

大蔵村 国民健康保険
保健事業計画（データヘルス計画）

第3期 保健事業計画(データヘルス計画)

第4期 特定健康診査・特定保健指導実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

大蔵村

目次

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の背景	1
2. 計画の位置づけ	1
3. 計画期間	2
4. 実施体制	2

第2章 現状と課題

1. 大蔵村の特性	
(1) 人口動態	3
(2) 平均余命・平均自立期間（介護2以上）	4
(3) 被保険者構成	5
(4) 死因	5
(5) 医療費の状況	
① 医療費	6
② 後発医薬品	6
③ 重複・頻回受診、重複服薬者	6
(6) 特定健康診査・特定保健指導の分析	
① 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	7
② 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	8
③ 質問票調査の状況（生活習慣）	9
(7) レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	9
(8) 介護費関係の分析	9
(9) その他	9

第3章 第3期データヘルス計画

1. 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	10
2. 健康課題	11
3. 第3期データヘルス計画の目的	11
4. 第3期データヘルス計画全体の目標	12
5. 保健事業実施計画（重点事業）	
(1) 特定健康診査事業	13
(2) 若年ドック、セット健診	14
(3) 糖尿病・慢性腎臓病重症化予防事業	15
(4) リスク保有者への受診勧奨	16
(5) 個別健康教室	17
6. 保健事業実施計画（その他事業）	
(1) 健康状態不明者、健診未申込者への受診勧奨	18
(2) 健診結果説明会	18
(3) 広報、健康だよりでの啓発、情報発信	19

第4章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し	20
2. データヘルス計画の公表・周知	20
3. 個人情報の取扱い	20
4. 地域包括ケアに係る取組	20

第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の背景

令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換しています。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなりました。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」が位置づけられています。

こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられました。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定いたしました。

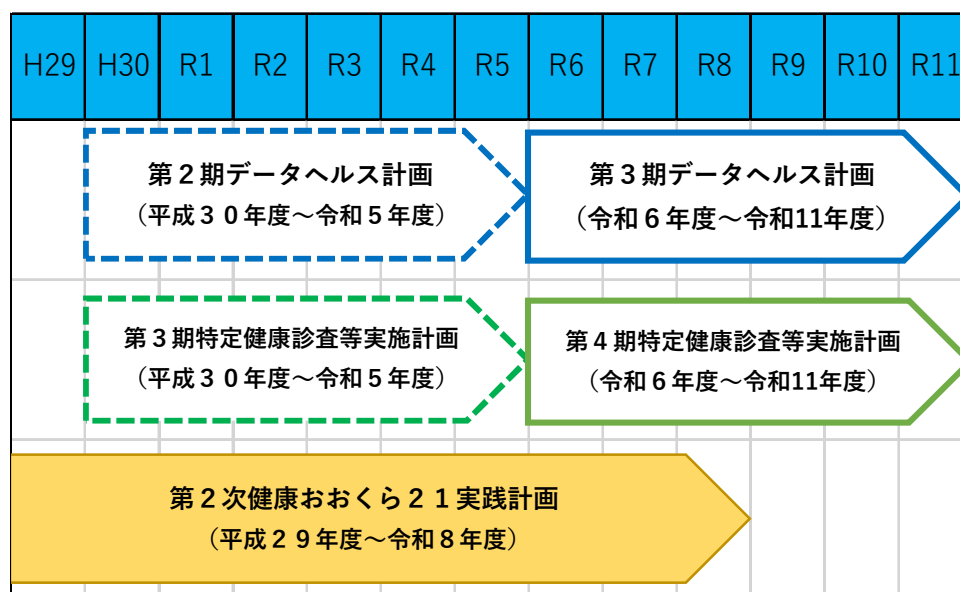
2. 計画の位置づけ

大蔵村では、被保険者の健康増進を目的に「第3期大蔵村データヘルス計画」を策定します。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努めます。なお、大蔵村国民健康保険「データヘルス計画」は、村の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画などの関連計画と調和し、山形県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っています。

項目	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康増進計画
根拠法令	国民健康保険法第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法第8条 第9条
計画策定者	医療保険者	医療保険者	大蔵村
対象期間	令和6～11年度（第3期）	令和6～11年度（第4期）	平成29～令和8年度（第2期）
対象者	国保被保険者	国保被保険者（40～74歳）	全村民
共通の考え方	健康寿命の延伸に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図り、健康増進を目指すと共に医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。		
主な特徴	特定健診結果や電子レセプト等の医療情報分析に基づき、国保加入者の特性や課題を把握した上で、保険者ごとに短期・中長期目標を設定する。それらを達成するために行う保健事業について、PDCAサイクルに沿った評価・見直しを実施する。	特定健康診査及び特定保健指導について、具体的な実施方法や実施及びその成果に関する具体的な目標を医療保険者別に定める。	健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目的に生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るための施策や事業を実施する。

3. 計画期間

計画期間は、令和6年度から11年度までの6年間となります。また、期間の中間年度である令和8年度に中間評価を行うこととします。



4. 実施体制

本計画の策定及び保健事業の運営においては、健康福祉課と住民税務課が連携して進めます。また、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連携し、進めていきます。

