

六ヶ所村国民健康保険  
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  
— 2024~2029 —



令和6年3月

六ヶ所村



# 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) 計画の位置付け.....	2
(3) 計画期間.....	3
(4) 実施体制・関係者連携.....	3
(5) 六ヶ所村国民健康保険の具体的役割、連携内容.....	3
2. 現状の整理.....	5
(1) 人口・被保険者の状況.....	5
第Ⅱ章 現状の分析と課題.....	7
1. 各種データ等の分析結果.....	7
(1) 平均寿命・標準化死亡比等.....	7
(2) 医療費の分析.....	10
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ.....	18
(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.....	29
(6) 重複頻回受診・重複服薬.....	30
(7) ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用割合.....	30
2. 課題の整理.....	31
第Ⅲ章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）.....	32
1. データヘルス計画策定にあたって見直した健康課題.....	32
2. データヘルス計画の目的.....	33
3. データヘルス計画全体における目標値.....	34
4. 個別の保健事業.....	35
(1) 未受診者受診勧奨事業.....	35
(2) 健診受診状況把握事業.....	36
(3) 特定保健指導利用勧奨事業.....	37
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）.....	38
(5) 糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）.....	39
(6) 生活習慣病予防・改善事業.....	40
(7) 重複多受診者等訪問指導事業.....	41
(8) 後発医薬品利用促進事業.....	42

5. その他.....	43
(1) データヘルス計画の評価・見直し .....	43
(2) 計画の公表・周知 .....	43
(3) 個人情報の取り扱い .....	43
(4) 地域包括ケアに係る取組 .....	43
(5) その他留意事項.....	43
(6) 資料.....	44
第IV章 第4期特定健康診査等実施計画 .....	51
1. 計画の目的.....	51
2. 目標値の設定 .....	51
3. 特定健康診査・特定保健指導の対象者 .....	52
(1) 特定健康診査の対象者・算定方法 .....	52
(2) 特定保健指導の対象者・選定方法 .....	52
4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法 .....	52
(1) 特定健康診査について.....	52
(2) 特定保健指導について.....	54
5. 目標達成のための施策の実施 .....	56
(1) メタボリックシンドローム予防のための知識の普及・啓発 .....	56
(2) 受診勧奨の推進.....	56
(3) 受けやすい健診の仕組み作り .....	56
(4) その他の記載事項.....	56
6. 特定健康診査等の結果の通知と保存 .....	57
(1) 特定健康診査等のデータについて .....	57
(2) 特定健康診査等の結果の報告.....	57
7. 特定健康診査等実施計画の評価、見直し及び公表.....	58
(1) 特定健康診査等実施計画の公表 .....	58
(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し.....	58

# 第 I 章 基本情報

## 1. 基本的事項

### (1) 計画の趣旨

保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）については、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た。

本村においても平成 28 年度に第 1 期を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期を策定し、さらに令和 3 年度には第 2 期の中間評価を行ったところである。

また、特定健康診査等実施計画については、平成 20 年度から生活習慣病の予防及び医療費の抑制を図るため、40 歳以上の被保険者について、生活習慣病に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が「高齢者の医療の確保に関する法律」により、保険者に義務付けられた。本村においても、「特定健康診査および特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（法第 18 条）に基づき、平成 20 年度に「第 1 期特定健康診査等実施計画」（法第 19 条）を策定し、5 年毎に見直しを行い、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防などの取組を推進してきたところである。

今後は、幅広い年代の被保険者の身体状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上を図り、医療費の適正化を目指すために、第 3 期データヘルス計画及び第 4 期特定健康診査等実施計画を策定するものである。

(2) 計画の位置付け

データヘルス計画とは、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である。計画の策定及び計画の事業評価にあたっては、特定健康診査の結果、レセプト等、KDBの健康医療情報等のデータを活用して行う。(図表1、図表2)

また、保健事業実施計画(データヘルス計画)は、以下の計画と整合性を持って策定する。

①国や県の計画

- ・健康日本21(第2次)
- ・健康あおもり21(第2次)
- ・医療費適正化計画

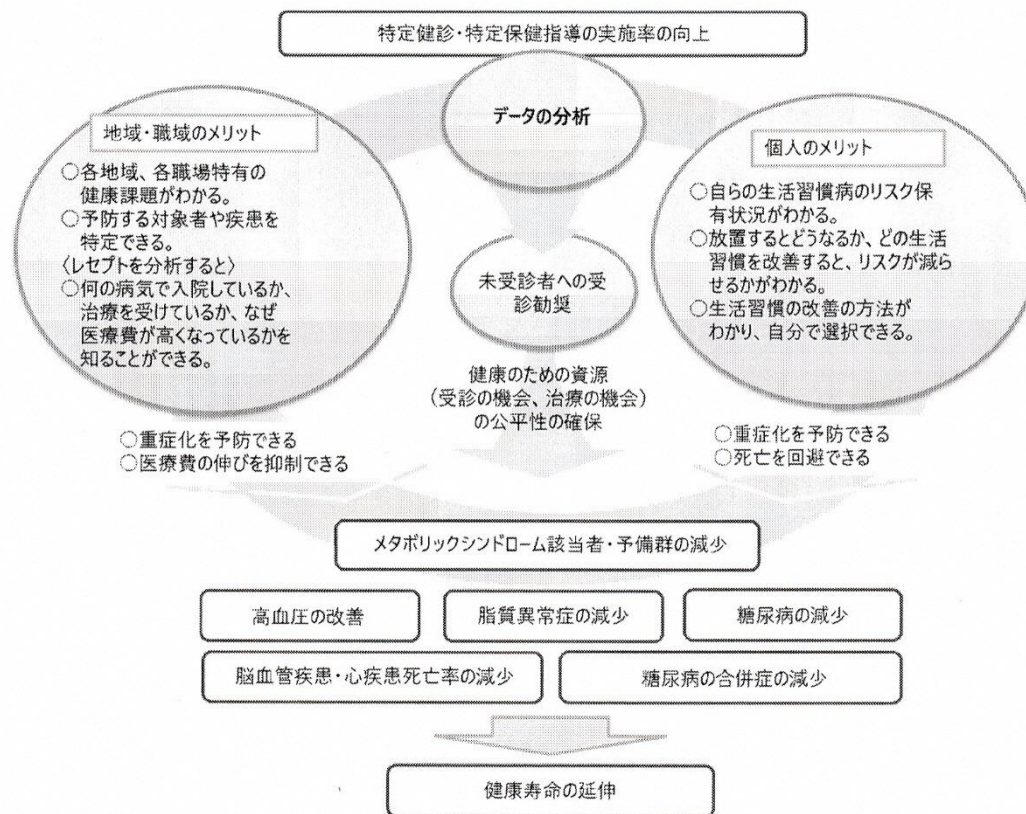
②六ヶ所村の分野別計画

- ・第4次六ヶ所村総合振興計画
- ・第2次健康ろっかしよ21
- ・六ヶ所村高齢者福祉計画
- ・第8期介護保険事業計画

図表1

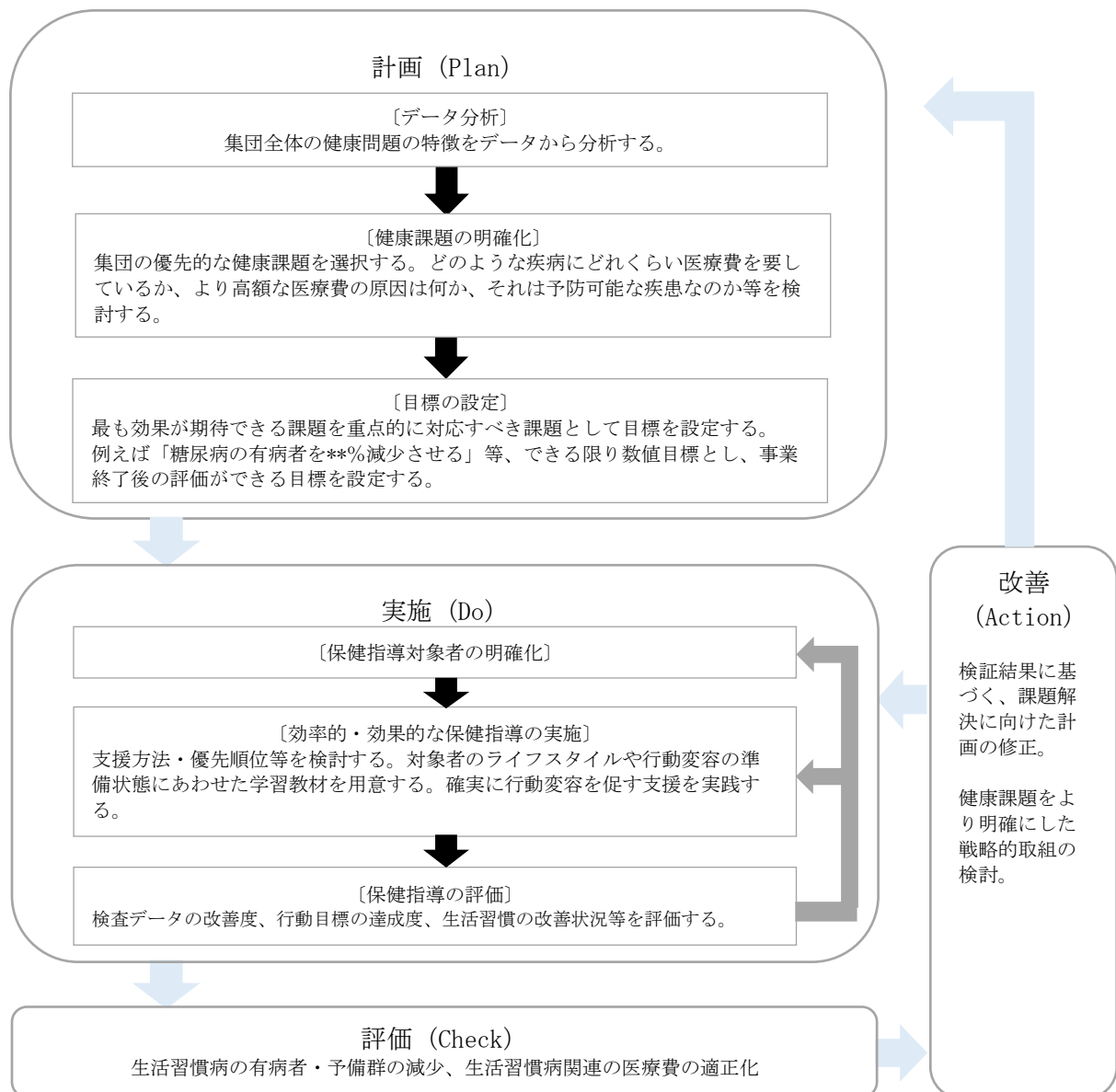
特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



図表2

保健事業（健診・保健指導）P D C Aサイクル



(3) 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

(4) 実施体制・関係者連携

本村においては、健康課と保健相談センターが連携し、本計画に沿った事業を展開する。

計画の推進に当たっては、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、地域の医療機関、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と連携、協力する。

(5) 六ヶ所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、疾病の予防や早期回復を図るため、健康課が中心となっ

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、計画を策定する。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る。

#### 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、医療機関や都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、健康課が主体となって行う。健康課では、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を踏まえて保健事業を展開する。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る。

#### ②村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、保健相談センター等村民の健康の保持増進に関係する部門に協力を求め、村が一体となって、計画の作成等を進める。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ので、保健衛生部門との連携が必要である。

#### 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、地域の医療機関、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する。

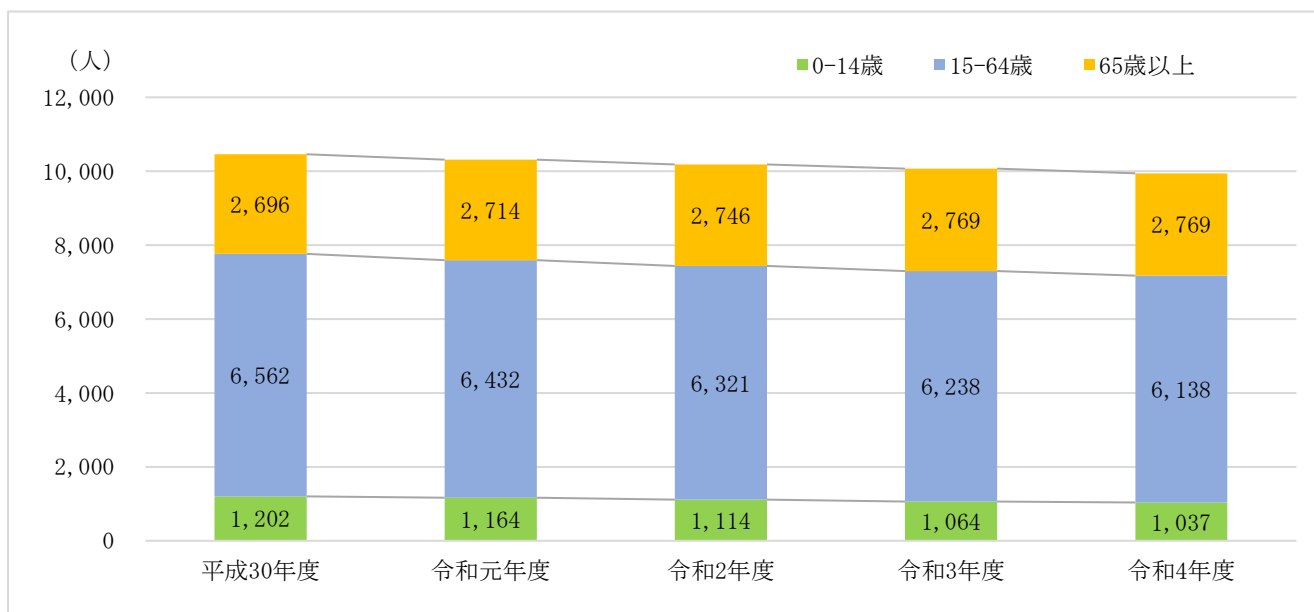


## 2. 現状の整理

### (1) 人口・被保険者の状況

総人口は全体的に減少傾向にある。年齢階層別にみると0～14歳、15～64歳の若年層の減少が著しい。高齢化率は25.8%で県や国と比較して低い。被保険者加入率は17%で、県や国と比較して低い。第1次産業就業者割合は国の約3.3倍である。

図表3 年齢階層別人口構成の推移



資料：住民基本台帳

図表4 村の状況

	人口総数 (人)	高齢化率 (%) (65歳以上)	被保険者数 (人) 加入率 (%)	産業構成率 (%)		
				第1次産業	第2次産業	第3次産業
村	10,153	25.8	1,725 (17.0)	13.0	38.7	48.3
県	1,218,222	33.9	276,251 (22.7)	12.4	20.4	67.2
国	123,214,261	28.7	27,488,882 (22.3)	4.0	25.0	71.0

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4年度累計

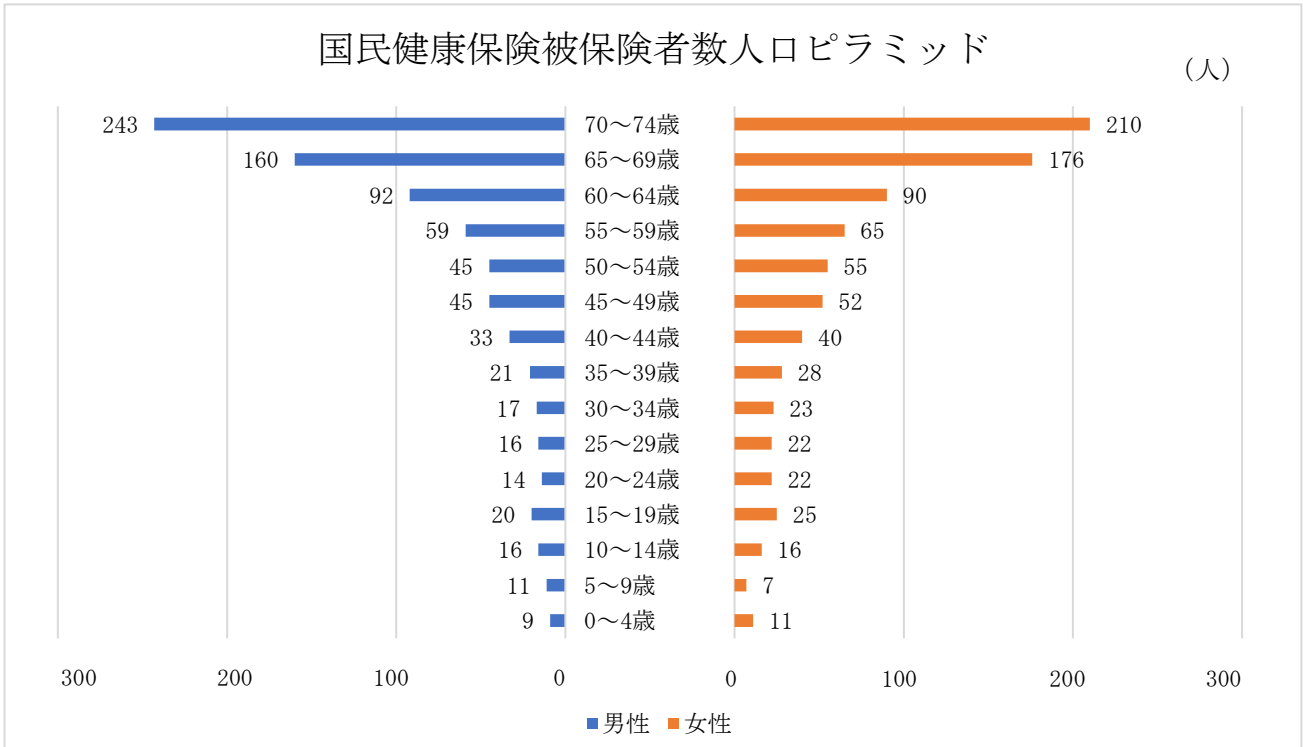
図表5 国民健康保険被保険者の状況と推移

平成30年度から総人口は減少し、被保険者数も同様に減少傾向にある。

	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
総人口 (人)	10,460	10,310	10,181	10,071	9,944
国民健康保険被保険者数 (人)	1,953	1,841	1,766	1,723	1,639
国民健康保険加入率 (%)	18.7	17.9	17.3	17.1	16.5

