

津南町国民健康保険第3期データヘルス計画

及び第4期特定健康診査等実施計画

(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

津南町

目次

第1章 第3期データヘルス計画

1.	データヘルス計画の背景と目的.....	5
1.1.	計画作成の背景.....	5
1.2.	計画の位置づけ.....	5
1.3.	基本理念.....	7
1.4.	計画の対象期間と評価・見直し.....	7
1.5.	計画の公表・周知.....	7
2.	津南町の概要.....	8
2.1.	人口および被保険者の概要.....	8
2.2.	平均余命と平均自立期間の差.....	10
2.3.	死因割合・標準化死亡比.....	11
3.	津南町国民健康保険第2期データヘルス計画の評価.....	12
3.1.	計画全体目標の達成状況.....	12
3.2.	保健事業の実施状況.....	13
4.	レセプトデータ・健診データの分析結果.....	15
4.1.	医療費・疾病構造の状況.....	15
4.1.1.	医療費の概要.....	15
4.1.2.	高額医療費の発生状況.....	19
4.1.3.	長期入院者の状況.....	19
4.1.4.	生活習慣病関連疾患医療費・受診率の状況.....	20
4.1.5.	がん医療費の状況.....	23
4.1.6.	精神疾患医療費の状況.....	24
4.1.7.	後発品の数量割合.....	25
4.1.8.	重複・頻回受診.....	25
5.	特定健康診査・特定保健指導.....	26
5.1.	特定健康診査・特定保健指導の実施状況.....	26
5.1.1.	特定健康診査受診率.....	26
5.1.2.	特定保健指導実施率.....	27
5.2.	メタボリックシンドローム該当者の状況.....	28
5.3.	特定健診項目別の有所見者の状況.....	29
5.4.	質問票項目別の有所見者の状況.....	30

6.	重症化予防	31
6.1.	特定健診とレセプトの突合分析	31
6.2.	重症化予防	31
6.2.1.	脳血管疾患の発生状況	31
6.2.2.	投薬中断者の状況（糖尿病）	32
6.2.3.	投薬中断者の状況（高血圧）	32
6.2.4.	生活習慣病の治療放置者の状況	33
6.2.5.	更生医療申請者（透析）の状況	33
6.2.6.	慢性腎臓病（CKD）の医療機関未受診者の状況	34
7.	介護の状況	35
7.1.	介護の状況	35
8.	計画全体の目標	37
8.1.	健康課題等まとめ	37
8.2.	計画全体の目標	39
9.	課題に対応した保健事業の立案	41
9.1.	各保健事業の内容と目的、評価指標	41
9.2.	保健事業の実施体制	42
10.	個人情報の保護	42
11.	地域包括ケアに係る取り組み	42
12.	用語説明	43

第2章 第4期特定健康診査等実施計画

1.	特定健康診査等実施計画の背景と目的	44
1.1.	計画策定の背景	44
1.2.	計画の位置づけ	44
2.	特定健診の達成目標	44
2.1.	特定健診・特定保健指導の実施状況	44
2.2.	目標値の設定	44
2.3.	特定健診等の対象者数	45

3.	特定健診の実施体制.....	45
3.1.	特定健診の実施形態.....	45
3.2.	特定健診の実施期間.....	45
3.3.	実施項目.....	46
3.4.	周知・案内方法.....	46
3.5.	事業者健診等他の健診受診者・医療機関受療中対象者の取り扱い.....	46
4.	特定保健指導の実施体制.....	47
4.1.	特定保健指導の実施形態.....	47
4.2.	特定保健指導の実施期間.....	47
4.3.	特定保健指導の対象者の抽出方法.....	47
5.	個人情報の保護等.....	47
6.	特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	47
7.	特定健康診査等実施計画の評価・見直し.....	47
8.	その他.....	48

第1章 第3期データヘルス計画

1. データヘルス計画の背景と目的

1.1. 計画作成の背景

特定健康診査等の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（以下「KDB」という。）システム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第5項の規定に基づき、「厚生労働大臣が定める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。以下「保健事業実施指針」という。）」の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るためのデータヘルス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されました。

本町においては、保健事業実施指針に基づき、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、生活習慣病対策を始めとする被保険者の健康保持増進及び重症化予防に係る保健事業の実施及び評価を行うものとします。

1.2. 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3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3次）」や、町民の健康づくりの方針を示した「津南町保健医療福祉計画（第8期）」をはじめとする関連計画との整合性を図り、「第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定します。

	特定健康診査等実施計画	津南町国民健康保険 データヘルス計画	津南町保健医療福祉計画
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 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	令和5年3月「特定健康診査等実施計画作成の手引き」 (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	津南町国保		津南町
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、糖尿病等の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、更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及び向上を図りながら医療費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者を、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旨とするものである。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を図る。	「食育・丈夫な体・豊かな心を育んで」「歯と口の健康を保ち、生活の質を向上」「すべての人が安心して生活できる支援体制の充実」「保健医療体制の充実」「心の健康、支えあいに関心の持てる地域づくり」の5つを基本的な方向と位置づけ、行政や関係機関、民間事業者、ボランティアなど社会全体が一体となってこれを支援することで、「健康で生きがいのある町づくり」の実現を目指す。
対象者	津南町国保被保険者のうちの40～74歳の者	津南町国保被保険者全員	津南町民全員

1.3. 基本理念

基本理念1 「健康寿命の延伸」

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」とされており、新潟県の令和元年の健康寿命は男性 72.61 歳、女性 75.68 歳（厚生労働省「健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料」となっています。一方、平均寿命は男性 81.10 歳、女性 87.47 歳（「新潟県簡易生命表」）であり、健康寿命と平均寿命の間には平均 10 年以上の開きがあります。今後、平均寿命の延伸に伴い健康寿命との開きが拡大すれば、個人の生活の質の低下や、医療費や介護給付費の負担が大きくなります。そのため、生活習慣病予防や重症化予防によって健康寿命の延伸を目指します。

基本理念2 「医療費の適正化」

高齢化の進展や医療技術の高度化等により、医療費は増加傾向にあります。そのため、若年期から健康診査を受診する習慣を身に付け、生活習慣病予防や重症化予防の取り組みにより町民の健康の保持を図るとともに、医薬品の適正使用や後発医薬品の使用促進により医療の効率的な提供を推進し、医療費の適正化を目指します。

1.4. 計画の対象期間と評価・見直し

本計画の計画期間は、保健事業実施指針第 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、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するとしていることを踏まえ、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。なお、中間評価を令和 8 年度に実施し、必要に応じて後半 3 年間の計画の見直しを行います。年度ごとの評価については、各保健事業で設定した評価指標・目標値をもとに毎年実施します。

1.5. 計画の公表・周知

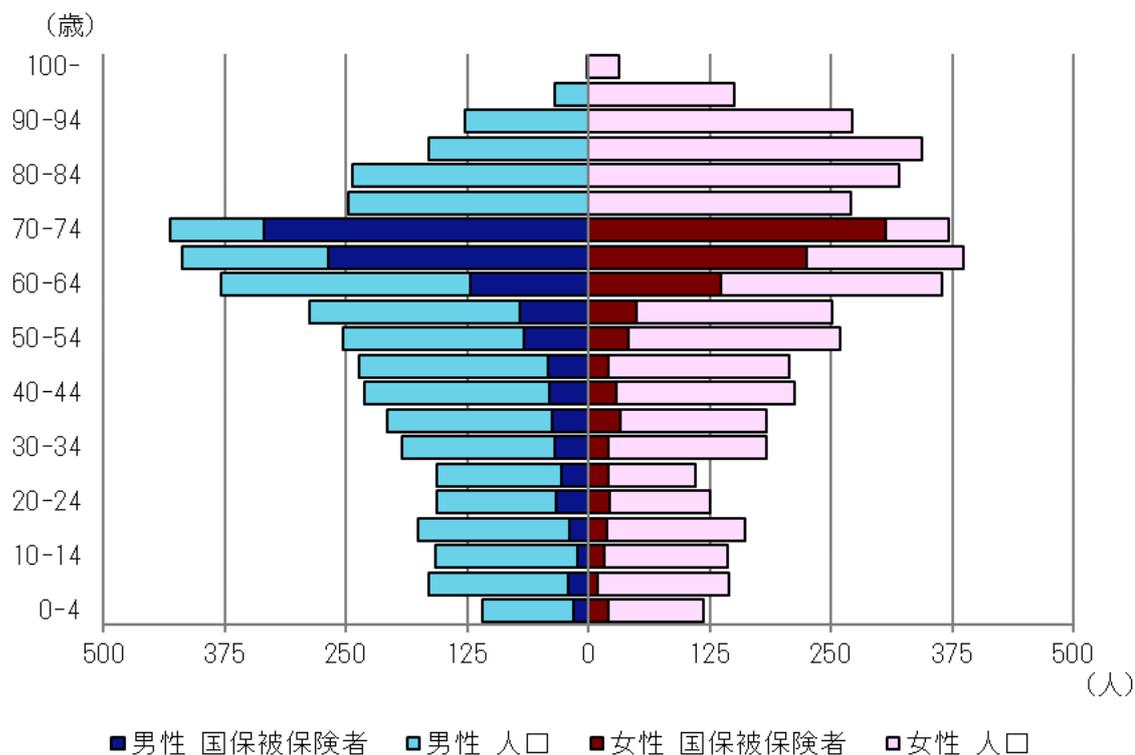
本計画は、津南町ホームページで公表するほか、広報誌を通じて広く町民に周知します。

2. 津南町の概要

2.1. 人口および被保険者の概要

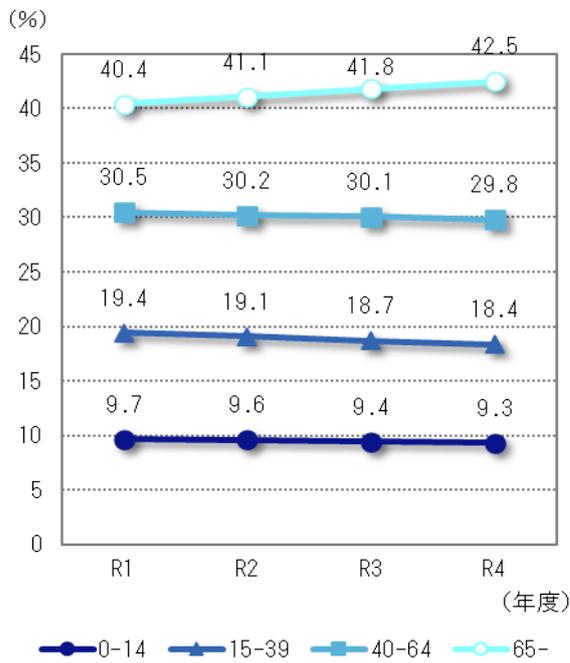
本町の人口は令和元年には9,569人でしたが、令和4年には8,985人と減少しています。国民健康保険（以下「国保」という。）被保険者数も人口減少に加えて後期高齢者医療制度への移行などの影響で減少しており、令和5年3月末時点での国保加入率は23.8%となっています。被保険者の年齢構成は令和4年時点で65-74歳の前期高齢者が1,135人と全体の53.7%を占めており、国の44.8%と比較して高く、被保険者の高齢化が進んでいます。

■人口の年齢階層別割合（令和4年3月末時点）

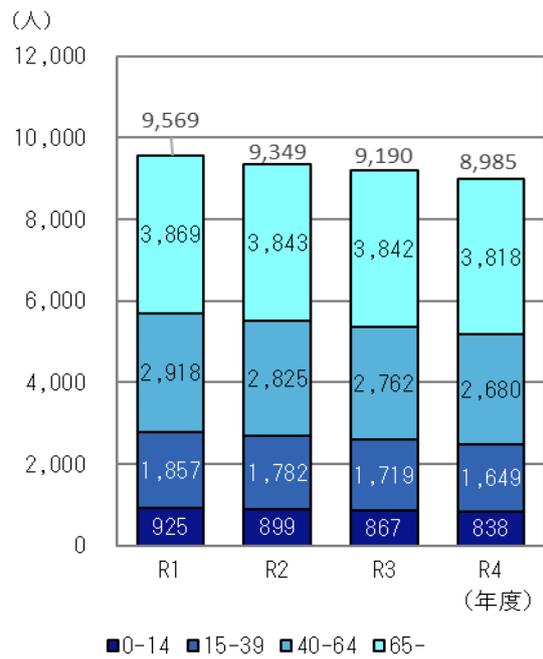


出典：津南町住民基本台帳

■人口割合の推移

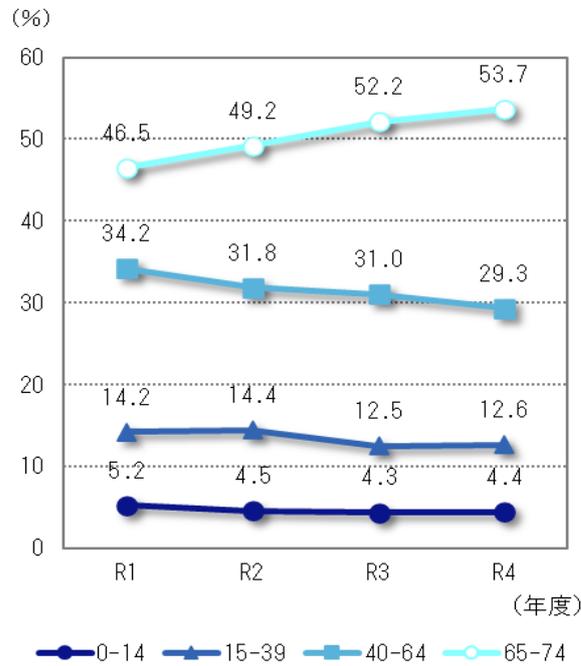


■人口の推移

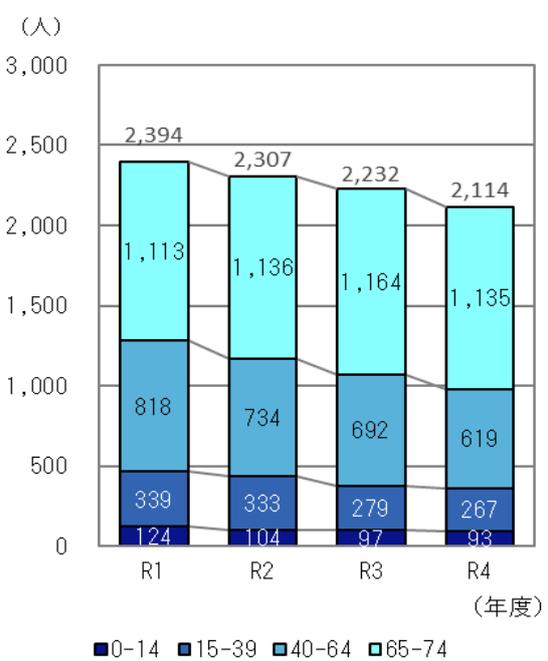


出典：津南町住民基本台帳

■国保被保険者割合の推移



■国保被保険者数の推移

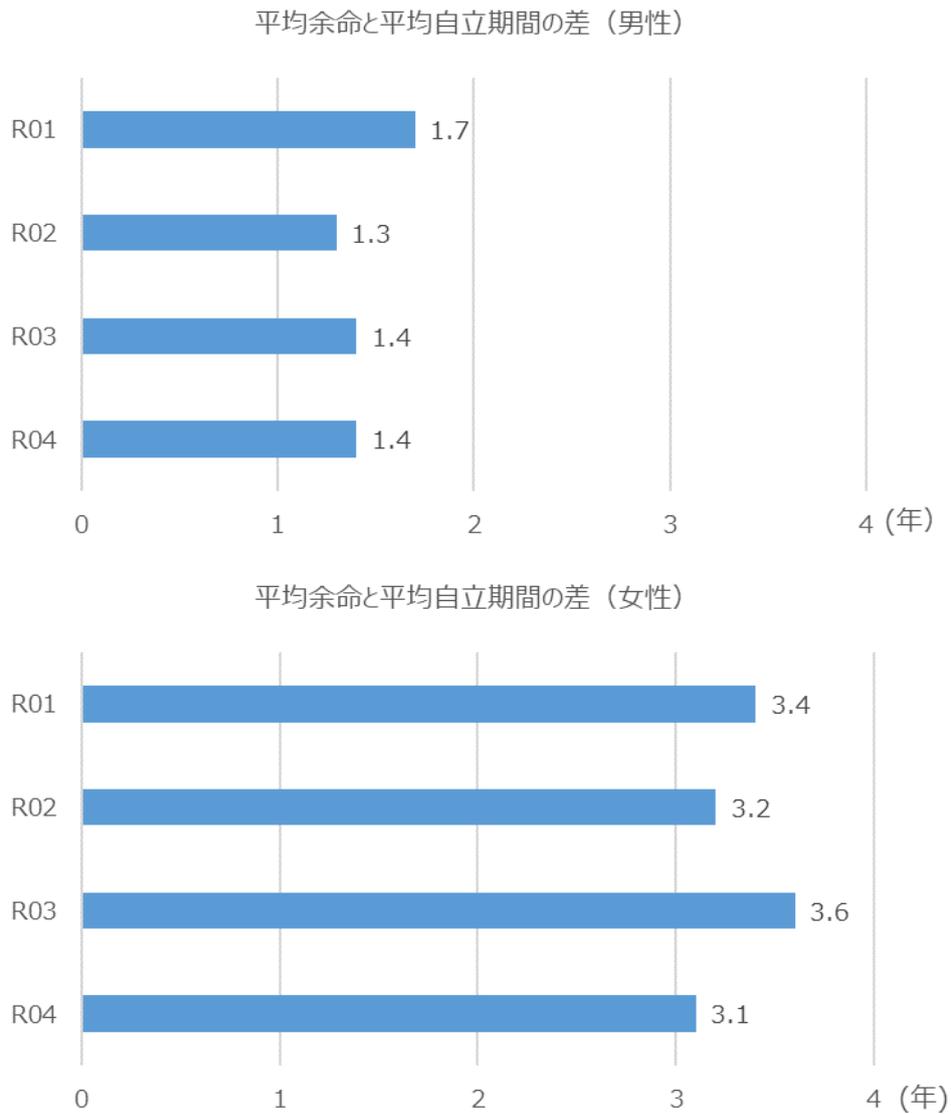


出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

2.2. 平均余命と平均自立期間の差

平均余命と平均自立期間の差は、介護などを必要とする「日常生活に制限のある期間」を意味します。令和4年度は、男性1.4年、女性3.1年となっており、経年で見るといずれも横ばいです。

