

第 3 期大鰐町国民健康保険事業実施計画

(データヘルス計画)

第 4 期国民健康保険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

大鰐町

目次

第1章 データヘルス計画の基本事項	1
1. 計画の趣旨	1
2. 計画の期間.....	2
3. 実施体制	2
4. 関係者が果たすべき役割と連携.....	2
(1) 市町村国保の役割.....	2
(2) 関係機関との連携.....	3
(3) 被保険者の役割.....	3
5. 保険者努力支援制度	4
第2章 現状の整理	5
1. 基本情報	5
(1) 人口推移.....	5
(2) 年齢階層別人口構成.....	6
(3) 平均寿命.....	6
(4) 平均余命と平均自立期間.....	7
(5) 標準化死亡比	8
(6) 国保加入率と被保険者の年齢構成.....	9
2. 前期計画の評価	10
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	12
1. 医療費の状況.....	12
(1) 一人当たり医療費の推移.....	12
(2) 入院と外来の医療費.....	13
(3) 歯科医療費	15
(4) 年齢階層別の医療費.....	17
(5) 生活習慣病の医療費.....	18
(6) 高額医療費	21
(7) 長期入院.....	21
(8) 人工透析の分析	22
(9) 後発医薬品	23
(10) 重複・頻回受診と重複服薬の状況.....	23

2.	特定健康診査・特定保健指導の状況	24
(1)	特定健康診査	24
(2)	特定保健指導	26
(3)	特定保健指導の成果 減少率	27
(4)	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況	29
(5)	特定健康診査の検査結果	31
(6)	特定健康診査の問診状況	33
(7)	特定健康診査とレセプト情報データの分析	34
3.	介護の状況	37
(1)	介護認定率の推移	37
(2)	介護給付費の推移	37
(3)	介護認定者の有病状況	38
第4章	第3期データヘルス計画	39
1.	計画全体における目的	39
2.	健康課題を解決するための個別保健事業	40
第5章	第4期特定健康診査等実施計画	43
1.	達成しようとする目標	43
2.	特定健康診査等の対象者数	43
(1)	特定健康診査における対象者の定義	43
(2)	特定健康診査の対象者数及び受診者数の推計	44
(3)	特定保健指導における対象者の定義	44
(4)	特定保健指導の対象者数及び受診者数の推計	45
3.	特定健康診査等の実施方法	46
(1)	基本事項	46
4.	特定健康診査・特定保健指導年間スケジュール	50
5.	個人情報の保護	51
(1)	記録の保存方法等	51
(2)	管理ルールの制定	51
6.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	51
(1)	特定健康診査等実施計画の公表方法	51
(2)	特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法	51
7.	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	51
(1)	特定健康診査等実施計画の評価方法	51
(2)	特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	51

第 6 章 個別保健事業計画	52
1. 特定健康診査実施率向上事業.....	52
2. 特定保健指導実施率向上事業.....	53
3. 特定健康診査精密検査受診率向上事業・重症化予防事業	54
4. 高血圧症対策事業.....	55
5. 糖尿病重症化予防事業	56
6. 重複・多受診者訪問指導事業	58
7. 人間ドック	59
8. 医療費通知.....	60
9. ジェネリック医薬品差額通知.....	61
10. 広報事業	62
第 7 章 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価・見直し	63
第 8 章 計画の公表・周知	63
第 9 章 個人情報の取扱い	63
第10章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	63

第1章 データヘルス計画の基本事項

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、全ての健康保険組合に対し、「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進するとされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(以下「国指針」という。)において、市町村国保及び国民健康保険組合(以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本手引きでは「保険者」という。)は、健康・医療情報を活用して 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KPIの設定を推進する。」と示されました。

特定健康診査及び特定保健指導は、保険者が高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という)第 19 条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画(以下「実施計画」)を定め実施することとされています。また、特定健康診査・特定保健指導は保健事業の中核をなすものであり、この実施計画は医療保険各法により保健事業の実施等に関する指針に基づき作成する保健事業の実施計画(データヘルス計画)と一体的に作成します。

本町は国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び国保の財政基盤強化を図ることを目的として「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成 30 年 3 月に策定し、令和 3 年度に中間評価・見直しを行っています。

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

2. 計画の期間

計画の期間は、青森県医療費適正化計画や医療計画等が、令和 6 年度から令和 11 年度までを第 4 期計画期間としており、これらとの整合性を図る観点から、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。令和 8 年度に中間評価を行います。

3. 実施体制

計画の実施に当たっては、関係部局と横断的に連携するほか、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり、共同保険者となることから、県と連携して取り組むこととします。

また、保健医療関係者、被保険者との連携・協力が不可欠であることから、国民健康保険運営協議会の場を通じて、意見交換や情報提供を行うものとします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、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をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

具体的には、住民生活課国保年金係、保健福祉課と十分連携を図ることとします。さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となります。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、青森県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)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、協力が必要となってきます。

また、県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから特に市町村国保の保険者機能の強化については、県の関与がさらに重要となります。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携を努めることとなっています。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保険者間で連携して保健事業を展開することに努めます。

(3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、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上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解し、被保険者から意見を取り入れて主体的、積極的に取り組みます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。

令和 2 年度から国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら見直し、発展させるとしています。またそれらに加え、県及び市町村が実施する予防・健康づくり事業の「事業費」として配分される交付金と、その「事業費」にて実施する当該事業の実施状況等を採点し、都道府県に配分される交付金とをあわせることにより、保険者における予防・健康づくりの取組を抜本的に後押ししています。結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

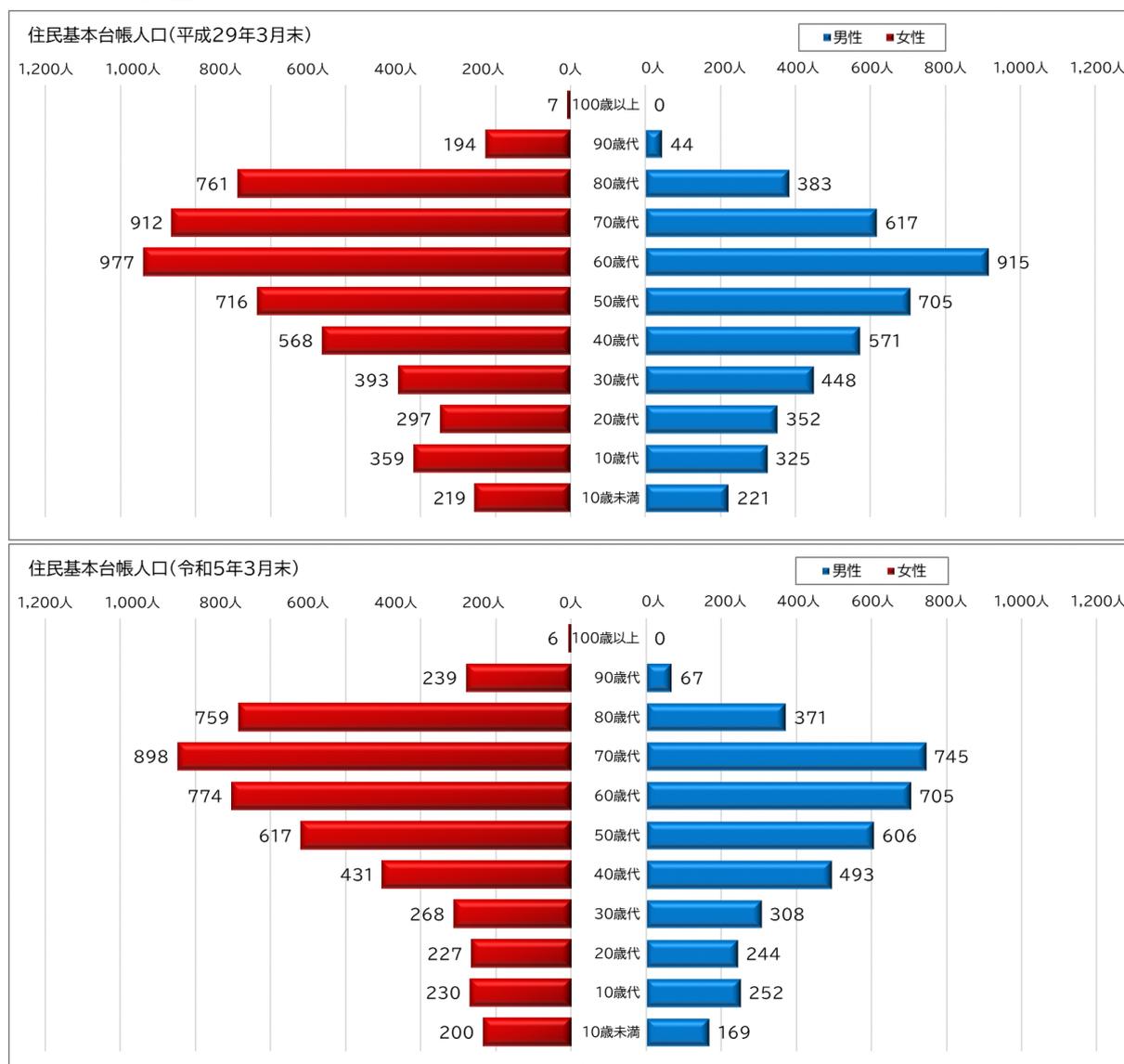
第2章 現状の整理

1. 基本情報

(1) 人口推移

令和5年3月末の人口は8,609人(男性3,960人、女性4,649人)で、65歳以上の人口は3,852人(男性1,538人、女性2,314人)となっており、高齢化率は44.7%です。平成29年3月末と比較すると、65歳以上人口は130人(3.3%)減少しましたが人口の減少は1,375人(13.8%)とそれを上回り、高齢化率は39.9%から4.8ポイント増加しました。64歳以下の人口が減少している状態です。

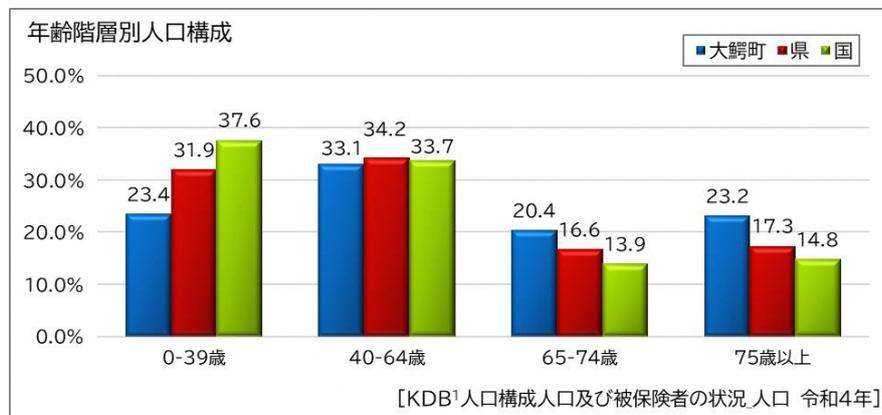
図表 1 住民基本台帳人口



(2) 年齢階層別人口構成

年齢階層別人口構成は、国や県と比較すると、39歳以下の人口が非常に少なく、65歳以上の割合が多いことから、少子高齢化が進んでいることがわかります。

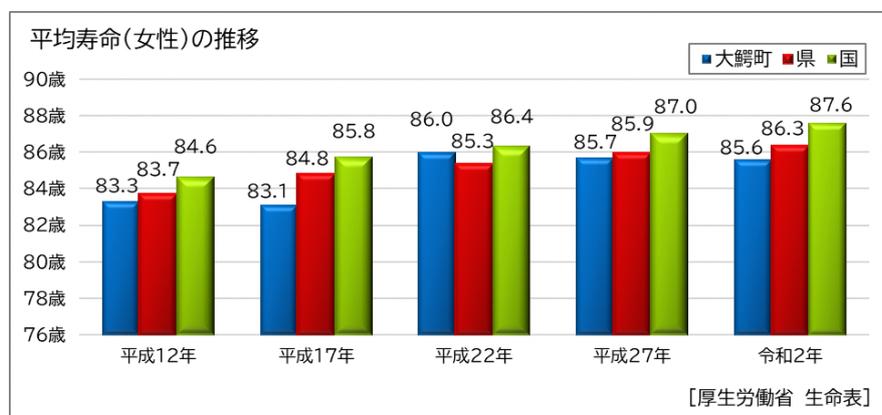
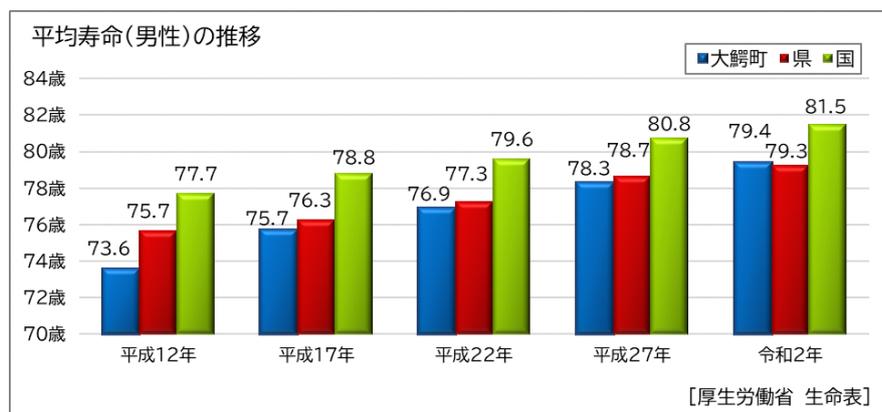
図表 2 国や県との年齢階層別人口構成の比較



(3) 平均寿命

平均寿命は延伸傾向にありますが、国を下回っています。

図表 3 国や県との平均寿命の比較



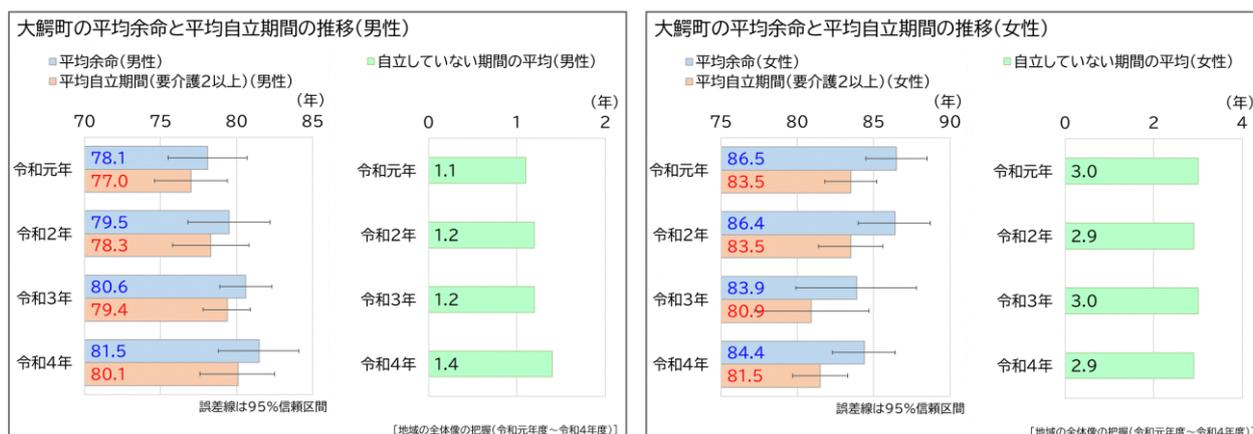
¹ KDB:国保データベースシステム(KDBシステム)の略。国保中央会が開発し、全国的に利用されているシステム。国・県・同規模の保険者との比較や、特定健康診査の情報以外にレセプト・介護情報を見ることができる。

(4) 平均余命²と平均自立期間³

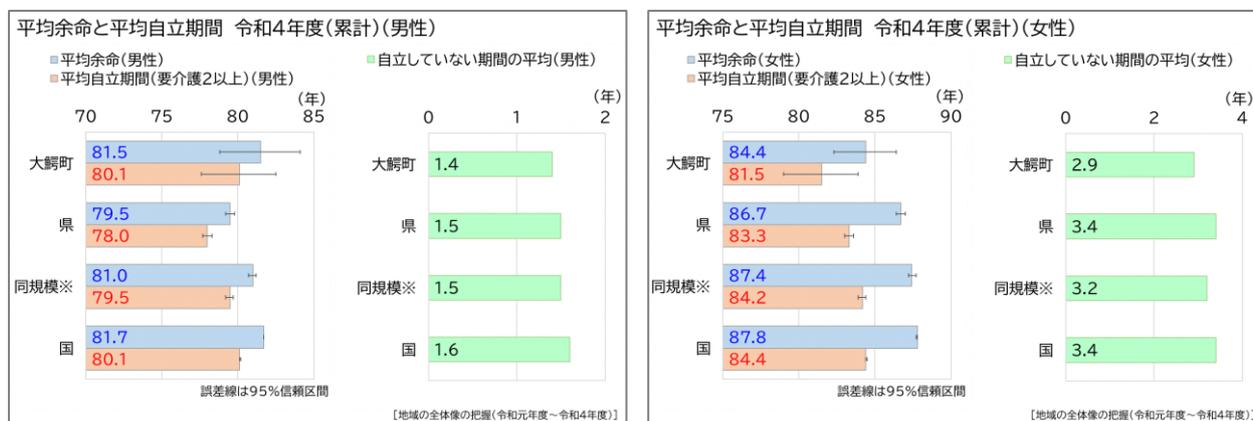
男性は令和元年から令和4年に平均余命は3.4年、平均自立期間は3.1年伸び、自立していない期間の平均は1.1年から1.4年になりました。女性の平均余命は2.1年、平均自立期間は2.0年短くなっているため自立していない期間は3.0年から2.9年になりました。

