

# 西目屋村国保保健事業実施計画

計画期間：令和 6 年度～令和 11 年度

第 3 期データヘルス計画（第 I 章～第 VI 章）

第 4 期特定健康診査等実施計画（第 VII 章）

令和 6 年 3 月

西目屋村

## 目次

### 第3期データヘルス計画

第I章 基本的事項	1
1. 計画の趣旨	1
2. 第3期計画期間	1
3. 実施体制	2
4. 西目屋村国民健康保険の具体的役割、連携内容	3
(1) 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価	3
(2) 庁内の連携体制の確保	3
(3) 関係機関との連携	3
第II章 第1・2期計画にかかる考察	4
1. 評価方法	4
2. 事業別目標の達成状況と評価	4
(1) 特定健康診査の受診率向上	4
(2) 特定保健指導の実施率向上	5
(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	5
(4) 生活習慣病の早期発見と重症化予防	6
(5) 適正な受診行動の啓発	7
第III章 現状の整理と健康医療情報等の分析と課題	8
1. 現状の整理	8
(1) 保険者の特性	8
(2) 地域資源の状況	9
(3) 共通の評価指標（令和4年度）	10
2. 各種データ等の分析結果	12
(1) 平均寿命・標準化死亡比等	12
(2) 医療費の分析	15
(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	27
(5) 介護費関係の分析	33
3. 分析結果から導き出された課題の整理	35
第IV章 計画全体	36
1. 本村の健康課題	36
2. データヘルス計画全体における目的	37
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	38
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	38
第V章 個別の保健事業	39
第VI章 その他	45
1. データヘルス計画の評価・見直し	45
2. データヘルス計画の公表・周知	45
3. 個人情報の取り扱い	45
4. 地域包括ケアに係る取組	45
5. その他留意事項	45

### 第4期特定健康診査等実施計画

第VII章 第4期特定健康診査等実施計画	46
1. 計画の目的	46
2. 目標設定	46
3. 特定健康診査・特定保健指導の対象者	47
4. 実施方法	48
5. 外部委託について	51
6. 受診、健診結果返却、保健指導までの流れ	51
7. 個人情報の保護	52
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	53
9. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	53
10. その他	53

# 第 I 章 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 1（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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

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

西目屋村においても平成 29 年度に第 1・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 1・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・2 期データヘルス計画期間

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

※1 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。

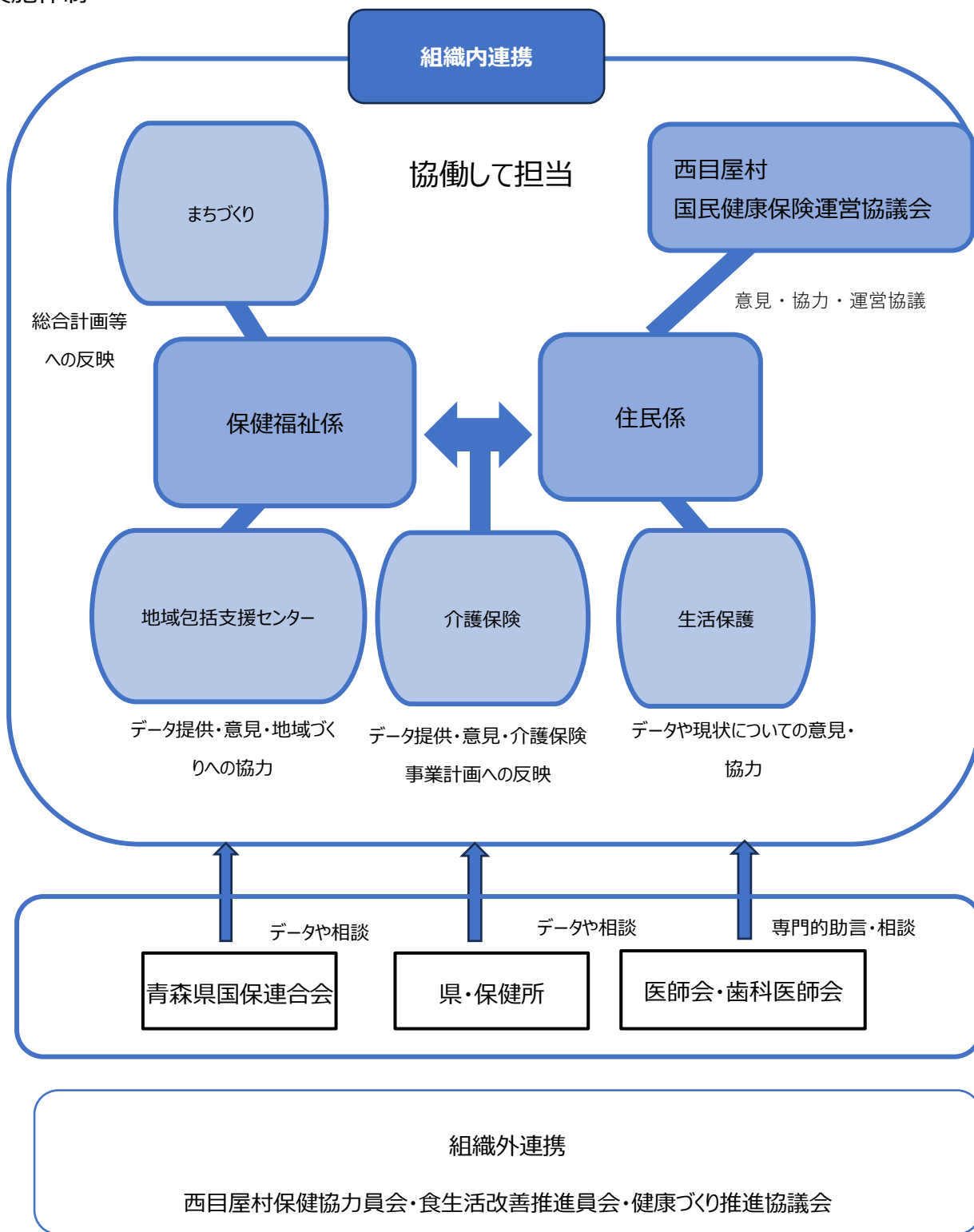
「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケーター）」の略語

## 2. 第 3 期計画期間

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. 西目屋村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、住民課が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、本村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

本村の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は国保連等の関係機関の協力を得て、住民課が主体となって行います。住民課では、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護担当（中南地方福祉事務所）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、K D B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、住民課で村民の健康の保持増進に関係する部門に協力を求め、庁内部局一体となって、計画の作成等を進めます。具体的には、後期高齢者医療部門、保健衛生部門、介護保険部門のほか、必要に応じて企画財政部門や福祉事務所等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。特に計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、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ので、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、共同保険者である青森県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、医師会、歯科医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、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルズ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。

## 第Ⅱ章 第1・2期計画にかかる考察

### 1. 評価方法

第1・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・ベースライン評価	総合評価
判定区分	A：すでに目標を達成 B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D：目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E：評価困難	A：うまくいっている B：まあ、うまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない

### 2. 事業別目標の達成状況と評価

#### (1) 特定健康診査の受診率向上

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
1.受診勧奨 (1)健康づくりカレンダーや広報に健診案内を掲載 (2)村内放送による前日当日広報 (3)個別勧奨 健診申込案内を保健協力員が配布しながら受診勧奨を実施 (4)団体の集会時を利用した受診勧奨	アウトプット評価	<b>【目標】</b> 個別受診勧奨実施回数（令和元年度）：1回以上  <b>【結果】</b> 個別受診勧奨実施回数（令和4年度）：2回  <b>目標値評価：A</b>
	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）：59.6%  <b>目標値評価：B</b>
2.受診体制の整備 (1)休日健診や女性限定のレディースデーを設定 (2)個別健診実施機関数の拡大  3.受診促進のための奨励品の配布		<b>総合評価：B</b>  特定健康診査実施率は目標に未達成でしたが、コロナ禍の受診控えから回復傾向にあります。

(2) 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
1. 利用勧奨 個別通知や電話にて利用勧奨を実施	評価 アウト プット	【目標】特定保健指導実施率（令和 5 年度）：60% 【結果】特定保健指導実施率（令和 4 年度）：35.7%  <b>目標値評価：C</b>
2. 特定保健指導の実施 特定健康診査において階層化された特定保健指導対象者に対する生活改善等の保健指導の実施	評価 アウト カム	※メタボ該当者割合の変化（ベースライン評価） 平成 29 年度：23.7%→令和 4 年度：27.7%（4.0P 増）  <b>ベースライン評価：C</b>
		<b>総合評価：C</b> 特定保健指導実施率は目標に未達でしたが、令和 3 年度から回復しています。メタボ該当者は、平成 29 年度と令和 4 年度を比較して増加しています。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
1. 医療機関未受診者への受診勧奨 及び保健指導	アウト プット 評価	【目標】受診勧奨実施率（令和 5 年度）：100% 保健指導実施率（令和 5 年度）：80%  【結果】受診勧奨実施率（令和 4 年度）：100% 保健指導実施率（令和 4 年度）：55.5%  <b>目標値評価：C</b>
2. 糖尿病治療中断者への受診勧奨 及び保健指導	アウト カム 評価	【目標】1.HbA1c8.0 以上の者の割合（令和 5 年度）：0% 2.人工透析新規導入者（令和 5 年度）0 人  【結果】1.HbA1c8.0 以上の者の割合（令和 4 年度）0% 2.人工透析新規導入者（令和 4 年度）0 人  <b>目標値評価：A</b>
3. ハイリスク者への保健指導		<b>総合評価：B</b> 保健指導は全員に実施できていませんが、受診勧奨はできています。 HbA1c8.0 以上の人はおらず、新規の人工透析者もないところは評価できます。

(4) 生活習慣病の早期発見と重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
1.健診データの経年変化に基づく生活習慣病重症化予防事業  2.生活習慣病重症化予防講座	アウトプット評価	【目標】 1. 保健指導手引書送付率（令和 5 年度）：100% 2. 教室参加率（令和 5 年度）：20%  【結果】 1. 保健指導手引書送付率（令和 4 年度）：100% 2. 教室参加率（令和 4 年度）：11.5%  <b>目標値評価：C</b>
	アウトカム評価	【目標】 メタボ該当者率・予備群割合減（令和 5 年度）  【結果】 男性 該当者 H29：34.0%、R4：27.7% -6.3% 予備群 H29：7.8%、R4：12.3% +4.5% 女性 該当者 H29：12.6%、R4：12.9% +0.3% 予備群 H29：8.4%、R4：8.1% -0.3%  <b>目標値評価：E</b>
	<b>総合評価：E</b> 男性該当者は 6.3%減少していますが、予備群割合 4.5%増加しています。逆に、女性該当者は 0.3%増加していますが、予備群割合 0.3%減少しています。評価としては判断が難しい状況です。	



(5) 適正な受診行動の啓発

取組内容		短期目標と達成状況
<p>1.医療費通知 適正な受診行動を促す為、年 6 回被保険者へ医療費通知を実施</p> <p>2.重複・多受診訪問指導 医療費の適正化に向けて、重複多受診者に対し、適正な医療と生活習慣改善指導を行うべく、保健師が訪問指導を実施</p>	アウト プット 評価	<p>医療費通知 【目標】 医療費通知送付回数（令和 5 年度）：年 6 回 【結果】 医療費通知送付回数（令和 4 年度）：年 6 回</p> <p>重複・多受診訪問指導 【目標】 訪問実施率（令和 6 年度）：50% 【結果】 訪問実施率（令和 4 年度）：0%</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：C</b></p>
	アウト カム 評価	<p>1 人当たり医療費の変化（ベースライン評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●西目屋村（1 人当たり医療費） 平成 29 年度：24,732 円→令和 4 年度：30,210 円</li> <li>●国平均（1 人当たり医療費/月） 平成 29 年度：25,148 円→令和 4 年度：27,347 円</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ベースライン評価：C</b></p> <p>ジェネリック利用差額通知 【目標】ジェネリック医薬品利用率（令和 5 年度）：現状維持 【結果】ジェネリック医薬品利用率（令和 4 年度）：85.2%</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：A</b></p>
	<p><b>総合評価：C</b></p> <p>医療費通知は定期的に送付できています。コロナ禍では、重複・多受診訪問は実施できませんでした。</p>	

### 第Ⅲ章 現状の整理と健康医療情報等の分析と課題

#### 1. 現状の整理

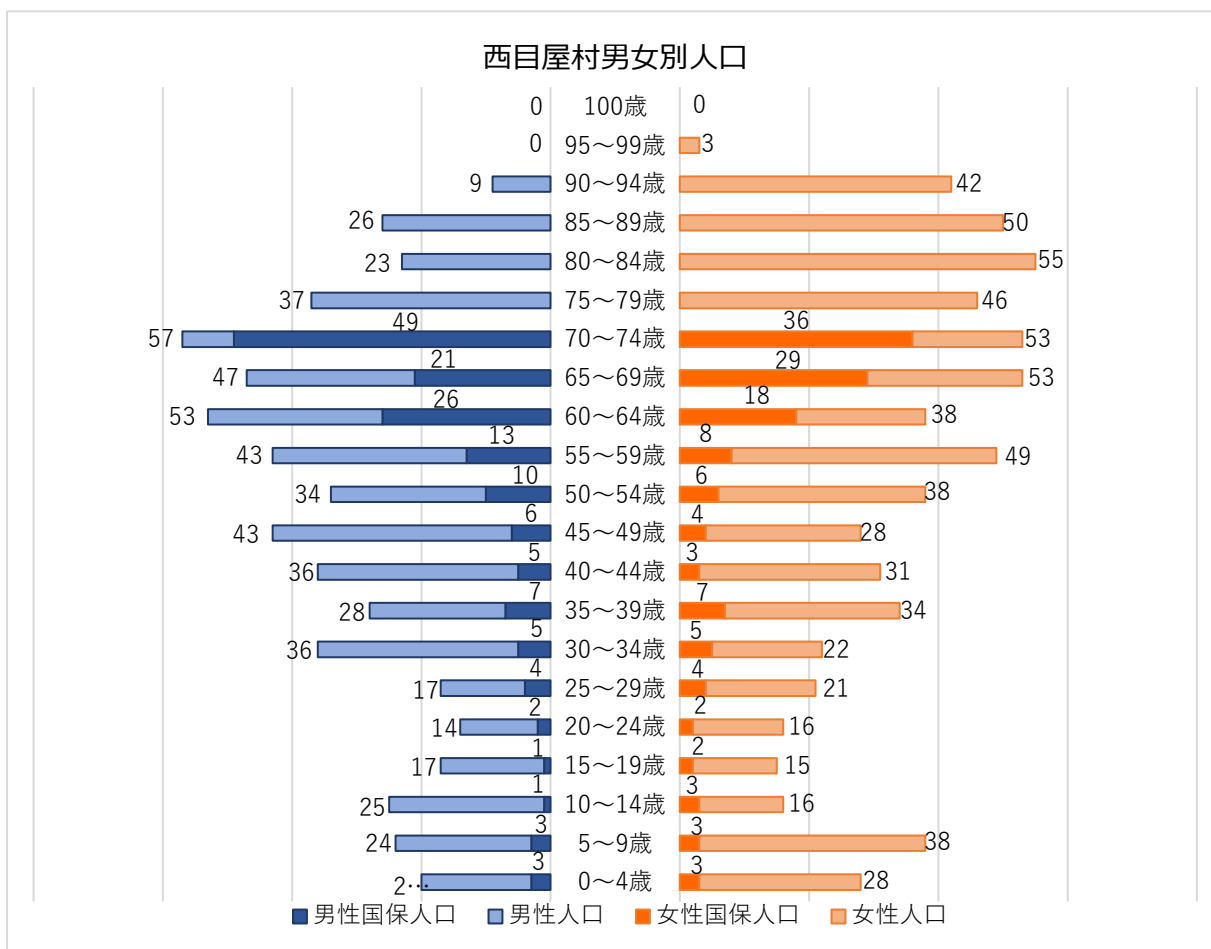
##### (1) 保険者の特性

村の人口は1,265人で、県内で最も人口が少なく、高齢化率は39.6%で県平均33.9%より高くなっています。少子高齢化が進展しており、今後、後期高齢者数の増加が見込まれます。就業者の状況は、第1次産業及び第2次産業が県平均より高く、第3次産業は低くなっています。国保被保険者構成では、65～74歳の割合が徐々に拡大しており、0～39歳は徐々に縮小しています。

