

第3期清水町国民健康保険保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
令和6年度～令和11年度

令和6年3月  
清水町国民健康保険

## 目次

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置づけ		
計画期間		
実施体制・関係者連携		
基本情報		
現状の整理		
II 健康・医療情報等の分析と課題	.....	3
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
III 計画全体	.....	18
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		
データヘルス計画（保健事業全体）の目標をたっせいするための戦略		
IV 個別事業計画	.....	20
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	.....	26
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		

### 第3期データヘルス計画

#### I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和5年4月1日現在高齢化率が26.5%を超え、長寿を目指すことから、健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年度に閣議決定された「日本再興戦略」において、町民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げた。</p> <p>本町においては、これまでも特定健康診査等実施計画の策定や各種保健事業を実施してきたが、今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、被保険者の特性を踏まえた保健事業を展開し、併せて医療費の適正化が図られるよう「清水町国民健康保険保健事業計画（第3期）」（令和6年度～令和11年度）と併せて「特定健康診査等実施計画（第4期）」を一体的に策定する。</p>
	計画の位置づけ	<p>(1)保健事業実施計画 本計画は、国民健康保険法第82条第4項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」に基づき策定する保健事業の実施計画であり、また本町における保健関連計画と整合性を図る。</p> <p>(2)特定健康診査等実施計画 本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律第18条（特定健康診査等基本指針）」に基づき策定する特定健康診査等の実施計画である。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定及び保健事業の運営においては、健幸づくり課が主体となり、住民課及び各関係部署と連携し進める。
	地域の関係機関	本計画の策定及び保健事業の運営においては、地域の関係機関として、地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		31,748		15,507		16,241	
国保加入者数(人)	合計	5,969	100%	2,853	100%	3,116	100%
	0~39歳(人)	1,507	25%	749	26%	758	24%
	40~64歳(人)	1,997	33%	1,012	35%	985	32%
	65~74歳(人)	2,465	41%	1,092	38%	1,373	44%
	平均年齢(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	沼津医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、駿東歯科医師会、沼津薬剤師会とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータ等に関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知、啓発活動については、自治会や事業者等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	被保険者数は、ゆるやかに減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が25%、40-64歳が33%、65-74歳が41%となっている(令和4年度)
	その他	高齢化率(65歳以上)は26.3%であり、県・国平均よりも低い。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費適正化を目指し、特定健診・特定保健指導及び重症化予防事業を重点的に実施した。しかし、重症化予防事業の目標も未達成であった。また、特定健診については受診率が上がらず、特に若い世代での受診率が低かったため、第3期は医師会をはじめとした関係機関との連携、各保健事業についても地域と連携しながら効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題 No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・H28～R2の超過死亡疾患別SMRでは、肺炎の死亡者が県に対し1.1人多い。</li> <li>・死亡者数は、悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順に多い。</li> <li>・H29～R3対県SMRでは、男性が腎不全、肺炎、自殺、脳血管疾患、女性が肺炎、肝疾患、がんの順に高い。</li> <li>・平均余命、平均自立期間とも県平均を若干下回っている。</li> <li>・経年推移は、男性は平均余命、平均自立期間ともほぼ横ばい、女性は平均余命、平均自立期間とも縮小傾向。</li> </ul>	図表5,6,7.	A
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レーダーチャートでは、国保は入院の医療費がかなり低い。外来の医療費割合が高くなっているが、全体的に入院・外来とも受診率が低く、医療費は低い。</li> </ul>	図表8	-
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保の病別医療費割合と対県標準化比から、入院・外来の合計では男女とも糖尿病、関節性疾患、高血圧が高い。</li> <li>・入院では、うつ病、関節性疾患、狭心症、外来では糖尿病、高血圧が男女とも高い。</li> <li>・慢性腎臓病（透析あり）は国保では男性の医療費が高い。</li> <li>・後期になると入外合計では骨折の医療費割合が最も高くなるが、対県標準化比で見ると低い。</li> <li>・慢性腎臓病、高血圧、脳梗塞が男女とも高く、入院で脳梗塞、肺炎、脳出血、パーキンソン病が男女とも高い。後期になると女性の慢性腎臓病医療費が上がる。</li> </ul>	図表10,11	B
	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合は、84.1%（令和4年9月）。県平均81.2%を上回っている。	図表12	-
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	同一月内の処方薬剤数が多剤（6種類以上）の人は、861人であり、全被保険者数の16.5%、重複処方薬剤数は21人で全被保険者数の0.4%である。	図表13	-
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳代から50歳代の受診率が低い。</li> <li>・令和4年度の特定健診受診率は42.3%であり、県平均（令和4年36.4%）より高いものの、国の目標値60%には及ばない。</li> <li>・特定保健指導の実施率は令和4年度で44.8%であり、県平均（令和4年36.2%）より高いが、国の目標値60%に及ばない。</li> </ul>	図表14,15,16,17	C
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メタボ該当者割合は男女とも県より高い。</li> <li>・健診データは国保では肥満に伴うデータが男女とも高い。後期では肥満に加えて血糖値も高くなる。</li> </ul>	図表18,19,20	B
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血、睡眠不足、飲酒が男女とも高い。加えて女性が喫煙、間食、就寝前の食事等が高く、生活習慣の問題が多い。</li> </ul>	図表21	B
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23.7%）</li> </ul>	図表22	-
介護費関係の分析		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定率は年々増加傾向にあるが、県よりも低い。</li> <li>・令和4年度の介護給付費は、介護4、介護3の順に高く、介護3と介護4の認定率割合も県に比べて高い。</li> <li>・介護認定者の有病割合について、アルツハイマー病が県よりもかなり高く、脳血管疾患も若干高い。</li> </ul>	図表23,24	D
その他		<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保では県に比べ医療費が低い。後期になると高くなり県とほぼ同水準。</li> <li>・後期になると医療費はほぼ県と同水準。</li> <li>・健康増進部門にスポーツ振興係を設置している。</li> </ul>	図表9	-

参照データ

図表1 人口構成（構成割合の比較）

出典 KDBシステム

データ分析の結果  
 ・高齢化率26.4%、後期高齢化率14.6%  
 ・人口構成は、40代、50代の働き盛り世代の割合が多く、高齢者割合を大きく上回っている。

	保険者	県	同規模	国
計	31,398	3,594,263	28,190	123,214,261
-39歳	38.2%	36.1%	37.8%	37.6%
40-64歳	35.4%	33.7%	33.2%	33.7%
65-74歳	12.1%	14.5%	14.6%	13.9%
75歳	14.3%	15.6%	14.4%	14.8%
65歳以上 高齢化率	26.4%	30.1%	29.0%	28.7%

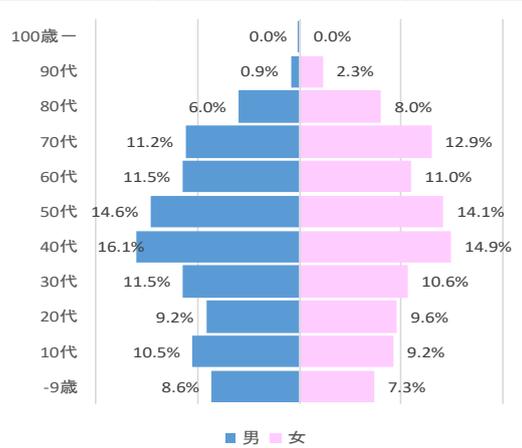
※KDBシステム\_S21\_001\_地域の全体像の把握\_転記（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）

