# 横浜町国民健康保険 第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画) 第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年3月 横浜町

## 目次

第 I 章 基本情報	1
1.基本的事項	1
(1)計画の趣旨	1
(2)計画期間	2
(3)実施体制	2
(4)横浜町国民健康保険の具体的役割、連携内容	3
2. 現状の整理	4
(1)保険者の特性	4
(2)地域資源の状況	4
(3) 前期計画等にかかる考察	4
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	10
1. 各種データ等の分析結果	
(1)平均寿命・標準化死亡比等	12
(2)医療費の分析	15
(3)特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	20
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析	26
(5)介護費関係の分析	30
第Ⅲ章 計画全体	32
1. 本町の健康課題	
2. データヘルス計画全体における目的	33
3. 個別の保健事業	34
4. データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略	34
第IV章 個別の保健事業	35
1. AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨	35
2. 地区組織と連携した受診勧奨を目的とした普及啓発事業	36
3. 特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)	37
4. 特定保健指導未利用者対策	38
5. 糖尿病重症化予防	39
6. 健診結果に基づいた動脈硬化等生活習慣病重症化予防事業	40
7. 運動習慣の定着を目指した健康教育	41
8. 重複多受診者等訪問指導事業	42
第V章 その他	45
1. データヘルス計画の評価・見直し	
2. データヘルス計画の公表・周知	45
3. 個人情報の取扱い	45
4. 地域包括ケアに係る取組	45
5. その他留意事項	45

第VI章 特定健診等実施計画	46
第VI章 特定健診等実施計画 1. 計画の目的	46
2. 目標値の設定	46
3. 特定健康診査について	47
(1)特定健康診査の対象者・算定方法	47
(2)特定健康診査対象者数	47
(3)特定健康診査の実施方法	47
4. 特定保健指導について	48
(1)特定保健指導の対象者・選定方法	48
(2)特定健康診査・特定保健指導の実施方法	49
5. 目標達成のための施策の実施	51
(1) 受診率向上のための対策	51
(2)受けやすい健診の仕組み作り	51
(3) 重症化予防・医療費適正化の対策	51
6. 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表	51
(1)特定健康診査等実施計画の公表	51
(2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	52

## 第 [章 基本情報

#### 1. 基本的事項

#### (1)計画の趣旨

平成 25 年6月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、市町村国保等保険者はレセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を推進するとされました。

平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしました。

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

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

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

#### ▼第1期・第2期データヘルス計画期間

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R元年度	R2 年度	R3年度	R4 年度	R5 年度
第1期データヘルス計画	<del></del>	$\rightarrow$						
第2期データヘルス計画			<del></del>					<b></b>
第2期データヘルス計画中間評価					$\longleftrightarrow$			

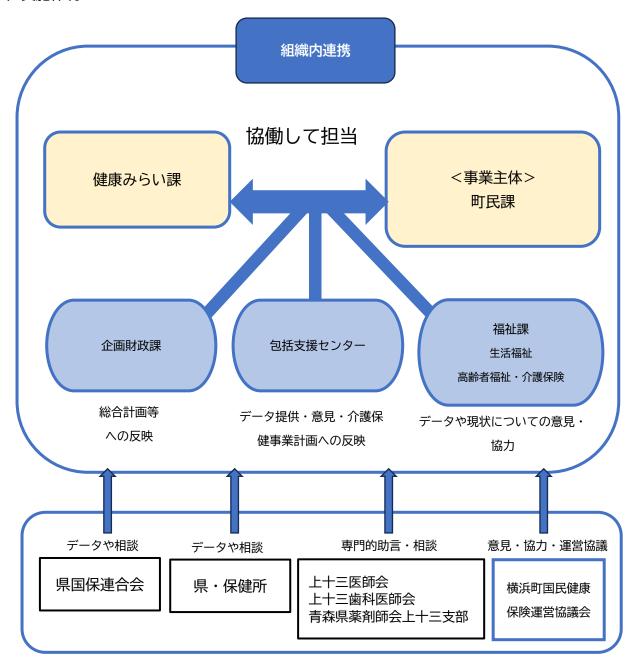
※KPI(重要業績評価指標)とは 目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための 定量指標。「Key Performance Indicator(キー・パフォーマンス・インジケーター)」の略語

## (2)計画期間

令和6年度~令和11年度

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
第3期データヘルス計画	<del></del>					$\longrightarrow$
第3期データヘルス計画中間評価			$\longleftrightarrow$			

### (3) 実施体制



#### 組織外連携

横浜町保健衛生協力員協議会 横浜町食生活改善推進員協議会 横浜町健康づくり推進協議会

#### (4) 横浜町国民健康保険の具体的役割、連携内容

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るため、町民課が中心となって、 関係部局や関係機関の協力を得て、本町の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、 効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価、必要に応じて、計画 の見直しや次期計画に反映させます。

#### ①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

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

#### ②町内の連携体制の確保

保健事業の積極的な推進を図るために、健康みらい課等町民の健康の保持増進に関係する部門に協力を求め、市町村一体となって、計画の作成等を進めます。具体的には、後期高齢者医療部門、保健衛生部門、介護保険部門のほか、必要に応じて企画財政部門や福祉事務所等とも十分に連携し、計画策定等を進めます。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す。

#### ③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

#### 2. 現状の整理

#### (1) 保険者の特性

高齢化率は36.4%で県平均より高くなっています。死亡率は出生率の約3.6倍となっていることから少子高齢化の進展が見込まれます。第1次産業就業者割合は国の約8.3倍です。平均寿命は、男性は県平均並み、女性は0.1歳長くなっています。健康寿命は、女性は県平均より高いものの、男性は低くなっています。

#### (2)地域資源の状況

医療・介護福祉サービス提供体制は二次医療圏内の利用者も多く、比較的整備されています。保 健協力員等健康づくりボランティアの活動は活発です。

#### (3) 前期計画等にかかる考察

#### ①第2期の保健事業の評価方法

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

#### ●評価方法と判定区分

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

## ②事業別目標の達成状況と評価

## ア. 特定健康診査の受診率向上

実施した取組内容		目標・達成状況・評価
1. 特定健診未受診者対策	アウトプット評価	【目標】 受診勧奨実施回数(令和元年度):1回 【結果】 受診勧奨実施回数(令和4年度):2回 目標値評価:A
(1)対象者の個性(年齢・性別等)に応じた通知勧奨 (2)地区組織と連携した受診勧奨を目的とした健康集会 2.特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策) (1)健診数値の見方、生活習慣病予防について専門家による講義を実施 (2)健診結果説明会の前後に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導を実施	未 世 す。40 受 く <b>見</b> 直	【目標】特定健診受診率(令和5年度)60.0% 【結果】特定健診受診率(令和4年度)43.3%  男性 40~64 歳代の健診受診率 34.2% 女性 40~64 歳代の健診受診率 34.8%  目標値評価:C  結果・課題> 診者に対する通知勧奨や受診勧奨を目的とした健康集会を開したが、令和4年度は 43.3%で令和3年度から減少していまった4歳代の健診受診率は34%台にとどまっており、若年層の向上が課題となっています。 にし内容> 続き、実施率を向上させる取り組みを毎年度実施します。
		総合評価:C

## イ. 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容		目標・達成状況・評価
	アウトプ	【目標】特定保健指導実施率(令和5年度):60.0% 【結果】特定保健指導実施率(令和4年度):55.4%
	ウトプット評価	目標値評価:B
		※特定保健指導実施対象者のうち特定保健指導該当者減少
		率(ベースライン評価)
		平成 29 年度: 27.6%→令和4年度: 13.3%(14.3%減)
1.特定保健指導利用勧奨 2.特定保健指導の実施	アウトカム評価	※メタボ該当者割合の変化(ベースライン評価) 男性 平成 29 年度: 28.4%→令和4年度: 28.0%(0.4P減) 女性 平成 29 年度: 8.8%→令和4年度: 13.8%(5.0P増)
		ベースライン評価:C
	<評価	結果・課題>
	特定	保健指導実施率は年々増加傾向となっており、令和4年度は
	55.4%	でした。女性のメタボ該当者の割合が増加しています。
	<見直	し内容>
	引き	続き、実施率を向上させる取り組みを実施するとともに、成
	果につ	ながる保健指導の実施を検討します。
		総合評価:C

## ウ. 糖尿病予防及び重症化予防対策

実施した取組内容		目標・達成状況・評価		
実施した取組内容  1.糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした介入プログラム(2~3ヶ月間)導入	アウトプット評価	【目標】 1.糖尿病早期患者・予備群対象プログラム参加者 年間平均20人 2.糖尿病重症化予防対象者への訪問数 年間平均10人 3.糖尿病予防改善啓発リーフの配布 毎年全対象者 【結果】 1.糖尿病早期患者・予備群対象プログラム(生活習慣病予防・改善教室)参加者 令和2年度:14人 令和3年度:17人 令和4年度:13人 2.糖尿病重症化予防対象者への訪問数 0人 3.糖尿病予防改善啓発リーフの配布		
専門家による講義(運動・栄養・ 睡眠等) 2.情報提供(リーフレット送付) 3.健診受診者のフォローアップ (健診結果説明会) 4.糖尿病ハイリスク者を対象とした郵送や面接等による保健指導(町 保健師)	アウトカム評価	【目標】 1. 糖尿病の医療費の伸び率5%以内 2. 糖尿病患者数の伸び率3%以内 3. 新規の慢性腎不全(人工透析治療)患者0 【結果】 1. 糖尿病医療費 令和元年度29,603千円→令和4年度28,233千円(4.6%減) 2. 糖尿病患者数 令和2年5月158人→令和5年5月137人(13.3%減) 3. 新規慢性腎不全(人工透析治療)患者 令和4年度 1人  目標値評価: A		
	<評価結果・課題> 糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした介入プログラム(2 ~3ヶ月間)導入や糖尿病ハイリスク者を対象とした保健指導を実施 した結果、患者数の伸びは抑えられています。			
		総合評価:B		