※人口・被保険者等の基本情報

	全体	%	男性	%	女性	%
総人口(人)	1,265	100	589	46.6%	676	53.4%
被保険者数	289	100	156	54.0%	133	46.0%

図表 1 西目屋村の人口ピラミッド



資料：KDB「人口及び被保険者の状況」（令和5年度）

図表 2 高齢化率（65歳以上）

	西目屋村	青森県	国
高齢化率（65歳以上）	39.6%	33.9%	28.7%
国保加入率	23.2%	22.7%	22.3%

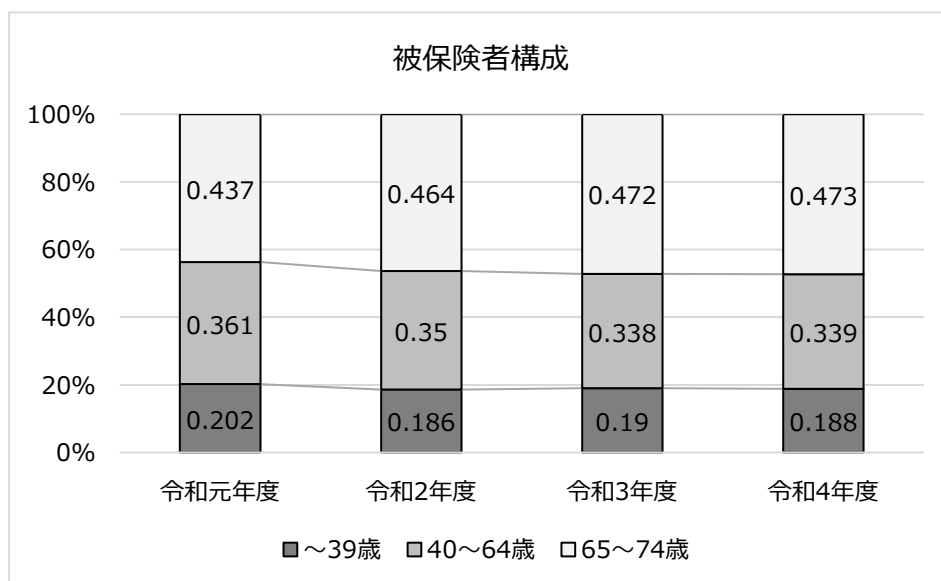
資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和4年度）

図表 3 産業別就業者割合

	西目屋村	青森県	国
第1次産業	27.7%	12.4%	4.0%
第2次産業	27.7%	20.4%	25.0%
第3次産業	44.6%	67.2%	71.0%

資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和4年度）

図表 4 被保険者構成



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

## (2) 地域資源の状況

医療機関・歯科医療機関が1つもありませんが、近隣市町村の医療機関まで車で20～30分程度で行くことができる環境となっています。また、送迎バスが3箇所（総合病院・個人病院・整形外科）来村しています。

介護資源としては、地域包括支援センター（直営）1か所、在宅介護支援センターは1か所、高齢者施設として、特別養護老人ホーム1か所、認知症対応型共同生活介護施設1か所があります。

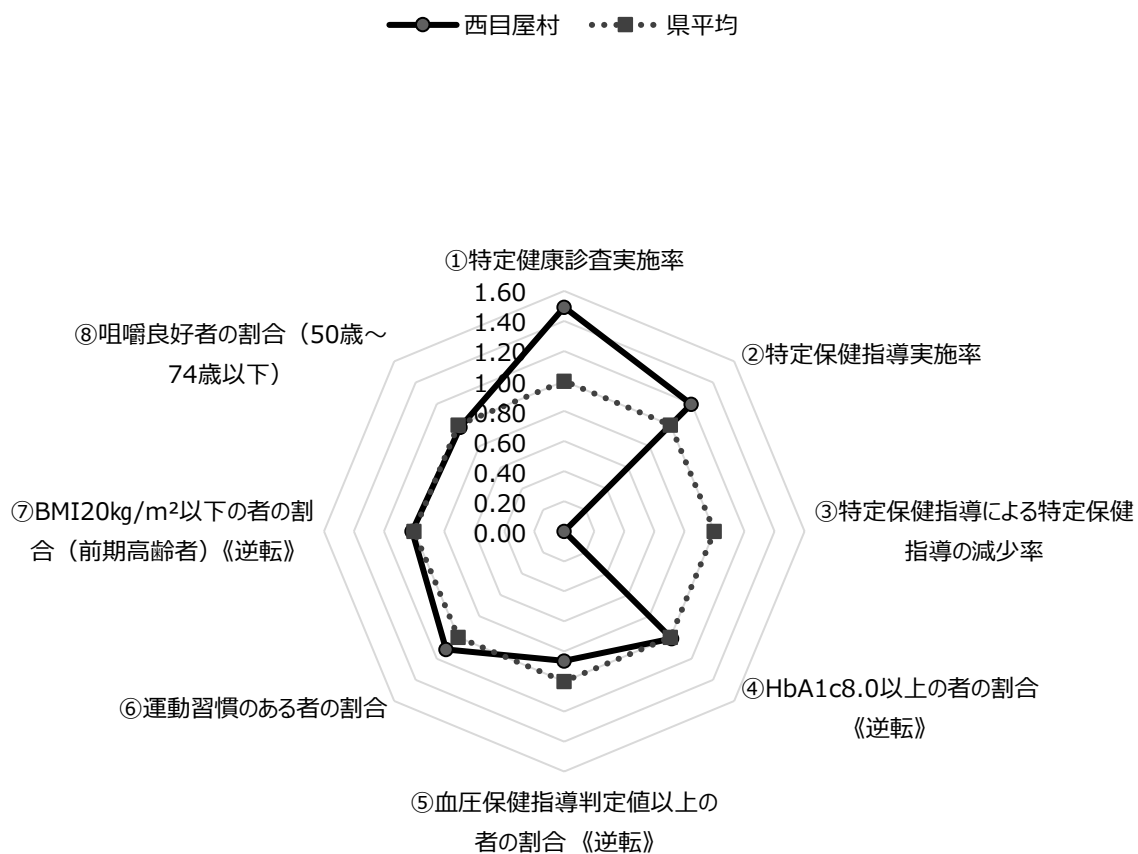
村内の公共交通機関として、村がコミュニティバスを運営しています。

## (3) 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	
	西目屋村	県平均	西目屋村 (a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	1.49	1	59.6	40.0
40～64歳の実施率	1.33	1	43.5	32.6
65～74歳の実施率	1.51	1	70.3	46.7
特定保健指導実施率	1.20	1	50.0	41.8
40～64歳の実施率	2.35	1	80.0	34.1
65～74歳の実施率	0.41	1	20.0	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	0.00	1	0.0	19.0
40～64歳の減少率	0.00	1	0.0	22.5
65～74歳の減少率	0.00	1	0.0	27.4
HbA1c8.0以上の者の割合《逆転》	1.01	1	0.0	1.1
40～64歳の8.0以上の割合	1.01	1	0.0	1.2
65～74歳の8.0以上の割合	1.01	1	0.0	1.1
HbA1c6.5以上の者の割合《逆転》	0.98	1	11.8	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》	0.97	1	13.3	10.7
血圧保健指導判定値以上の者の割合《逆転》	0.86	1	59.1	52.6
運動習慣のある者の割合	1.11	1	37.1	33.3
BMI20 kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1.01	1	14.2	15.3
咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.98	1	72.3	73.8
後発医薬品使用割合	1.03	1	85.2	82.7
喫煙率《逆転》	0.96	1	20.5	16.8

※ (a/b or (100-a)/(100-b))

## 西目屋村の各指標値実績と青森県平均値との比較



## 2. 各種データ等の分析結果

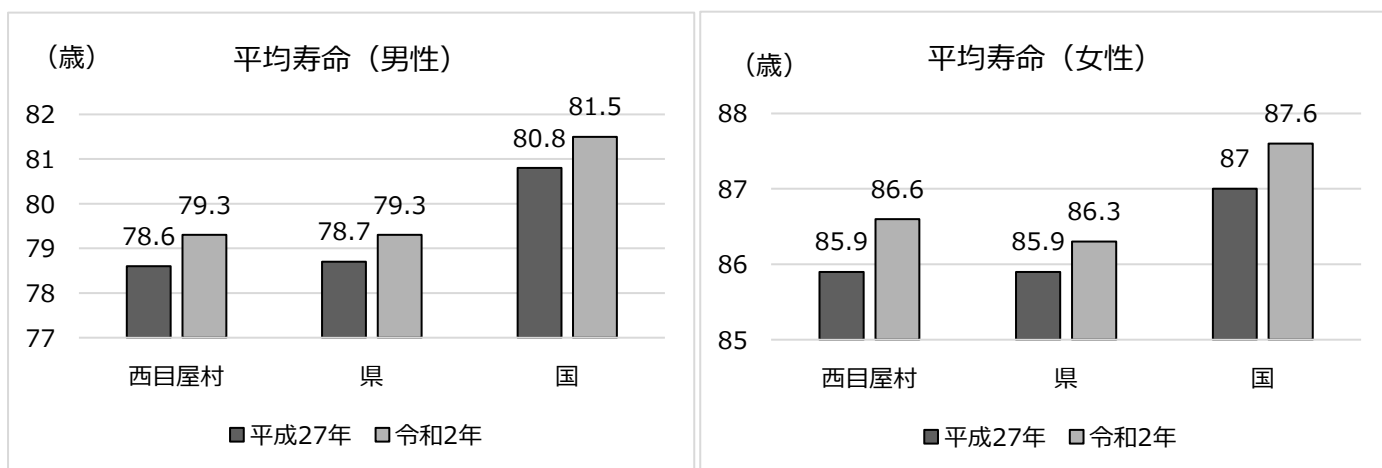
### (1) 平均寿命・標準化死亡比等

#### ①平均寿命・平均自立期間

西目屋村の平均寿命を県と比較すると、男性は-0.1 歳、女性は+0.3 歳となっています。平均自立期間を県と比較すると男性で 1.0 歳長く、女性で 4.8 歳長くなっています。

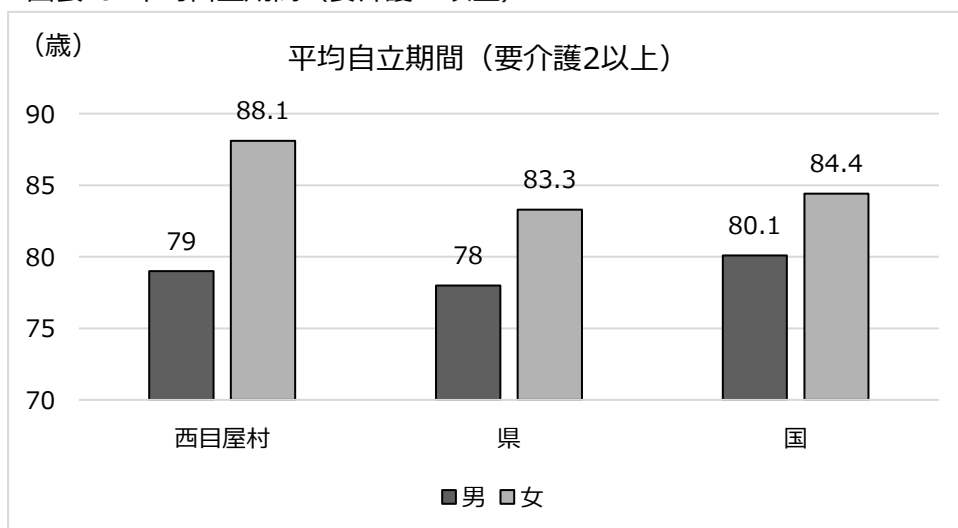
※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護 2 以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。）

図表 5 平均寿命



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和 4 年度累計）

図表 6 平均自立期間（要介護 2 以上）



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和 4 年度累計）

## ②標準化死亡比

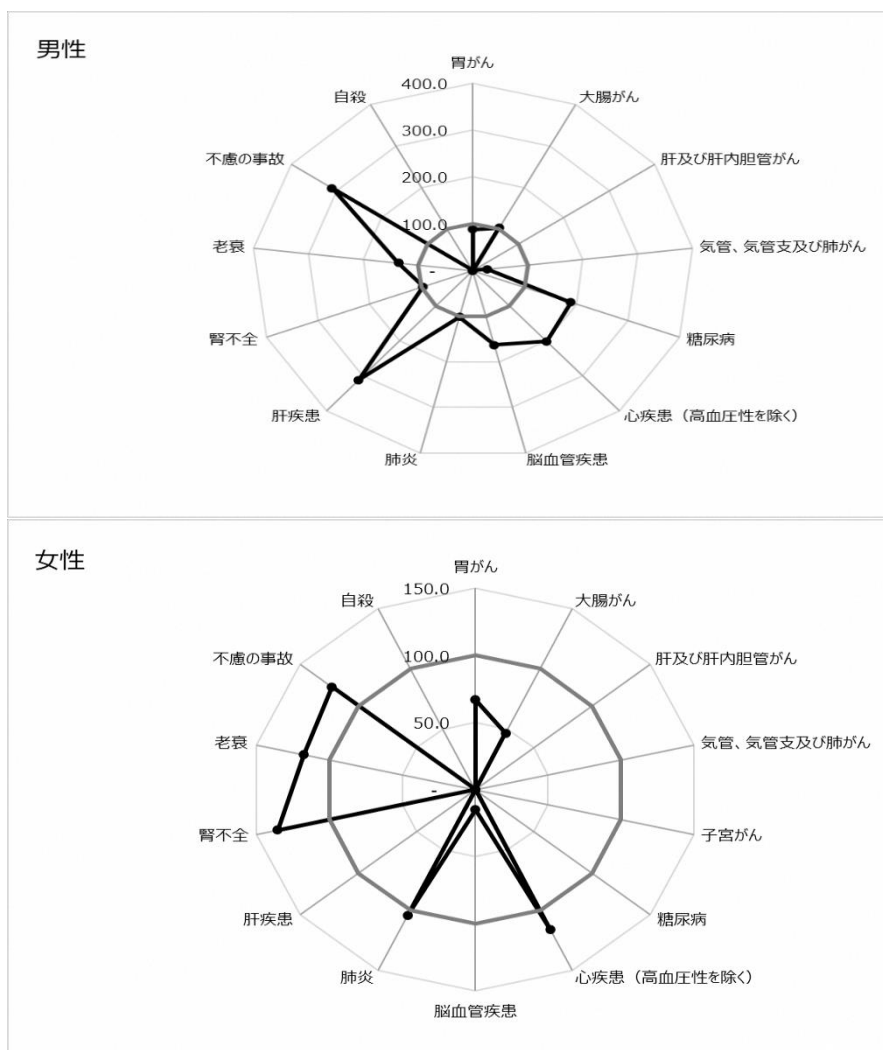
男女とも、心疾患（高血圧性を除く）、肺炎、老衰、不慮の事故の標準化死亡比が高くなっています。男性では肝疾患、糖尿病が高く、女性では腎不全が高くなっています。

※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。

	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	肝及び胆管 肝内	支及び 気管、 肺管	子宮									
男	123.4	55.7	87.9	<b>102.7</b>	...	25.4	-	<b>189.7</b>	<b>201.3</b>	<b>163.4</b>	<b>101.2</b>	<b>311.7</b>	96.4	<b>135.5</b>	<b>310.0</b>	...
女	88.4	52.1	66.9	46.6	...	...	...	...	<b>115.9</b>	15.2	<b>104.4</b>	...	<b>135.7</b>	<b>117.8</b>	<b>122.7</b>	...

