# 新郷村国民健康保険
# 第３期保健事業実施計画
# （ デ ー タ ヘ ル ス 計 画 ）

# 第４期 新郷村特定健康診査等実施計画

令和６年３月

新　郷　村

目　　次

# 第３期新郷村国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

# 第４期新郷村特定健康診査等実施計画

# １．計画の基本的事項

## １．１　計画策定の背景・目的

平成２５年６月に閣議決定された「日本再興戦略（平成 25 年）」において、「全ての健康保険組合に対し、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

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、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられるとともに、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」においては、「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ＫＰＩの設定を推進する。」とされた。

新郷村国保では、平成 28 年度に「新郷村国民健康保険データヘルス計画」を策定し、医療情報や特定健康診査受診データ等の資料から新郷村の健康課題の分析と関係機関による課題の共有化を図り、総合的な保健事業を実施してきた。

この度、改めて新郷村国民健康保険の健康課題を明確にし、より効果的な保健事業を展開するため、「第２期新郷村国民健康保険データヘルス計画（平成 31 年度～令和５年度）」を振り返るとともに、各種データの再分析を行い、「新郷村国民健康保険データヘルス計画（第３期）」を策定し、被保険者の健康増進と医療費の適正化に努める。

# １．計画の基本的事項

## １．２　計画の位置づけ

本計画は、国保の保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める「新郷村特定健康診査等実施計画（第４期）」及び村民全体の健康保持・増進に関して目標を定めた「健康しんごう 21 計画（第３次）」と密接に関連していることから、健康・医療情報を活用し、これらの計画との調和・整合性を図りながら本計画を策定する。

| | データヘルス計画 | 特定健康診査等実施計画 | 健康しんごう 21 |
|---|---|---|---|
| 根拠法令 | 国民健康保険法第 82 条（平成 16 年度厚生労働省　告示第 307 号） | 高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条 | 健康増進法第 8 条、第 9 条 |
| 目的 | 生活習慣病をはじめとした、被保険者の健康の保持増進のための効果的かつ効率的な保健事業を展開する | 生活習慣病発症の前段階であるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施 | 村民一人ひとりが健康寿命を延伸し、健やかな生命と心を育み、活力ある豊かな暮らしをおくることを目指す |
| 計画策定主体 | 村国保 | 村国保 | 村 |
| 対象者 | 国保被保険者全体 | 40 歳～74 歳の国保被保険者 | 村民全体 |
| 計画期間 | 2024 年度～2029 年度（第３期） | 2024 年度～2029 年度（第４期） | 2024 年度～2035 年度（第３次） |

## １．３　計画期間

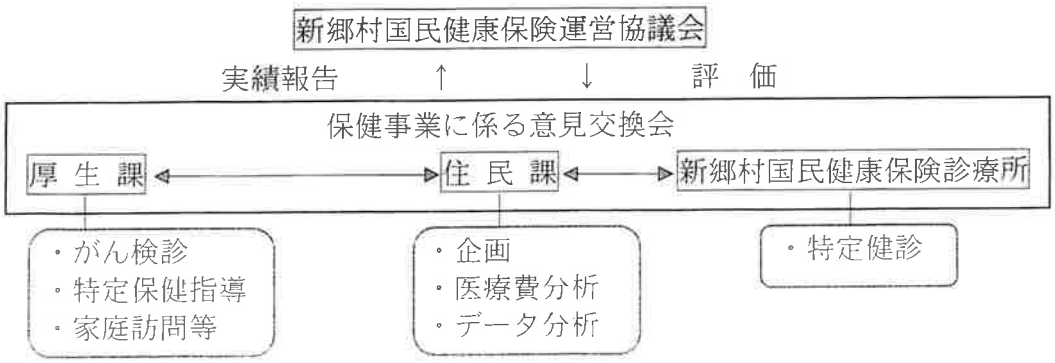
本計画の期間は、令和６年度（2024 年）から令和 11 年度（2029 年）までの６年間とする。

## １．４　計画遂行の実施体制

本計画は、村の国民健康保険の担当部局である住民課が主体となり、新郷村国民健康保険運営協議会等関連部局との連携のもと、健康課題を分析し計画を策定する。

保健事業の実施については、下記の図のとおり関係機関が連携し、保健事業に係る企画・意見交換を行い、保健事業を実施する。

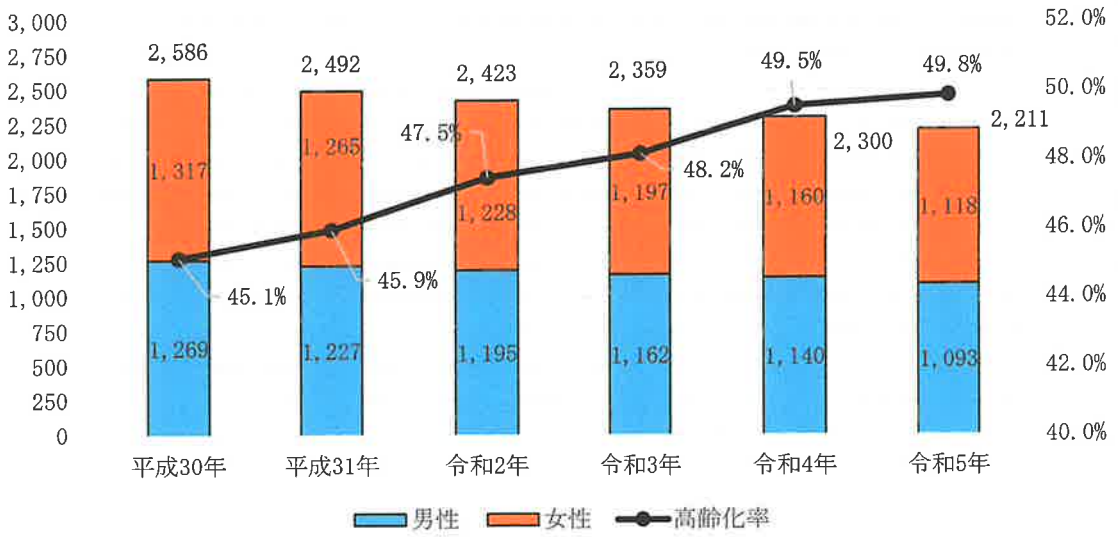
また、青森県医師会等の保健医療関係者や、青森県国民健康保険団体連合会、三戸地方保健所等の関係機関と連携強化を図り、効果的かつ効率的な事業展開を推進する。



## ２．１　新郷村の概要

### （１）人口と高齢化率の推移

人口と高齢化率



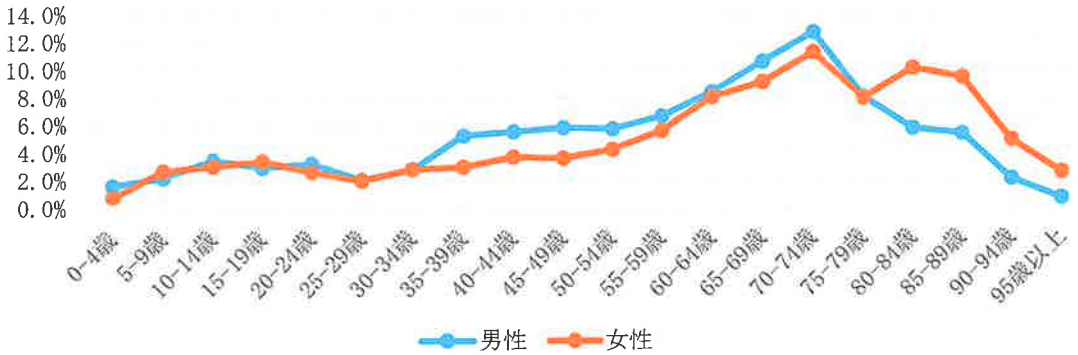

（平成 30 年～令和５年：総務省住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数）

新郷村の総人口は年々減少傾向にあり、平成 30 年１月から令和５年１月までに、375 人減少し、総人口は 2,211 人となっている。男性、女性ともに同程度の割合で減少している。

また、人口の減少とともに高齢化率は急激な上昇傾向にあり、令和４年までに約１％ずつ上昇してきたが、令和４年から令和５年にかけては増加率が減少傾向にある。

### （２）人口構成

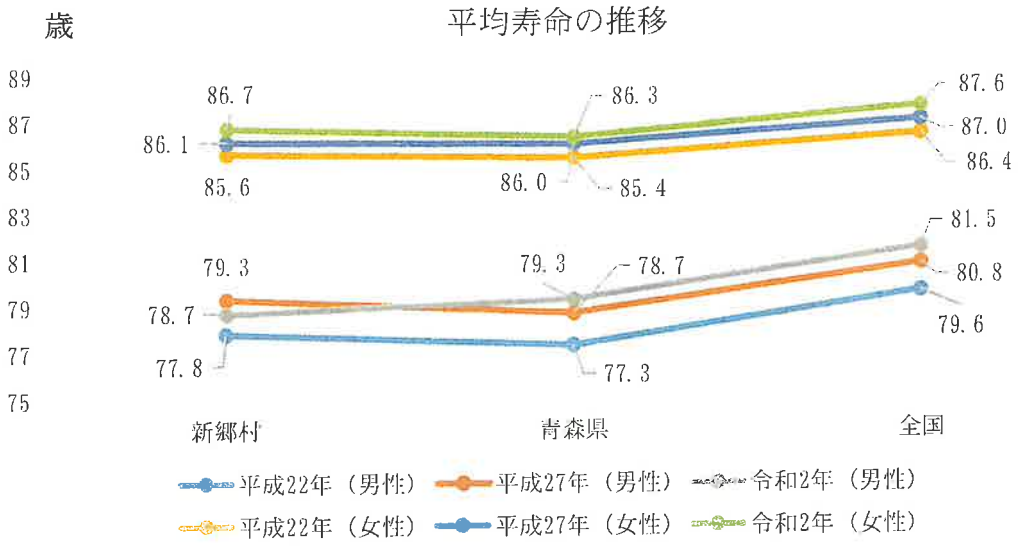
年齢階層別人口構成比




（令和５年：総務省住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数）

令和５年の新郷村の人口構成比は、男性・女性ともに 70～74 歳の割合が最も高く、（男性：12.6％、女性：11.2％）０歳～34 歳の階層では、男女ともに全ての年代で４％未満となっている。

### （３）平均寿命の推移

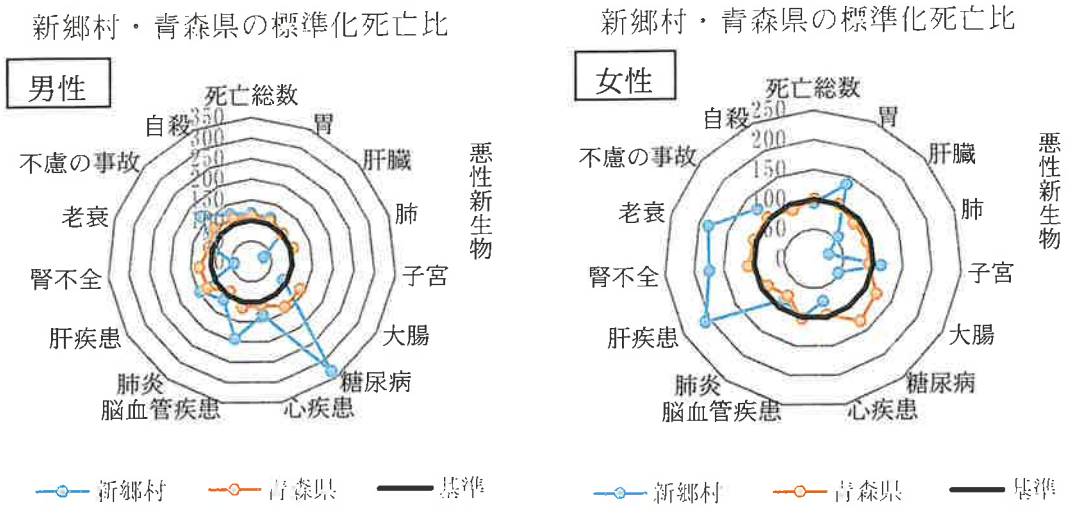



（厚生労働省　平成 22 年、27 年、令和 2 年市区町村別生命表）

令和２年の新郷村の男性の平均寿命は、平成 22 年と比べて伸びているものの、平成 27 年まで上回っていた県平均を下回った。

一方で、女性の平均寿命は 10 年間で 2.1 歳伸び、県平均を上回っている。

### （４）主要死因の標準化死亡比（SMR）



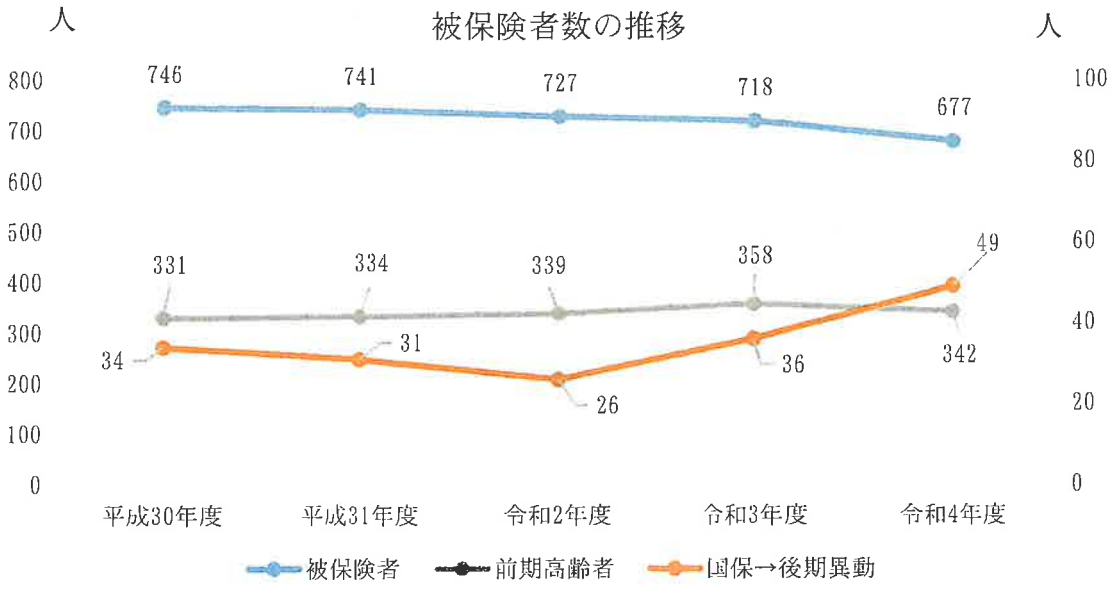

（令和２年　青森県保健統計年報付録 17）　対象期間：平成 28 年～令和２年

※標準化死亡比（SMR）：人口構造が全国的な人口構造と同じであったとした場合の死亡率の高さを表す指標。標準化死亡比の全国並みを 100 とし、100 を超える場合は全国平均より死亡率が高いことを表す。

新郷村の標準化死亡比をみると、総死亡 116.3 と全国平均より高くなっている。死亡原因において、男性では糖尿病が 332.0 と非常に高く、女性では肝疾患が 208.8、腎不全が 174.8 と高くなっている。このことが平均寿命の値に影響していると考えられる。

## ２．２　新郷村国民健康保険の概要

### （１）被保険者数の推移



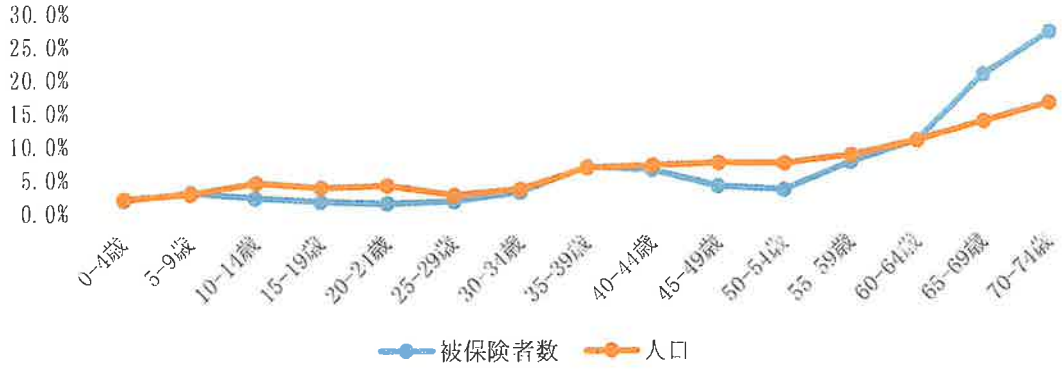

（平成 30 年度～令和４年度　国民健康保険毎月事業状況報告書（事業年報）A 表）

被保険者数は減少傾向にあり、直近５年間で 69 人減少している。減少の主な要因としては、年齢の到達による後期高齢者医療保険への異動、新規国保加入者が以前と比べて減少していること、が挙げられる。

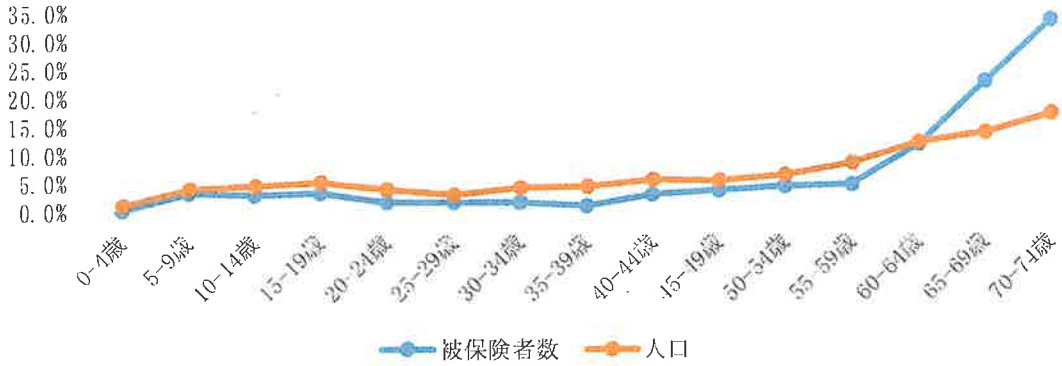
今後は、村人口で最も多い 70～74 歳が後期高齢者医療保険に異動することから、国民健康保険の被保険者数は更に減少していくことが見込まれる。

### （２）被保険者の構成

男性年齢階層別被保険者数構成比




女性年齢階層別被保険者数構成比




（令和５年１月１日 年齢別統計表（国民健康保険被保険者））

令和５年１月１日現在の新郷村国民健康保険の被保険者の構成は、男性が 367 人、女性が 298 人で男女の構成比が 55.2%と 44.8%となっている。男性・女性ともに、65 歳以上が高い割合を占めており、特に、女性の被保険者における 65 歳以上の割合は 56.4％と、半分以上を占めている。

被保険者の男性・女性を合計すると、70～74 歳が 29.8%と最も割合が高く、村人口の最も高い割合の年齢階層と一致している。これは、退職後に国民健康保険に加入する被保険者が多いことが影響していると考えられる。

## ３．１　データヘルス計画（第２期）の事業実績・評価

データヘルス計画（第２期）に掲げる保健事業の目標及び実施結果について、下記判定区分において評価する。

| | | |
|---|---|---|
| 判定区分 | A | 達成できている |
| | B | おおむね達成できている |
| | C | 達成できていない・改善が必要 |
| | D | 評価不能 |

### １．ヘルスリテラシーの普及促進事業

| | |
|---|---|
| 事業名 | ① 特定健康診査の制度周知による健康情報の獲得 |
| 目的 | 特定健康診査の周知の機会を設けることにより、受診率の向上を図り、自己の健康情報の獲得、生活習慣病予防を促す。 |
| 概要 | 広報しんごう、防災無線等を活用し、特定健康診査の制度周知を実施し、受診及び自己の健康情報の獲得を促す。 |
| 対象者 | 村民 |
| 事業担当課 | 住民課 |
| 実施方法 | （1）年６回広報しんごうへ記事掲載する。<br>（2）年８回防災無線放送を実施する。<br>（3）年１回保健協力員を通じて周知する。<br>（4）年１回村内事業所へチラシ・ポスター等の掲示依頼をする。<br>（5）43～65 歳で続けて３年未受診の被保険者に受診勧奨する（年１回）。 |
| 各年度の実施期間 | （1）４月から２月の偶数月　（2）４月から１２月<br>（3）４月　（4）４月から２月 |

指標及び目標・実績

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | （1）年６回広報しんごうへ記事掲載する<br>（2）年８回放送を実施する<br>（3）年１回保健協力員を通じて周知する<br>（4）３事業所へ申込書等を設置する<br>（5）年１回受診勧奨する |
|---|---|

| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （1） | ６回 | ６回 | ６回 | ６回 | ６回 | ６回 |
| （2） | ８回 | ８回 | ８回 | ８回 | ８回 | ８回 |
| （3） | ― | １回 | １回 | １回 | １回 | １回 |
| （4） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| （5） | ― | ― | ― | １回 | １回 | １回 |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 特定健診受診率 |
|---|---|

| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 目標 | 43.0% | 47.0% | 51.0% | 54.0% | 57.0% | 60.0% |
| 実績 | 40.1% | 42.3% | 45.8% | 48.5% | 46.4% | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 評価 | 広報への記事掲載や受診勧奨等、毎年度目標どおりに行うことができたため、徐々に特定健診受診率は伸びつつある。しかし、毎年度の受診率目標は達成することが出来ておらず、また、令和４年度には前年度よりも受診率が下がるなど、現状の事業では、効果が限定的であるため、より受診率を高めるために周知、勧奨内容を検討し、新たなアプローチを行う必要がある。 | 評価段階<br>C |

