

第3期田上町データヘルス計画
(含 第4期田上町特定健康診査等実施計画)

令和6年3月

目次

0. データヘルス計画の背景と目的.....	1
0.1. 計画作成の背景・目的.....	1
0.2. 計画の位置づけ.....	1
0.3. 基本理念.....	3
0.4. 計画の対象期間と評価・見直し.....	3
0.5. 計画の公表・周知.....	3
1. 田上町の概要.....	3
1.1. 人口および被保険者の概要.....	3
1.2. 平均余命・平均自立期間・死亡者割合.....	5
2. 第2期田上町データヘルス計画の評価.....	7
2.1. 課題の評価及び計画全体目標の達成状況.....	7
2.1.1. 課題の評価.....	7
2.1.2. 計画全体目標の達成状況.....	7
2.2. 保健事業の実施状況.....	10
3. 医療費データ・健診データの分析結果.....	16
3.1.1. 医療費の概要.....	16
3.1.2. 高額医療費の発生状況.....	19
3.1.3. 長期入院者の状況.....	19
3.1.4. 生活習慣病関連疾患医療費の状況.....	20
3.1.5. がん医療費の状況.....	21
3.1.6. 精神疾患医療費の状況.....	23
3.1.7. 後発品の数量割合.....	23
3.1.8. 重複頻回・多剤.....	24
3.2. 特定健康診査・特定保健指導の状況.....	26
3.2.1. 特定健診・特定保健指導の実施状況.....	26
3.2.2. メタボリックシンドローム該当者の状況.....	27
3.2.3. 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）.....	28
3.2.4. 質問票.....	28
3.3. 重症化予防.....	29
3.3.1. 健診とレセプトの突合分析.....	29
3.3.2. 重症化予防.....	30
3.4. 介護の状況.....	33
4. 計画全体の目標.....	34
4.1. 健康課題の整理.....	34

4.2.	健康課題等まとめ.....	34
4.3.	計画全体の目標.....	35
4.3.1.	目的・目標一覧.....	35
4.3.2.	中長期目標及び短期目標の現状値と目標値.....	36
5.	保健事業の内容.....	38
6.	第4期特定健康診査等実施計画.....	41
6.1.	特定健診・特定保健指導.....	41
6.1.1.	目的.....	41
6.1.2.	目標値の設定.....	41
6.1.3.	実施方法（特定健診）.....	43
6.1.4.	実施率向上の取り組み等（特定健診）.....	44
6.1.5.	実施方法（特定保健指導）.....	44
6.1.6.	実施率向上の取り組み等（特定保健指導）.....	46
6.1.7.	代行機関.....	46
7.	地域包括ケアに係る取り組み.....	47
8.	計画の評価方法と見直し.....	47
9.	計画の公表・周知.....	47
10.	個人情報の保護.....	47
10.1.	ガイドラインの遵守及び守秘義務.....	47
10.2.	データ保存方法及び保管期間.....	47

0. データヘルス計画の背景と目的

0.1. 計画作成の背景・目的

(保健事業実施計画の背景)

- 平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」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。」とされました。
- 平成 26 年 3 月、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（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本手引きでは「保険者」という。）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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。
- その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太の方針 2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI の設定を推進する。」と示されました。
- このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

(保健事業の目的)

- 保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

0.2. 計画の位置づけ

本計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」に示された基本方針を踏まえるとともに「健康にいがた 21（第三次）」及び、町民の健康づくりの方針を示した「田上町健康増進計画（第三次）」をはじめとする関連計画との整合性を図ります。

	データヘルス計画		田上町健康増進計画
	特定健診等実施計画		
法律	高齢者の医療に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示 第307号)	健康増進法 第8条
基本的な指針	平成25年5月「特定健康診査 計画作成の手引き」 (厚生労働省 保険局)	平成26年4月「国民健康保険 法に基づく保健事業の実施等 に関する指針の一部改正」 (厚生労働省 保険局)	平成24年7月「国民の健康の 増進の総合的な推進を図るた めの基本的な方針の全部改 正」 (厚生労働省 健康局)
計画策定者	田上町国保		田上町
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病 等の生活習慣病の予防対策を 進め予防することができれ ば、通院患者を減らすことが でき、さらには重症化や合併 症の発症を抑え、入院患者を 減らすことができ、この結果、 国民の生活の質の維持および 向上を図りながら医療の伸び の抑制を実現することが可能 となる。特定健康診査は、糖 尿病等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 ームに着目し、生活習慣を改善 するための特定保健指導を必 要とするものを、的確に抽出 するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとし て、被保険者の自主的な健康 増進及び疾病予防の取り組み について、保険者がその支援 の中心となって、被保険者の 特性を踏まえた効果的かつ効 率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。被保 険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険 者の財政基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても 重要である。	平均寿命の長さだけではなく、 実り豊かな生涯を過ごす ために健康寿命の延伸、生活 の質（QOL）向上への取組み を市民一人ひとりがそれぞれ の健康観に基づいて「自分の 健康は自分でつくる」という 意識で積極的に取り組み、併 せて、学校や企業、地域、行 政など社会全体が一体となっ てこれを支援することで、「生 涯を通じて だれもが健やか でいきいきとくらせる地域 （まち）」づくりの実現を目指 す。
対象者	田上町国保被保険者のうちの 40～74歳のもの	田上町国保被保険者全員	田上町民全員

0.3. 基本理念

基本理念 1 「健康寿命の延伸」

基本理念 2 「医療費の適正化」

0.4. 計画の対象期間と評価・見直し

本計画の計画期間は、国指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とする」としていること、保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいて他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮していることから、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

0.5. 計画の公表・周知

本計画は、田上町ホームページを通じて広く町民に周知し、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等にも周知します。

1. 田上町の概要

1.1. 人口および被保険者の概要

本町の人口は令和1年には11,490人でしたが、令和4年には10,949人と減少しています。国保加入者数も人口減少に加えて後期高齢者医療制度への移行などの影響で減少しており、令和4年度の国保加入率は24.1%となっています。

被保険者の年齢構成は令和4年度で65-74歳の前期高齢者が1,445人、58.5%を占めており、被保険者の高齢化が進んでいます。

図1 人口及び被保険者証の状況

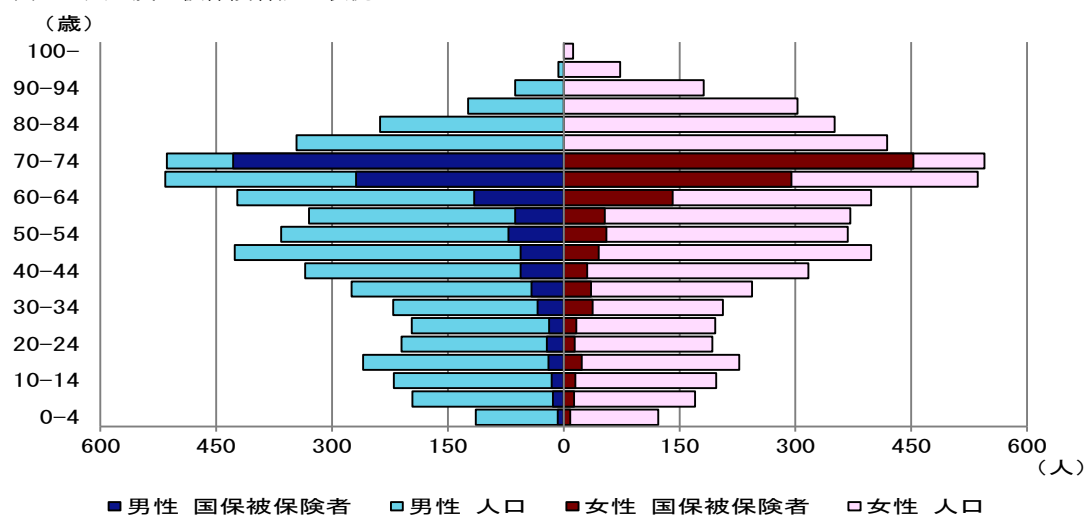


図2 人口割合の推移

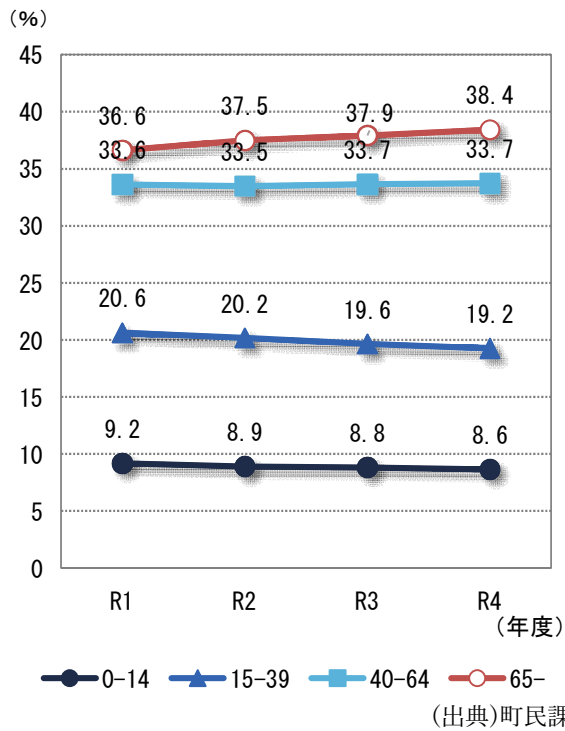


図3 人口の推移

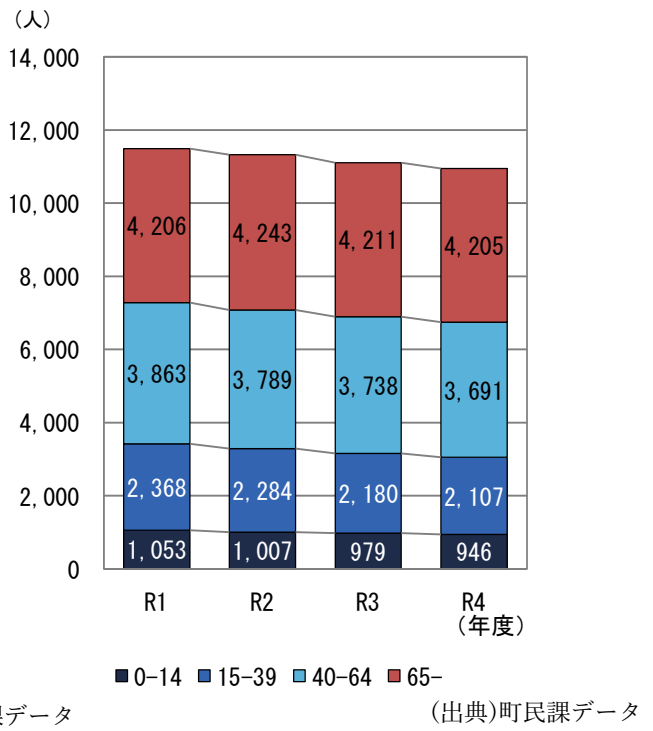


図4 国保被保険者割合の推移

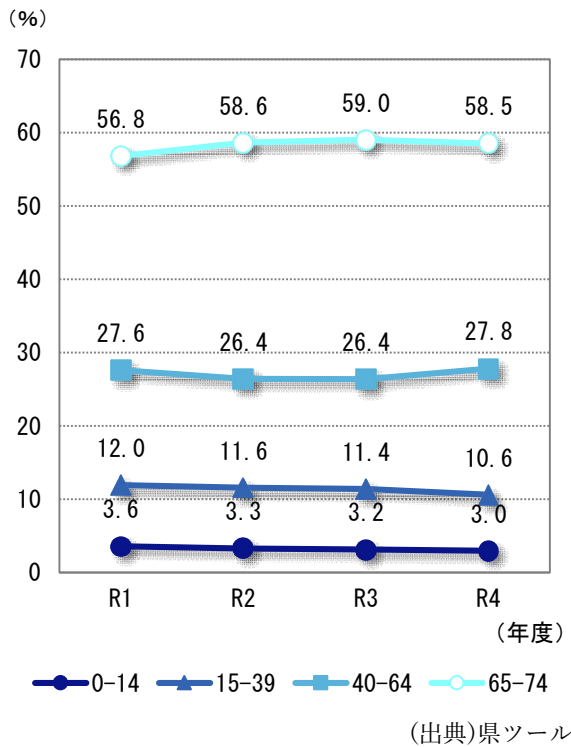
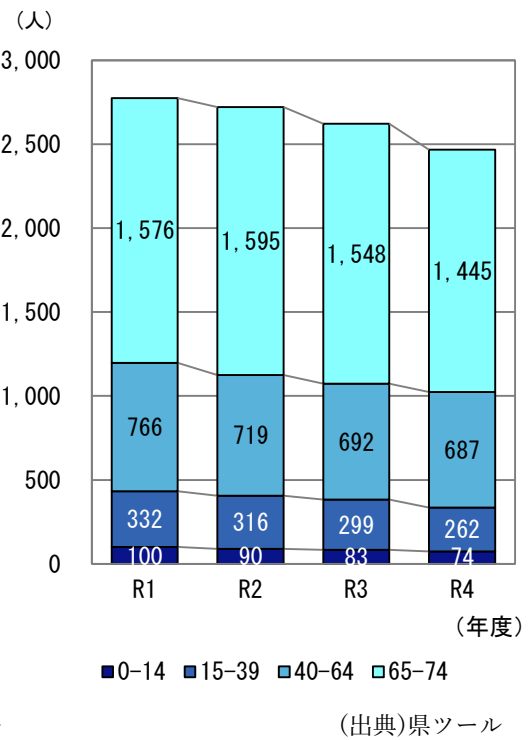


図5 国保被保険者の推移



1.2. 平均余命・平均自立期間・死亡者割合

平均余命は男性 80.8 歳、女性 88.2 歳、平均自立期間（要介護 2 になるまでの期間）は男性 79.5 歳、女性 84.3 歳であり、その差は男性 1.3 歳、女性 3.9 歳となっています。

