

保健者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)		データヘルス計画全体の目的 (抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿)		生活習慣病の発症と重症化予防により、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上と健康寿命の延伸を図ると共に、結果として医療費の適正化に資する。									
		データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)											
健康課題番号	健康課題 (優先順位付け)	評価指標番号	評価指標	2019年度 (R1)	2022年度 (R4)	2024年度(R6)			※評価	達成につながる 取組・要素	未達につながる 背景・要因	今後の方向性	
				ベース ライン	計画策定 時実績	目標値	実績値						
I	特定健康診査の受診率の伸びが少ない。	I～IV	1 特定保健指導対象者の割合の増加率 (2019(R1)年度比)		10.00%	8.00%	10.59%						
			2 収縮期血圧 (130mmHg以上)		7.94%	5.94%	2.67%						
II	生活習慣病関連医療費(高血圧症・糖尿病・脂質異常症・透析)の割合が県・全国より高い。	IV	3 拡張期血圧 (85mmHg以上)		38.71%	36.71%	31.73%						
			4 HbA1c (5.6%以上)		-14.33%	-16.33%	-4.20%						
			5 有所見者の割合の増加率 (2019(R1)年度比)		-10.21%	-12.21%	-5.84%						
IV	肥満の有所見者は、男性で約34%、女性で約28%を占め、女性は県・全国よりも高い。	V	6 空腹時血糖(100mg/dl以上)		14.99%	12.99%	13.42%						
			7 HDL-C (40mg/d未満)		49.52%	47.52%	31.27%						
			8 LDL-C (120mg/d以上)		-10.41%	-12.40%	-12.27%						
V	脳血管疾患(男女)と心疾患(男性)の標準化死亡率が高い。	III	9 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(2019(R1)年度比)		6.52%	4.52%	4.34%						
			10 特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	38.99%	38.55%	39.60%	37.28%						
VI	前期高齢者のうち、BMI20以下が約2割を占めフレイル・ハイリスク者がいる。	II～IV	11 特定健診受診者の血糖HbA1c 8.0%以上	2.13%	1.41%	1.29%	2.23%						
			12 特定健診受診者の血糖HbA1c 8.0%以上 空腹時血糖(160mg/dl以上)	2.67%	1.44%	1.32%	1.98%						
			13 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m2以下	14.70%	14.98%	14.80%	16.03%						
			14 特定健診受診者のフレイル・ハイリスク者等の割合 50～64歳における咀嚼良好	80.75%	79.82%	80.00%	76.84%						
			15 65～74歳における咀嚼良好	76.97%	77.60%	77.70%	76.69%						

個別の保健事業(データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法)