■平均余命と平均自立期間の差の推移



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

2.3. 死因割合・標準化死亡率

死因割合は、高い順に「がん」、「心臓病」、「脳疾患」となっており、県や同規模自治体と比較して「がん」の割合が高くなっています。

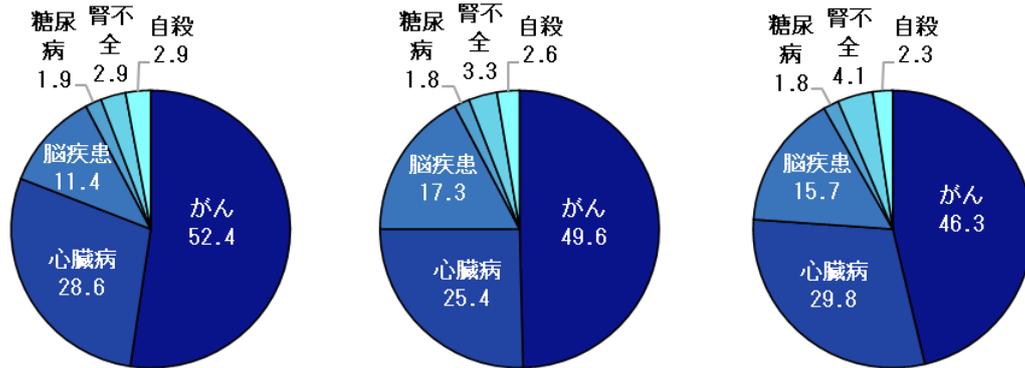
国の基準を100とした標準化死亡率(※1)では、「全死因」は低い一方で、男女ともに「脳血管疾患」、「不慮の事故」、「自殺」で高くなっています。

■死因割合

■津南町 (%)

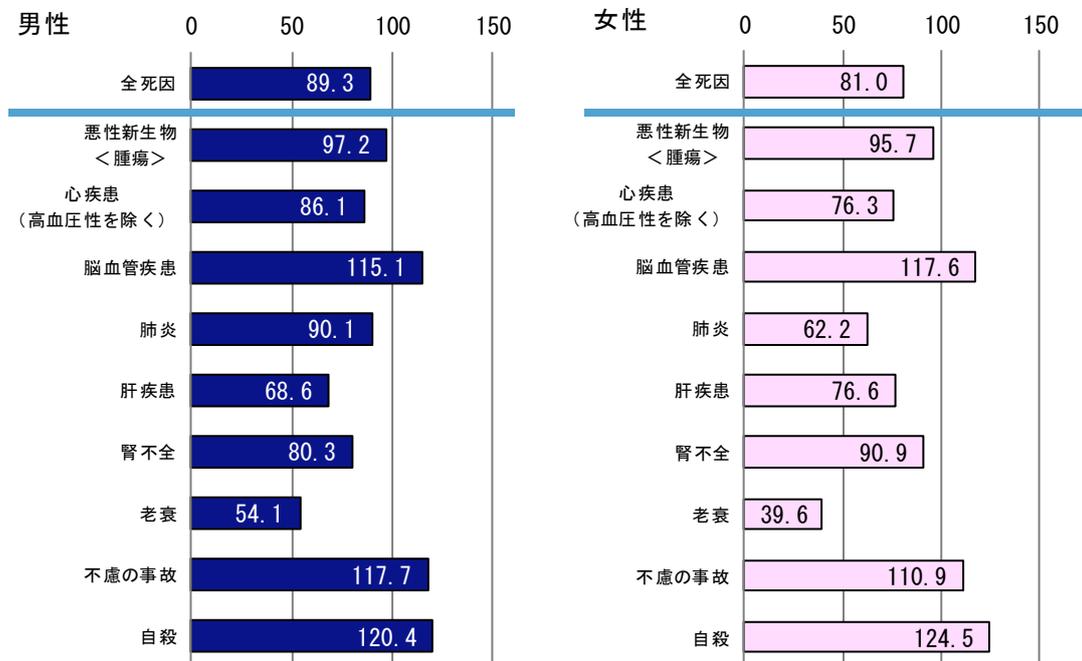
■新潟県 (%)

■同規模自治体 (%)



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

■標準化死亡率



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

3. 津南町国民健康保険第2期データヘルス計画の評価

3.1. 計画全体目標の達成状況

<中長期目標>

中長期目標	アウトカム評価指標	実績値		目指す方向性 /目標値	評価	今後の方針
		H30 2018	R4 2022			
1) 特定健診結果においてⅡ度高血圧症以上の割合の減少	特定健診でⅡ度高血圧(収縮期血圧160以上かつ/または拡張期血圧100以上)以上の割合	7.9% (49人)	8.9% (50人)	現状維持	変化なし	継続
2) 特定健診結果においてHbA1c値6.5以上の者の割合の減少	特定健診でのHbA1c6.5以上の割合	9.3% (58人)	9.2% (52人)	減少	変化なし	継続
3) 重症化予防対象者の割合の増加抑制	特定健診でⅡ度高血圧(収縮期血圧160以上かつ/または拡張期血圧100以上)以上の割合	7.9% (49人)	8.9% (50人)	現状維持	変化なし	1)に統合
	LDL-c 180mg/dl以上の割合	5.5% (34人)	6.6% (37人)	現状維持	変化なし	重症化予防でのLDL-cへの取り組みがないため削除。
	特定健診でのe-GFR60未満の割合	10.1% (63人)	20.9% (118人)	現状維持	悪化傾向	数値の特性上取組みによる改善が困難なため基準値を変更。
	メタボリックシンドローム該当者の割合	16.9% (105人)	20.7% (117人)	現状維持	悪化傾向	重症化予防の評価指標からは削除し中長期目標として追加。
4)新規脳血管疾患発症者の増加抑制	新規脳血管疾患発症者数	(R2) 30人	20人	減少	改善傾向	脳卒中発症調査の終了によりR2から実績値の抽出方法を変更。
5)新規人工透析者の増加抑制	新規人工透析者数	0人	2人	0人	変化なし	継続

<短期目標>

短期目標	アウトカム評価指標	実績値		目指す方向性 /目標値	評価	今後の方針
		H30	R4			
#1 特定健診受診率の増加	特定健診受診率	57.7%	57.3%	60%	変化なし	未受診者勧奨により受診率を継続し目標達成を目指す。
#2 特定保健指導の実施率増加	特定保健指導実施率	22.6%	39.6%	60%	変化なし	積極的支援の実施率を増加させることで目標達成を目指す。 特定保健指導対象者数は標準化指標に変更。
	特定保健指導対象者数	114人	96人	減少	変化なし	
#3 適正な生活習慣(運動・禁煙・適正飲酒)に取組める人の増加	1日30分以上運動を行っている者の割合	19.3%	26.4%	増加	改善傾向	啓発活動や健康教育などで町の現状や適正な生活習慣の必要性を周知し、改善を目指す。 適正飲酒としての事業実施がないため、飲酒量の評価指標は削除。
	1日1時間以上歩行と同程度の身体活動をしている者の割合	65.5%	66.1%	増加	変化なし	
	喫煙習慣のある者の割合	18.6%	17.6%	減少	変化なし	
	毎日3合以上飲酒者割合	1.9%	1.5%	減少	変化なし	
	毎日2合～3合飲酒者割合	8.1%	8.3%	減少	変化なし	
#4 特定健診での血圧未治療者の減少	健診での血圧受診勧奨者の未治療率	(R1)27.8%	28.2%	減少	変化なし	R1より指標のデータ抽出方法を変更。啓発活動や、訪問による効果的な保健指導・受診勧奨、実施率の向上により減少を目指す。
#5 特定健診での糖尿病未治療者の減少	健診での糖尿受診勧奨者の未治療率	(R1)19.8%	22.1%	減少	変化なし	
#6 特定健診でのCKD未治療者の減少	健診でのCKD受診判定者の未治療率	(R1)10%	6.7%	減少	改善傾向	

3.2. 保健事業の実施状況

事業番号	保健事業(名)	対象者 事業内容	事業目的 事業目標	指標	評価項目・評価指標	目標値	実績値		要因分析	今後の方針 見直しと改善の 案
							H30年度	R4年度		
①	特定健診受診率 向上事業	<ul style="list-style-type: none"> ■対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・8月までの特定健診未受診の者 ・40～74歳 ■事業内容 <ul style="list-style-type: none"> ・11月の最終健診前に、特定健診未受診者へ再勧奨を通知にて行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診を受けることを習慣化して自己の健康状態を把握し、生活習慣病を未然に防ぐ ・特定健診受診率の向上 	アウトカム指標 特定健診受診率 アウトカム指標 受診勧奨者の特定健診受診率(特定健診受診者数/受診勧奨者数) アウトカム指標 受診勧奨実施率(受診勧奨者数/受診勧奨対象者数)	特定健診受診率:60% 受診勧奨実施率100%	57.6% 25.8% (107人/415人)	57.3% 24.9% (70人/281人)	令和2年度の新型コロナウイルス感染症流行による受診率の低下はみられたが、令和3年度以降はコロナ前の水準まで回復している。	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度から、個別健診の開始により、さらなる受診率の向上を目指す。 ・未受診者に再勧奨することで受診率が維持できており、第3期も事業を継続する。 	
②	ハイリスク者家庭 訪問事業 (高血圧・糖尿病・CKD)	<ul style="list-style-type: none"> ■対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果でⅡ度高血圧以上 ・HbA1c6.5以上 ・eGFR45未満(R1～医療機関未受診者) ・40～74歳(R1～40～84歳以下) ■事業内容 <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師または雇いあげ看護師の家庭訪問等による受診勧奨、生活習慣指導 ・概ね1か月後電話等により受診の確認 ・その後レセプトにより受診確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な受診行動をとることができる。 ・日ごろの生活習慣を振り返り、改善のきっかけとなる。 	アウトカム指標 ①医療機関受診率(医療機関受診者数/保健指導実施者数) Ⅱ度高血圧以上 HbA1c6.5以上 eGFR45未満 ②翌年度健診結果値が改善した者の割合(翌年度健診結果値改善者数/保健指導実施者数) HbA1c 血圧症度 eGFR区分 ③翌年度健診で生活習慣が改善した者の割合(翌年度健診生活習慣改善者数/保健指導実施者数) 食事(間食) 運動(1日30分) 喫煙 飲酒(頻度)	①医療機関受診率 高血圧:52.9% 高血糖:78% CKD:13.5% ②翌年度健診結果値が改善した者の割合 HbA1c 0% 血圧症度 37.9% eGFR区分 34.5% ③翌年度健診で生活習慣が改善した者の割合 食事 29.7% 運動 8.8% 喫煙 0% 飲酒 5.5%	①医療機関受診率 高血圧:26.7% 高血糖:42.9% CKD:0% ②翌年度健診結果値が改善した者の割合 HbA1c 0% 血圧症度 32.3% eGFR区分 80.0% ③翌年度健診で生活習慣が改善した者の割合 食事 15.8% 運動 5.3% 喫煙 0% 飲酒 0%	・家庭訪問により受診につながる人がいる一方、健診時のみ血圧が高くなる人や、さほど数値が高くない人では、対象者が必要性を感じず受診につながらないケースがある。 ・食事や運動は改善がみられるが、喫煙や飲酒は改善されにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・指導内容や効率の良い実施方法を検討し、受診率の向上や実施率の向上を目指す。 		
③	特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ■対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者(生保含む) ■事業内容 <ul style="list-style-type: none"> ・個別指導又はグループ指導 ・地区担当保健師の訪問による個別支援 ・優先順位をつけて実施 ①若年者、初めて対象となった方、前年度に比べ悪化した方 ②健診で受診勧奨だった方(受診勧奨+生活改善) ③治療中の方で訪問指導が必要な方 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者自らが健康状態を把握し、生活習慣改善に繋げる 	アウトカム指標 ・特定保健指導利用者の生活習慣・検査値(体重、BMI等)改善割合、平均値の変化 ・利用者の満足度(アンケートによる)	・特定保健指導利用者の生活習慣・検査値(体重・BMI等)の改善割合の増加 ・特定保健指導利用者の生活習慣・検査値(体重・BMI等)の改善割合の増加	栄養・食生活の改善率:45% 身体活動の改善率:40% 腹囲の改善率:40% 体重の改善率:70% アンケート未実施	栄養・食生活の改善率:33.3% 身体活動の改善率:33.3% 腹囲の改善率:50% 体重の改善率:72.2% アンケート未実施	<ul style="list-style-type: none"> ・年によって生活習慣の改善割合はばらつきがあり評価が難しい。 ・積極的支援の利用者率・終了率が、全体の利用率・終了率に大きく影響する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的支援対象者への重点的な関わりを強化する。 	
④	生活習慣病予防 講座 (高血圧・糖尿病・CKD)	<ul style="list-style-type: none"> ■対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果で血圧高値者 ・HbA1c高値者(6.1以上)※R1は6.5以上 ・腎機能低値者(eGFR60以下) ■事業内容 <ul style="list-style-type: none"> ・内科医・腎専門医による講演会(年2回) ・運動の実践(健康運動指導士) ・高血圧・糖尿病・CKD予防の食事指導及び試食(管理栄養士・食生活改善推進員) ・対象者へ個別通知。 ・ポピュレーションアプローチの生活習慣病予防講座と同時実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の病態と予防方法について理解する。 ・自らの生活習慣を振り返り、予防や改善への意欲(意識や行動等)を高める。 	アウトカム指標 講座に参加した者のうち 健診結果で血圧高値者・HbA1c高値者、CKD低値者であった者の翌年度の健診の結果 ・検査値(血圧・HbA1c)の変化 ・健診質問票から生活習慣の改善 食事(間食) 運動(1日30分) 喫煙 飲酒(頻度)	講座に参加した者のうち 健診結果で血圧高値者・HbA1c高値者、CKD低値者であった者の講座参加者数・率 (分母は講座への血圧高値者・HbA1c高値者、CKD低値者への個別通知数)	新規透析者数の減少 50%	9.1% (2/22人)	5.9% (1/17人)	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症予防対策のため、R3以外事業実施なし。R3は縮小し、少人数で開催した。 ・ポピュレーションアプローチとして実施・評価しているが、内容は主に講話で、個別対応などは実施が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後はハイリスク対象者を含む全町民を対象としたポピュレーションアプローチとして実施・評価する。 ・⑧に統合。
⑤	CKD相談会	<ul style="list-style-type: none"> ■対象者 <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果で腎専門医受診勧奨判定値の者 ・40～84歳以下 ■事業内容 <ul style="list-style-type: none"> ・腎専門医による個別相談(年2回・各回定員10名) ・相談会当日、事前に尿検査と問診実施。 ・対象者へ個別通知。申込み制。 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能低下傾向にある者の重症化予防 ・慢性腎臓病の知識を得て、自身の生活習慣を振り返り改善につなげる 	アウトカム指標 腎専門医受診率(腎専門医受診者数/参加者数)	腎専門医受診率(腎専門医受診者数/参加者数) アウトカム指標 参加率(参加者数/対象者数)	新規透析者数の減少 50%	9.1% (2/22人)	5.9% (1/17人)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談会参加者のうち、腎専門医への受診指示は0～2名と少なく、ほとんどはかかりつけ医の受診継続の指示。 ・相談対象者は横ばいだが、相談希望者は減少。毎年対象者の重複があり、相談歴のある対象者が増えているためと思われる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標の分母を真に腎専門医への受診が必要な「腎専門医受診指示者数」に変更。 ・相談枠に限りがあり参加率の向上が困難なため、アウトカム指標を変更。 ・ハイリスク者訪問事業で保健師から相談会への参加をすすめる。