資料：総人口～住民基本台帳、国民健康保険被保険者数～国民健康保険毎月事業状況報告書

図表 6 国民健康保険被保険者数人口ピラミッド



資料：令和5年度行政区別有資格者数（令和5年10月1日現在）

図表 7 年代階級別人口と被保険者数

年代別	男	被保険者（男）	女	被保険者（女）
0～4歳	165	9	136	11
5～9歳	152	11	168	7
10～14歳	193	16	168	16
15～19歳	227	20	205	25
20～24歳	372	14	206	22
25～29歳	488	16	208	22
30～34歳	399	17	191	23
35～39歳	345	21	239	28
40～44歳	322	33	256	40
45～49歳	384	45	313	52
50～54歳	377	45	280	55
55～59歳	354	59	256	65
60～64歳	320	92	304	90
65～69歳	381	160	321	176
70～74歳	367	243	373	210
計	4,846	801	3,624	842

資料：住民基本台帳、令和5年度行政区別有資格者数（令和5年10月1日現在）

## 第Ⅱ章 現状の分析と課題

### 1. 各種データ等の分析結果

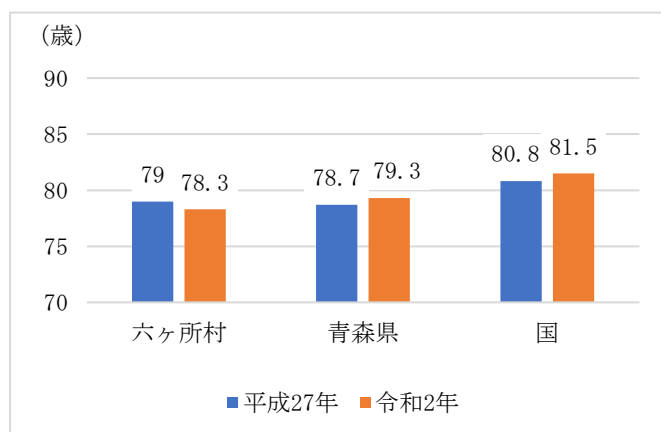
#### (1) 平均寿命・標準化死亡比等

##### ①平均寿命・平均自立期間

令和2年度の平均寿命では、男女とも国より、男性で2.6歳、女性で1.8歳短い。

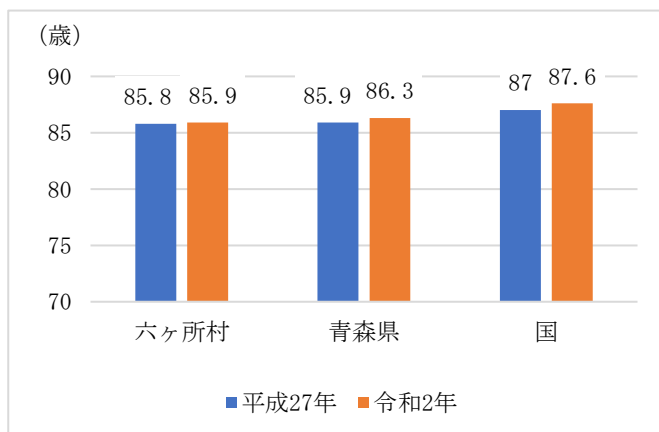
令和4年度の健康寿命を見る平均自立期間では、国より男性で4.0歳、女性で0.7歳短い。

図表8 平均寿命(男)



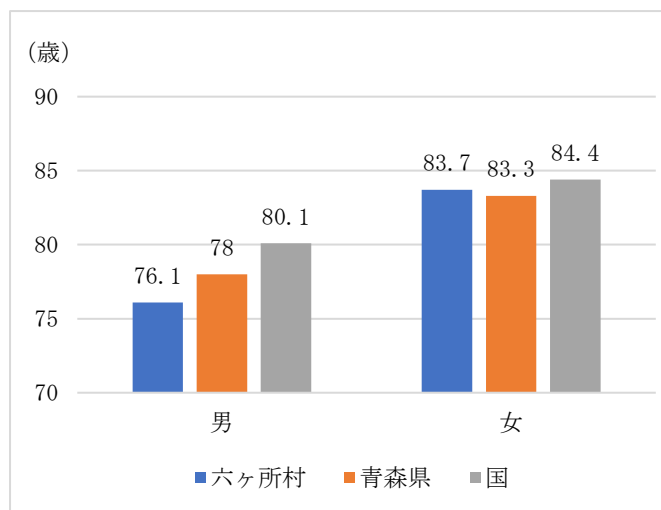
資料：令和2年青森県市町村生命表概況

図表9 平均寿命(女)



資料：令和2年青森県市町村生命表概況

図表10 平均自立期間(要介護2以上)



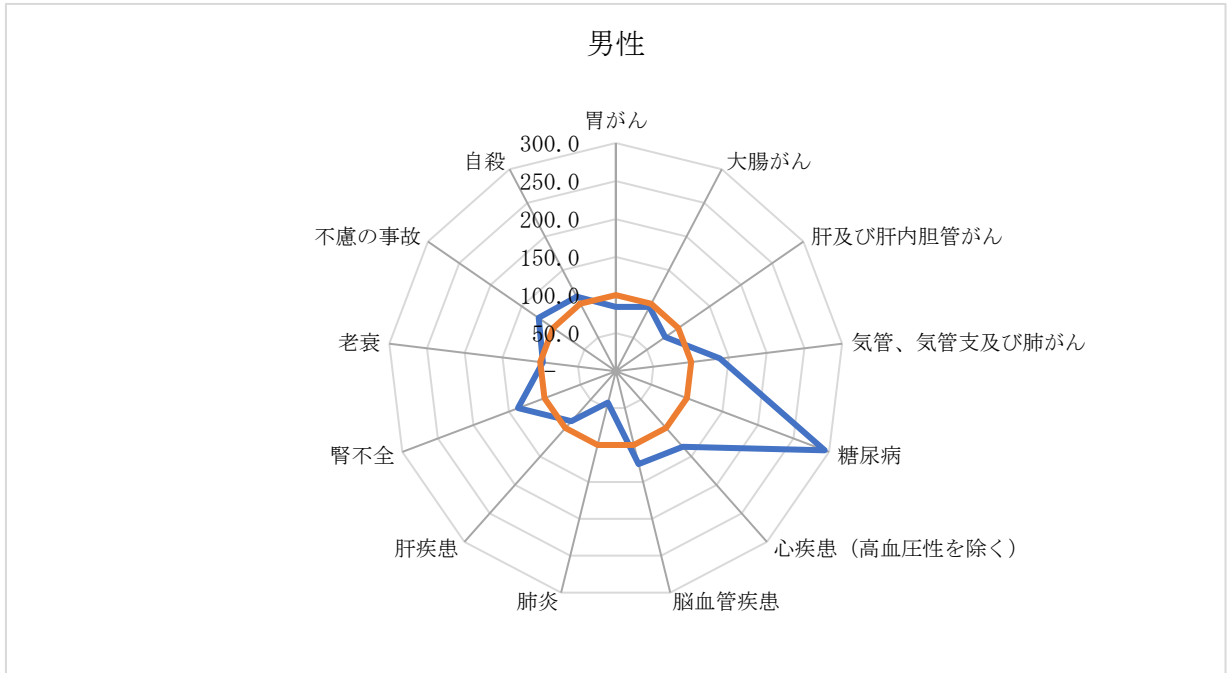
資料：KDB「地域の全体像の把握」(令和4年度累計)

※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいて「日常生活動作が自立している期間の平均」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」と定義して算出している。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが平均自立期間である）

②標準化死亡比

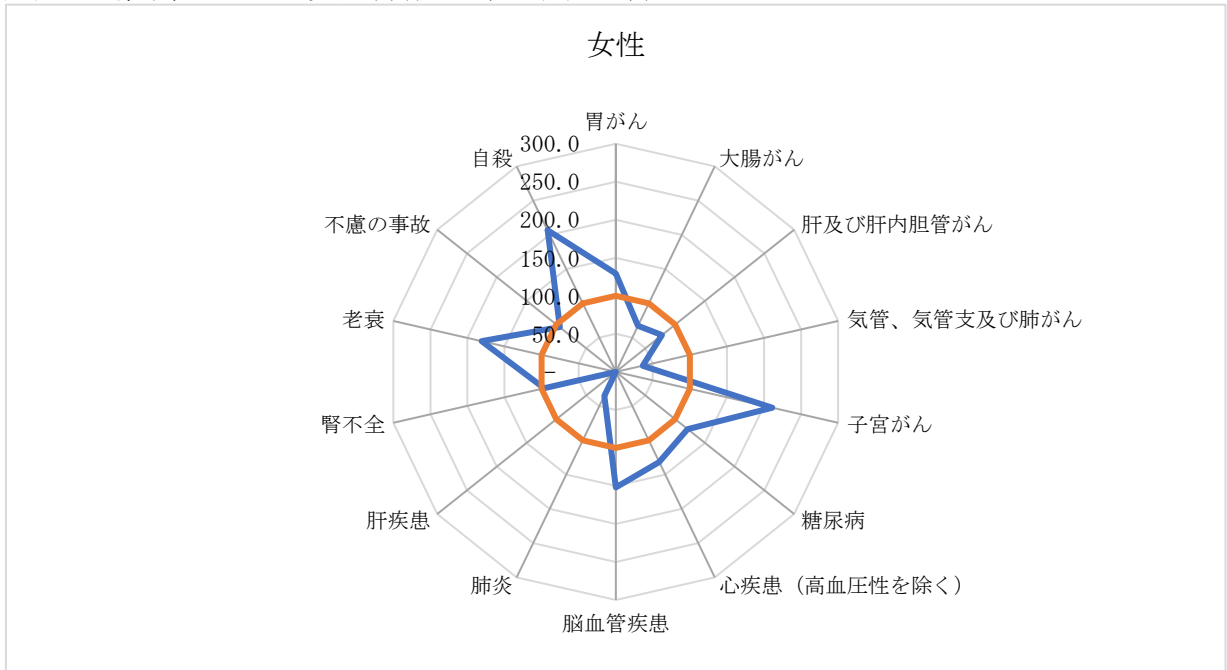
男女とも、糖尿病、脳血管疾患、心疾患、自殺が国平均より高い。加えて男性では、気管、気管支及び肺がん、腎不全、不慮の事故が国より高い。女性では胃がん、子宮がん、老衰が国より高い。

図表 11 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 12 標準化死亡比—女性(平成 29 年～令和 3 年)

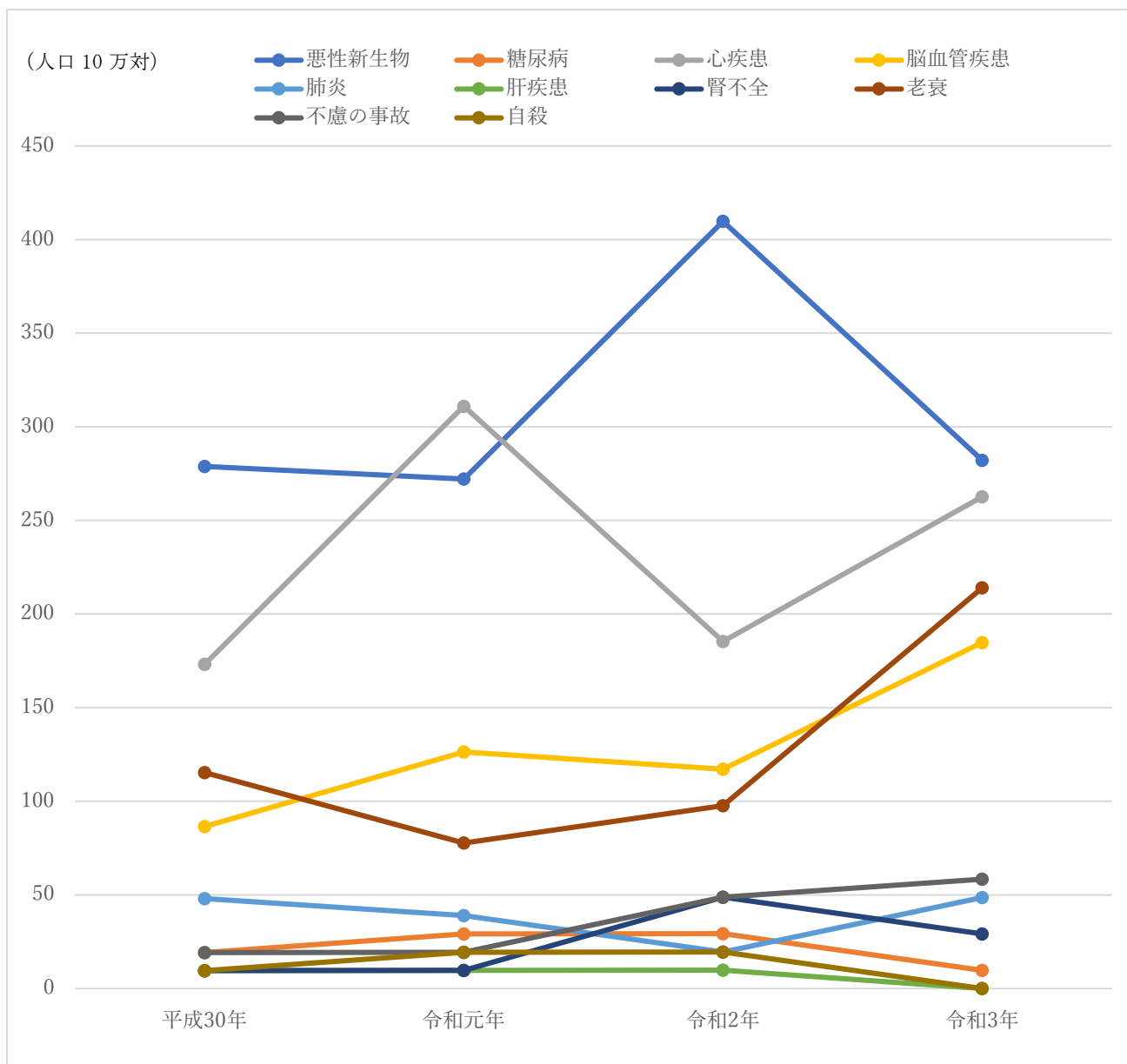


資料：青森県保健統計年報（令和 3 年度）

### ③主要死因別死亡割合

死因1位は悪性新生物（がん）、2位は心疾患となっている。

図表 13 主要死因別死亡割合



	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
平成 30 年	278.8	19.2	173.1	86.5	48.1	9.6	9.6	115.4	19.2	9.6
令和元年	272.1	29.2	311	126.3	38.9	9.7	9.7	77.7	19.4	19.4
令和 2 年	409.7	29.3	185.3	117.1	19.5	9.8	48.8	97.6	48.8	19.5
令和 3 年	282.1	9.7	262.6	184.8	48.6	0	29.2	214	58.4	48.6

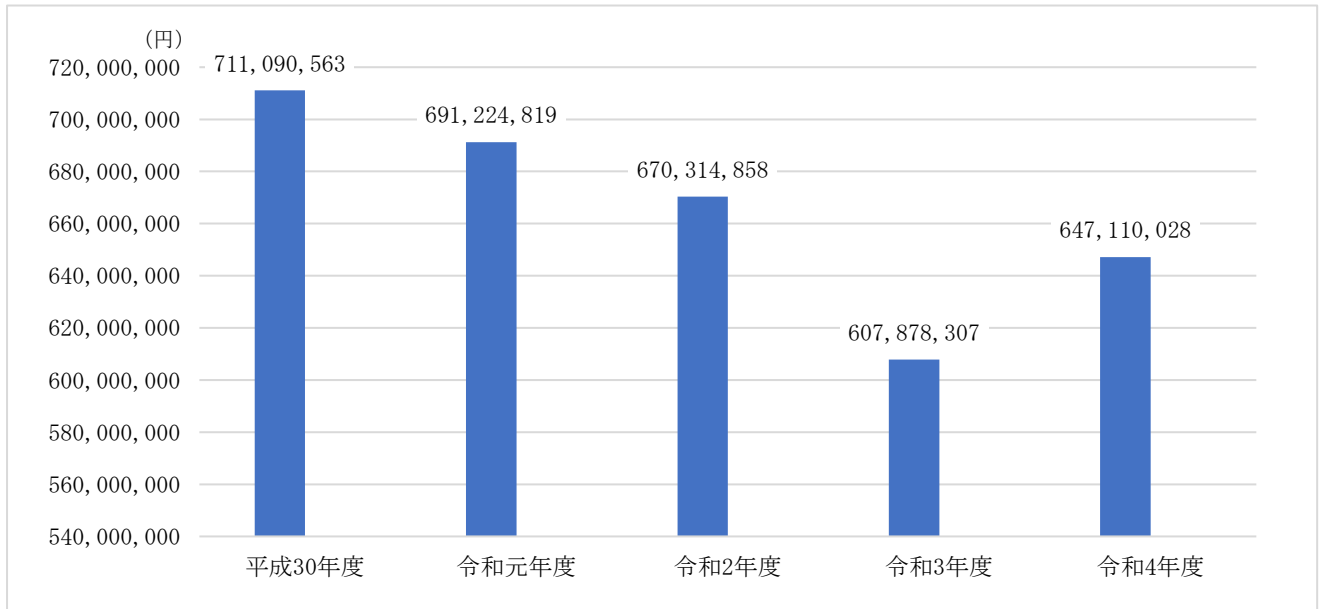
資料：青森県保健統計年報（平成 30 年～令和 3 年）

## (2) 医療費の分析

### ①総医療費

新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響で、医療費が減少していましたが、令和4年度は増加している。