図表2 人口構成（性・年齢階層）

出典 KDBシステム

データ分析の結果  
 60歳代までは男女とも人口に差はないが、70歳代以降は女性の方が多い。

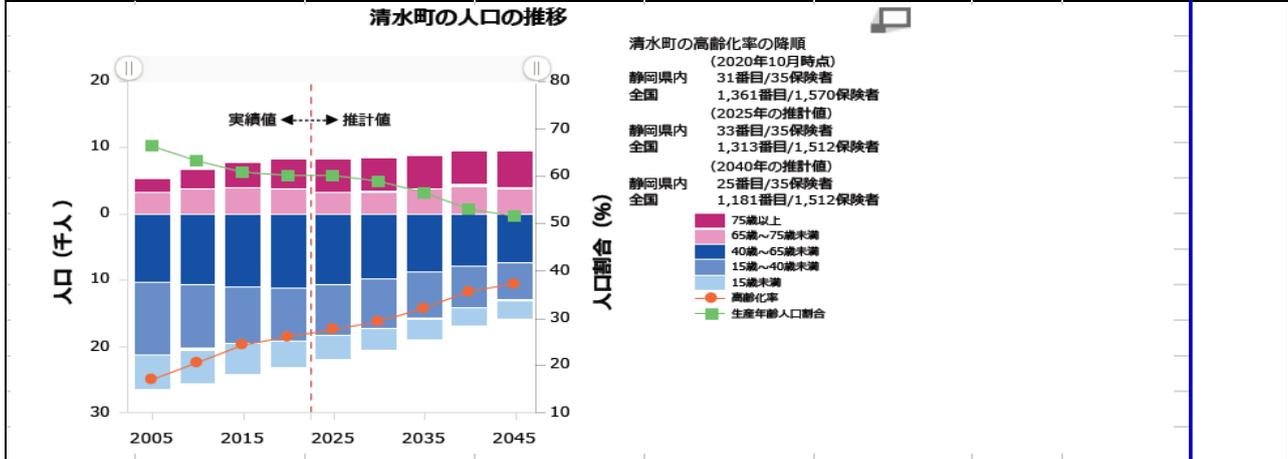
	男	女	総計
-9歳	1,311	1,188	2,499
10代	1,596	1,496	3,092
20代	1,397	1,552	2,949
30代	1,743	1,721	3,464
40代	2,446	2,409	4,855
50代	2,223	2,288	4,511
60代	1,744	1,775	3,519
70代	1,698	2,097	3,795
80代	909	1,294	2,203
90代	133	368	501
100歳-	2	8	10
計	15,202	16,196	31,398
割合	48.4%	51.6%	100.0%



※KDBシステム\_S21\_006\_人口構成（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）

図表3	人口将来推計	出典	地域包括ケア「見える化システム」
-----	--------	----	------------------

データ分析の結果  
 ・人口推計から、今後は人口減少と高齢化が進んでいくが、2045年になっても生産人口が高齢化率を上回っている予想。

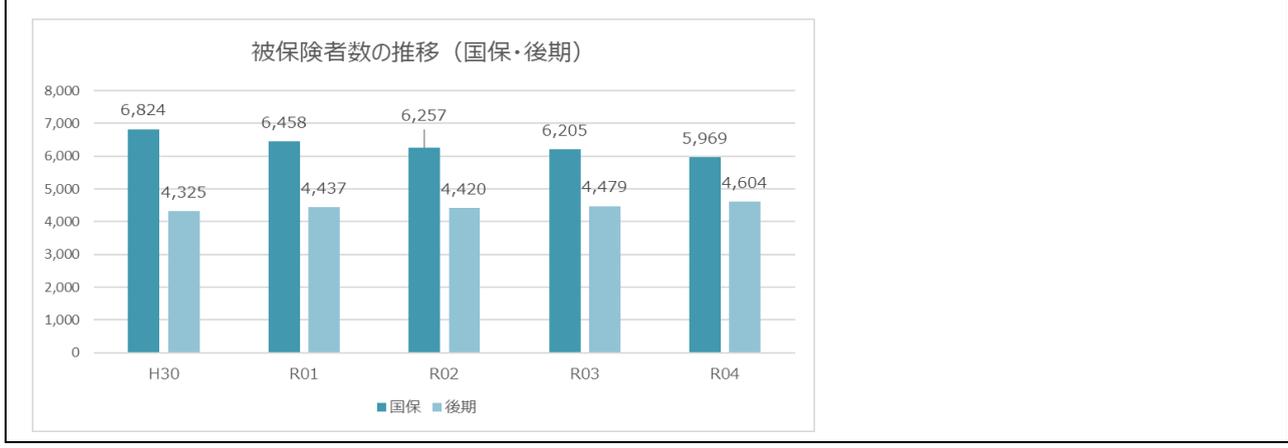


※地域包括ケア「見える化」システム 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」  
 2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

図表4	被保険者数	出典	KDBシステム
-----	-------	----	---------

データ分析の結果  
 ・被保険者数は国保は緩やかに減少、後期高齢者は緩やかに増加傾向。

	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
国保	6,824	6,458	6,257	6,205	5,969	↘
後期	4,325	4,437	4,420	4,479	4,604	↗

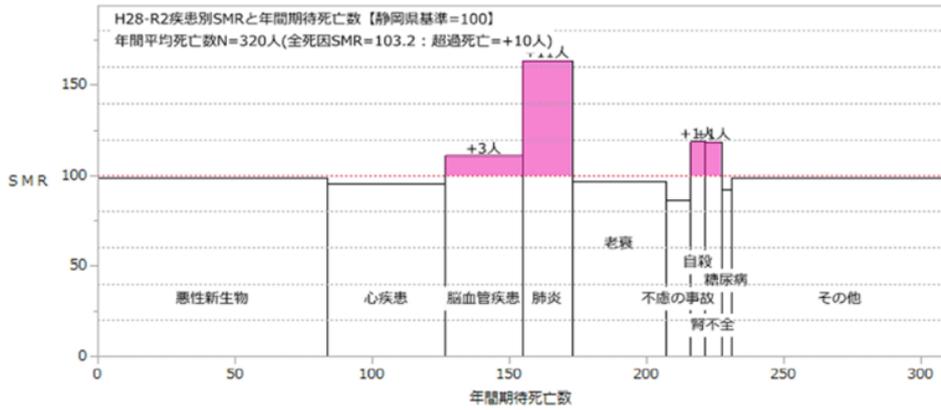


図表5 死因（標準化比SMR） 出典 静岡県標準化比SMR

データ分析の結果

- ・H28～R2の超過死亡疾患別SMRでは、肺炎の死亡者が県に対し多い。
- ・死亡者数は、悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順に多い。
- ・H29～R3対県SMRでは、男性が腎不全、肺炎、自殺、脳血管疾患、女性が肺炎、肝疾患、がんの順に高い。