２．治療中断の防止と重症化予防事業

| | |
|---|---|
| 事業名 | ① 糖尿病未治療者受診勧奨による適正受診 |
| 目的 | 糖尿病の疑われる被保険者へ、医療機関受診を勧奨することにより治療につなげる。 |
| 概要 | 糖尿病の既往歴がなく、特定健康診査の結果糖尿病が疑われる被保険者で、医療機関受診が確認できない者へ電話連絡により医療機関受診を勧奨する。 |
| 対象者 | 40～74歳の被保険者で特定健康診査の結果、HbA1cが6.5%以上で要医療と判定された者で、特定健康診査を受診してから３ヶ月が経過しても糖尿病に関する医療機関の受診が確認されない者。 |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（受診勧奨） |
| 実施方法 | ７月から毎月の特定健康診査の結果を確認し、糖尿病の既往歴がなくHbA1cが6.5％以上で要医療と反定された被保険者を抽出する。前記の被保険者が、特定健康診査を受診してから３ヶ月を経過しても医療機関から精密検査結果票が提供されない者を抽出する。<br>抽出された被保険者の診療報酬明細書を確認し、糖尿病に関する医療機関の受診が確認されない場合は、対象者へ訪問または電話連絡により医療機関受診を勧奨する。勧奨した結果、医療機関から精密検査結果票が提供されるか、又は診療報酬明細書により糖尿病に関する医療機関の受診があったか確認する。 |
| 各年度の実施期間 | ７月～３月 |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者として抽出された全員に訪問または電話にて受診勧奨する。 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 実績 | ２人 | １人 | １人 | ２人 | ０人 | ０人 |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)訪問または電話で受診勧奨した60％以上が医療機関を受診する<br>(2)勧奨後に受診した対象者のHbA1c数値の維持・改善する割合が50％<br>(3)糖尿病レセプト１件当たりの医療費30,000円未満 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | ０％ | ０％ | 100％ | 100％ | ― | ― |
| (2) | ０％ | ０％ | 100％ | 50％ | ― | ― |
| (3) | 28,278円 | 30,475円 | 32,221円 | 30,604円 | 30,393円 | ― |

| 評価 | 評価段階 |
|---|---|
| 各年度とも、抽出された未治療者の全員に対して受診勧奨を行った。また、対象者が受診勧奨後に治療を受け、数値の改善がみられるようになってきている。<br>しかし、特定健診受診率の伸びが目標に至らないこともあり、抽出される対象者が少なく、全体の医療費への影響が小さくなっている。<br>目標(3)は達成できていないものの、徐々に目標に近づいていることから、抽出条件等を検討しながら、未治療者に対する受診勧奨は継続していく。 | B |

| | |
|---|---|
| 事業名 | ② 糖尿病治療中断者訪問指導による適正受診 |
| 目的 | 糖尿病治療を中断した被保険者に対して、保健師が電話または訪問指導を実施し、治療の再開を促す。 |
| 概要 | 糖尿病治療で医療機関を受診していた被保険者が、３ヶ月連続で医療機関を受診していない場合に、保健師が電話または訪問し対象者へ医療機関受診を再開するよう指導する。 |
| 対象者 | 診療報酬明細書へ糖尿病の記載がある被保険者で、３ヶ月連続で医療機関受診が確認されない者。 |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（電話または訪問指導） |
| 実施方法 | 診療報酬明細書へ糖尿病の記載がある被保険者を台帳管理し、毎月の受診状況を確認する。3ヶ月連続で糖尿病に関する治療が確認されない被保険者を抽出し、厚生課保健師が電話または訪問指導を実施する。指導を実施した月以降の診療報酬明細書を確認し、医療機関を受診したか確認する。<br>確認した結果を厚生課保健師と共有し、受診していない場合は、再度、指導を実施する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者として抽出された全員に訪問または電話にて受診勧奨する。 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 実績 | １人 | ３人 | ７人 | ５人 | ８人 | ― |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)訪問または電話で受診勧奨した60%以上が医療機関を受診する<br>(2)勧奨後に受診した対象者のHbA1c数値の維持・改善する割合が50%<br>(3)糖尿病レセプト１件当たりの医療費30,000円未満 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | ０% | 66.6% | 71.4% | 80.0% | 50.0% | ― |
| (2) | ― | 100% | 80.0% | 75.0% | 50.0% | ― |
| (3) | 28,278円 | 30,475円 | 32,221円 | 30,604円 | 30,393円 | ― |

| 評価 | 評価段階 |
|---|---|
| 各年度とも、抽出された治療中断者全員に対して受診勧奨を行った。また、対象者が受診勧奨後に治療を受け、数値の改善がみられるようになってきている。<br>目標(3)は達成できていないものの、徐々に目標に近づいていることから、抽出条件等を検討しながら、未治療者に対する受診勧奨は継続していく。 | B |

## ３．データヘルス計画（第２期）の事業実績・評価

| | |
|---|---|
| 事　業　名 | ③ 糖尿病性腎症未治療者受診勧奨による適正受診 |
| 目　　的 | 糖尿病性腎症の疑われる被保険者へ、医療機関受診を勧奨することにより治療につなげる。 |
| 概　　要 | 糖尿病性腎症の既往歴がなく特定健康診査の結果、糖尿病性腎症が疑われる被保険者で医療機関受診が確認できない者へ訪問または電話連絡により医療機関受診を勧奨する。 |
| 対　象　者 | 40～74歳の被保険者で特定健康診査の結果、HbA1cが6.5%以上かつ尿蛋白が陽性、又はeGFRが60ml/分/1.73㎡未満で要医療と判定された者で、特定健康診査を受診してから３ヶ月が経過しても糖尿病性腎症に関する医療機関の受診が確認されない者。 |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（受診勧奨） |
| 実施方法 | ７月から毎月の特定健康診査の結果を確認し、糖尿病性腎症の既往歴がなくHbA1cが6.5%以上かつ尿蛋白が陽性、又はeGFRが60ml/分/1.73㎡未満の要医療と判定された被保険者を抽出する。<br>前記の被保険者が、特定健康診査を受診してから３ヶ月を経過しても医療機関から精密検査結果票が提供されない者を抽出する。<br>抽出された被保険者の診療報酬明細書を確認し、糖尿病性腎症に関する医療機関の受診が確認されない場合は、対象者へ訪問または電話連絡により医療機関受診を勧奨する。受診勧奨した結果、医療機関から精密検査結果票が提供されるか、又は診療報酬明細書により糖尿病性腎症に関する医療機関の受診があったか確認する。 |
| 各年度の実施期間 | ７月～３月 |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者として抽出された全員に訪問または電話にて受診勧奨する。 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| 実績 | ０人 | ０人 | ０人 | １人 | ０人 | ０人 |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)訪問又は電話で受診勧奨した全員が医療機関を受診する<br>(2)受診勧奨後に受診した対象者のHbA1c、尿蛋白、eGFR数値の維持・改善する割合が50%<br>(3)国保被保険者の新規人工透析治療患者１人以下 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| (1) | ― | ― | ― | 100% | ― | ― |
| (2) | ― | ― | ― | 100% | ― | ― |
| (3) | ２人 | ０人 | ４人 | ０人 | １人 | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 評　　価 | 抽出される対象者が令和３年度以外には無かったことから、糖尿病が重症化する前に適正に治療されているといえる。<br>目標（３）については長期的な分析が必要であること、また、特定健診受診率が伸びることにより、新たな対象者が抽出される可能性があることから、特定健診受診率の向上を推進しながら当事業を継続し、対象者があった際には、受診勧奨を行う。 | 評価段階<br>B |

| | |
|---|---|
| 事業名 | ④ 糖尿病性腎症治療中断者訪問指導による適正受診 |
| 目的 | 糖尿病性腎症治療を中断した被保険者に対して、保健師が電話または訪問指導を実施し、治療の再開を促す。 |
| 概要 | 糖尿病性腎症治療で医療機関を受診していた被保険者が、３ヶ月連続で医療機関を受診していない場合に、保健師が電話または訪問し対象者へ医療機関受診を再開するよう指導する。 |
| 対象者 | 診療報酬明細書へ糖尿病性腎症の記載がある被保険者で、３ヶ月連続で医療機関受診が確認されない者。 |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（電話または訪問指導） |
| 実施方法 | 診療報酬明細書へ糖尿病性腎症の記載がある被保険者を台帳管理し、毎月の受診状況を確認する。３ヶ月連続で糖尿病性腎症に関する治療が確認されない被保険者を抽出し、厚生課保健師が電話または訪問指導を実施する。<br>訪問指導を実施した月以降の診療報酬明細書を確認し、医療機関を受診したか確認する。確認した結果を厚生課保健師と共有し、受診していない場合は、再度、指導を実施する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 |

指標及び目標・実績

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者として抽出された全員に訪問または電話にて受診勧奨する。 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 実績 | ０人 | ０人 | １人 | ０人 | ０人 | ０人 |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)訪問又は電話で受診勧奨した全員が医療機関を受診する<br>(2)受診勧奨後に受診した対象者のHbA1c、尿蛋白、eGFR数値の維持・改善する割合が50％<br>(3)国保被保険者の新規人工透析治療患者１人以下 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | ― | ― | ０人 | ― | ― | ― |
| (2) | ― | ― | ０％ | ― | ― | ― |
| (3) | ２人 | ０人 | ４人 | ０人 | １人 | ― |

| 評価 | 評価段階 |
|---|---|
| 抽出される対象者が令和２年度以外には無かったことから、糖尿病性腎症について、適正に医療機関の受診及び治療がなされているといえる。<br>目標（３）については、長期的な取組によって効果が表れることから、今後も被保険者の台帳管理を継続し、医療機関の受診状況を確認したうえで適宜指導を行う。 | B |

## 3．データヘルス計画（第２期）の事業実績・評価

| | |
|---|---|
| 事業名 | ⑤ がん検診の受診率向上 |
| 目的 | がん検診の受診率の向上を図ることにより、がんの早期発見・早期治療につなげ、村民の健康の保持・増進、医療費の抑制を図る。 |
| 概要 | 各種がん検診を新郷村の委託医療機関で実施し、早期発見・早期治療につなげる。また、検診の申込み受付けの機会及び検診実施医療機関を増やし、受診率の向上を図る。 |
| 対象者 | 胃がん　40才以上の村民　　肺がん　40才以上の村民<br>大腸がん　40才以上の村民　　乳がん　40才以上の村民<br>子宮頸がん　20才以上の村民 |
| 事業担当課 | 厚生課 |
| 実施方法 | (1)五戸町健診センターへ業務委託<br>大腸がん検診は、検体を保健センターへ持ち込み受診可能(自己負担無料)国保被保険者は特定健康診査と同時受診可能 (2018～2023)<br>(2)がん検診の受診申込みの機会を増やすため、４月と８月の年２回受診申込みを受け付ける。（2018年度のみ４月と９月） |
| 各年度の実施期間 | 五戸町健診センター受診分（７月～１月）<br>八戸西健診プラザ受診分（７月～２月）<br>がん検診の受診申込み受付け（４月、８月）(2018年度のみ９月)<br>大腸がん検診の検体保健センター持ち込み分（７月～１月） |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | (1)検体を保健センターへ持ち込み自己負担分を無料で受診可能とする体制を継続する。<br>(2)年２回がん検診の申込期間を設ける。 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (2) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)胃がん受診率 30%以上 (2)大腸がん受診率 30%以上<br>(3)肺がん受診率 65%以上 (4)子宮がん受診率 20%以上<br>(5)乳がん受診率 20%以上 |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | 18.7% | 20.0% | 16.5% | 18.5% | 10.4% | — |
| (2) | 25.8% | 25.5% | 23.1% | 13.4% | 17.2% | — |
| (3) | 66.7% | 61.2% | 50.0% | 34.5% | 32.5% | — |
| (4) | 13.1% | 16.1% | 13.9% | 6.3% | 6.8% | — |
| (5) | 17.4% | 10.9% | 11.4% | 5.8% | 8.6% | — |

| | | |
|---|---|---|
| 評価 | 検診の受診環境は目標のとおり整えることができており、申込みの受付期間についても、目標を達成できている。<br>しかし、各種がん検診の受診率は年度ごとに上下しており、目標の達成には至っていないため、がん検診の受診方法などの周知を行い、被保険者の関心を高める事業に取り組んでいく。 | 評価段階<br>C |

| | |
|---|---|
| 事業名 | ⑥ がん検診精密検査の受診率向上 |
| 目的 | がん検診により要精密検査と判定された者の精密検査の受診率の向上を図ることにより、がんの早期発見・早期治療につなげ、村民の健康の保持・増進、医療費の抑制を図る。 |
| 概要 | がん検診の結果について対面で説明し、要精密検査と判定された者で医療機関受診が確認できない者へ電話連絡により医療機関受診を勧奨する。 |
| 対象者 | がん検診で要精密検査と判定された者で、精密検査結果票が医療機関から提供されない者。 |
| 事業担当課 | 厚生課 |
| 実施方法 | 各種がん検診の結果について対面で医師・看護師・保健師が説明し、要精密検査と判定された者に医療機関受診を勧奨する。その後、検診を受診してから３ヶ月を経過しても、医療機関から精密検査結果票が提供されない者を抽出する。抽出された対象者へ電話連絡し、医療機関受診を再勧奨する。 |
| 各年度の実施期間 | ８月～３月 |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 精密検査対象者のうち、結果説明会及び訪問等により、対面で精密検査受診の必要性について説明する割合　100% |
|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 実績 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)胃がん　85%<br>(3)肺がん　95%<br>(5)乳がん　85% | (2)大腸がん　90%<br>(4)子宮頸がん　90% |
|---|---|---|

| | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | 89.1% | 90.5% | 83.3% | 65.4% | 68.4% | — |
| (2) | 79.3% | 89.7% | 79.3% | 76.9% | 50.0% | — |
| (3) | 87.5% | 80.0% | 100% | 100.0% | 100.0% | — |
| (4) | — | — | — | — | — | — |
| (5) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | — |

| | | |
|---|---|---|
| 評価 | 肺がん、乳がんについては、目標を達成できているが、胃がん、大腸がんについては、目標を達成できていない。<br>がんに係る医療費は、村の総医療費において大きな割合を占めているため、今後も精密検査受診の必要性を周知し、受診率向上の取組を継続していく。 | 評価段階<br>B |

3．国保状況の周知事業

| | |
|---|---|
| 事業名 | ① 医療費通知による医療費情報の把握及び適正受診 |
| 目的 | 自己の医療機関受診状況を通知し、受診状況の把握、適正受診を促す。 |
| 概要 | ２ヶ月に１回、国保加入世帯の医療機関受診に係る医療費の費用額等を通知し、自己の医療費の把握、受診方法の見直しを促す。 |
| 対象者 | 国保医療機関受診世帯 |
| 事業担当課 | 住民課 |
| 実施方法 | 青森県国民健康保険団体連合会へ委託し、２ヶ月に１回通知する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月、６月、８月、10月、12月、２月に発送 |

| 指標及び目標・実績 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年６回通知する | | | | | |
| | | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| | 実績 | ６回 (2,096件) | ６回 (2,354件) | ６回 (2,288件) | ６回 (2,295件) | ６回 (2,209件) | ― |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 国保被保険者一人当たり医療費290,000 円未満を維持する（参考 H29：289,465 円） | | | | | |
| | | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| | 実績 | 262,380円 | 266,722円 | 283,293円 | 262,101円 | 264,618円 | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 評価 | 一人当たり医療費に係る目標を毎年度達成できており、今後も継続して事業を行う。 | 評価段階 A |

| | |
|---|---|
| 事　業　名 | ② ジェネリック医薬品利用差額通知による医療費情報の把握及び適正受診 |
| 目　　的 | 自己の処方された医薬品にかかる費用額、自己負担額、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額を把握し、ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の適正化・抑制を図る。 |
| 概　　要 | 年に２回、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費の差額を通知し、ジェネリック医薬品の利用促進、制度の理解、医薬品の適正化・抑制を図る。 |
| 対　象　者 | 35 歳以上の被保険者で、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の差額が 200 円以上の者 |
| 事業担当課 | 住民課 |
| 実施方法 | 青森県国民健康保険団体連合会へ委託し、年２回通知する。 |
| 各年度の実施期間 | ７月、１月に発送 |

指標及び目標・実績

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年２回通知する。 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| 実績 | ２回 (58 件) | ２回 (38 件) | ２回 (36 件) | ２回 (26 件) | ２回 (40 件) | ２回 |

| 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1) ジェネリック医薬品の利用率 (数量シェア) 73.0％以上（参考 H29：65.5％）<br>(2) 国保被保険者一人当たり医療費 290,000 円未満を維持する（参考 H29：289,465 円） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| (1) | 72.9％ | 78.2％ | 82.0％ | 78.5％ | 85.0％ | ― |
| 実績 | 262,380 円 | 266,722 円 | 283,293 円 | 262,101 円 | 264,618 円 | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 評　　価 | ジェネリック医薬品の利用率及び一人当たり医療費のどちらの目標も毎年度達成できている。利用率が徐々に毎年度伸びているため、今後も事業を継続して更なる利用率の向上を目指す。 | 評価段階<br>A |

## ３．データヘルス計画（第２期）の事業実績・評価

| | |
|---|---|
| 事　業　名 | ③ 重複・多剤服薬者に対する適正受診指導 |
| 目　　的 | 被保険者の服薬状況について適正受診指導し、服薬及び医療費の適正化を図る。 |
| 概　　要 | 同じ効能の薬が同月内に処方されている、または必要以上に多くの種類の薬が処方され服薬している被保険者に対して、保健師が適正服薬を指導し、医療費の適正化を図る。 |
| 対　象　者 | 直近３ヶ月のうち、２ヶ月以上同月内に同じ効能の薬が処方されている（重複）または４～６種類の薬が処方されている被保険者（多剤） |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（電話または訪問指導） |
| 実施方法 | ＫＤＢシステムを活用し、直近３ヶ月のうち２ヶ月以上、同月内に同じ効能の薬が処方されている、または４～６種類の薬が処方されている被保険者を抽出し、厚生課保健師へ指導を依頼し実施する。電話または訪問にて指導を実施した月以降の診療報酬明細書を確認し、服薬状況が改善されているかを確認する。確認結果を厚生課保健師と共有し、改善されていない場合は、再度、指導を実施する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月（2018 年度のみ、12 月～３月） |

**指標及び目標・実績**

| 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 抽出された対象者の全てに電話または訪問指導を実施する | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| 実績 | ０人 | ０人 | １人 | ０人 | ０人 | ― |

| 計画での指標及び目標アウトカム（事業の成果） | （１）電話または訪問指導実施者の全てが適正に服薬する<br>（２）国保被保険者一人当たり医療費 290,000 円未満を維持する（参考 H29：289,465 円） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| （１） | ― | ― | １人 | ― | ― | ― |
| （２） | 262,380 円 | 266,722 円 | 283,293 円 | 262,101 円 | 264,618 円 | ― |

| | | |
|---|---|---|
| 評　　価 | 抽出される対象者は令和２年度以外に無く、被保険者の服薬状況が適切に保たれている。また、指導により、対象者の服薬状況に改善が見られた。<br>目標（２）の一人当たり医療費について目標を達成できており、今後も被保険者の服薬状況を適正に保つため、対象者の抽出作業及び対象者への指導を継続する。 | 評価段階<br>A |

| | |
|---|---|
| 事　業　名 | ④ 国保状況の周知による制度および医療費状況の理解 |
| 目　　的 | 国保の医療費・特定健診の状況や国保税の状況を周知し、制度や村国保の状況の理解・医療費適正化を促す。 |
| 概　　要 | 年１回、広報しんごうへ国保の医療費・特定健診等の情報を掲載し制度や村国保の状況の理解・医療費適正化を促す。 |
| 対　象　者 | 村民 |
| 事業担当課 | 住民課 |
| 実施方法 | 年１回以上、広報しんごうへ掲載する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 |

| 指標及び目標・実績 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年１回以上、広報しんごうへ掲載する。 | | | | | |
| | | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| | 実績 | ２回 | ２回 | ４回 | ３回 | ３回 | ３回 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 国保被保険者一人当たり医療費 290,000 円未満を維持する（参考 H29：289,465 円） | | | | | |
| | | H30 | H31 (R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| | 実績 | 262,380 円 | 266,722 円 | 283,293 円 | 262,101 円 | 264,618 円 | — |

| | | |
|---|---|---|
| 評　　価 | 国保制度や村国保の状況について、毎年度目標以上の回数の記事を掲載した。<br>今後も被保険者の国保制度への理解を深めるため、国保に係る情報を発信する。 | 評価段階<br>A |

４．地域包括ケアの推進事業

| | |
|---|---|
| 事業名 | ① 要介護認定等申請に係るハイリスク者情報共有事業 |
| 目的 | 医療から介護へスムーズなサービス利用ができるよう、関係者で情報共有を図る。 |
| 概要 | 医療費情報を活用し、要介護認定等申請に係るハイリスクの疾病を持つ被保険者の情報を共有する。 |
| 対象者 | 65歳以上の被保険者で、前年度の要介護認定等申請に係る原疾患上位３位の疾病の医療費情報がある者。 |
| 事業担当課 | 住民課、厚生課（担当者間協議） |
| 実施方法 | 介護部門（厚生課）が原疾患を抽出し、国保（住民課）が抽出された原疾患に基づく対象者を抽出し情報共有する連携体制を継続する。 |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 |

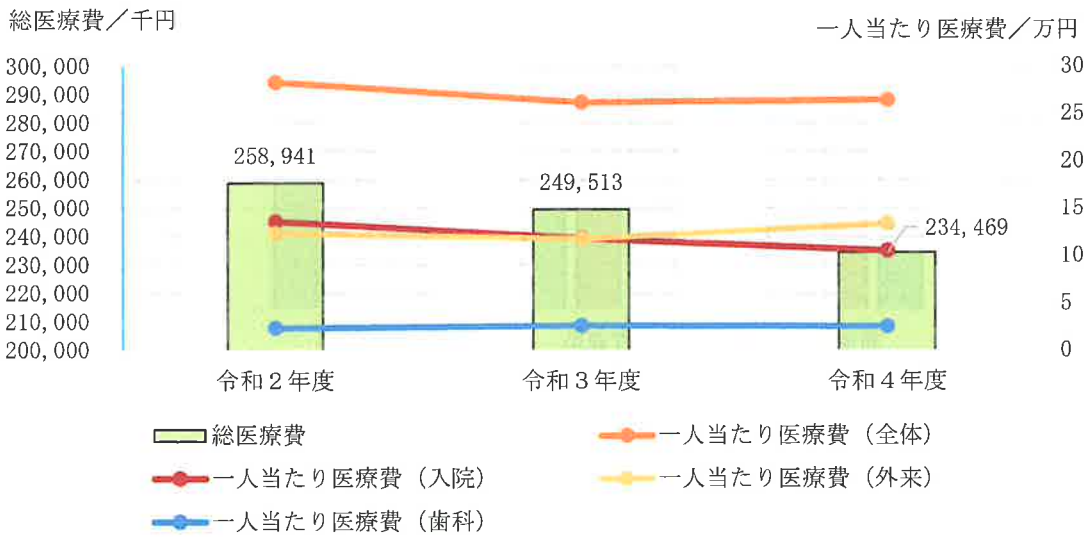
| 指標及び目標・実績 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年12回対象者を抽出し、情報共有する。 | | | | | |
| | | H30 | H31(R1) | R２ | R３ | R４ | R５ |
| | 実績 | ７回 | 12回 | 12回 | 12回 | — | — |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | — | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 評価 | 令和３年度までは各課が連携し情報共有が図られたが、令和４年度以降、連携不足により情報共有ができなかった。<br>対象者の医療費情報の共有による事業実施効果は認められた。 | 評価段階<br>B |

## ４．１　国民健康保険の医療費の分析

### （１）総医療費と一人当たり医療費の推移

総医療費と一人当たり医療費の推移



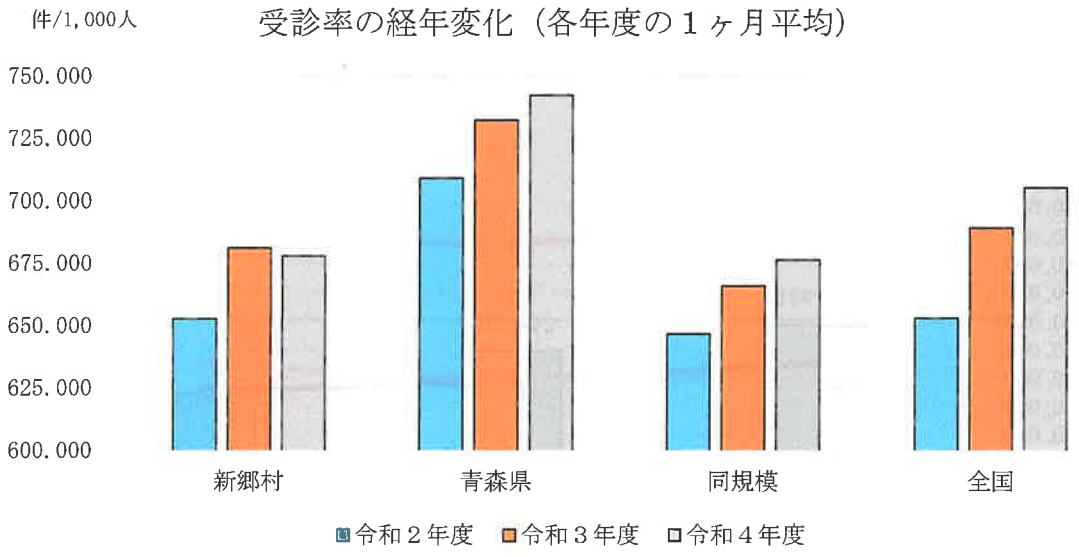

（被保険者数：令和２～４年度　国民健康保険事業状況報告書事業年報Ａ表　年度平均被保険者数）
（１人当たり医療費：令和２～４年度　国民健康保険事業状況報告書事業年報Ａ表、Ｃ表（３）より算定）
（KDB システム：厚生労働省様式１－１，２－１，２－２（Ｒ２～Ｒ４））
※レセプトとは、医療機関が医療行為等の内容を記載した保険請求するための明細書。レセプトは医療機関ごと、月ごとに１件とカウントする。

| | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 |
|---|---|---|---|
| 人工透析件数 | 39 | 43 | 38 |
| 長期入院件数 | 24 | 27 | 27 |
| 100 万円以上高額レセプト件数 | 28 | 22 | 18 |

