

第 3 期軽米町国民健康保険
データヘルス計画
(第 4 期特定健診等実施計画)

令和 6 年 3 月

軽米町

目 次

第1章 計画策定について

- 1 計画の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 現状の整理

- 1 軽米町の現状
 - (1) 人口・被保険者構成・・・・・・・・・・・・ 3
 - (2) 地域資源の状況・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 2 平均余命・平均自立期間と死亡、介護の状況
 - (1) 平均余命及び平均自立期間・・・・・・・・ 5
 - (2) 死因別死亡・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
 - (3) 介護の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 3 第2期データヘルス計画の評価と課題
 - (1) 保健事業の実施状況・・・・・・・・・・・・ 10

第3章 健診・医療情報等の分析と健康課題

- 1 特定健診データの分析・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 2 医療費の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
- 3 介護保険の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

第4章 第3期データヘルス計画

- 1 被保険者の健康に関する課題・・・・・・・・・・ 24
- 2 データヘルス計画全体における目的と目標・・ 24
- 3 データヘルス計画の目標を達成するための戦略 25
- 4 個別保健事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- 5 計画実施、事業運営に係るその他事項・・・・・ 32

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

- 1 計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 2 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- 3 特定健康診査等の基本目標・・・・・・・・・・・・ 33
- 4 特定健康診査の実施内容及び対象者について・・ 34
- 5 健診の実施及び通知方法・・・・・・・・・・・・・・ 35
- 6 健診結果のフィードバック・・・・・・・・・・・・ 35
- 7 特定保健指導について・・・・・・・・・・・・・・ 36
- 8 個人情報の保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
- 9 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し・・・・・ 39

第1章 計画策定について

1 計画の趣旨

(1) 背景

日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）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、評価等の取組が市町村国保に求められてきました。これを踏まえ、国民健康保険法に基づく保険事業の実施等に関する指針（平成26年3月）において、保険者は健康・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険事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保険事業の実施・評価・改善等を行うものとされてきました。

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、経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）（令和2年7月閣議決定）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るなど、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められるとともに、標準化の取組の推進や保険者共通の評価指標の設定の推進が進められてきています。

これまで本町では、平成20年度から特定健康診査等実施計画を策定し、平成25年度からデータヘルス実施計画を実施してきました。

本計画は、「第2期データヘルス実施計画」と「第3期特定健康診査等実施計画」の両計画が令和5年度に終了することから、それぞれの計画の評価と見直しを行い、新たに「第3期データヘルス実施計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化の推進を目指すものです。

(2) 計画の位置づけ

本計画は、国が掲げる「健康日本21（第3次）」及び岩手県が策定した「健康いわて21プラン（第3次）」、また本町の「軽米町総合発展計画」や「健康かるまい21プラン（第3次）」等との整合性を図りながら、国保被保険者の健康増進を図っていく計画です。



2 計画期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3 実施体制・関係者連携

岩手県や岩手県国民健康保険団体連合会をはじめとした関係機関と連携を図り、効果的効率的な事業展開を目指します。

保険者及び関係者	役割、連携内容等
(1) 町（国保）	保健事業は健康福祉課、医療費適正化対策事業は町民生活課が主体となって推進し、地域団体や関係機関の協力を得ながら、町の健康課題解決のための計画を策定し、事業を推進します。
(2) 県	現状分析のために、県が保有する健康・医療等に関するデータの提供や計画素案や評価について助言等を行い、町の事業推進に関わる支援をします。
(3) 保健所	二戸保健所管内での健康課題や市町村ごとの健康課題など保有するデータの提供を行い、町の事業推進に関わる支援をします。
(4) 国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国保中央会	KDB システム等を活用した健康・医療情報のデータ分析、分析結果の提供を行い、計画の策定・実施にあたっては、国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会の助言を受けられる体制を構築し、事業の推進に関わる支援をします。
(5) 後期高齢者医療広域連合	地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう必要な情報の提供に努めます。
(6) 保健医療関係者	保健事業の実施や評価等について、保健医療に係る専門的見地から、保険者への助言指導や連携強化を図ります。
(7) その他	保健事業の推進にあたり、保健推進員及び食生活改善推進員などの協力を得ながら事業を展開します。

第2章 現状の整理

1 軽米町の現状

(1) 人口・被保険者構成

軽米町の人口は、令和元年度末の8,895人から令和4年度末で8,228人、国保被保険者数も令和元年度末の2,544人から令和4年度末には2,276人と減少しており、国保加入率については、令和4年度末で27.7%となっています。

令和4年度末の65歳以上の人口は3,542人で高齢化率は43.0%と令和2年度から高くなっています。

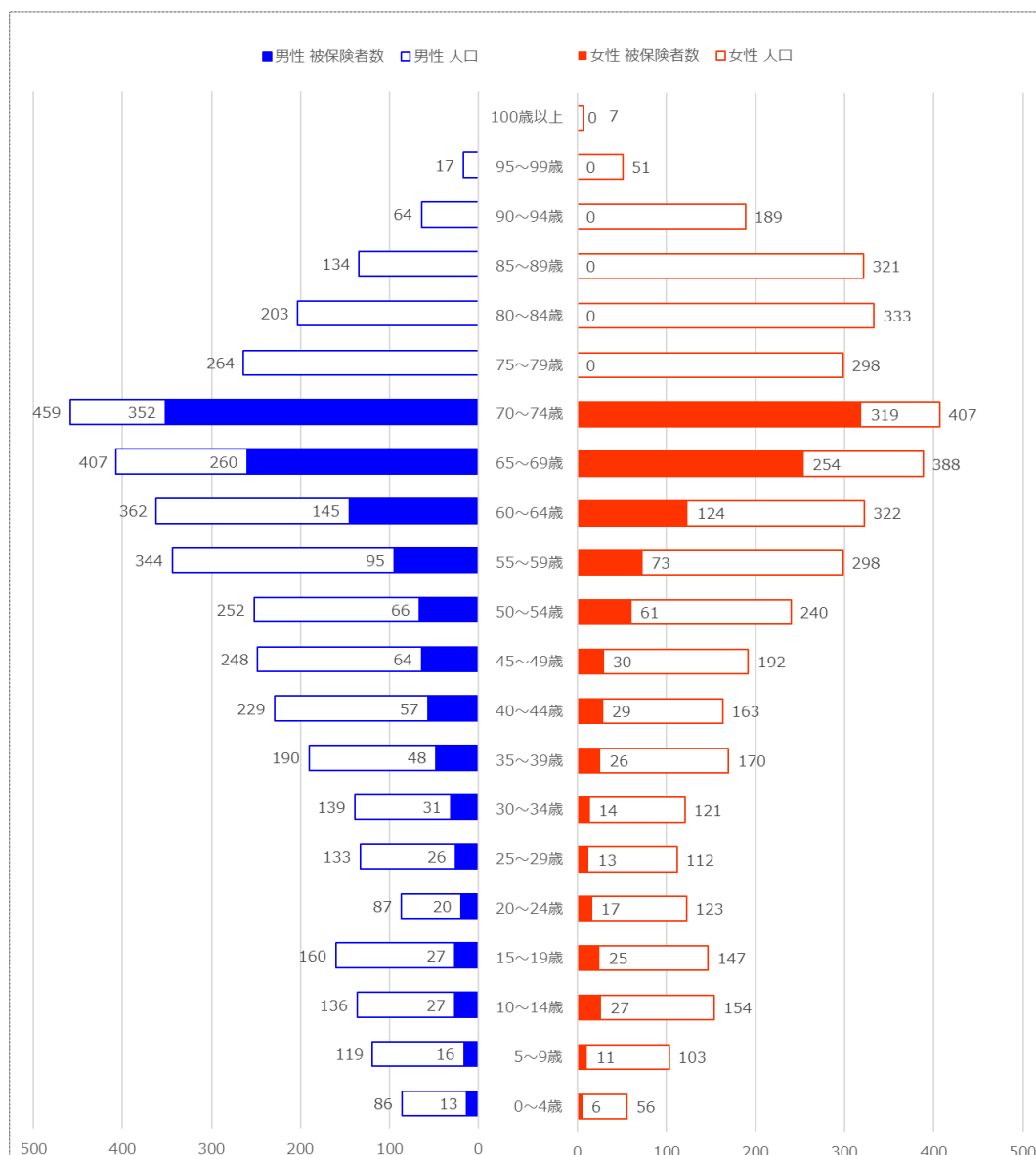


図1 性・年齢階層別被保険者数構成割合（令和5年3月末現在）

【算出元】住民基本台帳及び国民健康保険事業月報

年齢段階別に人口と被保険者数をみると、65歳以上の被保険者数は1,185人と全体の半数を超えており、65～74歳の71.3%は国民健康保険に加入しています。

(2) 地域資源の状況

軽米町の医療機関は、被保険者千人あたりの病床数や医師数で県や国と比較すると少ないものの、日頃から様々な保健事業において町内の医療機関（医科・歯科）に協力いただき、町民の保健・医療・福祉の増進に関して連携を図っています。

また、保健推進員及び食生活改善推進員などの協力を得ながら地域での保健事業を展開しています。

＊医療機関数 県立病院 1 カ所、診療所・クリニック 2 カ所、歯科医院 3 カ所

(令和 6 年 3 月時点)

