

---

おいらせ町国民健康保険  
第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)  
第4期 特定健康診査等実施計画

---

令和6年度～令和11年度  
(2024年度～2029年度)



令和6年3月  
おいらせ町国民健康保険

## 目次

第1章 基本的事項.....	1
1 策定の趣旨.....	1
2 計画の期間.....	2
3 実施体制・関係者連携.....	2
4 KDB の活用.....	3
第2章 第2期の保健事業の取組と評価.....	4
1 評価方法.....	4
2 中長期目標の達成状況.....	4
3 事業別目標の達成状況と評価.....	5
第3章 現状分析.....	9
1 地域的特性・人口・高齢化率.....	9
2 国民健康保険加入者の状況.....	10
3 平均寿命・標準化死亡比・主な死因.....	12
4 特定健康診査・特定保健指導等の状況.....	14
5 医療費、生活習慣病の分析.....	21
6 レセプト・健診データを組み合わせた分析.....	30
7 介護費関係の分析.....	33
第4章 分析に基づく健康課題と保健事業.....	34
1 分析から導き出された課題.....	34
2 健康課題とデータヘルス計画全体における目標.....	35
3 計画全体における目的と評価指標.....	36
4 目標を達成するための事業.....	37
5 個別の保健事業.....	38
第5章 第4期特定健康診査等実施計画.....	45
1 特定健診・特定保健指導の目的.....	45
2 目標値の設定.....	45
3 対象者の見込み.....	46
4 特定健康診査の実施.....	48
5 特定保健指導の実施.....	50
6 特定健康診査等の結果の通知.....	51
7 目標達成に向けた取り組みと年間スケジュール.....	52
8 個人情報の保護.....	53
9 計画の公表及び周知.....	53
10 計画の評価・見直し.....	53
11 その他.....	53
第6章 計画の公表及び周知.....	54
1 計画の公表及び周知.....	54
2 個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守.....	54
第7章 地域包括ケアにかかる取り組み.....	55

# 第1章 基本的事項

## 1 策定の趣旨

### (1) 背景と目的

平成 25 年 6 月に「日本再興戦略」が閣議決定され、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それにもとづく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」との方針が打ち出されました。また、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」において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

これを受け、町においても平成 28 年 3 月に「おいらせ町国民健康保険保健事業実施計画」(以下「データヘルス計画」という。)を策定し、以降、健康・医療情報を活用した効果的・効率的な保健事業を目指してきました。この度、第 2 期データヘルス計画の期間が終了することに伴い、令和 6 年度以降の効果的かつ効率的な保健事業を推進し、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を目的に当計画を策定するものです。

### (2) 計画の位置づけ

当計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針」に基づき策定するものです。また、計画の一部「第 5 章 第4期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」に基づく計画としてデータヘルス計画と一体的に策定するものです。

当計画は、「第2次おいらせ町総合計画」との調和を図るとともに、「町健康増進計画」や「青森県医療費適正化計画」との整合性を踏まえて策定します。

構成	計画	目的	根拠法令
第1章 ～ 第7章	第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を定め実施及び評価を行う。	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)
第5章	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本方針(厚生労働省告示)に即して、6年ごとに特定健康診査等の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

## 2 計画の期間

当計画の期間は、県の医療費適正化計画を勘案するとともに、一体的に策定する特定健康診査等実施計画の計画期間が6年であることから、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
国	(国)第3期医療費適正化方針						(国)第4期医療費適正化方針					
青森県	(青森県)第3期医療費適正化計画						(青森県)第4期医療費適正化計画					
おいらせ町	第2期データヘルス計画 第3期特定健康診査等実施計画						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					
	第2次健康増進計画						第3次健康増進計画 (R17年度まで)					
	前期基本計画						後期基本計画					
	第2次おいらせ町総合計画											

## 3 実施体制・関係者連携

### (1) 実施体制と保険者内の連携

当町においては、被保険者の健康の保持増進を図るとともに、保健事業の効果的な推進を図るため、国民健康保険所管課である町民課が主体となって計画の策定及び保健事業の推進をします。計画の策定や保健事業の検討、実施、評価にあたっては、健康増進部門、介護福祉部門、後期高齢者医療部門等、町の関連する部署と健康課題を共有したうえで、連携して取り組みます。

また、研修等による担当者の資質向上に努め、PDCAサイクルに沿った運用ができるよう体制確保に努めます。

### (2) 関係機関等との連携

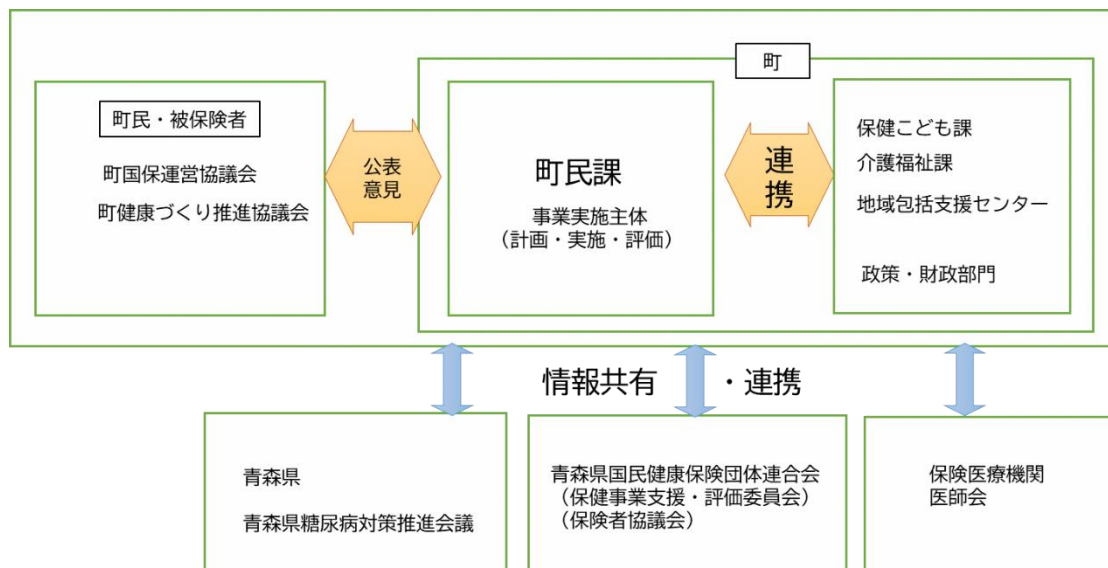
効果的かつ効率的な計画の推進にむけては、関係機関と連携・協力が必要です。

計画の策定や保健事業の推進にあたっては、共同保険者である青森県のほか、県糖尿病対策推進会議、青森県国民健康保険団体連合会、後期高齢者医療広域連合、地域の医療機関、医師会等との連携強化に努めます。

### (3) 被保険者の役割

計画の目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高めるためには被保険者自身の理解と実践が必要です。このため、町では、計画の積極的な公表に努めます。また、被保険者の立場から町国民健康保険運営協議会などの計画策定の場において意見交換等を行います。

【実施体制図】



## 4 KDBの活用

KDBは国保データベースの略称で国保連合会が構築したシステムで、国保保険者等における保健事業の計画作成や実施の支援を目的として、健診、医療、介護の各種データの統計情報や個人の健康に関するデータが提供されています。

KDBにより得られるデータは、保険者における地域の健康課題の把握や疾病別医療費分析等、被保険者の特性に応じた効果的な保健事業の展開に資するものであり、健康増進部門や介護福祉部門における事業においても有益であるため、部門間で情報共有に努め、事業の計画や評価に活用するものとします。

## 第2章 第2期の保健事業の取組と評価

### 1 評価方法

第2期データヘルス計画において健康課題ごとに設定した目標値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 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない

### 2 中長期目標の達成状況

第2期データヘルス計画において挙げられた中長期目標の達成状況は以下のとおりです。

達成指標	第2期計画 策定時	現状値	目標値 (令和5年度)	結果
指標1 特定健康診査受診率の向上	41.4% (H28)	40.2% (R4)	60.0%	悪化
指標2 特定保健指導実施率の向上	68.1% (H28)	44.4% (R4)	70.0%	悪化
指標3 健康状態未把握者の減少	23.9% (H28)	16.6% (R4)	10.0%	改善
指標4 血糖値有所見割合の減少	49.4% (H28)	51.3% (R4)	35.0%	悪化

### 3 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	短期目標・達成状況・評価	
<p>①未受診者対策事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診未申込者への勧奨</li> <li>・働き盛り世代への勧奨</li> <li>・年末年始時期の健診案内</li> <li>・未受診者の健診データ及びレセプトデータ分析結果に基づく受診勧奨（通知/電話）令和2年度</li> <li>・未受診者の受診歴分析結果に基づく受診勧奨（通知/電話）令和3年度</li> <li>・未受診者の年齢性別受診パターン分析結果に基づく受診勧奨（通知）令和4年度</li> </ul> <p>②みなし健診事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所健診結果データ利用健診申込時に「事業所健診受診」とした方への結果提供依頼 →入力</li> <li>・医療機関との「みなし健診結果書作成」委託（平成30年度まで）</li> </ul>	アウトプット評価	<p>【目標】受診勧奨実施回数（令和5年度）：3回以上</p> <p>【結果】受診勧奨実施回数（令和4年度）：2回 （みなし健診含む）</p> <p style="text-align: center;">目標値評価:A</p>
	アウトカム評価	<p>【目標】特定健診受診率（令和5年度）～60.0%</p> <p>【結果】特定健診受診率（令和4年度）～40.2%</p> <p style="text-align: center;">目標値評価:C</p>
	<p style="color: red;">総合評価:C</p> <p>目標値のハードルが高く、アウトカム評価は未達成となりました。「みなし健診事業」や未受診者の個性に応じた受診勧奨事業の取り組みなどアウトプット評価面では評価できるものの、目標との乖離が10%以上のため総合評価も「C」としました。</p>	

実施した取組内容	短期目標・達成状況・評価	
<p>① 国保人間ドック・脳ドック</p>	アウトカム評価	<p>【目標】受診者数（令和5年度）～450人</p> <p>【結果】受診者数（令和4年度）～399人</p> <p style="text-align: center;">目標値評価:B</p>
	<p style="color: red;">総合評価:C</p> <p>人間ドック受診増は、がん検診との同時受診を可能とし、特定健診受診率向上に寄与することから、特定健診同様に勧奨していくものとします。</p>	

(2) 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容	短期目標・達成状況・評価	
① 特定保健指導利用案内 ・対象者の抽出、利用案内。  ② 特定保健指導の実施 ・特定健康診査において階層化された特定保健指導対象者に対し、生活改善等の保健指導を実施（7月～翌年8月）	アウトプット評価	【目標】 特定保健指導実施率(令和5年度):70.0% 【結果】 特定保健指導実施率(令和4年度):44.4%  目標値評価:B
	アウトカム評価	① 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(ベースライン評価) 平成29年度:18.8%→令和4年度 21.4%  ベースライン評価:A  ② メタボ該当者割合の変化(ベースライン評価) 男性 平成29年度:28.6% →令和4年度:29.9%(1.3P増)  女性 平成29年度:12.8% →令和4年度:11.9%(0.9P減)  ベースライン評価:C
	総合評価:C  特定保健指導実施率は目標を達成できませんでした。年々、実施率が低下しているものの、県平均値を超えることができている。女性のメタボ該当者に減少がみられています。(平成29年度と令和4年度比較)	



(3) 生活習慣病の早期発見と重症化予防

実施した取組内容	短期目標・達成状況・評価																	
<p>①糖尿病予備群早期介入事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・HbA1c5.6%～6.4%該当者に対し生活習慣改善等の情報提供を行う。</li> </ul> <p>②糖尿病性腎症重症化予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導に該当しない高血糖者に対し、保健師または看護師、栄養士が医療機関受診勧奨と保健指導を実施する。</li> <li>・中断者：前年度糖尿病治療歴があり、当該年度以降にレセプト上で治療履歴を確認できない人</li> <li>・未治療者(HbA1c6.5%以上、空腹時血糖 126mg/dl 該当者かつ未治療者</li> <li>・ハイリスク者(糖尿病治療中の内、前年度健診データが尿蛋白±、eGFR60 未満の人</li> </ul>	<p>アウト プット 評価</p>	<p>① 糖尿病予備群早期介入事業</p> <p>【目標】 情報提供実施回数(令和5年度):1回以上</p> <p>【結果】 情報提供実施回数(令和4年度):1回 (情報提供実施者数)</p> <p>令和元年度 319人、令和2年度 246人、 令和3年度 396人</p> <p>② 糖尿病性腎症重症化予防事業</p> <p>【目標】 医療機関受診率(令和5年度):100%</p> <p>【結果】 医療機関受診率(令和4年度):100%</p> <table border="1" data-bbox="746 824 1343 1115"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>保健指導</th> <th>受診確認</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未治療者</td> <td>17名</td> <td>5名 (29.4%)</td> <td>5名 (100%)</td> </tr> <tr> <td>中断者</td> <td>24名</td> <td>4名 (16.7%)</td> <td>4名 (100%)</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク者</td> <td>9名</td> <td>6名 (66.7%)</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価:C</p>		対象者	保健指導	受診確認	未治療者	17名	5名 (29.4%)	5名 (100%)	中断者	24名	4名 (16.7%)	4名 (100%)	ハイリスク者	9名	6名 (66.7%)	/
	対象者	保健指導	受診確認															
未治療者	17名	5名 (29.4%)	5名 (100%)															
中断者	24名	4名 (16.7%)	4名 (100%)															
ハイリスク者	9名	6名 (66.7%)	/															
<p>③糖尿病予防・改善事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・介入期間2～3か月、回数4回</li> </ul>	<p>アウト カム 評価</p>	<p>① 糖尿病予備群早期介入事業</p> <p>【目標】 血糖(HbA1c)有所見者割合(令和5年度):35.0%</p> <p>【結果】 血糖(HbA1c)有所見者割合(令和4年度) 男性:56.1% 女性:53.6%</p> <p>② 糖尿病重症化予防事業</p> <p>【目標】 人工透析新規導入者(令和5年度):1人</p> <p>【結果】 人工透析新規導入者(令和4年度):1人</p> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価:B</p>																
<p style="color: red;">総合評価:B</p> <p>糖尿病性腎症の重症化予防の取組により、糖尿病性腎症による人工透析新規導入件数は、1件に止めることができました。</p> <p>血糖(HbA1c)有所見者割合は増加していますが、令和4年度から予備群を対象とした早期介入事業を開始し、取り組みを充実させました。</p>																		

(4) 適正な受診行動の啓発

取組内容	短期目標と達成状況	
<p>① 医療費通知</p> <p>・適正な受診行動を促す為、年6回被保険者へ医療費通知を実施。</p> <p>② ジェネリック利用差額通知</p> <p>・ジェネリック医薬品の利用促進を図る為、外来受診において慢性疾患等用剤が長期投与されている35歳以上の被保険者に対し、ハガキ通知を実施。(年2回)</p>	<p>アウト プット 評価</p>	<p>① 医療費通知</p> <p>【目標】 医療費通知送付回数(令和5年度):年6回 【結果】 医療費通知送付回数(令和4年度):年6回</p> <p>② ジェネリック利用差額通知</p> <p>【目標】 ジェネリック利用差額通知送付回数(令和5年度):年2回 【結果】 ジェネリック利用差額通知送付回数(令和4年度):年2回</p> <p>③ 重複・多受診訪問指導</p> <p>【目標】 訪問実施率(令和5年度):100% 【結果】 訪問実施率(令和4年度):100%</p> <p>④ 広報啓発</p> <p>【目標】 広報掲載回数(令和5年度):1回以上 【結果】 広報掲載回数(令和4年度):1回</p> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価:A</p>
<p>③ 重複・多受診訪問指導</p> <p>・医療費の適正化に向けて、重複多受診者に対し、適正な医療と生活習慣改善指導を行うべく、町保健師が訪問指導を実施。</p> <p>④ 広報啓発</p> <p>・医療費の適正化に向けて、国保被保険者に対し、ジェネリック医薬品の利用促進や適正受診等の広報啓発を実施。</p>	<p>アウト カム 評価</p>	<p>1人当たり医療費の変化(ベースライン評価)</p> <p>●おいらせ町(1人当たり医療費/1月) 平成29年度:22,245円 →令和4年度:24,257円(9.0%増)</p> <p>●国平均(1人当たり医療費/1月) 平成29年度:25,148円 →令和4年度:28,352円(12.7%増)</p> <p style="text-align: center; color: red;">ベースライン評価:A</p> <p>ジェネリック利用差額通知</p> <p>【目標】 ジェネリック医薬品利用率(令和5年度):75.0% 【結果】 ジェネリック医薬品利用率(令和4年度):78.9%</p> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価:A</p>
<p style="color: red;">総合評価:B</p> <p>計画された啓発事業が全て実施できており、アウトプット目標は100%達成されています。ジェネリック医薬品の利用率は、町の目標値を大きく上回っていますが、国の目標値80%に達しなかったため「B」としました。</p>		

## 第3章 現状分析

### 1 地域的特性・人口・高齢化率

#### (1) 地域的特性

おいらせ町は青森県の東南部に位置し、東側は太平洋に面しており、八戸、十和田、三沢の3市に囲まれた町です。地形は、西から東の太平洋に向かって傾斜した台地からなり、その台地の南に奥入瀬川が流れ、太平洋に注いでいます。

