受診勧奨通知の送付及び訪問・電話による受診勧奨を行い、早期の受診を促す。	
対象者	選定方法	前年度の健診結果及びレセプトデータから市が選定	
	選定基準	健診結果による判定基準	【健診異常値放置者】 前年度の特健健診結果で、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白±以上またはeGFR30mL/min/1.73m <sup>2</sup> またはHbA1c6.5%以上かつ 高血圧Ⅰ度以上またはLDL180mg/dl以上に該当する者
		レセプトによる判定基準	【健診異常値放置者】 特定健診受診後に生活習慣病（糖尿病）で医療機関を受診していない者 【治療中断者】 生活習慣病（糖尿病）で定期受診をしていたが、その後、定期受診を中断した患者
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者
除外基準	透析中の者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者		

	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	健診異常値放置者への受診勧奨後の受診率	選定した対象者のうち医療機関を受診した人の割合	54.5%	55.0%	55.5%	56.0%	56.5%	57.0%	57.5%
	2	糖尿病治療中断者への受診勧奨後の受診率	選定した対象者のうち医療機関を受診した人の割合	50.0%	50.5%	51.0%	51.5%	52.0%	52.5%	53.0%

	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	選定した対象者への受診勧奨割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	射水市医師会に年度初めの健診説明会において、事業実施について説明・周知を図る。
	勧奨	対象者に受診勧奨通知を発送。1～2か月後から受診状況を訪問・電話で把握し、未受診者には再度勧奨する。
	実施後の支援・評価	年度末、KDBシステム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	保険年金課及び保健センター
	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）	射水市医師会糖尿病専門医から、対象者の選定基準や事業内容について助言・指導を受ける。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者抽出、受診勧奨通知を作成する。

事業 4

糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。
-------	--------------------------------

事業の概要		糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、糖尿病未治療者及び腎症と想定される治療中患者へ医療と連携した糖尿病性腎症保健指導プログラムを行う。	
対象者	選定方法	前年度の健診結果及びレセプトデータから選定	
	選定基準	健診結果による判定基準	【未治療者】 前年度の特健診結果で、HbA1c6.5%かつ尿蛋白±以上またはeGFR30mL/min/1.73m <sup>2</sup> または高血圧Ⅰ度以上またはLDL180mg/dl以上に該当する者 【治療中患者】 レセプト情報より糖尿病治療中でHbA1c7.0未満かつ尿蛋白1+またはeGFR30~44mL/min/1.73m <sup>2</sup>
		レセプトによる判定基準	【未治療者】 特定健診受診後に糖尿病で医療機関を受診していない者 【治療中患者】 顕性腎症期から腎不全期と判定される者
		その他の判定基準	治療中断者で医師が必要と認めた者
	除外基準	透析中の者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者	
	重点対象者の基準	【未治療者】 尿蛋白1+またはeGFR45~59を腎症の可能性の高い者として優先 【治療中患者】 尿蛋白1+またはeGFR30~40を腎症患者として優先	

	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	未治療者のうち、保健指導対象者の翌年度の検査値改善維持者割合	翌年度のHbA1c改善維持した人の割合	100% (1人/1人) (R3年度)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	治療中患者のうち、保健指導対象者の翌年度の検査値改善維持者割合	翌年度のHbA1c改善維持した人の割合	100% (2人/2人) (R4年度)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	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	未治療者への保健指導実施率	選定した対象者のうち、保健指導を実施した人の割合	9.1% (1人/11人)	10.0%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%
	2	治療中患者への保健指導実施率	選定した対象者のうち、保健指導を実施した人の割合	33.3% (2人/6人)	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%



