

三戸町国民健康保険

第 3 期データヘルス計画

(三戸町国民健康保険保健事業実施計画)

第 4 期特定健診等実施計画

2 0 2 4 年度～2 0 2 9 年度
(令和 6 年度～令和 1 1 年度)

2 0 2 4 年 3 月

青森県三戸町

目 次

第 1 章 計画の基本的方針

1	計画の趣旨	1
2	計画の位置づけ	2
3	計画の期間	2
4	実施体制	3
5	関係者連携	3

第 2 章 現状の整理

1	人口・被保険者の状況	4
(1)	人口動態	4
(2)	被保険者の状況	5
2	地域資源の状況	8
(1)	住民との関わり	8
(2)	医療提供体制	8
3	前期計画等に係る考察	9
(1)	特定健診事業	10
(2)	特定保健指導事業	11
(3)	その他の保健事業	12

第 3 章 健康医療情報等の分析

(1)	平均寿命・標準化死亡比等	19
(2)	医療費の分析	24
(3)	特定健診・特定保健指導等の分析	31
(4)	レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	36
(5)	介護関係の分析	37

第 4 章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1	分析結果に基づく健康課題の抽出	40
2	健康課題を解決するための保健事業	40
3	健康課題を解決するための評価指標・目標値	41
4	保健事業の実施内容	42
(1)	特定健診事業・特定保健指導事業 (第 4 期特定健診等実施計画)	42
(2)	その他の保健事業	49

第 5 章 その他

1	計画の評価及び見直し	57
2	計画の公表及び周知	57
3	個人情報の取扱い	57
4	地域包括ケアに係る取組	57
5	その他の留意事項	57

第1章 計画の基本的方針

1 計画の趣旨

保険者は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、「高確法」という。）により、40歳～74歳を対象に特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導を実施するとともに特定健診等実施計画を定めることとされております。

また、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、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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ことが示されました。

さらに、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（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下「国保組合」といい、以下、両者を併せて「保険者」という。）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・改善等を行うこととされております。

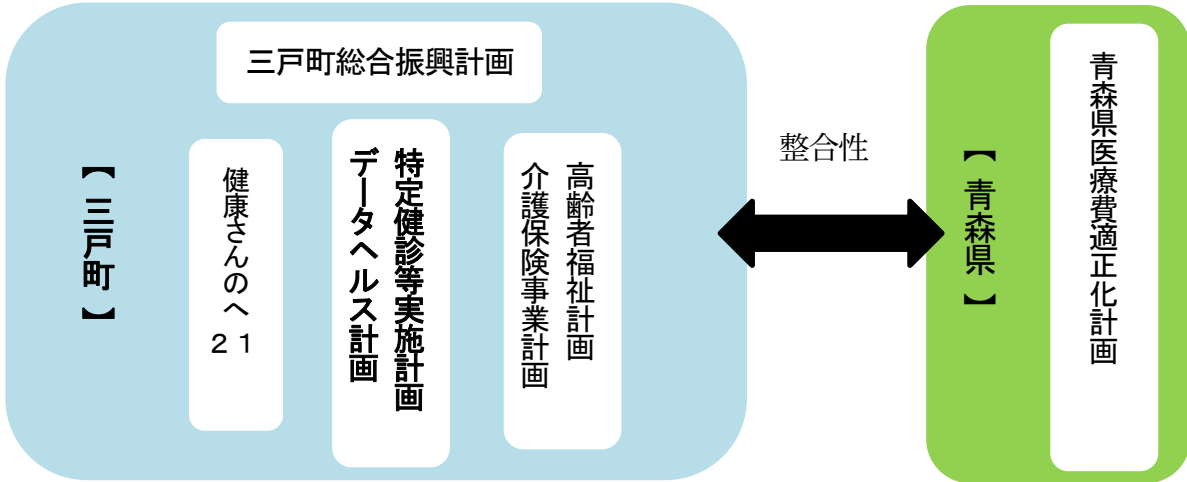
その方針等を踏まえ、三戸町では、これまで国指針に基づく「第2期データヘルス計画」及び高確法第19条の規定に基づく「第3期特定健診等実施計画」を策定し、計画に定める保険事業を推進してきています。

この度、令和5年度に「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健診等実施計画」が最終年度を迎えることから、過去の取組の成果・課題を踏まえ、被保険者の生活の質の維持・向上や健康寿命の延伸並びに医療費の適正化を目的として、両計画を一体的に策定します。

2 計画の位置づけ

本計画は、国民健康保険法第82条第4項の規定により厚生労働大臣が定める「国指針」に基づき策定する保健事業の実施計画です。

計画の策定にあたっては、「三戸町総合振興計画」、「健康さんのへ21（健康増進計画）」、「三戸町介護保険事業計画・高齢者福祉計画」、青森県の「青森県医療費適正化計画」等との整合性を図るものとします。



3 計画の期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
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	令和5年度	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
第4次三戸町総合振興計画		第5次三戸町総合振興計画									
第2期データヘルス計画 第3期特定健診等実施計画						第3期データヘルス計画 第4期特定健診等実施計画					
第2期健康さんのへ21 (健康増進計画)											
第7期 三戸町介護保険事業計画・ 高齢者福祉計画			第8期 三戸町介護保険事業計画・ 高齢者福祉計画			第9期 三戸町介護保険事業計画・ 高齢者福祉計画					

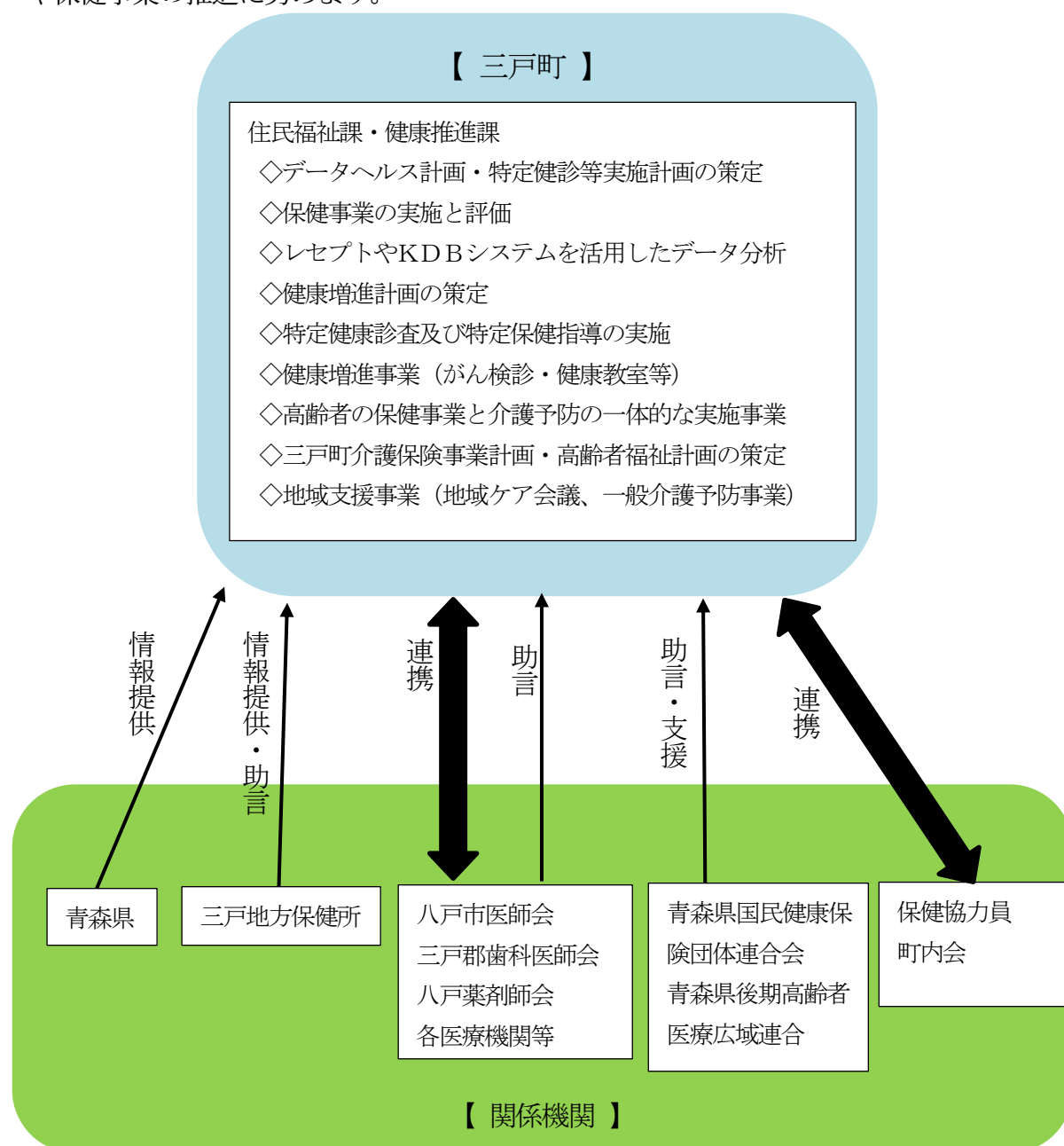
4 実施体制

住民福祉課と健康推進課が連携して、健康課題の分析や計画を策定します。保健事業の実施や評価等においても、住民福祉課と健康推進課が健康・医療情報を共有し、保健事業を展開します。

計画の実行性を高めるため、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会や三戸町健康づくり推進協議会で、助言を受け、PDCAサイクルでの計画見直しを図ります。

5 関係者連携

青森県、国民健康保険団体連合会、地域の医師会、歯科医師会等の保険医療関係者、後期高齢者医療広域連合や他の医療保険者等と健康課題を共有し、連携強化に努めるとともに健康・医療情報の共有や様々な研修会への参加、助言・協力などにより、計画の見直しや保健事業の推進に努めます。



第2章 現状の整理

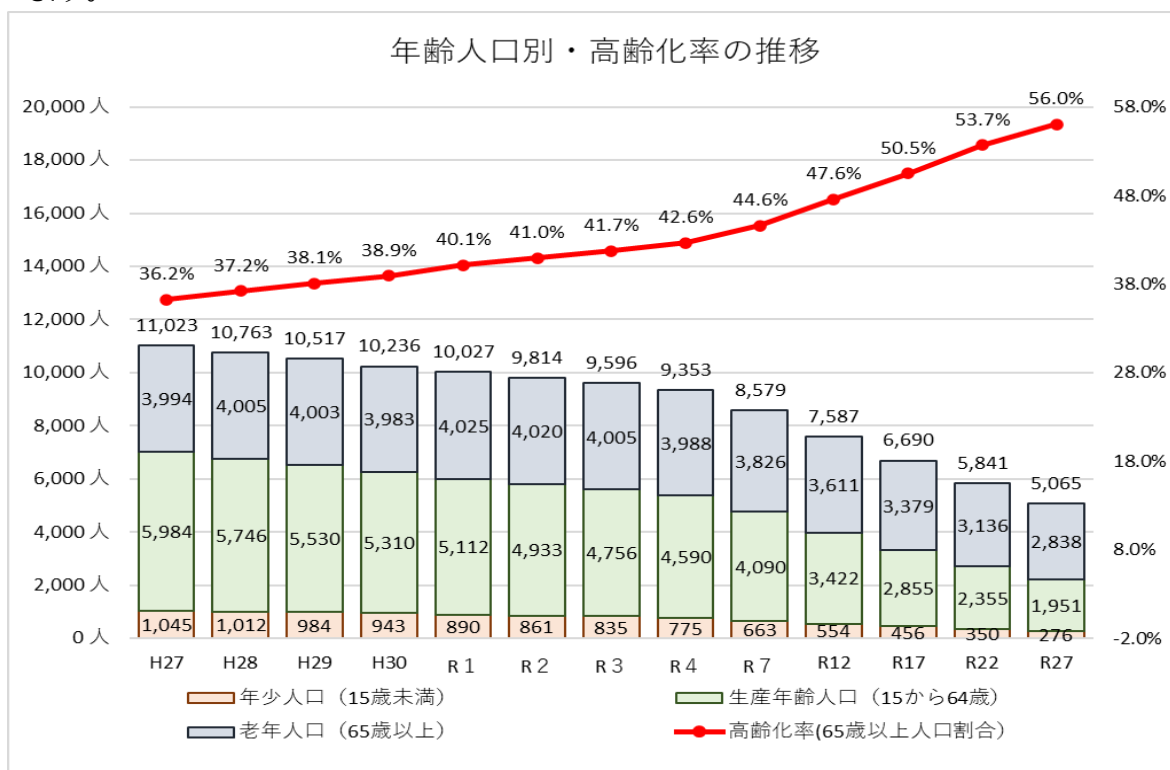
1 人口・被保険者の状況

(1) 人口動態

ア. 年齢人口別・高齢化率の推移

平成27年度に11,023人だった人口は、令和4年度には1,670人減の9,353人となっています。なお、高齢化率は36.2%から42.6%に増加しています。

今後も人口の減少傾向が継続するとともに少子高齢化による影響のため、令和27年度には高齢化率は56.0%まで達し、人口は5,065人まで減少することが予測されます。



出典：住民福祉課「住民記録年齢別人口集計表」、健康推進課推計

イ. 人口構成概要（令和4年度）

三戸町の国保加入率は27.7%と国の22.3%や県の22.7%より高くなっています。また、第1次産業（農林水産業）の割合が31.2%、第2次産業（製造業・建設業等）が19.1%、第3次産業（小売業・飲食業・医療業等）が49.7%となっております。青森県や国と比較すると第1次産業の従事者が多くなっています。

区分	人口総数	被保険者数	国保加入率	産業構成率		
				第1次	第2次	第3次
三戸町	9,021人	2,499人	27.7%	31.2%	19.1%	49.7%
青森県	1,218,222人	276,251人	22.7%	12.4%	20.4%	67.2%
同規模自治体	6,774人	1,780人	25.6%	17.0%	25.3%	57.7%
国	123,214,261人	27,488,882人	22.3%	4.0%	25.0%	71.0%

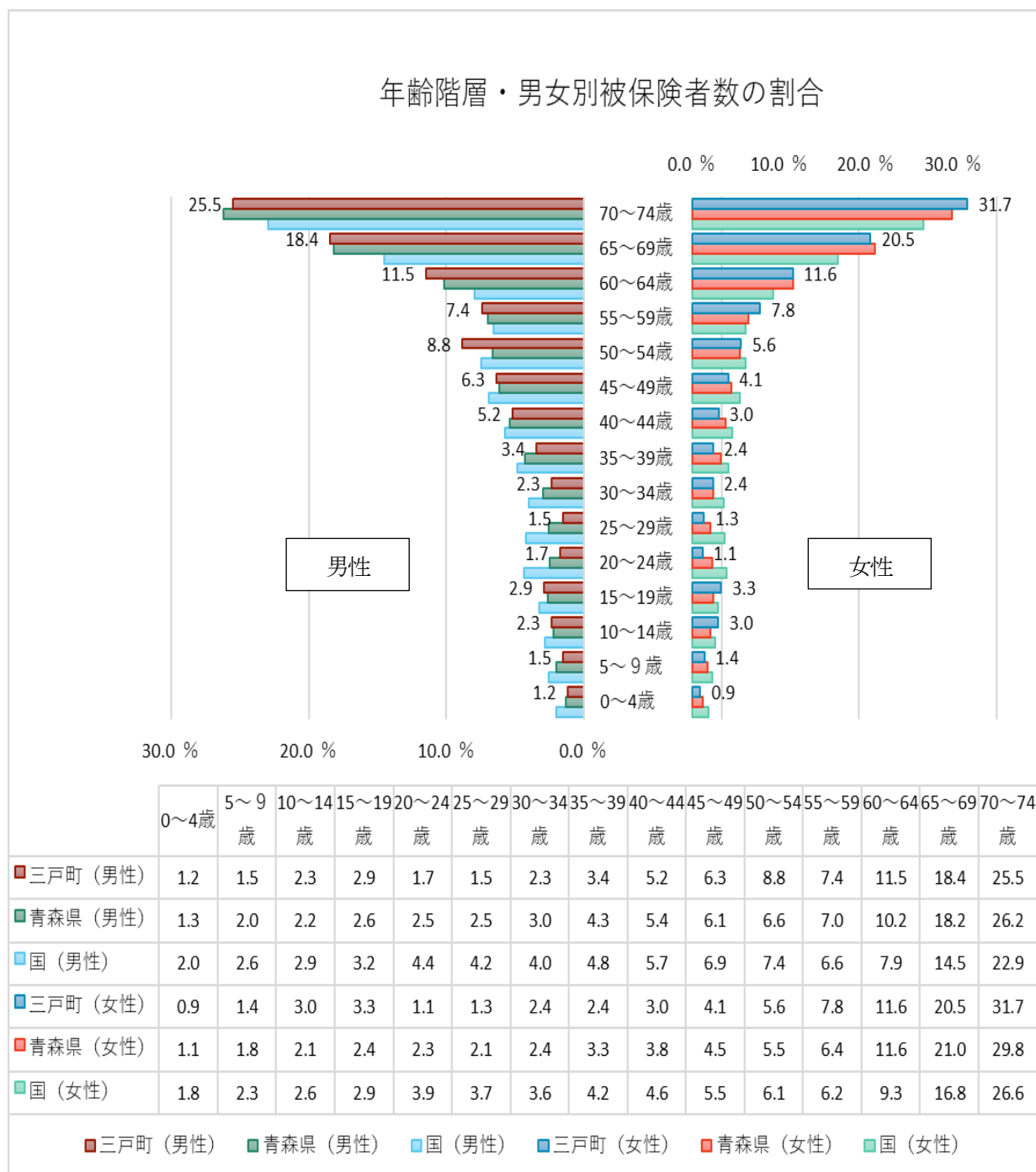
出典：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 被保険者の状況

ア. 年齢階層・男女別被保険者の割合（令和4年度）

三戸町の被保険者の男女比率はほぼ同等となっております。

年齢階層別で見ると男性は、前期高齢者である65～74歳が43.9%、生産年齢人口である15～64歳が51.0%、年少人口である0～14歳が5.0%を占めています。女性は、65～74歳が52.2%、15～64歳が42.6%、0～14歳が5.3%を占めています。



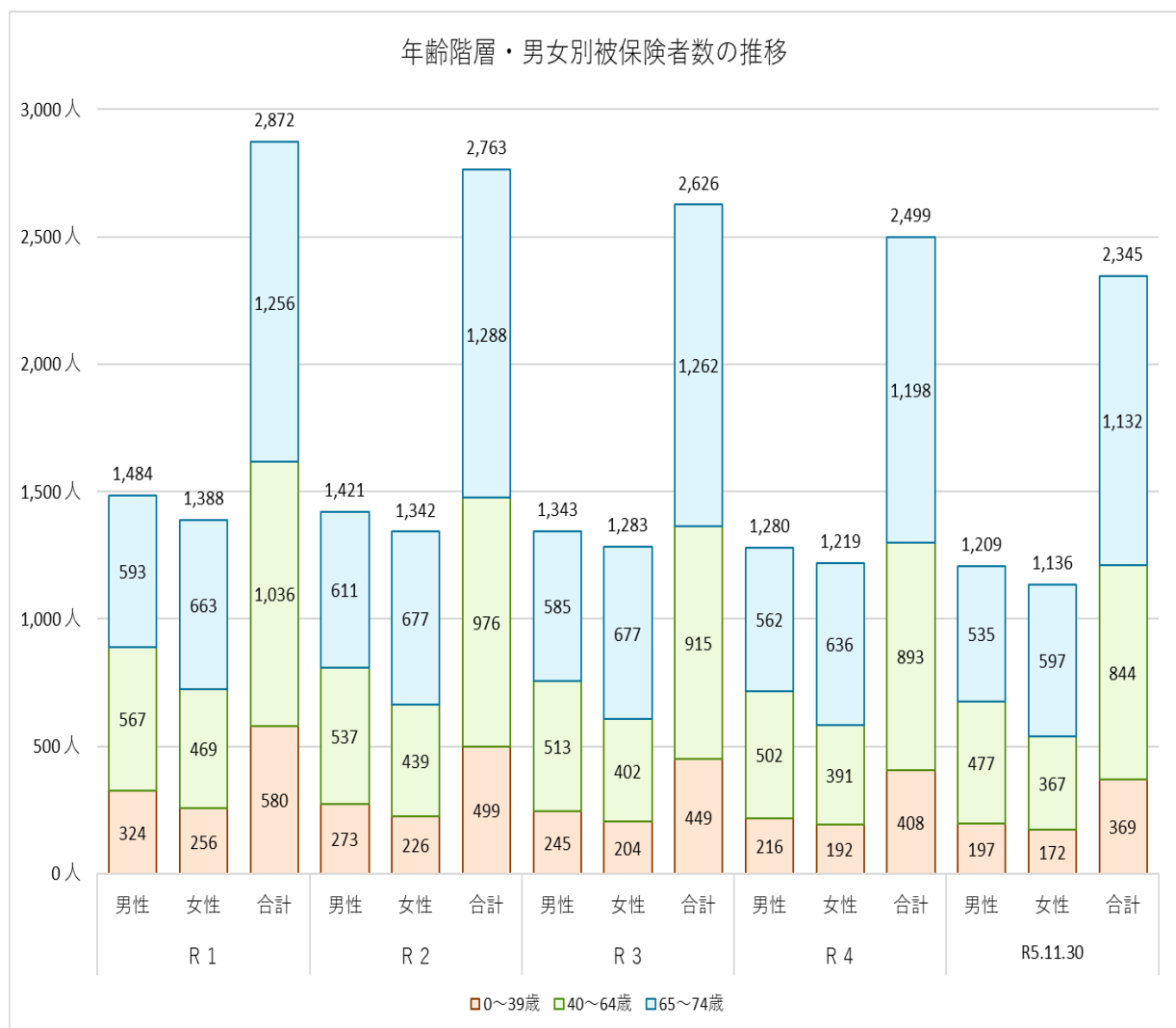
出典：KDB「被保険者の状況」

イ．年齢階層・男女別被保険者数の推移

被保険者数は、令和元年度から令和5年11月末時点で、男性は1,484人から275人減の1,209人、女性は1,388人から252人減の1,136人となっています。

