

八峰町国民健康保険
第3期データヘルス計画書
第4期特定健康診査等実施計画
《令和6年度～令和11年度》

令和6年3月



目 次

第Ⅰ章 基本情報	1
1. 基本的事項	1
(1) 計画の趣旨	1
(2) 計画期間	1
(3) 実施体制	2
(4) 八峰町国民健康保険の具体的役割、連携内容	2
2. 現状の整理	3
(1) 保険者の特性	3
(2) 地域資源の状況	3
(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）	3
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	7
1. 各種データ等の分析結果	8
(1) 平均寿命・健康寿命・標準化死亡比・死因	8
(2) 医療費の分析	10
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	14
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析	20
(5) 介護費関係の分析	22
(6) その他の分析	22
2. 課題の整理	23
第Ⅲ章 計画全体	24
1. 本町の健康課題	24
2. データヘルス計画全体における目的	24
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	25
4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略	25
第Ⅳ章 個別の保健事業	26
1. 個別の保健事業の内容	26
2. 秋田県共通指標と八峰町の実績（令和4年度）	32
第Ⅴ章 特定健康診査等実施計画	33
第Ⅵ章 その他	42

第 I 章 基本情報

1. 基本的事項

(1) 計画の趣旨

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、市町村国保等保険者は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ししました。

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※1（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

八峰町においても平成 28 年度に第 1 期データヘルス計画を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期データヘルス計画を策定した。さらに、令和 3 年度には第 2 期データヘルス計画の中間評価を行ったところ。

本町では、データヘルス計画に沿って、効果的・効率的な保健事業を実施してきましたが、令和 6 年度以降の第 3 期データヘルス計画策定にあたり、幅広い年代の国保被保険者の身体状況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（QOL）の維持向上を図り、医療費の適正化を目指します。

▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
第 1 期データヘルス計画	←→							
第 2 期データヘルス計画			←→					
第 2 期データヘルス計画中間評価						←→		

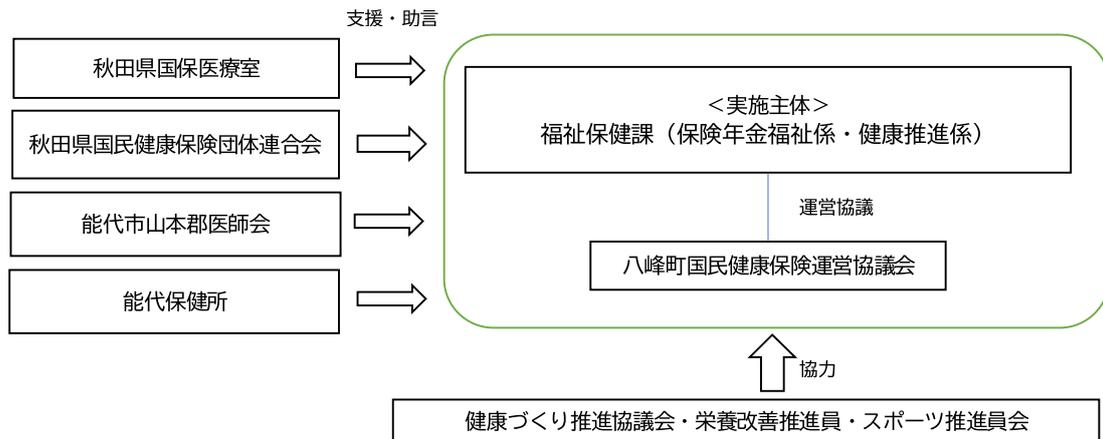
※1 KPI（重要業績評価指標）とは

目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための定量指標。「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケター）」の略語

(2) 計画期間 令和 6 年度～令和 11 年度

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
第 3 期データヘルス計画	←→					
第 3 期データヘルス計画中間評価			←→			

(3) 実施体制



(4) 八峰町国民健康保険の具体的役割、連携内容

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るため、福祉保健課が中心となって関係機関の協力を得て、本町の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

本町の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康推進係や県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、保険年金福祉係が主体となって行います。保険年金福祉係では、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。保健事業の評価において、被保険者の罹患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努めます。

②市町村内の連携体制の確保

本町の保険年金福祉係においては、保健事業の積極的な推進を図るために、健康推進係に協力を求め、町一体となって、計画の策定等を進めます。具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する保険年金福祉係、本町において保健事業を主に主管する健康推進係、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する保険年金福祉係と十分に連携し、計画策定等を進めます。

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、後期高齢者医療広域連合と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

2. 現状の整理

(1) 保険者の特性

少子高齢化の進展が急速で、秋田県や国平均に対して出生率の低さ、死亡率の高さは顕著です。

65歳以上の高齢化率は46.2%となっており、国平均より17.5ポイント高くなっています。

第1次産業（農林水産業）に従事する住民の割合は21.1%で、秋田県や国平均に比べ、際立って多くなっています。

図表1 高齢化率・被保険者加入率・出生率・死亡率・就業産業構成比率

	高齢化率 (%) (65歳以上)	被保険者 加入率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	産業構成率 (%)		
					第1次	第2次	第3次
八峰町	46.2	24.6	3.3	19.9	21.1	25.7	53.2
秋田県	37.6	20.6	4.7	16.2	9.8	24.4	65.8
国	28.7	22.5	6.8	11.1	4.0	25.0	71.0

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和4年度）

(2) 地域資源の状況

豊かな自然に恵まれ、健康づくりには最適な環境です。健康づくりの拠点となる公民館も整備され活用されています。町内の医療福祉サービス状況は、町営診療所並びにハタハタの町診療所は送迎も行っていて、東八森診療所や町営歯科診療所、たむら歯科が機能し、充足しているといえます。能代市に隣接していることもあり、入院や救急医療が必要な場合は能代市の総合病院にアクセスできます。

(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）

① 評価方法

第2期データヘルス計画において挙げられた健康課題ごとに設定された目標値（アウトカム評価）との比較評価及び事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分によって行いました。

● 評価方法と判定区分

	目標値評価	総合評価
判定区分	A：すでに目標を達成	A：うまくいっている
	B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い	B：まあ、うまくいっている
	C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある	C：あまりうまくいっていない
	D：目標の達成は困難で、効果があるとは言えない	D：まったくうまくいっていない
	E：評価困難	E：わからない

②事業別目標の達成状況と評価

1) 特定健康診査の受診率向上

実施した取組内容	評価	短期目標・達成状況・評価
① 未受診者対策事業 ・Ai（人工知能）を活用した未受診者対策事業（健診データ及びレセプトデータの解析結果から受診確率の高い対象者へナッジ理論を活用しながら受診勧奨を行う）の実施。－令和3年度より	アウトプット	【目標】対象者への周知率 100%を毎年継続する 【結果】周知率 100%達成
		目標値評価 A
	アウトカム	【目標】特定健診受診率（令和5年度）～60.0% 【結果】特定健診受診率（令和4年度）～51.7%
		目標値評価 A
		健診受診率目標値の 60%には及びませんでした。令和4年度実績では 51.7%と初めて大台を突破しました。コロナ禍の影響を受けた中で大いに評価できます。Ai を活用した未受診者対策の取組の効果だけではなく、日頃からの健診事業、保健事業の総合的な取組の成果だと思われます。
		総合評価 A

2) 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容	評価	短期目標・達成状況・評価
① 特定保健指導対象者の把握 ② 特定保健指導の実施 ・福祉保健課保健師による指導 ・能代厚生医療センター、JCHO 秋田病院への委託	アウトプット	【目標】特定保健指導実施率（令和5年度）：60% 【結果】特定保健指導実施率（令和4年度）：4.7%
		目標値評価 C
	アウトカム	【目標】メタボ該当者割合の減少率（R5：25.0%） 【結果】メタボ該当者割合の減少率（R4：15.1%） ※メタボ該当者割合の変化（ベースライン評価） 男性 令和元年度：28.7%→令和4年度：46.6%（17.9P 増） 女性 令和元年度：12.2%→令和4年度：15.9%（3.7P 増）
		目標値評価 C/ベースライン評価 C
		実施体制が万全とはいえない状況下にあるとはいえ、第2期計画期間中、特定保健指導の実施率は低迷しています。メタボリックシンドローム該当者は、男女とも大幅に増加しています。委託を含めた特定保健指導実施体制の強化、利用勧奨の方策が求められます。
		総合評価 C

3) 糖尿病性腎症重症化予防

実施した取組内容	評価	短期目標・達成状況・評価																				
<p>①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム」により抽出された対象者への受診勧奨（通知・電話） <p>②糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム」により抽出された対象者への保健指導（電話・対面） 	アウトプット	<p>①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する受診勧奨</p> <p>【目標】 受診勧奨実施率：100%（実施者数÷対象者数）</p> <p>【結果】</p> <table border="1" data-bbox="727 533 1437 613"> <thead> <tr> <th>平成30年度</th> <th>令和元年度</th> <th>令和2年度</th> <th>令和3年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>59.5%</td> <td>36.8%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>83.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>②糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導</p> <p>【目標】 保健指導実施率：40%（実施者数÷対象者数）</p> <p>【結果】</p> <table border="1" data-bbox="727 833 1437 913"> <thead> <tr> <th>成30年度</th> <th>令和元年度</th> <th>令和2年度</th> <th>令和3年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.5%</td> <td>8.0%</td> <td>2.0%</td> <td>2.6%</td> <td>21.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価 B</p>	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	59.5%	36.8%	100%	100%	83.3%	成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	10.5%	8.0%	2.0%	2.6%	21.0%
	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																	
	59.5%	36.8%	100%	100%	83.3%																	
成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度																		
10.5%	8.0%	2.0%	2.6%	21.0%																		
アウトカム評価	<p>①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する受診勧奨</p> <p>【目標】 新規透析導入者数（透析患者数）：0人 受診につながった割合：70%</p> <p>【結果】 新規透析導入者数（透析患者数）：0人 受診につながった割合：70%</p> <p>②糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導</p> <p>【目標】 新規透析導入者数（透析患者数）：0人 HbA1cの改善・維持割合：70% 保健指導後の生活習慣改善率：70%</p> <p>【結果】 新規透析導入者数（透析患者数）：3人*令和4年度 HbA1cの改善・維持割合：75%*令和4年度 保健指導後の生活習慣改善率：75% *令和4年度</p> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価：B</p>																					
	<p>委託機関を活用しながら重症化予防の取組は十全にできているものの、糖尿病性腎症による人工透析新規導入件数は3件となっています。訪問等、より積極的な支援が求められます。</p> <p style="text-align: center; color: red;">総合評価 C</p>																					