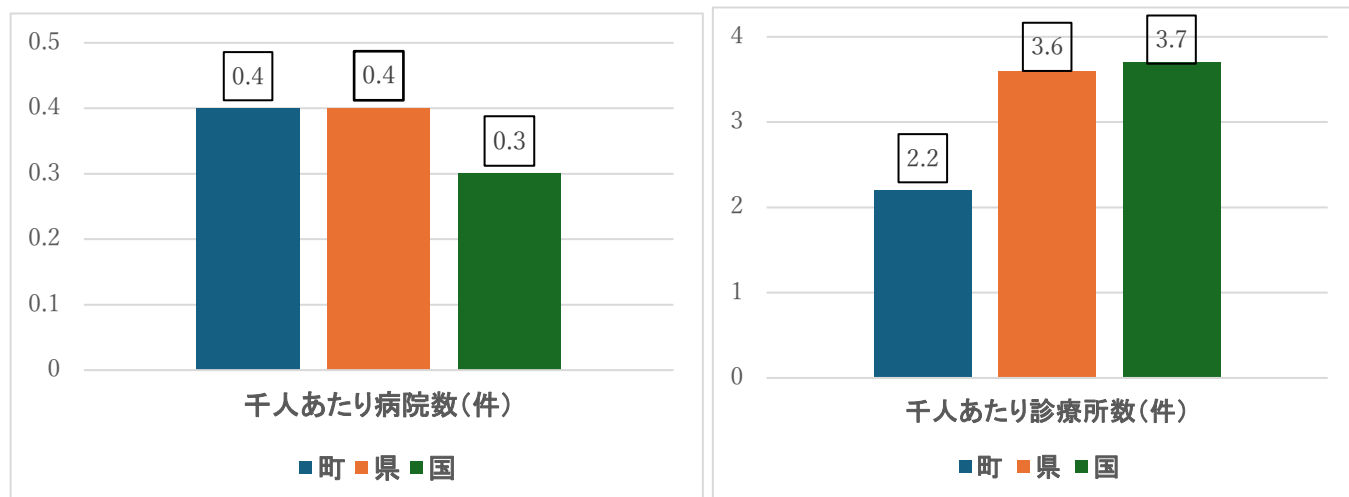


図 2－1 被保険者地域の医療の状況①（令和 4 年度）

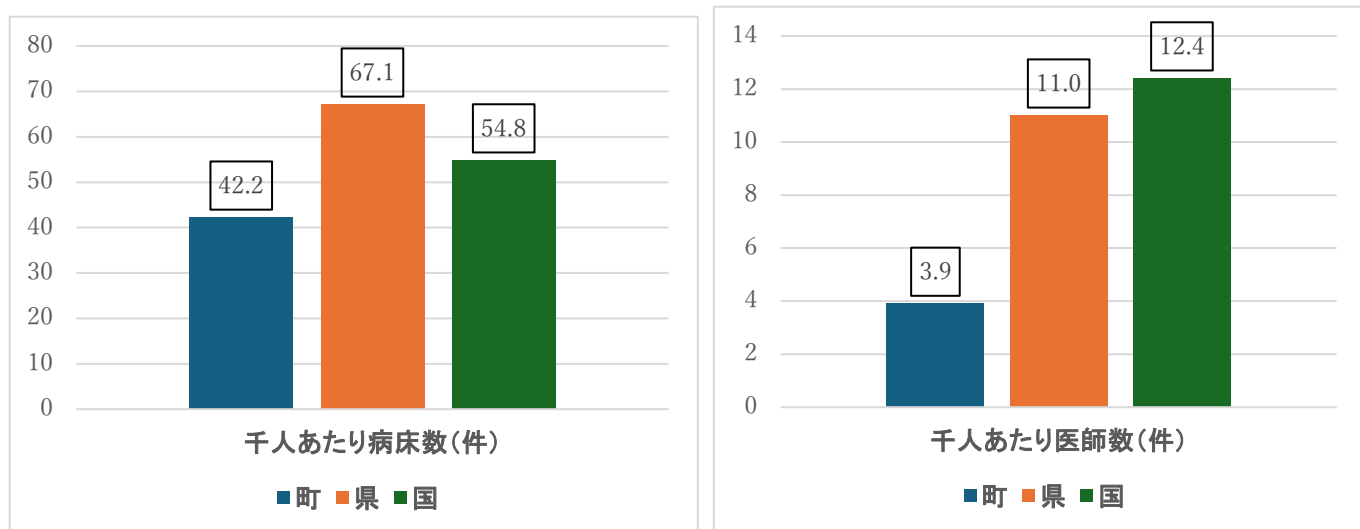


図 2－2 被保険者地域の医療の状況②（令和 4 年度）

【算出元】KDB「地域の全体像の把握」

2. 平均余命・平均自立期間と死亡、介護の状況

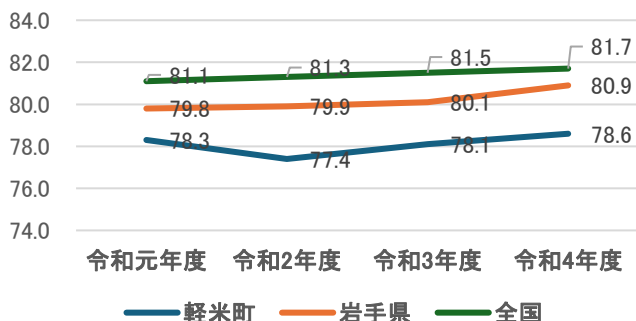
(1) 平均余命及び平均自立期間

軽米町の平均余命・平均自立期間は、男女ともに国・県のものよりも短く、特に男性で県との差が大きくなっていることがわかります。

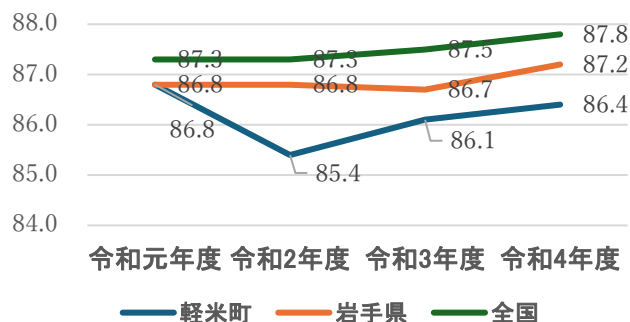
表1 《男女別》平均余命・平均自立期間と県との差（R1～R4）

		平均余命（歳）				平均自立期間 （要介護2以上）			
		R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
男性	軽米町	78.3	77.4	78.1	78.6	76.8	75.9	76.6	76.8
	県との差	-1.5	-2.5	-2.0	-2.3	-1.4	-2.5	-2.0	-2.5
	岩手県	79.8	79.9	80.1	80.9	78.2	78.4	78.6	79.3
	国	81.1	81.3	81.5	81.7	79.6	79.8	79.9	80.1
女性	軽米町	86.8	85.4	86.1	86.4	83.7	82.5	82.9	83.0
	県との差	0	-1.4	-0.6	-0.8	0.2	-1.0	-0.6	-0.9
	岩手県	86.8	86.8	86.7	87.2	83.5	83.5	83.5	83.9
	国	87.3	87.3	87.5	87.8	84.0	84.0	84.2	84.4

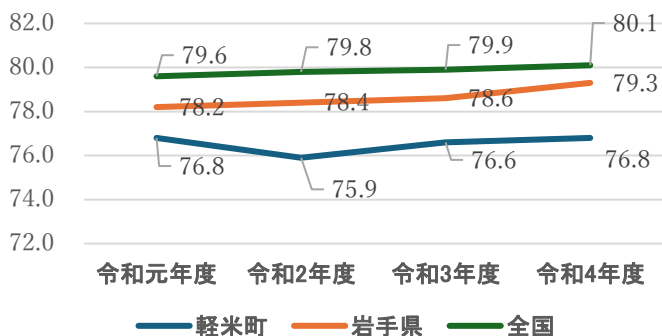
男性・平均余命



女性・平均余命



男性・平均自立期間(要介護2以上)



女性・平均自立期間(要介護2以上)

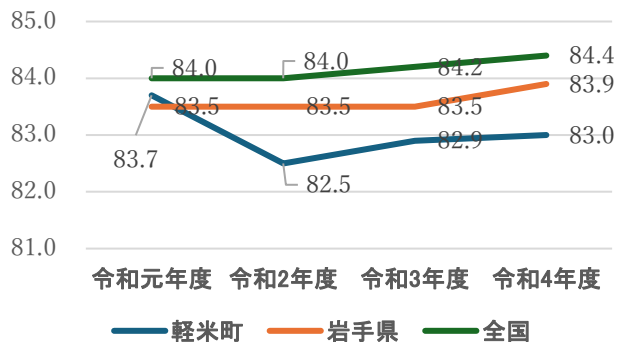


図3 男女別平均余命及び平均自立期間の年次推移

【算出元】KDB データヘルス計画策定支援ツール「(計画様式Ⅱ出力) 平均寿命・標準化死亡率 等

(2) 死因別死亡

死因別死亡割合は、がん、心臓病、脳血管疾患、糖尿病の順に高く、国や県と比較すると、脳血管疾患と糖尿病の割合が高くなっています。

令和元年度～令和3年度の死因別標準化死亡比（SMR）では、「悪性新生物」は減少、「心疾患」は横ばい、「脳血管疾患」は増加傾向となっています。

（標準化死亡比（SMR）＝年齢構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国＝100）

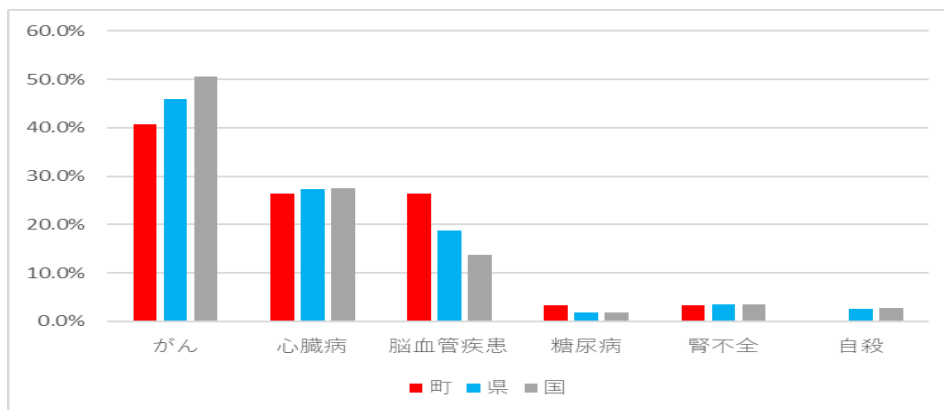


図4 死因別死亡割合（令和4年度）

【算出元】KDB システム「地域の全体像の把握」

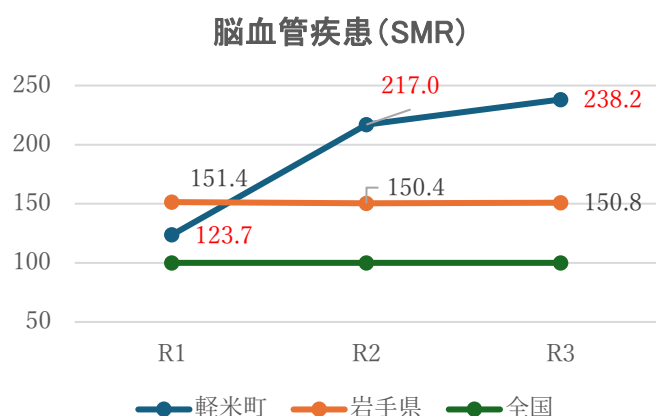
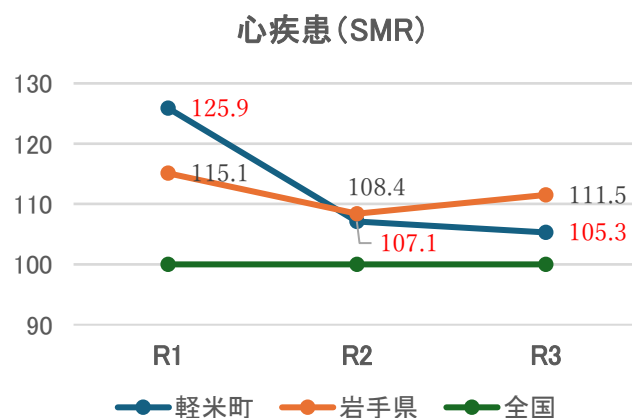
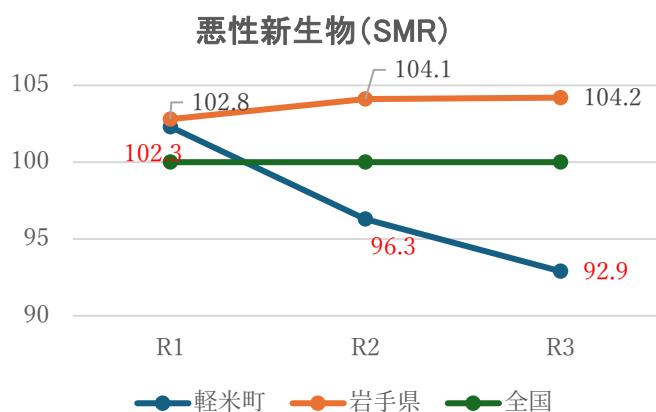


図5 標準化死亡比（SMR）

【算出元】保健福祉年報 2019～2021

(3) 介護の状況

第1号被保険者の認定率は、横ばいで推移しており、令和4年度には18.2%となっています。また、疾病別介護保険認定者有病率（令和4年度）では、軽米町の1位が心臓病（38.5%）、2位が高血圧（33.4%）、3位が筋・骨格（32.6%）となっています。

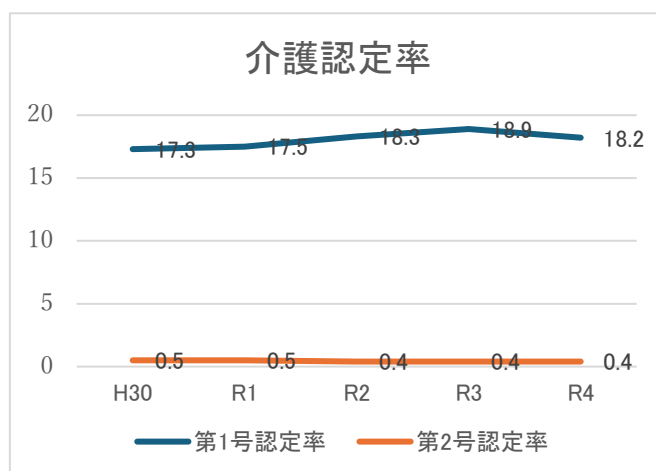


図6 介護認定率のグラフ

表2 疾患別介護保険認定者有病率の推移

(%)

傷病名	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国
糖尿病	14.1	19.9	23.0	14.5	19.5	23.3	14.1	19.7	24.0	15.1	19.9	24.3
高血圧症	34.4	51.0	51.7	34.6	49.4	52.4	34.1	49.7	53.2	33.4	49.7	53.3
脂質異常症	17.2	28.1	30.1	16.3	27.6	30.9	16.6	28.3	32.0	18.1	28.8	32.6
心臓病	40.1	57.3	58.7	40.2	55.5	59.5	39.8	55.8	60.3	38.5	55.7	60.3
脳疾患	25.3	27.0	24.0	24.9	25.9	23.6	23.5	25.4	23.4	21.7	24.7	22.6
がん	8.2	8.9	11.0	7.9	8.6	11.3	8.1	8.7	11.6	7.9	8.7	11.8
筋・骨格	32.4	48.4	51.6	33.3	47.2	52.3	32.4	47.7	53.2	32.6	47.8	53.4
精神	25.1	35.9	36.4	26.2	34.8	36.9	27.6	35.1	37.2	25.4	34.7	36.8
(再掲)認知症	14.7	23.2	23.6	15.4	22.5	24.0	16.8	22.7	24.3	14.7	22.5	24.0
アルツハイマー病	12.0	19.8	18.5	12.6	19.1	18.5	12.9	19.2	18.5	11.2	18.9	18.1

【算出元】KDB「地域の全体像の把握【P21_001（S21_001）】」

3 第2期データヘルス計画の評価と課題

第2期計画では、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、受診勧奨者の受診率の向上、生活習慣病（糖尿病、高血圧症）重症化の予防、医療費適正化事業に取り組んできました。

個別保健事業の実施状況については以下のとおりです。

A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難
 また、今後の方向性については以下の3段階で評価しました。
 a：継続 b：縮減 c：廃止・休止

表3 第2期データヘルス計画個別保険事業の評価

評価指標	基準値 (H29)	目標値 (R5)	実績値		評価	今後の方向性
			中間 (R2)	最終 (R4)		
特定健診受診率	54.6% (1,141人 / 2,091人)	60%	33.2% (617人 / 1,861人)	42.7% (849人 / 1,990人)	C	a
特定保健指導実施率	34.8% (72人/207人)	50%	53.0% (53人/100人)	57.4% (70人/122人)	A	a
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（TDK システム TKCA012）※第4章参照 b/a 人（%） a：昨年度特定保健指導利用者 b：aのうち、今年度特定保健指導の対象者で無くなった人	29.0% (9人/31人)	50%	10.8% (4人/37人)	13.0% (15人/115人)	C	a
糖尿病性腎症重症化予防事業対象者（受診勧奨対象者）の医療機関受診率	25% (4人/16人)	75%	35.3% (6人/17人)	—	D	a
特定健診でHbA1c 有所見者割合の減少 ① HbA1c5.6～6.4%の者 ② HbA1c6.5以上の者	① 62.4% (748人/1,198人) ② 11.1% (133人 / 1,198人)	① 60% ② 10%	① 22.7% (121人 / 532人) ② 6.6% (35人/532人)	① 47.6% (404人 / 849人) ② 11.3% (96人/849人)	① A ② B	a