なお、被保険者数は、どの階層も減少しておりますが、一番減少しているのは0～39歳の階層で、580人から211人減の369人となっております。

区分	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年 11月末時点
男性	1,484人	1,421人	1,343人	1,280人	1,209人
女性	1,388人	1,342人	1,283人	1,219人	1,136人
合計	2,872人	2,763人	2,626人	2,499人	2,345人



出典：KDB「被保険者の状況」

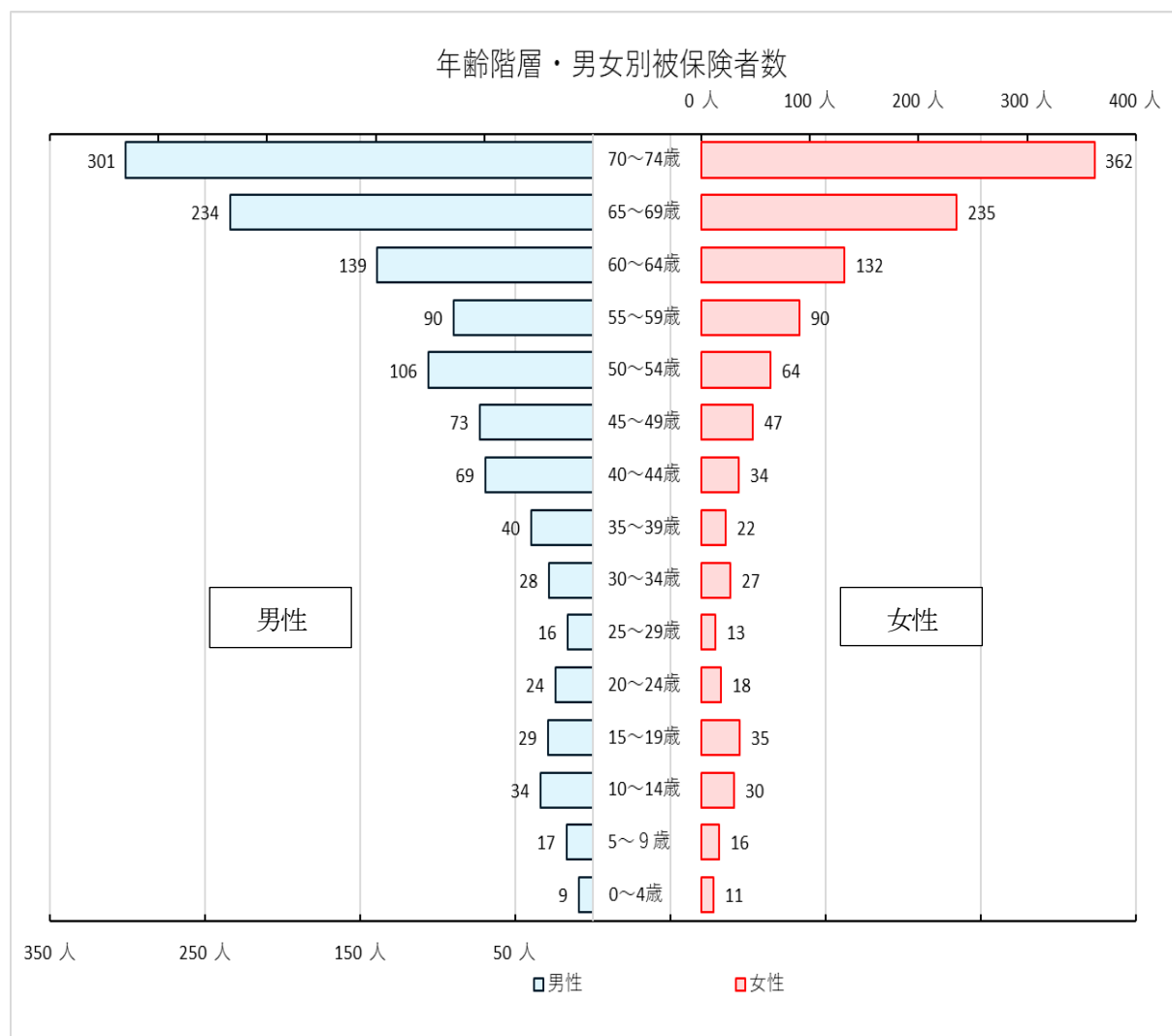
ウ. 令和5年11月末時点の被保険者の基本情報

令和5年11月末時点の三戸町の人口は、男性4,356人(48.2%)、女性は4,678人(51.8%)となっています。

そのうち被保険者は、男性1,209人(51.6%)、女性1,136人(48.4%)の合計2,345人となっています。

被保険者のうち、65～74歳の人口は、男性535人(47.3%)、女性597人(52.7%)の合計1,132人となっています。

区分	総数 (人)	割合 (%)	男性 (人)	割合 (%)	女性 (人)	割合 (%)
人口	9,034	100.0	4,356	48.2	4,678	51.8
被保険者数	2,345	100.0	1,209	51.6	1,136	48.4
うち65～74歳	1,132	100.0	535	47.3	597	52.7



出典：住民福祉課「国民健康保険 年齢別被保険者集計表」

2 地域資源の状況

(1) 住民との関わり（令和4年度）

ア. 保健協力員・町内会

令和4年度は、各町内会での健康教室（保健協力員の企画を含む）を23回実施しており、参加者数は健康教育251人、健康相談161人となっています。

イ. 各地区の住民、いきいきリーダー

平成26年度から「通いの場」の各地区の立ち上げ・運営支援・巡回支援を実施しています。令和4年度の「通いの場」の実施回数は866回、参加者実人数274人、延べ人数は5,116人となっています。また、「通いの場」での健康教育は134回915人が参加し、健康相談については、33回179人が参加しています。

ウ. つくしの会

令和4年度は、健康教室、保健推進員研修会及び子どもの健診等における減塩活動や郷土料理を広報さんのへに掲載するなど、食育を推進しています。

(2) 医療提供体制（病院数・診療所数・病床数・医師数）

医療提供体制の状況を被保険者千人当たりで青森県や国と比較した場合、三戸町の病院数は0.4で青森県や国を上回っています。

なお、診療所数・医師数においては、青森県や国と比較すると少なくなっており、受診にくい状況にあります。

令和4年度 医療提供体制の状況（千人当たり）

区分	三戸町	青森県	同規模自治体	国
病院数	0.4	0.3	0.4	0.3
診療所数	0.8	3.1	2.7	3.7
病床数	38.4	61.5	37.4	54.8
医師数	3.6	10.0	4.2	12.4
外来患者数	624.6	724.7	692.2	687.8
入院患者数	21.2	17.8	22.7	17.7

出典：KDB「地域の全体像の把握」

3 前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画・第3期特定健診等計画の目標評価・考察

○計画期間

平成30年度から令和5年度までの6か年計画

○目的

「健康寿命の延伸」を目標に一人ひとりが健康に関心を持って、自ら良い生活習慣を実践し、生活習慣病の発生と重症化の予防に取り組むことができる。

○目標

- ・糖尿病を重要健康課題に位置づけ、予防対策の強化による、糖尿病の発症や重症化の予防に取り組む。
- ・特定健診、がん検診及び特定保健指導の実施体制の整備や対象者への直接的なアプローチにより、受診率や利用率（特定保健指導終了者の割合を含む。）を向上させるとともに特定保健指導終了者の次年度以降における検査値の改善を図る。
- ・健康づくりへの意識向上を目的とした積極的なアプローチと普及啓発に取り組む。
- ・健康づくりへの継続的な実践を支援するための取組（「健康づくりチャレンジ事業」「地域づくりによる介護予防活動支援事業」など）を推進する。

○評価の基準

- | |
|---|
| A：達成している（改善している）
B：現状維持
C：達成していない
D：評価できない |
|---|

(1) 特定健診事業

目標・評価指標	ストラクチャー
	・対象者見込みに応じた事業予算の確保 ・集団健診（1 か所以上の実施機関）、個別健診（2 か所以上の実施機関）、人間ドック（2 か所以上の実施機関）及び電話による受診勧奨（コール・リコール）の業務委託
	プロセス
	・事業実施スケジュールの適正管理 ・評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施 ・商工会等との連携
	アウトプット
	①電話による受診勧奨に対する受診者数の割合 10%以上（受診者数 50 人／受診勧奨対象者数 500 人） ※令和 2 年度から AI を活用した受診率向上事業に変更（リガキによる受診勧奨） ②郵送による受診勧奨（5,000 通以上）
	アウトカム
	③特定健診受診率 平成 30 年度：35% >平成 31 年度：40% >平成 32 年度：45% >平成 33 年度：50% >平成 34 年度：55% >平成 35 年度：60% ④生活習慣病の早期発見及び重症化予防による医療費の減少 ⑤健診有所見者の割合の減少

【実績】

項目	区分		H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①電話による受診勧奨に対する受診者数の割合（%） ※令和 2 年度から AI を活用した受診率向上事業に変更	目標	H28 策定時	10%以上						A
	実績		8.5	13.2	13.4	18.0	16.4	—	
②郵送による受診勧奨（通）	目標		5,000 通以上						A
	実績	5,443	6,851	7,785	7,118	7,128	6,956	6,868	
③特定健診受診率（%）	目標		35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	C
	実績	29.7	31.6	32.2	30.9	35.1	34.6	—	
④生活習慣病の早期発見及び重症化予防による医療費の減少（千円）	目標		1 人当たり医療費の減少						C
	実績	344	321	316	335	378	—	—	
⑤健診有所見者の割合（%）	目標		減少						C
	実績	53.6	49.3	49.8	57.6	57.3	55.0	—	

出典：青森県国民健康保険団体連合会「国民健康保険図鑑」三戸町健康推進課「業務概要」

KDB「データヘルス計画の指標に係る抽出ツール」（以下「抽出ツール」という。）

【考察】令和 4 年度の特定健診受診率は、34.6%で、平成 28 年度と比較すると、人工知能を活用した受診勧奨や健康ポイント事業の実施により改善していますが、目標値には達していません。未受診者へのアプローチやインセンティブについて、検討する必要があります。

(2) 特定保健指導事業

目標・評価指標	ストラクチャー
	・対象者見込みに応じた事業予算の確保 ・特定保健指導（積極的支援）の業務委託
	プロセス
	・事業実施スケジュールの適正管理 ・評価指標の設定及び達成状況を踏まえた事業評価の実施
	アウトプット
	①電話による利用勧奨に対する利用者数の割合 50%以上（利用者数 25 人／利用勧奨対象者数 50 人） ②郵送による利用勧奨（100 通以上）
	アウトカム
	③特定保健指導実施率 平成 30 年度：60% > 平成 31 年度：65% > 平成 32 年度：70% > 平成 33 年度：75% > 平成 34 年度：80% > 平成 35 年度：85% ④特定保健指導終了者数の割合の増加 ⑤当該年度の特定保健指導対象者が次年度も対象となる割合の減少

【実績】

項目	区分	H28 策定時	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①電話による利用勧奨に対する利用者数の割合 (%)	目標		50%以上						D
	実績		—	—	—	—	—	—	
②郵送による受診勧奨 (通)	目標		100 通以上 ※対象者全員に受診勧奨していることから評価は「A」とした。(対象者が100 人を下回ったもの。)						A
	実績		76	70	73	74	82	—	
③特定保健指導実施率 (%)	目標		60.0	65.0	70.0	75.0	80.0	85.0	C
	実績	71.0	66.3	42.3	39.7	37.8	31.6	—	
④特定保健指導終了者数の割合 (%)	目標		増加						A
	実績	124.6	86.9	90.9	96.7	90.3	100.0	—	
⑤当該年度の特定保健指導対象者が次年度も対象となる割合 (%)	目標		減少						A
	実績	41.1	38.7	48.4	37.5	26.3	—	—	

出典：青森県国民健康保険団体連合会「国民健康保険図鑑」、KDB「抽出ツール」

三戸町健康推進課「業務概要」、三戸町健康推進課データ（健康管理システムから抽出）

【考察】令和 4 年度の特定保健指導実施率は、31.6%で、平成 28 年度と比較すると低下しており、目標値にも達していません。一方で、利用者数に対する終了者数の割合は、100%を達成していることから、利用者数を増やすための方策が必要です。

(3) その他の保健事業

事業名 (担当課)	医療費適正化事業 (住民福祉課・健康推進課)							
目的及び概要	【被保険者の健康及び医療に対する認識の向上】 ・年6回全受診世帯へ通知する。 ・国保連から提供される重複多受診者一覧表から対象者を選定し、個別の保健指導を実施する。							
対象者	全受診世帯及び重複多受診者							
指標及び目標	アウトプット	①全受診世帯に通知（年6回、2か月ごと） ②重複多受診者を対象に保健指導を実施（随時）						
	アウトカム	③一人当たり受診件数の減少						

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①全受診世帯に通知	目標	策定時	年6回、2か月ごと						A
	実績	年6回	実施	実施	実施	実施	実施	—	
②重複多受診者を対象に保健指導を実施	目標		随時						A
	実績	0	0	0	0	0	0	—	
③一人当たり受診件数	目標		減少						C
	実績	14.6	15.4	15.7	15.1	15.5	15.7	—	

出典：三戸町住民福祉課データ

【考察】医療費通知を年6回適切に行っています。令和4年度の一人あたりの受診件数は、平成28年度の14.6件から1.1件増加し15.7件となっています。

事業名 (担当課)	後発医薬品推進事業 (住民福祉課)							
目的及び概要	【ジェネリック医薬品の普及による医療費の節減】 ・年2回、対象者へ通知する。 ・医療機関や調剤薬局への働きかけ							
対象者	全対象者							
指標及び目標	アウトプット	①全対象者に通知（年2回） ②医療機関や調剤薬局への働きかけ						
	アウトカム	③数量シェア:年間平均70%台（前年度比での向上）						

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①全対象者に通知	目標	策定時	年2回						A
	実績	年2回	実施	実施	実施	実施	実施	—	
②医療機関や調剤薬局への働きかけ	目標		後発医薬品利用の働きかけ						D
	実績		—	—	—	—	—	—	
③後発医薬品数量シェア(%)	目標		70%台						A
	実績		83.4	87.1	88.3	89.0	89.3	—	

出典：青森県国民健康保険団体連合会「国民健康保険図鑑」、住民福祉課データ

【考察】後発医薬品の差額通知を年2回実施しています。後発医薬品の数量シェアは着実に上昇しており、令和4年度は89.3%で目標値の70%台を超えています。

事業名 (担当課)	がん検診事業 (健康推進課)	
目的及び概要	【がんの早期発見及び早期治療】 ・特定健診と併せた集団健診を年12回（うち休日健診1回）実施する。 ・乳がん検診、子宮がん検診を年4回実施する。 ・個別健診を実施することで、通年で健診が受けられるよう体制を確保する。	
対象者	40歳以上（前立腺がんは50歳以上、子宮頸がんは20歳以上）	
指標及び目標	アウトプット	受診率：①胃がん検診:20% ②大腸がん検診:25% ③肺がん検診:30% ④子宮頸がん検診:20% ⑤乳がん検診:20%
	アウトカム	⑥がん死亡率の低下

【実績】

項目	区分	H28 策定時	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①胃がん 検診 (%)	目標		受診率 20%						C
	実績	6.4	6.9	6.5	6.0	6.4	6.4	—	
②大腸がん 検診 (%)	目標		受診率 25%						C
	実績	11.7	13.8	13.7	12.2	14.2	14.7	—	
③肺がん 検診 (%)	目標		受診率 30%						C
	実績	13.9	14.6	14.9	13.2	14.7	14.9	—	
④子宮頸 がん検診 (%)	目標		受診率 20%						C
	実績	11.7	13.1	12.3	12.6	12.5	12.1	—	
⑤乳がん 検診 (%)	目標		受診率 20%						C
	実績	12.6	13.3	12.8	12.7	13.4	13.6	—	
⑥がん 死亡率	目標		低下						A
	実績	403.1	344.7	495.2	369.5	338.7	378.7	—	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】がん検診の受診率は、平成28年度と比較すると、いずれも改善又は維持していますが、目標値には、達していません。未受診者へのアプローチやインセンティブについて、検討する必要があります。

事業名 (担当課)	人間ドック・脳ドック事業 (健康推進課)	
目的及び概要	【疾病の早期発見及び早期治療並びに健康管理の意識向上】 ・業務委託契約により通年で受けられる体制を確保する。	
対象者	40歳以上の全町民	
指標及び目標	アウトプット	①実施人数：300人
	アウトカム	②がん死亡率の低下

【実績】

項目	区分	H28 策定時	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①実施人数	目標		300人						A
	実績	371	338	326	281	322	326	—	
②がん 死亡率	目標		低下						A
	実績	403.1	344.7	495.2	369.5	338.7	378.7	—	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】実施人数及びがん死亡率ともに目標値を達成しています。

事業名 (担当課)	歯周病検診事業 (健康推進課)	
目的及び概要	【歯周疾患の予防と早期発見を推進し、高齢期においても健康で快適な生活が送れるよう支援する。】 ・町内の歯科医院との業務委託契約により実施する。 ・対象者に対し、無料受診券を送付する。	
対象者	40歳、50歳、60歳及び70歳の町民	
指標及び目標	アウトプット	①受診率：10%以上（63人以上／対象者624人）
	アウトカム	健診質問調査（町独自） ②「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」の割合：17%以下 ③「お茶や汁物等でむせることがある」の割合：10%以下 ④「口の渇きが気になる人」の割合：10%以下

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①歯周病検診	目標	策定時	受診率 10%以上						D
	実績		—	—	—	—	—	—	
②固いものが食べにくくなった（%）	目標		割合 17%以下						C
	実績		35.4	29.4	30.6	26.1	18.5	—	
③お茶や汁物等でむせることがある（%）	目標		割合 10%以下						A
	実績		21.0	18.3	16.4	14.0	9.9	—	
④口の渇きが気になる人（%）	目標		割合 10%以下						C
	実績		22.7	17.7	—	—	19.0	—	

出典：健康推進課「保健活動実績」、「介護予防・日常生活ニーズ調査」

【考察】実施方法や内容等について歯科医療機関と協議し、令和6年度から歯周疾患検診を開始します。

事業名 (担当課)	コール・リコール事業 → 人工知能を活用した特定健診受診率向上事業 ※R2～ (健康推進課)	
目的及び概要	【特定健診及び各種がん検診の受診率向上】 ・電話による個別受診勧奨を実施する。（業務委託契約により実施） ⇒令和2年度から人工知能を活用した特定健診受診率向上事業を実施 ・受診率の低い世代に対象を絞り実施する。	
対象者	被保険者者（40～59歳）で、受診申込みがない人	
指標及び目標	アウトプット	①実施人数：500人
	アウトカム	②実施人数中30%以上（150人以上）の受診

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①実施人数	目標	策定時	500人						A
	実績		483	462	1,601	1,675	1,602	—	
	受診者		41	61	216	301	263	—	
②受診率	目標		30%以上の受診						C
	実績		8.5%	13.2	13.4	18.0	16.4	—	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】令和2年度からAIを活用した受診勧奨を実施しており、実施効果が認められることから、今後も事業を継続します。

事業名 (担当課)	健康づくりチャレンジ事業 (健康街結果)							
目的及び概要	【町民自らが参加し、健康管理への意識向上や健康づくりへの継続的な実践を習慣づけることで、生活習慣病を予防し、町民の健康増進を図る。】 ・取り組みやすい身体運動として、「ウォーキング」を推奨するため、「てくてく歩こうさんのへウォーキング」を実施する。(参加者を募り、4か月間の歩数と足指力の測定を行う。) ・クアオルト体験の開催(ウォーキングの普及啓発) ・ウォーキングに取り組みやすい環境を整備する。 ・町商工会等と連携し、健康なまちづくりに取り組む。(サンカードポイントを活用した健康づくりポイントの付与など)							
対象者	全町民							
指標及び目標	アウトプット	①てくてく歩こうさんのへウォーキング参加者数：50人以上 ②ウォーキングマップの作成 ③ウォーキングコースの整備 ④健康づくりポイントの付与						
	アウトカム	健康質問調査での ⑤「生活習慣改善意欲なし」 ⑥「1回30分以上の運動習慣なし」 ⑦「1日1時間以上運動なし」の割合の減少						

【実績】

項目	区分	H28 策定時	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①てくてく歩こうウォーキング参加者	目標		50人						C
	実績	25	51	56	26	中止	25	18	
②ウォーキングマップの作成	目標		作成						A
	実績		作成済	作成済	作成済	作成済	作成済	作成済	
③ウォーキングコース	目標		整備						A
	実績		整備済	整備済	整備済	整備済	整備済	整備済	
④健康づくりポイント	目標		付与						A
	実績		実施	実施	実施	中止	実施	実施	
⑤生活習慣改善意欲なし(%)	目標		割合の減少						A
	実績	47.4	62.4	44.9	45.3	43.2	46.3	—	
⑥1回30分以上の運動習慣なし(%)	目標		割合の減少						A
	実績	72.3	71.3	73.0	75.1	74.6	71.3	—	
⑦1回1時間以上の運動習慣なし(%)	目標		割合の減少						A
	実績	54.7	46.5	54.8	56.8	52.8	50.9	—	

出典：健康推進課「業務概要」

KDB「地域の全体像の把握」

【考察】てくてく歩こうウォーキング参加者は、新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあり、令和2年度から目標値に達していません。

