

阿賀町国民健康保険

第3期 保健事業実施計画（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3月

阿 賀 町

第3期阿賀町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）
第4期阿賀町特定健康診査等実施計画
目 次

第 1 章 阿賀町の現状と課題

1. 地域の現状と分析

（1）阿賀町の基本情報

①人口の推移	1
②被保険者数の推移	1
③平均余命と平均自立期間	2
④主要な死亡要因と標準化死亡比	2

（2）阿賀町の医療の状況

①阿賀町の医療環境	4
②入院・外来医療費の状況	5
③1人当たり医療費の状況	5
④疾病別にみた医療の状況	5

（3）阿賀町の特定健診・特定保健指導の状況

①特定健診の状況	10
②特定保健指導の状況	19

（4）阿賀町の介護保険の状況

①要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移	20
②新規介護保険申請者の主要疾患	20
③要介護認定者の医療費	22
④要介護（支援）認定者の有病状況	22
⑤2号認定者の状況	22

2. 阿賀町の健康課題

（1）阿賀町の現状の整理	23
（2）健康課題の整理と取り組みの方向性	24

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項	
(1) 背景	25
(2) データヘルス計画の位置づけ	25
(3) 計画期間	27
(4) 実施体制・関係機関との連携	27
2. 第2期データヘルス計画の取り組みと評価	
(1) 取組内容	28
(2) 評価方法	29
(3) 計画全体の評価	29
① 中長期目標	30
② 短期目標	32
③ 個別保健事業	34
3. 第3期計画の目的と目標	
(1) 基本理念と目的・目標	38
(2) 目標の評価指標と目指す方向性	39
① 中期的な目標	39
② 短期的な目標	40
4. 保健事業の実施内容	41
5. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価及び見直し	
(1) 評価時期	44
(2) 評価体制	44
6. 計画の公表・周知	44
7. 個人情報の保護	44
8. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	
(1) 地域包括ケアに係る取り組み	44
(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、後期高齢者医療広域連合との連携	44

1. 計画策定にあたって	
(1) 背景	45
(2) 目的	45
(3) 計画の位置づけ	45
(4) 計画の期間	45
(5) 計画の策定体制	46
(6) 計画の公表・周知	46
2. 第 3 期特定健康診査等実施計画の実施状況及び評価	
(1) 特定健康診査の実施率の状況	47
(2) 特定保健指導の実施率の状況	48
(3) 事業成果に関する分析	49
① 特定保健指導対象者の割合・減少率	49
② 健診項目別有所見者の状況	49
3. 第 4 期特定健康診査等実施計画の目標値及び対象者	
(1) 目標値	52
(2) 計画の対象者	52
① 特定健康診査	52
② 特定保健指導	53
4. 第 4 期計画期間における特定健康診査・特定保健指導の実施方法・体制	
(1) 特定健康診査の実施方法	54
(2) 特定保健指導の実施方法	56
(3) 代行機関	58
5. 個人情報の保護	59
6. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
(1) 評価時期	59
(2) 評価方法	59
(3) 計画の修正	59
7. 円滑な実施の確保について	
(1) 特定健康診査受診率向上のための取組	59
(2) 特定保健指導実施率向上のための取組	60
(3) 医療機関との連携	60
(4) 他の健診受診者からのデータ受領	60

第 1 章

阿賀町の現状と課題

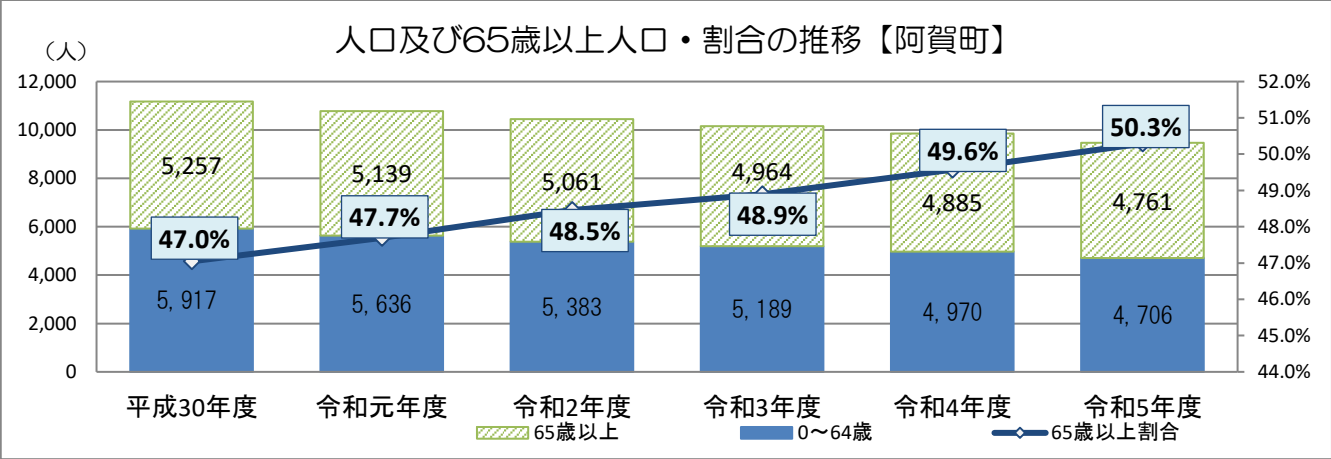
第1章 阿賀町の現状と課題

1. 地域の現状と分析

(1) 阿賀町の基本情報

①人口の推移

阿賀町の人口は、過去5年間で平均して年間約3%ずつ減少しており、特に0～64歳の人口減少が顕著です。これに伴い高齢化率（65歳以上人口割合）が上昇し、中でも75歳以上が全人口の約3割を占めています。このことから、今後も人口減少と高齢化の進行が見込まれます。

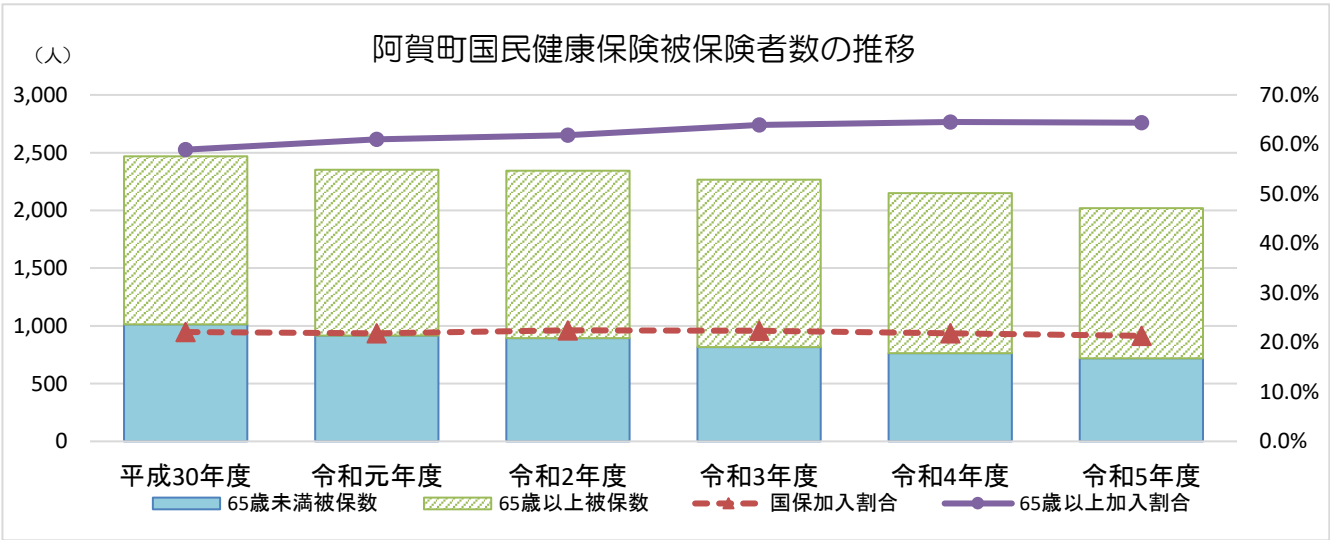


	総人口	0～64歳	65歳以上	65歳以上割合	対前年（65歳人口）
平成30年度	11,174	5,917	5,257	47.0%	
令和元年度	10,775	5,636	5,139	47.7%	-118
令和2年度	10,444	5,383	5,061	48.5%	-78
令和3年度	10,153	5,189	4,964	48.9%	-97
令和4年度	9,855	4,970	4,885	49.6%	-79
令和5年度	9,467	4,706	4,761	50.3%	-124

住民基本台帳（各年度9月末時点）

②被保険者数の推移

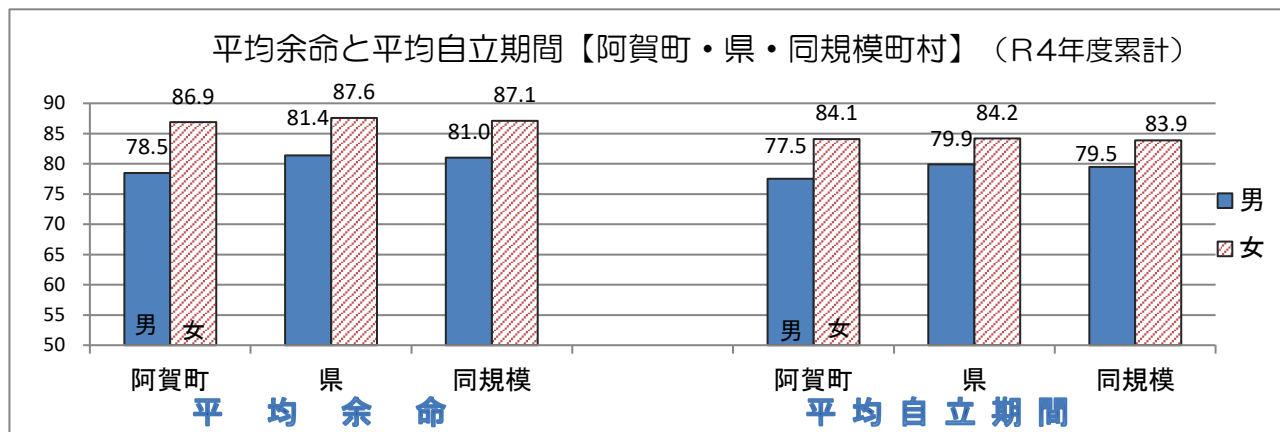
国民健康保険の被保険者数も人口の減少に伴い年々減少する一方、加入者に占める65歳以上の割合は60%を超えており、今後も上昇していくことが見込まれます。



阿賀町国民健康保険事業月報（各年度9月分）

③平均余命と平均自立期間

平均余命を男女別にみると、阿賀町の女性は男性よりも8歳ほど長くなっています。また、平均自立期間（日常生活に直接的な介護を要しない状態※1）は男性で77.5歳、女性が84.1歳であり、約1～3年間は日常生活に介護が必要な状況となっています。

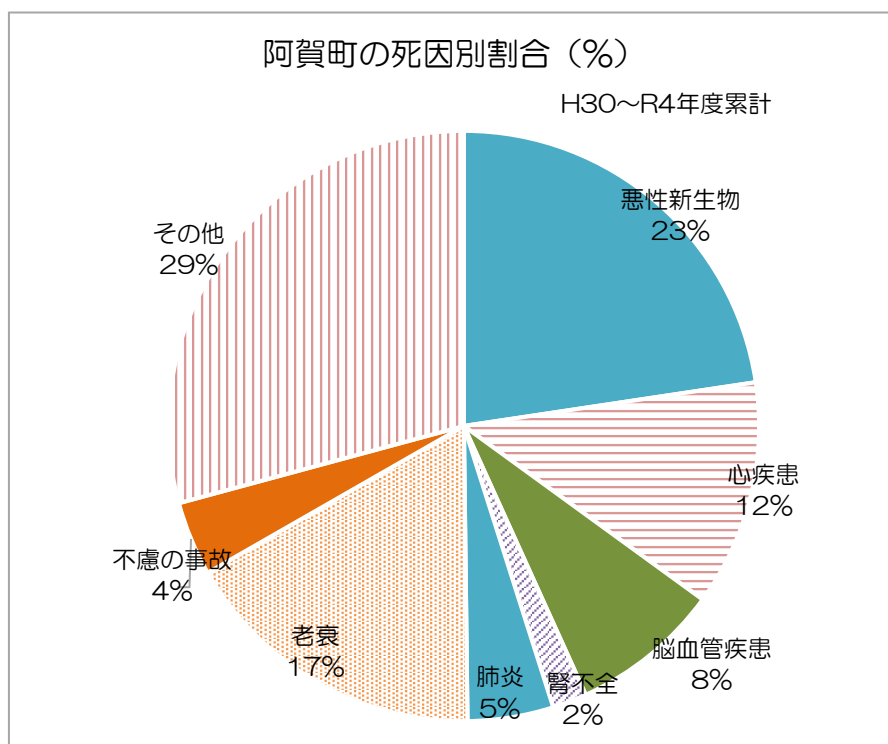


KDB帳票：地域の全体像の把握 令和4年度計累計

※1 KDBシステムにおける健康寿命の算出方法と「健康にいがた21(第2次)」における健康寿命の算出方法は異なる。

④主要な死亡要因と標準化死亡比

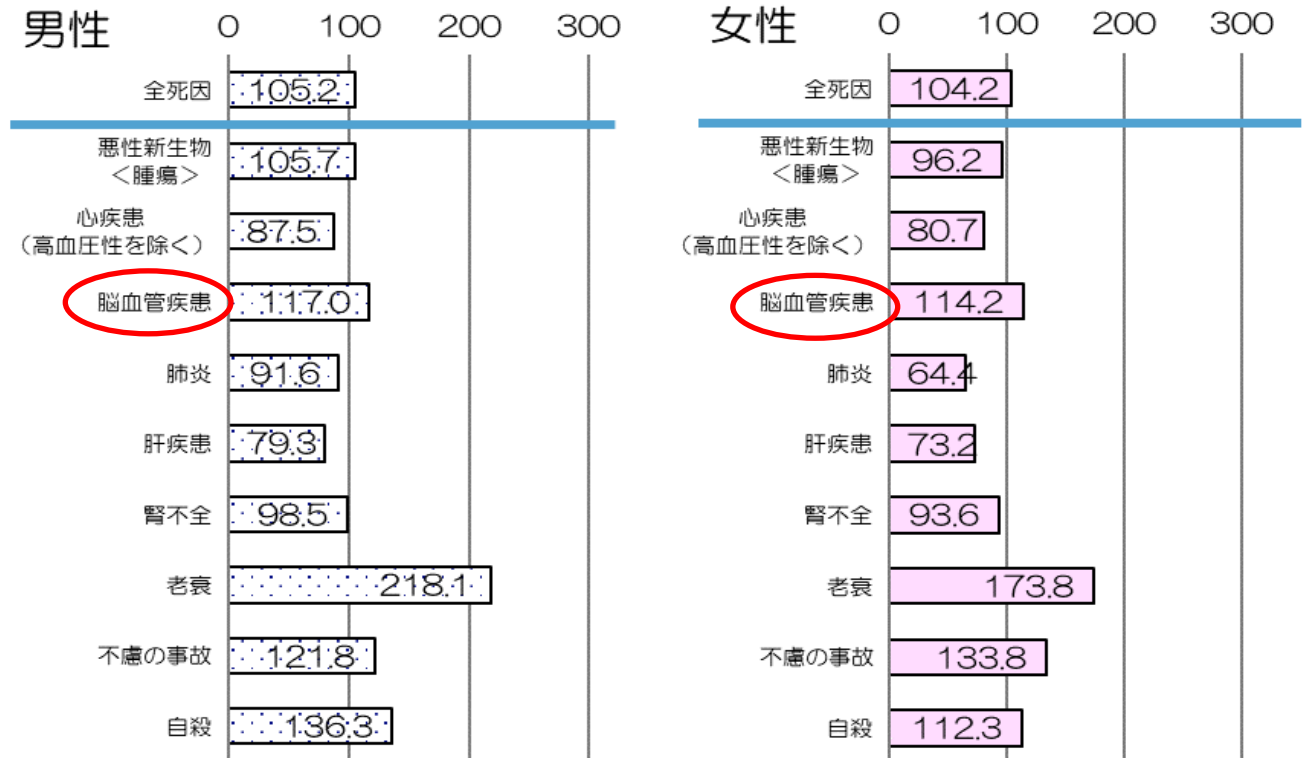
阿賀町の死因で最も多いのは悪性新生物で、全体の23%となっています。続いて、老衰、心疾患と脳血管疾患となっています。



H30年～R4年度新潟県福祉保健年報（1-17 死亡数、性・保健所・市町村・死因別）

つぎに、標準化死亡比をみると、全国平均よりも高い死因は、男性では老衰、自殺、不慮の事故で、疾患別にみると脳血管疾患、悪性新生物となっています。女性でも、老衰が最も高く、次いで不慮の事故となっています。疾患別では男性同様、脳血管疾患が最も高くなっています。

阿賀町の標準化死亡比



人口動態統計特殊報告「平成25～29年人口動態保健所・市区町村別統計」

(2) 阿賀町の医療の状況

①阿賀町の医療環境

阿賀町は県や同規模町村・国に比べて病院数・診療所数に大きな差はありませんが、病床数・医師数は低くなっています。

(人口千人対)

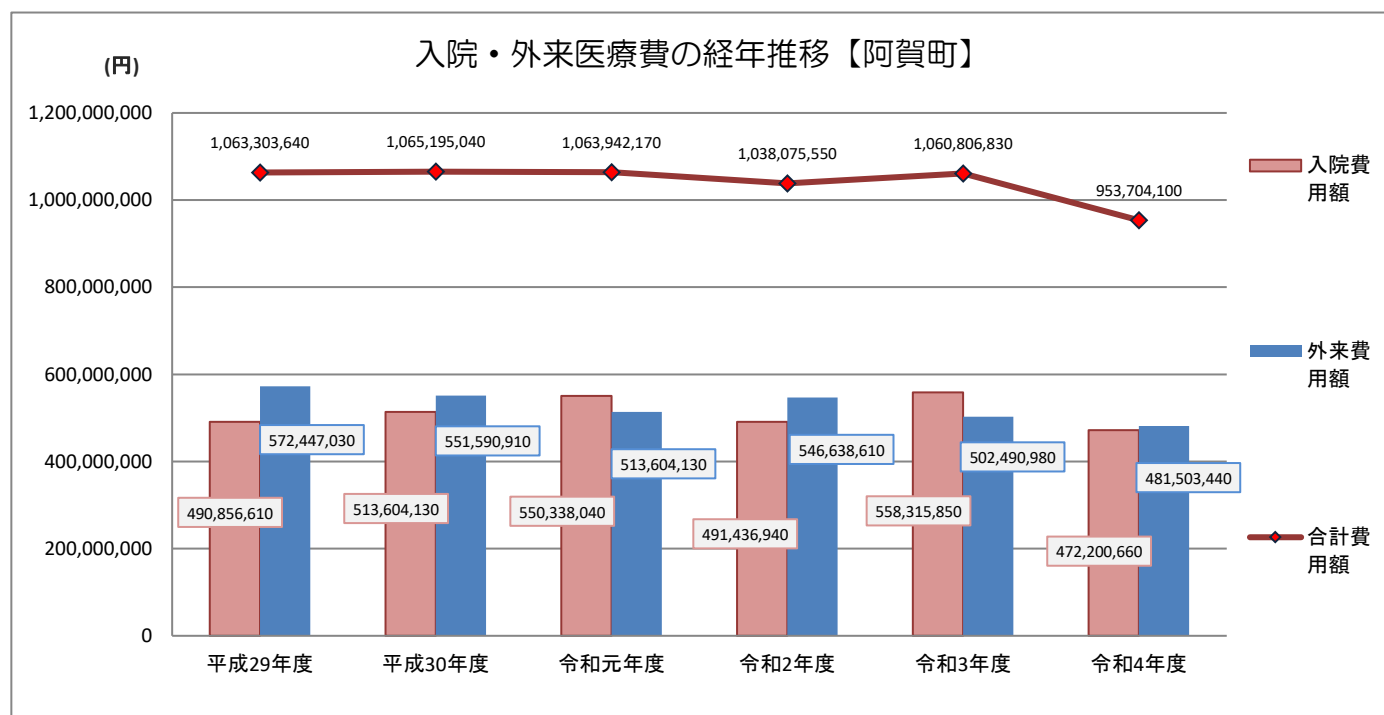
	阿賀町	県	同規模	国
病院数	0.5	0.3	0.3	0.3
診療所数	3.8	3.9	2.7	4.2
病床数	32.2	63.6	40.8	61.1
医師数	5.3	11.4	5.0	13.8

KDB帳票：地域の全体像の把握 令和4年度累計

②入院・外来医療費の状況

被保険者数の減少に伴い、総医療費も横ばい・減少傾向です。特に令和4年度は団塊の世代の後期高齢者医療への移行が始まった影響等で総医療費は減少しています。

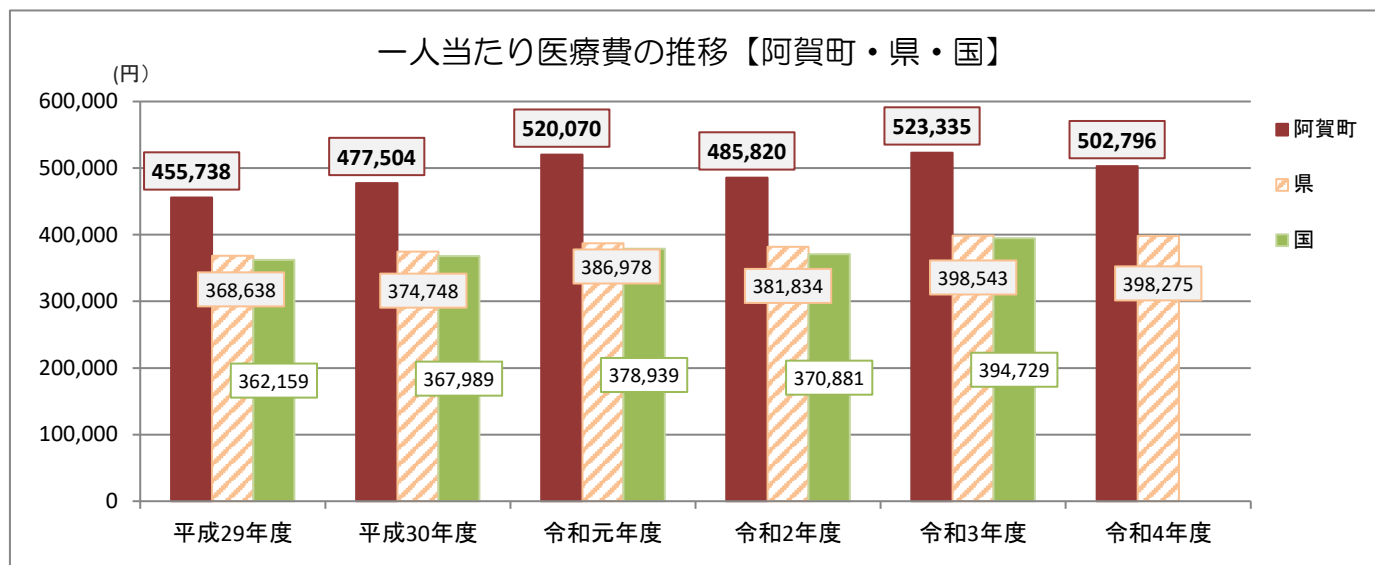
入院・外来それぞれの医療費に占める割合は、6年間を平均して入院医療費が48.5%、外来医療費が51.5%となっています。医療費の伸びが大きい令和元年度・令和3年度では、入院医療費が占める割合が50%を超えており、入院医療費の伸びが医療費全体を押し上げる傾向があると考えられます。



KDBシステム：疾病別医療費分析（細小（82）分類）

③1人当たり医療費の状況

阿賀町の1人当たり医療費は、国・県に比べると約10万円ほど高い状況が続いています。



各年度目で見える国保（R4年度のみ速報値）

④疾病別にみた医療の状況

◆医療費に占める疾病別の割合

細かな疾病別（細小分類）に医療費に占める割合が高いものの上位10疾患をみると、その半分近くが「生活習慣病」やその重症化が要因となる慢性腎不全や脳梗塞となっています。

