

東海村国民健康保険
保健事業総合計画
(第3期データヘルス計画)
(第4期特定健康診査等実施計画)

令和6年度～令和11年度

はじめに

本村では、国が各医療保険者に特定健康診査及び特定保健指導の実施を義務付けた平成 20 年以降「特定健康診査等実施計画」を策定し、メタボリックシンドロームや糖尿病等の生活習慣病予防対策を推進してまいりました。

その後、診療報酬明細書の電子化や国保データベースシステムの稼働等により、保険者である市町村が、被保険者である住民の健康状態や医療の状況等を分析し、健康課題を明確にしたうえで、保健事業を展開することが義務付けられたことを受け、平成 28 年と平成 30 年に「東海村国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、被保険者の更なる健康の保持増進と医療費の適正化に向けて取り組んできたところであります。

現在、団塊世代の大部分が後期高齢者に移行し、我が国の高齢化率は 29.1% と過去最高を更新し、反対に、出生率は過去最低の 1.26 となり、少子高齢化が更に加速しています。

また、頻発する自然災害の他、新型コロナウイルス感染症の発生により、感染に対する不安の中での生活を強いられ、また、未知のウイルスへの対応のため生活が一変し、健康に関する意識が大きく変化する経験をいたしました。

本村では、このような状況を踏まえ、これまで実施してきた保健事業等の評価を行い、「循環器疾患による死亡率の低下」や「生活習慣病の重症化予防」に向けた取り組みを目標とした「東海村国民健康保険保健事業総合計画（第 3 期データヘルス計画、第 4 期特定健康診査等実施計画）」を策定いたしました。

今後は、本計画に基づき、東海村第 6 次総合計画に掲げられている「いつまでも健やかに暮らすことができるゆとりと安らぎのまちをつくる」の実現に向け、被保険者一人ひとりが更なる健康の保持増進のため、自身や家族の健康に意識した主体的な健康づくりを進めていけるように、関係機関と連携した上で、より効果的かつ効率的な保健事業を実施してまいりますので、被保険者の皆様のより一層の御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和 6 年 3 月

東海村長 山 田 修

目次

第 1 章 データヘルス計画の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 データヘルス計画の位置づけ	1
3 計画期間	3
4 計画で使用する情報について	3
第 2 章 本村の現状と課題	5
1 東海村の状況	5
（1）人口の状況	5
（2）高齢化率の推移	6
（3）国民健康保険加入者の推移	7
（4）総医療費（医科）の推移	8
（5）一人あたりの医療費の推移（年額）	8
（6）一人あたり医療費の推移（月額）	9
（7）年齢階層別・男女別の医療費	10
（8）入院医療費の総額	11
（9）外来医療費の総額	11
（10）入院・外来別の費用割合	12
（11）入院・外来別医療費のレセプト分析	13
（12）歯科医療費・口腔の状況	14
（13）生活習慣病の医療費とレセプト分析	16
（14）高額（80 万円以上）レセプトの分析	17
（15）長期入院（6 か月以上）医療費の分析	18
（16）人工透析の医療費分析	19
（17）ジェネリック医薬品の利用状況	20
（18）平均余命と平均自立期間	21
（19）主たる死因の死亡者数及び割合	22
2 介護保険の状況	26
（1）要介護認定者の状況	26
（2）要介護認定者の疾病別有病状況	27
（3）要介護認定者の医療費	28
3 健診の状況	29
（1）特定健診受診率	29
（2）年齢階層別・男女別健診受診状況	29
（3）特定保健指導の実施率	30
（4）特定健診受診者と未受診者の医療費比較	31
（5）特定健診の有所見者割合の結果分析	32
（6）ハイリスク未治療者の状況	34
（7）メタボリックシンドロームの該当者	36
（8）メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の男女別比較	37
4 がん検診の状況	37
5 後期高齢者の状況	38
6 第 2 期データヘルス計画の考察と評価	40
（1）評価の考え方	40
（2）前期計画考察（全体）	40

(3) 実施状況と評価	40
7 東海村の現状と健康課題のまとめ	49
(1) 医科医療費の状況	49
(2) 歯科医療費の状況	49
(3) 死亡の状況	50
(4) 介護保険の状況	50
(5) 特定健診・特定保健指導の状況	50
(6) 特定健診結果の状況	50
第3章 目標と実施計画	52
1 中長期目標	52
2 短期目標	52
(1) 優先順位1：特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上	52
(2) 優先順位2：ハイリスク未治療者の割合の減少	53
3 目標を達成するための戦略	54
4 茨城県共通の評価指標と目標値	54
5 地域包括ケアにかかる取組み	55
6 保健事業実施計画	56
第4章 特定健康診査等実施計画	57
1 計画の基本的事項	57
(1) 計画策定の背景	57
(2) 計画の位置づけ	57
(3) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	58
(4) 計画の期間	59
2 これまでの取組みと評価	59
(1) 評価の考え方	59
(2) 実施状況及び評価	60
3 目標値	62
4 特定健診・特定保健指導の実施方法	64
第5章 計画の推進	67
1 実施体制	67
2 関係者の連携	67
3 計画の評価方法・進行管理・見直し	67
4 計画の公表・周知	68
5 個人情報の保護	68
 参考資料 用語集	 69

第1章 データヘルス計画の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査^{*1}（以下「特定健診」という。）及び後期高齢者に対する健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト^{*2}等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDBシステム^{*3}」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整備が進んでいます。

平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康の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」とし、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ています。

これまでも、保険者においては、レセプトや統計資料等を活用し、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、さらなる被保険者の健康の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^{*4}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、平成26年に国民健康保険法（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）の一部を改正し、「保険者は健康・医療情報を活用しPDCAサイクル^{*5}（P4図表1-4）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、保健事業の実施及び評価を行う」旨の指針を出しました。

本村においては、国民健康保険（以下「国保」という。）の保険者として、平成30年3月に第2期データヘルス計画（計画期間：平成30年度から令和5年度まで）を策定し、保健事業を実施してきました。

今回、第2期計画の評価と国が示す方針等を踏まえ、被保険者の健康増進や健康寿命の延伸を図り、保険財政の健全化を目指すため、新たに第3期データヘルス計画を策定するものです。

2 データヘルス計画の位置づけ

データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

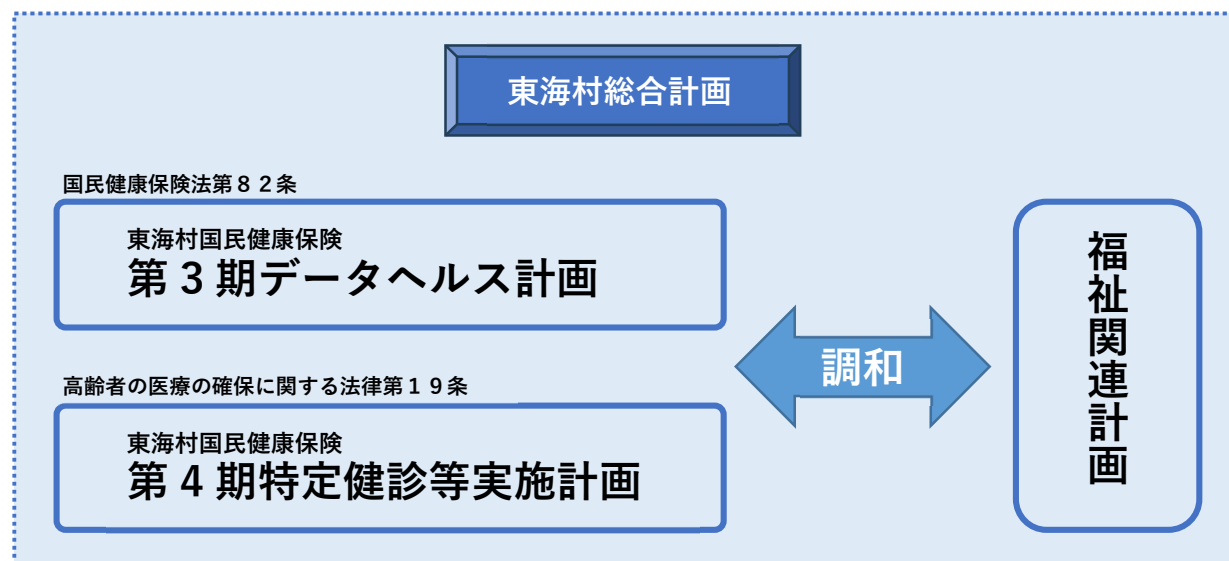
計画の策定にあたっては、KDBシステムのデータ分析・活用を中心に、第2期計画の評価を行い、現状・課題の把握、第3期計画の目標を設定しました。

また、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）（P3図表1-3）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「第3次健康いばらき21プラン」との整合性にも配慮しています。

そして、本村の「東海村第6次総合計画」に即しつつ、「東海村高齢者福祉計画・介護保険事業計画」「東海村健康づくり計画」等、関連計画と調和のとれた内容としました。

なお、東海村国民健康保険保健事業総合計画は、特定健康診査等実施計画も内包する計画でもあるため、整合性を確保した上で、その詳細を計画後半の「第4期特定健康診査等実施計画」に掲載します。

図表 1-1 計画の位置づけ



図表 1-2 データヘルス計画とその他の法定計画の位置づけ

計画名	根拠法令など	作成者	計画期間	記載内容
データヘルス計画	医療保険各法に基づく告示	保険者	【6年間】 第3期 (令和6年度～令和11年度)	◆被保険者の健康課題 ◆健康課題に対応した目標・評価指標 ◆保険事業の方法・体制等
特定健康診査等実施計画	高齢者の医療の確保に関する法律	保険者	【6年間】 第4期 (令和6年度～令和11年度)	◆特定健診・特定保健指導の実施等
医療費適正化計画	高齢者の医療の確保に関する法律	都道府県	【6年間】 第4期 (令和6年度～令和11年度)	◆医療に要する費用の見込みに関する事項 ◆住民の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標等
健康日本21	健康増進法	国	【12年間】 第三次 (令和6年度～令和17年度)	◆健康の増進の推進に関する基本的な方向 ◆各施策の取組と目標等（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙等）

3 計画期間

計画期間については、「他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する」とされているため、計画期間は県が策定する「医療費適正化計画」、本村で策定する「第4期特定健康診査等実施計画」と同様の令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 計画で使用する情報について

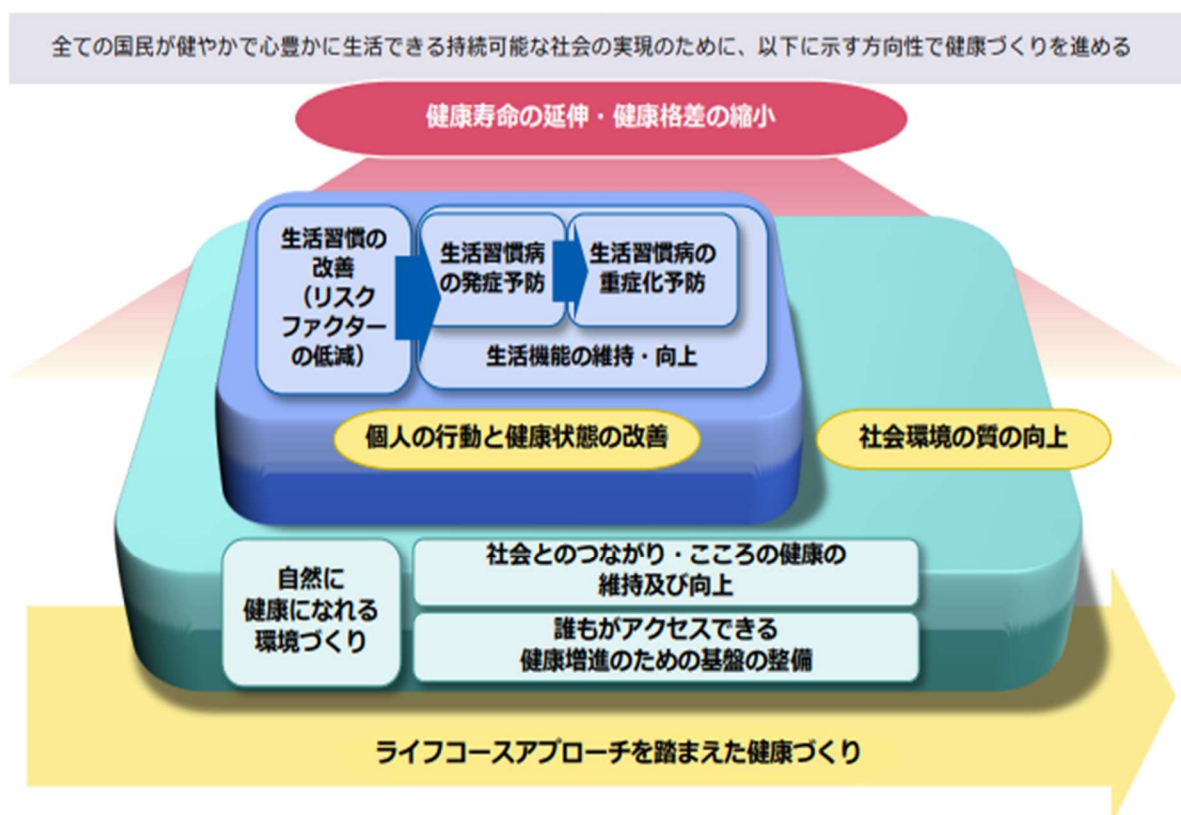
本計画の策定で使用する情報は、一部を除き基本的にKDBシステムのデータ及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第142条に基づく特定健診・特定保健指導^{*6}の結果について報告した情報とします。

KDBシステムは、本村のデータと県・国・同規模市町村^{*7}を容易に比較することができます。国保に要する各年度の費用は、KDBシステムで用いるものは4月から翌年3月までの診療分をベースとして集計しています。

また、国民健康保険事業状況報告及び介護保険事業状況報告とは集計が異なるため合致しません。あくまで、データを分析・評価することにより本村の健康課題の抽出を行う指標として、KDBシステムを用いています。

なお、掲載している表及びグラフにおいては、表示単位未満を四捨五入しているため、構成比の積み上げと合計が一致しない場合があります。

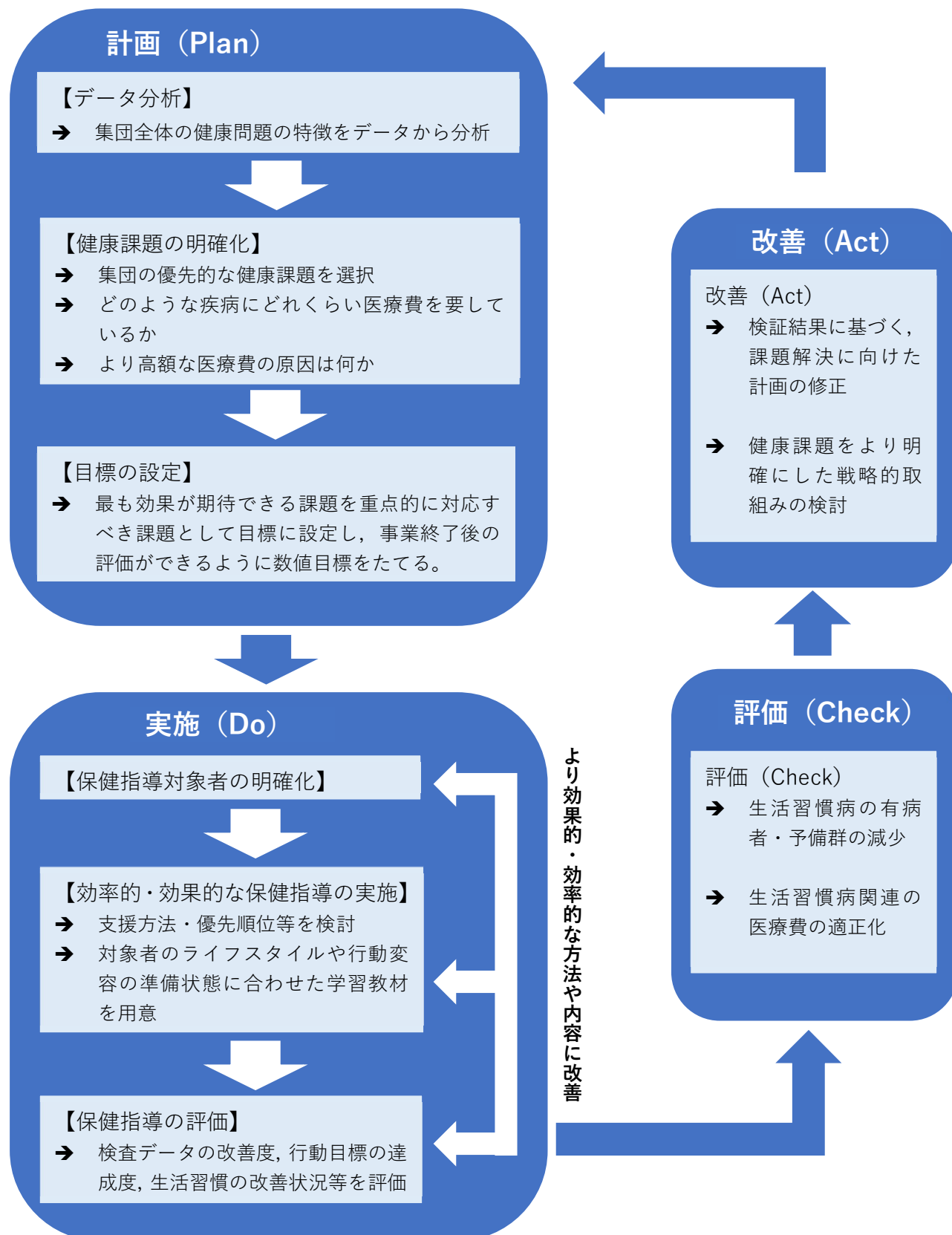
図表 1-3 健康日本 21（第三次）の概念図



図表 1-4 保健事業の PDCA サイクル

保健事業の PDCA サイクルとは

健康・医療情報（健康診査の結果・診療報酬明細書），各種保健医療機関統計資料，その他の健康診査や医療に関する情報を活用して，保健事業を継続的に改善するため，P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し，見直しをすること。（国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針より）



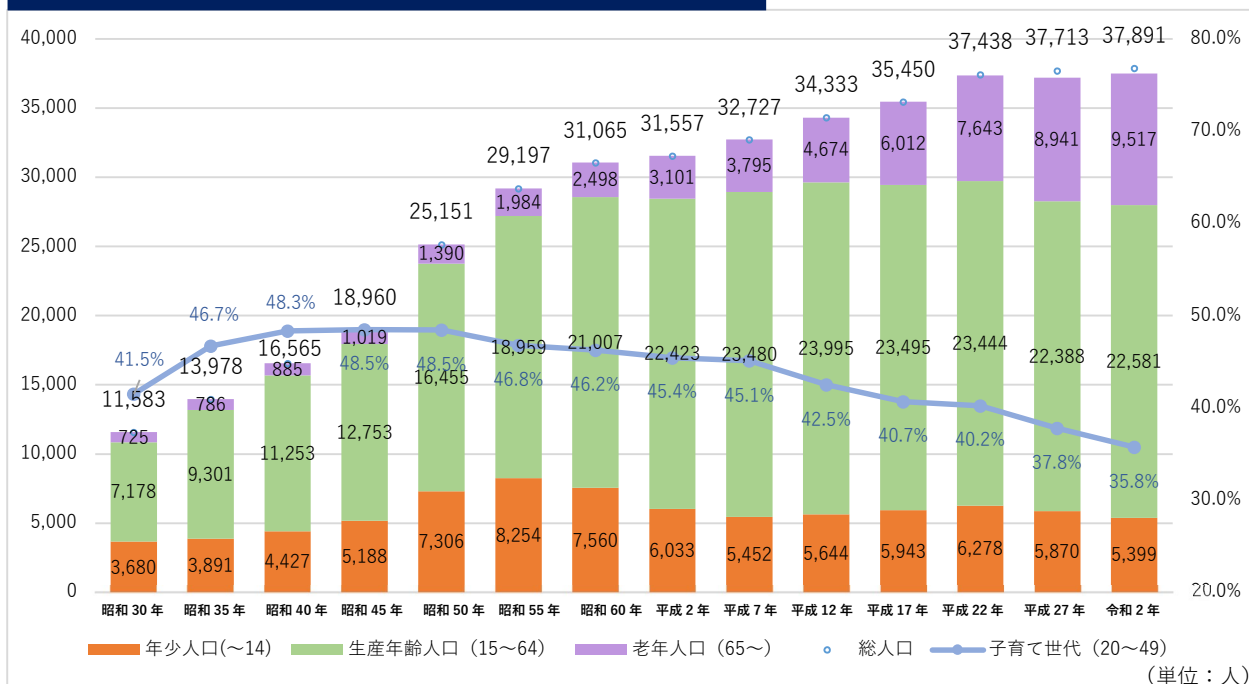
第2章 本村の現状と課題

1 東海村の状況

(1) 人口の状況

本村の人口は、平成22年までは増加していましたが、近年はほぼ横ばいです。
平成12年と令和2年の人口ピラミッドをみても、団塊の世代が後期高齢者に移行し、子どもを含めた若い世代の人口が減少し、少子化に拍車がかかっていることがわかります。

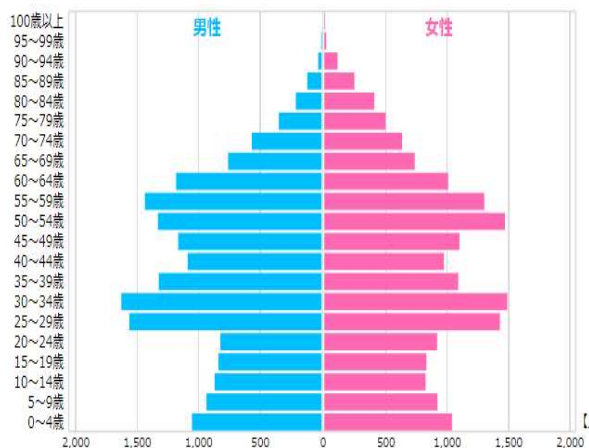
図表 2-1 東海村の人口推移



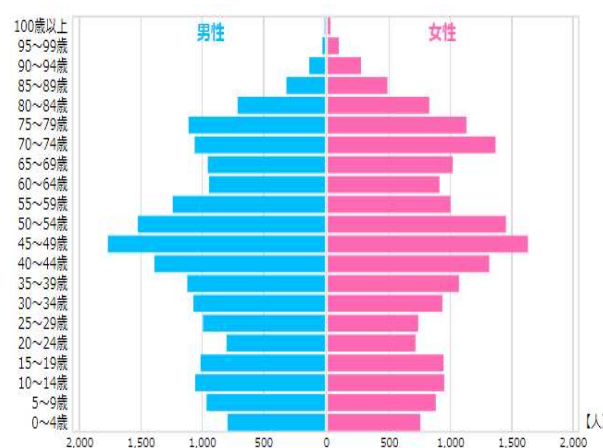
【資料】国勢調査

図表 2-2 人口ピラミッドの比較

東海村 平成12年の人口ピラミッド



東海村 令和2年の人口ピラミッド

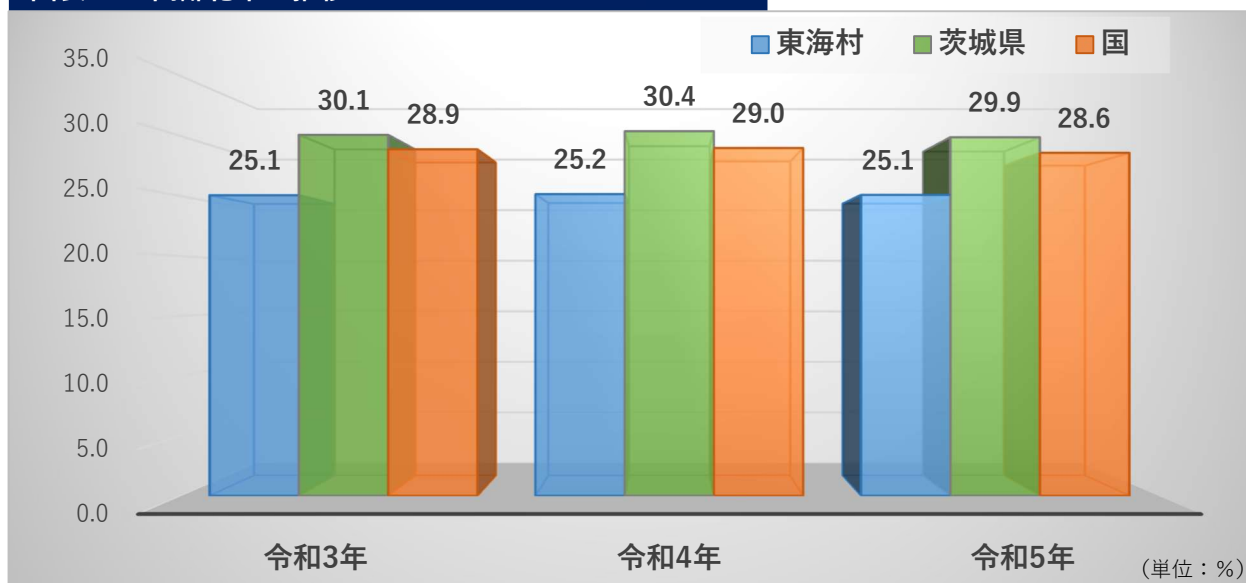


【資料】国勢調査

(2) 高齢化率の推移

65歳以上の割合を示す高齢化率は、令和5年1月1日現在では25.1%であり、4人に1人が高齢者となっています。令和3年から大きな変化は見られません。

図表 2-3 高齢化率の推移

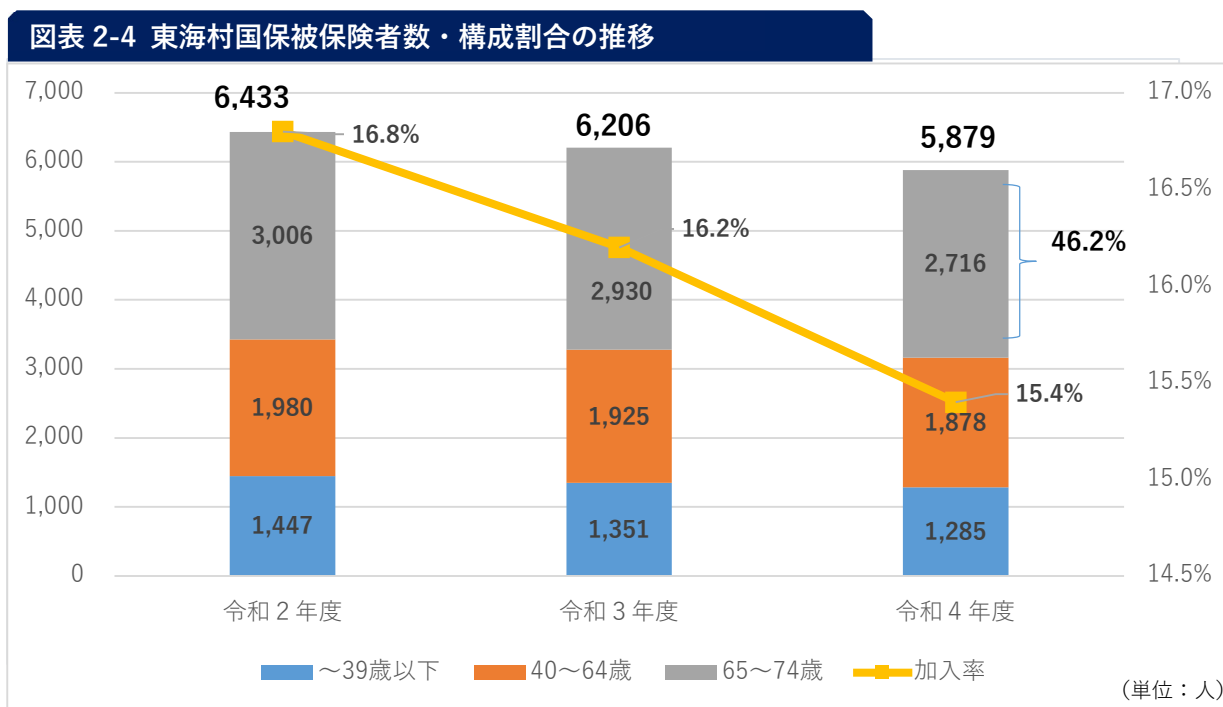


【資料】各年1月1日現在住民基本台帳

(3) 国民健康保険被保険者の推移

本村の国保の被保険者数は微減傾向にあり、令和4年度の被保険者数は5,879人、加入率は15.4%となっています。若年層の被保険者数の減少は、社会保険の適用拡大が主な要因と考えられます。

