

聖籠町・聖籠町国民健康保険
保健事業実施計画（データヘルス計画）

中間見直し版

（平成 29 年度～令和 5 年度）

令和 3 年 3 月

（令和 5 年 1 1 月修正）

聖籠町

目次

1	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項	1
1-1	計画策定の背景と計画の趣旨	2
1-2	計画の位置づけと期間	4
1-3	関係者連携・実施体制	7
2	中間評価	8
2-1	短期目標の進捗状況	10
2-2	中長期目標の進捗状況	18
2-3	中間評価	20
3	中間見直し後の計画	22
3-1	中間見直し後の計画の全体像	23
3-2	中間見直し後の中長期目標	26
3-3	中間見直し後の短期目標	28
3-4	中間見直し後の保健事業	32
4	計画の評価・見直し等	46
4-1	評価・見直し	47
4-2	計画の公表・周知	47
4-3	個人情報の保護	47

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

データヘルス計画の趣旨、計画期間等、基本的な事項を定めています。

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

1-1 計画策定の背景と計画の趣旨

聖籠町では、国（厚生労働省）が定めた「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 7 月 30 日厚生労働省告示第 307 号。以下『保健事業実施指針』という。）」に基づき、「健康寿命の延伸（生涯健康に暮らせるまちづくり）」を目的（基本理念）に、平成 29 年度から令和 4 年度までを計画期間とする「聖籠町・聖籠町国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定しています。特定健康診査データや診療報酬明細書の分析により聖籠町国民健康保険（以下、「国保」という。）の皆さまの健康状態や疾病傾向を把握し、保健師の日々の活動から見えてきた健康課題等も踏まえ、一般的な啓発事業から重症化予防事業まで、PDCA サイクル（図 1）に沿って効果的かつ効率的な保健事業を展開してきました。

計画策定後の平成 30 年度からは、都道府県が国民健康保険の財政運営の主体となりましたが、地域住民と身近な関係の中で行われる保健事業などの事務は、これまでどおり市町村が行うこととされています。保険者における健康の保持・増進を図る保健事業や医療費適正化等に関する取組に対して、新たなインセンティブ※1 が創設されるなど、保健事業の重要性はますます高まっています。

令和 2 年度は、本計画の 4 年目にあたります。計画期間の半分を経過したことから保健事業と計画の実施状況の評価・検討を行い、関係機関に助言をいただきながら、改善が必要な個所を洗い出しました。そして、必要な事項の修正を行い、計画全体の間見直しを行いました。

聖籠町では、本計画に基づき、昨今の情勢を踏まえながら、引き続き効果的かつ効率的な保健事業を着実に実施し、町民の健康寿命の延伸に取り組んでまいります。

※1 インセンティブ：平成 30 年度から、予防・健康づくりや保険税の収納率向上など、保険者の取組や成果を点数付けし、国からの交付金を配分する仕組みとして、保険者努力支援制度が本格実施されました。国は、保険者努力支援制度の評価指標を、毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させており、現在は、糖尿病等の重症化予防やデータヘルス計画の評価等の配点が高くなっています。

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

図1 保健事業のPDCAサイクル

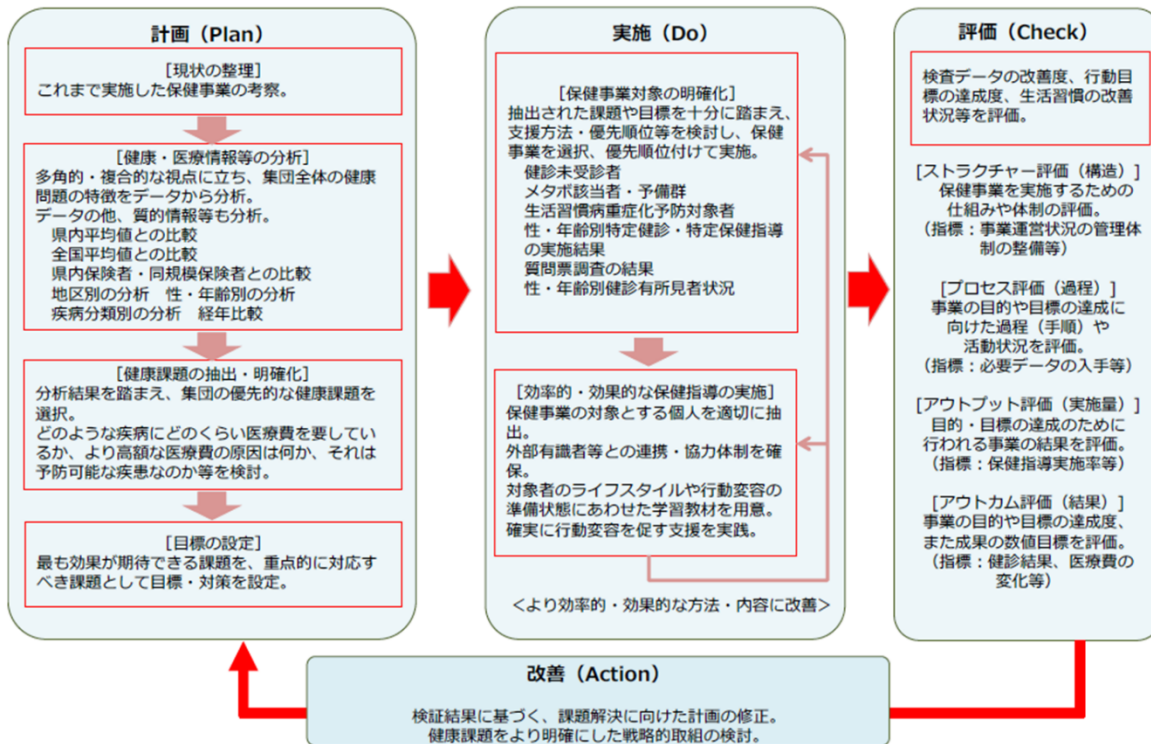
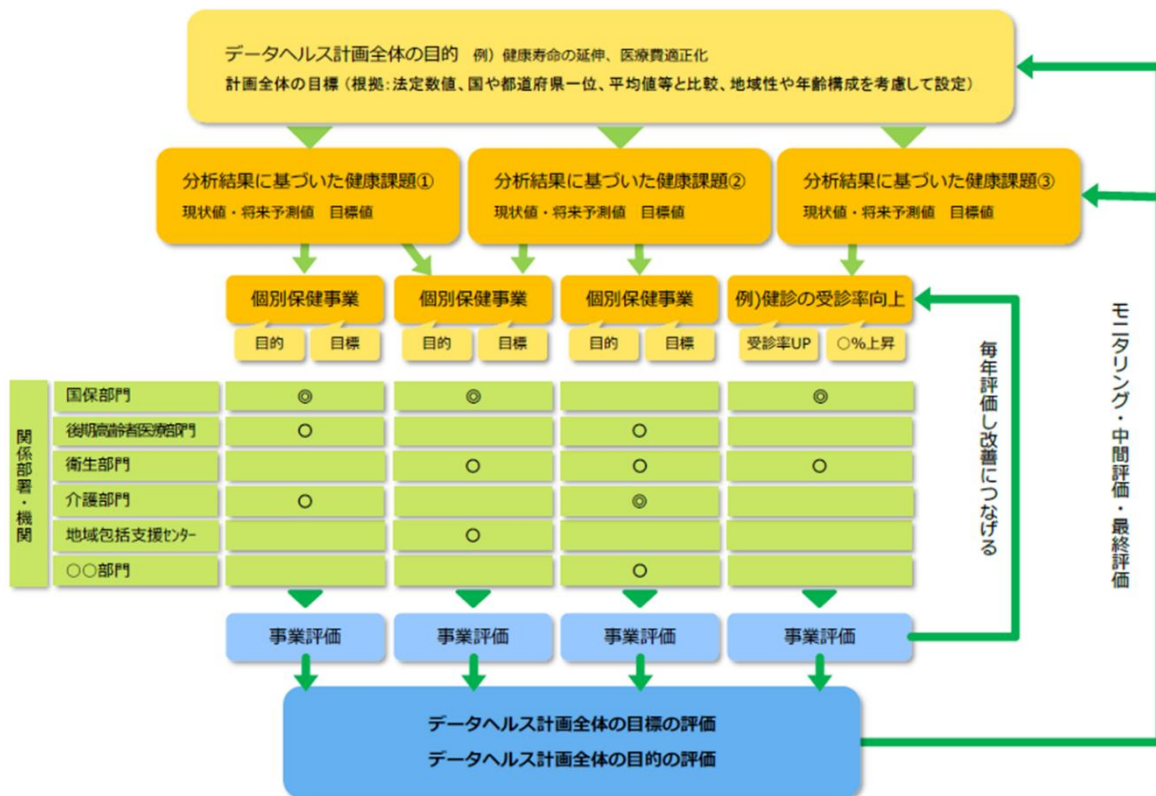