事業名 (担当課)	健康教室事業 (健康推進課)							
目的及び概要	【町民の健康保持・増進を図り、健康寿命の延伸をめざす。】 ・保健協力員企画により、地区組織（町内会等）との連携により開催する。 ・民間団体（まちの楽校等）との共催 ・食生活改善推進員と連携して取り組む。 ・食事バランスガイドの普及及び啓発							
対象者	全町民							
指標及び目標	アウトプット	①全24地区での開催 ②民間団体との共催：年3回						
	アウトカム	③健診有所見者の割合の減少						

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①全24地区での開催	目標	策定時	全24地区での開催						B
	実績	24地区	24地区	24地区	23地区	22地区	23地区	—	
②民間団体との共催	目標		年3回						D
	実績	6回	7回	6回	中止	中止	中止	—	
③健診有所見者の割合(%)	目標		減少						B
	実績	53.6	49.3	49.8	57.6	57.3	55.0	—	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】令和元年度まで全24地区で健康教室を開催していましたが、令和2年度から新型コロナウイルス感染拡大により一部町内会及び民間団体との共催は中止しています。健診有所見者の割合は、平成28年度と同水準となっています。

事業名 (担当課)	健康相談事業 (健康推進課)							
目的及び概要	【町民の健康保持・増進を図り、健康寿命の延伸をめざす。】 ・地区健康教室と同時開催する。 ・健康イベントの開催（保健センターにおいて、血管年齢及び骨密度検査などを実施し、その結果に応じて保健師及び栄養士が健康相談を行う。							
対象者	全町民							
指標及び目標	アウトプット	①全24地区での開催 ②健康増進イベントの開催：年2回						
	アウトカム	③健診有所見者の割合の減少						

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①全24地区での開催	目標	策定時	全24地区で開催						B
	実績	24地区	24地区	24地区	23地区	22地区	23地区	—	
②健康増進イベント	目標		年2回開催						C
	実績		3回	4回	1回	2回	1回	—	
③健診有所見者の割合(%)	目標		減少						B
	実績	53.6	49.3	49.8	57.6	57.3	55.0	—	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】令和元年度まで全24地区で健康相談を開催していましたが、令和2年度から一部町内会では中止しています。健康教室や健康増進イベントなど同時開催しています。健診有所見者の割合は、平成28年度と同水準となっています。

事業名 (担当課)	糖尿病予防教室事業 → 血糖コントロール教室事業 ※R5年度～ (健康推進課)								
目的及び 概 要	【糖尿病の発症予防】 ・特定健診及び人間ドック受診者のうち、対象者と判定された者に通知し、教室への参加を促す。 ・食生活及び運動による生活習慣の改善を支援する。 (各種測定、医師講話、管理栄養士及び保健師による健康教育、運動の実践、健康相談、保健指導など)								
対 象 者	特定健診及び人間ドックの受診者のうち、40～74 歳で空腹時血糖値が 100～125 mg/dl または、ヘモグロビン A1c が 5.6～6.4%の者。								
指標及び 目 標	アウトプット	①年3回開催							
	アウトカム	②糖尿病標準化死亡比の低下 ③糖尿病有病者の抑制 ④健診有所見者（血糖値）の割合の減少							

【実績】

項目	区分		H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①糖尿病予 防教室	目標		策定時	年 3 回						A
	実績			3 回	3 回	5 回	4 回	5 回	－	
②糖尿病標 準化死亡 比	目標			低下						B
	実績	男	225.9	206.4	206.4	254.0	228.6	－	－	
		女	214.3	297.6	248.0	195.5	122.2	－	－	A
③糖尿病有 病者数	目標			160 人に抑制						A
	実績		107	107	122	110	153	153	－	
④健診有所 見者（血 糖値）の 割合（％）	目標			減少						C
	実績		0.7	0.3	0.4	1.4	1.1	0.9	－	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】令和3年度の糖尿病標準化死亡比は、男性が228.6で、平成28年度と同水準となっています。一方で、女性は、122.2で、改善しています。

事業名 (担当課)	元気あつま教室事業 (健康推進課)								
目的及び 概 要	【高齢者の介護予防の推進】 ・運動器、認知機能、栄養改善、口腔、権利擁護の内容から選定し実施する。 ・栄養改善は、食生活改善推進員（つくしの会）による伝達講習を併催する。								
対 象 者	通いの場を設置していない老人クラブ（4団体）								
指標及び 目 標	アウトプット	①実施回数：15回以上							
	アウトカム	②教室参加者における要介護認定率5%以下							

【実績】

項目	区分		H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①実施回数	目標		策定時	年 15 回以上						D
	実績		21 回	16 回	7 回	3 回	2 回	廃止	廃止	
②教室参加 者における 要介護認定 率5%以下	目標			5%以下						D
	実績			達成	達成	達成	達成	廃止	廃止	

出典：健康推進課「業務概要」

【考察】通いの場の普及に伴い令和3年度で事業を廃止しています。

事業名 (担当課)	地域づくりによる介護予防活動支援事業 (いきいき百歳体操による「通いの場」づくり) (健康推進課)							
目的及び概要	【住民主体の介護予防活動を充実させ、高齢者の健康づくり及び介護予防が図られる地域づくりを進める。】 ・新規地区の立ち上げ及び運営を支援する。 ・2～5年目の「通いの場」の活動支援を継続し、理学療法士等による運動指導、元気あつぷ教室、ゲートキーパー養成研修等を組み入れる。 ・2年目地区に「かみかみ百歳体操」を導入するため、歯科衛生士による実技指導を、3年目地区に「しゃきしゃき百歳体操」を導入するため、認知症地域支援推進員や保健師による健康教育等を実施する。							
対象者	「通いの場」継続19地区							
指標及び目標	アウトプット	①いきいきリーダー養成講座 (1回) ②継続19地区に対する専門職による活動支援 (保健師1回/月・リハビリ職1回/年) ③いきいき百歳体操交流会・研修会 (1回/年) ④いきいきリーダー連絡会 (1回/年)						
	アウトカム	⑤「通いの場」20地区 ⑥要介護認定者数の減少及び要介護認定率の低下						

【実績】

項目	区分	H28	H30	R1	R2	R3	R4	R5	評価
①いきいきリーダー養成講座	目標	策定時	1回						A
	実績	2回	1回	1回	1回	2回	2回	—	
②継続地区への専門職による活動支援	目標		保健師:月1回、リハビリ職:年1回						A
	実績	実施	実施	実施	実施	実施	実施	—	
③いきいき百歳体操交流会・研修会	目標		年1回						A
	実績	実施	実施	実施	実施	実施	実施	—	
④いきいきリーダー連絡会	目標		年1回						A
	実績	実施	実施	実施	実施	実施	実施	—	
⑤通いの場	目標		20地区						A
	実績	14	21	22	22	22	22	23	
⑥要介護認定者数	目標		減少						A
	実績	808	726	758	782	768	744	—	
要介護認定率	目標		低下						A
	実績	20.0	17.9	18.7	19.4	19.2	18.9	—	

出典：健康推進課「業務概要」

KDB「抽出ツール」

【考察】令和4年度の通いの場の活動支援は174回実施しています。なお、通いの場には、保健師延べ185人、管理栄養士延べ5人、理学療法士延べ15人、作業療法士延べ4人が関わり、運動指導は19回実施し、参加者は延べ5,116人となっております。

平成28年度より要介護認定者数は減少し、要介護認定率は低下しており改善しています。

第3章 健康医療情報等の分析

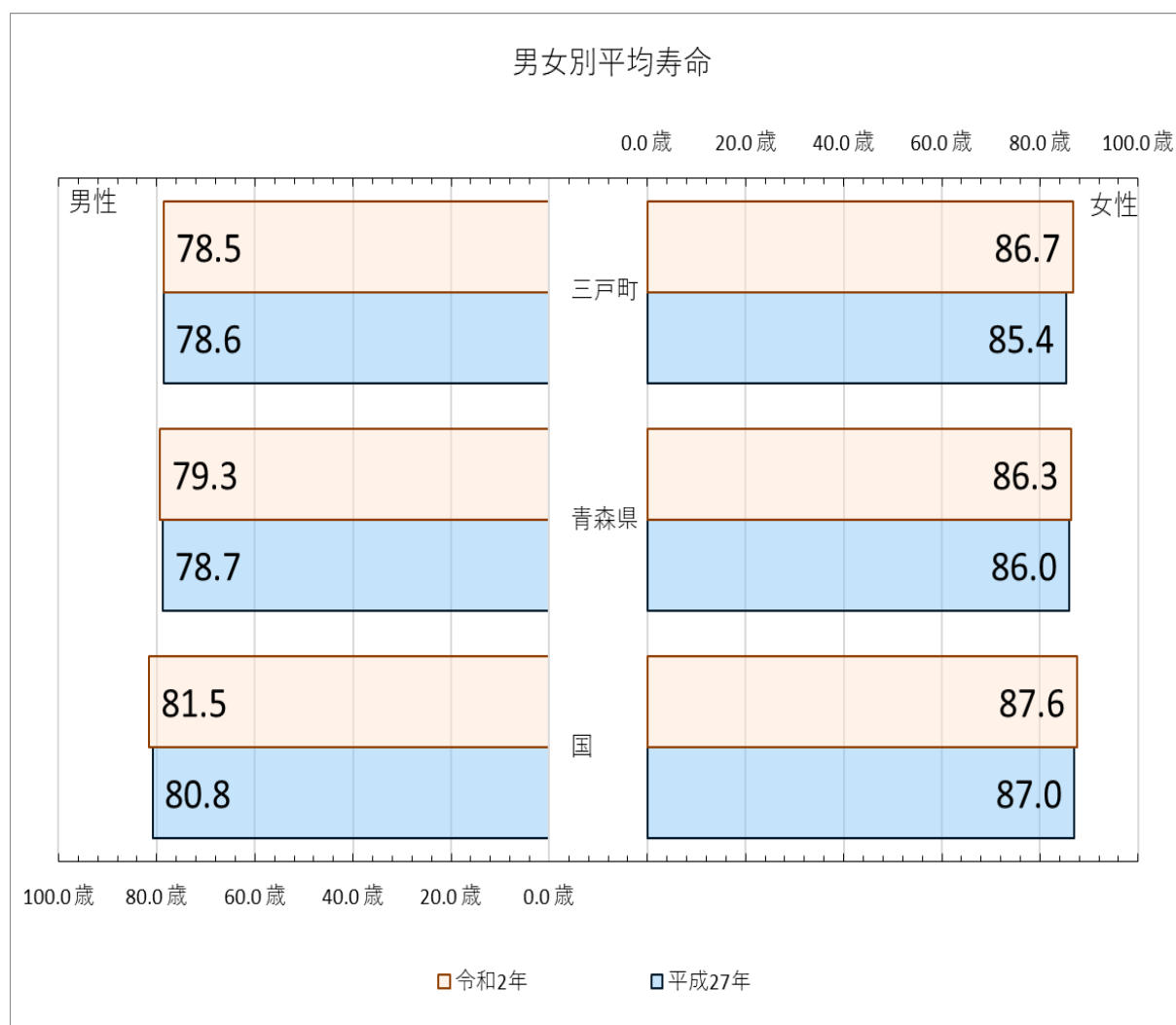
(1) 平均寿命・標準化死亡比等

ア. 平均寿命

令和2年の男性の平均寿命は、78.5歳で、青森県79.3歳、国81.5歳よりも短命となっております。平成27年と比較すると0.1歳短命となっております。

令和2年の女性の平均寿命は、86.7歳で、国87.6歳よりも0.9歳短命となっておりますが、青森県86.3歳より0.4歳長寿となっております。平成27年と比較すると1.3歳長寿となっております。

区分	性別	三戸町	青森県	国
令和2年市町村別生命表 (歳)	男性	78.5	79.3	81.5
	女性	86.7	86.3	87.6
平成27年市町村別生命表 (歳)	男性	78.6	78.7	80.8
	女性	85.4	86.0	87.0

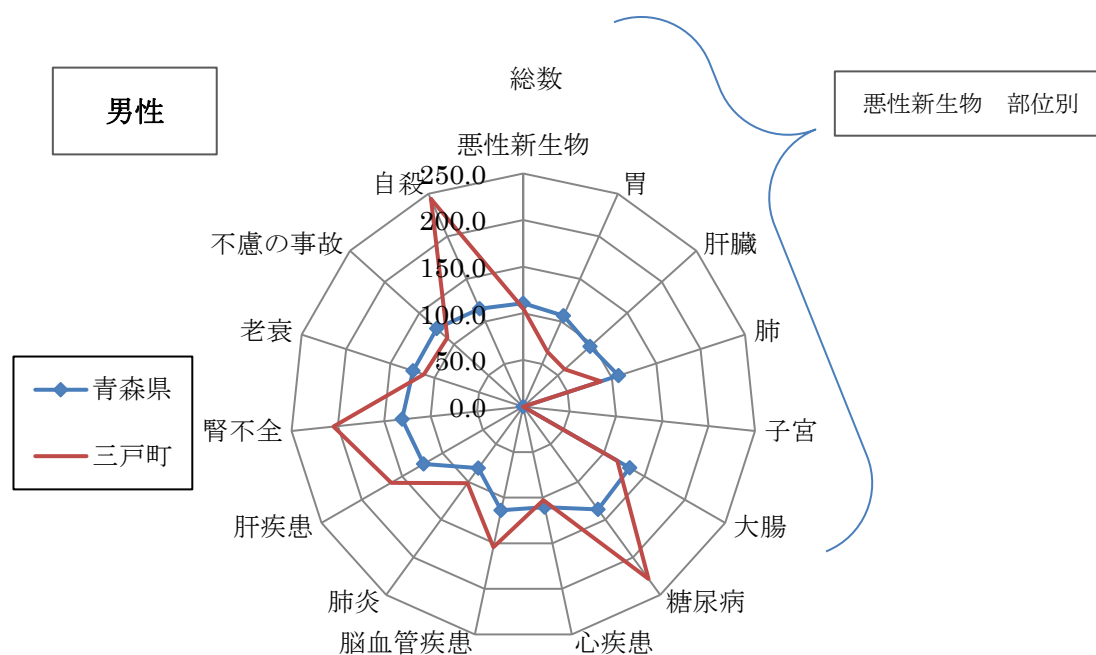


出典：厚生労働省「市町村別生命表」

イ. 標準化死亡比（※１）

平成２９年から令和３年の標準化死亡比は、男性は１２４．１で青森県１１１．１を上回り死亡率が高くなっています。男性の標準化死亡比は高い順に、自殺（２４３．７）、糖尿病（２２８．６）、腎不全（２０４．８）、肝疾患（１６３．６）、脳血管疾患（１５４．３）となっています。

※１『標準化死亡比』とは、地域の年齢構成による死亡数の差を解消し、地域別及び死因別に全国水準と比較したものです。標準化死亡比が、１００を上回ると全国水準よりも死亡率が高く、１００を下回ると全国水準よりも死亡率が低くなります。



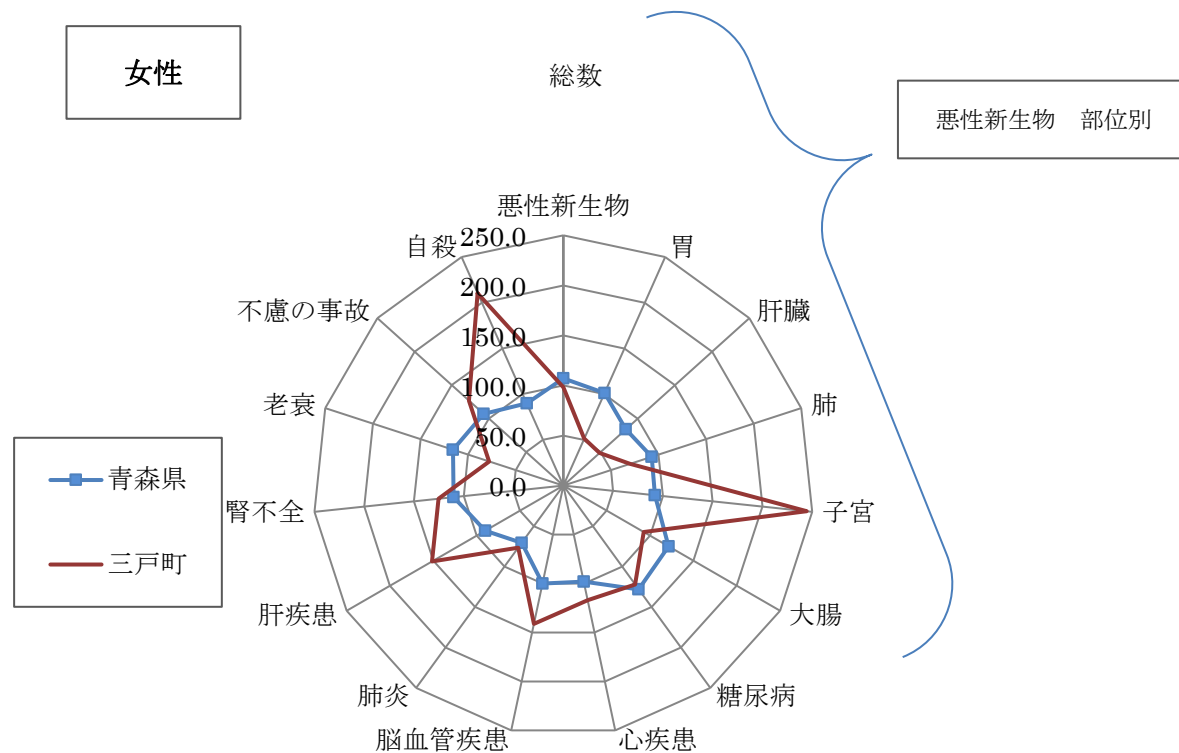
区分	悪性新生物					
	総数	胃	肝臓	肺	子宮	大腸
青森県	110.8	106.5	96.3	107.6		131.8
三戸町	105.3	64.2	59.6	87.6		116.3

区分	糖尿病	心疾患（※2）	脳血管疾患	肺炎	肝疾患
青森県	136.4	110.3	113.8	81.8	123.3
三戸町	228.6	102.8	154.3	101.7	163.6

区分	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	合計
青森県	130.8	124.4	124.8	114.7	111.1
三戸町	204.8	112.2	109.9	243.7	124.1

※2 心疾患は、高血圧を除く

女性の標準化死亡比は、110.5で青森県の103.4を上回り死亡率が高くなっています。女性の標準化死亡比は高い順に、子宮がん（244.5）、自殺（210.3）、肝疾患（151.5）、脳血管疾患（141.2）、不慮の事故（126.9）となっています。



区分	悪性新生物					
	総数	胃	肝臓	肺	子宮	大腸
青森県	107.1	101.3	84.0	92.7	92.0	121.4
三戸町	98.1	51.3	48.6	70.0	244.5	92.8

区分	糖尿病	心疾患 (※)	脳血管疾患	肺炎	肝疾患
青森県	128.2	98.2	100.1	70.9	90.0
三戸町	122.2	117.0	141.2	76.6	151.5

区分	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	合計
青森県	110.1	115.9	107.2	89.9	103.4
三戸町	125.4	77.8	126.9	210.3	110.5

※2 心疾患は、高血圧を除く

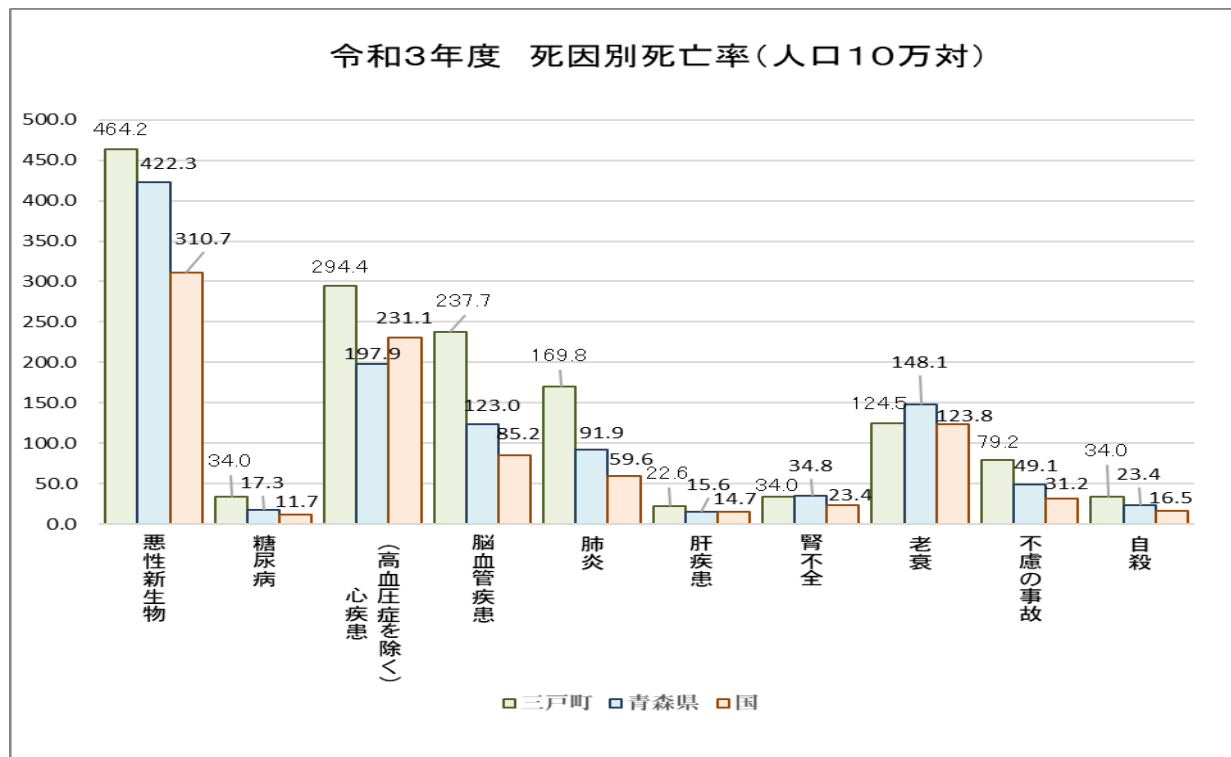
出典：青森県「青森県保健統計年報」

ウ. 死因別死亡者数・死亡率

令和３年度の死因別死亡者が多い順に、「悪性新生物」４１人、「心疾患（高血圧性を除く）」２６人、「脳血管疾患」２１人、「肺炎」１５人となっています。

また、死因別死亡率も「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」「肺炎」の順で高くなっています。なお、腎不全と老衰以外は青森県または国より割合が高くなっています。

