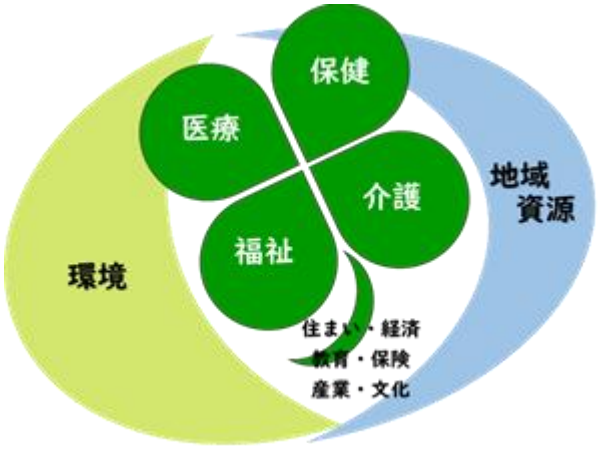
第3期南部町国民健康保険保健事業実施計画
（第3期南部町データヘルス計画）

第４期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画

計画期間:令和６年度～令和11年度(2024年度～2029年度)

令和６年３月

青森県南部町



表紙のイラストは、町民の命と暮らしを守るために、保健・医療・福祉・介護と環境や地域資源が連携・協働して進める**「南部町地域包括ケアシステム」**をイメージしたものです。

※「南部町健康増進計画　第4次すこやか南部 21」と同様のイラストを使用しています。

目　　次

第1章　基本情報

1. 人口・被保険者の基本情報 1
2. 基本的事項 1
   (1)計画の趣旨 1
   (2)計画期間 6
   (3)実施体制 6
   (4)関係者連携 6
3. 保険者及び関係者が果たすべき役割
   (1)南部町国保 7
   (2)都道府県(国保部局) 8
   (3)都道府県(保健衛生部局) 8
   (4)保健所 8
   (5)国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、
      国民健康保険中央会 8
   (6)後期高齢者医療広域連合 8
   (7)保健医療関係者 8
4. 現状の整理 9
   (1)被保険者の特性 9
   (2)地域資源の状況 12
   (3)前期計画等に係る考察 12

第2章　健康医療情報等の分析と課題

1. 平均寿命・標準化死亡比 19
2. 医療費の分析 23
3. 特定健康診査・特定保健指導の健診データ(質問票を含む)の分析 30
4. レセプト・健診データを組み合わせた分析 52
5. 介護費関係の分析 54
6. その他 57

第3章　計画全体

1. 本計画の方向性 58
2. 保険者の健康課題(被保険者の健康に関する課題) 58
3. データヘルス計画全体における目的及び評価指標 60
4. 個別の保健事業 63
5. データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略 63

第4章　個別の保健事業

1. 特定健診受診勧奨事業 64
2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 66

3. 特定保健指導事業 68
4. 精検対象者に対する受診勧奨及び
コントロール不良者（糖代謝を除く）への訪問指導事業 70
5. がん検診受診勧奨事業 72
6. がん精検対象者に対する受診勧奨事業 74
7. 歯科口腔保健対策事業 76
8. 生活習慣病予防に関する知識の普及啓発事業 78
9. フレイル予防事業 80

第5章　その他

1. データヘルス計画の評価・見直し 82
2. データヘルス計画の公表・周知 82
3. 個人情報の取り扱い 82
4. 地域包括ケアに係る取組 82
5. 事業運営上の留意事項 82

【参考資料】 83
1. 計画策定の経過 83
2. 外部アドバイザー 83
3. 国民健康保険運営協議会委員 83
4. 別添資料 84
・令和4年度　町内会等別個表
・南部町全体 85
・福地地区 86
・名川地区 87
・南部地区 88

第1章　基本情報

第1章　基本情報

1. 人口・被保険者の基本情報

（令和5年4月1日時点）

	全体（人）	男性（人）	%	女性（人）	%
人口	16,815	7,973	47.4	8,842	52.5
国保被保険者数	4,193	2,104	50.1	2,089	49.8

資料：住民基本台帳法、国民健康保険事業月報

2. 基本的事項

（1）計画の趣旨

■計画策定の背景

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の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。これを踏まえ、厚生労働省は、平成 26 年3月に「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」の一部を改正し、市町村国保保険者においても健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（図1）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・改善を行うこととなりました。

その後、平成 30 年 4 月からは国民健康保険制度改革により、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、安定的な財政運営や効率的な事業の確保などの国保運営に中心的な役割を担う一方で、市町村は地域住民の身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業など、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされました。

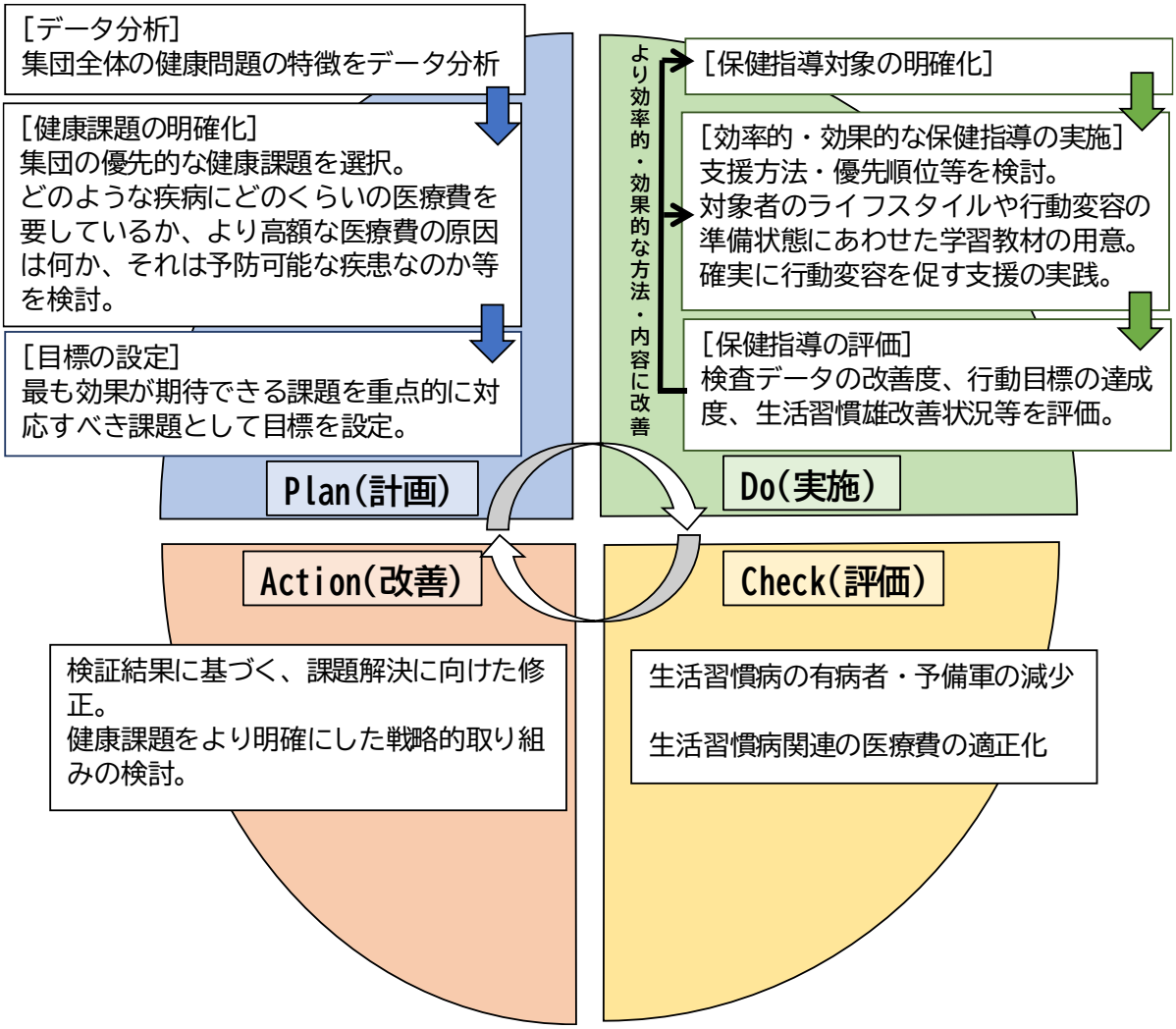
そして、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化の取り組みの推進が掲げられ、令和4年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標※1やアウトカム※2ベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

※1　事業の活動を追跡するために使用される測定可能なデータ。これらの指標を用いて事業目標の達成状況を追跡し、測定する。

※2　成果や効果

図1　保健事業のPDCAサイクル



■保健事業の目的

保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資することを目的とします。

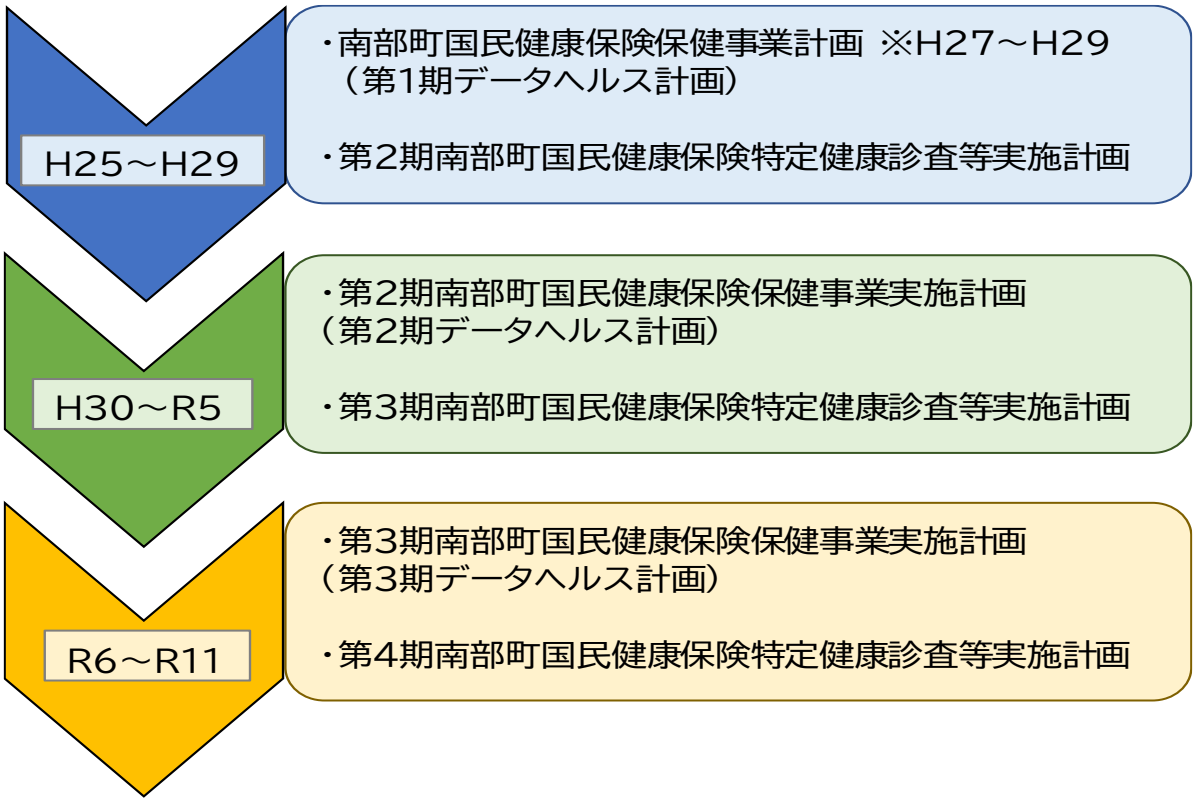
■計画策定の経緯

南部町では、平成 20 年度から「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）に基づく特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導に関する計画を策定しており、平成28年3月には、特定健診結果やレセプトデータの健康・医療データを活用して明確化や健康課題に対してPDCAサイクルに沿った保健事業を実施する「南部町国民健康保険保健事業計画（以下「第1期データヘルス計画」という。）を策定しました。

平成 30 年3月には「第2期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画」及び「第1期データヘルス計画」の計画期間が満了となることから、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の実施計画である「第3期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を「第2期南部町国民健康保険保健事業実施計画（以下「第2期データヘルス計画」という。）の一部として位置づけ、一体的に策定しました。

そして、令和6年3月には、第2期データヘルス計画の計画期間が満了となることから、「第4期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画」と「第3期南部町国民健康保険保健事業実施計画（以下「第3期データヘルス計画」という。）を一体的に策定いたします。（図2）

図2　計画策定の経緯



■計画の位置づけ

（1）各計画との関係

本計画は、「南部町総合振興計画」、「南部町健康増進計画」、「南部町食育推進計画」の計画における施策や評価指標との整合性を図りながら作成します。（図3）

これらの計画には、具体的な施策の方向性として、若い世代からの生活習慣の改善や合併症の発症や症状の進行・重症化防止対策を推進していくことが明記されています。

南部町国民健康保険（以下「国保」という。）においても、地域のかかりつけ医や保健師・管理栄養士の専門職の連携をより強化し、一次予防の観点から保健事業に取り組むことによって被保険者の健康増進につなげていきます。

図3　本計画と関連のある南部町の各計画期間

計画名		H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
南部町総合振興計画	5年	第2次(前期)					第２次(後期)						
国保保健事業実施計画（データヘルス計画）	6年	第2期						第３期					
国保特定健康診査等実施計画	6年	第３期						第４期					
食育推進計画	6年	2次	第3次					第4次					
いのち支える自殺対策計画	6年		第1次					第２次					
子ども・子育て支援事業計画	5年	第1期	第2期					第３期					
地域福祉計画	5年	2次	第3期					第４期					
介護保険事業計画・高齢者福祉計画	3年	第7期		第8期			第9期			第10期			
障がい者計画	5年	第3期				第4期							
障がい福祉計画・障がい児福祉計画	3年	第5期		第6期			第7期			第８期			

(2)国保保健事業と国保以外の事業との関係

国保保健事業は、国保以外の健康増進事業や後期高齢者医療との連携を図りながら実施します。(図4)

① 国保保健事業

本計画における保健事業の実施により、被保険者の健康の保持及び増進を図るとともに、医療費の適正化を図ります。

ア)特定健診(30～39 歳健康診査を含む)

糖尿病の生活習慣病発症や重症化を防止し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施します。また、30代からの生活習慣病の予防と早期発見及び健診受診の習慣化を図ります。

イ)特定保健指導

特定健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して、保健師・管理栄養士による保健指導を実施し、生活習慣の改善を支援します。

ウ)国保保健指導事業

特定健診受診者で特定保健指導対象外の者のうち、生活習慣病に関する検査結果において疾病の発症や重症化の可能性がある者に対して、保健師・管理栄養士による家庭訪問を実施し、被保険者の生活習慣病の重症化の防止を図ります。

エ)重複・多受診者訪問指導事業

重複・多受診者に対して医療機関等の適正受診の周知、啓発を行うことで、医療費適正化による医療保険財政の健全化を図ります。

オ)ジェネリック医薬品(後発医薬品)利用促進

ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用促進を行い、被保険者の自己負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図ります。

② 国保以外の保健事業

ア)がん検診等事業

肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんを早期に発見するとともに早期に治療へ結びつけることで、がんによる死亡を減少させます。

イ)生活習慣病重症化防止の取り組み

定期的に健康相談の場を設け、気軽に相談できる環境を整備します。また地区の公民館、施設を活用し、食生活改善推進員の組織と連携しながら健康相談や健康教育を行います。

③ 後期高齢者医療

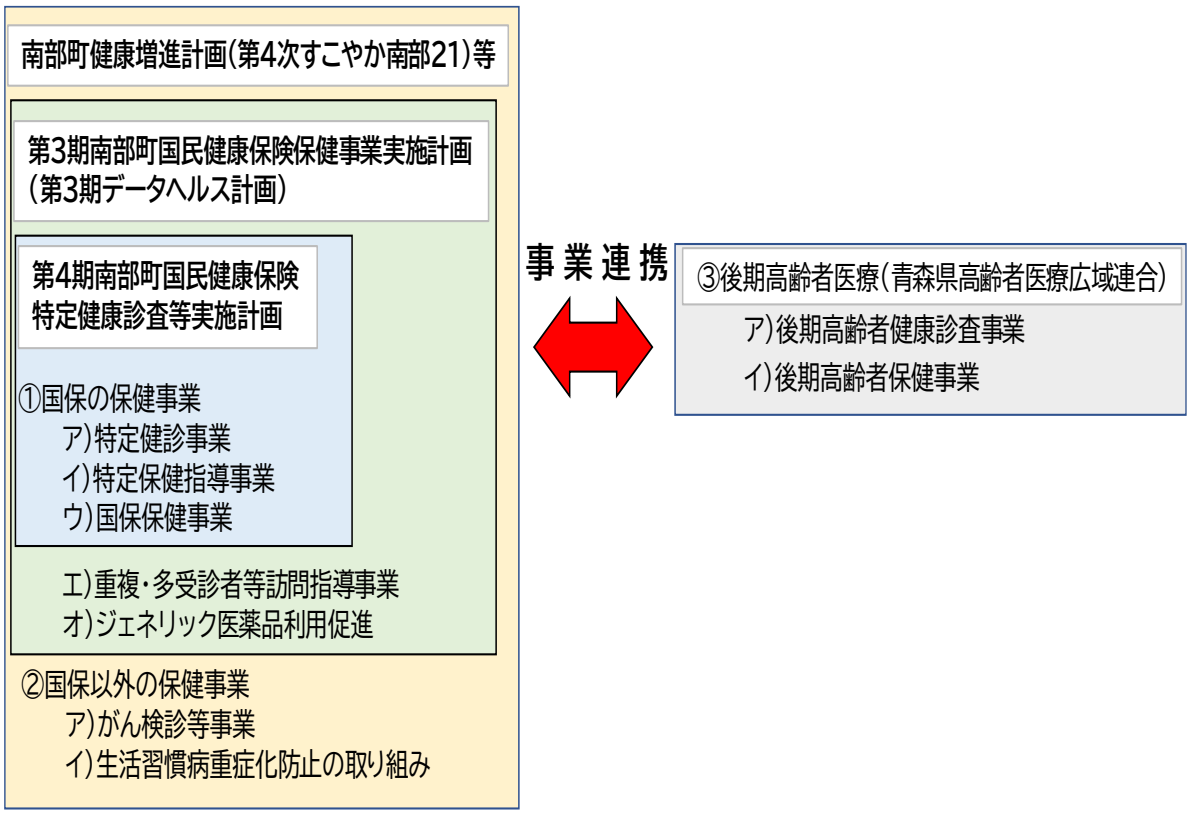
ア)後期高齢者健康診査

後期高齢者に健康診査を実施し、疾病の早期発見へとつなげることで、重症化を防止していきます。

イ)後期高齢者保健事業

後期高齢者に健康相談や訪問指導等を実施し、健康の保持増進と医療費の適正化に努めます。

図４ 国保保健事業と国保以外の事業との関係



（3）地域包括ケアにおける本計画の位置づけ

「要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる」という地域包括ケアの理念に基づき、医療・介護・予防・生活支援の視点を持ちながら、各関係機関と連携を図り保健事業を推進していきます。

■計画の目標と策定の方向性

本計画の策定にあたり、以下の目標を設定します。

【目標】
健診・医療・介護情報のデータ分析に基づき、被保険者の健康の保持増進を図り、医療費の適正化につなげます。

目標に向けた取り組みを進めるため、被保険者の現状を把握し、医療・健康・介護情報の分析結果から健康課題を明確化したうえで、実施する保健事業を示します。具体的な取り組みについては、「第3章計画全体」に記載しています。

（2）計画期間

令和 6 年度（2024 年）から令和 11 年度（2029 年）までの6年間を計画期間とします。

※都道府県における医療費適正化計画や医療計画が、上記計画期間としているため、整合性を図るため同期間を計画期間とします。

（3）実施体制

この計画は、保健事業関係課と国保・後期関係課が一体となって策定します。事業実施については、保健師、管理栄養士が連携して実施していきます。また必要に応じ、関係課と共同で保健事業を展開していきます。

本計画については、1年ごとの事業評価と、半期（3年）、1期（6年）の中長期での評価を行います。また評価の結果に基づき、必要に応じて事業の見直しを行っていきます。

（4）関係者連携

保健事業については関係機関と連携を図りながら効率的・効果的に実施していきます。また、評価や見直しについては、外部有識者にデータヘルス計画会議への参画を求め、助言を受けながら進めていきます。

3. 保険者及び関係者が果たすべき役割

(1)南部町国保

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

① 健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

南部町の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価は、都道府県、保健所、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)の関係機関の協力を得ながら、保健事業担当課が主体となって行います。また、後期高齢者医療担当や介護保険関係課と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開していきます。

保健事業の評価において、被保険者のり患状況や人工透析の導入のように、長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステムを活用して後期高齢者医療制度の健康・医療情報と併せて分析することに努めていきます。

② 南部町内の連携体制の確保

南部町の保健事業担当課においては、保健事業の積極的な推進を図るために、国保関係課と一体となって、計画策定を進めていきます。また後期高齢者医療制度における保健事業を所管する後期高齢者医療担当課、介護保険担当課とも十分に連携し、計画策定を進めていきます。特に、計画策定や保健事業の実施、評価に当たっては、本町の健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況などを踏まえて対応していく必要があります。

さらに、計画の策定を進めるに当たり、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会(以下「支援・評価委員会」という。)、地域の医療機関や大学の社会資源と連携をとりながら進めていきます。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化を推進することにより、保険者の健康課題を関係機関で共有していきます。

③ 町外関係機関との連携

計画の策定を進めるに当たり、計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が必要です。そのため、都道府県のほか、支援・評価委員会、地域の医師会等の関係者(以下「関係者」という。)、後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)、健康保険組合の他の医療保険者、地域の医療機関と連携し協力していきます。

関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化を推進することにより、保険者の健康課題を関係機関で共有していきます。

④ 被保険者との関わり

南部町は、関係機関だけではなく、南部町国民健康保険運営協議会の場を通じて、被保険者の立場から意見を計画等に反映させていきます。

（2）都道府県（国保部局）

被保険者の健康の保持増進のために、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、町は必要に応じて都道府県国保部局に対し、関係機関との連絡調整や専門職の派遣、助言の技術的な支援、情報提供等の支援を求めていきます。

（3）都道府県（保健衛生部局）

保健衛生部局が都道府県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局を通じて、町は必要に応じて保健師の専門職の技術的な支援を求めていきます。

（4）保健所

保健所は、都道府県（国保部局・保健衛生部局）や国保連、郡医師会をはじめとする地域の保健医療関係者と連携、調整をして、地域の社会資源の状況を踏まえているため、町は必要に応じて支援を求めていきます。

（5）国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会

国保連については、KDBシステムを活用した健康・医療情報の分析結果やその活用方法などについて、町への提供を求めていきます。また、町がKDBシステムを利用して、地域の健康課題の分析や保健事業の対象者の抽出、保健事業の評価を行うことができるように、研修会の開催や資料の配布などを求めていきます。

保健事業支援・評価委員会については、これまでの支援経験や構成員の幅広い専門的知見を備えているため、町は必要に応じて支援を求めていきます。

国民健康保険中央会（以下、「国保中央会」という。）は、KDBシステムの運用・改善や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業により、国保連や支援・評価委員会を通して保険者を支援する役割があるため、町は必要に応じて支援を求めていきます。

（6）後期高齢者医療広域連合

町が地域の世代間の疾病構造や医療費などの動向を連続して把握したり、健康課題の明確化や保健事業の効果検証が行えるよう、後期高齢者医療広域連合から必要な情報の共有を求めていきます。

（7）保健医療関係者

保健医療関係者については、保健事業の実施や評価、保健医療に係る専門的見地からの支援、町は必要に応じて支援を求めていきます。

4. 現状の整理

(1)被保険者の特性

■南部町の人口構成

町の人口構成をみると、年少人口割合が 8.7%と県、国と比較して低く、生産年齢人口も県、国より低くなっています。老年人口は国より約 10%程高くなっています。(表1)

人口ピラミッドでみると、人口が最も多い年齢層は男女ともに、70～74 歳となっています。(図5)

町の総人口の減少傾向は今後も続くと予想されており、第9期介護保険事業計画高齢者福祉計画では、令和8年度(2026 年)には総人口 15,716 人、高齢化率 41.75%、令和 13 年(2031 年)には総人口 14,166 人、高齢化率 43.87%と推計されています。(図6)

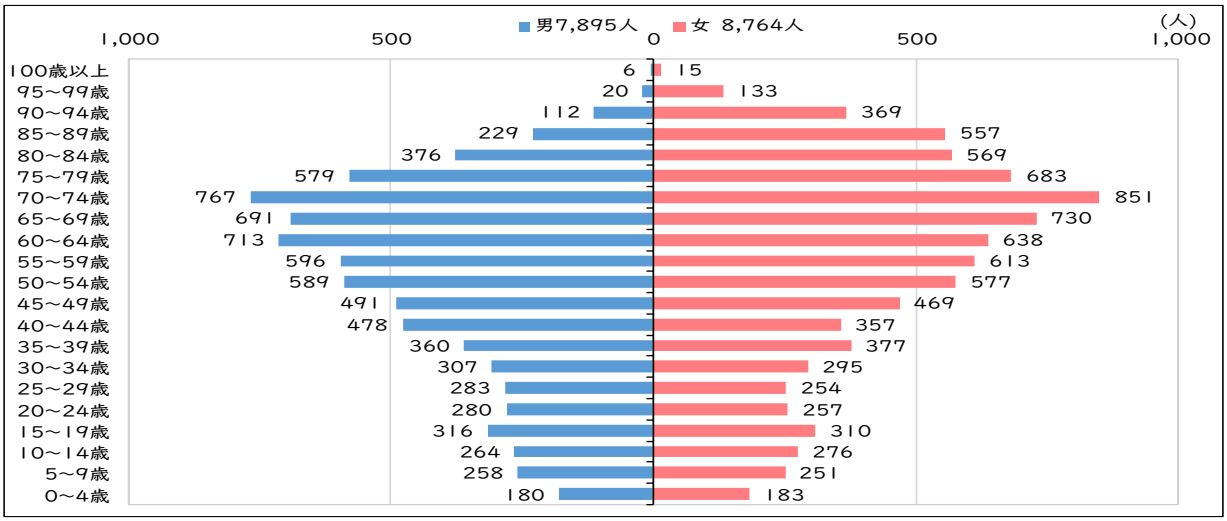
表1 町の人口構成

			南部町	青森県※	国※
人口計			17,021	1,204,343	124,567,000
年齢別人口(人)・割合(%)	年少人口(15 歳未満)		1,487	121,769	14,367,000
	割合(%)		8.7	10.1	11.5
	生産年齢人口(15～64 歳)		8,771	649,436	74,015,000
	割合(%)		51.5	53.9	59.4
	老年人口(65 歳以上)		6,763	413,376	36,185,000
	割合(%)		39.7	34.3	29.1
	内訳	前期老年(65～74 歳)	3,156	199,030	16,511,000
		割合(%)	18.5	16.5	13.3
		後期老年(75 歳以上)	3,607	214,346	19,674,000
		割合(%)	21.2	17.8	15.8

資料:南部町 行政区別年齢別人口統計表、令和4年青森県の人口(概要)、e-stat

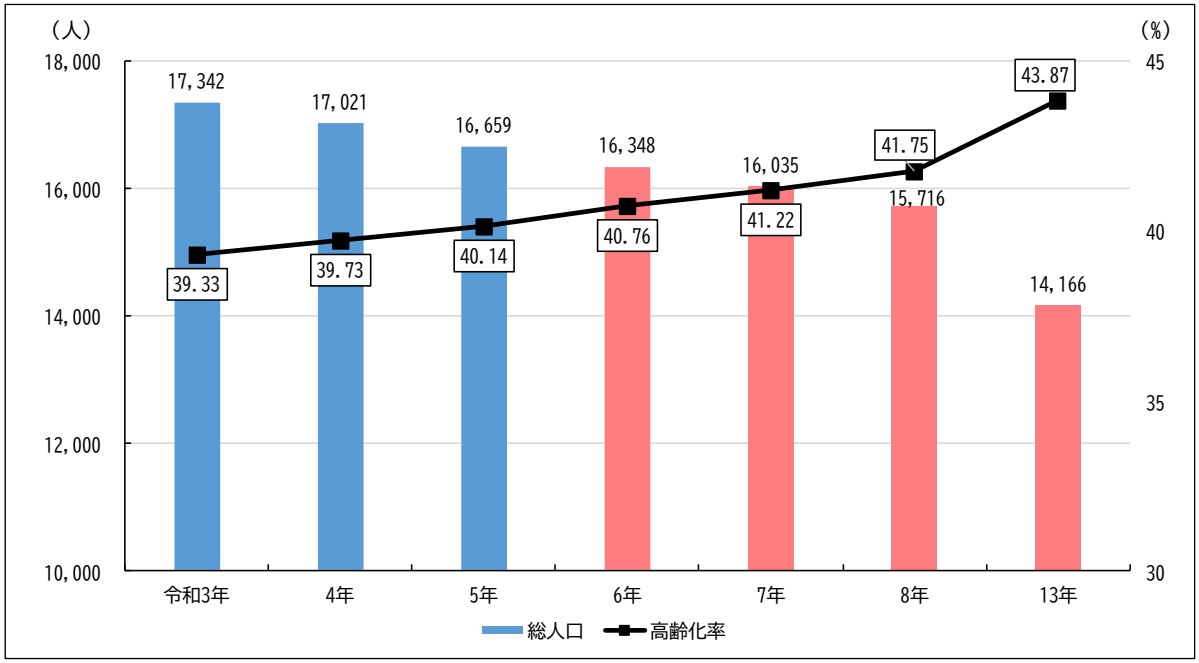
※県、国の人口は推計値であり、国は 1,000 人単位のため、実際の値とは異なります。

