

東北町国民健康保険

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3月

東北町

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) 東北町町国民健康保険の具体的役割、連携内容	3
2. 現状の整理	4
(1) 保険者の特性	4
(2) 地域資源の状況	4
(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）	4
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	8
1. 各種データ等の分析結果	10
(1) 平均寿命・標準化死亡比等	10
(2) 医療費の分析	13
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	18
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析	24
(5) 介護費関係の分析	29
第Ⅲ章 計画全体	31
1. 当町の健康課題	31
2. データヘルス計画全体における目的	32
3. 個別の保健事業	33
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	33
第Ⅳ章 個別の保健事業	34
第Ⅴ章 その他	42
第Ⅵ章 第4期特定健康診査等実施計画	43
1. 特定健康診査等の実施目標	43
(1) 基本的な考え方	43
2. 達成しようとする目標	43
3. 目標値の内訳	44
(1) 特定健康診査実施率の目標と実施予定者数等	44
(2) 特定保健指導実施率の目標と実施予定者数等	44
4. 特定健康診査等の実施方法	44
(1) 特定健康診査の実施	44
(2) 特定保健指導の実施	47
5. 実施体制等	51
(1) 特定健康診査等の実施体制	51

(2) 特定健康診査等の委託基準、個人情報の保護等.....	52
6. 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表.....	54
(1) 特定健康診査等実施計画の公表	54
(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し.....	54
7. その他の事項（健診受診率向上対策について）.....	54
(1) 情報の発信・提供	54
(2) 未受診者対策	54

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なりました。

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（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

東北町においても平成 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ました。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です。

当町では、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						←→		

※KPI（重要業績評価指標）とは

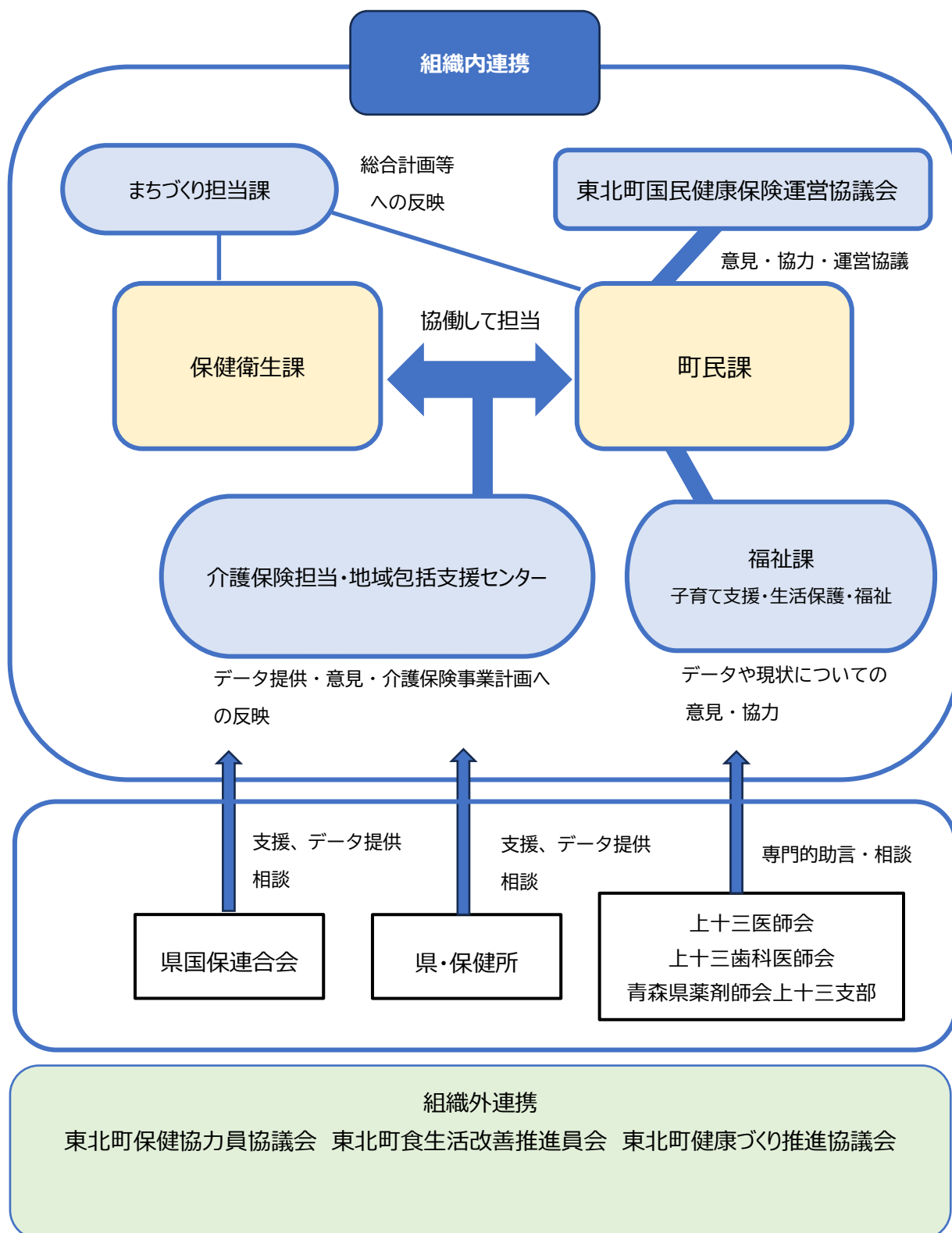
目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための定量指標。「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケーター）」の略語

(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) 東北町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、国民健康保険担当課（町民課）が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、当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

当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、保健衛生課や都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、町民課が主体となって行います。町民課では、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護担当（福祉課・福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、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、被保険者のり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町内の連携体制の確保

保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生課等町民の健康の保持増進に関係する部門に協力を求め、市町村一体となって、計画の作成等を進めます。具体的には、後期高齢者医療部門、保健衛生部門、介護保険部門のほか、必要に応じて企画財政部門や福祉事務所等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。特に計画策定や保健事業の実施、評価等にあたっては、健康増進計画や医療をはじめとする社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるため、保健衛生部門との連携が必要です。

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である都道府県のほか、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、栄養士会等保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。関係機関との連携・協力にあたっては、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

高齢化率は 38.4%で県平均 33.9%を上回っています。今後、少子高齢化が進展し、後期高齢者数の増加が見込まれます。第1次産業就業者割合は国の約 6.4 倍となっています。男性の平均寿命は、国や県平均より低くなっています。また、健康寿命は男女とも国や県平均よりは低くなっています。

(2) 地域資源の状況

医療・介護福祉サービス提供体制は二次医療圏内の利用者も多く、比較的整備されています。保健協力員等健康づくりボランティアの活動は活発です。

(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健康課題ごとに設定された目標値評価及び、計画開始時の値（ベースライン）と直近値を比較評価し、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・ベースライン評価	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事業別目標の達成状況と評価

ア. 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
① 個別受診勧奨 ② 重点的受診勧奨 ③ 受診環境の整備 ④ 地区組織と連携した未受診者対策事業	アウトプット	【目標】 受診勧奨通知率（令和5年度）：100% 【結果】 受診勧奨通知率（令和4年度）：100% 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）：45.8% 目標値評価：C
	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。未受診者の個性に応じた受診勧奨事業の取組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。 総合評価：C	

イ. 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 特定保健指導利用勧奨 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する生活改善等の保健指導の実施	アウトプット	【目標】 特定保健指導実施率（令和5年度）：60.0% 【結果】 特定保健指導実施率（令和4年度）：35.8% 目標値評価：C
	アウトカム	特定保健指導による特定保健指導対象者減少率（ベースライン評価） 平成30年度：24.0%→令和4年度：26.7%（2.7ポイント増） メタボ該当者割合の変化（ベースライン評価） 平成30年度：20.4%→令和4年度：23.5%（3.1ポイント増） ベースライン評価：A
	特定保健指導実施率は目標に未達成でした。特定保健指導対象者減少率は増加したものの、メタボ該当者は増加しています。 総合評価：B	

ウ. 糖尿病性腎症重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価																		
<p>糖尿病性腎症重症化予防プログラム 医療機関未受診者、医療中断者、ハイ リスク者に対するアプローチ</p>	<p>アウト プット</p>	<p>【目標】</p> <p>①医療機関未受診者及び受診中断者の受診率：60.0% ②ハイリスク者への保健指導実施率：100%</p> <p>【結果】令和4年度実施状況</p> <table border="1" data-bbox="783 524 1449 752"> <thead> <tr> <th></th> <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>未受診者・中断 者受診率</td> <td>54.3%</td> <td>60.0%</td> <td>28.6%</td> <td>50.0%</td> <td>50.0%</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク者 保健指導実施率</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</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	未受診者・中断 者受診率	54.3%	60.0%	28.6%	50.0%	50.0%	ハイリスク者 保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%
		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														
	未受診者・中断 者受診率	54.3%	60.0%	28.6%	50.0%	50.0%														
ハイリスク者 保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%															
<p>アウト カム</p>	<p>【目標】 糖尿病性腎症による新規人工透析患者数：令和5年度0人</p> <p>【結果】 糖尿病性腎症による新規人工透析患者数：令和4年度2人</p> <p style="text-align: center; color: red;">目標値評価：C</p>																			
<p>糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用により、ハイリス ク者への保健指導は100%実施できています。医療機関未受 診者・医療中断者への受診勧奨を継続し、新規透析患者数抑 制に向けていきます。</p> <p style="text-align: center; color: red;">総合評価：C</p>																				

工. 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												
①集団健診結果説明会(後期高齢者含む) ②公立七戸病院人間ドック事後指導	アウトプット	【目標】 人間ドック事後指導出席率(令和5年度)54.0% 【結果】 <table border="1" data-bbox="821 465 1439 640"> <thead> <tr> <th></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>集団健診結果説明会</td> <td>89.1%</td> <td>75.8%</td> <td>79.2%</td> </tr> <tr> <td>人間ドック事後指導</td> <td>54.9%</td> <td>51.8%</td> <td>52.8%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">目標値評価：B</p>		令和2年度	令和3年度	令和4年度	集団健診結果説明会	89.1%	75.8%	79.2%	人間ドック事後指導	54.9%	51.8%	52.8%
		令和2年度	令和3年度	令和4年度										
	集団健診結果説明会	89.1%	75.8%	79.2%										
人間ドック事後指導	54.9%	51.8%	52.8%											
アウトカム	※生活習慣病患者割合の改善(ベースライン評価) ・糖尿病：令和2年5月：12.0%→令和5年5月：13.2% ・高血圧：令和2年5月：23.8%→令和5年5月：25.0% <p style="text-align: center;">目標値評価：C</p>													
糖尿病、高血圧患者割合が増加しています。コントロール不良者等は、次年度健診結果が改善されているか分析を行い、また、継続した取組ができるよう支援していく必要があります。 <p style="text-align: center;">総合評価：B</p>														

オ. 適正な受診行動の啓発

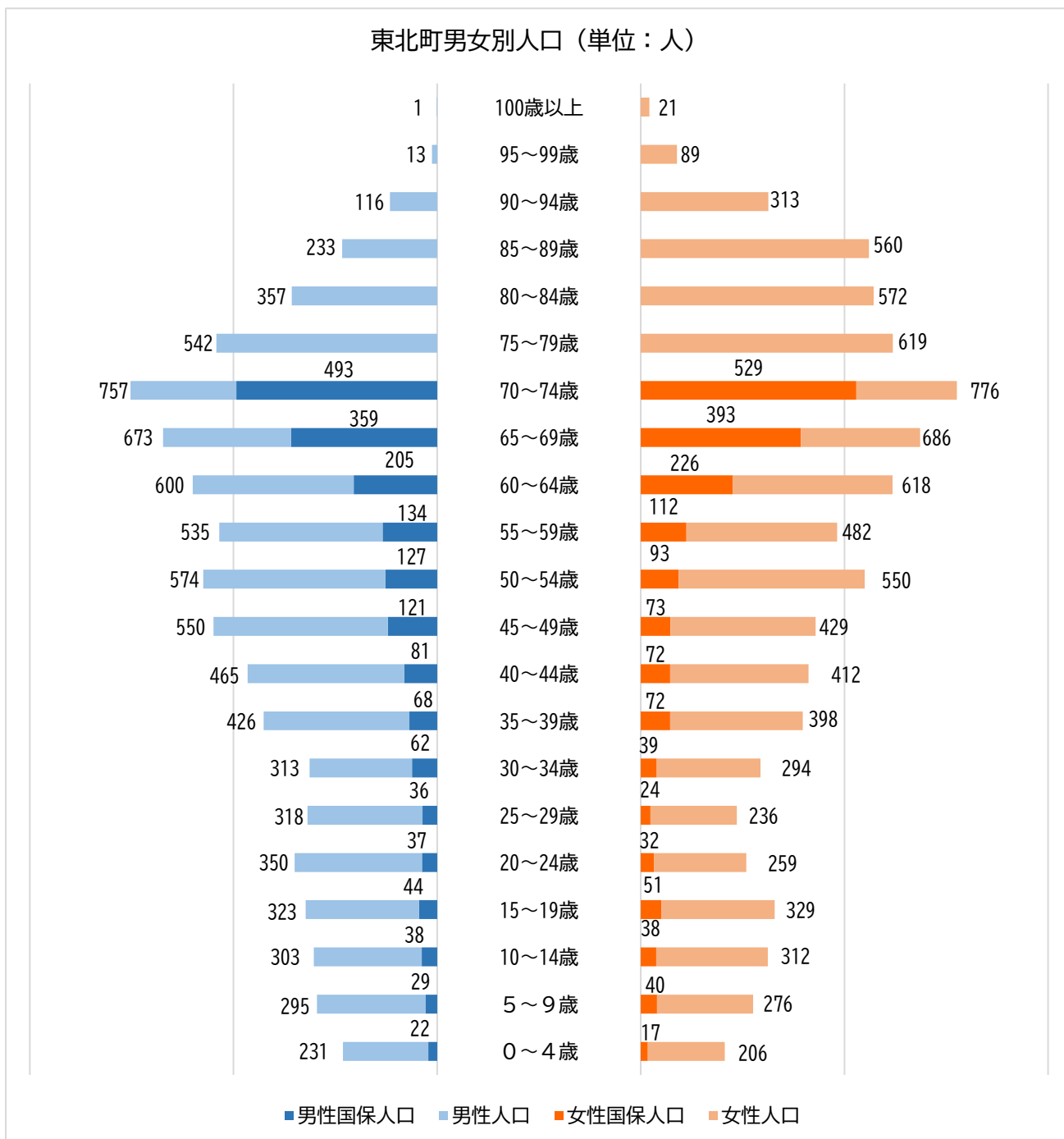
取組内容		短期目標と達成状況
①医療費通知 ・適正な受診行動を促す医療費通知 ②ジェネリック利用差額通知 利用促進啓発(シール配布) ③重複・多受診訪問指導 ④広報啓発 ・医療費の適正化啓発パンフの配布	アウトプット	・医療費通知～実施 ・ジェネリック利用差額通知～実施 ・ジェネリックシールの配布～実施 ・重複・多受診訪問指導～実施 ・広報啓発～実施 <p style="text-align: center;">評価：A</p>
	アウトカム	【目標】後発医薬品数量シェア 80.0%以上 【結果】後発医薬品数量シェア(令和4年度)83.4% ※1人当たり医療費の変化(ベースライン評価) 令和元年度：28,376円→令和4年度：27,786円 <p style="text-align: center;">ベースライン評価：A</p>
	通知や広報啓発は全て実施できており、後発医薬品数量シェア率は目標値を達成しています。また、国保と保健衛生部局が連携し、事業実施できています。 <p style="text-align: center;">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	%
総人口（人）	16,412	100.0	7,975	48.6	8,437	51.4
国保被保険者数	3,672	100.0	1,861	50.7	1,811	49.3