健康課題番号	データヘルス計画の目標を達成するための取組	評価指標番号	事業名称	個別保健事業の評価指標	2019年度(R1) ベースライン	2022年度(R4) 計画策定時実績	2024年度(R6)(各年度)			※評価	達成原因	未達原因	事業の方向性
							目標値	実績値					
I	効果的な手法を見直しながら、特定健康診査の受診勧奨を実施する。庁内連携を図り、受診勧奨を展開し、受診率向上を図る。	1~15	★特定健康診査	◎受診率	47.2%	48.3%	48.6%	48.4%	a	・まだら受診者(過去3年間で受診が1~2回)、連続受診者、国保新加入者、40歳到達者にグループ分けし、対象者に合わせて内容を変更しハガキによる受診勧奨を実施した。 ・国保年金会保と連携し、国保新加入者等に特定健診受診勧奨の取組を実施した。 ・40歳到達者に郵送クーポン券、特定健診についてのパンフレットを配布し、受診勧奨した。 ・集団健診当日のキャンセル者に対しての受診勧奨を強化し、当該キャンセル者用のLOGOフォームによるネット予約案内を実施した。	・集団健診当日キャンセル者への受診勧奨は、予約日からあまり経過しない時期に勧奨するほうが効果的であるため、集団健診実施日に当日キャンセル者への勧奨を実施できるようにする。		
				◎40歳代受診率	28.8%	32.5%	33.2%	33.0%	a				
				◎50歳代受診率	32.7%	37.7%	38.3%	34.2%	b				
II・III・IV・V	外部アドバイザーの支援を受けながら、専門職が効果的な指導技術を身に付ける。「質の向上」に資し、効果的な保健指導を展開する。	1~10	★特定保健指導	◎実施率	37.3%	58.8%	45.0%以上	66.6%	a	・健康意識が高(効果的な機会となる健診当日に分別実施に取り組みた。 ・委託と直営の並行実施により、対象者のニーズに応じて保健指導を効果的に実施できた。 ・特定保健指導の参加を拒否した場合も、町保健師、管理栄養士が電話等で健診結果の説明を実施し、何らかの介入ができるよう工夫した。 ・質の高い保健指導の実施を目指し、外部アドバイザーによる支援(研修、事例検討等)を受けた。 ・外部アドバイザーによる支援では、委託機関にも参加を呼びかけ、保健指導の事例検討会を実施した。 ・複数の事例を通して、保健指導を振り返り、指導技術を学び、スキルアップに努めた。	・委託先の保健指導の内容の評価、委託先への評価結果をフィードバックにすることができなかった。		
				◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.8%	20.4%	21.2%	21.3%	a				
				腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少者の割合(積極的支援)	-	-	25.0%	33.3%	a				
II・III・IV・V	結果説明会などの既存の事業実施体制を活かし、各保健事業を効果的に実施する。	2~8・11・12	生活習慣病等重症化予防事業	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	99.6%(2020[R2])	98.7%	99.0%	97.2%	b	・有識者基盤による対象者(生活習慣病・ハイリスク者)に対して、個別に保健指導、受診勧奨を実施した。 ・結果説明会に参加できない場合は、電話や窓口での対応等、対象者に合わせて対応し、対象者に介入できるように工夫した。 ・外部アドバイザーによる支援を受け、効果的な保健指導が実施できるよう、保健師、管理栄養士のスキル向上を目指した。	・現在は、集団健診受診者のみを対象としており、個別健診受診者等を対象とする生活習慣病重症化予防事業は実施できていない。		
				受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	79.4%(2022[R4])	79.4%	80.0%	54.9%	b				
				◎受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	a				
II・III・IV・V	結果説明会などの既存の事業実施体制を活かし、各保健事業を効果的に実施する。	1~4・5・11・12	糖尿病重症化予防事業①(未治療者・治療中断者対策)	◎受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	84.6%	76.6%	78.0%	59.7%	b	・糖尿病療養指導院への生活改善を呼びかける文書の同封が確められ実施できるように、作業マニュアルを作成した。 ・共通の媒体を使用し、どの担当者もリスクを対象者へ伝えられるよう努めることができた。 ・糖尿病重症化予防相談会の案内チラシを同封するのみでなく、保健指導の場面で対面して、相談会の目的や参加の必要性を本人に説明して、参加を促した。	・現在は、集団健診受診者のみを対象としており、個別健診受診者等を対象とする糖尿病重症化予防事業は実施できていない。		
				受診勧奨対象者(治療中断者)への受診勧奨実施率	-	100.0%	100.0%	100.0%	a				
				受診勧奨対象者(治療中断者)の医療機関受診率	-	0.0%	50.0%	0.0%	b				
II・III・IV・V	糖尿病重症化予防事業②(治療中断者対策)	1~4・5・11・12	糖尿病重症化予防事業②(治療中断者対策)	重症化予防指導対象者の案内率	87.3%(2022[R4])	87.3%	89.0%	81.8%	b	・事業の案内に同意書欄を設け、スムーズに事業開始できるよう工夫した。 ・共通の媒体やマニュアルを用いて、どの担当者も同様の説明ができるようにした。 ・糖尿病重症化予防相談会の案内チラシを同封するのみでなく、保健指導の場面で対面して、相談会の目的や参加の必要性を本人に説明して、参加を促した。			
				◎保健指導対象者への保健指導実施率(初回相談実施割合)	10.7%	1.8%	3.0%	3.0%	a				
				◎保健指導対象者への保健指導実施率(終了割合)	8.9%	1.8%	3.5%	-	c				
II・III・IV・V	糖尿病重症化予防事業③(治療中断者対策)	1~4・5・11・12	糖尿病重症化予防事業③(治療中断者対策)	対象者の管理件数	-	-	50件	26件	b	・訪問期間等を明確にした通知文に見直し。 ・訪問を好まない対象者に対しては、来庁による相談に変えるなど柔軟に対応した。 ・処方については、無理強いをせず、医師・薬剤師とよく相談するよう指導した。 ・お薬手帳の積極的な活用を勧めた。 ・レセプトにより経過確認を行い、その後の方針を決めた。 ・職員間で密に連携することにより、職員不足を補った。			
				訪問指導実施件数(重複・頻回受診者)	1件(2020[R2])	3件	2件	3件	a				
				訪問指導実施件数(重複・頻回受診者)	1件(2020[R2])	4件	2件	3件	a				
II・III・IV・V	糖尿病重症化予防事業④(治療中断者対策)	1~15	糖尿病重症化予防事業④(治療中断者対策)	対象者に対する通知回数	2回	2回	2回	2回	a	・すべての医薬品を対象とした場合、膨大な量になってしまったため、事業計画の基準により選定した。 ・パンフレット、希望カードの配布を配布した。 ・職員間の連携を密にすることにより、職員不足を補った。 ・計画に基づき、予算を確保した。 ・広報、町HPで周知した。 ・国保資格取得時に案内内容のチラシを配布した。 ・申請方法に、オンライン方式を追加した。 ・職員間の連携を密にすることにより、職員不足を補った。 ・申請状況を適宜確認し、受診者数を予測・見込むことにより、必要な予算を確保した。			
				後発(ジェネリック)医薬品差額通知事業	80.7%	83.4%	84.1%	91.4%	a				
				後発(ジェネリック)医薬品使用(利用)割合	80.7%	83.4%	84.1%	91.4%	a				
II・III・IV・V	糖尿病重症化予防事業⑤(治療中断者対策)	1~15	糖尿病重症化予防事業⑤(治療中断者対策)	人間ドック・脳ドック検診費用助成事業	140件	141件	143件	164件	a				
				助成件数	140件	141件	143件	164件	a				
									a				

「事業名称」における★は、第4期特定健康診査等実施計画に基づく項目を表す。
「個別保健事業の評価指標」における◎は、県の共通指標を表す。
※評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