男性の平均自立期間と平均余命は国と同水準で県を上回っており、女性は国や県を2～3年下回っています。

図表 4 平均余命と平均自立期間



図表 5 国・県・同規模との平均余命と平均自立期間の比較



※同規模市町村平均

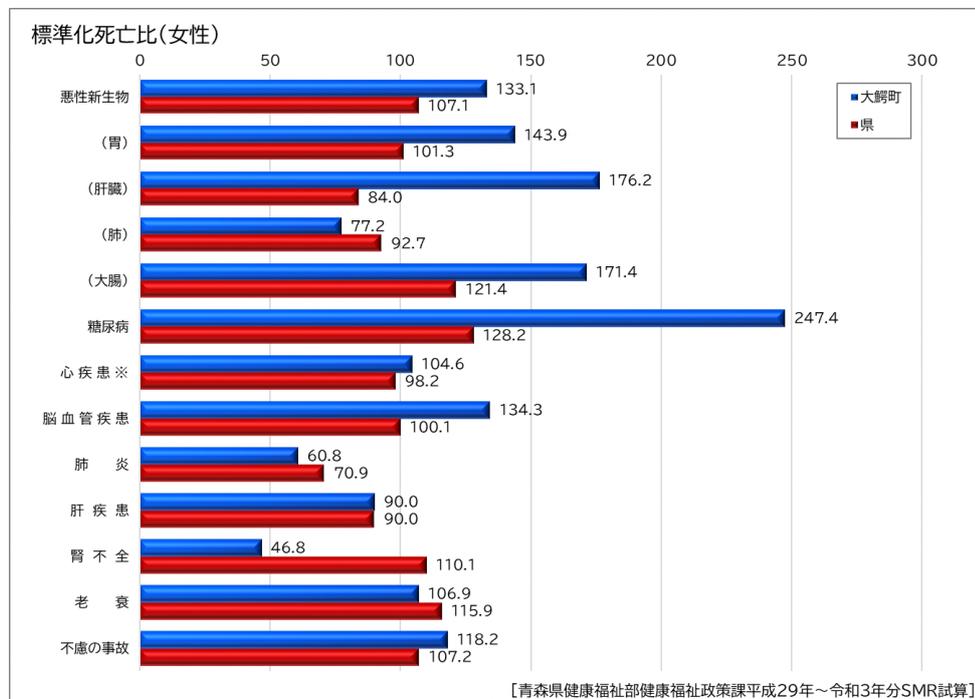
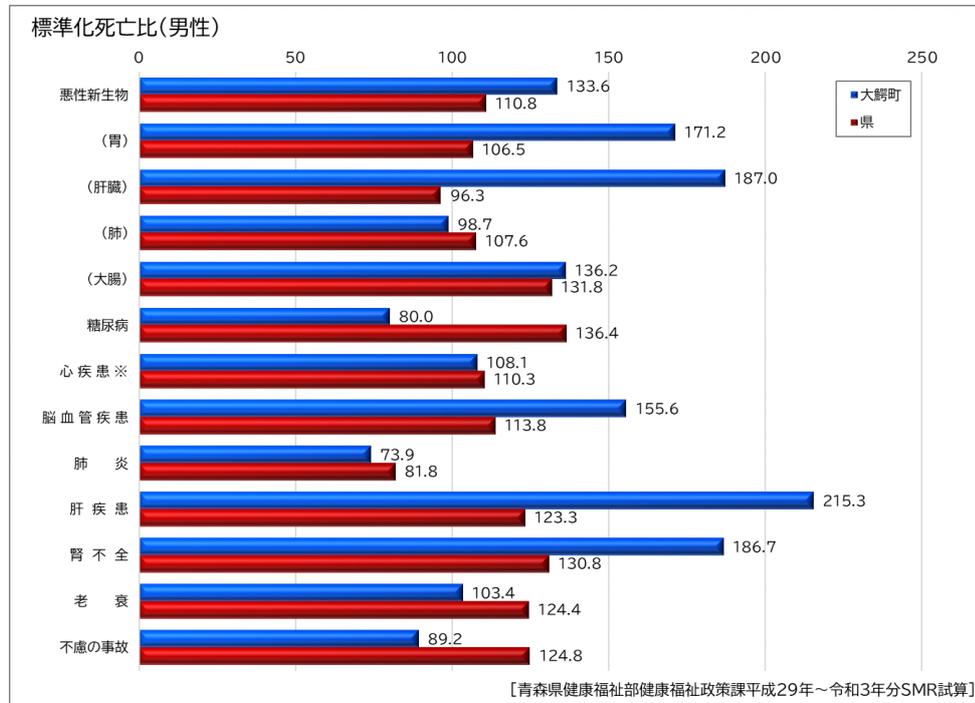
² 平均余命:ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値を指し、平均自立期間の比較対象の値として、ここでは、0歳時点の平均余命を示している。

³ 平均自立期間: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、「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の指標。

(5) 標準化死亡比

男性の標準化死亡比⁴では「肝疾患」、「肝臓がん」、「腎不全」、「胃がん」、「脳血管疾患」が高く、女性は「糖尿病」、「肝臓がん」、「大腸がん」、「胃がん」、「脳血管疾患」が高くなっています。

図表 6 男女別標準化死亡比



⁴ 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。わが国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合はわが国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合には死亡率が低いと判断される。

(6) 国保加入率と被保険者の年齢構成

令和4年度の被保険者数は2,374人で、平成29年度よりも582人減少しています。加入率も減少し、平成29年度30.3%から2.7ポイント減少し27.6%になっています。

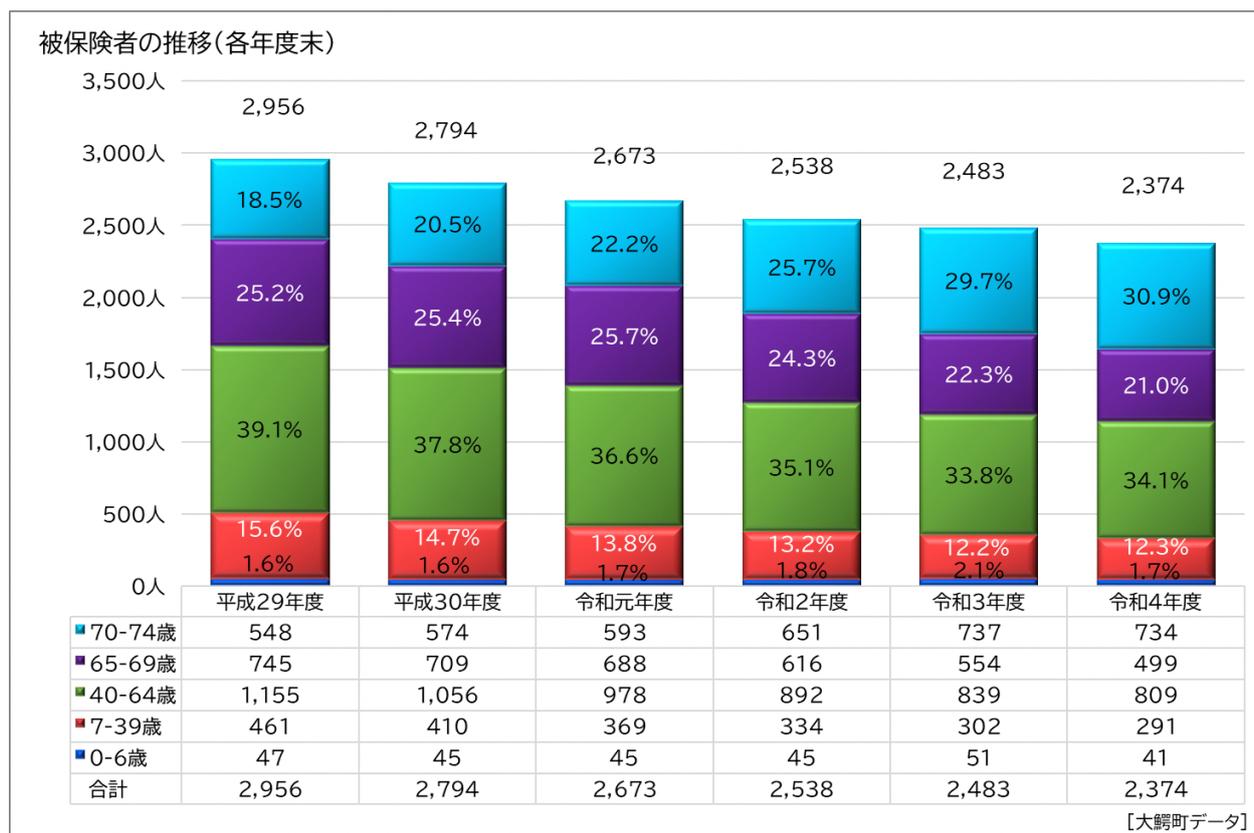
64歳以下の被保険者割合は減少しており、なかでも40～64歳は減少割合が高く、令和4年度は34.1%です。令和元年度以降は、65歳以上の割合が50.0%前後を占めています。

図表7 国保加入率と被保険者の推移

	平成29年度	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
被保険者数(人)	2,956	2,794	2,673	2,538	2,483	2,374
人口(人)	9,751	9,556	9,322	9,106	8,865	8,609
加入率(%)	30.3	29.2	28.7	27.9	28.0	27.6

[大鰐町データ]

図表8 年齢階層別被保険者の推移



2. 前期計画の評価

前期計画の評価指標一覧

※●アウトカム ■アウトプット

A:目標達成 B:目標達成できていないが改善傾向 C:変わらない D:悪化傾向 E:評価困難

事業名	事業の目的及び概要	対象者抽出基準	評価指標	目標値	ベースライン値	現状値	評価
特定健康診査受診率向上事業	特定健康診査の受診率向上を目指し対象者に案内送付及び受診勧奨を行う。	特定健康診査対象者	● 特定健康診査実施率(%)	60.0以上	44.7	48.4	C
		健康診査未受診者	■ 受診勧奨通知返信率(%)	100.0	20.9	34.3	B
			■ 受診勧奨割合(%) 電話通話率(%)		74.2	31.0	D
		年度途中加入者	■ 受診券送付割合(%)	100.0	100.0	100.0	A
精密検査受診率向上事業	精密検査の未受診者に対し、訪問、電話、文書等で受診勧奨を行う。	精密検査対象被保険者	● 精密検査受診率(%)	100.0	60.4	49.5	D
糖尿病重症化予防事業	【糖NO!教室】 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者を医療に結びつけ、医療機関と連携して保健指導等を行い、糖尿病の重症化を予防する。	健診結果により、生活習慣病治療をしていない者で、HbA1cが5.6%以上6.5%未満の者(ただし、70歳以上及び保健指導実施者を除く)	● 医療機関受診割合(%)	80.0以上	23.1	16.7	D
			● 翌年度の検査値改善率(%)	50.0以上	0.0	100.0	A
	【糖尿病性腎症重症化予防】 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者を医療に結びつけ、医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を予防する。	健診結果により、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)又はHbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病を治療していない者で、尿蛋白(-)又は(±)となった者	● 医療機関受診割合(%)	80.0以上	63.3	30.8	D
高血圧症対策事業	受診勧奨及び訪問、電話、文書等で保健指導を行い、血圧の正しい知識を普及するとともに、心臓病、脳血管疾患等の合併症の発症を予防する。	健診結果において、血圧値Ⅱ度以上で服薬がない者	● 医療機関受診割合(%)	80.0以上	85.7	42.9	D
			● 翌年度の検査値改善率(%)	50.0以上	57.1	42.9	D
特定保健指導受診率向上事業	健診センターへの委託及び本町保健師による指導を行う。	特定保健指導対象被保険者	● 特定保健指導実施率(%)	60.0以上	50.0	31.2	D
重複・頻回受診者訪問指導事業	重複及び頻回受診者に対して保健指導を実施する。(国保連合会協働事業)	抽出された対象者	■ 対象者への1回以上の訪問実施率(%)	100.0	100.0	100.0	A
医療費通知	年6回(2か月分)、医療費を通知する。	対象世帯	■ 通知送付回数(回)	年6回(2か月分)	年6回(2か月分)	年6回(2か月分)	A
ジェネリック医薬品差額通知	年6回(2か月分)、差額通知を送付する。	対象世帯	● 使用割合(%)	80.0以上	74.9	84.7	A

事業名	事業の目的及び概要	対象者抽出基準	評価指標	目標値	ベースライン値	現状値	評価			
基本健康診査	若年層(30歳~39歳)へ健康診査を行い、生活習慣病を予防するとともに健康に対する意識づけを行う。	30歳~39歳の町民	■ 集団検診日数(日)	12	11	16	A			
			● 受診率(%)	30.0以上	11.7	7.3	C			
人間ドック	被保険者の健康状態を把握し、生活習慣病等の早期発見と予防につなげる。	40歳以上の被保険者	ドックの精検受診率(%)	100.0	-		E			
			特定					78.6		
			● 胃がん					50.0		
			大腸がん					70.0		
肺がん	0.0									
がん検診	がんの早期発見と早期治療につなげる。 全ての検診料金は無料であり、日曜日検診、レディース検診を実施している。なお、婦人科検診では個別検診を併用している。	胃・大腸・肺がん 40歳以上の全町民	がん検診受診率(%)	40.0	19.0	23.2	C			
			胃がん					40.0	23.2	25.1
		大腸がん	40.0	25.0	20.9	C				
		● 子宮頸がん	50.0	19.8	36.7	B				
		乳がん	50.0	14.0	34.6	B				
		子宮頸がん 20歳以上(年度末に偶数年齢に達する方)の女性	精検受診率(%)	100.0	89.6	77.6	D			
			胃がん					83.3	66.9	D
			大腸がん					90.6	87.5	C
			肺がん					88.9	60.0	D
			子宮頸がん					94.7	91.4	C
乳がん 40歳以上(年度末に偶数年齢に達する方)の女性	胃がん	100.0	89.6	77.6	D					
	大腸がん					83.3	66.9	D		
肺がん	90.6	87.5	C							
子宮頸がん	88.9	60.0	D							
乳がん	94.7	91.4	C							
広報事業 普及啓発	国民健康保険の事業内容の周知を図るため、広報紙へ記事掲載をする。 国民健康保険の事業内容の周知を図るため、被保険者証更新時等に、制度内容の周知パンフレットを送付する。	被保険者	■ 広報誌への掲載頻度	毎月1回	毎月1回	毎月1回	A			
			■ パンフレット送付頻度	被保険者証更新時納付通知書送付時	被保険者証更新時納付通知書送付時	被保険者証更新時納付通知書送付時	A			
健康教育事業	生活習慣病の正しい知識の普及を図るため、地区組織等と連携した健康教育を行う。	全町民	■ 健康教室開催回数(回)	10	13	10	A			
			● 収縮期血圧(mmHg)	男性 128 女性 123	132 127	133 132	C			
健康の日推進事業	毎月20日の健康の日の普及啓発及び健康意識の向上を図るため、健康づくりイベントを開催する。	全町民	■ 防災無線で周知	毎月20日に2回	毎月20日に2回	毎月20日に2回	A			
			● 喫煙率(%)	12.0	24.1	18.9	B			
			● 多量飲酒者割合(%)	男性 25.0 女性 9.4	29.5 11.0	35.2 14.7	D			
			● 食事の速度が速いと自覚している割合(%)	減少	43.3	30.2	A			
			● 運動や食生活等生活習慣を改善してみようと思う人の割合(%)	増加	32.0	26.5	D			
二十歳の集い (成人式)	二十歳の集いで新成人に対し、健康意識の向上のため健康展示及び新成人へのメッセージを伝える。	20歳の町民	■ 開催回数(回)	1	1	1	A			
肝炎対策	肝臓がんによる死亡の減少のため、ウイルス性肝炎陽性者を早期発見し、適切な治療につなげる。検診料金は無料とし、複合検診と同時実施する。	30歳以上	■ 集団検診日数(日)	12	11	16	A			
			● 精査受診率(%)	100.0	84.6	100.0	A			

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1. 医療費の状況

(1) 一人当たり医療費の推移

一人当たりの医療費は増減を繰り返しており、国や県よりも高く推移しています。

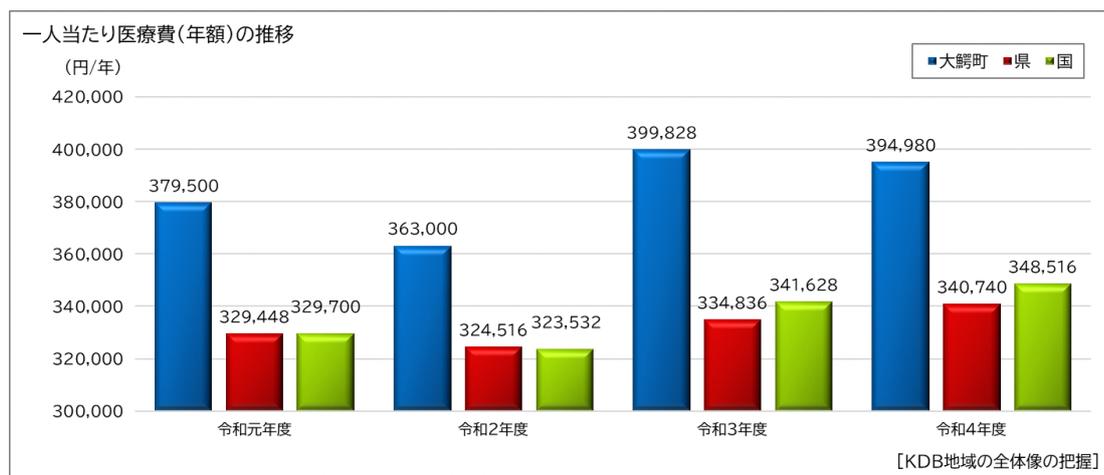
図表 9 一人当たり医療費(年額)と伸び率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
一人当たり医療費(円/年)	379,500	363,000	399,828	394,980
伸び率(%)※		△ 4.3	10.1	△ 1.2

※伸び率 = (今年の実績 - 前年の実績) ÷ 前年の実績 × 100

[KDB 地域の全体像の把握]

図表 10 国や県との一人当たり医療費(年額)の推移の比較

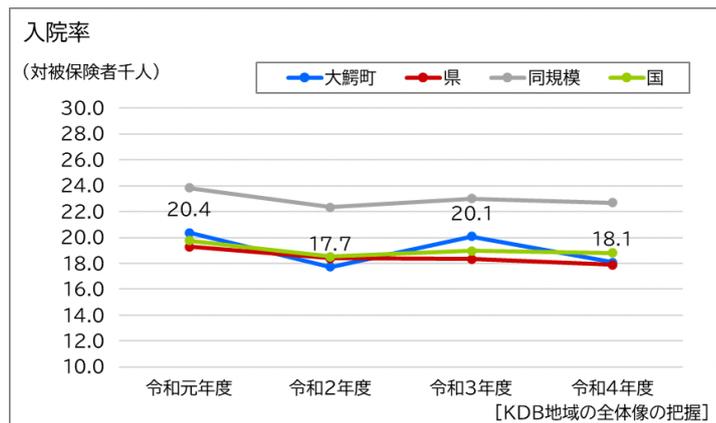


(2) 入院と外来の医療費

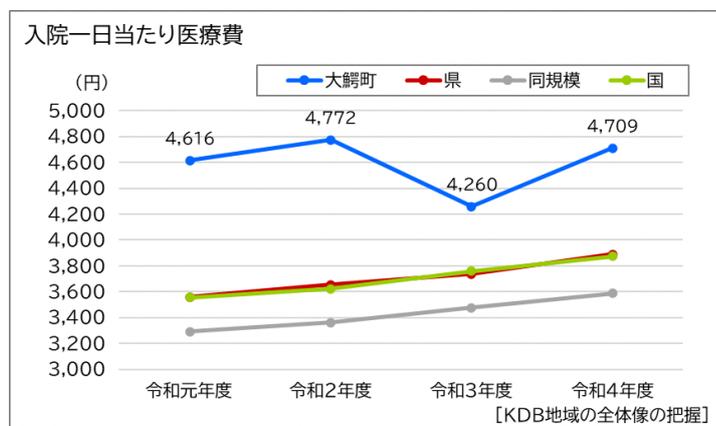
入院一日当たりの医療費は、国・県・同規模市町村平均(以下、同規模とする)よりも高く推移していますが、レセプト⁵一件当たりの入院日数は短く、入院率は国や県と同水準です。

外来受診率が国や県よりも高く推移しており、外来一日当たりの医療費においても年々増加しています。また、入院外来別に医科医療費についてみると、入院の医科費用割合は減少していますが、外来の医科費用割合は増加しています。

図表 11 国・県・同規模との入院率の比較



図表 12 国・県・同規模との入院一日当たり医療費の比較



図表 13 レセプト一件当たりの入院日数

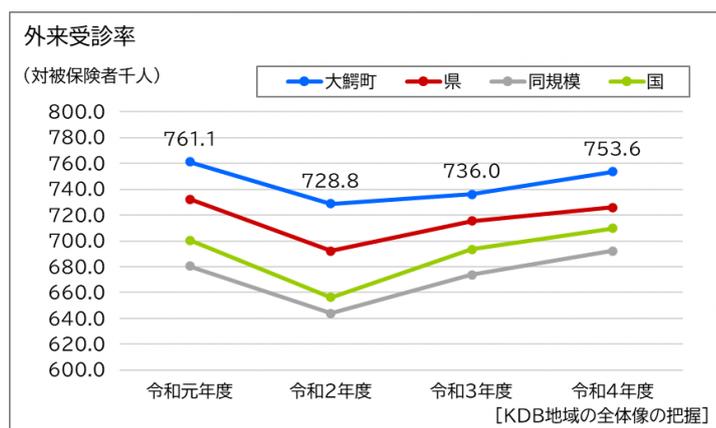
単位:日

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大鰐町	14.4	14.5	16.0	14.8
県	15.7	15.9	15.7	15.6
同規模	16.4	16.8	16.5	16.4
国	16.0	16.4	16.1	16.0