事業番号	保健事業(名)	対象者 事業内容	事業目的 事業目標	指標	評価項目・評価指標	目標値	実績値		要因分析	今後の方針 見直しと改善の 案	
							H30年度	R4年度			
⑥	【R2年度新規】 糖尿病性腎症重症化予防事業	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等受診者のうち以下に該当する者(対象者Eについては、健診受診の有無に関わらず) A 糖尿病性腎症(3期4期)で受診なしの者 B 糖尿病性腎症(4期)で受診ありの者 E 糖尿病治療歴あり現在治療中断者 ・40歳～84歳 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師または臨時看護師による家庭訪問等 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつける ・糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者の腎不全、人工透析への移行を防止する 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問指導を受けた者のうち、未受診者および治療中断者の医療機関受診率 ・訪問指導を受けた者のうち、翌年度の健診検査値の改善割合 ・訪問指導を受けた者のうち、生活習慣に改善が見られた者の割合(次年度の健診質問票から食事、運動、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善状況) <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問による保健指導率・受診勧奨率 ・電話による保健指導率・受診勧奨率 	100%			未実施	未実施	<ul style="list-style-type: none"> ・R2年度新規事業で予定していたが、体制が整わず実施できず。医師会や医療機関との連携等、実施体制の構築が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施体制の構築について検討していく。 ・第3期データヘルス計画からは削除。
⑧	地区健康教育	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象地区の住民 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師による健康教育・健康相談・血圧測定等。(町の健康課題をテーマに選定する) ・対象者への通知は、実施団体と協力して実施。 ・会場は各集落の公民館等。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の知識を得ることにより、自己の生活習慣を振り返り、生活習慣の改善に繋げる 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・減塩に取り組む人の割合 <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施回数 ・参加人数 	70%		(H28)59.3%	(R4)63.7%	<ul style="list-style-type: none"> ・減塩に取り組む人の割合は、「健康と福祉に関するアンケート」から集計。改善傾向。 ・R3までコロナウイルス感染症予防対策のため実施回数が減少していたが、R4は回復した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマや実施方法を工夫し、参加者増加を目指す。 	
⑮	生活習慣病予防講座 (高血圧・糖尿病・CKD)	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全町民 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科医・腎専門医による講演会。 ・運動の実践(健康運動指導士) ・高血圧・糖尿病・CKD予防の食事指導及び試食(管理栄養士・食生活改善推進員) ・ハイスコアアプローチの生活習慣病予防講座と同時実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の知識を得ることにより、自己の生活習慣を振り返り、生活習慣の改善に繋げる 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病態についての理解度(アンケートによる) ・生活習慣の改善への意欲(アンケートによる) <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加人数 		参加者数の増加	<p>(R3)</p> <p>■参加者事後アンケート(68人)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 講演内容は理解できたか①できた②おぼろげに③できなかった④できなかった⑤わからない⑥未回答4人 2. 運動・食事について参考になったか①なった②まあなった③ならない④未回答7人 	<p>(R3)</p> <p>■参加者事後アンケート(15人)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病について理解できたか①できた②おぼろげに③できなかった④できなかった⑤わからない⑥未回答0人 3. これから生活習慣を改善するための取り組みが考えられたか①できた②おぼろげに③できなかった④できなかった⑤わからない⑥未回答1人 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症予防対策のため、R3は縮小して開催した。 ・参加者は病態理解や生活改善意欲につながっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後はハイスコア対象者を含む全町民を対象としたポピュレーションアプローチとして実施継続する。 	
⑦⑨⑩⑪⑫⑬⑭	⑦尿中塩分測定及び結果指導 ⑨食生活改善事業 ⑩ウォーキングイベント事業 ⑪水中運動教室 ⑫健骨体操 ⑬禁煙啓発事業 ⑭こどもの生活習慣の取り組み								<ul style="list-style-type: none"> ・⑦尿中塩分測定及び結果指導は終了。 ・⑦⑨⑩⑪⑫⑬⑭については、短期目標評価指標への影響が小さいと思われることから、別計画で評価する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第3期データヘルス計画からは削除。 	
⑯	重複多受診者への受診指導	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保加入者で対象となる者 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師による家庭訪問または電話での受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複多受診者を減らし、医療費適正化を図る 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複多受診者数 <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診指導実施率 	減少	4人	3人	<ul style="list-style-type: none"> ・指導により改善が見られる。 ・国民健康保険の資格喪失による対象者の減少もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者を検討し、今後も指導により重複多受診者の減少を目指す。 		
⑰	後発医薬品の使用・促進	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12歳以上の国保加入者で対象となる者 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・はがきでの個別通知 ・被保険者証の年次更新時に「ジェネリック医薬品希望カードを同封」 ・広報誌による周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用を促進し、医療費の減少を図る 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品数量シェア率 <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送付件数 	増加	71.7%	81.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知によりシェア率は増加傾向。R4年に対象者を拡大し件数が増加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知や啓発活動により、後発医薬品の使用を促進していく。 		
I	脳卒中発症調査	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中発症者のうち調査同意者 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師が訪問により、対象者や家族から発症時及び現在の生活状況等を聞き取る 	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中発症者の生活状況や発症要因、前駆症状等を把握し、脳卒中の早期発見・予防につなげる 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発症調査は全数でなく重複もあり全数ではないが、発症者の実態把握につながった。 <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問実施率 		17人	<ul style="list-style-type: none"> ・発症調査は全数でなく重複もあり全数ではないが、発症者の実態把握につながった。 ・R3年度で事業終了。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は通常の地区活動の訪問等で対応していく。 ・第3期データヘルス計画からは削除。 			
II	新規透析者の実態調査	<p>■対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規透析者 <p>■事業内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区担当保健師が訪問により、対象者や家族から透析導入状況、生活状況、既往歴等を聞き取る 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規透析者の生活状況や発症要因(既往歴)等を把握し、早期発見・予防につなげる 	<p>アウトカム指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規透析患者は横ばい。 <p>アウトプット指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問実施率 		0人	2人	<ul style="list-style-type: none"> ・タイムリーな把握ができず、転出、死亡などでの未実施あり。 ・実態調査により生活状況の把握につながった一方、病歴等は聞き取りでは不十分なこともあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は更生医療申請時に保健師が面談し、調査へつなげる。また病歴などはKOBシステムなども活用していく。 ・第3期データヘルス計画からは削除。 		

4. レセプトデータ・健診データの分析結果

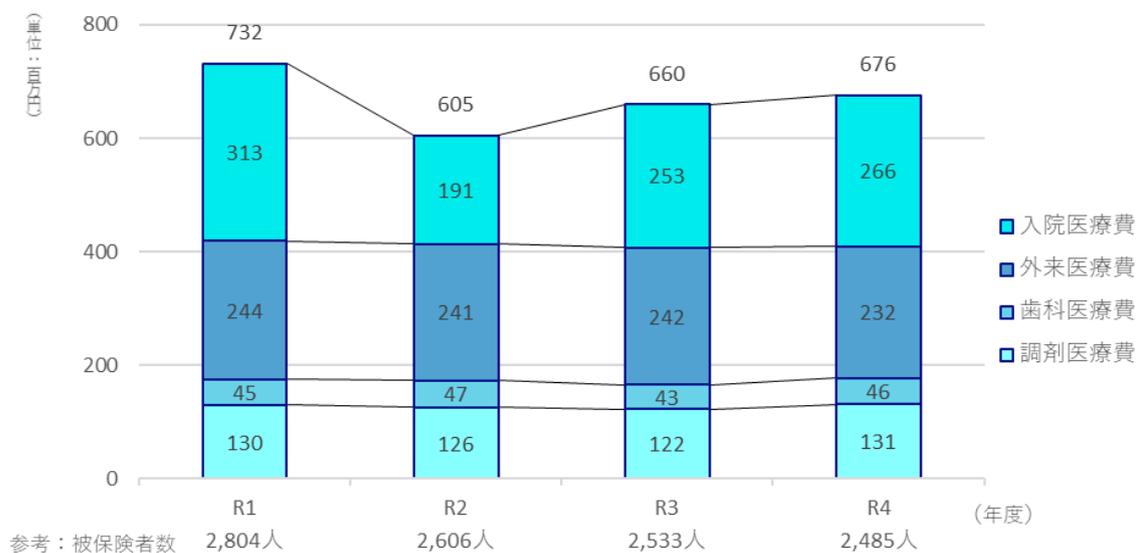
4.1. 医療費・疾病構造の状況

4.1.1. 医療費の概要

① 総医療費

総医療費は、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染拡大の影響で減少しましたが、全体で見ると横ばい傾向です。

■総医療費の推移



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

② 県との比較

一人当たり医療費、受診率は、全体で見ると増加傾向です。また、県平均と比較して低い値で推移しており、県内でも低位となっています。一方で、一件当たり医療費は県平均と比較して高い値で推移しています。

一人当たりの月間医療費では、新潟県や同規模自治体と比較して、令和 4 年度の医療費（合計）は 5,000 円程度低くなっています。

■一人当たり医療費（円）

	H30	R1	R2	R3	R4
津南町	268,086	286,137	241,345	275,777	297,572
県平均	329,980	340,818	333,881	349,549	362,182
(対県) 標準化比	82.56	84.44	72.43	77.67	80.58
(対県) 標準化比順位	30	29	30	30	30

出典：疾病分類別統計ツール

■受診率（100人あたり）

(%)

	H30	R1	R2	R3	R4
津南町	661	677	637	681	717
県平均	902	901	852	892	914
(対県)標準化比	76.27	77.22	76.71	77.03	78.38
(対県)標準化比順位	29	29	29	29	29

出典：疾病分類別統計ツール

■1件当たり医療費

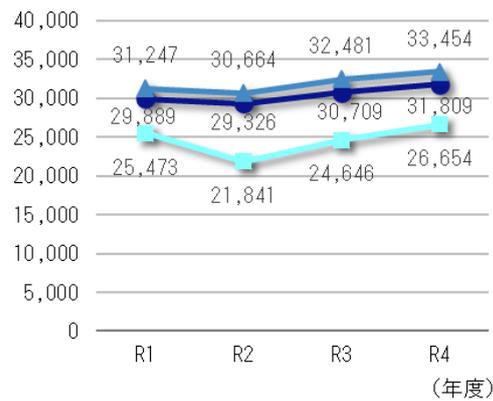
(円)

	H30	R1	R2	R3	R4
津南町	40,535	42,240	37,879	40,528	41,479
県平均	36,581	37,838	39,212	39,191	39,619
(対県)標準化比	108.6	109.87	94.57	101.13	102.5
(対県)標準化比順位	7	6	26	16	15

出典：疾病分類別統計ツール

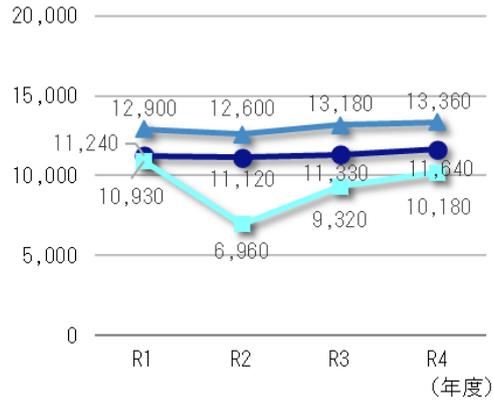
■1人当たりの月間医療費（合計）

(円)



■1人当たりの月間医療費（入院）

(円)



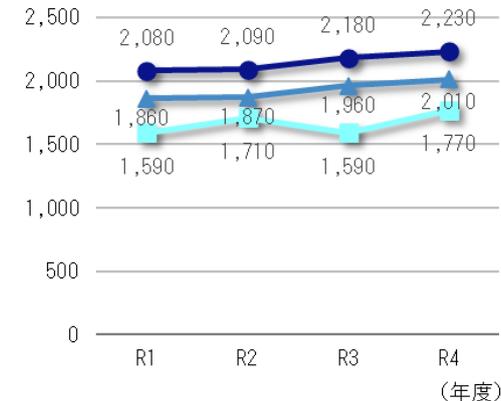
■1人当たりの月間医療費（外来）

(円)



■1人当たりの月間医療費（歯科）

(円)



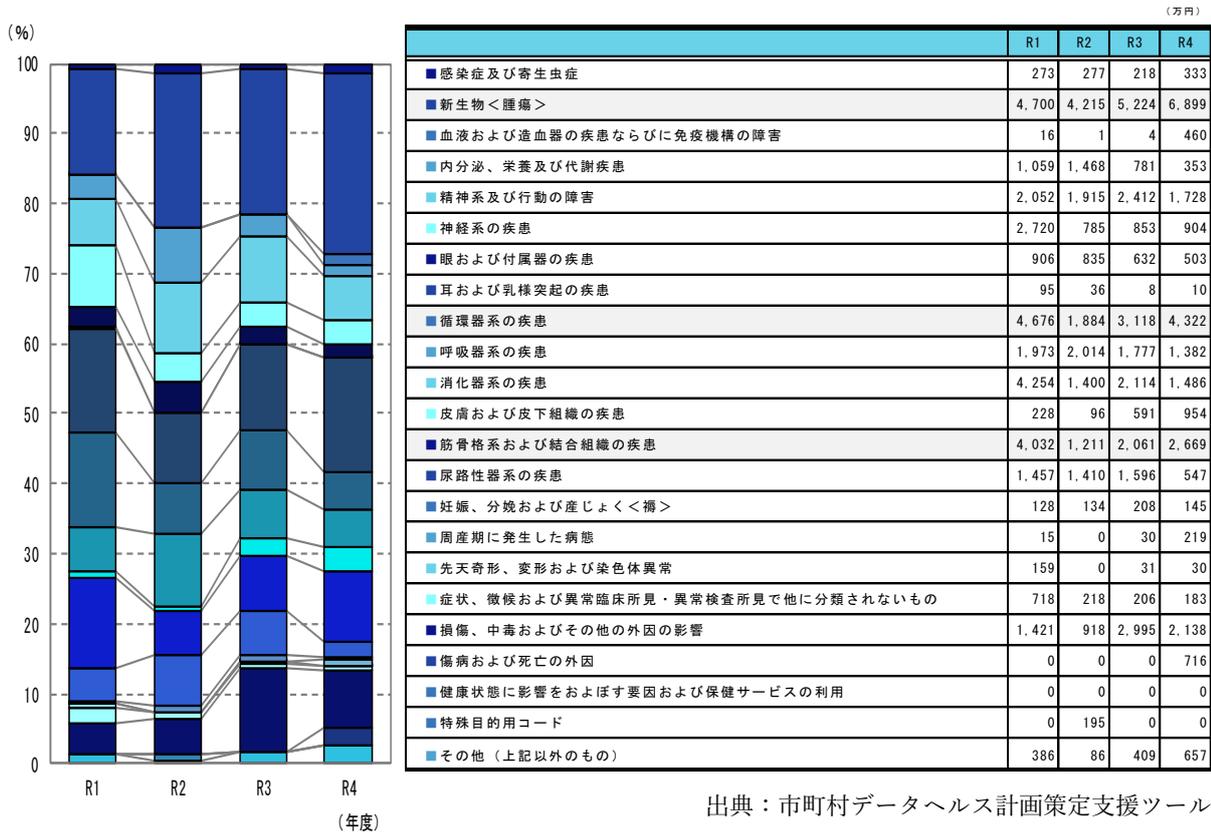
※医療費は全て12ヶ月の平均

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

③疾病別医療費（入院）

入院医療費を大分類で見ると、令和4年度は高い順に「新生物〈腫瘍〉」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系および結合組織の疾患」となっています。経年で見ると「呼吸器系の疾患」および「消化器系の疾患」は減少傾向の一方で、「新生物〈腫瘍〉」は増加傾向となっています。