事業番号1	事業名称: ★特定健康診査
-------	---------------

事業の目的	対象者	具体的内容
高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としてメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査を実施し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出する。また受診率の向上を図り、疾病の早期発見・早期治療・重症化予防を図る。	40～74歳までの国民健康保険加入者	1 実施体制 ・集団健診28回(保健センター25回(内、女性の日6回)、外部会場3回):7月～1月 ・個別健診(町内11医療機関):7～12月 ・人間ドック 2 実績(R6年11月法定報告値よりR5年度実績) ・対象者数:4,054人 受診者数:1,961人 受診率:48.4%

目標値									
指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトカム (成果)指標	受診率	47.2% (2019年度[R1])	48.3%	48.6%	48.9%	49.2%	49.4%	49.7%	50.0%
アウトカム (成果)指標	40歳代受診率	28.8% (2019年度[R1])	32.5%	33.2%	33.9%	34.6%	35.2%	35.9%	36.6%
アウトカム (成果)指標	50歳代受診率	32.7% (2019年度[R1])	37.7%	38.3%	39.0%	39.7%	40.4%	41.0%	41.7%

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略		・受診率向上のため、受診者の傾向をアセスメントしながら対象者をセグメント化し、効果的な受診勧奨を実施する。 ・国保部門と庁内連携を図り、新規加入者の受診勧奨を実施する。 ・予約体制など、健診を受けやすい仕組みを検討する。					
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
実施方法（プロセス）	・受診勧奨効果をアセスメントしながら、到達受診率を想定し、受診率向上策を展開する。 ・新規加入者、不定期受診者、連続受診者、未受診者などグループを分け、ナッジ理論を取り入れた受診勧奨を行う。 ・受診率向上に向けて国保部門と連携し、新規加入者の受診勧奨を強化する。 ・受診者の傾向を分析し、被用者保険から加入する中途加入者や前期高齢者などの受診勧奨を強化する。	・まだら受診者（過去3年間で受診が1～2回）、連続受診者、国保新規加入者、40歳到達者にグループ分けし、対象者に合わせて内容を変更し、ハガキによる受診勧奨を実施した。					
実施体制（ストラクチャー）	・中間評価までに受診率49%を目標に、対象者の特性ごとに効果的な受診勧奨方法を導き、効率的な受診勧奨に取り組む。 ・他の保健事業の場も活用しながら、受診勧奨を実施する。 ・利便性向上に向けて、Web予約システムの導入などを検討する。	・集団健診当日キャンセル者に対する受診勧奨を強化し、当該キャンセル者用のLOGOフォームによるネット予約案内を実施した。					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果どうなったか (アウトカム)	受診率	48.6%	法定報告値	年度末 次年度の11月	主には事業担当・指導に携わる全職員	49.6%	a			(評価指標・目標値)
	40歳代受診率	33.2%	法定報告値	年度末 次年度の11月		32.3%	b			
	50歳代受診率	38.3%	法定報告値	年度末 次年度の11月		36.3%	b			
どのようだったか (プロセス)	対象者をグループ分けした受診勧奨が2回できたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末		できた	a	・まだら受診者(過去3年間で受診が1～2回)、連続受診者、国保新規加入者、40歳到達者にグループ分けし、対象者に合わせて内容を変更しハガキによる受診勧奨を実施した。 ・国保年金係と連携し、国保新規加入者等に特定健診受診勧奨の案内を周知した。 ・40歳到達者に無料クーポン券、特定健診についてのパンフレットを配布し、受診勧奨した。	・集団健診当日キャンセル者への受診勧奨は、予約日からあまり経過しない時期に勧奨するほうが効果的であるため、集団健診実施月ごとに当日キャンセル者への勧奨を実施できるようにする。	
	集団健診当日キャンセル者への受診勧奨ができたか(実施月毎)	できた	事業担当者による話し合い	年度末		できなかった	b			
	新規加入者への受診勧奨ができたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末		できた	a			
誰がどういう体制で (ストラクチャー)	効果的な受診勧奨ができたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末		できた	a	・集団健診当日のキャンセル者に対する受診勧奨を強化し、当該キャンセル者用のLOGOフォームによるネット予約案内を実施した。		

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:上三川町

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号2 事業名称: ★特定保健指導

事業の目的	対象者	具体的内容
メタボリックシンドロームに着目した保健指導により、高血圧症、糖尿病、脂質異常症について生活習慣病の予防を図る。生活習慣の改善をするための行動目標を設定・実践することにより、対象者が自分の健康に関するセルフケアができるようになる。	特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の選定基準による階層化により対象となった者	1 実施体制 ①集団健診委託機関への委託で実施 ②町保健師、管理栄養士による直営で実施 2 実施方法(集団健診受診者) ・特定保健指導対象者の階層化 ・健診結果説明会の案内(日付、時間指定)を個別通知 ・特定保健指導(積極的支援、動機付け支援)を実施 ・結果説明会に都合がつかない場合等は、町直営で別日に個別対応で実施 ・集団健診当日に、委託機関による分割による保健指導実施(健診日当日に初回面接) ・人間ドック受診者で、特定保健指導該当者に、個別通知により案内し、希望者に町直営で保健指導実施