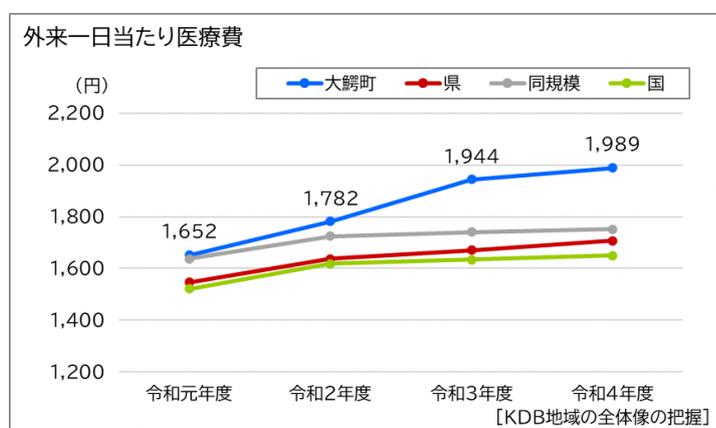
[KDB 地域の全体像の把握]

⁵ レセプト:診療報酬明細書の通称で、医療機関が「医療」という商品を買った対価としての費用請求書。診療の種類(入院・入院外)、診療月、医療機関コード、傷病名や診療行為等が書かれている。

図表 14 国・県・同規模との外来受診率の比較



図表 15 国・県・同規模との外来一日当たり医療費の比較



図表 16 入院及び外来のレセプト件数と医療費割合

	大鱒町				同規模	県	国	
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度				
受診率(被保険者千人当たり)	781.5	746.5	756.1	771.7	714.9	742.5	705.4	
入院	医科医療費の割合(%)	42.9	40.6	41.0	38.3	43.7	38.2	39.6
	レセプト件数の割合(%)	2.6	2.4	2.7	2.3	3.2	2.4	2.5
	レセプト一件当たり入院日数(日)	14.4	14.5	16	14.8	16.4	15.6	15.7
外来	医科医療費の割合(%)	57.1	59.4	59.0	61.7	56.3	61.8	60.4
	レセプト件数の割合(%)	97.4	97.6	97.3	97.7	96.8	97.6	97.5

[KDB 地域の全体像の把握]

(3) 歯科医療費

一人当たりの歯科医療費は、県と同水準で推移し、国や同規模よりも低く推移しています。

令和元年度の歯科一日当たりの医療費点数は、国や同規模よりも高く、県よりは低い水準でしたが増加傾向で推移しており、令和4年度は国・県・同規模を上回っています。

歯科受診率は国・県・同規模よりも低い水準で推移していますが、歯科レセプト一件当たりの受診日数は本町が最も多く、受診率は低いですが、月の通院日数は多い傾向にあります。治療日数が多い状態の方が受診している傾向があり、重症になってから受診していることが推測されます。

図表 17 一人当たり歯科医療費(年額)※

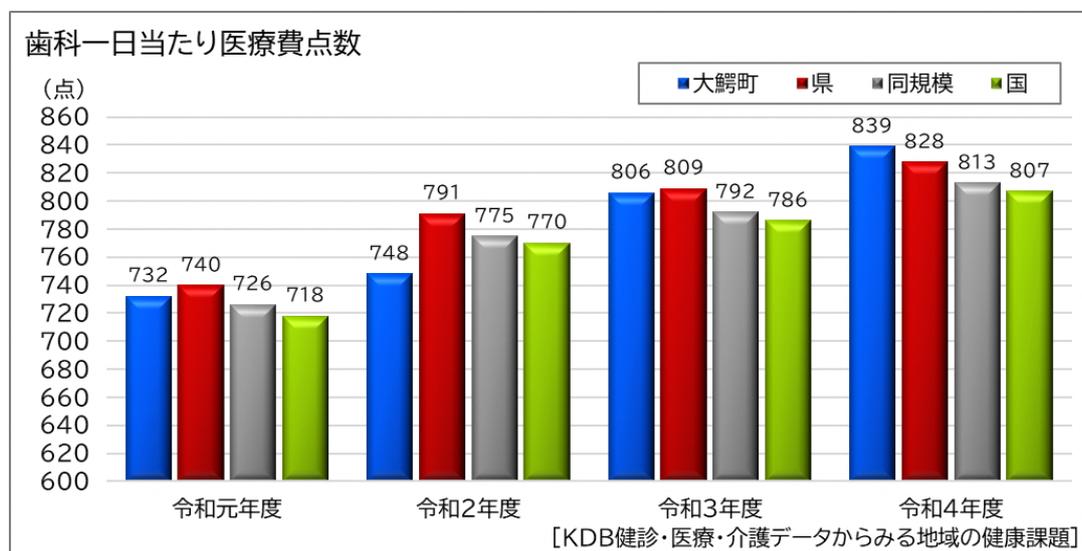
単位:円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大鰐町	20,892	19,044	21,108	21,480
県	20,688	20,712	21,096	21,732
同規模	22,260	22,488	23,508	24,072
国	24,456	24,252	25,692	26,532

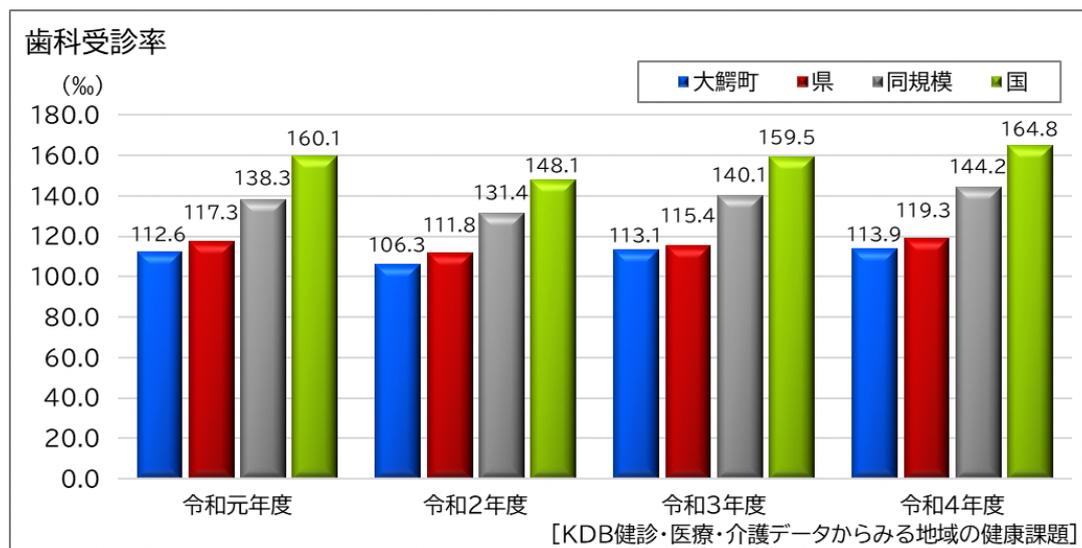
※一人当たり歯科医療費(月額)に12か月を乗じて算出

[KDB 地域の全体像の把握]

図表 18 国・県・同規模との歯科一日当たり医療費点数の比較



図表 19 国・県・同規模との歯科受診率の比較



図表 20 歯科レセプト一件当たり受診日数

単位:日

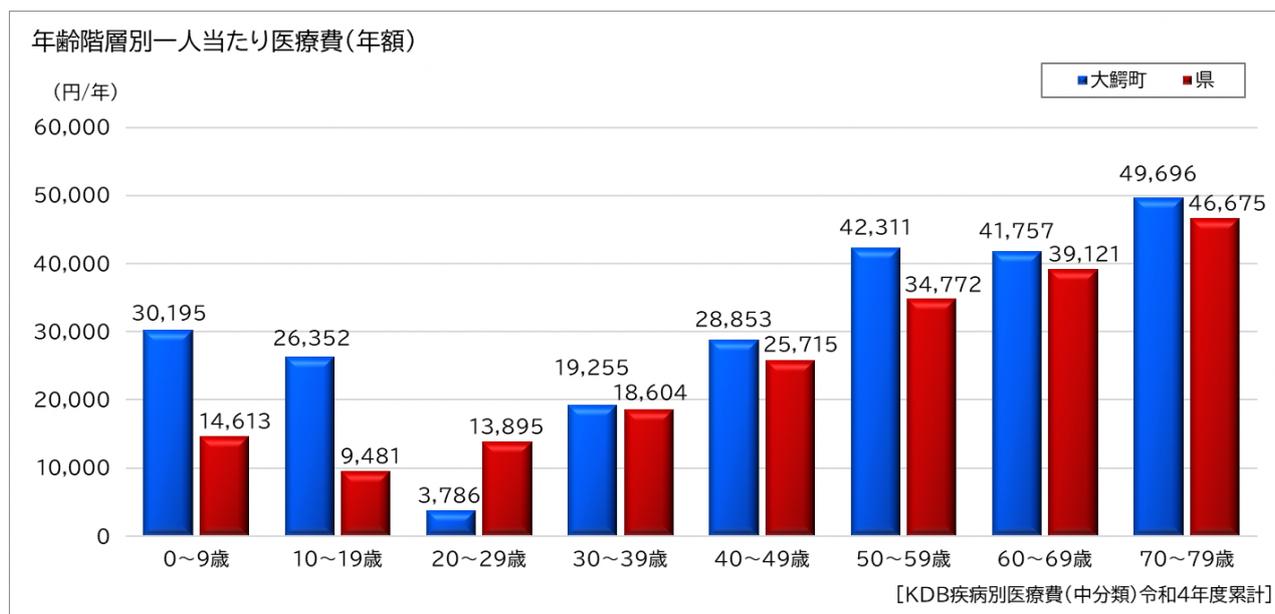
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大鰐町	2.1	2.0	1.9	1.9
県	2.0	2.0	1.9	1.8
同規模	1.8	1.8	1.8	1.7
国	1.8	1.8	1.7	1.7

[KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題]

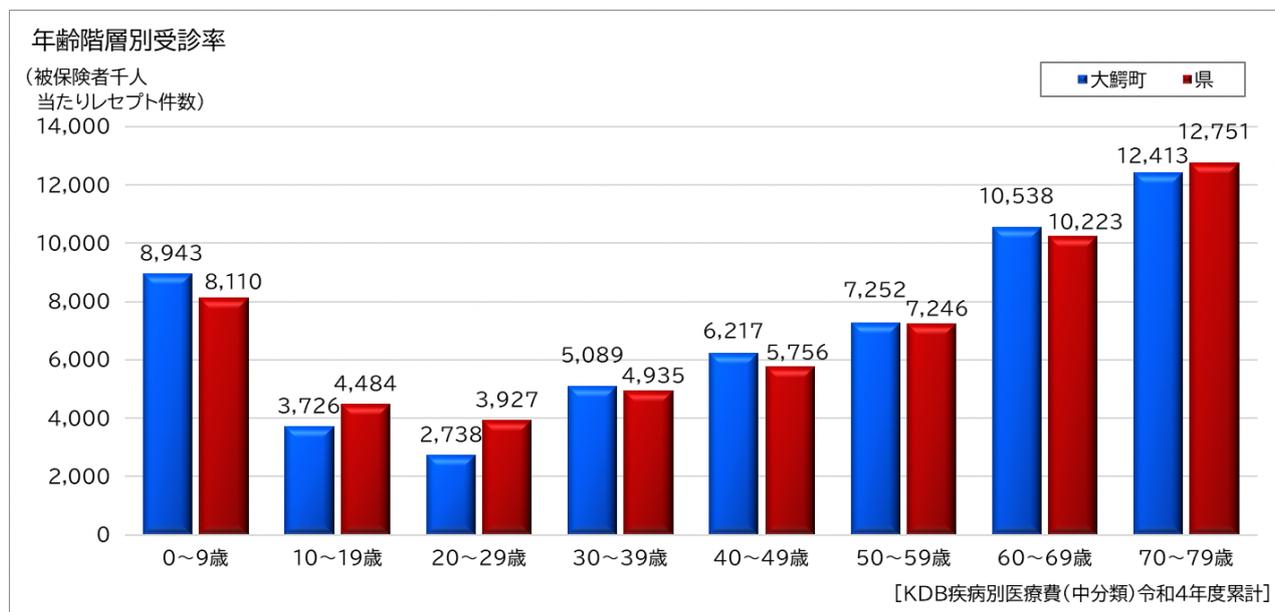
(4) 年齢階層別の医療費

一人当たりの医療費は 20 歳代が最も低く、県と比べて 20 歳代以外は医療費が高いです。年齢階層別医療の受診率は、20 歳代が最も低くなっていますが、県と比較すると 0～9 歳と 40 歳代が高い傾向です。

図表 21 県との年齢階層別一人当たり医療費(年額)の比較



図表 22 県との年齢階層別受診率の比較



(5)生活習慣病の医療費

生活習慣病とは、生活習慣が原因で起こる疾病をいい、KDB では狭心症、脳梗塞、脳出血、動脈硬化症、脂肪肝、高尿酸血症、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、がん、心筋梗塞の11疾病としています。

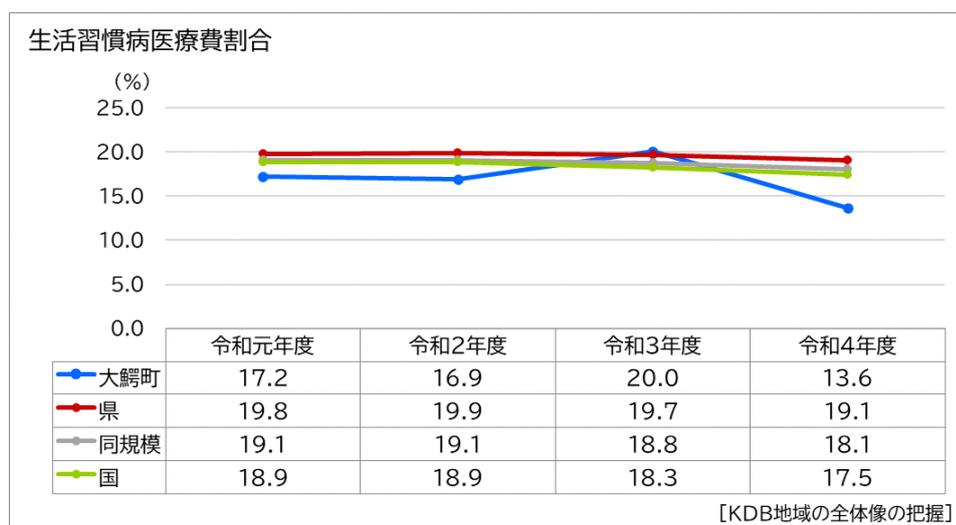
生活習慣病医療費割合の推移は、令和3年度以外は国・県・同規模と比べて低く推移しています。高血圧症・糖尿病・脂質異常症の基礎疾患の医療費割合は、国よりも高いですが、県よりは低く推移しています。

重症化して発症する疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病)は令和3年度に割合が増加し、令和4年度には低下しました。内訳をみると、令和3年度は脳血管疾患と虚血性心疾患の医療費割合が高くなっています。その要因として、重症化による高額医療の件数増加が影響していると推察されます。

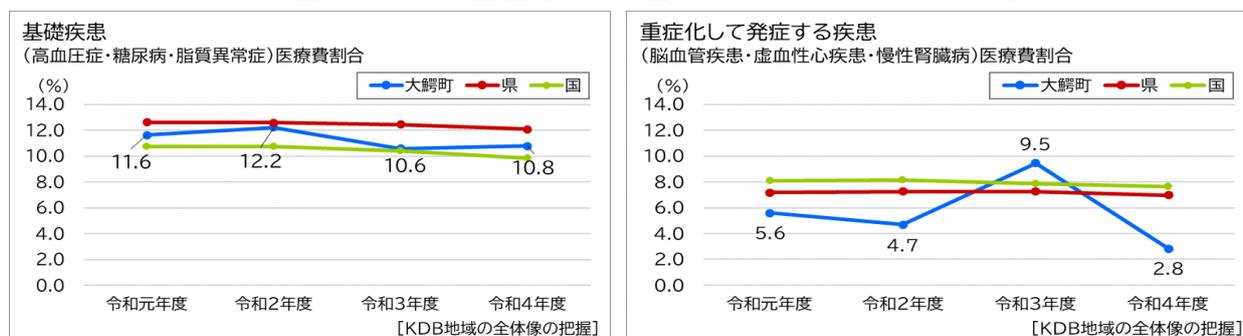
1か月間のレセプト件数及び虚血性心疾患・脳血管疾患の患者数等の推移をみると、被保険者千人当たりの1か月間のレセプト件数は、令和2年以降はほぼ横ばいです。