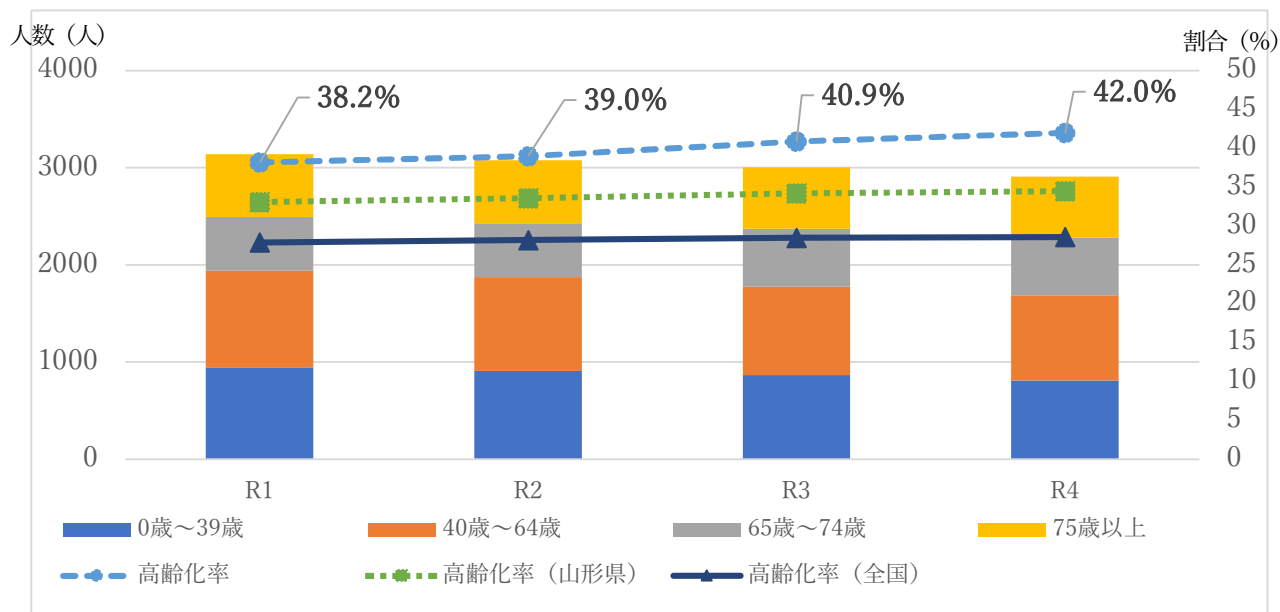
第2章 現状と課題

1. 大蔵村の特性

(1) 人口動態

大蔵村の人口を見ると、令和4年度の人口は2,908人で、年々減少しています。

65歳以上の占める割合（高齢化率）は42.0%で年々増加している状況ですが、人口は65歳以上の高齢者人口を含む各年代で減少しており、全体的に減少傾向にあります。



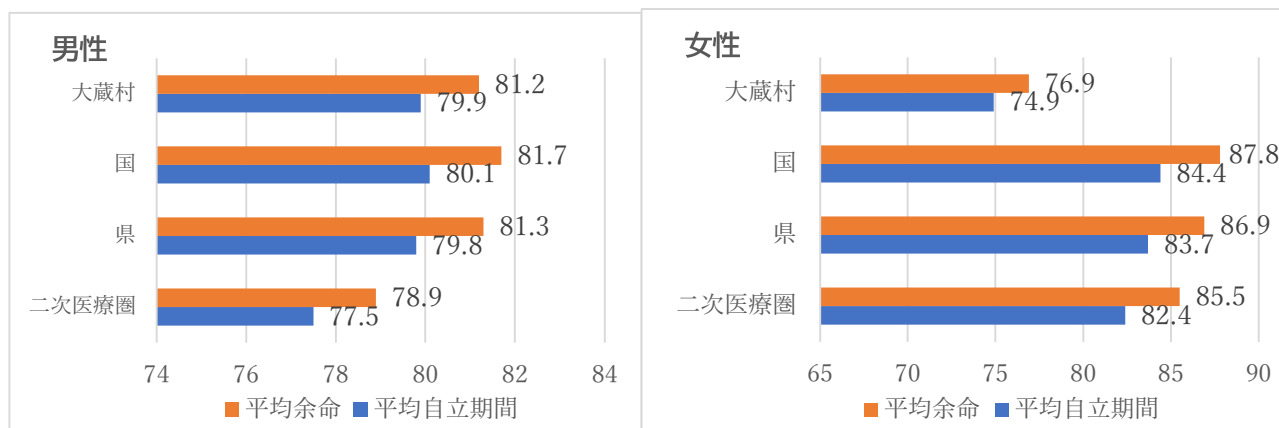
		R1	R2	R3	R4
人口	(人)	3,140	3,076	3,003	2,908
	0歳～39歳 (人)	943	908	865	808
	40歳～64歳 (人)	996	967	909	878
	65歳～74歳 (人)	553	553	597	592
	75歳以上 (人)	648	648	632	630
高齢化率	(%)	38.2	39.0	40.9	42.0
高齢化率 (山形県)	(%)	33.1	33.6	34.2	34.5
高齢化率 (全国)	(%)	27.9	28.2	28.5	28.6

