

東通村国民健康保険

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度

令和6年3月

東通村

目 次

第1章 基本情報	1
1 基本的事項	1
2 現状の整理	2
3 第2期の保健事業の取組みと評価	3
第2章 健康医療情報等の分析と課題	5
1 人口・被保険者等の基本情報	5
2 平均寿命・標準化死亡比等	6
3 医療費の分析	8
4 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	11
5 レセプト・健診データを組み合わせた分析	16
6 介護費関係の分析	20
7 補足データ	21
第3章 計画全体	23
1 本村の健康課題	23
2 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	24
3 データヘルス計画全体における目的	24
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	24
第4章 個別の保健事業	25
1 特定健診実施率向上事業	25
2 特定保健指導利用勧奨事業	26
3 生活習慣病予防・重症化予防事業	27
4 糖尿病性腎症重症化予防事業	29
5 適正受診勧奨事業	30
6 共通の指標（令和4年度実績）	31
第5章 その他	32
1 計画の評価・見直し	32
2 データヘルス計画の公表・周知	32
3 個人情報の取扱い	32
4 地域包括ケアに係る取組	32
5 その他留意事項	32
第6章 第4期特定健康診査等実施計画	33
1 計画の背景	33
2 特定健康診査及び特定保健指導の目的	33
3 目標値の設定	33
4 特定健康診査について	33
5 特定保健指導について	35
6 年間スケジュール	36
7 個人情報の保護	37
8 特定健康診査実施計画の評価及び見直し及び公表	37

第1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月には、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、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

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KPI（重要業績評価指標）¹の設定を推進する。」と示されました。

東通村においても平成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いました。

本村では、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			←	→	→	→	→	→

(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	←	→	→	→	→	→

¹ 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）」の略語

(3) 実施体制・関係者連携等の基本的事項

ア. 庁内体制

税務課、健康福祉課が連携を図り、東通村が一体となって計画策定、事業実施、評価、見直しを行い、より効果的・効率的に実施していきます。また、東通村国民健康保険運営協議会において、計画策定、見直し等について議題や報告として意見交換を行います。

イ. 地域の関係機関

① 保健医療関係団体

村内の医療機関との連携を図ります。また、東通村保健協力員・母子保健推進員協議会や食生活改善推進員会等の地区組織とも連携を図ります。

② 青森県・国保連合会

特定健診・特手保健指導のデータや保健事業の実施及び評価について支援を受けます。

③ 後期高齢者広域連合

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携を図ります。

④ 東通村産業保健連絡協議会

地域全体の健康課題を包括的に解決するため、職域保健との連携を図ります。

2 現状の整理

(1) 保険者の特性

高齢化率は35.6%で県平均の33.9%より高くなっています。死亡率は出生率の約4倍となっています。第1次産業就業者割合は27.7%で国の約7倍となっています。平均寿命は、男性78.1年、女性86.1年と県平均より短くなっています。(令和2年) 平均自立期間は、男性73.0歳、女性80.4歳となっており、男女ともに県平均より低くなっています。(令和4年度)

(2) 地域資源の状況

医療・介護サービスの提供機関は村内にも設置されていますが、隣接するむつ市の施設を利用する方も多くなっています。29の地区が点在していることから、健康増進施設や公園などの健康づくりに関連する施設が手軽に利用できる距離にないため、環境づくりには工夫が必要です。

(3) 前期計画等にかかる考察

ア. 特定健診実施率の向上

本村の特定健診実施率は、県平均(35.2%)より高いものの、国の目標値である60%までは到達していない状況です。令和元年度は49.8%でしたが、令和4年度は48.7%にとどまっています。

イ. 特定保健指導実施率の向上

本村の特定保健指導実施率は平成29年度には56.6%でしたが、令和3年度には9.8%まで低下、令和4年度は17.4%になりましたが、国の目標値である60.0%を大きく下回っています。

ウ. 生活習慣病の早期発見と重症化予防

生活習慣病関連項目では、糖尿病及び高血圧症が多くなっており、合わせて16%を超えています。

3 第2期の保健事業の取組みと評価

(1) 特定健康診査の受診率向上

実施した取組内容	①集団健診：村内8か所と保健福祉センターにて6～1月に実施。 委託先は青森県総合健診センター。 ②個別健診：東通村診療所に委託して4月～3月に実施。								
総合評価	特定健診実施率は高い状態で維持しているが、目標値には達していない。								
評価		H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R1年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
アウトプット (実施量)	集団健診実施回数	14回	14回	14回	14回	14回	14回	14回	14回
	個別健診受診者数	11人	24人	35人	39人	33人	37人	32人	—
アウトカム (成果)	特定健診実施率	目標値	—	—	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	60.0%
		実績値	46.6%	49.0%	49.6%	49.8%	48.7%	48.4%	47.6%

資料：特定健診データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

(2) 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容	①利用勧奨：個別にハガキ、電話にて利用勧奨を実施。 ②対象者のライフスタイルに合わせたアプローチを行う。								
総合評価	・特定保健指導実施率は新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年度以降低調だったが、令和5年度には目標値を達成する見込みである。 ・内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合は高いまま推移しており、県内順位ではワースト1位、2位となっている。								
評価		H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R1年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
アウトプット (実施量)	特定保健指導実施率 ²	目標値	—	—	48.0%	48.0%	49.0%	49.0%	50.0%
		実績値	47.1%	56.6%	48.7%	47.7%	19.1%	9.8%	17.4%
アウトカム (成果)	特定保健指導対象者減少率	—	14.3%	19.6%	14.3%	21.4%	23.1%	21.1%	—
	内臓脂肪症候群該当者と予備群者 ³ の割合 (該当者+予備群者/評価対象者) (順位は青森県内ワースト順位)	36.4%	37.6%	39.8%	40.5%	43.1%	42.6%	39.9%	—
		135+106 /662 2位	140+105 /651 2位	149+102 /631 1位	153+95 /612 1位	153+102 /591 1位	150+93 /571 1位	125+90 /538 —	—

資料：特定健診データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表」

² 特定保健指導の終了者数/特定保健指導の対象者数

³ 腹囲が男性80cm以上、女性90cm以上かつ、追加リスク（血糖・脂質・血圧）が2つ以上該当で該当者、1つ該当で予備群者

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施した 取組内容	<p>前年度の特定健診の結果、空腹時血糖 126 mg g/dl 以上または、HbA1c6.5%以上の者で、レセプトデータ等で確認した結果、未受診の者を対象に以下の内容を実施する。</p> <p>①受診勧奨：対象者へ家庭訪問等にて受診勧奨及び、個別指導の実施。</p> <p>②受診勧奨後：受診勧奨の実施後は、連絡票を通し対象者の受診の有無を確認し、受診が確認できない場合には、再度受診勧奨を実施（約3か月後）する。</p>								
総合評価	<p>・受診勧奨後の精密検査受診率は66%～80%で推移している。</p> <p>・糖尿病を有する人工透析患者は減少した。</p>								
評 価		H28 年度 (2016)	H29 年度 (2017)	H30 年度 (2018)	R1 年度 (2019)	R2 年度 (2020)	R3 年度 (2021)	R4 年度 (2022)	R5 年度 (2023)
アウトプット (実施量)	受診勧奨者数	—	—	7 名	事業 中止	6 名	1 名	0 名	4 名
アウトカム (成果)	精密検査受診率 (受診者数/対象者数)	目標値	—	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	—
		実績値	—	71.4% (6/7)	0.0% (0/3)	66.6% (4/6)	80.0% (4/5)	1.4%	—
	糖尿病有の人工透析患者 数 ⁴					5 名	5 名	5 名	2 名

(4) 生活習慣病予防事業

実施した 取組内容	・毎年2地区以上で運動に関する事業を実施する（令和元年度より開始）						
総合評価	<p>・新型コロナウイルス感染症の影響で教室の開催が困難だった。</p> <p>・参加者からは継続の希望があり、好評だった。</p> <p>・特定保健指導対象者が教室参加を目標として設定し、目標体重を達成できていた。</p>						
評 価		H30 年度 (2018)	R1 年度 (2019)	R2 年度 (2020)	R3 年度 (2021)	R4 年度 (2022)	R5 年度 (2023)
アウトプット (事業量)	ウォーキング	2 地区 砂子又 20 名 蒲野沢 15 名	下記の運動事業へ転換				
	ピラティス教室	1 地区 センター 6 回 72 名	1 地区 センター 12 回 158 名	新型コロナウイルス感染症拡大のため中止			
	いきいき百歳体操	—	3 地区 入口 7 名 小田野沢 8 名 老部 7 名	3 地区 裏部 2 回 29 名 蒲野沢 2 回 20 名 センター44 回 372 名	1 地区 大利 1 回 9 名	介護予防事業へ移行	
	健康体操教室	—	—	—	1 地区 老部 5 回 16 名	2 地区 老部 10 回 75 名 白糠 6 回 41 名	2 地区 老部 1 回 8 名 白糠 6 回 51 名
	ヨガ教室	—	—	—	—	1 地区 センター 3 回 51 名	1 地区 センター 2 回 15 名
アウトカム (成果)	事業実施 地区数	目標値	2 地区	3 地区	5 地区	6 地区	7 地区
		実績値	3 地区	4 地区	3 地区	2 地区	3 地区

⁴出典：KDB システムデータ厚生労働省様式（様式2-2）人工透析患者一覧表（当該年度5月）

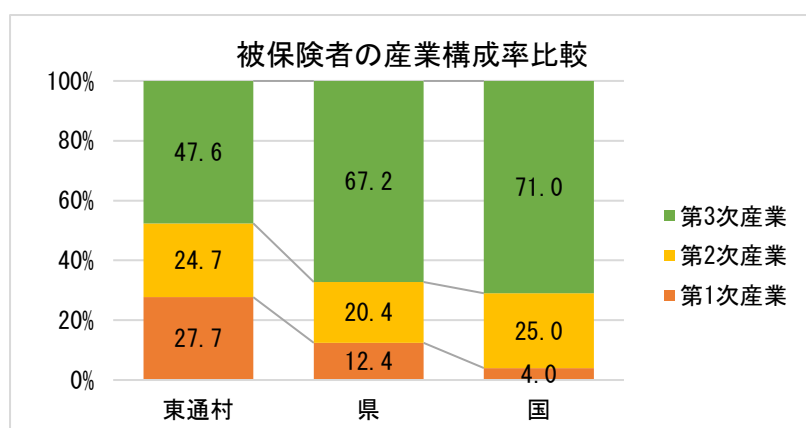
第2章 健康医療情報等の分析と課題

1 人口・被保険者等の基本情報

図表1 東通村の人口

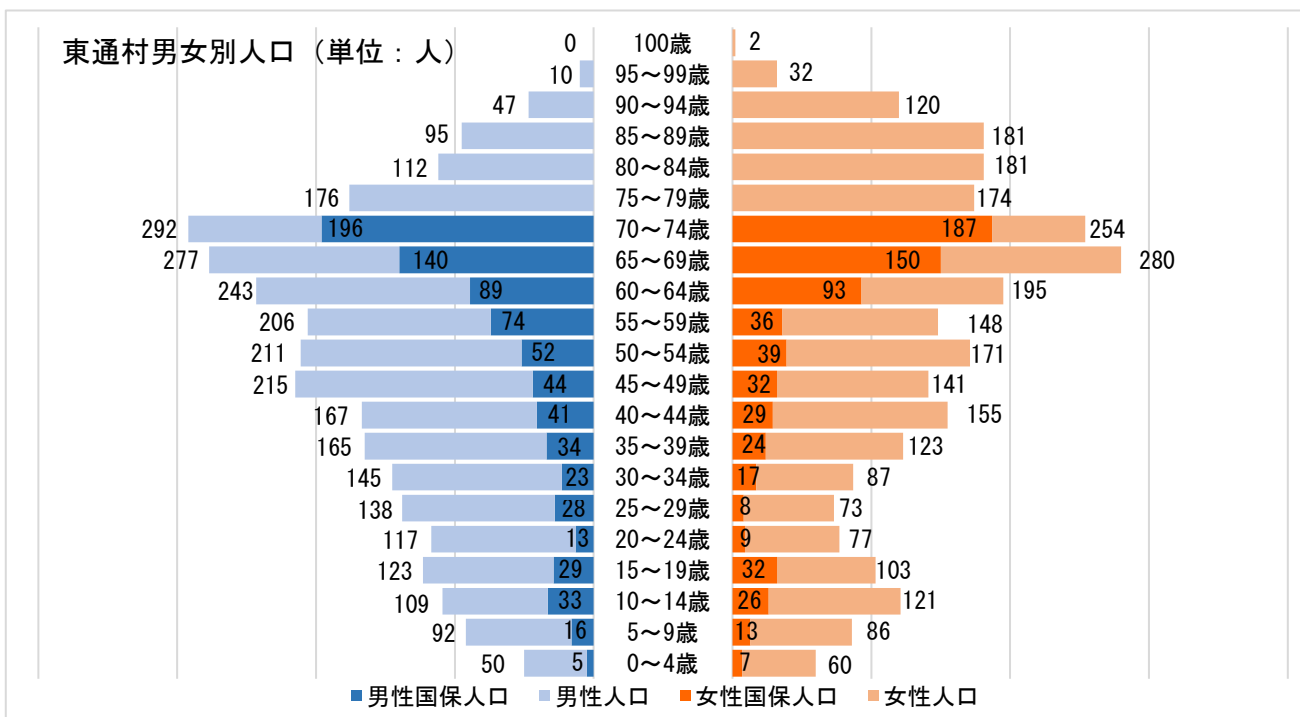
	人口		被保険者数	
	人数	割合	人数	割合
男性	2,990 人	52.0%	817 人	53.8%
女性	2,764 人	48.0%	702 人	46.2%
全体	5,754 人	100.0%	1,519 人	100.0%