図2 データヘルス計画の評価の流れ



公益社団法人 国民健康保険中央会資料「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン令和2年6月」より

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

1-2 計画の位置づけと期間

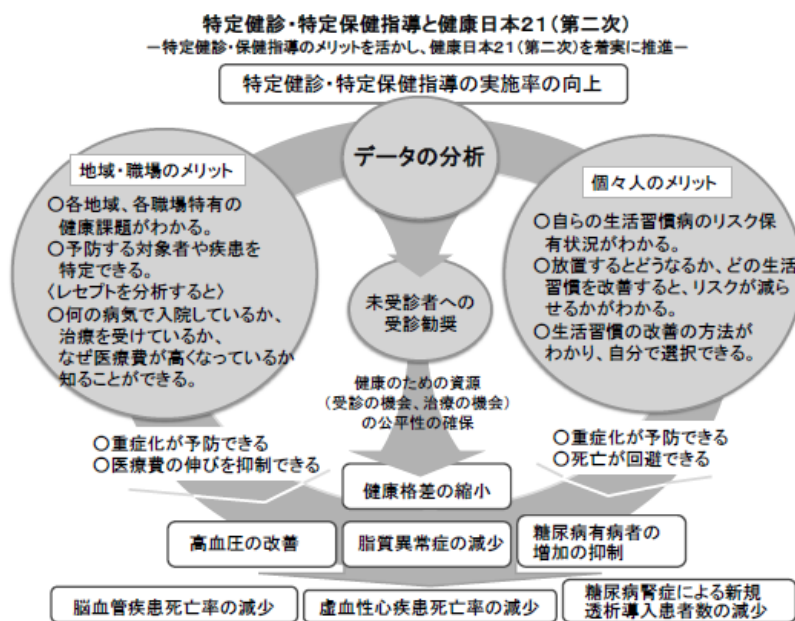
本計画は、保健事業実施指針に基づき、聖籠町が策定する計画です。「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」で示されている基本方針を踏まえて、以下の計画と整合性を図ります。

- ① 健康せいろう 21（第二次）「健康増進計画」
- ② 第3期聖籠町国民健康保険 特定健康診査等実施計画
- ③ 聖籠町生涯歯科保健計画（第二次） ※2

また、令和元年5月に公布された「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」を受け、介護予防事業と一体的に取り組むことで、より効果的・効率的に事業を展開します。

※2 口腔の疾患はさまざまな全身疾患と関連していることが報告されており、なかでも歯周病と糖尿病の関連はエビデンスが高いものとして知られています。「厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>」には、「多くの疫学調査は、糖尿病患者の歯周病が進行していることを示しており、また歯周病のある糖尿病患者に歯周治療を行うことで、血糖コントロールの指標となる HbA1c に改善が見られることから、歯周病と糖尿病の間には双方向的な関連があるといわれています。」とあります。

図3 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

[計画の位置づけ]

	聖籠町・聖籠町国民健康保険保健事業 実施計画（データヘルス計画）	第3期聖籠町国民健康保険 特定健康診査等実施計画
定義	医療費や健診情報・要介護情報等のデータ分析及び保健活動で得られる情報に基づいて、PDCA サイクルで効果的・効率的な保健事業を実践するための計画	40歳から74歳までの国民健康保険の加入者に対して、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する具体的な内容を定める計画
法律	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
対象	全町民（一部国保加入者のみ対象）	40歳から74歳（国保加入者のみ対象）
目標	<ul style="list-style-type: none"> 町75歳未満の脳血管疾患発症の減少 糖尿病性腎症による新規透析患者の増加抑制 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率 60% 特定保健指導実施率 60%

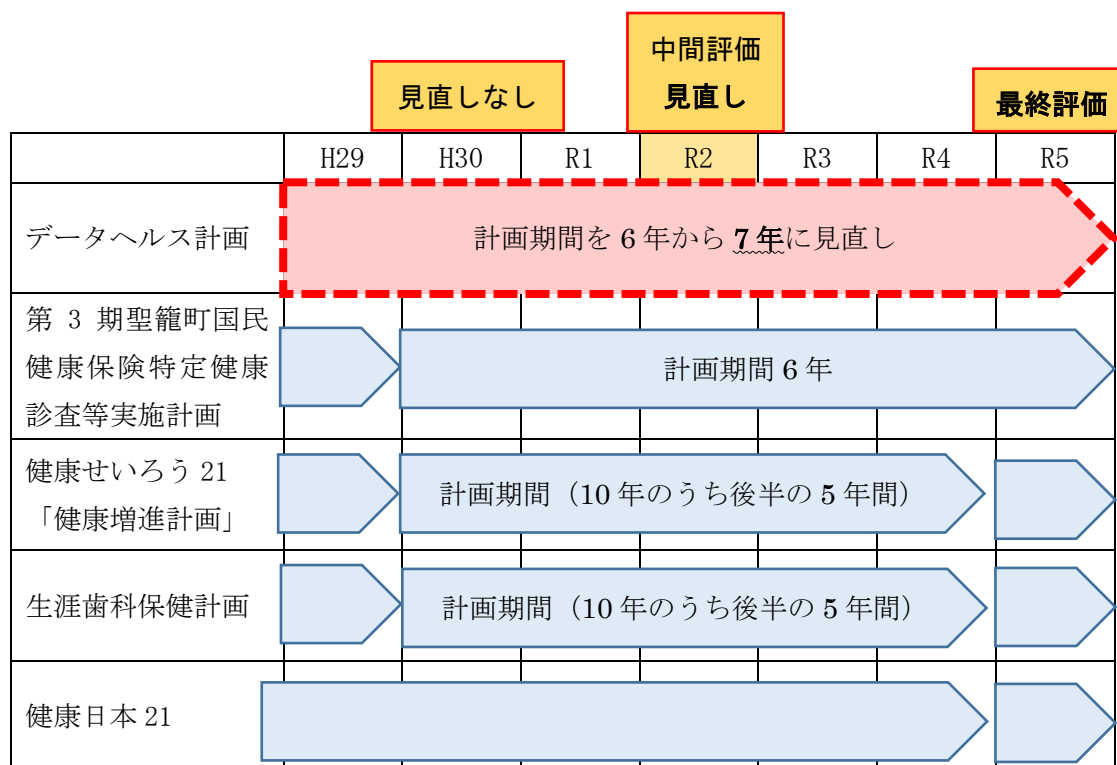
	健康せいらう21(第二次) 「健康増進計画」	聖籠町生涯歯科保健計画（第二次）
定義	健康を維持・増進し、生活習慣病の発症や重症化を防ぐことができるよう健康的な生活習慣を確立し、誰もが生涯を健康的に暮らせるよう取り組むための計画	生涯を通じていきいきと元気に生活するために、一人ひとりが自らの意思でむし歯や歯周病を予防し、歯や口の健康づくりを積極的に実践していけるよう取り組むための計画
法律	健康増進法第8,9条	歯科口腔保健の推進に関する法律
対象	全町民	全町民
目標	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底 年齢層（ライフステージ）に応じた健康づくりの取り組みを推進 町民が主役の健康づくりと、それを支援する環境整備 栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、たばこ・アルコール、歯の健康、健康管理に関する生活習慣及び社会環境の改善 	<ul style="list-style-type: none"> むし歯・歯周病予防と口腔機能維持の徹底 年齢層に応じた町民一人ひとりの意識向上と実践支援 町民が主役の健康づくりとそれを支援する環境整備 ハイリスク者へのきめ細やかな支援