図表 1 東北町の人口ピラミッド



資料：指定区別年齢別男女別人口調（令和5年11月30日現在）

図表 2 高齢化率（65 歳以上）

	東北町	青森県	国
高齢化率（65 歳以上）	38.4%	33.9%	28.7%
国保加入率	24.4%	22.7%	22.3%

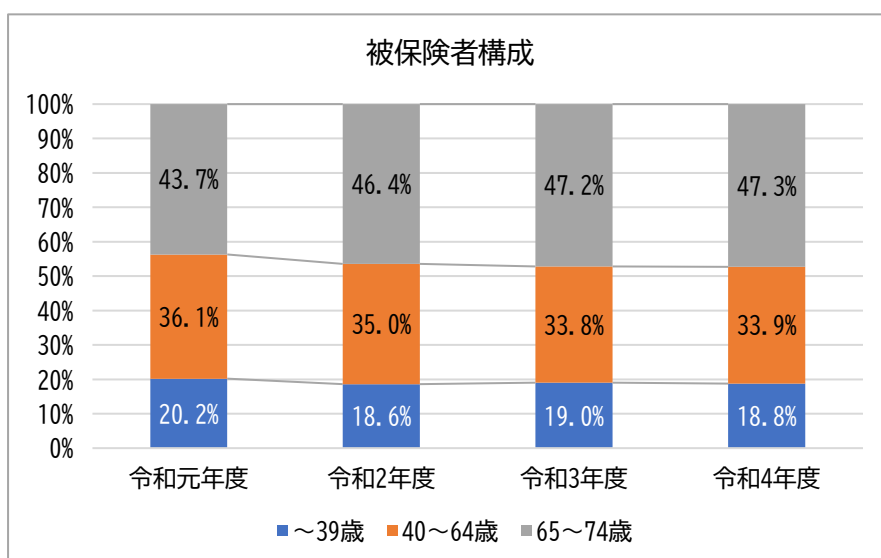
資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和4年度）

図表 3 産業別就業者割合

	東北町	青森県	国
第1次産業	25.4%	12.4%	4.0%
第2次産業	23.4%	20.4%	25.0%
第3次産業	51.2%	67.2%	71.0%

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4年度）

図表 4 被保険者構成



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

1. 各種データ等の分析結果

(1) 平均寿命・標準化死亡比等

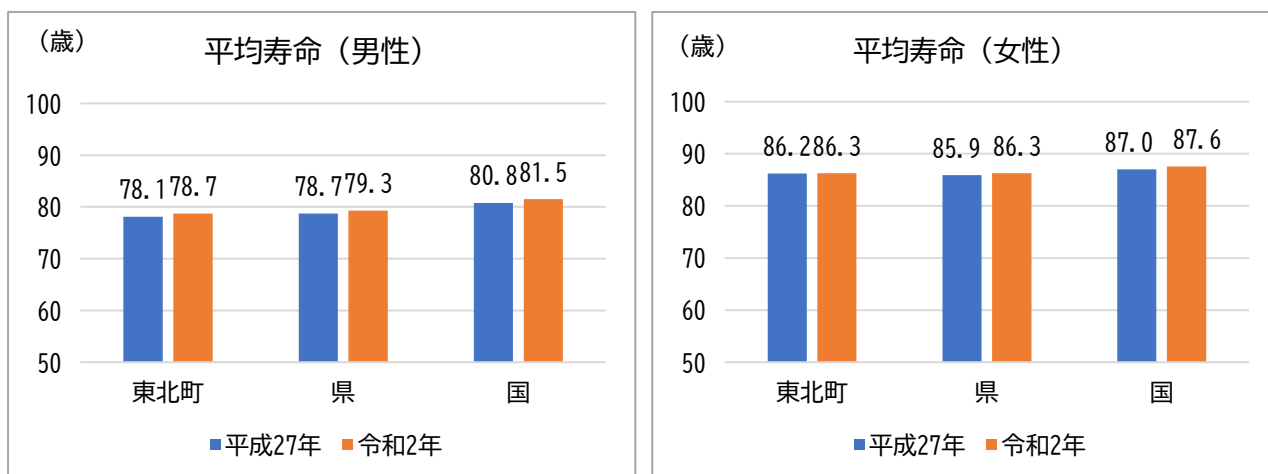
①平均寿命・平均自立期間

平均寿命は、国の平均寿命より、男性で2.8歳、女性で1.3歳短くなっています。

平均自立期間※（日常生活動作が自立している期間の平均）では、男性で2.3歳、女性で1.7歳短くなっています。

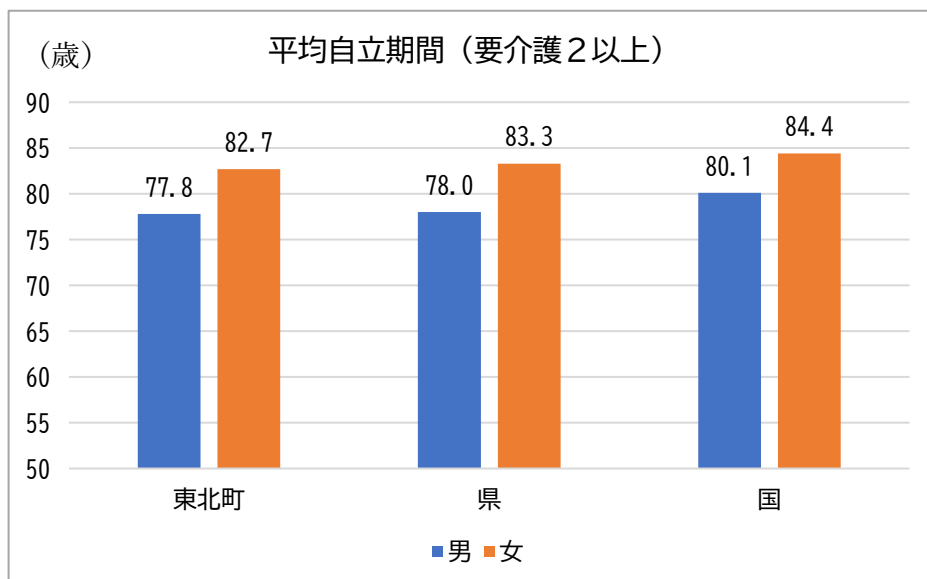
※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。）

図表 5 平均寿命



資料：令和2年青森県市町村生命表

図表 6 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）

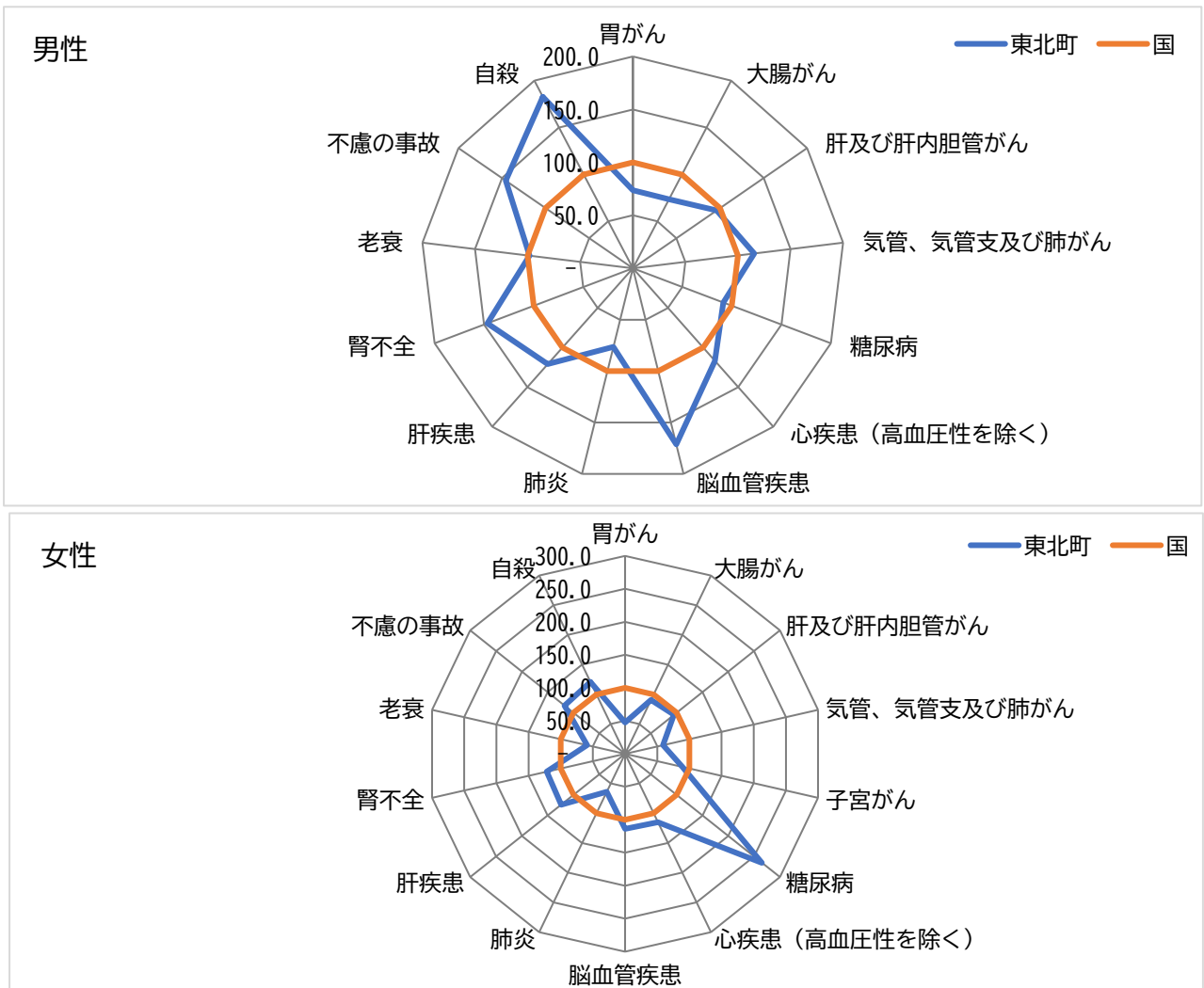
②標準化死亡比※

男性では、脳血管疾患、肝疾患、腎不全、自殺の標準化死亡比が高くなっています。

女性では、糖尿病の標準化死亡比が極めて高くなっています。

※標準化死亡比：基準死亡率（人口 10 万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、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ある。国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。

図表 7 標準化死亡比（平成 29 年～令和 3 年）



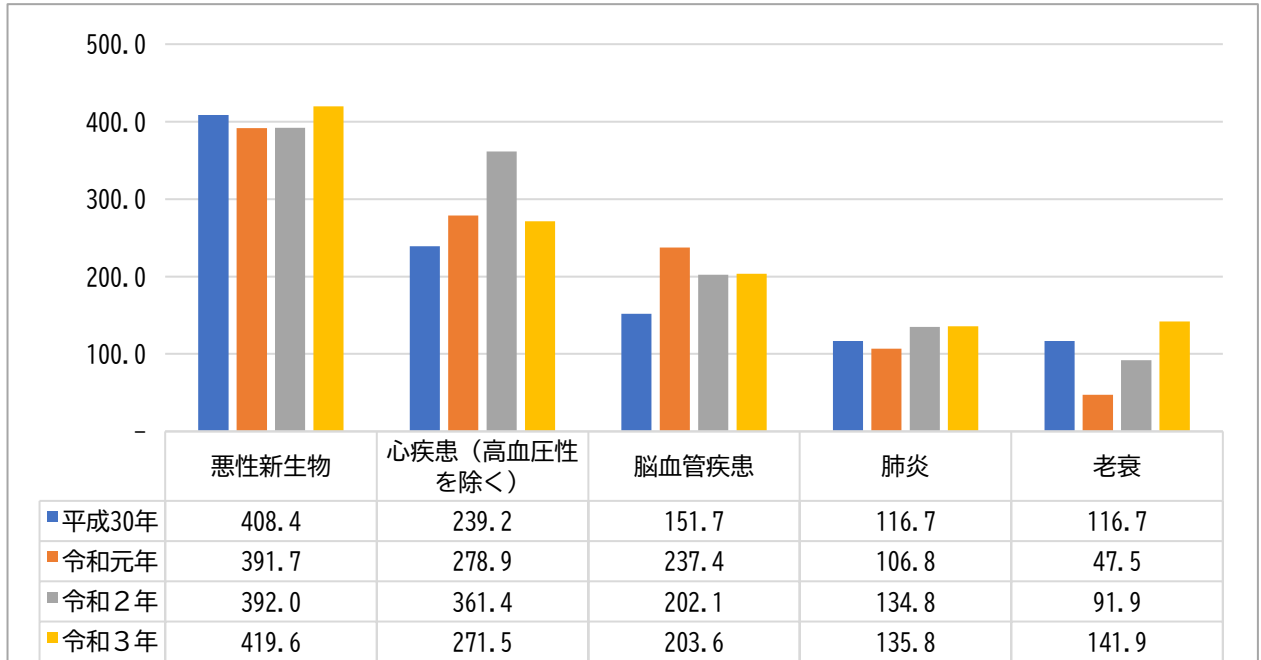
SMR	死亡総数	悪性新生物					子宮	糖尿病	心疾患（高血圧性を除く）	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
		総数	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び										
男	112.6	98.8	73.6	73.7	96.3	115.5	·	91.3	116.9	171.3	76.5	121.0	146.8	98.1	145.5	182.8
女	95.7	84.2	47.4	90.6	94.8	59.0	88.9	265.2	115.0	113.7	64.2	123.9	121.8	58.8	117.3	120.9

資料：青森県保健統計年報（令和3年度）

③主要選択死因別の死亡率

当町の死因は、がん（悪性新生物）、心疾患、脳血管疾患の順で多くなっています。

図表 8 主要な選択死因別の死亡率（10万対）



資料：青森県保健統計年報

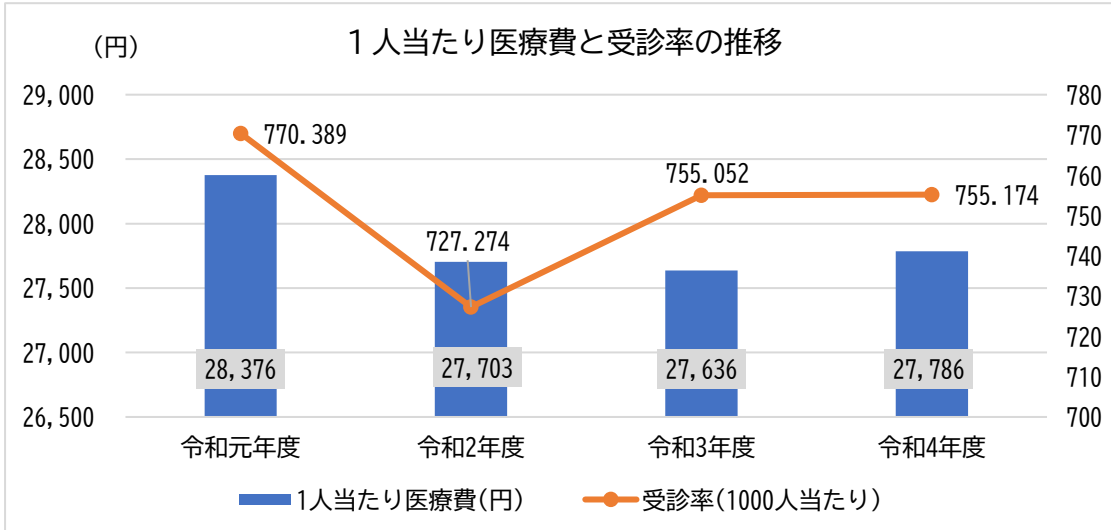
※死因別死亡率（年間）＝（年間の死因別死亡者数/10月1日現在の日本人人口）×100,000

(2) 医療費の分析

① 1人当たり医療費

1人当たりの医療費は、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年度は減少しましたが、その後は増加しています。