また、がんの医療費は、国・県・同規模よりも高く推移しています。

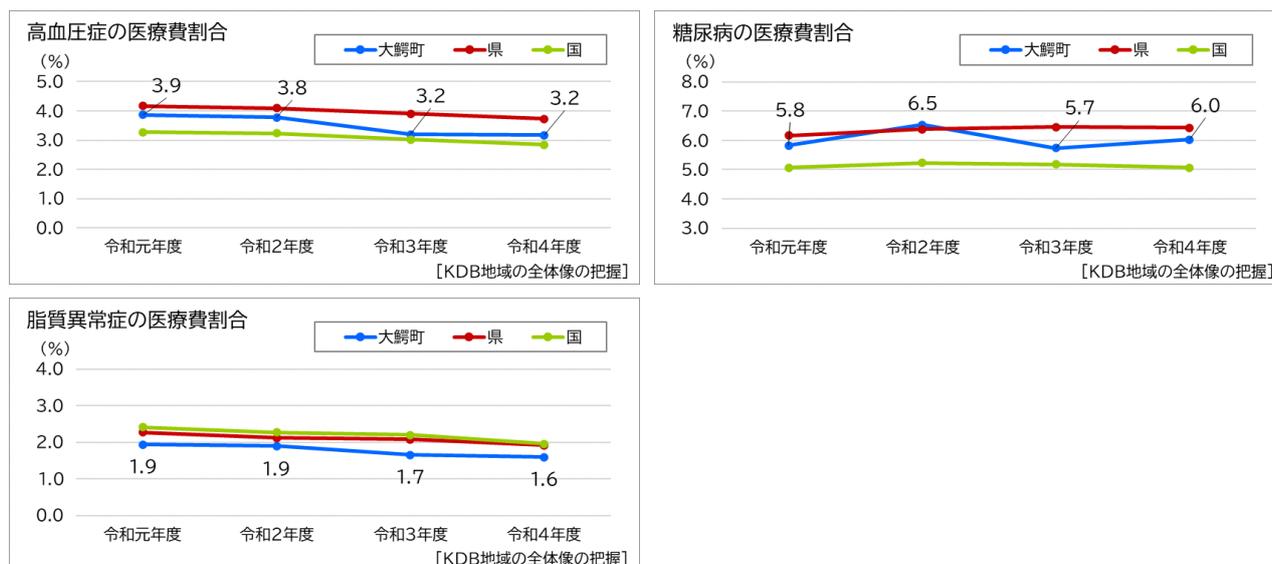
図表 23 国・県・同規模との生活習慣病医療費割合の比較



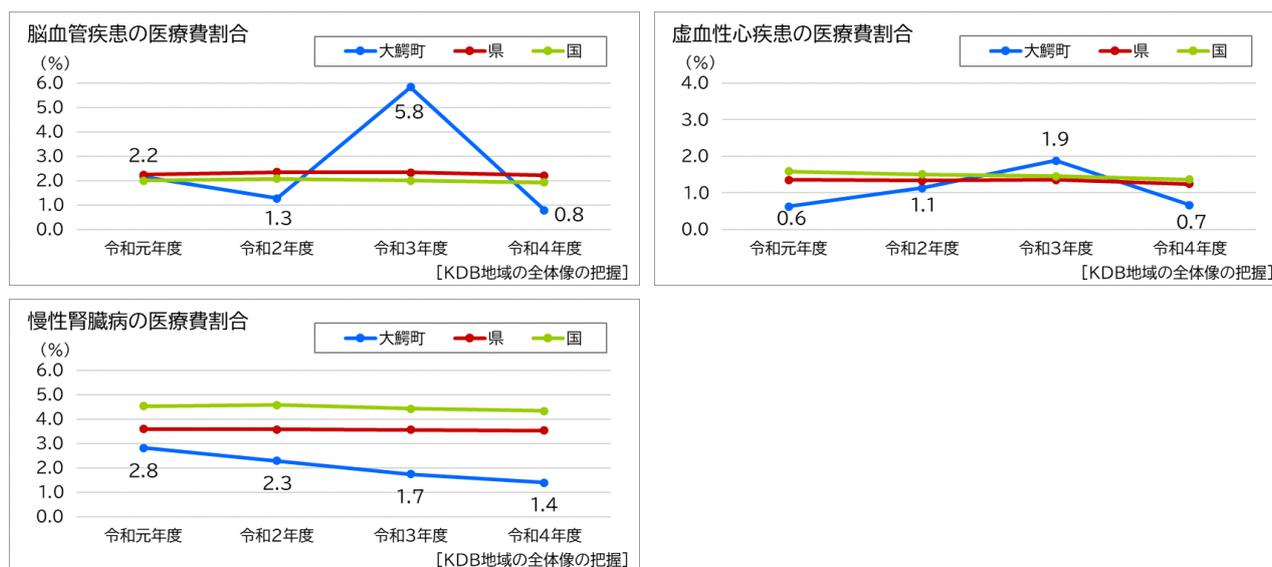
図表 24 国や県との基礎疾患及び重症化して発症する疾患の医療費割合の比較



図表 25 国や県との基礎疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)の医療費割合の比較



図表 26 国や県との重症化して発症する疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病)の医療費割合の比較

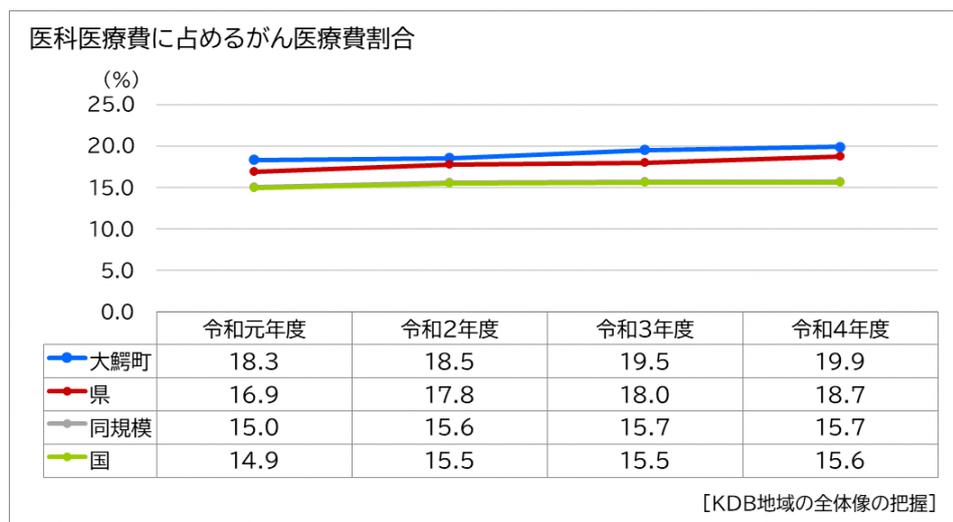


図表 27 1か月間のレセプト件数及び虚血性心疾患・脳血管疾患の患者数等の推移

	被保険者	1か月間のレセプト件数		脳血管疾患		虚血性心疾患	
	人数(人)	(件)	(被保険者千人当たり)	患者数(人)	被保険者数に占める割合(%)	患者数(人)	被保険者数に占める割合(%)
令和元年	2,690	2,021	751.3	103	3.8	153	5.7
令和2年	2,549	1,726	677.1	99	3.9	107	4.2
令和3年	2,497	1,762	705.6	100	4.0	99	4.0
令和4年	2,377	1,756	738.7	96	4.0	94	4.0
令和5年	2,244	1,738	774.5	80	3.6	104	4.6

[KDB 様式 3-5、KDB 様式 3-6 各年 7月データ]

図表 28 国・県・同規模との医科医療費に占めるがん医療費割合の比較



(6) 高額医療費

80万円以上の高額レセプトの件数は、年間約200件前後で推移しています。医科レセプト件数に占める80万円以上のレセプト件数の割合は0.86～1.05%で、該当する人数は90人台で推移しています。また、令和3年度は、脳血管疾患の人数が増えています。

図表 29 80万円以上のレセプトの推移

	医科レセプト 総数(件)	80万円以上 のレセプト 件数(件)	医科レセプト 総数に占める 80万円以上の レセプト件数の 割合(%)	該当人数 (人)	内訳(人)			
					脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
令和元年度	24,650	212	0.86	93	6	1	36	58
令和2年度	22,613	198	0.88	90	4	4	26	59
令和3年度	22,287	235	1.05	91	14	5	31	47
令和4年度	21,470	189	0.88	97	4	3	33	66

[KDB 様式 1-1 各年度 12 か月分]

(7) 長期入院

6か月以上の入院レセプトは、入院レセプト総数のうち13.2～17.5%を占めており、該当人数は12～15人で推移しています。脳血管疾患の長期入院は、令和元年度は1人でしたが、令和2年度と令和3年度は3人、令和4年度は4人と増えています。

図表 30 6か月以上の入院の推移

	入院レセプト 総数(件)	6か月以上の 入院レセプト 件数(件)	入院レセプト 総数に占める 6か月以上の 入院レセプト 件数の割合(%)	該当人数 (人)	内訳(人)			
					精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
令和元年度	643	85	13.2	12	3	1	0	8
令和2年度	537	94	17.5	13	2	3	2	6
令和3年度	592	99	16.7	15	4	3	2	6
令和4年度	503	70	13.9	13	4	4	1	4

[KDB 様式 2-1 各年度 12 か月分]

(8)人工透析の分析

40～64歳の人工透析患者は2～5人、65～74歳は1～2人で推移しています。後期の65～74歳の人工透析患者は、15人前後で推移し、75歳以上の人工透析患者もいます。65歳を過ぎると後期高齢者医療制度に異動する場合があります、本町において手続きをしている方が多いことがわかります。

図表 31 人工透析患者の推移

単位:人

		年齢区分	性別	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者	国保	40～64歳	男性	1	1	0	3
			女性	4	3	2	0
		65～74歳	男性	2	1	0	1
			女性	0	0	0	0
	後期	65～74歳	男性	10	11	10	9
			女性	5	5	4	4
		75～79歳	男性	4	2	3	2
			女性	1	2	1	1
		80歳以上	男性	4	2	4	3
			女性	4	3	4	5
人工透析患者総数			男性	21	17	17	18
			女性	14	13	11	10
新規人工透析患者	国保	64歳以下	男性	0	1	0	3
			女性	1	0	0	0
	後期	65～74歳 (国保と後期を合算)	男性	3	1	1	2
			女性	0	0	4	0
		75歳以上	男性	0	1	4	2
	女性		1	1	2	2	
	新規人工透析患者総数			男性	3	3	5
			女性	2	1	6	2

※新規人工透析患者:年度途中から人工透析患者一覧表に計上された方

[KDB 様式 2-2 国保・後期 令和元年度～令和4年度]

(9) 後発医薬品

後発医薬品の数量シェアは、80.0%を越えて推移しています。

図表 32 後発医薬品の使用割合(数量シェア)の推移

単位:%

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
使用割合 (数量シェア)	82.6	83.7	84.5	82.5	83.7

[保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年3月診療分)]

(10) 重複・頻回受診と重複服薬の状況

重複・頻回医療受診の対象者は、平成28年度と平成29年度は8人でしたが、令和3年度は2人、令和4年度は1人と減少しています。重複服薬者の対象者は、令和元年度は4人、令和2年度は2人に減りましたが、令和3年度は4人に増え、令和4年度は0人と減少しています。

図表 33 重複・頻回医療受診対象者の推移

	平成28年度	平成29年度	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
対象者数(人)	8	8	0	0	5	2	1
保健指導実施数(人)	8	8	0	0	5	2	1
実施割合(%)	100.0	100.0	—※1	—※2	100.0	100.0	100.0

※1 該当の対象者がいないため未実施

※2 新型コロナウイルス感染症蔓延のため未実施

[大鰐町データ]

図表 34 重複服薬者の推移

	平成28年度	平成29年度	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
対象者数(人)				4	2	4	0
保健指導実施数(人)				0	2	4	0
実施割合(%)				—※1	100.0	100.0	—※2

※1 新型コロナウイルス感染症蔓延のため未実施

※2 該当の対象者がいないため未実施

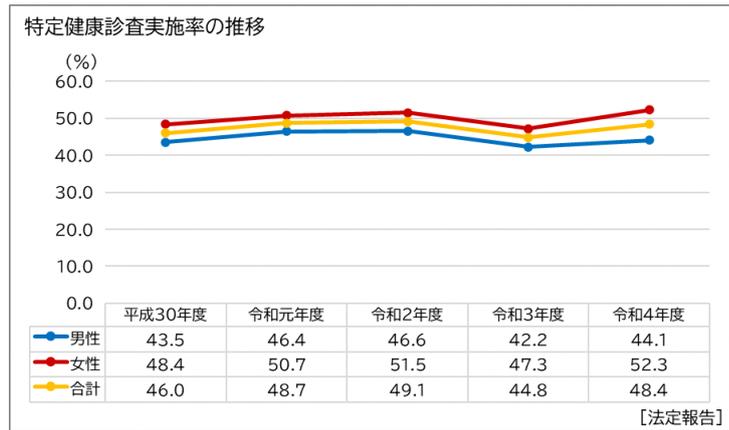
[大鰐町データ]

2. 特定健康診査・特定保健指導の状況

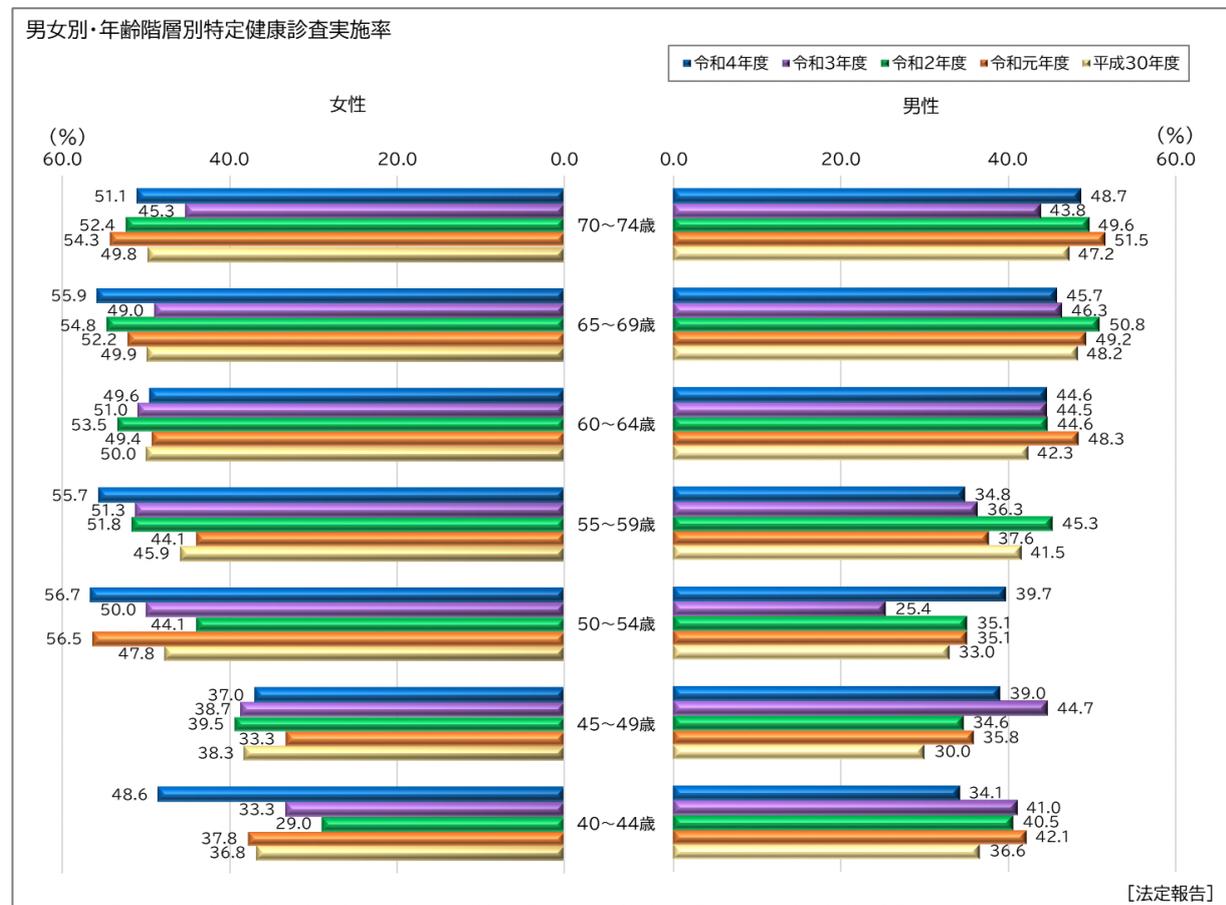
(1) 特定健康診査

特定健康診査の実施率は増減を繰り返し、令和3年度は44.8%に減少したものの令和4年度には48.4%に戻っています。男女別・年齢階層別の実施率みると、男性と比較して女性の実施率が高くなっています。

図表 35 男女別特定健康診査実施率の推移

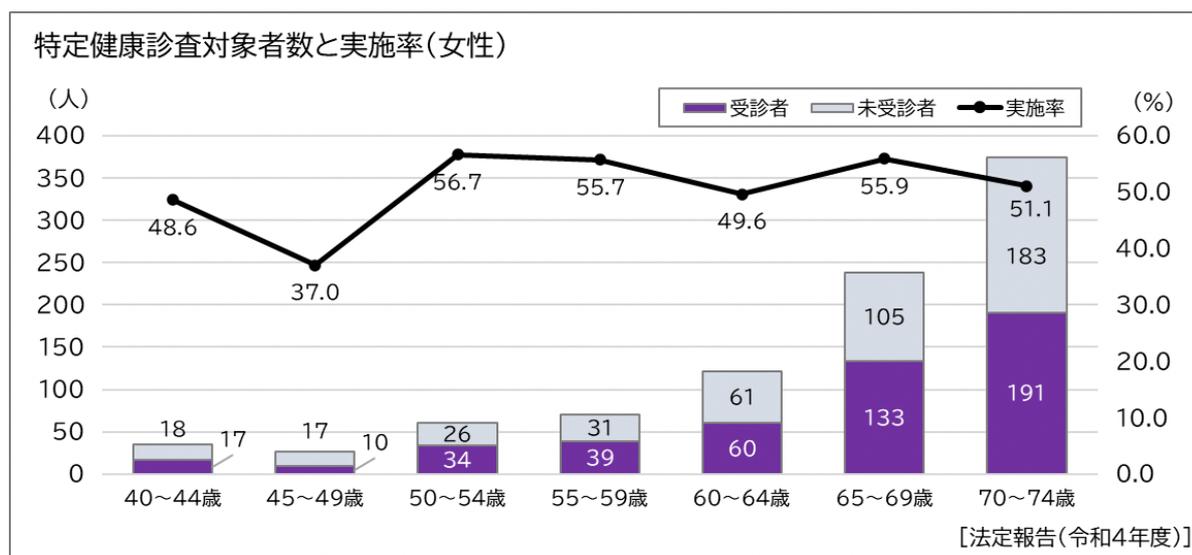
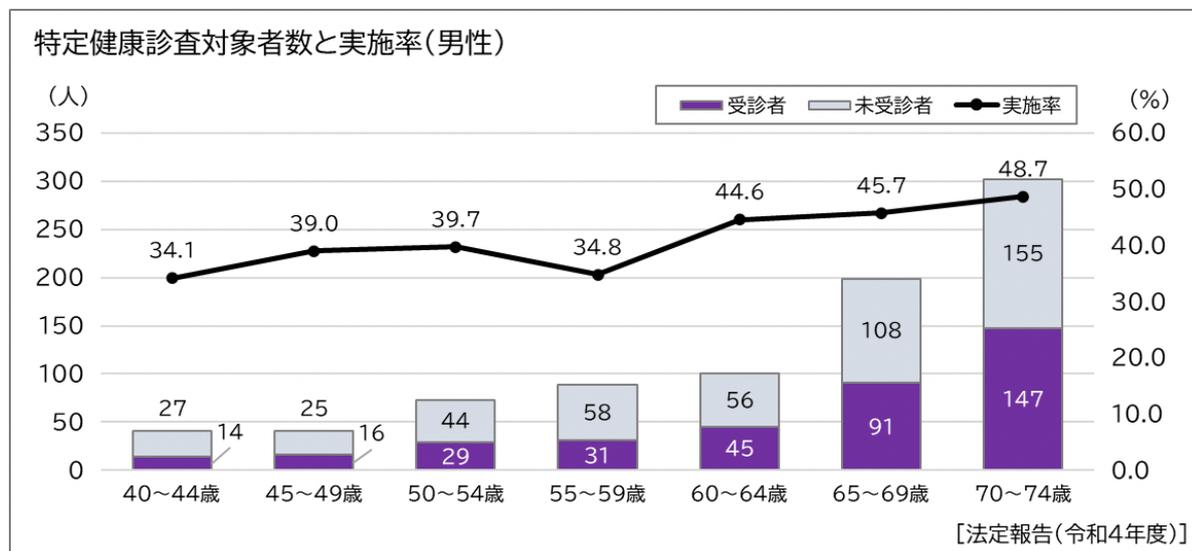


図表 36 男女別・年齢階層別特定健康診査実施率の推移



令和4年度の特定健康診査対象者数と実施率を性別にみると、男性は40～59歳の実施率は30.0%台で推移していますが、60歳以上は40.0%台と実施率が高くなっています。また、女性で最も実施率が低いのは45～49歳で、それ以外の年代の実施率は50.0%前後で推移しています。