プロセス (方法)	周知	受診勧奨に併せて周知。そのほか、市内の医療機関と糖尿病性腎症保健指導プログラムを共有する。	
	勧奨	【未治療者】 医療機関受診勧奨通知に保健指導実施確認書及び指示依頼書を同封し、保健指導勧奨も併せて実施 【治療中患者】 かかりつけ医へ対象者リストを持参し、医療機関受診時の保健指導勧奨を依頼、併せて、対象者へ保健指導実施確認書及び指示書を郵送し、保健指導勧奨を実施	
	実施及び 実施後の 支援	利用申込	保健指導希望者は保健指導実施確認書及び指示書をかかりつけ医に持参する。
		実施内容	かかりつけ医の保健指導指示依頼書に基づき、保健師や管理栄養士が保健指導を実施する。
		時期・期間	指導開始から1年間
		場所	訪問、市の公共施設
		実施後の評価	KDBデータまたは対象者の受診時の検査によるHbA1c値の変化
		実施後のフォロー・継続支援	1年後に訪問、電話フォローにより振り返り評価を実施
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	事業対象者への勧奨案内に健診結果が経年で確認できる一覧表を同封し、対象者の意識改善を促す。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険年金課及び保健センター
	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)	射水市医師会糖尿病専門医から、対象者の選定基準や保健指導プログラムについて助言・指導を受ける。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも保健指導の利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導の上、指導実施後の報告書を送付する。
	民間事業者	委託事業者がレセプト及び健診結果から対象者を抽出する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	治療中患者は医師からの利用勧奨が保健指導につながりやすいことから、かかりつけ医に対象者リストを持参するとともに、対象者本人にも保健指導実施確認書及び指示依頼書を送付し、かかりつけ医へ相談しやすいようにする。

事業 4		血糖コントロール不良者等への保健指導事業								
事業の目的	「血糖・血圧・脂質の服薬コントロール不良者」「非メタボの受診勧奨域者」を特定し、生活習慣の改善や適正受診等について保健指導を行うことにより、生活習慣病の重症化を予防する。									
事業の概要	特定健診の結果から血糖等コントロール不良者及び非メタボの受診勧奨域者と特定された者に対し、看護師等が個別訪問し、生活習慣の改善や適正受診等について保健指導を実施する。									
対象者	【血糖コントロール不良者】特定健診の結果、HbA1cが7.0以上またはⅡ度高血圧以上またはLDL-C180mg/dl以上または中性脂肪300mg/dl以上 【非メタボで受診勧奨域者】特定健診の結果、HbA1cが6.5以上またはⅡ度高血圧以上またはLDL-C180mg/dl以上または中性脂肪300mg/dl以上									
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	血糖コントロール不良者の割合	特定健診受診者に対するコントロール不良者の割合	8.0%	7.9%	7.7%	7.5%	7.3%	7.1%	7.0%
	2	非メタボでHbA1c6.5以上の未治療者の割合	特定健診受信者に対する未治療者の割合	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%
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)
	1	保健指導に係る予定人数充足率	保健指導予定者に対する指導人数の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	①特定健診結果から対象者を抽出 ②看護師等が対象者への保健指導を実施。（HbA1c値該当者は優先的に訪問）									
ストラクチャー（体制）	保険年金課において対象者抽出及び訪問指導を実施									

事業 4		オンライン健康相談事業								
事業の目的	時間や場所の制約が少なく、仕事等との両立がしやすいICTを活用した遠隔保健指導を実施することにより、糖尿病の重症化予防及び医療費の増加抑制を図る。									
事業の概要	糖尿病予備軍を対象とし、ICTを活用した参加者本人によるデータ管理や保健師による定期的な遠隔保健指導を実施する。									
対象者	前年度の特定健診の結果、特定保健指導対象外でHbA1cが5.6～6.4%かつ過去に糖尿病や慢性腎不全と診断されたことがない者									
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	保健指導後の行動変容率	血糖モニタリングによる推定A1c平均値の改善率	66.7%	67.5%	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%
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)
	1	保健指導に係る予定人数充足率	保健指導予定者に対する指導人数の割合	30%	30%	33%	37%	40%	47%	50%
プロセス（方法）	①前年度の特定健診結果から対象者を抽出、事業案内を郵送後、希望者が申込 ②30人を上限として、血糖管理ツールや活動量計によるデータをもとに、保健師等がスマートフォン等を通じて遠隔指導を実施 ③事業終了後、行動変容等について分析									
ストラクチャー（体制）	保険年金課において対象者抽出、案内送付 民間の委託事業者において、遠隔指導及び評価									