## 工. 生活習慣病の早期発見と重症化予防

実施した取組内容		目標・達成状況・評価		
		【目標】教育等への参加者 年間30名		
	ア	【結果】		
	ウト	************************************		
	プ	令和3年度:22人		
	") 	令和4年度:21人		
	アウトプット評価			
		目標値評価:B		
1.脳血管疾患及び高血圧対策		【目標】		
①減塩指導		1.脳梗塞伸び率5%以内		
②情報提供(リーフレット送付)		2.高血圧症患者数伸び率3%以内		
③高血圧予防のための運動教室		3.BMI 有所見者割合男性 30%以内、女性 20%以内		
④健診受診者のフォローアップ(健		【結果】		
診結果説明会)	ア	1.脳梗塞外来医療費		
2. 肥満対策	アウ	令和元年度 2,035 千円→令和4年度 637 千円 (68.6%減)		
①運動の普及啓発(ウオーキング	トカム評価	2.高血圧症患者数		
等)実施	ム評	令和2年5月338人→令和5年5月308人(8.9%減)		
②過食や間食、早食いなど食生活改	価	3.BMI 有所見者割合		
善のための講座		令和4年度 男性37.0%、女性37.8%		
③情報提供(リーフレット送付)				
④健康イベントでの肥満解消のた		目標値評価:B		
めの啓蒙活動				
⑤肥満者を対象にした継続的運動				
教室の実施	<評価結	果・課題>		
	BMI 有	i所見者率は、目標を達成できませんでしたが、運動教		
	室等の参	参加者に生活習慣の改善がみられ、アウトプット面につ		
	いては影	平価できます。		
	総合評価:B			

## オ. 適正な受診行動の啓発

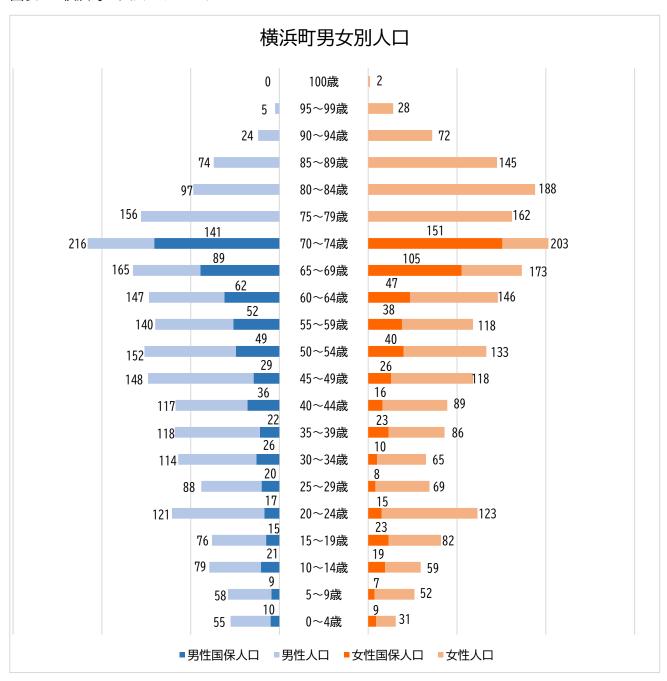
双組内容		短期目標と達成状況
取組内容  1. 医療費通知 適正な受診行動を促す為、年6 回被保険者へ医療費通知を実 施。	アウトプット評価	短期目標と達成状況  1. 医療費通知 【目標】医療費通知送付回数(令和5年度):年6回 【結果】医療費通知送付回数(令和4年度):年6回  2. ジェネリック利用差額通知 【目標】 ジェネリック利用差額通知送付回数(令和5年度):年2回 【結果】 ジェネリック利用差額通知送付回数(令和4年度):年2回 3. 広報啓発
2. ジェネリック利用差額通知 ジェネリック医薬品の利用促進 を図る為、外来受診において慢 性疾患等用剤が長期投与されて いる 35 歳以上の被保険者に対 し、年2回ハガキ通知を実施。		【目標】 広報掲載回数(令和5年度): 1回以上 【結果】 広報掲載回数(令和4年度): 1回 ※毎年保険証更新時に医療費節約の内容を盛り込んだ リーフレットを送付 <b>目標値評価:A</b>
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べく、 町保健師が訪問指導を実施。	アウトカム評価	※1 人当たり医療費の変化(ベースライン評価) ●横浜町(1 人当たり医療費/1 月) 令和元年度: 26,625 円→令和4年度: 30,445 円(14.3%増) ●国平均(1 人当たり医療費/1 月) 令和元年度: 26,225 円→令和4年度: 27,570 円(5.1%増) ベースライン評価 C
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。	医療 事業に につい	ジェネリック利用差額通知 【目標】ジェネリック医薬品利用率(令和5年度):現状維持 【結果】ジェネリック医薬品利用率(令和4年度):83.6% 目標値評価:A 結果・課題> 費通知やジェネリック利用差額通知、広報掲載等の普及啓発 ついては目標を達成しています。一人当たりの医療費の変化 ては、令和元年度と令和4年度を比較すると、14.3%増加して 国平均より高くなっています。
		総合評価:A

## 第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

※人口・被保険者等の基本情報

	全体	%	男性	%	女性	%
総人口(人)	4, 294	100	2, 150	50. 1	2, 144	49.9
国保被保険者数	1, 135	100	598	52.7	537	47.3

図表1 横浜町の人口ピラミッド



資料:指定区別年齡別男女別人口調(令和5年11月30日現在)

図表 2 高齢化率(65歳以上)

令和年4年度	横浜町	青森県	国
高齢化率(65歳以上)	40.0%	33.9%	28.7%
国保加入率	28.1%	22.7%	22.3%

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

図表 3 出生率と死亡率(人口千対)

	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)
横浜町	3.3	17.5
県	5.6	14.7
国	6.8	11.1

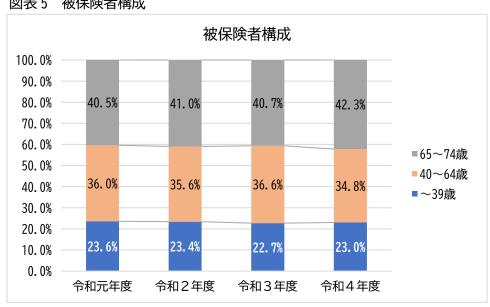
資料: KDB「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」(令和4年度)

図表 4 産業別就業者割合

令和4年度	横浜町	青森県	国
第1次産業	33.0%	12.4%	4.0%
第2次産業	25.4%	20.4%	25.0%
第3次産業	41.5%	67.2%	71.0%

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

図表 5 被保険者構成



資料: KDB「地域の全体像の把握」(令和元年度~令和4年度)

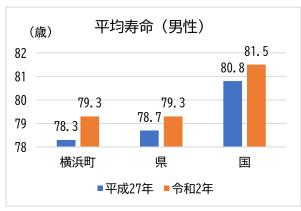
#### 1. 各種データ等の分析結果

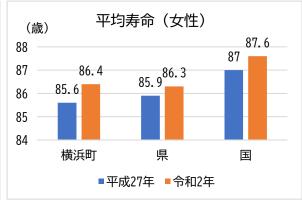
#### (1) 平均寿命・標準化死亡比等

#### ①平均寿命・平均自立期間

令和2年は、男女とも国の平均寿命より、男性で2.2歳、女性で1.2歳短くなっています。 平均自立期間\*では、国より男性で3.1歳短く、女性で0.1歳長くなっています。

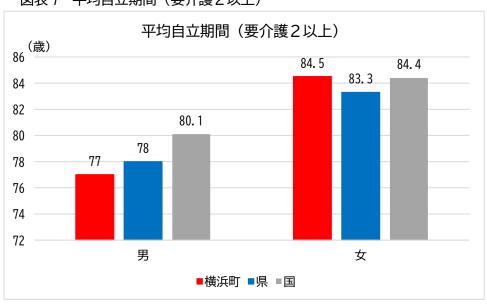
図表 6 平均寿命





資料: KDB「地域の全体像の把握」

図表7 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)

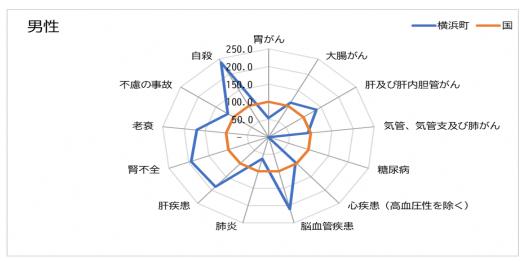
※平均自立期間:国保データベース(KDB)システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。(平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。)