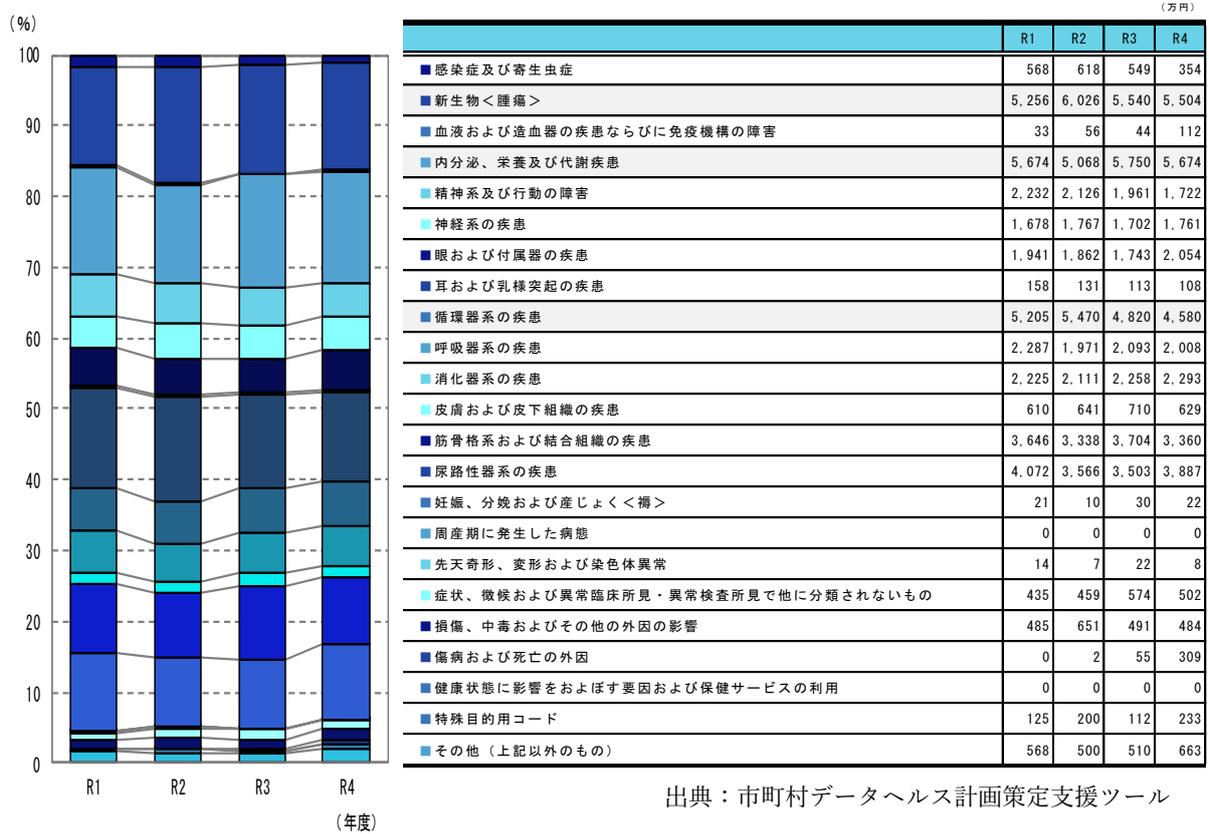
■疾病別医療費推移（ICD10(※2)大分類・入院）



④疾病別医療費（外来）

外来医療費を大分類で見ると、令和4年度は高い順に「内分泌栄養及び代謝疾患」、「新生物〈腫瘍〉」、「循環器系の疾患」となっています。経年で見ると、いずれも横ばいとなっています。

■疾病別医療費推移（ICD10 大分類・外来）



4.1.2. 高額医療費の発生状況

令和5年3月時点で、30万円以上の高額レセプトがあるのは30人、うち生活習慣病に該当するのは23人でした。「がん」が14人と最も多く、ついで「腎不全」が8人となっています。

■高額医療費の疾病状況（令和5年3月時点）

	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	30人	1人	0人	8人	14人
		3.3%	0.0%	26.7%	46.7%
医療費	1,815万円	38万円	0円	407万円	965万円
		2.1%	0.0%	22.4%	53.1%

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

4.1.3. 長期入院者の状況

令和5年3月時点で、6か月以上の長期入院該当者は5人、うち「精神疾患」、「循環器系疾患」がともに2人となっています。

■長期入院者の疾病状況（令和5年3月時点）

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	5人	2人	2人	0人
		40.0%	40.0%	0.0%
費用額	226万円	76万円	53万円	0円
		33.9%	23.3%	0.0%

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

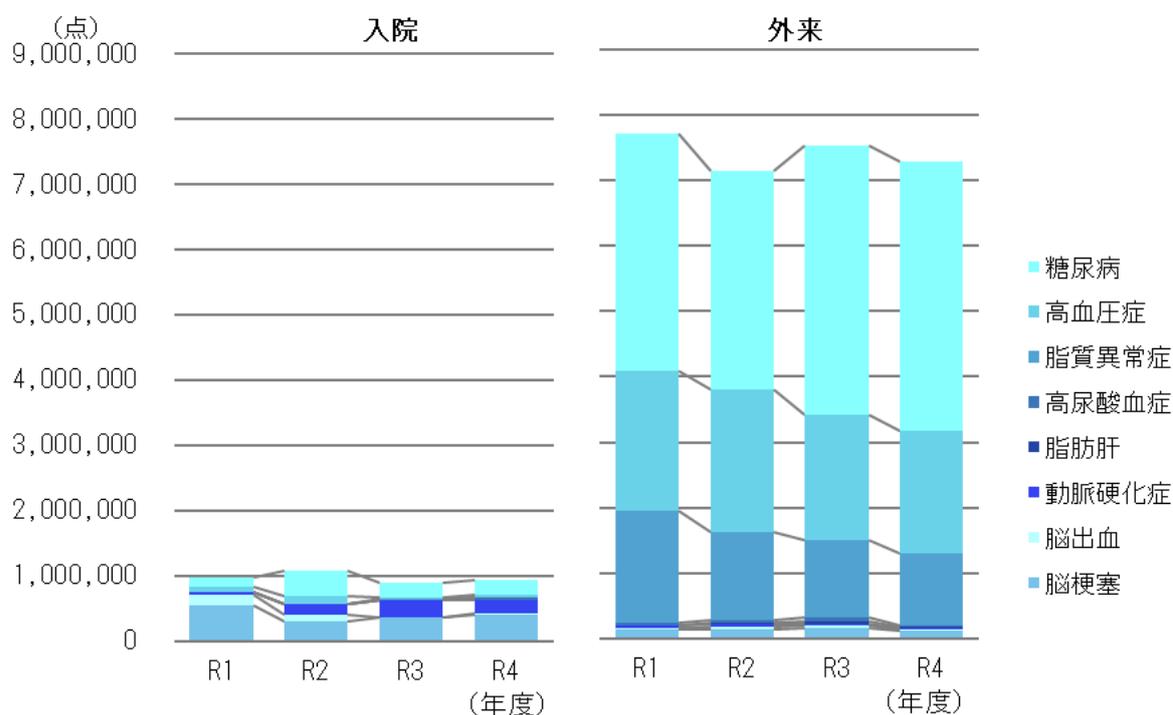
4.1.4. 生活習慣病関連疾患医療費・受診率の状況

①生活習慣病関連疾患医療費

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、「脳梗塞」、「糖尿病」が例年高額となっており、「脳梗塞」が約半分の割合を占めています。

外来では、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が例年高額となっており、「糖尿病」が約半分の割合を占めています。経年で見ると、「高血圧症」「脂質異常症」は減少傾向にありますが、「糖尿病」で増加傾向です。

■生活習慣病関連疾患の医療費（入院・外来）の推移



■疾病別医療費

生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	132,664	388,866	220,645	233,308	3,625,412	3,350,212	4,128,132	4,125,305
高血圧症	85,361	118,601	17,352	40,565	2,157,212	2,169,196	1,908,153	1,868,540
脂質異常症	0	0	21,683	0	1,705,036	1,360,697	1,186,521	1,100,061
高尿酸血症	363	0	0	54	38,435	43,348	47,857	20,752
脂肪肝	0	0	0	35,251	4,415	22,073	40,346	22,044
動脈硬化症	46,856	163,714	273,539	195,598	46,238	21,890	33,327	18,608
脳出血	155,114	88,959	0	17,640	7,214	48,102	39,072	20,979
脳梗塞	548,662	306,482	352,400	408,709	141,748	137,031	153,266	120,275

■疾患別件数

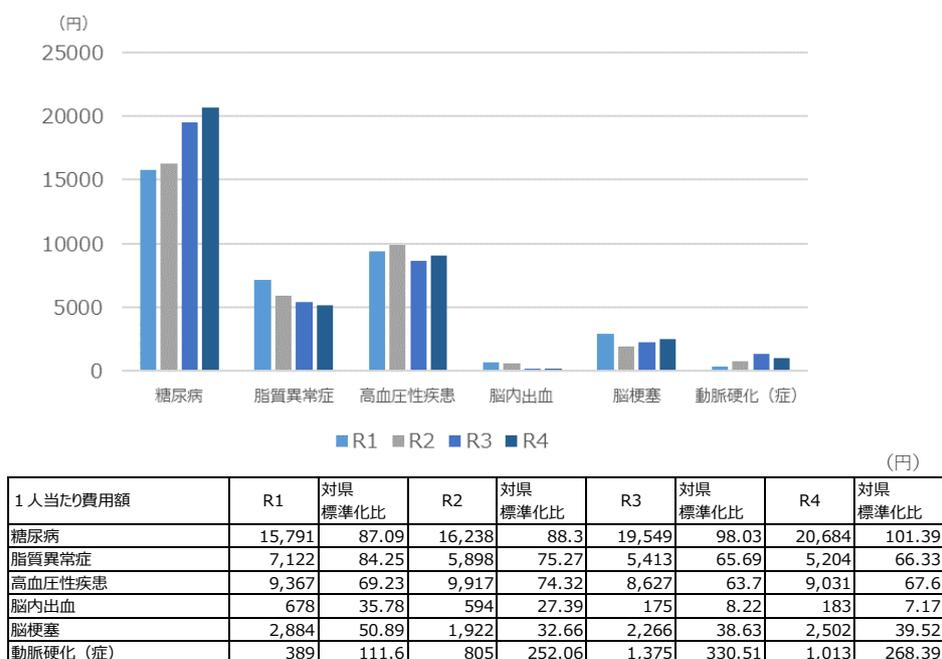
生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	4	8	6	9	1,245	1,189	1,443	1,385
高血圧症	7	5	3	7	1,624	1,617	1,452	1,430
脂質異常症	0	0	1	0	992	848	810	790
高尿酸血症	3	0	0	1	50	53	53	27
脂肪肝	0	0	0	1	3	10	14	8
動脈硬化症	2	2	3	3	19	10	19	9
脳出血	3	3	0	1	4	13	9	9
脳梗塞	12	9	4	8	80	77	73	61

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

②生活習慣病関連疾患一人当たり医療費・受診率

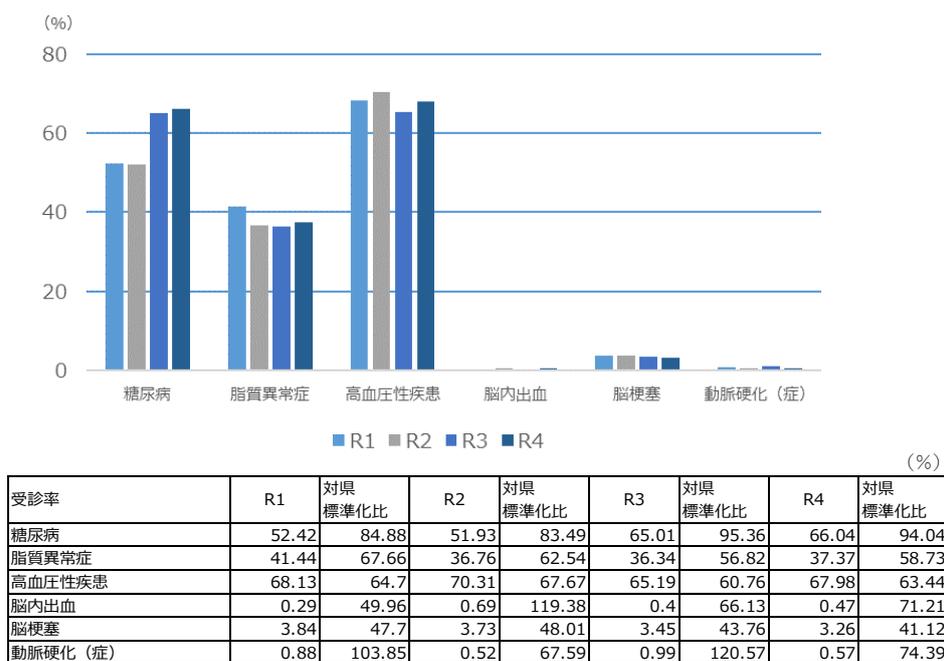
生活習慣病関連疾患一人当たり医療費を中分類別に見ると、高い順に「糖尿病」、「高血圧性疾患」、受診率では「高血圧性疾患」、「糖尿病」となっています。一人当たり医療費、受診率ともに「糖尿病」で増加傾向です。県と比較した標準化比においては、「動脈硬化（症）」、「糖尿病」で高くなっています。

