

五霞町国民健康保険
保健事業総合計画

令和 6 年度～令和 11 年度

五霞町
令和 6 年 3 月

目 次

第1章	計画策定にあたって・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1	計画策定の趣旨と目的・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	計画の位置づけと期間・・・・・・・・・・・・・・・・	1
第2章	五霞町の現状・・・・・・・・・・・・・・・・	2
1	人口の構成・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2	国民健康保険被保険者数の年齢構成・・・・・・・・	3
3	標準比死亡比・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4	介護認定の状況・・・・・・・・・・・・・・・・	4
5	国民健康保険の医療費の状況・・・・・・・・	5
6	特定健康診査の状況・・・・・・・・・・・・・・・・	8
第3章	データヘルス計画・・・・・・・・・・・・・・・・	11
1	これまでの取組と評価・・・・・・・・・・・・・・・・	11
2	重点課題・・・・・・・・・・・・・・・・	15
3	保健事業の内容等・・・・・・・・・・・・・・・・	15
4	計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・	17
5	個人情報の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・	17
6	その他留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・	17
第4章	特定健康診査・特定保健指導実施計画・・・・・・・・	18
1	これまでの取組と評価・・・・・・・・・・・・・・・・	18
2	基本目標及び実施計画・・・・・・・・・・・・・・・・	21
3	特定健康診査の実施方法・・・・・・・・・・・・・・・・	23
4	計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・	23
5	個人情報の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・	23
第5章	県共通の評価指標について・・・・・・・・	24

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨と目的

我が国では、急速な高齢化や疾病構造の変化に対応した健康施策が喫緊の課題となっており「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「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」と掲げられました。またこれを受け、「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」(平成16年厚生労働省告示第307号)の一部が改正され、「市町村及び組合は健康・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な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと」と定められました。データヘルス計画は平成30年度から第2期へ移行し、被保険者の健康寿命延伸に向けて、データを活用した実効的な保健事業の一層の推進・強化が保険者に求められています。このような状況を踏まえ、本計画は被保険者の健康の保持及び増進と医療費適正化を図るために、健診・レセプト等のデータ分析で明らかになった健康課題に対する取組(保健事業)を計画し、当該保健事業の実施及び結果を評価することを目的とします。

また、データヘルス計画と特定健康診査・特定保健指導実施計画は、双方に連携して策定することが望ましいとされていることから、一体的に策定します。

2 計画の位置づけと期間

本計画は、データヘルス計画と特定健康診査等実施計画で構成されています。データヘルス計画は、特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画です。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康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものです。

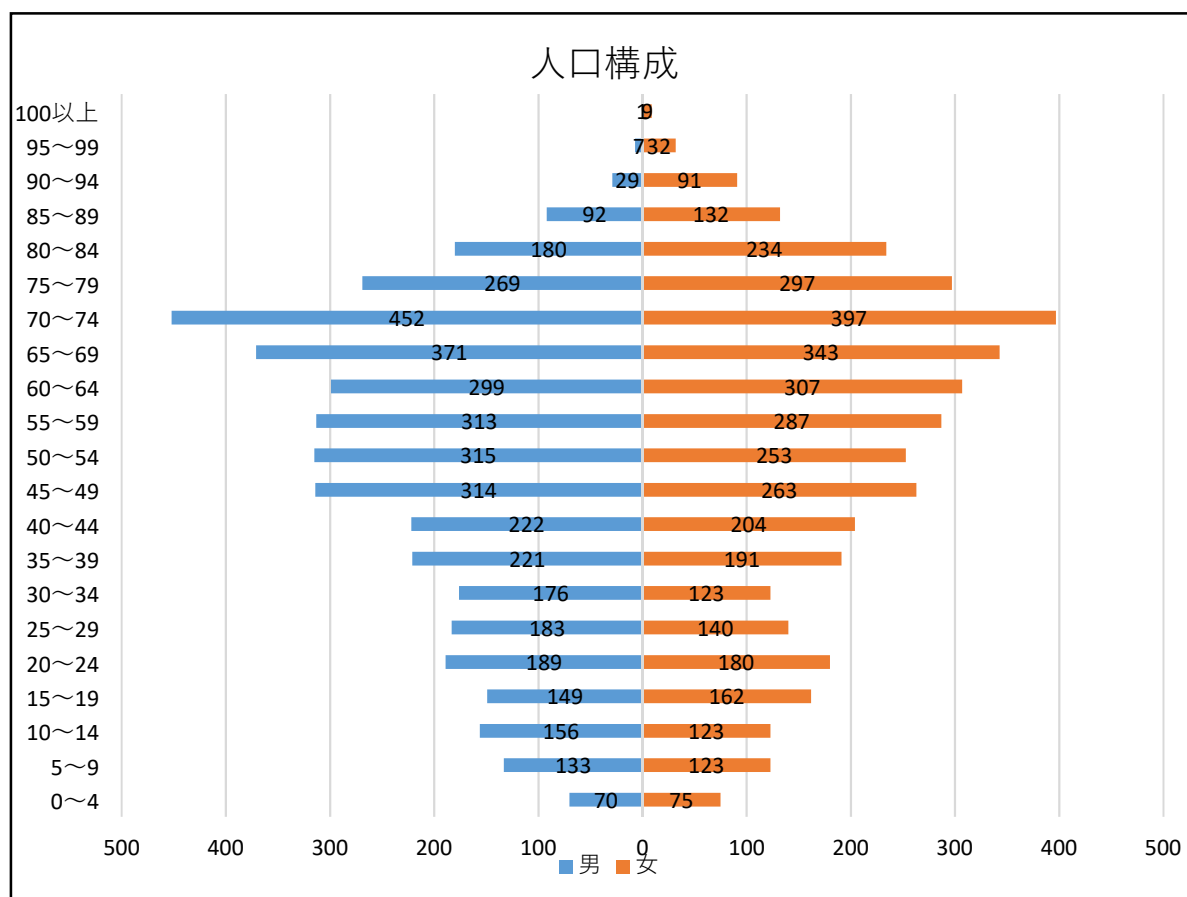
本計画は、五霞町の総合計画、健康づくり計画、介護保険事業計画との整合性を図っています。