図 5 人口ピラミッド(令和 5 年 10 月 1 日現在)



資料:住民基本台帳

図６　総人口と高齢化率の推移（毎年 10 月１日現在）（※令和６年以降は推計値）



資料：住民基本台帳、福祉介護課調べ

■町の地区別人口、高齢化率の比較

町の高齢化率は県より5.4%、国より10.7%高くなっています。

町の人口は名川地区が最も多く、名川地区の高齢化率は福地地区より5.41%高く、名川地区南部地区の高齢化率はほぼ同率となっています（表2）。

表2　町の地区別人口と高齢化率

	南部町				青森県※	国※
	福地地区	名川地区	南部地区	計		
人口（人）	5,803	6,841	4,377	17,021	1,204,343	124,567,000
65 歳以上人口（人）	2,106	2,853	1,804	6,763	413,376	36,185,000
高齢化率（%）	36.29	41.70	41.22	39.73	34.3	29.0

資料：行政区別　65 歳以上人口と高齢化率、令和4年　青森県の人口（概要）、e-stat

※県、国の人口は推計値であり、国は 1,000 人単位のため、実際の値とは異なります。

■被保険者数の推移

近年の推移をみると、被保険者数は平成 29 年度から令和4年度の6年間で 924 人、年度平均で 154 人ずつ減少し、国保人口割合は 2.8%、国保世帯割合は 4.3%低下しています。後期高齢者への移行による離脱が毎年約200人ずつあり、今後も続くものと予想されますが、平成30年から社保離脱が社保加入より増えつつあります。(表3)

表3 国保世帯数及び被保険者数の推移(各年度 3 月 31 日現在)

年度		H29	H30	R 元	R2	R3	R4
町世帯数(世帯)		7,493	7,443	7,430	7,499	7,486	7,470
国保世帯数(世帯)		3,056	2,974	2,900	2,879	2,838	2,723
国保世帯割合(%)		40.8	40.0	39.0	38.4	37.9	36.5
町人口(人)		18,489	18,101	17,754	17,480	17,160	16,815
国保被保険者数(人)		5,117	4,871	4,726	4,649	4,454	4,193
国保人口割合(%)		27.7	26.9	26.6	26.6%	26.0	24.9
前年度比較(人)		△ 393	△ 246	△ 145	△ 77	△195	△256
被保険者増減内訳	転入-転出	△ 27	17	△ 12	△ 10	△1	8
	社保離脱-加入	△ 88	15	85	108	79	92
	生保廃止-加入	△ 5	△ 9	△ 15	△ 8	7	△18
	出生-死亡	△ 40	△ 25	△ 32	△ 28	△35	△32
	後期離脱-後期加入	△ 224	△ 227	△ 194	△ 134	△231	△276
	その他	△ 9	△ 17	23	△ 5	△15	△30

資料:国民健康保険事業年報

■被保険者の年齢構成

被保険者の年齢構成割合を県・国と比較すると、0～39 歳は県、国より低く、40～74 歳の被保険者が県、国より高くなっています。(表4)

また、平成 30 年度～令和4年度の年齢構成(累計)の推移を比較すると、0～64 歳の割合が低下し、65～74 歳の割合が年々増加しています。(表5)

表4 被保険者の年齢構成

区分		南部町	青森県	国
人口計(人)		4,248	276,251	27,488,882
年齢別割合	0～39 歳(%)	16.0	18.9	26.5
	40～64 歳(%)	34.1	33.4	33.1
	65～74 歳(%)	49.9	47.7	40.5

資料:KDB システム「令和4年度(累計)地域の全体像の把握」

表5 南部町の被保険者の年齢構成の推移

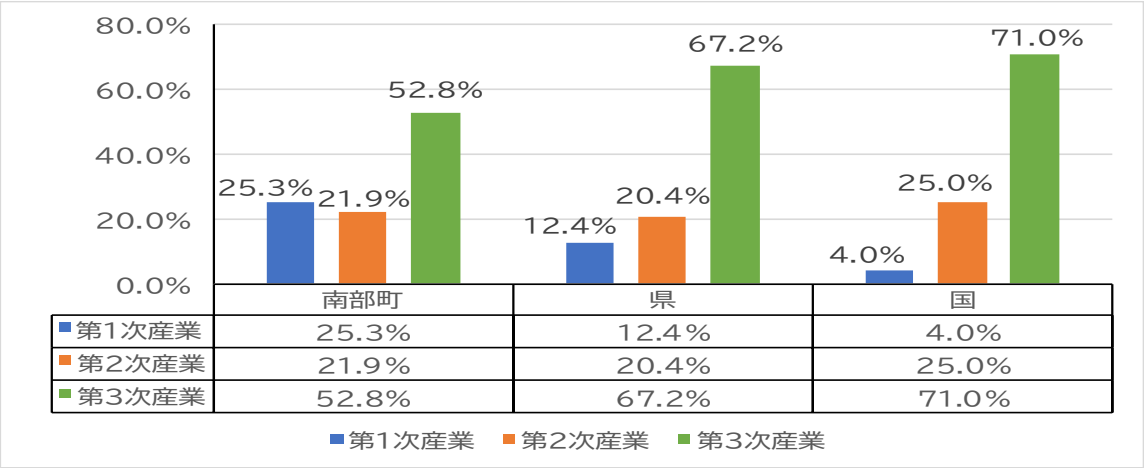
区分		H30	R 元	R2	R3	R4
人口計(人)		4,895	4,776	4,710	4,489	4,248
年齢別割合	0～39 歳(%)	18.1	18.6	17.4	16.7	16.0
	40～64 歳(%)	37.9	36.0	34.6	33.8	34.1
	65～74 歳(%)	44.0	45.5	48.0	49.5	49.9

資料:KDB システム「平成 30～令和4年度(累計)地域の全体像の把握」

■町の産業構成率の比較

町の産業構成率をみると、就業構成は県及び国と同様に第 3 次産業が最も高くなっていますが、第1次産業の割合が 25.3%と、県の 2 倍、国の 6.3 倍高いことが町の特徴と言えます。(図7)

図7 国保被保険者の産業構成率の比較



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

(2)地域資源の状況

民生委員・児童委員、保健推進員、食生活改善推進員の組織に対し町の事業の周知を行い、特定健診の受診勧奨や地区における健康教室、健康づくり普及啓発への協力を得ていきます。

また、被保険者の健康の保持増進のため町内外医療機関、薬局の保健医療機関や健康増進施設と連携をとりながらすすめていきます。

(3)前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画の4つの重点目標について、評価と考察を行います。

評価判定内容については、以下のとおりとします。

A:すでに目標を達成(計画通り)。
B:計画通り実施できていたが、達成できていない。
C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果があり、検討中・状況把握困難。
D:目標達成困難で、効果があるとはいえない。
E:当初の計画にはなかった内容。
F:中止(実施できない)。

重点目標1:糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止

【現状分析】

糖尿病の標準化死亡比をみると、男性の糖尿病の値が国の2倍以上と高い状況です。また腎不全においても国の 2 倍近い値であり、経年的にみると男性の糖尿病は増加し、腎不全は低下傾向にあります。女性については糖尿病の標準化死亡比は高くなっていますが低下傾向にあります。

健診結果をみると、血糖及び HbA1c※は女性より男性が高くなっている状況です。

主要別疾患では、高血圧・糖尿病が多くなっています。男性では、心疾患は低下傾向となっていますが、女性では心疾患が増加しています。また医療費の分析では、全体の医療費の割合では糖尿病が6年連続1位となっています。

※糖尿病の進行・改善の程度を測る指標。

【考察】

実施した事業についてはほぼ目標は達成されています。しかし、標準化死亡比・医療費等を分析していくと、糖尿病罹患者が依然として多いのが現状です。

これらのことから、糖尿病予防に関する知識の普及や血糖のコントロール不良者※への指導について、今後も継続して実施していく必要があります。※糖尿病治療中であるが、数値が改善していない方。

①町内医療機関との連携

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・町内医療機関(6ヶ所)との情報交換・実態把握	6 医療機関	6 医療機関	6 医療機関	6 医療機関	6 医療機関	A
・訪問指導依頼 10 件以上訪問指導実施率 100%	100%	100%	100%	100%	100%	B
・南部町糖尿病対策ネットワーク(仮称)の開催年 1 回以上	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年	2 回/年	A
・医師会との連携協定	・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定 ・八戸市医師会との連携協定締結	活動報告会1回	活動報告会1回	活動報告会1回	活動報告会 1回	A
・血糖コントロール不良者への訪問指導数	140 人	149 人	154 人	115 人	195 人	A

②血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・治療中断者への訪問指導人数 10 人	2 人	3 人	3 人	0 人	対象者0人	A
・糖尿病教室の開催 年 5 回	5 回	5 回	5 回	5 回	6回	A
・健康相談での糖尿病に関する実相談件数	未把握	1 件	13 件	7件	7 件	B
・選択死因の死亡数(青森県保健統計年報)	10 人	3 人	5 人	3 人	R6.6.30 発表	C
・血糖コントロール不良者(HbA1c8.4%以上)2.3%以下	6.0%	3.1%	5.0%	2.7%	4.8%	C
・糖尿病性腎症による新規透析導入患者 3 人以下	2 人	2 人	1 人	0 人	0人	A
・糖尿病治療中断者の減少	4人	7 人	9 人	1 人	対象者0人	A
・訪問指導実施者で検査数値に改善がみられた者の割合 50%	44.0%	60.5%	55.2%	60.6%	54.3%	A
・1 人当たりの歯科医療費(KDB)の県内順位を低くする※R2 から追加	1,864 円 3 位	1,993 円 4 位	2,235 円 2 位	2,067 円 4 位	2,045 円 4 位	B
・簡易血糖測定の導入	検討	検討	検討	中止	中止	R3～中止
・特定健診受診率 60%	46.5%	46.8%	46.6%	46.3%	46.5%	B

③精密検査の受診勧奨

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・文書による受診勧奨(年 2 回)	年 5 回	年 3 回	年 3 回	年 3 回	年2回	A
・39 歳以下の国保被保険者で、糖尿病性腎症がある人数の把握※R2 から追加	3 人	2 人	4 人	7 人	4 人	E
・HbA1c 高値者への通知・電話連絡 100%	100%	29.7%	27.3%	100%	100%	A
・「糖代謝」精密検査受診率 83%	84.8%	75.3%	81.1%	78.7%	81.1%	B

重点目標2:特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

〇特定健診

【現状分析】

特定健診の受診率は例年 40%後半で経過しており、目標値の 60%には到達できてはいませんが、令和4年度の健診受診率は県内でも9位と上位となっており、県(R4:36.8%)・国(R4:37.6%)より高い状況です。

年代別にみると 30 代の健診受診者が年々減少傾向となっています。地区別でみると南部地区の受診率が全体的に低い状況が継続しています。

健診未受診者への対策としては、町独自で行う勧奨のほか、令和4年度においては民間業者へ委託して勧奨を実施した結果、健診受診へとつながった方が136 人(ヒット率※8.3%)、そのうち 7.1%は3年以上未受診者であり、また前年度未受診者の方の受診率は 17.7%でした。

※未受診者勧奨した人数のうち、受診者につながった割合。

【考察】

実施した事業については、ほぼ目標は達成されています。しかし、受診者の自己負担費用についての検討や、申込方法の体制整備については、今後も検討が必要です。

健診未受診者については、民間業者と協力しながら未受診者の動向をつかみ、健診受診率の向上に努める必要があります。

今後も健診受診率向上のためにも、健診委託機関の継続、委託機関の増やインセンティブ※を活用し、今後も継続して目標達成への事業展開をしていくことが必要です。

※行動を促す「刺激」や「動機」。

〇特定保健指導

【現状分析】

特定保健指導については、専門職による訪問を中心に実施しています。令和2年度から目標値(65%)を下回っていますが、国や県より指導率(R4:59.7%)は高い状況です。しかし、メタボリックシンドローム予備群・該当者該当率は年々高くなっている状況です。

【考察】

特定保健指導の指導率向上のためにも、今後も健診委託機関でも保健指導を受けられる体制整備や指導率向上にむけた工夫や対策を行っていく必要があります。 また、対象者の生活スタイルに応じて、指導内容の工夫など、検討してくことが必要です。

①特定健診受診体制整備

1.特定健診自己負担費用についての検討

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・特定健診自己負担費用についての検討	検討	検討	検討	検討	検討	B
・健康マイレージ事業の実施(町事業 インセンティブ)	検討	63.8%	50.0%	36.4%	53.8%	E
・健診受診者への記念品贈呈 (町事業 インセンティブ H28～R2 の 5 年間予定)	1,730 人	1,465 人	1,850 人	中止	中止	R3～中止
・特定健診受診率 60%	46.5%	46.8%	46.6%	46.3%	46.5%	B
・南部地区の特定健診受診率 50%	42.2%	37.3%	38.9%	37.8%	38.4%	B
・40 歳代(男性)特定健診受診率 40%	31.6%	28.1%	25.5%	31.1%	30.8%	B

2.国保人間ドック

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・健康マイレージ事業の実施(町事業 インセンティブ)	検討	63.8%	50.0%	36.4%	53.8%	E
・健診受診者への記念品贈呈 (町事業 インセンティブ H28～R2 の 5 年間予定)	1,730 人	1,645 人	1,850 人	中止	中止	R3～中止

3.30 代の郵送血液検査の検討

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・30代の郵送血液検査	対象者の検討・絞り込み	南部地区対象を検討	効果の検証 →中止	中止	中止	F
	医師の診察がないことで健診としての計上が不可のため見送り。	医師の診察がないことで健診としての計上が不可のため見送り。	中止	中止	中止	F
・30代特定健診受診率の向上	18.7%	15.9%	16.2%	13.8%	13.6%	B

②特定健診周知体制の工夫及び整備

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・特定健診受診勧奨の工夫	健診案内チラシの工夫	健診案内動画の製作	健診案内動画の製作、動画 静止画の町 HP 掲載検討	保健推進員を交えた(研修会)	集団健診実施前日の町内放送 特定健診受診勧奨の工夫	A
	－	集団健診実施前日に町内放送をかける	集団健診実施前日に町内放送をかける	集団健診実施前日の町内放送 健康センター内のチラシ配布		E
・特定健診案内チラシ毎戸配布	毎戸配布 2 回 回覧 3 回	毎戸配布 2 回 回覧 3 回	毎戸配布 2 回 回覧 3 回	毎戸配布 6 回	毎戸配布 4 回	A
・特定健診案内・メール申し込みについて 広報掲載年 3 回	年 2 回	年 3 回	年 3 回	年 3 回	年 3 回	A
・特定健診案内・メール申し込みについて	検討	検討	検討	検討	検討	C
・新規特定健診受診者 30 名	174 名	180 名	262 人	121 人	178 名	A

③商工会及びパート勤務者などの健診データ連携

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・連携体制の検討、整備 ・データ連携開始	1 件	21 件	24 件	27 件	26 件	C
・職場健診を受ける特定健診対象者への健診結果提出依頼（みなし健診）	検討	みなし健診についての周知	みなし健診についての周知	73 名	54 名	A
・職場での健診を受診しているが、特定健診の健診項目を満たしていない被保険者のデータ取り込み件数	1 件	21 件	24 件	27 件	26 件	A

④特定保健指導実施率・質の向上

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・保健師の特定保健指導に関する研修会への参加	1 回	3 回	2 回	3 回	2 回	A
・健診機関との特定保健指導委託による、保健指導を受けやすい体制づくり	検討中	検討中	特定保健指導の委託 2 か所	特定保健指導の委託 2 か所	特定保健指導の委託 2 か所	A
・特定保健指導実施率 65%	52.5%	67.1%	50.7%	59.8%	63.1%	B
・メタボリックシンドローム予備群・該当者該当率 25% （H29 29.1%）	29.6%	28.8%	32.3%	33.4%	37.3%	B
・メタボリックシンドローム予備群・該当者減少率 25% （H28 48.3%、H29 46.0%）	45.0%	41.3%	36.5%	33.7%	22.3%	B

重点目標3：生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化等）

【現状分析】

実施した事業については、ほぼ目標を達成しています。

質問票や健康意識調査、KDB の情報から、習慣的に運動をしている人の割合は横ばいとなっています。飲酒については、毎日の飲酒の割合は減少傾向にありますが、6割の人が毎日飲酒と回答しています。喫煙は平成 30 年度と比較すると横ばいで県より低い値ですが、国より高い状況です。

生活習慣の改善の意欲については、女性より男性の方が意欲が低く、男女とも改善する意思がある人の割合が低下してきています。

メタボリックシンドローム該当者の割合については、男性が高い傾向にあります。メタボ予備群該当者割合は、男性は増加、女性は横ばいとなっている状況です

【考察】

習慣的に運動をしている人の割合が横ばいであることから、運動の定着化が図られていないことが考えられます。運動の継続の重要性及び生活習慣改善において必要な喫煙・飲酒についての知識の普及を、今後も継続して行っていくことが必要です。

①生活習慣改善に向けた取り組みの強化(運動習慣の定着化)

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・地区健康教室	検討	24 か所	19 か所	0 か所	7 か所	A
・健康講話依頼件数の増加	5 件	11 件	0 件	0 件	4件	A
・保健師以外の講師活用回数 5 回	5 回	24 回	19 回	中止	7回	A
・他課主催運動教室参加者 10 名	95 人	89 人	中止	参加人数 不明	41 人	A
・広報への掲載年 2 回	2 回	6 回	6 回	6 回	5回	A
・1 日 30 分以上の運動習慣がある人　50%以上	27.30%	32.50%	28.10%	26.50%	28.70%	B
・身体活動時間 60 分以上の人 50%以上	45.10%	46.70%	47.10%	47.40%	48.10%	B
・健康教育の媒体の作成・活用	内臓脂肪計の導入	・フードモデルの導入 ・動脈硬化血管モデルの導入 ・血管年齢測定計 2 台の追加	・食育SATシステムの導入 ・バーデハウス等への運動機械の購入 ・「三つの花」体操の普及	・現在ある機器の活用及び使用方法の研修会 ・「三つの花」体操の普及 ・運動機械を活用した筋力トレーニング講座	・「三つの花」体操の普及 ・運動機械を活用した筋力トレーニング講座	A
・他課内の運動事業の把握	他課内の運動事業の把握	他課内の運動事業の把握	他課内の運動事業の把握	他課内の運動事業の把握	他課内の運動事業の把握	A

重点目標4:医療費適正化の推進

【現状分析】

実施した事業については、ほぼ達成されています。しかし、重複・多受診者への訪問指導に関しては、増加・減少を繰り返している状況です。

【考察】

重複・多受診者への訪問指導も継続して実施し状況把握等を行い、医療費適正化に努めていく必要があります。

①ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及・啓発

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・ジェネリック医薬品(後発医薬品)の差額通知(年 2 回)	年 2 回	年 2 回	年 2 回	年 2 回	年 2 回	A
・ジェネリック医薬品(後発医薬品)該当者への差額通知数 260 通以下	226 通	152 通	126 通	152 通	125 通	A
・ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用割合 80%以上	80.30%	83.80%	85.60%	85.40%	86.10%	A

②重複・多受診者等訪問指導

目標	H30	R 元	R2	R3	R4	評価
・重複・多受診者等への訪問指導数	重複 4 人 多受診者 2 人	重複 9 人 多受診者 0 人	重複5人 多受診2人	重複 5 人 多受診 2 人	重複 1 人	A
・前年度対象者数と比較した対象者の減少	重複 3 人増 多受診増減なし	重複 9 人増 多受診 5 人減	重複 6 人減 多受診 2 人増	重複 3 人増 多受診増減なし	重複 1 人減 多受診増減なし	B

第2章　健康医療情報等の分析と課題

第2章　健康医療情報等の分析と課題

1.平均寿命・標準化死亡比

1. 平均寿命

男性と比較し女性の平均寿命は長くなっていますが、同規模町村より短くなっています。また、男性は県と同等、国と比較して短くなっています。女性は県より長く、国より低くなっています。（表6）

表6　平均寿命　（歳）

区分		南部町	同規模町村	青森県	国
平均寿命	男	78.7	80.5	78.7	80.8
	女	86.6	86.9	86.0	87.0

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」令和4年度累計

2020 年の全国市町村別平均寿命のまとめで、青森県は前回公表（2015 年）から平均寿命は伸びたものの、全国と比較すると男女ともに短く「短命県」の厳しい現状となっています。（表7）

表7　令和2年の平均寿命　（歳）

区分		南部町	同規模町村	青森県	国
平均寿命	男	78.9	－	79.3	81.5
	女	86.2	－	86.3	87.6

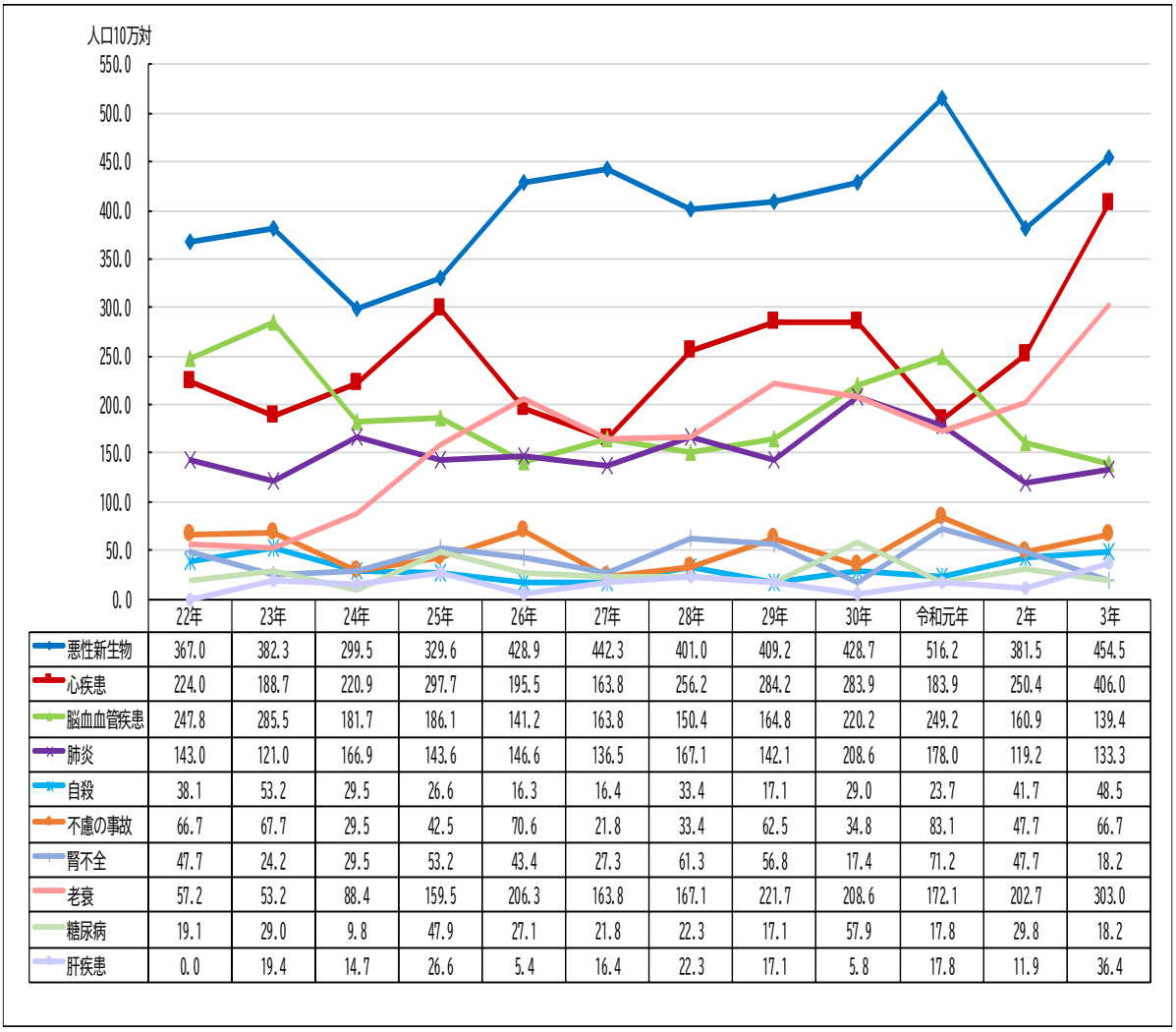
資料：令和5年度厚生労働省発表

2. 南部町の死亡の状況

（1）主要死因別死亡率

主要死因別の死亡率をみると、悪性新生物が死因の第1位となっており、平成24年増加傾向で令和元年には最も高くなっています。心疾患は平成27年と令和元年には低下しましたが、高い状況となっています。脳血管疾患は平成23年まで増加傾向にあり、その後徐々に低下していましたが、平成29年からは増加傾向にあり、令和2年からは低下しています。自殺は平成20年まで増加傾向でしたが、その後は横ばいで推移しています。（図8）

図8　主要死因別にみた死亡率の年次推移（人口10万対）



	22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年
悪性新生物	367.0	382.3	299.5	329.6	428.9	442.3	401.0	409.2	428.7	516.2	381.5	454.5
心疾患	224.0	188.7	220.9	297.7	195.5	163.8	256.2	284.2	283.9	183.9	250.4	406.0
脳血管疾患	247.8	285.5	181.7	186.1	141.2	163.8	150.4	164.8	220.2	249.2	160.9	139.4
肺炎	143.0	121.0	166.9	143.6	146.6	136.5	167.1	142.1	208.6	178.0	119.2	133.3
自殺	38.1	53.2	29.5	26.6	16.3	16.4	33.4	17.1	29.0	23.7	41.7	48.5
不慮の事故	66.7	67.7	29.5	42.5	70.6	21.8	33.4	62.5	34.8	83.1	47.7	66.7
腎不全	47.7	24.2	29.5	53.2	43.4	27.3	61.3	56.8	17.4	71.2	47.7	18.2
老衰	57.2	53.2	88.4	159.5	206.3	163.8	167.1	221.7	208.6	172.1	202.7	303.0
糖尿病	19.1	29.0	9.8	47.9	27.1	21.8	22.3	17.1	57.9	17.8	29.8	18.2
肝疾患	0.0	19.4	14.7	26.6	5.4	16.4	22.3	17.1	5.8	17.8	11.9	36.4

資料：青森県保健統計年報

(2)主要死因別標準化死亡比

平成29年～令和3年の標準化死亡比(SMR)※では、男性は悪性新生物・肺炎を除く項目の主要死因において全体的に100より高くなっています。糖尿病は226.5、腎不全は186.3と高くなっています。(図9)

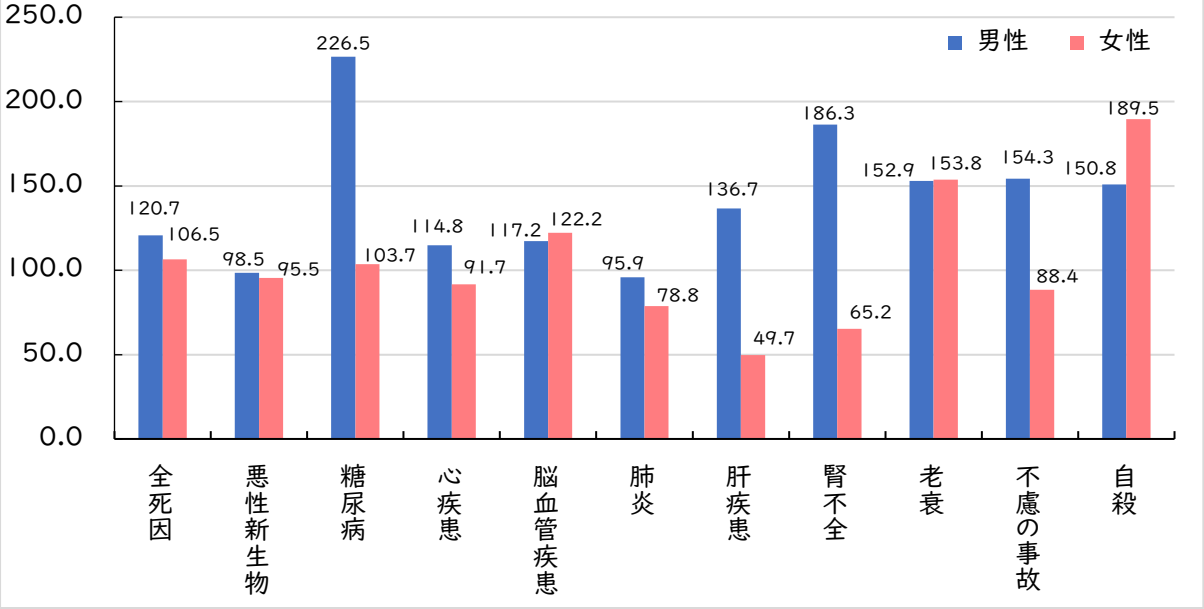
男性は脳血管疾患、腎不全で低下傾向となっていますが、糖尿病、心疾患では増加しています。(図10)

