

第 3 期栗島浦村データヘルス計画

第 4 期栗島浦村特定健康診査等実施計画

令和 6 年 3 月

栗島浦村

目次

1. 計画の背景と目的	4
(1) 計画作成の背景・目的	4
(2) 計画の位置づけ	5
(3) 基本理念	6
(4) 計画の対象期間と評価・見直し	6
(5) 計画の公表・周知	6
2. 粟島浦村の概要	7
(1) 人口および被保険者の概要（出典元：令和2年国勢調査）	7
(2) 平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命	8
① 平均余命と平均自立期間	8
② 死因と標準化死亡比	9
3. 第2期粟島浦村国保データヘルス計画の評価	10
(1) 計画全体目標の達成状況	10
(2) 保健事業の実施状況	11
4. レセプトデータ・健診データの分析結果	16
(1) 医療費・疾病構造の状況	16
① 医療費の概要	16
② 生活習慣病関連疾患医療費の状況	18
③ がん医療費の状況	19
④ 後発品の数量割合	20
⑤ 重複頻回	20
(2) 特定健康診査・特定保健指導の状況	22
① 特定健診・特定保健指導の実施状況	22
② 特定保健指導実施率	23
③ メタボリックシンドローム該当者の状況	23
④ 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）	24
⑤ 質問票の状況	24
(3) 重症化予防	25
① 健診とレセプトの突合分析	25
② 重症化予防	25
(4) 介護の状況	28
5. 計画全体の目標	29
(1) 健康課題等まとめ	29
(2) 計画全体の目標	29

6.	課題に対応した保健事業の立案.....	30
(1)	特定健診受診率向上対策事業.....	30
(2)	特定健診結果説明会事業.....	31
(3)	生活習慣病重症化予防事業.....	31
(4)	特定保健指導事業.....	32
(5)	早期介入生活習慣病予防事業.....	32
(6)	生活改善普及啓発事業.....	33
7.	特定健康診査・特定保健指導に係る取組み.....	33
(1)	目標値.....	33
(2)	対象者.....	33
(3)	実施方法.....	34
8.	地域包括ケアに係る取組み.....	35
9.	個人情報の保護.....	36

1. 計画の背景と目的

(1) 計画作成の背景・目的

(背景)

- 平成 20 年 4 月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により、40 歳から 74 歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされました。
- 平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。
- 平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針 1（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本手引きでは「保険者」という。）は、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。
- その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な K P I 2 の設定を推進する。」と示されました。
- このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

(目的)

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

(2) 計画の位置づけ

本計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」）に示された基本方針を踏まえるとともに「健康にいがた 21（第 3 次）」及び、市民の健康づくりの方針を示した「栗島浦村第 3 期健康増進・食育推進計画」をはじめとする関連計画との整合性を図ります。

	データヘルス計画		栗島浦村第 3 期健康増進計画
	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	栗島浦村国保		栗島浦村
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病 等の生活習慣病の予防対策を 進め予防することができれば、 通院患者を減らすことができ、 さらには重症化や合併 症の発症を抑え、入院患者を 減らすことができ、この結果、 国民の生活の質の維持および 向上を図りながら医療の伸び の抑制を実現することが可能 となる。特定健康診査は、糖尿 病等の生活習慣病の発症や重 症化を予防することを目的と して、メタボリックシンドロ ームに着目し、生活習慣を改 善するための特定保健指導を 必要とするものを、的確に抽 出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとし て、被保険者の自主的な健康 増進及び疾病予防の取り組み について、保険者がその支援 の中心となって、被保険者の 特性を踏まえた効果的かつ効 率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。被保 険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険 者の財政基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても 重要である。	平均寿命の長さだけではなく、 実り豊かな生涯を過ごす ために健康寿命の延伸、生活 の質（QOL）向上への取組み を市民一人ひとりがそれぞれ の健康観に基づいて「自分の 健康は自分でつくる」という 意識で積極的に取り組み、併 せて、学校や企業、地域、行政 など社会全体が一体となって これを支援することで、「生涯 を通じて だれもが健やかで いきいきとくらせる地域（ま ち）」づくりの実現を目指す。
対象者	栗島浦村国保被保険者のうち の 40～74 歳のもの	栗島浦村国保被保険者全員	栗島浦村民全員

(3) 基本理念

基本理念1「健康寿命の延伸」

基本理念2「医療費の適正化」

(4) 計画の対象期間と評価・見直し

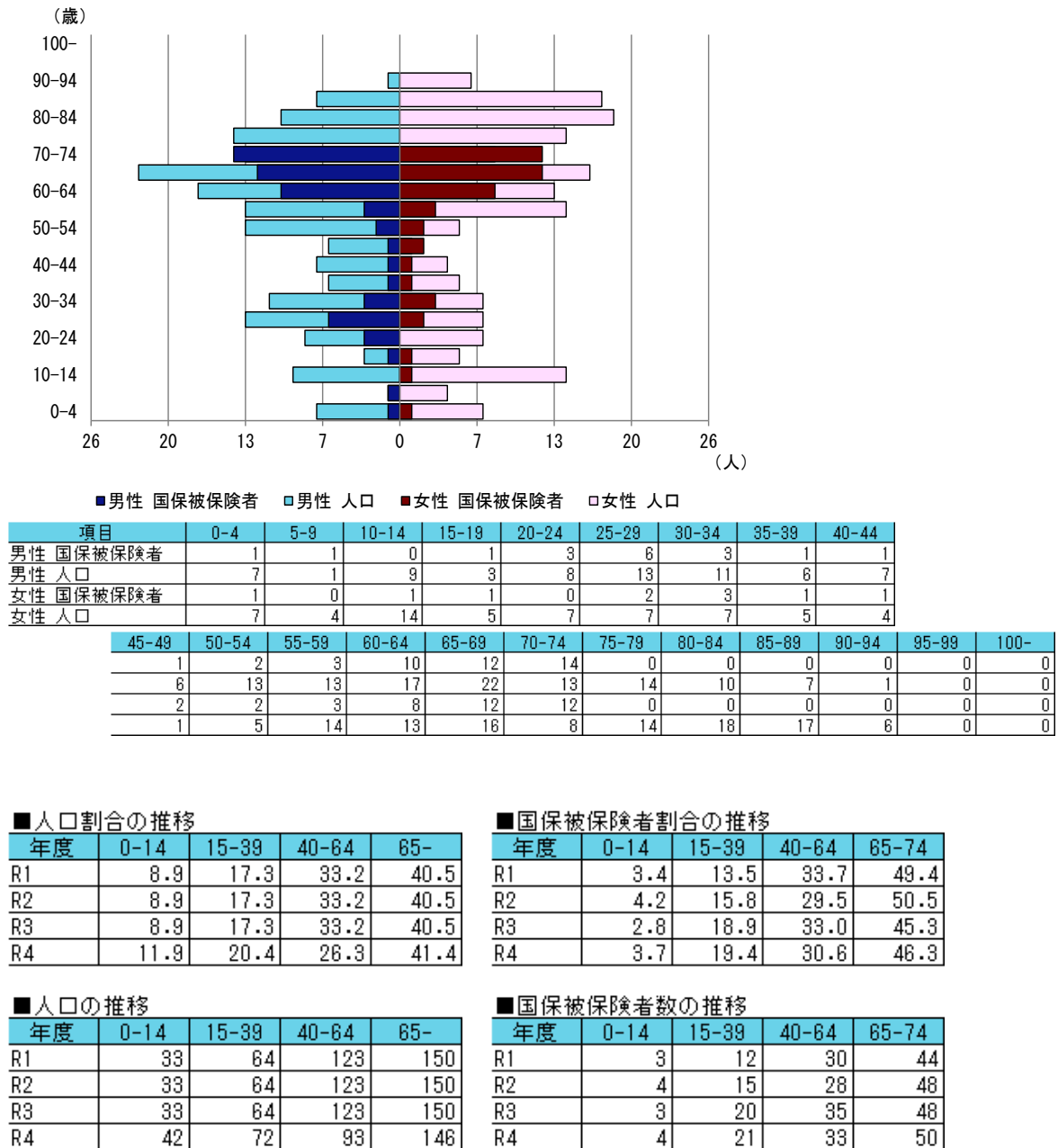
計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。なお、国の法律などの見直しや社会情勢等の動向及びPDCAサイクルでの評価を踏まえ、必要に応じて計画を見直します。