目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	実施率	37.3% (2019年度(R1))	58.8%	45.0%以上	45.0%以上	45.0%以上	45.0%以上	45.0%以上	45.0%以上
アウトカム (成果)指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.8% (2019年度(R1))	20.4%	21.2%	21.6%	22.0%	22.3%	22.6%	23.0%
アウトカム (成果)指標	腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少者の割合(積極的支援)	— (新規評価指標のため未記入)	— (新規評価指標のため未記入)	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・外部アドバイザーからの支援を受けながら、長期に持続可能な実施率目標を設定し、維持する。 ・「質の向上」に着目し、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、対象者の行動変容につなげる。 ・委託先との協議などを通じて保健指導効果を高める取り組みを検討する。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（プロセス）	・対象者の健康意識が高く効果的な機会となる健診当日に、委託事業者による保健指導の初回面接分割実施に取り組む。 ・特定保健指導対象者に含まれる治療が必要な重症者への受診勧奨を確実に実施する。 ・委託実施と直営実施を並行して取り入れることにより、対象者の都合に応じた柔軟な方法で保健指導を展開する。	・特定保健指導の対象者が参加しやすい体制整備として、委託及び直営の並行で実施し、柔軟に対応できるようにした。 ・集団健診当日の初回面接分割実施を継続した。					
（ストラクチャー）	・委託事業者に質の担保を求め、保健指導効果の向上のために、特定保健指導の効果的な実施体制について協議を重ねる。 ・委託事業者の保健指導実施状況や指導効果について評価し、結果をフィードバックする。中間評価までに委託業者に対する評価の視点、フィードバックの方法をまとめ運用できることを目標とする。 ・実施率を安定的に確保し、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、質の高い保健指導体制を構築する。	・質の高い保健指導の実施を目指し、外部アドバイザーによる支援を受け、委託機関にも参加を呼びかけ、町と合同で保健指導の事例検討会を実施した。					

評価の観点	事業評価計画				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制
どれだけやったか アウトプット	実施率	45.0%以上	法定報告値	年度末 次年度の11月	主には事業担当・指導に携わる全職員
結果どうなったか 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	21.2%	法定報告値	年度末 次年度の11月	
	腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少者の割合(積極的支援)	25.0%	法定報告値	次年度の11月	
どのようにやったか プロセス	集団健診日当日の初回面接分割を実施できたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末	
	保健指導を委託と直営を並行で実施できたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末	
	要治療者への受診勧奨ができたか	できた	事業担当者による話し合い	年度末	
誰がどういう体制で ストラクチャー	質の高い保健指導の実施を目指し、外部アドバイザーによる研修を実施できたか	できた	アドバイザー派遣事業事業評価	年度末	
	委託先の保健指導の質を担保できたか(結果をフィードバックする)	できた	保健指導の様子、記録物、報告書を確認する	年度末	

評価				
実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
66.0%	a			(評価指標・目標値)
21.3%	a			(評価指標・目標値)
33.3%	a			
できた	a	・健康意識が高く効果的な機会となる健診当日に分割実施に取り組めた。 ・委託と直営の並行実施により、対象者のニーズに応じて保健指導を効果的に実施できた。 ・特定保健指導の参加を拒否した場合も、町保健師、管理栄養士が電話等で健診結果の説明を実施し、何らかの介入ができるよう工夫した。		
できた	a			
できた	a			
できた	a	・質の高い保健指導の実施を目指し、外部アドバイザーによる支援(研修、事例検討等)を受けた。 ・外部アドバイザーによる支援では、委託機関にも参加を呼びかけ、保健指導の事例検討会を実施した。実際の事例を通して、保健指導を振り返り、指導技術を学び、スキルアップに務めた。		・委託先の保健指導の内容の評価、委託先への評価結果をフィードバックに至ることができなかった。
できなかった	b			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

事業番号3	事業名称：生活習慣病等重症化予防事業
-------	--------------------

事業の目的	対象者	具体的内容
健康診査の結果、確実な医療機関受診を要する者や生活習慣病のリスクが高く精密検査が必要な者等に対して受診勧奨を実施し、疾病の早期発見・早期治療に繋げると共に、生活習慣病の重症化予防を目指す。	治療勧奨基準対象者（「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」の受診勧奨判定値に準じて町が独自に定めた基準に該当する者）	1 実施体制 ・町保健師、管理栄養士による直営で実施 2 実施方法（集団健診受診者） ・集団健診の受診結果から対象者を抽出 ・対象者に集団健診結果説明会の案内（日時指定）を個別通知 ・結果説明会にて、町保健師、管理栄養士による保健指導を実施（個別相談） ・説明会に参加できない場合は、窓口対応、電話、訪問等で個別対応 3 対象者（特定保健指導対象者は除く） ①収縮期血圧160mmHg以上、または拡張期血圧100mmHg以上 ②LDLコレステロール180mg/dℓ以上または中性脂肪500mg/dℓ以上（女性のLDL180mg/dℓ以上は除く） ③空腹時血糖140mg/dℓ以上またはHbA1c7.0％以上（空腹時血糖126～139mg/dℓまたはHbA1c6.5～6.9％は文書による受診勧奨） ④eGFR45未満または尿蛋白2＋以上

目標値									
指標	評価指標	ベースライン （年度）	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)
アウトプット （実施量・率）指標	受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率	99.6％ （2020年度〔R2〕）	98.7％	99.0％	99.0％	99.0％	99.0％	99.0％	100.0％
アウトカム （成果）指標	受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率	79.4％ （2022年度〔R4〕）	79.4％	80.0％	80.0％	80.0％	80.0％	80.0％	80.0％

