

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



令和6年3月
大間町

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) 大間町国民健康保険の具体的な役割、連携内容	3
2. 現状の整理	4
(1) 保険者の特性	4
(2) 地域資源の状況	4
(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）	4
第II章 健康医療情報等の分析と課題	9
1. 各種データ等の分析結果	11
(1) 平均寿命・標準化死亡比等	11
(2) 医療費の分析	13
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	20
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析	26
(5) 介護費関係の分析	30
2. 分析結果から導き出された課題の整理	31
第III章 計画全体	32
1. 本町の健康課題	32
2. データヘルス計画全体における目的	33
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	34
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	34
第IV章 個別の保健事業	35
第V章 その他	42
1. データヘルス計画の評価・見直し	42
2. データヘルス計画の公表・周知	42
3. 個人情報の取り扱い	42
4. 地域包括ケアに係る取組	42
5. その他留意事項	42
第VI章 第4期特定健康診査等実施計画	43
1. 基本的な考え方	43
2. 目標値の設定	43
3. 特定健康診査の実施	44
(1) 特定健康診査の対象者	44
(2) 特定健康診査の実施場所・実施時期	44
(3) 特定健診の内容	45

(4) 特定健診の案内方法	46
(5) 特定健診検査項目の判定値	46
4. 特定保健指導の実施	47
(1) 特定保健指導の種類と実施方法	47
(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化	48
(3) 特定保健指導対象の優先順位、支援方法	48
(4) 支援レベル別特定保健指導計画	48
(5) 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上	51
(6) 特定保健指導の評価	52
5. 特定健診等の委託について	53
(1) 委託先	53
(2) 委託契約方法	53
6. 特定健診・特定保健指導の結果の通知とデータ受領・保存	54
(1) 特定健診データの形式・データ保有者からの受領方法	54
(2) 特定健診・特定保健指導の記録・データの保管、保管体制	54
(3) 個人情報保護対策	55
7. 計画の推進について	56
(1) 計画の推進	56
(2) 計画の進捗管理・評価	56

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。

大間町においても平成 28 年度に第 1 期データヘルス計画を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期データヘルス計画を策定しました。さらに、令和 3 年度には第 2 期データヘルス計画の中間評価を行ったところです。

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

▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

	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	令和 5 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						←→		

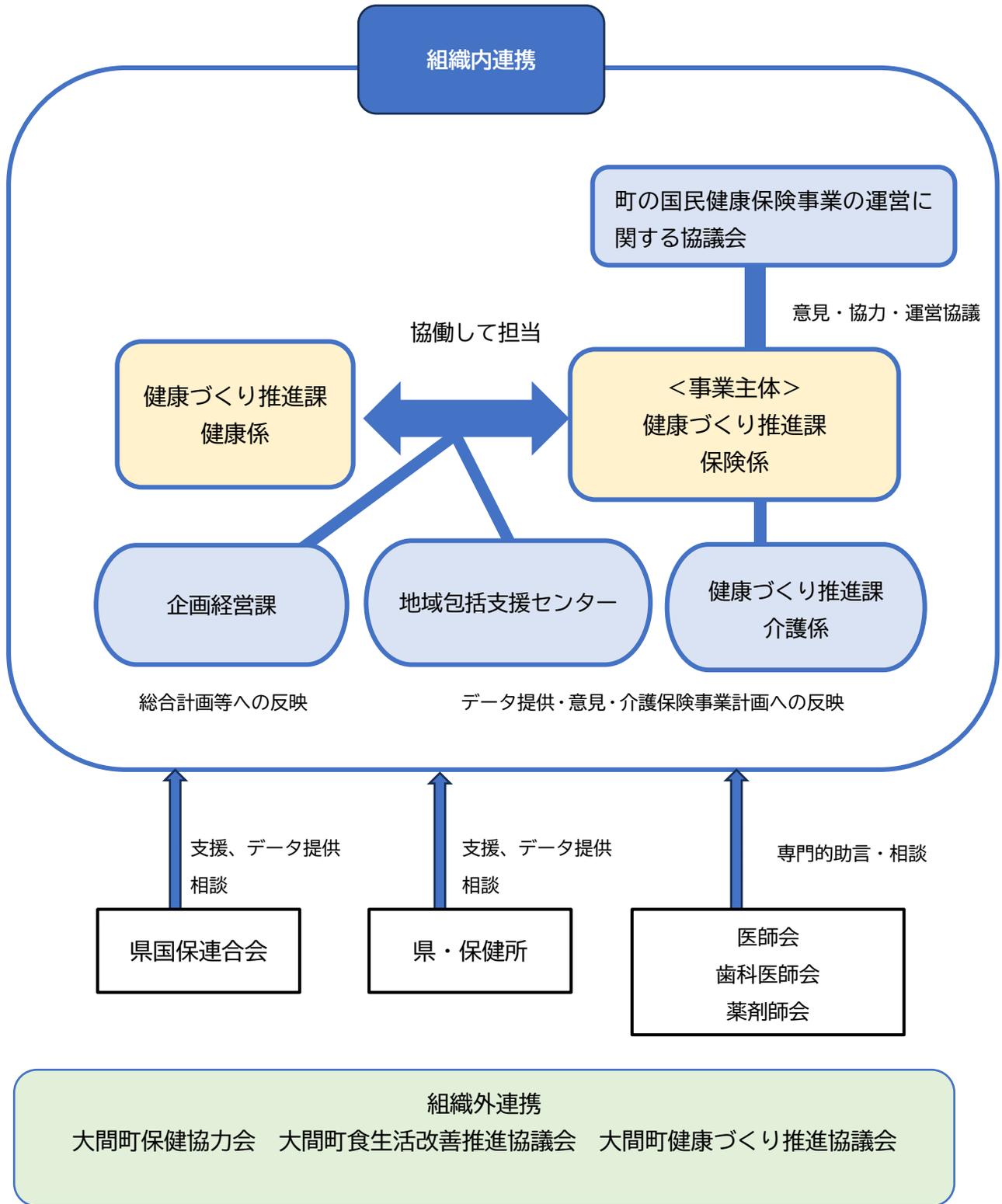
※ KPI（重要業績評価指標）とは
 目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための定量指標。
 「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケータ）」の略語

(2) 計画期間

計画期間は、令和 6 年度から令和 11 年度とします。

	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
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) 大間町国民健康保険の具体的な役割、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、健康づくり推進課が中心となって、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、健康づくり推進課が主体となって、都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て行います。健康づくり推進課では、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護担当（福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。保健事業の評価において、被保険者のり患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努めます。

②庁内の連携体制の確保

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

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、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. 現状の整理

(1) 保険者の特性

高齢化率は36.4%で県平均より高くなっています。死亡率は出生率の約3.6倍となっていることから少子高齢化の進展が見込まれます。第1次産業就業者割合は国の約8.3倍となっています。平均寿命は県や国平均より低くなっています。平均自立期間については、女性は県平均よりは高いものの男性は低くなっています。

(2) 地域資源の状況

国民健康保険大間病院を中心に医療施設、歯科医院、特別養護老人ホーム等介護施設は整備されています。

また、北通り総合文化センター「ウイング」など運動施設も充実しており、健康づくりのための環境は、良好といえます。

(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）

① 評価方法

第2期データヘルス計画において健康課題ごとに設定された目標値評価及び、計画開始時の値（ベースライン）と直近値を比較評価し、事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分によって行いました。

● 評価方法と判定区分

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

②事業別目標の達成状況と評価

ア. 特定健診受診率の向上

実施した取組内容		目標・達成状況・評価
1. 青森県総合健診センターと委託契約 2. 特定健康診査の対象者へ通知による個別勧奨 ・対象者の状況に合わせ、文面を変えたハガキによる勧奨（年2回） 3. 健康イベント等での受診勧奨 4. 保健協力員と連携した毎戸訪問による受診勧奨 5. 漁業協同組合と連携し、組合からの受診勧奨と申込みとりまとめの共同	アウト プット 評価	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者全員へ通知勧奨（年1回以上） ・若年層をターゲットにした通知勧奨（年1回以上） ・過去3年間未受診者への電話や手紙による受診勧奨（年2回） <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診勧奨2回実施（4月・8月） 令和元年度2回（4月・8月）実施 令和2年度2回（4月・8月）実施 令和3年度2回（4月・8月）実施 令和4年度2回（4月・8月）実施 ・町内会集い、健康イベント等での受診勧奨 令和元年度4回 実施 令和2年度2回 実施 令和3年度1回 実施 令和4年度1回 実施 <p style="text-align: center;">目標値評価：B</p>
	アウト カム 評価	<p>【目標】</p> <p>特定健診受診率（令和5年度）60.0% 40～64歳の健診受診率 35.0%以上</p> <p>【結果】</p> <p>特定健診受診率（令和4年度）32.8% 40～64歳の健診受診率 20.6%</p> <p style="text-align: center;">目標値評価：C</p>
		<p>目標値のハードルが高く、アウトカム評価は未達成でした。未受診者の個性に応じた受診勧奨事業の取組などアウトプット評価面では評価できるものの、目標との乖離が10%以上のため総合評価も「C」としました。</p> <p style="text-align: center;">総合評価：C</p>

イ. 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容		目標・達成状況・評価
<p>1. 特定健康診査実施後、特定保健指導対象者全員に訪問を実施し、対象者の健診結果の説明や個別の相談を実施する。また、目標設定を行い、対象者の状況に合わせて保健指導の実施計画を立てる。</p>	<p>アウトプット評価</p>	<p>【目標】 特定保健指導実施率（令和5年度）：70.0% 【結果】 特定保健指導実施率 令和元年度：67.6%→令和4年度：41.4%</p> <p style="text-align: center;">目標値評価：C</p>
<p>2. 運動教室等の既存の保健事業の開催時には対象者に対し、個別通知を行い、教室への参加を促す。</p> <p>3. 翌年の健診への受診勧奨をするとともに受診結果を比較評価する。</p>	<p>アウトカム評価</p>	<p>※特定保健指導実施対象者の特定保健指導該当者減少率（ベースライン評価） 平成30年度：14.3% →令和4年度：20.0%（5.7ポイント増）</p> <p>※メタボ該当者割合の変化（ベースライン評価） 男性 平成30年度：30.4% →令和4年度：32.4%（2.0ポイント増） 女性 平成30年度：13.4% →令和4年度：11.2%（2.2ポイント減）</p> <p style="text-align: center;">ベースライン評価：C</p>
		<p>特定保健指導実施率はこれまでの実施率を大幅に下回り、目標に未達成でした。 メタボ該当者は、男性は増加しましたが、女性は減少していません。</p> <p style="text-align: center;">総合評価：C</p>

ウ. 糖尿病性腎症重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価												
<p>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の実施</p> <p>2. 情報提供（リーフレット送付）</p> <p>3. 健診受診者のフォローアップとして、特定健診受診後2ヶ月以内に初回面談を実施</p> <p>4. 糖尿病ハイリスク者（HbA1c7.0以上等）を対象とした訪問による保健指導の実施</p>	アウトプット評価	<p>【目標】 糖尿病性腎症重症化予防事業実施人数 平均5人</p> <p>【結果】 糖尿病性腎症重症化予防事業実績</p> <table border="0"> <tr> <td>令和元年度</td> <td>対象者：0人、実施者：0人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和2年度</td> <td>対象者：1人、実施者：1人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年度</td> <td>対象者：0人、実施者：0人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和4年度</td> <td>対象者：0人、実施者：0人</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">目標値評価：A</p>	令和元年度	対象者：0人、実施者：0人		令和2年度	対象者：1人、実施者：1人		令和3年度	対象者：0人、実施者：0人		令和4年度	対象者：0人、実施者：0人	
令和元年度	対象者：0人、実施者：0人													
令和2年度	対象者：1人、実施者：1人													
令和3年度	対象者：0人、実施者：0人													
令和4年度	対象者：0人、実施者：0人													
	アウトカム評価	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の医療費の伸びを30年度比5%以内 ・糖尿病患者数の伸びを30年度比3%以内 ・新規の慢性腎不全（人工透析治療）患者ゼロ <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病医療費（外来）推移 平成30年度 35,397千円 →令和4年度 29,794千円 評価：A ・糖尿病患者推移 平成30年5月 272人 →令和4年5月 242人 評価：A ・新規慢性腎不全（人工透析治療）患者数 平成30年5月 7人 →令和4年5月 9人（新規0人） 評価：A 												
		<p>糖尿病性腎症重症化予防事業対象者、実施者数は少ないものの、糖尿病医療費や患者数は抑えられています。新規慢性腎不全（人工透析治療）患者数は平成30年と比較し、令和4年は増加したため、総合評価は「B」としました。</p> <p style="text-align: right;">総合評価：B</p>												

エ. 生活習慣病の早期発見と重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>1. いきいき健康づくりの集い 運動指導士による運動教室の実施</p> <p>2. 健康ウォーキング大会</p>	<p>アウト プット 評価</p>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ウォーキングイベント参加者数 年間 200 人 ・定期的な運動教室の年平均参加者数を年間平均 35 人以上とする <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ウォーキングイベント参加者数 <ul style="list-style-type: none"> 令和元年度 129 人 令和2年度 中止 令和3年度 中止 令和4年度 中止 ・運動教室実績 <ul style="list-style-type: none"> 令和元年度 14 回開催、59 人参加 令和2年度 16 回開催、36 人参加 令和3年度 14 回開催、35 人参加 令和4年度 16 回開催、30 人参加 <p style="text-align: right; color: red;">目標値評価：A</p>
	<p>アウト カム 評価</p>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性 BMI 有所見者割合を 50%以内とする ・女性 BMI 有所見者割合を 40%以内とする <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性 BMI 有所見者割合 令和4年度：59.1% ・女性 BMI 有所見者割合 令和4年度：39.8% <p>※生活習慣病患者割合の改善（ベースライン評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病：令和2年5月：13.1%→令和4年5月：15.2% (2.1 ポイント増) ・高血圧：令和2年5月：15.4%→令和4年5月：16.8% (1.4 ポイント増) <p style="text-align: right; color: red;">目標値評価：C</p>
		<p>アウトプット面については評価できますが、肥満の有所見者割合、糖尿病など生活習慣病の患者割合は改善できなかったためアウトカム評価は「C」としました。</p> <p style="text-align: right; color: red;">総合評価：C</p>

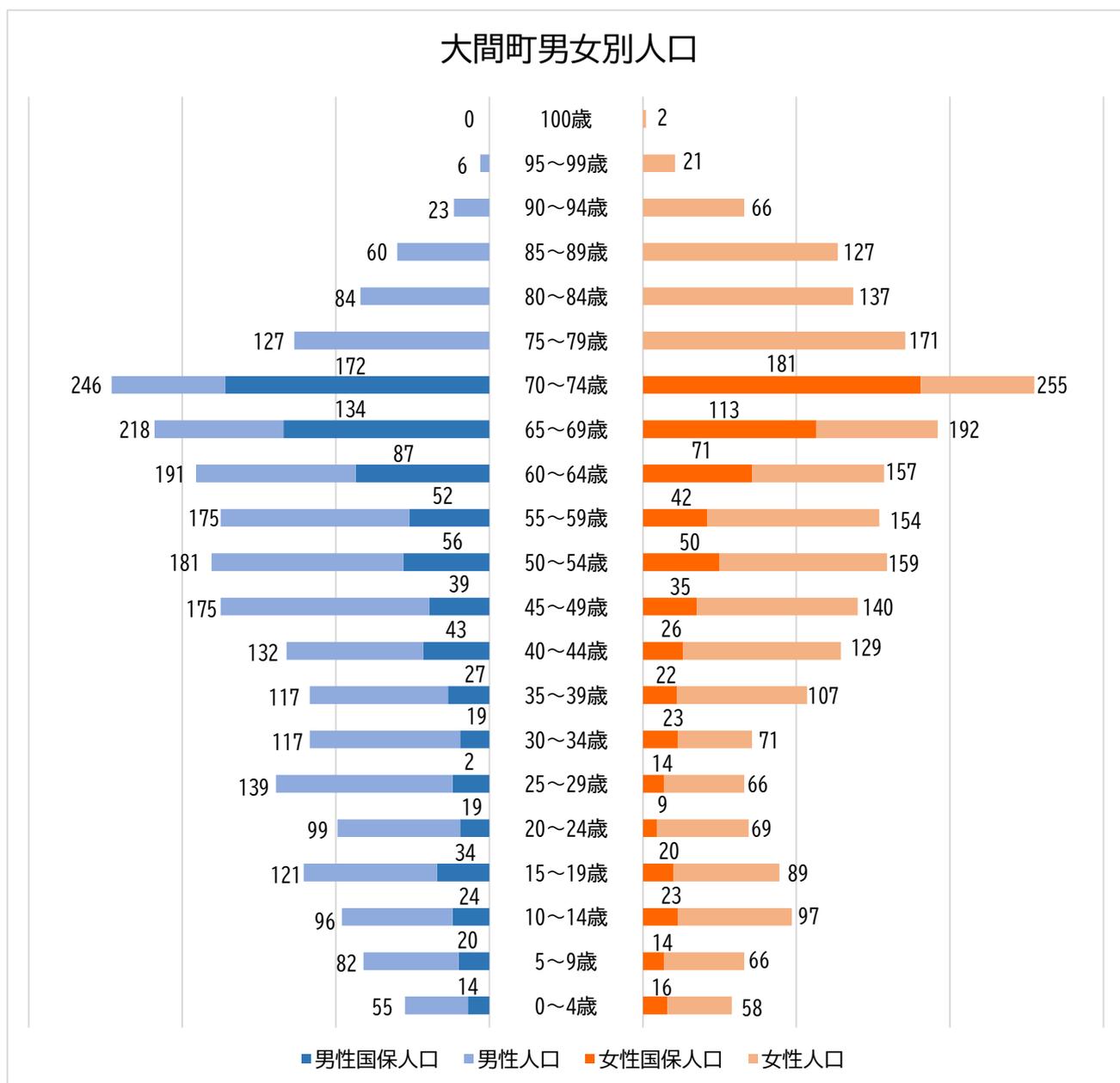
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