女性は糖尿病、腎不全が低下傾向ですが、肝疾患・自殺では増加しています。(図11)なお、平成25年～29年分は糖尿病の標準化死亡比は公表対象外となっています。

※　標準化死亡比（SMR）とは

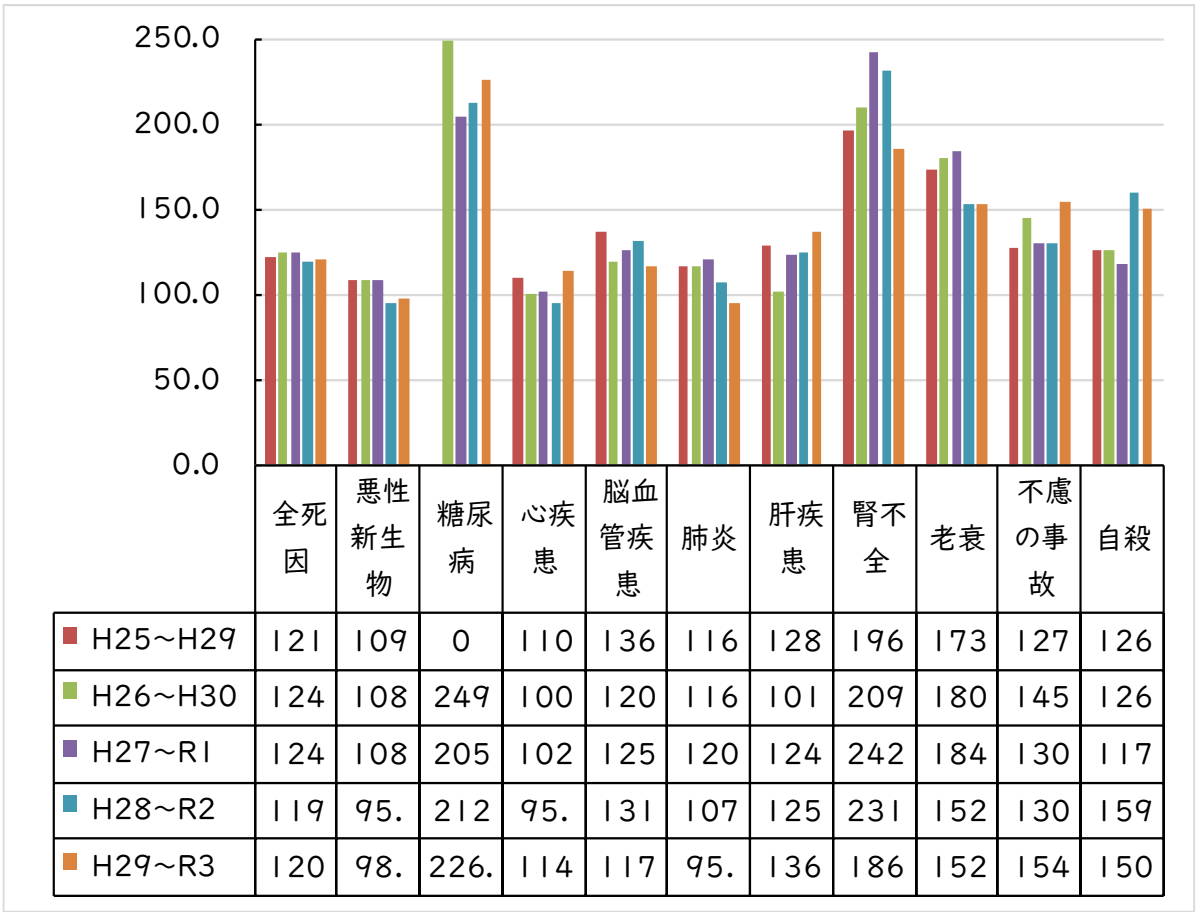
年齢構成の違いの影響を除いて死亡率を全国と比較したものです。基準値（100）より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということ意味しています。

図9　主要死因別標準化死亡比　男女別(平成29～令和3年)



資料:青森県保健統計年報

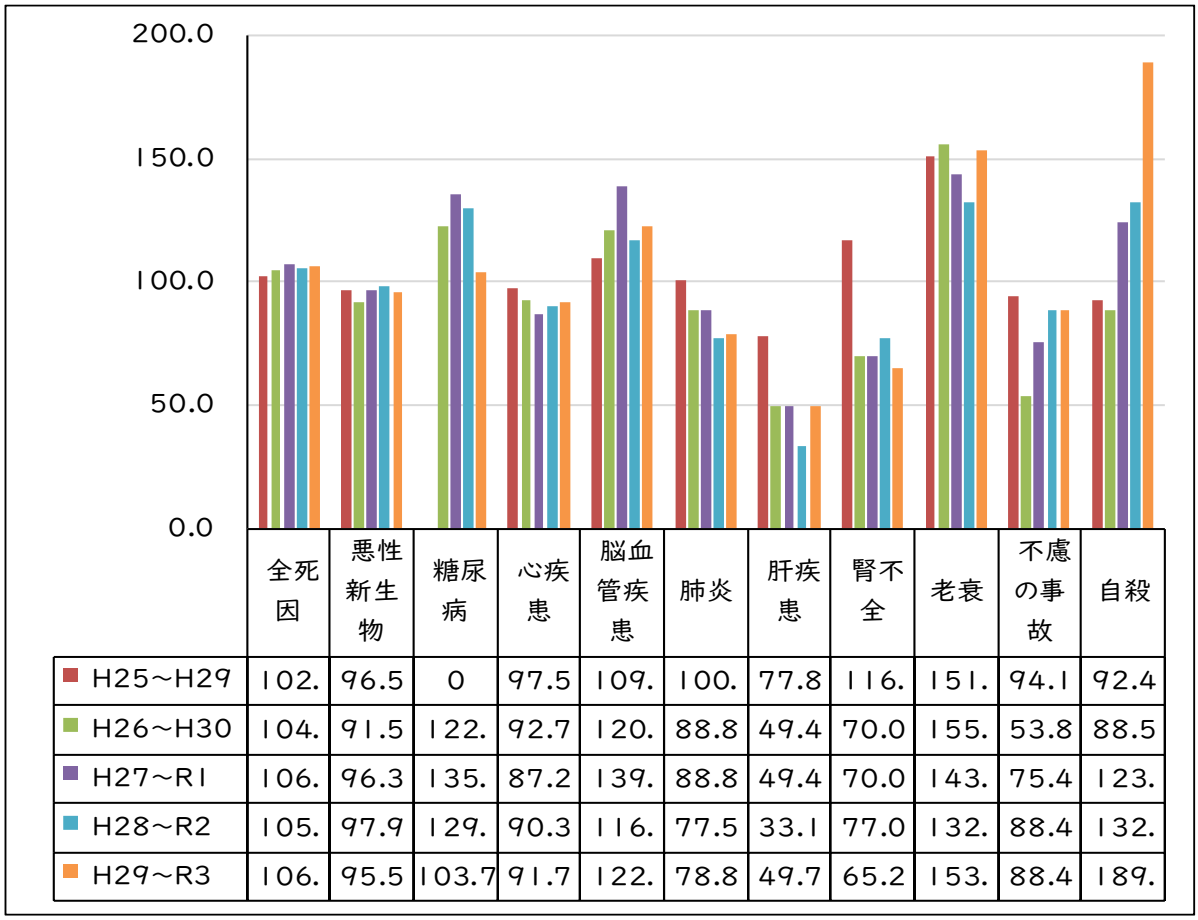
図 10　標準化死亡比の年次推移(男性)



	全死因	悪性新生物	糖尿病	心疾患	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
H25~H29	121	109	0	110	136	116	128	196	173	127	126
H26~H30	124	108	249	100	120	116	101	209	180	145	126
H27~R1	124	108	205	102	125	120	124	242	184	130	117
H28~R2	119	95.	212	95.	131	107	125	231	152	130	159
H29~R3	120	98.	226.	114	117	95.	136	186	152	154	150

資料:青森県保健統計年報、e-stat(H25～H29のみ)

図11　標準化死亡比の年次推移（女性）



	全死因	悪性新生物	糖尿病	心疾患	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
H25～H29	102.	96.5	0	97.5	109.	100.	77.8	116.	151.	94.1	92.4
H26～H30	104.	91.5	122.	92.7	120.	88.8	49.4	70.0	155.	53.8	88.5
H27～R1	106.	96.3	135.	87.2	139.	88.8	49.4	70.0	143.	75.4	123.
H28～R2	105.	97.9	129.	90.3	116.	77.5	33.1	77.0	132.	88.4	132.
H29～R3	106.	95.5	103.7	91.7	122.	78.8	49.7	65.2	153.	88.4	189.

資料：青森県保健統計年報、e-stat（H25～H29のみ）

3. 平均余命※

男性女性ともに国・県・同規模町村と比較し、平均余命が短くなっています。（表8）

※ある年齢の人々が、平均して今後何年生きられるかという年齢（期待値）を表したもの。

表8　平均余命

区分		南部町	同規模町村	青森県	国
平均余命	男	79.3	81.1	79.5	81.7
	女	85.7	87.5	86.7	87.8

資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」令和4年度累計

2.医療費の分析

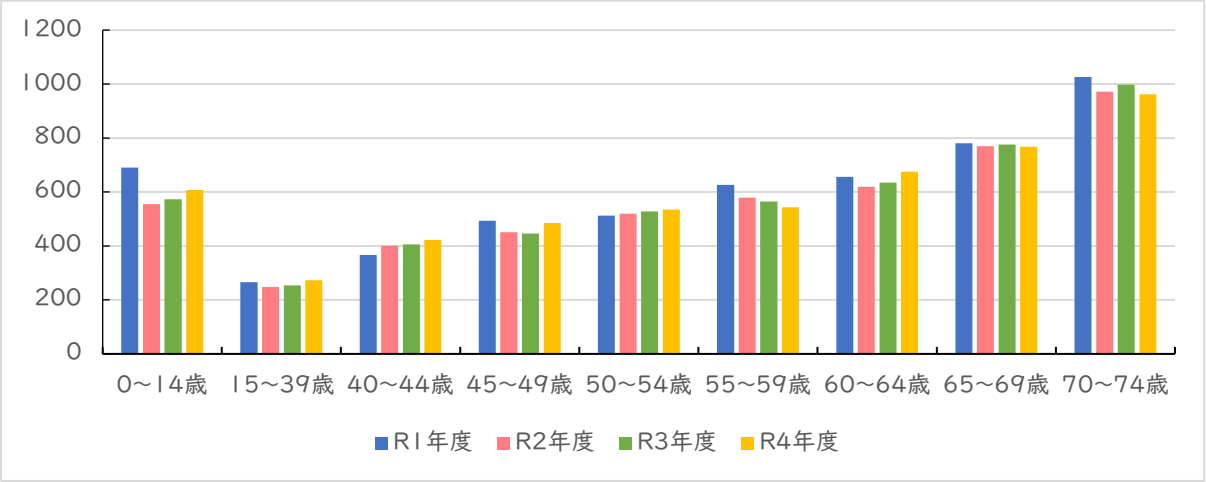
1. 医療費の状況

(1)年齢階層別医療費の受診率の推移

年齢階層別医療費の受診率を見てみると、男性は0～14 歳の受診率が高く、15～39 歳では低くなってます。年齢とともに高くなり70歳を超えると急激に高くなる傾向にあります。(図 12)

女性についても0～14 歳でも高くなっていますが、その後緩やかに上昇傾向となり、男性同様70歳を超えると高くなる傾向にあります。(図 13)

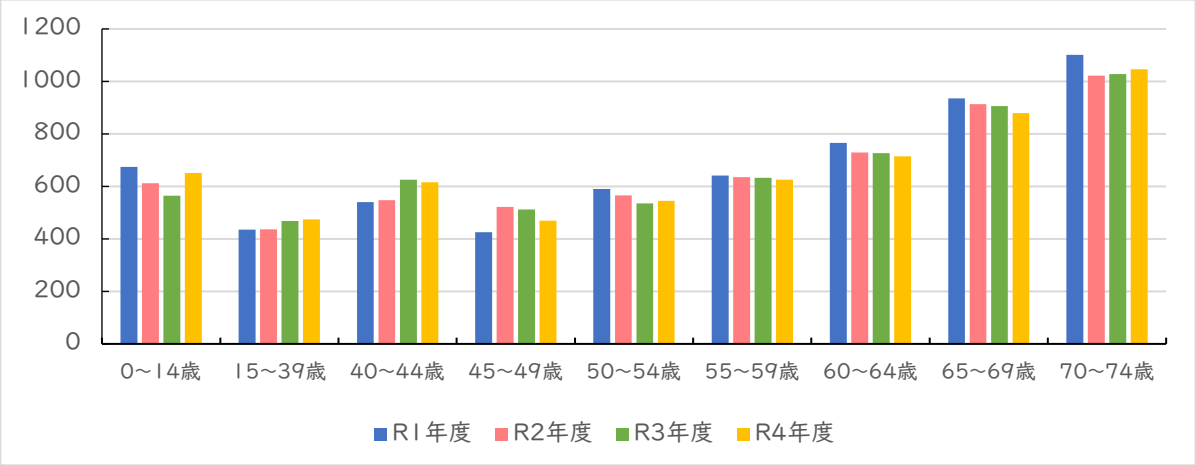
図 12　年齢階層別医療費の受診率(男性)



	R元	R2	R3	R4
0～14 歳	690.4	555.8	572.6	606.8
15～39 歳	265.7	248.3	254.0	272.7
40～44 歳	366.1	401.5	405.2	422.7
45～49 歳	494.0	451.0	446.4	485.0
50～54 歳	513.1	519.4	528.2	534.9
55～59 歳	626.9	579.0	565.3	543.6
60～64 歳	656.1	618.8	634.5	675.0
65～69 歳	780.7	770.2	775.3	767.5
70～74 歳	1,026.2	971.8	998.1	962.3

資料:KDBシステム「医療費分析の経年比較」

図 13　年齢階層別医療費の受診率（女性）



	R元	R2	R3	R4
0～14歳	673.8	611.9	564.2	651.6
15～39歳	435.8	437.0	468.3	474.0
40～44歳	539.6	547.7	625.8	615.4
45～49歳	425.4	522.0	512.4	469.1
50～54歳	590.5	566.1	534.8	545.5
55～59歳	641.3	635.7	633.3	625.8
60～64歳	765.7	728.8	727.3	714.5
65～69歳	934.9	912.9	906.0	878.9
70～74歳	1,100.7	1,021.8	1,027.6	1,046.2

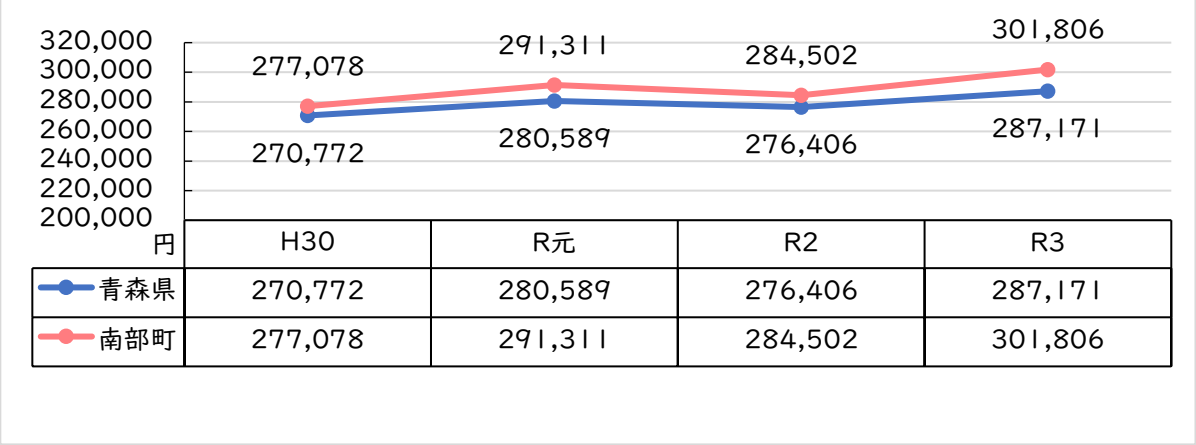
資料：KDBシステム「医療費分析の経年比較」

（2）被保険者一人当たりの医療費の推移

一人当たりの医療費は高齢化に伴い年々増加しており、平成30年度以降、県平均よりも高くなっています。（図14）

平成30年度～令和4年度の医科、歯科の内訳でみると、医科、歯科ともに県内平均額より高い状態で推移しています。（表9～10）

図14　一人当たり医療費（医科＋歯科）の推移



円	H30	R元	R2	R3
青森県	270,772	280,589	276,406	287,171
南部町	277,078	291,311	284,502	301,806

資料：国民健康保険図鑑

表9　医科医療費推移

	一人当たり医療費(円)	県内順位	県平均額(円)	国平均金額(円)
H30	27,580	9	26,286	25,437
R元	28,716	13	27,407	26,225
R2	28,198	14	27,002	25,629
R3	29,351	9	27,866	27,039
R4	29,370	13	28,352	27,570

資料：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

表10　歯科医療費推移

	一人当たり医療費(円)	県内順位	県平均額(円)	国平均金額(円)
H30	1,864	3	1,656	1,957
R元	1,993	4	1,724	1,996
R2	2,235	2	1,727	1,978
R3	2,067	4	1,758	2,091
R4	2,099	4	1,812	2,156

資料：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(3)医療費分析(2)大、中、細小分類

最大医療資源傷病名を用いて計算されたもので、令和元年度～令和4年度の入院医療費、外来医療費、全体の医療費(入院＋外来)を100%として、医療費の中で占める上位の疾患の推移をみると、全体の医療費の割合では、糖尿病が平成29年度から6年連続1位となっています。(表11～13)

表11　入院･･･大分類別医療費(%)

	R元		R2		R3		R4	
1位	循環器系の疾患	18.7	循環器系の疾患	17.0	新生物＜腫瘍＞	20.5	循環器系の疾患	17.6
2位	新生物＜腫瘍＞	16.1	新生物＜腫瘍	16.8	循環器の疾患	14.1	新生物＜腫瘍＞	16.6
3位	神経系の疾患	11.1	神経系の疾患	12.8	神経系の疾患	13.8	精神及び行動の	10.7
4位	精神及び行動の障害	10.5	精神及び行動の障害	12.1	精神及び行動の障害	10.1	神経系の疾患	9.2
5位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	8.7	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.4	筋骨格系及び結合組織の疾患	7.5	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.4
6位	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.2	損傷、中毒及びその他の外因の影響	7.3	尿路性器の疾患	5.9	呼吸器系の疾患	6.8
7位	消化器系の疾患	5.6	消化器系の疾患	6.1	消化器系の疾患	5.6	損傷、中毒及びその他の外因の影響	6.3
8位	その他	21.1	その他	20.5	その他	22.6	消化器系の疾患	5.8

資料：KDBシステム「医療費分析(2)大、中、細小分類」令和元年度～令和4年度(累計)

表12　外来･･･大分類別医療費(%)

	R元		R2		R3		R4	
1位	内分泌、栄養および代謝疾患	15.5	内分泌、栄養および代謝疾患	15.5	内分泌、栄養および代謝疾患	15.9	内分泌、栄養および代謝疾患	17.3
2位	循環器系の疾患	14.1	循環器系の疾患	14.2	循環器系の疾患	14.2	循環器系の疾患	13.5
3位	新生物＜腫瘍＞	11.9	新生物＜腫瘍＞	13.9	新生物＜腫瘍	13.8	新生物＜腫瘍	13.4
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	11.1	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.2	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.8	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.8
5位	腎尿路生殖器系の疾患	10.1	腎尿路生殖器系の疾患	10.0	腎尿路生殖器系の疾患	9.8	腎尿路生殖器系の疾患	9.5
6位	消化器系の疾患	6.6	消化器系の疾患	6.3	消化器系の疾	6.4	消化器系の疾	7.2
7位	呼吸器系の疾患	5.7	神経系の疾患	5.8	呼吸器系の疾	5.2	呼吸器系の疾	5.9
8位	神経系の疾患	5.7	呼吸器系の疾患	5.2	神経系の疾患	5.1	神経系の疾患	5.5

資料:KDBシステム「医療費分析(2)大、中、細小分類」平成30年度～令和4年度(累計)

表13　入院＋外来(%)の順位…細小分類

	R元		R2		R3		R4	
1位	糖尿病	6.5	糖尿病	7.0	糖尿病	7.0	糖尿病	7.5
2位	関節疾患	4.5	関節疾患	4.5	関節疾患	4.4	関節疾患	4.4
3位	高血圧症	4.2	高血圧症	4.2	高血圧症	3.9	高血圧症	3.8
4位	慢性腎臓病(透析有)	3.7	慢性腎臓病(透析有)	3.7	慢性腎臓病(透析有)	3.9	統合失調症	3.5
5位	統合失調症	3.7	統合失調症	3.3	統合失調症	3.7	慢性腎臓病(透析有)	3.4
6位	骨折	3.1	不整脈	3.1	不整脈	2.7	不整脈	3.1
7位	不整脈	2.4	骨折	2.7	脳梗塞	2.1	骨折	2.3
8位	骨粗しょう症	2.1	うつ病	2.0	骨折	2.0	脳梗塞	2.2
9位	うつ病	1.9	脳梗塞	2.0	骨粗しょう症	1.9	前立腺がん	2.1
10位	脂質異常症	1.9	骨粗しょう症	1.8	胃がん	1.9	骨粗しょう症	1.8

資料:KDBシステム 「医療費分析(2)大、中、細小分類」令和元年度～令和4年度(累計)

(4)医療費分析(1)　細小分類

KDBシステム「医療費分析　細小分類」を参照し、令和4年度の累計を、1保険者あたり医療費点数の高い順に並べ、県、同規模市町村、国の平均と比較したものです。

疾病分類を見てみると、入院では慢性腎臓病(透析あり)については、県・同規模市町村より高くなっています。(表14)

外来は、糖尿病・不整脈については県より低いですが同規模町村より高くなっています。(表15)

生活習慣病分類でみると、入院、外来ともに、上位に、がん、糖尿病、筋・骨格、高血圧症があり、生活習

慣病の予防・早期発見・重症化予防への取組の継続が必要と思われます。(表16～17)

①疾病分類

＜入院＞

表14　1保険者あたり疾病別入院医療費点数(高い順、最大医療費資源傷病名による)

R4	保険者	県	同規模	国
統合失調症	3,830,943	5,024,449	4,527,627	12,664,043
骨折	3,066,122	3,099,194	2,246,911	7,420,997
脳梗塞	2,864,589	3,149,620	1,813,546	5,594,251
関節疾患	1,977,043	3,189,694	2,382,128	6,952,415
不整脈	1,750,329	2,138,722	1,578,556	5,889,020
慢性腎臓病(透析あり)	1,400,108	1,505,050	1,285,074	4,501,218
脳出血	1,312,193	1,703,567	935,678	3,138,970
白内障	1,148,132	670,187	500,089	1,447,619
肺炎	1,140,546	876,885	639,208	1,940,085
膵臓がん	963,689	752,347	481,200	1,452,417

資料:KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」令和4年度(累計)

＜外来＞

表15　1保険者あたり疾病別外来医療費点数(高い順、最大医療費資源傷病名による)

R4	保険者	県	同規模	国
糖尿病	10,617,608	14,612,838	7,586,574	23,604,236
高血圧症	5,753,266	9,128,075	4,806,491	14,673,990
関節疾患	4,736,739	5,355,532	3,395,458	11,441,143
慢性腎臓病(透析あり)	3,731,670	6,493,778	4,496,095	16,433,231
不整脈	2,994,192	4,893,897	2,156,058	6,415,281
前立腺がん	2,880,677	2,247,425	1,181,197	3,654,485
脂質異常症	2,357,535	4,771,442	2,941,324	10,259,452
骨粗しょう症	2,352,067	2,950,267	1,164,385	4,308,776
うつ病	1,701,982	2,434,930	1,429,923	5,851,224
統合失調症	1,496,603	2,778,690	1,578,290	5,387,915

資料:KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」令和4年度(累計)

②生活習慣病分析

＜入院＞

表16　1保険者あたり疾病別入院医療費点数（高い順、最大医療費資源傷病名による）

R4	保険者	県	同規模	国
がん	9,672,143	20,348,043	11,476,760	36,473,454
精神	6,229,674	9,213,913	8,022,750	23,175,315
筋・骨格	4,910,183	7,783,223	5,742,307	17,729,624
脳梗塞	2,864,589	3,177,222	1,813,546	5,598,685
脳出血	1,312,193	1,708,610	937,279	3,153,202
糖尿病	959,396	947,256	517,302	1,598,619
狭心症	700,081	1,339,362	997,752	3,610,067
心筋梗塞	475,264	822,272	451,695	1,521,761
高血圧症	35,549	197,462	125,264	374,672
脂肪肝	25,413	10,281	11,509	27,098

資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」令和4年度（累計）

＜外来＞

表17　1保険者あたり疾病別外来医療費点数（高い順、最大医療費資源傷病名による）

R4	保険者	県	同規模	国
がん	12,592,931	26,381,724	13,104,669	45,505,267
糖尿病	10,906,429	15,136,105	8,085,647	24,969,581
筋・骨格	9,237,111	12,504,133	7,044,495	24,927,806
高血圧症	5,753,266	9,128,217	4,806,947	14,674,694
精神	3,790,014	6,576,599	3,752,513	14,314,670
脂質異常症	2,357,535	4,771,707	2,941,836	10,260,840
狭心症	658,190	881,761	547,734	1,834,159
脳梗塞	418,431	593,843	355,330	1,102,643
脂肪肝	267,548	189,020	135,735	423,291
高尿酸血症	61,404	125,490	68,606	220,829

資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」令和4年度（累計）

(5)ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用割合

医療費適正化の推進を目的に、年2回通知での使用勧奨を行っています。平成30年度から令和4年度を見ると、ジェネリック使用割合が上昇するに伴い、差額通知人数が減少してきています。ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及が、医療費適正化のみならず、被保険者本人の自己負担額も軽減されることが期待されます。(表18)

表18 ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用割合と効果額*

	差額通知人数(人)	効果額合計(円)	ジェネリック使用割合(%)
H30	288	398,461	80.3
R元	197	138,032	83.8
R2	126	127,471	85.6
R3	152	149,571	85.4
R4	125	104,068	86.1

資料:国民健康保険図鑑、健康こども課調べ

※効果額・・・ジェネリック医薬品(後発医薬品)に切り替えたことで、節約できた医療費

3.特定健康診査・特定保健指導の健診データ(質問票を含む)の分析

1. 特定健診・特定保健指導の実施状況　※国保被保険者のみ

(1)特定健診の受診状況

①特定健診の受診状況

平成26年度から平成28年度まで受診率は約1%ずつ上昇しており、平成26年度から平成29年度までに2.0%上昇しています。平成30年度に0.7%下降し、令和元年度に微増となりましたが、令和3年度には低下、令和4年度には0.2%微増しています。

令和4年度から健診未受診者対策として、町独自で行う受診勧奨のほか、民間業者に委託しての受診勧奨を実施したところ、136人が受診へつながっています。その結果、県及び国よりも高い受診率を維持しています(表19、図15)。

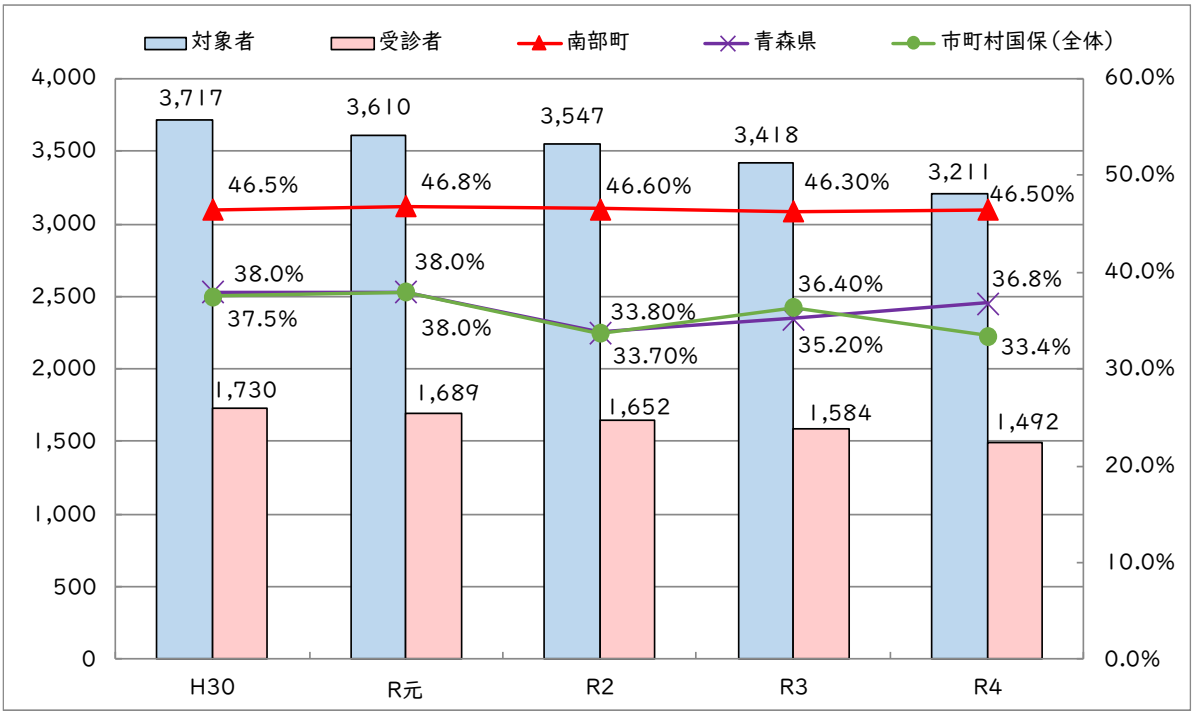
また、性別・年齢別でみると、男性より女性の受診率が高くなっていますが、男女とも年齢が低いほど受診率が低く、特に40代の健診受診率が低くなっています(図16～18)。