■生活習慣病関連疾患一人当たり医療費（中分類別）の推移



出典：疾病分類別統計・健診有所見者状況ツール

■生活習慣病受診率（中分類別）の推移



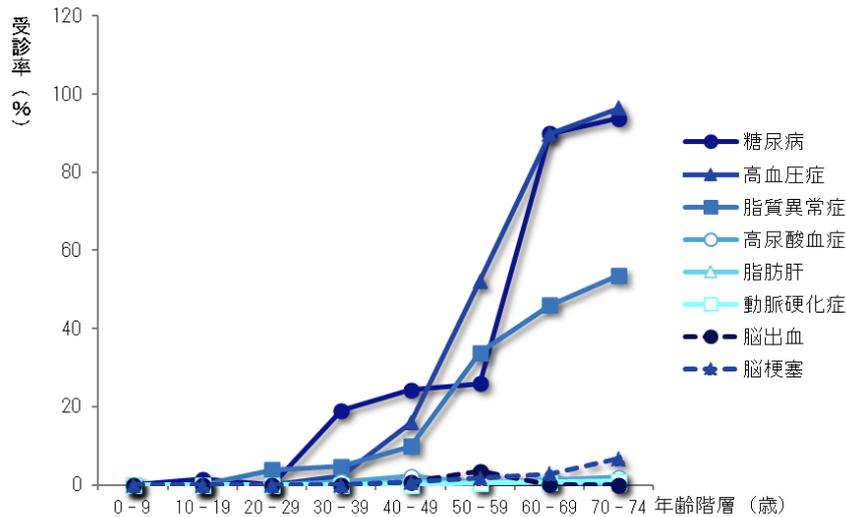
出典：疾病分類別統計・健診有所見者状況ツール

③生活習慣病関連疾患 疾病別・年齢階層別受診率

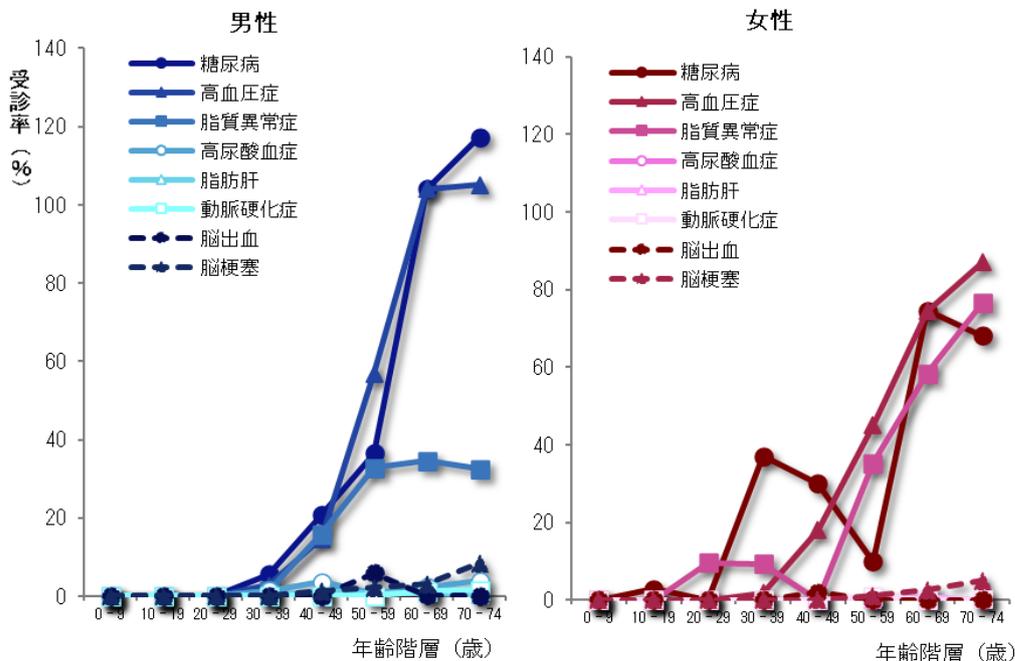
生活習慣病関連疾患の疾病別・年齢階層別受診率では、「糖尿病」、「高血圧症」、「高脂血症」で年齢があがるにつれに高くなっています。

性別にみると、男性の50～60代で「糖尿病」、「高血圧症」が急増しており、女性では「糖尿病」、「高血圧症」のほかにも「高脂血症」も高くなっています。

■生活習慣病関連疾患 疾病別・年齢階層別受診率



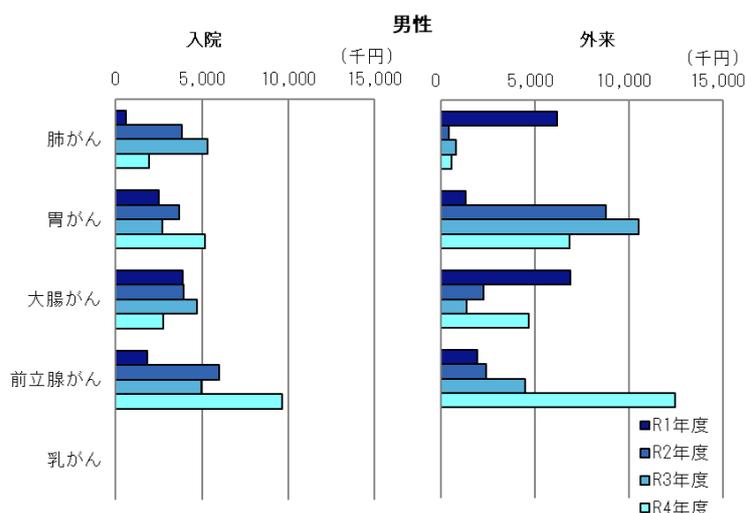
■生活習慣病関連疾患 疾病別・年齢階層別受診率 (性別)



4.1.5. がん医療費の状況

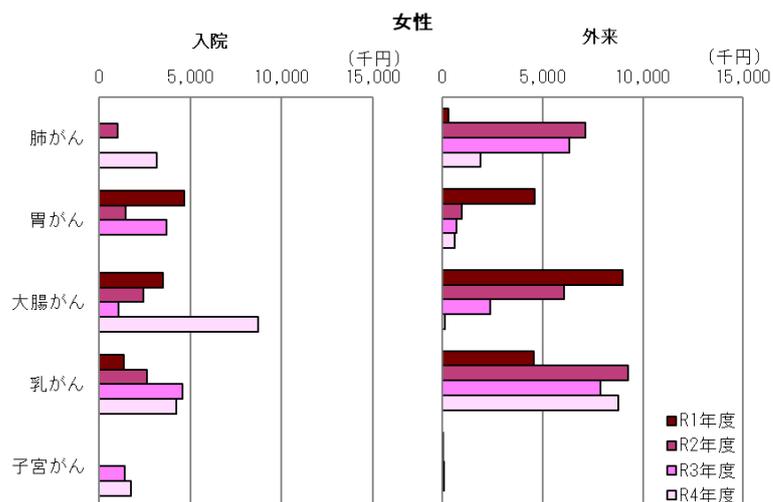
がん医療費については、年度によってばらつきがありますが、男性では「胃がん」、「前立腺がん」、女性では「乳がん」、「大腸がん」が高額となっています。

■がんの医療費（入院・外来）の推移



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	587	3,814	5,325	1,940	6,196	416	788	577
胃がん	2,506	3,698	2,698	5,184	1,315	8,772	10,525	6,865
大腸がん	3,904	3,959	4,708	2,736	6,889	2,255	1,390	4,700
前立腺がん	1,852	5,967	4,955	9,645	1,958	2,404	4,510	12,463
乳がん	0	0	0	0	0	0	0	0

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール



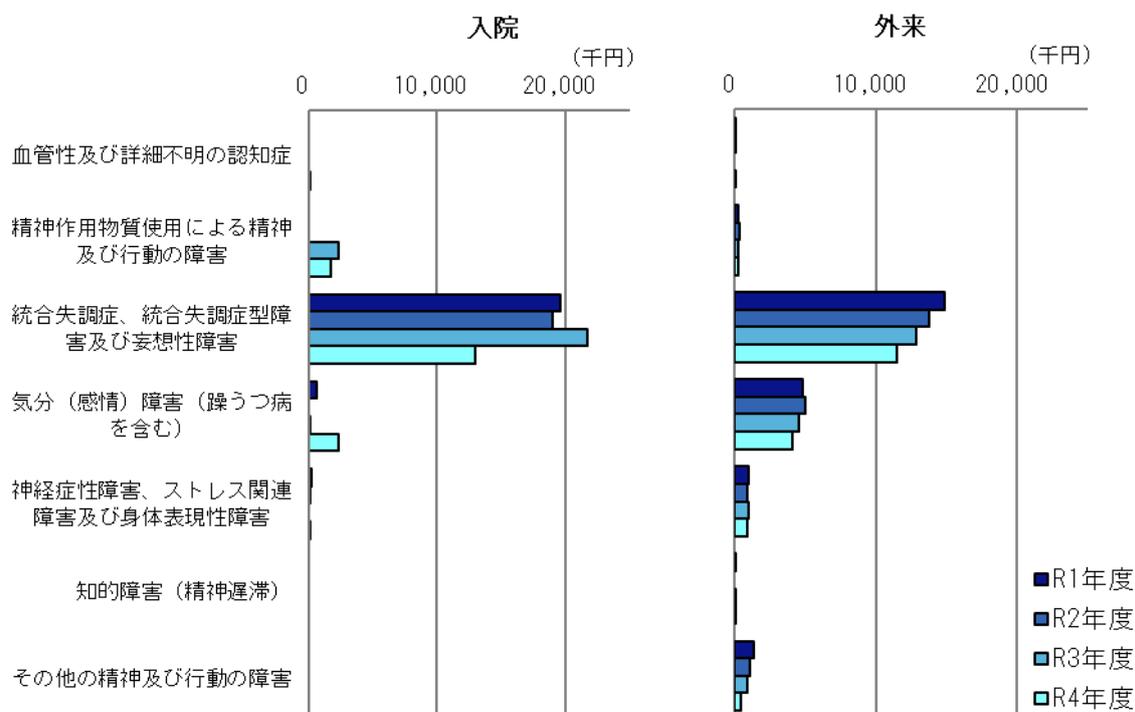
傷病名	入院 (千円)				外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	0	1,024	0	3,171	288	7,159	6,320	1,892
胃がん	4,658	1,478	3,707	0	4,601	967	702	606
大腸がん	3,514	2,438	1,056	8,710	9,009	6,058	2,391	137
乳がん	1,382	2,649	4,564	4,226	4,556	9,268	7,870	8,767
子宮がん	0	0	1,423	1,752	1	10	65	106

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

4.1.6. 精神疾患医療費の状況

精神疾患医療費では、入院、外来ともに「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が高額となっています。外来では「気分障害」も例年高額となっていますが、いずれも減少傾向です。

■精神疾患関連の医療費（入院・外来）の推移



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	0	0	0	126	19	77	0	66
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	2,309	1,705	225	403	310	250
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	19,657	18,979	21,754	13,013	14,881	13,729	12,852	11,465
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	637	0	55	2,302	4,843	4,971	4,571	4,093
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	227	175	0	137	960	946	981	911
知的障害（精神遅滞）	0	0	0	0	37	0	32	10
その他の精神及び行動の障害	0	0	0	0	1,358	1,132	863	422

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

4.1.7. 後発品の数量割合

令和4年度の後発品の数量割合は81%～84%程度で推移しています。

■令和4年10月～令和5年9月レセプト種類別数量割合（月別）

レセプト種別 後発医薬品数割合（%）

レセプト種別	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
医科	75.7	83.4	77.8	83.1	78.0	81.5	75.2	83.3	81.1	77.2	82.9	83.5
調剤	82.7	82.8	84.0	82.7	82.1	82.1	83.6	84.1	82.1	84.7	84.7	83.9
全体レセプト	81.5	82.9	83.0	82.8	81.4	82.0	82.0	83.9	81.9	83.4	84.4	83.8

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

4.1.8. 重複・頻回受診

重複・頻回受診者とは、同一分類の薬剤を、月に2機関以上かつ連続3か月以上投与されている者で、毎年2～4人程度で推移しています。

■重複・頻回受診者数推移

	H30	R1	R2	R3	R4
重複・頻回受診者	4人	3人	2人	2人	3人

出典：福祉保健課作成

5. 特定健康診査・特定保健指導

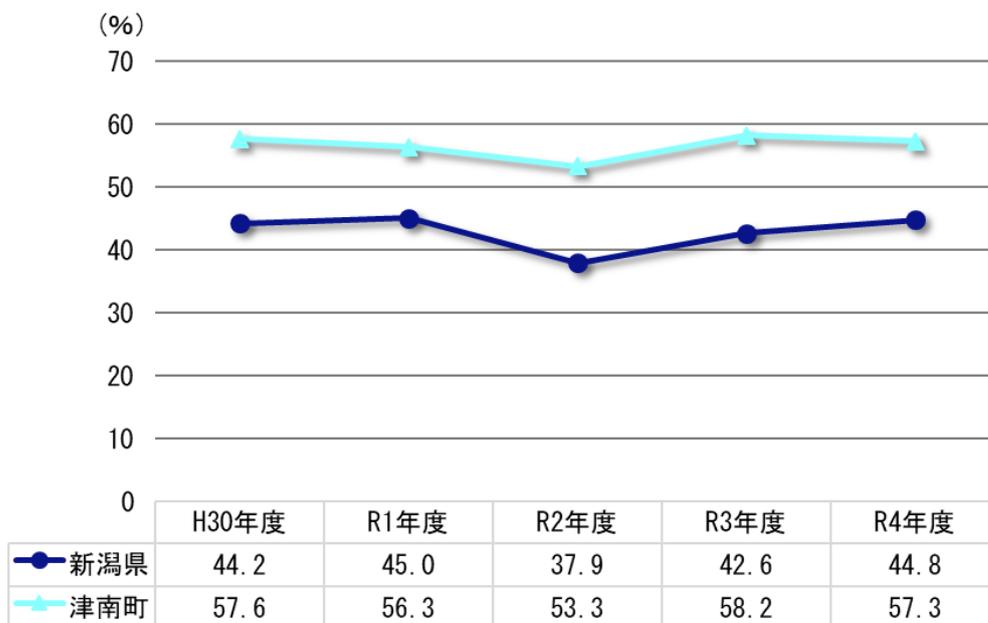
5.1. 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

5.1.1. 特定健康診査受診率

本町の特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診率は、令和2年度新型コロナウイルス感染拡大の影響で受診率が低下していますが、令和3年度には受診率が回復し、全体的に横ばいの状況が続いています。また県と比較して受診率50%以上と高い割合で推移していますが、国の目標である60%には達していません。

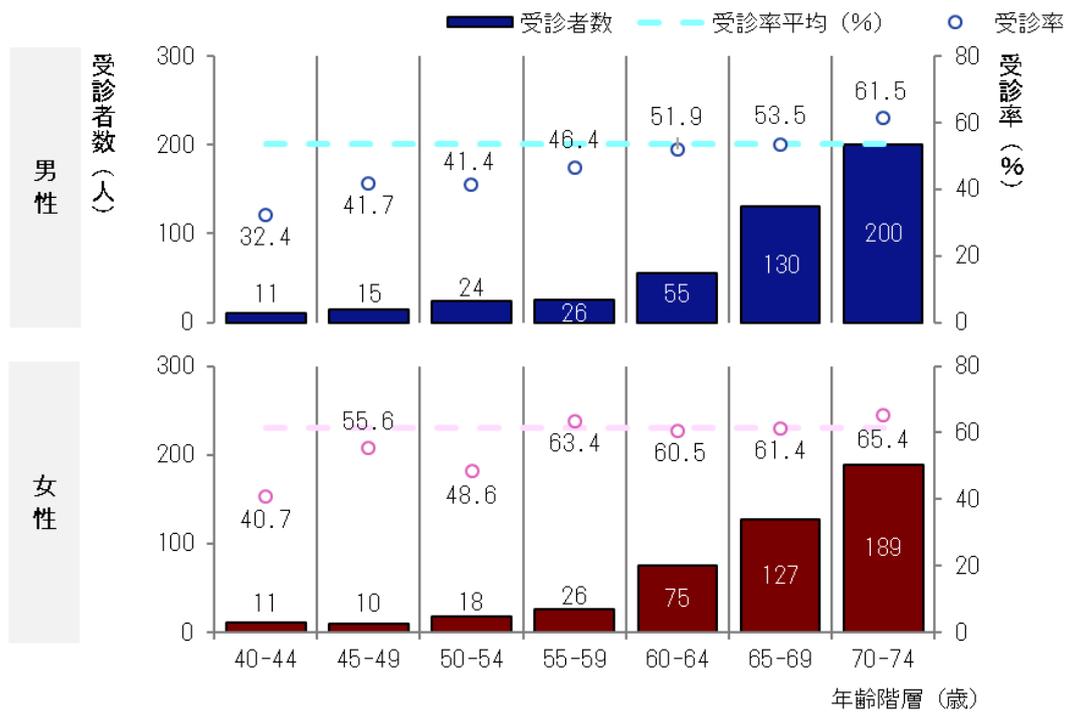
また、性・年齢別でみると、男性より女性の受診率の方が高い傾向にあります。女性はどの年代も受診率40%を上回っていますが、男性は40-44歳で40%を下回っています。また、男女ともに60・70代の受診率が高い一方で、40・50代の受診率は低い傾向にあります。