資料：青森県保健統計年報（令和 3 年度）

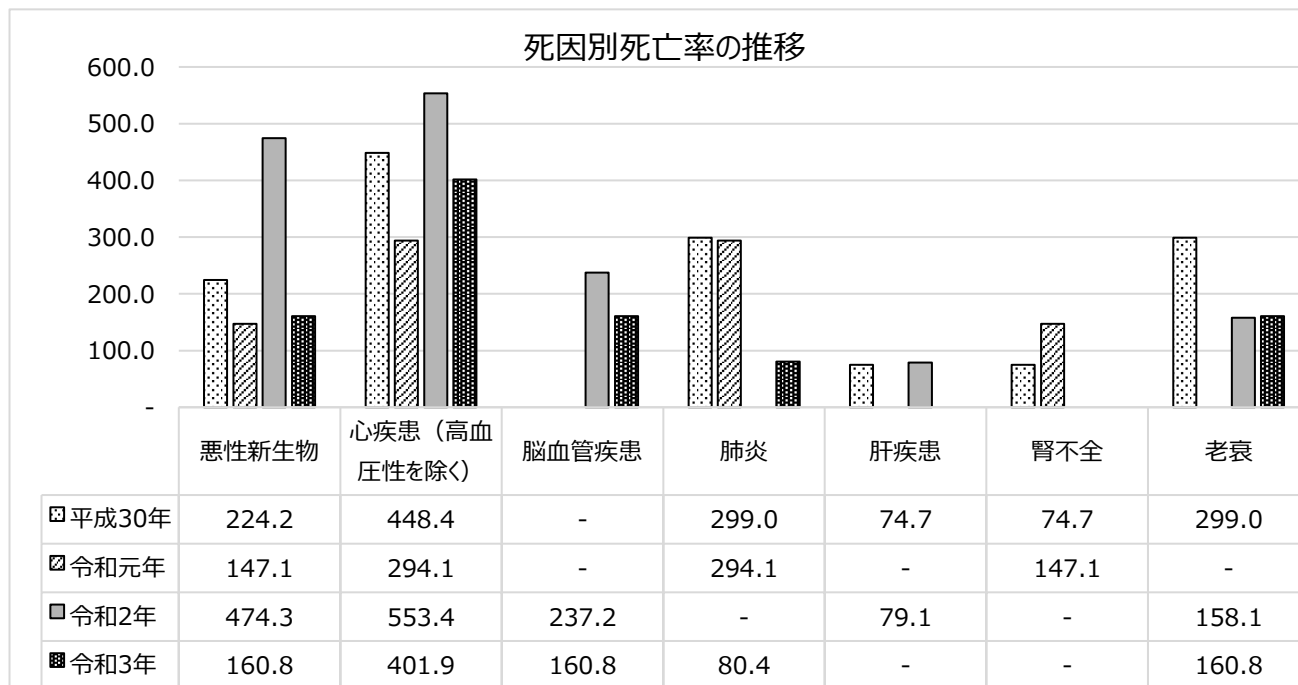
図表 7 標準化死亡比（平成 29 年～令和 3 年）



### ③主要死因別死亡割合

平成 30 年から令和 3 年は、悪性新生物（がん）より心疾患による死亡率が高くなっています。

図表 8 死因別死亡率の推移



資料：青森県保健統計年報（平成 30 年～令和 3 年）

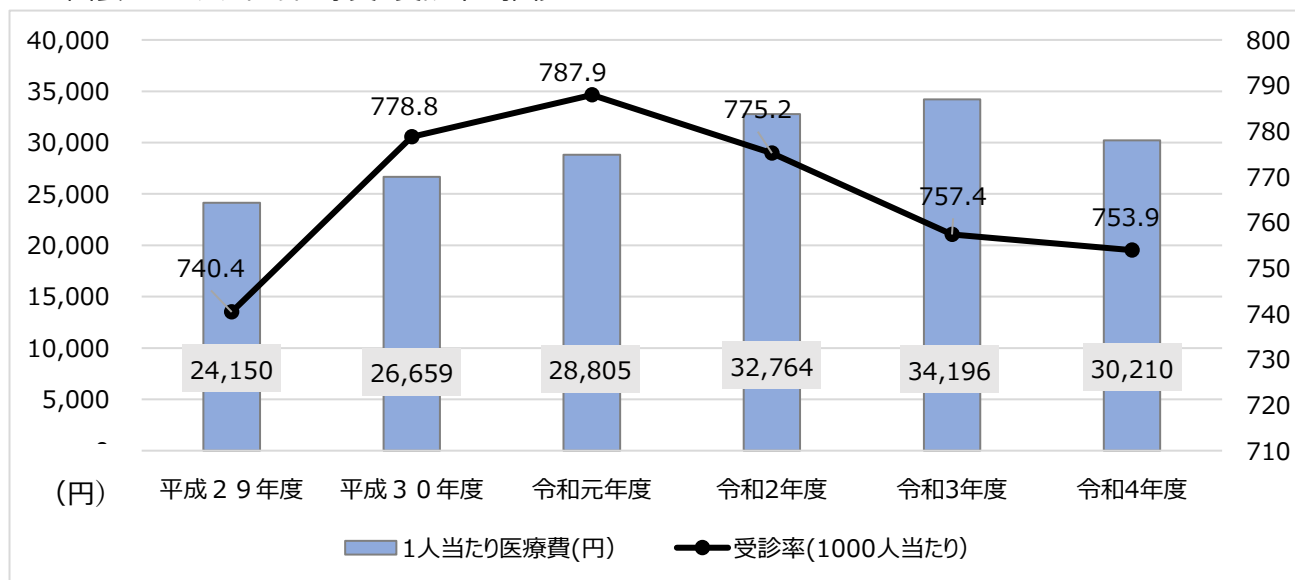


## (2) 医療費の分析

### ① 1人あたり医療費

1人あたりの医療費は令和3年度まで増加していましたが、令和4年度に減少しています。1,000人あたり受診率は減少傾向です。

図表 9 1人あたり医療費と受診率の推移

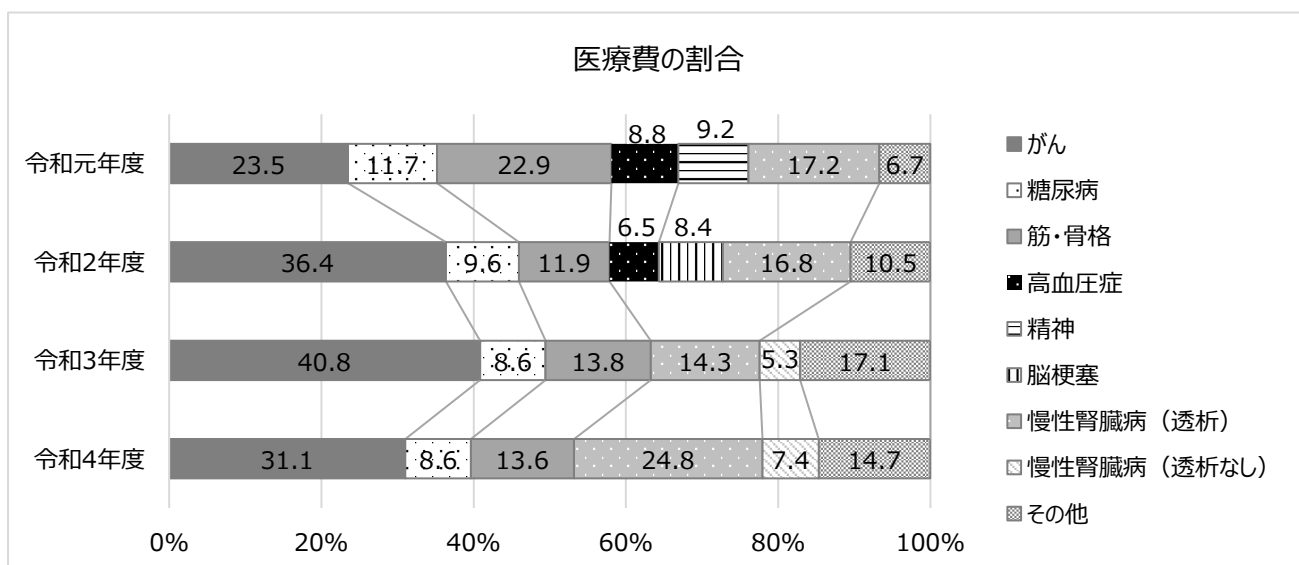


資料：KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（平成29年度～令和4年度）

### 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を占めており、慢性腎臓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

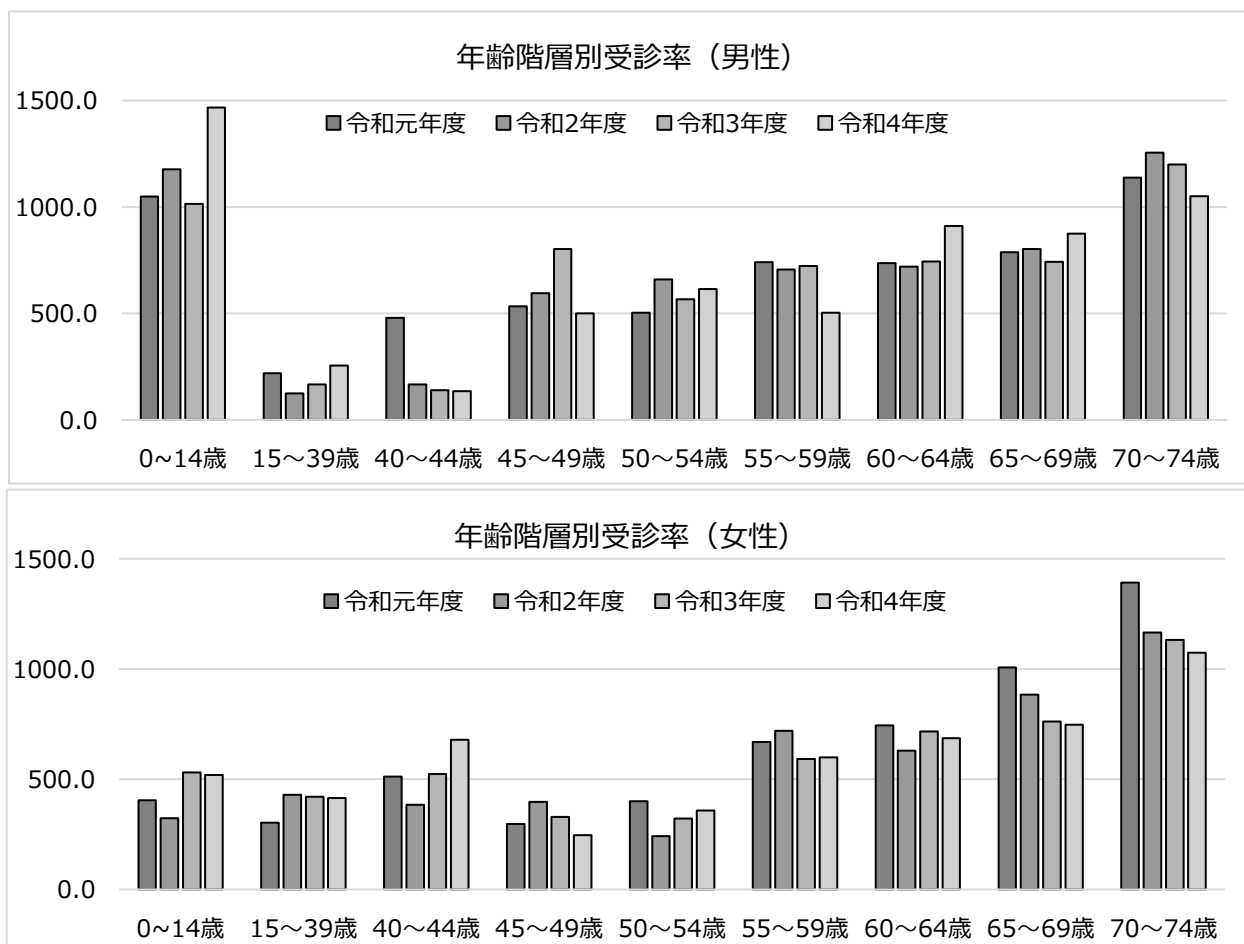


資料：KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

### 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。年度毎の増減は年代によってばらつきがあります。男女別では、45～64歳で男性の受診率が女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）×1000 で算出

#### ●男性

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0～14歳	1049.4	1177.4	1015.2	1467.7
15～39歳	219.6	124.1	166.1	255.1
40～44歳	480.0	166.7	139.2	135.1
45～49歳	533.9	594.8	802.1	500.0
50～54歳	503.7	659.3	566.4	614.7
55～59歳	741.7	705.6	722.8	503.3
60～64歳	736.3	719.3	744.1	910.4
65～69歳	787.7	802.8	742.2	875.0
70～74歳	1138.1	1254.8	1199.6	1051.1

#### ●女性

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0～14歳	404.5	323.1	530.9	519.1
15～39歳	302.3	429.1	420.8	414.2
40～44歳	511.1	384.6	523.8	679.2
45～49歳	296.3	397.1	329.1	245.9
50～54歳	400.0	241.0	321.8	358.2
55～59歳	668.2	720.0	591.7	598.3
60～64歳	744.9	629.5	716.8	686.5
65～69歳	1006.8	883.5	761.5	746.8
70～74歳	1392.6	1165.7	1131.7	1073.5