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

本計画は、平成 29 年度から令和 4 年度までの 6 か年計画とし、関係計画と整合性を図るため、平成 30 年度に見直しを行う予定でした。しかし、策定当初の計画のままですべての整合性が図れていたことから平成 30 年度の見直しは行わず、令和 2 年度に計画全体の評価・検討をし、見直しを行いました。

見直しを行う中で、特定健康診査事業が本計画の中心となる保健事業であり、健康づくりの出発点であることを再認識しました。そこで、特定健康診査事業について定めた「第 3 期聖籠町国民健康保険 特定健康診査等実施計画」と計画期間を合わせることで、より効果的・効率的に保健事業を展開することができ、さらには目的（基本理念）である「健康寿命の延伸（生涯健康にくらせるまちづくり）」の実現につながると判断したことから、計画の期間を 1 年延長し、平成 29 年度から令和 5 年度までの 7 か年計画とします。

図 4 データヘルス計画と各計画の期間



1 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

1-3 関係者連携・実施体制

本計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、必要に応じて、以下のような会議や意見交換の場を設置していきます。

○聖籠町国民健康保険運営協議会

実施主体：聖籠町

参加者：被保険者を代表する委員 3人

保険医又は保険薬剤師を代表する委員 3人

公益を代表する委員 3人

○聖籠町健康づくり推進協議会

実施主体：聖籠町

参加者：学識経験を有する者

医療関係団体及び民間団体の代表者

関係行政機関及び学校の職員

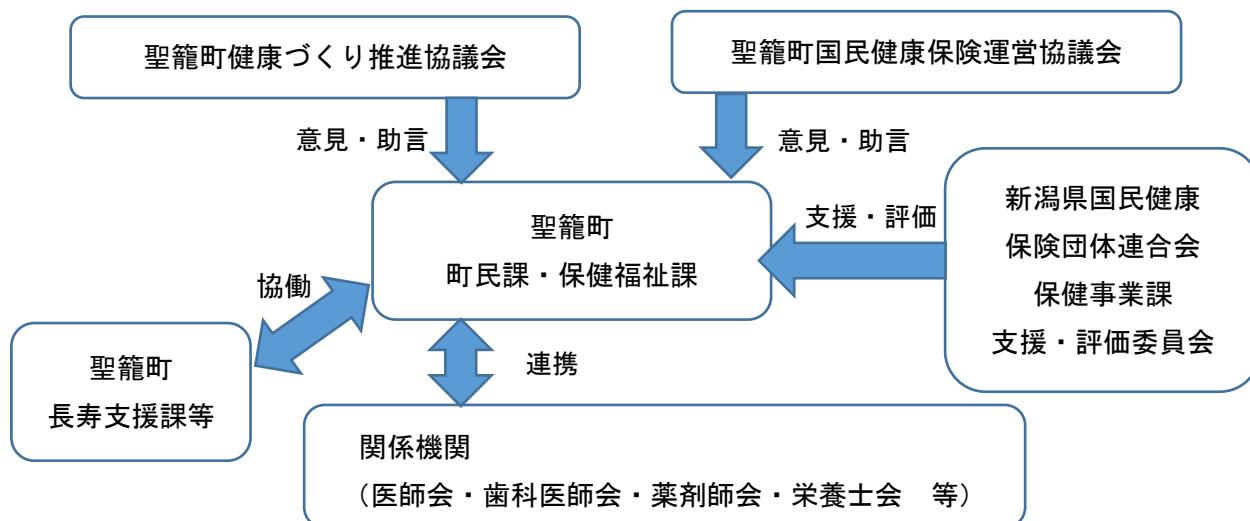
事業所の代表者

聖籠町職員

その他町長が必要と認めた者 以上、16人以内の委員

図5のとおり、関係機関との連携・協力を進めます。保健事業の実施については、町民課と保健福祉課を主体とし、庁内関係課（長寿支援課が行っている介護予防事業等）と協働で取り組める実施体制とします。