図表 14 総医療費の推移

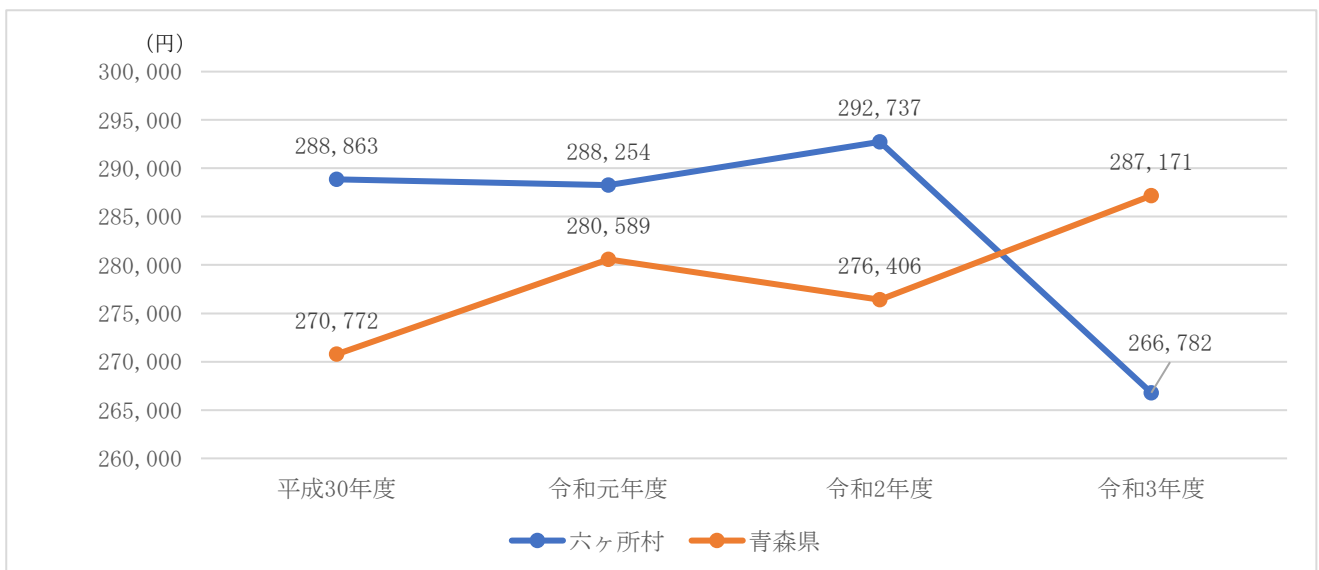


資料：国民健康保険事業状況報告書（事業年報）C表（平成30年度から令和4年度）

### ②1人当たり医療費

1人当たりの医療費は令和3年度に減少した。

図表 15 1人当たり医療費の推移

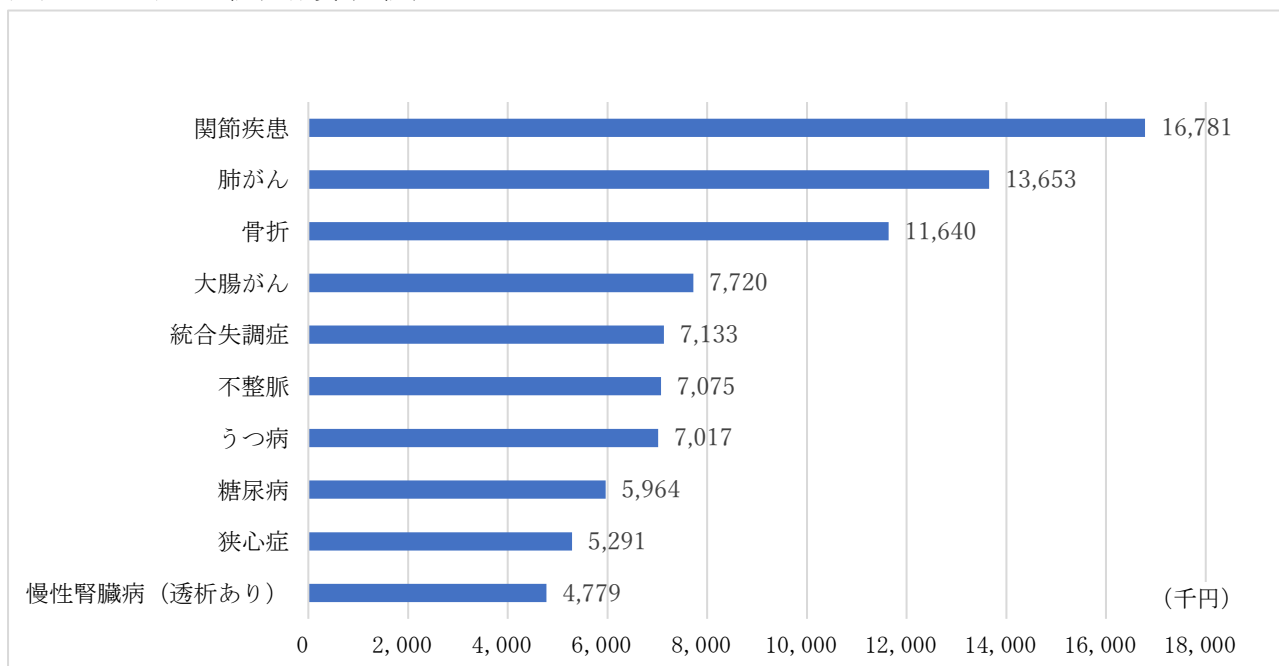


資料：国民健康保険図鑑 ※医療費には、入院、入院外、歯科を含む

### ③疾病別医療費分析

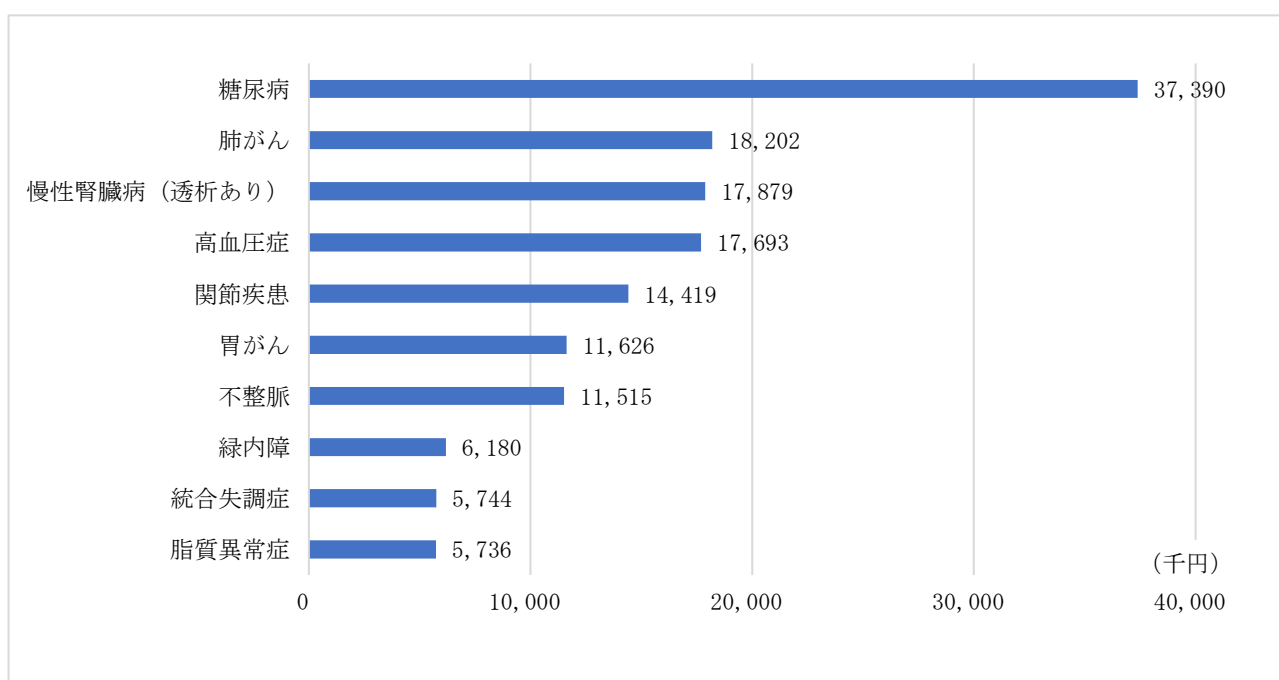
入院医療費の上位は関節疾患、肺がん、骨折となっている。外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで肺がん、慢性腎臓病（透析あり）の順となっている。令和4年度の医療費は、高血圧、脂質異常症は減少したが、糖尿病は増加した。

図表 16 疾病別入院医療費(入院)



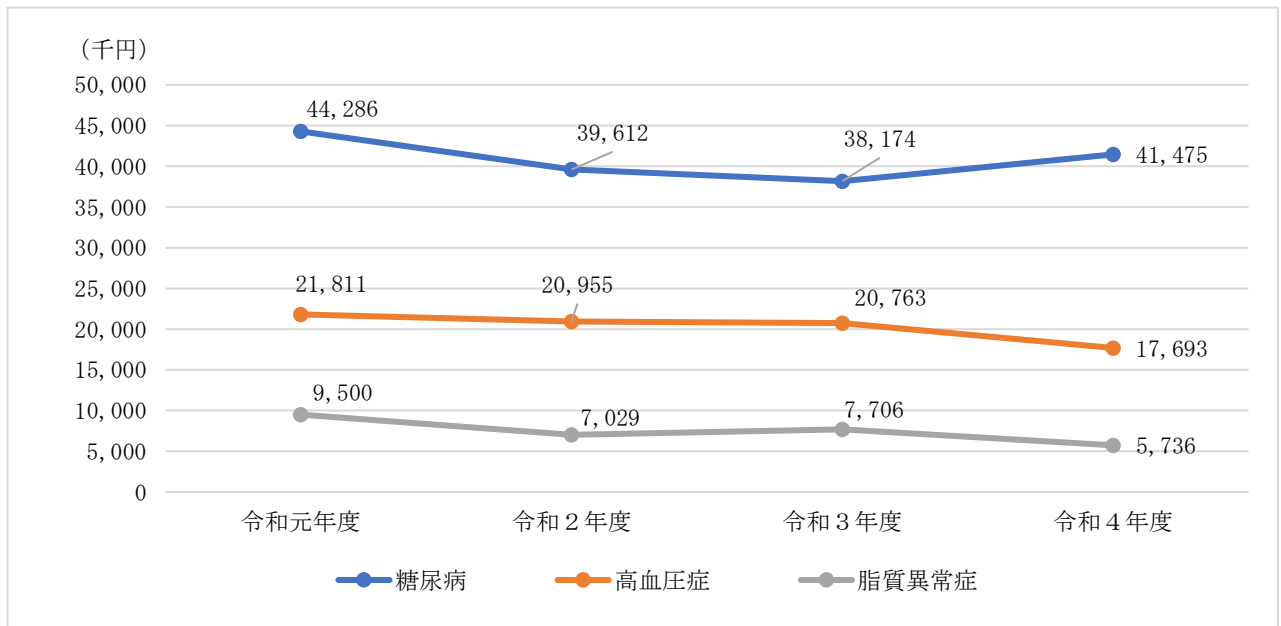
資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和4年度）

図表 17 疾病別外来医療費(外来)



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」（令和4年度）

図表 18 主要生活習慣病の医療費割合の推移



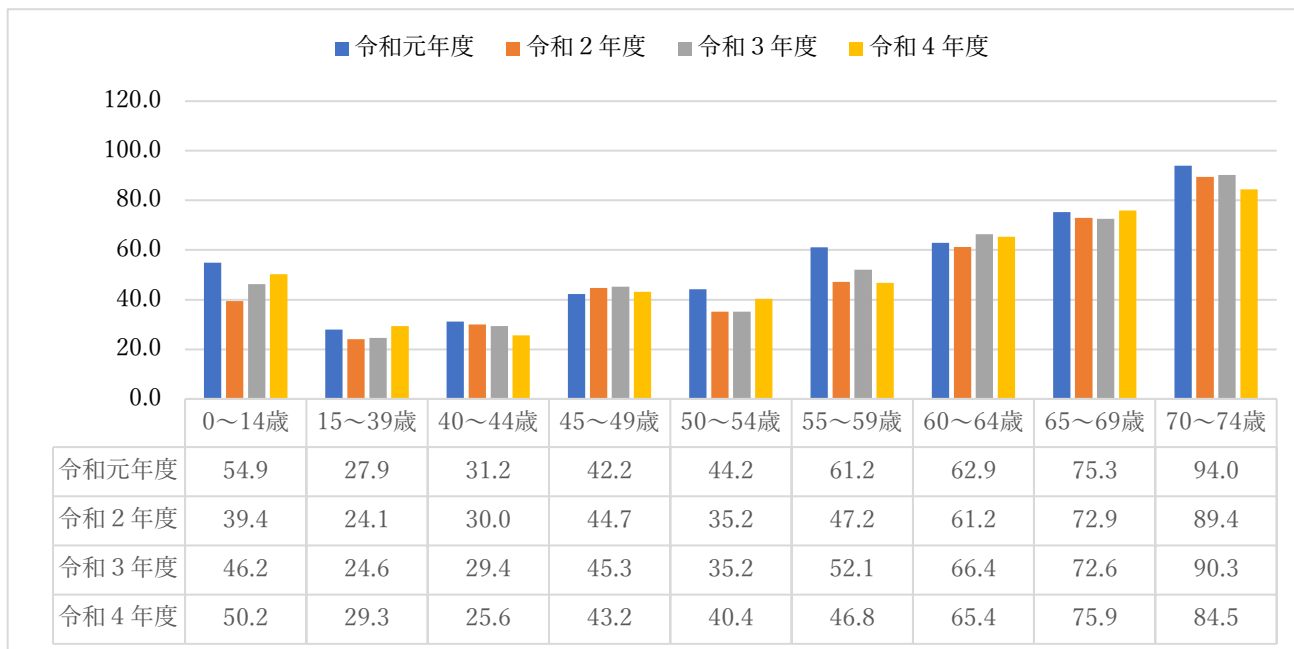
資料：KDB「疾病別医療費分析」（令和元年度から令和4年度）



#### ④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。男女別では女性の受診率が男性よりやや高い。

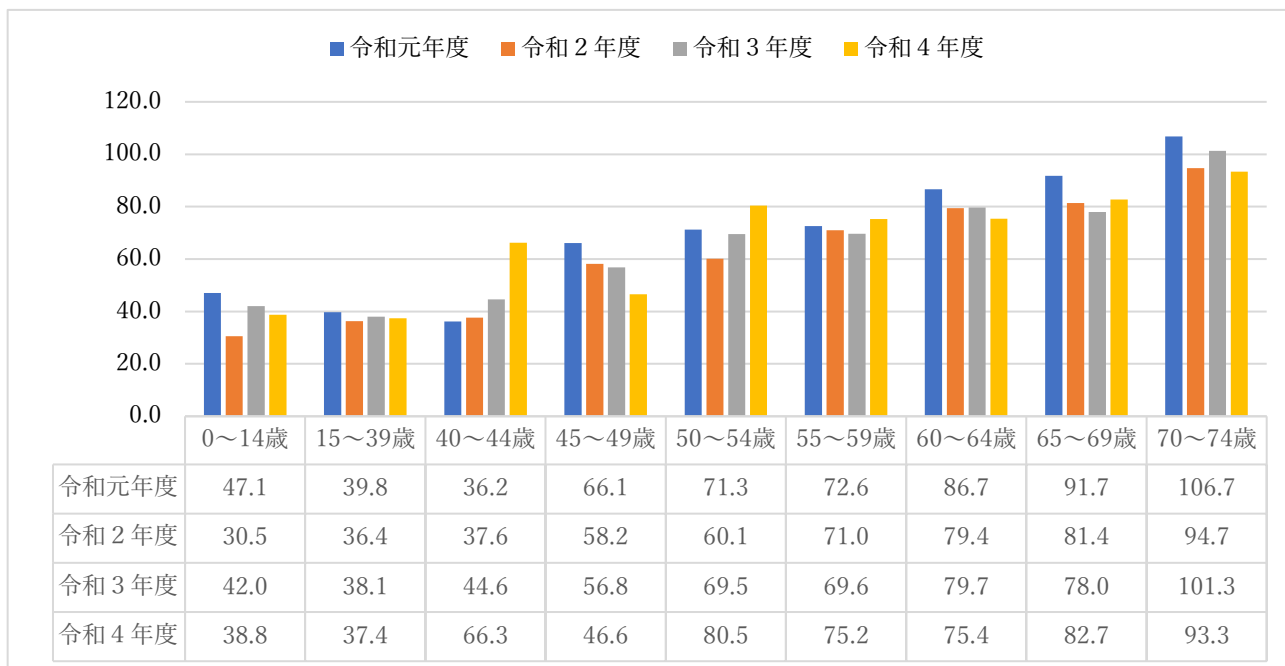
図表 19 年齢階層別受診率(男性)



資料：KDB「医療費分析の経年変化」

※受診率（レセプト数/被保険者数）×100 で算出

図表 20 年齢階層別受診率(女性)



資料：KDB「医療費分析の経年変化」

※受診率（レセプト数/被保険者数）×100 で算出

⑤生活習慣病の患者数

令和2年度に患者割合は減少したが、令和3年度からは右肩上がりが増えてきている。糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患の患者割合が増加傾向にある。