4) 糖尿病重症化予防（令和4年度以降）

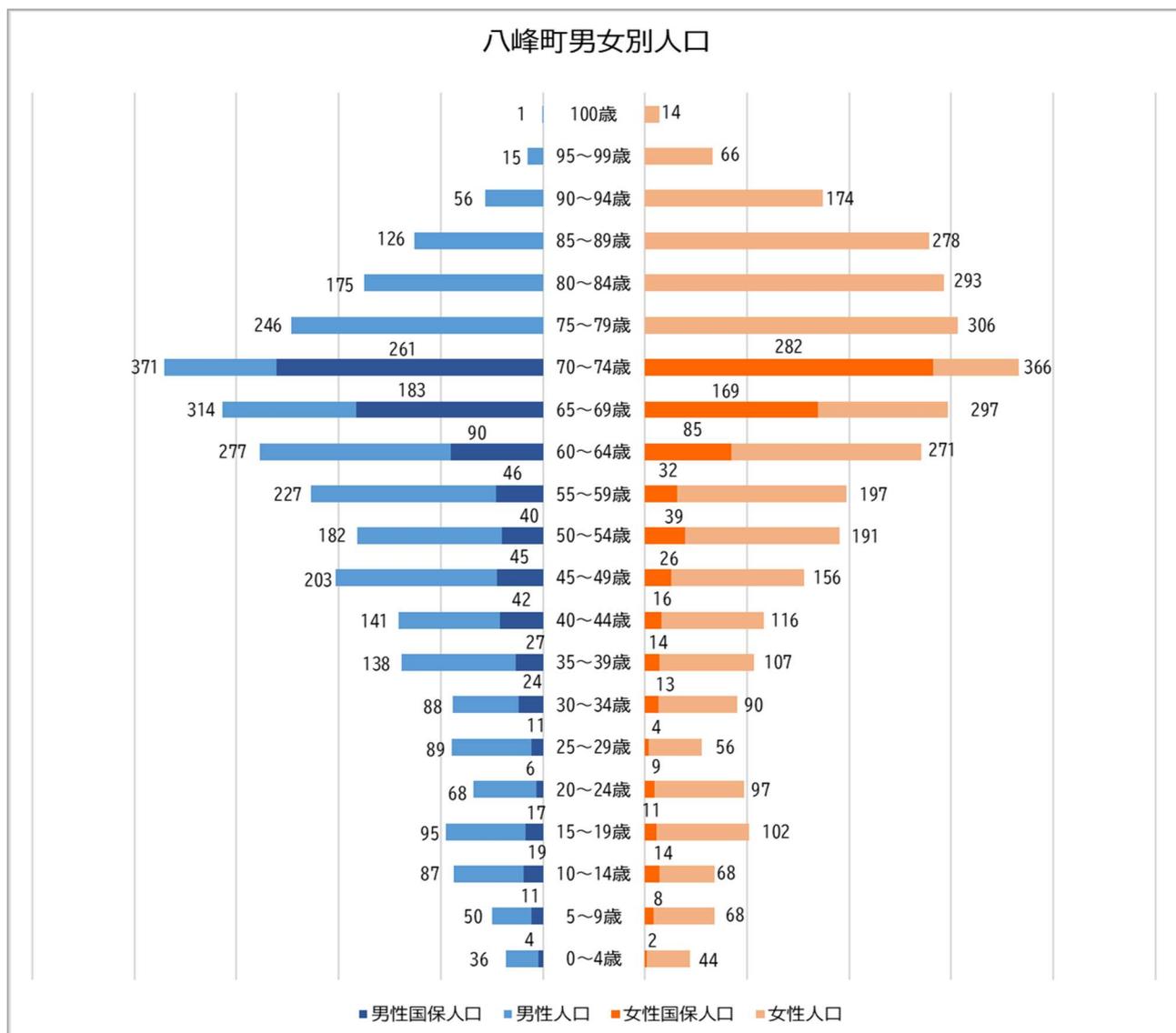
実施した取組内容	評価	短期目標・達成状況・評価
<p>①糖尿病重症化予防事業 ・HbA1c6.5%以上のハイリスク者に対し、電話による医療受診勧奨及び保健指導を行う。（令和5年度以降）</p> <p>③糖尿病予防・改善教室 ・HbA1c5.6%以上の予備群、患者を対象にした集団支援介入プログラムの実施（令和4年度・5年度） 介入期間2～3ヶ月、回数3回</p>	アウトプット	<p>【目標】支援介入プログラム平均参加率：80% 【結果】支援介入プログラム平均参加率：88% *令和4年度参加者数19人</p>
		<p>目標値評価 A</p>
	アウトカム	<p>【目標】介入プログラム参加者の食生活習慣改善率：70% 【結果】介入プログラム参加者の食生活習慣改善率：91.7% （令和4年度）</p> <p>ベースライン評価（糖尿病患者割合） 令和2年5月：14.5% → 令和5年5月：14.9%</p>
		<p>ベースライン評価：A</p>
	<p>令和3年度の間接評価・見直しを受け、令和4年度から糖尿病予備群・軽度患者に対する保健指導事業を開始しました。 糖尿病性腎症に至る前段階での糖尿病重症化予防を図ることを目的とした事業であり、令和4年度実施者19人、令和5年度については60人の指導実績がありました。</p>	
<p>総合評価 A</p>		

第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

※人口・被保険者等の基本情報

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	6,342		2,985	47.1%	3,357	52.9%
国保被保険者数	1,550	24.4%	826	27.7%	724	21.6%

図表2 八峰町の人口ピラミッド



資料：住民基本台帳の男女別5歳刻み人口（2023年10月31日）

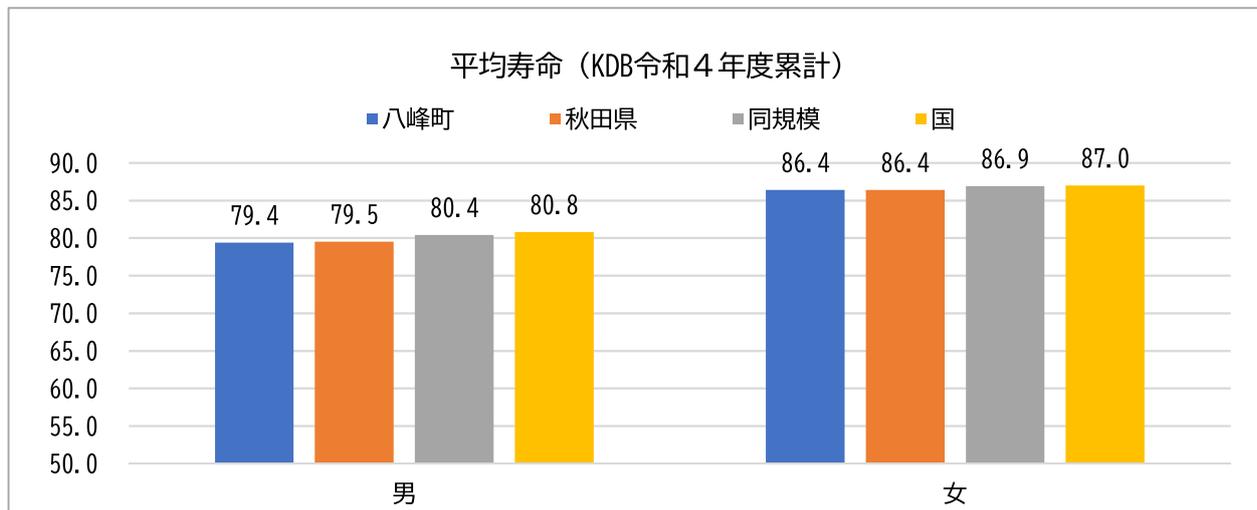
1. 各種データ等の分析結果

(1) 平均寿命・健康寿命・標準化死亡比・死因

①平均寿命

令和4年度データでは男性の平均寿命は、国平均より1.4歳、女性は0.6歳短命となっています。

図表3 平均寿命



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

②健康寿命（平均自立期間要介護2以上）

令和4年度のKDBデータでは、男性の要介護2以上の平均自立期間は、国平均より2.3歳、女性は0.8歳短命となっています。

図表4 平均自立期間

単位：歳

男	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差
八峰町	78.1	▲ 1.5	78.4	▲ 1.4	77.5	▲ 2.4	77.8	▲ 2.3
秋田県	78.2	▲ 1.4	78.5	▲ 1.3	78.9	▲ 1.0	78.9	▲ 1.2
国	79.6	0.0	79.8	0.0	79.9	0.0	80.1	0.0