図表 9 1人当たり医療費と受診率の推移

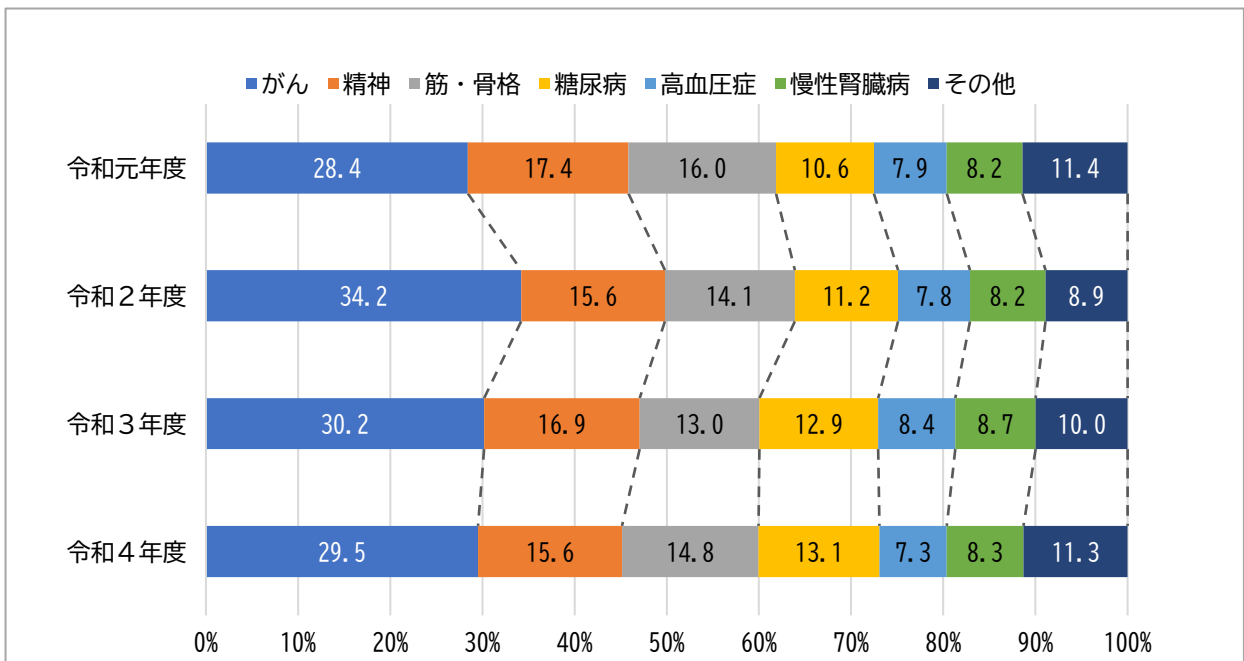


資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

② 主要生活習慣病の医療費割合の推移

主要生活習慣病の医療費割合に大きな変化はありませんが、糖尿病の医療費割合が増加しています。

図表 10 医療費割合の推移

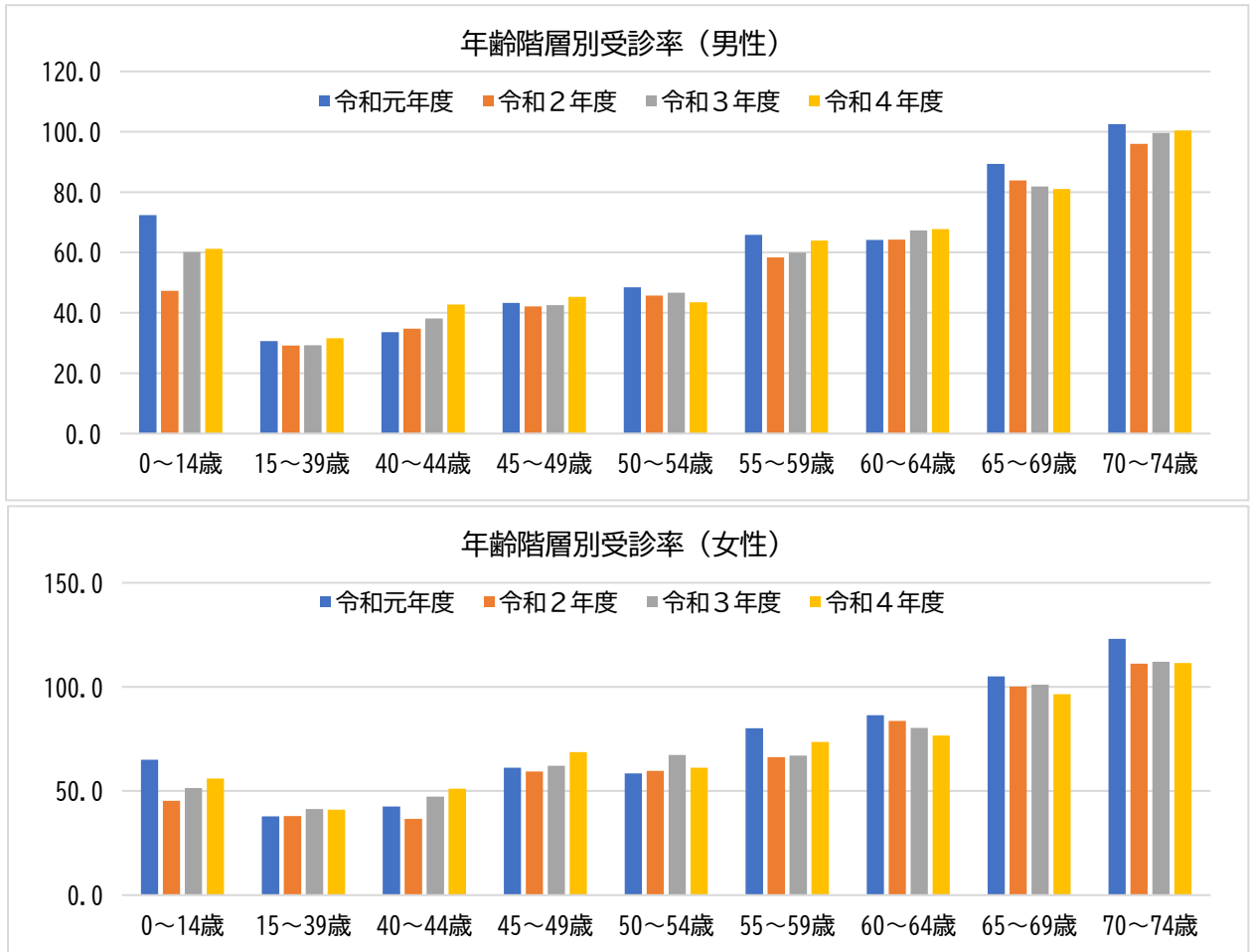


資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

③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。令和2年以降に新型コロナウイルス感染症流行の影響で医療機関受診控えがあり、一時受診率は低下しましたが、その後は年代によってばらつきがみられます。男女別では、女性の受診率が男性よりやや高くなっています。

図表 11 年齢階層別受診率



※受診率は（レセプト数/被保険者数）×100 で算出

●男性

●女性

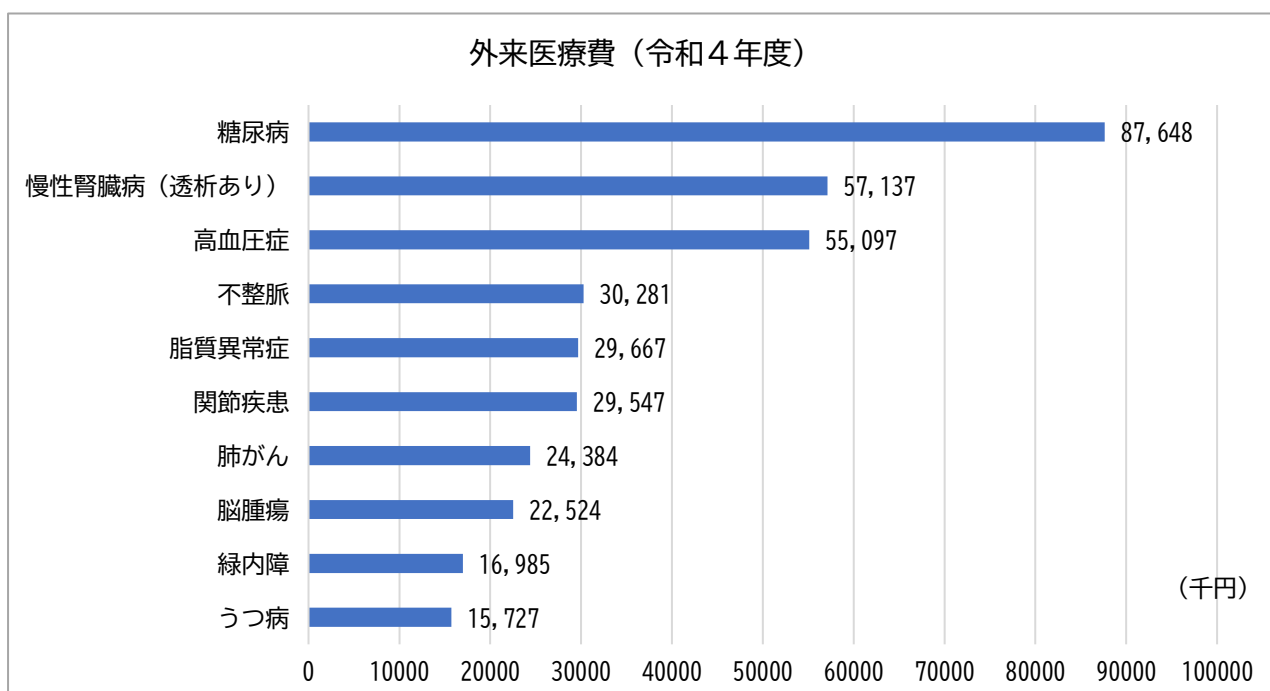
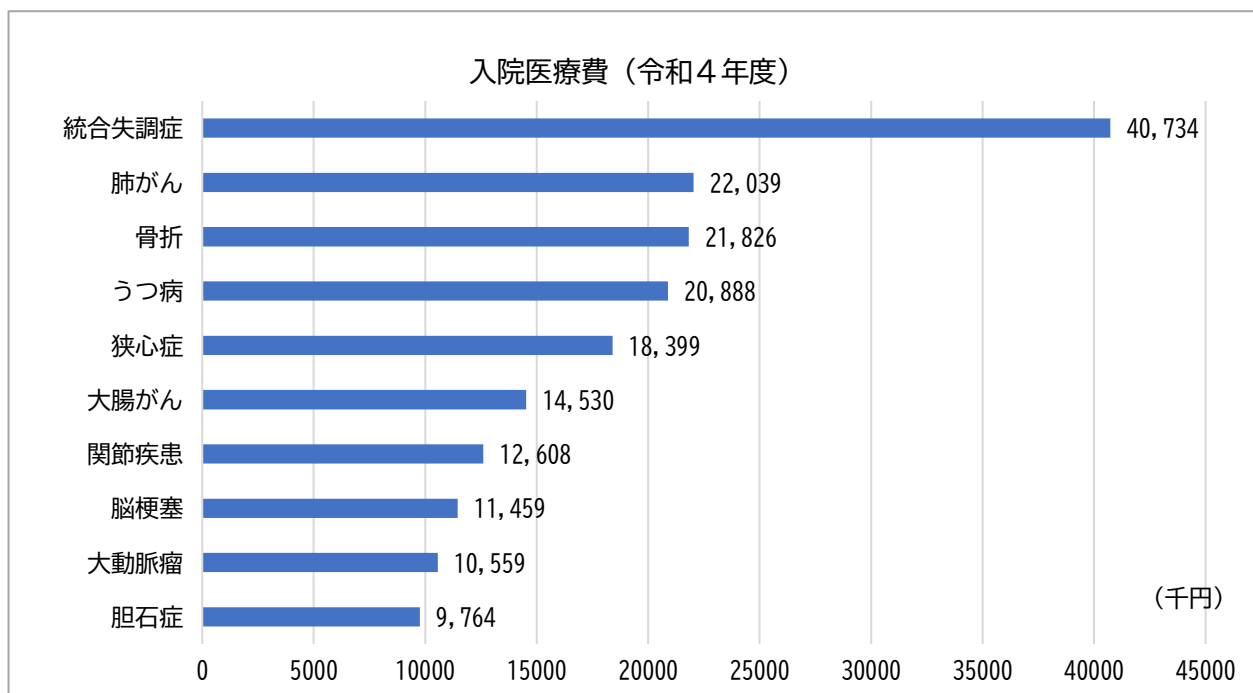
性別	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性	72.3	47.3	60.2	61.2
女性	65.0	45.3	51.4	55.9
男性	30.6	29.2	29.3	31.6
女性	37.8	37.9	41.3	41.0
男性	33.6	34.7	38.1	42.8
女性	42.6	36.7	47.4	51.2
男性	43.3	42.1	42.5	45.3
女性	61.3	59.3	62.2	68.7
男性	48.5	45.7	46.7	43.6
女性	58.5	59.7	67.3	61.2
男性	65.9	58.3	60.0	63.9
女性	80.1	66.3	67.0	73.6
男性	64.2	64.3	67.4	67.7
女性	86.4	83.7	80.3	76.6
男性	89.4	83.9	81.8	81.1
女性	105.0	100.2	101.1	96.5
男性	102.5	96.0	99.6	100.5
女性	123.1	111.2	112.1	111.5

資料：KDB「医療費分析の経年比較」（令和元年度～令和4年度）

④疾病別医療費分析

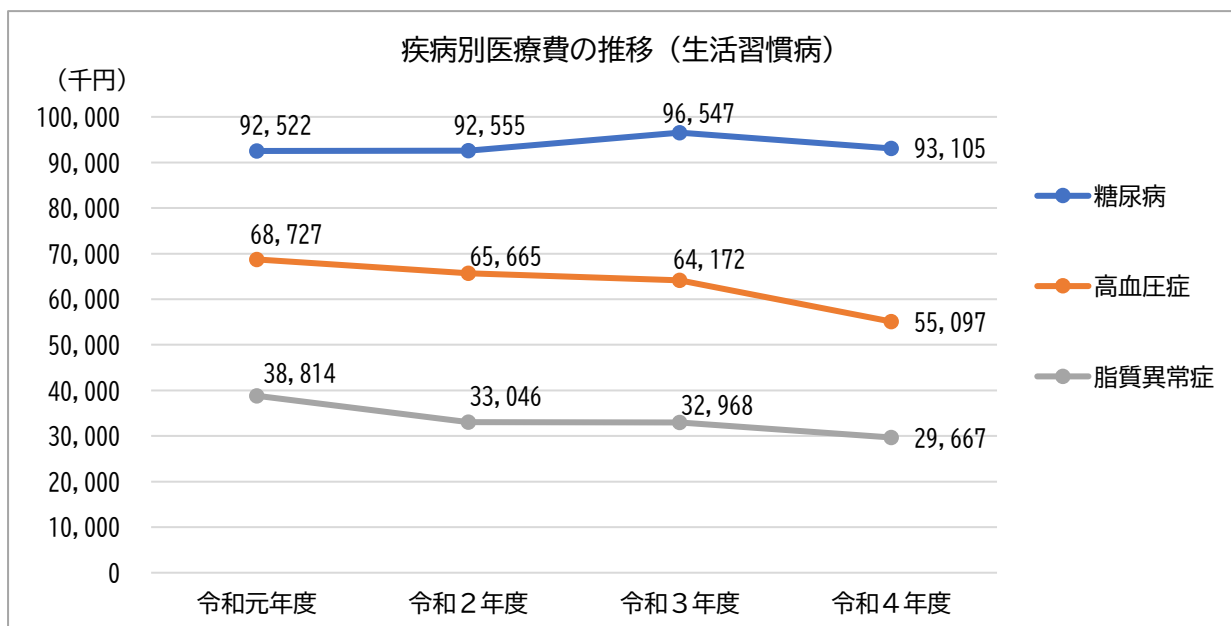
令和4年度の1保険者当たり疾病別入院医療費の上位は統合失調症、肺がん、骨折となっています。外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症の順となっています。疾病別医療費の推移では、高血圧、脂質異常症は減少傾向ですが、糖尿病は横ばいとなっています。