※大蔵村に係る数値は各年度の3月末時点の人口を使用している。

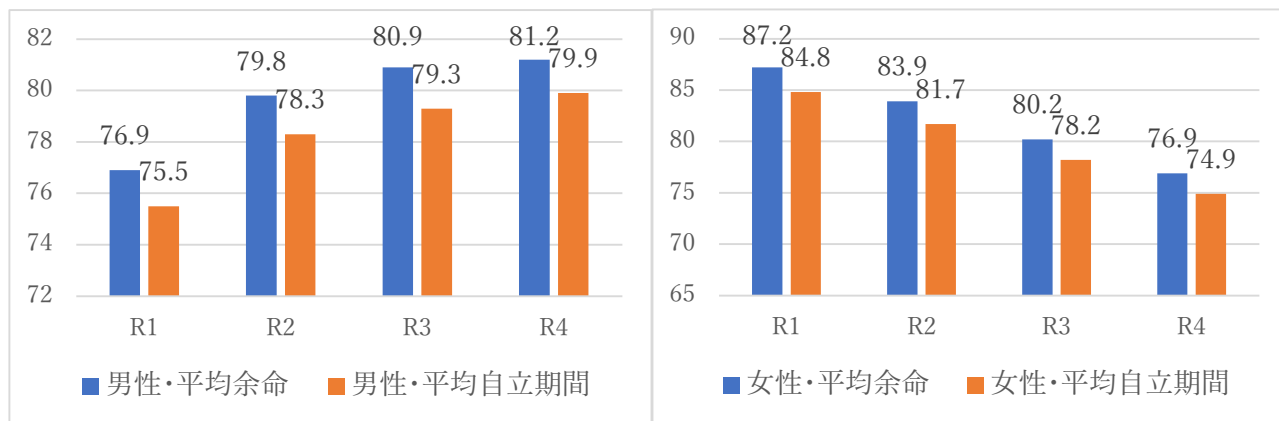
(2) 平均余命・平均自立期間（介護2以上）

平均余命と平均自立期間（介護2以上）は、令和4年度では、男性は国や県と大きく差はなく、二次医療圏より高くなっています。女性は国や県、二次医療圏と比べて10歳近く低くなっています。介護が必要な期間（平均余命と平均自立期間の差）は、4年間の平均で男性1.45歳、女性2.15歳となっています。

平均余命、平均自立期間ともに、男性は年々伸びている一方で、女性は4年の間に10歳減少しているのが特徴です。



KDB 地域の全体像の把握 令和4年度



KDB 地域の全体像の把握 令和1年度～令和4年度

	男性 平均余命	男性 平均自立期間	差(年)	女性 平均余命	女性 平均自立期間	差(年)
R 1	76.9 歳	75.5 歳	1.4	87.2 歳	84.8 歳	2.4
R 2	79.8 歳	78.3 歳	1.5	83.9 歳	81.7 歳	2.2
R 3	80.9 歳	79.3 歳	1.6	80.2 歳	78.2 歳	2.0
R 4	81.2 歳	79.9 歳	1.3	76.9 歳	74.9 歳	2.0
国	81.7 歳	79.9 歳	1.6	87.8 歳	84.4 歳	3.4
県	81.3 歳	80.1 歳	1.5	86.9 歳	83.7 歳	3.2
二次医療圏	78.9 歳	77.5 歳	1.3	85.5 歳	82.4 歳	3.1

国、県、二次医療圏は令和4年度のデータ

(3) 被保険者構成

国保加入者は年々減少していますが、令和4年度の国保加入率は国や県より高い23%でした。

	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	2,908		1,455		1,453	
国保加入者数(人) 合計	669	100%	374	100%	295	100%
0~39 歳(人)	98	15%	57	15%	41	14%
40~64 歳(人)	194	29%	112	30%	82	28%
65~74 歳(人)	377	56%	205	55%	172	58%

大蔵村 国保加入率	23.0%
国 国保加入率	19.7%
県 国保加入率	19.8%

KDB 帳票令和4年

(4) 死因

死因は心臓病、脳疾患、糖尿病の3つが県より高くなっています。

また、がんで亡くなる割合が県や国と比べるとまだ低いものの、第2期計画時より17ポイント高くなっています。(平成28年度死因 がん：17.2%)

項 目	大蔵村	県	国
がん	34.3%	46.8%	50.6%
心臓病	31.4%	28.6%	27.5%
脳疾患	25.7%	17.3%	13.8%
糖尿病	5.7%	1.4%	1.9%
腎不全	2.9%	3.7%	3.6%
自殺	0%	2.2%	2.7%

KDB 帳票：地域の全体像の把握

(5) 医療費の状況

① 医療費

前回計画時より医療費の額は下がりましたが、入院医療費の統合失調症が多い傾向は県や国と同様です。関節疾患の医療費が高い傾向は前回計画時と同様です。

外来医療費について、前回計画時に 1 位だった慢性腎不全（透析あり）は 5 位と下がりましたが、慢性腎臓病の原因となる糖尿病や高血圧症が 1 位 2 位となっています。