女	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差	平均自立期間	国平均との差
八峰町	84.3	0.3	84.0	0.0	84.0	▲ 0.2	83.6	▲ 0.8
秋田県	83.2	▲ 0.8	83.5	▲ 0.5	83.4	▲ 0.8	83.9	▲ 0.5
国	84.0	0.0	84.0	0.0	84.2	0.0	84.4	0.0

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度累計）

③標準化死亡率

標準化死亡率は、わが国の平均を 100 とし、100 以上の場合は、わが国の平均より死亡率が高いと判断されます。男性の標準化死亡率は 113.3、女性は 110.3 といずれも国平均より高くなっています。

図表 5 標準化死亡率



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

④死因

死因1位は、国、県同様、本町においてもがん（悪性新生物）となっていますが、令和4年度では、本町の死因2位は、脳血管疾患となっています。医療技術の進歩により脳血管疾患の死亡率が減っている中、秋田県の脳血管疾患の死亡率は国平均に比べ高く、特に本町の状況は注目すべきです。

図表 6 死因

単位：%

死因		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
がん	八峰町	54.5	51.3	49.4	41.9
	秋田県	48.3	48.9	48.8	49.7
	国	49.9	49.8	50.2	50.6
心臓病	八峰町	14.3	23.1	25.3	19.4
	秋田県	24.6	24.7	24.0	24.9
	国	27.4	27.8	27.7	27.5
脳血管疾患	八峰町	19.5	20.5	19.0	25.8
	秋田県	19.0	18.2	19.1	17.6
	国	14.7	14.4	14.2	13.8
糖尿病	八峰町	3.9	1.3	3.8	3.2
	秋田県	2.0	2.0	1.8	2.1
	国	1.9	1.9	1.8	1.9
腎不全	八峰町	0.0	1.3	1.3	3.2
	秋田県	3.2	3.9	4.1	3.6
	国	3.4	3.5	3.5	3.6
自殺	八峰町	7.8	2.6	1.3	6.5
	秋田県	2.9	2.3	2.3	2.1
	国	2.7	2.7	2.6	2.7

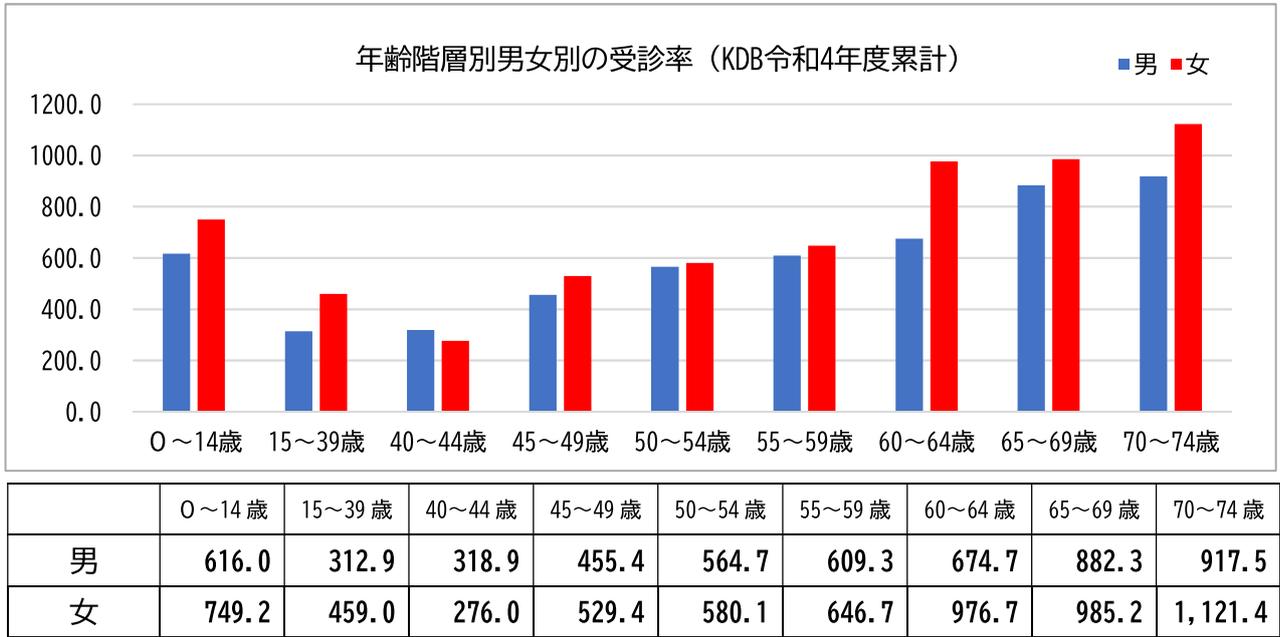
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度累計）

(2) 医療費の分析

①年齢階層別男女別の受診率

年齢とともに受診率は高くなる傾向にあります。女性の受診率は男性よりやや高くなっています。

図表 7 年齢階層別受診率



資料：KDB「医療費分析の経年比較」(令和4年度)

②疾病別医療費分析

入院医療費では高齢化に伴い、骨折や関節疾患が上位を占めています。外来医療費では糖尿病が際立って高くなっています。

図表 8 疾病別入院医療費

順位	疾病名	金額
1位	骨折	17,021,050
2位	統合失調症	14,329,790
3位	関節疾患	13,249,400
4位	不整脈	8,817,670
5位	卵巣腫瘍(悪性)	7,693,840
6位	大動脈瘤	6,998,670
7位	うつ病	6,803,800
8位	脳梗塞	6,600,100
9位	狭心症	6,148,840
10位	胃がん	5,823,430

資料：KDB「医療費分析(1)細小分類」(令和4年度)

図表 9 疾病別外来医療費

順位	疾病名	金額
1位	糖尿病	38,077,490
2位	高血圧症	25,150,540
3位	脂質異常症	16,153,570
4位	関節疾患	14,530,540
5位	不整脈	12,132,330
6位	慢性腎臓病(透析有)	11,906,050
7位	間質性肺炎	10,722,590
8位	肺がん	8,952,790
9位	卵巣腫瘍(悪性)	7,812,500
10位	統合失調症	7,399,820

資料：KDB「医療費分析(1)細小分類」(令和4年度)

③重複多受診、重複服薬

1) 重複多受診・頻回受診の状況

図表 10 重複多受診・頻回受診の状況

	令和2年3月		令和3年3月		令和4年3月		令和5年3月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	1,836		1,733		1,680		1,611	
重複多受診	0	0.0%	3	0.2%	1	0.1%	1	0.1%
頻回受診	2	0.1%	3	0.2%	0	0.0%	2	0.1%

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

* 重複多受診：3医療機関以上かつ同一医療機関に最大10日以上受診した被保険者

* 頻回受診：1医療機関15日以上

2) 重複服薬の状況

図表 11 重複服薬の状況

	令和2年3月		令和3年3月		令和4年3月		令和5年3月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	1,836		1,733		1,680		1,611	
重複服薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
多剤	312	17.0%	292	16.8%	305	18.2%	275	17.1%