■特定健診受診率（推移）



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

■令和4年度特定健診受診率（性・年齢別）

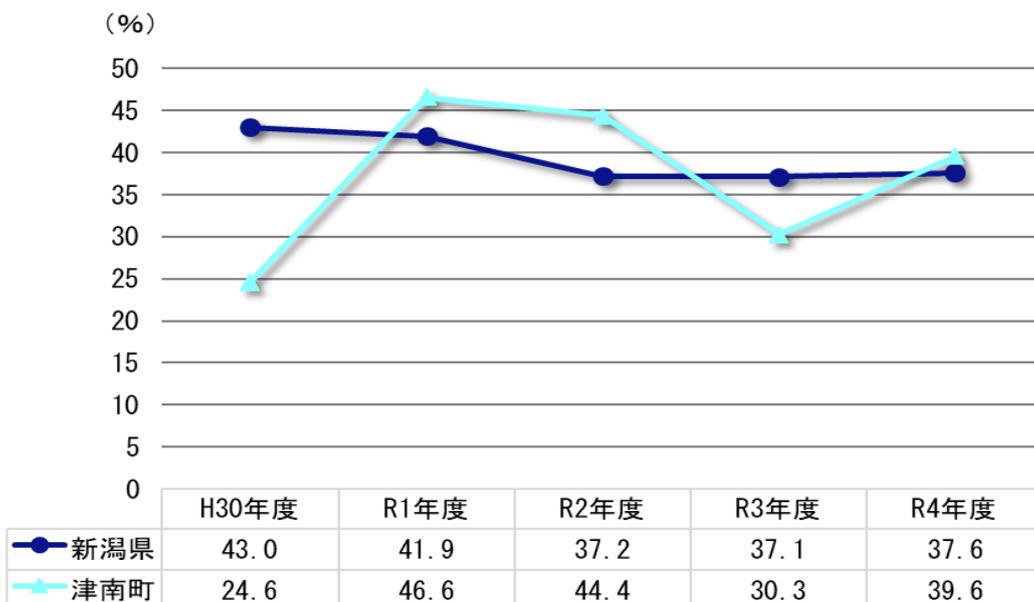


出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

5.1.2. 特定保健指導実施率

特定保健指導の実施率は、年度によってばらつきがあります。また国の目標値である60%に到達しておらず、実施率の低い状態が続いています。

■特定保健指導実施率の推移

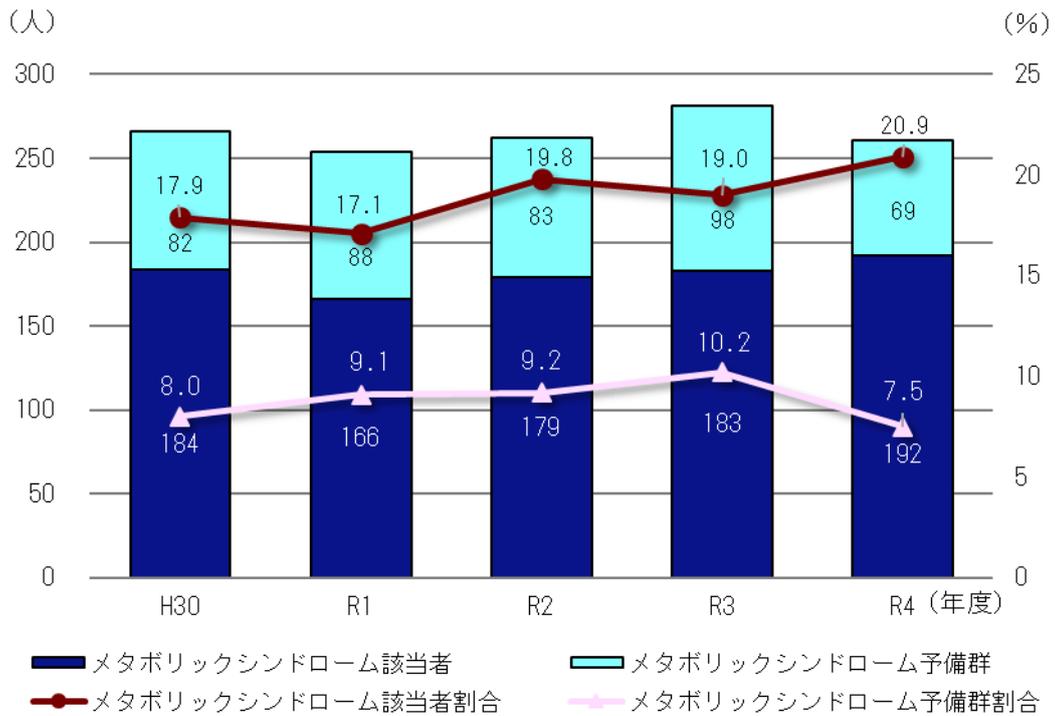


出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

5.2. 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の該当者の割合は年々増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染拡大の影響により、受診者の減少がみられた令和2年度においてもメタボリックシンドローム該当者割合は増加しています。

■メタボリックシンドローム該当者割合の推移

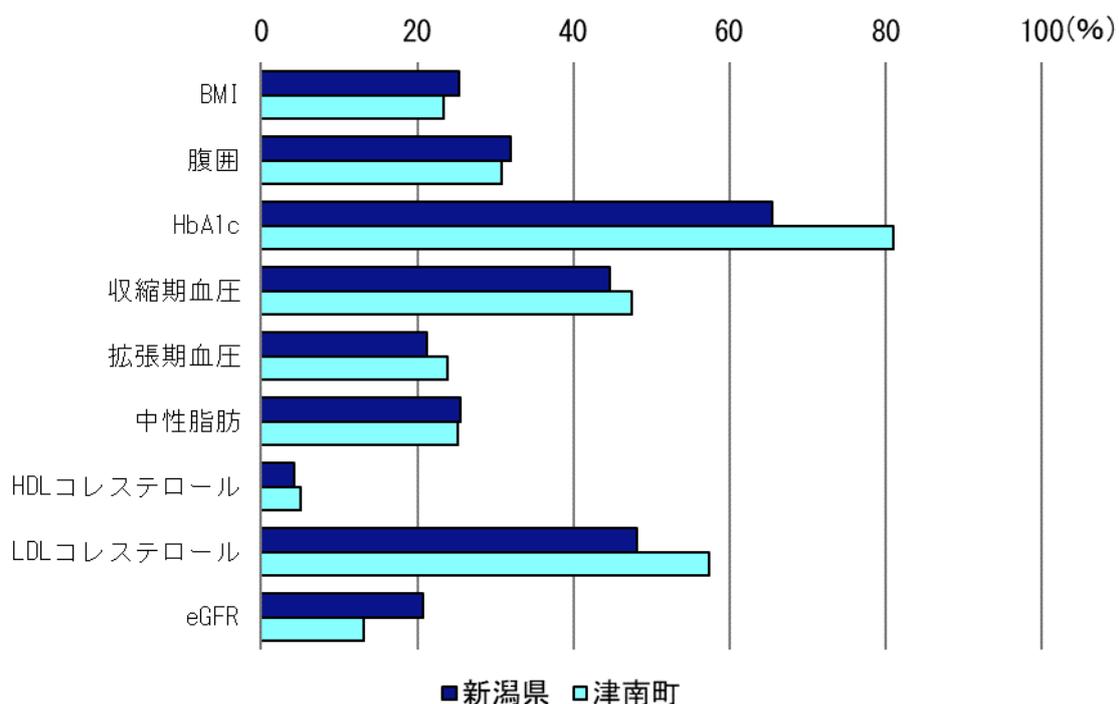


出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

5.3. 特定健診項目別の有所見者の状況

令和4年度の特定健診の有所見者（保健指導判定値以上）をみると、「HbA1c(※3)」の有所見者が特に多く、受診者の8割を超えています。また、「収縮期血圧」、「拡張期血圧」、「HDL コレステロール(※4)」、「LDL コレステロール(※5)」でも有所見者が県と比較して多くなっています。

■令和4年度特定健診項目別の有所見者割合



(%)

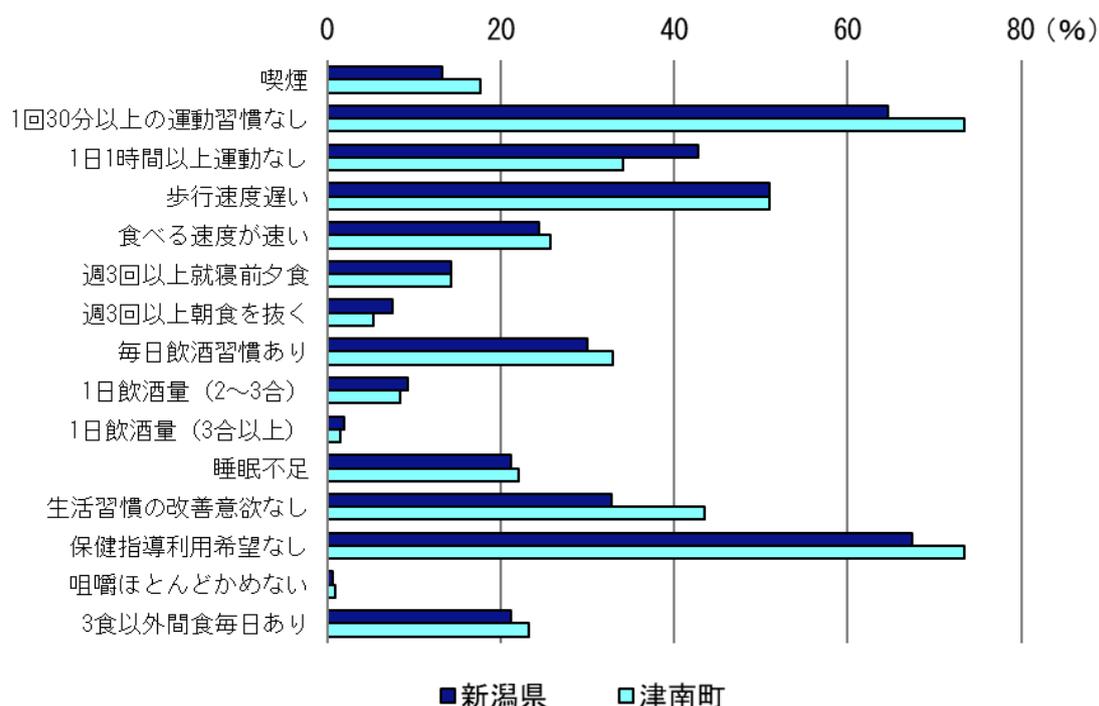
特定健診項目	新潟県	津南町
BMI	25.4	23.3
腹囲	31.9	30.8
HbA1c	65.4	80.9
収縮期血圧	44.7	47.5
拡張期血圧	21.2	23.8
中性脂肪	25.5	25.2
HDLコレステロール	4.2	5.1
LDLコレステロール	48.2	57.3
eGFR	20.7	13.2

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

5.4. 質問票項目別の有所見者の状況

令和4年度の特健診質問票の状況を見ると、「1回30分以上の運動習慣なし」、「保健指導利用希望なし」の割合が県と比較して高く、その割合が7割以上になっています。また、「喫煙」、「毎日飲酒習慣あり」、「生活習慣の改善意欲なし」の割合も県と比較して高くなっています。

■ 令和4年度質問票項目別の有所見者割合



質問票項目	(%)	
	新潟県	津南町
喫煙	13.2	17.6
1回30分以上の運動習慣なし	64.7	73.4
1日1時間以上運動なし	42.8	34.1
歩行速度遅い	50.9	51.0
食べる速度が速い	24.4	25.7
週3回以上就寝前夕食	14.2	14.3
週3回以上朝食を抜く	7.4	5.2
毎日飲酒習慣あり	30.0	32.9
1日飲酒量(2~3合)	9.3	8.4
1日飲酒量(3合以上)	1.9	1.5
睡眠不足	21.2	22.0
生活習慣の改善意欲なし	32.7	43.5
保健指導利用希望なし	67.5	73.4
咀嚼ほとんどかめない	0.6	0.8
3食以外間食毎日あり	21.2	23.2

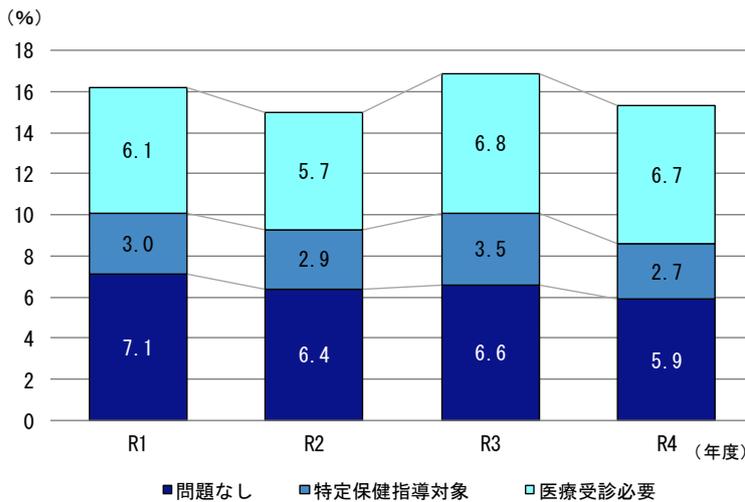
出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

6. 重症化予防

6.1. 特定健診とレセプトの突合分析

特定健診受診者の中で生活習慣病未治療（レセプトがない）者の割合は16%前後と横ばいです。その内訳では、「問題なし」（受診の必要がない）の割合が減少している一方で、「医療受診が必要」の割合が増加しており、適切な受診勧奨の必要性があると考えられます。

■特定健診受診者の階層別状況の推移



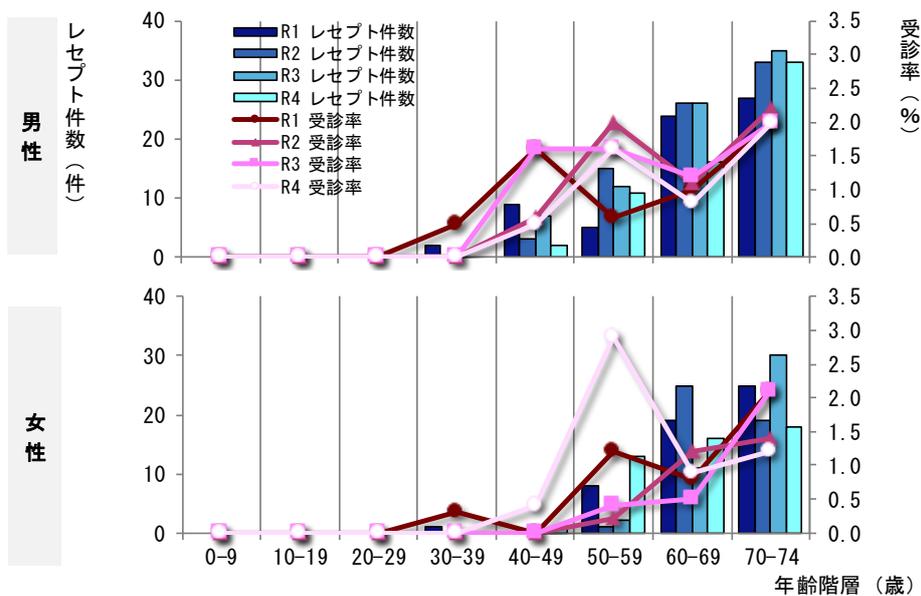
出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

6.2. 重症化予防

6.2.1. 脳血管疾患の発生状況

脳血管疾患は、ばらつきはありますが男性は40代、女性は50代から発生がみられます。

■令和4年度脳血管疾患の発生状況（受診率、性・年齢別）



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

6.2.2. 投薬中断者の状況（糖尿病）

糖尿病の投薬中断者の状況では、令和3年度に糖尿病薬の処方があり、令和4年度に処方実績のない治療中断者と思われるかたが3名、うち特定健診受診者が1名、特定健診未受診者が1名でした。

■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	特定健診結果		人数
R3年度 糖尿病 処方あり	中断者 3 ※R4年度に糖尿病 の処方実績なし	特定 健診 受診	受診判定値以上	
			受診判定値未満	1
			特定健診未受診	1

■受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまるかた

・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かた

■特定健診未受診：健診データなし

出典：KDB 疾病管理一覧より

6.2.3. 投薬中断者の状況（高血圧）

高血圧の投薬中断者の状況では、令和3年度に高血圧症の処方があり、令和4年度に処方実績のない治療中断者と思われるかたが8名、うち健診受診者が2名、健診未受診者が6名でした。

■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	特定健診結果		人数
R3年度 高血圧症 処方あり	中断者 8 ※R4年度に高血圧症 処方実績なし	特定 健診 受診	受診判定値以上	1
			受診判定値未満	1
			特定健診未受診	6

■受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまるかた

・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かた

■特定健診未受診：健診データなし

出典：KDB 疾病管理一覧より

6.2.4. 生活習慣病の治療放置者の状況

令和4年度の特定健診受診者のうち、各リスク項目が受診勧奨判定値以上かつ生活習慣病の未受診者（レセプトなし）は、合計で140名となっています。リスク項目では、「脂質異常症」、「高血圧症」、「高血圧症+脂質異常症」が多くなっています。