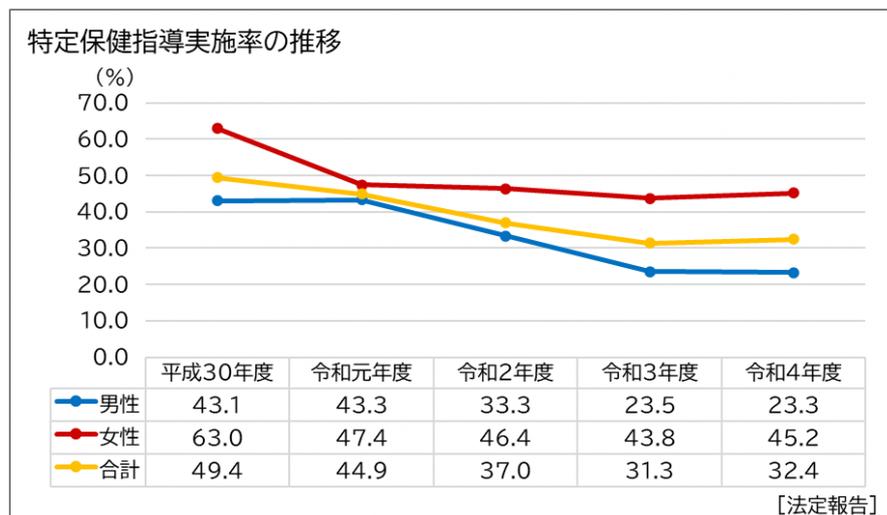
図表 37 男女別・年齢階層別特定健康診査対象者数と実施率



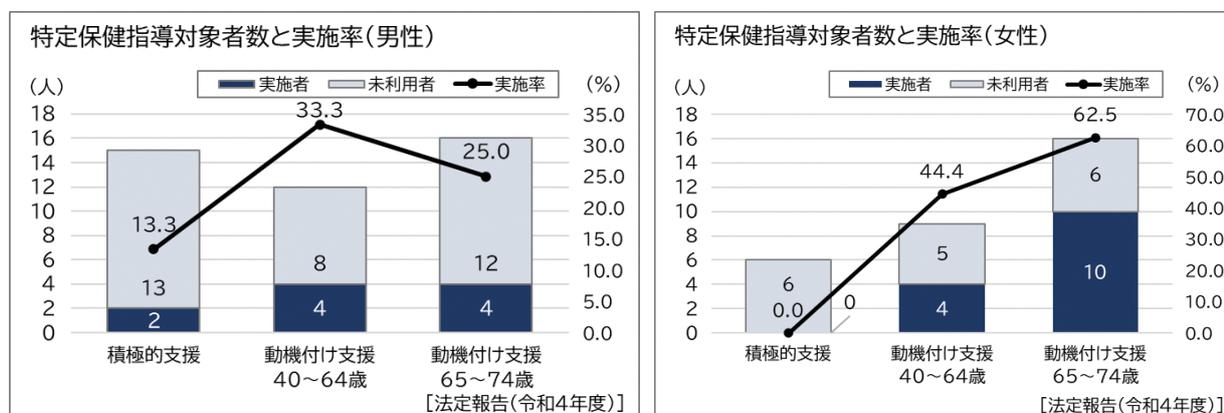
(2) 特定保健指導

特定保健指導実施率は低下しており、令和2年度以降は30.0%台で留まっています。令和4年度の実施率をみると、女性は65～74歳の動機付け支援の実施率は62.5%と高いですが、対象者数が多い男性の積極的支援実施率が13.3%と低く、女性の積極的支援の実施率も0.0%です。

図表 38 男女別特定保健指導実施率の推移



図表 39 男女別・階層化別特定保健指導対象者数と実施率



(3) 特定保健指導の成果 減少率

① 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率⁶

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 年度までは 13.0～18.0%台で推移していましたが令和 3 年度で 10.0%以下まで低下し、その後令和 4 年度は 20.0%台に改善しています。令和 3 年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率が低下した要因として、令和 3 年度は特定健康診査の実施率が低下し、健康診査の継続受診者の割合が下がったため、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を算出できない方が増えたことが考えられます。

令和元年度以降の男性の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、女性と比べると低く推移しています。

図表 40 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の推移

単位：%

	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
全体	15.8	18.8	13.2	9.5	22.2
40～64歳	14.6	14.6	14.3	16.3	18.2
65～74歳	17.1	23.1	12.2	3.8	25.0
男性	17.8	16.4	7.1	8.7	14.3
女性	12.9	24.0	22.9	11.5	30.8

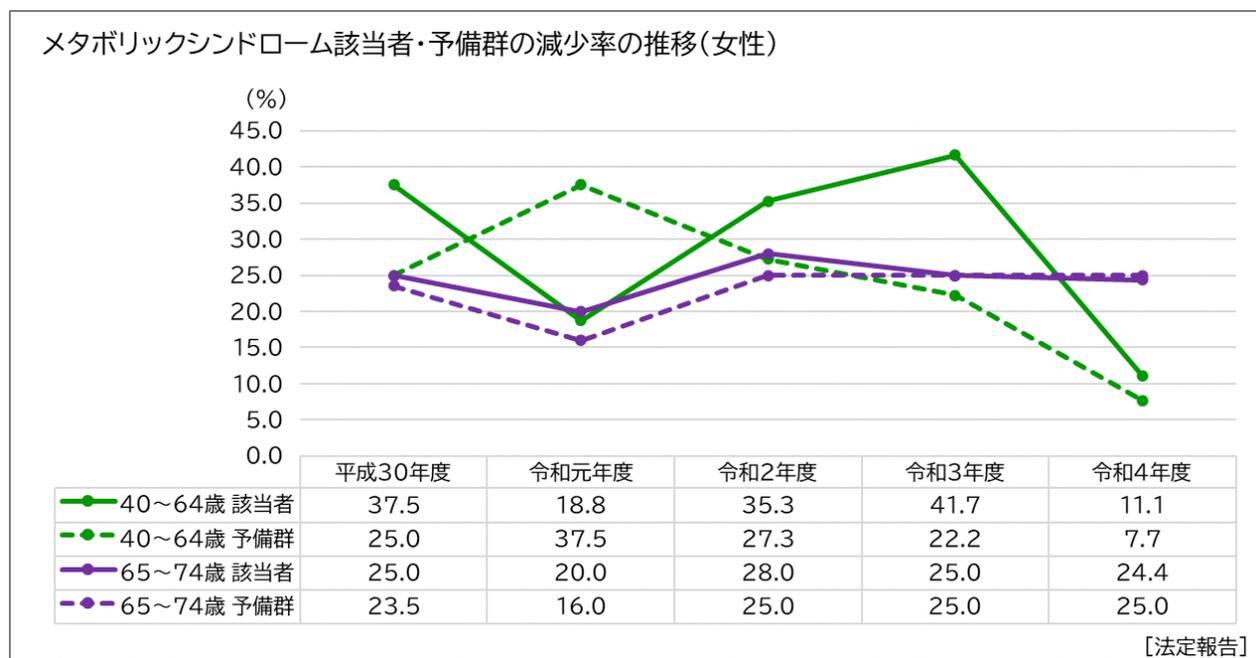
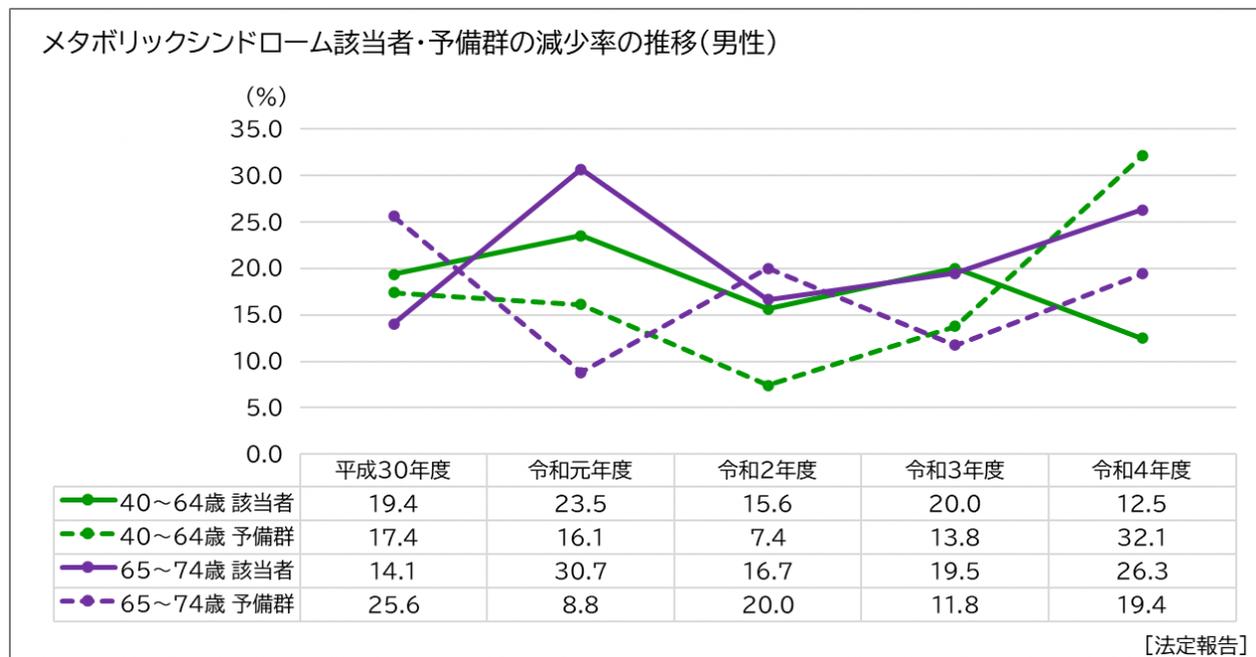
[法定報告]

⁶ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率：昨年度の特定保健指導利用者のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数(人)÷昨年度の特定保健指導の利用者数(人)×100

② メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率を性別にみると、年度により増減が大きくなっていますが、令和4年度において40～64歳女性では大幅に減少しています。

図表 41 男女別メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率の推移

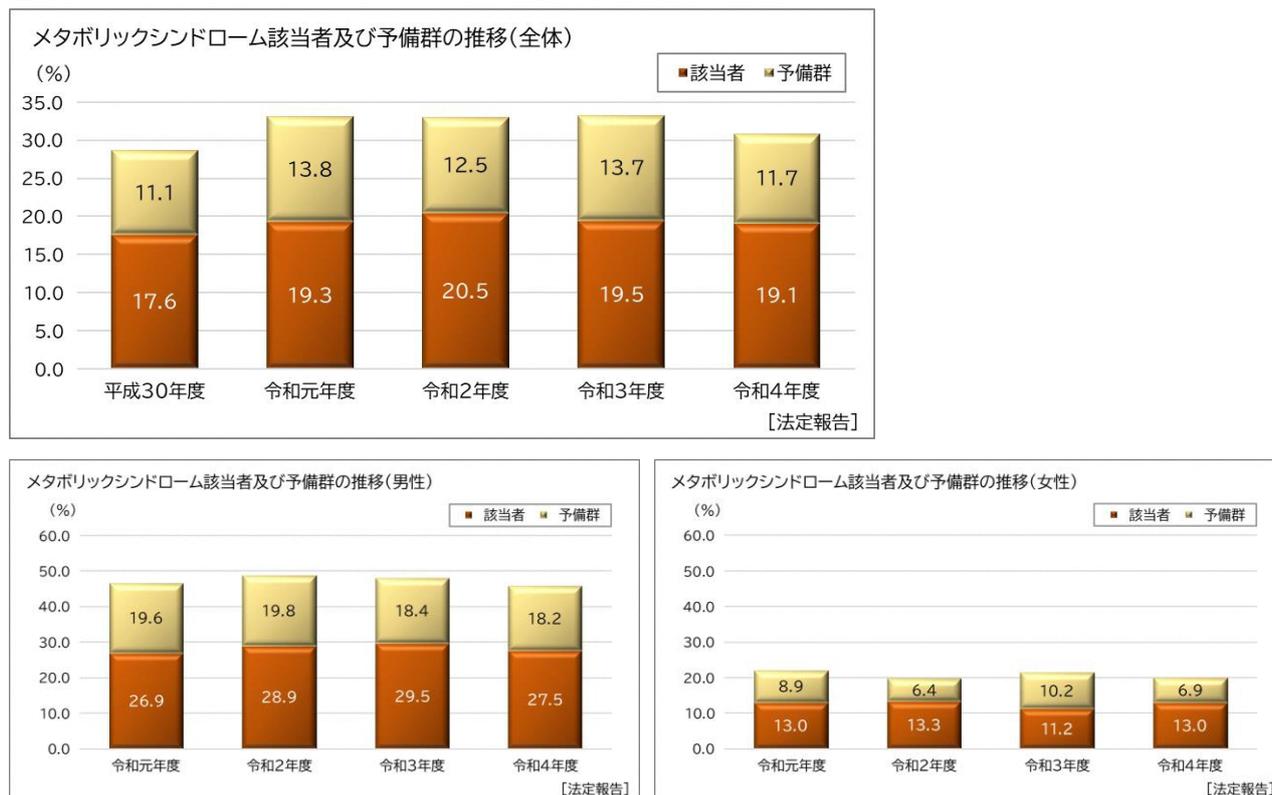


(4) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

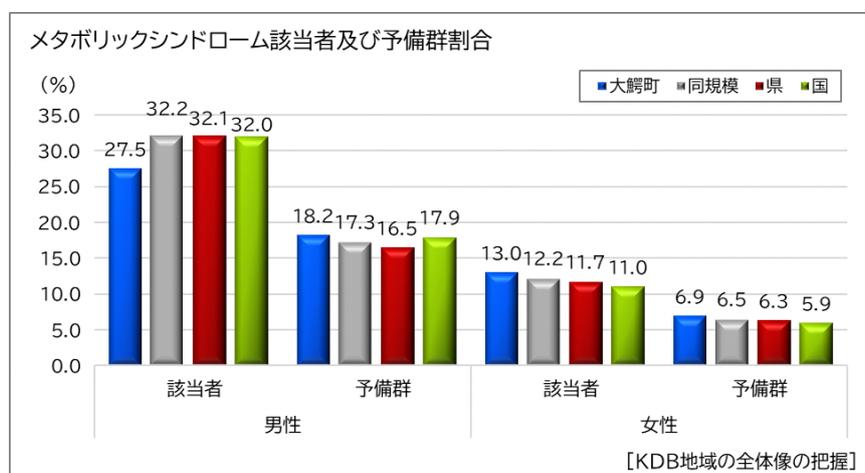
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、ほぼ横ばいで推移しています。男性は、メタボリックシンドローム該当者が増加傾向でしたが、令和4年度は減少しています。女性のメタボリックシンドローム該当者は横ばいで推移しており、予備群は減少しています。

男性のメタボリックシンドローム該当者は国・県・同規模よりも低いですが、女性はやや高くなっています。

図表 42 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移

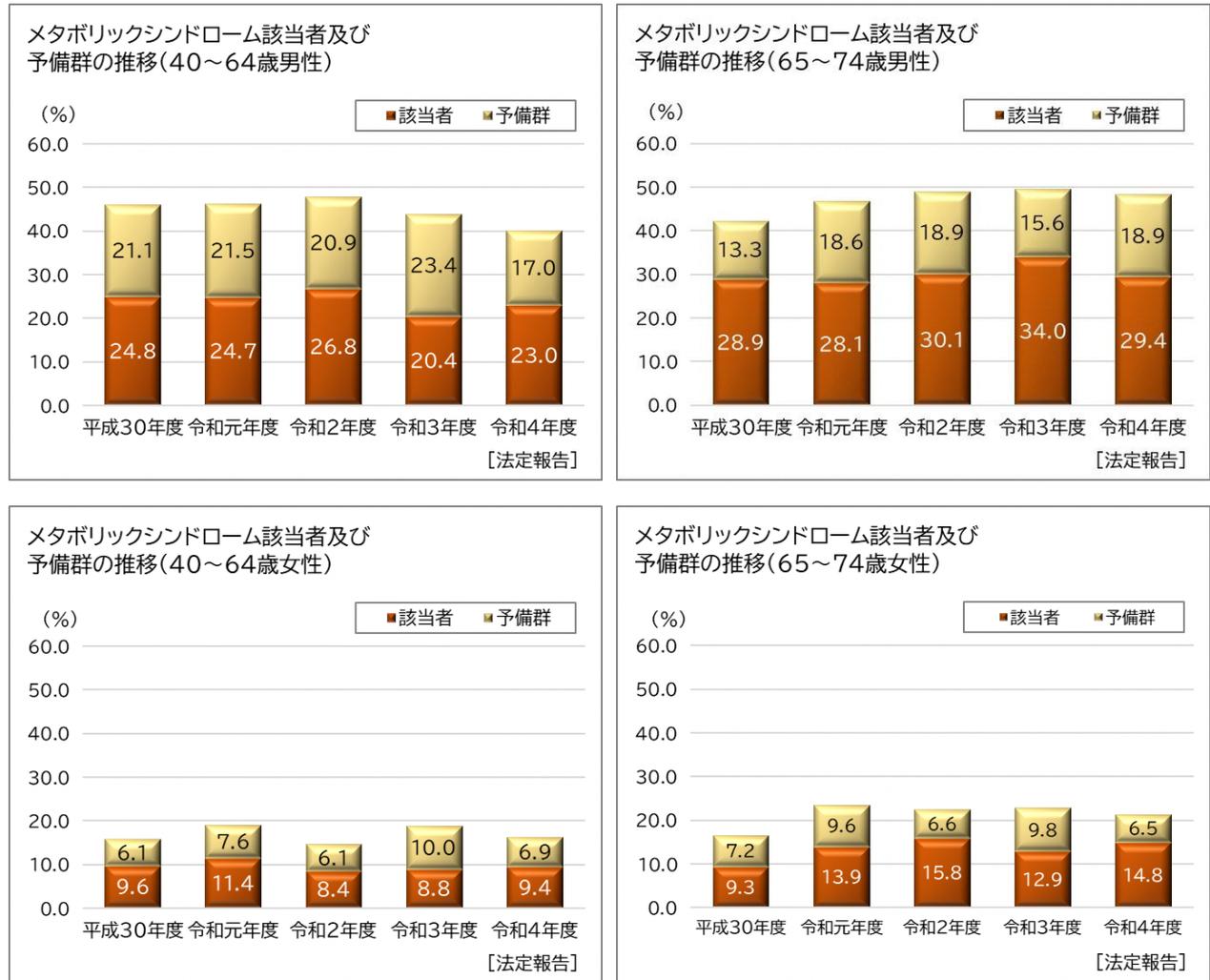


図表 43 国・県・同規模とのメタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の比較



さらに、年齢を 2 区分に分けて比較したところ、40～64 歳の男性はメタボリックシンドローム該当者及び予備群ともに減少していますが、65～74 歳ではどちらも増加傾向です。40～64 歳の女性では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群ともに横ばいで推移しています。65～74 歳の女性では、メタボリックシンドローム該当者の割合が増えてきています。

図表 44 男女別・年齢階層別メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移



(5) 特定健康診査の検査結果

男女ともに有所見率が増加しているのは血圧であり、国や県との比較においても高くなっています。令和元年度と比較して令和4年度に有所見率が高い項目を男女別でみると、男性はBMI、血糖、HbA1c、女性では中性脂肪とHDLコレステロールの有所見率が上がっています。

年齢階層別でみると、40～64歳の男性では尿酸、拡張期血圧の2項目ですが、65～74歳の男性では、BMI、腹囲、GPT、HDLコレステロール、血糖、HbA1c、血圧など多くの項目で有所見率が上がっています。また、GPT、尿酸、血圧においては、国及び県と比較して有所見率が高くなっています。

図表 45 特定健康診査の検査結果(男性)