図表 12 疾病別医療費



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和4年度）

図表 13 疾病別医療費の推移（生活習慣病）

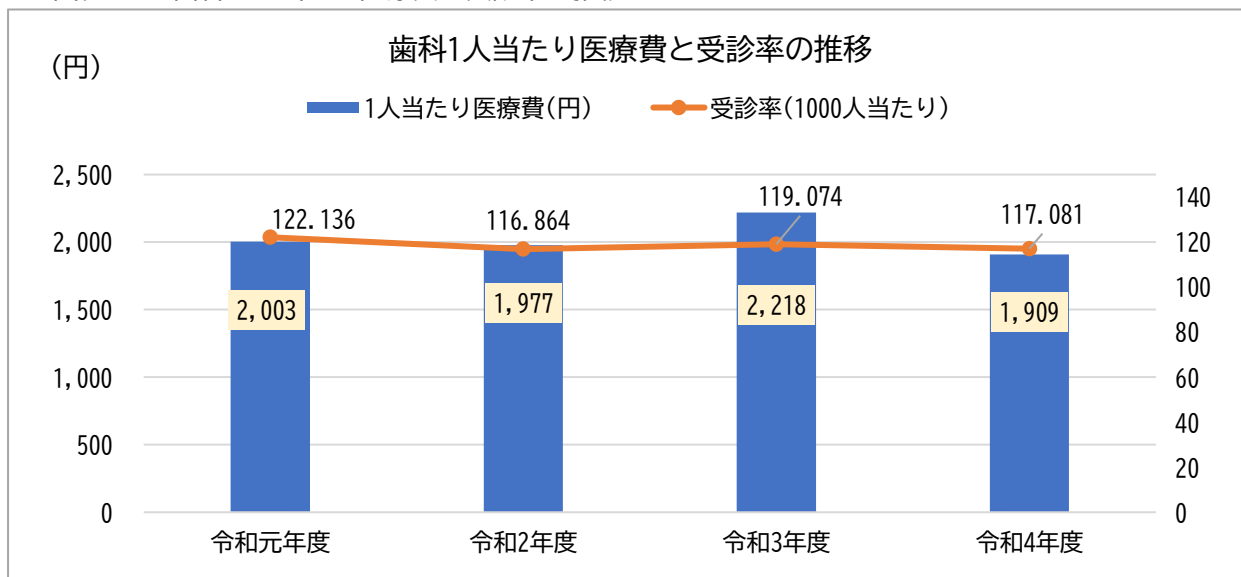


資料：KDB「疾病別医療費分析」（令和元年度～令和4年度）

⑤歯科医療費の推移

令和元年度から歯科の受診率はほぼ横ばいです。1人当たり歯科医療費は令和3年度に増加しましたが、その後減少しています。

図表 14 歯科1人当たり医療費と受診率の推移



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）

⑥重複多受診、重複服薬

ア. 重複多受診・頻回受診の状況

3医療機関以上かつ同一医療機関に最大10日以上受診した重複多受診者や、1医療機関15日以上受診した頻回受診者は被保険者数の0.1～0.2%で推移しています。

図表 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	4,777		4,513		4,369		4,218		3,949	
	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	4	0.1%	2	0.0%	1	0.0%	5	0.1%	1	0.0%
頻回受診	10	0.2%	8	0.2%	5	0.1%	5	0.1%	9	0.2%

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

イ. 重複服薬の状況

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はいませんでした。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は全体の11.2%となっています。

図表 16 重複服薬の状況

	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	4,777		4,218		4,369		4,218		3,949	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複服薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
多剤	690	14.4%	593	14.1%	594	13.6%	593	14.1%	444	11.2%

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

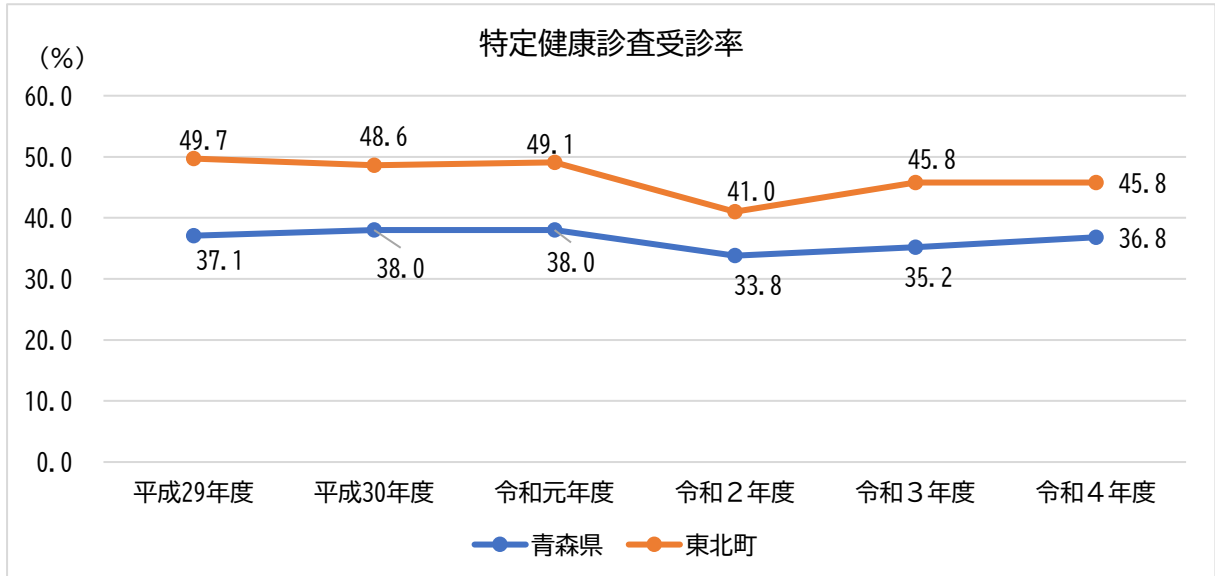
*多剤処方：30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者

(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

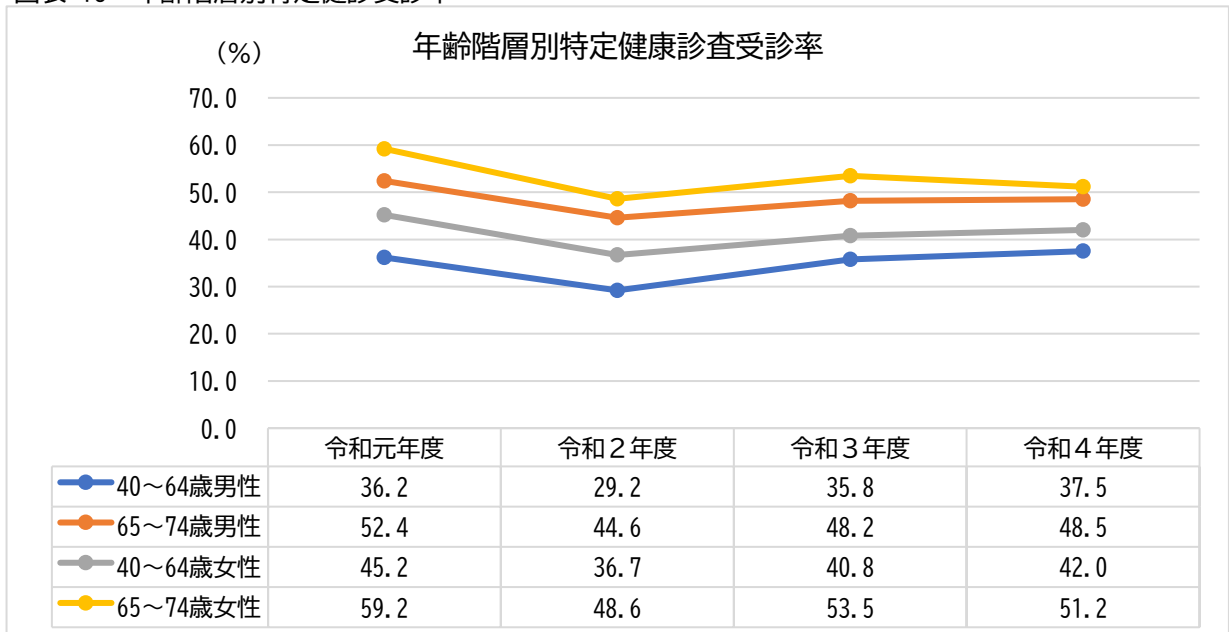
当町の特定健診受診率は、県平均を上回っています。平成 29 年度には 49.7%に達しましたが、その後は横ばい状況で推移し、新型コロナウイルス感染症の影響で令和 2 年度は 41.0%まで低下しました。その後、令和 4 年度は 45.8%となりました。年齢階層別では、若年層の男性の受診率が低くなっています。

図表 17 特定健康診査受診率の推移



資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表

図表 18 年齢階層別特定健診受診率



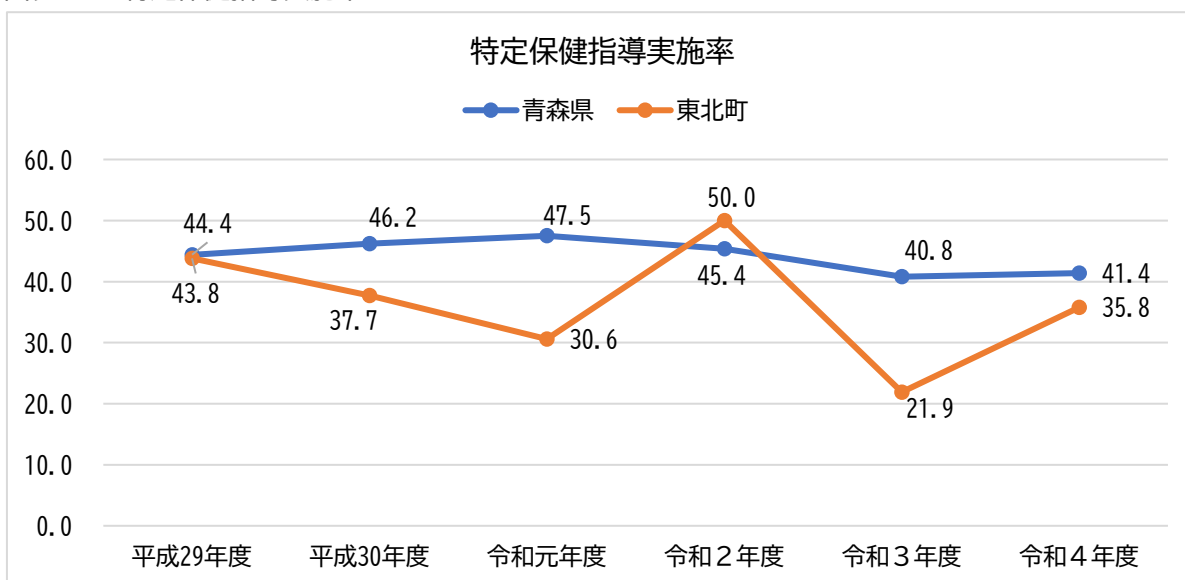
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は、令和2年度に50.0%となり県平均を上回りましたが、令和4年度は35.8%にとどまっています。

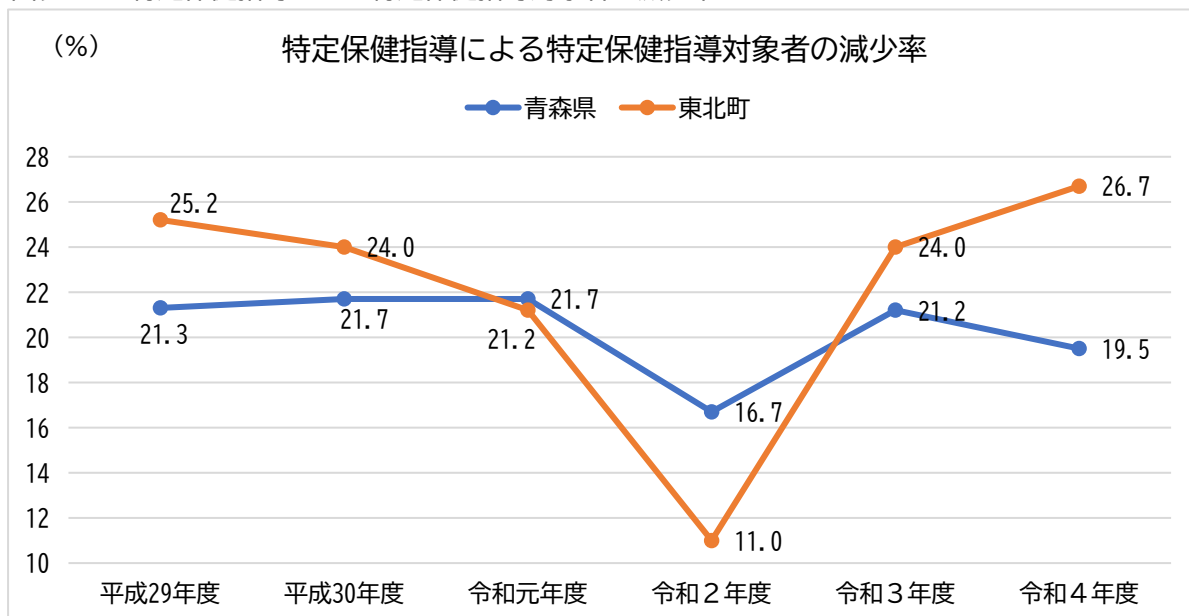
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、令和2年度に11.0%まで下がりましたが、令和4年度には26.7%となり県平均を上回っています。