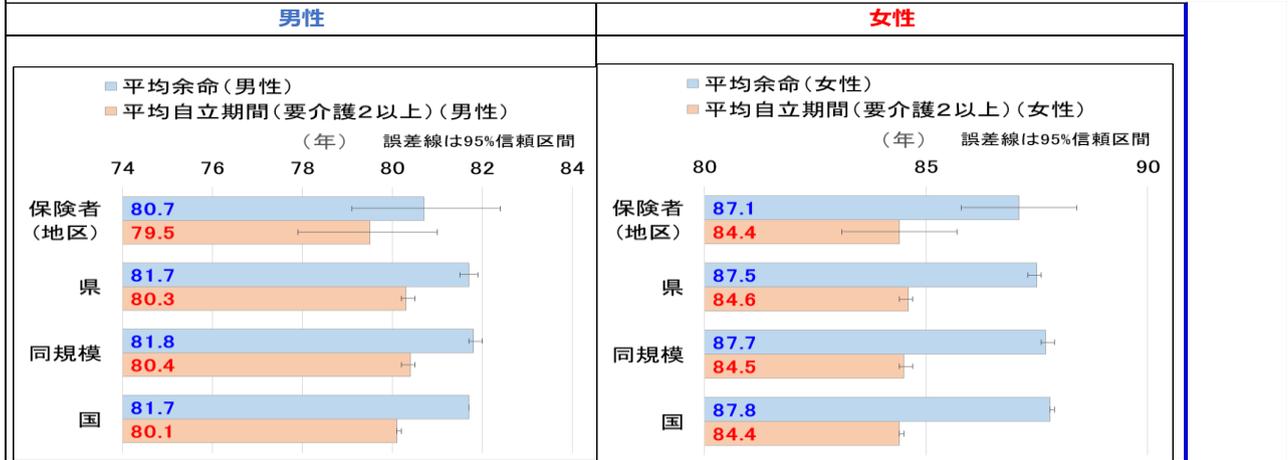
清水町（男女計）



図表6 平均寿命・平均自立期間（単年） 出典 KDBシステム

データ分析の結果

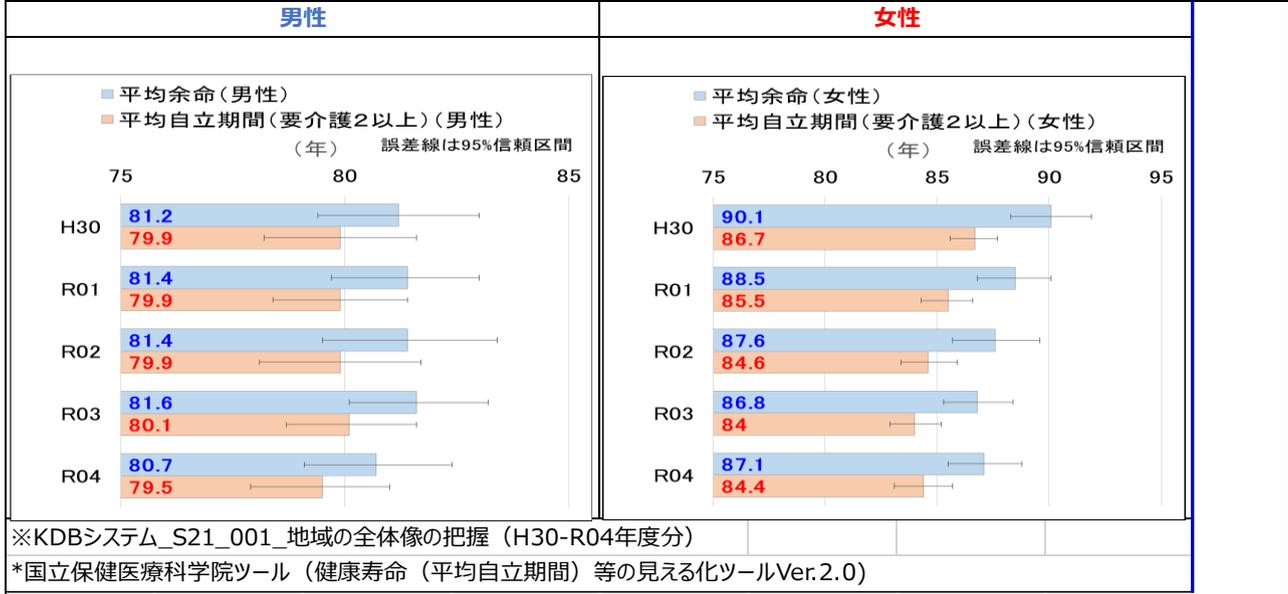
- ・平均余命、平均自立期間とも県平均を若干下回っている。



※KDBシステム\_S21\_001\_地域の全体像の把握（R04年度分-R02.12月末介護受給者台帳等）  
\*国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）

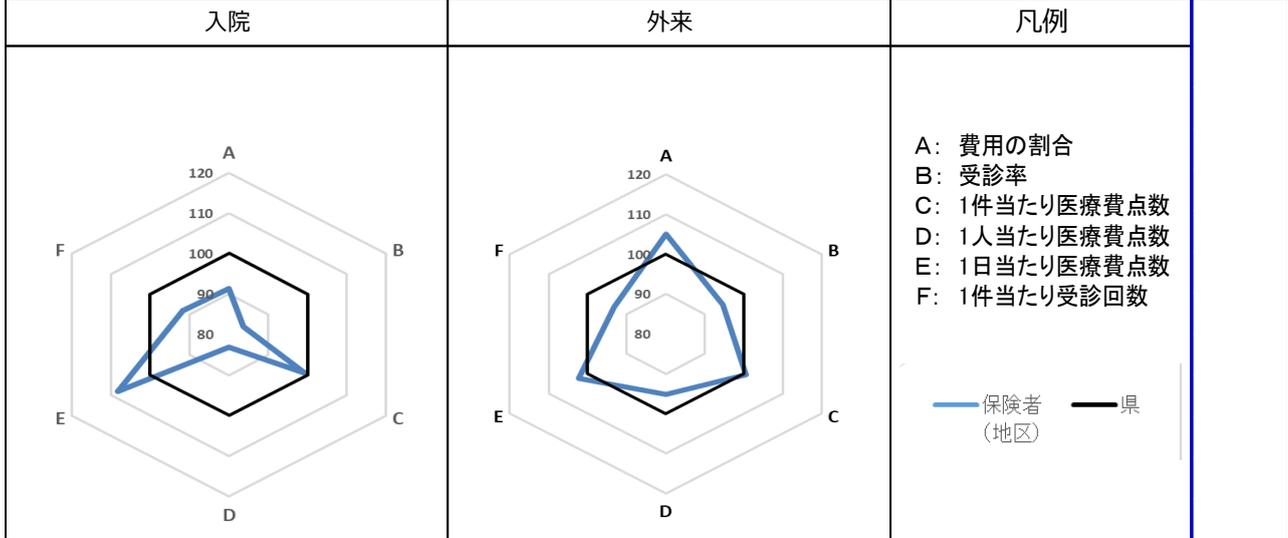
図表7	平均寿命・平均自立期間（経年推移）	出典 KDBシステム
-----	-------------------	------------

データ分析の結果  
 ・経年推移は、男性は平均余命、平均自立期間ともほぼ横ばい、女性は平均余命、平均自立期間とも縮小傾向。

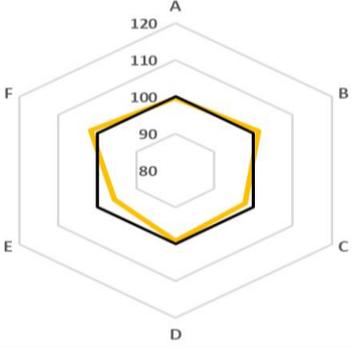
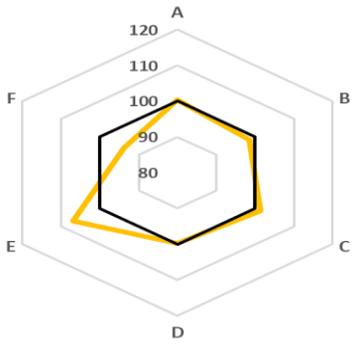


図表8	国保レーダーチャート	出典 KDBシステム
-----	------------	------------

データ分析の結果  
 ・レーダーチャートでは、国保は入院の医療費がかなり低いため、外来の医療費割合が高くなっているが、全体的に入院・外来とも受診率が低く、医療費は低い。



※KDBシステム\_S21\_001\_地域の全体像の把握（R04年度分）

図表9	後期レーダーチャート	出典 KDBシステム
データ分析の結果	・後期になると医療費はほぼ県と同水準。	
<p style="text-align: center;">入院</p> 	<p style="text-align: center;">外来</p> 	<p style="text-align: center;">凡例</p> <p>           A: 費用の割合            B: 受診率            C: 1件当たり医療費点数            D: 1人当たり医療費点数            E: 1日当たり医療費点数            F: 1件当たり受診回数         </p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: yellow;">—</span> 保険者  <span style="color: black;">—</span> 県            (地区)         </p>
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握 (R04度分)		

図表10 国保 医療費の負担が大きい疾患、標準化比

出典 KDBシステム

データ分析の結果

- ・国保の病別医療費割合と対県標準化比から、入院・外来合計では男女とも糖尿病、関節性疾患、高血圧が高い。
- ・入院では、うつ病、関節性疾患、狭心症、外来では糖尿病、高血圧症が男女とも高い。
- ・慢性腎臓病（透析あり）は国保では男性の医療費が高い。

医療費分析（2）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	慢性腎臓病（透析あり）	118,383,700	6.3	103.6	60.6
	糖尿病	115,116,060	6.2	114.2	109.9
	関節疾患	77,731,280	4.2	101.6	119.6
	高血圧症	67,407,750	3.6	105.7	113.2
	統合失調症	60,577,950	3.2	64.4	113.9
	小児科	56,195,180	3.0	100.7	88.0
	うつ病	54,797,410	2.9	160.7	116.2
	不整脈	54,460,220	2.9	110.8	90.1
	脂質異常症	49,461,020	2.6	100.6	113.6
	狭心症	30,541,490	1.6	107.1	119.8
入院	統合失調症	39,046,750	6.2	50.4	124.1
	うつ病	32,473,780	5.1	231.5	147.2
	関節疾患	25,680,160	4.1	128.4	117.1
	不整脈	24,016,640	3.8	129.4	74.3
	狭心症	23,463,600	3.7	105.9	159.7
	骨折	21,077,010	3.3	105.9	78.5
	脳出血	18,141,660	2.9	169.2	78.1
	慢性腎臓病（透析あり）	17,678,060	2.8	80.6	51.5
	小児科	17,443,010	2.7	108.8	85.8
	脳梗塞	15,594,060	2.5	92.7	72.2
外来	糖尿病	112,686,180	9.1	114.6	108.8
	慢性腎臓病（透析あり）	100,705,640	8.2	109.0	62.8
	高血圧症	67,004,270	5.4	105.1	113.6
	関節疾患	52,051,120	4.2	90.9	120.8
	脂質異常症	49,457,610	4.0	98.1	113.0
	小児科	38,752,170	3.1	97.0	89.1
	不整脈	30,443,580	2.5	95.5	102.3
	前立腺がん	22,677,870	1.8	149.0	0.0
	うつ病	22,323,630	1.8	99.2	95.4
	緑内障	21,889,660	1.8	106.1	105.4