また、令和元年度以降、上位2疾患は「統合失調症」「慢性腎臓病（透析あり）」が占めています。

【表：医療費に占める疾病別の割合】

阿賀町全体の医療費（入院+外来）の内訳（最小分類）・・・全体の医療費を100%として計算（%）

順位	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合
1位	統合失調症	7.7	統合失調症	6.3	統合失調症	7.0	慢性腎臓病（透析あり）	6.7	統合失調症	5.5
2位	高血圧症	4.8	慢性腎臓病（透析あり）	4.3	慢性腎臓病（透析あり）	4.7	統合失調症	4.8	慢性腎臓病（透析あり）	5.3
3位	糖尿病	4.1	高血圧症	4.2	高血圧症	4.7	糖尿病	4.3	高血圧症	4.4
4位	慢性腎臓病（透析あり）	4.0	糖尿病	4.1	糖尿病	4.5	高血圧症	4.3	糖尿病	4.4
5位	脂質異常症	2.7	関節疾患	2.9	関節疾患	3.2	関節症	3.2	パーキンソン病	3.1
6位	関節疾患	2.3	不整脈	2.6	不整脈	2.6	不整脈	2.6	うつ病	2.9
7位	不整脈	2.3	脂質異常症	2.5	肺がん	2.6	パーキンソン病	2.5	不整脈	2.7
8位	うつ病	2.1	脳梗塞	2.2	脂質異常症	2.3	脂質異常症	2.3	関節疾患	2.6
9位	パーキンソン病	2.0	うつ病	2.2	うつ病	2.2	うつ病	2.2	肺がん	2.4
10位	肺がん	1.8	胃潰瘍	1.8	骨折	1.9	脳梗塞	2.0	脳梗塞	2.2

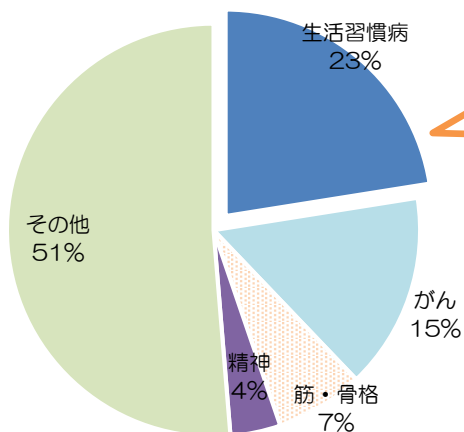
KDB帳票：医療費分析(2)大、中、小分類（入院+外来(%)）

◆医療費に占める生活習慣病の状況

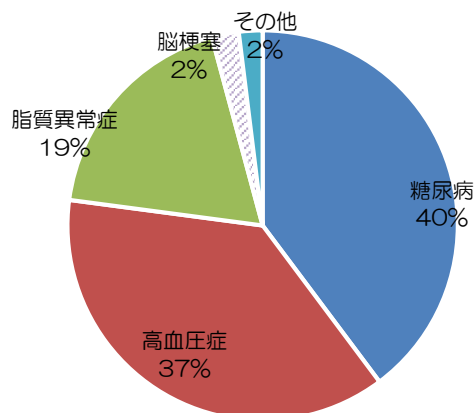
医療費の内訳をみると、外来では全体の約23%を「生活習慣病」が占めています。さらに「生活習慣病」の医療費の内訳をみると、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」で96%を占めています。

入院医療費では、「生活習慣病」は全体の5%で、その内訳の84%は「脳梗塞」によるものです。

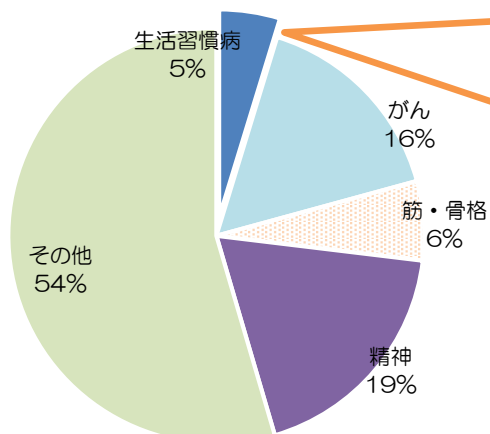
疾病別医療費割合【阿賀町・外来】



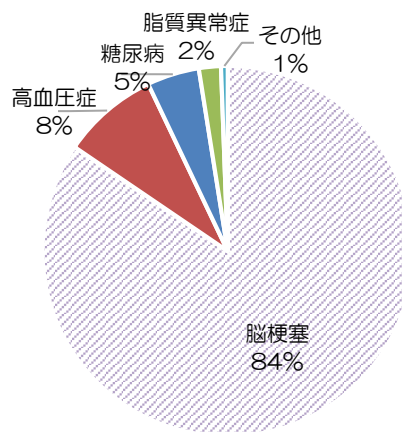
生活習慣病医療費の内訳



疾病別医療費割合【阿賀町・入院】



生活習慣病医療費の内訳



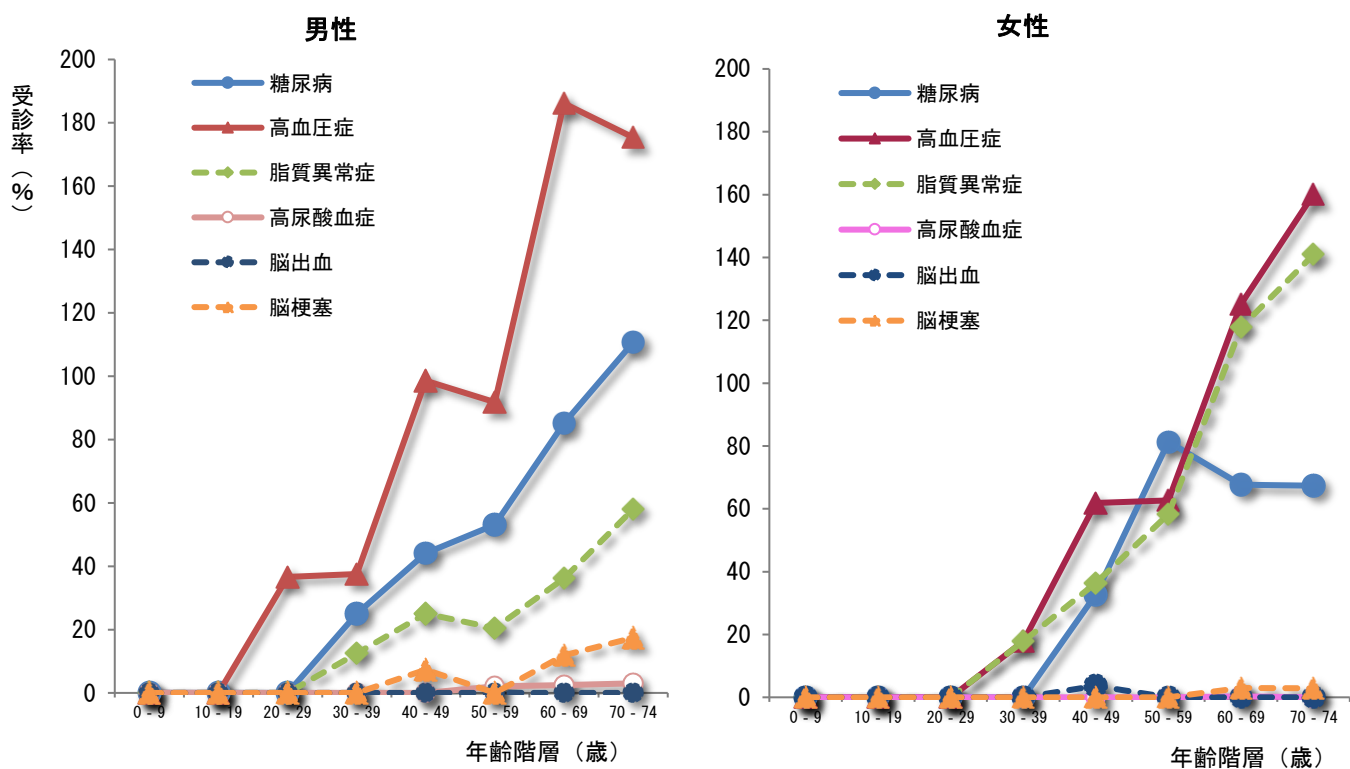
KDBシステム：疾病別医療費分析（生活習慣病）

◆生活習慣病の受診率

生活習慣病の受診率を性・年齢階級別にみると、男女とも「高血圧症」の受診率が最も高く、年代別では、男女とも30歳代から40歳代にかけてと50歳代から60歳代にかけて急激に受診率が上昇します。

2番目に受診率が高い疾患は、男性では全年代で「糖尿病」となっていますが、女性では「脂質異常症」となっています。また、これらの生活習慣病の重症化が引き起こす「脳梗塞」をみると、60歳以降の男性で受診率が他の年代に比べ上昇しています。

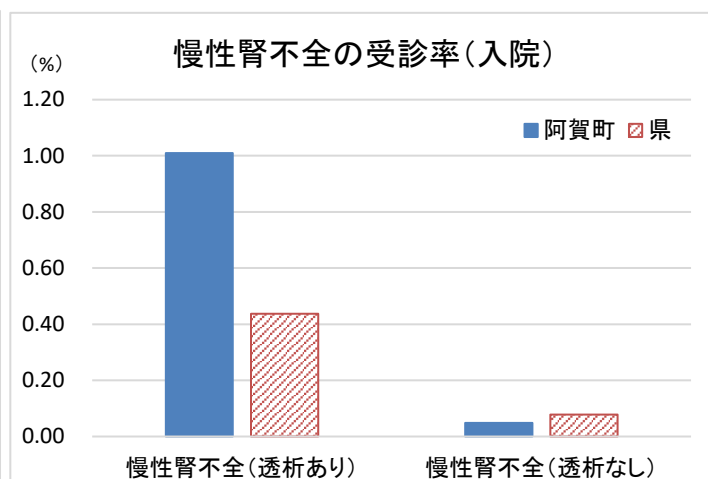
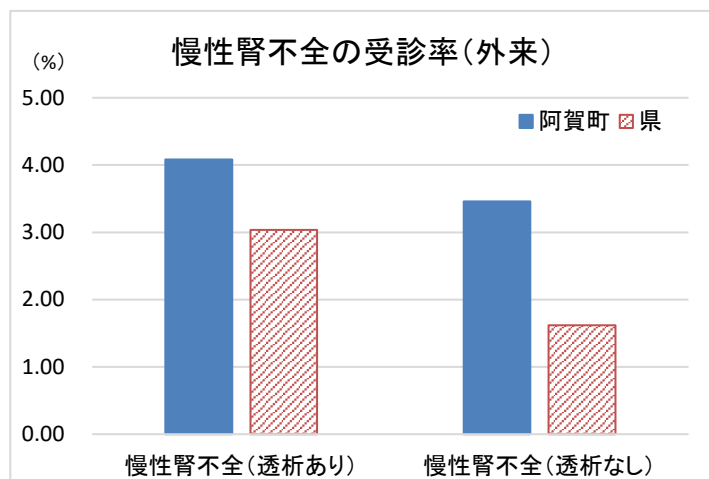
生活習慣病の性・年代別受診率



KDB帳票：疾病別医療費分析（生活習慣病）

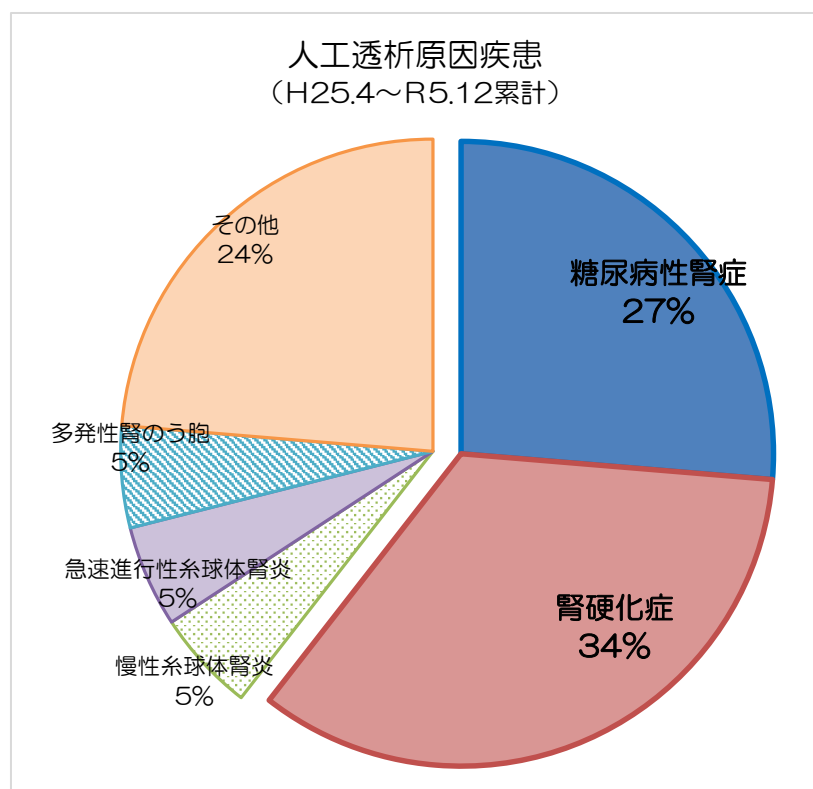
◆腎不全及び人工透析の状況

慢性腎不全の受診率は、外来・入院とも県に比べて高くなっています。特に外来では、「透析あり」「透析なし」とともに県に比べ約1.3～2倍程度高くなっています。入院では「透析あり」が県に比べて2.2倍高くなっています。



KDB帳票：疾病別医療費分析（細小（82）分類）

人工透析に至る原因疾患をみると糖尿病の重症化が招く「糖尿病性腎症」と高血圧症が影響する「腎硬化症」の2つの疾患が全体の約6割を占めています。また、人工透析開始の平均年齢は71.6歳で、「糖尿病性腎症」と「腎硬化症」を比較すると「糖尿病性腎症」の方が4.6歳早く透析に至っています。



人工透析開始年齢

平均 71.6 歳

糖尿病性腎症の場合

平均 68.8 歳

腎硬化症の場合

平均 73.5 歳

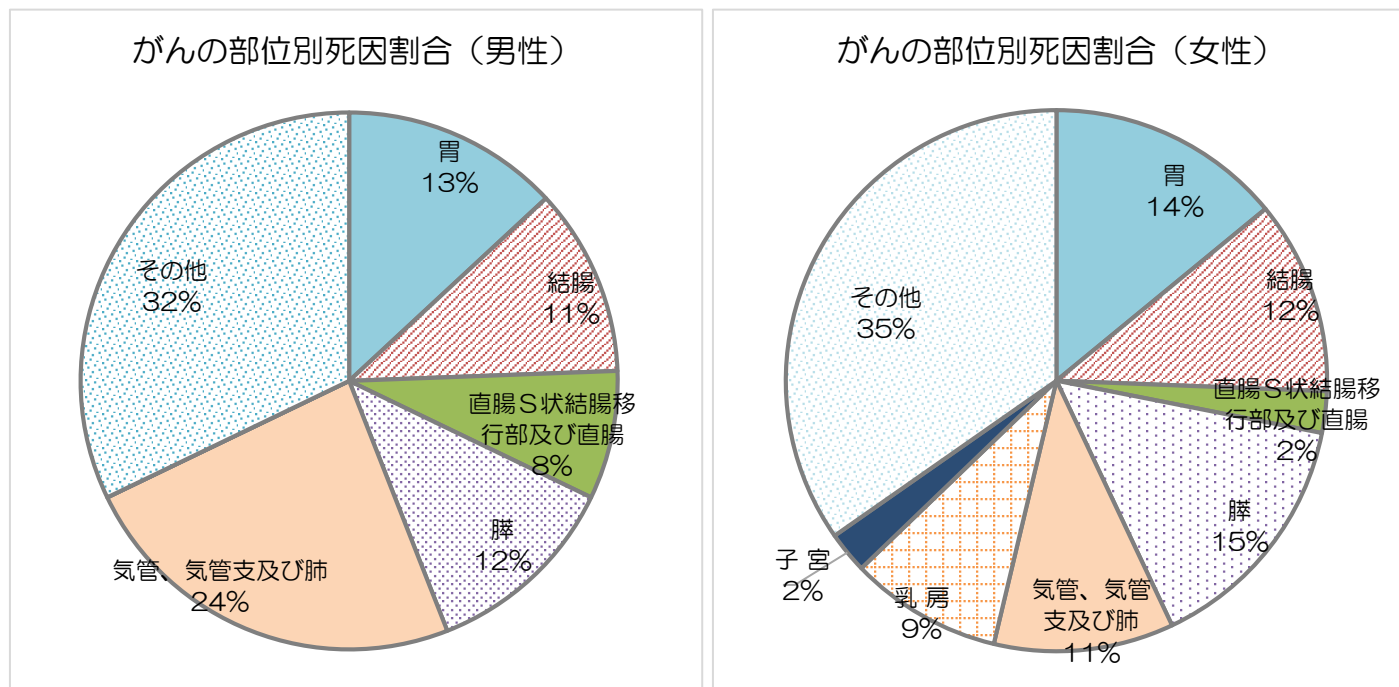
H25～R5.12までの身体障害者手帳新規申請資料より集計

※申請時人工透析開始済又は人工透析導入準備（シャント形成術施行等）で人工透析開始が見込まれる場合を計上

◆がんの状況

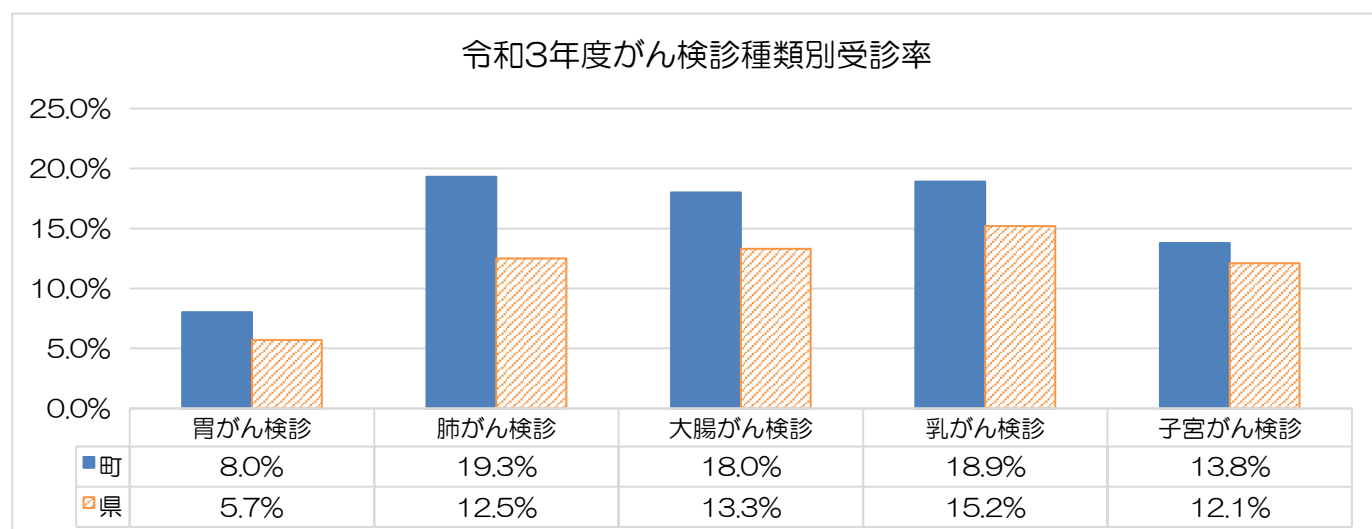
2ページの「1(1)④主要な死亡要因と標準化死亡比」で示したとおり、死因の約2割が悪性新生物（がん）によるものです。がんによる死亡を部位別にみると、男性では「気管、気管支及び肺」が24%と最も多く、次いで「胃」「膵」となっています。女性では「膵」が15%と最も多く、次いで「胃」「結腸」と続きます。

また、がん検診を実施している「胃がん」「大腸がん」「肺がん」「乳がん」「子宮がん」が占める割合は全がん死亡の53%となっています。



H30～R4年度新潟県福祉保健年報

がん検診の受診率を県と比較すると、全てのがん検診で県平均よりも高くなっています。また、胃がん検診の受診率は他のがん検診に比べて低く、10%に満たない状況です。



新潟県がん検診結果報告（R3年度）

(3) 阿賀町の特定健診・特定保健指導の状況

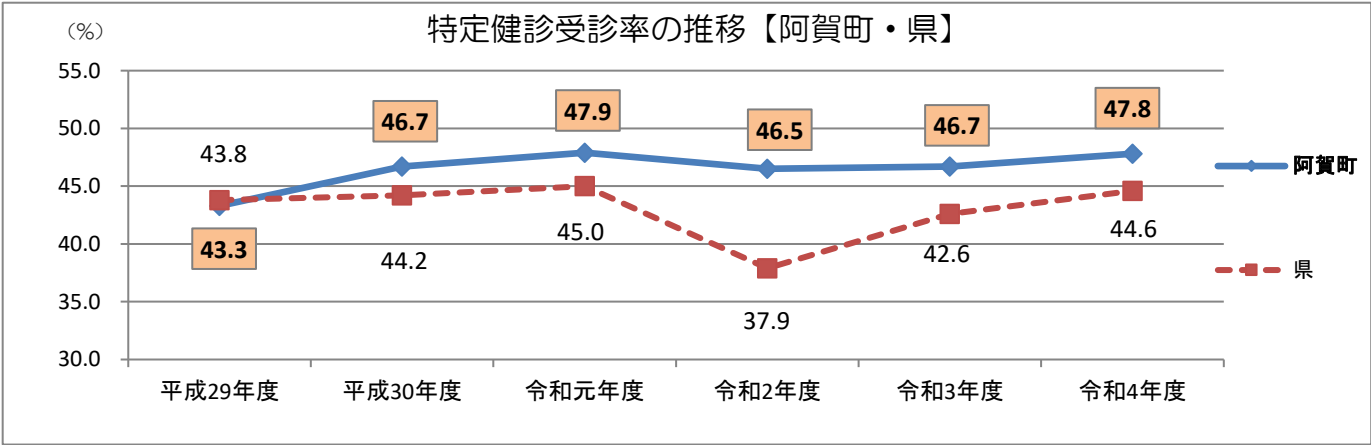
① 特定健診の状況

◆ 特定健診受診率の状況

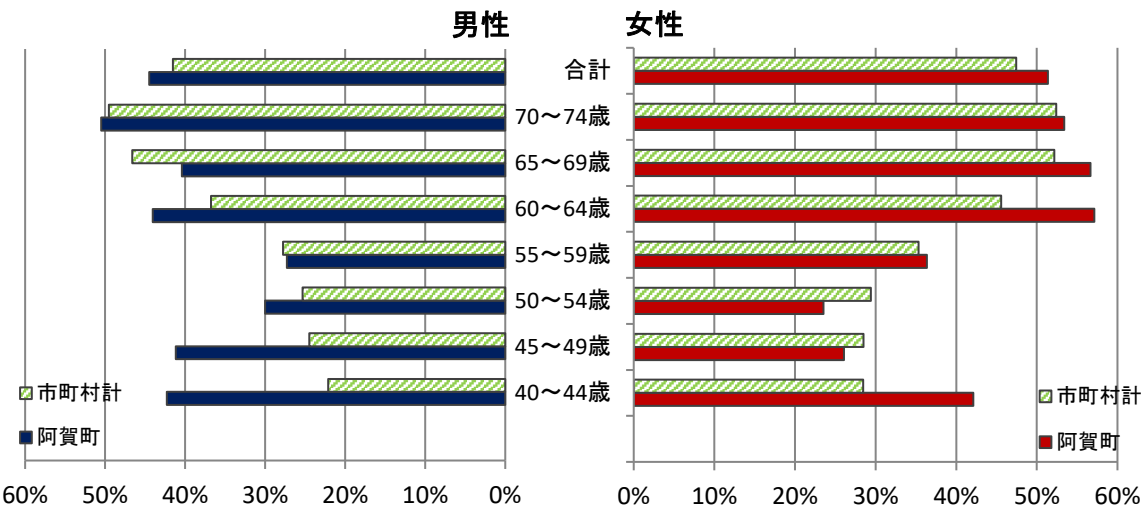
阿賀町の特定健診受診率は、平成29年度から令和4年度の5年間で4ポイント上昇しています。