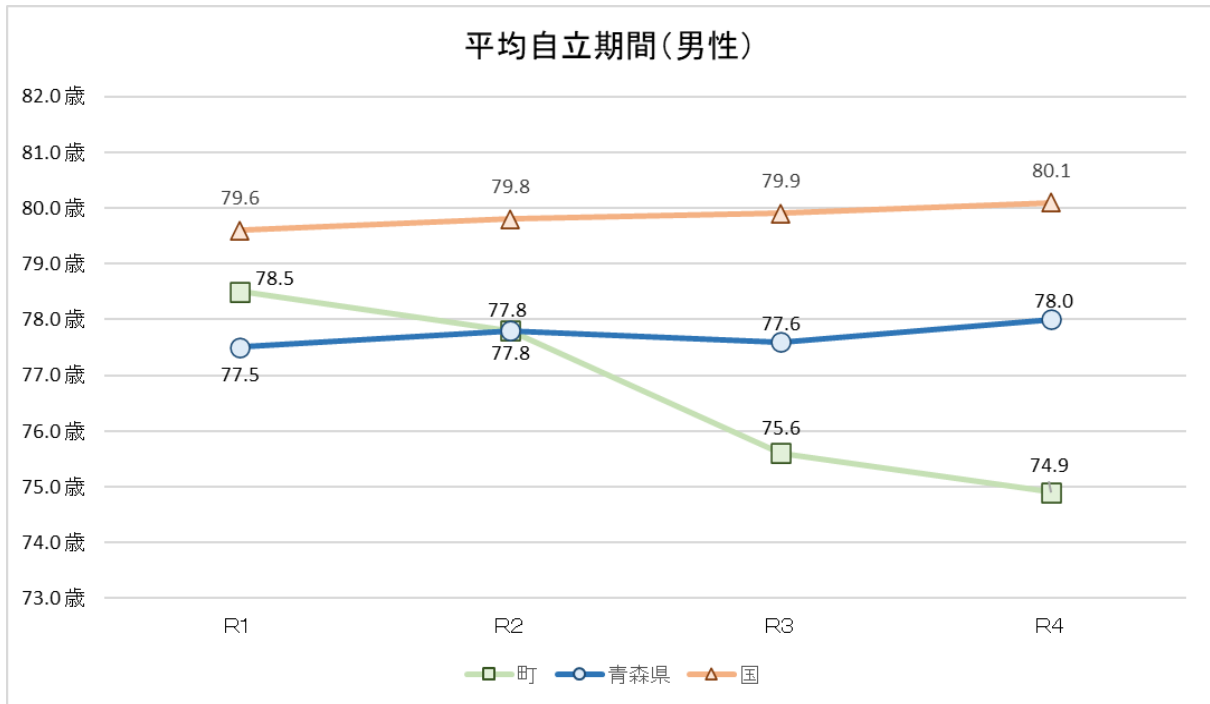
死因別死亡者数（人）	三戸町	青森県	国
悪性新生物	41	5,135	381,505
糖尿病	3	210	14,356
心疾患（高血圧性を除く）	26	2,810	214,710
脳血管疾患	21	1,496	104,595
肺炎	15	1,118	73,194
肝疾患	2	190	18,017
腎不全	3	423	28,688
老衰	11	1,801	152,027
不慮の事故	7	597	38,355
自殺	3	284	20,291
その他	51	4,721	394,118
合計	183	18,785	1,439,856



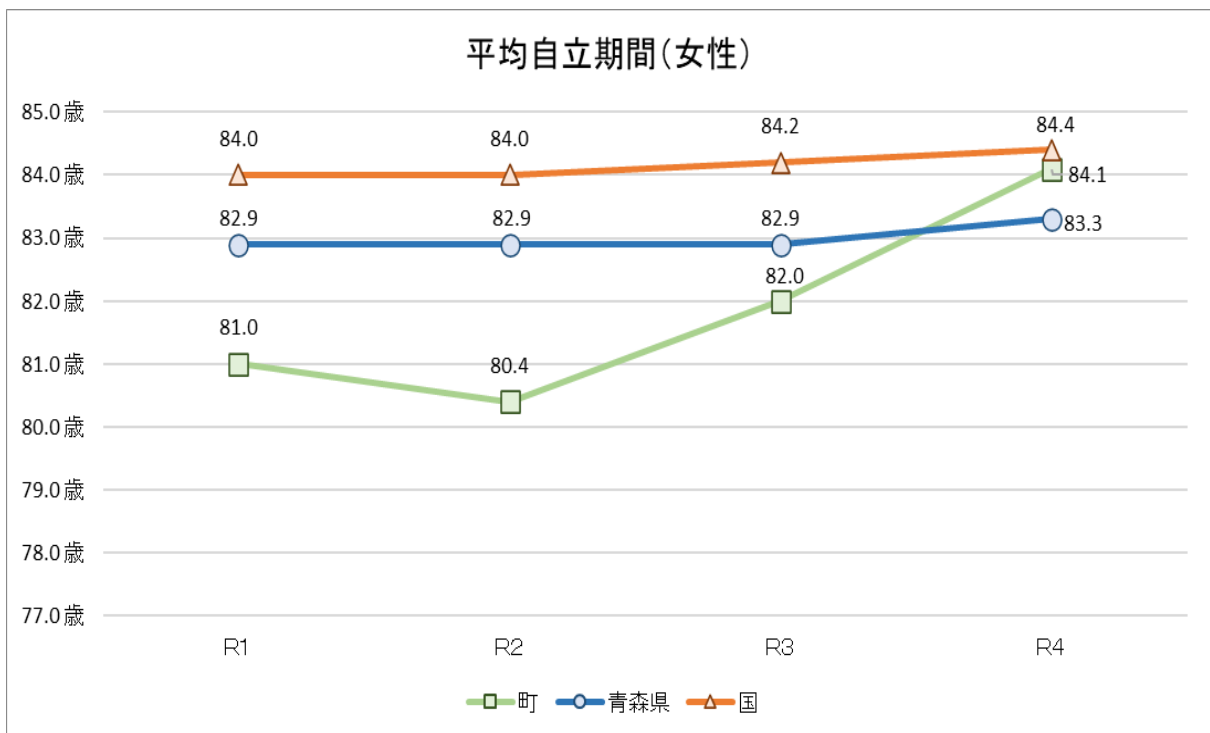
出典：青森県「青森県保健統計年報、人口動態統計」

エ. 平均自立期間（要介護2以上の認定を受けるまでの期間）

令和4年度の男性の平均自立期間は74.9歳で、青森県78.0歳、国80.1歳を下回っています。令和元年度と比較すると3.6歳短縮しています。



令和4年度の女性の平均自立期間は84.1歳で、青森県83.3歳を上回っていますが、国84.4歳を下回っています。令和元年度と比較すると3.1歳延長しています。

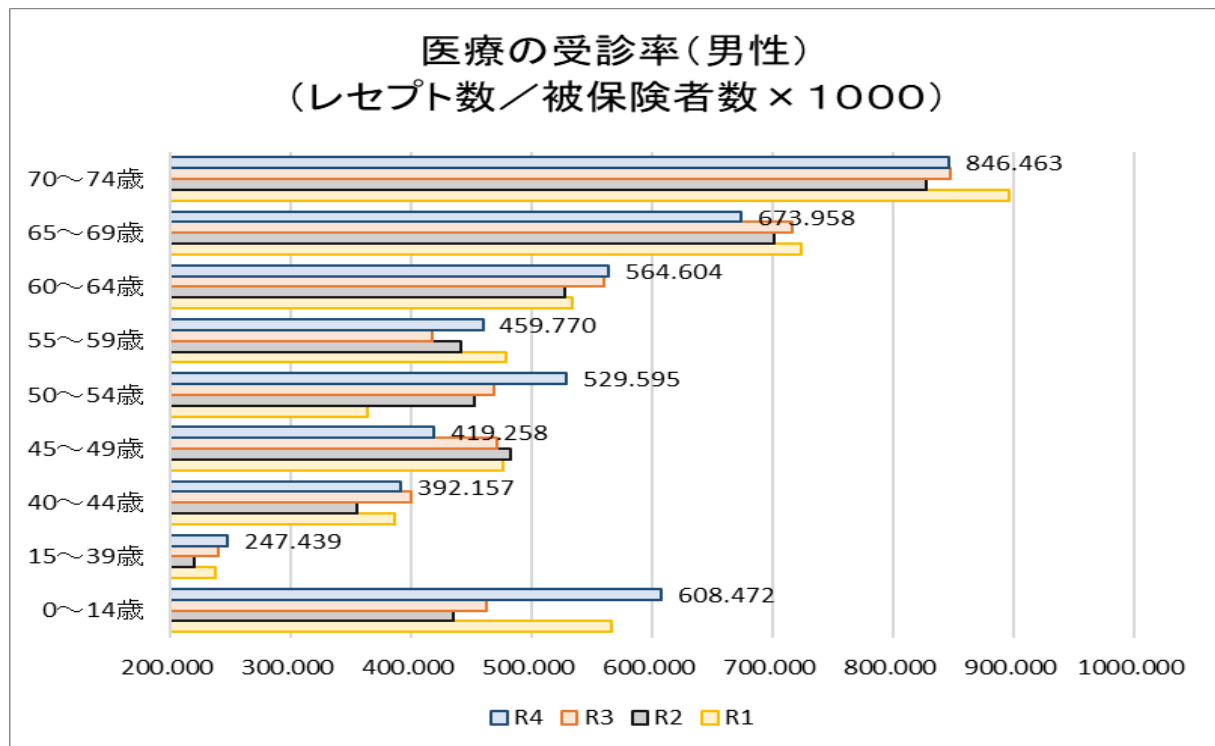


出典：KDB「地域の全体像の把握」

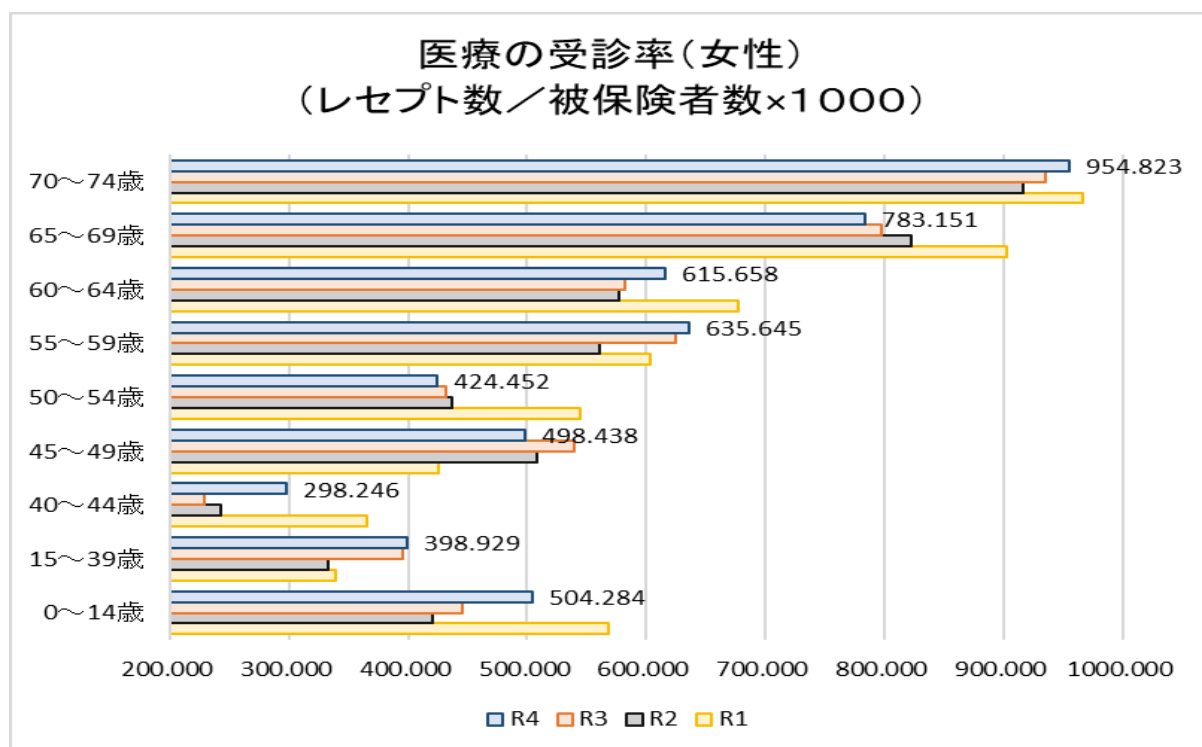
(2) 医療費の分析

ア. 年齢階層・男女別医療の受診率

男性の令和4年度の医療の受診率が高い順に、70～74歳、65～69歳、0～14歳、60～64歳となっています。



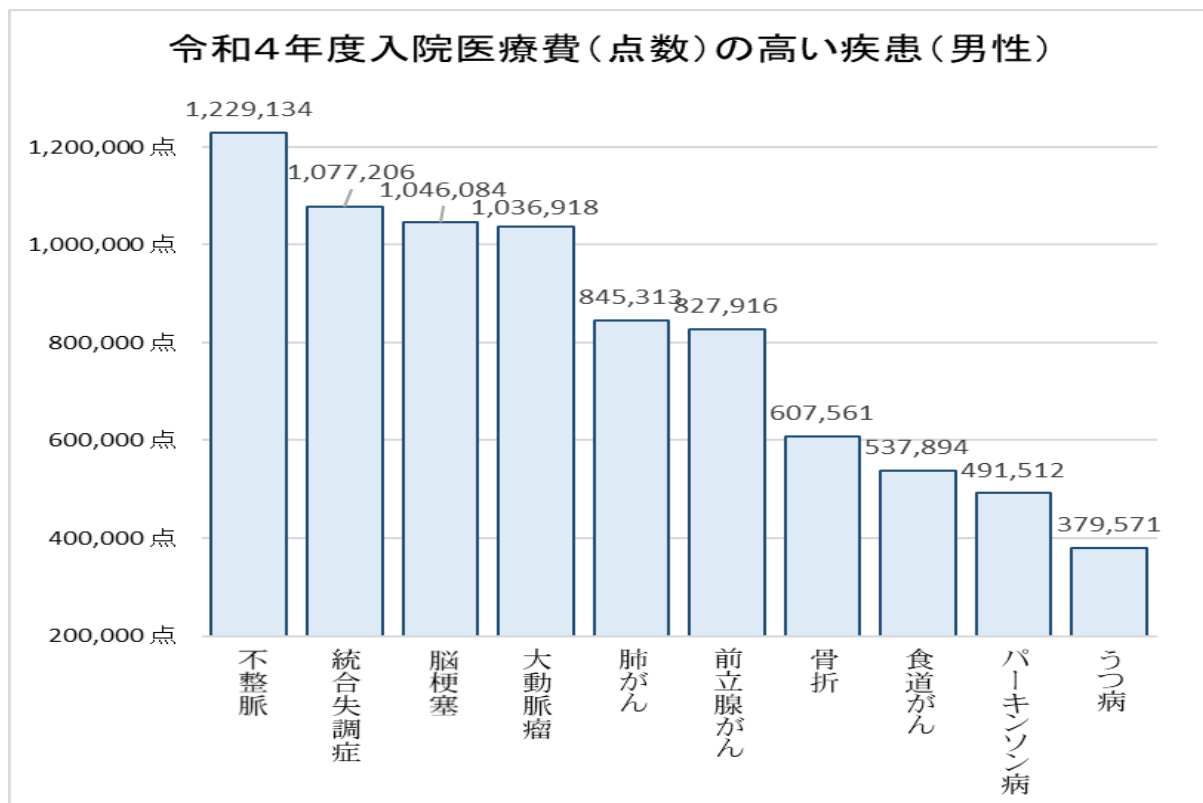
女性の令和4年度の医療の受診率が高い順に、70～74歳、65～69歳、55～59歳、60～64歳となっています。



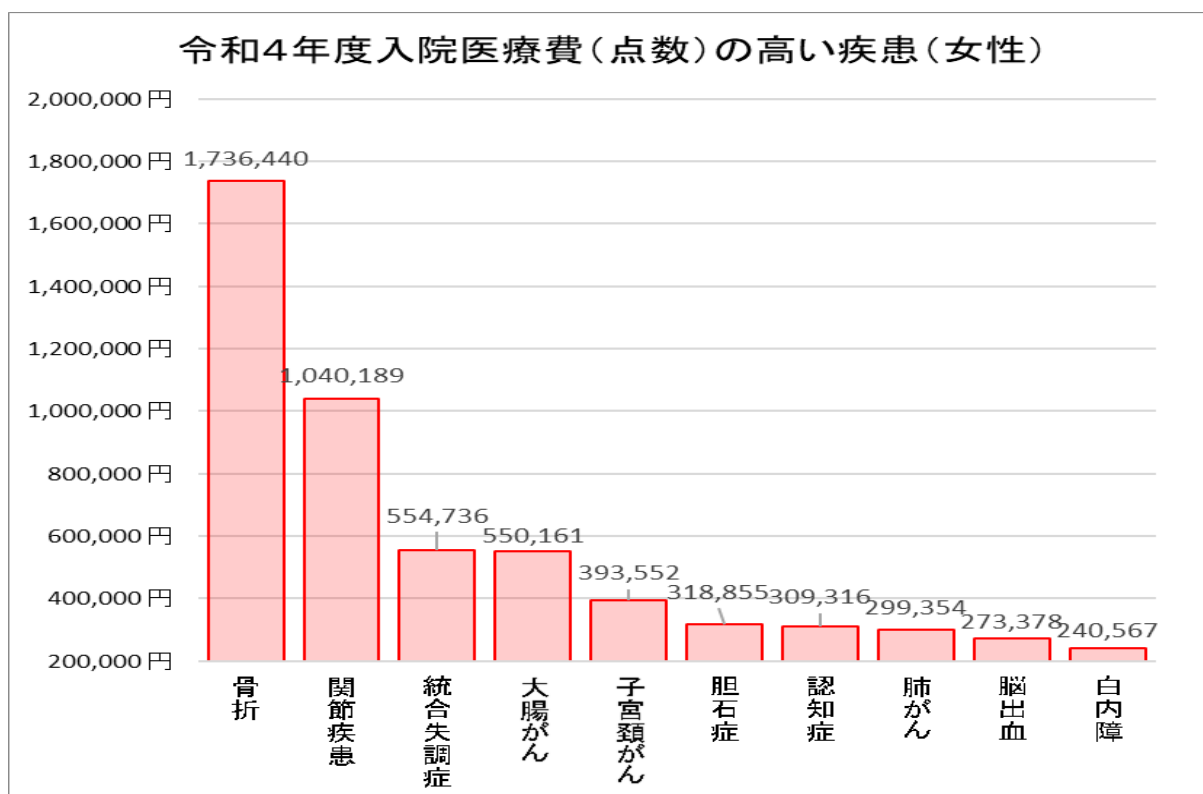
出典：KDB「抽出ツール」

イ. 入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病

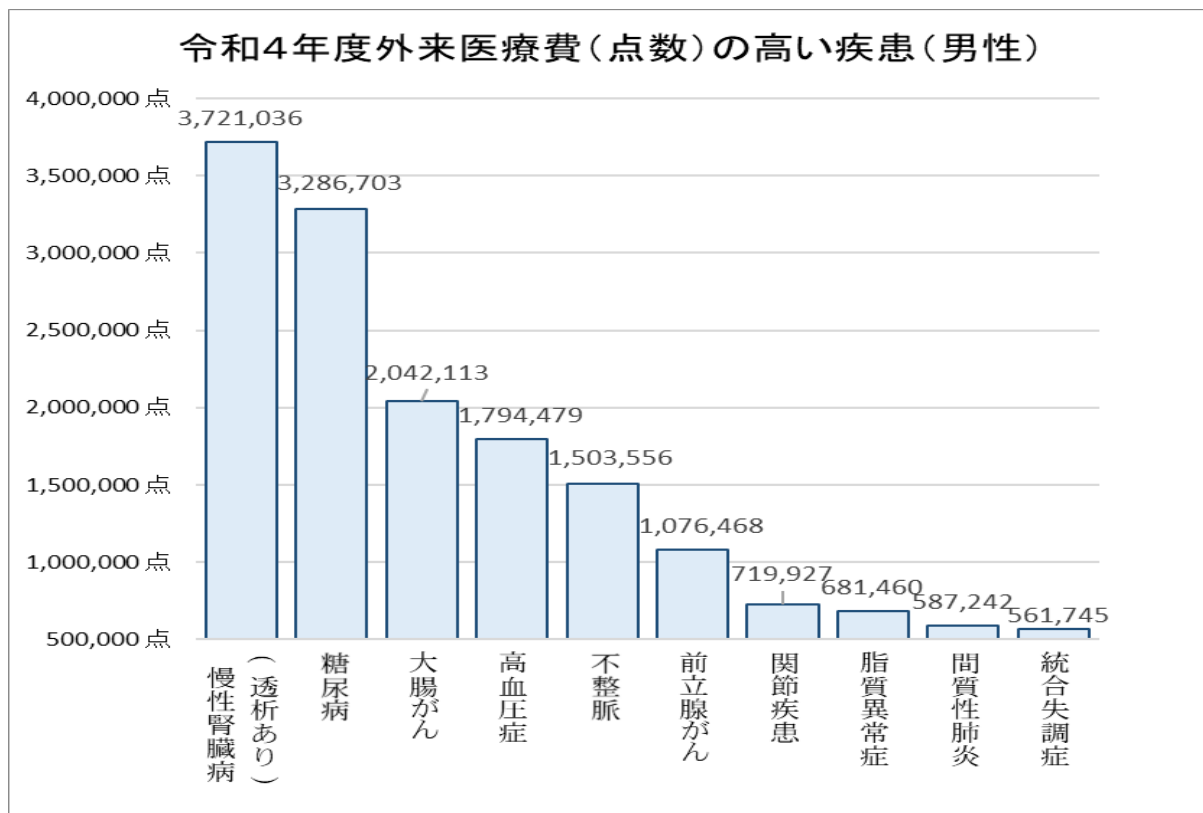
男性の入院医療費（点数）が高い順に、不整脈、統合失調症、脳梗塞、大動脈瘤、肺がんとなっています。