図表 21 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

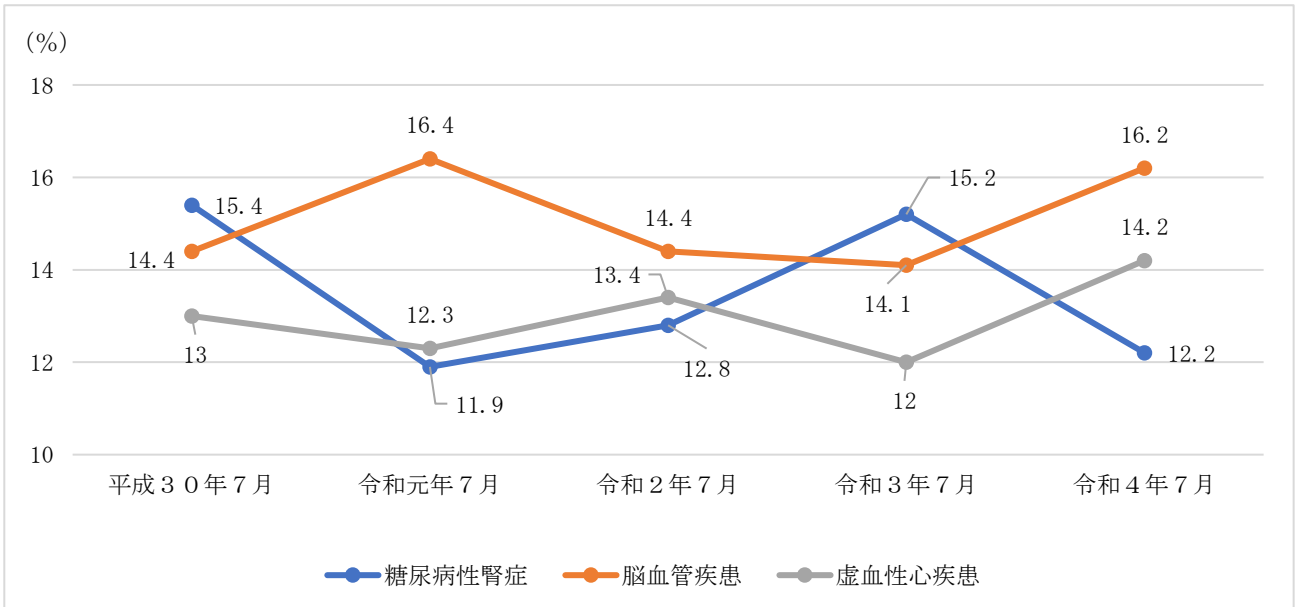
		平成30年7月		令和元年7月		令和2年7月		令和3年7月		令和4年7月	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
糖尿病	男性	112	10.2	124	12.1	103	10.7	95	10.4	109	12.3
	女性	96	9.8	95	10.2	84	9.4	89	10.1	88	10.4
	計	208	10.0	219	11.2	187	10.1	184	10.2	197	11.4
高血圧	男性	227	20.6	228	22.2	172	17.9	167	18.2	174	19.7
	女性	200	20.4	191	20.6	157	17.6	182	20.7	178	21.0
	計	427	20.5	419	21.4	329	17.8	349	19.4	352	20.3
脂質異常症	男性	107	9.7	115	11.2	86	9.0	99	10.8	97	11.0
	女性	154	15.7	138	14.9	118	13.3	138	15.7	140	16.5
	計	261	12.5	253	12.9	204	11.0	237	13.2	237	13.7
虚血性心疾患	男性	40	3.6	38	3.7	22	2.3	25	2.7	30	3.4
	女性	32	3.3	28	3.0	26	2.9	29	3.3	33	3.9
	計	72	3.5	66	3.4	48	2.6	54	3.0	63	3.6
脳血管疾患	男性	39	3.5	51	5.0	33	3.4	45	4.9	42	4.8
	女性	38	3.9	33	3.6	32	3.6	31	3.5	36	4.3
	計	77	3.7	84	4.3	65	3.5	76	4.2	78	4.5
人工透析	男性	5	0.5	5	0.5	4	0.4	3	0.3	3	0.3
	女性	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	4	0.5
	計	7	0.3	7	0.4	6	0.3	5	0.3	7	0.4

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」（平成30年度～令和4年度）

⑥生活習慣病の重症化状況

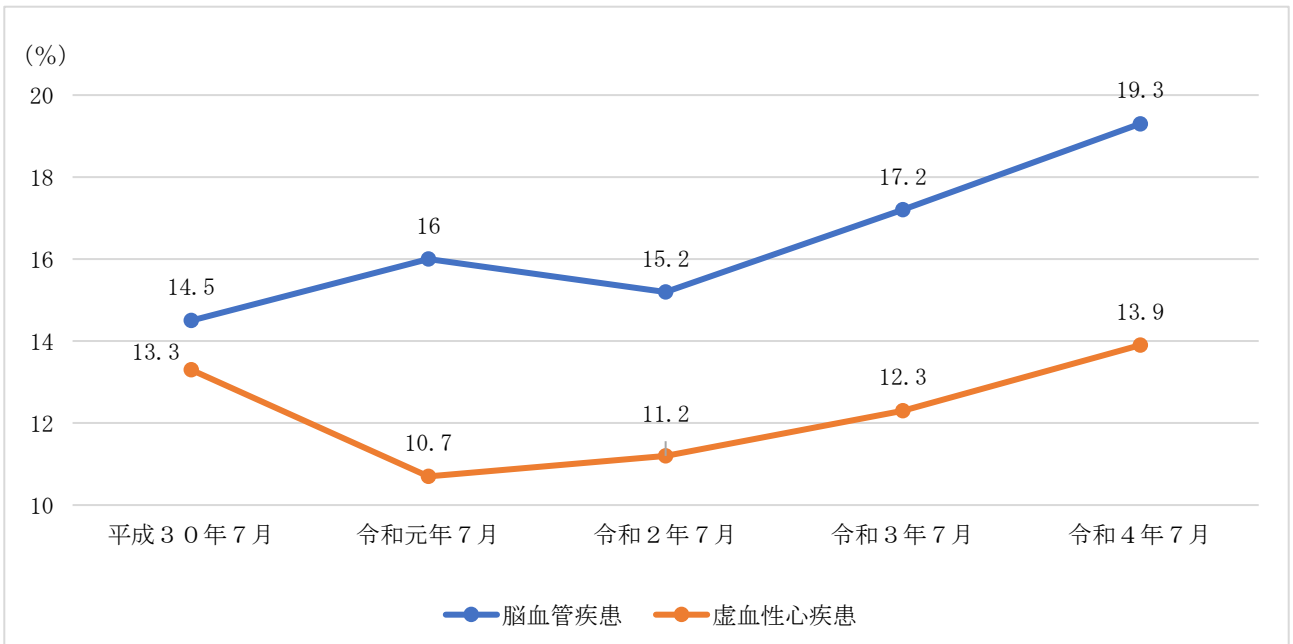
糖尿病患者のうち糖尿病性腎症、脳血管疾患、心疾患にかかっている者の割合は約 11～16%で推移し、令和 4 年は脳血管疾患、虚血性心疾患患者の割合が高くなっている。また、高血圧症のうち約 10～19%が脳血管疾患、虚血性心疾患にかかっており、令和 4 年の割合はここ 5 年で一番高くなっている。

図表 22 糖尿病の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-2」(平成 30 年度～令和 4 年度)

図表 23 高血圧の重症化状況



資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」(平成 30 年度～令和 4 年度)

図表 24 糖尿病の重症化状況

		平成 30 年 7 月		令和元年 7 月		令和 2 年 7 月		令和 3 年 7 月		令和 4 年 7 月	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
糖尿病	男性	112	10.2	124	12.1	103	10.7	95	10.4	109	12.3
	女性	96	9.8	95	10.2	84	9.4	89	10.1	88	10.4
	計	208	10.0	219	11.2	187	10.1	184	10.2	197	11.4
インスリン療法	男性	15	13.4	12	9.7	13	12.6	9	9.5	8	7.3
	女性	14	14.6	17	17.9	12	14.3	9	10.1	12	13.6
	計	29	13.9	29	13.2	25	13.4	18	9.8	20	10.2
糖尿病性腎症	男性	22	19.6	18	14.5	16	15.5	18	18.9	14	12.8
	女性	10	10.4	8	8.4	8	9.5	10	11.2	10	11.4
	計	32	15.4	26	11.9	24	12.8	28	15.2	24	12.2
糖尿病性網膜症	男性	11	9.8	14	11.3	8	7.8	10	10.5	6	5.5
	女性	7	7.3	11	11.6	11	13.1	16	18.0	15	17.0
	計	18	8.7	25	11.4	19	10.2	26	14.1	21	10.7
糖尿病性神経障害	男性	7	6.3	5	4.0	6	5.8	4	4.2	3	2.8
	女性	6	6.3	4	4.2	3	3.6	3	3.4	2	2.3
	計	13	6.3	9	4.1	9	4.8	7	3.8	5	2.5
脳血管疾患	男性	18	16.1	24	19.4	16	15.5	19	20.0	20	18.3
	女性	12	12.5	12	12.6	11	13.1	7	7.9	12	13.6
	計	30	14.4	36	16.4	27	14.4	26	14.1	32	16.2
虚血性心疾患	男性	18	16.1	17	13.7	15	14.6	12	12.6	16	14.7
	女性	9	9.4	10	10.5	10	11.9	10	11.2	12	13.6
	計	27	13.0	27	12.3	25	13.4	22	12.0	28	14.2
人工透析	男性	3	2.7	3	2.4	3	2.9	2	2.1	2	1.8
	女性	1	1.0	1	1.1	1	1.2	1	1.1	2	2.3
	計	4	1.9	4	1.8	4	2.1	3	1.6	4	2.0

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-2」（平成 30 年度～令和 4 年度）

図表 25 高血圧症の重症化状況

		平成 30 年 7 月		令和元年 7 月		令和 2 年 7 月		令和 3 年 7 月		令和 4 年 7 月	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
高血圧	男性	227	20.6	228	22.2	172	17.9	167	18.2	174	19.7
	女性	200	20.4	191	20.6	157	17.6	182	20.7	178	21.0
	計	427	20.5	419	21.4	329	17.8	349	19.4	352	20.3
脳血管疾患	男性	35	15.4	41	18.0	24	14.0	34	20.4	38	21.8
	女性	27	13.5	26	13.6	26	16.6	26	14.3	30	16.9
	計	62	14.5	67	16.0	50	15.2	60	17.2	68	19.3
虚血性心疾患	男性	37	16.3	31	13.6	16	9.3	18	10.8	24	13.8
	女性	20	10.0	14	7.3	21	13.4	25	13.7	25	14.0
	計	57	13.3	45	10.7	37	11.2	43	12.3	49	13.9
人工透析	男性	4	1.8	4	1.8	3	1.7	2	1.2	3	1.7
	女性	2	1.0	2	1.0	2	1.3	1	0.5	4	2.2
	計	6	1.4	6	1.4	5	1.5	3	0.9	7	2.0

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-3」（平成 30 年度～令和 4 年度）

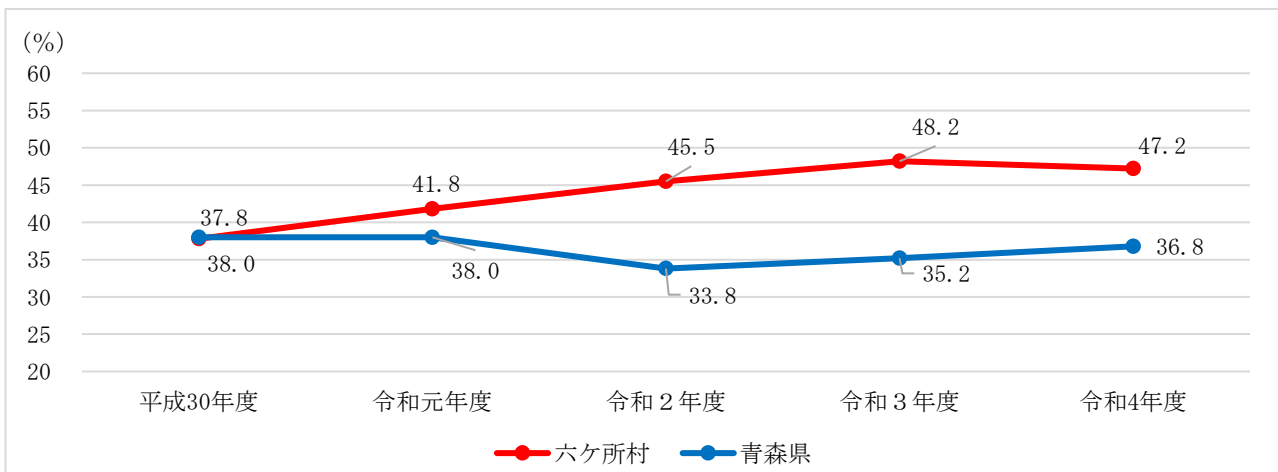
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健康診査受診率

本村の特定健康診査受診率は、年々増加しており、平成 30 年度から県平均を上回っている。

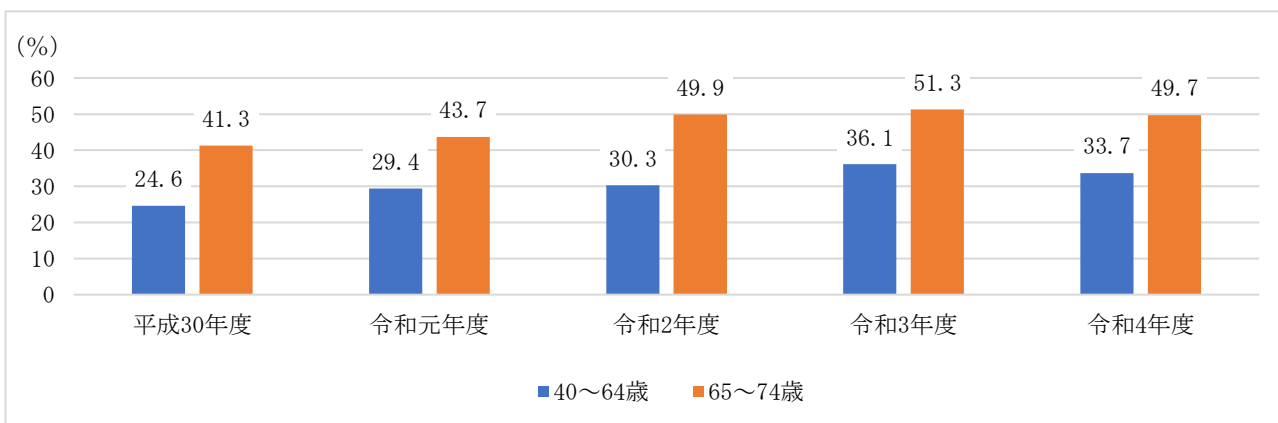
年齢階層別では、若年層（40～64 歳）の受診率が低く、男女別では女性の受診率が高い。

図表 26 特定健康診査受診率の推移



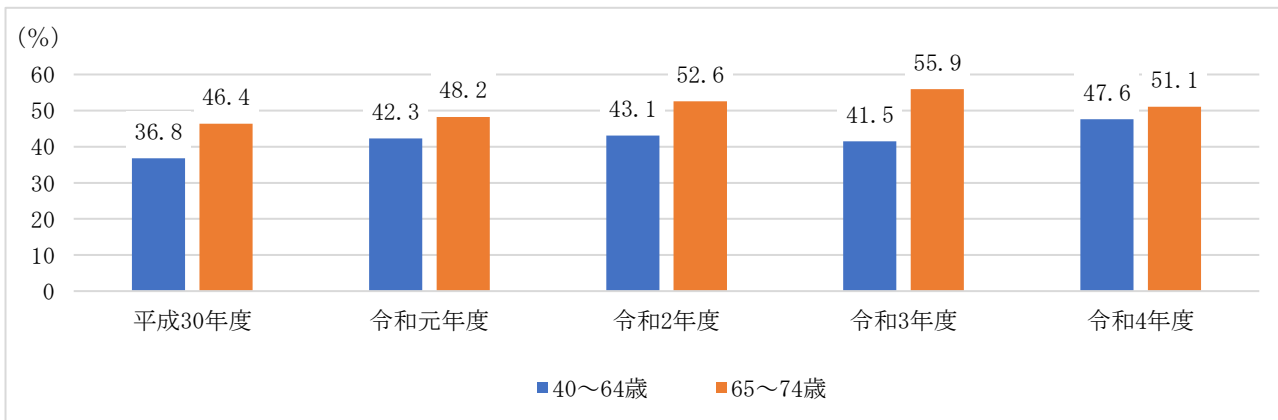
資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況（平成 30 年度～令和 4 年度）

図表 27 年齢階層別特定健診受診率(男性)



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（平成 30 年度～令和 4 年度）

図表 28 年齢階層別特定健診受診率(女性)