評価指標	基準値 (H29)	目標値 (R5)	実績値		評価	今後の方向性
			中間 (R2)	最終 (R4)		
《生活習慣病重症化予防事業》 特定健診でC判定（収縮期血圧 140 以上拡張期血圧 90 以上）の割合の減少	32.9% (394 人/1,198 人)	25%	41.2% (219 人/532 人)	34.1% (290 人/849 人)	B	a
運動習慣のある人の割合の増加（特定健診質問票項目別集計表 TKAC024）	25.4% (304 人/1,198 人)	32%	29.7% (179 人/532 人)	25.6% (217 人/849 人)	B	b
Ⅱ度高血圧で未治療者に対する受診勧奨後の医療機関受診率（家庭血圧測定にて白衣高血圧者除く）	—	100%	63.0% (10 人/16 人)	—	D	c
後発医薬品数量シェア	87.7%	91.4%	89.9% (2,365,060.6/ 2,631,177.6)	89.5% (2,379,103.3/ 2,659,057.5)	A	a

● 評価の実施

【実施体制】

町民生活課町民生活担当（国保担当）と健康福祉課健康づくり担当が主体となり実施しています。保健事業については、主に保健師 3 名（うち、会計年度職員 1 名）、管理栄養士 1 名、栄養士 1 名で実施してきました。

【A評価の目標達成要因】

- ・（ア）個別検診の導入
- ・（イ）特定保健指導該当者への通知方法の変更

【目標未達成要因】

- ・特定保健指導の実施専門職の不足、特定保健指導該当者のリピーターの改善困難

【今後の方向性】

年度ごとに実施体制や実施方法について検討してきましたが、より効率よく効果的に実施することができるように今後も検討や見直しをする必要があります。

(1) 保健事業の実施状況

① 特定健康診査

特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、岩手県予防医学協会に委託し、集団健診を主として実施しています。

健診受診しやすい環境づくり

- 対象者（40歳以上国保被保険者）全員に健診問診票を事前送付するほか、町の広報や防災行政無線等で健診日程等の周知を行います。
- 集団健診は地区の公民館等で実施します。
- 休日や夜間の健診実施や追加健診として冬期間に数日、健診実施日を設けました。
- 各種がん検診や若年健診、後期高齢者健診とあわせて実施しました。
- 令和2年度からは、健診受診者の利便性向上の為、八戸市の健診機関での個別健診を開始しました。

表4 特定健康診査実施率の推移

総計					
	軽米町			(参考) 岩手県	(参考) 全国
	対象者数	受診者数	実施率		
平成30年度	1,984	1,066	53.7%	45.4%	37.9%
令和元年度	1,914	1,077	56.3%	47.9%	38.0%
令和2年度	1,861	617	33.2%	42.5%	33.7%
令和3年度	1,826	801	43.9%	45.1%	36.4%
男性					
	軽米町			(参考) 岩手県	(参考) 全国
	対象者数	受診者数	実施率		
平成30年度	1,045	526	50.3%	40.6%	34.1%
令和元年度	1,025	525	51.2%	43.1%	34.5%
令和2年度	1,000	307	30.7%	38.4%	30.6%
令和3年度	972	396	40.7%	40.8%	33.1%
女性					
	軽米町			(参考) 岩手県	(参考) 全国
	対象者数	受診者数	実施率		
平成30年度	939	540	57.5%	49.8%	41.2%
令和元年度	889	552	62.1%	52.4%	41.2%
令和2年度	861	310	36.0%	46.3%	36.4%
令和3年度	854	405	47.4%	49.0%	39.3%

② 特定保健指導

● 結果説明会の実施

特定健診受診者に、健診結果を基に保健師・管理栄養士等が面談し保健指導を行うことで、対象者が現在の健康状態を把握し、自ら生活習慣の見直しや改善などの行動変容のきっかけにすることを目的として、健診のおおよそ1～2ヶ月後に地区の公民館等で結果説明会を開催しました。面談は一人あたり30分～1時間で行うこととし、特定保健指導対象者は初回面接も兼ねて実施しました。

令和2年度からは、特定保健指導対象者についてはあらかじめ健診結果を通せず、結果説明会を個別に案内し、特定保健指導の初回面接を行うことで、特定保健指導実施率が上昇しています。

● 特定保健指導の実施内容

保健師や管理栄養士等が集団/個別支援や、電話、郵便等で継続的な支援を実施しました。また、令和2年度から開始した個別健診受診者への特定保健指導の委託も併せて実施しています。

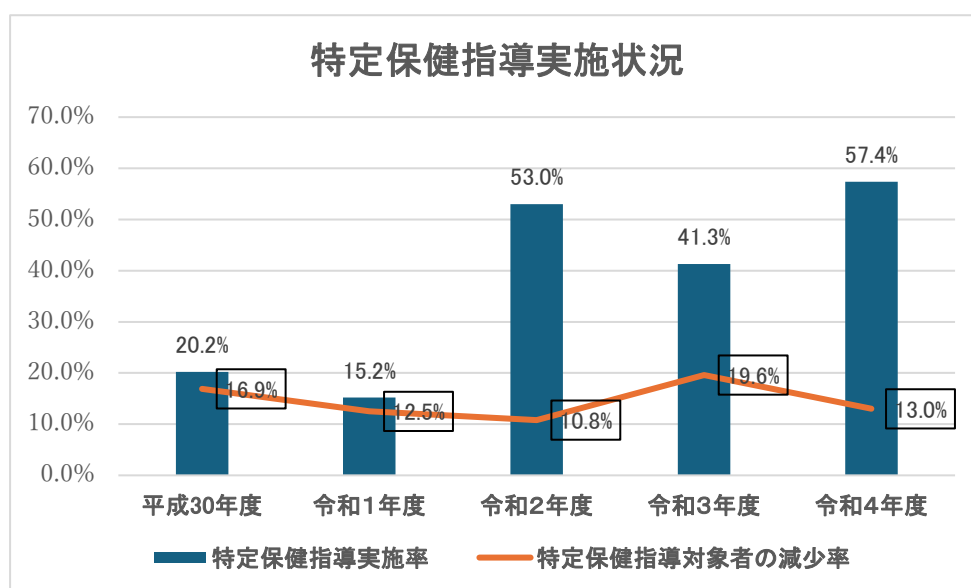


図7 特定保健指導率・特定保健指導対象者の減少率の推移

③ 糖尿病性腎症重症化予防事業

- 糖尿病性腎症重症化予防事業は、特定健診結果でHbA1c 6.5%以上の糖尿病未治療者への医療受診勧奨と、医療機関からの紹介による糖尿病治療中断者等の保健指導を実施してきましたが、医療機関からの紹介件数は年に1～2件程度にとどまり、かつ、国保被保険者がほとんどいない状況です。今後の事業の実施方法については内容を検討する必要があります。

表5 糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況

年度	H30	R 1	R 2	R 3	R 4
対象者	34 人	17 人	17 人	17 人	—
受診勧奨数	34 人	17 人	17 人	17 人	—

④ 生活習慣病重症化予防事業

- 脳卒中予防として高血圧重症化予防・糖尿病重症化予防の事業に取り組み、集団健康教室や減塩普及活動などのポピュレーションアプローチと、ハイリスクアプローチとして特定健診で高血圧所見のあった者に対する医療機関受療勧奨事業（令和2年度～）を実施しました。
- また、食生活改善推進協議会との活動として、町の広報お知らせ版で尿中塩分測定の体験のおすすめを行い、令和2年度はのべ67名が体験しました。
令和4年度には、各地区の公民館等で脳卒中予防健康教育「あたらないはなし」を行い、26地区235名が参加しました。
年々健康教室等参加者が減少し、特にターゲットとしている働き盛り世代の参加が少ないことが課題です。

⑤ 医療費適正化事業

- 年3回の後発医薬品利用差額通知の送付の他、窓口でジェネリック医薬品希望カードやシールの配布などを実施し、医療費の節減に努めています。
- 目標値は達成できていませんが、引き続き医療費の抑制に努めていく必要があります。

表6 後発医薬品利用差額通知送付件数

年度	H30	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
件数	353	298	200	246	221	175

第3章 健診・医療情報等の分析と健康課題

1. 特定健診データの分析

① 特定健診・特定保健指導の実施状況

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査受診率	53.7%	56.3%	33.2%	43.9%	42.7%
特定保健指導実施率	20.2%	15.2%	53.0%	41.3%	57.4%
特定保健指導対象者の減少率	16.9%	12.5%	10.8%	19.6%	13.0%

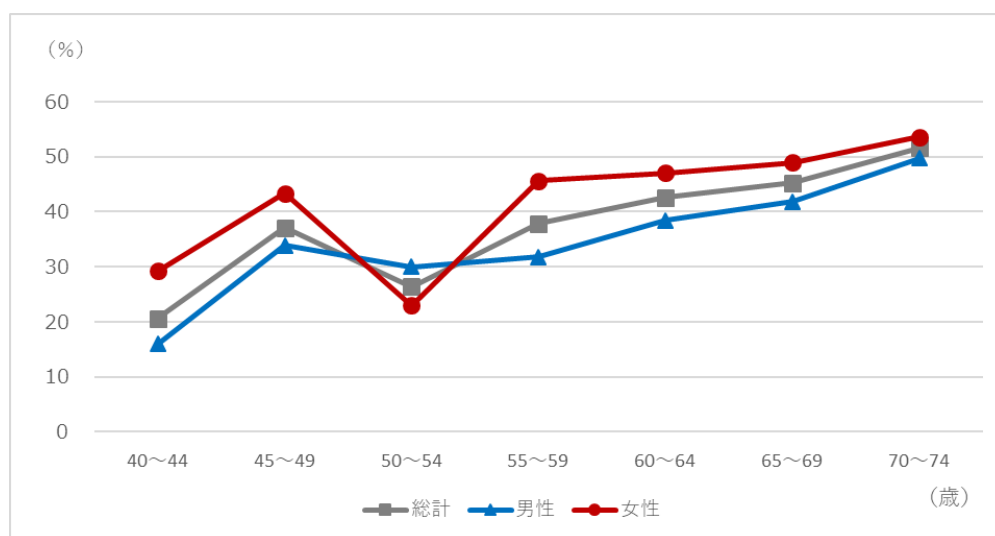


図8-1 (年齢階層別) 令和3年度軽米町特定健康診査実施率

【算出元】法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表_保険者別」

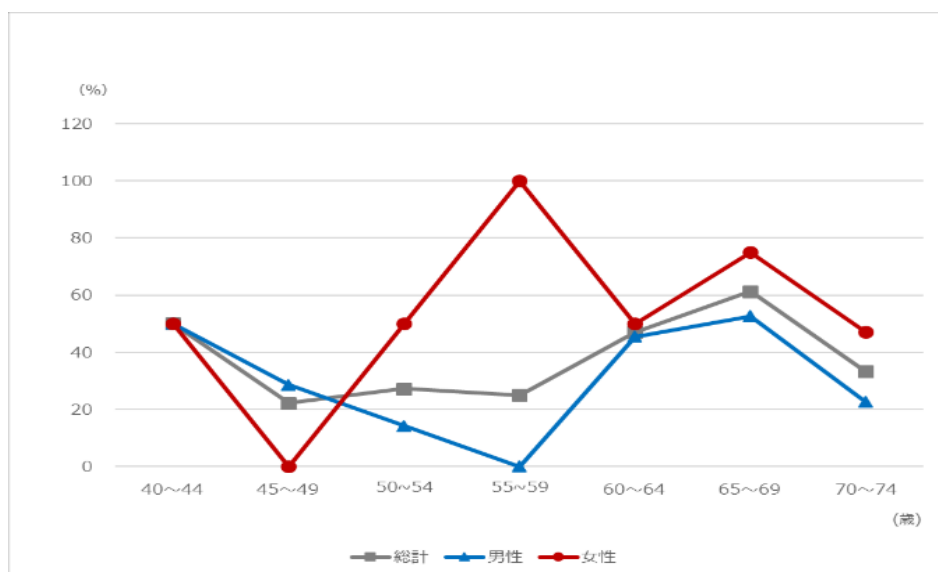


図8-2 (年齢階層別) 令和3年度軽米町特定保健指導実施率

【算出元】法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表_保険者別」

- 特定健診受診率は男女とも 40～50 代の年代が低くなっています。
- 令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により健診日程の変更があったことから、受診率は大幅に減少しました。令和 3 年度以降は、感染症対策を講じながら健診を実施し、受診率はやや回復しましたが、令和 5 年度の特定健康診査受診率は 41.1%と減少傾向にあります。到達目標値である 60%には未到達であり、受診勧奨に取り組み受診率向上を目指す必要があります。
- 特定保健指導率は、全体では 40～50 代の働き盛り世代の実施率が低くなっています。

② 検査項目別有所見率の状況

特定健診の検査項目別有所見者の割合については以下のような状況となっています。

表 7 男女別健診有所見率の比較

令和 4 年度	男性			女性		
	軽米町	岩手県	国	軽米町	岩手県	国
腹囲(男性 $\geq$ 85、 女性 $\geq$ 90)	48.6%	53.8%	55.8%	13.8%	20.5%	19.1%
BMI $\geq$ 25	37.1%	36.9%	33.9%	29.3%	26.8%	21.5%
中性脂肪 $\geq$ 150	33.6%	36.2%	28.1%	27.6%	24.5%	15.9%
ALT $\geq$ 31	21.8%	22.3%	20.7%	8.3%	9.5%	9.0%
LDL コレステロール $\geq$ 120	33.6%	38.5%	44.8%	47.4%	49.0%	54.1%
HDL コレステロール $<$ 40	5.3%	8.3%	7.3%	1.9%	1.9%	1.3%
空腹時血糖 $\geq$ 100	6.8%	18.1%	31.4%	3.1%	10.6%	19.8%
ヘモグロビン A1c $\geq$ 5.6	58.1%	53.9%	59.1%	59.5%	54.1%	57.6%
尿酸 $\geq$ 7.0	14.0%	11.9%	13.0%	0.2%	1.7%	1.8%
収縮期血圧 $\geq$ 130	53.4%	55.3%	50.8%	55.5%	51.5%	46.3%
拡張期血圧 $\geq$ 85	21.8%	23.2%	25.7%	13.3%	15.0%	16.9%

