

# 六戸町国民健康保険保健事業実施計画

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

(計画期間：令和6年度～令和11年度)



令和6年3月  
六戸町



## 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) 六戸町国民健康保険の具体的役割、連携内容	3
2. 第2期の保健事業の取組みと評価	4
(1) 評価方法について	4
(2) 事業別目標の達成状況と評価	4
3. 現状の整理	8
(1) 保険者の特性	8
(2) 地域資源の状況	8
(3) 前期計画等にかかる考察	8
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	10
1. 各種データ等の分析結果	11
(1) 平均寿命・標準化死亡比・死因等	11
(2) 医療費の分析	14
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	20
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析（生活習慣病重症化状況の分析）	26
(5) 介護費関係の分析	29
第Ⅲ章 計画全体	31
1. 本町の健康課題	31
2. データヘルス計画全体における目的	31
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	32
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	32
第Ⅳ章 個別保健事業計画	33
第Ⅴ章 その他	43
1. データヘルス計画の評価・見直し	43
2. データヘルス計画の公表・周知	43
3. 個人情報の取扱い	43
4. 地域包括ケアに係る取組	43
5. その他留意事項	43
第Ⅵ章 第4期 特定健康診査等実施計画	44
1. 計画の目的	44
2. 目標値の設定	44
3. 特定健康診査等の実施	45
(1) 実施の流れとスケジュール	45
(2) 特定健康診査の実施	47
(3) 特定保健指導の実施	51
(4) 個人情報の保護	53

# 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ししました。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な K P I※（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

六戸町においても平成 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。

本町では、データヘルス計画に沿って、効果的・効率的な保健事業を実施してきましたが、令和 6 年度以降の第 3 期データヘルス計画策定にあたり、幅広い年代の国保被保険者の身体状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上を図り、医療費の適正化を目指します。

### ▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

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

※ 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。

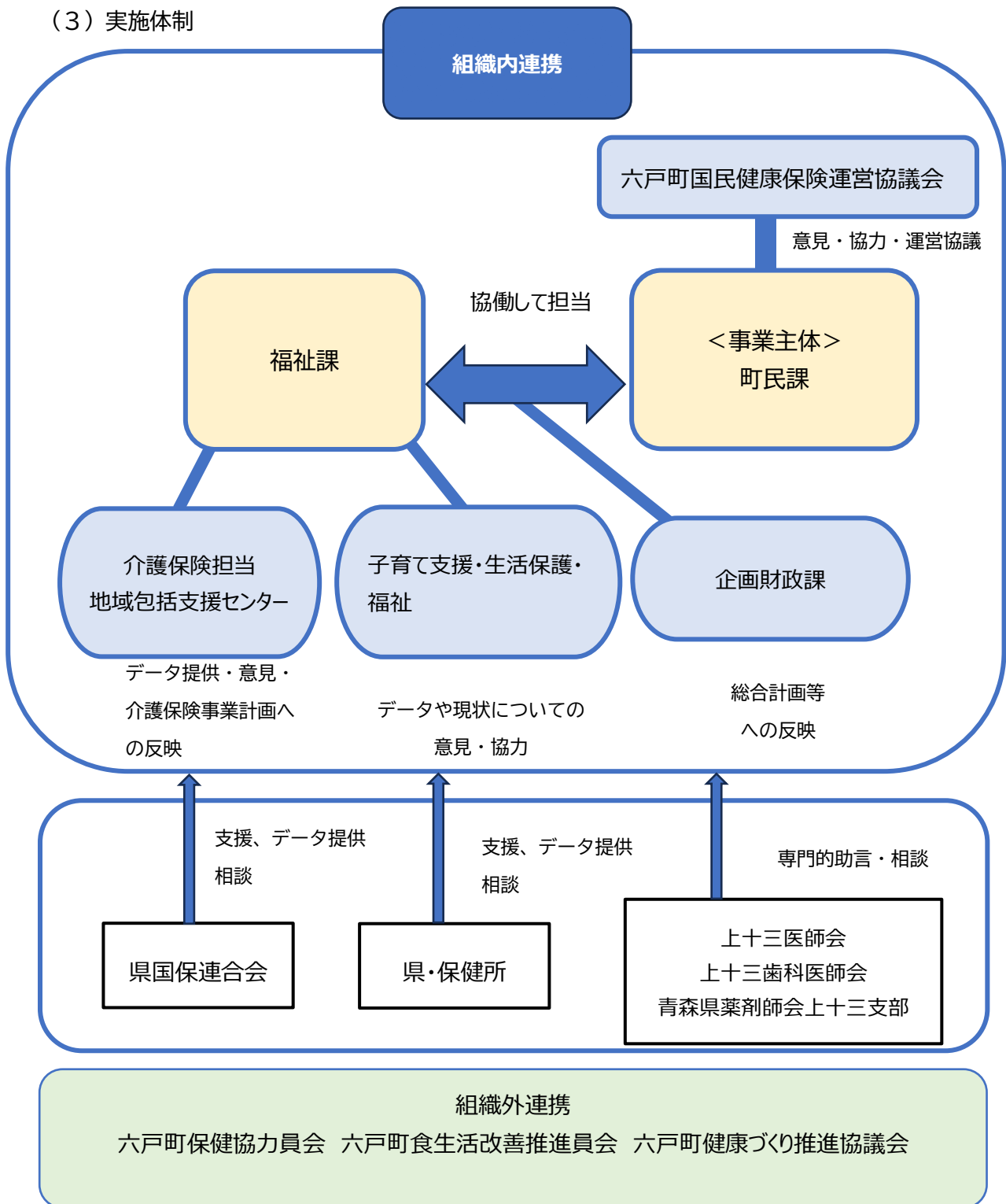
「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケーター）」の略語

### (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) 六戸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、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、本町の健康課題を分析し、計画を策定します。

計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

##### ①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

本町の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、福祉課や青森県、保健所、青森県国民健康保険連合会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、福祉課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、被保険者の罹患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努めます。

##### ②連携体制の確保

保健事業の積極的な推進を図るために、町民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、六戸町一体となって計画の策定等を進めます。具体的には、町民課、福祉課のほか企画財政課とも連携し、計画策定等を進めます。特に計画策定や保健事業の実施、評価に当たっては、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、福祉課との連携を密にします。

##### ③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である青森県のほか、青森県国民健康保険団体連合会や青森県国民健康保険団体連合会に設置される保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、上十三医師会、上十三歯科医師会、上十三薬剤師会等の保健医療関係者等、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等と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

## 2. 第2期の保健事業の取組みと評価

### (1) 評価方法について

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

#### ●評価方法と判定区分

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

### (2) 事業別目標の達成状況と評価

#### ①特定健康診査受診率向上

実施した取組内容		目標達成状況・評価
1. 年齢、性別、受診歴に基づいた通知勧奨 2. 地区組織・関係機関と連携した「メイプルタウンフェスタ『健康展』」での受診勧奨 3. 特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)	アウトプット評価	<b>【目標】</b> 対象者への周知率 100%を毎年継続する <b>【結果】</b> 周知率 100%達成
	アウトカム評価	<b>【目標】</b> 特定健診受診率（令和5年度）：60.0% <b>【結果】</b> 特定健診受診率（令和4年度）：37.9% ※平成29年度：40.1% <b>目標値評価：C</b>
		<b>&lt;評価結果・課題&gt;</b> ・若年層に絞った通知勧奨などの取組はありましたが、その他の取組は新型コロナウイルス感染症流行のため、実施できませんでした。 ・毎年度受診勧奨を行い、徐々に実施率は上昇していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、受診率は低下しています。 ・第三期特定健診等実施計画の目標値とは大きく乖離しています。 ・40～64歳の受診率が伸びず、また全体的にも未だに県や全国の平均値にも満たないことから、現状分析と原因の探索究明を引き続き行う必要があります。 <b>&lt;見直し内容&gt;</b> ・引き続き、受診率を向上させる取り組みを毎年度実施します。 <b>総合評価：C</b>

## ②糖尿病予防及び重症化予防対策

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>①糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした介入プログラム（2～3ヶ月間）*平成30年度～令和5年度実施。専門家による講義（運動・栄養・睡眠等）</p> <p>②健診受診者のフォローアップ（健診結果説明会）</p> <p>③重症化予防対象者への訪問</p>	アウトカム評価	<p><b>【目標】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病の医療費の伸びを30年度比5%以内とする。</li> <li>2. 糖尿病患者数の伸びを30年度比3%以内とする。</li> <li>3. 新規の慢性腎不全（人工透析治療）患者を0とする。</li> </ol> <p><b>【結果】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病の医療費 令和元年度 52,251千円→令和4年度 52,751千円 (0.9ポイント増)</li> <li>2. 糖尿病患者数 令和2年5月 346人→令和4年5月 306人 (11.5ポイント減)</li> <li>3. 新規の慢性腎不全（人工透析治療）患者 令和2年5月 2人→令和4年5月 3人（1人増）</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>目標値評価：A</b></p> <p><b>&lt;評価結果・課題&gt;</b> 2期計画で挙げた糖尿病にかかる医療費の伸びは目標内に抑えられています。 また、糖尿病性腎症重症化予防事業も並行して実施したので事業取組などアウトプット評価面では大いに評価できるため、総合評価は「A」としました。 <b>総合評価：A</b></p>

## ③脳血管疾患及び高血圧対策

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>①減塩指導</p> <p>②情報提供（リーフレット送付）</p> <p>③高血圧予防のための運動教室</p> <p>④健診受診者のフォローアップ（健診結果説明会）</p> <p>⑤健康イベントでの「だし活運動」（食生活改善推進委員会）</p>	アウトカム評価	<p><b>【目標】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 脳血管疾患医療費の伸びを30年度比5%以内とする。</li> <li>2. 高血圧症患者数の伸びを30年度比3%以内とする。</li> </ol> <p><b>【結果】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 脳梗塞医療費(入院) 平成30年度 16,219千円→令和4年度 10,309千円 (36.4ポイント減)</li> <li>2. 高血圧症患者数（30年度比） 平成30年5月 638人→令和4年5月 587人 (7.9ポイント減)</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>目標値評価：A</b></p> <p><b>&lt;評価結果・課題&gt;</b> アウトカム評価は概ね達成となりました。脳血管疾患にかかる医療費は抑えられており、高血圧症患者数は減少しています。また、事業取組などアウトプット評価面でも大いに評価できるため、総合評価を「A」としました。 <b>総合評価：A</b></p>



④その他

事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業
目的	<p>糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクが高い者に対して、医療機関と連携して保健指導を実施することにより腎不全や人工透析への移行を防止するなど糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを行うことを目的とする。</p>
概要	<p>対象者は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者とする。特定健診データ、レセプトデータ等により抽出。</p> <p>【医療機関未受診者、医療中断者】保険者は、対象者に対し、郵送による通知、電話、家庭訪問等のいずれかの方法により受診勧奨及び保健指導を行う。尿蛋白1+以上又はeGFR60ml/分/1.73㎡未満の者については、より強く受診勧奨を行う。</p> <p>【ハイリスク者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者は対象者の同意を得た上で、医療機関に紹介状を発行。</li> <li>・医療機関は保健指導が必要と判断した場合、保険者に保健指導情報提供書を発行。</li> <li>・保険者は保健指導情報提供書に基づき、個別訪問、個別相談又は集団指導のいずれかの方法により、保健指導を実施。</li> <li>・保健指導は保健師等の専門職が行い、指導実施後報告書にて医療機関へ報告。</li> </ul> <p>●保険者及び医療機関（かかりつけ医）は糖尿病連携手帳等を確認し情報共有していく。</p> <p>●糖尿病と歯周病の双方向の関係性により、町が実施する歯周病検診受診勧奨を行う。</p> <p>●集団健康教室（健康講座等）への参加勧奨を行う。</p>
実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診データ、レセプトデータ、KDB システムより対象者を抽出し、医療機関未受診者6人、中断者19人、ハイリスク者45人を事業対象者とした。</li> <li>・対象者のうち、健診受診者には健診結果説明会にて保健指導およびプログラムの説明を実施。また、電話や郵送による通知等により、受診勧奨及び保健指導を実施した。</li> <li>・集団健康教室への参加者 3名</li> <li>・歯周病検診受診者 7名</li> <li>・紹介状発行 0件、保健指導情報提供書発行 1件</li> <li>・昨年度よりHbA1c値改善した方15名</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響による生活様式の変化からか、HbA1c値が悪化している方が多かった。しかし、前年度からの継続対象者や、健診継続受診者での悪化した方は少ない。</li> <li>・未治療者・中断者の中には「コロナが流行っているので怖くて受診を控えた」と言っていた方もいた。</li> <li>・長年糖尿病治療しており、自己流で管理をしている方も多く、また、医療機関で「問題ない」と言われており、プログラムの発行につながらない場合もある。</li> </ul>