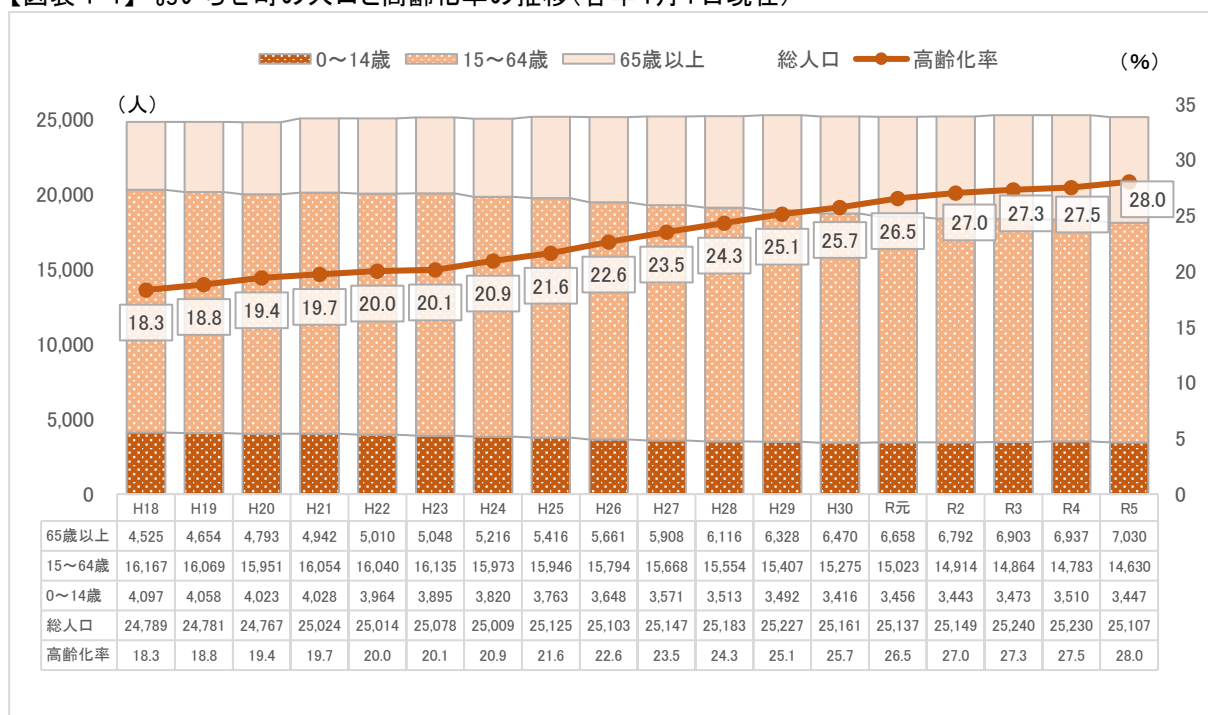
気候は、年間平均気温10.0℃と冷涼で、夏には偏東風(ヤマセ)と呼ばれる太平洋からの冷たい風が吹く地域です。冬は、気温は低いものの降雪量は少なく、青森県内で最も雪が少ない地域となっています。



#### (2) 人口・高齢化率

- 当町の人口は、平成18年3月の合併以降、概ね2万5千人程度で微増から横ばいとなっていました。近年減少局面に転じています。
- 高齢化率は平成18年度からの17年間で約10%増加し、令和5年度には28.0%となりました。

【図表 1-1】 おいらせ町の人口と高齢化率の推移(各年4月1日現在)



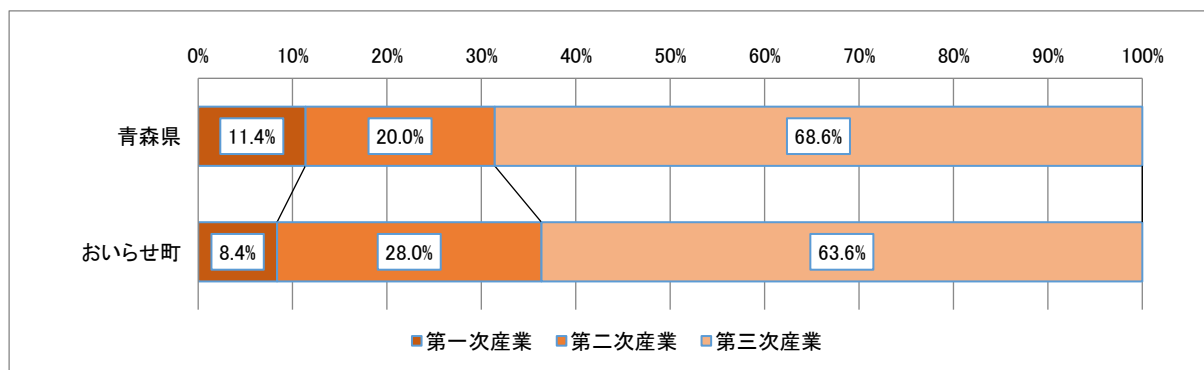
※ H24年7月9日住民基本台帳法改正によりH25以降は外国人を含む数値

資料: 住民基本台帳

### (3) 就業状況

国勢調査の産業大分類別就業者の割合をみると、最も割合が高いものは、青森県の傾向と同様に第三次産業となっています。第一次産業の割合は県平均と比較して少ない状況ですが、一方で第二次産業の割合は県平均より高くなっています。

【図表1-2】産業大分類別就業状態(令和2年国勢調査)



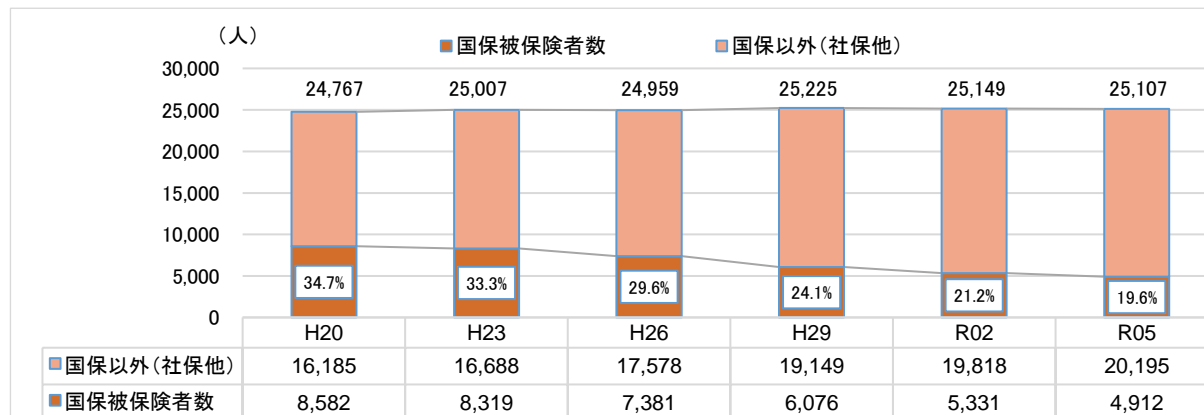
資料: 令和2年国勢調査 就業状態等基本絵集計 第6-5表

## 2 国民健康保険加入者の状況

### (1) 国民健康保険加入者の状況

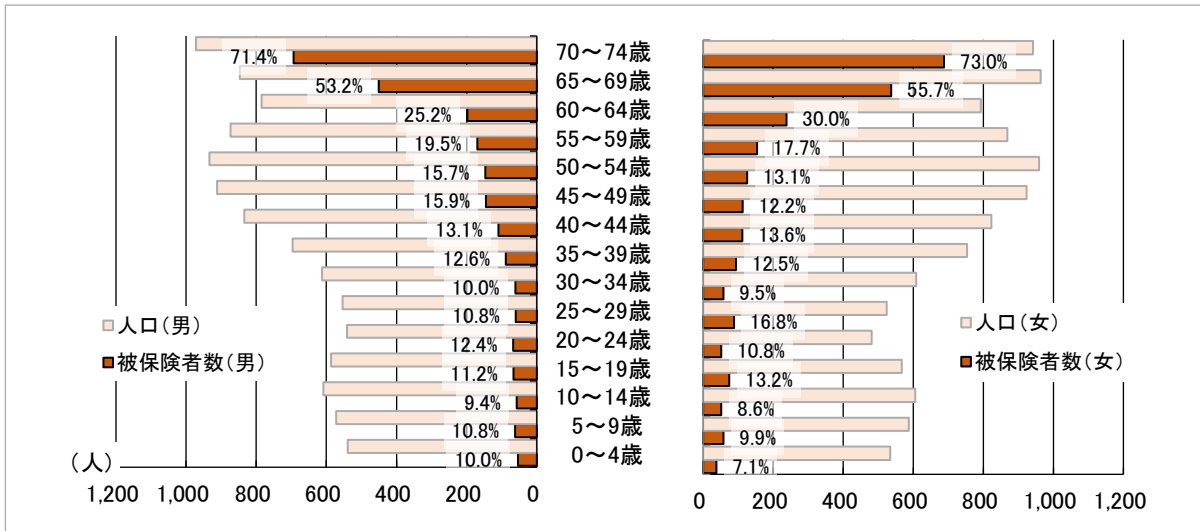
- 令和5年4月1日現在、おいらせ町の国民健康保険(以下「国保」という。)被保険者数は4,912人で、町民のうち19.1%の方が加入しています。
- 国保加入者数は年々減少を続けています。
- 各年代における国保加入者の割合は、64歳代以下では低く、65歳代以上が高くなっています。

【図表2-1】おいらせ町の国保被保険者数の推移(各年4月1日現在)



資料: 町民課

【図表 2-2】 おいらせ町の人口と国保加入者のピラミッド(令和5年4月1日)



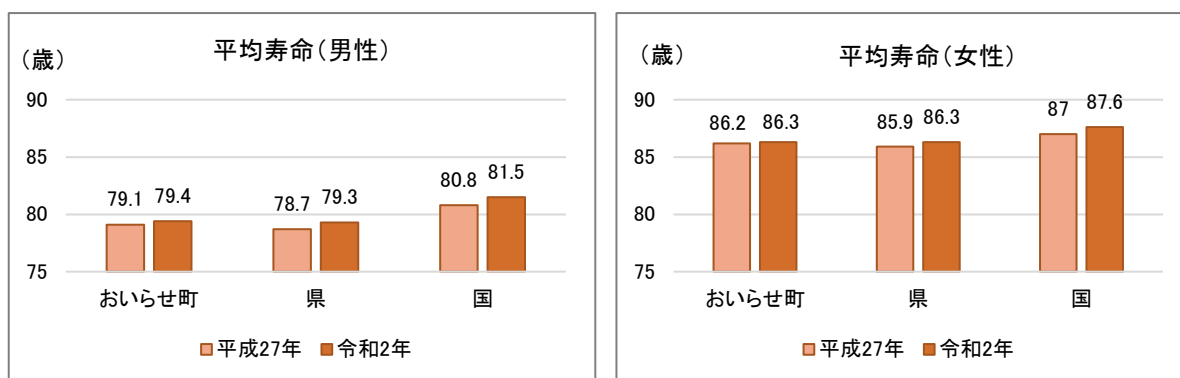
資料：指定区別年齢別男女別人口調、町民課

### 3 平均寿命・標準化死亡比・主な死因

#### (1) 平均寿命・平均自立期間

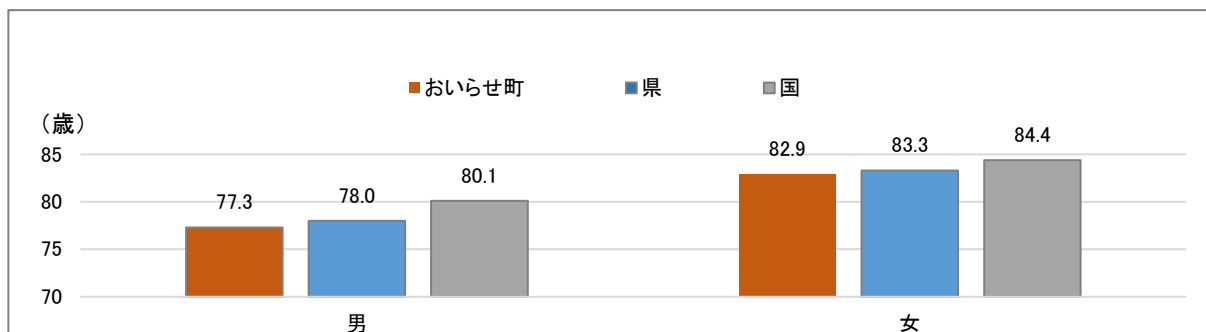
- 当町の平均寿命は男女ともに平成 27 年に比べて延びています。県よりは高いものの、国の平均寿命より短く、男性で 1.7 歳、女性で 0.9 歳短くなっています。
- 健康寿命を示す「平均自立期間」では、国平均に比べて男性で 0.8 歳、女性で 1.5 歳短い状況です。
- 平均寿命が県平均より長いものの、健康寿命に関係する平均自立期間(要介護2以上)においては県と比較して短くなっており、介護の必要な期間が長くなっています。

【図表 3-1】 平均寿命



資料:厚生労働省「市区町村別生命表」

【図表 3-2】 おいらせ町平均自立期間(要介護 2 以上)

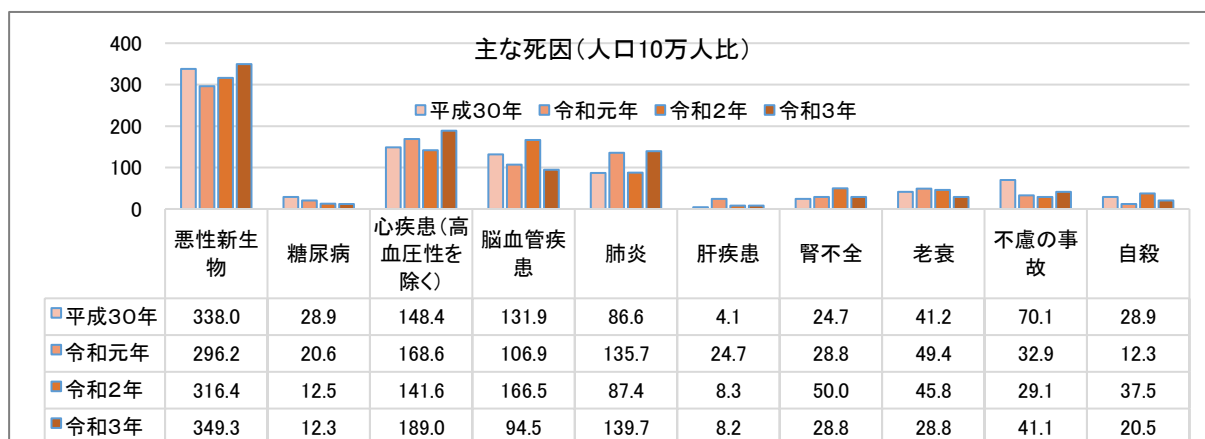


資料:KDB「地域の全体像の把握」(令和4年度累計)

#### (2) 主な死因・標準化死亡比

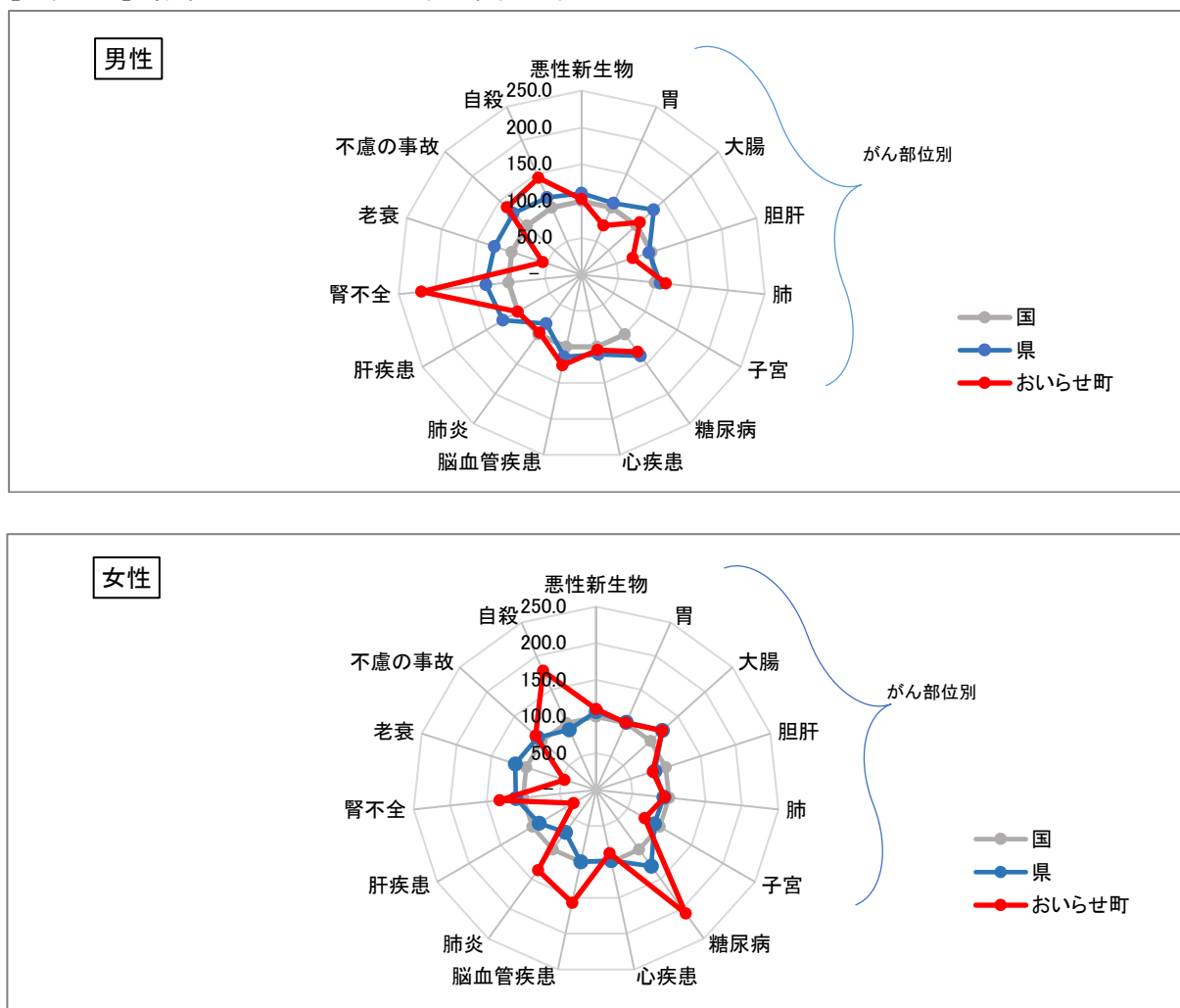
- 死因別の死亡数を示す選択死因別死亡数では、悪性新生物が最も高く、続いて心疾患、脳血管疾患の順となっています。
- 標準化死亡比では男女ともに糖尿病、脳血管疾患、腎不全、自殺の死亡が国平均より高い状況にあります。