【算出元 KDB「厚生労働省様式（様式 5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」 令和 4 年度】

- 男性では、HbA1c5.6以上や尿酸値7.0以上の者が県や国と比較して高く、女性ではBMI25以上、中性脂肪150以上、HbA1c5.6以上、収縮期血圧130以上の者が県や国と比較して高くなっています。

③ メタボリックシンドローム判定該当者・予備群の割合

表8 メタボリックシンドローム判定該当者

軽米町	総計			男性			女性		
総計	評価対象者数	メタボ該当者	割合	評価対象者数	メタボ該当者	割合	評価対象者数	メタボ該当者	割合
H30	1066	201	18.9%	526	130	24.7%	540	71	13.1%
R1	1077	202	18.8%	525	129	24.6%	552	73	13.2%
R2	617	131	21.2%	307	95	30.9%	310	36	11.6%
R3	801	137	17.1%	396	91	23.0%	405	46	11.4%

表9 メタボリックシンドローム予備軍

軽米町	総計			男性			女性		
総計	評価対象者数	メタボ予備群該当者	割合	評価対象者数	メタボ予備群該当者	割合	評価対象者数	メタボ予備群該当者	割合
H30	1066	108	10.1%	526	75	14.3%	540	33	6.1%
R1	1077	116	10.8%	525	87	16.6%	552	29	5.3%
R2	617	55	8.9%	307	45	14.7%	310	10	3.2%
R3	801	91	11.4%	396	68	17.2%	405	23	5.7%

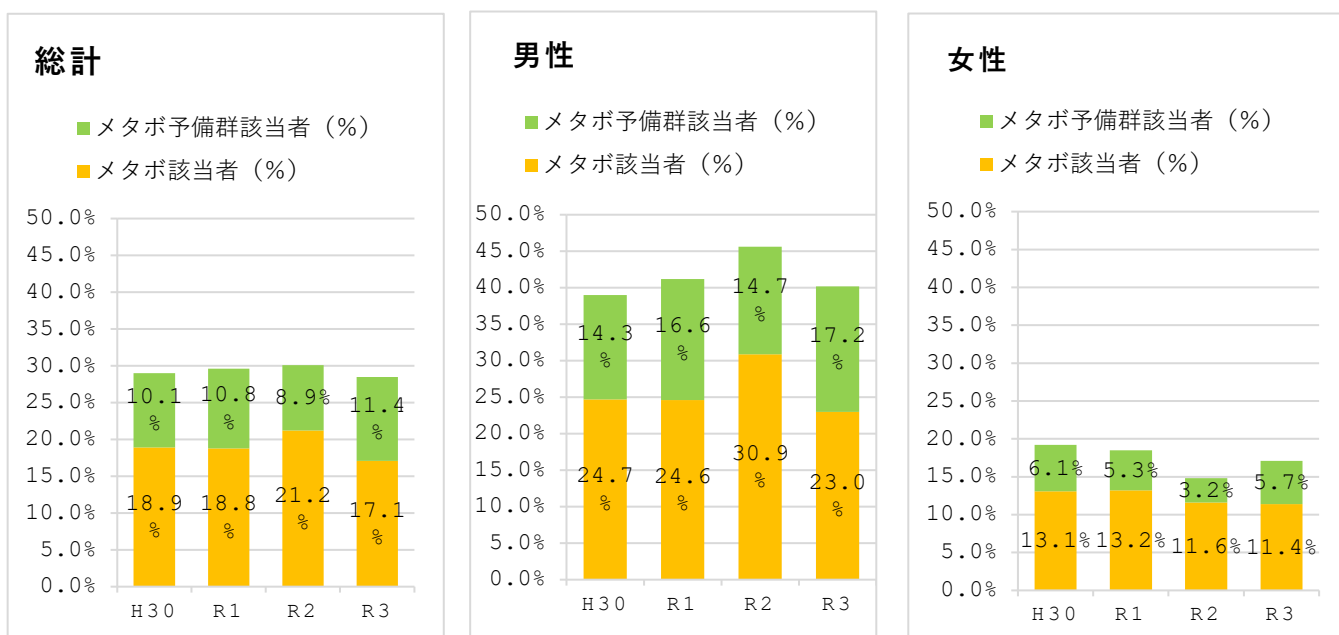


図9 メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者割合の推移の比較

【算出元】法定報告「特定健診・特定保健指導実施結果総括表_保険者別」

- メタボリックシンドローム該当・予備群ともに、女性より男性のほうが多くなっています。
- メタボ・予備群の総数の割合は、ほぼ横ばいで推移しています。

④ 特定健診質問票における比較

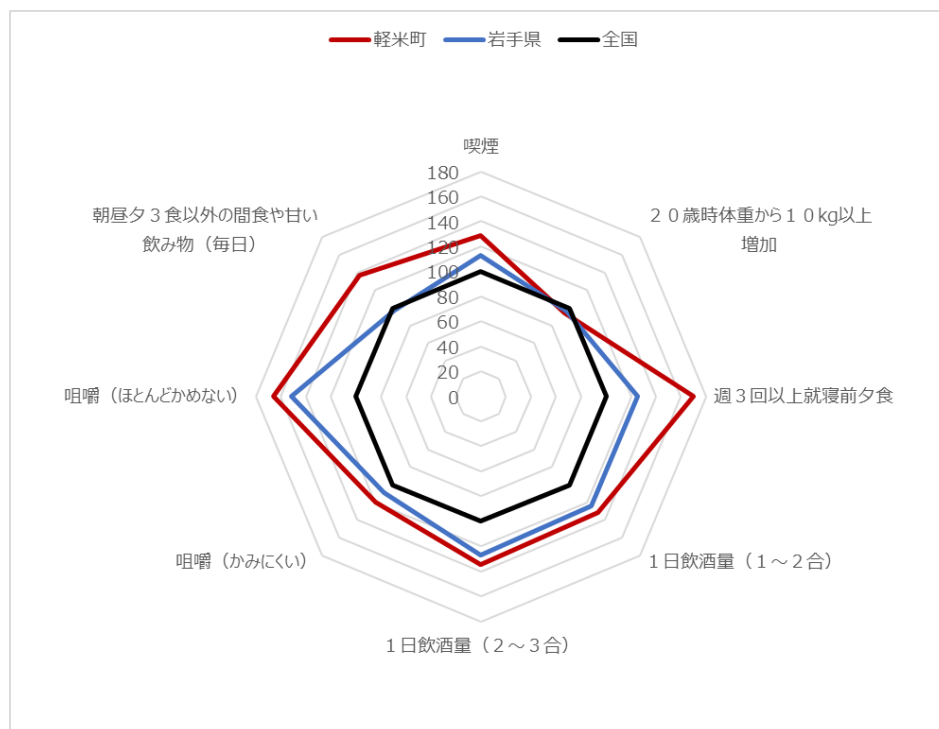


図 10－1 【令和4年度】質問票における生活習慣の状況比較（標準化比）《男性》

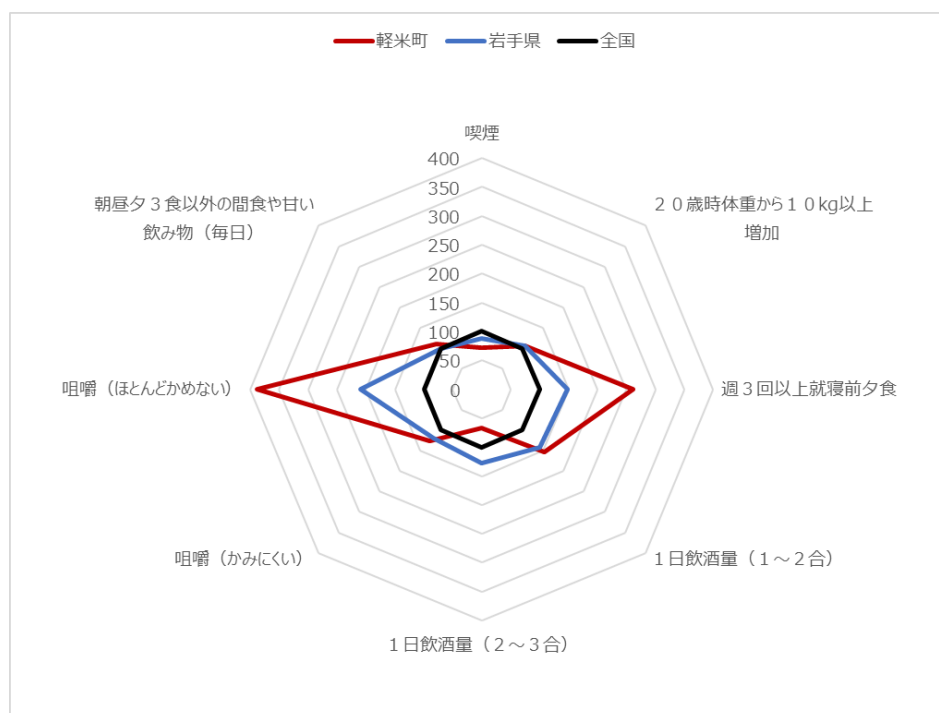


図 10－2 【令和4年度】質問票における生活習慣の状況比較（標準化比）《女性》

【算出元】KDB「質問票調査の状況【P21_007（S21_007）】」、国立保健医療科学院作成「質問票調査の状況」年齢調整ツール

- 特定健診の質問票から見ると、喫煙率、咀嚼（ほとんどかめない）、週 3 回以上就寝前夕食、飲酒量 1～3 合の割合が県や国と比較して高くなっています。
- 男性では、1 日 30 分以上の運動習慣なし、歩行速度遅い、週 3 回以上の就寝前夕食、1 日飲酒量の 1～2 合、2～3 合の割合、かみにくい、ほとんどかめない割合、朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者割合が県や国と比較して高くなっています。
- 女性では、1 日 30 分以上の運動習慣なし、歩行速度遅い、週 3 回以上の就寝前夕食、1 日飲酒量の 1～2 合、3 合以上の割合、かみにくい、ほとんどかめない割合、朝昼夕 3 食以外の間食や甘い飲み物を毎日摂っている者割合が県や国と比較して高くなっています。

2. 医療費の状況

令和元年度から令和4年度の総医療費及び1人あたりの医療費は増加傾向となっています。

疾病別外来医療費は、男性は糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、不整脈、高血圧の順に高くなっています。女性は、糖尿病、骨粗鬆症、慢性腎臓病（透析あり）、肺がんの順に多くなっています。

疾病別入院医療費は、男性は脳梗塞、統合失調症、慢性腎臓病（透析あり）、うつ病の順に高くなっています。女性は、統合失調症、うつ病、乳がん、すい臓がんの順に高くなっています。

レセプト状況から、「外来」では男性は糖尿病、高血圧、緑内障の順に件数が多く、女性は、高血圧、関節疾患、糖尿病の順に件数が多くなっています。

「入院」では、男性は統合失調症、うつ病、慢性腎臓病（透析あり）の順に件数が多く、女性は、統合失調症、うつ病、骨粗鬆症の順に件数が多くなっています。

表 10 被保険者一人当たりの医療費の推移

(円)

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
軽米町	総計	327,891	325,206	360,705	368,536
	男性	333,055	338,495	360,214	377,768
	女性	321,763	309,505	361,287	357,441
岩手県	総計	374,312	371,131	389,291	398,368
	男性	413,312	410,466	429,693	438,244
	女性	336,961	333,207	350,341	359,799
全国	総計	360,052	350,900	373,961	385,625
	男性	389,727	383,332	407,894	417,412
	女性	332,553	320,760	342,568	356,043
軽米町 総医療費		848,255,050	813,015,120	870,740,810	856,109,520

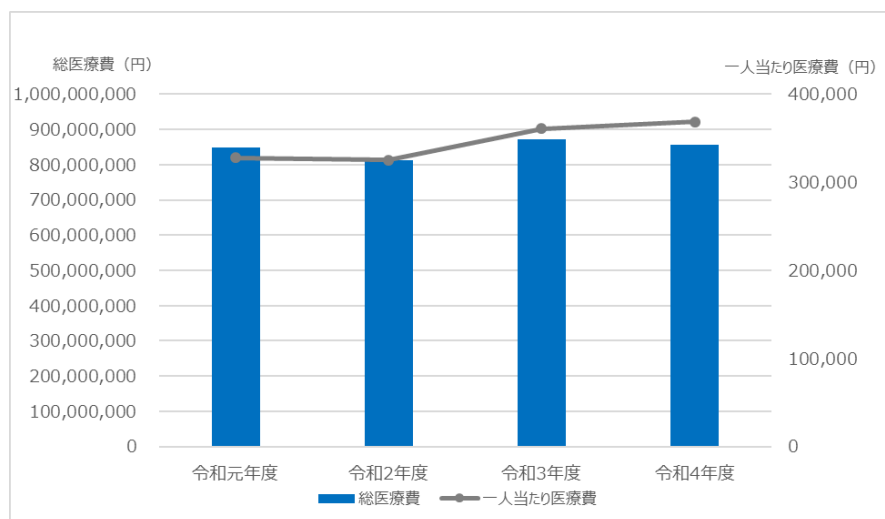


図 11 軽米町の総医療費と被保険者一人当たりの医療費の推移

【算出元】 KDB「医療費の状況【P21_009（S21_009）】」

表 11 《男女別》医療費の多い疾患(上位 10 疾患)