図 6 平均余命

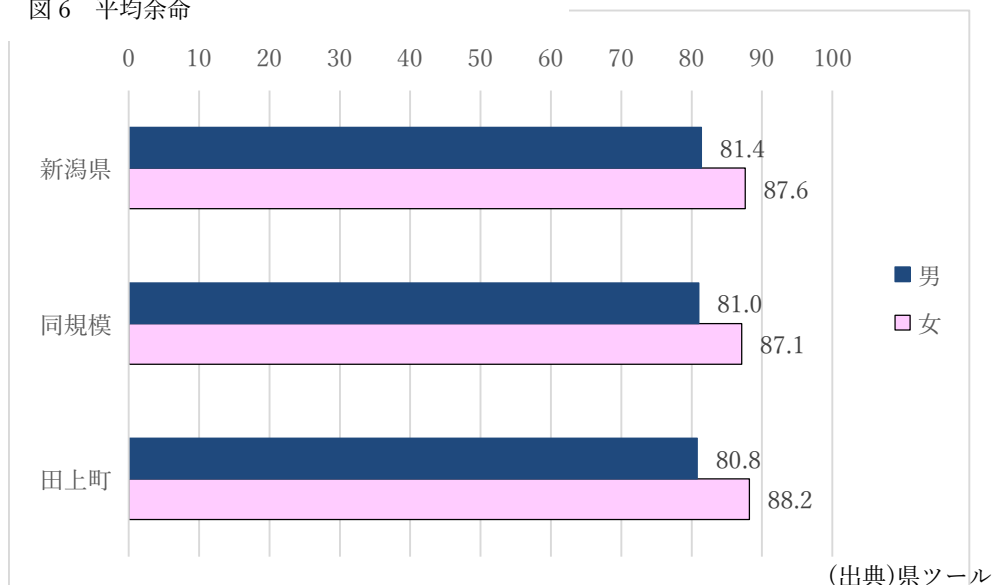
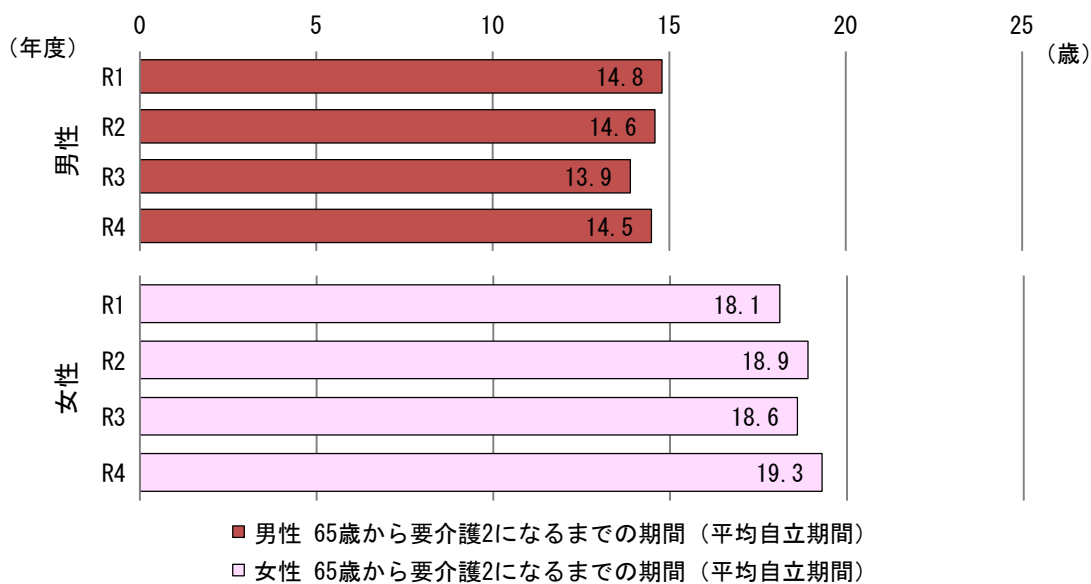


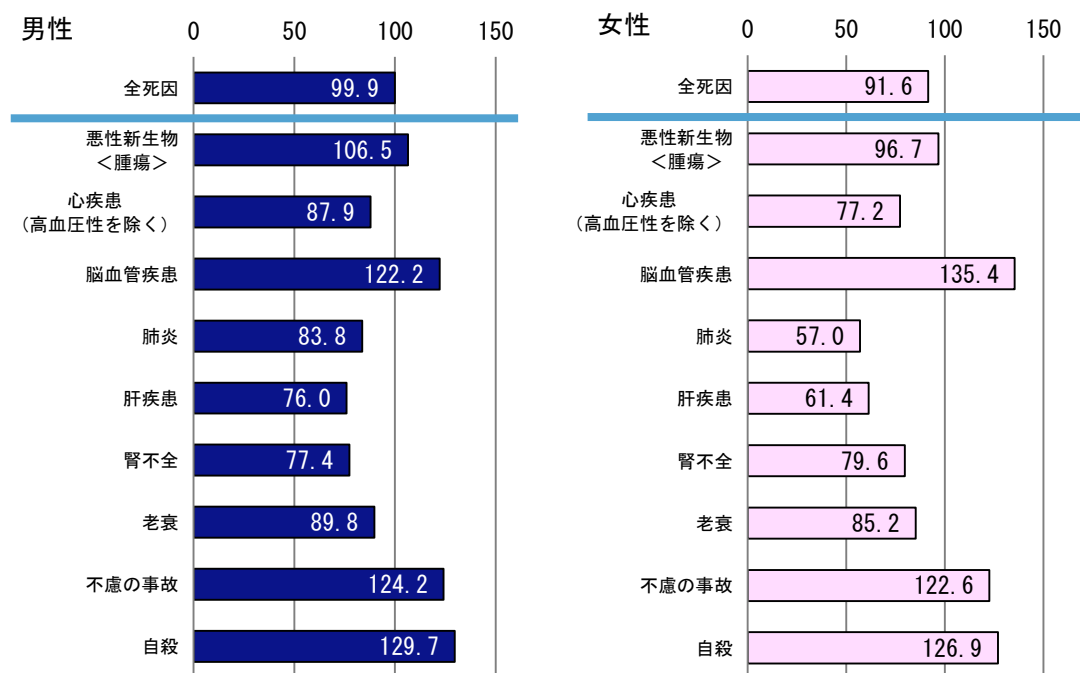
図 7 平均自立期間



国と比較した標準化死亡比は男女ともに脳血管疾患と自殺が高く、特に生活習慣改善重症化疾患である脳血管疾患は女性で一番高くなっています。

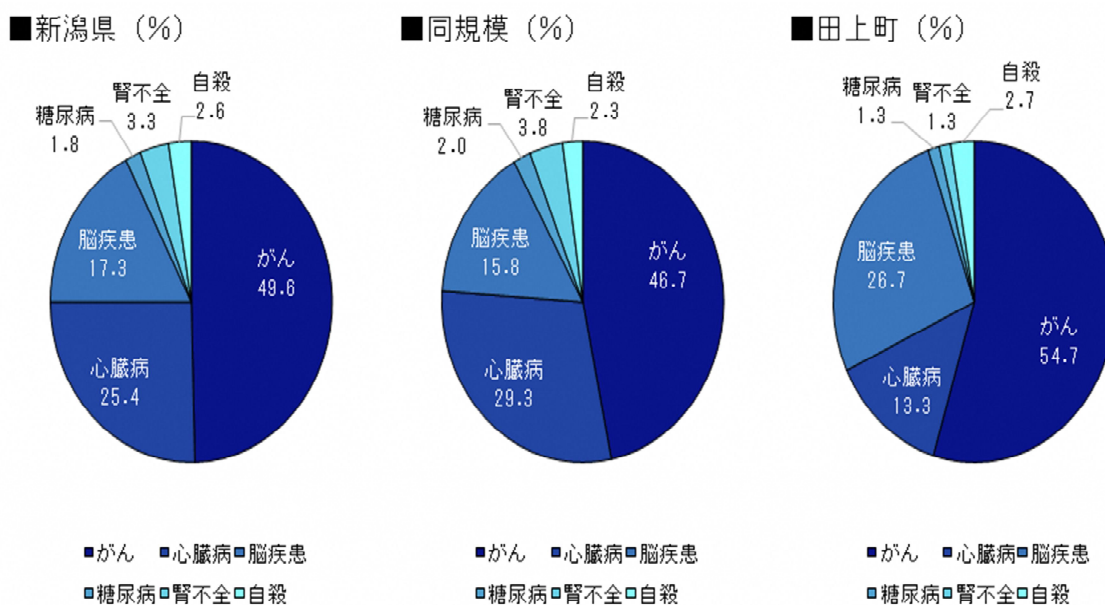
また死因では、がん、脳疾患、心臓病の順で高く、がんと脳疾患の死亡割合が同規模や県と比較して高くなっています。

図8 標準化死亡比



(出典)県ツール

図9 死因



(出典)県ツール

2. 第2期田上町データヘルス計画の評価

2.1. 課題の評価及び計画全体目標の達成状況

2.1.1. 課題の評価

第2期データヘルス計画においては、「糖尿病の発症と重症化予防」と「脳血管疾患による疾病負荷の軽減」の2つを目的とし、保健事業を実施しました。

目的① 糖尿病の発症と重症化予防

HbA1c 有所見者割合が高く、一人当たり医療費も増えている状況です。少なからず医療機関を受診していない方もいるため、積極的に医療機関受診勧奨を行うなど、より踏み込んだ形で糖尿病重症化予防を実施していく必要があります。

目的② 脳血管疾患による疾病負荷の軽減

脳血管疾患における入院件数が増加傾向にあり、死亡割合も相対的に高い状況にあります。収縮期血圧の有所見者割合も新潟県よりも高いため、新規高血圧患者の抑制に努めるなど引き続き保健事業を実施していく必要があります。

2.1.2. 計画全体目標の達成状況

(1) 中長期目標の達成状況

脳血管疾患については、高血圧患者が増加しているが、一人当たり医療費は減少しているため、高血圧で医療機関未受診の方を医療機関受診につなげることで重症化予防を一定程度図られていると考えられます。

また、糖尿病について、新規患者数が減少する一方で、一人当たり医療費が増加しました。糖尿病発症予防は一定程度図られているが、重症化予防が課題となっています。

(2) 短期目標の達成状況

特定健診実施率が上昇した一方で、特定保健指導が大きく減少してしまいました。また、生活習慣に関する指標（運動・喫煙）も悪化してしまいました。新型コロナウイルス感染症拡大による影響もあり、対面での保健指導が避けられたり、外出が控えられたことにより運動習慣がなくなってしまった人が一定数いると考えられます。

(3) 中長期目標

◎：目標値を達成したもの ○：目標達成には至らなかったが、現状値の改善がみられるもの △：目標達成には至っておらず、現状値の改善がみられなかったもの

中長期目標	評価指標	第2期現状値 (平成29年度)	目標値	令和4年度 現状値	達成 状況
新規高血圧患者数の減少	患者千人当たりの高血圧新規患者	11.624 人	減少させる	13.075 人	△
脳血管疾患の一人当たり医療費の抑制	脳血管疾患の一人当たり医療費	12,515 円	増加抑制	12,159 円	◎
新規糖尿病患者数の減少	患者千人当たりの糖尿病新規患者	10.238 人	減少させる	10.127 人	◎
糖尿病の一人当たり医療費の抑制	糖尿病の一人当たり医療費	17,848 円	増加抑制	22,146 円	△

(4) 短期目標

◎：目標値を達成したもの ○：目標達成には至らなかったが、現状値の改善がみられるもの △：目標達成には至っておらず、現状値の改善がみられなかったもの

短期目標	評価指標	第2期現状値 (平成29年度)	目標値	令和4年度 現状値	達成 状況
特定健診受診率の増加	特定健診受診率	45.4%	60.0%	48.1%	○
特定保健指導受診率の増加	特定保健指導実施率	37.4%	60.0%	21.3%	△
未受診高血圧判定者の割合の減少	未受診高血圧判定者の割合	40.9%	40.0%	39.7%	◎
未受診糖尿病判定者の割合の減少	未受診糖尿病判定者の割合	16.8%	15.0%	14.8%	◎
適切な生活習慣を行っている者の 割合の増加	質問票調査における運動習慣 割合	44.5%	50.0%	41.9%	△
	質問票調査における喫煙者割 合	12.4%	10.0%	13.2%	△
メタボリックシンドローム該当 者・予備群の割合の減少	メタボリックシンドローム該 当者の割合	17.7%	15.0%	19.0%	△
	メタボリックシンドローム予 備群の割合	8.0%	5.0%	9.0%	△

2.2. 保健事業の実施状況

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
特定健康診査	生活習慣病の引き金となるメタボリックシンドロームやその予備群を早期に発見し、生活習慣病の発症予防・重症化につなげる。対象者が自分自身の健康状態や生活習慣を自覚し、健康の保持・増進に努められるようにする。	田上町国民健康保険に加入する40歳～74歳までの者	生活習慣病リスクを抱える可能性が高い40歳～74歳までの国民健康保険加入者へ健診を実施し、検査結果により健診受診者の階層化を行い、特定保健指導や医療機関受診勧奨等を実施し重症化予防を図る。	【アウトプット】 健診対象者への通知率	100%	100%	適切な人員規模で事業は実施できており、広報についても概ね制度周知はできている。健診実施率については、受診率向上の施策を実施しているが、目標受診率へ到達していない。今後は目標受診率達成に向けて、新たな施策を検討していく。
				【アウトカム】 特定健診受診率	60.0%	48.1%	

