

湯沢町国民健康保険
第 3 期データヘルス計画
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

湯沢町

目次

1	データヘルス計画の背景と目的	1
(1)	計画作成の背景	1
(2)	計画の位置づけ	1
(3)	基本理念	3
(4)	計画の対象期間と評価・見直し	3
(5)	計画の公表・周知	3
2	湯沢町の概要	4
(1)	人口及び被保険者の概要	4
(2)	平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命・介護の状況	5
3	第2期湯沢町国保データヘルス計画の評価	11
(1)	計画全体目標の達成状況	11
(2)	保健事業の実施状況	12
4	レセプトデータ・健診データの分析結果	15
(1)	医療費・疾病構造の状況	15
①	医療費の概要	15
②	高額医療費の発生状況	21
③	長期入院者の状況	21
④	生活習慣病関連疾患医療費の状況	22
⑤	がん医療費の状況	23
⑥	精神疾患医療費の状況	25
⑦	後発品の数量割合	26
⑧	重複頻回・多剤	27
(2)	特定健康診査・特定保健指導の状況	28
①	特定健診・特定保健指導の実施状況	28
②	メタボリックシンドローム該当者の状況	30
③	有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）	31
④	質問票	32
(3)	重症化予防	34
①	健診とレセプトの突合分析	34
②	重症化予防	35
5	計画全体の目標	39
(1)	健康課題等まとめ	39
(2)	計画全体の目標	39
6	課題に対応した保健事業の立案	40
(1)	各保険事業の内容と目的	40

(2) 各保険事業の実施計画と評価項目・目標の設定	43
(3) 保健事業の実施体制	44
7 第4期特定健康診査等実施計画	44
(1) 目標	45
(2) 対象者	45
① 特定健診	45
② 特定保健指導	45
(3) 実施方法	46
① 特定健診	46
② 特定保健指導	48
(4) その他	48
8 個人情報の保護	49
9 留意事項	49

1 データヘルス計画の背景と目的

(1) 計画作成の背景

特定健康診査（以下、「特定検診」という。）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。

こうした中、「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保健事業の実施計画（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。

被保険者の年代に応じた身体的な状況や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ものと考えられます。

湯沢町においては、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関する保健事業の実施及び評価を行うものとします。

(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「湯沢町ファミリー健康プラン（湯沢町健康づくり計画）」をはじめとする関連計画との整合性を図ります。

また、「第 2 期データヘルス計画」から「特定健康診査等実施計画」が統合させており、本計画においても「第 4 期特定健康診査等実施計画」を一体的に計画、実施するものとします。

	データヘルス計画		湯沢町ファミリー健康プラン (湯沢町健康増進計画)
	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	湯沢町国保		湯沢町
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) 向上への取り組 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	湯沢町国保被保険者のうちの 40～74 歳のもの	湯沢町国保被保険者全員	湯沢町民全員

（３）基本理念

【基本理念１ 健康寿命の延伸】

生活習慣病の重度化による脳血管疾患、虚血性心疾患、がんによる死亡や要介護状態となることを抑制し、健康寿命の延伸を図ります。

【基本理念２ 医療費の適正化】

各種疾患の予防に努め、適正な受診を促すことにより医療費の抑制を図ります。

（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（ファミリー健康プラン）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するとしていることから、令和６年度から令和１１年度までの６年間とします。

また、年度ごとの進捗状況を管理し、中間年度となる令和８年度には中間評価を、最終年度となる令和１１年度には、本計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行います。それらの評価に基づき、湯沢町ファミリー健康プランや特定健診等実施計画、介護保険事業計画との整合性を図り、見直しを行います。

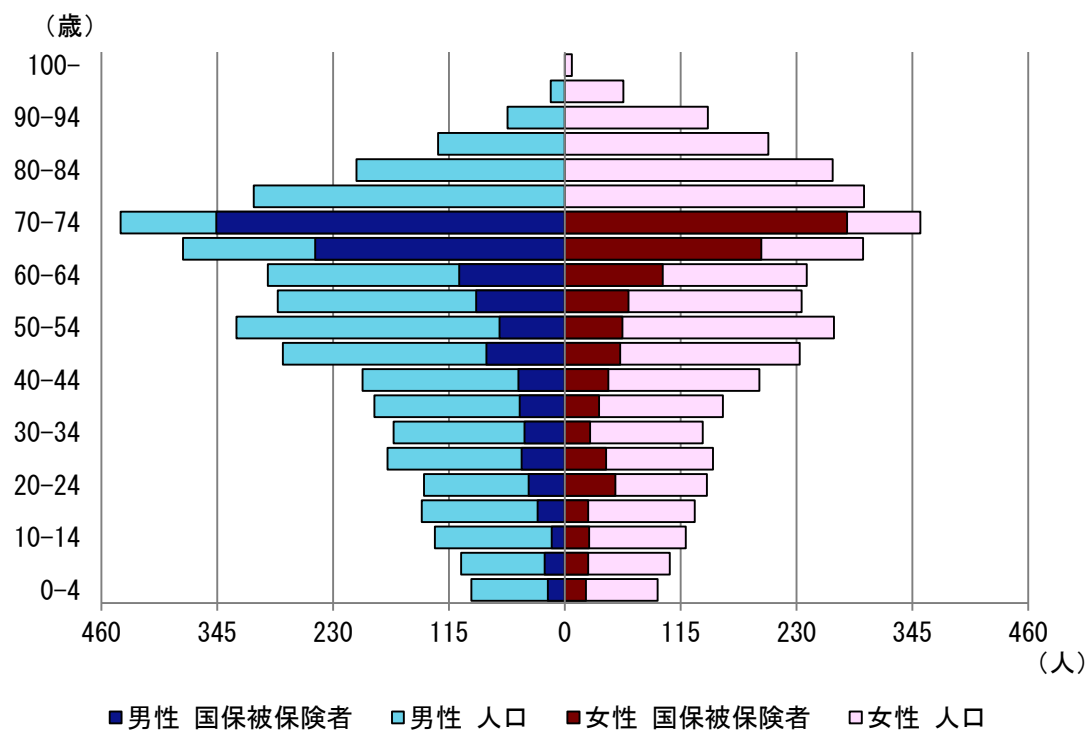
（５）計画の公表・周知

本計画は、湯沢町ホームページや広報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。

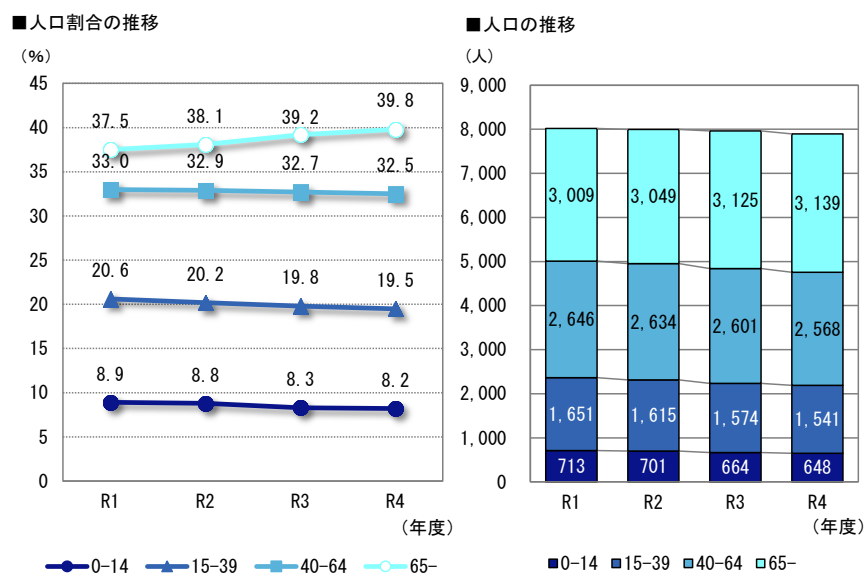
2 湯沢町の概要

(1) 人口および被保険者の概要

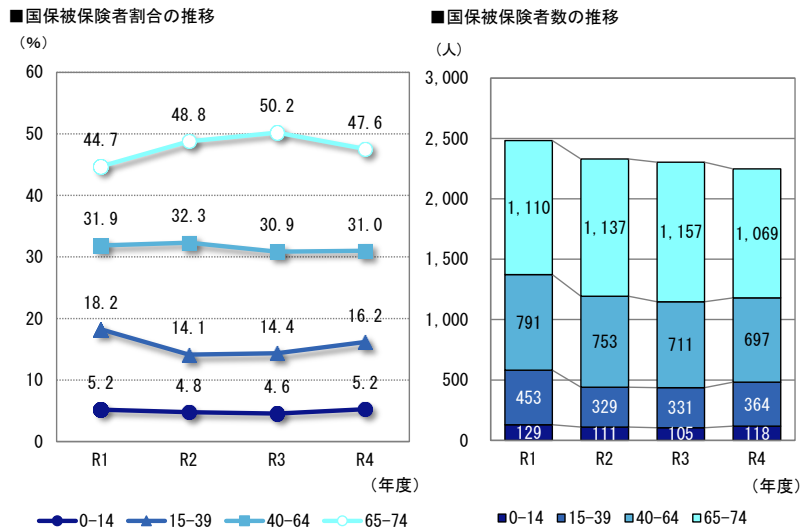
年齢階層別の割合



高齢化（65 歳以上）の状況（人口）



高齢化（65歳以上）の状況（被保険者）

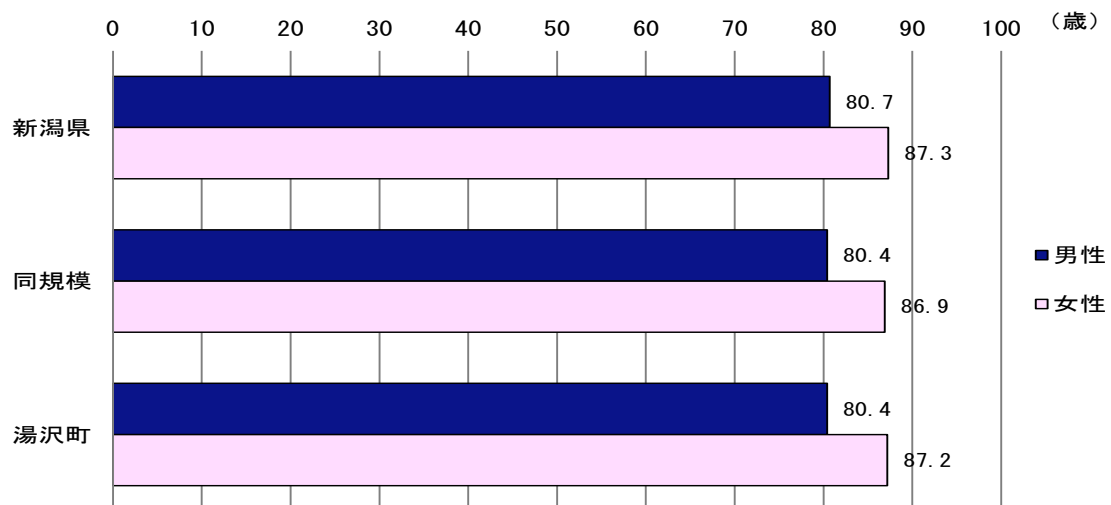


湯沢町の人口は年々減少しており、住民基本台帳に基づく10月1日現在の人口は、令和1年の8,019名から令和4年には7,896名となっています。年齢階層別の割合では男女ともに70～74歳が最も多く、年齢別の構成では、65歳以上の割合が年々増加しており、令和1年の37.5%から令和4年には39.8%に上昇しており高齢化が進んでいます。

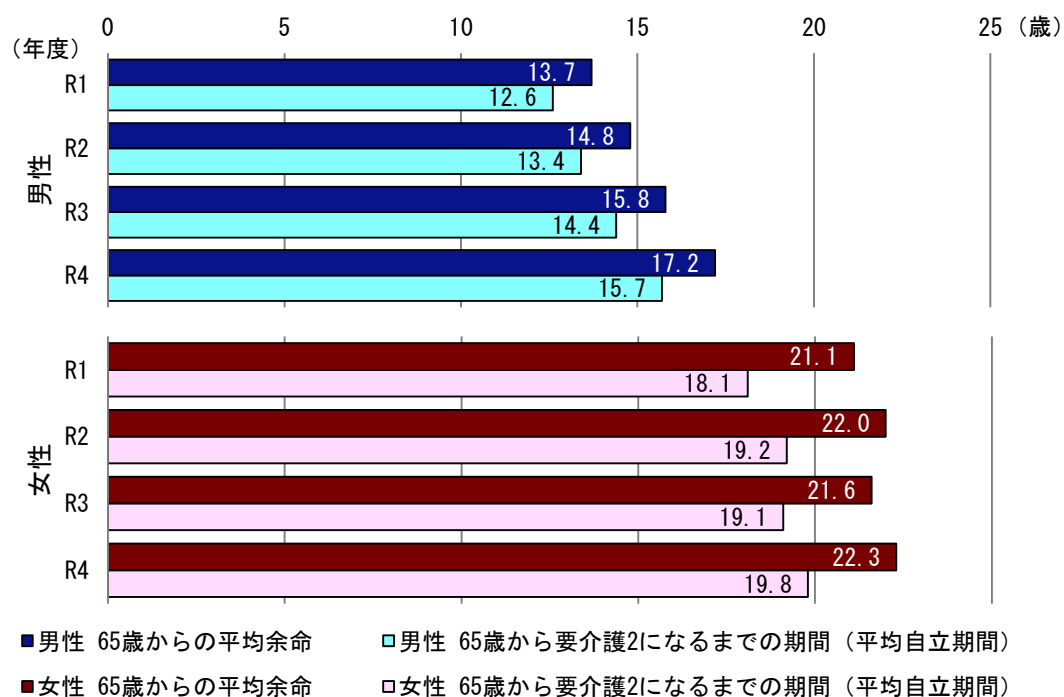
国民健康保険の被保険者数は年々減少しており。令和1年の2,483名から令和4年には2,248名となっています。

(2) 平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命・介護の状況

平均寿命

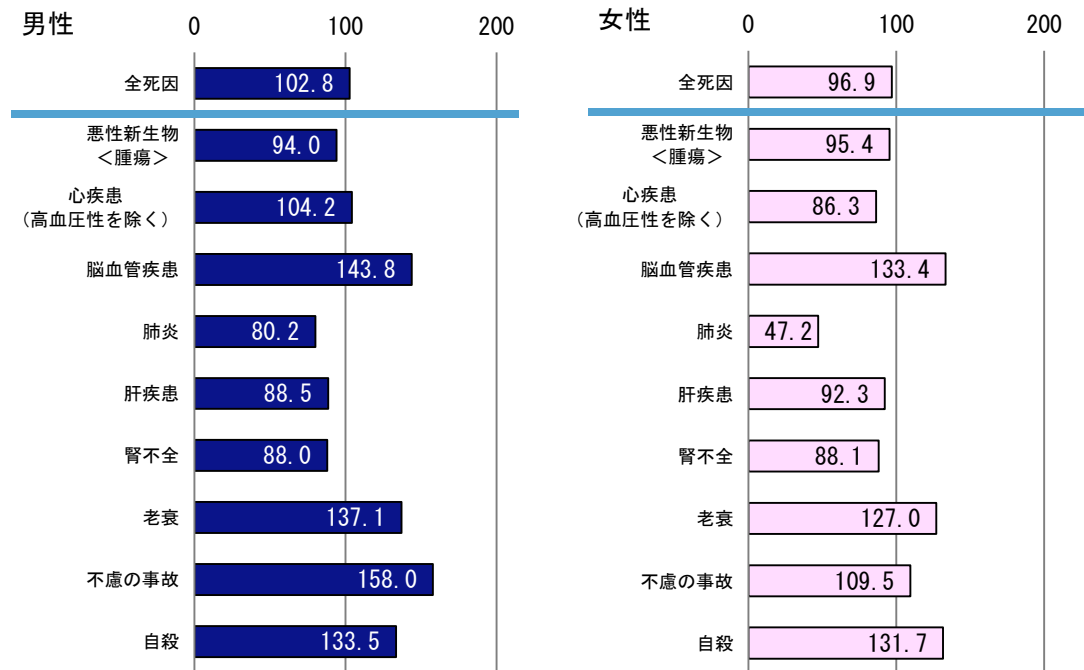


平均余命（65 歳）、平均自立期間（要介護 2 以上）

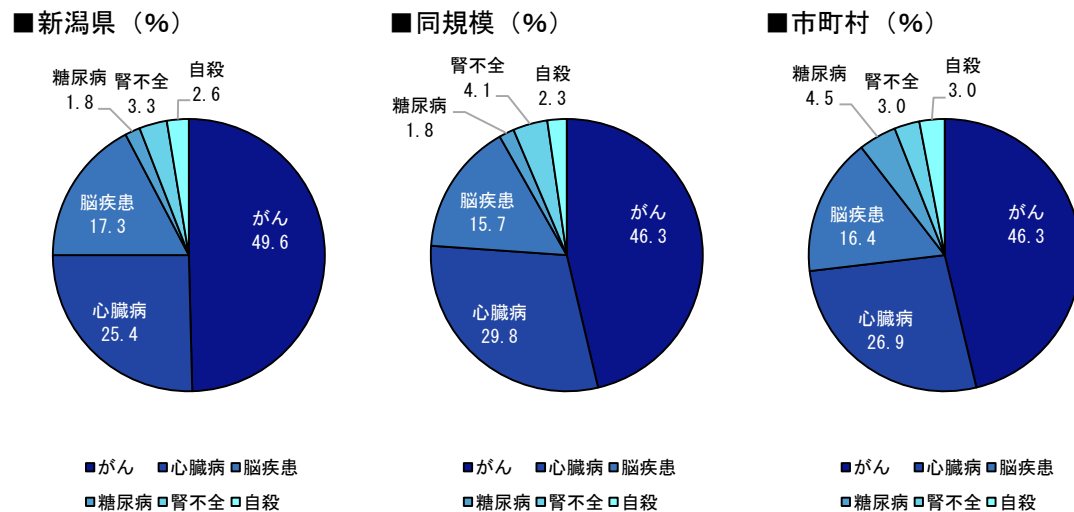


令和 4 年度の 65 歳からの平均余命は男性 17.2 歳、女性 22.3 歳。65 歳から要介護 2 になるまでの平均自立期間は男性 15.7 年、女性 19.8 年となっています。平均余命と平均自立期間との差は男性 1.5 年、女性 2.5 年と女性の方が医療や介護を必要とする期間が長くなっています。

