

第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)
中間評価

令和3年3月

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	3
1. 背景・目的	3
2. 計画の位置づけ	3
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
5. 保険者努力支援制度	7
第2章 第2期データヘルス計画の中間評価及び考察	8
1. 全体の経年変化	8
2. 中長期目標の達成状況	11
① 介護の状況	11
② 医療費の状況	14
③ 中長期的疾患及び短期的な疾患の変化	15
第3章 今後の保健事業の取組	18
1. 成果目標の設定	18
2. 各保健事業の実施について	19
① 特定健診について	19
② 特定保健指導について	22
③ 特定健診未受診者対策	23
④ 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防	27
⑤ 糖尿病性腎症重症化予防	28
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（新規）	30
第4章 事業の周知・啓発の取組及び計画の評価について	35
1. 健康づくりの取組について	35
2. 地域包括ケアシステムに係る取組	35
3. 計画の評価・見直しについて	36

第1章保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査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(KDB)システム(以下、「KDB」という)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、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 月閣議決定)においても、「すべ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保健事業実施計画(以下、「データヘルス計画」という)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。今後さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

厚生労働省においては、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 4 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)の一部を改正し、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、改善等を行うものとしています。

栄村においては、国指針に基づき、「第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化を図られることを目的とします。

さらには、令和7年には団塊の世代が全て後期高齢者となり、多数の国保被保険者が後期高齢者医療(以下「後期」という。)へ移行します。これにより、医療ニーズの高い被保険者が増えることから、国全体としてさらなる医療費の増大が予想されています。こうした中、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」が令和2年4月から適用され、当村においても、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を合わせて推進することで後期を含めた被保険者の健康増進に令和3年度から取り組みを実施する予定です。結果として、国保、後期を併せた医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化図られるものと考えています。

2. 計画の位置づけ

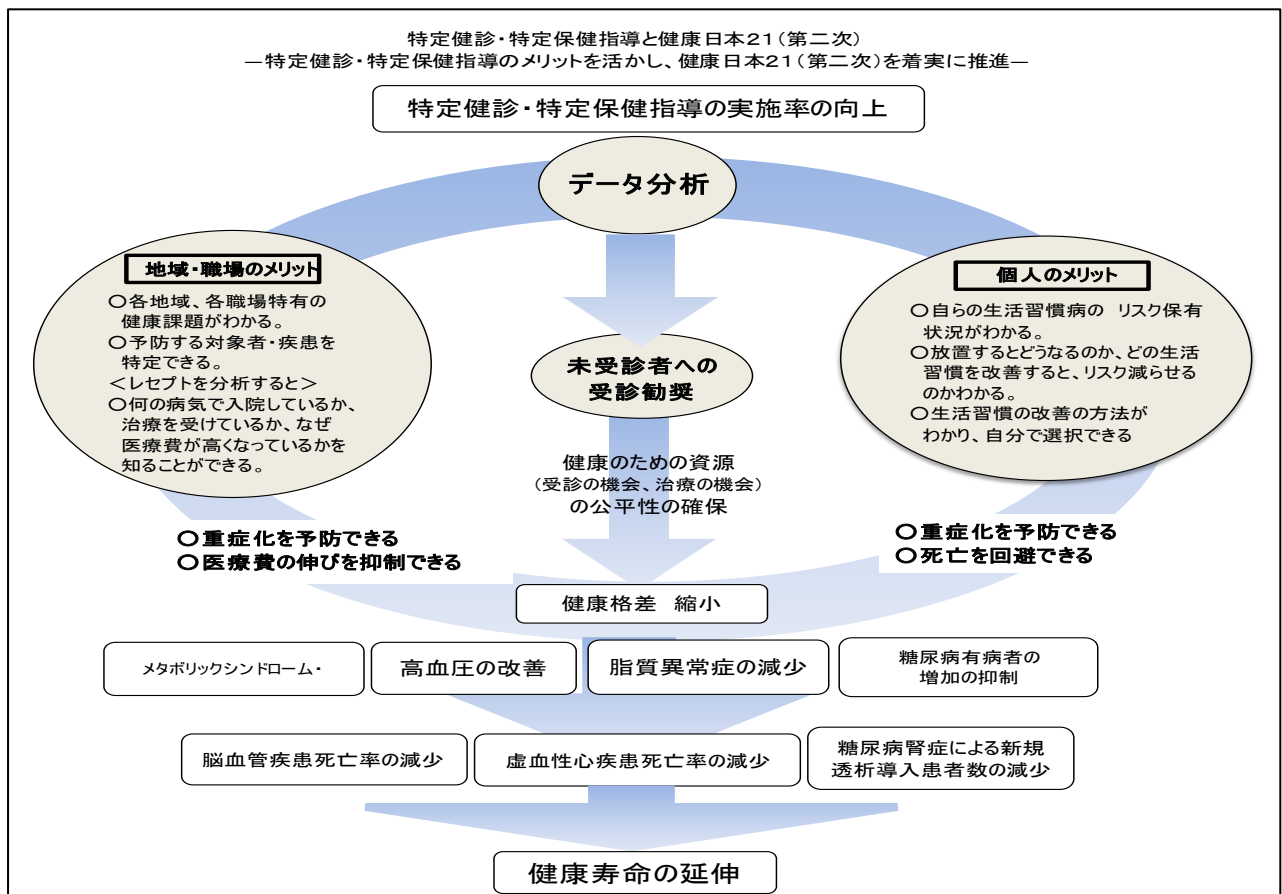
当村では、国保の保険者として国民皆保険制度を将来にわたり持続可能な制度とするため、平成 20 年 2 月に「栄村国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、国保加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んでいます。また、村民の健康実態に応じた

健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成 27 年 3 月に「栄村保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病予防を中心とした保健事業を実施してきました。

このように、当村においては、特定健康診査等実施計画とデータヘルス計画の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきましたが、保健事業の実施及び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、一体的な計画として平成 30 年 3 月に第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)第 3 期特定健康診査等実施計画(以下「本計画」という。)を策定しました。令和 3 年 3 月には、本計画の保健事業の検証をするとともに課題を整理し、目標の達成に向けた取組の更なる充実を図るため、中間評価を行いました。

本計画は、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です。【図1】計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、保健事業実施計画(データヘルス計画)に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。また、本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康ながの 21(長野県健康増進計画)や栄村第 8 期介護保健事業計画と調和を図ります。

図 1 特定健診・特定保健指導と健康日本 21 (第二次)



出典:標準的な健診保健指導プログラム(平成 30 年度版)

中間評価の方法

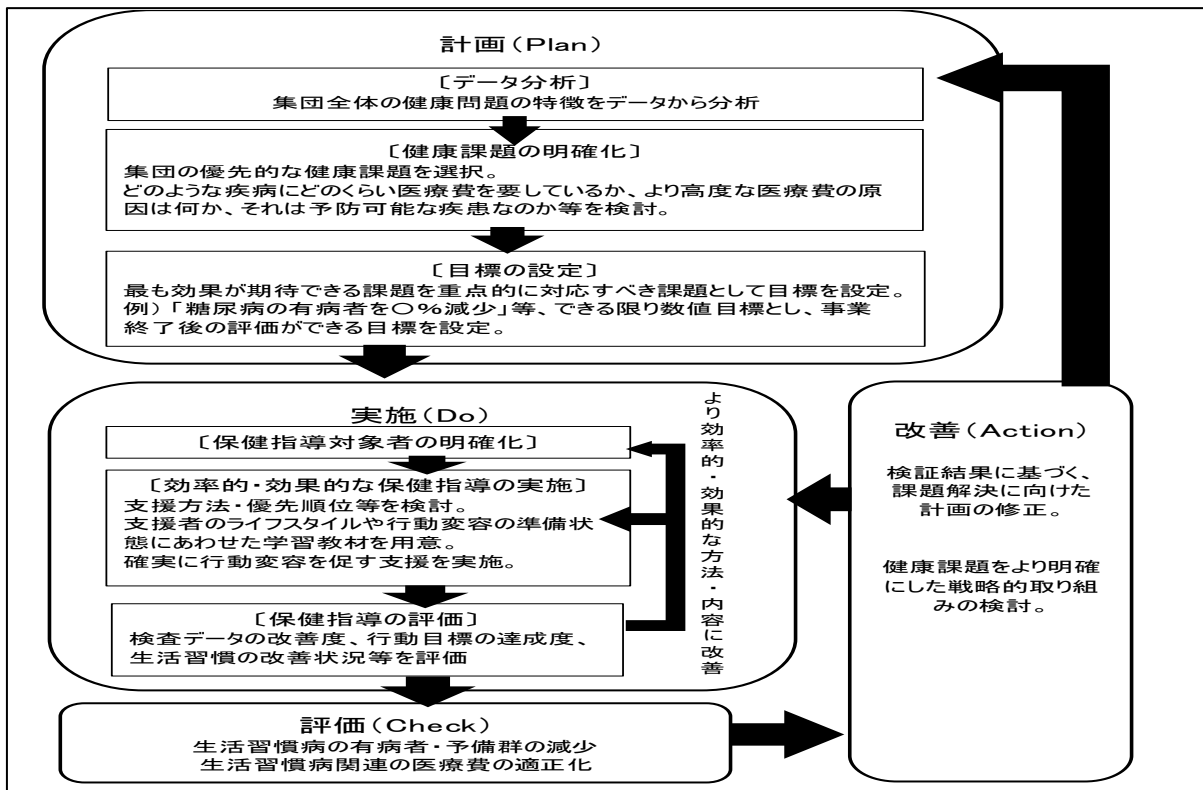
第2期データヘルス計画では、毎年の進捗状況を確認しながら、本計画の最終年度において総合的に評価します。計画の最終年度(令和5年度)において次期計画の策定を円滑に行うため上半期に限り、中間評価を行います。健診・医療の情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。【図2】

具体的には、KDB に収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率・医療の動向等を評価します。また、特定健診への国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。

評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業の実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。 ・保健事業実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手出来ているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数等
アウトカム(成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設置した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

図 2 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



3. 計画期間

関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き(以下「手引書」という。)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こと、さらに長野県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から令和5年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から令和5年度までの6年間としています。なお、本計画中間年の令和2年度に見直しを行い、目標値等の再考をしました。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 実施主体・関係課の役割

本計画は、健康支援課(現:民生課)の保健師が主体となりデータヘルス計画を策定しています。しかし、今後の住民の健康の保持増進のためにも関わりのある、健康支援課 介護支援係(現:民生課 健康支援係)、住民福祉課(現:民生課 住民福祉係)など他部署とも連携し実態の共有化や保健事業での役割分担等の確認など、十分な連携をしていく必要があると考えます。【図3】