令和2年度は新型コロナウイルスの影響で阿賀町・県とも受診率が低下しました。阿賀町は県に比べ影響が少なく済みましたが、令和3年度以降も受診率は横ばいの状況が続いています。

次に、年代別に受診率を比較すると、男性では55～59歳、65～69歳で県に比べて低くなっており、女性では45～54歳が県に比べて低くなっています。



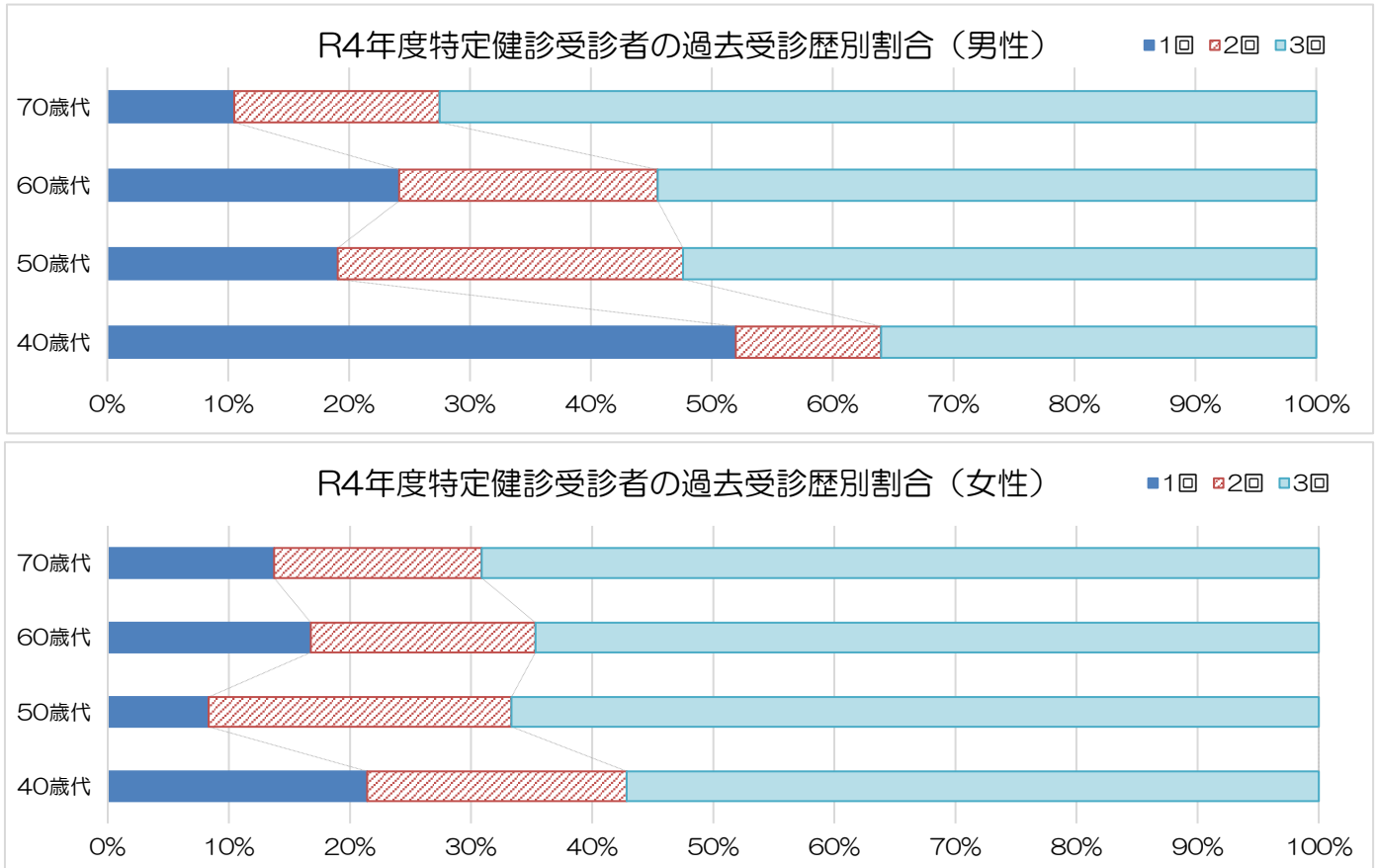
R4年度年齢別、性別特定健診受診率の比較【阿賀町・県】



県 (男性)	阿賀町 (男性)		阿賀町 (女性)	県 (女性)
41.5%	44.5%	合計	51.4%	47.4%
49.5%	50.5%	70～74歳	53.4%	52.4%
46.6%	40.4%	65～69歳	56.7%	52.2%
36.8%	44.0%	60～64歳	57.1%	45.6%
27.8%	27.3%	55～59歳	36.4%	35.3%
25.3%	30.0%	50～54歳	23.5%	29.4%
24.5%	41.2%	45～49歳	26.1%	28.5%
22.1%	42.3%	40～44歳	42.1%	28.5%

◆年代別受診率と過去受診回数の状況（令和4年度）

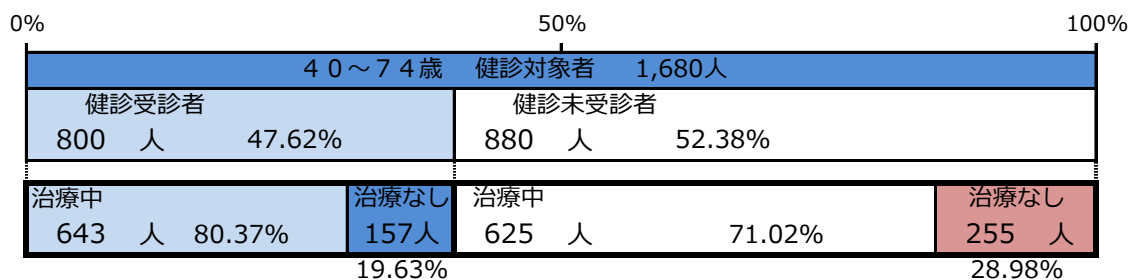
令和4年度特定健診受診者を受診歴（令和2～4年度）・性・年齢別で比較すると、年代が上がるほど、3回（毎年）受診者の割合、全体の受診率ともに上昇しています。また、性別でみると女性の方がどの年代でも3回受診者の割合が高いことがわかります。そして、男女とも50歳代の受診率が下がる傾向があります。



KDB帳票：健診ツリー図（健診受診者抽出対象者一覧） R2～4年度

◆特定健診受診者・未受診者の生活習慣病治療状況（令和4年度）

特定健診の未受診者は880人で特定健診対象者の約52%を占めます。健診未受診者の71%は医療機関で生活習慣病の治療中ですが、残りの約28%は健診も治療も受けておらず、健康状態の把握ができていません。



KDB帳票：厚生労働省様式5-5 R4年度累計

◆健診受診者・未受診者医療費の状況（R4年度）

健診受診者と未受診者のレセプト1件あたりの点数を比較すると、健診未受診者の方が医療費が高くなっており、県・同規模・国も同様の傾向です。健診を受けている人の方が1件あたりの医療費が低くなるのがわかります。

(円)

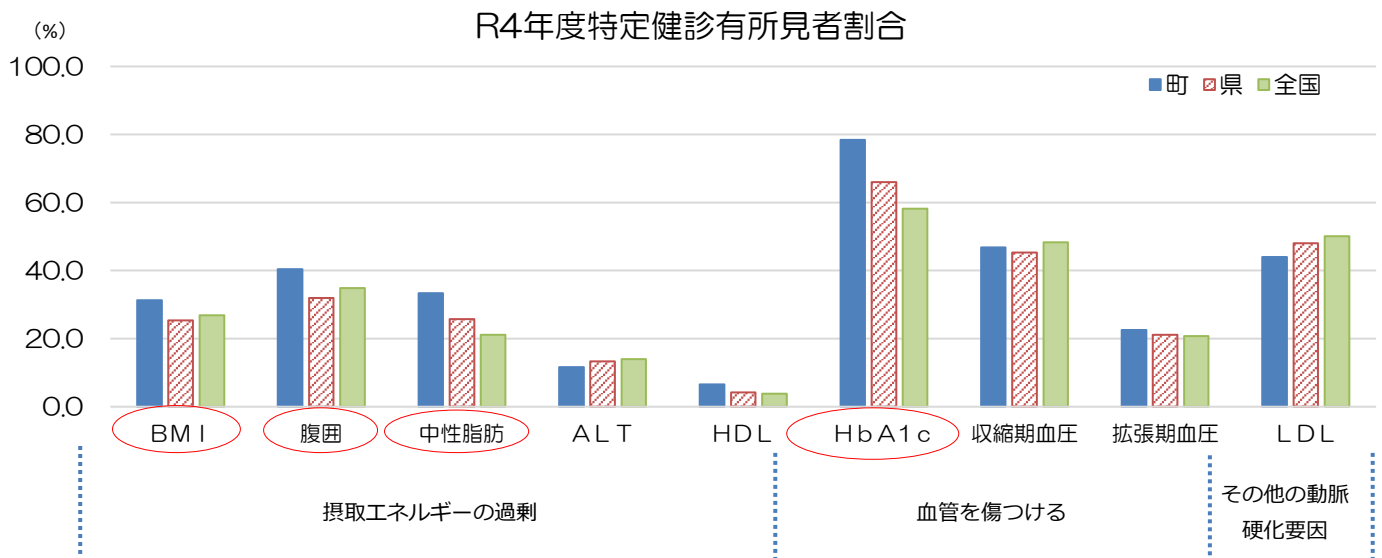
(レセプト1件あたり)	阿賀町	県	同規模	国
健診受診者	23,790	24,770	27,290	25,330
健診未受診者	42,870	43,100	44,880	43,220

KDB帳票：地域の全体像の把握 令和4年度累計

◆特定健診有所見者割合の状況

令和4年度の特定健診有所見者割合を県・国と比較すると、「BMI」「腹囲」「中性脂肪」「HbA1c」が県・国よりも有所見者割合が高くなっています。

また、「血糖」「血圧」「脂質」の有所見が重なっている人の割合を県・同規模・国と比較すると、「血圧・脂質」や「血糖・血圧・脂質」で県・同規模・国に比べて割合が高くなっています。



リスクの重なりがある受診者の割合

	阿賀町	県	同規模	国
血糖・血圧	3.6%	2.8%	3.6%	3.0%
血糖・脂質	1.9%	1.2%	1.0%	1.0%
血圧・脂質	11.4%	9.0%	9.6%	9.8%
血糖・血圧・脂質	10.1%	7.4%	7.2%	6.8%

KDBシステム：地域の全体像の把握（R4年度累計）

◆メタボリックシンドローム及び予備群の該当者の状況

令和4年度の特健診受診者のメタボリックシンドローム該当者割合は27.0%で、県・同規模・国に比べて高くなっています。性別でみても、男女とも県に比べて5ポイント以上高く、メタボリックシンドローム該当者が多いことが特徴的です。また、メタボリックシンドローム予備群は、11.0%と県より高く、特に女性は7.3%と県・同規模・国よりも高くなっています。

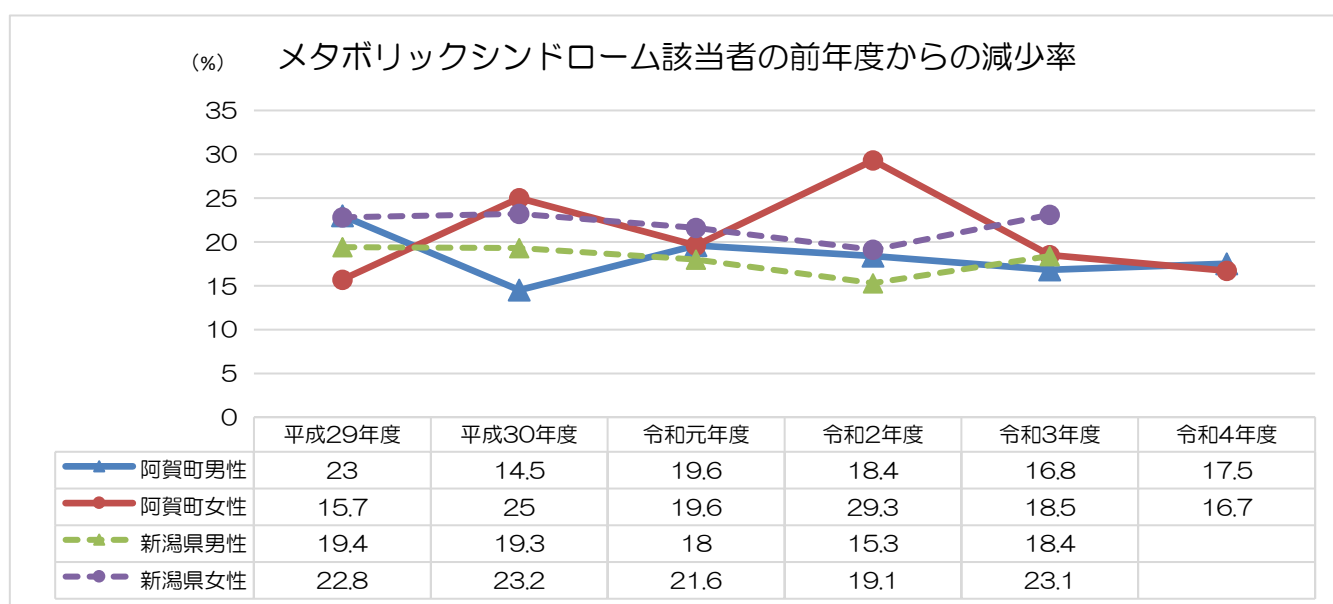
	阿賀町	県	同規模	国
メタボ該当者割合（計）	27.0%	20.4%	21.4%	20.6%
男	37.3%	31.6%	32.1%	32.9%
女	17.1%	11.2%	12.1%	11.3%
予備群割合（計）	11.0%	9.2%	11.2%	11.1%
男	14.8%	14.6%	17.0%	17.8%
女	7.3%	4.7%	6.2%	6.0%

KDBシステム：地域の全体像の把握（R4年度累計）

◆メタボリックシンドローム及び予備群の減少率

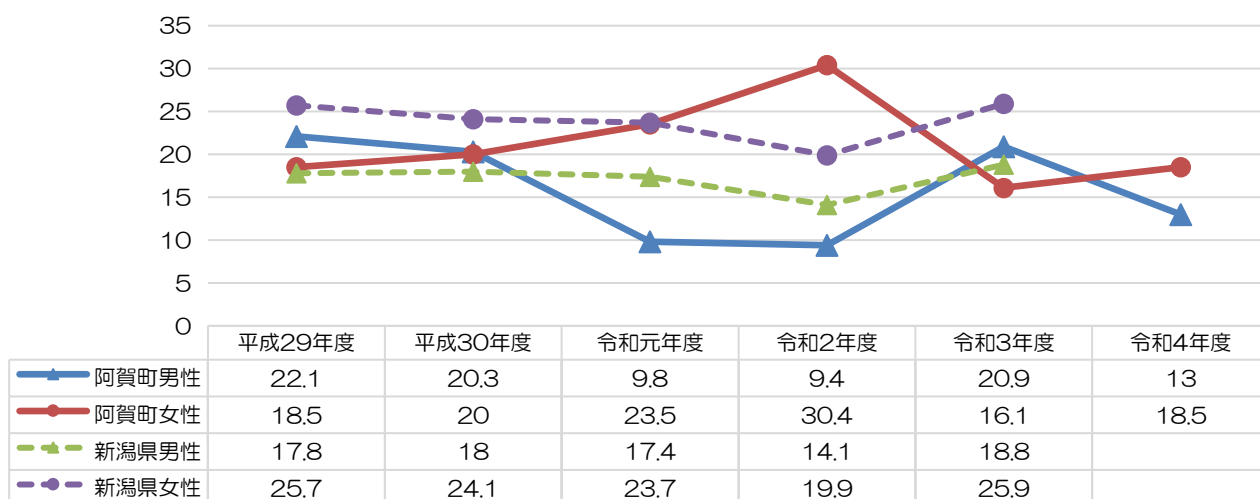
【対前年度減少率（※2）】

阿賀町と県の対前年度減少率（前年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者が翌年度該当とならなかった割合）をみると、メタボリックシンドローム該当者では、概ね県と同程度となっています。しかし、男性の予備群該当者の減少率は県に比べて低いことが分かります。



※2 メタボリックシンドロームの減少率には、メタボリックシンドロームから予備群に改善した者も含まれます。

(%) メタボリックシンドローム予備群の前年度からの減少率



特定健診等データ管理システム帳票：特定健診・特定保健指導実施結果総括票

【対平成20年度減少率（※3）】

対平成20年度減少率を年度ごとにみると、令和元年度以降はメタボリックシンドローム予備群該当者割合は大きく減少しています。しかし、メタボリックシンドローム該当者割合は令和元年度・2年度・3年度で大きく増加しています。令和4年度は該当者・予備群とも減少していますが、全体の割合は微増傾向です。

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
メタボリックシンドローム 該当者（%）	-9.1	-11.1	-19.1	-20.8	-19.4	0.6
メタボリックシンドローム 予備群該当者（%）	-19.2	-2.6	4.4	3.2	45.7	42.7
合計（%）	-2.3	-3.5	-0.3	-6.7	-6.8	-0.3

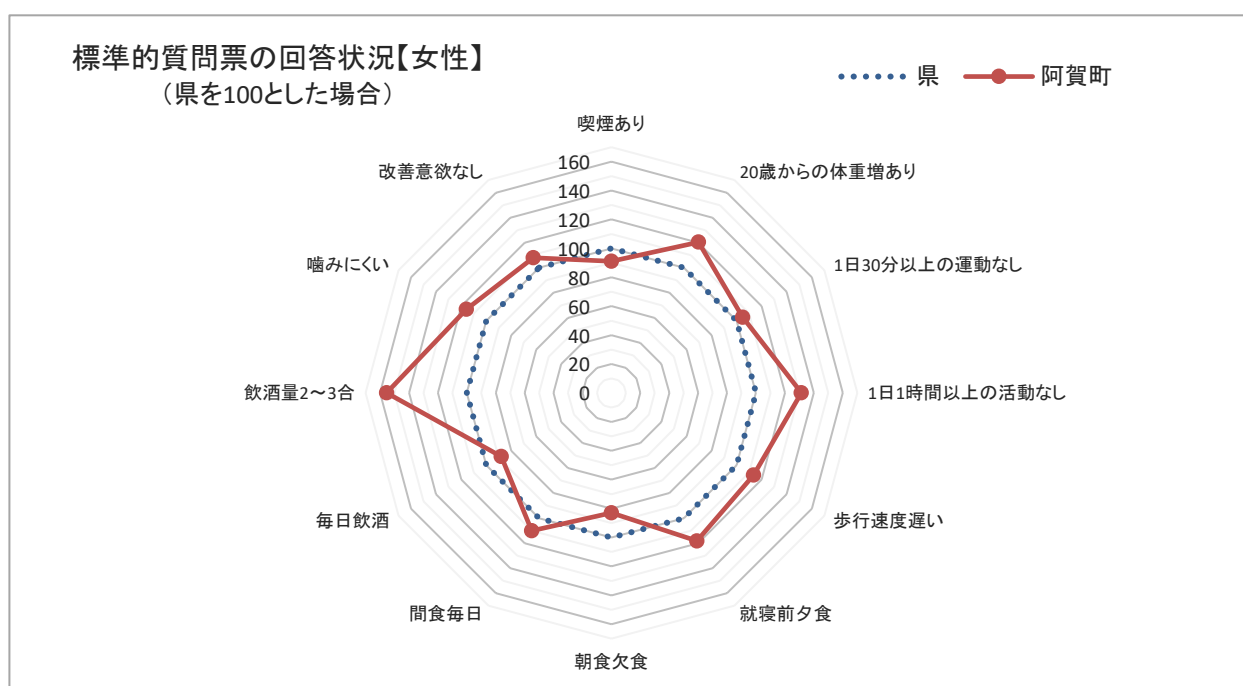
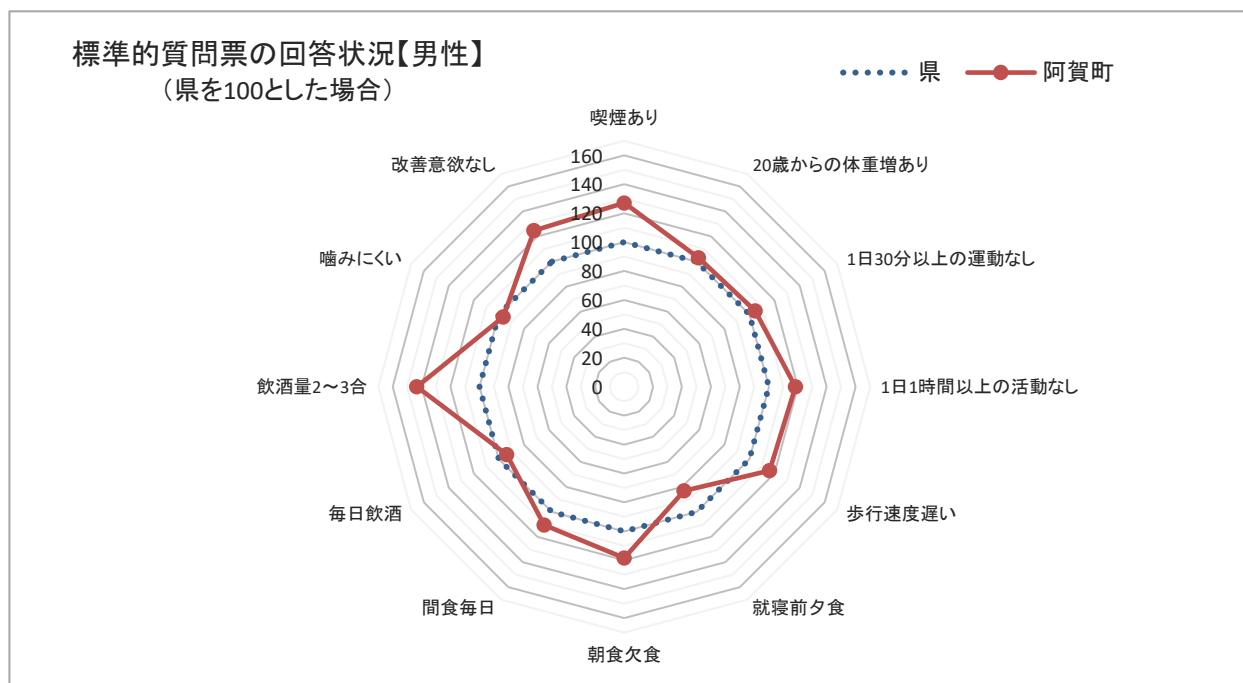
※3 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を平成20年度と比較して減少率を算出

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数} - \text{比較年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}{\text{該当年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は平成20年度住民基本台帳人口（全国）を使用し、阿賀町の性・年齢階級別メタボリックシンドローム該当者及び予備群出現率を基に推定数を算出しています。

◆特定健診標準的質問票の状況

特定健診時の標準的質問票の回答割合を県と比較すると、男性では「1日1時間以上の身体活動なし」「歩行速度が遅い」「飲酒量2～3合」「改善意欲なし」の項目で、阿賀町の方が「はい」と回答している割合が有意に高くなっています。女性では「20歳からの体重増加あり」「1日1時間以上の身体活動なし」「飲酒量2～3合」の項目が県に比べて有意に高く、男女とも身体活動の少なさと飲酒量の多さが課題となっています。