表 19　特定健診受診率の推移

	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
対象者(人)	4,624	4,393	4,113	3,923	3,717	3,610	3,547	3,418	3,211
受診者(人)	2,090	2,029	1,932	1,852	1,730	1,689	1,652	1,584	1,492
南部町(%)	45.2	46.2	47	47.2	46.5	46.8	46.6	46.3	46.5
青森県(%)	34.0	35.5	36.3	37.1	38.0	38.0	33.8	35.2	36.8
市町村国保(全体)(%)	35.3	36.3	36.6	36.8	37.5	38.0	33.7	36.4	33.4

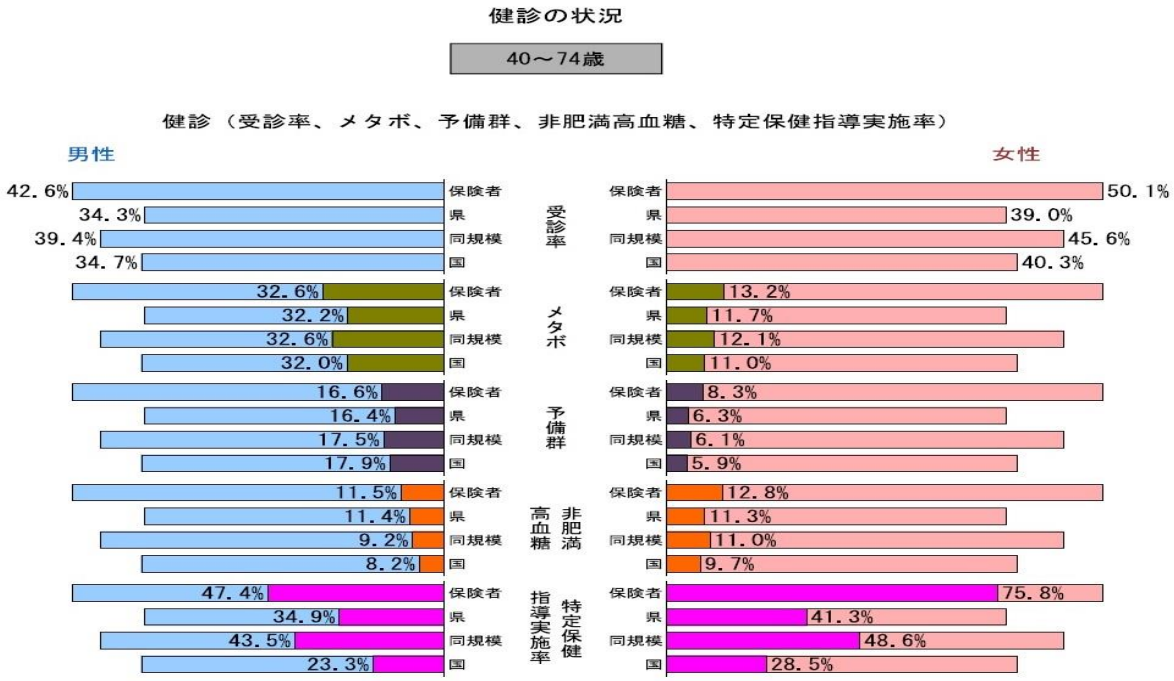
資料:特定健診・特定保健指導実施結果集計表

図 15　特定健診受診率の推移



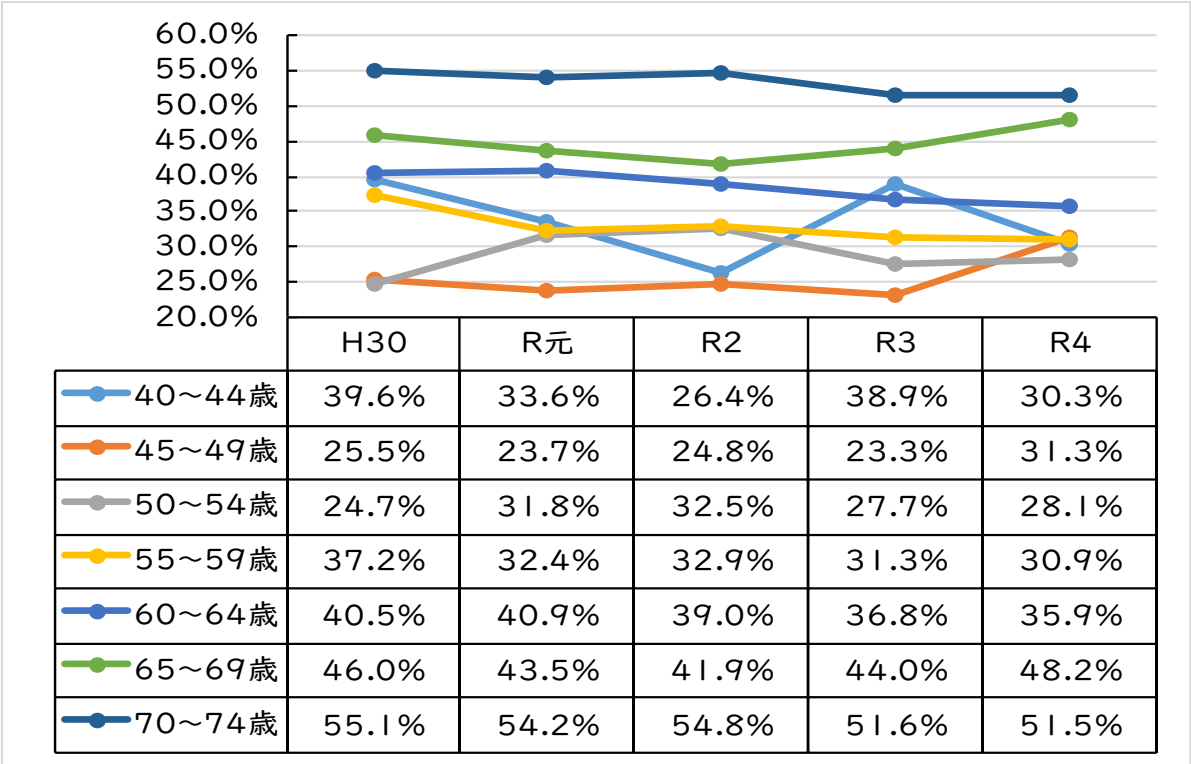
資料:特定健診・特定保健指導実施結果集計表

図16令和4年度 特定健診受診率、メタボ該当率・予備群、非肥満高血糖、特定保健指導実施率ピラミッド（累計）



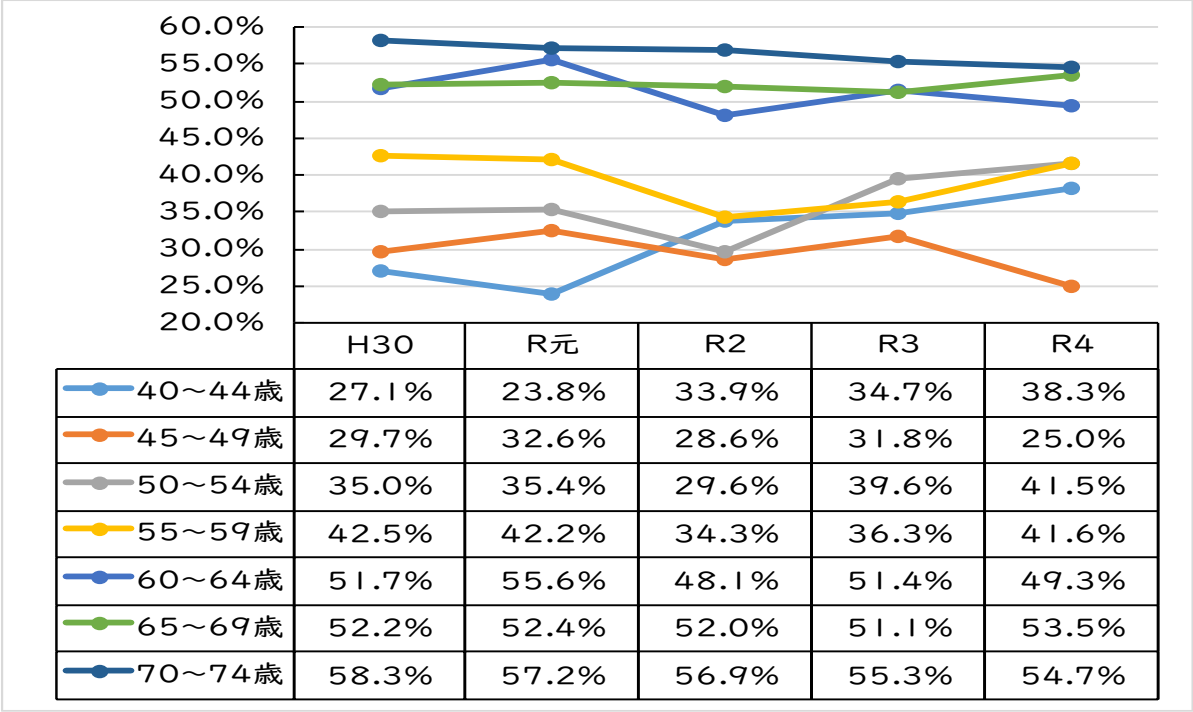
資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

図 17 男性の特定健診受診の状況（平成 30 年度～令和4年度）



	H30	R元	R2	R3	R4
40～44歳	39.6%	33.6%	26.4%	38.9%	30.3%
45～49歳	25.5%	23.7%	24.8%	23.3%	31.3%
50～54歳	24.7%	31.8%	32.5%	27.7%	28.1%
55～59歳	37.2%	32.4%	32.9%	31.3%	30.9%
60～64歳	40.5%	40.9%	39.0%	36.8%	35.9%
65～69歳	46.0%	43.5%	41.9%	44.0%	48.2%
70～74歳	55.1%	54.2%	54.8%	51.6%	51.5%

図 18　女性の特定健診の受診の状況(平成 30 年度～令和4年度)



	H30	R元	R2	R3	R4
40～44歳	27.1%	23.8%	33.9%	34.7%	38.3%
45～49歳	29.7%	32.6%	28.6%	31.8%	25.0%
50～54歳	35.0%	35.4%	29.6%	39.6%	41.5%
55～59歳	42.5%	42.2%	34.3%	36.3%	41.6%
60～64歳	51.7%	55.6%	48.1%	51.4%	49.3%
65～69歳	52.2%	52.4%	52.0%	51.1%	53.5%
70～74歳	58.3%	57.2%	56.9%	55.3%	54.7%

資料:KDBシステム 「様式5－4　健診受診状況(健診対象者及び健診受診者のピラミッド)」

②地区別特定健診受診率

特定健診受診率は名川地区が49.8%と最も高く、南部地区が38.4%と最も低くなっており、その差は11.4%となっています(表 20)。

表 20　令和4年度　地区別特定健診受診率

	福地地区	名川地区	南部地区
地区被保険者数(人)	1,503	2,042	1,443
対象者数(人)	1,046	1,411	971
受診人数(人)	474	703	373
特定健診受診率(%)	45.3	49.8	38.4

資料:特定健診結果集計(総合台帳)

③30～39 歳健診受診率(町独自の事業)

若年層からの健診受診に対する意識付けを目的に、30～39 歳の国保被保険者を対象に、特定健診と同内容の健診・保健指導を行っています。受診率は増加傾向にありましたが、令和元年度からは低下しています。健診受診者は対象者の2割以下と低い状況が続いています(表 22)。

表 21　30～39 歳の受診者数・受診率

	H29	H30	R 元	R2	R3	R4
対象者数(人)	326	299	289	290	332	287
受診者数(人)	59	56	46	47	46	39
受診率(%)	18.1	18.7	15.9	16.2	13.8	13.6

資料:特定健診結果集計

④節目健診の受診率(町独自の事業)

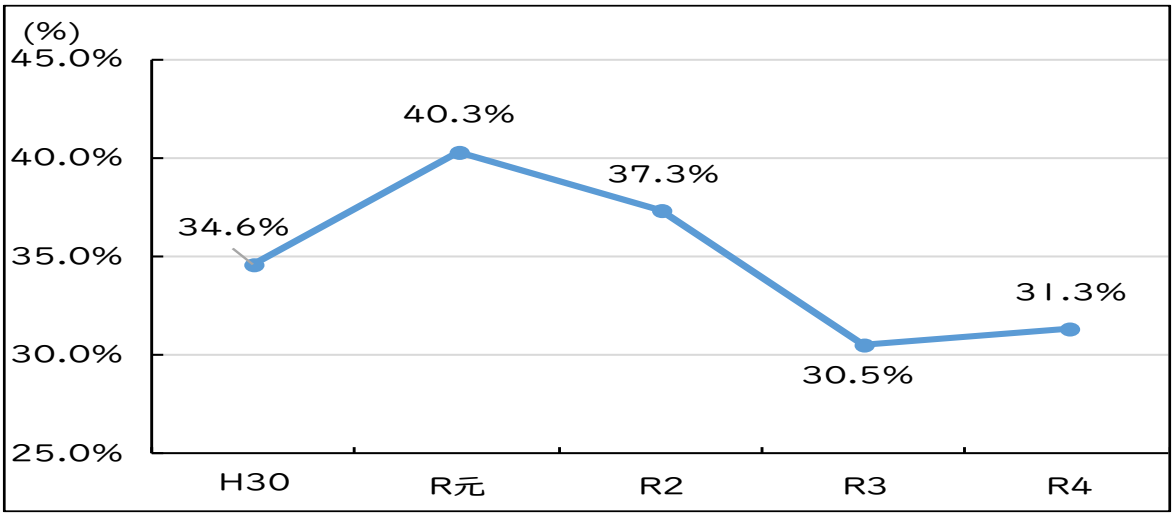
特定健診受診率向上のため、節目の年齢である 40・45・50・55・60 歳の方に無料クーポン券を発行しています。無料クーポン券対象者の受診率は毎年約3割程度となっています。(表 22、図 19)。

表 22　節目健診対象者受診率の推移

年度	H30	R 元	R2	R3	R4
受診率(%)	34.6	40.3	37.3	30.5	31.3

資料:特定健診結果集計

図 19　節目健診対象者受診率の推移



資料:特定健診結果集

(2)健診項目・質問票の状況

①有所見者の状況

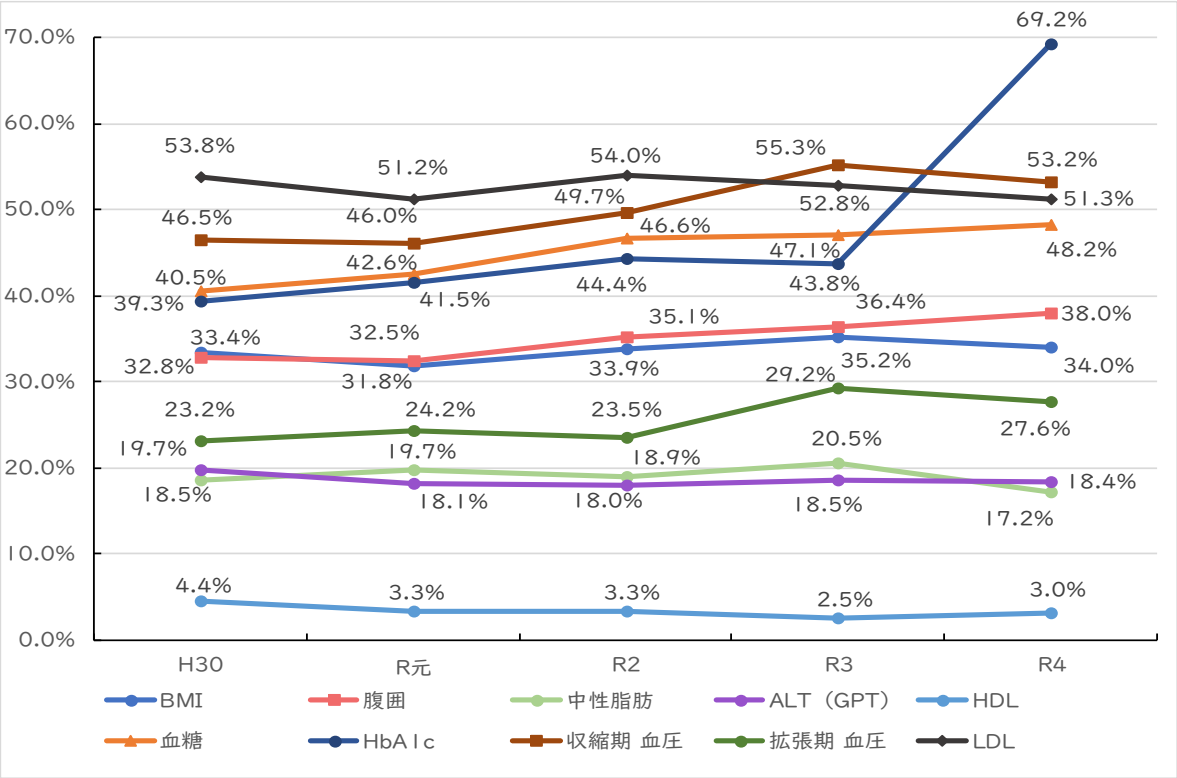
特定健診の有所見率を県・国と比較したところ、11項目のうち8項目において町の方が高いことがわかりました。その中でもHbA1c、収縮期血圧やLDLコレステロールの有所見率は受診者の5割以上を占めています。令和3年度と令和4年度を比較するとBMI、収縮期血圧、LDLコレステロール、は改善がみられています。　(表23、図20)。

表23　平成30年度～令和4年度　特定健診結果有所見率(%)

	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDL	血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	eGFR
H30	33.4	32.8	18.5	19.7	4.4	40.5	39.3	46.5	23.2	53.8	15.3
R 元	31.8	32.5	19.7	18.1	3.3	42.6	41.5	46.0	24.2	51.2	14.0
R2	33.9	35.1	18.9	18	3.3	46.6	44.4	49.7	23.5	54	13.8
R3	35.2	36.4	20.5	18.5	2.5	47.1	43.8	55.3	29.2	52.8	17.2
R4	34.0	38.0	17.2	18.4	3.0	48.2	69.2	53.2	27.6	51.3	18.8
R3 県	31.3	34.3	18.3	17.3	2.5	42.9	57.1	48.0	25.1	49.5	19.3
R3 国	27.1	35.0	21.1	14.5	3.8	24.8	57.1	47.5	21.1	50.3	20.6

資料:KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

図20　平成30年度～令和4年度　特定健診結果有所見者率（正常A判定以外）



資料：KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

②生活習慣病に関する項目の有所見率

平成30年度～令和4年度の特定健診結果の有所見率の中で、糖尿病、高血圧、肥満、脂質・肝機能の生活習慣病に関する項目別にまとめて、性別、年齢別の比較をしています。

ア.糖尿病に関する項目

血糖及びHbA1cは女性よりも男性が高くなっています。60歳以上の男性5割以上、60歳以上の女性の4割が空腹時血糖、40歳以上の男性女性ともにHbA1cにおいて5割以上が有所見を示しています。

表24～27、図21～24　資料：KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

表24　空腹時血糖(100mg/dl以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	100 mg/dl以上の者	24	20	22	23	21
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	100 mg/dl以上の者	44	43	51	39	33
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	100 mg/dl以上の者	64	64	54	50	44
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	100 mg/dl以上の者	125	118	116	118	126
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	100 mg/dl以上の者	133	162	191	182	165

図21　空腹時血糖(100mg/dl以上)【男性】

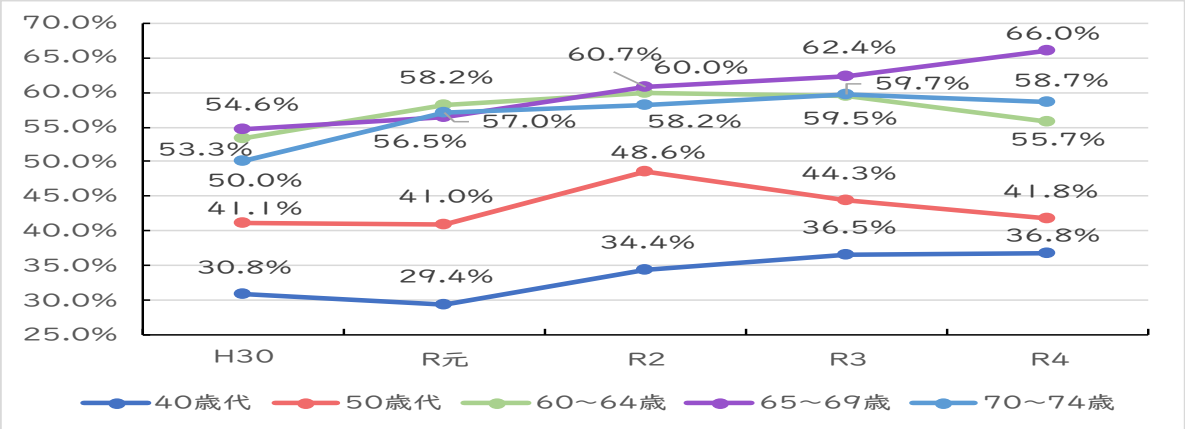


表25　空腹時血糖(100mg/dl以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	100 mg/dl以上の者	6	4	3	8	2
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	100 mg/dl以上の者	23	28	28	23	23
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	100 mg/dl以上の者	51	43	43	52	47
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	100 mg/dl以上の者	117	104	106	94	90
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	100 mg/dl以上の者	114	135	156	157	169

図22　空腹時血糖(100mg/dl以上)【女性】

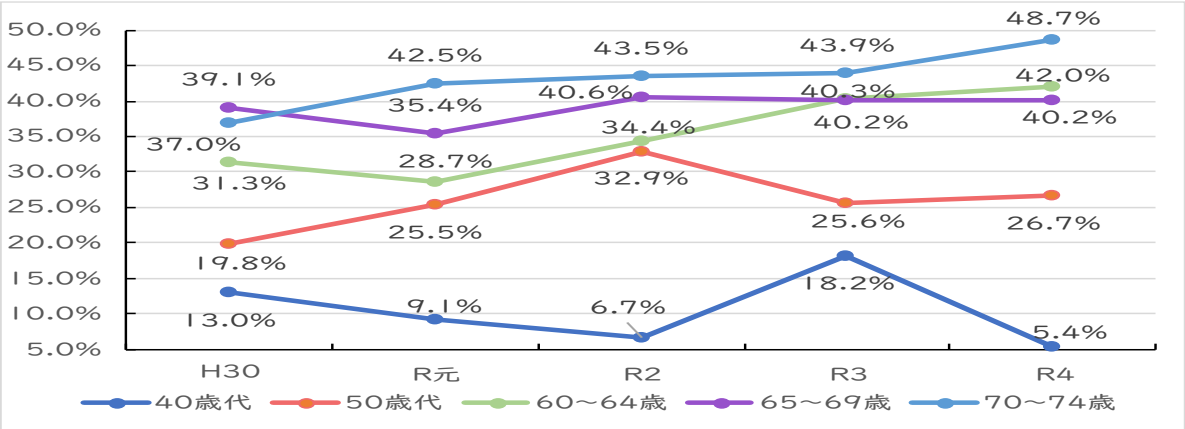


表26　HbA1c(5.6%以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	5.6%以上の者	23	18	19	21	31
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	5.6%以上の者	39	41	42	30	43
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	5.6%以上の者	54	55	47	44	56
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	5.6%以上の者	123	106	100	103	134
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	5.6%以上の者	125	150	179	166	221

図23　HbA1c(5.6%以上)【男性】

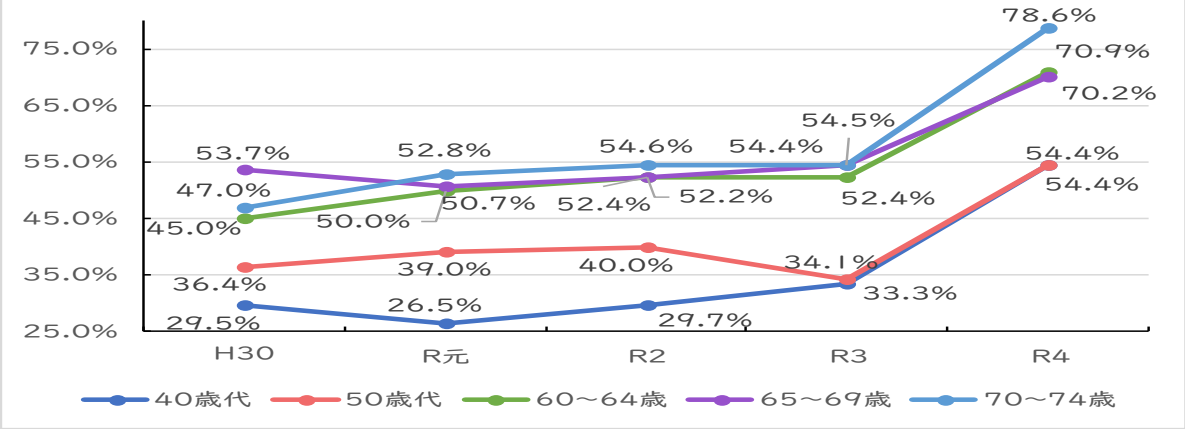
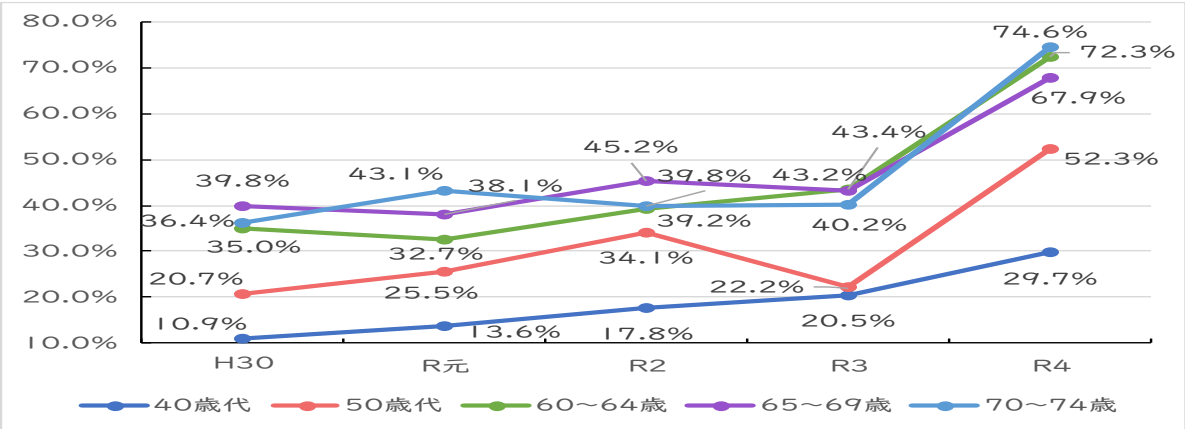


表27　HbA1c(5.6%以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	5.6%以上の者	5	6	8	9	11
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	5.6%以上の者	24	28	29	20	45
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	5.6%以上の者	57	49	49	56	81
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	5.6%以上の者	119	112	118	101	152
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	5.6%以上の者	112	137	143	144	259

図24　HbA1c(5.6%以上)【女性】



イ.高血圧に関する項目

収縮期血圧は、65 歳以上の男女ともに有所見率は 50%を超えています(表 28～29、図 25～26)。拡張期血圧の有所見率は、女性より男性が高く、特に 65 歳以上男性の5割以上に所見が見られています。

表 28～31、図 25～28　資料:KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

表28　収縮期血圧(130mmhg以上)【男性】(人)

		H30	R 元	R2	R3	R4
40 歳代	受診者	78	68	64	63	57
	130 ㎜ hg 以上の者	25	12	19	22	16
50 歳代	受診者	107	105	105	88	79
	130 ㎜ hg 以上の者	42	43	43	43	32
60～64 歳	受診者	120	110	90	84	79
	130 ㎜ hg 以上の者	55	51	43	43	41
65～69 歳	受診者	229	209	191	189	191
	130 ㎜ hg 以上の者	126	115	104	113	112
70～74 歳	受診者	266	284	328	305	281
	130 ㎜ hg 以上の者	148	149	191	192	167