医療費の高い疾病(入院)の状況は次のとおりです。

	入院	令和 4 年度		
		大蔵村	県	国
1 位	統合失調症	1,665,772	6,252,469	12,664,040
2 位	関節疾患	987,659	3,362,126	6,952,417
3 位	大腸がん	701,270	2,477,332	4,607,878
4 位	潰瘍性腸炎	342,040	122,270	202,915
5 位	骨折	336,894	3,289,700	7,421,003
6 位	糖尿病	225,521	690,656	1,459,815
7 位	肺がん	189,552	2,497,683	4,722,854
8 位	腸閉塞	169,100	459,544	886,072
9 位	骨粗しょう症	159,145	323,640	869,895
10 位	不整脈	153,955	2,132,093	5,889,021

医療費の高い疾病(外来)の状況は次のとおりです。

	外来	令和 4 年度		
		大蔵村	県	国
1 位	糖尿病	1,164,303	11,758,272	23,604,227
2 位	高血圧症	854,799	9,362,122	14,673,994
3 位	脂質異常症	481,333	6,941,196	10,259,451
4 位	C 型肝炎	476,179	327,922	862,842
5 位	慢性腎臓病（透析あり）	443,819	6,672,231	16,433,238
6 位	間質性肺炎	443,079	621,592	1,240,581
7 位	腎臓がん	431,720	758,103	1,321,574
8 位	不整脈	402,366	4,498,247	6,415,278
9 位	関節疾患	377,265	5,076,760	11,441,139
10 位	潰瘍性腸炎	317,185	936,518	1,808,813

KDB 帳票：医療費分析

② 後発医薬品

後発医薬品の使用割合は令和 4 年度は 12.2%と国の目標値より大幅に低い状況です。

③ 重複・頻回受診、重複服薬者

重複・多剤服薬、頻回受診者は被保険者全体の 1.2%(8 人)でした。

(6) 特定健康診査・特定保健指導の分析

① 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

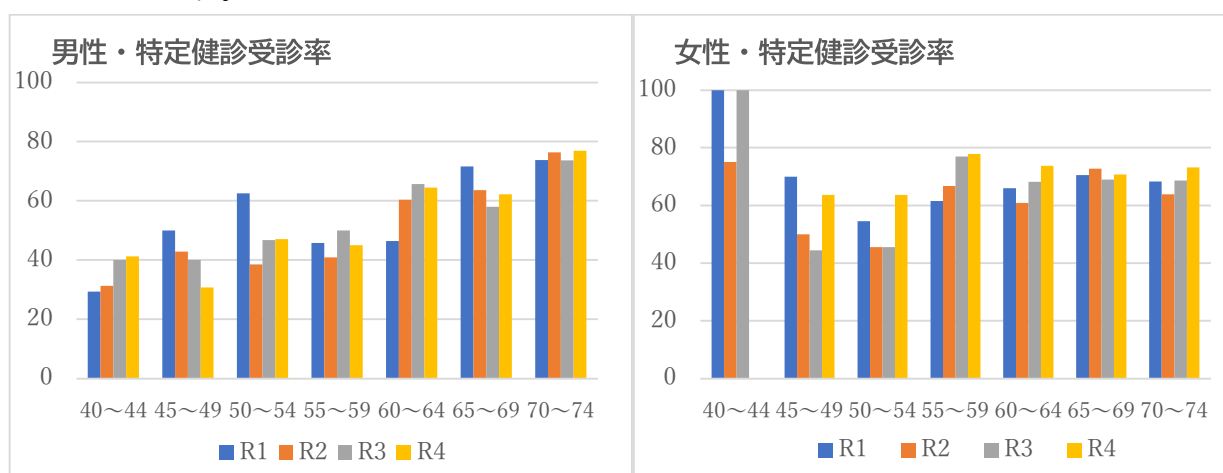
全体の健診受診率は毎年 60%前半で推移しており、県内でも上位に位置しています。