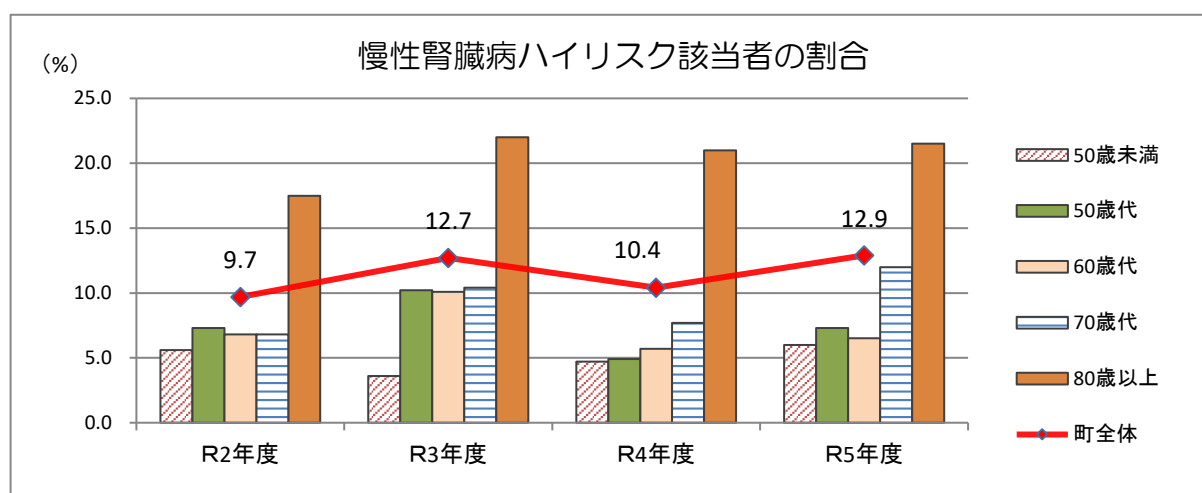
【特定健康診査 標準的な質問票】

番号	質問項目	いずれかに○を付けてください		
	現在aからcの薬を服用していますか			
1	a. 血圧を下げる薬	① はい	② いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい	② いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい	② いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	① はい	② いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	① はい	② いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析等)を受けていますか	① はい	② いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	① はい	② いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「習慣的に」とは、合計100本以上、または6か月以上吸っており、最近1か月間も吸っていること	① はい	② いいえ	
9	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか	① はい	② いいえ	
10	1回30分の以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	① はい	② いいえ	
11	日常生活において、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	① はい	② いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速いですか	① はい	② いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	①何でもかんで食べる事ができる ②歯や歯ぐき、かみ合わせ等気になる部分があり、かみにくい事がある ③ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか	①速い	②ふつう	③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか	① はい	② いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	①毎日	②時々	
		③ほとんど摂取しない		
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	① はい	② いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度はどれくらいですか	① 毎日	② 時々	
		③ほとんど飲まない(飲めない)		
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか ※1合の目安: 日本酒180ml、ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	① 1合未満	② 1～2合未満	
		③2～3合未満	④3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか	① はい	② いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか	①改善するつもりはない ②改善するつもり(概ね6か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか	① はい	② いいえ	

◆CKD（慢性腎臓病）の状況

阿賀町の特定健診・住民健診（集団健診）受診者のCKDハイリスク該当者の割合を経年で比較すると、例年約10%前後で推移していますが、令和5年度では12.9%と過去4年で最も高くなっています。また、年齢とともにハイリスク者に該当する割合は高くなりますが、50歳代でもハイリスク者が1割を占めている年度もあります。

次に、令和4年度の阿賀町の特定健診受診者をCKD重症度分類別にみると、CKD診療ガイドラインにおいて腎専門医への紹介とされている太枠内に該当する受診者のうち、42.9%が医療機関未受診で、特にG3aで高度尿蛋白の群の未受診者が多くなっています。



R2～4年度集団健診（特定健診・住民健診）結果より

CKD重症度分類（令和4年度）

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	35 (33)	9 (9)	2 (2)	46 (44)
	G2	正常または軽度低下	60～90未満	322 (318)	98 (96)	7 (5)	427 (419)
	G3a	軽度～中等低下	45～60未満	71 (67)	21 (19)	13 (7)	105 (93)
	G3b	中等度～高低下	30～45未満	7 (4)	3 (0)	3 (1)	13 (5)
	G4	高度低下	15～30未満	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
合計				435 (422)	133 (125)	25 (15)	593 (562)

上段：該当者数／下段（）内：医療機関未受診者

※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

KDB帳票：介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）（4年度）

◆尿中塩分量測定状況

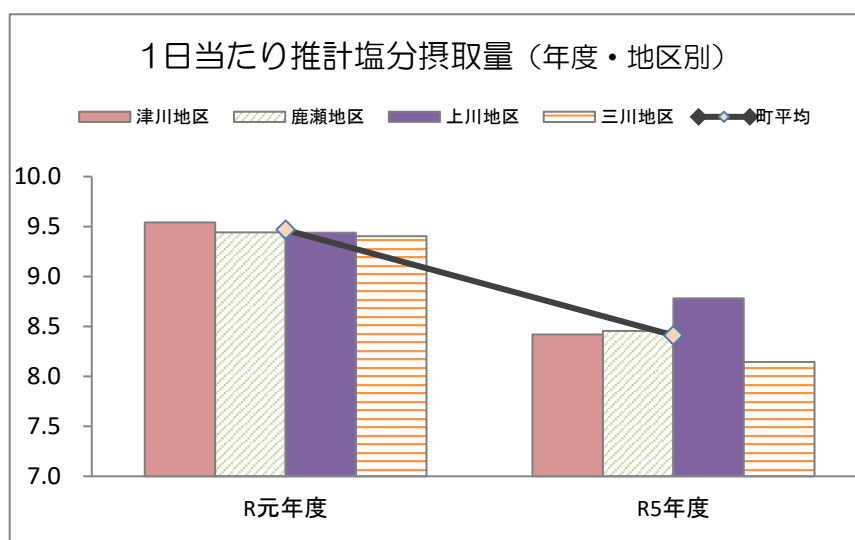
平成25年度から特定健診・住民健診での尿中塩分量測定を実施していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度から令和4年度の間は測定を中止しました。

測定を実施した令和元年度と令和5年度を比較すると、1日当たりの推計塩分摂取量は約1gほど低下しています。地区別では、令和5年度は上川地区が最も多くなっています。

また、年代別では令和元年度は年齢が若いほど摂取量が多い傾向でしたが、令和5年度は40歳未満の摂取量が最も少なくなっています。厚生労働省が示す目標量は1日当たり男性7.5g 女性6.5g未満であり、まだ目標量に比べて摂取量が多い状況が続いています。

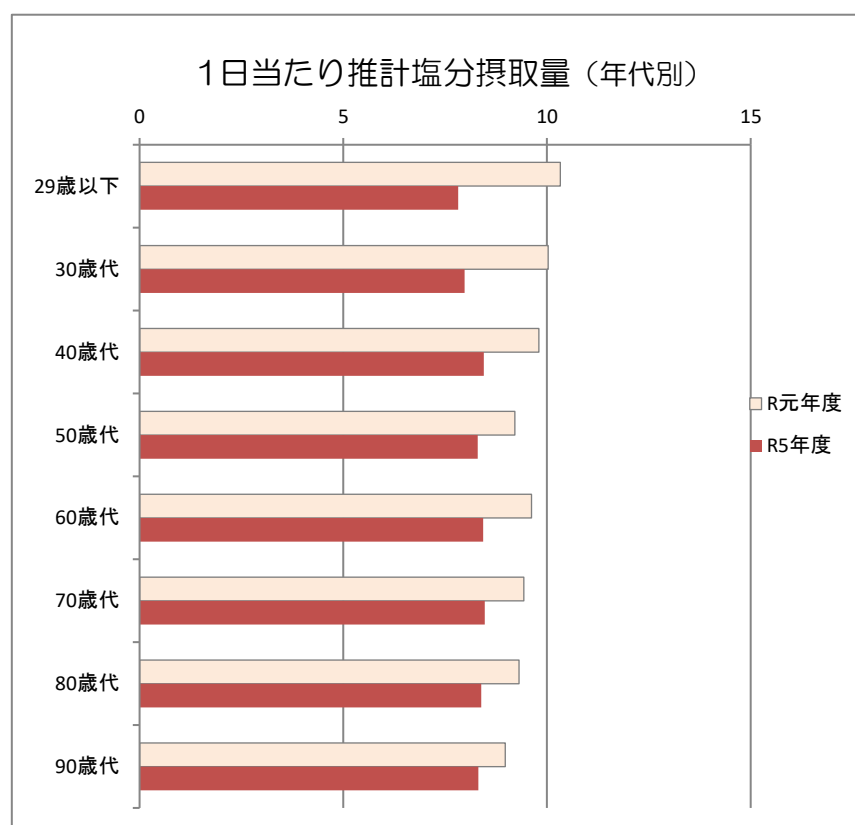
(g)

	R元年度	R5年度
町平均	9.5	8.4
津川地区	9.5	8.4
鹿瀬地区	9.4	8.5
上川地区	9.4	8.8
三川地区	9.4	8.1



(g)

	R元年度	R5年度
29歳以下	10.3	7.8
30歳代	10.0	8.0
40歳代	9.8	8.5
50歳代	9.2	8.3
60歳代	9.6	8.4
70歳代	9.4	8.5
80歳代	9.3	8.4
90歳以上	9.0	8.3

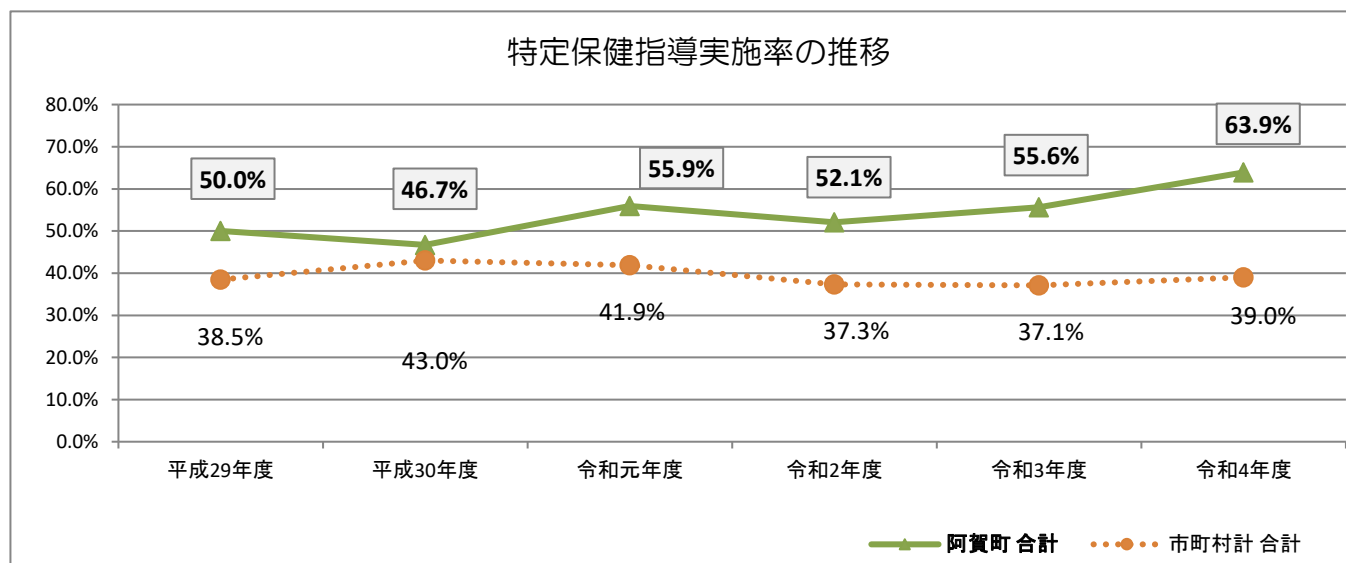


R元年度・5年度集団健診（特定健診・住民健診）結果より

②特定保健指導の状況

◆特定保健指導実施率の推移

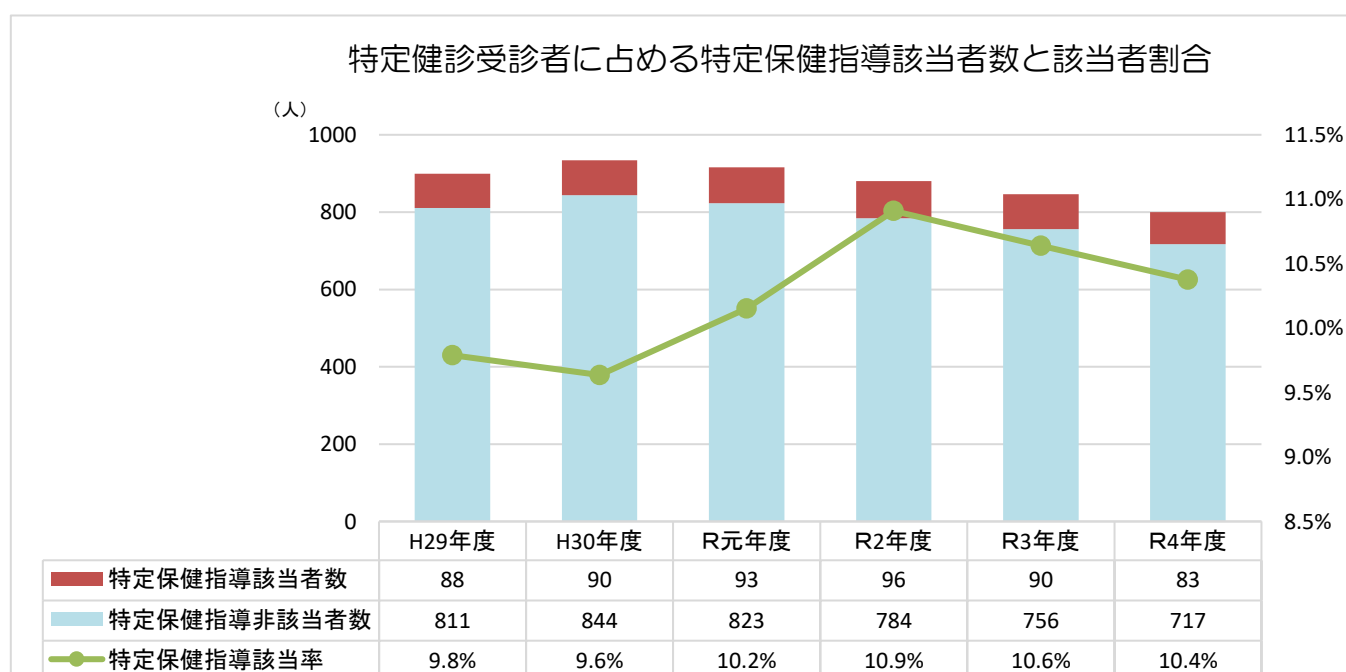
特定保健指導の実施率は年々上昇しており、平成29年度以降県平均以上を維持しています。令和4年度は国が定める目標値である60%を達成しました。



新潟県：各年特定健康診査・保健指導実施状況について

◆特定健診受診者に占める特定保健指導該当者の割合

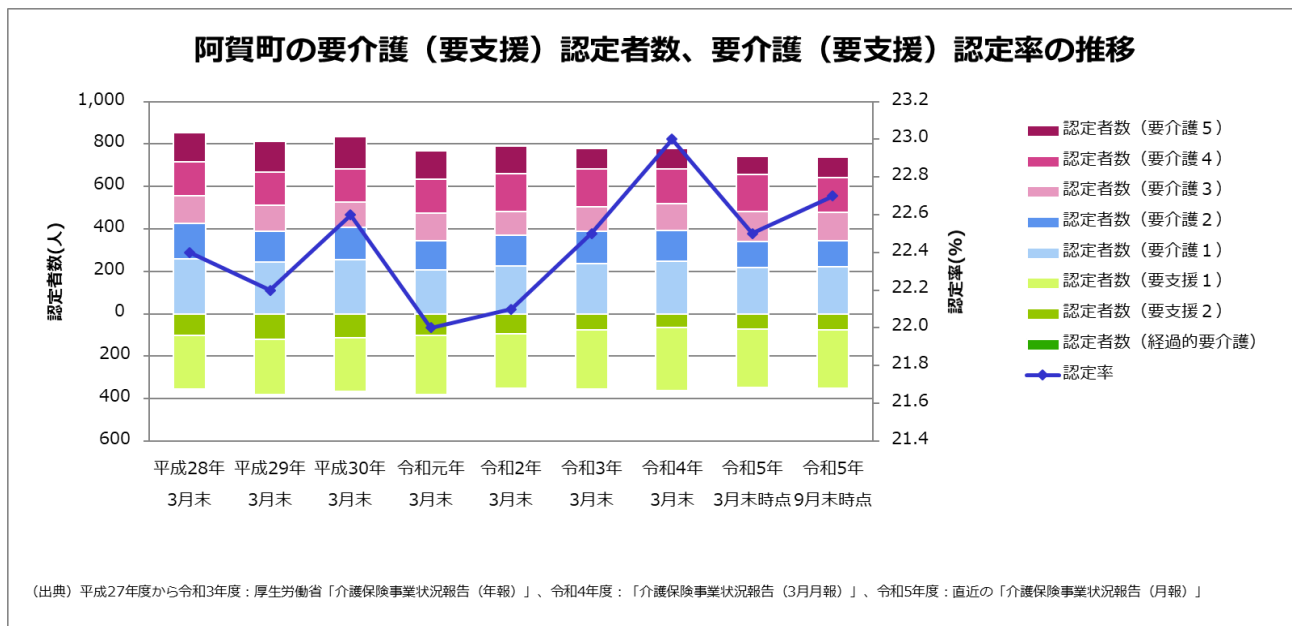
特定健診受診者数は被保険者数と同様に年々減少していますが、特定保健指導に該当する受診者の割合は10%前後を維持しています。



(4) 阿賀町の介護保険の状況

① 要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移

阿賀町の要介護（要支援）認定率は、令和元年度以降上昇傾向にあります。認定率は県内市町村の中では最も高くなっています。また、介護度別にみると「要支援1」「要介護1」の割合が高くなっており、比較的早い段階から介護申請につながっていると考えられます。



地域包括ケア「見える化」システム

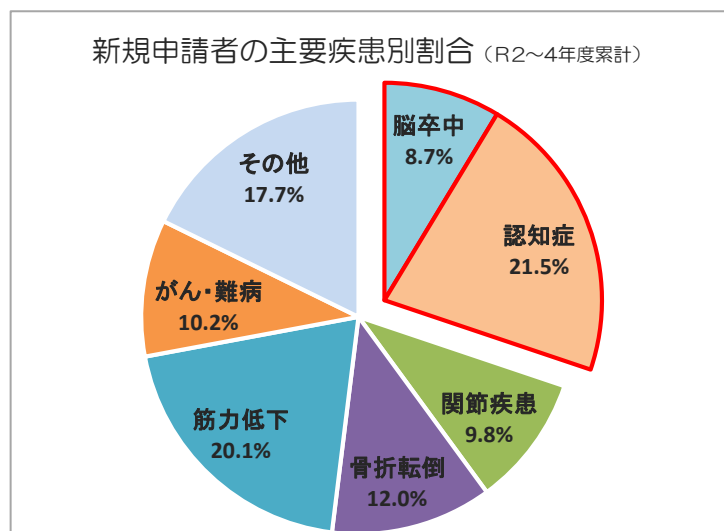
	阿賀町	県	同規模	国
1号認定率	23.4%	19.1%	18.6%	19.4%
2号認定率	0.6%	0.4%	0.4%	0.4%
新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
介護給付費（1件当たり）	79,841	72,809	72,528	59,662
居宅給付費（1件当たり）	49,160	43,711	44,391	41,272
施設給付費（1件当たり）	273,885	293,319	291,231	296,364

KDB帳票：地域の全体像の把握 令和4年度累計

② 新規介護保険申請者の主要疾患

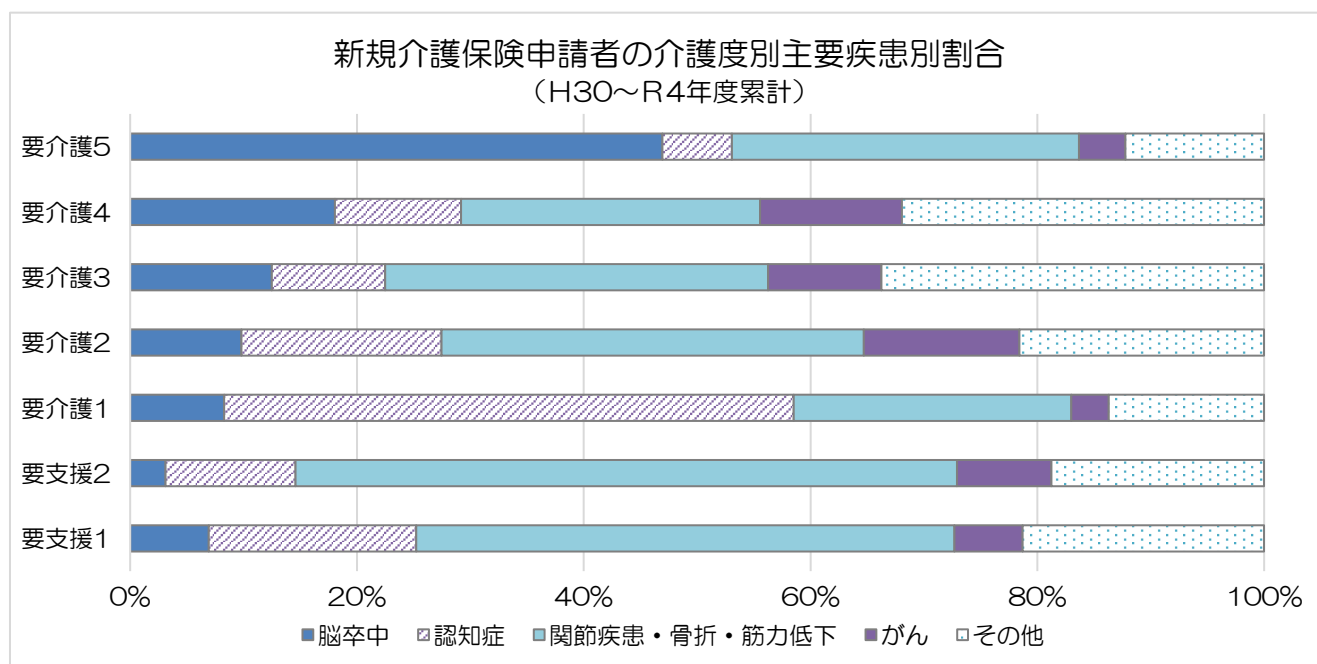
新規介護保険申請者の主要疾患は認知症が21.5%と最も多く、次いで筋力低下、骨折転倒、関節疾患、脳卒中と続きます。

特に、生活習慣病が発症のリスクを高める、認知症と脳梗塞が全体の30%を占めています。



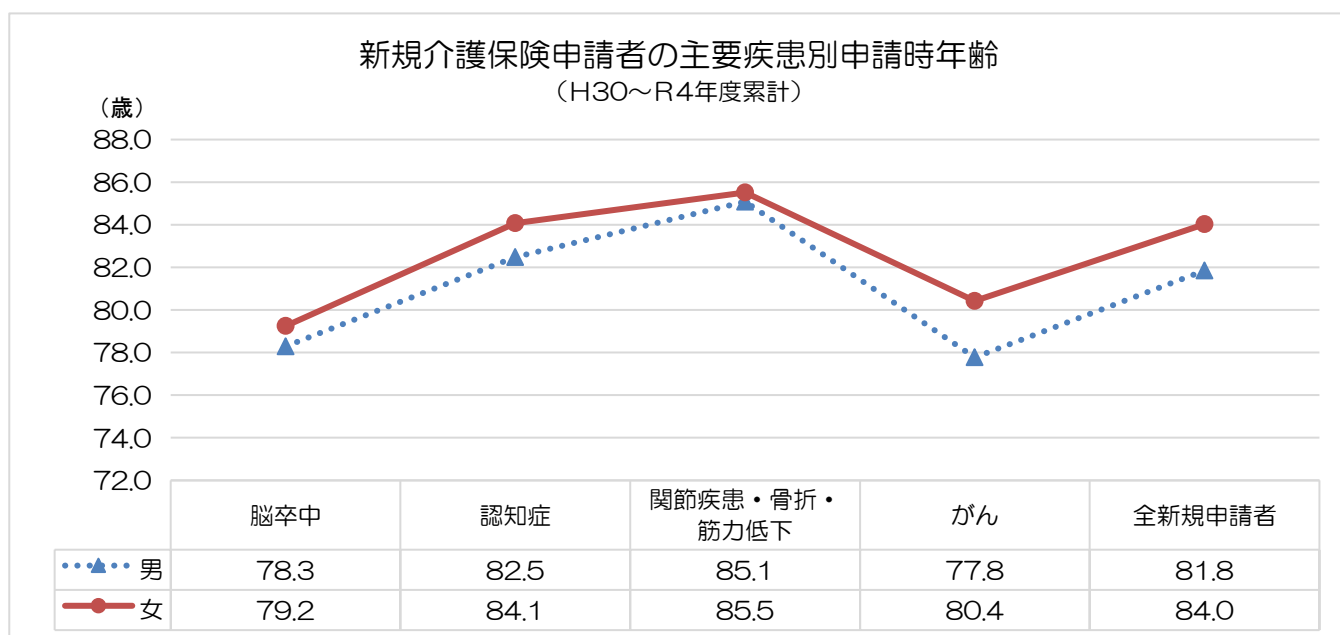
介護保険新規申請時資料より

介護度別に主要疾患の割合をみると、要介護度が高いほど脳卒中の割合が増え、要介護5では5割以上を占めています。要支援では関節疾患・骨折転倒・筋力低下が約半数を占め、要介護1では認知症が48.8%を占めています。