資料：KDB「医療費分析の経年比較」（令和元年度～令和4年度）

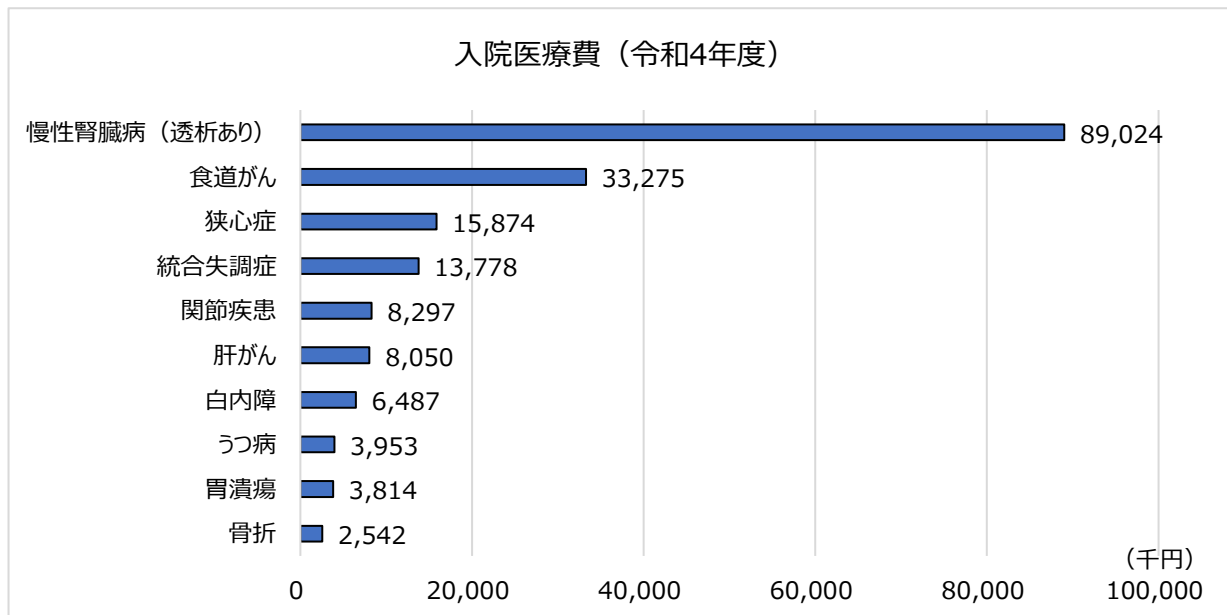
### (3) 疾病別医療費分析

入院医療費では慢性腎臓病（透析あり）が際立って高く、次いで食道がん、狭心症となっています。

外来医療費では肝がん、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病の順に高くなっています。

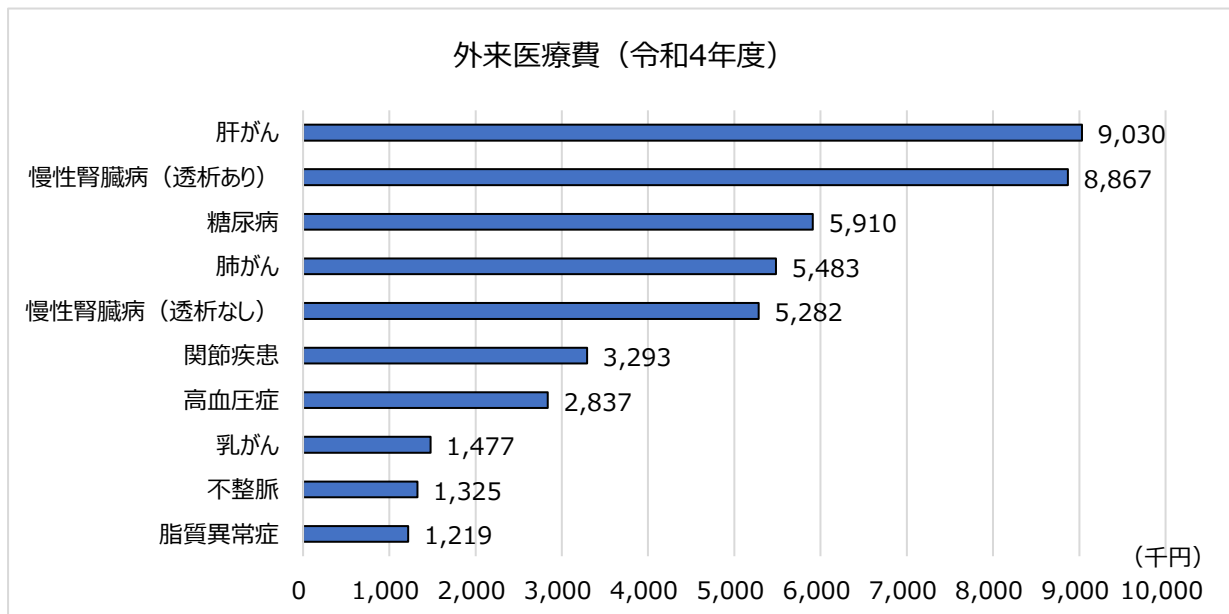
1 保険者当たりの疾病別外来医療費では、毎年度高い順に、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、不整脈があげられますが、令和元年度から令和4年度にかけて、減少傾向となっています。

図表 12 疾病別入院医療費



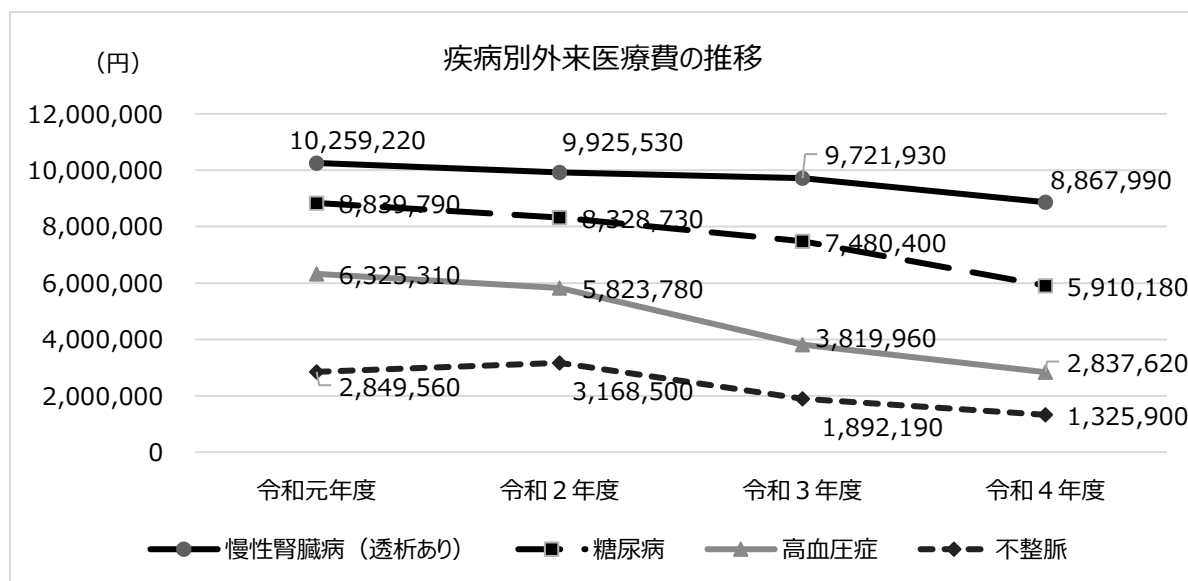
資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表 13 疾病別外来医療費



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表 14 疾病別外来医療費

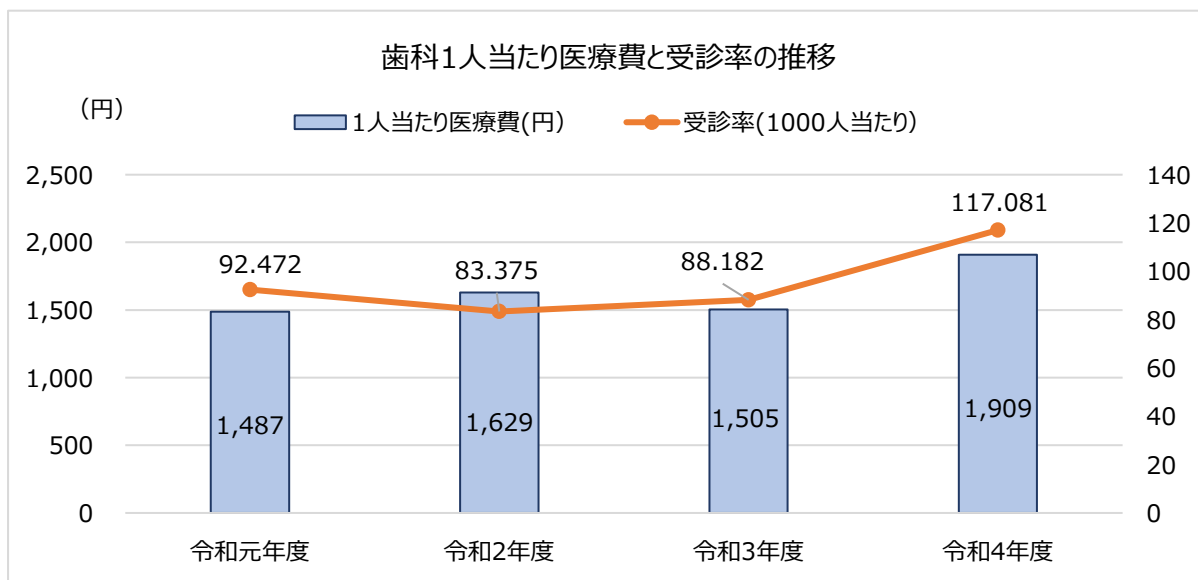


資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和元年度～令和4年度）

④ 歯科医療費の推移

歯科の受診率は令和元年度から増加傾向にあります。一人当たり医療費は令和4年度に増加し、1,909円となっています。

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）

⑤重複多受診、重複服薬

ア. 重複多受診・頻回受診の状況

令和5年5月に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は国保被保険者の0.7%、1医療機関を15日以上受診した被保険者は国保被保険者の0.7%となっており、令和2年5月に比べて増加しています。

図表 16 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	338		325		312		301	
	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%	2	0.6%	2	0.7%
頻回受診	1	0.3%	1	0.3%	1	0.3%	2	0.7%

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

\* 重複多受診：3医療機関以上かつ同一医療機関に最大10日以上受診した被保険者

\* 頻回受診：1医療機関15日以上

イ. 重複服薬の状況

2医療機関以上から6医薬品以上を処方された被保険者はいませんでした。30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者は全体の14.6%となっています。

図表 17 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	338		325		312		301	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複服薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
多剤	43	12.7%	50	15.4%	35	11.2%	44	14.6%

資料：KDB「重複服薬の状況」

\* 重複服薬：2医療機関以上から6医薬品以上を処方された被保険者

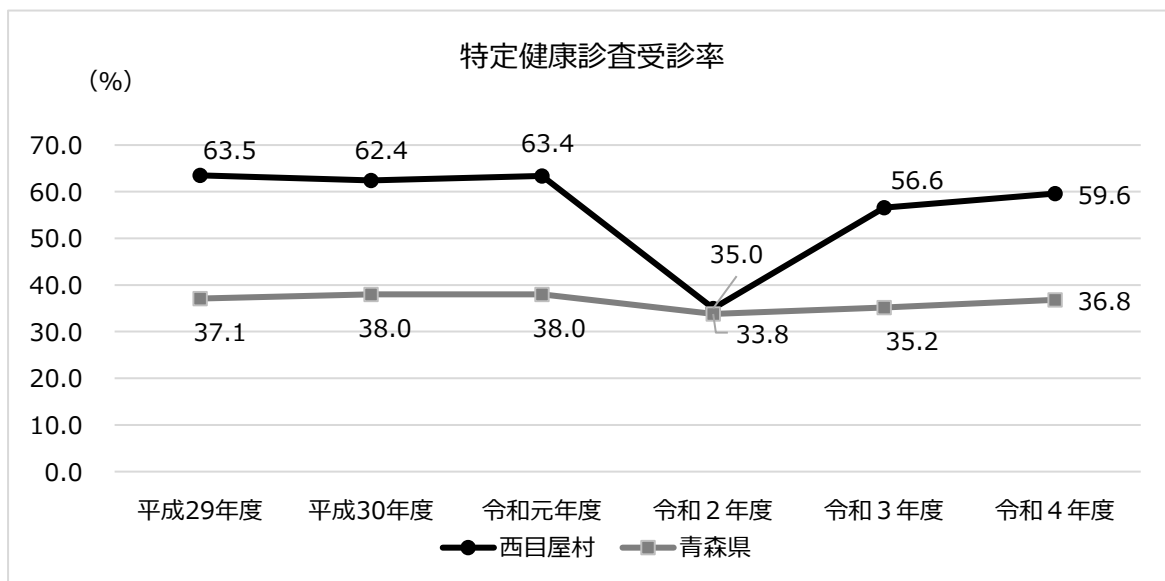
\* 多剤処方：30日処方日数以上かつ5医薬品以上処方された被保険者

### (3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

#### ① 特定健診受診率

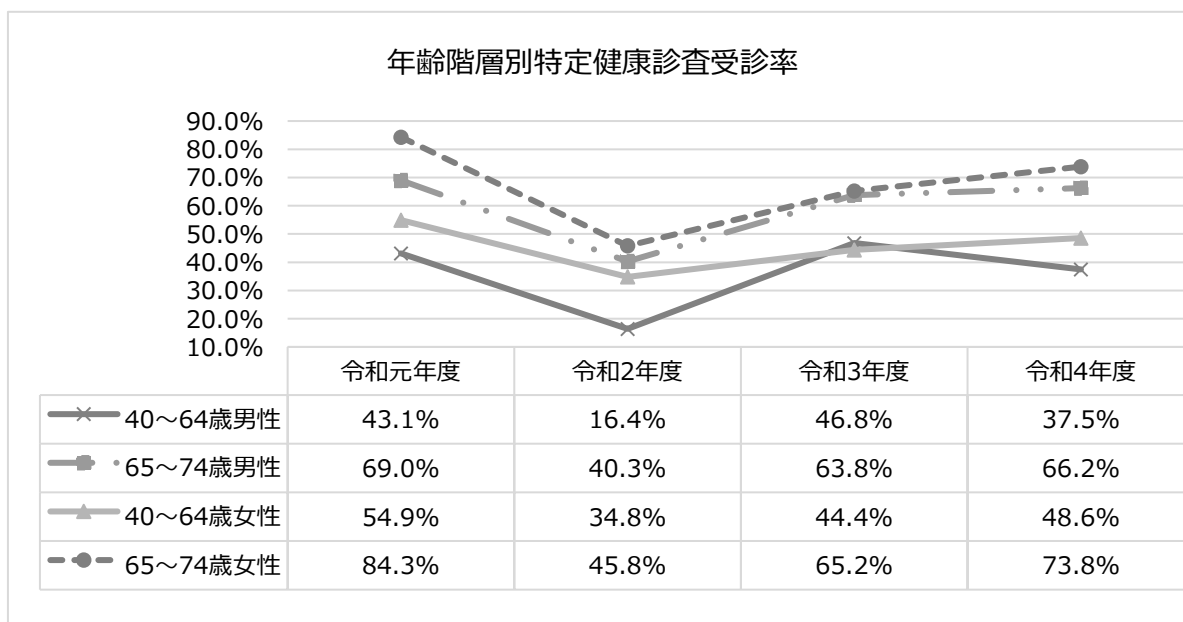
本村の特定健診受診率は県平均を上回り、県内で高い水準となっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により健診受診率は低下しました。翌年から徐々に回復していますが、コロナ禍以前の60%台には届いていません。年齢階層別では、若年層の受診率が低く、男女別では女性の受診率が高くなっています。