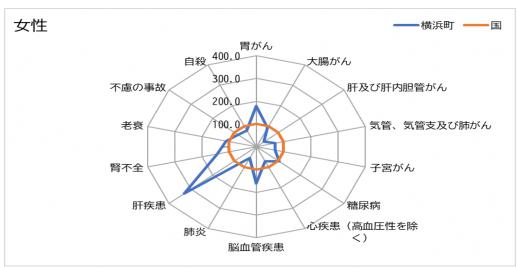
#### ②標準化死亡比

男性の標準化死亡比\*では肝及び肝内胆管がんの割合が高く、女性では胃がん、糖尿病の割合が高くなっています。男女とも、肝疾患、脳血管疾患、腎不全の標準化死亡比が高くなっています。

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

図表 8 標準化死亡比(平成 29 年~令和 2 年)





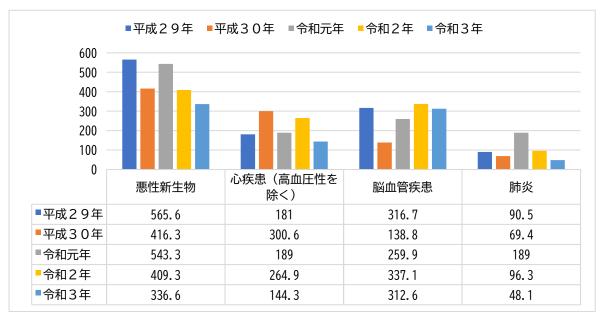
				悪性親	5生物											
S M R	死亡総数	<b>総</b> 数	明	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び	子宮	糖尿病	除く) 除く)	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
男	117. 1	98.8	53.9	110.6	136.8	93.4			96. 2	210.3	63. 1	186. 9	193.4	169.6	116.4	238. 4
女	105.0	109.6	178.3	93. 1	35.0	67. 9	68.4	104.7	71.0	161.0	54.0	331.3	145.0	110.8	84. 0	79.3

資料:青森県保健統計年報(令和3年度)

#### ③主要選択死因別の死亡率

本町の死因は、がん (悪性新生物)、脳血管疾患、心疾患の順で多くなっています。悪性新生物 は減少していますが、脳血管疾患は増加傾向です。

図表 9 主要な選択死因別の死亡率

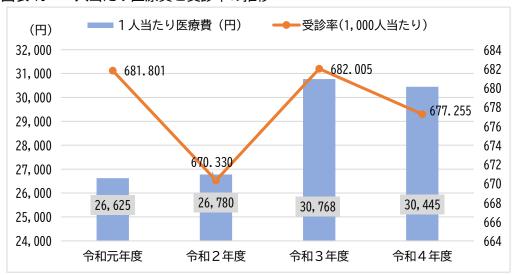


資料:青森県保健統計年報(令和3年度)

#### (2) 医療費の分析

#### ①1人当たり医療費と年齢階層別男女別の受診率

1,000 人当たり受診率は、令和2年度に新型コロナ感染症流行の影響で医療機関受診控えがあ り、一度低下しましたが、その後は増加しています。1人当たり医療費は、令和3年度に増加し、 令和4年度はほぼ横ばいとなっています。

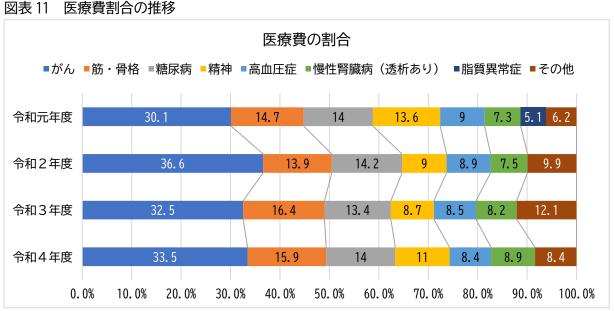


図表 10 一人当たり医療費と受診率の推移

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

#### ②主要生活習慣病の医療費割合の推移

主要生活習慣病の医療費割合に大きな変化はありませんが、慢性腎臓病(透析あり)の医療費割 合が令和3年度から増加しています。

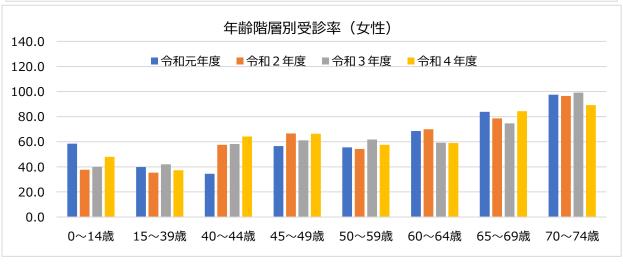


資料:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」(令和元年度〜令和4年度)

#### ③年齢階層別男女別の受診率

年齢とともに受診率\*は高くなる傾向にあります。令和2年以降に新型コロナ感染症流行の影響で医療機関受診控えがあり、一旦受診率が低下した年代もありましたが、その後増加傾向にあります。男女別では、女性の受診率が男性よりやや高くなっています。

図表 12 年齢階層別受診率



※受診率(レセプト数/被保険者数)\*100で算出

#### ●男性

●女性

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0~14歳	57.5	43.2	45.3	48.0
15~39歳	32.5	27.6	25.6	27.9
40~44歳	43.3	49.0	57.5	54.3
45~49歳	23.4	23.9	25.2	32.7
50~59歳	51.9	43.5	43.3	39.8
60~64歳	44.4	52.0	53.8	56.0
65~69歳	56.1	56.6	65.5	62.5
70~74歳	71.0	73.1	75.2	76.9

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
0~14歳	58.5	37.7	39.9	48.0	
15~39歳	39.9	35.4	41.9	37.2	
40~44歳	34.5	57.5	58.2	64.2	
45~49歳	56.6	66.7	61.2	66.4	
50~59歳	55.5	54.3	61.7	57.6	
60~64歳	68.5	70.0	59.3	59.0	
65~69歳	83.9	78.7	74.6	84.4	
70~74歳	97.5	96.5	99.2	89.2	

資料:KDB「医療費分析の経年比較」(令和元年度~令和4年度)

#### ④疾病別医療費分析

令和4年度の入院医療費の上位はパーキンソン病、骨折、統合失調症となっています。外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで高血圧症、慢性腎臓病(透析あり)の順となっています。

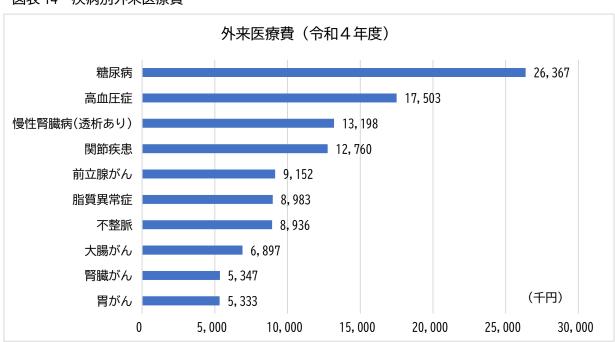
糖尿病、高血圧、脂質異常症、脳梗塞の1保険者当たり生活習慣病の外来医療費の推移は、減少傾向にあります。

入院医療費(令和4年度) パーキンソン病 12, 934 骨折 8,757 6,916 統合失調症 5,877 大腸がん 5,561 慢性腎臓病(透析あり) 腎臓がん 3,844 関節疾患 3, 256 胃がん 2,866 2,510 気胸 食道静脈瘤 1,994 (千円) 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000 12,000 14,000

図表 13 疾病別入院医療費

※千円以下切り捨て

資料:KDB「医療費分析(1)細小分類」



図表 14 疾病別外来医療費

※千円以下切り捨て

資料:KDB「医療費分析(1)細小分類」

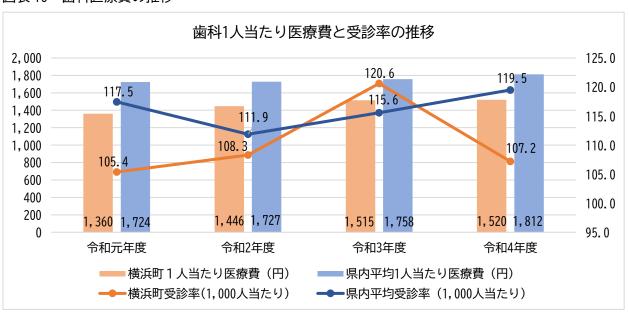
(千円) 1保険者当たり生活習慣病の外来医療費の推移 35,000 30, 256 29,603 28,456 30,000 **28, 233** 25,000 19,311 19,778 ━━糖尿病 18, 412 20,000 17,503 高血圧症 15,000 - 脂質異常症 11, 788 10,613 脳梗塞 9,461 10,000 8,983 5,000 2,035 1,680 1,497 637 0 令和2年度 令和元年度 令和3年度 令和4年度

図表 15 疾病別医療費の推移(生活習慣病)

資料: KDB「疾病別医療費分析」

#### ⑤歯科医療費の推移

1人当たり医療費は県平均より低く、微増傾向となっています。受診率は令和3年度まで増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しています。