【外来】	男性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	糖尿病	3,457,411	1.14	1.07	糖尿病	4,305,612	1.38	1.29	糖尿病	3,717,390	1.19	1.10
2	慢性腎臓病（透析あり）	1,523,742	0.58	0.76	慢性腎臓病（透析あり）	1,933,294	0.74	0.96	慢性腎臓病（透析あり）	1,942,019	0.76	0.98
3	高血圧症	1,359,085	0.76	0.70	不整脈	1,535,235	1.58	1.22	不整脈	1,581,175	1.61	1.22
4	不整脈	1,350,641	1.46	1.11	高血圧症	1,331,551	0.77	0.72	高血圧症	1,229,017	0.73	0.69
5	前立腺がん	751,038	1.08	0.89	統合失調症	782,287	1.40	0.91	腎臓がん	885,225	3.93	3.61
6	関節疾患	690,670	1.05	1.14	関節疾患	671,950	0.99	1.10	統合失調症	679,391	1.25	0.81
7	統合失調症	675,486	1.17	0.75	肺がん	601,151	0.53	0.52	緑内障	660,111	1.56	1.71
8	緑内障	532,630	1.31	1.38	前立腺がん	574,079	0.75	0.60	前立腺がん	646,066	0.79	0.59
9	肺がん	516,775	0.47	0.53	緑内障	548,515	1.31	1.41	関節疾患	644,959	0.98	1.14
10	腎臓がん	449,608	2.28	1.64	腎臓がん	541,979	2.55	1.88	肺がん	561,574	0.51	0.48
【外来】	女性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	糖尿病	1,778,641	1.13	1.00	糖尿病	1,952,561	1.19	1.07	糖尿病	2,095,030	1.28	1.14
2	慢性腎臓病（透析あり）	1,470,209	1.59	2.42	骨粗しょう症	1,874,746	2.72	2.11	骨粗しょう症	1,876,980	2.69	2.09
3	関節疾患	1,239,046	0.89	1.03	慢性腎臓病（透析あり）	1,738,547	1.92	2.83	慢性腎臓病（透析あり）	1,492,662	1.72	2.56
4	骨粗しょう症	1,209,078	1.73	1.40	関節疾患	1,345,462	0.93	1.11	肺がん	1,235,558	2.26	2.64
5	高血圧症	1,053,821	0.81	0.75	高血圧症	1,112,679	0.87	0.82	関節疾患	1,088,006	0.77	0.93
6	乳がん	1,051,508	1.13	1.38	脂質異常症	700,091	0.58	0.64	高血圧症	952,457	0.77	0.72
7	脂質異常症	703,238	0.59	0.64	乳がん	683,069	0.72	0.91	乳がん	683,774	0.69	0.86
8	緑内障	523,550	1.29	1.38	緑内障	521,831	1.23	1.38	脂質異常症	669,197	0.60	0.66
9	うつ病	519,483	1.03	0.91	統合失調症	509,819	1.36	0.88	緑内障	518,249	1.21	1.35
10	肺がん	464,307	0.90	1.06	うつ病	476,452	0.97	0.85	白内障	420,400	1.37	1.37

【入院】	男性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	統合失調症	2,718,432	1.77	1.12	統合失調症	1,705,193	1.18	0.76	脳梗塞	1,288,286	1.46	1.32
2	肺がん	1,284,808	1.66	2.11	大腸がん	1,389,632	2.12	2.62	統合失調症	1,084,205	0.77	0.49
3	脳出血	902,563	1.95	1.84	胃がん	1,050,847	2.98	3.17	慢性腎臓病（透析あり）	925,919	1.27	1.68
4	慢性腎臓病（透析あり）	749,871	1.01	1.32	脳梗塞	998,605	1.10	1.00	うつ病	830,933	1.79	1.43
5	脳梗塞	680,521	0.76	0.74	骨折	749,539	1.15	1.28	関節疾患	672,481	1.83	3.20
6	うつ病	646,581	1.36	1.01	慢性腎臓病（透析あり）	743,713	1.01	1.19	骨折	650,546	1.00	1.31
7	肺炎	415,874	1.30	1.43	関節疾患	728,625	2.11	2.90	大腸がん	576,720	0.90	1.10
8	不整脈	385,842	0.49	0.70	うつ病	609,963	1.32	1.00	胆石症	518,962	2.58	3.83
9	クモ膜下出血	362,351	4.64	6.34	糖尿病	546,851	2.49	2.12	狭心症	498,681	0.77	1.18
10	骨折	318,348	0.49	0.60	狭心症	516,331	0.76	1.21	間質性肺炎	426,030	3.64	5.66
【入院】	女性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比		最大医療資源 傷病名	医療費（点数）	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	統合失調症	1,592,208	1.45	0.95	統合失調症	1,380,308	1.34	0.89	統合失調症	1,227,633	1.25	0.87
2	パーキンソン病	820,824	6.80	6.40	うつ病	910,224	2.43	1.94	うつ病	602,701	1.63	1.38
3	関節疾患	567,918	0.71	0.94	白血病	764,107	7.07	10.72	乳がん	572,819	1.95	2.49
4	肺がん	492,284	1.79	1.91	パーキンソン病	675,185	5.53	5.20	脾臓がん	546,364	4.61	4.96
5	うつ病	434,175	1.14	0.85	関節疾患	650,045	0.75	0.95	心臓弁膜症	543,037	5.20	6.38
6	骨折	420,760	0.60	0.72	慢性腎臓病（透析あり）	532,503	2.20	3.16	骨折	511,952	0.69	0.90
7	白血病	253,994	2.86	11.86	不整脈	493,418	1.60	2.36	肺がん	498,121	1.86	2.09
8	腸閉塞	242,747	4.17	4.22	肺がん	359,606	1.31	1.37	骨粗しょう症	486,064	4.26	4.05
9	脳梗塞	230,357	0.79	0.76	脳梗塞	319,040	1.07	1.16	慢性腎臓病（透析あり）	449,215	1.89	2.51
10	乳がん	167,710	0.59	0.74	肺炎	290,627	2.42	3.53	肺炎	390,822	4.03	4.59

※ 標準化比については、全国及び岩手県の医療費点数を年齢調整（全国及び岩手県の年齢別人口構成が各市町村と同一だった場合に期待される医療費点数の総額を計算）したうえで、「vs.国」では全国を1、「vs.県」では岩手県を1として比較したものを示す。

【算出元】 KDB「疾病別医療費分析（細小（８２）分類）【P23_005（S23_005）】」、国立保健医療科学院作成「疾病別医療費分析（細小（８２）分類）年齢調整ツール」

表 12 ≪男女別≫レセプト件数の多い疾患（上位 10 疾患）

【外来】	男性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	糖尿病	1,040	0.98	0.93	糖尿病	1,118	1.01	0.97	糖尿病	1,072	0.96	0.93
2	高血圧症	1,010	0.71	0.69	高血圧症	980	0.70	0.68	高血圧症	917	0.67	0.66
3	緑内障	365	1.34	1.30	緑内障	424	1.50	1.48	緑内障	396	1.36	1.35
4	不整脈	336	1.27	0.96	不整脈	385	1.38	1.05	不整脈	380	1.34	1.03
5	関節疾患	296	0.95	1.00	関節疾患	367	1.12	1.19	関節疾患	311	0.95	1.03
6	脂質異常症	251	0.42	0.50	脂質異常症	274	0.44	0.53	脂質異常症	253	0.42	0.51
7	白内障	230	2.34	1.63	統合失調症	236	1.36	0.99	統合失調症	219	1.28	0.92
8	前立腺肥大	220	1.04	0.92	白内障	223	2.28	1.63	前立腺肥大	209	1.01	0.94
9	統合失調症	217	1.23	0.88	前立腺肥大	195	0.94	0.85	白内障	197	1.97	1.44
10	うつ病	158	0.67	0.61	うつ病	173	0.72	0.66	痛風・高尿酸血症	142	1.56	1.38

【入院】	男性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	統合失調症	68	1.72	1.09	統合失調症	46	1.26	0.83	統合失調症	31	0.90	0.57
2	肺がん	26	2.88	3.58	うつ病	16	1.39	1.00	うつ病	24	2.15	1.60
3	うつ病	18	1.49	1.06	胃がん	16	3.39	3.64	慢性腎臓病（透析あり）	17	1.87	2.37
4	脳出血	16	2.69	2.41	脳梗塞	13	1.04	0.92	白内障	16	3.43	3.70
5	慢性腎臓病（透析あり）	13	1.37	1.75	大腸がん	13	1.65	2.02	脳梗塞	15	1.26	1.08
6	脳梗塞	10	0.79	0.73	慢性腎臓病（透析あり）	12	1.31	1.45	骨折	11	1.21	1.43
7	白内障	10	2.16	2.25	骨折	10	1.08	1.15	糖尿病	10	1.83	1.66
8	糖尿病	8	1.33	1.19	糖尿病	9	1.54	1.27	胆石症	10	3.03	4.02
9	肺炎	7	1.28	1.38	関節疾患	9	1.94	2.67	大腸がん	7	0.92	1.15
10	骨折	7	0.75	0.88	肺がん	8	0.90	1.00	関節疾患	7	1.50	2.58

【外来】	女性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	高血圧症	792	0.73	0.70	高血圧症	833	0.78	0.75	高血圧症	739	0.70	0.68
2	関節疾患	652	1.24	1.23	関節疾患	730	1.30	1.34	関節疾患	695	1.23	1.27
3	糖尿病	612	1.07	0.97	糖尿病	665	1.11	1.02	糖尿病	694	1.15	1.06
4	脂質異常症	595	0.64	0.69	脂質異常症	599	0.61	0.67	脂質異常症	554	0.60	0.65
5	骨粗しょう症	415	1.09	0.96	骨粗しょう症	553	1.45	1.24	骨粗しょう症	545	1.40	1.19
6	緑内障	384	1.37	1.35	白内障	373	2.89	2.05	白内障	374	2.82	2.01
7	白内障	375	2.96	2.01	緑内障	369	1.25	1.26	緑内障	369	1.21	1.22
8	うつ病	277	1.07	1.00	うつ病	256	0.99	0.94	うつ病	227	0.90	0.89
9	統合失調症	137	1.02	0.76	統合失調症	159	1.23	0.93	逆流性食道炎	149	1.07	1.20
10	不整脈	115	1.03	0.76	不整脈	152	1.27	0.95	不整脈	132	1.08	0.82

【入院】	女性											
	令和2年度				令和3年度				令和4年度			
	最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比		最大医療資源 傷病名	件数	標準化比	
			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県			vs.国	vs.県
1	統合失調症	43	1.55	1.00	統合失調症	37	1.44	0.93	統合失調症	30	1.26	0.83
2	うつ病	15	1.59	1.11	うつ病	31	3.39	2.55	うつ病	18	2.03	1.58
3	パーキンソン病	11	5.78	5.64	パーキンソン病	9	4.69	4.80	骨粗しょう症	9	4.12	3.85
4	骨折	11	1.07	1.17	白内障	9	1.95	2.22	骨折	8	0.76	0.92
5	関節疾患	9	1.02	1.37	脳梗塞	8	1.96	1.97	白内障	7	1.46	1.74
6	肺がん	8	2.68	2.93	関節疾患	7	0.76	0.98	膵臓がん	6	3.82	4.44
7	白内障	6	1.36	1.44	骨折	6	0.56	0.59	乳がん	6	1.33	1.78
8	脳梗塞	3	0.74	0.68	肺炎	5	2.59	3.34	肺炎	5	2.98	2.93
9	逆流性食道炎	3	4.23	5.34	高血圧症	5	4.93	4.81	肺がん	3	1.02	1.08
10	白血病	3	5.96	15.18	白血病	5	8.56	10.96	狭心症	3	1.62	3.67

【算出元】KDB「疾病別医療費分析（細小（８２）分類）【P23_005（S23_005）】」、国立保健医療科学院作成「疾病別医療費分析（細小（８２）分類）年齢調整ツール」