※医療費・割合：KDBシステム\_S23\_002\_医療費分析（2）大、中、細小分類（R04度分）

※標準化比：KDBシステム\_S23\_005\_細小分類（R01-R04）\*国立保健医療科学院ツール

\*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）

図表11 後期 医療費の負担が大きい疾患、標準化比

出典 KDBシステム

データ分析の結果

・後期になると、入院・外来合計では骨折の医療費割合が最も高くなるが対県標準化比でみると低い。  
 ・慢性腎臓病、高血圧、脳梗塞が男女とも高く、入院で脳梗塞、肺炎、脳出血、パーキンソン病が男女とも高い。後期になると女性の慢性腎臓病医療費が上がる。

医療費分析（2）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	骨折	162,738,610	4.8	81.8	94.7
	慢性腎臓病（透析あり）	153,817,690	4.5	109.5	129.8
	糖尿病	144,614,950	4.3	102.1	93.8
	不整脈	143,149,500	4.2	96.4	96.5
	高血圧症	139,144,990	4.1	110.6	106.2
	脳梗塞	123,842,730	3.6	122.6	108.1
	関節疾患	114,054,560	3.4	83.7	86.1
	骨粗しょう症	74,566,490	2.2	85.3	91.2
	肺がん	64,771,050	1.9	138.6	55.2
脂質異常症	62,735,250	1.8	99.8	118.6	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
入院	骨折	153,223,100	9.6	81.5	95.2
	脳梗塞	104,029,960	6.5	122.3	101.7
	不整脈	49,486,160	3.1	85.8	99.6
	関節疾患	46,246,090	2.8	63.6	86.3
	肺炎	44,958,890	2.8	109.8	123.4
	慢性腎臓病（透析あり）	39,642,580	2.5	115.2	75.6
	脳出血	32,854,340	2.1	158.6	115.1
	狭心症	30,994,490	1.9	122.3	98.5
	統合失調症	30,744,950	1.9	81.5	118.1
	パーキンソン病	30,432,050	1.9	200.4	180.0
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
外来	糖尿病	135,081,350	7.5	102.8	91.4
	高血圧症	133,728,630	7.4	108.9	106.9
	慢性腎臓病（透析あり）	114,175,110	6.3	107.3	159.6
	不整脈	93,663,340	5.2	101.4	95.0
	関節疾患	67,808,470	3.8	94.1	86.0
	脂質異常症	62,735,250	3.5	101.0	119.1
	骨粗しょう症	57,034,790	3.2	67.5	87.8
	肺がん	50,994,710	2.8	142.5	52.4
	前立腺がん	39,944,910	2.2	86.2	0.0
	緑内障	39,537,510	2.2	98.7	104.2

※医療費・割合：KDBシステム\_S23\_002\_医療費分析（2）大、中、細小分類（R04度分）

※標準化比：KDBシステム\_S23\_005\_細小分類（R01-R04）

\*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）

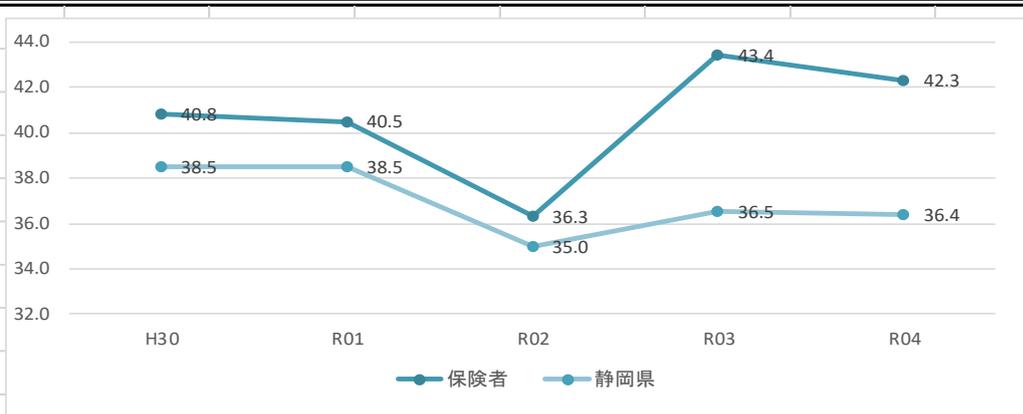
図表12 後発医薬品の使用状況 出典 KDBシステム

データ分析の結果 後発医薬品の使用割合は、84.1%（令和4年9月）、県平均81.2%

	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
清水町	81.1%	82.2%	82.8%	82.9%	83.1%	82.6%	84.1%
県	76.7%	79.2%	80.0%	81.1%	80.5%	80.6%	81.2%

図表14 特定健康診査受診率（経年推移） 出典 KDBシステム

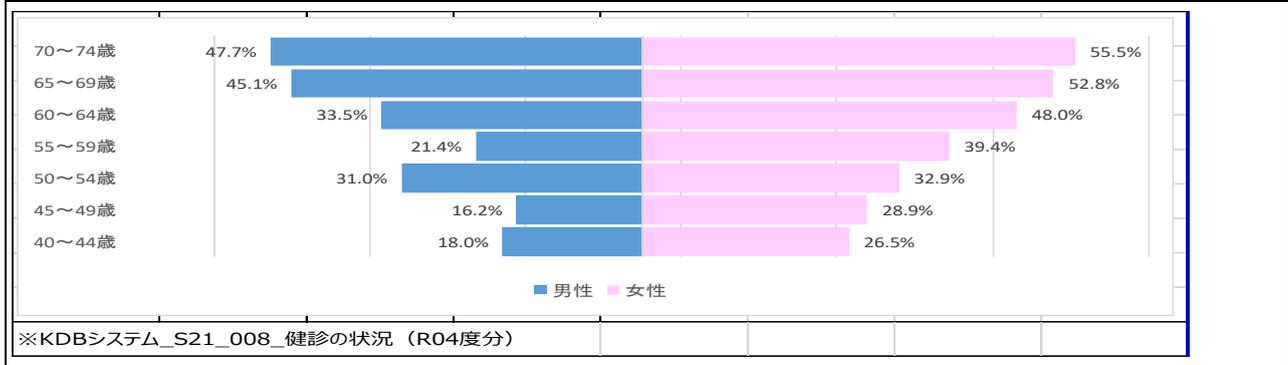
データ分析の結果 ・特定健診受診率は、コロナ禍でいったん落ち込んだものの現在はコロナ前以上の受診率となっている。



	H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	1,814	1,740	1,540	1,811	1,688
健診対象者	4,450	4,295	4,244	4,174	3,988
保険者	40.8	40.5	36.3	43.4	42.3
静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	36.4
同規模	41.9	42.4	35.5	38.3	39.3
国	37.5	37.7	33.5	36.1	35.3