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)、国保連に設置される支援・評価委員会等などの外部有識者との連携・協力が重要です。国保連からは、本計画作成時や事業評価の際に支援を受けています。

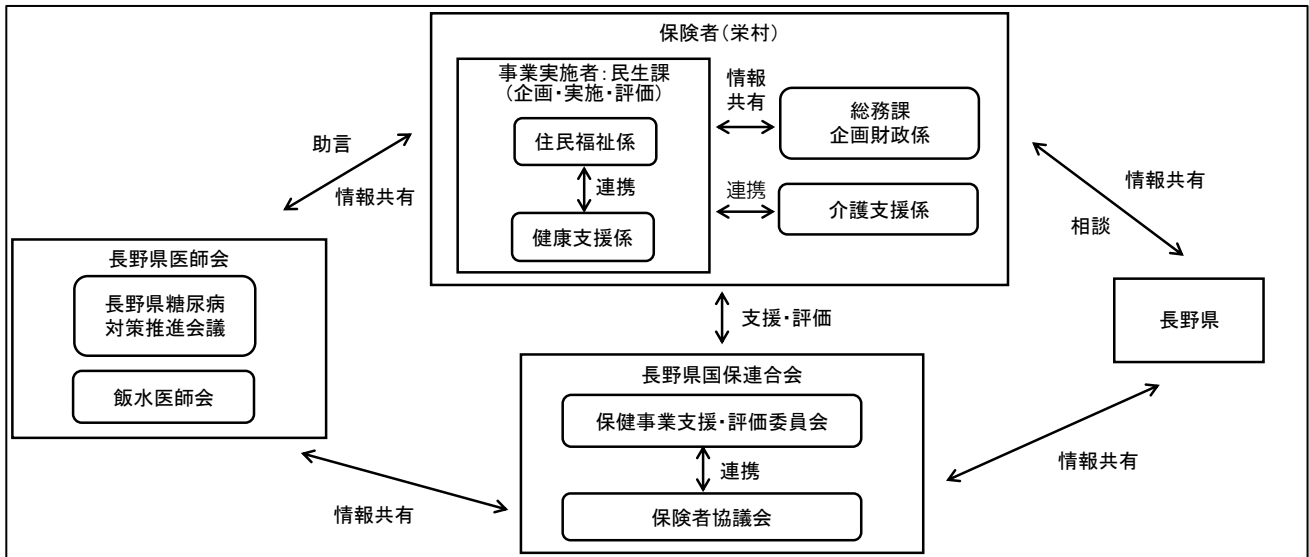
国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBを活用したデータ分析や技術支援、職員向け研修を受けており、今後も内容の充実に努めることを期待しています。

平成30年度から、市町村国保の財政責任の運営主体が都道府県となり、共同保険者となったことから、特に保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となります。市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換をおこない、都道府県との連携に努めます。

(3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進(健康寿命の延伸)が最終的な目的であることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的に、積極的に取り組むことが重要です。

図 3 実施主体・関係課の役割



5、保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体へのインセンティブ制度として、平成 30 年度から特別調整交付金の一部を活用し、保険者努力支援制度が創設しました。平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒して実施し、平成 30 年度から本格的な実施となっています。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費の適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、糖尿病等の重症化予防の取組や保険料(税)収納率向上に関する取組の実施状況えお高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況で進化・発展させると仕組みとなっており、全国順位が毎年公表されます。当村は、令和 2 年度では全国 1741 市町村中 1,374 位、長野県内 77 市町村中 66 位で、交付額は 78.7 万円でした。

第2章 第2期データヘルス計画の中間評価及び考察

1. 全体の経年変化

KDBによる令和元年度の当村の高齢化率は、50.3%で、同規模市町村の中でも高齢化が進んでいる状況です。(平成27年度国勢調査結果より)【図4】

国保加入者も同様の傾向にあり、加入割合が64歳未満の割合が減少しているのに対し、65歳以上の加入率が増えています。特に65歳以上の割合は、平成25年度の49.6%が令和元年度には、55.1%と増加しており、県・国と比べ5～10%高くなっています。一方で、令和元年度の被保険者数は490人と平成28年度の544人と比べ約1割減少し、人口に占める加入者割合は、25.1%と平成28年度の24.7%と比べてやや増加しています。

当村では、脳血管疾患、虚血性心疾患の減少を重点課題として取組を進める必要があると思われます。

死因(%)	保険者(栄村)	同規模市町村	県
がん	0.4	0.4	0.3
虚血心疾患	0.6	0.3	0.2
脳血管疾患	0.4	0.2	0.1
腎不全	0.3	0.0	0.0

1人当たり医療費の県内順位では、平成28年度が60位だったのに対し、令和元年度には14位と大きく順位が上がってしまっています。

特定健診では、特に男性のメタボリックシンドローム(以下「メタボ」という。)該当者が増加しており、高血糖や脂質異常症に高血圧を併せ持つ人の割合が増えています。今後重症化予防対策は、男性を中心とした高血圧対策の継続とメタボ対策を中心に実施していく必要があります。

用語解説：同規模市町村

KDBには同規模市町村と比較できる機能があり、人口規模に応じて13段階に区分され、当村は「同規模区分」8に分類されています。(※北信管内では野沢温泉村、木島平村の2村)

表 1 国・県・同規模平均と比べてみた栄村の位置

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた栄村の位置														
同規模市町村と比較して悪い値に ○、良い値に ■、経年変化で上昇に ↑、下降に ↓														
項目	H28				R1				同規模平均		R1		国	
	保険者		保険者		保険者		同規模平均		県		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	2,198		1,953		733,541		2,082,702		125,640,987			
		65歳以上(高齢化率)	1,023	46.5	983	50.3 ↑	280,916	38.3	626,085	30.1	33,465,441	26.6		
		75歳以上	689	31.3	650	33.3	—	—	327,307	15.7	16,125,763	12.8		
		65～74歳	334	15.2	333	17.1 ↑	—	—	298,778	14.3	17,339,678	13.8		
		40～64歳	676	30.8	548	28.1 ↓	—	—	688,055	33.0	42,295,574	33.7		
39歳以下	499	22.7	422	21.6 ↓	—	—	768,562	36.9	49,879,972	39.7				
2	② 産業構成	第1次産業	34.7		33.1		22.2		9.3		4.0			
		第2次産業	17.1		17.2		20.6		29.2		25.0			
		第3次産業	48.2		49.7		57.3		61.6		71.0			
3	③ 平均寿命	男性	81.5		82.1		80.5		81.8		80.8			
		女性	87.4		87.4		87.0		87.7		87.0			
4	④ 健康寿命(参考値)	男性	75.4		83.9		78.7		80.7		79.6			
		女性	84.2		77.9 ↓		84.2		84.7		84.0			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	91.9		91.9		103.0		90.3		100			
		男性	98.9		98.9		98.4		94.5		100			
		女性	91.9		91.9		103.0		90.3		100			
		死因	がん	7	25.0	7	30.4	3,101	45.3	6,430	46.1	373,187	49.9	
			心臓病	13	46.4	10	43.5 ↓	2,068	30.2	4,013	28.8	204,720	27.4	
			脳疾患	5	17.9	5	21.7 ↓	1,144	16.7	2,534	18.2	109,818	14.7	
			糖尿病	0	0.0	0	0.0	112	1.6	269	1.9	13,964	1.9	
			腎不全	2	7.1	1	4.3 ↓	243	3.6	371	2.7	25,127	3.4	
自殺	1		3.6	0	0.0 ↓	170	2.5	322	2.3	20,385	2.7			
② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計													
	男性													
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	195	18.8	187	18.1	56,649	20.1	115,256	18.2	6,467,463	19.6		
		新規認定者	3	0.4	4	0.2	1,125	0.3	3,069	0.3	113,806	0.3		
	2号認定者	0	0.0	1	0.1	842	0.4	1,903	0.3	152,813	0.4			
	② 有病状況	糖尿病	25	11.5	32	16.8	11,929	20.8	25,080	21.3	1,537,914	23.0		
		高血圧症	97	46.5	95	48.4	31,595	54.8	64,729	54.9	3,472,146	51.7		
		脂質異常症	30	16.9	39	20.5	16,366	28.2	33,931	28.5	2,036,238	30.1		
		心臓病	118	59.4	118	61.4	35,543	61.8	73,882	62.8	3,939,115	58.7		
		脳疾患	41	20.7	43	22.9	13,853	24.5	31,610	27.3	1,587,755	24.0		
		がん	10	4.6	12	7.2	5,681	9.9	13,415	11.3	739,425	11.0		
		筋・骨格	81	42.0	92	45.7	31,577	55.0	64,512	54.8	3,448,596	51.6		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	68,780		83,567 ↑		81,190		62,530		61,336				
	居宅サービス	32,555		39,714		43,124		40,685		41,769				
④ 医療費等	施設サービス	282,435		270,434		285,626		285,086		293,933				
	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	6,108	9,197 ↑	9,039	8,312	8,385							
認定なし	3,540	3,936 ↑	4,428	3,779	3,943									
4	① 国保の状況	被保険者数	544		490 ↓		197,286		482,519		29,893,491			
		65～74歳	270	49.6	270	55.1 ↑			215,983	44.8	12,122,844	40.6		
		40～64歳	194	35.7	159	32.4 ↓			153,159	31.7	9,745,338	32.6		
		39歳以下	80	14.7	61	12.4 ↓			113,377	23.5	8,025,309	26.8		
		加入率	24.7		25.1 ↑		27.2		21.4		21.6			
② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	51	0.3	129	0.3	8,411	0.3			
	診療所数	3	5.5	3	6.1 ↑	670	3.4	1,581	3.6	101,457	3.7			
	病床数	0	0.0	0	0.0	4,394	22.3	23,878	53.7	1,554,824	57.4			
	医師数	1	1.8	1	2.0 ↑	589	3.0	4,930	11.1	319,466	11.8			
	外来患者数	683.9		678.0		663.8		698.9		700.5				
入院患者数	20.2		31.3 ↑		24.4		19.0		19.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	21,982	長野県内60位	33,641 ↑	29,091		26,872		27,475					
	受診率	704.017		709.244		688.26		717.923		720.253				
	外来	費用の割合	57.8		39.3		54.3		60.0		59.2			
		件数の割合	97.1		95.6		96.5		97.4		97.3			
	入院	費用の割合	42.2		60.7		45.7		40.0		40.8			
		件数の割合	2.9		4.4		3.5		2.6		2.7			
	1件あたり在院日数	14.0日		16.5日		16.2日		15.6日		16.0日				
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合(最大医療資源係数(国別含む))	がん	20,974,440	23.4	61,006,410	52.1	29.9	28.7	29.9						
	慢性腎不全(透析あり)	10,596,740	11.8	1,084,760	0.9 ↓	6.5	7.8	8.5						
	糖尿病	7,722,960	8.6	9,483,930	8.1	10.8	10.4	10.2						
	高血圧症	10,763,870	12.0	6,934,780	5.9 ↓	7.2	6.7	6.6						
	精神	12,893,540	14.4	13,655,620	11.7 ↓	15.6	17.3	15.3						
	筋・骨格	17,094,000	19.1	16,450,070	14.0 ↓	17.4	16.6	16.4						