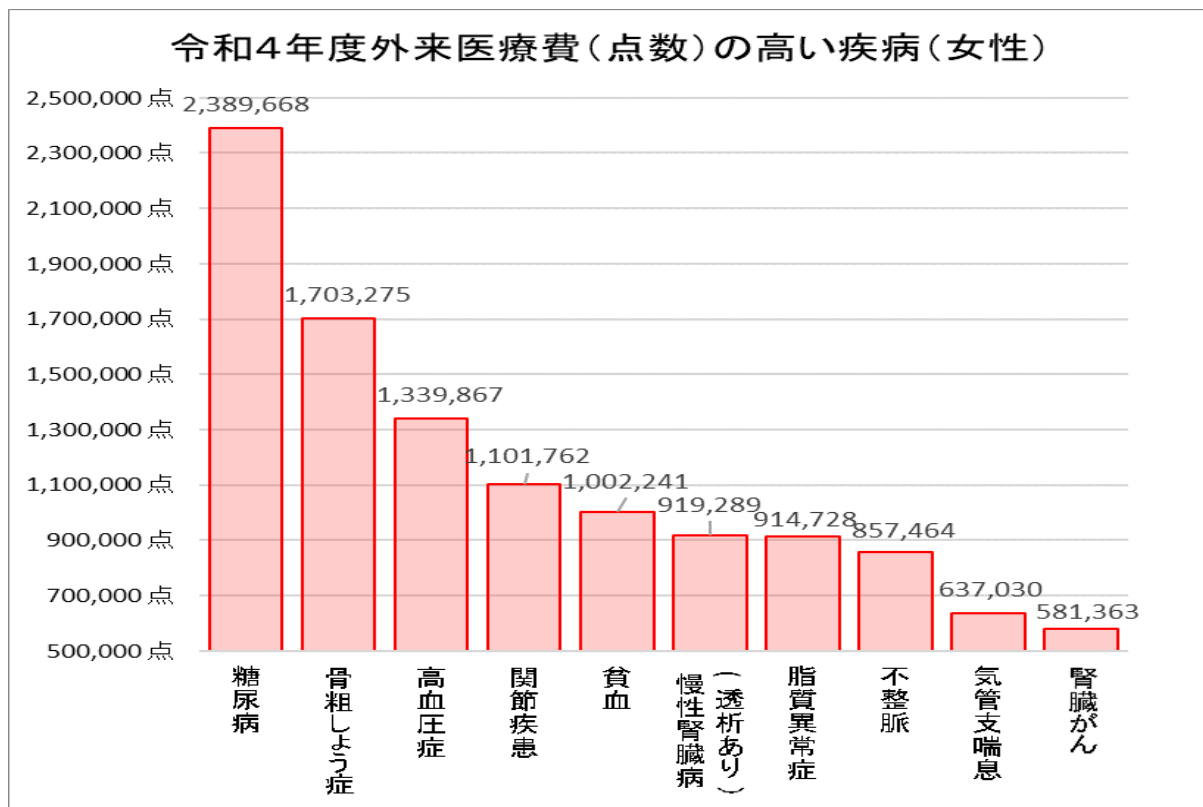
女性の入院医療費（点数）が高い順に、骨折、関節疾患、統合失調症、大腸がん、子宮頸がんとなっています。



男性の外来医療費（点数）が高い順には、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、大腸がん、高血圧症、不整脈となっています。



女性の外来医療費（点数）が高い順に、糖尿病、骨粗しょう症、高血圧症、関節疾患、貧血となっています。



出典：KDB「抽出ツール」

ウ. 受診率、1日当たり日数、1日当たり医療費の状況（令和4年度）

受診率の外来は624.6で、青森県724.7や国687.8より低くなっています。入院は21.2で、青森県17.8や国17.7より高くなっています。歯科は130.3で、青森県119.5より高く、国161.4より低くなっています。

1件当たりの日数は、外来1.4日、入院15.6日、歯科1.6日となっており、青森県や国と比較すると外来・入院・歯科ともに同等又は低くなっています。

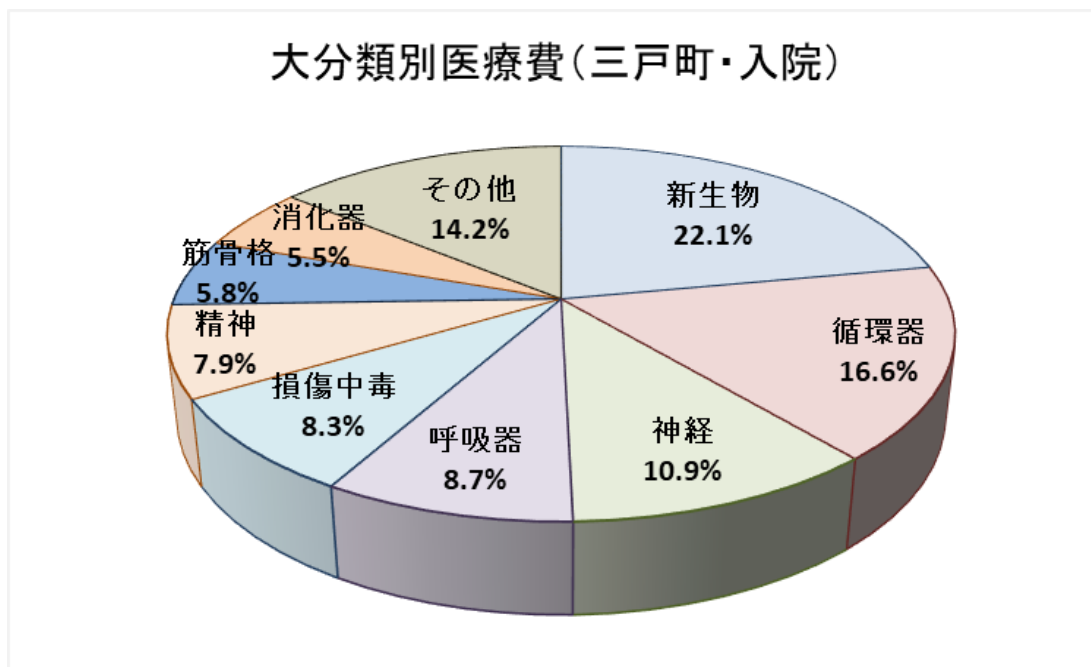
1日あたりの医療費は、外来は19,550円、歯科は9,820円となっており、青森県や国より高くなっています。入院は34,390円で青森県や国より低くなっています。

区分	受診率（千人当たり）			1件当たり日数(日)			1日当たり医療費		
	外来	入院	歯科	外来	入院	歯科	外来	入院	歯科
三戸町	624.6	21.2	130.3	1.4	15.6	1.6	19,550 円	34,390 円	9,820 円
青森県	724.7	17.8	119.5	1.4	15.6	1.8	17,080 円	38,930 円	8,280 円
同規模	692.2	22.7	144.2	1.4	16.4	1.7	17,520 円	35,890 円	8,130 円
国	687.8	17.7	161.4	1.5	15.7	1.7	16,390 円	39,370 円	8,080 円

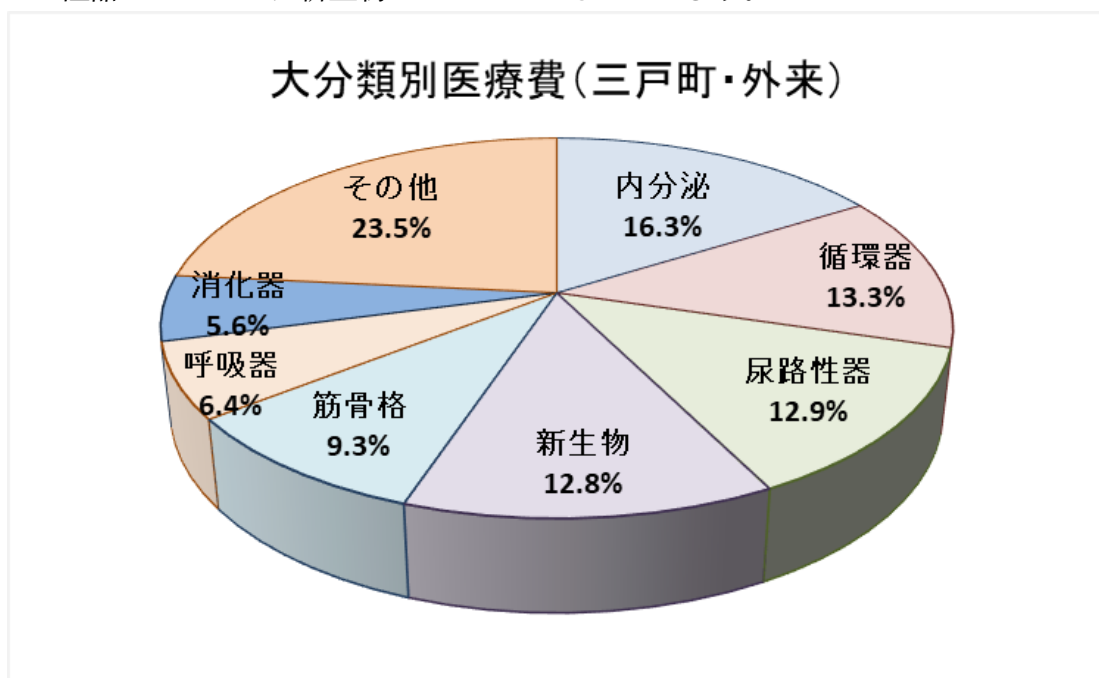
出典：KDB「地域の全体像の把握」

エ. 大分類別医療費（令和４年度）

入院の大分類別医療費は、割合が高い順に新生物 22.1%、循環器 16.6%、神経 10.9%、呼吸器 8.7%となっています。



外来の大分類別医療費は、割合が高い順に内分泌 16.3%、循環器 13.3%、尿路性器 12.9%、新生物 12.8%となっています。



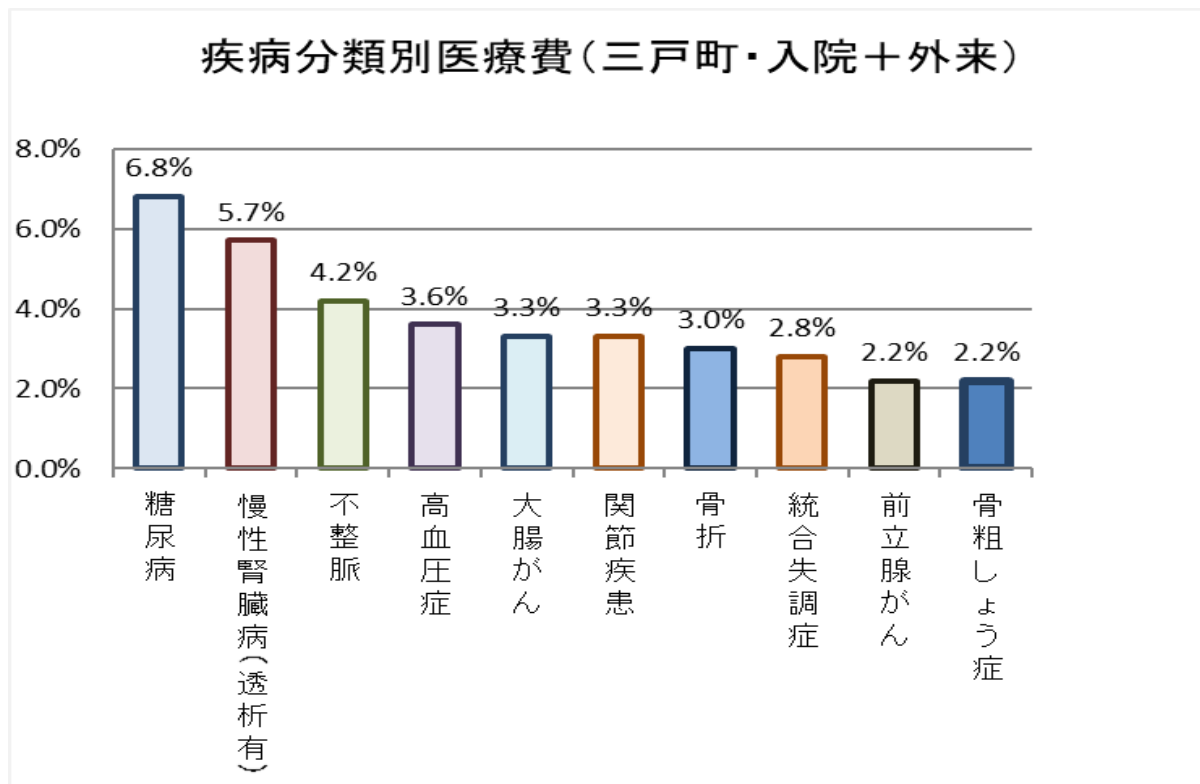
出典：KDB「医療費分析（２）大、中、細小分類」

<分類に含まれる主な疾病名例>

- ①新生物→悪性新生物（胃がん、大腸がん等）、白血病、良性新生物（子宮筋腫）等 ②精神→統合失調症、うつ病等
 ③循環器→高血圧、狭心症、脳内出血、脳梗塞、動脈硬化等 ④内分泌→糖尿病、高脂血症、脂質異常症等
 ⑤腎尿路生殖器→（急性・慢性）腎炎、腎不全等 ⑥筋骨格→骨粗しょう症、関節疾患

オ. 疾病分類別医療費（令和4年度）

三戸町の全体の医療費を100%とした場合に、1位「糖尿病」6.8%、2位「慢性腎臓病（透析有）」5.7%、3位「不整脈」4.2%、4位「高血圧症」3.6%、5位は「大腸がん」と「関節疾患」で3.3%となっています。



出典：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」

カ. 重複・頻回の受診状況

3医療機関以上を受診し、同一医療機関への受診日数が15日以上的人数は、令和4年3月に1人となっています。

被保険者数			
令和2年3月	令和3年3月	令和4年3月	令和5年3月
2,872人	2,763人	2,626人	2,499人

※受診者の割合を算出するための被保険者数

受診医療機関数 (同一月内)	同一医療機関への 受診日数 (同一月内)	受診者＝人数 ※受診者の割合（受診者 / 被保険者数）* 100）＝%							
		令和2年3月		令和3年3月		令和4年3月		令和5年3月	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
		0	0	0	0	1	0	0	0

出典：KDB「抽出ツール」

キ. 重複処方の状況

複数の医療機関から重複処方を受けた人数は、令和5年3月で、2医療機関は14人、3医療機関は0人となっています。

他医療機関と重複処方の発生した医療機関数 (同一月内)	複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（または薬効数） (同一月内)	処方を受けた者＝人数 ※処方を受けた者の割合＝％ （処方を受けた者 / 被保険者数）＊100							
		令和2年3月		令和3年3月		令和4年3月		令和5年3月	
		人数	％	人数	％	人数	％	人数	％
2 医療機関	1 種類	10	0.3	5	0.1	4	0.1	12	0.4
	2 種類	3	0.1	2	0.0	3	0.1	2	0.0
	3 種類	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0
3 医療機関	1 種類	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2 種類	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	3 種類	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

出典：KDB「抽出ツール」

ク. 多剤処方の状況

同一薬剤に関する処方日数が90日以上で、処方薬剤数が7種類以上の人数は、令和5年3月で、47人となっています。

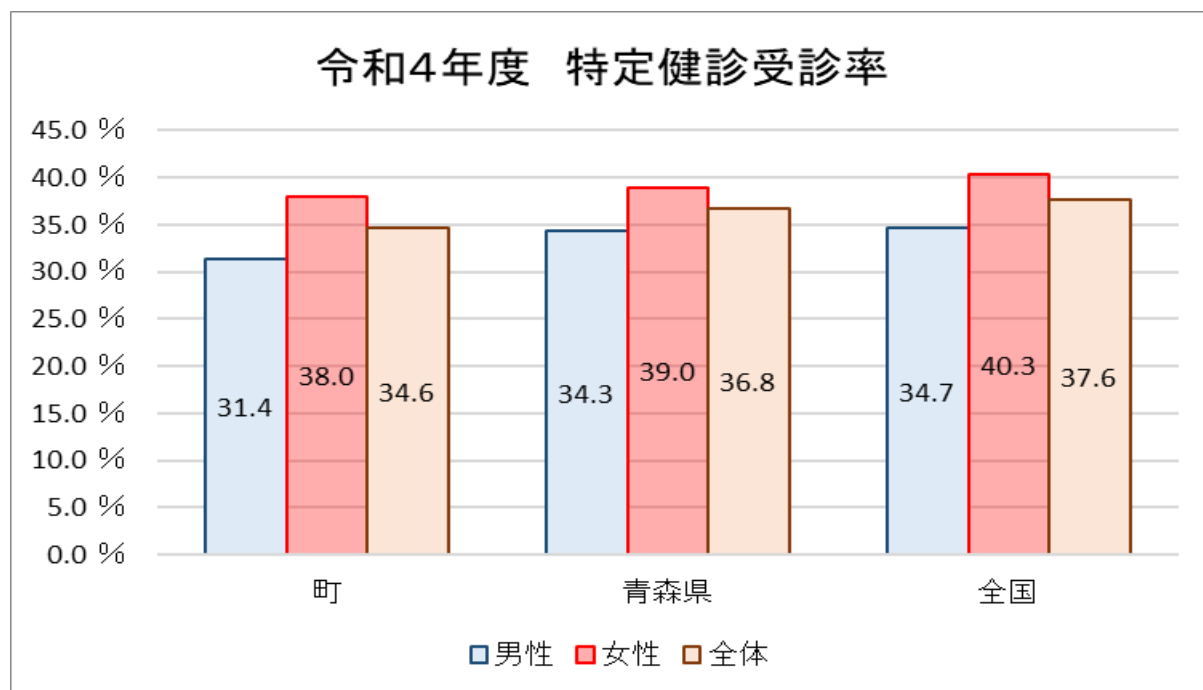
同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)	処方薬剤数（または処方薬効数） (同一月内)	処方を受けた者＝人数 ※処方を受けた者の割合＝％ （処方を受けた者 / 被保険者数）＊100							
		令和2年3月		令和3年3月		令和4年3月		令和5年3月	
		人数	％	人数	％	人数	％	人数	％
90日以上	7種類以上	34	1.1	37	1.3	44	1.6	47	1.8