また、令和4年度の前期高齢者の人数は、2,716人であり、46.2%が前期高齢者となっています。

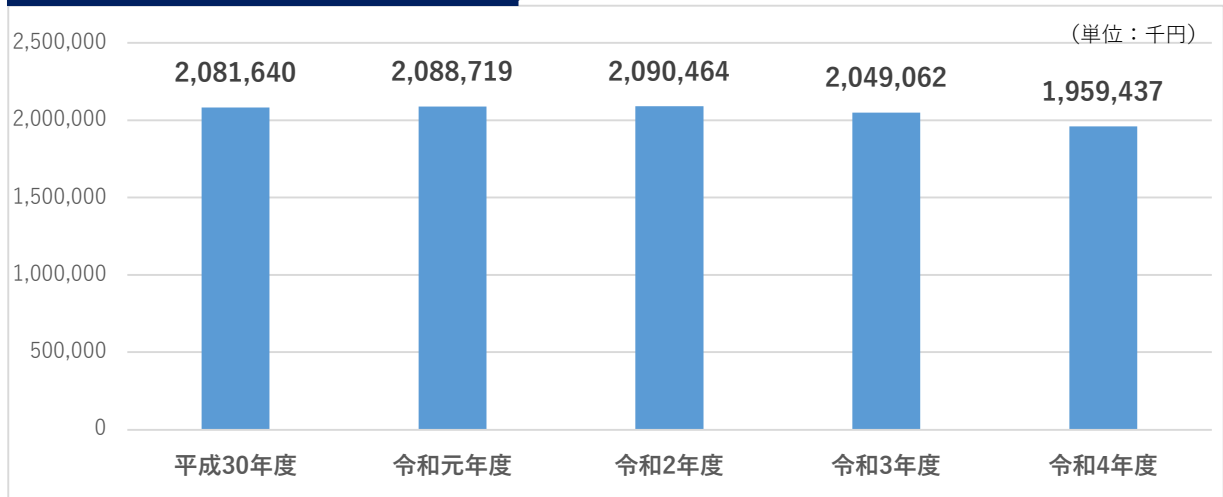


【資料】 令和2～4年度 KDB システム帳票 No5 「人口及び被保険者の構成」 人口：各年4月1日現在住民基本台帳

（４）総医療費（医科）の推移

総医療費（医科）は、平成30年度から令和2年度にかけては増加傾向でしたが、令和3年度より減少に転じ、平成30年度と令和4年度を比較すると、約1億2,220万円（5.9％）の減少となっています。

図表 2-5 総医療費（医科）の推移

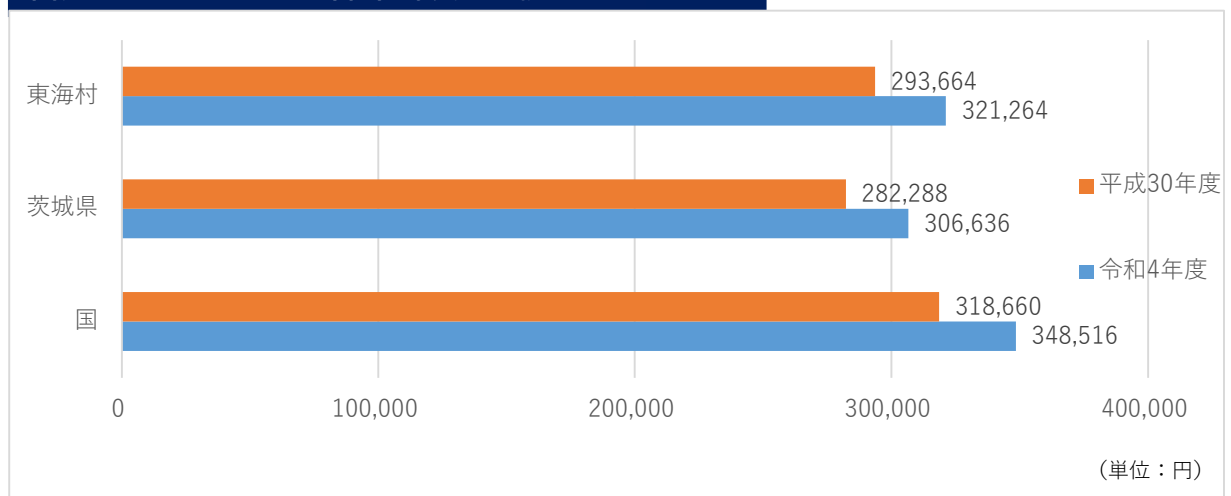


【資料】平成30年度～令和4年度 KDB システム帳票 No4「市区町村別データ」

（５）一人あたりの医療費の推移（年額）

一人あたりの年間医療費は、平成30年度と令和4年度を比べると2万7,600円の増加となっています。県との差は、平成30年度は1万1,376円でしたが、令和4年度は1万4,628円に増加し、より県との差が大きくなっています。

図表 2-6 一人あたりの年間医療費の比較



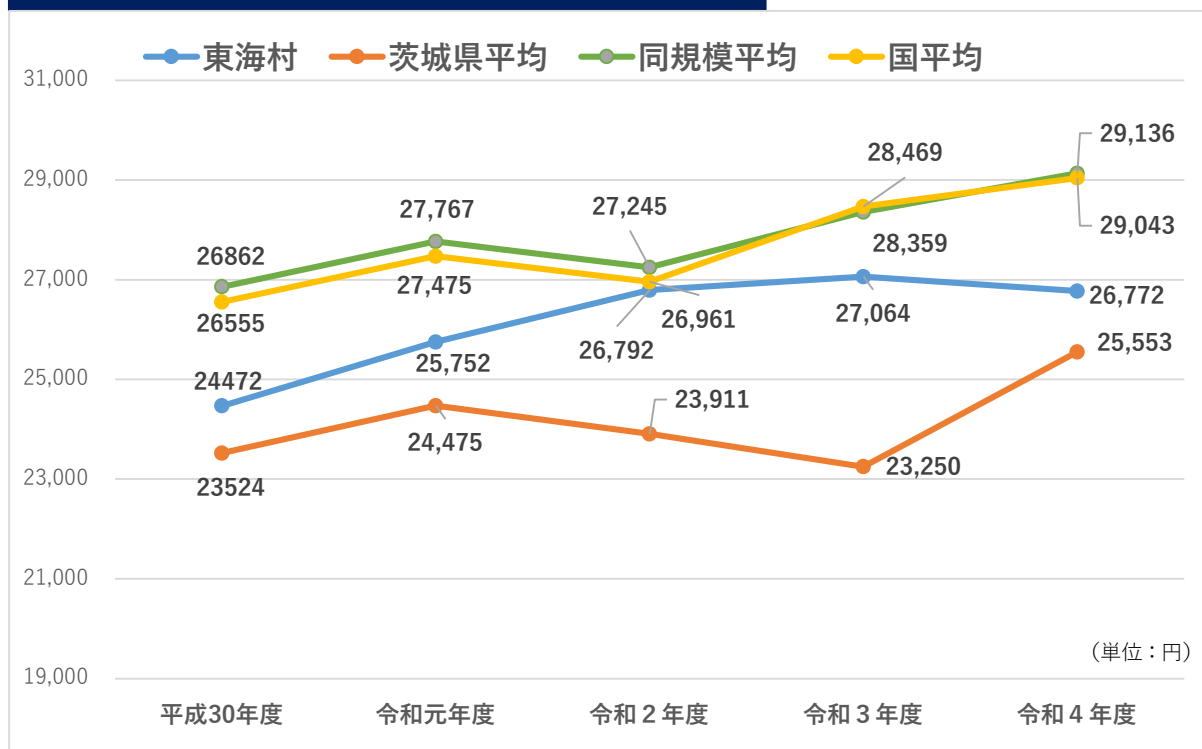
* KDB システムで算出されている月額一人あたりの医療費（医科・歯科）に 12 を乗法して年間の一人あたりの医療費を算出

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No3「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

（６）一人あたり医療費の推移（月額）

本村の令和4年度の一人あたりの一月の医療費は2万6,772円で、平成30年度と比較すると2,300円増えていますが、いずれの年度も県より高く、国や同規模市町村より低い額となっています。

図表 2-7 一人あたり医療費（月額）の推移



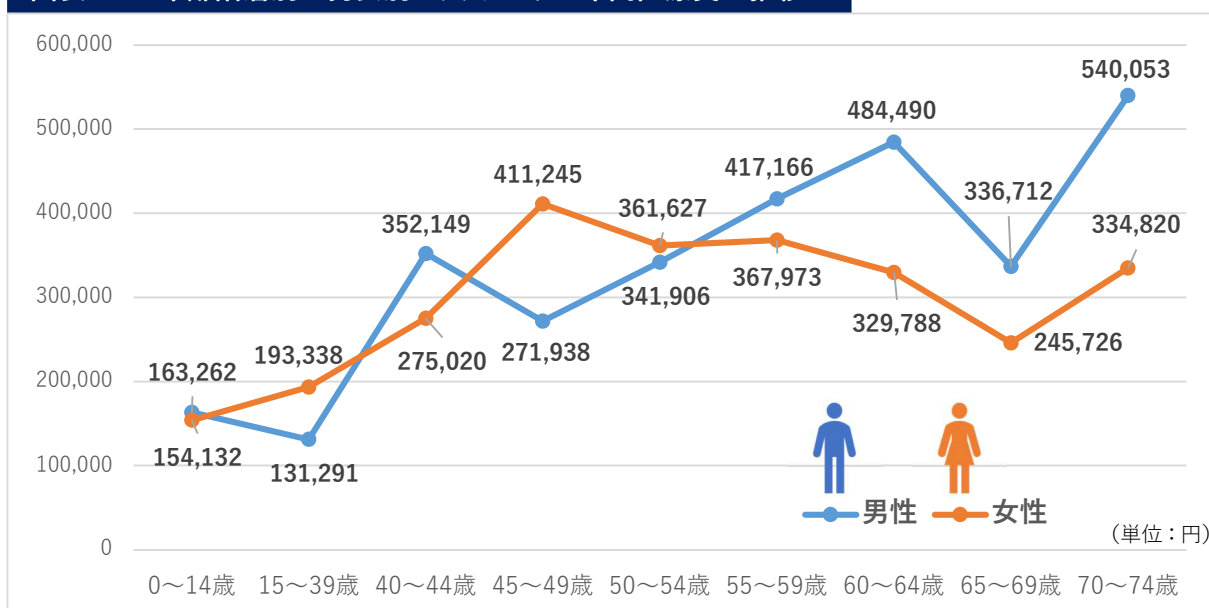
【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No3「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

(7) 年齢階層別・男女別の医療費

令和4年度の年間医療費を年齢階層別・男女別で比較すると、女性は各年代を通してあまり大きな差はみられませんが、男性は45歳から64歳にかけて年々増加し、70歳代の医療費が著しく高くなっています。

また、55歳以上の全ての年代において、男性の一人あたりの年間医療費は、女性よりも高くなっています。

図表 2-8 年齢階層別・男女別一人あたりの年間医療費の推移



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No52 「医療費分析の経年比較」

（８）入院医療費の総額

令和4年度の入院医療費の総額は8億942万6,580円となっており、入院医療費の最も多い疾病は新生物（腫瘍）の1億1,844万8,900円（14.6%）で、続いて循環器系疾患の1億1,364万9,390円（14.0%）となっています。

この2つの疾患で、入院医療費の約3割を占めています。

図表 2-9 入院医療費の割合

大分類別疾患	疾病別医療費	医療費の割合
新生物（腫瘍）	118,448,900円	14.6%
循環器系の疾患	113,649,390円	14.0%
精神及び行動の障害	84,599,760円	10.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	69,402,610円	8.6%
筋骨格系及び結合組織の疾患	61,044,540円	7.5%
消化器系の疾患	58,837,020円	7.3%
神経系の疾患	45,337,150円	5.6%
その他	258,107,210円	31.7%
合計	809,426,580円	



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No41「医療費分析（2）大、中、細小分類」

（９）外来医療費の総額

令和4年度の外来医療費の総額は11億4,431万1,680円となっており、外来医療費の最も多い疾患は新生物（腫瘍）の1億7,694万2,350円（15.5%）で続いて内分泌、栄養及び代謝疾患の1億6,150万7,170円（14.1%）、循環器系疾患の1億3,425万8,220円（11.7%）となっています。

図表 2-10 外来医療費の割合

大分類別疾患	疾病別医療費	医療費の割合
新生物（腫瘍）	176,942,350円	15.5%
内分泌、栄養及び代謝疾患	161,507,170円	14.1%
循環器系の疾患	134,258,220円	11.7%
筋骨格系及び結合組織の疾患	115,570,500円	10.1%
尿路器系の疾患	85,183,930円	7.4%
呼吸器系の疾患	81,437,040円	7.1%
眼及び付属器の疾患	7,169,161円	6.3%
消化器系の疾患	66,670,140円	5.8%
神経系の疾患	61,347,530円	5.4%
その他	189,703,190円	16.6%
合計	1,144,311,680円	

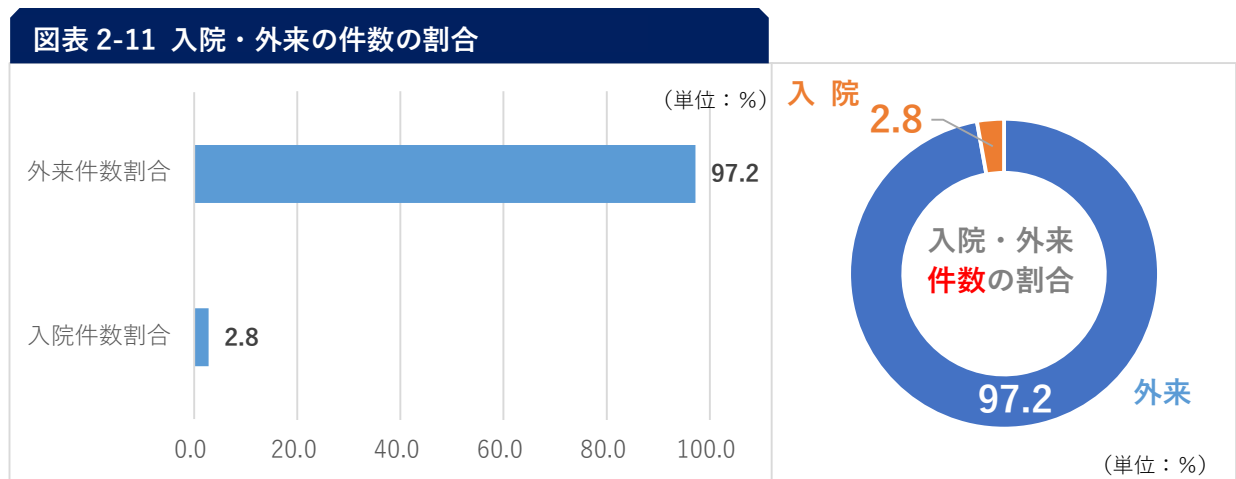


【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No41「医療費分析（2）大、中、細小分類」

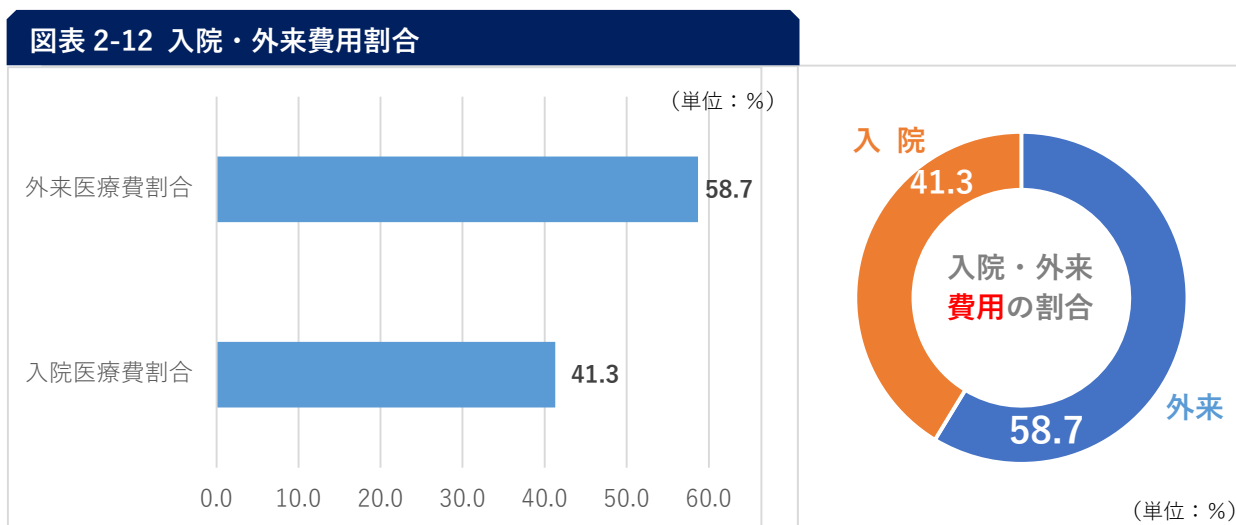
(10) 入院・外来別の費用割合

令和4年度の入院と外来別のレセプト件数と費用の割合を比較すると、外来医療費の件数割合は全体の97.2%で、医療費の58.7%となっています。

入院の件数は、わずか2.8%に過ぎませんが、医療費は全体の41.3%を占めています。



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No4「市区町村別データ」



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No4「市区町村別データ」

(11) 入院・外来別医療費のレセプト分析

レセプト一件あたりの入院医療費は、心疾患が 74 万 5,219 円で最も高く、続いて脳血管疾患が 70 万 1,393 円、腎疾患が 68 万 2,972 円となっています。平成 30 年度からの伸び率をみると腎疾患が最も高く、27.1%となっています。

また、入院医療費の伸び率の高い疾患としては、腎疾患に続いて脳血管疾患が 18.2%、心疾患が 16.9%と高くなっています。

レセプト一件あたりの外来医療費は、腎不全が12万6,599円で最も高く、続いて新生物、心疾患、糖尿病となっています。

また、外来医療費の伸び率の高い疾患としては、新生物の41.7%に続いて、心疾患36.7%、高血圧症15.9%、糖尿病15.0%となっています。

図表 2-13 入院・外来医療費の比較

		令和 4 年度		伸び率 (対平成 30 年度)
		1 件あたり 医療費額	県内順位	
入 院	糖尿病	582,806 円	43 位	▲8.9
	高血圧症	666,173 円	32 位	13.8
	脂質異常症	611,264 円	40 位	4.1
	脳血管疾患	701,393 円	39 位	18.2
	心疾患	745,219 円	29 位	16.9
	腎不全	682,972 円	36 位	27.1
	精神	549,504 円	8 位	9.8
	新生物	671,132 円	44 位	0.2
	歯肉炎・歯周病	174,893 円	38 位	▲1.6
外 来	糖尿病	35,752 円	28 位	15.0
	高血圧症	31,966 円	11 位	15.9
	脂質異常症	27,147 円	29 位	3.9
	脳血管疾患	32,391 円	34 位	13.2
	心疾患	44,562 円	35 位	36.7
	腎不全	126,599 円	19 位	5.9
	精神	29,811 円	14 位	10.7
	新生物	64,503 円	37 位	41.7
	歯肉炎・歯周病	12,137 円	35 位	2.8

* 県内順位は医療費が高い順から

【資料】平成 30 年度・令和 4 年度 KDB システム帳票 No3「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

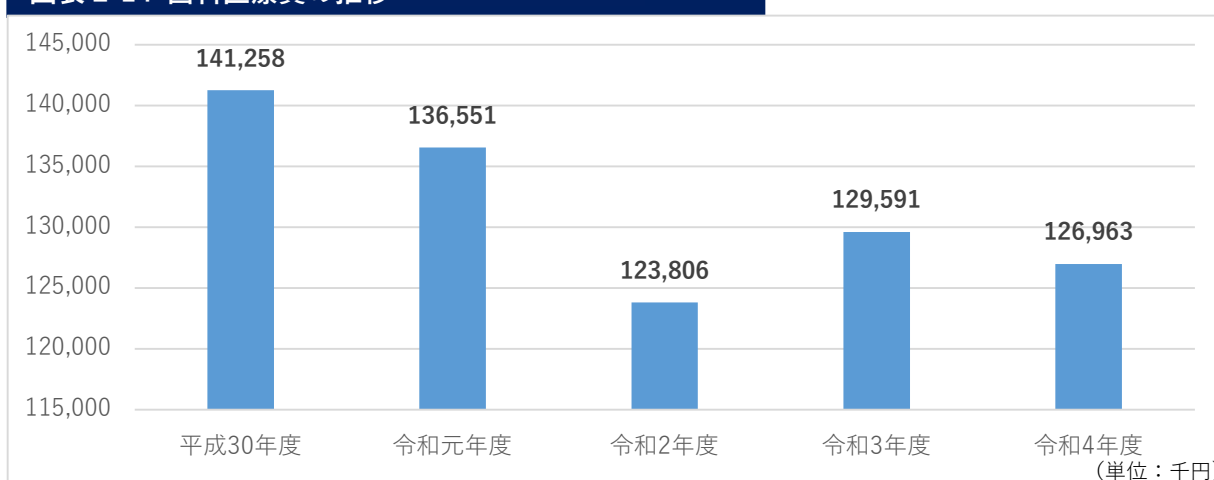
(12) 歯科医療費・口腔の状況

本村の歯科医療費は、令和2年度に極めて減少していますが、これは、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えがあったためと推測されます。

本村の一人あたりの歯科医療費は、県・国よりも例年低い傾向があり、国とは400～500円の差があります。

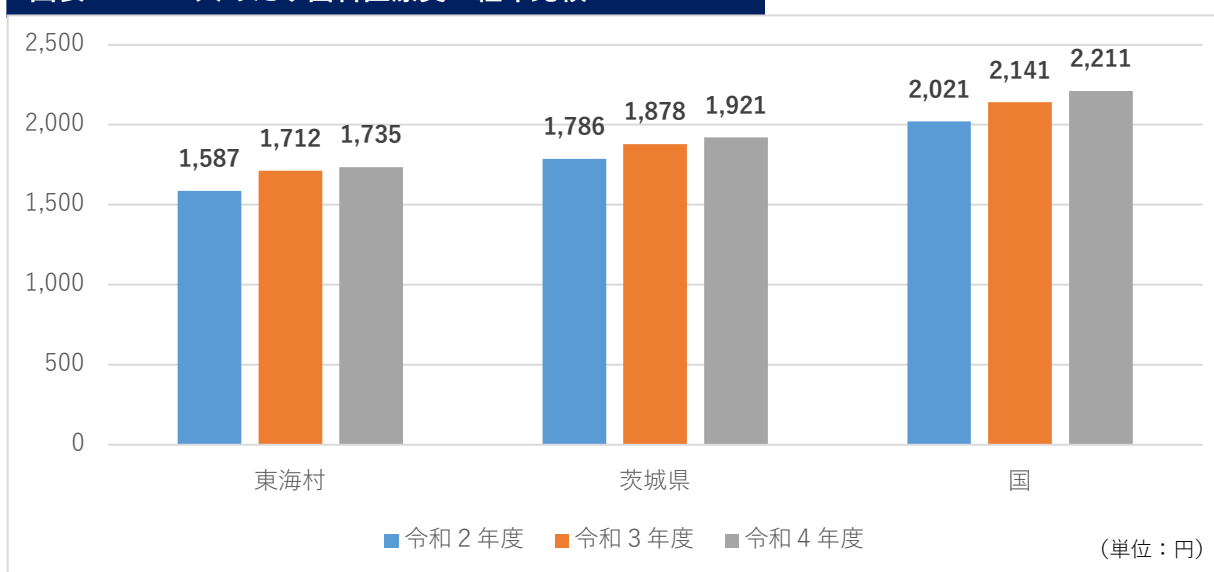
さらに、特定健診時に実施している質問調査票の回答状況では、「噛みにくい」と回答した人の割合が、県・国よりも高くなっています。また、後期高齢者健診で実施した質問調査票の回答状況では、「半年前に比べて固いものが食べにくい」と回答した割合が、県よりも高くなっています。