(5) 計画の公表・周知

本計画は、粟島浦村ホームページや広報紙を通じて広く村民に周知します。

2. 栗島浦村の概要

(1) 人口および被保険者の概要（出典元：令和2年国勢調査）

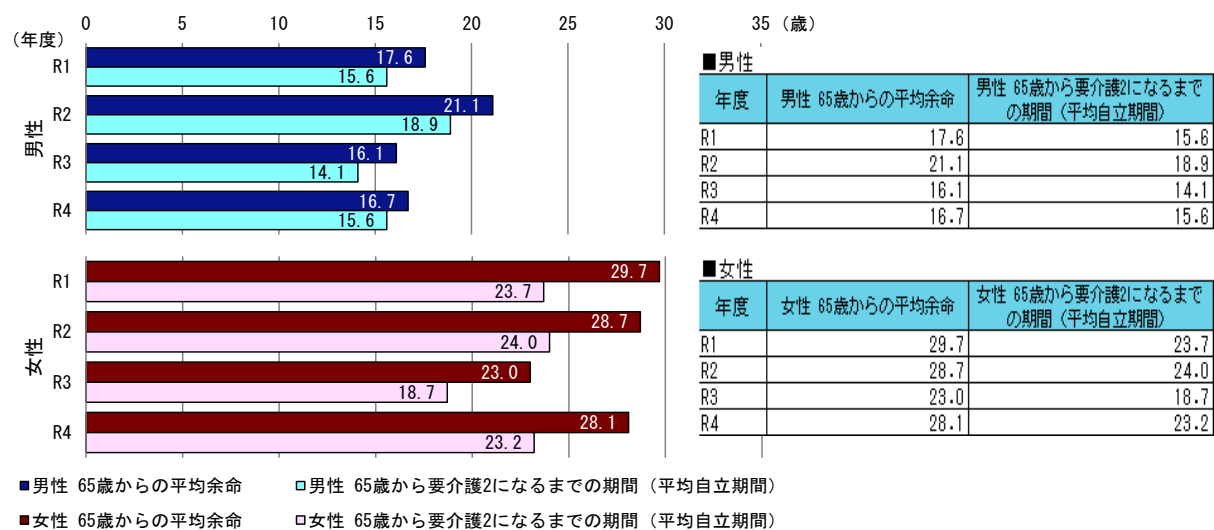


本村の人口は令和元年には370人でしたが、令和4年には353人と減少しています。国保加入者数は減少しております。

被保険者の年齢構成は令和4年10月時点で65-74歳の前期高齢者が50人、全体の46.3%を占めており、国や県と比較して高く、被保険者の高齢化が進んでいます。

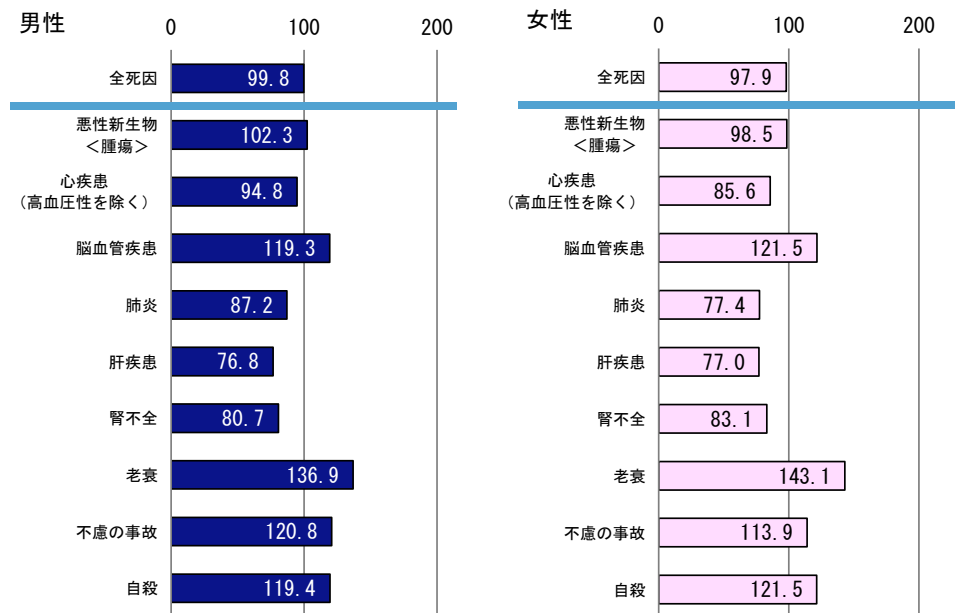
(2) 平均寿命・健康寿命・死亡者割合・平均余命

① 平均余命と平均自立期間



令和4年度の平均余命は男性81.7歳、女性93.1歳、平均自立期間（要介護2になるまでの期間）が男性80.6歳、女性88.2歳となっており、その差は男性1.1歳、女性4.9歳となっています。

② 死因と標準化死亡比
標準化死亡比



(※平成 25～29 年の人口動態統計特殊報告よりデータ取得)

脳血管疾患でなくなった方の死亡率が高く、疾病以外の老衰、不慮の事故、自殺も高い死亡率となっています。

3. 第2期栗島浦村国保データヘルス計画の評価

(1) 計画全体目標の達成状況

①中長期目標

中長期目標	アウトカム評価指標	ベースライン 現状値 (H30年度)	目指す 方向性/ 目標値	R4の 現状値	評価
1) 健診(40～74歳)における高血圧・糖尿病・高脂血症の複数リスク保有者を減らす	・メタボまたは予備軍対象者のうち、血圧・血糖・脂質のすべての数値が高い者の割合	12.2%	減少	24.1%	C
2) 健診(40～74歳、75歳以上)でのeGFR60未満かつHbA1c6.5%以上の人数・割合を減らす	・eGFR60未満かつHbA1c6.5%以上の人数 ・eGFR60未満かつHbA1c6.5%以上の割合	4人 3.1%	減少 減少	6人 5.3%	C C
3) 70歳以上の骨折による入院を減らす		不明	要検討	不明	E
4) 脳血管疾患による新規入院を減らす	・脳血管疾患の入院レセプトが当該年度にあり、前年度にない人数	0人 (R2年度)	減少	1人	B

※R2年度に目標の見直しを実施(以降同様)

②短期目標

短期目標	アウトカム評価指標	ベースライン 現状値 (H30年度)	目指す 方向性/ 目標値	R4の 現状値	評価
1) 健診の受診率を上げる	・特定健診受診率	79.0%	増加	78.4%	B
2) 特定保健指導の実施率を上げる	・特定保健指導実施率	16.7%	増加	0%	D
3) 健診でHbA1c6.5%以上の人数・割合を減らす	・HbA1c6.5%以上の人数 ・HbA1c6.5%以上の割合	9人 17.6%	減少 減少	16人 29.1%	D D
4) 受診勧奨判定値の未治療高血圧・脂質異常症の人数・割合を減らす	・収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上で高血圧レセプトがない人数・割合 ・中性脂肪150mg/dL以上またはLDLコレステロール140mg/dL以上で高脂血症のレセプトのない人数・割合	4人 25.0% 10人 43.5%	減少 減少	4人 23.5% 10人 37.0%	C B C B
5) 血圧手帳の活用人数・割合を増やす					E
6) 糖尿病手帳の活用人数・割合を増やす					E
7) 問診における喫煙者数・割合を減らす	・習慣的にたばこを吸っている人の数 ・習慣的にたばこを吸っている人の割合	8人 16.3%	減少	4人 14.3%	A B
8) 問診における朝食未摂取者数・割合を減らす	・朝食を抜くことが週3回以上ある人の数 ・朝食を抜くことが週3回以上ある人の割合	2人 4.1%	減少 減少	6人 21.4%	D D
9) 問診における身体的フレイル(後期間診票⑥～⑨)の該当者数・割合を減らす	・6か月間で2-3Kgの体重減少があった人の数 ・6か月間で2-3Kgの体重減少があった人の割合 ・以前に比べて歩く速度が遅くなってきた人の数 ・以前に比べて歩く速度が遅くなってき	5人 (R2年度) 14.3% (R2年度) 20人 (R2年度) 57.1%	減少 減少 減少 減少	7人 11.2% 44人 71.0%	B B C C

	た人の割合	(R2 年度)			
	・1 年間に転んだことがある人の数	2人	減少	15 人	C
	・1 年間に転んだことがある人の割合	5.7%	減少	24.2%	C
	・ウォーキング等の運動を週に 1 回以上している人の数	(R2 年度) 28 人	増加	25 人	C
	・ウォーキング等の運動を週に 1 回以上している人の割合	(R2 年度) 80.0%	増加	40.3%	C

常勤保健師が不在であったことや役場の職員不足の影響などから、計画通りの事業を展開することが難しく、保健指導が行き届かない状況となりました。

(2) 保健事業の実施状況

1 生活改善普及啓発事業

【対象者】 全村民

【事業内容】

①生活習慣病対策（高血圧・高脂血症・糖尿病）をシリーズ化した健康教室を開催（釜谷 1 回、内浦 1 回、計 2 回／年）

②①に関連する健康情報新聞を配布（6 回／年、月 1 回発行している広報に掲載）

【事業目的】

健康的な生活習慣の普及啓発

生活習慣病の知識と対策を啓発・改善

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・教室開催回数、参加者数	100%	未実施	未実施	マンパワー不足 事業計画の検討不足 冬期間の欠航により委託保健師の来島が困難
	・回覧掲載（新聞発行）回数	100%	未実施	未実施	
アウト カム	・教室受講時の理解度 ※教室開催前後にアンケート	増加	未実施	未実施	

今後の方針	R5.8 月～常勤保健師配置、事業再開
-------	---------------------

2 特定健診受診対策事業

【対象者】 全村民

【事業内容】

①健診申込時に受診勧奨のチラシを全戸配布（1 回／年）

②申込締切後、受診未希望者に個別で受診勧奨（訪問・電話）

③施設健診の設定（健診日数の増加）

④人間ドック受診の助成（希望者および受検の有無を把握、結果の提出を促す）

【事業目的】

受診率の向上

疾病の早期発見、早期治療

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・チラシ配布回数 (受診勧奨、人間ド ック案内の2種) ・未希望者への受 診勧奨率 (受診勧奨実施者 数/未希望者数)	100% 80%	0% 0%	100% 20%	マンパワー不足により未希望者のアプローチが 計画通りに進まず R2 はコロナによる施設健診移行となり、大幅に 受診率が低下 健診日が少なく受診希望があっても受けられな い。R5～施設健診を導入し、1名の利用あり 人間ドック受検後に結果提出がない(未助成) R5 申込の際、用紙の記入方が分かりにくいとの 声が数件あった
アウト カム	・健診受診率	70%	91%	88.5%	