出典：KDB「抽出ツール」

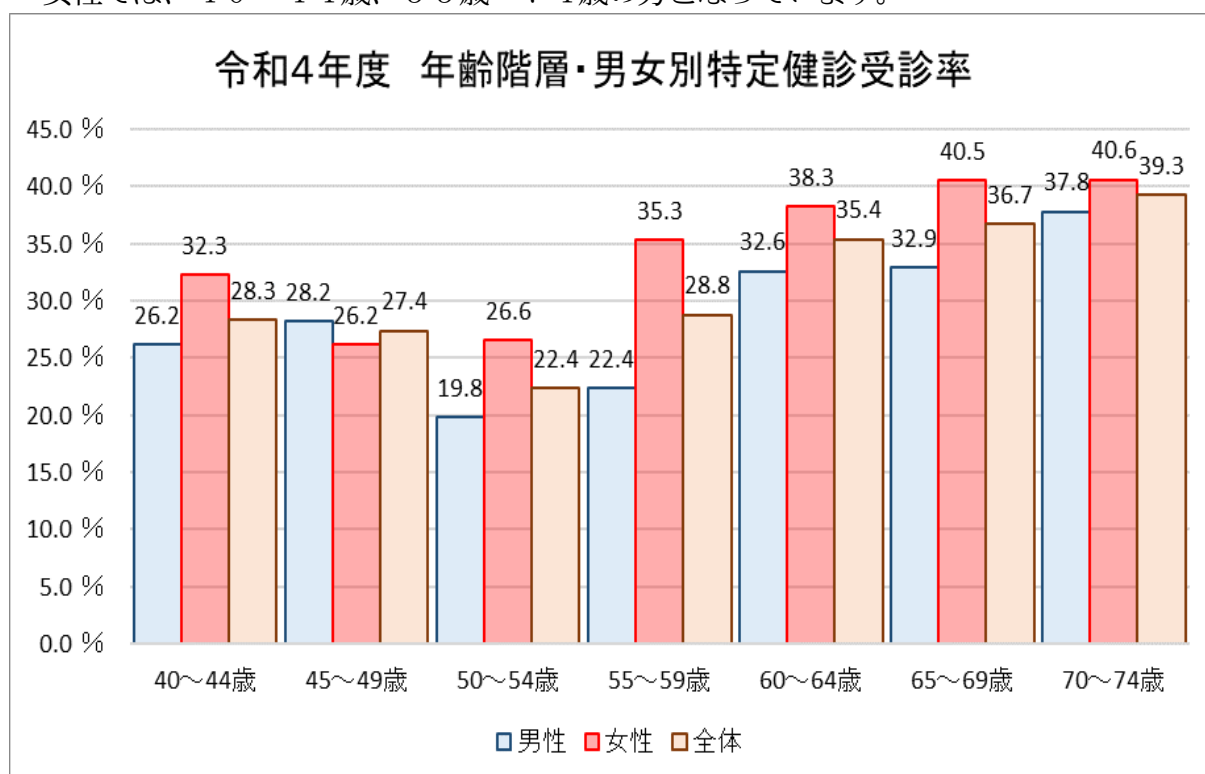
(3) 特定健診・特定保健指導等の分析

ア. 年齢階層・男女別特定健診受診率

令和4年度の特定健診受診率の全体を比較すると、町が34.6％で青森県36.8％より2.2％、国37.6％より3.0％低くなっています。



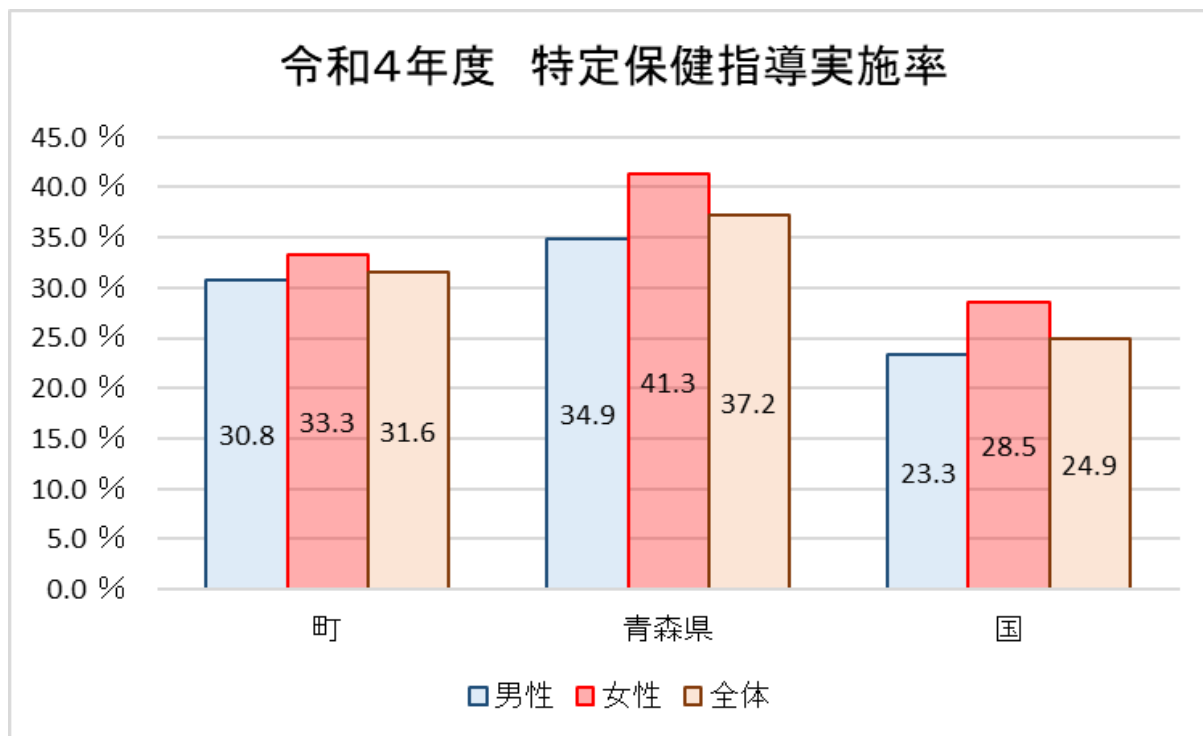
年齢階層・男女別特定健康診査受診率は、女性が45～49歳の方を除いて、男性より高くなっています。受診率が30％を超えているのは、男性では60～74歳以上の方、女性では、40～44歳、55歳～74歳の方となっています。



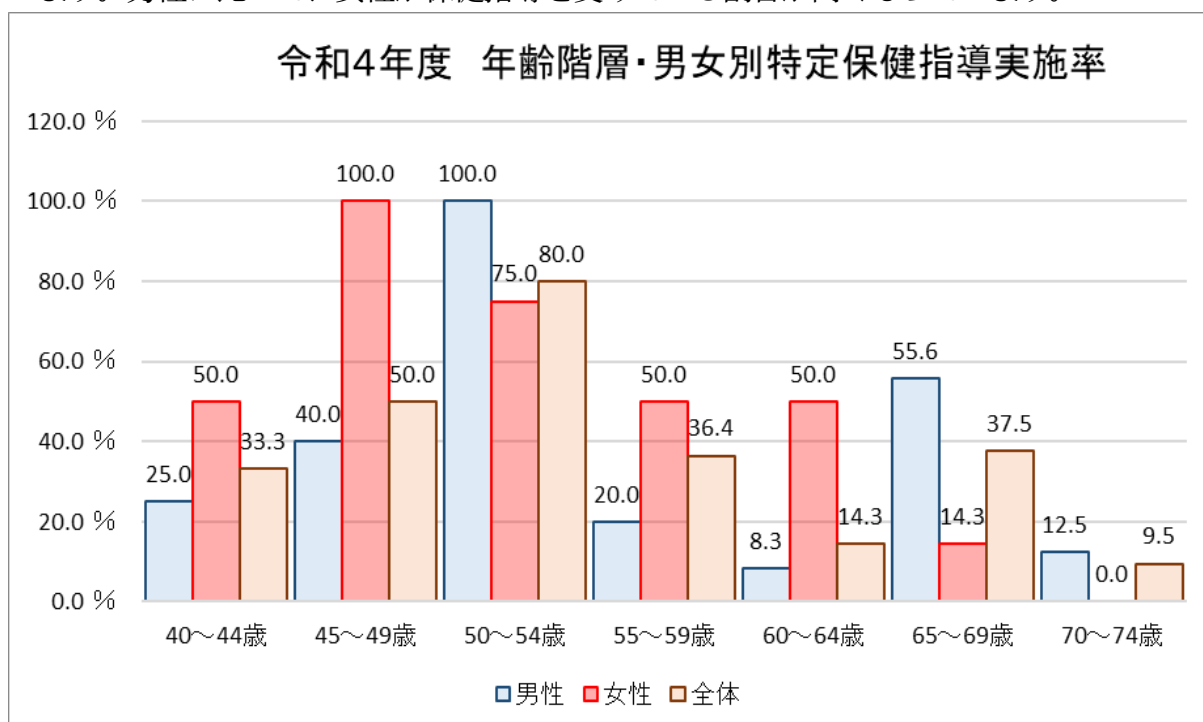
出典：KDB「抽出ツール」

イ. 特定保健指導実施率（令和4年度）

特定保健指導実施率の全体を比較すると、町が31.6％で青森県37.2％より5.6％低く、国24.9％より6.7％高くなっています。



年齢階層・男女別特定保健指導実施率は、男性では50～54歳、女性では45～49歳の方が100.0％となっています。100.0％以外で特定保健指導実施率が50.0％を超えているのは、男性では65～69歳、女性では40～44歳、55～64歳の方となっています。男性に比べて、女性が保健指導を受けている割合が高くなっています。

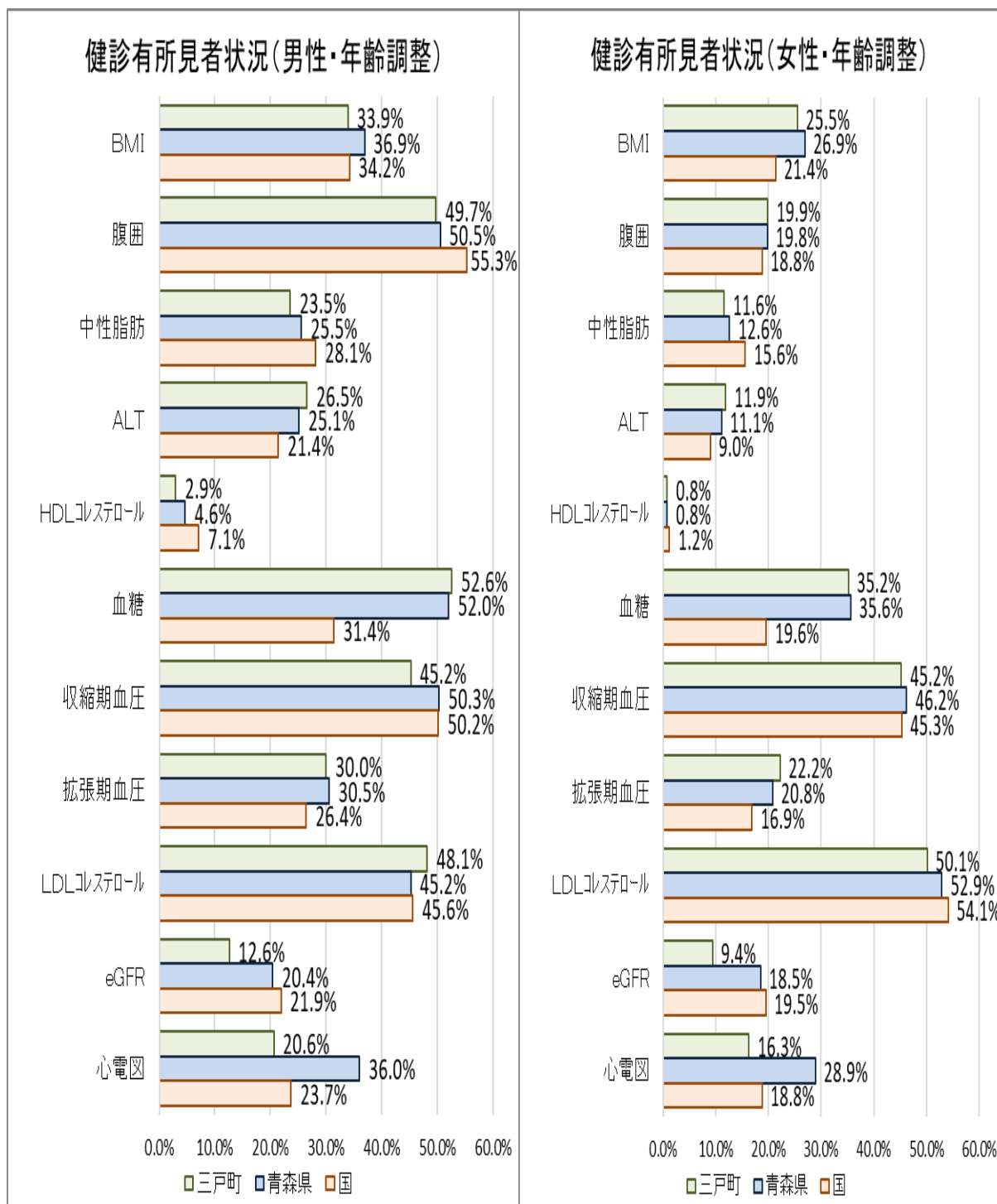


出典：KDB「抽出ツール」

ウ. 各種検査項目の有所見状況（令和４年度）

男性の検査項目の有所見状況は、腹囲４９．７％、血糖５２．６％、収縮期血圧４５．２％、ＬＤＬコレステロール４８．１％と割合が高くなっています。そのうち、血糖とＬＤＬコレステロールの割合が青森県や国より高くなっています。

女性は、収縮期血圧４５．２％、ＬＤＬコレステロール５０．１％と割合が高くなっています。青森県や国より割合が高いのは、腹囲と拡張期血圧となっています。

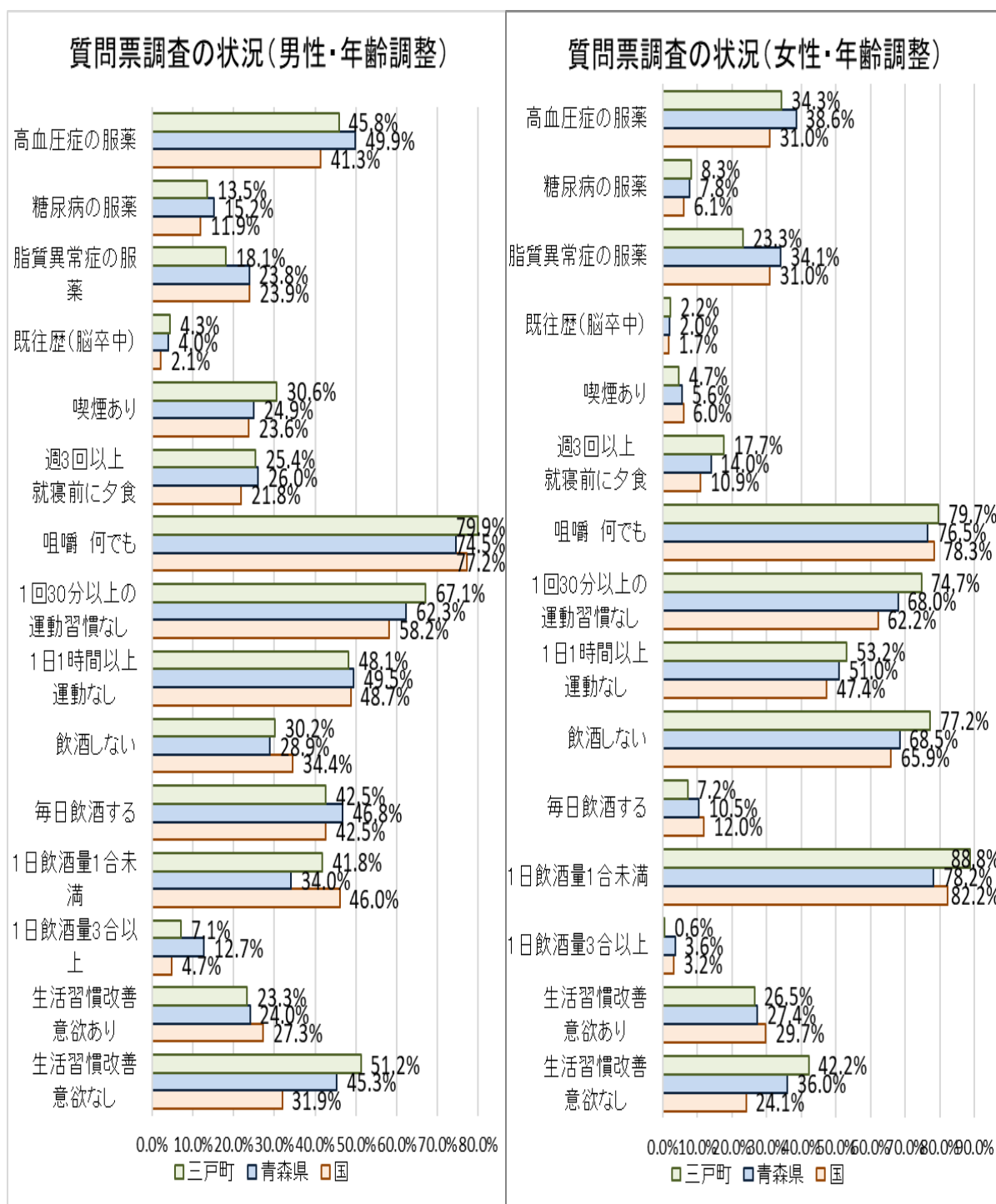


出典：KDB「健診有所見者状況（男女別・年代別）」

エ. 健康状態、生活習慣の状況

生活習慣の割合が青森県や国より高いのは男女ともに「1回30分以上の運動習慣なし」、「生活習慣改善意欲なし」「咀嚼何でも」となっています。

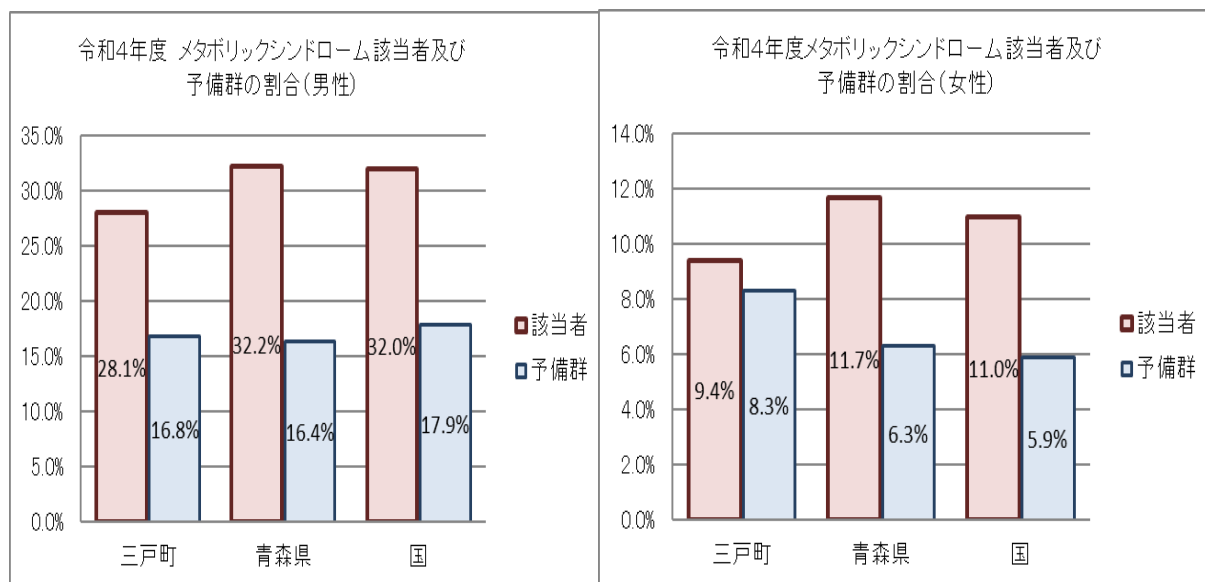
そのほかに割合が高いのは、男性は「喫煙あり」30.6%、「1日1時間以上運動なし」48.1%、「毎日飲酒する」42.5%、女性は「1日1時間以上運動なし」53.2%となっています。



出典：KDB「令和4年度質問票調査の状況」

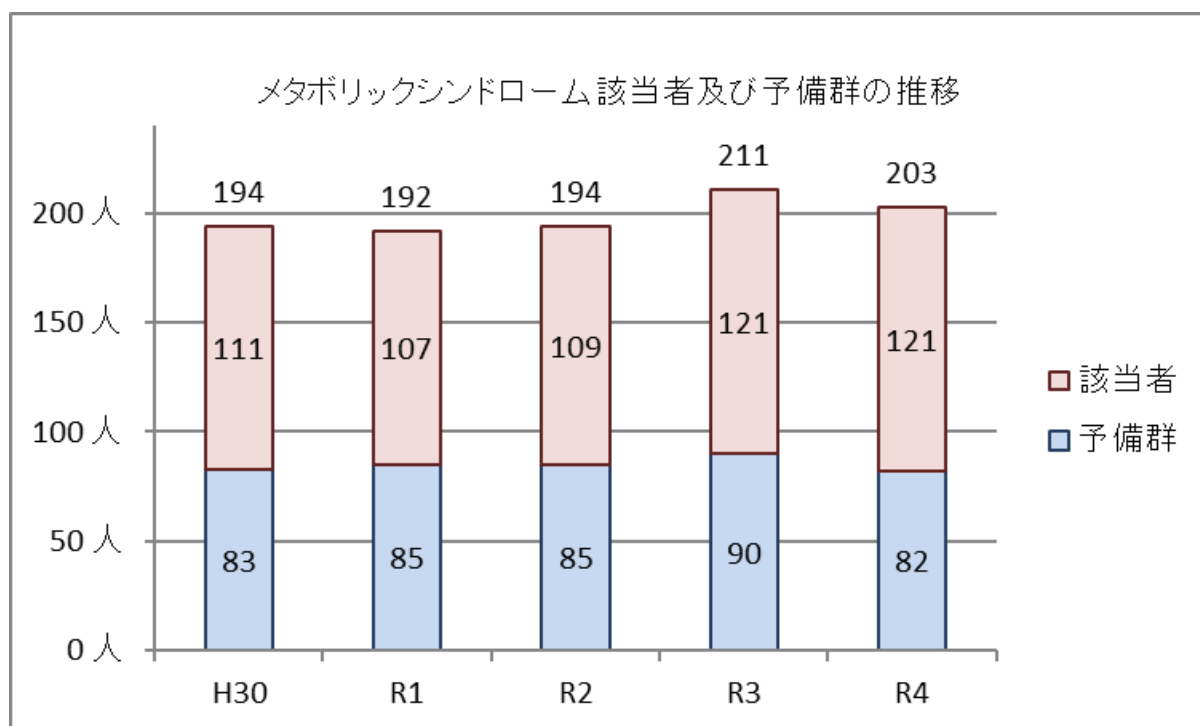
オ. メタボリックシンドロームの状況

令和4年度のメタボリックシンドローム該当者の割合は、男性28.1%、女性9.4%で、青森県や国より低くなっています。メタボリックシンドローム予備群の割合は、男性は16.8%で青森県より高く、国より低くなっています。一方、女性は8.3%で青森県や国よりも高くなっています。



出典：KDB「地域の全体像の把握」

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移は、平成30年度と令和4年度を比較すると、該当者では111人から121人増の121人に、予備群では83人から1人減の82人になっています。合計では、194人から9人増の203人となっています。