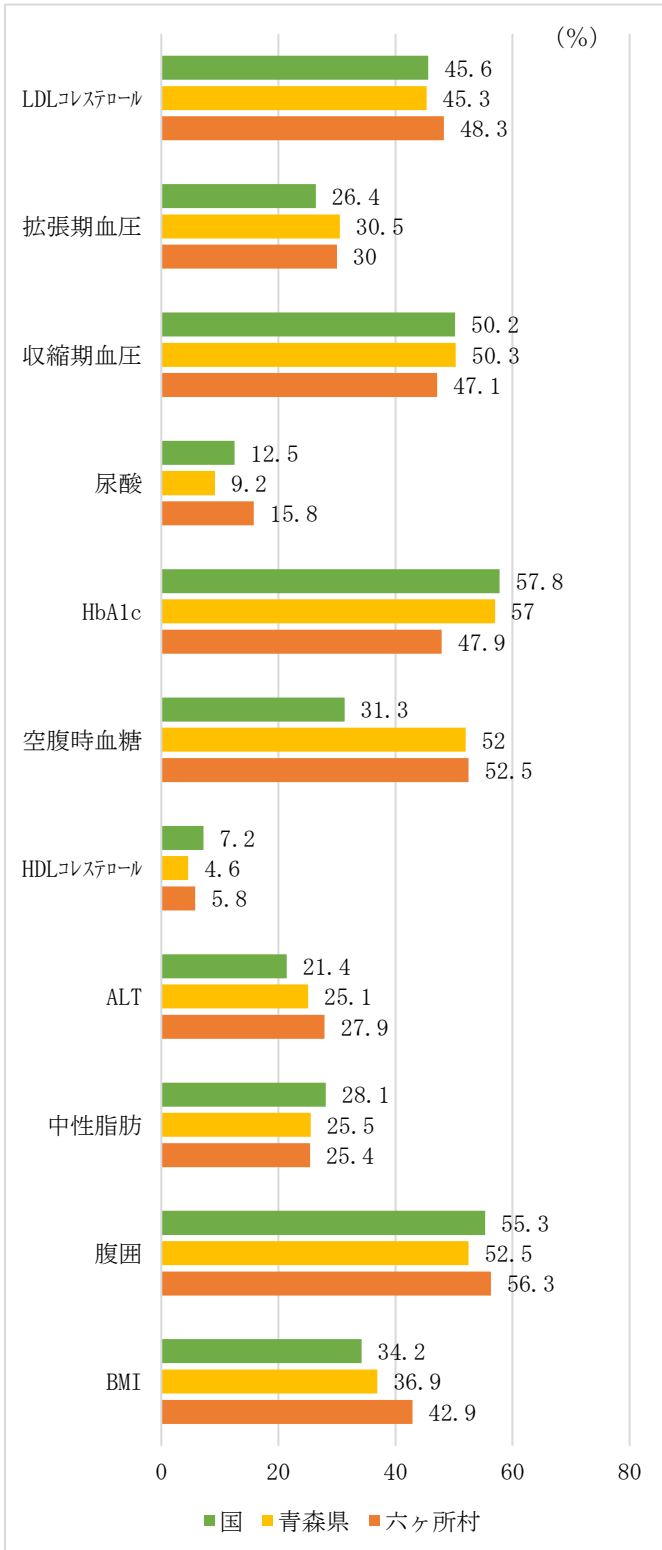


資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（平成 30 年度～令和 4 年度）

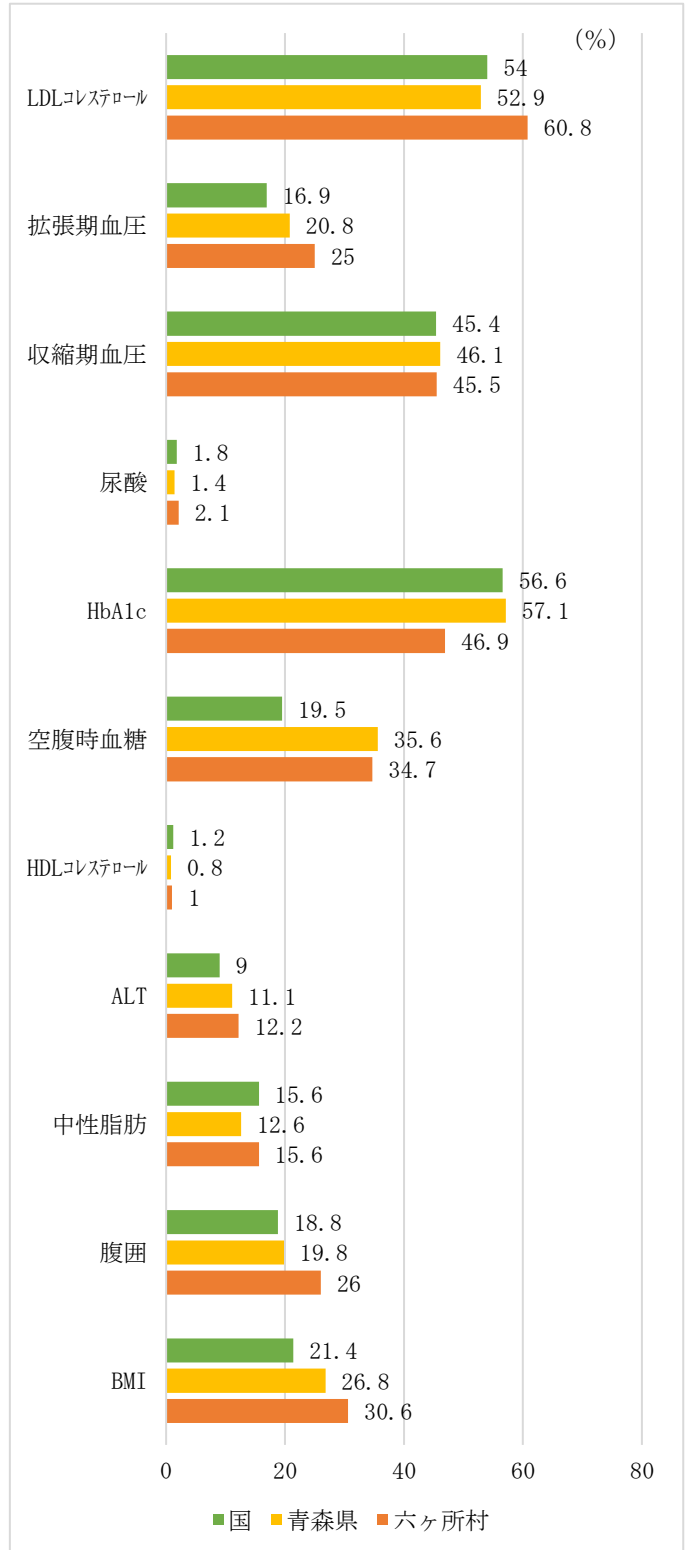
②健診有所見者割合

男女共通してLDLコレステロール、ALT、腹囲、BMIの割合が、国や県と比較して高い。

図表 29 健診有所見者割合(男性)



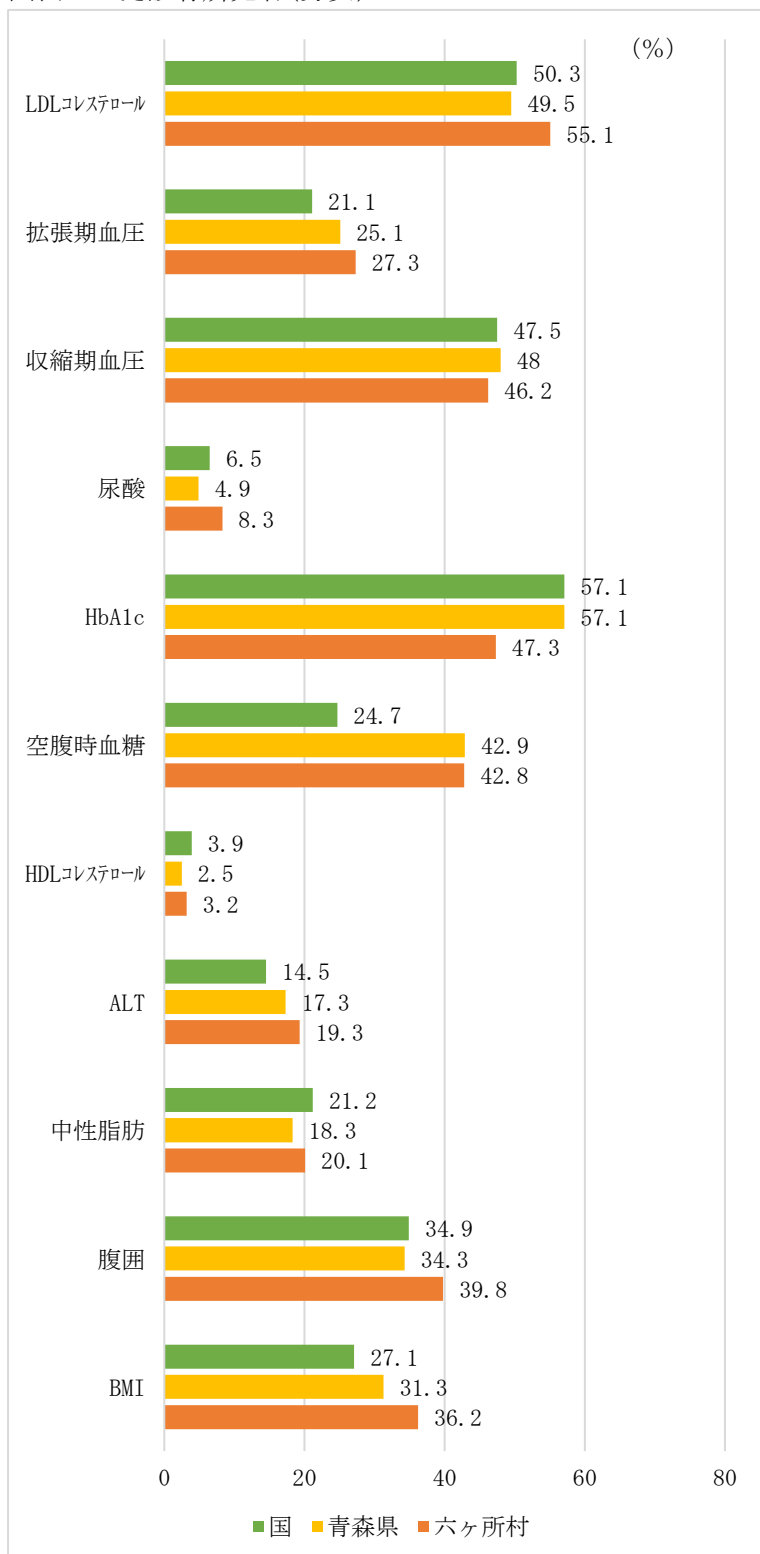
図表 30 健診有所見者割合(女性)



資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」(令和4年度)

資料：KDB「厚生労働省様式 様式5-2」(令和4年度)

図表 31 健診有所見者(男女)



※特定健康診査受診勧奨判定値

BMI：25 以上

腹囲：男性 85 cm以上、女性 90 cm以上

収縮期血圧：130 以上

拡張期血圧：85 以上

中性脂肪：150 以上

LDL-C：120 以上

HDL-C：40 未満

空腹時血糖：100 以上

HbA1c：5.6 以上

尿酸：7.0 以上

ALT：31 以上

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」(令和 4 年度)



③健診有所見者の状況

ア、BMI

前期高齢者（65～74歳）の特定健康診査受診者のうち、低栄養が疑われるBMI20kg/m<sup>2</sup>以下の割合が14.1%となっている。また、該当者の割合は年々高くなっている。

図表 32 BMI20 以下の者の状況

	男女計
前期高齢者のうち、BMI が 20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合	14.1 %
BMI が 20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の数	48 人
前期高齢者の特定健康診査受診者のうち当該データがある者の数	340 人

資料：特定健康診査結果集計（令和4年度）

図表 33 前期高齢者のうち、BMI が 20kg/m<sup>2</sup>以下の者の割合の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
BMI が 20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合	12.7%	13.8%	13.8%	14.1%

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

イ、糖尿病

糖尿病治療中の者55名中HbA1cが8.0以上の者は5名、糖尿病未治療者HbA1c（6.5以上）は8名となっている。

図表 34 糖尿病治療の有無とHbA1c6.5以上の者の状況

単位：人

	6.5～6.9			7.0～7.9			8.0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
40～49歳	0	0	0	1	0	1	0	0	0
50～59歳	3	0	3	2	0	2	1	1	2
60～69歳	8	3	11	9	1	10	2	0	2
70～74歳	18	1	19	9	1	10	2	1	3
計	29	4	33	21	2	23	5	2	7

資料：KDB「健診ツリー図」（令和4年度） 特定健診受診者517名

図表 35 HbA1c8.0以上の者の割合

	男女計
HbA1c8.0以上の者の割合	1.35%
HbA1c8.0以上の者の数	7人
特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	517人

資料：特定健康診査結果集計（令和4年度）

図表 36 HbA1c8.0 以上者の割合の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
HbA1c8.0 以上の者の割合	0.8%	0.9%	2.0%	1.4%

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

ウ、血圧

血圧が保健指導判定値以上の者の割合が 52.7%と高い。

図表 37 血圧が保健指導判定値以上の者の割合

	男女計
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	52.7%
条件（※）を満たす者の数	280 人
特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	531 人

（※）①、②のいずれかを満たす ①収縮期血圧 $\geq$ 130mmHg、②拡張期血圧 $\geq$ 85mmHg

資料：特定健康診査結果集計（令和4年度）

図表 38 血圧が保健指導判定値以上の者の割合の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
保健指導判定値以上の者の割合	45.1%	50.8%	55.4%	52.7%

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

エ、咀嚼

50 歳以上 74 歳以下における咀嚼良好者の割合は 71.6%で、ほぼ横ばいである。

図表 39 咀嚼

	男女計
50 歳以上 74 歳以下における咀嚼良好者の割合	71.6%
標準的な質問票 13 で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者の数	320 人
50 歳以上 74 歳以下の特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	447 人

資料：特定健康診査結果集計（令和4年度）

図表 40 50 歳以上 74 歳以下における咀嚼良好者の割合(男女計)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
咀嚼良好者の割合	72.6%	71.2%	73.7%	71.6%

※咀嚼良好者とは、標準的な質問で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

オ、運動習慣

運動習慣のある者の割合は、約3割にとどまっている。

図表 41 運動習慣のある者

	男女計
運動習慣のある者の割合	34.2%
標準的な質問票 10 で「①はい」と回答した者の数	169 人
特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	494 人

※質問票 10 で「はい」とは、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」と回答したことである

資料：特定健康診査結果集計（令和4年度）

図表 42 運動習慣のある者の割合の推移

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
運動習慣のある者の割合	30.5%	32.7%	34.8%	34.2%

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

④生活習慣（質問票）

平成30年度と令和4年度との比較では、運動不足（1回30分以上の運動なし、1日1時間以上の運動なし、歩行速度）、早食いの割合が2ポイント以上減少している。また、県や国に比べ、睡眠不足、3合以上の飲酒、3食以外の間食、就寝前の夕食、早食い、歩行速度、運動不足、喫煙の割合が高い。

図表 43 質問票

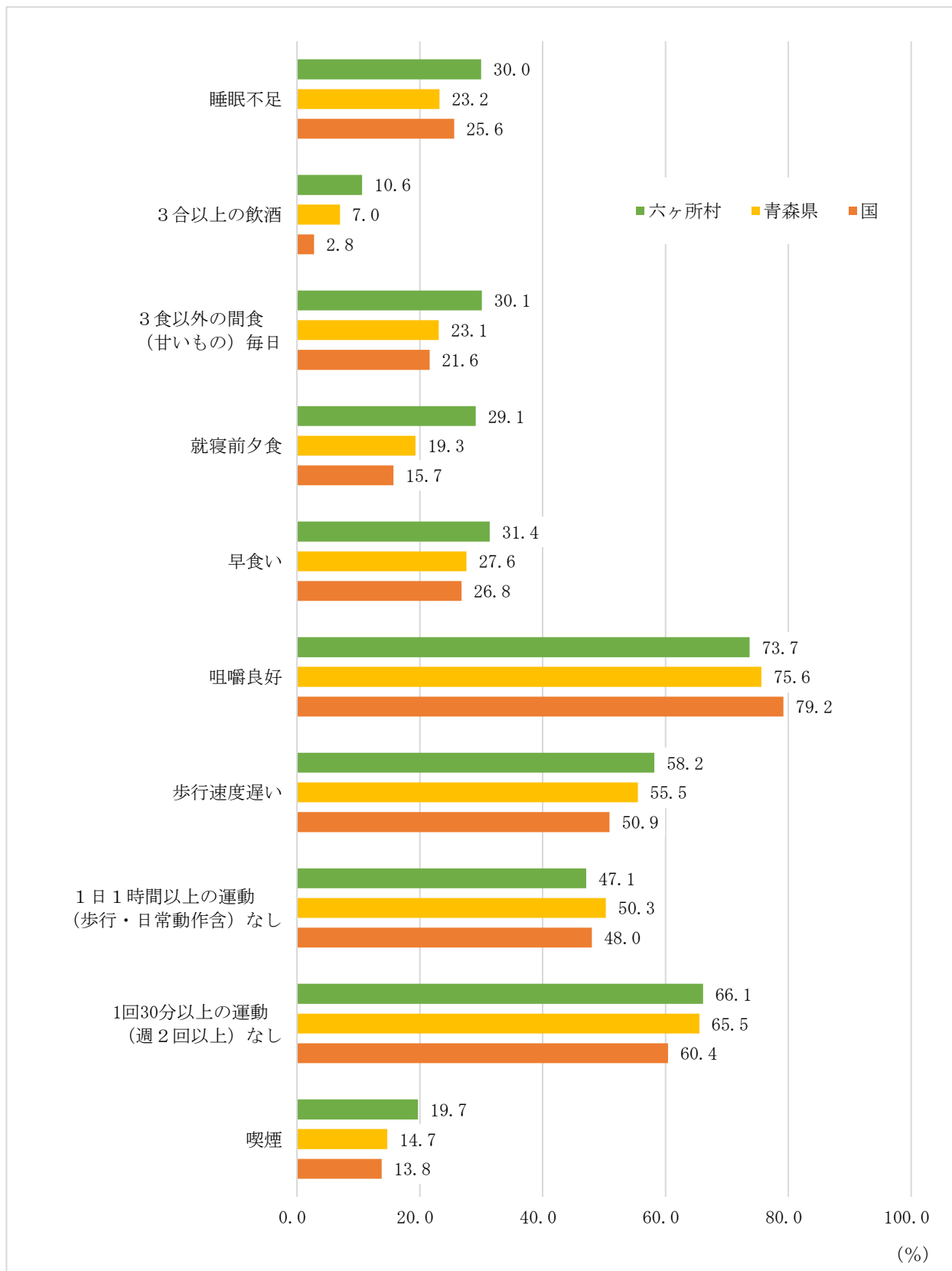
単位：%

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	増減
喫煙	16.6	19.4	19.1	18.6	19.7	3.1
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	70.4	69.5	67.3	65.2	66.1	△4.3
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	52.7	46.0	49.1	39.0	47.1	△5.6
歩行速度遅い	60.5	58.8	61.5	58.3	58.2	△2.3
咀嚼良好		74.2	72.9	74.8	73.7	△0.5
早食い	33.5	34.8	32.7	32.7	31.4	△2.1
就寝前夕食	26.6	26.0	33.1	28.9	29.1	2.5
3食以外の間食（甘いもの）毎日		30.2	30.1	27.3	30.1	△0.1
3合以上の飲酒	11.4	11.1	11.3	10.8	10.6	△0.8
睡眠不足	28.6	27.8	28.9	30.6	30.0	1.4

資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成30年度～令和4年度）

※増減は令和4年度－平成30年度、ただし咀嚼、3食以外の間食については、令和4年度－令和元年度の差

図表 44 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 30 年度から令和 4 年度までの該当者・予備群割合は県平均に比べ、ほぼ高くなっている。

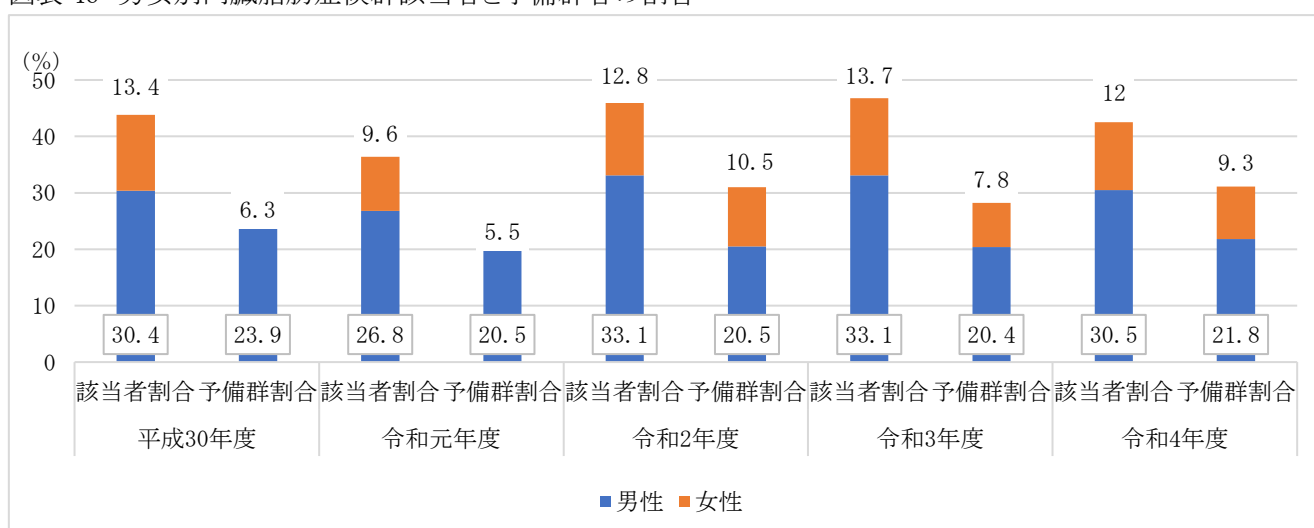
男女別内臓脂肪症候群該当者割合、予備群割合ともに男性の方が女性に比べ高くなっている。