図表2 被保険者の産業構成率比較



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表3 東通村の人口ピラミッド



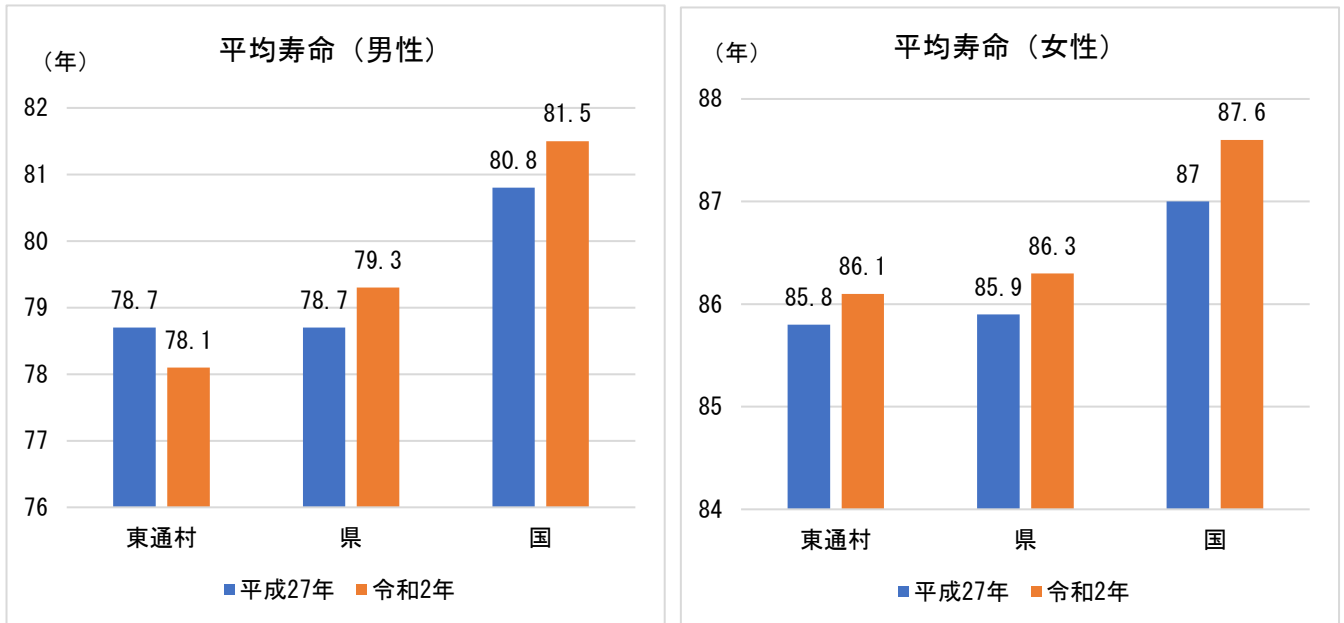
資料：指定区別年齢別男女別人口調（令和5年11月30日現在）

2 平均寿命・標準化死亡比等

(1) 平均寿命・平均自立期間

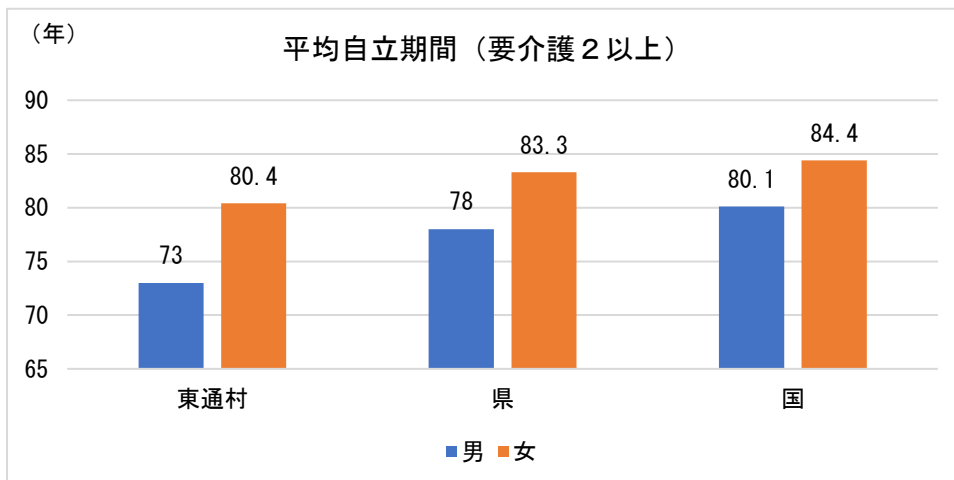
- ・男女とも国の平均寿命より短く、男性で2.1年、女性で1.1年短い。
- ・男性の平均寿命は平成27年より令和2年で短くなっている。
- ・健康寿命を見る平均自立期間では、国と比較して男性で7.1年、女性で4.0年短い。

図表4 平均寿命



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

図表5 平均自立期間（要介護2以上）



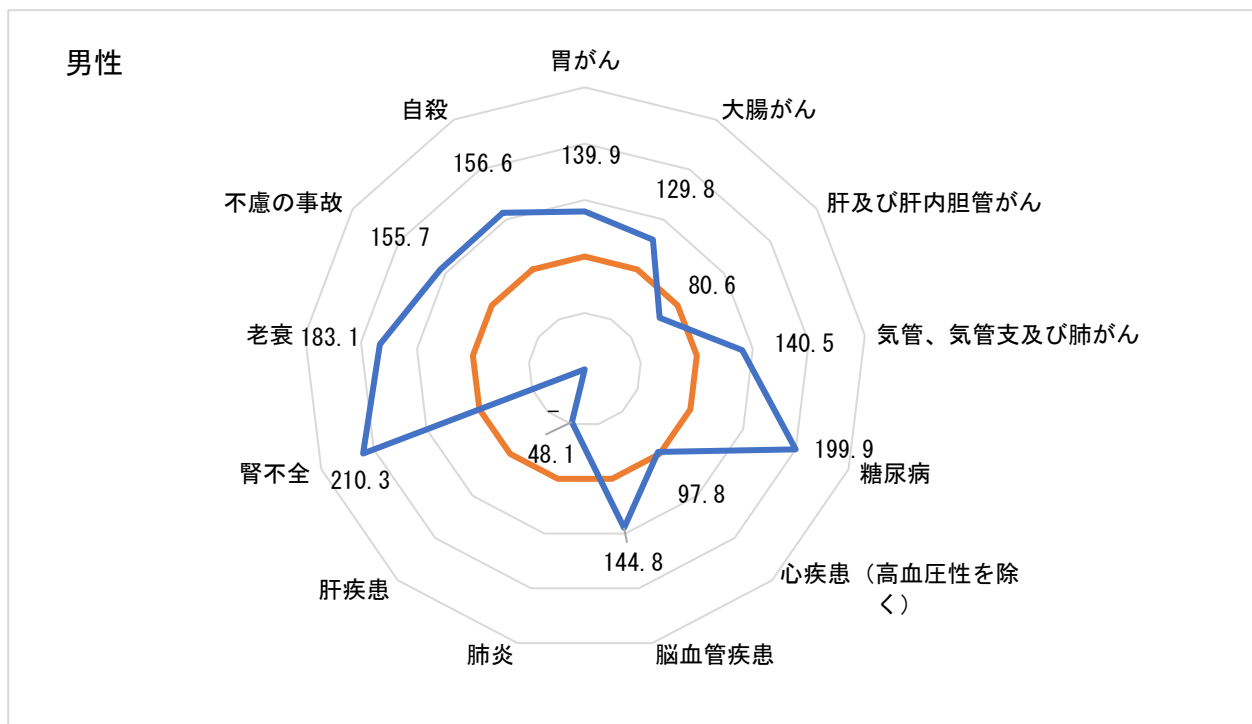
※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。）

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

(2) 標準化死亡比

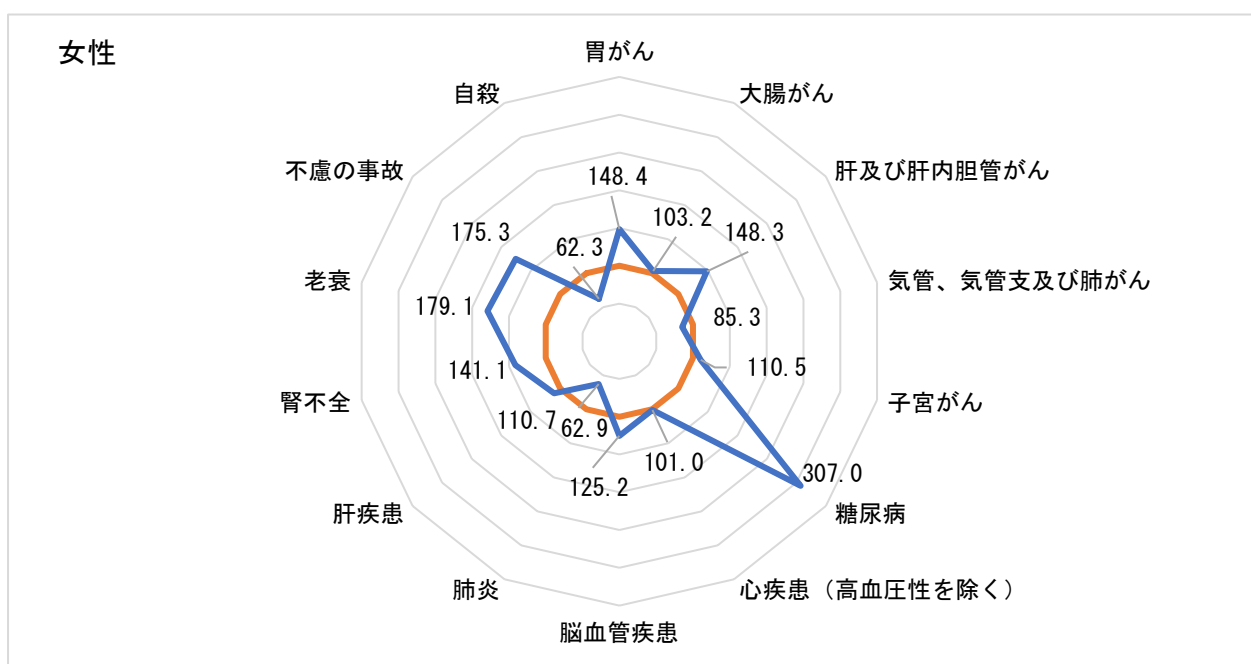
- ・男女とも、胃がん、大腸がん、糖尿病、脳血管疾患、腎不全の標準化死亡比が国平均より高い。
- ・女性では肝及び肝内胆管がん、子宮がん、心疾患（高血圧性を除く）、肝疾患の標準化死亡比が国平均より高い。

図表6 標準化死亡比－男性（平成 29 年～令和 3 年）



資料：青森県保健統計年報（令和 3 年度）

図表7 標準化死亡比－女性（平成 29 年～令和 3 年）



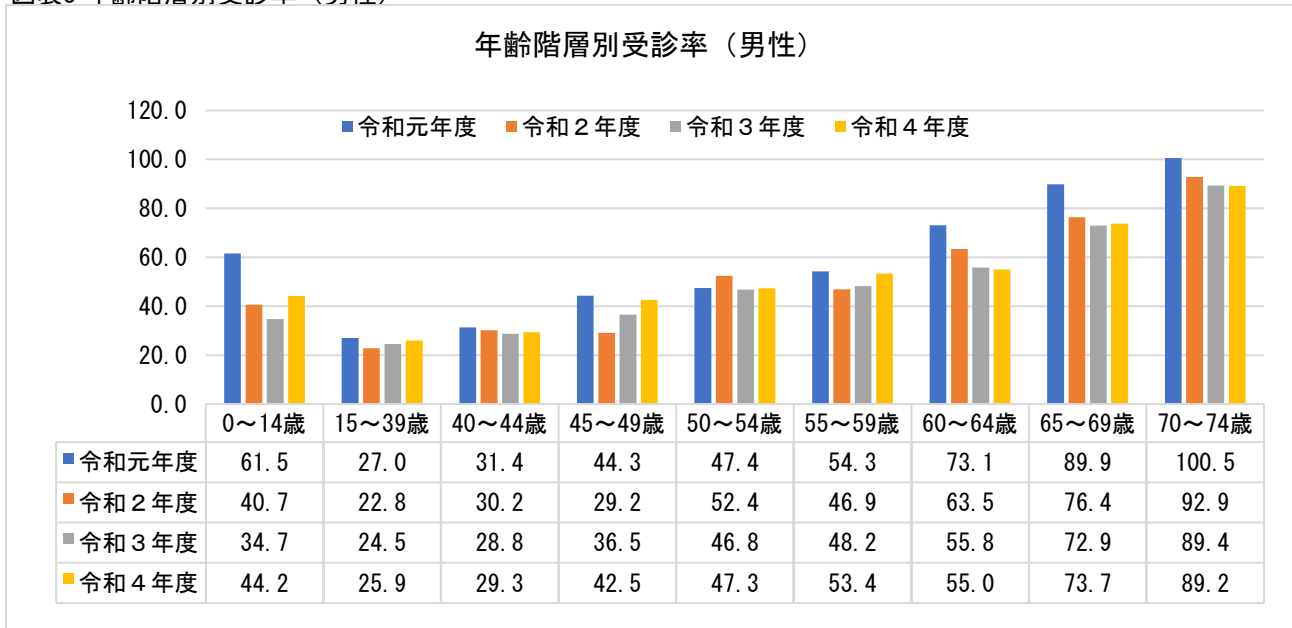
資料：青森県保健統計年報（令和 3 年度）

3 医療費の分析

(1) 年齢階層別男女別の受診率

- ・年齢とともに受診率は高くなる傾向にある。
- ・令和2年以降に新型コロナウイルス感染症流行の影響で医療機関受診控えがあり、受診率は低下し、その後年代によってばらつきがある。
- ・男女別では、女性の受診率が男性よりやや高い。