図表 2-14 歯科医療費の推移



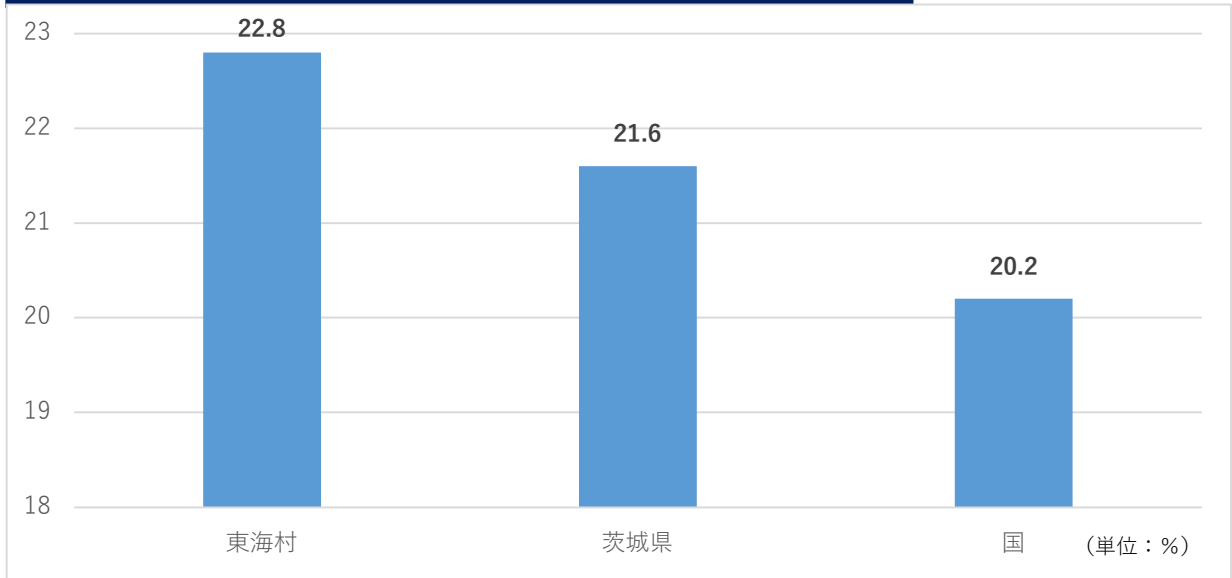
【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No4「市区町村別データ」

図表 2-15 一人あたり歯科医療費の経年比較



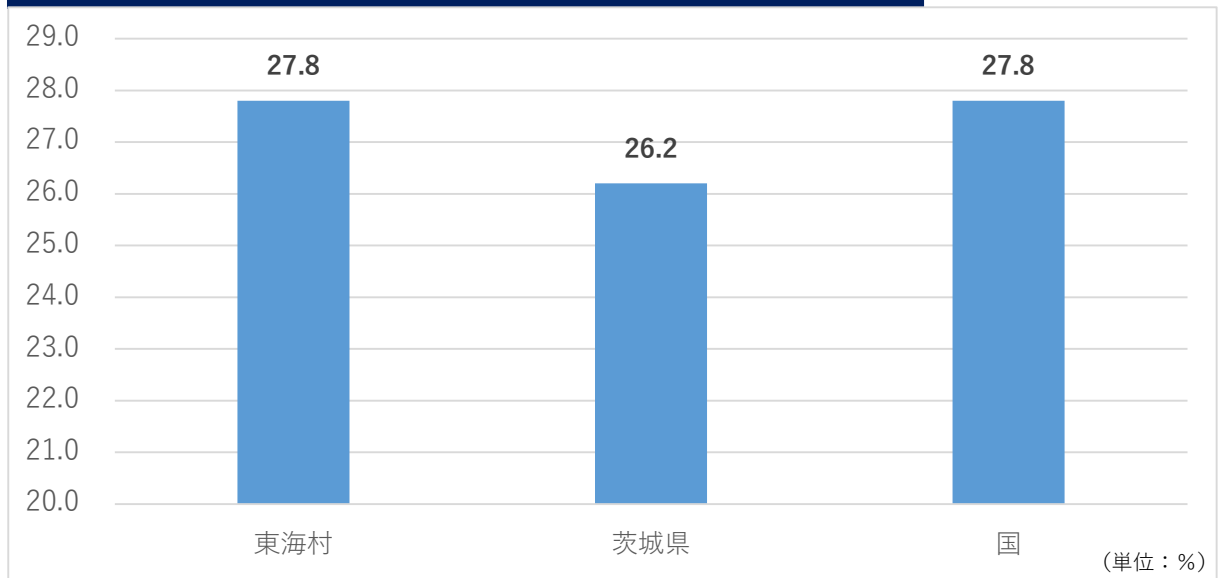
【資料】令和2年度～令和4年度 KDB システム帳票 No3「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

図表 2-16 「噛みにくい」と回答した人の割合



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

図表 2-17 後期高齢者で「噛みにくい」と回答した人の割合



【資料】令和4年度 KDB システム帳票「地域の全体像の把握」後期高齢者（累計）

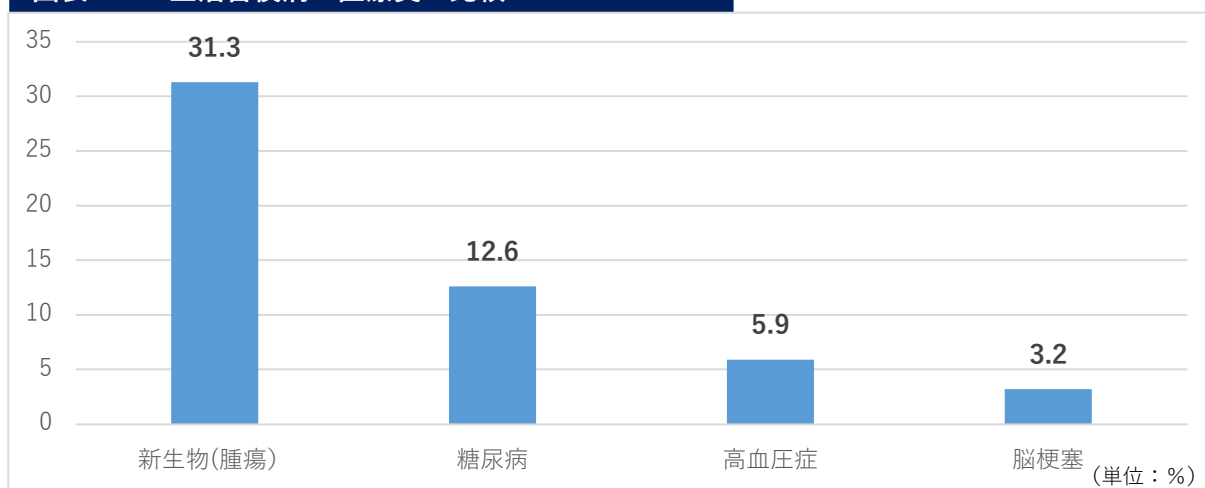
(13) 生活習慣病の医療費とレセプト分析

ア 医療費の割合

本村の生活習慣病の医療費の割合をみると、新生物（腫瘍）が30%以上を占めており、続いて糖尿病，高血圧症となっています。

新生物（腫瘍）にかかる医療費は，外来・入院合わせて2億9,539万1,250円となっており，総医療費の15.1%を占めています。医療費の適正化ならびに住民の生活の質を低下させないために，早期発見，早期治療が必要です。

図表 2-18 生活習慣病の医療費の比較

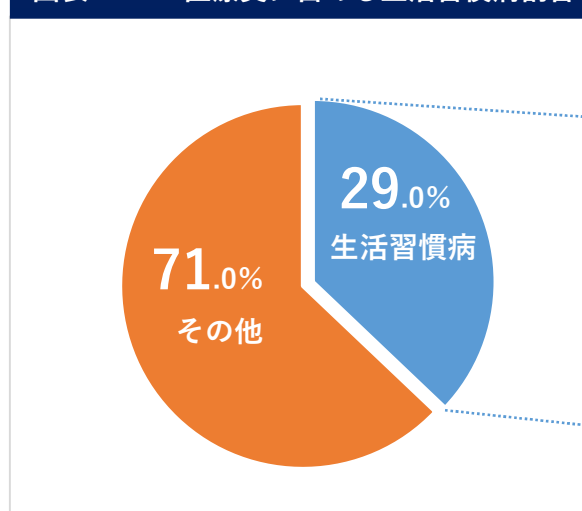


【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

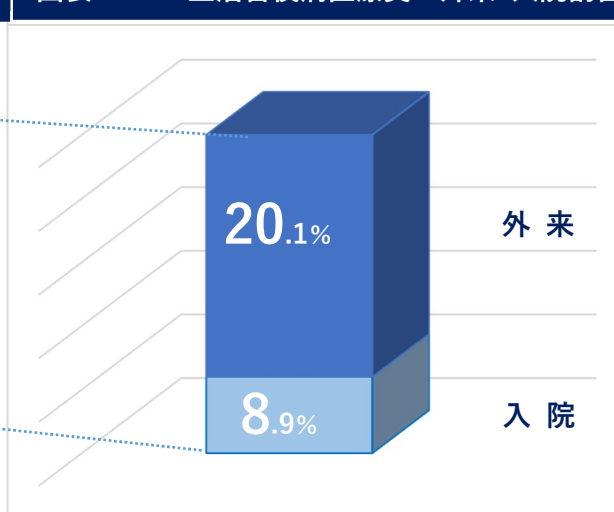
イ 疾病別の医療費分析

生活習慣病の医療費は，約5億6,900万円で医療費全体の29.0%を占めています。入院外来別の内訳では，入院医療費が8.9%，外来医療費が20.1%となっています。（精神・筋骨格疾患除く）

図表 2-19 医療費に占める生活習慣病割合



図表 2-20 生活習慣病医療費 外来・入院割合



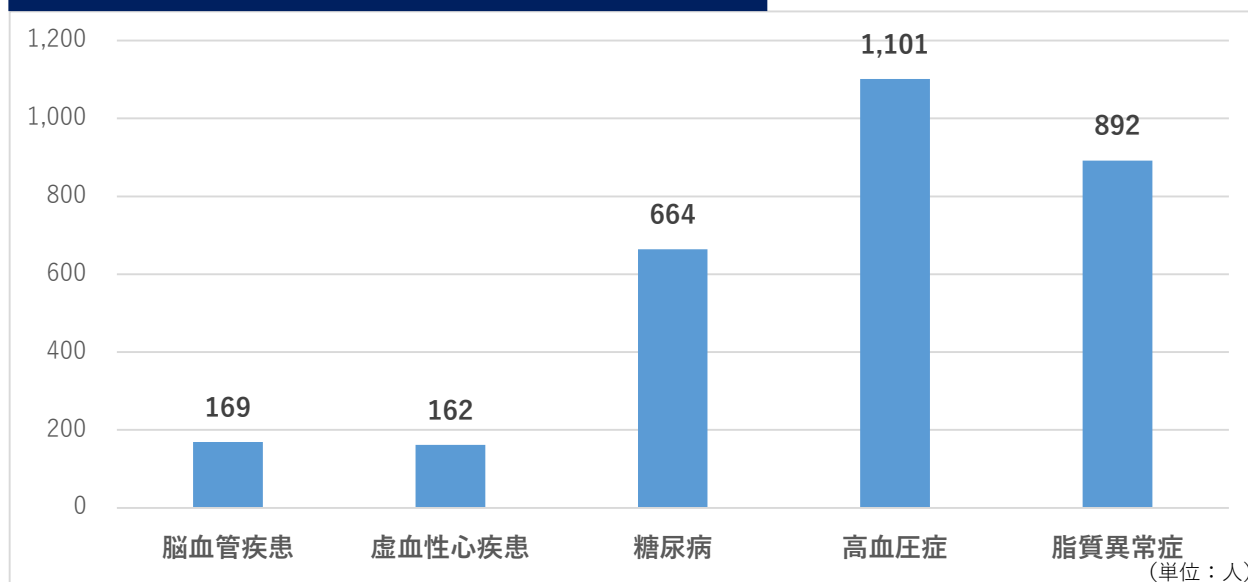
【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No45「疾病別医療費分析（生活習慣病）」

ウ レセプト分析

生活習慣病のレセプト分析をみると、対象者は2,988人（重複あり）で、被保険者の36.2%が生活習慣病で受療しています。

特に、高血圧症のレセプト件数は1,101人と一番多く、40歳以上の被保険者の23.7%が受療している状況です。

図表 2-21 生活習慣病の対象者数



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No13「厚生労働省様式（3-1）令和5年3月診療分」より

図表 2-22 生活習慣病の対象者割合（40歳以上）

	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病	高血圧症	脂質異常症
被保険者に対する割合	3.6%	3.5%	14.3%	23.7%	19.1%

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No13「厚生労働省様式（3-1）令和5年3月診療分」＊重複あり

(14) 高額（80万円以上）レセプトの分析

令和4年度に、一月80万円以上の高額となったレセプトの総費用額は3億8,948万円で、件数は288件でした。件数及び費用額が一番多かった疾患は悪性新生物で、脳血管疾患と虚血性心疾患の合計費用額は3,228万円で、件数は22件でした。

図表 2-23 高額レセプトの状況

総額	件数	腎不全 件数（費用額）	脳血管疾患 件数（費用額）	虚血性疾患 件数（費用額）	悪性新生物 件数（費用額）
3億8,948万円	288件	6件 (約624万円)	6件 (約1,310万円)	16件 (約1,919万円)	83件 (約1億344万円)

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No10「厚生労働省様式（1-1）」

(15) 長期入院（6か月以上）医療費の分析

長期入院患者の総医療費は2億4,928万円で、入院医療費全体の30.7%を占めています。

内訳としては、465件中168件が精神疾患によるもので、合計費用額は約6,686万円で、一件あたりの一月の医療費は約40万円となっています。

脳血管疾患は16件で費用額は約889万円、一件あたりの一月の医療費は約56万円、虚血性心疾患は19件で費用額は約740万円、一件あたりの一月の医療費は約39万円で、いずれも高額になっていることがわかります。

図表 2-24 6か月以上入院しているレセプト分析

人 数	全 体	脳血管疾患	虚血性心疾患	精神疾患
件数	465件	16件	19件	168件
費用額	2億4,928万円	889万20円	740万6,380円	6,686万5,610円
1件あたり医療費		約56万円	約39万円	約40万円

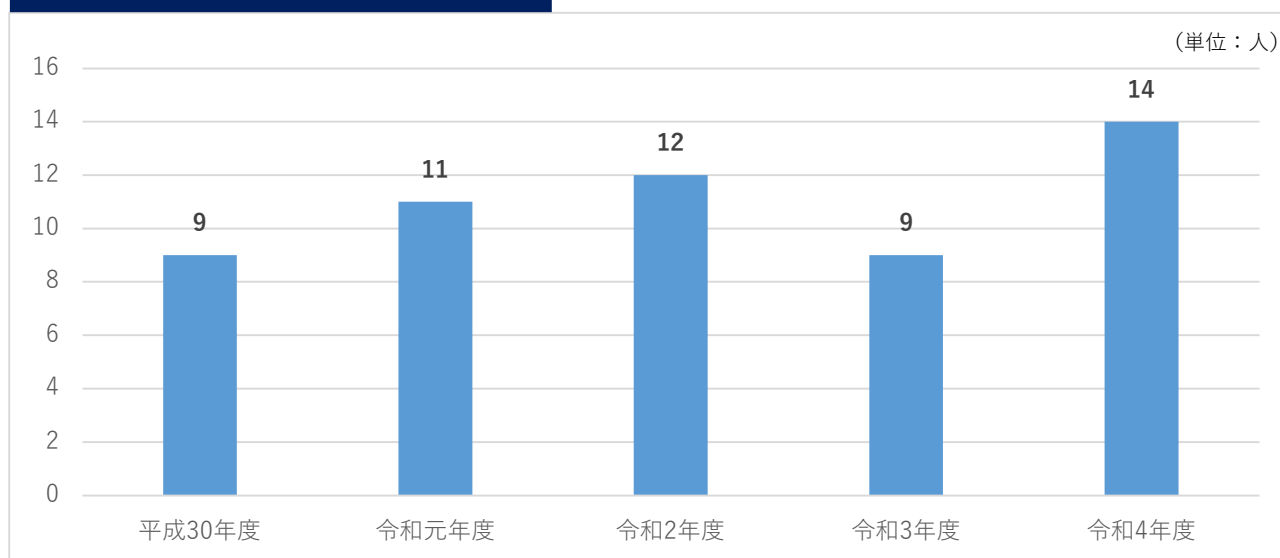
【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No11「厚生労働省様式（2-1）」

(16) 人工透析の医療費分析

令和4年度の人工透析患者数は14人で、医療費は6,546万430円で、一人あたりの年間医療費は、460万円を超える状況となっており、基礎疾患に糖尿病を有する方が約5割で、9割以上の方が基礎疾患に高血圧症を有しています。

また、令和4年度に新規で透析を導入した方5名の過去の特定健診の受診歴をみると、4名の方が過去に一度も健診を受けずに人工透析に至っています。

図表 2-25 人工透析患者数の推移



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No4「市区町村別データ」

図表 2-26 人工透析患者の医療費の状況

実人数	年額	一件あたり医療費	一人あたり医療費 (年額)
14人	65,460,430円	約433,000円	約4,600,000円

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No12「厚生労働省様式 (2-2)」

図表 2-27 新規人工透析導入者数の推移

	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
件数	4 人	2 人	4 人	6 人	5 人

【資料】茨城県国保連提供データ

図表 2-28 人工透析患者の基礎疾患状況

	全体 (延べ)	糖尿病性腎症	高血圧症	脳血管疾患	虚血性心疾患
レセプト件数	151 件	72 件	147 件	16 件	12 件

* 糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上。

* 3 疾患のそれぞれの件数は、同一レセプトに複数の疾患名がある場合は、それぞれの疾患に重複して集計。

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No12「厚生労働省様式 (2-2)」

(17) ジェネリック医薬品の利用状況

本村の令和5年1月診療分のジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用率は83.8%となっており、県内市町村平均81.6%より高い使用率となっております。

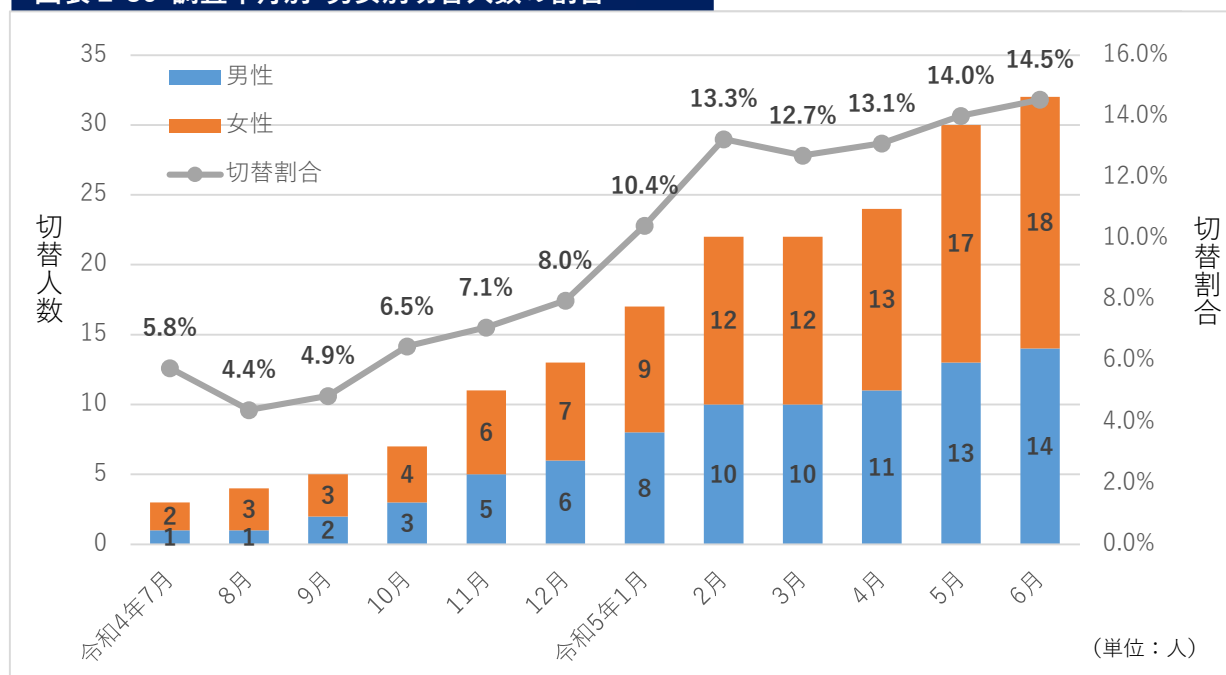
なお、差額通知書発送後の対象者のジェネリック医薬品への平均切り替え率は、9.5%となっています。（令和4年7月～令和5年6月審査分）

図表 2-29 ジェネリック医薬品使用率

	東海村	市町村平均
使用率	83.8%	81.6%

【資料】令和5年1月診療分ジェネリック医薬品利用率「茨城県国保連提供データ」

図表 2-30 調査年月別 男女別切替人数の割合



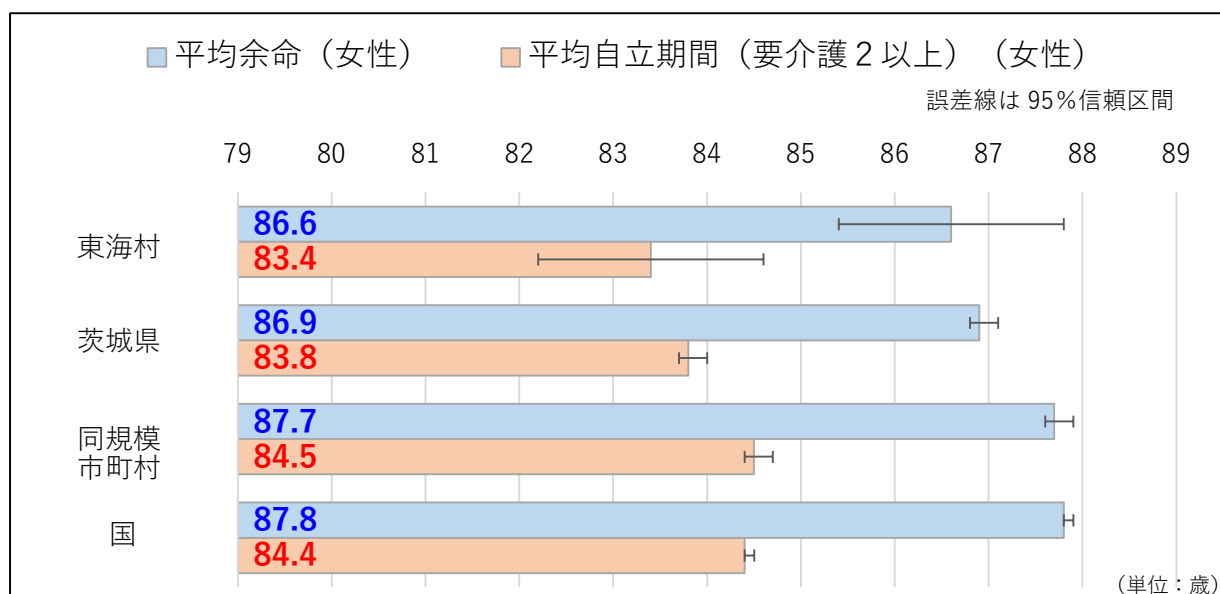
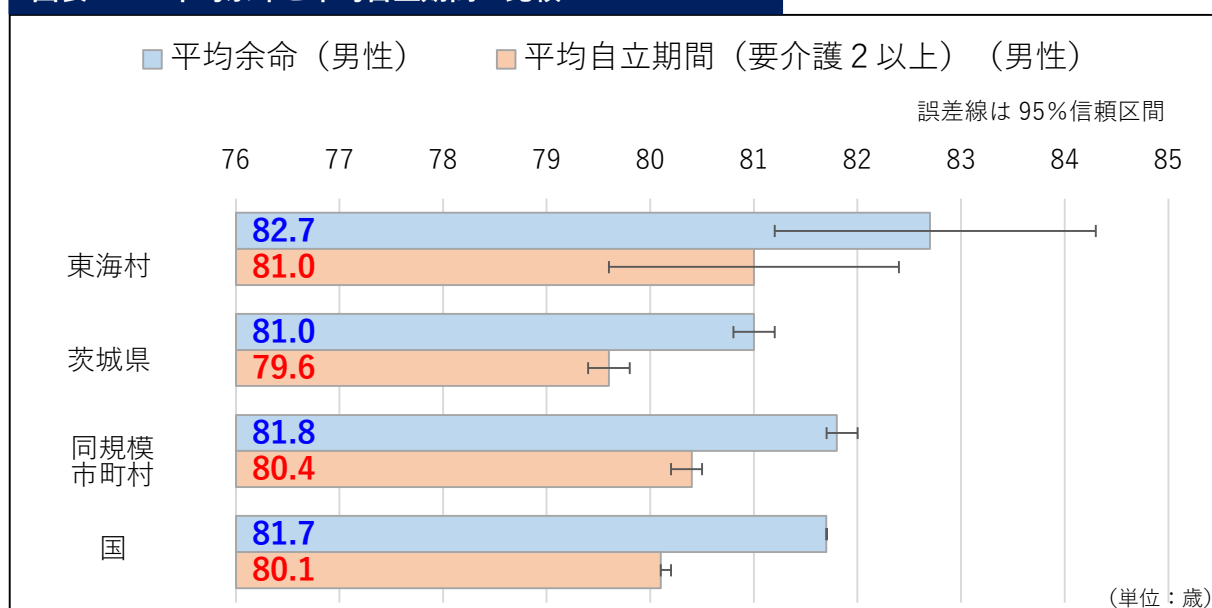
【資料】令和4年7月～令和5年6月診査分「茨城県国保連提供データ」

(18) 平均余命と平均自立期間

令和4年度の平均余命^{*8}を男女別にみると、男性の平均余命は82.7歳で、県・同規模市町村・国よりも長くなっていますが、女性の平均余命は86.6歳で、県と同程度ではありませんが、同規模市町村・国より短くなっています。