・その他の状況

軽米町の歯科受診率が国や県と比べて低くなっています。

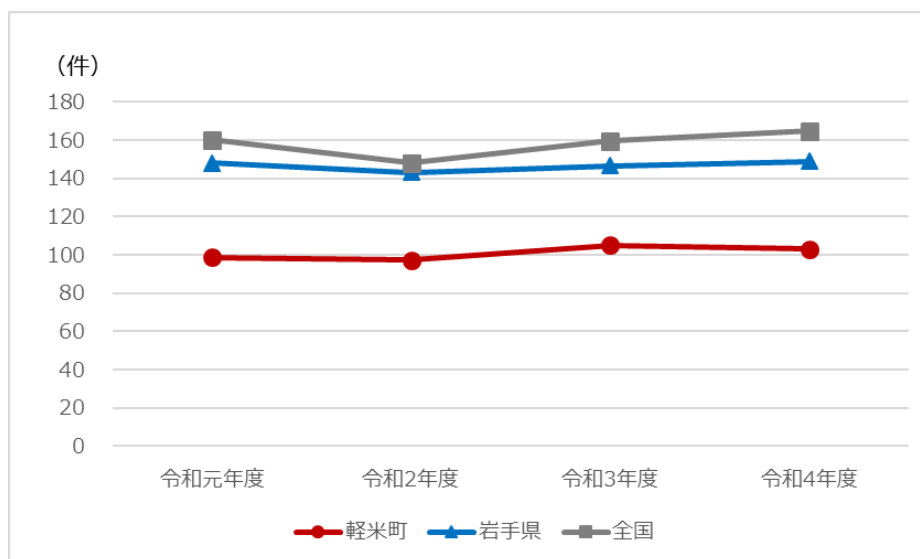


図 12 【歯科】受診率の推移

【算出元】KDB データヘルス計画策定支援ツール（計画様式Ⅱ出力）医療費の分析」

3. 介護保険の状況

介護費の1件あたりの給付費は、男女ともに県や国と比較して高いです。特に男性は要介護3以上、女性は要介護2以上の給付費が県や国と比較して高い状況にあります。

また、疾病別介護保険認定者有病率(令和4年度)では、軽米町の1位が心臓病(38.5%)、2位が高血圧(33.4%)、3位が筋・骨格(32.6%)となっています。

表13 一件当たり介護給付費の推移

		軽米町				岩手県			
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全体	1件当給付費 (円)	82,792	82,435	83,025	81,574	69,110	70,272	69,510	68,662
	総給付費 (円)	1,100,887,731	1,142,387,125	1,174,133,737	1,144,724,321	122,226,548,841	125,468,214,676	126,121,843,685	125,128,204,994
	総件数 (件)	13,297	13,858	14,142	14,033	1,768,592	1,785,462	1,814,433	1,822,379
要支援1	1件当給付費 (円)	11,329	10,252	10,619	10,282	10,045	10,194	10,097	9,885
	総給付費 (円)	2,469,723	2,316,880	2,070,742	2,786,547	675,278,369	723,269,581	767,975,550	753,157,193
	総件数 (件)	218	226	195	271	67,223	70,949	76,063	76,193
要支援2	1件当給付費 (円)	17,221	15,155	15,848	15,164	13,881	13,657	13,527	13,183
	総給付費 (円)	11,193,809	9,138,232	15,087,237	17,696,917	1,476,943,012	1,494,740,723	1,561,468,905	1,567,254,546
	総件数 (件)	650	603	952	1,167	106,397	109,449	115,434	118,884
要介護1	1件当給付費 (円)	41,014	38,940	41,708	34,789	37,533	38,852	38,893	37,878
	総給付費 (円)	91,010,443	86,057,847	90,922,952	72,361,820	14,678,344,850	15,508,890,495	15,857,785,743	15,533,165,579
	総件数 (件)	2,219	2,210	2,180	2,080	391,077	399,182	407,724	410,085
要介護2	1件当給付費 (円)	52,229	54,590	54,879	52,880	47,971	48,801	48,556	48,006
	総給付費 (円)	215,912,772	256,465,232	237,351,866	228,813,588	21,276,191,573	21,848,950,742	22,027,734,095	21,644,790,131
	総件数 (件)	4,134	4,698	4,325	4,327	443,518	447,714	453,652	450,881
要介護3	1件当給付費 (円)	89,146	85,782	88,661	90,471	84,302	87,007	87,627	85,744
	総給付費 (円)	240,427,148	252,284,527	292,670,033	250,151,650	26,041,009,334	26,899,585,338	27,096,838,692	27,016,195,633
	総件数 (件)	2,697	2,941	3,301	2,765	308,900	309,165	309,231	315,078
要介護4	1件当給付費 (円)	155,496	153,853	157,930	153,202	121,227	124,101	123,023	122,866
	総給付費 (円)	336,649,843	318,321,788	335,601,265	354,662,433	31,881,599,974	33,024,743,031	33,581,217,283	33,344,474,973
	総件数 (件)	2,165	2,069	2,125	2,315	262,991	266,111	272,966	271,390
要介護5	1件当給付費 (円)	167,400	196,042	188,374	196,978	138,987	141,986	140,658	140,487
	総給付費 (円)	203,223,993	217,802,619	200,429,642	218,251,366	26,197,181,729	25,968,034,766	25,228,823,417	25,269,166,939
	総件数 (件)	1,214	1,111	1,064	1,108	188,486	182,892	179,363	179,868

		全国			
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全体	1件当給付費 (円)	61,336	61,864	60,703	59,662
	総給付費 (円)	9,528,128,000,771	9,792,924,841,308	9,968,212,232,861	10,074,274,226,869
	総件数 (件)	155,343,942	158,297,486	164,212,114	168,855,925
要支援1	1件当給付費 (円)	9,825	9,693	9,672	9,568
	総給付費 (円)	70,690,782,892	73,244,079,434	77,978,423,738	80,164,245,626
	総件数 (件)	7,195,214	7,556,270	8,062,689	8,377,991
要支援2	1件当給付費 (円)	13,241	13,028	12,935	12,723
	総給付費 (円)	161,022,003,251	165,123,434,699	169,217,772,274	170,578,282,519
	総件数 (件)	12,160,992	12,674,623	13,082,475	13,407,053
要介護1	1件当給付費 (円)	37,931	38,474	38,140	37,331
	総給付費 (円)	1,386,161,627,585	1,427,755,124,264	1,479,559,336,306	1,485,088,351,917
	総件数 (件)	36,543,967	37,109,255	38,792,957	39,782,091
要介護2	1件当給付費 (円)	47,085	47,537	46,797	45,837
	総給付費 (円)	1,738,819,936,382	1,768,770,347,577	1,767,023,521,074	1,756,728,246,942
	総件数 (件)	36,929,174	37,207,989	37,759,509	38,325,287
要介護3	1件当給付費 (円)	79,808	81,179	80,117	78,504
	総給付費 (円)	2,074,982,872,353	2,147,218,969,978	2,198,156,622,574	2,214,550,444,857
	総件数 (件)	25,999,792	26,450,378	27,436,955	28,209,377
要介護4	1件当給付費 (円)	106,950	108,110	105,199	103,025
	総給付費 (円)	2,264,198,045,429	2,365,139,340,016	2,450,489,362,087	2,511,859,104,917
	総件数 (件)	21,170,564	21,877,143	23,293,948	24,380,969
要介護5	1件当給付費 (円)	119,410	119,679	115,676	113,314
	総給付費 (円)	1,832,252,732,879	1,845,673,545,340	1,825,787,194,808	1,855,305,550,091
	総件数 (件)	15,344,239	15,421,828	15,783,581	16,373,157

【算出元】KDB データヘルス計画策定支援ツール「(計画様式Ⅱ出力) 介護費関係の分析」

表 14 疾患別介護保険認定者有病率の推移

(%)

傷病名	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国	軽米町	岩手県	全国
糖尿病	14.1	19.9	23.0	14.5	19.5	23.3	14.1	19.7	24.0	15.1	19.9	24.3
高血圧症	34.4	51.0	51.7	34.6	49.4	52.4	34.1	49.7	53.2	33.4	49.7	53.3
脂質異常症	17.2	28.1	30.1	16.3	27.6	30.9	16.6	28.3	32.0	18.1	28.8	32.6
心臓病	40.1	57.3	58.7	40.2	55.5	59.5	39.8	55.8	60.3	38.5	55.7	60.3
脳疾患	25.3	27.0	24.0	24.9	25.9	23.6	23.5	25.4	23.4	21.7	24.7	22.6
がん	8.2	8.9	11.0	7.9	8.6	11.3	8.1	8.7	11.6	7.9	8.7	11.8
筋・骨格	32.4	48.4	51.6	33.3	47.2	52.3	32.4	47.7	53.2	32.6	47.8	53.4
精神	25.1	35.9	36.4	26.2	34.8	36.9	27.6	35.1	37.2	25.4	34.7	36.8
(再掲)認知症	14.7	23.2	23.6	15.4	22.5	24.0	16.8	22.7	24.3	14.7	22.5	24.0
アルツハイマー病	12.0	19.8	18.5	12.6	19.1	18.5	12.9	19.2	18.5	11.2	18.9	18.1

【算出元】KDB「地域の全体像の把握【P21_001 (S21_001)】」

第4章 第3期データヘルス計画

1 被保険者の健康に関する課題

第2期データヘルス計画の評価から導き出された健康課題は以下の通りです。

項目	健康課題	優先順位	対応する個別 保健事業番号
A	全国や県と比較して不健康な生活習慣の割合が高く、メタボリックシンドローム予備軍が増えており、高血圧や糖尿病等の生活習慣病の有病率、受療率、医療費が高い。	1	1. 2. 3. 4
B	慢性腎臓病による透析や精神疾患の医療費割合が高い。女性は骨粗鬆症の医療費が2番目に高い。	2	1. 2. 3. 4
C	オーラルフレイル予備軍が多く、歯科検診受診率が低い。咀嚼良好者（50歳以上74歳以下）の割合が年々減少傾向にある。	3	5. 6
D	介護費が全国や県に比べ高く、平均余命や平均自立期間が全国や県平均より短い。	4	5. 6

2 データヘルス計画全体における目的と目標

第3期データヘルス計画の目標と、各項目の評価指標については以下の通りです。

大目標：		健康寿命の延伸
中目標：		生活習慣病重症化予防、医療費適正化
健康課題 の項目	データヘルス計画の 目的（小目標）	評価指標
A	特定健康診査の受診率 向上	特定健康診査受診率
A	特定保健指導の実施率 の向上	特定保健指導実施率、特定保健指導対象者減少率、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少
A, B	糖尿病等に伴う腎症の 重症化の予防	高血糖者（HbA1c8.0以上の者）の割合、新規人工透析患者数
A, B	高血圧等に伴う生活習 慣病重症化の予防	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（収縮期130以上、拡張期85以上の者）
C, D	フレイル予防を行い、 要支援・要介護の進行 を予防する。	オーラルフレイル予備軍の割合、咀嚼良好者（50歳以上74歳以下）の割合

評価指標	計画策定 時実績	目標値					
	2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	46.7%	50%	53%	56%	60%	65%	70%
特定保健指導実施率	54%	55%	55%	55%	55%	56%	56%
メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少	10.8%	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%	25.0%
高血糖者（HbA1c8.0以上の者）の割合の減少	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.5%	0.5%	0.0%
糖尿病性腎症による人工透析患者数	10人	10人	10人	9人	9人	9人	9人
血圧が保健指導判定値以上の者の割合（収縮期130以上、拡張期85以上）	56.1%	55%	53%	53%	52%	51.5%	51%
オーラルフレイル予備軍の減少（かみにくい・かめない割合）	27.9%	27.7%	27.3%	27.0%	26.8%	27%	26%
咀嚼良好者（50歳以上74歳以下）の割合	71.8% (555)	72.0%	73.0%	74.0%	74.0%	75.0%	75.0%

（注1）2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。 （注2）目標値は、必要な年度に記載。

3 データヘルス計画の目標を達成するための戦略

健康課題 の項目	戦略
A	特定健診以外に医療機関等で受診や検査等行ったデータを提供していただくように働きかける。特定健診の通知にデータ提供の依頼を同封する。 関係部署（地域包括支援センター等）との連携を強化しながら、担当課内の専門職間（保健師・管理栄養士等）で情報共有しながら協力して事業を進めていく。
B	
C	
D	

4 個別保健事業

目標達成のために実施する個別保健事業は以下の通りです。事業の重要性から、優先度を定め取り組みを行います。

事業番号	事業名称	重点・ 優先度
1	特定健康診査事業	3
2	特定保健指導事業	4
3	生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防）	1
4	生活習慣病重症化予防事業（高血圧重症化予防）	2
5	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（口腔機能低下予防事業）	5
6	医療費適正化事業	6

事業番号： 事業 1 事業名称：特定健康診査事業

事業の背景・目的	- 平成20年度より、脳血管疾患や心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が保険者に義務付けられた。 - 軽米町でも、特定健診等実施計画をもとに進められており、様々な取り組みを行ってきたが、受診率は46.7%（令和4年度）と国の目標（60%）を下回っており、広報や受診勧奨、再勧奨等の取組を行うことで、さらなる受診率の向上を目的とする。
対象者	・40～74歳の国保加入者
現在までの事業結果	・特定健康診査受診率は横ばいで推移している

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 指標（成果）	・特定健診受診率	46.7%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%	65%	70.0%
アウトプット 指標（実施量・率）	・特定健診受診勧奨者率	56.7%	57.0	58.0	58.0	59.0	60.0	60.0

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための主な戦略※	特定健診以外に医療機関等で受診や検査等行ったデータを提供していただくように働きかける。特定健診の通知にデータ提供の依頼を同封する。
-----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

- 令和2年度に医療機関での個別健診を導入
- 健診未受診者対策として過去5年健診及び医療機関未受診者に訪問を実施し、健康状態の把握と健診受診勧奨を行った。
- 健診受診率向上を目的とした「健診を受けよう」ポスターを作成し、町内の各施設に掲示した。
- 特定健康診査受診率向上のため、過去の健診受診履歴等のデータを分析し、健診未受診者及び不定期受診者を抽出し、対象者の特性に合わせた受診勧奨通知の工夫を実施した。また、追加の健診に向けて健診未受診者の再勧奨を行った。
- 保健推進員を通じた特定健診受診勧奨事業の実施。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

- 健診内容の充実（健診項目を増やす、がん検診との同時実施・人間ドックの実施継続）
- 受診者の負担軽減（健診状況を確認し、調査を行い、自己負担の軽減を検討する）
- 健診機会の増加（集団健診の回数や健診期間の検討、個別検診の拡充の検討）
- 普及啓発の継続（広報、ホームページ、お知らせ版、情報無線等での周知）

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 集団健診：毎年6月頃（17日間の実施）・岩手県予防医学協会（事前に打合せを1回は実施している）
- 個別検診：毎年6月～12月末まで・八戸西健診プラザ（事前に打合せを1回は実施している）
- 特定健診（がん検診）の担当者：1名

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

- 近隣の医療機関との連携を構築する。
- 特定健診の通知にデータ提供の依頼を同封し、健診以外で医療機関等で受診や検査を行ったデータ提供をいただけるよう働きかける。
- SNS等を活用した周知を行い、特定健診受診率の向上を行い、特定保健指導対象者への早期介入を行う。

評価計画

- 特定健診受診率60%を目標
- 評価時期：特定健診受診後の毎年度中（3月まで）に評価する。

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

事業番号： 事業 2 事業名称：特定保健指導事業

事業の背景・目的	・「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、健康保険組合などの医療保険者に対して、40～74歳の加入者を対象に、特定保健指導の実施が義務付けられた。 ・特定健康診査の結果に基づき、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門職（保健師や栄養士等）が個別に介入し、生活習慣を見直す支援を行い、メタボリックシンドローム及び関連する生活習慣病を減少させることを目的とする。
対象者	・40～74歳の国保健診受診者で健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍
現在までの事業結果	特定保健指導実施率はほぼ横ばいで推移している