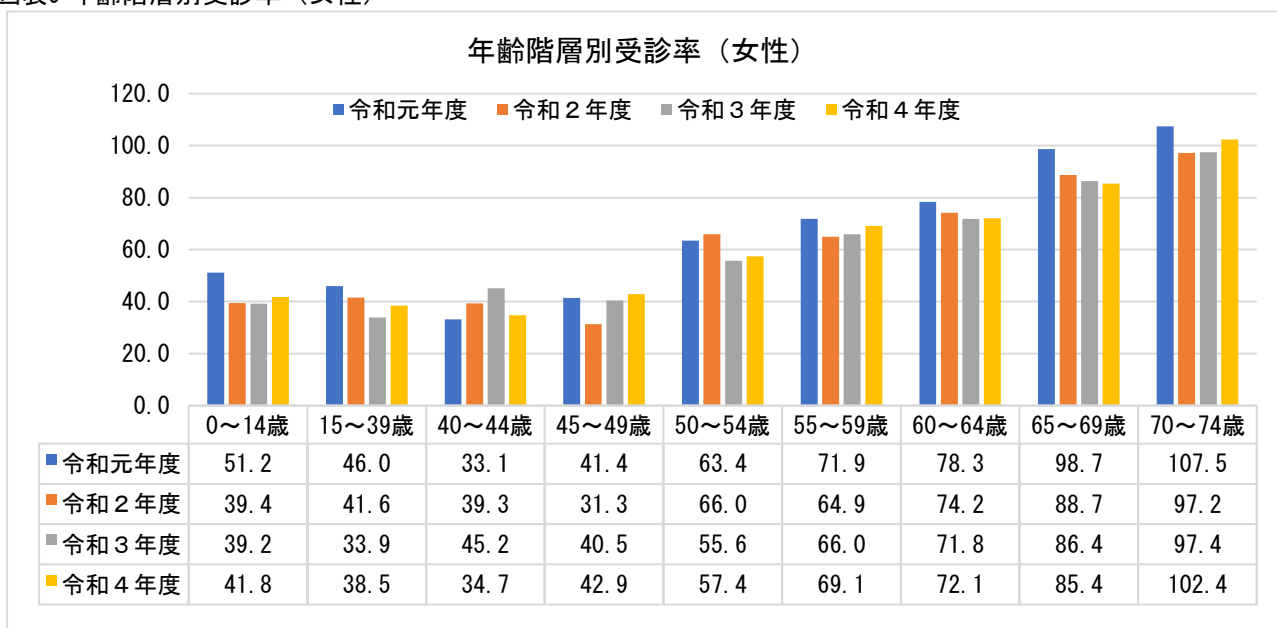
図表8 年齢階層別受診率（男性）



※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

図表9 年齢階層別受診率（女性）



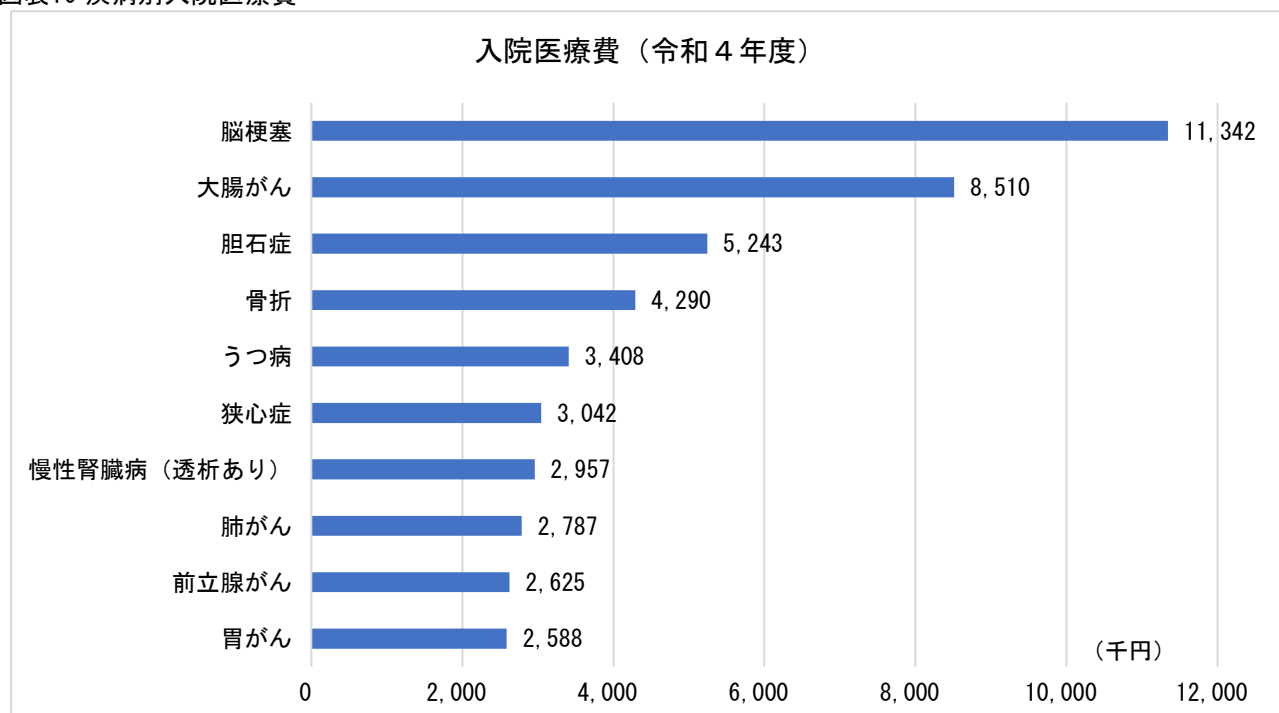
※受診率（レセプト数/被保険者数）×100 で算出

資料：KDB 医療費分析の経年比較

(2) 疾病別医療費分析

- ・入院医療費の上位は脳梗塞、大腸がん、胆石症となっている。
- ・外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで高血圧症、肺がんの順となっている。

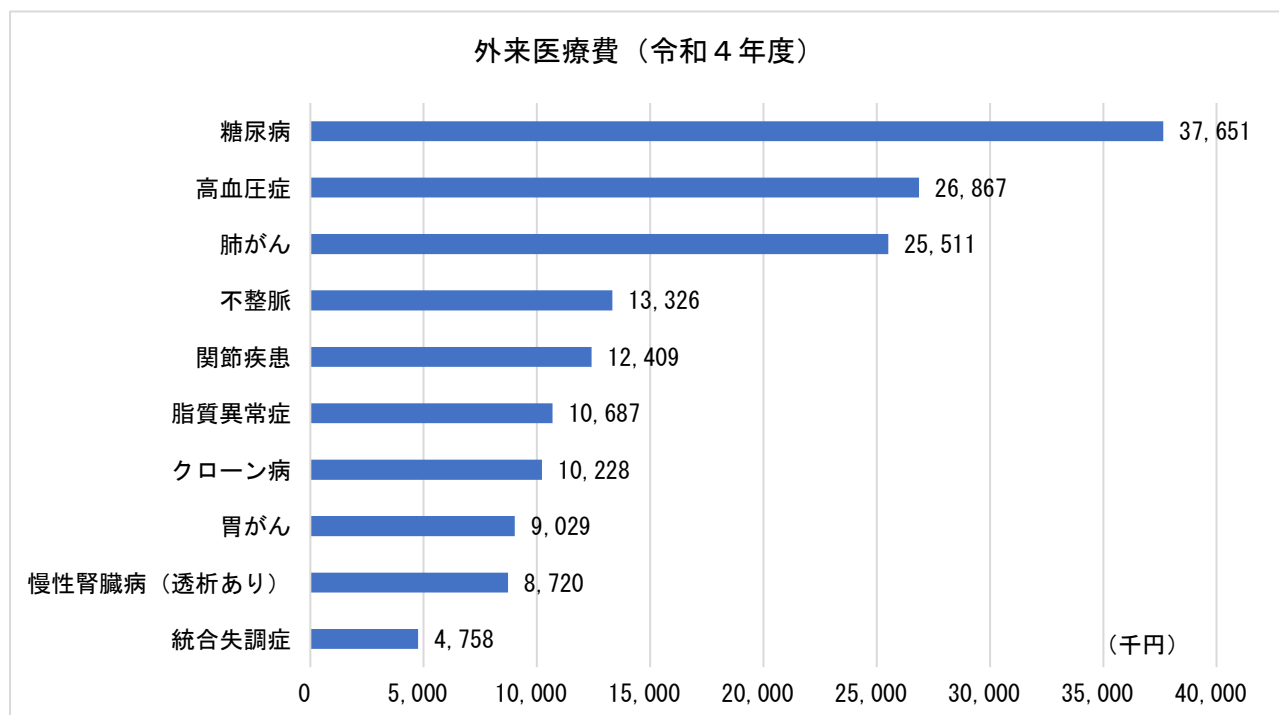
図表10 疾病別入院医療費



※千円以下切り捨て

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表11 疾病別外来医療費



※千円以下切り捨て

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

(3) 重複多受診、重複服薬

ア. 重複多受診・頻回受診の状況

- ・ 頻回受診者については同一医療機関につき 15 日以上受診している者が毎年 1 ～ 2 名いる。

図表12 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	
被保険者数	1,768 人		1,717 人		1,670 人		1,623 人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複多受診	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%
頻回受診	1 人	5.7%	1 人	5.8%	2 人	12.0%	1 人	6.2%

* 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

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

イ. 重複服薬の状況

- ・ 30 日以上かつ 5 剤以上処方される多剤処方の者は 10%以上で、増加傾向にある。

図表13 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	1,768 人		1,717 人		1,670 人		1,623 人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複服薬	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%	1 人	0.1%
多剤	229 人	13.0%	218 人	12.7%	230 人	13.8%	247 人	15.2%

* 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

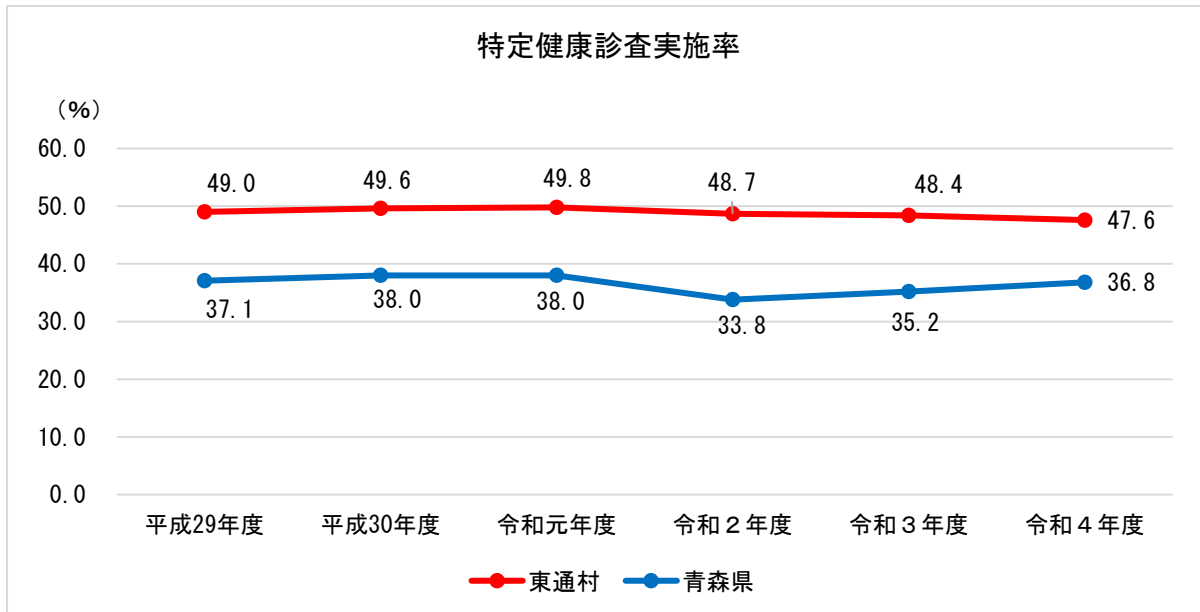
資料：KDB「重複服薬の状況」

4 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

(1) 特定健診実施率

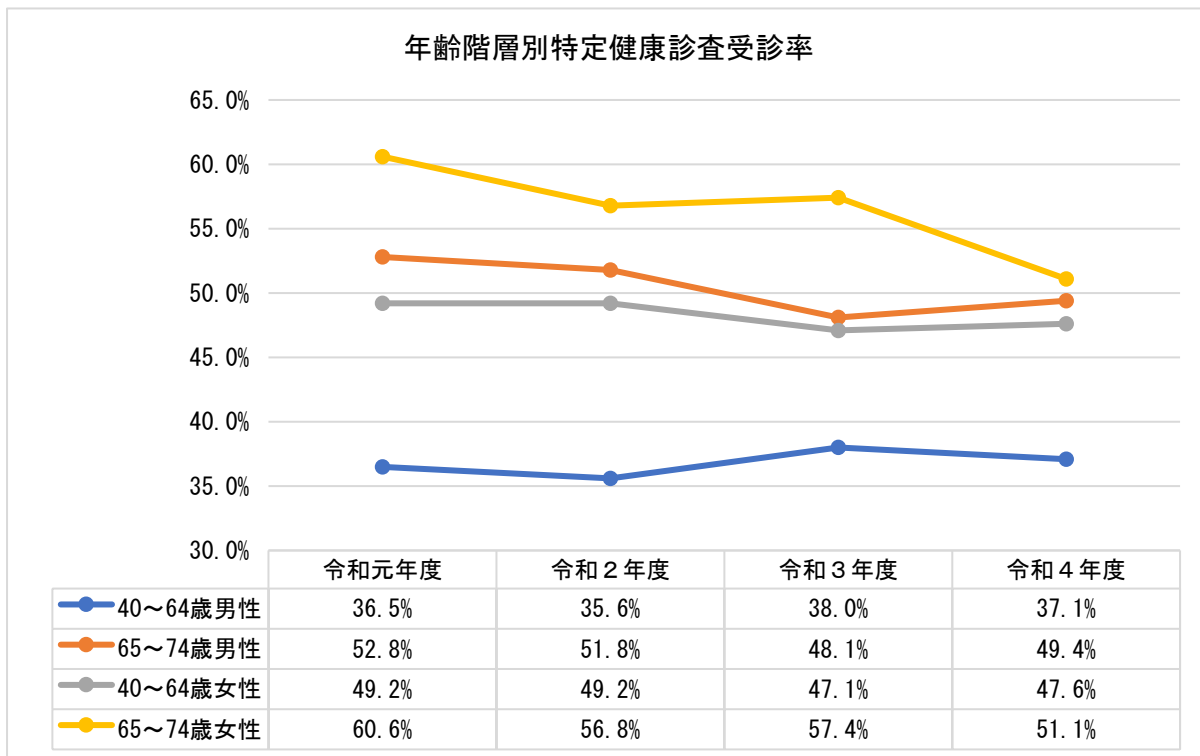
- ・本村の特定健診実施率は横ばいで、県平均を上回っている。
- ・年齢階層別では、若年層の受診率が低く、男女別では女性の受診率が高い。