図表 16 歯科医療費の推移

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

#### ⑥重複多受診、重複服薬

#### ア. 重複多受診・頻回受診の状況

3 医療機関以上かつ同一医療機関に最大 10 日以上受診した重複多受診者や、1 医療機関 15 日以上受診した頻回受診者は被保険者数の 0.0~0.1%で推移しています。

図表 17 重複多受診・頻回受診の状況

	令和2	令和2年5月		令和3年5月		年5月	令和5年5月		
被保険者数	1, 292		1, 278		1, 240		1, 170		
	人数	割合	人数割合		人数	割合	人数	割合	
重複多受診	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.1%	
頻回受診	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	

資料:KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

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

※頻回受診: 1 医療機関 15 日以上

#### イ. 重複服薬の状況

2医療機関以上から6医薬品以上を処方された重複服薬者はいませんでした。30 日処方日数 以上かつ5医薬品以上処方された多剤処方は被保険者の14%台で、増加傾向です。

図表 18 重複服薬の状況

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
被保険者数	1, 292		1, 278		1, 240		1, 170	
	人数	人数割合		割合	人数	割合	人数	割合
重複服薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
多剤	167	167 12.9%		14.1%	183	14.8%	174	14.9%

資料: KDB「重複服薬の状況」

※重複服薬: 2 医療機関以上から6 医薬品以上を処方された被保険者 ※多剤処方: 30 日処方日数以上かつ5 医薬品以上処方された被保険者

#### (3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

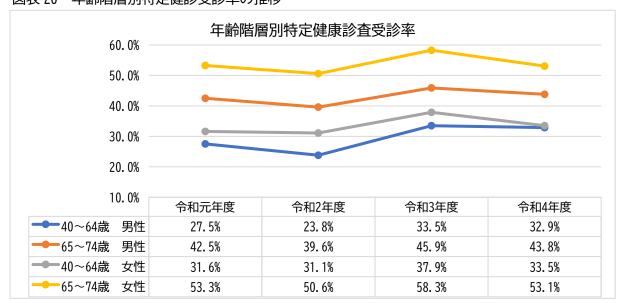
#### ①特定健康診査受診率

本町の特定健診受診率は、県平均より高くなっています。令和4年度は43.3%で令和3年度から減少しています。年齢階層別では、男女とも若年層の受診率が低くなっています。

特定健康診査受診率 48.0 % 45.3 46.0 44.0 • 43.3 42.0 40.1 39.4 40.0 38.7 38.0 38.0 38.0 37.5 36.8 35.2 36.0 37.1 34.0 33.8 32.0 30.0 平成29年度 平成30年度 令和2年度 令和3年度 令和元年度 令和4年度 → 県平均 → 横浜町

図表 19 特定健康診査受診率の推移

資料:青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告



図表 20 年齢階層別特定健診受診率の推移

資料:KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

#### ②特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は、平成29年度から年々増加しており、令和3年度からは、県平均を上回っています。

特定保健指導による特定保健指導の減少率は年度によってばらつきがあり、令和4年度は13.3%で令和3年度から減少しました。

特定保健指導実施率 % 60.0 54.2 **55.** 4 47.5 50.0 46.2 45.4 44.4 40.8 **41.** 4 40.0 37.5 33.3 30.0 横浜町 20.0 22.6 22.4 10.0 0.0 平成29年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 令和4年度

図表 21 特定保健指導実施率

資料:青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告



図表 22 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

資料:青森県特定健診·特定保健指導実施状況、法定報告

#### ③健診有所見者割合

男女共通して腹囲、尿酸、血糖、ALT (GPT) の有所見者割合が、国や県に比べて高くなっています。特に女性の BMI 有所見割合が多くなっています。

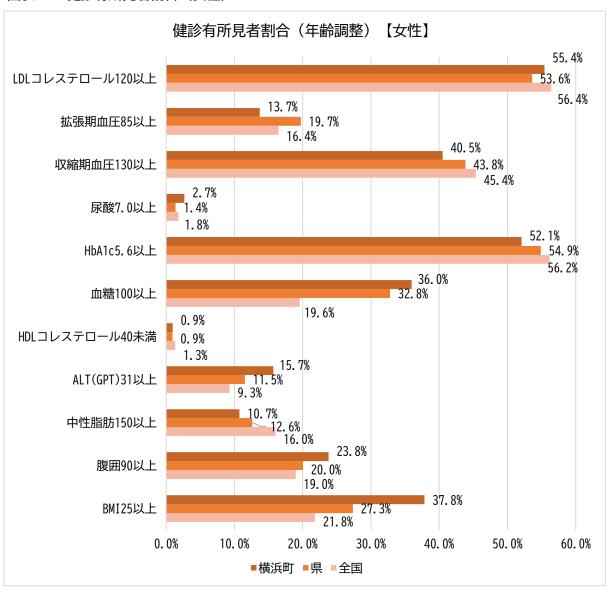
健診有所見者割合(年齢調整) 【男性】 49.1% LDLコレステロール120以上 46.7% 47.6% 19.6% 拡張期血圧85以上 29.8% 26.0% 39.9% 48.5% 収縮期血圧130以上 50.6% 9.4% 15.5% 尿酸7.0以上 12. 7% 56.8% 55.8% HbA1c5.6以上 57.4% 50.3% 血糖100以上 49.4% 31.3% 4.2% 5. 0% 7. 4% HDLコレステロール40未満 28.0% 26.4% ALT(GPT)31以上 22. 1% 20. 1% 25. 9% 28. 4% 中性脂肪150以上 55.9% 腹囲85以上 **- 52.** 1% 55.0% 37.0% BMI25以上 37.0% 34.0% 0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 60.0% 50.0% ■横浜町 ■県 ■全国

図表 23 健診有所見者割合 (男性)

資料: KDB「厚生労働省様式 様式5-2」(令和元年度~令和4年度)

#### ※年齢調整ツール使用

図表 24 健診有所見者割合(女性)



資料: KDB「厚生労働省様式 様式5-2」(令和元年度~令和4年度)

※年齢調整ツール使用

#### ④生活習慣(質問票)

令和元年度と令和4年度を比較すると、1日30分以上の運動習慣なし、一日1時間以上の運動なしの割合は減少しており、喫煙、早食い、飲酒、睡眠不足は増加しています。また、令和4年度の質問票では、睡眠不足、早食い、歩行速度が遅い、喫煙の割合が県や国平均より高くなっています。

図表 25 質問票

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
睡眠不足	25.7%	22.6%	24.0%	28.2%
3 合以上の飲酒	8.3%	7.3%	8.9%	10.2%
3食以外の間食(甘いもの)毎日	20.0%	23.4%	26.6%	22.8%
就寝前夕食	29.7%	28.8%	27.1%	27.9%
早食い	28.4%	30.0%	29.2%	31.6%
咀嚼良好	75.7%	76.3%	76.7%	77.2%
歩行速度遅い	55.4%	56.4%	53.5%	57.8%
1日1時間以上の運動(歩行・日常動作含)なし	46.2%	51.3%	55.8%	49.3%
1回30分以上の運動(週2回以上)なし	68.6%	67.1%	70.1%	64.7%
喫煙	17.8%	17.9%	19.2%	20.8%

資料: KDB「地域の全体像の把握」(令和元年度~4年度)

図表 26 令和4年度 質問票(青森県、国との比較) 28. 2% 3. 2% 25. 6% 睡眠不足 ■横浜町 ■青森県 10. 2% 7. 0% ■国 3合以上の飲酒 2.8% 3食以外の間食(甘いもの)毎日 就寝前夕食 \_31.6% 27.6% 早食い 26.8% 77. 2% 75.6% 咀嚼良好 79.2% 55.5% 50.9% 歩行速度遅い 49.3% 1日1時間以上の運動 50. 3% 48. 0% (歩行・日常動作含) なし 64. 7% 1回30分以上の運動 65.5% (週2回以上) なし 60.4% 20.8% 喫煙 14. 7% 13.8% 0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

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

令和2年度から令和4年度まで、内臓脂肪症候群該当者はほぼ同じ割合で推移しています。 また、予備群割合では県平均を上回っています。

男女別にみると、令和 4 年度では男女ともに内臓脂肪症候群予備群の割合が県平均よりも高くなっています。

内臓脂肪症候群該当者と予備群割合の推移 (%) 25.0 20.0 15.0 10.0 5.0 平成29年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 令和4年度 17.6 18.3 19.1 20.6 20.6 20.8 横浜町該当者割合 18.1 18.0 18.9 20.5 20.9 20.7 10.8 10.9 11.0 11.2 11.2 10.8 横浜町予備群割合 14.7 14.0 12.4 12.7 14.7 15.7

図表 27 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

資料:青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告



図表 28 令和4年度 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

資料:法定報告

## (4) レセプト・健診データを組み合わせた分析

#### ①健診受診の有無別医療費

健診受診者で医療機関にかかっていない被保険者は 4.0%、一方、未受診者は 13.6%となっています。

また、1 人当たり生活習慣病等医療費では、健診受診者が 2,605 円であるのに対し、健診未受診者は 12,183 円で医療費では健診未受診者は健診受診者の約 4.7 倍となっています。