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 指標（成果）	・特定保健指導実施率	54%	54.5%	55%	55%	55%	56%	56%
アウトカム 指標（成果）	・メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少	10.8%	10.5%	10.2%	10.0%	10.0%	9.7%	9.5%
アウトプット 指標（実施量・率）	・初回面接実施割合	45.5% (30人)	48.5% (33人)	48.5% (33人)	54.5% (36人)	54.5% (36人)	56% (37人)	56% (37人)

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための主な戦略※	日時や会場を指定して対象者に個別通知を継続して行い、特定保健指導実施率を向上する。（特定健診時に初回の特定保健指導の実施）
-----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

・特定保健指導の対象者に日時や会場を指定して個別通知を行った。 ・各会場で健診結果を返却しながら特定健診結果説明会や特定保健指導を実施した。各会場に來れない方には、個別訪問や電話を行い、アプローチを実施した。 ・特定保健指導の効果的な指導のため、個別指導のみでなく、集団指導も組み合わせて行った。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

①特定保健指導対象者の個人や集団の特性を把握し、指導の幅を広げる。 ②特定健診を受ける機会を増やし、特定保健指導の実行性を高める。 ③特定健診を受診するだけでなく、結果への関心を高める。 ④特定保健指導を利用しやすい環境をつくる。（委託型特定保健指導の充実） ⑤従事者が各種研修を受講し、特定保健指導のスキルアップを図る
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・課内の専門職（保健師・管理栄養士等）で特定保健指導を実施している。個別健診の委託を行っている医療機関1カ所に特定保健指導（積極的支援のみ）を委託している。 ・個別健診委託の医療機関との連携を構築し、特定保健指導の情報共有を行っている。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

・特定保健指導プログラムの作成・担当者間での確認（健診も同様） ・継続して特定保健指導担当者間の打合せや情報共有を適宜行い、連携を深める。また、地域の医療機関や個別健診委託の医療機関との連携及び情報共有を行う。
--

評価計画

・特定保健指導実施率：56.0%を目標 ・評価時期：特定健診受診後の毎年度中（3月まで）に評価する。

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

事業番号： 事業 3 事業名称：生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防）

事業の背景・目的	・糖尿病性腎症のリスクの高い人に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病及び腎症の悪化を予防する。予防を進めることで、医療費が高額となる人工透析等の移行の予防や発生を減少させることにつながり、医療費の適正化（削減）の観点から重要である。国や県は、糖尿病性腎症重症化予防事業の標準的な手順を作成し、推進を図っている。
対象者	・特定健康診査受診者のうち、高血圧及び糖尿病の既往歴（治療中・治療済・放置・経過観察中）のある方
現在までの事業結果	・令和5年度に高血圧及び糖尿病の既往歴（治療中・治療済・放置・経過観察中）のある方に尿中アルブミン検査を実施し、該当者には訪問や保健指導、医療機関受診勧奨を行った。医療機関受診者は増えたが、結果として糖尿病性腎症予防につながったかは現時点で評価できていない。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値						
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム 指標（成果）	・高血糖者（HbA1c8.0以上の者）の割合の減少	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.50%	0.50%	0.50%	
アウトカム 指標（成果）	・糖尿病性腎症による人工透析患者人数	11人	11人	11人	11人	11人	11人	11人	
アウトプット 指標（実施量・率）	・受診勧奨実施割合	R5 100% (61人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための主な戦略※	・関係する医療機関との連携強化及び情報共有 ・必要性や優先順位を検討しながら訪問や保健指導、受診勧奨を実施する
-----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

＜ハイリスクアプローチ＞ ・尿中アルブミン検査測定結果から、30～299未満の要注意該当者には尿中アルブミン検査や糖尿病性腎症の概要、受診勧奨の勧めに関する通知を行ってきた。300以上の要医療該当者には、保健師や栄養士等の専門職が訪問し、保健指導及び医療機関受診勧奨を行った。 ＜ポピュレーションアプローチ＞ ・生活習慣病予防講演会を開催し、医師による生活習慣病予防の講話や歯科衛生士による糖尿病と歯周病の関係性について講話を行った。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

・今回、尿中アルブミン検査を実施し、測定した上記該当者には通知や訪問を行ったが、測定結果30未満の正常範囲の該当者に関しては、通知等行わなかった。医療機関の医師と検討し、正常範囲内であっても将来予備軍であるため、測定結果の通知を行い、通知をかかりつけ医に定期受診の際に持参するような体制の構築が必要。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・保健師や管理栄養士等の専門職が役割分担しながら実施。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

・関係する医療機関との連携を強化しながら、対象者及び測定者の情報共有を行う。
--

評価計画

・事業実施後の毎年度中（3月まで）に評価を行う。

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

事業番号： 事業 4 事業名称：生活習慣病重症化予防事業（高血圧重症化予防）

事業の背景・目的	・軽米町の健康課題である脳卒中対策として、循環器疾患の予防、高血圧に関する生活習慣病の有病率の低下を目指し、特定健康診査の結果から通知や受診勧奨、保健指導を行い、血圧測定を意識付けや医療機関の受診が必要な人に対して受診につなげることを目的とする。
対象者	・特定健康診査の結果、血圧が保健指導判定値以上（収縮期130以上、拡張期85以上）の者
現在までの事業結果	・血圧が保健指導判定値以上の者の割合が年々微増している。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標（成果）	・血圧が保健指導判定値以上の者の割合（収縮期130以上、拡張期85以上）	56%	55%	53%	53%	52%	52%	51%
アウトプット指標（実施量・率）	・訪問等による保健指導実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための主な戦略※	・関係する医療機関との連携強化及び情報共有 ・必要性や優先順位を検討しながら訪問や保健指導、受診勧奨を実施する
-----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

- ・令和4年度には26地区（235名）で脳卒中予防の健康教育「あたらない話」を行った。
- ・特定健診結果からⅢ度高血圧の該当者には、健診会場で保健指導を行い、自宅で再測定を促し、測定結果の報告をもらっている。
- ・自宅に血圧計が無い方に自動血圧計の貸し出しを行い、血圧測定の習慣化と意識付けを行った。
- ・Ⅱ度高血圧以上の対象者に訪問し、家庭血圧測定のすすめと保健指導及び必要時に医療機関の受診勧奨を行った。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

- ・健診結果からⅢ度高血圧の該当者に対して、健診会場で保健指導を継続して実施する。また、自宅での再測定を促し、再測定の結果を報告いただく。必要時には医療機関の受診勧奨を行う。
- ・Ⅱ度高血圧以上の該当者に対して、個別通知を行い、医療機関への受診勧奨を行う。また、必要時に訪問や保健指導を行い、生活状況等の把握を保健指導を行う。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・保健師や管理栄養士等の専門職が役割分担しながら実施。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

- ・関係する医療機関との連携を強化しながら、対象者の情報共有を行う。
- ・食生活改善推進員協議会との連携と生活習慣病予防を念頭に置いた食育事業の推進

評価計画

- ・事業実施後の毎年度（3月まで）に評価を行う。
- ・連続該当者の経年推移や効果検証を必要時に実施する。

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

事業の背景・目的	・軽米町では、令和2年度から岩手県後期高齢者医療広域連合より委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を実施している。高齢化が進む中で高齢者の要介護状態やフレイル予防が重要となっている。令和元年度改正の介護保険法等より、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進されている。 ・関係機関との連携を行い、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルリスクを持つ高齢者に対して、訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、高齢者の健康状態や生活の質を維持することを目的とする。
対象者	・75歳以上の高齢者
現在までの事業結果	・要介護認定者数は微減している。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標（成果）	オーラルフレイル予備軍の減少（かみにくい・かめない割合）	27.9%	27.7%	27.3%	27.0%	26.8%	26.5%	26.0%
アウトカム指標（成果）	咀嚼良好者（50歳以上74歳以下）の割合	71.8% (555人)	72.0%	73.0%	74.0%	74.0%	75.0%	75.0%
アウトプット指標（実施量・率）	対象者への訪問実施率	R4 実施なし	70%	70%	70%	75%	75%	80%

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための主な戦略※	・関係機関（町民生活課後期高齢担当・地域包括支援センター）との連携強化及び情報共有の実施 ・必要性や優先順位を検討しながら訪問や保健指導を実施する
-----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

＜ハイリスクアプローチ＞ ・オーラルフレイルリスクの対象者（後期高齢者健診受診者で、高齢者の質問票に口腔機能に関する項目と栄養状態に関する項目にて該当ありと回答した者）に歯科衛生士の訪問を行い、口腔機能評価のアセスメントと口腔機能維持向上のための保健指導を行っている。 ＜ポピュレーションアプローチ＞ ・高齢者の通いの場等に参加している高齢者に対して、高齢者の質問票を活用しながらフレイル状況の確認とフレイル・オーラルフレイル予防に関する健康教育を実施している。 ・フレイル予防に特化した講演会を開催し、栄養士や歯科衛生士等の専門職から健康教育を行う。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

・対象者の絞り込み方法に関して再検討する。オーラルフレイルリスクの対象者だけでなく、低栄養等のハイリスク者を併せて絞り込み、訪問や保健指導等を行い、アプローチを行う。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・保健師1名、歯科衛生士1名の2名で事業を実施している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

・実施体制（マンパワー）が万全ではないため、関係機関との連携や外部の専門職の介入（栄養士や薬剤師等）も検討する。
--

評価計画

・事業実施後の毎年度（3月まで）に評価を行う。

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

事業番号： 事業 6 事業名称：医療費適正化事業

事業の目的	医療機関への適正受診や調剤に係る自己負担の軽減及び医療費の削減を図る
対象者	全町民
現在までの事業結果	・年3回対象者へ後発医薬品差額通知の発送 ・重複多受診、多剤投与となっている者への個別訪問（電話）指導の実施

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 指標（成果）	数量シェア 【後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発 医薬品の数量＋後発医薬費の数量）】各年度末 総計値	89.5%	89.5%	89.5%	89.5%	89.5%	89.5%	89.5%
アウトプット 指標（実施量・率）	事業対象者への適正受診訪問指導割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加。（注2）太枠の2026年度は中間評価、2029年度は最終評価。

目標を達成するための 主な戦略※	後発医薬品差額通知に併せて適切な薬剤使用
---------------------	----------------------

現在までの実施方法（プロセス）

・国保連合会の委託により、後発医薬品差額通知の作成を行い、年3回対象者へ発送 ・重複多受診、多剤投与となっている者へ受診状況等を確認し適正受診につながるよう訪問指導する。 ・適正受診等について、広報、町HP、かるまいテレビなどを活用し周知する。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標※

・訪問指導の対象者の抽出について、他市町村の事例や関係機関の助言をいただきながら、定期的に見直す。 ・広報活動を強化する。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・差額通知の作成を岩手県国保連合会へ委託している。 ・重複多受診、多剤投与については、岩手県国保連からの資料やKDBシステムにより候補者を選定。レセプト点検員が受診状況や処方内容等を確認し、対象者を抽出。保健師等が訪問指導している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標※

・差額通知の作成を岩手県国保連合会へ委託する。 ・重複多受診、多剤投与については、岩手県国保連からの資料やKDBシステムにより候補者を選定。レセプト点検員が受診状況や処方内容等を確認し、対象者を抽出し、保健師等が訪問指導する。 - 訪問対象者の抽出等については、他市町村の取組を参考にするなど適宜見直しを行いながら実施する。
--

・毎年3月に評価を行う。
--

※「目標を達成するための主な戦略」、「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

5 計画実施、事業運営に係るその他事項

(1) データヘルス計画の評価及び見直し

① 評価の時期

個別の保健事業の評価は毎年度行うことを基本とし、事業の効果や達成状況を確認して、次年度の取組みに反映させます。

令和8年度には進捗確認のため中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを実施します。
令和11年度には最終評価を行い、次期計画に反映させます。

② 評価方法

PDCA サイクルの4つの指標に沿って、評価を行います。

評価の観点	内 容
事業構成・実施体制 (ストラクチャー)	だれが どういう体制で (事業計画、人的体制、予算、実施施設など)
実施過程 (プロセス)	どのように (周知方法、実施手順、実施方法、会場開設など)
事業実施量 (アウトプット)	どのくらいやって (開催回数、参加者数など)
成果 (アウトカム)	どうなったか (対象者の実施前と比較した変化や効果など)

(2) 計画の公表・周知

計画を定めたとき、またはこれを変更したときはホームページ等で公表します。

(3) 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いにあたっては、個人情報の保護に関する法律等関係法令に基づき、個人情報を適切に管理します。

(4) 地域包括ケアに係る取組み

医療・介護・予防・住まい・生活支援など町民の暮らし全般を支えるための直面する課題について対応するため、軽米町地域包括ケア推進協議会等への国保部門として参加します。

第5章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の趣旨

軽米町では、高齢者の医療の確保に関する法律（第19条）に基づき、第1期から第3期特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査及び特定保健指導を実施してきた。

このたび、第3期特定健康診査等実施計画の計画期間満了に伴い、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 計画期間

第1期から第2期特定健康診査等実施計画は5年計画としていたが、医療費適正化計画が6年に1期に見直されたことを踏まえ、第3期特定健康診査等実施計画からは6年を1期として策定する。計画期間は令和6年度から令和11年度とする。

3. 特定健康診査等の基本目標

（1）第4期計画の目標設定

軽米町国民健康保険第4期特定健康診査等実施計画（令和6年度～令和11年度）の実施率の目標については、第3期特定健康診査等実施計画に引き続き実施率の向上に向け取り組みを進めていく必要があるため、下記のとおり目標値を定め取り組んでいく。

国の基本指針において、第4期の到達目標として、特定健康診査受診率を70%、特定保健指導実施率を45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率を25%以上（平成20年度比）としているため、これに準じた目標値を設定する。