【図表 3-3】 選択死因別死亡率(平成30年～令和3年)<sup>1</sup>



資料:青森県保健統計年報

【図表 3-4】 標準化死亡比(平成29年～令和3年)<sup>2</sup>



資料:青森県保健統計年報(令和3年度)

<sup>1</sup> 選択死因 選択死因別死亡数とは、死亡者数を死因別に分類した統計データ。提供されるデータには、ICD基本分類(4桁)コードだけでなく、日本語の死因分類名が掲載されていることが特徴。

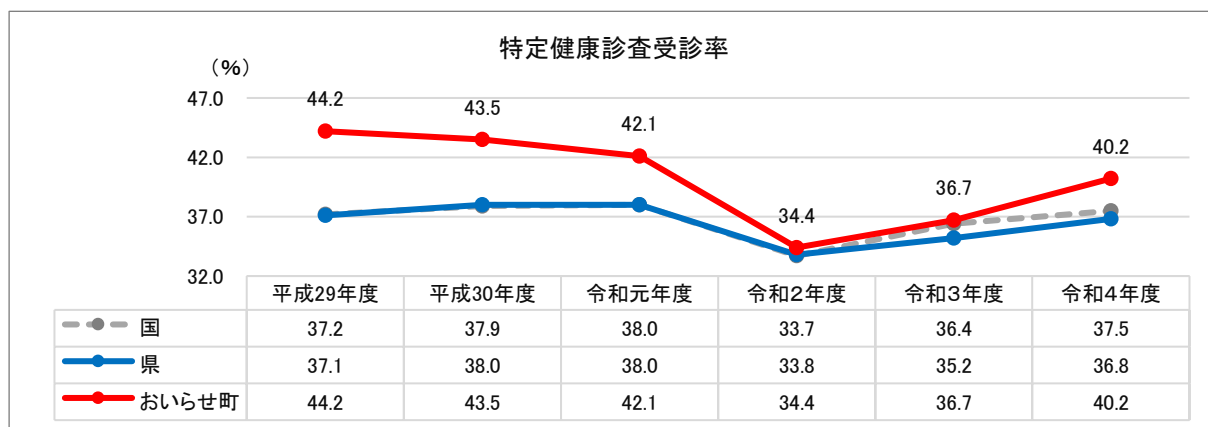
<sup>2</sup> 標準化死亡比 年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国の平均を100としている。

## 4 特定健康診査・特定保健指導等の状況

### (1) 特定健特定健診受診率

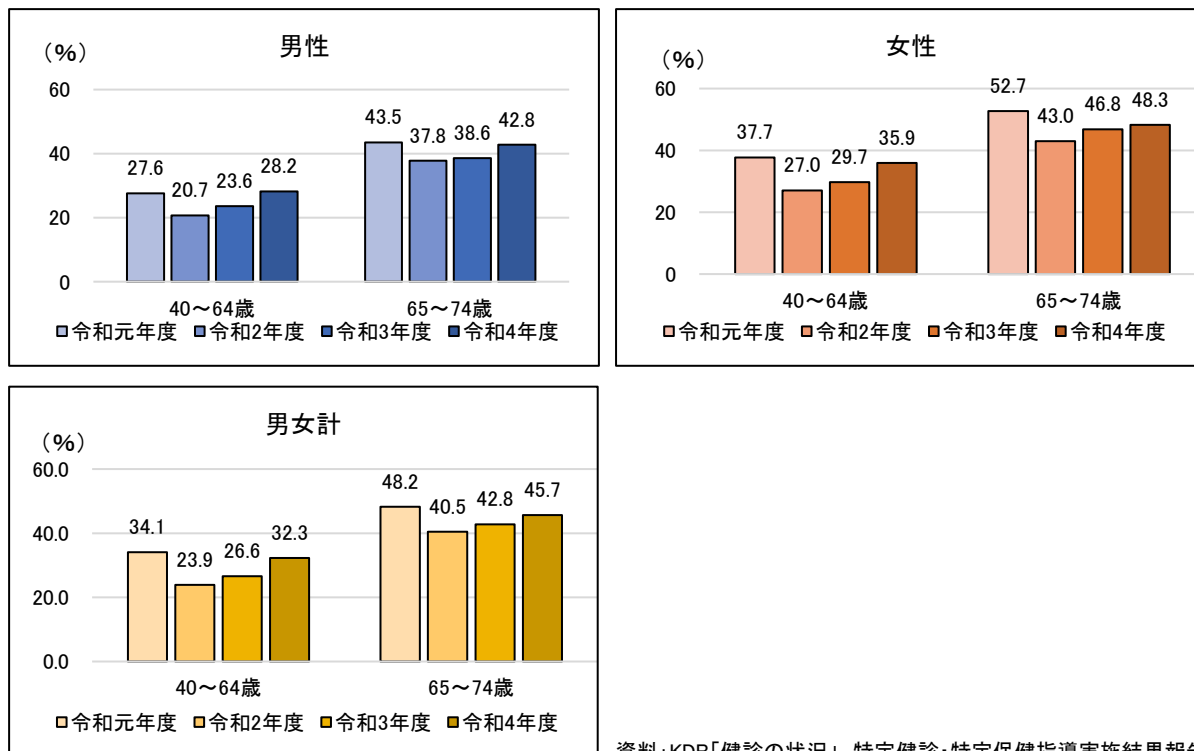
- 当町の特定健康診査受診率は平成29年度の44.2%をピークに低下し、令和2年度には34.4%まで落ち込みましたが、その後回復しつつあります。
- 年齢階層別の受診率では、男女ともに40歳から64歳の若年層の受診率が低い状況です。
- 男女別では、いずれの年代も女性の受診率が高くなっています。

【図表 4-1】 特定健診受診率の推移(平成29年度～令和4年度)



資料: 特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告)

【図表 4-2】 おいらせ町 特定健診受診率(年齢階層別)



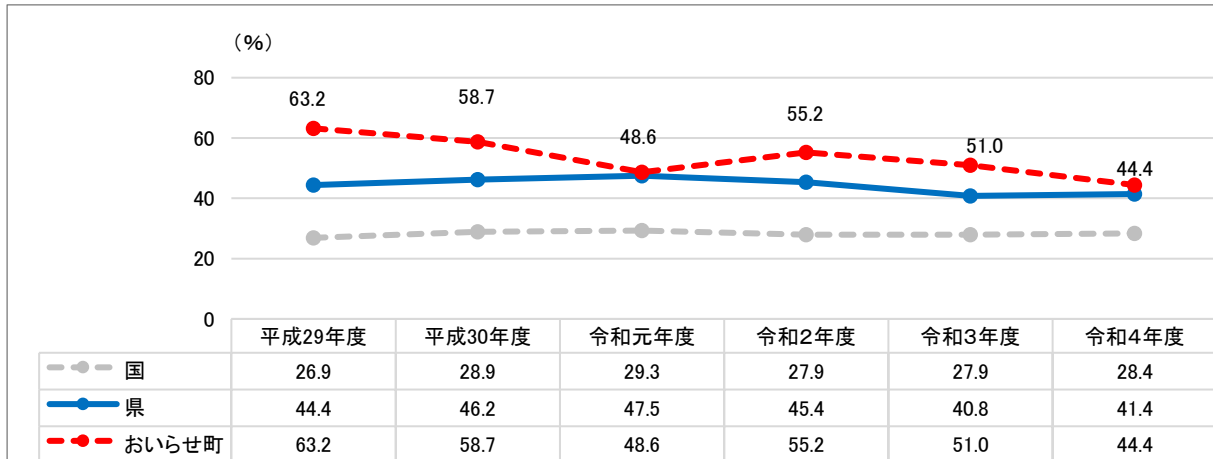
資料: KDB「健診の状況」、特定健診・特定保健指導実施結果報告



## (2) 特定保健指導実施率

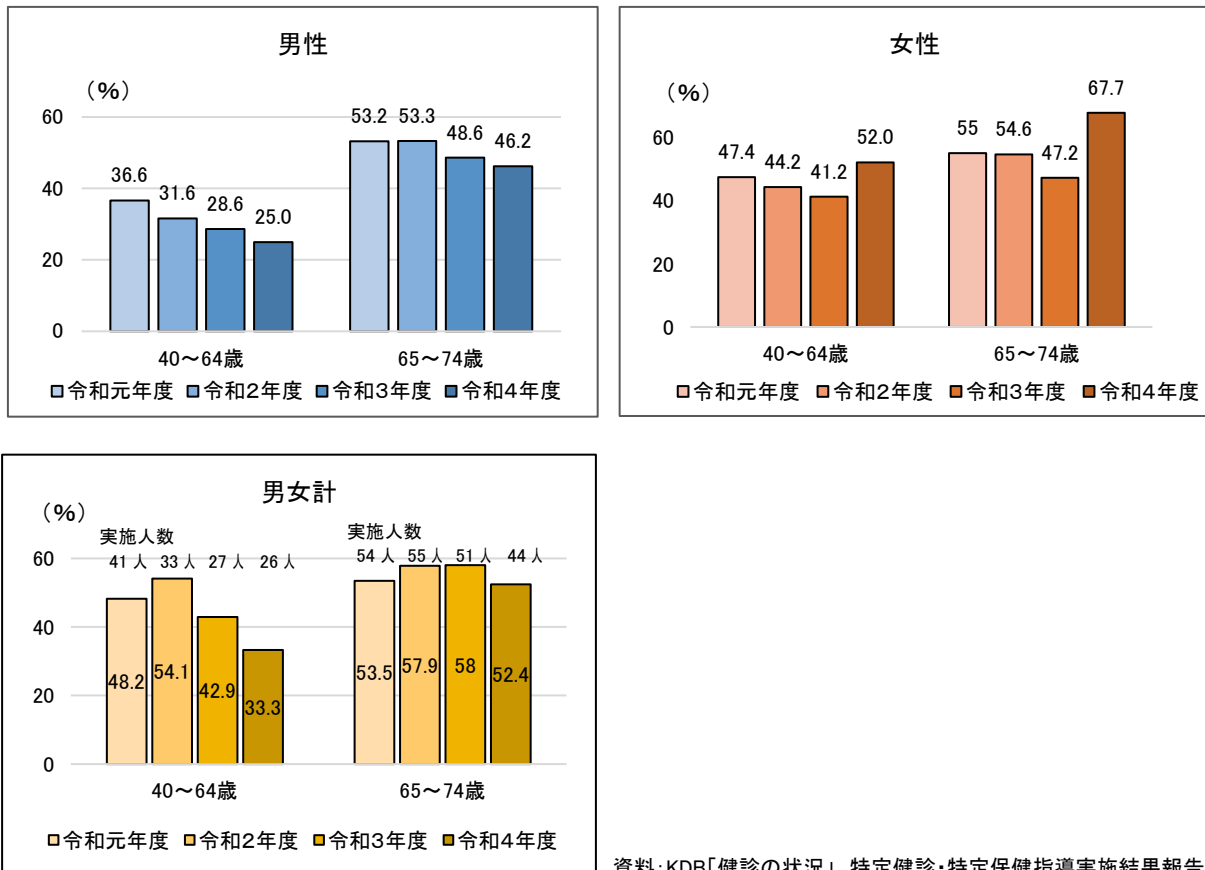
- 特定保健指導実施率は平成29年度に60%を超え、第2期特定健診等実施計画の目標を達成しました。
- 実施率は国、県平均を上回ってはいますが、低下傾向にあります。

【図表 4-3】 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（法定報告）

【図表 4-4】 おいらせ町 特定保健指導実施率（年齢階層別）



資料：KDB「健診の状況」、特定健診・特定保健指導実施結果報告

### (3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合

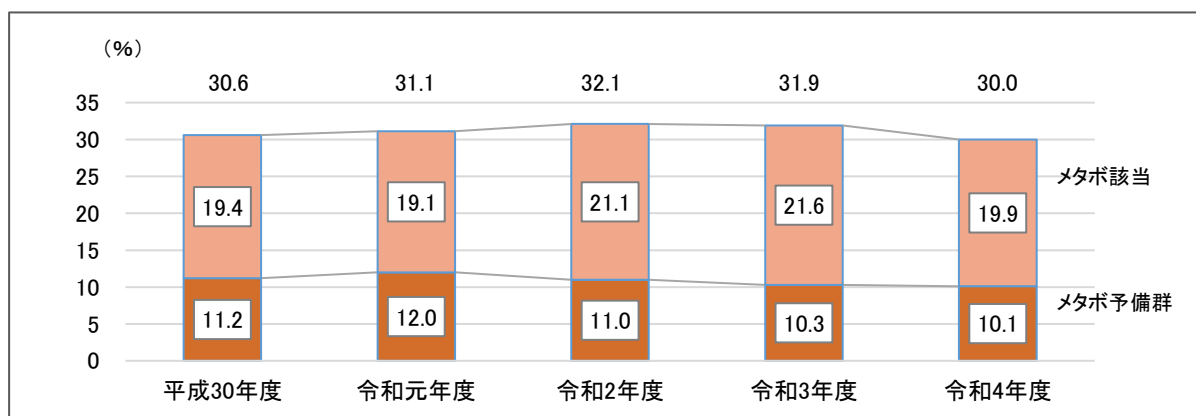
- 男性のメタボリックシンドローム該当者率は、令和3年度まで上昇傾向にありました。
- 国、県平均との比較では、男性は国より低く、女性では同レベルになっています。
- 男性のメタボリックシンドローム該当者は、女性と比べて 2 倍以上高い割合となっています。

【図表 4-5】 メタボリックシンドローム該当者の割合

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				おいらせ町	青森県	国
男性	27.9%	29.5%	31.9%	<b>29.7%</b>	32.1%	32.0%
女性	12.4%	14.3%	13.6%	<b>11.8%</b>	11.7%	11.0%
全体	19.1%	21.1%	21.6%	<b>19.9%</b>	20.8%	20.3%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

【図表 4-6】 メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合（男女計）

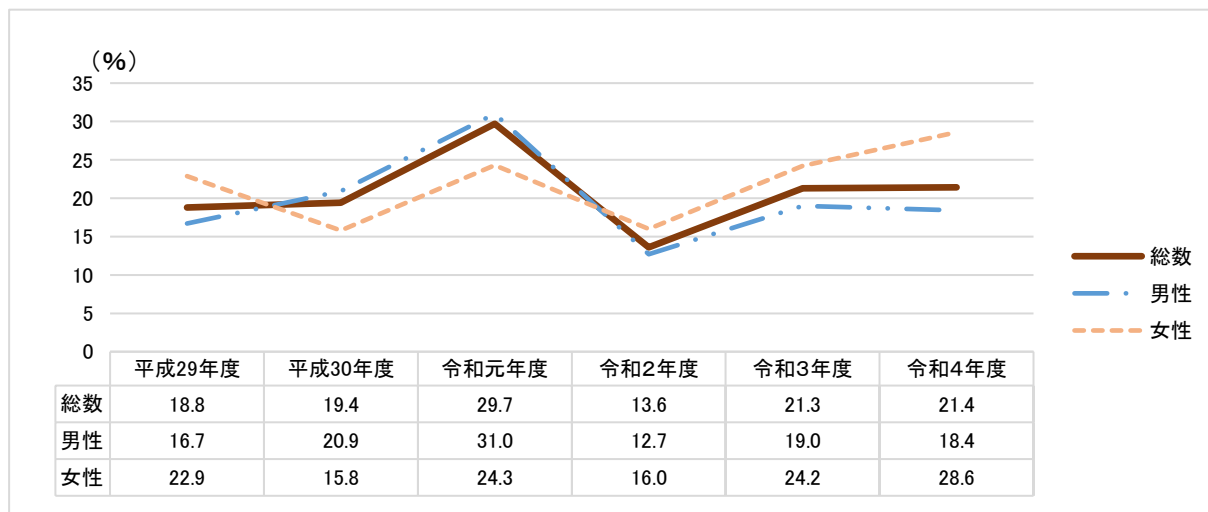


資料：KDB「地域の全体像の把握」

#### (4) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

- 特定保健指導を利用した者のうち翌年度に特定保健指導の対象とならなくなった者の割合は、令和元年度に 29.7%に上昇しましたが、概ね 20%前後で推移しています。
- 特定保健指導を利用した者のうち、約 8 割が翌年度も保健指導対象者となっている状況にあります。

【図表 4-7】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(平成 29 年度～令和 4 年度)