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。（注2）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・外部アドバイザーからの支援を受けながら、専門職が効果的な保健指導技術を身につけ、要治療者を確実に医療につなげる。 ・個別健診受診者等においても、生活習慣病重症化予防事業を展開できるよう事業の流れを整理し、体制構築を図る。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（プロセス） 実施方法	・特に受診勧奨を要する基準値を定め、対象を絞り込み、効果的な受診勧奨を実施する。 ・高血圧症や糖尿病等を放置することが脳血管疾患や慢性腎臓病などの大きな疾病リスクになることを念頭に、高血圧症予備群や糖尿病予備群者への情報提供など啓発についても並行して実施する。	・町独自基準による対象者（生活習慣病ハイリスク者）に対して、個別に保健指導、受診勧奨を実施した。					
（ストラクチャー） 実施体制	・対象者が自らの健診結果を理解してリスクに気づき、確実な受診行動につながるよう、専門職が効果的な保健指導技術を身につける。 ・既存の実施体制を活用しながら、個別健診受診者等においても、生活習慣病重症化予防事業を展開できるよう事業の流れを整理し、体制構築を図る。中間評価までに事業の流れを整理することを目標とする。	・外部アドバイザーによる支援を受け、効果的な保健指導が実施できるよう、保健師、管理栄養士のスキル向上を目指した。					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
どれだけやったか アウトプット（実績）	受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率	99.0％	事業実績	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員	97.2％	b			（評価指標・目標値）
結果どうなったか アウトカム（結果）	受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率	80.0％	精密検査結果及びKDBレセプトデータ	年度末		58.1％	b			（評価指標・目標値）
どのようにやったか プロセス（過程）	リスクの高い対象者を絞り込み、効果的な受診勧奨ができたか	できた	担当者による話し合い	年度末		できた	a	・町独自基準による対象者（生活習慣病ハイリスク者）に対して、個別に保健指導、受診勧奨を実施した。 ・結果説明会に参加できない場合は、電話や窓口での対応等、対象者に合わせて対応し、対象者に介入できるよう工夫した。		
	図版やパンフレット等を使用し、リスクを対象者に説明できたか	できた	担当者による話し合い	年度末		できた	a			
誰が（体制・構造）で どうやったか ストラクチャー（体制）	質の高い保健指導を目指し、外部アドバイザーによる研修が実施できたか	できた	アドバイザー派遣事業 事業評価	年度末		できた	a	・外部アドバイザーによる支援を受け、効果的な保健指導が実施できるよう、保健師、管理栄養士のスキル向上を目指した。 ・現在は、集団健診受診者のみを対象としており、個別健診受診者等を対象とする生活習慣病重症化予防事業は実施できていない。		
	個別健診受診者等に対する生活習慣病重症化予防事業の体制構築の検討ができたか	できた	担当者による話し合い	年度末		できなかった	b			

* 評価：目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a:達成 / b:未達成 / c:評価困難

事業番号4 事業名称: 糖尿病重症化予防事業①(未治療者・治療中断者対策)

事業の目的	対象者	具体的内容
糖尿病を発症するリスクがある者及び重症化するリスクの高い者に対して、生活習慣の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病の発症や重症化、人工透析への移行を抑制する。	栃木県糖尿病重症化予防プログラムの抽出基準の該当者	・町の特定健診を受診した国民健康保険加入者のうち、糖尿病境界域段階(空腹時血糖100～125及びHbA1c5.6～6.4%)の者へ対し、予備群であることを知らせる文書を同封し、生活改善の呼びかけを実施 ・町の特定健診を受診した国民健康保険加入者のうち、糖尿病重症化予防段階(空腹時血糖126～139及びHbA1c6.5～6.9%)で未治療の者へ対し、文書による受診勧奨を実施 ・町の特定健診を受診した国民健康保険加入者のうち、空腹時血糖140以上及びHbA1c7%以上で過去1年間に糖尿病受療歴がなく、未治療である者へ対し、個別面談による生活改善指導と受診勧奨を実施 ・栃木県糖尿病重症化予防プログラム対象者一覧(R5年度分 R6.7月作成)にて、過去に糖尿病服薬歴があり、治療レセプトがない者で、Level2(2型糖尿病で糖尿病合併症のリスクがある者)とLevel3(糖尿病合併症の診断があり透析のリスクがある者)判定の者に対し、実態調査を実施。そのうち治療を中断している者には訪問による受診勧奨を実施

目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100.0% (2019年度[R1])	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果)指標	受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	84.6% (2019年度[R1])	76.6%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨対象者(治療中断者)への受診勧奨実施率	— (2022[R4]開始事業のため未記入)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果)指標	受診勧奨対象者(治療中断者)の医療機関受診率	— (2022[R4]開始事業のため未記入)	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・糖尿病重症化予防事業の推進に向けて、医療機関と連携を強化し、受診を要する高血糖者を確実な医療につなげる。 ・集団健診受診者に加えて個別健診受診者等にも事業展開できるよう医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（プロセス） 実施方法	・重症化予防段階に応じて支援方法を選定し、効率的・効果的な情報提供及び受診勧奨を実施していく。 ・高血糖者に対して確実な医療機関受診を促す。 ・医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。	・段階別に方法を変えて実施した。 ・精密検査受診結果の戻りがない者に電話し、再勧奨を実施した。 ・個別健診受診者への情報提供を医療機関に依頼した。					
（ストラクチャー） 実施体制	・医療機関と連携を強化して効果的な保健事業の推進を図る。中間評価までに個別健診等の受診者に対する事業展開方法について現状や課題を整理し、展開方法を検討する。 ・AI分析を活用した客観的な分析に基づくリストを活用して対象者を抽出することで、効果的な事業実施を目指す。	・医療機関へ事業を説明し、協力を依頼した。					