介護保険申請時資料より

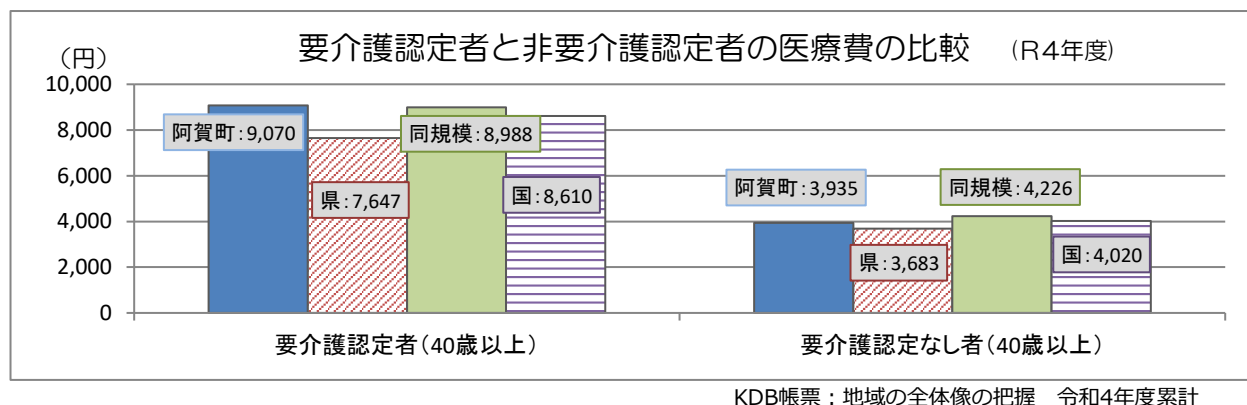
新規介護保険申請者の主要疾患別に申請時の平均年齢を比較すると、全新規申請者の平均は男性81.8歳、女性84.0歳であるのに対し、脳卒中では男性78.3歳、女性79.2歳とそれぞれ約3～5歳早い年齢で申請していることが分かります。



介護保険申請時資料より

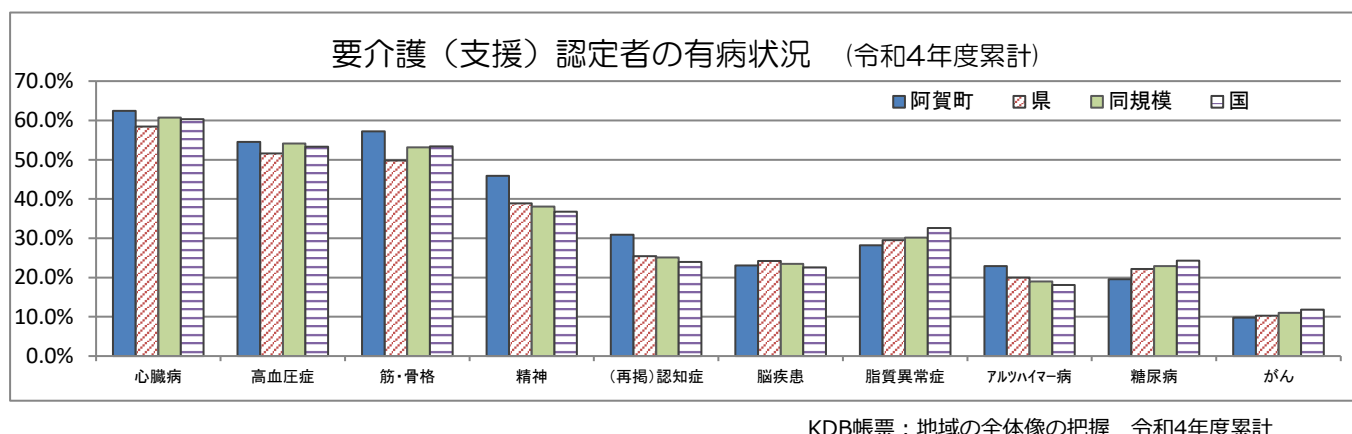
③要介護認定者の医療費

介護を受けている人の医療費（医科）は介護を受けていない人と比較して5,000円前後高くなっています。また、阿賀町の要介護認定者の医療費は県、同規模、国と比べても若干高い状態です。



④要介護（支援）認定者の有病状況

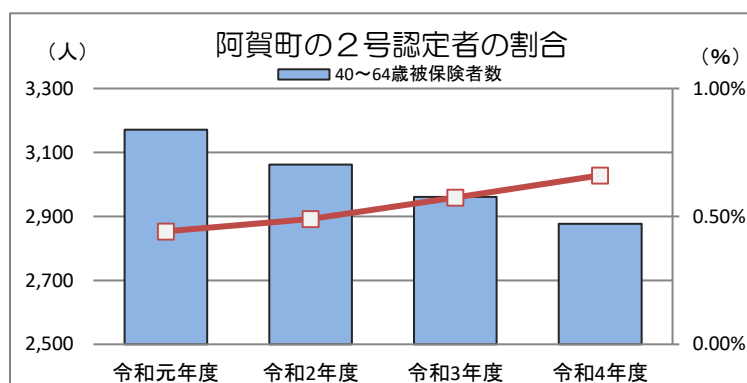
要介護（支援）の認定者のなかで最も多いのが心臓病で、次いで多いのが高血圧症となっています。



⑤2号認定者の状況

40歳から64歳で介護認定を受けている2号認定者の割合は増加しています。

2号被保険者の特定疾病（要介護状態の原因になった疾患）は脳血管疾患が最も多く、介護度も高い傾向があります。



2号被保険者の介護度別特定疾病別人数（平成25年度～令和4年度申請累計）



2. 阿賀町の健康課題

(1) 阿賀町の現状の整理

	現 状	課題や考えられるリスク
地域特性 背 景	・高齢化率が50.3%と高齢化が進行しており、75歳以上が人口の約3割を占める ・人口における国保加入率は21.3% ・人口千人対の病床数・医師数が県の半分以上	◆高齢化による医療・介護への負担 ◆限られた医療資源
生活習慣 健 診	【特定健診質問票より】 ・男女とも「1日1時間以上の身体活動なし」「飲酒量2～3合」の割合が県に比べて高い ・男性では「改善意欲なし」「歩行速度が遅い」、女性では「20歳から10kg以上体重増加」が県に比べて高い 【特定健診結果より】 ・健診受診率は47.8%と県より高いが、健診未受診者の約3割は医療機関の受診がなく、健康状態が把握できない ・摂取エネルギーの過剰が要因となる、BMI・腹囲・中性脂肪・HbA1cの有所見者割合が県より高い ・血圧・血糖・脂質のうち複数のリスクの重なりがある割合が県に比べて高い ・男女ともメタボ該当者割合が県より高く、女性では予備群該当者割合も高い ・推計塩分摂取量は8.4g/日と、厚生労働省の目標よりも多い ・健診受診者の約1割がCKDハイリスク者に該当し、医療機関未受診も多い 【がん検診】 ・全てのがん検診で受診率は県平均よりも高いが、20%に満たない状況	◆望ましくない生活習慣の積み上げによる、肥満・メタボリックシンドロームや生活習慣病の発症・重症化リスクの高まり ◆生活習慣病やがんの早期発見のための特定健診・がん検診受診率が低い
医 療	【医療費】 ・1人当たり医療費が県に比べ10万円ほど高い 【生活習慣病】 ・外来医療費の23%が生活習慣病によるもので、その9割を「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」が占める ・入院医療費の8%が生活習慣病で、その8割が「脳梗塞」によるもの ・男女とも高血圧が最も受診率が高く、40歳以降急激に受診率が伸びる 【人工透析】 ・医療費の5.3%が慢性腎不全（透析あり） ・新規人工透析患者の27%が糖尿病性腎症、34%が腎硬化症で、糖尿病性腎症の透析開始年齢は平均68.8歳と全体の平均より3歳早い 【がん】 ・外来医療費の15%、入院医療費の16%ががんによるもの	◆高血圧症や糖尿病などの生活習慣病と、これらの重症化が引き起こす脳血管疾患や慢性腎臓病・人工透析の医療負担が高い ◆がんによる医療負担が高い
介 護	・介護認定率が県に比べて高いが、要支援・要介護1の割合が高くなっている ・1件当たりの給付費は居宅の方が県に比べ5,000円ほど高く、施設は20,000円ほど安くなっている ・新規介護保険申請時の主要疾患は認知症が21.5%と最も多く、次いで筋力低下、転倒骨折、関節疾患と続く ・新規介護保険申請時の主要疾患の8.7%が脳卒中 ・新規介護保険申請では介護度が高いほど脳卒中の割合が高く、申請時平均年齢も約3～5年早い ・2号被保険者を介護度別特定疾病別にみると、脳血管疾患が最も多く、介護度も高い	◆筋力低下や骨折転倒・関節疾患などのフレイルが要因となる介護申請が多い ◆若年では脳血管疾患による介護申請が多く、介護度が高い
平均余命 死 因	・男性では平均余命が県に比べて約3年短い ・平均余命と平均自立期間の差は約1～3年 ・全国と比較した標準化死亡比では、男女とも脳血管疾患が高くなっている ・死因の23%ががんによるもので、老衰、心疾患、脳血管疾患が続く ・がんの部位別では、男女とも検診がある肺・胃・大腸で3～5割を占める	◆生活習慣病が要因となる脳血管疾患の死亡が多い ◆検診があるがんによる死亡が多い

(2) 健康課題の整理と取り組みの方向性

阿賀町の現状の分析から、以下のとおり健康課題を整理します。

課題1	脳血管疾患の発症と重症化予防が必要
脳血管疾患は要介護申請年齢が他疾患に比べ若く、介護度も高くなる傾向があります。平均自立期間の延伸のためにも、脳血管疾患の発症予防が重要です。そのためには、脳血管疾患のリスクを高める生活習慣病の発症予防・重症化予防が必要です。	
課題2	糖尿病の発症と重症化予防が必要
健診結果においてHbA1c値の有所見者が多いことは、糖尿病のリスクが高い人が多いことが考えられ、今後糖尿病が増加する可能性があります。エネルギー摂取の過剰や身体活動が少ないなどの望ましくない生活習慣の改善により、糖尿病発症予防・重症化予防を図る必要があります。	
課題3	腎不全による疾病負荷の軽減が必要
腎不全により人工透析になると年間平均500万円の医療費がかかります。また、治療のための通院が頻回になる等生活への影響もあります。人工透析が必要な腎不全に進行しないためにも、糖尿病や高血圧症、慢性腎臓病（CKD）の発症・重症化予防が重要です。	
課題4	がん検診の受診率向上が必要
がんが全死因の2割を占め、その内訳の半数をがん検診がある「胃」「大腸」「肺」「乳」「子宮」が占めています。しかし、がん検診の受診率はどのがん検診も20%以下で、がん検診受診率の向上が重要です。	
課題5	筋力低下などのフレイル予防が必要
筋力低下や骨折転倒・関節疾患は新規要介護申請の約4割を占めています。身体活動が少ないこと、肥満やメタボリックシンドロームなどもサルコペニアやフレイルを招く要因となっており、高齢期以前から筋力維持やフレイル予防対策が必要です。	

本計画では、上記課題の1～3について重点的に取り組みを行います。課題4・課題5については、下記の計画・事業と連携して取り組みます。

○課題4：阿賀町いきいき元気プラン（阿賀町健康増進計画）

○課題5：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第2章

第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第2章 保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

（1）背景

平成25年6月に閣議決定された「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、こ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保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」とする。）の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプトを活用した保健事業を推進することとされました。

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月には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、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K P I（重要業績評価指標）の設定を推進する」とされました。

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すすめられています。

このことから、阿賀町では平成28年度に第1期阿賀町国民健康保険保健事業実施計画（以下、「阿賀町データヘルス計画」）、平成30年度には第2期阿賀町データヘルス計画を策定し、レセプト等のデータを活用した保健事業の実施に努めてきました。この度、第2期阿賀町データヘルス計画の評価及び、改めて阿賀町国民健康保険の健康課題を明確にしたうえで、第3期阿賀町データヘルス計画を策定します。

なお、策定にあたっては「第4期阿賀町特定健康診査等実施計画」を「第3期阿賀町データヘルス計画」の一部として位置づけ、両計画を一体的に策定したうえで具体的な実施方法を定めます。

（2）データヘルス計画の位置づけ

データヘルス計画は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施を図るための保健事業の計画であり、計画の策定にあたっては特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用して分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用します。

阿賀町データヘルス計画は、「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、「第3次阿賀町総合計画」、「阿賀町健康増進計画・阿賀町食育推進計画（いきいき元気プラン（第2次））」、「第9期阿賀町介護保険事業計画」との整合性を図ります。また、県の「都道府県健康増進計画（健康にいがた21（第3次））」、「医療費適正化計画」、新潟県後期高齢者医療広域連合の「データヘルス計画」等の関係計画とも整合性を図るものとします。

計画名	阿賀町国民健康保険 第3期 保健事業実施計画 (データヘルス計画)	阿賀町国民健康保険 第4期 特定健康診査等実施計画	阿賀町健康増進計画・阿賀町食育 推進計画 いきいき元気プラン
期間	令和6年度～令和11年度	令和6年度～令和11年度	平成28年度～令和7年度
法律	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法 第8条、第9条
基本的な 指針	「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」 (厚生労働省 保険局)	「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指針」 (厚生労働省 保険局)	「国民の健康増進の総合的な推進を図るための 基本的な方針」 (厚生労働省 健康局)
計画策定者	阿賀町国保(医療保険者)		阿賀町
基本的な 考え方	健康の保持・増進を目的として、健 康・医療情報を活用してPDCAサイクル に沿った効率的かつ効果的な保健事業 の実施を図るための保健事業の実施計 画を策定し、レセプトを活用した保健 事業を推進する。	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特定健康診査を実施 する。保険者は、加入者数、加入者の年齢 構成、地域的条件等の実情を考慮して、特 定健康診査等の効率的かつ効果的な実施に 資するよう特定健康診査等実施計画を作成 しなければならない。	健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に 向けて、生活習慣病の発症予防と重症化予防 を図る。また、社会保障制度が維持可能なも のとなるよう、社会生活を営むために必要な 機能の維持及び向上を目指し、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組む。 * 令和8年度から、健康日本21(第3次)計 画に対応予定
対象年齢	被保険者全員 特に、高齢者の割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世 代、小児期からの生活習慣づくり	40歳～74歳	全町民 すべてのライフステージ(乳幼児期、青壮年 期、高齢期)において継続的に取り組む
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常 虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全、がん
目標	○脳血管疾患による疾病負荷の軽減 ○糖尿病の発症及び重症化予防 ○人工透析による疾病負荷の軽減	○特定健診受診率 60% ○特定保健指導実施率 60%	○栄養・食生活、身体活動・運動、アル コール・たばこ、こころ・休養、生活習慣 病予防・重症化予防の5つの観点から目標 設定
評価	○中長期的な目標(27ページ) ○短期的な目標(28ページ)	○特定健診受診率 ○特定保健指導実施率 ○特定保健指導対象者の減少	○特定健診・各種がん検診の受診状況、各 種統計、アンケート調査等から、健康指標 を設定、評価

(3) 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年4月から令和11年3月までの6カ年計画とします。

令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
第2期計画 (6年)			第3期計画 (6年)				

(4) 実施体制・関係機関との連携

本計画は、阿賀町国民健康保険が実施主体となり、衛生・介護保険担当部門と連携・調整を図り、それぞれが計画の目標を共有理解し、策定及び事業運営を行います。

また、計画策定にあたり阿賀町国民健康保険運営協議会において、有識者・被保険者を代表する委員より意見聴取を行うほか、新潟県国民健康保険団体連合会が運営する保健事業支援・評価委員会において、第三者及び新潟県から、本計画に対する支援・評価を受け、その結果を計画策定及び事業運営に反映させるよう努めます。

その他、町内医療機関等の関係機関との情報共有や意見交換に努めます。

2. 第2期データヘルス計画の取り組みと評価

(1) 取組内容

第2期データヘルス計画では「健康寿命の延伸」を基本理念とし、①脳血管疾患による疾病負荷の軽減、②糖尿病の発症予防及び重症化予防、③腎不全による疾病負荷の軽減の3つの目標を掲げ、達成に向けて保健事業を実施しました。そして、評価指標として7つの短期的な目標と7つの中長期的な目標を設定し、この目標を達成するために12の保健事業を実施しました。



（２）評価方法

評価は、中長期・短期目標を含んだ全体評価と各個別保健事業の2つの点について、PDCAサイクルに沿って、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つの視点から評価を行いました。

◆短期目標・個別保健事業のそれぞれの指標の評価

評価の考え方	判定区分	内容
目標値と比較して評価	A	すでに目標を達成
	B	目標は達成できていないが、達成の可能性が高い
	C	目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある
	D	目標の達成は困難で、効果があるとは言えない
	E	評価困難

◆個別保健事業の事業の評価

評価の考え方	判定区分	内容
事業全体を評価	A	うまくいっている
	B	ある程度うまくいっている
	C	あまりうまくいっていない
	D	全くうまくいっていない
	E	評価困難

（３）計画全体の評価

データヘルス計画の基本理念は「健康寿命の延伸」です。阿賀町の令和4年度の平均余命は、男性が78.5歳、女性が86.9歳で、平均自立期間（要介護2以上になるまでの期間）は男性が77.5歳、女性が84.1歳です。平均余命と平均自立期間には約1～3年の差があり、この期間は介護が必要な状態と考えられます。この期間の長さは計画期間中、横ばいが続いています。

中長期目標の評価指標では、脳血管疾患にかかる項目は目標を達成していますが、高血圧、糖代謝異常、慢性腎臓病にかかる指標では改善がみられておらず、引き続き受診勧奨や保健指導といった保健事業の取り組みを推進していく必要があります。

つぎに短期目標では、肥満者の増加が続いており、原因の生活習慣である運動不足、喫煙、食事といった項目で悪化がみられます。また、糖代謝異常、慢性腎臓病受診勧奨判定値者の割合や未受診者の割合は改善しているものの、高血圧については横ばいの状況が続いています。未受診者等のハイリスク者対策だけでなく、被保険者全体・地域住民全体へのポピュレーションアプローチによる肥満対策の強化が必要です。第3期データヘルス計画においても、引き続き取り組みを行います。

中長期目標及び短期目標、個別保健事業のそれぞれの指標については次項以降に数値及び達成度を掲載します。

①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）	現状値 （H28年度） （スタート時）	H29
<中長期目標： 1) 脳血管疾患にかかる医療費の伸びを抑制する >			
脳血管疾患の治療をしている被保険者の割合	KDB「疾病管理一覧（脳卒中）」	4.69%	4.53%
脳血管疾患の一人当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	21,151円 （H27年度）	6,618円 （H28年度）
脳血管疾患の一件当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	164,977円 （H27年度）	64,462円 （H28年度）
脳血管疾患の受診率（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	12.8 （H27年度）	10.3 （H28年度）
<中長期目標： 2) 高血圧性疾患にかかる医療費の伸びを抑制する >			
高血圧治療をしている被保険者の割合	KDB「疾病管理一覧（高血圧）」	33.80%	32.90%
特定健診における収縮期血圧有所見者の割合	KDB「健診ソリ－図」	22.7%	22.5%
	国保連合会発行「特定健診実施結果有所見者状況」	21.1% （H27年度）	22.4% （H28年度）
高血圧性疾患の一人当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	26,875円 （H27年度）	23,118円 （H28年度）
高血圧性疾患の一件当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	18,440円 （H27年度）	16,628円 （H28年度）
高血圧性疾患の受診率（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	145.74 （H27年度）	139.03 （H28年度）
<中長期目標： 3) 糖尿病及び合併症にかかる医療費の伸びを抑制する >			
糖尿病治療のある被保険者の割合	KDB「疾病管理一覧（糖尿病）」	7.93%	8.40%
糖尿病の一人当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	17,702円 （H27年度）	18,582円 （H28年度）
糖尿病の一件当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	34,798円 （H27年度）	33,489円 （H28年度）
糖尿病の受診率（参考指標）	KDB「疾病分類別統計（中分類）各年度累計」	50.87 （H27年度）	55.49 （H28年度）
<中長期目標： 4) 特定健診の糖代謝異常者の割合を抑制する >			
特定健診でHbA1c値が保健指導又は受診勧奨判定値の者の割合	KDB「様式5-2健診有所見者状況（男女別・年代別）」	60.4% （H27年度）	70.7% （H28年度）
<中長期目標： 5) 新規人工透析患者を抑制する >			
新規人工透析患者数（町全数）	身体障害者手帳新規・変更申請時資料	4人 （H27年度）	3人 （H28年度）
新規人工透析患者数（国保）	身体障害者手帳新規・変更申請時資料	1人 （H27年度）	1人 （H28年度）
<中長期目標： 6) 特定健診の慢性腎臓病（CKD）が疑われる者の割合を抑制する >			
特定健診結果でeGFR60未満の者の割合	KDB「健診ソリ－図」	15.1%	17.3%
eGFR50未満（40～69歳）、eGFR40未満（70～74歳）該当者の割合	国保連合会提供資料	50未満：3.7% 40未満：1.48% （H27年度）	50未満：2.4% 40未満：4.69% （H28年度）
<中長期目標： 7) 腎不全の医療費の伸びを抑制する >			
被保険者に占める人工透析患者の割合	KDB人工透析患者一覧（各年度9月作成分）	0.49%	0.49%
腎不全の一人当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類統計（中分類）各年度累計」	38,623円 （H27年度）	30,393円 （H28年度）
腎不全の一件当たり医療費（参考指標）	KDB「疾病分類統計（中分類）各年度累計」	415,334円 （H27年度）	334,690円 （H28年度）
腎不全の受診率（参考指標）	KDB「疾病分類統計（中分類）各年度累計」	9.30 （H27年度）	9.08 （H28年度）