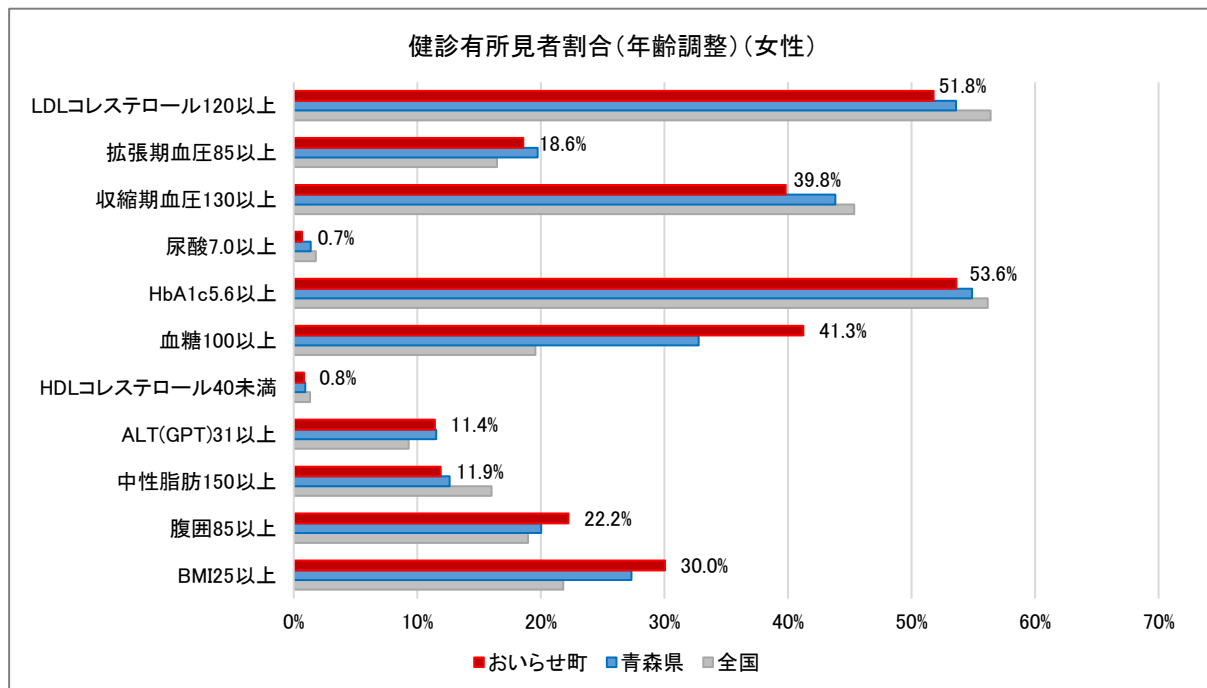
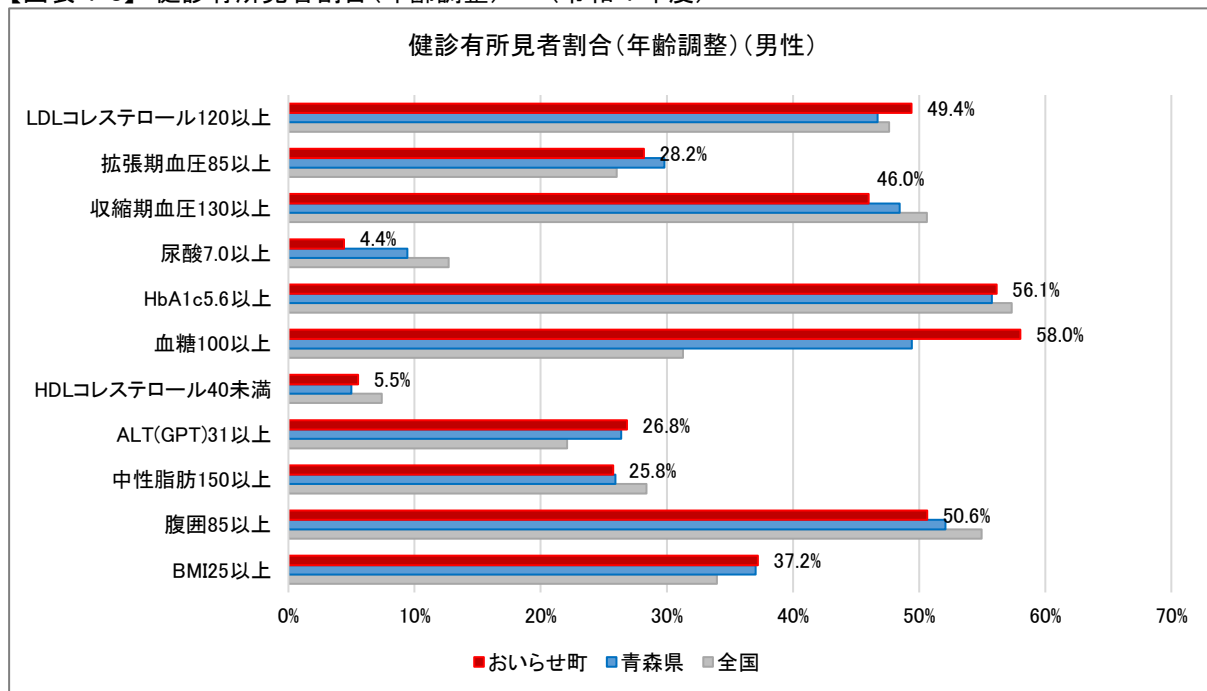
\* 前年度特定保健指導利用者のうち当該年度に特定保健指導非該当となった者の割合

資料: 特定健診・特定保健指導実施結果報告(法定報告)

### (5) 健診有所見者割合

- 男女ともに肥満(BMI25以上)の割合が、国や県と比べて高くなっています。
- 健診項目の中では男女ともにHbA1c5.6以上、LDLコレステロール120以上の有所見者の割合が非常に高くなっています。

【図表 4-8】 健診有所見者割合(年齢調整)<sup>3</sup> (令和4年度)



資料:KDB「厚生労働省様式 様式5-2」

<sup>3</sup> 年齢調整:異なる年齢構成の集団の指標を比較するため、年齢の影響を除去するための調整。

(6) 質問票調査(生活習慣)の状況

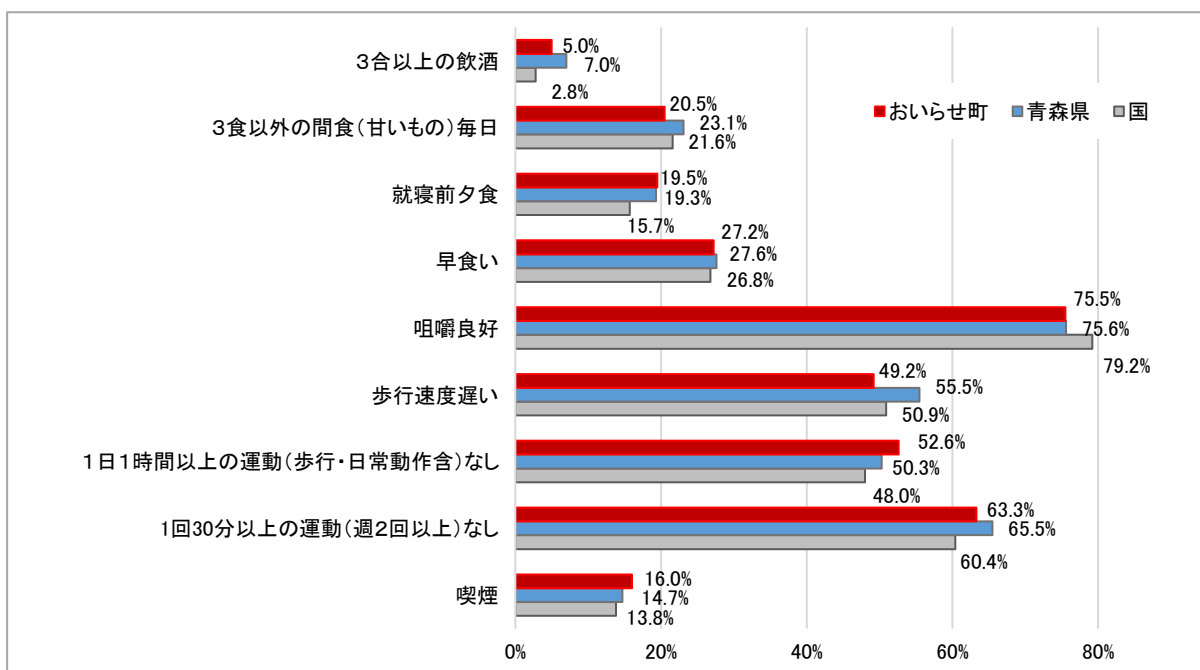
- 質問票調査の令和元年度から令和4年度の増減では、「喫煙」、「1回30分以上の運動(週2回)なし」、「1日1時間以上の運動なし」、「睡眠不足」が増加しています。
- 一方で、「咀嚼良好」の割合が減少しています。
- 国、県との比較においては、「就寝前飲食」、「運動なし」、「喫煙あり」の割合が高く、「咀嚼良好」の割合が低くなっています。

【図表 4-9】 質問票調査の経年推移

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	増減 (R4-R1)
喫煙	14.6%	14.4%	13.8%	16.0%	1.4
1回30分以上の運動(週2回以上)なし	62.3%	63.3%	62.4%	63.3%	1.0
1日1時間以上の運動(歩行・日常動作含)なし	50.5%	52.5%	51.2%	52.6%	2.1
歩行速度遅い	49.9%	48.0%	48.7%	49.2%	▲0.7
咀嚼良好	78.2%	78.4%	74.9%	75.5%	▲2.7
食事速度(早食い)	28.8%	28.6%	28.6%	27.2%	▲1.6
週3回以上就寝前夕食	20.1%	20.1%	18.7%	19.5%	▲0.6
3食以外の間食や甘い飲み物(毎日)	20.6%	18.8%	21.8%	20.5%	▲0.1
一日飲酒量3合以上	5.2%	4.3%	4.3%	5.0%	▲0.2
睡眠不足	19.9%	22.8%	19.6%	22.5%	2.6

資料:KDB「地域の全体像の把握」(令和元年度～4年度)

【図表 4-10】 質問票調査の状況(青森県、国との比較)(令和4年度)



資料:KDB「地域の全体像の把握」(令和4年度累計)

(7) メタボリックシンドローム該当者割合、有所見割合

- 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メタボリックシンドローム該当者割合が国、県平均より高くなっています。

【図表 4-11】 メタボ該当者における血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者の割合

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
おいらせ町(全体)	6.5%	7.8%	6.8%	7.9%
(男性)	11.4%	11.0%	10.1%	13.0%
(女性)	2.8%	5.3%	4.3%	5.3%
青森県平均(全体)	5.8%	6.5%	6.7%	6.8%
国平均(全体)	6.0%	6.7%	6.6%	6.6%

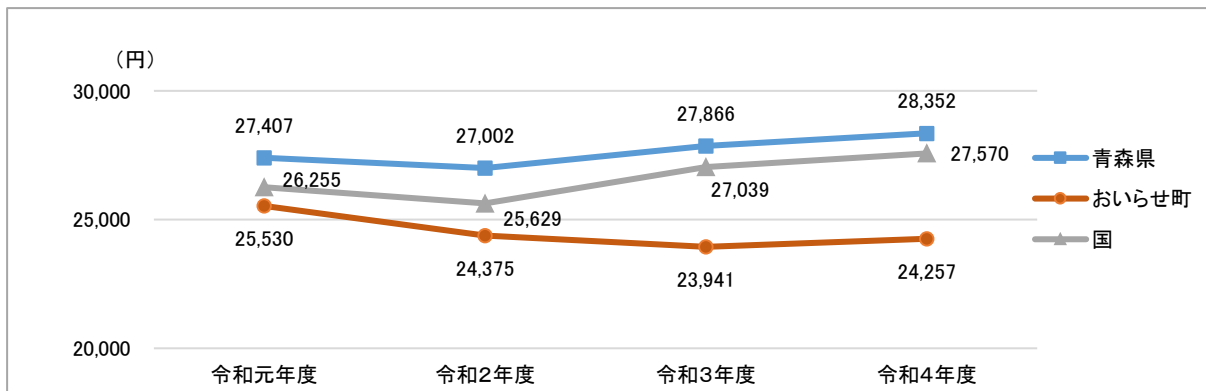
資料：KDB「地域の全体像の把握」

## 5 医療費、生活習慣病の分析

### (1) 1人当たり医療費、年齢階層別受診率

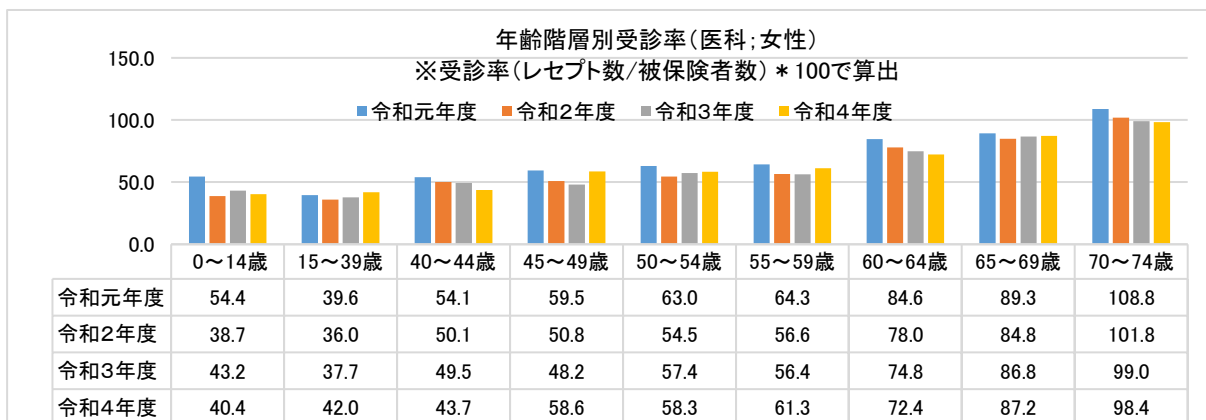
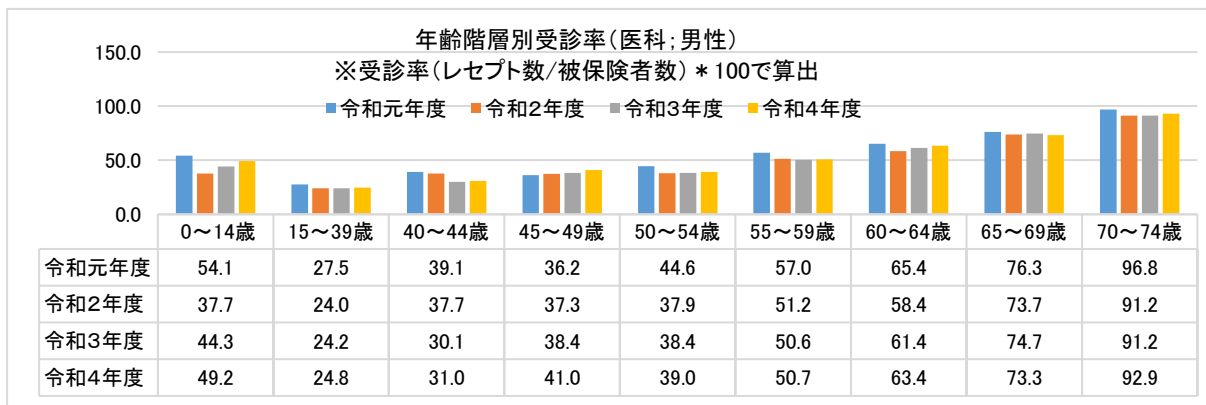
- 当町の1人当たり医療費は県の平均より低く、令和元年度以降は横ばいです。
- 医療機関の受診率は年齢とともに高くなる傾向にあります。
- 令和2年度以降に受診率は低下し、その後横ばいの状況にあります。
- 男女別では、女性の受診率が男性よりやや高い傾向にあります。

【図表 5-1】 1人当たり医療費の推移(医科)



資料: KDB「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」

【図表 5-2】 年齢階層別受診率

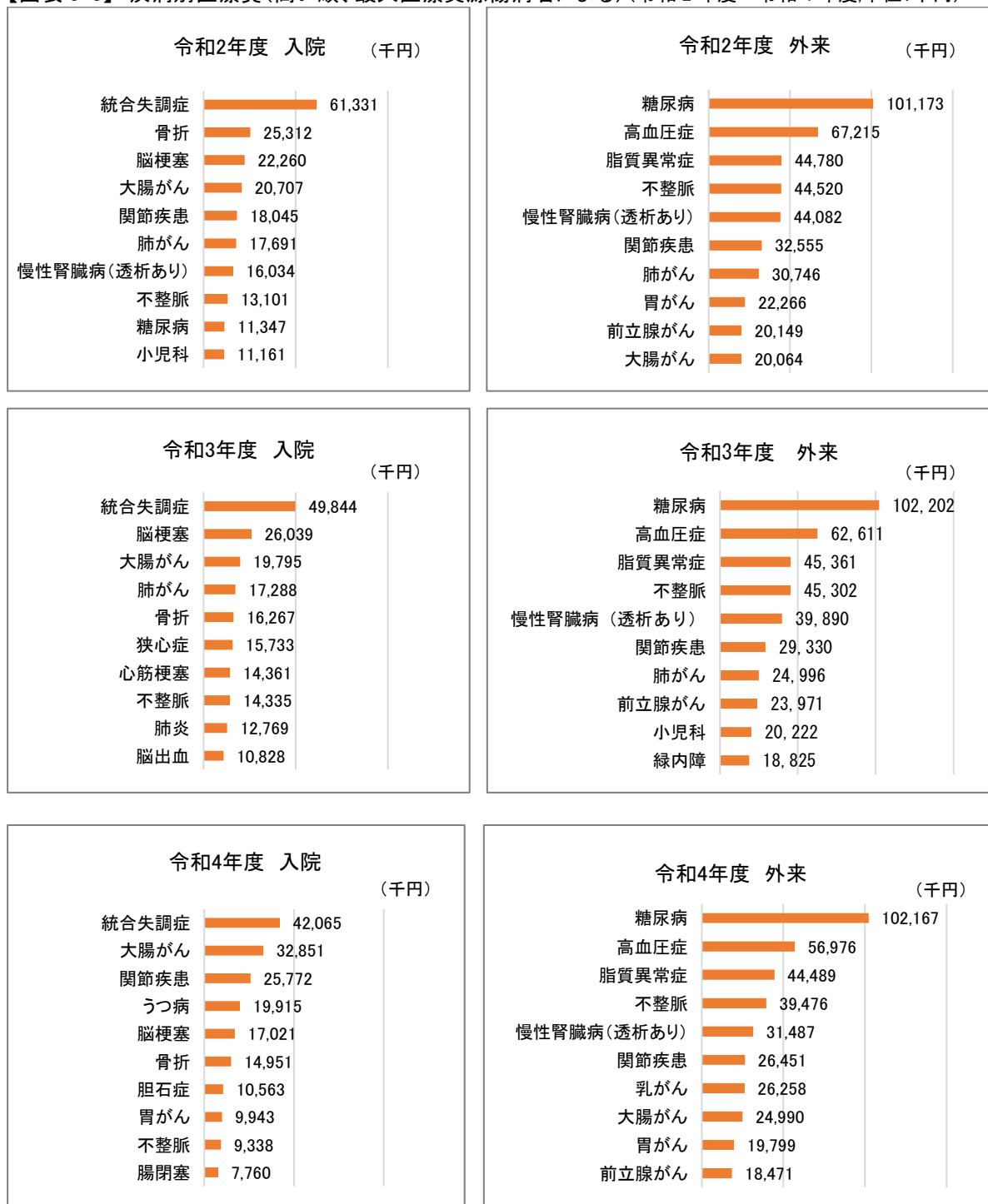


資料: KDB 医療費分析の経年比較

## (2) 疾病別医療費分析

- 令和2年度から令和4年度の入院医療費の上位は統合失調症、骨折、脳梗塞、大腸がん、関節疾患となっています。
- 外来医療費では糖尿病が際立って高く、続いて高血圧症、脂質異常症、不整脈、慢性腎臓病となっています。