図表 18 特定健診受診率の推移



資料：法定報告 青森県特定健診・特定保健指導実施状況（平成29年度～令和4年度）

図表 19 年齢階層別特定健診受診率

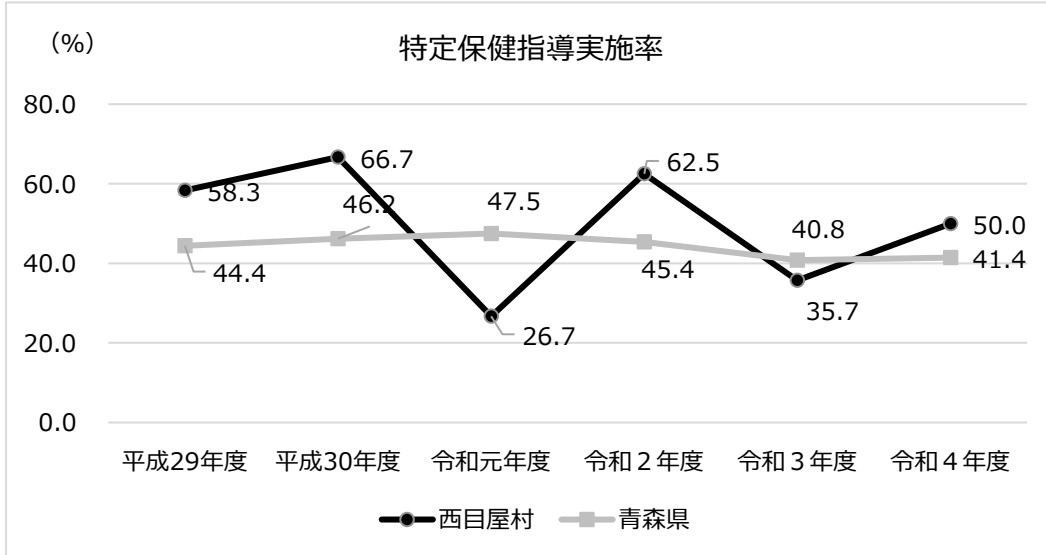


資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

②特定保健指導実施率

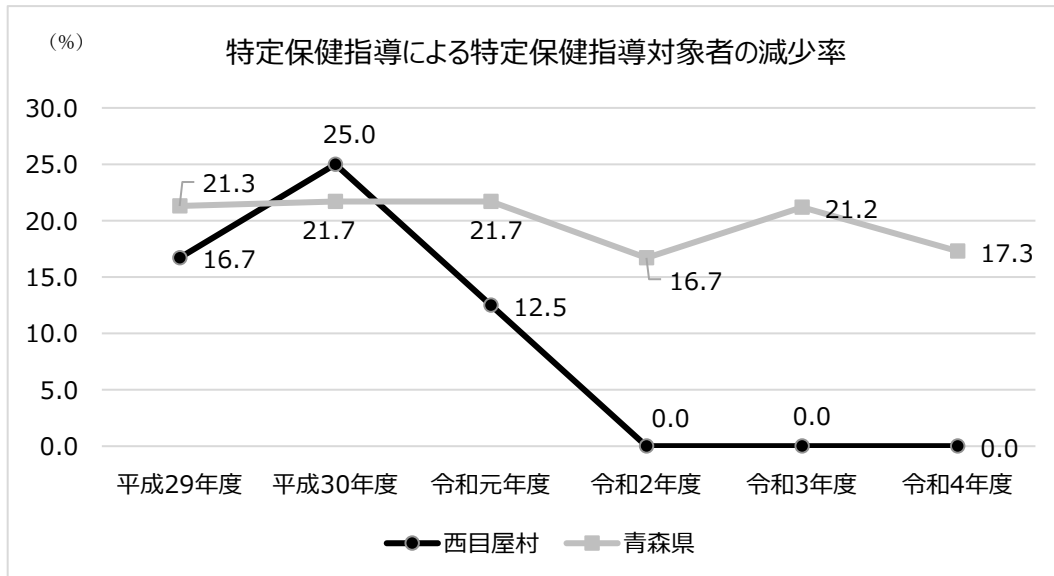
本村の特定保健指導実施率は、年度によって実施率にばらつきがあり、ここ数年は平成 30 年度の 66.7%をピークに、令和 4 年度は 50.0%となっています。特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は令和 2～4 年度は 0%でした。

図表 20 特定保健指導実施率



資料：法定報告 青森県特定健診・特定保健指導実施状況（平成 29 年度～令和 4 年度）

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（平成 29 年度～令和 4 年度）

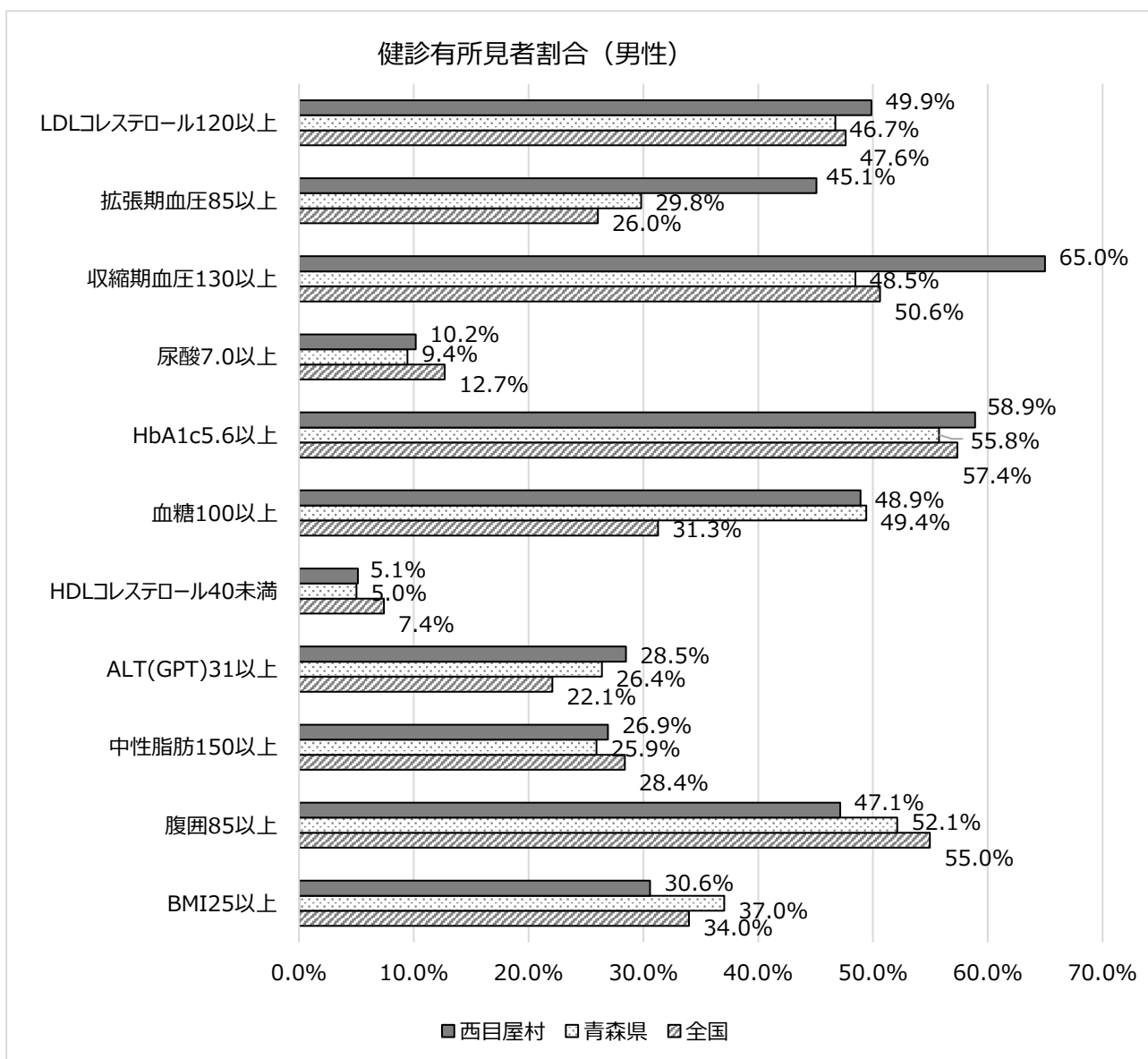
### ③健診有所見者割合

男女共通して収縮期血圧、拡張期血圧有所見者の割合が、国や県と比較して高くなっています。

男性では中性脂肪、ALT、HbA1c、LDL コレステロールの有所見者の割合が、国や県と比較して高くなっています。

女性では、BMI、腹囲、HDL コレステロール、尿酸の有所見者の割合が、国や県と比較して高くなっています。

図表 22 健診有所見者割合（男性）

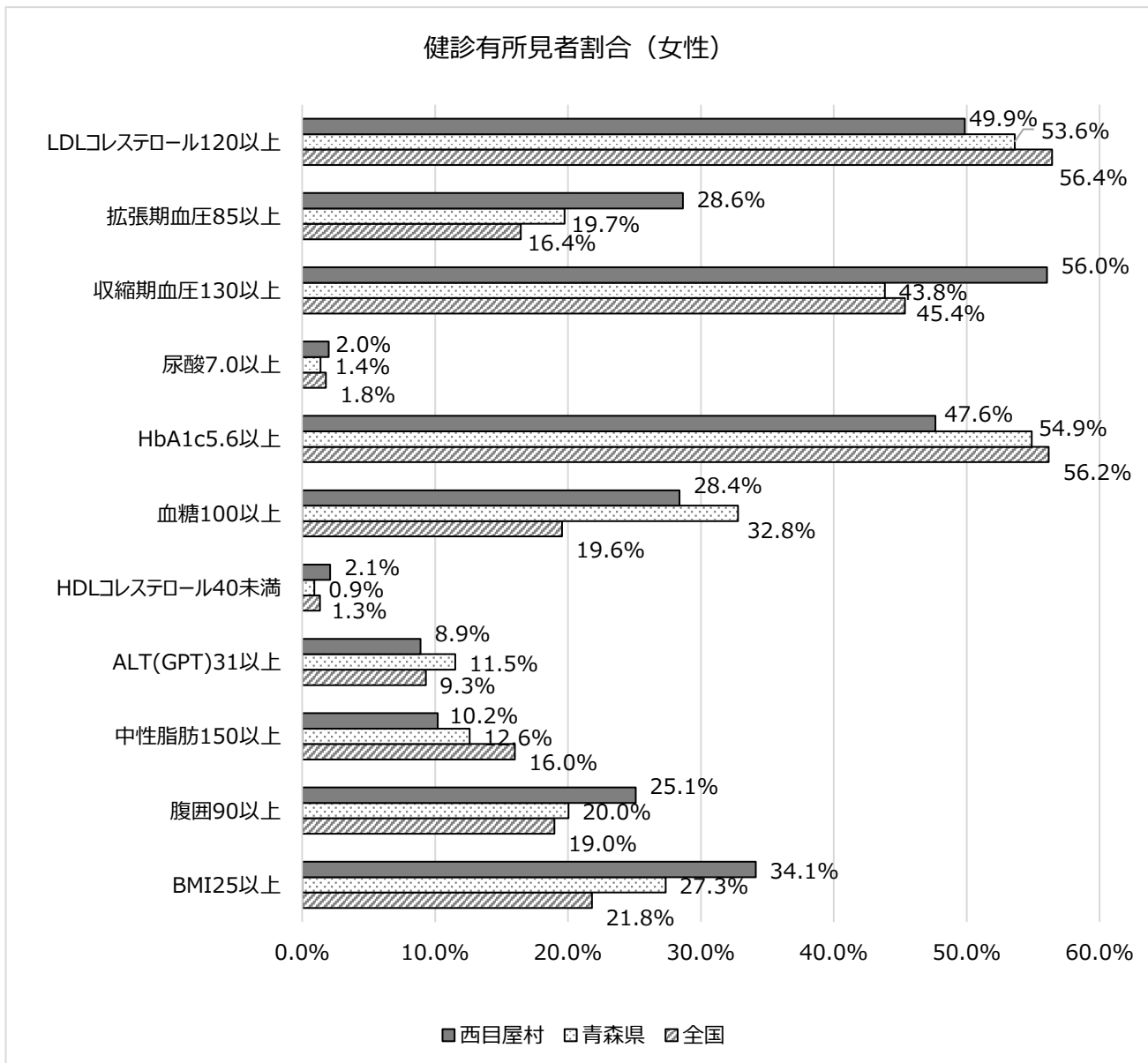


資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」（令和元年度～令和4年度）

※年齢調整ツール使用



図表 22 健診有所見者割合（女性）



資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」(令和元年度～令和4年度)

※年齢調整ツール使用

#### ④生活習慣（質問票）

令和元年度と令和4年度を比較すると一日30分以上の運動習慣なしや早食い、就寝前に夕食を摂る割合、朝食抜きの割合は減っています。しかし、県や国に比べ、3合以上の飲酒、三食以外の間食、歩行速度が遅い、喫煙の割合が高くなっています。

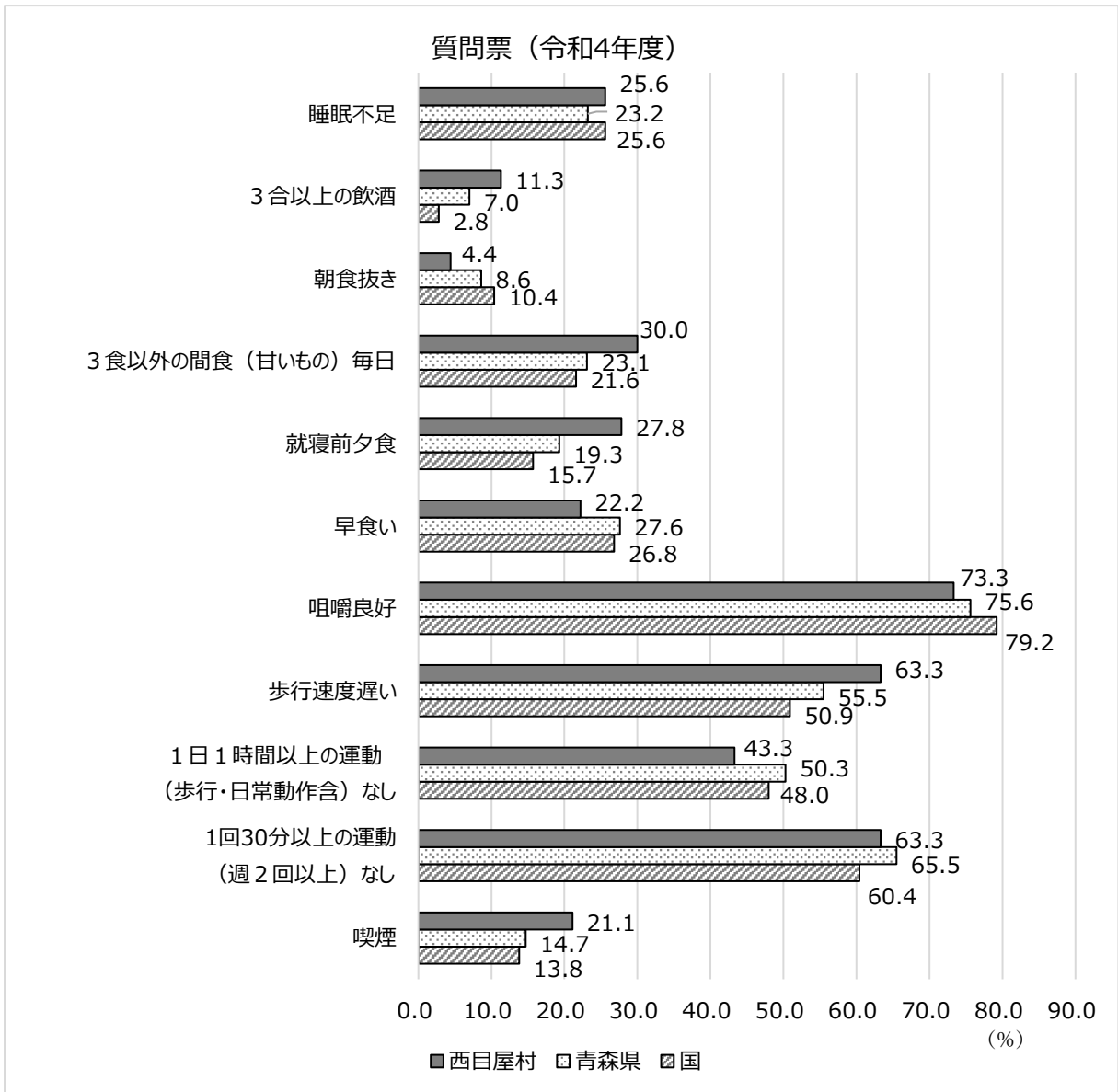
図表 23 質問票

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	18.6	13.2	20.3	21.1
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	76.7	0.0	71.1	63.3
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	27.6	0.0	47.4	43.3
歩行速度遅い	53.4	0.0	64.9	63.3
咀嚼良好	81.0	0.0	77.3	73.3
早食い	30.2	0.0	29.9	22.2
就寝前夕食	31.9	0.0	33.0	27.8
3食以外の間食（甘いもの）毎日	22.4	0.0	21.6	30.0
朝食抜き	7.8	0.0	6.2	4.4
3合以上の飲酒	11.9	5.6	15.8	11.3
睡眠不足	21.6	0.0	32.0	25.6