今後の方針	下記項目について検討し、事業を継続 ・申込用紙の修正 ・施設健診の周知を強化、施設健診の設定日を増加 ・人間ドックの助成制度について周知を強化(申込時案内に掲載) ・人間ドック希望者の把握、受診確認、結果の提出の声掛けを強化 ・受診未希望者には、診療所看護師と連携し、訪問に加え受診時の受診勧奨を強化
-------	---

3 特定健診結果説明会事業

【対象者】 健診受診者

【事業内容】

①結果説明会の開催：年1回、7月(2日間、釜谷0.5日、内浦1.5日)

健診結果の説明、要医療者への受診勧奨、要保健指導者への保健指導・栄養指導

※特に朝食欠食、喫煙

②説明会欠席者、参加困難者には訪問による個別保健指導を実施

③朝食欠食／喫煙に関するポスターを掲示(健診会場)

【事業目的】

生活習慣の改善

疾病コントロール

疾病の早期発見・早期治療

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・結果説明会参加 率 (保健／栄養指導 実施率)	70%	未開催	87%	R2 は健診終了が10月となり、指導会の開催準備・手配が出来ず未実施 健診結果は説明会開催時に本人に返却するため、参加率の向上に繋がっている
アウト カム	・朝食欠食割合(前 年度と問診比較) ・喫煙割合(前年度 と問診比較)	減少 減少	39.1% 13%	13% 16.7%	一方で、説明会開催が観光シーズンにも入っているため、民宿業を営んでいる対象者は参加が難しい。また、説明会が年1回のため、通院日と重なると受けたくても受けられない

今後の方針	下記項目について検討し、事業を継続 ・説明会の開催日数の検討(遠隔による指導の導入など)
-------	---

	・説明会欠席者には、別途、家庭訪問または診療所受診時に実施し、健診後に最低 1 回は面談する ・人間ドック結果を持参した際に結果説明をドック機関で受けていない者も対象とする ・評価方法を見直し、結果説明会時に実施しているアンケート結果を活用する(理解度や意識づけについてアンケートを実施)
--	---

4 早期介入生活習慣病予防事業

【対象者】 健診受診者 血圧・脂質において受診勧奨判定値に該当する者

【事業内容】

①保健指導の実施（家庭訪問または診療所にて）

※受診確認、通院状況、服薬状況の確認

②血圧手帳の活用推進

【事業目的】

生活習慣の改善

早期治療を含む疾病コントロール

適切な内服管理

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・保健指導実施率	70%	未実施	35%	マンパワー不足 診療所看護師との連携不足 保健指導で介入した後の継続的フォローが不十分 自己記録を勧めた後の継続状況の把握が困難
アウト カム	・血圧受診勧奨判定値に該当する割合	減少	0%	18.5%	
	・血圧受診勧奨判定値の未受診者割合	減少	0%	23.5%	
	・脂質受診勧奨判定値に該当する割合	減少	9.1%	23.1%	
	・脂質受診勧奨判定値の未受診者数	減少	41.7%	37.0%	
	・血圧手帳の活用者割合 (活用者／受診勧奨判定値者数)	増加	未把握	未把握	

今後の方針	これまでの事業としては廃止し、対象者を変えて事業を再開する。 ①「生活習慣病重症化予防事業」を立ち上げ、これまでの目的はこの新規事業にて達成を目指す。また、数値(判定値)による対象者の絞り込みを行い、優先的かつ重点的に介入する。診療所看護師との連携を強化し、TV 診療時の待ち時間などを活用した指導を行う
-------	--

	②「早期介入生活習慣予防事業」としては、対象者を 39 歳以下とし、若い世代に対する健診受診及び事後フォローを強化する。早い年齢からの介入により、生活習慣の改善・定着、メタボリックシンドロームの発症予防を目指す
--	---

5 糖尿病重症化予防対策事業

【対象者】 健診受診者 HbA1c6.5%以上

【事業内容】

保健指導の実施（家庭訪問または診療所にて）

※特に未受診者には継続かつ重点的に介入を行う

【事業目的】

生活習慣の改善

早期治療を含む疾病コントロール

適切な内服管理

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・保健指導実施率	70%	未実施	45%	マンパワー及び診療所看護師との連携不足 保健指導で介入した後の継続的フォローが不十分であったが、一方で未受診者に対し優先的に受診勧奨を継続的に実施したことで、改善につながった 島外通院者の状況把握まで至らず、適切な保健指導に繋がらなかった 糖尿病手帳の活用割合については、診療所看護師との連携不足 自己記録を勧めた後の継続状況の把握が困難
アウト カム	・HbA1c6.5%以上の割合	減少	20.8%	29.1%	
	・HbA1c6.5%以上で未受診者の割合 ・糖尿病手帳の活用割合 (活用者数／定期通院者数)	減少 増加	15.4% 未把握	4.0% 未把握	

今後の方針	事業名を「生活習慣病重症化予防事業」とし、血圧・糖尿病の重症化予防に重点を置いた介入を目指す。また、数値(判定値)による対象者の絞り込み(Ⅱ期以上の血圧値、HbA1c7.0%以上)を行い、優先的かつ重点的に介入する。診療所看護師との連携を強化し、TV 診療時の待ち時間などを活用した指導を行う
-------	--

6 特定保健指導対策事業

【対象者】 特定保健指導対象者

【事業内容】

特定保健指導の実施（開始）

【事業目的】

動脈硬化性疾患の予防

特定保健指導実施率の向上

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウト プット	・特定保健指導対象者への周知・勧誘率	100%	未実施	未実施	専門職の不在

	・特定保健指導実施率	50%	未実施	未実施	
アウトカム	・特定保健指導該当者数 (前年度との比較)	減少	未実施	未実施	

今後の方針	R5.8月～常勤保健師配置により、実施が可能となった 特定保健指導実施率は、60%を目標とする
-------	--

7 イキイキ体操事業

【対象者】 70歳以上の高齢者

【事業内容】

イキイキ体操会の開催（月2回：釜谷1回、内浦1回）（社協委託）

【事業目的】

転倒・骨折予防

フレイル予防

認知症予防

引きこもり予防

健康寿命の延伸

指標	評価項目・評価指標	方向性/ 目標値	実績値		要因分析 成功要因・未達要因
			R2	R4	
アウトプット	・開催回数	24回 (100%)	18回	28回	マンパワー不足 社会福祉協議会(委託先)との連携不足 体操会の内容を計画する際に医療職の関与が全く無かった 参加者は75歳以上の後期高齢者のみであった
アウトカム	・体操会参加者割合(繰返し参加がある者/75歳以上の高齢者)	増加	28.9%	30.7%	
	・フレイル問診⑥該当割合:体重減少(はいと回答した者/体操会参加者)	減少	未実施	12.0%	
	・フレイル問診⑦該当割合:歩く速さ(はいと回答した者/体操会参加者)	減少	未実施	65.0%	
	・フレイル問診⑧該当割合:転倒(はいと回答した者/体操会参加者)	減少	未実施	27.0%	
	・フレイル問診⑨該当割合:週1回以上の運動(はいと回答した者/体操会参加者)	増加	未実施	58.0%	

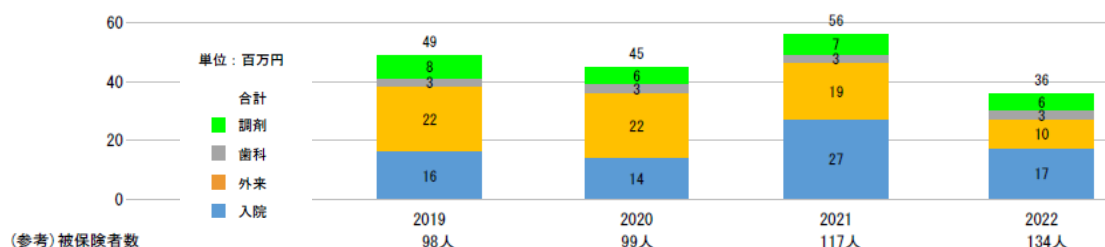
今後の方針	R6年度～一体化事業として実施する ※保健師による健康教育を実施予定
-------	---------------------------------------

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

総医療費の推移

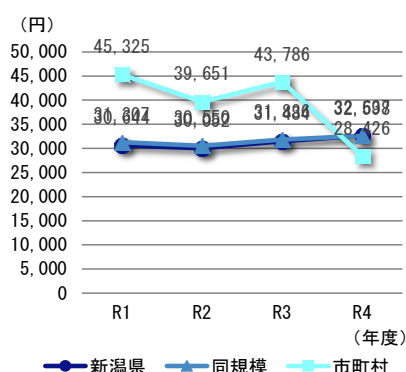


(KDB 健康スコアリング (医療))

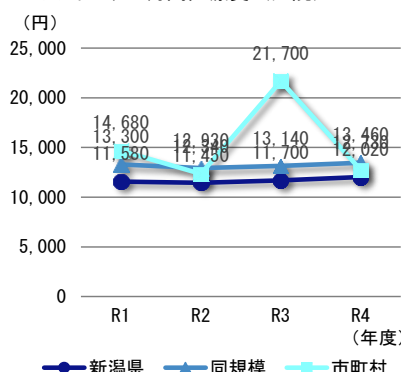
R1～R4の総医療費では、被保険者数は増加傾向ですが、R3の入院医療費の一時増加を除くと減少傾向です。