計画期間については、令和6年度から令和11年度までとします。

第2章 五霞町の現状

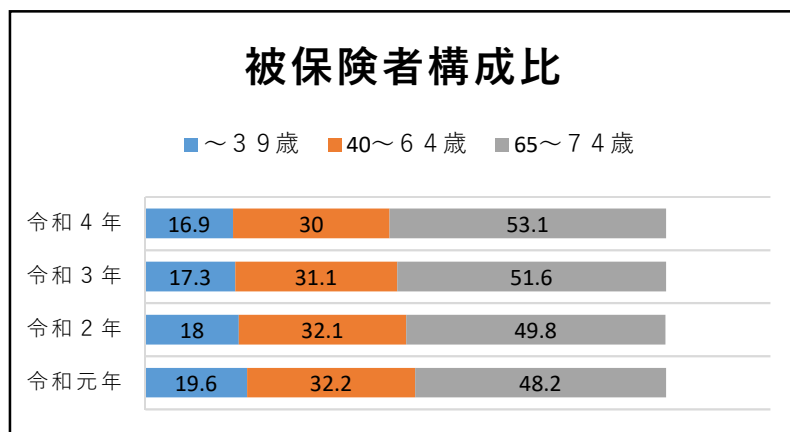
1 人口の構成

町の人口は、令和5年4月1日現在の総人口は8,107人となっています。人口構成比をみると、若年層（0～39歳）は減少傾向にあり、反対に老年人口（65歳以上）は増加傾向にあることから、少子高齢化が進行しています。



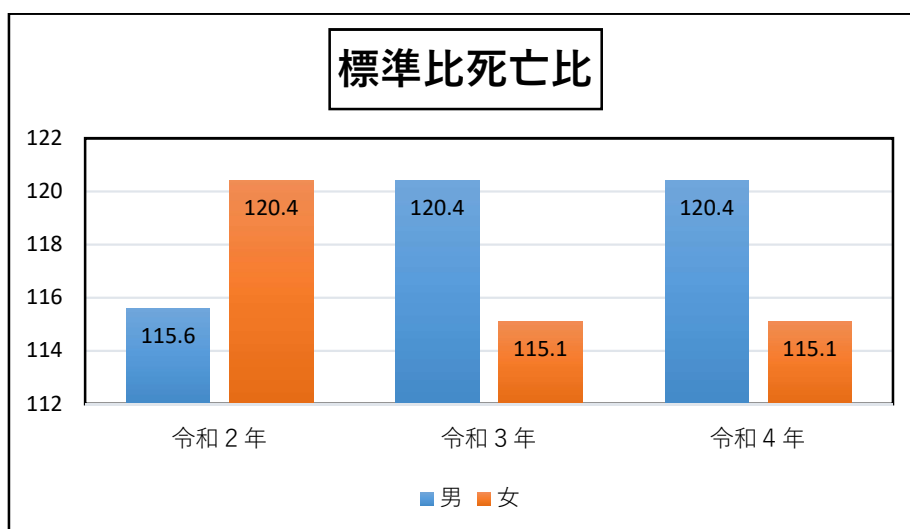
2 国民健康保険被保険者数の年齢構成

令和 5 年 3 月末の被保険者数は 1,992 人です。このうち、特定健康診査対象となる 40 歳以上 75 歳未満の加入者は、令和 4 年では 83.1%となっています。