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
特定健康診査未 受診者対策事業	特定健診未受診者に 対し、それぞれの特性 に応じた勧奨を実施 することで、特定健診 受診率の向上を図る。	40歳以上の国民健 康保険加入者のうち 過去3年連続で受診 しておらず、かつ、 除外要件（半日ミニ ドック既申し込み 者、人間ドック補助 申し込み者）に合致 しない者	特定健診未受診者に 対し、それぞれの過 去に健診受診した時 の質問票の回答や医 療機関の受診状況な どの条件により受診 勧奨ハガキを発送 し、特定健診受診率 の向上を図る。	【アウトプット】 勧奨ハガキ通知率	100%	100%	毎年ハガキを送付しても受 診に繋がらない人に対して ハガキの内容やレイアウト を変更するなどの見直しが必要。
				【アウトカム】 受診勧奨者の特定 健診受診率	35%	25.2%	

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
人間ドック助成事業	人間ドック受診者への助成をすることで人間ドックを受けやすくし、自身の健康状態の把握と健康管理につなげる。	20歳～74歳の田上町国民健康保険加入者	人間ドック受診者へ27,000円助成し、人間ドックを受診しやすくすることで自信の健康管理につなげてもらう。	【アウトプット】 人間ドック助成申し込み者数	200人	170人	毎年、同じ人が申請しており、申し込み者数の増加には、広報機会の拡大等により新規申し込み者を増やす必要がある。また、人間ドック受診後の保健事業の提供などのフォローアップも必要。
				【アウトカム】 人間ドック受診率	10%	8.7%	
生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨）	健診結果が一定の数値を超えた者に対し、訪問指導を実施することで重症化予防を図る。	健診結果が一定の数値を超えた者	健診結果が一定の数値を超えた者へ雇い上げの栄養士が訪問の上、保健指導を実施し重症化予防を図る。	【アウトプット】 訪問者数	25名	25名	訪問実施率向上のため、一人でも多くの人が訪問を承諾してもらえるような工夫が必要。また、将来的に事業実施を継続していくためにも訪問してもらえる栄養士の確保に努めていくことが重要。
				【アウトカム】 保健指導後改善率	70%	55%	

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
若年層の健康診 査	特定健診対象年齢前 に健診機会を提供す ることにより若い年代の うちに健康意識の定 着を図る。	39歳以下の国民健 康保険加入者	39歳以下の国保加 入者に健診機会を提 供することで、若年 層のうちに健康意識 の定着を図り特定健 診対象後も引き続き 健診受診及び健康習 慣の継続につなげ る。	【アウトプット】 健診対象者への通 知率	100%	100%	健診実施率が低く、特定健 診対象者移行後の受診率の 増加や健康管理へはあまり つながっていない。より多 くの人が受診してもらえる ような広報や受診勧奨など を検討していくことが必 要。
				【アウトカム】 健診受診率	15%	8.9%	
特定保健指導	特定健診受診後、基準 値を超えた者に対し 保健指導を実施する ことで重症化予防を 図る。	特定健診受診者のう ち特定保健指導選定 基準に該当する者	特定健診受診後、血 糖、血圧、脂質、腹 囲の基準値を超えた 者に対し保健指導を 実施することで重症 化予防を図る。	【アウトプット】 特定保健指導実施 者数	60名	19名	県平均を下回って推移して おり、保健指導実施率の向 上が課題となっている。利 用案内方法や委託業者の選 定などあらゆる角度で利用 を促す施策が必要。
				【アウトカム】 特定保健指導実施 率	60%	21.3%	
特定健康診査結 果説明会	健診受診後、健診結果 の見方や活用方法を 説明することで健診	健診受診者	健診受診後、健診結 果の見方や活用方法 を説明することで健	【アウトプット】 指導会参加者数	40名	17名	限られた人しか教室に参加 せず新規教室参加者の獲得 が必要。また、教室参加者

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
	受診者の健康意識の定着を図る。		診受診者の健康意識の定着を図る。	【アウトカム】教室参加者の改善率	70%	68.8%	のフォローアップを徹底し、翌年度以降の健診結果の改善につなげることが重要。
そう快健康教室	血糖の数値が悪い健診受診者に対し、運動や食事などの生活習慣改善方法を指導することで糖尿病の発症・重症化予防を図る。	健診受診者で血糖に係る検査数値が悪い者	教室参加者に対し、運動や食事のプログラムを提供することで糖尿病の発症防止及び重症化予防を図る。	【アウトプット】教室参加者数	20人	13人	参加者を増やすと同時に参加者のフォローアップも検討していく。
				【アウトカム】教室参加者の血糖に係る数値改善率	70%	20%	
後発医薬品の利用勧奨	後発医薬品医薬品の利用案内のハガキを送付することで後発医薬品の利用を促進する	12歳以上かつ先発医薬品と後発医薬品の差額が100円以上生じる者	後発医薬品の利用により一定額自己負担が減少する被保険者に対し、利用案内のハガキを送付するこ	【アウトプット】後発医薬品差額通知送付回数	3回	2回	後発医薬品差額通知書の送付により一定割合切り替えてはいるが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、後発医薬品の在庫不

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標	目標値	令和4年度 現状値	評価
			とで、後発医薬品の利用率の向上を図り、薬剤費用の抑制につなげる	【アウトカム】 後発医薬品利用率	85%	82.9%	足が生じ、切り替えられないケースもある。引き続き後発医薬品市場の動向を注視しながら、適切な事業実施に努めていく。
健康ポイント事業	健康づくりの取り組みに対し、インセンティブを付与することで、生活習慣の改善を促進する。	特定健診受診者	健診受診者に健康ポイントカードを配布し、健康づくりの取り組みに応じポイントを付与する。ポイントに応じ、景品と交換することで、各保健事業の参加やよりよい生活習慣の定着を図る。	【アウトプット】 ポイントカード配布数	850人	809人	制度の周知方法を見直し、ポイントカードの引換率を増やす。
				【アウトカム】 ポイントカード引換率	70%	29.2%	

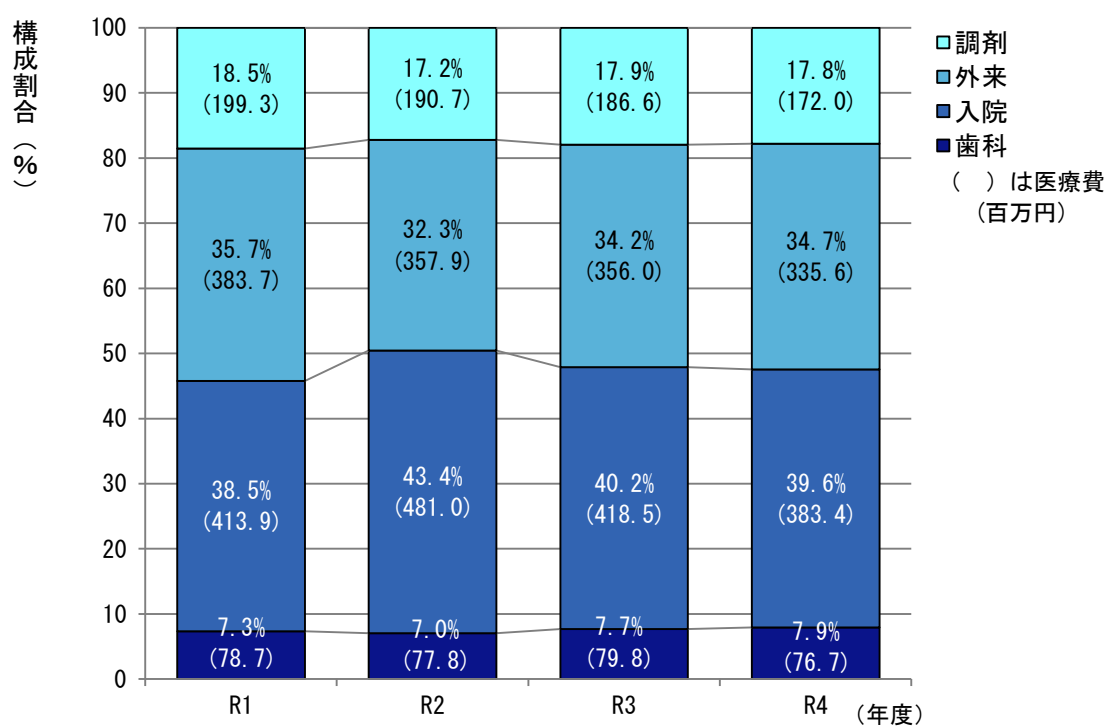
3. 医療費データ・健診データの分析結果

医療費・疾病構造の状況

3.1.1. 医療費の概要

医療費の構成割合は、入院医療費が39.6%、外来医療費が34.7%であり2つ合わせると約75%となっています。また、調剤が減少傾向にあるのに対し、歯科は増加傾向にあります。

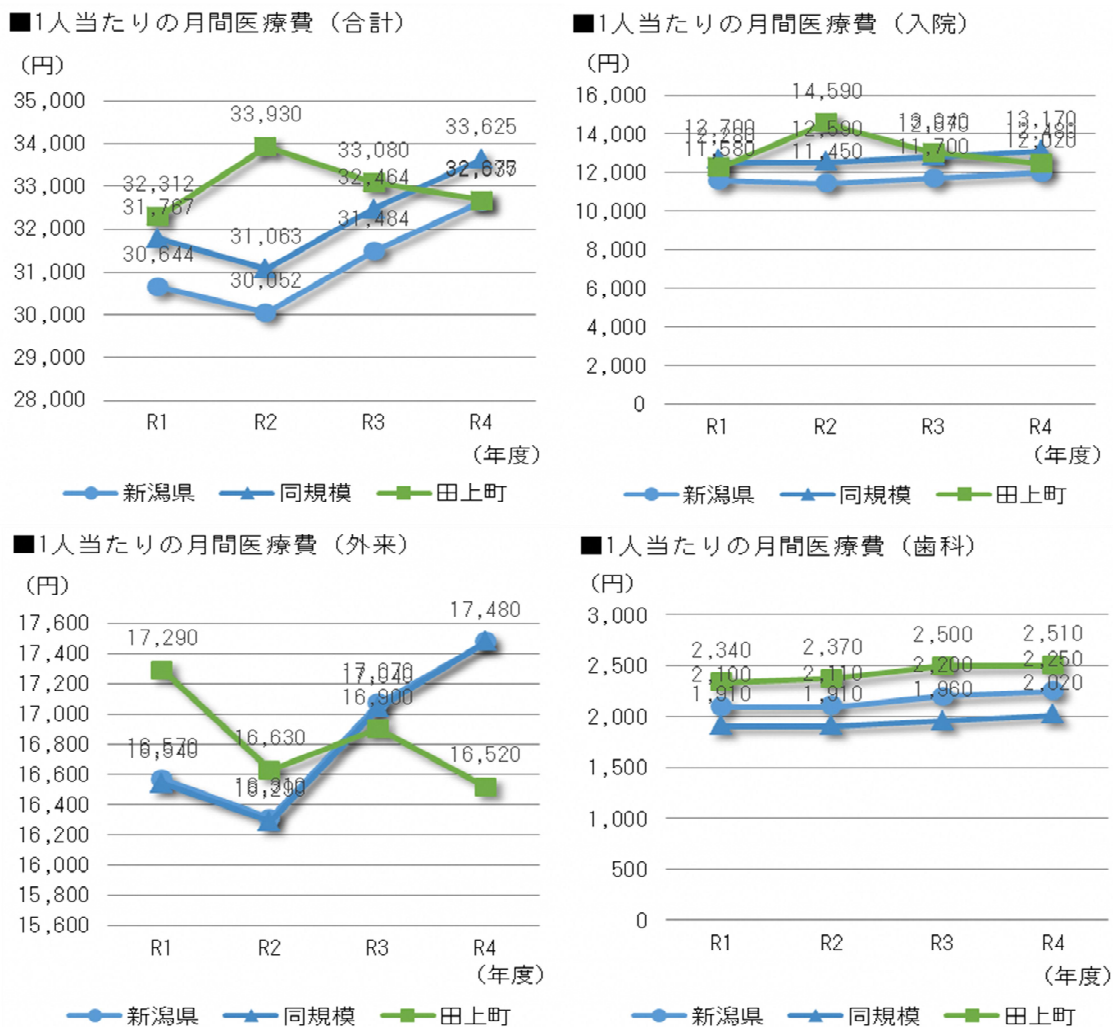
図10 レセプト種別ごとの医療費構成割合



(出典)県ツール

月平均の一人当たり医療費は減少傾向にあり、令和4年度において県とほぼ同じで、同規模と比較すると低くなっています。特に外来では、減少が顕著で、新潟県や同規模と比較して約1,000円低くなっています。

図11 入院・外来・歯科の一人当たりの月間医療費



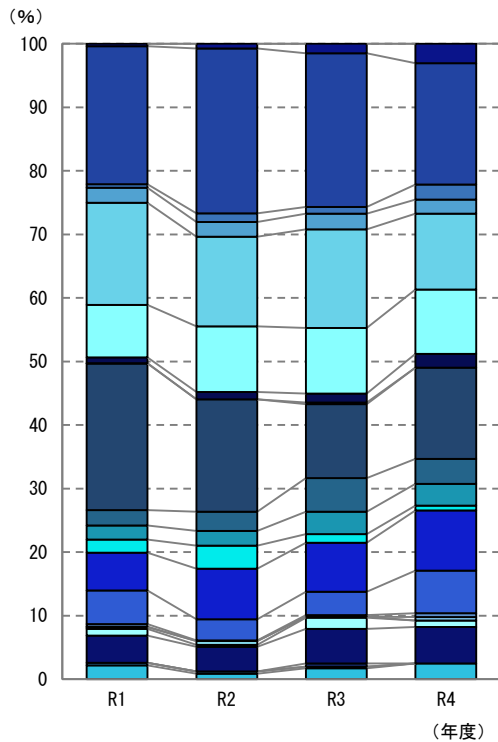
※医療費は全て12ヶ月の平均

(出典)県ツール

入院医療費を大分類で見ると、新生物、循環器系の疾患、精神系及び行動の障害の順に高くなっています。新生物、精神系及び行動の障害の割合は減少傾向の一方で、筋骨格系及び結合組織の疾患の割合は増加傾向となっています。