過去３年間の総医療費をみると、令和２年度から令和４年度にかけて 24,472 千円減少している。一人当たり医療費（入院）についても、令和２年度から令和４年度にかけて減少しており、これらについては、令和２年度から令和４年度にかけて１００万円以上の高額レセプト件数が減少していることが要因であると考えられる。

また、一人当たり医療費（外来）及び（歯科）については、横ばいとなっている。一人当たり医療費（全体）は、令和２年度からは減少傾向にあるものの、総医療費の減少幅と比べると緩やかである。

（2）受診率の経年変化



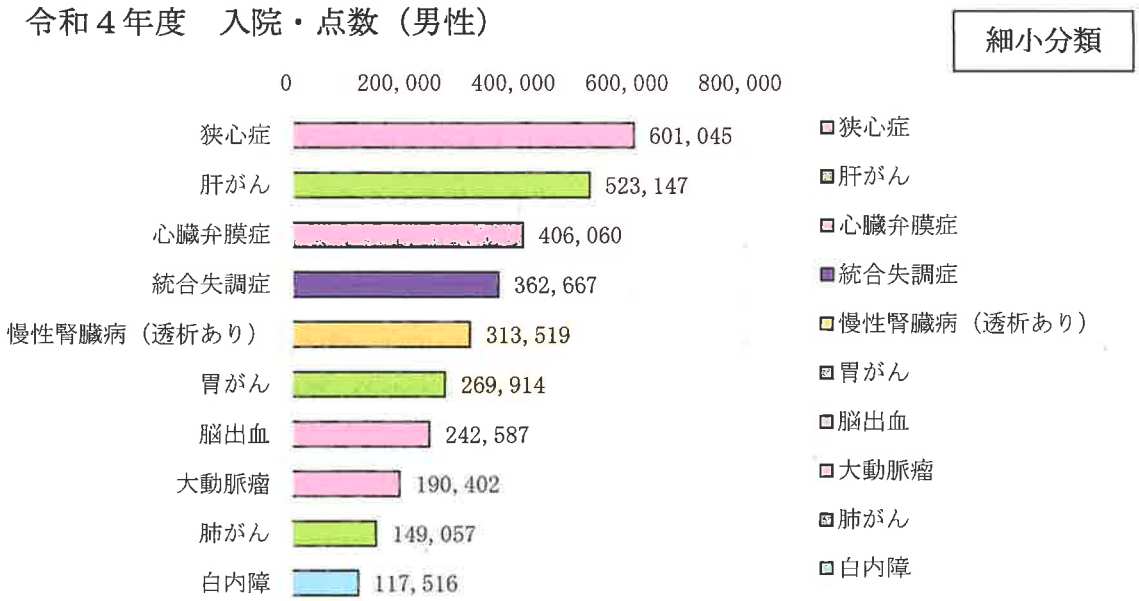

（KDB システム：地域の全体像の把握　医療　令和２～４年度累計）

被保険者 1,000 人当たりに換算したレセプト件数による医療機関の受診率は、令和２年度と比べ、増加傾向にある。青森県・全国平均より低く、同規模保険者と同程度の受診率である。

被保険者数は年々減少しているが、被保険者 1,000 人当たりに換算した場合、受診率は増加傾向にある。

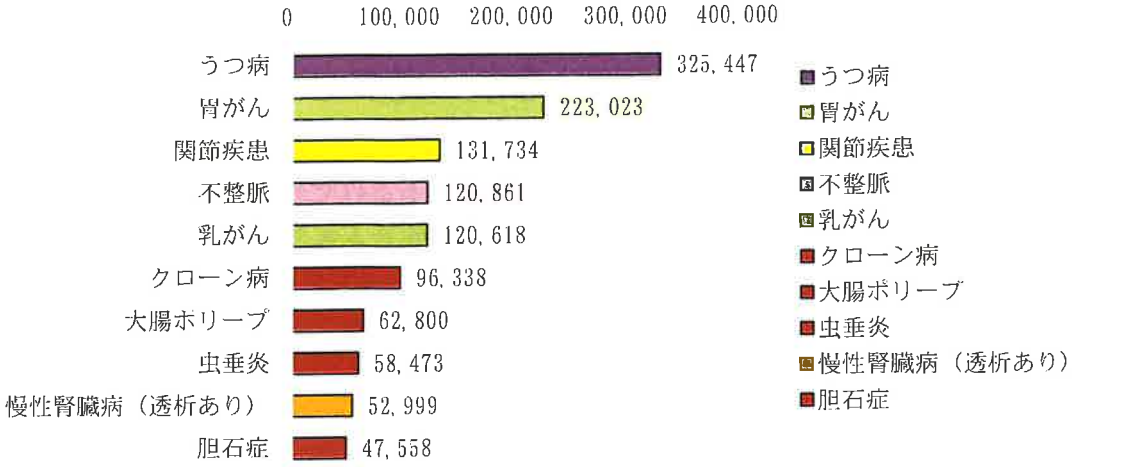
（3）令和４年度の疾病細小分類別、中分類別　点数上位 10 位までの状況

【入院】



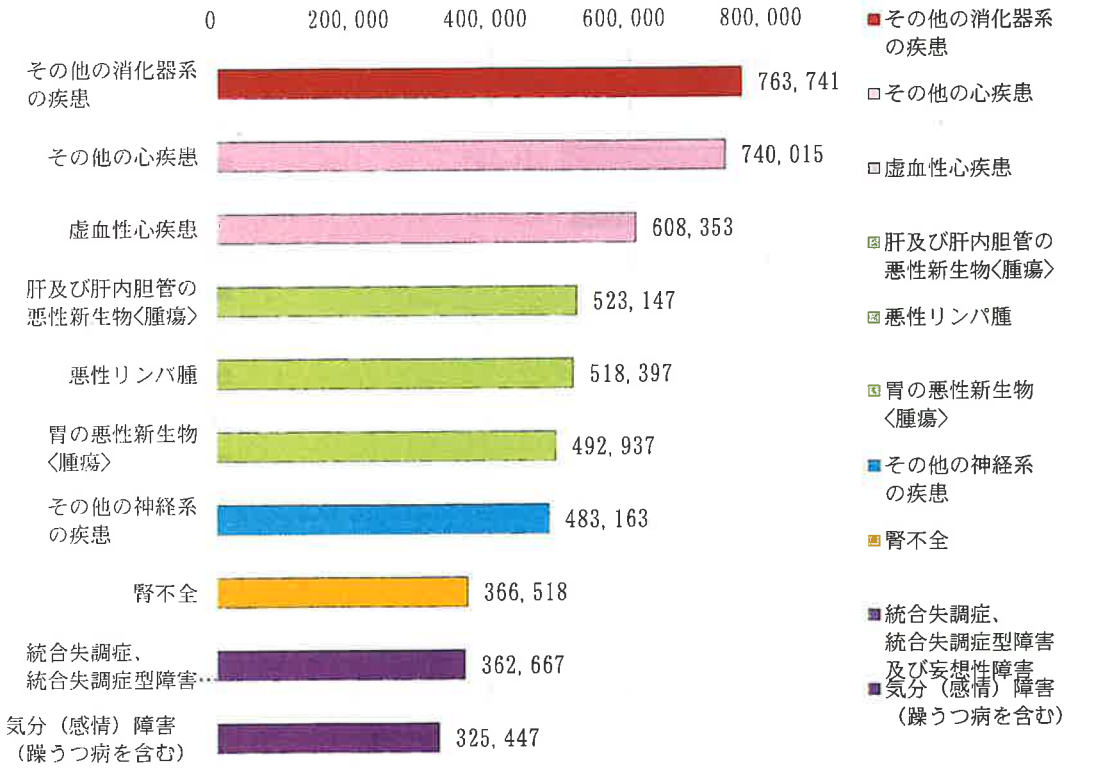
令和４年度　入院・点数（女性）

細小分類




令和４年度　入院・点数（全体）

中分類




（KDB システム：疾病別医療費分析（細小（82）分類）令和４年度累計）
※点数を 10 倍すると医療費用額となる。
（KDB システム：疾病別医療費分析（中分類）令和４年度分）

令和４年度の疾病細小分類別点数上位 10 位（入院分）をみると、男性・女性ともに各種がんに係る医療費の割合が高く、男性は「肝がん(9.6%)」が第２位、「胃がん(5.0%)」が第６位、「肺がん(2.7%)」が第９位となっており、女性は「胃がん(9.6%)」が第２位、「乳がん(5.2%)」が第５位となっている。また、中分類別点数上位 10 位に関しても、「肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞」「悪性リンパ腫」「胃の悪性新生物＜腫瘍＞」が第４～６位となっており、より重点的にがん対策に取り組む必要がある。医療費削減のためにも、

## ４．医療・介護・健診情報の分析による現状把握

被保険者の「がん」への関心を高め、がん検診及び精密検査の受診率の向上による、がんの早期発見、早期治療が重要である。

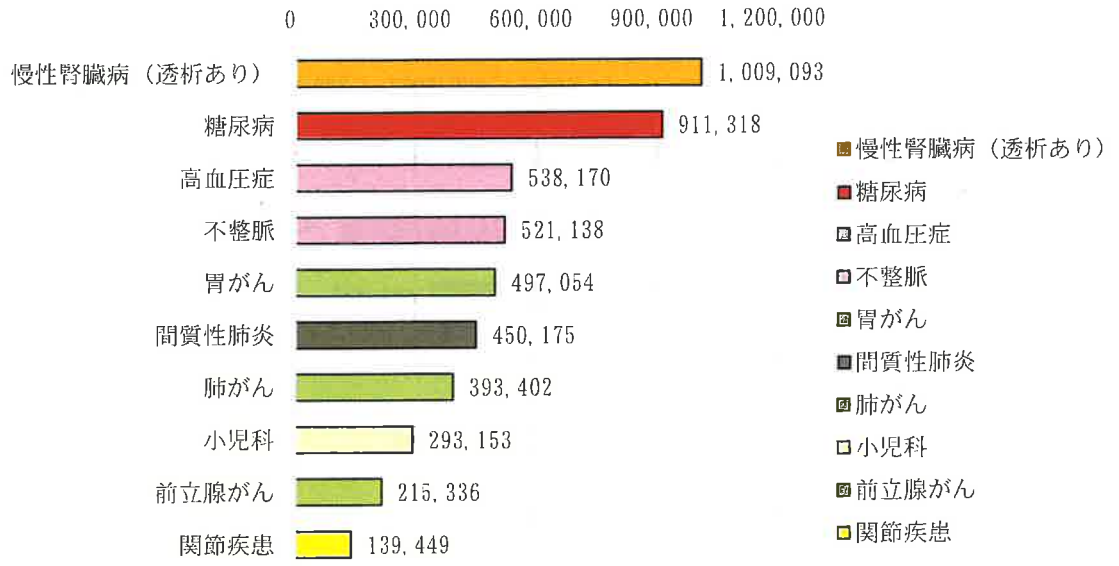
また、中分類別点数上位 10 位のうち「その他の心疾患」「虚血性心疾患」が第２・３位となっており、心疾患が占める割合も高いことから、心疾患へとつながりやすい糖尿病や高血圧などの生活習慣病対策の重要性も高い。

入院については件数が少なく、１件の点数に割合が左右されやすい状況にあることから、傾向というには難しい状況にあるため、以下、外来の状況をふまえて分析していく。

【外来】

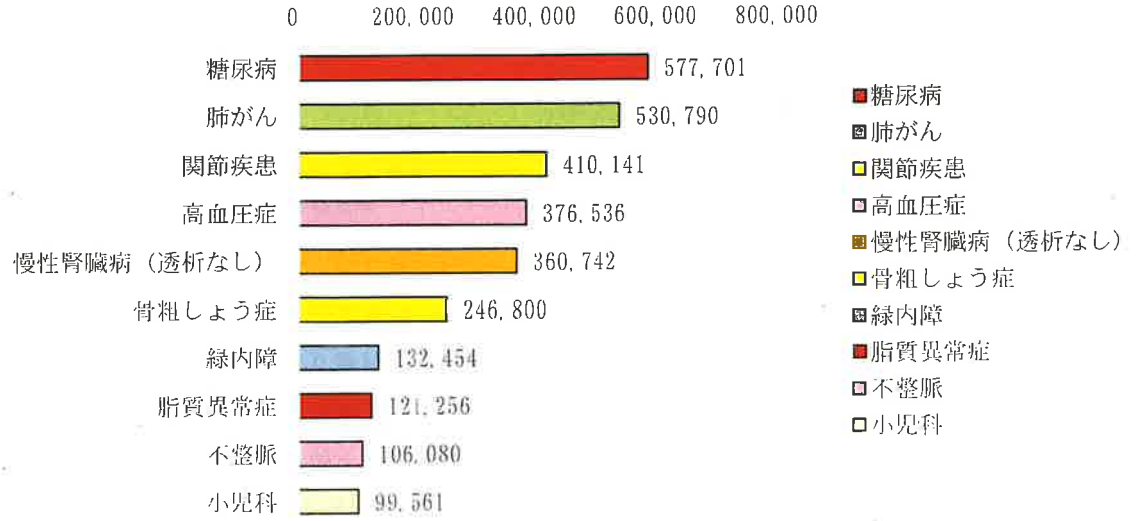
令和４年度　外来・点数（男性）

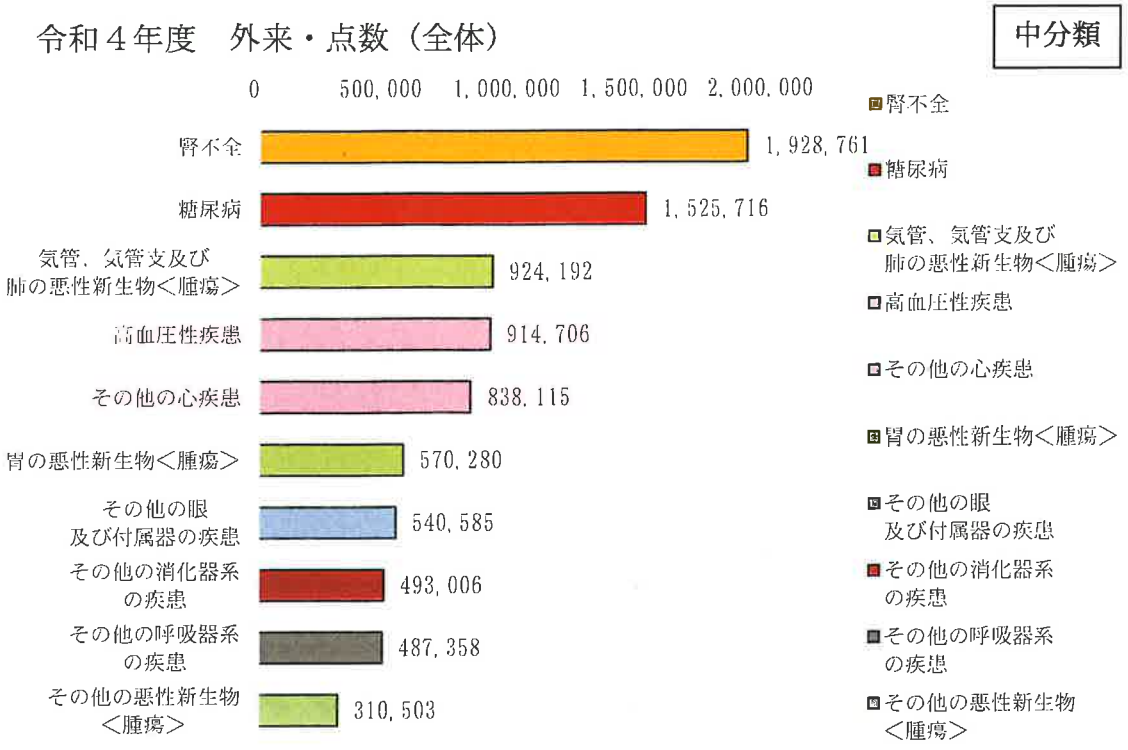
細小分類




令和４年度　外来・点数（女性）

細小分類






（KDB システム：疾病別医療費分析（細小（82）分類）令和４年度累計）
※点数を 10 倍すると医療費用額となる。
（KDB システム：疾病別医療費分析（中分類）令和４年度分）

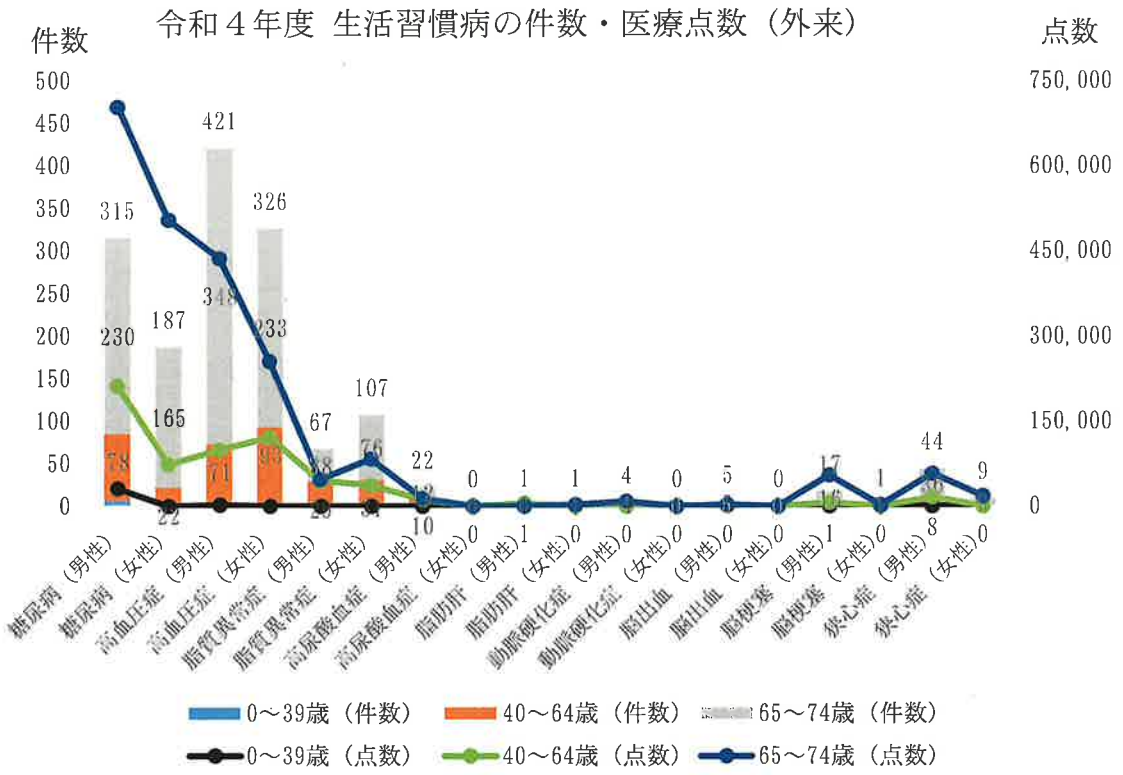
令和４年度の疾病細小分類別点数上位 10 位（外来分）をみると、男性・女性ともに、代表的な生活習慣病である「糖尿病」「高血圧症」の割合が高い。

「糖尿病」については、男性の第２位（11.3％）、女性の第１位（10.6％）で、中分類別点数上位 10 位においても第２位（11.3％）となっている。「高血圧症」については、男性の第３位(6.7％)、女性の第４位(6.9％)であり、中分類別では第４位となっている。

生活習慣病への対策としては、若い年代からの生活習慣の改善と維持が必要であることから、幅広い年代の被保険者に対して健康意識の向上を働きかける事業を進めていく。

また、腎臓病については「慢性腎臓病（透析あり）」が男性の第１位（12.5％）、「慢性腎臓病（透析なし）」が女性の第５位（6.6％）となり、中分類では「腎不全」が第１位（14.3％）となっている。腎不全は、人工透析治療といった高額な治療費を要する疾患であり、医療費ひっ迫の要因となることから、保健事業による対策が必須である。

（４）生活習慣病の件数・医療費点数（外来）の状況




（KDB システム：疾病別医療費分析（生活習慣病）　令和４年度累計）
※疾病の分類は KDB システム：疾病別医療費分析（生活習慣病）による。
※年度のとらえ方が疾病中分類と１ヶ月ずれがある。

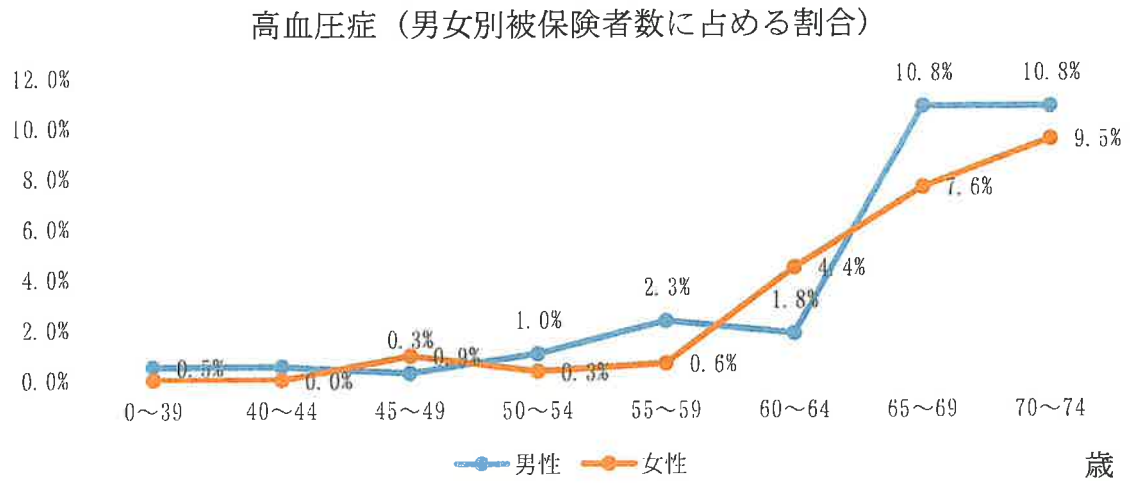
令和４年度の生活習慣病の状況において、糖尿病は男性・女性ともに外来件数で第２位、外来点数では第１位となっている。多種の合併症を引き起こすリスクがあり、医療費に占める割合が大きくなりやすいため、若年層からの生活習慣の改善を働きかけるとともに、継続した治療の重要性を認識させることで、糖尿病患者数の減少と重症化の予防を図る必要がある。