図表 29 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費

	令和4年度	医療機関受診 あり	医療機関受診 なし
	受診者数(人)	317	34
健診受診あり	健診対象者に占める割合(%)	37.6	4. 0
	うち生活習慣病あり(人)	243	
	受診者に占める割合(%)	76. 7	
	未受診者数(人)	378	115
健診受診なし	健診対象者に占める割合(%)	44. 8	13. 6
(建設文部なり	うち生活習慣病あり(人)	259	
	未受診者に占める割合(%)	68.5	

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

令和4年度 入院+外来		健診受診者		健診未受診者		
744 年及 八帆十八木	横浜町	県	国	横浜町	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額	2,605	2,291	2,031			
/健診対象者数	2,003	2,231	2,031			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額				12,183	14,012	13,295
/健診対象者数				12,100	14,012	15,235
健診受診者の生活習慣病医療費総額	6,993	6,279	6,142			
/健診対象者数(生活習慣病患者数)	0,333	0,213	0,142			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額				32,710	38,404	40,210
/健診対象者数(生活習慣病患者数)				52,710	30,404	40,210

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

#### ②受診勧奨者医療機関非受診率・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ます。

図表 31 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

	令和元年度 横浜町 青森県		令和2	令和2年度		令和3年度		令和4年度	
			横浜町	青森県	横浜町	青森県	横浜町	青森県	
受診勧奨者医療機 関非受診率	3.8%	3.9%	3.7%	4. 3%	4. 0%	4. 4%	6.3%	4. 4%	
未治療者率	5.4%	5.3%	4. 6%	5. 2%	5. 2%	5.4%	6.6%	4. 1%	

資料:KDB「地域の全体像の把握」(令和元年度~令和4年度)

#### ③生活習慣病の患者数・患者割合

患者割合では高血圧、脂質異常症、糖尿病の順で多くなっています。主要生活習慣病の患者割合は横ばい、または微減傾向ですが、人工透析患者割合は増加傾向です。

図表 32 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和2	年5月	令和3	年5月	令和4	年5月	令和5	年5月
	נימבו	人数(人)	率 (%)						
	男性	83	12.1	82	12.2	91	14.1	77	12.2
糖尿病	女性	75	12.2	70	11.6	75	12.6	60	10.8
	計	158	12.2	152	11.9	166	13.4	137	11.5
	男性	104	15.2	106	15.8	107	16.6	105	16.7
脂質異常症	女性	125	20.4	133	21.9	125	20.9	98	17.6
	計	229	17. 6	239	18.7	232	18.7	203	17.1
	男性	178	26.0	169	25.2	175	27.2	172	27.3
高血圧	女性	160	26.1	171	28.2	162	27.1	136	24.4
	計	338	26.0	340	26.6	337	27.2	308	25.9
	男性	25	3.6	22	3.3	21	3.3	19	3.0
虚血性心疾患	女性	11	1.8	14	2.3	12	2.0	7	1.3
	計	36	2.8	36	2.8	33	2.7	26	2.2
	男性	33	4.8	33	4.9	32	5.0	29	4.6
脳血管疾患	女性	20	3.3	21	3.5	17	2.8	9	1.6
	計	53	4. 1	54	4. 2	49	3.9	38	3. 2
人工透析	男性	3	0.4	4	0.6	4	0.6	4	0.6
	女性	1	0.2	3	0.5	3	0.5	4	0.7
	計	4	0.3	7	0.5	7	0.6	8	0.7

資料:KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」

#### ④生活習慣病の重症化状況

#### ア. 糖尿病の重症化状況

糖尿病患者のうち糖尿病性腎症の患者数が増加しています。脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は同率で推移していましたが、令和5年5月は脳血管疾患の割合は減少し、虚血性心疾患の割合が 8.8%となっています。

糖尿病の重症化状況(患者割合の推移) (%) 12 11.2 10.1 10 11.2 9.0 10.1 8.8 8 9.0 **6.**6 6 5. 1 4 3.6 2.6 0 令和2年5月 令和4年5月 令和3年5月 令和5年5月 ━━糖尿病性腎症 ━━脳血管疾患 ━━虚血性心疾患

図表 33 糖尿病の重症化状況

資料: KDB「厚生労働省様式 様式3-2」

図表 34 糖尿病のレセプト分析

	性別	令和2	年5月	令和3	年5月	令和4	年5月	令和5	年5月
	נימבו	人数(人)	割合 (%)						
	男性	83	12.1	4	4.9	4	4.4	8	10.4
インスリン療法	女性	75	12.2	6	8.6	7	9.3	8	13.3
	計	158	12.2	10	6.6	11	6.6	16	1.7
	男性	3	3.6	4	4.9	4	4.4	5	6.5
糖尿病性腎症	女性	1	1.3	0	0.0	2	2.7	2	3.3
	計	4	2.5	4	2.6	6	3.6	7	5.1
	男性	6	7.2	6	7.3	3	3.3	4	5.2
糖尿病性網膜症	女性	4	5.3	3	4.3	2	2.7	4	6.7
	計	10	6.3	9	5.9	5	3.0	8	5.8
	男性	2	2.4	1	1.2	2	2. 2	1	1.3
糖尿病性神経障害	女性	3	4.0	2	2.9	1	1.3	1	1.7
	計	5	3.2	3	2.0	3	1.8	2	1.5
	男性	13	15.7	11	13.4	11	12.1	9	1.7
脳血管疾患	女性	3	4.0	6	8.6	4	5.3	0	0.0
	計	16	10.1	17	11.2	15	9.0	9	6.6
	男性	14	16.9	11	13.4	10	11	9	1.7
虚血性心疾患	女性	2	2.7	6	8.6	5	6.7	3	5.0
	計	16	10.1	17	11.2	15	9.0	12	8.8
人工透析	男性	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0	0.0
	女性	0	0.0	2	2.9	2	2.7	3	5.0
	計	0	0.0	2	1.3	3	1.8	3	2.2

資料: KDB「厚生労働省様式 様式3-2」(令和2年~令和5年)

#### イ. 糖尿病ハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、男女ともに 60 歳以上から所見者が増加しています。治療中であっても HbA1c7.0~7.9 の者は男性7名、女性8名、HbA1c8.0 以上の者は男性4名、女性1名でした。治療なしの7.0 以上は、男性1名、女性0名でした。

図表 35 糖尿病ハイリスク者の治療の有無

単位:人

男性	総数	6.5~6.9		7.0~	~7.9	8.0以上	
커다 	小心女人	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49 歳	18	0	0	2	0	0	0
50~59 歳	34	0	0	0	0	1	0
60~69 歳	61	3	3	3	1	1	0
70~74 歳	62	3	1	2	0	2	1
総計	175	6	4	7	1	4	1

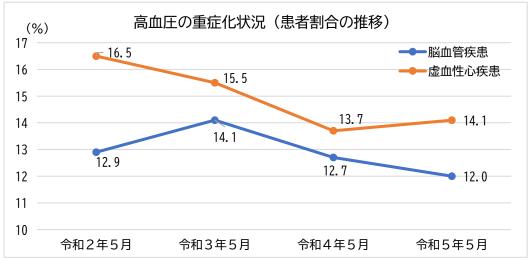
女性	総数	6.5~6.9		7.0~	~7.9	8.0以上	
女注	祁心女人	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49 歳	16	0	1	1	0	0	0
50~59 歳	23	0	0	0	1	1	0
60~69 歳	72	2	1	5	0	0	0
70~74 歳	77	2	0	2	0	0	0
総計	188	4	2	8	1	1	0

資料:健診ツリー図(令和4年度)

#### ウ. 高血圧の重症化状況

高血圧症のうち約12~14%が脳血管疾患、約13~16%が心疾患にかかっています。 脳血管疾患は減少傾向にあります。

図表 36 高血圧の重症化状況



資料:KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

#### エ. 高血圧のハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、60 歳以上で有所見者が増加しています。治療中であってもⅡ 度高血圧以上の者が11名います。未治療のⅡ度高血圧者は2名でした。

#### 図表 37 高血圧のハイリスク者の治療の有無

● I 度高血圧(140~159/90~99)

●Ⅱ度高血圧(160~179/100~109)

単位:円

	男	性	女性		女性 男性		性	女性	
	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし		治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49歳	3	2	0	1	40~49歳	0	0	0	0
50~59歳	2	3	1	2	50~59歳	0	0	0	1
60~69歳	9	9	7	7	60~69歳	3	1	1	0
70~74歳	11	4	11	6	70~74歳	5	0	0	0
計	25	18	19	16	計	8	1	1	1

#### ●Ⅲ度高血圧(180~/110~)

	男	性	女	性
	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49歳	0	0	0	0
50~59歳	0	0	0	1
60~69歳	1	0	0	0
70~74歳	1	0	0	0
計	2	0	0	1

資料:健診ツリー図(令和4年度)

## (5) 介護費関係の分析

①介護給付費の状況(1件当たり給付費(円))

1件当たり介護給付費は県や国平均より高くなっています。また、令和元年度から令和4年度にかけて増加しています。

図表 38 1件当たり介護給付費

令和元年度 令和2年度 令和3年度 |令和4年度 横浜町 81,770 83,020 85, 495 86, 198 青森県 71,639 73, 195 72,901 72,200 玉 61,864 60,703 61,336 59,662