事業名	六戸町国民健康保険適正服薬推進事業
目的	重複・頻回受診者、重複多剤投与者の健康保持増進及び健康被害の防止、また医療費適正化のため、健康状態や生活状況を把握するとともに、健康相談やかかりつけ医の推奨等による適正な受診指導等をおこなう。
概要	<p>&lt;対象者&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●重複頻回受診：国民健康保険重複多受診者一覧表疾病大分類より、「1か月あたりレセプト枚数を4枚以上保有する者」「1か月あたり15回以上の受診を行っている者」を目安に抽出した者のうち、個別に訪問指導が必要と判断した者</li> <li>●重複多剤投与：「同一月に3以上の医療機関より同一の薬効の薬剤投与を受けている者」、また、「一つの処方で15剤以上（30日以上）での処方を受けている者」で6か月間のうち4か月以上該当している者</li> </ul> <p>&lt;方法&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●重複頻回受診 <ul style="list-style-type: none"> <li>・月ごとに診療報酬明細書情報（レセプト情報）やKDB(国保データベース)システムにより、対象者を選定し、個別通知する。</li> <li>・家庭訪問や電話、面接等により正しい医療の受け方、生活習慣の改善について保健指導を行う。</li> <li>・保健指導後、診療報酬明細書情報（レセプト情報）にて状況確認を行う。</li> </ul> </li> <li>●重複・多剤投与者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・半年に1回、診療報酬明細書情報（レセプト情報）やKDB(国保データベース)システムにより、対象者を抽出。</li> <li>・お薬相談通知書、お薬手帳の活用方法やポリファーマシーに関する内容を掲載したパンフレットを送付する。また、電話によるフォローアップを実施。</li> </ul> </li> </ul>
実施状況	<p>&lt;対象者&gt; 令和4年2月～令和5年1月レセプトより</p> <p>重複受診対象者 49人  頻回受診対象者 3人  重複服薬該当者 0人  多剤投与対象者 19人</p> <p>※前年度より、状況が把握できており、受診医療機関が変わらない方を対象外とした。</p> <p>&lt;対応件数&gt; 郵送数：重複受診49件、頻回受診3件、多剤4件  返信数：重複受診33件、頻回受診2件、返信なし17件（返信率：67%）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・お問い合わせ票に基づき受診状況を確認。</li> <li>・多剤については「薬の知識」「高齢者が気をつけたい多すぎる薬と副作用」のパンフレットを郵送。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・郵送後に相談等のリアクションは少ない。</li> <li>・定期的な検査のため、数か月に一度、重複受診となっている方も多い。頻回受診者には農作業による、腰痛や膝痛等のため整形外科に電気治療通院されている方が目立つ。</li> <li>・重複受診も訪問時点で解消しているケースも多い。</li> <li>・通知に切り替えたことで、本人の自己申告のみにとどまっている。</li> <li>・健康に関する相談や日常生活について把握する機会となっている。また、高齢者については包括支援センターと情報共有できている。</li> <li>・重複頻回受診者は大体固定化している。</li> </ul>

### 3. 現状の整理

#### (1) 保険者の特性

65歳以上の高齢化率は県平均並みですが、国平均より5ポイント以上高くなっています。少子高齢化が進展し、今後、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3倍となっています。平均寿命は国平均より男性で1.8歳、女性で0.4歳短命となっています。平均自立期間（要介護2以上）では、国平均より男性で1.9年、女性で0.4年短くなっています。

#### (2) 地域資源の状況

医療・介護福祉サービス提供体制は比較的整備されています。保健協力員・食生活改善推進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

##### ① 特定健康診査受診率の向上

勧奨時期や内容などについて対象者の特性に沿った受診勧奨を行い、令和元年度には40%を越えましたが、令和2年から流行した新型コロナウイルス感染症により受診率は40%台を割り込み、令和3年度以降、受診率の伸びは小幅に止まったままとなっています。特に若年層（40～64歳）の受診率は低く、令和4年度は男性29.7%、女性34.7%となっています。未受診者対策事業内容の詳細を随時改善の上、継続して実施していきます。

##### ② 特定保健指導実施率の向上

健診結果の返却に合わせて保健指導を実施していましたが、実施率は年々減少し、令和3年度は31.9%まで下がりました。令和4年度からは、集団健診当日に初回面接分割を実施し、66.7%まで増加しています。今後も対象者に合わせ、柔軟に対応していきます。

##### ③ 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、医療機関未受診者及び中断者の受診勧奨、ハイリスク者への保健指導を行いました。医療機関との連携や保健指導を希望する者も少なく、支援を継続して受けもらえるような工夫が必要です。

##### ④ 重複・頻回受診者等に対する保健指導

電話や家庭訪問等で対象者の受診状況等を確認の上、重複・頻回受診による体の負担や運動等生活習慣の改善について情報提供を実施していますが、対象者数に対しての実施量に限りがあります。年間の1人あたり医療費は横ばいとなっており、受診行動の改善が困難な対象者については、支援の継続が必要です。

⑤後発医薬品の使用促進

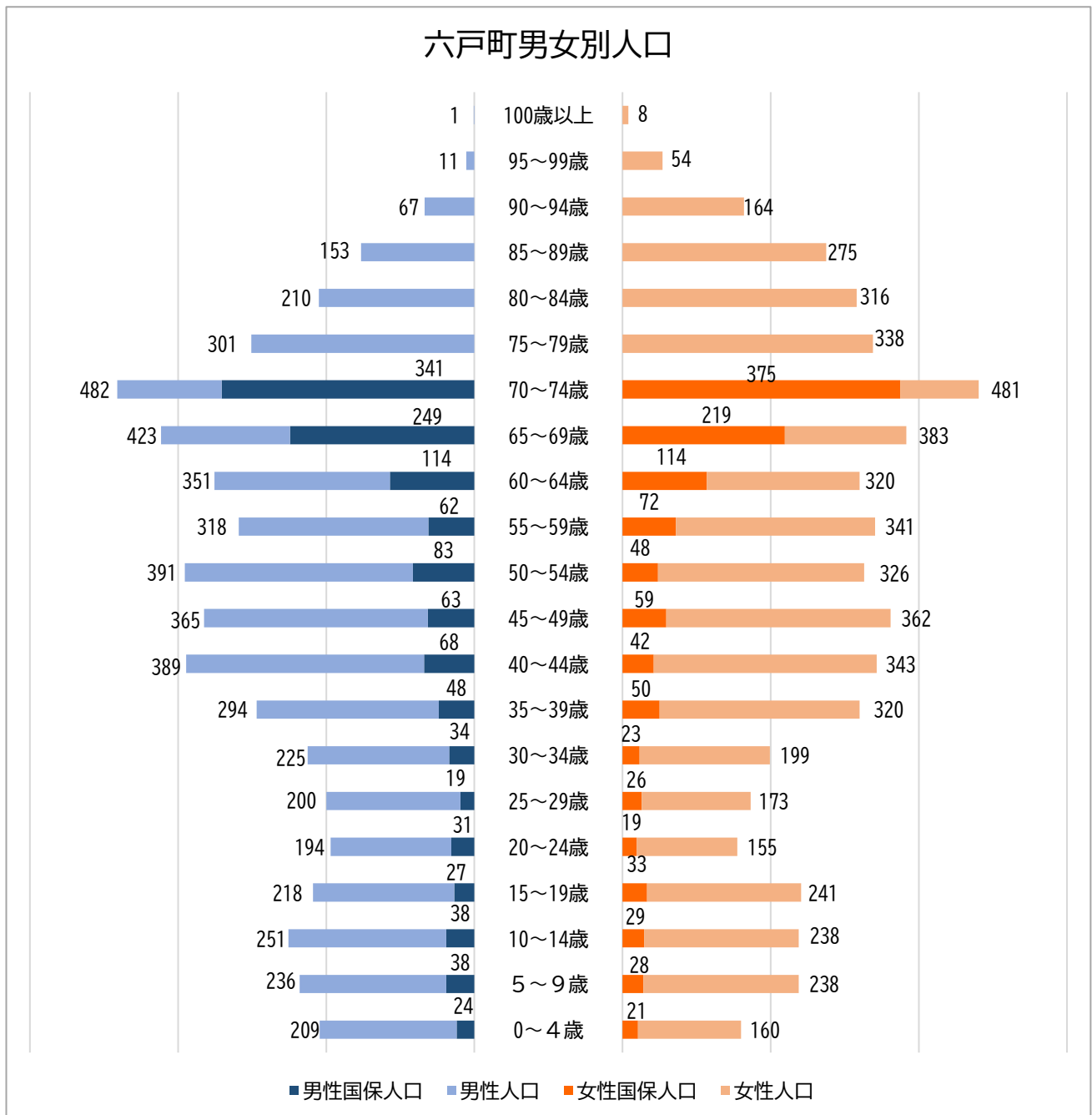
後発医薬品使用率が年々増加し、令和元年度に目標を達成することができています。目標に掲げている数量シェア 80%以上を維持するため、新規被保険者を中心に後発医薬品についてのさらなる理解の促進を図ります。

## 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）	10,724	100	5,289	49.3	5,435	50.7
被保険者数	2,397	100	1,239	51.7	1,158	48.3

図表 1 六戸町の人口ピラミッド



資料：六戸町住民基本台帳、国民健康保険被保険者集計表（令和5年12月1日作成）

## 1. 各種データ等の分析結果

### (1) 平均寿命・標準化死亡比・死因等

#### ①平均寿命・平均自立期間※

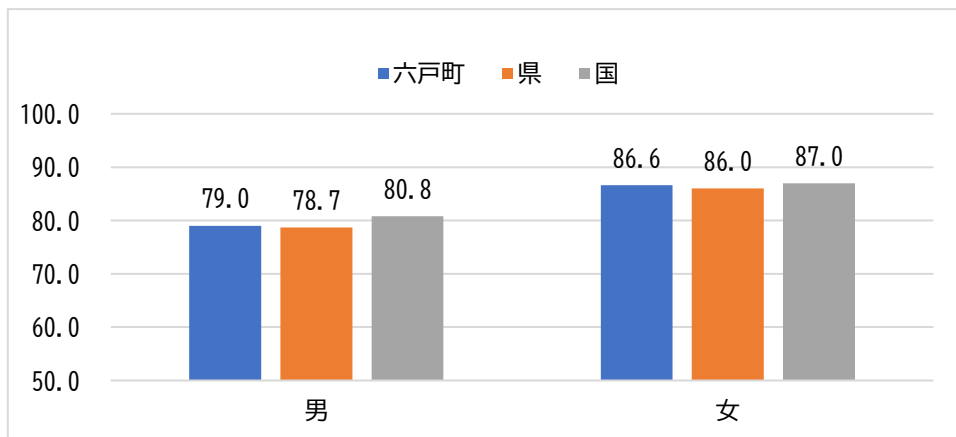
男性の平均寿命は、県平均を上回っていますが、国平均より1.8歳短命となっています。

女性も県平均を上回っており、国平均より0.4歳短命となっています。

平均自立期間では、男性は国平均より1.9年、女性は0.4年短くなっています。

図表 2 平均寿命

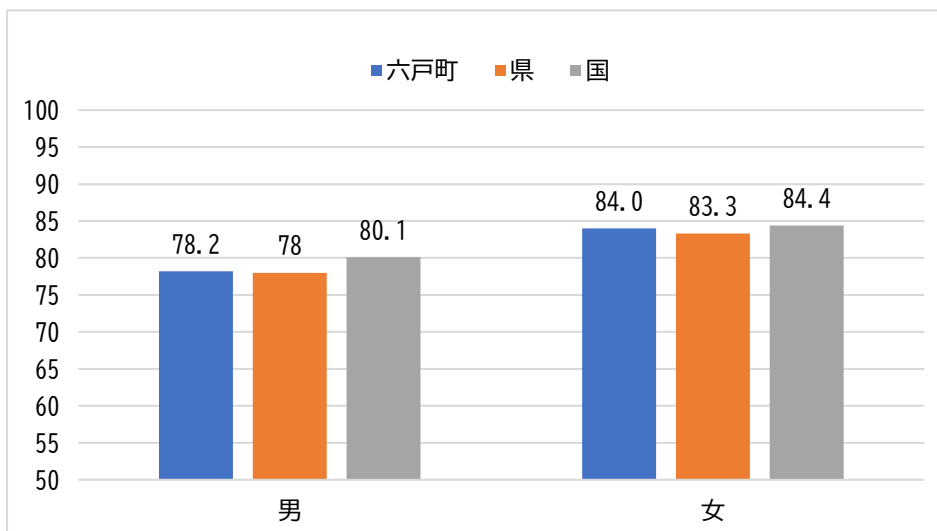
単位：歳



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

図表 3 平均自立期間（要介護2以上）

単位：歳



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

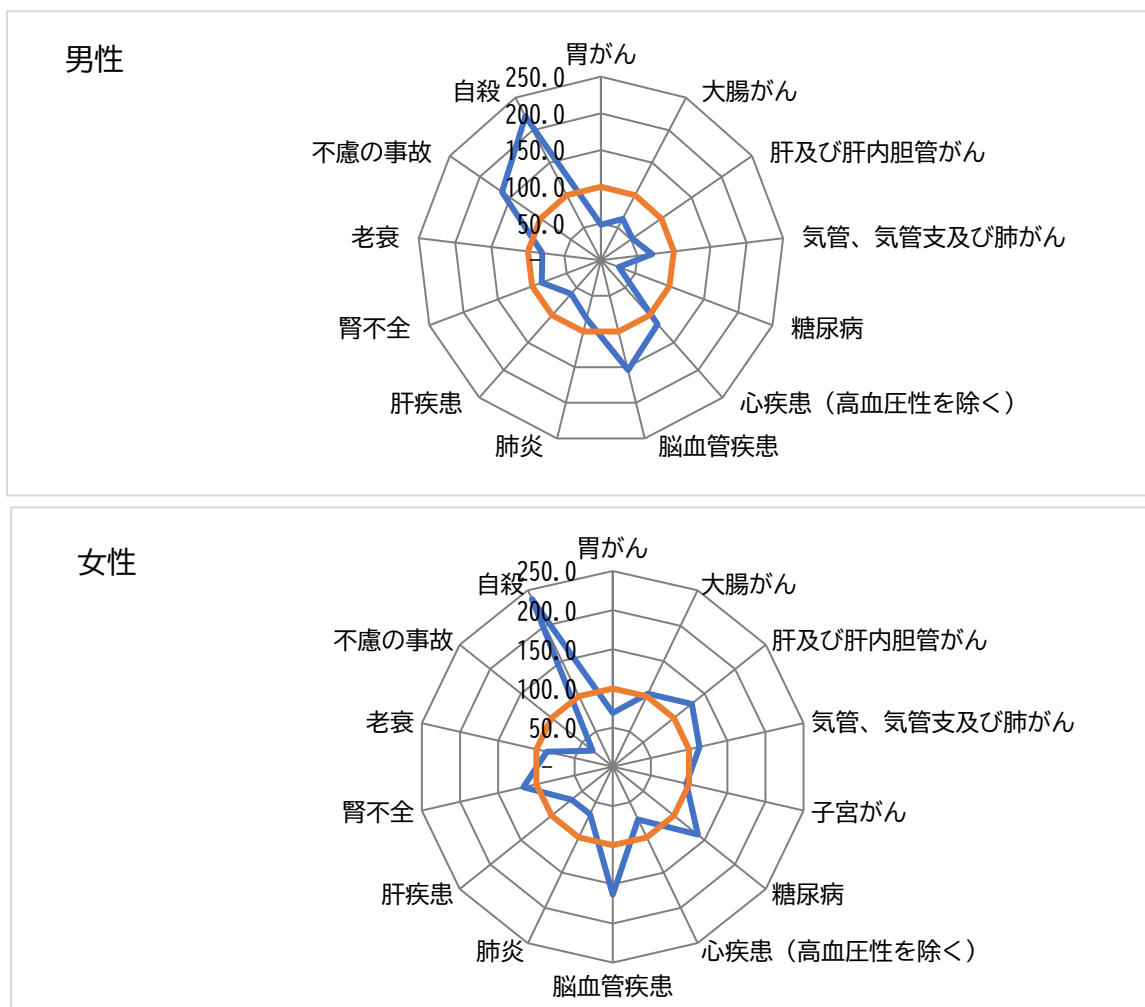
※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。）