標準化死亡比



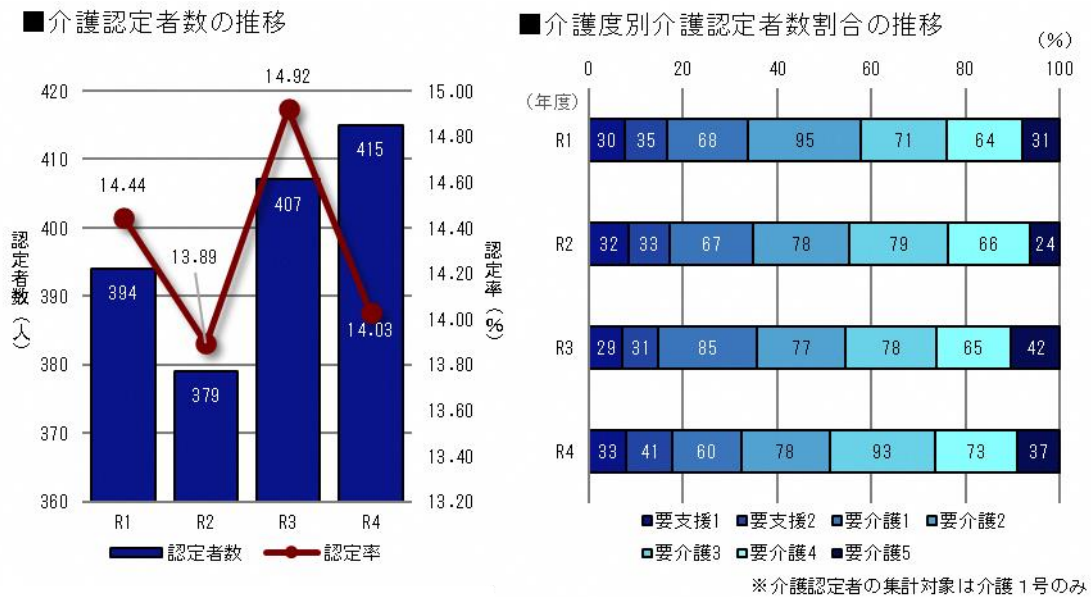
死因割合



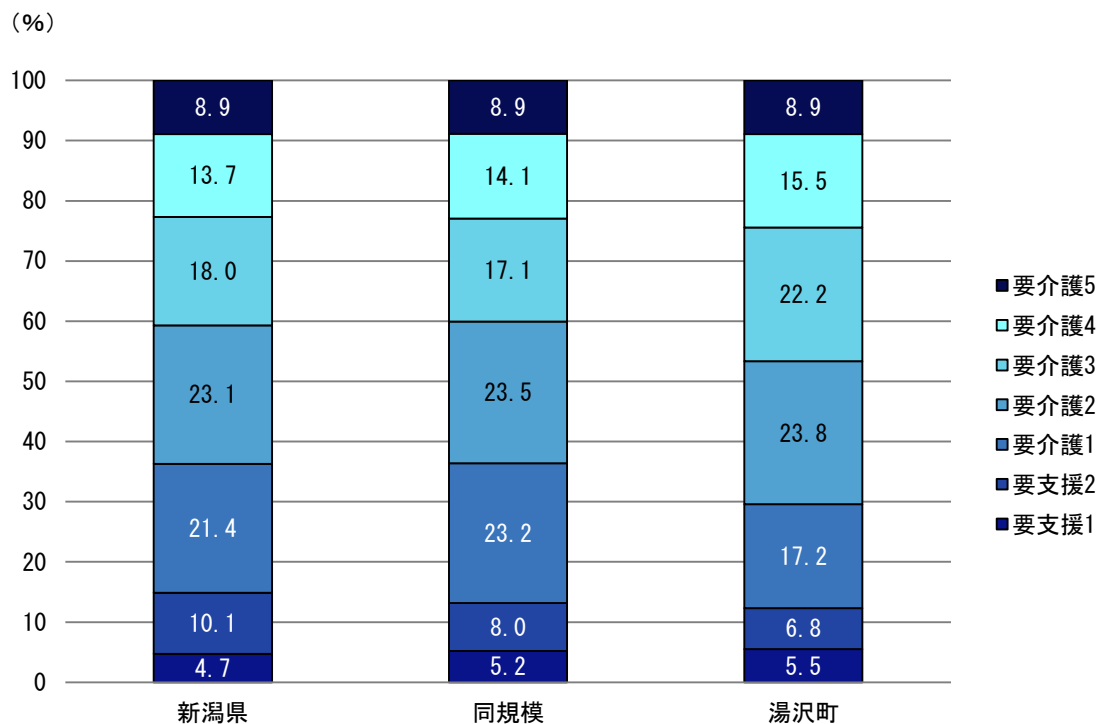
人口動態統計特殊報告（H25～29）による標準化死亡比では、男女ともに脳血管疾患の割合が高くなっています。老衰や不慮の事故、自殺の割合も高い状況です。

また、死因ではがん、心臓病、脳疾患の順で高くなっており、糖尿病は新潟県、同規模と比較して高くなっています。

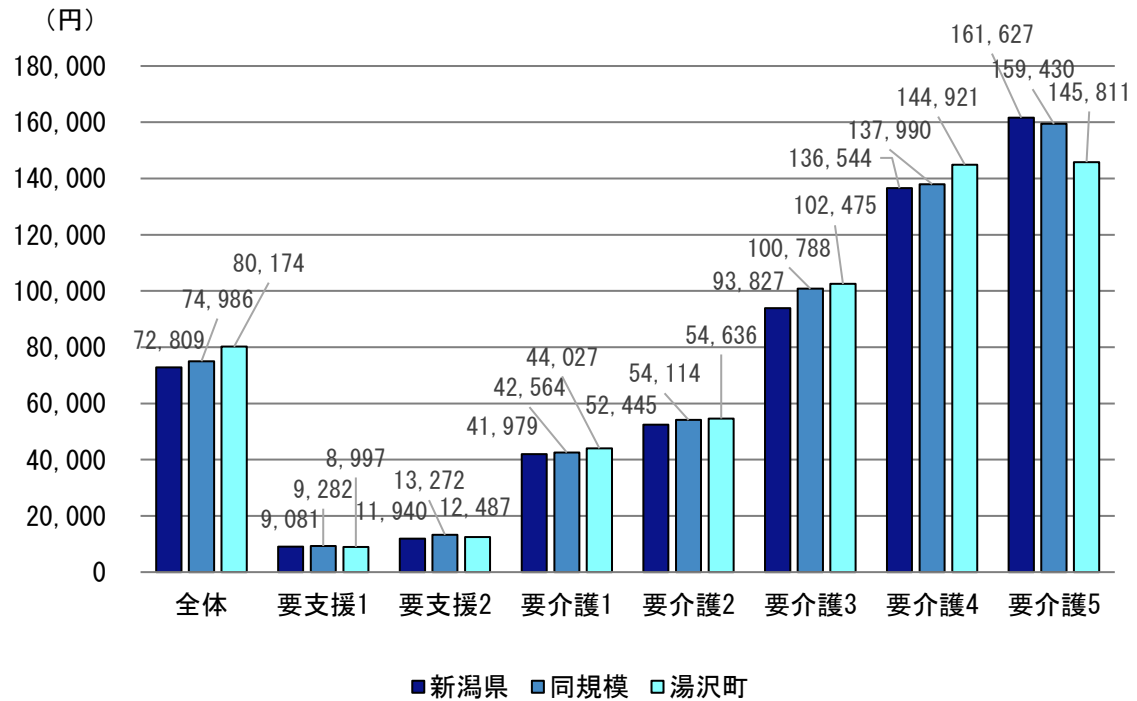
介護度別介護認定者数



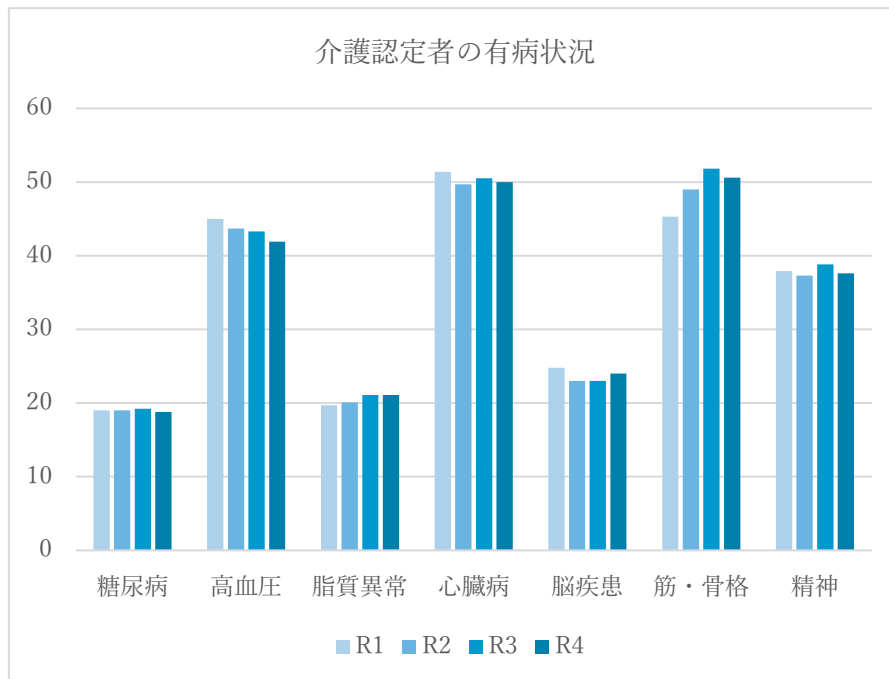
介護度別介護給付件数割合



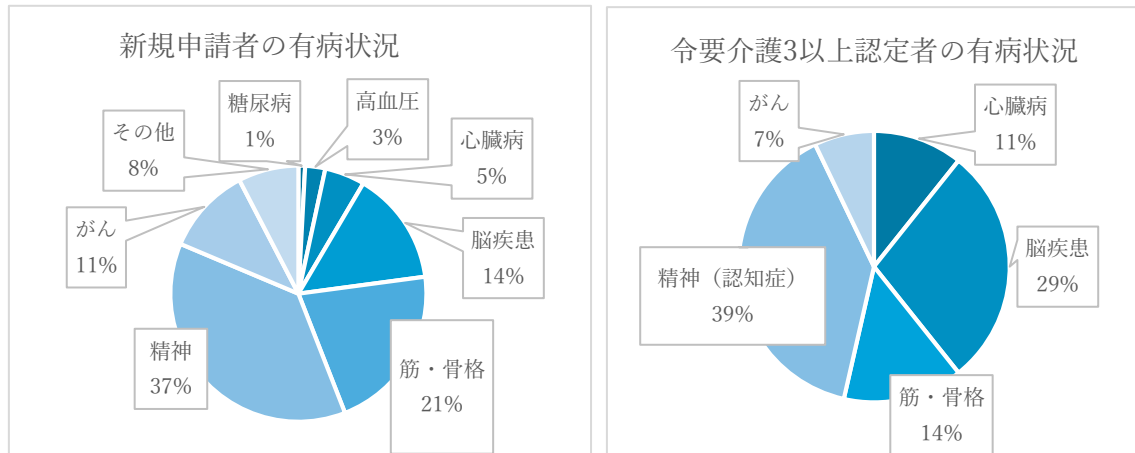
介護度別介護給付費（1件当たり給付費）



介護認定者の有病状況（KDB 医療・介護の突合）



令和4年度新規要介護認定時における主疾病（主治医意見書）



令和4年度の第1号被保険者の要介護認定率は13.4%となっています。75～84歳では9.8%、85歳以上では47.6%と年齢とともに認定率は高くなりますが、県平均18.7%よりも低くなっています（老人福祉計画、第9期介護保険事業計画）。要介護3以上の重症者が全体の48.9%を占め、有病状況では脳血管疾患の発症が24.0%、基礎疾患として41.9%が高血圧、18.8%が糖尿病を併せ持っています。新規要介護認定時の主疾患をみると脳血管疾患と認知症の有病率が高く、14%は脳血管疾患であり、介護度が重い要介護3以上では脳血管疾患の占める割合が29%と高くなっています。

1件当たりの介護給付費は要支援から要介護4は新潟県や同規模と比較して同程度かやや高く、要介護5では低い状況となっています。

3 第2期湯沢町国保データヘルス計画の評価

湯沢町の課題である脳血管疾患の発症と糖尿病性腎症からの人工透析を減少させるため、特定健診未受診者対策や特定保健指導実施率の向上のための取り組み、要医療者への受診勧奨、生活習慣病予防教育、適切な生活習慣の習得支援、治療中断者への保健指導等を実施してきました。脳血管疾患や糖尿病性腎症、不適切な生活習慣割合の減少には一定の成果が見られるものの、40～50歳代の特定健診の受診率は依然として低く、医療費では脳血管疾患や人工透析の割合が高い状況がみられます。

(1) 計画全体目標の達成状況

計画全体目標の達成状況

中長期目標評価一覧表

中長期目標	アウトカム評価	ベースライン 現状値	目指す方向性 目標値	R4の 現状	評価
糖尿病の受診勧奨判定者割合の減少	特定健診での血糖異常の要医療判定者（HbA1c6.5%以上）割合	9.7%	8.5%以下	9.8%	C
高血圧の受診勧奨判定者割合の減少	特定健診での高血圧の要医療判定者（140/90mmHg以上）割合	25.0%	24.5%以下	30.1%	C
特定健診での内臓脂肪症候群該当者割合が減少する	特定健診での内臓脂肪症候群該当者割合	17.5%	16%以下	21.6%	C
	特定健診での内臓脂肪症候群予備群該当者割合	9.1%	8.5%以下	8.7%	B
特定健診でのCKD腎専門医判定の割合が増えない	特定健診でCKD腎専門医判定者の割合	4.8%	4.5%以下	5.4%	C

短期目標評価一覧表

短期目標	アウトカム評価	ベースライン 現状値	目指す方向性 目標値	R4の 現状	評価
血圧未治療者が減る	特定健診での血圧症度Ⅱ（160/100mmHg）以上の者の割合	5.1%	4.6%以下	8.8%	C
	特定健診（ドック除く）で血圧受診勧奨者の医療受診率	40.0%	44%以上	30.8%	C
糖尿病のコントロール不十分な人（HbA1c8.0以上）が減る	特定健診でHbA1c8.0%以上の人の割合	1.9%	1.5%以下	1.7%	B
	特定健診（ドック除く）で糖受診勧奨者の医療受診率	54.1%	62%以上	56.5%	B
CKD受診勧奨者の未受診者が減る	特定健診でのCKD判定「かかりつけ医」の受診割合	20.9%	30%以上	26.3%	B
	特定健診でのCKD判定「腎専門医」の受診割合	39.1%	45%以上	71.4%	A
特定健診受診率が上がる	特定健診受診率	43.5%	60%以上	44.6%	B

特定健診や特定保健指導、ハイリスクアプローチとして血圧・糖・CKDに重点を置いた受診勧奨や保健指導、ポピュレーションアプローチとして食事や運動、禁煙やアルコール等の生活習慣病予防のための啓発活動、医療費適正化のための取り組みを行ってきました。

40～50歳代の特定健診受診率向上や要医療判定者を医療受診につなげていくことが今後も課題であり、引き続き、健診受診率向上のための取り組みや、重症化予防のため医療機関への受診勧奨と継続受診の推進、塩分や多量飲酒といった食生活改善の取り組みが必要となります。

(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	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案
①	特定健診未受診者対策	①過去5年以内に健診受診し、昨年度未受診の40～69歳に、在宅看護師が訪問し、未受診理由の聞き取りと受診勧奨を行なう。 ②今年度健診未受診の者に、9月の巡回健診（最終）前にはがきで受診勧奨を行う。	健診を受診し、自分の身体の状態を知ることができる。また、生活習慣病の発症予防や重症化を予防する。	看護師による訪問や巡回健診後に未受診者へはがきで受診勧奨を行うことで受診への動機づけとなっている。 R1年度とR5年度は、ナッジ理論を活用し過去の受診履歴・健診結果・問診票等を分析し、送付対象者の健康意識に合わせた勧奨通知を送付した。 対面で勧奨することで受診につながる効果はあるが、訪問可能な時間帯には大半が仕事等で不在のため、勧奨対象者全数に会えるわけではなく非効率的である。看護師のマンパワーがあるときは訪問実施率が高い。	40～50歳代の受診率が低い。訪問による受診勧奨からはがきや電話による受診勧奨に変更して実施継続
		医療機関受診中の特定健診対象者に湯沢病院医師から受診勧奨を行う、R元年度から湯沢病院受診時、特定健診に足りない項目を実施するみなし健診を行う。	未受診だった者が受診につながる。	未受診者に対し再勧奨はがきは、受診への動機づけとなっている。ナッジ理論を活用した受診勧奨は、受診率向上の成果は得られなかったが、若年層の受診者数が増えるなど一定の効果がみられた。訪問による受診勧奨は、コロナ禍によりはがきでの受診勧奨に切り替えた。診療情報提供事業は協力医療機関が少なく、受診者数は期待するほど増えなかった。施設検診の受診者数は横ばいで推移。受け入れ枠が少ないことが要因。	・訪問による受診勧奨は、対象者全員に会えるわけではなく非効率的であり廃止 ・受診勧奨はハガキでの勧奨を継続
②	40歳の健診受診勧奨	①40歳被保険者に在宅看護師が訪問し、受診勧奨を行う。 ②9月の最終健診前に未受診者へはがきで受診勧奨を行う。 平成29年度から実施 ①4月に在宅看護師による受診勧奨訪問 ②9月の最終健診前に未受診者へはがきを郵送し受診勧奨を行う。	健診を受診し、自分の身体の状態を知ることができる。また、生活習慣病の発症予防や重症化を予防する。 未受診だった者が受診につながる。 受診率の低い40歳の人の受診率を上げる（40歳の人の受診率が60%以上になる）	・看護師訪問による受診勧奨は、対面で受診勧奨することで受診につながる効果はあるが、勧奨対象者全員に会えるわけではなく非効率的である。 ・勧奨はがき送付のみでは受診につながる人が少なく、効果的な受診勧奨となっていない。	・定期受療中で健診未受診者の情報を湯沢病院と共有し、診療情報提供事業を継続 ・ナッジ理論を活用した受診勧奨資材は活用継続
③	受診しやすい健診設定	特定健診対象者に対し、受けやすい健診環境を提供する。 ①がん検診と同時実施、②日曜日健診、③早朝（8:00）健診、④施設健診（火・木）での短時間健診	健診を受診し、自分の身体の状態を知ることができる。また、生活習慣病の発症予防や重症化を予防する。 未受診だった者が受診につながる。 受診行動がとりやすい環境づくりをする。	・コロナ禍の影響で健診の受診控えが影響したと思われる。受診行動がとりやすい健診環境整備は一定の効果がみられる。 ・施設検診を希望するが予約が取りにくい状況があり、受診者数は横ばいで推移。	・受診行動がとりやすい健診環境整備は継続 ・巡回検診よりも施設検診の希望者が増加傾向にあるため、受け入れ枠の拡充
④	特定保健指導 （指導率向上事業）	特定保健指導対象者が、代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる。	早期に介入し生活習慣の改善等によりメタボリックシンドローム該当者が減る（保健指導を行う保健指導実施率60%以上）	・実施委託機関を拡充し、実施率は増加。 ・委託先である湯沢病院が、H29年3月から管理栄養士を2人に増員し、指導体制を充実。R2年5月から特定保健指導専用の電話回線を設け、折り返し電話の対応がしやすい環境整備を行う。 ・平成30年度から初回指導分割実施を導入したことにより実施率が増加。	・特定保健指導の委託継続 ・特定保健指導従事者に管理栄養士を加えマンパワーの充実 ・初回指導分割実施の継続
⑤	要医療者への個別指導	特定健診で 症度Ⅱ高血圧以上の人 健診時・健診結果返却時に個別指導を実施	高血圧により脳血管疾患や慢性腎臓病等動脈硬化性疾患を発症しない。 症度Ⅱ高血圧以上の人のうち医療につながる人が60%以上となる。	・症度Ⅲは健診当日、症度Ⅱは健診後に訪問や面談で保健指導を実施することで、医療機関受診率は増加傾向。 ・血圧異常者の割合は増加傾向。	・未受診者へ受診勧奨は継続 ・高血圧対策として減塩の普及啓発を拡充