※人口・被保険者等の基本情報

	全体	%	男性	%	女性	%
総人口（人）	4,777	100	2,444	51.2	2,333	48.8
被保険者数	1,423	100	764	53.7	659	46.3

図表1 大間町の人口ピラミッド

単位：(人)



資料：指定区別年齢別男女別人口調（令和5年11月30日現在）

図表 2 高齢化率（65 歳以上）

	大間町	青森県	国
高齢化率（65 歳以上）	36.3%	33.9%	28.7%
国保加入率	32.6%	22.7%	22.3%

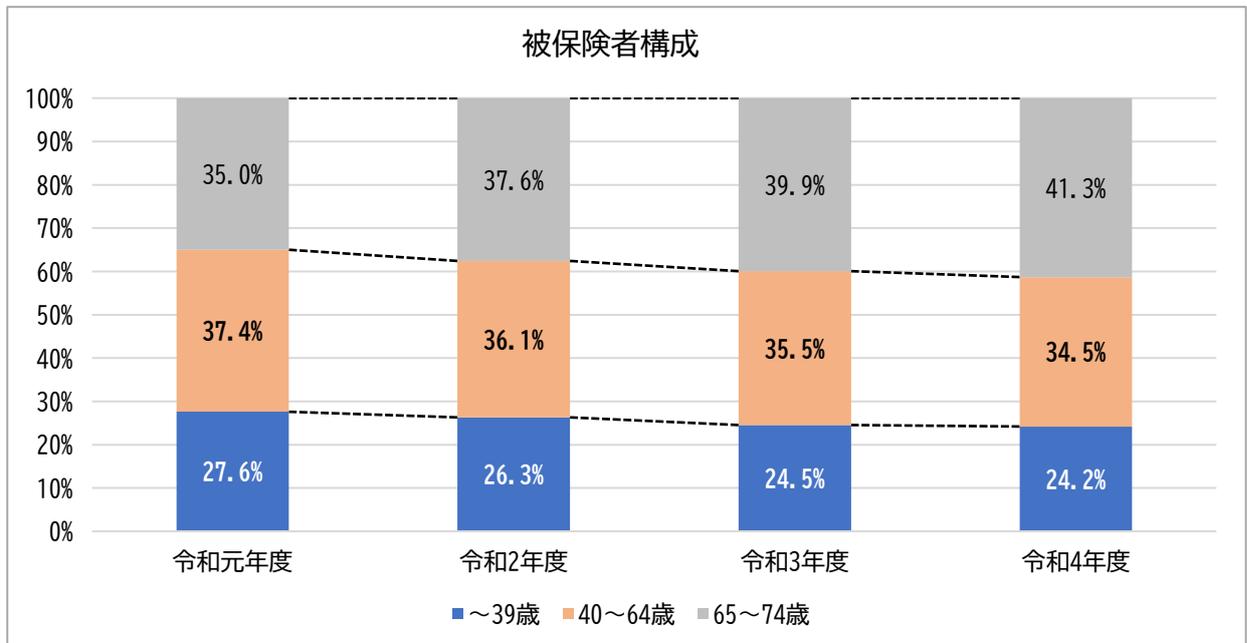
資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和4年度）

図表 3 産業別就業者割合

	大間町	青森県	国
第1次産業	23.9%	12.4%	4.0%
第2次産業	22.1%	20.4%	25.0%
第3次産業	53.9%	67.2%	71.0%

資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和4年度）

図表 4 被保険者構成



資料：KDB「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）

1. 各種データ等の分析結果

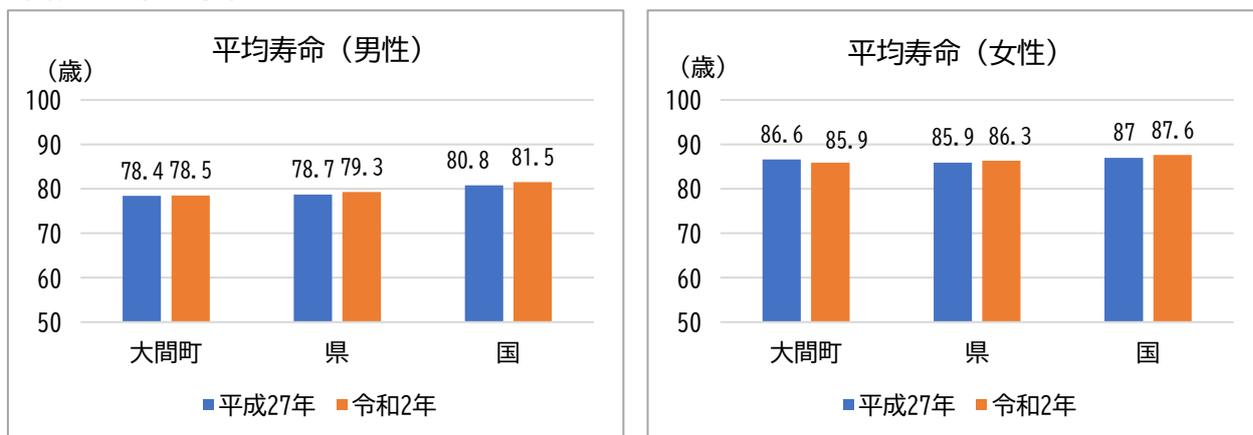
(1) 平均寿命・標準化死亡比等

①平均寿命・平均自立期間

国の平均寿命より、男性で 3.0 歳、女性で 1.7 歳短くなっています。平均自立期間※（日常生活動作が自立している期間の平均）では、国より男性で 2.8 歳短く、女性で 0.1 歳長くなっています。

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

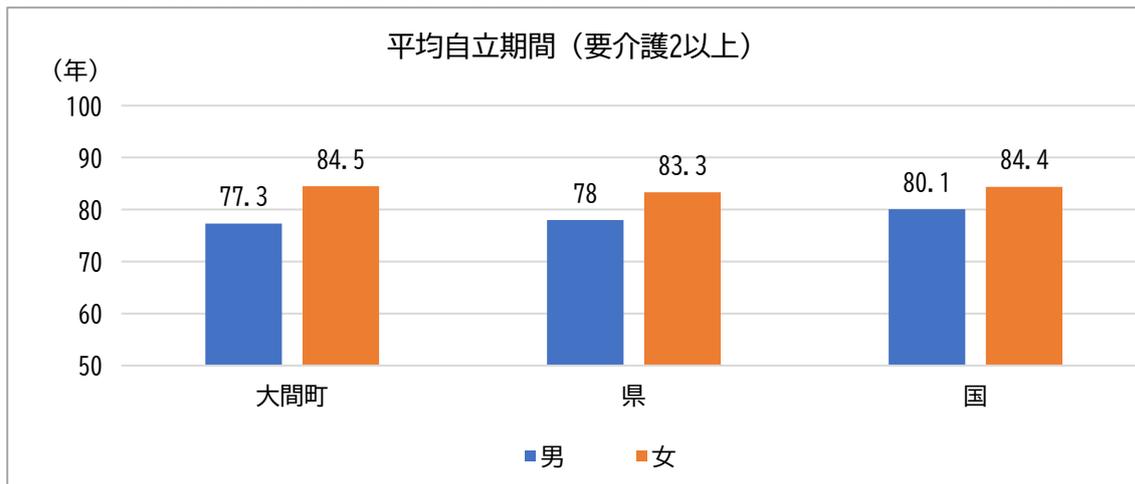
図表 5 平均寿命



資料：令和2年青森県市町村生命表

図表 6 平均自立期間（市町村単位 要介護2以上）

単位：年



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

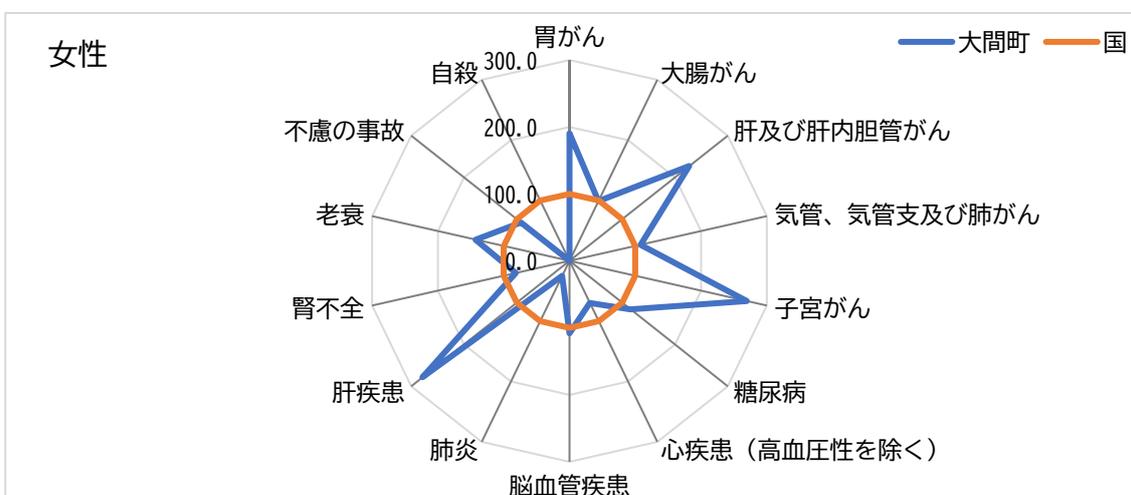
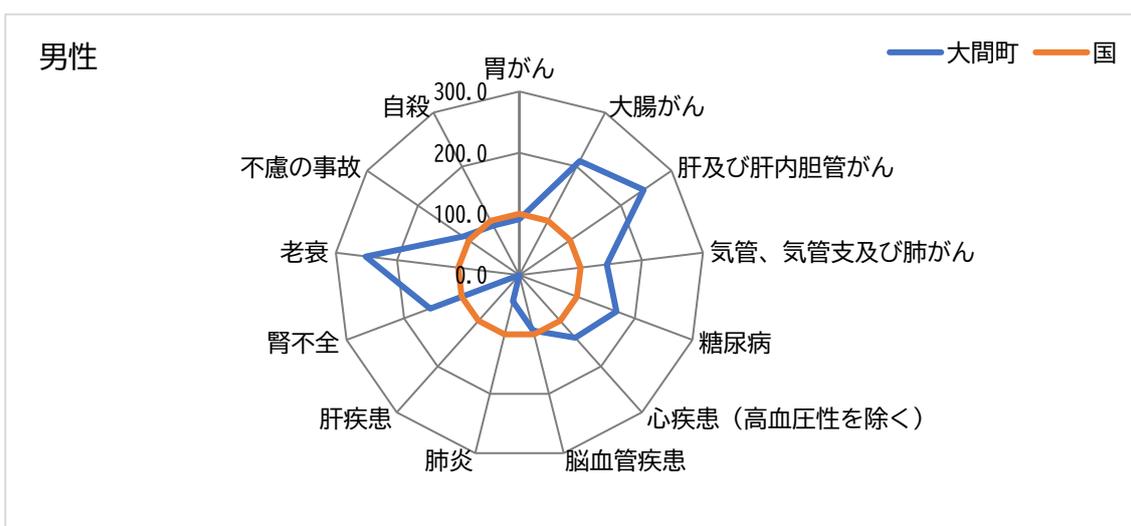
②標準化死亡比

男女とも肝及び肝内胆管がん、気管、気管支及び肺がん、糖尿病の標準化死亡比が高くなっています。男性では大腸がん、心疾患、腎不全の標準化死亡比が高くなっており、女性では、胃がん、子宮がん、肝疾患の標準化死亡比が高くなっています。

※標準化死亡比：基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

図表7 標準化死亡比

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	129.8	162.5	91	210.4	245	142.8	-	168.4	137.1	93.6	44.1	-	154.6	251.3	110.5	91.2
女	107.6	133.5	214.4	99.3	189.2	125.9	269.6	115.6	76.5	120	36.8	278.6	81.8	158.2	68.8	-

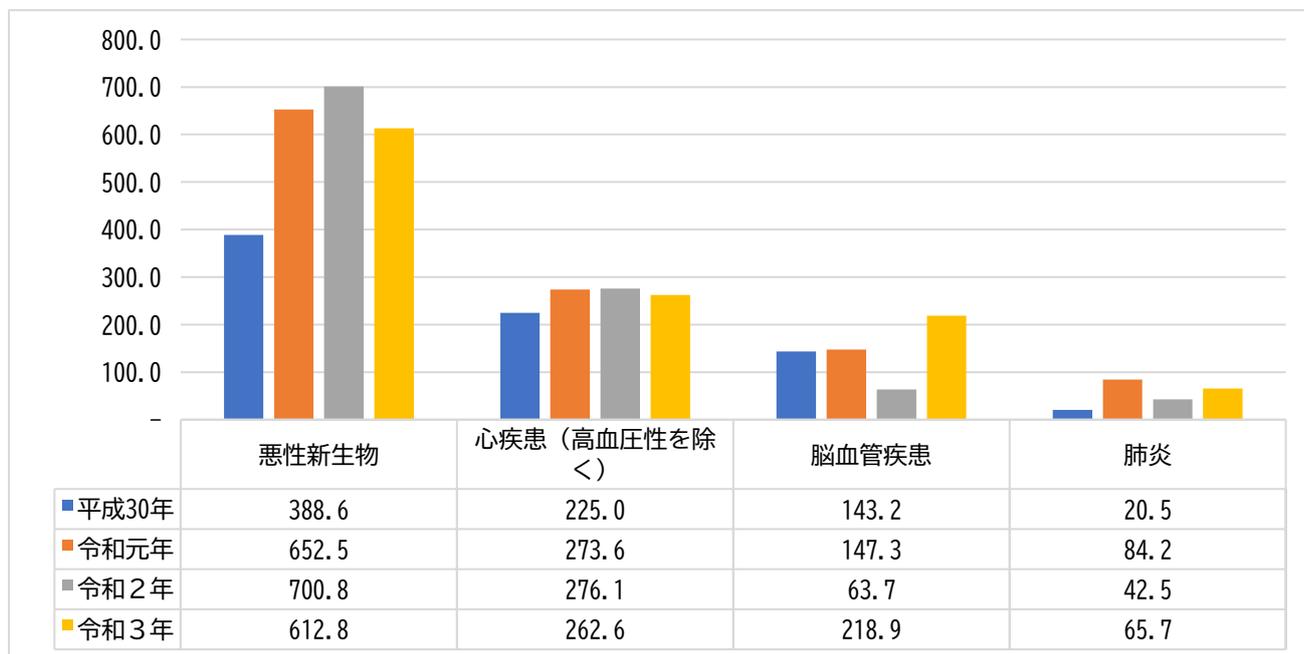


資料：青森県統計年報（令和3年度）

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）、心疾患、脳血管疾患の順で多くなっています。
脳血管疾患による死亡率が増加しています。