特定健診の性・年齢別の比較では、60 歳以上の受診率は男女ともに高くなっていますが、59 歳未満の受診率が低い傾向にあります。

特定保健指導の実施率は令和 4 年度 45.0%で県平均 (42.9%) より高くなっています。

性・年齢別の比較では、女性は各年代 60%以上と高い傾向ですが、男性では健診日当日の特定保健指導勧奨が行えず実施率が低い状態です。

特定保健指導は対象者が固定化傾向にあり、勧奨されても受けない方がいることも要因の一つです。

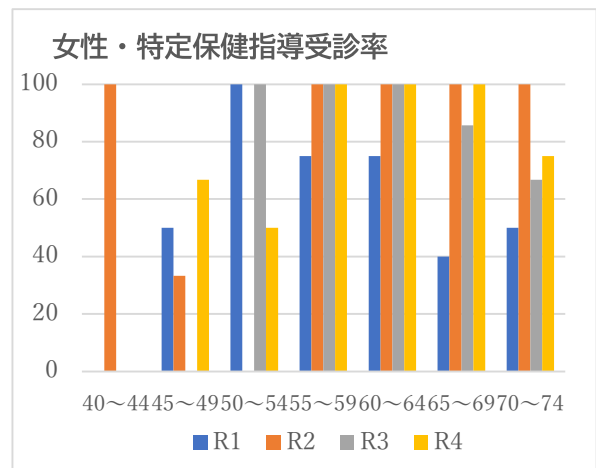
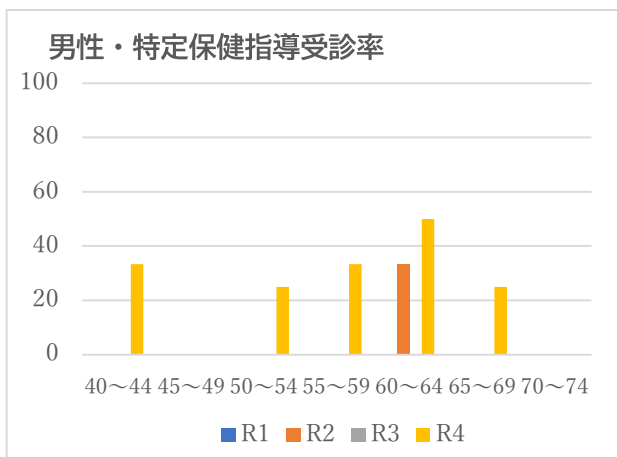


男性・特定健診受診率 (%)

	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
R1	29.4	50.0	62.5	45.8	46.4	71.6	73.8
R2	31.3	42.9	38.5	40.9	60.4	63.6	76.4
R3	40.0	40.0	46.7	50.0	65.7	58.0	73.7
R4	41.2	30.8	47.1	45.0	64.5	62.2	76.9

女性・特定健診受診率 (%)

	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
R1	100.0	70.0	54.5	61.5	66.0	70.5	68.3
R2	75.0	50.0	45.5	66.7	60.8	72.7	63.9
R3	100.0	44.4	45.5	76.9	68.2	69.0	68.6
R4	0	63.6	63.6	77.8	73.7	70.7	73.2



男性・特定保健指導受診率 (%)

	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
R1	0	0	0	0	0	0	0
R2	0	0	0	0	33.3	0	0
R3	0	0	0	0	0	0	0
R4	33.3	0	25.0	33.3	50.0	25.0	0

女性・特定保健指導受診率 (%)

	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
R1	0	50.0	100.0	75.0	75.0	40.0	50.0
R2	100.0	33.3	0	100.0	100.0	100.0	100.0
R3	0	0	100.0	100.0	100.0	85.7	66.7
R4	0	66.7	50.0	100.0	100.0	100.0	75.0

KDB 帳票：健康スコアリング (健診)

② 特定健診結果の状況 (有所見率・健康状態)

特定健診有所見率をみると非肥満高血糖、腹囲が県よりも高く、血糖・血圧、血圧・脂質、血糖・血圧・脂質と複数リスクを抱えている方が多いのが特徴です。

		大蔵村	県	国
非肥満高血糖		16.3%	12.5%	9.0%
腹囲	男性	50.5%	45.9%	55.3%
	女性	22.2%	15.0%	18.8%
BMI	男性	11.9%	7.8%	4.7%
	女性	4.4%	3.5%	1.7%
血糖		0.0%	0.6%	0.6%
血圧		6.4%	6.9%	7.9%
脂質		2.0%	1.7%	2.7%
血糖・血圧		7.3%	3.7%	3.0%
血糖・脂質		0.0%	0.7%	1.0%
血圧・脂質		10.2%	7.9%	9.7%
血糖・血圧・脂質		9.6%	6.6%	6.6%

KDB 帳票：地域の全体像の把握

③ 質問票調査の状況（生活習慣）

生活習慣リスク保有者の割合は、運動習慣がない者の割合（23.4%）と県平均より低くなっています。また、生活習慣改善意欲は男性が全体的に低く、「改善意欲なし」が48.4%と県平均44.0%より多い状況です。

（7）レセプト・健診結果等を組み合わせた分析

健診未受診者が多い男性の30歳代、40歳代、50歳代で糖尿病有病率が高くなっています。また、男女ともに、健診受診者で生活習慣病治療中の者のうち、生活習慣病のコントロール不良者が69.9%います。

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）が9.2%いる状態です。

健診受診者、健診未受診者合わせて70.5%が生活習慣病に関連する疾患の治療を行っています。

（8）介護費関係の分析

要介護認定率は17.1%、1件あたり介護給付費は71,895円と、県よりも低い状況です。

要介護に至る原因疾患は心臓病、筋・骨疾患の順となっています。

	大蔵村	県	国
介護認定率（%）	17.1	17.9	19.4
介護給付費（円）	71,895	73,268	59,662

KDB 帳票：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

要介護者の有病状況

	大蔵村	県	国
糖尿病	22.4%	23.1%	24.3%
心臓病	57.1%	62.4%	60.3%
脳疾患	19.6%	25.4%	22.6%
筋・骨格系	56.9%	52.5%	53.4%
精神	36.3%	42.4%	36.8%