図表 19 特定保健指導実施率



資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表

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

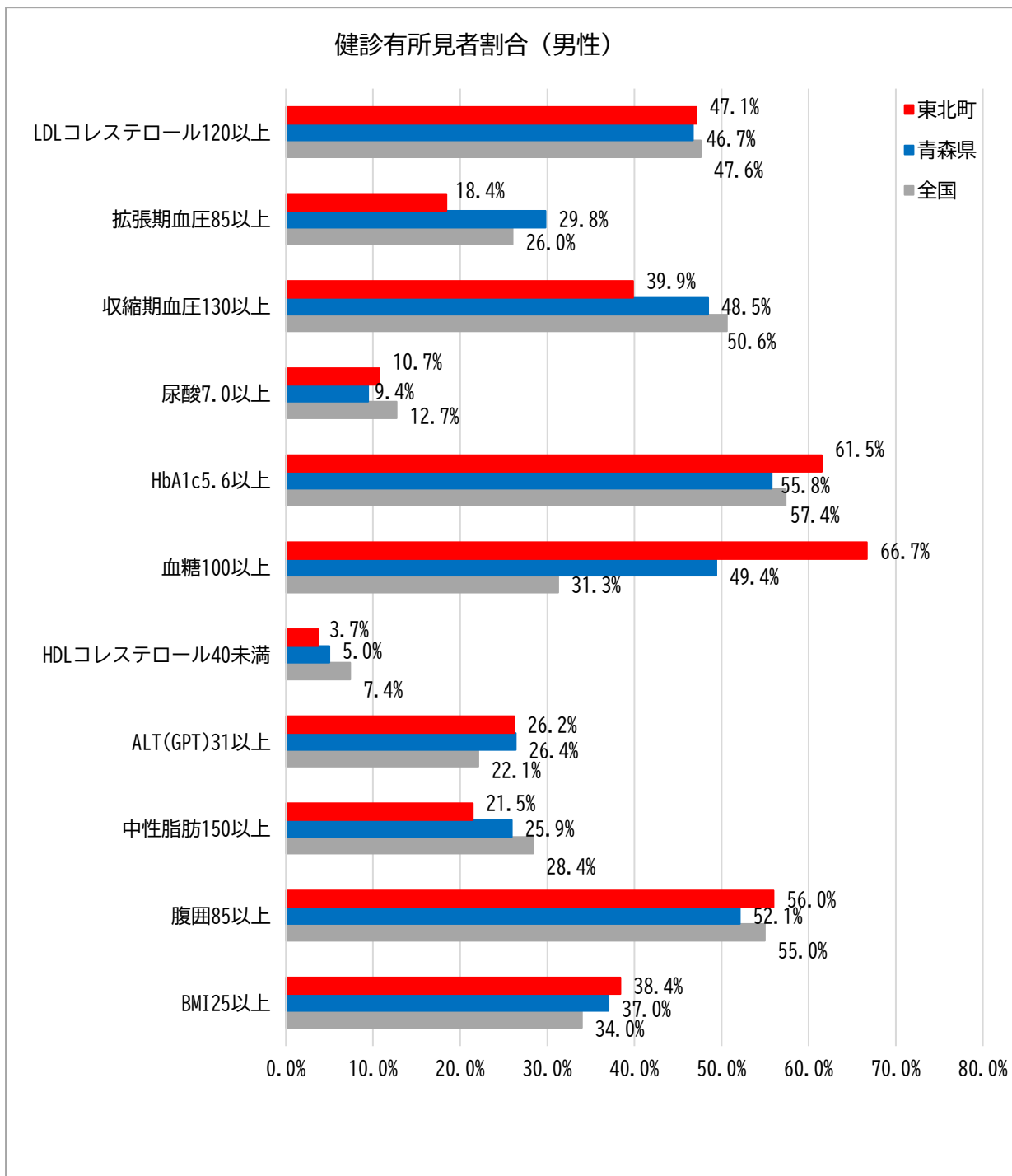


資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表

③健診有所見者割合

令和元年度から令和4年度の健診結果をみると、男女共通してBMI、腹囲、空腹時血糖、HbA1cの有所見者割合が、国や県に比べて高くなっています。

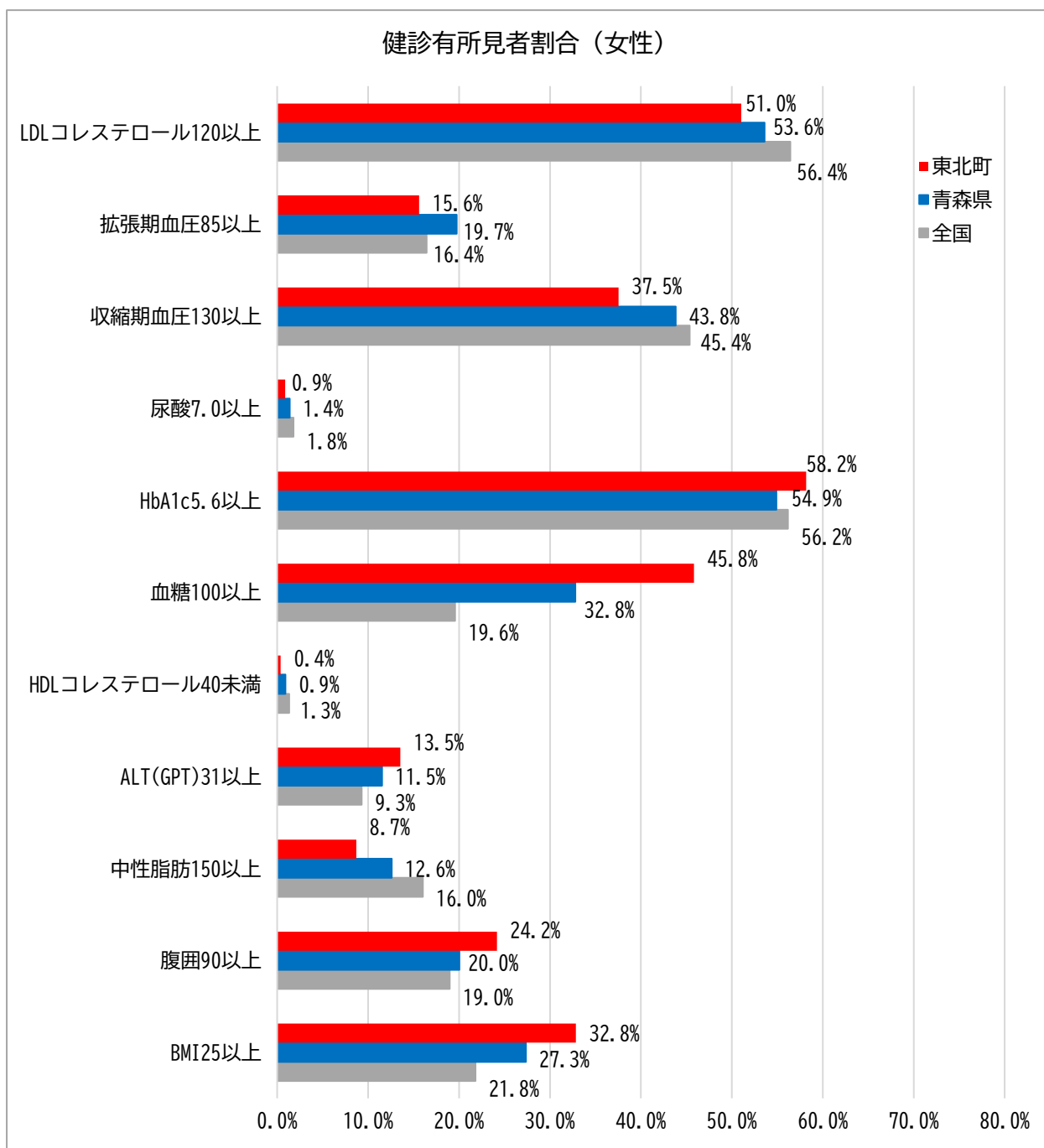
図表 21 健診有所見者割合（男性）



資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」

※年齢調整ツール使用

図表 22 健診有所見者割合（女性）



資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」

※年齢調整ツール使用

④生活習慣（質問票）

喫煙者の割合が増加していますが、運動習慣や食習慣などの項目は減少しています。

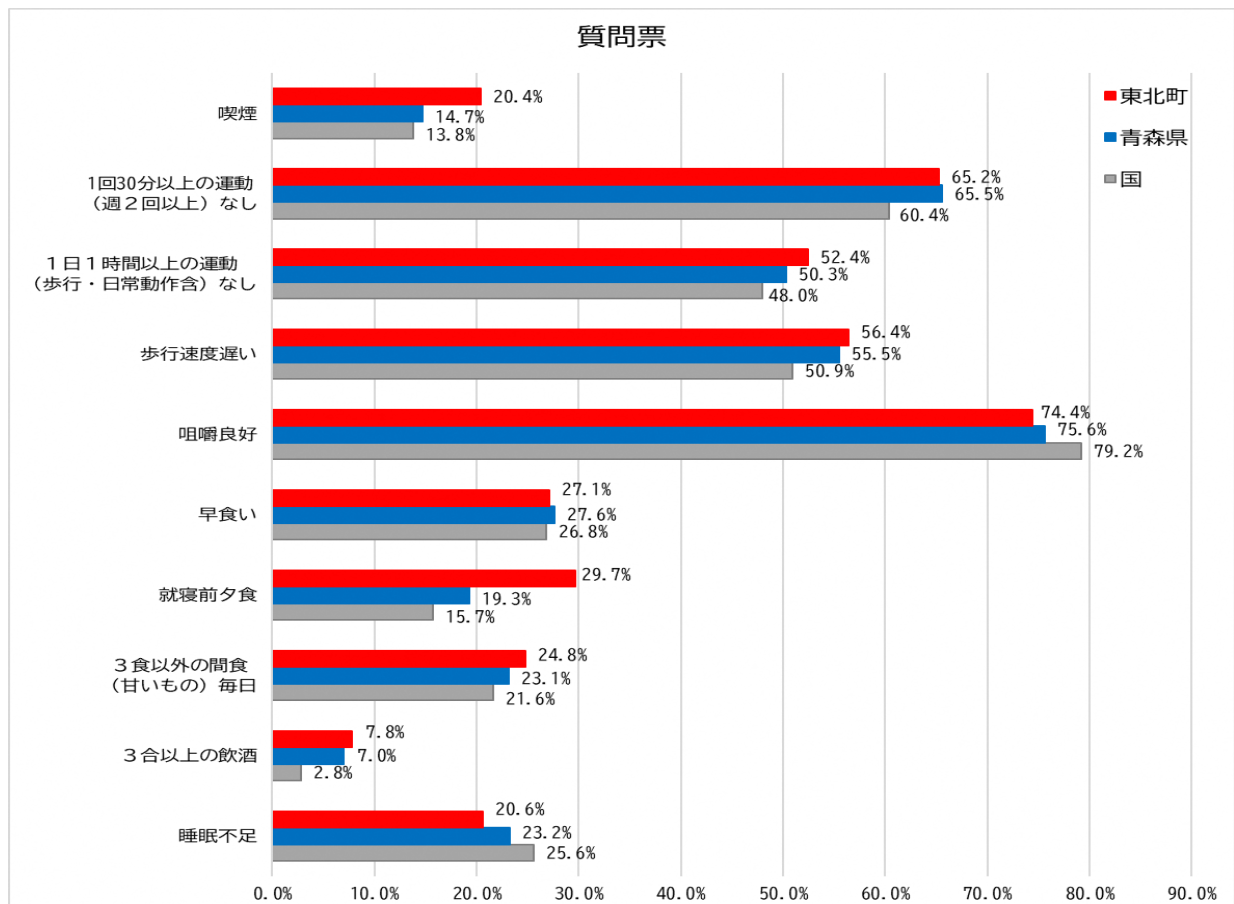
県や国との比較では、3合以上の飲酒、間食、就寝前の夕食、歩行速度、1日1時間以上の運動の項目で該当者割合が多くなっています。

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
喫煙	17.6%	17.2%	18.6%	20.4%
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	68.1%	66.0%	65.7%	65.2%
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	54.7%	52.8%	51.3%	52.4%
歩行速度遅い	58.5%	58.0%	28.0%	56.4%
咀嚼良好	75.2%	75.4%	76.3%	74.4%
早食い	30.2%	29.5%	28.0%	27.1%
就寝前夕食	32.8%	28.5%	27.9%	29.7%
3食以外の間食（甘いもの）毎日	24.2%	24.6%	24.6%	24.8%
3合以上の飲酒	6.6%	6.3%	4.9%	7.8%
睡眠不足	20.0%	19.0%	21.2%	20.6%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

図表 24 質問票（青森県、国との比較）



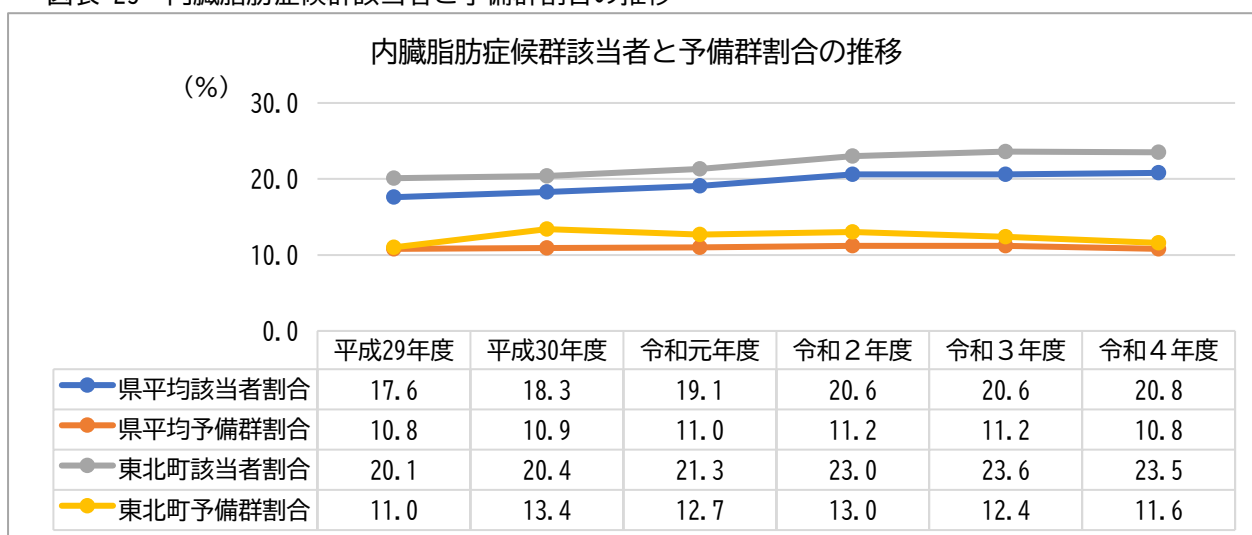
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

⑤内臓脂肪症候群該当者と予備群の割合

平成 29 年度から令和 4 年度までの内臓脂肪症候群該当者と予備群割合をみると、県平均より高くなっています。男女別にみると、男性の割合が高くなっています。

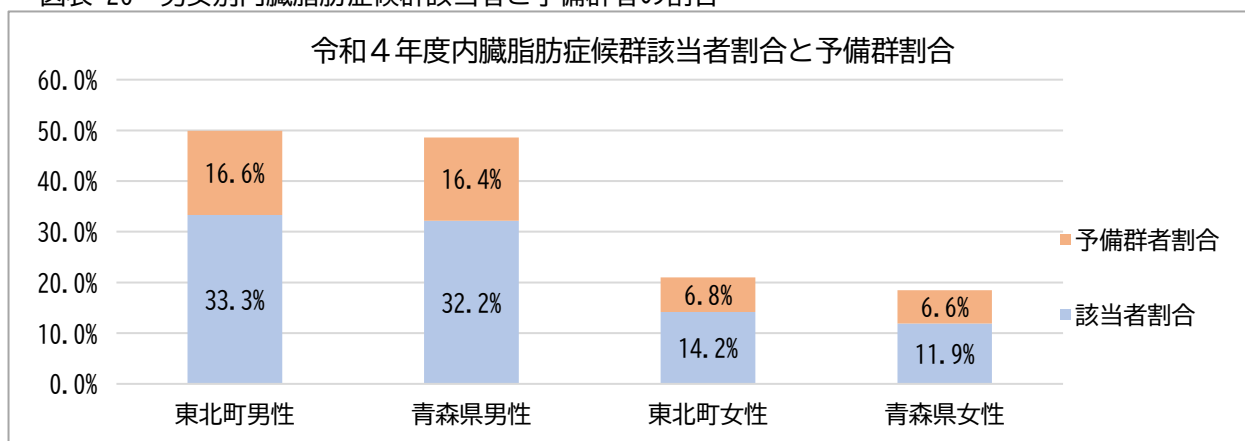
特定健診結果有所見率では、血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者割合が県や国平均より高くなっています。

図表 25 内臓脂肪症候群該当者と予備群割合の推移



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況

図表 26 男女別内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合



資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表

図表 27 血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者割合

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
東北町	6.8%	8.5%	7.5%	9.0%
県平均	5.8%	6.5%	6.7%	6.8%
国平均	6.0%	6.7%	6.6%	6.6%

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3.4%、一方、未受診者は13.2%でした。
また、1人当たり医療費では健診未受診者は健診受診者の約4.7倍となっています。

図表 28 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		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(人)	1,253	102
	健診対象者に占める割合(%)	42.3	3.4
	うち生活習慣病あり(人)	942	
	受診者に占める割合(%)	75.2	
健診受診なし	未受診者数(人)	1,216	392
	健診対象者に占める割合(%)	41	13.2
	うち生活習慣病あり(人)	866	
	未受診者に占める割合(%)	71.2	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」(令和4年度)

図表 29 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(単位:円)

令和4年度 入院+外来	健診受診者			健診未受診者		
	東北町	県	国	東北町	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数	2,707	2,291	2,031			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数				12,956	14,012	13,295
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)	7,279	6,279	6,142			
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)				34,835	38,404	40,210

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

受診勧奨者医療機関非受診率、未治療者率は、県平均よりやや高くなっています。

図表 30 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	
	東北町	青森県	東北町	青森県	東北町	青森県	東北町	青森県
受診勧奨者 医療機関 非受診率	3.8%	3.9%	4.8%	4.3%	4.7%	4.4%	4.6%	4.4%
未治療者率	5.4%	5.3%	5.7%	5.2%	5.3%	5.4%	4.6%	4.1%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