■令和4年度生活習慣病の治療放置者の状況

(人)

リスク 個数	リスク項目	特定保健指導 受診勧奨レベル	要治療レベル	要治療よりもさらに 高いレベル	合計
		【受診勧奨レベル】以上 【要治療レベル】未満	【要治療レベル】以上 【要治療高レベル】未満	【要治療高レベル】以上	
		【糖尿病】 空腹時血糖：126mg/dL以上又は HbA1c：6.5%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：140mmHg以上又は 拡張期血圧：90mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：300mg/dL以上又は LDL：140mg/dL以上又は HDL：35mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：140mg/dL以上又は HbA1c：7.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：160mmHg以上又は 拡張期血圧：100mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：400mg/dL以上又は LDL：160mg/dL以上又は HDL：30mg/dL未満	【糖尿病】 空腹時血糖：150mg/dL以上又は HbA1c：8.0%以上 【高血圧症】 収縮期血圧：180mmHg以上又は 拡張期血圧：110mmHg以上 【脂質異常症】 中性脂肪：500mg/dL以上又は LDL：200mg/dL以上又は HDL：25mg/dL未満	
1	糖尿病	5	0	0	5
	高血圧症	20	9	1	30
	脂質異常症	24	34	7	65
2	糖尿病+高血圧症	2	0	1	3
	糖尿病+脂質異常症	0	1	0	1
	高血圧症+脂質異常症	13	14	3	30
3	糖尿病+高血圧症+脂質異常症	0	3	3	6
合計		64	61	15	140

前年度の健診結果により、生活習慣病での医療受診が認められない人

基準値は、日本高血圧学会・日本糖尿病学会・人間ドック学会を参照し、3階層に設定

受診勧奨レベル以上のリスク項目が複数ある場合、リスク項目ごとのレベルを最も高いレベルに揃えてカウントする。

例) 糖尿病リスクが受診勧奨レベル、高血圧症リスクが要治療レベル、脂質異常症リスクが要治療高レベルのとき、要治療高レベルのリスク個数3としてカウントする。

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

6.2.5. 更生医療申請者（透析）の状況

平成29年度～令和4年の更生医療申請者（透析）の状況では、受給者総数は横ばいですが、令和元年度から毎年2名の新規透析導入者がいます。原疾患別にみると、「糖尿病性腎症」「慢性糸球体腎炎」「慢性腎不全」が多く、「糖尿病性腎症」が増えています。

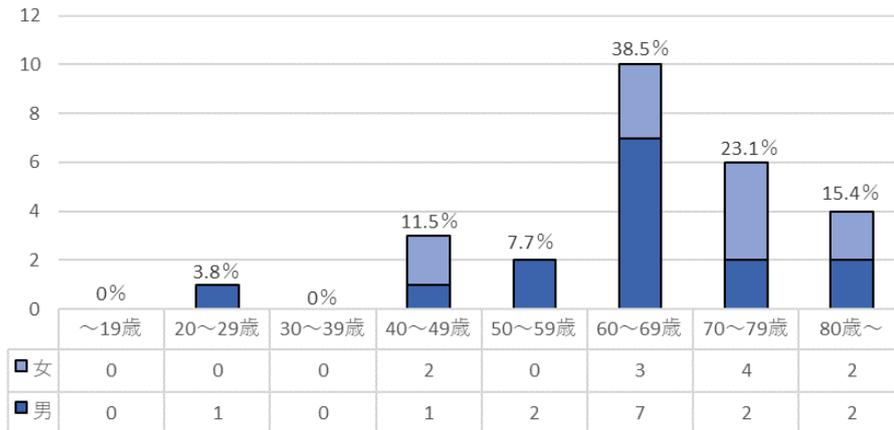
また、透析開始時の年齢（死亡者含む）を見ると、60～69歳が38.5%と最も多くなっています。

■更生医療申請者（透析）の状況

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
受給者総数（うち新規者数）	16 (1)	15 (1)	15 (2)	15 (2)	14 (2)	16 (2)	
【再掲】国保受給者総数（うち新規者数）	6	7 (1)	8 (2)	9 (2)	9 (1)	9 (1)	
原疾患名	糖尿病性腎症	5 (1)	4	4	4	6 (2)	7 (1)
	慢性糸球体腎炎	5	5	3	3	3	3
	慢性腎不全	1	2 (1)	4 (2)	4 (1)	3	3
	のう胞腎	1	1	1	1	1	1
	腎硬化症	1	1	1	1		1 (1)
	難治性ネフローゼ症候群	1	1	1	1		
	急速進行性糸球体腎炎	1	1	1			
	ネフローゼ症候群	1					
	高血圧性腎障害				1 (1)	1	1

出典：福祉保健課（更生医療申請者）

■透析開始時の年齢（死亡者・転出者含む）



出典：福祉保健課（更生医療申請者）

6.2.6. 慢性腎臓病（CKD）の医療機関未受診者の状況

令和4年度の特定健診の結果を基にしたCKDマップです。リスク中・高該当者の医療機関未受診者の割合が78.2%と多くなっています。

■CKDマップ

<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

			正常	リスク低	リスク中	リスク高	
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	31 (30)	7 (6)	2 (2)	40 (38)
	G2	正常または軽度低下	60～90未満	306 (298)	121 (119)	17 (14)	444 (431)
	G3a	軽度～中等低下	45～60未満	77 (75)	30 (26)	12 (10)	119 (111)
	G3b	中等度～高低下	30～45未満	5 (5)	2 (1)	4 (2)	11 (8)
	G4	高度低下	15～30未満	1 (1)	1 (0)	4 (0)	6 (1)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計			420 (409)	161 (152)	39 (28)	620 (589)	

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

<リスク高・中該当者の医療受診状況>

	人数	割合	医療機関受診者	割合	医療機関未受診者	割合
正常	337	54.4%				
リスク低	205	33.1%				
リスク中	54	8.7%	7	13.0%	47	87.0%
リスク高	24	3.9%	10	41.7%	14	58.3%
リスク高・中計	78	12.6%	17	21.8%	61	78.2%

7. 介護の状況

7.1. 介護の状況

介護認定者数、認定率はともに横ばいとなっています。

介護度別1件当たり給付費では、全体で県や同規模自治体と比較して高く、内訳では要支援で低く、要介護で高くなっています。

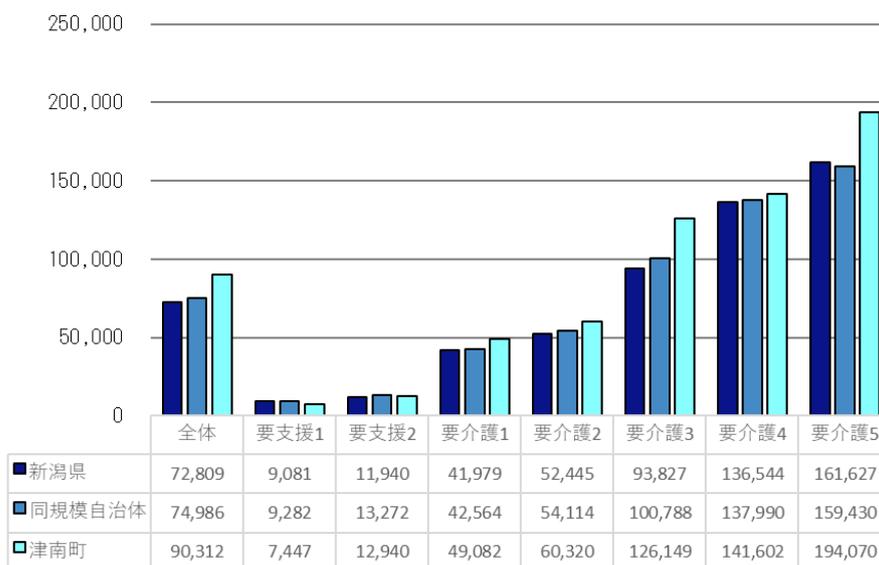
令和5年3月末時点の介護が必要になった主な原因では、「認知症」が最も多く、ついで「骨折・骨粗しょう症」、「脳血管疾患」となっています。男女別でみると、男女ともに「認知症」が最も多く、ついで男性は「脳血管疾患」、女性は「骨折・骨粗しょう症」となっています。また、第2号被保険者では、半数以上で「脳血管疾患」となっています。

■介護度別介護認定者数と認定率の推移



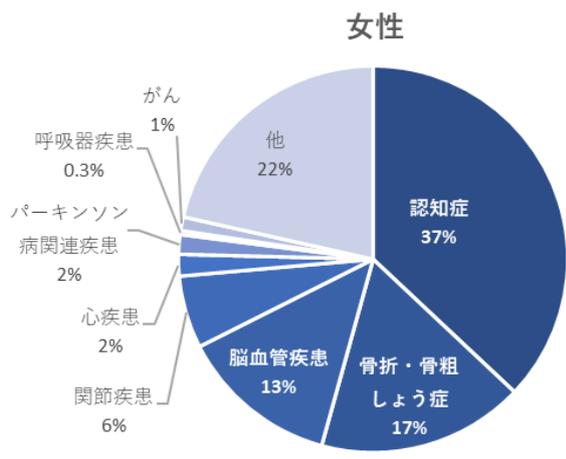
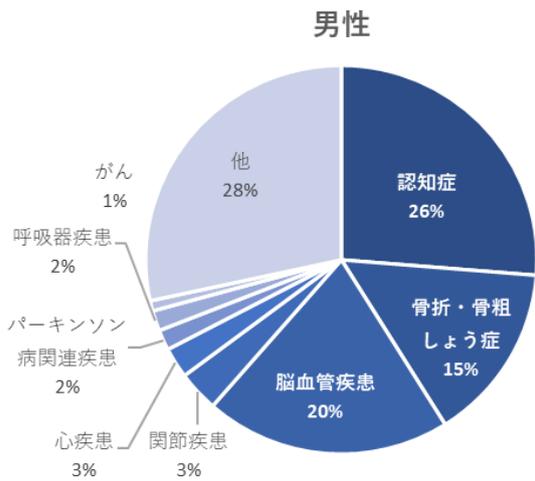
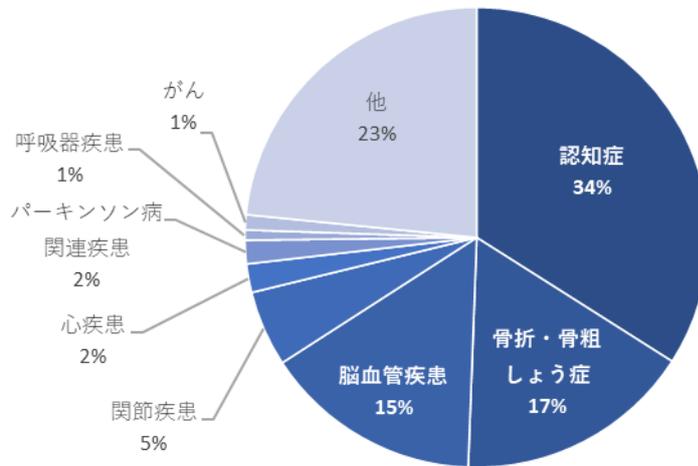
出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

■令和4年度介護度別1件当たり給付費 (円)



出典：市町村データヘルス計画策定支援ツール

■介護が必要になった主な原因（令和5年3月時点）



■第2号被保険者の介護が必要になった主な原因（R5.3月末時点）

	脳血管疾患	認知症	その他	計
男性	3人	0人	1人	4人
女性	2人	2人	1人	5人

出典：福祉保健課（介護認定結果）

8. 計画全体の目標

8.1. 健康課題等まとめ

現 状	
死 因	<ul style="list-style-type: none"> ・死因割合は、高い順に「がん」、「心臓病」、「脳疾患」となっており、県や同規模自治体と比較して「がん」の割合が高くなっています。 ・国と比較した標準化死亡比は、「全死因」は低い一方で、男女ともに「脳血管疾患」、「不慮の事故」、「自殺」で高くなっています。
医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・国保被保険者数は減少傾向にありますが、総医療費は横ばい傾向です。 ・一人当たり医療費・受診率は県平均と比較して低いですが増加傾向です。一件当たり医療費は県平均と比較して高い値で推移しています。 ・生活習慣病関連疾患の医療費を入院外来別で見ると、入院では「脳梗塞」、「糖尿病」が例年高額で、「脳梗塞」が約半分の割合を占めています。外来では「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」が例年高額で、「糖尿病」が約半分の割合を占めています。「高血圧症」「脂質異常症」は減少傾向にありますが、「糖尿病」は増加傾向にあります。 ・生活習慣病一人当たり医療費（中分類別）では、高い順に「糖尿病」、「高血圧性疾患」、「脂質異常症」となっており、「糖尿病」で増加傾向です。 ・生活習慣病関連疾患の疾病別・年齢階層別受診率を性別にみると、男性の50～60代で「糖尿病」、「高血圧症」が急増しており、女性では「糖尿病」、「高血圧症」のほかに「高脂血症」も高くなっています。 ・更生医療申請者（透析）の状況では、受給者総数は横ばいですが、新規透析導入者が令和元年度から毎年2名おり、原疾患別にみると、「糖尿病性腎症」が増えています。透析開始時の年齢では60～69歳が38.3%と最も多くなっています。
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率は、57.3%（令和4年度）と県と比較し高い値で推移していますが、男女ともに40代～50代の受診率が低いです。 ・特定保健指導実施率は、39.6%（令和4年度）と目標値（60%）には到達していません。 ・メタボリックシンドロームの該当者割合は増加しています。 ・特定健診受診者の有所見者割合では、高い順に「HbA1c」、「LDL コレステロール」、「収縮期血圧」となっており、いずれも県と比較し高いです。「HbA1c」は8割を超えています。 ・特定健診質問票の状況では「1回30分以上の運動習慣なし」、「保健指導利用希望なし」の割合が県と比較して高く7割以上となっています。 ・令和4年度の特定健診受診者の治療放置者では「脂質異常症」、「高血圧症」、「高血圧症+脂質異常症」の項目で多くなっています。

介 護	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定者数、認定率はともに横ばいです。 ・1件当たり給付費は県や同規模自治体と比較して高く、介護度別に見ると要支援で低く、要介護で高くなっています。 ・介護が必要になった主な原因は、高い順に「認知症」、「骨折・骨粗しょう症」、「脳血管疾患」となっており、男女別に見ると、男性では「脳血管疾患」が2番目に多くなっています。第2号被保険者では、半数以上で「脳血管疾患」となっています。
質 的 情 報	<ul style="list-style-type: none"> ・町立病院や町内診療所をかかりつけ医として受診しているかたが多いです。詳細な検査や専門的な治療を必要とする場合は、遠方の医療機関への受診が必要となります。 ・降雪期は、通院の負担から受診間隔を長くすることを希望するかたが多いです。

第2期計画では、死亡、医療費、介護、健診の分析から、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として、「1. 脳血管疾患の予防」、「2. 腎不全の予防」とし、保健事業を実施してきました。死亡、医療費、介護、健診の状況は大きく変化していないことから、第3期計画も引き続き同じ課題を設定しました。

健康課題1

脳血管疾患による標準化死亡比が男女ともに高いです。また介護が必要になった主な原因では3番目に高く、特に男性や2号被保険者でその割合が高くなっています。脳血管疾患の主な原因となる高血圧の特定健診有所見率や、特定健診後の治療放置者も多いことから、生活習慣病予防や重症化予防の取組が必要です。

健康課題2

新規透析導入者が令和元年度から毎年2名おり、原疾患別にみると糖尿病性腎症が増えています。透析開始時の年齢では60～69歳が38.3%と最も多くなっています。特定健診有所見割合ではHbA1cが8割以上と高いことや、糖尿病の一人あたり医療費や受診率が増加していることなどから、生活習慣病予防や重症化予防の取組が必要です。