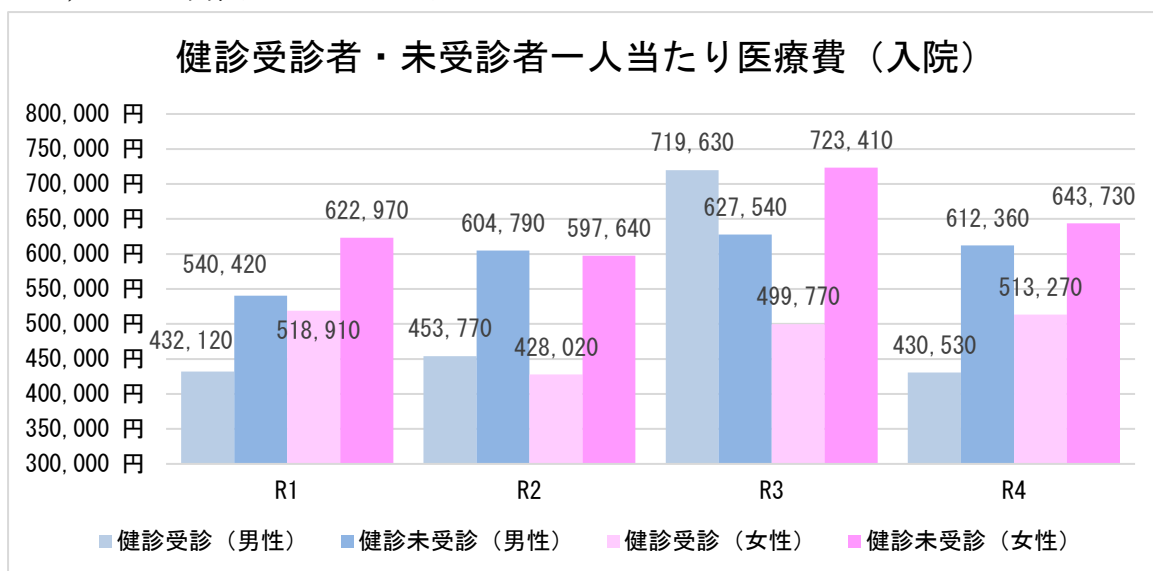


出典：特定健診データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果総括表「TKCA012」

(4) レセプト・健診データ等を組み合わせた分析

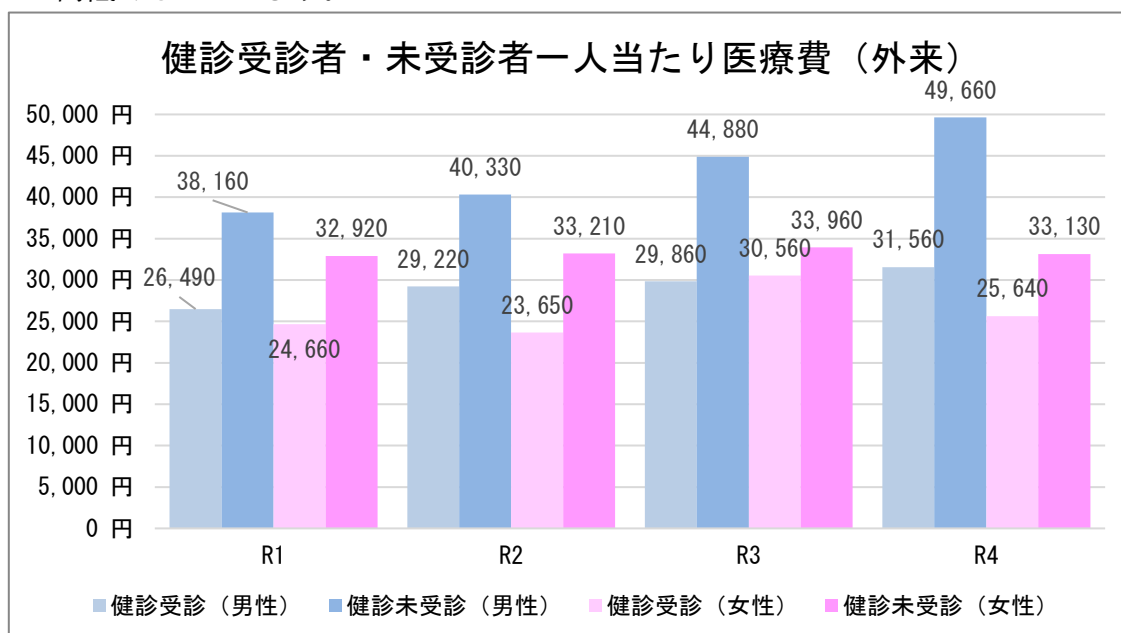
入院男性の一人当たりの医療費は、令和3年度を除き、健診未受診者が高くなっており、令和4年度では、健診受診者が430,530円、健診未受診者の612,360円より181,830円低くなっています。

入院女性では、いずれの年度も健診未受診の方が高くなっており、令和4年度では、健診受診者が513,270円、健診未受診者の643,730円より130,460円低くなっています。



外来男性の一人当たりの医療費は、いずれの年度も健診未受診者が高くなっており、令和4年度では、健診受診者が31,560円、健診未受診者の49,660円より18,100円低くなっています。

外来女性でも、いずれの年度も健診未受診者の医療費が高くなっており、令和4年度では、健診受診者が25,640円、健診未受診者の33,130円より7,490円低くなっています。

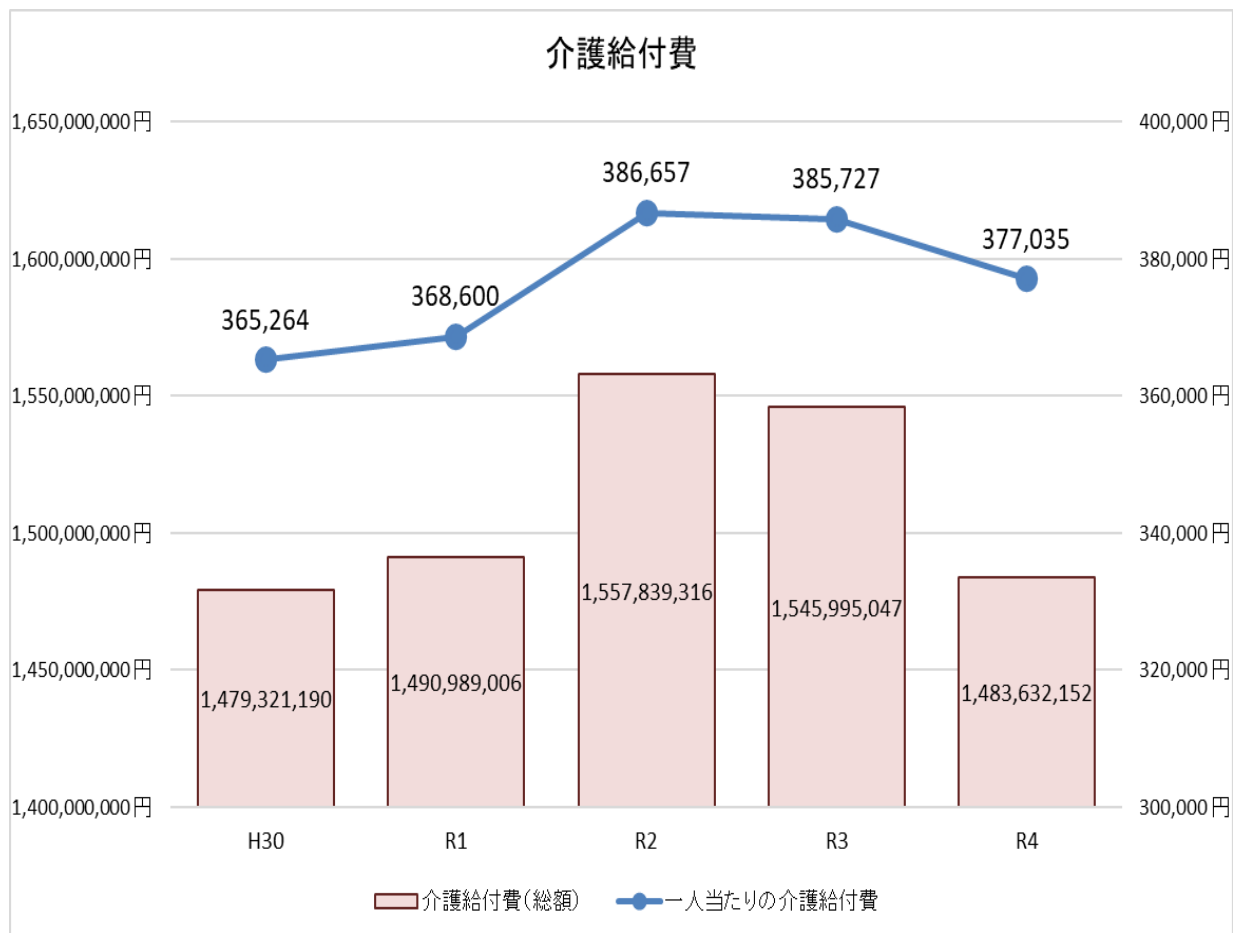


出典：KDB「医療費分析（健診有無別）」

（５）介護関係の分析

ア．介護給付費の状況

介護給付費（総額）と一人当たりの介護給付費は、いずれも令和２年度まで増加傾向にありましたが、令和３年度から減少に転じています。

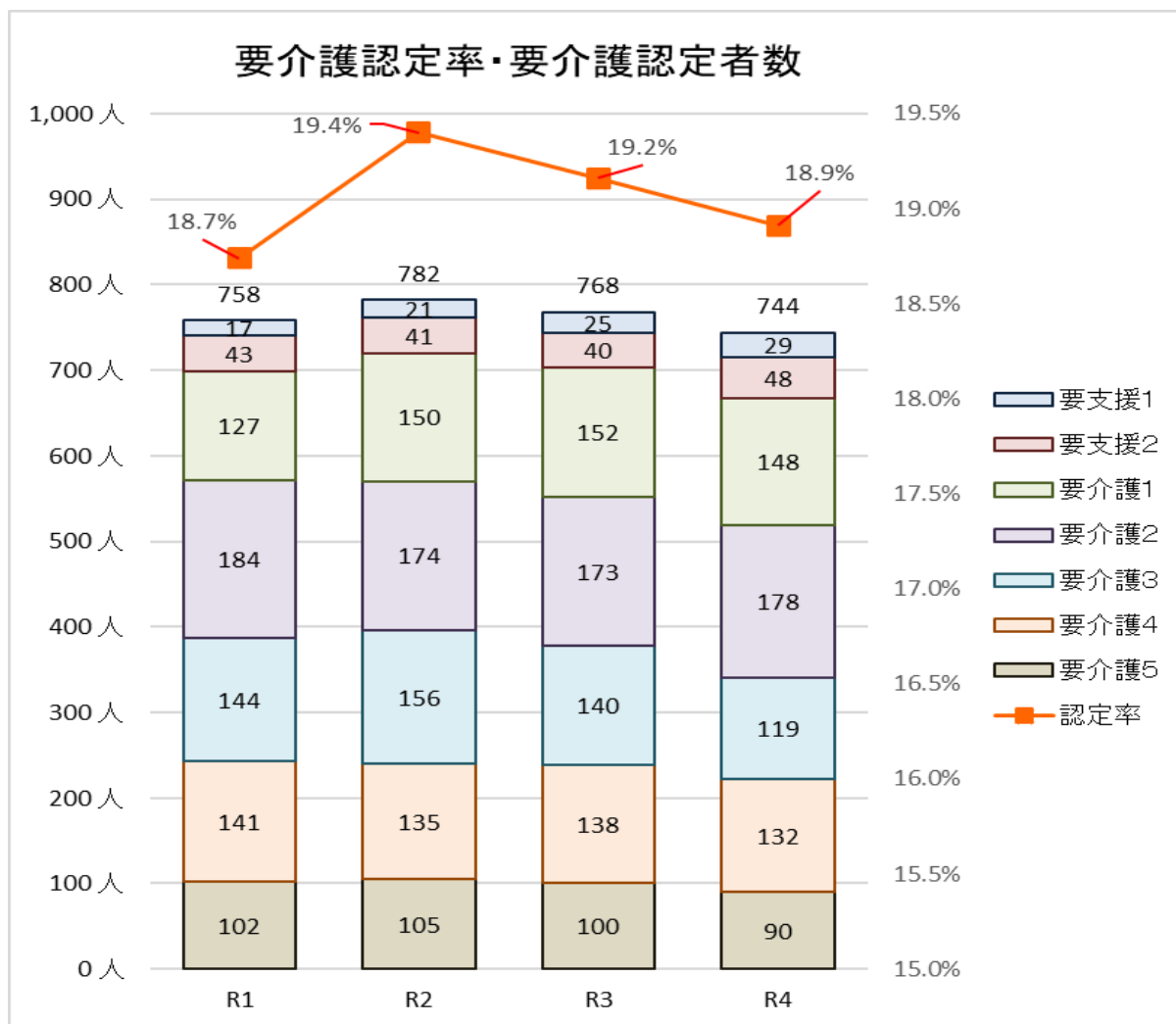


出典：国保連「介護保険の実態」

イ. 介護認定の状況

要介護認定率及び要介護認定者数は、令和2年度から低下及び減少しています。

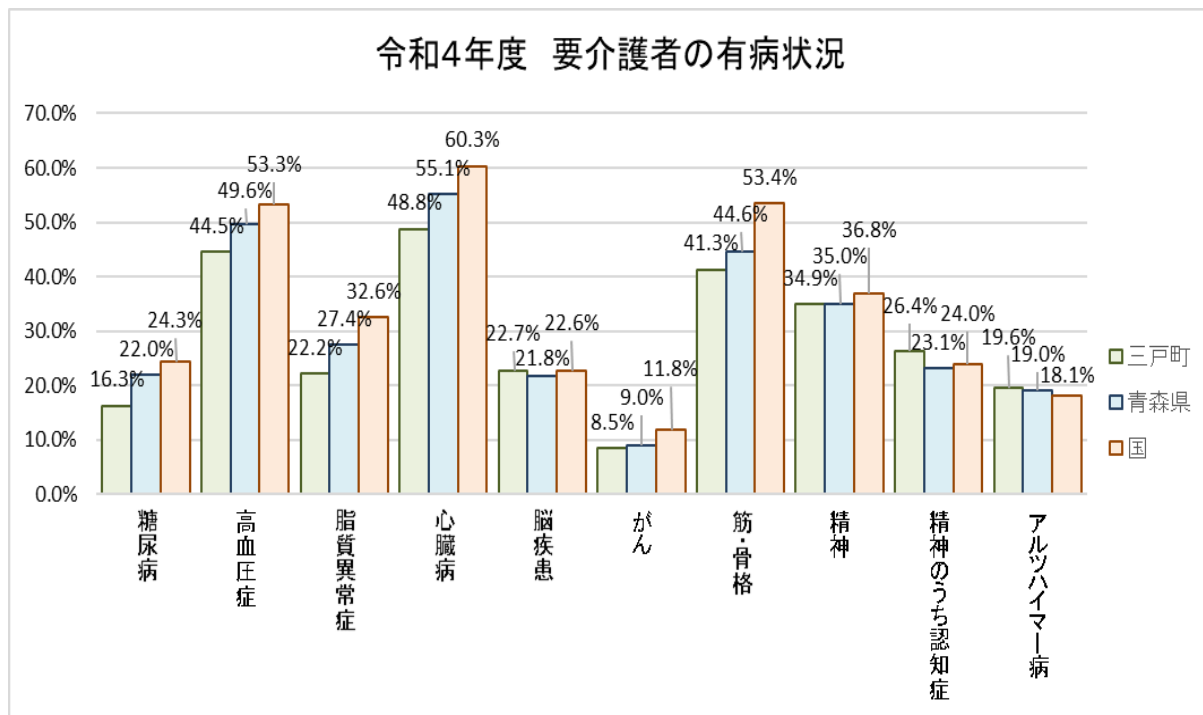
特に介護度別の認定者数では、要支援1及び要支援2が増加傾向にある一方で、要介護3以上が減少傾向にあります。



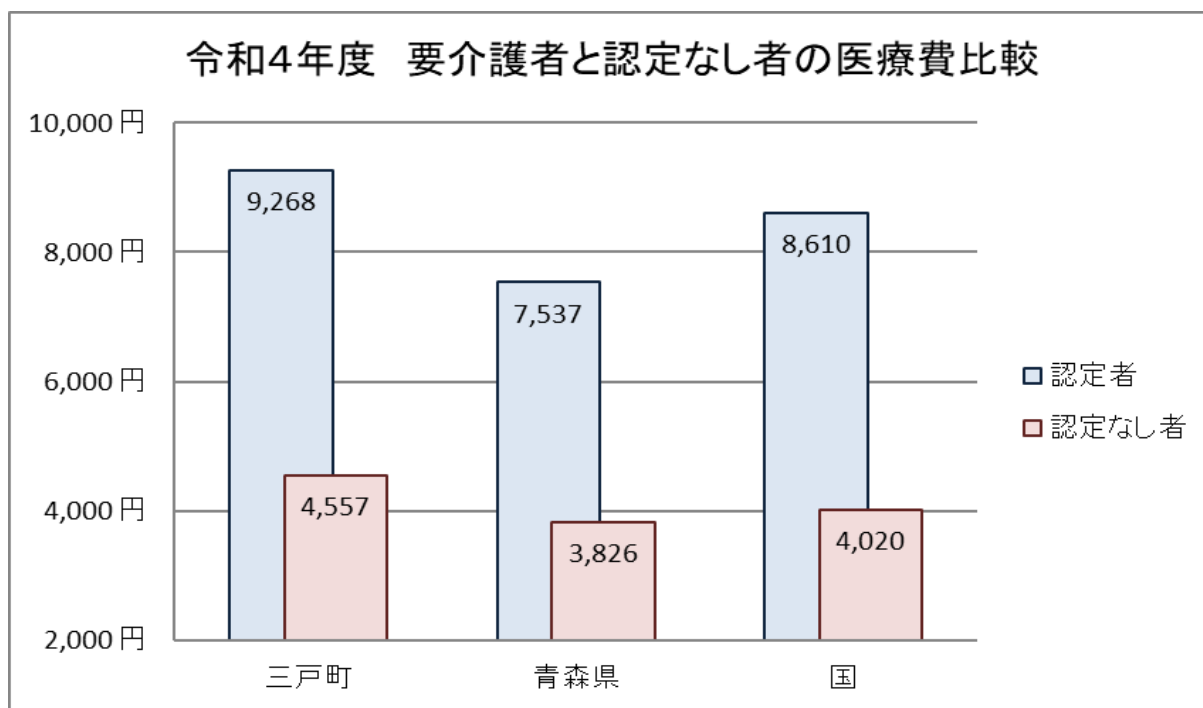
出典：国保連「介護保険の実態」

ウ. 要介護者の有病状況と医療費（令和4年度）

要介護者の有病状況では「心臓病」、「高血圧症」、「筋・骨格」の割合が高くなっています。国や青森県より「脳疾患」、「認知症」、「アルツハイマー病」の割合が高くなっています。



要介護者の医療費は、認定なし者4,557円と認定者9,268円を比較すると約2倍となっております。要介護者の医療費は青森県や国よりも高くなっております。



出典：KDB「令和4年度地域全体像の把握」

第4章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1 分析結果に基づく健康課題の抽出

健康課題	対応する 保健事業番号
標準化死亡比を青森県や国と比較すると、糖尿病、心疾患、脳血管疾患が高くなっている。医療費全体では、糖尿病、慢性腎臓病（透析有）、不整脈、高血圧症などの生活習慣病が上位を占めている。	1. 2. 4. 5. 6. 7. 10
標準化死亡比を国と比較すると男性では大腸がん、女性では子宮がんが高くなっている。医療費が高いのは男性では、肺がん、食道がん、大腸がん、前立腺がん、女性では腎臓がん、子宮頸がん、大腸がんとなっている。	3. 5
健診受診者と健診未受診者の一人当たりの医療費を比較すると、健診未受診者の男性は外来が約18,000円、入院が約181,000円、女性は外来が約7,000円、入院が約130,000円も健診受診者より高くなっている。	1. 3. 8. 9
質問票の調査では、青森県や国と比較して、男性は「喫煙あり」、女性は「週3回以上就寝前に夕食」、男女ともに「脳卒中（既往歴）」、「生活習慣改善意欲なし」と回答した者の割合が高くなっている。	2. 4. 5. 7. 8. 9. 10
要介護者の医療費は、認定者では9,268円で認定なし者は4,557円と認定者は約2倍となっている。認定者の医療費は、青森県や国と比較すると高くなっている。	7. 8. 9. 10

2 健康課題を解決するための保健事業

保健事業番号	事業名称
1	特定健康診査
2	特定保健指導
3	がん検診
4	糖尿病性腎症重症化予防
5	禁煙に関する周知・啓発
6	歯周疾患検診
7	健康教育
8	ジェネリック医薬品利用促進
9	医療費適正化
10	介護予防活動支援

3 健康課題を解決するための評価指標・目標値

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)
特定健康診査実施率	34.6%	39.0%	43.2%	47.4%	51.6%	55.8%	60.0%
うち 40～64 歳	29.5%	34.6%	39.7%	44.8%	49.9%	55.0%	60.0%
うち 65～74 歳	38.3%	43.4%	46.7%	50.0%	53.3%	56.6%	60.0%
特定保健指導実施率	31.6%	31.2%	37.8%	42.5%	49.5%	54.7%	60.0%
うち 40～64 歳	35.7%	39.7%	43.7%	47.7%	51.7%	55.7%	60.0%
うち 65～74 歳	21.6%	28.7%	34.9%	41.1%	47.3%	53.5%	60.0%
特定保健指導減少率	14.5%	16.3%	18.0%	19.8%	21.5%	23.3%	25.0%
うち 40～64 歳	22.9%	23.3%	23.6%	24.0%	24.3%	24.7%	25.0%
うち 65～74 歳	5.9%	9.1%	12.3%	15.5%	18.6%	21.8%	25.0%
血圧 ①収縮期血圧 130 以上 ②拡張期血圧 85 以上	51.7%	50.6%	49.5%	48.4%	47.2%	46.1%	45.0%
運動習慣のある者の割合	28.7%	30.1%	31.5%	32.9%	34.2%	35.6%	37.0%
前期高齢者低栄養傾向者割合	17.3%	19.0%以下	19.0%以下	19.0%以下	19.0%以下	19.0%以下	19.0%以下
50～74 歳の咀嚼良好割合	79.0%	79.1%	79.2%	79.4%	79.6%	79.8%	80.0%
HbA1c8.0 以上の者の割合	0.6%	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下
うち 40～64 歳	0.8%	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下
うち 65～74 歳	0.5%	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下	1.0%以下
HbA1c6.5 以上の者の割合	8.1%	8.1%以下	8.1%以下	8.1%以下	8.1%以下	8.1%以下	8.1%以下
HbA1c6.5 以上の者の割合のうち、糖尿病レセプトがない者の割合	9.3%	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下
後発医薬品推進	89.3%	89.3%以上	89.3%以上	89.3%以上	89.3%以上	89.3%以上	89.3%以上
喫煙率	16.7%	16%	15.9%	15.5%	15.2%	14.8%	14.4%