資料: KDB「地域の全体像の把握」

## ②介護認定率の状況

本町の介護認定率は県や国に比べ高くなっています。

図表 39 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
横浜町	20.2%	20.5%	21. 2%	20.8%
青森県	19.3%	19.4%	19.6%	18.5%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料: KDB「地域の全体像の把握」

## ☆課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題
死因・標準化死亡比	1. 脳血管疾患による死亡が増加傾向にあります。
	2. 男女とも肝疾患、脳血管疾患の標準化死亡比が高くなっています。
医療費データ	1. 外来の医療費では糖尿病が最も多くなっています。
	2.慢性腎臓病(透析あり)の割合が増加しています。
	3. 糖尿病、高血圧の患者割合は横ばいとなっています。
	4. 糖尿病患者のうち糖尿病性腎症の患者数が増加しています。
健診データ	1. 特定健診受診率は、若年層の受診率が低くなっています。
	2. 有所見割合では、国や県と比較して男女とも腹囲、尿酸、血糖、ALT(GPT)
	の割合が極めて多くなっています。
	3. 生活習慣では喫煙、早食い、飲酒、睡眠不足、就寝前に夕食を摂る割合の
	割合が、国や県より多くなっています。
	4. 男性の内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合が高くなっています。
レセプト・健診データ	1.糖尿病のハイリスク者の状況では、治療中であっても HbA1c7.0 以上の者
等	は全体の 5.5%となっています。
	2. 高血圧のハイリスク者の状況では、治療中であってもⅡ度高血圧以上の
	者、未治療のⅡ度高血圧者が数名います。
介護データ	3. 介護認定率、1件当たりの介護給付費が県や国平均より高くなっていま
その他	す。
	4. 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くなってい
	ます。

# 第Ⅲ章 計画全体

## 1. 本町の健康課題

① 項目	②健康課題	③優先する健 康課題	④対応する 保健事業 番号
А	特定健康診査受診率の向上 令和4年度は45.3%まで増加しましたが、令和3年度は43.3% と減少しています。40~64 歳代の健診受診率は34%台にとどま っており、若年層の受診率向上が課題となっています。	3	1, 2, 3
В	特定保健指導実施率の向上 特定保健指導実施率は年々増加傾向となっており、令和4年度 は55.4%でした。内臓脂肪症候群該当者は県平均並みですが、内 臓脂肪予備群の割合が県より高くなっています。	4	4
С	糖尿病予防及び重症化予防対策 外来の医療費では糖尿病が最も多くなっています。慢性腎臓 病(透析あり)の割合が増加しています。	1	5
D	生活習慣病重症化予防対策 脳血管疾患による死亡が増加傾向にあり、また、男女とも脳 血管疾患の標準化死亡比が高くなっています。高血圧のハイリ スク者の状況では、治療中であってもII 度高血圧以上の者、未 治療のII 度高血圧者が数名おり、健診受診段階での生活習慣改 善が求められます。	2	3, 6, 7
E	医療費の適正化 重複多受診・頻回受診の該当者は少ないですが、多剤該当者 は多く、課題といえます。	5	8

# 2. データヘルス計画全体における目的

⑤ 項	テータヘルス 計画全体におけ	回主体にも打る アンドラ アンドラ アア できまる できまる できまる できまる アンドラ アル・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・	8計画 策定 時実績			9目	<del></del> 標値		
目	る目的	少时间归货	2022 年度 (R4)	2024年 度 (R6)	2025年 度 (R7)	2026年 度 (R8)	2027年 度 (R9)	2028年 度 (R10)	2029年 度 (R11)
A	特定健診受診率 の向上	特定健診受診 率	43. 3%	46. 0%	49.0%	52.0%	55.0%	57. 0%	60.0%
A	若年層の健診受 診率アップ	40~64 歳代受診率	33. 0%	34. 5%	36.0%	37. 5%	39.0%	40. 5%	42.0%
В	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	55.4%	56.0%	56. 7%	57. 4%	58. 1%	58.8%	60.0%
В	特定保健指導に よる特定保健指 導対象者減少率	特定保健指導対象者減少率	13. 3%	16. 5%	19. 5%	22. 0%	25. 0%	28. 0%	31.0%
С	糖尿病性腎症重 症化予防	新規人工透析患 者数(糖尿病)	1	0	0	0	0	0	0
С	糖尿病性腎症重症化予防	HbA1c8.0以上 の者の割合	1.7	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0
С	糖尿病性腎症重症化予防	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	20. 5%	19.0%	17. 0%	15. 0%	13. 0%	11.5%	10.0%
D	生活習慣病重症化予防	受診勧奨者医療 機関非受診率・ 未治療者率	6.6%	6. 1%	5. 6%	5. 1%	4. 6%	4. 3%	4. 0%
D	生活習慣病重症化予防	該当者+予備 群の割合	35. 6%	34. 5%	33. 5%	33.0%	32. 5%	32. 0%	31.0%
D	生活習慣病予防 対策	喫煙・過剰飲 酒割合	20. 4% 10. 2%	19. 0% 9. 0%	18. 0% 8. 5%	17. 0% 8. 0%	16. 0% 7. 5%	15. 0% 7. 0%	14. 0% 6. 5%
E	医療費の適正化	多剤処方の割 合	14. 9%	14. 7%	14. 5%	14. 3%	14. 1%	13. 9%	13. 7%

## 3. 個別の保健事業

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・ 優先度
1	AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨	6
2	地区組織と連携した受診勧奨を目的とした普及啓発事業	5
3	特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)	4
4	特定保健指導未利用者対策	7
5	糖尿病重症化予防	1
6	健診結果に基づいた動脈硬化等生活習慣病重症化予防事業	2
7	ウォーキング習慣の定着を目指した健康教育	3
8	重複多受診者等訪問指導事業	8

# 4. データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略

③ 項目	④データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略
A	対応可能な委託機関との連携体制の整備。AI(人工知能)を活用した未受診者対策
A	保健衛生協力員と連携した PR 活動
B, D	保健指導支援委託機関への委託継続
В	未利用者への個別勧奨
С, Е	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続

## 第IV章 個別の保健事業

#### 1. AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨

事業番号	1
①事業名称	AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨
②事業の目的	特定健診受診率の飛躍的向上を目指す。
③対象者	当該年度特定健診未受診者
④現在までの事業結果	平成29年度~令和2年度 未受診者の個性(年齢・性別・健診データ)に 応じた通知勧奨を実施。令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大による 受診控えもあり37.5%に落ち込んだ。 令和3年度~令和5年度 AI(人工知能)を活用した受診勧奨を実施。令和 3年度は45.3%まで回復した。

#### ⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策 定時実績	<b>⑧目標値</b>						
11175		2022 年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
		(114)	(40)	(N/)	(NO)	(64)	(NIU)	(N11)	
アウトカム (成果)指標	特定健診受診率	43.3%	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%	
アウトプット (実施量・ 率)指標	通知勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

#### 9目標を達成するための主な戦略

対応可能な委託機関との連携体制の整備。AI(人工知能)を活用した未受診者対策

#### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

平成 29 年度~令和 2 年度 未受診者の個性(年齢・性別・健診データ)に応じた通知勧奨ハガキを作成。8 月の集団健診前に郵送。

令和3年度~令和5年度 AI (人工知能)を活用した受診勧奨(年2回)。8月の集団健診、翌年2月までの個別健診の受診勧奨を目的とした通知勧奨を実施。

#### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

AI (人工知能)を活用した受診勧奨のほか、広報やホームページを活用した受診 PR を実施する。また、地区組織と連携した受診啓発活動に取り組む。

#### (2)現在までの実施体制(ストラクチャー)

町民課、健康みらい課、地区組織、委託先との連携

#### ③今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

町民課、健康みらい課、地区組織、委託先との連携の強化。

#### 14評価計画

AI(人工知能)を活用した受診勧奨結果の分析を行う。

## 2. 地区組織と連携した受診勧奨を目的とした普及啓発事業

事業番号	2
①事業名称	地区組織と連携した受診勧奨を目的とした普及啓発事業
②事業の目的	受診勧奨により特定健診受診率の向上を目指す。
③対象者	40~74歳の国民健康保険加入者
④現在までの事業結果	地区組織と連携した受診勧奨。

#### ⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	8目標値					
16122		2022 年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	特定健診受診率	43.3%	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%
アウトプット (実施量・ 率) 指標	重点受診勧奨地区	6 回以上	6回以上	6 回以上	6 回以上	6 回以上	6 回以上	6 回以上

### 9目標を達成するための主な戦略

保健衛生協力員と連携した PR 活動

### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

簡易健康測定を活用し個別生活習慣改善指導と同時に受診勧奨を実施。

#### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

個別指導を受講した対象者の意識変容を目指す。

#### ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

町民課、健康みらい課、地区組織との連携

### ③今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

町民課、健康みらい課、地区組織との連携。事業所や医療機関との連携の強化。各団体との連携。

### 14評価計画

## 3. 特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)

事業番号	3
①事業名称	特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)
②事業の目的	受診勧奨により特定健診受診率の向上を目指す。
③対象者	40~74歳の国民健康保険加入者
④現在までの事業結果	健診数値の見方、生活習慣病予防について専門家による講義を実施。 健診結果説明会の前後に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導を実施。