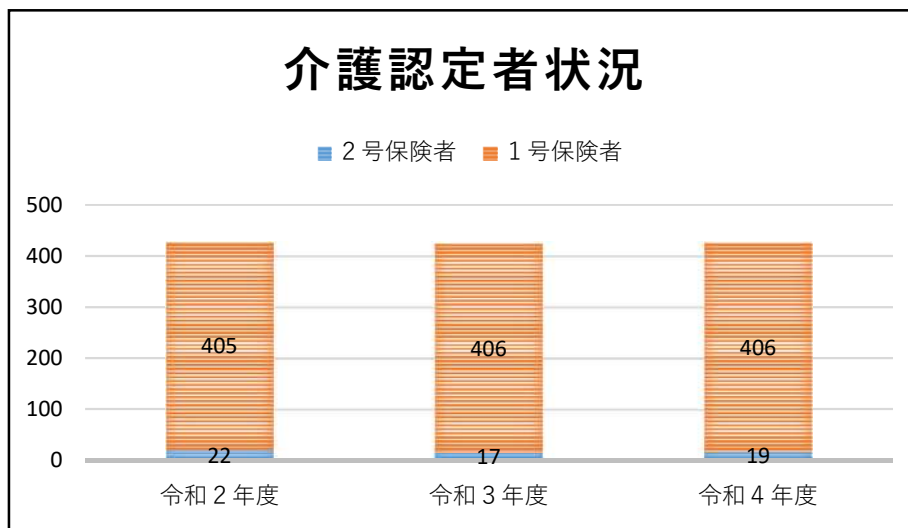
3 標準比死亡比

町の標準比死亡比は、令和 4 年で男性 120.4%、女性で 115.1%となっています。



4 介護認定の状況

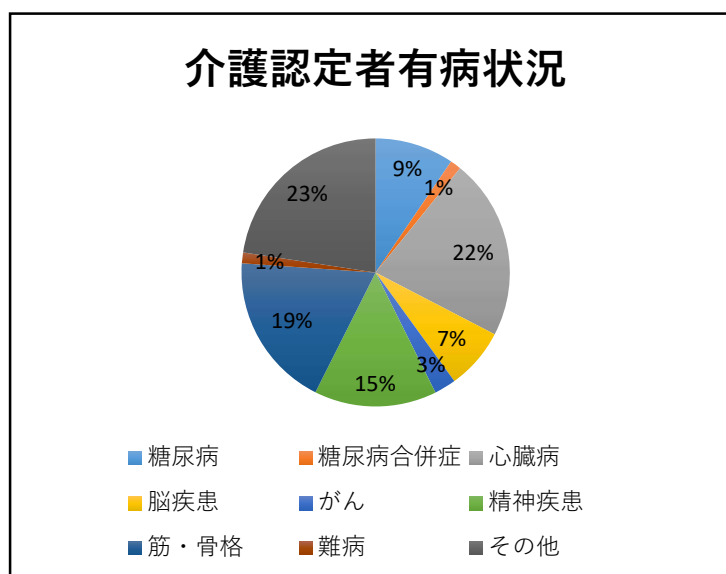
介護保険の認定者数は、令和4年で1号被保険者が406人、2号被保険者数が19人です。同規模市町村と比較すると、1号被保険者の認定率は低く、2号被保険者の認定率は高くなっています。



介護認定者の有病状況

介護認定者の有病状況は、その他の次に心臓病及び筋・骨格が多い割合となっています。このことから、循環器疾患予防対策など実施することによって要介護状態に陥ることを防ぐことが期待され、将来の医療費の適正化にも繋がるものと考えられます。

糖尿病	108人
糖尿病合併症	15
心臓病	248
脳疾患	84
がん	30
精神疾患	168
筋・骨格	212
難病	15
その他	257



5 国民健康保険の医療費の状況

令和4年度のレセプトデータ及び健康診査データから算出した医療費等統計の主要な分析結果です。

【基礎統計】

医療費	679,465,490 円
-----	---------------

【高額（5万点以上）レセプト分析】

高額レセプト件数	232 件
高額レセプト件数割合	0.9%
高額レセプト医療費割合	36.3%

【大分類による疾病別医療費統計】

	医療費が高額な疾病	医療費	構成比
1 位	循環器系の疾患	132,049,319 円	19.5%
2 位	新生物〈新生物〉	88,446,613 円	13.0%
3 位	精神及び行動の障害	64,785,004 円	9.5%

	患者数が多い疾病	患者数
1 位	循環器系の疾患	1,044 人
2 位	内分泌、栄養及び代謝疾患	999 人
3 位	消化器系の疾患	966 人

	患者一人当たりの医療費が高額な疾病	患者一人当たりの医療費
1 位	妊娠、分娩及び産褥	462,030 円
2 位	精神及び行動の障害	243,553 円
3 位	新生物〈腫瘍〉	166,566 円

【中分類による疾病別医療費統計】

医療費が高額な疾病		医療費	構成比
1 位	糖尿病	38,928,423 円	5.7%
2 位	その他の心疾患	34,441,004 円	5.1%
3 位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	34,299,606 円	5.1%

患者数が多い疾病		患者数
1 位	高血圧性疾患	812 人
2 位	糖尿病	736 人
3 位	その他の消化器系の疾患	620 人

患者一人当たりの医療費が高額な疾病		患者一人当たりの医療費
1 位	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1,082,057 円
2 位	くも膜下出血	578,431 円
3 位	その他の妊娠、分娩及び産褥	575,853 円