また、高血圧症についても、男性・女性ともに外来件数で第１位、外来点数では第２位となっているため、糖尿病と同様に、生活習慣の改善や治療の重要性を認識させる必要がある。

| | 糖尿病 | 高血圧症 | 脂質異常症 | 高尿酸血症 | 脂肪肝 | 動脈硬化症 | 脳出血 | 脳梗塞 | 狭心症 | 心筋梗塞 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性（件数）0～39 歳 | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 男性（件数）40～64 歳 | 78 | 71 | 29 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 | 0 |
| 男性（件数）65～74 歳 | 230 | 348 | 38 | 12 | 0 | 4 | 5 | 16 | 36 | 7 |
| 男性（件数）合計 | 315 | 421 | 67 | 22 | 1 | 4 | 5 | 17 | 44 | 7 |
| 女性（件数）0～39 歳 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 女性（件数）40～64 歳 | 22 | 93 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 女性（件数）65～74 歳 | 165 | 233 | 76 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 |
| 女性（件数）合計 | 187 | 326 | 107 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 |
| 男女（件数）合計 | 502 | 747 | 174 | 22 | 2 | 4 | 5 | 18 | 53 | 7 |
| 男性（点数）0～39 歳 | 30, 752 | 1, 891 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 男性（点数）40～64 歳 | 212, 365 | 99, 292 | 45, 228 | 11, 531 | 5, 145 | 0 | 0 | 6, 111 | 15, 609 | 0 |
| 男性（点数）65～74 歳 | 704, 013 | 436, 987 | 47, 119 | 14, 106 | 0 | 8, 160 | 2, 527 | 54, 801 | 57, 515 | 11, 392 |
| 男性（点数）合計 | 947, 130 | 538, 170 | 92, 347 | 25, 637 | 5, 145 | 8, 160 | 2, 527 | 60, 912 | 73, 124 | 11, 392 |
| 女性（点数）0～39 歳 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 女性（点数）40～64 歳 | 73, 687 | 121, 261 | 37, 433 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 女性（点数）65～74 歳 | 504, 899 | 255, 275 | 83, 823 | 0 | 2, 625 | 0 | 0 | 2, 158 | 18, 035 | 0 |
| 女性（点数）合計 | 578, 586 | 376, 536 | 121, 256 | 0 | 2, 625 | 0 | 0 | 2, 158 | 18, 035 | 0 |
| 男女（点数）合計 | 1, 525, 716 | 914, 706 | 213, 603 | 25, 637 | 7, 770 | 8, 160 | 2, 527 | 63, 070 | 91, 159 | 11, 392 |

（５）生活習慣病上位３位の年齢階層別割合（男女別被保険者数に占める割合）

ア．高血圧症

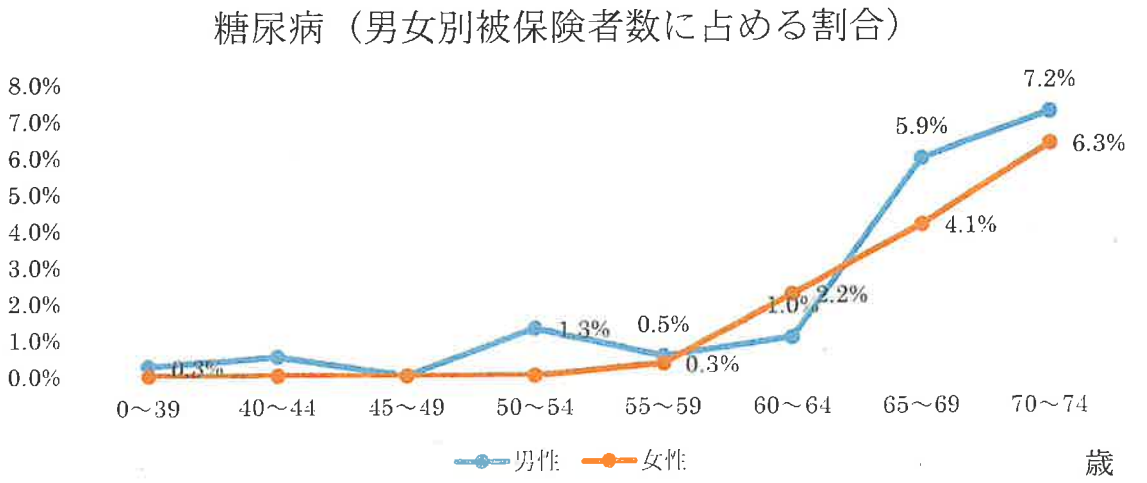



（KDB システム：厚生労働省様式（様式 3-3）高血圧症のレセプト分析　令和４年５月診療分）
※男性被保険者数は 389 人、女性被保険者数は 316 人

| R4. 5 診療分 | 0～39 | 40～44 | 45～49 | 50～54 | 55～59 | 60～64 | 65～69 | 70～74 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性（保有者数） | 2 | 2 | 1 | 4 | 9 | 7 | 42 | 42 | 109 |
| 女性（保有者数） | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 14 | 24 | 30 | 74 |

令和４年５月診療分のレセプトにおける男女年齢階層別の高血圧症の者の割合は、男性は 65 歳以上、女性は 60 歳以上になると急激に割合が高くなっており、年齢との相関性がみられる。40 歳代までの年齢階層にも件数は少ないが見られるため、若年層から高血圧症予防を意識した生活習慣が重要である。

イ．糖尿病



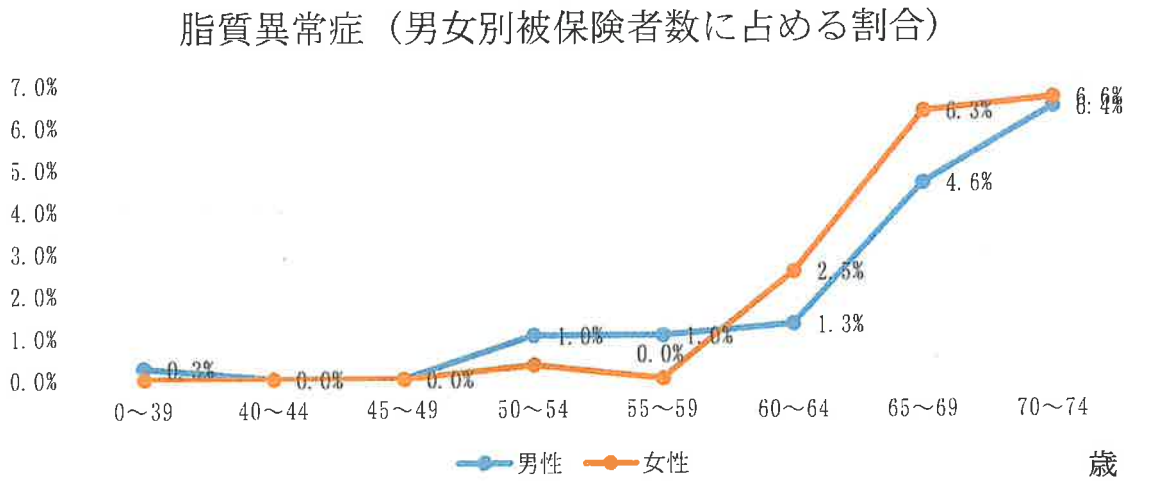

（KDB システム：厚生労働省様式（様式 3-2）糖尿病のレセプト分析　令和４年５月診療分）
※男性被保険者数は 389 人、女性被保険者数は 316 人

| R4. 5 診療分 | 0～39 | 40～44 | 45～49 | 50～54 | 55～59 | 60～64 | 65～69 | 70～74 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性（保有者数） | 1 | 2 | 0 | 5 | 2 | 4 | 23 | 28 | 65 |
| 女性（保有者数） | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 13 | 20 | 41 |

令和４年５月診療分のレセプトにおける男女年齢階層別の糖尿病の者の割合は、男性・女性ともに 65 歳以上になると急激に割合が高くなる。

高血圧症と同様に、若年階層にも保有者があることから、食事内容の改善や、日常的な運動の習慣化を働きかけ、重症化を予防する必要がある。

### ウ．脂質異常症




（KDB システム：厚生労働省様式（様式 3-4）脂質異常症のレセプト分析　令和４年５月診療分）
※男性被保険者数は 389 人、女性被保険者数は 316 人

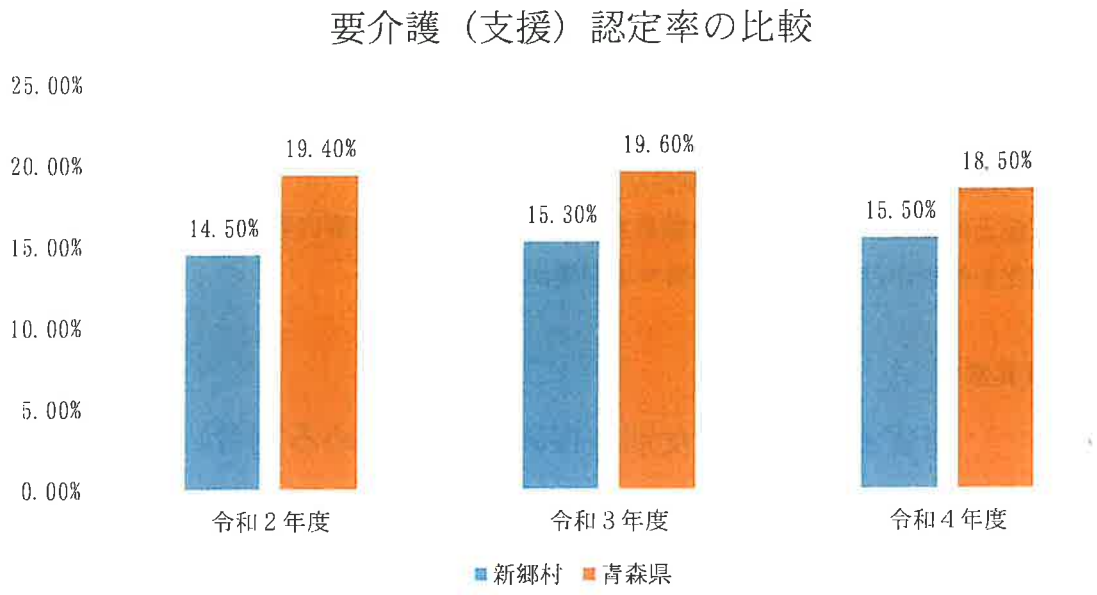
| R4. 5 診療分 | 0～39 | 40～44 | 45～49 | 50～54 | 55～59 | 60～64 | 65～69 | 70～74 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性（保有者数） | 1 | 0 | 0 | 4 | 4 | 5 | 18 | 25 | 57 |
| 女性（保有者数） | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 | 20 | 21 | 50 |

令和４年５月診療分のレセプトにおける男女の年齢階層別の脂質異常症の者の割合は、男性・女性ともに 65 歳以上になると割合が高くなっており、高血圧症・糖尿病と異なり、男性よりも女性の割合が大きくなっている。

脂質異常症は、動脈硬化の原因となり重篤な疾病につながるリスクが高くなるため、高脂肪・高カロリーの食生活を見直す機会を提供する必要がある。

## ４．２　介護データの比較

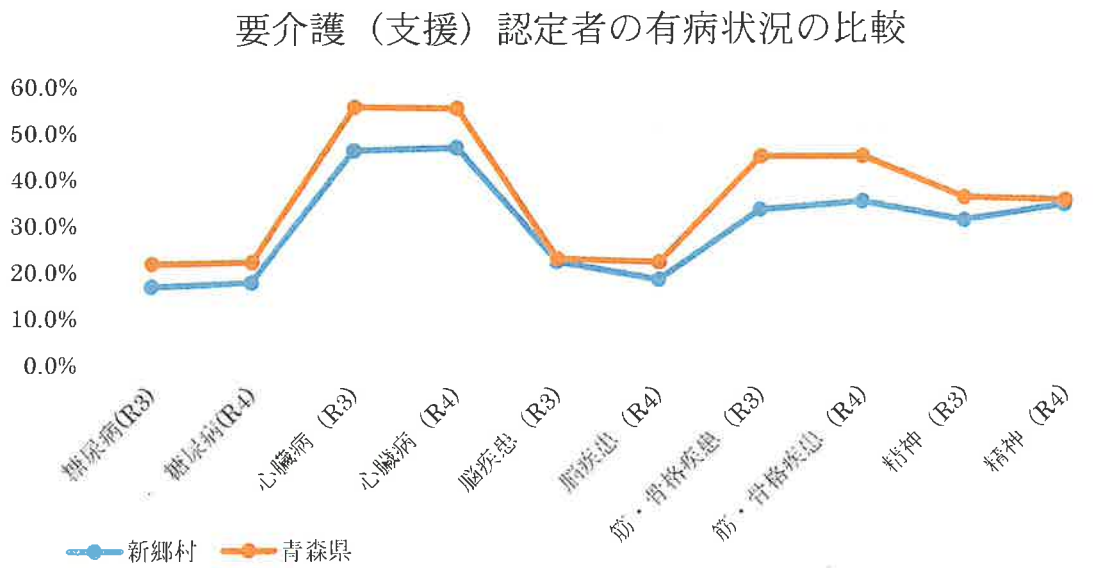
### （１）要介護（支援）認定率の比較（65 歳以上第一号被保険者における認定率）




（ＫＤＢシステム：地域の全体像の把握　令和２～４年度）

令和２年度から令和４までの介護保険第一号被保険者の要介護（支援）認定率は、15％前後で推移しており、青森県平均と比べて４％前後低い。

### （２）要介護（支援）認定者の有病状況の比較




（KDB システム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題　令和３～４年度（累計））

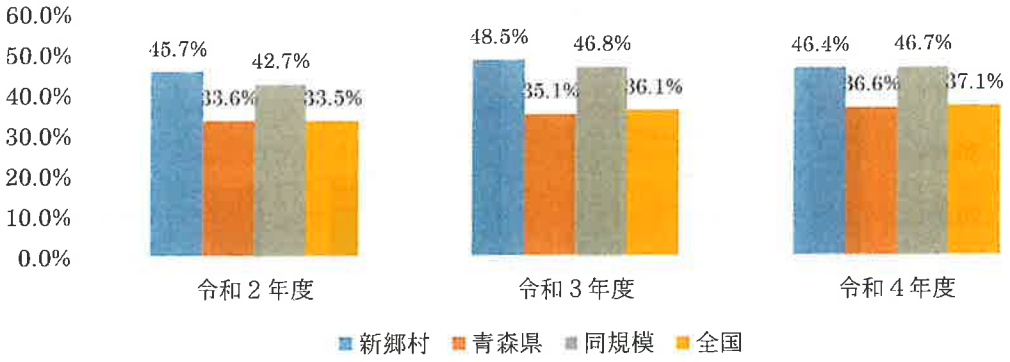
令和３年度から令和４年度までの要介護（支援）認定者の有病（各疾患のレセプトを持つ者）の割合は、心臓病が約 46%と最も高い。

## ４．３　健診情報の分析

### （１）特定健康診査・特定保健指導の実施状況

#### ア．特定健康診査の受診率

特定健康診査の受診率（全体）



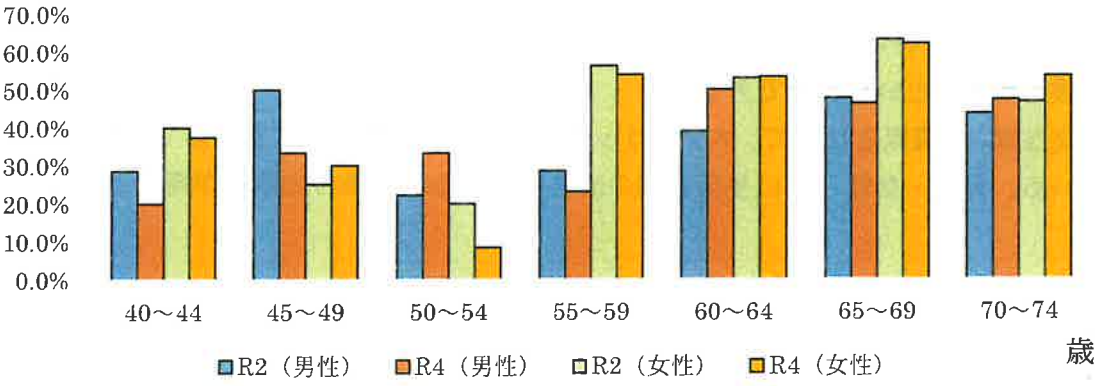

（特定健診・特定保健指導実施結果総括表　令和２年度～令和４年度）
※受診率の算定は、年度中の被保険者の異動を反映したものとなっている

令和２年度から令和４年度までの特定健康診査の受診率は、同規模保険者と同程度で、青森県・全国平均と比べて 10％前後高い。

しかし、令和４年度には前年度よりも受診率が下がったため、受診率向上を推進する取組を今後も継続する必要がある。

#### イ．特定健康診査の男女・年齢階層別の受診率

特定健康診査年齢階層別受診率



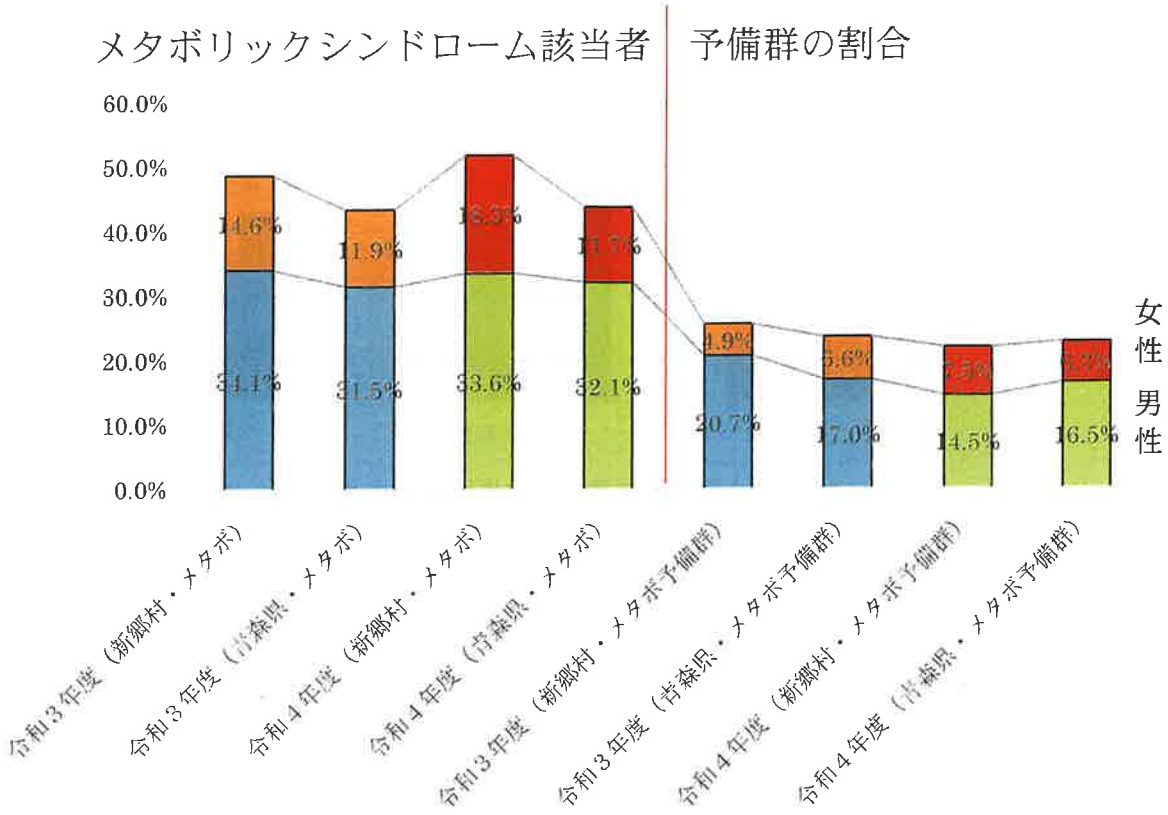

（特定健診・特定保健指導実施結果総括表　令和２年度～令和４年度）

令和２年度から令和４年度までの男女・年齢階層別の特定健康診査の受診率は、45～54 歳までを除いては、男性よりも女性の方が高い受診率となっている。

男性は 60 歳未満、女性は 55 歳未満の受診率が低い傾向にあり、働き盛りの若い年代の特定健康診査・健康に対する意識が低いことが推測される。

（２）特定健康診査結果の分析

ア．メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



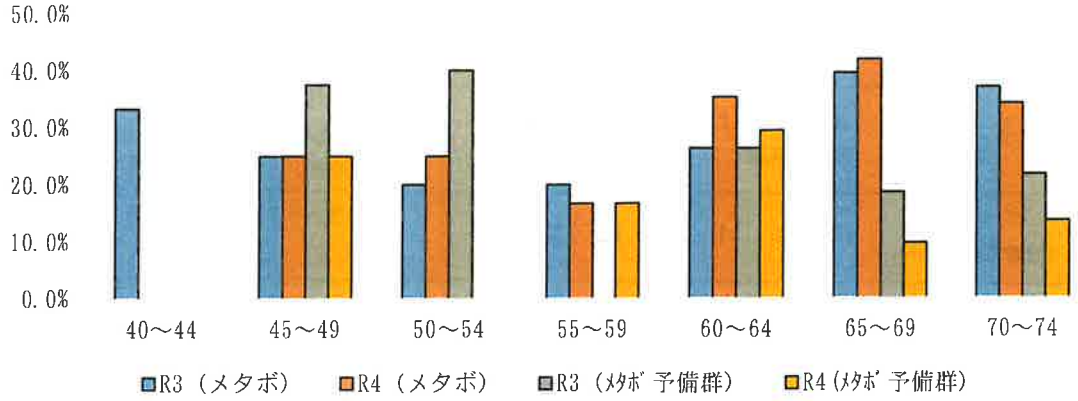

（特定健診・特定保健指導実施結果総括表　令和３年度、令和４年度）

令和３年度及び令和４年度までの特定健康診査の結果、メタボリックシンドローム該当者、及び予備群と判定された被保険者の割合は、女性に比べて男性の割合が非常に高くなっており、特定健康診査を受けた男性の約３人に１人がメタボリックシンドロームに該当する、という状況である。

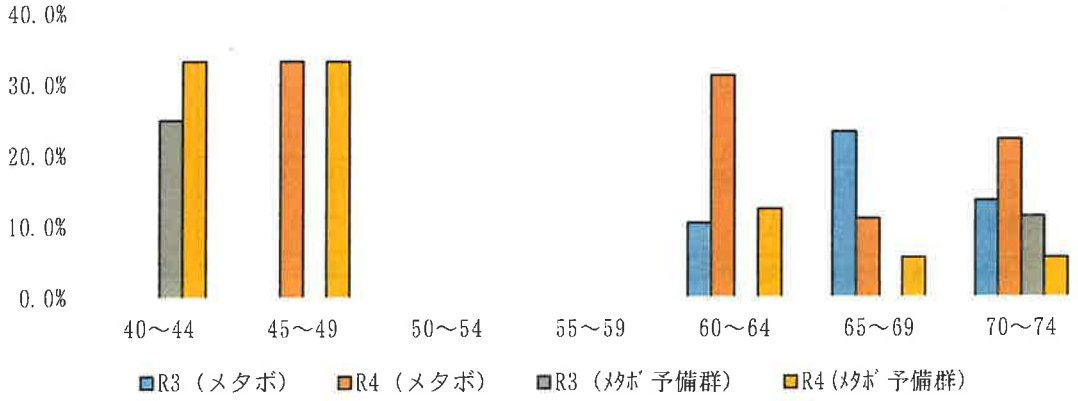
女性は、青森県と比べて、メタボリックシンドローム該当者の割合が 6.6％高くなっている。男性・女性ともに生活習慣の改善を要する被保険者の割合が高いと推測される。