図25　収縮期血圧(130mmhg以上)【男性】

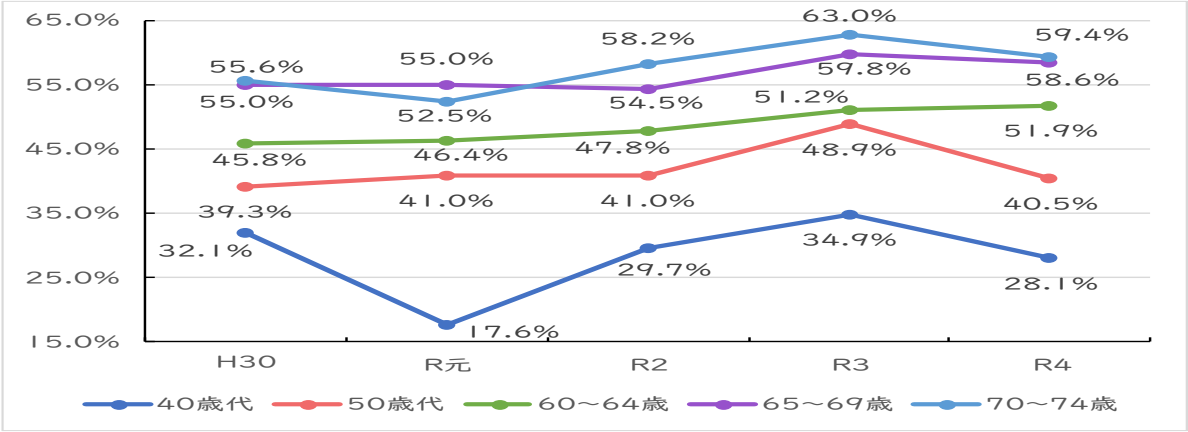


表29　収縮期血圧(130mmhg以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	130㎜hg以上の者	5	4	2	8	5
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	130㎜hg以上の者	27	38	28	36	30
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	130㎜hg以上の者	62	50	44	51	43
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	130㎜hg以上の者	158	141	141	140	131
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	130㎜hg以上の者	157	176	206	228	217

図26　収縮期血圧(130mmhg以上)【女性】

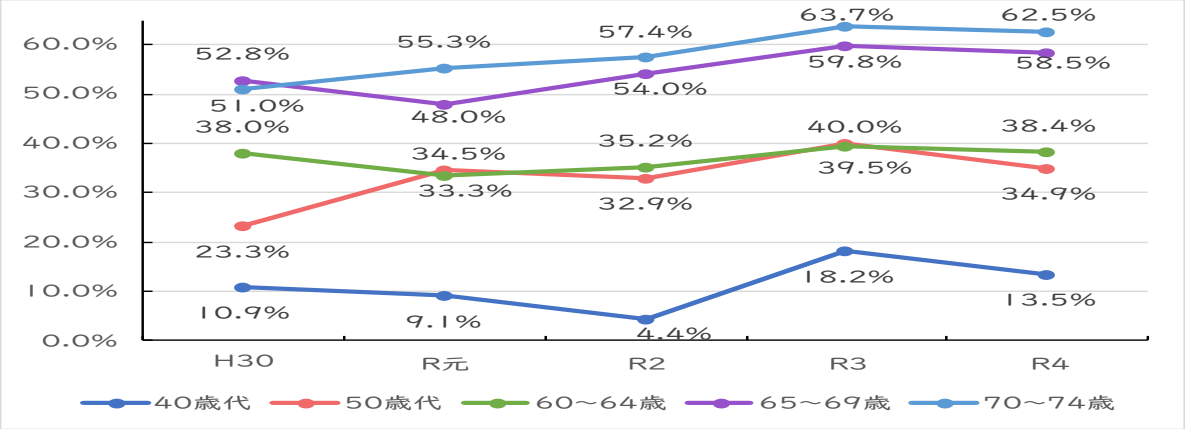


表30　拡張期血圧(85mmhg以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	85㎜hg以上の者	19	23	20	22	19
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	85㎜hg以上の者	45	47	38	47	42
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	85㎜hg以上の者	45	39	35	36	36
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	85㎜hg以上の者	66	55	52	65	65
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	85㎜hg以上の者	60	73	74	88	67

図27　拡張期血圧(85mmhg以上)【男性】

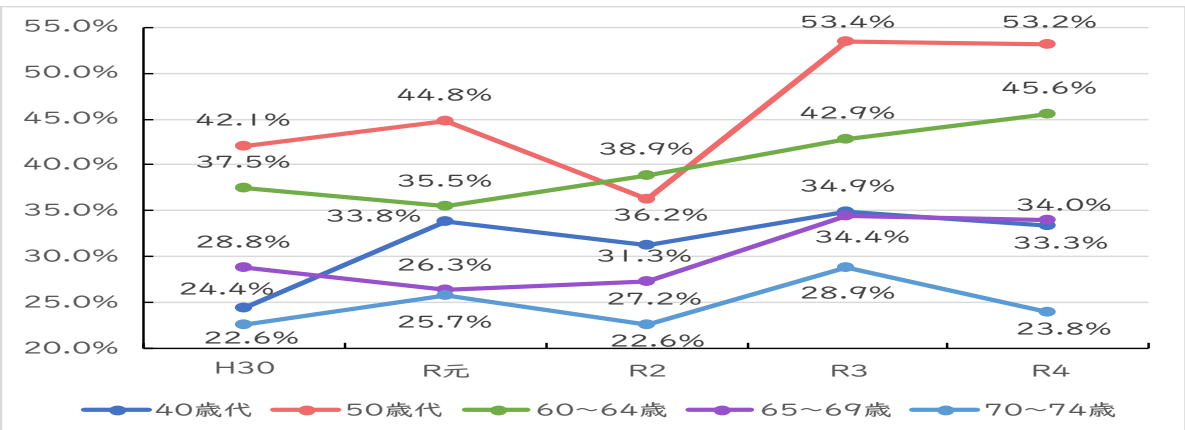
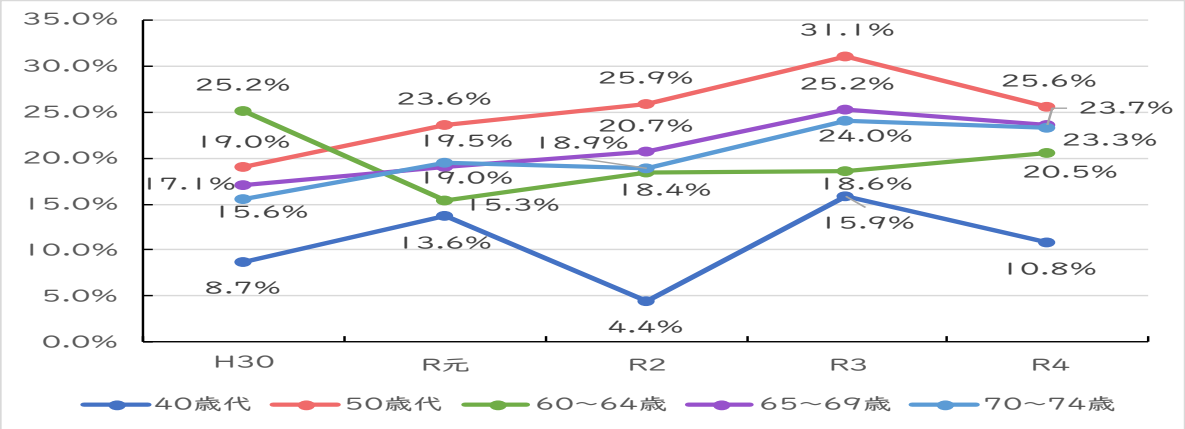


表 31　拡張期血圧(85mmhg 以上)【女性】(人)

		H30	R 元	R2	R3	R4
40 歳代	受診者	46	44	45	44	37
	85 ㎜ hg 以上の	4	6	2	7	4
50 歳代	受診者	116	110	85	90	86
	85 ㎜ hg 以上の	22	26	22	28	22
60～64 歳	受診者	163	150	125	129	112
	85 ㎜ hg 以上の	41	23	23	24	23
65～69 歳	受診者	299	294	261	234	224
	85 ㎜ hg 以上の	51	56	54	59	53
70～74 歳	受診者	308	318	359	358	347
	85 ㎜ hg 以上の	48	62	68	86	81

図28　拡張期血圧(85mmhg以上)【女性】



ウ. 肥満に関する項目

BMIは男女ともに約30%以上が有所見者となっています。特に、60から64歳までの男性を除いて、腹囲の有所見率は50%以上となっています。メタボリックシンドローム該当者割合、メタボリックシンドローム予備群該当者割合も同様に男性が高い傾向にあります。メタボリックシンドローム予備群該当者割合は、令和3年度と比較し、男性は増加、女性は横ばいとなっています。

表32～35、図29～32　資料:KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

表33～36、図36～39　資料:「青森県　特定健診・特定保健指導実施状況」

表32　BMI(25以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	25以上の者	37	25	27	25	22
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	25以上の者	41	42	39	30	35
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	25以上の者	39	45	35	29	24
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	25以上の者	87	71	72	73	65
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	25以上の者	79	83	101	111	93

図29　BMI(25以上)【男性】

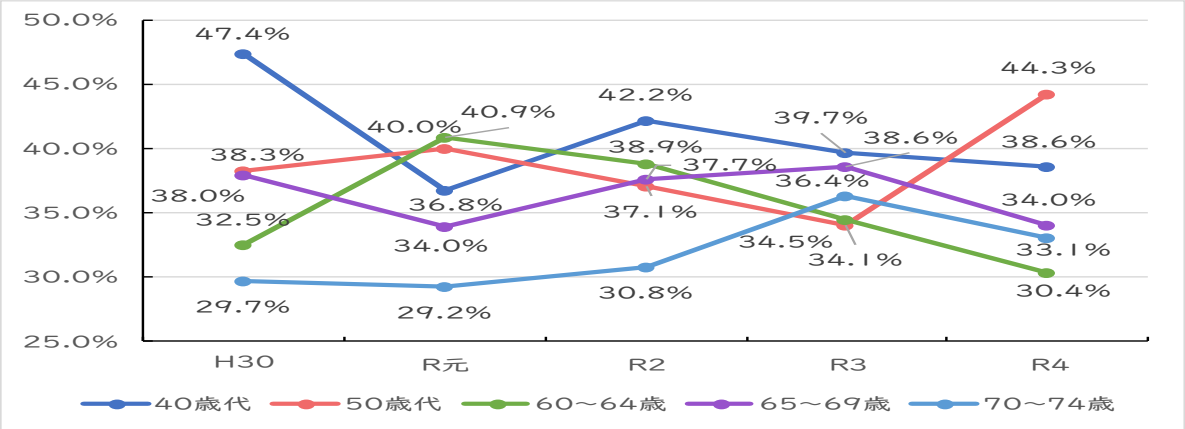


表33　BMI(25以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40 歳代	受診者	46	44	45	44	37
	25 以上の者	15	14	17	19	15
50 歳代	受診者	116	110	85	90	86
	25 以上の者	34	32	26	37	35
60～64 歳	受診者	163	150	125	129	112
	25 以上の者	56	48	40	39	29
65～69 歳	受診者	299	294	261	234	224
	25 以上の者	94	75	85	81	69
70～74 歳	受診者	308	318	359	358	347
	25 以上の者	96	103	118	114	120

図30　BMI(25以上)【女性】

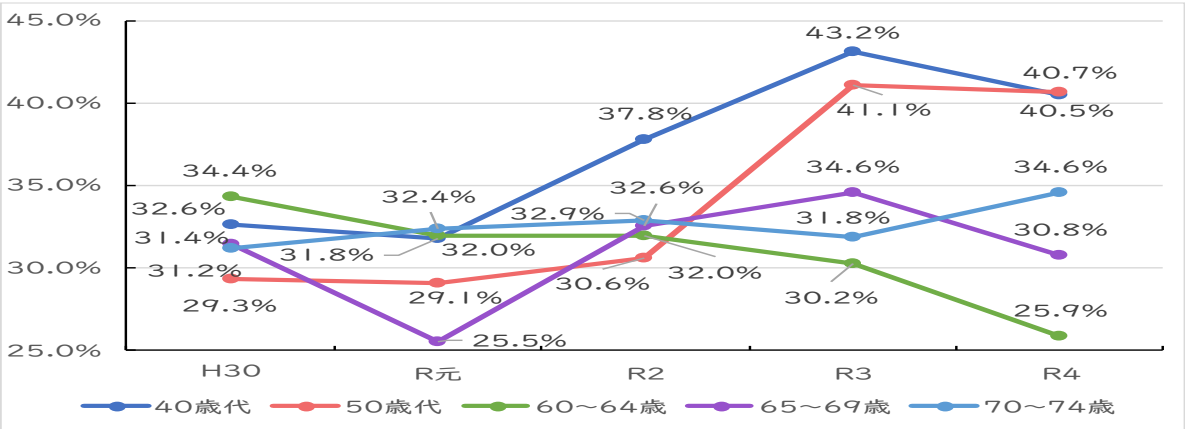


表34　腹囲(男85cm以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	85㎝以上の者	40	31	31	31	33
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	85㎝以上の者	54	53	56	45	46
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	85㎝以上の者	60	55	52	44	39
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	85㎝以上の者	127	107	105	104	109
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	85㎝以上の者	109	121	145	156	145

図31　腹囲(男85cm以上)【男性】

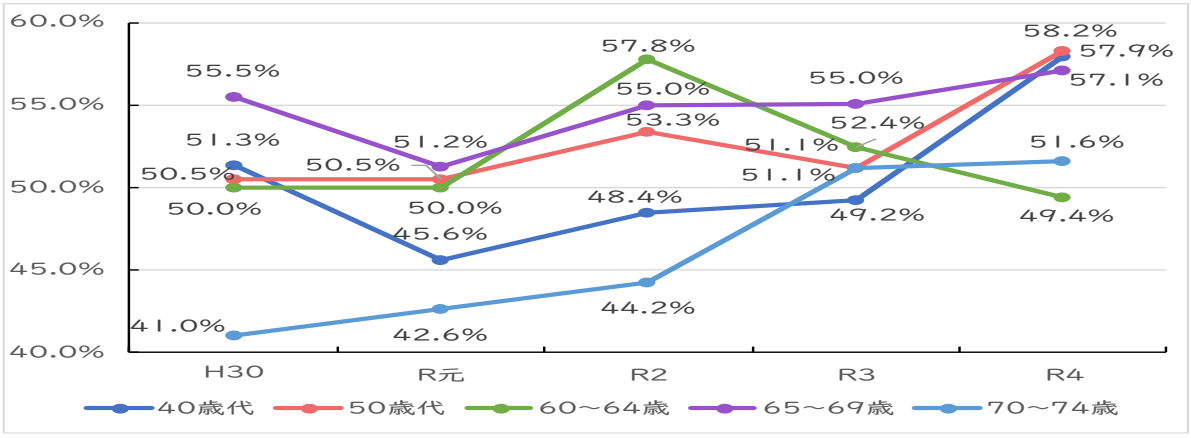


表35　腹囲(女90cm以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	90㎝以上の者	8	8	9	12	7
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	90㎝以上の者	17	20	13	24	17
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	90㎝以上の者	34	28	24	26	23
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	90㎝以上の者	57	60	67	56	60
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	90㎝以上の者	62	67	79	79	89

図32　腹囲(女90cm以上)【女性】

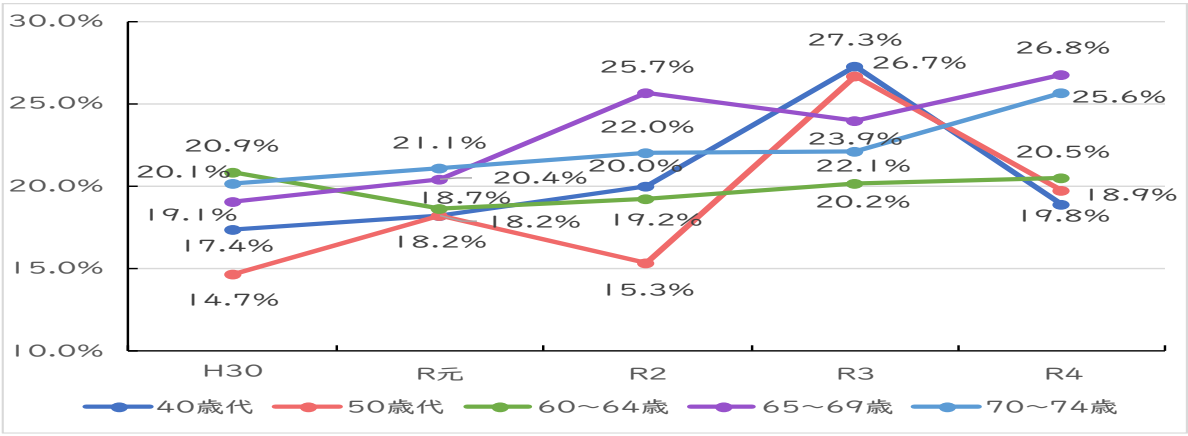


表36　メタボリックシンドローム該当者割合【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
県	受診者	37,957	37,014	32,904	33,268	33,195
	該当者	10,725	10,961	10,350	10,497	10,677
南部町	受診者	796	774	778	730	686
	該当者	219	223	226	239	224

図33　メタボリックシンドローム該当者割合【男性】

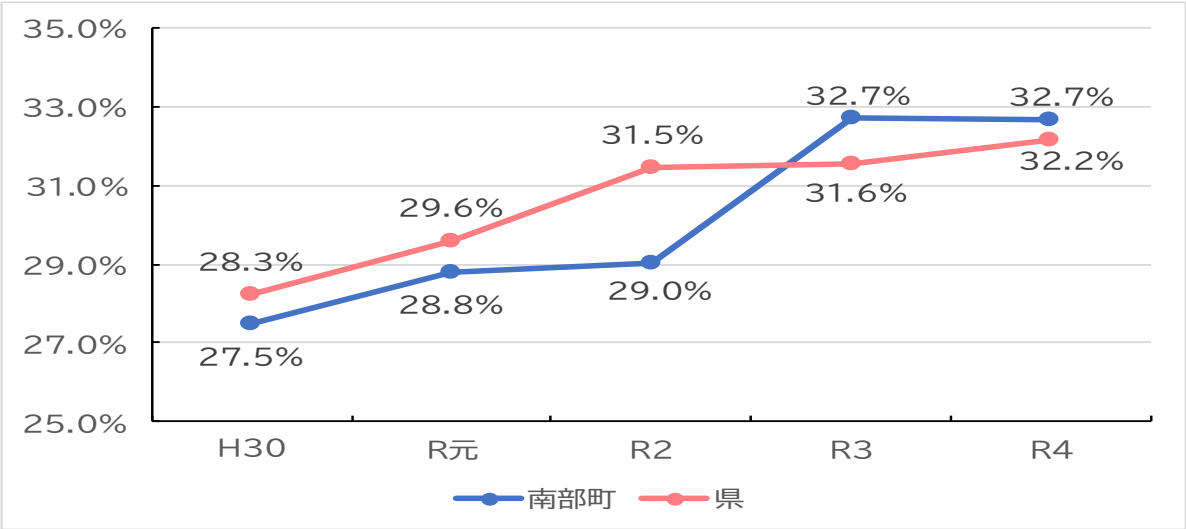


表37　メタボリックシンドローム該当者割合【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
県	受診者	49,456	47,802	41,359	41,837	41,712
	該当者	5,229	5,210	4,922	4,983	4,900
南部町	受診者	934	915	874	854	806
	該当者	92	96	102	106	106

図34　メタボリックシンドローム該当者割合【女性】

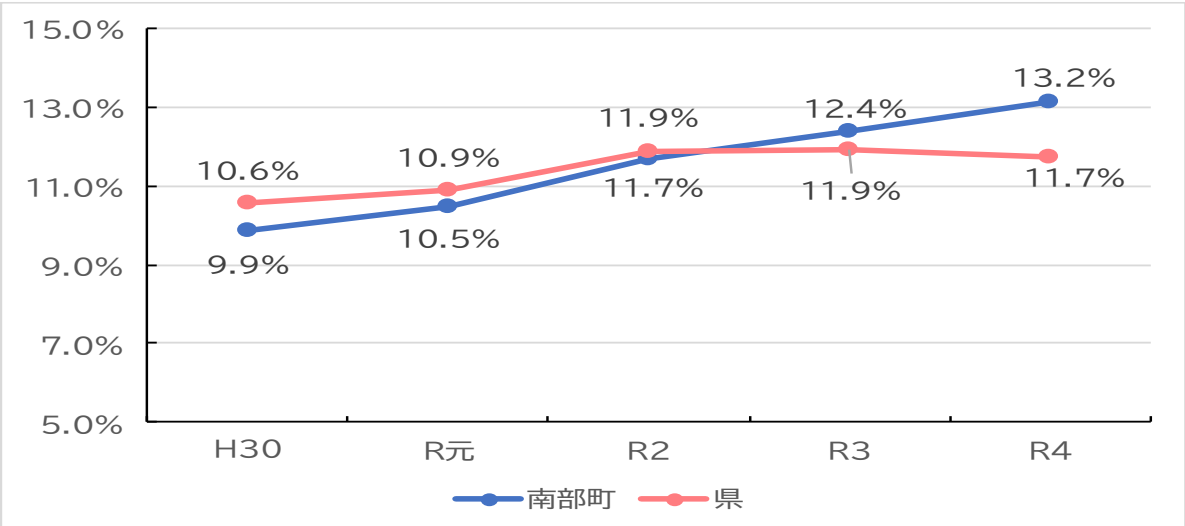


表38　メタボリックシンドローム予備群該当者割合【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
県	受診者	37,957	37,014	32,904	33,268	33,195
	予備群該当者	6,257	6,149	5,555	5,669	5,456
南部町	受診者	796	774	778	730	686
	予備群該当者	131	109	134	115	114

図34　メタボリックシンドローム予備群該当者割合【男性】

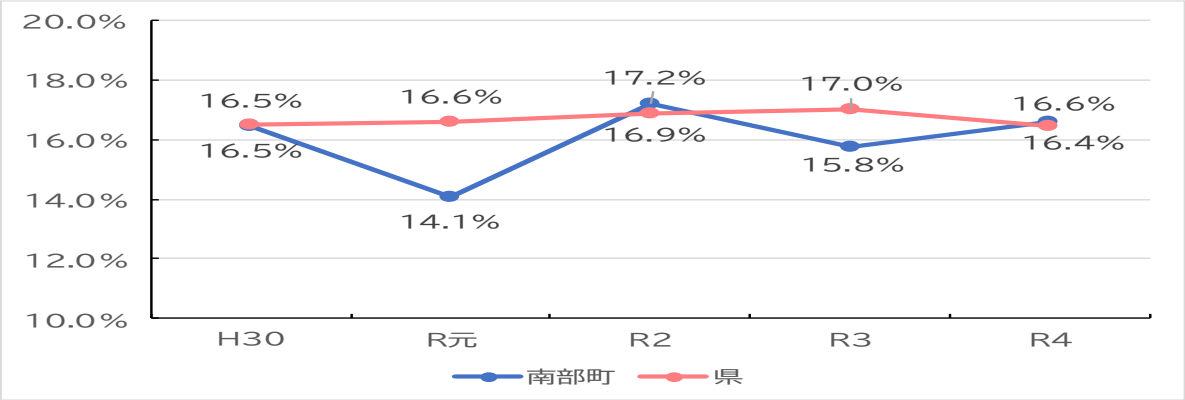
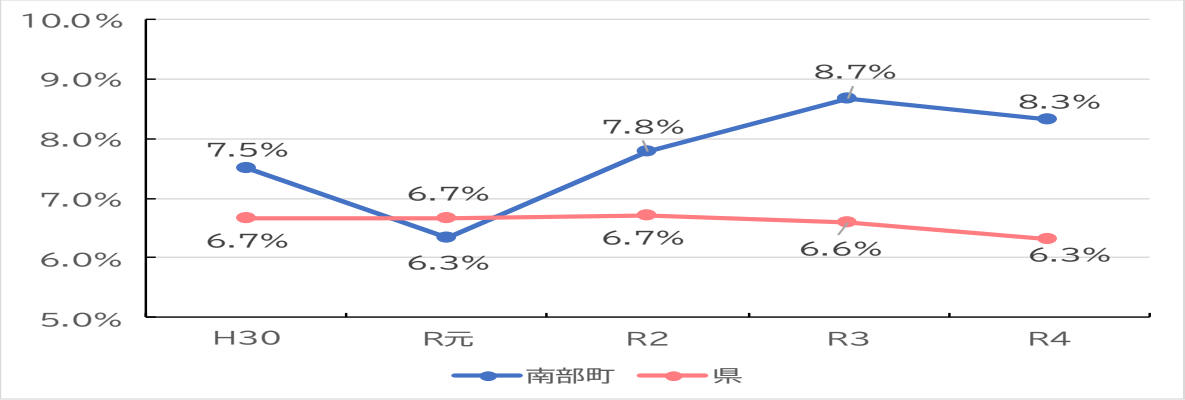


表39　メタボリックシンドローム予備群該当者割合【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
県	受診者	49,456	47,802	41,359	41,837	41,712
	予備群該当者	3,291	3,188	2,775	2,758	2,638
南部町	受診者	934	915	874	854	806
	予備群該当者	70	58	68	74	67

図36　メタボリックシンドローム予備群該当者割合【女性】



エ.脂質・肝機能に関する項目

中性脂肪の項目においては50代男性、肝機能の項目においては40代男性の有所見率が最も高くなっています(表40～43、図37～40)。また、どの年代においても女性より男性が高くなっています。

LDLコレステロールは女性の有所見率が高くなっています。(表 44～45、図41～42)。HDLコレステロールは、女性より男性の有所見率が高く、男性の 40 歳代が 1 割を超えています。(表 46～47、図 43～44)。

表 40～45、図 37～42　資料:KDBシステム「厚生労働省様式5－2　健診有所見者状況」

表40　中性脂肪(150mg/dl以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	150mg/dl以上の者	22	19	20	25	18
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	150mg/dl以上の者	41	42	30	38	30
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	150mg/dl以上の者	35	38	25	22	19
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	150mg/dl以上の者	58	54	49	62	48
70～74歳	受診者	266	284	328	305	282
	150mg/dl以上の者	54	62	70	58	43

図37　中性脂肪(150mg/dl以上)【男性】

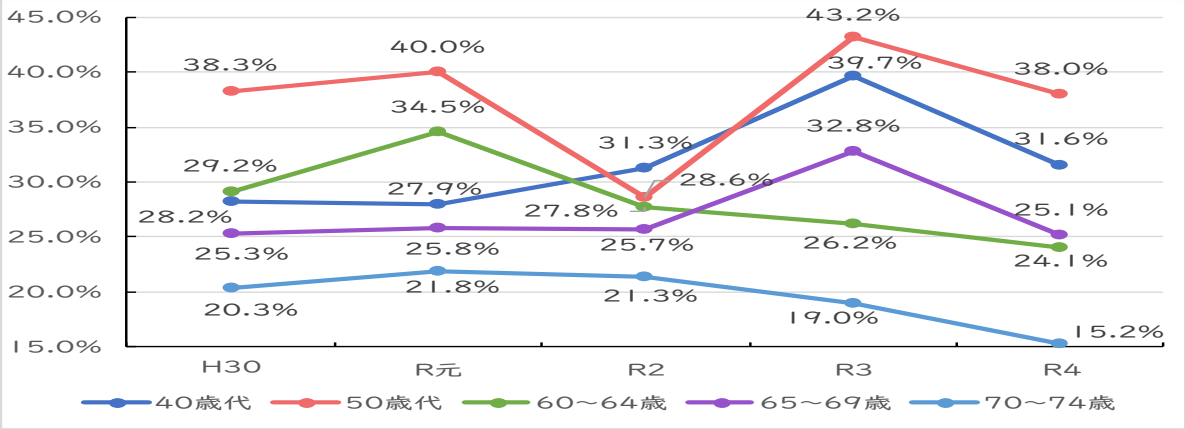


表41　中性脂肪(150mg/dl以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	150mg/dl以上の者	6	5	1	4	4
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	150mg/dl以上の者	17	17	14	14	16
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	150mg/dl以上の者	22	14	16	19	13
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	150mg/dl以上の者	37	43	39	31	24
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	150mg/dl以上の者	29	39	48	52	42

図38　中性脂肪(150mg/dl以上)【女性】

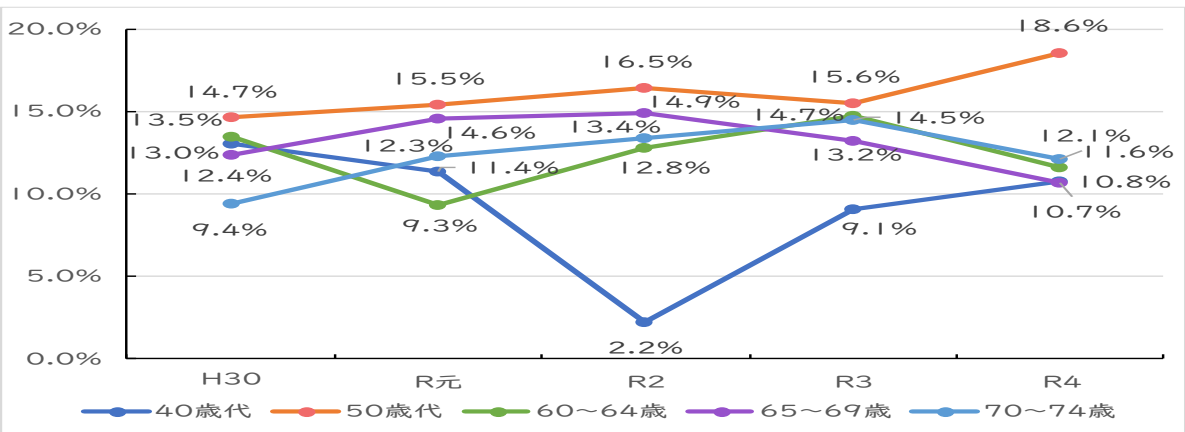


表42　ALT(GPT)(31U/l以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	31U/l以上の者	33	28	25	32	29
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	31U/l以上の者	37	33	31	34	27
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	31U/l以上の者	31	39	31	22	25
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	31U/l以上の者	65	45	43	40	38
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	31U/l以上の者	58	57	68	54	56