男性			令和元年度と令和4年度と比較して高い								国及び県と比較して高い					
			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		血糖		HbA1c	
			25以上		85cm以上		150mg/dl以上		31U/l以上		40mg/dl未満		100mg/dl以上		5.6%以上	
			人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)		
町	40～64歳	令和元年度	57	36.1	81	51.3	57	36.1	57	36.1	10	6.3	61	38.6	55	34.8
		令和4年度	49	33.3	67	45.6	50	34.0	47	32.0	8	5.4	49	33.3	44	29.9
	65～74歳	令和元年度	88	30.9	139	48.8	77	27.0	65	22.8	10	3.5	122	42.8	132	46.3
		令和4年度	93	34.3	135	49.8	63	23.2	64	23.6	11	4.1	150	55.4	133	49.1
	合計	令和元年度	145	32.7	220	49.7	134	30.2	122	27.5	20	4.5	183	41.3	187	42.2
		令和4年度	142	34.0	202	48.3	113	27.0	111	26.6	19	4.5	199	47.6	177	42.3
県	令和4年度	12,284	36.9	17,483	52.6	8,488	25.5	8,356	25.1	1,527	4.6	17,610	52.9	18,960	57.0	
国	令和4年度	34.2		55.3		28.1		21.4		7.1		34.8		57.8		

男性			尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン	
			7.0mg/dl以上		130mmHg以上		85mmHg以上		120mg/dl以上		1.3mg/d以上	
			人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
町	40～64歳	令和元年度	26	16.5	75	47.5	70	44.3	70	44.3	2	1.3
		令和4年度	29	19.7	63	42.9	69	46.9	65	44.2	1	0.7
	65～74歳	令和元年度	47	16.5	164	57.5	83	29.1	116	40.7	8	2.8
		令和4年度	35	12.9	183	67.5	117	43.2	110	40.6	7	2.6
	合計	令和元年度	73	16.5	239	54.0	153	34.5	186	42.0	10	2.3
		令和4年度	64	15.3	246	58.9	186	44.5	175	41.9	8	1.9
県	令和4年度	3,073	9.2	16,746	50.3	10,135	30.5	15,055	45.3	791	2.4	
国	令和4年度	12.5		50.2		26.4		45.6		2.5		

[KDB 様式 5-2]

40～64歳の女性は、中性脂肪、HDL コレステロール、尿酸、拡張期血圧、LDL コレステロールが高く、65～74歳の女性では中性脂肪、GPT、HDL コレステロール、血圧の有所見率が上がっています。

国及び県と比較してみると、BMI、腹囲、中性脂肪、尿酸、血圧が国や県と比べて高くなっています。

図表 46 特定健康診査の検査結果(女性)

女性			令和元年度と令和4年度と比較して高い								国及び県と比較して高い					
			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDLコレステロール		血糖		HbA1c	
			25以上		85cm以上		150mg/dl以上		31U/l以上		40mg/dl未満		100mg/dl以上		5.6%以上	
			人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)		
町	40～64歳	令和元年度	53	28.6	41	22.2	23	12.4	25	13.5	0	0.0	47	25.4	64	34.6
		令和4年度	47	27.6	37	21.8	30	17.6	16	9.4	1	0.6	42	24.7	58	34.1
	65～74歳	令和元年度	105	30.4	84	24.3	53	15.4	32	9.3	2	0.6	127	36.8	183	53.0
		令和4年度	107	29.2	79	21.5	57	15.5	36	9.8	3	0.8	134	36.5	174	47.4
	合計	令和元年度	158	29.8	125	23.6	76	14.3	57	10.8	2	0.4	174	32.8	247	46.6
		令和4年度	154	28.7	116	21.6	87	16.2	52	9.7	4	0.7	176	32.8	232	43.2
県	令和4年度	11,217	26.8	8,281	19.8	5,255	12.6	4,632	11.1	342	0.8	15,196	36.4	23,860	57.1	
国	令和4年度	21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		21.9		56.5		

女性			尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン	
			7.0mg/dl以上		130mmHg以上		85mmHg以上		120mg/dl以上		1.3mg/d以上	
			人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
町	40～64歳	令和元年度	4	2.2	68	36.8	53	28.6	95	51.4	0	0.0
		令和4年度	6	3.5	62	36.5	62	36.5	91	53.5	0	0.0
	65～74歳	令和元年度	7	2.0	157	45.5	59	17.1	198	57.4	3	0.9
		令和4年度	5	1.4	226	61.6	108	29.4	192	52.3	0	0.0
	合計	令和元年度	11	2.1	225	42.5	112	21.1	293	55.3	3	0.6
		令和4年度	11	2.0	288	53.6	170	31.7	283	52.7	0	0.0
県	令和4年度	568	1.4	19,277	46.1	8,682	20.8	22,118	52.9	112	0.3	
国	令和4年度	1.8		45.4		16.9		54.1		0.3		

[KDB 様式 5-2]

(6) 特定健康診査の問診状況

問診データを見ると、令和元年度と令和4年度を比較して割合が下がっているが、国・県・同規模よりも高い問診項目は、喫煙(16.4%)、食べる速度が速い(30.2%)、20歳時体重から10kg以上増加(37.2%)、1回30分以上の運動習慣なし(70.0%)です。改善していない項目として、就寝前の夕食(20.2%)、3合以上の多量飲酒(7.1%)、毎日飲酒習慣あり(30.6%)と回答した割合は国・県・同規模よりも高めになっています。

図表 47 問診データ

	大鰐町				令和4年度			
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	同規模	県	国	
喫煙	16.6	16.4	17.6	16.4	15.1	14.7	13.8	
週3回以上朝食を抜く	6.5	8.0	9.7	9.1	8.6	8.6	10.4	
週3回以上就寝前夕食 (H30~)	18.7	16.2	20.1	20.2	16.4	19.3	15.7	
食べる速度が速い	31.3	31.1	30.9	30.2	26.4	27.6	26.8	
20歳時体重から10kg以上増加	37.6	39.1	35.9	37.2	35.9	36.1	35.0	
1回30分以上運動習慣なし	72.3	67.9	68.5	70.0	65.2	65.5	60.4	
1日1時間以上運動なし	42.0	47.8	40.4	38.7	47.0	50.3	48.0	
睡眠不足	22.6	22.9	20.5	21.7	24.2	23.2	25.6	
毎日飲酒	29.8	30.8	27.9	30.6	26.4	26.6	25.5	
時々飲酒	19.5	17.6	17.3	16.1	21.0	22.5	22.5	
一日飲酒量	1合未満	54.4	51.8	56.8	55.7	59.9	56.5	64.1
	1~2合	25.8	27.7	24.3	25.2	26.5	25.3	23.7
	2~3合	12.1	11.5	11.9	12.0	10.4	11.2	9.4
	3合以上	7.7	9.0	7.1	7.1	3.2	7.0	2.8

令和元年度から下がっているが国や県・同規模よりも高い
 改善していない項目で国や県・同規模よりも高い

単位：%

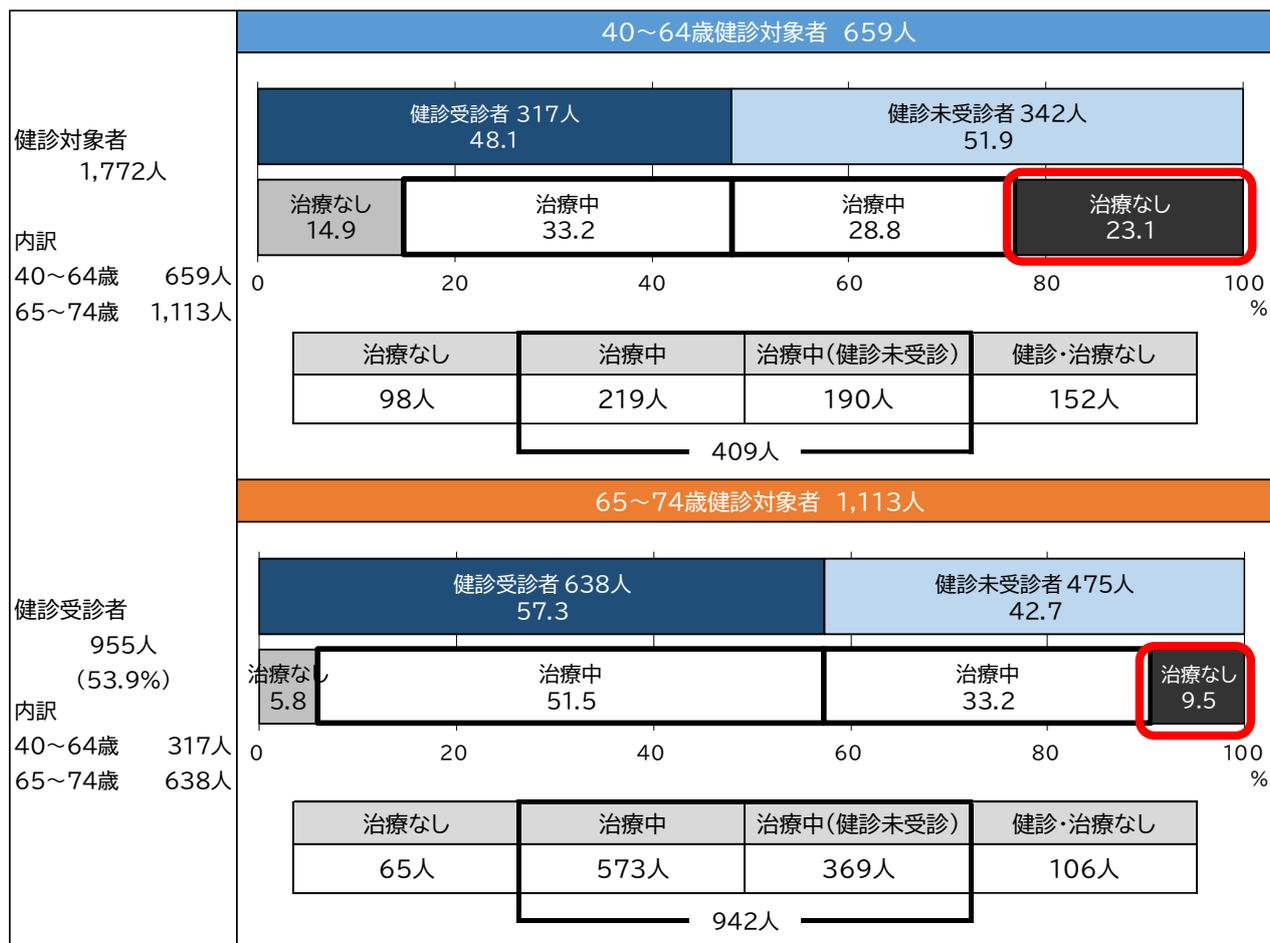
[KDB 地域の全体像の把握]

(7) 特定健康診査とレセプト情報データの分析

【健診と医療受診の状況】

健診とレセプト情報を突合し、健診の受診の有無と医療受診の有無を確認すると、40～64 歳の方で健診も医療による治療も受けていない健康状態不明者は 152 人(23.1%)で、65～74 歳の方では 106 人(9.5%)います。

図表 48 健診と医療受診の状況

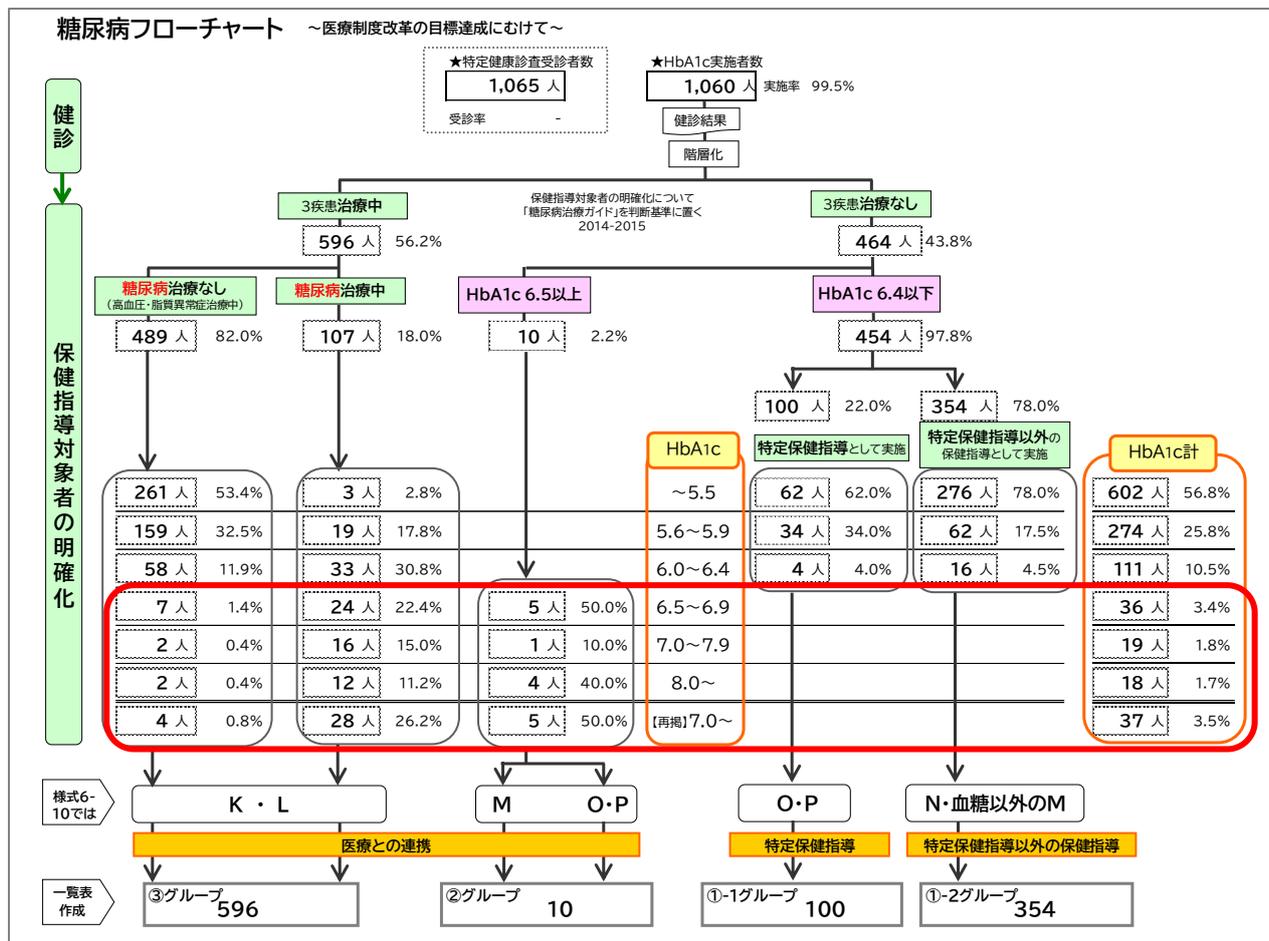


[KDB 様式 5-5]

【糖尿病フローチャート】

糖尿病フローチャートより健診受診者の全体像を把握すると、糖尿病域である HbA1c6.5%以上の方は 73 人(6.9%)で、合併症のハイリスクである HbA1c7.0%以上はそのうち約半数の 37 人(3.5%)です。治療状況を問診で確認すると、多くは治療中の方です。

図表 49 糖尿病フローチャート

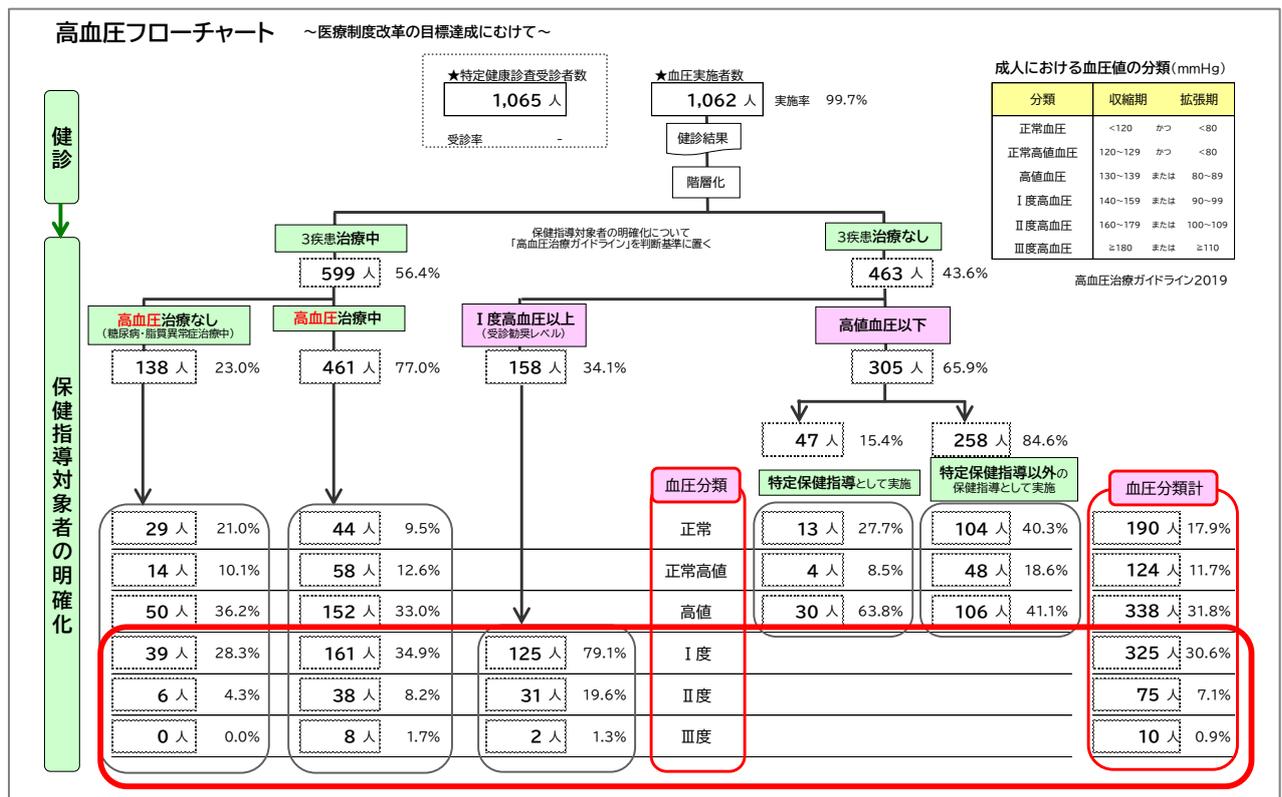


[特定健診等データ管理システム FKAC171]

【高血圧フローチャート】

高血圧フローチャートにより健診受診者の全体像を把握すると、I 度高血圧以上の方は 410 人 (38.6%) であり、高血圧の治療がない方は約半数です。血圧が高いことそのものに気づいていない対象者が多いと想定されることから、ハイリスクアプローチだけではなく自分の血圧を把握する重要性の啓蒙など情報提供やポピュレーションアプローチにより発症予防や早期発見につなげる活動が必要です。

図表 50 高血圧フローチャート



[特定健診等データ管理システム FKAC171]

3. 介護の状況

(1) 介護認定率の推移

介護認定の状況は、1号認定者⁷は割合がわずかに減少していますが、国・県・同規模と比べて高いです。新規認定者の割合は横ばいで推移し、国・県・同規模と同水準です。2号認定者⁸の認定率は、わずかに増加しており、令和4年度は国・県・同規模を上回っています。