【生活習慣病医療費の状況】

生活習慣病医療費	151,345,512 円
----------	---------------

【特定健康診査結果分析】

有所見者割合が高い検査項目		有所見者割合
1 位	H b A1 c	66.3%
2 位	空腹時血糖	50.8%
3 位	L D L コレステロール	49.1%

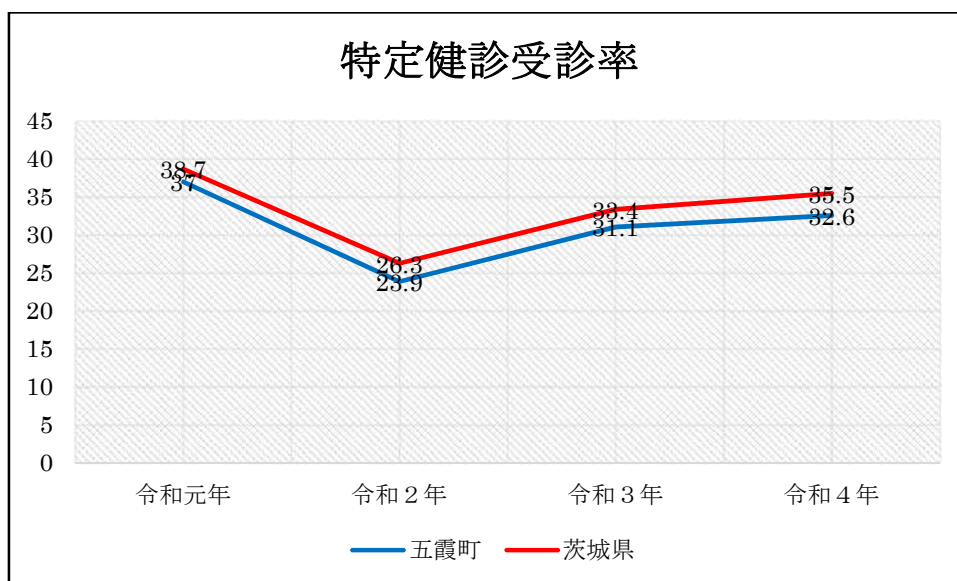
メタボリックシンドローム該当状況	該当割合
基準該当	18.9%
予備群該当	10.1%

【骨折予防・骨粗鬆症重症化予防事業に係る分析】

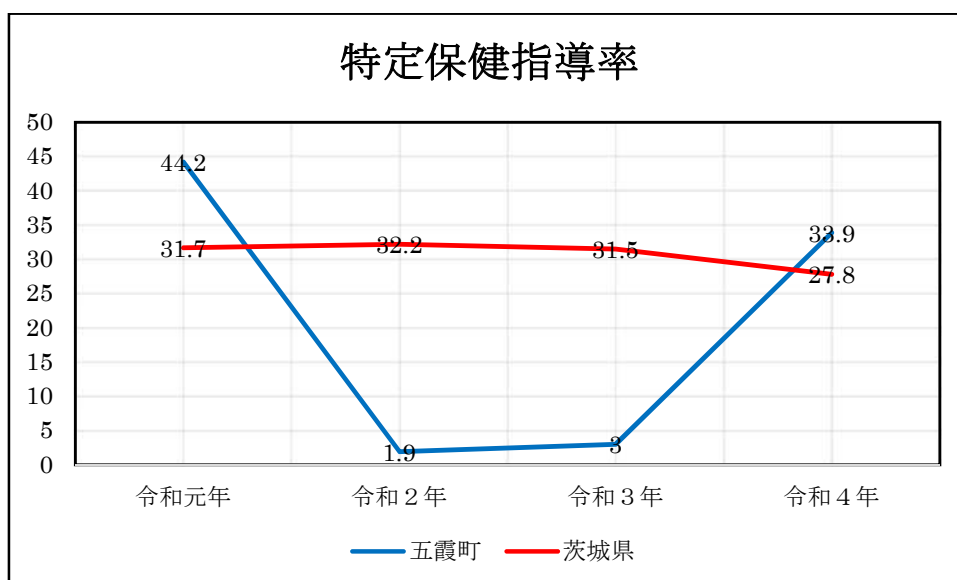
	男女合計	男性	女性
骨折医療費	16,013,527 円	5,777,080 円	10,236,447 円
骨折患者数	116 人	36 人	80 人
患者一人当たりの骨折医療費	138,048 円	160,474 円	127,956 円

	男女合計	男性	女性
骨粗鬆症患者数	238 人	52 人	186 人
骨粗鬆症治療薬服用中患者数	146 人	22 人	124 人
骨粗鬆症治療中断患者数	15 人	4 人	11 人
治療薬服用中患者に占める治療中断患者割合	10.3%	18.2%	8.9%