### イ．メタボリックシンドローム該当者・予備群の男女・年齢階層別の割合

メタボリックシンドローム該当者・予備群の
年齢階層別の割合（男性）




メタボリックシンドローム該当者・予備群の
年齢階層別の割合（女性）




（特定健診・特定保健指導実施結果総括表　令和３～４年度）

令和３年度から令和４年度までの特定健康診査の結果、男性は、幅広い年代で該当者または予備群の受診者がおり、全ての年代に対し意識改善が必要である。

一方、女性は該当者または予備群とされた受診者の年代がばらついているため、各個人に対する働きかけにより、健康意識の向上を目指す。

### ウ．健診有所見者状況

#### 1）健診有所見者の割合・男性

| 男性 | 令和４年度健診有所見者の割合 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 摂取エネルギーの過剰 | | | | |
| 項目 | BMI | 腹　囲 | 中性脂肪 | HDL コレステロール | |
| 基準・割合 | 基準：25 以上<br>割合（人数） | 基準：85 以上<br>割合（人数） | 基準：150 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：40 未満<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | |
| 40～64 歳<br>（受診者数：35） | 40.0％ (14) | 62.9％ (22) | 20.0％ (7)<br>(2) | 5.7％ (2)<br>(1) | |
| 65～74 歳<br>（受診者数：75） | 37.3％ (28) | 50.7％ (38) | 22.7％ (17)<br>(6) | 1.3％ (1)<br>(0) | |

| 男性 | 血管を傷つける | | |
|---|---|---|---|
| 項目 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 |
| 基準・割合 | 基準：5.6 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：130 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：85 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） |
| 40～64 歳<br>（受診者数：35） | 54.3％ (19)<br>(3) | 34.3％ (12)<br>(4) | 22.9％ (8)<br>(1) |
| 65～74 歳<br>（受診者数：75） | 74.7％ (56)<br>(15) | 52.0％ (39)<br>(25) | 18.7％ (14)<br>(7) |

令和４年度の特定健診情報より集計（FKAC167）年度中の異動を反映しない、受診した人数による集計。

令和４年度の特定健康診査の有所見者の男性は、エネルギーの過剰摂取が要因とされるBMI、腹囲の項目で、40～64 歳では、BMI が 40.0％、腹囲が 62.9％、65～74 歳では、BMI が 37.3％、腹囲が 50.7％と高い割合で該当し、どの年代においても肥満のリスクが高くなっている。

血管に負担をかける要因として、高血糖状態を判定する HbA1c は 40～64 歳で 54.3％、65～74 歳で 74.7％と非常に高い割合で該当し、糖尿病のリスクが高くなっている。

高齢者だけではなく若年層からの生活習慣の改善が必要である。

2) 健診有所見者の割合・女性

| 女性 | 令和４年度健診有所見者の割合 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 摂取エネルギーの過剰 | | | | |
| | 項目 | BMI | 腹　囲 | 中性脂肪 | HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ |
| 基準・割合 | | 基準：25 以上<br>割合（人数） | 基準：90 以上<br>割合（人数） | 基準：150 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：40 未満<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） |
| 40～64 歳<br>（受診者数：30） | | 33.3％ (10) | 33.3％ (10) | 13.3％ (4)<br>（1） | 6.7％ (2)<br>（0） |
| 65～74 歳<br>（受診者数：90） | | 33.3％ (30) | 25.6％ (23) | 23.3％ (21)<br>（8） | 2.2％ (2)<br>（2） |

| 女性 | 血管を傷つける | | |
|---|---|---|---|
| 項目 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 |
| 基準・割合 | 基準：5.6 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：130 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） | 基準：85 以上<br>割合（人数）<br>（うち治療中人数） |
| 40～64 歳<br>（受診者数：30） | 20.5% (9)<br>（1） | 13.6% (6)<br>（4） | 2.3% (1)<br>（1） |
| 65～74 歳<br>（受診者数：90） | 25.3% (22)<br>（9） | 21.8% (19)<br>（12） | 4.6% (4)<br>（2） |

※令和４年度の特定健診情報より集計（FKAC167）年度中の異動を反映しない、受診した人数による集計。

令和４年度の特定健康診査の有所見者の女性は、エネルギーの過剰摂取が要因とされるBMI、腹囲の項目で、高い割合が該当している。

血管に負担をかける要因としては、高血糖状態を判定するHbA1cが男性よりは低いものの、40～64歳で20.5%、65～74歳で25.3%と、高い割合で該当しており、生活習慣の改善や治療が必要である。

3) HbA1c6.5%以上及び8.0%以上の者の割合

| | | 令和２年度 | 令和３年度 | 令和４年度 |
|---|---|---|---|---|
| HbA1c6.5%以上 | 40～64 歳 | 6.3% | 2.4% | 4.6% |
| | 65～74 歳 | 14.5% | 11.4% | 14.5% |
| | 全体 | 11.8% | 8.5% | 11.7% |
| HbA1c8.0 以上 | 40～64 歳 | 1.3% | 0.0% | 0.0% |
| | 65～74 歳 | 1.8% | 1.1% | 1.2% |
| | 全体 | 1.6% | 0.8% | 1.9% |

特定健診受診者のうち、HbA1cが6.5%以上及び8.0%以上の者の割合は、令和２年度から令和４年度において、ほぼ横ばいで推移している。

### エ．健診受診者のうち糖尿病未治療者の状況

| 令和４年度 | 40～44 | 45～49 | 50～54 | 55～59 | 60～64 | 65～69 | 70～74 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 男性<br>（糖尿病未治療者人数） | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 女性<br>（糖尿病未治療者人数） | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

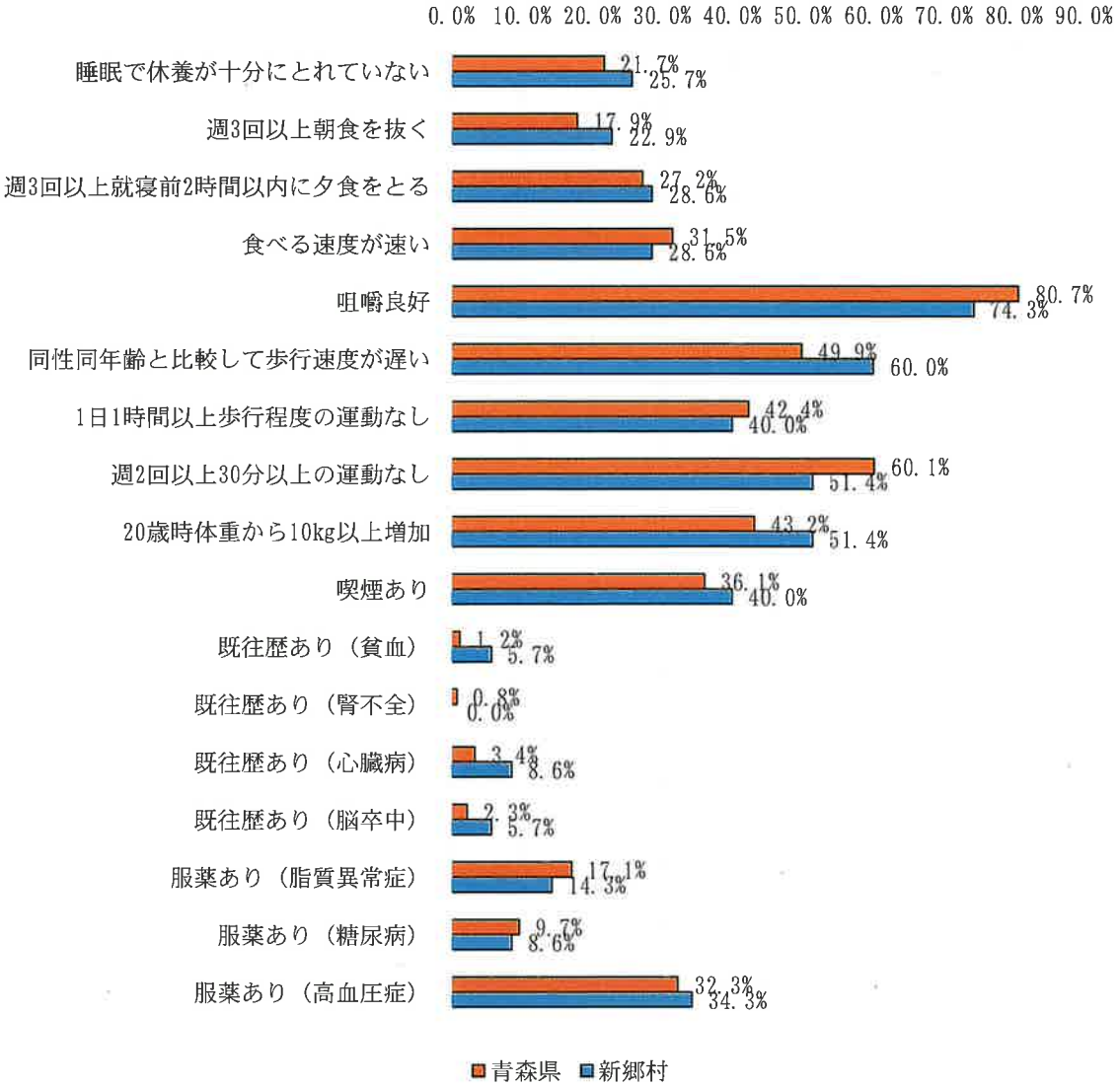
（青森県国民健康保険団体連合会提供の糖尿病未治療者一覧作成ツールを活用）

令和４年度において、健診受診者における糖尿病未治療者は男性・女性ともに０人であった。

### カ．質問票の回答結果の状況

#### 1）質問票の回答結果の状況・男性

令和４年度質問票の回答結果の状況（男性 40～64歳）

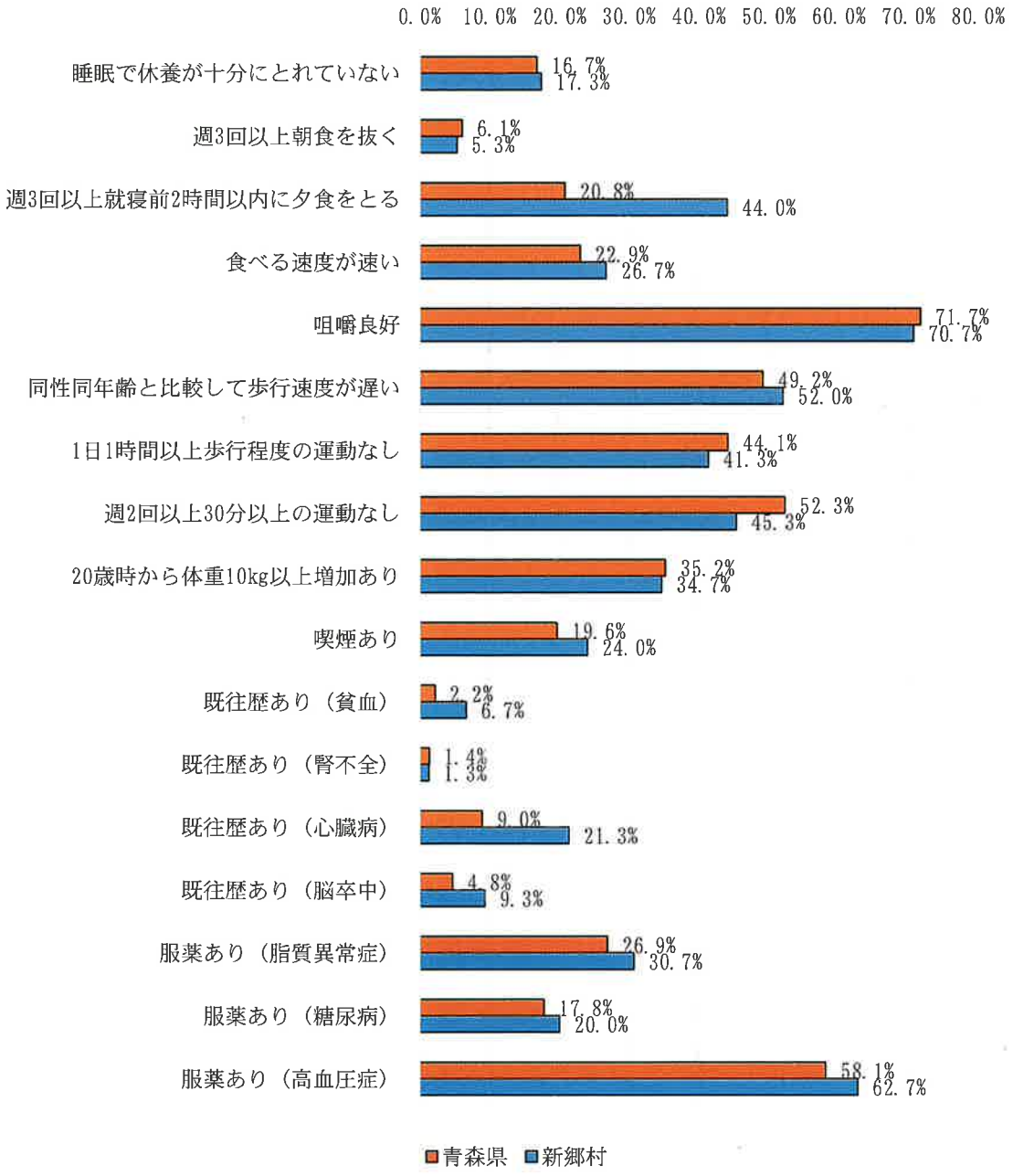



（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

令和４年度の男性（40～64 歳）の特定健康診査の質問票の回答結果では、「20 歳時体重から 10 kg以上増加」が 51.4％となっていることに加え、運動習慣に係る項目に当てはまる割合が大きいことから、運動不足による肥満のリスクが高いことがわかる。

服薬・既往歴では、高血圧症の割合が 34.3％で最も高い。

令和４年度質問票の回答結果の状況（男性 65～74歳）




（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

男性（65～74 歳）の回答結果では、「週３回以上就寝前２時間以内に夕食をとる」と回答した割合が 44.0％と、県と比して非常に高く肥満リスクが高い。

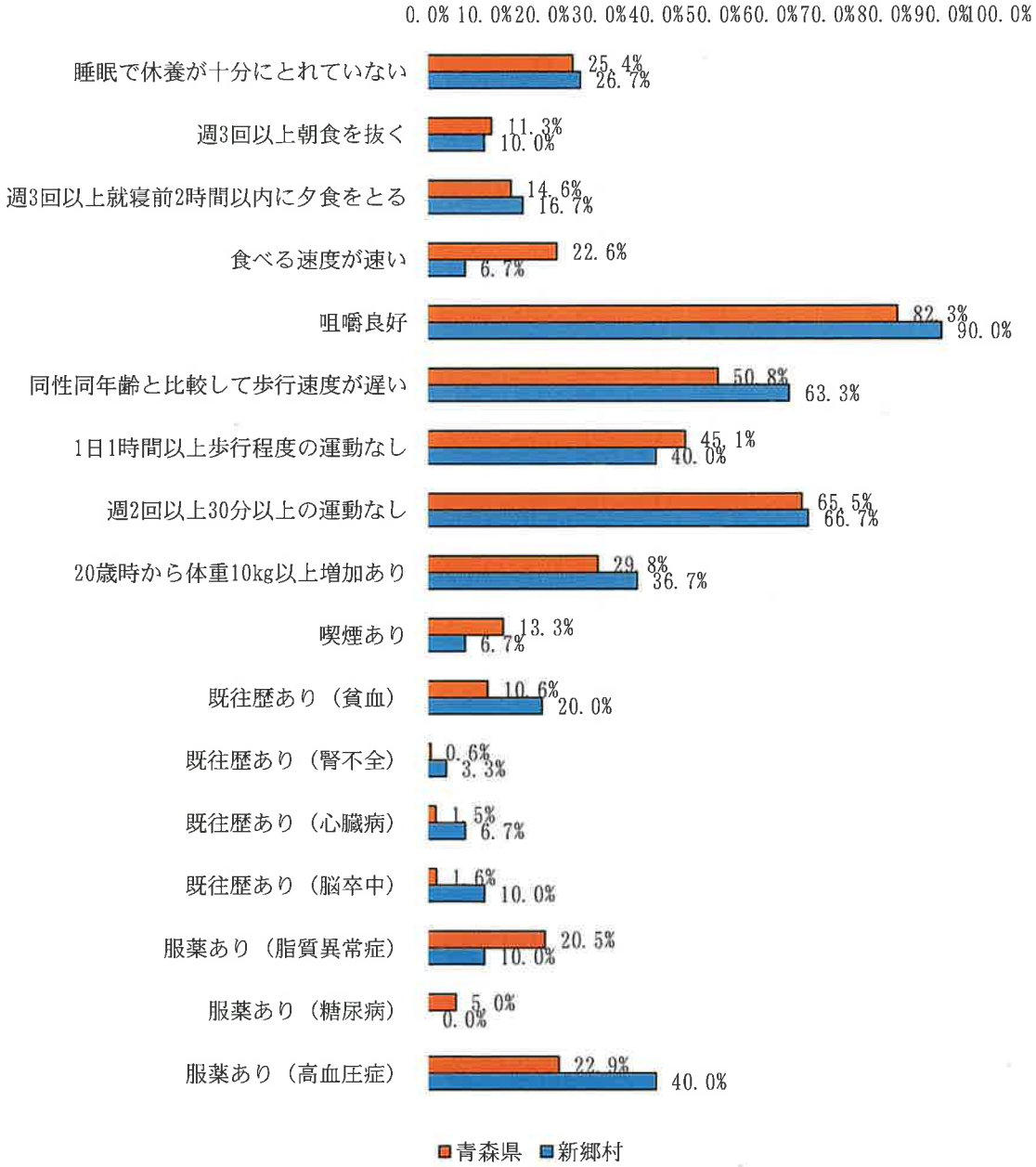
服薬・既往歴では、40～64 歳と比べて全ての項目が高く、加齢による影響の大きさが

伺える。特に、高血圧症の服薬ありは 62.7％と非常に高い。

また、心臓病の既往歴について、県と比して 12.3％高い 21.3％となっており、新郷村男性の健康課題のひとつである。

### 2) 質問票の回答結果の状況・女性

令和４年度質問票の回答結果の状況（女性 40～64歳）

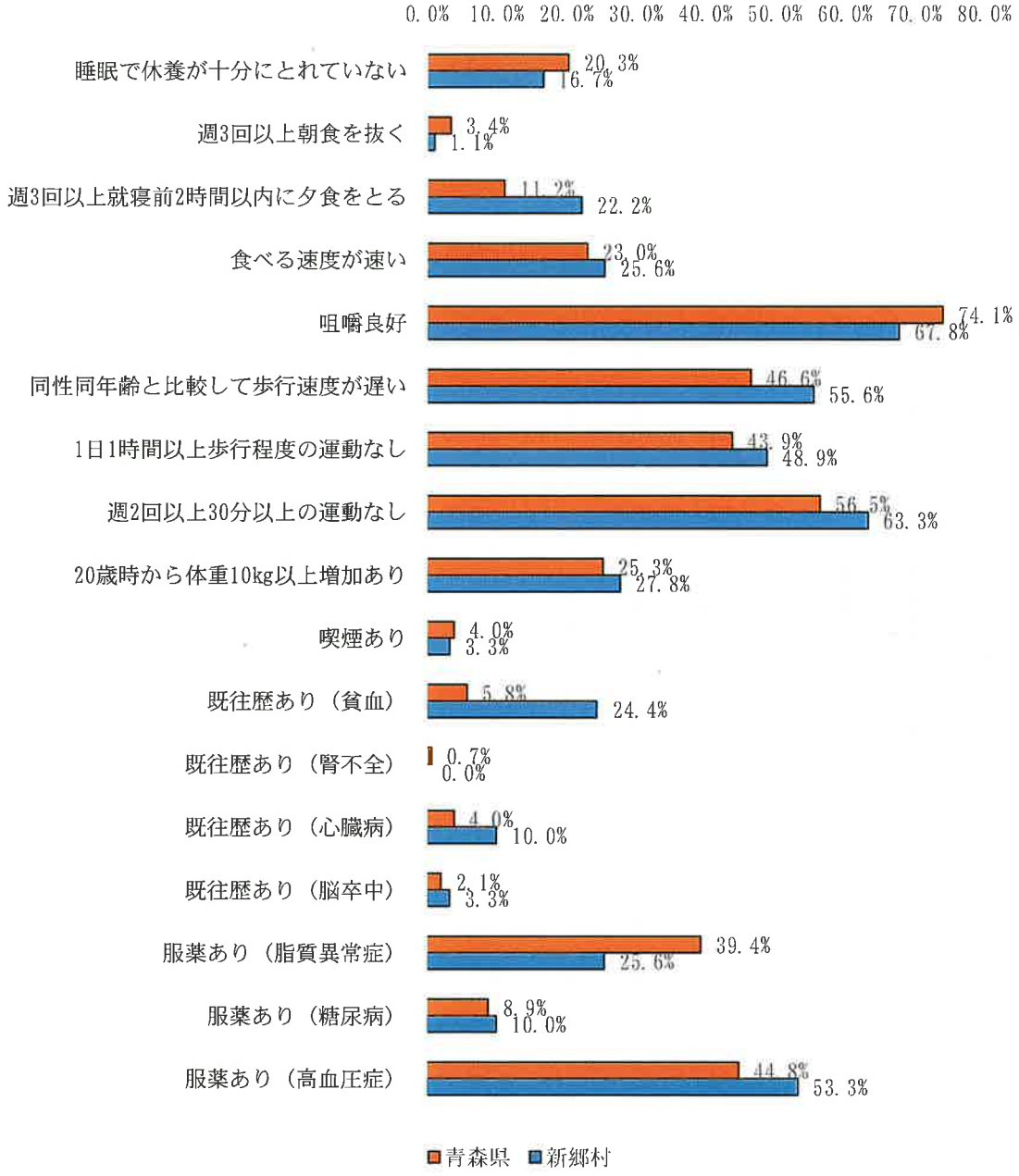



（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

令和４年度の女性（40～64 歳）の回答結果では、「20 歳時から体重 10 kg以上増加あり」の割合が 36.7％、「週 2 回以上 30 分以上の運動なし」の割合が 66.7％と、男性と同様に運動習慣が少ないことに伴う肥満のリスクが高い。