②標準化死亡比

男女とも脳血管疾患、自殺の標準化死亡比が目立って高くなっています。

その他、男性の標準化死亡比では、心疾患、不慮の事故が高くなっています。女性の標準化死亡比では、腎不全、糖尿病、肝及び肝内胆管がん、気管、気管支及び肺がんが高くなっています。

図表 4 標準化死亡比



資料：青森県保健統計年報

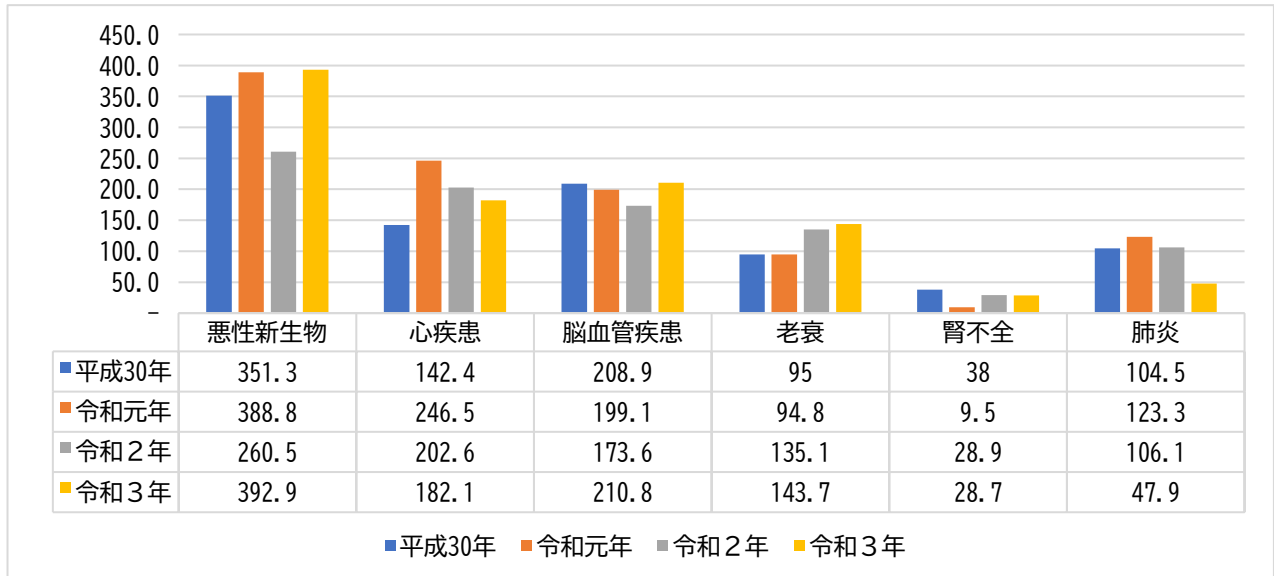
SMR	死亡総数	悪性新生物						糖尿病	心疾患（高血圧性を除く）	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
		総数	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び肺	子宮									
男	95.2	81.9	48.5	63.5	51.8	70.1	・	26.3	116.3	154.1	81.6	61.2	86.0	80.5	163.6	221.2
女	101.3	106.6	68.9	103.7	129.0	113.6	96.4	138.9	74.5	163.2	67.0	67.3	117.0	86.2	32.9	237.3

※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。

### ③主要選択死因別の死亡率

本町の死因は、がん（悪性新生物）、脳血管疾患、心疾患の順となっています。

図表 5 主要な選択死因別の死亡率



※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

資料：青森県保健統計年報

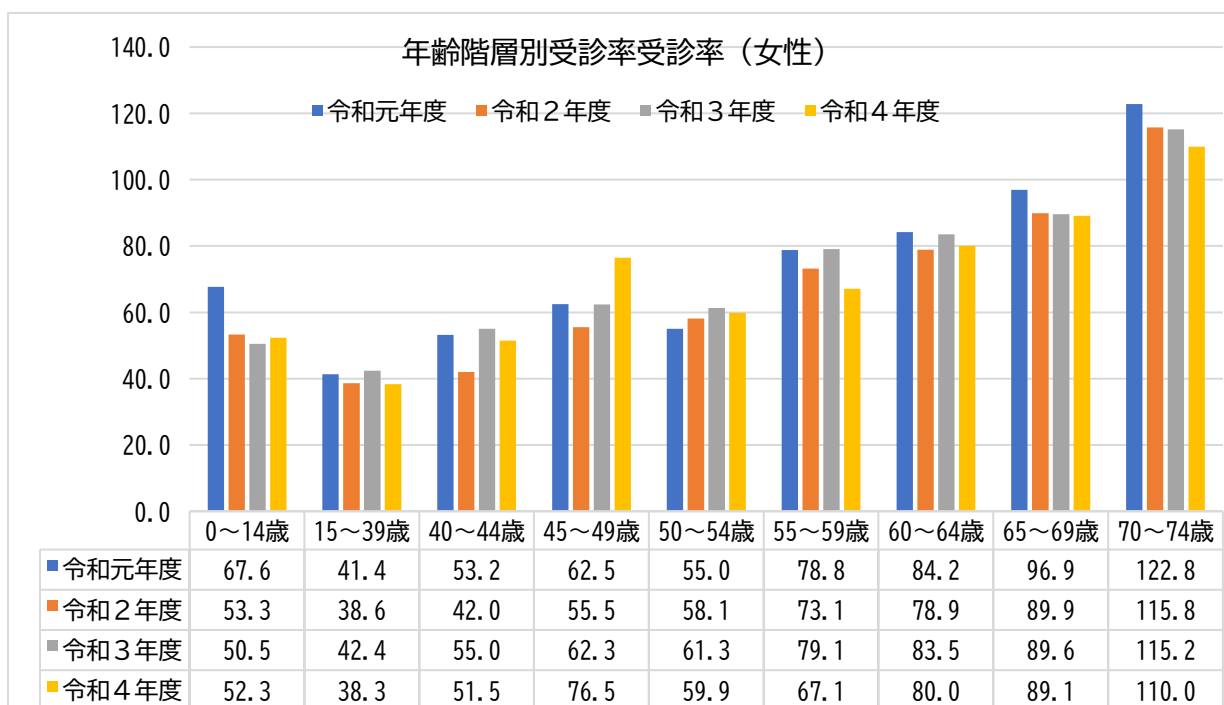
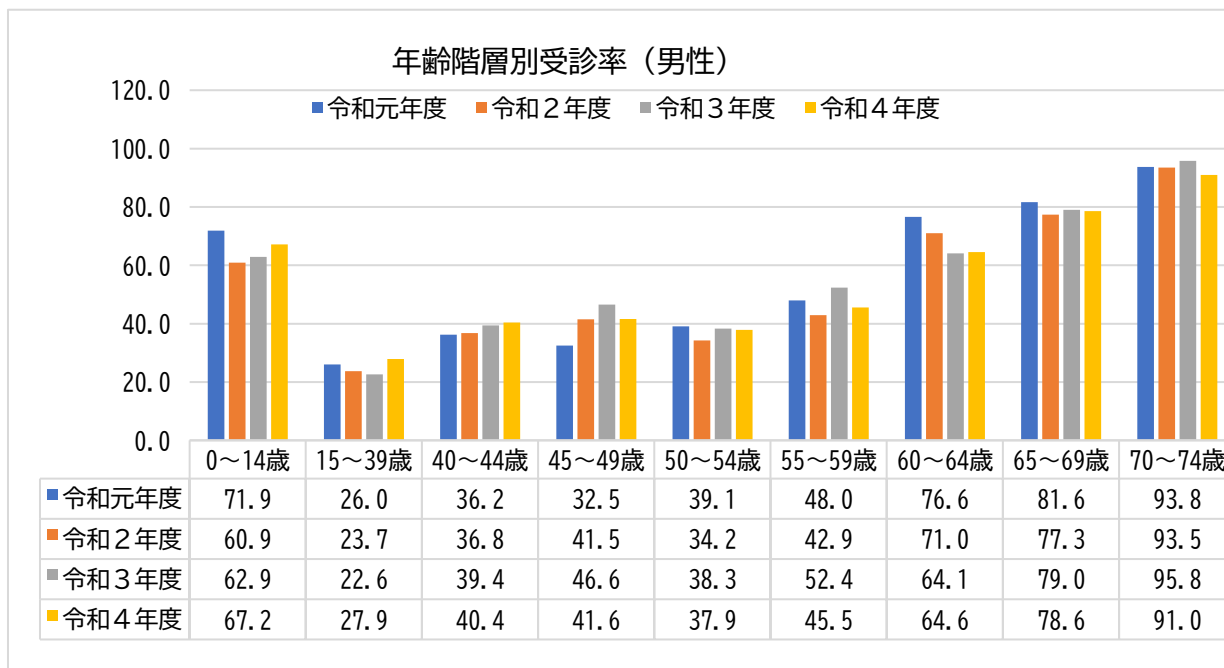


## (2) 医療費の分析

### ①年齢階層別男女別の受診率

加齢とともに受診率は高くなる傾向にあります。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 6 年齢階層別受診率



※受診率 = (レセプト数 / 被保険者数) × 100 で算出

資料：KDB 医療費分析の経年比較

## ②疾病別医療費分析

入院医療費では脳梗塞やがんに関連する疾病が上位を占めています。

外来医療費では糖尿病が際立って高くなっています。

図表 7 疾病別入院医療費（点数）

順位	疾病名	金額
1位	脳梗塞	1,030,937
2位	胃がん	895,067
3位	大動脈瘤	818,467
4位	狭心症	734,247
5位	肺がん	715,332
6位	関節疾患	672,393
7位	うつ病	596,924
8位	心臓弁膜症	564,927
9位	骨折	563,083
10位	統合失調症	551,233

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表 8 疾病別外来医療費（点数）

順位	疾病名	金額
1位	糖尿病	5,230,889
2位	貧血	4,652,774
3位	高血圧症	3,169,595
4位	乳がん	2,129,157
5位	関節疾患	1,649,937
6位	脂質異常症	1,417,352
7位	慢性腎臓病（透析あり）	1,308,203
8位	不整脈	1,304,889
9位	緑内障	1,265,290
10位	うつ病	1,145,407

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

## ③重複多受診、重複服薬

### 1) 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0.1～0.3%で推移しています。

図表 9 重複多受診・頻回受診の状況

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者数	2,630		2,682		2,557		2,500	
重複多受診	2	0.1%	4	0.1%	6	0.2%	7	0.3%
頻回受診	4	0.2%	4	0.1%	3	0.1%	5	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

## 2) 重複服薬の状況

令和5年5月に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1名いました。

また、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14.1%となっています。

図表 10 重複服薬の状況

	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	2,630		2,682		2,557		2,500	
	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%	1	0.0%
多剤	317	12.1%	337	12.6%	332	13.0%	353	14.1%

資料：KDB「重複服薬の状況」

\*重複服薬：2医療機関以上から6医薬品以上を処方された被保険者

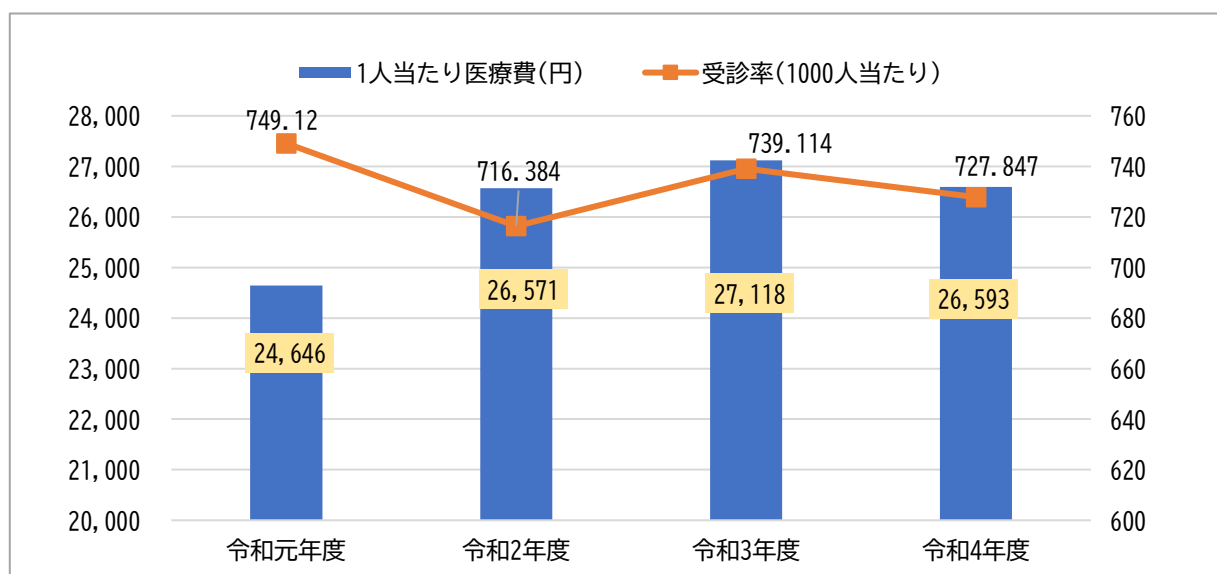
\*多剤処方：30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者