図表 51 介護認定者数の推移と国・県・同規模との比較

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度		
						同規模	県	国
1号認定者	人数(人)	832	856	822	802			
	認定率(%)	22.3	22.4	22.4	21.5	19.4	18.5	19.4
新規認定者	人数(人)	9	16	7	13			
	認定率(%)	0.30	0.30	0.20	0.30	0.30	0.30	0.30
2号認定者	人数(人)	12	12	14	14			
	認定率(%)	0.36	0.36	0.42	0.49	0.39	0.47	0.38

[KDB 地域の全体像の把握]

(2) 介護給付費の推移

一人当たりの給付費は、令和元年度から令和3年度にかけて増加しましたが、令和4年度は減少しています。一人当たりの給付費と同様に一件当たり給付費も、令和元年度から令和3年度にかけて増加し、令和4年度は減少しています。

居宅と施設サービスにわけてみると、居宅サービスは年々増加していますが、施設サービスは横ばいで推移しており、同規模よりは高いものの国や県よりは低くなっています。

図表 52 介護給付費の推移と国・県・同規模との比較

単位:円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度		
					同規模	県	国
一人当たり給付費	365,047	372,900	374,762	368,521	314,188	324,668	290,668
一件当たり給付費(全体)	89,791	90,730	90,807	89,983	74,986	72,200	59,662
居宅サービス	56,040	57,408	57,605	59,851	43,722	51,854	41,272
施設サービス	295,020	298,282	296,810	294,287	289,312	301,081	296,364

[KDB 地域の全体像の把握]

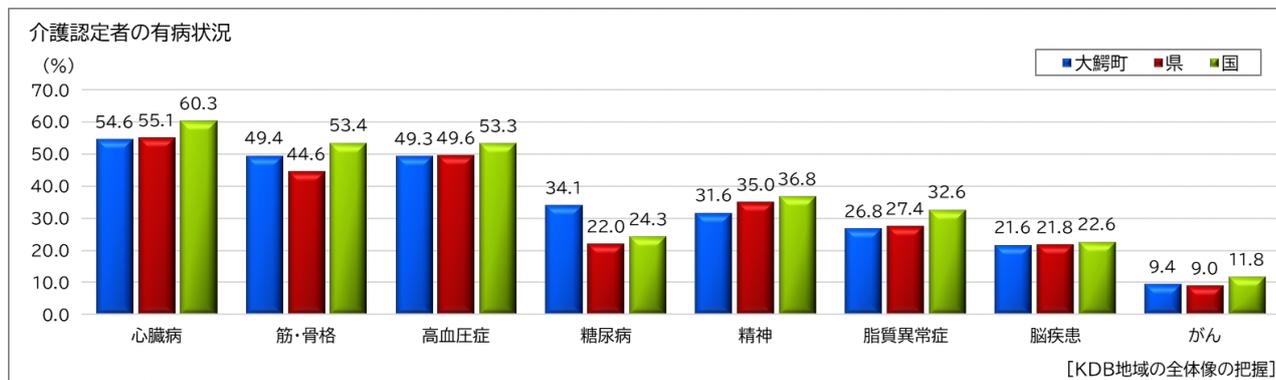
⁷ 1号認定者:65歳以上 要介護認定の判定で要介護・要支援に該当の方

⁸ 2号認定者:40~65歳未満の医療保険加入者 要介護(要支援)状態が主に老化が原因とされる病気(特定疾病)である方

(3) 介護認定者の有病状況

介護認定者の有病状況で、最も多いのは心臓病(54.6%)で、次いで筋・骨格(49.4%)、高血圧症(49.3%)で、これらは国よりも割合が低くなっています。また、糖尿病は国や県よりも高くなっています。

図表 53 国や県との介護認定者の有病状況の比較



図表 54 介護認定者の有病状況

要介護認定状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	小計												
	被保険者数(人)	認定者数(人)	2,867	1,764	2,007	3,771		6,638										
	認定率(%)	0.5	4.1	36.3	21.3		12.3											
	新規認定者数(人)	3	18	85	103		106											
	介護度別	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	合計								
	要支援1・2	1	7.1	27	37.0	187	25.7	214	26.7	215	26.3							
	要介護1・2	4	28.6	26	35.6	283	38.8	309	38.5	313	38.4							
	要介護3~5	9	64.3	20	27.4	259	35.5	279	34.8	288	35.3							
要介護突合状況	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	小計												
	介護件数(全体)		14	73	729	802		816										
	再)国保・後期		8	56	671	727		735										
	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数(人)	割合(%)												
				脳卒中	5	62.5	脳卒中	22	39.3	脳卒中	290	43.2	脳卒中	312	42.9	脳卒中	317	43.1
		循環器疾患	2	虚血性心疾患	2	25.0	腎不全	15	26.8	虚血性心疾患	286	42.6	虚血性心疾患	299	41.1	虚血性心疾患	301	41.0
			3	腎不全	2	25.0	虚血性心疾患	13	23.2	腎不全	197	29.4	腎不全	212	29.2	腎不全	214	29.1
			4	糖尿病合併症	2	25.0	糖尿病合併症	13	23.2	糖尿病合併症	98	14.6	糖尿病合併症	111	15.3	糖尿病合併症	113	15.4
		基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)	6		75.0	基礎疾患	50	89.3	基礎疾患	647	96.4	基礎疾患	697	95.9	基礎疾患	703	95.6	
6			75.0	合計	51	91.1	合計	654	97.5	合計	705	97.0	合計	711	96.7			
認知症		1		12.5	認知症	10	17.9	認知症	301	44.9	認知症	311	42.8	認知症	312	42.4		
		6		75.0	筋・骨格系	47	83.9	筋・骨格系	642	95.7	筋・骨格系	689	94.8	筋・骨格系	695	94.6		

[KDB 要介護認定状況・要介護突合状況(令和4年度)]

第4章 第3期データヘルス計画

1. 計画全体における目的

「平均寿命を1歳延ばそう」をスローガンに、生涯を通じた健康づくりを推進し、被保険者一人ひとりが自分自身の健康に関心を持ち、主体的に健康増進及び疾病予防に取り組みます。

【健康課題】

健康課題	対応する個別保健事業番号
標準化死亡比が高く、国と比べて平均寿命は短い。男性の標準化死亡比では肝疾患、肝臓がん、腎不全、胃がん、脳血管疾患が高く、女性は糖尿病、肝臓がん、大腸がん、胃がん、脳血管疾患が高い。	1~5, 7, 10
介護認定率は1号2号ともに国よりも高く、介護認定者の有病状況をみると国や県と比べて糖尿病の割合が高い。	
重症化して発症する虚血性心疾患や脳血管疾患のレセプト件数は近年横ばいで、高額医療や長期入院は減少していない。	
健診結果から、高血圧の有所見率が高くなっており、国や県を上回っている。	
男性は平均自立期間の伸びが平均余命の伸びを下回っており、自立していない期間の平均が長くなっている。男性は特定健康診査実施率や特定保健指導の実施率・改善率が女性よりも低い。	
女性は肥満や腹囲の有所見率が高い水準で、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が国や県よりも高い。	
生活習慣病と関わる習慣として、喫煙、食べる速度が速い、1日30分以上の運動習慣なし、就寝前の夕食、3合以上の多量飲酒の割合が高い。毎日飲酒習慣ありと回答した割合は国・県・同規模よりも高めである。	
後発医薬品の使用割合は目標値を達成しているが、重複・頻回受診者がいる。	6, 8, 9

2. 健康課題を解決するための個別保健事業

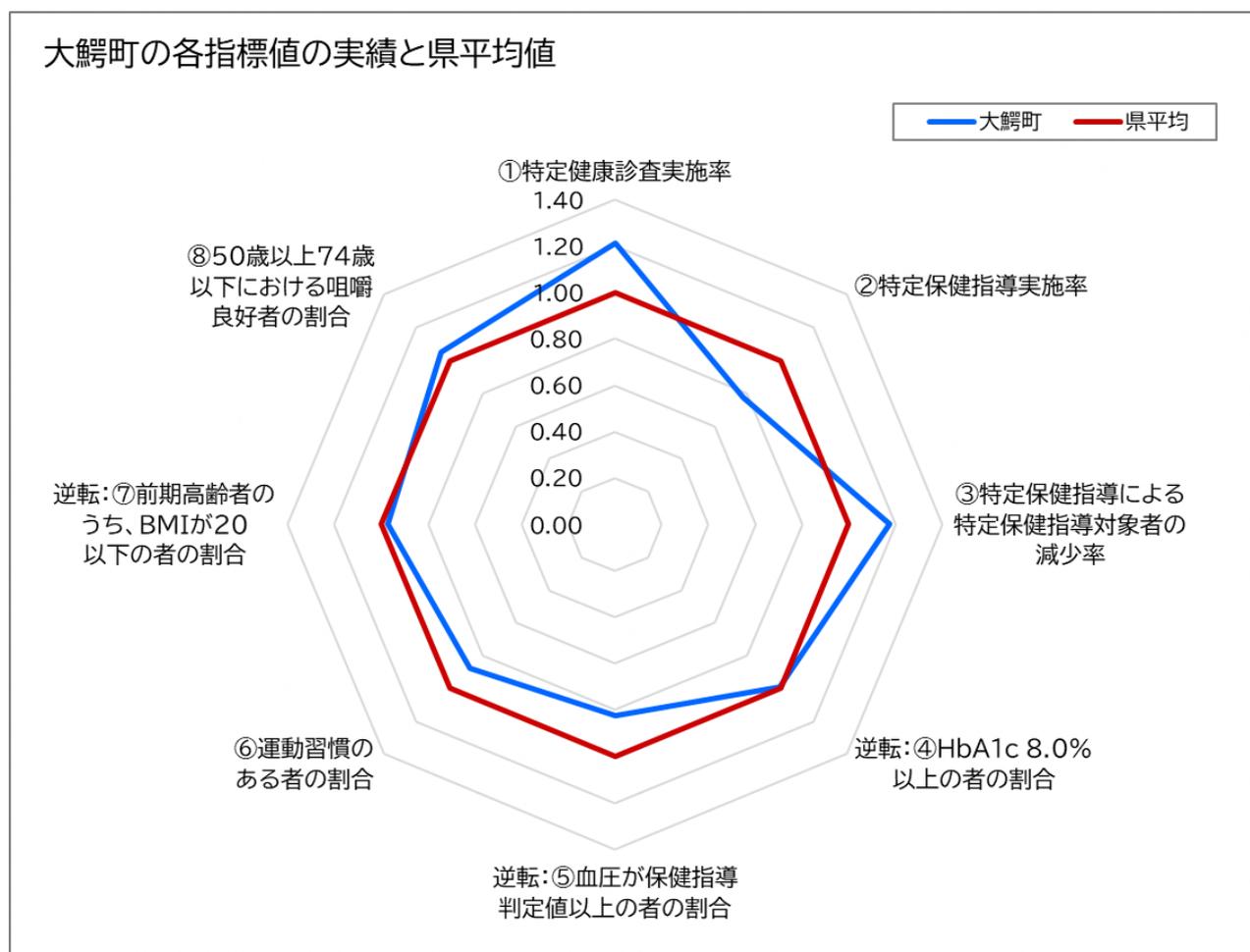
1	特定健康診査実施率向上事業
2	特定保健指導実施率向上事業
3	特定健康診査精密検査受診率向上事業・重症化予防事業
4	高血圧症対策事業
5	糖尿病重症化予防事業
6	重複・多受診者訪問指導事業
7	人間ドック
8	医療費通知
9	ジェネリック医薬品差額通知
10	広報事業

【共通の評価指標】

評価指標		ベースライン値 令和4年度	中間 目標値	目標値
平均自立期間 の延伸	平均自立期間(要介護2以上)(年)	男性:80.1 女性:81.5	男性:80.2 女性:81.6	男性:80.3 女性:81.7
特定健康診査	★特定健康診査実施率(法定報告値)(%)	48.4	54.0	60.0
	☆40歳～64歳の健康診査実施率(%)	48.1	54.0	60.0
	☆65歳～74歳の健康診査実施率(%)	57.3	60.0	60.0
特定保健指導	★特定保健指導実施率(法定報告値)(%)	32.4	46.2	60.0
	☆40歳～64歳の保健指導実施率(%)	21.3	45.0	60.0
	☆65歳～74歳の保健指導実施率(%)	26.9	45.0	60.0
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の 減少率(%)	22.2	35.7	50.0
	☆40歳～64歳の保健指導減少率(%)	18.2	18.5	18.8
	☆65歳～74歳の保健指導減少率(%)	25.0	25.3	25.6
メタボリック シンドローム 該当者及び 予備群の改善	メタボリックシンドローム該当者割合(%)	19.1	18.8	18.5
	メタボリックシンドローム予備群の割合(%)	11.7	11.4	11.1
	メタボリックシンドローム該当者の減少率(%)	22.7	28.1	34.0
	メタボリックシンドローム予備群の減少率(%)	22.9	28.6	34.5
生活習慣病 重症化予防	☆血圧①収縮期血圧 130mmHg 以上または ②拡張期血圧 85mmHg 以上の者の割合(%)	61.8	61.5	61.2
	☆運動習慣のある者の割合(%)	30.0	31.0	32.0
	☆前期高齢者低栄養傾向者割合(%)	16.5	16.6	16.7
	☆50～74歳の咀嚼良好者割合(%)	77.5	77.8	78.1
糖尿病性腎症 重症化予防	★HbA1c8.0%以上の者の割合(%)	1.7	1.6	1.5
	☆40～64歳の8.0%以上の割合(%)	1.3	1.2	1.1
	☆65～74歳の8.0%以上の割合(%)	1.9	1.8	1.7
	☆HbA1c6.5%以上の者の割合(%)	7.0	6.9	6.8
	☆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(%)	13.6	13.3	13.1
後発医薬品 推進	☆後発医薬品使用割合(%)	84.7	80.0以上	80.0以上
喫煙対策	☆喫煙率(%)	16.4	16.1	15.8

★国の共通様式 ☆県の共通様式

図表 55 各指標目標値の実績と県平均値との比較



第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 達成しようとする目標

本町の目標値は、国が示す特定健康診査等基本指針において掲げられている各保険者が設定すべき2つの目標と、令和11年度における目標を踏まえて設定します。

図表 56 各医療保険者種別の目標(全国)

単位:%

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	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合 (私学共済を除く)
特定健康 診査実施率	70.0 以上	60.0 以上	70.0 以上	70.0 以上	90.0 以上	85.0 以上	90.0 以上
特定保健 指導実施率	45.0 以上	60.0 以上	30.0 以上	35.0 以上	60.0 以上	30.0 以上	60.0 以上

[特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)]

図表 57 第4期計画の目標値

単位:%

	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 診査実施率	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
特定保健 指導実施率	40.0	42.0	45.0	49.0	54.0	60.0

[特定健康診査等実施計画作成の手引き(第4版)]

2. 特定健康診査等の対象者数

(1) 特定健康診査における対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に40~74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している方(年度途中での加入・脱退等異動のない方)のうち、妊産婦等除外規定の該当者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等)を除いたものを対象者とします。

(2) 特定健康診査の対象者数及び受診者数の推計

過去 3 年間の被保険者数の平均伸び率を参考に、次の図表のとおり対象者数を推計します。推計した対象者数に、各年度の目標特定健康診査実施率を乗じ、各年度の特定健康診査の受診者数を算出しています。

図表 58 特定健康診査の対象者及び受診者の推計

単位:人

区分		令和6年度			令和7年度			令和8年度		
		男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計
対象者数	40～64歳	315	283	598	300	268	568	285	253	538
	65～74歳	461	572	1,033	441	552	993	421	532	953
	合計	776	855	1,631	741	820	1,561	706	785	1,491
受診者数	40～64歳	157	142	299	156	139	295	154	137	291
	65～74歳	231	286	517	230	287	517	228	287	515
	合計	388	428	816	386	426	812	382	424	806

単位:人

区分		令和9年度			令和10年度			令和11年度		
		男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計
対象者数	40～64歳	270	238	508	255	223	478	240	208	448
	65～74歳	401	512	913	381	492	873	361	472	833
	合計	671	750	1,421	636	715	1,351	601	680	1,281
受診者数	40～64歳	151	134	285	148	129	277	144	125	269
	65～74歳	224	287	511	221	286	507	217	283	500
	合計	375	421	796	369	415	784	361	408	769

(3) 特定保健指導における対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る方のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤の服用者を除きます。次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象となるのか積極的支援の対象となるのかが異なります。

図表 59 特定保健指導の対象者(階層化)

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
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当					
	1つ該当			なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当			あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当					
	1つ該当			なし		

(4) 特定保健指導の対象者数及び受診者数の推計

対象者の推計については、特定健康診査の推計実施者数に、特定保健指導の対象となりうる方の割合(令和4年度実績値)を乗じて算出しています。推計した対象者数に、各年度の目標特定保健指導実施率を乗じ、目標とする各年度の特定保健指導の受診者数を算出しています。

図表 60 特定保健指導の対象者数及び受診者数の推計

単位:人

区分		令和6年度			令和7年度			令和8年度			
		男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
対象者数	積極的支援	15	6	21	15	6	21	15	6	21	
	動機付け支援	40~64歳	12	9	21	12	9	21	12	9	21
		65~74歳	16	16	32	16	16	32	16	16	32
	合計	43	31	74	43	31	74	43	31	74	
実施者数	積極的支援	6	3	9	6	3	9	7	3	10	
	動機付け支援	40~64歳	5	4	9	5	4	9	6	4	10
		65~74歳	6	6	12	7	7	14	7	7	14
	合計	17	13	30	18	14	32	20	14	34	

単位:人

区分		令和9年度			令和10年度			令和11年度			
		男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
対象者数	積極的支援	14	5	19	14	5	19	14	5	19	
	動機付け支援	40~64歳	11	8	19	11	8	19	11	8	19
		65~74歳	15	15	30	15	15	30	15	15	30
	合計	40	28	68	40	28	68	40	28	68	
実施者数	積極的支援	7	3	10	8	3	11	8	3	11	
	動機付け支援	40~64歳	6	4	10	6	4	10	7	5	12
		65~74歳	7	7	14	8	8	16	9	9	18
	合計	20	14	34	22	15	37	24	17	41	

3. 特定健康診査等の実施方法

(1) 基本事項

① 実施場所

ア 特定健康診査(集団健診)

大鰐町地域交流センター鰐 come

イ 特定健康診査(個別健診)

特定健康診査実施機関(集合契約)

ウ 特定保健指導

大鰐町役場(ただし、利用者数等により適宜検討します。)

② 実施項目

ア 特定健康診査

法定の実施項目(基本的な健診の項目)と詳細・追加健診項目を実施します。

図表 61 特定健康診査の実施項目

項目	備考	
基本的な 健診の項目	既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票)を含む
	自覚症状及び 他覚症状の 有無の検査	理学的検査(身体診察)
	身長、体重及び 腹囲の検査	
	BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
	血圧の測定	
	肝機能検査	GOT(AST) GPT(ALT) γ-GTP
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時中性脂肪) 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(やむを得ない場合は随時血糖)
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無	

詳細・追加 健診項目	貧血検査(詳細)	ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定
	心電図検査 (詳細)	12誘導心電図
	腎機能検査 (詳細)	血清クレアチニン
	眼底検査(詳細)	※個別健診の場合は医師の判断による追加項目とする
	血糖検査(追加)	ヘモグロビンA1c(HbA1c)
	腎機能検査 (追加)	尿酸
	尿検査(追加)	尿中塩分 ※集団健診のみ実施

イ 特定保健指導

- 動機付け支援

一人当たり 20 分以上の面接による個別支援とし、3 か月経過後に通信等(電話または電子メール等)による実績評価を行います。

図表 62 動機付け支援内容

初回	個別支援(一人 20 分以上) 特定保健指導支援計画書作成 ○生活・食生活についての聞き取りと振り返り ○各自の行動目標を立てる
3 か月以降	3 か月以降の評価 ○3 か月間の取り組みの振り返り ○目標の達成状況の確認