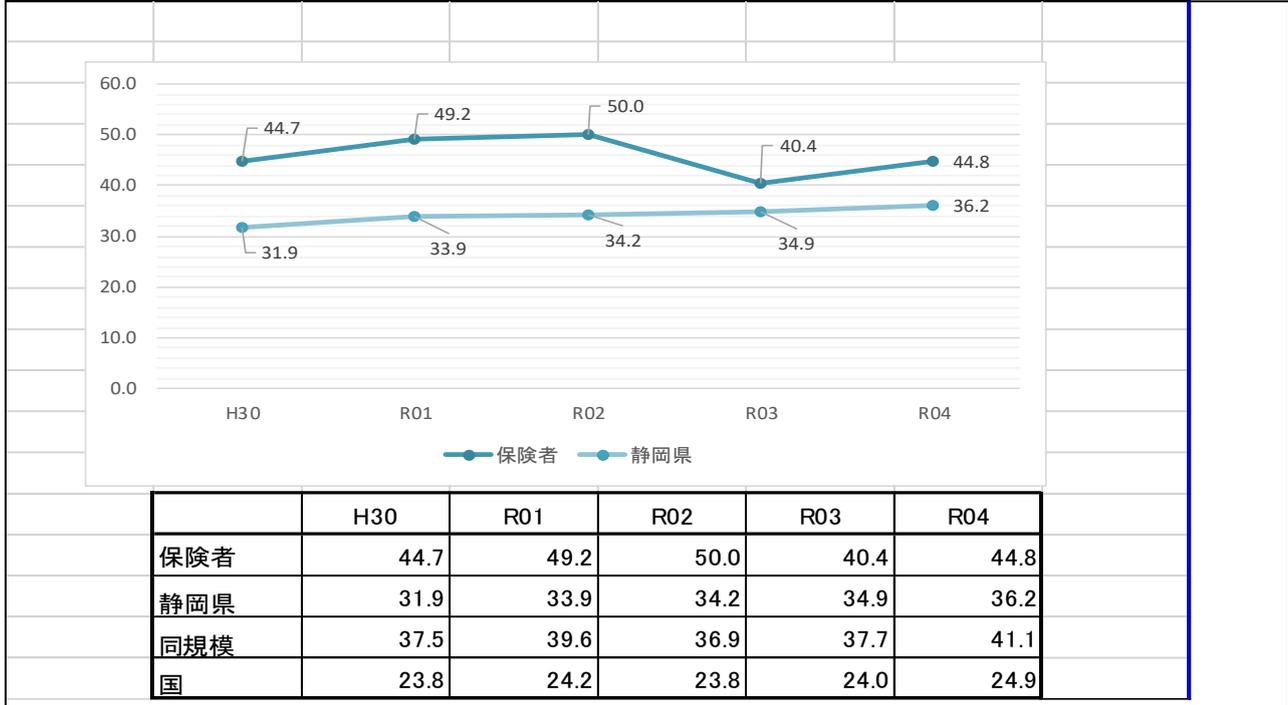
図表15 特定健康診査受診率（性・年齢階層） 出典 KDBシステム

データ分析の結果 ・すべての年代で男性より女性の受診率が高い。



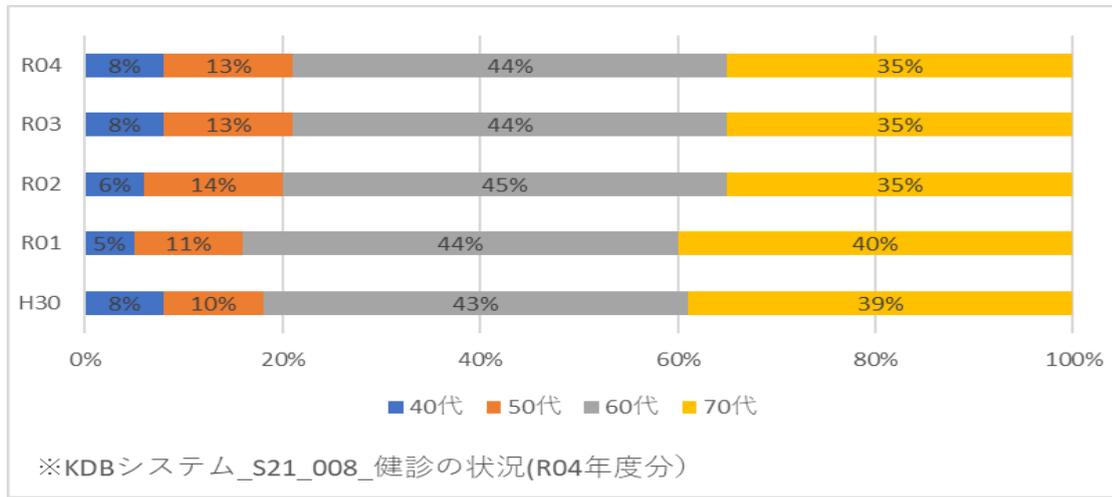
図表16 特定保健指導実施率（経年推移） 出典 KDBシステム

データ分析の結果 ・特定保健指導は県平均より高いものの、国の目標値には至っていない。



図表17 特定保健指導実施者 年齢構成率（経年推移） 出典 KDBシステム

データ分析の結果  
 ・特定保健指導実施者は、特定健診同様60代以上に多い。



図表18 メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖 出典 KDBシステム

データ分析の結果  
 ・メタボリックシンドローム該当者は男女ともに県より高い。

		メタボ等		男性	女性	合計
メタボ	人数			237	124	361
	割合	保険者		34.4	12.4	21.4
		静岡県		30.9	10.3	19.3
予備群	人数			116	69	185
	割合	保険者		16.8	6.9	11.0
		静岡県		16.6	5.2	10.2
非肥満高血糖	割合	保険者				7.8
		静岡県				10.0

※KDBシステム\_S21\_001\_地域の全体像の把握（R04年度分）

図表19 健診検査値（国保）		出典 KDBシステム					
データ分析の結果		・健診のデータは肥満に伴うデータが男女ともに高い。					
		R04		R01-R04(4年平均)			
		人数		該当者割合		標準化比/対県	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
HDL <40		68	15	9.7%	1.9%	131.6	144.9
中性脂肪 ≥150		207	177	30.0%	16.6%	114.1	118.5
ALT(GPT) ≥31		156	340	22.7%	9.7%	112.5	115.4
腹囲 ≥85, ≥90		403	212	57.1%	21.4%	111.1	125.7
BMI ≥25		227	219	34.0%	21.5%	110.5	110.4
クレアチニン ≥1.3		21	4	2.9%	0.2%	101.7	86.3
尿酸 ≥7.0		92	21	15.2%	2.7%	101.5	125.9
収縮期血圧 ≥130		322	473	48.0%	44.7%	98.9	102.2
血糖 ≥100		199	153	27.4%	16.9%	97.1	100.2
LDL ≥120		323	542	46.1%	55.1%	93.3	97.3
HbA1c ≥5.6		380	511	54.7%	50.6%	92.2	88.6
拡張期血圧 ≥85		151	149	20.2%	13.8%	85.8	94.6
※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（R01-R04年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）							
図表20 健診検査値（後期）		出典 KDBシステム					
データ分析の結果		・後期では肥満に加えて血糖値も高くなる。					
		R04		R01-R04(4年平均)			
		人数		該当者割合		標準化比/対県	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
腹囲 ≥85, ≥90		369	264	52.7%	27.1%	229	262
HDL <35		27	11	5.2%	1.3%	155.6	158.5
中性脂肪 ≥300		14	12	2.5%	1.2%	151.0	114.6
血糖 ≥126		57	41	6.7%	3.5%	119.3	109.9
尿酸 ≥8.0		24	13	3.8%	1.2%	119	103
ALT(GPT) ≥51		13	12	2.0%	1.0%	112	97
クレアチニン ≥1.3		76	24	10.2%	1.7%	110.9	91.6
BMI ≥25		164	200	23.4%	19.6%	103.4	97.6
HbA1c ≥6.5		100	82	14.3%	7.9%	103.1	89.6
拡張期血圧 ≥90		46	70	6.1%	5.6%	97.2	101.3
LDL ≥140		60	183	10.9%	18.4%	76.6	89.3
収縮期血圧 ≥140		175	336	22.9%	27.3%	74.8	80.1
※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（R01-R04年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）							