事業 番号	保健事業（名）	対象者/事業内容	事業目的・事業目標	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案
⑤	要医療者への個別指導	特定健診でHbA1c 8.0以上の人に対し、健診結果返却時に個別指導を実施	高血糖により脳血管疾患や慢性腎臓病など動脈硬化性疾患を発症しない HbA1c 8.0以上の人が受診者の1.5%以下になる	・血糖異常者の割合は増加傾向にある。 ・HbA1c8%以上の割合は、目標の1.5%を下回ることができず、半数は定期受診している医療管理下にある者が占めている。 ・未医療者に対し全員受診勧奨を行い、受診につなげている。	・管理栄養士による個別栄養指導の導入 ・医療管理下にある8%以上の者に対し、医療機関と地域が連携しながら支援を行う。
		巡回・施設の特定健診で腎専門医受診判定の人に対し、健診結果返却時に個別指導を実施	腎機能低下により慢性腎臓病を発症しない 専門医受診者の受診率をあげる	・医療機関受診率は年々減少傾向にある。低下したeGFRは上昇することが少なく、初めての指摘では受診するが、2回目以降は受診率が下がる。腎専門医判定者が継続的に腎専門医でフォローされないことも要因。 ・腎専門医への受診率は7割で、腎専門医が少なく、かつ遠方であることが要因。 ・腎専門医への受診勧奨するために個別指導を実施することにより受診行動が図られている。	病態についての説明や腎専門医にかかるメリットを伝えつつ受診勧奨を継続する。
⑥	要医療者訪問(再勧奨訪問)	特定健診受診者のうち血圧、血糖、腎の要医療判定で医療機関受診勧奨したが、未受診者に対し受診勧奨通知（再勧奨）	脳血管疾患や慢性腎臓病を発症しない 要医療者の未治療者が減る 受診率60%以上	・訪問ではなく通知で受診勧奨している。郵送での再案内のみでは受診につながらない。（H31年度健診事後指導実績アウトプット評価より） 全対象者に同じ時期に再勧奨通知を送付しており、健診受診時期によっては半年程度経過してからの再勧奨となる者もいるためタイムリーな再勧奨ではない。健診から期間が空きすぎると、対象者の中で受診の必要性が薄れたり受診の意欲が低下し、受診につなっていないことが考えられる。	再案内はできるだけ訪問とする。 対象者の健診受診時期により再勧奨時期を決める。 通知のみでは受診につながらないため、受診状況の確認を兼ね電話での再勧奨も検討する。
⑦	糖尿病予防事業 ①糖尿病二次検査（OGTT） ②糖尿病教室	特定健診・町健診で糖保健指導判定の人に対し、健診結果返却時に保健師が糖尿病二次検査（OGTT）・糖尿病予防教室参加勧奨を行う。 湯沢病院にてOGTT検査を行い、糖尿病予防教室時にOGTT検査結果を返却し、生活改善指導を行う。	脳血管疾患や慢性腎臓病を発症しない 自分の身体（血糖の動き）について知ることができる 生活習慣の改善に取り組むことができる	・保健師が健診結果返却にあわせ電話や面接で二次検査受診勧奨を行っているが検査実施率が上がらない。 ・生活習慣見直しの意識を高める手段として、医師、栄養士、健康運動指導士、保健師による教室は有効。自身の生活を振り返り、具体的な計画を立てることで生活習慣の改善が図られている。 ・糖尿病予防教室欠席者にも保健師や栄養士が個別指導を実施することで、二次検査実施者全員に生活改善指導ができ、次年度健診で半数以上の方が検査数値改善につながっている。	・二次検査対象者に対し個別指導を実施し、検査受診や教室参加の必要性を伝えていく。 ・生活習慣改善は運動と食事が中心になるため、具体的な生活改善行動がとれるよう、管理栄養士による食事指導を充実させていく。
⑧	CKD予防教室	特定健診でCKD保健指導・かかりつけ医判定の対象者に、CKD予防教室の個別案内を実施し、教室を開催する。	慢性腎臓病を発症しない CKDについて理解できる 生活習慣の改善に取り組むことができる	・CKD予防教室の参加率は低く、年々減少傾向にある。新規対象が少なく、同じ人が対象になることが要因として考えられる。 ・教室プログラムも同じ内容のため、「以前参加したから」「同じ話なら以前聞いたから」「生活改善してもeGFRが上昇しない」などの理由で欠席となっている。 ・教室に参加したことで、慢性腎臓病の理解ができ、生活習慣の改善行動をたてることができている。 ・CKD予防教室参加者は、「腎臓が悪い」という意識はなくCKDという言葉も知らない人が多い。指導により改善したいという言葉が聞かれるようになり教室を通じて、腎臓の機能や予防の必要性を知り改善に繋がるきっかけとなっている。 ・生活習慣の取り組み状況は、自己評価のために取り組んでいるが自己評価を低くする傾向がある。	・CKD予防教室は疾病の理解や減塩の意義を学ぶ機会であり、生活改善への取り組みを後押しする有効な保健指導の場である。目的や対象を明確にして教室は継続実施。 慢性腎臓病予防には減塩が重要であり、栄養士が食事記録などを有効活用しながら、集団対応だけでなく個別対応を取り入れ行っていく。 ・病気の理解や予防のための減塩についての普及活動を継続していく。

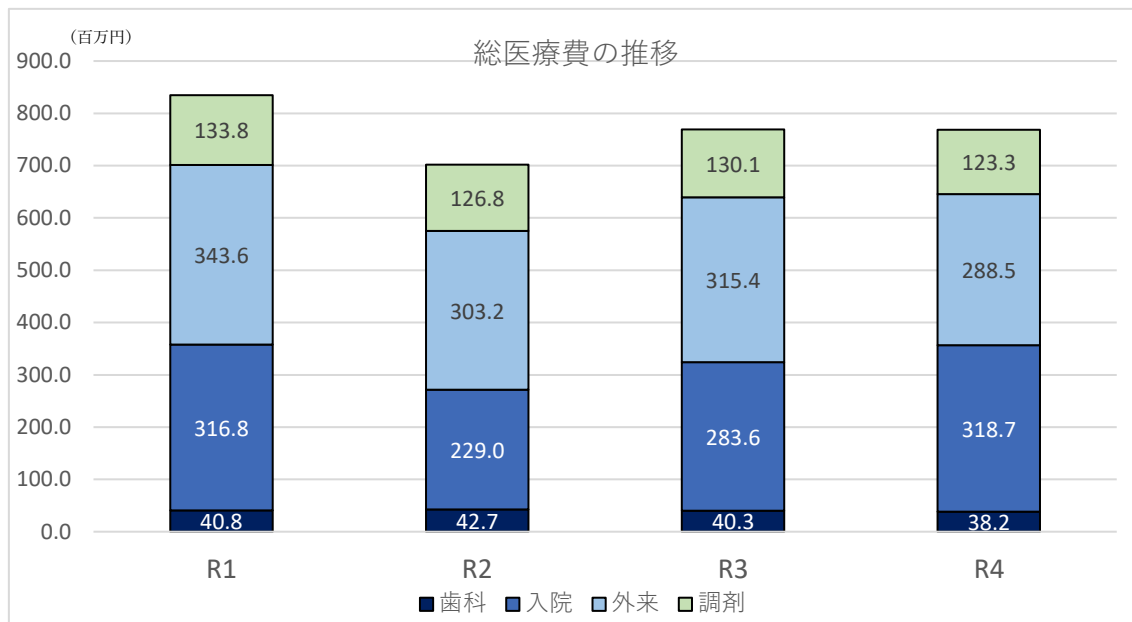
事業 番号	保健事業（名）	対象者/事業内容	事業目的・事業目標	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案
⑨	健康運動教室	特定保健指導、血糖異常者、血圧・糖・脂質3項目異常者を対象に、自分に合った運動の方法を習得し定着する3回コースの実践教室	運動習慣の定 自分に合った方法を見つけ、運動に取り組むことができる。	コロナ禍で令和2年度以降運動教室は未実施。参加しない理由として、「運動の優先順位が低い」「必要性を感じない」「時期が合わない」などが挙げられる。コースボ！の会員登録数や教室参加者数も減少傾向。ファミ健のアンケート調査結果から運動習慣のある人の割合は微増傾向にあり、すでに運動習慣が定着している者もいる。	コースボ！で各種運動教室を実施しているため、健康運動教室は廃止 コースボ！の活動やイベントの紹介、運動習慣定着への普及活動を継続していく。
⑩	減塩栄養指導	特定健診受診者に対し、健診時に減塩のための質問票を配布し、巡回検診時には減塩のための生活習慣についての栄養指導を行なう。施設健診・ドック受診者には書面にて結果指導を行なう。	尿中塩分量が減り、脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない。 生活の中で塩分を摂りやすい傾向について気が付くことができる。 減塩に取り組むことができる。	・塩分摂取量の把握は、尿中塩分測定をH29年度で終了し、質問票に変更して行ったが、コロナ禍で未実施。 ・塩の取り過ぎ、その習慣について改善を促す結果票を配布。健診に合わせて行うことで実態の把握も含め、対象者が実際に取り組む方法も提示できた。 ・R5年度に5年ぶりに尿中塩分測定を実施し、塩分摂取量の実態把握を行う。 ・コロナ禍で健診の中止などもありR2年度以降特定健診受診者への減塩指導は実施なし。	事業継続 ・実態把握により分かった傾向をもとに広く減塩の普及啓発を行なう。 ・減塩のための質問票と尿中塩分結果を連動させながら、減塩の普及活動を継続していく。
		一般市民を対象に、地域サロンや、食推の地域の普及活動を通じて地域の人材を活用した減塩の普及啓発により食生活改善を図る。	尿中塩分量が減り、脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない。 減塩の必要性を理解し食生活の改善に取り組むことができる。	・CKD予防教室参加者に対し、CKD予防や減塩の普及啓発を実施することができた。 ・減塩の普及啓発により、減塩を意識した食生活をしている人の割合が増加している。 ・食推活動と協働で減塩の普及啓発を実施した年には、回数や従事人数が多くなっている。	事業継続 ・食推と連動する形で広く住民へ予防と生活改善について普及啓発していく。
⑪	禁煙指導	特定健診受診者で喫煙者を対象に、健診結果返却時に喫煙の害について伝え、禁煙外来を紹介。 平成30年度から、健診会場で禁煙希望者を対象に健診会場で喫煙の害と禁煙外来についてリーフレットを活用して情報提供する指導を行なう。	喫煙者が減る。 禁煙希望者が禁煙できる。	・平成29年度までは特定健診受診者で喫煙有の人に、たばこの健康被害及び禁煙外来の効果、時間や費用など受診を判断する情報を伝えながら保健指導を実施していた。平成30年度から健診会場で禁煙希望者を対象に個別指導を実施したが、令和2年度以降コロナ禍と禁煙補助薬の流通停止などもあり、禁煙外来が休止しているため、禁煙指導の実施も休止。禁煙外来を利用しないで、取り組む人もいる。 ・喫煙割合は減少傾向にあったが、コロナ禍を経て微増している。	事業継続 ・禁煙希望者への個別指導を継続する。
⑫	多量飲酒者の飲酒指導	平成29年度から74歳以下の巡回検診受診者を対象に、健診時にAUDIT（多量飲酒者のスクリーニング及び簡易介入）を実施。適正飲酒群と減酒指導群に分け、それぞれに指導を行なう。健診結果で肝機能異常があった者に対し、結果返却とともにAUDITのステップ2以降の指導を実施。 全地区での実施ができず、毎年、地区を変えて実施。	飲酒による脳血管疾患・肝機能障害を防げる。 飲酒量の適量を知る。 飲酒量を減らすことができる。	H28年度まではγGTP100以上で一日3合以上の飲酒習慣のある人を対象に減酒指導等を行っていた。H29年度にAUDITを用いた指導を試行的に取り組み、自身の飲酒量への気づきを促すことができ、多量飲酒者への指導ツールとして用いることとしたが、全地区での実施ができず、4年かけて全地区での指導を行なう体制とした。 実施地区において、適正飲酒群と減酒指導群に分け、お酒との付き合い方について全数にアプローチできたが、減酒指導群への指導実績は、ハイスク者への支援に重きが置かれ、十分に届かない状況もある。翌年度の健診結果で評価する計画だが、実施地区が異なり比較ができない、指導から評価までの時間がかかるなどの課題もある。	4年かけて全地区で実施する。 地区ごとの特徴や傾向を整理する。 町全体の多量飲酒者を減らす取り組みにつながったかを確認し、実施方法を検討する。
⑬	重複・頻回受診者対策	重複（重複服薬を含む）・頻回受診をしている者及び家族に、健康保持増進のため保健師による保健指導を実施。	重複・頻回受診者への保健指導を行い重複・頻回受診者をなくすることができる	訪問指導が必要と思われる事案は少ない。	・筋骨格系2週間以上の入院者を対象にした支援は、平成29年度で終了。
⑭	ジェネリック医薬品の使用促進	国保被保険者に対し年2回差額通知発送	ジェネリック医薬品の使用促進 ジェネリック医薬品数量シェア80%	ジェネリック医薬品への切替がすすんでいる。	痛み止めの処方のために頻回受診しているケースがあった。

4 レセプトデータ・健診データの分析結果

(1) 医療費・疾病構造の状況

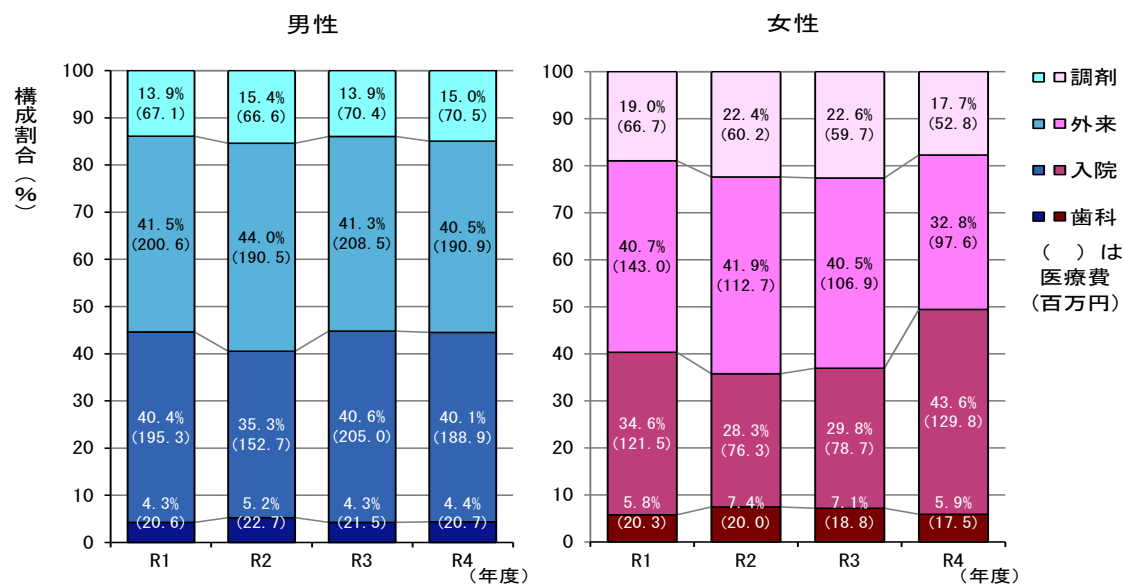
① 医療費の概要

レセプト種類別医療費の状況

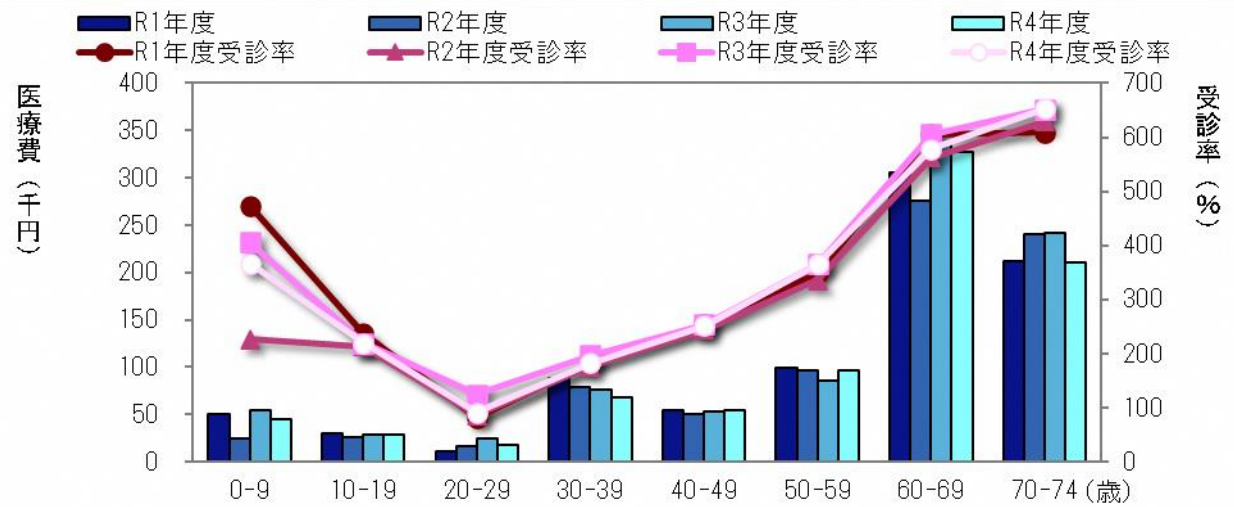


医療費の総額は増加傾向から令和 2 年度に減少に転じました。減少した要因としては新型コロナウイルスの感染拡大に伴う受診控えがあったものと考えられます。

レセプト種類別医療費構成割合の推移（性別）



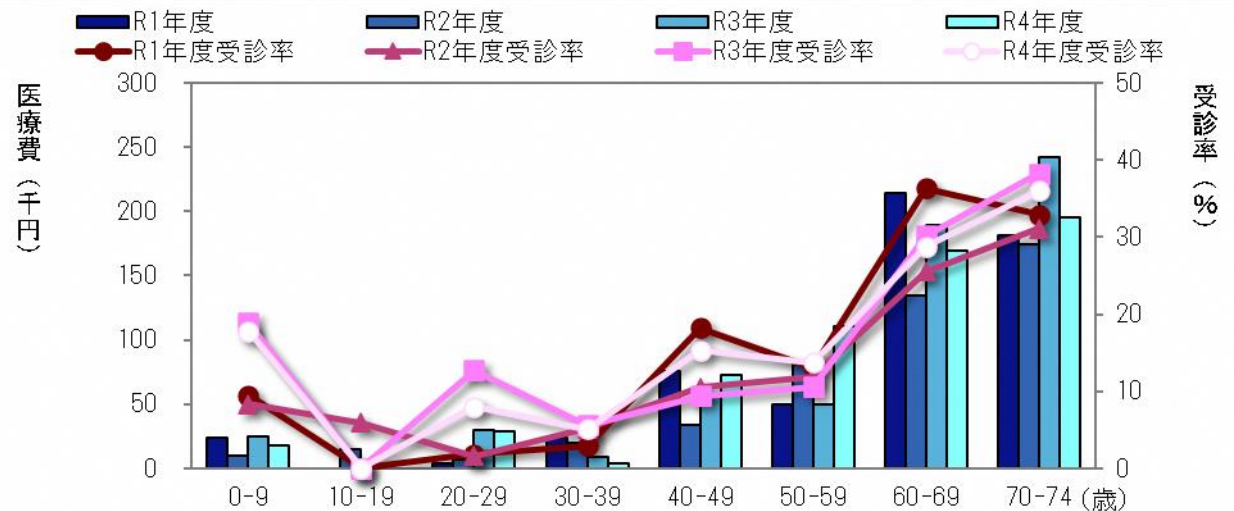
1人当たり医療費・受診率（男性・外来）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	51	30	11	88	54	99	306	212
R2年度	24	26	16	79	50	96	276	240
R3年度	54	29	24	76	53	85	336	242
R4年度	45	29	18	68	55	96	328	210