- 積極的支援(アウトカム評価とプロセス評価合計で 180 ポイント以上)

一人当たり 20 分以上の面接による個別支援を行い、3 か月以上の継続的な支援(ポイント制に基づき、180 ポイント以上の支援)を実施します。3 か月経過後に通信等(電話または電子メール等)による実績評価を行います。

なお、2 年連続で積極的支援に該当した対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者(図表 63 参照)については、2 年目の特定保健指導は、動機付け支援相当(面接による原則 1 回の支援)を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したものとします。

図表 63 状態が改善している者

BMI < 30	腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少している者
BMI ≥ 30	腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者

図表 64 積極的支援内容

初回	個別支援(一人 20 分程度) 特定保健指導支援計画書作成 ○生活・食生活についての聞き取りと振り返り ○各自の行動目標を立てる
1～3 か月目	電話・手紙等による支援
3～6 か月目	3 か月以降の確認 ○3 か月間の取り組みの振り返り ○目標の達成状況の確認 ○アウトカム評価とプロセス評価合計 180 ポイント以上で評価 未達の場合はフォローアップ支援後に再評価する

図表 65 評価項目におけるポイント

アウトカム 評価	腹囲 2cm・体重 2kg減	180p
	腹囲 1cm・体重 1kg減	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス 評価	個別支援	支援 1 回当たり 70p 支援 1 回当たり 最低 10 分間以上
	電話支援	支援 1 回当たり 30p 支援 1 回当たり 最低 5 分間以上
	電子メール・チャット等支援	1 往復当たり 30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

③ 実施時期または期間

ア 特定健康診査

集団健診または個別健診のいずれかを選択できるものとし、年度内一人につき 1 回の受診を可能とします。

集団健診:6 月、7 月、11 月とします。

個別健診:受診券到着日から 2 月までとします。

イ 特定保健指導

特定保健指導利用者には利用券を発行し、年間を通じて実施します。なお、3 か月後の評価や継続的支援について年度をまたぐ場合は、年度末で終了せず、3 か月後の評価時まで継続して実施します。

④ 外部委託の方法

ア 特定健康診査(集団健診)

青森県総合健診センターに委託(個別契約)します。

イ 特定健康診査(個別健診)

弘前市医師会及び南黒医師会に委託(集合契約)します。

ウ 特定保健指導

青森県総合健診センターへの委託(個別契約)及び本町保健師による指導を行います。

⑤ 周知や案内の方法

ア 周知の方法

複合検診(集団検診)において、がん検診と特定健康診査を同時に実施するため、保健福祉課と相互連携して周知を図るものとします。

広報誌により、3月と10月に複合検診(集団検診)、4月と1月に特定健康診査(個別健診)、8月に特定保健指導の周知を図ります。

ホームページに健康診査の日程、医療機関リストの掲載、および健康診査の受診の必要性について周知を行います。

イ 受診案内の方法

3月に保健協力員が各家庭を訪問し、複合検診(集団検診)の受診案内とともに申込書を配布します。

5月中旬、4月1日現在の特定健康診査対象者に対して受診券とともにパンフレット及び医療機関リストを送付します。

⑥ 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

ア 受領の方法

受診勧奨時に、事業者健診を受診したことが判明した方に対して、健診結果の提供を促します。また、提供可能者に対しては、健診結果の送付依頼をします。

イ 受領するデータの形態

受診者本人からの紙データでの受領とします。

4. 特定健康診査・特定保健指導年間スケジュール

標準的な年間作業予定等を次のとおり定めます。なお、実施する中で不都合等があれば適宜見直しを行い、より効率的・効果的な作業の実施に努めるものとします。

図表 66 年間スケジュール

月	作業スケジュール
4月	特定健康診査等業務委託契約の締結 広報誌、ホームページでの周知
5月	受診券の発券、発送 個別健診開始
6月 7月	集団検診実施
11月	集団検診実施 前年度の実施結果の検証や評価
12月	翌年度の事業計画の検討(必要に応じた事業計画の見直し) 翌年度予算の積算、要求
2月	次年度の委託契約の設定準備(実施機関との調整) 個別健診終了

5. 個人情報の保護

(1) 記録の保存方法等

特定健康診査及び特定保健指導結果の管理・保管については、青森県国民健康保険団体連合会に委託し、原則 5 年間保存します。

(2) 管理ルールの制定

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等を遵守するものとし、特定健康診査等を委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外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するものとしします。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 特定健康診査等実施計画の公表方法

ホームページに掲載し、周知を図るものとしします。

(2) 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法

広報誌及びホームページに掲載するほか、受診券とともにパンフレットを同封して送付し普及啓発を図るものとしします。

7. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 特定健康診査等実施計画の評価方法

特定健康診査・特定保健指導の実施率
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率
その他

(2) 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

前年度実績と実施計画との比較・検証を行い、必要に応じ、実施計画の記載内容を実態に即した効果的なものに見直すこととしします。

第6章 個別保健事業計画

1. 特定健康診査実施率向上事業

事業の目的	被保険者の健康状態を把握し、生活習慣病等の予防や重症化を防ぎます。								
対象者	40～74歳の被保険者								
事業の結果	<ul style="list-style-type: none"> 平成26年度より、受診料金を無料としました。 平成28年度より、未受診者対策として、はがき及び電話による受診勧奨を業者委託し、実施しました。 特定健康診査実施率は増加傾向ですが、国の目標値には達していません。 								
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時実績値	目標値					
			令和4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
	アウトカム	特定健康診査実施率(%)	48.4	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
		未受診者勧奨後の受診率(%)	22.9	29.0	35.0	41.0	47.0	53.0	60.0
	アウトプット	特定健康診査未受診者通知返信率(%)	34.3	36.9	39.5	42.1	44.7	47.3	50.0
		特定健康診査未受診者電話通話率(%)	31.0	34.1	37.2	40.3	43.4	46.5	50.0
みなし健診受診者数(人)		11	20	28	36	44	52	60	
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> はがき及び電話により未受診者への受診勧奨を実施。 被用者保険からの継続性を保つため、年度途中加入者へ受診勧奨として受診券を送付。 みなし健診の結果は、役場へ持参による提出を促し、提出者には粗品を進呈。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通院中でも特定健康診査の対象であることを受診勧奨通知に記載し、個別健診の周知を行います。 対象者の通院先で個別健診受診可能な場合は、受診勧奨通知に記載し、個別健診の周知を行います。 みなし健診・人間ドック(町立大鰐診療所以外)の健診データ受領を強化します。 							
実施体制	ストラクチャー	<p>【これまでの実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査未受診者対策業務を委託事業者と連携し、事業を実施。 集団健診委託事業者(青森県総合健診センター)と連携し、事業を実施。 関係課や個別健診を委託する指定医療機関等と連携し、事業を実施。 <p>【今後の実施体制(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定医療機関に対する個別健診の積極的受診の協力を求めます。 みなし健診・人間ドック(町立大鰐診療所以外)のデータ受領を、対象者の職場に協力を求めます。 							

2. 特定保健指導実施率向上事業

事業の目的		医療費の適正化及び生活習慣病等の予防を図ります。							
対象者		特定健康診査結果においてメタボリックシンドロームのリスクが高い40～74歳の被保険者							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 平成20年度より、「積極的支援」実施を委託しました。 平成21年度より、「積極的支援」及び「動機付け支援」実施を委託しました。 ※委託先:青森県総合健診センター 特定保健指導率は年々減少傾向にあり、国の目標値に達していません。 							
今後の 目標値	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
		特定保健指導による 特定保健指導対象者の 減少率(%)	22.2	26.7	31.2	35.7	40.2	44.7	50.0
	アウト カム	メタボリックシンド ローム該当者の減少 率(%)	22.7	24.5	26.3	28.1	29.9	31.7	34.0
		メタボリックシンド ローム予備群の減少 率(%)	22.9	24.8	26.7	28.6	30.5	32.4	34.5
	アウト プット	特定保健指導実施率 (%)	32.4	37.0	41.6	46.2	50.8	55.4	60.0
実施 方法	プロ セス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象被保険者への健診結果返却と同時に、結果説明及び特定保健指導を実施。 不参加者に対し、文書や電話による勧奨を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 町保健師の訪問による特定保健指導を実施します。 通知文書の内容を見直します。 							
実施 体制	ストラク チャー	<p>【これまでの実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 青森県総合健診センターに特定保健指導の実施を委託。 <p>【今後の実施体制(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 青森県総合健診センター及び本町保健師による特定保健指導を実施します。 							

3. 特定健康診査精密検査受診率向上事業・重症化予防事業

事業の目的		精密検査受診により生活習慣病等の重症化予防を図ります。							
対象者		特定健康診査結果において要精検となった40～74歳の被保険者							
事業結果		<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の結果から、精密検査対象者に対し受診勧奨を行いました。 ・ 精密検査受診率は目標に達しておらず、減少傾向です。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時実績値	目標値					
			令和4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
	アウトカム	精密検査受診率(%)	49.5	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精密検査の未受診者に対し、訪問、電話、文書等で受診勧奨を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人への結果通知(受診勧奨)後、3か月以内に医療機関からの報告がない対象者には、保健師の面談(訪問・電話)により受診勧奨を行います。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係課と情報共有を行います。 ・ 弘前市医師会、南黒医師会、町立大鰐診療所等と連携し、精密検査の結果(報告書)の提出を依頼します。 							

4. 高血圧症対策事業

事業の目的	高血圧症の重症化予防を図り、心臓病、脳血管疾患等の合併症の発症を予防します。								
対象者	特定健康診査結果において、Ⅱ度高血圧以上 ⁹ で 40～74 歳の被保険者(ただし、血圧コントロールのため通院している者は除く)								
事業の結果	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度に受診勧奨、訪問指導を行いました。 また、血圧手帳の配布や、血圧計がない方には血圧計を貸与し、家庭での血圧測定の習慣化を促しました。 令和元年度より、未受診者には電話で受診勧奨及び保健指導を行いました。 令和4年度は保健指導を行わず、受診勧奨のみ行いました。 医療機関受診率及び翌年度の改善率が目標に達していません。 								
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時実績値	目標値					
			令和4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
	アウトカム	医療機関受診率(%)	42.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		翌年度の改善率(%) ※収縮期血圧 160mmHg 未満または拡張期血圧 100mmHg 未満の者の割合	42.9	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0
アウトプット	保健指導実施率(%)	83.3 (令和3年度)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に医療機関への受診勧奨通知を送付。 受診勧奨通知発送後、3か月以内に医療機関からの報告がない対象者には、保健師が受診勧奨を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師が全対象者へ訪問による受診勧奨、健診結果の説明及び保健指導を行います。 保健指導後に医療機関からの報告がない未受診者には再訪問します。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 関係課との情報共有を行います。 弘前市医師会、南黒医師会、町立大鰐診療所等と連携し、精密検査の結果(報告書)の提出を依頼します。 							

⁹ Ⅱ度高血圧以上:収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上

5. 糖尿病重症化予防事業

● 糖NO！教室

事業の目的		糖尿病になるリスクが高い方に対して受診勧奨及び保健指導を行うことにより、糖尿病の発症予防を図ります。							
対象者		健診結果において生活習慣病治療をしておらず、HbA1c が 5.6%以上 6.5%未満の被保険者（ただし、70 歳以上及び保健指導実施者を除く）							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 平成 29 年度より、糖尿病重症化予防事業を開始しました。 対象者のほとんどが指定日時に都合が合わない等の理由で教室に参加できていません。 							
	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
今後の 目標値	アウト カム	翌年度の改善率 (%) ※N-1 年度事業対象者 で、「N-1年度のHbA1c 値」-「N年度のHbA1c 値」=差>0の者の割合	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	アウト プット	保健指導実施率 (%)	18.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
実施 方法	プロ セス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に教室参加の勧奨通知を送付。 参加希望のあった方は、町立大鰐診療所にて糖負荷検査を実施。 後日、庁内にて保健師及び管理栄養士から検査結果の説明と保健指導を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 教室不参加者には保健師が訪問指導を実施します。 検査及び教室の候補日を増やすことを検討します。 通知文書の内容を見直します。 							
実施 体制	ストラ クチャ ー	<ul style="list-style-type: none"> 関係課と連携をとり、実施します。 町立大鰐診療所に糖負荷検査業務を委託します。 							

● 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的		糖尿病のリスクが高い方を早期発見し、新規人工透析患者や脳心血管疾患の発症の予防を図ります。							
対象者		特定健康診査結果において空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)またはHbA1c6.5%以上の方のうち糖尿病を治療しておらず、尿蛋白(-)または(±)となった40～74歳の被保険者							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 平成29年度より、糖尿病重症化予防事業を開始しました。 平成30年度より、弘前市医師会・南黒医師会・町立大鰐診療所と連携協定を締結しました。 令和元年度より、尿中アルブミン定量検査業務を町立大鰐診療所と委託契約をしました。 受診勧奨者の医療機関受診率及び翌年度の改善率が目標に達していません。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時実績値	目標値					
			令和4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
	アウトカム	医療機関受診率(%)	30.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	新規透析患者の数(人)	5	4	3	2	1	0	0	
アウトカム	翌年度の改善率(%) ※N-1年度事業対象者で、①空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)または②「N-1年度のHbA1c値」-「N年度のHbA1c値」=差>0かつ③尿蛋白(-)の者の割合	25.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	
アウトプット	保健指導実施率(%)	87.5	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に尿中アルブミン定量検査の勧奨通知を送付。 医療機関にて尿中アルブミン定量検査を実施。 受診者には後日、訪問にて保健師から検査結果の説明と保健指導を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 3か月以内に医療機関からの報告がない未受診者には、保健師が訪問による受診勧奨及び保健指導を実施します。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 関係課との情報共有を行います。 弘前市医師会、南黒医師会、町立大鰐診療所等と連携し、尿中アルブミン定量検査の結果(報告書)の提出を依頼します。 							

6. 重複・多受診者訪問指導事業

事業の目的		服薬及び医療受診の適正化を図ります。							
対象者		40～74歳の重複投薬者・多受診者(被保険者)							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 医療機関等の適正受診について、周知・啓発を行うとともに、重複投薬・多受診者に対しては訪問指導を実施しました。 保健指導実施率は目標値を達成しています。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
	アウトカム	指導後の改善率 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	アウトプット	保健指導実施率 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> KDBシステム等で対象者の抽出を実施。 重複投薬者及び多受診者に対して保健師が訪問指導を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導後に処方状況が改善されているかどうかをKDBシステム等にて状況を確認します。 受診状況、処方状況が改善していない場合は、再度訪問指導します。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 関係課との情報共有を行います。 							

7. 人間ドック

事業の目的	精密検査受診により、生活習慣病等の重症化の予防を図ります。								
対象者	40 歳以上の被保険者								
事業の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 16 年度より、町立大鰐診療所へ委託し、開始しました。(自己負担額 10,000 円) ・ 平成 19 年度より自己負担額を 2,000 円としました。 ・ 精密検査受診率はいずれも目標値を達していません。 								
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
	アウト カム	精密検査受診率 (特定)(%)	78.6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		精密検査受診率 (胃がん)(%)	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		精密検査受診率 (大腸がん)(%)	70.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
精密検査受診率 (肺がん)(%)		0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精密検査対象者に訪問、電話、文書等で精密検査の受診勧奨を実施。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精密検査通知発送後、3 か月以内に医療機関からの報告がなければ、訪問、電話、文書等で精密検査対象者への受診勧奨を行います。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係課と情報共有を行います。 ・ 町立大鰐診療所等に委託し、検査の結果(報告書)の提出を依頼します。 ・ 弘前市医師会、南黒医師会、町立大鰐診療所等と連携し、精密検査の結果(報告書)の提出を依頼します。 							

8. 医療費通知

事業の目的		被保険者に自身の医療費を把握してもらい、医療保険の健全な運営を図ります。							
対象者		0～74 歳の対象世帯							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> ・ 昭和 59 年度より、国保連と委託契約しました。 ・ 医療費通知を年 6 回送付し、目標を達成しています。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時実績値	目標値					
			令和 4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
	アウト プット	医療費通知送付 (回/年)	6	6	6	6	6	6	6
実施方法	プロセス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者に自身の医療費を把握してもらうことを目的に年 6 回、該当世帯へ医療費通知を送付。 <p>【今後の実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標を達成しているため、引き続き現在までの方法で実施します。 							
実施体制	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保連に委託して実施します。 							

9. ジェネリック医薬品差額通知

事業の目的		ジェネリック医薬品の利用促進により医療費削減を図り、切り替えた場合の自己負担軽減額を通知します。							
対象者		0～74 歳の対象世帯							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 平成 24 年度より、国保連と委託契約しました。 ジェネリック医薬品の使用割合は目標を達成しています。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
	アウト プット	差 額 通 知 送 付 (回/年)	6	6	6	6	6	6	6
	アウト カム	ジェネリック医薬品 の使用割合(%)	84.7	80.0 以上	80.0 以上	80.0 以上	80.0 以上	80.0 以上	80.0 以上
実施 方法	プロ セス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 該当世帯に年 6 回、差額通知を送付。 <p>【今後の実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 目標を達成しているため、引き続き現在までの方法で実施します。 							
実施 体制	ストラク チャー	<ul style="list-style-type: none"> 国保連に委託して実施します。 							

10. 広報事業

事業の目的		国民健康保険の事業内容の周知と、地域ごとの健康課題の明確化を図ります。							
対象者		0～74歳の被保険者							
事業の結果		<ul style="list-style-type: none"> 平成28年度より、関連パンフレットの送付を行いました。 広報誌への掲載やパンフレットの送付を行い、目標を達成しています。 							
今後の目標値	指標	評価指標	計画策定時 実績値	目標値					
			令和 4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
	アウト プット	広報誌への掲載 (回/月)	1	1	1	1	1	1	1
実施 方法	プロ セス	<p>【これまでの実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> 広報紙への掲載や、関連パンフレットを送付。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ごとの健康課題を明確化し、見える化を行い、地域住民へ周知を実施します。 							
実施 体制	ストラク チャー	<p>【これまでの実施体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者見込みに応じた事業予算の確保。 <p>【今後の実施方法(改善案)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の健康課題抽出のため KDB システムを活用します。 							

第7章 個別の保健事業及びデータヘルス計画の評価・見直し

毎年度、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況に関する調査及びデータ分析を行い、実績に関する評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行います。

評価に当たっては、国民健康保険運営協議会の場を通じて、意見交換や情報提供を行うこととします。

また、この結果は、次期計画(目標値の設定、取り組むべき事業等)の内容の見直しに活用することとします。

第8章 計画の公表・周知

計画は、町のホームページへ掲載するほか、弘前市医師会及び南黒医師会などの関係団体に配布し、周知を図ります。

第9章 個人情報の取扱い

健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「法」という。)に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取り扱うこととし、取扱いに関しては、法及び同法に基づくガイドライン等を遵守するものとし、保健事業等を委託する際には、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するものとしします。

第10章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論(地域ケア会議)に国保保険者として参加し、地域包括ケアを推進します。

第 3 期大鰐町国民健康保険事業実施計画(データヘルス計画)
第 4 期国民健康保険特定健康診査等実施計画
(令和 6 年度～令和 11 年度)

発行 大鰐町住民生活課
住所 〒038-0211 青森県南津軽郡大鰐町大字大鰐字羽黒館 5 番地 3
電話 0172-48-2111(代表)
FAX 0172-47-6742