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表 24 質問票（青森県、国との比較）



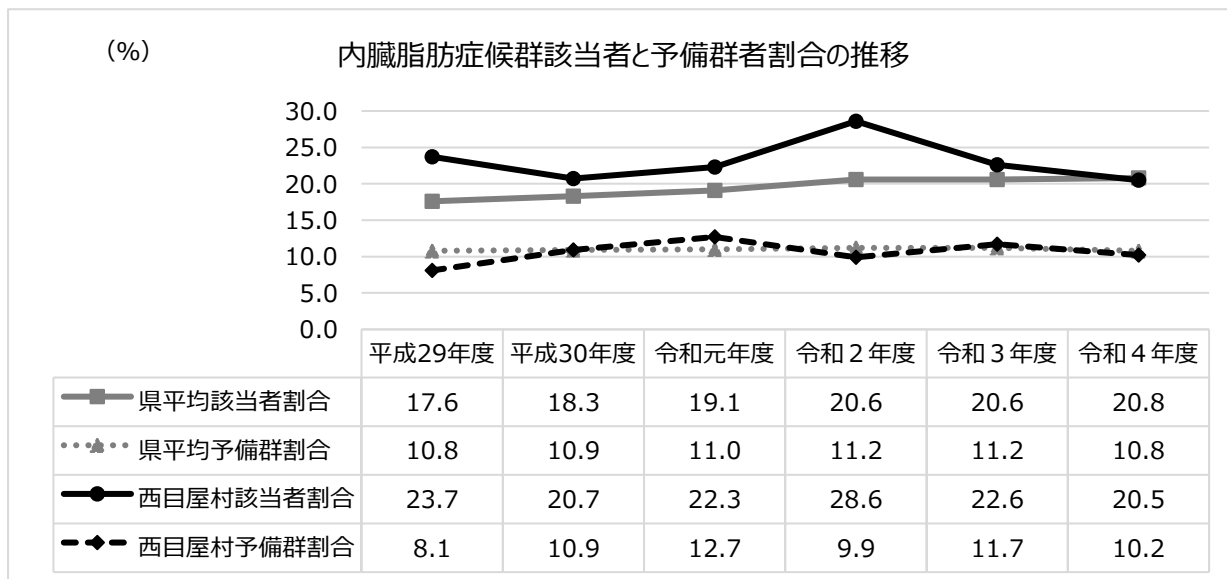
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

⑤内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

平成 29 年度から令和 3 年度までの内臓脂肪症候群該当者割合は県平均に比べ、高くなっていましたが、令和 4 年度はわずかに県平均を下回りました。

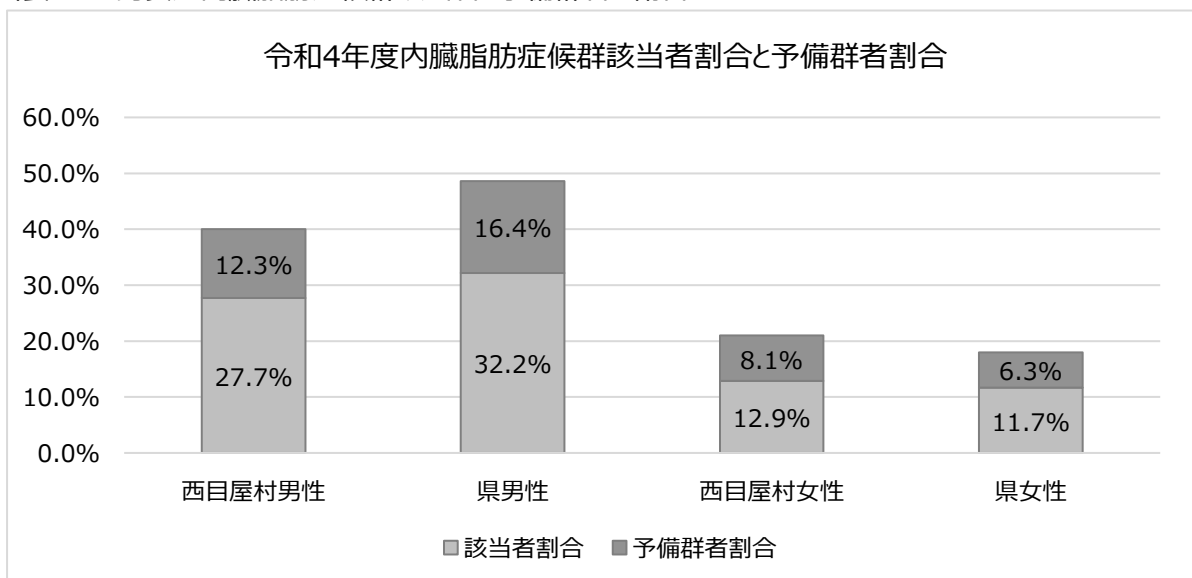
男女別にみると女性の内臓脂肪症候群該当者割合が県平均より 1.8%高く、予備群者割合も 1.2%高くなっています。

図表 25 内臓脂肪症候群該当者と予備群者割合の推移



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告（平成 29 年度～令和 4 年度）

図表 26 男女別内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合



資料：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 3.3%、一方、未受診者は 12.6%です。また、1 人当たり医療費では健診未受診者は健診受診者の約 6.1 倍となっています。

図表 27 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費

令和 4 年度		医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	受診者数 (人)	120	7
	健診対象者に占める割合 (%)	56.1	3.3
	うち生活習慣病あり (人)	94	/
	受診者に占める割合 (%)	78.3	
健診受診なし	未受診者数 (人)	60	27
	健診対象者に占める割合 (%)	28	12.6
	うち生活習慣病あり (人)	41	/
	未受診者に占める割合 (%)	68.3	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」

図表 28 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		
	西目屋村	県	国	西目屋村	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 / 健診対象者数	2,412	2,042	1,779	/	/	/
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 / 健診対象者数	/	/	/	14,800	14,102	13,379
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)	6,227	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 (生活習慣病患者数)	/	/	/	38,204	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、未治療率は低くなっています。

図表 29 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	
	西目屋村	青森県	西目屋村	青森県	西目屋村	青森県	西目屋村	青森県
受診勧奨者医療機関非受診率	4.2%	3.9%	2.2%	4.3%	2.9%	4.4%	3.9%	4.4%
未治療者率	6.0%	5.3%	3.3%	5.2%	3.6%	5.4%	3.1%	4.1%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

③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高血圧が一番多く、約20～30%で推移しています。令和3年からはほぼ横ばいとなっています。

図表 30 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	28	15.5	27	14.9	27	16.2	26	16.3
	女性	13	8.4	13	8.4	8	5.2	11	8.1
	計	41	12.2	40	11.9	35	10.9	37	12.5
高血圧	男性	65	35.9	62	34.3	52	31.1	47	29.4
	女性	43	27.7	36	23.4	37	24	28	20.6
	計	108	32.1	98	29.3	89	27.7	75	25.3
脂質異常症	男性	35	19.3	34	18.8	25	15	30	18.8
	女性	23	14.8	20	13	19	12.3	17	12.5
	計	58	17.3	54	16.1	44	13.7	47	15.9
虚血性心疾患	男性	12	6.6	6	3.3	9	5.4	8	5
	女性	2	1.3	3	1.9	1	0.6	2	1.5
	計	14	4.2	9	2.7	10	3.1	10	3.4
脳血管疾患	男性	8	4.4	9	5	4	2.4	7	4.4
	女性	4	2.6	2	1.3	3	1.9	5	3.7
	計	12	3.6	11	3.3	7	2.2	12	4.1
人工透析	男性	3	1.7	2	1.1	2	1.2	2	1.3
	女性	1	0.6	0	0	0	0	0	0
	計	4	1.2	2	0.6	2	0.6	2	0.8

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2～3-7」

#### ④生活習慣病の重症化状況

##### ア. 糖尿病の重症化状況

糖尿病患者のうち虚血性心疾患にかかっている者の割合が一番多く推移していましたが、直近令和 5 年 5 月では虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症の割合が 13.5%で同率となっています。

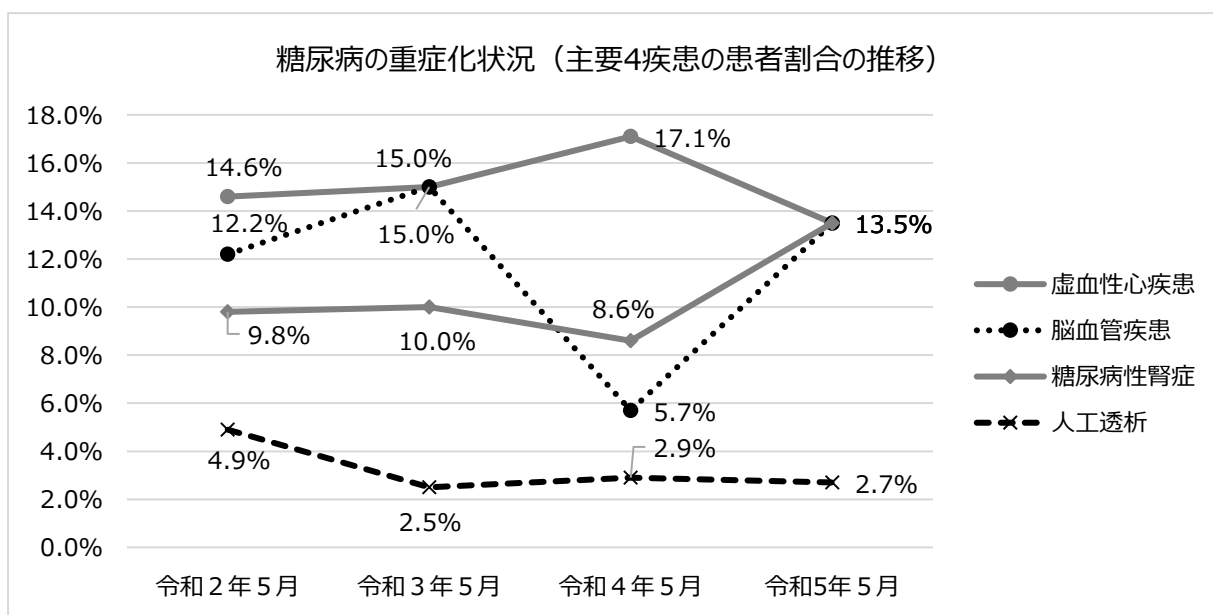
図表 31 糖尿病のレセプト分析

		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	2	7.1	1	3.7	0	0.0	1	3.8
	女性	4	30.8	3	23.1	2	25.0	2	18.2
	計	6	14.6	4	10.0	2	5.7	3	8.1
糖尿病性腎症	男性	3	10.7	3	11.1	2	7.4	4	15.4
	女性	1	7.7	1	7.7	1	12.5	1	9.1
	計	4	9.8	4	10.0	3	8.6	5	13.5
糖尿病性網膜症	男性	2	7.1	2	7.4	1	3.7	3	11.5
	女性	1	7.7	0	0.0	2	25.0	2	18.2
	計	3	7.3	2	5.0	3	8.6	5	13.5
糖尿病性神経障害	男性	3	10.7	1	3.7	0	0.0	1	3.8
	女性	1	7.7	1	7.7	1	12.5	1	9.1
	計	4	9.8	2	5.0	1	2.9	2	5.4
脳血管疾患	男性	4	14.3	5	18.5	1	3.7	3	11.5
	女性	1	7.7	1	7.7	1	12.5	2	18.2
	計	5	12.2	6	15.0	2	5.7	5	13.5
虚血性心疾患	男性	5	17.9	4	14.8	5	18.5	4	15.4
	女性	1	7.7	2	15.4	1	12.5	1	9.1
	計	6	14.6	6	15.0	6	17.1	5	13.5
人工透析	男性	1	3.6	1	3.7	1	3.7	1	3.8
	女性	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	計	2	4.9	1	2.5	1	2.9	1	2.7

※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 32 糖尿病の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

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、HbA1c8.0以上の方はいませんでした。男性では治療なしのHbA1c6.5以上の方と治療中のHbA1c7.0～7.9の方がいました。

図表 33 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	0	1	1	0	0	0	0	0	0
65～74歳	7	1	8	1	0	2	0	0	0
総計	7	2	9	1	0	2	0	0	0

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	1	0	1	0	0	0	0	0	0
65～74歳	2	0	2	0	0	2	0	0	0
総計	3	0	3	0	0	2	0	0	0

資料：KDB「健診ツリ-図」（令和4年度）



ウ. 高血圧の重症化状況

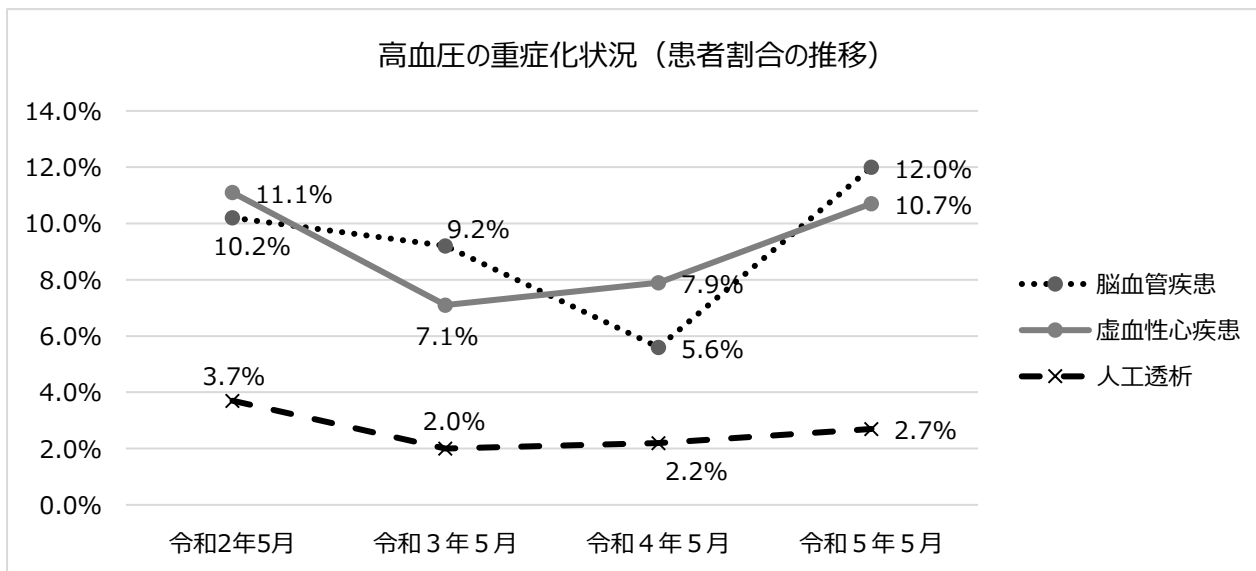
高血圧症患者のうち虚血性心疾患にかかっている者の割合は 7.1～11.1%で推移しています。脳血管疾患にかかっている者の割合は年々減少傾向でしたが、令和 5 年 5 月は 12.0%となっています。人工透析は 2.0～3.7%でほぼ横ばいで推移しています。