## ④ 1人当たり医療費・受診率の推移

新型コロナウイルス感染症流行による受診控えのため、令和2年度の受診率は低くなっています。

1人当たり医療費は年増しており、令和4年度は令和元年度の1.08倍となっています。

図表 11 1人当たり医療費・受診率の推移



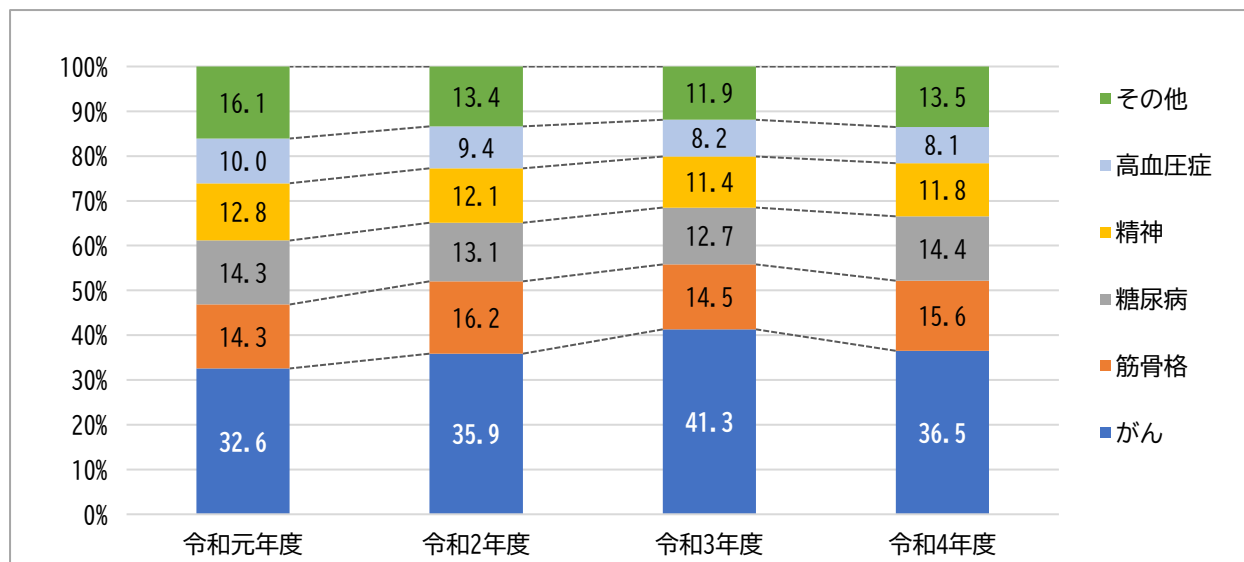
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

### ⑤主要疾病の医療費割合

がん、筋骨格系、糖尿病が上位を占めており、糖尿病の医療費割合は徐々に増えています。  
大分類の入院では循環器（心疾患・脳血管疾患等）、新生物（がん）、が上位を占めています。  
外来ではがん1位、内分泌（糖尿病・脂質異常症等）2位となっています。

図表 12 医療費割合の推移(最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む)

単位：％



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

図表 13 医療費割合（大分類－入院）

順位	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
1位	循環器	27.3%	新生物	24.1%	新生物	26.3%	循環器	27.4%
2位	新生物	22.0%	循環器	17.7%	循環器	23.5%	新生物	16.2%
3位	精神	7.6%	筋骨格	8.5%	神経	9.6%	消化器	9.5%
4位	消化器	7.5%	損傷中毒	8.4%	精神	7.7%	筋骨格	7.6%
5位	神経	7.4%	神経	8.3%	筋骨格	6.6%	神経	7.4%
6位	損傷中毒	6.8%	精神	7.2%	消化器	6.1%	損傷中毒	6.7%
7位	その他	21.3%	消化器	6.4%	損傷中毒	5.3%	精神	6.3%
8位	-	-	呼吸器	6.1%	その他	15.0%	その他	19.0%
9位	-	-	その他	13.3%	-	-	-	-

資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」（令和元年度～令和4年度）

図表 14 医療費割合（大分類－外来）

順位	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
1位	内分泌	14.5%	循環器	14.4%	新生物	17.9%	新生物	18.7%
2位	循環器	13.7%	内分泌	14.3%	内分泌	13.6%	内分泌	14.0%
3位	新生物	12.3%	新生物	14.0%	循環器	12.5%	循環器	12.1%
4位	血液	10.7%	血液	10.0%	血液	10.8%	血液	9.4%
5位	筋骨格	8.2%	筋骨格	7.9%	筋骨格	7.9%	筋骨格	7.6%
6位	眼	5.7%	消化器	5.7%	消化器	5.4%	精神	5.4%
7位	神経	5.5%	眼	5.6%	眼	5.1%	消化器	5.3%
8位	精神	5.3%	神経	5.5%	その他	26.9%	眼	5.2%
9位	消化器	5.3%	尿路性器	5.4%			尿路性器	5.1%
10位	呼吸器	5.2%	精神	5.3%			その他	17.1%
11位	その他	13.7%	その他	11.8%				

資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」（令和元年度～令和4年度）

#### ⑥生活習慣病の医療費の推移

生活習慣病の医療費を令和元年度と令和4年度で比較すると、入院では、筋骨格系、脳梗塞が増えています。外来では、がんが増えています。

図表 15 主要生活習慣病医療費の推移（入院）

	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/令和元年度-1
がん	5,873,985	8,038,099	8,273,829	4,713,610	-19.8%
精神	2,034,941	2,418,953	2,431,486	1,834,429	-9.9%
筋・骨格	1,103,898	2,849,552	2,068,307	2,203,817	99.6%
脳梗塞	1,001,833	945,918	806,868	1,030,937	2.9%

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和元年度～令和4年度）

図表 16 主要生活習慣病医療費の推移（外来）

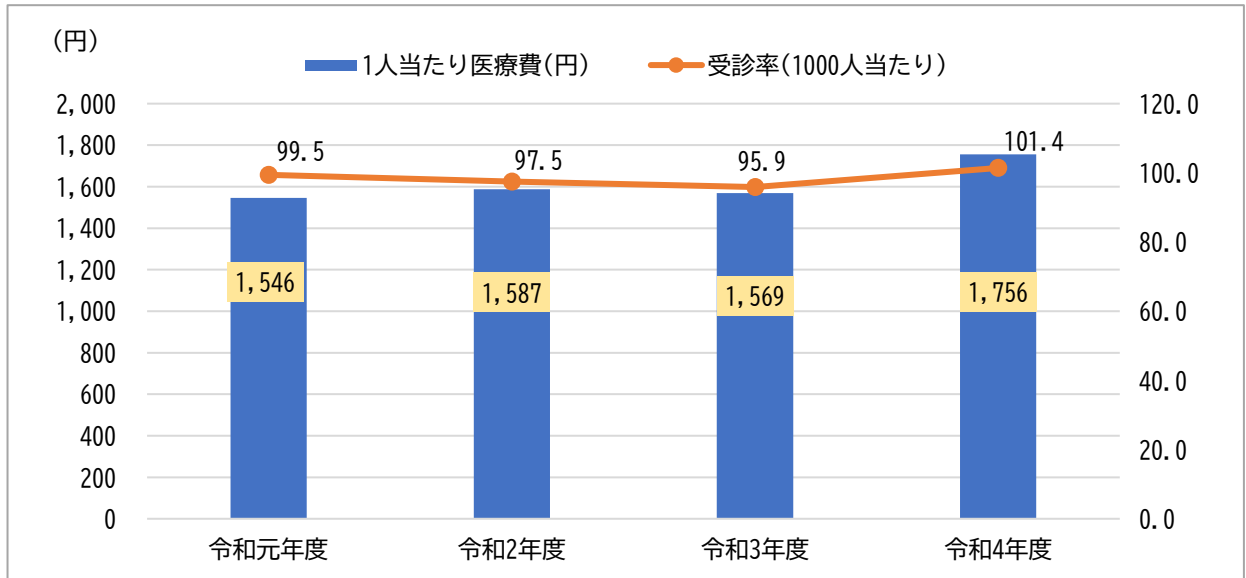
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度/令和元年度-1
がん	6,404,583	7,032,935	9,671,242	9,563,992	49.3%
糖尿病	5,225,122	5,142,492	5,366,392	5,275,111	1.0%
筋・骨格	4,297,714	3,946,042	4,240,793	3,892,816	-9.4%
高血圧症	3,702,622	3,884,908	3,489,340	3,169,595	-14.4%
精神	2,785,025	2,669,015	2,500,057	2,777,729	-0.3%
脂質異常症	1,808,053	1,636,790	1,485,066	1,417,352	-21.6%

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和元年度～令和4年度）

### ⑦歯科医療費の推移

令和4年度に1人当たり歯科医療費は増加しています。1,000人当たり受診率は減少傾向でしたが、令和4年度に増加しています。

図表 17 1人当たり歯科医療費



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

### (3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

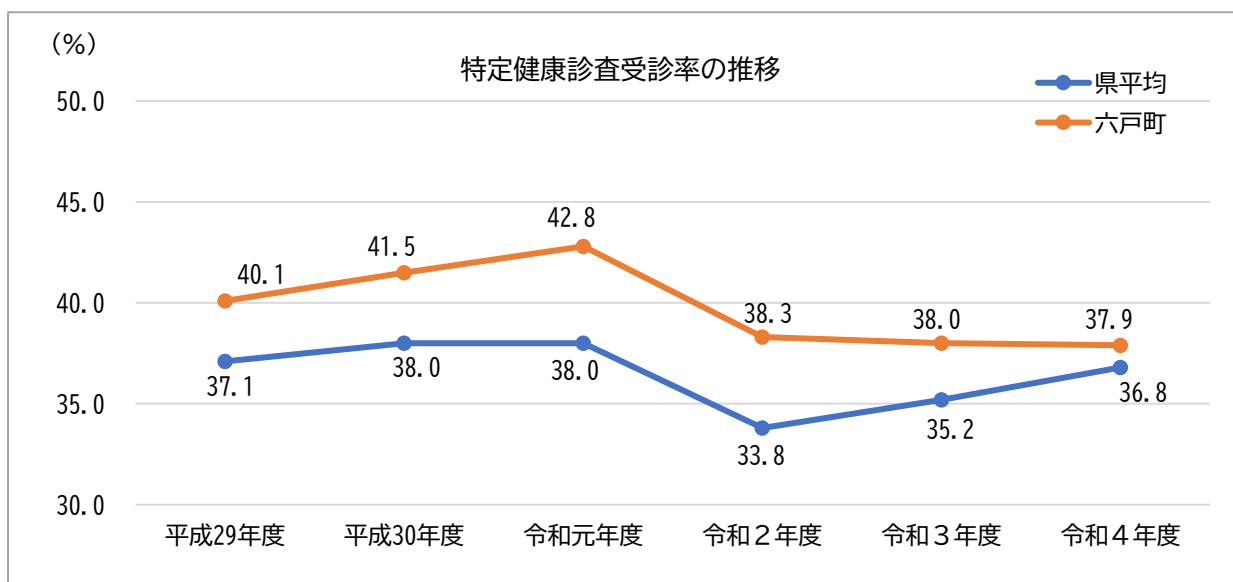
#### ① 特定健康診査受診率

本町の特定健診受診率は、県平均よりも高い水準で推移していたものの、令和2年度に流行した新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えもあり、低迷しています。