図表21	質問票	出典	KDBシステム
データ分析の結果	・貧血、睡眠不足、飲酒が男女ともに高い。加えて女性が喫煙、間食、就寝前の食事等が高い。		

単位：%	R04		R01-R04(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
既往歴_貧血	18	89	16.1%	40.2%	331.5	245.5
睡眠不足	502	767	72.9%	77.2%	295.6	270.7
歩行速度遅い	555	851	80.7%	85.5%	157.8	158.8
1日飲酒量(3合以上)	5	1	6.6%	1.3%	147.1	135.2
週3回以上朝食を抜く	16	11	14.6%	7.4%	124.8	108.5
1日飲酒量(2~3合)	15	2	19.3%	2.7%	121.6	82.3
取り組み済み6ヶ月以上	30	31	26.7%	20.6%	120.2	92.4
改善意欲あり	36	65	32.2%	42.6%	114.7	142.5
1日飲酒量(1~2合)	28	12	35.5%	18.7%	112.5	151.0
食べる速度が速い	38	39	34.3%	25.2%	110.0	112.2
3食以外間食_ほとんど摂取しない	37	25	33.3%	16.0%	108.8	99.1
20歳時体重から10kg以上増加	316	280	46.3%	28.2%	108.5	114.2
喫煙	150	66	21.8%	6.6%	107.0	128.8
咀嚼_何でも	93	125	82.9%	81.0%	105.9	98.4
週3回以上就寝前夕食	119	92	17.3%	9.2%	104.9	112.9
服薬_高血圧症	297	337	43.1%	33.7%	104.7	108.9
毎日飲酒	43	16	39.5%	11.0%	102.6	115.8
保健指導利用しない	451	609	66.0%	61.2%	101.8	99.5
服薬_糖尿病	77	60	11.2%	6.0%	100.2	105.8
時々飲酒	27	32	24.8%	21.4%	100.2	102.4
1日1時間以上運動なし	342	490	50.0%	49.4%	99.8	97.7
食べる速度が普通	69	99	61.4%	64.4%	99.8	91.9
3食以外間食_時々	63	86	56.0%	55.9%	98.6	90.9
飲まない	39	102	35.8%	67.7%	97.1	97.1
服薬_脂質異常症	160	331	23.2%	33.2%	93.4	102.7
1回30分以上の運動習慣なし	57	93	53.7%	62.3%	92.8	98.6
取り組み済み6ヶ月未満	8	13	7.5%	8.5%	87.5	82.2
3食以外間食_毎日	12	43	10.7%	28.1%	85.0	125.5
改善意欲なし	27	27	24.2%	17.3%	84.3	78.6
咀嚼_かみにくい	19	29	17.1%	18.9%	82.6	108.5
1日飲酒量(1合未満)	31	50	38.6%	77.3%	80.3	92.7
改善意欲ありかつ始めている	11	17	9.5%	11.0%	75.8	71.2
既往歴_脳卒中	3	2	3.0%	1.3%	74.7	59.6
既往歴_心臓病	4	2	4.0%	1.3%	59.3	39.7
食べる速度が遅い	5	16	4.2%	10.4%	58.6	139.0
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0	1	0.0%	0.5%	0.0	102.7
1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
咀嚼_ほとんどかめない	0	0	0.0%	0.2%	0.0	52.9

※KDBシステム\_S21\_007\_質問票調査の状況健診所見者情報 (R01-R04年度)  
 \*国立保健医療科学院ツール (質問票調査の状況\_年齢調整ツール Ver.3.6)

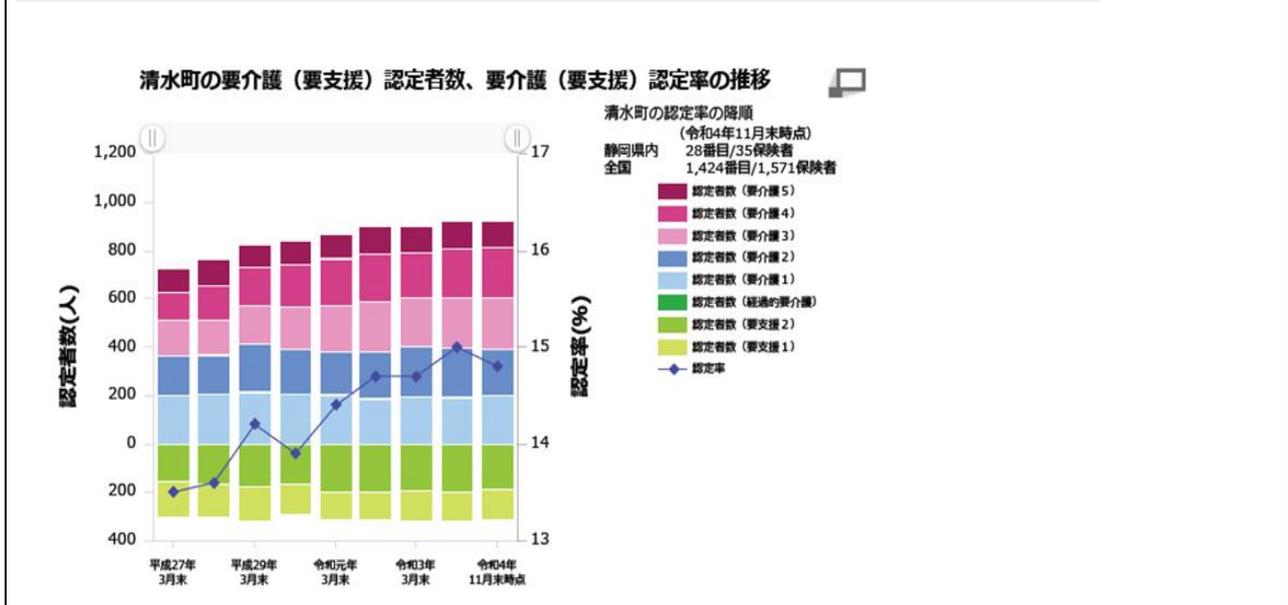
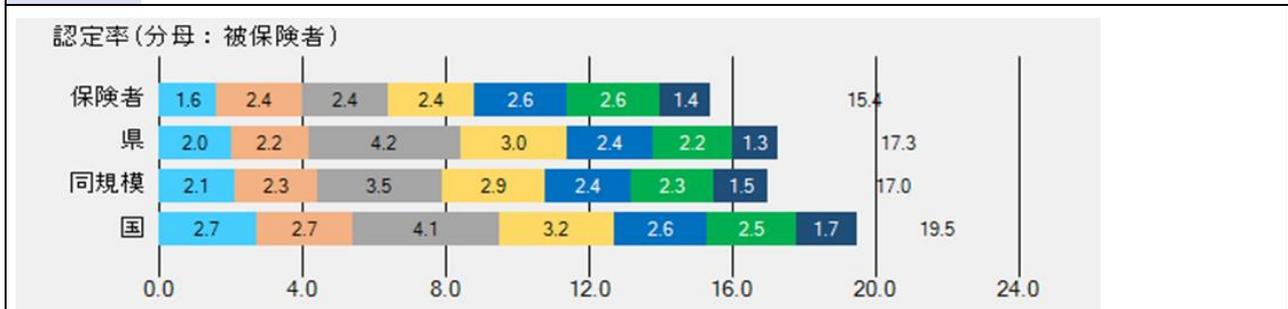
図表22	生活習慣病に関する医療・特定健診の状況（令和4年度）	出典	KDBシステム
------	----------------------------	----	---------

データ分析の結果  
 ・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23.7%である。

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合
対象者数	4,295	-	4,244	-	4,174	-	3,970	-
特定健診受診者数	1,740	-	1,540	-	1,811	-	1,684	-
生活習慣病_治療なし	391	9.1%	332	7.8%	438	10.5%	384	9.7%
生活習慣病_治療中	1,349	31.4%	1,208	28.5%	1,373	32.9%	1,300	32.7%
特定健診未受診者数	2,555	-	2,704	-	2,363	-	2,286	-
生活習慣病_治療なし	1,052	24.5%	1,122	26.4%	975	23.4%	942	23.7%
生活習慣病_治療中	1,503	35.0%	1,582	37.3%	1,388	33.3%	1,344	33.9%

図表23	介護認定の状況	出典	KDBシステム・地域包括ケア「見える化」システム
------	---------	----	--------------------------

データ分析の結果  
 ・認定率は年々増加傾向にあるが、県よりも低い。



図表24	介護給付費の状況・介護認定者の有病状況	出典 KDBシステム						
データ分析の結果	・介護認定の有病割合について、アルツハイマー病が県よりもかなり高い。							
<b>介護給付費の状況・介護認定者の有病状況</b>								
図表29	介護給付費の状況 (R04年度)							
	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
	21,247,350	69,292,438	190,171,697	306,019,280	534,105,051	606,391,897	384,457,281	2,111,684,994
	<p style="text-align: center;">介護給付費の状況</p>							
	介護認定者の有病状況 (R04年度)							
	介護認定者全体の有病状況		有病状況	保険者	県	同規模	国	
			脳疾患	24.8%	23.3%	22.9%	22.6%	
			筋・骨格	51.4%	52.7%	52.5%	53.4%	
			アルツハイマー病	27.5%	18.3%	18.1%	18.1%	
	※KDBシステム_S24_002_要介護（支援）者有病状況（R04度分）							
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）								

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	医療費について、外来では糖尿病、高血圧が多く、特に男性では慢性腎臓病（透析あり）の医療費が高い。	✓	1,2,3,4
B	睡眠不足、飲酒、また特に女性は喫煙、間食等の項目が高いなど生活習慣における問題点が多く、また、メタボリックシンドローム該当者、肥満が高い。	✓	1,2
C	特定健診受診率、特定保健指導は県平均は上回っているものの、国の目標値には及ばず、特に特定健診は40歳代から50歳代が伸びず、健康に関する関心が低い。	✓	1,2
D	介護認定者の有病割合について、アルツハイマー病が県よりもかなり高く、脳血管疾患も若干高い。		1,3
E			
F			
G	健康課題には、データ分析から抽出された健康課題(事業や		