図表 8 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

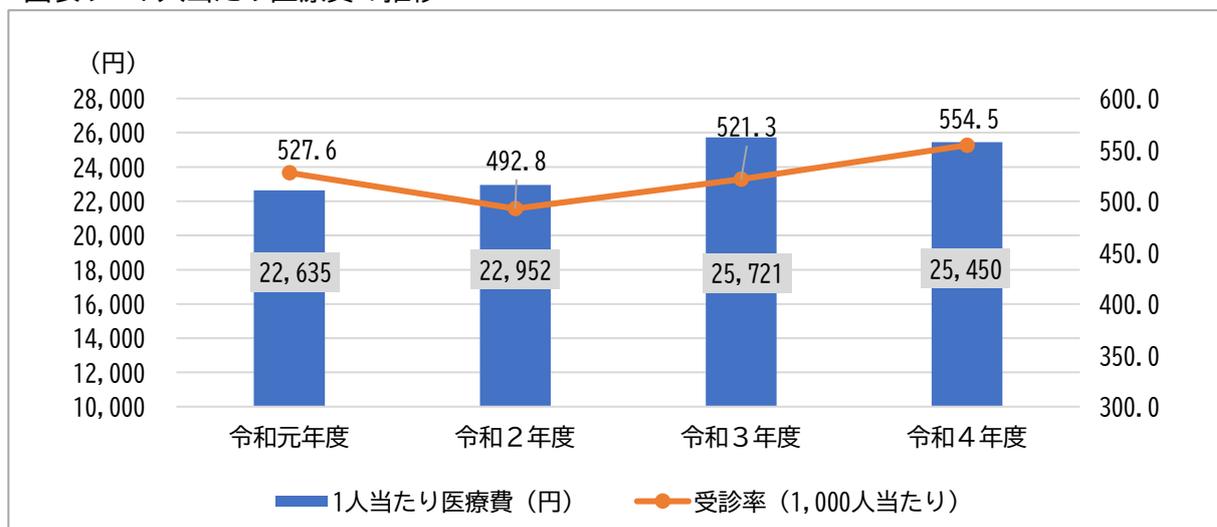
資料：青森県保健統計年報（令和3年度）

（2）医療費の分析

①1人当たり医療費

当町の1,000人当たりの受診率は、新型コロナウイルス感染症流行による受診控えの影響で、令和2年度は一度減少しましたが、その後は増加しています。

図表 9 1人当たり医療費の推移

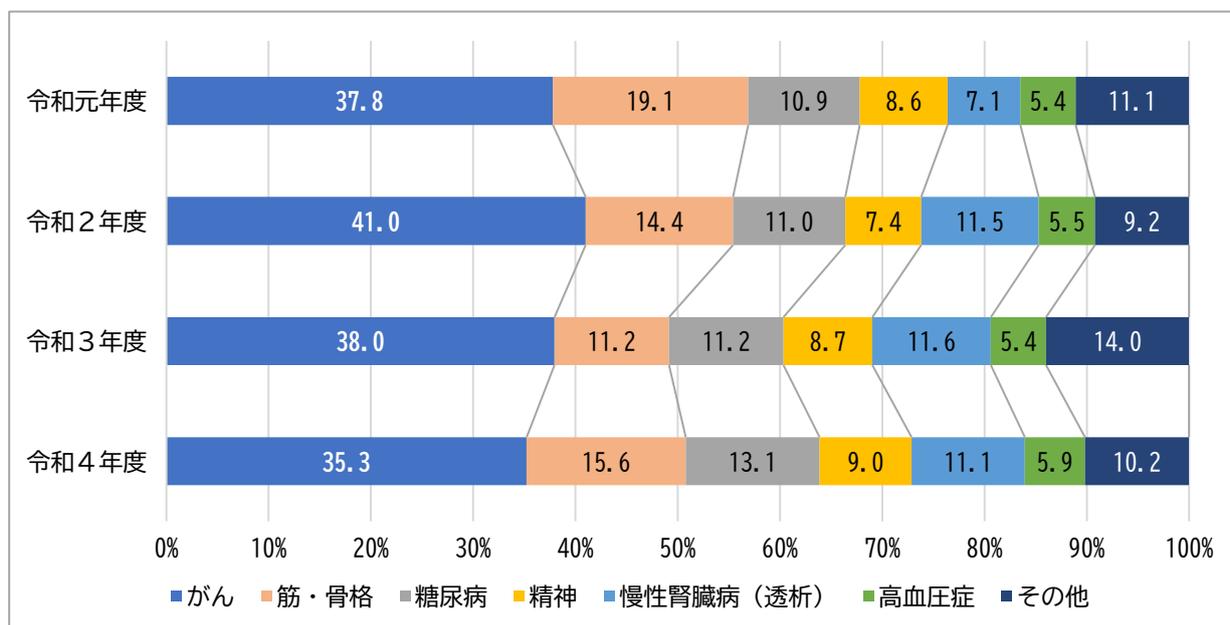


資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

②主要生活習慣病の医療費割合の推移

主要生活習慣病の医療費割合に大きな変化はありませんが、がんの割合が3分の1を占めています。また、糖尿病の医療費割合が徐々に増加しています。

図表 10 医療費割合の推移

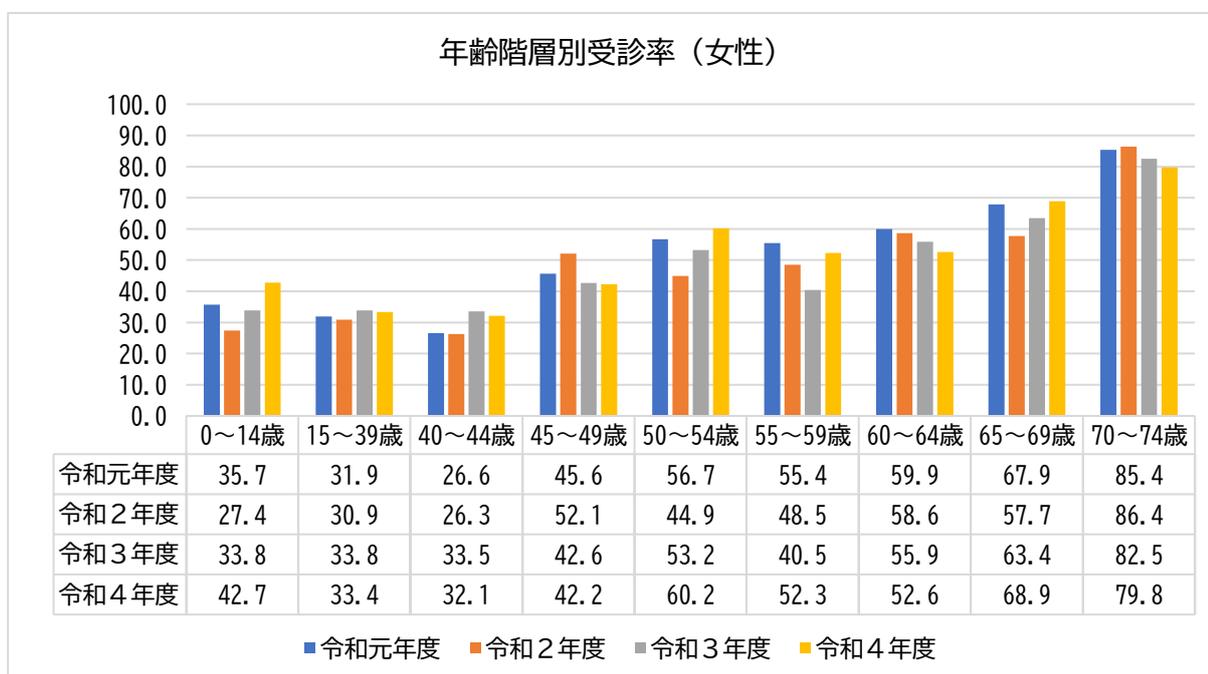
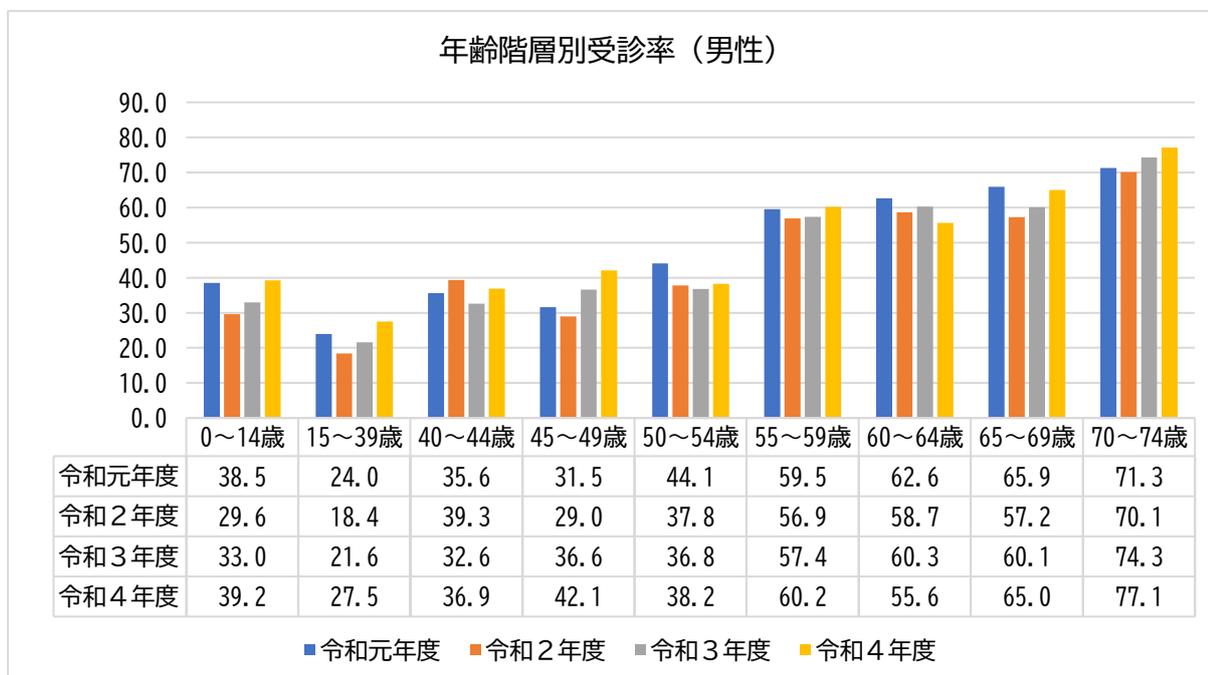


資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

③年齢階層別男女別の受診率

年齢とともに受診率は高くなる傾向にあります。令和2年以降に新型コロナウイルス感染症流行の影響で医療機関受診控えがあり、一旦受診率は低下しましたが、その後横ばいの状況にあります。男女別では、女性の受診率が男性よりやや高くなっています。

図表 11 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

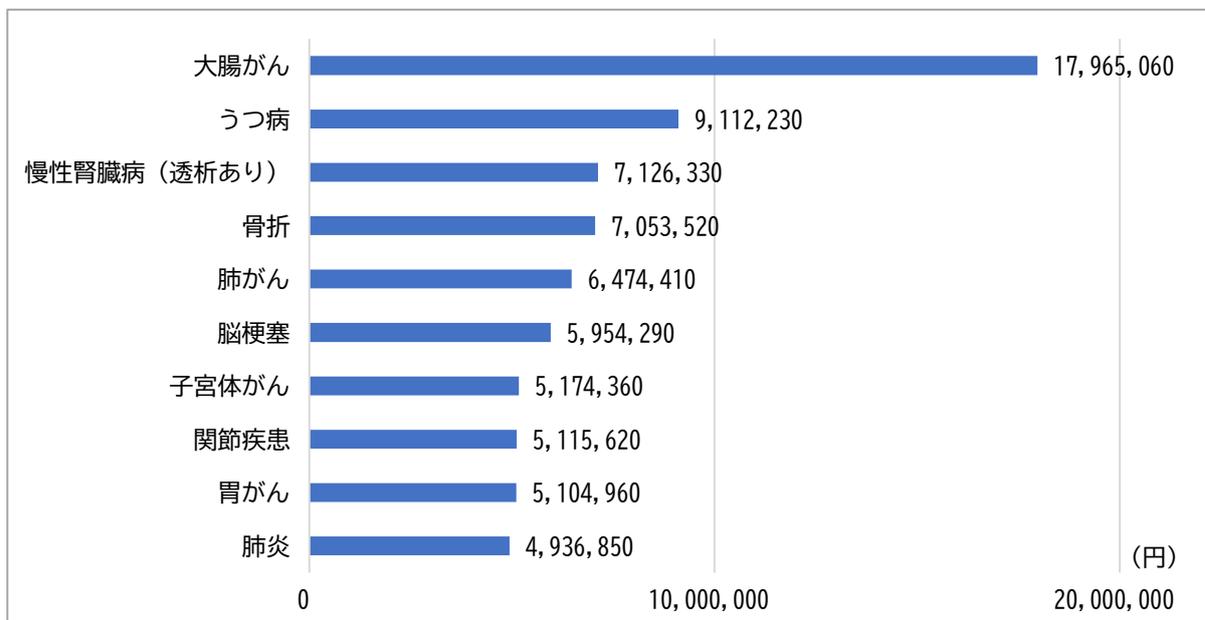
資料：KDB「医療費分析の経年比較」

④疾病別医療費分析

入院医療費の上位は大腸がん、うつ病に次いで慢性腎臓病（透析あり）となっています。外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで慢性腎臓病（透析あり）、肺がんの順となっています。

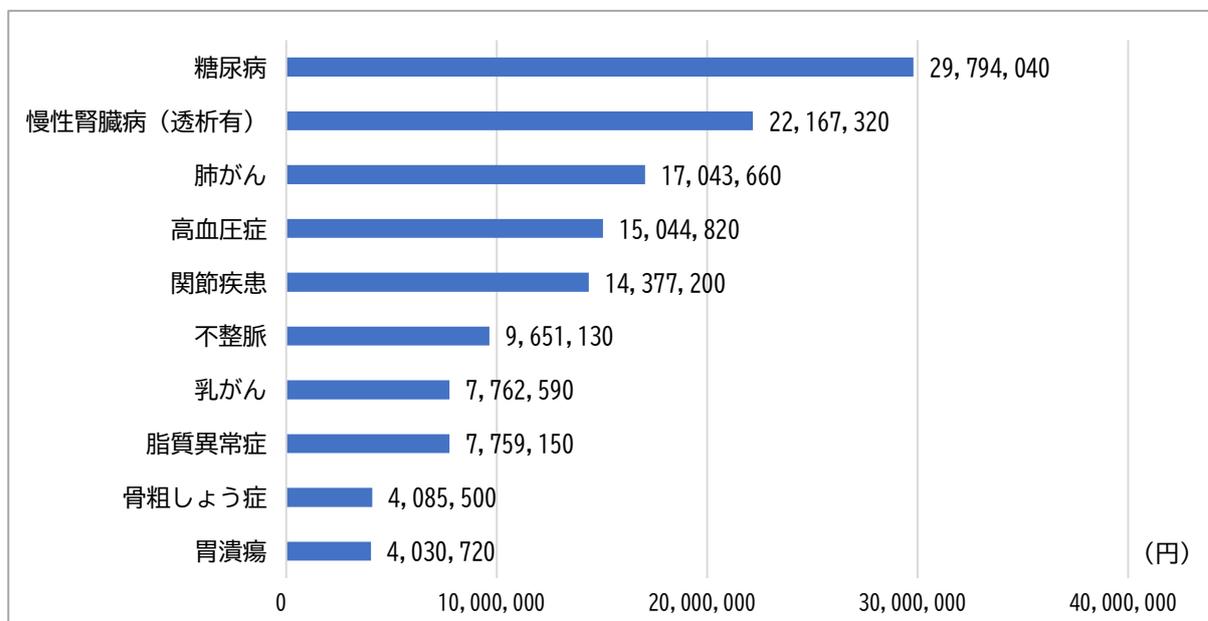
1 保険者当たりの生活習慣病の外来医療費では、毎年度多い順に糖尿病、高血圧、脂質異常症となっており、横ばいとなっています。