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数79	入院	糖尿病	422,532	72位	(24)	1,155,494	1位 ↑	(15)													
					高血圧	480,383	69位	(16)	944,250	2位 ↑	(16)													
					脂質異常症	446,729	65位	(9)	506,684	72位	(13)													
					脳血管疾患	282,301	78位	(24)	1,208,454	1位 ↑	(16)													
					心疾患	878,570	8位	(11)	453,163	73位 ↓	(10)													
					腎不全	979,768	3位	(18)	719,848	36位 ↓	(15)													
					精神	468,252	41位	(26)	531,757	28位 ↑	(24)													
					悪性新生物	531,950	64位	(17)	977,094	3位 ↑	(16)													
					外来	糖尿病	31,859	56位		33,285	54位													
						高血圧	21,829	76位		26,966	59位 ↑													
						脂質異常症	23,992	57位		25,950	37位 ↑													
						脳血管疾患	24,541	74位		23,783	78位													
						心疾患	41,892	30位		46,351	25位													
						腎不全	126,340	62位		78,806	57位													
精神	27,481	47位		27,910		44位																		
悪性新生物	57,323	23位		52,729	54位 ↓																			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,899				1,575				3,115				2,712				2,150				
			健診未受診者	9,106				20,076				13,109				12,476				13,543				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,138				4,376				8,927				7,652				6,186				
			健診未受診者	23,673				55,765				37,564				35,208				38,956				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	96	53.6	109	56.5	39,665	58.1	81,557	54.9	4,037,518	57.5												
		医療機関受診率	82	45.8	101	52.3	35,859	52.5	74,644	50.3	3,742,333	53.3												
		医療機関非受診率	14	7.8	8	4.1	3,806	5.6	6,913	4.7	295,185	4.2												
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数79	健診受診者	179				193				68,251				148,449				7,027,440			
				受診率	43.7		47.9 ↑		48.2		46.7		37.5											
				特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	8	40.0 ↑	4221	47.7	9,062	57.6	214,422	26.3										
				非肥満高血糖	34	19.0	30	15.5	6,534	9.6	14,618	9.8	668,786	9.5										
				メタボ	該当者	26	14.5	41	21.2	14,216	20.8	26,380	17.8	1,350,831	19.2									
					男性	18	22.2	29	28.7	9,848	30.3	18,541	28.2	922,947	30.7									
					女性	8	8.2	12	13.0	4,368	12.2	7,839	9.5	427,884	10.6									
				予備群	男性	13	7.3	16	8.3	8,401	12.3	15,149	10.2	777,605	11.1									
					女性	7	8.6	12	11.9 ↑	5,927	18.2	10,772	16.4	531,619	17.7									
					女性	6	6.1	4	4.3 ↓	2,474	6.9	4,377	5.3	245,986	6.1									
				メタボ該当・予備群レベル	BMI	総数	47	26.3	62	32.1 ↑	25,273	37.0	46,540	31.4	2,374,034	33.8								
						男性	29	35.8	44	43.6 ↑	17,580	54.1	32,829	49.9	1,616,190	53.8								
						女性	18	18.4	18	19.6	7,693	21.5	13,711	16.6	757,844	18.8								
						総数	17	9.5	14	7.3 ↓	4,446	6.5	7,200	4.9	350,564	5.0								
						男性	3	3.7	4	4.0	821	2.5	1211	1.8	52,166	1.7								
						女性	14	14.3	10	10.9 ↓	3,625	10.1	5,989	7.2	298,398	7.4								
						血糖のみ	2	1.1	5	2.6	585	0.9	992	0.7	48,307	0.7								
						血圧のみ	8	4.5	8	4.1	5,860	8.6	10,148	6.8	541,072	7.7								
						脂質のみ	3	1.7	3	1.6	1,956	2.9	4,009	2.7	188,226	2.7								
血糖・血圧	4	2.2	8			4.1	2,484	3.6	3,983	2.7	207,752	3.0												
血糖・脂質	1	0.6	3			1.6	793	1.2	1,634	1.1	73,729	1.0												
血圧・脂質	10	5.6	22			11.4	6,210	9.1	12,376	8.3	636,795	9.1												
血糖・血圧・脂質	11	6.1	8			4.1	4,729	6.9	8,387	5.6	432,555	6.2												
6	①	生活習慣の 状況	服薬			高血圧	67	39.6	71	36.8	26,012	38.2	51,425	34.6	2,497,577	35.5								
						糖尿病	9	5.3	15	7.8	6,983	10.2	12,709	8.6	599,817	8.5								
						脂質異常症	43	25.4	48	24.9	17,265	25.3	39,368	26.5	1,868,363	26.6								
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	5	3.0	5	2.6	2,147	3.3	4,835	3.5	228,911	3.4									
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	9	5.3	11	5.7	3,827	5.9	7,949	5.8	394,764	5.8									
					腎不全	1	0.6	2	1.0	558	0.9	1,089	0.8	52,100	0.8									
					貧血	12	7.1	11	5.7	5,845	9.0	13,224	9.7	721,418	10.7									
				喫煙	26	15.4	26	13.5	11,204	16.4	17,539	11.8	913,599	13.0										
				週3回以上朝食を抜く	5	3.0	6	3.1	5,606	9.0	8,131	6.4	537,779	8.6										
				週3回以上食後間食(～H29)	12	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0										
				週3回以上就寝前夕食(H30～)	19	11.3	35	18.1 ↑	10,829	17.3	19,221	15.0	973,521	15.6										
				週3回以上就寝前夕食	19	11.3	35	18.1 ↑	10,829	17.3	19,221	15.0	973,521	15.6										
				食べる速度が速い	42	25.0	41	21.2 ↓	18,264	29.2	32,270	25.2	1,684,744	27.2										
20歳時体重から10kg以上増加	44	26.2	64	33.2 ↑	22,746	36.1	39,592	30.8	2,101,248	33.9														
1回30分以上運動習慣なし	145	86.3	154	79.8	43,252	68.2	81,331	63.5	3,672,239	58.8														
1日1時間以上運動なし	84	50.0	72	37.3 ↓	29,575	47.0	59,222	46.2	2,943,745	47.1														
睡眠不足	22	13.1	51	26.4 ↑	15,340	24.5	30,687	24.0	1,557,958	25.1														
毎日飲酒	51	30.5	63	32.6	17,332	26.6	32,791	23.9	1,642,581	24.8														
時々飲酒	1合未満	57	53.3	57	46.7	23,873	55.2	42,606	57.0	3,138,726	65.6													
	1～2合	35	32.7	43	35.2	12,075	27.9	22,272	29.8	1,105,507	23.1													
	2～3合	11	10.3	18	14.8	5,261	12.2	7,616	10.2	422,683	8.8													
	3合以上	4	3.7	4	3.3	2,040	4.7	2,200	2.9	120,925	2.5													

2. 中長期目標の達成状況

① 介護の状況

要介護認定率については、平成28年度と令和元年度を比較すると、第二号認定率は0%と平成28年度は該当者がいなかったのに対し、令和元年度は0.1%と同規模市町村に比べると認定率は低いものの増加しています。また、第1号認定率は18.1%と0.9ポイント、認定者数は8人減少していますが、65歳以上の割合が50%を超えていることから、今後は徐々に認定者数は増加傾向が見込まれます。なお、第1号要介護認定者数に占める要介護3・4・5の割合は、65人から83人と平成28年度よりも増加しています。【表1】

表2 要介護（支援）者認定状況

【平成28年度】

年齢		2号		1号		計
		40～64	65～74	75～		
被保険者数			334	689	1023	
認定者数		1	11	184	196	
認定率		0.1	2.7	26.5	18.1	
新規認定者数		0	0	3	3	
新規認定率		0	0.1	0.62	0.45	
支援	要支援1	0(0.0)	0(7.3)	43(19.4)	43(18.8)	
	要支援2	0(0.0)	0(0.1)	13(8.9)	13(8.5)	
介護	要介護1	0(0.0)	6(38.2)	38(18.2)	44(19.2)	
	要介護2	0(0.0)	3(25.5)	27(14.9)	30(15.4)	
	要介護3	0(0.0)	1(14.5)	17(10.9)	18(11.1)	
	要介護4	0(0.0)	0(9.1)	21(19.9)	21(12.8)	
	要介護5	0(0.0)	1(5.5)	25(14.8)	26(14.3)	

※人数は3月末時点の実人数であり、（ ）内は年度内の平均割合

【令和元年度】

年齢		2号		1号		計
		40～64	65～74	75～		
被保険者数		548	333	650	1531	
認定者数		1	11	146	158	
認定率		0.1	3.5	25.5	18.1	
新規認定者数		0(0.0)	0(0.0)	4	4	
新規認定率		0.02	0.05	0.26	0.19	
支援	要支援1	0(0.0)	2(17.7)	21(12.7)	23(12.9)	
	要支援2	0(0.0)	2(22.0)	11(6.4)	13(7.4)	
介護	要介護1	0(0.0)	2(17.7)	36(21.6)	38(21.1)	
	要介護2	0(0.0)	2(24.1)	28(13.2)	30(13.9)	
	要介護3	0(0.0)	0(2.8)	30(13.9)	30(13.2)	
	要介護4	1(100.0)	1(4.3)	33(19.0)	35(18.3)	
	要介護5	0(0.0)	2(12.1)	17(13.4)	19(13.3)	

令和元年度の介護認定者のレセプトから有病状況を分析すると、血管疾患によるものが87.2%、筋・骨格疾患が89.3%とともに高い割合になっています。また、年齢が高くなるにつれ、血管疾患や認知症、筋骨格疾患の割合が増えています。【図3】。

要介護認定の有無で医療費を比較すると、要介護認定を受けている人の医療費が要介護認定を受けていない人の医療費よりも1件あたり約5,000円高くなっています。【表4】。