KDB 帳票：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

（9）その他

がん検診受診率は県よりも高いですが精検受診率が低い状況です。

後期高齢者の健診受診率をみると、令和4年度は20.5%（県内23位）であり、令和3年度の19.5%より上昇していますが、県22.1%と比べて低い状況で、健康状態不明者も6.29%存在しています。また、男女別受診率は、男性65.8%、女性34.2%で男性のほうが高くなっており、女性の周囲の同年齢層が健診を受けなくなると「卒業」する傾向が影響していると考えられます。

後期高齢者の腹囲、BMI、血圧・脂質、血糖・血圧・脂質有所見者割合は74歳以下の傾向と同様であり、県と比べて高い状況です。

第3章 第3期データヘルス計画

1. 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の目標について下記のとおり評価しました。

重点保健事業

事業名	事業目標	実績	評価
特定健診 未受診者への 受診勧奨	受診勧奨者 の受診率 5%増	4.8% (R5 年度)	目標には届かなかったが勧奨したことで未申込に気づき申込みに至ったケースがあり、今後も継続していく。
健診結果説明会	精密検査 受診率 90%	説明会参加率は例年 8割程度だがR5は若干の増	健診通知への結果説明会日程記載、結果説明会終了後の次回日程の郵送、の2点を実施したところ、本人参加率の増、全体参加率増だった。
		精密検査受診率 血圧 66.0%、HDL50% LDL39.7%、中性脂肪 63.6%	全体的に 6 割程度の受診率であり、特に LDL が低い。
糖尿病重症化 予防	糖尿病精密 検査受診率 100%	血糖値、HbA1c いずれかが受診勧奨数値の者のうち、精検率は 60.78%	HbA1c のみ高値の方の受診率が低い。

その他の保健事業

事業名	事業目標	実績	評価
がんの早期発見	がん検診 受診率向上	胃がん 43.9%(2 位) 子宮頸がん 93.5%(1 位) 肺がん 66.3%(3 位) 大腸がん 59.4%(4 位) 乳がん 69.4%(2 位) (R4 年度、括弧内は県内順位)	山形県の R5 のがん検診受診率目標は 60%であり、胃がん、大腸がんが県の目標数値に届かなかった。
がん検診精密 検査受診率向上	がん検診の 精密検査 受診率を 100%に 近づける	胃がん 80.6% 子宮頸がん 100% 肺がん 81.5% 大腸がん 69.4% 乳がん 73.3% (R4 年度)	目標の 100%に届いたのは子宮頸がんのみだった。 1 人の持っている数字が大きいので、引き続き 100%を目指して精検勧奨を行っていく。
生活習慣病 予防教室	肥満者の 減少	BMI25 以上 42.14% (R4 年度)	H30 は 48.1%であり、当初よりは減少したものの、最上地域 30.4%、山形県 29.7%と比べるとまだまだ高い。

第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施しましたが、重症化予防事業は目標未達が多い結果となりました。

特定健診受診率は県内高水準を維持していますが、生活習慣病リスクを見ると県内最下位の項目が多く、健康状態が悪いため、第3期も重症化予防事業を中心に設計していきます。

2. 健康課題

A	医療費が増加傾向にあり、県や国と比べて高い。また、男女ともに64歳以下の1人あたり医療費が県よりも高い。
B	加入者全体の70.5%が生活習慣病の治療を受けている。健診受診者で生活習慣病コントロール不良者が69.9%、健診未受診者で生活習慣病治療者が69.3%おり、生活習慣病リスクを複数抱えている者も多い。
C	健診未受診者が多い男性の30歳代～50歳代での糖尿病有病者が多い。
D	男性の生活改善意欲が低く、特定保健指導実施率も低い。
E	運動習慣がない者の割合、生活習慣病リスク保有者の割合が高い。
F	介護認定率は低いですが、74歳以下での健康課題が75歳以上でも同様にみられ、肥満、生活習慣病リスクが高い、運動習慣がないという因子が介護に至る原因の心疾患、筋・骨疾患やフレイルにつながっている。
G	健康状態不明者が9.2%いる。
H	がん検診受診率は高いが、精検受診率が低い。悪性新生物により高額医療費となることが多い。

3. 第3期データヘルス計画の目的

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します。

4. 第3期データヘルス計画全体の目標

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					
				R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
i	生活習慣病の重症化を予防する	生活習慣病コントロール不良者の割合	KDB 帳票「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」の値	70%			60%			50%
ii		生活習慣病リスク保有者医療受診率	KDB 帳票「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」の値	87%			90%			100%
iii		BMI25 以上の割合	KDB 帳票「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」の値	12%			10%			9%
iv	生活習慣を改善する	運動習慣がない者の割合	質問票調査の状況	23%			20%			15%
v	若年層から健康意識を高める	59 歳以下の健診受診率	40～59 歳の特定健診受診率、若年ドック、セット健診の受診率	35%			40%			50%
vi	健康状態の悪化を予防する	がん検診精検受診率	がん検診精検受診率	80%			90%			100%