外来医療費を大分類で見ると、新生物、内分泌栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患の順で高くなっています。新生物の割合が増加傾向にあり、高額ながん治療薬の使用が要因の一つと考えられます。

図12 疾病別医療費推移（入院）

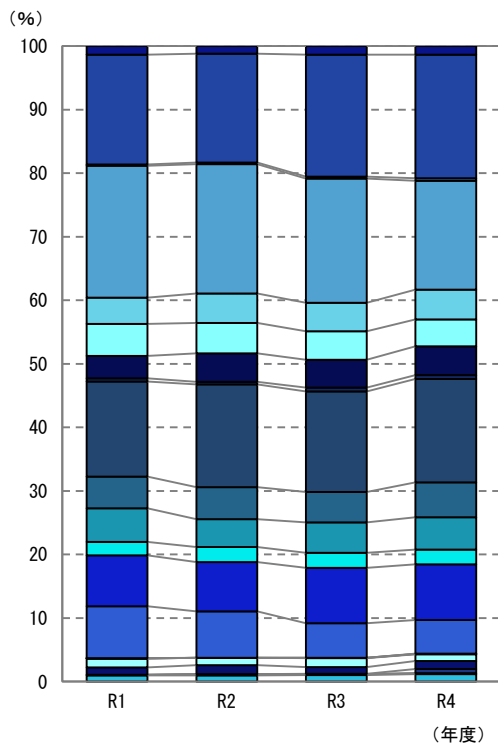


(百万円)

	R1	R2	R3	R4
■感染症及び寄生虫症	2	4	6	12
■新生物<腫瘍>	90	125	101	73
■血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	2	7	5	9
■内分泌、栄養及び代謝疾患	10	11	10	9
■精神系及び行動の障害	67	68	65	46
■神経系の疾患	34	50	43	39
■眼および付属器の疾患	4	6	6	8
■耳および乳突突起の疾患	0	0	1	0
■循環器系の疾患	96	85	49	55
■呼吸器系の疾患	9	11	15	13
■消化器系の疾患	10	15	22	15
■皮膚および皮下組織の疾患	9	17	6	3
■筋骨格系および結合組織の疾患	24	38	32	36
■尿路器系の疾患	22	16	15	26
■妊娠、分娩および産じょく<挿>	2	0	1	2
■周産期に発生した病態	0	0	0	2
■先天奇形、変形および染色体異常	1	3	1	0
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないも	4	2	8	4
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	18	19	23	22
■傷病および死亡の外因	0	0	2	0
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	2	2	1	0
■その他（上記以外のもの）	9	4	7	9

(出典)県ツール

図13 疾病別医療費推移（外来）



(百万円)

	R1	R2	R3	R4
■感染症及び寄生虫症	8	7	7	7
■新生物<腫瘍>	100	93	104	99
■血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1	2	2	2
■内分泌、栄養及び代謝疾患	120	111	106	87
■精神系及び行動の障害	24	25	24	24
■神経系の疾患	29	26	24	21
■眼および付属器の疾患	21	24	24	23
■耳および乳突突起の疾患	3	2	3	3
■循環器系の疾患	87	88	86	82
■呼吸器系の疾患	31	24	26	26
■消化器系の疾患	29	28	26	28
■皮膚および皮下組織の疾患	12	13	13	12
■筋骨格系および結合組織の疾患	47	42	47	44
■尿路器系の疾患	47	40	29	27
■妊娠、分娩および産じょく<挿>	0	0	0	0
■周産期に発生した病態	0	0	0	0
■先天奇形、変形および染色体異常	0	0	0	0
■症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないも	8	6	8	5
■損傷、中毒およびその他の外因の影響	7	8	6	6
■傷病および死亡の外因	0	0	0	3
■健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
■特殊目的用コード	1	1	1	1
■その他（上記以外のもの）	6	5	6	6

(出典)県ツール

3.1.2. 高額医療費の発生状況

令和4年度10月時点で、80万円以上の高額レセプトがあるのは15人、うち以下の生活習慣病に該当するのは10人でした。がんの割合が最も高く43.7%、次いで脳血管疾患が15.1%となっております。

図14 高額医療費者の疾病状況

	高額医療費 全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	腎不全	がん
人数	15人	3人	1人	0人	6人
		20.0%	6.7%	0.0%	40.0%
医療費	2,269万円	343万円	148万円	0円	991万円
		15.1%	6.5%	0.0%	43.7%

(出典)県ツール

3.1.3. 長期入院者の状況

令和4年度10月時点で、6ヵ月以上の長期入院該当者は14人、うち精神疾患が7人になっています。

図15 長期入院者の疾病状況

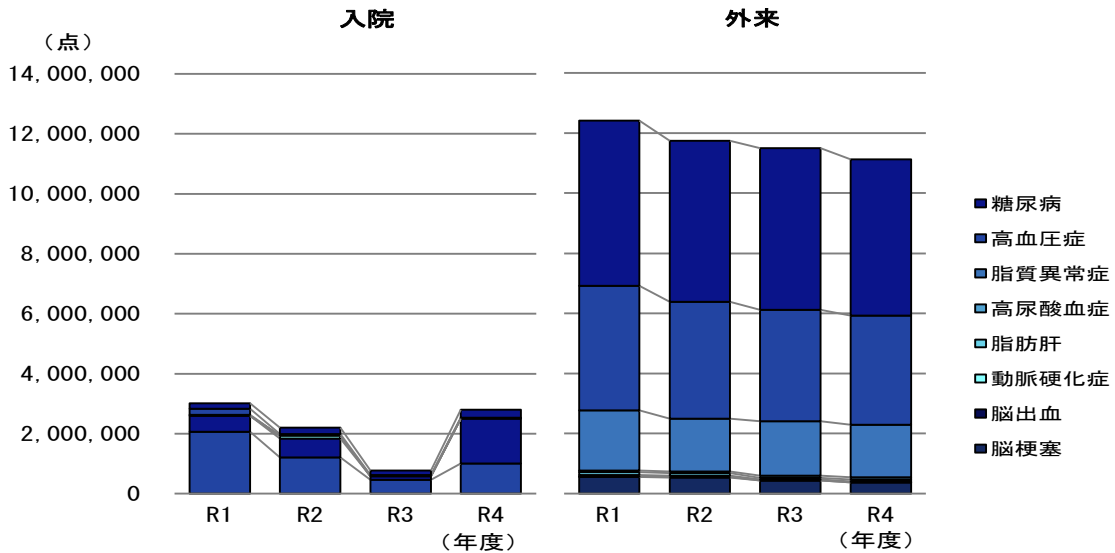
	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	14人	7人	0人	0人
		50.0%	0.0%	0.0%
費用額	692万円	275万円	0円	0円
		39.7%	0.0%	0.0%

(出典)県ツール

3.1.4. 生活習慣病関連疾患医療費の状況

生活習慣病関連の医療費を入院外来別で見ると、入院では、脳血管疾患（脳出血及び脳梗塞）がほとんどを占めています。外来では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の順となっています。

図 16 生活習慣病関連疾患の医療費（入院・外来）

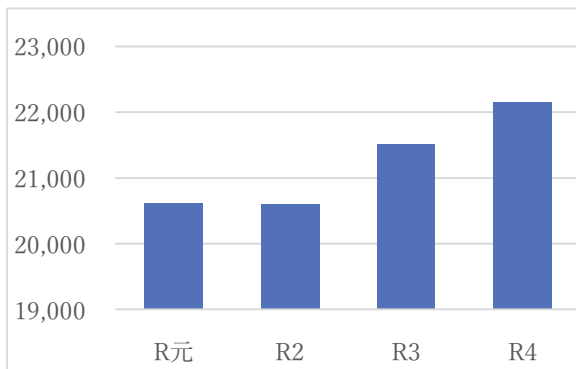


生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	6	5	6	6	2,043	1,970	1,987	1,948
高血圧症	2	4	1	1	3,300	3,044	2,955	2,917
脂質異常症	2	0	2	0	1,550	1,438	1,477	1,476
高尿酸血症	0	0	0	0	46	57	66	59
脂肪肝	0	0	0	0	69	57	47	47
動脈硬化症	0	1	0	0	24	29	28	26
脳出血	9	9	3	13	5	5	3	2
脳梗塞	31	17	11	15	326	316	259	228

(出典)県ツール

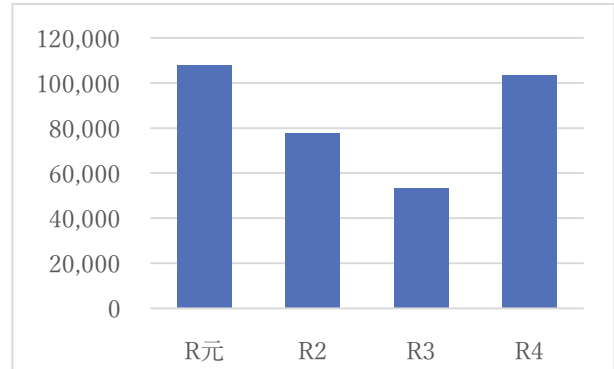
町の健康課題である、糖尿病及び脳血管疾患の一人当たり医療費を見ると糖尿病については増加しており、脳血管疾患については一旦は減少傾向にあったものの増加に転じています。

図 17 一人当たり糖尿病医療費



(出典)疾病分類別統計

図 18 一人当たり脳血管疾患医療費

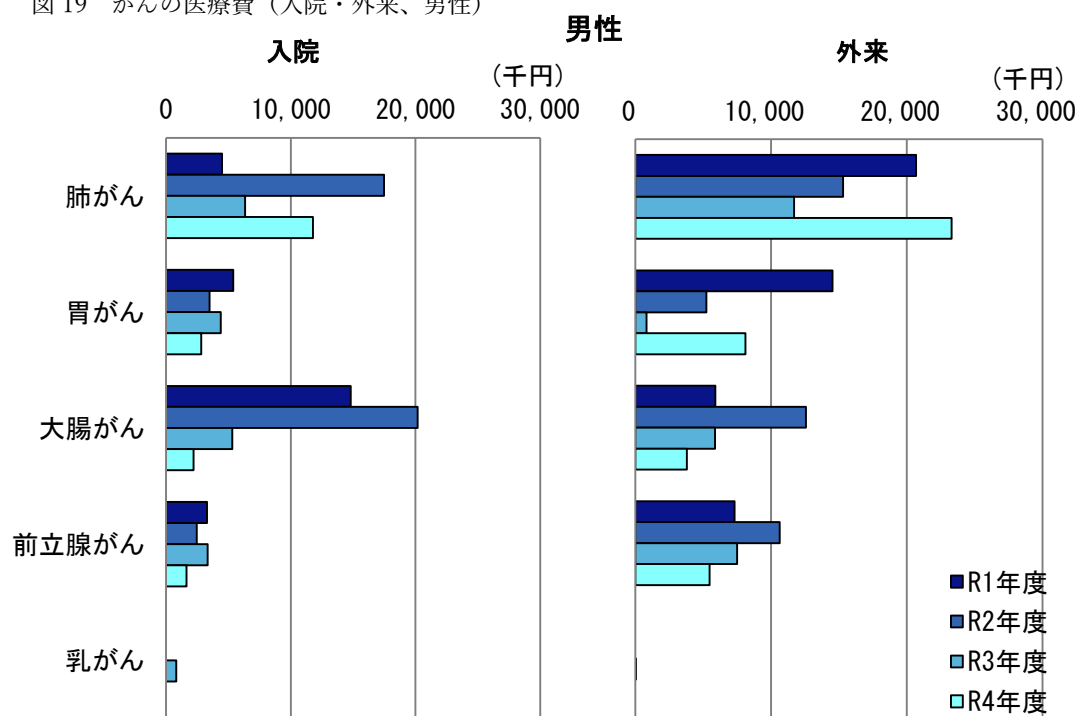


(出典)疾病分類別統計

3.1.5. がん医療費の状況

がん医療費については、男性においては、肺がんが最も多く、特に外来では令和元年度～令和4年度の中で一番多くなっています。女性においては、入院では乳がん、外来では大腸がんが多くなっています。

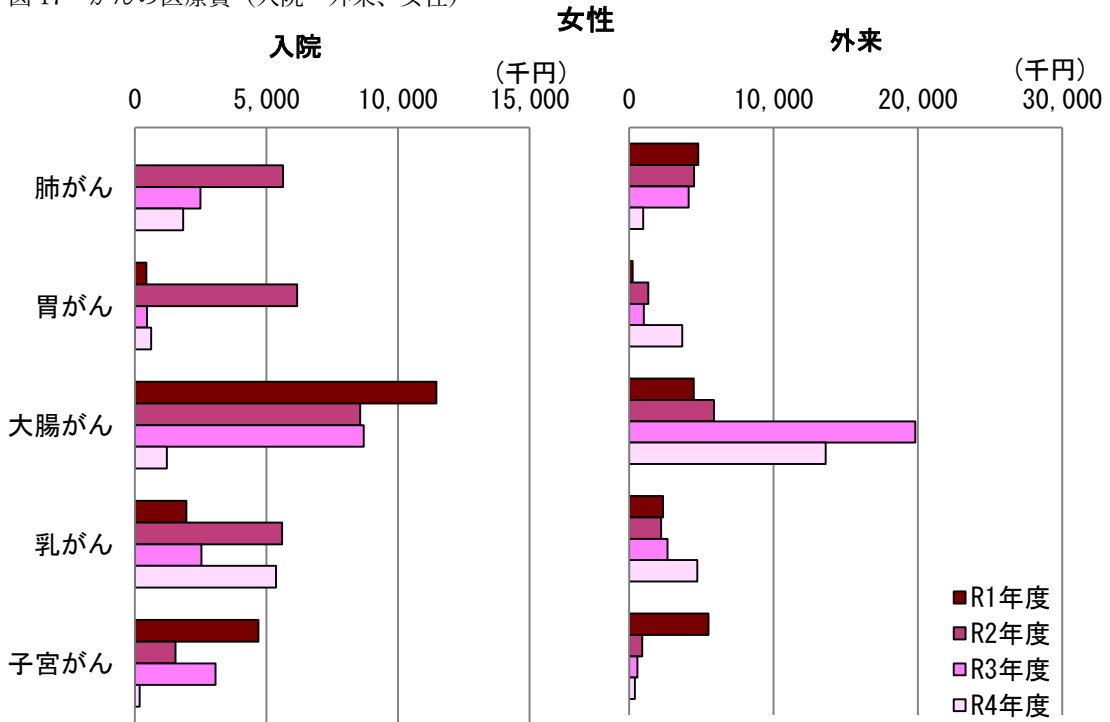
図19 がんの医療費（入院・外来、男性）



傷病名	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	4,478	17,474	6,336	11,763	20,680	15,302	11,692	23,289
胃がん	5,378	3,481	4,369	2,804	14,533	5,233	814	8,102
大腸がん	14,817	20,169	5,307	2,192	5,880	12,566	5,857	3,797
前立腺がん	3,265	2,465	3,328	1,644	7,297	10,633	7,484	5,463
乳がん	0	0	822	0	0	0	30	0