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す									
対応する健康課題	計画全体の目的	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)
A	生活習慣病の重症化を予防する。	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%	
A	生活習慣病の重症化を予防する。	高血圧症有病者の割合（高血圧I度以上の割合）	特定健康診査受診者で収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧が90mmHg以上の者の割合	51.5%	50.5%	49.5%	48.5%	47.5%	46.5%	45.5%	
B	生活習慣病発症を予防する。	高血圧症予備群の割合	①収縮期血圧130mmHg以上140mmHg未満、かつ拡張期血圧90mmHg未満の者 ②収縮期血圧が140mmHg未満、かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満の者 ただし、①②とも血圧を下げる薬の服用者を除く	16.3%	15.8%	15.3%	14.8%	14.3%	13.8%	13.3%	
B	生活習慣病発症を予防する。	内臓脂肪症候群の該当者の割合	特定健康診査受診者における内臓脂肪症候群該当者の割合	21.3%	21.0%	20.7%	20.4%	20.1%	19.8%	19.5%	
B	生活習慣を改善する。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数のうち、今年度、特定保健指導の対象者ではなくなった人の数	20.4%	22.1%	22.6%	23.1%	23.6%	24.1%	24.6%	
C	特定健康診査受診率を向上する。	特定健康診査受診率（国の目標値）		42.0%	43.0% (43.0)	44.0% (45.0)	45.0% (48.0)	46.0% (50.0)	47.0% (55.0)	48.0% (60.0)	
C	特定保健指導実施率を向上する。	特定保健指導実施率（国の目標値）	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導終了者数の割合	43.2%	44.0% (44.0)	45.0% (47.0)	46.0% (50.0)	47.0% (53.0)	48.0% (56.0)	49.0% (60.0)	

◇モニター指標

指標	指標の定義	計画策定時実績
i	平均自立期間	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値 男：79.5 女：84.4
ii		
iii		

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	重点
3	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防	重点
4	重症化予防（受診勧奨）	要医療者受診勧奨事業	重点
5	その他	後発医薬品利用促進	
6	その他	生活習慣病予防生活事業	
7			
8			
9			

## データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

○我がまちの強みを生かした効果的な保健事業の実施のため、把握した地域資源を生かした取組を実施します。

<健康課題>（計画全体シートから転記）

A	医療費について、外来では糖尿病、高血圧が多く、特に男性では慢性腎臓病（透析あり）の医療費が高い。
B	睡眠不足、飲酒、特に女性は喫煙、間食等の項目が高いなど生活習慣における問題点が多く、またメタボリックシンドローム該当者、肥満が多い。
C	特定健診受診率、特定保健指導実施率は県平均は上回っているものの、国の目標値には及ばず、特に特定健診は40歳代から50歳代が伸びず、健康に対する関心が低い。
D	介護認定者の有病割合について、アルツハイマー病が県よりもかなり高く、脳血管疾患も若干高い。



<目標を達成するための戦略>

主な戦略		対応する健康課題	対応する事業番号
○地区組織との連携 <small>（町内会、保健委員、食生活改善推進員等、特に活用や連携を強化すべき地区組織との連携）</small>	健康づくり推進委員や食育ボランティア等への健診や生活習慣病予防の啓発。	A. B. C	1
○職域との連携 <small>（協会けんぽ、商工会議所、事業所等）</small>	商工会への健診受診勧奨や生活習慣病予防の啓発。食品衛生協会との協力。	B. C	1. 2
○情報通信技術（ICTの活用） <small>（活用に前向きな住民性か、自治体や住民の活用をサポートしてくれる地域資源はあるか）</small>	HPやline、アプリ等による健診受診勧奨、生活習慣病予防等の啓発。	A. B	1. 6
○委託の活用	健診受診率向上事業や受診勧奨値を超えた人への受診勧奨事業での委託活用	A	1. 2. 3
○保健医療機関との連携	医師会、歯科医師会、薬剤師会等との連携	A. B	1. 2. 3. 4. 5
○その他創意工夫した取組等	まち歩きアプリによる健康づくりの取組み	A. B	1. 2. 3. 6

※健康課題は複数の健康課題を包含して記載して良い。

※事業番号には、主な戦略を活用する事業番号を記載する。

※主な戦略には、把握した地域資源等から、地区組織との連携、職域との連携、情報通信技術（ICT）の活用、委託の活用、保健医療関係者との連携等、効果的な保健事業の実施のために、特に活用や連携を強化すべき資源の特定と、その地域資源を生かしてどのように取り組むかを記載する。

※主な戦略の項目は、保険者の状況に応じて適宜修正・削除・追加して良い。

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歳から74歳の国民健康保険の被保険者

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	内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	21.3%	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.0%	18.5%
	2	40歳代から50歳代受診率	法定報告値	26.9%	28.0%	28.5%		29.5%	30.0%	30.5%
	3									
	4									
	5									

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(国の目標値)	法定報告値	42.0%	43.0%(43.0)	44.0%(45.0)	45.0%(48.0)	46.0%(50.0)	47.0%(55.0)	48.0%(60.0)
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者には健診受診券と実施医療機関リスト等を送付する。その他、町の広報誌及びホームページでの周知や医療機関、薬局等でのポスター掲示等を実施する。	
	勧奨	健診期間内にハガキや電話等で受診勧奨を行う。	
	実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。
		実施場所	個別健診：沼津医師会管内指定医療機関 集団健診：町保健センター（まほろば館）
		時期・期間	個別健診：6月から10月 集団健診：7月から1月
		データ取得	事業者健診等の健診受診者のデータ収集、人間ドックの結果提供への働きかけ、みなし健診等
		結果提供	健診実施1か月後に健診結果を郵送
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	医師が講師による健診結果説明会を2年に1回実施		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	特定健診については健幸づくり課実施。周知等は健幸づくり課及び住民課にて実施する。
	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。集団健診は事業者に委託。また、特定健診PR活動では、歯科医師会や薬剤師会への協力を依頼。
	国民健康保険団体連合会	特定健診・特定保健指導のデータ管理・保管を委託。特定健診啓発キャンペーン等で連携する。
	民間事業者	集団健診実施事業者 外部委託事業者にて受診勧奨ハガキの送付
	その他の組織	受診勧奨のポスター等の掲示、健康応援団 清水町国民健康保険運営協議会
	他事業	がん検診との同時実施、20歳からの人間ドック助成事業 集団健診の前に対象者（特に40歳代から50歳代）にハガキで受診勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	国保新規加入者の手続き時、窓口において、特定健診への受診を積極的に案内する。

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、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	内臓脂肪症候群該当割合	法定報告値	21.3%	21.0%	20.5%	20.0%	19.5%	19.0%	18.5%
	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	21.6%	22.1%	22.6%		23.6%	24.1%	24.6%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率 (国の目標値)	法定報告値	43.2%	44.0% (44.0)	45.0% (47.0)	46.0% (50.0)	47.0% (53.0)	48.0% (56.0)	49.0% (60.0)
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者には特定保健指導の案内・リーフレットを事前送付し、要医療者は健診結果に同封する。その他、町の広報誌及びホームページでの周知を行う。	
	勧奨	特定保健指導の案内を事前送付または健診結果同封にて、初回面接の利用勧奨を行う。	
	実施および 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、健診結果とともに特定保健指導の案内を送付し、申込みに基づいて実施する。申込みがない場合は自宅への訪問を実施する。 集団健診における特定保健指導対象者は、集団健診の場で特定保健指導の分割実施を行う。
		実施場所	保健センター 対象者の自宅等
		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。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために集団運動支援や個別運動支援につなげる。 栄養や運動などの健康教育を行い、生活習慣の改善を図る。
		時期・期間	個別健診後の初回面接：7月から3月中に実施 集団健診時の分割実施：7月から1月に実施
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導初回面接後、運動指導や栄養講座等の教室につなげる。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	保健センターでの面接日以外に、対象者へ予約なしの訪問回数を増やし、初回面接できる機会を増加させる。		