図39　ALT(GPT)(31U/l以上)【男性】

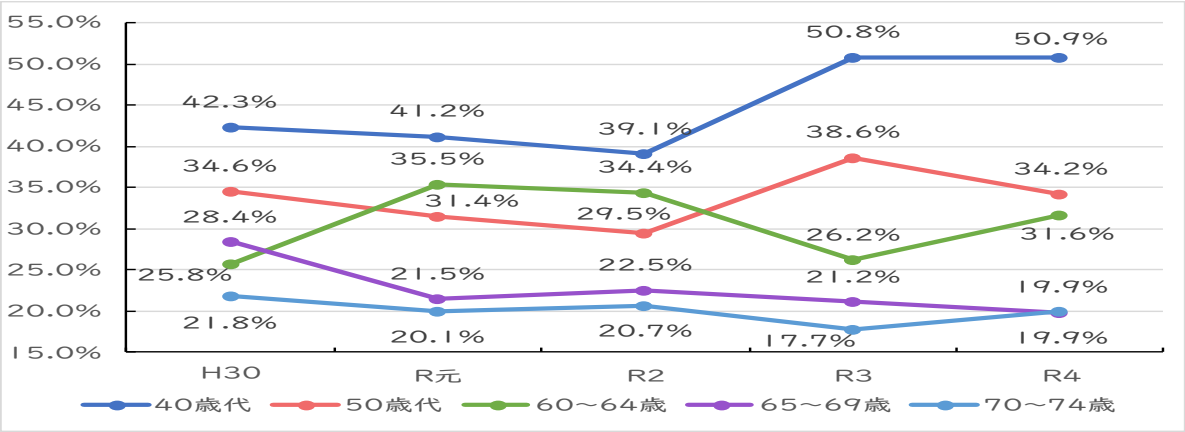


表43　ALT(GPT)(31U/l以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	31U/l以上の者	9	5	7	6	7
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	31U/l以上の者	11	10	9	13	10
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	31U/l以上の者	19	16	12	15	14
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	31U/l以上の者	44	38	35	34	27
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	31U/l以上の者	35	35	37	43	41

図40　ALT(GPT)(31U/l以上)【女性】

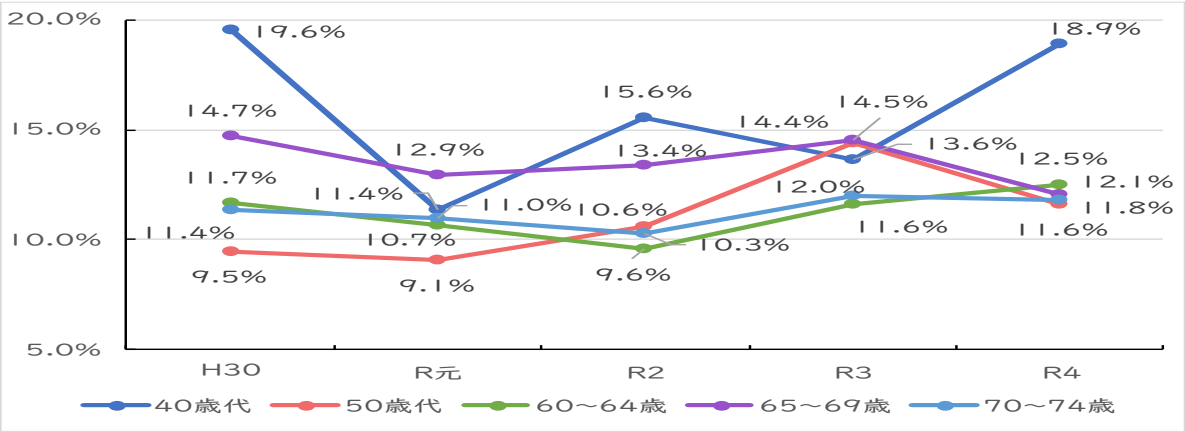


表44　LDLコレステロール(120mg/dl以上)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	120mg/dl以上の者	44	25	31	30	30
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	120mg/dl以上の者	52	48	56	45	41
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	120mg/dl以上の者	56	55	49	42	39
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	120mg/dl以上の者	126	83	90	90	92
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	120mg/dl以上の者	113	110	137	126	109

図41　LDLコレステロール(120mg/dl以上)【男性】

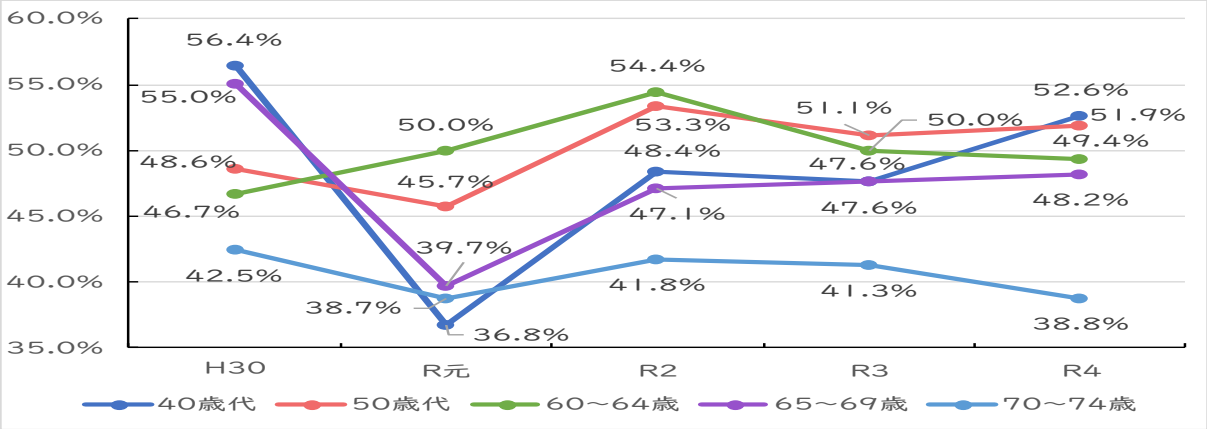


表45　LDLコレステロール(120mg/dl以上)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	120mg/dl以上の者	21	19	24	27	20
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	120mg/dl以上の者	76	73	55	57	50
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	120mg/dl以上の者	109	89	86	88	67
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	120mg/dl以上の者	176	179	165	141	138
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	120mg/dl以上の者	177	185	200	191	180

図42　LDLコレステロール(120mg/dl以上)【女性】

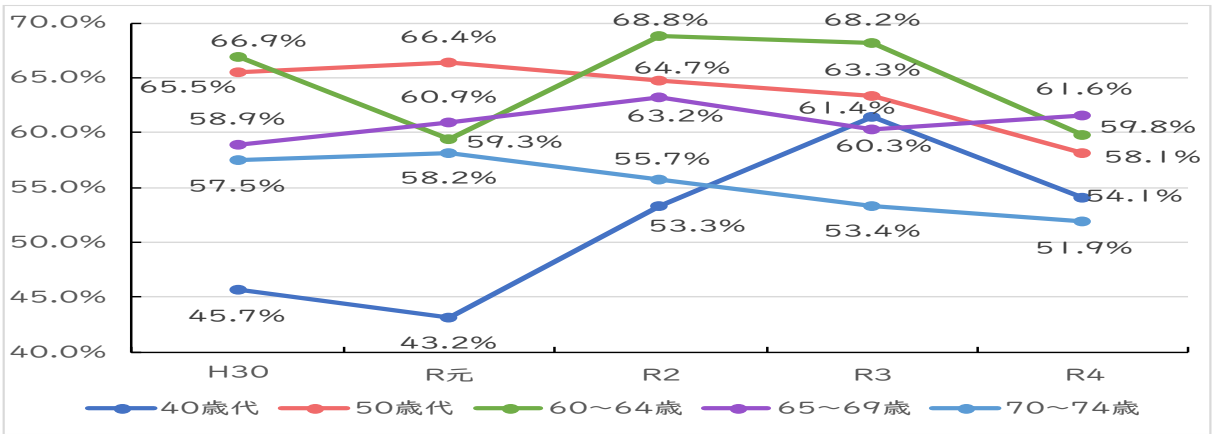


表46　HDLコレステロール(40mg/dl未満)【男性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	78	68	64	63	57
	40mg/dl未満の者	10	1	7	7	7
50歳代	受診者	107	105	105	88	79
	40mg/dl未満の者	12	5	6	5	3
60～64歳	受診者	120	110	90	84	79
	40mg/dl未満の者	10	7	6	2	5
65～69歳	受診者	229	209	191	189	191
	40mg/dl未満の者	19	15	10	7	8
70～74歳	受診者	266	284	328	305	281
	40mg/dl未満の者	13	13	14	12	11

図43　HDLコレステロール(40mg/dl未満)【男性】

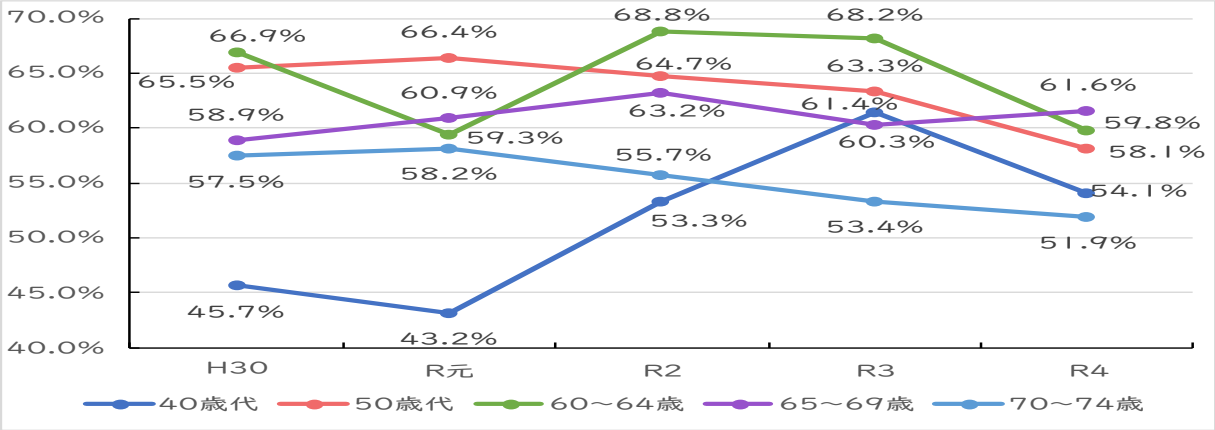
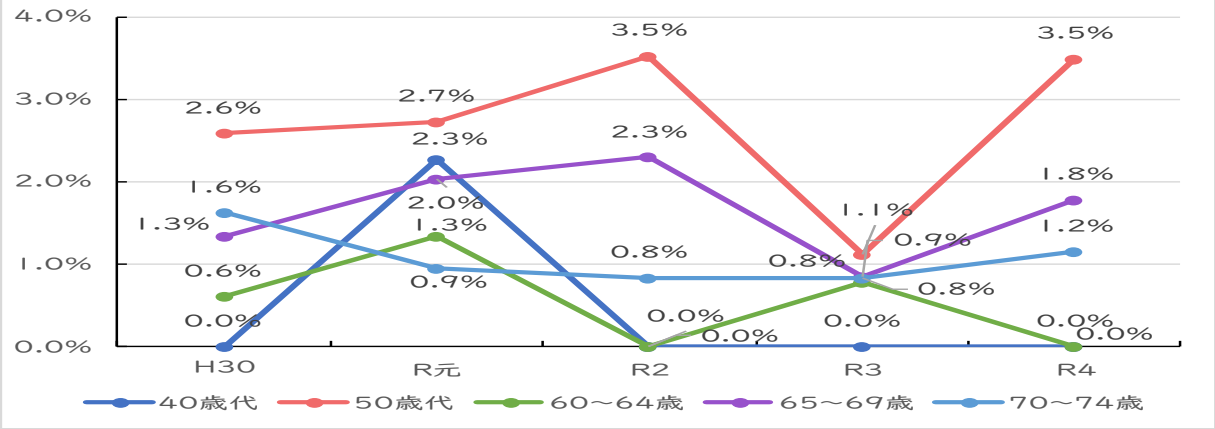


表47　HDLコレステロール(40mg/dl未満)【女性】(人)

		H30	R元	R2	R3	R4
40歳代	受診者	46	44	45	44	37
	40mg/dl未満の者	0	1	0	0	0
50歳代	受診者	116	110	85	90	86
	40mg/dl未満の者	3	3	3	1	3
60～64歳	受診者	163	150	125	129	112
	40mg/dl未満の者	1	2	0	1	0
65～69歳	受診者	299	294	261	234	224
	40mg/dl未満の者	4	6	6	2	4
70～74歳	受診者	308	318	359	358	347
	40mg/dl未満の者	5	3	3	3	4

図44　HDLコレステロール(40mg/dl未満)【女性】



③血糖コントロール不良者（HbA1c8.4%以上）の割合

特定健診受診者のうち、糖尿病治療中であるがHbA1cが8.4%以上の人の割合を令和元年度と令和4年度を比較すると人数は横ばいですが、割合は増加しています（表48）。

表48　糖尿病治療中の方のHbA1c8.4%以上の割合

	健診受診者数（人）	うち糖尿病治療者数（人）	HbA1c8.4%以上の人数（人）	HbA1c8.4%以上の割合（%）
R元	1,783	191	6	3.1
R2	1,541	179	9	5.0
R3	1,558	194	7	3.6
R4	1,492	144	7	4.8

資料：特定健診結果

④質問票の回答状況

質問票の回答状況を平成30年度と比較して、男女とも特に改善がみられるのは、「食事速度が速い」、「週3回以上就寝2時間前に夕食」の項目でした。他、回答率が平成30年度より1%以上低くなった（改善した）項目は、男性は5項目、女性は6項目、高くなった（悪化した）項目は、男性は4項目、女性は1項目と、女性の方が生活習慣を改善した人が多いと考えられます。（表49）

健康意識調査やKDBシステムからのデータを見ると、身体活動について、平成28年度と比較し、体を動かすようにしている人の割合は増加傾向ですが、歩行時間が60分以上の人、運動習慣のある人の割合は運動を習慣にしている人の割合は3割弱で、横ばいで経過しています。（表50、図45）飲酒については、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒の割合は男性で高く、喫煙については健康意識調査の結果では、平成30年度と比較すると横ばいです。生活習慣改善の意欲に関しても改善の意思がある方は男女とも5割程度となっております。（表51～52、図46～47）

表49　質問票の回答状況(単位:%)

※回答率が平成30年度より悪化項目は赤色、改善項目(改善)は水色

※咀嚼の質問項目については、平成30年度健診から追加されています

質問票の回答状況(%)	男性					女性				
	H30	R元	R2	R3	R4	H30	R元	R2	R3	R4
喫煙あり	27.6	26.2	25.7	25.7	25.8	3.4	3.9	3.8	3.6	4.2
20歳時体重から10㎏以上増加	40.1	39.4	40.3	42.4	41.8	35.1	33.0	34.9	36.1	34.9
1日30分以上の運動習慣なし	68.5	67.5	68.1	70.6	68.1	76.4	74.8	75.8	75.9	74.1
1日1時間以上の運動なし	53.4	50.9	50.5	49.8	49.6	56.1	55.3	55.0	54.9	53.5
歩行速度が遅い	59.8	53.0	54.3	54.4	53.9	58.6	54.7	56.3	57.5	56.1
咀嚼(噛みにくい)※	19.3	17.9	22.9	22.0	22.9	17.1	18.7	17.4	14.8	19.1
咀嚼(ほとんどかめない)※	3.0	3.2	3.2	1.7	2.3	2.2	2.4	1.7	1.5	0.6
食事速度が速い	26.3	22.7	21.6	20.9	21.7	27.7	23.5	23.8	22.2	23.6
週3回以上就寝2時間前に夕食	27.8	25.5	25.4	25.4	25.2	19.0	17.6	16.2	14.5	16.4
毎日3食以外に間食(毎日)	15.3	15.3	16.7	16.5	15.1	30.5	30.1	30.3	32.2	30.4
週3回以上朝食を抜く	7.0	6.1	6.6	6.2	7.0	4.6	5.3	4.2	4.9	4.0
毎日飲酒する	42.5	41.6	40.9	42.6	44.8	5.7	6.2	5.6	7.3	7.0
時々飲酒する	31.7	30.8	30.8	28.6	25.4	17.7	20.4	18.5	19.4	21.0
睡眠不足	18.3	16.1	18.4	17.0	18.8	21.6	19.2	19.8	20.9	20.8
生活習慣改善の意欲なし	55.5	54.4	57.8	54.5	54.6	48.7	48.7	49.0	45.1	45.2

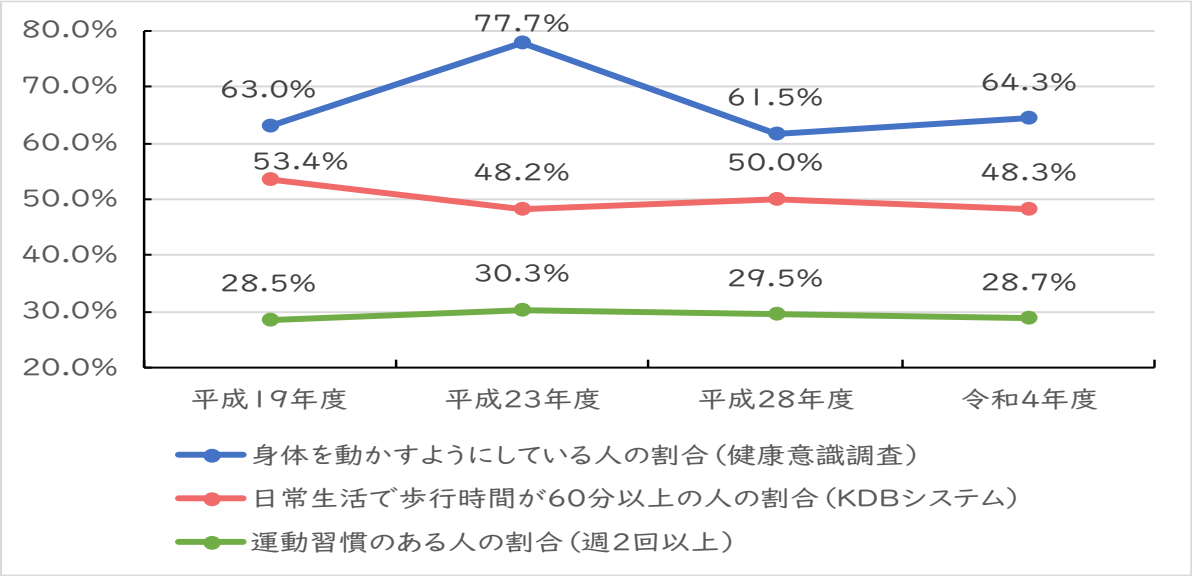
資料:平成30年度～令和4年度　KDBシステム「質問票調査の状況」

表 50　身体活動・運動に関する取組の年次比較(%)

	H19	H23	H28	R4
身体を動かすようにしている人の割合(健康意識調査)	63.0	77.7	61.5	64.3
日常生活で歩行時間が 60 分以上の人の割合(KDB システム)	53.4	48.2	50.0	48.3
運動習慣のある人の割合(週 2 回以上)	28.5	30.3	29.5	28.7

資料:第 3 次すこやか南部 21(健康意識調査)

図 45　身体活動・運動に関する取組の年次比較



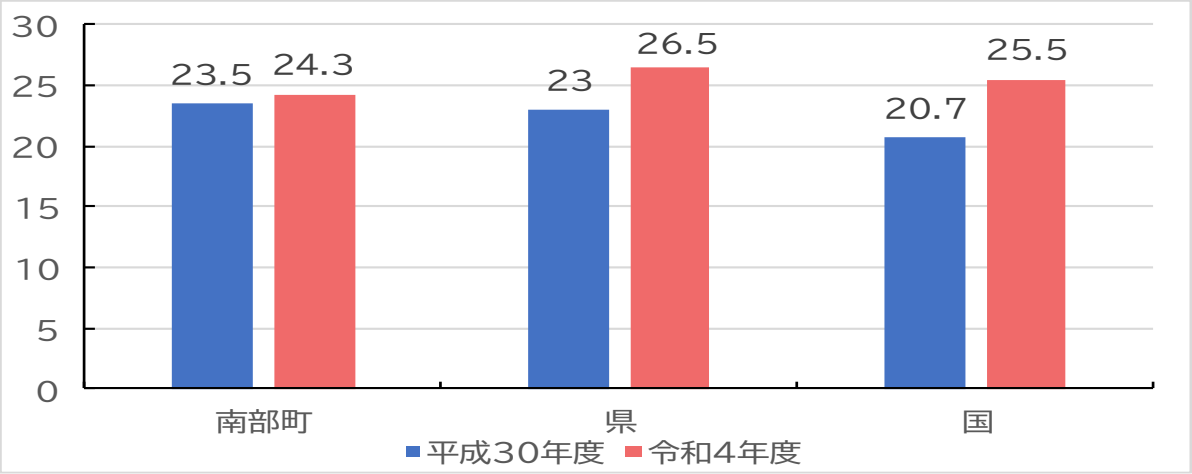
資料:第 3 次すこやか南部 21(健康意識調査)

表 51　毎日飲酒する人の割合の年次比較(%)

	H30	R4
南部町	23.5	24.3
県	23.0	26.5
国	20.7	25.5

資料:第 3 次すこやか南部 21(健康意識調査)

図 46　毎日飲酒する人の割合の年次比較(%)



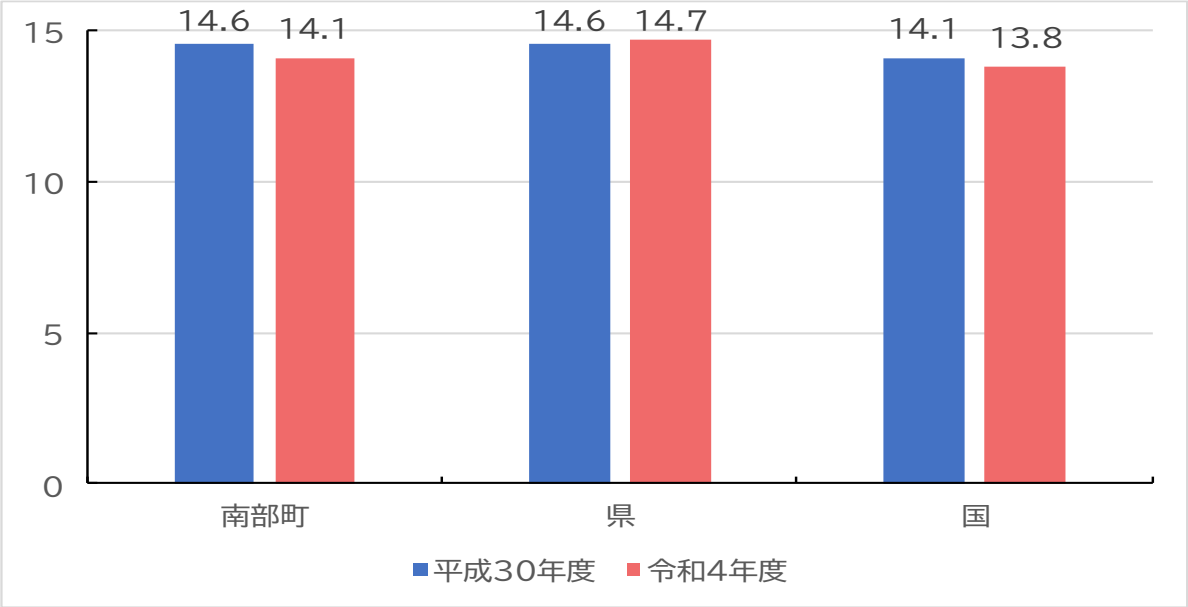
資料:第 3 次すこやか南部 21(健康意識調査)

表 52　喫煙者の割合の年次比較(%)

	H30	R4
南部町	14.6	14.1
県	14.6	14.7
国	14.1	13.8

資料:第3次すこやか南部21(健康意識調査)

図 47　喫煙者の割合の年次比較(%)



資料:第 3 次すこやか南部 21(健康意識調査)

(3)特定保健指導の実施状況

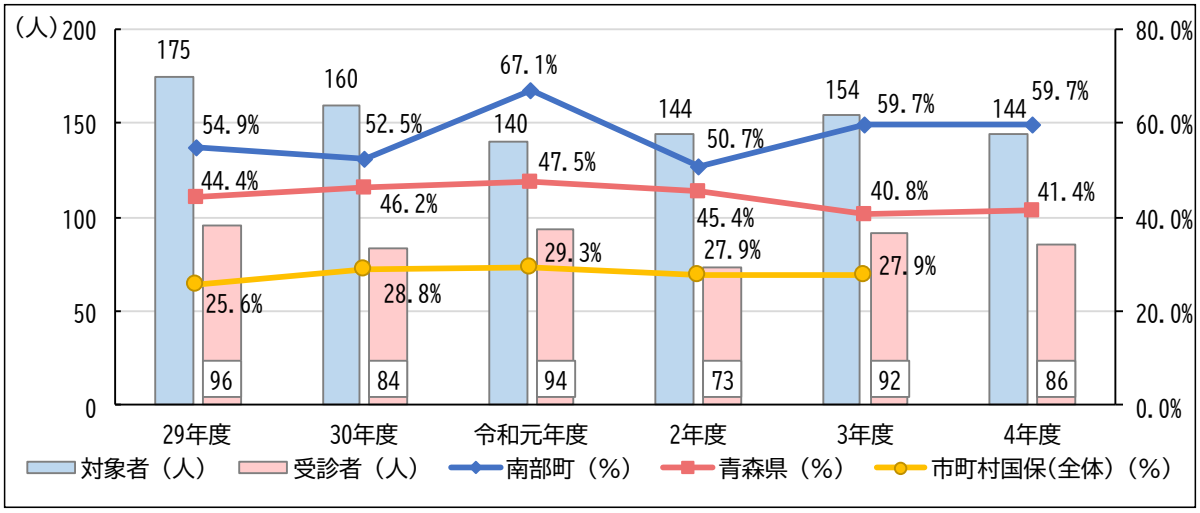
特定保健指導実施率は目標値の65%には到達できていないものの、県及び国よりも高い実施率となっています。平成25年度には実施率が低下しましたが、平成26年度から個別の保健指導を重点的に行うことで実施率は改善傾向にあります。令和2年に実施率が50.7%と低下していますが、令和4年には実施率は59.7%となっています。指導率向上のためにも、今後も健診委託機関でも保健指導を受けられる体制整備や指導率向上にも工夫や対策を実施してく必要があります。(表53、図48)。

表53　特定保健指導実施率の年次推移

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R 元	R2	R3	R4
対象者	266	272	238	209	175	160	140	144	154	144
保健指導実施者数	124	147	146	127	96	84	94	73	92	86
南部町	46.6	54.0	61.3	60.8	54.9	52.5	67.1	50.7	59.7	59.7
青森県	34.7	36.5	40.6	42.6	44.4	46.2	47.5	45.4	40.8	41.4
市町村国保(全体)	22.5	23.0	23.6	26.3	25.6	28.8	29.3	27.9	27.9	–

資料:特定健診データ(法定報告値・速報値)

図48　特定保健指導実施率の年次推移



資料：特定健診データ(法定報告値・速報値)

4.レセプト・健診データを組み合わせた分析

主要死因別標準化死亡比から、男性の糖尿病が国の2倍以上であること、女性の糖尿病は減少傾向にはありますが、国より高い状況であることがわかりました。

また、特定健診の有所見率を国・県と比較した結果、HbA1cの値が高く、有所見率は受診者の5割以上を占めていることがわかりました。

一人当たりの医療費においては、国や県よりも高い状況です。医療費の中で占める疾患の推移をみると、全体の医療費(入院＋外来)の割合では糖尿病が6年連続1位となっていることから、今後も引き続き糖尿病予防・重症化予防の対策が重要と考えられます。

1. 人工透析患者の状況

(1)特定疾病受給者数

患者一人当たり医療費が高額となる「腎不全」は、人工透析により高額であり、全国的な課題となっています。平成30年度～令和4年度の国保特定疾病受給者状況は平均17人で推移しています。(表54)