表3 要介護認定者の状況（令和元年度）

要介護認定状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	被保険者数		548人		333人		650人		983人	1,531人								
	認定者数		1人		11人		176人		187人	188人								
	認定率		0.18%		3.3%		27.1%		19.0%	12.3%								
	新規認定者数(*1)		1人		1人		18人		19人	20人								
介護度別人数	要支援1・2		0	0.0%	4	36.4%	32	18.2%	36	19.3%	36	19.1%						
	要介護1・2		0	0.0%	4	36.4%	64	36.4%	68	36.4%	68	36.2%						
	要介護3～5		1	100.0%	3	27.3%	80	45.5%	83	44.4%	84	44.7%						
要介護突合状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計									
	介護件数(全体)		1		11		176		187	188								
	再)国保・後期		1		11		176		187	188								
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	1	100.0%	脳卒中	3	27.3%	虚血性心疾患	87	49.4%	虚血性心疾患	89	47.6%	虚血性心疾患	89	47.3%
			2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	2	18.2%	脳卒中	81	46.0%	脳卒中	84	44.9%	脳卒中	85	45.2%
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	38	21.6%	腎不全	38	20.3%	腎不全	38	20.2%	
		4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	1	9.1%	糖尿病合併症	24	13.6%	糖尿病合併症	25	13.4%	糖尿病合併症	25	13.3%	
		基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		1	100.0%	基礎疾患	7	63.6%	基礎疾患	152	86.4%	基礎疾患	159	85.0%	基礎疾患	160	85.1%	
		血管疾患合計		1	100.0%	合計	7	63.6%	合計	156	88.6%	合計	163	87.2%	合計	164	87.2%	
		認知症		1	100.0%	認知症	3	27.3%	認知症	111	63.1%	認知症	114	61.0%	認知症	115	61.2%	
		筋・骨格疾患		1	100.0%	筋骨格系	7	63.6%	筋骨格系	160	90.9%	筋骨格系	167	89.3%	筋骨格系	168	0.0%	

*1) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む。 出典:KDB

表4 要介護認定の有無別1件当たり医療費の比較（令和元年度）

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費(40歳以上)	9,197					
要介護認定なし医療費(40歳以上)	3,936					

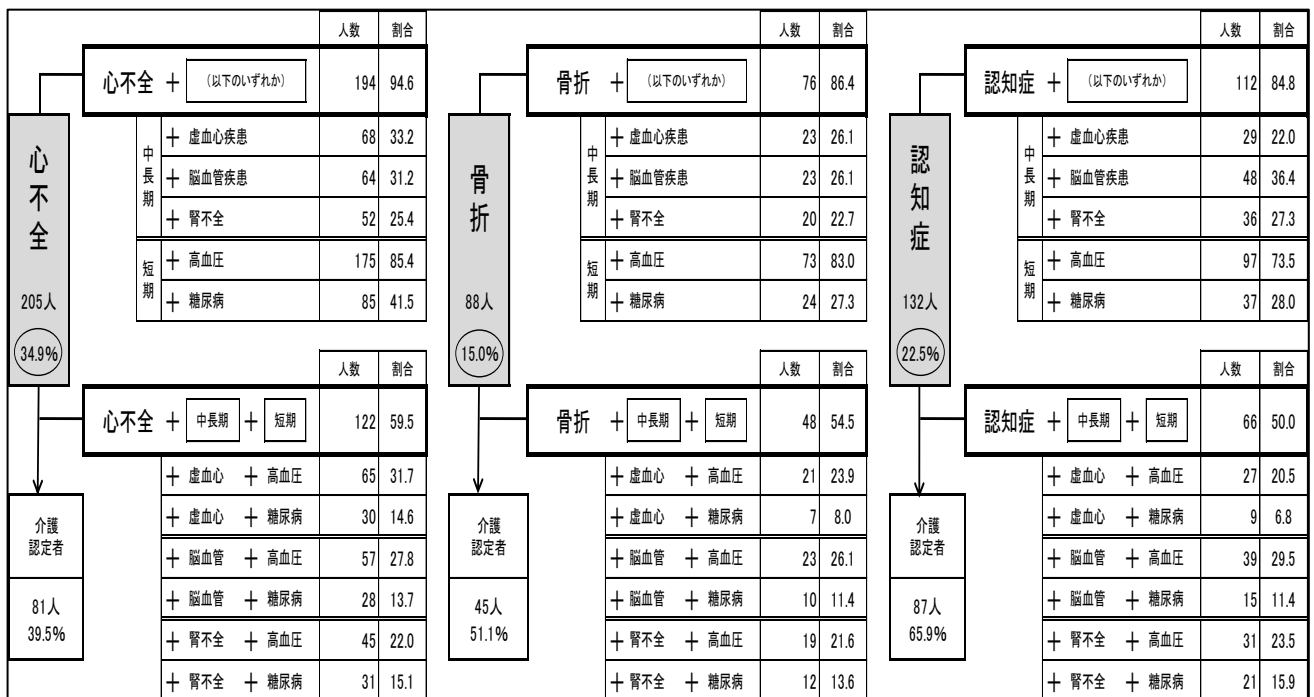
* 要介護認定者医療費:介護受給者の医科レセプト総点数×10円÷介護受給者の医科レセプト数 出典:KDB

要介護認定者数が増加する 75 歳以上をフレイルの視点で見ると、心不全が 20.0%で 1,034 万円、骨折が 4.3%で 497 万円、認知症は 5.4%で 737 万円を要しています。【表 5】。心不全、骨折、認知症の合併している基礎疾患を見ると、全てにおいて、脳血管疾患と高血圧の合併が一番多いことが分かります。【図 4】 特定健診等を受診し、血管疾患やフレイル共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症の重症化を防ぐことが、介護予防と医療費適正化につながると言えます。

表 5 フレイルの視点で見た 75 歳以上の医療費の状況

		合計	心不全	骨折	認知症	
人数(被保険者数及び患者数)		587人	205人	88人	132人	
医療費 (R02.3)	総件数	650	130	28	35	
	総件数に占める割合		20.0%	4.3%	5.4%	
	総費用額	3502万円	1034万円	497万円	737万円	
	総額に占める割合		29.5%	14.2%	21.1%	
	入院	件数	39	14	6	11
		総件数に占める割合	6.0%	10.8%	21.4%	31.4%
		費用額	2239万円	686万円	422万円	682万円
		総額に占める割合	63.9%	66.4%	84.8%	92.5%
	一件当たり入院医療費		574,062	490,205	702,840	619,909
	外来	件数	611	116	22	24
		総件数に占める割合	94.0%	89.2%	78.6%	68.6%
		費用額	1263万円	348万円	76万円	55万円
総額に占める割合		36.1%	33.6%	15.2%	7.5%	
一件当たり外来医療費		20,666	29,995	34,433	23,073	

図 4 フレイルの視点で 75 歳以上の生活習慣病の状況



② 医療費の状況

国の示した年齢階級別国民医療費において、特定健診開始年齢である 40 歳から 44 歳までの 1 人あたり医療費 13.9 万円を基準にした場合、70 歳から 74 歳までの医療費が 4.5 倍になっています。【表 6】

国と比較すると、医療費が高額となる 65 歳以上の国保加入者割合が年々上昇し、55.1%と高いことが医療費をあげている1つの要因と考えられます。今後も高齢化が進み、一人あたり医療費も高くなることを見込まれることから、社会保障費の安定のためにも健康寿命の延伸に向けての対策が医療保険者に求められています。

表 6 全国の年齢階級別一人あたり医療費

年齢	1人あたり医療費	
0-4歳	22.7万円	
5-9歳	12.3万円	
10-14歳	9.2万円	
15-19歳	7.2万円	
20-24歳	7.4万円	
25-29歳	9.4万円	
30-34歳	11.0万円	
35-39歳	12.3万円	
40-44歳	13.9万円	基準とすると…
45-49歳	17.2万円	1.2倍
50-54歳	21.9万円	1.6倍
55-59歳	27.8万円	2.0倍
60-64歳	36.0万円	2.6倍
65-69歳	45.4万円	3.3倍
70-74歳	61.9万円	4.5倍
75-79歳	77.7万円	5.6倍
80-84歳	92.3万円	6.6倍
85-89歳	103.1万円	7.4倍
90-94歳	109.3万円	7.9倍
95-99歳	116.7万円	8.4倍
100歳～	117.1万円	8.4倍

平成29年度版 厚生労働白書

短期目標(高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドローム)の状況については、高血圧Ⅱ度、Ⅲ度以上の割合及びLDL180以上の割合は減少が見られますが、血糖及びメタボリックシンドローム該当者の割合は増えている状況にあります。メタボを含めた肥満症は、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症だけでなく、虚血心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全のハイリスク要因であり、肥満症及びメタボの解決に向けた保健指導が課題となっています。

③ 中長期的疾患及び短期的な疾患の変化

総医療費に占める中長期目標で示している3疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全)の医療費割合は、平成28年度と比較して、国保では脳血管疾患が増加し、慢性腎不全(透析有)が減少しています。後期では、全てにおいて横ばい又は減少しています。目標疾患医療費計の割合は、国保、後期ともに減少しています。【表7】

短期目標疾患及び中長期目標疾患の占める割合が総医療費12.88%であるのに対し、悪性新生物での医療費は総医療費の3割超を示していることから、健康寿命の延伸に向けてはがん検診の受診率向上についても同様に対策をすすめていく必要があります。

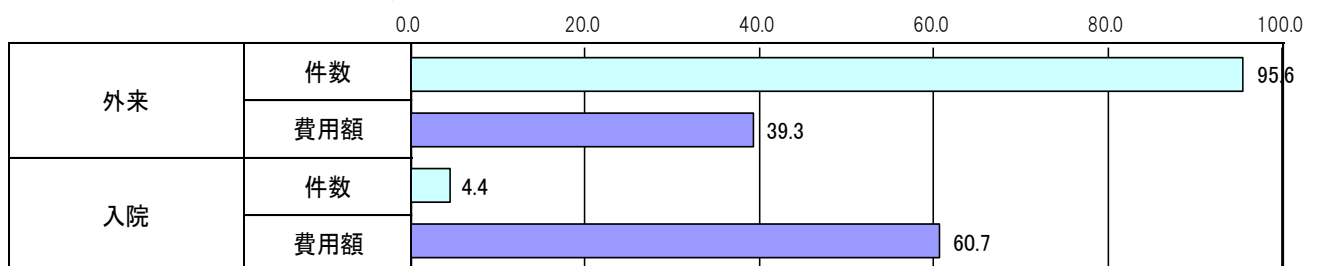
表7 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村	総医療費 (万円)	1人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患		
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
H25	1億7,984万円	23,356	162	27	2.39%	1.63%	3.40%	1.35%	5.24%	7.23%	4.64%
H28	1億4,250万円	21,933	204	60	7.44%	0.18%	0.59%	0.35%	5.42%	7.53%	4.31%
R1	2億17万円	33,641			0.54%	0.22%	2.19%	1.53%	4.74%	3.60%	3.19%
H28	1,596億2542万円	24,014	—	—	5.43%	0.34%	2.43%	1.76%	5.72%	5.01%	2.91%
R1	1,457億1606万円	26,872	—	—	4.29%	0.29%	2.19%	1.53%	5.74%	3.69%	2.57%