一人当たり医療費（月平均）の推移

■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（合計）

年度	新潟県	同規模	市町村
R1	30,844	31,307	45,325
R2	30,052	30,550	39,651
R3	31,484	31,836	43,786
R4	32,637	32,538	28,426

■1人当たりの月間医療費（入院）

年度	新潟県	同規模	市町村
R1	11,580	13,300	14,680
R2	11,450	12,930	12,340
R3	11,700	13,140	21,700
R4	12,020	13,460	12,730

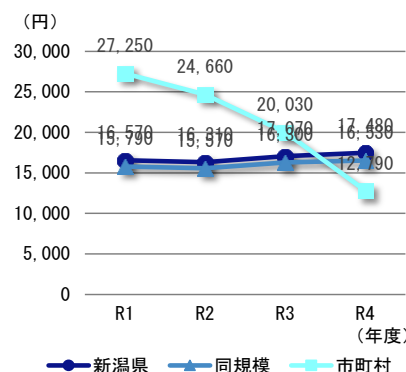
■1人当たりの月間医療費（外来）

年度	新潟県	同規模	市町村
R1	16,570	15,790	27,250
R2	16,310	15,570	24,660
R3	17,070	16,300	20,030
R4	17,480	16,530	12,790

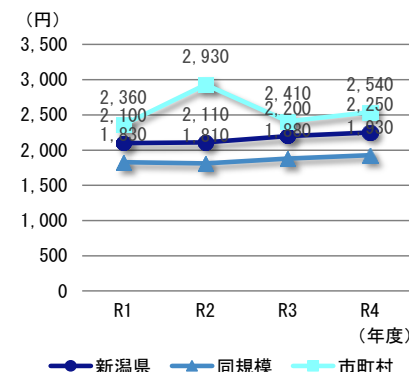
■1人当たりの月間医療費（歯科）

年度	新潟県	同規模	市町村
R1	2,100	1,830	2,360
R2	2,110	1,810	2,930
R3	2,200	1,880	2,410
R4	2,250	1,930	2,540

■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

月平均の一人当たり医療費、入院、外来別一人医療費は、変動が大きいです但緩やかに減少傾向となっていますが、県や同規模と比較するといずれも高額です。

疾病大分類医療費（入院）推移



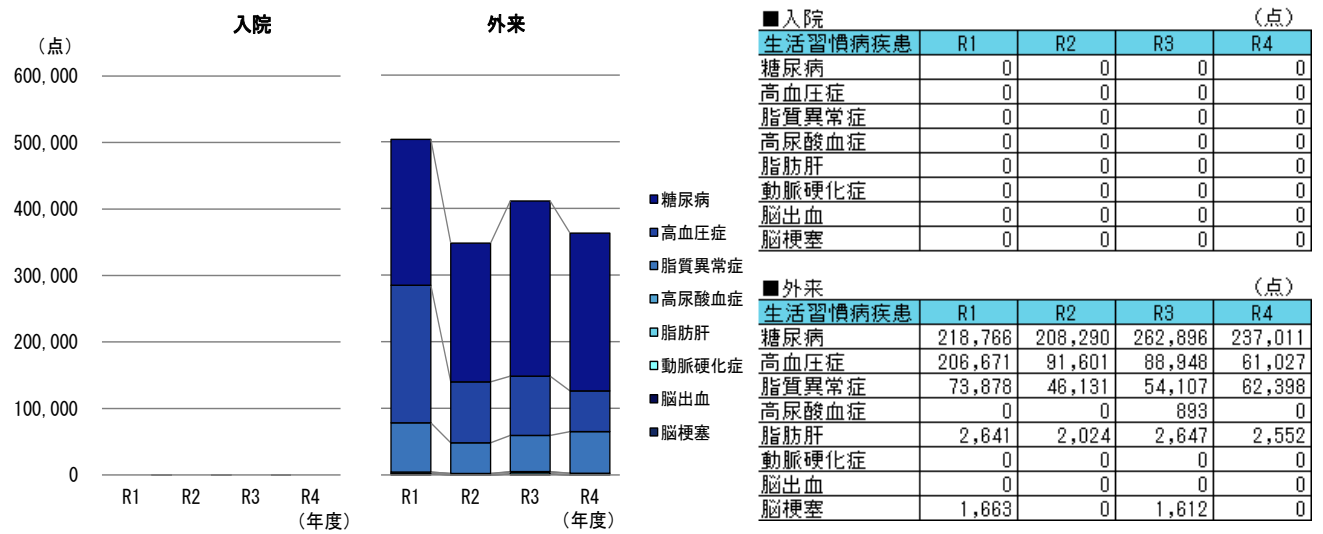
入院医療費を大分類で見ると、新生物、精神系及び行動の障害、循環器系の疾患の順に高くなっています。年度ごとに順位は異なりますが、これらの医療費は、毎年上位となっています。

疾病大分類医療費（外来）推移



外来医療費を大分類で見ると、新生物、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患の順に高くなっています。緩やかに減少傾向となっています。

② 生活習慣病関連疾患医療費の状況

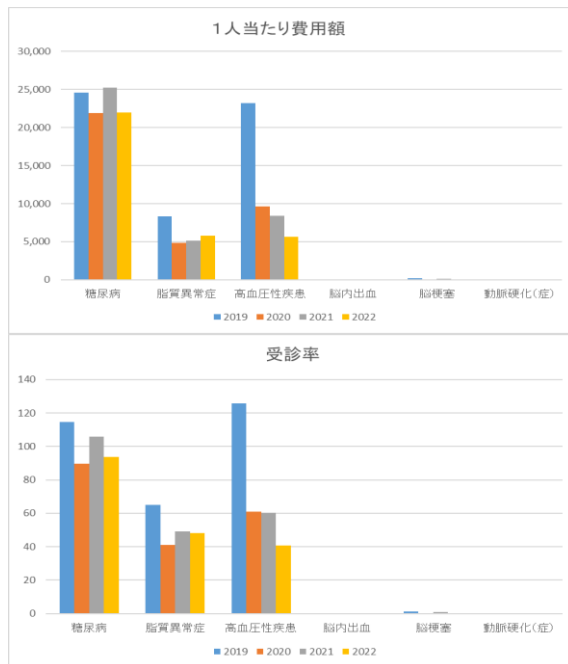


■ 疾患別件数 (件)

生活習慣病疾患	入院				外来			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
糖尿病	0	0	0	0	102	85	110	101
高血圧症	0	0	0	0	112	58	64	44
脂質異常症	0	0	0	0	58	39	52	52
高尿酸血症	0	0	0	0	0	0	1	0
脂肪肝	0	0	0	0	1	1	1	1
動脈硬化症	0	0	0	0	0	0	0	0
脳出血	0	0	0	0	0	0	0	0
脳梗塞	0	0	0	0	1	0	1	0

生活習慣病関連の医療費を入院外来別でみると、入院は該当がありませんでした。外来では、糖尿病、脂質異常症、高血圧症の順に高くなっています。

生活習慣病一人当たり医療費、受診率



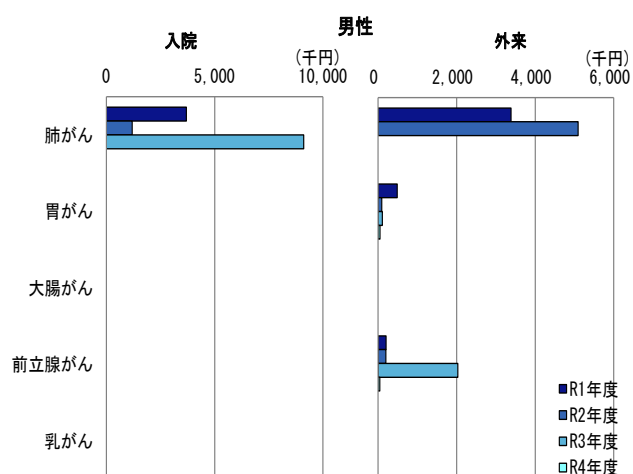
1人当たり費用額	2019	対県標準化比	2020	対県標準化比	2021	対県標準化比	2022	対県標準化比
糖尿病	24,580	126.91	21,925	116.81	25,202	133.52	21,945	115.72
脂質異常症	8,301	92.03	4,856	61.34	5,104	65.48	5,778	79.45
高血圧性疾患	23,221	160.31	9,642	70.82	8,391	66.14	5,651	46.02
脳内出血	0	0	0	0	0	0	0	0
脳梗塞	187	3.07	0	0	152	2.79	0	0
動脈硬化(症)	0	0	0	0	0	0	0	0

受診率	2019	対県標準化比	2020	対県標準化比	2021	対県標準化比	2022	対県標準化比
糖尿病	114.61	173.26	89.47	140.82	105.66	164.93	93.52	143.96
脂質異常症	65.17	99.71	41.05	69.35	49.06	80.91	48.15	81.33
高血圧性疾患	125.84	111.47	61.05	57.47	60.38	59.94	40.74	41.25
脳内出血	0	0	0	0	0	0	0	0
脳梗塞	1.12	13.22	0	0	0.94	13.16	0	0
動脈硬化(症)	0	0	0	0	0	0	0	0

(疾病分類別大・中分類より)