#### ⑤今後の目標値

IV.III	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績	8目標値					
指標		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	特定健診受診率	43.3%	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%
アウトプット ト (実施量・ 率) 指標	健診結果説明会	4 回以上	4回以上	4 回以上	4 回以上	4 回以上	4 回以上	4回以上

#### 9目標を達成するための主な戦略

保健指導支援委託機関への委託継続

### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

健診数値の見方、生活習慣病予防について専門家による講義を実施。健診結果説明会の前後に簡易健 康測定を活用した生活習慣改善指導を実施。

#### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

個別指導を受講した対象者の意識変容を目指す。

### ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

町民課、健康みらい課、地区組織との連携

## ③今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

町民課、健康みらい課、医療機関や地区組織、各団体との連携。

#### 14評価計画

事業実施後アンケートにて事業の効果や目標の達成状況を確認する。

## 4. 特定保健指導未利用者対策

事業番号	4
①事業名称	特定保健指導未利用者対策
②事業の目的	被保険者の健康保持・増進に向けて生活習慣病早期発見を目的とした健康診 査に基づき、ハイリスク者へ生活習慣等の保健事業を実施する。
③対象者	特定健康診査において階層化された特定保健指導対象者
④現在までの事業結果	年々増加傾向となっていたが、令和4年度は55.4%となっている。

#### ⑤今後の目標値

		⑦計画策定 時実績	8目標値						
指標	⑥評価指標		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム (成果)指標	特定保健指導実施率	55. 4%	56.0%	56. 7%	57. 4%	58.1%	58.8%	60.0%	
アウトプット (実施量・ 率) 指標	対象者に対する利用勧 奨回数	_	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	

## ⑨目標を達成するための主な戦略 未利用者への個別勧奨

### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

- ①特定保健指導利用勧奨
- ②特定保健指導の実施

### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

利用啓発活動だけでなく、特定保健指導参加による生活習慣病や重篤な合併症(虚血性心疾患や脳血管疾患)の発症予防に効果があるなどのPR活動に取り組む。

## ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康みらい課

### ③今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

町民課、健康みらい課との連携。

### 似評価計画

## 5. 糖尿病重症化予防

事業番号	5
①事業名称	糖尿病重症化予防
②事業の目的	糖尿病の重症化予防、医療費の適正化
③対象者	血糖(HbA1c5.6以上)と判定された者
④現在までの事業結果	糖尿病ハイリスク者を対象とした郵便・面接・訪問等による保健指導(町保健師、管理栄養士)

#### ⑤今後の目標値

		⑦計画策定 時実績	8目標値						
指標	⑥評価指標	2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム (成果)指標	HbA1c8.0 該当者割合	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	
アウトプット ト (実施量・ 率)指標	保健指導実施人数	_	10名	12名	14名	16名	18名	20名	

#### 9目標を達成するための主な戦略

KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続

### ⑩現在までの実施方法 (プロセス)

糖尿病ハイリスク者を対象とした郵便・面接・訪問等による保健指導を実施。

### ⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

ICT を活用した面接等の実施

## ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康みらい課

## ③今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

健康みらい課と連携し、ハイリスクアプローチを継続。

#### 他評価計画

## 6. 健診結果に基づいた動脈硬化等生活習慣病重症化予防事業

-	
事業番号	6
①事業名称	健診結果に基づいた動脈硬化等生活習慣病重症化予防事業
②事業の目的	脂質異常症、糖尿病の予防・改善を目的とした小集団支援による保健指導に より数値改善、食生活改善を目指す。
③対象者	特定健診の結果、中性脂肪・LDL コレステロール、HbA1c の有所見者
④現在までの事業結果	集団指導による生活習慣病予防改善教室を開催(合計3回)。フォローアップ教室1回実施。

#### ⑤今後の目標値

			❸目標値						
指標	⑥評価指標	2022 年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム (成果)指標	メタボ該当者及び予備 群割合の減少	36. 0%	35.0%	34. 0%	33. 0%	33.0%	32.0%	31.0%	
アウトプット (実施量・ 率)指標	事業参加率	53.8%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	

#### 9目標を達成するための主な戦略

保健指導支援委託機関への委託継続

#### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした介入プログラムにて専門家による講義を実施。

#### ⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

集団指導による生活習慣病予防改善教室を継続する。介入プログラムに参加できない者に対し、個別指導(電話支援)を実施する。

#### ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康みらい課、横浜町食生活改善推進員

#### ③今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康みらい課と連携し、ハイリスクアプローチを継続。

#### 14評価計画

## 7. 運動習慣の定着を目指した健康教育

事業番号	7
①事業名称	運動習慣の定着を目指した健康教育
②事業の目的	参加者の体力に応じた実践的指導で運動習慣の定着を促す。
③対象者	運動不足と認識している国保加入者、肥満該当
④現在までの事業結果	運動指導士等によるウオーキング実践講座及び効果測定。

#### ⑤今後の目標値

		⑦計画策定 時実績						
指標	⑥評価指標	2022 年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果)指標	運動習慣なしの割合	65. 0%	63.0%	63. 0%	62. 0%	62.0%	61.0%	60.0%
アウトプット (実施量・ 率)指標	運動教室の参加者数	21人	23人	25 人	27人	28 人	29 人	30人

#### 9目標を達成するための主な戦略

保健指導支援委託機関への委託継続

#### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

午前の部、夕方の部、1日2回開催。事前運動測定(歩行年齢測定、足裏バランス測定、インボディ)の実施。ウオーキング講座後、ウオーキング体験の実施

### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

今後も対象者自身が継続できるような支援を実施。

#### ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

健康みらい課

### ③今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

支援強化を図り、参加勧奨をしていく。

#### 14評価計画

## 8. 重複多受診者等訪問指導事業

事業番号	8
①事業名称	重複多受診者等訪問指導事業
②事業の目的	同一疾病等により複数の医療機関を受診している重複多受診等の家庭を 訪問し健康状態を把握するとともに、健康相談やかかりつけ医の推奨す る適正受診指導等を行い、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化 を図る。
③対象者	重複受診、多受診、重複処方、多剤処方
④現在までの事業結果	KDB より対象者を抽出。必要に応じて保健師が訪問指導を実施。

#### ⑤今後の目標値

指標	<b>⑥評価指標</b>	⑦計画策定 時実績	⑧目標値						
Jana	<b>©11                  </b>	2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)	
アウトカム (成果)指標	多剤処方の割合	14. 9%	14. 7%	14. 5%	14. 3%	14. 1%	13. 9%	13. 7%	
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	0.0%	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54. 0%	55.0%	

#### 9目標を達成するための主な戦略 (ロオサストスンダエカンズラングです)のデ

保健師による適正な受診行動の啓発

### ⑩現在までの実施方法(プロセス)

KDB より対象者を抽出後、訪問による保健指導を実施。

### ①今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

KDB より対象者を抽出後、通知や電話、訪問による保健指導を実施。

#### ⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

町民課、健康みらい課

#### ③今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

医療機関や薬局への協力の働きかけ

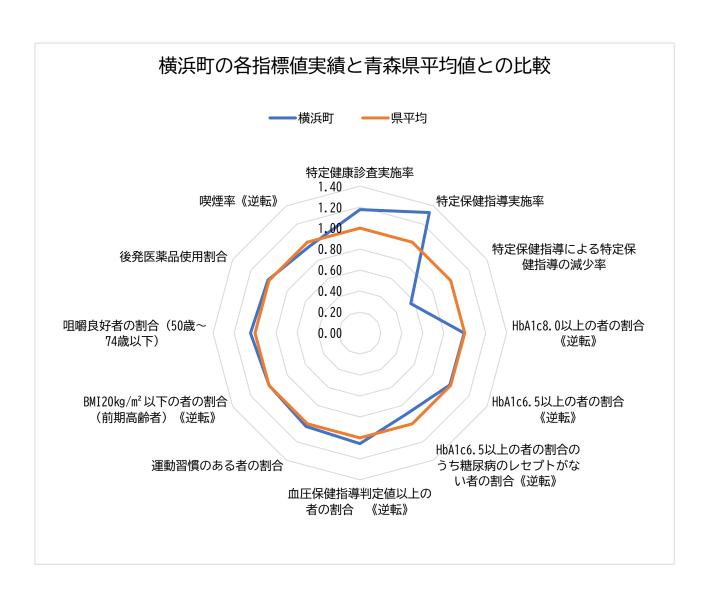
#### 14評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

### ※共通指標(県平均値との比較)

	レーダー· の数		実統	責値
	横浜町	県平均	横浜町 (a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	1.18	1.00	43.3	36.8
40~64 歳の実施率	1.06	1.00	34.5	32.6
65~74 歳の実施率	1. 09	1.00	50.7	46.7
特定保健指導実施率	1. 33	1.00	55.4	41.8
40~64 歳の実施率	1. 42	1.00	48.4	34.1
65~74 歳の実施率	1. 33	1.00	64.0	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	0.56	1.00	10.9	19.5
40~64 歳の減少率	0.58	1.00	11.1	19.2
65~74 歳の減少率	0.98	1.00	16.7	17.1
HbA1c8.0以上の者の割合 《逆転》	0.99	1.00	1.7	1.1
40~64 歳の 8.0 以上の割合	1.00	1.00	1.5	1.2
65~74 歳の 8.0 以上の割合	0.99	1.00	1.7	1.1
HbA1c6.5以上の者の割合《逆転》	0.99	1.00	10.7	9.9
HbA1c6.5以上の者の割合のうち糖尿病のレセプトがない者の割合《逆転》	0.89	1.00	20.5	10.8
血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.06	1.00	51.0	53.5
運動習慣のある者の割合	1.03	1.00	35. 2	34.3
BMI20 kg/m²以下の者の割合(前期高齢者)《逆転》	1.00	1.00	14.3	14. 2
咀嚼良好者の割合(50歳~74歳以下)	1. 04	1.00	77.0	73.8
後発医薬品使用割合	1.01	1.00	83.6	82.7
喫煙率《逆転》	0.96	1.00	20.4	16.8