【図表 5-3】 疾病別医療費(高い順、最大医療資源傷病名による)(令和2年度～令和4年度,単位:千円)



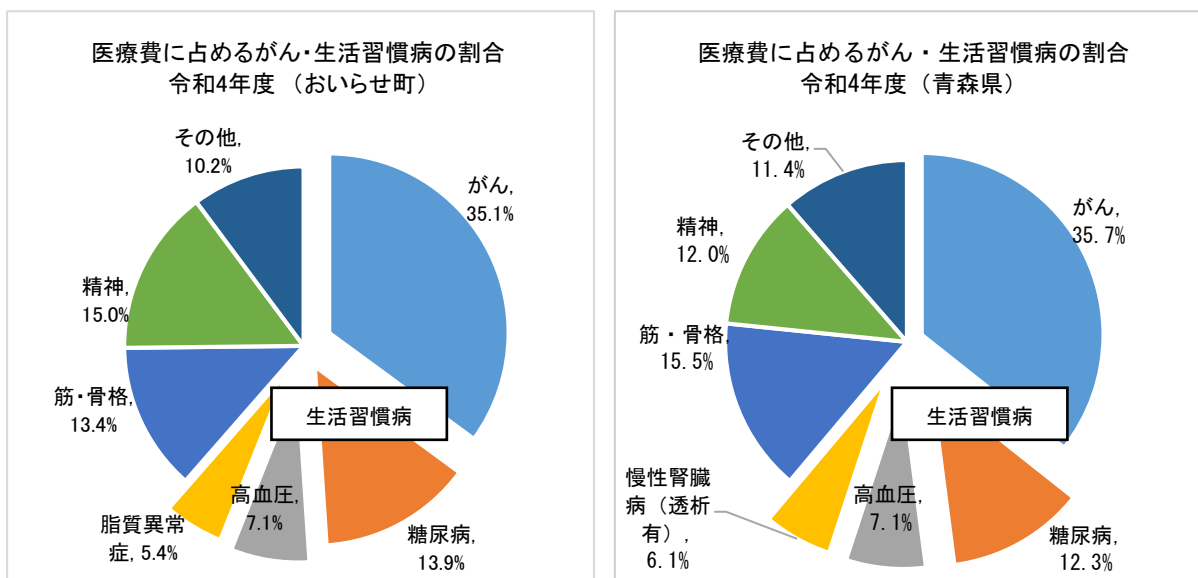
資料:KDB「医療費分析(1)細小分類」



### (3) 生活習慣病の医療費割合

- 当町の医療費に占めるがん・生活習慣病の割合は、がん 35.1%、糖尿病 13.9%、高血圧 7.1%、脂質異常症 5.4%となっており、医療費全体の6割以上を占めています。
- 県との比較では、糖尿病が 13.9%、脂質異常症が 5.4%となっており、高くなっています。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の医療費割合の推移をみると、糖尿病の割合が年々増加しています。

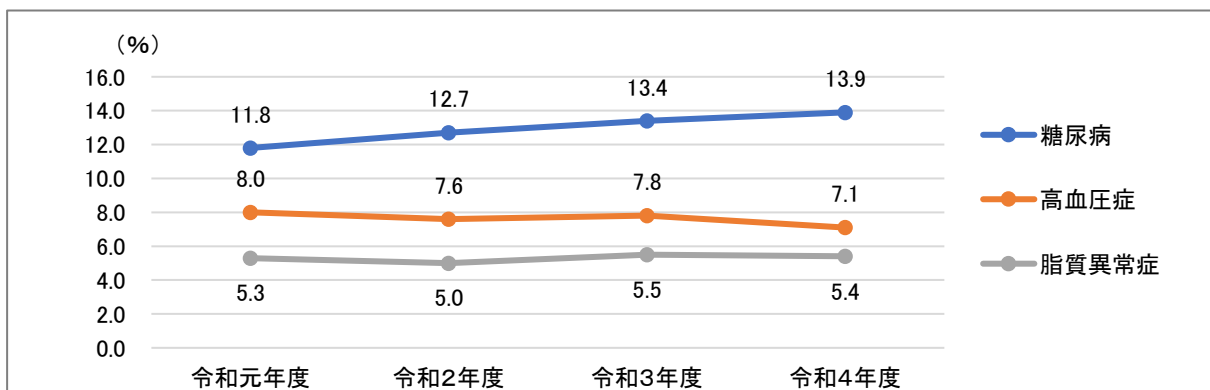
【図表 5-4】 医療費に占める生活習慣病の割合(令和4年度累計)



※医療費割合 5%以上の上位を表示

資料: KDB「地域の全体像の把握」医療費分析(最大医療資源省病名による)

【図表 5-5】 生活習慣病の医療費割合の推移



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

(4) 生活習慣病の患者数

- 生活習慣病全体の患者数、割合は増加しています。
- 中でも糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者割合が多い状況であり、患者数と患者割合ともに増加しています。
- 生活習慣病のうち脳血管疾患の患者数は減少傾向にあります。

【図表 5-6】 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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
糖尿病	男性	345人	12.9%	337人	12.9%	354人	13.8%	369人	14.9%
	女性	298人	10.7%	298人	11%	298人	11.3%	301人	11.7%
	計	643人	11.8%	635人	12%	652人	12.5%	670人	13.3%
高血圧	男性	597人	22.3%	600人	23.1%	581人	22.6%	618人	24.9%
	女性	593人	21.3%	572人	21.2%	598人	22.7%	595人	23.2%
	計	1,190人	21.8%	1,172人	22.1%	1,179人	22.6%	1,213人	24%
脂質異常症	男性	393人	14.7%	397人	15.3%	401人	15.6%	431人	17.4%
	女性	576人	20.7%	568人	21%	572人	21.7%	563人	22%
	計	969人	17.8%	965人	18.2%	973人	18.7%	994人	19.7%
虚血性心疾患	男性	119人	4.4%	124人	4.8%	126人	4.9%	130人	5.2%
	女性	83人	3%	77人	2.9%	67人	2.5%	72人	2.8%
	計	202人	3.7%	201人	3.8%	193人	3.7%	202人	4.0%
脳血管疾患	男性	122人	4.6%	116人	4.5%	106人	4.1%	104人	4.2%
	女性	77人	2.8%	80人	3%	76人	2.9%	63人	2.5%
	計	199人	3.6%	196人	3.7%	182人	3.5%	167人	3.3%
高尿酸血症	男性	130人	13.6%	127人	13.5%	130人	13.8%	144人	15.2%
	女性	32人	2.7%	30人	2.6%	37人	3.3%	35人	3.1%
	計	162人	7.6%	157人	7.5%	167人	8.0%	179人	8.7%
人工透析	男性	8人	0.3%	8人	0.3%	6人	0.2%	7人	0.3%
	女性	3人	0.1%	1人	0%	3人	0.1%	2人	0.1%
	計	11人	0.2%	9人	0.2%	9人	0.2%	9人	0.2%
生活習慣病全体	男性	956人	35.7%	943人	36.2%	941人	36.6%	947人	38.1%
	女性	1,169人	42.1%	1,159人	42.9%	1,138人	43.1%	1,114人	43.5%
	計	2,125人	38.9%	2,102人	39.6%	2,079人	39.9%	2,061人	40.8%

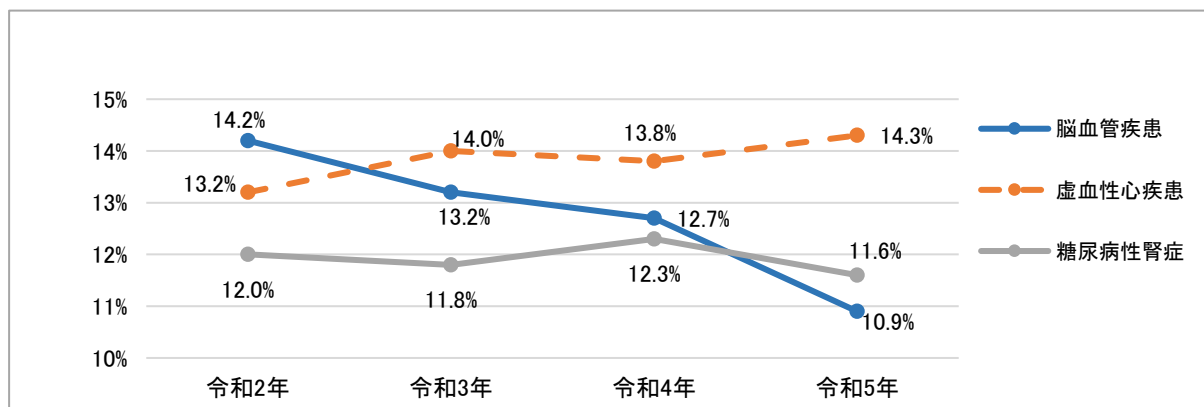
資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-1」(生活習慣病のレセプト分析)

(5) 生活習慣病の重症化状況(糖尿病、高血圧症)

① 糖尿病

- 糖尿病患者のうち、約11～14%が脳血管疾患、約13～14%が心疾患、11～12%が糖尿病性腎症にかかっています。

【図表 5-7】 糖尿病の重症化状況(患者割合の推移)



【図表 5-8】 糖尿病の重症化状況(患者数・患者割合)

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
脳血管疾患	91人	14.2%	84人	13.2%	83人	12.7%	73人	10.9%
虚血性心疾患	85人	13.2%	89人	14.0%	90人	13.8%	96人	14.3%
糖尿病性腎症	77人	12.0%	75人	11.8%	80人	12.3%	78人	11.6%

\* 割合(%) = 各疾病該当者数 ÷ 糖尿病患者数

資料: KDB「厚生労働省様式 様式 3-2」(糖尿病のレセプト分析)

【図表 5-9】 糖尿病性腎症病の重症化状況(患者数・患者割合、男女別)

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	39人	11.3%	41人	12.2%	49人	13.8%	45人	12.2%
女性	38人	12.8%	34人	11.4%	31人	10.4%	33人	11.0%
計	77人	12.0%	75人	11.8%	80人	12.3%	78人	11.6%

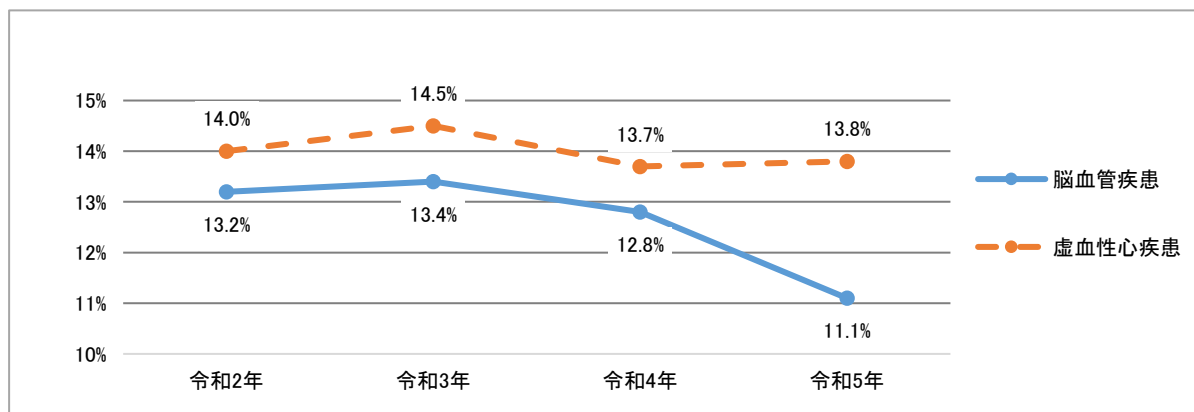
\* 割合(%) = 各疾病該当者数 ÷ 糖尿病患者数

資料: KDB「厚生労働省様式 様式 3-2」(糖尿病のレセプト分析)

## ② 高血圧症

- 高血圧症の患者うち約 11～13%が脳血管疾患、約 13～14%が虚血性心疾患にかかっています。

【図表 5-10】 高血圧の重症化状況（患者割合の推移）



【図表 5-11】 高血圧症の重症化状況（患者数・患者割合）

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
脳血管疾患	157人	13.2%	157人	13.4%	151人	12.8%	135人	11.1%
虚血性心疾患	167人	14.0%	170人	14.5%	161人	13.7%	168人	13.8%

\* 割合 (%) = 各疾病該当者数 ÷ 高血圧症患者数

資料: KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」(高血圧症のレセプト分析)

## (6) 人工透析の状況

- 令和4年5月における人工透析患者数は9人で、年代が上がるにつれて増えていきます。男女別では男性のほうが多い傾向にあります。
- 人工透析患者の有病状況では、糖尿病、高血圧症、高尿酸血症を有している患者が多く、年代が上がるにつれて脳血管疾患、虚血性心疾患を併発しています。

【図表 5-12】 年代別人工透析患者数(令和4年5月)

	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
男性	0人	2人	1人	3人	6人
女性	0人	1人	0人	2人	3人
合計	0人	3人	1人	5人	9人

※人工透析患者は一定の条件により65歳到達時点で後期高齢者医療へ加入できる。

資料:KDB「厚生労働省様式 様式 3-7」(人工透析のレセプト分析)

【図表 5-13】 人工透析患者の有病状況(令和4年5月)

	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
糖尿病	0人	2人	1人	2人	5人
高血圧症	0人	3人	0人	5人	8人
高尿酸血症	0人	2人	0人	2人	4人
脳血管疾患	0人	0人	0人	1人	1人
虚血性心疾患	0人	1人	0人	1人	2人

※人工透析患者は一定の条件により65歳到達時点で後期高齢者医療へ加入している。

資料:KDB「厚生労働省様式 様式 3-7」(人工透析のレセプト分析)

【図表 5-14】 人工透析新規導入者数の推移

	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
新規導入者数	5人	5人	1人	5人	1人
うち糖尿病	3人	0人	0人	2人	1人

※「新規導入者数」は、町国民保険に「慢性腎不全による人口透析」で特定疾病受領証交付申請のあった者。

※「うち糖尿病」の数は、人工透析導入時のレセプトにおいて2型糖尿病がある者(他保険からの転入等を除く)。

資料:町民課

(7) 重複多受診・頻回受診、重複服薬の状況

- 重複多受診については、同一月に3医療機関以上かつ同一医療機関に10日以上受診が毎年1~4名あります。
- 頻回受診では、同一医療機関に月15日以上受診している方が毎年1~5名いる状況です。
- 2医療機関から6剤以上の重複処方が発生した方は、過去4年間においてはありませんでした。令和5年度において発生しています。

【図表 5-15】 重複多受診・頻回受診の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
被保険者数	5,458人		5,304人		5,213人		5,047人		5,039人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複多受診	2人	0.0%	1人	0.0%	1人	0.0%	4人	0.1%	3人	0.1%
頻回受診	2人	0.0%	1人	0.0%	1人	0.0%	4人	0.1%	5人	0.1%

\* 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

\* 各年7月処理時点(5月診療)に資格を有する者を抽出

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」(被保険者数は「地域の全体像の把握」の数値を用いた)

【図表 5-16】 重複・多剤処方の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
被保険者数	5,458人		5,304人		5,213人		5,047人		5,039人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複処方	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	0.0%
多剤処方 (10)	96人	1.8%	78人	1.5%	81人	1.6%	119人	2.4%	169人	3.4%
多剤処方 (15)	13人	0.2%	10人	0.2%	6人	0.1%	14人	0.3%	27人	0.5%