特に若年層（40～64歳）の受診率が低い水準で留まっており、課題となっています。

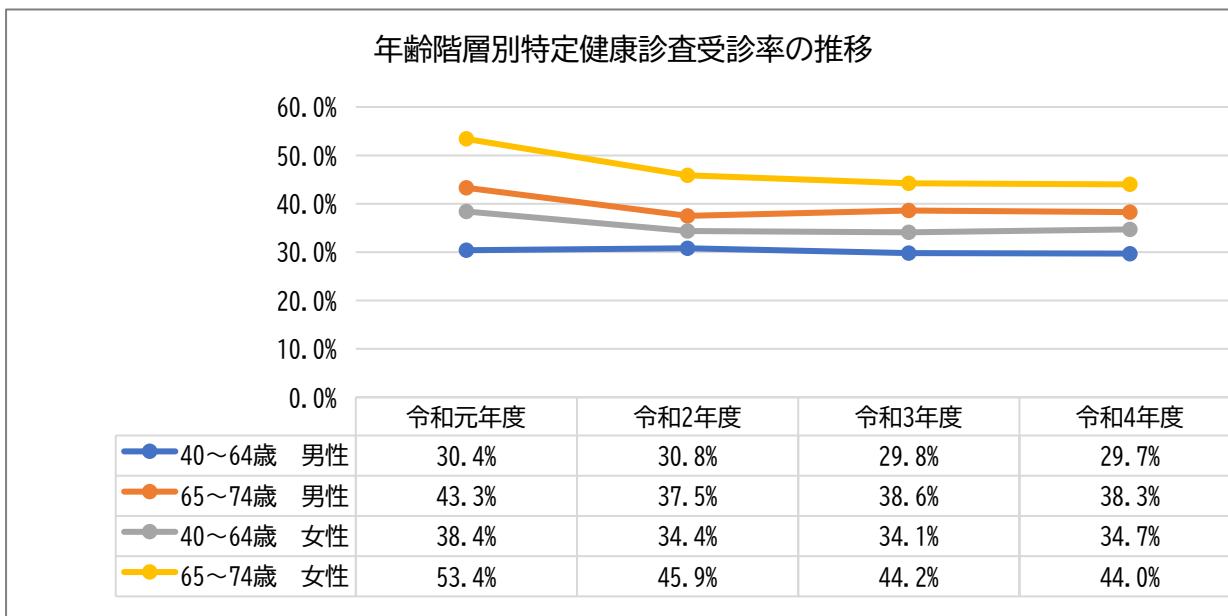
図表 18 特定健康診査受診率の推移

単位：％



資料：法定報告

図表 19 年齢階層別特定健康診査受診率の推移



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3年度）、法定報告（令和4年度）

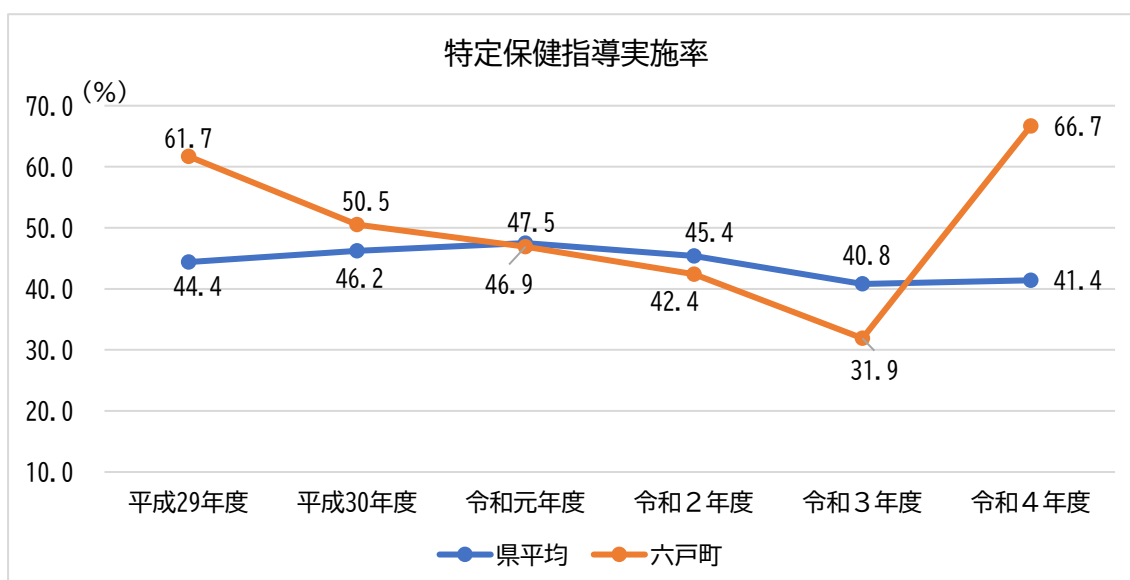
## ②特定保健指導実施率

本町の特定保健指導実施率は、令和3年度まで減少していましたが、令和4年度は増加しています。

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3年度から4.6%減少したものの、県平均を上回っています。

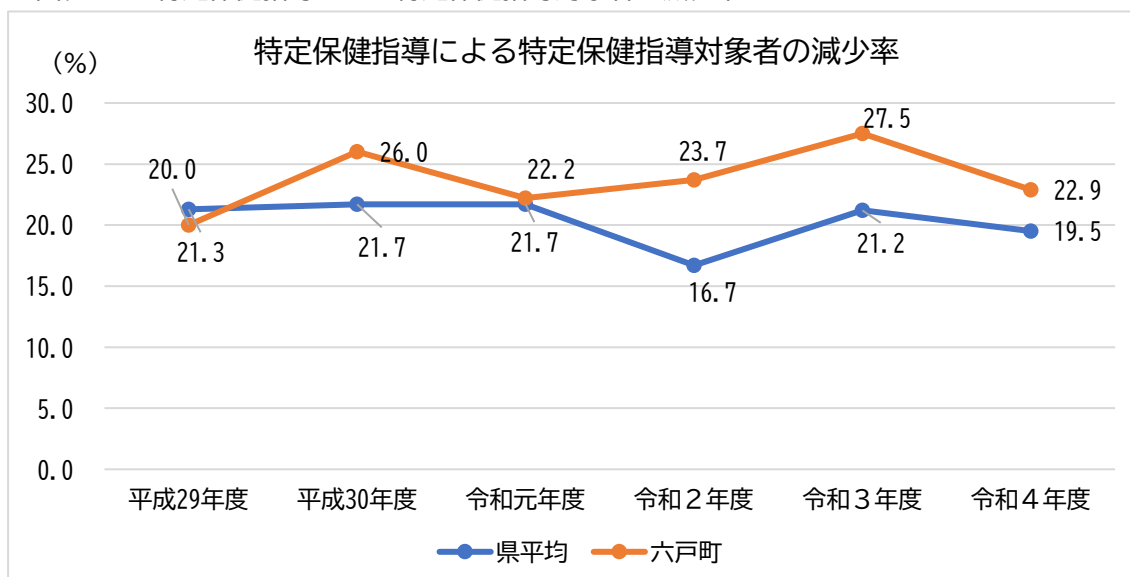
図表 20 特定保健指導実施率の推移

単位：％



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

図表 21 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率



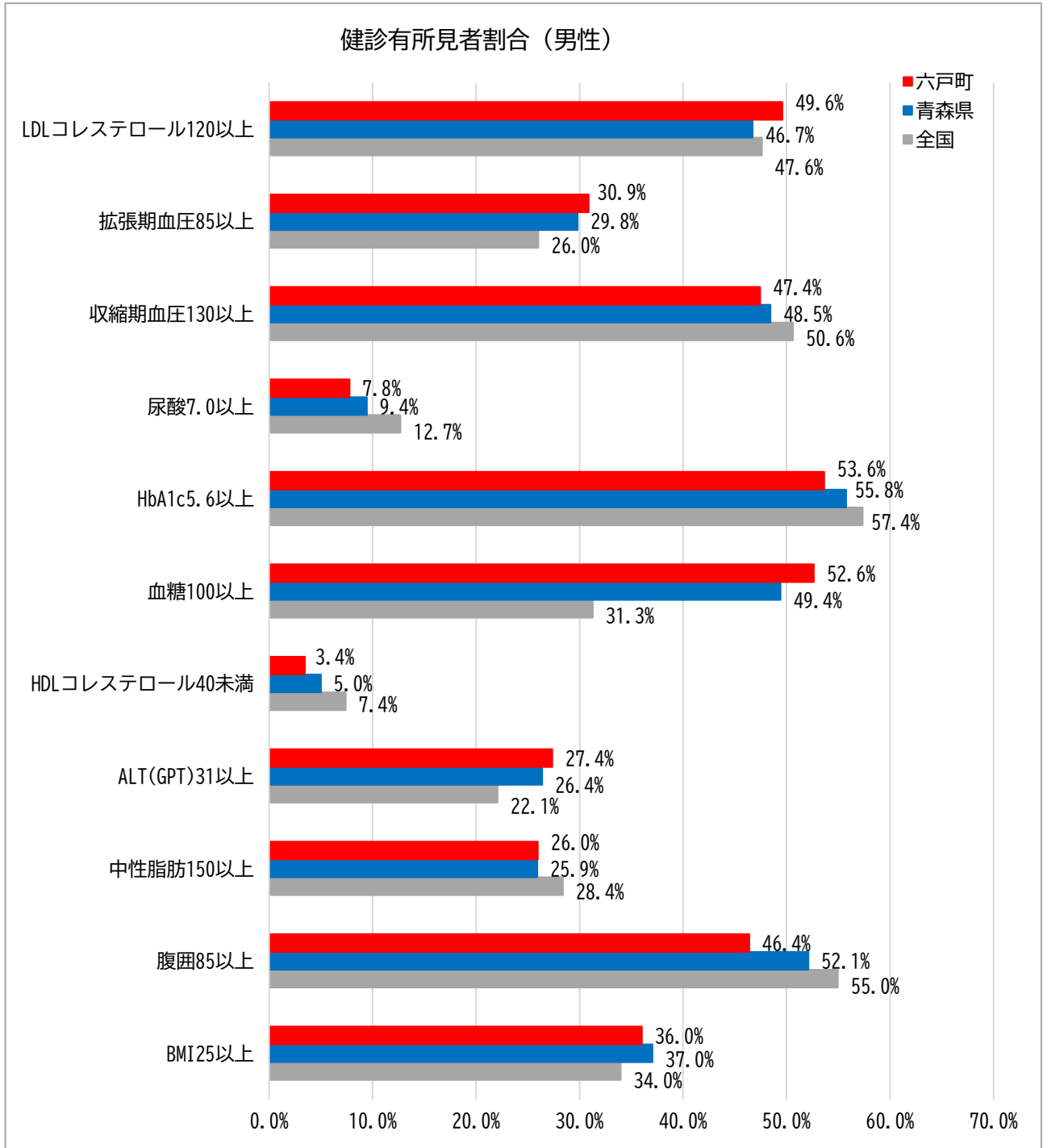
資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告



### ③有所見者割合

男女とも、空腹時血糖、肝機能 ALT (GPT) の有所見者割合が県、国平均より多くなっています。男性の LDL コレステロール、女性の肥満 (BMI) 有所見者割合が県、国平均より多くなっています。

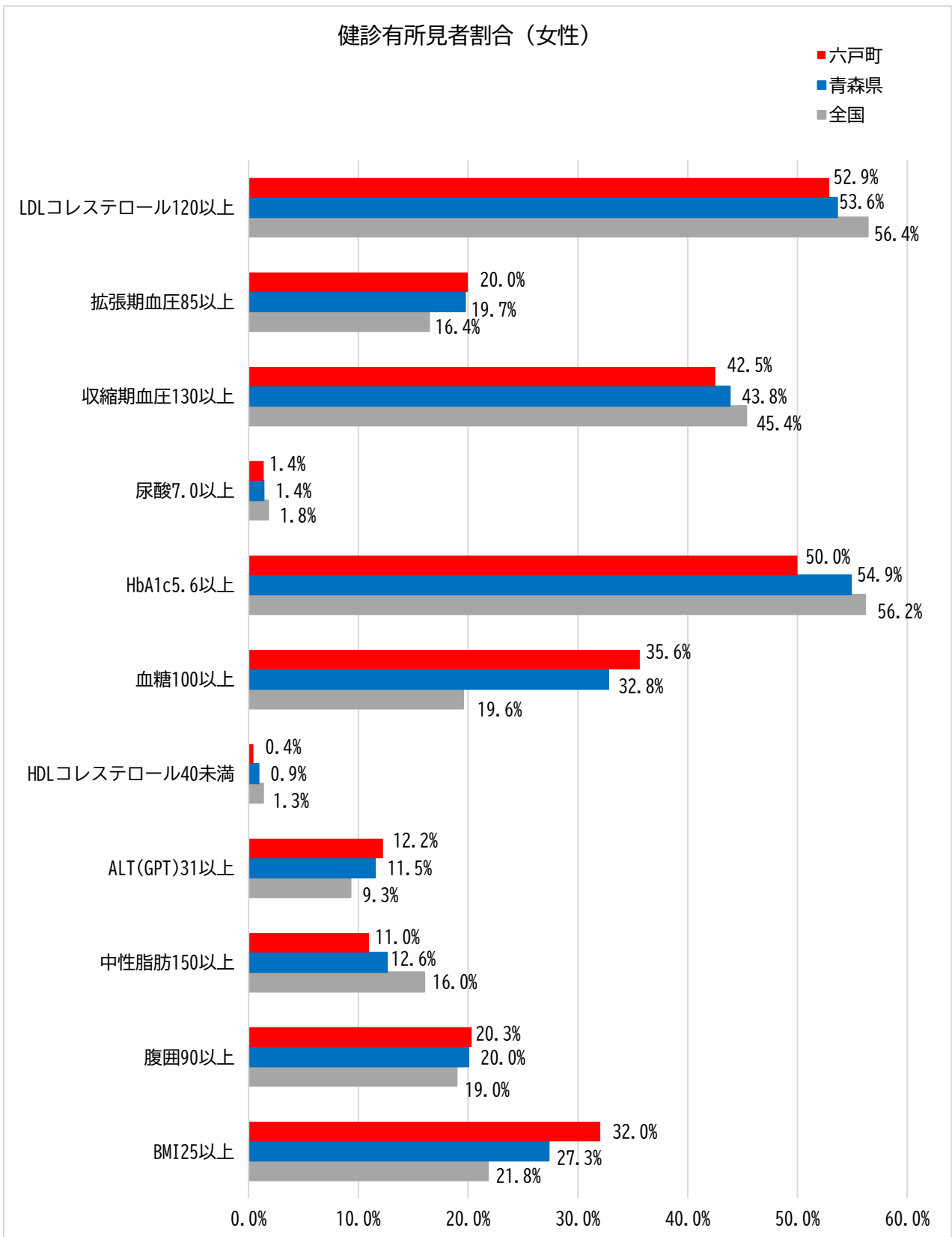
図表 22 健診有所見者割合 (男性)



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 23 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（質問票データ）

喫煙、就寝前の夕食、早食いの割合が県、国平均より多くなっています。

図表 24 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		
				六戸町	青森県	国
喫煙	13.1%	17.3%	16.0%	15.9%	14.7	13.8
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	68.2%	66.6%	65.6%	63.9%	65.5	60.4
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	35.8%	34.0%	37.2%	44.5%	50.3	48.0
歩行速度遅い	54.6%	53.4%	56.2%	50.9%	55.5	50.9
咀嚼良好	78.3%	78.5%	77.9%	78.4%	75.6	79.2
早食い	26.0%	25.9%	25.1%	28.6%	27.6	26.8
就寝前夕食	20.7%	22.3%	22.9%	21.5%	19.3	15.7
3食以外の間食（甘いもの）毎日	21.7%	20.7%	24.0%	22.0%	23.1	21.6
3合以上の飲酒	7.4%	8.9%	5.2%	3.9%	7.0	2.8
睡眠不足	21.9%	21.8%	21.9%	24.7%	23.2	25.6