% (a/b or (100-a)/(100-b)



## 第V章 その他

#### 1. データヘルス計画の評価・見直し

KDBシステムの情報を活用し、個別の保健事業の進捗確認を行い、毎年度評価します。さらに、 その結果を踏まえて、最終年度となる令和11年度前期(令和8年度)に、計画に掲げた目的・目標 の達成状況の中間評価を行い、その評価に基づき、見直した内容を次期計画に反映させます。

#### 2. データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、町の広報やホームページに掲載するほか、概要版を作成し、より分かりやすく被保険者及び町民に発信します。

### 3. 個人情報の取扱い

個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及び横浜町個人情報の保護に関する法律施行条例 (令和 5 年 3 月 10 日条例第 1 号)を遵守し、個人情報の保護に努めます。

#### 4. 地域包括ケアに係る取組

「第3次健康増進計画」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組むこととします。

国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康事業や介護予防、生活支援の対象となる人を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施します。

さらに、令和6年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」を積極的 に推進していきます。

また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、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していきます。

### 5. その他留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営にかかわる担当者は、青森県国保連合会が実施するデータヘルスに関する研修に積極的に参加し、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

## 第VI章 特定健診等実施計画

#### 1. 計画の目的

特定健康診査及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発生や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査(特定健康診査)を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導(特定保健指導)を行うものです。

## 2. 目標値の設定

特定健康診査については、計画最終年度における国の目標値が 60%以上であることから、本町 も計画最終年度における目標値を 60%と定めます。

また、特定保健指導については、計画最終年度における国の目標値が 60%以上であることから、 本町も計画最終年度における目標値を 60%と定めます。

これらの目標値を達成するために各年度の目標値を次のとおり設定します。

	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	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0% 【60.0%以上】
特定保健指導 実施率	56.0%	56.7%	57. 4%	58.1%	58.8%	60.0% 【60.0%以上】

#### 【第4期における各種医療保険者種別の目標】

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保	総合健保 私学共済	共済組合
特定健診 実施率	70%以上	60%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	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. 特定健康診査について

## (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ります。

#### (2)特定健康診査対象者数

特定健康診査の対象者数の推計は、特定健診等データ管理システムの提供する計算表で推計を 行い、除外対象者を除いた人数としています。受診者数については、特定健康診査の対象者数に目 標受診率を乗じて推計しました。

#### 【特定健康診査対象者数】

	年 度	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)
	被保険者数	1,140人	1,100人	1,090人	1,070人	1,050人	1,040人
特定	健康診査の対象者数	810 人	780 人	770 人	760 人	750 人	740 人
	受診者数	373 人	383 人	401 人	418 人	428 人	444 人
	目標実受診率	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%

<sup>※</sup> 特定健康診査等データ管理システムにて算出。

## (3) 特定健康診査の実施方法

#### ①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します。

### ア 基本的な健診の項目

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

### イ 詳細な健診の項目

- 一定の判断基準の下、医師が必要と判断したものを選択
- ・心電図検査
- ·眼底検査(片眼)
- ・貧血検査(赤血球・血色素・ヘマトクリット値)
- ・クレアチニン

#### ② 実施場所及び期間

毎年度当初に当該年度分を決定し町広報紙等で周知を図ります。

③特定健診の実施及び案内方法 対象者の方へ健診案内を送付します。

### 4. 特定保健指導について

#### (1) 特定保健指導の対象者・選定方法

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

#### 【特定保健指導対象者の階層化】

腹囲	追加リスク	④喫煙	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥85 cm (男性)	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ
≥ 90 cm (女性)	1 つ該当	あり	傾他叫又饭	勤機プリー 支援
<b>≦90 (III (女注)</b>		なし		义]友
	3つ該当		積極的支援	
上記以外で	2つ該当	あり	傾他叫又饭	動機づけ
BMI≧25 kg/m²	2 7該当	なし		支援
	1つ該当			

## (2) 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

## ① 実施方法

対象となる方の生活を基盤とし、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、保健指導の必要性ごとに次のように区分して行います。

支援方法	概 要	具体的な内容
ア 情報提供	自らの身体状況を確認すると と	健診結果の送付時、対象者の方に合わせた次
	もに、健康な生活習慣の重要性に	のような情報提供用紙を送付します。
	対する理解と関心を深め、生活習	・特定健康診査結果の見方
	慣を見直すきっかけとなるよう健	・メタボリックシンドロームや生活習慣病に
	診結果と併せて基本的な情報提供	関する基本的な情報
	をします。	・健康の保持増進に役立つ情報 など
イ 動機付け支援	利用者が自ら健康状態を自覚し、	(ア)初回面接
	生活習慣改善のための自主的な取	一人 30 分程度の個別面接により、次の支援を
	り組みを継続的に行えるようにな	行います。
	ることを目的に、医師、保健師又	・生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習
	は栄養指導者が面接し、生活習慣	慣の振り返り、メタボリックシンドロームや
	改善のための行動計画を策定し実	生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活
	施する支援を行い、計画策定を支	が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の
	援した者が計画の実績評価を行い	説明
	ます。	・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
		・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
		・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
		(イ)3ヶ月後の評価
		個別面接、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
		します。

支援方法	概要	具体的な内容
ウ 積極的支援	利用者が自ら健康状態を自覚	(ア)初回面接
	し、生活習慣改善のための自主	一人 30 分程度の個別面接により、次の支援を行
	的な取り組みを継続	います。
	的に行えるようになることを目	・生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣
	的に、医師、保健師又は栄養指導	の振り返り、メタボリックシンドロームや生活
	者が面接し、生活習慣改善のた	習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼ
	めの行動計画を策定し、対象者	す影響及び生活習慣の改善の必要性の説明
	が主体的に取り組むことができ	・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活
	るよう継続して支援を行うとと	を継続することのデメリットの説明
	もに、計画策定を支援した者が	・体重、腹囲の測定方法や栄養、運動等の生活
	計画の進捗状況評価と実績評価	習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援
	を行います。	・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
		(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、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。
		・初回面接以降の生活習慣の状況を確認する。
		・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の推奨を
		行う。
		(ウ)3ヶ月後の評価
		個別面接、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しま
		す。

### 【成果を重視した特定保健指導の評価体系】

- ・腹囲2cm・体重2kg 減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、 成果が出たことを評価する。
- ・行動変容や腹囲1cm・体重1kg 減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

## ②実施場所及び期間

健診の実施時期に合わせて、随時広報紙等で周知します。

#### 5. 目標達成のための施策の実施

#### (1) 受診率向上のための対策

#### ①対象者へのアプローチ

特定健診受診率向上のため、受診通知書とともに送付する説明書や町広報誌及び町ホームページ で特定健診の目的や意味を広く周知し、対象者が積極的に受診するように呼びかけるよう努めます。

### ②未受診者対策

未受診者には自分は健康で健診は必要ないと考えている方や数年に一回受診すればいいと考えている方等様々であるため、性別、年齢、受診歴等を鑑みて様々なパターンに対応した未受診者に対する勧奨活動を行うよう努めます。

#### ③健診費用の無償化

特定健康診査の費用は無料とします。また、40~70歳の5歳刻みの節目に人間ドックの受診費用を無料とします。

#### (2) 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ます。

#### (3) 重症化予防・医療費適正化の対策

#### ①健診結果説明会

健診結果から自分のからだの様子を正しく理解し、結果に基づいた生活習慣の改善について意識 づけができるよう、また継続して健診を受ける必要性を認識する機会として、集団健診受診者に対し て、健診結果説明会を実施します。説明会では医療機関への受診や継続治療の必要性、服薬の重要性 を認識してもらえるように努めます。

#### ②精密検査受診の推進

医療費対策の一環として疾病の予防、早期発見及び早期治療を推進し、被保険者の健康保持増進を 図るため、健診の結果、要精密検査となった対象者について対象の精密検査を医療機関で受ける際の 医療費の助成を行うように努めます。

#### 6. 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表

#### (1) 特定健康診査等実施計画の公表

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、以下のとおり公表・周知を行います。

- ・町ホームページに掲載します。
- ・実施計画の概要について、町広報に掲載します。

## (2) 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画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します。

## 横浜町国民健康保険 第3期 保健事業実施計画(データヘルス計画) 第4期 特定健康診査等実施計画

≪令和6年度~令和11年度≫

発 行 青森県 横浜町 令和6年3月

編 集 横浜町 町民課

住 所 〒039-4145

青森県上北郡横浜町字寺下35

電 話 0175-78-2111 (代表)

Fax 0175-78-2118