(出典)県ツール

図 17 がんの医療費（入院・外来、女性）



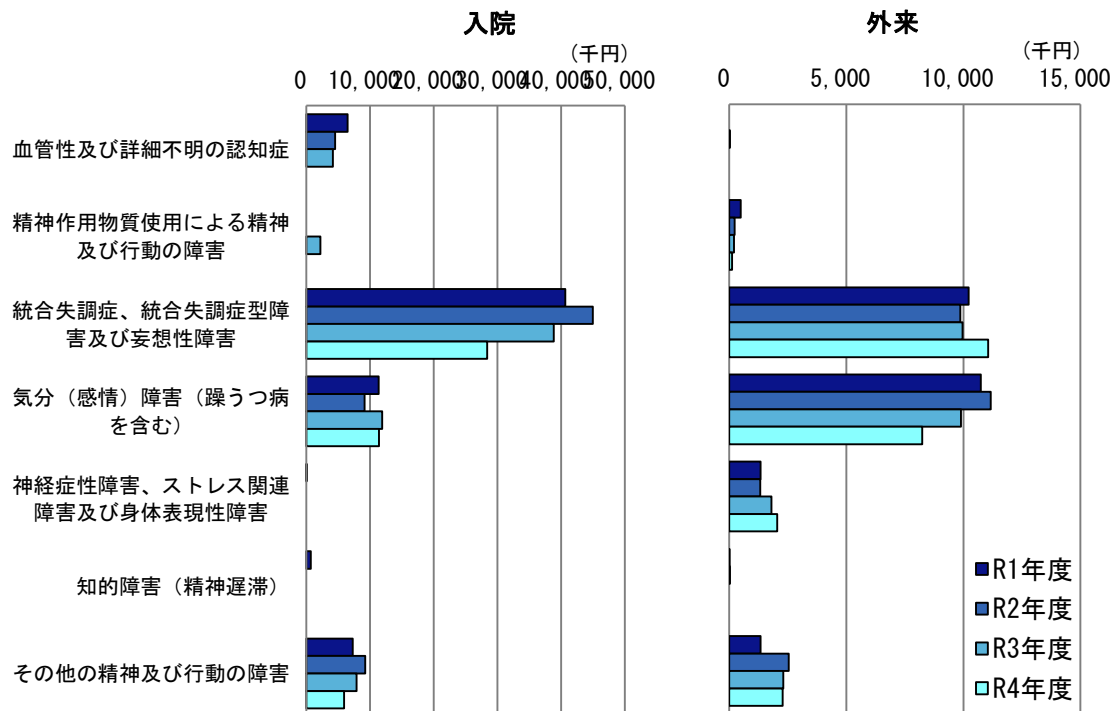
傷病名	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	0	5,631	2,496	1,831	4,796	4,503	4,116	966
胃がん	442	6,172	464	624	237	1,323	1,025	3,674
大腸がん	11,459	8,566	8,695	1,220	4,480	5,861	19,814	13,617
乳がん	1,957	5,602	2,525	5,363	2,344	2,217	2,656	4,716
子宮がん	4,692	1,543	3,067	186	5,500	910	582	399

(出典) 県ツール

3.1.6. 精神疾患医療費の状況

精神疾患医療費では、入院では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が一番多くなっていますが、減少傾向にあります。外来も同様に「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が一番多く、こちらは若干増加傾向にあります。

図 20 精神疾患関連の医療費（入院・外来）



精神疾患関連	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血管性及び詳細不明の認知症	6,474	4,529	4,184	0	0	22	0	0
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	2,229	0	491	228	205	116
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	40,653	44,957	38,843	28,390	10,220	9,874	9,969	11,060
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	11,376	9,168	11,925	11,406	10,737	11,162	9,899	8,237
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	10	0	0	0	1,340	1,325	1,795	2,041
知的障害（精神遅滞）	740	0	0	0	16	25	0	0
その他の精神及び行動の障害	7,276	9,231	7,881	5,920	1,340	2,542	2,307	2,274

(出典) 県ツール

3.1.7. 後発品の数量割合

令和4年度の後発品の数量割合は81%～83%程度で推移しています。

図 21 レセプト種別後発医薬品数割合

レセプト種別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	63.5	65.7	71.3	62.7	66.4	65.3	66.0	68.2	65.4	67.3	62.1	67.2
調剤	84.0	82.3	85.0	83.5	84.9	84.4	83.1	84.0	85.8	85.2	85.1	87.4
全体レセプト	82.1	80.9	83.8	81.9	83.4	82.7	81.8	82.7	84.0	83.8	83.2	85.9

(出典) 県ツール

3.1.8. 重複頻回・多剤

KDB 令和4年12月診療分において、1か月で受診した医療機関数が縦軸、同一医療機関に受診した日数（複数医療機関がある場合はその最大日数）が横軸になっています。同じ病気で同じあるいは複数の医療機関を頻回に受診する重複頻回受診では、同じような検査や処置等で本人の身体に負担がかかるだけでなく、医療費がかかること、医療機関での治療時間が増え、急病人の治療等に支障をきたす恐れがあります。5医療機関以上受診している人や10日以上複数の医療機関を受診している人がいるため受診内容を確認し、必要に応じて指導を実施する必要があります。

図22 頻回受診者数（年齢別・受診者の傷病）

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		受診した者（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	1,533	31	6	0	0
	2医療機関以上	626	23	4	0	0
	3医療機関以上	175	9	1	0	0
	4医療機関以上	44	2	0	0	0
	5医療機関以上	11	1	0	0	0

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

（出典）県ツール

KDB 令和 4 年 12 月診療分において、1 か月で同一の薬効がある薬剤の処方日数が縦軸、処方された薬効数（種類）が横軸になっています。重複服薬や多剤投薬は、医療費負担が増えるだけでなく、本来の効果が発揮されない、重い副作用や症状の悪化が促進され、重篤な健康状態を招く恐れがあります。20 種類以上の薬を 90 日以上処方されている方もおり、処方内容を確認し、必要に応じて指導を実施する必要があります。

図 23 多剤（剤数毎の患者数・年齢別）

同一薬効に関する処方日数 （同一月内）		処方薬効数（同一月内）						
		処方を受けた者（人）						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者 （人）	15日以上	261	163	102	62	40	3	2
	30日以上	243	152	96	60	39	3	2
	60日以上	167	108	71	45	31	3	2
	90日以上	84	54	37	22	14	3	2
	120日以上	48	32	21	13	9	3	2
	150日以上	22	16	12	8	5	2	1
	180日以上	11	9	7	6	4	2	1

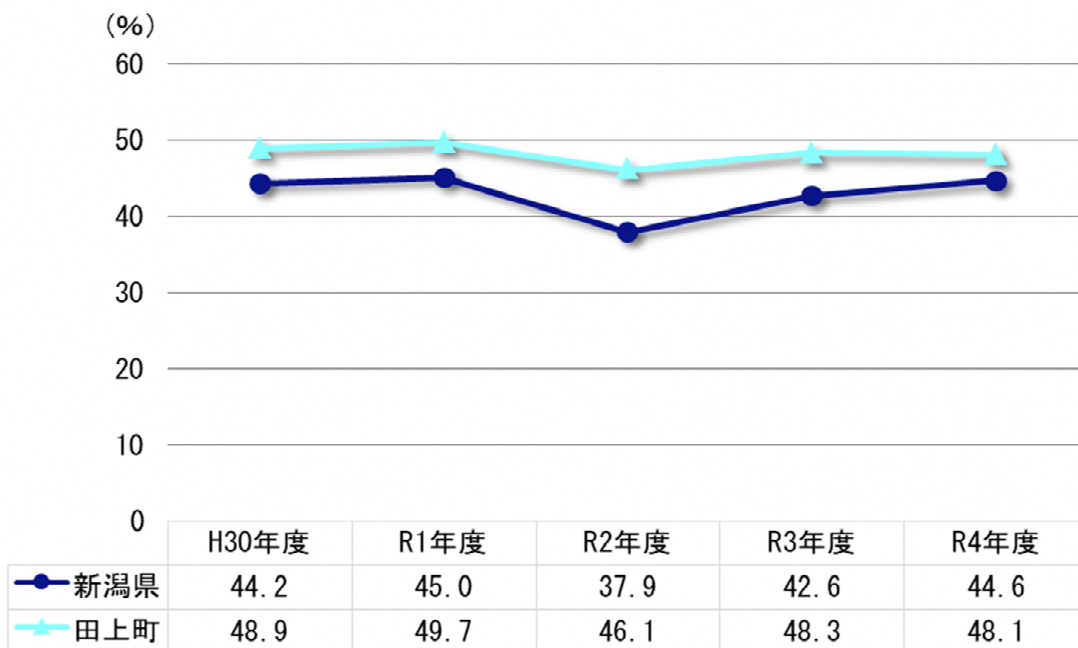
(出典) 県ツール

3.2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

3.2.1. 特定健診・特定保健指導の実施状況

特定健診の受診率は、R2 に新型コロナウイルス感染症拡大のため受診率が低下しましたが、R3 からは増加しております。また、県と比較して高い受診率で推移しています。

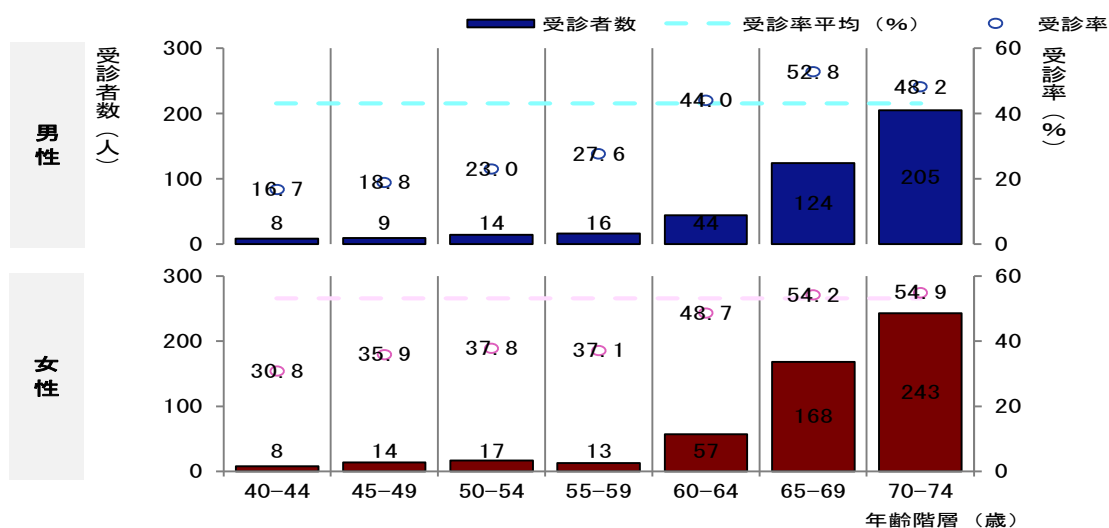
図 24 特定健診受診率（推移）



(出典)県ツール

性年齢別で見ると、年齢の上昇とともに受診率が上昇し、また、どの年代においても男性より女性のほうで率が高くなっています。

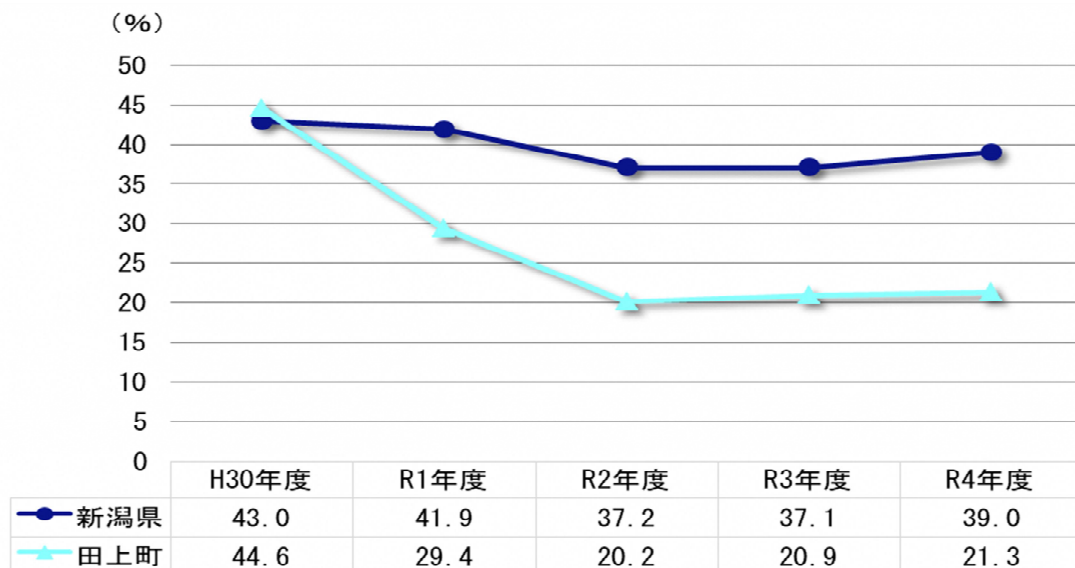
図 25 特定健診受診率・受診者数（性年齢別）



(出典)県ツール

特定保健指導の実施率は約 20%であり、県平均を下回って推移しています。令和 2 年度以降実施率の低迷が続いているが新型コロナウイルス感染症拡大の影響によるものと思われます。