資料：KDB「地域の全体像の把握」

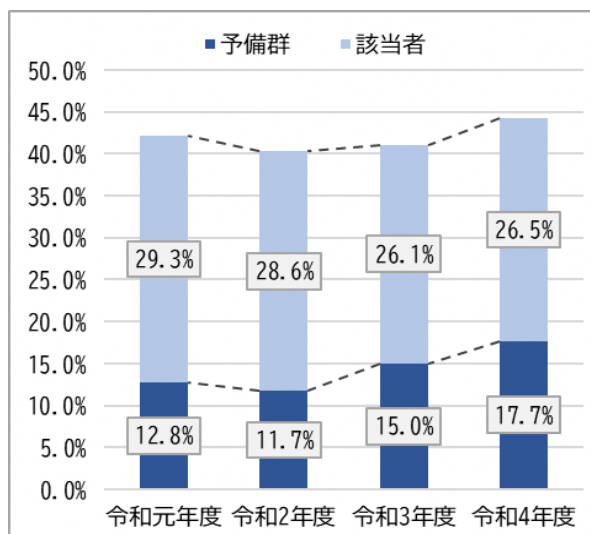
#### ⑤メタボリックシンドローム予備群・該当者割合

男性のメタボリックシンドローム該当者は、減少傾向にあります。メタボリックシンドローム予備群が増えつつあります。一方、女性のメタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあります。

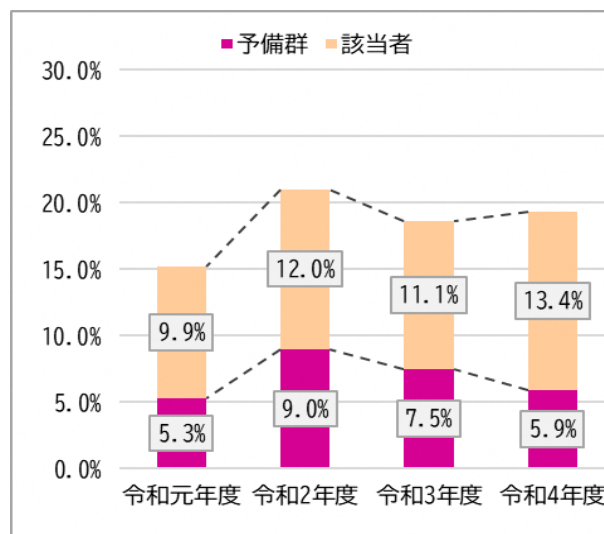
血糖、血圧、脂質全ての項目でリスクを有している者は、男性に多く、令和4年度は10%を超えています。

図表 25 メタボリックシンドローム予備群・該当者

##### ●男性



##### ●女性



資料：KDB「地域の全体像の把握」

図表 26 血糖・血圧・脂質全ての項目での有所見者割合

●男性

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
メタボ	予備群（人）	47	40	51	58
	該当者（人）	108	98	89	87
メタボ予備群・該当者詳細	腹囲のみ（％）	3.8	4.1	5.0	5.5
	血糖のみ（％）	1.4	0.3	1.2	0.9
	血圧のみ（％）	8.4	7.9	9.1	11.6
	脂質のみ（％）	3.0	3.5	4.7	5.2
	血糖＋血圧（％）	7.6	6.4	5.3	5.5
	血糖＋脂質（％）	1.6	1.5	1.8	0.3
	血圧＋脂質（％）	12.2	12.0	11.1	10.7
	血糖＋血圧＋脂質（％）	7.9	8.7	7.9	10.1

●女性

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
メタボ	予備群（人）	24	35	28	21
	該当者（人）	45	47	41	48
メタボ予備群・該当者詳細	腹囲のみ（％）	1.8	2.3	1.9	2.2
	血糖のみ（％）	0.9	0.3	0.3	0.0
	血圧のみ（％）	3.3	7.4	6.5	5.3
	脂質のみ（％）	1.1	1.3	0.8	0.6
	血糖＋血圧（％）	2.0	2.0	0.5	1.4
	血糖＋脂質（％）	0.4	0.5	0.5	0.8
	血圧＋脂質（％）	5.7	6.4	5.9	7.3
	血糖＋血圧＋脂質（％）	1.8	3.1	4.0	3.9

資料：KDB「厚生労働省様式5－3」（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（生活習慣病重症化状況の分析）

①生活習慣病の患者数・割合

糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患の患者割合は、減少傾向にあります。脳血管疾患、人工透析は、横ばいとなっています。

図表 27 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	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
糖尿病	男性	192	18.2	193	17.6	179	17.0
	女性	154	14.7	141	13.6	127	12.5
	計	346	16.4	334	15.7	306	14.8
高血圧	男性	307	29.1	321	29.3	309	29.3
	女性	303	28.8	288	27.8	278	27.4
	計	610	29.0	609	28.6	587	28.3
脂質異常症	男性	197	18.7	215	19.7	212	20.1
	女性	276	26.3	245	23.6	244	24.0
	計	473	22.4	460	21.6	456	22.0
虚血性心疾患	男性	43	4.1	43	3.9	37	3.5
	女性	47	4.5	42	4.1	40	3.9
	計	90	4.3	85	4.0	77	3.7
脳血管疾患	男性	68	6.4	71	6.5	72	6.8
	女性	55	5.2	57	5.5	49	4.8
	計	123	5.8	128	6.0	121	5.8
人工透析	男性	2	0.2	2	0.2	3	0.3
	女性	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	計	2	0.1	2	0.1	3	0.1

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」

## ②高血圧症の重症化状況

高血圧症の重症化による虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の患者割合は横ばい状況です。

脳血管疾患など合併症のリスクが懸念される高血圧ハイリスク者（Ⅱ度高血圧）4人のうち3人が「治療あり」となっています。

図表 28 高血圧症の重症化状況

合併症	性別	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
		人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）
脳血管疾患	男性	48	15.6	55	17.1	53	17.25
	女性	44	14.5	50	17.4	41	14.7
	計	92	15.1	105	17.2	94	16
虚血性心疾患	男性	39	12.7	37	11.5	32	10.4
	女性	34	11.2	29	10.1	29	10.4
	計	73	12	66	10.8	61	10.4
人工透析	男性	2	0.7	2	0.6	3	1
	女性	0	0	0	0	0	0
	計	2	0.3	2	0.3	3	0.5

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

図表 29 I度高血圧・Ⅱ度高血圧

性別	治療有無	I度高血圧 (140～159mmHg/90～99mmHg)	Ⅱ度高血圧 (160～179mmHg/100～109mmHg)
		男性	治療あり
	治療なし	8	0
	計	21	3
女性	治療あり	5	0
	治療なし	6	1
	計	11	1
総計	治療あり	18	3
	治療なし	14	1
	計	32	4

資料：KDB 健診ツリー図（健診受診者）令和4年度

### ③糖尿病の重症化状況

糖尿病の重症化による糖尿病性腎症は、増加傾向にあります。一方、虚血性心疾患、脳血管疾患の患者割合は、横ばい状況にあります。

HbA1c8.0以上の該当者4名のうち、「治療あり」は、2名となっています。

図表 30 糖尿病の重症化状況

	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 (%)
糖尿病性腎症	男性	20	10.4	20	10.4	26	14.5	22	13.3
	女性	13	8.4	13	9.2	13	10.2	12	8.7
	計	33	9.5	33	9.9	39	12.7	34	11.2
脳血管疾患	男性	33	17.2	33	17.1	33	18.4	29	17.6
	女性	19	12.3	21	14.9	18	14.2	17	12.3
	計	52	15.0	54	16.2	51	16.7	46	15.2
虚血性心疾患	男性	24	12.5	20	10.4	20	11.2	26	15.8
	女性	21	13.6	17	12.1	16	12.6	12	8.7
	計	45	13.0	37	11.1	36	11.8	38	12.5

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」(令和2年～令和5年)

図表 31 糖尿病ハイリスク者の治療の有無

性別	治療有無	HbA1c6.5～6.9	HbA1c7.0～7.9	HbA1c8.0以上
男性	治療あり	10	18	1
	治療なし	3	0	2
	計	13	18	3
女性	治療あり	9	7	1
	治療なし	3	3	0
	計	12	10	1
総計	治療あり	19	25	2
	治療なし	6	3	2
	計	25	28	4

資料：KDB 健診ツリー図(健診受診者) 令和4年度

## (5) 介護費関係の分析

### ①介護給付費の状況（1件当たり給付費（円））

1件当たり介護給付費は県、国平均より高くなっています。

図表 32 1件当たり介護給付費

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
六戸町	86,029	85,242	82,770	82,464
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」

### ②介護認定率の状況

介護認定率は、県や国平均より低くなっています。

図表 33 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
六戸町	16.7%	15.6%	16.2%	<b>14.9%</b>
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」



項 目	分析結果から導き出された課題
平均寿命・健康寿命 死因・標準化死亡比	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 男女とも健康寿命（平均自立期間）が県、国平均よりも短くなっています。</li> <li>2. 死因上位はがん（1位）、脳血管疾患（2位）となっています。</li> <li>3. 男女とも、自殺、脳血管疾患の標準化死亡比が高くなっています。</li> </ol>
医療費データ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外来の医療費では糖尿病が最も多くなっています。</li> <li>2. 糖尿病の医療費割合は生活習慣病の中で最も多くなっています。</li> <li>3. 糖尿病、高血圧、脂質異常症の患者割合は微減傾向となっています。</li> <li>4. 糖尿病ハイリスク者（HbA1c7.0以上）の大半が治療中であるにもかかわらず血糖コントロール不良となっています。</li> </ol>
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 若年層の受診率の低さが課題となっています。</li> <li>2. 特定健康診査受診率は、継続的な受診勧奨事業実施の効果が表れることなく、伸び悩んでいます。</li> <li>3. 有所見割合では、男女ともに空腹時血糖、肝機能ALT（GPT）が県、国平均より高くなっています。</li> <li>4. 生活習慣では、喫煙、食習慣が課題となっています。</li> <li>5. 男性のメタボリックシンドローム予備群、女性のメタボリックシンドローム該当者が微増傾向にあります。</li> <li>6. 男性のメタボリックシンドローム該当者のうち血糖、血圧、脂質全ての項目での有リスク者の割合は10%を超えています。</li> </ol>
介護データ その他	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護認定率が県、国平均より低い一方で、1件当たりの介護給付費が県、国平均より高くなっています。</li> </ol>

### 第三章 計画全体

#### 1. 本町の健康課題

①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	特定健康診査受診率の向上	3	1
B	特定保健指導実施率の向上	4	3. 4
C	糖尿病性腎症重症化予防	1	5. 6
D	生活習慣病重症化予防	2	2
E	重複・頻回受診者等に対する保健指導	5	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	37.9%	41.6%	45.2%	48.8%	52.4%	56.2%	60.0%
A	若年層の受診率向上	40～64歳代男性の受診率	29.7%	30.6%	31.5%	32.4%	33.3%	34.2%	35.0%
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	66.7%	67.0%	67.3%	67.6%	67.9%	68.2%	68.5%
B	特定保健指導実施率の向上	メタボ該当者割合	26.6%	26.3%	26.0%	25.7%	25.4%	25.1%	24.9%
C	糖尿病性腎症重症化予防	新規透析患者数(糖尿病)	0	0	0	0	0	0	0
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	19.3%	19.0%	18.7%	18.4%	18.1%	17.8%	17.5%
D	生活習慣病重症化予防	血圧保健指導判定値以上の者の割合	51.0%	50.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%
F	医療費の適正化	一人あたり医療費(円)	26,593	26,858	27,127	27,398	27,672	27,949	28,229

### 3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	未受診者の個性に応じた受診勧奨	3
2	特定健診受診者のフォローアップ	4
3	通知や電話による特定保健指導利用勧奨	5
4	特定保健指導初回面接分割実施	7
5	糖尿病重症化予防における保健指導	2
6	糖尿病性腎症重症化予防事業	1
7	保健協力員のスキルアップ及び国保被保険者の生活習慣病予防リテラシー向上事業	6
8	六戸町国民健康保険適正服薬推進事業	8

### 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	全体受診率より低い受診率の年齢階級に対して、特定健診受診勧奨の啓発活動を重点的に実施
A, B, C, D	保健指導支援委託機関への委託継続
B	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	国保連と連携した保健協力員活動活性化のため支援
F	適正な受診行動の啓発を継続

## 第IV章 個別保健事業計画

事業番号	1
------	---

①事業名称	未受診者の個性に応じた受診勧奨
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	前年度特定健診未受診者
④現在までの事業結果	平成30年度より毎年継続実施

### 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)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率	35.1%	39.5%	44.0%	48.5%	53.0%	56.5%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者に対する受診勧奨回数	2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	全体受診率より低い受診率の年齢階級に対して、特定健診受診勧奨の啓発活動を重点的に実施。
-----------------	---

### ⑩現在までの実施方法（プロセス）

年齢、性別、受診歴に基づいた通知勧奨、受診歴のある未受診者については、過去3年分の健診データに基づいた勧奨、未受診のデメリットを強調した内容の圧着ハガキ（6面）、ナッジ理論を取り入れた受診勧奨等、毎年内容を変えて実施。
---

### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

現状に加え、保健協力員会など人材を活用した受診勧奨を行う。
-------------------------------

### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、福祉課、国保連、医師会、保健協力員会
------------------------

### ⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町民課、福祉課、国保連、医師会、保健協力員会、委託業者との連携強化。
------------------------------------

### 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。
----------------------------------

事業番号	2
------	---

①事業名称	特定健診受診者のフォローアップ
②事業の目的	丁寧な情報提供（健診結果説明会）により、生活習慣病改善を目指す。
③対象者	当該年度特定健診受診者
④現在までの事業結果	集団健診日程に合わせ、健診結果説明会日を設定し、個別保健指導を実施。個別性の高い保健指導で、参加者の満足度も高かった。