③生活習慣病の患者数・患者割合

患者割合では高血圧、脂質異常症、糖尿病の順で多くなっています。

主要生活習慣病の患者割合は横ばいで推移しています。

図表 31 ページ 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 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
糖尿病	男性	331	13.9	352	15.4	334	15.3	324	15.8
	女性	217	9.9	233	11	216	10.7	204	10.4
	計	548	12	585	13.3	550	13.1	528	13.2
高血圧	男性	583	24.6	609	26.6	561	25.7	535	26.2
	女性	505	23.1	518	24.4	502	24.8	466	23.8
	計	1088	23.8	1127	25.5	1063	25.3	1001	25.0
脂質異常症	男性	367	15.5	391	17.1	382	17.5	362	17.7
	女性	478	21.8	471	22.2	435	21.4	443	22.7
	計	845	18.5	862	19.5	817	19.4	805	20.1
虚血性心疾患	男性	106	4.5	103	4.5	89	4.1	83	4.1
	女性	78	3.6	78	3.7	67	3.3	52	2.7
	計	184	4	181	4.1	156	3.7	135	3.4
脳血管疾患	男性	109	4.6	115	5	103	4.7	104	5.1
	女性	67	3.1	61	2.9	53	2.6	53	2.7
	計	176	3.9	176	4.0	156	3.7	157	3.9
人工透析	男性	16	0.7	15	0.7	15	0.7	15	0.7
	女性	2	0.1	1	0	1	0	1	0.1
	計	18	0.4	16	0.4	16	0.4	16	0.4

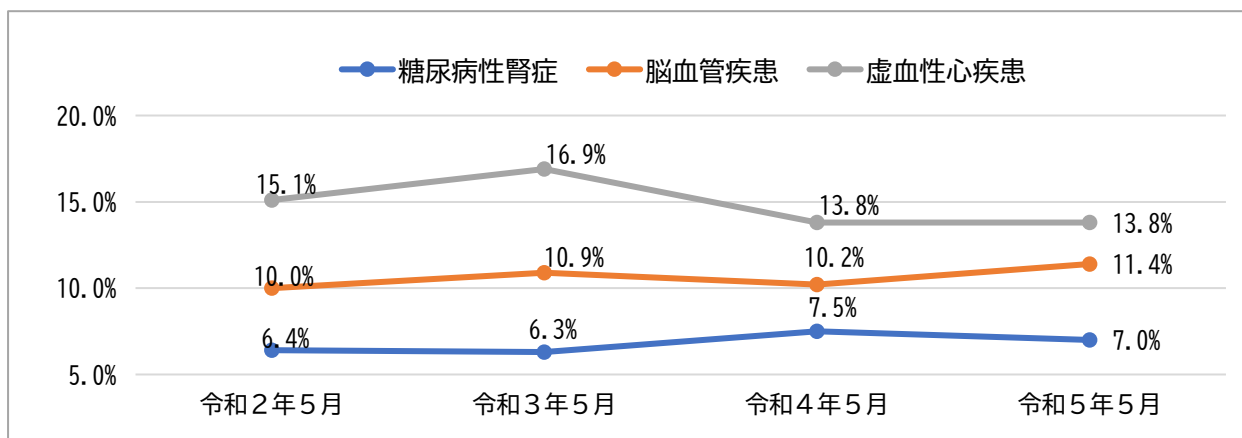
資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2～3-7」

④生活習慣病の重症化状況

ア. 糖尿病の重症化状況

糖尿病のレセプト分析では、令和4年の虚血性心疾患の割合は約 13.8%、脳血管疾患の割合は、11.4%、糖尿病性腎症の割合は 7.0%で、ほぼ横ばいで推移しています。

図表 32 糖尿病の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

図表 33 糖尿病のレセプト分析

		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(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
インスリン療法	男性	23	6.9	18	5.1	19	5.7	17	5.2
	女性	25	11.5	22	9.4	21	9.7	21	10.3
	計	48	8.8	40	6.8	40	7.3	38	7.2
糖尿病性腎症	男性	23	6.9	29	8.2	29	8.7	25	7.7
	女性	12	5.5	8	3.4	12	5.6	12	5.9
	計	35	6.4	37	6.3	41	7.5	37	7.0
糖尿病性網膜症	男性	32	9.7	31	8.8	27	8.1	31	9.6
	女性	22	10.1	17	7.3	19	8.8	12	5.9
	計	54	9.9	48	8.2	46	8.4	43	8.1
糖尿病性神経障害	男性	7	2.1	3	0.9	3	0.9	4	1.2
	女性	2	0.9	2	0.9	3	1.4	2	1.0
	計	9	1.6	5	0.9	6	1.1	6	1.1
脳血管疾患	男性	41	12.4	47	13.4	45	13.5	46	14.2
	女性	14	6.5	17	7.3	11	5.1	14	6.9
	計	55	10.0	64	10.9	56	10.2	60	11.4
虚血性心疾患	男性	58	17.5	63	17.9	51	15.3	55	17.0
	女性	25	11.5	36	15.5	25	11.6	18	8.8
	計	83	15.1	99	16.9	76	13.8	73	13.8
人工透析	男性	5	1.5	5	1.4	9	2.7	8	2.5
	女性	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	計	5	0.9	5	0.9	9	1.6	8	1.5

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」(令和2年～令和5年)

イ. 糖尿病のハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、男女ともに50歳以上から有所見者が増加しています。治療中であってもHbA1c7.0～7.9の者は男性40名、女性15名、HbA1c8.0以上の者は男性12名、女性7名でした。治療なしのHbA1c6.5以上は、男性12名、女性2名でした。

図表 34 糖尿病ハイリスク者の治療の有無 単位：人

男性	総数	HbA1c6.5-6.9		HbA1c7.0-7.9		HbA1c8.0以上	
		治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40～44歳	31	0	0	1	0	0	0
45～49歳	50	0	0	0	0	0	0
50～59歳	99	5	0	1	0	2	0
60～64歳	68	7	0	8	1	1	0
65～69歳	157	12	1	12	0	1	1
70～74歳	258	23	7	18	2	8	0
計	663	47	8	40	3	12	1

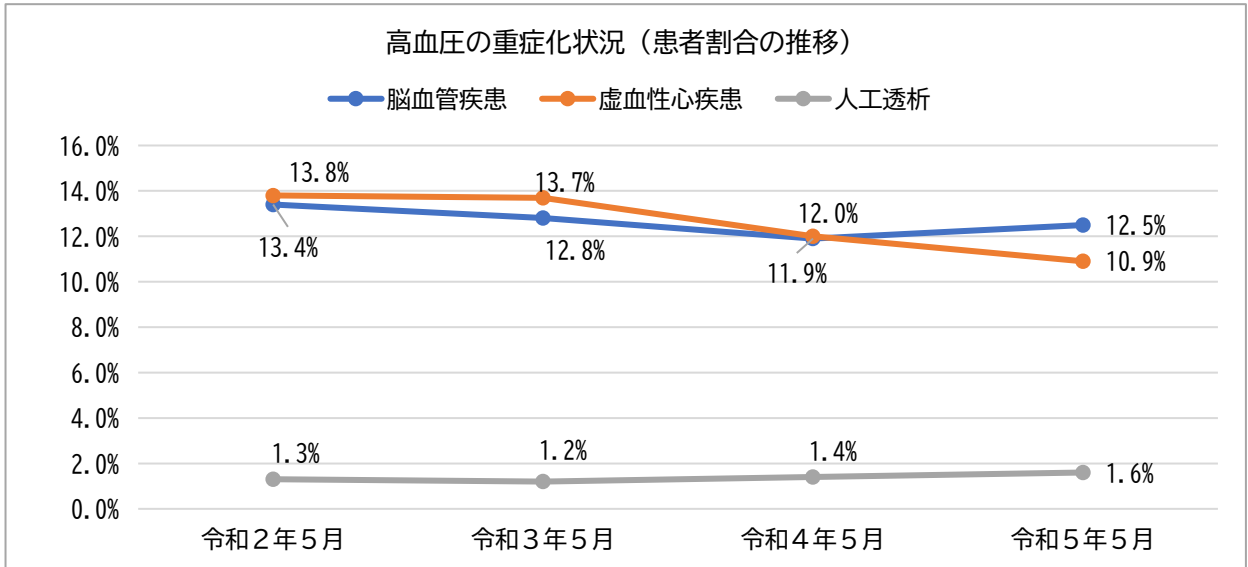
女性	総数	HbA1c6.5-6.9		HbA1c7.0-7.9		HbA1c8.0以上	
		治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40～44歳	28	0	0	0	0	0	0
45～49歳	27	1	0	0	0	1	0
50～59歳	68	1	0	0	0	0	0
60～64歳	95	4	1	2	0	0	0
65～69歳	199	10	0	9	1	0	0
70～74歳	275	8	0	4	0	6	0
計	692	24	1	15	1	7	0

資料：健診ツリー図（令和4年度）

ウ. 高血圧症の重症化状況

高血圧症のレセプト分析では脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は10%台前半で推移しています。虚血性心疾患は減少傾向にあります。

図表 35 高血圧の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

エ. 高血圧ハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、保健指導が必要な保健指導値（収縮期血圧 130mmHg 以上かつまたは拡張期血圧 80mmHg）以上の者は全体の33.6%でした。Ⅱ度以上（収縮期血圧 160mmHg 以上かつまたは拡張期血圧 100mmHg 以上）の者の割合は、全体で3.2%となっています。性別では、男性の方がやや多い状況です。

図表 36 血圧保健指導判定値以上の者

		40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計
男性	集計対象者数（人）	81	99	68	157	258	663
	保健指導値以上（人）	22	34	19	48	97	220
	割合（%）	27.2	34.3	27.9	30.6	37.6	33.2
女性	集計対象者数（人）	55	68	95	199	275	692
	保健指導値以上（人）	10	16	21	59	129	235
	割合（%）	18.2	23.5	22.1	29.6	46.9	34.0
総計	集計対象者数（人）	136	167	163	356	533	1355
	保健指導値以上（人）	32	50	40	107	226	455
	割合（%）	23.5	29.9	24.5	30.1	42.4	33.6

資料：健診ツリー図集計結果（令和4年度）

図表 37 II度高血圧以上の者の割合（160～/100～）

		40～49 歳	50～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳	計
男性	集計対象者数（人）	81	99	68	157	258	663
	治療あり（人）	1	1	0	5	6	13
	治療なし（人）	2	3	0	4	2	11
	合計（人）	3	4	0	9	8	24
	割合（％）	3.7	4.0	0.0	5.7	3.1	3.6
女性	集計対象者数（人）	55	68	95	199	275	692
	治療あり（人）	1	0	1	4	6	12
	治療なし（人）	0	1	1	3	2	7
	合計（人）	1	1	2	7	8	19
	割合（％）	1.8	1.5	2.1	3.5	2.9	2.7
総計	集計対象者数（人）	136	167	163	356	533	1355
	治療あり（人）	2	1	1	9	12	25
	治療なし（人）	2	4	1	7	4	18
	合計（人）	4	5	2	16	16	43
	割合（％）	2.9	3.0	1.2	4.5	3.0	3.2

資料：健診ツリー図（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減少傾向にありますが、県平均や国平均より高くなっています。

図表 2 1件当たり介護給付費

単位：円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
東北町	79,354	80,719	77,832	76,908
青森県	71,639	73,195	72,901	72,200
国	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

②介護認定率の状況

令和4年度介護認定率は、前年度より1%減少していますが、県平均や国平均より高くなっています。

図表 39 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
東北町	22.4%	22.6%	22.5%	21.5%
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」（令和元年度～令和4年度）

☆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
死因・標準化死亡比	<ol style="list-style-type: none"> 1. 男性では脳血管疾患、女性では糖尿病の標準化死亡比が高くなっています。 2. 死因1位はがん、次いで心疾患の医療費が高くなっています。 	D
医療費データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来の医療費では糖尿病が最も多くなっていますが、次いで慢性腎臓病（人工透析治療有）が高くなっています。 2. 糖尿病にかかる医療費は横ばいで推移していますが、総医療費に占める割合は微増しています。 3. 糖尿病患者の13.8%が虚血性心疾患、11.4%の方が脳血管疾患、7%の方が糖尿病性腎症を併発しています。 4. 高血圧症患者の10.9%が虚血性心疾患、12.5%の方が脳血管疾患を併発しています。 5. 令和4年度健診において男性の52人が治療中であるにもかかわらず、血糖コントロール不良（HbA1c7.0以上）でした。 6. 人工透析患者割合が増加傾向にあります。 7. 1人当たり生活習慣病医療費では、健診未受診者（12,956円）が健診受診者（2,707円）より高く、約4.7倍となっています。 	A, B, C, D, E
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診受診率は県や国平均より高い水準ですが、50%の大台を前に膠着状態となっています。若年層の受診率が低いのが一因です。 2. 有所見割合では、男女ともに血糖、HbA1c、腹囲、BMIの有所見者の割合が、県、国平均より高くなっています。 3. 生活習慣では、運動不足、過剰飲酒、喫煙、就寝前の夕食、間食の割合が県、国平均より高くなっています。 4. メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、男女とも県平均より多くなっています。 5. 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や県に比べて多くなっています。 	A, B, C, D
介護データ その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護認定率、介護給付費が国平均より高くなっています。 2. 受診勧奨者医療機関非受診率及び未治療者率が県平均より高くなっています。 	C, D

第三章 計画全体

1. 当町の健康課題

① 項目	②健康課題	③優先順位	④対応する 保健事業 番号
A	<p>特定健康診査受診率の向上</p> <p>過去5年間、健診受診率は県平均を上回り、比較的高い水準を維持していますが、全く伸びていません。停滞の原因は、若年層（40～64歳）の受診率が男女とも低いことにあります。健診受診の環境改善、効率的・効果的な受診勧奨など様々な課題を克服することが大事です。</p>	4位	1
B	<p>特定保健指導実施率の向上</p> <p>特定保健指導実施率は、県平均を下回る水準で推移しており、目標から大分乖離しています。メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、県平均を上回っていて、過去5年間、該当者割合は増加傾向にあります。特定保健指導実施率の向上は、メタボリックシンドロームや生活習慣病予備群の減少につながりますので、優先すべき課題となっています。</p>	3位	2
C	<p>糖尿病性腎症重症化予防</p> <p>慢性腎臓病（人工透析治療あり）の外来医療費は糖尿病に次いで多く、第2位となっています。糖尿病の合併症とみられる人工透析の患者割合も増加傾向にあります。慢性腎臓病の大半は糖尿病性腎症の重症化により発症しますので糖尿病性腎症の重症化予防は、当町の最優先課題です。</p>	1位	3. 4
D	<p>生活習慣病重症化予防</p> <p>糖尿病や高血圧症の患者のうち、10%以上の方が脳血管疾患や虚血性心疾患を発症しています。健診数値が医療機関受診判定値でありながら未治療の方が見受けられます。生活習慣病の重症化予防は糖尿病性腎症の重症化予防に匹敵する健康課題となっています。</p> <p>また、生活習慣では、運動不足、過剰飲酒、喫煙、就寝前の夕食、間食の割合が県、国平均より高くなっています。</p>	2位	5. 6
E	<p>医療費の適正化</p> <p>重複多受診・頻回受診の該当者は少ないですが、多剤該当者は、多く、課題といえます。</p>	5位	7

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	特定健診受診率の向上	特定健診受診率	45.8%	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%
A	若年層の受診率向上	40～64歳代男性 受診率	37.5%	37.7%	37.9%	38.1%	38.3%	38.5%	38.7%
B	特定保健指導実施率の 向上	特定保健指導 実施率	35.8%	37.0%	43.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%
B	メタボ該当者・予備群 の減少	該当者割合 +予備群割合	35.1%	35.0%	34.0%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%
C	糖尿病性腎症重症化 予防	新規透析患者数 (糖尿病)	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
C	糖尿病性腎症重症化 予防	HbA1c8.0以上	1.48%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%
C	糖尿病性腎症重症化 予防	HbA1c6.5以上の者 のうち糖尿病のレ セプトがない者の 割合	8.8%	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%	7.8%	7.6%
D	糖尿病の医療費抑制、 患者割合の減少	糖尿病患者割合	13.2%	13.0%	12.8%	12.6%	12.4%	12.2%	12.0%
E	医療機関への早期受 診、適正受診	一人あたり医療費 (円)	27,786	28,063	28,344	28,627	28,914	29,203	29,495

3. 個別の保健事業

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	4
2	特定保健指導事業	3
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	1
4	糖尿病発症予防・重症化予防に関する保健指導事業	2
5	健診受診者へのフォローアップ	5
6	重複・頻回受診者等に対する保健指導	6

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	受診歴や年齢・性別によるハガキでの受診勧奨
B, D	対応可能な委託機関との連携体制の整備
C	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続
E	通知等を活用した適正な受診行動の啓発