図表14 特定健康診査実施率の推移



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15 年齢階層別特定健診実施率

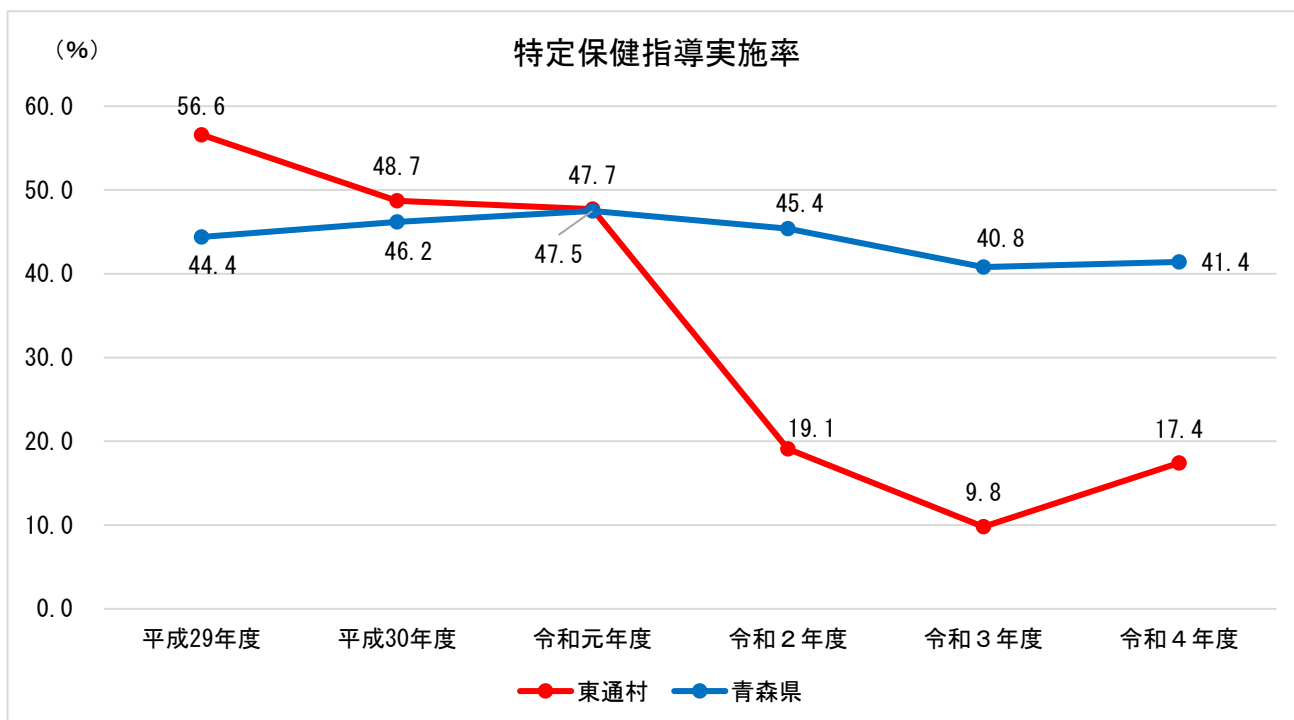


資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定保健指導実施率

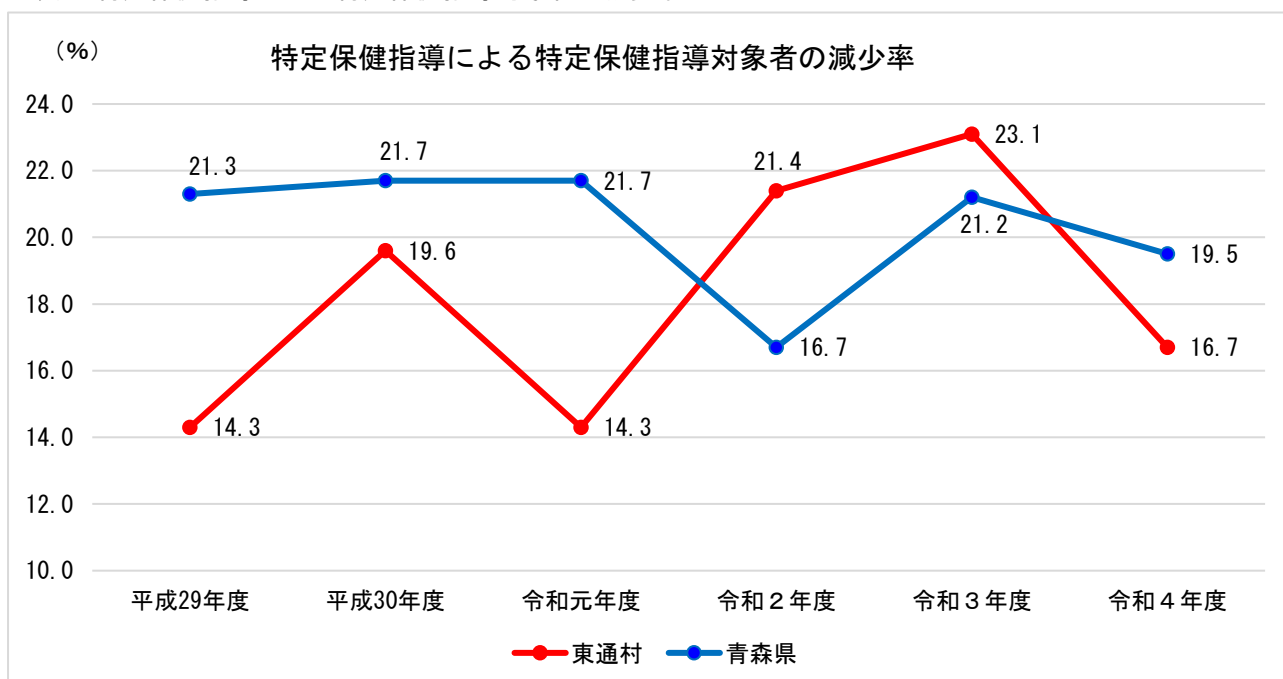
- ・特定保健指導実施率は、令和元年度までは県平均を上回っていたが、令和2年度より低くなっている。

図表16 特定保健指導実施率



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17 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

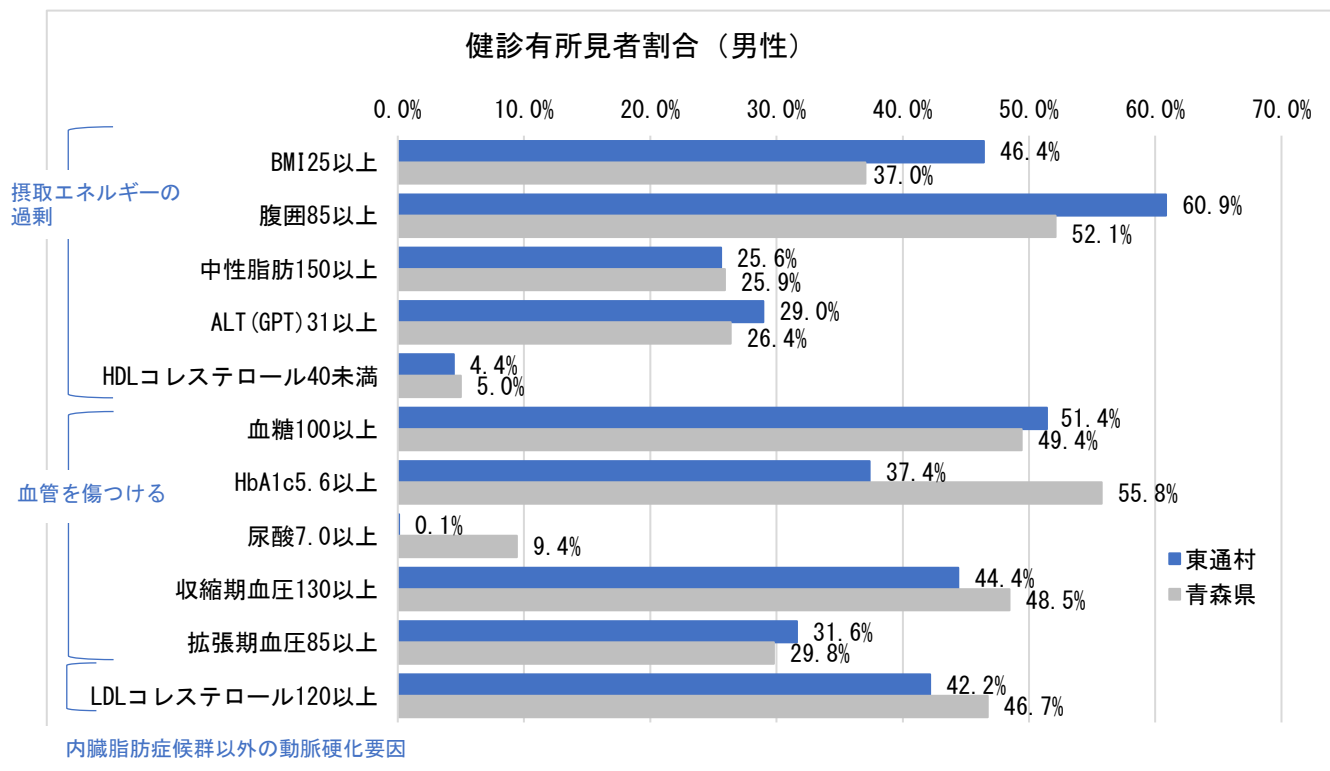


資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

(3) 健診有所見者割合

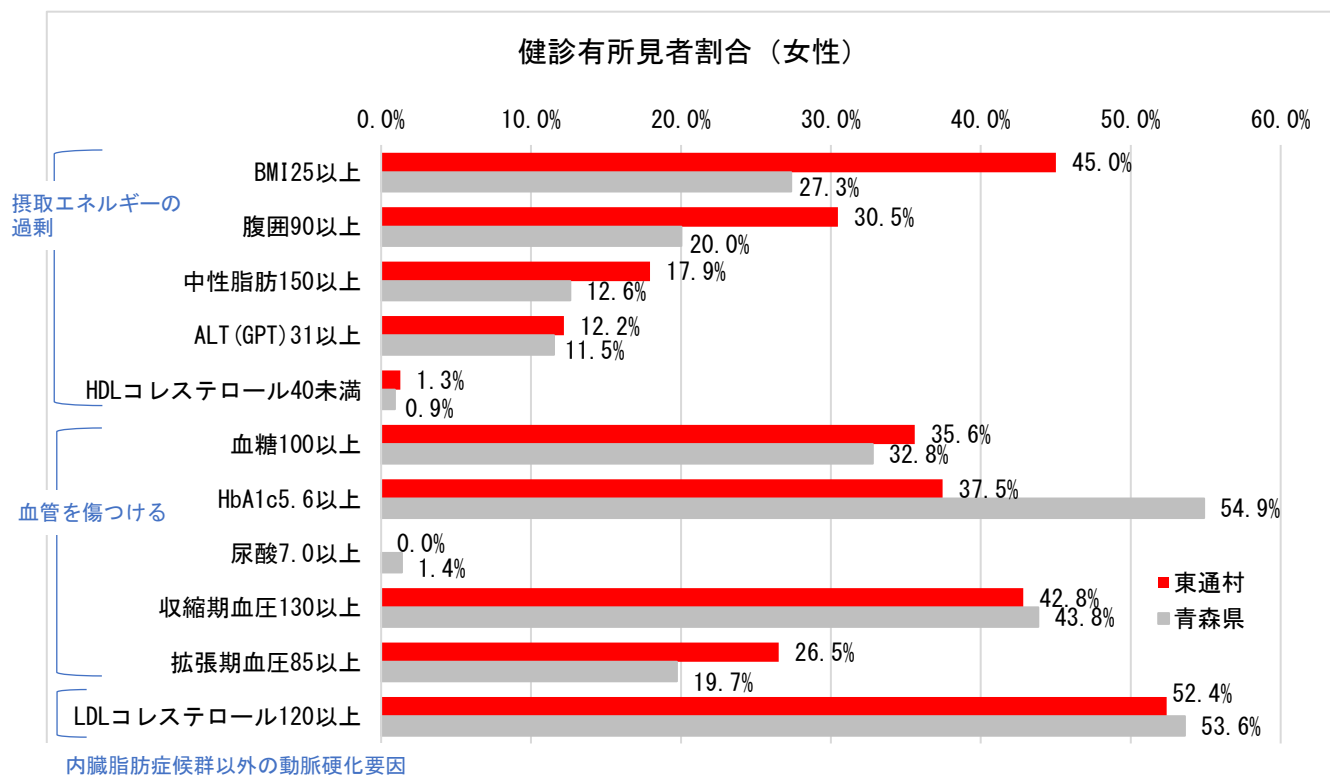
- ・男女共通して BMI、腹囲、血糖、拡張期血圧有所見者の割合が、県と比較して高い。

図表18 健診有所見者割合（男性）



資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」（令和4年度累計）

図表19 健診有所見者割合（女性）



資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」（令和4年度累計）

(4) 生活習慣（質問票）

- ・令和元年度と令和4年度を比較すると「1日1時間以上の運動習慣なし」や「早食い」、「就寝前夕食を摂る」割合は減っている。
- ・県や国に比べ、「3合以上の飲酒」、「朝食抜き」、「3食以外の間食」、「歩行速度が遅い」、「1日1時間以上の運動習慣なし」、「喫煙」の割合が高い。

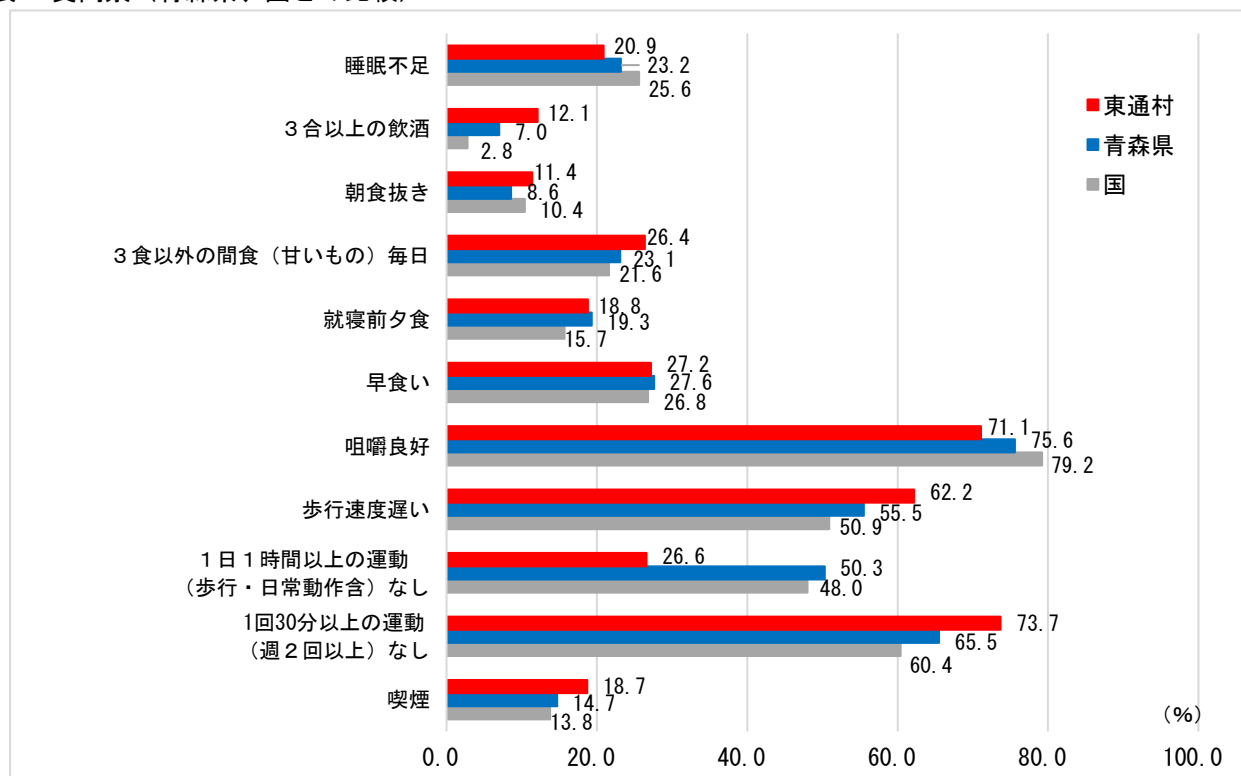
図表20 質問票

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
睡眠不足	16.8	22.0	20.0	20.9
3合以上の飲酒	12.7	10.5	10.3	12.1
朝食抜き	11.8	11.7	13.8	11.4
3食以外の間食（甘いもの）毎日	25.5	23.7	25.0	26.4
就寝前夕食	20.8	19.5	18.2	18.8
早食い	28.3	29.6	29.2	27.2
咀嚼良好	72.1	74.1	74.3	71.1
歩行速度遅い	63.4	63.3	60.7	62.2
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	40.4	39.4	31.5	26.6
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	73.5	73.9	75.9	73.7
喫煙	19.0	18.0	17.1	18.7