市町村	(中長期・短期) 目標疾患医療費計 (万円)	新生物	精神疾患	筋・骨格系	
H25	4657万円	25.89%	9.38%	9.97%	17.10%
H28	3679万円	14.72%	14.72%	9.05%	12.00%
R1	2579万円	12.88%	30.48%	6.82%	8.22%
H28	376億7,575万円	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%
R1	295億7,995万円	20.30%	15.82%	9.52%	9.14%

入院件数がレセプト全体の4.4%であるものの、費用額で見ると外来での費用額よりも上回る全体の60.7%を占めています。重症化予防の取組により入院を減らすことで、結果として医療費の適正化につながっていくものと考えます。【図5】

図5 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



1か月あたり80万円以上の高額になる疾患では、件数・費用額ともに脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が平成28年度より増加し、全体の約1割を占めています。

6か月以上の長期入院レセプトを見ると、精神疾患が多く、件数では全体の約5割、費用では、全体の約4割を占めていますが、平成28年度より件数・費用額ともに減少しています。また、脳血管疾患、虚血性心疾患は件数・費用額とも長期入院の約2割を占めています。

長期化する疾患である腎不全による人工透析は、糖尿病性腎症が費用全体の約8割、約721万円を占めていますが、平成28年度より費用額が約300万円減少しています。人工透析は1人あたり年間約600万円以上の医療費がかかるため、新規人工透析導入者を減少させることが重要です。また、人工透析患者に併発する虚血性心疾患の件数・費用額の割合が平成28年度より減少しています。糖尿病の重症化を予防することが腎臓を守り、新規人工透析導入者を減らすことにつながるとともに、脳血管疾患や虚血性心疾患の予防にも効果があります。

これらの疾患の基礎疾患には高血圧、糖尿病、脂質異常症の重なりがあります。高血圧や糖尿病等への早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患への重症化を防ぐことにつながります。

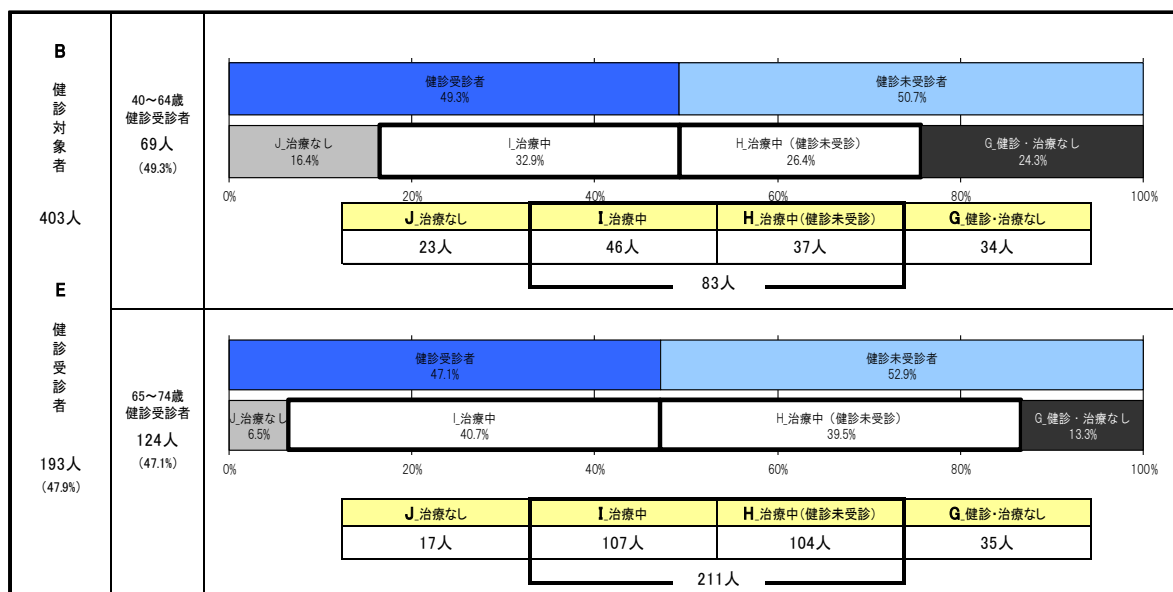
表8 疾患別医療費・件数の状況

厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	がん	
様式2-1	高額になる疾患 (80万以上)	件数	H28	22件	0件 0.0%	0件 0.0%	— —	7件 38.9%
			R1	44件	0件 0.0%	0件 0.0%	— —	24件 54.50%
		費用額	H28	2,713万円	0円 0.0%	0円 0.0%	— —	956万円 35.2%
			R1	6,837万円	0円 0.0%	0円 0.0%	— —	4614万円 67.50%
厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	精神疾患	
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	H28	31件	13件 41.9%	0件 0.0%	— —	12件 38.7%
			R1	34件	0件 0.0%	0件 0.0%	— —	11件 32.4%
		費用額	H28	1,185万円	334万円 28.2%	0円 0.0%	— —	308万円 26.0%
			R1	1,831万円	0円 0.00%	0円 0.0%	— —	473万円 25.80%
厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式2-1	腎不全による人工透析 (長期化する疾患)	件数	H28	21件	0件 0.0%	12件 57.1%	18件 85.7%	— —
			R1	14件	0件 0.0%	13件 86.7%	14件 93.3%	— —
		費用額	H28	1,060万円	0円 0.0%	466万円 43.9%	860万円 81.2%	— —
			R1	721万円	0円 0.0%	528万円 73.2%	567万円 78.7%	— —

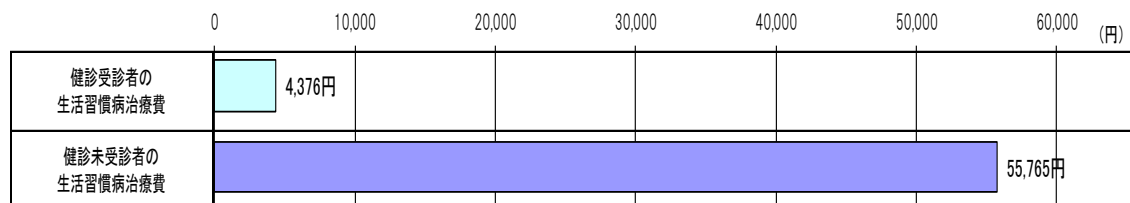
医療費適正化において、重症化予防の取組が重要となるものの、健診も治療も受けていない人の割合では、年齢が若い40歳から64歳までの割合が24.3%と約4分の1を占めています。健診も治療も受けていないため、自身の体の状態が全く分からない人が多く、重症化を予測できない状況にあります。健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の比較では、1人当たり月額で約5万円もの違いがあり、健診の受診が医療費適正化の面において有効であることが分かります。

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。【図表2-16】

【図表2-16】 健診未受診者の状況



費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



第3章 今後の保健事業の取組

1. 成果目標の設定

中間目標の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標の達成を目指します。

また、「医療保険制度の適切かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、国民健康保険法において「市町村は国民健康保険の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする」とされたことを受け、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を新規事業として加えます。

[最終目標] 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

[中長期目標]

- ①脳血管疾患死亡率の減少
- ②虚血性心疾患脂肪率の減少
- ③糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少

[短期目標]

- ①メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少
- ②高血圧の改善
- ③脂質異常症の減少
- ④糖尿病有病率の増加抑制

2. 各保健事業の実施について

① 特定健診について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものと規定されています。当村においても、第1期及び第2期の計画は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期(平成30年度以降)からは6年を一期として策定します。

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値の設定については、当初の計画通り変更はなく、毎年4ポイントずつ上げ、令和5年度には国の示す目標値である60%を目指します。【表9】

特定健診受診率は令和元年度には目標値を上回っていますが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により人間ドックなど医療機関への受診控えがあったため実施率は令和元年度と同様の数値になることが見込まれているため、令和3年度以降の目標値については見直しを行わず当初の計画どおりとします。特定保健指導については対象者の全体数が少ないこともあり1人あたりのもつ割合が大きくなることも考慮し、実施率についても特定健診受診率と同様に目標値の見直しは行ないませんが、令和5年度の目標値が毎年達成できるように保健師・栄養士で目標値の共有は行っていきたいと考えます。

表9 特定健診及び特定保健指導目標値

【目標値】	H30	R1	R2	R3	R4	R5
特定健診受診率	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	20%	24%	28%	32%	36%	40%
◆参考(実績値) 特定健診受診率	47.9%	48.0%	—	—	—	—
◆参考(実績値) 特定保健指導実施率	8.3%	50.0%	—	—	—	—

表 10 特定健診の実施に内容について

対象者	40～74歳に達する栄村国民健康保険加入者
実施方法	個別方式:集合契約を締結している個別医療機関 人間ドック補助金事業。 集団方式:6月に栄村役場及び秋山支所で実施。 ◆集団方式では、一部がん検診と同日実施。
見直した内容	健診料 自己負担 1,200 円 ➡ 無料化 (自己負担なし) 詳細健診内容 [図表 3-2 のとおり]
実施時期	通年
評価指標	健診受診率、保健指導実施率、保健指導対象者の減少率

【図表 3-3】

詳細な健診項目とは、受診者の性別、年齢、健診結果等を踏まえ、必要に応じて医師が個別に判断する項目。

詳細健診(追加項目)	実施できる条件(基準)				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素、赤血球の数値)	貧血の既往歴を有する方または視診等で貧血が疑われる方				
心電図検査 ※1、※2 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果において、収縮期血圧が 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg または問診等で不整脈が疑われる方 ～令和2年度 全数実施 令和3年度 医師が必要と認めた者のみ実施				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果において、血圧又は血糖が次の基準に該当した者 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">血圧</td> <td>収縮期血圧 140mmHg 又は拡張期血圧 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康の結果等において、</p>	血圧	収縮期血圧 140mmHg 又は拡張期血圧 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期血圧 140mmHg 又は拡張期血圧 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				

	<p>血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の確認ができない場合、前年度の特定健診の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>
--	---