#### 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	受診勧奨者医療機関非受診率	5.1%	4.8%	4.5%	4.3%	4.1%	4.0%	4.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健診結果説明会1回あたり来場者率	70.0%	71.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援委託機関への委託継続。
-----------------	-------------------

#### ⑩現在までの実施方法（プロセス）

各種簡易健康測定（3種）及び個別運動・栄養指導、継続受診勧奨、管理栄養士による個別での健診結果説明を実施。
---

#### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

最新のエビデンスに基づいた健診結果説明会を実施。
--------------------------

#### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

町民課、福祉課、国保連、医師会、保健協力員会
------------------------

#### ⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

町民課、福祉課、国保連、医師会、保健協力員会、委託業者との連携強化。
------------------------------------

#### 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。
----------------------------------

事業番号	3
------	---

①事業名称	通知や電話による特定保健指導利用勧奨
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	前年度特定健診未受診者
④現在までの事業結果	健診結果説明会にて初回面接を同時実施。健診結果説明会に来場しない方には郵送や電話にて利用勧奨を実施。

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	特定保健指導利用率	68.2%	68.3%	68.4%	68.5%	68.6%	68.7%	68.8%
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	2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)

健診結果説明会にて初回面接を同時実施。健診結果説明会に来場しない方には郵送や電話にて利用勧奨を実施。
--

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

利用者増加のために勧奨方法の検討を行う。
----------------------

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

八戸西健診プラザへ一部委託
---------------

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

引き続き実施内容の詳細を随時改善の上、継続実施していく。
------------------------------

⑭評価計画

健診結果説明会にて初回面接を同時実施し、特定保健指導利用率の向上を評価する。
--

事業番号	4
------	---

①事業名称	特定保健指導初回面接分割実施
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	前年度特定健診未受診者
④現在までの事業結果	令和4年度より人間ドックに加え、集団健診でも初回面接の分割実施を実施。

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	積極的支援レベル実施率	47.4%	37.0%	43.0%	50.0%	53.0%	57.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	初回面接実施率	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%	72.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援委託機関への委託継続。
-----------------	-------------------

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>集団健診受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して、把握できる情報をもとに、保健師が初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目の結果から、医師が総合的な判断を行い、専門職が本人に電話等を用いて相談しつつ、当該行動計画を完成する。</p>
--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

健診当日の実施体制を強化。
---------------

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

八戸西健診プラザへ委託
-------------

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

八戸西健診プラザへの委託の継続。
------------------

⑭評価計画

積極的支援レベル実施率
-------------

事業番号	5
------	---

①事業名称	糖尿病重症化予防における保健指導
②事業の目的	肥満、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	高血糖（HbA1c5.6以上）と判定された者
④現在までの事業結果	糖尿病療養指導士や歯科衛生士による保健指導を実施し、参加者の68.4%が体脂肪量の減少が認められた。

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	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	19.3%	19.0%	18.7%	18.4%	18.1%	17.8%	17.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導への継続参加率	73.0%	76.0%	79.0%	82.0%	85.0%	88.0%	90.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援委託機関への委託継続
-----------------	------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした専門家による講義（運動・栄養・睡眠等）
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

最新のエビデンスに基づいた専門家による講義を実施
--------------------------

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉課、保健協力員会
------------

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

福祉課、保健協力員会、委託業者との連携強化
-----------------------

⑭評価計画

HbA1c有所見者割合の減少を評価する
---------------------



事業番号	6
------	---

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が高い医療機関未受診者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクが高い者に対して、医療機関と連携して保健指導を実施することにより腎不全や人工透析への移行を防止するなど糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを行うことを目的とする。
③対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者
④現在までの事業結果	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定。

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	新規透析患者数 (糖尿病)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

⑨目標を達成するための主な戦略	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)

特定健診及びレセプトデータ、KDBデータより対象者を抽出。糖尿病重症化リスクの高い未受診者、治療中断者への受診勧奨を実施。また、主治医と連携し、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

特定健診及びレセプトデータ、KDBデータより対象者を抽出。糖尿病重症化リスクの高い未受診者、治療中断者への受診勧奨を実施。また、主治医と連携し、保健指導を継続して実施。
--

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

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

医療機関との連携の強化。
--------------

⑭評価計画

受診勧奨を行うことにより、糖尿病未治療者の医療機関受診率を評価する。
------------------------------------

事業番号	7
------	---

①事業名称	保健協力員のスキルアップ及び国保被保険者の生活習慣病予防リテラシー向上事業
②事業の目的	保健協力員自らの健康づくり取組意思の表明と行動変容。保健協力員の働きにより、国保被保険者の糖尿病予防・歯科保健及び特定健診に対する意識の向上を図る。
③対象者	国保被保険者
④現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症の影響により、保健協力員が主催する健康教室開催が困難だった。しかし、保健協力員の45.5%は、町が開催する健康教室に積極的に参加しており、保健協力員としての活動は維持された。また、4割近くの保健協力員は特定健診の勧奨など健康リテラシーの提供にも努めており、今後の活躍が期待できる。

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	健康教室参加者のうち、自分自身の健康について意識が向上したとする国保被保険者の割合	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健協力員研修の参加率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	国保連と連携した保健協力員活動活性化のため支援
-----------------	-------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

保健協力員を対象にした生活習慣病重症化予防研修  
 保健協力員を活用した生活習慣病予防の情報提供、特定健診の受診勧奨☑

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

生活習慣病予防の取り組みにつなげられる研修内容の工夫。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉課、保健協力員、国保連

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

福祉課、保健協力員、国保連との連携の強化

⑭評価計画

事業実施後アンケートにて事業の効果や目標の達成状況を確認する。

事業番号	8
------	---

①事業名称	六戸町国民健康保険適正服薬推進事業
②事業の目的	重複・頻回受診者、重複多剤投与者の健康保持増進及び健康被害の防止、また医療費適正化のため、健康状態や生活状況を把握するとともに、健康相談やかかりつけ医の推奨等による適正な受診指導等をおこなう。
③対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>●重複頻回受診：国民健康保険重複多受診者一覧表疾病大分類より、「1か月あたりレセプト枚数を4枚以上保有する者」「1か月あたり15回以上の受診を行っている者」を目安に抽出した者のうち、個別に訪問指導が必要と判断した者</li> <li>●重複多剤投与：「同一月に3以上の医療機関より同一の薬効の薬剤投与を受けている者」、また、「一つの処方箋で15剤以上（30日以上）での処方を受けている者」で6か月間のうち4か月以上該当している者</li> </ul>
④現在までの事業結果	<p>お問い合わせ票に基づき受診状況を確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多剤については「薬の知識」「高齢者が気をつけたい多すぎる薬と副作用」のパンフレットを郵送。</li> <li>・郵送後に相談等のリアクションは少ない。</li> <li>・定期的な検査のため、数か月に一度、重複受診となっている方も多い。頻回受診者には農作業による、腰痛や膝痛等のため整形外科に電気治療通院されている方が目立つ。</li> <li>・重複受診も訪問時点で解消しているケースも多い。</li> </ul>

#### 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	一人あたり医療費 (円)		26,593	26,858	27,127	27,398	27,672	27,949	28,229
アウトプット (実施量・率) 指標	通知回数		1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上

⑨目標を達成するための主な戦略	適正な受診行動の啓発を継続。
-----------------	----------------

#### ⑩現在までの実施方法（プロセス）

問い合わせ票に基づき受診状況を確認。多剤については「薬の知識」「高齢者が気をつけたい多すぎる薬と副作用」のパンフレットを郵送。
---

#### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

通知の工夫と相談体制の整備。
----------------

#### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

福祉課
-----

#### ⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

医療機関や薬局への協力の働きかけ。
-------------------

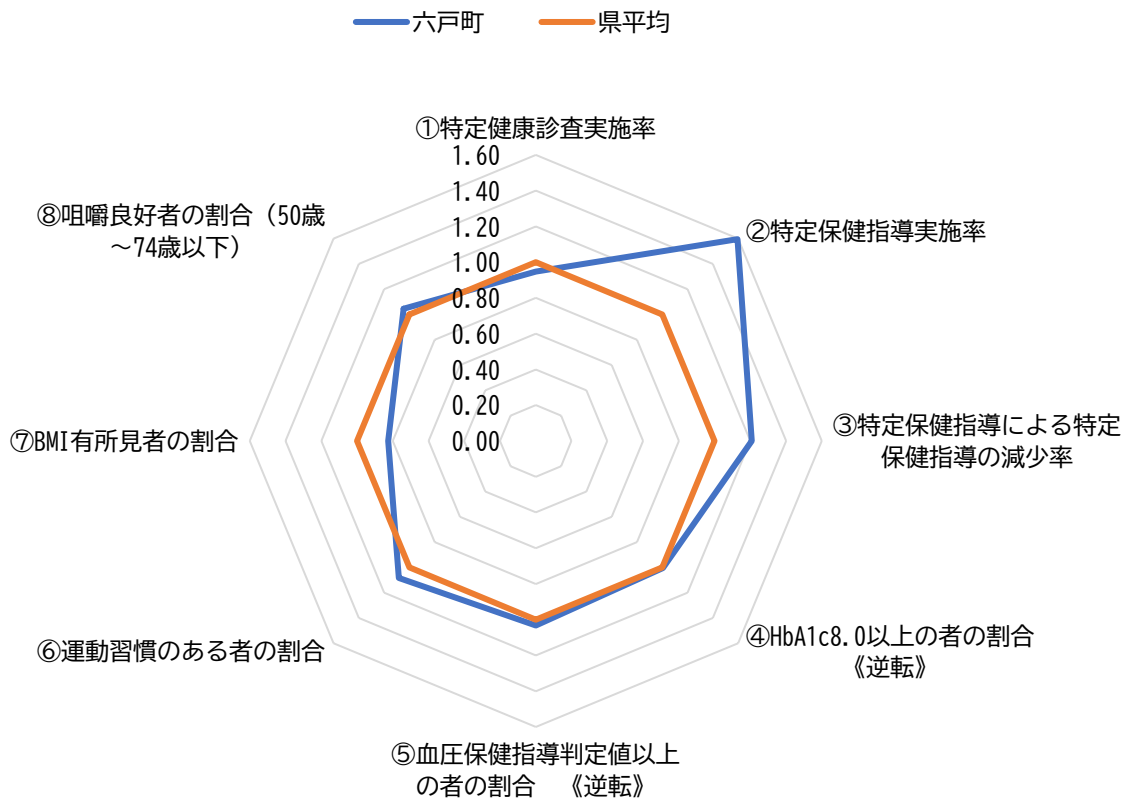
#### ⑭評価計画

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

	レーダーチャートの数値		実績値	
	六戸町	県平均	六戸町 (a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	0.95	1.00	37.9	40.0
40～64 歳の実施率	0.98	1.00	32.0	32.6
65～74 歳の実施率	0.88	1.00	41.2	46.7
特定保健指導実施率	1.60	1.00	66.7	41.8
40～64 歳の実施率	1.62	1.00	55.3	34.1
65～74 歳の実施率	1.67	1.00	80.6	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	1.21	1.00	19.4	19.0
40～64 歳の減少率	1.27	1.00	19.4	22.5
65～74 歳の減少率	0.69	1.00	19.4	27.4
HbA1c8.0 以上の者の割合 《逆転》	1.01	1.00	0.58	1.08
40～64 歳の 8.0 以上の割合 《逆転》	1.01	1.00	0.49	1.15
65～74 歳の 8.0 以上の割合 《逆転》	1.00	1.00	0.63	1.08
HbA1c6.5 以上の者の割合 《逆転》	1.02	1.00	8.33	9.89
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》	0.90	1.00	19.30	10.73
血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.03	1.00	51.02	52.56
運動習慣のある者の割合	1.08	1.00	36.1	33.34
BMI20 kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合（前期高齢者） 《逆転》	1.03	1.00	12.6	15.26
咀嚼良好者の割合（50 歳～74 歳以下）	1.05	1.00	77.2	73.78
後発医薬品使用割合	1.00	1.00	82.9	82.68
喫煙率 《逆転》	1.01	1.00	15.8	16.76

### 六戸町の各指標値実績と青森県平均値との比較



⑧レーダーチャート数値：(a) / (b)

\* 《逆転》：(100-a/100-b)

## 第V章 その他

### 1. データヘルス計画の評価・見直し

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。

### 2. データヘルス計画の公表・周知

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。

### 3. 個人情報の取扱い

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）及び六戸町個人情報保護法施行条例（令和5年3月10日条例第5号）を遵守し、個人情報の保護に努めます。

### 4. 地域包括ケアに係る取組

「健康ろくのへ21」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組むこととします。

国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、保健事業や介護予防、生活支援の対象となる人を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施します。

さらに、令和6年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を積極的に推進していきます。

また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指していきます。

### 5. その他留意事項

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。

## 第VI章 第4期 特定健康診査等実施計画

### 1. 計画の目的

特定健康診査及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発生や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健康診査）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を行うものです。

### 2. 目標値の設定

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

また、特定保健指導については、計画最終年度における国の目標値が60%以上となっていますが当町の特定保健指導実施率は令和4年度に60%を上回っていることから、計画最終年度における目標値を68.5%と定め、これらの目標値を達成するために各年度の目標値を次のとおり設定します。

#### 【特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の目標】

	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029) 【国の目標】
特定健康診査 受診率	41.6%	45.2%	48.8%	52.4%	56.2%	60.0% 【60.0%】
特定保健指導 実施率	67.0%	67.3%	67.6%	67.9%	68.2%	68.5% 【60.0%】