生活習慣病一人当たり医療費を中分類別で見ると、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患が高くなっています。糖尿病は、県と比較した標準化比において115を超えており、県より高いことがわかります。なお、高血圧性疾患は減少傾向です。また、受診率も同様の傾向がみられます。

③ がん医療費の状況



傷病名	入院 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	3,693	1,192	9,116	0
胃がん	0	0	0	0
大腸がん	0	0	0	0
前立腺がん	0	0	0	0
乳がん	0	0	0	0

傷病名	外来 (千円)			
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
肺がん	3,383	5,089	0	0
胃がん	487	93	107	49
大腸がん	0	0	0	0
前立腺がん	204	195	2,029	44
乳がん	0	0	0	0

がん医療費については、年度によってばらつきがありますが、男性では肺がんや前立腺がんが、女性では乳がんが高額となっています。

④ 後発品の数量割合

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	47.9	64.7	31.4	64.1	77.8	48.6	54.1	15.9	20.0	65.9	39.2	52.8
調剤	92.2	92.2	92.8	87.2	89.7	89.3	82.5	92.1	91.5	92.3	91.1	93.7
全体レセプト	89.9	91.9	91.4	86.5	89.3	87.9	80.4	91.2	90.8	91.3	90.2	93.1

令和4年度の後発品の数量割合が80%～93%程度で推移しています。

⑤ 重複頻回

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	48	0	0	0	0
	2医療機関以上	13	0	0	0	0
	3医療機関以上	4	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0

※外来（医科・歯科）のみを対象とする

KDB 令和4年12月作成分（→診療分）において、1か月で受診した医療機関数が縦軸、同一医療機関に受診した日数（複数医療機関がある場合はその最大日数）が横軸になっています。同じ病気で同じ或いは複数の医療機関を頻回に受診する重複頻回受診では、同じような検査や処置等で本人の身体に負担がかかるだけでなく、医療費がかかること、医療機関での治療時間が増え、急病人の治療等に支障をきたす恐れがあります。

多剤

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	2	0	0	0	0	0	0
	30日以上	2	0	0	0	0	0	0
	60日以上	2	0	0	0	0	0	0
	90日以上	2	0	0	0	0	0	0
	120日以上	1	0	0	0	0	0	0
	150日以上	1	0	0	0	0	0	0
	180日以上	1	0	0	0	0	0	0

KDB 令和4年12月作成分において、1か月で同一の薬効がある薬剤の処方日数が縦軸、処方された薬効数(種類)が横軸になっています。

重複処方の状況

他医療機関との重複処方が発生した 医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

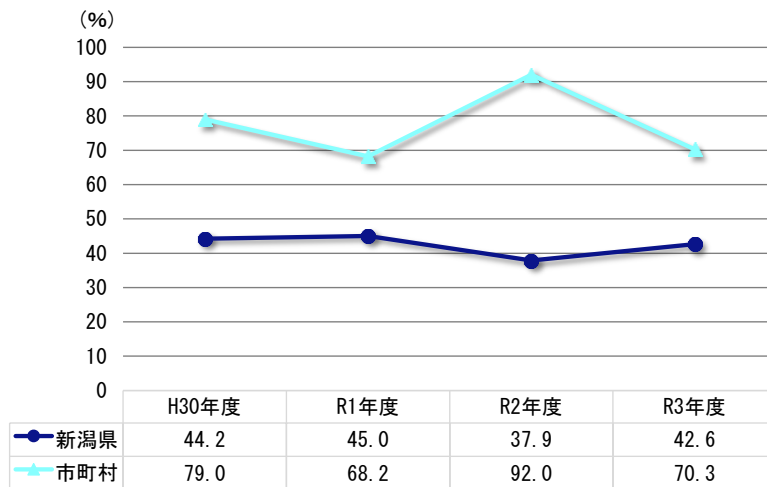
(KDB 保険事業介入支援管理 重複・多剤処方の状況)

KDB 令和4年12月作成分において、1か月で他医療機関との重複処方が発生した医療機関数が縦軸、重複処方が発生した薬剤数が横軸になっています。

重複服薬や多剤投薬は、医療費負担が増えるだけでなく、本来の効果が発揮されない、重い副作用や症状の悪化が促進され、重篤な健康状態を招く恐れがあります。

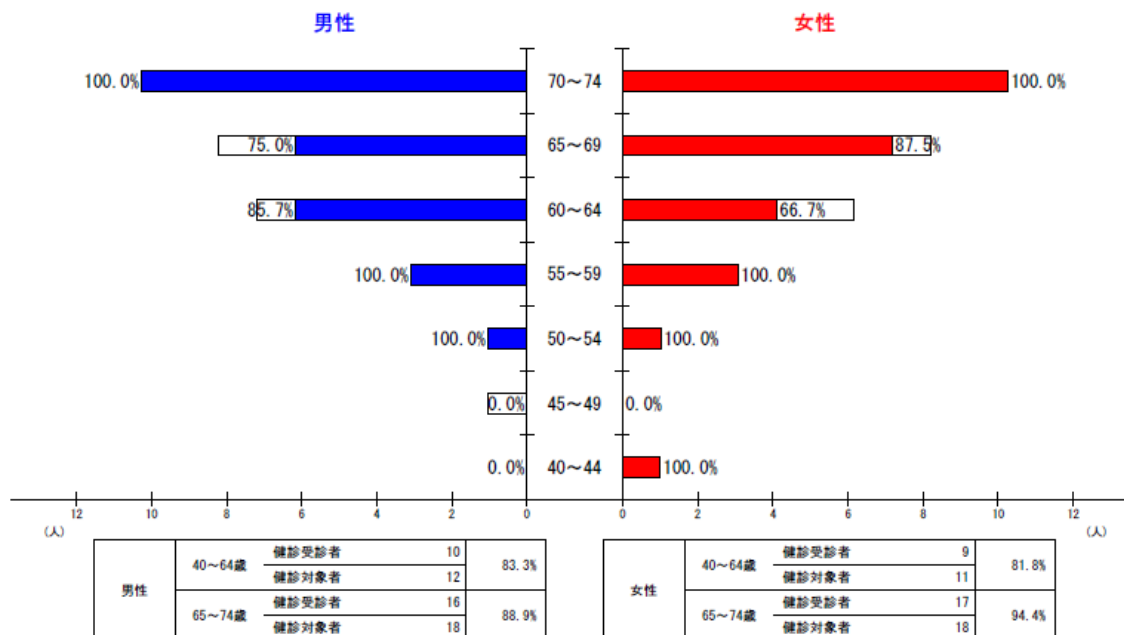
(2) 特定健康診査・特定保健指導の状況

① 特定健診・特定保健指導の実施状況



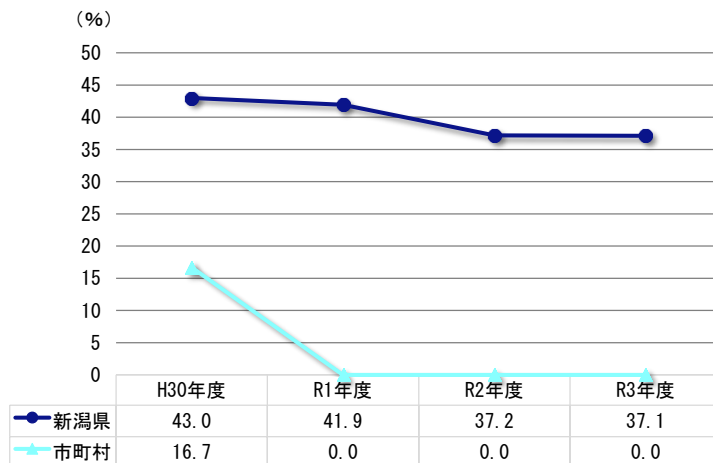
特定健診の受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により増減が見られますが、県と比較して高い割合で推移しています。

R3年度性年齢別特定健診受診率（KDB 様式 5-4 健診受診状況）



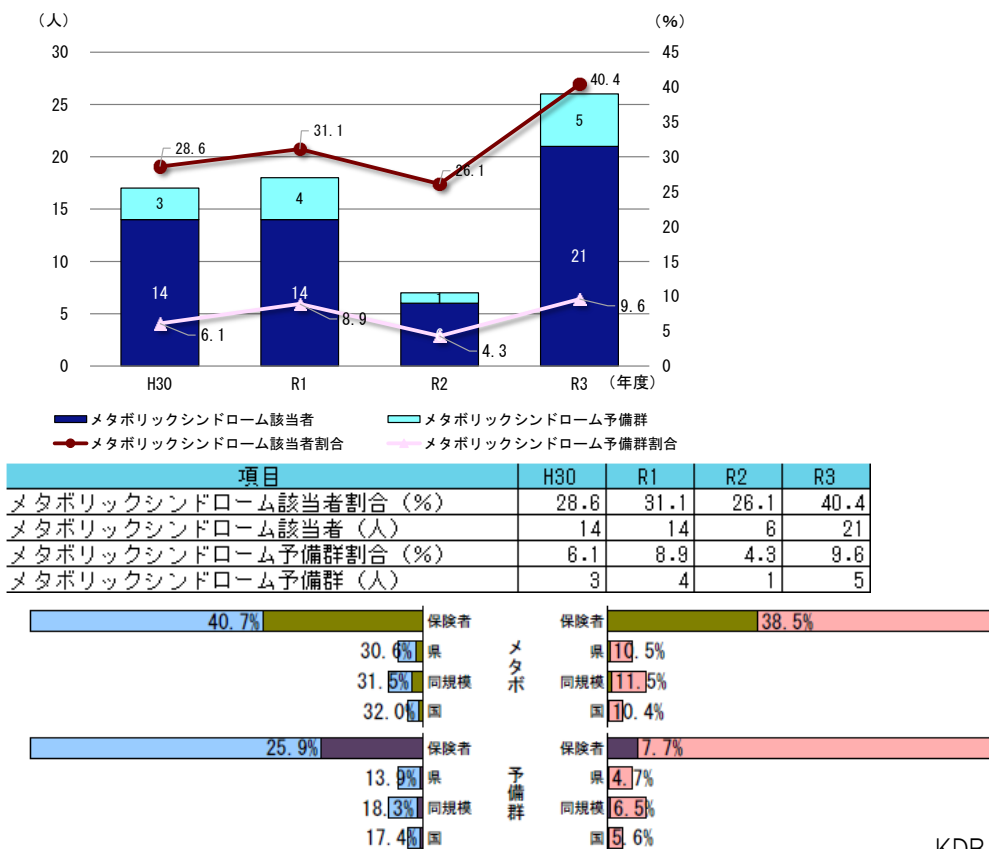
性年齢別で見ると、女性の60歳～64歳の受診率が低いように見えますが、対象人数の少なさが影響しているもので、すべての年代において、高い受診率となっています。