図表 12 疾病別入院医療費（高い順、最大医療資源疾病名による）（令和4年度）



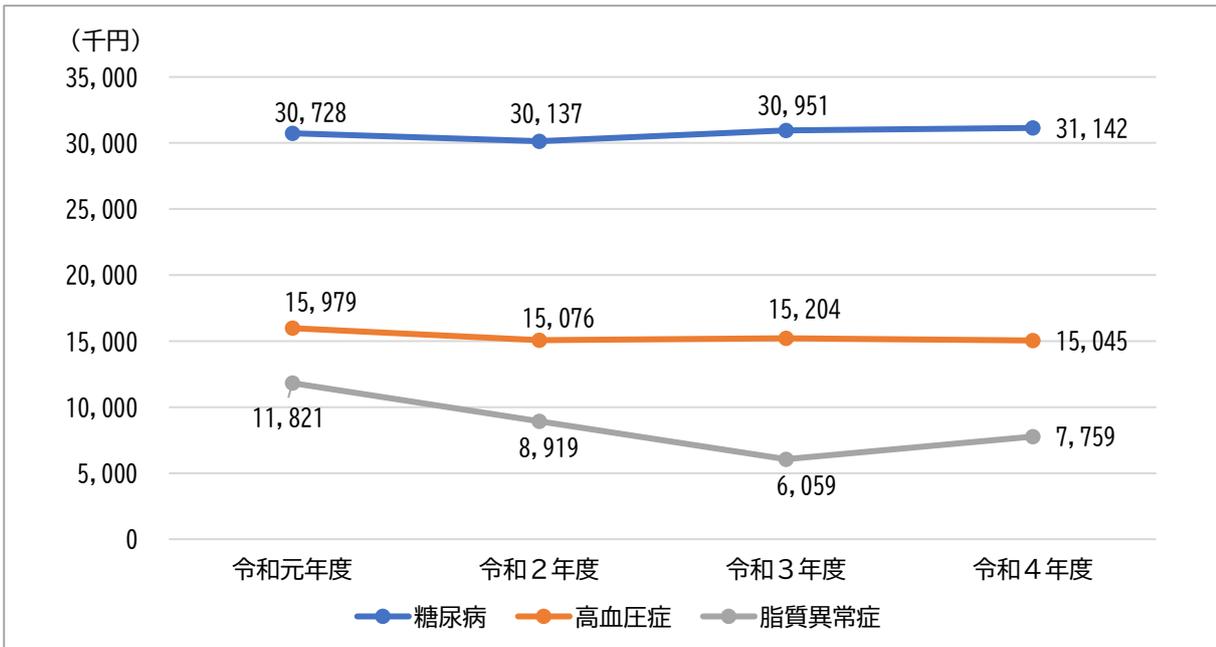
資料：KDB「医療費分析（1）細小分類

図表 13 疾病別外来医療費（高い順、最大医療資源疾病名による）（令和4年度）



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類

図表 14 1 保険者当たり生活習慣病の外来医療費

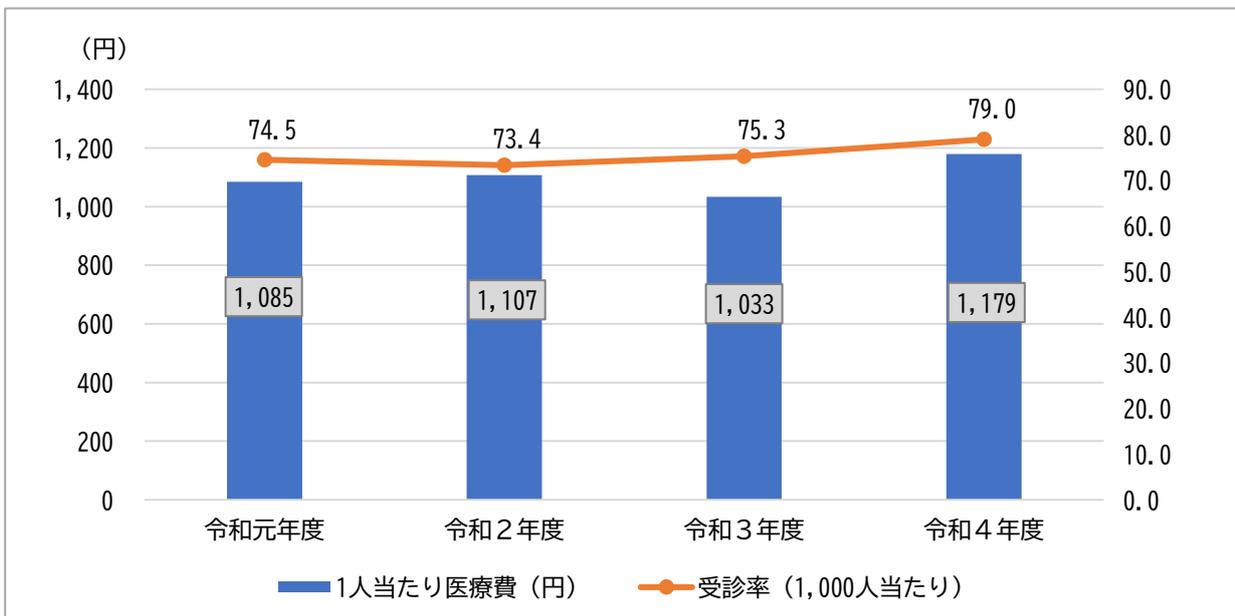


資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和元年度～令和4年度）

⑤ 歯科医療費の推移

令和2年度より、受診率が増加しています。医療費は令和3年度に一度減少しましたが、その後増加しています。

図表 15 歯科1人当たり医療費と受診率の推移



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

⑥生活習慣病の患者数・患者割合

主要生活習慣病の患者割合では、高血圧、糖尿病、脂質異常症の順で多くなっています。
糖尿病、高血圧、脂質異常症、人工透析の患者割合が増加傾向にあります。

図表 16 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
糖尿病	男性	120	13.2	111	12.7	123	14.7	118	14.6
	女性	105	12.9	132	16.9	119	15.7	121	16.7
	計	225	13.1	243	14.7	242	15.2	239	15.6
高血圧	男性	149	16.4	149	17.1	149	17.8	147	18.2
	女性	117	14.4	137	17.5	119	15.7	120	16.5
	計	266	15.4	286	17.3	268	16.8	267	17.4
脂質異常症	男性	88	9.7	95	10.9	106	12.6	107	13.3
	女性	112	13.8	130	16.6	123	16.2	120	16.5
	計	200	11.6	225	13.6	229	14.3	227	14.8
虚血性心疾患	男性	22	2.4	29	3.3	33	3.9	27	3.3
	女性	12	1.5	12	1.5	13	1.7	9	1.2
	計	34	2.0	41	2.5	46	2.9	36	2.3
脳血管疾患	男性	26	2.9	30	3.4	25	3.0	29	3.6
	女性	18	2.2	17	2.9	19	2.5	14	1.9
	計	44	2.6	47	3.9	44	2.8	43	2.8
人工透析	男性	4	0.4	5	0.6	8	1.0	8	1.0
	女性	1	0.1	1	0.1	1	0	1	0.1
	計	5	0.3	6	0.4	9	0.7	9	0.6

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2～3-7」

⑦重複頻回受診、重複服薬

ア. 重複頻回受診の状況

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0.0~0.1%で推移しています。

図表 17 重複多受診・頻回受診の状況

重複多受診・頻回受診の状況								
	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
被保険者数	1,251		1,292		1,342		1,405	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複多受診	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.1%
頻回受診	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

※重複受診：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日以上受診した被保険者

イ. 重複服薬の状況

2医療機関以上から6医薬品以上を処方された被保険者は令和5年5月に1名でした。

30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者は全体の9.4%となっています。

図表 18 重複服薬・多剤の状況

	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	1,688		1,648		1,572		1,519	
	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	0.1%
多剤	117	6.9%	97	5.9%	168	10.7%	143	9.4%

資料：KDB「重複服薬の状況」

※重複服薬：2医療機関以上か6医薬品を処方された被保険者

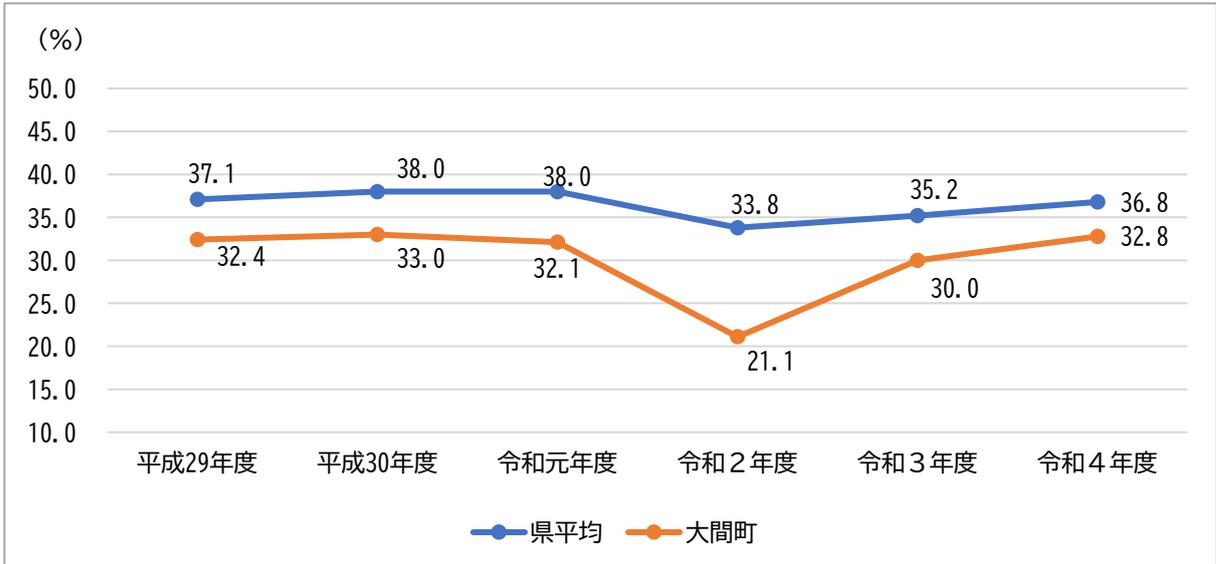
※多剤処方：30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者

(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健康診査受診率

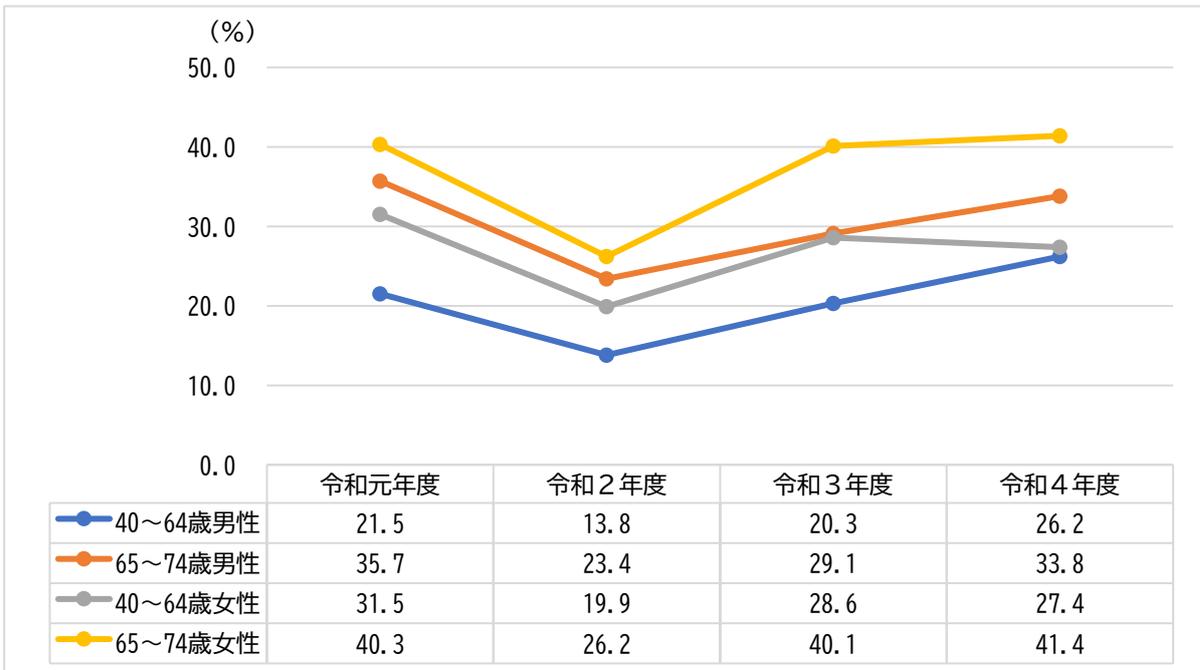
本町の特定健康診査受診率は県平均より低く、令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大に伴い21.1%まで減少しましたが、その後は回復基調にあります。年齢階層別では、若年層の受診率が低くなっています。男女別では男性の受診率が低くなっていますが、若年層男性の受診率は上昇傾向にあります。

図表 19 特定健康診査受診率の推移



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 20 年齢階層別特定健康診査受診率



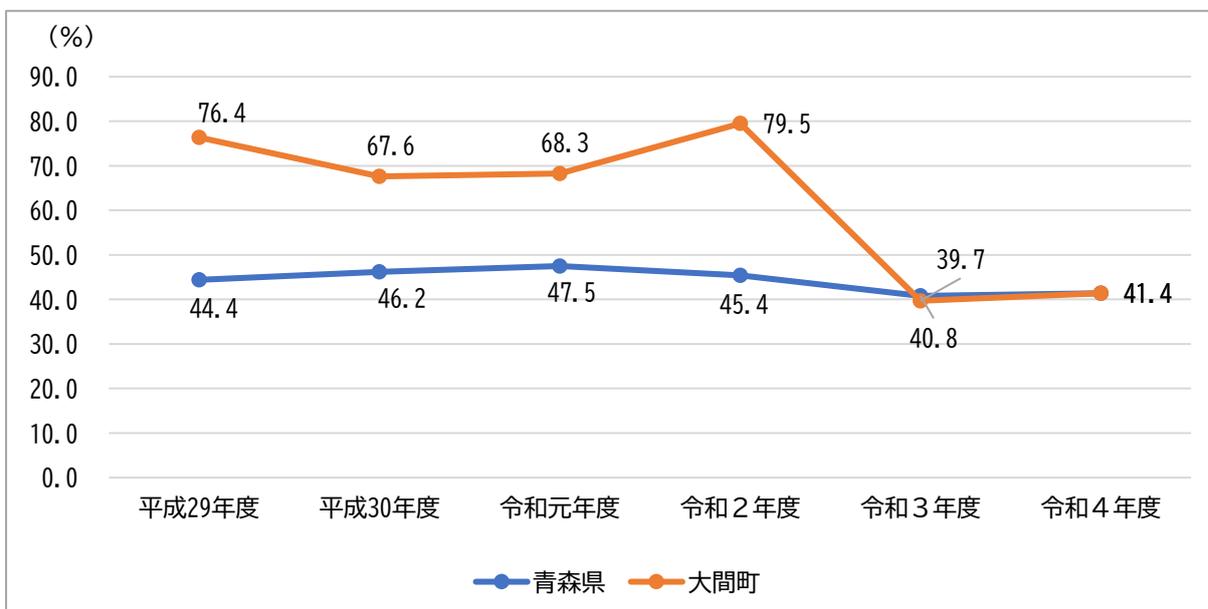
資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②特定保健指導実施率

本町の特定保健指導実施率は、県平均より高く推移していましたが、令和3年度には、39.7%まで減少しました。その後は回復基調にあります。

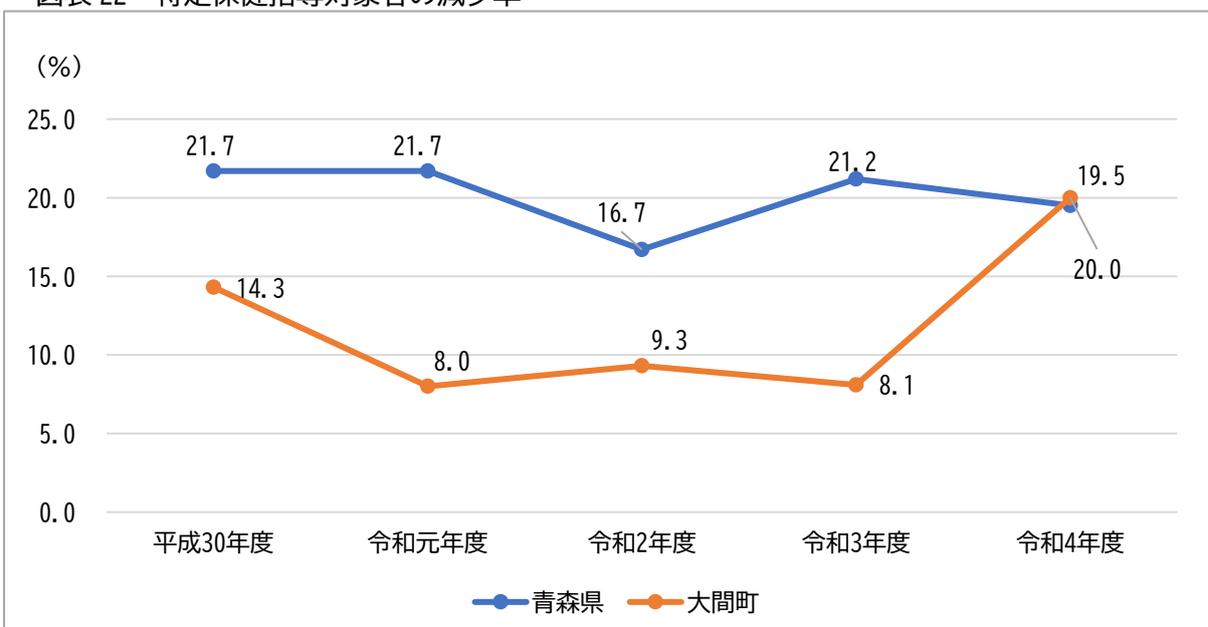
また、特定保健指導対象者の減少率は、県平均を下回っていましたが、令和4年度には20.0%となり、県平均を上回りました。