図5 実施体制図



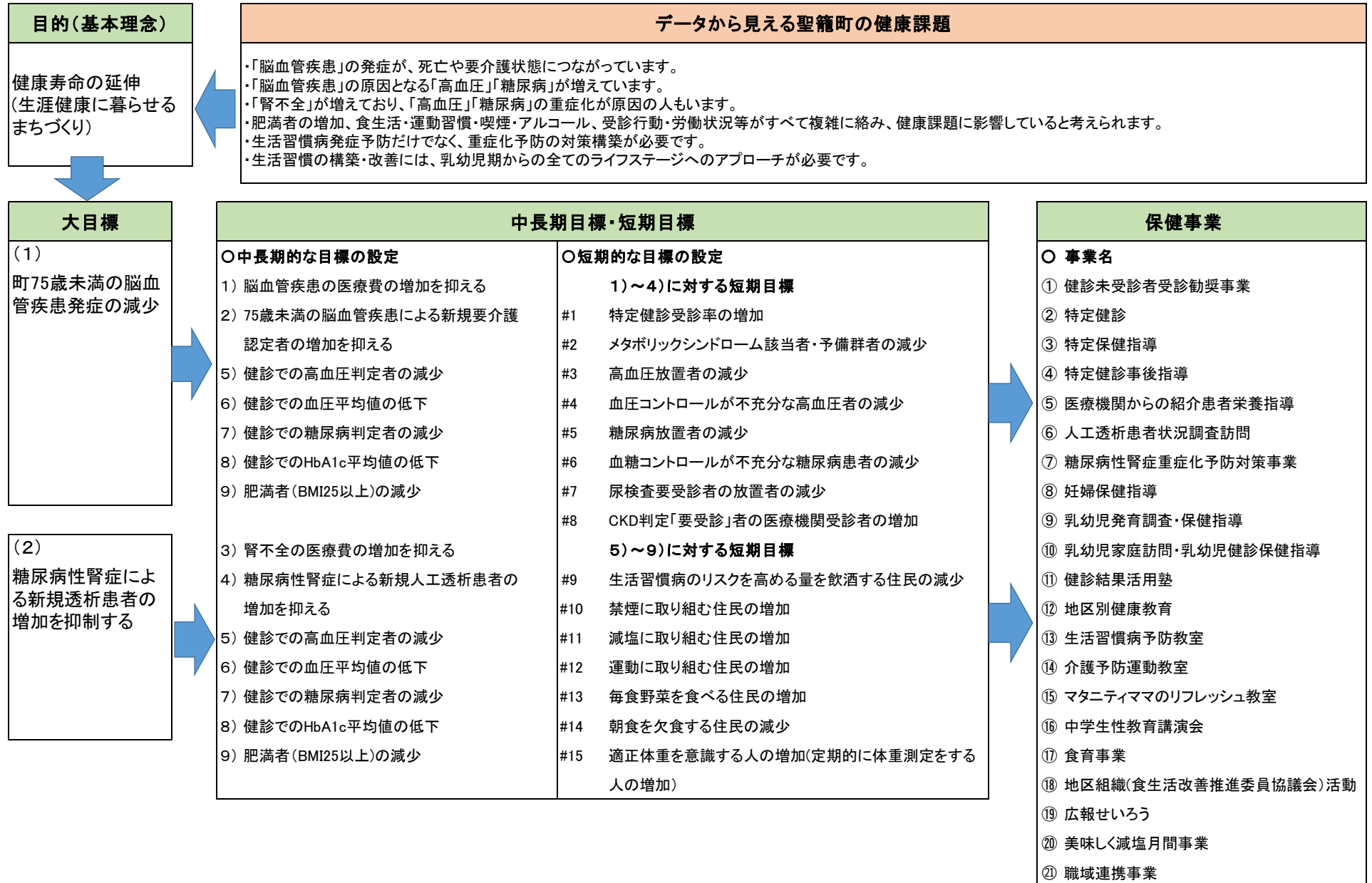
2 中間評価

データヘルス計画では、目的（基本理念）の実現のための大目標、大目標実現のための中長期目標、中長期目標実現のための短期目標を定めています。

本章では、計画の短期目標、中長期目標の進捗状況を整理して、計画全体の中間評価を行います。

なお、短期目標・中長期目標の評価は、個別の保健事業の評価を踏まえたもので、個別の保健事業の評価は、資料編に掲載します。

図6 データヘルス計画の全体像



2-1 短期目標の進捗状況

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#1 特定健診受診率 の増加	特定健診受診率	増加 60.0%	特定健康診査・保健指導 実施状況（県）
	特定健診新規受診者の 人数	増加	KDB システム
#2 メタボリックシ ンドローム該当 者の減少	特定保健指導実施率	増加 60.0%	特定健康診査・保健指導 実施状況（県）
	メタボリックシンドロ ーム該当者・予備群割合	減少 23.1%	特定健康診査・保健指導 実施状況（県）
#3 高血圧放置者の 減少	国保特定健診での高血 圧判定者数、割合	減少 42.5%	KDB システム
	国保特定健診 高血圧 判定者の未治療者割合	減少 30.0%	KDB システム
#4 血圧コントロー ルが不十分な高 血圧者の減少	国保医療費「高血圧性疾 患」の100人当たり受診 率並びに1人当たり医 療費	未治療者の受 診行動により 一時的に増加	疾病統計ツール

2 中間評価

実績値			中間評価	関係する 保健事業
H29	H30	R1		
49.9%	53.0%	53.0%	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率向上のための保健事業の成果により、増加・維持傾向にある。 ・新規受診者のみの増加を図る保健事業は行っていないため、評価指標が保健事業と関連しない。 ・短期目標の達成のためには、新規受診者のみならず、継続受診者の増加を目指す必要がある。 	① ② ⑫ ⑬ ⑳ ㉑
(未把握)	(未把握)	(未把握)		
39.1%	38.1%	40.3%	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率は増加傾向だが、目標値達成のためにはさらなる取組が必要である。 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、特定健康診査・保健指導実施状況（県）に掲載される年と掲載されない年があるため、経年で把握できる別の資料を用いる必要がある。 	① ② ③ ⑪ ⑫ ⑬ ⑳ ㉑
(未把握)	(未把握)	(未把握)		
50.4%	54.5%	45.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧判定者数、割合は、目指す方向性のとおり減少している。 ・高血圧判定者の未治療者割合は増加しており、優先的な対象者の選定等、保健事業の見直しが必要である。 ・100人当たり受診率並びに1人当たり医療費は、目指す方向性・目標のとおり増加している。 ・短期目標の「高血圧放置者」「血圧コントロールが不十分な高血圧者」が不明瞭のため、評価指標と併せて見直しが必要である。 	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑪ ⑫ ⑬ ⑱ ⑳ ㉑
35.2%	37.4%	48.1%		
[受診率] 132.8 [医療費] 9,805円	[受診率] 136.2 [医療費] 10,393円	[受診率] 136.5 [医療費] 11,943円		

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)	
#5 糖尿病放置者の 減少	国保特定健診での HbA1c 要保健指導数の 割合	減少 61.1%	KDB システム	
	#6 血糖値コントロ ールが不十分な 糖尿病患者の減 少	国保特定健診での HbA1c 6.5%以上の未治 療者割合	減少 10.0%	KDB システム
	国保医療費「糖尿病」100 人当たり受診率並びに 1人当たり医療費	未治療者の受 診行動により 一時的に増加	疾病統計ツール	
#7 尿検査要受診者 の放置者の減少	国保特定健診での尿検 査要受診者の医療機関 受診者数	把握	健康管理システム	
#8 CKD 判定「要受 診」者の医療機関 受診者の増加	特定健診 CKD 判定「要保 健指導」「要受診」者数、 割合	減少 15.0%以下	健康管理システム	
	特定健診 CKD 判定「要受 診」者の医療機関受診割 合	増加 100%	健康管理システム	
#9 生活習慣病のリ スクを高める量 を飲酒する住民 の減少	国保特定健診での飲酒 者割合（毎日）	減少 26.0%以下	KDB システム	
	町民アンケートでの毎 日飲酒割合（毎日）	減少 男性 30%以下 女性 5%以下	第二次健康せいろう 21 計画	
	国保特定健診での 2 合 以上飲酒者割合	減少 15.0%以下	KDB システム	
	町民アンケート(20~74 歳)での 2 合以上飲酒者 割合	減少 15.0%以下	第二次健康せいろう 21 計画	

2 中間評価

実績値			中間評価	関係する 保健事業
H29	H30	R1		
77.8%	71.8%	76.0%	<ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c 要保健指導者数の割合と、HbA1c 6.5%以上の未治療者割合は、H30 に一時減少したが、R1 には増加に転じた。 ・100 人当たり受診率並びに 1 人当たり医療費は、目指す方向性・目標のとおり増加している。 ・短期目標の「糖尿病放置者」「血糖値コントロールが不十分な糖尿病患者」が不明瞭のため、評価指標と併せて見直しが必要である。 	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑪ ⑫ ⑬ ⑰ ⑳
14.1%	7.6%	12.6%		⑱ ㉑
[受診率] 60.8 [医療費] 10,398 円	[受診率] 61.7 [医療費] 12,842 円	[受診率] 65.8 [医療費] 13,175 円		㉒
(未把握)	(未把握)	(未把握)	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理システムからの把握は難しい。把握方法を検討し、資料（データ出典元）を見直す必要がある。 	① ② ③ ④ ⑦ ⑪ ⑫ ⑬ ⑰ ⑳ ㉑
(未把握)	(未把握)	(未把握)		② ③ ④ ⑤ ⑦ ⑪ ⑫ ⑰ ⑳ ㉑
33.0%	32.0%	33.0%	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ横ばいであり、さらなる啓発・健康教育が必要である。 	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑰ ⑳
29.7%	—	—		㉑
20.7%	15.6%	19.0%		
42.8%	—	—		

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#10 禁煙に取り組む 住民の増加	国保特定健診での喫煙率	減少 15.0%以下	KDB システム
	町民アンケート(20~74歳)での喫煙率	減少 20.0%以下	第二次健康せいろう 21 計画
#11 減塩に取り組む 住民の増加	町民アンケート「塩分を取りすぎないように意識している人」の割合	増加 70.0%以上	第二次健康せいろう 21 計画
#12 運動に取り組む 住民の増加	国保特定健診での「30分以上の運動習慣あり」の割合	増加 40.0%以上	KDB システム
	町民アンケート(20~74歳)「健康維持・増進のために意識して運動している人」の割合(いつも・ときどき)	増加 男性 50.0% 女性 55.0%	第二次健康せいろう 21 計画