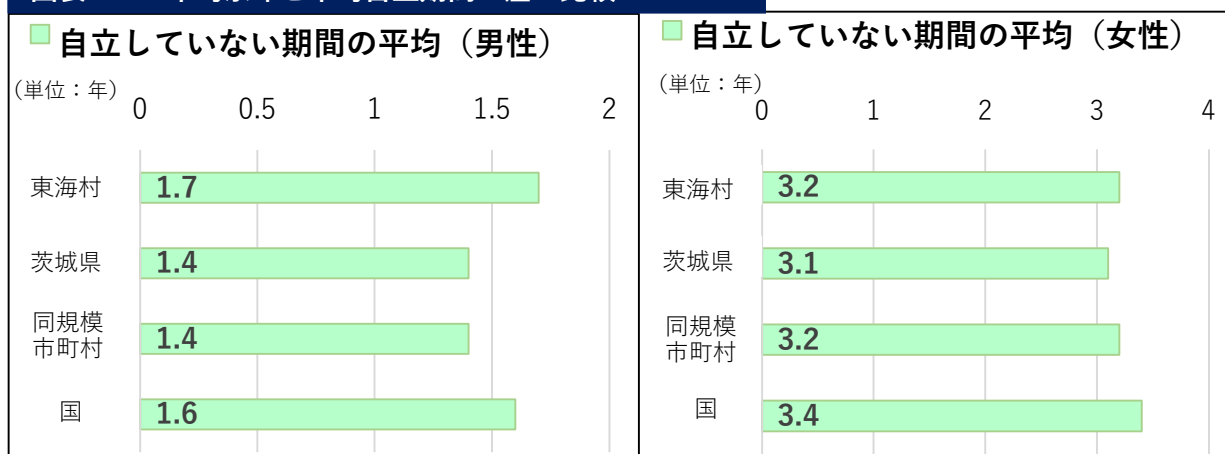
また、男女別に令和4年度の平均自立期間^{*9}をみると、男性の平均自立期間は81.0歳で、県・国と同程度となっていますが、女性の平均自立期間は83.4歳で、県と同程度で国より短くなっています。

図表 2-31 平均余命と平均自立期間の比較



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1 「地域の全体像の把握」

図表 2-32 平均余命と平均自立期間の差の比較



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

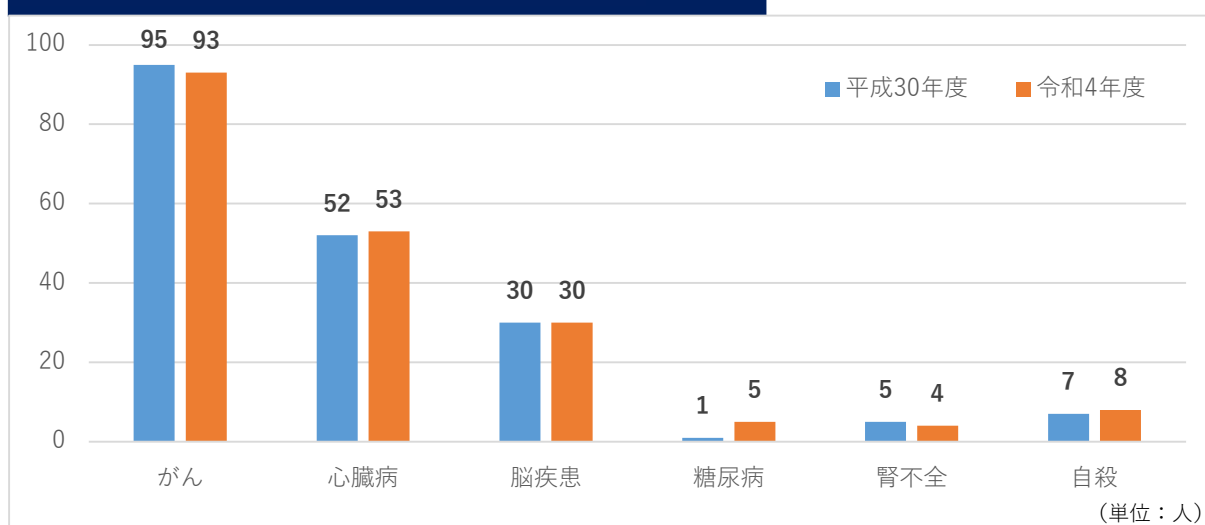
自立していない期間の平均をみると、男性は県・国よりも長く、女性は県よりもやや長く、国よりは短くなっています。

(19) 主たる死因の死亡者数及び割合

本村の死因状況をみると、一番多い死因はがん、続いて心臓病、脳疾患となっており、生活習慣と関連の深い疾患が上位を占めています。

平成30年度と令和4年度で比較すると、がん、心臓病、脳疾患の死亡者数に大きな変化は見られませんが、糖尿病の死亡者数は、わずかに増加しています。

図表 2-33 主たる死因の死亡者数の比較



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

上位3つの疾病での死亡者数に大きな変化はありませんが、令和4年度の糖尿病の死亡者数を人口10万対^{*10}と比較すると、県・国よりも多くなっています。

図表 2-34 主たる死因の比較（対人口10万対）

疾病	東海村		茨城県		国	
	人数	人口10万対	人数	人口10万対	人数	人口10万対
がん	93人	242.6人	8,934人	309.1人	378,272人	296.8人
心臓病	53人	138.3人	4,868人	168.4人	205,485人	161.2人
脳疾患	30人	78.3人	2,942人	101.8人	102,900人	80.7人
糖尿病	5人	13.0人	367人	12.7人	13,896人	10.9人
腎不全	4人	10.4人	556人	19.2人	26,946人	21.1人
自殺	8人	20.9人	488人	16.9人	20,171人	15.8人

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

また、死因割合を比較すると、本村は、特に糖尿病で亡くなる方の割合が、県・国より高い状況です。

さらに、自殺の死因割合も県・国よりも高くなっているため、自殺対策計画を策定している関係課と連携し、自殺予防に関する情報共有に努めていきます。

図表 2-35 死因割合 国・県比較

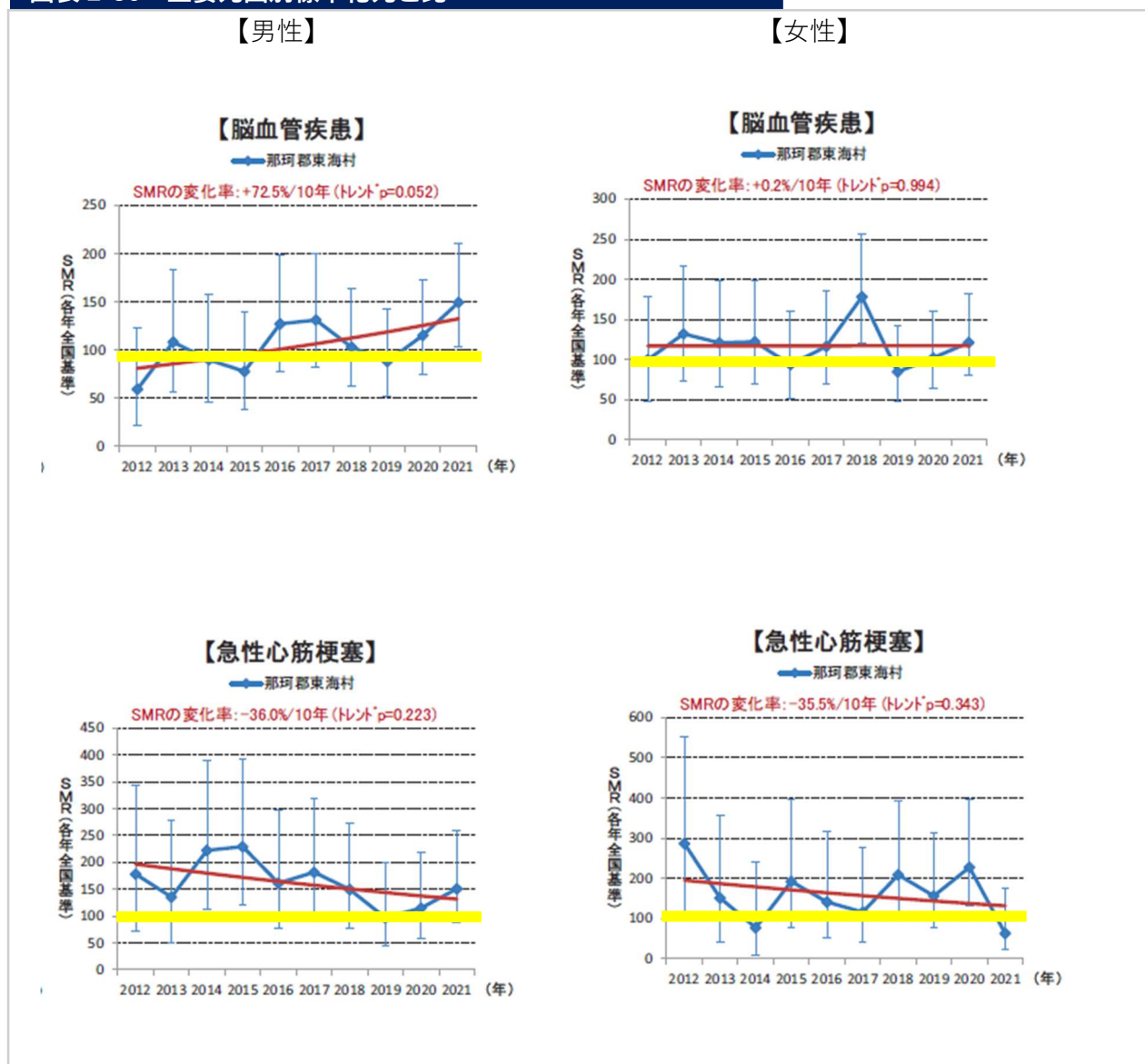
	がん	心臓病	脳疾患	糖尿病	腎不全	自殺
東海村	48.2%	27.5%	15.5%	2.6%	2.1%	4.1%
茨城県	49.2%	26.8%	16.2%	2.0%	3.1%	2.7%
国	50.6%	27.5%	13.8%	1.9%	3.6%	2.7%

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

男女別に平成 24 年～令和 3 年の標準化死亡比^{*11}の推移をみると、男女共に急性心筋梗塞や脳血管疾患が国よりも高い状況です。

また、平成 28 年から令和 2 年の標準化死亡比をみても、特に女性は国と比較すると有意に高くなっているため、循環器疾患対策を行う必要があります。

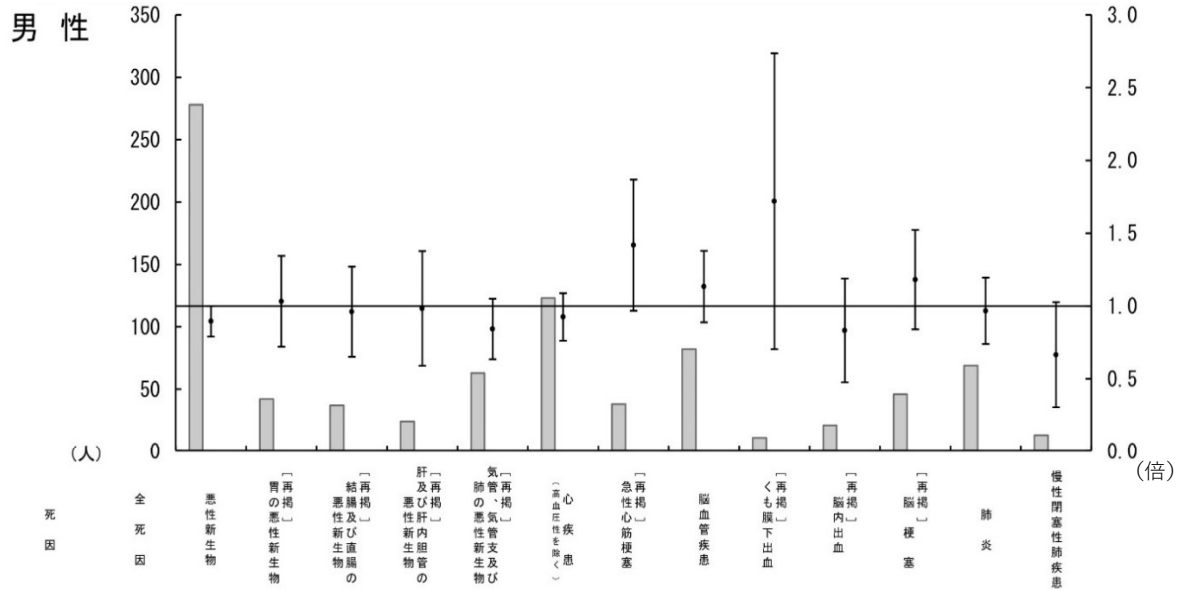
図表 2-36 主要死因別標準化死亡比



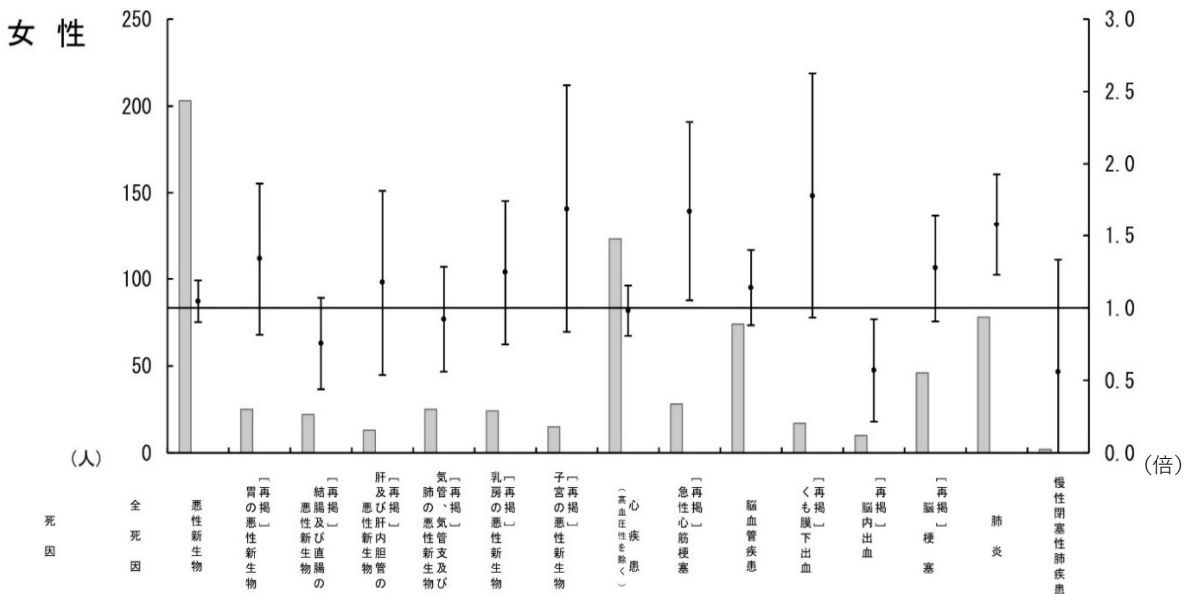
【資料】「市区町村別主要死因別標準化死亡比（平成 24 年～令和 3 年）」

図表 2-37 死亡数及び標準化死亡比

東海村 死亡者数及び標準化死亡比（2016～2020）



標準化死亡比	0.93	0.89	1.03	0.96	0.98	0.84	0.92	1.42	1.13	1.72	0.83	1.18	0.97	0.67
死 亡 数	892	278	42	37	24	63	123	38	82	11	21	46	69	13
期 待 死 亡 数	963.0	310.8	40.7	38.5	24.4	74.8	133.0	26.8	72.3	6.4	25.2	38.9	71.4	19.5
期待死亡数との差	-71.0	-32.8	1.3	-1.5	-0.4	-11.8	-10.0	11.2	9.7	4.6	-4.2	7.1	-2.4	-6.5
全国に比べて有意に高い														
全国に比べて有意に低い	○	○												



標準化死亡比	1.03	1.05	1.34	0.75	1.18	0.92	1.24	1.69	0.98	1.67	1.14	1.78	0.57	1.27	1.58	0.56
死 亡 数	809	203	25	22	13	25	24	15	123	28	74	17	10	46	78	2
期 待 死 亡 数	782.9	194.2	18.7	29.2	11.1	27.1	19.3	8.9	125.4	16.8	65.0	9.6	17.6	36.1	49.4	3.6
期待死亡数との差	26.1	8.8	6.3	-7.2	1.9	-2.1	4.7	6.1	-2.4	11.2	9.0	7.4	-7.6	9.9	28.6	-1.6
全国に比べて有意に高い										○					○	
全国に比べて有意に低い													○			

【資料】「令和 5 年度茨城県市町村別健康指標」

2 介護保険の状況

(1) 要介護認定者の状況

令和4年度の第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定率は16.0%で、県と同程度ではありますが、国と比較すると低い状況です。

また、第2号被保険者（40歳から64歳まで）についても、県・国よりやや低い認定率となっていますが、要介護2以上の割合が78.8%を占めています。

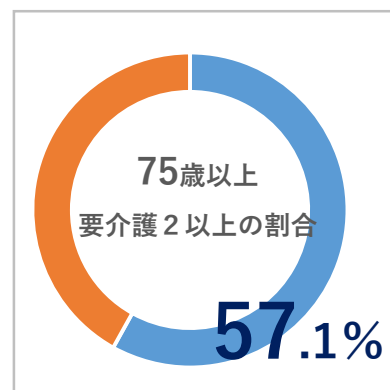
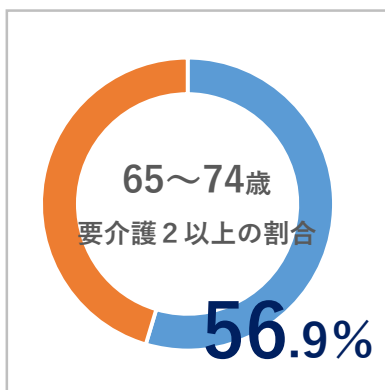
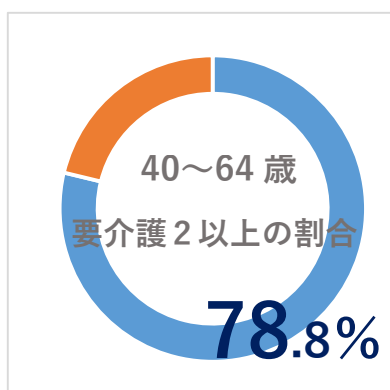
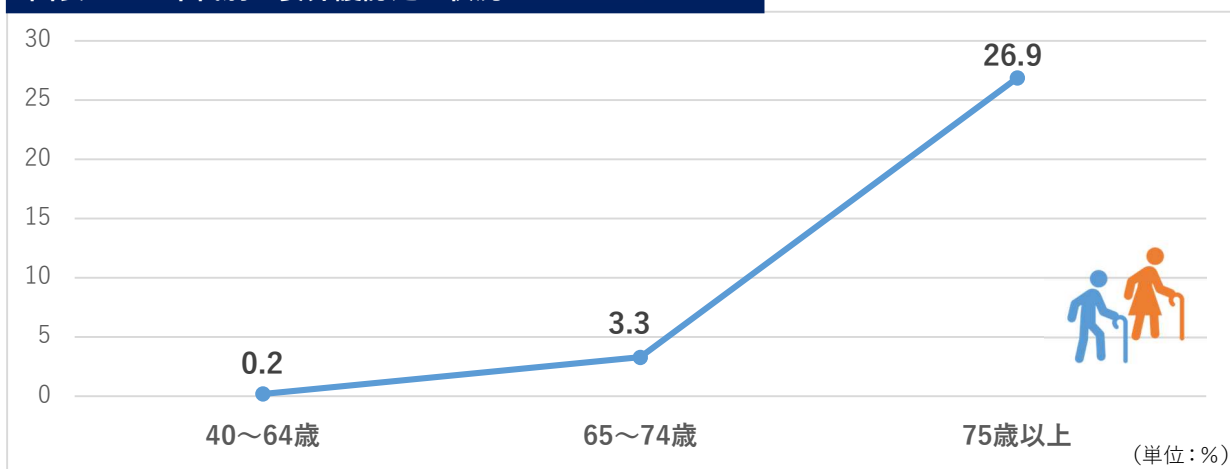
年齢別の認定状況をみると、65歳から74歳までの認定率は3.3%ですが、75歳以上では26.9%と大幅に高くなっています。

図表 2-38 認定率（県・国比較）

	東海村	茨城県	国
1号認定率	16.0%	16.3%	19.4%
2号認定率	0.2%	0.4%	0.4%

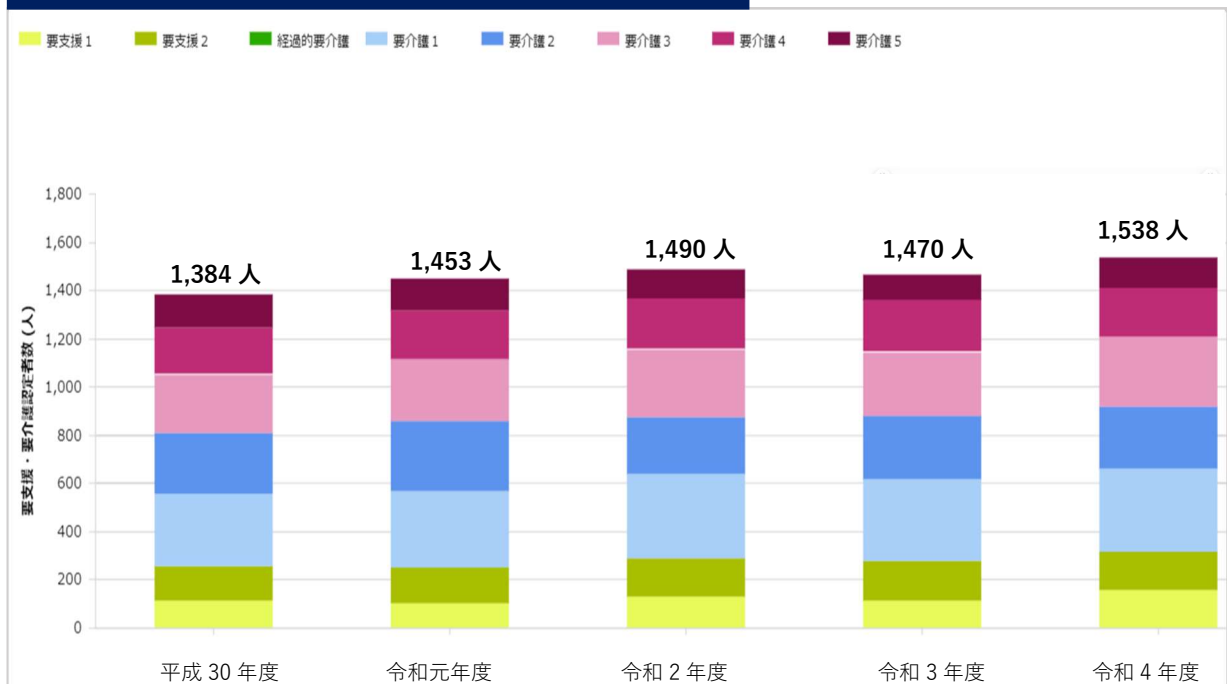
【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1 「地域の全体像の把握」

図表 2-39 年代別の要介護認定の状況



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No47 「要介護者認定状況」

図表 2-40 要介護（要支援）認定者数の推移



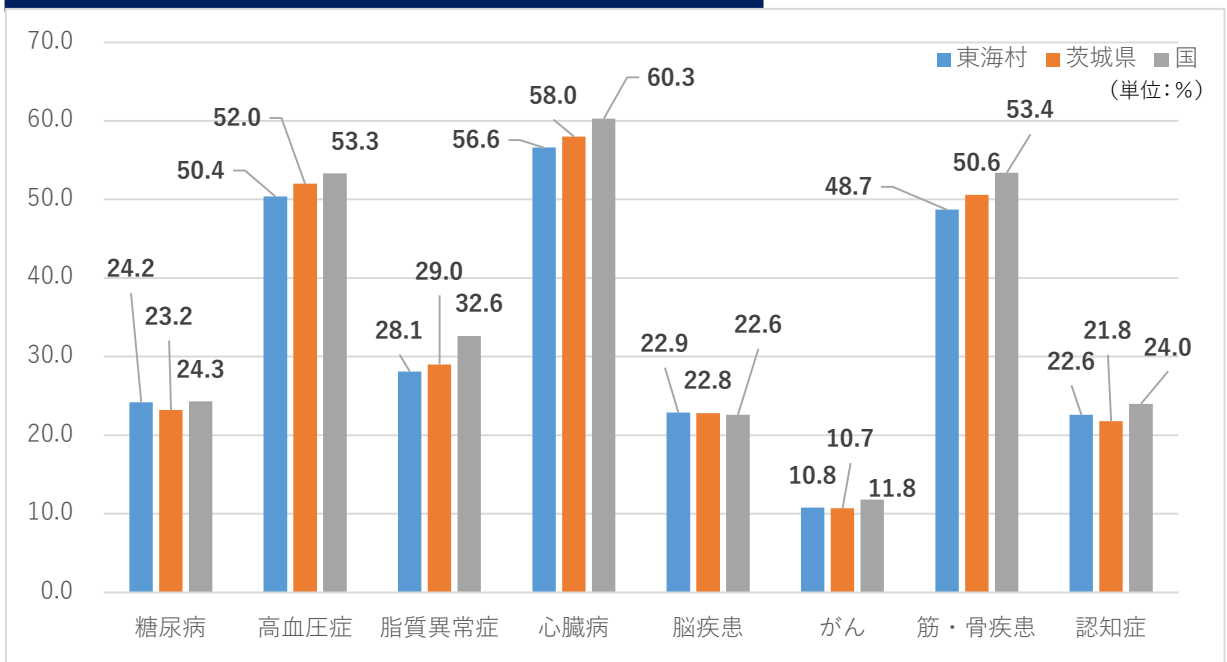
【資料】厚生労働省「地域包括ケア『見える化』システム」

（２）要介護認定者の疾病別有病状況

要介護認定者の約50%の方に、心臓病、高血圧症、筋・骨格疾患の有病状況があり、これは県・国と同様の傾向となっています。

認知症・糖尿病の有病状況は県よりも高く、その他の疾患は、県と同程度かやや低い状況となっています。

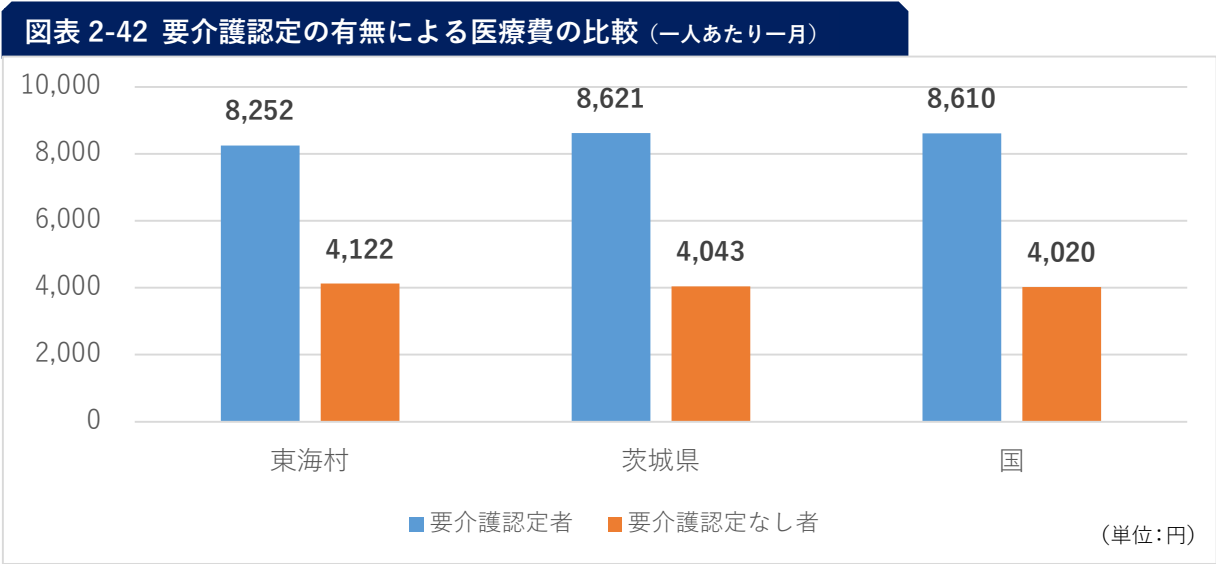
図表 2-41 要介護認定者の疾病別有病状況



【資料】令和 4 年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

(3) 要介護認定者の医療費

要介護認定者の一人あたりの一月の医療費は8,252円で、県・国よりも低い値です。認定を受けている方と受けていない方の医療費を比較すると、認定者は約2倍の医療費がかかっています。