\* 重複処方：2医療機関以上から6医薬品以上の重複処方が発生した被保険者

\* 多剤処方(10)：30日処方日数以上かつ10医薬品以上処方された被保険者

\* 多剤処方(15)：30日処方日数以上かつ15医薬品以上処方された被保険者

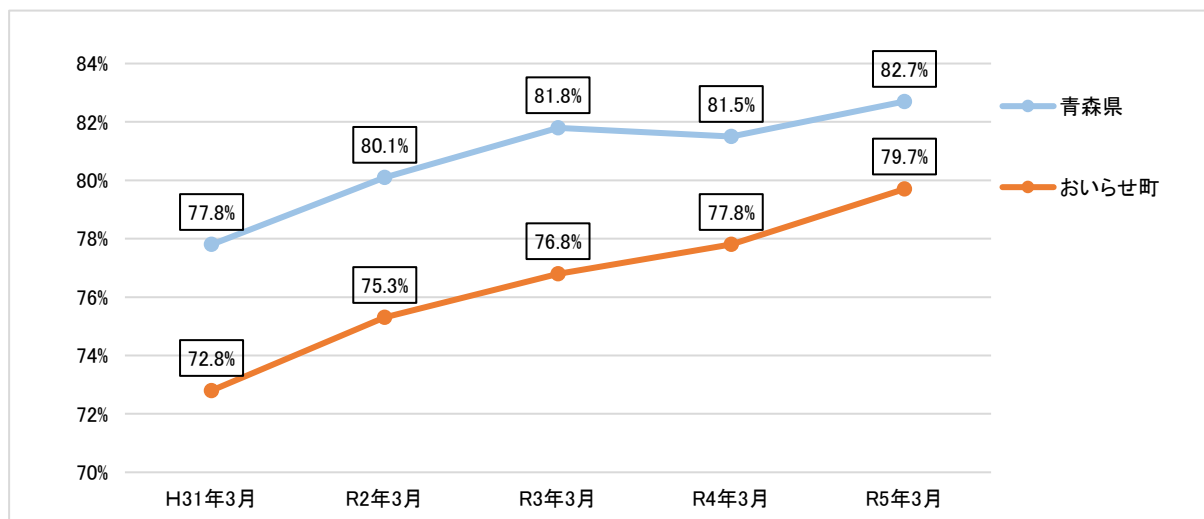
\* 各年7月処理時点(5月診療)に資格を有する者を抽出

資料：KDB「重複・多剤処方の状況」(被保険者数は「地域の全体像の把握」の数値を用いた)

### (8) ジェネリック医薬品の利用状況

- ジェネリック医薬品の使用割合は年々上昇し、第2期データヘルス計画の目標を達成しましたが、80%未満となっており県平均より低い状況です。

【図表 5-17】 ジェネリック医薬品使用割合の推移



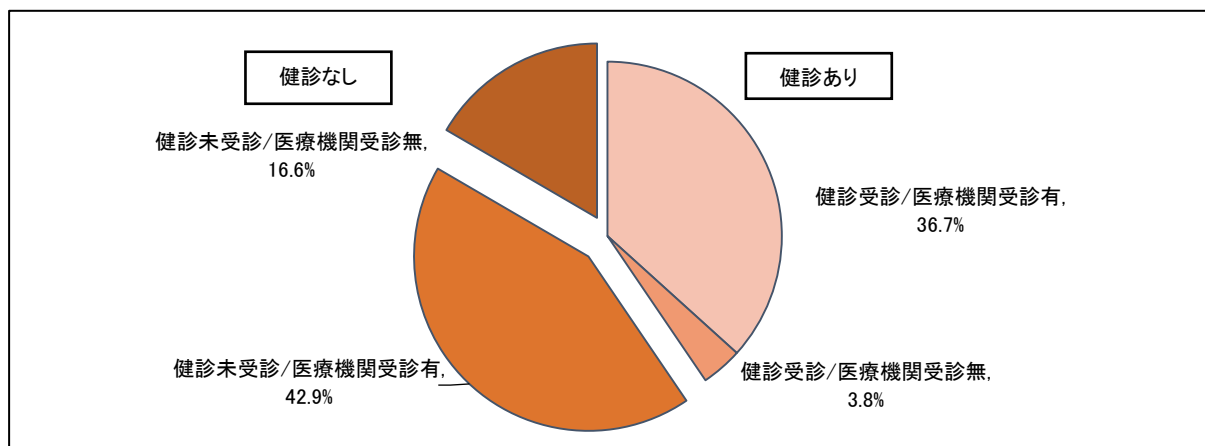
資料:厚生労働省「医療に関するデータの見える化」公表資料

## 6 レセプト・健診データを組み合わせた分析

### (1) 健診受診の有無別医療費

- 健診受診者で医療機関にかかっていない被保険者は136人(3.8%)あり、一方で健診未受診者で医療機関にかかっていない被保険者は585人(16.6%)となっています。
- 1人当たり生活習慣病医療費では、健診受診者が1,675円であるのに対して健診未受診者は12,374円であり、7.4倍となっています。

【図表 6-1】 健診受診有無別医療機関受診の有無(令和4年度)



【図表 6-2】 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費(令和4年度)

区分		医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	受診者数	1,298人	136人
	健診対象者に占める割合	36.7%	3.8%
	うち生活習慣病あり受診者に占める割合	945人 72.8%	
	未受診者数	1,515人	585人
健診受診なし	健診対象者に占める割合	42.9%	16.6%
	うち生活習慣病あり未受診者に占める割合	1,108人 73.1%	

資料: KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」

【図表 6-3】 健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費(令和4年度)

令和4年度 (入院+外来)	健診受診者			健診未受診者		
	おいらせ町	県	国	おいらせ町	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 ／健診対象者数	1,675円	2,291円	2,031円			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 ／健診対象者数				12,374円	14,012円	13,295円
健診受診者の生活習慣病医療費総額 ／健診対象者数(生活習慣病患者数)	4,840円	6,279円	6,142円			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 ／健診対象者数(生活習慣病患者数)				35,756円	38,404円	40,210円

資料: KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」



## (2) 糖尿病ハイリスク者の状況

- 糖尿病の合併症の危険度を判断する指標としてもちいられる HbA1c<sup>4</sup>について、8.0 以上の方が男女合わせて 17 人あり、うち未治療の方が 7 人となっています。
- HbA1c の値が 8.0 以上の方が、40～50 歳代の若年層にもみられています。

【図表 6-4】 糖尿病ハイリスク状況(男性)

男性	HbA1c 6.5～6.9			HbA1c 7.0～7.9			HbA1c 8.0 以上		
	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計
40～49 歳	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
50～59 歳	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	2 人
60～64 歳	2 人	2 人	4 人	2 人	1 人	3 人	0 人	0 人	0 人
65～69 歳	13 人	2 人	15 人	8 人	1 人	9 人	2 人	1 人	3 人
70～74 歳	21 人	1 人	22 人	13 人	4 人	17 人	2 人	2 人	4 人
計	37 人	5 人	42 人	24 人	6 人	30 人	5 人	4 人	9 人

【図表 6-5】 糖尿病ハイリスク状況(女性)

女性	HbA1c 6.5～6.9			HbA1c 7.0～7.9			HbA1c 8.0 以上		
	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計
40～49 歳	1 人	0 人	1 人	1 人	1 人	2 人	0 人	1 人	1 人
50～54 歳	2 人	0 人	2 人	3 人	0 人	3 人	1 人	1 人	2 人
60～64 歳	4 人	0 人	4 人	3 人	0 人	3 人	0 人	1 人	1 人
65～69 歳	7 人	0 人	7 人	7 人	0 人	7 人	2 人	0 人	2 人
70～74 歳	15 人	0 人	15 人	11 人	0 人	11 人	2 人	0 人	2 人
計	29 人	0 人	29 人	25 人	1 人	26 人	5 人	3 人	8 人

【図表 6-6】 糖尿病ハイリスク状況(全体)

全体	HbA1c 6.5～6.9			HbA1c 7.0～7.9			HbA1c 8.0 以上		
	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計	治療有	治療無	計
40～49 歳	1 人	0 人	1 人	2 人	1 人	3 人	0 人	1 人	1 人
50～54 歳	3 人	0 人	3 人	3 人	0 人	3 人	2 人	2 人	4 人
60～64 歳	6 人	2 人	8 人	5 人	1 人	6 人	0 人	1 人	1 人
65～69 歳	20 人	2 人	22 人	15 人	1 人	16 人	4 人	1 人	5 人
70～74 歳	36 人	1 人	37 人	24 人	4 人	28 人	4 人	2 人	6 人
計	66 人	5 人	71 人	49 人	7 人	56 人	10 人	7 人	17 人

資料：健診ツリー図(令和4年度)

<sup>4</sup> HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)

糖代謝を測定する値。過去 1～2か月の血糖値を反映したもので、正常値は 5.6 未満とされている。ヘモグロビンは赤血球内のたんぱく質の一種で、血液中のブドウ糖と結びついた糖化ヘモグロビンの割合を示すものである。

### (3) 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

- 県平均に比べて受診勧奨者医療機関非受診率、未治療者率ともに高い状況にあります。

【図表 6-7】 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	おいらせ町	青森県	おいらせ町	青森県	おいらせ町	青森県	おいらせ町	青森県
受診勧奨者医療機関非受診率	5.2%	3.9%	4.8%	4.3%	5.7%	4.4%	6.3%	4.4%
未治療者率	7.0%	5.3%	6.4%	5.2%	7.0%	5.4%	5.7%	4.1%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

## 7 介護費関係の分析

### (1) 介護認定率と給付費の状況

- 当町の介護認定率は国、県に比べ低くなっています。
- 1件当たり介護給付費は県平均よりは低いですが、国平均より高い状況です。

【図表 7-1】 介護認定率(1号)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
おいらせ町	15.2%	15.6%	15.4%	13.7%
青森県	19.3%	19.4%	19.6%	18.5%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

【図表 7-2】 1件当たり介護給付費

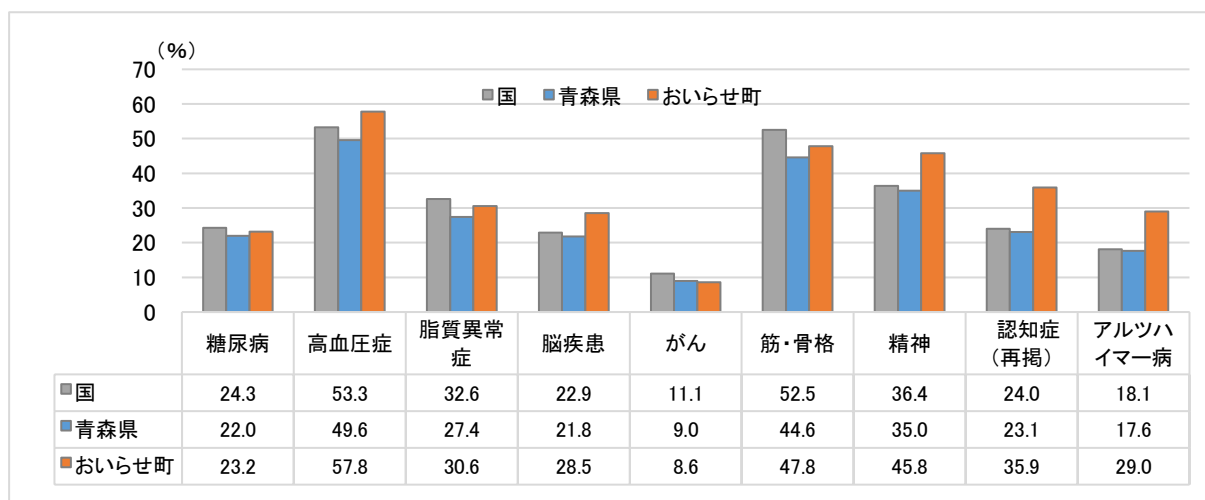
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
おいらせ町	71,869 円	72,260 円	70,767 円	70,907 円
青森県	71,639 円	73,195 円	72,901 円	72,200 円
国	61,336 円	61,864 円	60,703 円	59,662 円

資料：KDB「地域の全体像の把握」

### (2) 要介護者の有病割合

- 要介護、要支援者における有病割合は、高血圧症、筋・骨格、精神疾患が上位になっています。
- 国や県との比較では、高血圧症、脳疾患、認知症の有病割合が高い状況にあります。

【図表 7-3】 要介護、要支援者の有病割合(令和4年度)



\* 要介護、要支援者の有病割合

資料：KDB「地域の全体像の把握」

## 第4章 分析に基づく健康課題と保健事業

### 1 分析から導き出された課題

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・標準化死亡比・主な死因	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 平均寿命は県平均より長いものの、健康寿命に関係する平均自立期間においては県より短く、介護の必要な期間が長くなっています。</li> <li>② 標準化死亡比では、男女ともに糖尿病、脳血管疾患、腎不全、自殺の死亡が国県と比較して高くなっています。</li> <li>③ 死因の第1位は悪性新生物であり、続いて心疾患、脳血管疾患となっています。</li> </ul>	D E
特定健康診査・特定保健指導等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 若年層の特定健診受診率が低い状況です。</li> <li>② 特定保健指導実施率は低下傾向にあるとともに、利用者の約8割が翌年度も保健指導対象者となっています。</li> <li>③ 男女ともに肥満(BMI25以上)の割合が、国や県と比べて高くなっています。</li> <li>④ 健診項目の中では男女ともにHbA1c5.6以上、LDLコレステロール120以上の有所見者の割合が非常に高くなっています。</li> <li>⑤ 生活習慣では、「就寝前飲食」、「1日1時間以上の運動なし」、「喫煙」、「咀嚼」にリスクがある状況です。</li> <li>⑥ 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が国県に比べ非常に多くなっています。</li> </ul>	A B C D
医療費、生活習慣病の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 入院医療費では統合失調症、骨折、大腸がん、脳梗塞、関節疾患が上位であり、外来医療費では糖尿病が際立って高く、続いて高血圧症、脂質異常症の順となっています。</li> <li>② 生活習慣病の医療費の割合はがんを含めると医療費全体の6割を占めており、中でも糖尿病にかかる医療費割合が年々増加しています。</li> <li>③ 糖尿病患者の10%以上が糖尿病性腎症、脳血管疾患、心疾患等を併発し、重症化している状況です。</li> <li>④ 重複受診や頻回受診、多剤処方が見られます。</li> <li>⑤ ジェネリック医薬品の使用割合が80%未満となっており県平均より低い状況です。</li> </ul>	B C D E F
レセプト・健診データを組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>① HbA1c 8.0以上で未治療の方がみられます。</li> <li>② 医療機関受診勧奨対象の未治療者の割合が県平均より高くなっています。</li> </ul>	D E
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 要介護者、要支援者の有病割合では、高血圧症、筋・骨格、認知症が上位になっています。</li> </ul>	D

## 2 健康課題とデータヘルス計画全体における目標

	健康課題	目標	優先順位	対応する保健事業
A	<p>特定健康診査受診率は県や国と比較して高いものの、若年層の受診率が低い傾向にあります。</p> <p>生活習慣病は長年の生活習慣によるものであることから、若い頃からの予防が肝要であり、若い世代からの健診受診を浸透させ、全体の受診率を高めていくことが必要です。</p>	特定健康診査受診率の向上	1	1 5
B	<p>特定保健指導実施率はこれまで県平均を大きく上回っていましたが、年々低下しています。保健指導が実施できないと、被保険者の健康課題の低減につながらないことから実施率の向上が必要です。</p> <p>数年継続して指導対象となる「リピーター」が多いことや働き盛り世代の実施率が低い状況にあることから、保健指導へ関心を高める工夫も必要です。</p>	生活習慣病の予防と重症化予防	2	2
C	<p>健診の有所見状況では、男女ともに肥満(BMI25以上)の割合が国や県と比べて高くなっていると同時に、糖代謝やLDLコレステロールの有所見者が多くいます。</p> <p>生活習慣では「就寝前飲食」、「運動なし」、「喫煙」、「咀嚼」が国や県と比較して悪い状況にあり、生活習慣病を発症するリスクが高い状況にあるため、生活習慣を改善し生活習慣病の予防に取り組む必要があります。</p>		5	4
D	<p>糖尿病の外来医療費が突出して高く、医療費に占める割合、患者割合ともに増加しています。</p> <p>また、糖尿病患者の10%以上が糖尿病性腎症や脳血管疾患、心疾患等を併発し、重症化している状況にあります。HbA1c 5.6以上の有所見者も多いことから、糖尿病の発症予防と重症化予防が必要です。</p>		4	3 4
E	<p>HbA1c 8.0以上で未治療となっている方がいます。また、健診結果において医療機関受診勧奨対象のうち医療機関非受診者や未治療者の割合が県平均より高く、重症化リスクの高い方が多い状況にあります。このため、医療機関の受診を促す等、適切な治療につなげる必要があります。</p>		3	3
F	<p>ジェネリック医薬品の使用割合が県平均より低く、国目標の80%を達成していません。1人当たり医療費は県の平均より低く横ばいとなっていますが、重複受診や頻回受診、多剤処方が見られていることから、今後も適正受診・適正利用を呼び掛けていく必要があります。</p>		医療費の適正化	6

### 3 計画全体における目的と評価指標

健康課題解決に向けた保健事業を通じて計画全体の目標を評価するための評価指標は、県の共通指標を設定します。

計画全体の目的	評価指標	単位	策定時 (R4年度)	目標値						備考
				R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
特定健康診査受診率の向上	特定健診受診率	%	40.2	45.0	48.0	51.0	55.0	58.0	60.0	県目標値と同じ
	40～64歳の特定健康診査の実施	%	32.3	40.0	41.0	42.0	45.0	46.5	49.5	
	65～74歳の特定健康診査の実施	%	45.7	48.0	52.0	56.0	60.0	62.0	65.0	
生活習慣病の予防と重症化予防	特定保健指導実施率	%	44.4	45.0	48.0	51.0	55.0	58.0	60.0	県目標値と同じ
	40～64歳の特定保健指導の実施率	%	33.3	38.0	40.0	44.0	47.0	49.0	51.0	
	65～74歳の特定保健指導の実施率	%	52.4	53.0	57.0	58.0	63.0	64.0	66.0	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	21.4	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	25.0	
	40～64歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	23.1	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	25.0	
	65～74歳の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	20.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	25.0	
	血圧が①収縮期血圧130mmHg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合	%	48.1 (688人)	45.0	42.0	40.0	37.0	33.0	30.0 (400人※)	※健診受診率60%の場合
	運動習慣のある者の割合	%	36.7	36.9	37.2	37.5	37.7	37.9	38.0	R4 国平均の近似値
	前期高齢者の低栄養傾向者(BMI20kg/m <sup>2</sup> 以下)数の割合	%	14.2 (144人)	14.0	13.0	12.0	11.0	10.0	10.0 (150人※)	※健診受診率65%の場合
	50～74歳の咀嚼良好者の割合	%	75.4	76.0	77.0	78.0	79.0	80.0	80.0	R4 国平均の近似値
	HbA1c8.0以上の者の割合	%	1.21 (17人)	1.15	1.10	1.00	0.90	0.80	0.5 (10人※)	※健診受診率60%の場合
	40～64歳のHbA1c8.0以上の者の割合	%	1.46 (6人)	1.15	1.10	1.00	0.90	0.80	0.5 (4人)	※健診受診率60%の場合
	65～74歳のHbA1c8.0以上の者の割合	%	1.11 (11人)	1.15	1.10	1.00	0.90	0.80	0.5 (6人)	※健診受診率60%の場合
	HbA1c6.5以上の者の割合	%	10.25 (144人)	10.0	9.5	9.0	8.0	8.0	5.0 (100人)	※健診受診率60%の場合
	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	%	7.64 (11人)	7.0	6.5	5.0	2.5	1.0	0.00 (0人)	
喫煙率	%	16.0	15.5	15.0	14.5	14.0	13.5	12.0	県目標値と同じ	
医療費の適正化	ジェネリック医薬品使用割合	%	79.7	80.0	80.5	81.0	81.5	82.0	83.0	R4 県平均の近似値