② 特定保健指導実施率



特定保健指導の実施率は、令和元年度から0%となっていますが、常勤保健師の不在によるものです。

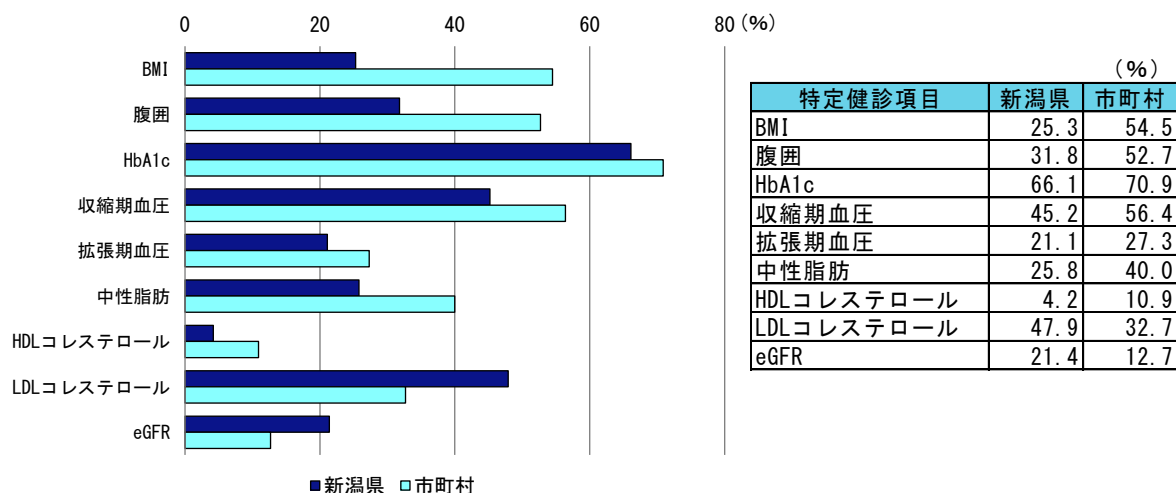
③ メタボリックシンドローム該当者の状況



KDB 健診の状況

メタボリックシンドロームの該当者数は、増加傾向にあり、その割合は県や国と比較して非常に高くなっています。予備群該当者も同様の傾向になっています。

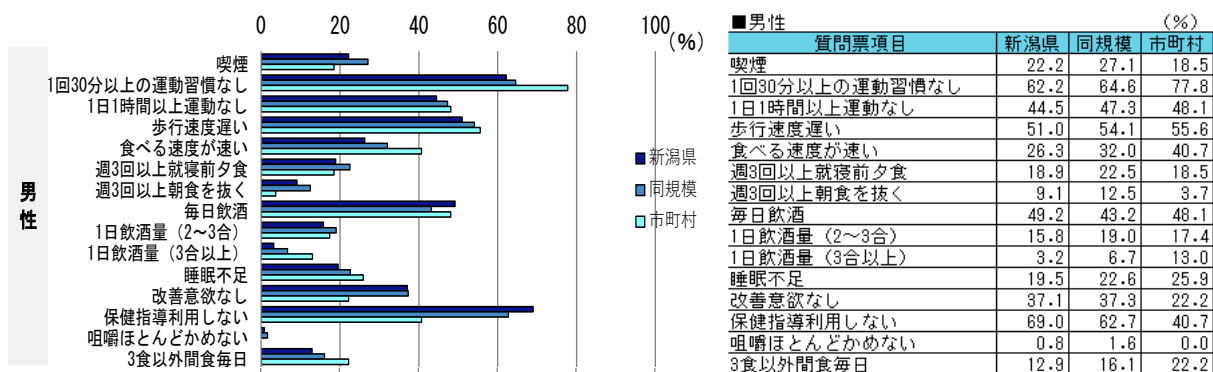
④ 有所見者の状況（腹囲、血糖、血圧、脂質）



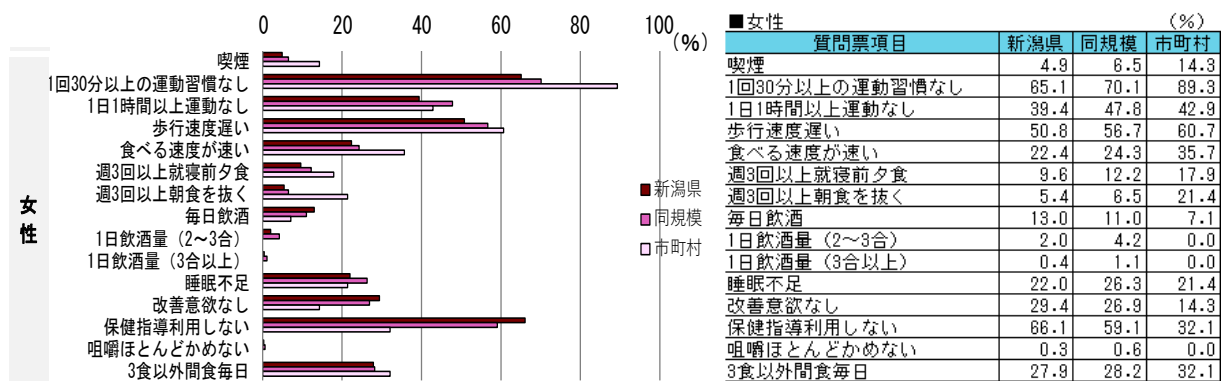
KDB で R4 年度の特定健診の有所見者（保健指導判定値以上）を見ると、HbA1c、収縮期血圧、BMI、腹囲の有所見者が多く、受診者の 50%を超えています。また、中性脂肪、拡張期血圧なども県と比較して高くなっています。

⑤ 質問票の状況

男性



女性

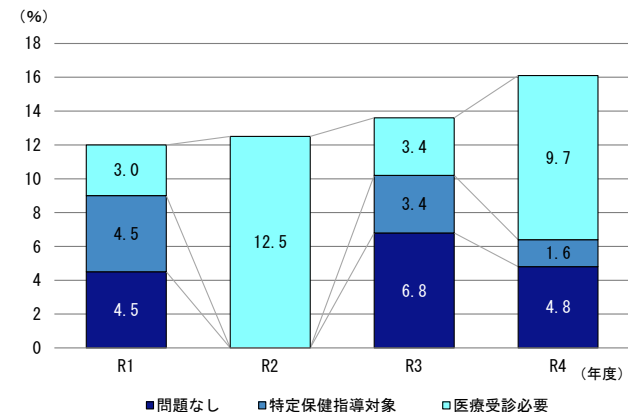


KDB で R4 年度の特健健診質問票の状況を見ると、男女ともに 1 日 30 分以上の運動習慣なしの割合が 77%を超えるほど高く、県や同規模と比較しても 10%以上高い割合となっています。

(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



年度	問題なし	特定保健指導対象	医療受診必要
R1	4.5	4.5	3.0
R2	0.0	0.0	12.5
R3	6.8	3.4	3.4
R4	4.8	1.6	9.7

健診受診者の中で生活習慣病未治療（レセプトがない）人の割合は、増加傾向となっています。その内訳は、年度でばらつきがありますが、医療受診が必要な未治療者の割合が高く、適切な受診勧奨の必要性があると考えられます。

② 重症化予防

投薬治療中断者の状況

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 糖尿病 服薬処方あり	中断者 2 ※R3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	
			受診判定値未満	1
		健診未受診		1

- 受診判定値以上：下記のいずれかに当てはまる方
・ 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）

糖尿病の投薬中断者の状況では、R2 年度に糖尿病の服薬処方があり、R3 年度に処方実績のない治療中断者と思われる方が 2 名（資格喪失者含む）、うち健診受診された方が 1 名、

健診未受診者が1名でした。治療中断は糖尿病の重症化や合併症の進行の危険があります。

■ 投薬治療中断者の状況

対象者	追跡データ	健診結果		人数
R2年度 高血圧症 服薬処方あり	中断者 ※R3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	
			受診判定値未満	
		健診未受診		

- 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)