事業 5

ジェネリック医薬品普及促進事業

事業の目的	医療費適正化を図るため、ジェネリック医薬品使用割合の向上を目指す。
事業の概要	ジェネリック医薬品の使用促進のため広報啓発を行うほか、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知する。
対象者	【差額通知】40歳以上の国保被保険者のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合に一定の効果があると見込まれる者

	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	ジェネリック医薬品普及比	ジェネリック医薬品の使用割合 (厚生労働省調査)	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%	82.4%

	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	差額通知割合	事業対象者に対する差額通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	<p>【広報啓発】 被保険者証一斉更新時に送付する国保制度全般のパンフレットの一部分に、ジェネリック医薬品に関する情報記載及びジェネリック医薬品希望シールを貼付し、広報啓発を行う。</p> <p>【差額通知】 富山県国民健康保険団体連合会へレセプトデータによる対象者抽出及び差額通知作成を委託し、保険年金課から通知を発送</p>
----------	--

ストラクチャー（体制）	保険年金課、富山県国民健康保険団体連合会
-------------	----------------------

事業 6		多受診者訪問指導（重複・頻回受診、重複服薬）事業								
事業の目的	重複受診者及び重複服薬者等への適正受診勧奨及び保健指導を実施することにより、医療費の適正化及び健康被害の防止を図る。									
事業の概要	医療機関への過度な受診が確認できた者や薬局から投薬を重複して受けている者に対して、保健師等が個別訪問し実態を把握しながら、受診指導を行う。									
対象者	【重複受診者】1か月間に同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している者 【頻回受診者】1か月間に8回以上受診している者 【重複服薬者】1か月間に同系の医薬品が複数の医療機関等で処方され、その日数合計が60日を超える者									
	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	訪問指導後の行動変容率	事業対象者の訪問指導後の行動変容率	82.6%	84%	85%	86%	87%	88%	90%
	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	事業対象者に対する訪問指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	①委託事業者がレセプトデータから抽出した多受診者のうち、保険年金課で指導効果が高い対象者を選定し、訪問指導勧奨通知を送付。 ②委託事業者が対象者へ電話による指導勧奨を行い、30人を上限に訪問指導を実施。 ③委託事業者は訪問指導後、訪問指導を実施した者の行動変容について効果測定を実施。									
ストラクチャー（体制）	【委託事業者】対象者抽出、訪問指導、効果測定 【保険年金課】対象者選定、保健指導勧奨通知送付									

事業 6		多剤通知事業								
事業の目的	多剤服薬者に対して薬剤情報を記載した通知書を送付し、適切な服薬を促すことにより、薬害有害事象を防ぐとともに、医療費の適正化を図る。									
事業の概要	多くの薬剤を服用している者や同じ効能の薬剤を複数服用している者に対し、薬剤情報を記載した通知書を送付することで、かかりつけ医やかかりつけ薬局への相談及び適切な服薬を促し、薬物有害事象を防ぐ。									
対象者	同一月に複数の医療機関の受診があり、6種類以上の薬剤を14日以上服薬している者									
	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	医薬品数改善割合	事業対象者のうち、医薬品数が改善した割合	25.3%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	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	多剤通知実施率	事業対象者への多剤通知実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	①委託事業者がレセプトデータから多剤服薬者を抽出後、保険年金課で通知対象者を選定し、委託事業者から多剤通知を送付 ②委託事業者が通知対象者の医薬品数改善率について効果測定を実施									
ストラクチャー（体制）	【委託事業者】対象者抽出、通知書送付、効果測定 【保険年金課】対象者選定									