図表 21 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 22 特定保健指導対象者の減少率

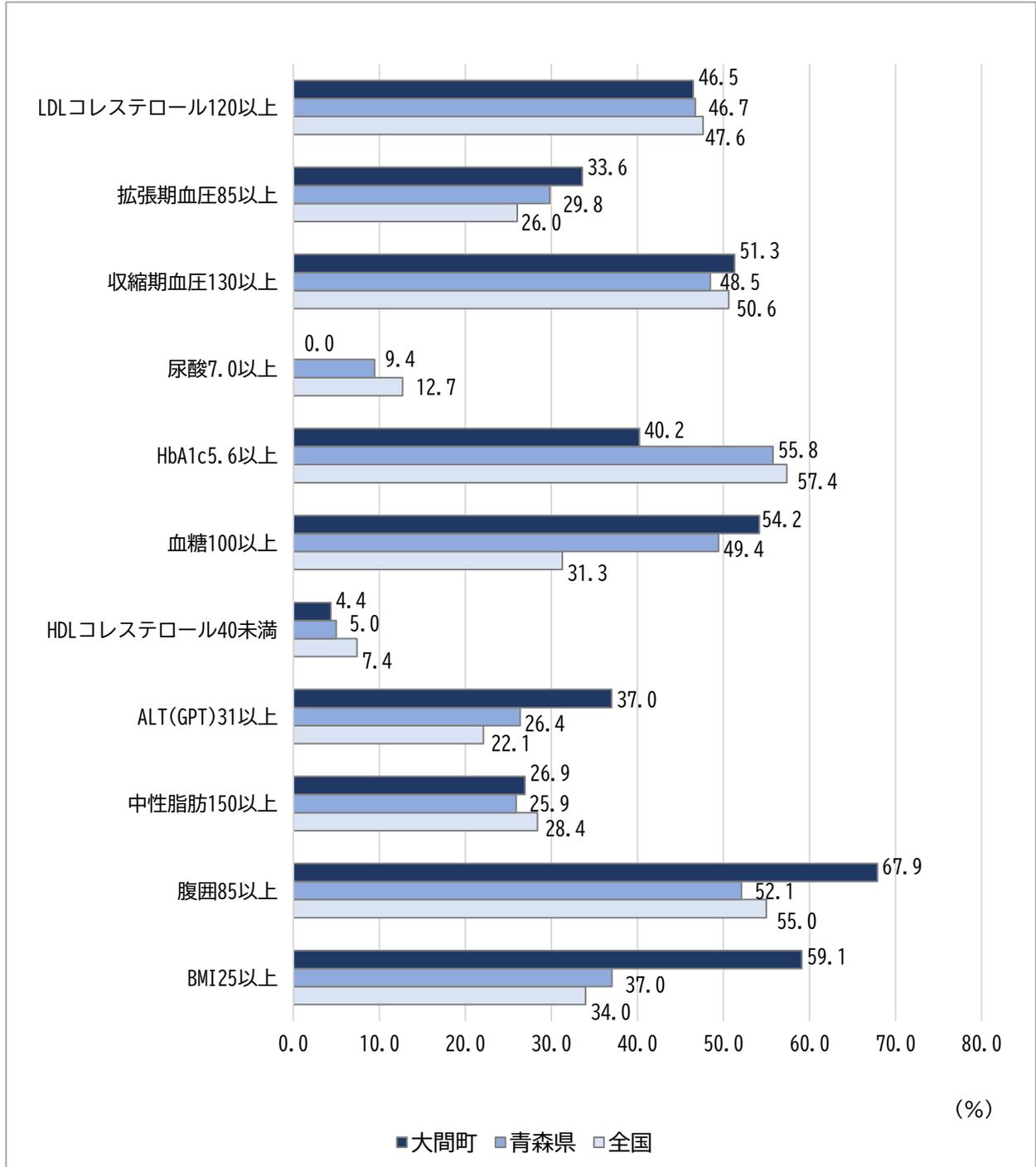


資料：KDB 特定健診・特定保健指導実施結果総括表

③有所見者割合

令和4年度の健診結果をみると、県や国と比較して、男性では拡張期血圧、収縮期血圧、血糖、ALT(GPT)、肥満(腹囲・BMI)の有所見割合が高くなっています。女性では拡張期血圧、血糖、ALT(GPT)中性脂肪、肥満(腹囲・BMI)の有所見割合が高くなっています。

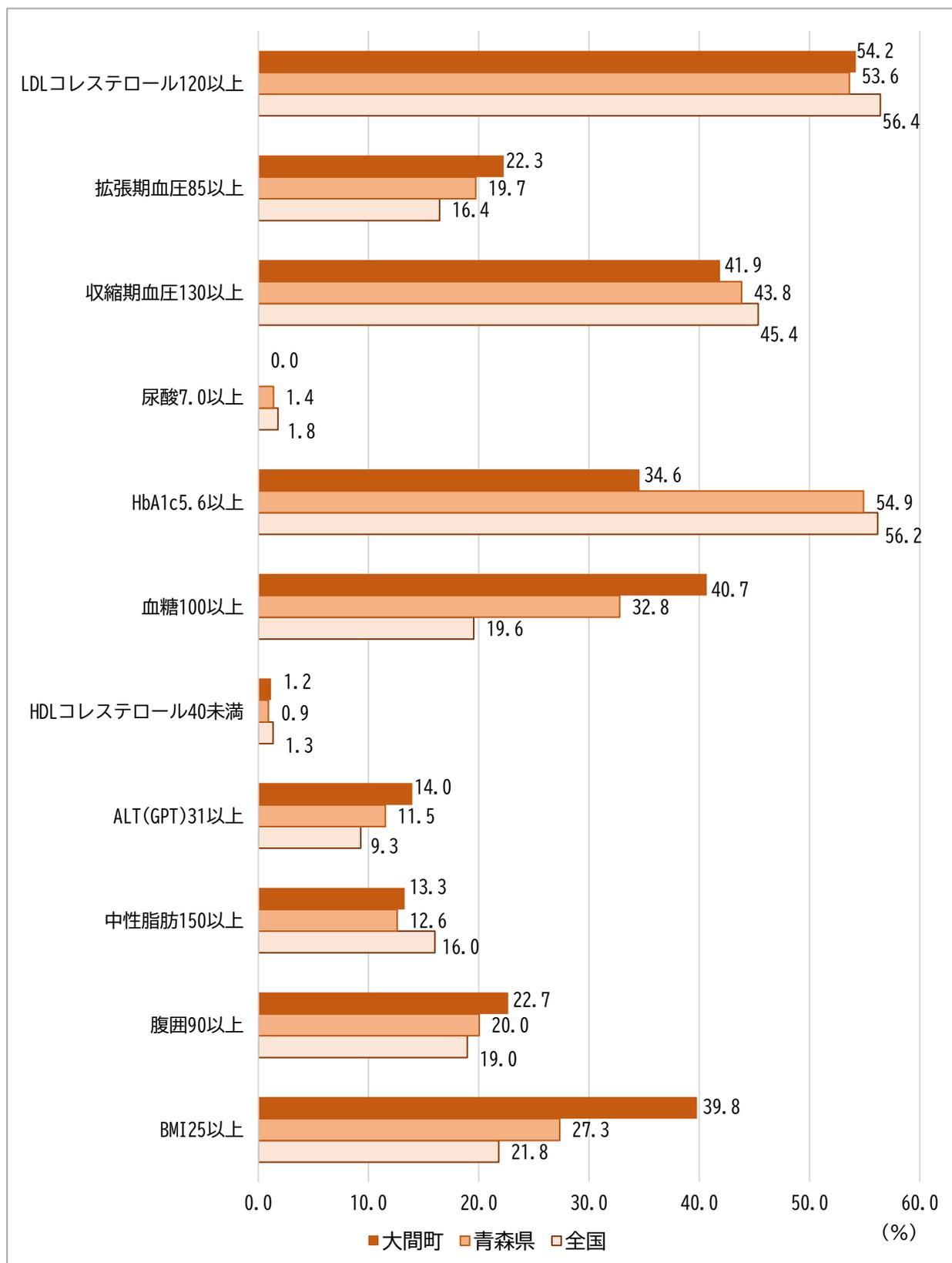
図表 23 令和4年度健診有所見者割合(男性)



資料：KDB「厚生労働省様式5-2」

※年齢調整ツール使用

図表 24 令和4年度健診有所見者割合（女性）



資料：KDB「厚生労働省様式5-2」

※年齢調整ツール使用

④生活習慣（質問票）

令和元年度から令和4年度にかけ、喫煙や運動不足の割合が増加しています。県や国と比較しても、喫煙や運動不足の割合は高くなっています。早食い、多量飲酒等の割合が県と比較して高くなっています。

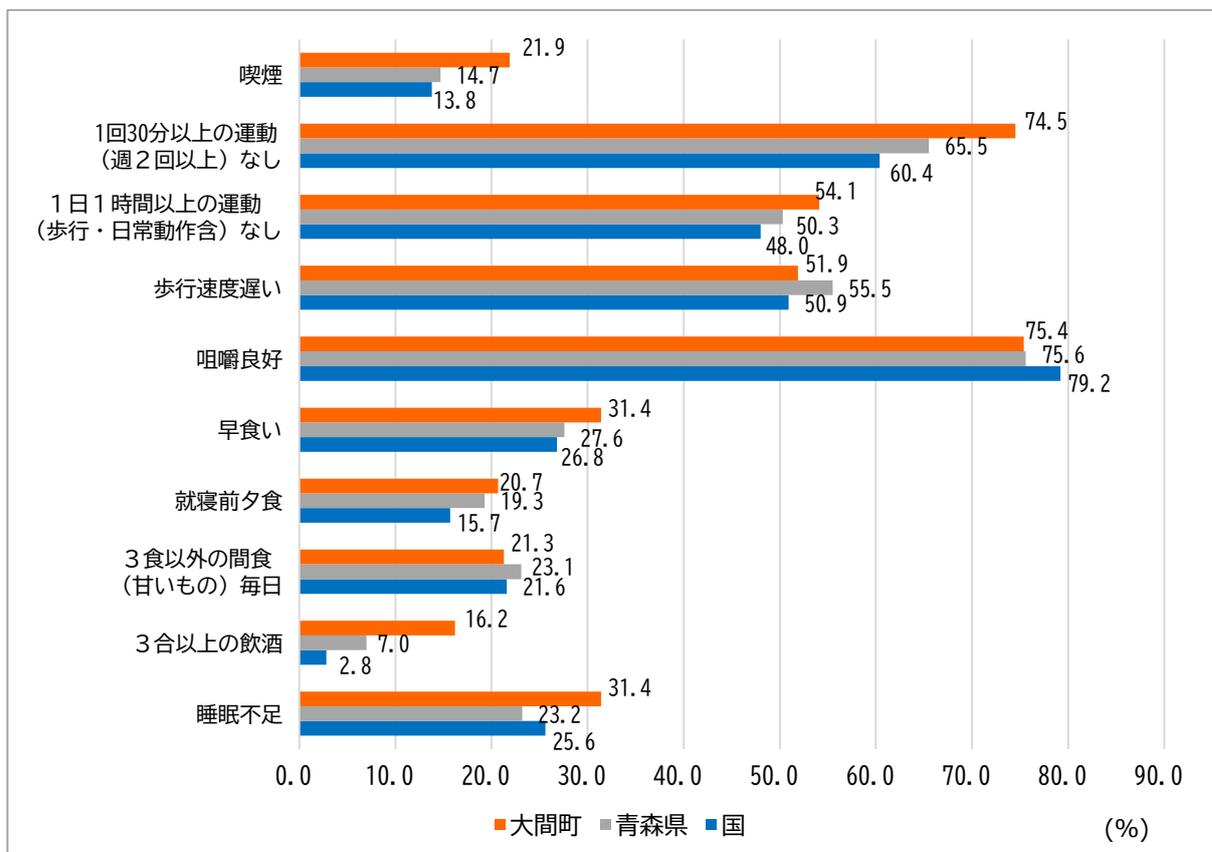
図表 25 質問票

単位：%

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
喫煙	18.3	20.1	21.6	21.9
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	72.1	70.3	68.3	74.5
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作	46.7	46.0	47.0	54.1
歩行速度遅い	62.3	63.2	63.9	51.9
咀嚼良好	76.1	74.1	72.8	75.4
早食い	26.6	33.9	32.5	31.4
就寝前夕食	21.5	19.7	21.5	20.7
3食以外の間食（甘いもの）毎日	24.9	22.2	22.5	21.3
3合以上の飲酒	13.9	18.4	13.6	16.2
睡眠不足	20.5	27.6	27.2	31.4

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

図表 26 質問票（県・国との比較）



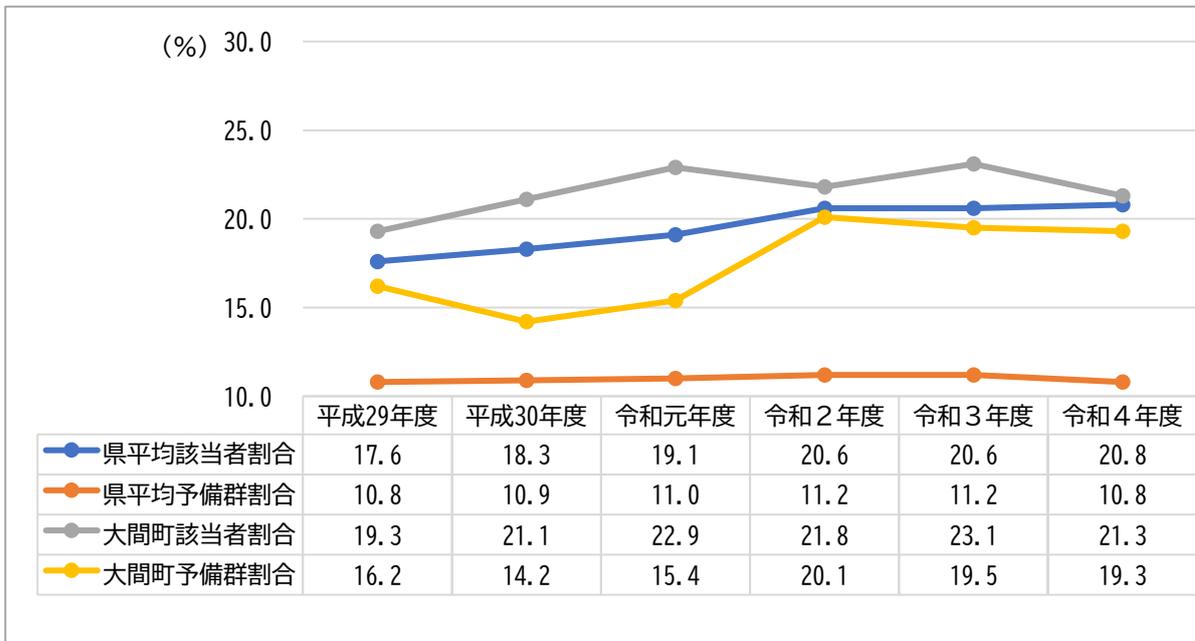
資料：KDB「地域の全体像の把握」

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、内臓脂肪症候群該当者割合、予備群者割合は県平均よりも高くなっています。