表54　特定疾病受給者数「腎不全」

	H30	R元	R2	R3	R4
男性(人)	14	11	10	16	14
女性(人)	6	6	4	3	1
計(人)	20	17	14	19	15

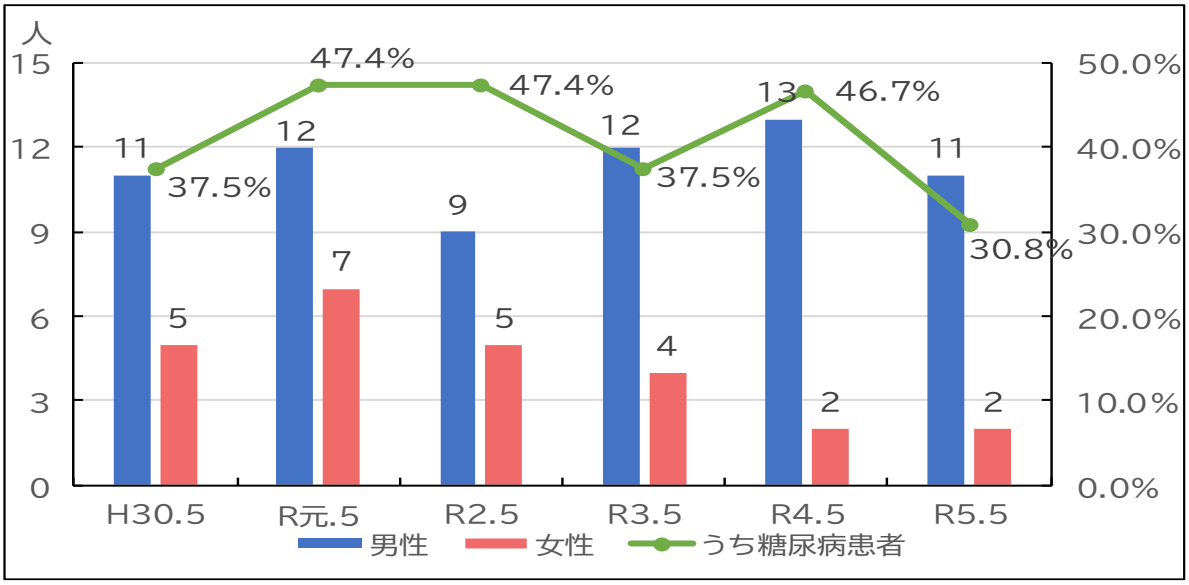
資料：国保特定疾病受給者一覧(各年8月1日現在)

(2)人工透析患者数の推移

国保の人工透析患者数は、性別でみると男性が女性の約2～6倍となっています。うち、糖尿病の既往のある者は約3～4割で、令和4年度には増加しましたが、令和5年度には低下しています。(図49)。

また、国保の人工透析患者のレセプト状況をみますと、糖尿病の他、血管を傷つける原因となる高尿酸血症や脂質異常症の既往もあり、後期についても同様の状況の事から、生活習慣病対策の継続が必要です。(表55～56)

図49　国保　人工透析患者数の推移(性別)



資料:KDBシステム「厚生労働省様式　様式3-7人工透析のレセプト分析」

表55　国保　人工透析患者のレセプト状況(毎年5月)(人)

作成月	人工透析患者	既往						
		糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患
R 元.5	19	9	4	16	8	8	5	4
R2.5	14	4	1	12	5	4	3	3
R3.5	16	6	3	15	8	7	4	4
R4.5	15	7	1	14	8	7	1	3
R5.5	13	4	0	12	7	5	1	3

資料:KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析」

表56　後期高齢者医療制度　人工透析患者のレセプト状況(毎年5月)(人)

作成月	人工透析患者	65～74 歳	75 歳～	既往						
				糖尿病	糖尿病性腎症	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症	脳血管疾患	虚血性心疾患
R 元.5	22	8	14	12	5	20	12	12	7	10
R2.5	23	10	13	16	3	21	14	11	8	7
R3.5	24	10	14	14	3	21	12	11	10	5
R4.5	27	10	17	18	5	26	15	13	12	8
R5.5	28	10	18	19	6	26	14	13	12	11

資料:KDBシステム「厚生労働省様式(様式3-7)人工透析のレセプト分析

5.介護費関係の分析

介護認定の状況

①要介護(要支援)認定状況

令和4年度の南部町の要介護(要支援)認定状況からみて、1号被保険者(65歳以上)の認定率は17.4%と、県・国より1～2%程低い状況です。(表57)

しかし、1件当たり介護給付費(平均額)を見ると、県平均より10,089円、国より22,627円高く、特に居宅給付費に差がみられます。(表58)

また、要介護度別1件当たりの介護給付費の経年比較を見ると、横ばいの状況であり、「要支援1」「要介護2」は、県、同規模、国より高い状況です。(表59)

表57　要介護(要支援)者認定状況

区分	計	内訳		
		第２号被保険者	第1号被保険者	
		40～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
介護保険被保険者数(人)	12,310	5,585	3,153	3,572
認定者数(人)	1,175	26	125	1,024
認定率(%)	17.1 (1 号のみ)	0.5	4.0	28.7
新規認定者数(人)	17	0	5	12
新規認定率(%)	0.27 (1 号のみ)	0.01	0.09	0.43

資料:KDBシステム「要介護(支援)者認定状況　令和4年度累計」

表58　介護認定率等、1件当たり介護給付費(1号被保険者)

区分	南部町	青森県	国
介護認定率(%)	17.4	18.5	19.4
介護給付費(円)	82,289	72,200	59,662
居宅給付費(円)	62,758	51,854	41,272
施設給付費(円)	290,214	301,081	296,364

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

表 59　介護(要介護度別1件当たり給付費)経年比較(単位:円)

			内訳						
40歳～		1件当たり給付費	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
H30	保険者	77,657	9,159	17,319	47,519	49,784	88,812	126,581	123,332
	県	70,658	10,078	14,553	40,145	51,088	85,992	111,554	119,986
	同規模	70,970	9,779	13,896	42,593	53,368	90,172	125,400	145,132
	国	61,384	9,771	13,178	37,906	47,112	79,234	105,423	118,372
R元	保険者	80,076	8,326	16,110	47,579	55,735	99,236	112,498	124,457
	県	71,639	10,098	14,240	40,263	51,981	87,575	113,092	121,915
	同規模	71,581	9,948	14,078	42,958	54,088	92,787	128,467	148,222
	国	61,336	9,825	13,241	37,931	47,085	79,808	106,950	119,410
R2	保険者	82,869	8,094	14,087	50,738	56,885	100,100	121,224	131,874
	県	73,195	9,882	14,045	41,355	53,306	89,999	115,317	123,240
	同規模	72,685	9,807	13,993	43,726	54,853	95,767	130,413	151,133
	国	61,864	9,693	13,028	38,474	47,537	81,179	108,110	119,679
R3	保険者	83,782	8,746	15,730	50,692	58,937	95,219	124,022	142,661
	県	72,901	9,850	14,078	41,198	53,324	90,100	114,744	122,155
	同規模	71,386	10,027	14,072	43,421	53,698	94,737	128,201	147,506
	国	60,703	9,672	12,935	38,140	46,797	80,117	105,199	115,676
R4	保険者	82,289	8,940	15,124	48,403	58,037	93,794	124,792	129,691
	県	72,200	9,794	13,592	40,360	52,617	88,126	114,488	121,631
	同規模	70,292	9,793	13,796	42,671	52,634	93,173	125,621	146,391
	国	59,662	9,568	12,723	37,331	45,837	78,504	103,025	113,314

資料:KDBシステム 「医療・介護の突合の経年比較　介護(要介護度別1件当たり給付費)経年比較」

②要介護(支援)者有病状況

介護認定を受けている人の有病状況、有病率を見ると、心臓病、筋・骨格、精神疾患が多くを占めています。(表60)

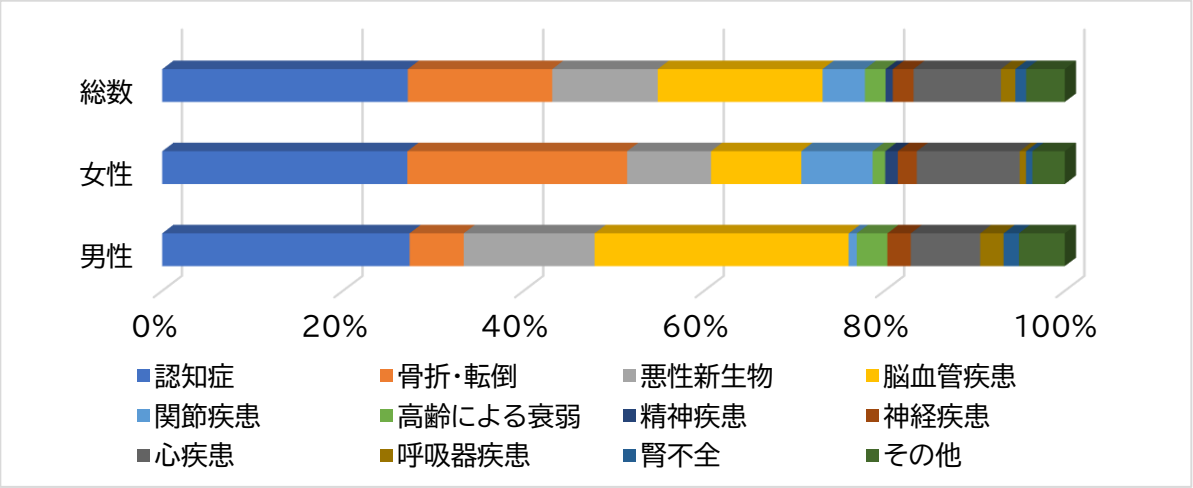
40～64歳の2号被保険者では心臓病、脳疾患、筋・骨格、精神が多くを占めています。65歳以上の1号被保険者では、心臓病、精神疾患、筋・骨格、脳疾患の割合が高い状況です。(表61)

③介護が必要になった主な原因

令和4年度介護保険新規申請の主治医意見書(MCWEL介護保険システムより)において、介護が必要になった主な原因は、「認知症」が27.2%と最も多く、次いで「脳血管疾患」「骨折・転倒」「悪性新生物」の割合が高くなっています。(図50)。

これらのことから、今後も実施内容を検討しながら予防対策に取り組んでいく必要があります。

図 50　介護が必要になった主な原因



資料：令和5年度版　数字でみる介護保険・障がい・高齢福祉（南部町）

表60　要介護（支援）者有病状況（割合）

	南部町（%）	県（%）	同規模（%）	国（%）
糖尿病	19.5	22.0	22.8	24.3
心臓病	58.4	55.1	60.3	60.3
脳疾患	24.8	21.8	23.1	22.6
筋・骨疾患	50.2	44.6	52.7	53.4
精神	42.6	35.0	36.9	36.8

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

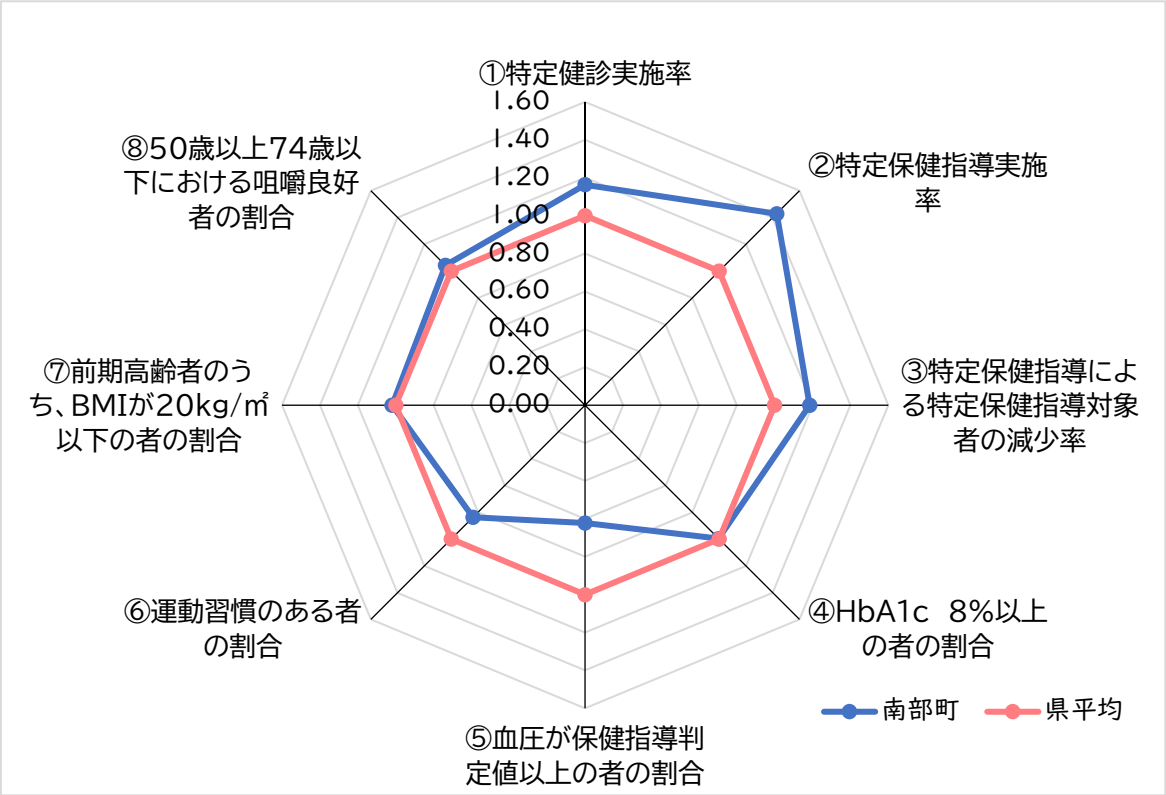
表61　要介護（支援）者の有病状況（人数）　（人）

区分		計	内訳		
			第2号被保険者	第1号被保険者	
			40～64 歳	65～74 歳	75 歳以上
支援	要支援1	53	2	4	47
	要支援2	105	7	14	84
介護	要介護1	191	5	12	174
	要介護2	245	4	26	215
	要介護3	217	4	27	186
	要介護4	237	1	24	212
	要介護5	127	3	18	106
病状	糖尿病	245	2	25	218
	（再掲）糖尿病合併症	43	1	4	38
	心臓病	713	9	63	641
	脳疾患	321	8	43	270
	がん	95	1	11	83
	精神疾患	523	6	36	481
	筋・骨格	603	7	45	551
	難病	17	1	1	15
	その他	702	10	60	632

資料：KDBシステム「要介護（支援）者　認定状況」令和4年度（累計）

6. その他

＜南部町の各指標の実績と都道府県平均値との比較の見える化＞　　（単位：%）



資料：KDB システム

（%）

	レーダーチャート用		実測値	
	南部町	県平均	南部町	県平均
①特定健診実施率	1.16	1.00	46.5	40.0
②特定保健指導実施率	1.43	1.00	59.7	41.8
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.18	1.00	22.5	19.0
④HbA1c　8%以上の者の割合	1.00	1.00	1.5	1.1
⑤血圧が保健指導判定値以上の者の割合	0.62	1.00	71.1	53.5
⑥運動習慣のある者の割合	0.84	1.00	28.7	34.3
⑦前期高齢者のうち、BMI が 20kg/㎡以下の者の割合	1.02	1.00	12.6	14.2
⑧50 歳以上 74 歳以下における咀嚼良好者の割合	1.04	1.00	77.0	73.8

資料：KDB システム

第３章　計画全体

第3章　計画全体

1. 本計画の方向性

第2期データヘルス計画の考察及び評価や現状の分析から、糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止、特定健診受診率の向上及び特定保健指導実施率の向上に向けての取り組みが必要であると分析されます。また、生活習慣改善に向けた取り組みやフレイル予防も重要であることから、本計画では以下の5つの項目を健康課題として取り組んでいきます。

2. 保険者の健康課題（被保険者の健康に関する課題）

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	**特定健診受診率の向上** 本町は国・県と比較して受診率は高くなっていますが、年代別では 30 代※の受診者が年々減少しています。地区の比較では南部地区の受診率が低くなっています。未受診者への受診勧奨を強化し、生活習慣病予防や重症化予防のための取り組みが必要です。 ※若い年齢層の受診率が低いため、町独自で実施しているもの。	1	1
B	**糖尿病重症化予防** 本町において、男女ともに糖尿病の標準化死亡比は高い状況で、男性では国の 2 倍以上となっています。特定健診の結果から HbA1c（5.6%以上）の異常者は増加傾向となっており、外来医療費の割合では、糖尿病が 6 年連続1位となっています。これらのことから糖尿病の重症化予防を強化する必要性があります。	2	2
C	**生活習慣の改善** **（健（検）診受診勧奨及び受診者への保健指導：二次予防）** 本町における死因の第1位は悪性新生物であるため、検診による早期発見・早期治療が重要です。また、特定保健指導実施率は、国・県と比較し高い状況です。生活習慣病発症リスクの高い特定保健指導対象者に対し、指導率向上のための体制整備や工夫が必要であるとともに、精密検査未受診者への受診勧奨・コントロール不良者の重症化予防に取り組む必要性があります。また口腔内の健康状態は全身の健康状態に関わるため、歯科口腔の健（検）診が必要です。	3	3 4 5 6 7

D	**生活習慣の改善** **（食事・運動・喫煙・飲酒等の一次予防）** 本町における生活習慣病分析による疾病別外来医療費では、悪性新生物、糖尿病、筋・骨格・高血圧が上位を占めています。習慣的に運動している人は約 3 割、生活習慣病のリスクを高める量※の飲酒の割合は男性に高く、喫煙も国より高い状況です。生活習慣病分析では循環器疾患が上位となっています。これらのことから健康的な生活習慣や疾病予防に取り組むことで健康の保持増進を図り、最終的には医療費の適正化につなげる必要があります。 ※生活習慣病のリスクを高める量（1日当たり純アルコール摂取量が、男性 40g 以上、女性 20g以上）	4	8
E	**フレイル予防** 本町において介護が必要となった主な原因は認知症、次いで骨折・転倒であり、有病率では循環器疾患、筋・骨格疾患の割合が高くなっています。これらのことから継続して予防対策に取り組んでいく必要性があります。	5	9

データヘルス計画全体における目的	抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標（●共通指標）		計画策定時実績（%）		目標値（%）　※数値の下線部は県平均値 ※数値の下線部は、南部町健康増進計画との整合値				
				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）
A	特定健診受診率の向上	●特定健診受診率の向上		46.5	48.4	50.3	52.2	54.1	56	58
A	特定健診受診率の向上	30代の特定健診受診率の向上		13.6	16	18.4	20.8	23.2	25.6	28
A	特定健診受診率の向上	40～64歳の特定健診受診率の向上		36.7	39.4	42.1	44.8	47.5	50.2	53
A	特定健診受診率の向上	65～74歳の特定健診受診率の向上		52.4	53.8	55.2	56.6	58	59.4	61
B	糖尿病重症化予防	●HbA1c8.0以上の者の割合の減少		1.5	1.4	1.4	1.3	1.2	1.2	1.1
B	糖尿病重症化予防	40～64歳のHbA1c8.0以上の者の割合の減少		0.9	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.5
B	糖尿病重症化予防	65～74歳のHbA1c8.0以上の者の割合の減少		1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.1
B	糖尿病重症化予防	HbA1c6.5以上の者の割合の減少		13.7	13	12.5	12	11.5	11	9.9
B	糖尿病重症化予防	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少		12.4	12	12	11.5	11	10.5	10.8
B	糖尿病重症化予防	ｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の減少（糖代謝）		5.2	5.1	5.1	5	4.9	4.8	4.7
B	糖尿病重症化予防	糖尿病による新規人工透析導入患者数のゼロの継続（人）		0	0	0	0	0	0	0
B	糖尿病重症化予防	教室終了者のうちHbA1c維持・改善率※の増加※0.3%前後		83	83.3	83.6	84	84.3	84.6	85
B	糖尿病重症化予防	糖尿病標準化死亡比の低下	男性	226.5	低下	低下	低下	低下	低下	低下
			女性	103.7	低下	低下	低下	低下	低下	低下
C	生活習慣の改善（二次予防）	●特定保健指導の実施率		59.7	60.6	61.5	62.4	63.2	64.1	65
C	生活習慣の改善（二次予防）	40～64歳の特定保健指導の実施率		38.8	43.2	47.5	51.9	56.3	60.6	65

項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標（●共通指標）		計画策定時実績（%）		目標値（%）　※数値の下線部は県平均値 ※数値の下線部は、南部町健康増進計画との整合値				
				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）
C	生活習慣の改善（二次予防）	65～74 歳の特定保健指導の実施率		77.9	78.2	78.5	78.9	79.2	79.5	80
C	生活習慣の改善（二次予防）	●特定保健指導減少率の向上		22.5	23.7	25	26.2	27.5	28.7	30
C	生活習慣の改善（二次予防）	40～64 歳の特定保健指導対象者の減少		24.2	25.2	26.2	27.1	28.1	29	30
C	生活習慣の改善（二次予防）	65～74 歳の特定保健指導対象者の減少		21.5	23	24.1	25.5	26.9	28.3	30
C	生活習慣の改善（二次予防）	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ予備群・該当者該当率の減少		37.3	35.3	33.2	31.2	29.1	27.1	25
C	生活習慣の改善（二次予防）	精密検査受診率の向上	高血圧	48.8	49	49.2	49.4	49.6	49.8	50
			脂質異常	50.3	51.9	53.5	55.1	56.7	58.3	60
			糖代謝	81.1	81.4	81.7	82	82.3	82.6	83
C	生活習慣の改善（二次予防）	ｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の減少	高血圧	4.4	4.3	4.2	4.2	4.1	4.1	4
			脂質異常	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1
			糖代謝	5.2	5.1	5.1	5	4.9	4.8	4.7
C	生活習慣の改善（二次予防）	がん検診受診率の向上	胃がん	14.2	18	21.8	25.6	29.4	33.2	37
			肺がん	16.3	20.8	25.3	29.8	34.3	38.8	43
			大腸がん	15.6	20.4	25.2	29.7	34.2	38.7	44
			子宮頸がん	23.7	24.8	25.9	27	28.1	29.2	30
			乳がん	22.6	25	27.4	29.8	32.2	34.6	37
C	生活習慣の改善（二次予防）	がん検診精密検査受診率の向上		81.5	82.9	84.3	85.7	87.1	88.5	90
C	生活習慣の改善（二次予防）	歯科健診受診率の向上	妊婦	27.8	増加	増加	増加	増加	増加	増加
			産婦	25.7	増加	増加	増加	増加	増加	増加
			歯周病	9.3	10.2	11.1	12	12.9	13.8	15
			後期歯科	1.8	3.2	4.6	6	7.4	8.8	10
C	生活習慣の改善（二次予防）	何でもよく噛んで食べることができる割合の増加		77.8	78.2	78.6	79	79.4	79.8	80

項目	デーヘルス計画全体における目的	評価指標（●共通指標）		計画策定時実績（%）		目標値（%）　※数値の下線部は県平均値 ※数値の下線部は、南部町健康増進計画との整合値				
				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）
D	生活習慣の改善（一次予防）	血圧が①収縮期血圧130㎜Hg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合の減少		71.1	68.1	65.2	62.3	59.4	56.5	53.5
D	生活習慣の改善（一次予防）	運動習慣のある者の割合の増加		28.7	30.5	32.5	34	36	38	40
D	生活習慣の改善（一次予防）	50～74歳の咀嚼良好者の割合の増加		77	77.5	78	78.5	79	79.5	80
D	生活習慣の改善（一次予防）	喫煙率の減少		14.1	13.8	13.4	13.1	12.7	12.4	12
D	生活習慣の改善（一次予防）	飲酒率の減少	男性	28.1	27.6	27.1	26.6	26.1	25.6	25
			女性	19.6	18.9	18.2	17.5	16.8	16.1	15
D	生活習慣の改善（一次予防）	肥満者（BMI25以上）の減少	男性	34.9	34.1	33.3	32.5	31.7	30.9	30
			女性	33.1	32.6	32.1	31.6	31.1	30.6	30
E	フレイル予防	前期高齢者の低栄養傾向者（BMI20kg/㎡以下）数の割合の減少		12.6	12.1	11.7	11.3	10.9	10.5	10
E	フレイル予防	毎日の生活に満足している人の割合の増加		93.8	94	94.2	94.4	94.6	94.8	95
E	フレイル予防	週1回以上外出している人の割合の増加		82.6	83	83.4	83.8	84.2	84.6	85
E	フレイル予防	もの忘れがあると言われる人の割合の減少		18.1	17.9	17.7	17.5	17.3	17.2	17.1
E	フレイル予防	ふだんから家族や知人との付き合いがある人の割合の増加		91.9	92.4	92.9	93.4	93.9	94.4	95
E	フレイル予防	1年間に転んだことがある人の割合の減少		20	19.6	19.3	19	18.6	18.3	18

個別の保健事業	※解決すべき課題と保健事業の対応づけ

健康課題	事業番号	事業名称	重点・優先度
A	1	特定健診受診勧奨事業	1
B	2	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	2
C	3	特定保健指導事業	3
C	4	精検対象者に対する受診勧奨及びコントロール不良者(糖代謝を除く)への訪問指導事業	4
C	5	がん検診受診勧奨事業	5
C	6	がん検診精検勧奨事業	6
C	7	歯科口腔保健事業対策事業(妊産婦歯科健康診査、歯周病検診、後期歯科健診)	7
D	8	生活習慣病予防に関する知識の普及啓発事業	8
E	9	フレイル予防事業	9

項目	データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略
A・C	特定健康診査・がん検診における健診機関への委託
A・B	受診勧奨業務・糖尿病予防教室業務等、実績のある民間会社への委託
C	保健師・管理栄養士等、専門職者を有する保健指導支援機関への委託
C	歯周病検診・後期歯科健診における健診機関への委託
A～E	他計画と一体的に施策に取り組むための関係課・関係機関との連携の強化
A～E	研修参加と自己研鑽による技術・知識等、専門性の向上

第４章　個別の保健事業

第4章　個別の保健事業

A:特定健診受診率の向上

事業番号	1

①事業名称	特定健診受診勧奨事業
②事業の目的	受診勧奨により特定健診受診率の向上を目指す。
③対象者	当該年度特定健診対象者(30 代を含む)
④現在までの事業結果	・特定健診の受診率は40%代で目標値の60%には到達していないが、令和4年度は県内9位である。年代別にみると30代の受診率が減少傾向である。未受診者対策として民間業者へ受診勧奨業務を委託して実施し受診率が向上している。 ・受診率;R3:46.3%、R4:46.5%

⑤今後の目標値

指標	**⑥評価指標**		**⑦計画策定時実績(%)**	**⑧目標値(%)**					
	(●共通指標)		2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム(成果)指標	特定健診受診率の向上	●全体	46.5	48.4	50.3	52.2	54.1	56	58
		30 代	13.6	16	18.4	20.8	23.2	25.6	28
		40～64 歳	36.7	39.4	42.1	44.8	47.5	50.2	53
		65～74 歳	52.4	53.8	55.2	56.6	58	59.4	61
アウトプット(実施量・率)指標	ウェブ上での健診の申込み		―	―	実施の検討	10人	20人	30人	50人
	無料クーポン利用率		31.3	32	33	34	35	36	37
	健康マイレージポイント達成者(30 代)		―	3 人	3 人	5 人	7 人	9 人	10 人
	町内事業所情報提供者		―	実施の検討	30 人	35 人	40 人	45 人	50 人
	未受診者勧奨のうちの受診率		3.3	3.5	4	4.5	5	5.5	6

⑨目標を達成するための主な戦略	・ウェブ上での健診の申込み(標準化システムとの調整が必要)。 ・健診費用自己負担の軽減(節目健診の無料クーポン等)。 ・若い世代へのインセンティブ(健康マイレージ事業)。 ・町内事業所(商工会等)と連携した健診結果情報提供依頼の実施。 ・受診勧奨のチラシの内容の検討。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・健診受診に関する情報提供、未受診者への個別通知による勧奨(町独自・委託)や保健推進員による受診勧奨。
・対象者が受けやすい受診体制整備(個別健診、集団健診、レディースデー健診)。
・乳幼児健診、中学生親子健康面談での受診勧奨チラシの説明と配布。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・健診費用自己負担の軽減。
・節目健診対象者への受診勧奨。
・健康マイレージ事業(インセンティブ)対象年齢を 30 代に引き下げの検討。
・みなし健診※における情報提供依頼方法について町内事業所(商工会)と協議。
・各種事業や訪問において、特定健診の受診勧奨を実施。

※特定健診と同項目の検査を受けられている場合、その検査結果を提出してもらうことで特定健診を受診したとみなすことができる仕組み。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康こども課、関係課、特定健診委託機関、保健推進員

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康こども課、関係課、特定健診委託機関、保健推進員、町内事業所(商工会)との連携。

⑭評価計画

毎年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

B:糖尿病重症化予防

事業番号	2

①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防プログラム (医療機関との連携、糖代謝によるコントロール不良者の訪問指導、糖尿病予防教室)
②事業の目的	糖尿病は、心疾患のリスクを高め、重症化に伴い、神経障害・網膜症・腎症・歯周病等の合併症を併発する恐れがあるため、数値の改善や安定を図り、重症化予防を図る。
③対象者	・医療機関から紹介された者。 ・40 歳以上の被保険者の特定健診受診者のうち、糖代謝の治療を継続しているが数値がコントロール不良の者。 ・特定健診の糖代謝の項目が「異常なし」以外の者。
④現在までの事業結果	・糖尿病による標準化死亡比は高く、男性では国の2倍以上となっている。 ・コントロール不良者については、栄養士が訪問指導を実施している。3回訪問しても不在の場合は、リーフレットを使用して個別的な情報提供を実施している。糖代謝におけるコントロール不良者の割合は、高血圧・高脂血症と比較し、高くなっている。 ・より専門的で効果的な事業実施のため、令和4年度に民間業者に委託して実施。その結果 HbA1c 維持・改善率は 83.0%となっている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標 (●共通指標)		⑦計画策定時実績(%)	⑧目標値(%) ※数値の下線部は県平均値					
			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(成果)指標	●HbA1c8.0 以上の者の割合の減少		1.5	1.4	1.4	1.3	1.2	1.2	1.1
	40～64 歳の HbA1c8.0 以上の者の割合の減少		0.9	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.5
	65～74 歳の HbA1c8.0 以上の者の割合の減少		1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.1
	HbA1c6.5 以上の者の割合の減少		13.7	13	12.5	12	11.5	11	9.9
	HbA1c6.5 以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少		12.4	12	12	11.5	11	10.5	10.8
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の減少(糖代謝)		5.2	5.1	5.1	5	4.9	4.8	4.7
	糖尿病による新規人工透析導入患者数のゼロの継続(人)		0	0	0	0	0	0	0
	教室終了者のうち HbA1c 維持・改善率※の増加※0.3%前後		83	83.3	83.6	84	84.3	84.6	85
	糖尿病標準化死亡比の低下	男性	226.5	低下	低下	低下	低下	低下	低下
		女性	103.7	低下	低下	低下	低下	低下	低下
アウトプット(実施量・率)指標	糖代謝コントロール不良者の訪問数		115 件	110 件	105 件	100 件	95 件	90 件	85 件
	糖代謝のコントロール不良者の訪問指導実施者のうち生活状況が改善した人の割合の増加		―	1割	1割	2 割	2 割	3 割	3 割
	教室参加者の増加(人)		27 人	35 人	35 人	40人	40人	40人	40人