単位：（％）

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

図表21 質問票（青森県、国との比較）

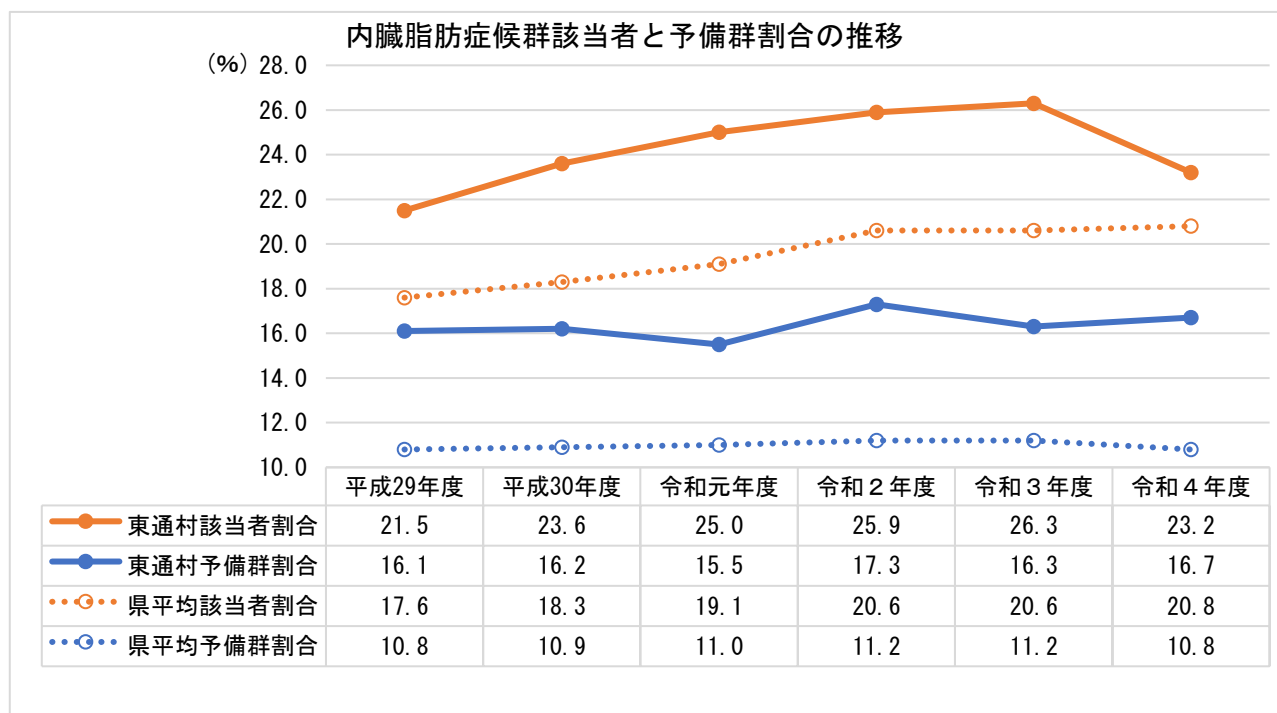


資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

(5) 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

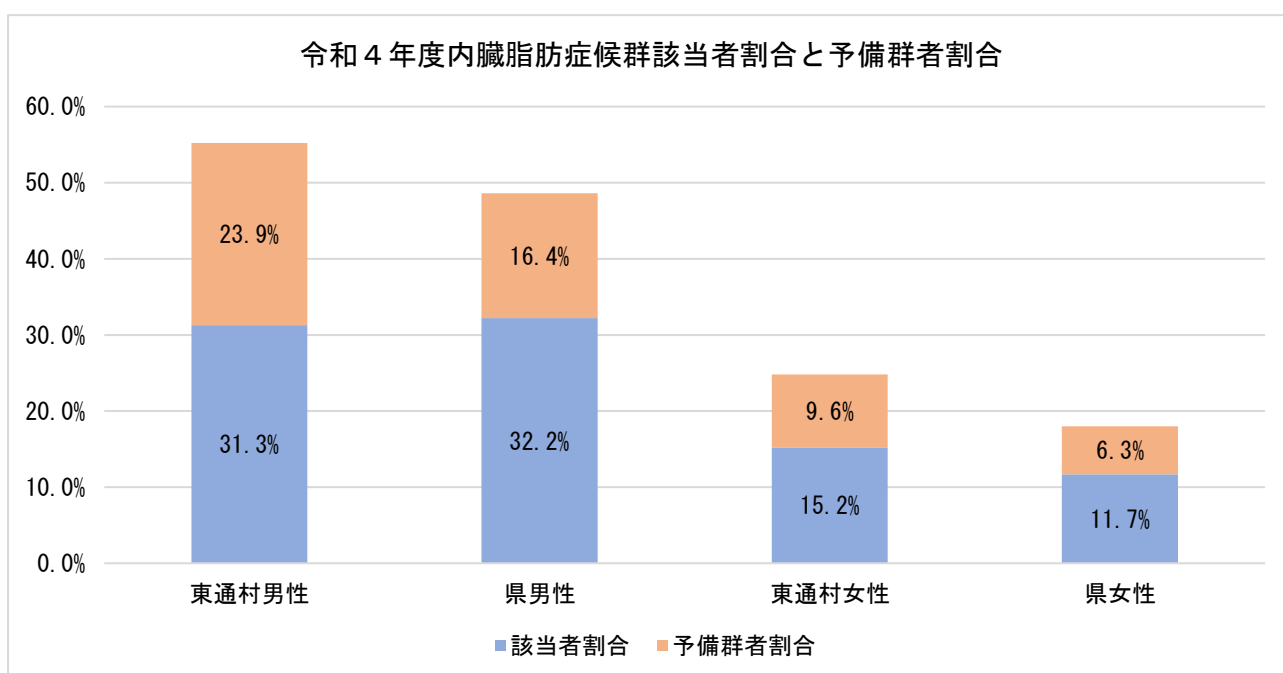
- ・平成 29 年度から令和 4 年度までの該当者割合、予備群割合では県平均に比べ高くなっている。
- ・男女別にみると男性の割合がかなり高くなっている。

図表22 内臓脂肪症候群該当者と予備群者割合の推移



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23 男女別内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合



資料：法定報告

5 レセプト・健診データを組み合わせた分析

(1) 健診受診の有無別医療費

- ・健診受診者で医療機関にかかっていない被保険者は 3.7%、一方、未受診者は 12.3%である。
- ・1人当たり医療費では健診未受診者は健診受診者の約 6.3 倍となっている。

図表24 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費

令和4年度		医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	受診者数	497 人	42 人
	健診対象者に占める割合	43.7%	3.7%
	うち生活習慣病あり	408 人	
	受診者に占める割合	82.1%	
健診受診なし	未受診者数	459 人	140 人
	健診対象者に占める割合	40.3%	12.3%
	うち生活習慣病あり	326 人	
	未受診者に占める割合	71.0%	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」

図表25 健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費(単位:円)

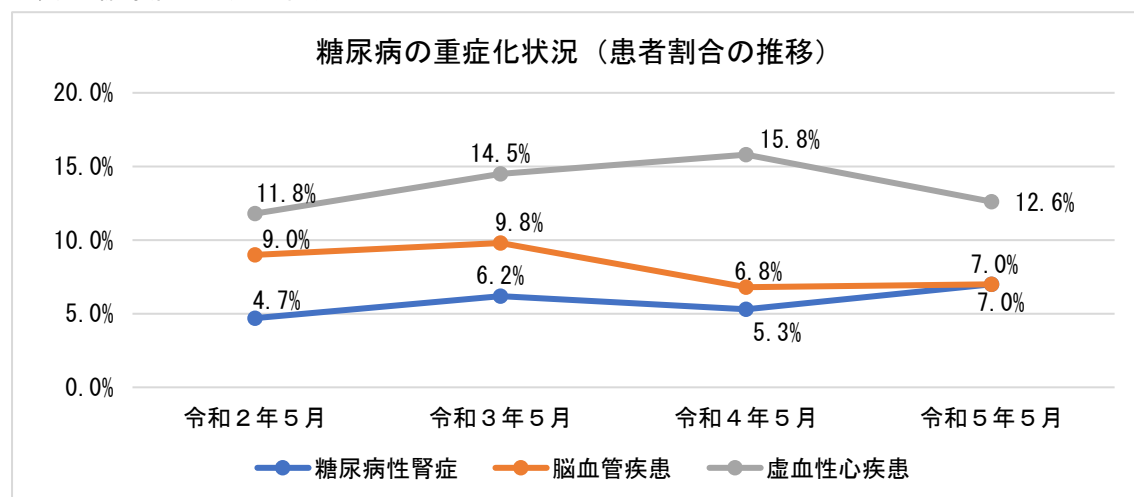
令和4年度 入院+外来	健診受診者			健診未受診者		
	東通村	県	国	東通村	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数	2,050	2,042	1,779			
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数(生活習慣病患者数)	6,082	5,619	5,401			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数				12,989	14,102	13,379
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数(生活習慣病患者数)				38,542	38,796	40,628

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 生活習慣病の重症化状況

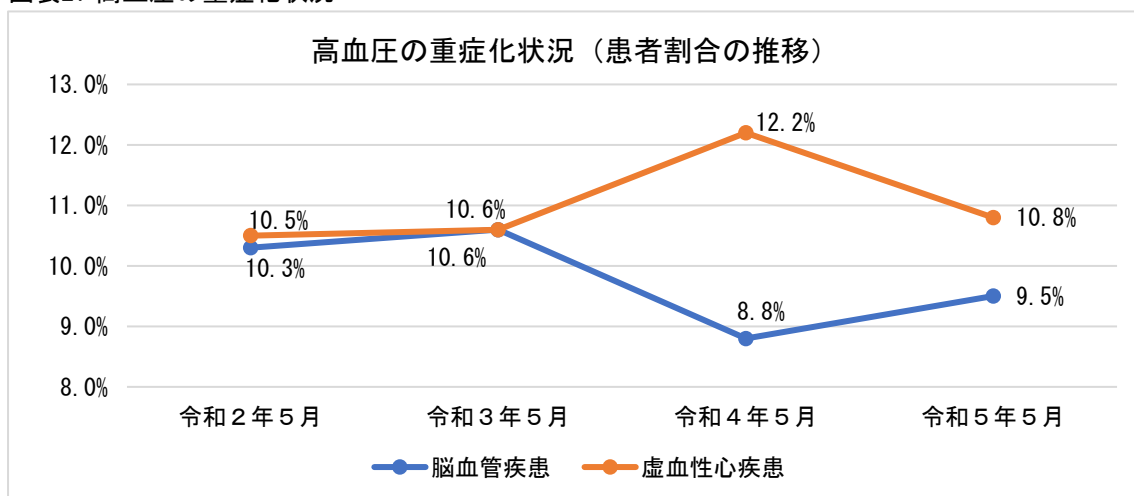
- ・糖尿病患者のうち虚血性心疾患にかかっている者の割合は約11～15%、脳血管疾患にかかっている者の割合は約6～9%、糖尿病性腎症にかかっている者の割合は約4～7%で推移し、令和5年5月は糖尿病性腎症、脳血管疾患の割合が増加している。
- ・高血圧症患者のうち虚血性心疾患にかかっている者の割合は約10～12%、脳血管疾患にかかっている者の割合は約8～10%で、ほぼ横ばいで推移している。

図表26 糖尿病の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

図表27 高血圧の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

図表28 糖尿病性腎症患者数の推移

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	7人	5.6%	8人	7.1%	7人	6.0%	10人	8.5%
女性	3人	3.5%	4人	5.0%	3人	4.1%	4人	4.9%
計	10人	4.7%	12人	6.2%	10人	5.3%	14人	7.0%

※割合（％）＝該当者数÷総患者数

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

図表29 糖尿病の重症化状況

		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
インスリン療法	男性	8人	6.4%	6人	5.3%	8人	6.8%	12人	10.3%
	女性	11人	12.8%	10人	12.5%	8人	11.0%	8人	9.8%
	計	19人	9.0%	16人	8.3%	16人	8.4%	20人	10.1%
糖尿病性腎症	男性	7人	5.6%	8人	7.1%	7人	6.0%	10人	8.5%
	女性	3人	3.5%	4人	5.0%	3人	4.1%	4人	4.9%
	計	10人	4.7%	12人	6.2%	10人	5.3%	14人	7.0%
糖尿病性網膜症	男性	9人	7.2%	6人	5.3%	8人	6.8%	6人	5.1%
	女性	7人	8.1%	8人	10.0%	6人	8.2%	7人	8.5%
	計	16人	7.6%	14人	7.3%	14人	7.4%	13人	6.5%
糖尿病性神経障害	男性	1人	0.8%	1人	0.9%	1人	0.9%	2人	1.7%
	女性	1人	12.0%	1人	1.3%	1人	1.4%	0人	0.0%
	計	2人	0.9%	2人	10.0%	2人	1.1%	2人	1.0%
脳血管疾患	男性	14人	11.2%	12人	10.6%	7人	6.0%	9人	7.7%
	女性	5人	5.8%	7人	8.8%	6人	8.2%	5人	6.1%
	計	19人	9.0%	19人	9.8%	13人	6.8%	14人	7.0%
虚血性心疾患	男性	16人	12.8%	16人	14.2%	17人	14.5%	17人	14.5%
	女性	9人	10.5%	12人	15.0%	13人	17.8%	8人	9.8%
	計	25人	11.8%	28人	14.5%	30人	15.8%	25人	12.6%
人工透析	男性	3人	2.4%	2人	1.8%	3人	2.6%	1人	0.9%
	女性	3人	3.5%	3人	3.8%	2人	2.7%	1人	1.2%
	計	6人	2.8%	5人	2.6%	5人	2.6%	2人	1.0%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