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

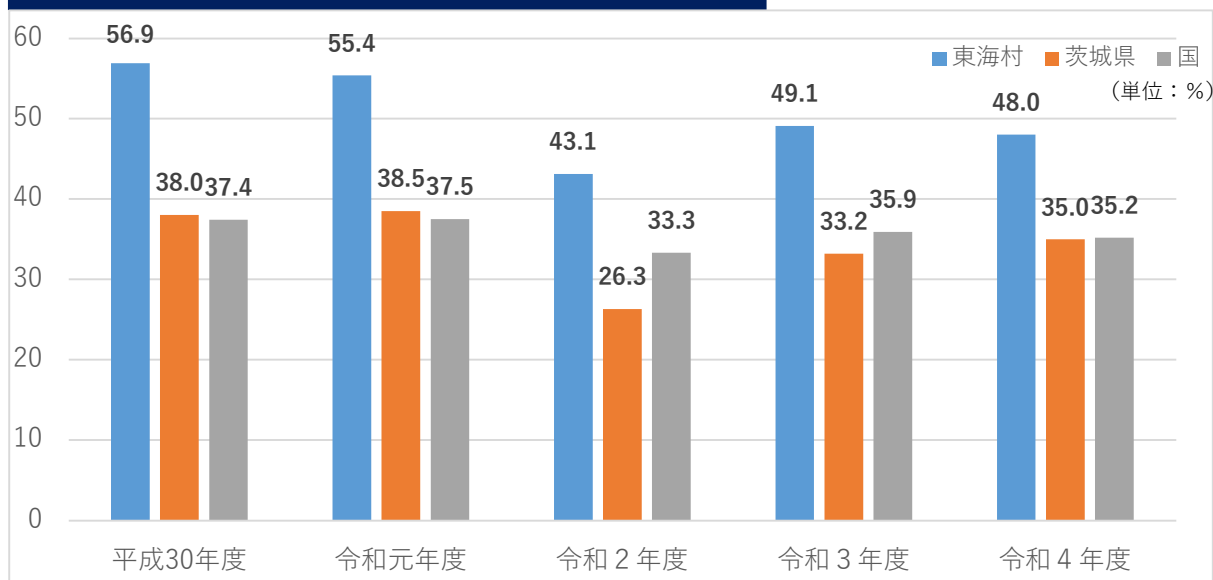
図表 2-43 要介護度の認定基準			
要介護 状態区分		身体の状態（例）	認知症の程度（例）
要支援	要支援1	社会的支援を要し、介護予防が必要と思われる状態。 日常生活の能力は基本的にはあるが、入浴などに一部介助が必要。	症状があっても、日常生活に支障がない。
	要支援2	生活の一部について、部分的介助を要し、介護予防が必要と思われる状態。 立ち上がりや歩行がやや不安定。	物忘れがあっても、ほとんどの場合、生活に大きな支障はきたさない。
要介護	要介護1	生活の一部について、部分的介助を要し、疾病などにより心身の状態が不安定なため、介護予防サービスの適切な利用が見込まれない状態。 立ち上がりや歩行がやや不安定。排泄、入浴などに一部介助が必要。	物忘れや思考・感情などの障がいにより、十分な説明を行ってもなお、介護予防サービスの利用に対して、適切な理解が困難。
	要介護2	軽度の介護を要する状態。 起き上がりが自力では困難。排泄、入浴などで一部または全体の介助が必要。	日課や直前に何をしていたかなどが部分的にわからなくなるため、生活に支障をきたす。他人とのスムーズな応対が困難。
	要介護3	中度の介護を要する状態。 起き上がり、寝返りが自力ではできない。排泄、入浴、衣服の着脱などで全体の介助が必要。	生年月日や自分の名前などがわからなくなる。着替えなど自分の身の回りのことができなくなってくる。
	要介護4	重度の介護を要する状態。 排泄、入浴、衣服の着脱など、多くの行為で全面的介助が必要。	常に意思疎通が困難となる。日常生活に支障をきたす行動が頻繁にみられる。
	要介護5	最重度の介護を要する状態。 生活全般について全面的な介助が必要。	理解全般が低下している。

3 健診の状況

(1) 特定健診受診率

本村の令和4年度の特定健診の受診率は48.0% で、県平均の35.0%より高い状況ですが、国の目標の60%には達成していません。

図表 2-44 特定健診受診率比較

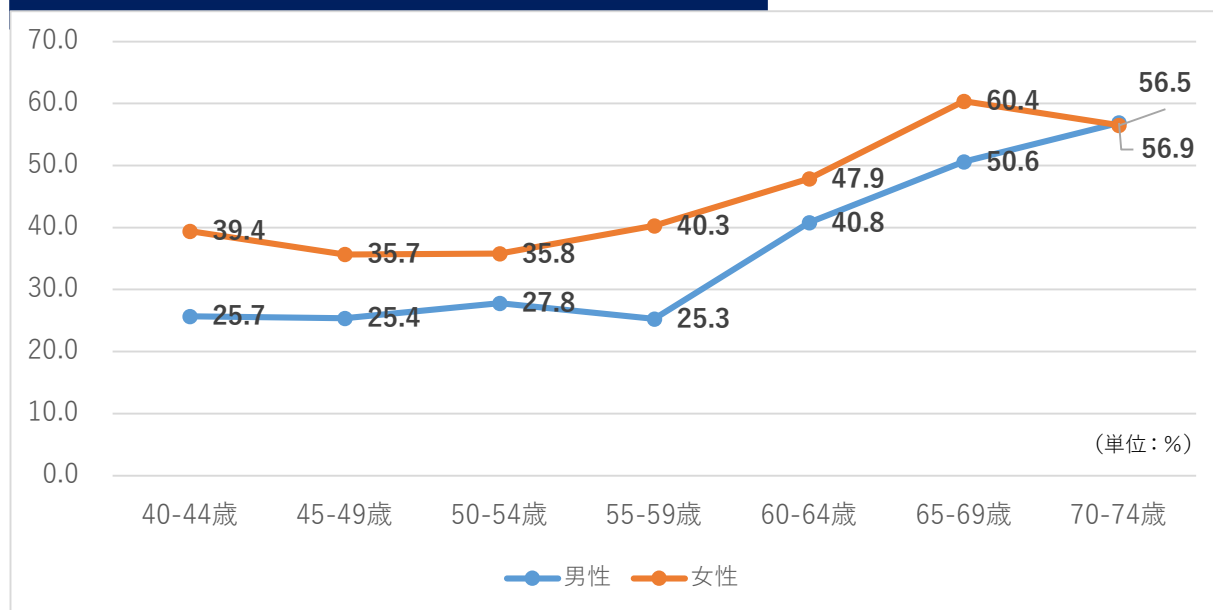


【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

(2) 年齢階層別・男女別健診受診状況

年代別の受診率をみると、65歳以上の受診率は50%を上回っていますが、男女ともに50歳代以下の若年層の受診率が低い状況です。

図表 2-45 年齢階層別・男女別の健診受診状況

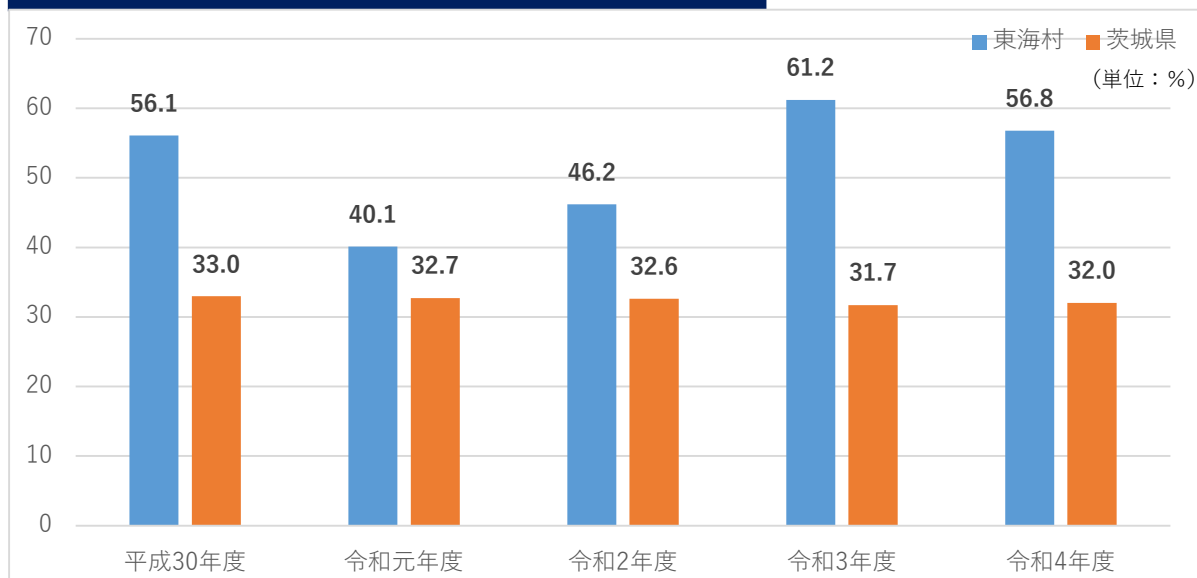


【資料】令和4年度特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

(3) 特定保健指導の実施率

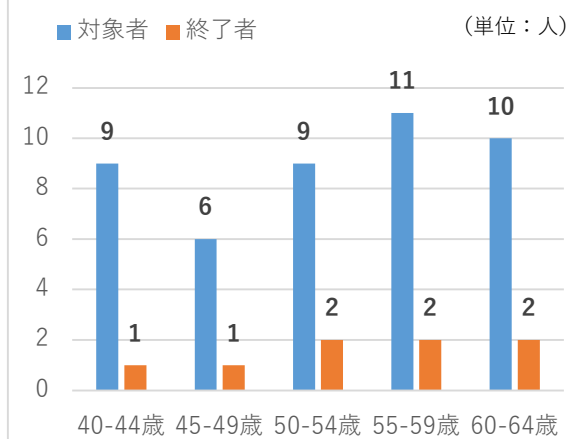
令和4年度の特定保健指導の実施率は56.8%で、県平均よりも高い状況ですが、引き続き国の目標値である実施率60%の達成に向けて取り組んでいきます。

図表 2-46 特定保健指導の実施率経年比較



【資料】平成30年度～令和4年度特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

図表 2-47 【男性】積極的支援実施率



図表 2-48 【女性】積極的支援実施率

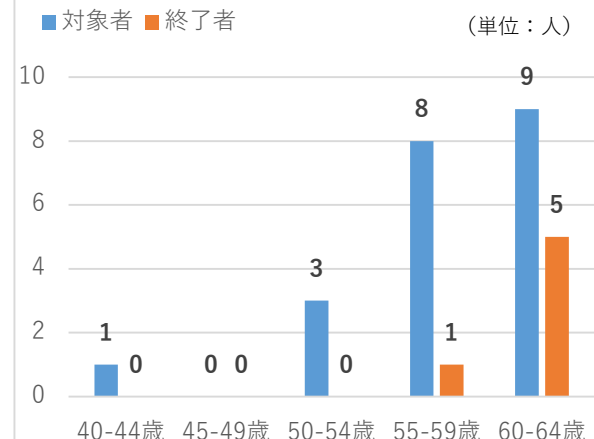
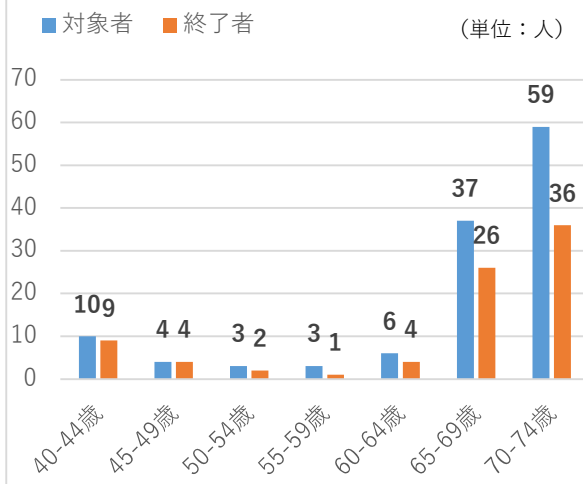
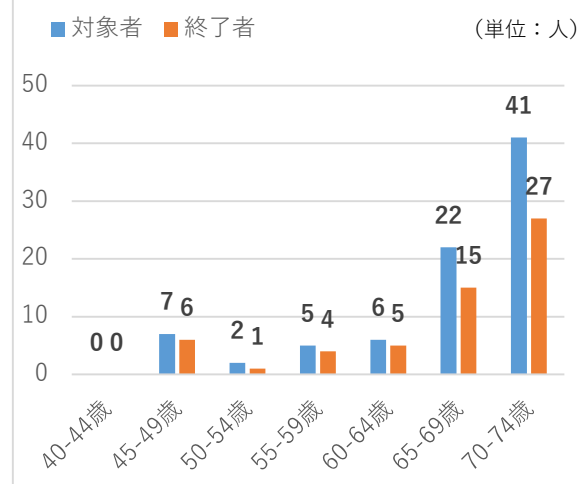


図 2-49 【男性】動機付け支援実施率



図表 2-50 【女性】動機付け支援実施率

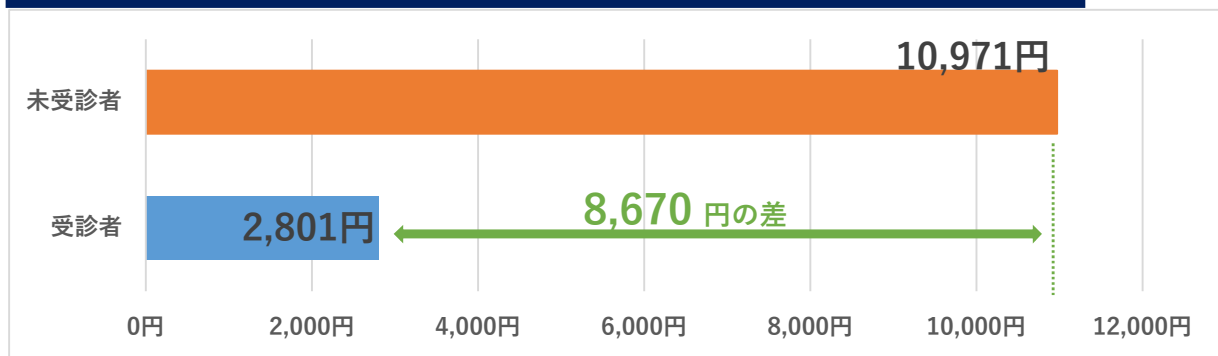


【資料】令和4年度特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

(4) 特定健診受診者と未受診者の医療費比較

健診受診者と未受診者の生活習慣病における医療費を比較すると、受診者の2,801円に対し、未受診者は10,971円で、健診受診者の約4倍近くの医療費がかかっている状況です。

図表 2-51 特定健診の受診有無による生活習慣病医療費比較



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No3 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(5) 特定健診の有所見者割合の結果分析

特定健診の有所見者の割合をみると、HbA1cの有所見者の割合は70%を超えており、LDL-コレステロールについても50%を超えています。

有所見者割合の結果について県や国と比較すると、男女ともにLDL-コレステロール、HbA1cの割合が高くなっています。

64歳以下の受診者と65歳以上の受診者を比較すると、全ての項目において、65歳以上の方の割合が高い状況となっています。

図表2-52 特定健診の有所見者結果 総計

(単位：人・％)

総計		BMI (25以上)		腹囲 (男性：85女性：90以上)		中性脂肪 (150以上)		HDL-C (40未満)		LDL-C (120以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		1,667,547	26.8	2,166,206	34.9	1,312,577	21.1	238,607	3.8	3,113,546	50.1
茨城県		42,737	28.0	51,632	33.8	37,160	24.5	6,047	4.0	80,081	52.5
東海村	合計	541	27.1	633	31.7	450	22.5	73	3.7	1,085	54.3
	40-64歳	173	8.7	182	9.1	143	7.2	27	1.4	327	16.4
	65-74歳	368	18.4	451	22.6	307	15.4	46	2.3	758	38.0

総計		HbA1c (5.6以上)		空腹時血糖 (100以上)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		2,068	74.9	1,540,102	24.8	2,997,769	48.3	1,287,743	20.7
茨城県		1,369	70.1	21,364	14.0	70,186	46.0	30,169	19.8
東海村	合計	1,457	73.0	161	8.1	897	44.9	391	19.6
	40-64歳	334	16.7	26	1.3	178	8.9	123	6.2
	65-74歳	1,123	56.2	135	6.8	719	36.0	268	13.4

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No23「健診有所見者状況 5-2（男女別・年代別）」

図表2-53 特定健診の有所見者結果 男性

(単位：人・%)

男性		BMI (25以上)		腹囲 (85以上)		中性脂肪 (150以上)		HDL-C (40未満)		LDL-C (120以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		905,914	33.9	1,490,020	55.8	749,761	28.1	193,921	7.3	1,198,511	44.8
茨城県		23,630	34.8	36,810	54.1	20,842	30.7	4,933	7.3	32,236	47.4
東海村	合計	280	34.5	434	53.4	243	29.9	64	7.9	396	48.8
	40-64歳	100	12.3	131	16.1	96	11.8	24	3.0	138	17.0
	65-74歳	180	22.2	303	37.3	147	18.1	40	4.9	258	31.8

男性		HbA1c (5.6以上)		空腹時血糖 (100以上)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		1,578,485	59.1	839,104	31.4	1,357,923	50.8	687,906	25.7
茨城県		44,445	65.4	12,290	18.1	32,618	48.0	17,161	25.2
東海村	合計	569	70.1	85	10.8	354	43.6	189	23.3
	40-64歳	134	16.5	13	1.6	80	9.9	67	8.3
	65-74歳	435	53.6	72	8.9	274	33.7	122	15.0

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No23「健診有所見者状況 5-2（男女別・年代別）」

図表2-54 特定健診の有所見者結果 女性

(単位：人・%)

女性		BMI (25以上)		腹囲 (90以上)		中性脂肪 (150以上)		HDL-C (40未満)		LDL-C (120以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		761,633	21.5	676,186	19.1	562,816	15.9	44,686	1.3	1,915,035	54.1
茨城県		19,107	22.6	14,822	17.5	16,318	19.3	1,114	1.3	47,845	56.6
東海村	合計	261	22.0	199	16.8	207	17.5	9	0.8	689	58.1
	40-64歳	73	6.2	51	4.3	47	4.0	3	0.3	189	15.9
	65-74歳	188	15.9	148	12.5	160	13.5	6	0.5	500	42.2

女性		HbA1c (5.6以上)		空腹時血糖 (100以上)		収縮期血圧 (130以上)		拡張期血圧 (85以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国		2,037,846	57.6	700,998	19.8	1,639,846	46.3	599,837	16.9
茨城県		56,534	66.8	9,074	10.7	37,568	44.4	13,008	15.4
東海村	合計	888	74.9	76	6.4	543	45.8	202	17.0
	40-64歳	200	16.9	13	1.1	98	8.3	56	4.7
	65-74歳	688	58.1	63	5.3	445	37.6	146	12.3

【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No23「健診有所見者状況 5-2（男女別・年代別）」

有所見者割合を年齢調整後の標準化比で比較すると、HbA1c及びLDL-コレステロールは、男女共に国よりも高く、どちらも有意な差がみられています。

図表 2-55 HbA1c 標準化比		
	茨城県比較	国比較
男性	107.0	118.9
女性	111.9	130.3

図表 2-56 LDL-コレステロール標準化比		
	茨城県比較	国比較
男性	103.1	108.6
女性	103.2	107.9

* 国立保健医療科学院健康課題把握ツールにて算出

【資料】 令和4年度 KDB システム帳票 No23 「健診有所見者状況 5-2（男女別・年代別）」

（６）ハイリスク未治療者の状況

ハイリスク未治療者の割合を平成30年度と令和4年度で比較すると、LDL-コレステロールは以前から未治療者割合が高く、依然として9割以上の方が未治療となっています。

また、血圧の未治療者割合は、男性では低下しましたが、女性では増えています。

生活習慣病の重症化を予防していくため、ハイリスク未治療者を確実に医療機関への受診につなげていく必要があります。

図表2-57【全体】ハイリスク未治療者の経年変化		
全体	平成 30 年度	令和 4 年度
血圧：160/100 以上の人数	25 人	27 人
うち未治療者の人数	16 人	18 人
割合	64.0%	66.7%
糖代謝：HbA1c6.5 以上の人数	364 人	286 人
うち未治療者の人数	151 人	126 人
割合	41.5%	44.1%
脂質：LDL-C160 以上の人数	373 人	268 人
うち未治療者の人数	350 人	250 人
割合	93.8%	93.3%

図表2-58【男性】ハイリスク未治療者の経年変化

男性	平成 30 年度	令和 4 年度
血圧：160/100 以上の人数	13 人	12 人
うち未治療者の人数	9 人	6 人
割合	69.2%	50.0%
糖代謝：HbA1c6.5 以上の人数	193 人	161 人
うち未治療者の人数	83 人	74 人
割合	43.0%	46.0%
脂質：LDL-C160 以上の人数	121 人	75 人
うち未治療者の人数	113 人	70 人
割合	93.4%	93.3%

図表2-59【女性】ハイリスク未治療者の経年変化

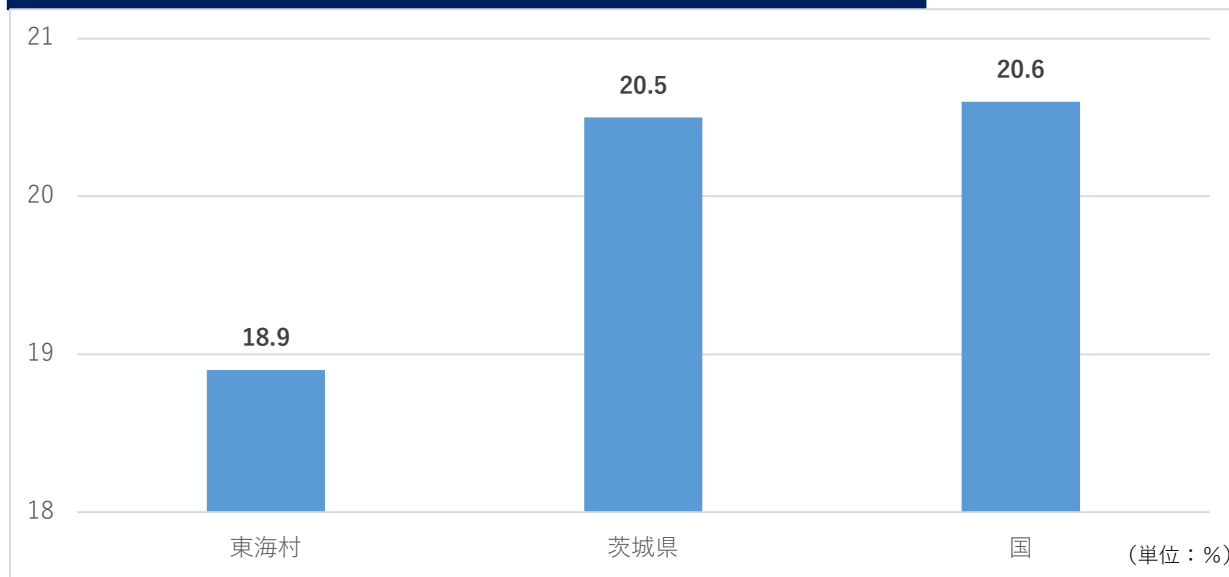
女性	平成 30 年度	令和 4 年度
血圧：160/100 以上の人数	12 人	15 人
うち未治療者の人数	7 人	12 人
割合	58.3%	80.0%
糖代謝：HbA1c6.5 以上の人数	171 人	125 人
うち未治療者の人数	68 人	52 人
割合	39.8%	41.6%
脂質：LDL-C160 以上の人数	252 人	193 人
うち未治療者の人数	237 人	180 人
割合	94.0%	93.3%

【資料】特定健診等データ管理システム帳票 FKAC167

(7) メタボリックシンドロームの該当者

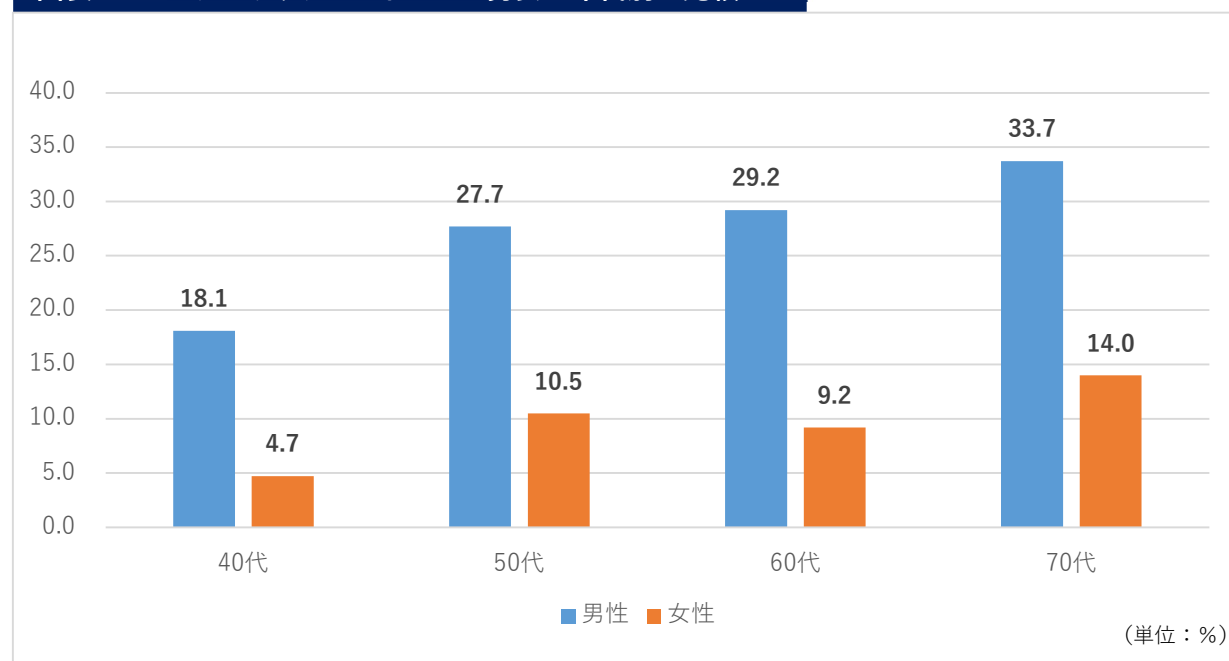
メタボリックシンドローム^{*12}の該当者の状況は、県・国より低くなっていますが、男女ともに、年齢が上がるにつれて割合が高くなっています。