## 4 目標を達成するための事業

事業番号	事業名称	重点・優先度
1	特定健康診査	1
2	特定保健指導	2
3	生活習慣病重症化予防事業	3
4	生活習慣病早期介入事業	4
5	特定健康診査未受診者対策事業	5
6	適正受診の啓発	6

項目	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方策
特定健康診査受診率の向上	<p>特定健康診査実施にあたっては、申し込みやすく、受けやすい環境づくりに努めます。また、特定健診の意義を伝える等、効果的な広報を行うとともに、若年からの継続受診を呼びかける等、効果的な受診勧奨を行います。</p> <p>さらに、事業所健診の結果提供依頼等、みなし健診の拡大に向けて取り組みます。</p>
生活習慣病の予防と重症化予防	<p>特定保健指導については、集団健診等受診者の意識が向上している機会を捉えた保健指導実施体制をつくり、健診と一体での取り組みを進めるとともに、対象者が興味・関心をもつような新たな手法を検討します。</p> <p>生活習慣病の予防に関しては、特定保健指導の対象とならない有所見者を抽出し、対象者への健康教育などポピュレーションアプローチを中心とした早期介入を行います。</p> <p>生活習慣病の重症化予防においては、健診数値等から対象者を抽出し、医療機関への受診を促すとともに効果的な保健指導、介入を行うハイリスクアプローチにより健康状態の維持改善につながるようにします。</p>
医療費の適正化	<p>ジェネリック医薬品利用に関する効果的な広報・啓発を行うとともに、重複多受診、重複・多剤処方への保健指導を行うことで、適正受診を促し医療費適正化につなげます。</p>

## 5 個別の保健事業

### (1) 特定健康診査

事業番号	1							
事業名	特定健康診査							
目的	メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。							
対象者	対象者 40歳から74歳の被保険者							
これまでの事業結果	町の特定健康診査受診率は平成29年度の44.2%をピークに低下し、令和2年度には34.4%まで落ち込みましたが、その後回復しつつあります。年齢階層別の受診率では、男女ともに40歳から64歳の若年層の受診率が低い状況です。男女別では、いずれの年代も男性の受診率が低い状況です。							
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	一人当たり医療費(円)	24,257 円	24,500 円以下	24,800 円以下	25,000 円以下	25,300 円以下	25,600 円以下	26,200 円以下
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診率(%)	40.2	45.0	48.0	51.0	55.0	58.0	60.0
プロセス (方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町の広報、ホームページ等による周知・啓発(4~5月)</li> <li>・全世帯へ健診の案内を送付(健康増進部門)(5月)</li> <li>・新規国保加入者には加入手続きの際に窓口で案内(随時)</li> <li>・申込者へ受診券等の送付(健康増進部門)(6月~随時)</li> <li>・集団健診に加え、町内医療機関及び近隣健診機関で個別健診を実施(7月から翌年1月)</li> <li>・がん検診の同時受診、土日健診の実施</li> <li>・人間ドック、脳ドックの実施(がん検診との同時実施、土曜日の実施)</li> <li>・健診結果の送付(随時)</li> </ul>						
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全世帯の健診案内及び申し込みの取りまとめについて、より分かりやすい情報提供と申込の効率化を図ります。</li> <li>・健診受診率の向上に伴い、集団検診や個別健診の受け入れ態勢やみなし健診の拡大を図ります。</li> </ul>						
ストラクチャー (体制)	これまでの実施体制	(町関係課) 町民課、保健こども課 (健診委託機関) 町内医療機関、上十三医師会、健診機関 (受診勧奨委託) 民間事業者 (関係機関) 青森県国民健康保険団体連合会(周知、広報活動)						
	改善案、目標	現行体制の維持、みなし健診の拡大						
評価計画	アウトプット指標は、翌年12月に公表される法定報告により、各年度の目標値と比較して評価を行います。 一人当たり医療費については、KDB「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」の年度累計(翌年8月頃)により評価します。なお、目標値は青森県医療費適正化計画における医療費の伸び予測を勘案し、概ね108%以内と設定しています。							



(2) 特定保健指導

事業番号	2							
事業名	特定保健指導							
目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、生活習慣病の予防を図ります。							
対象者	特定保健指導該当者(積極的支援・動機付け支援)							
これまでの事業結果	平成29年度に特定保健指導実施率は68%以上となりましたが、その後は低下傾向にあり、令和4年度は44.4%となっています。							
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	メタボリックシンドロームの該当者割合(%)	19.9	19.5	19.3	19.0	18.8	18.5	18.0
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	21.4	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	25.0
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率(%)	44.4	45.0	48.0	51.0	55.0	58.0	60.0
プロセス(方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査後、健診結果により対象者を抽出して案内。(健診後随時)</li> <li>・健診機関への業務委託により、個別健診受診日当日の初回面談を実施。</li> <li>・初回時面接は健診実施年度の3月までに実施、開始後概ね3か月間で終了。実施場所は町内の施設及び自宅等、また、特定保健指導を委託する健診機関となっています。</li> </ul>						
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の実施方法を継続するとともに、新たにオンライン等の手法を検討し、若い世代の実施率向上を図ります。</li> <li>・集団健診会場や広報等において、特定保健指導の周知を図ります。</li> </ul>						
ストラクチャー(体制)	これまでの実施体制	(町関係課) 町民課、保健こども課 (委託機関) 健診機関						
	改善案、目標	これまでの体制に加えて、新たにオンライン等の手法を可能とする実施機関と連携し、若い世代の実施率向上を図ります。						
	評価計画	翌年12月に公表される法定報告により、各年度の目標値と比較して評価を行います。						

(3) 生活習慣病重症化予防

事業番号	3							
事業名	生活習慣病重症化予防事業							
目的	生活病の重症化リスク保有者を抽出し、受診勧奨や保健指導を行うことで重症化を防ぎます。							
対象者	① 町糖尿病性腎症重症化プログラムに基づく未治療者、治療中断者及びハイリスク者 ② 健康診査において医療機関受診勧奨値を超えた者							
これまでの事業結果	平成31年に町内医療機関及び八戸市医師会と連携協定を締結し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた中断者・未治療者への受診勧奨、ハイリスク者に対する保健指導を実施しています。							
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	糖尿病による人工透析新規導入者	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	HbA1c8.0以上の者の割合(%)	1.19 (17人)	1.15	1.10	1.00	0.90	0.80	0.50 (10人)
	血圧が①収縮期血圧130mmHg以上 または②拡張期血圧85mmHg以上(%)	48.1 (688人)	45.0	42.0	40.0	37.0	33.0	30.0 (400人)
	未受診者の医療機関受診率(%)	100	100	100	100	100	100	100
	治療中断者の医療機関受診率(%)	100	100	100	100	100	100	100
アウトプット (実施量・率) 指標	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	7.64 (11人)	7.0	6.5	5.0	2.5	1.0	0.0 (0人)
	未受診者保健指導実施率(%)	29.4	50.0	60.0	70.0	80.0	90.0	100
	治療中断者保健指導実施率(%)	20.8	50.0	60.0	70.0	80.0	90.0	100
	ハイリスク者保健指導実施率	66.0	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0	70.0
プロセス (方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出(未治療者、治療中断者、ハイリスク者)(7月)</li> <li>未治療者、治療中断者への文書通知と保健指導(電話)。(1月~3月) 保健指導は民間事業者業務委託。(令和5年度)</li> <li>ハイリスク者への保健指導(電話・訪問)及びかかりつけ医との連携。</li> </ul>						
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>KDBによる対象者の抽出において、「糖尿病(疑)」等も対象者として抽出されるため絞り込み作業に時間を要しています。基準を確立し、真に必要な保健指導が届けられるようにします。</li> <li>健診結果における受診勧奨者の医療機関非受診率・未治療率が高いことから、糖尿病以外の医療機関非受診者や未治療者の受診勧奨を検討します。</li> </ul>						

ストラクチャー(体制)	これまでの実施体制	<p>(町関係課) 町民課、保健こども課                  (連携機関) 町内医療機関、八戸市医師会、青森県糖尿病対策推進協議会                  (委託機関) 民間事業者</p>
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の体制を維持</li> <li>・ハイリスク者への介入方法については、保健こども課や包括支援センター、かかりつけ医と十分な連携を心がけます。</li> <li>・糖尿病以外の医療機関非受診者・未治療者対策について体制を検討します。</li> </ul>
評価計画		<p>アウトプット評価は、町糖尿病性腎症重症化プログラムの対象者への保健指導介入の実施率で評価します。</p> <p>アウトカム指標の糖尿病による人工透析導入者は、「人工透析を必要とする慢性腎不全」のため特定疾病受領証交付申請のあった者で人工透析導入時のレセプトにおいて2型糖尿病がある者(他保険からの転入等を除く)で評価します。</p> <p>「未受診者の医療機関受診率」及び「治療中断者の医療機関受診率」は、糖尿病性腎症重症化プログラムの保健指導を実施したもののうち、医療機関受診が確認できた人数割合で評価します。その他の評価指標は、県共通指標に基づいて評価します。</p>

(4) 生活習慣病早期介入事業

事業番号	4							
事業名	生活習慣病早期介入事業							
目的	特定保健指導に該当しない健診有所見者に対して、健康教育等を実施し生活習慣病の予防と重症化を防ぎ、被保険者の健康増進を図ります。							
対象者	前年度特定健康診査受診者のうち、HbA1cの値が5.6～6.4の軽度異常のある被保険者。特定保健指導対象者を除く。							
これまでの事業結果	令和3年度までは情報提供・啓発のみにとどまっていたが、令和4年度から糖尿病予防・改善教室を開始し、健康教室と保健指導を実施しました。軽度異常者約300名のうち30名程度が参加し、令和4年度においては参加者の改善率(体脂肪減少者の割合～42.9%、食生活改善者の割合～96.6%)となっています。							
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	糖尿病患者割合(%)	13.3	13.0	12.8	12.5	12.2	12.0	11.5
	HbA1c6.5以上の者の割合	10.25 (144人)	10.00	9.5	9.0	8.0	8.0	5.0 (100人)
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施者延べ人数(教室及びサロンでの延べ人数)	100人 ⑤R5実績	80人	80人	80人	80人	80人	80人
プロセス (方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出(7月)</li> <li>生活習慣病重症化予防に関する情報提供と教室の参加者募集(8月上旬)</li> <li>糖尿病予防・改善教室4回及び保健指導(9月～12月)</li> <li>HbA1c 有所見者のうち数値の高い者を優先し、保健指導(電話)を実施(8月)</li> <li>教室参加者を対象とした「DM 予防健康サロン」によるフォロー(12月～1月)</li> </ul>						
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>現行事業の継続。</li> <li>健康課題に応じ、口腔ケア(咀嚼)や禁煙指導などの内容を追加検討します。</li> <li>事後フォローの「DM 予防健康サロン」については、業務量により調整するものとします。</li> </ul>						
ストラクチャー (体制)	これまでの実施体制	(町関係課) 町民課、保健こども課(教室開催時の支援) (委託機関) 民間事業者						
	改善案、目標	・現行の体制を維持						
評価計画	<p>アウトプット指標は、情報提供後の健康教室及びDM 予防健康サロンにおける保健指導の延べ回数(参加者数×回数)で評価します。(例;R5 実績=健康教室参加者 1回目 27人×保健指導1+4回目25人×保健指導1回+DM 予防健康サロン参加者11名×2回)</p> <p>また、アウトカム指標の糖尿病患者割合は、KDB「厚生労働省様式 様式3-1」の値により、またHbA1c6.5以上の者の割合はKDB帳票 S26_026「集計対象者一覧」を用い、特定健診受診者のうちHbA1cの検査結果がある者のうちHbA1c6.5以上の者の割合で評価します。</p>							

(5) 特定健康診査未受診者対策

事業番号	5								
事業名	特定健康診査未受診者対策事業								
目的	特定健診受診率の向上に取り組み、受診者の生活習慣病の発症や重症化予防を目指します。								
対象者	当該年度の特定健康診査未受診者、未申込者								
これまでの事業結果	令和2年度の新型コロナウイルス感染症流行で特定健診受診率は大きく下がりましたが、令和3年度以降、未受診者対策事業再開、令和4年度は40%台を回復しました。								
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値						
			R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	特定健診受診率(%)		40.2	45.0	48.0	51.0	55.0	58.0	60.0
	40～64歳の特定健康診査の実施率(%)		35.0	40.0	41.0	42.0	45.0	46.5	49.5
	65～74歳の特定健康診査の実施率(%)		48.0	48.0	52.0	56.0	60.0	62.0	65.0
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者の個性に応じた受診勧奨回数		1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス (方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診申込して、受診をしていない方へ受診勧奨通知(保健こども課)(9月)</li> <li>・保健こども課への健診申し込みがない「未申込者」に対し、対象者の年齢・性別で異なるメッセージを記載した通知勧奨(10月)</li> <li>・事業所健診の情報提供依頼、結果取込(2月～翌年5月)</li> </ul>							
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・効果的な時期に受診勧奨を実施します。</li> <li>・若年層を対象に継続受診を促進します。</li> </ul>							
ストラクチャー (体制)	これまでの実施体制	(町関係課) 町民課、保健こども課 (委託期間) 民間事業者							
	改善案、目標	・みなし健診の情報提供体制を拡充します。							
評価計画		アウトプット評価は、未受診者勧奨の回数とします。アウトカム指標は翌年12月に公表される法定報告により、各年度の目標値と比較して評価を行います。							

(6) 適正受診の啓発

事業番号	6							
事業名	適正受診の啓発							
目的	後発医薬品のへの切り替えを促し、患者自己負担の軽減を図るとともに医療費への理解を深め、町医療費の適正化につなげます。							
対象者	① ジェネリック医薬品の啓発:被保険者全体及び後発医薬品が存在する医薬品を使用している対象者 ② 重複・多受診、重複・多剤処方が発生している被保険者							
これまでの事業結果	ジェネリック医薬品利用差額通知等により利用率は平成30年度の70.9%から令和4年度78.9%まで伸びました。また、重複頻回受診者への指導など適正受診に向けた取り組みを行っています。							
アウトカム (成果) 指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		R4年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
	ジェネリック医薬品利用率(%)	78.9	80.0	80.5	81.0	81.5	82.0	83.0
	重複処方の発生率(%)	0.0	0.1未満	0.1未満	0.1未満	0.1未満	0.1未満	0.1未満
アウトプット (実施量・率) 指標	後発医薬品差額通知	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	重複多剤処方指導実施回数(%)	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
プロセス (方法)	これまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費通知を年6回、ジェネリック利用差額通知を年2回実施(国保連合会へ委託)</li> <li>・保険証更新時にリーフレットやジェネリック医薬品希望カードを同封。(7月)</li> <li>・国保加入時に窓口にてリーフレットを配布。(随時)</li> <li>・重複・多受診の対象者を抽出(7月)、訪問指導(~12月) ⇒対象者;柔道整復師に月15日以上が3か月以上の連続受診がある者</li> <li>・重複・多剤処方の対象者抽出(7月)、指導(~12月) ⇒対象者;効能の同じ薬剤の重複処方(2医療機関以上、6剤以上)のある者 多剤処方のある者(30日以上、15医薬品以上の処方があるもの)</li> </ul>						
	改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行事業を継続します。</li> <li>・保険証が廃止されることに伴う、新たな情報提供の方法を検討します。</li> <li>・ジェネリック医薬品の利用について町内医療機関や薬局との連携を図ります。</li> <li>・多剤処方が多くみられるため、保健指導の方法を検討します。</li> </ul>						
ストラクチャー (体制)	これまでの実施体制	(関係課) 町民課、保健こども課 (関係機関) 青森県国民健康保険団体連合会(業務委託)						
	改善案、目標	・これまでの体制を維持するとともに、ジェネリック医薬品の利用等について町内医療機関や保険調剤薬局、地域薬剤師会との連携を図ります。						
	評価計画	アウトプット指標は事業実施量により評価します。 アウトカム指標のジェネリック医薬品利用率は、厚生労働公表値を用い、重複処方の発生率(%)はKDB「重複・多剤の状況」の各年5月診療(7月処理)を用いて評価します。						

## 第5章 第4期特定健康診査等実施計画

### 1 特定健診・特定保健指導の目的

特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目し、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、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする対象者を的確に抽出するために行うものです。

メタボリックシンドロームとは、内臓肥満に高血糖、高血圧症、脂質代謝異常が重なった、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい病態です。糖尿病などの生活習慣病は、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。