第IV章 個別の保健事業

事業番号	1	項目：A	健康課題：特定健康診査受診率の向上	優先順位：4位
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	受診勧奨により特定健診受診率の向上を目指す。			
③対象者	特定健診未受診者			
④現在までの事業結果	対象者全員へ申込通知を発送。当年度の未受診者全員に再勧奨通知ハガキを作成、発送。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	45.8%	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
⑨目標を達成するための主な戦略	未受診者の個性（受診歴や年齢・性別）を分析した上での受診勧奨							

⑩現在までの実施方法（プロセス）

令和4年度は未受診対象者の受診歴に応じて3グループ分け、通知勧奨リーフレットを送付。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

受診率の低い年齢階級に対して、特定健診受診勧奨の啓発活動を重点的に実施。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、保健衛生課、東北町保健協力員協議会、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

町民課、保健衛生課、東北町保健協力員協議会、外部委託機関との連携強化。

⑭評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

- ・年代階層別、性別、地域別の受診率

事業番号	2	項目：B	健康課題：特定保健指導実施率の向上	優先順位：3位
①事業名称	特定保健指導事業			
②事業の目的	特定保健指導の利用率を向上させ、特定保健指導を実施することにより生活習慣改善や行動変容を支援し、生活習慣病のリスクを減らすことで、将来の発症を予防する。			
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	夜間の健診結果説明会や人間ドック事後指導時の初回面接を実施。都合のつかない方には後日の面接も可能とする等の体制を整備したが、来所しない方も多い。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	35.8%	37.0%	43.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未利用者に対する利用 勧奨回数	1回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
⑨目標を達成するための主な戦略	対応可能な委託機関との連携体制の整備。							

⑩現在までの実施方法（プロセス）

- ・ 健診結果説明会、人間ドック事後指導時に初回面接を実施。若い年代の方も利用できるように、健診結果説明会を夜間にも開催。
- ・ 特定健診後、健診結果に基づき階層化、積極的支援、動機付け支援それぞれの対象者へ参加勧奨。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・ 健診からあまり期間を置かずに支援が実施できる体制、仕組みの整備を図る必要がある。
- ・ 未利用者への再勧奨（通知・電話・訪問）

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、保健衛生課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町民課、保健衛生課、医療機関や外部委託機関との連携。

⑭評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

- ・ 特定保健指導実施率（年代別・性別）、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率。
- ・ 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	項目：C	健康課題：糖尿病性腎症重症化予防	優先順位：1位
①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業			
②事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い方を対象に、腎不全、人工透析への移行を防止することを含め重症化予防を図る。			
③対象者	① 医療機関未受診者 ② 医療中断者 ③ 医療機関における抽出者			
④現在までの事業結果	平成 30 年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を作成。未受診者については7割ほど医療機関につながっていたが、中断者は医療機関に繋がりにくい。また、ハイリスク者への保健指導は、定期的な面接指導により血糖値安定につながった。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	1.48%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
⑨目標を達成するための主な戦略	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続。							

⑩現在までの実施方法（プロセス）

対象者に対して受診勧奨通知を送付し、電話・面接等による受診勧奨、保健指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・電話や訪問での受診勧奨の体制の整備に努める。
- ・受診勧奨と合わせ、各事業等への参加者の拡充を図る。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、保健衛生課（保健師・管理栄養士）、主治医、町内医療機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町民課、保健衛生課（保健師・管理栄養士）、主治医、町内医療機関

⑭評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

- ・新規人工透析患者数
- ・糖尿病性腎症患者数及び割合
- ・糖尿病の医療費

事業番号	4	項目：C	健康課題：糖尿病性腎症重症化予防	優先順位：1位
①事業名称	糖尿病発症予防・重症化予防に関する保健指導事業			
②事業の目的	高血糖に着目した保健指導を行い、糖尿病重症化予防を図る。			
③対象者	特定健診受診者のうち、治療の有無にかかわらず HbA1c 6.0 以上と判定された予備群及び患者			
④現在までの事業結果	特定健診結果説明会で、栄養指導の対象者選定基準を設け、高血糖者やメタボ予備群に栄養指導を実施してきた。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	13.2%	13.0%	12.8%	12.6%	12.4%	12.2%	12.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施者数(延べ)	—	90人	90人	100人	100人	110人	110人
⑨目標を達成するための主な戦略	対応可能な委託機関との連携体制の整備							

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診結果説明会での保健師、管理栄養士による保健指導。 ・ 人間ドック後の健診結果に基づく保健指導。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした継続的な生活習慣改善指導プログラムの実施。(予防教室を開催し、専門家による生活習慣改善を目的とした講義と血液検査・体成分測定・野菜摂取測定を実施する。) ・ 予防教室に参加できないものに対し、電話支援による保健指導を実施する。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

町民課、保健衛生課、医療機関

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

町民課、保健衛生課、東北町食生活改善推進委員会、外部委託機関

⑭評価計画

<p>年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病患者数、割合 ・ 空腹時血糖及び HbA1c の有所見者割合

事業番号	5	項目：D	健康課題：生活習慣病重症化予防	優先順位：2位
①事業名称	健診受診者へのフォローアップ			
②事業の目的	自身の健康状態を知り、生活習慣病予防の意識を向上させることを目指す。ひいては肥満、高血圧等の生活習慣病にかかる医療費を抑制する。			
③対象者	集団健診受診者、人間ドック受診者（特定健診受診者）			
④現在までの事業結果	事後指導来所の案内をし、受診した健診結果票の説明および保健指導を実施。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	メタボ該当者割合+予備群割合	35.1%	35.0%	34.0%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%
アウトプット(実施量・率)指標	事後指導出席率	53.8%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	対応可能な委託機関との連携体制の整備							

⑩現在までの実施方法（プロセス）

事後指導来所の案内をし、受診した健診結果票の説明および保健指導を実施。食事指導が必要な方など、相談内容に対応できるよう管理栄養士による指導も実施した。また、保健師、栄養士による集団指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・健診受診の際に、受診後の結果説明を受けることの必要性を伝える勧奨を行う。
- ・保健指導スタッフのマンパワー確保（外部機関への委託の検討）。
- ・健診結果説明会に参加したくなる指導内容の検討（各種非侵襲型測定の実施）

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、保健衛生課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町民課、保健衛生課、外部委託機関

⑭評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

- ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合
- ・肥満、高血圧等の有所見者割合
- ・生活習慣（質問票）～運動習慣・食習慣

事業番号	6	項目：E	健康課題：医療費の適正化	優先順位：5位
①事業名称	重複・頻回受診者等に対する保健指導			
②事業の目的	重複・頻回受診による体への負担の軽減や医療費の適正化を図る。			
③対象者	①重複受診者：同一月内に同一疾病で3箇所以上の医療機関を受診 ②頻回受診者：同一月内に同一医療機関で15日以上受診 ③重複投薬者：同一月内に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を3以上の医療機関から処方 ④多剤投与者：同一月内に10種類以上の医薬品を処方			
④現在までの事業結果	対象者に対して、訪問等健康相談の案内文を送付し、保健師等専門職が訪問並びに電話等で保健指導を実施する。			

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧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	1人あたり医療費(円)	27,786	28,063	28,344	28,627	28,914	29,203	29,495
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	75.0%	77.0%	79.0%	81.0%	83.0%	85.0%	87.0%
⑨目標を達成するための主な戦略	通知等を活用した適正な受診行動の啓発							

⑩現在までの実施方法(プロセス)

対象者を訪問して受診状況を確認しながら生活習慣改善についての支援を行う。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

訪問や電話以外にも通知等の工夫を検討。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

町民課、保健衛生課(保健師・管理栄養士)

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

町民課、保健衛生課(保健師・管理栄養士)

⑭評価計画

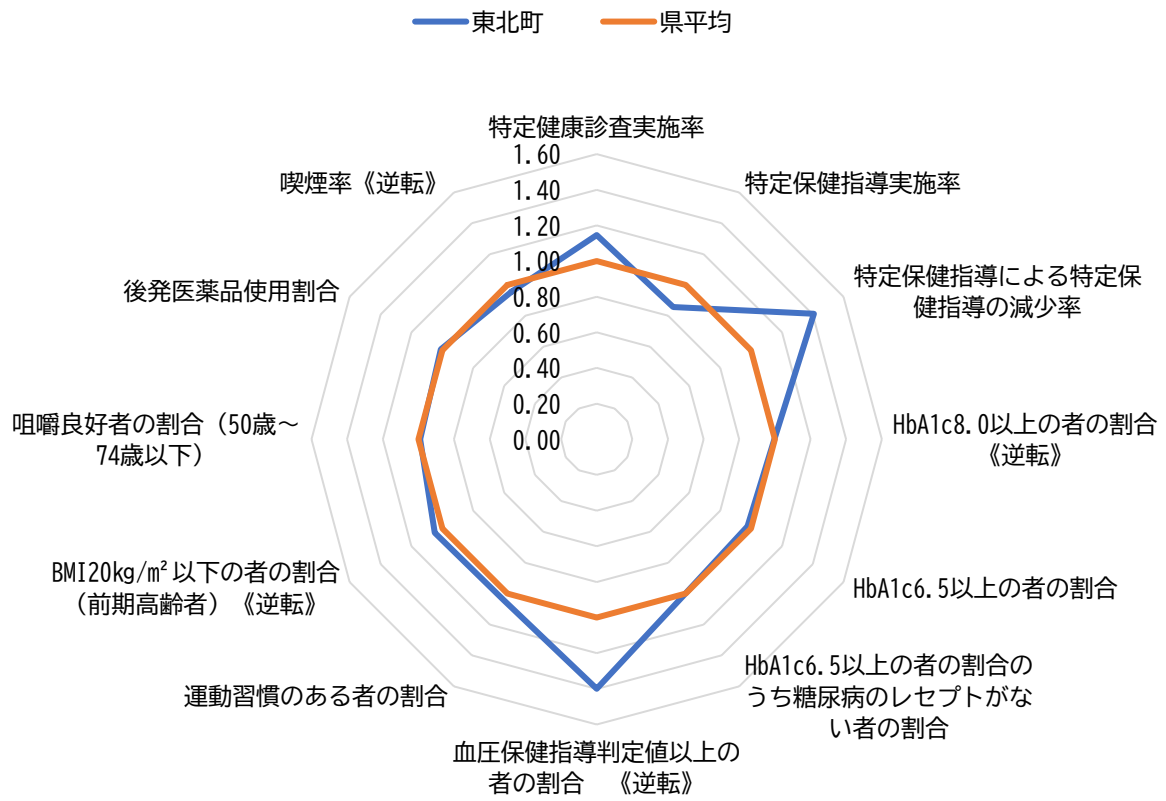
年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

※共通指標（県平均値との比較）

	レーダーチャートの数値		実績値（令和4年度）	
	東北町	県平均	東北町（a）	県平均（b）
特定健康診査実施率	1.24	1.00	45.8	36.8
40～64歳の実施率	1.21	1.00	39.4	32.6
65～74歳の実施率	1.07	1.00	49.9	46.7
特定保健指導実施率	0.87	1.00	35.8	41.4
40～64歳の実施率	0.71	1.00	24.3	34.1
65～74歳の実施率	1.10	1.00	52.9	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	1.37	1.00	26.7	19.5
40～64歳の減少率	1.55	1.00	35.0	22.5
65～74歳の減少率	0.73	1.00	20.0	27.4
HbA1c8.0以上の者の割合 《逆転》	1.00	1.00	1.4	1.1
40～64歳の8.0以上の割合《逆転》	1.00	1.00	0.9	1.2
65～74歳の8.0以上の割合《逆転》	0.98	1.00	2.9	1.1
HbA1c6.5以上の者の割合《逆転》	0.98	1.00	11.9	9.9
HbA1c6.5以上の者の割合のうち糖尿病のレセプトがない者の割合《逆転》	1.02	1.00	10.9	10.7
血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.40	1.00	33.6	52.6
運動習慣のある者の割合	1.04	1.00	34.8	33.3
BMI20（kg/m ² ）以下の者の割合（前期高齢者） 《逆転》	1.05	1.00	11.1	15.3
咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.99	1.00	73.1	73.8
後発医薬品使用割合	1.01	1.00	83.4	82.7
喫煙率 《逆転》	0.96	1.00	20.4	16.8

※レーダーチャート計算式（a/b or (100-a)/(100-b)）

東北町の各指標値実績と青森県平均値との比較



第V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）及び東北町町個人情報保護条例（東北町個人情報保護法施行条例（令和5年3月9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>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>KDBデータ等を活用し、ハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係課や在宅介護支援センター及び地域包括支援センターと共有し、保健師等専門職者による訪問活動を行います。</p> <p>また、地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を図ります。</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、青森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>

第VI章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等の実施目標

(1) 基本的な考え方

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、次の事項に重点をおき実施します。

- 健診未受診者の把握と受診勧奨の効果的な実施
- 保健指導の効果的な実施と体制整備
- データの蓄積と効果の評価

2. 達成しようとする目標

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 2 項第 2 号及び国の特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率に係る計画最終年度の目標数値を設定し、それを達成するための各年度の目標数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

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定健康診査 受診率	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導 実施率	37.0%	43.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%

【参考】第四期における各種医療保険者種別の目標

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

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）」

3. 目標値の内訳

(1) 特定健康診査実施率の目標と実施予定者数等

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
実施予定者数	1,344	1,350	1,352	1,375	1,392	1,380
特定健康診査 対象者数	2,800	2,700	2,600	2,500	2,400	2,300
目標実施率	48.0%	50.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%

※町推計値

(2) 特定保健指導実施率の目標と実施予定者数等

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
実施予定者数	63	69	80	80	85	84
特定保健指導 対象者数	170	160	160	150	150	140
目標実施率	37.0%	43.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%

※町推計値

4. 特定健康診査等の実施方法

(1) 特定健康診査の実施

①特定健康診査の対象者

特定健康診査の対象は、町内に住所を有する、当該年度内に40歳から74歳となる国民健康保険の被保険者です。

なお、次に該当する人は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（厚生労働省令157号）第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（厚生労働省告示第3号）」に基づき、特定健康診査の対象外とします。

特定健康診査の対象外の要件

- 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 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 5 病院又は診療所に6ヶ月以上継続して入院している者
- 6 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55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者（障害者自立支援法に規定する障害者支援施設、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設、養護老人ホーム又は特別養護老人ホーム、介護保険法に規定する特定施設又は介護保険施設等）

【参考】特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（厚生労働省令第157号）

保険者は、高齢者医療確保法第20条の規定により、毎年度、当該年度の4月1日における加入者であって、当該年度において40歳以上74歳以下の年齢に達するもの（妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く。）に対し、（中略）特定健康診査を行うものとする。

②実施場所と実施時期

特定健康診査は、集団健診及び人間ドックにより実施するものとし、健診受診者の利便性を考慮し、毎年2月に翌年度の実施事項（方法・場所・時期等）を決定した上、広報等を利用して対象者への周知徹底を図ります。

③特定健康診査の案内方法

健診の実施にあたっては、毎年2月に、翌年度の健診実施に向け、健診対象者に健診制度改正等の受診勧奨の資料等を同封した健診申込書（ハガキ）を送付し、返信により申し込みを受け、健診の約3週間前に、健診日等の案内とともに「特定健康診査受診券」を送付します。

④特定健康診査の実施内容と方法

ア. 特定健康診査の検査項目

a. 基本的な健診項目

質問票	服薬歴、喫煙、飲酒に関する項目*等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的検査	身体診察
血圧測定	収縮期、拡張期
血液検査	脂質検査：空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪（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（空腹時血糖またはHbA1c（NGSP値）、やむを得ない場合には随時血糖） 肝機能検査：AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
尿検査	尿糖、尿蛋白

※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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計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する。

b. 詳細な健診の項目

- ・血液検査 貧血検査（ハマトクリット、ヘモグロビン、赤血球）
- ・心電図検査
- ・眼底検査（※医師が必要とした場合に行います。）
- ・クレアチニン

c. 追加の健診項目

- ・血液検査 腎機能検査（UA、BUN、クレアチニン）

イ. 特定健康診査の委託先

本特定健康診査については、集団健診、人間ドック共に県内の健診機関等にそれぞれ委託し、事業の実施を行います。

⑤特定健康診査データの保管及び管理方法

ア. 特定健康診査データは、原則として特定健康診査を受託する健診機関が、国の定める電子的標準様式により、青森県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）へ提出します。