図表 2-60 メタボリックシンドローム該当者比較



【資料】令和4年度 KDB システム帳票 No1「地域の全体像の把握」

図表 2-61 メタボリックシンドローム男女・年代別の比較

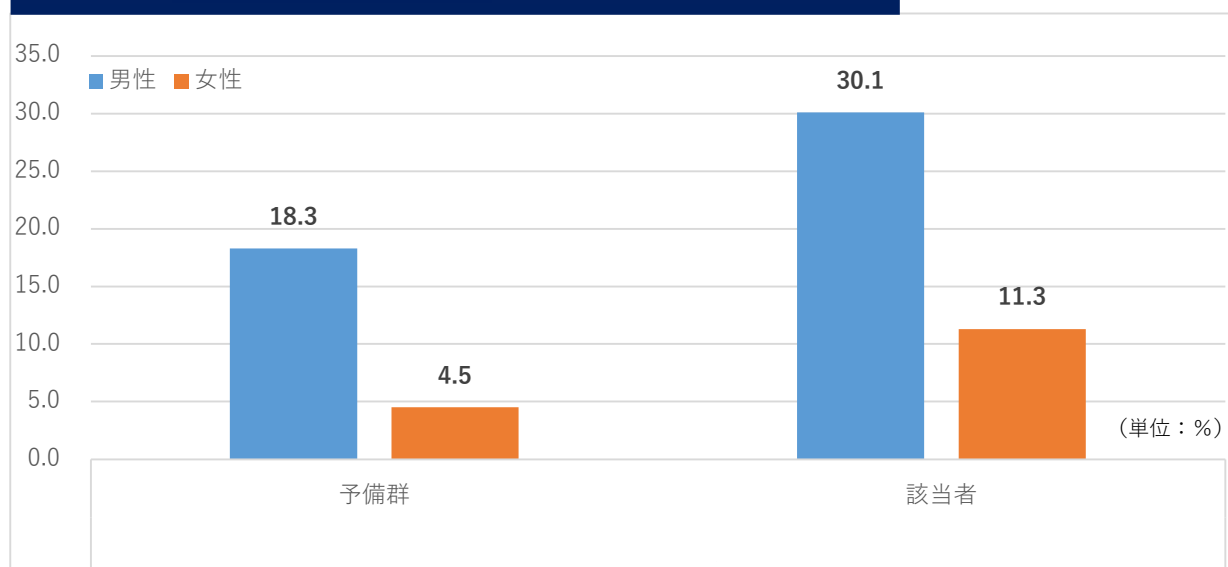


【資料】令和4年度特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

(8) メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の男女別比較

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群割合を男女別にみると、該当者及び予備群ともに男性が高くなっています。

図表 2-62 メタボリックシンドローム該当者・予備群 男女別比較

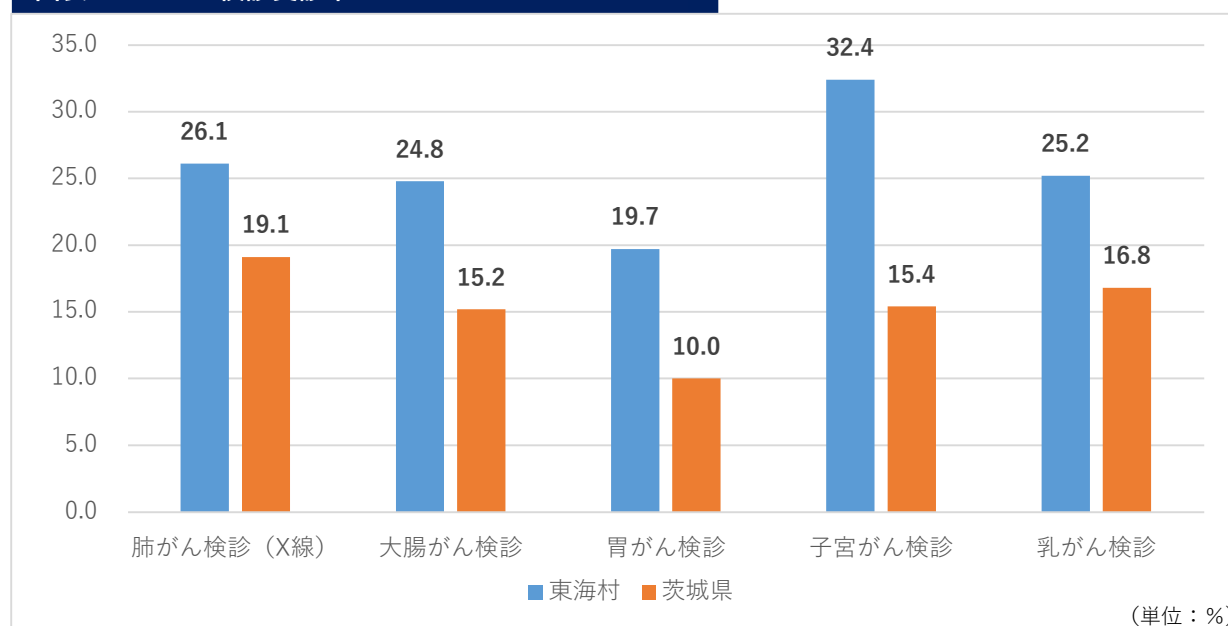


【資料】令和4年度特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果報告」

4 がん検診の状況

本村の各種がん検診受診率は、県よりも高い状況にありますが、がん（悪性新生物）は、本村の死因の1位であり、かつ、多くの医療費を要していることから、更なるがん検診受診率の向上を目指していきます。

図表 2-63 がん検診受診率



【資料】令和4年度市町村の住民検診におけるがん検診受診率（速報値）

5 後期高齢者の状況

茨城県後期高齢者医療広域連合第4次広域計画（令和4年2月）によると、茨城県の、一人あたりの後期高齢者の医療費は全国平均と比べて低い水準となっていますが、医療の高度化の進展や被保険者数の増加等によって、今後も増加が続くと想定されています。

本村においては、令和4年度の総医療費（医科）は約39億9千万円で、令和2年度にかけては新型コロナウイルス感染症に伴う受診控え等の影響により一旦減少しましたが、経年では増加傾向にあります。（図表2-64）

一人あたり入院医療費は、県と比べて低い水準ではありますが、令和2年度から令和4年度にかけて増加しており、一人あたり外来医療費は、県と比べて低く、経年の伸びは横ばいといえます。（図表2-65、図表2-66）

入院・外来を合わせた疾患別医療費の順位をみると、関節疾患、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、骨折、不整脈、脳梗塞、高血圧が上位となっています。（図表2-67）

これらから、発症や重症化の予防が可能と考えられる生活習慣病に関連した疾病については、国民健康保険の保健事業等と後期高齢者医療制度の保健事業を、切れ目なく一体的に実施することが重要だと考えます。

図表 2-64 総医療費

（単位：円）

	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
入院医療費	1,526,972,600	1,691,942,930	1,564,962,550	1,686,414,500	1,826,982,450
外来医療費	1,956,386,640	2,084,287,470	2,053,329,780	2,078,651,350	2,167,824,280
総医療費	3,483,359,240	3,776,230,400	3,618,292,330	3,765,065,850	3,994,806,730

【資料】令和4年度 KDB システム帳票健康課題の把握「市町村別データ」

図表 2-65 一人あたり入院医療費（月額）

（単位：円）

	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
東海村	25,966	27,440	24,632	26,096	27,299
茨城県	30,504	30,626	29,511	29,999	30,174

【資料】令和4年度 KDB システム帳票健康課題の把握「市町村別データ」

図表 2-66 一人あたり外来医療費（月額）

（単位：円）

	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
東海村	33,268	33,803	32,319	32,166	32,391
茨城県	33,929	34,607	33,191	33,820	33,647

【資料】令和4年度 KDB システム帳票健康課題の把握「市町村別データ」

図表 2-67 疾病別医療費の順位（入院＋外来）

	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
1位	慢性腎臓病 (透析あり)	慢性腎臓病 (透析あり)	関節疾患	関節疾患	関節疾患
2位	関節疾患	関節疾患	慢性腎臓病 (透析あり)	慢性腎臓病 (透析あり)	慢性腎臓病 (透析あり)
3位	糖尿病	骨折	糖尿病	糖尿病	糖尿病
4位	骨折	糖尿病	不整脈	骨折	不整脈
5位	高血圧	不整脈	骨折	不整脈	骨折
6位	不整脈	高血圧	高血圧	脳梗塞	脳梗塞
7位	脳梗塞	骨粗しょう症	骨粗しょう症	高血圧症	高血圧症

【資料】令和4年度 KDB システム帳票医療費分析（2）大・中・細小分類

6 第2期データヘルス計画の考察と評価

(1) 評価の考え方

- アウトプット指標（事業の実施量等，事業実施に直接関連する指標）の評価については，以下の定義に従い，A～Cの3段階に区分します。

判定区分	内 容
A	実施目標を達成している
B	実施目標には届かなかったが，実施した
C	実施しなかった

- アウトカム指標（数値の改善等，成果に関する指標）の評価については，以下の定義に従い，A～Dの4段階に区分します。

判定区分	内 容
A	目標を達成している
B	目標には届かなかったが改善がみられる
C	改善が見られない
D	取り組むことができなかった

なお，アウトプット指標は目標を達成しているにも関わらず，アウトカム指標に改善が見られない場合は，事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため，事業量の増加や事業内容の見直しを検討していきます。

(2) 前期計画考察（全体）

第2期データヘルス計画では，次ページの重点事業①～⑤の他，保健事業評価一覧表（図表2-68）にある個別の保健事業について実施してきました。各個別の保健事業については，目標には達しないものの，改善がみられた事業が多い状況でした。

また，計画の中長期的な目標項目については改善がみられるものの，一部，達成には至らなかった項目があるため，更なる推進が必要と考えます。

(3) 実施状況と評価

第2期のデータヘルス計画の保健事業計画の中で，重点事業に掲げていた事業概要及び評価指標の達成状況は次のとおりです。

① 特定健康診査未受診者対策

実施担当課：保険課

目的	- 健康状態の把握と生活習慣病の早期発見と予防 - 特定健診の受診率向上
対象者	前年度の特定健診未受診者
方法	- 前年度の未受診者に対し，受診勧奨通知を送付 - 広報等での周知 - 未受診者を対象に追加検診の実施→1月に2回 - 村内施設に健診受診勧奨ポスターの掲示

ストラクチャー	目標値 ベースライン	令4年度	指標 判定
委託先や関係 機関との連携	100%	100% (委託先：株式会社キャンサーズキャン)	A
予算の確保	100%	100%	
準備から事業終了までの 稼働時間	—	6/20～3/20	
プロセス	目標値 ベースライン	令和4年度	指標 判定
対象者の選定 及び通知内容	—	AIによるデータ分析で受診確率の高い対象者を抽出し、ナッジ理論を活用した資材の作成	A
対象者の意識の変化	6.0%以上 15%以上 40%以上	初回受診率：6.0% 40代の受診率：27.6% 50代の受診率：29.1%	
アウトプット	目標値 ベースライン	令和4年度	指標 判定
対象把握数	—	3,170人	A
受診勧奨通知送付人数	—	延べ人数：5,500人	
広報等掲載回数	—	3回/年	
アウトカム	目標値 ベースライン	令和4年度	指標 判定
勧奨者の健診受診率	30.0%以上	29.7%	B
事業判定 B	委託業者が独自に開発したAIを用いてデータ分析を行い、対象者のタイプに合わせた勧奨メッセージを作成・送付した。目標値には達していないため新たな方法での周知・啓発を考えて取り組んでいる。新たな周知内容の効果については次年度以降評価する。		

② 重複・頻回受診者訪問指導

実施担当課：保険課

目的	被保険者の医療費に対する意識の向上と医療費の適正化を図る
対象者	多 受 診：同一傷病について、同一月内に同一診療科目(外来)を 15 回以上受診する者 重複受診：同一傷病について、同一月内に同一診療科目につきレセプト 4 枚以上(4 医療機関)保有する者
方法	国保連の重複多受診者一覧表とレセプトを照らし合わせ、対象者を抽出・選定 対象者宅を訪問し、状況確認とともに必要に応じて助言・指導を行う。

ストラクチャー	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標 判定
関係機関との連携	100%	100%(国保連合会)	A
予算の確保	—	100%	
実施体制	—	担当課保健師：1 人	
プロセス	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標 判定
対象者の抽出	—	国保情報ネットワーク内の電子帳票システム	A
受診状況の確認	—	国保総合システムでレセプトを確認	
実施方法と指導内容	—	電話及び訪問 受診状況及び治療内容の確認と受診(服薬)に対する本人の考えを聴取りリーフレットを用いて、必要に応じて助言・指導を実施	A
対象者の意識の変化	100%	適正受診について、肯定的な意見が聞かれた	B
アウトプット	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標 判定
対象把握数	100%	4 人	A
電話及び訪問人数	100%	2 人	
アウトカム	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標 判定
訪問後の受療状況	100%	改善あり：2 人	B
医療費の適正化 (総医療費・件数)	減少	1,959,437,470 円 (48,994 件)	
事業判定 B	令和 4 年度は頻回受診者 2 人、重複受診者 2 人が対象であった。頻回受診者には、通知後電話にて指導を実施。身体及び治療状況の確認を行ったうえで、それぞれの受診状況に応じ適正受診についての説明・指導を実施した。頻回受診者は整形外科の通院者で、医師の指示で毎日通院や痛みがあるため通院しているケースが多いが、その後 2 名共に改善がみられた。重複受診者 2 人の内 1 名は通知後改善、1 名は月に 1 回程度訪問したり電話連絡をするが、連絡がつかず、本人と話すことができない状況であった。 令和 6 年度からは、重複・多剤処方該当者への訪問指導も合わせて行うことで更なる医療費適正化につなげていきたい。		

③ 有所見で未治療者の重症化予防

実施担当課：健康増進課

目的	ハイリスクの有所見者で未治療者の早期受診による重症化予防
対象者	特定保健指導の対象者で以下の数値にあてはまる者 Ⅱ度高血圧(160/100) HbA1c 6.5%以上 LDL-C 160 以上
方法	年度内にヤング健診または特定健診を受診した者のうち、基準以上の有所見者で、医療機関において未治療の者に対し、案内通知や訪問指導等による受診勧奨を実施。

ストラクチャー	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標判定
担当職種及び人数	—	・保健師 1 人 ・管理栄養士 3 人	A
プロセス	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標判定
周知方法	—	対象者に案内通知を郵送	A
実施方法	—	特定保健指導での面談や電話等	
評価方法	—	KDB システムで受療状況を確認	
アウトプット	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標判定
対象把握数 ①Ⅱ度高血圧 ②HbA1c 6.5%以上 ③LDL-C160 以上	—	特定保健指導対象者 110 人のうち ① 8 人 ② 10 人 ③ 26 人	B
受診勧奨指導者数	—	24 人	
不在により案内通知を実施した人数	—	43 人	
アウトカム	目標値 ベースライン	令和 4 年度	指標判定
対象者のうち受療確認した人数と割合		25 人 56.8%	A
事業判定 A	特定保健指導対象者のうち、①Ⅱ度高血圧②HbA1c6.5%以上③LDL コレステロール 160 以上に該当する者に対し受診勧奨を行い、高血圧・糖尿病重症化予防への支援を行ってきた。健診後に、すみやかに受診勧奨を行うことで、対象者の医療機関受診を促すことができた。		

④ 糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防の取組み

実施担当課：保険課・健康増進課

目的	重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者に対し受診勧奨を実施し、適切な治療へとつなげる 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に対し医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止する
対象者	【受診勧奨対象者】 ■過去3年間の健診データで、空腹時血糖及びHbA1cが受療判定値を超えているが、直近1年間において糖尿病受療歴がない者 ■過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間において糖尿病受療歴がない者 【保健指導対象者】 ■HbA1c7.0%以上で次のいずれかに該当する者（除外基準有） ・尿蛋白（±）以上 ・e-GFR60ml/分/1.73m ² 未満
方法	【受診勧奨対象者】 ■通知による勧奨を実施 →その後レセプトを確認し、未受診である者に対し、電話及び訪問による再勧奨を実施 【保健指導対象者】 ■医師会及び各医療機関と連携を図り、同意が得られた者に対し、保健指導を実施

【受診勧奨】

ストラクチャー	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	指標 判定
医師会及び 関係機関との連携	—	那珂医師会 健康増進課	100%	100%	A
プロセス	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
実施方法	—	個別通知	100%	100%	A
アウトプット	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
通知による実施割合	100%	未治療者：22人 治療中断者：9人	100%	100%	B
勧奨による受診者数	100%		1人	3.2%	
アウトカム	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
健診結果の改善率	10%	確認人数：1人	未把握	—	D
事業判定 B	前年度の健診結果が受療判定値以上で、今年度の健診結果で改善が見られなかった未治療者及び治療中断者14人に対し、医療機関への受診勧奨通知を送付した。通知後レセプトを確認したところ未治療者1名の受診を確認したが、治療中断者の受診は0人であった。今後も継続的な事業実施が必要である。				

【保健指導】

ストラクチャー	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	指標判定
糖尿病連携手帳の 活用割合	100%	3 人	100%	100%	A
プロセス	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
保健指導回数	1 回以上/人	3 回/人	100%	100%	A
アウトプット	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
対象者のカバー率	100%	3 人	3 人	100%	A
アウトカム	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
データの改善率	50%	3 人	3 人	100%	A
事業判定 A	本人及び主治医の同意が得られた 3 名に対し、保健指導を実施。それぞれ HbA1c 値や体重の減少等、改善が確認でき、目標を達成することができた。				

⑤ 食生活改善教室

実施担当課：保検課

目的	食生活改善の行動変容を促し、検査データの改善とともに、糖尿病などの生活習慣病の発症予防へとつなげる
対象者	前年度の特定健診の結果で、高血圧Ⅰ～Ⅲ度の者 *特定保健指導該当者は除く
方法	・簡易型自記式食事歴法質問票(BDHQ)を用いて食事アセスメントを実施 ・アセスメントの結果に基づき、管理栄養士が個別に計3回の食生活指導を実施 ・指導後の行動変容確認のため、再度、簡易型自記式食事歴法質問票(BDHQ)を用いて食事アセスメントを実施

ストラクチャー	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	指標 判定
委託業者との打ち合わせ回数	5回	5回	100%	100%	A
予算の確保	—	—	100%	100%	
プロセス	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
対象者の把握率	100%	401人	100%	100%	A
アウトプット	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
事業参加率	30%	参加:30人(途中自己都合により離脱2名)	7.5%	100%	B
肯定的な意見が聞かれた割合	80%	27人	26人	96%	
アウトカム	目標値 ベースライン	実施内容及び結果		実績値	評価
食生活を改善できた人の割合	80%	27人	24人	89.0%	A
事業判定 A	当初30人の申し込みがあったが、私事都合や体調不良等による欠席や途中離脱者が2人、それ以外の28人は全5回の事業に参加。終了時に実施したアンケートでは(27名に実施)、26名が「参加して良かった」と回答しており、9割近い参加者から「食事内容や生活習慣に変化があった」との回答が得られた。				

【図表 2-68】 保健事業の評価一覧

事業名	目的・目標	対象(状態・人数)	方法	令和2年度実績							
				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
健康 診 査	特定健康診査	・健康状態の把握と生活習慣病の早期発見と予防 ・特定健診の受診率向上	・40歳以上の国保加入者	・広報等での周知 6月～1月まで、保健センター、指定医療機関において実施 →集団健診:約30回 →施設健診:村内及び那珂市内の21ヶ所の指定医療機関	医師会や関係機関との連携 予算の確保 特定健診に係る人員の確保 受診券発送準備から事業終了までの稼働期間	周知及び通知方法 実施方法	B	実施回数:33回 ・総合検診18日間 ・住民検診10日間 ・漏れ者検診5日間 広報掲載:3回/年	B	受診率:43% 初回受診者:7.1% 集団健診利用者数:1,469人 施設健診受診者数:362人 ドック受診者数:283人 計:2,114人	B
	生活習慣病予防健診費補助金交付事業(一般及び脳ドック)	・生活習慣病や疾病の早期発見に努め、健康の保持・増進を図る	・18～74歳までの国保加入者(高齢者を除く)	・広報等での周知 ・申請受付期間:4月1日から3月上旬 一般及び脳ドック健診希望者に対し、費用を助成 【助成対象健診機関】 【一般】 村立東海病院、日製ひたちなか総合病院総合健診センター、日製日立総合病院日立総合健診センター、茨城県庁イカルセンター、東関東クリニック 【脳】 聖麗マリム病院、聖麗マリムひたちなか、日製ひたちなか総合病院総合健診センター、日製日立総合病院日立総合健診センター、アレイバ7南太田、アレイバ7ひたちなか	契約機関との連携 予算の確保 契約から事業終了までの稼働期間	周知方法 実施方法	B	広報紙等での周知回数 ・広報掲載:1回/年 ・健康カレンダーの配布	B	健診機関数 一般:5ヶ所 脳:4ヶ所 ドック申請(受診)者数 一般:293人申請/283人受診 脳:41人申請/39人受診	B
医療 費 適 正 化	医療費通知	・被保険者の医療費に対する意識の向上を図る	・医療機関を受診した0～74歳	・医療費通知:受診者名・医療機関名・費用額等を記載した通知を年6回送付	関係機関との連携 予算の確保	通知方法 実施方法	A	1回毎の通知文の発送枚数 ・5月:3,242通 ・7月:3,189通 ・9月:3,104通 ・11月:3,580通 ・1月:3,104通 年実施回数:5回/年	A	医療費の適正化 総医療費:2,090,464,490円	A
	後発(ジェネリック)医薬品の利用促進	・後発医薬品の利用を促進し、医療費の適正化を図る	・40歳以上 差額500円以上 高血圧、高脂血症、糖尿病、血管拡張剤、血液凝固阻害剤等	・後発医薬品希望カードの配布 ・後発医薬品を利用した場合の自己負担軽減額を毎月通知(年3回通知を平成30年より毎月通知に追加)	関係機関との連携 予算の確保	対象者の抽出方法 実施方法	A	年間通知件数:643通 年実施回数:12回 カードの配布枚数:643枚(通知に同封) (対象薬剤:高血圧、高脂血症、脳梗塞、心筋梗塞にかかる薬等)	A	後発医薬品数量シェア率 令和3年1月診療分:82.9%	A
ハイ リ ス ク ア プ ロ ー チ	特定保健指導	・生活習慣病の発症及び重症化を目的としたメタリック・リスク・ルームの予防・解消	・特定健診結果をもとに、リスクの高さに応じて、いり別に対象者を選定(階層化)	・健診結果通知に利用助奨の案内通知を同封。 「積極的支援」の方 訪問により初回面談の日時を決定→3ヶ月以上の継続 →3ヶ月後評価 「動機づけ支援」の方 訪問または来所による面談→3ヶ月後評価	担当職種・人数 管理栄養士2名、保健師1名 場所:保健センター 委託の有無:無	通知方法:健診結果通知に利用助奨の案内通知を同封。 実施方法:個別で対応。 評価方法:評価シートにて点数化したものを、システムに入力 再勧奨の方法:電話や手紙	C	対象者数:264人 訪問指導数:0人 特定保健指導利用者数:128人 特定保健指導終了者:122人 脱落者:75名	B	実施率:46.2% 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率:8.4%	C
	ダイエットプログラム(減量支援)*令和4年度で終了	・生活習慣病発生のリスクを高める高血圧、高血糖、脂質異常の発生を予防する	・健診結果で下記のいずれかに該当する30歳～64歳の者 BMI25以上 腹囲 女性90cm以上、男性85cm以上 HbA1c5.6%以上	・年度内にヤング健診または特定健診受診者で基準に該当した者に案内通知を送付。 (講師)管理栄養士による食事指導と健康運動指導士による運動指導を実施	担当講師職種・人数 保健師1名	周知方法:広報、HP、通知(国民健康保険特定保健指導対象者に対し、本講座の案内を健診結果に同封して郵送) 実施方法:前半は、内臓脂肪の減少に効果的で日常取り組みやすい運動やストレッチの指導。後半は、内臓脂肪の減少に効果的な食料やメニューの選び方、簡単に作れる「ヘルシーメニュー」の提案。 評価方法:アンケートの実施	C	事業実施回数:3回 参加者数(実):25人 延べ参加者数:25人	C	参加者のうち、翌年の健診結果で該当項目に改善が見られた者の数:5人	C
ポ ピ ュ ー リ ー シ ョ ン ア プ ロ ー チ	健康づくり計画推進委員会による「みんなですこやかウォーキング」	・ウォーキングを手段とした運動習慣のきっかけづくり	・3～5kmを1時間程度で歩ける方	・月に1回(6～8月を除く)午前中、村内のウォーロードを活用した約3～5kmを1時間程度ウォーキング	事業に係るすこやか委員人数 担当職種・人数 保健師・15人	周知方法:広報、HP、みんなの健康ひろば	C	事業実施回数:6回	C	全参加者数:122人 年代別参加者割合:不明	C
	リラックスエクササイズ	・運動習慣の獲得のきっかけづくり	・30歳～74歳	・総合型地域スポーツクラブ「スマイルTOKAI」に委託し、若い世代の運動習慣獲得のきっかけとして、月3回程度の運動教室を実施	担当講師職種・人数: ヨガインストラクター、健康運動指導士4人 予算(内訳)404,690円	周知方法:広報 実施方法:スマイルTOKAIへ業務委託	C	事業実施回数:65回	C	全参加者数:271人 年代別参加者割合:不明	C
	女性のための健康講座	・若い女性が自分自身の身体と心の健康について学ぶ機会	・20歳～64歳までの女性(令和2年度は、20～59歳)	・女性の身体と心(生理周期、ホルモン等)についての座学、食事や運動の実技	担当講師職種・人数:管理栄養士、ヨガインストラクター、健康運動指導士4人 実施場所:多目的ホール	周知方法:広報、HP、児童センター、社協、保健センターにポスターまたはチラシを設置 実施方法:女性の心身の変化や健康、女性に優しい食事についての講話や、ヨガやストレッチ、ダンスエクササイズなどの運動体験 評価方法:アンケート	C	事業実施回数:5回	C	実参加者数:32人のべ参加者数:57人 年代別参加者割合:20～39歳:40～59歳: ※40～59歳(スマートエイジング)35～49歳(美ボディ)、20～39歳(リフレッシュビューティ)の女性に分けて実施しているため、割合不明。	C
	元気アップ!健康相談	・心身の健康に関する個別相談による健康増進及び生活習慣改善	・全住民	・健診結果の見方、食生活や運動習慣についての相談を保健師、管理栄養士が応じる。	担当職種:管理栄養士、保健師・人数:不明 実施場所:保健センター 開設日:12日間・時間:午前9:00～11:30 午後13:00～17:00	実施方法:管理栄養士、保健師の個別相談 周知方法:特になし	C	面談者数:13人 電話相談者数:0人	C	相談者数:13人 年代別相談者割合 40代:2人(15.4%) 50代:3人(23.0%) 60代:2人(15.4%) 70代:6人(46.2%)	C
	(管理栄養士による)食育の取組み	・生活習慣病発症予防のための食生活改善	・全住民	・【食育の啓発・推進】 ・乳幼児健診等、各種事業での栄養指導の実施 ・食生活に関する各世代への相談・支援の実施 住民、地区組織、団体等への講習会の実施	担当職種:管理栄養士 人数:2名	周知方法: 広報誌、ホームページへの掲載 チラシの送付や配布等 実施方法:対象者へ栄養指導や講習会の実施	A	事業実施実績(事業名) ・離乳食教室開催数:6回 ・母子相談における栄養相談の開催数:12回 ・ヘルスメイトジュニア事業の開催数:2回	B	相談者数(参加者数) ・離乳食教室参加者数:47人 ・母子相談における栄養相談参加者:89人 ・ヘルスメイトジュニア事業参加者数:27人	C
	食生活改善推進員による食育の取組み	・地域住民への食生活改善についての普及啓発	・全住民	・【地域における食育の啓発・推進】 ・各世代にむけた健康な食に関する教室等の実施	事業に係る食生活改善推進員数:78人 担当職種:管理栄養士 人数:2人	周知方法: 広報、ホームページ、チラシの配布等 実施方法: 対象者に講話を実施またはパンフレットを配布	A	・世代別生活習慣病予防スキルアップ事業の開催数:2回 ・健診普及啓発事業の開催数:4回 ・茨城食文化伝承事業の開催数:2回	B	・世代別生活習慣病予防スキルアップ事業の参加者数:20人 ・健診普及啓発事業の参加者数:55人 ・茨城食文化伝承事業の参加者数:20人 ・親子食文化伝承事業の参加者数:組	C