H30	R1	R2	R3	R4	R5	目指す 方向性/ 目標値	評価	関連 短期目標	達成度(短期 目標評価)
								#1～6	A
4.21%	4.54%	4.02%	3.64%	3.16%	3.35%＊	減少	A		
12,800円 (H29年度)	12,674円 (H30年度)	18,174円 (R1年度)	7,735円 (R2年度)	14,175円 (R3年度)	12,569円 (R4年度)	減少	A		
129,559円 (H29年度)	129,799円 (H30年度)	168,545円 (R1年度)	86,197円 (R2年度)	139,622円 (R3年度)	133,448円 (R4年度)	減少	A		
9.9 (H29年度)	9.8 (H30年度)	10.8 (R1年度)	9.0 (R2年度)	10.2 (R3年度)	9.4 (R4年度)	減少	A		B
31.70%	37.00%	39.02%	39.08%	38.42%	38.70%＊	減少★	C		
25.7%	22.7%	27.1%	25.4%	26.6%	23.3%＊	減少	C		
23.9% (H29年度)	25.5% (H30年度)	集計方法の変更により上記出典に変更							
22,931円 (H29年度)	20,664円 (H30年度)	19,932円 (R1年度)	20,759円 (R2年度)	20,291円 (R3年度)	20,324円 (R4年度)	減少★	A		
16,859円 (H29年度)	15,189円 (H30年度)	14,333円 (R1年度)	14,410円 (R2年度)	14,803円 (R3年度)	14,767円 (R4年度)	減少★	A		
136.02 (H29年度)	136.05 (H30年度)	139.07 (R1年度)	144.05 (R2年度)	137.10 (R3年度)	137.6 (R4年度)	減少★	B	#2,3,4, 6,7	
8.86%	9.08%	9.36%	9.34%	9.47%	10.00%＊	減少★	C		
17,705円 (H29年度)	19,305円 (H30年度)	20,972円 (R1年度)	22,068円 (R2年度)	22,202円 (R3年度)	21,956円 (R4年度)	減少★	C		
31,350円 (H29年度)	30,713円 (H30年度)	31,600円 (R1年度)	31,473円 (R2年度)	30,344円 (R3年度)	29,573円 (R4年度)	減少★	A		
56.48 (H29年度)	62.86 (H30年度)	66.37 (R1年度)	70.12 (R2年度)	73.20 (R3年度)	74.2 (R4年度)	減少★	D		
68.2% (H29年度)	68.6% (H30年度)	70.0% (R1年度)	69.4% (R2年度)	66.9% (R3年度)	72.4% (R4年度)	減少	C		
3人 (H29年度)	3人 (H30年度)	6人 (R1年度)	1人 (R2年度)	5人 (R3年度)	1人 (R4年度)	減少	B		
1人 (H29年度)	1人 (H30年度)	2人 (R1年度)	1人 (R2年度)	1人 (R3年度)	0人 (R4年度)	減少	B		
17.6%	18.5%	19.9%	22.0%	20.6%	20.1%＊	減少	C		
データ提供終了により上記出典に変更									
0.44%	0.42%	0.42%	0.48%	0.41%	0.44%	減少	A		
29,272円 (H29年度)	22,261円 (H30年度)	27,594円 (R1年度)	26,502円 (R2年度)	36,332円 (R3年度)	29,437円 (R4年度)	減少	A		
309,705円 (H29年度)	248,717円 (H30年度)	316,113円 (R1年度)	279,287円 (R2年度)	345,697円 (R3年度)	297,374円 (R4年度)	減少	A		
9.45 (H29年度)	8.95 (H30年度)	8.73 (R1年度)	9.49 (R2年度)	10.50 (R3年度)	9.90 (R4年度)	減少	C		

*印…令和5年12月末時点の数値

★印…短期的には増加が考えられる目標値

②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）	現状値 （H28年度） ベースライン	H29
<短期目標：#1 未治療高血圧者の減少 >			
特定健診で血圧受診勧奨判定値の者のうち未治療者の割合	KDB「保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者）」	52.1%	50.2%
特定健診の収縮期血圧平均値	特定（集団）健診結果	126.84	127.62
<短期目標：#2 肥満者の減少 >			
特定健診で腹囲が男性85cm・女性90cm以上の者の割合	KDB「様式5-2健診有所見者状況（男女別・年代別）」	31.8% （H27年度）	36.3% （H28年度）
	国保連合会発行「特定健診実施結果有所見者状況」	31.5% （H27年度）	36.4% （H28年度）
特定健診でBMI25以上の者の割合	KDB「様式5-2健診有所見者状況（男女別・年代別）」	27.0% （H27年度）	27.2% （H28年度）
	国保連合会発行「特定健診実施結果有所見者状況」	26.8% （H27年度）	27.3% （H28年度）
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある者の割合	KDB「質問票の経年比較」	13.7%	10.8%
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を毎日摂取している者の割合	KDB「質問票の経年比較」		
週3回以上夕食後間食をする者の割合	KDB「質問票の経年比較」	11.5%	11.7%
<短期目標：#3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する住民の減少 >			
毎日飲酒する者の割合	KDB「質問票の経年比較」	29.30%	29.1%
1日2合以上飲酒する者の割合	KDB「質問票の経年比較」	2～3合：12.0% 3合以上：3.0%	2～3合：12.5% 3合以上：1.6%
<短期目標：#4 運動に取り組む住民の増加 >			
1日30分以上の運動を行っている者の割合	KDB「質問票の経年比較」	37.8%	33.3%
1日1時間以上歩行と同程度の身体活動がある者の割合	KDB「質問票の経年比較」	65.0%	57.3%
<短期目標：#5 喫煙習慣のある住民の減少 >			
喫煙習慣のある者の割合	KDB「質問票の経年比較」	14.2%	15.8%
<短期目標：#6 特定健診実施率の向上 >			
特定健診実施率	各年度法定報告	41.0%	43.3%
<短期目標：#7 未治療糖代謝異常者の減少 >			
特定健診糖代謝で受診勧奨判定値の者のうち未治療者の割合	KDB「保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者）」	47.3%	44.7%
<短期目標：#8 未受診の慢性腎臓病（CKD）受診勧奨判定値者の減少 >			
特定健診で慢性腎臓病（CKD）受診勧奨判定値者（②腎専門医）のうち医療機関に受診していない者の割合	特定（集団）健診結果	20.7%	14.8%

H30	R1	R2	R3	R4	R5	目指す 方向性/ 目標値	評価	関連 事業	達成度(事 業判定)
								②・③・ ⑥・⑧・ ⑨・⑪・⑫	C
48.6%	44.3%	51.8%	50.0%	51.3%	53.9%*	減少	C		
129.34	128.02	129.54	127.73	129.55	129.05*	低下	C		
								②・⑥・ ⑦・⑧・ ⑨・⑩・⑫	C
34.7% (H29年度)	35.1% (H30年度)	36.1% (R1年度)	38.6% (R2年度)	40.4% (R3年度)	40.4% (R4年度)	減少	D		
34.9% (H29年度)	35.2% (H30年度)	集計方法変更により上記出典に変更							
27.6% (H29年度)	27.1% (H30年度)	28.9% (R1年度)	30.9% (R2年度)	29.3% (R3年度)	31.3% (R4年度)	減少	D		
27.8% (H29年度)	27.2% (H30年度)	集計方法変更により上記出典に変更							
16.2%	14.1%	11.8%	13.1%	13.3%	15.4%*	減少	C		
19.0%	19.2%	19.7%	20.4%	22.8%	18.6%*	減少	B		
質問票の変更に伴い上記項目に変更						減少			
								②・⑥・ ⑦・⑧・ ⑨・⑩・⑫	C
29.8%	30.8%	30.3%	30.8%	28.4%	28.7%*	減少	B		
2～3合：11.0% 3合以上：3.1%	2～3合：13.1% 3合以上：3.0%	2～3合：12.5% 3合以上：2.9%	2～3合：15.8% 3合以上：0.8%	2～3合：14.7% 3合以上：1.2%	2～3合：15.3%* 3合以上：2.1%*	減少	C		
								②・⑥・ ⑦・⑧・ ⑨・⑩・⑫	C
34.9%	33.6%	36.2%	33.7%	33.4%	36.3%*	増加	C		
56.1%	59.7%	53.9%	59.7%	47.1%	56.8%*	増加	C		
								②・⑥・ ⑧・⑨・ ⑩・⑫	C
15.4%	14.9%	15.4%	13.7%	15.8%	16.5%*	減少	C		
								①・②・ ⑧・⑨・ ⑩・⑫	C
46.7%	47.9%	46.5%	46.7%	47.8%		60%	C		
								②・④・ ⑥・⑦・ ⑧・⑨・⑫	A
37.6%	28.7%	35.3%	35.1%	44.8%	39.1%*	減少	A		
								②・⑤・ ⑥・⑧・ ⑨・⑪・⑫	A
10.7%	24.2%	23.5%	21.4%	25.0%	14.3%*	減少	A		

*印…令和5年12月末時点の数値

★印…短期的には増加が考えられる目標値

③個別保健事業

事業 番号	保健事業（名）	対象者/事業内容	事業目的 事業目標	評価指標	目標値	ベースライン （H29年度）	
						H30年度	
①	特定健診受診率 向上対策	【対象者】 40・45・50・55・60歳の国保加入者 【概 要】 対象者全員に特定健診無料券（基本項目のみ）を発送	特定健診受診率 の向上	特定健診実施率（法定報告）	60%	41.0% （H28年度）	43.3% （H29年度）
		対象者のうち特定健診を受診 した者の割合（無料券）		30%	25.0% （H29年度）	27.8%	
		対象者のうち特定健診を受診 した者の割合（前年度未受 診）		25%	20.8% （H29年度）	38.4%	
②	特定保健指導	【対象者】 特定保健指導対象者 【概 要】 対象者に対し、3か月以上の継続した保健指導を実施	メタボリックシ ンドロームのリ スク数に応じた 個別指導を行う 事で、原因とな る生活習慣病を 防ぐ	特定保健指導実施者の改善率 （腹囲・体重のいずれかで改 善の認められた者の率）	増加	38.8%	27.3%
		特定保健指導実施率 （法定報告）		50%	33.6% （H28年度）	50.0% （H29年度）	
③	未受診高血圧者 対策	【対象者】 特定健診結果（血圧）が受診勧奨判定値で未受診の者 【概 要】 対象者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨を実施し、その後レセプト等で受診確認を行う。受診が確認できない場合、年度内に再勧奨を実施	未受診の高血圧 要受診者を適切 な受診・治療に つなげる	受診勧奨後に医療機関に受診 した者の割合	増加	26.60%	54.2%
④	未受診糖代謝異 常者対策	【対象者】 特定健診結果（糖代謝）が受診勧奨判定値で未受診の者 【概 要】 対象者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨を実施し、その後レセプト等で受診確認を行う。受診が確認できない場合、年度内に再勧奨を実施	未受診の糖代謝 要受診者を適切 な受診・治療に つなげる	受診勧奨後に医療機関に受診 した者の割合	増加	50.0% （H29年度）	81.8%
⑤	未受診CKD受診 勧奨判定値者者 対策	【対象者】 特定健診結果（CKD）が受診勧奨判定値で未受診の者 【概 要】 対象者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨を実施し、その後レセプト等で受診確認を行う。受診が確認できない場合年度内に再勧奨を実施	未受診のCKDハ イリスク者を適 切な受診・治療 につなげる	受診勧奨後に医療機関に受診 した者の割	増加	62.5% （H29年度）	66.7%
⑥	栄養相談	【対象者】 糖尿病（インスリン注射や重い合併症のない者）及び境界型の者、eGFR50～60未満の者、その他高血圧等で医師から指示のあった者 【概 要】 対象者の健診・検査結果や生活習慣の状況から、生活改善に向けた個別保健指導を実施	糖代謝異常、高血 圧、CKD等のハ イリスク者やそ の予備群者の生 活習慣の改善	事業実施者の改善率（腹囲・BMI・検査値いずれかで改善が認められた者の割合）	増加	75.0% （H29年度）	60.0%
				栄養相談実施者数	増加	5人 （H29年度）	5人
⑦	糖尿病予防教室	【対象者】 糖尿病（インスリン注射や重い合併症のない者）及び境界型の者 【概 要】 調理実習を含めた健康教室を実施し、糖尿病の正しい知識を持つことで行動変容を促し糖尿病の発症及び重症化を予防する。 ※中間評価時に糖尿病予防教室を中止し「⑥栄養相談事業」で対応することに変更	糖代謝異常のある者の生活改善を目指す	教室終了時のアンケートで「改善に取り組みたい」と答えた割合	増加	91.7% （H29年度）	100.0%

年次推移/経年変化 実績値					指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	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
R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度				
46.7% (H30年度)	47.9% (R1年度)	46.5% (R2年度)	46.7% (R3年度)	47.8% (R4年度)	B	B	H28年度からの6年間で6.8pt上昇していますが、目標値である60%には届いていません。 また、R2年度以降は新型コロナウイルスの影響もあり、受診率は横ばい傾向です。 第3期計画期間では、よりターゲットを絞った受診勧奨を行い、受診率向上をねらいます。	継続
37.6%	27.2%	20.0%	26.7%	27.8%*	B			
40.2%	25.3%	15.5%	26.7%	18.1%*	B			
42.3%	48.7%	50.0%	78.6%*		A	B	各地区の状況により初回面接の実施強化に取り組んだことや、特定保健指導対象者のみの健診結果指導会を実施したことで、特定保健指導実施率が上昇しました。 目標値は達成していますが、引き続き実施率の向上に取り組む必要があります。	継続
46.7% (H30年度)	55.9% (R1年度)	52.1% (R2年度)	55.6% (R3年度)	63.9% (R4年度)	A			
58.3%	45.5%	84.6%	33.3%	14.3%*	C	C	ベースライン値に比べ勧奨後の受診率が上昇している年度もありますが、R3年度をピークに低下しています。 新規で未受診者に該当する受診者が減少している一方、毎年該当しても受診につながらない受診者がいることも受診率低下に影響を及ぼしていると考えられます。 受診勧奨判定値の受診者を医療機関につなげることは、重要な重症化予防対策です。 引き続き、新規該当者には重点的に勧奨を実施するほか、毎年該当する受診者で受診につながらない方へ繰り返し必要性を伝えていく必要があります。	継続
80.0%	60.0%	42.9%	75.0%	12.5%*	C	C		
100.0%	66.7%	80.0%	80.0%	0.0%*	C	C		
80.0%		100.0%	50.0%*		B	C	健診未受診又は指導終了後の医療機関での検査結果を把握できなかったため、アウトカム評価ができない年がありましたが、傾向としては指導後にほとんどの対象者が何等かの改善が認められました。 対面の結果指導会が開催できないことで、栄養相談を直接勧める機会が減ったことも実施者数の伸び悩みに影響していると思われます。実施者数増加のための取組が必要です。	継続 栄養相談実施者数を増やすために、健診結果からの本人への声掛けと町内医療機関への事業説明を実施する。
10人	1人	5人	3人	1人*	C			
83.3%	中止	中止	中止	中止	E	E	実際に調理の工夫を学べることから参加者には好評でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響からR2年度は中止としました。 また、中間評価に伴い、栄養相談事業と統合して個別保健指導での対応としました。	栄養相談事業と統合

*印…令和5年12月末時点の数値

★印…短期的には増加が考えられる目標値

事業 番号	保健事業（名）	対象者/事業内容	事業目的 事業目標	評価指標	目標値	ベースライン （H29年度）	
							H30年度
⑧	特定健診結果説明会 （受診勧奨）	【対象者】特定健診受診者のうち、事業番号③・④・⑤の対象とならない受診勧奨判定値者 【概 要】特定健診結果の説明と結果に基づく保健指導及び受診勧奨を実施。	特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活習慣につなげる	指導実施後の医療機関受診率	増加	39.0% （H29年度）	30.3%
⑨	健康教室	【対象者】特定健診受診者全員 【概 要】健診結果に基づく個別保健指導を通し、望ましい生活習慣への変容を促す。また、特定健診継続受診の必要性を啓発する。前期高齢者には介護予防の視点も含めた保健指導を行う。	健診結果を通して生活習慣の振り返りや望ましい生活習慣の知識啓発、健診継続受診や介護予防についての意識づけ	健康教室実施回数	増加	18回 （H29年度）	24回
				健康教室参加者数	増加	延343人 （H29年度）	397人
				参加率（人口千人対）	増加	29.7 （H29年度）	35.5
⑩	特定健診結果説明会 （保健指導）	【対象者】特定健診受診者全員 【概 要】健診結果に基づく個別保健指導を通し、望ましい生活習慣への変容を促す。また、特定健診継続受診の必要性を啓発する。前期高齢者には介護予防の視点も含めた保健指導を行う。	健診結果を通して生活習慣の振り返りや望ましい生活習慣の知識啓発、健診継続受診や介護予防についての意識づけ	個別保健指導実施率	増加	82.6% （H29年度）	82.6%
⑪	尿中塩分量測定及び結果指導	【対象者】特定健診受診者全員 【概 要】特定健診・住民健診時に尿中塩分量測定を実施し、結果について個別保健指導を実施	高血圧の予防や関連する生活習慣病の予防に対する意識付けやきっかけづくり	1日当たり塩分摂取量の平均値 （推計）	減少	7.90g/日 （H29年度）	9.02g/日
⑫	啓発活動	【対象者】全住民 【概 要】広報、情報告知端末（テレビ電話）、健康イベント等で生活習慣病予防や望ましい生活習慣の知識の普及、健（検）診の啓発を行う	糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防及び望ましい生活習慣の知識の普及	広報掲載回数	増加	6回 （H29年度）	6回
				イベント参加率 （人口1,000人対）	増加	22.5 （H29年度）	22.4
	ポピュレーション対策（事業番号⑨～⑫）におけるアウトカム指標 ※めざす効果が同じ複数の事業を総合的に評価するための参考指標。 全て特定健診の標準的な質問票を基にKDBシステムにより集計			1日3合以上飲酒する人の割合	減少	3.0% （H28年度）	1.6% （H29年度）
				夕食後間食する人の割合	減少	11.5% （H28年度）	11.7% （H29年度）
				1日30分以上の運動習慣がある人の割合	増加	37.8% （H28年度）	33.3% （H29年度）
				3食以外の間食を毎日する人の割合	減少	19.0% （H30年度）	

年次推移/経年変化 実績値					指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	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
R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度				
27.8%	*	*	*	*	E	E	R2年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響で受診者全員への結果説明会を中止しています。保健師からのアドバイスに記載し、郵送で結果を通知しました。	継続 R6年度から健診結果説明会を再開予定
15回	10回	14回	19回	15回	C	C	R2・3年度は新型コロナウイルス感染症により地区のサロンが中止になった影響で実施回数・人数が例年に比べて減少していましたが、R4年度以降は再開した地区も多く、実施回数・実施者数とも伸ばしていく必要があります。	継続
244人	99人	133人	201人	159人	C			
22.6	9.5	13.1	20.4	16.8	C			
82.0%	86.7%	*	*	*	E	E	R2年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響で受診者全員への結果説明会を中止しています。保健師からのアドバイスに記載し、郵送で結果を通知しました。	継続 R6年度から健診結果説明会を再開予定
9.46g/日	*	*	*	8.41g/日	B	B	R2～4年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、尿中塩分量測定を中止していたため、経年での評価が困難でした。	廃止 データヘルス計画における保健事業としての実施は終了とする
4回	4回	3回	3回	3回	C	C	生活習慣病以外のトピックスの掲載が増えた影響もあり、ベースライン値よりも減少しています。 また、新型コロナウイルスの影響でR2・3年度は健康イベントを中止しました。R4年度から再開しましたが、開催形態の変更に伴い、参加者数が減少しています。しかし、R4年度に比べR5年度は参加者数も伸びています。	継続 年間スケジュールの中で生活習慣病や望ましい生活習慣に関する内容を年4回掲載できるよう調整する。
30.6	中止	中止	6.0	8.0	C			
3.1% (H30年度)	3.0% (R1年度)	2.9% (R2年度)	0.8% (R3年度)	1.2% (R4年度)	A	C	多量飲酒の割合は改善傾向ですが、運動習慣や間食の習慣は悪化傾向です。新型コロナウイルスにより在宅時間が増加したことや、対面の保健指導の機会が大幅に減少したことが影響していると考えられます。 短期目標の腹囲及びBMIに関する項目でもR2年度から急激に悪化しており、これらの生活習慣の結果と考えられます。	
標準的質問票の変更により廃止								
34.9% (H30年度)	33.6% (R1年度)	36.2% (R2年度)	33.7% (R3年度)	33.3% (R4年度)	C			
19.0% (H30年度)	19.2% (R1年度)	19.7% (R2年度)	20.4% (R3年度)	22.8% (R4年度)	B			

*印…令和5年12月末時点の数値

★印…短期的には増加が考えられる目標値

3. 第3期計画の目的と目標

(1) 基本理念と目的・目標

本計画の基本理念は「健康寿命の延伸」です。

町民一人ひとりが、いくつになっても元気で幸せに暮らすためには「健康寿命（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）」を延ばすことが重要です。この基本理念を達成するため、医療・健診・介護データの分析結果から、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の発症及び重症化予防と、その結果として引き起こされる脳血管疾患や腎不全に対して、以下の目的・目標を掲げ保健事業を展開します。

大目標1：脳血管疾患の発症と重症化を予防する		目標達成のために 実施する保健事業 ※（）内は対応する短期目標
中長期的目標	1. 新規脳血管疾患患者の減少 2. 新規高血圧症患者の減少 3. 高血圧の受診勧奨判定者割合の減少	
短期的目標	#1 高血圧の受診勧奨判定値者の医療機関受診率の上昇 #2 高血圧症の治療中断者の減少 #3 特定健診実施率の上昇 #4 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	
大目標2：糖尿病の発症予防及び重症化予防する		①特定健診受診率向上事業 (#3) ②特定保健指導 (#1・2・4・5・6・7) ③医療機関未受診の受診勧奨判定値者への受診勧奨事業〔高血圧・糖尿病・CKD〕 (#1・5・7) ④栄養相談事業 (#1・2・4・5・6・7) ⑤特定健診結果説明会〔受診勧奨判定値者〕 (#1・2・3・4・5・6・7) ⑥治療中断者への受診勧奨事業〔高血圧・糖尿病〕 (#2・6) ⑦健康教育 (#1・2・3・4・5・6・7) ⑧特定健診結果説明会〔受診勧奨判定値者以外〕 (#3・4) ⑨啓発事業 (#1・2・3・4・5・6・7)
中長期的目標	1. 新規糖尿病患者の減少 2. 糖尿病の受診勧奨判定値者割合の減少	
短期的目標	#3 特定健診実施率の上昇 #4 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加 #5 糖尿病の受診勧奨判定値者の医療機関受診率の上昇 #6 糖尿病の治療中断者の減少	
大目標3：腎不全による疾病負担を軽減する		
中長期的目標	1. 新規人工透析患者の減少 2. CKDが疑われる者の割合の減少	
短期的目標	#2 高血圧症の治療中断者の減少 #3 特定健診実施率の上昇 #4 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加 #6 糖尿病の治療中断者の減少 #7 未受診の慢性腎臓病（CKD）受診勧奨判定値者の減少	

（２）目標の評価指標と目指す方向性

3つの大目標を達成するための、中長期的目標・短期的目標の評価指標は以下のとおりです。短期的目標を達成することで、中長期的目標の達成につながり、ひいては目的の達成につながります。

①中長期的な目標

※ 部分は新潟県の共通評価指標

目標	指標	現状（R4）	目指す方向性
新規脳血管疾患患者の減少	新規で脳血管疾患の治療をしている被保険者の割合	0.74%	減少
	〔参考指標〕 脳血管疾患の1人当たり医療費	12,569円	減少
新規高血圧症患者の減少	新規で高血圧症の治療をしている被保険者の割合 * 一時的には増加	4.50%	減少
	〔参考指標〕 高血圧性疾患の1人当たり医療費	20,324円	減少
高血圧の受診勧奨判定値者割合の減少	収縮期血圧140mmHg拡張期血圧90mmHg以上の者の割合	29.0%	減少
新規糖尿病患者の減少	新規で糖尿病の治療を始めた被保険者の割合 * 一時的には増加	1.53%	減少
	〔参考指標〕 糖尿病の1人当たり医療費	21,956円	減少
糖尿病の受診勧奨判定値者割合の減少	HbA1c値6.5%以上の者の割合	10.0%	減少
	〔参考指標〕 HbA1c値8.0%以上の者の割合	1.0%	減少
新規人工透析患者の減少	新規人工透析患者数（町）	1人	減少
	新規人工透析患者数（国保）	0人	減少
	被保険者に占める人工透析患者の割合	0.42%	減少
CKDが疑われる者の割合の減少	特定健診結果でeGFR60未満の者の割合	20.6%	減少

* 医療費の減少については、要治療者や未受診者に対し受診勧奨を実施することで一時的に医療費が増加する事が考えられる指標

②短期的な目標

※ 部分は新潟県の共通評価指標

目標	指標	現状（R4）	目指す方向性
#1 高血圧の受診勧奨判定値者の医療機関受診率の上昇	未受診高血圧判定者の割合	20.9%	減少
	高血圧の受診勧奨判定値者のうち未治療者割合	51.3%	減少
#2 高血圧症の治療中断者の減少	高血圧の治療を中断した被保険者の割合	0.00%	維持
#3 特定健診実施率の向上	特定健診実施率	47.8%	上昇
#4 適切な生活習慣を行っている者の割合の増加	習慣的に喫煙している者の割合	15.8%	減少
	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を毎日摂取している者の割合	22.8%	減少
	毎日飲酒する者の割合	28.4%	減少
	1日2合以上飲酒する者の割合	15.9%	減少
	1日30分以上の運動を行っている者の割合	33.4%	増加
	1日1時間以上歩行と同程度の身体活動がある者の割合	47.1%	増加
#5 糖尿病の受診勧奨判定値者の医療機関受診率の上昇	未受診糖尿病判定者の割合	3.2%	減少
	糖尿病受診勧奨判定値者のうち未治療者の割合	44.8%	減少
#6 糖尿病の治療中断者の減少	糖尿病の治療を中断した被保険者の割合	0.19%	減少
#7 未受診の慢性腎臓病（CKD）受診勧奨判定値者の減少	CKD受診勧奨判定値者（専門医判定：eGFR45未満）のうち医療機関に受診していない者の割合	40.0%	減少