資料：KDB「重複服薬の状況」

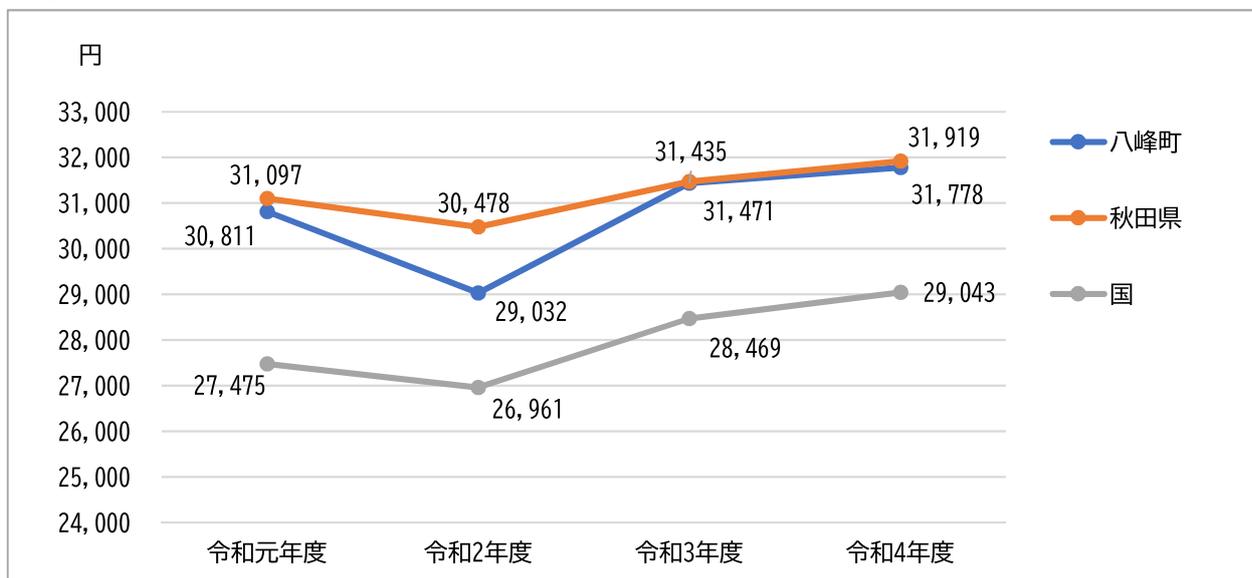
* 重複服薬：2医療機関以上から6医薬品以上を処方された被保険者

* 多剤処方：30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者

④ 1人当たり医療費

新型コロナウイルス感染症流行による受診控えの影響で令和2年度の1人当たり医療費は一旦落ち込んだが右肩上がりとなっています。

図表 12 1人当たり医療費の推移

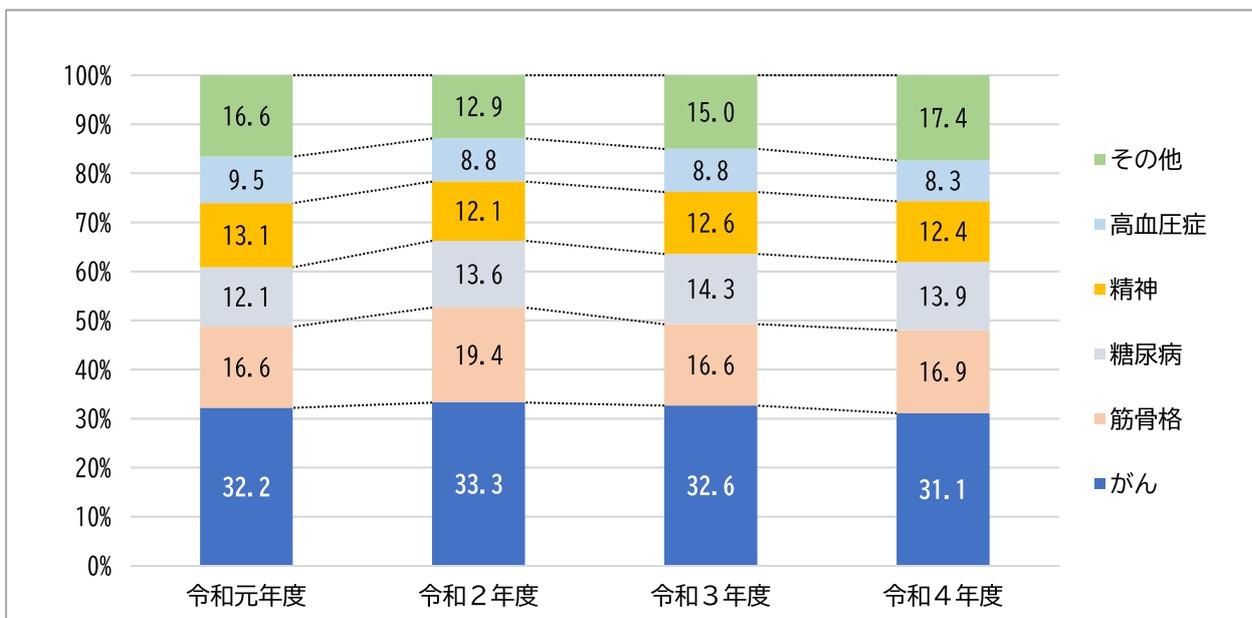


資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

⑤ 主要疾病の医療費割合

高齢化を反映して、がん、筋骨格系疾患が上位を占めていますが、生活習慣病では糖尿病の医療費割合が最も多くなっています。

図表 13 医療費割合の推移(最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む)



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

⑥生活習慣病の患者数・割合

糖尿病、高血圧の患者割合は、横ばいで推移しています。糖尿病や高血圧が重症化した結果、発症する虚血性心疾患、脳血管疾患の患者割合は僅かに減少気味です。

図表 14 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
糖尿病	男性	155	15.8%	159	17.2%	158	17.4%	132	15.3%
	女性	110	12.9%	111	13.8%	108	14.0%	108	14.4%
	計	265	14.5%	270	15.6%	266	15.8%	240	14.9%
高血圧	男性	291	29.6%	288	31.1%	295	32.4%	251	29.1%
	女性	256	30.0%	258	32.0%	255	33.1%	239	32.0%
	計	547	29.8%	546	31.5%	550	32.7%	490	30.4%
虚血性心疾患	男性	54	5.5%	40	4.3%	53	5.8%	35	4.1%
	女性	31	3.6%	26	3.2%	38	4.9%	32	4.3%
	計	85	4.6%	66	3.8%	91	5.4%	67	4.2%
脳血管疾患	男性	70	7.1%	60	6.5%	60	6.6%	56	6.5%
	女性	39	4.6%	39	4.8%	43	5.6%	32	4.3%
	計	109	5.9%	99	5.7%	103	6.1%	88	5.5%
人工透析	男性	3	0.3%	4	0.4%	4	0.4%	6	0.7%
	女性	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
	計	4	0.4%	5	0.3%	5	0.3%	7	0.4%

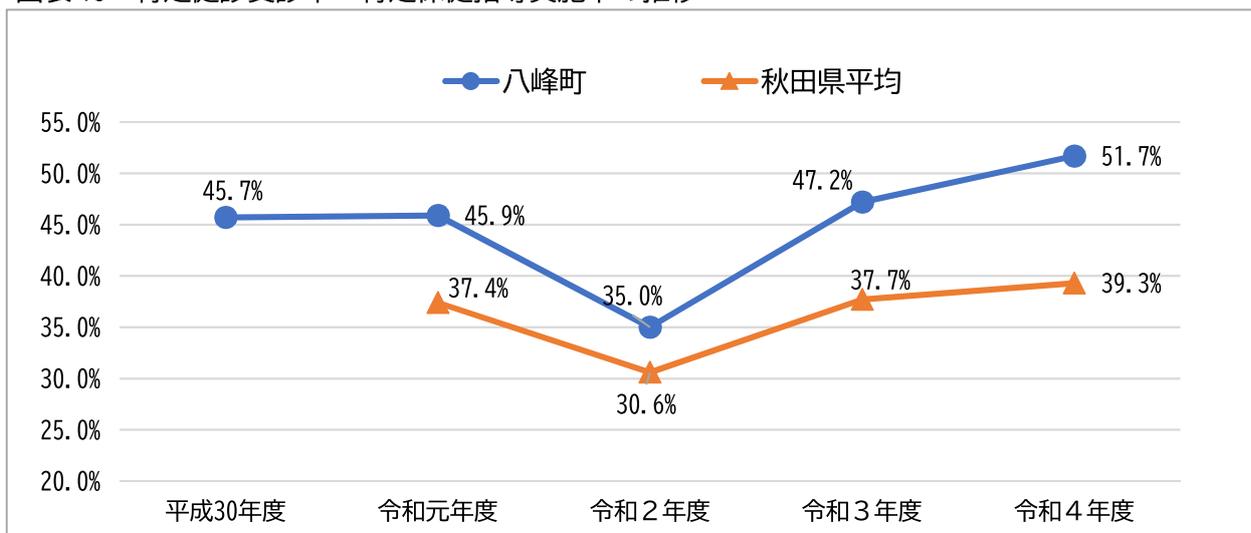
資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」

(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健康診査受診率

本町の特定健診受診率は県平均を上回っており、高い水準にあります。令和2年に流行した新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、令和2年度は35.0%に落ち込みましたが、その後、回復基調にあり、令和4年度は51.7%に達しました。年齢階層別では、男女とも若年層の受診率が低く、男女別では男性の受診率が低くなっています。初めて健診を受ける者の割合（新規健診受診率）は、令和3年度、4年度に伸び、県、国平均並みとなっています。

図表 15 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移



資料：法定報告 ②平成30年度の秋田県平均データ無

図表 16 男女別年齢階層別特定健診受診率

単位：%

性別	年齢階層	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	40～64歳 (%)	33.1	33.8	22.7	31.0	36.8
	65～74歳 (%)	47.8	48.3	35.1	47.5	51.3
	計 (%)	41.8	42.4	30.2	41.3	46.1
女性	40～64歳 (%)	42.6	41.3	32.1	43.7	46.0
	65～74歳 (%)	53.2	53.2	43.3	57.7	62.3
	計 (%)	49.8	49.6	40.1	53.8	58.0

資料：法定報告（平成30年度～令和4年度）

図表 17 新規健診受診率

単位：%

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八峰町 (%)	7.9	7.6	11.6	12.2
秋田県 (%)	9.7	12.5	12.5	12.5
国 (%)	12.4	12.0	12.8	12.9

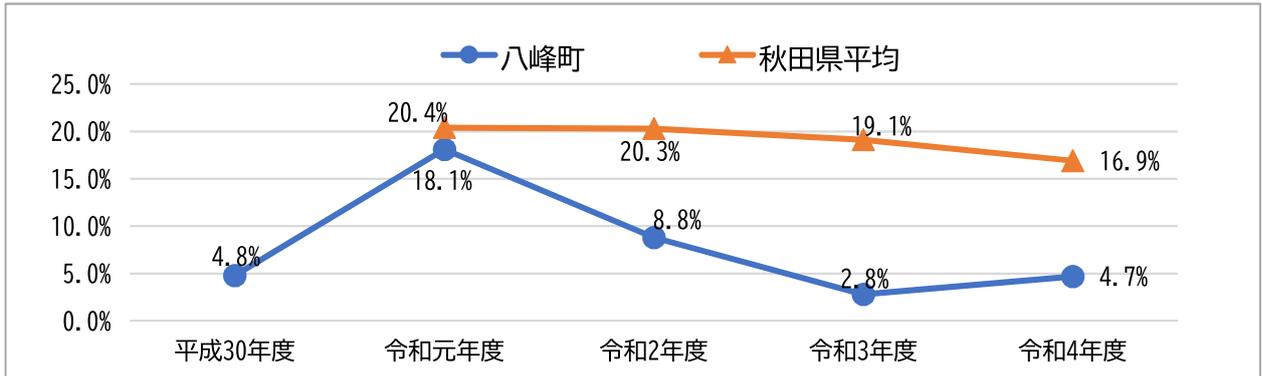
資料：法定報告（令和元年度～令和4年度）

②特定保健指導実施率

本町の特定保健指導実施率は令和元年度に18.1%をマークしましたが、その後は新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり下降しています。男女別年齢階層別の特定保健指導実施率では、男性の若年層が低くなっています。