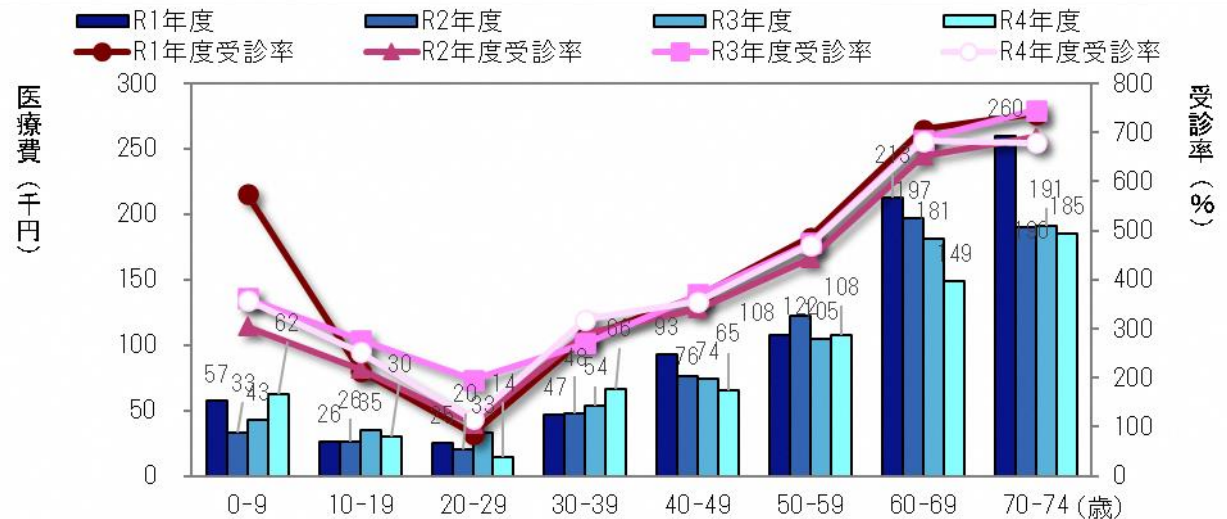
1人当たり医療費・受診率（男性・入院）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	24	0	4	24	76	50	214	181
R2年度	10	15	7	20	34	81	134	174
R3年度	25	0	30	9	58	50	189	242
R4年度	18	0	29	4	73	111	169	195

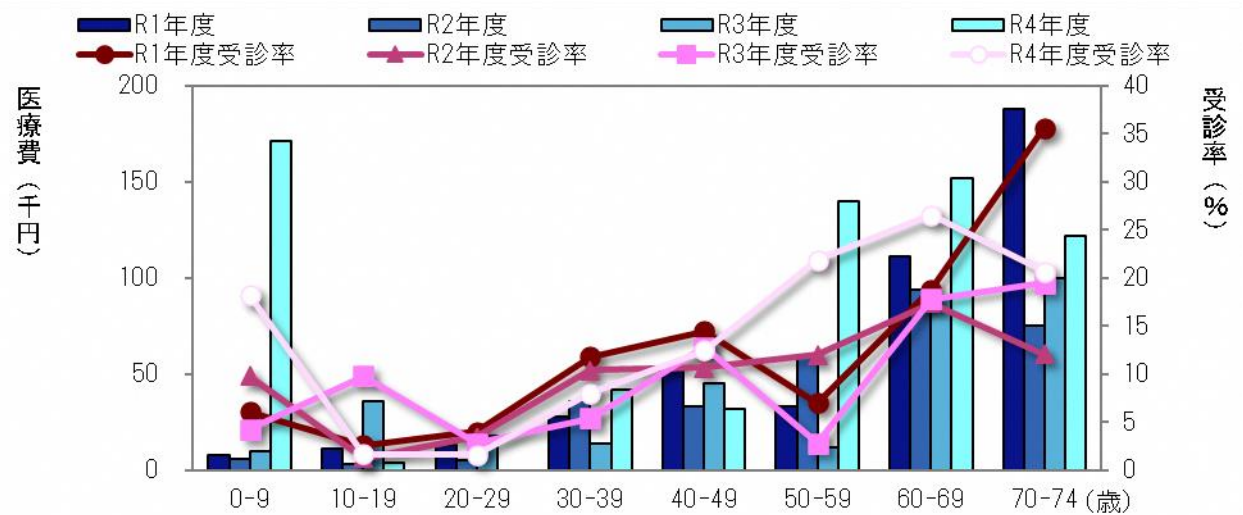
1人当たり医療費・受診率（女性・外来）



■医療費

年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	57	26	25	47	93	108	213	260
R2年度	33	26	20	48	76	122	197	190
R3年度	43	35	33	54	74	105	181	191
R4年度	62	30	14	66	65	108	149	185

1人当たり医療費・受診率（女性・入院）

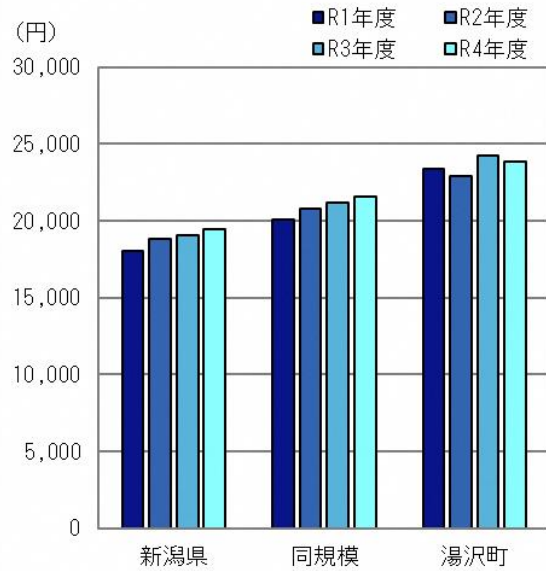


■医療費

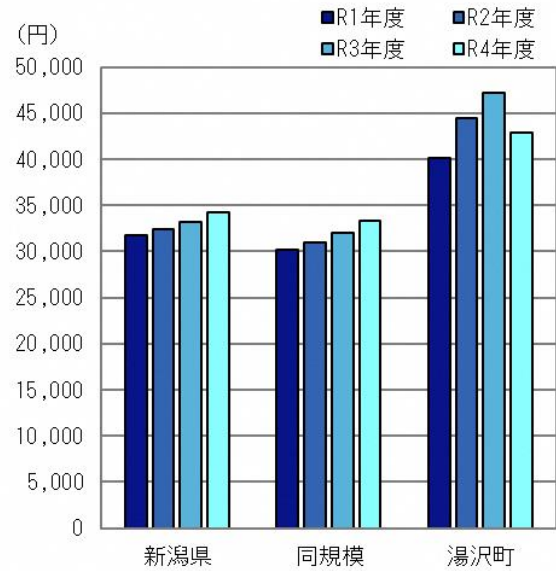
年度	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
R1年度	8	11	13	28	53	33	111	188
R2年度	6	3	5	36	33	59	94	75
R3年度	10	36	18	14	45	12	89	100
R4年度	171	4	0	42	32	140	152	122

レセプト種類別の1日あたり医療費

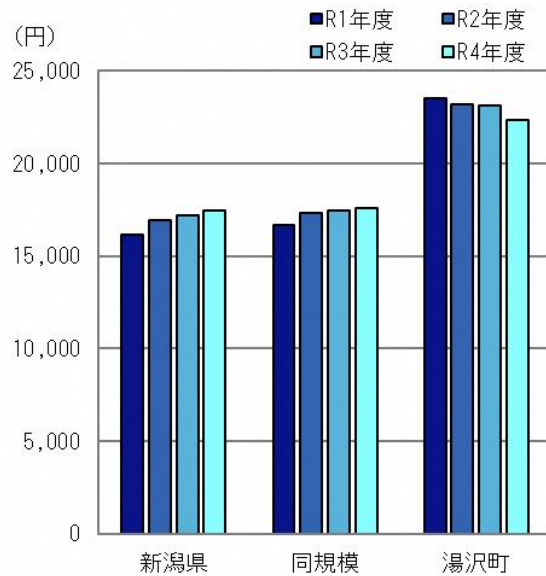
■1日当たりの医療費（合計）



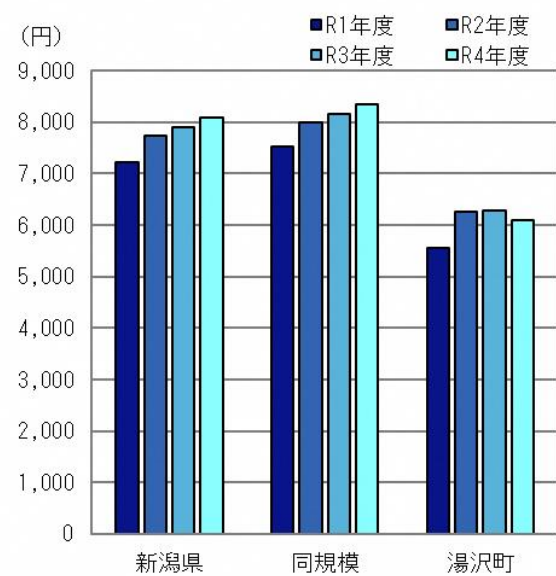
■1日当たりの医療費（入院）



■1日当たりの医療費（外来）

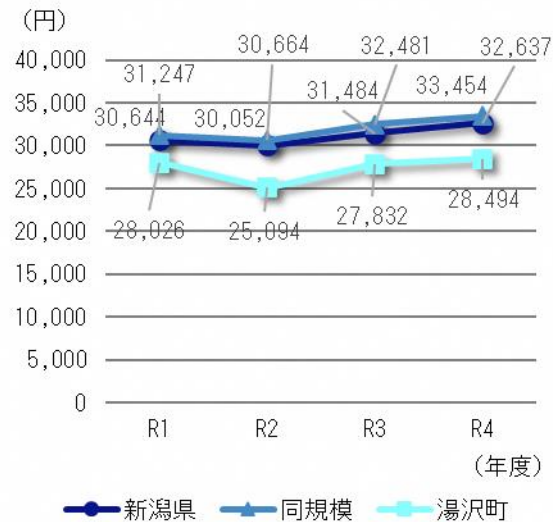


■1日当たりの医療費（歯科）

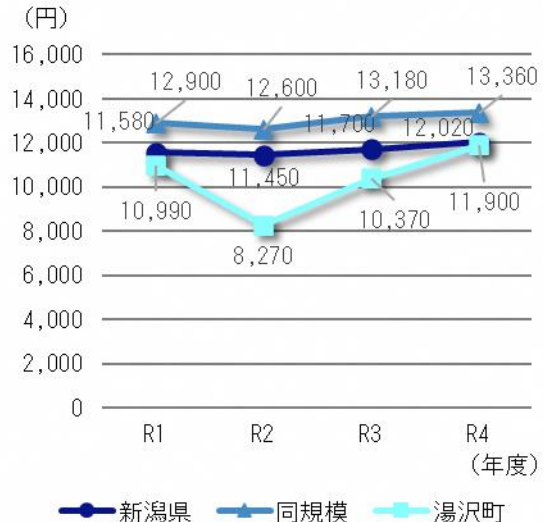


レセプト種類別の1人当たり月間医療費

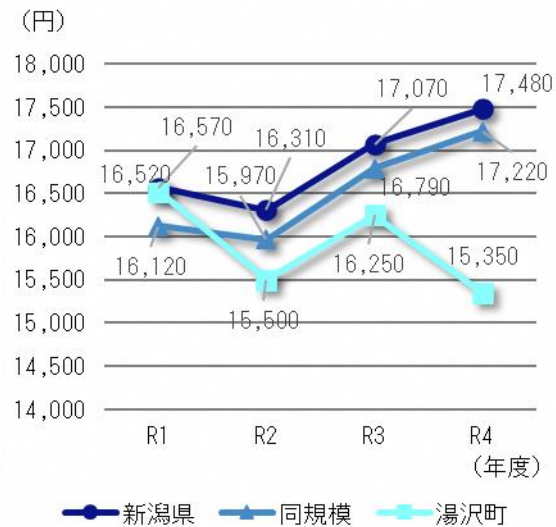
■1人当たりの月間医療費（合計）



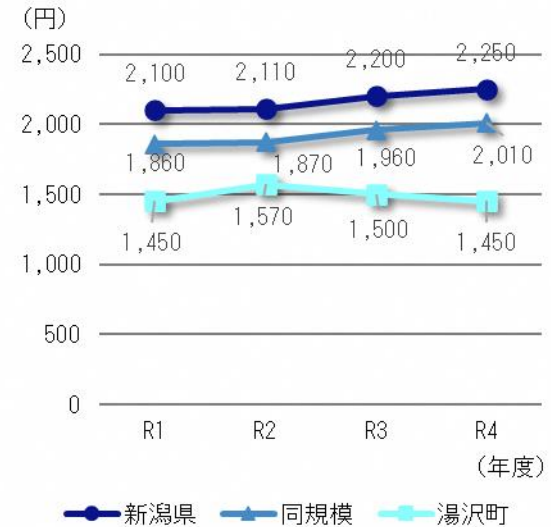
■1人当たりの月間医療費（入院）



■1人当たりの月間医療費（外来）



■1人当たりの月間医療費（歯科）



※医療費は全て12ヶ月の平均

1人当たり医療費・受診率は、入院・外来いずれも年齢とともに増加していますが、男性の外来では70歳代よりも60歳代が高くなっています。また、60歳代の女性の外来医療費は減少が続いています。

1日当たりの医療費は、歯科を除き新潟県や同規模と比較して高くなっていますが、1人当たりの月間医療費は新潟県や同規模と比較して低い傾向にあります。

疾病大分類別医療費（入院）

■総金額				
	(万円)			
	R1	R2	R3	R4
感染症及び寄生虫症	130	223	182	715
新生物＜腫瘍＞	8,416	5,617	7,567	8,184
血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	0	101	226	472
内分泌、栄養及び代謝疾患	447	453	997	1,170
精神系及び行動の障害	2,684	1,494	1,610	2,020
神経系の疾患	2,416	1,101	938	1,379
眼および付属器の疾患	782	828	499	1,250
耳および乳様突起の疾患	67	581	783	838
循環器系の疾患	5,732	4,169	4,576	4,942
呼吸器系の疾患	1,584	829	1,741	2,095
消化器系の疾患	2,012	1,240	2,275	1,519
皮膚および皮下組織の疾患	37	9	185	192
筋骨格系および結合組織の疾患	3,748	3,490	2,891	2,290
尿路性器系の疾患	1,671	983	1,486	1,171
妊娠、分娩および産じょく＜褥＞	210	50	1	304
周産期に発生した病態	0	0	0	329
先天奇形、変形および染色体異常	0	21	28	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の	110	232	309	632
損傷、中毒およびその他の外因の影響	1,425	1,246	1,732	1,594
傷病および死亡の外因	0	0	0	568
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	0	20	21	54
その他（上記以外のもの）	213	215	316	152

入院医療費を大分類で見ると、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の順に高くなっており、同じような傾向が続いています。

疾病大分類別医療費（外来）

■総金額				
	(万円)			
	R1	R2	R3	R4
感染症及び寄生虫症	983	1,065	762	721
新生物＜腫瘍＞	9,531	8,150	7,843	6,302
血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害	5,148	5,061	5,552	4,860
内分泌、栄養及び代謝疾患	4,508	4,376	4,729	4,868
精神系及び行動の障害	1,825	1,719	1,706	1,259
神経系の疾患	1,923	1,741	1,785	1,437
眼および付属器の疾患	1,791	1,840	2,122	1,789
耳および乳様突起の疾患	137	138	148	140
循環器系の疾患	4,517	3,934	4,407	4,461
呼吸器系の疾患	2,213	2,040	2,334	2,394
消化器系の疾患	1,904	1,938	2,107	1,968
皮膚および皮下組織の疾患	967	930	1,006	1,073
筋骨格系および結合組織の疾患	3,612	3,351	3,427	3,540
尿路性器系の疾患	6,829	4,967	4,229	4,178
妊娠、分娩および産じょく＜褥＞	12	8	16	12
周産期に発生した病態	0	0	2	1
先天奇形、変形および染色体異常	25	45	286	43
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の	516	509	490	378
損傷、中毒およびその他の外因の影響	552	572	808	696
傷病および死亡の外因	0	0	84	367
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	112	37	47	23
その他（上記以外のもの）	324	289	356	404