評価の観点	事業評価計画					評価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
どれだけやったか アウトプット(実績)	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100.0%	文書の同封や面談の実施数を集計	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員	100.0%	a			(評価指標・目標値)
	受診勧奨対象者(治療中断者)の受診勧奨実施率	100.0%	手紙の送付や電話・訪問による勧奨実施数	年度末		100.0%	a			
結果どうなったか アウトカム(結果)	受診勧奨対象者(未治療者)への医療機関受診率	78.0%	精密検査受診結果の戻りを集計及び医療レセプトの確認	年度末		54.7%	b			(評価指標・目標値)
	受診勧奨対象者(治療中断者)の医療機関受診率	50.0%	医療レセプトの確認	年度末		0.0%	b			
どのようにやったか プロセス(過程)	糖尿病境界域段階への生活改善を呼びかける文書を同封したか	できた	報告書	年度末		できた	a	・糖尿病境界域段階への生活改善を呼びかける文書の同封が漏れなく実施できるように、作業マニュアルを作成した。 ・共通の媒体を使用し、どの担当者もリスクを対象者へ伝えられるよう努めることができた。		
	媒体を使用し、リスクを対象者に説明できたか	できた	報告書	年度末		できた	a			
誰が(体制・構造)でやったか ストラクチャー(体制)	町内医療機関(内科)に対し、事業の説明ができたか	できた	会議または文書の送付	年度当初		できた	a	・町内の医療機関に、事業の内容等について説明し協力を依頼した。 ・現在は、集団健診受診者のみを対象としており、個別健診受診者等を対象とする糖尿病重症化予防事業は実施できていない。		
	個別健診受診者等に対する事業の体制構築の検討ができたか	できた	担当者による話し合い	年度末		できなかった	b			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名: 上三川町

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号5 事業名称: 糖尿病重症化予防事業②(治療中者対策)

事業の目的	対象者	具体的内容
糖尿病治療中者で重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携し、生活習慣の改善、糖尿病の重症化及び人工透析への移行を抑制する。	栃木県糖尿病性腎症対策プログラム抽出基準の該当者	・特定健診の結果が空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5%以上で、かつ尿蛋白(±)以上またはeGER60ml/分/1.73㎡未満に該当する者のうち、過去1年間に糖尿病受療歴がある者で、次のいずれかに該当する者を除いて個別面談を実施し、希望者には医療機関と連携した計4回の継続した保健指導を実施 ①1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者 ②認知機能障害がある者 ③糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	重症化予防指導対象者の案内率	87.3% (2022年度〔R4〕)	87.3%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導対象者への保健指導実施率(初回相談実施割合)	10.7% (2019年度〔R1〕)	1.8%	3.0%	3.0%	5.0%	5.0%	8.0%	8.0%
アウトプット (実施量・率)指標	保健指導対象者への保健指導実施率(終了割合)	8.9% (2019年度〔R1〕)	1.8%	3.5%	3.5%	5.2%	5.2%	8.8%	8.8%
アウトカム (成果)指標	対象者の管理件数	— (新規評価指標のため未記入)	— (新規評価指標のため未記入)	50件	65件	80件	95件	125件	140件

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	集団健診の結果説明会の場を当事業対象者の説明と募集の場、また過去支援者の継続フォローの場として整理し、かかりつけ医と連携を図りながら糖尿病患者の人工透析移行を抑制する。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
(プロセス) 実施方法	・保健師や管理栄養士による保健指導を行うことで、対象者が検査値を理解して自身の健康状態を把握し、透析に移行しないための生活習慣行動がとれるよう、サポートを行う。 ・中間評価までに、AI分析を活用した客観的な分析に基づくリストを活用して対象者を抽出するなど、対象者抽出方法の見直しを図り、対象拡大を図る。対象者の管理台帳を作成し、健診結果を追跡管理する仕組みづくりを行う。	・計4回の継続した保健指導を実施し、対象者の生活改善をサポートした。					
(ストラクチャー) 実施体制	・糖尿病重症化による合併症の周知を図り、中間評価までに相談会の参加を後押しできるよう、ネーミングの変更や参加募集案内などの見直しを図る。 ・新規対象者への支援を行うとともに再度支援が必要と考えられる人には保健指導を実施できる体制の整備を目指す。 ・治療中者へのアプローチとして、医療機関との連携を強化する。	・糖尿病重症化予防相談会の案内をチラシの同封のみでなく、対面で実施した。					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
どれだけやったか アウトプット (実績)	重症化予防指導対象者の案内率	89.0%	案内の同封数	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員	81.8%	b			(評価指標・目標値)
	保健指導対象者への保健指導実施率(初回相談実施割合)	3.0%	報告書	保健指導の開始時		4.8%	a			
	保健指導対象者への保健指導実施率(終了割合)	3.5%	報告書	次年度の10月		4.8%	a			
結果どうなったか アウトカム (結果)	対象者の管理件数	50件	報告書	年度末		26件	b			(評価指標・目標値)
どのようにやったか プロセス (過程)	案内の内容は適切か	適切	担当者による話し合い 決裁	事業開始時		適切	a	・事業の案内に同意書欄を設け、スムーズに事業開始できるよう工夫した。 ・共通の媒体やマニュアルを用いて、どの担当者も同様の説明ができるようにした。		
	媒体を使用し、リスクを対象者に説明できたか	できた	報告書	年度末		できた	a			
	対象者へ事業の流れを説明できたか	できた	報告書	年度末		できた	a			
誰が、という体制で ストラクチャー (体制)	かかりつけ医と連携が図ることができたか	できた	指示書の作成依頼 報告書の提出	保健指導終了時		できた	a	・糖尿病重症化予防相談会の案内チラシを同封するのみでなく、保健指導の場面で対面にて、相談会の目的や参加の必要性を本人に説明して、参加を促した。		
	事業説明と同時に参加の同意を得ることができたか	できた	報告書	事業開始時		できた	a			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:上三川町