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、指導実績総数が少ないため令和3年度、4年度の実績はゼロとなっています。

図表 18 特定保健指導実施率の推移



資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

図表 19 男女別年齢階層別特定保健指導実施率

性別	年齢階層	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
男性	40～64 歳 (%)	3.0	6.7	0.0	0.0	0.0
	65～74 歳 (%)	4.3	20.0	10.0	9.1	8.0
	計 (%)	3.6	12.7	5.3	4.8	4.3
女性	40～64 歳 (%)	0.0	28.6	0.0	0.0	9.1
	65～74 歳 (%)	10.0	28.6	18.8	0.0	0.0
	計 (%)	7.4	28.6	15.8	0.0	5.6

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

図表 20 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

性別	年代	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
男性	40～64 歳 (%)	0.0	50.0	0.0	0.0
	65～74 歳 (%)	0.0	33.3	0.0	0.0
	計 (%)	0.0	37.5	0.0	0.0
女性	40～64 歳 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～74 歳 (%)	50.0	14.3	0.0	0.0
	計 (%)	50.0	11.1	0.0	0.0
総計	40～64 歳 (%)	0.0	25.0	0.0	0.0
	65～74 歳 (%)	25.0	23.1	0.0	0.0
	計 (%)	20.0	23.5	0.0	0.0

資料：特定健診・特定保健指導実施結果報告

③有所見者割合

男性では、肥満傾向が顕著で、BMI、中性脂肪、収縮期血圧の有所見者割合が高くなっています。

女性では、BMI、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、収縮期血圧、eGFR（腎機能）、多くの項目で有所見者割合が県、国平均より高くなっています。

図表 21 健診有所見者割合（男性）

有所見者割合（男性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				八峰町 ^⑨	秋田県	国
BMI	35.5	39.9	38.0	41.6	36.8	34.2
中性脂肪	26.5	22.5	27.1	36.1	32.8	28.1
HDL コレステロール	7.4	5.5	3.9	8.2	6.4	7.1
LDL コレステロール	44.5	48.6	43.3	39.4	41.9	45.6
HbA1c	82.3	65.1	51.4	54.4	49.8	57.8
収縮期血圧	63.2	64.7	59.9	57.7	52.8	50.2
eGFR	22.6	24.3	22.5	23.0	18.4	23.7

資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」（令和元年度～令和4年度）

^⑨令和4年度については、eGFR以外の項目で県、国と比較するため年齢調整しています。

図表 22 健診有所見者割合（女性）

有所見者割合（女性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				八峰町 ^⑨	秋田県	国
BMI	34.8	34.3	35.6	34.7	25.4	21.4
中性脂肪	15.4	17.5	18.2	23.3	17.8	15.6
HDL コレステロール	1.7	0.7	0.6	1.7	1.3	1.2
LDL コレステロール	52.5	57.5	52.6	56.6	51.2	54.1
HbA1c	87.2	61.6	62.0	56.1	47.0	56.5
収縮期血圧	53.9	53.4	56.8	54.1	47.9	45.3
eGFR	24.3	23.1	23.1	24.6	17.1	20.4

資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」（令和元年度～令和4年度）

^⑨令和4年度については、eGFR以外の項目で県、国と比較するため年齢調整しています。

④生活習慣（質問票）

喫煙率、過剰飲酒（2合以上）、運動不足（1回30分以上の運動）、就寝前の夕食や3食以外の間食等食習慣の問題が浮き彫りとなっています。

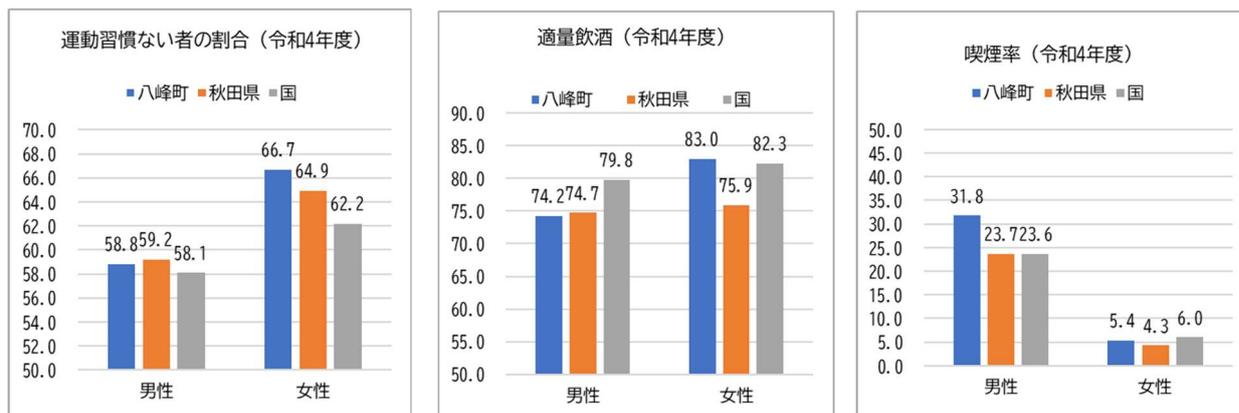
男女別にみると、女性の運動習慣のない者の割合が県、国平均より高くなっています。

図表 23 質問票

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				八峰町	秋田県	国
喫煙	17.6	15.4	15.2	17.8	12.9	12.7
1回30分以上の運動（週2回以上）	57.5	63.8	63.3	63.0	62.2	59.3
1日1時間以上の運動	43.9	50.6	44.7	41.8	42.2	47.5
歩行速度遅い	58.1	58.6	56.4	56.4	53.3	50.5
咀嚼良好	77.4	70.0	68.8	69.5	75.2	79.0
早食い	29.2	22.8	24.7	23.1	24.3	26.4
就寝前夕食	15.5	16.7	21.8	18.6	16.5	14.7
3食以外の間食（甘いもの）	21.1	18.8	23.0	23.1	22.4	21.7
2合以上の飲酒	22.0	19.4	20.2	18.2	17.1	11.3
睡眠不足	20.5	20.0	20.9	21.8	19.8	27.5

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表 24 男女別生活習慣（運動・飲酒・喫煙）



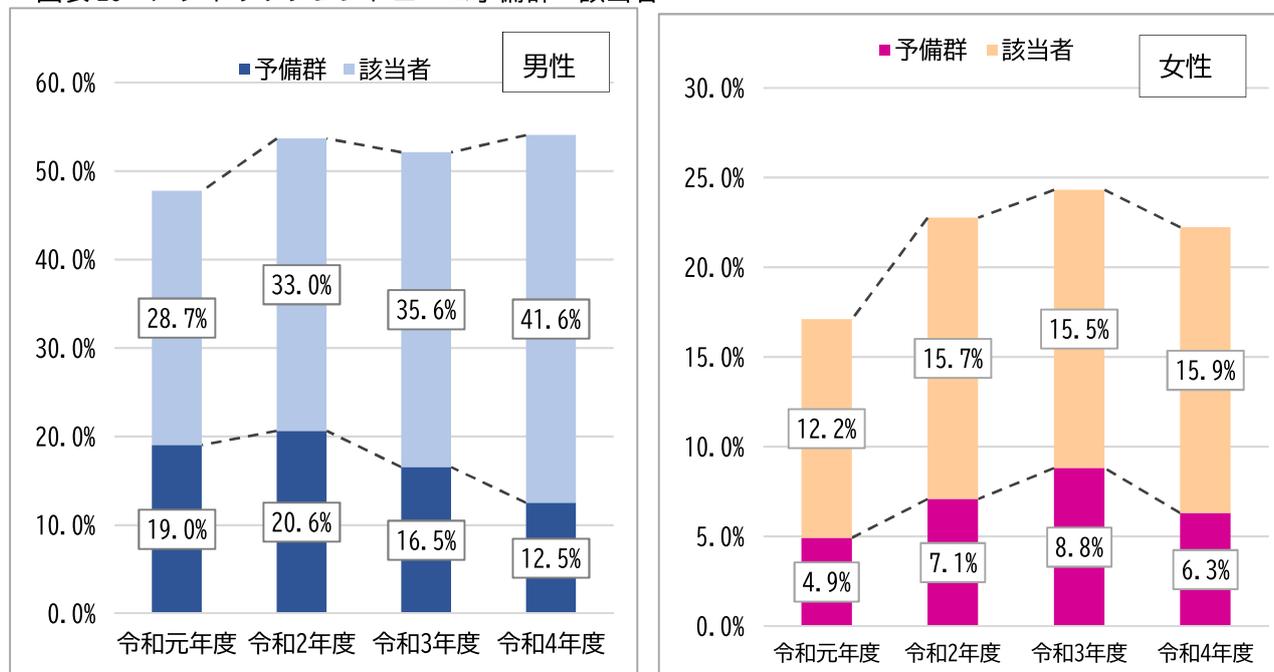
資料：KDB「質問票調査の状況」（令和4年度）

⑤メタボリックシンドローム予備群・該当者割合

男女ともメタボリックシンドローム該当者は、増加傾向にあります。

生活習慣病の発症と大きな関係があるリスクの重なり状況では、血糖、血圧、脂質全ての項目でリスクを有している者は、男女ともに、その割合は増加傾向にあります。

図表 25 メタボリックシンドローム予備群・該当者



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表 26 血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者割合（男性）