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	健幸づくり課にて実施
	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)	特定健診を委託する医療機関に特定保健指導の外部委託をする。
	国民健康保険団体連合会	特定保健指導データ入力
	民間事業者	特定保健指導初回面接実施後、町内のスポーツジム等と連携して運動の方法、運動習慣の継続支援を実施
	その他の組織	保健指導の業務委託、雇い上げ保健師・栄養士
	他事業	生活習慣病予防啓発事業
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導ができるよう、委託事業者や在宅保健師との連携体制を構築する。

<b>事業 3</b>	<b>糖尿病性腎症重症化予防</b>
-------------	--------------------

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、医療機関未受診者及び要医療者等に対し、適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより、生活習慣改善や治療に結びつける。	
対象者	選定方法	特定健診受診者のうち、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び要医療者等で、糖尿病または腎疾患の未治療者	
	選定基準	健診結果による判定基準	①ハイリスク者 当該年度の特定健診を医療機関で受診した者のうち、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200 mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上かつ、50歳未満でeGFR60ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の者、50歳以上70歳未満でeGFR50ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の者、70歳以上でeGFR40ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満の者または、尿タンパク1プラス以上の者 ②要医療未受診者 過去3年間のうち直近の特定健診を医療機関で受診した者で、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200 mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上の者のうち、現在糖尿病治療を受けていない者
		レセプトによる判定基準	糖尿病や腎疾患のレセプトがない者
		その他の判定基準	-
	除外基準	糖尿病や腎疾患の治療を受けている者	
重点対象者の基準	ハイリスク者を優先する。		

	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	HbA1c6.5%以上の割合	「しずおか茶っどシステム」特定健診・結果経年比較	9.6%	9.1%	8.6%	8.1%	7.6%	7.1%	6.6%
	2									
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率 (対象者はハイリスク者、要医療未受診者、過去3年間の要医療のうちレセプトなし・当該年度の健診未受診)		94.7%	95.0%	96.0%		98.0%	99.0%	100%
	2	受診勧奨した割合(対象者はハイリスク者、要医療未受診者)	選定した対象者のうち、受診勧奨した割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	受診勧奨に併せて周知。	
	勧奨	対象者に特定健診結果へ受診勧奨通知を同封し、電話または訪問にて受診勧奨・保健指導を行う。	
	実施および 実施後の支援	利用申込	電話や訪問にて状況確認や保健指導を実施
		実施内容	保健師または管理栄養士が訪問または面接にて治療・生活状況の確認及び受診勧奨・保健指導を実施。ハイリスク者は医療機関受診時に連絡票を持参する。
		時期・期間	7月から3月
		場所	電話、訪問、対象者の自宅
		実施後の評価	レセプト等で受診状況の確認をする。
		実施後のフォロー・継続支援	糖尿病予防教室を案内し、集団運動支援・栄養支援につなげる。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康づくり課
	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・歯科医師会・薬剤師会からの各代表の委員と糖尿病等重症化予防対策事業連携調整会議を年2回実施
	かかりつけ医・専門医	ハイリスク者は連絡票を活用し、医療機関を受診する。かかりつけ医からの受診結果・保健指導依頼事項に基づき指導後、町から報告書をかかりつけ医に送付する。
	国民健康保険団体連合会	対象者の抽出・分析について助言を得る。
	民間事業者	運動指導を委託にて実施
	その他の組織	保健指導の業務委託、雇い上げ保健師・栄養士
	他事業	歯科口腔健診受診勧奨の実施(前年度、特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dlの者で、歯科医療機関を受診していない者に対し、歯科口腔健診受診勧奨通知及び糖尿病と歯周病に関連したパンフレットを送付)
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	効果的な指導ができるよう、委託事業者や在宅保健師との連携体制を構築する。

事業 4

要医療者受診勧奨事業

事業の目的		受診勧奨値を超えている未治療者の早期発見・早期治療を促し、重症化を予防する。	
事業の概要		受診勧奨値を超えている者のうち、未受診及び受診中断者に受診勧奨の通知や電話や訪問を行い、早期の受診を促す。	
対象者	選定方法	当該年度の健診結果およびレセプトにて選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	特定健康診査の結果、血圧・血糖・脂質・肝機能・腎機能・貧血において受診勧奨判定値を超えている者。
		レセプトによる判定基準	健診受診前半年間のレセプトなし
		その他の判定基準	-
	除外基準	特定保健指導対象者、糖尿病性腎症重症化予防の対象者、通院、内服をしている者、認知機能障害のある者	
重点対象者の基準	受診勧奨判定値のうち、重症度高しレベル（茶っとシステムより）。		

	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	対象者の状況把握数	電話や訪問等で状況を把握する。	65.0%	68.0%	71.0%	74.0%	77.0%	80.0%	83.0%
	2	対象者の医療機関受診率	特定健診にて要医療の判定を受けた者のうち、6か月医療機関を受診した者の割合	21.7%	21.0%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	対象者への通知率		100%	100%	100%		100%	100%	100%
	2	健診受診した者のうち医療への再受診勧奨した者の割合	未受診者への再勧奨実施数	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	95.0%
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	特定健診に合わせて周知。
	勧奨	健診の結果、要医療の人を対象に受診勧奨通知を送付。3から6か月後の状況を把握し必要に応じ再度勧奨。
	実施後の支援・評価	通知後3から6か月後、それぞれレセプトで受診状況を確認し、必要に応じ再度勧奨。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	経年対象者をチェックし、対策を検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健幸づくり課
	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)	医師会地区会にて説明・周知する。
	かかりつけ医・専門医	町内及び沼津医師会管内医療機関
	国民健康保険団体連合会	対象者の抽出・分析について助言を得る。
	民間事業者	-
	その他の組織	健康づくり推進員等を通じ、望ましい食生活や運動習慣等について地域への情報発信の機会を増やすとともに適切な受診行動を勧める。
	他事業	-
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	-

## 事業 5

## 後発医薬品利用促進

事業の目的	後発医薬品を普及させることによる患者負担の軽減や医療保険財政の改善（医療費の削減）
事業の概要	被保険者に係る医療費及び後発医薬品差額について通知する。
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	使用割合の向上	厚労省発表の使用割合（9月分）	84.1%	84.5%	85.0%	85.5%	86.0%	86.5%	87.0%

	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	後発医薬品差額通知回数	年間通知数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	2									

プロセス（方法）	対象者に対し、通知を行う。
----------	---------------

ストラクチャー（体制）	住民課国民健康保険係が実施。
-------------	----------------

事業6

生活習慣病予防のための啓発事業

事業の目的	若い世代から「運動・歩行」の習慣化を啓発することで、生活習慣病への対策、高齢期においては認知症の発症を遅らせることを目的として実施する。
事業の概要	町民に生活習慣病予防のための啓発として「運動・歩行」を促す事業を行う。
対象者	全町民

	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	「20歳から10kg以上体重増加あり」の割合(%)【中長期】	KDB	35.8	35.5	35.0	34.5	34.0	33.5	33.0
	2	「1日1時間以上身体活動あり」の割合(%)【短期】	KDB	48.9	50.0	51.0		53.0	54.0	55.0
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	まち歩きアプリ登録者数(人)	清水町実績	1,161	2,840	2,880	2,920	2,960	2,980	3,000
	2	健幸パスポート延利用者数(人)	清水町実績	8,135	42,000	48,000	54,000	60,000	66,000	72,000
	3	スポーツの駅利用者数(人)	清水町実績	14	50	50	50	50	50	50
	4									
	5									

プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動に関する情報を広報誌等に掲載する。 ※LINEを利用した情報発信も検討する。</li> <li>健診会場等、人の集まる場所で、まち歩きアプリの利用勧奨を行う。</li> <li>まち歩きアプリによる歩行数に応じたポイント付与を行う。</li> <li>いきいきサロン等を活用し、スマホ操作に不慣れな高齢者に対して、アプリ取得を支援する。</li> </ul>
----------	--

ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>笑街健幸パスポート事業(***係)</li> <li>まち歩きアプリ「PLUS・Walk清水町」(スポーツ振興係)</li> <li>健幸スポーツの駅事業(スポーツ振興係)</li> <li>健幸スポーツの駅等との連携。</li> <li>地区組織(健康づくり推進委員、食育ボランティア等)や商工会との連携。</li> </ul> <p>※生活習慣病予防啓発の際に、「運動」にかかる啓発物も配布する。</p>
-------------	---

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保険事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間での途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価については関係機関と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページ等を通じて周知の他、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDB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・年齢階層等に着目して抽出し、関係者と共有する。 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う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>-</p>