外来医療費を大分類で見ると、新生物＜腫瘍＞、内分泌、栄養および代謝疾患、血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害、循環器系の疾患の順に高くなっています。減少傾向ではありますが、尿路性器系の疾患も高くなっています。

② 高額医療費の発生状況

	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	16人	1人		1人		0人		3人	
		6.3%		6.3%		0.0%		18.8%	
年代別	40歳未満	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	40～44歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	45～49歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	50～54歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	1人	133万円
	55～59歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	60～64歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	0人	0円
	65～69歳	0人	0円	0人	0円	0人	0円	1人	84万円
	70～74歳	1人	90万円	1人	152万円	0人	0円	1人	127万円
医療費	2,946万円	90万円		152万円		0円		344万円	
		3.1%		5.2%		0.0%		11.7%	

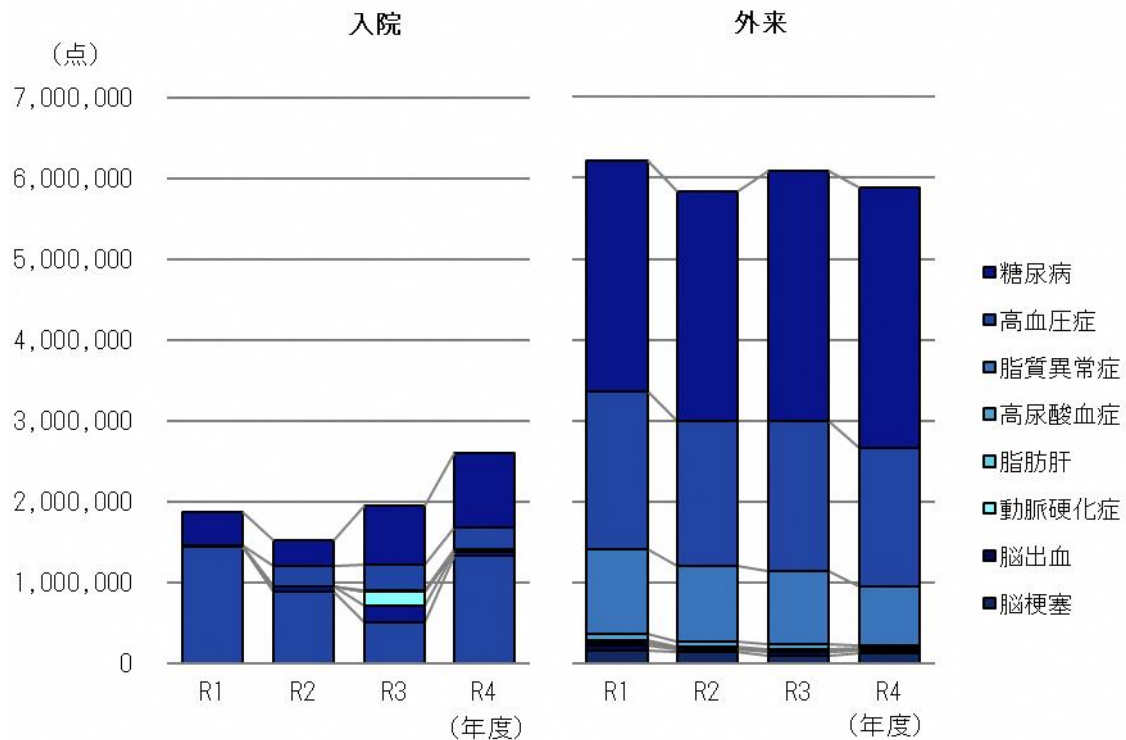
令和4年12月時点で、80万円以上の高額レセプトがあったのは16人、そのうち上記の生活習慣病に該当するのは5人でした。また、そのうちの4人は60歳以上でした。

③ 長期入院者の状況

	全体	精神疾患	循環器系疾患	がん
人数	4人	2人	0人	0人
		50.0%	0.0%	0.0%
費用額	158万円	77万円	0円	0円
		48.9%	0.0%	0.0%

令和4年12月時点で、6か月以上の長期入院該当者は4人、そのうち精神疾患が2名となっています。

④ 生活習慣病関連疾患医療費の状況



■入院 (点)

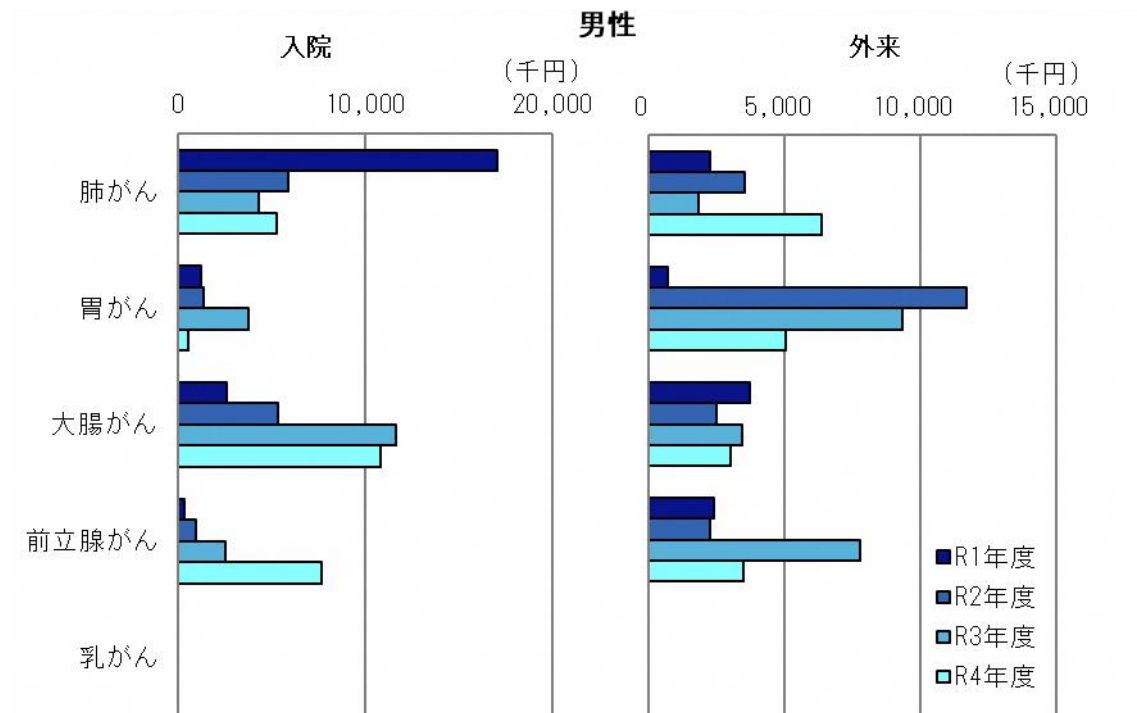
生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	406,077	315,467	729,535	916,719
高血圧症	18,121	254,090	305,767	284,048
脂質異常症	0	0	18,103	20,374
高尿酸血症	0	0	0	0
脂肪肝	0	0	0	0
動脈硬化症	0	0	181,374	0
脳出血	0	66,452	197,855	59,945
脳梗塞	1,445,895	888,610	519,400	1,329,659

■外来 (点)

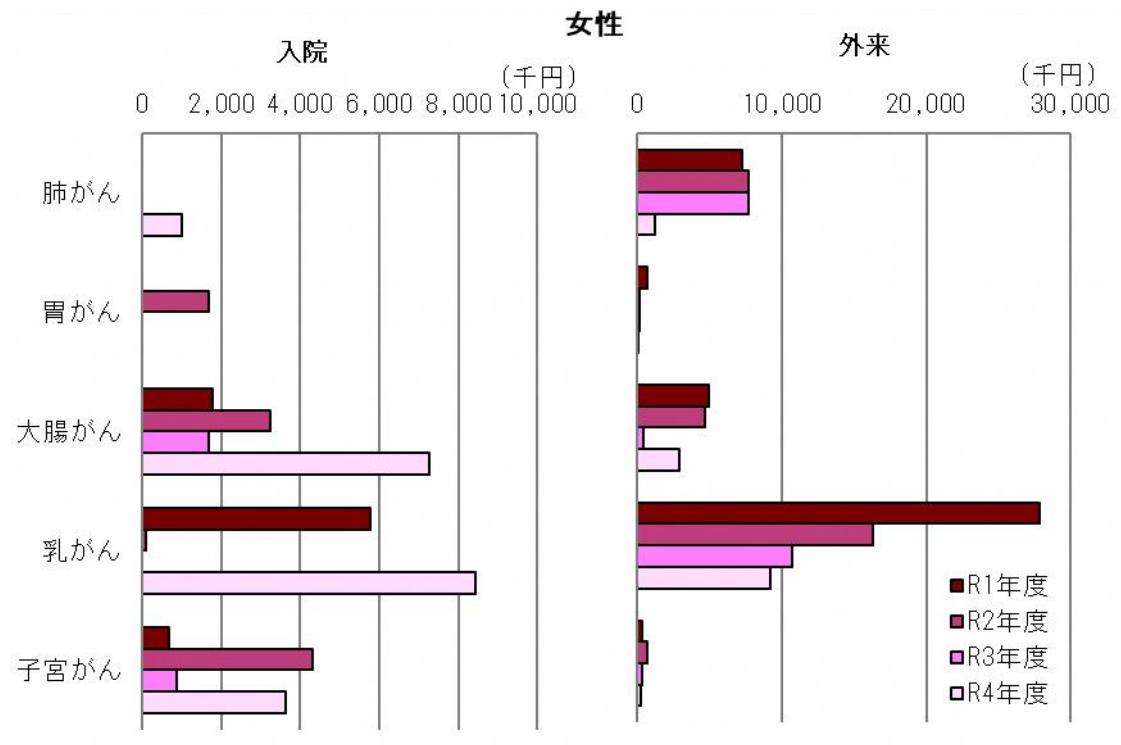
生活習慣病疾患	R1	R2	R3	R4
糖尿病	2,849,811	2,823,911	3,077,028	3,205,942
高血圧症	1,948,477	1,790,930	1,859,428	1,714,304
脂質異常症	1,057,862	939,548	897,605	721,007
高尿酸血症	71,289	54,201	60,975	36,815
脂肪肝	31,413	28,208	29,533	19,960
動脈硬化症	29,679	17,553	15,105	14,104
脳出血	61,152	23,994	39,177	26,870
脳梗塞	167,209	146,772	100,310	134,664

生活習慣病関連の疾患は、男女とも年齢が上がるにつれて受診率も高くなっていきます。
糖尿病、高血圧症、脳梗塞、脂質異常症の医療費が高くなっています。

⑤ がん医療費の状況



傷病名	入院				外来			
	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	17,049	5,839	4,312	5,265	2,254	3,560	1,828	6,354
胃がん	1,213	1,356	3,750	530	736	11,692	9,367	5,046
大腸がん	2,582	5,317	11,612	10,809	3,742	2,499	3,460	3,026
前立腺がん	313	914	2,539	7,621	2,391	2,292	7,794	3,481
乳がん	0	0	0	0	0	0	0	0

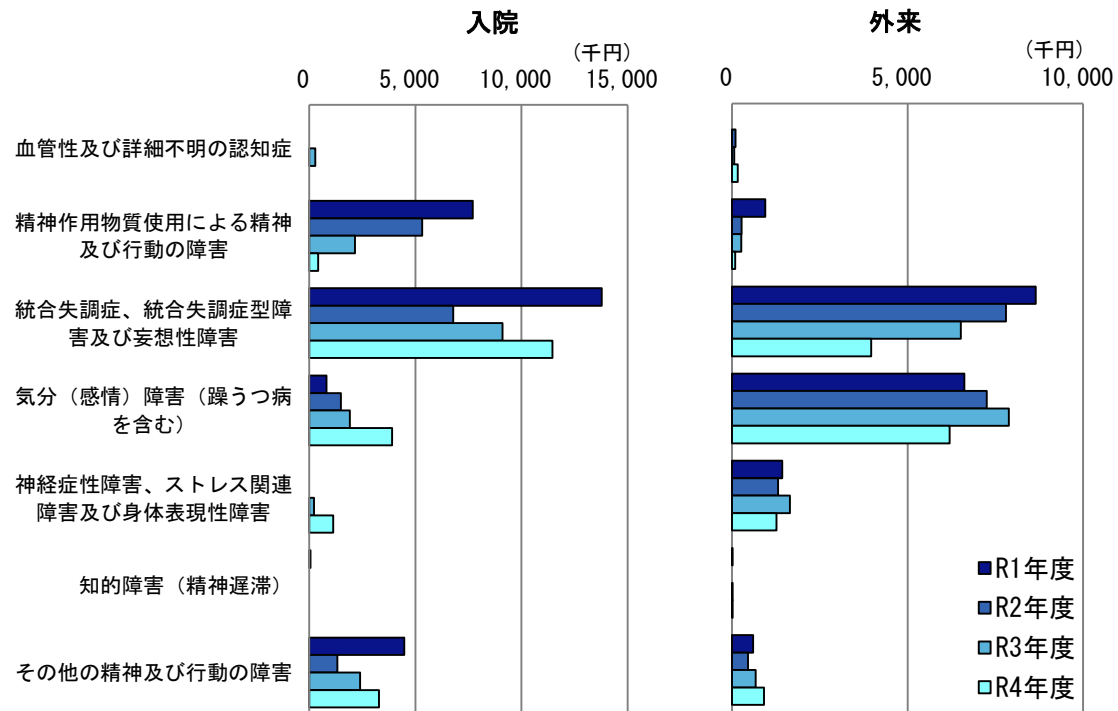


傷病名	入院				外来			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	0	0	0	1,005	7,231	7,701	7,730	1,273
胃がん	0	1,686	0	0	687	199	196	54
大腸がん	1,785	3,244	1,695	7,271	4,933	4,665	482	2,951
乳がん	5,776	81	0	8,423	27,829	16,290	10,764	9,226
子宮がん	694	4,327	887	3,629	353	748	343	249

がんの医療費を性別、入院・外来別でみると、男性の入院では大腸がん、前立腺がん、肺がん、外来では胃がん、前立腺がん、肺がんが多くなっています。女性の入院では乳がん、大腸がん、子宮がん、外来では乳がん、肺がん、大腸がんが多くなっていますが、いずれも年度により変動が見られます。

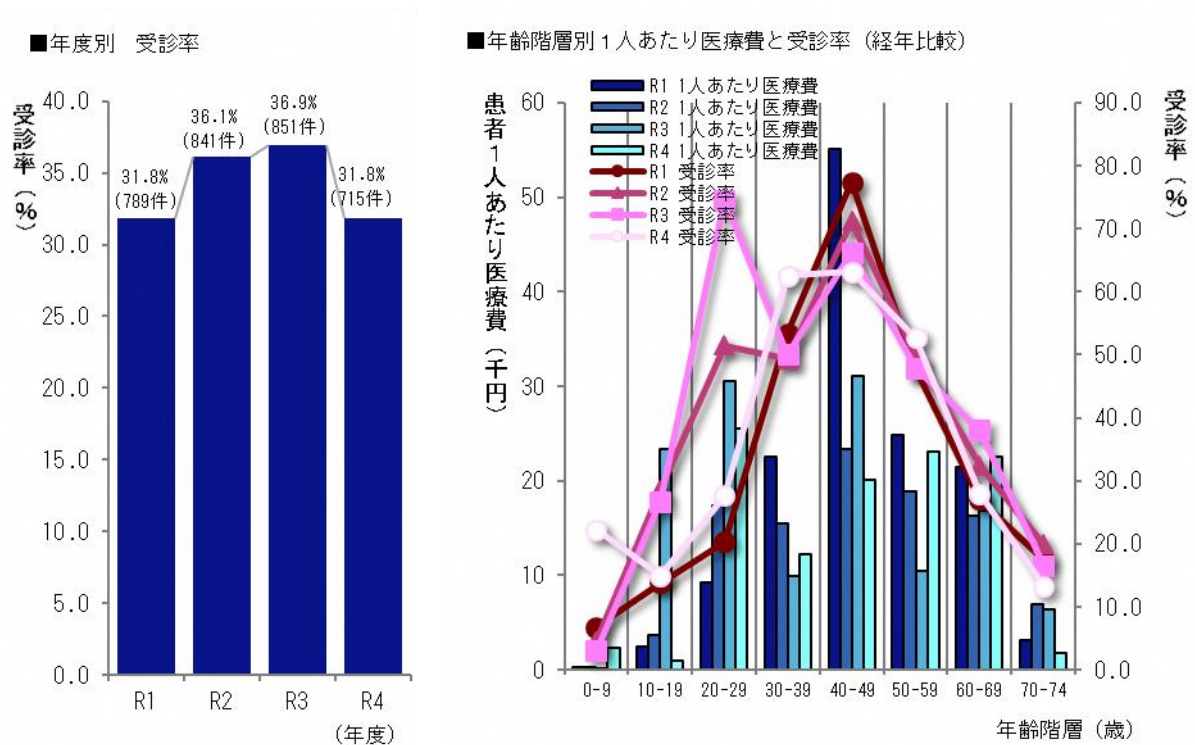
⑥ 精神疾患医療費の状況

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	0	0	288	0	0	102	64	163
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	7,702	5,325	2,163	432	945	273	266	90
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	13,774	6,783	9,110	11,449	8,649	7,802	6,513	3,958
気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	812	1,497	1,916	3,907	6,612	7,250	7,880	6,197
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0	0	227	1,132	1,430	1,307	1,647	1,265
知的障害（精神遅滞）	64	0	0	0	19	0	18	16
その他の精神及び行動の障害	4,484	1,334	2,400	3,281	598	455	670	905

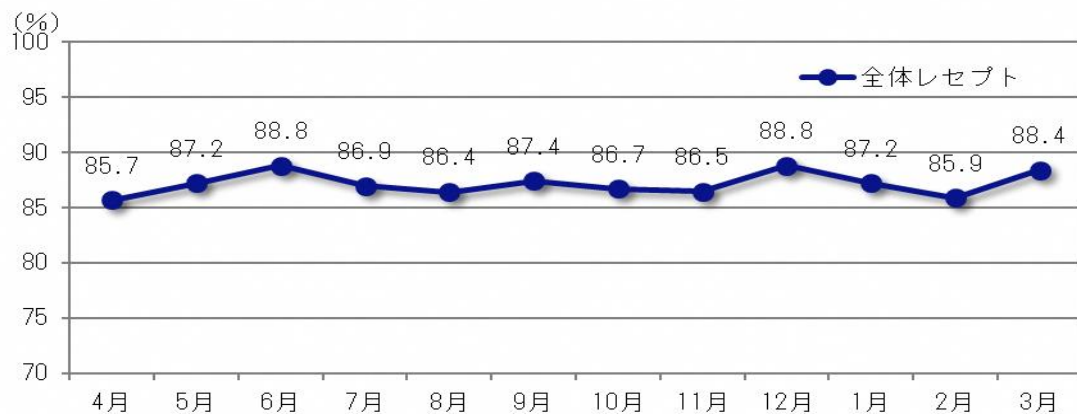
1人当たり医療費・受診率（年齢別）



精神疾患関連の医療費について、年度により増減はあるものの入院・外来の症状別の割合に大きな変動はありません。年齢階層別の医療費についても年度により変動がありますが、40歳代が最も高くなっています。