特定健診受診率向上の取組として、人間ドック受診費用助成事業(※1)や国保加入者に対する若年健診(※2)、診療情報提供事業(※3)の取組を実施していきます。

※1:人間ドック受診費用助成事業

対象者:国保加入者及び後期高齢者

助成費用:健診費用の1/2を補助(上限 日帰りドック 20,000 円、1泊ドック 25,000 円)

申請方法:役場窓口等に用意してある申請書に記入の上、人間ドックの結果を提出する。

※2:若年健診

対象者:～令和2年度 20歳～39歳の住民

【見直し】令和3年度より 国民健康保険に加入している20歳～39歳の方

内容:特定健診に準ずる。

※3:診療情報提供事業

対象者:生活習慣病に関する疾病で通院歴があり、健診申込書にて「健診を受けない」と

選択した者。

内容:日頃行っている検査データを契約している医療機関から受領し、特定健診に代わる

検査データがそろっていた者に対しては特定健診を受けたとみなすことができる。

② 特定保健指導について

対象者	40～74歳に達する栄村国民健康保険加入者で、健診の結果から積極的支援及び動機づけ支援に該当した者
実施方法 (時期)	<p>集団方式での健診結果については、健診結果から関係者で協議をする(8月頃)。その後、保健師・管理栄養士で担当を決め保健指導を実施する。人間ドック等の個別方式については業務担当保健師を中心に保健指導スタッフを選定し、随時保健指導をしていく。</p> <p>科学的根拠に基づく保健指導の質の向上を専門職全体で実施しながら、自分の身体の状態を知る機会を設け生活習慣の改善につなげる。</p> <p>積極的支援対象者については、保健指導初回から概ね1～2 か月後(10月頃)を目安に、二次検査(血液検査、頸部エコー検査、微量アルブミン尿検査)を促す。その結果を基に対象者とともに保健指導の評価を行い、必要に応じて目標値の見直しを行う。</p>
実施時期	通年
評価指標	特定健診と同様

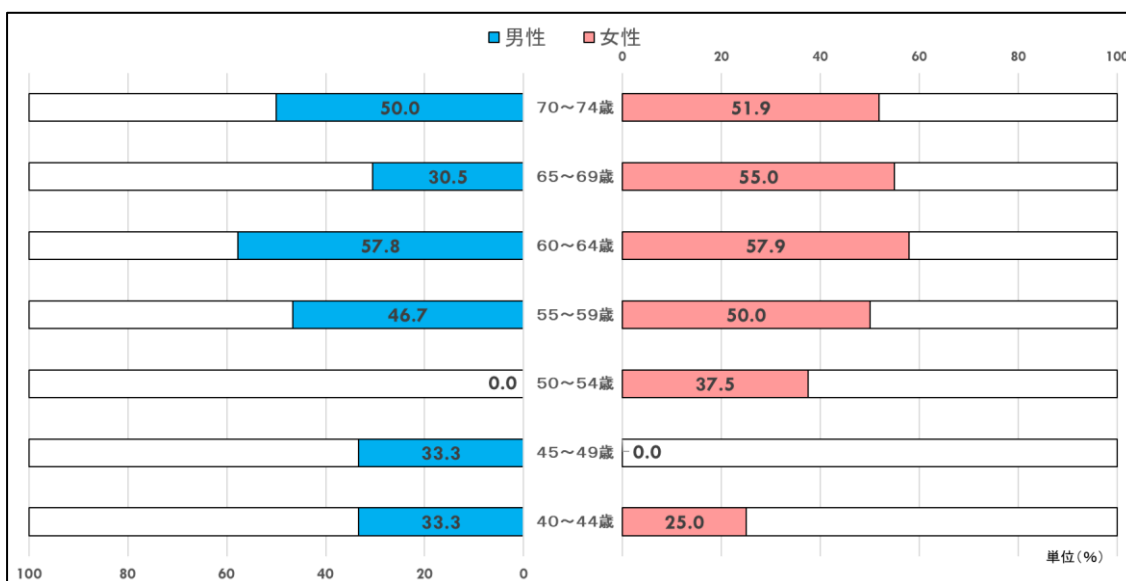
【図表 3-4】 特定健診・特定保健指導等のスケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
～ 3 月	○個別検診集合契約		○健診申込書取りまとめ
4 月	○健診の対象者抽出及び 受診券の送付 ○資料情報提供契約		広報・HPへの掲載
5 月			がん検診開始
6 月	特定健診（集団）実施		↓
7 月		○対象者の抽出	↓
8 月	健診結果報告会	○関係者会議 ○保健指導の開始	申込書見直し
9 月	未受診者勧奨ハガキ送付		○前年度特定健診・特定 保健指導実績報告終了
10 月			
11 月			
12 月			
1 月			
2 月			
3 月	健診終了	↓	○申込書取りまとめ
4 月			○健診データ抽出
5 月			

③ 特定健診未受診者対策

年齢階級別に受診者の状況とみてみると、男女ともに40歳代、50歳代の受診率が30%台と低い状況になっています。【図表 3-5、3-6】 疾病予防の観点から、特に40歳代、50歳代の対象者には優先的な対策が必要です。今後、健診の申込調査書の結果を確認し、勧奨の時期の検討や対象者の特定に応じた説明の工夫等、効果的な勧奨方法を検討しながら受診勧奨を継続していきます。

【図表 3-5】年齢階級別健診受診者・受診率の状況①(令和元年度)



【図表 3-6】年齢階級別特定健診受診者・受診率の状況② (令和元年度)

		男性	女性
40-64歳	健診受診者	37	32
	健診対象者	74	66
	受診率	50.0%	48.5%
65-75歳	健診受診者	64	60
	健診対象者	151	112
	受診率	42.4%	53.6%
40-59歳	健診受診者	11	10
	健診対象者	29	28
	受診率	37.9%	5.7%

個別勸奨等のスケジュールは以下のとおりとします。

個別勸奨	対象者	<p>特定健診未受診者</p> <p>① 過去3年間、健診や生活習慣病に関する医療機関の受診が確認できない方</p> <p>②生活習慣病等で医療機関を受診している方</p> <p>③当該年度、10月末までに受診が確認できない方</p>
	実施方法及び実施時期	<p>①専門職の訪問による受診勸奨 6月～12月頃</p> <p>②かかりつけ医を通じた受診勸奨 通年</p> <p>③受診勸奨のハガキやリーフレットの送付 10月頃</p>
その他		<p>①広報やホームページを通じた受診勸奨の実施（記事掲載予定）6月、9月、12月、2月 年4回程度</p> <p>ホームページへの掲載内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導の実施に関すること ・人間ドック補助金に関すること ・健診未受診者に対する受診勸奨に関すること <p>等</p> <p>②国保加入者及び年度途中加入者への受診券の送付</p> <p>② 健康づくりポイントの活用</p>
評価指標		受診勸奨数、受診勸奨後の健診受診率

令和2年度に新型コロナウイルス感染症が流行したことにより、人間ドックをはじめ、医療機関への受診控えの影響もあり、受診率が伸び悩んでいます。また、高齢化に伴い、受診率の高い年齢層が後期高齢者医療へ移行し、特定健診の対象から外れていくことから、受診率の向上には新規の受診者を増やしていく必要があります。健診未受診者で治療中の人も健診対象とする国の方針が改めて示されているので、高血圧や糖尿病で医療機関を受診している人を把握し、新規の受診者を増やす取組として、かかりつけ医からの健診受診勧奨の協力を依頼していきます。また、令和3年度については、特定健診にかかる費用を**無料化**にしたことで経済的負担の軽減及び住民の利便性を高め、受診率の向上に向け更なる未受診者対策を進めていきます。

④ 脳血管疾患及び虚血性心疾患重症化予防

重症化予防の取組については、事業評価計画に基づいて実施していきます。

内容については、データヘルス計画2期での内容を基に特定健診プロジェクト会議で更に検討を重ね、係会でも共有しながら保健事業を進めていきます。

対象者の抽出については、特定健診受診者の健診データ及びレセプト情報を確認し、受診勧奨対象者を把握します。

脳血管疾患重症化予防対象者で、かつ特定保健指導の積極的支援に該当した者については医療機関において頸部エコー検査の実施を勧めていきます。(検査手数料については国保特別会計 保健事業費で計上) II度高血圧(160～179/100～109)の者に対しては、治療状況の確認を行い、未治療者や治療中断者については受診勧奨をします。

虚血性心疾患重症化予防対象者に対しては、心電図検査が重要な検査の1つに位置づけられるため、精密検査が必要な方へは受診勧奨をするとともに要精密検査でなくてもST所見が認められる方には保健指導にてより丁寧に検査データの説明をしていきます。積極的支援に該当する方については脳血管疾患重症化予防と同様に頸部エコー検査を勧めていきます。