### 2 目標値の設定

特定健康診査については、計画最終年度における国の目標値が60%以上であることから、当町も計画最終年度における目標値を60%と定めます。

また、特定保健指導についても、計画最終年度における国の目標値が60%以上となっていることから計画最終年度における目標値を60%と定め、これらの目標値を達成するために各年度の目標値を次のとおり設定します。

#### 【特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の目標】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029) 【国の目標】
特定健康診査 受診率	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	58.0%	60.0% 【60.0%】
特定保健指導 実施率	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	58.0%	60.0% 【60.0%】

【参考】第四期における各種医療保険者別の目標 資料;厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)」

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合 (私学共済除く)
特定健診の実 施率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上 (70%以上)	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導 の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	60%以上	30%以上	45%以上

### 3 対象者の見込み

#### (1) 特定健康診査の対象者と対象者数

(対象者)

特定健康診査の対象者は、おいらせ町国民健康保険に加入している40歳から74歳までのうち、年度途中での加入・脱退のない者です。なお、以下に該当する者は、特定健康診査の対象外とします。

(除外対象者)

- ① 妊産婦
- ② 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された者
- ③ 国内に住所を有しない者
- ④ 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している者
- ⑤ 法第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設(障害者支援施設・養護老人ホーム・介護保険施設など)に入所又は入居している者

(対象者数)

特定健康診査の対象者数の推計は、特定健診等データ管理システムの提供する計算表で推計を行いました。受診者数については、特定健康診査の対象者数に目標受診率を乗じて推計しています。

#### 【特定健康診査対象者数】

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
特定健康診査の対象者数※	3,829人	3,791人	3,766人	3,751人	3,749人	3,608人
40歳～64歳	1,445人	1,384人	1,328人	1,275人	1,225人	1,156人
65歳～74歳	2,384人	2,407人	2,438人	2,476人	2,524人	2,452人
特定健康診査受診者数	1,723人	1,820人	1,921人	2,063人	2,174人	2,165人
40歳～64歳※2	579人	568人	556人	577人	572人	571人
65歳～74歳	1,144人	1,252人	1,365人	1,486人	1,565人	1,594人
目標実受診率	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	58.0%	60.0%
40～64歳	40.0%	41.0%	42.0%	45.0%	46.5%	49.5%
65～74歳	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	62.0%	65.0%

※特定健康診査等データ管理システムにて提供されるツールにより算出。

※2 「特定健康診査受診者数」と一致させるため、40～64歳の受診者数「対象者×目標受診率」に調整を加えた。



(2) 特定保健指導の対象者と対象者数

(対象者)

特定健康診査の結果を用いて、以下の基準により「積極的支援対象者」「動機付け支援対象者」の選定を行い、特定保健指導を実施します。

【特定保健指導階層化判定基準】

腹 囲	追加リスク		④喫煙歴	対 象	
	① 血糖	②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥ 85 cm(男性) ≥ 90 cm(女性)	2つ以上該当		/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

(追加リスク)

- ① 血糖 空腹時血糖 100 以上 又は HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上
- ② 脂質 空腹時中性脂肪 150 mg/dℓ以上 又は HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満
- ③ 血圧 収縮時 130 mm Hg 以上 又は 拡張期 85 mm Hg 以上

(対象者数)

特定保健指導対象者の算定は、特定健康診査実施見込み数に令和4年度の特定保健指導対象者の発生率を乗じて推計しました。特定保健指導実施者数については、特定保健指導対象者数に目標実施率を乗じて推計しました。

【特定保健指導対象者数】

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
特定保健指導対象者数	203 人	215 人	227 人	243 人	252 人	255 人
動機付け支援(40~64 歳) 若年受診者*発生率(7.9%)	46 人	45 人	44 人	46 人	45 人	45 人
動機付け支援(65~74 歳) 前期高齢受診者数*発生率(7.9%)	90 人	99 人	108 人	117 人	124 人	126 人
積極的支援(40~64歳のみ該当) 全受診者数*発生率(3.9%)	67 人	71 人	75 人	80 人	83 人	84 人
目標実施率	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	58.0%	60.0%
40 歳~64 歳	38.0%	40.0%	44.0%	47.0%	49.0%	51.0%
65 歳~74 歳	53.0%	57.0%	58.0%	63.0%	64.0%	66.0%
特定保健指導実施人数	91 人	103 人	115 人	133 人	146 人	153 人
動機付け支援(40~64 歳)	17 人	18 人	19 人	21 人	26 人	27 人
動機付け支援(65~74 歳)	48 人	56 人	63 人	74 人	79 人	83 人
積極的支援(40~64 歳)	26 人	28 人	33 人	38 人	41 人	43 人

## 4 特定健康診査の実施

### (1) 実施場所、実施時期・期間、実施方法

集団健診は町内施設で年間 14 日程度、個別健診は医療機関等で実施することとします。実施期間は概ね 7 月から翌年 1 月とし、毎年度当初に実施内容の詳細について、対象者への個別案内及び町広報紙により周知します。

集団方式	公益社団法人青森県総合健診センター等の健診機関と特定健康診査の委託契約を行い、町内公共施設等で実施します。
個別方式	町内の医療機関や近隣の健診センター等で特定健康診査が可能となるよう、各医療機関・健診機関と特定健康診査の委託契約を行います。

### (2) 実施項目

区分	項目内容	
基本的な 健診事項	問診	既往歴、服薬歴、喫煙、飲酒習慣など ※
	理化学的検査	身体診察(視診、打健診、触診)
	身体測定	身長、体重、BMI、腹囲
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
	肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむをえない場合は随時通性脂肪(絶食 10 時間未満))、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(やむを得ない場合は随時血糖)、HbA1c(NGSP 値)
	尿検査	尿糖、尿蛋白
詳細な 健診事項	生化学検査	血清クレアチニン
	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
	心電図検査	
	眼底検査	

#### ※質問票の変更点

- ・喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するため、回答選択肢を追加。;「現在、習慣的に喫煙している者」の条件 1:最近 1 か月間吸っている 条件 2:生涯で 6 か月以上吸っている、または合計 100 本以上吸っている。
- ・飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加。
- ・保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更。

### (3) 受診券の様式と交付時期

特定健康診査の受診券は以下の様式とし、対象者には事前に特定健康診査受診券を交付するものとします。また、交付時期は健診実施日より概ね1か月前とします。受診券には以下の項目を記載します。

○交付日 ○受診券整理番号 ○受診者情報(氏名・性別・生年月日) ○有効期限  
○窓口での自己負担額 ○保険者情報(保険者名称・保険者番号・所在地・電話番号) ○注意事項

### (4) 周知や案内方法

特定健診の対象者へ健診の案内と申込用紙を送付します。また、町の広報紙やホームページ等で周知を図ることとします。

### (5) 受診者の自己負担額

おいらせ町国民健康保険においては、特定健康診査に係る利用者の自己負担はありません。

### (6) 健診結果の通知と情報提供

健診結果は受診者に個別に送付します。その際、対象者に合わせ、以下のような情報提供を行います。

○健診結果の見方 ○健康の保持増進に役立つ情報 ○身近で活用できる社会資源の情報

## 5 特定保健指導の実施

### (1) 実施場所及び実施時期・期間

特定保健指導は、対象者には健診終了後随時開始することとします。初回時面接の実施時期は健診実施年度の3月までとし、開始後概ね6か月間で終了となります。

実施場所は町内の施設や自宅、及び町が委託する健診機関にて実施することとします。

### (2) 実施方法

特定保健指導は、生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解したうえで、生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援を行うものです。保健指導の必要性ごとに次のように実施します。

実施方法は、個別・グループ面談の他、対象者に応じてオンライン支援等、通信機器も活用して行います。

特定保健指導の種別	支援期間	初回面談	継続支援	評価※
動機付け支援	3～6か月	個別又はグループ 概ね20分以上	—	3～6か月後 電話等による評価
積極的支援	3～6か月	個別又はグループ 概ね20分以上	電話等による3か月以上の継続支援 及び中間評価	3～6か月後 電話等による評価

#### ※成果を重視した評価体系の導入

- ・腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価します。
- ・行動変容や腹囲1cm・体重1kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とします。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とします。

### (3) 優先的に保健指導を実施する対象者の選定方法

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が不可欠です。そのため、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そしてより効果の高い対象者を選定して保健指導を行います。

重点的に保健指導を行う対象者を選定する条件は以下のとおりです。

- (ア) 年齢が比較的若い対象者
- (イ) 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機付け支援レベル、動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- (ウ) 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者
- (エ) 前年度、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者
- (オ) 医療費が高額になる可能性の高い疾病リスクを抱える対象者
- (カ) 保健指導の対象者として、階層化基準に該当する人だけでなく、階層化基準に合致しないため、特定保健指導の対象とはならないものの、生活習慣病に関するリスクを抱えている対象者
- (キ) 生活習慣病の罹患者で未治療の人や治療を中断している対象者

### (4) 案内方法

特定保健指導の案内は特定健康診査の後、対象者に対し直接又は郵送もしくは電話により行います。連絡は、対象者の決定後速やかに行います。

### (5) 利用者の自己負担額

おいらせ町国民健康保険においては、特定保健指導に係る利用者の自己負担はありません。

## 6 特定健康診査等の結果の通知

健診結果は、受診者本人に直接送付して通知します。また、通知の様式については、必要事項を網羅することを前提とした上で、健診機関等の採用する様式に従うものとします。また、保健指導についても、実施した保健指導の内容や設定した目標などの記録を対象者との間で取り交わします。

## 7 目標達成に向けた取り組みと年間スケジュール

特定健診受診率の向上に向けて、以下の方向とスケジュールで取り組みを行います。

(目標達成に向けた取り組み)

取り組みの方向	具体的な取り組み例
申込みやすい体制づくり	・申込用紙の個別発送 OCR用紙等 ・受診券の個別発送
受診しやすい環境づくり	・がん検診との同時実施(複合健診、人間ドック) ・早朝、休日健診の実施 ・個別受診機関の充実 ・疾病の早期発見・早期治療の啓発 ・集団健診におけるスタッフ増員による健診受け入れ体制の強化
未受診者対策	・未申込者に対する勧奨 ・職域(町内事業所)への受診勧奨活動 ・町防災無線での案内
みなし健診への体制づくり	・職場健診を受ける対象者へ健診の結果提供依頼 ・医療機関受診による検査データ提供の体制等の検討
特定保健指導の受けやすい体制づくり	・対象者が受けやすい日時、場所の設定 ・健診受診日当日に初回面談が実施できるよう、健診実施機関への業務委託

(年間スケジュール)

	特定健康診査	特定保健指導
4月	対象者の抽出 当年度の契約	当年度の契約
5月	案内、申込書の発送 受診券の発送	
6月		
7月	健診の開始 未受診勧奨①	保健指導の開始 対象者の抽出、案内開始
8月		
9月	未申込者勧奨(健康増進)	
10月	未受診勧奨②	保健指導利用勧奨
11月		
12月		
1月	健診の終了	
2月	みなし健診の依頼等対応 当年度の評価と次年度の計画	翌年9月まで保健指導実施 当年度の評価と次年度の計画
3月		

## 8 個人情報の保護

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)並びにこれに基づくガイドライン等を踏まえるとともに「おいらせ町個人情報保護法施行条例」(令和5年3月14日条例第1号)に基づいて行うものとします。特定健康診査等を委託する場合の受託者についても当町と同様の取り扱いとするとともに、業務上知り得た情報については守秘義務を徹底、目的外利用を禁止し、業務終了後も同様とします。

## 9 計画の公表及び周知

本計画の公表については、町の広報紙及びホームページにおいて行います。また、内容を見直し、変更した場合には、速やかに町の広報紙及びホームページで公表します。

## 10 計画の評価・見直し

本計画に基づく特定健康診査及び特定保健指導の実施状況や達成状況については、おいらせ町国民健康保険においてその評価及び内容の検討を行います。計画目標の達成状況によっては、最終年度に至る各年度の目標値を再設定することも検討します。

見直しの体制については、保健師や担当職員で構成される実務的な作業部会を設け、実質的な見直し作業はその作業部会が中心となって進めます。さらに、作業部会で検討、見直した内容については町健康づくり推進協議会で検討し、国民健康保険運営協議会に報告します。

## 11 その他

### (1) 特定健康診査等の記録の保存

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムにて行います。保存年限は、5年(特定健康診査等の実施の翌年4月1日から5年間)とします。また、他の医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管することとします。

### (2) 代行機関

おいらせ町国民健康保険における特定健康診査・特定保健指導の決済及びデータを管理保管する代行機関は、青森県国民健康保険団体連合会とします。

### (3) 特定健康診査等委託基準

特定健康診査等の業務委託については、「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28条及び「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)」第16条第1項により、厚生労働大臣の定める基準に基づき実施します。

## 第6章 計画の公表及び周知

### 1 計画の公表及び周知

本計画の公表の目的は、主に被保険者に、保険者としての計画期間中の取り組み方針を示し、趣旨を理解の上、積極的な協力を得ることにあります。このことに基づき、データヘルス計画を策定、または内容を変更した時は遅滞なく町のホームページや広報紙で公表します。

### 2 個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守

#### (1) 基本的な考え方

個人情報の取り扱いについては、個人情報保護に関する法律及びこれに基づくガイドラインなどを踏まえた対応を行います。その際には、対象者の利益を最大限に保障するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的、効率的な保健事業を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用します。

#### (2) 個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守

個人情報の取り扱いに関しては、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り扱いのためのガイドライン」、「おいらせ町個人情報保護条例」(平成18年3月1日条例第9号)に基づいて行います。

保健事業を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していきます。



## 第7章 地域包括ケアにかかる取り組み

地域包括ケアとは、「医療や介護が必要になっても、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方です。

日常生活上で支援の必要な高齢者が増える中で、これまで以上に地域包括ケアシステムを活性化させ、保健・医療・介護・介護予防の一体的な提供、多様な生活支援を推進していく必要があります。

そのために、町民の自助的な健康づくりや介護予防、地域で活動する様々な担い手との協働とコーディネート、保健福祉部門に留まらない関係各課及び多様な関係機関との情報と目的を共有した連携など、それぞれの立場における役割を結び付け、取り組みの効果を総合的に高めていく仕組みづくりを目指します。

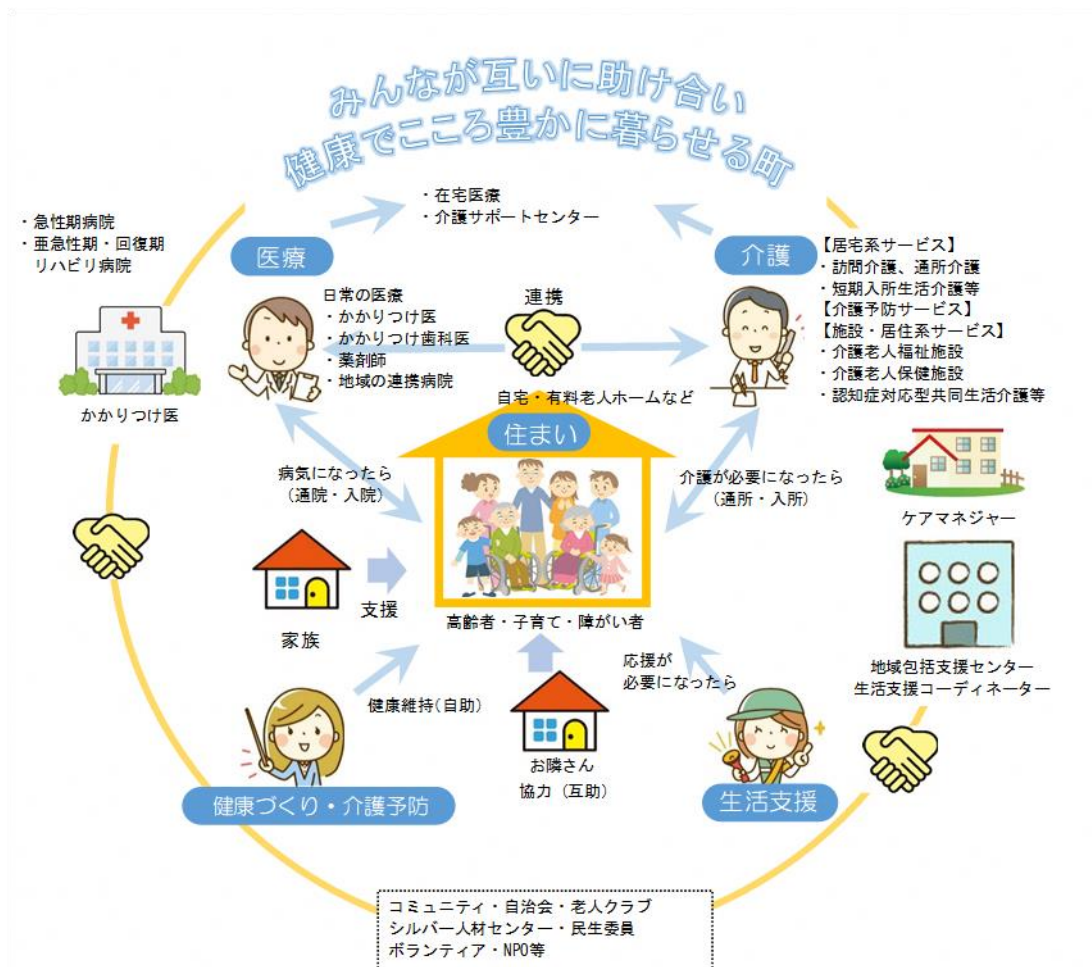


図:「おいらせ町第9期介護保険事業計画・高齢者福祉計画」より引用

**おいらせ町国民健康保険**  
第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画)  
第4期 特定健康診査等実施計画  
(令和6年度～令和11年度)

発行 青森県 おいらせ町 令和6年3月

編集 おいらせ町 町民課

住所 〒039-2192

青森県上北郡おいらせ町中下田135-2

電話 0178-56-4218(直通)