	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
特定健康診査受診率	50%	53%	56%	60%	65%	70%
特定保健指導実施率	54%	55%	55%	55%	56%	56%
メタボリックシンドローム判定該当者・予備群の減少率	15%	17%	19%	21%	23%	25%

（2）特定健康診査の対象者数（推計値）

第3期実施状況及び目標値を踏まえて、以下のとおり対象者数（推計値）を設定する。

		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
健診対象者	40～64歳	1,054	950	900	850	790	750
	65～74歳	1,144	1,030	980	930	880	800
	合計	2,198	1,980	1,880	1,780	1,670	1,550
受診見込者	40～64歳	470	450	460	470	490	490
	65～74歳	630	600	600	600	600	600
	合計	1,100	1,050	1,060	1,070	1,090	1,090

推計値について

- ① 人口：軽米町人口ビジョンを基に推計
- ② 国保被保険者数＝人口×加入率 33%
- ③ 特定健康診査対象者数 40～64 歳＝国保被保険者数×39.0%（30 年度実績値 38.5%）
65～74 歳＝国保被保険者数×56.0%（30 年度実績値 56.1%）

4. 特定健康診査の実施内容及び対象者について

（１）対象者

町内に住所を有する国民健康保険被保険者のうち、実施年度中に 40～74 歳になる者で、実施年度の 1 年間を通じて国民健康保険に該当している者。なお、妊産婦、除外規定に該当する者（刑事施設・労役場等に準ずる施設に拘禁されている者、相当な期間継続して船舶にいる者、病院等又は高齢者福祉施設に 6 ヶ月以上入院・入所している者、海外在住者）は対象外とする。

町の間人ドック費用助成を受け、特定健康診査の実施項目を網羅している人間ドックを受診した場合は、健診データの提供を受け、実施年度の 1 年間を通じて国民健康保険に加入している者については特定健診受診者とみなす。

（２）実施項目

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 1 条に定められた「基本的な項目」と「実施基準に関する大臣告示（厚生労働省告示第 4 号 平成 20 年 1 月 17 日）」に基づき実施することができる「詳細な項目」を実施する。

【基本的な項目：特定健康診査対象者全員に実施する項目】

実施内容		実施項目
問診		食事、運動習慣、既往歴、喫煙・飲酒歴など
身体計測		身長、体重、BMI、血圧、腹囲
理学的所見		身体診察
尿検査		尿糖、尿蛋白
血液検査	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP、血清アルブミン
	脂質検査	中性脂肪（空腹時または随時）、HDL コレステロール、LDL コレステロール
	代謝検査	空腹時血糖または HbA1c

【詳細な項目：一定基準の下、医師等の判断により選択的に実施する項目】

実施項目	
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	心電図
眼底検査	眼底カメラ

血清クレアチニン検査	クレアチニン、推算糸球体ろ過量（eGFR）
------------	-----------------------

【その他の実施項目】

実施項目	
尿検査	推定塩分摂取量測定（尿中ナトリウム、尿中クレアチニン、尿中カリウム）、尿中アルブミン
血液検査	尿酸

5. 健診の実施及び通知方法

（１）健診の実施方法

特定健康診査は、民間健診機関への委託実施により、４～６月のおおむね１ヶ月の間、健診車による巡回集団健診として町内各地区会場にて実施する。また、追加健診として冬期間の数日間、集団健診を実施する。

また、おおむね６月～１２月までの間、八戸市の健診機関で個別健診を実施する。

具体的な健診実施場所及び機関については、毎年度当初に当該年度分を決定し、町の広報等にて周知する事とする。

特定健康診査実施に際しては、健康増進法に基づき町で実施するがん健診や肝炎ウイルス検査、後期高齢者医療保険制度に規定する後期高齢者健診、町の事業である若年健診等の各種健診等と同時に実施する。

（２）健診の通知方法

特定健康診査対象者へは健診実施前に健診問診票等を送付する。また、健診の実施について町の広報や防災行政無線等にて周知する。

6. 健診結果のフィードバック

（１）目的

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することが多い。健診の結果データを対象者が確認することは、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会となるため、特定保健指導の該当か否かにかかわらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果や必要な情報について、健診後速やかにすべての健診受診者にわかりやすくフィードバックする必要がある。また、健診受診者が健診結果を活用し、必要な医療受診や生活習慣の改善に取り組む事ができるよう、情報提供や保健指導等を行う。

（２）方法

①確実な医療機関受診を要する場合

- 直ちに医療機関の受診を要する場合

健診結果から、直ちに医療機関の受診をすべきと判定された対象者については、健診機関から直ちに情報提供を受け（至急連絡）、対象者へ医療機関の受診勧奨を行う。また、対象者の医療機関受診状況を都度確認し、医療機関受診していない場合には再勧奨を行う等の対策を講じる。

➤ 緊急性は低いが医療機関の受診を要する場合
 上記のような緊急性は低いものの、数ヶ月のうちに医療機関受診が必要と判定された対象者に対し、健診結果通知とあわせて医療機関受診を勧奨する働きかけを行う。また、これにあたってはあらかじめ町内医療機関と事前に調整を行う。

②生活習慣の改善を優先する場合

➤ 検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者（特定保健指導対象者も含む）には、医療機関受診の既往の有無にかかわらず、健診結果の通知とあわせて検査値と健康リスクの関係、適切な目標の設定、生活習慣改善に役立つ情報等をあわせてわかりやすく情報提供し、生活習慣の改善について支援を行う。必要時は、医療機関の受診を促す。

③その他

ポピュレーションアプローチとして、特定健診等の検査値や質問票の状況など、全体の傾向を分析しまとめたものを町の広報等にて周知し、健康意識の醸成を図る。

7. 特定保健指導について

(1) 目的

特定健康診査の結果、生活習慣病リスクの高い被保険者に対し、積極的支援、動機づけ支援の階層化を行い、特定保健指導を実施する。

生活習慣病に移行しないよう、生活習慣を改善するための行動目標を設定し、個々に応じた保健指導を行う。

《特定保健指導の対象者（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
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

* 質問票において「以前吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

【出典：2023年3月 厚生労働省保険局「特定健康診査実施計画作成の手引き（第4版）」】

(2) 方法

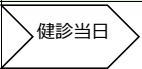
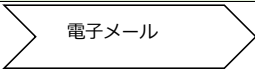
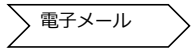
保健指導は、町の保健師、管理栄養士等が中心となって担う。「初回面接」、「対象者の行動目標・支援計画の策定」、「保健指導の評価」は保健師、管理栄養士等が行うが、対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士等の他、食生活及び運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（健康運動指導士など）が実施する事ができる。また、保健指導実施者は、特定健診・特定保健指導に関する研修等を受講するなど常にスキルアップを図るものとする。

特定保健指導の実施にあたっては、国の「標準的な健診・保健指導プログラム」等に準じて行うこととする。

特定健診後、なるべく早期に特定保健指導初回面接を開始できるよう、体制等についての検討を行う。

- 動機づけ支援：直営で町の保健師、管理栄養士等が行う。
- 積極的支援：主として直営にて、町の保健師、管理栄養士が実施する。個別健診受診者のうち特定保健指導対象者への保健指導については委託とし、八戸市の健診機関が実施する。

パターン A（腹囲 2 cm、以上かつ体重 2Kg 以上減の目標達成によるアウトカム評価で 180P に到達した例）

(概要) 腹囲 2 c m・体重 2Kg 減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 継続的支援の際に進捗を確認し、3 か月以降経過後に 2 c m・2Kg 減の達成を確認。				
支援の種類	時期	支援携帯	支援内容	
初回面接	健診当日	個別支援	健診結果と生活習慣病の間診票を活用し、生活習慣それぞれの特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3 か月後の腹囲 c m、かつ体重 2Kg 減を達成目標に、腹囲と体重のセルフモニタリングの方法を確認する。 3 か月以降の継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。	
継続的支援	1 か月後	電子メール	現在の腹囲と体重を確認するとともに、自己効力感の向上につながる支援を実施。	
	3 か月後	電子メール	実績評価と一体的に実施。電子メールにて腹囲 2 c mかつ体重 2Kg 減以上となっていることを確認。 目標を達成したことを賞賛し、支援を終了する。 次年度に向けた行動目標の継続と次年度の健診を勧奨する。	
達成プロセスのイメージ				
目標		初回面接	継続支援と実績評価	
2 c m・2Kg 減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	 健診当日	 電子メール	 電子メール 実績評価
	プロセス評価	20P	30P	30P
	アウトカム評価			運動習慣改善 20P

初回面接から 3 か月経過

【出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」】

パターン B（腹囲 2 cm、以上かつ体重 2Kg 以上減の目標は達成できなかったものの、継続的支援と行動変容によるアウトカム評価を合わせて 180P に到達した例）

（概要）腹囲 2 cm・体重 2Kg 減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 3 か月以降経過後に腹囲と体重に変化がなく、運動習慣の行動変容の目標を修正。その 2 か月以降経過後、運動習慣の行動変容を確認。			
支援の種類	時期	支援携帯	支援内容
初回面接	健診 1 週間以降	個別支援 (遠隔)	健診結果と生活習慣病の問診票を事前に送付し、ビデオ通話システムを用いて生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3 か月後の腹囲 2 cm、かつ体重 2Kg 減を達成目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1 か月後	個別支援	現在の腹囲と体重を確認。 腹囲と体重の変化は確認できなかったため、引き続き腹囲 2 cm・体重 2Kg 減を目指して、行動変容の意識を高める支援を実施する。
	3 か月以降	個別支援	現在の腹囲、体重が変化していなかったため、中間評価として実施。 運動習慣の行動変容目標について、話し合いながら修正を実施。
	5 か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。体重と腹囲は変化なかったが、2 か月以上継続できた新たな運動習慣の改善を確認し、支援を終了とする。継続的な取り組みと次年度の健診を勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続支援と実績評価
2 cm・2Kg 減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1 週間 以降	個別支援 中間評価 個別支援 アウトカム達成に至らず、180P 到達しなかったため中間評価として実施 実績評価 電話
	プロセス評価		70P 70P 30P
	アウトカム評価		運動習慣改善 20P

初回面接から 3 か月経過

【出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」

パターン C（行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価を合わせて 180P に到達した例）

（概要）行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 計画通り喫煙習慣と食習慣の行動変容の達成を確認。			
支援の種類	時期	支援携帯	支援内容
初回面接	健診 1 週間以内	グループ支援	健診結果と生活習慣病の関連についての説明を実施。 達成可能な行動変容の目標の立て方と具体的な実践方法について支援を実施。 2 か月以降後の喫煙習慣と食習慣の改善を目標に設定する。セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1 か月後	グループ支援 (遠隔)	オンラインでのディスカッションを通して、行動変容を継続するための障壁への対処の工夫について学びを深める支援を実施。
	2 か月後	電子メール	生活習慣の改善状況について確認し、ここまでの取り組み状況を称賛し、自己効力感を高める支援を実施。
	3 か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。この時点で設定した喫煙習慣と食習慣の改善が 2 か月継続できていることを確認し、支援を終了する。継続的な取り組みと次年度の健診も勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続支援と実績評価
行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1 週間 以内	グループ支援 電子メール 実績評価 電話
	プロセス評価	10P	70P 30P 30P
	アウトカム評価		喫煙習慣改善 30P 運動習慣改善 20P

初回面接から 3 か月経過

【出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」

パターンD（追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により180Pに到達した例）

(概要) 行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。 3か月以降経過後の支援の際に行動変容が出来なかったため、行動目標を修正し追加の支援を実施。 その後も行動変容は確認できなかったが、プロセス評価の積み上げで支援を終了。			
支援の種類	時期	支援携帯	支援内容
初回面接	健診 1週間以降	個別支援	生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。運動習慣、休養習慣の行動目標を設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1か月後	個別支援	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認し、目標達成に向けた工夫点を話し合う。
	2か月後	電話	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認。継続した行動変容につながらないため、現在の障壁とその対処方法について支援。
	3か月後	電話	設定した行動目標の継続も困難であったことを確認。食習慣、運動習慣の行動目標の修正を行う。
	5か月後	個別支援	修正した運動習慣と休養習慣の改善の行動目標は、いずれも2か月間の継続が困難であったことを確認する。次年度の健診受診に向けて、継続的な取り組みの必要性を説明する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続支援と実績評価
行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1週間 以内	個別支援 電話 電話 実績評価 個別支援
	プロセス評価		70P 30P 70P 70P
	アウトカム評価		未達成 0P

初回面接から3か月経過

【出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」】

8. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「健康保険組合等における個人情報の適切な扱いのためのガイドライン」等を踏まえた対応を行う。特定健康診査・特定保健指導を外部委託する場合は、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ます。

9. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

第5章の「3. 特定健康診査等の基本目標」に向けた単年度評価、中間評価、最終年度評価をデータヘルス計画と一体的に行い、PDCAサイクルを回しながら目標達成に向けた事業展開を行う。

また、計画期間中において、厚生労働大臣の定める「特定健康診査等基本方針」及び関係法令等の変更があった場合には、必要に応じて計画の内容について見直しを行う。

	積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成	
アウトカム 評価	2 c m・2Kg	180P
	1 c m・1Kg	20P
	食習慣の改善	20P
	運動習慣の改善	20P
	喫煙習慣の改善(禁煙)	30P
	休養週間の改善	20P
	その他の生活習慣の改善	20P
プロセス 評価	個別支援	支援1回あたり70P：支援1回あたり最低10分間以上
	グループ支援	支援1回あたり70P：支援1回あたり最低40分間以上
	電話支援	支援1回あたり30P：支援1回あたり最低5分間以上
	電子メール・チャット等支援	1往復あたり30P
	健診当日の初回面接	20P
	健診後1週間後以内の初回面接	10P
*情報通信技術を活用した面接を含む		
【出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）】		