図表 34 高血圧症のレセプト状況

		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	8	12.3	8	12.9	3	5.8	5	10.6
	女性	3	7.0	1	2.8	2	5.4	4	14.3
	計	11	10.2	9	9.2	5	5.6	9	12.0
虚血性心疾患	男性	10	15.4	4	6.5	6	11.5	6	12.8
	女性	2	4.7	3	8.3	1	2.7	2	7.1
	計	12	11.1	7	7.1	7	7.9	8	10.7
人工透析	男性	3	4.6	2	3.2	2	3.8	2	4.3
	女性	1	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	計	4	3.7	2	2.0	2	2.2	2	2.7

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」

図表 35 高血圧の重症化状況

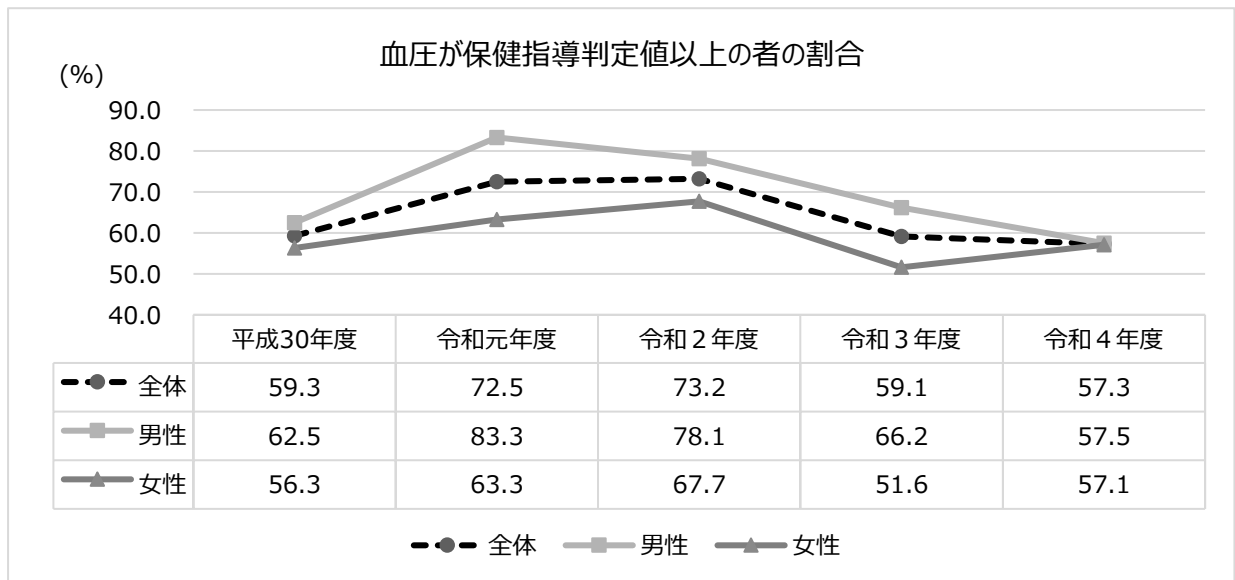


資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」

## 工. 高血圧症ハイリスク者の状況

血圧が保健指導値（収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 80mmHg）以上の者の割合は、一時男性で 80%を超える年度もありましたが、令和 4 年度は全体の 57%台となっています。年代別にみると、70～74 歳の割合が多くなっています。男女別にみると、40～44 歳、50 歳代は女性の割合が多く、60 歳台では男性の割合が多くなっています。

図表 36 血圧が保健指導判定値以上の者の状況



資料：KDB「健診ツリー図」

図表 37 血圧が保健指導判定値以上の者の状況（令和 4 年度 年代別）

	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
全体	100.0	0.0	66.7	50.0	42.9	44.4	72.2
男性	0.0	0.0	50.0	0.0	57.1	50.0	72.2
女性	100.0	0.0	100.0	66.7	28.6	40.0	72.2

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件当たり介護給付費は県や国平均より高くなっています。

図表 38 1件当たり介護給付費

単位：円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
西目屋村	<b>129,905</b>	<b>115,361</b>	<b>118,791</b>	<b>116,134</b>
青森県	71,639	73,195	72,901	72,200
国	613,336	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

介護認定率は年々増加しており、令和4年度には、県や国平均より高くなっています。

図表 39 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
西目屋村	<b>15.4%</b>	<b>16.6%</b>	<b>17.9%</b>	<b>19.9%</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」

③要介護認定者の有病率

要介護の有病率は、心臓病、高血圧症、精神疾患が上位になっています。

がん、糖尿病、脂質異常症の有病率が増加傾向にあります。

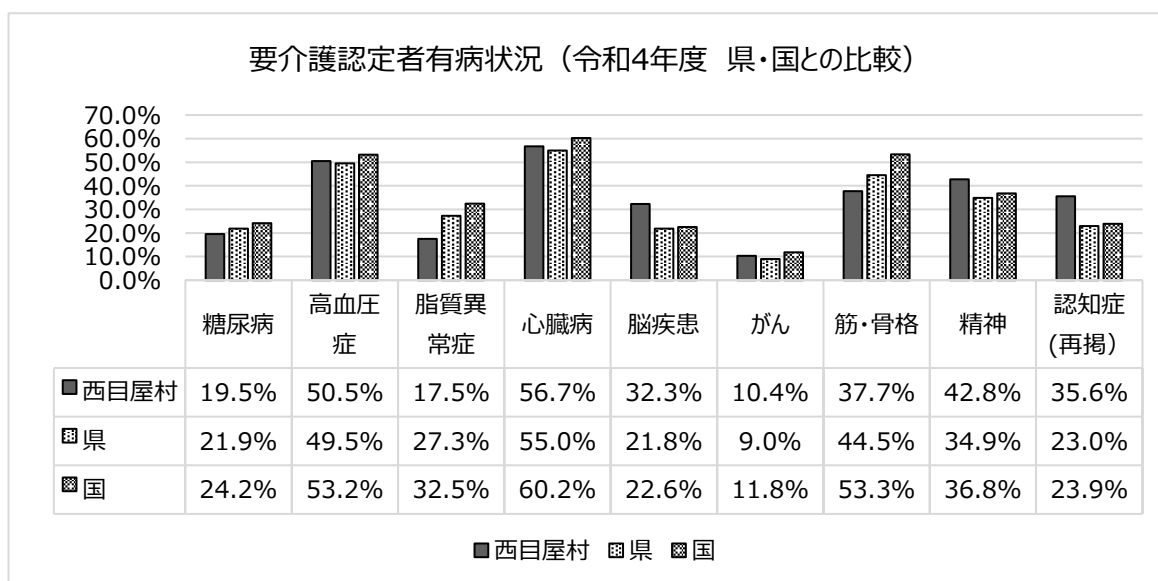
国や県との比較では、精神疾患、認知症(再掲)の有病率が高くなっています。

図表 40 要介護認定者の有病率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
糖尿病	18.0%	19.0%	19.4%	19.5%
高血圧症	56.3%	52.2%	47.9%	50.5%
脂質異常症	16.1%	16.5%	15.5%	17.5%
心臓病	61.1%	57.6%	53.8%	56.7%
脳疾患	30.2%	31.1%	32.2%	32.3%
がん	5.8%	8.5%	6.2%	10.4%
筋・骨格	39.9%	35.6%	39.0%	37.7%
精神	50.4%	51.6%	45.6%	42.8%
認知症(再掲)	37.7%	39.7%	38.1%	35.6%

資料：KDB「地域の全体像の把握」

図表 41 要介護認定者の有病率（令和4年度 県・国との比較）



資料：KDB「地域の全体像の把握」

### 3. 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"> <li>1. 国と比較して、男女とも平均寿命・平均自立期間が短くなっています。</li> <li>2. 心疾患の標準化死亡比、死亡割合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. 入院医療費では慢性腎臓病（透析あり）が最も多くなっています。</li> <li>2. 慢性腎臓病にかかる医療費割合が徐々に増加しています。</li> <li>3. 外来医療費では肝がんに次いで慢性腎臓病（透析あり）が多くなっています。</li> </ol>
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特定健診受診率は若年層の男性で低くなっています。</li> <li>2. 男女共通して収縮期血圧有所見者の割合が、国や県と比較して高くなっています。</li> <li>3. 県と比較して、女性の内臓脂肪症候群予備群割合が高くなっています。</li> <li>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、喫煙の割合が高くなっています。</li> </ol>
レセプト・健診データを組み合わせた分析	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病患者のうち糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、脳血管疾患、虚血性心疾患にかかっている者の割合がそれぞれ 13.5%で、人工透析で治療している割合は 2.7%となっています。</li> <li>2. 高血圧患者のうち脳血管疾患にかかっている者の割合が 12.0%、虚血性心疾患にかかっている者の割合が 10.7%で、人工透析で治療している割合は 2.7%となっています。</li> <li>3. 健診受診者で血圧が保健指導判定値以上の者の割合が約半数を超えています。</li> </ol>
介護データのその他	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 件当たりの介護給付費、介護認定率が国や県平均より高くなっています。</li> <li>2. 要介護の有病率は、心臓病、高血圧症、精神疾患が上位になっており、がんの有病率が増加しています。</li> </ol>

## 第Ⅳ章 計画全体

### 1. 本村の健康課題

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>特定健康診査受診率は県や国と比較して高いものの、令和2年度の受診率減少後、目標の60%にわずかに達していない状況です。若年層男性の受診率が低い傾向にあります。</p>	1	1
B	<p>特定保健指導実施率の向上</p> <p>特定保健指導実施率は、年度によって実施率にばらつきがあります。内臓脂肪症候群該当者割合は県平均に比べ、高くなっていることから、対象者の生活習慣改善が求められます。</p>	2	2
C	<p>糖尿病性腎症重症化予防</p> <p>入院医療費では慢性腎臓病（透析あり）が最も多くなっており、外来医療費では肝がんに次いで慢性腎臓病（透析あり）が多くなっています。また慢性腎臓病にかかる医療費割合が増加しています。糖尿病患者のうち虚血性心疾患、脳血管疾患にかかっている者の割合が13.5%となっており、重症化予防が必要です。</p>	4	3
D	<p>生活習慣病重症化予防</p> <p>高血圧症患者のうち虚血性心疾患、脳血管疾患にかかっている者の割合が増えていることから、重症化予防が必要です。また、健診受診者では、男女共通して血糖、収縮期血圧、拡張期血圧有所見者の割合が、国や県と比較して高くなっており、血圧が保健指導判定値以上の者の割合が約半数を超えています。生活習慣では、3合以上の飲酒、三食以外の間食、歩行速度が遅い、喫煙の割合が高くなっていることから生活習慣病改善や未受診者対策が必要です。</p>	3	4.5
E	<p>医療費の適正化</p> <p>多剤処方を受けている者の割合が増加していることから、適正受診を促す取り組みが必要です。</p>	5	6

## 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	59.6%	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%
A	若年層の受診率向上	40～64歳男性の 特定健診受診率	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%	39.5%	40.0%	40.5%
B	特定保健指導実施率 の向上	特定保健指導実 施率	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%
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	13.3%	12.8%	12.3%	11.8%	11.3%	10.8%	10.3%
D	生活習慣病重症化予 防	血圧が保健指導判定 値以上の者の割合	59.1%	58.6%	58.1%	57.6%	57.1%	56.6%	56.1%
D	生活習慣病重症化予 防	メタボックシンドローム 該当者及び予備 群の割合	34.3%	33.5%	33.0%	32.5%	32.0%	31.5%	31.0%
E	医療費適正化	一人あたり医療費 (円)	30,210	30,110	30,010	29,910	29,810	29,710	29,610

### 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	未受診者の状況に応じた受診勧奨	1
2	特定保健指導未利用者対策	2
3	糖尿病重症化予防事業	5
4	健診データの経年変化に基づく生活習慣病重症化予防事業	3
5	生活習慣病重症化予防講座	4
6	重複多受診者等訪問指導事業	6

### 4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	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	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	保健師による適正な受診行動の啓発



## 第V章 個別の保健事業

事業番号	1
①事業名称	未受診者の状況に応じた受診勧奨
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	連続未受診者、不定期受診者、定期受診者
④現在までの事業結果	平成29年度から令和元年度の受診率は県内でも高い水準で、目標とする特定健康診査等実施計画での60%以上を満たしていたが、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度に35%まで減少。その後回復傾向にあるが、60%を満たしていない。

### ⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健診受診率	59.6%	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%
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	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	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）

健診を申込していない者及び集団健診未受診者に対して、再度個別勧奨（保健協力員）

### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

若い世代への健診受診の意識づけを図ることができるような受診勧奨通知の見直し

### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

西目屋村住民課

### 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、地区組織や各団体との連携を図る。

### ⑭評価計画

対象者に合った受診勧奨通知を実施し、特定健診受診率を評価する。

事業番号	2
①事業名称	特定保健指導未利用者対策
②事業の目的	利用勧奨により特定保健指導利用率の向上を目指す。
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	利用率は、平成 29 年度から令和 4 年度まで 26.7%～66.7%とばらつきがあり、直近令和 4 年度は 50.0%となっている。

#### 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	メタボリックシンドローム 該当者割合の減少	21.1%	21.0%	20.9%	20.8%	20.7%	20.6%	20.5%
	メタボリックシンドローム 予備群者割合の減少	13.3%	13.2%	13.1%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%
⑨目標を達成するための 主な戦略	対応可能な委託機関との連携体制の整備							

#### ⑩現在までの実施方法（プロセス）

- 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たてる。
- 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
- 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。

#### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

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）

西目屋村住民課

#### ⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

他業務を調整し指導時間を確保する。

#### 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	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	医療機関未受診者、糖尿病治療中断者、糖尿病ハイリスク者
④現在までの事業結果	平成30年度には弘前市医師会と糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結し、併せて、尿中アルブミン定量検査を開始。

### 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	0	0	0	0	0	0
アウトプット (実施量・ 率) 指標	受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	訪問指導実施率	55.5%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%
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）

- ①医療機関未受診者への受診勧奨及び保健指導の実施
- ②糖尿病治療中断者への受診勧奨及び保健指導の実施
- ③ハイリスク者への保健指導の実施

### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

治療、保健指導が中断しないよう留意しながら柔軟に対応。

### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

西目屋村住民課、弘前市医師会

### 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	健診データの経年変化に基づく生活習慣病重症化予防事業
②事業の目的	個人の健診データに基づいた的確な生活習慣病重症化予防のための保健指導により、次年度の健診数値の改善（血圧・血糖値）を目指す。
③対象者	血圧、血糖、脂質の有所見者
④現在までの事業結果	特定健診データの経年変化を対象者別に分析した結果をもとに作成された保健指導手引書は、対象者にとって極めて分かりやすくて確なものであったことが評価アンケートより分かった。今までは生活習慣病重症化予防対象者の一部にしか保健指導が為されてこなかったが、今回ほぼ全員の対象者に保健指導が行きわたったことの意義は大きい。

#### ⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果) 指標	未治療者率	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導手引書送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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）

対象者の健診データ(過去3年分の経年データ)に基づき、対象者別に高血圧、糖尿病、脂質異常症の予防情報を組み合わせた手引書を作成、郵送した。当該手引書には対象者別にアドバイスコメントを記載。

#### ⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

早期受診や生活習慣改善につながるような工夫

#### ⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

西目屋村住民課、保健指導支援委託機関

#### ⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

保健指導支援委託機関と連携強化

#### 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	5
①事業名称	生活習慣病重症化予防講座
②事業の目的	健診結果から生活習慣病の早期発見・早期治療へつなげ、疾病の重症化予防を図る。
③対象者	特定健診受診者
④現在までの事業結果	コロナが収束しつつある環境で行われたが、期待したほどの参加実績とはならなかった。教室参加者の満足度が高かっただけに参加勧奨は課題である。

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	高血圧患者割合	23.7%	23.5%	23.3%	23.1%	22.9%	22.7%	22.5%
アウトプット(実施量・率)指標	参加率	11.5%	12.5%	13.5%	14.5%	15.0%	15.5%	16.0%
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)

- ①健康運動指導士及び管理栄養士による生活習慣病重症化予防講座
- ②歩行測定、野菜摂取量充足度測定など簡易測定の実施
- ③健診受診者の健診データに基づいた生活習慣改善手引書及び簡易測定の結果に応じて、保健師及び管理栄養士が個別保健指導及び必要時医療機関への受診勧奨を実施

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

来所での支援ができない場合は、訪問や電話による支援の実施を検討。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

西目屋村住民課、保健指導支援委託機関

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健指導支援委託機関との連携強化や医療機関、地区組織や各団体との連携を図る。

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	6
①事業名称	重複多受診者等訪問指導事業
②事業の目的	同一疾病等により複数の医療機関を受診している重複多受診等の家庭を訪問し健康状態を把握するとともに、健康相談やかかりつけ医の推奨する適正受診指導等を行い、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化を図る。
③対象者	重複受診、多受診、重複処方、多剤処方
④現在までの事業結果	保健師の訪問指導の結果、内科と整形外科で消炎鎮痛剤を処方されている方が多かった。お薬手帳の活用やジェネリック医薬品希望カードの配布等、適正な受診の指導を実施してきた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	一人あたり医療費 (円)	30,210	30,110	30,010	29,910	29,810	29,710	29,610
アウトプット (実施量・率) 指標	実施率	0.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%
⑨目標を達成するための 主な戦略	保健師による適正な受診行動の啓発							

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

KDB より対象者を抽出後、訪問による保健指導を実施。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

KDB より対象者を抽出後、通知や電話、訪問による保健指導を実施。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

西目屋村住民課

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。

## 第VI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、K D B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、村の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村民に発信します。

### 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）を遵守し、適正に管理します。

### 4. 地域包括ケアに係る取組

「第 2 次健康増進計画」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 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」を積極的に推進する。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Ⅶ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. 目標設定

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第2項第2号及び国の特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査等の実施及びその成果に係る2029（令和11）年度の目標数値を次のとおり設定します。

#### (1) 特定健康診査受診率

特定健康診査受診率は、計画最終年度における国の目標値が70%以上となっており、当村も最終年度を70%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の目標値

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定健康診査 受診率	60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%

#### (2) 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は、計画最終年度における国の目標値が45%以上となっていますが、当村の実情を踏まえて最終年度を56.0%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。

##### ■ 特定保健指導実施率の目標値

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定保健指導 実施率	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	56.0%



【参考】第四期における各種医療保険者種別の目標

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

資料：厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」

### 3. 特定健康診査・特定保健指導の対象者

#### (1) 特定健康診査の対象者

特定健診の実施年度中に40～74歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（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) 特定保健指導の対象者・選定方法

特定健康診査の結果により階層化し、特定保健指導対象者を選定します。対象者選定は、内臓脂肪の蓄積（腹囲、BMI）に着目し、生活習慣病のリスク要因（血糖、血圧、脂質など）の数により階層化を行います。

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	動機づけ 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥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	—		

(注) 喫煙歴の「—」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する。

(注) 糖尿病等の服薬をしている方は、上記表に該当しても、特定保健指導の対象者とならない。

(注) 65歳～74歳の方は、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援となる。

①血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上またはヘモグロビン A1c5.2%以上

②脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上またはHDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧 収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上

④喫煙歴 現在（この1ヶ月間）習慣的に吸っている者

### (3) 対象者数の算定

各年度の対象者数の算定は次の表のとおりです。

区 分	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定健康診査 対象者数	206名	206名	206名	206名	206名	206名
特定保健指導 対象者数	12名	12名	12名	12名	12名	12名

※参考：令和3～4年度の平均値

## 4. 実施方法

### (1) 実施場所

- ① 集団健診：村市いこいの館、大白公民館、中央公民館
- ② 個別健診：指定する弘前市医師会に所属する医療機関  
※弘前市医師会と集合契約を結ぶ
- ③ 特定保健指導：適宜対応（役場、自宅等）とする。

### (2) 実施項目

#### ④ 特定健診

実施項目は次のとおり法定どおりに実施します。

#### ア. 基本的な健診の項目

項目内容	
問診	自覚症状・既往歴等
理学的検査	身体診察（身長、体重、BMI、腹囲）
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）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -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。

イ. 詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値）、クレアチニンのうち一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択

②追加健診

次の項目を実施します。

集団検診	1.血清アルブミン 2.クレアチニン（詳細項目該当外者） 3.尿酸 4.血小板数 5.ヘモグロビンA1c 6.尿中塩分
個別健診	1.血清アルブミン 2.クレアチニン（詳細項目該当外者） 3.尿酸 4.血小板数 5.MCV 6.尿潜血 7.白血球数 8.総コレステロール

③特定保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）

実施内容は「標準的な健診・保健指導に関するプログラム【令和 6 年度版】」（令和 6 年 4 月厚生労働省健康局）第 3 編第 3 章に記載されている内容に準拠しています。

①情報提供	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なるよう結果の提供に併せて、生活習慣の改善等に関する基本的な情報を提供します。
②動機づけ支援（生活習慣の改善の必要性に気づくことができる）	健康診査結果及び質問票から、生活習慣の改善が必要と判断され、生活習慣を変えるにあたって意志決定の支援が必要な方を対象とします。 生活習慣の改善に対する個別の目標を設定し、対象者自身の努力による行動変更（変化）が可能となるような動機づけを支援します。特定健康診査結果と現在の生活習慣の意味づけ、自らが取り組むべき目標、実践可能な行動目標、評価時期（3 か月後）等を設定します。保健指導により、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識でき、その気づきが行動変容のきっかけとなることが期待されます。

③積極的支援（生活習慣の改善の必要性に気づき、実践することができる）	<p>健康診査結果・質問票から、生活習慣改善の必要性の高い対象者には、動機付け支援の内容に加えて、専門職（保健師、管理栄養士等）による継続的できめ細やかな、直接的な支援をします。</p> <p>健康診査結果と現在の生活習慣の意味づけ、自らが取り組むべき目標達成に向けた実践をして、中間評価として取り組んでいる実践と結果について検討し、行動目標・具体策の再設定をします。そして最終評価目標の達成のための実践を継続し、3か月以上の継続的な支援終了後に評価します。</p>
------------------------------------	---

【成果を重視した特定保健指導の評価体系】

- ・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する
- ・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する。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入 1 回ごとの評価とする。

④その他の保健指導

特定健康診査の階層化による特定保健指導には該当しないが、医療機関通院中の方で、保健指導が必要と思われる者に対して、必要時医療機関と連携をしながら、支援を行います。また、西目屋村糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に対して、支援を行います。

(3) 実施時期

次の表のとおりとします。

項目		実施時期
特定健診	集団	6月下旬～7月上旬（4日間）※予定
	個別	8月～1月（6ヶ月間）
特定保健指導	集団実施者	主に8月以降随時
	個別実施者	主に9月以降随時
事業主との連携		6月～1月
集合契約における実施時期の調整への対応		3月～7月

## 5. 外部委託について

### (1) 外部委託・委託契約の形態

次の表のとおりとします。

項目	外部委託	形態（代行機関）
特定健康診査	有	集団：青森県総合健診センター（個別契約） 個別：弘前市医師会（集合契約）
特定保健指導	無	直営

### (2) 外部委託者の選定基準

- ① 健診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。
- ② 検査、診察及び保健指導を行う際、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。
- ③ 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。
- ④ 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）。
- ⑤ 健診結果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。

### (3) 委託契約の方法

契約書には次の事項を盛り込みます。

①業務の趣旨、公共性の尊重 ②委託業務の範囲内容 ③業務の質の確保及等禁煙等業務場所の条件 ④委託業務の達成レベル ⑤業務責任者の配置 ⑥契約締結後の業務範囲の変更に関する対応 ⑦事業計画及び事業実績の提出 ⑧打合せ会議等への出席義務 ⑨個人情報保護、秘密保持に係る責務 ⑩再委託に関する事項 ⑪事故発生時の対応 ⑫問題が発生したときの事業者の対応義務 ⑬損害賠償請求 ⑭遅延利息 ⑮費用及び支払 ⑯契約解除の条件
--

## 6. 受診、健診結果返却、保健指導までの流れ

### (1) 周知、申込、受診券の交付

保健協力員が毎戸訪問し、特定健康診査の受診勧奨を行いながら申込をとります。その他、ホームページや広報で周知します。

申込後、保健協力員等から申込者へ特定健康診査の受診券を配布（6月）し、申込者はその受診券を利用し健診を受診します。また、申込をしなかった対象者には、未受診者として、8月以降の個別健診を受診するように特定健康診査の受診券を保健協力員等から配布（7月末）し、再度受診勧奨をすることとします。

(2) 健診結果の返却方法（被保険者への通知）

特定健康診査等の結果は、保険者において整理し、保健協力員等を通じて受診者に通知します。その際に、健診結果説明会のお知らせ及び随時結果説明を受け付ける旨案内します。

(3) 特定保健指導利用券の交付

動機づけ支援対象者及び積極的支援対象者に対し、特定保健指導利用券を交付し、保健指導を実施します。

7. 個人情報の保護

(1) 個人情報について

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）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、従業者の監督、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。

ただし、特定健診等に従事する職員及び特定健診等の委託先（データの管理を含む）については、業務を遂行するための個人情報について知り得ることとし、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ます。

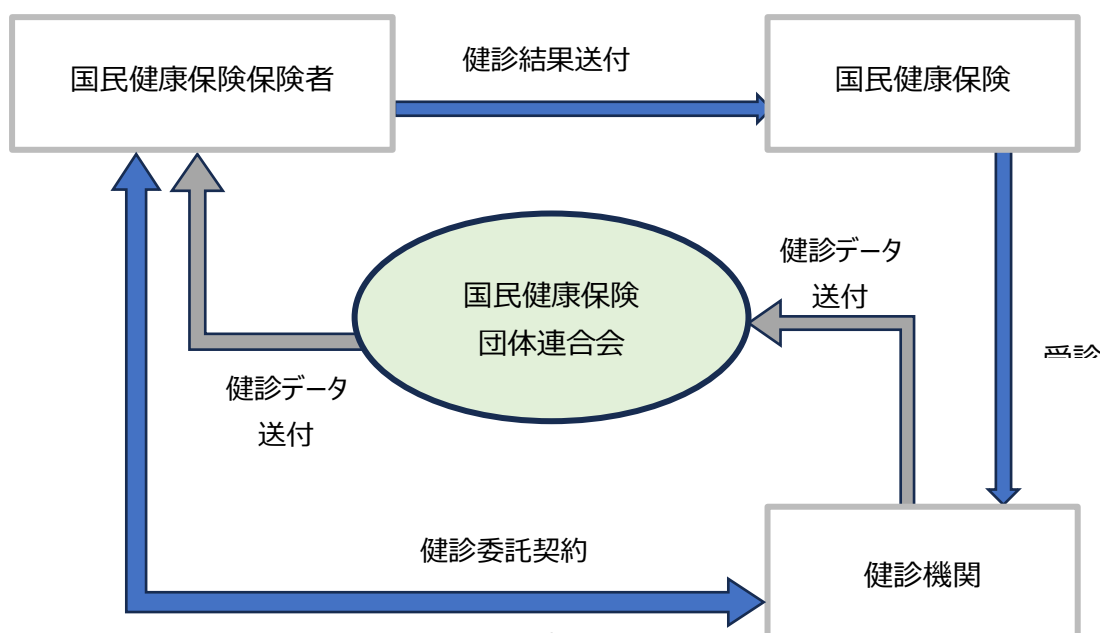
(2) 特定健康診査等の記録の管理及び保存について

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 4 月 1 日から 5 年間とします。

なお、被保険者が他の保険者の加入者となったときの保存期間は、他の保険者の加入者となった年度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出すべきデータを被保険者に提供することとします。

(3) 健診データの流れ



## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

### (1) 特定健診等実施計画の公表

特定健康診査等実施計画を定めたときは、ホームページ等を通じ公表します。

### (2) 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法

特定健康診査等を実施する趣旨を、保健協力員、広報、ホームページ、防災放送テレビ等を活用し、情報提供や啓発の周知徹底を図ります。

また、保健指導の実施率を高めるために、保健師は電話や文書により、積極的に働きかけます。

## 9. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

### (1) 目標達成状況の評価方法

特定健康診査、特定保健指導については、実施における検証のみならず、実施後の成果の検証重要となります。以下についての経年変化推移を把握し、令和 11 年度(最終年度)に最終評価を実施します。

#### ①特定健康診査・特定保健指導の実施率

国への実績報告を活用し、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率の目標値の達成状況等を把握します。

#### ②メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率

減少率については、データヘルス計画の中で目標として設定し、特定保健指導の効果の検証のための指標とします。

#### ③その他

本計画に定めた実施方法・内容・スケジュール等が計画どおり実施したかを評価する。

### (2) 特定健康診査等実施計画の見直し

特定健康診査等実施計画に基づく実施状況により、住民課の国保担当及び担当保健師が、必要に応じて見直しを行うこととします。

また、特定健康診査等実施計画を見直し変更した際は、速やかにホームページ等を通じ公表します。

## 10. その他

### (1) 西目屋村保健協力員の活用

現在 22 名の保健協力員を活用し、各担当地区を毎戸訪問し、受診勧奨を行っています。また、健診当日は受付等の協力を要請しています。今後も引き続き保健協力員の協力を得ながら、特定健康診査の受診率向上に努めます。

(2) 受けやすい健診の仕組み作り

①村の3つの基本姿勢

- ・健診の受けやすい体制づくり
- ・受診の必要性に対する理解を促す
- ・受診への満足度を高める

(3) がん検診等との連携について

胃、肺、大腸などのがん検診と併せて1日で受けられるような実施体制を維持し、検診を受ける方の利便性を図り、検診の受診率の向上に努めます。



**西目屋村保健事業実施計画書**

《令和 6 年度～令和 11 年度》

- ・ 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

発 行 青森県 西目屋村 令和 6 年 2 月

編 集 西目屋村 住民課

住 所 〒036-1492  
青森県青森県中津軽郡西目屋村大字田代字神田 57 番地