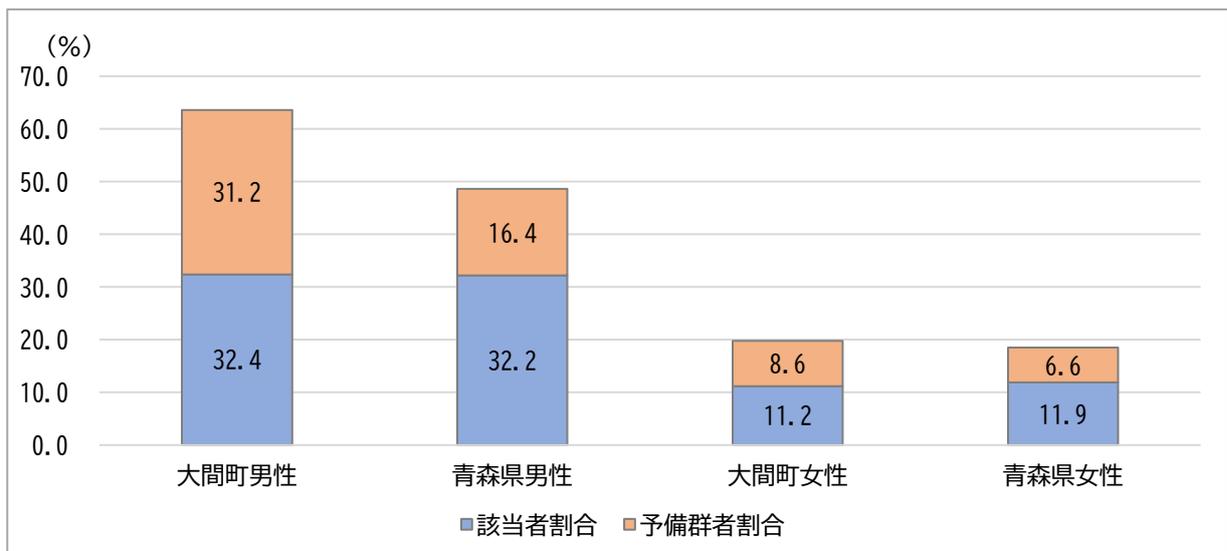
男女別にみると、令和4年度では男性の内臓脂肪該当者割合、予備群者割合ともに県平均より高くなっています。女性では内臓脂肪予備群者割合が県平均より高くなっています。

図表 27 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合



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 28 令和4年度内臓脂肪症候群該当者割合と予備群割合



資料：法定報告

(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析

①健診有無別医療費

健診受診者で医療機関にかかっていない被保険者は3.4%、一方未受診者は16.0%となっています。また、1人当たり生活習慣病等医療費では、健診受診者が2,458円であるのに対し、健診未受診者は12,912円で約5.25倍となっています。

図表 29 健診受診有無別及びリスク要因保有状況等の医療機関受診有無

令和4年度		医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	受診者数(人)	320	37
	健診対象者に占める割合(%)	29.3	3.4
	うち生活習慣病有(人)	247	
	受診者に占める割合(%)	77.2	
健診受診なし	未受診者数(人)	561	175
	健診対象者に占める割合(%)	51.3	16.0
	うち生活習慣病有(人)	404	
	未受診者に占める割合(%)	72.0	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」

図表 30 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		
	大間町	県	国	大間町	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数	2,458	2,291	2,031			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数				12,912	14,012	13,295
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数(生活習慣病患者数)	6,322	6,279	6,142			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数(生活習慣病患者数)				46,864	38,404	40,210

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

県平均に比べ、受診勧奨者医療機関非受診率、未治療者率いずれも高くなっています。

図表 31 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	
	大間町	青森県	大間町	青森県	大間町	青森県	大間町	青森県
受診勧奨者医療機関 非受診率	4.2%	3.9%	4.8%	4.3%	5.9%	4.4%	6.7%	4.4%
未治療者率	6.1%	5.3%	6.4%	5.2%	6.2%	5.4%	8.1%	4.1%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

③生活習慣病の重症化予防

ア. 糖尿病の重症化状況

糖尿病患者のうち脳血管疾患にかかっている者の割合が一番多く増加傾向となっており、次いで虚血性心疾患にかかっている者の割合が多く、増加傾向となっています。

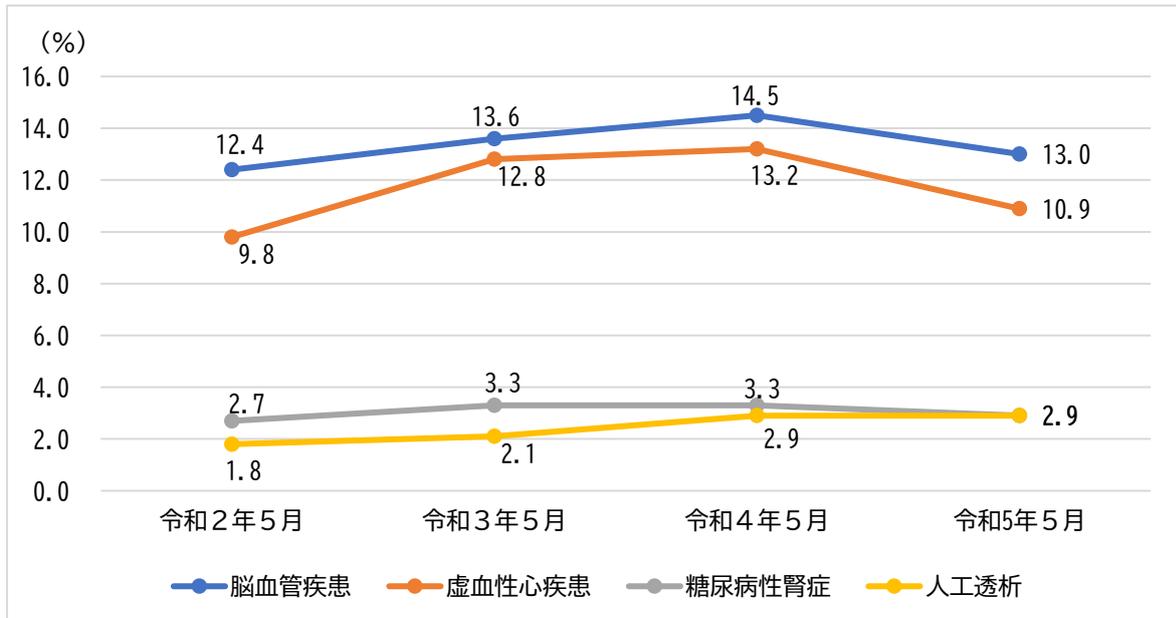
図表 32 糖尿病のレセプト分析

		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
インスリン療法	男性	5	4.2	5	4.5	7	5.7	7	5.9
	女性	3	2.9	8	6.1	4	3.4	7	5.8
	計	8	3.6	13	5.3	11	4.5	14	5.9
糖尿病性腎症	男性	4	3.3	5	4.5	5	4.1	4	3.4
	女性	2	1.9	3	2.3	3	2.5	3	2.5
	計	6	2.7	8	3.3	8	3.3	7	2.9
糖尿病性網膜症	男性	4	3.3	2	1.8	3	2.4	1	0.8
	女性	6	5.7	7	5.3	5	4.2	5	4.1
	計	10	4.4	9	3.7	8	3.3	6	2.5
糖尿病性神経障害	男性	5	4.2	3	2.7	2	1.6	2	1.7
	女性	3	2.9	2	1.5	1	0.8	1	0.8
	計	8	3.6	5	2.1	3	1.2	3	1.3
脳血管疾患	男性	17	14.2	20	18	19	15.4	20	16.9
	女性	11	10.5	13	9.8	16	13.4	11	9.1
	計	28	12.4	33	13.6	35	14.5	31	13.0
虚血性心疾患	男性	15	12.5	20	18	24	19.5	21	17.8
	女性	7	6.7	11	8.3	8	6.7	5	4.1
	計	22	9.8	31	12.8	32	13.2	26	10.9
人工透析	男性	3	2.5	4	3.6	6	4.9	6	5.1
	女性	1	1	1	0.8	1	0.9	1	0.8
	計	4	1.8	5	2.1	7	2.9	7	2.9

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

※割合(%) = 該当者数 ÷ 総患者数

図表 33 糖尿病の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」（令和2年～令和5年）

イ. 糖尿病ハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、男女ともに治療中で HbA1c8.0 以上の方が1名いました。治療中の HbA1c6.5 以上の方が治療なしの方より多くなっています。

図表 34 糖尿病ハイリスク状況

男性	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
40～64歳	1	0	1	3	0	3	0	0	0
65～74歳	5	0	5	4	1	5	1	0	1
総計	6	0	6	7	1	8	1	0	1

女性	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
40～64歳	2	0	2	2	0	2	0	0	0
65～74歳	5	1	6	0	1	1	1	0	1
総計	7	1	8	2	1	3	1	0	1

資料：KDB「健診ツリー図」（令和4年度）

ウ. 高血圧の重症化状況

高血圧症患者のうち脳血管疾患、虚血性心疾患にかかっている割合が 12%台となっています。人工透析にかかっている者の割合は微増傾向にあります。

図表 35 高血圧の重症化状況

		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(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
脳血管疾患	男性	20	13.4	21	14.1	17	11.4	21	14.3
	女性	15	12.8	15	10.9	17	14.3	12	10.0
	計	35	13.2	36	12.6	34	12.7	33	12.4
虚血性心疾患	男性	21	14.1	27	18.1	26	17.4	25	17.0
	女性	9	7.7	11	8	11	9.2	7	5.8
	計	30	11.3	38	13.3	37	13.8	32	12.0
人工透析	男性	4	2.7	5	3.4	8	5.4	7	4.8
	女性	1	0.9	1	0.7	1	0.8	1	0.8
	計	5	1.9	6	2.1	9	3.4	8	3.0

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」

※割合(%) = 該当者数 ÷ 高血圧患者数

エ. 血圧保健指導値該当者

血圧が保健指導値(収縮期血圧 130mmHg 以上かつまたは拡張期血圧 80mmHg)以上の者の割合は、性別年代別にみると、男性の該当者割合が多く、50歳以上から急激に増えています。女性では、70歳以上の該当者が増えています。

図表 36 血圧が保健指導判定値以上の者の状況

性別	区分	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	計
男性	集計対象人数	23	26	19	45	57	170
	指導値該当者数	10	18	12	24	34	98
	該当割合	43.5%	69.2%	63.2%	53.3%	59.6%	57.6%
女性	集計対象人数	9	28	27	51	72	187
	指導値該当者数	1	10	9	24	42	86
	該当割合	11.1%	35.7%	33.3%	47.1%	58.3%	46.0%

資料：KDB「健診ツリー図」

(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件当たりの介護給付費は県や国より高くなっています。また、右肩上がりが増加しています。

図表 37 1件当たり介護給付費の状況

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
大間町	83,547	85,580	87,348	88,965
青森県	71,639	73,195	64,573	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（1号認定率）

本町の介護認定率は県や国に比べて低くなっています。

図表 38 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
大間町	18.4%	19.0%	18.9%	16.5%
青森県	19.3%	19.4%	19.1%	18.5%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

2. 分析結果から導き出された課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題
死因・標準化死亡比	<ol style="list-style-type: none"> 1. 死亡率1位はがん、2位心疾患、3位脳血管疾患の順となっています。 2. 標準化死亡比では、男女共通で高い疾病は、肝がん、肺がん、糖尿病となっています。男性では、大腸がん、心疾患、腎不全が高く、女性では胃がん、子宮がん、脳血管疾患、肝疾患が高くなっています。
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高く、第2位は慢性腎不全（人工透析有）となっています。 2. 糖尿病の医療費割合は年々増えています。 3. 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者割合は、増加傾向にあります。 4. 入院医療費では、大腸がんが最も高くなっています。
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健康診査受診率は県平均を下回っています。新型コロナウイルス感染症流行した令和2年度以降は回復基調にあり、30%を越えてきましたが低水準にあります。特に若年層の受診率が低くなっています。 2. 有所見者割合では、男女共通して肥満（BMI）、腹囲、拡張期血圧の有所見者割合が県国平均より高くなっています。 3. 生活習慣では喫煙率や運動不足、早食い、多量飲酒等の割合が県や国と比較して高くなっています。 4. 内臓脂肪症候群該当者割合は男女ともに県平均より高くなっています。
レセプト・健診データを組み合わせた分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病の重症化による脳血管疾患の割合が13%となっています。 2. 糖尿病の治療中であるにも関わらず血糖値がコントロールされていない対象者が存在します。 3. 高血圧の重症化による脳血管疾患、虚血性心疾患の割合が12%台となっています。 4. 血圧指導判定値の該当者は、男性に多く、50歳以上の6割以上となっています。
介護データ その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1件あたりの介護給付費が県や国と比較して高くなっています。 2. 介護認定率は、県国平均を下回っています。 3. 受診勧奨者医療機関非受診率及び未治療者率いずれも県平均より高くなっています。

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	<p>特定健康診査受診率の向上</p> <p>当町の特定健康診査受診率は県平均より低く、受診率の向上は最優先の健康課題となっています。</p>	1	1
B	<p>特定保健指導実施率の向上</p> <p>本町の特定保健指導実施率は、県平均より高く推移していましたが、令和4年度には、県平均並みとなっています。</p> <p>但し、メタボリックシンドローム該当者の割合は、県平均を上回っており、引き続き、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。</p>	4	2
C	<p>糖尿病予防及び重症化予防対策</p> <p>慢性腎臓病（人工透析治療あり）の外来医療費は糖尿病に次いで多く、第2位となっています。人工透析の患者割合も増加傾向にあるため、糖尿病性腎症の重症化予防は、当町の最優先課題です。</p>	2	3
D	<p>生活習慣病重症化予防</p> <p>糖尿病や高血圧症の患者のうち、10%以上の方が脳血管疾患や虚血性心疾患を発症しています。健診数値が医療機関受診判定値でありながら未治療の方が見受けられます。</p> <p>生活習慣病の重症化予防は糖尿病性腎症の重症化予防に匹敵する健康課題となっています。</p> <p>また、生活習慣では、運動不足、過剰飲酒、喫煙、就寝前の夕食の割合が県、国平均より高く、当町の健康課題となっています。</p>	3	4
E	<p>医療費の適正化</p> <p>重複多受診・頻回受診の該当者は少ないですが、多剤該当者は、多く、課題といえます。</p>	5	5

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	32.8%	37.5%	42.0%	46.5%	51.0%	55.5%	60.0%
A	若年層の受診率向上	40～64歳男性の 特定健診受診率	26.2%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%	33.0%	35.0%
B	特定保健指導実施率 の向上	特定保健指導実 施率	41.4%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
B	特定保健指導実施率 の向上	男性のメタボ該 当者割合	31.2%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
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	糖尿病重症化予防	HbA1c6.5以上レ セプト無の割合	11.1%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
D	生活習慣病重症化 予防	運動習慣のある 者の割合	25.5%	26.0%	26.5%	27.0%	27.5%	28.0%	28.5%
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	51.5%	51.0%	50.0%	49.0%	48.0%	47.0%	46.0%
E	医療費の適正化	1人当たり医療 費(円)	25,450	25,700	25,960	26,220	26,480	26,750	27,000

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	1
2	特定保健指導未利用者対策	4
3	糖尿病重症化予防事業	2
4	生活習慣病重症化予防を目的とした運動指導事業	3
5	重複・頻回受診者等に対する保健指導	5

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	対応可能な委託機関との連携体制の整備
C. E	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続
D	様々な保健事業事業と連動した受診勧奨
D	保健指導支援委託機関への委託継続
E	通知等を活用した適正な受診行動の啓発

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	特定健診受診対象者全員（未受診者・経年受診者）
④現在までの事業結果	年齢性別により変わる健診受診行動に着目した受診勧奨、再勧奨を実施。 特定健診受診率：平成29年度 76.4%、平成30年度 67.6%、令和元年度 68.3%、 令和2年度 79.5%、令和3年度 39.7%、令和4年度 41.4%

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績							⑧目標値						
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)							
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率	32.8%	37.5%	42.0%	46.5%	51.0%	55.5%	60.0%							
アウトプット (実施量・率) 指標	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）

特定健康診査の対象者へ通知による個別勧奨 ・対象者の状況に合わせ、文面を変えたハガキ、手紙による勧奨 ・40歳～59歳の男性を重点対象とし、電話や訪問による勧奨
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

未受診者の個性（年齢・性別・履歴など）に応じた通知勧奨の結果を分析し、40～64歳代への健診受診の意識づけを図る。また、国保加入者の中で多くを占める漁業関係者への受診勧奨を行う。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康づくり推進課、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会
--