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号6 事業名称: 重複・頻回受診者、重複服薬者訪問指導事業

事業の目的	対象者	具体的内容
健康の保持及び疾病の早期回復による重複・頻回受診者、重複服薬者の減少を目的とし、医療機関への適正な受診に向けた訪問指導を行う。	【重複受診者】 同一月内に同一疾病のため、同一診療科の3医療機関以上の外来受診があり、かつ、それが3ヶ月連続する者 【頻回受診者】 同一月内に同一診療科の医療機関に多数(月15回以上)の外来受診があり、かつ、それが3ヶ月連続する者 【重複服薬者】 同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されており、かつ、それが3ヶ月連続する者	1 実施根拠 上三川町国民健康保険重複多受診等訪問指導実施要綱 2 実施方法 ①対象者選定 ・重複・頻回受診者:レセプト等から国保担当者が選定 ・重複服薬者:国保連合会が抽出した候補者から保健師が選定 ②選定結果(指導対象者) ・重複受診者 2人 ・頻回受診者 4人 ・重複服薬者 5人 合計 延べ11人(重複該当があるため実質9人) ③ 訪問案内通知 ・R6.9に通知、うち7人より連絡あり(相談5人、完治1人【対象から除外】、拒否1人) ④ 訪問指導 ・R6.9～R6.10に実施 3 指導結果 ・経過観察4人(うち要継続訪問1人)、完結1人 4 経過確認 ・レセプトにより4人の経過確認 ・指導効果あり3人(完結)、指導効果限定的1人(R7.3に再訪問案内通知)

目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	訪問指導実施件数 (重複・頻回受診者)	1件 (2020年度[R2])	3件	2件	2件	2件	2件	2件	2件
アウトプット (実施量・率)指標	訪問指導実施件数 (重複服薬者)	1件 (2020年度[R2])	4件	2件	2件	2件	2件	2件	2件

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・訪問指導対象者に対し通知の上、療養に関すること、日常生活に関すること、諸制度等の情報提供に関すること、その他健康管理に関することについて、指導する。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（ 実 施 方 策 ）	・訪問指導後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。 ・国民健康保険運営協議会に年1回、報告する。 ・訪問指導を年度前半までに実施し、効果確認をする。 ・対象者への通知について、訪問指導の実施につながるよう通知内容の見直しを行う。	・訪問指導後のレセプトによる効果検証 ・国保連協報告 ・訪問期間等を明確にした通知文の見直し ・訪問指導を年度前半(一部10月)までに実施、効果確認					
（ ス ト ラ ク チ ャ ー ）	・重複服薬者は、国民健康保険団体連合会が抽出した候補者から保健師が対象者を選定する。 ・重複・頻回受診者は、住民課で対象者を抽出する。 ・服薬の指導について、薬剤師会との協力連携を目指す。	・重複服薬者は、国保連合会が抽出した候補者から保健師が対象者を選定 ・重複・頻回受診者は、レセプト等から住民課で対象者を抽出					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
どれだけやったか （実績） アウトプット	訪問指導実施件数 (重複・頻回受診者)	2件	報告書	年度末	主 に は 事 業 担 当 ・ 指 導 に 携 わ る 全 職 員	3件	a			(評価指標・目標値)
	訪問指導実施件数 (重複服薬者)	2件	報告書	年度末		3件	a			
どのよう（過程） にやったか プロセス	対象者の選定方法が適切か	適切	実施要綱	年度末		適切	a	・訪問期間等を明確にした通知文に見直した。		
	案内通知の内容及び時期が適切か	適切	決裁	年度末		適切	a	・訪問を好まない対象者に対しては、来庁による相談に変えるなど柔軟に対応した。		
	指導・説明が適切か	適切	報告書	年度末		適切	a	・処方については、無理強いをせず、医師・薬剤師とよく相談するよう指導した。		
	経過確認の方法は適切か	適切	報告書	年度末		適切	a	・お薬手帳の積極的活用を勧めた。 ・レセプトにより経過確認を行い、その後の方針を決めた。		
誰が（体制・構造） どう（体 制・構 造） で ス ト ラ ク チ ャ ー	事務職・専門職の不足はないか	不足がない	担当者会議	年度末		不足がない	a	・職員間で密に連携することにより、職員不足を補った。		
	必要な予算の確保ができたか	できた	決裁	年度末		できた	a			
	薬剤師会との協力連携ができたか	できた	報告書	年度末		できなかった	b			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:上三川町

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号7 事業名称: 後発(ジェネリック)医薬品差額通知事業