5. 保健事業実施計画（重点事業）

（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	40-74 歳の被保険者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	【中長期】 BMI 該当者割合	法定報告値	12%	12%	11%	10%	10%	10%	9%
2	生活習慣病コン ロール不良者の割合	KDB 帳票「糖尿病等 生活習慣病予防のた めの健診・保健指導」 の値	70%	70%	65%	60%	55%	53%	50%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定健康診査受診率	法定報告値	64%	64%	64%	65%	65%	65%	66%

周知方法	健診申込時、健康だより、広報等で随時実施	
勧奨方法	未申込者には勧奨通知送付、国保新規加入者には加入時勧奨。 申込者で未受診者には再勧奨の実施。	
実施及び 実施後の支援	実施形態	人間ドックとして実施
	実施場所	最上検診センター
	時期・期間	4 月～1 月
	データ取得	未申込者で受診済みの健診がある場合は結果提供を依頼。 最上検診センターから実施済みの結果データの提供。
	結果提供	健診実施から 1 か月後に対面で健診結果報告会を実施。
その他(事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	健診結果にパンフレット同封。 結果説明会欠席者には次回以降の健診結果説明会日程を郵送。	
庁内担当部署	健康福祉課に執行委任。 国保の新規加入者への周知は住民税務課にて実施	
民間事業者	最上検診センターにて受診前の電話でのフォロー、未受診者への勧奨 を実施する。	
その他(事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	受診勧奨判定値以上の方には受診勧奨・受診確認の通知を同封する。 山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム対象者には専用の 受診勧奨・受診確認の通知を同封する。	

（２） 若年ドック、セット健診

事業の目的	若年層から健診を受けてもらい、健康意識を高める。
事業の概要	30～39 歳ドックの実施、セット健診(19～29 歳)の実施
対象者	19～39 歳までの男女

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診勧奨判定値 保有者の割合	健診結果から確認	15%	15%	14%	14%	13%	13%	12%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健診受診率	法定報告値	20%	20%	20%	21%	21%	21%	22%

周知方法		健診申込時の周知、健康だより、広報で随時周知を行う。
勧奨方法		未申込者には勧奨通知を送付する。国保新規加入者には加入時に勧奨。申込者で未受診者には再勧奨を行う。
実施及び 実施後の支援	実施形態	30～39 歳は人間ドックとして実施、19～29 歳はセット健診（特定健診と同項目）で実施。
	実施場所	最上検診センター
	時期・期間	4 月～1 月
	データ取得	未申込者で受診済みの健診がある場合は結果提供を依頼。最上検診センターから実施済みの結果データの提供。
	結果提供	健診実施から 1 か月後に対面で健診結果報告会を実施。
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		健診結果にパンフレット同封。 結果説明会欠席者には次回以降の健診結果説明会日程を郵送。
庁内担当部署		健康福祉課に執行委任。 国保の新規加入者への周知は住民税務課にて実施
民間事業者		最上検診センターにて受診前の電話でのフォロー、未受診者への勧奨を実施する。
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)		受診勧奨判定値以上の方には受診勧奨・受診確認の通知を同封する。 山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム対象者には専用の受診勧奨・受診確認の通知を同封する。

(3) 糖尿病・慢性腎臓病重症化予防事業

事業の目的		糖尿病及び慢性腎臓病のリスク保有者の重症化を予防する。	
事業の概要		糖尿病及び慢性腎臓病のリスク保有者に受診勧奨、受診確認を行う。	
対象者	選定方法	健診結果から山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業の対象者抽出基準に沿って抽出。	
	選定基準	健診結果による判定基準	医療機関未受診者で①又は②に該当する者。 ①次のアに該当し、かつイ又はウのいずれかに該当する者 ア 空腹時血糖値 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上 又は HbA1c6.5%以上 イ eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満 ウ 尿蛋白 陽性(+)以上 ②eGFR45ml/分/1.73 m ² 未満の者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者の受診継続	1 年度の受診継続についてレセプトで確認	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対象者の医療受診状況	レセプトで確認	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

周知方法	健診結果説明時に周知
勧奨方法	健診結果説明時に勧奨
実施後の支援・評価	結果報告会の3か月後にレセプトで受診確認
庁内担当部署	健康福祉課
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)	医師会には県を通じて説明・周知済。
かかりつけ医・専門医	対象者から同意を得てかかりつけ医、専門医へ情報提供を行う。
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	専門医受診後、カードシステム対象者となったものに対してはカードシステムでの支援を行う。

(4) リスク保有者への受診勧奨

事業の目的	リスク保有者の重症化を予防する。		
事業の概要	リスク保有者に受診勧奨、受診確認を行う。		
対象者	選定方法	健診結果から受診勧奨数値の方を抽出。	
	選定基準	健診結果による判定基準	下記のいずれかに該当する者 ①血圧 140/90 以上 ②中性脂肪 300 以上 ③HDL コレステロール 34 以下 ④LDL コレステロール 140 以上 ⑤空腹時血糖 126 以上 ⑥HbA1c6.5 以上 ⑦AST (GOT) 61 以上 ⑧ALT (GOT) 61 以上 ⑨γ-GT101 以上 ⑩がん検診で要精密検査となった者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診勧奨数値の方の継続受診状況	結果説明から1年後のレセプトで確認	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%
2	生活習慣病リスク保有者の割合の順位	KDB 帳票「健康スコアリング（健診）」	35 位	35 位	35 位	34 位	33 位	33 位	32 位
3	がん検診精密検査受診率	地域健康増進報告数値	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診勧奨数値の方の受診状況	結果説明から3か月後のレセプトで確認	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%
2	対面での保健指導の実施	結果説明返却数	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%