高血圧の投薬中断者の状況では、R2年度に高血圧の処方があり、R3年度に処方実績のない治療中断と思われる方はいませんでした。今後も注意していきます。

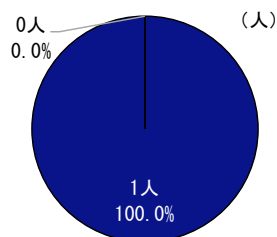
生活習慣病の治療放置者の状況

■ 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	1	0	0	1
	高血圧症	3	0	0	3
	脂質異常症	1	1	0	2
2	糖尿病＋高血圧症	0	0	0	0
	糖尿病＋脂質異常症	0	0	0	0
	高血圧症＋脂質異常症	0	0	0	0
3	糖尿病＋高血圧症＋脂質異常症	0	0	0	0
合計		5	1	0	6

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

R4年度の健診受診者のうち、各リスク項目が受診勧奨判定値以上かつ生活習慣病の未受診者（レセプトなし）を把握できます。合計で6名がいずれかのリスク項目で受診勧奨レベルかつ生活習慣病受診無しとなっています。

人工透析患者数



■人工透析患者（既存）

□人工透析患者（新規）

■人数

人工透析患者数 （既存）	人工透析患者数 （新規）
1	0

■割合

人工透析患者割合 （既存）	人工透析患者割合 （新規）
100.0	0.0

KDB で R4 年度、新規の人工透析患者はいませんでした。

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

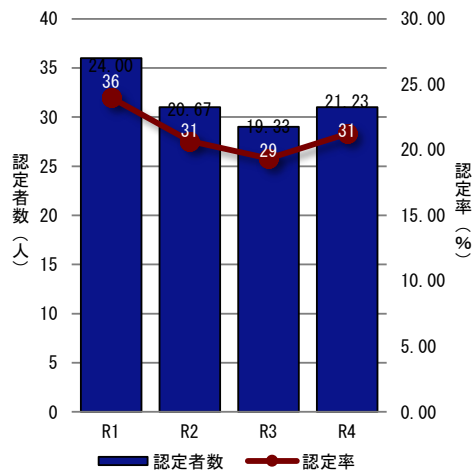
CKD重症度分類				尿蛋白 区分			合計
				A1	A2	A3	
				正常 【－】	軽度蛋白尿 【±】	高度蛋白尿 【＋～】	
e G F R 区 分	G1	正常	90以上	6 (4)	1 (1)	0 (0)	7 (5)
	G2	正常または軽度低下	60～90未満	39 (34)	8 (7)	0 (0)	47 (41)
	G3a	軽度～中等低下	45～60未満	9 (8)	0 (0)	0 (0)	9 (8)
	G3b	中等度～高低下	30～45未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	G4	高度低下	15～30未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	G5	末期腎不全	15未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計				54 (46)	9 (8)	0 (0)	63 (54)

上段：該当者数 / 下段（）内：医療機関未受診者

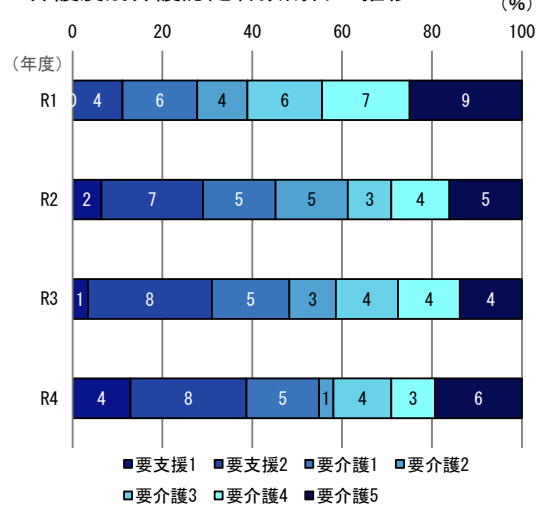
KDB で R4 年度の健診結果を基にした CKD マップです。CKD 重症度分類 G3a に医療機関未受診者がいます。より重度の方で未受診の方はいませんでしたが、他の疾患にあわせてその主治医からの支援が期待されます。

(4) 介護の状況

■介護認定者数の推移



■介護度別介護認定者数割合の推移



※介護認定者の集計対象は介護1号のみ

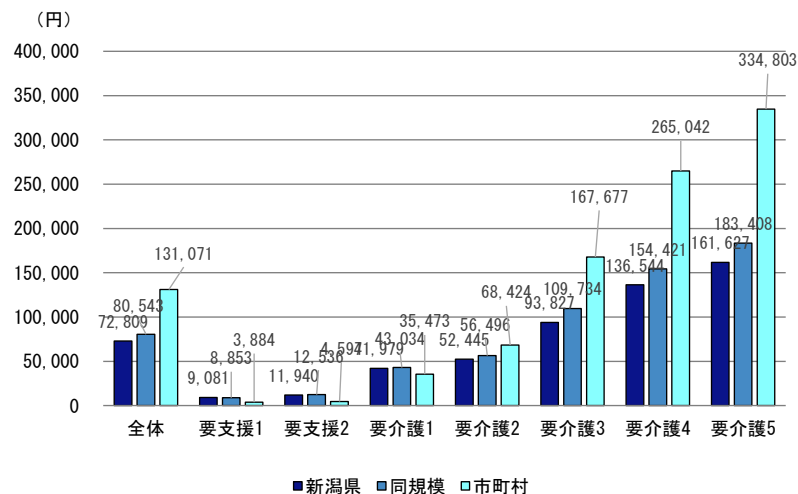
■介護認定者数の推移

年度	認定者数	認定率
R1	36	24.00
R2	31	20.67
R3	29	19.33
R4	31	21.23

■介護度別介護認定者数割合の推移

年度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
R1	0	4	6	4	6	7	9
R2	2	7	5	5	3	4	5
R3	1	8	5	3	4	4	4
R4	4	8	5	1	4	3	6

介護度別1件当たり給付費



介護認定者数、各介護度の認定率は横ばい傾向となっています。

また、介護度別1件当たり給付費では、全体が県や同規模と比較して高く、介護度別にみると要介護2～5で高くなっています。

5. 計画全体の目標

(1) 健康課題等まとめ

粟島浦村では、医療・健診・介護データ等の分析から、介入することで疾病予防の期待ができる優先度の高い健康課題をまとめました。

健康課題 1

年々、血糖異常の増加が著明であり、メタボリックシンドローム該当者も増加している

健康課題 2

離島・無医村・入居施設がない等の医療介護サービスの提供が不十分のなか、脳血管疾患による入院が一定数みられている

(2) 計画全体の目標

分析結果から見えてきた健康課題に対し、以下の目的・目標を掲げ、保健事業を行っていきます。

計画の目的 ◇健康寿命の延伸

◇医療費の適正化

大目標 (1) 糖尿病の重症化を予防する

(2) 脳血管疾患の発症と重症化を予防する

中長期目標

中長期目標		アウトカム評価指標	現状値 (R4年度)	目指す 方向性/ 目標値
1)	収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合を減らす ＜県共通指標＞	収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合	31.5%	減少
2)	HbA1c6.5%以上の割合を減らす ＜県共通指標＞	HbA1c6.5%以上の割合	27.8%	減少
4)	HbA1c8.0%以上の割合を減らす ＜県共通指標＞	HbA1c8.0%以上の割合	3.7%	減少
5)	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合を減らす ＜県共通指標＞	メタボリックシンドローム①該当者・②予備群の割合	①32.8% ②12.1%	減少 減少

短期目標

短期目標		アウトカム評価指標	現状値 (R4年度)	目指す 方向性/ 目標値
#1	健診の受診率を上げる	特定健診受診率	78.4%	増加
#2	特定保健指導の実施率を上げる	特定保健指導実施率	0%	増加
#3	特定保健指導による特定保健指導対象者を減らす	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0%	増加
#4	特定健診の問診における喫煙者の割合を減らす	習慣的にたばこを吸っている人の割合	16.7%	減少
#5	特定健診の問診における朝食未摂取者の割合を減らす	特定健診の問診における朝食未摂取者の割合	13.0%	減少
	< 県共通指標 >	未受診高血圧判定者の割合	13.3%	減少
	< 県共通指標 >	未受診糖尿病判定者の割合	4.0%	減少

6. 課題に対応した保健事業の立案

(1) 特定健診受診率向上対策事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
受診率の向上	全村民	①特定健診申込時に受診勧奨のチラシを全戸配布(1回/年) ②申込締切後、申込未提出者および受診未希望者に対し、確認と受診勧奨(訪問・電話)を実施 ③施設健診の設定(健診日数の増加) ④人間ドック受診の助成(希望者および受検の有無を把握、結果の提出を促す)

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)
・受診率(受検者数/対象者数) 80% ※人間ドック受診を含む ・人間ドック受診率 90% (ドック結果提出者数/ドック受診勧奨者数)	・受診勧奨率 100% (①受診勧奨実施世帯数/健診対象者がいる世帯数) ・未提出者および受診未希望者への受診勧奨率 90% (②訪問・電話実施者数/申込未提出者＋未希望者数) ・人間ドック予定者への受診勧奨および結果提出の呼びかけ率 100% (ドック受診勧奨＋結果提出勧奨数/ドック希望者数)