2 中間評価

実績値			中間評価	関係する 保健事業
H29	H30	R1		
19.9%	19.0%	17.8%	・喫煙率は徐々に減少している。引き続き、啓発・健康教育に努める。	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲
22.8%	—	—		⑳ ㉑
54.2%	—	—	・町民アンケートは健康せいろう 21 の見直し・策定時のみ実施するため、評価を行うことは困難である。	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑲ ⑳ ㉑
29.9%	32.1%	30.7%	・ほぼ横ばいであり、さらなる啓発・健康教育が必要である。	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱
43.7%	—	—		⑲ ⑲ ⑳ ㉑

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#13 毎食野菜を食 べる者の増加	町民アンケート「毎食野 菜を摂っている人」の割 合	増加 90.0%	第二次健康せいろう 21 計画
#14 朝食を欠食す る住民の減少	国保特定健診での「週3 回以上朝食を抜く人」の 割合	減少 6.0%以下	KDB システム
	町民アンケート「週2回 以上朝食を抜く人」の割 合	減少 20歳未満:0% 20歳以上: 10%以下	第二次健康せいろう 21 計画
#15 適正体重を意 識する人の増加 (定期的に体重 測定をする人の 増加)	国保特定健診での BMI 25以上の割合	減少 15.0%以下	KDB システム
	町民アンケート「定期的 に体重を測定している 人」の割合(週に1回以 上)	増加 60.0%	第二次健康せいろう 21 計画

2 中間評価

実績値			中間評価	関係する 保健事業
H29	H30	R1		
72.8%	—	—	<ul style="list-style-type: none"> ・町民アンケートは健康せいろう 21 の見直し・策定時のみ実施するため、評価を行うことは困難である。 	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑
6.6%	8.1%	7.3%	<ul style="list-style-type: none"> ・目指す方向性とは逆に微増しており、さらなる啓発・健康教育が必要である。 	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑
12.3%	—	—		
27.8%	27.8%	27.9%	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ横ばいであり、さらなる啓発・健康教育が必要である。 	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑
43.1%	—	—		

2-2 中長期目標の進捗状況

データヘルス計画の中長期目標	評価指標	目指す方向性 目標値
1) 脳血管疾患の医療費の増加を抑える	国保医療費の脳血管疾患の 100 人当たり受診率	増加抑制
	国保医療費の脳血管疾患の 1 人当たり医療費	増加抑制
2) 75 歳未満の脳血管疾患による新規要介護認定者の増加を抑える	介護保険新規申請者の申請理由「脳血管疾患」の人数	増加抑制
3) 腎不全の医療費の増加を抑える	国保医療費の腎不全の 100 人当たりの受診率	増加抑制
	国保医療費の腎不全の 1 人当たり医療費	増加抑制
4) 糖尿病性腎症による新規人工透析患者の増加を抑える	更生医療受給者状況	増加抑制
5) 健診での高血圧判定者の減少	健診有所見者割合（血圧） *有所見者：収縮期血圧 130 以上 拡張期血圧 85 以上	減少
6) 健診での血圧平均値の低下	健診血圧平均値	低下

2 中間評価

資料 (データ出典元)	実績値		
	H29	H30	R1
疾病統計ツール	26.3	26.6	29.7
疾病統計ツール	19,711 円	14,224 円	22,335 円
地域包括支援センター	16 人	11 人	16 人
疾病統計ツール	7.3	6.9	7.2
疾病統計ツール	25,552 円	22,264 円	25,137 円
更生医療	1 人	2 人	0 人
KDB システム	[収縮期血圧] 48.4% [拡張期血圧] 23.7%	[収縮期血圧] 48.1% [拡張期血圧] 26.1%	[収縮期血圧] 45.0% [拡張期血圧] 22.7%
KDB システム	[収縮期血圧] 130.9 [拡張期血圧] 77.2	[収縮期血圧] 131.5 [拡張期血圧] 77.8	[収縮期血圧] 129.2 [拡張期血圧] 76.8

データヘルス計画の 中長期目標	評価指標	目指す方向性 目標値
7) 健診での糖尿病判定者の減少	健診有所見者割合 (HbA1c)	減少
8) 健診でのHbA1c平均値の低下	健診 HbA1c 平均値	低下
9) 肥満者 (BMI25 以上) の減少	健診 BMI25 以上の割合	県平均並みに減少

2-3 中間評価

個別の保健事業では、アウトプット（目的・目標達成のために行われる事業の結果）、アウトカム（事業の目的や目標の達成度、または成果）ともに、目標を達成、もしくは維持という結果でした。しかし、次の2事業はアウトカムが目標を未達成であったことから、2事業ともに、事業目的と対象者、内容を照らし合わせ、事業計画・方法等を見直すことで、計画後半の成果向上につなげます。

- ・事業番号④-4 特定健診事後指導（血糖コントロール不良者）
- ・事業番号④-6 特定健診事後指導（CKD 判定 要保健指導・要受診者）

また、次の保健事業は、本計画の対象事業から除くこととします。

- ・事業番号④-7 特定健診事後指導
(特定健診項目以外の要保健指導・要受診者の重症化予防)

特定健診項目・項目外と区別せずに保健指導を行っているため、対象者の把握と保健指導の実施、評価を行うことが困難なため。

- ・事業番号⑥ 人工透析患者状況調査訪問
調査の意味合いが強く、町保健師の地区活動の中で実施していくことが望ましいため。

資料 (データ出典元)	実績値		
	H29	H30	R1
KDB システム	77.8%	71.8%	76.0%
KDB システム	5.9%	5.9%	5.9%
KDB システム	27.8%	27.8%	27.9%

短期目標では、評価指標の数値が資料（データ出典元）から把握することが難しく、計画全体の進捗状況を図ることが困難でした。数値の把握方法を検討し、資料（データ出典元）を見直すことで、継続した評価指標の数値を把握できる体制を整える必要があります。

また、短期目標に適した評価指標に見直すこと、短期目標・中長期目標の判定値を明確にすることが必要なものがありました。

これらの中間評価の結果を踏まえて、それぞれ見直しを行います。見直し後は、計画の進捗状況の把握に努め、適切な保健事業の実施と目的（基本理念）の実現に努めます。

3 中間見直し後の計画

計画の中間評価の結果を踏まえて、計画の見直しを行い、中間見直し後の計画を定めます。

3-1 中間見直し後の計画の全体像

策定当初の計画と、取り組む健康課題は変更せず、以下のとおりとします。これらの課題に対して取組を進めていくことで、目的（基本理念）の実現を目指します。

- ・「脳血管疾患」の発症が、死亡や要介護状態につながっています。
- ・「脳血管疾患」の原因となる「高血圧」「糖尿病」が増えています。
- ・「腎不全」が増えており、「高血圧」「糖尿病」の重症化が原因の人もいます。
- ・肥満者の増加、食生活・運動習慣・喫煙・アルコール、受診行動・労働状況等、すべてが複雑に絡み、健康課題に影響していると考えられます。
- ・生活習慣病発症予防だけでなく、重症化予防の対策構築が必要です。
- ・生活習慣の構築・改善には、乳幼児からのすべてのライフステージへのアプローチが必要です。