図表 45 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

	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	
	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群	該当者	予備群
六ヶ所村	19.2%	14.2%	17.4%	12.3%	22.2%	15.3%	22.8%	13.7%	20.4%	15.0%
青森県	18.3%	10.9%	19.1%	11%	20.6%	11.2%	20.6%	11.2%	20.8%	10.8%

資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況（平成 30 年度～令和 4 年度）

図表 46 男女別内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

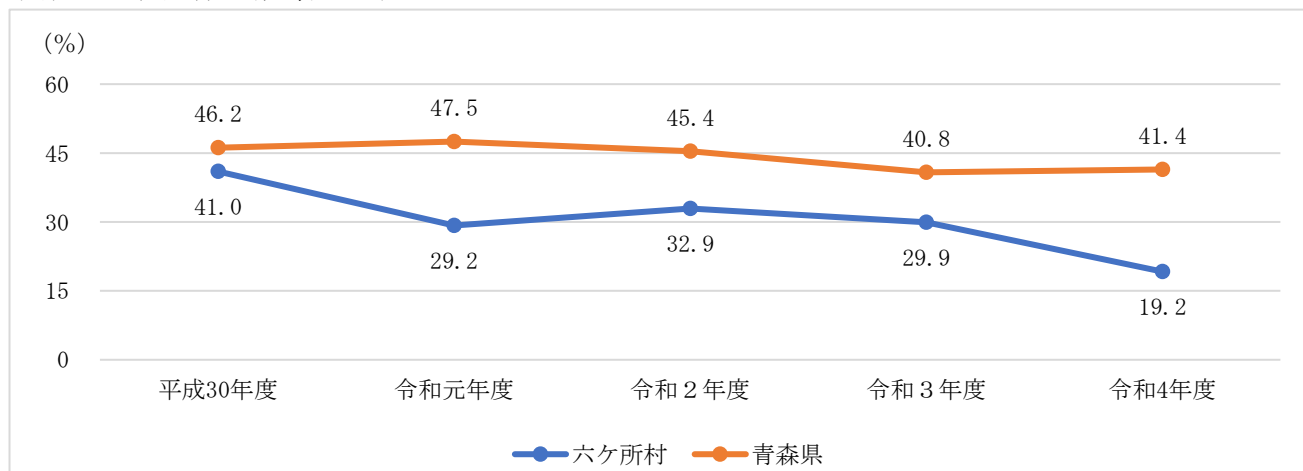


資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況（平成 30 年度～令和 4 年度）

### ⑥特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は、平成30年度の41.0%をピークに減少傾向にある。

図表 47 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

図表 48 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者の減少率	24.1%	31.3%	29.2%	18.2%

資料：特定健康診査結果集計（令和元年度から令和4年度）

図表 49 前年度の特定保健指導利用者のうち、今年度は対象ではなくなった者の割合

	総計				男				女			
	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④
令和元年度	73	29	7	24.1	45	15	3	20	28	14	4	28.6
令和2年度	63	16	5	31.3	36	10	3	30	27	6	2	33.3
令和3年度	68	24	7	29.2	43	12	1	8.3	25	12	6	50
令和4年度	72	22	4	18.2	49	14	2	14.3	23	8	2	25

資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況

※前年度の特定保健指導利用者のうち、今年度は対象ではなくなった者の割合

- ①前年度特定保健指導対象者数（人）
- ②前年度特定保健指導利用者数（人）
- ③ ②のうち、今年度非対象者数（人）
- ④特定保健指導による対象者の減少率  $\text{③} \div \text{②} \times 100$ （%）

(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4.5%、一方、未受診者は15.3%である。  
また、1人当たりの医療費では健診未受診者は健診受診者の約6倍となっている。

図表 50 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費

		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)	477	51
	健診対象者に占める割合 (%)	41.8	4.5
	うち生活習慣病あり (人)	330	/
	受診者に占める割合 (%)	69.2	
健診受診なし	未受診者数 (人)	438	175
	健診対象者に占める割合 (%)	38.4	15.3
	うち生活習慣病あり (人)	303	/
	未受診者に占める割合 (%)	69.2	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」（令和4年度）

図表 51 健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たりの医療費

単位:円

入院+外来	健診受診者			健診未受診者		
	六ヶ所村	青森県	国	六ヶ所村	青森県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額/ 健診対象者数	2,128	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	/	/	/	12,334	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)	6,938	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)	/	/	/	40,220	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」（令和4年度）

②受診勧奨者医療機関受診率・非受診率、未治療者率

令和4年度は県平均に比べ、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る。

図表 52 受診勧奨者医療機関受診率・非受診率、未治療者率

	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	
	六ヶ所村	青森県	六ヶ所村	青森県	六ヶ所村	青森県	六ヶ所村	青森県	六ヶ所村	青森県
受診勧奨者 医療機関受診率	59.2%	52.8%	56.6%	52.2%	57.9%	54.4%	59.1%	54.4%	56.8%	53.9%
受診勧奨者 医療機関非受診率	2.2%	3.8%	3.0%	3.9%	5.3%	4.3%	5.8%	4.4%	6.6%	4.4%
未治療者率	3.0%	5.0%	3.6%	5.3%	5.7%	5.2%	6.4%	5.4%	6.6%	3.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成30年度～令和4年度）

受診勧奨者医療機関受診率：精密検査を受診した者の割合

受診勧奨者医療機関非受診率：精密検査が必要と結果がきても、医療機関を受診しない者の割合

未治療者率：精密検査が必要と結果がきてから半年以内に受診していない者の割合



(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平均より高くなっている。

図表 53 1件当たりの介護給付費

単位:円

	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
六ヶ所村	83,244	83,737	86,168	82,389	77,137
青森県	70,658	71,639	73,195	72,901	72,200
国	61,384	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成 30 年度～令和 4 年度）

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 54 介護認定率(1号認定率)

	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
六ヶ所村	22.3%	22.7%	22.6%	22.4%	19.9%
青森県	19.2%	19.3%	19.4%	19.6%	18.5%
国	19.2%	19.6%	20.3%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成 30 年度～令和 4 年度）

③要介護者有病状況

要介護者の有病状況は、1号、2号ともに心臓病が1位であり、脳疾患及び糖尿病が1号・2号認定者において5位以内となっている。

図表 55 要介護者有病状況

	2号認定者			1号認定者					
				65～74歳			75歳以上		
	有病状況	人数(人)	割合(%)	有病状況	人数(人)	割合(%)	有病状況	人数(人)	割合(%)
1位	心臓病	2	29	心臓病	16	33	心臓病	279	58.2
2位	脳疾患	2	22.6	筋・骨格	16	31.1	筋・骨格	272	56.7
3位	糖尿病	1	16.9	精神疾患	12	21.3	精神疾患	200	41.7
4位	筋・骨格	1	10.5	脳疾患	9	20.2	糖尿病	120	23.9
5位	がん	1	8.9	糖尿病	9	19.9	脳疾患	120	23.3

資料：KDB「要介護（支援）者認定状況」（令和 4 年度）

(6) 重複頻回受診・重複服薬

① 重複頻回受診、重複服薬

ア. 重複受診・頻回受診の状況

重複多受診者（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）は被保険者の 0～0.2% いる状況である。1 医療機関 15 日以上受診した頻回受診者は毎年該当者がいる。

図表 56 重複・頻回受診の状況

	平成 30 年 7 月		令和元年 7 月		令和 2 年 7 月		令和 3 年 7 月		令和 4 年 7 月	
被保険者数	1,215 人		1,904 人		1,806 人		1,760 人		1,704 人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複多受診	2 人	0.2%	2 人	0.1%	3 人	0.2%	0 人	0%	1 人	0.1%
頻回受診	1 人	0.1%	1 人	0.1%	3 人	0.2%	1 人	0.1%	1 人	0.1%

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」（平成 30 年度～令和 4 年度）

\* 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重複服薬者は該当者がいなかった。

30 日処方日数以上かつ 5 医薬品以上処方された多剤処方方は平成 30 年から増加しており、令和 4 年月には 14.6% だった。

図表 57 重複服薬等の状況

	平成 30 年 7 月		令和元年 7 月		令和 2 年 7 月		令和 3 年 7 月		令和 4 年 7 月	
被保険者数	1,215 人		1,904 人		1,806 人		1,760 人		1,704 人	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重複服薬	0 人	0%	0 人	0%	0 人	0%	0 人	0%	0 人	0%
多剤処方	143 人	11.8%	256 人	13.4%	266 人	14.5%	256 人	14.5%	249 人	14.6%

資料：KDB「重複服薬の状況」（平成 30 年度～令和 4 年度）

\* 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

(7) ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用割合

当村のジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用割合は年々増加傾向にある。

図表 58 ジェネリック医薬品の利用割合

	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
六ヶ所村	76.3%	78.9%	80.1%	79.5%	81.0%
青森県	76.4%	79.0%	81.0%	81.6%	82.3%

資料：国民健康保険図鑑

## 2. 課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題
平均寿命 標準化死亡比等	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 男女とも平均寿命、平均自立期間が国、県と比較し短い。</li> <li>2. 男性の糖尿病の標準化死亡比が極めて高い。</li> <li>3. 心疾患、脳血管疾患の標準化死亡比が高い。</li> </ol>
医療費データ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入院医療費では筋骨格系、悪性新生物に分類される疾病が上位を占めている。</li> <li>2. 外来の医療費では糖尿病が最も多い。</li> <li>3. 糖尿病にかかる医療費割合は令和4年度に上昇した。</li> <li>4. 糖尿病の治療コントロール不良者が少なからず見受けられる。</li> <li>5. 糖尿病患者の10%以上が重症化している。 (糖尿病性腎症、脳血管疾患、心疾患等の併発)</li> <li>6. 糖尿病、高血圧症の患者割合は年々増加傾向にある。</li> </ol>
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特定健康診査受診率は年々増加しているが、男性の若年層の受診率が低い。</li> <li>2. 有所見割合では、男女共通してLDL コレステロール、ALT、腹囲、BMIの割合が、国や県と比較して高い。特に男性の肥満は大きな課題となっている。</li> <li>3. 生活習慣では睡眠不足、飲酒、3食以外の間食、就寝前の夕食、早食い、歩行速度、運動不足、喫煙の割合が高い。</li> <li>4. 県と比較して内臓脂肪症候群予備群の割合が高い。</li> <li>5. 特定保健指導実施率が低い。</li> </ol>
その他	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受診勧奨者医療機関非受診率及び未治療者率が県平均より高い。</li> <li>2. 介護認定率、1件当たりの介護給付費が国や県平均より高い。</li> <li>3. 多剤処方を受けている者の割合が増加している。</li> </ol>

### 第Ⅲ章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

#### 1. データヘルス計画策定にあたって見直した健康課題

項目	健康課題	課題としてあげた理由	対応する保健事業
1	特定健診受診率の向上	受診率は年々向上し、県平均を上回っているが目標には到達していない。男性若年層の受診率が低いことから、対象を絞り込んだ受診勧奨に取組み、更なる受診率の向上を図る必要がある。	1、2
2	特定保健指導実施率の向上	通知や電話による利用勧奨を実施してきたが、実施率が低下した。未利用理由調査から把握した「忙しい」「日程が合わない」等理由に対応するため、健診当日の初回面談やWeb面談等利用しやすい体制づくり等の取組みにより、実施率の向上を図る必要がある。	3
3	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病の患者割合は年々増加し、外来医療費の1位を占めている。糖尿病患者の約1割が重症化し、糖尿病にかかる医療費割合が増加しているため、精密検査未受診者や治療中断者への受診勧奨、ハイリスク者への保健指導等重症化を予防するための取組みが必要である。	4、5
4	生活習慣病重症化予防	特定健診の有所見者割合では、男女共通してLDLコレステロール、ALT、腹囲、BMIの割合が県、国と比較して高く、特に男性の肥満が多い。生活習慣では運動不足や間食、喫煙等生活習慣病のリスクとなる項目が高いことから、生活習慣病を予防する取組みが必要である。	6
5	医療費の適正化	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、適正受診を促す取組みが必要である。	7、8

## 2. データヘルス計画の目的

### データヘルス計画（保健事業全体）の目的

#### 生活習慣病の発症及び重症化の予防を図り、健康寿命の延伸を目指す

この計画の目的は、予防可能な生活習慣病による早世を減らし、健康寿命を延伸することである。医療や介護、健診の分析から、医療費が高額で死亡率が高く、要介護の原因となっている心疾患等の重症化予防が課題である。生活習慣病の多くは、内臓脂肪型肥満がその要因となっているが、当村は男女ともに肥満が多く、メタボリック症候群の改善が求められる。本村の第3期データヘルス計画の目的を「生活習慣病の発症及び重症化の予防を図り、健康寿命の延伸を目指す」こととし、次のとおり目標と戦略を定める。

項目	データヘルス計画（保健事業全体）の目標と戦略
1	<p><b>目標：特定健康診査受診率の向上</b></p> <p>戦略：未受診者に対して受診率を向上させる取組みを実施する。受診率が低い40～64歳代の未受診者を対象に通知による受診勧奨と継続受診者を増やす取組みを行う。</p>
2	<p><b>目標：特定保健指導実施率の向上</b></p> <p>戦略：特定保健指導未実施者に対して、通知と電話による勧奨を行うことで特定保健指導実施率の向上を目指すとともに、未利用理由を把握し、実施体制の整備につなげる。</p>
3	<p><b>目標：糖尿病性腎症重症化予防事業</b></p> <p>戦略：新規人工透析移行者を増やさないために、慢性腎不全リスクの高い対象者へ重症化を予防する取組みを実施する。</p>
4	<p><b>目標：生活習慣病の発症予防</b></p> <p>戦略：村民へ健康情報の普及・啓発を図る取組みを行う。生活習慣病発症リスクの高い方に対し、発症を予防する取組みや健康相談を受けられる体制整備を行う。</p>
5	<p><b>目標：医療費適正化事業の推進</b></p> <p>戦略：重複・多剤投薬者への適正受診を促す取組みを実施する。調剤費については、ジェネリック医薬品の普及啓発を継続して実施する。</p>

### 3. データヘルス計画全体における目標値

評価指標及び目標値									
項目	保健事業	評価指標	計画策 定時点	目標値					
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
1	特定健康診査	特定健康診査受診率 (%)	47.2	50	52	54	56	58	60
2	特定保健指導	特定保健指導実施率 (%)	19.2	26	30	34	38	42	46
		内臓脂肪症候群該当 者と予備群の割合 (%)	該当者 20.4 予備群 15.0	該当者 19.8 予備群 14.4	該当者 19.2 予備群 13.8	該当者 18.7 予備群 13.2	該当者 18.1 予備群 12.7	該当者 17.6 予備群 12.1	該当者 17.0 予備群 11.6
3	糖尿病性 腎症重症 化予防事 業	新規人工透析移行者数 (人)	0	0	0	0	0	0	0
		HbA1c8.0以上の割合 (%)	1.35	1	1	1	1	1	1
		受診勧奨者の受診率 (%)	80	100	100	100	100	100	100
		保健指導実施者の 改善率 (%)	16.7	20	20	25	25	30	30
4	生活習慣 病発症予 防	運動習慣のある者 の割合 (%)	34.2	36	36	38	38	40	40
5	その他	1人当たり医療費 (円)	306,198	311,934	317,670	323,406	329,142	334,878	340,614
		ジェネリック医薬品 利用率 (%)	81	81	81	82	82	83	83

#### 4. 個別の保健事業

##### (1) 未受診者受診勧奨事業

<b>事業の目的</b>		特定健康診査受診率の向上					
<b>対象者</b>		40～64歳の被保険者で、健診未経験者及び不定期受診者					
<b>現在までの事業結果</b>		人工知能(AI)によるデータ分析に基づき、対象者の特性に合わせた勧奨ハガキを作成し、通知による受診勧奨を実施。対象632名中47名受診(7.4%)					
<b>今後の目標値</b>							
<b>アウトカム指標</b>	<b>評価指標</b>						
	特定健康診査受診率						
	<b>実績</b>	<b>目標値</b>					
	<b>R 4</b>	<b>R 6</b>	<b>R 7</b>	<b>R 8</b>	<b>R 9</b>	<b>R 10</b>	<b>R 11</b>
	47.2%	50%	52%	54%	56%	58%	60%
<b>アウトプット指標</b>	<b>評価指標</b>						
	勧奨対象者の受診率						
	<b>実績</b>	<b>目標値</b>					
	<b>R 4</b>	<b>R 6</b>	<b>R 7</b>	<b>R 8</b>	<b>R 9</b>	<b>R 10</b>	<b>R 11</b>
	7.4%	8%	10%	12%	14%	16%	18%
<b>目標を達成するための主な戦略</b>		受診率が低い40～64歳代を対象に、通知による受診勧奨と継続受診者を増やす取組みを行う。					
<b>現在までの実施方法(プロセス)</b>		対象者の特性に合わせて受診勧奨ハガキを7パターン作成し、年に4回ハガキを送付している。					
<b>今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標</b>		対象者の特徴を分析し、受診を促す通知を作成し送付する。いつでも簡単に申込みができるWeb申込みの周知を図る。					
<b>現在までの実施体制(ストラクチャー)</b>		担当課、保健相談センター、委託事業所との連携					
<b>今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標</b>		担当課、保健相談センター、委託事業所との連携強化					
<b>評価計画</b>		受診勧奨後の受診率を評価 特定健康診査受診率を評価					