イ. 国保連にデータ保存を委託し、国保ラインで閲覧できるようにします。経年履歴の保存、他の保険者へのデータ譲渡、特定健康診査受診券へ前年度データを反映します。

ウ. 東北町健康管理システムに保存・管理します。町民全体としてがん検診等すべてのデータを一緒に保存・管理し、町民の健康づくり推進に活用します。

エ. 特定健康診査に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。ただし、加入者が異動した場合は異動年度の翌年度までとします。

⑥他の健診事業との連携

当町では、これまで特定健康診査の実施と併せて、各種がん検診等を実施してきましたが、本特定健康診査では国保被保険者以外の後期高齢者についても同時に行うとともに健康増進法に位置づけられる他の健診事業やがん検診との連携を図り実施するものとします。

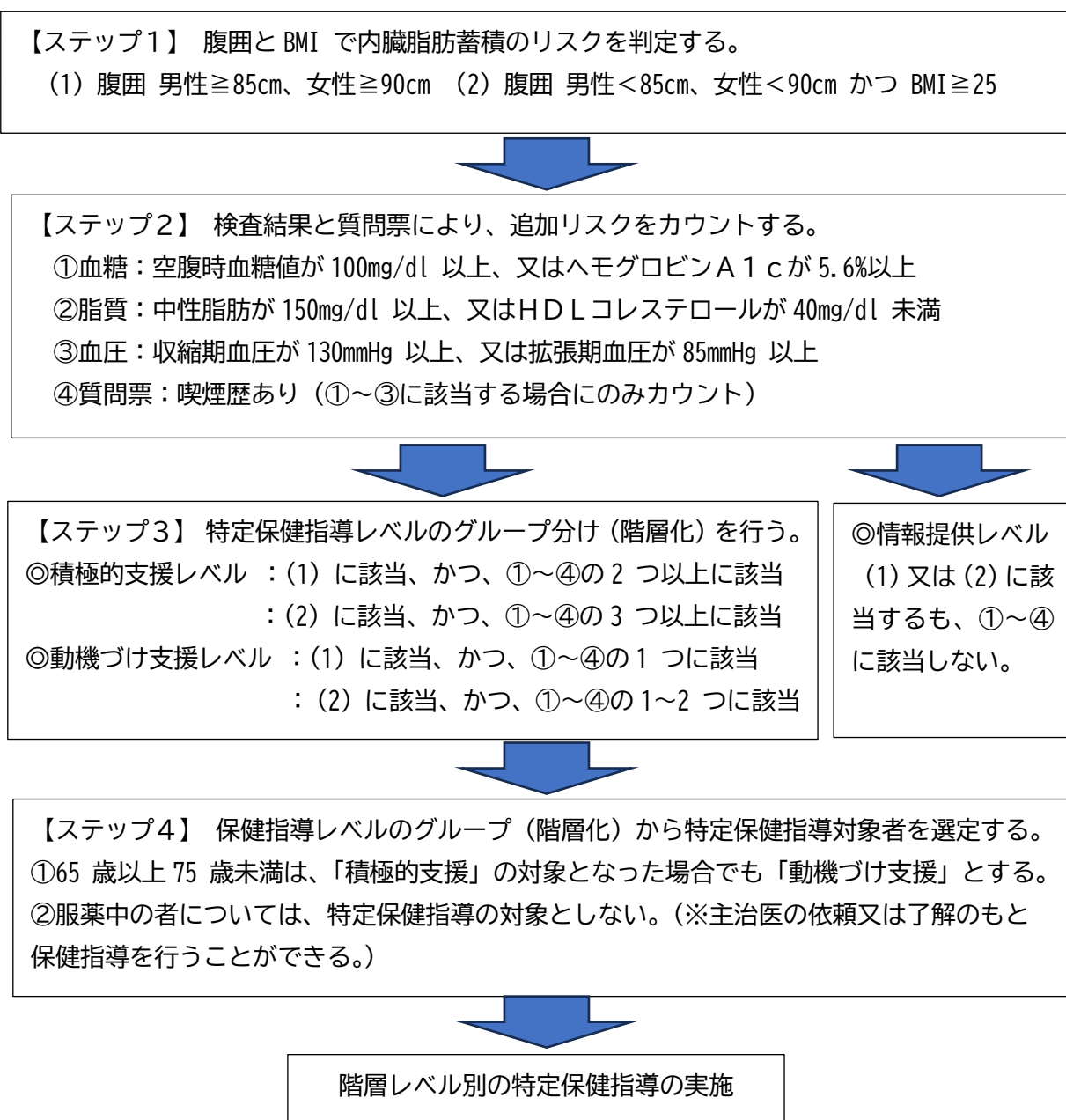
また、介護予防の観点から実施している65歳以上高齢者の生活機能評価に係る健診項目を取り入れるなど、介護保険事業との連携による実施を図ります。

(2) 特定保健指導の実施

①特定保健指導対象者の選定と階層化

特定健康診査結果に基づき、以下の手順に沿って、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数による特定保健指導対象者の選定と特定保健指導レベルのグループ化（階層化）を行います。

特定保健指導対象者の階層化の手順



②実施場所と実施時期

集団健診では特定健康診査の実施結果が明らかになった約1ヶ月後に、東北町保健福祉センター等で健診結果説明会を実施し、特定保健指導の対象となった方を対象に初回面接を実施します。個人人間ドックでは、委託健診機関において、受診日に対象となった方を対象に初回面接を実施します。

③特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）の案内方法

特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）の案内方法については、個人人間ドックでは委託健診機関で、集団健診では直営で実施することから、対象者へ個別通知等で案内します。

④特定保健指導の実施内容と方法

特定保健指導は、対象となる方の生活を基盤とし、自らの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することとし、保健指導の必要レベルに応じて次のとおり実施します。

ア. 情報提供

自らの身体状況を確認するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果と併せて基本的な情報提供をします。

<具体的な内容>

健診結果説明会時に、対象者の「気づき」と主体的な行動を促すため、次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

イ. 動機づけ支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師や管理栄養士が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し実施する支援を行い、計画の実績評価を行います。

<具体的な内容>

a. 初回面接

一人20分以上の個別面接、または1グループ（8名以内）80分以上のグループ面接により、次の支援を行います。

- ・生活習慣と健診結果との関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性について説明します。
- ・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットについて説明します。
- ・体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援します。

- ・対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援します。

b. 3か月後の評価

個別面接や電話、レター等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認します。

ウ. 積極的支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師または管理栄養士が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が主体的に取り組むことができるよう継続して支援を行うとともに、計画の進捗状況評価と実績評価を行います。

<具体的な内容>

a. 初回面接

一人 20 分以上の個別面接又は 1 グループ（8 名以内）80 分以上のグループ面接により、次の支援を行います。

- ・生活習慣と健診結果との関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性を説明します。
- ・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットを説明します。
- ・体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援します。
- ・対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援します。

b. 2ヶ月以上の継続的な支援及び中間評価

初回面接後、3ヶ月以上継続的に個別面接、グループ面接、電話や e-mail 等により、次のような支援を行い、3ヶ月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメントをし、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定を行います。

- ・初回面接以降の生活習慣の状況を確認します。
- ・栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じて行動維持の推奨を行います。

C. 4ヶ月後の評価

個別面接や電話、レター等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認します。また、希望者には血液検査（血糖、脂質）を行います。

【成果を重視した特定保健指導の評価体系】

- ・腹囲 2 c m ・体重 2 k g 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する
- ・行動変容や腹囲 1 c m ・体重 1 k g 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する

る。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回ごとの評価とする。

⑤特定保健指導データの保管及び管理方法

- ア. 特定保健指導データは、国の定める電子的標準様式により、青森県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）へ提出します。
- イ. 国保連にデータ保存を委託し、国保ラインで閲覧できるようにします。経年履歴の保存・他の保険者へのデータ譲渡へ反映します。
- ウ. 特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託します。ただし、加入者が異動した場合は異動年度の翌年度までとします。

⑥評価

特定保健指導の最終評価は有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものですが、その成果が現れるのは数年後になります。そこで、最終評価に加えて短期間で行う評価項目を組み合わせ、特定保健指導の改善を図っていきます。

5. 実施体制等

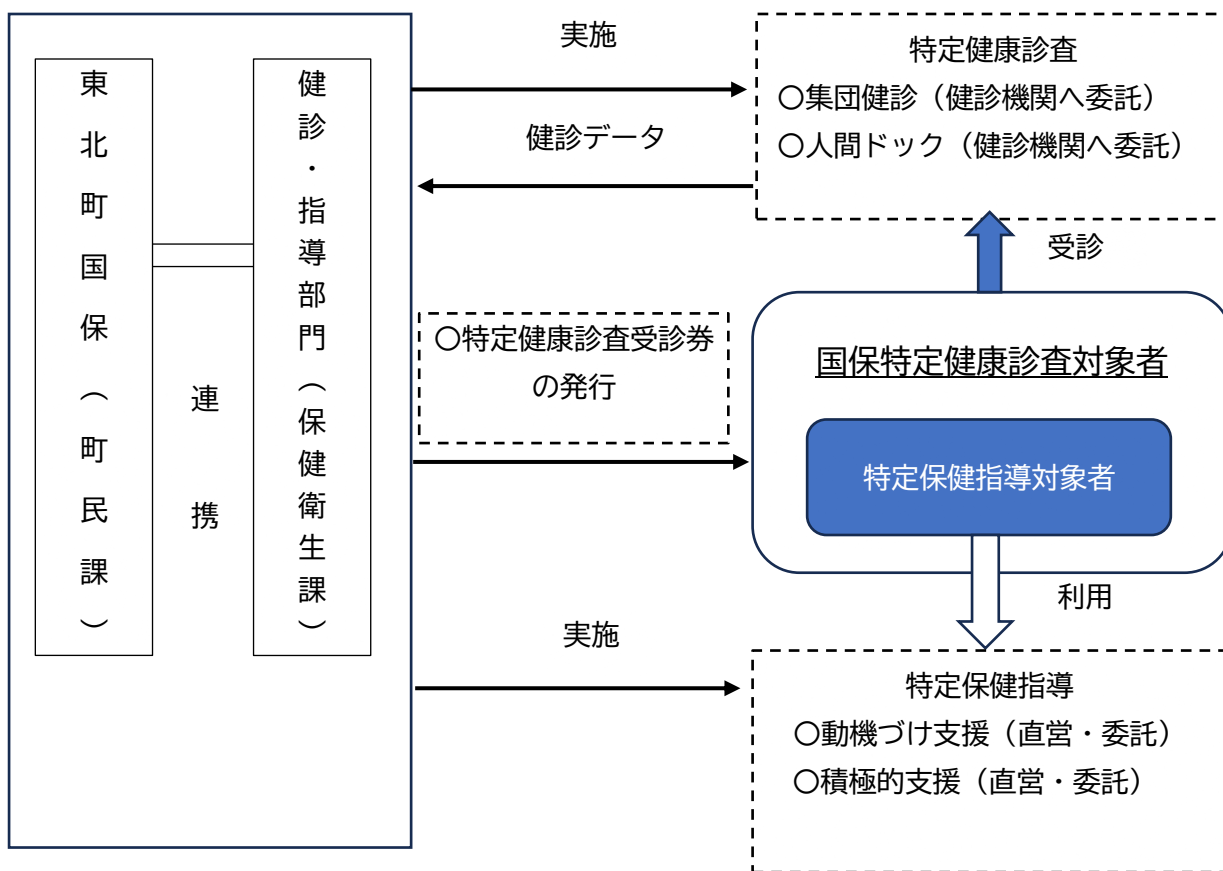
(1) 特定健康診査等の実施体制

特定健康診査等の実施体制については、以下のように体制の構築を図ります。

特定健康診査 集団健診及び人間ドックについては、県内の健診機関へ委託して実施します。

特定保健指導 「動機づけ支援」及び「積極的支援」については、町民課（国保）より執行委任を受け、個別人間ドックは委託健診機関において実施し、集団健診においては保健衛生課の保健師・管理栄養士等が実施します。

特定健康診査等の実施体制



(2) 特定健康診査等の委託基準、個人情報の保護等

①特定健康診査等の委託基準

特定健康診査等の委託先となる実施機関については、「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 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は、以下の第 1 及び第 2（厚生労働省告示第 11 号）に掲げる基準を満たす者とします。

第 1 特定健康診査の外部委託に関する基準

- 1 人員に関する基準
- 2 施設、設備等に関する基準
- 3 精度管理に関する基準
- 4 特定健康診査結果等の情報の取り扱いに関する基準
- 5 運営等に関する基準

第 2 特定保健指導の外部委託に関する基準

- 1 人員に関する基準
- 2 施設、設備等に関する基準
- 3 特定保健指導の内容に関する基準
- 4 特定保健指導の記録等の情報の取り扱いに関する基準
- 5 運営等に関する基準

②個人情報の保護

ア. 個人情報の取扱

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び個人情報の適正な取扱いのための各種ガイドライン等の内容等について周知徹底し、個人情報の適正な取扱い及び個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

（関連法及びガイドライン）

- 個人情報の保護に関する法律
- 医療・介護関係事業者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
- 健康保険組合等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
- 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
- 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 等

イ. 守秘義務規定の遵守

「国民健康保険法」及び「高齢者の医療の確保に関する法律」に規定されている守秘義務規定を遵守します。

○ 国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）
第 120 条の 2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
○ 高齢者の医療の確保に関する法律（平成 20 年 4 月 1 日施行分）
第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあってはその役員）若しくはその職員又はこれらの者であつた者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。
第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

(3) 特定健康診査等の年間スケジュール

特定健康診査等は、毎年度当初に当該年度の実施事項を決定します。現段階での基本的な考え方を示すと、以下のとおり見込まれます。

月	特定健康診査	特定保健指導	実施手続・データ管理	
4月	●特定健康診査の実施	●対象者抽出・実施		
5月	↓			
6月				
7月				
8月				
9月			1回目	
10月			↓	
11月			↓	
12月			↓	
1月		↓		
2月		↓		
3月			●実施機関の評価 ●実施体制の見直し	

6. 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表

(1) 特定健康診査等実施計画の公表

国民健康保険被保険者に係る特定健康診査等実施計画を定めたとき、又はこれを変更したときは、速やかに町の広報及びホームページ等で公表します。

(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

毎年計画の評価を行い、その結果において見直しが必要な場合にはすみやかに行います。

計画の評価・見直しは、庁内の関係各課において定期的に検討を行うとともに、最終年度となる令和 11 年度に評価します。

これらの検討結果は東北町国民健康保険運営協議会に報告します。

7. その他の事項（健診受診率向上対策について）

(1) 情報の発信・提供

①受診勧奨の推進・強化

ア. 東北町保健協力員協議会、東北町食生活改善推進員会等の各種団体において、生活習慣病予防に関する研修会や健康教育を行い、地域で健診受診の勧奨をしてもらえるような体制づくりに努めます。

イ. 広報とうほくや町のホームページ等を活用した健診の PR に努めます。

ウ. 職域（農協・漁協・商工会等）と連携しながら、健診の PR に努めます。

エ. 町の様々な行事や事業において、健診の PR に努めます。

②メタボリックシンドローム予防のための情報の発信

ア. 東北町保健協力員協議会、東北町食生活改善推進員会等の各種団体において、生活習慣病予防に関する研修を行い、運動や食生活等からメタボリックシンドロームを予防する気運を高めます。

イ. 職域（農協・漁協・商工会等）と連携しながら、生活習慣病予防、特定健診等に関する健康教育を実施します。

ウ. 「あっぱれ！！東北 2 1」計画では、「肥満・運動」「生活習慣病（循環器病・糖尿病・がん）」を課題として掲げており、メタボリックシンドローム予防と方向性が同様であることから、「あっぱれ！！東北 2 1」計画の推進を図っていきます。データヘルス計画との連動も図ります。

(2) 未受診者対策

①未受診者に対し、健診受診の必要性を PR します。

②未受診者に対し、アンケート等で未受診理由の把握に努めます。

③未受診理由から、個別アプローチの方法を検討します。