4. 保健事業の実施内容

	事業 番号	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
				ストラクチャー 評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
特 定 健 診 受 診 率 向 上	①	特定健診受診率向上事業	【目的】 特定健診受診率の向上 【対象者】 40・45・50・55・60歳の国保加入者 【概要】 対象者全員に特定健診無料券（基本項目のみ）を発送	・ 予算	・ 対象者抽出方法 ・ 通知方法や内容 ・ 通知時期	・ 受診勧奨対象者のうち勧奨を実施した者の割合	・ 対象者のうち特定健診を受診した者の割合 ・ 特定健診受診率
			【目的】 特定健診受診率の向上 【対象者】 特定健診対象者のうち、前年度未受診者 【概要】 対象者全員に対し、ハガキによる受診勧奨	・ 予算	・ 対象者抽出方法 ・ 啓発内容及び方法 ・ 実施時期	・ 受診勧奨対象者のうち勧奨を実施した者の割合	・ 対象者のうち特定健診を受診した者の割合 ・ 特定健診受診率
ハ イ リ ス ク ア プ ロ ー チ	②	特定保健指導	【目的】 メタボリックシンドロームのリスク数に応じた個別指導を行うことで、メタボリックシンドロームが原因となる生活習慣病を防ぐ 【対象者】 特定保健指導対象者 【概要】 特定保健指導対象者に対し、3か月以上の継続した保健指導を実施	・ 予算 ・ 職員の体制 ・ 役割分担	・ 保健指導内容 ・ 実施者の態度 ・ 記録状況及び管理	・ 特定保健指導実施率 ・ 特定保健指導継続率	・ 特定保健指導対象者の改善率（腹囲・BMI・検査値いずれかで改善が認められた者の割合）
	③	医療機関未受診受診の勧奨判定値者への受診勧奨事業 （高血圧・糖尿病・CKD）	【目的】 未受診の高血圧・糖尿病・CKDの要受診者を適切な受診・治療につなげる 【対象者】 特定健診結果（血圧・糖代謝・腎機能）が受診勧奨判定値で未受診の者 【概要】 特定健診受診者のうち未受診の受診勧奨判定値（血圧・糖代謝・腎機能）の者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨。その後レセプト又は医療機関から戻る診療依頼書兼結果通知書等で受診が確認できなかった者に対し訪問等で再勧奨を実施。	・ 予算 ・ 職員の体制 ・ 医療機関との連携	・ 対象者抽出方法 ・ 勧奨方法 ・ 通知や指導内容	・ 受診勧奨実施率（受診勧奨実施者/受診勧奨対象者）	・ 受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合（受診勧奨後医療機関受診者/受診勧奨実施者）
	④	栄養相談事業	【目的】 糖代謝異常のある者、高血圧の者、CKDのハイリスク者やその予備群者の生活習慣改善 【対象者】 糖尿病（インスリン注射や重い合併症のない者）及び境界型の者 eGFR50～60未満の者、その他高血圧等で医師から指示のあった者 【概要】 対象者の健診・検査結果や生活習慣の状況から、生活習慣改善に向けた個別保健指導を実施する。	・ 予算 ・ 職員の体制 ・ 医療機関との連携 ・ 他事業との連携	・ 対象者抽出方法 ・ 対象者への事業啓発方法 ・ 指導内容	・ 実施者数	・ 指導実施後の生活習慣改善率（アンケート評価） ・ 指導実施後の検査値（体重・腹囲・BMI・検査値等）の改善率 （2回目の指導時又は医療機関での検査結果等による）

	事業 番号	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
				ストラクチャー 評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
ハイ リス ク ア プ ロ ー チ	⑤	特定健診結果説明会（受診勧奨判定値者）	【目的】 受診者の特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活改善につなげる 【対象者】 特定健診受診者のうち、事業番号②・③の対象とならない受診勧奨判定値の者 【概要】 特定健診結果の説明、結果に基づく個別保健指導及び受診勧奨を実施。食事及び運動、禁煙等について保健指導を行う。	・予算 ・職員の体制 ・関係機関・関係者との連携・調整 ・他事業との連携	・対象者への事業案内方法 ・指導内容及び指導用ツール	・実施率（受診勧奨実施者数/受診勧奨対象者数）	・指導実施後の医療機関受診割合（内科未受診要医療者中指導後受診者/内科未治療受診者）
	⑥	治療中断者への受診勧奨事業（高血圧症・糖尿病）	【目的】 治療を中断している高血圧症や糖尿病を持つ被保険者が、治療の必要性を理解し、適切な治療を継続できる 【対象者】 前年度中に高血圧症又は糖尿病の投薬治療を受けていた者のうち、当該年度の4～8月診療分のレセプトで処方を受けていた医療機関のレセプトが確認できない者 【概要】 レセプト（医科・調剤）情報から、対象者の条件に該当する被保険者を抽出し、治療中断のデメリットや継続受診の必要性等について訪問指導を実施する	・予算 ・職員の体制 ・関係機関・関係者との連携・調整 ・他事業との連携	・対象者選定・抽出方法 ・指導内容及び指導用ツール	・実施率（受診勧奨実施者/受診勧奨対象者）	・受診勧奨後医療機関受診率（指導後受診者/訪問実施者）
ポ ピ ュ レ ー シ ョ ン ア プ ロ ー チ	⑦	健康教育	【目的】 ・生活習慣病（糖尿病・高血圧等）、ＣＫＤの予防及び望ましい生活習慣の普及・啓発 ・低栄養やフレイル予防等、将来的な要介護状態の予防・啓発 【対象者】 全住民 【概要】 地区に保健師が出向き、高血圧や糖尿病等の生活習慣病や、ＣＫＤ、アルコール、介護予防についての健康講話を行う。その他テーマにより、血圧測定、尿中塩分量測定、試食、運動の実施等の体験を行う。	・予算 ・職員の体制 ・関係機関・関係者との連携・調整 ・他事業との連携	・対象地区選定方法 ・周知方法 ・内容及び方法	・教室実施回数 ・延べ参加者数 ・参加率（人口千人対）	特定健診の標準的な質問票結果より ・1日3合以上飲酒する人の割合* ・週3回以上夕食後間食する人の割合* ・1回30分以上の運動習慣がある人の割合* ・特定健診受診率*
	⑧	特定健診結果説明会	【目的】 受診者の特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活改善につなげる 【対象者】 特定健診受診者のうち、事業番号②・③・④・⑤の対象とならない者 【概要】 特定健診結果の説明、結果に基づく個別保健指導・必要時受診勧奨を実施。食事及び運動、禁煙等について保健指導を行う。	・予算 ・職員の体制 ・関係機関・関係者との連携・調整 ・他事業との連携	・対象者への事業案内方法 ・指導内容及び指導用ツール	・実施者数 ・実施率（結果説明会参加者数/集団特定健診受診者数）	

	事業 番号	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
				ストラクチャー 評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
ポ ピ ユ レ ー シ ョ ン ア プ ロ ー チ	⑨	啓発事業	【目的】 - 生活習慣病（糖尿病・高血圧等）、ＣＫＤの予防及び望ましい生活習慣の普及・啓発 - 低栄養やフレイル予防等、将来的な要介護状態の予防・啓発 【対象者】 全住民 【概要】 広報、情報告知端末（テレビ電話）、健康イベント等で生活習慣病予防や望ましい生活習慣、フレイル予防等の知識の普及を行う。 また検（健）診カレンダー配布やポスター掲示等により、各種検（健）診の受診啓発を実施する。	- 予算 - 職員の体制 - 関係機関・関係者との連携・調整	- 対象地区選定方法 - 周知方法 - 内容及び方法	- 教室実施回数 - 延参加者数	特定健診の標準的な質問票結果より 1日3合以上飲酒する人の割合* - 週3回以上夕食後間食する人の割合* 1回30分以上の運動習慣がある人の割合* - 特定健診受診率*

* 印…めざす効果が同様の複数の個別保健事業を総合的に評価するための参考指標

5. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価及び見直し

（１）評価時期

計画期間の最終年度（令和11年度）に、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況に関する調査及びデータ分析、実績に関する評価を行います。この結果は、計画（目標値の設定、取り組むべき事業等）の内容見直しに活用し、次期計画の参考とします。

また、計画の中間年（令和8年度）にも事業の実施状況や計画の進捗確認等の中間評価を実施し、必要に応じて計画の見直し・修正を行います。

（２）評価体制

国保運営協議会で意見を求めるとともに、新潟県国民健康保険団体連合会が実施する保健事業支援・評価委員会を活用し、外部機関からのアドバイス、指導を受けます。

6. 計画の公表・周知

策定した計画は町のホームページに掲載します。また、次期計画策定の際に実施状況のとりまとめを行い、評価・見直しに活用するための報告書を作成し公表します。

7. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び、阿賀町個人情報保護法施行条例を遵守し、適切な対応を行います。

8. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

（１）地域包括ケアに係る取り組み

阿賀町の高齢化率は50.3%で県内で最も高齢化が進んでおり、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

KDB・レセプトデータを活用した健康課題・要介護要因の分析結果を介護保険部門・健康づくり部門等と共有し、連携して保健事業を実施するほか、保健事業を通して支援を要する高齢者を把握した場合は、地域包括支援センターや福祉・介護保険部門と連携して介入支援へつなげます。

（２）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、後期高齢者広域連合との連携

阿賀町では令和3年度から新潟県後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始しています。データヘルス計画に基づく保健事業と当該事業を連携し、生活習慣病の重症化予防等の切れ目のない取り組みを推進します。

また、後期高齢者医療広域連合が実施する後期高齢者健康診査や歯科検診等の事業についても連携して実施します。そして、国保保健事業においても低栄養やロコモティブシンドローム、フレイル等の予防・改善に着目した保健指導に努めます。

第3章

第4期特定健康診査等実施計画

第3章 特定健康診査等実施計画

1. 計画策定にあたって

(1) 背景

わが国では、国民皆保険のもと、世界最長の平均寿命や高い医療水準を達成してきました。その反面、医療の高度化、少子高齢化の急速な進展、生活様式等社会環境の変化による医療費増大という課題に直面しており、国民皆保険を堅持し続けるため、その構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、阿賀町でも平成20年4月から施行された「高齢者の医療の確保に関する法律(以下、高齢者医療確保法)」に基づき、特定健康診査等の実施方法に関する事項及び特定健康診査等の実施並びにその成果に関する目標等を定めた「阿賀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組を推進しています。

本計画は、平成30年度に定めた第3期における特定健康診査等の実施結果を踏まえ、計画の見直しを行い次期計画を策定するものです。

(2) 目的

特定健康診査等実施計画は、高齢者医療確保法第19条に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施方法に関する基本的事項、特定健康診査・特定保健指導の実施及びその成果に係る目標に関する基本的事項について定めた計画です。

特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与しているとの知見に基づき、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査を実施し、内臓脂肪の蓄積が認められる方に生活習慣を改善するための特定保健指導を実施して、内臓脂肪を減少させることでメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させ、生活習慣病の発症や重症化予防に繋げていくことを主たる目的としています。

(3) 計画の位置づけ

本計画は、阿賀町総合計画における基本理念である「豊かな自然・かがやく文化・みんなで築く安心のまち」の実現に向けての、健康づくりに関する分野の計画の一つとしての位置づけを持つものであり、阿賀町健康増進計画いきいき元気プラン、阿賀町高齢者保健福祉計画、阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)等と整合性を図って策定しています。

(4) 計画の期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6カ年計画とします。また、6年ごとに計画の見直しを行います。

（５）計画の策定体制

本計画は、国民健康保険事業の運営主管であるこども・健康推進課国保年金係と、事業実施の中心となる健康推進係、その他関係機関との連携を図りながら策定しました。

（６）計画の公表・周知

この特定健康診査等実施計画について、町のホームページへ掲載する他、広報あが等を活用し、被保険者への情報提供に努めます。

2. 第3期特定健康診査等実施計画の実施状況及び評価

(1) 特定健康診査の実施率の状況

阿賀町国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画において、国が示した基本指針に基づき、特定健康診査の実施率について年度ごとの目標値を設定しています。法定報告結果が発表されている令和4年度までの実施率の状況から、最終年度の令和5年度の目標達成は大変厳しい状況です。

【特定健康診査実施率の達成目標と実績】

(法定報告より)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	43.0%	46.50%	50.0%	53.5%	57.0%	60.0%
阿賀町実績	46.7%	47.9%	46.5%	46.7%	47.8%	—
新潟県実績	44.2%	45.0%	37.9%	42.6%	44.6%	—

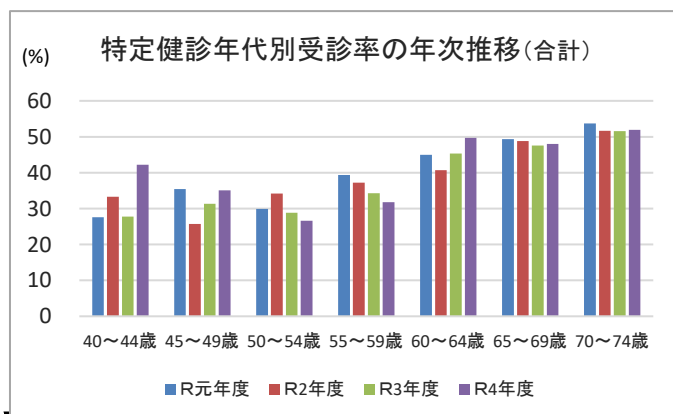
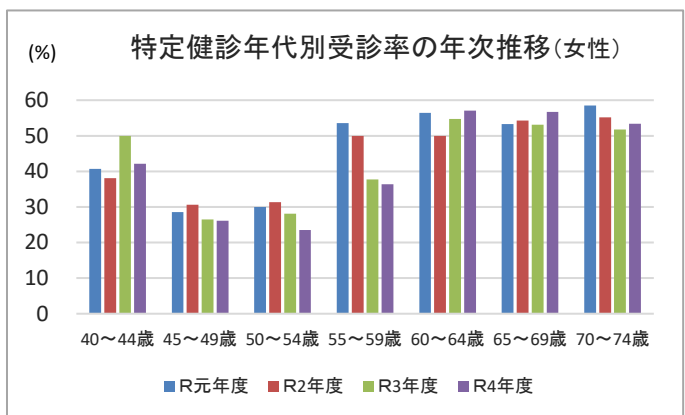
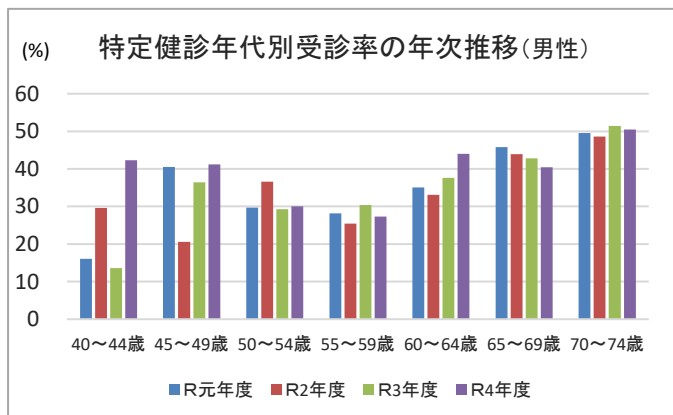
受診率を男女・年齢階級別で比較すると、第3期期間中は45～59歳の受診率が一度も40%に達しておらず、特に男性では40～59歳、女性では40～54歳で受診率が30%以下と他の年代に比べ著しく低くなっています。男女とも年齢が上昇するにつれ受診率も上昇する傾向があり、55歳以上では女性の方が男性に比べ、10ポイントほど高くなります。

また、年代別受診率を経年で比較すると、男性では60～69歳、女性では70～74歳の受診率が低下傾向にあります。

【男女別受診率の推移】

(法定報告より)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	40.6%	42.6%	41.9%	44.0%	44.5%
女性	53.5%	53.8%	51.7%	49.7%	51.4%
計	46.7%	47.9%	46.5%	46.7%	47.8%



特定健診等データ管理システム帳票：特定健診・特定保健指導実施結果総括票

(2) 特定保健指導の実施率の状況

特定保健指導においても、特定健康診査と同様に年度ごとの目標値が設定されています。第3期計画期間が開始した平成30年度に比べ、令和4年度では17.2ポイント上昇し63.9%で、目標値の60.0%を達成しました。引き続き、60.0%以上の実施率を維持していくことが課題となっています。

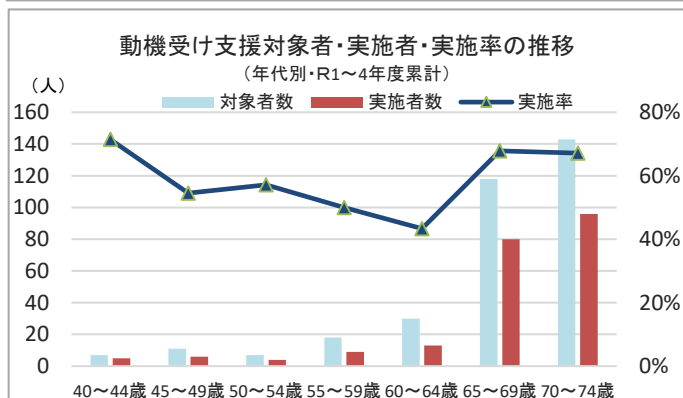
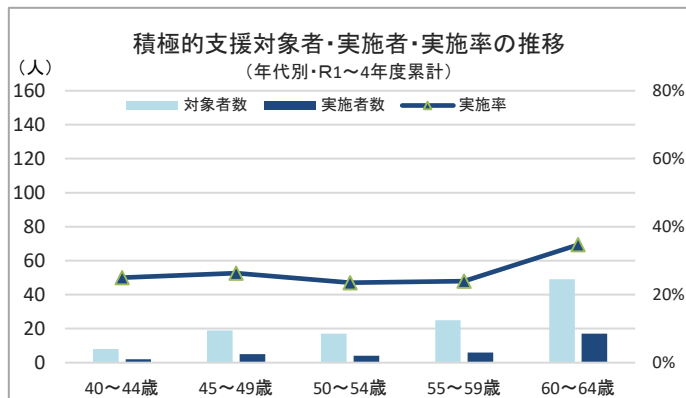
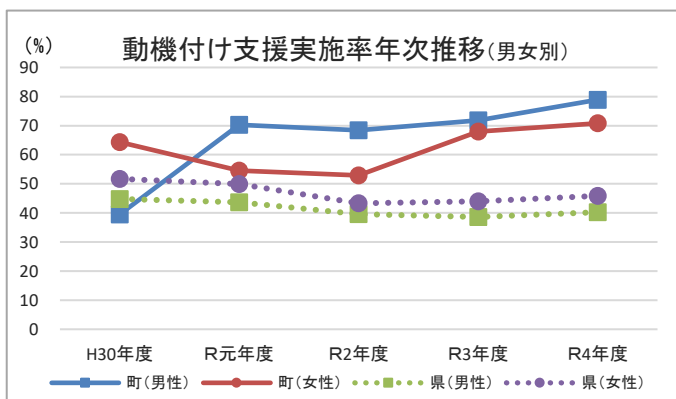
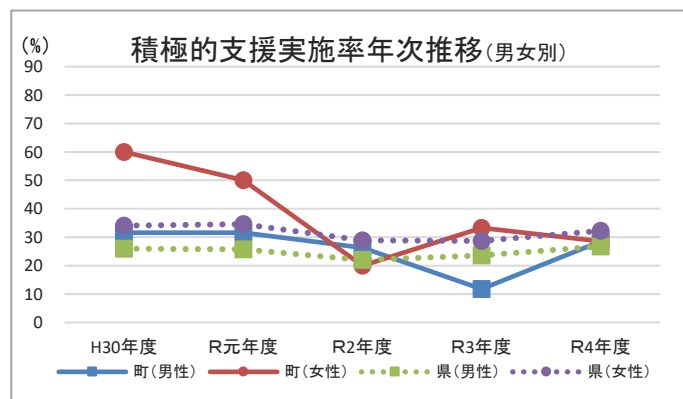
【特定保健指導実施率の達成目標と実績】

(法定報告より)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%
阿賀町	46.7%	55.9%	52.1%	55.6%	63.9%	—
新潟県(市町村計)	43.0%	41.9%	37.2%	37.1%	39.0%	—

第3期期間中の特定保健指導実施率の推移を積極的支援・動機付け支援別にみると、積極的支援では、男女とも実施率が低下傾向です。一方、動機付け支援では、男女とも実施率が上昇しています。

次に、年代別に対象者及び実施率の推移をみると、積極的支援では60歳未満の実施率が25%に満たない状況で、60歳以上でも34.7%となっています。全年代で実施率向上が課題となっており、特に60歳未満の底上げが必要です。また、動機付け支援では全ての年代で実施率40%以上となっていますが、60～64歳が最も実施率が低く、この年代の実施率向上が課題です。



特定健診等データ管理システム帳票：特定健診・特定保健指導実施結果総括票

(3) 事業成果に関する分析

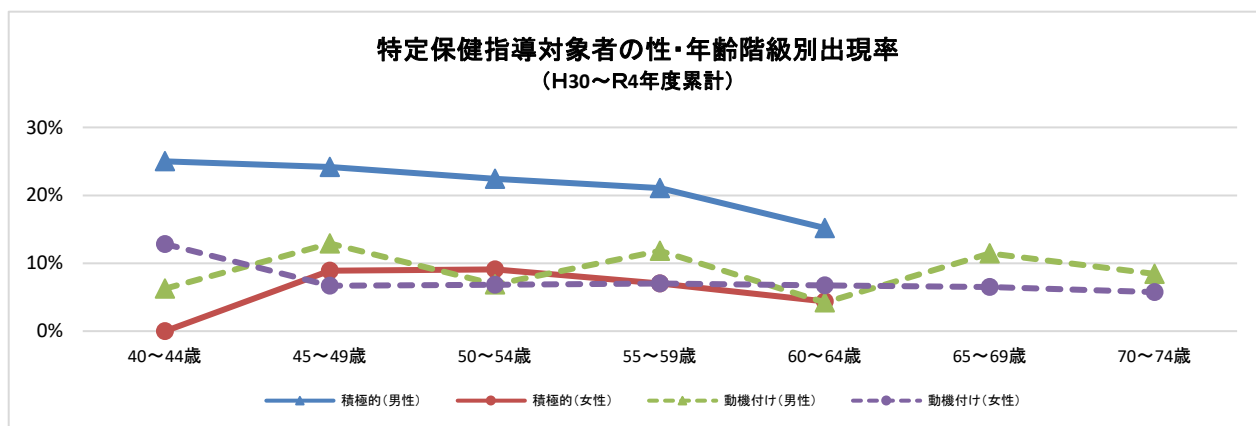
① 特定保健指導対象者の割合・減少率

対平成20年度減少率及び出現率をみると、令和4年度は積極的支援で減少率が28.5%、動機付け支援では42.5%、特定保健指導対象者全体では35.1%となっており、平成20年度に比べて対象者の割合は減少しています。また、特定保健指導対象者の出現率も横ばいが続いています。

つぎに、性・年齢階級別に特定保健指導対象者の出現率をみると、男性の積極的支援対象者の出現率が40～59歳の間は20%以上で、年齢が若いほど出現率が高くなっています。

【特定保健指導対象者の出現率と対平成20年度比の減少率（※4）】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	出現率	2.6%	2.5%	2.7%	3.1%	2.6%
	減少率	10.6%	21.7%	13.0%	-11.5%	28.5%
動機付け支援	出現率	7.1%	7.6%	8.2%	7.6%	7.8%
	減少率	17.8%	18.2%	9.0%	27.2%	42.5%
計	出現率	9.6%	10.2%	10.9%	10.6%	10.4%
	減少率	14.0%	20.1%	11.1%	6.9%	35.1%