6 特定健康診査の状況



特定健診受診率は、茨城県よりも低い水準となっている。令和2年については、新型コロナウイルス感染症予防の影響により、低い受診率となっている。



令和元年については、県の受診率より高くなっているが、令和2年～3年については、新型コロナウイルス感染予防の事業のため、保健師等の人手不足により、低い指導率となってしまった。令和4年は回復に向かっている。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	503	30.4%	61,052	18,386,602	18,447,654
健診未受診者	1,154	69.6%	6,032,598	48,024,227	54,056,825
合計	1,657		6,093,650	66,410,829	72,504,479

生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
9	1.8%	255	50.7%	255	50.7%	6,784	72,104	72,344
41	3.6%	581	50.3%	585	50.7%	147,137	82,658	92,405
50	3.0%	836	50.5%	840	50.7%	121,873	79,439	86,315

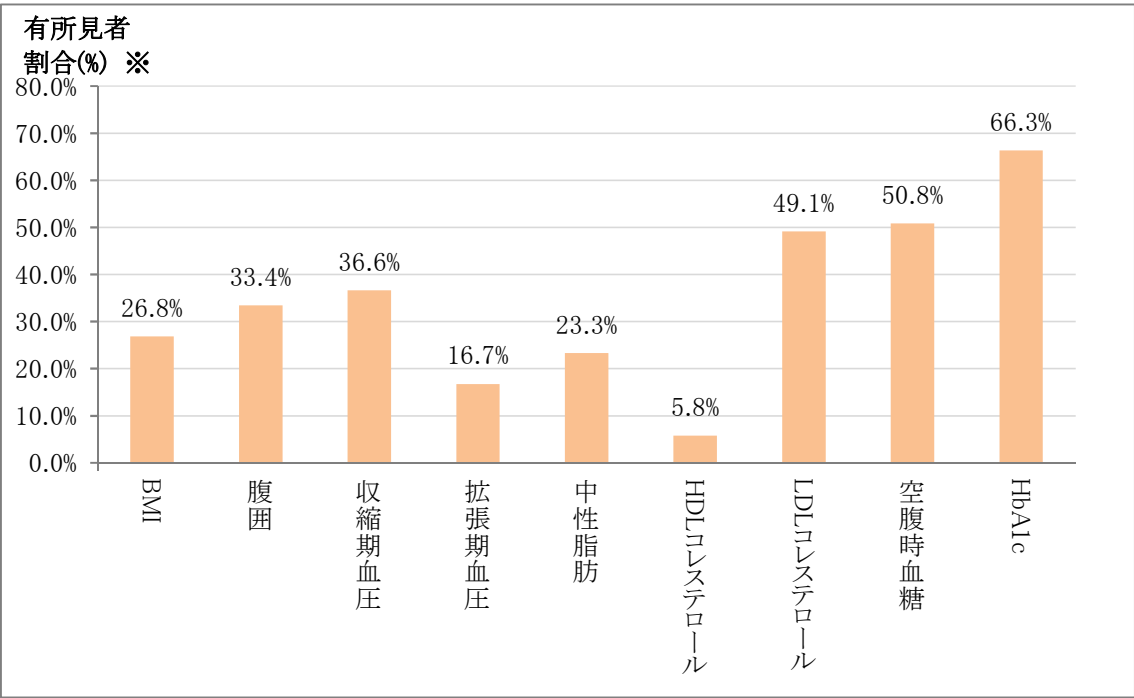
データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