4 保健事業の実施内容

(1) 特定健診事業・特定保健指導事業（第4期特定健診等実施計画）

ア. 特定健診・特定保健指導

特定健診及び特定保健指導は、第3期データヘルス計画における保健事業の中核をなすものであり、他の保健事業計画とは別に「第4期三戸町特定健診等実施計画」として、この計画に位置付けます。

特定健診等実施計画に記載すべき事項は、国の「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）」に規定されています。

イ. 目的

特定健診及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し、生活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（特定健診）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）を実施するものです。

①生活習慣病対策を講じる必要性

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、医療受診や生活習慣の改善がないままであれば、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重篤な疾患の発症に至ることになります。

データの分析から、本町では、生活習慣病に関連する疾病が、医療費の上位となっており、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、生活習慣病の予防及び重症化を予防することができれば、被保険者の健康維持及び生活の質の向上を図るだけでなく、医療費の伸びを抑制することにも繋がります。

②メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重篤な疾患の発症リスクが高くなります。そのため、適度な運動やバランスのとれた食事の定着など生活習慣の改善を行うことにより、それらの発症リスクの低減を図ることが可能となります。

メタボリックシンドロームに着目することにより、高血糖・脂質異常・高血圧といったリスクが、血管を損傷し、臓器への障害へ移行し、健康障害が発生していく、という生活習慣と疾病発症との関係性を理解しやすいものとし、生活習慣の改善に向けて明確な動機付けができるようになります。

ウ. 目標値の設定

基本指針の目標値に即し、また、青森県医療費適正化計画の目標値を勘案し、計画最終年度の目標値を、特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%とし、それを達成するための各年度の目標数値を次のとおり設定します。

区分	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健診	39.0%	43.2%	47.4%	51.6%	55.8%	60.0%
特定保健指導	31.2%	37.8%	42.5%	49.5%	54.7%	60.0%

エ. 対象者

40歳～74歳の被保険者数（年度末年齢）

① 特定健診対象者数及び受診者数（見込み）

区分	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
40歳～64歳	793人	720人	651人	586人	526人	470人
65歳～74歳	977人	988人	998人	1,005人	1,009人	1,011人
合計	1,770人	1,708人	1,649人	1,591人	1,535人	1,481人
受診者数	690人	738人	782人	821人	857人	889人

② 特定保健指導該当者数及び利用者数（見込み）

区分	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
動機付け支援	49人	52人	55人	58人	60人	62人
積極的支援	28人	30人	32人	33人	35人	37人
合計	77人	82人	87人	91人	95人	99人
利用者数	24人	31人	37人	45人	52人	60人

オ. 実施方法

① 特定健診

概 要		
実施期間	(集団) 7月～翌年1月 (個別) 6月～翌年3月	
実施場所 (実施機関)	(集団) 町内の地区毎に実施 (個別) 2か所の健診実施機関で実施	
費用 (自己負担額)	無 料	
周知方法	・対象者に受診案内を送付する。 ・町ホームページ ・広報紙等 (広報さんのへ、行政回覧等)	
健診項目 (基本項目、詳細項目及び町独自の追加項目を受診者全員に実施)		
基本項目	診察	問診 (既往歴、生活習慣等)
		身長、体重、BMI、腹囲
		理学的所見 (身体診察)
		血圧測定
	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	AST (GOT)
		ALT (GPT)
		γ-GTP
	血糖検査	空腹時血糖
	尿検査	尿糖
		尿蛋白
追加項目 (町独自の項目)		ヘモグロビンA1c
		尿中塩分
詳細項目	貧血検査	赤血球数
		血色素量
		ヘマトクリット値
	腎機能検査	血清クレアチニン
	心電図検査	
	眼底検査	

② 特定保健指導

概 要				
実施期間	初回面接から3か月間、実績評価の最終期限は、特定健診実施年度の翌年度までとする。 (動機づけ支援)「メタボ撃退教室」を開催 (積極的支援)「おなかすっきり教室」を開催			
実施場所（実施機関）	(動機づけ支援) 三戸町保健センター (積極的支援) 三戸町保健センター及び健診実施場所（面談のみ）で保健指導実施機関が実施			
費用（自己負担額）	無 料			
周知方法	・対象者に通知（郵送・電話） ・町ホームページ ・広報紙等（広報さんのへ、行政回覧等）			

特定保健指導判定基準（階層化）					
腹 囲	追加リスク	④喫煙歴	対 象		
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40 歳～64 歳	65 歳～74 歳	
男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	—	積極的支援		
	1つ該当	あり			
			なし		動機づけ支援
上記以外でBMI 25以上	3つ該当	—	積極的支援		
	2つ該当	あり			
			なし		動機づけ支援
	1つ該当	—			

(追加リスク項目)

①**血糖** 空腹時血糖100mg/dl以上 または ヘモグロビンA1c 5.6%以上
(空腹時血糖優先)

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

③**血圧** 収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

特定保健指導内容表（動機付け支援）			
種類	時期	形態	計 画
初回面接	健診後	面接	①生活習慣改善の必要性の説明 ・生活習慣と健診結果の関係の理解について ・メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識について ・生活習慣が及ぼす影響について ・生活習慣の振り返りにについて ②生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットの説明 ③行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ④体重・腹囲の測定 ⑤生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についての話し合い ⑥行動目標・行動計画の作成
評価	1 4 週間後	電話	①身体状況や生活習慣に変化が見られたかを確認する。行動目標に対して評価を行う。 ②体重・腹囲・血圧の評価 ③実施報告書の作成
特定保健指導内容表（積極的支援）			
種類	時期	形態	計 画
初回面接	健診後	面接	①生活習慣改善の必要性の説明 ・生活習慣と健診結果の関係の理解について ・メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識について ・生活習慣が及ぼす影響について ・生活習慣の振り返りにについて ②生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットの説明 ③行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ④体重・腹囲の測定 ⑤生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についての話し合い ⑥行動目標・行動計画の作成
継続的な支援	2 週間後	電話	①行動目標の確認、行動計画の実施状況の確認 ②行動目標を達成するための具体的な支援
	6 週間後	電話	①行動目標の達成に応じ、中間評価と目標の修正等個々に合わせた支援 ②行動目標を達成するための具体的な支援
	1 0 週間後	電話	①行動目標の達成確認及び継続的な助言 ②次回支援日のお知らせ
評価	1 4 週間後	電話	①身体状況や生活習慣に変化が見られたかを確認する。行動目標に対して評価を行う。 ②体重・腹囲・血圧の評価 ③実施報告書の作成

事業番号 1 特定健康診査

事業の目的	特定健康診査を実施し、有所見者を早期に発見することで生活習慣病及び医療の適正化を図る。
対象者	国民健康保険加入者で、40 歳から 74 歳までの者
現在までの事業結果	集団健診：町内 6 か所 個別健診及び人間ドック：2 ヶ所（町内・八戸市）

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	生活習慣の改善意欲がある人の割合	53. 7%	54. 7%	55. 8%	56. 9%	58. 0%	58. 9%	60. 0%
	特定健診受診率	34. 6%	39. 0%	43. 2%	47. 4%	51. 6%	55. 8%	60. 0%
アウトプット 指標	対象者への通知実施率	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%

目標を達成するための 主な戦略	各地区の健診の実施方法を検討し、受診しやすい環境を整備するほか、個別健診及び人間ドックについて、健診実施機関に依頼する。また、人工知能を活用し対象者の特性に合わせた内容のハガキで受診勧奨を実施し、行動変容につなげる。
--------------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

受診案内や質問票を送付するほか、広報やホームページ及び町内放送で周知を図っている。
 特定健診費用は無料にしているほか、人間ドックは定額受診としている。
 集団検診を平日 10 日、土曜日 2 日、日曜日 1 日の計 13 日実施している。
 特定健診や人間ドックを受けた際に、健康ポイントを付与しインセンティブを与えている。
 受診勧奨に係る 6 月から 7 月にデータ分析を行い、7 月から 9 月に対象者を決定し、委託業者が 9 月と 12 月に受診勧奨のハガキによる通知をしている。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

健診実施機関と協議し、受診日設定や実施方法について、対象者が受診しやすい環境を整える。
 健康ポイント等のインセンティブ内容及び特定健診の受診券の送付について検討する。
 受診勧奨の効果検証を行い、次年度に向けた課題を抽出し受診率向上に繋げる。
 薬局など特定健診チラシ等の設置等について協力を依頼する。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課が健診実施機関と協議し、実施している。

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康推進課が健診実施機関と協議し、実施する。

⑭評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 2 特定保健指導

事業の目的	特定保健指導対象者に対して特定保健指導を実施し、生活習慣の改善を促し、継続的に支援することで生活習慣病等の減少を図る。
対象者	国民健康保険加入者で、特定健康診査結果において生活習慣病発症のリスクがあると判定された者
現在までの事業結果	メタボ撃退教室：7回（メタボリックシンドローム予備群に該当し、服薬に至ってない者） おなかすっきり教室：4回（メタボリックシンドロームに該当し、服薬に至ってない者）

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	特定保健指導対象者減少率	14.5%	16.3%	18.0%	19.8%	21.5%	23.3%	25.0%
	特定保健指導実施率	31.6%	31.2%	37.8%	42.5%	49.5%	54.7%	60.0%
アウトプット 指標	特定保健指導利用 勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標を達成するための 主な戦略	特定保健指導受診の必要性の普及啓発を行うとともに、特定保健指導を受けやすい環境を整備する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

電話等による未利用者への勧奨を実施している。
「メタボ撃退教室」を動機付け支援として町が実施している。
「おなかすっきり教室」を積極的支援として業務委託で実施している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

受託業者と協議し、保健指導の実施方法を検討し、利用しやすい環境を整備する。
集団や個別の保健指導について、周知する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課と受託業者が保健指導を実施している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康推進課と受託業者が保健指導を実施する。

⑭評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の中間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

(2) その他の保健事業

事業番号 3 がん検診

事業の目的	がんの早期発見・早期治療に繋げることで、がんによる死亡率を減少させる。
対象者	子宮頸がん検診は20歳以上、大腸がん、肺がん、乳がん検診は40歳以上、胃がん検診は50歳以上の者。ただし、乳がん検診、子宮がん検診は2年に1度、胃がん検診(X線)、大腸がん検診、肺がん検診は1年に1度の間隔とする。
現在までの事業結果	子宮がん検診、乳がん検診、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診を集団検診、個別検診で実施している。

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	がん死亡率	378.7	2022年度以下	2022年度以下	2022年度以下	2022年度以下	2022年度以下	2022年度以下
アウトプット 指標	子宮頸がん検診受診率	12.1%	13.4%	14.7%	16.0%	17.3%	18.6%	20.0%
	乳がん検診受診率	13.6%	14.7%	15.8%	16.9%	18.0%	19.1%	20.0%
	胃がん検診受診率	6.4%	8.7%	11.0%	13.3%	15.6%	17.8%	20.0%
	肺がん検診受診率	14.9%	17.4%	19.9%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%
	大腸がん検診受診率	6.4%	9.5%	12.6%	15.7%	18.8%	21.9%	25.0%

目標を達成するための主な戦略	新規受診者や既存受診者にごがん検診受診の必要性や精密検査受診の重要性について普及啓発を行い、受診に繋げる。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

集団健診とがん検診の同日実施や婦人科検診の集団実施、各医療機関の個別健診と合わせて実施している。
がん検診を受けた際に、健康ポイントを付与しインセンティブを与えている。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

がん検診受診の普及啓発を行うとともに、医療機関・健診機関と協議し、受診しやすい環境を整える。
がん検診を受けた際の健康ポイント等のインセンティブを検討する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課と医療機関・健診機関が協議し、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

健康推進課と医療機関・健診機関が協議し、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026年度の間年度と2029年度最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 4 糖尿病性腎症重症化予防

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者について、適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携し腎症悪化防止のための保健指導等を行い、腎不全及び人工透析等への移行を防止する。
対象者	40 歳から 74 歳の国民健康保険加入者で、特定健診結果・国保レセプトデータ・糖尿病の発症及び重症化リスクの高い者。
現在までの事業結果	令和 4 年度 糖尿病要医療者受診勧奨：3 人 令和 4 年度 重症化リスクの高い者への保健指導プログラム：3 人

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	糖尿病要医療者の医療機関受診率	100.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
アウトプット 指標	対象者への受診勧奨率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標を達成するための 主な戦略	対象者への受診勧奨通知の発送や電話による受診勧奨を行う。
--------------------	------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

糖尿病要医療者に受診勧奨を実施している。
KDBを活用し、重症化リスクの高い者を抽出し、同意の得られた者に対して保健指導プログラムを提供している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

糖尿病要医療者に受診勧奨を実施する。
KDBを活用し、重症化リスクの高い者を抽出して保健指導プログラムを提供する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課と医療機関が協議し、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

健康推進課と医療機関が協議し、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号	5	禁煙に関する周知・啓発
------	---	-------------

事業の目的	喫煙によるリスクを周知し、喫煙率の減少を図る。
対象者	40 歳以上の者
現在までの事業結果	庁舎内や健診会場での啓発ポスター掲示

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	喫煙率	16. 7%	16. 3%	15. 9%	15. 5%	15. 2%	14. 8%	14. 4%
アウトプット 指標	周知・啓発の 実施回数	1 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回

目標を達成するための 主な戦略	様々な健康イベントなどで、喫煙リスクの周知を図る。
--------------------	---------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

庁舎内及び健診会場での啓発ポスター掲示している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

庁舎内及び健診会場での啓発ポスター掲示や健康教室などでの喫煙リスクを周知する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課が実施している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康推進課が実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 6

歯周疾患検診

事業の目的	歯周疾患の予防と早期発見を推進し、高齢期においても自分の歯で食事を楽しむとともに健康で快適な生活が送れる者を増やす。
対象者	20 歳、30 歳、40 歳、50 歳、60 歳、70 歳の者
現在までの事業結果	

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	受診率		5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%
アウトプット 指標	対象者への通 知実施率		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標を達成するための 主な戦略	受診券等を発送し、歯周疾患検診の周知・啓発を図る。
--------------------	---------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

歯周疾患検診の内容等を歯科医療機関と協議し、実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康推進課と歯科医療機関が協議し、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 7	健康教育
--------	------

事業の目的	生活習慣病予防、歯周病予防、食育などについて、保健師、管理栄養士等が指導を行うことで、町民の健康の保持・増進を図る。
対象者	40 歳以上の者
現在までの事業結果	令和 4 年度：各町内会等における健康教室 23 回 健康増進普及イベント：1 回

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	前期高齢者低栄養傾向者割合	17.3%	19.0% 以下	19.0% 以下	19.0% 以下	19.0% 以下	19.0% 以下	19.0% 以下
	メタボリックシンドローム該当者の割合	18.0%	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下
	メタボリックシンドローム予備群の割合	12.2%	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下	20.0% 以下
アウトプット 指標	健康教室・健康増進普及イベント	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回	24 回

目標を達成するための 主な戦略	町内会や地区組織と連携し、健康課題に対する健康教育や健康相談を実施する。 健康増進普及イベントを開催し、健康に関する知識の普及・啓発を図る。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

健康教室や健康増進普及イベントを開催し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に向けて、知識の普及・啓発や栄養・食生活の改善及び身体活動・運動を推進している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

知識の普及・啓発や栄養・食生活の改善及び身体活動・運動の実施方法などについて、地域の状況や要望に合わせて実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課と町内会や地区組織が協議し、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

健康推進課と町内会や地区組織が協議し、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026 年度の間年度と 2029 年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 8 ジェネリック医薬品利用促進

事業の目的	先発医薬品と同等の効能があるジェネリック医薬品を推進することにより、後発医薬品の使用割合の向上を目指す。
対象者	国民健康保険加入者で、先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えることで自己負担額の軽減が見込まれる者
現在までの事業結果	令和4年度のジェネリック医薬品使用率：89.3%

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	ジェネリック医薬品使用割合	89.3%	89.3% 以上	89.3% 以上	89.3% 以上	89.3% 以上	89.3% 以上	89.3% 以上
アウトプット 指標	ジェネリック医薬品利用差額通知	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	先発医薬品とジェネリック医薬品を利用した場合の差額について通知する。
--------------------	------------------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

国保連合会に委託し、ジェネリック医薬品利用差額通知を年2回実施している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

国保連合会がジェネリック医薬品利用差額通知を年2回実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民福祉課と国保連合会が協議し、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

住民福祉課と国保連合会が協議し、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026年度の間年度と2029年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 9

医療費適正化

事業の目的	全受診世帯へ医療費を通知し、医療に関する認識の向上を促すとともに、国保連から提供される重複多受診者一覧表から対象者を選定し、保健指導を実施することで、医療費の適正化を図る。
対象者	国民健康保険加入者で、医療機関を受診した者 国民健康保険加入者で、同一疾病で単月3以上の医療機関の受診が3か月以上継続している者、単月における医療機関の受診日数合計が3か月以上継続して15日以上以上の者、単月に同一薬剤又は同一薬効の薬剤を3以上の医療機関から3か月以上継続して処方されている者で、保健師の意見を勘案した上で特に指導及び助言を行う必要があると認められる者。
現在までの事業結果	医療費通知：100%

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	保健指導実施	0人	随時	随時	随時	随時	随時	随時
アウトプット 指標	重複多受診者への 保健指導通知	0人	随時	随時	随時	随時	随時	随時
	医療費通知	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標を達成するための 主な戦略	医療費について、年6回、2か月ごとに全受診世帯へ通知する。重複多受診者に対する保健指導を実施する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

国保連合会に委託し、医療費通知を実施している。

住民福祉課が重複多受診者のリストを作成し、健康推進課の保健師と特定保健指導対象を協議している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

国保連合会が医療費通知を実施する。対象者に特定保健指導を実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

住民福祉課と国保連合会が協議して、医療費通知を実施している。住民福祉課が重複多受診者のリストを作成し、健康推進課の保健師と特定保健指導対象を協議している。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

住民福祉課と国保連合会が協議して、国保連合会に委託し実施する。住民福祉課が重複多受診者のリストを作成し、健康推進課の保健師と特定保健指導対象を協議して実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026年度の間年度と2029年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

事業番号 10 介護予防活動支援	
事業の目的	住民主体の介護予防活動を支援し、高齢者の健康づくり及び介護予防が図られる地域づくりを進める。
対象者	通いの場の参加者
現在までの事業結果	令和4年度：要介護認定者 744人 要介護認定率 18.9%

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	要介護認定率	18.9%	18.9% 以下	18.9% 以下	18.9% 以下	18.9% 以下	18.9% 以下	18.9% 以下
アウトプット 指標	通いの場支援	23地区	23地区	23地区	23地区	23地区	23地区	23地区

目標を達成するための 主な戦略	保健師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士などによる健康知識や運動の方法などの周知を実施する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

領域別に専門職を派遣し、介護予防に対する知識の普及・啓発や栄養・食生活の改善及び身体活動・運動を支援している。いきいきリーダー養成講座を開催し、地域活動支援者を増やしている。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

知識の普及・啓発や栄養・食生活の改善及び身体活動・運動の実施方法などについて、地域の状況や要望に合わせて支援する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康推進課と各領域別専門職、いきいきリーダーなどが協議して、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

健康推進課と各領域別専門職、いきいきリーダーなどなどが協議して、実施する。

評価計画

住民福祉課と健康推進課が毎年実施方法などの振り返りを行う。2026年度の間年度と2029年度の最終年度では評価を行い、三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会で報告を行う。

第5章 その他

1 計画の評価及び見直し

P D C Aサイクルによる評価・点検を実施し、進捗状況について、必要に応じて三戸町国民健康保険事業の運営に関する協議会及び三戸町健康づくり推進協議会において報告します。

令和8年度に中間評価を行い、必要に応じて事業の見直しを実施します。

令和11年度には、次期計画の策定を円滑に進めるための準備も考慮に入れ、最終評価を実施します。

2 計画の公表及び周知

ホームページ等を通じて公表するほか、必要に応じて様々なイベントや会議等の機会を利用して周知します。

3 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」等の関係法規に基づき、適切に管理します。

外部委託事業者への業務委託等は、委託仕様等に個人情報取扱特記事項を定めて、個人情報の管理について万全な対策を講じます。

4 地域包括ケアに係る取組

高齢者等が住み慣れた地域で安心安全に継続して生活できるよう、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握や分析を関係機関と共有し、連携を図りながら事業を推進します。

5 その他の留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた事業計画を推進するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に、事業運営にかかわる担当者（国保、健康づくり、介護部門等）が積極的に参加します。

後期高齢者医療広域連合から委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組めます。

三戸町国民健康保険

第3期データヘルス計画（三戸町国民健康保険保健事業実施計画）

第4期特定健診等実施計画

発行年月 令和6年3月

発行 三戸町

編集 三戸町住民福祉課 国保環境班

三戸町健康推進課 健康づくり班