(2) 健診受診状況把握事業

事業の目的	職場等で受診した健診結果把握による受診率の向上						
対象者	職場等で健診を受診した被保険者						
現在までの事業結果	健診実施期間終了後、未受診者を対象に健診結果提供依頼の願いを送付したが、件数が少なく、受診率の向上に寄与していない。 件数：令和3年度2件、令和4年度1件						
今後の目標値							
アウトカム指標	評価指標						
	特定健康診査受診率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 1 0	R 1 1
	47.2%	50%	52%	54%	56%	58%	60%
アウトプット指標	評価指標						
	健診結果把握数						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 1 0	R 1 1
	1件	10件	10件	15件	15件	20件	20件
目標を達成するための主な戦略	健診結果提供に関する周知とインセンティブの付与を行うことで受領数を増やし、特定健診の受診率向上を目指す。						
現在までの実施方法(プロセス)	年度末に特定健康診査未受診者を対象に、特定健康診査検査項目をみたく健診の結果提供依頼を送付する。結果提供者にはインセンティブを付与している。						
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	個人と村内企業へ事業内容の周知を図る。 結果提供者へ特定健康診査受診者と同様の保健指導とインセンティブを提供する。						
現在までの実施体制(ストラクチャー)	担当課						
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	インセンティブの継続 産業協議会加入の国保加入従業員がいる企業との連携						
評価計画	健診結果提供件数により評価 特定健康診査受診率を評価						



### (3) 特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	特定保健指導実施率の向上						
対象者	特定保健指導未実施者						
現在までの事業結果	通知や電話にて特定保健指導利用勧奨と未利用理由調査を実施した。未利用理由で多かった「忙しい」「時間がない」を解決するため、健診当日の初回面談とWeb面談を開始。実績：電話勧奨23名うち特定保健指導利用者2名(8.6%)						
<b>今後の目標値</b>							
アウトカム指標	<b>評価指標</b>						
	特定保健指導実施率						
	<b>実績</b>	<b>目標値</b>					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	19.2%	26%	30%	34%	38%	42%	46%
	内臓脂肪症候群該当者と予備群の割合						
	<b>実績</b>	<b>目標値</b>					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	該当者 20.4% 予備群 15.0%	該当者 19.8% 予備群 14.4%	該当者 19.2% 予備群 13.8%	該当者 18.7% 予備群 13.2%	該当者 18.1% 予備群 12.7%	該当者 17.6% 予備群 12.1%	該当者 17.0% 予備群 11.6%
	アウトプット指標	<b>評価指標</b>					
利用勧奨者に対する特定保健指導実施率							
<b>実績</b>		<b>目標値</b>					
R 4		R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
8.6%		15%	15%	20%	20%	25%	25%
目標を達成するための主な戦略	保健指導未実施者に対して、通知と電話による勧奨を行うことで特定保健指導実施率の向上を目指すとともに未利用理由を把握し、実施体制の整備につなげる。						
現在までの実施方法(プロセス)	特定保健指導未実施者へ勧奨通知を送付し、利用意思の確認できない者へ電話勧奨を実施している。						
今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	対象者の利便性を考え、集団健診全日程で特定保健指導初回面談を実施する。自分の都合に合わせて利用できるWeb面談の周知を図る。						
現在までの実施体制(ストラクチャー)	委託事業者との連携 特定健診実施機関との連携						
今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	委託事業者との連携を継続 特定健診実施機関との連携を継続						
評価計画	特定保健指導利用勧奨者の実施率を評価 特定保健指導実施率を評価						

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨）

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者について、適切に受診勧奨を行い、治療に結びつける						
対象者	六ヶ所村糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムに基づいた糖尿病治療中断者と特定健診結果異常値放置者						
現在までの事業結果	対象者を抽出し、通知や電話等で受診勧奨と保健指導を実施 実績：医療機関未受診者5名中4名受診（令和4年度）						
今後の目標値							
アウトカム指標	評価指標						
	HbA1c8.0以上の割合						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	1.35%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	受診勧奨後の受診率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット指標	評価指標						
	受診勧奨実施率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
目標を達成するための主な戦略	新規人工透析導入者を増やさないために、慢性腎不全リスクの高い対象者へ重症化を予防するため受診勧奨を行う。						
現在までの実施方法（プロセス）	対象者へ通知を送付し、電話や訪問等にて受診勧奨を実施						
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	取組みについて広報やホームページで周知し、案内を送付する。村内医療機関へ重症化予防の取組みについて説明し協力を得る。						
現在までの実施体制（ストラクチャー）	保健相談センター、委託事業者との連携						
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	保健相談センター、委託事業者との連携の継続、医療機関との連携強化						
評価計画	受診勧奨対象者への対応率を評価 受診勧奨後の受診率を評価						

(5) 糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）

事業の目的	生活習慣の改善と重症化リスクを減少させる						
対象者	六ヶ所村糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムに基づき抽出されたハイリスク者						
現在までの事業結果	保健指導を実施 実績：対象 19 名中 6 名実施（31.5%）、改善 1 名（16.7%）						
<b>今後の目標値</b>							
アウトカム指標	<b>評価指標</b>						
	新規人工透析移行者数						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
	保健指導実施者の改善率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
16.7%	20%	20%	25%	25%	30%	30%	
アウトプット指標	<b>評価指標</b>						
	保健指導実施率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	31.5%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
目標を達成するための主な戦略	新規人工透析移行者を増やさないために、慢性腎不全リスクの高い対象者へ重症化を予防するための保健指導を行う。						
現在までの実施方法（プロセス）	対象者へ通知を送付し、プログラムに基づき保健指導を実施						
今後の実施方法（プロセス）の改善案目標	取組みについて広報やホームページで周知し、案内を送付する。村内医療機関に継続して協力を得る。対象者の利便性を考え、ICT を活用した保健指導を実施できる体制づくりを行い、保健指導実施者を増やす。						
現在までの実施体制（ストラクチャー）	保健相談センター、医療機関との連携						
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	保健相談センター、医療機関との連携の継続						
評価計画	保健指導実施率により評価 実施者の改善率、新規人工透析移行者の評価						

(6) 生活習慣病予防・改善事業

事業の目的	ウェアラブル端末を活用した生活習慣改善による生活習慣病発症及び重症化の予防						
対象者	特定健康診査受診者						
現在までの事業結果	糖尿病予防改善教室を開催し、生活習慣病を予防するための健康教育や健康相談を実施 実績：4回（R3年度）						
今後の目標値							
アウトカム指標	評価指標						
	運動習慣のある者の割合						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	34.2%	36%	36%	38%	38%	40%	40%
アウトプット指標	評価指標						
	事業参加者数（実人数）						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
	13人	20人	20人	30人	30人	40人	40人
目標を達成するための主な戦略	特定健康診査受診者に対し、生活習慣病の発症を予防する取組みや定期的に健康相談を受けられる場を設け、村民へ健康情報の普及・啓発を図る取組みを行い、好ましい生活習慣の普及・定着を目指す。						
現在までの実施方法（プロセス）	健診結果説明会において、健診結果の見方を説明するとともに好ましい生活習慣について健康教育を実施し、改善意欲の向上に取り組んだ。						
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	健康教室を定期的で開催し、生活習慣改善のための知識の普及と運動を実施する。ウェアラブル端末を活用し、歩行や睡眠データを取得し、普段の運動や食生活といった生活習慣の見直しを提案することで、病気の予防につなげる。事業参加前後で検査値の変化を見える化し、生活習慣改善意欲の向上を図る。						
現在までの実施体制（ストラクチャー）	保健相談センター、委託事業者との連携						
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	保健相談センター、委託事業者との連携の継続						
評価計画	保健事業参加者数により評価 運動習慣があると回答する者の割合を評価						

(7) 重複多受診者等訪問指導事業

事業の目的	適正受診に結びつける						
対象者	重複受診：同一疾病による複数の医療機関における受診が3月以上継続者 多受診：複数の医療機関への通院が15日以上かつ3月以上継続者 重複服薬：同一月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から重複処方された薬効数が1以上の者 多剤服薬：同一月に10剤処方以上もしくは3月以上の長期処方を受けている者						
現在までの事業結果	重複・多剤投薬者への適正受診を促すため訪問指導を実施 実績：対象15名のうち保健指導を4名実施（21%）						
今後の目標値							
アウトカム指標	評価指標						
	1人当たり医療費						
	実績	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	306,198円	311,934円	317,670円	323,406円	329,142円	334,878円	340,614円
アウトプット指標	評価指標						
	訪問指導等実施率						
	実績	目標値					
	R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	21%	30%	40%	50%	55%	60%	65%
目標を達成するための主な戦略	重複・多剤投薬者への適正受診を促す取組みを継続して実施する。 薬剤師等医療専門職と連携し、適正医療に取り組む。						
現在までの実施方法（プロセス）	重複・多剤投薬者へ通知を送付し、訪問指導を実施する。 被保険者の状況を薬剤師等に情報提供する。						
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	対象者が就労等で面談することが難しいため、医療機関や薬局と連携し働きかける体制を作る。						
現在までの実施体制（ストラクチャー）	保健相談センター、医療機関、薬局と連携						
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	保健相談センター、医療機関、薬局との連携を強化						
評価計画	訪問指導等実施率を評価 服薬等状況改善率、1人当たり医療費を評価						

(8) 後発医薬品利用促進事業

事業の目的	後発医薬品の普及と切り替えの促進による、調剤に係る被保険者の自己負担軽減と医療費適正化を図る						
対象者	本人自己負担額の軽減効果額が見込まれる被保険者						
現在までの事業結果	ジェネリック利用差額通知（年2回）送付 村イベント、ローカルTVでの周知・啓発実施						
今後の目標値							
アウトカム指標	評価指標						
	ジェネリック医薬品利用率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 1 0	R 1 1
	81%	81%	81%	82%	82%	83%	83%
アウトプット指標	評価指標						
	通知勧奨実施率						
	実績	目標値					
	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 1 0	R 1 1
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
目標を達成するための主な戦略	ジェネリック医薬品の普及啓発を継続して実施する。						
現在までの実施方法（プロセス）	委託事業者がレセプトから対象者を抽出し、差額通知等を発送（年2回）。医療費適正化に向けて被保険者に対して周知・啓発の実施。						
今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標	事業の継続						
現在までの実施体制（ストラクチャー）	委託事業者との連携						
今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標	委託事業者との連携を継続						
評価計画	通知勧奨実施率を評価 ジェネリック医薬品利用率を評価						

## 5. その他

### (1) データヘルス計画の評価・見直し

本計画では、設定した評価指標について、その進捗状況をKDBシステム等の情報を活用して毎年度確認し、個別の保健事業については、必要に応じて実施内容の見直しを行う。

また、中間年度にあたる令和8年度には、計画期間前半の中間評価を行い、必要に応じて見直しを行う。最終年度の令和11年度には、次期計画の策定を円滑に行うため計画期間全体の評価を行い見直した内容を次期計画に反映させる。

### (2) 計画の公表・周知

本計画は、村のホームページに掲載し、公表・周知する。

### (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）及び六ヶ所村個人情報保護施行条例（令和4年12月20日条例第22号）を遵守し、適正に管理する。

### (4) 地域包括ケアに係る取組

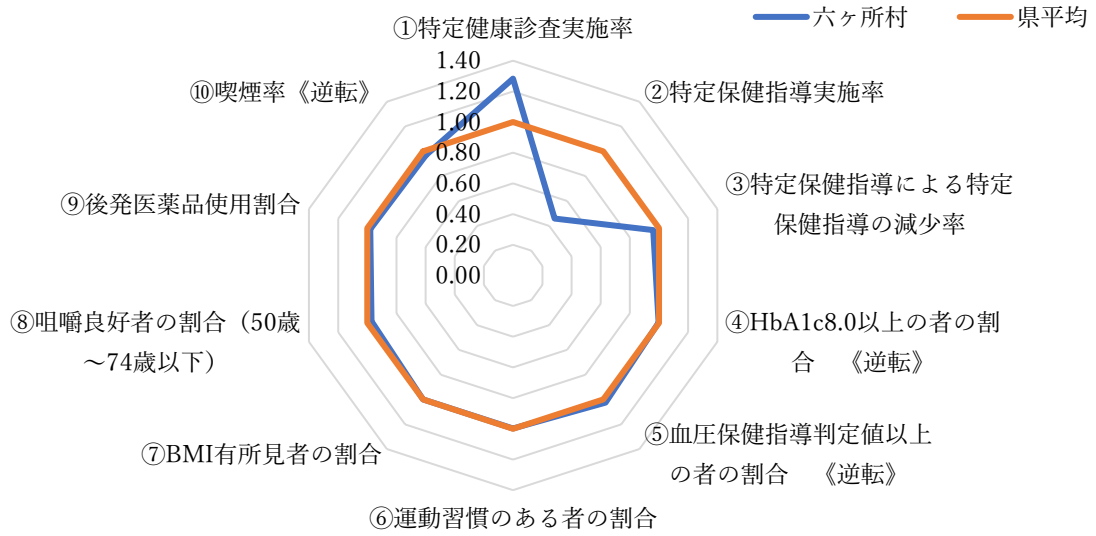
「第2次健康増進計画」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時、関係機関等と連携を図りながら取組むこととする。国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康づくり事業や介護予防、生活支援の対象となる人を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施する。さらに、令和6年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防一体的実施」を積極的に推進する。また、地域ケア会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指す。

### (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する。

(6) 資料

① 六ヶ所村の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化



	レーダーチャートの数値		実績値	
	六ヶ所村	県平均	六ヶ所村(a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	1.28	1.00	47.2	36.8
40～64 歳の実施率	1.26	1.00	41.0	32.6
65～74 歳の実施率	1.10	1.00	51.2	46.7
特定保健指導実施率	0.46	1.00	19.2	41.8
40～64 歳の実施率	0.29	1.00	9.8	34.1
65～74 歳の実施率	0.65	1.00	31.3	48.2
特定保健指導による特定保健指導減少率	0.96	1.00	18.2	19.5
40～64 歳の実施率	1.16	1.00	22.2	19.2
65～74 歳の実施率	0.90	1.00	15.4	17.1
HbA1c8.0 以上の者の割合	1.00	1.00	1.4	1.1
40～64 歳の実施率	0.99	1.00	2.2	1.2
65～74 歳の実施率	1.00	1.00	0.9	1.1
HbA1c6.5 以上の者の割合	0.97	1.00	12.2	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	0.98	1.00	12.7	10.8
血圧保健指導判定値以上の者の割合《逆転》	1.02	1.00	52.4	53.5
運動習慣のある者の割合	1.00	1.00	34.2	34.3
BMI20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1.00	1.00	14.1	14.2
咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	0.97	1.00	71.6	73.8
後発医薬品使用割合	0.98	1.00	81.0	82.7
喫煙率《逆転》	0.97	1.00	19.4	16.8

※ (a/b or (100-a)/(100-b))



② 第2期の保健事業の取組みと評価

ア. 評価方法

第2期データヘルス計画の健康課題ごとに設定された目標値（アウトカム評価）の評価及び事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分によって行った。

●評価方法と判定区分

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

イ. 事業別目標の達成状況と評価

①特定健康診査の受診率の向上

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>1, 受診勧奨</p> <p>(1) 健康づくりカレンダーや広報に健診案内を掲載、SNS の活用、健康啓発表示看板の標語、デザインをリニューアル</p> <p>(2) 保健協力員による毎戸受診勧奨、ロック TV が共同で健診 PR 動画を作成し放映</p> <p>(3) 個別勧奨 健診申込案内個別送付 健診未受診者を対象に、年齢、性別毎に勧奨内容を変えたハガキを送付</p> <p>(4) 低受診率地区（泊地区）への重点的な受診勧奨</p> <p>(5) 継続受診勧奨 健診結果説明会や村イベントにおいて、継続受診勧奨を実施</p> <p>2, 受診体制の整備</p> <p>(1) 休日健診や女性限定のレディースデー、セット健診を設定</p> <p>(2) 個別健診実施機関数の拡大</p> <p>(3) 診療情報提供事業の実施</p> <p>3, 受診促進のための奨励品の配布 健康増進施設利用券 健康増進商品券の配布</p>	アウト プット 評価	<p><b>【目標】</b> 受診勧奨実施回数（令和 5 年度）：2 回</p> <p><b>【結果】</b> 受診勧奨実施回数（令和 4 年度）：4 回</p> <p>●健診未受診者受診勧奨 令和 3 年度 625 人 年 3 回送付 令和 4 年度 632 人 年 4 回送付 令和 5 年度 650 人 年 2 回送付 ・令和 3、4 年度は人工知能を活用し、特定健診受診歴や問診の内容、医療受診歴等から受診者一人ひとりの受診確率を計算し、受診確率に応じて受診勧奨通知を作成し、送り分けを実施。5 年度は受診率の低い若年層を対象を絞り実施した。</p> <p>●継続受診勧奨 平成 30 年度 4 回/年 令和元年度 4 回/年 令和 2 年度 4 回/年 令和 3 年度 4 回/年 令和 4 年度 4 回/年 令和 5 年度 4 回/年</p> <p>●個別健診実施機関数の拡大 平成 30 年度 4 機関→令和 4 年度 7 機関へ増</p> <p>●健康奨励品の配布 64 歳以下：健康増進施設利用券 65 歳以上：健康増進商品券 ・ひとり年 1 回まで配布</p> <p style="text-align: right;"><b>目標値評価：A</b></p>
	アウト カム 評価	<p><b>【目標】</b> 特定健診受診率（令和 5 年度）：50%</p> <p><b>【結果】</b> 特定健診受診率（令和 4 年度）：47.2%</p> <p style="text-align: right;"><b>目標値評価：B</b></p>
		<p style="text-align: center;"><b>総合評価：B</b></p> <p>最終目標（50%）には到達していないが、性別・年代を問わず受診率は大幅に伸びている。課題であった若年男性の受診率が伸びた。受診しやすい体制づくりや対象の特性に合わせた受診勧奨、メディアを活用した広報、低受診率地区への勧奨が功を奏したと思われる。</p>