⑦ 後発品の数量割合

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	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	74.3	70.8	69.3	72.3	72.3	71.6	73.6	74.7	71.1	78.0	67.2	74.8
調剤	87.7	89.7	91.5	89.4	88.9	89.7	88.6	88.4	91.1	88.9	88.6	90.2
全体レセプト	85.7	87.2	88.8	86.9	86.4	87.4	86.7	86.5	88.8	87.2	85.9	88.4

令和４年度の後発医薬品の数量割合は、８割を超える状況で推移しています。

⑧ 重複頻回・多剤

頻回受診者数（令和４年１２月）

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	1,073	29	6	2	0
	2医療機関以上	335	11	2	0	0
	3医療機関以上	75	4	0	0	0
	4医療機関以上	15	1	0	0	0
	5医療機関以上	5	1	0	0	0

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

多剤処方者数（令和４年１２月）

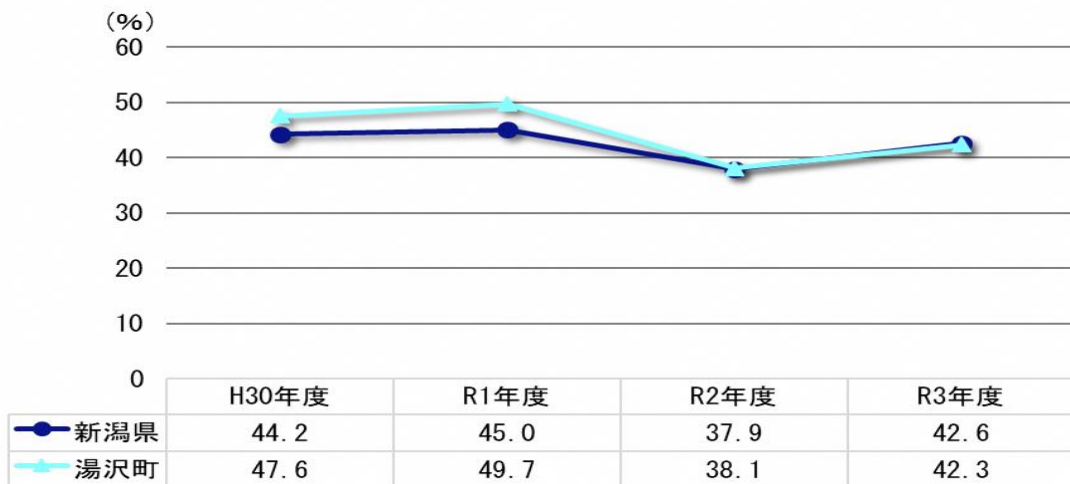
同一薬効に関する処方日数（同一月内）		処方薬効数（同一月内）						
		処方を受けた者（人）						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者（人）	15日以上	160	101	60	41	27	2	0
	30日以上	154	100	59	40	26	2	0
	60日以上	124	82	48	32	21	2	0
	90日以上	77	49	27	19	14	1	0
	120日以上	50	34	18	12	8	0	0
	150日以上	26	18	7	7	5	0	0
	180日以上	20	14	5	5	3	0	0

※外来（医科・歯科・調剤）のみを対象とする

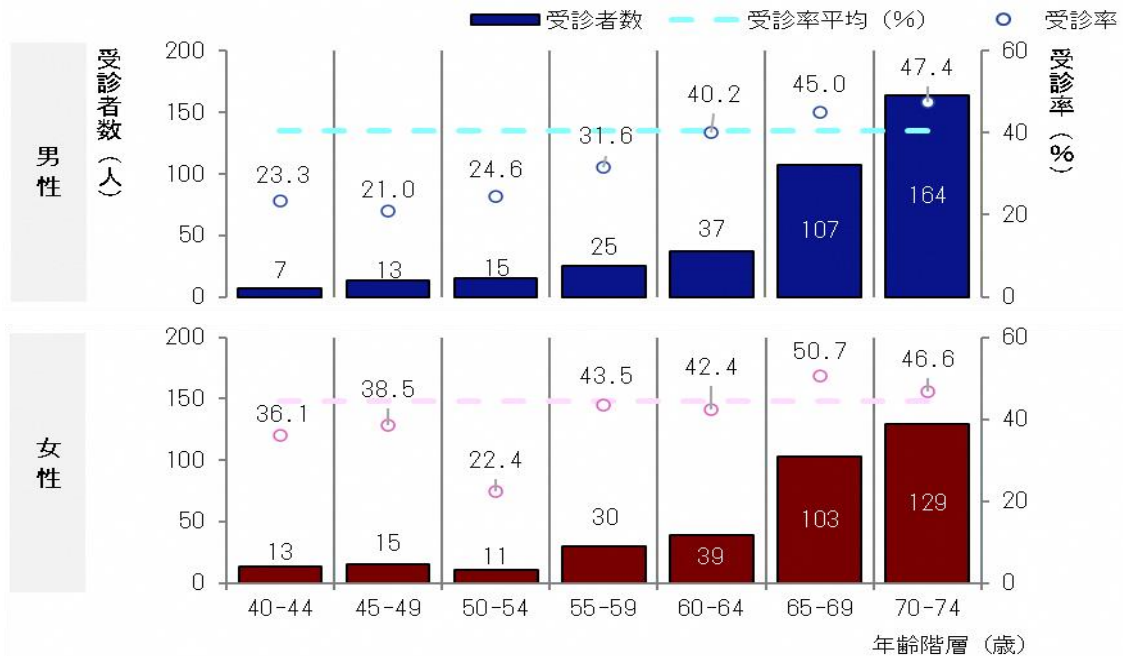
（２） 特定健康診査・特定保健指導の状況

① 特定健診・特定保健指導の実施状況

特定健診受診率（推移）

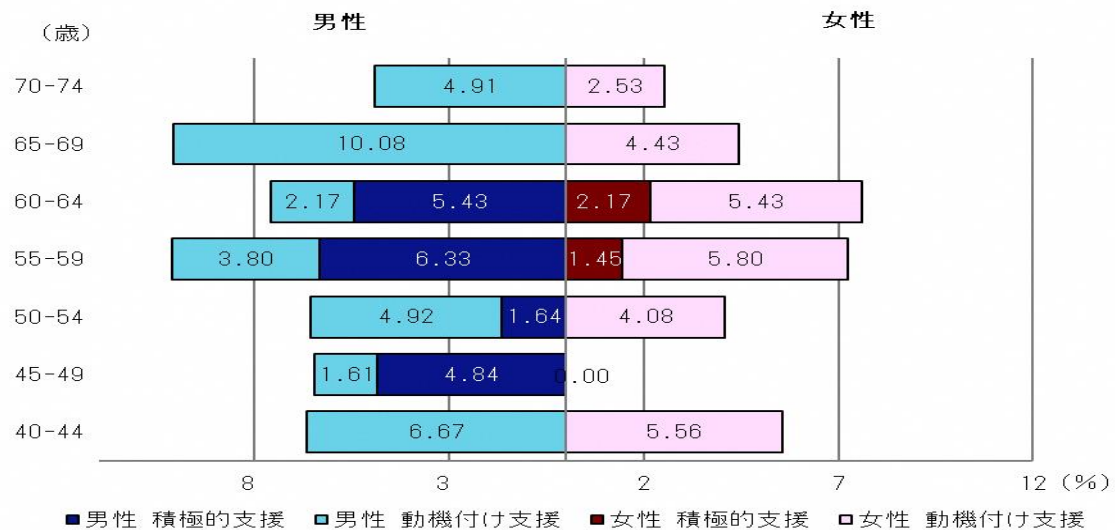


特定健診受診率（性・年齢別）



特定健診受診率は、新潟県と比較して高い状況で推移していましたが、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響により受診率が低下しました。年齢別では40歳～54歳の受診率が低くなっています。

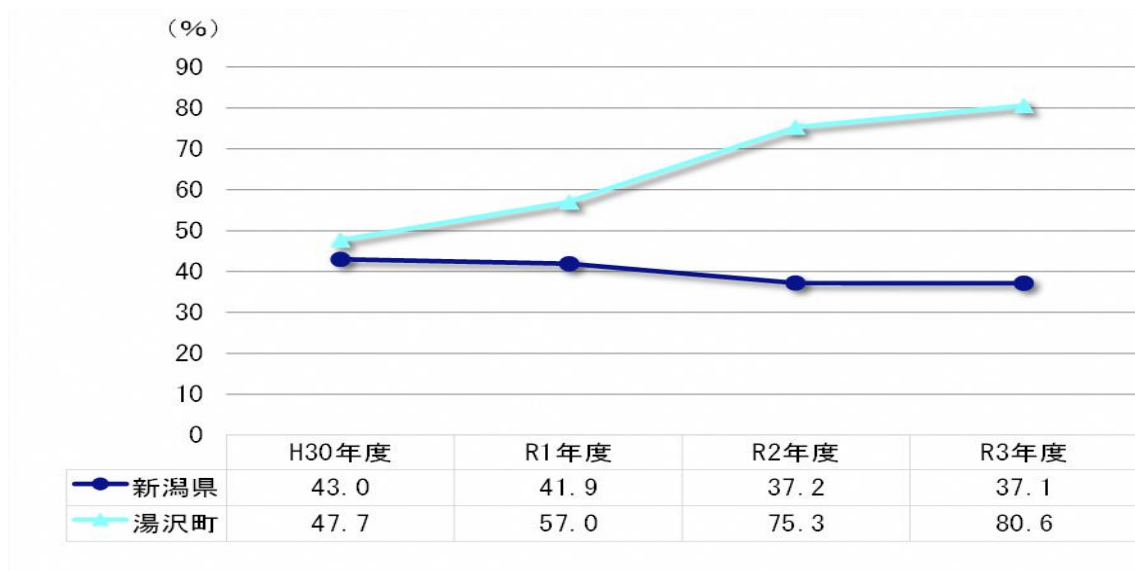
特定保健指導対象者（性・年齢別）



■特定保健指導対象者数

		(人)						
性別	特定保健指導種別	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
男性	積極的支援	0	3	1	5	5	0	0
	動機付け支援	2	1	3	3	2	24	17
女性	積極的支援	0	0	0	1	2	0	0
	動機付け支援	2	0	2	4	5	9	7

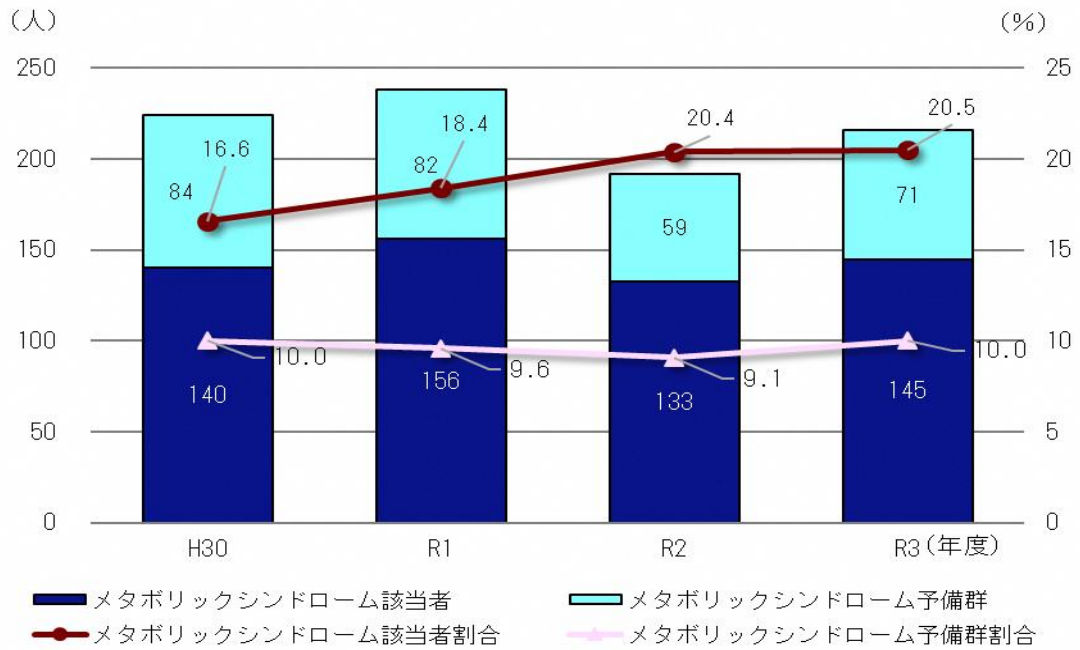
特定保健指導実施率（推移）



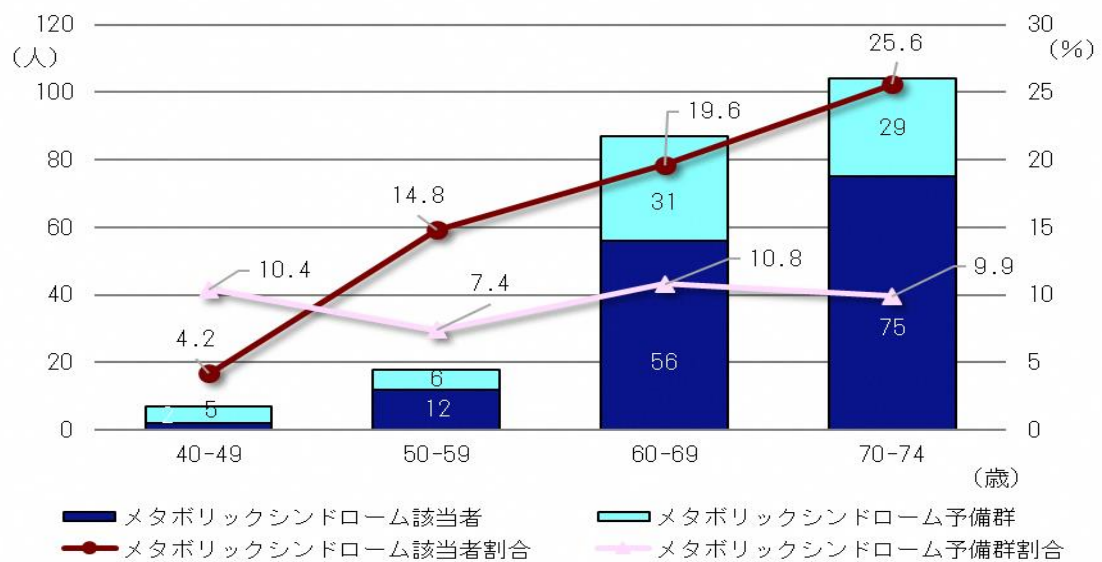
特定保健指導の対象者はいずれの年代も女性に比べ男性が多くなっています。実施率は新潟県と比較して高い割合で推移しています。

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割合（推移）



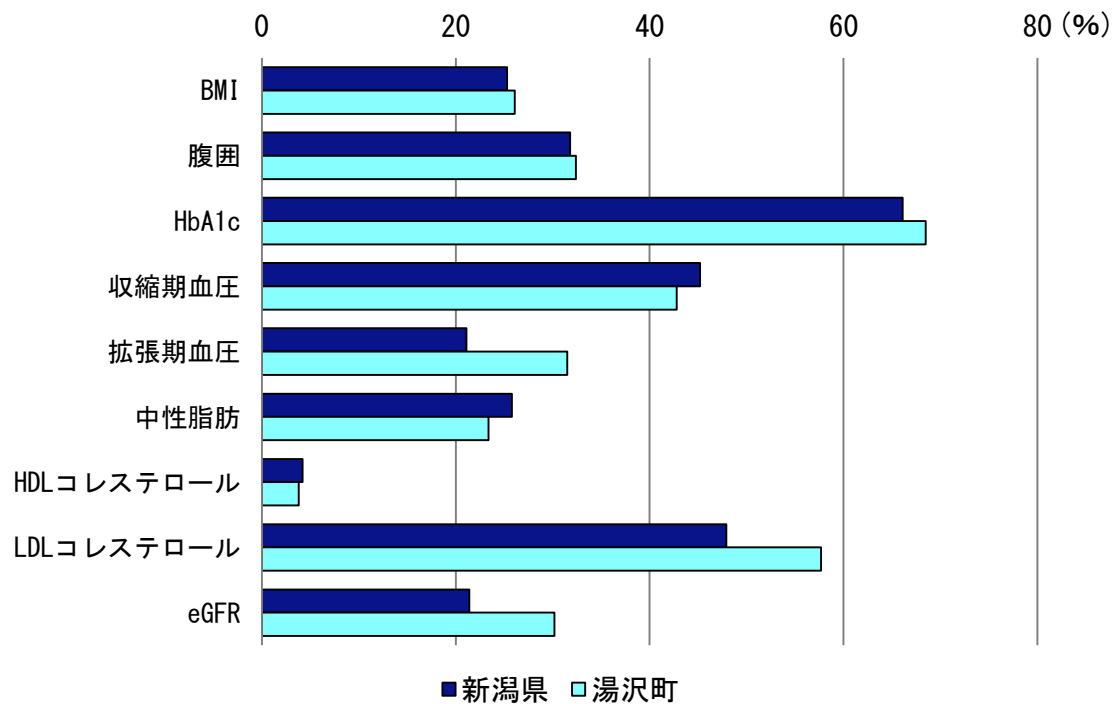
メタボリックシンドローム該当者割合（年齢別）



メタボリックシンドローム予備群の割合に大きな変動はありませんが、該当者の割合はやや増加しています。

③ 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）

特定健診項目別の有所見者割合



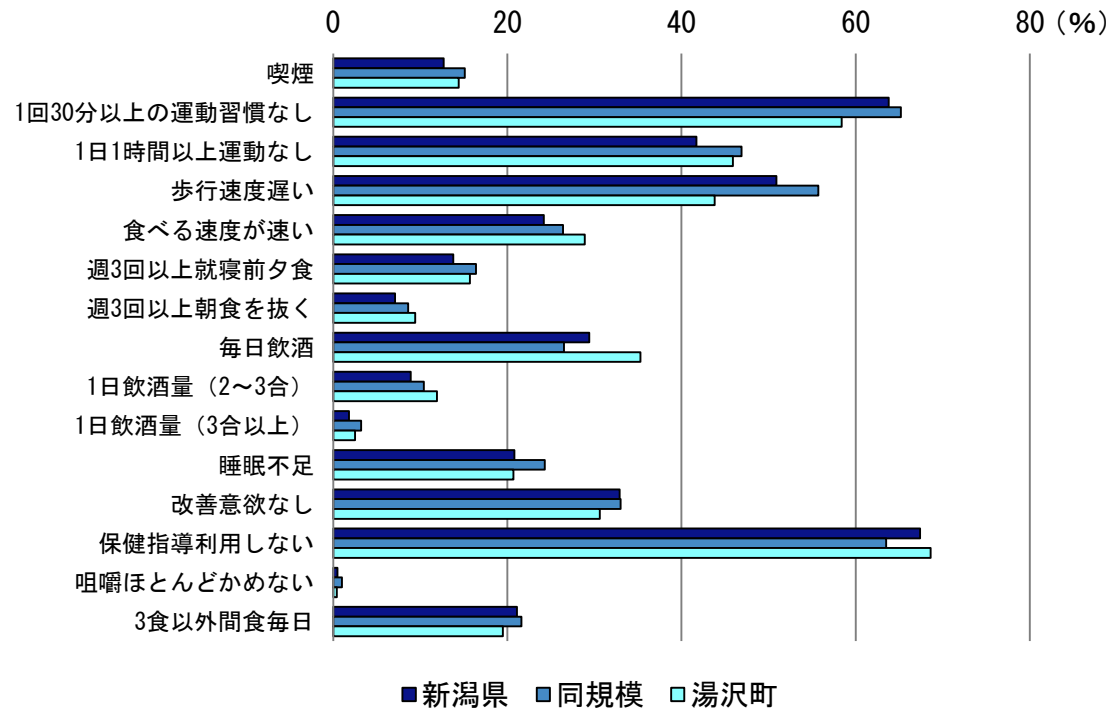
(%)