保健事業の実施

【目的（基本理念）】

**健康寿命の延伸
（生涯健康に暮らせるまちづくり）**

大目標は、策定当初の計画と変更せず、以下のとおりとします。

【大目標】

- （1）町 75 歳未満の脳血管疾患発症の減少
- （2）糖尿病性腎症による新規透析患者の増加抑制

3 中間見直し後の計画

中間評価の結果を踏まえて、中長期目標・短期目標・保健事業は、以下の見直しを行いました。

・ 中長期目標（大目標の実現のために、概ね5～10年で達成を目指す）

健診での判定値を定めるとともに、資料（データ出典元）を明記しました。

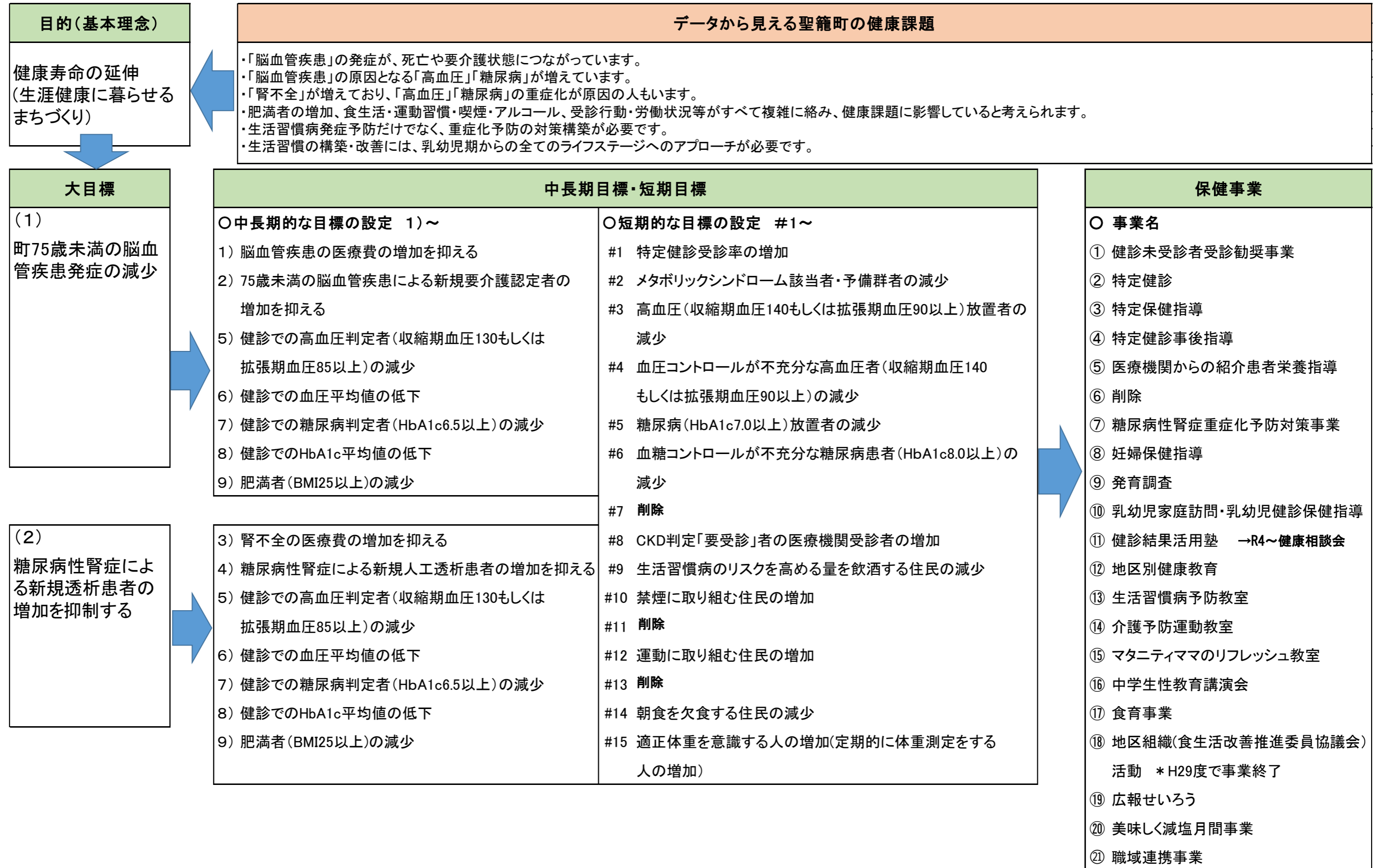
・ 短期目標（中長期目標の実現のために、概ね1～3年で達成を目指す）

健診での判定値を定めるとともに、評価指標、目指す方向性・目標値、資料（データ出典元）を修正しました。

・ 保健事業

本計画の対象事業、事業内容を見直し、評価指標を定めました。

図7 データヘルス計画の全体像（中間見直し後） R5.11 修正



3-2 中間見直し後の中長期目標

データヘルス計画の中長期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
1) 脳血管疾患の医療費の増加を抑える	国保医療費の脳血管疾患の100人当たり受診率	増加抑制	疾病統計ツール
	国保医療費の脳血管疾患の1人当たり医療費	増加抑制	疾病統計ツール
2) 75歳未満の脳血管疾患による新規要介護認定者の増加を抑える	介護保険新規申請者の申請理由「脳血管疾患」の人数	増加抑制	地域包括支援センター
3) 腎不全の医療費の増加を抑える	国保医療費の腎不全の100人当たりの受診率	増加抑制	疾病統計ツール
	国保医療費の腎不全の1人当たり医療費	増加抑制	疾病統計ツール
4) 糖尿病性腎症による新規人工透析患者の増加を抑える	更生医療受給者状況	増加抑制	更生医療の新規受給者状況
5) 健診での高血圧判定者(収縮期血圧130もしくは拡張期血圧85以上)の減少	国保特定健診有所見者割合(血圧)	減少	KDBシステム
6) 健診での血圧平均値の低下	国保特定健診血圧平均値	低下	KDBシステム

3 中間見直し後の計画

データヘルス計画の中長期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
7) 健診での糖尿病判定者 (HbA1c 6.5 以上) の減少	国保特定健診有所見者割合 (HbA1c)	減少	KDB システム
8) 健診での HbA1c 平均値の低下	国保特定健診 HbA1c 平均値	低下	KDB システム
9) 肥満者 (BMI25 以上) の減少	国保特定健診 BMI25 以上の割合	県平均並みに減少	KDB システム

中間見直し後の中長期目標は、毎年度、進捗状況を把握し、計画の最終年度（令和 5 年度）に評価を行います。

3-3 中間見直し後の短期目標

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#1 特定健診受診率 の増加	国保特定健診受診率	増加 60.0%	特定健康診査・保健 指導実施状況（県）
	国保特定健診 3 年連続 継続受診者の割合	増加	KDB システム
	国保特定健診受診者で、 前年度未受診者の人数・ 割合	増加	KDB システム
#2 メタボリックシ ンドローム該当 者・予備群者の減 少	国保特定保健指導実施 率	増加 60.0%	特定健康診査・保健 指導実施状況（県）
	メタボリックシンドロ ーム該当者・予備群割合	減少	KDB システム
#3 高血圧（収縮期 血圧 140 もしくは 拡張期血圧 90 以 上）放置者の減少	国保特定健診での高血 圧判定者（収縮期血圧 140 もしくは拡張期血 圧 90 以上）割合	減少	KDB システム
#4 血圧コントロー ルが不十分な高 血圧者（収縮期血 圧 140 もしくは拡 張期血圧 90 以上） の減少	国保特定健診 高血圧 判定者（収縮期血圧 140 もしくは拡張期血圧 90 以上）の未治療者割合	減少	KDB システム