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者数		310	218	284	296
メタボリックシンドローム	予備群（人）	59	45	47	37
	該当者（人）	89	72	101	123
予備群・該当者詳細 メタボリックシンドローム	腹囲のみ（%）	2.6	5.5	1.1	2.0
	血糖のみ（%）	1.9	1.8	0.7	1.0
	血圧のみ（%）	13.5	14.7	14.1	8.4
	脂質のみ（%）	3.5	4.1	1.8	3.0
	血糖+血圧（%）	5.5	6.0	5.3	5.4
	血糖+脂質（%）	1.3	0.5	0.7	1.7
	血圧+脂質（%）	11.6	13.3	16.5	20.3
	血糖+血圧+脂質（%）	10.3	13.3	13.0	14.2

資料：KDB「厚生労働省様式5-3」（令和元年度～令和4年度）

図表 27 血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者割合（女性）

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者数		345	268	329	333
メタボリック シンドローム	予備群（人）	17	19	29	21
	該当者（人）	42	42	51	53
予備群・該当者詳細 メタボリックシンドローム	腹囲のみ（％）	0.9	1.5	1.5	1.8
	血糖のみ（％）	0.3	0.0	0.0	0.0
	血圧のみ（％）	3.8	5.2	7.0	3.6
	脂質のみ（％）	0.9	1.9	1.8	2.7
	血糖＋血圧（％）	1.4	1.1	2.7	1.5
	血糖＋脂質（％）	0.6	1.1	1.8	0.9
	血圧＋脂質（％）	5.5	8.6	5.8	7.2
	血糖＋血圧＋脂質（％）	4.6	4.9	5.2	6.3

資料：KDB「厚生労働省様式5-3」（令和元年度～令和4年度）

⑥受診勧奨者医療機関受診率

健診後の受診勧奨者の医療機関受診率は、県、国平均より高くなっています。

図表 28 受診勧奨者医療機関受診率の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八峰町	58.5%	57.2%	57.3%	57.1%
秋田県	52.6%	51.4%	52.3%	51.8%
国	53.0%	55.0%	54.2%	52.5%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析

①糖尿病の重症化状況

1) 糖尿病性腎症の状況

男性の患者数は女性の2～4倍となっており、患者割合は横ばいで推移しています。女性の患者割合はやや減少傾向にあります。

図表 29 糖尿病性腎症患者数の推移

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
男性	19	12.3%	15	9.4%	18	11.4%	16	12.1%
女性	6	5.5%	9	8.1%	6	5.6%	4	3.7%
計	25	9.4%	24	8.9%	24	9.0%	20	8.3%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

2) 糖尿病重症化予防対象者の状況

糖尿病の重症化予防対象者については、HbA1c6.5以上でレセプトの無い者を対象とします。

さらに、HbA1c8.0以上についてはレセプトの有無にかかわらずハイリスク者としています。

糖尿病と診断される目安であるHbA1cの数値が6.5以上の未治療者は、受診勧奨事業の効果もあり10人以下で推移しています。

合併症の併発のリスクが高いHbA1c8.0以上の割合は1.1%となっています。

図表 30 糖尿病重症化予防対象者①（HbA1c6.5以上かつレセプト無）の推移

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～ 64歳	65～ 74歳	計									
男性	4	4	8	0	1	1	0	4	4	1	3	4
女性	2	4	6	0	3	3	0	1	1	0	3	3
計	6	8	14	0	4	4	0	5	5	1	6	7
集計対象者数			655			486			613			629
割合			2.1%			0.8%			0.8%			1.1%

資料：資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～令和4年度）

図表 31 糖尿病重症化予防対象者②（HbA1c8.0以上）の推移

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～ 64歳	65～ 74歳	計									
男性	1	4	5	1	4	5	1	1	2	2	3	5
女性	1	3	4	0	0	0	0	3	3	1	1	2
計	2	7	9	1	4	5	1	4	5	3	4	7
集計対象者数			655			486			613			629
割合			1.4%			1.0%			0.8%			1.1%

資料：資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～令和4年度）

②高血圧の重症化状況

高血圧の重症化予防対象者については、Ⅱ度高血圧（収縮期血圧160～179mmHgかつ／または拡張期血圧100～109mmHg）としています。

保健指導が必要な有所見者（収縮期血圧130mmHgかつ／または拡張期血圧85mmHg以上）は、健診受診者の約6割となっています。

図表 32 高血圧重症化予防対象者（Ⅱ度）の推移

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～ 64歳	65～ 74歳	計									
男性	3	5	8	1	2	3	0	2	2	1	1	2
女性	1	1	2	0	3	3	0	0	0	3	2	5
計	4	6	10	1	5	6	0	2	2	4	3	7
集計対象者数			655			486			613			629
割合			1.5%			1.2%			0.3%			1.1%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～令和4年度）

図表 33 血圧保健指導対象者の割合推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
集計対象者数	655	486	613	629
保健指導対象者数	400	289	364	373
割合	61.1%	59.5%	59.4%	59.3%

資料：KDB「健診ツリー図」（令和元年度～令和4年度）

(5) 介護費関係の分析

①介護給付費の状況（1件当たり給付費（円））

1件当たり介護給付費は県、国平均より高くなっています。

図表 34 1件当たり介護給付費

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八峰町	107,418	111,713	108,706	106,098
秋田県	78,979	80,346	79,954	79,448
国	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」

②介護認定率の状況

介護認定率は、県、国平均に比べやや高くなっています。

図表 35 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八峰町	22.3%	22.2%	21.7%	21.5%
秋田県	21.3%	21.5%	21.6%	20.5%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

(6) その他の分析

①歯科医療費

近年、歯科医療と全身の医療健康との関係が密接であることが分かってきています。

歯科医療費は、予防歯科の観点から、必ずしも安い方がよいというわけではありません。

本町の歯科医療費は県、国平均よりやや高くなっています。

図表 36 1人当たり歯科医療費の推移

単位：円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
八峰町	2,288	2,302	2,477	2,551
秋田県	2,116	2,104	2,169	2,232
国	2,038	2,021	2,141	2,211

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

2. 課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題	健康課題との対応
平均寿命・健康寿命・死因標準化死亡比	<ul style="list-style-type: none"> ・男女とも平均寿命、健康寿命が短く、標準化死亡比も国に比べ高い。 ・脳血管疾患の死亡率が比較的高い。 	B, C, D
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・外来の医療費では糖尿病が最も高い。 ・糖尿病にかかる医療費割合は右肩上がりとなっている。 ・人工透析患者数が増加している。 ・糖尿病、高血圧の患者割合は横ばい状況が続いている。 ・男性の糖尿病性腎症患者の割合が増えつつある。 ・高齢化を反映し、骨折、関節疾患の入院医療費が高い。 	A, B, C, D
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は目標値に近いが、若年層の受診率の低さが課題。 ・男性の有所見割合は、BMI、中性脂肪が高い。女性の有所見割合は、BMI、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、収縮期血圧、eGFR（腎機能）、全ての項目で有所見者割合が県、国平均より高い。 ・生活習慣では、「喫煙」「過剰飲酒」「運動不足」の割合が多く、大きな健康課題となっている。 ・男性のメタボリックシンドローム該当者が増え続けている。 ・男性のメタボリックシンドローム該当者のうち血糖、血圧、脂質全ての項目での有リスク者の割合は1割を超えている。 ・特定健診受診率は高いが、特定保健指導実施率の実績は低い。 	A, B
レセプト・健診データを組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病のハイリスク者とされる HbA1c8.0 以上の該当者割合は全体の1.1%となっている。 ・健診受診者全体の6割が血圧保健指導対象者となっている。 	C, D
介護データその他	<ul style="list-style-type: none"> ・1件当たりの介護給付費が県国平均より高い。 	D

第三章 計画全体

1. 本町の健康課題

①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	特定健康診査受診率の向上	4	1
B	特定保健指導実施率の向上	2	2
C	糖尿病性腎症重症化予防	1	3, 4, 5, 6
D	生活習慣病重症化予防	3	3, 4, 5, 6

2. データヘルス計画全体における目的

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
A	特定健診（全体）受診率の向上	特定健診受診率60%達成（%）	51.7	52.0	53.0	54.0	55.0	57.0	60.0
A	若年層男性の受診率向上	40～64歳男性健診受診率（%）	36.8	38.0	39.0	40.0	42.0	45.0	47.0
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率（%）	4.7	10.0	20.0	30.0	40.0	50.0	60.0
C	糖尿病ハイリスク者（HbA1c8.0以上）の減少	HbA1c8.0以上該当者割合（%）	1.10	1.05	1.00	0.95	0.90	0.85	0.80
C	糖尿病要医療の未受診率の減少	HbA1c6.5以上かつ未治療者割合（%）	1.10	1.05	1.00	0.95	0.90	0.85	0.80
C	人工透析患者の減少	新規人工透析患者数（人）	3	1	1	1	1	1	1
D	高血糖該当者割合の減少	HbA1c 有所見者割合（%） （男上段・女下段）	54.7 58.0	54.0 57.0	53.5 56.0	53.0 55.0	52.5 54.0	52.0 53.0	51.0 51.0
D	男性メタボ該当者割合の減少	男性メタボリックシンドローム該当者割合（%）	41.6	39.0	37.0	35.0	33.0	31.0	28.0
D	高血圧の予防・改善	血圧保健指導対象者の割合（%）	59.3	58.0	56.0	54.0	52.0	50.0	48.0
D	糖尿病予備群・患者割合の減少	糖尿病患者割合（%）	14.9	14.5	14.3	14.0	13.5	13.0	12.5