特定健診項目	新潟県	湯沢町
BMI	25.3	26.1
腹囲	31.8	32.4
HbA1c	66.1	68.5
収縮期血圧	45.2	42.8
拡張期血圧	21.1	31.5
中性脂肪	25.8	23.4
HDLコレステロール	4.2	3.8
LDLコレステロール	47.9	57.7
eGFR	21.4	30.2

令和4年度の特定健診有所見者割合は、HbA1c、収縮期血圧、LDL コレステロールは40%を超えています。また、収縮期血圧、中性脂肪、HDL コレステロール以外は新潟県と比較しても高くなっています。

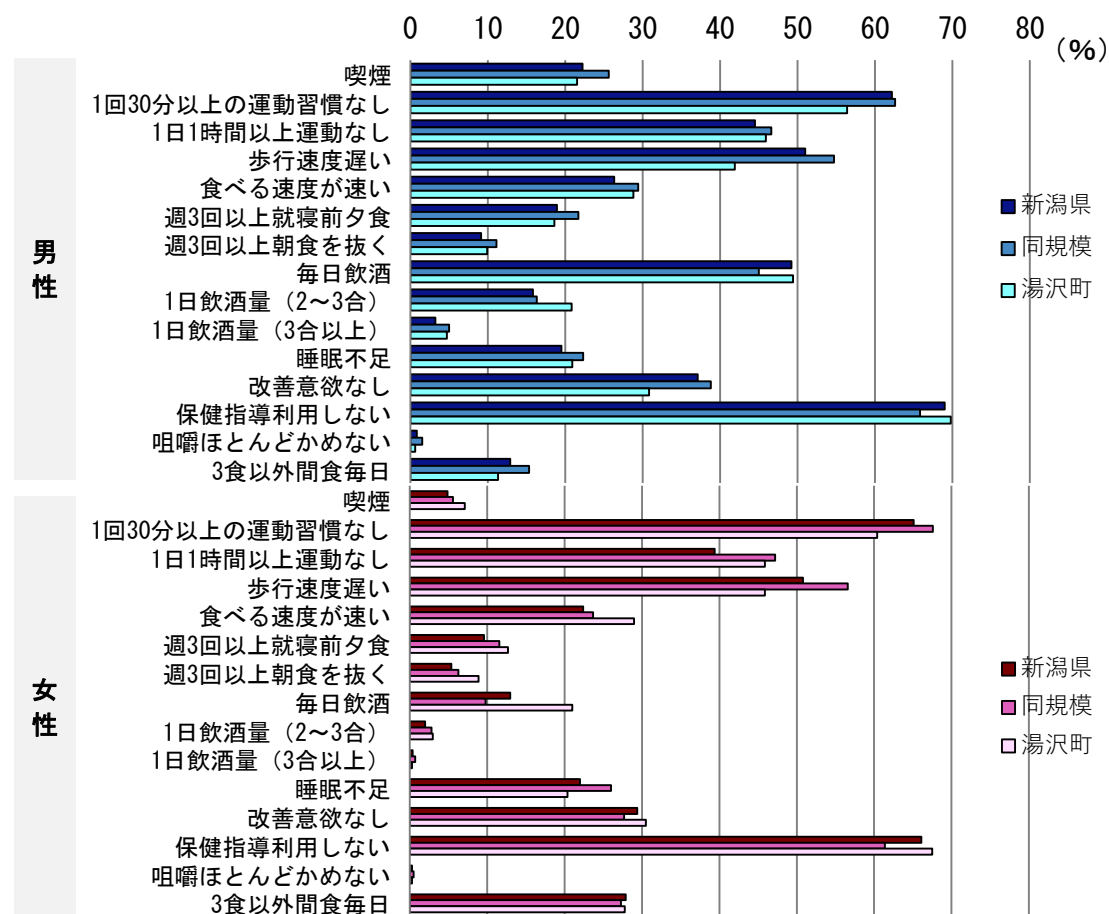
④ 質問票

質問票項目別の有所見者割合



(%)			
質問票項目	新潟県	同規模	湯沢町
喫煙	12.7	15.1	14.4
1回30分以上の運動習慣なし	63.8	65.2	58.4
1日1時間以上運動なし	41.7	46.9	45.9
歩行速度遅い	50.9	55.7	43.8
食べる速度が速い	24.2	26.4	28.9
週3回以上就寝前夕食	13.8	16.4	15.7
週3回以上朝食を抜く	7.1	8.6	9.4
毎日飲酒	29.4	26.5	35.3
1日飲酒量 (2~3合)	8.9	10.4	11.9
1日飲酒量 (3合以上)	1.8	3.2	2.5
睡眠不足	20.8	24.3	20.7
改善意欲なし	32.9	33.0	30.6
保健指導利用しない	67.4	63.5	68.6
咀嚼ほとんどかめない	0.5	1.0	0.4
3食以外間食毎日	21.1	21.6	19.5

質問票項目別の有所見者割合(男女別)



■ 男性	質問票項目	新潟県	同規模	湯沢町
	喫煙	22.2	25.6	21.5
	1回30分以上の運動習慣なし	62.2	62.6	56.4
	1日1時間以上運動なし	44.5	46.6	45.9
	歩行速度遅い	51.0	54.7	41.9
	食べる速度が速い	26.3	29.4	28.8
	週3回以上就寝前夕食	18.9	21.7	18.6
	週3回以上朝食を抜く	9.1	11.1	9.9
	毎日飲酒	49.2	45.0	49.4
	1日飲酒量（2～3合）	15.8	16.3	20.8
	1日飲酒量（3合以上）	3.2	5.0	4.7
	睡眠不足	19.5	22.3	20.9
	改善意欲なし	37.1	38.8	30.8
	保健指導利用しない	69.0	65.8	69.8
	咀嚼ほとんどかめない	0.8	1.5	0.6
	3食以外間食毎日	12.9	15.3	11.3

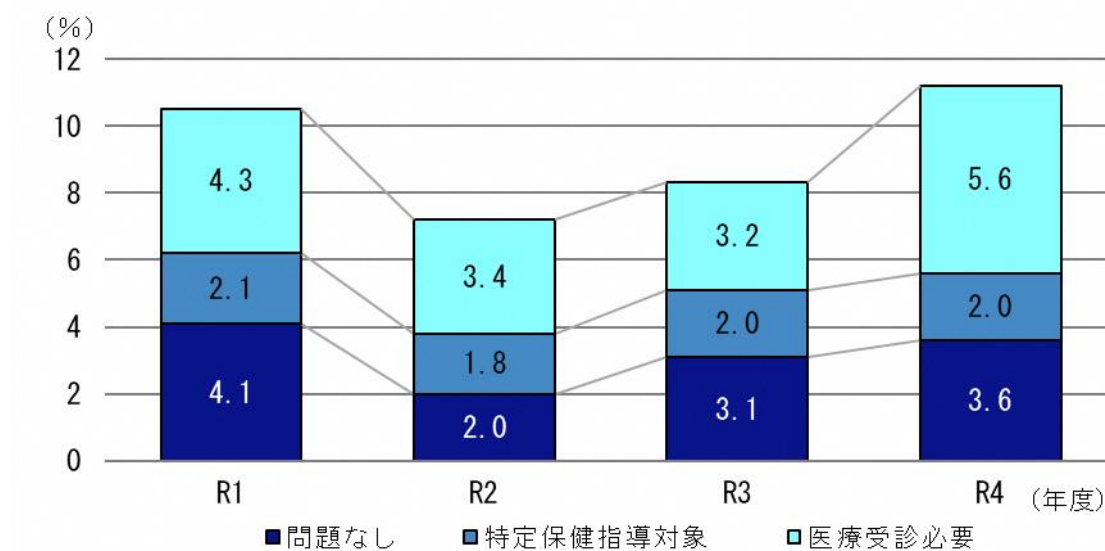
■ 女性	質問票項目	新潟県	同規模	湯沢町
	喫煙	4.9	5.6	7.1
	1回30分以上の運動習慣なし	65.1	67.6	60.4
	1日1時間以上運動なし	39.4	47.2	45.9
	歩行速度遅い	50.8	56.6	45.9
	食べる速度が速い	22.4	23.7	29.0
	週3回以上就寝前夕食	9.6	11.6	12.7
	週3回以上朝食を抜く	5.4	6.3	8.9
	毎日飲酒	13.0	9.8	21.0
	1日飲酒量（2～3合）	2.0	2.8	3.0
	1日飲酒量（3合以上）	0.4	0.7	0.3
	睡眠不足	22.0	26.0	20.4
	改善意欲なし	29.4	27.7	30.5
	保健指導利用しない	66.1	61.4	67.5
	咀嚼ほとんどかめない	0.3	0.5	0.3
	3食以外間食毎日	27.9	27.3	27.8

生活習慣を把握するための特定健診の質問票では、新潟県や同規模と比較すると食べる速度が速い、毎日飲酒、1日の飲酒量（2～3合）の割合が高くなっています。男性では1日の飲酒量（2～3合）、女性では喫煙、食べる速度が速い、就寝前の夕食、朝食を抜く、毎日飲酒の割合が新潟県や同規模よりも高くなっています。

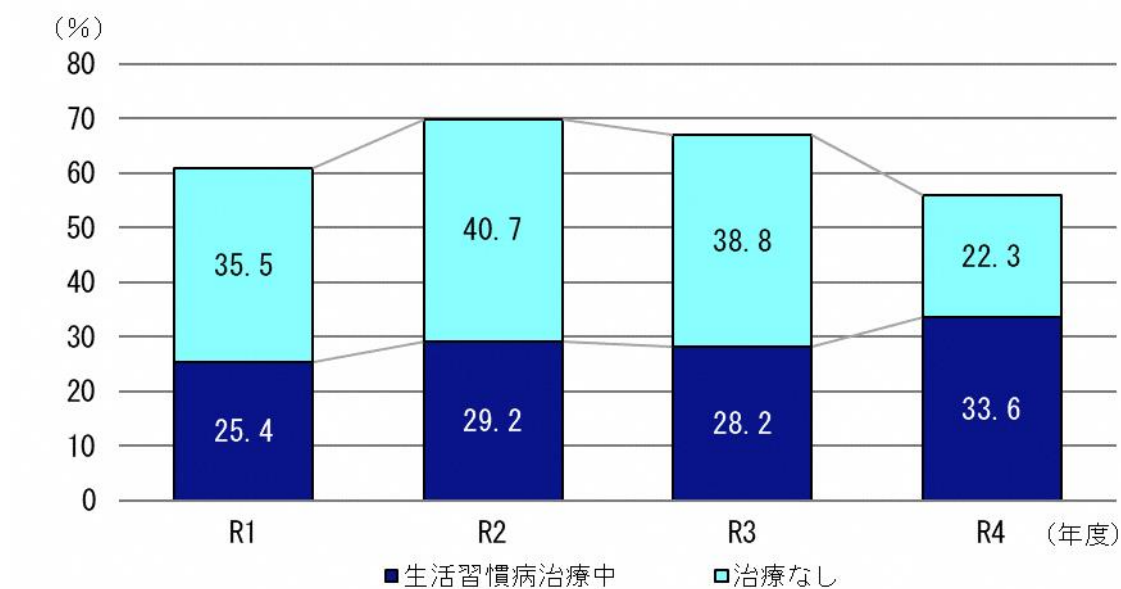
(3) 重症化予防

① 健診とレセプトの突合分析

健診受診者の生活習慣病未治療者割合と階層別の状況



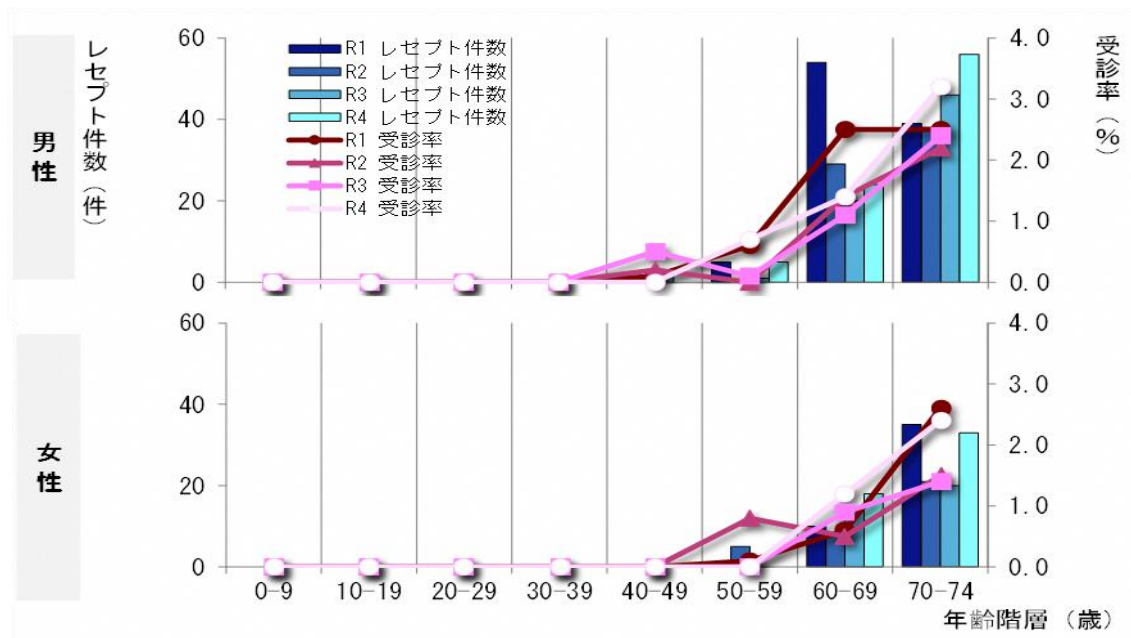
健診未受診者の生活習慣病治療者割合



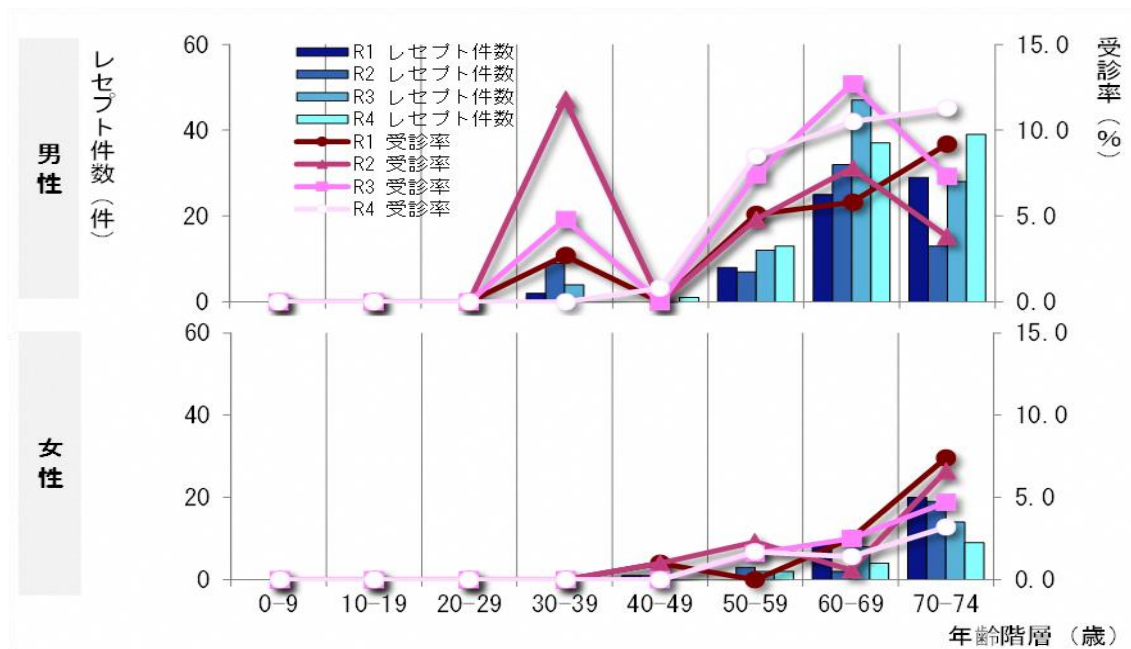
健診未受診者のうち 3 割は生活習慣病治療中の者であり、その割合は年々増加傾向にあります。

② 重症化予防

脳血管疾患の発生状況（受診率、性・年齢別）



虚血性心疾患の発生状況（受診率、性・年齢別）



脳血管疾患、虚血性心疾患の発生状況は、年齢とともに件数、受診率が高くなっています。

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 46 ※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	1
			受診判定値未満	1
		健診未受診		44

■ 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)

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 109 ※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	2
			受診判定値未満	1
		健診未受診		106

■ 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)

令和3年度中に服薬処方があり令和4年度に服薬処方の実績のない投薬中断者は、糖尿病で46人、高血圧症で109人います。重症化や合併症等への注意が必要です。

生活習慣病の治療放置者の状況

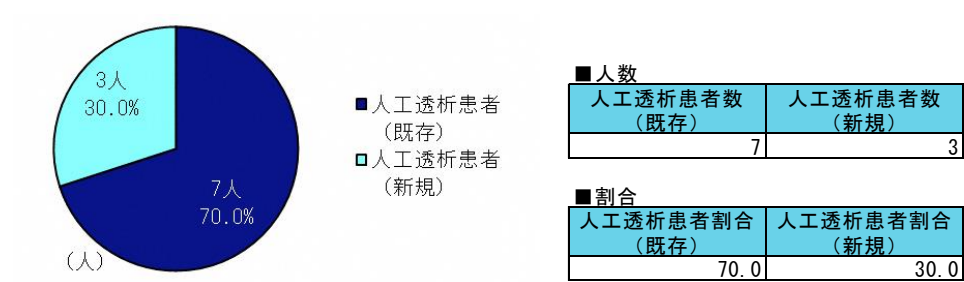
■ 健診異常値放置者の階層別人数 (人)