事業 7		生活習慣病予防教室								
事業の目的	特定健診の結果、治療が必要となる一步手前（境界域）であった者に保健指導を行うことにより、生活習慣病予防の意識を高め、生活改善につなげる。									
事業の概要	メタボリックシンドロームに該当しない血糖・脂質・血圧境界域の者に対し、生活習慣病予防に向けた専門職による健康教室を市医師会と連携し実施する。									
対象者	特定健診の結果、HbA1c5.6～6.4%・LDLコレステロール120～179mg/dl・中性脂肪150～299mg/dl・収縮期血圧130～159mmHg(かつ/または)拡張期血圧85～99mmHgのいずれかに該当する者（ただし、特定保健指導対象者及び治療中の者は除く。）									
	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	参加者の血糖・脂質・血圧値いずれかの改善維持の割合	翌年度健診結果において、血圧・脂質・血圧値のいずれかが改善維持した人の割合	69.8% (概数)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	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	教室参加者数	対象者のうち、教室に参加した人数	43人	増加	増加	増加	増加	増加	増加
プロセス（方法）	①対象者に案内チラシを送付 ②医師、保健師、管理栄養士等による講義・実技を行う。									
ストラクチャー（体制）	保健センターから案内送付。講義は市医師会と連携して実施									

事業 7		健康相談・訪問指導								
事業の目的	特定健診の結果、治療が必要となる一步手前（境界域）であった者に保健指導を行うことにより、生活習慣病予防の意識を高め、生活改善につなげる。									
事業の概要	メタボリックシンドロームに該当しない血糖・脂質・血圧境界域の者に対し、来所・訪問による健康相談を実施する。									
対象者	特定健診の結果、HbA1c5.6～6.4%・LDLコレステロール120～179mg/dl・中性脂肪150～299mg/dl・収縮期血圧130～159mmHg(かつ/または)拡張期血圧85～99mmHgのいずれかに該当する者（ただし、特定保健指導対象者及び治療中の者は除く。）									
	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	相談者の血糖・脂質・血圧値いずれかの改善維持の割合	翌年度健診結果において、血圧・脂質・血圧値のいずれかが改善維持した人の割合	73.6% (概数)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	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	相談者数	対象者のうち、健康相談を実施した人数	87人	増加	増加	増加	増加	増加	増加
プロセス（方法）	①対象者に案内チラシを送付 ②相談日を複数回設定し、希望する日時に1名につき1時間程度実施。または、随時、来所・訪問による個別相談を実施。必要に応じ、体重・血圧測定を行う。									
ストラクチャー（体制）	保健センターから案内を送付									

事業 8		身体すっきり教室								
事業の目的	運動習慣の定着化を図り、生活習慣病の発症を予防する。									
事業の概要	運動指導士による運動教室及び看護師による健康相談を実施する。									
対象者	国民健康保険被保険者									
	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	継続参加者数	ポイントラリー達成者	11人	15人	18人	21人	24人	27人	30人
	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	実施回数		10回	10回	10回	10回	10回	10回	10回
プロセス（方法）	年度初めに全戸配布の健康カレンダー内で年間の教室日程を掲載する。 特定健診の受診券と同封の健診パンフレットに教室の案内を掲載する。 ポイントラリーを実施し、5回以上参加の場合に景品を進呈する。									
ストラクチャー（体制）	関係団体（ヘルスポランティア・食生活改善推進員）にもチラシの配布依頼をする。 運動指導及び健康相談は、外部の運動指導士・看護師に依頼									

事業 9		若年健康診査								
事業の目的	若年層からの生活習慣病の早期発見と予防、及び健診受診の習慣化による特定健診への導入を図る。									
事業の概要	35歳から39歳の若い世代を対象に特定健診同様の健康診査を実施し、40歳以降の特定健診へ受診機会をつなげる。									
対象者	35-39歳の国民健康保険被保険者									
	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	若年健診受診率	事業対象者の健診受診割合	20.7%	21.0%	21.5%	22.0%	22.5%	23.0%	23.5%
	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	若年健診実施対象者割合	事業対象者に対する受診券送付の割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	特定健診と同時期に、対象者に受診券及び実施医療機関リストの載った案内文を送付する。 個別健診のほかに、特定健診と併せた集団健診も実施する。 健診期間終了後、健診結果により必要に応じ保健指導を実施する。									
ストラクチャー（体制）	個別健診：医師会に委託 集団健診：健診機関に委託									