令和3年度実績							令和4年度実績								
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	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
医師会や関係機関との連携 予算の確保 特定健診に係る人員の確保 受診券発送準備から事業終了までの稼働期間	B	周知及び通知方法 実施方法	B	実施回数:30回 ・集団検診28日間 ・漏れ者検診2日間 広報掲載:3回/年	B	受診率:49.6% 初回受診者:11.2% 集団健診利用者数:1,847人 施設健診受診者数:225人 ドック受診者数:283人 計:2,355人	B	医師会や関係機関との連携 予算の確保 特定健診に係る人員の確保 受診券発送準備から事業終了までの稼働期間	B	周知及び通知方法 実施方法	B	実施回数:29回 ・集団検診27日間 ・漏れ者検診2日間 広報掲載:3回/年	B	受診率:48.2% 初回受診者:6% 集団健診利用者数:1,750人 施設健診受診者数:209人 ドック受診者数:305人 計:2,264人	B
契約機関との連携 予算の確保 契約から事業終了までの稼働期間	B	周知方法 実施方法	B	広報紙等での周知回数 ・広報掲載:1回/年 ・健康カレンダーの配布	B	健診機関数 一般:5ヶ所 脳:4ヶ所 ドック申請(受診)者数 一般:289人申請/283人受診 脳:41人申請/33人受診	B	契約機関との連携 予算の確保 契約から事業終了までの稼働期間	B	周知方法 実施方法	B	広報紙等での周知回数 ・広報掲載:1回/年 ・健康カレンダーの配布	B	健診機関数 一般:5ヶ所 脳:6ヶ所 ドック申請(受診)者数 一般:308人申請/305人受診 脳:64人申請/59人受診	B
関係機関との連携 予算の確保	A	通知方法 実施方法	A	1回毎の通知文の発送枚数 ・5月:3,104通 ・7月:3,049通 ・9月:3,145通 ・11月:3,115通 ・1月:3,562通 年実施回数:5回/年	A	医療費の適正化 総医療費:2,049,062,260円	A	関係機関との連携 予算の確保	A	通知方法 実施方法	A	1回毎の通知文の発送枚数 ・5月:3,081通 ・7月:2,950通 ・9月:3,073通 ・11月:3,046通 ・1月:3,472通 年実施回数:5回/年	A	医療費の適正化 総医療費:1,959,437,470円	A
関係機関との連携 予算の確保	A	対象者の抽出方法 実施方法	A	年間通知件数:362通 年実施回数:12回 カードの配布枚数:362枚 (通知に同封) (対象薬剤:高血圧, 高脂血症, 脳梗塞, 心筋梗塞にかかる薬等)	A	後発医薬品数量シェア率 令和4年1月診療分:82.1%	A	関係機関との連携 予算の確保	A	対象者の抽出方法 実施方法	A	年間通知件数:265通 年実施回数:12回 カードの配布枚数:265枚 (通知に同封) (対象薬剤:高血圧, 高脂血症, 代謝性医薬品, 消化性潰瘍用剤, 脳梗塞, 心筋梗塞にかかる薬等)	A	後発医薬品数量シェア率 令和5年1月診療分:83.8%	A
担当職種・人数: 管理栄養士2名, 保健師1名 場所:保健センター 委託の有無:無	C	通知方法:健診結果通知に 利用勧奨の案内通知を同封。 実施方法:個別に対応。 評価方法:評価シートにて 点数化したものを, システム に入力 再勧奨の方法:電話や手紙	C	対象者数:281人 訪問指導数:1人 特定保健指導利用数: 197人 特定保健指導終了者: 172人 脱落者:25名	B	実施率:61.2% 特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率:18.4%	C	担当職種・人数:管理栄養士 1名, 保健師1名 場所:保健センター 委託の有無:無	C	通知方法:健診結果通知に 利用勧奨の案内通知を同封。 実施方法:評価シートにて 点数化したものを, システム に入力 再勧奨の方法:電話や手紙	C	対象者数:272人 訪問指導数:1人 特定保健指導利用数: 205人 特定保健指導終了者: 137人 脱落者:68名	B	実施率:56.8% 特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率:17.2%	C
担当講師職種・人数	C	周知方法:広報, HP, 通知 (国民健康保険特定保健指導 対象者に対し, 本講座の案内を 健診結果に同封して郵送) 実施方法:前半は, 内臓脂肪の 減少に効果的で日常取り 組みやすい運動やストレッチの 指導。後半は, 内臓脂肪の減少に 効果的な食料やメニューの選 び方, 簡単に作れる「ヘルシーメ ニュー」の提案。 評価方法:アンケートの実施	C	事業実施回数:3回 参加者数(実):18人 延べ参加者数:18人	B	参加者のうち, 翌年の健診結果 で該当項目に改善が見られた 者の数:5人	C	担当講師職種・人数: 保健師1名	C	周知方法:広報, HP, 通知 (国民健康保険特定保健指導 対象者に対し, 本講座の案内を 健診結果に同封して郵送) 実施方法:前半は, 内臓脂肪の 減少に効果的で日常取り 組みやすい運動やストレッチの 指導。後半は, 内臓脂肪の減少に 効果的な食料やメニューの選 び方, 簡単に作れる「ヘルシーメ ニュー」の提案。 評価方法:① 講座前後の意識 の変化(講座後アンケート)	C	事業実施回数:3回 参加者数(実):27人 延べ参加者数:27人	B	参加者のうち, 翌年の健診結果 で該当項目に改善が見られた 者の数:5人	C
事業に係るすこやか委員人数 担当職種・人数保健師・15人	C	周知方法:広報, HP, みんなの 健康ひろば	C	事業実施回数:7回	B	全参加者数:103人 年代別参加者割合:不明	C	事業に係るすこやか委員人数 担当職種・人数保健師・15人	C	周知方法:広報, HP, みんなの 健康ひろば	C	事業実施回数:8回	B	全参加者数:171人 年代別参加者割合:不明	C
担当講師職種・人数:コグイン ストラクター, 健康運動指導士4人 予算(内訳)738, 509円	C	周知方法:広報 実施方法:スマイルTOKAI A業務委託	C	事業実施回数:46回	B	全参加者数:500人 年代別参加者割合:不明	C	担当講師職種・人数:コグイン ストラクター, 健康運動指導士4人 予算(内訳)386, 505円	C	周知方法:HP, 3歳児健診, 母子健康相談時にチラシを 配布, チラシの設置 実施方法:スマイルTOKAI に業務委託	C	事業実施回数:24回	B	全参加者数:183人 年代別参加者割合:不明	C
担当講師職種・人数:管理栄養士, コグインストラクター, 健康運動指導士4人 実施場所:多目的ホール	C	周知方法:広報, HP, 児童 センター, 社協, 保健セン ターにポスターまたはチラシ を設置 実施方法:女性の心身の 変化や健康, 女性に優しい食 事についての講話や, ヨガ やストレッチ, ダンスエクサ サイズなどの運動体験 評価方法:アンケート	C	事業実施回数:8回	B	実参加者数:23人 のべ参加者数:53人 年代別参加者割合:20代, 30代:40~59歳: ※40~59歳(スマートエイジング)35~49歳(美ボディ), 20~39歳(リフレッシュビューティー)の女性に分けて実施しているため, 割合不明。	C	担当講師職種・人数:管理栄養士, コグインストラクター, 健康運動指導士4人 実施場所:多目的ホール, 総合体育館	C	周知方法:広報, HP, 児童 センター, 社協, 保健セン ターにポスターまたはチラシ を設置 実施方法:女性の心身の 変化や健康, 女性に優しい食 事についての講話や, ヨガ やストレッチ, ダンスエクサ サイズなどの運動体験 評価方法:アンケート	C	事業実施回数:4回	B	実参加者数:28人 のべ参加者数:87人 年代別参加者割合:20代, 30代:40~59歳: ※50~64歳(スマートエイジング)35~54歳(美ボディ), 20~39歳(リフレッシュビューティー)の女性に分けて実施しているため, 割合不明。	C
担当職種:管理栄養士, 保健師・人数:不明 実施場所:保健センター 開設日:12日間・時間:午前9:00~11:30 午後13:00~17:00	C	実施方法:管理栄養士, 保健師の 個別相談 周知方法:特になし	C	面談者数:24人 電話相談者数:0人	B	相談者数:未把握 年代別相談者割合:未把握	C	担当職種:管理栄養士, 保健師・人数:不明 実施場所:保健センター 開設日:12日間・時間:午前9:00~11:00 午後13:00~15:00	C	実施方法:管理栄養士, 保健師の 個別相談 周知方法:特になし	C	面談者数:37人 電話相談者数:0人	B	相談者数:未把握 年代別相談者割合:未把握	C
担当職種: 管理栄養士 人数 2名	A	周知方法: ・広報誌への掲載 20回, ホームページへの掲載 ・チラシの送付や配布等 実施方法: 対象者へ栄養指導や講習会の実施	B	事業実施実績(事業名) ・離乳食教室開催数 6回 ・母子相談における栄養相談の開催数:12回 ・ヘルスメイト17事業の開催数 2回	B	相談者数(参加者数) ・離乳食教室参加者数:57人 ・母子相談における栄養相談参加者数:102人 ・ヘルスメイト17事業の参加者数:20人	B	担当職種: 管理栄養士 人数:2名	A	周知方法: ・広報誌・ホームページへの掲載 ・チラシの送付や配布等 実施方法: 対象者へ栄養指導や講習会の実施	B	事業実施実績(事業名) ・離乳食教室開催数:6回 ・母子相談における栄養相談の開催数:12回 ・ヘルスメイト17事業の開催数:8回	B	相談者数(参加者数) ・離乳食教室参加者数:76人 ・母子相談における栄養相談参加者数:145人 ・ヘルスメイト17事業の参加者数:181人	B
事業に係る食生活改善推進員数:74人 担当職種 管理栄養士 人数:2人	B	周知方法: 広報・ホームページ, チラシの配布等 実施方法: 対象者に講話を実施またはパンフレットを配布	C	・世代別生活習慣病予防スキルアップ事業の開催数:1回 ・食文化伝承事業開催数:1回	C	・世代別生活習慣病スキルアップ事業参加者数:150人 ・食文化伝承事業参加者数:18人	C	事業に係る食生活改善推進員数:72人 担当職種 管理栄養士 人数:2人	B	周知方法: 広報・ホームページ, チラシの配布等 実施方法: 対象者に講話(調理実習を含む)の実施またはパンフレットを配布	B	・味噌汁分け測定会の開催数:3回 ・食文化伝承事業の開催数:1回 ・男性料理教室の開催数:1回 ・減塩教室の開催数:1回	B	・味噌汁分け測定会の参加者数48人 ・食文化伝承事業の参加者数:12人 ・男性料理教室の開催数:6人 ・減塩教室の開催数:6人	B

7 東海村の現状と健康課題のまとめ

～国保データベース KDB システム等の分析より～

(1) 医科医療費の状況

- 平成30年度より総医療費は年々増加していましたが、新型コロナウイルス感染症による受療控え等の影響により、令和3年度より微減傾向にあります。
- 一方で、一人あたり医療費（年額）は、平成30年度より2万7,600円増加しています。
- レセプト一件あたりの入院医療費は心疾患が最も高く、次いで脳血管疾患、腎疾患の順となっています。特に腎疾患・脳血管疾患・心疾患は伸び率が高いことから、これらの疾患の重症化予防を図っていく必要があります。
- 外来医療費は、腎不全が12万6,599円で最も高く、次いで新生物、心疾患、糖尿病となっています。
- 生活習慣病に関する医療費は全体の29.0%を占め、総医療費は約5億6,900万円となっています。
- 生活習慣病全体のレセプト分析をみると、被保険者の36.2%が生活習慣病を有しています。40歳以上の被保険者における対象割合は、脳血管疾患が3.6%、虚血性心疾患が3.5%、高血圧が23.7%となっています。
- 令和4年度の人工透析患者のレセプト分析において、一人あたりの年間医療費は460万円を超える状況です。基礎疾患に糖尿病を有する患者は全体の約50%、また、97.4%が高血圧症を基礎疾患に有しています。
- 令和4年度に新規で透析を導入した5名の方の過去の特定健診の受診歴をみると、4名の方が1度も健診を受けずに、人工透析に至っています。
- 特定健診受診者と未受診者の生活習慣病医療費をみると、未受診者は受診者の約4倍の医療費を要しています。健診を受診することで疾病の早期発見や生活習慣病の重症化を防ぐことにつながります。

(2) 歯科医療費の状況

- 歯科医療費の状況をみると、令和2年度の新型コロナウイルス感染症の影響前から年々減少しており、一人あたりの歯科医療費も、県・国と比べ低い状況です。
- 特定健診時の質問調査票では「噛みにくい」と回答した割合が県・国より高く、後期高齢者健診時の質問調査票においても「半年前に比べて固いものが噛みにくい」と回答した割合が県よりも高い状況でした。

(3) 死亡の状況

- 令和4年度の死因の疾病では、生活習慣と関連の深い、がん、心臓病、脳疾患等の生活習慣病が上位を占めています。
- 糖尿病の死因割合が県・国より高くなっています。
- 死因別標準化死亡比をみると、循環器疾患が国より高い状況で、特に、急性心筋梗塞の標準化死亡比が、男女共に高い傾向にあります。

(4) 介護保険の状況

- 第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定率は、国より低く、県と同程度です。
- 令和4年度の要介護認定者の心臓病、高血圧症、筋・骨格疾患の有病状況は約50%で、県や国と同様の傾向です。
- 後期高齢者（75歳以上）になると大幅に認定率が高くなり、要介護2～3以上になる割合が増えています。

(5) 特定健診・特定保健指導の状況

- 令和4年度の特定健診受診率は48.2%で、県内では上位に位置していますが、国の目標値である60%には達していません。
- 男女共に65歳以上の受診率は50%を上回っていますが、男女共に50歳代以下の若年層の受診率が低い状況です。
- 令和4年度の特定保健指導の実施率は全体では56.8%ですが、国の目標値60%には達していません。また、年齢層によって終了率にひらきがあります。

(6) 特定健診結果の状況

- 令和4年度の特定健診の結果では、男女ともにHbA1cの有所見者は70%を超えており、LDL-コレステロールの有所見者割合は50%、収縮期血圧の有所見者割合は約45%となっています。
- LDL-コレステロールのハイリスク未治療者割合は、90%以上となっています。
- 64歳以下と65歳以上の有所見の割合をみると、中性脂肪、HDL-コレステロール、空腹時血糖、HbA1c等、全ての項目において、65歳以上の有所見者割合が高くなっています。

現状と課題を踏まえ、第3期データヘルス計画では次の事項に重点を置き保健事業に取り組んでいきます。

重点優先健康課題

01 循環器疾患による標準化死亡比を下げる

- ・急性心筋梗塞や脳血管疾患の標準化死亡比が国より高い。
(年齢を調整したうえで国より死亡が起こりやすい)

*平成28年～令和2年の標準化死亡比より

根拠となる分析結果	・令和5年度市町村別健康指標
課題解決のための 主な保健事業	・特定健診 ・特定保健指導 ・特定健康診査未受診者対策 ・生活習慣病重症化予防

02 生活習慣病の重症化を予防する

- ・がん、心疾患、脳血管疾患をはじめとする生活習慣病で亡くなる割合が高い。
- ・ハイリスク未治療者（血糖・血圧・コレステロール）割合が高い。

根拠となる分析結果	・死因割合（地域の全体像の把握） ・死亡者数（地域の全体像の把握） ・厚生労働省様式健診有所見者状況 ・入院外来医療費 ・ハイリスク未治療者割合 ・厚生労働省様式生活習慣病レセプト分析等
課題解決のための 主な保健事業	・特定健診 ・特定健康診査未受診者対策 ・特定保健指導 ・糖尿病重症化予防事業 ・食生活改善教室 ・生活習慣病重症化予防

第3章 目標と実施計画

1 中長期目標

【目標の設定】

これまでの健診・医療・介護情報等を分析した結果みえてきた重点優先課題を踏まえて、中長期目標を下記の通りとします。

- (1) ハイリスク未治療者割合（糖代謝・脂質代謝）の減少
- (2) 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

次に目標の評価指標と目標値を掲載します。

評価指標	令和4年度 (実績値)	令和11年度 (目標値)
糖代謝：HbA1c6.5以上かつ 未治療者割合	44.1%	38.0%
脂質代謝：LDLコレステロール160以 上かつ未治療者割合	93.3%	90.0%
糖尿病性腎症による 年間新規透析導入患者数	5人	3人

2 短期目標

【目標の設定】

本村の健康課題である、循環器疾患の標準化死亡比を減少させるためには、リスク要因となる糖尿病や高血圧の重症化を予防していくことが必要です。

中長期目標を達成するために、次の短期目標（1）・（2）の他、茨城県共通の評価指標と目標値の達成に向けて取り組んでいきます。

（1）優先順位1：特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

- ①特定健診受診率の最終目標値を60%に設定し、各年度の目標値を定めます。
- ②特定保健指導実施率は国の目標値の60%を目標に、最終目標値を60%以上とします。
評価は毎年行い、目標値との差異の確認と達成のための見直しと計画作成を行います。

評価指標	令和4年度 (実績値)	令和8年度 (目標値)	令和11年度 (目標値)
特定健診実施率	48.2%	54.0%	60.0%
特定保健指導実施率	56.8%	58.0%	60.0%以上

ア 特定健診受診率

◇ 受診率向上のための環境の整備

特定健診の受診率向上につながるよう、継続的に受診環境を広く設けていきます。

◇ 未受診者への受診勧奨の送付

今後も、特性に応じたパターン別の勧奨通知文を作成し、受診勧奨を行います。特に受診率の低い若年層については、効果的な勧奨となるよう努めます。

イ 特定保健指導実施率

令和4年度の特定保健指導実施率は56.8%で、県平均よりも高い状況ですが、国の目標値には達していません。

今後、特定健診受診率向上の取組みにより、特定保健指導対象者が増加することも見込まれますが、これまで同様、対象者自身が身体状況を理解した上で生活習慣病改善の必要性に気づき、行動目標を設定して自ら実行できるよう、対象者の考えや行動変容の状態を考慮し、個別性を重視した効果的な特定保健指導に努め、更なる実施率の向上を目指していきます。

(2) 優先順位2：特定健診受診者における有所見者割合の減少

健診結果に所見がある方には、生活習慣を振り返り、健診結果の改善につながるよう特定保健指導や健康相談等の利用につなげていきます。

また、保健指導対象外の方を対象とした食生活改善教室では、有所見者割合が高い検査項目を対象者に設定し、詳細かつ具体的な食行動をアセスメントした上で栄養指導を行うことで行動変容を促し、健診結果の改善を目指していきます。

評価指標	令和4年度 (実績値)	令和8年度 (目標値)	令和11年度 (目標値)
HbA1cの有所見者割合	73.0%	69.0%	65.0%
収縮期血圧有所見者割合	44.9%	42.0%	40.0%

3 目標を達成するための戦略

- (1) 保健事業の安定的な実施のため、補助金等を活用して予算確保に努める。
- (2) マンパワー不足を補うために、適宜、外部委託や地域資源を活用しながら事業を実施する。
- (3) 医療費や死因の起因となっている生活習慣の是正については、国保だけでなく、地域の健康課題になっていることから、健康増進課や後期高齢者医療広域連合と連携し、SNS等も活用しながら住民への周知啓発を積極的に行う。

4 茨城県共通の評価指標と目標値

(1) 特定健診の共通評価指標と目標値

	評価指標	令和4年度 (実績値)	令和8年度 (目標値)	令和11年度 (目標値)
アウトプット	特定健診実施率	48.2%	54.0%	60.0%
アウトカム	特定健診の2年連続 受診者率	43.1%	45.0%	47.0%

(2) 特定保健指導の共通評価指標と目標値

	評価指標	令和4年度 (実績値)	令和8年度 (目標値)	令和11年度 (目標値)
アウトプット	特定保健指導実施率	56.8%	58.0%	60.0%以上
アウトカム	特定保健指導による 特定保健指導対象者の 減少率	17.2%	22.0%	25.0%

(3) 重症化予防の共通評価指標と目標値

評価指標		令和4年度 (実績値)	令和8年度 (目標値)	令和11年度 (目標値)
アウトプット	HbA1c8.0%以上の者の うち医療機関を受診し ていない者の割合	12.2%	12.0%	11.0%
アウトカム	HbA1c8.0%以上の割合	2.5%	2.3%	2.0%

5 地域包括ケアにかかる取組み

団塊の世代が後期高齢者に到達する令和7年までに地域包括ケアを確立させることが、本村のみならず、全国の自治体で直面している課題です。地域の保健・医療・福祉・介護が切れ目なく連携し、できるだけ住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、地域の包括的な支援・サービス体制の構築が求められています。

地域包括ケアの推進に向けて、「地域包括ケアシステム推進会議」等の場を通して保健・福祉部門や介護担当と共に、地域包括支援センター及び地域組織との体制構築に取り組んでいます。