服薬・既往歴においては、男性と同様に高血圧症の割合が最も高い。

令和４年度質問票の回答結果の状況（女性 65～74歳）



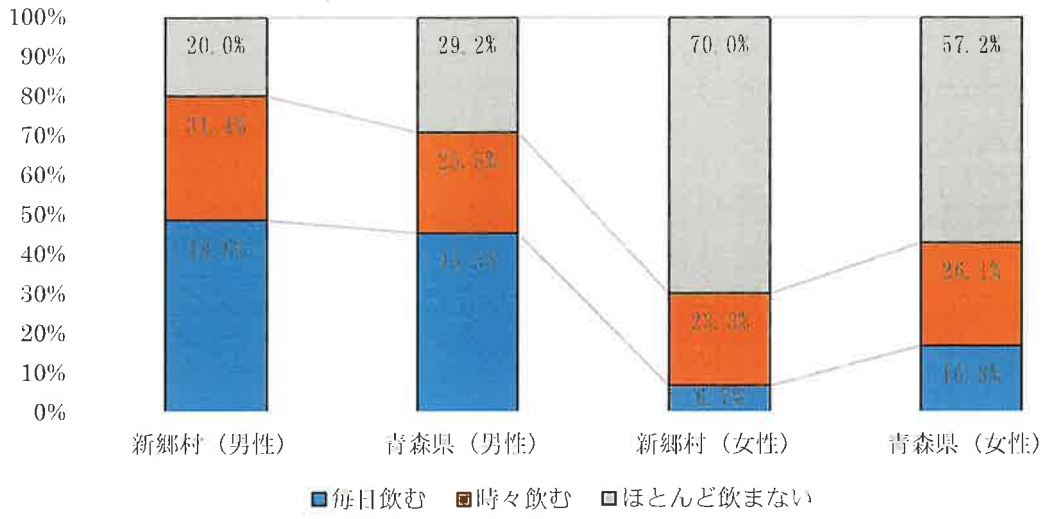

（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

女性（65～74 歳）においても運動習慣に係る項目の割合が高く、新郷村全体で、運動習慣の少なさが課題である。

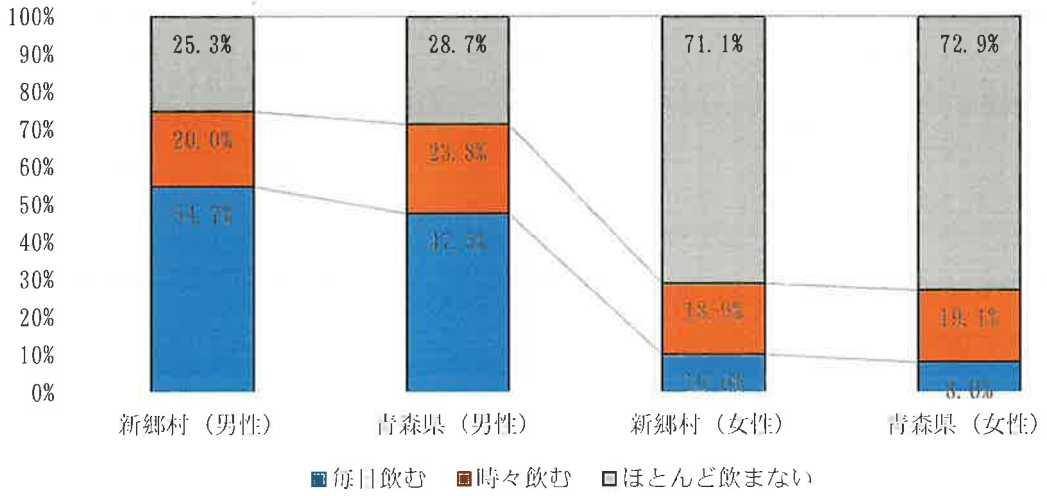
また、服薬・既往歴では貧血の割合が県と比して非常に高く、24.4％となっている。

3) 質問票の回答結果の状況（飲酒頻度）

令和４年度質問票　飲酒頻度（40～64歳）




令和４年度質問票　飲酒頻度（65～74歳）



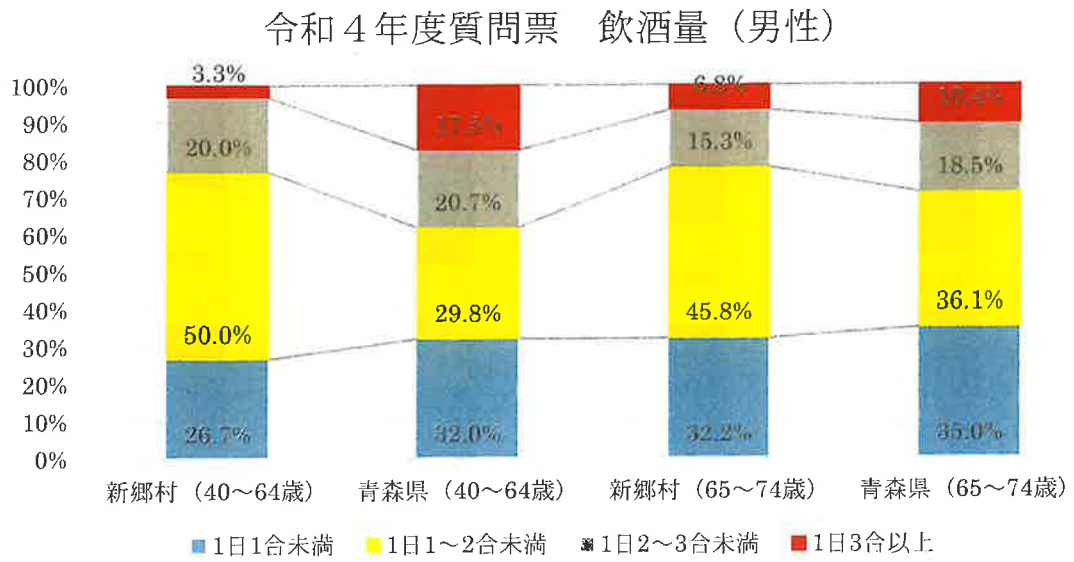

質問票の回答の割合は、年齢調整・質問票調査の状況ツール（厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般－014）による値を参照。
（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

飲酒頻度の回答結果は、男性は「毎日飲む」と回答した割合が 40～64 歳で 48.6％、65～74 歳では 54.7％と、全ての年代で飲酒が習慣化していることを示している。

一方で、女性は「ほとんど飲まない」と回答した割合が 40～64 歳で 70％、65～74 歳では 71.1％と、飲酒頻度は低くなっている。

そのため、以下の飲酒量の分析については、男性のみを分析する。

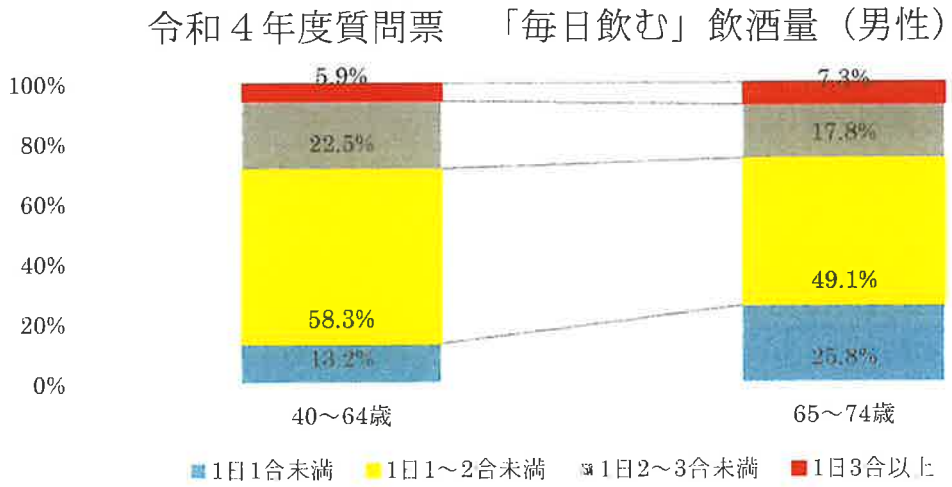
4) 質問票の回答の状況（飲酒量）・男性




質問票の回答の割合は、年齢調整・質問票調査の状況ツール（厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般－014）による値を参照。
（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　R4 年度（累計））

令和４年度の男性の飲酒量は、県平均と比較すると、１合～２合未満の割合が高く、３合以上は低い。

5) 質問票の回答の状況（「毎日飲む」と回答した者の飲酒量）・男性

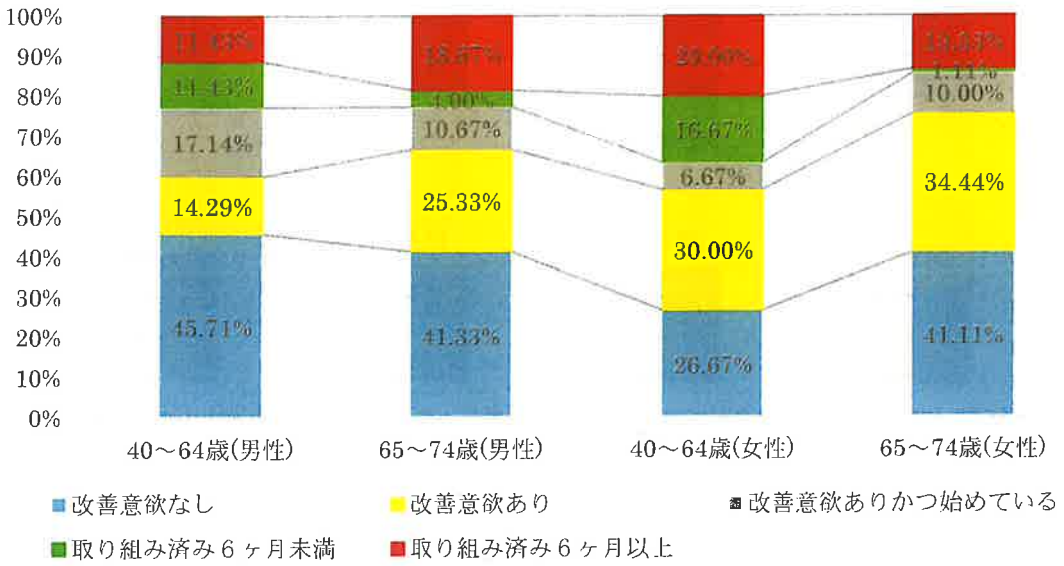



令和４年度の特定健診情報より集計（FKAC167）

令和４年度の男性の「毎日飲む」と回答した受診者の飲酒量は、男性全体の回答と同様に、１日当たり１合～２合未満の割合が最も高く、一方で１日１合未満の割合が低い。飲酒回数が多い被保険者は、飲酒量も多い傾向にあることが考えられる。

### 6) 質問票の回答の状況（生活習慣の改善意思）

令和４年度質問票　生活習慣の改善意思



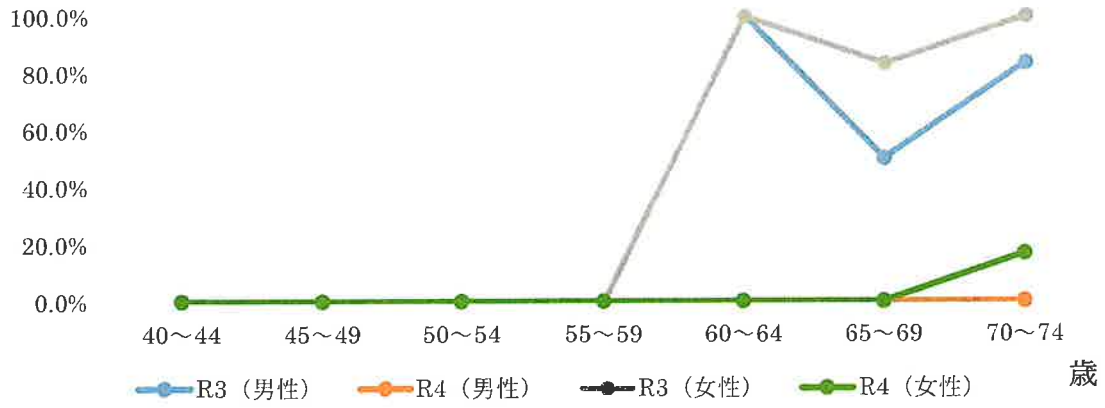

質問票の回答の割合は、年齢調整・質問票調査の状況ツール（厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般－014）による値を参照。
（KDB システム：地域の全体像の把握　質問票調査の状況　令和４年度（累計））

令和４年度の生活習慣の改善意思は、40～64 歳女性以外では、「改善意欲なし」の割合が 40％を超えており、計画策定以前よりは良化しているものの、まだまだ健康意識が低い結果となっている。

男性は、65 歳以上になると改善意欲のある割合が増加するが、女性は、65 歳未満の方が改善意欲のある割合が高い。

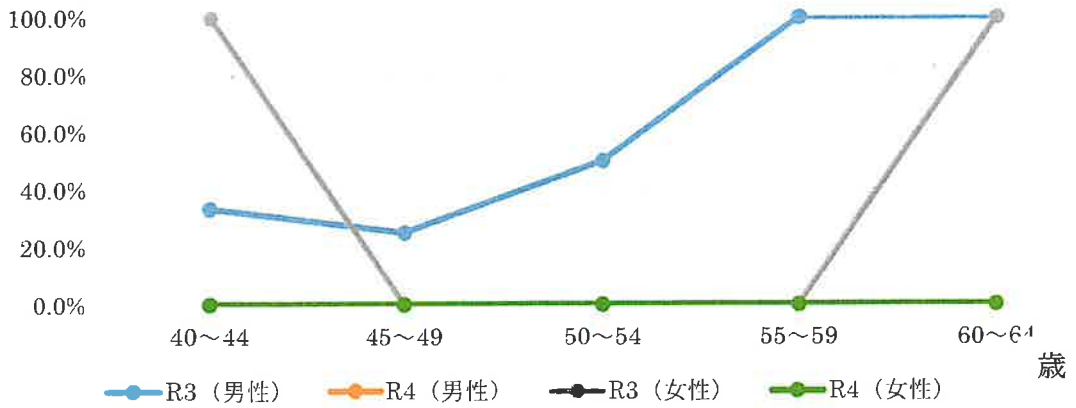
### （３）特定保健指導の年齢階層別実施率

特定保健指導年齢階層別実施率（動機付け支援）




※Ｒ３（男性）の 40～59 歳、Ｒ３（女性）の 40～59 歳は、対象者なし。
※Ｒ４（男性）の 40～54 歳、65～69 歳、Ｒ４（女性）の 45～59 歳は、対象者なし。

特定保健指導年齢階層別実施率（積極的支援）




※Ｒ３（女性）の 45～59 歳までは対象者なし。
※Ｒ４（男性）の 40～44 歳、Ｒ４（女性）の 45～59 歳まで対象者なし。
（特定健診・特定保健指導実施結果総括表　令和３年度～令和４年度）

令和３年度については、男性・女性ともに、動機付け支援・積極的支援のいずれも、対象者がいる場合には利用者もいる。実施率も 50％以上の年代が高い。

一方、令和４年度はいずれの年代でも実施者がいない。

# 5．健康課題と目的・目標

## 5．1　健康課題の抽出

| 医療・介護・健診情報の分析による現状把握から見える主な健康課題 | |
|---|---|
| 医療費データ | 入院<br>○男性・女性ともに各種がんに係る医療費の割合が高い。<br>・男性の入院点数全体の上位10位内に肝がん(第2位，9.6%)、胃がん(第6位，5.0%)、肺がん(第9位，2.7%)が入っている。<br>・女性の入院点数全体の上位10位内に胃がん(第2位，9.6%)、乳がん(第5位，5.2%)が入っている。<br><br>○男性・女性ともに人工透析に係る医療費の割合が高い。<br>・男性は第5位(5.8%)に、女性は第9位(2.3%)に慢性腎臓病（透析あり）が入っている。 |
| | 外来<br>○男性・女性ともに代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症に係る医療費の割合が高い。<br>・糖尿病は、男性の第2位(11.3%)、女性の第1位(10.6%)<br>・高血圧症は、男性の第3位(6.7%)、女性の第4位(6.9%)<br><br>○男性・女性ともに腎臓病に係る医療費の割合が高い。<br>・慢性腎臓病（透析あり）は、男性の第1位(12.5%)<br>・慢性腎臓病（透析なし）は、女性の第5位(6.6%)<br><br>○男性は各種がんに係る医療費の割合が高い。<br>・男性の外来点数全体の上位10位内に胃がん(第5位，6.1%)、肺がん(第7位，4.9%)、前立腺がん(第9位，2.7%)が入っている。<br><br>○女性は関節疾患等、筋骨格系の疾患に係る医療費の割合が高い。<br>・関節疾患は、女性の第3位(7.5%)<br>・骨粗しょう症は、女性の第6位(4.5%) |

| 健診情報の分析による現状把握から見える主な健康課題 | |
|---|---|
| 健診データ | 受診率<br>○特定健康診査の受診率は、令和３年度まで少しずつ伸びていたが、令和４年度に下がってしまった。<br>・男性・女性ともに、若い世代の受診率が低い傾向にある。 |
| | メタボリックシンドローム該当者・予備群<br>○男性は、特定健康診査受診者の約半数が、メタボリックシンドローム該当者・予備群となっている。<br>・幅広い年代に該当者・予備群の受診者が見られる。<br><br>○女性は、該当者・予備群のいる年代がばらついている。 |
| | 健診有所見者<br>○全ての年代において、男性・女性ともにBMI、腹囲の有所見者の割合が高い。<br>・男性40～64歳はBMI：40.0％、腹囲：62.9％<br>・男性65～74歳はBMI：37.3％、腹囲：50.7％<br>・女性40～64歳はBMI：33.3％、腹囲：33.3％<br>・女性65～74歳はBMI：33.3％、腹囲：25.6％<br><br>○全ての年代において、男性・女性ともにHbA1cの有所見者の割合が高い。<br>・男性40～64歳はHbA1c：54.3％、男性65～74歳はHbA1c：74.7％<br>・女性40～64歳はHbA1c：20.5％、女性65～74歳はHbA1c：25.3％<br><br>○全ての年代の男性について、収縮期血圧の有所見者の割合が高い。<br>・男性40～64歳は収縮期血圧：34.3％、男性65～74歳は収縮期血圧：74.7％ |
| | 質問票の回答結果<br>○全ての年代の男性について、「毎日飲酒する」と回答した割合が高い。<br>・男性40～64歳は48.6％、男性65～74歳は54.7％<br><br>○65～74歳男性における「週３回以上就寝前２時間以内に夕食をとる」の割合が44.0％と非常に高く、肥満リスクにつながっている。<br><br>○全ての年代において、男性・女性ともに運動習慣のない割合が高い。<br>・「１日１時間以上運動なし」は、男性40～64歳は40.0％、男性65～74歳は41.3％、女性40～64歳は40.0％、女性65～74歳は48.9％<br>・「１回30分以上の運動習慣なし」は、男性40～64歳は51.4％、男性65～74歳は45.3％、女性40～64歳は66.7％、女性65～74歳は63.3％<br><br>○男性・女性ともに、生活習慣の「改善意欲なし」の割合が高い。<br>・男性40～64歳は45.7％、男性65～74歳は41.3％<br>・女性40～64歳は26.7％、女性65～74歳は41.1％ |
| | 特定保健指導<br>○男性・女性ともに、動機付け支援・積極的支援のいずれの実施率も低い。 |

## 5．2　目的・目標の設定

### （1）目的の設定

前記の健康課題の抽出により、次のように保健事業の目的を設定する。

| 目　的 |
|---|
| ①被保険者一人ひとりが自分自身の健康課題に気付く機会を設けることにより、自主的に健康増進及び疾病予防に取り組み、長期間にわたり生活の質を維持・向上できるよう保健事業を推進する。<br><br>②がん及び生活習慣病（糖尿病）の早期発見・早期治療、重症化予防を推進し、被保険者の健康の保持・増進と医療費の抑制につなげる。<br><br>③適正服薬、ジェネリック医薬品の利用を推進し、医療費の抑制・適正化につなげる。 |

### （2）目標の設定

前記の目的を達成するために、次のように保健事業の目標を設定する。

（目標の詳細は、保健事業の実施計画へ記載する。）

| 目　標 |
|---|
| 短期目標<br>①－１　特定健康診査制度の理解と重要性の認知の促進<br>①－２　特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上<br>①－３　医療・保健・介護連携の促進<br><br>②－１　がん検診の受診率の向上<br>②－２　糖尿病未治療者及び治療中断者への医療機関受診勧奨による治療の促進<br><br>③　　重複服薬者への訪問指導による適正服薬の促進 |
| 中長期目標<br>①　　メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少<br><br>②－１　糖尿病の国保被保険者一人当たり医療費の抑制<br>②－２　人工透析治療患者数の減少<br><br>③－１　ジェネリック医薬品利用率（数量シェア）の向上<br>③－２　医療費全体に係る国保被保険者一人当たり医療費の抑制 |

## ６．１　保健事業の実施計画と評価指標

### （１）保健事業実施計画の方向性

新郷村国民健康保険の被保険者の健康課題の中で優先すべき課題を選択し、「５．２の目的・目標」を達成するための保健事業実施計画で取り組むべき方向性として、以下４つの柱を掲げる。

ア．ヘルスリテラシーの普及

新郷村国民健康保険の被保険者が、自己の正しい健康情報を獲得し、理解したうえで疾病予防・健康増進につなげていく必要があるため、健康に関する情報提供を実施し、ヘルスリテラシーの普及を促す。

イ．治療中断の防止と重症化予防

医療費分析において、生活習慣病の割合が非常に高く対策が必要不可欠である。

その中でも、特に医療費への影響が高いと思われる糖尿病に特化し、医療費情報や特定健康診査情報を活用して、未治療者・治療中断者が適正な治療を行うよう指導することで、人工透析治療への移行を予防する取組を実施する。

また、入院・外来ともに、各種がんに係る医療費の割合が高い結果となっている。がん検診の受診率の向上を図り、重篤な状態となる前に、疾病の早期発見・早期治療を促し、被保険者の健康の保持・増進、医療費の抑制に努める。

ウ．国保状況の周知

被保険者の医療機関受診状況や医療費の状況を周知するとともに、医療に関する様々な情報を積極的に発信し、医療費の抑制・適正化に努める。

エ．地域包括ケアの推進

介護データの分析から、要介護（支援）認定を受ける割合の高い原疾患を把握できている。その情報と国保医療費情報を活用し、医療から介護へスムーズなサービス利用ができるように、地域包括ケアの視点に立った、医療・保健・介護の情報連携を推進する。

※なお、特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上のための、詳細な実施計画については、「第４期新郷村特定健康診査等実施計画」へ記載する。

（2）保健事業の実施計画と評価指標

ア．ヘルスリテラシーの普及を促すため以下の事業を実施する。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業名 | ① 特定健康診査の制度周知による健康情報の獲得 | | | | | |
| 目的 | 特定健康診査の周知の機会を設けることにより、受診率の向上を図り、自己の健康情報の獲得、生活習慣病予防を促す。 | | | | | |
| 概要 | 広報しんごう等を活用し、特定健康診査の制度周知を実施し、受診及び自己の健康情報の獲得を促す。 | | | | | |
| 対象者 | 村民 | | | | | |
| 事業担当課 | 住民課 | | | | | |
| 実施方法 | （1）年６回広報しんごうへ記事掲載する。<br>（2）年１回保健協力員を通じて周知する。<br>（3）年１回村内事業所へチラシ・ポスター等の掲示依頼をする。<br>（4）43～65 歳で続けて３年未受診の被保険者に受診勧奨する（年１回）。 | | | | | |
| 各年度の実施期間 | （1）４月から２月の偶数月　（2）４月から１２月<br>（3）４月　（4）４月から２月 | | | | | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | （1）年６回広報しんごうへ記事掲載する<br>（2）年１回保健協力員を通じて周知する<br>（3）３事業所へ申込書等を設置する<br>（4）年１回受診勧奨する | | | | |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 特定健診受診率を以下のとおり目標とする。 | | | | |
| | R６ | R７ | R８ | R９ | R10 | R11 |
| | 51.0% | 52.3% | 54.1% | 56.2% | 58.1% | 60.0% |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ② 健康教育 | |
| 目的 | それぞれの生活習慣などから引き起こされる疾病の予防や心と体の健康づくりについて、正しい知識の提供を行い、疾病予防や健康づくりを推進する。 | |
| 概要 | 医療費や件数の多い疾病について、要指導レベルの対象者を抽出し、集団で健康教育を行い、疾病予防の意識づけを図る。 | |
| 対象者 | 特定健診受診者で、対象項目が要指導と判定された者 | |
| 事業担当課 | 住民課、厚生課 | |
| 実施方法 | 年度当初に前年度の医療等の傾向から、指導対象疾病を決定。開催年度や前年度における特定健診の結果から、対象項目で要指導と判定された者を抽出し、個別に案内を送付し、教室を開催する。 | |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | １テーマにつき半期に１回開催 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 受講者のうち、次年度に特定健診を受診した者の中で、特定健診の結果が改善した者の割合が 50%以上 |