事業の目的	対象者	具体的内容
後発(ジェネリック)医薬品の差額通知を発送することにより、被保険者の医療費負担の軽減、及び医療保険財政の改善・効率化・有効活用を図り、国民健康保険制度を持続可能な社会保障として確立していく。	基準月に受診した被保険者のうち、1薬剤当たり月100円を超え、自己負担500円以上の削減効果が見込まれる者	1 実施根拠 上三川町国民健康保険後発医薬品利用促進事業計画 2 実施方法 ①通知 ジェネリック医薬品に切り替えた場合薬の自己負担軽減についてのお知らせ ②通知回数 2回 ・第1回【R6.7通知】:(基準月)R6.4処方分 ・第2回【R7.1通知】:(基準月)R6.10処方分

目標値									
指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	対象者に対する通知回数	2回 (2019年度(R1))	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
アウトカム (成果)指標	後発(ジェネリック)医薬品 使用(利用)割合	80.7% (2019年度(R1))	83.4%	84.1%	84.7%	85.3%	85.9%	86.5%	87.1%

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・対象者リストの抽出、後発(ジェネリック)医薬品差額通知書を作成、発送する。 ・医療費の抑制、国保財政の安定化につながることの周知を行う。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
(プロセス) 実施方法	・対象者の抽出(抽出条件の拡大)、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託し、町が発送する。 ・年2回通知する。 ・保険証の年次更新時にパンフレット、新規交付時に後発(ジェネリック)医薬品希望カードを配布する。 ・医療費の抑制、国保財政の安定化につながることの周知を行う。	国保連合会に抽出、通知書作成委託 ・年2回通知 ・パンフレット、希望カードの配布 ・連合会より効果分析関連資料の提供					
(ストラクチャー) 実施体制	・職員1人(事務職)が担当する。 ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当する。 ・対象者の抽出、差額通知書の作成を国民健康保険団体連合会に委託する。 ・医師会、薬剤師会との協力連携を図る。	・住民課(国保担当)が事務全般を担当					

評価の観点	事業評価計画					評価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	*評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
アウトプット (実績)どれだけやったか	対象者に対する通知回数	2回	実施報告通知回数	年度末	主には事業担当・指導に携わる全職員	2回	a			(評価指標・目標値)
アウトカム (結果)結果どうなったか	後発(ジェネリック)医薬品使用(利用)割合	84.1%	利用率	年度末 次年度の5月		91.4%	a			(評価指標・目標値)
プロセス (過程)どのようにやったか	対象医薬品の選定方法は適切か	適切	事業計画	年度末		適切	a	・すべての医薬品を対象した場合、膨大な量になってしまうため、事業計画の基準により選定した。 ・パンフレット、希望カードの配布を配布した。		
	通知時期は適切か	適切	事業計画	年度末		適切	a			
	普及啓発・情報提供の方法は適切か	適切	決裁	年度末		適切	a			
ストラクチャー (体制)誰がどういう体制で	事務職・専門職の不足はないか	不足がない	担当者会議	年度末		不足がない	a	・職員間の連携を密にすることにより、職員不足を補った。 ・計画に基づき、予算を確保した。		
	必要な予算の確保ができたか	できた	決裁	年度末		できた	a			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:上三川町

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号8 事業名称: 人間ドック・脳ドック検診費用助成事業

事業の目的	対象者	具体的内容
被保険者に対し、人間ドック又は脳ドックの検診に要する費用の一部を助成することにより、疾病の予防、早期発見及び早期治療を促進し、もって被保険者の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。	30歳以上の国民健康保険被保険者のうち、保険税を完納し、かつ町が実施する特定健康診査を受診していない者	1 実施根拠 上三川町人間ドック等検診費用助成金交付要綱 2 事業内容 ・助成額 人間ドック(日帰り・宿泊)、脳ドック とともに28,000円【上限】 ・申請 受診日の14日前まで ・提出された検査結果票は健康福祉課において町の特定保健指導に活用

目標値									
指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	助成件数	140件 (2019年度(R1))	141件	143件	145件	147件	149件	151件	153件

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	・周知方法の拡大を図る。 ・契約検診機関を見直す。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
(プロセス) 実施方法	・町内公共施設等に、費用助成に関するポスター掲示及びチラシの設置を行い、制度の周知を図る。 ・契約検診機関からXMLデータによる検診結果受領を推進する。	・申請方法を従来の来庁方式に加え、オンライン方式も可能とした。 ・広報、町HPで周知 ・国保資格取得時にチラシ配布					
(ストラクチャー) 実施体制	・職員1人(事務職)が担当する。 ・住民課が予算、事業計画作成、関係機関との連携を担当する。 ・特に契約検診機関とは、助成事務について連携を密にし、事業を実施する。	・住民課(国保担当)が事務全般を担当					

評価の観点	事業評価計画					評価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
どれだけやったか アウトプット (実績)	助成件数	143件	実績報告	年度末 次年度の5月	主には事業担当・指導に携わる全職員	164件	a			(評価指標・目標値)
どのようにやったか プロセス (過程)	普及啓発・情報提供の方法は適切か	適切	決裁	年度末		適切	a	・広報、町HPで周知した。 ・国保資格取得時に助成内容のチラシを配布した。 ・申請方法に、オンライン方式を追加した。		
誰が(体制・構造)で ストラクチャー で	事務職・専門職の不足はないか	不足がない	担当者会議	年度末		適切	a	・職員間の連携を密にすることにより、職員不足を補った。 ・申請状況を適宜確認し、受診者数を予測・見込むことにより、必要な予算を確保した。		
	必要な予算の確保ができたか	できた	決裁	年度末		適切	a			

* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難