図 27 特定保健指導実施率（推移）

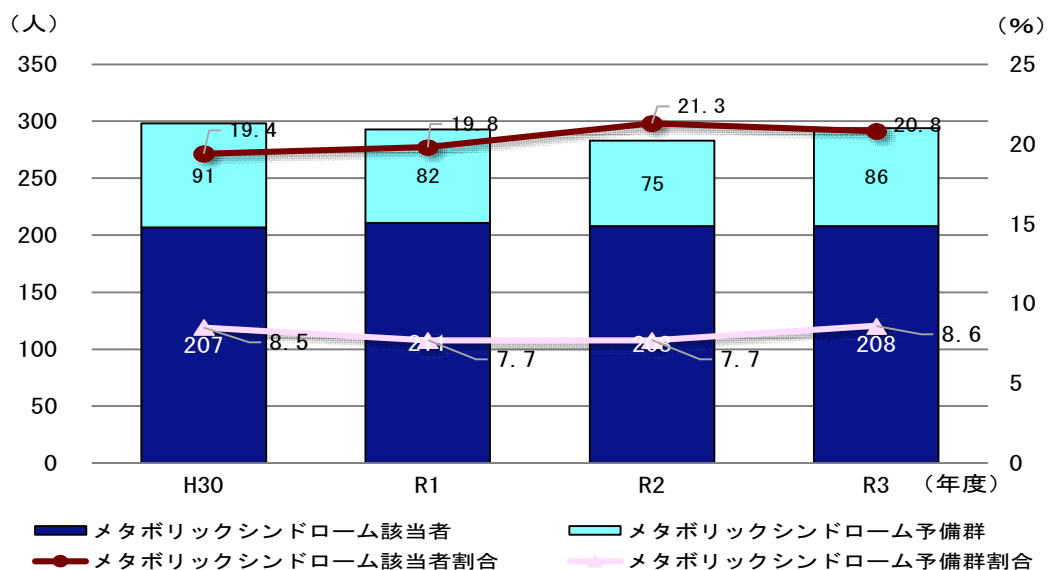


(出典)県ツール

3.2.2. メタボリックシンドローム該当者の状況

メタボリックシンドローム該当者及び予備群ともに増加傾向にあります。

図 28 メタボリックシンドローム該当者割合（推移）

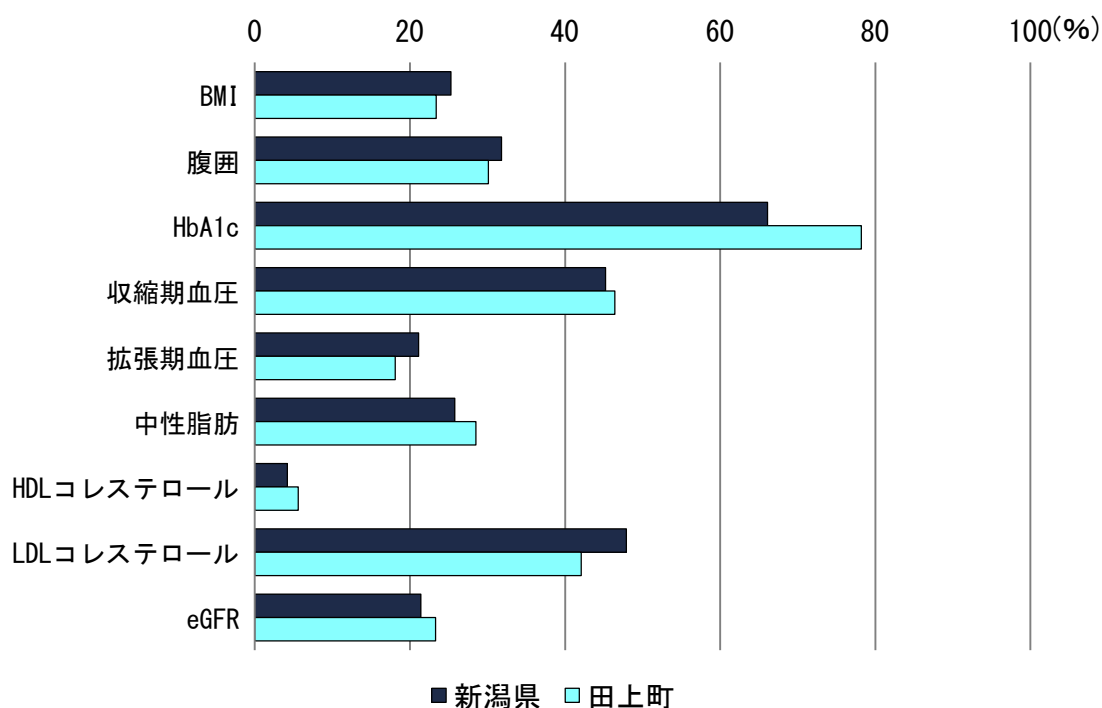


(出典)県ツール

3.2.3. 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）

R4年度の特定健診の有所見者（保健指導判定値以上）を見ると、HbA1cが顕著に多く約80%の健診受診者が該当になっています。その他では、収縮期血圧や中性脂肪などで新潟県よりも多くなっている状況です。

図 29 特定健診項目別の有所見者割合



(%)

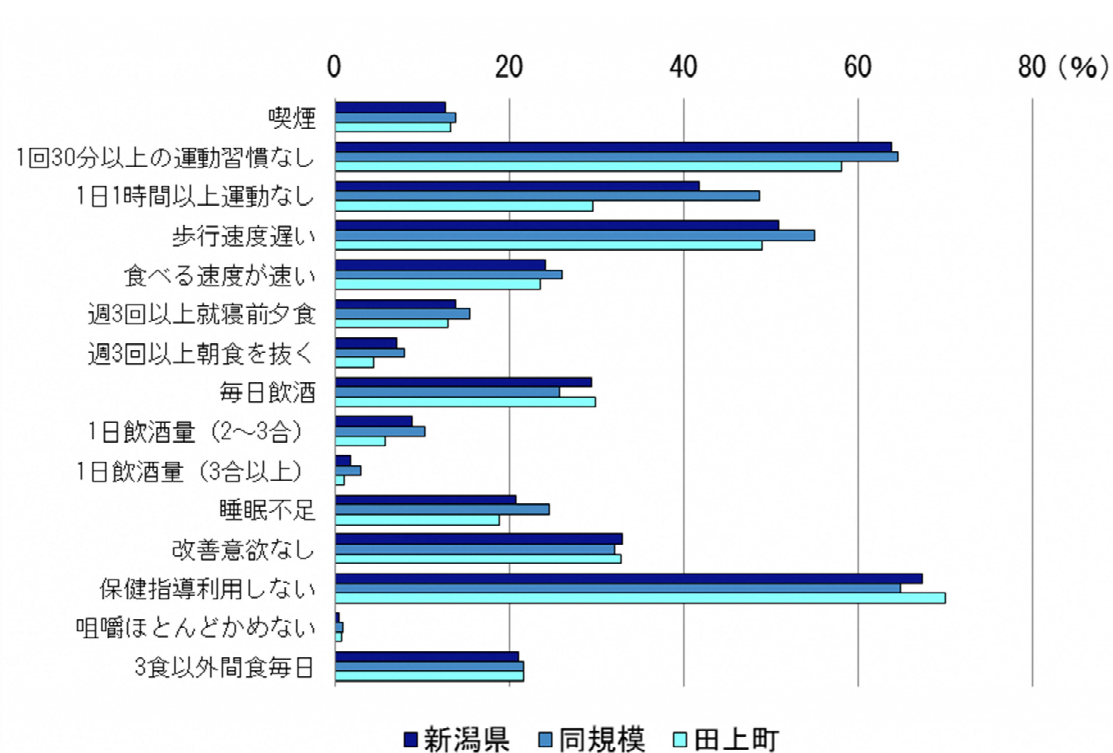
特定健診項目	新潟県	田上町
BMI	25.3	23.4
腹囲	31.8	30.1
HbA1c	66.1	78.2
収縮期血圧	45.2	46.4
拡張期血圧	21.1	18.1
中性脂肪	25.8	28.5
HDLコレステロール	4.2	5.6
LDLコレステロール	47.9	42.1
eGFR	21.4	23.3

(出典)県ツール

3.2.4. 質問票

R4年度の特定健診における質問票の回答を見ると、「1日1時間以上の運動なし」と回答する人の割合が少なく、新潟県や同規模と比較して運動習慣のある人が多くなっています。逆に「保健指導を利用しない」と答える人の割合が70%と比較的高く、保健指導を積極的に利用してもらえるような工夫が課題となっています。

図 30 質問票項目別の有所見者割合



(%)

質問票項目	新潟県	同規模	田上町
喫煙	12.7	13.8	13.2
1回30分以上の運動習慣なし	63.8	64.6	58.1
1日1時間以上運動なし	41.7	48.7	29.5
歩行速度遅い	50.9	55.0	48.9
食べる速度が速い	24.2	26.1	23.6
週3回以上就寝前夕食	13.8	15.5	12.9
週3回以上朝食を抜く	7.1	8.0	4.5
毎日飲酒	29.4	25.7	29.9
1日飲酒量 (2~3合)	8.9	10.3	5.8
1日飲酒量 (3合以上)	1.8	2.9	1.1
睡眠不足	20.8	24.5	18.8
改善意欲なし	32.9	32.1	32.8
保健指導利用しない	67.4	64.8	70.0
咀嚼ほとんどかめない	0.5	0.9	0.7
3食以外間食毎日	21.1	21.7	21.6

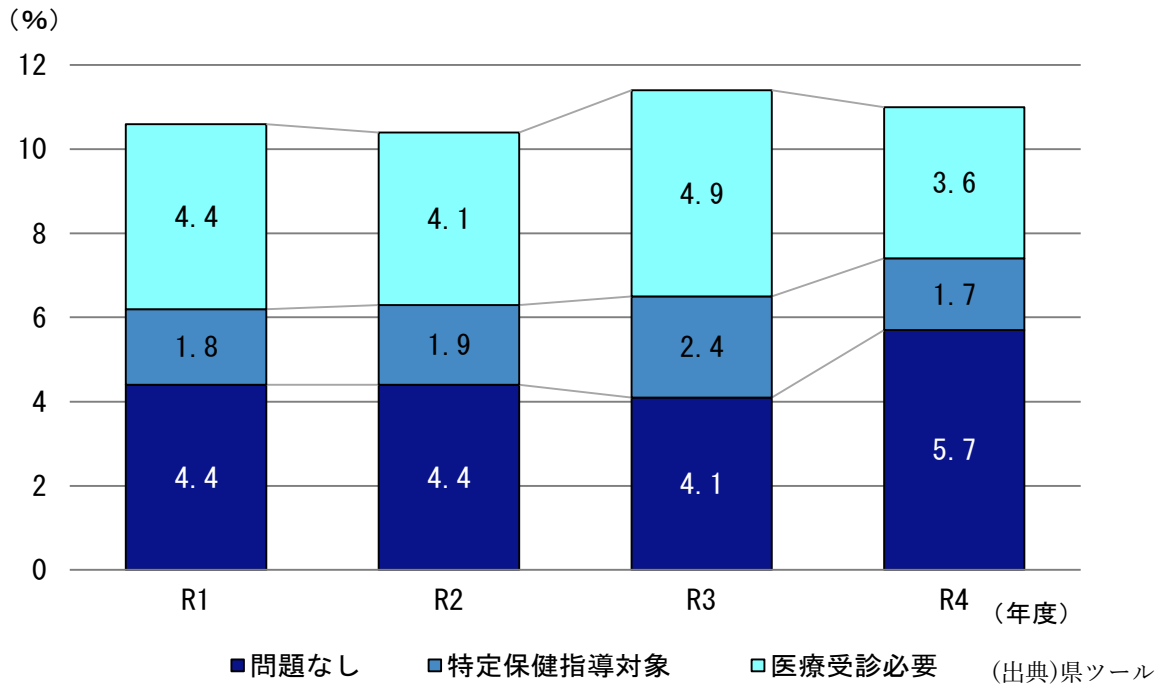
(出典)県ツール

3.3. 重症化予防

3.3.1. 健診とレセプトの突合分析

健診受診者の中で生活習慣病未治療（レセプトがない）人の割合は、10%前後で横ばいです。その内訳では、健診で問題がない（受診の必要がない）人の割合が増加している一方、医療受診が必要な未治療者割合が減少しており適切な医療につながっていると考えられます。

図 31 健診受診者の生活習慣病未治療者割合



3.3.2. 重症化予防

糖尿病の投薬中断者の状況では、R3 年度に糖尿病の服薬状況があり、R4 年度に処方実績のない治療中断者と思われる方が 1 名で、健診を受診しており結果は受診判定値未満でした。治療中断者は糖尿病の重症化や合併症の進行の危険があります。

図 32 生活習慣病の投薬治療中断者の状況 (糖尿病)

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果	人数
R3年度 糖尿病 服薬処方あり	中断者 1 ※R4年度に糖尿病 服薬処方の実績なし	健診受診 受診判定値以上	0
		健診受診 受診判定値未満	1
		健診未受診	0

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

・ 血糖：空腹時126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上

■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし(未受診)

(出典) 県ツール

高血圧の投薬中断者の状況では、R3年度に高血圧の処方があり、R4年度に処方実績のない治療中断と思われる方が15名、うち健診受診された方が9名、健診未受診者が6名でした。治療中断者の中には健診未受診者もあり、中断者の状況把握が必要です。