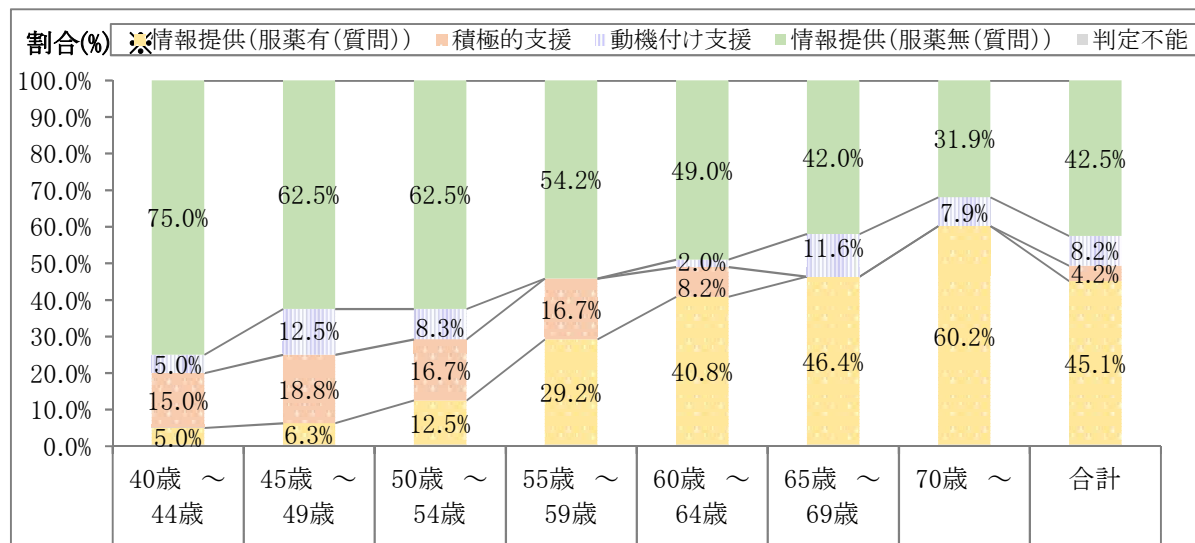
資格確認日…令和5年3月31日時点。

健診受診者の有所見者割合



健診結果の有所見者(健診結果において、医師による所見がある者)については、高血糖者の割合が高くなっている。

保健指導レベルの該当状況（年齢階層別（男女合計））



データ化範囲（分析対象）…健診データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

40歳～59歳の年齢が動機付け指導及び積極的指導の割合が高くなっている。動機付け支援よりも積極的指導の割合が高くなっている。

第3章 データヘルス計画

1 これまでの取組と評価

◎評価の考え方

- ・アウトカム指標（検査値の改善等）の評価について

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価は、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

- ・アウトプット指標（事業の実施量等）の評価について

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価は、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

◎実績・評価

(1) 高血圧

○アウトカムについて

【実績】※高血圧教室と糖尿病教室は隔年で開催

アウトカム	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
収縮期血圧 平均値	126.12 mmHg	125.99 mmHg	A	126 mmHg
Ⅲ度高血圧 の未治療者	3人	2人	B	0人

・収縮期血圧平均値について

令和4年に125.99 mmHg とほぼ目標値となったため評価はAとしました。

・Ⅲ度高血圧の未治療者について

目標値には未達成となったが改善が見られたので評価はBとしました。

○アウトプットについて

【実績】※高血圧教室と糖尿病教室は隔年で開催

アウトプット	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
高血圧教室	0回	0回	C	1回
通知を出した通数	0通	0通	C	対象者全数
参加者数	0人	0人	C	20人
受療勧奨者数	10人	12人	A	対象者全数
Ⅲ度高血圧	3人	2人		

・高血圧教室について

令和2年度から新型コロナウイルスの影響により、教室の開催ができず、その後もワクチン接種などの業務が増えたことで人材不足となり、教室を開催することができなくなったため評価はCとしました。

・受療勧奨について

健診の受診者に対し、数値以上の方には受療の勧奨通知を行いました。毎年度行ったので評価はAとしました。

(2) 糖尿病

○アウトカムについて

【実績】

アウトカム	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
HbA1c6.5 以上または治療中の者	50 人	54 人	B	74 人
HbA1c8.0 以上の未治療者	0 人	2 人	B	0 人

- ・ HbA1c6.5 以上または治療中の者について、目標値には至らなかったが改善がみられたので評価はBとしました。
- ・ HbA1c8.0 以上の未治療者について、令和3年には目標達成したが令和4年は2人増加してしまいましたが、評価はBとしました。

○アウトプットについて

【実績】

アウトプット	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
糖尿病教室	0 回	0 回	C	1 回
通知を出した通数	0 通	0 通	C	対象者全数
参加者数	0 人	0 人	C	40 人
受療勧奨者数	4 人	9 人	A	対象者全数
8.0 以上	1 人	1 人		

- ・ 高血圧教室について
令和2年度から新型コロナウイルスの影響により、教室の開催ができず、その後もワクチン接種などの業務が増えたことで人材不足となり、教室を開催することができなくなったため評価はCとしました。
- ・ 通知を出した通数について
対象者全数に通知を送付しました。評価はAとしました。

(3) ジェネリック医薬品

○アウトカムについて

【実績】

アウトカム	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
利用率	84.51%	87.63%	A	80%

・利用率について

保険証切り替え時にジェネリック医薬品利用シールを同封していることや差額通知の発送（「ジェネリック医薬品差額通知」）等により被保険者のジェネリック医薬品の利用意識が向上しているため利用率は順調に上昇したため、評価はAとしました。

○アウトプットについて

【実績】※各年の10月実績数

アウトプット	令和3年	令和4年	評価	目標 (令和5年)
差額通知を出した通数	400通	400通	A	400通

・差額通知を出した通数

診療報酬支払明細書(レセプト)から差額効果のある被保険者の抽出を行い、ジェネリック医薬品の利用促進を図るため、7月と11月の年2回に200名ずつ（差額上位順）発送していた差額通知を発送しました。目標は達成されていることから評価はAとしました。

全体評価

第2期データヘルス計画では、保健事業として高血圧、糖尿病、ジェネリックと各種教室や差額通知の発送など行った。高血圧及び糖尿病においては、新型コロナウイルスの感染流行により事業が出来ないなど、思うようには事業展開できなかったのが現状ですが、出来るところの範囲内で受診勧奨などの通知を行い、重症化予防に努めました。ジェネリックにおいては、上位者200名について通知を行い、県内においても実施率が上位の成果が出ています。