周知方法	健診結果説明時に周知
勧奨方法	健診結果説明時に勧奨
実施後の支援・評価	生活習慣病リスク保有者に関しては結果報告会の3か月後、1年後にレセプトで受診確認。がん検診受診は回報書により確認し、未受診の場合は再勧奨を行う。
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	健診の1か月後に各地区公民館にて結果説明会を実施。結果説明会欠席の場合は次回以降の日程を案内する。 受診勧奨判定値以上の方には受診勧奨・受診確認の通知を同封する。 受診勧奨数値の者については、健診結果説明から3か月後と1年後にレセプトを確認する。
庁内担当部署	健康福祉課
かかりつけ医・専門医	対象者から同意を得てかかりつけ医、専門医へ情報提供を行う。
民間事業者	回報書郵送先が最上検診センターになっている検査項目の回報書コピーの提供。

(5) 個別健康教室

事業の目的	生活習慣病リスク保有者へ適切な情報提供、指導を行い、生活習慣の改善に取り組む。
事業の概要	生活習慣病リスク保有者への健康教室の実施
対象者	40～74 歳の生活習慣病リスク保有者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	BMI 該当者割合	法定報告値	12%	12%	11%	10%	10%	10%	9%
2	血糖リスク保有者割合	法定報告値	23.3%	23%	22%	22%	21%	21%	20%
3	脂質リスク保有者割合	法定報告値	21.8%	21%	21%	20%	20%	19%	19%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健康教室参加率	健康教室参加率	21%	21%	22%	23%	24%	25%	26%

周知方法	健診結果説明時での周知、広報での周知
勧奨方法	対象者に勧奨を行う。
実施後の支援・評価	肥満：運動指導、栄養指導、保健指導の実施 糖尿病：栄養指導、保健指導の実施、血液検査の実施 脂質：栄養指導、保健指導の実施、血液検査の実施
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者参加型の受けて楽しい教室の開催。
庁内担当部署	健康福祉課
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）	血液検査は大蔵村診療所で実施。
その他の組織	Oh!蔵スポーツ

6. 保健事業実施計画（その他事業）

（１）健康状態不明者、健診未申込者への受診勧奨

事業の目的	健診未申込者に勧奨を行い、健康状態の把握、受診勧奨値保有者の早期治療につなげる。
事業の概要	健診未申込者に受診勧奨を行う。
対象者	KDB 帳票より抽出した健康状態不明者、健診申込みデータより抽出した健診未申込者のうち、長期入院中、施設入所中の者、介護 3 以上の者を除く。

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健診受診率	該当者のうち健診に繋がった人数	5%	5%	5%	6%	6%	6%	7%

プロセス（方法）	対象者に勧奨通知の送付
ストラクチャー（体制）	健康福祉課で実施

（２）健診結果説明会

事業の目的	健診結果を対面で説明することで一人ひとりの健康状態に応じた保健指導を行う。
事業の概要	対面での健診結果説明、受診勧奨
対象者	健診受検者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	受診勧奨数値の方の受診状況	結果説明から 3 か月後のレセプトで確認	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	対面での保健指導の実施	結果説明返却数	80%	80%	85%	90%	93%	95%	100%

プロセス（方法）	健診の 1 か月後に各地区公民館にて結果説明会を実施。 受診勧奨判定値以上の方には受診勧奨・受診確認の通知を同封する。 山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム対象者には専用の受診勧奨・受診確認の通知を同封する。 受診勧奨数値の者については、健診結果説明から 3 か月後にレセプトを確認する。
ストラクチャー（体制）	健康福祉課で実施

(3) 広報、健康だよりでの啓発、情報発信

事業の目的	村民の健康意識の向上
事業の概要	広報誌を用いた健康情報発信
対象者	全被保険者

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					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	健康だよりの発行 数		12 回	12 回	12 回	12 回	12 回	12 回	12 回
	広報の掲載回数		12 回	12 回	12 回	12 回	2 回	2 回	2 回

プロセス（方法）	健康だよりに健康に関する内容を掲載する。 広報では健康についての連載を実施し、その後は特集等で年 2 回掲載を行う。
ストラクチャー（体制）	健康だよりは健康福祉課発行、広報は総務課で発行。

第4章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

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。

計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行います。評価に当たっては、関係機関および国保連と連携を図っていきます。

2. データヘルス計画の公表・周知

本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。

3. 個人情報の取扱い

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。

4. 地域包括ケアに係る取組

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）に参加していきます。

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眼して抽出し、関係者と共有し、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。

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予定です。