## 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します。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います。</p> <p>また、3年後の令和8年度に中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えた最終評価を行います。評価に当たっては、市の関係機関と連携を図ります。</p>
<p>データヘルス 計画の公表・ 周知</p>	<p>計画は被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得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。</p> <p>具体的には、ホームページ等を通じた周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。</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ます。</p> <p>特に保健事業を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止といった事項を契約書又は仕様書等に明記し、委託先の管理形態を十分把握した上で行います。</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、直面する課題などについての議論に保険者として参加します。</p> <p>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・抽出し、関係者と共有します。これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより、働きかけを行います。</p> <p>高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取り組みと連携します。</p>

## 第4期特定健康診査等実施計画

背景・現状等	<p>平成20年度から、生活習慣病の予防及び医療費の抑制に資するため、40歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導の実施が、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法」という。）により、保険者に義務付けられました。</p> <p>これを受け、射水市国民健康保険においても、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」（法第18条）に基づき、「特定健康診査等実施計画」（法第19条）を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組を推進しています。</p>
特定健康診査等の実施における基本的な考え方	<p>本計画は、国の定める特定健康診査等基本方針に基づく計画として、制度創設の趣旨、国の健康づくりの施策の方向性、本市の第3期実施計画の評価などを踏まえて策定するものです。本市においては、当該計画に基づき、射水市国民健康保険の被保険者を対象として、特定健診及び特定保健指導を効果的・効率的に推進します。</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	51%	53%	55%	57%	59%	60%
特定保健指導の実施率	44%	47%	50%	53%	56%	60%
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	34.5%	34.0%	33.5%	33.0%	32.5%	32.0%

### 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（人）	11,439	10,437	9,560	8,684	7,926	7,290
【特定健康診査】 目標とする実施者数（人）	5,834	5,532	5,258	4,950	4,676	4,374
【特定保健指導】 対象者数（人）	606	553	507	460	420	386
【特定保健指導】 目標とする実施者数（人）	267	260	254	244	235	232

### 3. 1 特定健康診査等の実施方法【特定健康診査】

対象者	40-74歳の国民健康保険被保険者
実施場所	<p>&lt;個別健診&gt;市内の指定医療機関32か所</p> <p>&lt;集団健診&gt;市庁舎ほか</p> <p>&lt;人間ドック&gt;県内の指定医療機関5か所</p>

#### 基本的な健診項目

項目	備考	
質問項目（問診）	標準的な質問票	
身体計測	身長、体重、BMI（体格指数）、腹囲（内臓脂肪面積）	
理学的所見	身体診察	
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
血液検査	脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)
尿検査	尿糖、尿蛋白	

#### 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
心電図検査	—
眼底検査	—
貧血検査	赤血球数、血色素数、ヘマトクリット値
血清クレアチニン	eGFRによる腎機能評価を含む



本市国保独自の健診項目	
	備考
追加項目	血清クレアチニン
	eGFRによる腎機能評価を含む
実施時期又は期間	<個別健診> 6月～9月 <集団健診> 10月～12月 <人間ドック> 通年
外部委託の方法	<個別健診> 法定項目：県医師会との集合契約、独自項目：市医師会との個別契約 <集団健診> 健診機関との個別契約 <人間ドック> 指定医療機関との個別契約
周知や案内の方法	年度初めに全戸配布の健康カレンダー内で大きく特定健診の日程等を掲載。対象者には健診期間前に受診券とともに実施医療機関リストの載ったパンフレット、健診結果説明会等の案内を送付する。 そのほか、市の広報誌及びホームページでの周知や、ケーブルテレビでも受診を呼び掛ける。また、医療機関や地域のコミュニティセンターにポスター・チラシを配布・掲示する。
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	個人から：事業者健診等結果データの受領 かかりつけ医から：診療における検査データの受領（本人同意有） 指定医療機関から：人間ドック受診結果データの受領
その他（健診結果の通知方法や情報提供等）	<個別健診> 健診実施2週間後に健診結果を対面で返却・結果説明 <集団健診> 健診実施3週間後に健診結果を市から郵送 また、すべての実施形態での受診者を対象とした健診結果説明会を年2回開催