今後も、国民健康保険の被保険者の健康を保つため、より一層保健事業の推進に努めます。

2 重点課題

本計画の目的は、被保険者の健康の保持及び増進と医療費適正化を図ることにあります。住民が生き生きと健康に暮らし続けるためにも、病気の予防・早期発見が重要です。

特定健診有所見率においても血糖及び血圧が高く、さらに給付費の上位も同じようになっています。今後、増加しないためにも高血圧・糖尿病予防の啓発事業を実施し、生活習慣の見直しや医療機関受診の必要性を含め、高血圧・高血糖の状態の改善を図ります。

3 保健事業の内容等

①事業名称	生活習慣病重症化予防事業							
②事業の目的	被保険者の生活習慣病の重症化を予防することにより，健康の保持増進及び将来的な医療費の適正化を図る							
③対象者	4 0 歳以上被保険者							
④ 現在までの事業結果	医療機関受診勧奨通知 R4 69 人 糖尿病性腎症重症化予防事業 R4 8 人 重複・多剤服薬適正化事業 R4 28 人							
⑤今後の目標値								
指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	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(成果)指標	特定健診受診者の高血圧投薬治療割合	92.8%	93	94	95	96	97	98
アウトプット(実施量・率)指標	医療機関受診勧奨通知発送(人数)	69 人	60	55	50	45	43	40

アウトカム (成果) 指標	人工透析者 数	9 人	8	7	6	6	5	5
アウトプット(実施量・ 率) 指標	糖尿病性腎 症重症化予 防事業実施 (指導を受け た人数)	6 人	5	5	4	4	3	3
アウトカム (成果) 指標	指導を受け て改善され た人数	24 人	29	30	30	33	34	35
アウトプット(実施量・ 率) 指標	重複・多剤 服薬適正化 事業実施 (発 送 件 数)	28 人	26	24	20	17	14	10
⑨ 目標を達成 するための主 な戦略	国保連との連携、委託業者との連携							
⑩現在までの実施方法（プロセス）								
医療機関受診勧奨通知発送は、前年度の特定健診の結果を基に、対象者を抽出し発送。 糖尿病性腎症重症化予防事業は、前年度の特定健診の結果を基に、対象者を抽出し指導を希望する方は申請後、管理栄養士による指導を受ける。 重複・多剤服薬適正化事業は、レセプト（発送前の 3 ヶ月）で 3 ヶ月連続して、1 ヶ月に同一調剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている者を抽出し、本人の身体に大きな負担がかかる危険性の周知を行い、さらに保健師による訪問指導を行う。								
⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標								
管理栄養士や保健師による指導を行っているが、参加希望する方が少ないため参加者が増えるよう努める。								
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）								
医療機関受診勧奨通知発送及び糖尿病性腎症重症化予防事業は業者委託。 重複・多剤服薬適正化事業は、抽出は業者委託、指導は国民健康保険団体連合会から保健師派遣。								

⑬評価計画
年度ごとの比較 中間評価（令和８年）実施

4 計画の公表・周知

本計画は、本町国保加入者及び保健医療機関関係者等に対し、全文を町ホームページに掲載し公表します。

5 個人情報の取扱い

個人情報の取扱い及び守秘義務規定を遵守します。町における個人情報管理については、「五霞町個人情報の保護に関する条例」、その他個人情報の保護に関する法令等に基づいて行います。

6 その他留意事項

地域包括ケアに係る取組事業に、国保保険者として積極的に参加します。また、国保加入者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援を行います。

その他、後期高齢者医療制度及び介護保険制度と連携した保健事業を実施します。

第4章 特定健康診査・特定保健指導実施計画

1 これまでの取組と評価

○評価の考え方

- ・アウトカム指標（検査値の改善等）の評価について

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価は、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

- ・アウトプット指標（事業の実施量等）の評価について

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価は、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

①特定健康診査

アウトカム	直近 (令和4年)	目標 (令和5年)	評価
健診受診率	32.9%	60%	B

アウトプット	直近 (令和4年)	目標 (令和5年)	評価
未受診者健診の受診勧奨通知を出した通数	1,150 通	1,300 通	A
未受診者健診の受診者数	71 人	70 人	A

特定健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の感染予防による影響で受診率は低いものとなってしまった。令和4年には、受診者が戻りつつあるがまだ感染症発症前の受診率には達していない。

②特定保健指導

アウトカム	直近 (令和4年)	目標 (令和5年)	評価
特定保健指導実施率	33.9%	60%	B

アウトプット	直近 (令和4年)	目標 (令和5年)	評価
簡易面接の実施数	34 人	98 人	B

特定健診の当日に以下の条件の方に、保健師が簡易面接を行い、メタボリックシンドロームや特定保健指導等について説明を行いました。

- a 腹囲測定（男性 85 cm 女性 90 cm以上）又は BMI25 以上の方
- b 服薬なし（高血圧 脂質異常 糖尿病の治療薬）
- a b の条件を満たす方

全体評価

特定健康診査及び特定保健指導の事業については、計画年度中に新型コロナウイルス感染による感染予防から、事業が推進できない状態が続いたことから、評価としては達成できない状態となってしまった。しかし、感染予防を行いながら、できる範囲で行い事業の推進を図りました。