3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査未受診者対策事業	6
2	特定保健指導事業	4
3	糖尿病未治療者に対する勧奨及び保健指導事業	1
4	糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導事業	2
5	糖尿病ハイリスク者に対する保健指導事業	3
6	生活習慣病重症化予防事業	5

4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体） の目標を達成するための戦略
A	対応可能な委託機関との連携体制の整備。AI（人工知能）を活用した未受診者対策事業の実施。
B	健診結果説明会での保健指導の拡充。積極的支援については、福祉保健課保健師が主に行う一方、外部委託先確保の検討。対象者の意識の変容を促す効果的かつ効率的な利用勧奨の実施。
C	糖尿病の受診勧奨対象者へのアプローチを円滑に実施するための体制づくり、連携する医療機関、外部委託先の協力。KDB データを活用した対象者の抽出と糖尿病性腎症等に関する健康教育を実施。
D	外部保健指導支援機関への委託継続及びエビデンスに基づいた評価と広報戦略。要受診者に対し、結果返却時に受診勧奨を行うことで重症化予防を図る。

第IV章 個別の保健事業

1. 個別の保健事業の内容

事業番号	1
------	---

①事業名称	特定健康診査未受診者対策事業
②事業の目的	特定健診受診率向上
③対象者	40～74歳の特定健診受診対象者
④現在までの事業結果	AI（人工知能）を活用した受診勧奨を実施。コロナ禍の落ち込みはあったが、上向きになっている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率 (%)	51.7	52.0	53.0	54.0	55.0	57.0	60.0
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者に対する受診勧奨回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回

⑨目標を達成するための主な戦略	委託先の支援を得て、対象者の状況に応じた通知勧奨を続ける。
-----------------	-------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

Ai（人工知能）を活用した受診勧奨（令和3年～）。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

個別健診等受診環境の整備。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

国保連、福祉保健課、委託先の連携

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

新規受診者の掘り起こしや不定期受診者が継続受診に繋がるよう受診勧奨を実施していく。

⑭評価計画

Ai（人工知能）を活用した受診勧奨結果の分析を行う。

事業番号	2
------	---

①事業名称	特定保健指導事業
②事業の目的	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、生活習慣病の発症の予防。
③対象者	特定保健指導該当者（積極的支援・動機付け支援）。
④現在までの事業結果	保健指導の実施体制が確立しておらず保健指導実施率は低迷している。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導実施率 (%)	4.7	10.0	20.0	30.0	40.0	50.0	60.0
アウトプット (実施量・率) 指標	該当者に対する利用勧奨回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

⑨目標を達成するための主 な戦略	集団健診時での「みなし初回面接」の実施検討。新たな委託先の確保。
---------------------	----------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

福祉保健課保健師による訪問指導。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

健診結果説明会での実施検討やドック受診者への利用勧奨（一部外部委託）。継続支援プログラムの外部委託の検討。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉保健課のみで実施。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

実施体制を早急に整備し、日常の保健活動の中で利用勧奨を実施していく。

⑭評価計画

特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

事業番号	3
------	---

①事業名称	糖尿病未治療者に対する勧奨及び保健指導事業
②事業の目的	血糖の健診結果が要医療の未受診者を医療に結びつける。
③対象者	秋田県モデルプログラムに準ずる。
④現在までの事業結果	受診勧奨（通知・電話）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定 時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	HbA1c6.5以上かつ未治療者割合 (%)	1.10	1.05	1.00	0.95	0.90	0.85	0.80
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑨目標を達成するための主 な戦略	委託先との連携強化。対象者の状況把握。
---------------------	---------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・未治療者に対し、受診結果報告用ハガキを同封し受診勧奨を実施。 ・委託先の保健師、糖尿病療養指導士による電話支援、訪問。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

専門家（糖尿病療養指導士）を抱える保健指導支援機関への委託。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉保健課、外部委託先

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

外部委託先との連携強化

⑭評価計画

受診勧奨後の医療機関受診率

事業番号	4
------	---

①事業名称	糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導事業
②事業の目的	治療中断者を医療に結びつける。
③対象者	直近6ヶ月以内に対象となるレセプトが発生していない被保険者
④現在までの事業結果	保健指導実施率21.0%、受診勧奨実施率83.3%

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	HbA1c8.0以上該当者割合 (%)	1.10	1.05	1.00	0.95	0.90	0.85	0.80
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑨目標を達成するための主な戦略	連携する医療機関、担当医師の協力を得る。
-----------------	----------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

福祉保健課保健師による通知勧奨、電話支援、訪問。 委託先の保健師、糖尿病療養指導士による電話支援。（令和4年度以降）

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

専門家（糖尿病療養指導士）を抱える保健指導支援機関への委託。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉保健課、外部委託先

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

委託先との連携強化

⑭評価計画

勧奨後の治療再開率、HbA1c8.0以上の該当者割合

事業番号	5
------	---

①事業名称	糖尿病ハイリスク者に対する保健指導事業
②事業の目的	糖尿病性腎症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て医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。
③対象者	HbA1c6.5以上
④現在までの事業結果	電話による保健指導の実施

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	新規人工透析患者数 (人)	3	1	1	1	1	1	1
アウトプット (実施量・率) 指標	電話または訪問による保健指導の回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

⑨目標を達成するための主な戦略	連携する医療機関、担当医師の協力を得る。保健指導支援機関への委託。
-----------------	-----------------------------------

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

委託先の保健師、糖尿病療養指導士による電話支援、訪問

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

専門家 (糖尿病療養指導士) を抱える保健指導支援機関への委託。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

福祉保健課、外部委託先

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

委託先との連携強化

⑭評価計画

HbA1c8.0以上の者割合、保健指導後の健診数値および生活習慣改善。

事業番号	6
------	---

①事業名称	生活習慣病重症化予防事業
②事業の目的	糖尿病、高血圧症の重症化を未然に防ぐ。
③対象者	HbA1c5.6以上の境界域、軽度糖尿病患者、血圧指導判定値以上
④現在までの事業結果	介入プログラム参加者の生活習慣改善率

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	糖尿病患者割合 (%)	14.9	14.5	14.3	14.0	13.5	13.0	12.5
アウトプット (実施量・率) 指標	介入プログラム終了者数 (人)	20	50	50	60	60	70	70

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援機関への委託継続。エビデンスに基づいた評価と広報戦略。
-----------------	-----------------------------------

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果が要受診者に対し、受診結果報告ハガキを同封し受診勧奨を実施 ・福祉保健課と外部委託機関の連携による介入プログラムの実施。
--

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

介入プログラム参加者のフォローアップと継続的評価

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

福祉保健課、専門外部委託機関

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

専門の外部機関との連携強化

⑭評価計画

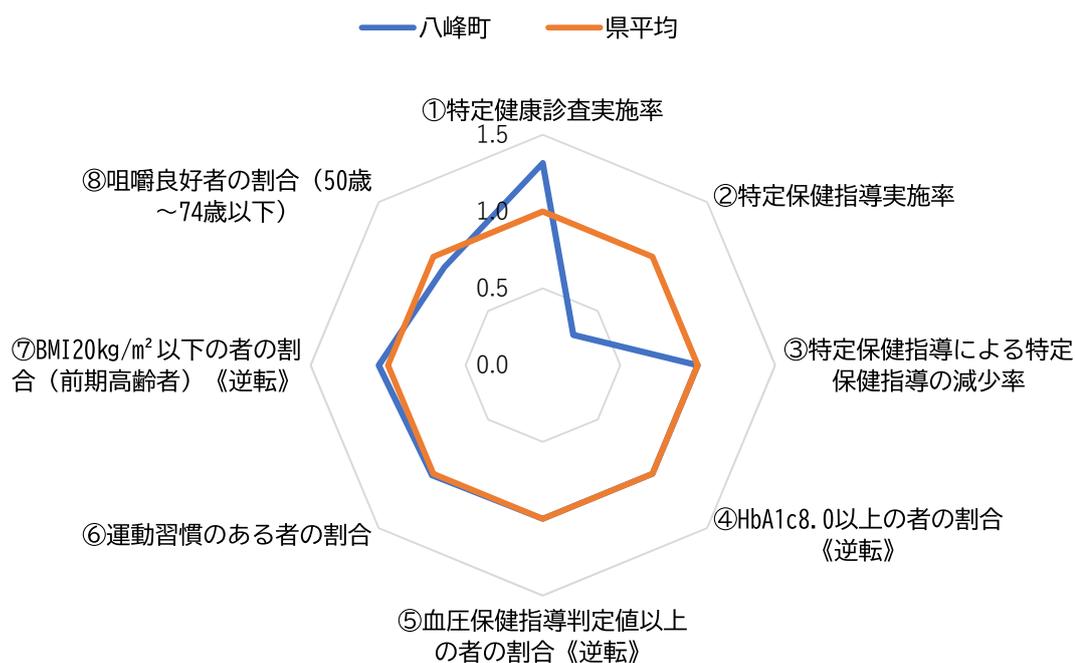
糖尿病、高血圧症患者割合の減少、HbA1c有所見者 (6.0以上) 割合、血圧指導判定値以上の者の割合