図33 生活習慣病の投薬治療中断者の状況（高血圧）

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R3年度 高血圧症 服薬処方あり	中断者 15 ※R4年度に高血圧症 服薬処方の実績なし	健診 受診	受診判定値以上	0
			受診判定値未満	6
		健診未受診		9

■ 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方

・ 血圧：収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上

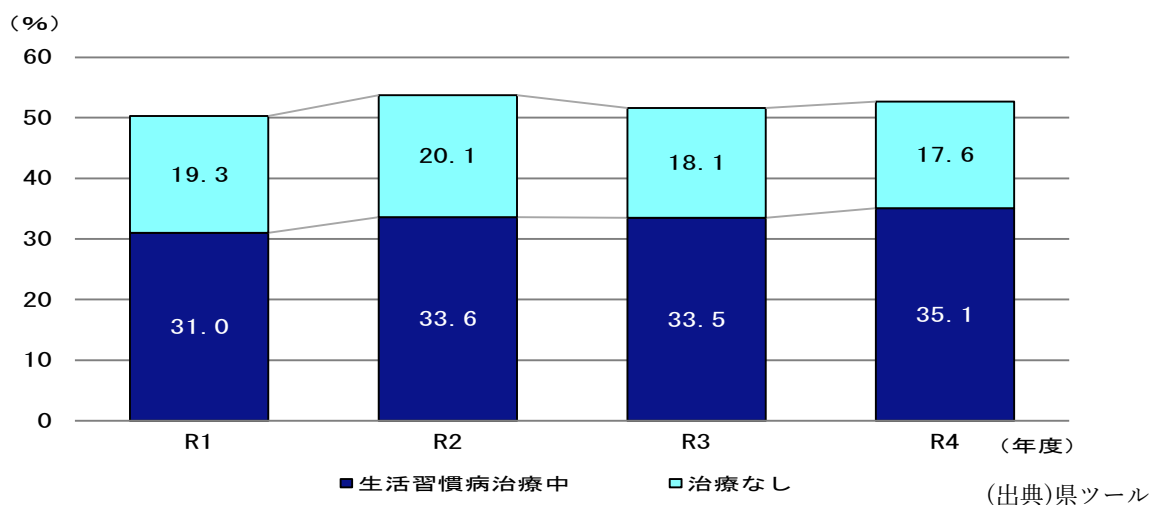
■ 受診判定値未満：上記に当てはまらない方

■ 健診なし：健診データなし(未受診)

(出典)県ツール

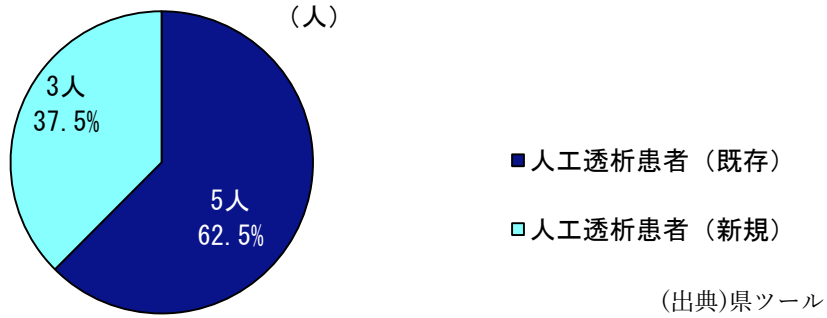
R4年度の健診未受診者のうち、生活習慣病治療中の者が35.1%、生活習慣病の治療なしの者が17.6%となっております。健診未受診者のうち生活習慣病治療中の者の割合が増えているため、医療機関を受診するだけでなく、健診を受診する必要を説き健診受診率の増加につなげる必要があります。

図34 健診未受診者の治療状況



KDBでR4年度の人工透析患者数を既存・新規で見ると、R4年度8名の人工透析患者のうち、3名が新規となっています。

図35 人工透析患者数（新規・既存）



R4年度の健診結果を基にしたCKDマップです。CKD重症度分類のeGFRがG3a以上となっている者が全体の26.9%となっており、糖尿病性腎症予防のためにも早期の保健指導が重要です。

図36 CKDマップ（糖尿病重症化予防）

■CKD重症度別

※対象：尿蛋白とeGFRの検査値が揃っている者
 ※年度：前年度継続在籍者
 ※医療機関未受診：糖尿病性腎症、慢性腎不全、糖尿病性腎症以外の腎疾患での未受診者

CKD重症度分類				尿蛋白 区分			合計
				A1 正常 【-】	A2 軽度蛋白尿 【±】	A3 高度蛋白尿 【+~】	
eGFR区分	G1	正常	90以上	45 (43)	1 (1)	0 (0)	46 (44)
	G2	正常または軽度低下	60~90未満	581 (572)	10 (10)	9 (7)	600 (589)
	G3a	軽度~中等低下	45~60未満	204 (199)	5 (5)	4 (3)	213 (207)
	G3b	中等度~高低下	30~45未満	18 (14)	2 (0)	1 (0)	21 (14)
	G4	高度低下	15~30未満	1 (1)	1 (0)	2 (0)	4 (1)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計				849 (829)	19 (16)	16 (10)	884 (855)

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

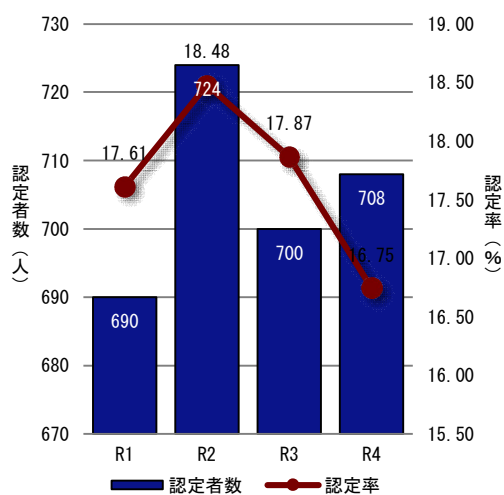
(出典)県ツール

3.4. 介護の状況

介護認定者数は増減を繰り返し、介護認定率は減少傾向にあります。

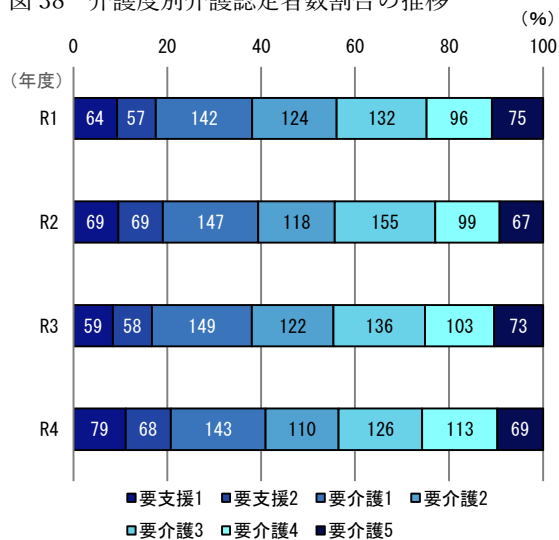
一方で介護度別1件当たり給付費では全体が県や同規模と比較して低く、介護度別に見ると要介護1、4で低くなっています。また、介護保険新規申請理由となる疾患は認知症、脳血管疾患、骨・関節疾患の順であり、生活習慣病が原因となる件数も多くなっています。

図 37 介護認定者数の推移



(出典)県ツール

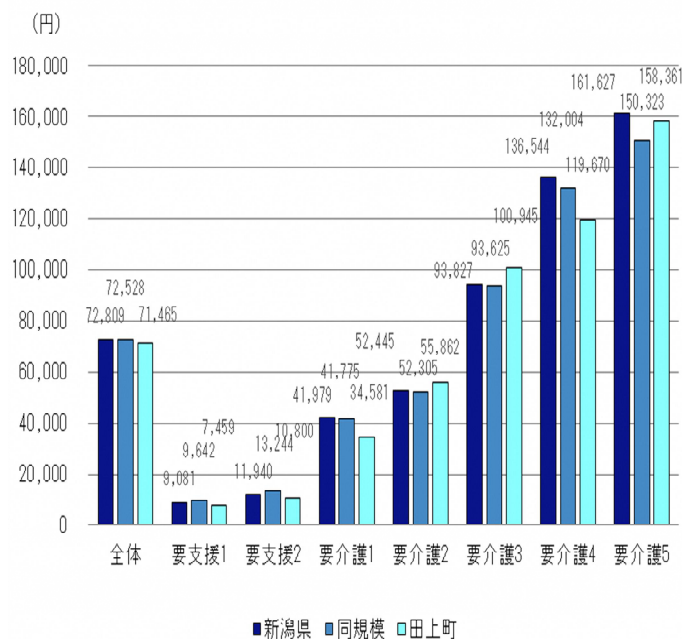
図 38 介護度別介護認定者数割合の推移



※介護認定者の集計対象は介護1号のみ

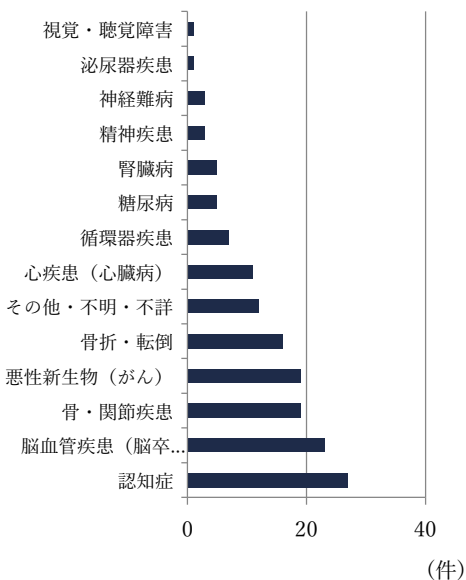
(出典)県ツール

図 39 介護度別介護給付費 (1件当たり給付費)



(出典)県ツール

図 39 介護新規申請件数



(出典)保健福祉課

4. 計画全体の目標

4.1. 健康課題の整理

前期計画の評価からの課題

- ・糖尿病の一人当たり医療費が高い
- ・新規高血圧患者の割合が増加傾向
- ・特定保健指導実施率が低い
- ・運動習慣がある人の割合が低下傾向
- ・喫煙習慣のある人の割合が増加傾向
- ・メタボリックシンドローム該当者割合が増加傾向

データ分析の結果からの課題

- ・収縮期血圧の有所見者割合が高い
- ・HbA1cの有所見者割合が高い
- ・死亡原因における脳血管疾患の割合が高い
- ・保健指導を利用希望しない割合が高い
- ・脳血管疾患を原因とする介護申請が多い

4.2. 健康課題等まとめ

田上町では、医療・健診・介護データ等の分析から、介入することで疾病予防の期待ができる、優先度の高い健康課題を定めました。

健康課題1 収縮期血圧の有所見者割合が高く、脳血管疾患患者が多い

収縮期血圧の有所見者割合が新潟県より高く、相対的に高血圧疾患の患者も増加傾向にあります。また、脳血管疾患の一人当たり医療費は減少傾向ですが、件数は増加傾向にあります。このような状況から、引き続き脳血管疾患の発症を予防するとともに高血圧対策が必要です。

健康課題2 糖尿病の有所見者割合と一人当たり糖尿病医療費が高い

健診有所見者状況において、HbA1cの有所見率（保健指導判定値以上）が65%以上と高い割合になっています。また、糖尿病の一人当たり医療費も高く、重症化して糖尿病に係る医療資源が多く投入されている状況です。

4.3. 計画全体の目標

4.3.1. 目的・目標一覧

	◇健康寿命の延伸 ◇医療費の適正化	
大目標目的 (命題・基本理念)	脳血管疾患の発症を予防する	糖尿病の発症と重症化を予防する
中長期的目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧患者割合の減少 ・ 脳血管疾患患者割合の減少 ・ 収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合の減少 ・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病患者割合の減少 ・ 糖尿病の一人当たり医療費の抑制 ・ HbA1c6.5%以上の割合の減少 ・ HbA1c8.0%以上の割合の減少 ・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少
短期的目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率の増加 ・ 特定保健指導受診率の増加 ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 ・ 未受診高血圧判定者の割合の減少 ・ 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率の増加 ・ 特定保健指導受診率の増加 ・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少 ・ 未受診糖尿病判定者の割合の減少 ・ 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加

4.3.2. 中長期目標及び短期目標の現状値と目標値

第3期計画における中長期目標及び短期目標の評価指標と目標値につきましては下記のとおり設定しました。

(1) 中長期目標

中長期目標	評価指標	令和4年度現状値	目標値
高血圧患者割合の減少	高血圧患者割合	33.9%	30.0%
脳血管疾患患者割合の減少	脳血管疾患患者割合	7.4%	5.0%
収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合の減少	収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合	27.8%	25.0%
糖尿病患者割合の減少	糖尿病患者割合	17.7 人	15.0%
糖尿病の一人当たり医療費の抑制	糖尿病の一人当たり医療費	22,146 円	増加抑制
HbA1c6.5%以上の割合の減少	HbA1c6.5%以上の割合	11.4%	10.0%
HbA1c8.0%以上の割合の減少	HbA1c8.0%以上の割合	1.5%	1.0%
メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	メタボリックシンドローム該当者の割合	19.0%	15.0%
	メタボリックシンドローム予備群の割合	9.0%	5.0%

(2) 短期目標

短期目標	評価指標	令和4年度現状値	目標値
特定健診受診率の増加	特定健診受診率	48.1%	60.0%
特定保健指導受診率の増加	特定保健指導実施率	21.3%	60.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.7%	25.0%
未受診高血圧判定者の割合の減少	未受診高血圧判定者の割合	39.7%	37.0%
未受診糖尿病判定者の割合の減少	未受診糖尿病判定者の割合	14.8%	12.0%
適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	質問票調査における運動習慣割合	41.9%	50.0%
	質問票調査における喫煙者割合	13.2%	10.0%
	質問票調査における毎日飲酒頻度割合	29.9%	25.0%
	質問票調査における毎日間食頻度割合	21.6%	20.0%