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	2	1	0	3
	高血圧症	16	5	4	25
	脂質異常症	34	18	4	56
2	糖尿病＋高血圧症	1	0	1	2
	糖尿病＋脂質異常症	1	0	1	2
	高血圧症＋脂質異常症	7	4	4	15
3	糖尿病＋高血圧症＋脂質異常症	0	1	0	1
合計		61	29	14	104

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。

令和 4 年度の特定健診受診者のうち、リスク項目が受診勧奨判定値以上で生活習慣病での医療未受診者は 104 人でした。そのうちの 43 人は要治療レベル以上となっています。

人工透析患者数



令和 4 年度の人工透析患者数を KDB で見ると、10 人の人工透析患者のうち 3 人が新規となっています。

生活習慣病対象者のうち糖尿病合併症である糖尿病性腎症の割合

	R1	R2	R3	R4
男性	6.2%	5.7%	5.6%	5.2%
女性	1.4%	2.3%	2.4%	2.1%
計	4.0%	4.1%	4.1%	3.7%

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

CKD重症度分類				尿蛋白 区分			合計
				A1	A2	A3	
				正常 【－】	軽度蛋白尿 【±】	高度蛋白尿 【＋～】	
e G F R 区 分	G1	正常	90以上	32 (30)	8 (8)	2 (2)	42 (40)
	G2	正常または軽度低下	60～90未満	397 (393)	82 (77)	26 (22)	505 (492)
	G3a	軽度～中等低下	45～60未満	149 (138)	50 (44)	16 (8)	215 (190)
	G3b	中等度～高低下	30～45未満	10 (6)	6 (4)	2 (0)	18 (10)
	G4	高度低下	15～30未満	2 (0)	1 (0)	1 (0)	4 (0)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計				590 (567)	147 (133)	47 (32)	784 (732)

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

令和4年度の健診結果によるCKDマップでは、CKD重症度分類のG3a～G5の赤色部分において（）内に記載の未受診者が12人います。

5 計画全体の目標

(1) 健康課題等まとめ

標準化死亡比では、男女ともに脳血管疾患の割合が高くなっています。新規要介護認定審査時の原因疾患においても要介護3以上は、脳血管疾患の占める割合が高くなっています。

疾病別医療費では、入院ではがんに次いで高血圧や脳梗塞の医療費が高く、外来ではがんに次いで糖尿病や腎不全が高くなっています。腎不全の一人当たり医療費は県内でも上位にあり、人工透析患者は基礎疾患として高血圧や糖尿病を有しています。

健診結果の有所見者割合では、動脈硬化につながる血糖やLDL、血圧、eGFRが新潟県と比較して高くなっています。また、男性では1日の飲酒量2〜3合、女性では喫煙、食べる速度が速い、就寝前の夕食、朝食を抜く、毎日飲酒の割合が新潟県と比較して多い状況であり、これらの生活習慣は高血圧、高血糖、脂質異常等を引き起こし、脳血管疾患や心疾患の発症につながる恐れがあります。

脳血管疾患の発症や人工透析への移行を減少させるため、特定健診の受診率向上を図るとともに、早期の医療受診、血糖や血圧のコントロール、治療の継続へとつながる保健指導を行っていく必要があります。また、生活習慣病の発症・重症化予防のためには、喫煙や飲酒、運動習慣、食習慣などの生活習慣改善を後押しする取り組みを強化していく必要があります。

(2) 計画全体の目標

保健事業の実践にあたっては、高額な医療費がかかっている循環器疾患と内分泌疾患、腎疾患に絞り込み、脳血管疾患、糖尿病性腎症の発症と重症化予防を大目標に掲げ、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通リスクとなる高血圧、糖尿病、慢性腎臓病、メタボリックシンドローム等の減少を中長期的な目標とします。

健診結果では、動脈硬化につながる血糖やLDL、血圧の有所見割合が高く、これらは日々の生活習慣が大きく関与していることから、特定健診受診率、特定保健指導実施率、血圧・血糖の受診勧奨判定者の医療機関受診率の増加、高血圧・糖尿病治療中断者の減少、減塩や食習慣、禁煙や適正飲酒を含めた生活習慣の改善を短期的な目標とします。

目的(命題・基本理念)	◇健康寿命の延伸 ◇医療費の適正化	
大目標	脳血管疾患の発症と重症化を予防する	腎不全による疾病負荷を軽減する
中長期的目標	・ 高血圧の受診勧奨判定者割合の減少 ・ メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少 ・ 介護認定者の脳血管疾患有病率の減少	・ 糖尿病の受診勧奨判定者割合の減少 ・ 新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの CKD フローチャートで受診勧奨判定値となる人の割合の減少
短期的目標	・ 特定健診実施率の増加 ・ 特定保健指導実施率の増加 ・ 高血圧の受診勧奨判定値の人の医療機関受診率の増加 ・ 高血圧症の治療中断者の減少 ・ 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	・ 糖尿病の受診勧奨判定値の人の医療機関受診率の増加 ・ 高血圧の受診勧奨判定値の人の医療機関受診率の増加 ・ 糖尿病の治療中断者の減少 ・ 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加

6 課題に対応した保健事業の立案

(1) 各保健事業の内容と目的

湯沢町の課題となっている脳血管疾患の発症、人工透析への移行を減少させるため、特定健診を受診して自らの健康状態を理解し、生活習慣等の改善を促すための取り組みを推進します。また、要医療判定者や治療中断者等に対して、医療への受診が必要な場合には適切な治療につながるよう受診勧奨を行い重症化予防に努めます。

保健事業	事業目的 (目標)	対象者	事業概要
① 特定健康診査受診率向上事業	自分の健康状態を把握し、適切な生活習慣を実践するために特定健診を受診する	40～74歳の被保険者	・広報や全世帯配布の健康カレンダーで健診の内容や意義について啓発を行い、対象者の健康意識に合わせた個別の健診通知（案内ハガキ）により特定健診を案内し、返信ハガキで健診未受診の理由を把握する。 ・定期受療中で健診未受診の方に対しては、湯沢病院と連携して診療情報提供事業の利用案内を行う。 ・当該年度健診未受診者のうち、40～50歳代及び不定期受診者には、再度受診勧奨（2回目の案内ハガキの発行）を行う。 ・健診未受診の理由を分析し、未受診者の健康意識の向上と特定健診の実施率向上対策を関係者で話し合う。
② 特定保健指導実施率向上事業	保健指導判定値となった被保険者が適切な生活習慣を実践し、生活習慣病を予防するために特定保健指導を利用する	特定健診を受診した被保険者	・指導教材や記録様式を関係者間で確認し、初回指導分割実施方式により初回面接の実施率を向上させる。 ・対象者に応じた保健指導を行い、適切な生活改善の行動目標・計画が立てられるよう支援し、健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う。 ・人間ドックや施設検診を委託している健診機関に特定保健指導を委託する。 ・特定保健指導台帳を作成し、進捗管理を行う。

保健事業	事業目的 (目標)	対象者	事業概要
③ 特定健康診査結果説明会事業	生活習慣病に関する自身の検査結果を理解し、セルフケアを実践し、毎年特定健康診査を受診する	特定健診を受診した被保険者	・健診結果に基づき生活習慣病の発症リスクを軽減できるよう保健師が過去の保健指導歴や受療状況等を鑑み、指導対象者を選定し、訪問や面談等で保健指導を行う。 ・対象者の抽出基準は湯沢病院医師と事前に協議し、「保健指導対象者判定表」を作成する。 ・病態別教室の教室欠席者を対象に、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り生活習慣を改善するための行動目標を設定し、それを実践することで、自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるように管理栄養士等が個別栄養指導を行う。
④ 生活習慣病予防教育	生活習慣病予防に関する必要な知識を獲得し、生活習慣病予防に自ら積極的に取り組む	特定健診を受診した被保険者	・健診結果で血糖保健指導判定者に糖負荷検査と健康教育を行うことにより、自身の体の状態を理解し、血糖値を悪化させないための生活習慣改善に取り組み糖尿病の発症及び重症化予防ができるよう支援する。 ・推定食塩摂取量 10g 以上の対象者に健康教育を行うことにより、自身の体の状態や塩分の摂り過ぎによる影響を理解し、高血圧予防のための生活習慣改善に取り組み、高血圧や動脈硬化、脳卒中や慢性腎臓病の発症予防ができるよう支援する。 ・減塩を普及するため、巡回健診会場に栄養士や食推のコーナーを設け、媒体の展示やリーフレットを配布し知識普及を行う。
⑤ 生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨）	生活習慣病の重症化を予防するため、早期に医療機関を受診する	特定健診を受診した被保険者	・健診結果に基づき、検査値が要医療域となった者のうち、定期受診していない者に、診療依頼書を発行し、受診勧奨及び保健指導を行い医療機関に繋げる。 ・レセプト情報を確認し、未受診者には再度受診勧奨を行う。

保健事業	事業目的 (目標)	対象者	事業概要
⑤ 生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨）	生活習慣病の重症化を予防するため、早期に医療機関を受診する	特定健診を受診した被保険者	・要医療判定者のうち生活習慣病が重症化しやすい高リスク者を対象に、管理栄養士が食事記録等を用いて生活背景や食事内容を細かくヒアリングし、生活習慣の見直し・改善に向けた行動計画立案のサポートを行い、合わせて医療機関に繋げる受診勧奨も行う。 ・HbA1c 8 %以上者のうち、湯沢病院を受療中の者に対しては、病院管理栄養士と連携しながら血糖コントロール状態が改善するよう食生活等の個別栄養指導を行う。
⑥ 生活習慣病重症化予防事業（治療中断者へ向けた事業）	生活習慣病の重症化や合併症の発症・再発を防止するため、医療機関受診を継続し、適切な自己管理を行う	糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者	・KDB システムから糖尿病性腎症重症化予防対象者を抽出し、健診受診状況やレセプト情報を確認し、健診未受診者のうち過去のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者を対象に、受診勧奨を行う。 ・食事記録等から生活リズムや生活行動、食事内容を確認し、適切な保健・栄養指導を行う。

（２）各保健事業の実施計画と評価指標・目標の設定

事業名	アウトカム評価（成果）	アウトプット評価（保健事業の実施状況・実施量）
特定健康診査受診率向上事業	受診率 60% 前年度比 1 割増加	個別案内実施回数 1 回 広報掲載回数 2 回 受診勧奨実施回数 1 回 受診勧奨者の受診率 30%
特定保健指導実施率向上事業	指導実施率 70% 特定保健指導該当者の割合 12% 以下	初回面接実施率 100% 積極的支援脱落率 40% 以下 動機づけ支援脱落率 10% 以下
特定健康診査結果説明会事業	週 3 回以上朝食を抜く 8.5% 以下 飲酒の頻度毎日 32% 以下 1 日飲酒量 3 合以上 2.3% 以下 推定食塩摂取量 10g 以下 50% 以上	広報誌への掲載回数(1 回) 保健指導実施率 90% 以上

事業名	アウトカム評価（成果）	アウトプット評価（保健事業の実施状況・実施量）
生活習慣病予防教育	週 3 回以上朝食を抜く 8.5% 以下 飲酒の頻度毎日 32%以下 1 日飲酒量 3 合以上 2.3%以下 推定食塩摂取量 10g 以下 50% 以上	広報誌への掲載回数(1 回) 糖尿病教室実施回数 4 回 高血圧教室実施回数 3 回 健康教育の案内通知実施率 100% 糖尿病教室参加率 60%以上 高血圧教室参加率 20%以上
生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨）	受診勧奨者における医療機関受診者の割合 40%以上 未受診者糖尿病判定者割合 10%以下 未受診者高血圧判定者割合 45%以下	広報誌への掲載回数(1 回) 受診勧奨実施率 50%以上 再勧奨実施率 60%以上
生活習慣病重症化予防事業（治療中断者へ向けた事業）	介入対象者が医療機関受診した人の割合 30%以上 糖尿病性腎症の割合 10%以下 人工透析者の割合 0.4%以下 脳血管疾患の割合 2.5%以下	広報誌への掲載回数(1 回) 介入対象者数、介入率(70%以上)

（３）保健事業の実施体制

健康づくり施策の基本計画である「湯沢町ファミリー健康プラン」、「老人福祉計画」、「第 9 期介護保険事業計画」、「第 4 期障がい者計画」、「第 7 期障がい福祉計画」、「第 3 期障がい児福祉計画」等との整合性を図りながら、「国保ヘルスアップ事業」、「健康増進事業」、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業」等に取り組むため、引き続き関係部署で連携し各種事業を実施します。また、医療機関をはじめ各関係機関との連携を深めることで、広く町民の健康づくりの推進を図ります。

7 第4期特定健康診査等実施計画

高齢化の進行に伴い、後期高齢者人口や認知症高齢者の増加が予測されるなか、自立した生活を維持しながら、健康寿命の延伸を図っていくためには、高齢期を迎える前から生活習慣病等の重症化を予防する取り組みと生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施する必要があります。KDB や健康管理システム等を活用し、若い世代から高齢期までの健診・医療・介護・福祉データを一体的に分析することで効率的・効果的な保健事業を展開し、疾病予防、介護予防、重症化防止につなげていきます。

(1) 目標

各種保健事業により、特定健診実施率及び特定保健指導実施率の向上を図り、国の目標値である 60%の実施率を目標とします。

(2) 対象者

① 特定健診

当該年度末時点で 40～74 歳の被保険者で、一年間を通じて加入している者のうち、除外規定の対象者（海外在住、長期入院等）を除いた者。

② 特定保健指導

特定健診の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が特定保健指導の対象となります。追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援か積極的支援の対象となるかが異なります。なお、糖尿病、高血圧症または脂質異常症に係る薬剤を服用している者は、医師の指示のもと医学的指導がなされているため対象から除外します。

【特定保健指導の対象者】

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当		積極的 支援	動機づけ 支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI≧25	3つ該当		積極的 支援	動機づけ 支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

【各年度の対象者数の推移、受診率目標】

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定健診対象者数	1,597	1,562	1,527	1,493	1,459	1,427
特定健診受診率						60%
特定保健指導対象者数	75	74	72	70	69	67
（積極的支援）	17	17	16	16	15	15
（動機づけ支援）	75	74	72	70	69	67
特定保健指導実施率						60%

（３）実施方法

①特定健診

（ア）実施方法

- ・ 集団検診
- ・ 施設健診
- ・ 人間ドック
- ・ みなし健診（診療情報提供事業）

（イ）周知、案内、申し込みの方法

- ・ 周知方法 健康カレンダー、広報ゆざわ、町ホームページ等
- ・ 健診案内 人間ドック申込者以外には案内はがきを個別に郵送
- ・ 申し込み 各自が電話で申し込みを行う（受付専用電話を設置）
- ・ 受診券発送 予約日の約１か月前に健診実施通知書とともに郵送

(ウ) 実施項目

問診表	服薬歴、既往歴、喫煙など	○		空腹時血糖または随時血糖	○
計測	身長	○	代謝系	ヘモグロビンA1c	○
	体重	○		尿糖	○
	BMI	○	尿・腎機能	尿蛋白	○
	腹囲	○		尿潜血	▲
診察	理学的所見（身体診察）	○		血清クレアチニン	●▲
血圧	収縮期／拡張期	○	血液一般	血色素量	●▲
脂質	中性脂肪	○		赤血球数	●▲
	HDLコレステロール	○		ヘマトクリット値	●▲
	LDLコレステロール	○	心機能	心電図検査	●△
	総コレステロール	○	眼底検査	眼底検査	●△
肝機能	AST（GOT）	○	○：必須項目（法定） ▲：独自項目（法定外） ●：医師の判断に基づき選択的に実施する項目 △：希望者に対して実施する項目 ※ 空腹時血糖または随時血糖とHbA1cは、いずれか一方のみ報告の取り扱いとなる		
	ALT（GPT）	○			
	γ-GT（γ-GTP）	○			

(エ) 実施形態

健診は、特定健診実施機関に委託します。

契約形態は、新潟県健康づくり財団が取りまとめる集合契約に参加します。集合契約では費用決済の代行機関は新潟県国民健康保険団体連合会となります。

(オ) 実施場所及び時期

健診の種類		実施場所	実施期間
集団検診	委託先の健診機関が公民館など町内各所の施設で行う健診	町内の公民館等	5月～7月 未受診者健診は 9月～10月
施設健診	委託先の健診機関の施設で日時を指定して行う健診	湯沢病院 健康増進施設	6月～翌年1月
人間ドック	委託先の健診機関の施設で日時を指定して行う人間ドック	県内各健診機関	4月～翌年3月
みなし健診	医療機関での診察時の検査結果を提出し特定健診とみなす	湯沢病院（A契約） 県内医療機関	4月～翌年3月

(カ) 外部委託者の選定にあたっての考え方

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関、または新潟県健診保健指導支援協議会が認定する事業者の中から適切な委託先を選定します。

② 特定保健指導

(ア) 実施期間

通年（特定健診終了後、初回面接から3か月または6か月までの間）

(イ) 周知、案内の方法

- ・健診当日、暫定特定保健指導対象者に案内
- ・健診結果から該当者に特定保健指導利用券を発行

(ウ) 実施内容

実施内容は、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」及び「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」に記載されている内容に準拠します。

(エ) 実施形態

- ・巡回健診受診者は、町の保健師、管理栄養士が実施
- ・施設健診受診者は、町委託機関（湯沢病院）の管理栄養士が実施
- ・人間ドック受診者は、委託健診機関の保健師、管理栄養士等が実施

(オ) 実施場所

保健指導対象者が指定した場所

(4) その他

特定健診、特定保健指導の結果データのチェック及び保存、費用請求の審査・支払・決済などにかかわる事務については、新潟県国民健康保険団体連合会に委託します。

事業者健診や人間ドックなどの特定健診に関する項目が含まれる健診を別に受診した特定健診対象者については、湯沢町国保の特定健診を受診する必要はありません。ただし、特定健診結果から特定保健指導が必要とされた者に対する指導は湯沢町国保で行う必要があるため、事業主または受診者本人からの健診データ提出に努めます。

8 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）及び湯沢町個人情報保護法施行条例等）の規定に基づいて実施します。

9 留意事項

本計画内で使用しているデータについて、表やグラフ、それらの説明に記載のないものは、町の保有する医療給付データ、特定健診データ等を各種システム（KDB システム、国保総合システム、特定健診等データ管理システム）により集計したものです。