図表30 高血圧症の重症化状況

		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
脳血管疾患	男性	27人	10.9%	27人	12.1%	22人	9.7%	23人	10.2%
	女性	17人	9.5%	14人	8.5%	12人	7.5%	13人	8.6%
	計	44人	10.3%	41人	10.6%	34人	8.8%	36人	9.5%
虚血性心疾患	男性	31人	12.5%	30人	13.5%	30人	13.3%	27人	11.9%
	女性	14人	7.8%	17人	10.4%	17人	10.6%	14人	9.2%
	計	45人	10.5%	47人	10.6%	47人	12.2%	41人	10.8%
人工透析	男性	5人	2.0%	1人	0.4%	2人	0.9%	2人	0.9%
	女性	4人	2.2%	2人	1.2%	3人	1.9%	1人	0.7%
	計	9人	2.1%	3人	0.8%	5人	1.3%	3人	0.8%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

(3) 糖尿病ハイリスク者の状況

- ・治療中であっても、HbA1c7.0%～7.9%の者が男性は4名、女性は5名あり、HbA1c8.0%以上の者は男性で4名、女性で3名だった。

図表31 糖尿病ハイリスク状況

男	HbA1c6.5～6.9			HbA1c7.0～7.9			HbA1c8.0以上		
	治療あり	治療なし	計	治療あり	治療なし	計	治療あり	治療なし	計
40～44 歳	0	0	0	1	0	0	0	0	0
45～49 歳	1	0	1	1	0	0	1	0	0
50～54 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55～59 歳	4	0	4	1	0	0	2	0	0
60～64 歳	3	0	3	5	0	0	0	0	0
65～69 歳	11	0	11	5	0	5	1	0	1
70～74 歳	19	0	19	13	0	13	4	0	4
計	24	0	24	4	0	4	4	0	4

女	HbA1c6.5～6.9			HbA1c7.0～7.9			HbA1c8.0以上		
	治療あり	治療なし	計	治療あり	治療なし	計	治療あり	治療なし	計
40～44 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45～49 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50～54 歳	1	0	1	0	0	0	0	0	0
55～59 歳	1	0	1	0	0	0	0	0	0
60～64 歳	2	1	3	1	0	0	2	0	2
65～69 歳	5	0	5	1	0	1	1	0	1
70～74 歳	5	2	7	3	0	3	0	0	0
計	14	3	17	5	0	5	3	0	3

資料：KDB「健診ツリー図」（令和4年度）

(4) 高血圧症ハイリスク者の状況

- ・令和4年度の健診結果をみると、60歳以上で有所見者が増加している。
- ・二度高血圧で治療中の女40歳代女性が一人おり、三度高血圧者はいなかった。

図表32 高血圧症ハイリスク状況

I 度高血圧（140～159/90～99）

	男性		女性	
	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40～49 歳	0	1	0	0
50～59 歳	1	0	0	2
60～69 歳	1	2	6	4
70～74 歳	3	1	3	0
計	5	4	9	6

II 度高血圧（160～179/100～109）

	男性		女性	
	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40～49 歳	0	0	1	0
50～59 歳	0	0	0	0
60～69 歳	0	0	0	0
70～74 歳	0	0	0	0
計	0	0	1	0

資料：KDB「健診ツリー図」（令和4年度）

(5) 生活習慣病の患者数

- ・主要生活習慣病の患者数及び割合は、横ばいとなっている。

図表33 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
糖尿病	男性	125 人	13.2%	113 人	12.3%	117 人	13.0%	117 人	13.6%
	女性	86 人	10.3%	80 人	9.9%	73 人	9.3%	82 人	11.1%
	計	211 人	11.8%	193 人	11.2%	190 人	11.3%	199 人	12.5%
高血圧	男性	248 人	26.1%	223 人	24.2%	226 人	25.1%	226 人	26.3%
	女性	179 人	21.4%	164 人	20.4%	160 人	20.4%	152 人	20.6%
	計	427 人	23.9%	387 人	22.4%	386 人	22.9%	378 人	23.7%
脂質異常症	男性	157 人	16.5%	153 人	16.6%	150 人	16.7%	154 人	17.9%
	女性	171 人	20.5%	175 人	21.7%	173 人	22.1%	161 人	21.8%
	計	328 人	18.4%	328 人	19.0%	323 人	19.2%	315 人	19.7%
虚血性心疾患	男性	37 人	3.9%	35 人	3.8%	34 人	3.8%	31 人	3.6%
	女性	20 人	2.4%	23 人	2.9%	23 人	2.9%	18 人	2.4%
	計	57 人	3.2%	58 人	3.4%	57 人	3.4%	49 人	3.1%
脳血管疾患	男性	34 人	3.6%	31 人	3.4%	26 人	2.9%	27 人	3.1%
	女性	23 人	2.8%	17 人	2.1%	16 人	2.0%	16 人	2.2%
	計	57 人	3.2%	48 人	2.8%	42 人	2.5%	43 人	2.7%
人工透析	男性	5 人	0.5%	2 人	0.2%	3 人	0.3%	2 人	0.2%
	女性	4 人	0.5%	4 人	0.5%	3 人	0.4%	1 人	0.1%
	計	9 人	0.5%	6 人	0.3%	6 人	0.4%	3 人	0.2%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2～3-7」

6 介護費関係の分析

(1) 介護給付費の状況

- ・1件当たり介護給付費は県平均より低く、国平均より高くなっている。
- ・令和2年度より右肩上がりに増加している。

図表34 1件当たり介護給付費

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
東通村	67,160 円	66,904 円	67,370 円	68,106 円
青森県	71,639 円	73,195 円	72,901 円	72,200 円
国	61,336 円	61,864 円	60,703 円	59,662 円

資料：KDB「地域の全体像の把握」

(2) 介護認定率の状況

- ・介護認定率は県や国平均より高くなっている。

図表35 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
東通村	23.9%	23.3%	23.1%	22.4%
青森県	19.3%	19.4%	19.6%	18.5%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

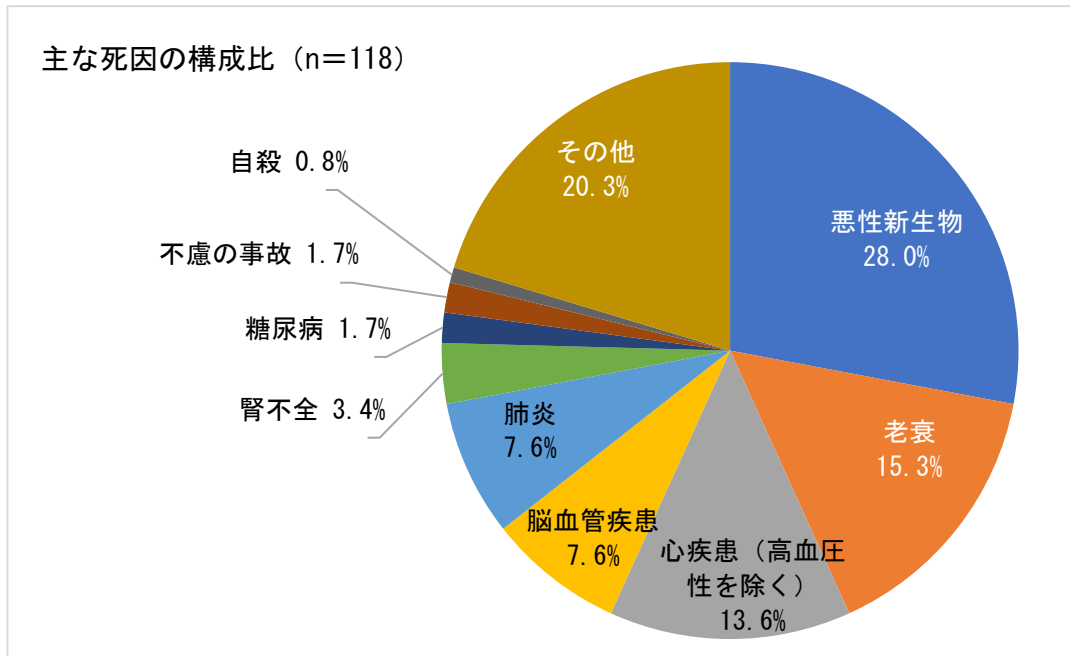
資料：KDB「地域の全体像の把握」

7 補足データ

(1) 死因

・令和3年の死因1位は悪性新生物、2位は老衰、3位は心疾患（高血圧性を除く）となっている。

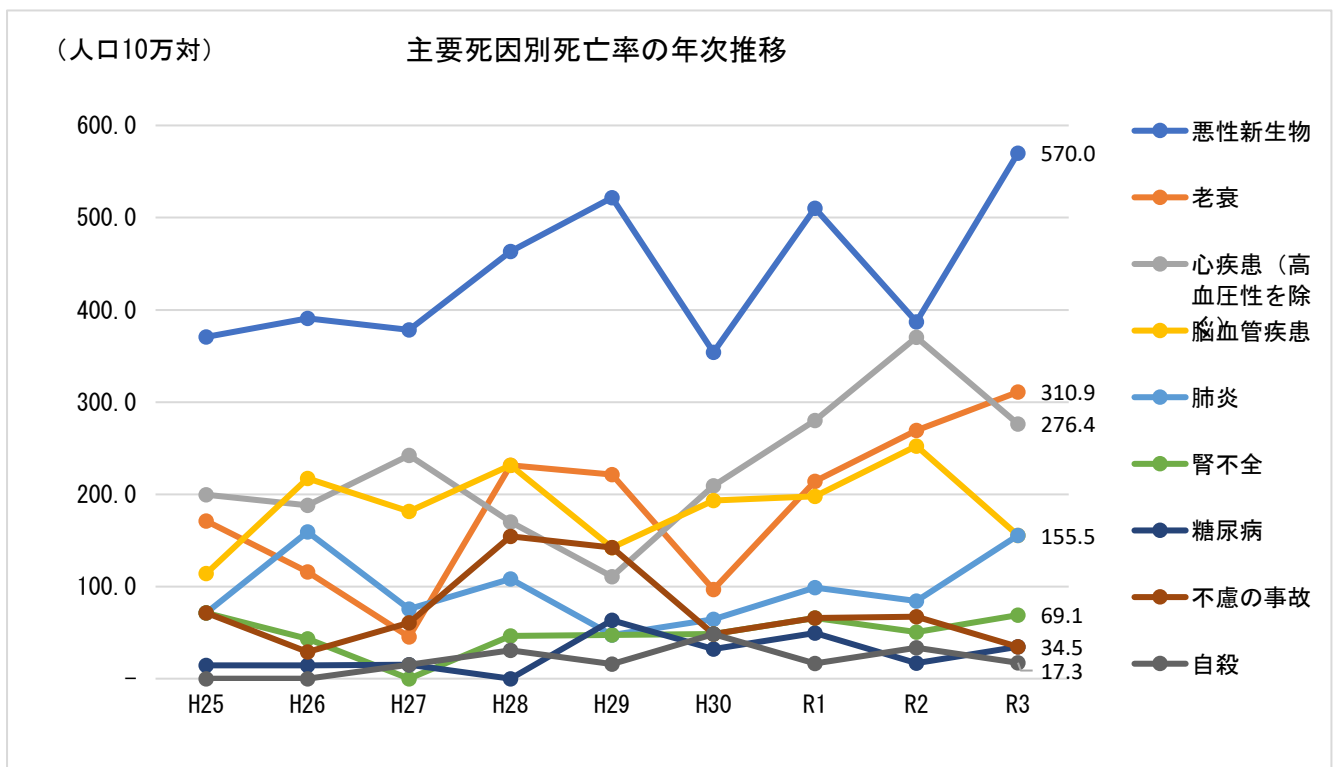
図表36 主な死因の構成比(令和3年)



図表37

資料：青森県保健統計年報（人口動態統計 第19表）

図表38 主要死因別死亡率の年次推移

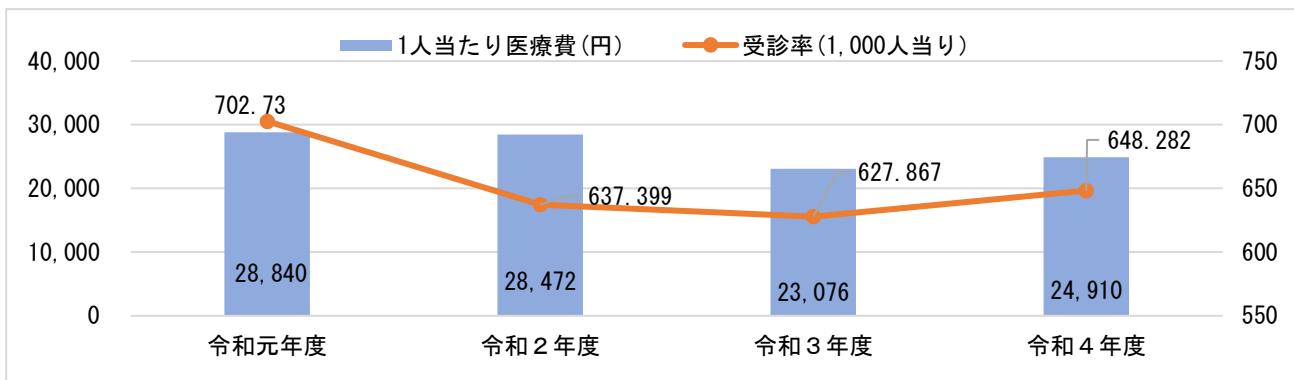


資料：青森県保健統計年報（人口動態統計 第19の2表）

(2) 1人当たり医療費

- ・1人当たりの医療費は令和3年度に一度減少したが、令和4年度に増加している。

図表39 1人当たり医療費と受診率の推移

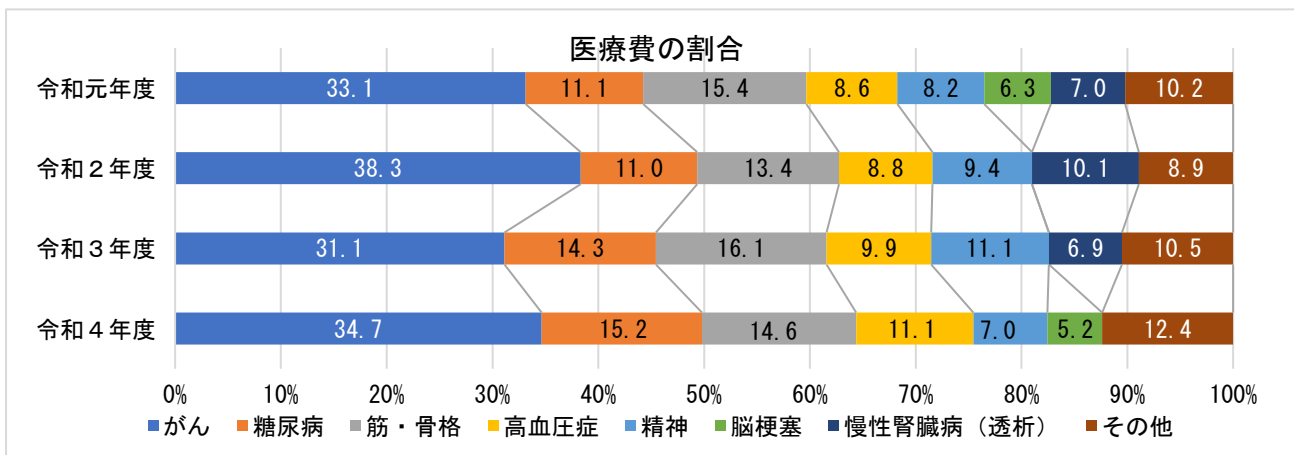


資料：KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

(3) 主要生活習慣病の医療費割合の推移

- ・糖尿病、高血圧症の医療費が増加している。

図表40 医療費の推移



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

(4) 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

- ・県平均に比べ、受診勧奨者医療機関非受診率が高くなっている。

図表41 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	村	県	村	県	村	県	村	県
受診勧奨者医療機関非受診率 ⁵	4.2%	3.9%	4.5%	4.3%	4.4%	4.3%	4.8%	4.4%
未治療者率 ⁶	6.2%	5.3%	5.1%	5.2%	2.8%	2.6%	3.9%	4.6%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