イ．治療中断の防止と重症化予防のため以下の事業を実施する。

| | |
|---|---|
| 事業名 | ① 糖尿病及び糖尿病性腎症の未治療者受診勧奨による適正受診 |
| 目的 | 糖尿病または糖尿病性腎症の疑われる被保険者に対し、医療機関受診を勧奨することにより治療につなげる。 |
| 概要 | 糖尿病または糖尿病性腎症の既往歴がなく、特定健康診査の結果から糖尿病や糖尿病性腎症が疑われる被保険者のうち、医療機関の受診が確認できない者に対し、医療機関の受診を勧奨する。 |
| 対象者 | 40～74歳の被保険者で特定健康診査の結果、HbA1c、尿蛋白、eGFR等の項目で要医療と判定された者のうち、特定健康診査を受診してから3ヶ月を経過しても糖尿病や糖尿病性腎症に関する医療機関の受診が確認されない者。 |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（受診勧奨） |
| 実施方法 | 7月以降、毎月の特定健康診査の結果を確認し、糖尿病または糖尿病性腎症の既往歴がなく、下記抽出条件により要医療と反定された被保険者のうち、特定健康診査を受診してから3ヶ月を経過しても医療機関から精密検査結果票が提供されない者を対象者としてリスト化する。<br>対象者の診療報酬明細書を確認し、医療機関の受診が確認されない場合は、対面または電話連絡により受診勧奨を行う。受診勧奨後、医療機関からの精密検査結果票の提供状況や、糖尿病に関する医療機関の受診の有無を確認する。<br><br>（抽出条件）<br>糖　尿　病：HbA1cが6.5%以上<br>糖尿病性腎症：HbA1cが6.5%以上かつ尿蛋白が陽性、<br>又はeGFRが60ml/分/1.73㎡未満 |
| 各年度の実施期間 | 7月～3月 |

| | | |
|---|---|---|
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 抽出された対象者100％に対面または電話にて医療機関の受診を勧奨する。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)対面または電話で受診勧奨した80％以上が医療機関を受診する<br>(2)受診勧奨後に医療機関を受診した対象者の、次年度特定健診の結果において、HbA1c、尿蛋白、eGFRの数値が維持・改善する割合が50％以上<br>(3)糖尿病レセプト1件当たりの医療費30,000円未満<br>(4)国保被保険者の新規人工透析治療患者1人以下 |

## 6．保健事業の実施計画と評価指標

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ② 糖尿病及び糖尿病性腎症の治療中断者訪問指導による適正受診 | |
| 目的 | 糖尿病または糖尿病性腎症の治療を中断した被保険者に対して、保健師が電話または訪問指導を実施し、治療の再開を促す。 | |
| 概要 | 糖尿病または糖尿病性腎症の治療で医療機関を受診していた被保険者が３ヶ月連続で医療機関を受診していない場合、保健師が電話または訪問による指導を行い、医療機関受診を再開するよう促す。 | |
| 対象者 | 診療報酬明細書に糖尿病または糖尿病性腎症の記載がある被保険者のうち、３ヶ月連続で医療機関受診が確認されない者。 | |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（電話または訪問指導） | |
| 実施方法 | 診療報酬明細書に糖尿病または糖尿病性腎症の記載がある被保険者を台帳により管理し、毎月の受診状況を確認する。３ヶ月連続で治療が確認されない被保険者を対象者とし、厚生課保健師が電話または訪問による指導を実施する。<br>指導を実施した月以降の診療報酬明細書を確認し、医療機関を受診したか確認し、その結果を厚生課保健師と共有する。受診していない場合、再度指導を実施する。 | |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者全員に訪問または電話による指導を行い、医療機関の受診を勧奨する。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1) 訪問または電話で受診勧奨した 60％以上が医療機関を受診する<br>(2) 糖尿病レセプト１件当たりの医療費 30,000 円未満<br>(3) 国保被保険者の新規人工透析治療患者１人以下 |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ③ がん検診の受診率向上 | |
| 目的 | がん検診の受診率の向上を図ることにより、がんの早期発見・早期治療につなげ、村民の健康の保持・増進、医療費の抑制を図る。 | |
| 概要 | 各種がん検診を新郷村の委託医療機関で実施し、早期発見・早期治療につなげる。また、検診の申込み受付けの機会及び検診実施医療機関を増やし、受診率の向上を図る。 | |
| 対象者 | 胃がん 40才以上の村民　大腸がん 40才以上の村民<br>肺がん 40才以上の村民　乳がん 40才以上の村民<br>子宮頸がん 20才以上の村民 | |
| 事業担当課 | 厚生課 | |
| 実施方法 | (1)五戸町健診センターへ業務委託<br>大腸がん検診は、検体を保健センターへ持ち込み受診可能とする<br>(自己負担無料)　※国保被保険者は特定健康診査と同時受診可能<br>(2)がん検診の受診申込みの機会を増やすため、４月と８月の年２回受診申込みを受け付ける。 | |
| 各年度の実施期間 | 五戸町健診センター受診分（７月～１月）<br>八戸西健診プラザ受診分（６月～２月）<br>がん検診の受診申込み受付け（４月、８月）<br>大腸がん検診の検体保健センター持ち込み分（７月～１月） | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | (1)検体を保健センターへ持ち込み自己負担分を無料で受診可能とする体制を継続する。<br>(2)年２回がん検診の申込期間を設ける。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)胃がん受診率 30%以上　(2)大腸がん受診率 30%以上<br>(3)肺がん受診率 35%以上　(4)子宮がん受診率 20%以上<br>(5)乳がん受診率 20%以上 |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ④ がん検診精密検査の受診率向上 | |
| 目的 | がん検診により要精密検査と判定された者の精密検査の受診率の向上を図ることにより、がんの早期発見・早期治療につなげ、村民の健康の保持・増進、医療費の抑制を図る。 | |
| 概要 | がん検診の結果について対面で説明し、要精密検査と判定された者で医療機関受診が確認できない者へ電話連絡により医療機関受診を勧奨する。 | |
| 対象者 | がん検診で要精密検査と判定された者で、精密検査結果票が医療機関から提供されない者。 | |
| 事業担当課 | 厚生課 | |
| 実施方法 | 各種がん検診の結果について対面で医師・看護師・保健師が説明し、要精密検査と判定された者に医療機関受診を勧奨する。その後、検診を受診してから３ヶ月を経過しても、医療機関から精密検査結果票が提供されない者を抽出する。抽出された対象者へ電話連絡し、医療機関受診を再勧奨する。 | |
| 各年度の実施期間 | ８月～３月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 精密検査対象者のうち、結果説明会及び訪問等により対面で精密検査受診の必要性について説明する割合 100% |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)胃がん 85%　(2)大腸がん 90%<br>(3)肺がん 95%　(4)子宮頸がん 90%<br>(5)乳がん 85% |

ウ．国保状況の周知のため以下の事業を実施する。

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ① 医療費通知による医療費情報の把握及び適正受診 | |
| 目的 | 自己の医療機関受診状況を通知し、受診状況の把握、適正受診を促す。 | |
| 概要 | ２ヶ月に１回、国保加入世帯の医療機関受診に係る医療費の費用額等を通知し、自己の医療費の把握、受診方法の見直しを促す。 | |
| 対象者 | 国保医療機関受診世帯 | |
| 事業担当課 | 住民課 | |
| 実施方法 | 青森県国民健康保険団体連合会へ委託し、２ヶ月に１回通知する。 | |
| 各年度の実施期間 | ４月、６月、８月、10月、12月、２月に発送 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年６回通知する |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 国保被保険者一人当たり医療費260,000 円未満を維持する（参考 Ｒ４：264,618 円） |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ② ジェネリック医薬品利用差額通知による医療費情報の把握及び適正受診 | |
| 目的 | 自己の処方された医薬品にかかる費用額、自己負担額、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額を把握し、ジェネリック医薬品の利用を促進し、医療費の適正化・抑制を図る。 | |
| 概要 | 年に２回、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費の差額を通知し、ジェネリック医薬品の利用促進、制度の理解、医薬品の適正化・抑制を図る。 | |
| 対象者 | 35歳以上の被保険者で、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の差額が200円以上の者 | |
| 事業担当課 | 住民課 | |
| 実施方法 | 青森県国民健康保険団体連合会へ委託し、年２回通知する。 | |
| 各年度の実施期間 | ７月、１月に発送 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年２回通知する。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | (1)ジェネリック医薬品の利用率(数量シェア) 90.0％以上（参考 Ｒ４：85.0％）<br>(2)国保被保険者一人当たり医療費 260,000 円未満を維持する（参考 Ｒ４：264,618 円） |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ③ 重複・多剤服薬者に対する適正受診指導 | |
| 目的 | 被保険者の服薬状況について適正受診指導し、服薬及び医療費の適正化を図る。 | |
| 概要 | 同じ効能の薬が同月内に処方されている、または必要以上に多くの種類の薬が処方され服薬している被保険者に対して、保健師が適正服薬を指導し、医療費の適正化を図る。 | |
| 対象者 | 直近３ヶ月のうち、２ヶ月以上同月内に同じ効能の薬が処方されている（重複）または４～６種類の薬が処方されている被保険者（多剤） | |
| 事業担当課 | 住民課（対象者の抽出）、厚生課（電話または訪問指導） | |
| 実施方法 | ＫＤＢシステムを活用し、直近３ヶ月のうち２ヶ月以上、同月内に同じ効能の薬が処方されている、または４～６種類の薬が処方されている被保険者を抽出し、厚生課保健師へ指導を依頼し実施する。電話または訪問にて指導を実施した月以降の診療報酬明細書を確認し、服薬状況が改善されているかを確認する。確認結果を厚生課保健師と共有し、改善されていない場合は、再度、指導を実施する。 | |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 対象者の全てに電話または訪問指導を実施する |
| | 計画での指標及び目標アウトカム（事業の成果） | (1) 電話または訪問指導実施者の全てが適正に服薬する<br>(2) 国保被保険者一人当たり医療費 260,000 円未満を維持する（参考 Ｒ４：264,618 円） |

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ④ 国保状況の周知による制度および医療費状況の理解 | |
| 目的 | 国保の医療費・特定健診の状況や国保税の状況を周知し、制度や村国保の状況の理解・医療費適正化を促す。 | |
| 概要 | 年１回、広報しんごうへ国保の医療費・特定健診等の情報を掲載し制度や村国保の状況の理解・医療費適正化を促す。 | |
| 対象者 | 村民 | |
| 事業担当課 | 住民課 | |
| 実施方法 | 年１回以上、広報しんごうへ掲載する。 | |
| 各年度の実施期間 | ４月～３月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年１回以上、広報しんごうへ掲載する。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | 国保被保険者一人当たり医療費 260,000 円未満を維持する（参考 Ｒ４：264,618 円） |

エ．地域包括ケアの推進のため、以下の事業を実施する。

| | | |
|---|---|---|
| 事業名 | ① 要介護認定等申請に係るハイリスク者情報共有事業 | |
| 目的 | 医療から介護へスムーズなサービス利用ができるよう、関係者で情報共有を図る。 | |
| 概要 | 医療費情報を活用し、要介護認定等申請に係るハイリスクの疾病を持つ被保険者の情報を共有する。 | |
| 対象者 | 65歳以上の被保険者で、前年度の要介護認定等申請に係る原疾患上位3位の疾病の医療費情報がある者。 | |
| 事業担当課 | 住民課、厚生課（担当者間協議） | |
| 実施方法 | 介護部門（厚生課）が原疾患を抽出し、国保（住民課）が抽出された原疾患に基づく対象者を抽出し情報共有する連携体制を継続する。 | |
| 各年度の実施期間 | 4月～3月 | |
| 指標及び目標・実績 | 計画での指標及び目標アウトプット（事業実施量等） | 年12回対象者を抽出し、情報共有する。 |
| | 計画での指標及び目標 アウトカム（事業の成果） | ― |

# ７．計画の見直し・公表及び周知・推進体制・個人情報の保護

## ７．１　保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

本計画は、１年ごとに目標の達成状況及び事業の実施状況の評価を行い、必要に応じて翌年度以降の実施方法の見直しを行う。計画の見直しの諮問機関として『新郷村国民健康保険運営協議会』を活用し、計画の見直しを図る。

## ７．２　計画の公表及び周知

保健事業実施計画（データヘルス計画）は、新郷村ホームページにおいて公表し、周知を図る。また、関係機関に計画書を配布し、周知を図る。

## ７．３　計画の推進体制の整備

国保被保険者の健康増進、疾病の予防・管理、評価、医療費の適正化については村の保健師・介護保険担当部門・新郷村国民健康保険診療所との連携が不可欠であることから、厚生課、新郷村国民健康保険診療所と横断的に連携し、本計画の推進に取り組む。

## ７．４　個人情報の保護

保健事業の実施にあたり、『個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）』及び『新郷村個人情報の保護に関する法令施行条例（令和４年条例第 18 号）』の周知・遵守を徹底し、個人情報の漏えいを防止する。

また、外部委託契約においては、契約書に情報の厳重管理、目的外使用の禁止を明記し個人情報の保護に努める。

# 第４期 新郷村特定健康診査等実施計画

# 第１章　特定健康診査等実施計画について

## １．計画策定の背景及び目的

近年、少子高齢化の急速な進展に伴い、生活習慣病が疾病全体に占める割合は増加し、医療費増加の大きな要因となっている。

生活習慣病の予防及び医療費の抑制に対応するため、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（以下「法」という。）により、保険者に義務付けられた。

新郷村においても、法第 19 条に基づき、新郷村特定健康診査等実施計画（第 1～3 期）を策定し、事業を実施してきたところである。

本計画は、第 3 期における特定健康診査及び特定保健指導の実施結果を踏まえ計画の見直しを行い、新たに第 4 期計画を策定するものである。

## ２．計画期間

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。

| 平成 30 年度 | ・・・ | 令和 4 年度 | 令和 5 年度 | 令和 6 年度 | ・・・ | 令和 10 年度 | 令和 11 年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 第 3 期特定健康診査等実施計画 | | | | | | | |
| | | | | 第 4 期特定健康診査等実施計画 | | | |

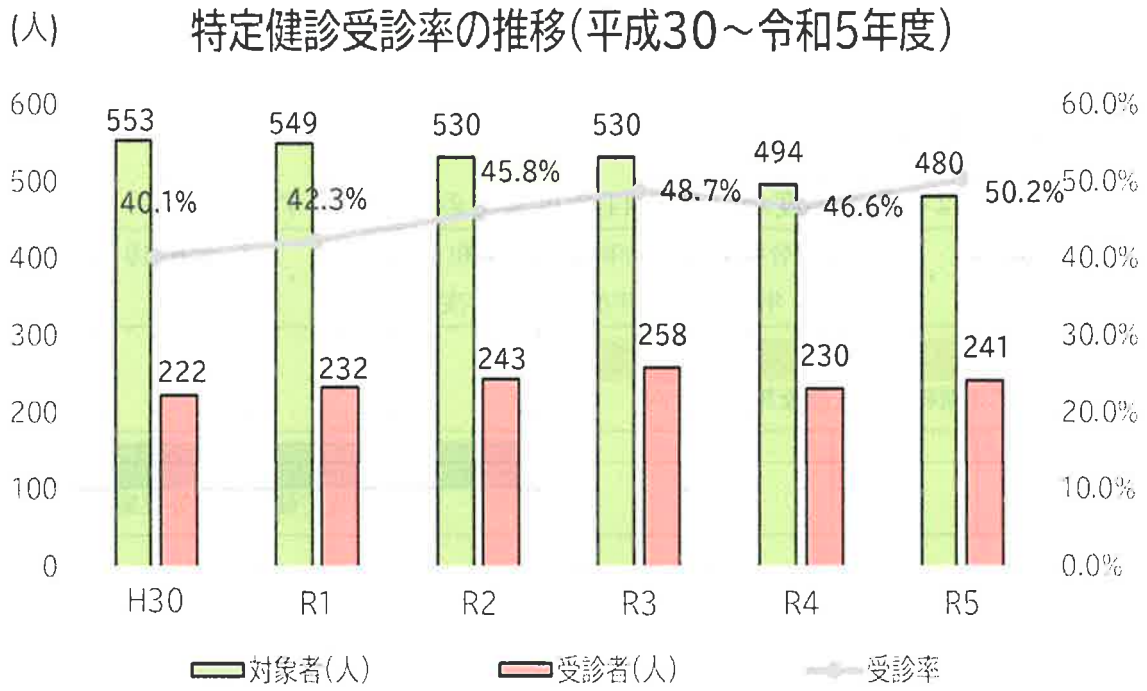
# 第２章　特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

## １．特定健康診査の受診状況

【目標及び実績】

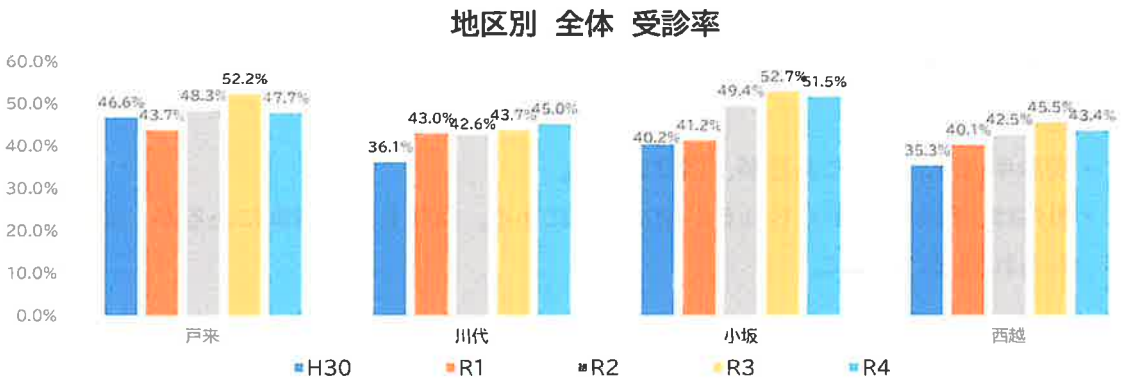
| | 平成30年度 | | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | | 令和4年度 | | 令和5年度 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 見込 |
| 特定健康診査対象者 | 535 | 553 | 500 | 549 | 467 | 530 | 436 | 530 | 407 | 494 | 380 | 480 |
| 特定健康診査受診者 | 230 | 222 | 235 | 232 | 238 | 243 | 236 | 258 | 232 | 230 | 228 | 241 |
| 特定健康診査受診率 | 43.0% | 40.1% | 47.0% | 42.3% | 51.0% | 45.8% | 54.1% | 48.7% | 57.0% | 46.6% | 60.0% | 50.2% |

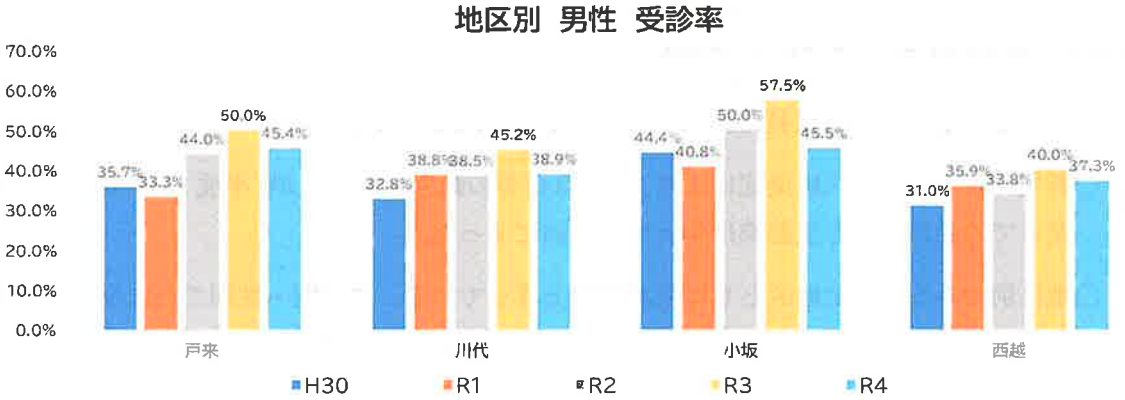
（数値は法定報告データ）

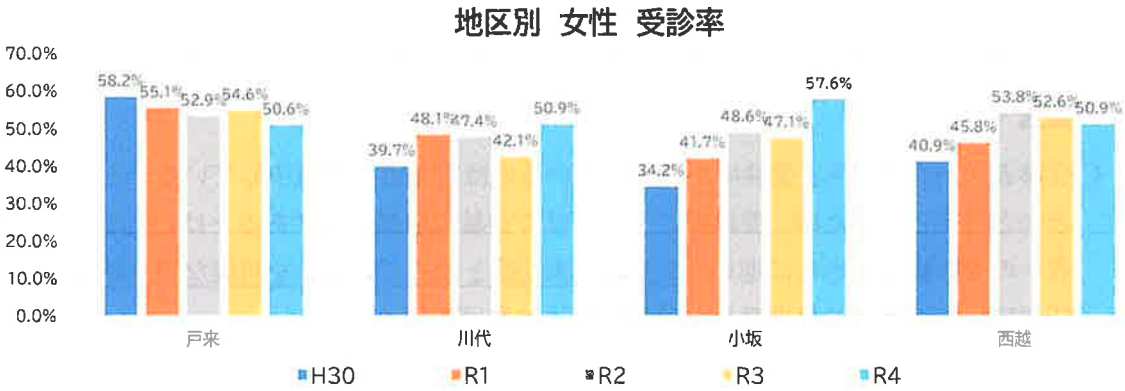



令和 5 年度における特定健診受診見込は 50.2%であり、第 3 期計画で目標としていた 60.0%は達成できない見込である。しかし、令和 4 年度に受診率が下がったものの、年度推移でみると年々増加傾向にある。これは、平成 29 年度から実施している未受診者及び新規受診対象者への受診勧奨通知や、保健師や新郷診療所での受診勧奨等が受診率向上につながったと考えられる。

【地区別の受診率】




令和 4 年度に受診率はやや減少しているが、年度推移でみると全地区ともに上昇している。

（小坂地区）

- 令和 2～4 年度時点で最も受診率が高いのは小坂地区。
- 男性の受診率は全地区の中でトップ。女性は平成 30 年度時点で低い状態にあったが、令和 4 年度には全地区の中でトップに。

（戸来地区）

- 男性は受診率が減少した年度もあるが、年度推移でみると全体的に増加傾向。一方で、女性は平成 30 年度時点で高い水準にあったが、その後徐々に減少し、令和 4 年度には全地区の中で最も低い率となった。

（川代地区）

・増加傾向にあるが、その後横ばい状態にある。令和４年度に全地区が減少する中、唯一増加している。

（西越地区）

・受診率は増加傾向にあるが、横ばい状態。

・男性は、毎年変動がみられるが増加傾向にある。女性も増加傾向にあるが、徐々に減少がみられ横ばい状態に。

## 特定健康診査の評価と課題

○第３期の受診率は目標値には届かず、目標達成はできなかった。

○新型コロナウイルス感染症により、外出自粛等の動きがあったが、平成30年度～令和３年度までの受診者数と受診率は年々増加傾向にあった。

○地区別でみると、全地区ともに受診率は上昇している。地区別・性別ごとにみると年度によって増減がみられるため、年１回健診受診の認識がまだ浸透していないと思われる。

○年齢別の受診率をみると（P29の「イ.特定健康診査年齢階層別受診率」グラフ参照）、40～54歳の年代の受診率が55～74歳の年代よりも低くなっている。このことから、健診受診の必要性及び未受診のリスク等を、働き盛りの若い世代へ改めて周知啓発していくことが必要である。