(2) 特定健診結果説明会事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
・健診結果を理解できる ・生活習慣改善の必要性を理解できる	健診受診者	①結果説明会の開催:年1回、7月 (2日間、釜谷0.5日、内浦1.5日) 健診結果の説明、必要に応じて受診勧奨や保健指導、栄養指導を実施 ※特に朝食欠食、喫煙に注目し、生活習慣改善指導を行う ②説明会欠席者には訪問による個別保健指導を実施 ③説明会後にアンケート聴取、理解度・改善意欲を確認

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)
・健診結果の理解度 100% (理解できたと回答した者/説明会参加者) ・生活習慣改善への意欲(動機づけ)に繋がった者の割合 90% (改善に意欲を示したもの/保健指導及び栄養指導実施者)	・結果説明会参加率 90% (説明会参加者/健診受診者) ・説明会欠席者へのフォロー率 70% (フォロー者/説明会欠席者)

(3) 生活習慣病重症化予防事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
・通院を継続し疾病のコントロールができる ・生活習慣の改善/維持ができる ・適切な内服管理ができる	健診受診者のうち以下に該当する者 ①Ⅱ期高血圧以上 ②HbA1c7.0%以上 ③eGFR50未満	結果説明会後に個別指導によるフォローアップを実施 ・受診状況の確認及び受診勧奨(通院中を含む) ・家庭血圧測定の推奨 ・減量、減塩、禁煙など生活習慣改善指導 ・内服管理指導(診療所と連携し、問題がある者や残薬調整している者に実施) ※指導場所は自宅または診療所(TV診療の待ち時間等を活用) ※内服管理指導については、介入前後にアンケート調査を実施

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)
・医療機関受診率 100% ※継続受診を含む (受診・通院が確認できた者/受診勧奨実施者) ・生活習慣改善率 70% (説明会後に生活改善・維持している者/保健指導実施者) ・内服管理の改善率 70% (問題なく内服できるようになった者/内服管理指導した者)	・個別指導の実施率 80% (個別指導を実施した者/対象者) ・受診勧奨実施率 80% (受診勧奨実施者数/対象者) ※継続受診(通院者)を含む

(4) 特定保健指導事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
生活習慣病発症予防のために、メタボリックシンドロームを改善できる	特定保健指導対象者	①結果説明会(7月実施)にて、受診勧奨を行い、可能であれば初回面談を実施する ②説明会当日の初回面談実施が難しい場合は、後日面談の予約をとる

※ 7. 特定健康診査・特定保健指導に係る取組み特定保健指導計画参照

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)
メタボリックシンドローム改善率 50% (目標体重または目標腹囲が達成できた者または行動目標が 8 割以上実行できている者／特定保健指導を実施した者)	・特定保健指導対象者への周知・勧誘率 80% (動機づけ・積極的支援、それぞれ指導勧誘した者／動機づけ・積極的支援対象者) ・特定保健指導実施率 60% (動機づけ・積極的支援)

(5) 早期介入生活習慣病予防事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
・健診受診率が向上する ・健診結果及び生活習慣改善の必要性を理解し、改善の意欲を持つことが出来る	39 歳以下の国保加入者	①健診の受診勧奨 ②健診結果(腹囲・BMI・血圧・脂質・血糖値)が保健指導判定値に該当する場合は、結果説明会に参加してもらい、保健指導を実施する。説明会を欠席した場合は、後日、訪問指導 ※受診勧奨判定値に該当する場合には、受診勧奨を行う ③指導後にアンケート聴取、理解度・改善意欲を確認

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)
・健診受診率 50% (受診者数／対象者数) ・健診結果の理解度 100% (理解できたと回答した者／説明会参加者) ・生活習慣改善への意欲(動機づけ)に繋がった者の割合 100% (改善に意欲を示したもの／保健指導及び栄養指導実施者)	・健診の受診勧奨率 100% (受診勧奨した者／健診申込未提出者および健診未希望者) ・保健指導実施率 50% (保健指導を実施した者／健診の結果で腹囲・BMI・血圧・脂質・血糖値が保健指導判定値に該当する者)

(6) 生活改善普及啓発事業

事業目的(目標)	対象者	事業概要
生活習慣病について理解できる	全村民	①生活習慣病対策(高血圧・高脂血症・糖尿病)をシリーズ化した健康教室を開催(釜谷1回、内浦1回、計2回/年) ②①に関連する健康情報新聞を配布(6回/年、月1回発行している広報に掲載)

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)
教室受講時の理解度 60% ※教室開催後にアンケート (理解できた者/参加者)	・教室参加率 20% (参加者数/対象者数) ・健康情報啓発率 100% (新聞配布回数/配布予定数:年6回)

7. 特定健康診査・特定保健指導に係る取組み

特定健康診査及び特定保健指導は、本計画における保健事業の中核をなすものであり、「第4期栗島浦村特定健康診査等実施計画」として本計画に位置付けます。

(1) 目標値

特定健康診査等基本指針において、市町村国保の令和11年度の目標値として特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導終了率60%以上を掲げています。

本村においてはこれまでの実績を考慮し、第4期の目標値を次のとおり設定しました。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査の実施率	70%	72%	74%	76%	78%	80%
特定保健指導の実施率	33%	43%	46%	54%	55%	58%

(2) 対象者

① 特定健康診査の対象者の見込み

特定健康診査については、実施年度中に40～74歳になる被保険者で、妊産婦等除外規定の該当者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等)を除いた者が対象となります。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
対象者数	172人	175人	175人	172人	170人	170人
受診者数(目標者数)	120人	126人	130人	131人	133人	136人
受診率(目標値)	70%	72%	74%	76%	78%	80%

② 特定保健指導の対象者の見込み

特定保健指導については、特定健康診査の結果、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、高血圧症又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者となります。

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10 年度	R11 年度
動機付け 支援	対象者数	7人	7人	5人	7人	6人	6人
	実施者数	3人	4人	3人	4人	3人	4人
積極的 支援	対象者数	8人	7人	8人	6人	5人	6人
	実施者数	2人	2人	3人	3人	3人	3人
合計	対象者数	15人	14人	13人	13人	11人	12人
	実施者数	5人	6人	6人	7人	6人	7人
	実施率	33%	43%	46%	54%	55%	58%

(3) 実施方法

ア 特定健康診査

① 実施場所および実施期間

健診種別	健診会場・医療機関	実施期間
集団健診	栗島浦村通所介護センター及び栗島へき地出張診療所	5月中旬から下旬の2日間
施設健診	村上総合病院健診センター	5月下旬から6月上旬の2日間
人間ドック	希望する健診機関	4月から3月まで

② 実施内容

生活習慣病を予防するために、特定保健指導の対象者を的確に抽出するための健診項目とするほか、住民の健康意識を高めるため、詳細な健診の項目（心電図検査・貧血検査・眼底検査、治療中や通院先で定期的に検査がある場合は除く）も実施します。

区分	内容	
基本的な健診項目	現病歴及び既往歴の調査	
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI、 理学的検査（身体診察）
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
	血中脂質検査	空腹時または随時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
	肝機能検査	AST、ALT、 γ -GTP
	血糖検査	空腹時または随時血糖、HbA1c
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細な健診項目 (医師の判断による追加項目)	心電図検査、貧血検査、眼底検査 腎機能検査（血清クレアチニン検査及びeGFR）	

追加健診項目	血中脂質検査（総コレステロール）、尿検査（尿潜血）、血清尿酸
--------	--------------------------------

③ 案内方法

対象者全員に個別に受診案内を配布します。

④ 実施機関

栗島浦村の利便性を考慮すると同時に、適切な精度管理が維持されるなど、健診の質の確保が求められるため、国の委託基準を満たす健診機関である厚生連村上総合病院健診センターを選定します。

⑤ 代行機関

健診機関の健診結果データのチェック、費用請求の審査・支払、決済などに関わる事務を新潟県国民健康保険団体連合会に委託します。

イ 特定保健指導

① 実施場所

栗島浦村保健福祉課（保健センター）または対象者の自宅

② 実施時期

特定健康診査の実施後、7月の結果説明会から随時実施します。

③ 実施内容

動機付け支援と積極的支援となった方に、個別による面接による個別支援を基本とし、対象者の実情に合わせて、電話や手紙（メール）支援を組み合わせる実施する。

具体的には、対象者自らが生活習慣を改善するための目標を設定し実践できるよう、運動の必要性、バランスのとれた食生活、禁煙などに関する情報を提示し、健康的な生活が維持できるよう支援します

④ 案内方法

特定保健指導の対象となった方に個別に利用案内を配布します。

⑤ 実施機関

直営で実施します。

8. 地域包括ケアに係る取組み

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施「基本方針」に定めており、データヘルス計画との調和をとりながら下記事業について進めていきます。

ハイリスクアプローチ：生活習慣病重症化予防事業

ポピュレーションアプローチ：フレイル予防事業

9. 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）及び栗島浦村個人情報保護法施行条例の規定に基づいて実施します。

第 3 期 粟 島 浦 村 デ ー タ ヘ ル ス 計 画
第 4 期 粟 島 浦 村 特 定 健 康 診 査 等 実 施 計 画
(令 和 6 年 度 ～ 令 和 1 1 年 度)

発 行 年 月 : 令 和 6 年 3 月

編 集 ・ 発 行 : 粟 島 浦 村 保 険 福 祉 課

所 在 地 : 〒 9 5 8 - 0 0 6 1

新 潟 県 岩 船 郡 粟 島 浦 村 字 日 ノ 見 山 1 5 1 3 番 地 1 1

電 話 : 0 2 5 4 - 5 5 - 2 1 1 1 (代 表)