⁵ 医療機関を受診していない受診勧奨者の割合（基準年度内にレセプトなし）

⁶ 健診実施から6ヶ月以内に医療機関を受診していない受診勧奨者の割合（健診実施年月日の年月を起点に6ヵ月医科レセプトなし）

第3章 計画全体

1 本村の健康課題

	分析結果	健康課題	健康課題との対応
平均寿命等データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 男性の平均寿命、平均自立期間が短い。 2. 男性、女性とも糖尿病の死亡比が極めて高い。 3. がんの死亡割合が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病による死亡比を減少させるため、糖尿病の重症化を予防する必要がある ・がんによる死亡を減少させるため、健康づくりへの関心を高め、生活習慣予防への取り組みを支援する必要がある 	<p>D</p> <p>C</p>
医療費データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来の医療費では糖尿病が最も多い。 2. 糖尿病にかかる医療費割合は右肩上がりとなっている。 3. 糖尿病、高血圧の患者割合は年々増加傾向にある。 4. 糖尿病患者、高血圧症患者の10%以上が虚血性心疾患等を併発している。 5. 入院医療費では脳梗塞が最も多い。 6. 糖尿病の治療コントロール不良者が見受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費の抑制、虚血性心疾患、脳梗塞の予防のため、糖尿病の発症及び重症化を予防する必要がある 	C、D
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診実施率は横ばいで推移しているが、男性の若年層の受診率が低い。 2. 男女共通してBMI、腹囲、血糖、拡張期血圧の有所見割合が、国や県と比較して高い。 3. 県と比較して、男女とも内臓脂肪症候群該当者割合と予備群割合が高い。男性が極めて高い。 4. 生活習慣では3合以上の飲酒、朝食抜き、三食以外の間食、歩行速度が遅い、一日1時間以上の運動習慣なし、喫煙の割合が高い。 5. 特定保健指導実施率が減少している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診実施率の低い男性の若年層への効果的な健診受診勧奨の取り組みが必要である ・BMI、腹囲、血糖、拡張血圧値の有所見割合の減少のため、運動習慣の定着や生活習慣病予防への取り組みに向けた支援が必要である ・特定保健指導の実施率の向上に取り組む必要がある 	<p>A</p> <p>C</p> <p>B</p>
介護データ等	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護認定率が国や県平均より高く、1件当たりの介護給付費は年々増加している。 2. 受診勧奨者医療機関非受診率が県平均より高い。 		

2 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）

項目	健康課題	事業名称	主な取組内容	重点・優先度
A	特定健康診査受診率の向上	特定健診実施率向上事業	①受診勧奨通知送付 ②みなし健診検討	3
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導利用勧奨事業	①利用勧奨通知 ②効果的な指導 ③分割面接検討	4
C	生活習慣病重症化予防	生活習慣病予防・重症化予防事業	①運動指導事業 ②健康のつどい ③健診結果説明会 ④こどもの肥満対策	1
D	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	①医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨 ②ハイリスク者への保健指導	2
E	医療費の適正化	医療費適正化事業	①重複・頻回受診者対策 ②重複・多剤服薬者対策 ③ジェネリック差額通知	5

3 データヘルス計画全体における目的

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	計画策定時の実績	目標値					
			R4 年度 (2022)	R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
A	特定健診実施率向上	特定健診実施率	47.6%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
A	若年層の特定健診実施率向上	40～64 歳男性の特定健診実施率	41.5%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	9.8%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%
B	効果的な特定保健指導の実施	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.1%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%
C	BMI 有所見者の減少	BMI 有所見者の割合	43.2%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%	39.0%	38.0%
D	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病有の新規人工透析患者数	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
E	医療費適正化	一人あたり医療費	24,910 円	24,800 円	24,700 円	24,600 円	24,500 円	24,400 円	24,300 円

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

項目	データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	受診率の低い年齢層に対して、ナッジ理論を活用した受診勧奨を行う
A・D・E	関係機関との連携強化
A・C	対応可能な委託機関との連携体制の整備
A・C・D・E	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続
B・C・D・E	研修機会の確保などによる人材育成と効果的な教材の活用

第4章 個別の保健事業

1 特定健診実施率向上事業

事業目的	特定健診の受診者数を増加させることで、より多くの被保険者の生活習慣病予防および重症化予防を図る。							
対象者	国民健康保険加入の20歳～74歳							
実施体制	1) 関係機関との打合せ会議を年1回以上実施する <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関…健康福祉課、保健協力員協議会、農林水畜産業等の関係団体、東通村診療所等 ・事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法について検討する ・かかりつけ医との連携による診療情報の提供方法（みなし健診）について検討する ・健康年齢通知等、受診勧奨ツールの活用を検討する 2) 国保ヘルスアップ事業を活用する <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診未受診者対策 ・特定健診継続受診対策 ・40歳未満早期介入保健指導事業 							
実施方法	① ナッジ理論を活用した受診勧奨通知 ② 保健協力員による毎戸訪問受診勧奨 ③ 農林水畜産業等関係団体への受診勧奨 ④ 個別健診及び人間ドックの普及啓発							
指標	評価指標	R4年度 (2022)	目標値					
			R6年度 (2024)	R7年度 (2025)	R8年度 (2026)	R9年度 (2027)	R10年度 (2028)	R11年度 (2029)
アウトプット (実施量)	関係機関との打合せ会議	1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	受診勧奨通知送付数	0通	全員	全員	全員	全員	全員	全員
	各種団体への受診勧奨	1回	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
アウトカム (成果)	個別健診受診者数	32人	35人	35人	35人	35人	35人	35人
	人間ドック受診者数	2人	5人	6人	7人	8人	9人	10人
	40～64歳男性特定健診実施率 ⁷	41.5%	43.0%	44.0%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%
	特定健診実施率	47.6%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

⁷ 出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表No.1、2、3

2 特定保健指導利用勧奨事業

事業目的	特定保健指導の利用率を向上させることで、特定保健指導の対象者を減少させ、被保険者の生活習慣病の発生予防、重症化予防を図る。							
対象者	特定健診の結果、特定保健指導に該当した者（人間ドック受診者も含む）							
実施体制	1) 関係機関との打ち合わせ ・実施前後に健康福祉課と人員体制、指導内容等について協議する ・分割面接について検討する ・アプリケーションソフトウェア等の活用を検討する 2) 対象者に合わせ、健診結果説明会に限らず別日の来庁、訪問等で対応する 3) 指導者の質を保つため、研修の機会を確保する							
実施方法	① 利用勧奨通知の内容を工夫し、健診結果説明会前に送付する ② 健診結果説明会の前日までに電話勧奨を実施する ③ 指導が効果的となるよう、運動関連事業の日程を工夫する							
指 標	評価指標	R5 年度 (2023)	目標値					
			R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
アウトプット (事業量)	初回面接実施者数/対象者数	39/50 (78.0%)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	利用勧奨通知送付数	50 通	全員	全員	全員	全員	全員	全員
	電話勧奨件数	39 件	全員	全員	全員	全員	全員	全員
	関係機関との打合せ回数	1 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回
アウトカム (成果)	特定保健指導実施率 ⁸	17.4% (R4)	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ⁹	21.1% (R4)	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%

⁸ 出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表 No. 50（特定保健指導修了者数/特定保健指導の対象者数）

⁹ 出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表 No. 26

3 生活習慣病予防・重症化予防事業

事業目的	<p>糖尿病や高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の発症及び重症化を予防するため、健康づくりへの関心を高め、生活習慣病予防への取り組みを支援することでヘルスリテラシーの向上を図る。</p> <p>子どもの頃に健康的な生活習慣を身に付けるとともに、ヘルスリテラシーの向上を支援することで、将来の生活習慣病の発症を予防する。</p>
対象者	国保被保険者（全世代）
実施体制	<p>1) 関係機関との打ち合わせを行い、事業目標、評価指標、前年度実績等を踏まえて今年度の実施体制を協議する</p> <p>2) 国保ヘルスアップ事業を活用する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病重症化予防、保健指導、健康教育、健康相談等
実施方法	<p>① 健康体操教室（国保ヘルスアップ事業活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の2か月前及び健診後1ヵ月の3か月間に6回開催する ・前年度参加者や前年度特定健診受診者に個別通知を送付する ・40～64歳の男性を対象とした教室を開催する <p>② ヨガ教室（国保ヘルスアップ事業活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回開催し、定期的な運動の機会を確保する <p>③ 健康のつどい（国保ヘルスアップ事業活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区巡回型とし、年1回開催する ・該当地区の前年度健診受診者に案内送付後、電話での参加勧奨、相談を実施 <p>④ 健診結果説明会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者が健診結果と生活習慣を結び付けて自ら自己管理できるよう支援する <p>⑤ こどもヘルスリテラシー向上事業（国保ヘルスアップ事業の活用検討）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幼児、児童生徒を対象に喫煙・飲酒・適正体重維持等についての健康教育を行う

指 標	評価指標	R5 年度 (2023)	目標値					
			R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
アウトプット (事業量)	健康体操教室の回数、参加者数	7 回 59 名 (老部・白糠)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	ヨガ教室の回数参加者数	2 回 15 名	12 回 84 名	12 回 84 名	12 回 84 名	12 回 84 名	12 回 84 名	12 回 84 名
	健康のつどいの参加者数	35 名 (白糠)	20 名	20 名	20 名	20 名	20 名	20 名
	健康のつどいの電話件数	70 件	50 件	55 件	60 件	60 件	65 件	70 件
	健診結果説明会の回数、参加者数	8 回 330 人 (見込み)	8 回 350 人	8 回 350 人	8 回 350 人	8 回 350 人	8 回 350 人	8 回 350 人
	こどもの教室の回数、参加者数	4 回 121 人	4 回	4 回	4 回	4 回	4 回	4 回
アウトカム (成果)	運動習慣ありの割合 ¹⁰	(R4) 26.3%	26.5%	27.0%	27.5%	28.0%	28.5%	29.0%
	BMI が 25 以上の者の割合 ¹¹	(R4) 43.2%	43.0%	42.0%	41.0%	40.0%	39.0%	38.0%
	空腹時血糖 100 mg/dl 以上の者の割合 ¹¹	(R4) 45.8%	45.5%	45.0%	35.5%	35.0%	30.0%	25.5%
	HbA1c5.6%以上の者の割合 ¹¹	(R4) 38.6%	40.0%	39.5%	39.0%	38.5%	38.0%	37.5%
	収縮期血圧 130mmHg 以上の者の割合 ¹¹	(R4) 43.0%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%
	拡張期血圧 85mmHg 以上の者の割合 ¹¹	(R4) 28.8%	28.0%	27.5%	27.0%	26.5%	26.0%	25.5%
	内臓脂肪症候群該当者の割合 ¹⁰	(R4) 23.2%	23.0%	22.8%	22.6%	22.4%	22.2%	22.0%
	内臓脂肪症候群予備群者の割合 ¹⁰	(R4) 16.7%	16.4%	16.4%	16.2%	16.0%	15.8%	15.6%

¹⁰ 出典：KDB「地域の全体像の把握」（当該年度累計）

¹¹ 出典：KDB「厚生労働省様式 5-2」

4 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・中断者に対して受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげるとともに、糖尿病で治療中の者のうち重症化リスクの高い者に対して保健指導を実施することで人工透析への移行を防止し、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る。							
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度の特定健診において、空腹時血糖 126 mg/dl 以上または、HbA1c6.5%以上の者 ・レセプトデータ等で医療機関未受診者、治療中断している者 ・医療機関からの紹介のあった者 							
実施体制	1) 医療機関との連携を図る 2) 効果的な保健指導を実施できるよう、研修の機会を確保する							
実施方法	①医療機関未受診者・治療中断者に対して、関係機関と連携して医療機関への受診勧奨や保健指導を行う ②糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対して、医療機関等と連携して保健指導を行う							
指 標	評価指標	R5 年度 (2023)	目標値					
			R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
アウトプット (事業量)	受診勧奨実施率	66.7% (4/6)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導の実施率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトカム (成果)	糖尿病有の新規人工透析患者数 ¹²	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