3 中間見直し後の計画

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#5 糖尿病放置者 (HbA1c 7.0 以上) の減少	国保特定健診での HbA1c 7.0 以上で未治療 者の割合	減少	KDB システム
	#6 血糖値コントロ ールが不十分な糖 尿病患者 (HbA1c 8.0 以上) の減少	国保特定健診での HbA1c 8.0%以上の割合	減少
#7 削除			
#8 CKD 判定「要受 診」者の医療機関 受診者の増加	国保特定健診 CKD 判定 「要受診」者の医療機関 受診割合	増加	KDB システム
#9 生活習慣病のリ スクを高める量を 飲酒する住民の減 少	国保特定健診での飲酒 者割合 (毎日)	減少 26.0%以下	KDB システム
	国保特定健診での2合以 上飲酒者割合	減少 15.0%以下	KDB システム
#10 禁煙に取り組む 住民の増加	国保特定健診での喫煙 率	減少 15.0%以下	KDB システム
#11 削除			
#12 運動に取り組む 住民の増加	国保特定健診での「30分 以上の運動習慣あり」の 割合	増加 40.0%以上	KDB システム
#13 削除			

3 中間見直し後の計画

データヘルス計画の 短期目標	評価指標	目指す方向性 目標値	資料 (データ出典元)
#14 朝食を欠食する住民の減少	国保特定健診での「週3回以上朝食を抜く人」の割合	減少 6.0%以下	KDB システム
#15 適正体重を意識する人の増加（定期的に体重測定をする人の増加）	国保特定健診でのBMI 25以上の割合	減少 15.0%以下	KDB システム

中間見直し後の短期目標は、毎年度、実績値を把握し、毎年度評価を行うことで、中長期目標の着実な達成につなげます。

3 中間見直し後の計画

3-4 中間見直し後の保健事業

事業番号	事業名	影響する短期目標	目的	対象者
①	健診受診勧奨事業	#1, #2 #3, #5 #7	特定健診の受診率向上と重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・春の総合健診受診予定者で国保特定健診未受診者 ・理由なく、春・秋の総合健診、人間ドック未申込の40～64歳の国保被保険者
②	特定健康診査	#1, #2 #3, #4 #5, #6 #7, #8 #13	生活習慣病の早期発見と重症化予防	除外者を除く国保被保険者(40～74歳)
③	特定保健指導	#2, #3 #4, #5 #6, #7 #8, #13	生活習慣病予防と重症化予防	<p>腹囲が基準以上でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者</p> <p>基準 腹囲：男性 85cm、 女性 90cm</p> <p>血糖：HbA1c 5.2%以上</p> <p>血圧：収縮期血圧 130 以上または拡張期血圧 85 以上</p> <p>脂質：中性脂肪 150 以上 またはHDL コレステロール値 40 未満</p>

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
<ul style="list-style-type: none"> ・秋の総合健診前に個別通知による受診勧奨 ・個別訪問による受診勧奨 	対象者への実施率の増加	特定健診未受診者のうち、受診勧奨通知書を送付した割合	事業実施者の受診率の増加	受診勧奨通知送付者のうち、特定健診を受診した割合
<ul style="list-style-type: none"> ・春・秋の総合健診 ・人間ドック ・町の診療所個別健診 	受診率の前年度比増加	特定健診受診率	アウトプットと同じ	アウトプットと同じ
町保健師による個別保健指導	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導を行った割合	実施者の翌年度の健診結果の改善	特定保健指導実施者の翌年度健診結果 ①HbA1c ②成人の血圧値分類 ③BMI

事業番号	事業名	影響する短期目標	目的	対象者
④-1	特定健診事後指導 (未治療高血圧者)	#3, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	未治療高血圧者の減少	収縮期血圧 140 以上または拡張期血圧 90 以上
④-2	特定健診事後指導 (高血圧受療者でコントロール不良者)	#4, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	高血圧症で医療機関を受診しているが、コントロールが不十分な被保険者の減少	レセプトの傷病名に「高血圧」があり、収縮期血圧 140 以上または拡張期血圧 90 以上
④-3	特定健診事後指導 (糖代謝異常者)	#3, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	糖尿病放置者の減少	HbA1c 6.5%以上
④-4	特定健診事後指導 (血糖コントロール不良者)	#4, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	糖尿病で医療機関を受診しているが、コントロールが不十分な被保険者の減少	当該年のレセプトの傷病名に「糖尿病」があり、 HbA1c 8.0%以上
④-5	特定健診事後指導 (未治療尿検査異常者)	#7, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	尿検査要受診者の減少	尿糖 (±) 以上または蛋白 (+) 以上

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
総合健診の会場や結果説明会等での、町保健師による個別保健指導時の受診勧奨	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導で受診勧奨を行った割合	実施者で医療機関を受診した割合の増加	実施者のうち、翌年度のレセプトで傷病名に「高血圧」があった被保険者の割合
総合健診の会場や結果説明会等での、町保健師による個別保健指導	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導を行った割合	実施者の翌年度健診結果の改善	実施者のうち、翌年度の健診結果で成人の血圧値の分類の段階が下がった者の割合
結果説明会や個別訪問等での、町保健師による個別保健指導時の受診勧奨	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導で受診勧奨を行った割合	実施者で医療機関を受診した割合の増加	実施者のうち、翌年度のレセプトで傷病名に「糖尿病」があった被保険者の割合
結果説明会や個別訪問等での、町保健師による個別保健指導時の受診勧奨	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導を行った割合	実施者の翌年度健診結果の改善	実施者のうち、翌年度の健診結果で HbA1c の値が下がった者の割合
総合健診の会場や結果説明会等での、町保健師による個別保健指導時の受診勧奨	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導で受診勧奨を行った割合	実施者で医療機関を受診した割合の増加	実施者のうち、翌年度のレセプトで傷病名に「高血圧」「糖尿病」があった被保険者の割合

事業番号	事業名	影響する短期目標	目的	対象者
④-6	特定健診事後指導 (CKD 判定 要受診者)	#8, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	CKD 判定要受診者の医療機関受診	要受診かつ医療機関未受診者 ①蛋白 (-) (±) かつ eGFR < 45 ②蛋白 (+) かつ 45 ≤ eGFR または eGFR < 45 ③蛋白 (++) 以上 または 蛋白 (+) かつ尿潜血 (+) 以上
④-7	削除	—	—	—
⑤	医療機関からの紹介患者栄養指導	#4, #6 #8, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	生活習慣病の重症化予防	医師が栄養指導を必要と判断した者
⑥	削除	—	—	—
⑦	糖尿病性腎症重症化予防対策事業	#3, #4 #5, #6 #7, #8 #9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	対象者を医療と地域で継続して支援できる体制づくり	町民が受診する医療機関

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
町保健師による個別保健指導時の受診勧奨	対象者への実施率の増加	対象者のうち、個別保健指導で受診勧奨を行った割合	実施者で医療機関を受診した割合の増加	実施者のうち、翌年度のレセプトで傷病名に「高血圧」「糖尿病」があった被保険者の割合
—	—	—	—	—
町管理栄養士による個別栄養指導	対象者への実施率 100%	対象者へ個別栄養指導を実施した割合	医療機関からの紹介の有無	医療機関からの紹介の有無
—	—	—	—	—
町保健師・管理栄養士による医療機関訪問と町の現状・事業紹介や事業への協力依頼	連携医療機関の増加と強化	連携医療機関の延べ数	アウトプットと同じ	アウトプットと同じ

事業 番号	事業名	影響する 短期目標	目的	対象者
⑧	妊婦保健指導	# 9, # 10 # 11, # 12 # 13, # 14 # 15	町民が健やかな妊 娠期を過ごし、乳 児期からの生活習 慣病予防の視点を 養う	妊婦
⑨	発育教室	# 11, # 12 # 13, # 14 # 15	幼児期の健康管理 が生活習慣病の予 防につながること を町民が理解し、 家族ぐるみで考え ていく	3歳～5歳の園児
⑩	乳幼児家庭訪問・乳 幼児健診保健指導	# 9, # 10 # 11, # 12 # 13, # 14 # 15	幼児期の健康管理 が生活習慣病の予 防につながること を町民が理解し、 家族ぐるみで考え ていく	2か月児訪問・乳幼児健診対 象者