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、地区組織や各団体との連携を強化する。

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	特定保健指導
②事業の目的	特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させることで、生活習慣病の予防と健康寿命の延伸を図る。
③対象者	特定保健指導該当者（積極的支援・動機付け支援）
④現在までの事業結果	これまでの特定保健指導実施率☒ 平成29年度76.4%、平成30年度67.6%、令和元年度68.3%、 令和2年度79.5%、令和3年度39.7%、令和4年度41.4%

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	41.4%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
アウトプット(実施量・率)指標	未利用者に関する利用勧奨	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3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）

- ①特定健康診査実施後、特定保健指導対象者全員に訪問を実施し、対象者の健診結果の説明や個別の相談を実施する。また、目標設定を行い、対象者の状況に合わせて保健指導の実施計画を立てる。
- ②運動教室等の既存の保健事業の開催時には特定保健指導対象者に対し個別通知を行い、教室への参加を促すとともに利用勧奨を実施。
- ③翌年の健診への受診勧奨をするとともに受診結果を比較評価し、保健指導の未利用者に関しても利用勧奨を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

指導人員、実施時期の再検討、指導プログラムの見直しを行うとともに、未利用者に関する利用勧奨を行い、令和3年度に低下した実施率の回復を目指す。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康づくり推進課、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康づくり推進課、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

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	糖尿病重症化予防事業
②事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い者を対象に、腎不全、人工透析への移行を防止することを含め重症化予防を図る。
③対象者	糖尿病ハイリスク者（HbA1c7.0以上）
④現在までの事業結果	糖尿病性腎症重症化予防事業実績 平成30年度 対象者：0人、実施者：0人 令和元年度 対象者：0人、実施者：0人 令和2年度 対象者：1人、実施者：1人 令和3年度 対象者：0人、実施者：0人 令和4年度 対象者：0人、実施者：0人

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未 治療者の割合	11.1%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	個別勧奨実施率	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）

糖尿病ハイリスク者（HbA1c7.0以上）を対象とした訪問等による保健指導の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

治療が中断しないよう個々に合わせた方法により保健指導を実施。また健診終了後に対象者の抽出、そして毎月のレセプト点検により対象者の状況を確実に把握し、保健指導につなげる。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康づくり推進課、大間病院、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

医療機関と連携した保健指導の実施。

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	4
------	---

①事業名称	生活習慣病重症化予防を目的とした運動指導事業
②事業の目的	運動の定着によるメタボ改善、血圧や血糖の改善を目指す。
③対象者	肥満有所見（BMI25以上）、脂質異常・高血糖有所見者
④現在までの事業結果	運動指導士による運動教室の実施。昼間の部、夜間の部実施。 運動教室実績：令和元年度 14回開催 59人参加、令和2年度 16回開催 36人参加、令和3年度 14回開催 35人参加、令和4年度 16回開催 30人参加

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	男性のメタボ該当者割合	31.2%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	実施回数	7回	7回	7回	7回	7回	7回	7回

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）

運動指導士による運動教室を実施。運動効果を評価するためインボディ（高精度体成分測定）を実施。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

運動習慣の定着につながるよう工夫。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康づくり推進課、大間病院、健康づくり推進協議会

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康づくり推進課、大間病院、健康づくり推進協議会

⑭評価計画

継続参加者が自主活動として運動グループをたちあげ、自分たちで仲間をつくり運動を継続していただけるような働きかけが必要。

事業番号	5
------	---

①事業名称	重複・頻回受診者等に対する保健指導
②事業の目的	重複・頻回受診による体への負担の軽減や医療費の適正化を図る。
③対象者	重複：3か月連続して一か月に同一薬剤または、同じ効果、効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方された者。ただし、精神、がん等の重い病名を除いたもの。 多剤：同一月内に10剤処方以上もしくは3か月以上の長期処方を受けている者。ただし、精神、がん等の重い病名を除いたもの。
④現在までの事業結果	診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行った。

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	1人あたり医療費	25,450	25,700	25,960	26,220	26,480	26,750	27,000
アウトプット(実施量・率)指標	保健指導実施率	75.0%	77.0%	79.0%	81.0%	83.0%	85.0%	87.0%

⑨目標を達成するための主な戦略	通知等を活用した適正な受診行動の啓発
-----------------	--------------------

⑩現在までの実施方法(プロセス)

<p>1. 対象者の選定：国保端末より毎月末に重複多剤投与日数等を確認する。受診日数や疾病(レセプトにより)対象者を選定しリストアップする。</p> <p>2. 訪問指導：リストを基に訪問指導を行う。対象者は地区担当保健師が行う。指導内容は①国民健康保険制度について②身体状況等の確認と健康相談③服薬、かかりつけ医等、適正な医療機関受診に関する④その他、必要と考えられること、とする。原則1対象者につき3回までの訪問とするが、必要に応じて回数を変更する。</p> <p>3. 記録作成、管理：指導結果記録を作成し、国保担当者へ実施状況報告をする。</p> <p>4. 年度末に担当部署が集まり、事業の評価を行う。</p>
--

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

訪問や電話以外にも通知等の工夫を検討。また、毎月のレセプト点検により対象者の状況を確実に把握し、保健指導につなげる。
--

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康づくり推進課、大間病院、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康づくり推進課、大間病院、健康づくり推進協議会、町の国民健康保険事業の運営に関する協議会

⑭評価計画

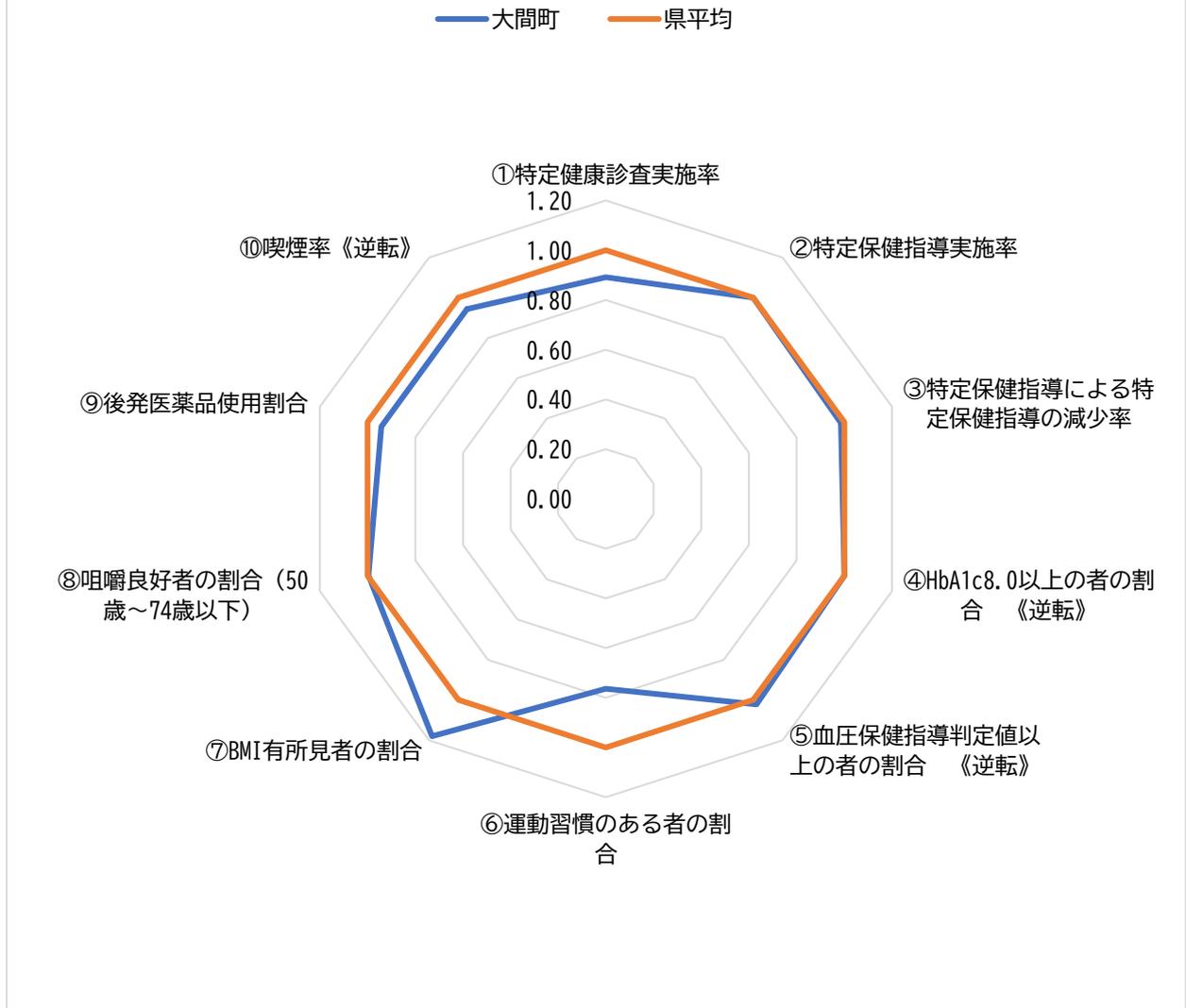
<p>年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複多剤投与者数の把握、対象者の重複・多剤投与数等
--

共通の評価指標（令和4年度）

	レーダーチャートの 数値		実績値	
	大間町	県平均	大間町 (a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	0.89	1.00	32.8	36.8
40～64 歳の実施率	0.63	1.00	20.6	32.6
65～74 歳の実施率	0.66	1.00	31.0	46.7
特定保健指導実施率	1.00	1.00	41.4	41.4
40～64 歳の実施率	1.11	1.00	37.9	34.1
65～74 歳の実施率	0.94	1.00	45.2	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	0.99	1.00	19.2	19.5
40～64 歳の減少率	0.89	1.00	20.0	22.5
65～74 歳の減少率	0.67	1.00	18.5	27.4
HbA1c8.0 以上の者の割合 《逆転》	1.00	1.00	1.1	1.1
40～64 歳の 8.0 以上の割合	1.01	1.00	0.0	1.2
65～74 歳の 8.0 以上の割合	1.00	1.00	1.5	1.1
HbA1c6.5 以上の者の割合《逆転》	0.90	1.00	19.0	9.9
HbA1c6.5 以上の者の割合のうち糖尿病のレセプトがない者の割合《逆転》	1.00	1.00	11.1	10.7
血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.02	1.00	51.5	52.6
運動習慣のある者の割合	0.76	1.00	25.5	33.3
BMI20 kg/m ² 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1.18	1.00	0.0	15.3
咀嚼良好者の割合（50 歳～74 歳以下）	1.00	1.00	73.5	73.8
後発医薬品使用割合	0.94	1.00	77.9	82.7
喫煙率《逆転》	0.94	1.00	21.5	16.8

※ (a/b or (100-a)/(100-b)

大間町の各指標値実績と青森県平均値との比較



第V章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

毎年度計画に掲げた目的・目標の達成状況、個別の保健事業の進捗状況を、KDBシステムの情報等を活用し確認します。令和8年度には中間評価・見直し、令和11年度に最終評価・見直しを行い、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、町のホームページに掲載し、より分かりやすく被保険者及び町民に発信します。

3. 個人情報の取り扱い

本計画の実施に当たっての個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び大間町の個人情報の保護に関する条例（令和5年4月1日）を遵守し、適正に管理します。

4. 地域包括ケアに係る取組

「健康増進計画」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、健康づくり事業や介護予防、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5年度より実施している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を積極的に推進します。また、地域ケア会議や民生委員児童委員定例会に参画し、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. 基本的な考え方

特定健診は、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、特にメタボリックシンドロームの該当者や予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を、的確に抽出するために実施するものです。

特定保健指導は、対象者自らが特定健診の結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定し、それを実践できるように支援することにより、生活習慣病を予防することを目的に実施するものです。

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、本町も計画最終年度における目標値を60%と定めます。

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

■特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標

	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	37.5%	42.0%	46.5%	51.0%	55.5%	60.0% 【60.0%以上】
特定保健指導 実施率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0% 【60.0%以上】

■第4期における各種医療保険者種別の目標

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康保 険協会(船 保)	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合 (私学共済 除く)
特定健診 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 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

3. 特定健康診査の実施

(1) 特定健康診査の対象者

大間町国民健康保険被保険者のうち、当該年度内に40歳以上75歳以下となる者（75歳未満の者に限る。以下「実施対象者」という。）を対象に実施します。

なお、次に該当する方は特定健康診査の対象外となります。

（特定健康診査の対象外要件）

- ①妊産婦
- ②刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された方
- ③国内に住所を有しない方
- ④病院又は診療所に6か月以上継続して入院している方
- ⑤高齢者医療確保法第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している方（障害者自立支援法に規定する障害者支援施設、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみ園の設置する施設、養護老人ホーム又は特別養護老人ホーム、介護保険法に規定する特定施設又は介護保険施設等）

(2) 特定健康診査の実施場所・実施時期

① 実施場所

集団健診を町内公共施設等の会場で実施します。

② 期間

健診期間は、集団健診と個別健診ともに、5月1日～翌年3月31日で開催します。

③ 健康増進法等による健診項目との関連

- 住民福祉課が実施しているがん検診において、特定健診を同時実施する機会を設けます。
- 後期高齢者医療の保健事業の健診を同時実施します。
- 被扶養者に対する健診についても、同時実施します。

(3) 特定健診の内容

① 基本的な健診項目

特定健診においては、糖尿病などの生活習慣病のほか、特にメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させるため、特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するための健診項目とします。

【大間町 特定健診実施検査項目】

検査項目		必須項目	実施項目
質問	問診	○	○
計測	身長	○	○
	体重	○	○
	肥満度・標準体重	○	○
	腹囲	○	○
診察	理学的所見（身体診察）	○	○
血圧	血圧	○	○
脂質	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	AST (GOT)	○	○
	ALT (GPT)	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○
代謝系	空腹時血糖	■	■
	尿糖	○	○
	HbA1c	■	■
血液一般（貧血検査）	ヘマトクリット値	□	□
	血色素測定	□	□
	赤血球数	□	□
生化学	アルブミン	□	□
	ALP、総蛋白、尿素窒素・尿酸・クレアチニン		
	血清鉄、総コレステロール、総ビリルビン		
血球検査	白血球・血小板		
尿・腎機能	尿蛋白	○	○
	尿潜血・ウロビリノーゲン		
心機能	12誘導心電図	□	□
眼底検査	眼底カメラ	□	□

○：必須項目

□：医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■：空腹時血糖とHbA1cはそのいずれかの項目の実施で可

※質問票の変更点

- ・喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するため、回答選択肢を追加：「現在、習慣的に喫煙している者」の条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、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 詳細な健診項目

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、基準値を上回る者については、医師の判断によって心電図検査、眼底検査、貧血検査を実施します。

【判定基準】

項目	内容
①血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上
②脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
③血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c の場合 5.6%以上
④肥満	腹囲男性 \geq 85cm、女性 \geq 90cm、又は BMI \geq 25

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

（4）特定健診の案内方法

受診券を送付し、被保険者に対し特定健診の案内を行います。また、広報紙、ホームページ、ポスター、チラシ等を活用し、特定健診の案内、周知を図るとともに、医療費関係の通知をした場合は啓発に活用します。

（5）特定健診検査項目の判定値

健診検査項目の判定値は以下の通りとします。

番号	項目名	データ基準		単位
		保健指導判定値	受診勧奨判定値	
1	血圧（収縮期）	130	140	mmHg
2	血圧（拡張期）	85	90	mmHg
3	中性脂肪	150	300	mg/dl
4	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
5	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
6	空腹時血糖	100	126	mg/dl
7	HbA1c	5.6	6.5	%
8	AST（GOT）	31	61	U/l
9	ALT（GPT）	31	61	U/l
10	γ -GT（ γ -GTP）	51	101	U/l
11	血色素量 [ハモグロビン値]	13.0（男性） 12.0（女性）	12.0（男性） 11.0（女性）	g/dl