5. 保健事業の内容

健康課題に対し、設定した目的・目標を達成するため、次の保健事業を実施します。

保健事業の内容

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標
特定健康診査	生活習慣病の引き金となるメタボリックシンドロームやその予備群を早期に発見し、生活習慣病の発症予防・重症化につなげる。対象者が自分自身の健康状態や生活習慣を自覚し、健康の保持・増進に努められるようにする。	田上町国民健康保険に加入する40歳～74歳までの者	生活習慣病リスクを抱える可能性が高い40歳～74歳までの国民健康保険加入者へ健診を実施し、検査結果により健診受診者の階層化を行い、特定保健指導や医療機関受診勧奨等を実施し重症化予防を図る。	【アウトプット】 健診対象者への通知率 【アウトカム】 特定健診受診率
特定健康診査未受診者対策事業	特定健診未受診者に対し、それぞれの特性に応じた勧奨を実施することで、特定健診受診率の向上を図る。	40歳以上の国民健康保険加入者のうち過去3年連続で受診しておらず、かつ、除外要件（半日ミニドック既申し込み者、人間ドック補助申し込み者）に合致しない者	特定健診未受診者に対し、それぞれの過去に健診受診した時の質問票の回答や医療機関の受診状況などの条件により受診勧奨ハガキを発送し、特定健診受診率の向上を図る。	【アウトプット】 勧奨ハガキ通知率 【アウトカム】 特定健診受診率

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標
人間ドック助成事業	人間ドック受診者への助成をすることで人間ドックを受けやすくし、自身の健康状態の把握と健康管理につなげる。	20歳～74歳の田上町国民健康保険加入者	人間ドック受診者へ27,000円助成し、人間ドックを受診しやすくすることで自信の健康管理につなげてもらう。	【アウトプット】 人間ドック助成申し込み者数 【アウトカム】 人間ドック助成申し込み率
生活習慣病重症化予防事業	健診結果が一定の数値を超えた者に対し、訪問指導を実施することで重症化予防を図る。	健診結果が一定の数値を超えた者	健診結果が一定の数値を超えた者へ雇い上げの栄養士が訪問の上、保健指導を実施し重症化予防を図る。	【アウトプット】 保健指導者数 【アウトカム】 保健指導後改善率
若年層の健康診査	特定健診対象年齢前に健診機会を提供することで若い年代のうちに健康意識の定着を図る。	39歳以下の国保加入者	39歳以下の国保加入者に健診機会の提供することで、若年層のうちに健康意識の定着を図り特定健診対象後も引き続き健診受診及び健康習慣の継続につなげる。	【アウトプット】 健診対象者への通知率 【アウトカム】 健診受診率
特定保健指導	特定健診または人間ドック受診後、基準値を超えた者に対し保健指導を実施することで重症化予防を図る。	特定健診または人間ドック受診者のうち特定保健指導選定基準に該当する者	特定健診または人間ドック受診後、血糖、血圧、脂質、腹囲の基準値を超えた者に対し保健指導を実施することで重症化予防を図る。	【アウトプット】 特定保健指導実施者数 特定保健指導実施率 【アウトカム】 特定保健指導による改善率

保健事業名	事業目的・目標	対象者	事業概要	評価指標
特定健康診査結果説明会	健診受診後、健診結果の見方や活用方法を説明することで健診受診者の健康意識の定着を図る。	健診受診者	健診受診後、健診結果の見方や活用方法を説明することで健診受診者の健康意識の定着を図る。	【アウトプット】 対象者への通知率 【アウトカム】 教室参加者の改善率
そう快健康教室	血糖の数値が悪い健診受診者に対し、運動や食事などの生活習慣改善方法を指導することで糖尿病の発症・重症化予防を図る。	健診受診者で血糖に係る検査数値が悪い者	教室参加者に対し、運動や食事のプログラムを提供することで糖尿病の発症防止及び重症化予防を図る。	【アウトプット】 対象者への案内送付率 【アウトカム】 教室参加者の血糖に係る数値改善率
後発医薬品の利用勧奨	後発医薬品医薬品の利用案内のハガキを送付することで後発医薬品の利用を促進する。	12歳以上かつ先発医薬品と後発医薬品の差額が100円以上生じる者	後発医薬品の利用により一定額自己負担が減少する被保険者に対し、利用案内のハガキを送付することで、後発医薬品の利用率の向上を図り、薬剤費用の抑制につなげる。	【アウトプット】 後発医薬品差額通知送付回数 【アウトカム】 後発医薬品利用率
健康ポイント事業	健康づくりの取り組みに対し、インセンティブを付与することで、生活習慣の改善を促進する。	特定健診受診者	健診受診者に健康ポイントカードを配布し、健康づくりの取り組みに応じポイントを付与する。ポイントに応じ、景品と交換することで、各保健事業の参加やよりよい生活習慣の定着を図る	【アウトプット】 ポイントカード配布数 【アウトカム】 ポイントカード引換率

6. 第4期特定健康診査等実施計画

6.1. 特定健診・特定保健指導

特定健診及び特定保健指導は、本計画における保健事業の中核をなすものであり、他の保健事業とは別に「第4期田上町国民健康保険特定健康診査等実施計画」として本計画に位置付けています。

特定健康診査等実施計画に記載すべき事項は、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」（法第18条）に定められています。

6.1.1. 目的

特定健診及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健診）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を行うものです。

(1)生活習慣病対策を講じる必要性

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院や投薬が始まり、生活習慣の改善がないままであれば、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾患の発症に至ることになります。生活習慣病が重症化した場合、QOLの低下や入院医療費による高額医療費の発生を招くことになります。このような事態を防ぐため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、被保険者の健康維持及び生活の質の向上を図り、医療費の伸びを抑制することが大事です。

(2)メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重篤な疾患の発症リスクが高くなります。そのため、適度な運動やバランスのとれた食事の定着など生活習慣の改善を行うことにより、それらの発症リスクの低減を図ることが可能となります。

メタボリックシンドロームに着目することにより、高血糖・脂質異常・高血圧といったリスクが、血管を損傷し、臓器への障害へ移行し、健康障害が発生していく、という生活習慣と疾病発症との関係性を理解しやすいものとし、生活習慣の改善に向けて明確な動機付けができるようになります。

6.1.2. 目標値の設定

基本指針における達成しようとする目標値は、市町村国保は特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%となっていますが、保険者が実情分析を行い、予算等の制限条件の中で最大限の努力により達成できる目標設定であることとされています。本町

では、第3期特定健診等実施計画の実施状況、データの分析結果及び保険者努力支援制度の評価の受診率等を踏まえ目標値を設定しています。

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
特定健診	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導	30%	40%	45%	50%	55%	60%

対象者 40歳 74歳の被保険者（誕生日が年度内にある人）

(1)特定健診対象者数及び見込み受診者数<推計>

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
健診対象者数	1,894人	1,838人	1,782人	1,729人	1,677人	1,627人
受診者数 (見込み)	947人	919人	927人	934人	939人	944人

※被保険者数の過去の実績、各年齢層の伸び率を考慮して算出

※特定健診受診者数（見込み）は、特定健診対象者数（推計値）に目標値を乗じて算出

(2)特定保健指導該当者数<見込み>

		令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
動機付け支援	該当者数	88人	89人	90人	90人	91人	91人
	実施者数	49人	36人	40人	45人	50人	55人
積極的支援	該当者数	22人	22人	22人	23人	23人	23人
	実施者数	7人	9人	10人	11人	12人	14人
計		33人	44人	50人	56人	62人	68人

6.1.3. 実施方法（特定健診）

(1)概要

実施期間	6,7,10月（集団健診） 7月～9月（個別健診）
実施場所（実施機関）	保健センター、個別健診契約医療機関
実施形態（契約形態）	新潟県健康づくり財団との集合契約、必要に応じ個々の医療機関と個別契約
費用（自己負担額）	無料
周知方法	・対象者宛てに個別に受診票（受診県兼ねる）を送付 ・町ホームページ、町広報誌

(2)健診項目

基本項目と追加項目は、受診者全員に実施します（必須項目）。

「基本項目」とは国の基準項目、「追加項目」とは町独自の項目です。

			項目
必須項目	基本項目	診察	問診
			身長、体重、BMI、腹囲
			理学的所見（身体診察）
			血圧
		脂質検査	中性脂肪
			HDL コレステロール
			LDL コレステロール
		肝機能検査	AST(GOT)
			ALT(GPT)
			γ-GT(γ-GTP)
	血糖検査	ヘモグロビンA1c	
	尿検査	尿糖	
		尿蛋白	
	追加項目 (町独自の項目)		血清クレアチニン
			尿酸
		尿潜血	
詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数	
		血色素量	
		ヘマトクリット値	
	心電図検査		
	眼底検査		

(3)受診案内

対象者に特定健診受診券番号を付した受診票を発送します。

発送時期：5月下旬

有効期限：年度末もしくは75歳誕生日前日

6.1.4. 実施率向上の取り組み等（特定健診）

目標値の達成のために、方針に沿って大小さまざまな取組を連携させ、組み合わせ
て実施していきます。

実施環境の整備		
・未受診者への受診勧奨はがきの送付 ・がん検診と同時実施の周知（半日ミニドック） ・秋及び休日の健診実施		
受診率向上の取組		
	受診勧奨（はがき）	
	対象者	過去3年連続受診者以外の者
	実施期間	6月、9月
	内容	対象者の属性に応じた内容で受診勧奨はがきを送付
	実施方法	郵送
広報・啓発の取組		
	ポスター掲示	役場
	広報誌	町広報誌
	ホームページ	町ホームページ

6.1.5. 実施方法（特定保健指導）

(1)概要

実施期間	動機付け支援 初回面接から3か月間 積極的支援 初回面接から6か月間
実施場所 (実施機関)	動機付け支援及び積極的支援 保健センターで委託業者が実施
実施形態 (契約形態)	委託業者との個別契約
費用 (自己負担額)	無料
周知方法	対象者宛てに個別の利用案内を送付

(2)特定保健指導対象者基準と階層化

特定健診の結果から特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）に該当するかを判定するための「階層化」を行います。

特定保健指導判定基準（階層化）

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40歳～64歳	65歳～74歳
男性腹囲 85 cm以上 女性腹囲 90 cm以上	2つ以上該当	-	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
			なし	動機付け支援
上記以外でBMI25以上	3つ該当	-	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
			なし	
	1つ該当	あり	積極的支援	
		なし	動機付け支援	

(3)プログラム

動機付け支援	初回面接	保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のための支援を行います。 (一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。)
	実績評価	初回面接から3か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価を行います。
積極的支援	初回面接	保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活習慣改善のための支援を行います。(一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む))
	継続的支援	3か月以上の継続的な支援を行います ※食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項についての実践的な指導、取組を維持するための励まし等（個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせて行います。)
	実績評価	初回面接から3か月経過後、身体状況や生活習慣に変化がみられたか確認・評価を行います。 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)の他、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価します。

(4)利用案内

対象者に特定保健指導利用券、利用案内、実施機関名簿を同封して発送します。利用券発送後に紛失等があった場合には再発行を行います。

① 発送時期と有効期限

毎月、健診実施機関から決済代行機関に提出された健診データから対象者を抽出します（対象者への利用券発送時期は特定健診受診から約3か月後です。）。

初回面接実施の有効期限は、発行月の2か月後の末までです（有効期限の延長可能）。

② 記載事項

利用券には、特定保健指導区分、利用券整理番号、受診券整理番号、氏名、性別、生年月日、有効期限（初回面接実施期限）、自己負担額（無料表記）、利用上の注意事項、保険者番号、保険者名称、支払代行機関番号、支払代行機関名称を記載することとし、様式は別に定めます。

6.1.6. 実施率向上の取り組み等（特定保健指導）

実施環境の整備	
	・対象者にインセンティブの付与を明記し案内を送付 ・人間ドック受診者に対し、一部健診機関で特定保健指導を実施
受診率向上の取組	
	インセンティブの付与 特定保健指導利用者に対し、タオル等の景品を提供
広報・啓発の取組	
	町ホームページ

6.1.7. 代行機関

第3期特定健康診査等実施計画に引き続き、国民健康保険中央会が開発した特定健診等データ管理システムを活用してデータ管理及び費用決済を行うこととするため、特定健診・特定保健指導の結果データのチェック、保存、費用請求の審査、支払、決済等に係る事務及びデータの送受信について、新潟県国民健康保険団体連合会に委託します。

7. 地域包括ケアに係る取り組み

福祉関連部局と地域の医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援等について情報共有を図ります。また、KDB の活用により課題の抽出を行い、フレイル予防の視点を踏まえた効果的な保健事業の実施等で連携に努めます。

8. 計画の評価方法と見直し

人口動態の把握や特定健診等の実績報告後のデータを用いて経年比較を行うとともに、KDB システムを活用し、受療状況や健診結果の改善度等について、経年変化、国、県、同規模保険者との比較を行い、評価します。

最終年度となる令和 11 年度の上半期に計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、次期計画の策定を行います。

また、必要に応じて、新潟県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受け、適宜見直しを検討します。

9. 計画の公表・周知

本計画は、町ホームページにより周知します。

10. 個人情報の保護

10.1. ガイドラインの遵守及び守秘義務

個人情報の保護については、個人情報の保護に関する法律及びこれらに基づくガイドライン（令和 4 年 9 月一部改正）等を遵守するとともに、そのほかの関係法令（国民健康保険法第 120 条の 2（秘密保持義務）、高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条（秘密保持義務））及び田上町個人情報の保護に関する法律施行条例等の規定に基づいて実施します。また、特定健康診査・特定保健指導を外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

10.2. データ保存方法及び保管期間

特定健康診査等のデータは、本町が管理するシステム及び代行機関が管理するシステムのデータベースに記録、保存します。

また、データの保管期間は、記録した年度から 5 年間とします。