2. 秋田県共通指標と八峰町の実績（令和4年度）

共通指標	レーダーチャートの数値		実績値	
	八峰町	県平均	八峰町 (a)	県平均 (b)4
①特定健康診査実施率	1.3	1.0	51.7	39.3
②特定保健指導実施率	0.3	1.0	4.7	16.9
③特定保健指導による特定保健指導の減少率	1.0	1.0	0.0	県集計中
④HbA1c8.0以上の者の割合 《逆転》	1.0	1.0	1.1	県集計中
⑤血圧保健指導判定値以上の者の割合《逆転》	1.0	1.0	59.3	県集計中
⑥運動習慣のある者の割合	1.0	1.0	63.0	62.2
⑦BMI20 kg/m ² 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1.1	1.0	15.2	県集計中
⑧咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.9	1.0	66.6	73.9

※ (a/b or (100- a)/(100-b))

八峰町の各指標値実績と秋田県平均値との比較



第V章 特定健康診査等実施計画

1. 計画策定にあたって

(1) 計画策定の趣旨

①背景及び趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づき、被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

八峰町国民健康保険においても法第19条に基づき、これまで第1期及び第2期の特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。第3期計画では、2023年度(令和5年度)が計画の終了年次となるため、目標値や実施方法、体制等の見直しを行い、令和6年度を初年度とする「第4期八峰町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定します。

②生活習慣病対策の必要性

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常、肥満症等の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、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、糖尿病等を予防することができれば、通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及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

③メタボリックシンドロームという概念への着目

糖尿病等の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、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

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者を、的確に抽出するために行うものです。

5. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。

	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
特定健康診査対象者数 (人)	1,272	1,229	1,137	1,063	998	930
特定健康診査受診率(%) (目標値)	52.0	53.0	54.0	55.0	57.0	60.0
特定健康診査受診者数 (人)	661	651	613	584	568	558

●年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	年齢階層	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
特定健康診査 対象者数 (人)	40～64歳	444	408	379	360	344	326
	65～74歳	828	821	758	703	654	604
特定健康診査 受診者数 (人)	40～64歳	181	167	150	151	145	137
	65～74歳	481	484	463	433	424	421

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示します。

	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
特定保健指導対象者数(人)	30	30	30	29	29	28
特定保健指導実施率(%) (目標値)	10.0	20.0	30.0	40.0	50.0	60.0
特定保健指導実施者数(人)	3	6	9	11	14	16

●支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

支援		年齢階層	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的 支援	対象者数	40～64歳	10	10	10	9	9	9
	実施者数		1	1	1	1	1	1
動機付 け支援	対象者数	40～64歳	6	6	6	6	5	5
	(人)	65～74歳	14	14	14	14	15	15
	実施者数	40～64歳	0	1	2	2	3	4
	(人)	65～74歳	2	4	6	9	11	13

6. 実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

ア. 実施場所

①集団健診	②個別健診
・八峰町文化交流センター	・町民が近隣市町村で受診しやすい医療機関 ┌ 秋田県医師会 ├ 秋田県厚生連グループ └ JCHO 秋田病院 など

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

■基本的な健診項目(全員に実施)

- 質問票(服薬歴、喫煙歴等) ○身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
- 血圧測定 ○理学的検査(身体診察) ○尿検査(尿糖、尿蛋白)
- 血液検査
 - ・脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)
 - ・血糖検査(空腹時血糖または HbA1c、やむを得ない場合は随時血糖)
 - ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

- 心電図 ○眼底検査 ○貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)
- 血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)

ウ. 実施時期

- ①集団健診 7月に実施する。
- ②個別健診 6月から3月に実施する。

エ. 外部委託の方法

外部委託に関する基準に基づき、個別契約により能代厚生医療センター、地域医療機能推進機構(JCHO)秋田病院、秋田県総合保健事業団へ委託し、集合契約により能代市山本郡医師会へ委託して実施します。

- ①集団健診 秋田県総合保健事業団
- ②個別健診 集合契約
個別契約(秋田県総合保健センター)

オ. 周知や案内の方法

①周知の方法

広報紙やホームページ等で周知を図ります。

②受診案内の方法

- ・ 集団健診：健診申込調査票とウェブ予約にて申込み
- ・ 個別健診：契約医療機関を受診（町への申込不要）

③受診券等の配布方法

受診券は、対象者全員に配布します。その際、町で作成した案内チラシと受診機関リストを同封します。

カ. その他

①健診結果の返却方法

健診結果を分かりやすく知らせるため、結果通知書に、基準範囲外の値を示している項目やその値の程度、検査項目は示す意義等について記載されているパンフレットを同封します。

また、生活習慣改善につながるアドバイスや情報を添えるなど、情報提供にも努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法

ア. 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。

ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

●特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下の通りである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

イ.実施場所

- ・能代厚生医療センター
- ・地域医療機能推進機構（JCHO）秋田病院

ウ.実施項目

保健指導レベルに応じた内容の保健指導を実施する。

●保健指導の内容

	支援形態	支援内容
積極的支援	a. 初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援、または 1 グループあたりおおむね 80 分以上のグル ープ支援。 b. 3 カ月以上の継続支援 個別支援、グループ支援の他、電話、e- mail 等の通信手段を組み合わせて行う。 c. 3 カ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行う。	特定健康診査の結果から、対象者自ら が自分の身体に起こっている変化を理 解し、生活習慣改善の必要性を実感で きるような働きかけを行う。また、具 体的に実践可能な行動目標を対象者が 選択できるように支援する。 支援者は目標達成のために必要な支援 計画を立て、行動が継続できるように 定期的・継続的に介入する。
動機付け支援	a. 初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援、または 1 グループあたりおおむね 80 分以上のグル ープ支援。 b. 3 カ月経過後の評価 面接または通信手段を利用して行う。	対象者自らが、自分の生活習慣の改善 すべき点を自覚することで行動目標を 設定し、目標達成に向けた取り組みが 継続できるように動機付け支援を行 う。

エ.実施時期

7月から3月に実施する。

オ.外部委託の方法

外部委託に関する基準に基づき、個別契約により能代厚生医療センター、地域医療機能推進機構（JCHO）秋田病院、秋田県総合保健事業団へ委託して実施する。

カ.周知や案内の方法

- ①周知の方法 広報紙やホームページ等で周知を図る。
- ②利用案内の方法 対象者に利用案内通知書等を送付する。

※特定健康診査等の費用決裁、共同処理、マスタ管理に関する業務について、秋田県国民健康保険団体連合会に委託する。

●年間スケジュール

実施項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健康診査	委託契約締結	↔											
	対象者抽出	↔											
	受診券送付		↔										
	特定健診実施 (集団)				↔								
	特定健診実施 (個別)			↔									
	特定健診実施 (人間ドック)			↔									
特定保健指導	委託契約締結	↔											
	対象者抽出 利用案内				↔								
	保健指導実施				↔								
前年度の評価									↔				
次年度の計画										↔			

7. その他

(1) 個人情報の保護

①記録の保存方法等

特定健康診査に関するデータは、秋田県国民健康保険団体連合会へ管理・保存を委託する。その保存期間は、7年とします。

②管理ルールの制定

特定健康診査及び特定保健指導で得られる健康情報等の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、八峰町個人情報保護条例（令和5年3月3日条例第1号）などを踏まえた対応を行います。

また、業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるものとします。

(2) 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

①特定健康診査等実施計画の公表方法

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあるため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

②特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

特定健康診査等を実施する趣旨について、広報紙、ホームページ、パンフレットやポスター等により普及啓発を図ります。

(3) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

①特定健康診査等実施計画の評価方法

特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率については、国への実績報告により毎年度評価を行います。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等については、国への実績報告により最終年度に評価を行います。

②特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

計画の最終年度となる令和11年度に、目標の達成状況等に関する最終評価を行い、計画の見直しを行います。

(4) その他

①各種検(健)診等との連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する検(健)診等についても可能な限り連携して実施するものとします。

②健康づくり事業との連携

特定健康診査・特定保健指導の対象となる年代だけでなく、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要になります。そのためには、関係部署が実施する保健事業とも連携しながら、生活習慣病予防を推進していく必要があります。

第VI章 その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>KDBシステムの情報を活用し、個別の保健事業の進捗確認を行い、毎年度評価します。さらに、その結果を踏まえて、最終年度となる令和11年度前期（令和8年度）に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、その評価に基づき、見直した内容を次期計画に反映させます。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>策定した計画は、町の広報やホームページに掲載するほか、概要版を作成し、より分かりやすく被保険者及び町民に発信します。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び八峰町個人情報保護条例（令和5年3月3日条例第1号）を遵守し、個人情報の保護に努めます</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>「第2次八峰町健康増進・食育推進計画」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組むこととします。</p> <p>国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康事業や介護予防、生活支援の対象となる人を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施します。</p> <p>さらに、令和5年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防一体的実施」を積極的に推進しているところです。</p> <p>また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指していきます。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営にかかわる担当者は、秋田県国保連合会が実施するデータヘルスに関する研修に積極的に参加し、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします</p>

八峰町保健事業実施計画書
(第3期データヘルス計画書・第4期特定健康診査等実施計画)

《令和6年度～令和11年度》

発行 秋田県 八峰町 令和6年3月

編集 八峰町 福祉保健課

住所 〒018-2502 秋田県 山本郡八峰町 峰浜目名瀧字目長田 118
TEL : 0185-76-2111 FAX : 0185-76-2113