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

4. 特定保健指導の実施

生活習慣病への移行を予防するため、特定健診の結果をもとに階層化を行い、健康の保持に努める必要がある者を対象に、特定保健指導を以下のとおり実施していきます。

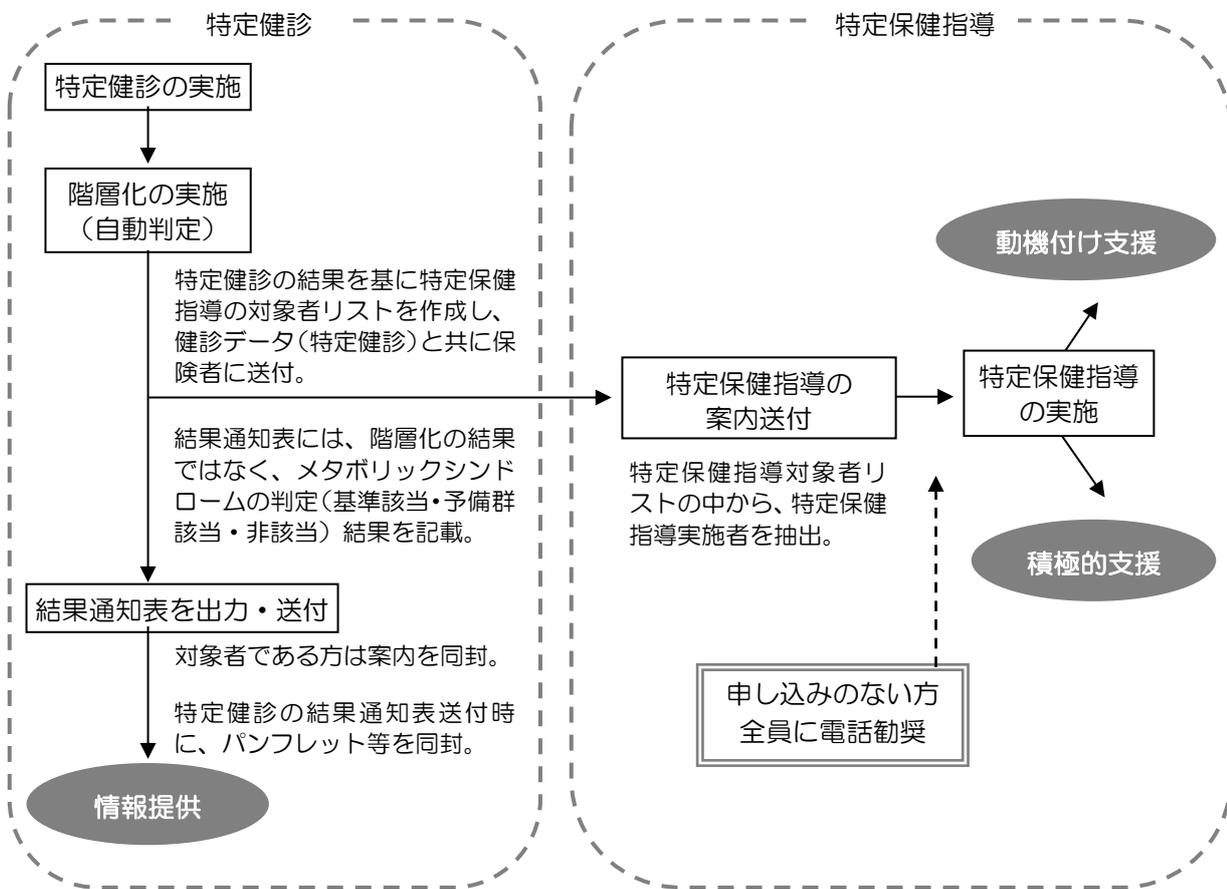
(1) 特定保健指導の種類と実施方法

特定健診の結果に基づいて、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援の階層化を行います。そのうち、②動機付け支援と③積極的支援については特定保健指導の対象となります。

特定保健指導の実施については町内等の施設において外部委託および直営により実施していきます。特定保健指導の実施にあたっては、現状のとおり、健康づくり推進課の保健師が中心となり実施し、参加しやすい条件の確保に努めます。

目標値を達成するために以下の流れで特定健診・特定保健指導を実施します。

【特定健診から特定保健指導への流れのイメージ図】



資料：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

(2) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするために国の基準に基づき階層化を実施します。

そして、受診者を分類し、受診者のリスクレベルにより、特定保健指導の内容を検討します。

【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			/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			あり なし		
上記以外で BMI ≧25	3つ該当			/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当			/		

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

資料：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

(3) 特定保健指導対象の優先順位、支援方法

対象者全員に郵送での特定保健指導の勧奨を行い、参加申し込みのない方については、全員に電話にて個別に勧奨を行います。

(4) 支援レベル別特定保健指導計画

階層化の結果に基づき、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援のそれぞれのレベルに応じた特定保健指導を実施します。

① 情報提供

目的	対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとします。
対象者	健診受診者全員を対象とします。
支援頻度・期間	年1回、健診結果の通知と同時に情報提供を行います。
支援内容	全員に健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供します。 健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供します。
健診結果	健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくるなど）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明します。
生活習慣	メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、以下の①、②について、改善方法の例示などを情報提供します。 ①食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス ②料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量
支援形態	健診結果送付時に、合わせて提供しています。

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 動機付け支援

目的	対象者への個別支援又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ともに、特定保健指導終了後、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めざします。
対象者	健診結果からの階層化により動機付け支援に位置づけられ、質問票から生活習慣の改善が必要と判断された方で、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な方を対象とします。
支援頻度・期間	3か月以上継続的に支援します。
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ●対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とします。 ●詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機付けるために次に示す支援を行います。
面接による支援	<ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返りなどから生活習慣改善の必要性を説明します。 ●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明します。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行います。 ●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援します。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援します。 ●体重・腹囲の計測方法について説明します。 ●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合います。 ●対象者とともに行動目標・行動計画を作成します。
行動計画の実績評価	<ul style="list-style-type: none"> ●3か月後の評価は、個別の対象者に対する特定保健指導の効果に関するものとします。 ●設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行います。 ●必要に応じて、より早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、3か月以上経過後に特定保健指導実施者による評価を行います。 ●評価項目は対象者自身が自己評価できるような設問とし、体重及び腹囲は必須とします。
支援形態	
面接による支援	●1人20分以上の個別支援、又は1グループ80分以上のグループ支援（1グループは8名以下とする）とします。
3か月後の評価	●3か月後の評価は、通信等を利用して行います。

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

③ 積極的支援

目的	「動機付け支援」に加えて、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。
対象者	健診結果からの階層化により、積極的支援に位置づけられた生活習慣の改善が必要な方で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な方とします。
支援頻度・期間	3か月以上継続的に支援します。
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ●詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にします。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援します。 ●そして、具体的に達成可能な行動目標は何か（対象者にできること）、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援します。支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入します。 ●また、積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続できるように意識づけを行います。
初回時の面接による支援	動機付け支援と同様の支援とします。
3か月以上の継続的な支援	<p>3か月以上の継続的な支援については、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組とその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行います。</p> <p>【①支援A（計画の進捗状況の確認等）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメントを行い、必要に応じて生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行います。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をします。 ●行動目標・計画の設定を行います。（中間評価） <p>【②支援B（励まし、賞賛）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行います。
行動計画の実績評価	<ul style="list-style-type: none"> ●3か月後の評価は、個別の対象者に対する特定保健指導の効果に関するものとします。 ●設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行います。 ●評価時期を設定して、対象者が自ら評価するとともに、3か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供します。 ●継続的な支援の最終回と一体的に実施するなど、効率的に実施します。
支援形態	
初回時の面接による支援形態	動機付け支援と同様の支援とします。
3か月後の評価	<ul style="list-style-type: none"> ●3か月後の評価は、通信等を利用して行います。 ●継続的な支援の最終回と一体的に実施するなど、効率的に実施します。

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

【成果を重視した特定保健指導の評価体系】

- ・ 腹囲 2 cm・体重 2 kg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 1 cm・体重 1 kg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。

(5) 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

特定保健指導については、対象者への勧奨、実施、評価等外部委託および直営により実施しています。

(6) 特定保健指導の評価

特定保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行い、事業全体を総合的に評価します。

【参考資料 特定保健指導の評価】

対象	評価項目※1	評価指標	評価手段（根拠資料）	評価時期	評価責任者	
個人	(P) 知識の獲得 (P) 自己効力感 (OC) 意欲向上 (OC) 運動・食事・喫煙・飲食等の行動変容	行動変容ステージ（準備状態）の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察自己管理シート	3か月後、6ヶ月後、1年後	保健指導実施者 （委託先を含む）	
	(OC) 健診データの改善	肥満度（腹囲・BMI など）、血液検査（糖・脂質）、メタボリックシンドロームのリスク個数、禁煙	健診データ	1年後 積極的支援では計画した経過観察時 （3～6ヶ月後）		
集団	(OC) 運動・食事・喫煙・飲食等の行動変容	生活習慣改善度	質問票、観察自己管理シート	1年後、3年後	保健指導実施者 （委託先を含む） 及び医療保険者	
	(OC) 対象者の健康状態の改善	肥満度（腹囲・BMI など）、血液検査（糖・脂質）、メタボリックシンドローム者・予備群の割合、禁煙（職域）休業日数・長期休業率	健診データ疾病統計	1年後、3年後、5年後		
	(OC) 対象者の生活習慣病関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後		
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善状況、保健指導実施者の態度、保健指導の実施過程、指導手段、記録状況	指導過程（記録）の振り返りカンファレンスピアレビュー	指導終了後にカンファレンスをもつなどする	保健指導実施者 （委託先を含む）	
	(S) 社会資源を有効に効率的に活用して、実施したか （委託の場合、委託先が提供する資源が適切であったか）	社会資源（施設・人材・財源等）の活用状況、委託件数、委託率、他機関との連携体制	社会資源の活用状況委託状況	1年後		保険者
	(P) 対象者の選定は適切であったか (P) 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか (P) 対象者の満足度（委託の場合、委託先が行う保健指導の実施が適切であったか）	受診者に対する保健指導対象者の割合、指導手段、目標達成率、満足度、保健指導実施者の態度	質問票、観察、アンケート	1年後		
	(OP) 各対象者に対する行動目標は適切に設定されたか、積極的に健診・保健指導を受けているか	目標達成率、健診受診率、保健指導実施率	質問票、観察、アンケート	1年後		
最終評価	(OC) 全体の健康状態の改善	死亡率、要介護率、有病者、予備群、有所見率など	死亡、疾病統計、健診データ	毎年、5年後、10年後	保険者	
	(OC) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療費	レセプト			

※1 評価項目：(S) ストラクチャー (P) プロセス (OP) アウトプット (OC) アウトカム

資料：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

5. 特定健診等の委託について

(1) 委託先

特定保健指導は、対象者の生活を基盤とし、自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することとし、特定保健指導の必要性ごとに次のように区分し行います。

① 委託先選定基準

- (ア) 特定健診及び特定保健指導を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- (イ) 検査、診察及び特定保健指導を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- (ウ) 救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- (エ) 健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。
- (オ) 特定健診及び特定保健指導を定められた電子標準様式により電磁的方式で提出すること。
- (カ) 特定保健指導については、受託事業所の管理者は、医師、保健師、管理栄養士でかつ特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。

② 委託先

集団健診を青森県総合健診センターに委託して実施しています。

(2) 委託契約方法

契約書には、次の事項を盛り込みます。

- ・業務の趣旨、公共性の尊重
- ・業務の質の確保等禁煙等業務場所の条件
- ・業務責任者の配置
- ・事業計画及び事業実績の提出
- ・個人情報保護、秘密保持に係る責務
- ・事故発生時の対応
- ・損害賠償請求
- ・費用及び支払
- ・委託業務の範囲内容
- ・委託業務の達成レベル
- ・契約締結後の業務範囲の変更に関する対応
- ・打合せ会議等への出席義務
- ・再委託に関する事項
- ・問題が発生したときの事業者の対応義務
- ・遅延利息
- ・契約解除の条件

6. 特定健診・特定保健指導の結果の通知とデータ受領・保存

(1) 特定健診データの形式・データ保有者からの受領方法

委託先となる様々な特定健診・特定保健指導機関や、他の医療保険者、事業主健診を実施する事業者等の関係者間でデータの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を以下のとおりとします。

① 特定健診受診者データの形式

健診データ等の形式については、以下の要件を満たすものとします。

- 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること。
- 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること。
- 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる形式とすること。

② データ保有者からの受領方法

事業主健診や他機関での健診結果について、広報や未受診者への通知の際に受診結果の情報提供をしていただくよう依頼し、紙での提出をお願いしています。

(2) 特定健診・特定保健指導の記録・データの保管、保管体制

データ保有者から受領した記録・データの保管に関しては以下のとおりとします。

① 特定健診・特定保健指導の記録

特定健診・特定保健指導の記録については、保存期間を5年とし、国民健康保険加入者でなくなった場合は翌年度末までの保管とします。

また、データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、個人情報保護の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるものとします。

② データの保管方法・体制

健診データの管理等については、青森県国民健康保険団体連合会の健診データ管理システムに行っています。

(3) 個人情報保護対策

特定健診・特定保健指導のデータファイルの管理者のもとには、重要度の高い個人情報が集積するため、個人情報保護の観点から個人情報の取り扱いを以下のとおりとします。

① 個人情報保護に関する規定・ガイドラインの遵守

特定健診等の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「医療・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」等）が定められており、これらの規定及び「大間町の個人情報の保護に関する条例」を遵守します。

- 医療保険者は、上記ガイドラインにおける役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について、周知を図ります。
- 委託医療機関は個人情報保護法と契約書に基づいて個人情報の管理を行います。

② 守秘義務・罰則規定

「高齢者の医療確保に関する法律」、そして、関連する各法における守秘義務規定を遵守します。

- 特定健診等の実施に際して知り得た個人の秘密を、医療保険者の役職員又はこれらの職にあつた人が正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。
- 特定健診等の実施の委託を受けた事業者についても医療保険者の役職員等と同等の守秘義務が課せられ、違反した場合は、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。

7. 計画の推進について

(1) 計画の推進

大間町は国民健康保険の保険者として、特定健診・特定保健指導の実施に関して全般の責任を有します。また、特定健診・特定保健指導事業全体の円滑な運営のため、事業の企画、立案、評価を行います。事業の企画・立案や評価にあたり、保険者として人材の育成、資質の向上に努めます。

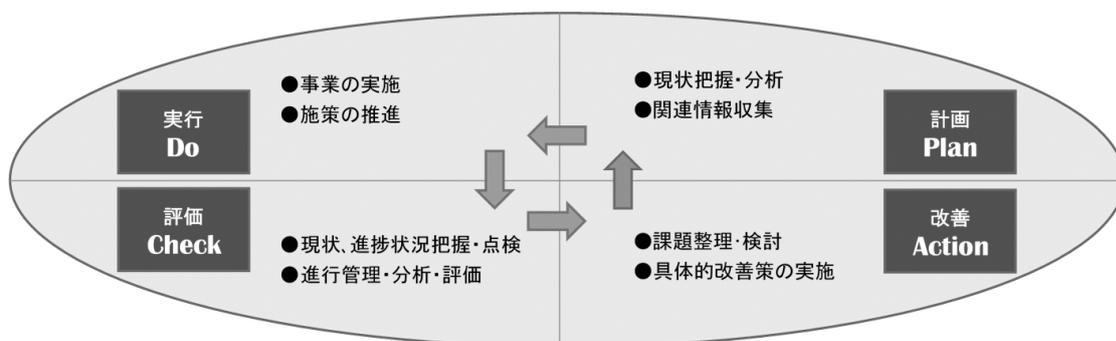
また、特定保健指導事業者の質の向上を支援します。国保加入者にとって効果的な事業を実施できるよう、国民健康保険の所管である税務保険課が責任をもって庁内において適切な実施体制を構築します。

(2) 計画の進捗管理・評価

①進捗管理

第二期の評価結果を踏まえ、今後も効果的に事業を展開していくために、PDCAサイクル（P：Plan、D：Do、C：Check、A：Action）の考え方にに基づき計画の進捗管理を行います。

また、計画事業の進捗状況については、大間町国民健康保険運営協議会に適宜報告すると同時に、町ホームページや広報紙等を通じ、町民へお知らせします。



②計画の評価

特定健診・特定保健指導の最終目標は、糖尿病等の生活習慣病の有病者や予備群の減少であり、長期的には医療費の適正化の観点からも評価を行います。本計画の具体的な指標は「特定健診実施率」、「特定保健指導実施率」および「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の減少」であり、これらを成果指標として、その達成を目指します。また、健診結果や生活習慣の改善状況など、短期間で評価できる事項についても評価を行います。

③計画の見直し

計画の進捗管理、評価とともに計画の修正の必要性が生じた場合は、適宜計画の修正を行います。計画の修正については、税務保険課と住民福祉課で検討し、国民健康保険運営協議会の意見を反映しながら計画の修正を行います。

大間町国民健康保険
第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画書）
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 令和6年3月

編集 大間町 健康づくり推進課

住所 〒039-4601
青森県下北郡大間町大字大間字奥戸下道 20 番地 4

TEL 0175-37-2111

FAX 0175-37-2478