【図表 3-5】中長期目標に対する事業評価計画

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関受診 2)治療開始(未受診者) 3)治療継続 4)リスク因子の改善 5)死亡率 ・脳血管疾患 ・虚血性心疾患 ・心不全等の死亡 6)医療費(脳心腎) 7)長期入院の状況	1)2)レセプト件数(脳心腎連新) 2)有症状者の割合 3)重症化予防有症状者(数・割合) 3)医療機関受診率 4)療養開始率(短期目標治療状況) (高血圧・糖尿病・脂質異常症) 5)死亡率の減少 6)高額療養費の抑制 医療費助計(目標疾患:脳心腎) 7)長期入院の状況	1)2)3)目標設定せず(前年比比較) 3)4)60%以上 (高血圧、脂質異常、血糖、腎機能) 4)医療機関受診者の健診結果が改善、または悪化していない 5)6)7)目標設定せず(前年比比較)	1)2)3)4)レセプト情報をKQ8で確認 ※1)該当リスクに該当する疾患名を確認 ※2)類似しさを確認 ※3)本人にも確認 2)3)健診結果より把握 4)5)6)7)入院の状況および死亡、死因情報をKQ8で確認 6) 医療費の総計	1)2) 保健指導後2ヶ月 3) 翌年度評価時 4) 翌年度健診データが得られた時期(6月頃) 5)6)7)毎年度6月に確認	事業担当	対象者の名簿が作成した段階で対応。 人数把握した時点で対応確認。	
アウトプット	1)対象者に連絡できたか(訪問、面談、電話)	1) 保健指導実施率 (保健指導利用者/保健指導対象者) *対象者	1)100% 訪問60% 面談30% 電話10%	1)対象者台帳(名簿)で確認 対応記録の確認	1)9月に対象者を確認 ⇒11月末までに連絡取れたか確認する。		対象者の名簿が作成した段階で対応。 人数把握した時点で対応確認。	
プロセス	1)対象者の把握をする 2)対象者へのアプローチ方法を検討する 3)充実した支援を行う 4)事例検討を行う	1)対象者名簿作成及び共有できたか 2)検討したアプローチと方法で連絡がとれたか 3)医療機関受診につながる支援ができていくか、治療の必要性を理解できる支援ができていくか 4)検討時期、方法、所要時間	1)健診後8月～9月の保会まで作成 2)健診受診後3ヶ月後目安に対応、または、結果報告会で伝える 3)学習教材を活用する 4)アプローチ困難な対象者に対する事例検討を実施。	1)関係打合せ会議の中で確認 2)通知文書発送時期の確認 職員への聞き取り 3)学習教材の確認、対象者の声等指導実施前に確認する 4)事例検討実施数(会議数・人数)を集計 専門職での会議を実施する。	1)2)3) 毎月 4)9月～2月頃	主には事業担当及び全職員	対象者の名簿が作成した段階で対応。 人数把握した時点で対応確認。	
ストラクチャー	1)対象者を明確にする 2)人員 3)予算確保 4)関係機関との連携	1)操作手順がわかりやすいか 2)事務職、専門職の不足はないか 1人当たりの対象者数は適切か 3)保健指導に必要な物品は購入できたか 4)医療機関との連携	1)手順をマニュアル化し全員が操作できる 2)不足がない 3)必要な物品を購入できる 4)①医師会に事業主旨の説明ができる 実施結果を報告できる ②かかりつけ医と連携できる	1)マニュアルを作成できたか 操作できた職員に聞き取り 2)対応可能な人数であったかどうかを職員に聞き取り確認 3)必要な物品が購入できたか職員に聞き取り確認 4)会議開催及び内容の実績確認	2)9月・11月・1月の関係打合せ会議の中で実施 3)9月の会議で予算に照して話をする。 1)4)7月・年度末		1)マニュアルは国保連や移動学校作成のものを用いた。(担当のみ) 2)専門職の不足なし。 2)1人当たりの対象者は確認必要 3)予算確保可、コロナ対策経費で非接触体温計を購入したので必要時使用する。 4)① ②運営の診療所とは連携可能。	1)マニュアルは国保連や移動学校作成のものを用いていることは継続。紙媒体のファイルと国保連USの整理は必要。 3)関係打合せ会議の中で確認する。 4)②かかりつけ医との連携では、診療所を中心にする。新潟県側も近隣医療機関とも連携をはかる。

⑤ 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(以下、「ハイリスク者」という。)に対して医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行います。その結果、人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的として、平成30年度から開始したこの事業を令和3年度以降も継続で実施していきます。

1) 受診勧奨(医療機関未受診者及び治療中断者)

40～74歳までの国民健康保険加入者の当該年度の健診結果を反映する。

対象者	①医療機関未受診者 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl)以上またはHbA1c6.5 以上の者。	②糖尿病治療中断者 糖尿病により医療機関を受診中の患者のうち、最終の受診日から6カ月経過しても糖尿病受療歴がない者。
-----	--	---

方法	①健診結果の通知時、必要に応じて関係する資料追加。 ②電話及び個別面談(訪問含む)
----	--

2) ハイリスク者に対する保健指導

対象者	①糖尿病性腎症病期が、第2期から第4期に該当する者 a.尿蛋白(±) 以上 b.血清クレアチニン検査 eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満 ②糖尿病性腎症を発症していないが以下のリスク要因を有する者 a.Ⅱ度高血圧以上の者 b.喫煙者 ③その他、保険者が必要と認めた者
方法	・レセプトデータや患者、医師からの情報提供等により抽出し、保健指導に対し本人及びかかりつけ医の理解が得られた者。

【図表 3-6】 糖尿病性腎症重症化予防の事業評価計画

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)対象者の変化について 2)関係者の変化について	1)受診勧奨に応じた割合(受診者/受診勧奨対象者) 2)事業評価の実施	1)50% 2)目標設定せず	1)11月の事業による勧奨の結果を1月に評価 さらに個別勧奨を行った結果を評価する 2)事業実施し、実績の数値化による客観的評価および事業実施した担当者の主観的評価にて評価を行う。	1)1月 および 年度末 2)年度末	事業担当	1) 2)	
アウトプット	1)実施結果について	1)保健指導実施率(保健指導利用者/保健指導対象者)	1)60%	1)対象者台帳で確認 対応記録の確認	1)保健指導終了後 および 年度末		1)	
プロセス	1)実態やニーズの把握について	1)対象者の把握率	1)100%	1)対象者の一覧を作成	1)10月 (KOBに健診結果が反映された実施)	主には事業にかかわる全職員	1)	
ストラクチャー	1)支援を行うしみの可視化について	1)マニュアルの更新	1)手順をマニュアル化し、庁内の全関係者が事業の概要を理解している	1)マニュアルを順次更新し、関係者で評価・修正をおこなう。	1)随時 および 年度末の最終評価		1)	

令和3年度からは高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のハイリスクアプローチとして、後期高齢者についてもかかりつけ医と連携して進めていきます。評価方法については、プログラムに基づいて実施します。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施(新規)

当村は高齢化率が50%を超えており2人に1人が高齢者となり、全国に比べても早いペースで少子高齢化問題が深刻化しています。人生100年時代と言われるほど平均寿命が延びていますが、介護を必要としない期間である健康寿命は平均寿命と10年以上の差があるのが現状です。後期高齢者は身体的、社会的にも様々な課題を抱えているため、保険者や制度上で保健事業を分けるのではなく一体的に連携をとりながらこの取組を新規事業として、令和3年度より進めていきます。

当村の後期高齢者の課題を、KDB システム等から健診データ・レセプトデータ、介護認定等に関する情報を活用して分析したところ、高血圧での治療中の方の約7割が、脳血管疾患、虚血性心疾患等の重症化した疾患で治療をしていました。また、介護保険の認定率が国、県、同規模市町村よりも少し高い状況であり、その背景には生活習慣病の影響があることがわかりました。そのため、後期高齢者に対する保健事業では、国民健康保険の保健事業で取り組む糖尿病性腎症重症化予防や、後期高齢者の約7割が治療中である高血圧の重症化予防、そして低栄養予防や口腔機能低下予防などの個別支援を重点的に実施し、村民の健康寿命の延伸を推進していくこととしました。国民健康保険の保健事業でも、特定保健指導非対象者の保健指導や、糖尿病性腎症重症化予防の取組において後期高齢者の保健事業と連携した取組を行います。取組内容については、以下のとおりです。

具体的には、以下の①及び②に記載のとおりです。

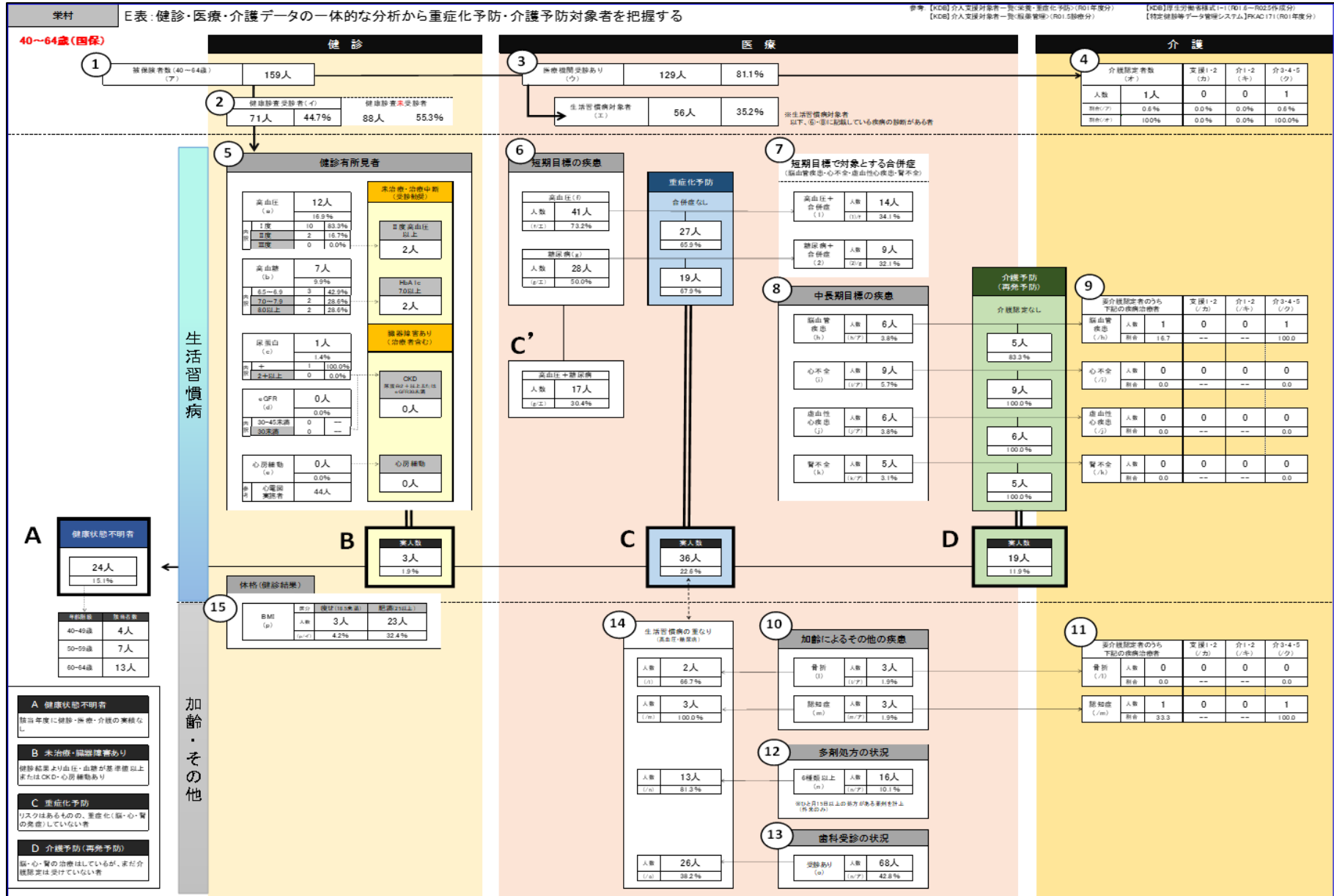
①企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用する健診・医療・介護のデータの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し(E表)、医療・介護などの関係との連絡調整を行います。

②地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援を行います。(ハイリスクアプローチ)75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧台帳を整備し、台帳に基づいて糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