#### 【参考】第四期における各種医療保険者別の目標（第4版）

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

資料；厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き」

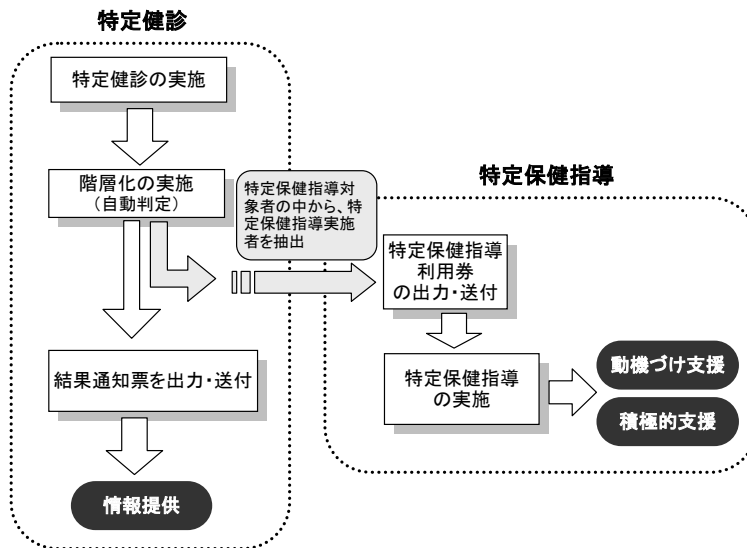
### 3. 特定健康診査等の実施

#### (1) 実施の流れとスケジュール

##### ① 健診から保健指導への流れ

目標の達成を目指し、以下のような流れにより特定健康診査と特定保健指導を実施していきます。

##### ■ 特定健診から特定保健指導への流れ



特定健康診査を実施し、健診受診者全員に対して情報提供を行い、さらに必要度に応じた保健指導を提供します。健診結果から、受診者の内臓脂肪の蓄積をはじめとした疾病リスクに基づき優先順位をつけ、特定保健指導の必要度を基準とした階層に自動判定により振り分けます。その必要性に応じて、階層化された「動機づけ支援」「積極的支援」の保健指導を行います。内臓脂肪症候群等の該当者・予備群該当者・予備群の適切な抽出を図り、効果的に特定保健指導を行います。

動機づけ支援、積極的支援の保健指導が必要な階層の中でも特に必要度が高いと判定された対象者の中から実際の特定保健指導実施者を抽出して、その方々に動機づけ支援、積極的支援からなる階層化された個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した健康目標に沿った指導を行います。



## ②実施スケジュール

特定健康診査等を実施スケジュールは、おおよそ以下のようになります。

### ■特定健康診査等の実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	委託契約	通年を通し保健指導実施	
5月	個別健診の開始		人間ドックの開始
6月	健診データ受取り	保健指導対象者の抽出 案内の印刷・送付	代行機関を通じて費用 決済の開始
7月			
8月	複合健診		
9月	複合健診		支払基金への法定報告
10月	複合健診		人間ドックの終了
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備、健診対象者の抽出		

## (2) 特定健康診査の実施

### ① 特定健康診査の対象者

#### ■ 年齢と健康保険種別と受診可能な健診等

年齢区分と健康保険		受診可能な健診等	
		特定健診 【実施主体】	がん検診 【実施主体】
年齢区分	健康保険種別	六戸町 国民健康保険	六戸町
40歳以上	国民健康保険	○	○
75歳未満	国保以外の保険	×	○
75歳以上	後期高齢者 医療制度	×	○

※○：受診できる

資料：六戸町 福祉課

×：受診できない

なお、妊産婦などの他の厚生労働大臣が定める者は、特定健康診査の対象者から除外されることとなります。具体的に、特定健康診査の実施の対象外となるのは、以下の条件のいずれかに該当する人です。

#### < 特定健康診査の対象外となる方 >

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

また、40歳から74歳までの六戸町国民健康保険加入者のうち、労働安全衛生法や学校保健法等他の法令に基づく健診の受診者は、結果データが受領できる限りは、医療保険者が実施すべき特定健康診査の対象者から除外されます。しかし、特定健康診査等実施計画を作成あるいは修正する段階（時点）で予めこのようなケースの推定数を把握し、見込んでおくことは困難であることから、実施計画上の目標設定においてこの数を折り込むことはせず、実施時点で案内・通知等により健診結果データを受領するものとします。

## ②健診実施項目

健診項目は、通常実施する「基本的な健診の項目」と、必要に応じて実施する「詳細な健診の項目」に分けて、次のように設定します。

### ア. 基本的な健診の項目

六戸町国民健康保険の特定健康診査において、通常実施する基本的な健診の項目は以下のとおりです。

#### ■基本的な健診の項目

検 査 項 目		区 分	
診 察	質問（問診）	○	
	計 測	身長	○
		体重	○
		肥満度・標準体重	○
		腹囲	○
	理学的所見（身体診察）	○	
血 圧	○		
脂 質	総コレステロール定量		
	空腹時中性脂肪	○	
	HDL コレステロール	○	
	LDL コレステロール	○	
肝 機 能	AST(GOT)	○	
	ALT(GPT)	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	
代 謝 系	空腹時血糖	■	
	尿 糖   半定量	○	
	ヘモグロビン A1c	■	
血液一般	ヘマトクリット値	□	
	血色素測定	□	
	赤血球数	□	
尿・腎 機 能	尿蛋白   半定量	○	
	潜 血		
	血清クレアチニン		
心 機 能	12 誘導心電図	□	
眼底検査		□	

※ ○…必須項目

□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■…いずれかの項目の実施でも可

※問診（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

イ. 詳細な健診の項目

以下の各条件に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査を実施することになります。

■詳細な健診の項目と実施条件

検査項目	条 件
心電図検査	前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について判定基準に該当した者
眼 底 検 査	前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について判定基準に該当した者
貧 血 検 査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

※判定基準

- 血糖 a) 空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は b) HbA1c の場合 5.6%以上 (NGSP 値)  
脂質 a) 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上 又は b) HDL コレステロール 40mg/dl 未満  
血圧 a) 収縮期 130mmHg 以上 又は b) 拡張期 85mmHg 以上  
肥満 a) 腹囲 男性 $\geq$ 85cm、女性 $\geq$ 90cm 又は b) BMI $\geq$ 25

六戸町国民健康保険では、第3期計画に引き続き、基本的な健診項目に加え、受診者全員に対して心電図検査、眼底検査、貧血検査を実施します。

③その他実施する検診等について

六戸町では、この特定健康診査の機会を捉え、特定健康診査のほか、各種がん検診を同時に実施することとします。

#### ④実施場所及び実施時期・期間

実施場所は、特定健診受診者の利便性を考慮し選定し、町広報紙等で周知します。  
実施期間は、5月から翌年3月までとします。

#### ⑤健診の外部委託について

健診は外部実施機関に委託することにより実施します。

外部委託にあたっては、国が定める基準に準拠して行います。また、委託者からの健診データの受領に関しては、必ずパスワードを付した媒体を使用するなど情報漏えいを防ぎます。

また、健診業務の委託に際しては、六戸町と健診機関、医療機関等の健診実施機関との間で、それぞれ個別の健診委託契約を結ぶものとし、また、計画期間中に委託先選定基準を満たす健診実施機関があらわれた場合には、当該機関との個別契約締結についても随時検討します。

#### ⑥特定健診の実施及び案内方法

健診は、検診車において実施する集団健診方式及び医療機関での個別健診方式により、特定健康診査のほか、各種がん検診なども同時に実施する総合健診として実施します。

また、健診の実施に際し、対象者には事前に特定健康診査受診券を交付するものとし、

##### ア. 健康診査受診券の様式と交付時期

受診券には以下の項目を記載します。

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

また、交付時期は健診実施日よりおおよそ1か月前とします。

##### イ. 周知や案内方法

健診受診の案内については、主たる方法として健診対象者に健康診査受診券を送付することにより行います。

また、毎年度当初に当該年度分を決定し、町の広報紙又はホームページで周知を図ることとします。

#### ⑦受診者の自己負担

特定健康診査に係る被保険者の費用負担はありません。

### ⑧健診結果の通知と情報提供

健診結果は受診者に個別に送付します。その際、対象者に合わせ、以下のような内容を盛り込んだ情報提供用紙を送付し、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 |                |

### (3) 特定保健指導の実施

#### ①特定保健指導の対象者

特定健康診査の結果、腹囲、BMIの他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回り、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していない方です。

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、動機づけ支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

#### ■特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64 歳	65-74 歳
$\geq 85$ cm (男性) $\geq 90$ cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $BMI \geq 25$ kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

#### ②実施場所及び実施時期・期間

実施場所は、特定保健指導利用者の利便性を考慮し選定します。

また、保健指導の初回時面接の実施時期は5月から3月までとし、対象者には実施決定後速やかに通知して指導を開始します。ただし、保健指導は開始から終了まで概ね6か月を要することから、年度を越えて指導を実施することもあります。（なお、この場合の指導実績等の取扱いについては原則として実績報告時期である翌年11月1日に間に合う実施分まで実施年度の実績とし、それ以降は翌年度の実績に移すこととなります。）

#### ③実施内容

特定保健指導の内容は、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」に基づき実施します。

#### ア. 動機づけ支援

対象者への個別支援またはグループ支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができると共に、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指します。

【内 容】医師や保健師、管理栄養士の指導のもと、対象者自らが生活習慣改善のための行動計画を策定し、3～6か月経過後に評価を実施します。

#### イ. 積極的支援

「動機づけ支援」に加え、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指します。

【内 容】医師や保健師、管理栄養士の指導のもと、策定した行動計画を対象者が自主的かつ継続的に行えるよう、指導者が定期的・継続的に面談や電話などで支援し、3～6か月経過後に実績の評価を実施します。

#### ※成果を重視した評価体系の導入

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

#### ④利用者の自己負担

保健指導に係る被保険者の費用負担はありません。

#### ⑤保健指導の外部委託について

保健指導は、特定保健指導実施機関への委託も含め実施します。

外部委託にあたっては、国が定める基準に準拠して行います。また、委託者からの指導データの受領に関しては、必ずパスワードを付した媒体を使用するなど情報漏えいを防ぎます。

#### (4) 個人情報の保護

##### ①個人情報の保護に関する基本的な考え方

六戸町国民健康保険では、特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについて個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた適切な対応を行います。とりわけ医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」(平成16年4月2日閣議決定)等において、その個人情報の性質や利用方法等から適正な取扱いを厳格に実施することを確保する必要がある分野の一つとされていることから、個人情報の性格と重要性を十分に認識し、適切に取り扱うこととします。

実際の特定健康診査等に関する個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン(「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」等)等を遵守します。また、健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守するものとします。現場で特定健康診査等に従事する職員及び特定健康診査等の委託先(データの管理を含む)については、業務を遂行する過程で個人情報を知り得るため、その情報を他に漏洩することがないように守秘義務を課すこととし、さらに職員に対しては六戸町において定める個人情報保護条例等について周知徹底を図るなど、個人情報の漏洩防止に細心の注意を払います。

また、個人情報の保護に十分に配慮する一方で、同時に受診者の利益を最大限に保障するため、情報の保護とデータ活用とのバランスも考慮し、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から収集された個人情報の有効活用にも努めていきます。

##### ②特定健康診査等の結果の通知

健診結果は、受診者本人に直接送付します。検診結果通知の様式については、必要事項を網羅することを前提とした上で、健診機関の作成する様式を採用するものとします。

保健指導の結果(記録)については、保健指導終了後、必要に応じて対象者に提供するものとします。

##### ③特定健康診査等の記録の保存

###### ア. 保存体制

特定健康診査のデータファイルについては、健診実施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へ提出するものとし、データの管理・保管については青森県国民健康保険団体連合会が提供する特定健康診査データ管理システムを活用して保管・管理します。なお、紙媒体、CD等の電子媒体等の記録媒体が発生する場合には、それらを盗難や紛失等がないよう保管します。

特定保健指導の実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で福祉課の端末、あるいはCD等の電子媒体、紙媒体に保存し、それらの盗難や紛失等がないよう適切に



管理します。さらに、特定保健指導のデータファイルについては、福祉課が青森県国民健康保険団体連合会の提供する特定健康診査データ管理システムを活用して保管・管理します。

特定健康診査データ管理システムによるデータの日常的な管理は、福祉課の職員が担当し、管理従事者の監督等の責任者は福祉課長とします。福祉課においては、その利用管理に安全性確保の重点を置き、アクセス権限等の管理を徹底します。

#### イ. 保存年限

特定健康診査・特定保健指導の実施結果の保管年限は5年（特定健康診査等の実施の翌年4月1日から5年間）とします。また、他の医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管することとします。

健診・保健指導のデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用によるメリットがあることから、集まったデータはできる限り長期的に保管することが望ましいため、六戸町国民健康保険では10年間保存することとします。

#### ウ. 保管後の取扱い

健診・保健指導のデータファイルは、六戸町国民健康保険が5年間保管しますが、保管年限終了後は保存年限を過ぎたデータを本人に渡し、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てられるようその支援に努めます。一方、六戸町が保管するデータについては消去・廃棄することになります。

また、本人が資格を喪失し別の医療保険者に異動する場合は、保管年限前であってもデータは本人に渡すこととします。但し、バックアップの意味合いから翌年度末までは保管し、その後消去、廃棄するものとします。

#### ④データの授受について

六戸町国民健康保険が他の関係者（保健指導機関、医療保険者、事業主や個人、データ管理・分析の委託先、国等）との間でデータの授受が必要になる場合、それぞれの相手先別に、利用目的をはじめ、必要とするデータ項目・範囲までを確認した上で、関係者相互の承諾の有無や守秘義務契約等も有無等を整理しながら適切に対応します。

特に、人間ドックを実施する医療機関、組合員の健診を行う農業協同組合、あるいは事業主健診等を実施する事業主など、他の健診実施主体からのデータ受領については、提供側の個人情報保護規程との擦り合わせや、その結果としての両者の規程の見直しが生じる可能性もあるため、事前に提供側との十分な協議調整の上で進めます。

**六戸町国民健康保険保健事業実施計画**

**第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画**

《令和6年度～令和11年度》

発行 青森県 六戸町 令和6年3月

編集 六戸町 町民課

住所 青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字前谷地60