特定健診等データ管理システム帳票：特定健診・特定保健指導実施結果総括票

② 健診項目別有所見者の状況

【令和4年度の有所見状況】

○年代別有所見者率

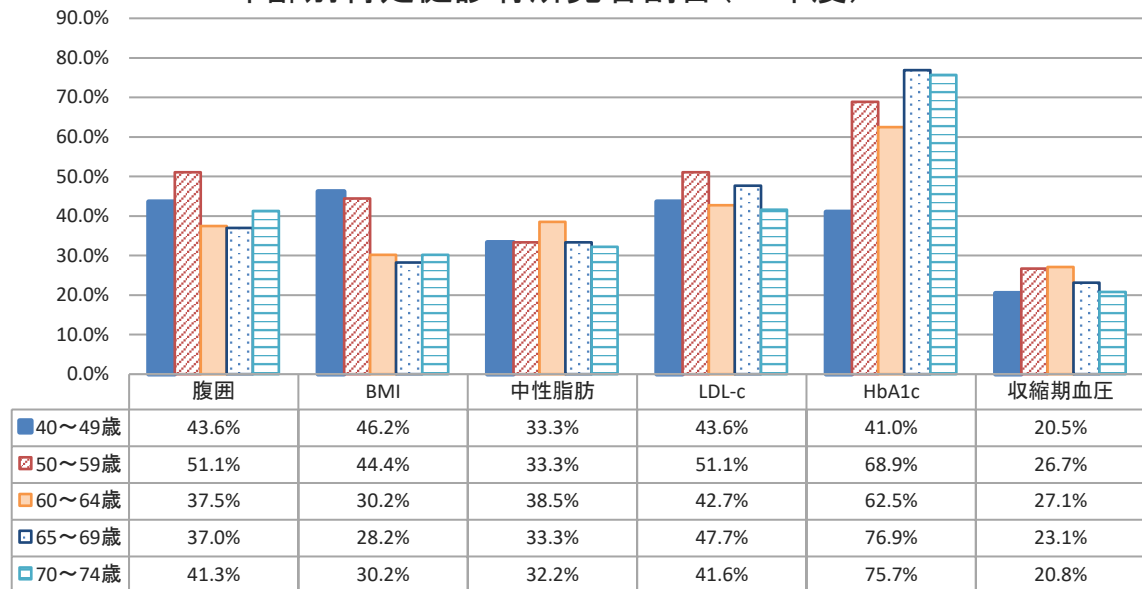
特定健康診査における有所見者率（保健指導判定値以上の者の割合）を年代別に比較すると、血糖検査であるHbA1cで年代が上がるにつれ有所見者割合も上昇する傾向がみられました。受診者全体の割合では、県平均は66.0%、阿賀町は72.4%で県平均よりも6.4ポイント高くなっています。

※4 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の計算方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数} - \text{比較年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}{\text{該当年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は平成28年度住民基本台帳人口（全国）に対し、阿賀町の性・年齢階級別メタボリックシンドローム該当者及び予備群出現率を基に推定数を算出しているため、人口や対象者が少ない事による影響が大きいため、参考値とする。

年齢別特定健診有所見者割合(R4年度)



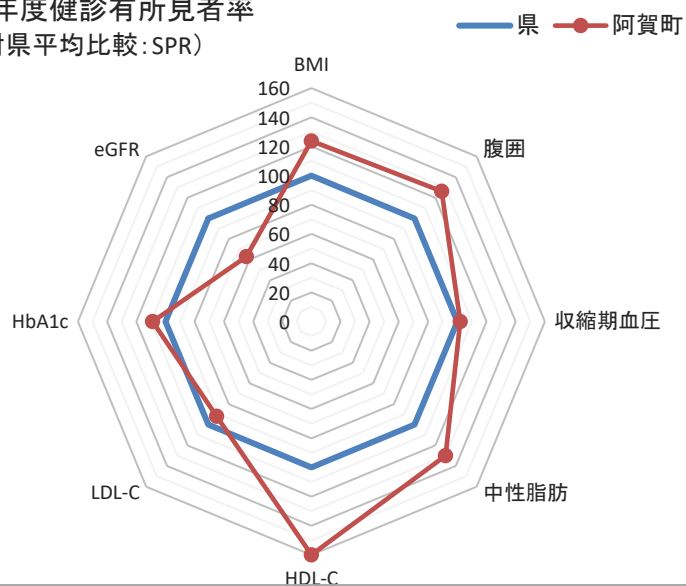
KDBシステム帳票：様式5-2健診有所見者状況

○県の有所見者率との比較

新潟県の有所見率を100として、阿賀町の有所見率を比較すると、BMIと腹囲、中性脂肪で1.2倍、HDLコレステロールで1.5倍の有所見率となっています。

そのほか、eGFR、LDLコレステロールは県に比べて低くなっています。

令和4年度健診有所見者率
(対県平均比較:SPR)

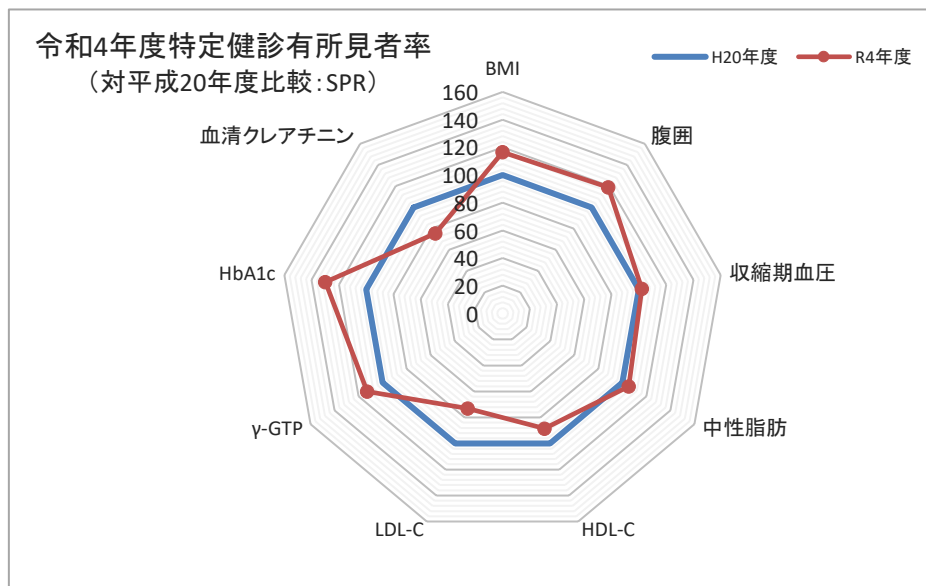


<SPR（標準化有所見率）>

各保険者の受診者における年齢階級別有所見者率が全県と同じと仮定した場合に推計される有所見者数に対して、実際の有所見者数が何倍みられたかを比較する指標です。

【平成20年度特定健康診査結果と令和4年度特定健康診査結果の比較】

平成20年度特定健康診査有所見率を100として、令和4年度特定健康診査有所見率を比較すると、平成20年度に比べてBMI、腹囲、γ-GTP、HbA1cで有所見率が上昇しています。一方、血清クレアチニン、LDLコレステロールは大きく低下しています。



【特定保健指導対象者の減少率及び特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率】

特定保健指導対象者は、特定健康診査の対象者・受診者の減少により、年々減少しています。

また、特定保健指導利用者のうち、翌年特定保健指導の対象とならなかった者の割合（特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率）の平成30～令和4年度の平均は15.1%で、特定保健指導利用による減少効果が出ています。

令和4年度の特定保健指導実施率は63.9%で、対象者の約4割は特定保健指導を実施していないことから、引き続き特定保健指導の実施率の向上が必要です。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
前年度特定保健指導対象者数 (A)	83	82	84	85	79
Aのうち今年度対象外となった者	15	10	13	21	14
対象者減少率	18.1%	12.2%	15.5%	24.7%	17.7%
前年度特定保健指導利用者数 (B)	49	47	51	45	40
Bのうち今年度対象外となった者	9	4	7	9	6
特定保健指導利用者の対象者減少率	18.4%	8.5%	13.7%	20.0%	15.0%

3. 第4期特定健康診査等実施計画の目標値及び対象者

(1) 目標値

国により設定された第4期（令和6年度～令和11年度）特定健康診査等実施計画期間における市町村国保の目標値は、特定健康診査実施率60%以上、特定保健指導実施率60%以上です。また、実施の成果にかかる目標は、特定保健指導対象者の減少率を令和11年度時点で平成20年度比25%以上としています。

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	48.0%	50.5%	53.0%	55.5%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率 (平成20年度比)	-	-	-	-	-	25.0%

(2) 計画の対象者

① 特定健康診査

第4期計画期間中の特定健康診査の対象者数及び受診者数を次のとおり推計します。

【特定健康診査対象者数（推計）】

年齢	性別	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
40～64歳	男性	192	182	172	163	155	146
	女性	161	149	138	128	120	109
	計	353	331	310	291	275	255
65～74歳	男性	571	555	540	526	513	484
	女性	549	546	545	545	547	517
	計	1,120	1,101	1,085	1,071	1,060	1,001
合計	男性	763	737	712	689	668	630
	女性	710	695	683	673	667	626
	計	1,473	1,432	1,395	1,362	1,335	1,256
うち実施者数		707	723	739	756	774	754
実施率		48.0%	50.5%	53.0%	55.5%	58.0%	60.0%

②特定保健指導

第3期計画期間中の特定保健指導の対象者数及び受診者数を次のとおり推計します。
 なお、特定保健指導の対象者の出現率は平成30～令和4年度の実績を基に算出しました。

特定保健指導対象者出現率

	年齢	男性	女性	合計
積極的支援	40～64歳	19.0%	5.8%	11.7%
動機付け支援	40～64歳	7.2%	6.8%	7.1%
	65～74歳	9.6%	6.1%	7.8%

【特定保健指導対象者数（推計）】

区分	年齢	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	40～64歳	19	20	20	21	21	20
動機付け支援	40～64歳	12	12	12	12	13	12
	65～74歳	42	43	44	45	46	45
うち実施者数		44	45	46	47	48	47
実施率		60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

4. 第4期計画期間における特定健康診査・特定保健指導の実施方法・体制

(1) 特定健康診査の実施方法

第4期計画期間では、集団健診・個別健診の2つの形態で特定健康診査を実施します。

◆目的

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に、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を抽出するために実施します。

◆対象者

阿賀町国民健康保険に加入する40～75歳の者（ただし、受診日に75歳未満の者に限る）

◆実施概要

実施形態	集団健診	個別健診
実施場所	旧町村単位（4地区）で日程及び会場を設定（各地域の保健センター、公民館、各学校体育館等を使用）	町内委託医療機関（3か所） ・阿賀町鹿瀬診療所 ・阿賀町上川診療所 ・町営診療所みかわ
実施期間	7月～8月、11月	7月～2月末の8か月間
個人負担金	【基本項目】 40～69歳：1,200円 70～74歳：200円 【詳細項目・追加項目】※希望者のみ実施 心電図：1,000円、眼底検査：500円	【基本項目】 年齢に関わらず 1,200円 【詳細項目・追加項目】※希望者のみ実施 心電図：1,000円
委託方法等	公益財団法人新潟県健康づくり財団との集合契約（健康づくり財団から健診機関へ再委託し実施） 契約単価は公益財団法人新潟県健康づくり財団が定める額	公益財団法人新潟県健康づくり財団との集合契約（健康づくり財団から医療機関へ再委託し実施）

◆検査項目

法定の健診項目のほか、新潟県が定めた「特定健康診査ガイドライン」で推奨する新潟県独自項目（貧血検査、血中脂質検査の一部）を含めて実施します。

基本項目	問診、身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）、理学的検査（診察）、血圧測定	
	尿検査	尿糖、尿たん白
	血中脂質検査	HDLコレステロール、LDLコレステロール（又はnon-HDLコレステロール）、空腹時中性脂肪（やむをえない場合は随時中性脂肪）
	肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
	血糖検査	空腹時血糖（または随時血糖）、HbA1c

詳細項目	貧血検査	赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値
	腎機能検査	eGFR
	心電図検査	
	眼底検査	
追加項目	* 貧血検査	赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値
	* 腎機能検査	血清クレアチニン値、eGFR
	尿検査	尿潜血
	心電図検査	希望者のみ実施
	眼底検査	希望者のみ実施
	* 血中脂質検査	総コレステロール

* 印：新潟県独自追加項目

○中性脂肪が400mg/dl以上である食後採血の場合、LDLコレステロールに変えてNON-HDLコレステロールの測定を行う場合があります。

○心電図検査、眼底検査は希望者のみ実施し、詳細な項目に該当する場合は検査をお勧めします。

○詳細項目に関する判定は医師が行います。

◆実施方法及びスケジュール

項目	時期	実施内容
①対象者の抽出・受診券の作成	5～6月	阿賀町国保加入者で年度内に40～74歳になる者を抽出し、特定健診受診券を作成（施設入所者・長期入院者などは除外）
②受診券の発送	6月下旬	同時実施の各種検診受診票等とともに、受診券を郵送 特定健診の周知は、3月下旬に「検（健）診日程表」の全戸配布、広報あが6月号、全戸に設置している情報告知端末を使用して実施
③健診の実施	7～8月	旧町村単位（4地区）の公民館、保健センター等を会場に特定健診を実施 特定健診実施期間中に日曜健診（半日）を1回実施 ※個別健診は7月～2月末の期間で実施
④特定健診結果説明会の実施	8～9月	行政区単位等で特定健診結果説明会を実施 説明会欠席者で保健指導が必要な場合は、訪問指導等を実施 ※個別健診は医療機関から受診者へ直接結果を送付 特定保健指導等が必要な場合は町保健師が結果送付後に保健指導を実施
⑤未受診者の把握	9～10月	健診未受診者の抽出と、未受診者健診の案内作成・発送
⑥未受診者健診の実施	11月	休日に未受診者健診を実施
⑦未受診者健診の結果説明会	12月	本庁・各支所等で計4回の結果説明会を実施 説明会欠席者で保健指導が必要な場合は、訪問指導等を実施

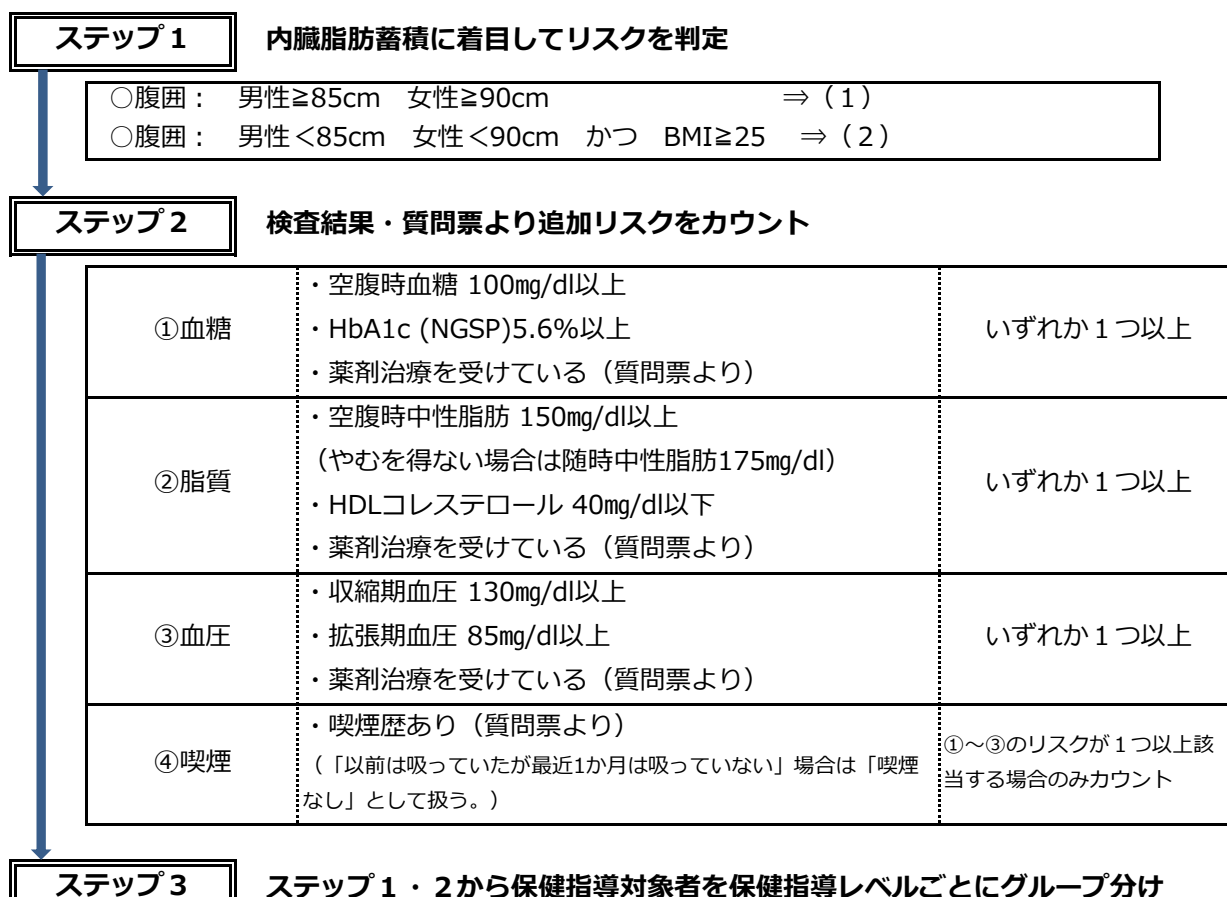
◆阿賀町国保が実施する人間ドックによる特定健康診査

阿賀町国保と健診機関との契約による人間ドック（特定健康診査の法定項目を含有する）を実施します。人間ドックの結果は、特定健康診査同様に結果説明会又は訪問により保健指導を実施したうえで受診者に通知します。

（２）特定保健指導の実施方法

◆対象者の抽出（階層化）

特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスクの高さや年齢に応じ、レベル別に保健指導の対象者を選定します。



ステップ1で（１）に当てはまる場合

ステップ 2 追加リスク	2 つ以上該当	積極的支援レベル
	1 つ該当	動機付け支援レベル
	該当なし	情報提供レベル

ステップ1で（２）に当てはまる場合

ステップ 2 追加リスク	3 つ以上該当	積極的支援レベル
	1 つ又は 2 つ該当	動機付け支援レベル
	該当なし	情報提供レベル

※服薬中の者については、特定保健指導の対象としません。

※65～74歳の者は、階層化の結果保健指導レベルが積極的支援でも、動機づけ支援の対象となります。

なお、2年連続して積極的支援に該当した者については、厚生労働省告示第91号に基づき、下記に該当する場合は、動機づけ支援相当の支援として実施することが可能です。

【動機付け支援相当の支援が可能な者】

以下の2つを満たす者は動機づけ支援相当の支援を可能とします。

- ①当該年度に積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度に積極的支援を終了している
- ②腹囲及び体重の値が、前年度の特定健康診査に比べ当該年度の特定健康診査の方が改善している

* 前年度よりも改善していると判断する基準 *

BMI30未満	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者
BMI30以上	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者

◆実施概要

目的	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に、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための保健指導を実施する。
実施場所	初回面接は特定健診結果説明会を利用、その他訪問や来所等により実施 なお、初回面接を分割実施する場合は、各特定健康診査会場にて実施 人間ドック受診者のうち動機付け支援に該当した者は健診機関にて実施
実施期間	初回面接から3か月間
自己負担額	なし
実施形態	<集団健診・個別健診受診者で特定保健指導となった者> 保健師等により直営で実施 <阿賀町国保人間ドックで特定保健指導となった者> 健診機関へ実施委託 委託先健診機関：新潟県健康管理協会、新潟県労働衛生医学協会、新潟県けんこう財団、新潟県保健衛生センター、あがの市民病院、下越総合健康開発センター、五泉中央病院、新津医療センター病院

◆実施方法及びスケジュール

項目	時期	実施内容
①対象者の階層化・利用券の作成、発送	8・9月 12月	健診結果から階層化の結果、積極的支援・動機づけ支援の対象となった者へ初回面接実施日の案内を郵送
②初回面接の実施	8～11月 12～1月	健診結果説明会で実施希望の有無を確認し、初回面接を実施。欠席の場合は訪問等で実施する。 ※分割実施を行う場合は、健診会場で初回面接の仮目標の設定を行い、階層化後に健診結果説明会又は訪問・電話等により、行動目標の補完を行う。
③特定保健指導の継続	初回面接後から実績評価実施までの期間	<積極的支援> 面接、電話支援、支援レター（1往復） （計180ポイント以上） <動機付け支援> 必要に応じて支援レター又は電話支援
④実績評価	初回面接から3か月後以降	3か月以上経過後に評価を実施 ※基本は初回面接から3か月経過後とするが、対象者の取り組み内容などにより、3か月～6か月の間に実績評価を設定

※個別健診受診者で特定保健指導に該当した者については、健診結果を把握しだい、随時上記手順を実施します。

◆特定保健指導対象者の重点化の方法

第4期計画期間における課題から、特定保健指導対象者の中でも①～③に当てはまる対象者は、重点的に保健指導を実施します。

- ① 40～50代の対象者
- ② 特定保健指導対象者で、前年度に比べ健診結果が悪化している者
- ③ 初めて特定保健指導の対象となった者

（３）代行機関

特定健康診査等の実施機関の情報管理、健診データのチェック及び保存、費用請求の診査・支払い・決済等に係る事務を新潟県国民健康保険団体連合会に委託します。

5. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び、阿賀町個人情報保護法施行条例を遵守し、適切な対応を行います。その際には、受益者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健康診査・保健指導を実施します。

また、特定健康診査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、委託先の契約遵守を管理します。

6. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

計画の策定後、計画の進行管理・評価・目標修正を毎年度実施します。見直しの時期は、国への特定健康診査に関する法定報告の時期（翌年10月）とします。

また、令和11年度において、目標値に基づいた達成度の評価を行い、令和12年度以降の特定健康診査等実施計画に反映します。

(2) 評価方法

特定健康診査・特定保健指導の最終的な目標は、糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の生活習慣病の予防であることから、長期的な評価指標として、これらの生活習慣病有病者や予備軍の減少、医療費について評価を行います。

また、特定健康診査実施率・特定保健指導実施率・特定保健指導対象者の減少率を具体的な評価指標とし、目標達成を目指します。

(3) 計画の修正

計画の評価とともに、計画に修正が必要となった場合は、適宜行います。

7. 円滑な実施の確保について

(1) 特定健康診査受診率向上のための取組

◆受診機会の拡大

- ・ 集団健診以外の受診機会として、町内3か所の町営診療所で個別健診を実施しています。今後、個別健診のPRを行い、受診率向上を図ります。
- ・ 健康増進法で実施する肺がん検診・前立腺がん検診及び肝炎ウィルス検診を特定健康診査と同日に実施し、受診者の負担を軽減します。

◆特定健康診査の啓発

- ・ 対象者全員に特定健康診査受診券を発送し、受診を促します。
- ・ 広報、情報告知端末での情報発信（日程・会場の告知の他、特定健診の必要性等を啓発）を行います。

◆未受診者対策

- ・未受診者に対し、年度内に受診勧奨を行います。また、未受診者の傾向等からより効果的な受診勧奨の方法を検討します。

（２）特定保健指導実施率向上のための取組

◆初回面接の強化

- ・特定保健指導対象者に対し、希望の有無に関わらず、健診結果説明会での初回面接を実施します。
- ・初回面接の際に、特定保健指導の必要性の説明と利用勧奨を確実に行います。
- ・健診結果説明会に欠席した対象者には訪問等による特定保健指導実施に努めます。

◆初回面接の柔軟な実施

- ・特定保健指導に該当する可能性が高い受診者に対し、特定健診受診時に初回面接を分割して実施する等、より初回面接につながりやすい方法を検討します。

（３）医療機関との連携

医療機関受診中のため、特定健康診査を受診しない者について、町内医療機関から特定健康診査に相当する診療情報を提供していただけるよう働きかけます。

（４）他の健診受診者からのデータ受領

事業者健診や個人で特定健康診査に相当する検査・健診を受診した場合は、本人の同意を得たうえで、検査・健診結果を町へ提供していただき、特定健康診査データ管理システムに登録します。

また、事業者健診を受診した被保険者からの健診結果提供について、被保険者だけでなく事業所等への啓発や特定健康診査への協力が得られるよう働きかけます。

阿賀町国民健康保険

**第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第4期特定健康診査等実施計画**

発行 令和6年3月
阿賀町こども・健康推進課

〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地
電話:0254(92)5762 FAX:0254(92)3001
E-mail:kokuho@town.aga.lg.jp