8.2. 計画全体の目標

<計画の目的>

- ・健康寿命の延伸
- ・医療費の適正化

<大目標>

- (1) 脳血管疾患の発症予防
- (2) 人工透析者の増加抑制

<中長期目標>

データヘルス計画の中長期目標 アウトカム評価指標	資料（データ元、帳票等）	実績値 現状値 (スタート時) (R4)	目指す 方向性/ 目標値
<中長期目標： 1) 特定健診において収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上の割合の減少			
特定健診において収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	8.0% (73人)	減少
<中長期目標： 2) 特定健診において収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上の割合の減少			
特定健診において収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	31.1% (285人)	減少
<中長期目標： 3) 特定健診においてHbA1c値6.0以上の者の割合の減少			
特定健診においてHbA1c値6.5以上の者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	10.7% (98人)	減少
<中長期目標： 4) 特定健診においてHbA1c値8.0以上の者の割合の減少			
特定健診においてHbA1c値8.0以上の者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	1.0% (9人)	減少
<中長期目標： 5) 特定健診においてeGFR45未満の者の割合増加抑制			
特定健診においてeGFR45未満の者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	1.6% (15人)	現状維持
<中長期目標： 6) メタボリックシンドローム該当者/予備群割合の増加抑制			
メタボリックシンドローム該当者の割合	特定健診等データ管理システム（法定報告）TKCA012	20.9%	現状維持
メタボリックシンドローム予備群の割合	特定健診等データ管理システム（法定報告）TKCA012	7.5%	現状維持
<中長期目標： 7) 新規脳血管疾患発症者の増加抑制			
新規脳血管疾患発症者数	KDB「疾病管理一覧（脳卒中）」前年度にレセプトのなかった者の人数	20人	現状維持
<中長期目標： 8) 新規人工透析患者の増加抑制			
新規人工透析者数	福祉保健課	2人	現状維持
<中長期目標： 9) 重複・頻回受診者の割合の減少			
重複・頻回受診者数	KDB 重複・頻回受診の状況	3人	減少
<中長期目標： 10) 後発医薬品の使用割合の増加			
後発医薬品の使用割合	国保総合システム 数量シェア集計表	81.5%	増加

<短期目標>

データヘルス計画の短期目標 アウトカム評価指標	資料（データ元、帳票等）	実績値	目指す 方向性/ 目標値
		現状値 (スタート時) (R4)	
<短期目標： #1 特定健診受診率の増加 >			
特定健診受診率	特定健診等データ管理システム（法定報告）TKCA012	57.2%	60%
<短期目標： #2 特定保健指導の実施率増加 >			
特定保健指導実施率	特定健診等データ管理システム（法定報告）TKCA012	38.1%	60%
<短期目標： #3 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 >			
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定健診等データ管理システム（法定報告）TKCA012	24.4%	増加
<短期目標： #4 適正な生活習慣（運動・喫煙）に取り組める人の増加 >			
1日30分以上運動を行っている者の割合	KDB「質問調査票の経年比較」	26.4%	増加
1日1時間以上歩行と同程度の身体活動をしている者の割合	KDB「質問調査票の経年比較」	66.1%	増加
喫煙習慣のある者の割合	KDB「質問調査票の経年比較」	17.6%	減少
<短期目標： #5 特定健診での血圧未治療者の減少 >			
特定健診での血圧未治療者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	28.2%	減少
<短期目標： #6 特定健診での糖尿病未治療者の減少 >			
特定健診での糖尿病未治療者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	22.1%	減少
<短期目標： #7 特定健診でのCKD未治療者の減少 >			
特定健診でのCKD未治療者の割合	KDB「集計対象者一覧（健診ツリー図）」	6.7%	減少
<短期目標： #8 重複・頻回受診者割合の減少 >			
重複・頻回受診者割合	KDB 重複・頻回受診の状況	3人	減少
<短期目標： #9 後発医薬品の使用割合の増加 >			
後発医薬品の使用割合	国保総合システム 数量シェア集計表	81.5%	増加

9. 課題に対応した保健事業の立案

9.1. 各保健事業の内容と目的、評価指標

事業番号	保健事業(名)	対象者/事業内容	事業目的・事業目標	評価項目・評価指標		現状値 (R4年度)	目指す方向性/ 目標値
①	特定健診受診率向上事業	■対象者 ・5月～7月の町集団健診における特定健診未受診者 ■事業内容 ・11月の最終健診前に、特定健診未受診者へ個別通知にて再勧奨を行う	・健診を受けることを習慣化して自己の健康状態を把握し、生活習慣病を未然に防ぐ。 ・特定健診受診率の向上。	アウトカム指標	特定健診受診率	57.3%	60%
				アウトカム指標	受診勧奨者の特定健診受診率 (特定健診受診者数/受診勧奨者数)	24.9%	増加
				アウトプット指標	受診勧奨実施率 (受診勧奨者数/受診勧奨対象者数)	95.3%	100%
②	ハイリスク者家庭訪問事業 (高血圧・糖尿病・CKD)	■対象者 健診受診者(40歳～84歳)で下記に該当する医療機関未受診者(CKDは腎専門医) ・高血圧…Ⅱ度高血圧以上 ・糖尿病…HbA1c6.5以上 ・CKD…eGFR45未満 ■事業内容 ・地区担当保健師または雇い上げ看護師の家庭訪問等による受診勧奨、生活習慣指導	・適切な受診行動をとることができる。 ・自己の生活習慣を振り返り、生活習慣を維持・改善する。	アウトカム指標	医療機関受診率 (医療機関受診者数/保健指導実施者数)	高血圧：26.7% 糖尿病：42.9% CKD：0%	80%
				アウトプット指標	保健指導実施率 (保健指導実施数/対象者数)	高血圧：57.7% 糖尿病：58.3% CKD：50%	100%
③	特定保健指導	■対象者 特定保健指導対象者 ■事業内容 ・個別指導又はグループ指導・優先順位をつけて実施 ①若年者、初めて対象となったかた、前年度に比べ悪化したかた ②健診で受診勧奨だったかた(受診勧奨+生活改善) ③治療中で訪問指導が必要なかた	・対象者自らが健康状態を把握し、生活習慣改善につなげる。	アウトカム指標	特定保健指導利用者の生活習慣・検査値(腹囲、体重等)改善割合	栄養・食生活の改善率：33.3% 身体活動の改善率：33.3% 腹囲の改善率：50% 体重の改善率：72.2%	増加
				アウトプット指標	特定保健指導利用者数・率	積極的：7人(35.0%) 動機づけ：56人(73.7%)	利用率 積極的：60%、 動機づけ：70%
				アウトプット指標	特定保健指導完了者数・率	積極的：6人(30.0%) 動機づけ：32人(42.1%) 全体：38人(39.6%)	終了率 積極的：55%、 動機づけ：65%、 全体：60%
④	慢性腎臓病予防相談会	■対象者 健診受診者(40歳～84歳)で腎専門医受診勧奨判定値で希望する者 ■事業内容 腎専門医による個別相談(年2～3回・各回定員8名)	・適切な受診行動をとることができる。 ・自己の生活習慣を振り返り、生活習慣を維持・改善する。	アウトカム指標	腎専門医受診率(腎専門医受診者数/腎専門医受診指示者数)	50%	100%
				アウトプット指標	参加率(参加者数/対象者数)	32.7%	50%
⑤	地区健康教育	■対象者 対象地区の住民 ■事業内容 保健師等による各地区の公民館などでの健康教育・健康相談・血圧測定等	・生活習慣病の病態や予防方法を理解する。 ・自己の生活習慣を振り返り、生活習慣の改善意欲を高める。	アウトカム指標	理解度(アンケート)	(新規)	80%
				アウトカム指標	改善意欲(アンケート)	(新規)	80%
				アウトプット指標	実施回数	34回	維持
				アウトプット指標	参加人数	434人	維持
⑥	生活習慣病予防講座 (高血圧・糖尿病・CKD)	■対象者 全町民 ■事業内容 医師や専門職等による生活習慣病予防に関する講演会等	・生活習慣病の病態や予防方法を理解する。 ・自己の生活習慣を振り返り、生活習慣の改善意欲を高める。	アウトカム指標	理解度(アンケート)	100% (R3年度)	80%
				アウトカム指標	改善意欲(アンケート)	93.3% (R3年度)	80%
				アウトプット指標	参加人数	15人 (R3年度)	増加
⑦	重複・頻回受診者への受診指導	■対象者 ・重複・頻回受診者のうち、同一病名の受診について、投薬の重複多剤服用があるもの ■事業内容 ・地区担当保健師による家庭訪問または電話での受診指導	・重複・頻回受診者を減らし、医療費適正化を図る。	アウトカム指標	重複・頻回受診者数	3人	減少
				アウトプット指標	受診指導実施率	33.3%	100%
⑧	後発医薬品の使用・促進	■対象者 ・12歳以上の国保加入者で対象となる者 ■事業内容 ・はがきでの個別通知 ・被保険者証の年次更新時に「ジェネリック医薬品希望カード」を同封 ・広報誌による周知	・後発医薬品の使用を促進し、医療費の減少を図る。	アウトカム指標	後発医薬品数量シェア率	81.5%	増加
				アウトプット指標	個別通知の送付率	96.6%	100%

9.2. 保健事業の実施体制

本計画は、福祉保健課 保険班(国保部門・介護保険部門)、健康班（保健衛生部門）が策定にあたり、目標達成に向けて計画に沿って実践し、評価、改善を行います（PDCA サイクルの実践）。これら一連の流れを随時、関係者（新潟県国民健康保険団体連合会・十日町地域振興局健康福祉部・十日町市中魚沼郡医師会等）と連携し、実践していきます。

保険者及び関係者	主な役割、連携内容
福祉保健課 保険班（国保・介護保険部門）	計画策定、PDCA サイクルに基づく実践
福祉保健課 健康班（保健衛生部門）	
新潟県国民健康保険団体連合会	計画策定、実践における助言、指導
十日町地域振興局 健康福祉部	
十日町市中魚沼郡医師会	
津南町国保運営協議会（有識者・被保険者等）	計画策定・実践に関する諮問、助言

10. 個人情報の保護

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（平成 15 年法律第 57 号）及びこれらに基づくガイドライン（平成 16 年 12 月 27 日厚生労働省）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）及び津南町特定個人情報保護条例）の規定に基づいて実施します。

11. 地域包括ケアに係る取り組み

地域包括ケアに係る取り組みについては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施「基本方針」に定めており、データヘルス計画との調和を図りながら次の事業について進めていきます。

ハイリスクアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク者家庭訪問事業 ・慢性腎臓病予防相談会
ポピュレーションアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場等を活用した健康教育

12. 用語説明

- ※1 標準化死亡比：年齢構成の違いの影響を除いて死亡状況を表す指標。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 より大きい場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 より小さい場合は死亡率が低いと判断される。
- ※2 ICD10：国際疾病分類第 10 版。WHO により国際的に統一した基準で定められた死因・疾病の分類。
- ※3 HbA1c：赤血球中のヘモグロビン色素に糖（グルコース）が結合している割合。過去 1～2 か月の血糖値の平均。
- ※4 HDL コレステロール：余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
- ※5 LDL コレステロール：肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。

第 2 章 第 4 期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等実施計画の背景と目的

1.1. 計画策定の背景

特定健診は、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者を的確に抽出するために行うものであり、保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条」に基づき、特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

1.2. 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 3 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 3 次）」及び、町民の健康づくりの方針を示した「津南町保健医療福祉計画（第 8 期）」をはじめとする関連計画との整合性を図り、「津南町国民健康保険第 3 期データヘルス計画」と一体的に策定します。

2. 特定健診の達成目標

2.1. 特定健診・特定保健指導の実施状況

特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率については第 1 章の p.25-26 の通りとなりました。

2.2. 目標値の設定

国が定めた基本指針において、令和 11 年度時点における市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は、それぞれ 60%以上と掲げられており、本町においても同様の目標値を設定します。

■津南町の目標値

項目	(現状値) R4 年	R6 年	R7 年	R8 年	R9 年	R10 年	R11 年
特定健診 受診率	57.3%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	60.0%
特定保健 指導実施率	39.6%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%

2.3. 特定健診等の対象者数

■特定健診の対象者数の推計

年度	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
対象者数	1,547人	1,520人	1,493人	1,466人	1,439人	1,412人
目標受診率	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	60.0%
受診者数	897人	889人	881人	872人	863人	847人

- ・対象者数は、令和4年度の総人口における特定健診の対象者割合をもとに推計
- ・受診者数は、対象者数及び目標値をもとに推計

■特定保健指導の対象者数の推計

年度	R6年	R7年	R8年	R9年	R10年	R11年
対象者数	93人	91人	90人	88人	86人	85人
目標実施率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
実施者数	37人	41人	45人	48人	52人	51人

- ・対象者数は、各年度の特定健診受診者数×6.0%（＝令和4年度の特定健診受診者のうち特定保健指導対象者の割合）
- ・実施者数は、対象者数×目標実施率

3. 特定健診の実施体制

3.1. 特定健診の実施形態

本町の特定健診は、各集落をまわる集団健診を基本とし、集団健診の未受診者へのさらなる受診機会の確保として、津南病院での個別健診を令和5年度から実施しています。また、本町が補助を行う人間ドックについては、特定健診の検査項目を活用するため、特定健診との同時実施として行っています。

3.2. 特定健診の実施期間

集団健診は5月～7月に行い、10月～11月に未受診者を対象とした日程を設けます。

個別健診は12月～2月に受け入れ可能期間を設定します。

人間ドックは通年実施とし、健診機関ごとに受け入れ可能日を設定します。

3.3. 実施項目

健診項目	内 容
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） ・ 自覚症状及び他覚症状の有無 ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ・ 血圧測定 ・ 血中脂質検査（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、ALT、γ-GTP） ・ 血糖検査（空腹時血糖または随時血糖、HbA1c） ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心電図検査 ・ 眼底検査 ・ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ・ 血清クレアチニン検査
追加健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿検査（潜血） ・ 血清総タンパク、血清尿酸検査 ・ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ・ 血清クレアチニン検査

3.4. 周知・案内方法

実施年度の前年度 12 月末に特定健診・人間ドックの案内と受診調査を実施します。

実施年度の前年度 3 月末に健診日程を掲載した津南町健康カレンダーを全戸配布します。

広報誌及びホームページに健診日程等を掲載します。

健診日の約 1 か月前に個別に受診案内（問診票等を同封）を送付します。

5 月～7 月における集団健診の未受診者に対し、10 月～11 月に再度健診日を設定し、個別通知にて受診勧奨を行います。

10 月～11 月の集団健診の未受診者に対し、12 月～2 月に個別健診の受け入れ期間を設定し、個別通知にてさらなる受診勧奨を行います。

3.5. 事業者健診等他の健診受診者・医療機関受療中対象者の取り扱い

国保被保険者がパート勤務等により、当該職場における事業者健診を受けた場合、この事業者健診の結果を町国保に提出することにより、当該事業者健診の受診を国保の特定健診の受診に代えることとします。

また、医療機関受療中のかたで、医療機関にて特定健診と同項目の検査を受けている場合、本人の同意を得て検査結果を受領することにより健診の実施に代えることとします（新潟

県健康づくりのための情報提供事業)。

4. 特定保健指導の実施体制

4.1. 特定保健指導の実施形態

集団健診・個別健診受診者の特定保健指導は、町福祉保健課が直営で実施します。人間ドック受診者の特定保健指導は、人間ドック委託機関が実施します。

4.2. 特定保健指導の実施期間

特定健診後、継続的に実施します。

4.3. 特定保健指導の対象者の抽出方法

厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、特定健診受診者における特定保健指導対象者の階層化を行い、「積極的支援」または「動機付け支援」に該当した場合、特定保健指導の対象となります。

5. 個人情報の保護等

特定健診及び特定保健指導の記録の保存にあたっては、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」に基づき、適切に個人の健康情報の活用を行います。

個人情報の取り扱いに関しては、「個人情報の保護に関する法律」等の関係法規に基づき、情報の保存及び管理体制を確保します。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項」に基づき、町ホームページで公表するほか、町広報誌等で周知を図ります。

7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診等の実施状況や目標の達成状況などは、事業の成果だけでなく、その実施体制等も含めた評価を毎年行います。また、評価の結果、本計画の目標設定や取り組むべき事業などを見直す必要が生じた場合、庁内の検討会議において見直しを行います。

8. その他

集団健診の実施にあたっては、特定健診と各種がん検診を同時に実施するなど、町民の利便性を考慮しながら実施することとします。

津南町国民健康保険第 3 期データヘルス計画
及び第 4 期特定健康診査等実施計画

令和 6 年 3 月

発行 津南町福祉保健課

〒949-8292

新潟県中魚沼郡津南町大字下船渡戊 585 番地

TEL : 025-765-3114