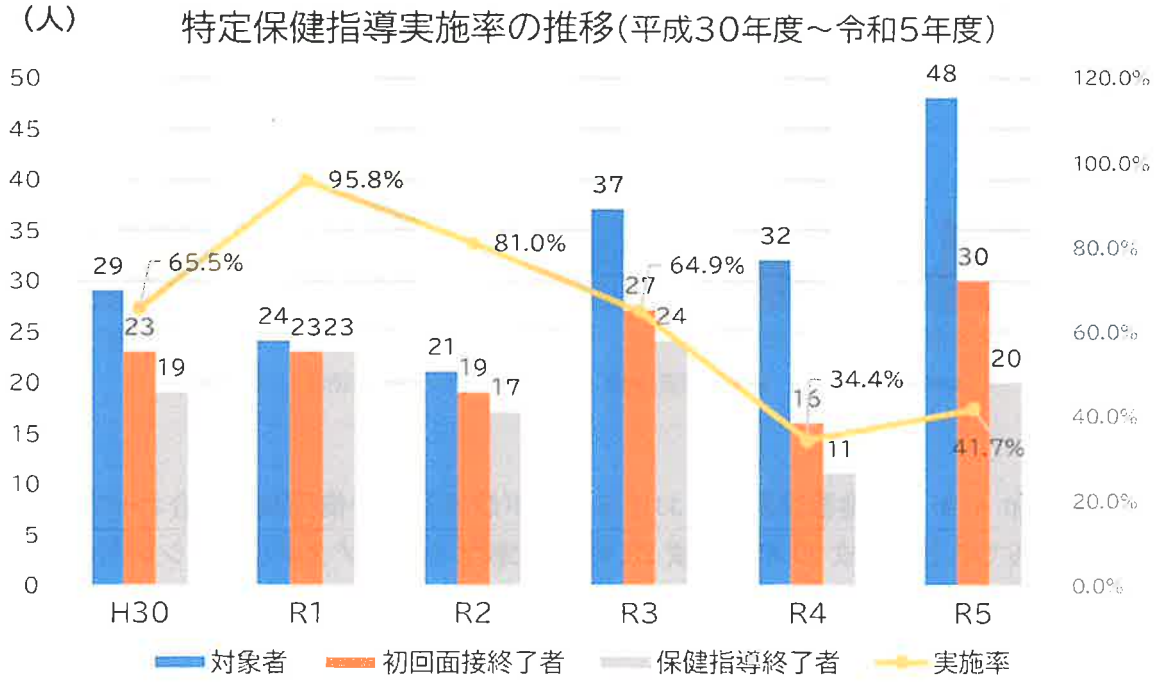
○受診者数が微増でも、受診率が上がっているのは対象者数が減少していることも理由のひとつと考えられるため、受診率の上昇だけで安易に増加傾向にあるとはいえない。未受診者への受診勧奨をさらに進め、３年以上未受診となっている方を可能な限り減少させ、生活習慣病等の疾病の早期発見・早期治療につなげていく。

## ２．　特定保健指導の実施状況

【目標及び実績】

| | 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 実績 | 目標 | 見込 |
| 動機付け支援対象者 | 20 | 19 | 20 | 15 | 21 | 13 | 21 | 23 | 21 | 22 | 21 | 29 |
| (初回面接終了者) | | (17) | | (16) | | (11) | | (17) | | (10) | | (20) |
| 動機付け支援終了者 | 11 | 14 | 12 | 16 | 13 | 11 | 14 | 15 | 15 | 8 | 16 | 17 |
| 積極的支援対象者 | 9 | 10 | 9 | 9 | 9 | 8 | 9 | 14 | 10 | 10 | 10 | 19 |
| (初回面接終了者) | | (5) | | (7) | | (6) | | (10) | | (6) | | (10) |
| 積極的支援終了者 | 3 | 5 | 3 | 7 | 3 | 6 | 3 | 9 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 特定保健指導実施率 | 48.3% | 65.5% | 51.7% | 95.8% | 53.3% | 81.0% | 56.7% | 64.9% | 58.1% | 34.4% | 61.3% | 41.7% |

（数値は法定報告データ）




### 特定保健指導の評価と課題

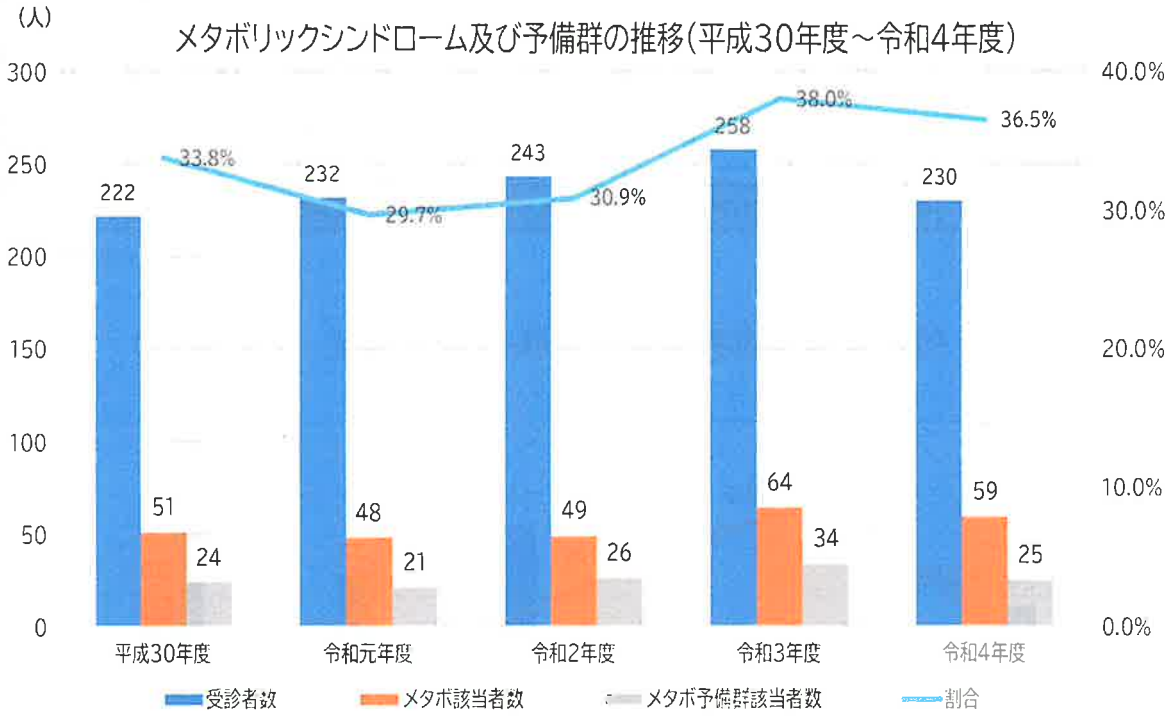
○平成 30 年度から令和 3 年度において、実施率が目標値を上回る結果となった。目標達成の要因としては、平成 29 年度に見直しを図った情報提供体制の確立により、健診結果の階層化から保健師が指導に当たるまでのプロセスを迅速に実施できたことが理由のひとつと考えられる。

○令和 4～5 年度は実施率を達成することができなかった。とりわけ実施率が下がった令和 4 年度は、指導対象者のうち約 4 割が年末以降に受診しており、保健指導の開始もそれに伴い遅れが生じ、終了者数が少ない結果になったと考えられる。

## ３．　メタボリックシンドローム該当者等の状況

【目標及び実績】

| | | |
|---|---|---|
| **メタボリックシンドローム及び予備群の割合** | 令和５年度:25% | <参考><br>平成 29 年度:28.6% |




令和 4 年度の健診受診者におけるメタボ該当及び予備群該当を合わせた割合は、36.5%である。平成 29 年度実績 28.6%と比較すると、メタボリックシンドロームの該当者割合は高くなっていることがわかる。

## ４．　目標達成に向けた取組の評価

### （１）特定健康診査

○被保険者への普及啓発の強化

（受診勧奨強化）

<table>
<tr><th>施　策</th><th>現　状　・　実　績</th></tr>
<tr><td>40歳到達者で受診申込みしていない被保険者への勧奨通知</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr>
<tr><td>40歳到達者</td><td>9</td><td>8</td><td>3</td><td>3</td><td>8</td><td>8</td></tr>
<tr><td>未受診者<br>（受診勧奨対象者）</td><td>9</td><td>5</td><td>2</td><td>2</td><td>8</td><td>6</td></tr>
<tr><td>返信数</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td></tr>
<tr><td>申込数</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td></tr>
<tr><td>申込率</td><td>33%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>13%</td><td>50%</td></tr>
</table>
令和元年度から令和３年度までの受診勧奨後の申込率は0%であった。これは、新型コロナウイルスの影響により、国全体で外出自粛の動きがあったことが要因のひとつと考えられる。令和５年度は申込率が50%と高い割合となったが、返信がなかった勧奨対象者へ連絡を取る等の対応を来年度以降実施し、早い段階で特定健診受診の意識を根付かせていく。
</td></tr>
<tr><td>43 歳～65 歳に到達する過去３年間連続未受診者への勧奨通知</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr>
<tr><td>受診勧奨対象者</td><td>116</td><td>97</td><td>91</td><td>100</td><td>62</td><td>74</td></tr>
<tr><td>返信数</td><td>24</td><td>18</td><td>17</td><td>26</td><td>7</td><td>15</td></tr>
<tr><td>申込数<br>（結果提供数）</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td><td>12</td><td>7</td><td>8</td></tr>
<tr><td>申込率</td><td>2%</td><td>4%</td><td>5%</td><td>12%</td><td>11%</td><td>11%</td></tr>
</table>
申込率の年次推移をみると、増加傾向にある。令和２年度から令和３年度にかけて7%向上しているが、これは、勧奨用封筒に『重要書類』の記載をして送付したことも理由のひとつと考えられるが、令和４年度以降は記載していなかった。来年度以降は、勧奨用封筒に『重要書類』の記載をして送付を行う。<br>また、事業所健診等で既に受診し、返信及び申込の必要性がないと認識している方も複数名居たため、令和６年度以降は勧奨通知と併せて、「既に事業所健診を受けた場合は健診結果を提供してほしい」旨の案内を行い、未受診者として計上されることがないよう周知していく必要がある。
</td></tr>
</table>

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| がん検診のみ申込者への特定健診受診勧奨 | 厚生課のがん検診担当と連携し、がん検診のみ申込んでいる方への特定健診受診勧奨を行っている。今後も厚生課と連携をとり、受診勧奨を行っていく予定である。 |
| 新郷村国民健康保険診療所をかかりつけ医としている被保険者へ、定期受診時に特定健診を受診するよう勧奨してもらう | 令和元年度より新郷村国民健康保険診療所と連携し、受診の呼びかけを行ってもらっている。令和元年度４名、令和２年度１名の追加受診者の確保に至っている。未受診者の中には、診療所をかかりつけ医としている方も多くいるため、今後も継続して勧奨を行っていく予定である。 |
| 村の行事の際の特定健診受付場所の開設 | 令和２年度以降は新型コロナウイルスの影響により、村の行事が中止になることが多く、申込受付を行わなかった。令和６年度以降は、新型コロナウイルスの感染状況を考慮し、住民が集まるイベント等での受診申込受付を行っていきたい。 |

（意識向上の強化）

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 年６回、広報しんごうへの特定健診の記事を掲載し、周知を図る | 令和元年度から令和５年度まで、特定健診の記事を広報へ掲載し、生活習慣改善ならびに健診受診の呼びかけを行った。令和６年度以降も継続して行っていく。 |
| 防災無線を活用し特定健診の受診・運動習慣の呼びかけを行う | 防災無線による受診の呼びかけを実施し、放送後に申込みがあった年度もあった。しかし、受診の呼びかけを防災無線で定期的に行うのは、緊急性の高いお知らせを住民へ呼びかけるという防災無線の観点からそぐわないとの意見もあり、令和６年度以降は村のイベント時や広報等で呼びかけを実施していく。 |

○保険者における実施体制の拡充等

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 令和元年度から八戸西健診プラザで、がん検診と特定健診の同時受診体制の確立を目指す | 令和元年度から八戸西健診プラザでがん検診と特定健診の同時受診を行っている。<br>令和元年度 34 名、令和２年度 37 名、令和３年度 52 名、令和４年度 37 名、令和５年度 49 名の申込があり、西健診プラザでの特定健診受診の認識が確立されてきている。 |

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 2020 年度以降には、順次かかりつけ医での特定健診が受診できるような体制づくりを行う | 令和元年度より新郷村国民健康保険診療所をかかりつけ医としている方に対し、定期受診時に特定健診を併用して受診できる体制を確立した。<br>今後、八戸市医師会との契約により村外のかかりつけ医でも特定健診が受診できるよう、施策を継続していく。 |

○連携強化

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 年１回以上、新郷村国民健康保険診療所・厚生課・住民課による意見交換会を開催し、それぞれの立場で抱えている課題を検討するとともに、様々な情報を共有し、施策に反映する。 | 平成 30 年度は三者での意見交換会を 1 回開催して、情報共有等を行ったが、令和元年度以降は意見交換会を開催しなかった。<br>今後は、三者で意見交換会を実施し、連携を強化する予定である。 |

（２）特定保健指導

○被保険者への普及啓発の強化

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 特定健診申込者へ受診案内を送付する際、特定保健指導に関するパンフレットを同封する | 受診案内時ではなく健診結果送付時に、保健指導の対象者に対し、パンフレットを同封している。 |
| 対象者で指導を受けていない人にダイレクトメールで勧奨する | 特定保健指導対象者の健診結果を保健師が直接本人等へ渡し、その際に指導も行うため、指導を受けていない方はおらず、ダイレクトメールも送付していない。<br>精密検査の対象になっている方で、検査を受けていない場合は電話勧奨を行っている。 |
| 広報しんごうへ特定保健指導を受診することにより、医療費削減へつながる記事を掲載し、周知を図る | 特定保健指導受診による医療費削減の記事は掲載していないものの、特定健診受診により医療費削減につなげる趣旨の文言を広報に掲載した。 |

○保険者における実施体制の拡充等

| 施　　策 | 現　状　・　実　績 |
|---|---|
| 特定保健指導の委託先である新郷村保健センター(厚生課保健師)との連携強化を図り、対象者が受診しやすい体制作りをする | 保健指導対象者の健診結果を対象者に直接送付せず、厚生課保健師に渡して訪問指導を行っている。 |
| HbA1c が 6.0～6.4 の特定保健指導対象者外の方を対象に、保健師による生活習慣改善の指導を行う | 令和元年度より HbA1c の値にかかわらず、特定保健指導対象外の方で、健診の値が大幅に基準値を超える方に関しては、保健師による生活習慣改善を行っている。<br>令和元年度 13 名、令和 2 年度 14 名、令和 3 年度 8 名、令和 4 年度 3 名の生活習慣改善指導を行っている。 |

# 第３章　特定健康診査等実施計画

## １．目標

### （１）特定健康診査

国では、市町村国保は計画期間の最終年度である令和 11 年度までに受診率 60.0%以上を達成することとしている。新郷村においては、各年度の目標を以下のとおり設定する。

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象者数 | 457 人 | 428 人 | 399 人 | 370 人 | 341 人 | 312 人 |
| 受診者数 | 233 人 | 224 人 | 216 人 | 208 人 | 198 人 | 187 人 |
| 受 診 率 | 51.0% | 52.3% | 54.1% | 56.2% | 58.1% | 60.0% |

＜令和６年度対象者数の算出＞

令和６年度に国保から後期へ移行する方の人数…35 人(R6.2.27 時点)
令和６年４月１日の特定健診対象者数…480 人(R5 と同等と見込む)
令和 3～4 年度の被保険者資格得喪数(後期移行を除く)の平均　…＋12 人
令和６年度対象者数：480 人-35 人+12 人＝457 人

＜令和７年度以降の対象者数の算出＞

令和７年度から令和 11 年度の間に後期へ移行する方の人数…166 人(R6.2.27 時点)≒各年度 41 人
各年度の被保険者資格得喪数(後期移行を除く)見込…＋12 人(R6 と同等と見込む)
各年度の対象者数：前年度対象者数-41 人+12 人で算出

### （２）特定保健指導

国では、市町村国保は計画期間の最終年度である令和 11 年度までに特定保健指導実施率 60.0%以上を達成することとしている。新郷村においては、各年度の目標を以下のとおり設定する。

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 動機付け支援対象者数 | 20 人 | 20 人 | 20 人 | 19 人 | 18 人 | 18 人 |
| 動機付け支援実施者数 | 12 人 | 13 人 | 13 人 | 13 人 | 13 人 | 13 人 |
| 積極的支援対象者数 | 10 人 | 10 人 | 9 人 | 9 人 | 9 人 | 8 人 |
| 積極的支援実施者数 | 3 人 | 3 人 | 3 人 | 3 人 | 3 人 | 3 人 |
| 実施率目標 | 50.0% | 53.3% | 55.2% | 57.1% | 59.3% | 61.5% |

## ２．　実施方法

### （１）特定健康診査

①　目的

生活習慣病をはじめとする、様々な疾病の早期発見・早期治療に結びつけ、疾病そのものを予防することを目的とする。

②　対象者

当該年度中に 40 歳から 74 歳になる国民健康保険被保険者

③　実施項目

すべての受診者に基本項目及び詳細項目を実施する。

| 区分 | 内容 | |
|---|---|---|
| 基本的な健診の項目 | 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） | |
| | 自覚症状及び他覚症状の検査 | |
| | 身体計測 | 身長 |
| | | 体重 |
| | | 腹囲 |
| | | ＢＭＩ |
| | 血圧 | 収縮期血圧 |
| | | 拡張期血圧 |
| | 血中脂質検査 | 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 | ＧＯＴ |
| | | ＧＰＴ |
| | | γ－ＧＴＰ |
| | 血糖検査 | ヘモグロビンＡ１ｃ |
| | 尿検査 | 糖 |
| | | 蛋白 |
| 詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目） | 貧血検査 | 赤血球数 |
| | | 血色素量 |
| | | ヘマトクリット値 |
| | 心電図検査※ | |
| | クレアチニン | |
| | 眼底検査（片目）※ | |

※　詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、村に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

④　実施場所及び期間

委託契約を締結した医療機関等で実施。実施期間は、委託先の医療機関等と協議のうえ実施する。

⑤　案内方法

保健協力員を通じて受診に関する案内、申込書等を全戸配布。また、広報しんごう等に特定健康診査の受診について案内等を掲載し、周知を図る。

⑥　費用負担

特定健康診査に伴う自己負担は無料とする。

## （２）特定保健指導

### ①　目的

保健指導対象者が健診結果を理解し、身体の変化に気付きながら、自らの生活習慣を振り返り、また、改善できるよう支援することで対象者が健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。

### ②　対象者の抽出と階層化

特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。

### ③　保健指導対象者の選定基準

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th rowspan="2">追加リスク(※1)<br>①血糖②脂質③血圧</th><th rowspan="2">④喫煙歴(※3)</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>40～64 歳</th><th>65～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">85 cm以上(男性)<br>90 cm以上(女性)</td><td>２つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け<br>支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">１つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で<br>BMI(※2)25 以上</td><td>３つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="4">動機付け<br>支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">２つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>１つ該当</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※1　追加リスクの該当基準

①　血糖　空腹時血糖 110 mg/dℓ以上または HbA1c（NGSP 値）5.6%以上

②　脂質　中性脂肪 150 mg/dℓ以上、HDL コレストロール 40 mg/dℓ未満（両方又はいずれか）

③　血圧　収縮期血圧 130 mmHg 以上、拡張期血圧 85 mmHg 以上（両方又はいずれか）

※2　BMI（ボディ・マス・インデックス）指数は、体重(kg)÷身長(m)$^2$で算出される肥満度の判定方法の一つで、標準値は 22

※3　喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

### ④　実施場所及び期間

年間を通じて、訪問または来庁による面接にて保健指導を実施。

### ⑤　費用負担

特定保健指導に伴う自己負担は無料とする。

## ３．　課題及び目標達成に向けた取組

### （１）特定健康診査

○被保険者への普及啓発の強化

| 施　策 |
|---|
| ・新郷村国民健康保険診療所をかかりつけ医としている被保険者へ、定期受診時に特定健診を受診するように診療所から勧奨してもらう<br>・村の行事の際に、特定健診受付場所を開設する<br>・年６回、広報しんごうへ特定健診の記事を掲載し、周知を図る |

| 課　題 | 施　策 |
|---|---|
| 40～65 歳の年代へ、特定健診の目的や未受診のリスク等の周知をさらに行う必要がある | ・40 歳到達者で、受診申込していない被保険者へ勧奨通知を送付<br>・43～65 歳に到達する過去３年間連続で特定健診を受診していない被保険者へ勧奨通知を送付 |
| がん健診のみの受診ではなく、特定健診とのセット受診を継続して勧める必要がある | ・がん検診のみ申込者への特定健診受診勧奨 |
| 事業所健診を受診した方へ、健診結果提供の周知が必要である | ・40 歳到達者及び 43～65 歳に到達する過去３年間連続で特定健診を受診していない被保険者への勧奨通知と併せて、健診結果提供について案内を行う<br>・広報しんごうやホームページ等で、健診結果提供について随時周知を行う |

○保険者における実施体制の拡充等

| 課　題 | 施　策 |
|---|---|
| 受診機会の向上のため、健診機関の拡大が必要 | ・令和９年度以降には、順次かかりつけ医での特定健診が受診できるような体制づくりを行う |

○関係機関との連携

| 課　題 | 施　策 |
|---|---|
| 健診業務の質及び効率向上のため関係機関の連携体制構築が必要 | ・年に一回、新郷村国民健康保険診療所・厚生課・住民課による意見交換会を開催し、それぞれの立場で抱えている課題を検討するとともに、様々な情報を共有し、施策に反映する |

### （２）特定保健指導

○被保険者への普及啓発の強化

| 施　　策 | |
|---|---|
| ・保健指導対象者の健診結果は、対象者に直接送付せずに保健師へ渡し、指導がもれなく実施できる体制を継続する | |
| 課　　題 | 施　　策 |
| 特定保健指導自体の認識が低く、対象者となっても実施する目的を理解せず、指導を拒否する方がみられる | ・特定保健指導対象者には、健診結果と併せて特定保健指導に関するパンフレットを同封する<br>・広報しんごうへ特定保健指導を利用することにより、プラス効果を伝える記事を掲載し、事業のイメージ向上を図り、利用を促進する |
| 特定保健指導対象ではないが、生活習慣病等のリスクが高い人への支援が必要 | ・健診の値が大幅に基準値を超える方を対象に、保健師による生活習慣改善の指導を行う |

# 第４章　その他

## １．特定健康診査等実施計画の評価・見直し

本計画については、毎年「国民健康保険運営協議会」において、事業目標の達成状況を評価するとともに、保険者の健康課題に沿って計画の妥当性を検討し、見直しを行うものとする。

## ２．特定健康診査等実施計画の公表・周知

法第 19 条 3 に基づき、本計画を定めたとき、またはこれを変更したときは、速やかに新郷村ホームページ等で公表し、被保険者や関係機関等への周知を図る。

## ３．個人情報の保護

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年 5 月 30 日法律第 57 号）」及び「新郷村個人情報の保護に関する法律施行条例（令和 4 年条例第 18 号）」等を踏まえた対応を行うとともに、被保険者の利益を最大限に保障するため個人情報の保護に十分配慮しつつ、効果的・効率的な保健事業を実施する立場から、収集した個人情報を有効に活用する。

また、保健事業を外部に委託する場合は、「個人情報取扱特記事項」により、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していく。