3. 2 特定健康診査等の実施方法【特定保健指導】					
対象者	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
	$\geq 85$ cm (男性) $\geq 90$ cm (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		
	上記以外で BMI $\geq 25$	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		/			
実施場所	【直営】 自宅または市庁舎・保健センターほか 【委託】 委託先の指定する場所				
実施内容	動機付け支援	動機付け支援は、初回面接後、3か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。			
	積極的支援	積極的支援は、初回面接後、3か月間（最長6か月間）定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。中間評価を実施し、体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。			
実施時期又は期間	原則として通年実施 集団健診後の初回面接：11月～翌年度6月中に実施 個別健診後の初回面接：9月～翌年度6月中に実施				
外部委託の方法	<①外部委託の有無> 特定保健指導の委託に際しては、特定健診と同様に国の委託基準を満たす機関を選定 <②外部委託の契約形態> 委託に関する詳細は契約書及び仕様書で定め、利用者の利便性を考慮するとともに、保健指導の質を確保するなど適正な事業実施に努める。				
周知や案内の方法	対象者には利用券を送付する。 利用券に支援メニューのチラシを同封し利用勧奨を行う。そのほか、ホームページでの周知や医療機関に特定保健指導メニューの掲載したチラシを配布し周知を行う。				
特定保健指導対象者の重点化（重点化の考え方等）	特定保健指導基準該当者保健指導対象者の重点化はせず、特定保健指導対象者に利用案内を行い、利用申込みのない対象者には電話等で利用勧奨を行う。				



### 3. 3 特定健康診査等の実施方法に関する事項【年間スケジュール】

特定健康診査	年度当初	対象者抽出、受診券発送 広報等による健診実施の周知 人間ドックの助成開始：通年
	年度の前半	個別健診実施：6月～9月 個別健診期間中の未受診者に対する、個別健診の受診勧奨
	年度の後半	集団健診実施：10月～12月 個別健診終了後の未受診者に対する、集団健診の受診勧奨
特定保健指導	年度当初	外部委託は事業開始
	年度の前半	特定健診受診後、対象者抽出・随時特定保健利用券発送 特定保健指導実施
	年度の後半	当該年度実施計画の見直し

### 4 個人情報保護

記録の保存方法	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ます。 特に保健事業を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止といった事項を契約書又は仕様書等に明記し、委託先の管理形態を十分把握した上で行います。
保存体制、外部委託の有無	特定健康診査、特定保健指導結果の管理は、富山県国民健康保険団体連合会へ委託し、特定健康診査等データ管理システムに登録され、報告データの作成等が実施されます。

### 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	計画は被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得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。 そのため、市ホームページ等に掲載し、周知を図ります。
------------------	---

### 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方法	第4期計画の評価を行うため、第3期データヘルス計画の評価と合わせて特定健康診査、特定保健指導の目標達成状況など実績を把握し、課題を抽出する分析を毎年度行います。
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	特定健康診査等実施計画をより実効性の高いものにするために、毎年の進捗状況や評価結果を活用して見直しを行う必要があります。 令和11年度には目標数値の達成状況を踏まえ、実施方法や実施体制について見直し、令和12年度以降の実施に向けた計画の改定を行います。

**射水市国民健康保険**  
**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3月発行

編集：福祉保健部 保険年金課

〒939-0294 富山県射水市新開発 410 番地 1

TEL (0766) 51-6628

FAX (0766) 51-6659