6 保健事業実施計画

図表-3-1 保健事業一覧（令和6年度～令和11年度）

	事業名	目的・目標	対象(状態・人数)	方法	事業評価			
					ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
健 診	【重点】特定健康診査	・健康状態の把握と生活習慣病の早期発見と予防 ・特定健診の受診率向上	・40歳以上の国保加入者	・広報等での周知 6月～1月まで、保健むち、指定の医療機関において実施 →集団健診:計30回 →施設健診:村内及び那珂市内の21ヶ所の指定医療機関	・医師会や関係機関との連携 ・予算の確保 ・特定健診に係る人員の確保 ・受診券発送準備から事業終了までの稼働期間	・関係者との課題の共有 ・周知及び通知方法 ・実施方法	・【共通】特定健康診査実施率 ・(目標値:令和8年54.0%、令和11年60%) ・実施回数 ・漏れ者検診 ・広報掲載	・【共通】特定健康診査の2年連続受診者率(目標値:令和8年45.0%、令和11年47%) ・受診率 ・初回受診率 ・集団健診利用者数 ・施設健診受診者数 ド」が受診者数
	【重点】特定健診未受診者対策	・健康状態の把握と生活習慣病の早期発見と予防 ・特定健診の受診率向上	・特定健診未受診者	・広報等での周知 ・前年度の未受診者に対し、受診勧奨通知の送付 ・未受診者を対象に追加検診の実施→1月に2回 ・村内施設に健診受診勧奨が」の掲示 ・	・委託先や関係機関との連携 ・予算の確保 ・準備から事業終了までの稼働期間	・関係者との課題の共有 ・対象者の選定及び通知内容 ・実施時期 ・対象者の意識の変化	・対象把握数 (目標値:令和8年100%、令和11年100%) ・受診勧奨通知送付数	・勧奨者の健診受診率 (目標値:令和8年32.0%、令和11年35%)
	生活習慣病予防健診費補助金交付事業 (一般及び脳」)	・生活習慣病や疾病の早期発見に努め、健康の保持・増進を図る	・18～74歳までの国保加入者(滞世帯を除く)	・広報等での周知 ・申請受付期間:4月1日から3月上旬 一般及び脳」が健診希望者に対し、費用を助成 【助成対象医療機関】 一般 村立東海病院、日製ひたちなか総合病院総合健診センター、日製日立総合病院日立総合健診センター、茨城県「」センター、東関東クリニック 脳 聖麗」7777病院脳ドックセンター、聖麗」7777病院ひたちなか、日製ひたちなか総合病院総合健診センター、日製日立総合病院日立総合健診センター、アレイ」7南大田	・契約機関との連携(実施体制に関する協議回数) ・予算の確保 ・契約から事業終了までの稼働期間	・周知方法 ・実施方法	・一般、脳」が申請(受診)者数 ・健診機関数	・特定健診受診率
医 療 費 適 正 化	医療費通知	・被保険者の医療費に対する意識の向上を図る	・医療機関を受診した0～74歳	・医療費通知:受診者名・医療機関名・費用額等を記載した通知を年2回送付	・関係機関との連携	・通知方法 ・実施方法	・通知回数 ・通知者数	・医療費 ・療養給付費
	後発(」)医療品の利用促進	・後発医薬品の利用を推進し、医療費の適正化を図る	・20歳以上 ・差額500円以上 ・全ての薬剤	・後発医薬品希望カードの配布 ・後発医薬品を利用した場合の自己負担軽減額の差額通知書の送付	・関係機関との連携	・対象者の抽出方法 ・実施方法	・通知回数 ・通知者数	・後発医薬品数量」-利用率
	★重複・頻回受診・重複多剤服薬者訪問指導	・被保険者の医療費に対する意識の向上と医療費の適正化を図る	・頻回受診 同一傷病について、同一月内に同一診療科目(外来)を15回以上受診する者 ・重複受診 同一傷病について、同一月内に同一診療科目につきわ」4枚以上(4医療機関)保有する者 ・多剤処方 同月内に15種類以上投与された者 ・重複処方 同月内に同一薬を3医療機関以上から処方された者	・国保連の重複多受診及び頻回受診者一覧表及び」を参照し合わせ、対象者を抽出・選定 ・対象者を訪問し、状況確認とともに必要に応じて助言・指導を行う	・関係機関との連携 ・予算の確保 ・実施体制	・対象者の抽出 ・受診状況の確認 ・実施方法及び指導内容 ・対象者の意識の変化	・頻回受診者 ・重複受診者 ・多剤服薬者 ・重複服薬者 ・電話及び訪問人数(不在者数)	・指導後の受療状況の改善率 ・指導後の服薬状況の改善率
ハ イ リ ス ク ア プ ロ ー チ	【重点】特定保健指導	・生活習慣病の発症及び重症化予防を目的とした」リ」の解消	・特定健診結果をもとに、」の高さに応じて、」別に対象者を選定(階層化)	・周知:集団健診受診者には、結果通知とともに案内通知持参し訪問。個別健診受診者には、案内通知を郵送。 ・実施:積極的支援の方は、訪問または来所による初回個別面談を実施→3ヶ月間または6ヶ月間の支援継続→評価 ・動機付け支援の方は、訪問または来所による個別面談→6ヶ月後評価 ・特定保健指導対象者のうち健診結果に要医療の項目があり医療機関未受診の者に受診勧奨を行う。	・体制に対する関係者との協議回数 ・担当職種・人数 場所 委託の有無	・関係者との課題の共有 ・通知方法 ・実施方法 ・評価方法 再勧奨の方法	・【共通】特定保健指導実施率 (目標値:令和8年、令和11年60%以上) ・対象者数 利用者数	・【共通】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(目標値:令和8年22.0%、令和11年25.0%) ・特定保健指導積極的支援の利用者のうち、翌年の健診結果の改善者数(積極的支援該当でなかった者・積極的支援該当であるが、腰圍かつ体重ともに減少した者の数 いずれも服薬開始した者を除く)
	【重点】糖尿病重症化予防事業	・重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者に対し受診勧奨を実施し、適切な治療へとつなげる 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に対し医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止する	【受診勧奨対象者】 ■過去3年間の健診データで、空腹時血糖及びHbA1cが受療判定値を超える者が、直近1年間にわたり糖尿病受療歴がない者 ■過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間糖尿病受療歴がない者 【保健指導対象者】 ■HbA1c7.0%以上で次のいずれかに該当する者(除外基準有) ・尿蛋白(±)以上 ・e-GFR60ml/分/1.73m」未満	【受診勧奨対象者】 ■通知による勧奨を実施 →その後セプトを確認し、未受診である者に対し、電話及び訪問による再勧奨を実施 【保健指導対象者】 ■医師会及び各医療機関と連携を図り、同意が得られた者に対し、保健指導を実施(令和元年度については村内医療機関で受療中である者を対象とする)	・医師会や関係機関との連携 ・予算の確保 ・担当職種・人数 ・受診券発送準備から事業終了までの稼働期間	・関係者との課題の共有 ・通知方法 ・実施方法	・【共通】HbA1c8.0以上の者のうち医療機関を受診していない者の割合 (目標値:令和8年12.0%、令和11年11.0%) 【受診勧奨】対象者への通知実施割合 【保健指導】対象者のカバー率	・【共通】HbA1c8.0以上の割合 (目標値:令和8年2.2%、令和11年2.0%) 【受診勧奨】勧奨による受診者数 【保健指導】データ改善率
	【重点】生活習慣病重症化予防事業	・」の有視見者で未治療者の早期受診による重症化予防	特定健診結果で血圧・血糖・血中脂質が受診勧奨判定値以上のもの	対象者を抽出し対象者の健診結果等に応じた受診勧奨通知を送付。	・委託先や関係機関との連携 ・予算の確保 ・準備から事業終了までの稼働期間	・関係者との課題の共有 ・対象者の選定 ・通知内容 実施時期	・対象把握数 (目標値:令和8年100%、令和11年100%) ・受診勧奨通知数	・健診結果の改善率 (目標値:令和8年5.0%、令和11年6.5%)
ポ ビ ュ ラ リ シ ョ ン ア プ ロ ー チ	健康づくり計画推進委員会による「みんなですこやか」	・「」を手段とした運動習慣のきっかけづくり	・3～5kmを1時間程度で歩ける方	・周知:広報掲載、SNS掲載 ・実施:奇数月第金曜日の午前中、村内の」を活用した約5km、1時間程度の「」	・事業に係るすこやか委員人数 ・担当職種・人数	・周知方法	・事業実施回数	・全参加者数 ・年代別参加者割合
	健康教育事業	・高血圧(循環器疾患)・糖尿病等の発症予防等	・40歳～74歳	・広報等での周知 ・専門職による高血圧(循環器疾患)・糖尿病等の発症予防教室等を実施し、生活習慣改善に関する講話や実技指導、生活習慣改善の支援等を実施。	・予算の確保 ・担当職種・人数 ・施設・設備の状況 ・関係課との連携	・実施教室 ・周知方法 ・実施方法	・実施回数 ・参加者数	・高血圧有病率 ・糖尿病有病率 ・生活習慣が改善した者の割合 ・年代別参加者割合
	健康相談事業	・生活習慣の改善・重症化予防支援	・東海村在住の18歳以上の方	・広報等での周知 ・専門職による個別健康相談の実施	・予算の確保 ・担当職種・人数 ・施設・設備の状況 ・関係課との連携	・周知方法 ・実施方法 ・評価方法	・実施回数 ・面談者数 ・談話相談者数	・健康相談が役立ったと回答する者の割合

第 4 章 特定健康診査等実施計画

1 計画の基本的事項

(1) 計画策定の背景

日本では、国民皆保険制度のもと、高い保健医療水準により世界最長の平均寿命を達成しています。医療技術の進歩や急速な高齢化などの環境変化の中、国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し将来にわたり持続可能なものとするために、医療費の過度な増大を招かないよう将来の医療費の伸びを抑えていくことが必要です。

近年においては糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病が増加し、これらの基礎疾患をもとに虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至り医療費や介護費用の増大につながることから、生活習慣病対策が重要な課題となっています。

このような状況を踏まえ、国は生活の質的向上を念頭に置きつつ、生活習慣病の発症や重症化予防により国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に著しい医療費の増大を抑制し、将来にわたり国民皆保険制度を持続していくため、平成 18 年 6 月に医療制度改革関連法を改正し、その一環として生活習慣病対策を中心に保健指導と疾病の予防を重視した「高齢者の医療の確保に関する法律」により、平成 20 年度から医療保険者に対し、40 歳から 74 歳に達する年齢層に対しメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健診・特定保健指導の実施を義務付けました。

生活習慣病の発症には内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患の発症リスクが高くなりますが、生活習慣の改善により内臓脂肪を減少させることで発症リスクの低減を図ることが可能となります。

東海村においては、第 1 期特定健康診査等実施計画（平成 20 年度から平成 24 年度まで）、第 2 期特定健康診査等実施計画（平成 25 年度から平成 29 年度まで）、第 3 期特定健康診査等実施計画（平成 30 年度から令和 5 年度まで）を策定し、生活習慣病予防対策を推進してきましたが、本年度は第 3 期特定健康診査等実施計画の最終年度にあたるため、これまでの取り組みを評価したうえで、特定健診及び特定保健指導に関する第 4 期計画を策定するものです。

(2) 計画の位置づけ

特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条第 1 項の規定に基づき、東海村国民健康保険が策定する法定計画であり、具体的な実施方法や目標、その他適切かつ有効な実施のために必要な事項を定めるものです。

計画の策定にあたっては、「第 3 期茨城県医療費適正化計画」、「第 3 次健康いばらき 21 プラン」との整合性を図り、東海村第 6 次総合計画における分野別将来像の「福祉・健康分野」に貢献するものとします。

さらに、「第 3 次東海村健康づくり計画」の基本方針に掲げられている「生活習慣病・感染症の発生予防と重症化予防」及び、第 3 期データヘルス計画との整合性を図ります。

（３）特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

ア エビデンスに基づく効率的・効果的な特定健診・特定保健指導の推進

特定健診・特定保健指導に関しては、第３期実施計画中に大規模実証事業効果検証を通じて、特定健診・特定保健指導に係るエビデンス構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診・特定保健指導が推進されてきました。

第４期特定健診・特定保健指導の見直しにおける検討会でも、特定健診・特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の可視化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診・特定保健指導になるよう見直しがされました。

イ 第４期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和５年３月に発表された「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第４版）」の主な変更点は下表のとおりです。

図表 4-1 特定健診・特定保健指導の主な変更点の概要

区分	変更点の概要	
特定健診	標準的な質問票	- 喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 - 特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
	基本的な質問票	血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
特定保健指導	評価体系	- 実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg減、その他目標を生活習慣予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲 1 cm・体重 1 kg減と設定。 - プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入 1 回ごとの評価とし、支援 A と支援 B の区分は廃止。ICT を活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。
	その他	- 初回面接の分割実施の条件緩和 →初回面接は、特定健診実施日から 1 週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 - 生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 →特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 - 生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導からの除外 - 運用の改善 →看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第４期期間においても延長する。

(4) 計画の期間

計画期間については、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条により、5 年ごとの策定が義務付けられていましたが、平成 29 年に計画期間の見直しが行われたため、第 3 期以降は 6 年を 1 期として策定しています。

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 年間とします。

2 これまでの取組みと評価

(1) 評価の考え方

アウトプット指標

事業の実施量等、事業実施に直接関連する指標の評価については、以下の定義に従い、A～C の 3 段階に区分します。

判定区分	内 容
A	実施目標を達成している。
B	実施目標には届かなかったが、実施した。
C	実施しなかった。

アウトカム指標

数値の改善等、成果に関する指標の評価については、以下の定義に従い、A～D の 4 段階に区分します。

判定区分	内 容
A	目標を達成している。
B	目標には届かなかったが、改善がみられる。
C	改善が見られない。
D	取り組むことができなかった。

なお、アウトプット指標は目標を達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討していきます。

(2) 実施状況及び評価

特定健診の受診状況と特定保健指導の実施状況、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達成状況は以下のとおりです。

① 特定健診

目 的	健康状態の把握と生活習慣病の早期発見と予防 特定健診の受診率向上
対象者	40 歳以上の国民健康保険加入者
方 法	広報等での周知 保健センターにおける集団検診 指定の医療機関における施設健診の実施

アウトプット	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	評 価
健診の実施回数	28 回	28 回	28 回	28 回	29 回	A
広報等での周知回数	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	

受診率目標値	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	
国	60%	60%	60%	60%	60%	
東海村	51%	52%	53%	54%	55%	
アウトカム	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	評 価
健診受診率	57.0%	55.3%	43.0%	49.6%	48.2%	B
初回受診者率	15.3%	11.4%	7.7%	10.1%	11.1%	
集団検診利用者数	1,847 人	2,142 人	1,469 人	1,847 人	1,750 人	
施設健診利用者数	225 人	385 人	362 人	225 人	209 人	
ドック受診者数	273 人	289 人	283 人	283 人	305 人	

② 特定保健指導

目的	生活習慣病の発症及び重症化予防を目的としたメタボリックシンドロームの予防・解消
対象者	特定健診の結果をもとに、リスクの高さに応じて、レベル別に対象者を選定（階層化）
方法	集団検診で特定健診を受けた方に対し、結果通知時に利用勧奨の案内通知を同封。 【積極的支援の方】初回面接による支援→3か月以上の個別またはグループによる継続支援→面接または通信による実績評価 【動機付け支援の方】初回面接による支援→3か月後面接または通信による実績評価

アウトプット	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	評価
特定保健指導対象者	421人	399人	264人	281人	271人	B
訪問指導数	0人	0人	0人	1人	1人	
特定保健指導利用者	271人	183人	128人	197人	206人	
特定保健指導終了者	236人	160人	122人	172人	154人	

アウトカム	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	評価
国目標値	60%	60%	60%	60%	60%	
東海村目標値	60%	60%	60%	60%	60%	
保健指導実施率	56.1%	40.1%	46.2%	61.2%	56.8%	B
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.2%	13.4%	8.4%	18.4%	17.2%	

3 目標値

(1) 国の目標

第4期計画においては、下表のとおり、令和11年度までに特定健診の全国受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。市町村国保における目標値は、第3期計画目標の目標値から変わっておらず、特定健診受診率、特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

	保険者全体（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診の受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の受診率	45%以上	60%以上
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少率	25%(2008年度比)	

(2) 東海村の目標

これまでの取組みを振り返り、国の特定健診等基本指針に基づき、医療保険者が設定すべき特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に向け、6年間の目標数値を以下のように設定します。

ア 特定健診

特定健診については、未受診者に対し受診勧奨を実施し、健診日程の見直しや広報等で継続的に情報発信をすることで、受診率の向上へとつなげることができました。今後も、国の目標値である受診率60%を目指し、未受診者への受診勧奨とともに、健診の継続受診と受診率が低い40～50歳代の受診率向上を目指し、特定健診事業を推進していきます。

※評価年度

アウトプット	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	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
国	60%					
東海村	50%	52%	54%	56%	58%	60%
チラシの設置	実施	実施	実施	実施	実施	実施
未受診者への 受診勧奨	実施	実施	実施	実施	実施	実施
受診勧奨 受診勧奨（再）	実施	実施	実施	実施	実施	実施
アウトカム	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					
特定健診の 2年連続受診者率	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
東海村	44.0%	44.5%	45.0%	45.5%	46.5%	47.0%

イ 特定保健指導

特定保健指導目標値については、国の実施率の達成に向けて段階的に設定します。

アウトプット 特定保健指導 実施率目標値	※評価年度					
	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
国	60%以上					
東海村	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	60%以上

アウトカム 特定保健指導による 特定保健指導該当者の 減少率目標値	※評価年度					
	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
国 (メタボリックシンドローム該 当者及び予備群等の減少率,2008 年度比)	25%					
東海村 「前年度特定保健指導利用者数 のうち,当該年度特定保健指導対 象ではなくなった者の割合」)	20%	21%	22%	23%	24%	25%

(3) 対象者の見込み

特定健診及び特定保健指導の対象者数の推計

特定健診の対象者数については、令和 4 年度の法定報告値を基準とし、平成 30 年度から令和 4 年度までの国保被保険者の減少に伴う特定健診対象者数の平均減少率を勘案したうえで対象者数を算出しています。

特定保健指導の対象者数については、令和 4 年度の法定報告値を参考とし、令和 6 年度以降の対象者減少率を年 1 %として算出しています。

特定健診受診者数及び特定保健指導修了者の算出方法については以下のとおりです。

特定健診受診者数：特定健診対象者数×実施率目標値
特定保健指導終了者数：特定保健指導対象者数×実施率目標値

本計画における特定健診・特定保健指導の対象者数及び受診数は次の推計値とします。

	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 対象者数	3,924 人	3,885 人	3,846 人	3,808 人	3,770 人	3,732 人
特定健診 受診者数	1,962 人	1,981 人	2,000 人	2,018 人	2,036 人	2,053 人
特定保健指導 対象者数	265 人	262 人	259 人	256 人	253 人	251 人
特定保健指導 終了者数	159 人	157 人	155 人	154 人	152 人	151 人

4 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 実施について

ア 特定健診

① 実施場所

ア. 集団検診：保健センターで実施

イ. 個別健診（人間ドック含む）：医療機関で実施

* 茨城県医師会及び那珂医師会に属する特定健診指定医療機関で実施します。

② 実施期間

集団検診は、原則 6 月から翌年 1 月末まで計 30 回程度、個別健診は 5 月 1 日から翌年 1 月 31 日までとします。

③ 実施体制

健診については外部委託により実施します。（個別契約・集合契約）

外部委託の選定にあたっては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 16 号 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者）を満たす健診機関を選定（厚生労働省が告示で定める特定健康診査の外部委託基準）し、実施します。

④ 受診券の送付

4 月 1 日時点で国民健康保険に加入している方については 4 月下旬に、年度途中に加入された方については、随時、特定健診受診券を送付します。

⑤ 健診結果の通知方法

集団検診受診者については、村から対象者に結果通知表を郵送します。個別健診受診者については、実施医療機関あるいは村から対象者に結果通知表を郵送します。

⑥ 事業主健診等の健診データ収集方法

東海村の国民健康保険被保険者が、「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人及び人間ドック実施医療機関から健診結果を提供してもらい、特定健康診査受診率に反映します。

⑦ 医療機関からの診療情報提供の実施

特定健診の受診率向上を目的として、医療機関から対象者の特定健診に相当する診療情報等の提供を受ける事業で、1 件 2,500 円の提供料で情報提供を受けます。なお、対象となるのは、被保険者本人が人間ドック等で特定健診を受けていない場合で、情報提供に同意したときのみとなります。（本人の自己負担はありません。）

⑧ 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準のもと、医師が必要と判断した場合には「詳細な健診項目」を実施します。

区 分		内 容		備 考	
基本的な健診項目			問 診（既往歴） （服薬歴及び喫煙歴等喫煙習慣の状況に係る調査を含む）	国の基準に定める 必須項目	
	身体計測	身長			
		体重			
		腹囲			
		B M I			
	血 圧	収縮期血圧			
		拡張期血圧			
	尿検査	尿糖			
		尿蛋白			
	血液検査	肝機能	AST（GOT）		
			ALT（GPT）		
			γ-GT（γ-GTP）		
		脂 質	中性脂肪		
HDL コレステロール					
LDL コレステロールまたは non-HDL コレステロール※ ¹					
血 糖		空腹時血糖または HbA1c※ ²			
代 謝	血清尿酸				
追加健診項目	血液検査	腎機能	クレアチニン，eGFR (eGFR は算出した場合記入)	村独自の追加項目 全ての受診者に実施 ※ただし、医師が該当と判断した場合には、 詳細な健診項目として実施※ ³	
詳細な健診項目	心電図検査			①医師が該当と判断した場合には、詳細な 健診項目として実施 ②医師が非該当と判断した場合には、村独 自の追加項目として実施	
	血液検査	貧 血	赤血球数		
			血色素量（ヘモグロビン）		
			ヘマトクリット値		
	眼底検査			個別健診では、医師が該当と判断した 場合のみ実施	

※1：中性脂肪が 400mg/dl 以上や食後採血のため、LDL コレステロールの代わりに評価した場合でも血中脂質検査を実施したとみなす。

※2：空腹時以外で HbA1c を測定しない場合は、食直後（食後 3.5 時間未満）を除き、随時血糖による血液検査を可とする。

※3：血圧又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、医師が必要と認めた場合。

イ 特定保健指導

特定保健指導については、特定健診の結果により、国の定める「標準的な健診・保健指導プログラム（第4版）」に基づき、健康の保持に努める必要がある人（積極的支援、動機づけ支援）に対し実施します。

① 実施時期：通年実施する

◆集団検診受診者：

対象者の健康意識が高まっている時期、また利便性を考慮し、できるだけ検診当日に保健指導（初回面接の分割実施）を受けられるように体制を整備します。

◆個別健診（指定医療機関健診）：

村から健診結果を送付する際、対象者に保健指導の案内を同封し、保健指導を実施します。

◆人間ドック受診者：

村から案内します。

② 実施方法

◆積極的支援

初回面接では、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定できるよう、3か月以上の継続的支援を実施し、身体状況や生活習慣の改善効果がみられるよう支援します。計画を作成した日から3か月以上経過した後、腹囲・体重の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を実施します。

なお、積極的支援に該当し、保健指導を終了し、次の年にも積極的支援に該当された方が1年目に比べて2年目の状態が改善※している場合は、2年目の特定保健指導は「動機付け支援相当」とすることができるものとします。

※改善基準・・・BMI 30未満：腹囲1cm以上かつ体重1kg以上
BMI 30以上：腹囲2cm以上かつ体重2kg以上

◆動機付け支援

初回面接では、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定できるように支援します。初回面接後3か月後に、腹囲・体重の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を実施します。

第5章 計画の推進

1 実施体制

本村においては、保険課が主体となり計画を策定していますが、計画の推進にあたっては、特定保健指導及び保健事業の実施担当課等、庁内の関係各課と横断的に連携する他、医師会をはじめとする関係機関との連携体制の強化を図り、協力・助言を得ながら取り組んでいきます。

また、国保の被保険者が75歳に到達し、後期高齢者医療制度の被保険者となっても、切れ目のない保健事業が提供できるよう、本村では、令和4年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」（以下「一体的実施」という。）が開始され、国保の保健事業や介護保険の地域支援事業等を継続的かつ一体的に実施する体制が整備されました。

今後、高齢者の健康保持・フレイル対策の重要性がますます高まることを踏まえ、データヘルス計画においては、一体的実施との連携が重要となります。国保及び後期高齢者医療制度の健診・医療・介護等の情報を共有することにより、生活習慣病等の重症化予防やフレイル対策等の保健事業が継続的かつ一体的に実施できるよう、連携の強化に努めていきます。

2 関係者の連携

国保の共同保険者である茨城県では、市町村に対し「計画に関する研修会の開催」、「情報提供等の支援」を行っており、本村としては研修会への参加を通し最新情報の収集に努めるとともに、必要に応じて助言を求め、計画の評価・見直しを行っていきます。また、県の保健衛生部局や保健所からは、保健師等の専門職による技術的な支援・助言を受けながら、計画の推進にあたります。

茨城県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）は、計画に係る「レセプト等のデータの収集・分析」、「KDBシステムのデータの活用に関する技術支援」の他、「研修会の開催による情報提供・学習機会の提供等の支援」を市町村に対し行っています。また、計画の策定にあたっては、国保連に設置された保健事業支援・評価委員会の評価を受けており、今後の計画の評価・見直しにあたって同委員会の評価を活用していきます。

後期高齢者医療広域連合は、高齢者の健康状況に関する知見を有する視点から、国保事業と後期高齢者の保健事業の連続性についての技術的な支援を行っています。

3 計画の評価方法・進行管理・見直し

短期目標に関しては毎年度ごと、中長期目標に関しては中間年度として令和8年度、最終年度として令和10年度の目的・目標の達成状況の評価を行い、見直しを行います。

KDBシステムの健診・医療・介護のデータを活用し、健診結果・受診率・受療率・医療費の動向等を確認し、経年変化、県、国、同規模市町村との比較を行うとともに、庁内の関係課と横断的に連携するように努めてまいります。

4 計画の公表・周知

策定した計画は，村のホームページで公表するほか，広報紙等で周知を図ります。

5 個人情報の保護

本計画における個人情報の取扱いは，個人情報保護法に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成14年4月厚生労働省），「東海村個人情報保護法施行条例（令和5年3月27日条例第1号）」に基づき，情報の管理を徹底します。

参考資料 用語集

*1 特定健康診査（P1）

特定健康診査は、糖尿病等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（内臓脂肪症候群）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うことをいいます。

『高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、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的な指針』より

*2 レセプト（P1）

患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療報酬の明細書のことをいいます。

医科・歯科の場合には診療報酬明細書、薬局における調剤の場合には調剤報酬明細書、訪問看護の場合には訪問看護診療明細書ともいいます。

*3 KDBシステム（P1）

国保データベースは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的に構築されました。

*4 ポピュレーションアプローチ（P1）

対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチすることで、全体としてリスクを下げていこうという手法です。

*5 PDCAサイクル（P1）

計画（plan）、実施（do）、評価（check）、改善（action）を一連の流れで実施し、施策や活動やその成果を継続的に高めていくことをいいます。

*6 特定保健指導（P3）

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的としています。

『高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、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的な指針』より

*7 同規模市町村（P3）

KDBシステム上、人口規模によって13段階に区分されています。東海村は人口20,000人以上の町村区分に属し、全国で170町村が該当しています。県内では東海村のほか、茨城町、

阿見町，八千代町，境町，城里町の5町です。

***8 平均余命（P21）**

ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値をいいます。

***9 平均自立期間（P21）**

0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間をいいます。（日常生活に制限のない期間）

***10 人口10万対（P23）**

村，県，国との比較において，単純にその件数を比べると対象数（人口）の差が出るため，人口10万人あたりに換算して比較します。

（比較する数÷総人口×100,000により算出）

***11 標準化死亡比（P24）**

死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから，異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率を，そのまま比較することはできません。比較を可能にするためには 標準的な年齢構成に合わせて地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較する必要があります。

標準化死亡比は，基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域にあてはめた場合に，計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。我が国の平均を100としており，標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され，100以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

***12 メタボリックシンドローム・メタボリックシンドローム予備群（P36）**

内臓脂肪面積が100平方cm以上または，腹囲が男性85cm，女性が90cm以上で

血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上，または服薬中

脂質：中性脂肪値150mg/dl以上，またはHDLコレステロール値40mg/dl未満，または服薬中

血糖：空腹時血糖値110mg/dl以上，またはHbA1c6.0%※以上，または服薬中

（※NGSP基準） ●1つ該当・・・メタボリック予備群 ●2つ以上が該当する場合・・・メタボリック該当

東海村国民健康保険保健事業総合計画
(第3期データヘルス計画, 第4期特定健康診査等実施計画)

【問い合わせ先】

東海村福祉部 保険課

〒319-1192 茨城県那珂郡東海村東海三丁目7番1号

TEL 029-282-1711 (代表)

FAX 029-287-7033

ホームページアドレス <https://www.vill.tokai.ibaraki.jp>