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
妊娠届出時の健康相談・保健指導	対象者への実施率 100%	対象者へ健康相談・保健指導を行った割合	妊婦の喫煙率・飲酒率の減少	健康相談・保健指導後の喫煙・飲酒状況の聞き取り
<ul style="list-style-type: none"> ・身体測定の実施（2 か月に 1 回） ・結果に基づき管理栄養士のコメントと、保護者への保健指導 	対象者への実施率 100%	対象者へ身体測定、保健指導を行った割合	肥満、やせの割合の減少	肥満 標準体重から +15%以上の園児の割合 やせ 標準体重から -15%以下の園児の割合
健康づくりに関する情報提供と健康相談・保健指導	対象者への実施率の維持	情報提供・健康相談・保健指導を行った割合	特定健診受診者の質問票及び健診結果の改善（減少）	[割合] ①毎日飲酒 ②2 合以上飲酒 ③喫煙率 ④1 日 30 分以上の運動習慣なしと回答 ⑤週 3 回以上朝食を抜くと回答 ⑥生活習慣病改善意欲なしと回答 ⑦BMI25 以上

事業 番号	事業名	影響する 短期目標	目的	対象者
⑪	健診結果活用塾 →R4～健康相談会	#2, #3 #4, #5 #6, #7 #8, #9 #10, #11 #12, #13 #14, #15	町民が、町の健康課題や働き盛り年代の健康課題を知り、生活習慣病予防に関する知識を高める	町民
⑫	地区別健康教室	#1, #2, #3, #4 #5, #6 #7, #8 #9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	町民が、町の健康課題を知り、生活習慣病予防に関する知識を高める	町民
⑬	生活習慣病予防教室	#3, #4 #5, #6 #7, #9, #10, #11 #12, #13 #14, #15	糖尿病・高血圧の重症化とCKD・脳卒中などの合併症の予防	HbA1c6.5%以上もしくはHbA1c6.4%で内服がある町民とその家族
⑭	介護予防運動教室	#9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	下肢筋力・体幹機能の維持・向上	町民

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
3 小学校区を 2 グループに分けて 2 年で一回りするものとし、1 グループ内の行政区単位で開催。保健推進員と食生活改善推進員が共同で講話を行う。	年間参加者数の増加	年間参加者数	事業番号⑩と同じ	事業番号⑩と同じ
個別血圧相談と生活習慣病予防に関する知識の提供等の健康相談・健康教育	各地区からの要望に応じた健康相談・健康教育の実施率 100%	各地区からの要望に応じて、健康相談・健康教育を実施した割合	事業番号⑩と同じ	事業番号⑩と同じ
糖尿病予防教室と教室終了後のフォローアップを行う	年間参加者数の維持	教室への参加者の実人数	参加者の翌年度健診結果改善率	教室の参加者のうち、翌年度の血圧・HbA1c・BMI 等が改善した割合
通所型・出向型で運動指導・栄養指導を行う	年間参加者数の維持	教室への参加者の延人数	特定健診受診者の質問票及び健診結果の改善（減少）	1 日 30 分以上の運動習慣なしと回答した割合

事業番号	事業名	影響する短期目標	目的	対象者
⑮	マタニティーママのリフレッシュ教室	#9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	健やかな妊娠期を過ごし、乳児から生活習慣病予防の視点をもたせる	妊婦
⑯	中学生性教育講演会	#10	未成年のうちから健康づくりに対する関心を高め、喫煙防止を促す	中学生
⑰	食育事業	#11, #12 #13, #14 #15	町民が、乳幼児の健康管理が生活習慣病予防につながることを理解し、家族ぐるみで考えていく	園児
⑱	地区組織（食生活改善推進委員協議会）活動 * H29 で終了	#11, #12 #13, #14 #15	町民が、乳幼児の健康管理が生活習慣病予防につながることを理解し、家族ぐるみで考えていく	園児とその保護者

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
栄養講座、調理実習の実施と健康に関する知識の提供	年間参加者率の増加	聖籠町に妊娠届出を行った妊婦のうち、教室に参加した者の割合	事業番号⑩と同じ	事業番号⑩と同じ
年1回の性教育講演会の際に、喫煙に関する情報（健康や身体発達、学力への影響）を提供し、喫煙は絶対にしないよう強く指導する	実施	教室への参加者の延人数	特定健診受診者の質問票及び健診結果の改善（減少）	喫煙率
こども園で食育劇を実施し、バランス食の大事さを伝える	実施	食育劇の実施の可否	園児の肥満、やせの割合の減少	肥満 標準体重から+15%以上の園児の割合 やせ 標準体重から-15%以下の園児の割合
食生活改善推進委員協議会による減塩教室を開催し、家庭に広めてもらう	—	—	—	—

事業 番号	事業名	影響する 短期目標	目的	対象者
⑱	広報せいろう	#1, #2, #3, #4 #5, #6 #7, #8 #9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	健康・医療に関する知識や保健事業の情報の提供	町民
⑳	美味しく減塩月間 事業	#1, #2, #3, #4 #5, #6 #7, #8 #9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	町民が、町の健康課題を知り、生活習慣病予防を家族ぐるみで取り組んでいける	町民
㉑	職域連携事業	#1, #2, #3, #4 #5, #6 #7, #8 #9, #10 #11, #12 #13, #14 #15	働き盛り年代に対し、町の健康課題を共有し、問題提起を行う	商工会会員、東港立地企業

3 中間見直し後の計画

アウトプット：目的・目標達成のために行われる事業の結果 アウトカム：事業の目的や目標の達成度、または成果

事業内容	アウトプットの目標	評価指標	アウトカムの目標	評価指標
広報せいろうとお知らせ号に記事を掲載する	継続した広報せいろうへの記事の掲載	広報せいろうとお知らせ号への記事の掲載回数	事業番号⑩と同じ	事業番号⑩と同じ
スーパー、町内観光施設等に減塩特設コーナーを設置するとともに、学校給食や飲食店と連携し、減塩を勧める	減塩特設コーナーの設置	設置個所	減塩メニューの販売を継続実施	事業の実施
商工会総会・理事会や東港立地企業協議会総会等で健康講話や生活習慣病予防の情報提供を実施する	①健康講話等の実施 ②生活習慣病予防の情報提供	①健康講話等の実施回数 ②情報提供の有無	アウトプットと同じ	アウトプットと同じ

4 計画の評価・見直し等

データヘルス計画の評価・見直し、公表等について定めています。

4-1 評価・見直し

計画期間の4年目にあたる令和2年度に、前年度までの評価を踏まえて中間評価を行い、より効果的・効率的に保健事業を展開していくため、計画期間を令和5年度までに延長しました。

見直し後の計画の適用は、以下のとおりとします。

- ・保健事業の実施：令和3年度以降から適用
- ・保健事業、短期目標、中長期目標の評価：令和2年度の評価から見直し後の指標を適用

短期目標は毎年度評価を行います。中長期目標は毎年度進捗状況を把握し、計画の最終年度に評価を行うとともに、併せて本計画全体の評価を行います。

評価にあたっては、新潟県国民健康保険団体連合会 保健事業課が実施する「国保・後期高齢者医療ヘルスサポート」を活用するとともに、会議等を通じて外部有識者等からも意見聴取を行います。

4-2 計画の公表・周知

見直し後の計画は、冊子を関係者へ配布するとともに、町ホームページへ掲載し、広く町民が閲覧できるようにします。

4-3 個人情報の保護

本計画の実施に伴って取得する個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行うとともに、聖籠町個人情報保護条例を遵守します。

聖籠町・聖籠町国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）
中間見直し版 （平成29年度～令和5年度） 令和5年11月修正

〒957-0192 聖籠町大字諏訪山1635番地4
電話番号 0254-27-2111