2 基本目標及び実施計画

①事業名称	生活習慣病予防対策事業							
②事業の目的	生活習慣病の早期発見と重症化を防ぐため、特定健診を受診して自らの健康状態を知ってもらう							
③対象者	40歳以上の被保険者							
④現在までの事業結果	特定健診受診率 R3 31.1%・R4 32.9% 特定保健指導率 R3 3.0%・R4 33.9%							
⑤今後の目標値								
指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	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（成果）指標	特定保健指導実施率	33.9%	35	38	40	44	47	50
アウトプット（実施量・率）指標	特定健診受診率	32.9%	35	37	39	41	43	45
アウトプット（実施量・率）指標	未受診者勧奨通知	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
アウトプット（実施量・率）指標	がん検診補助（集団健診で特定健診と併診）	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
アウトプット（実施量・率）指標	人間ドック・脳ドック健診補助	67人	72	77	82	87	92	97
⑨目標を達成するための主な戦略	広報・SNSの活用、業者委託による受診勧奨事務及び特定保健指導（積極的指導）、がん検診との連携、医療機関等と連携							

⑩現在までの実施方法（プロセス）
町で行う集団健診を年３回（７．８月、１２月）行い、２回目の健診が終了後の受診勧奨通知を発送している。 特定保健指導については、初回については町の保健師が実施。その後、動機付けの指導については町の保健師が行い、積極的指導については、業者委託による実施。 人間ドック等の健診補助については、年度当初（１回）に申請受付を行い実施している。
⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標
受診勧奨通知については、これまで２回目の健診が終了後に発送していたが、時期を早めて勧奨通知を発送するよう改善する。 特定保健指導については、初回面接を町の保健師で行い、その後、動機付けの方は町の保健師、積極的指導の方は委託業者による指導実施。 人間ドック等の健診補助の申請については、申請受付の回数を増やすよう改善する。
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）
受診勧奨通知及び特定保健指導（積極的指導）については、業者委託。 人間ドック等の健診補助については、６カ所の医療機関と委託契約。
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標
受診勧奨通知については、ナッジ理論を活用し受診につながるような通知の作成に努める。 特定保健指導については、初回面接はできたものの最終面談までにたどり着けない場合が多いので、今後は積極的に連絡を取り最終面談まで実施できるよう努める。 人間ドック等の健診補助については、６カ所のほか医療機関を増やせるよう努める。
⑭評価計画
年度ごとの比較 中間（令和８年）評価の実施

3 特定健康診査の実施方法

①実施体制

次の３つの健診形態で行います。

- ・保健センターに健診機関が行う集団健診
- ・医師会に加入する医療機関における個別健診
- ・人間ドック、脳ドックにおける個別健診

②外部委託

特定健康診査は全て健診機関（医療機関）に委託します。

4 計画の公表・周知

本計画は、本町国保加入者及び保健医療機関関係者等に対し、全文を町ホームページに掲載し公表します。

5 個人情報の取扱い

個人情報の取扱い及び守秘義務規定を遵守します。町における個人情報管理については、「五霞町個人情報の保護に関する条例」、その他個人情報の保護に関する法令等に基づいて行います。

第5章 県共通の評価指標について

1 県共通の評価指標

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標						
データヘルス計画全体における目的	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
【県共通】特定健康診査	〈アウトプット〉特定健康診査実施率	33	35	37	39	41	43	45
	〈アウトカム〉特定健康診査の2年連続受診者率	24	26	28	30	32	34	36
【県共通】重症化予防	〈アウトプット〉HbA1c8.0%以上の者のうち、医療機関を受診していない者の割合	30	27	24	21	19	17	15
	〈アウトカム〉HbA1c8.0%以上の者の割合	1.84	1.70	1.56	1.42	1.28	1.14	1.00
【県共通】特定保健指導	〈アウトプット〉特定保健指導実施率	3	35	38	40	44	47	50
	〈アウトカム〉特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0	4	7	10	4	17	20

1 特定健康診査

評価指標		算出方法	
		分母	分子
アウトプット	特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数
アウトカム	特定健康診査の2年連続受診者率	特定健康診査対象者数(2年連続有資格者)	特定健康診査2年連続受診者数

2 特定保健指導

評価指標		算出方法	
		分母	分子
アウトプット	特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数
アウトカム	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	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数

3 重症化予防

評価指標		算出方法	
		分母	分子
アウトプット	HbA1c8.0%以上の者のうち、医療機関を受診していない者の割合（※）	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の検査結果がある者の数	糖尿病受診レセプトが確認できない者の数
アウトカム	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c8.0%以上の者の数

※全指標とも、特定健康診査及び特定保健指導に係る法定報告と同じく、年度途中で異動や除外規定となり対象に該当しなくなった場合には、評価対象（分母、分子）から除外する。

※重症化予防のアウトカム指標については、8月分の医療レセプトまで確認して割合を算出予定。