¹² 出典：KDB システム「厚労省様式出力」様式 2-2 人工透析患者一覧表（当該年度 5 月）

5 適正受診勧奨事業

事業目的	重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者等への適正受診勧奨や、医療費通知等を通じて、被保険者のポリファーマシーの予防や医療費の適正化を図る。							
対象者	①重複・頻回受診者に対する保健指導 ・重複受診者…同一月に同一疾病名で異なる4医療機関以上に5日以上通院している者 ・頻回受診者…同一月に同じ医療機関に15日以上通院している者 ②重複・多剤服薬者に対する保健指導 ・重複服薬者…同一月に同一薬効の薬剤が2医療機関以上から1以上処方されている者 ・多剤服薬者…同一月に薬効分類単位で7種類以上を60日以上処方されている者 ※①、②とも、がん・難病・精神疾患に罹患している者や透析治療中の者は除外する ③ジェネリック医薬品普及啓発促進事業 ・ジェネリック医薬品へ変更した場合の自己負担額に一定額以上の差額が出る者							
実施体制	1) 村内医療機関や薬局と連携して実施する 2) 国保ヘルスアップ事業活用、青森県国保連合会への委託							
実施方法	① 重複・頻回受診者に対する保健指導 ・訪問や電話等により保健指導を実施し、3か月後にレセプト等により変化を確認する ② 重複・多剤服薬者に対する保健指導 ・訪問や電話等により保健指導を実施し、3か月後にレセプト等により変化を確認する ③ ジェネリック医薬品利用差額通知（青森県国保連合会へ委託） ・強心剤、血圧降下剤、血管拡張剤、高脂血症用剤、痛風地用剤、糖尿病用剤、その他の抗アレルギー薬を14日（回）以上投与されている者に対し、7月と12月に実施							
指 標	評価指標	R5 年度 (2023)	目標値					
			R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
アウトプット (事業量)	関係機関との打合せ回数	1 回	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上	1 回以上
	重複・頻回受診者訪問数	重複 0 件 頻回 0 件	2 件	2 件	2 件	2 件	2 件	2 件
	重複・多剤服薬者訪問数	重複 0 件 多剤 21 件	30 件	30 件	30 件	30 件	30 件	30 件
	ジェネリック通知件数	62 件	60 件	60 件	60 件	60 件	60 件	60 件
アウトカム (成果)	重複・頻回受診者数 ¹³	重複 0 人 頻回 0 人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	重複・多剤服薬者数 ¹⁴	重複 41 人 多剤 121 人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	一人あたり医療費 ¹⁵	24,910 円	24,800 円	24,700 円	24,600 円	24,500 円	24,400 円	24,300 円
	ジェネリック医薬品への切替率及び削減額 ¹⁶	82.0% 52,824 円	83.0% 55,000 円	84.0% 55,500 円	85.0% 56,000 円	86.0% 56,500 円	87.0% 57,000 円	88.0% 57,500 円

¹³ 出典：KDB データシステム「保健事業介入支援管理、重複・頻回受診の状況」当該年度5月

¹⁴ 出典：KDB データシステム「重複・多剤処方の状況」当該年度5月、薬効分類単位で集計

¹⁵ 出典：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」当該年度累計

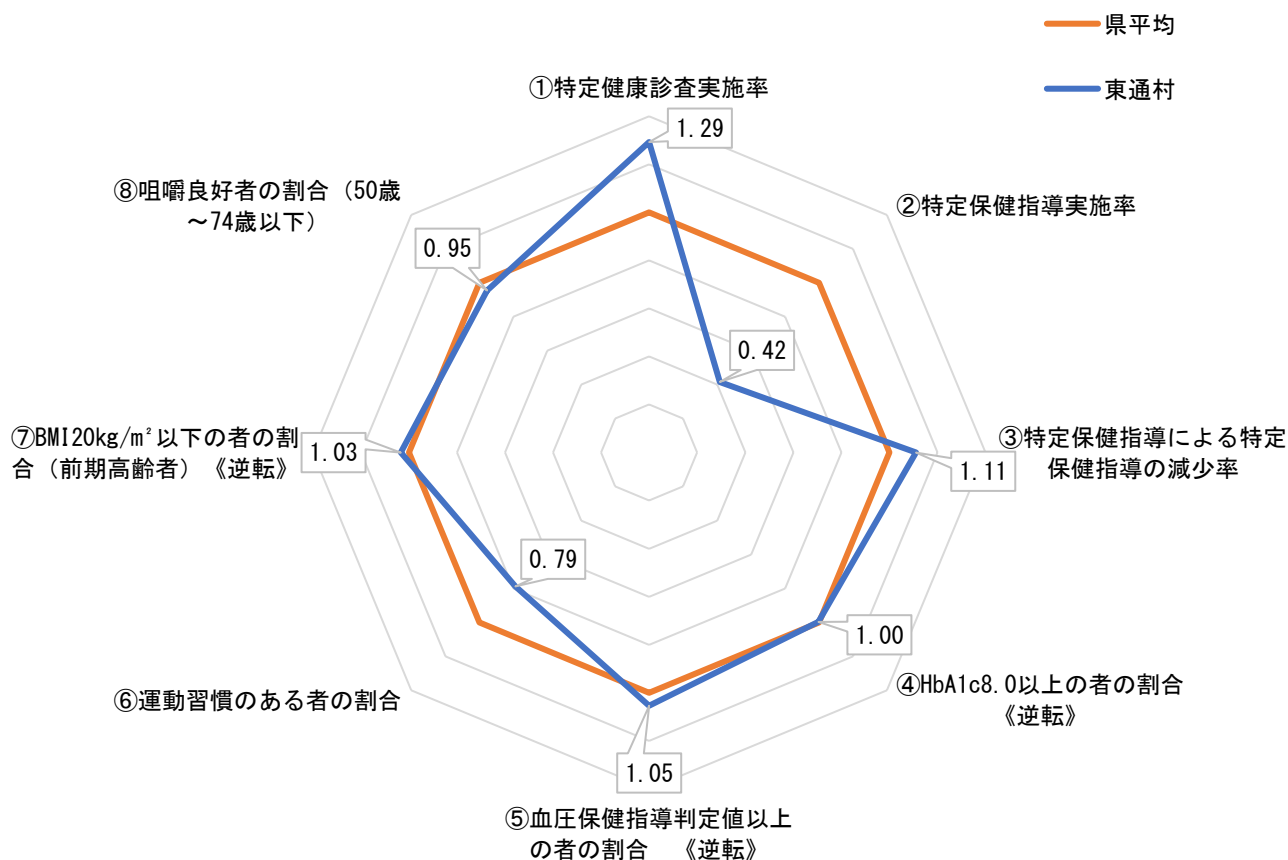
¹⁶ 出典：国保総合システムの保険者サービス系システムのデータ管理「ファイルダウンロード」差額効果明細より

6 共通の指標（令和4年度実績）

	レーダーチャートの数値		実績値	
	東通村	県平均	東通村 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.29	1.00	47.6	36.8
②特定保健指導実施率	0.42	1.00	17.4	41.8
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.11	1.00	21.1	19.0
④HbA1c8.0以上の者の割合 《逆転》	1.00	1.00	1.4	1.1
⑤血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.05	1.00	51.0	53.5
⑥運動習慣のある者の割合	0.79	1.00	26.3	34.3
⑦BMI 有所見者の割合	1.03	1.00	11.2	14.2
⑧咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.95	1.00	70.4	73.8

※ (a/b) or (100-a)/(100-b)

東通村の各指標値実績と青森県平均値との比較



第5章 その他

1 計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、進捗状況および目標値の達成状況の評価を中間年度の令和8年度（2026年度）と、最終年度の令和11年度（2029年度）に行い、次期計画に反映させます。

中間及び最終評価が効果的に実施できるよう、事業評価シートを活用し、毎年度評価します。

（1）事業評価シートの例

事業目的									
対象者									
各年度の	R6 年度								
取り組み	R7 年度								
指 標	評価指標		R4 年度 (2022)	目標値・実績値					
				R6 年度 (2024)	R7 年度 (2025)	R8 年度 (2026)	R9 年度 (2027)	R10 年度 (2028)	R11 年度 (2029)
アウトプット (事業量)		目標値							
		実績値							
		目標値							
		実績値							
アウトカム (成果)		目標値							
		実績値							
		目標値							
		実績値							

2 データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、村の広報やホームページに掲載し、被保険者及び村民に発信します。

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）及び東通村個人情報保護法（令和5年3月9日条例第9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

医療・介護・介護予防・住まい・自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを推進するため、健康福祉課と連携を図ります。KDBシステムによるデータ等を活用し情報共有を図り、課題抽出、保健事業の実施等を検討し、実施します。

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、国保連合会が実施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6章 第4期特定健康診査等実施計画

1 計画の背景

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

2 特定健康診査及び特定保健指導の目的

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防のため、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することを目的として実施します。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として実施します。

3 目標値の設定

特定健診受診率、特定保健指導実施率に係る計画最終年度の目標値を設定し、それを達成するための各年度の目標数値を次のとおり設定します。

	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	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0% 【60.0%】
特定保健指導実施率	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0% 【60.0%】

4 特定健康診査について

(1) 対象者の定義

実施年度中に40歳から74歳の国民健康保険加入者（当該年度において75歳に達する者も含まれる）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）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）を除いた者が対象者となります。

(2) 実施場所及び期間

集団健診は、青森県総合健診センターに委託し、村内各地区の集会施設または保健福祉センターにおいて、各年度概ね6月～1月まで実施します。

個別健診は、東通村診療所に委託し、通年で実施します。

(3) 実施項目

① 基本的な健診項目

問診	質問項目
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的検査	身体診察
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
血糖検査	ヘモグロビンA1c（NGSP値）、または空腹時血糖（やむを得ない場合には随時血糖）
尿検査	尿糖、尿蛋白

※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する。

② 詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球、血色素（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値）のうち一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施します。

③ 追加健診の実施

国保人間ドックは、特定健康診査の法廷項目を含有する形で実施されており、特定健康診査に代えて実施します。

(4) 周知や案内の方法

広報、村ホームページ、IP 電話等の活用のほか、保健協力員による毎戸訪問受診勧奨により周知します。

(5) 健診結果のわかりやすい情報提供

健診結果説明会を開催し、健診結果の通知とともに、基準範囲外の値の程度、検査項目が示す意義や食生活等の生活習慣の改善等について、わかりやすく受診者に伝えます。また、個別相談により、本人の健康状態に適した生活改善に対する助言や情報提供を行います。

(6) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

受診者本人からの結果送付を促進するため、受診者への呼びかけを行います。

(7) 保険者とかかりつけ医との連携による診療情報の提供

受診者の負担軽減の観点から、本人同意の下で保険者が診療の検査データの提供を受け、特定健診のデータとして活用できるよう、かかりつけ医との連携を図ります。

5 特定保健指導について

(1) 対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、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る者を除きます。追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援または積極的支援の対象とします。

図表：特定保健指導対象者の階層化

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

追加リスクの判定値は以下のとおりとする。

- ①血糖：空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c 5.6% 以上
- ②脂質：中性脂肪 150 mg/dl 以上または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上

(2) 実施場所

村内各地区の集会施設及び保健福祉センターや役場庁舎で実施します。

(3) 実施項目

① 動機付け支援

- (ア) 初回面接で保健師、管理栄養士、看護師等の専門職が、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）をできるようにし、生活習慣病に移行しないようにするため、対象者個人の特性に合わせて、身体状況及び生活習慣の改善を重視した支援を実施します。
- (イ) 初回面接から 3 ヶ月経過後に、行動目標の達成状況、身体状況や生活習慣の変化について評価します。

② 積極的支援

(ア) 初回面接については、動機付け支援と同様に行います。

(イ) 特定保健指導の効果を高めるため、「腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少」等の目標に向けて、面接や電話等を利用した 3 ヶ月上の定期的・継続的な支援を行います。

(ウ) 初回面接から 3 ヶ月以上経過後に、行動目標の達成状況、身体状況や生活習慣の変化について評価します。

(4) 実施時期

健診受診後に順次、通年で実施します。

原則として実績報告時期である翌年 11 月 1 日までの実施分を実施年度の実績とし、それ以降は翌年度の実績とします。

(5) 案内の方法

対象者に対して、個別に利用案内通知を発送します。

6 年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	公表・周知
4 月	・ 受診券の送付 ・ 健診の実施（個別・ドッグ）	・ 前年度の特定保健指導	・ 健康カレンダー掲載 ・ 保健協力員毎戸訪問受診勧奨
5 月	・ 質問票・受診票の送付	・ 特定保健指導（個別・ドッグ分）	・ 広報掲載（健診）
6 月	・ 健診の実施（集団）		
7 月	・ 健診結果説明会	・ 特定保健指導（集団）	
8 月			
9 月			
10 月			
11 月	・ 次年度の実施日程等の協議	・ 特定保健指導法定報告	
12 月			
1 月			・ 団体への受診勧奨
2 月			
3 月			

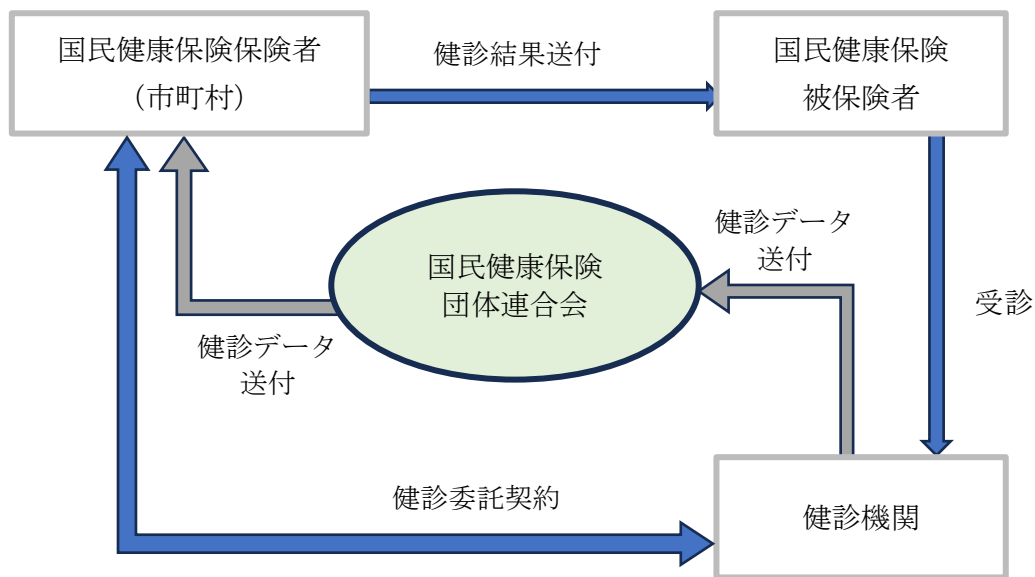
7 個人情報の保護

(1) 記録の管理及び保存について

特定健康診査等のデータは、管理者を定め、電子的標準形式により（青森県国民健康保険団体連合会に委託し）管理保存することとし、その保存期間は、特定健診受診の翌年度の末日とします。

また、被保険者が他の保険者の加入者となった場合は、当該保険者の求めに応じて被保険者が提供すべきデータを被保険者に提供することとします。

< 健診データの流れ >



① 個人情報の保護について

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び東通村個人情報保護条例に定める職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督）について周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

8 特定健康診査実施計画の評価及び見直し及び公表

(1) 特定健康診査等実施計画の公表

国民健康保険被保険者に係る特定健康診査等実施計画を定めたとき、又はこれを変更したときは、速やかに村の広報等により公表します。

(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画に基づく実施状況については、東通村国民健康保険運営協議会で評価検討の上、必要があれば見直しを行います。

東通村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
第 4 期特定健康診査等実施計画

令和6(2024)年度～令和 11(2029)年度

発行 青森県 東通村 令和6年3月

編集 東通村 税務課

住所 〒039-4222
青森県下北郡東通村大字砂子又字沢内 5-34

電話 0175-33-2134

Fax 0175-27-2299