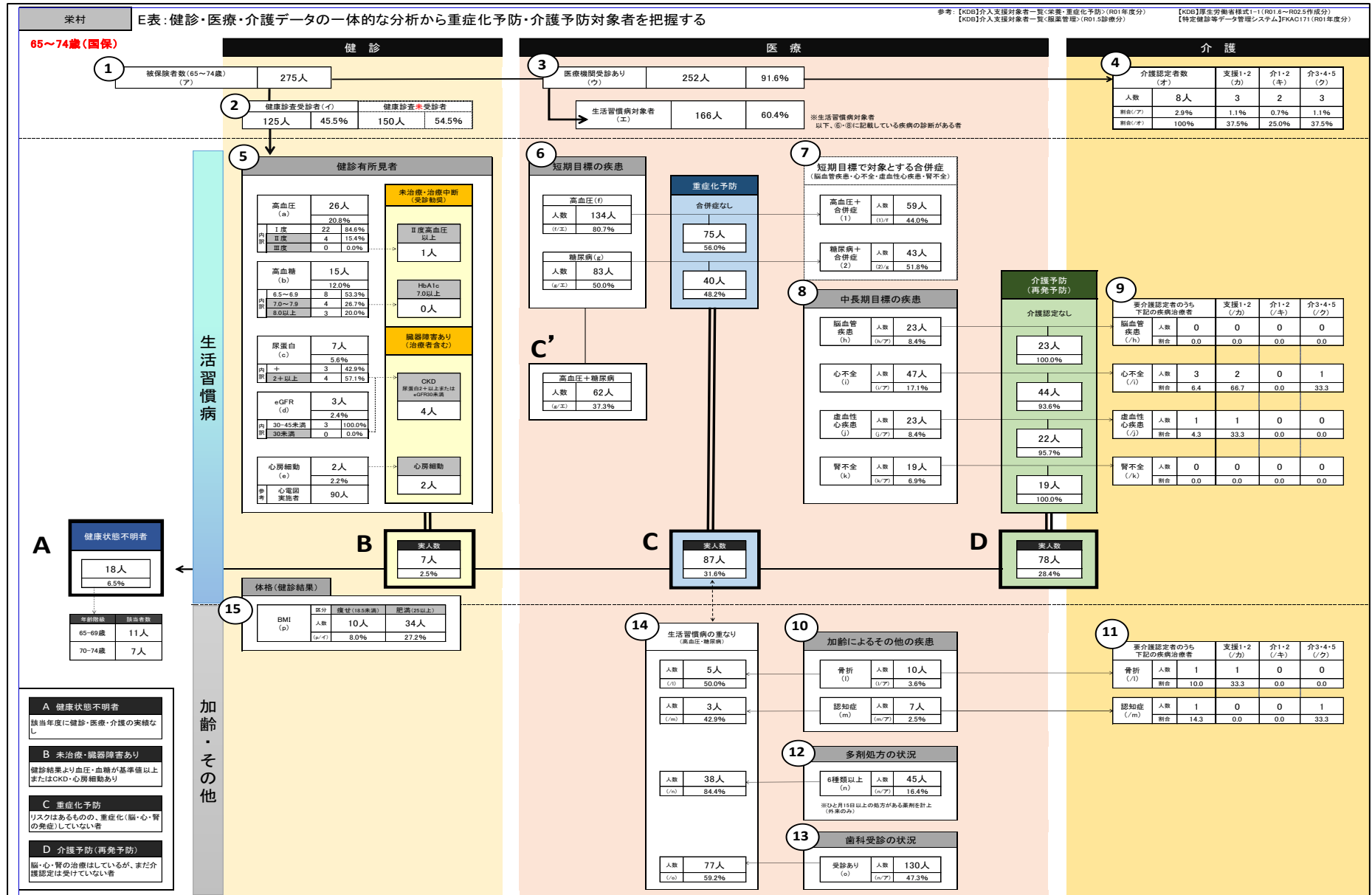
また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防などの健康教育、健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

	ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ
対象者	<p>当該年度の健診結果を対象者を抽出する。</p> <p>※詳細については一体的実施事業計画に記載。</p>	<p>・通いの場を利用している方</p>
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養予防 ・口腔機能低下予防 ・糖尿病性腎症重症化予防 ・重症化予防(高血圧) ・健康状態不明者 	<p>・一般介護予防事業等の通いの場を利用して、運動、栄養、口腔機能に係る内容で健康教育等を実施する。また、質問票等の結果から、必要な人は医療、介護サービスにつなげる。</p>

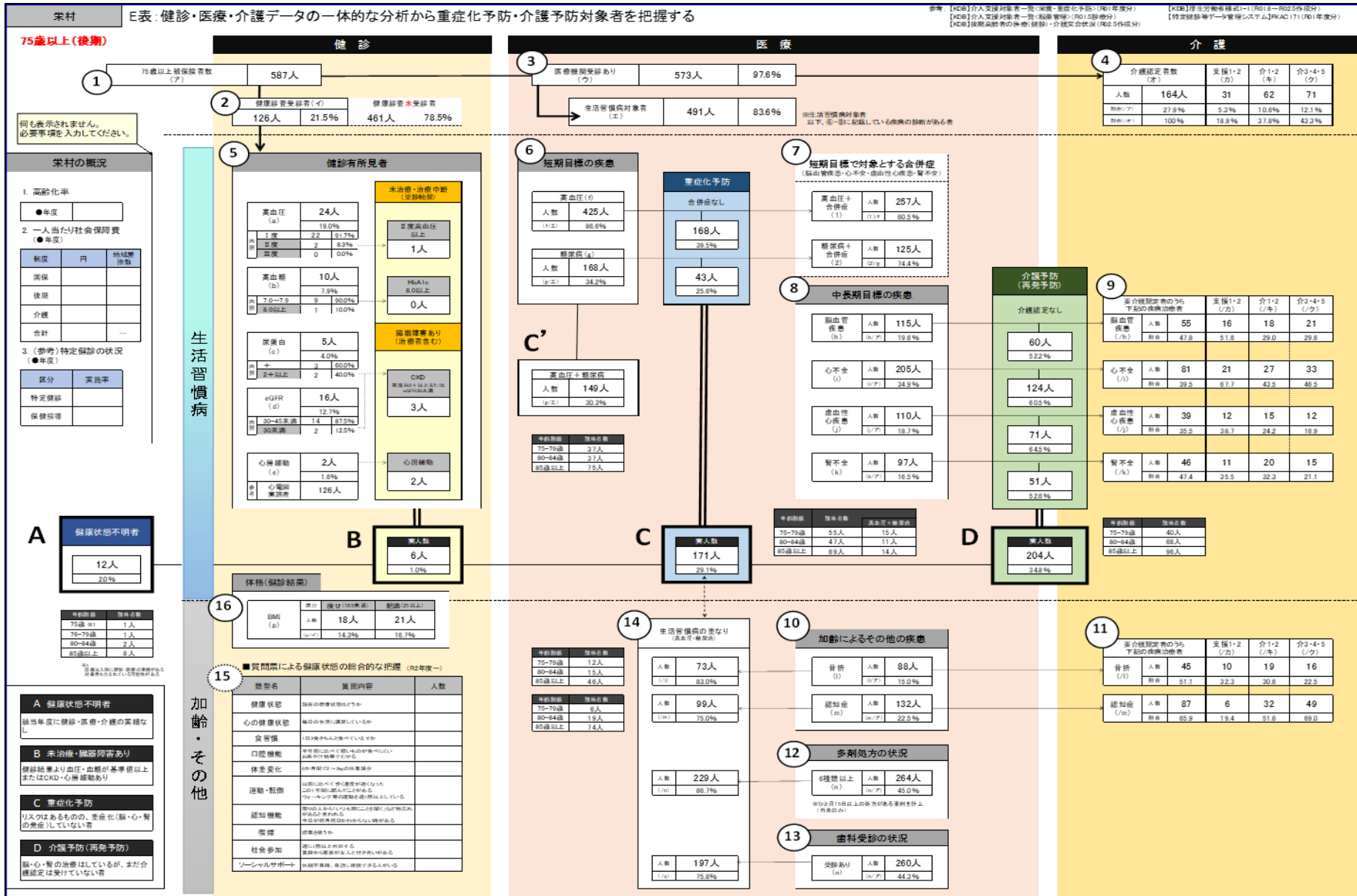
【図表 3-7】 E表 40～64 歳



【図表 3-8】E表 65歳～74歳



【図表3-7】E表 75歳以上



第4章 事業の周知・啓発の取組及び計画の評価について

1. 健康づくりの取組について

標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人に生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因が規定されることも大きい。」とされています。(出典:標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版))

当村においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの住民が、自分の住む地域の実態を知り、少子高齢化が進む自分の地域でこれからも安心して暮らしていくために、自分なら何ができるかを自身で考え、納得した上で、健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援していくことがこれから必要になってきます。周知する内容やリーフレットの作成等については、特定健診プロジェクト会議を活用しながら検討を重ねていきます。

本計画の目標である「健康寿命の延伸」及び「健康格差の縮小」の実現を目指すために、保険者努力支援制度を活用した村民の健康づくりの取組等の推進を図ります。村民自らの健康づくりに対する取組や疾病予防に向けた行動を促すため、各種健康診査の受診や健診結果説明会、出張講座等への参加などの取組に対して、健康スタンプカードへのポイントを付与する健康づくりポイント事業を実施します。健康増進の取組が多くの人に伝わるよう、地域包括支援センターや他機関とも連携を図りながら、生涯を通じて心身共に健康で暮らせるように支援していきます。

2. 地域包括ケアシステムに係る取組

2025年(令和7年)には、団塊の世代が後期となることから、要介護認定者や認知症高齢者の増加による介護保険料の負担増や老老介護、孤独死などの増加が懸念されます。これらの事に対し住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていけるよう、第8期介護保険計画では生活支援、介護、予防、医療、住まいが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んでいくこととしています。

KDBで見える化システムを活用し、健診・医療・介護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、介護予防・重度化防止の推進につながるよう、地域包括支援センターと医療専門職の連携で、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施で取組を行います。

3. 計画の評価・見直しについて

1、評価の時期

令和2年度(令和3年3月)の本計画の中間評価を行ったので、令和3年度以降についてはKDB等の情報を活用し、毎年評価を行います。また、本計画の最終年度である令和5年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

2、評価方法・体制

保険者は、健診・レセプト情報を活用して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求められており、保険者努力支援制度においても四つの指標での評価が求められているため、本計画第1章の中で4つの指標に基づいて評価を実施しています。

KDBシステムの健診医療・介護データを基に得られた情報を、保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況について定期的に共有をしていきます。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年変化を行うとともに、個々の健診結果の改善度も評価しながら、取り組むべき課題の解決に向けて第三者機関からの助言等を受けるものとします。