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
<p>1, 特定保健指導利用勧奨</p> <p>(1) 利用勧奨            集団・個別健診後1ヶ月を目途に、特定保健指導利用案内を送付            就労者等に対し、夜間や休日の特定保健指導利用案内を送付</p> <p>(2) 再利用勧奨            個別通知と電話にて利用勧奨を実施            未利用者には未利用理由の聞き取りを実施</p> <p>2, 特定保健指導実施体制の整備</p> <p>(1) 個別健診機関、集団健診会場において健診当日の初回面談の実施</p> <p>(2) 保健指導実施方法の多様化            Web面談の実施</p>	アウト プット 評価	<p><b>【目標】</b>            利用勧奨実施回数（令和5年度）：2回</p> <p><b>【結果】</b>            利用勧奨実施回数（令和4年度）：3回</p> <p>●特定保健指導利用勧奨            利用勧奨38人（勧奨者23人）            未利用理由：理由なし5件（21.7%）、            忙しい10件（43.5%）、日程が合わない1（4.3%）、            通院中3件（13%）、その他1件（4.3%）</p> <p>●実施体制の整備            ・個別訪問と結果説明会、夜間運動事業での実施の他、            健診当日の実施やWeb面談と実施方法を選択できる体制を整備した。</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：A</b></p>
	アウト カム 評価	<p><b>【目標】</b>            特定保健指導実施率（令和5年度）：60%</p> <p><b>【結果】</b>            特定保健指導実施率（令和4年度）：19.2%</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：C</b></p>
		<p style="text-align: center;"><b>総合評価：C</b></p> <p>特定保健指導実施率が低下した。            未利用者へ通知と電話による利用勧奨とともに未利用理由調査を実施した。未利用理由は「忙しい」「理由なし」「日程が合わない」の順が多かったため、健診当日の初回面談実施や夜間、休日の実施等実施体制の見直しを行ったが実施率の向上にはつながらなかった。しかし、特定保健指導の必要性については周知できた。</p>

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																
<p>1, 医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨 対象者へ通知を送付し、電話や訪問等で受診勧奨を実施</p> <p>2, ハイリスク者への保健指導 六ヶ所村糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムに基づき、かかりつけ医と連携し、約半年間の保健指導を実施 事業協力医療機関の拡充</p>	アウトプット評価	<p><b>【目標】</b> 医療機関受診率（令和5年度）：100% 保健指導実施率（令和5年度）：50%</p> <p><b>【結果】</b> 令和4年度</p> <table border="1" data-bbox="746 506 1442 960"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>実施者</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療機関未治療者</td> <td>8名</td> <td>8名</td> <td>医療機関受診率 50%（4名） 通知勧奨 100%（8名） 保健指導 20%（2名）</td> </tr> <tr> <td>治療中断者</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>医療機関受診率 50%（1名） 通知勧奨 100%（2名） 保健指導 100%（2名）</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク者</td> <td>10名</td> <td>4名</td> <td>実施率 40%（悪化4名） 未実施理由：拒否3名、時間がとれない1名、他の治療の兼ねいで糖尿病治療を中断中のため2名</td> </tr> </tbody> </table> <p>医療機関受診率：50% 保健指導実施率：40%</p> <p>●事業協力医療機関数 ・事業初年度（令和元年度）は地域家庭医療センターのみだったが、令和4年度は千歳平診療所も加わり2医療機関となった。</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：C</b></p>		対象者	実施者	結果	医療機関未治療者	8名	8名	医療機関受診率 50%（4名） 通知勧奨 100%（8名） 保健指導 20%（2名）	治療中断者	2名	2名	医療機関受診率 50%（1名） 通知勧奨 100%（2名） 保健指導 100%（2名）	ハイリスク者	10名	4名	実施率 40%（悪化4名） 未実施理由：拒否3名、時間がとれない1名、他の治療の兼ねいで糖尿病治療を中断中のため2名
	対象者	実施者	結果															
医療機関未治療者	8名	8名	医療機関受診率 50%（4名） 通知勧奨 100%（8名） 保健指導 20%（2名）															
治療中断者	2名	2名	医療機関受診率 50%（1名） 通知勧奨 100%（2名） 保健指導 100%（2名）															
ハイリスク者	10名	4名	実施率 40%（悪化4名） 未実施理由：拒否3名、時間がとれない1名、他の治療の兼ねいで糖尿病治療を中断中のため2名															
	アウトカム評価	<p><b>【目標】</b> HbA1c8.0以上の者の割合（令和5年度）：1.2% 人工透析新規導入者（令和5年度）：0人</p> <p><b>【結果】</b> HbA1c8.0以上の者の割合（令和4年度）1.36% 人工透析新規導入者（令和4年度）：0人</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：B</b></p>																
		<p style="text-align: center;"><b>総合評価：B</b></p> <p>医療機関受診率、保健指導実施率は目標に到達していないが、重症化予防の取組みは功を奏し、糖尿病性腎症による新規人工透析導入件数はない。</p>																

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																								
<p>1, 生活習慣病に関する知識の普及・啓発                      (1) 健診結果説明会や地区巡回型健康学習会、栄養教室において生活習慣病（糖尿病や脂質異常症、高血圧症）をテーマに健康学習を実施                      (2) 村イベントにおいて生活習慣病に関するポスターを掲示</p> <p>2, 精密検査受診勧奨                      特定健診有所見者へ精密検査受診勧奨を実施</p>	アウトプット評価	<p>普及・啓発  <b>【目標】</b>                      村イベントでの普及啓発（令和5年度）：年1回  <b>【結果】</b>                      健康フェスタ（令和4年度）：年1回                      ●健康フェスタにて糖尿病等ポスターを掲示した。                      下記保健事業においても健康学習会を開催した。                      各種教室の参加者数</p> <table border="1" data-bbox="746 640 1442 864"> <thead> <tr> <th>事業名</th> <th>H30</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>栄養教室</td> <td>48</td> <td>88</td> <td>84</td> <td>95</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>健診結果説明会 (集団健康教育)</td> <td>242</td> <td>334</td> <td>290</td> <td>187</td> <td>155</td> </tr> <tr> <td>糖尿病予防改善教室 (健康教育、個別相談)</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>51</td> <td>19</td> <td>38</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </tbody> </table> <p>●精密検査受診勧奨  <b>【目標】</b> 受診勧奨回数（令和5年度）：年2回  <b>【結果】</b> 受診勧奨回数（令和4年度）：年2回                      有所見者への受診勧奨は、健診結果配布後約3ヶ月を目途に受診状況を確認し、未受診者へ書面にて受診勧奨をおおむね2回実施。令和4年度は、電話にて受診勧奨を実施し、未受診理由を把握した（21件）</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：B</b></p>	事業名	H30	R1	R2	R3	R4	栄養教室	48	88	84	95	70	健診結果説明会 (集団健康教育)	242	334	290	187	155	糖尿病予防改善教室 (健康教育、個別相談)	/	51	19	38	/
事業名	H30	R1	R2	R3	R4																					
栄養教室	48	88	84	95	70																					
健診結果説明会 (集団健康教育)	242	334	290	187	155																					
糖尿病予防改善教室 (健康教育、個別相談)	/	51	19	38	/																					
	アウトカム評価	<p><b>【目標】</b>                      メタボ該当者率・予備群割合5%減（令和5年度）  <b>【結果】</b>                      男性 該当者 H30：26.2%、R4：30.4% +4.2%                                予備群 H30：23.1%、R4：21.7% -1.4%                      女性 該当者 H30：12.9%、R4：12.2% -0.7%                                予備群 H30：8.6%、R4：9.4% -0.8%</p> <p><b>【目標】</b> HbA1c 有所見者割合5%減（令和5年度）  <b>【結果】</b> 男 性 H30：55.1%、R4：47.9% -7.2%                                女 性 H30：52.9%、R4：46.9% -6.0%</p> <p><b>【目標】</b> 高血圧有所見者割合5%減（令和5年度）  <b>【結果】</b> 男 性 H30：42.2%、R4：47.1% -4.9%                                女 性 H30：39.6%、R4：45.5% -5.9%</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：B</b></p>																								
		<p style="text-align: center;"><b>総合評価：B</b></p> <p>生活習慣病予防についての周知・啓発を継続した結果、有所見者割合の減少につながったと考える。</p>																								

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, ジェネリック利用差額通知 診療報酬等の情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して、被保険者に年2回差額通知を実施</p> <p>3, 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ため、保健師が訪問指導を実施</p> <p>4, 広報啓発 医療費の適正化に向けて、国保被保険者に対し、健康づくり等の広報啓発を実施</p>	アウト プット 評価	<p>医療費通知</p> <p>【目標】 医療費通知送付回数（令和5年度）：年6回</p> <p>【結果】 医療費通知送付回数（令和4年度）：年6回</p> <p>ジェネリック利用差額通知</p> <p>【目標】</p> <p>ジェネリック利用差額通知送付回数（令和5年度）：年2回</p> <p>【結果】</p> <p>ジェネリック利用差額通知送付回数（令和4年度）：年2回</p> <p>重複多受診等訪問指導</p> <p>【目標】 訪問実施率（令和5年度）：100%</p> <p>【結果】 訪問実施率（令和4年度）：100%</p> <p>広報啓発</p> <p>【目標】 広報掲載回数（令和5年度）：1回以上</p> <p>【結果】 広報掲載回数（令和4年度）：1回</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：A</b></p>
	アウト カム 評価	<p>【目標】 ジェネリック医薬品利用率（令和5年度）：80%以上</p> <p>【結果】 ジェネリック医薬品利用率（令和4年度）：81%</p> <p style="text-align: center;"><b>目標値評価：A</b></p>
		<p style="text-align: center;"><b>総合評価：A</b></p> <p>啓発事業の全ての取組が完全に実施されており、アウトプット目標は100%達成されている。</p>

## 第IV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）を行うものである。

### 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、本村も計画最終年度における目標値を60%と定める。

また、特定保健指導については、計画最終年度における国の目標値が60%以上となっているが、本村の実情を踏まえて46%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する。

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	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0% 【60.0%以上】
特定保健指導 実施率	26.0%	30.0%	34.0%	38.0%	42.0%	46.0% 【60.0%以上】
内臓脂肪症候群 該当者と予備群 等の減少率	—	—	—	—	—	25.0%以上 【25.0%】(H20年度比)

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・特定保健指導の対象者

#### (1) 特定健康診査の対象者・算定方法

特定健康診査の対象者は、実施年度中に 40 歳から 74 歳の国民健康保険加入者（実施年度中に 40 歳になる 40 歳未満の者及び 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者のうち、年度途中での加入・脱退など異動のない者や、妊産婦などの厚生労働大臣が定める除外規定に該当しない者が対象者となる。

#### (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する。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う。なお、質問票により糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は、特定保健指導の対象外となる。

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
$\geq 85$ cm (男性) $\geq 90$ cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $BMI \geq 25$ kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

### 4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

#### (1) 特定健康診査について

##### ①対象者

当村に住所を有する 40 歳から 74 歳の国民健康保険被保険者。

##### ②実施項目

生活習慣病等の疾病予防に資するため、次の事項を健診項目として設定する。



#### ア、基本的な健診項目

内容	
問診	自覚症状・既往歴等、身長、体重、BMI、腹囲
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）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c（HbA1c）、やむを得ない場合は随時血糖
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

#### イ、詳細な健診項目

一定の判断基準の下、医師が必要と判断したものを選択

内容	
心電図検査	12誘導心電図
眼底検査	
貧血検査	赤血球、血色素量、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	

#### ③実施場所及び期間

実施場所は、特定健診受診者の利便性を考慮し選定し、村広報紙等で周知する。

実施期間は、5月から翌年3月までとする。

#### ④特定健診の実施及び案内方法

特定健診は、集団健診及び個別健診にて実施する。健診案内は個別に郵送する。

(2) 特定保健指導について

①実施方法

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、保健指導の支援区分を次のように設定する。

支援方法	概要	具体的な内容
情報提供	<p>自らの身体状況を確認するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう健診結果と併せて基本的な情報提供する。</p>	<p>健診結果の送付時、対象者に合わせた情報提供用紙を送付する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査結果の見方</li> <li>・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情報</li> <li>・健康の保持増進に役立つ情報</li> <li>・身近で活用できる社会資源の情報</li> </ul>
動機付け支援	<p>自己の健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に進めるようになることを目的に、医師、保健師又は栄養指導者が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し実施する支援を行い、計画策定を支援した者が計画の実績評価を行う。</p>	<p>(ア) 初回面接による支援 一人当たり 20 分以上の個別面接又は 1 グループ (8 名以下) 80 分以上のグループ面接により、次の支援を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明</li> <li>・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明</li> <li>・体重、腹囲の測定方法や栄養、運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援</li> <li>・対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援</li> </ul> <p>(イ) 実績評価 個別面接、グループ面接、電話や e-mail 等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</p>

支援方法	概 要	具体的な内容
積極的支援	<p>自己の健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に進めるようになることを目的に、医師、保健師又は栄養指導者が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が主体的に取り組むことができるよう継続して支援を行うとともに、計画策定を支援した者が計画の進捗状況評価と実績評価を行う。</p>	<p>(ア) 初回面接による支援 一人当たり 20 分以上の個別面接又は 1 グループ (8 名以下) 80 分以上のグループ面接により、次の支援を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明</li> <li>生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明</li> <li>体重、腹囲の測定方法や栄養、運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援</li> <li>対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援</li> </ul> <p>(イ) 3 ヶ月以上の継続的な支援及び中間評価 初回面接後、3 ヶ月以上継続的に個別面接、グループ面接、電話や e-mail 等により、次のような支援を行い、3 ヶ月経過した時点で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し、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初回面接以降の生活習慣の状況を確認</li> <li>栄養、運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じて行動維持を推奨</li> </ul> <p>(ウ) 実績評価 個別面接、グループ面接、電話や e-mail 等により、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</p>

【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する。
- ・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。

②実施場所及び期間

実施場所は、特定保健指導利用者の利便性を考慮し選定する。実施期間は、健診の実施時期に合わせて個別通知や広報誌等で周知する。

## 5. 目標達成のための施策の実施

### (1) メタボリックシンドローム予防のための知識の普及・啓発

#### ①村イベント等の活用

メタボ予防について重点的に展示するほか、特定健診や保健指導の結果等を展示し、肥満予防のための知識の普及・啓発に努める。

#### ②六ヶ所村食生活改善推進員の活動

食生活から肥満を予防するための活動を支援する。

#### ③IT等の情報基盤を利用した効果的な意識啓発

インターネット、携帯端末等を利用した個別メールや、ホームページを通じてのお知らせなど、個別若しくは特定のグループに対し、肥満予防等の情報提供を行い、いつでも、どこでも利用者が特定健診等の情報を得られるように努める。

### (2) 受診勧奨の推進

#### ①自治組織の活用

自治会長会議等で健診について説明を行い、自治組織でも健診受診勧奨に協力してもらえるような体制づくりに努める。

#### ②六ヶ所村保健協力員協議会の活動

保健協力員を通じて地域住民への受診勧奨に努める。

### (3) 受けやすい健診の仕組み作り

がん検診等他の健診との連携についてもそれぞれの実施に支障が無い様、各健診担当課と十分連携して実施するよう努める。

### (4) その他の記載事項

特定保健指導によるハイリスクアプローチの実施に加え、ポピュレーションアプローチとして既存組織の活用により、多くの人をカバーする仕組みづくりを推進するよう努める。

## 6. 特定健康診査等の結果の通知と保存

### (1) 特定健康診査等のデータについて

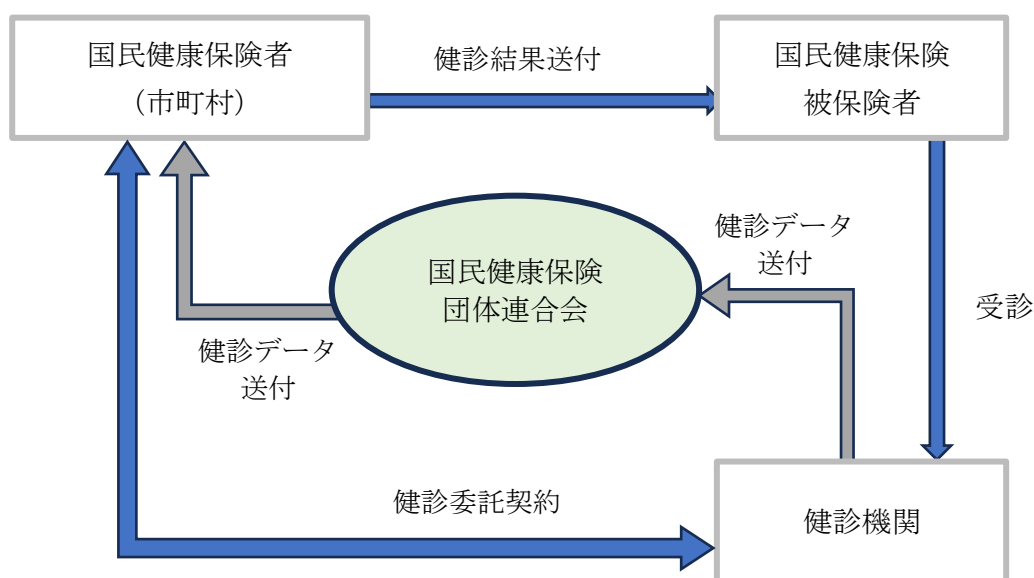
#### ①特定健康診査等の記録の管理及び保存について

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年間とする。

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する。

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する。

<健診データの流れ>



#### ②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）及び六ヶ所村個人情報の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る。

### (2) 特定健康診査等の結果の報告

#### ①被保険者への通知について

特定健康診査等の結果は、保険者において整理し、受診者及び利用者に通知する。

#### ②結果の公表について

当該年度の特定健康診査受診率、特定保健指導実施率及び内臓脂肪症候群該当者数及び予備群数の減少率等については、翌年度の広報やホームページ、啓発用ポスターの掲示により公表する。

## 7. 特定健康診査等実施計画の評価、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、速やかに村の広報及びホームページ等で公表する。

### (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の評価については必要の都度行い、検討結果については国民健康保険運営協議会へ報告する。

六ヶ所村国民健康保険  
第3期六ヶ所村保健事業実施計画  
(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年度～令和11年度》

発行 青森県 六ヶ所村 令和6年3月

編集 六ヶ所村 健康課

住所 〒039-3212  
青森県上北郡六ヶ所村大字尾駸字野附 475

電話 0175-72-8143

F a x 0175-72-2604