⑨目標を達成するための戦略	指導対象者に目標を設定してもらい、3か月後に再指導を実施。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・医療機関からの紹介者については、4回の保健指導(2 回面談、2回電話で確認)を実施。
・糖代謝コントロール不良者へ、栄養士が訪問指導を実施。
・特定健診結果から対象者を抽出し、保健師・栄養士による訪問や糖尿病予防教室での指導を実施。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・医療機関からの紹介された方に、4回の面談を基本とし、終了後数か月後に再確認を実施。
・コントロール不良者に、面談時、対象者に生活改善の目標を決めてもらい、数か月後に再確認を実施。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康こども課、関係機関、町内外医療機関

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康こども課、関係機関、町内外医療機関との連携の強化。

⑭評価計画

年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や方法について確認・検討する。

C:生活習慣病予防(健(検)診受診勧奨及び受診者への保健指導:二次予防)

事業番号	3

① 事業名称	特定保健指導事業
② 事業の目的	特定保健指導実施率の向上
③ 対象者	特定保健指導該当者(積極的支援・動機付け支援)
④ 現在までの事業結果	・個別性を重視し、専門職による訪問等で保健指導を実施。目標値の65%を下回っているが、国や県より高い状況である。 ・実施率;R3:59.7%、R4:59.7%

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標 (●共通指標)		⑦計画策定時実績(%)	⑧目標値(%) ※数値の下線部は県平均値					
			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(成果)指標	特定保健指導実施率	全体	59.7	60.6	61.5	62.4	63.2	64.1	65
		40~64歳	38.8	43.2	47.5	51.9	56.3	60.6	65
		65~74歳	77.9	78.2	78.5	78.9	79.2	79.5	80
	●特定保健指導減少率の向上	全体	22.5	23.7	25	26.2	27.5	28.7	30
		40~64歳	24.2	25.2	26.2	27.1	28.1	29	30
		65~74歳	21.5	23	24.1	25.5	26.9	28.3	30
	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ予備群・該当者該当率の減少		37.3	35.3	33.2	31.2	29.1	27.1	25
アウトプット(実施量・率)指標	地区健康相談における特定保健指導実施者数		—	5人	5人	5人	10人	10人	15人
	委託機関における特定保健指導対象者実施率		—	1割	1割	2割	2割	2割	3割

⑨目標を達成するための主な戦略	・特定保健指導体制の整備(対象者が利用しやすい場所の提供の増)。 ・訪問による指導の強化。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・対象者には保健指導の利用勧奨通知後、保健師・栄養士による訪問指導を実施。
・特定健診委託機関にて、健診後に希望者に対して保健指導を実施。
・受診率の低い地区については健康相談時に特定保健指導利用・健診結果説明を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・各地区を巡回して健康相談を実施。事前に特定保健指導対象者には勧奨通知を発送し、同時に特定保健指導を利用できる体制を整備する。
・特定保健指導委託機関との連携の強化。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康こども課、特定保健指導委託機関、関係課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・健康こども課、特定健診委託機関、関係課の連携の強化。

⑭評価計画

毎年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

事業番号	4

① 事業名称	精検対象者に対する受診勧奨及びコントロール不良者（糖代謝を除く）への訪問指導事業
② 事業の目的	早期治療へつなげることや数値を安定させることで重症化予防を図る。
③ 対象者	・被保険者の特定健診受診者のうち、高血圧・脂質異常・糖代謝で精密検査の対象者（30 代を含む）。 ・40 歳以上の被保険者の特定健診受診者のうち、高血圧・脂質異常の治療を継続しているが数値がコントロール不良の者。
④ 現在までの事業結果	・精検未受診者について勧奨通知を実施している。糖代謝については受診率が高いものの、高血圧精密検査受診率は 50%に達していない状況である。 ・コントロール不良者については、栄養士が訪問指導を実施している。

⑤今後の目標値

指標	**⑥評価指標**		**⑦計画策定時実績（%）**	**⑧目標値（%）**					
			2022 年度 （R4）	2024 年度 （R6）	2025 年度 （R7）	2026 年度 （R8）	2027 年度 （R9）	2028 年度 （R10）	2029 年度 （R11）
アウトカム（成果）指標	精密検査受診率	高血圧	48.8	49	49.2	49.4	49.6	49.8	50
		脂質異常	50.3	51.9	53.5	55.1	56.7	58.3	60
		糖代謝	81.1	81.4	81.7	82	82.3	82.6	83
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の減少	高血圧	4.4	4.3	4.2	4.2	4.1	4.1	4
		脂質異常	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1
アウトプット（実施量・率）指標	精密検査受診勧奨通知回数		2 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の改善率	高血圧	―	1割	1割	2 割	2 割	3 割	3 割
		脂質異常	―	1割	1割	2 割	2 割	3 割	3 割
	健康ﾏｲﾚｰｼﾞ事業対象者（30代精密検査受診者数）		―	3人	5 人	7 人	10 人	13 人	15 人

⑨目標を達成するための主な戦略	・精密検査勧奨通知回数の増（長期・短期）。 ・対象者に目標を設定してもらい3か月後に再指導を実施。 ・30 代特定健診の精密検査受診者へのインセンティブ（健康マイレージ事業）。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・特定健診実施後、3か月経過後、精検未受診者に対して受診勧奨通知を発送。
・コントロール不良者(高血圧・脂質異常)へ、栄養士が訪問指導を実施。
・KDBシステムにてレセプトを確認し、受診状況を確認。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・勧奨通知回数の増(特定健診受診後、3か月、6か月)。
・各種事業や訪問において、精検受診勧奨の実施を継続。
・30 代特定健診精密検査対象者へのインセンティブ(健康マイレージ事業)の実施。
・コントロール不良者に、面談時、対象者に生活改善の目標を決めてもらい、3か月後に再指導を実施。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康こども課、関係課、町内外医療機関

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康こども課、関係課、町内外医療機関との連携の強化。

⑭評価計画

年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や方法について確認・検討する。

事業番号	5

① 事業名称	がん検診受診勧奨事業
② 事業の目的	受信勧奨によりがん検診受診率の向上を目指すとともに、健診による早期発見・早期治療によりがん死亡の減少を図る。
③ 対象者	がん検診対象者
④ 現在までの結果	本町における死因の第1位は「悪性新生物」で、総死亡の22%を占めている。標準化死亡比は男女ともに100を下回っているが、検診受診率は年々低下している現状である。

⑤今後の目標値

指標	**⑥評価指標**		**⑦計画策定時実績(%)**	**⑧目標値(%)**					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	がん検診受診率(%)	胃がん	14.2	18	21.8	25.6	29.4	33.2	37
		肺がん	16.3	20.8	25.3	29.8	34.3	38.8	43
		大腸がん	15.6	20.4	25.2	29.7	34.2	38.7	44
		子宮頸がん	23.7	24.8	25.9	27	28.1	29.2	30
		乳がん	22.6	25	27.4	29.8	32.2	34.6	37
アウトプット(実施量・率)指標	ウェブ上での検診の申込み		—	—	実施の検討	10人	20人	30人	50人
	無料ｸｰﾎﾟﾝ利用率	乳がん	12	12.5	13	14	15	16	17
		子宮頸がん	7	7.5	8	9	10	11	12
	節目検診対象者大腸がんキット利用率		—	10	11	12	13	15	16
	大腸がん検診委託機関		5か所	検討	7か所	7か所	7か所	7か所	7か所

⑨目標を達成するための主な戦略	・ウェブ上での検診の申し込み(標準化システムとの調整あり)。 ・検診費用の自己負担軽減(乳がん・子宮頸がんの無料クーポン等)。 ・町民 40 歳以上の節目検診対象者(40・45・50・55・60・65・70歳)への大腸がん検査キットの配布。 ・町内検診委託機関以外の町内医療機関での委託の拡充の検討。 ・受診勧奨チラシの工夫。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・広報や町内回覧などでの情報提供、検診未受診者への個別通知による受診勧奨。保健推進員による受診勧奨。
・対象者が受けやすい受診体制整備(個別健診、集団健診、レディースデー健診)。
・レディースデー健診については、託児を設置。
・乳幼児健診、中学生親子健康面談での受診勧奨チラシの説明と配布。
・各種窓口、掲示板を利用した受診のPR。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・検診費用自己負担の軽減。
・夕方女性がん検診の実施。
・各事業、訪問において、がん検診の受診勧奨を実施。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康こども課、関係課、検診委託機関、保健推進員

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康こども課、関係課、検診委託機関、保健推進員との連携の強化。

⑭評価計画

毎年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

事業番号	6

① 事業名称	がん精検対象者に対する受診勧奨事業
② 事業の目的	早期発見・早期治療へつなげ、重症化予防を図る。
③ 対象者	がん検診精密検査対象者
④ 現在までの結果	・がん検診精密検査受診率は80%を超えているが、本町の死因の第1位が「悪性新生物」である。 ・がん検診精密検査の平均の受診率は 81.5%である。早期発見・早期治療へ繋げるためにも精密検査受診率を向上させる必要がある。

⑤今後の目標値

指標	**⑥評価指標**	**⑦計画策定時実績（%）**	**⑧目標値（%）**					
		2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム（成果）指標	精密検査受診率	81.5	82.9	84.3	85.7	87.1	88.5	90
アウトプット（実施量・率）指標	勧奨回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	初回精検検査費用の助成	―	検討	検討	実施	実施	実施	実施

⑨目標を達成するための主な戦略	・がん検診精密検査勧奨強化の実施。 ・がん検診初回精密検査費用助成の検討。 ・がん検診精密検査についての情報の周知。

⑩現在までの実施方法（プロセス）

がん検診実施後、精検未受診者に対して個別に受診勧奨通知を発送。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・がん検診精密検査対象者へ個別の受診勧奨を継続実施。
・がん検診にて精密検査となった場合の初回検査費用助成の検討。
・がん検診と精密検査受診の必要性の知識の普及を強化し、精密検査受診勧奨へとつなげる。
・訪問や面談を利用した精密検査受診勧奨の強化。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康こども課、関係課、町内外医療機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康こども課、関係課、町内外医療機関との連携の強化。

⑭評価計画

年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や方法について確認・検討する。

事業番号	7

① 事業名称	歯科口腔保健対策事業 （妊産婦歯科健康診査・歯周病検診・後期歯科健診）
② 事業の目的	口腔内疾病予防により健康の保持増進を図る。
③ 対象者	・妊産婦 ・乳幼児 ・歯周病検診：当該年度 20～70 歳までの 5 歳刻みの年齢の方 ・後期歯科健診：75 歳以上の方
④ 現在までの事業結果	成人では定期的な歯の健診を受けている人が 29.0%と低く、約４割の方が良く噛んで食べることができないと回答している。また質問票からも男女ともに 2 割前後の方が「噛みにくい」と答えている。歯と口腔の健康を維持し、生活の質の維持向上を図る必要がある。

⑤今後の目標値

指標	**⑥評価指標**		**⑦計画策定時実績(%)**	**⑧目標値(%)**					
			2022 年度（R4）	2024 年度（R6）	2025 年度（R7）	2026 年度（R8）	2027 年度（R9）	2028 年度（R10）	2029 年度（R11）
アウトカム（成果）指標	歯科健診受診率	妊婦	27.8	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		産婦	25.7	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		歯周病	9.3	10.2	11.1	12	12.9	13.8	15
		後期歯科	1.8	3.2	4.6	6	7.4	8.8	10
	何でもよく噛んで食べることができる割合の増加		77.8	78.2	78.6	79	79.4	79.8	80
アウトプット（実施量・率）指標	未受診者勧奨者のうちの受診率	歯周病	5	5.5	6	6.5	7	7.5	8
		後期歯科	40.8	41	42	43	44	45	46

⑨目標を達成するための主な戦略	・歯科受診の受診勧奨の強化。 ・健康相談において、歯科と口腔の健康についての知識の普及と指導の強化。 ・幼児からの歯科指導の強化。

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・歯周病検診は、対象者へ個別通知を実施。後期歯科健診については、申込を受けた後、希望者に対し受診券を発行。その後受診の確認できない方へ受診勧奨として個別通知を実施。
・町内こども園、妊産婦、乳幼児、成人、高齢者に対し健診、健康相談や健康教室で、歯科指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・歯周病検診や後期歯科健診の受診勧奨通知の継続実施。
・各種窓口、掲示板を利用した受診のPRの強化。
・妊産婦、乳幼児健康相談や健康教室、保健指導、介護予防において、歯科口腔疾患予防について指導を強化。
・健康マイレージ事業を通じて歯科口腔保健についてのPR。
・歯科医療機関の受診勧奨の強化

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康こども課、関係課、町内委託歯科医療機関、社会福祉協議会

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・健康こども課、関係課、町内委託歯科医療機関、社会福祉協議会との連携の強化。
・歯科医療機関の受診勧奨の強化。
・定期歯科受診（健診）者を健康マイレージ事業の対象とする。

⑭評価計画

毎年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

D:生活習慣病予防(食事・運動・喫煙・飲酒等の一次予防)

事業番号	8

① 事業名称	生活習慣病予防に関する知識の普及啓発事業 (健康相談・健康教育、媒体を使用した知識の普及)
② 事業の目的	健康教養を高め、生活習慣病の発症予防や重症化予防、介護予防につなげる。
③ 対象者	南部町民
④ 現在までの結果	質問票や健康意識調査、KDBの情報から、習慣的に運動をしている人の割合が20%代で横ばいである。生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は成人で 28.1%、成人女性で 19.6%である。食・運動・飲酒の知識の普及啓発に努めていく必要がある。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標		⑦計画策定時実績(%)	⑧目標値(%) ※数値の下線部は県平均値 ※数値の下線部は、南部町健康増進計画との整合値					
			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(成果)指標	血圧が①収縮期血圧130 ㎜ Hg以上または②拡張期血圧85mmHg以上の割合の減少		71.1	68.1	65.2	62.3	59.4	56.5	53.5
	運動習慣のある者の割合の増加		28.7	30.5	32.5	34	36	38	40
	50～74 歳の咀嚼良好者の割合の増加		77	77.5	78	78.5	79	79.5	80
	喫煙率の減少		14.1	13.8	13.4	13.1	12.7	12.4	12
	飲酒率の減少	男性	28.1	27.6	27.1	26.6	26.1	25.6	25
		女性	19.6	18.9	18.2	17.5	16.8	16.1	15
	肥満者(BMI25 以上)の減少	男性	34.9	34.1	33.3	32.5	31.7	30.9	30
		女性	33.1	32.6	32.1	31.6	31.1	30.6	30
アウトプット(実施量・率)指標	健康相談実施回数		6 回	15 回	17 回	20 回	22 回	23 回	25 回
	栄養ﾊﾞﾗﾝｽﾁｪｯｸ利用人数		―	5人	5人	10人	10人	15人	20人

⑨目標を達成するための主な戦略	・地区を巡回しての健康相談の実施。 ・メールによる栄養バランスチェック事業の実施。 ・乳幼児健診、中学生親子健康面談で知識の普及の強化。

⑩現在までの実施方法（プロセス）

・乳幼児健診、親子面談、なんぶ健活講座、健康相談や健康教室で指導を実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・地区を巡回して健康相談を実施するほか、事業、指導において、様々な年齢層に対し、生活習慣改善けて指導の強化。
・町内こども園と連携し、食育に対する取り組みを強化し、専門職による食に対する講座を開催。
・学校や学校給食センターと連携し、食育指導を実施。
・イベント時にベジチェック測定を行い健康づくりのPRを実施。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

健康こども課、関係課、社会福祉協議会、保健推進員、食生活改善推進員

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康こども課、関係課、社会福祉協議会、保健推進員、食生活改善推進員との連携の強化。

⑭評価計画

年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や方法について確認・検討する。

E:フレイル予防

事業番号	9

① 事業名称	フレイル予防事業
② 事業の目的	高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる期間の延伸、QOL の維持向上を目指し、要介護状態に陥ることを防ぐ。
③ 対象者	南部町民
④ 現在までの事業結果	本町において介護が必要となった主な原因は認知症、骨折・転倒である。このことから運動機能や認知機能を出来る限り維持することが必要である。ハイリスクアプローチ※1やポピュレーションアプローチ※2により、高齢者の状況を把握し健康維持の支援や通いの場の促進が必要である。

※1:KDB システムや後期高齢者健診から対象者を抽出し、相談・指導を行うことで疾病予防・介護予防の必要な支援につなげる支援。

※2:通いの場を活用して、保健指導を実施することにより、高齢者の健康づくりや介護予防への関心を高め、実践できるように動機付けを行う支援。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標		⑦計画策定時実績(%)	⑧目標値(%) ※数値の下線部は、南部町健康増進計画との整合値					
			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(成果)指標	前期高齢者の低栄養傾向者(BMI20kg/㎡以下)数の割合の減少		12.6	12.1	11.7	11.3	10.9	10.5	10
	毎日の生活に満足している人の割合の増加		93.8	94	94.2	94.4	94.6	94.8	95
	週1回以上外出している人の割合の増加		82.6	83	83.4	83.8	84.2	84.6	85
	もの忘れがあると言われる人の割合の減少		18.1	17.9	17.7	17.5	17.3	17.2	17.1
	ふだんから家族や知人との付き合いがある人の割合の増加		91.9	92.4	92.9	93.4	93.9	94.4	95
	1 年間に転んだことがある人の割合の減少		20	19.6	19.3	19	18.6	18.3	18
アウトプット(実施量・率)指標	通いの場介入箇所数(箇所)		3 か所	3 か所	3 か所	3 か所	4 か所	4 か所	4 か所
	65歳以上のｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞ達成者	健康ﾏｲﾚｰｼﾞ事業	74 人	75 人	78 人	80 人	82 人	84 人	85 人
		いきいきﾎﾟｲﾝﾄ事業	112 人	115 人	118 人	120 人	125 人	130 人	130 人

⑨目標を達成するための主な戦略	・通いの場の利用促進の強化と介入。(社会的孤立・閉じこもり予防) ・インセンティブ(健康マイレージ事業・いきいきポイント事業)の利用。

⑩現在までの実施方法(プロセス)

・健康教室や訪問指導の実施。
・通いの場団体への助成金の利用勧奨。
・いきいきポイント事業(フレイル予防のインセンティブ)の実施。
・認知症対策として相談、セミナーの実施やオレンジカフェ開催の支援。在宅介護支援センターによる介護予防出前講座の実施。
・高齢者に対する個別的支援のハイリスクアプローチ(栄養・口腔・服薬・精密検査未受診・健康状態不明者)やポピュレーションアプローチとして地域での通いの場に積極的に介入する。
・特定健診や通いの場での基本チェックリストなどによりうつ状態の早期発見・早期対応を実施。
・心の健康づくりについて正しい知識の普及を実施。相談のメールや電話、健康相談において必要に応じて専門機関へつなげる体制整備を実施。

⑪今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・通いの場の増加に向けた介入の強化。
・高齢者へのハイリスクアプローチによる個別的支援の強化。
・通いの場のポピュレーションアプローチにおいて医療専門職の運動指導や歯科指導、栄養指導を中心とした積極的な介入の強化。
・後期健診や通いの場で実施する質問票から、うつ状態のリスクの高い人への支援の継続強化。
・インセンティブ(健康マイレージ事業・いきいきポイント事業)を普及の強化。

⑫現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康こども課、関係課、関係機関、食生活改善推進員、民生委員・児童委員

⑬今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

健康こども課、関係課、関係機関、食生活改善推進員、民生委員・児童委員との連携強化。

⑭評価計画

年度ごとに評価指標に基づき、事業の効果や方法について確認・検討する。

第５章　その他

第5章　その他

項目	内容
データヘルス計画の評価・見直し	○個別の保健事業の評価・見直しについて 　保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認しながら、個別の保健事業の評価を年度ごとに行います。達成に満たなかった事業については、ストラクチャーやプロセスを確認し原因や事業の必要性を検討していきます。 ○個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し 　設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごとの中間時点、計画期間の途中での進捗状況の確認・中間評価を行います。 また、計画の最終年度においては、その次の期の計画策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行って進めていきます。 ○評価方法・体制 　計画は、中長期的な計画であるため、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。評価にあたっては、市町村国保における保健事業の評価を国保連との連携や、外部学識有識者を会議に参画を求め、連携・協力体制を整備して進めていきます。
データヘルス計画の公表・周知	○計画の公表・周知 　本計画は、全編南部町のホームページに掲載し、被保険者については「広報なんぶちょう」の広報媒体により周知します。 ○保健事業の普及・啓発 　各保健事業の目標を達成するためには、被保険者の保健事業に対する前向きな協力が必要です。被保険者の協力を得るためには、保健事業を実施することの必要性について理解を深めてもらうことが重要となるので、様々な機会を利用して情報提供を継続して行います。
個人情報の取扱い	特定健診の結果や診療報酬明細書（レセプト）などの個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインを遵守します。 　また、保健事業等を外部委託する場合は、個人情報の厳重管理や目的外使用の禁止を契約書に定め、委託先の厳重な管理体制を確保します。
地域包括ケアに係る取組	医療・介護・予防・住まい・生活支援など、暮らし全般を支えるための直面する課題などについて、必要に応じて連携・協力を求めていきます。 　KDBシステムによるデータにより抽出されたターゲット層に対し、情報提供や専門職による訪問活動などの働きかけや、介護予防を目的とした運動指導の実施や健康教室の開催を実施していきます。
事業運営上の留意事項	○医療機関との連携 　本計画における各事業は、町内医療機関との連携、関係団体との協力により、効率的・効果的に実施していきます。 ○実施体制の確保 　各保健事業の担当者は、常に最新の情報を収集するとともに、研修への参加により事業の質の向上を図ります。

【参考資料】

《 参考資料 》

◆計画策定の経過

年 月 日	内 容
令和 5 年 8 月2日	国民健康保険運営協議会で第 3 期計画策定の説明
令和 5 年 8 月 29 日	データヘルス会議で単年度評価及び評価見込みの協議
令和 5 年 11 月 8 日	データヘルス会議で、素案について協議
令和 5 年 11 月 13 日	国民健康保険運営協議会で素案の説明・協議
令和 6 年 1 月 24 日	データヘルス会議で、第3期計画の最終案の協議
令和 6 年 2 月 9 日	国民健康保険運営協議会で最終案の説明・協議

◆外部アドバイザー

（敬称略）

所属	職名	氏名
青森県立保健大学健康科学部　看護学科	教授	古川　照美

◆国民健康保険運営協議会委員

	所属・職	氏名	備考
被保険者を代表する委員	南部地区被保険者代表	石　井　みほ子	
	名川地区被保険者代表	四　戸　一　保	
	福地地区被保険者代表	田　中　順　子	
保険医または保険薬剤師を代表する委員	南部病院　院長	小　原　正　和	
	かわむら内科クリニック　院長	川　村　明　義	
	中村歯科医院　院長	中　村　純　子	
公益を代表する委員	町議会議員	坂　本　典　男	会長代理
	町議会議員	馬　場　又　彦	会長
	町議会議員	松　本　啓　吾	

（敬称略）

【別添資料】

令和4年度町内会等別個表（R5.3.31 時点）

・南部町全体

・福地地区

・名川地区

・南部地区

令和4年度町内会等別個表（R5.3.31 時点）

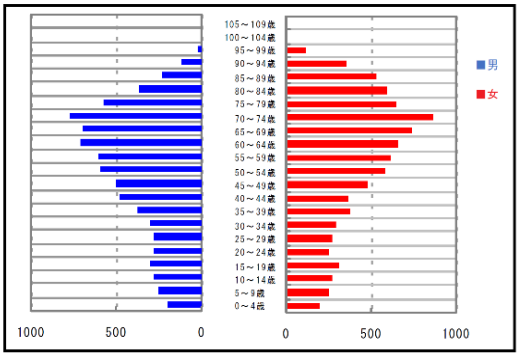
南部町（全体）

（住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています）

0

人口（人）	16,670
65歳以上人口（人）	6,629
高齢化率（%）	39.77
町高齢化率（%）	― ― ―

年齢階級別・男女別人口（人）

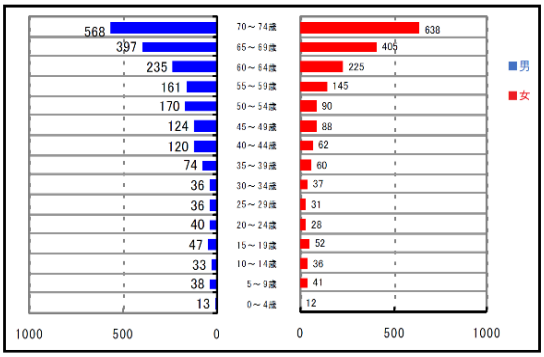


◆国民健康保険◆

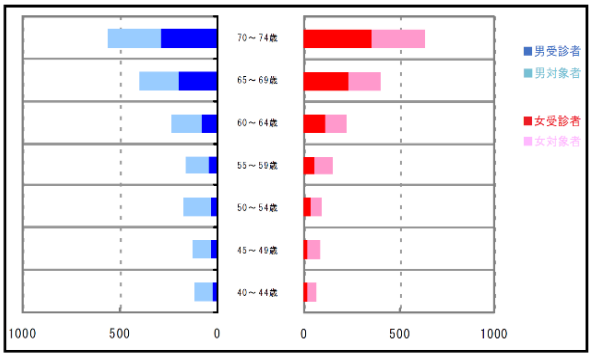
国保被保険者人数（人）	4,988
国保加入率（%）	29.92
国保費用額（円）	1,261,389,900
国保一人当り医療費（円）	252,885
町一人当り医療費（円）	― ― ―
国保医療費順位（一人当り医療費が少ない順）	― ― ―

国保高齢化率（%）	59.22	町率（%）	― ―

国保　年齢階級別・男女別　被保者数



国保　年齢階級別・男女別・特定健診受診状況



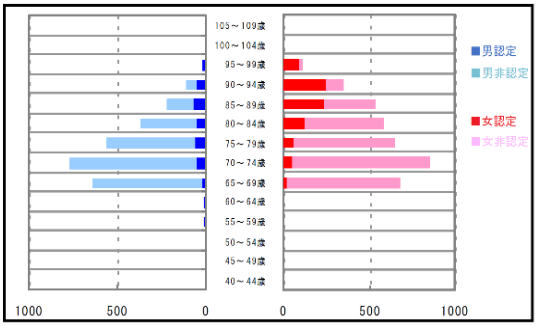
国保　健診・検診・検査の状況

区　分 目　標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ｳｲﾙｽ	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者（人）	3,428	173	3,904	3,904	3,904	1,672	267	1,937	903	269
受診者（人）	1,550	103	1,372	529	1,040	441	26	160	241	45
受診率（%）	45.22	59.54	35.14	13.55	26.64	26.38	9.74	8.26	26.69	16.73
町受診率										
比　較										
受診率順位										

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者（人）	12,209
要支援・要介護者（人）	1,203
要支援・要介護認定率（%）	9.85
町認定率（%）	― ― ―
認定率順位（認定者数が少ない順）	― ― ―
介護給付費（円）	1,642,165,290
受給者一人当り給付費（円）	1,365,058
町一人当り給付費（円）	― ― ―
介護給付費順位（一人当り給付費が少ない順）	― ― ―

介護　年齢階級別・男女別　認定者数



※介護被保険者数は、令和５年３月３１日現在。

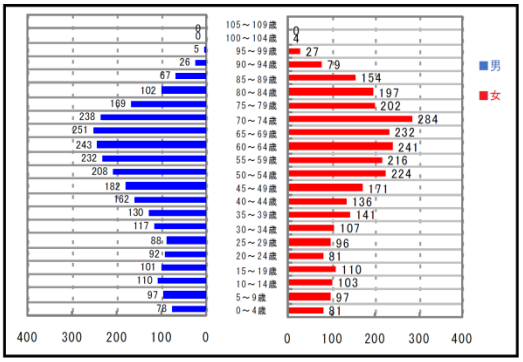
令和4年度町内会等別個表（R5.3.31 時点）

福地地区

（住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています）

人口（人）	5,681
65歳以上人口（人）	2,037
高齢化率（%）	35.86
町高齢化率（%）	39.77

年齢階級別・男女別人口（人）

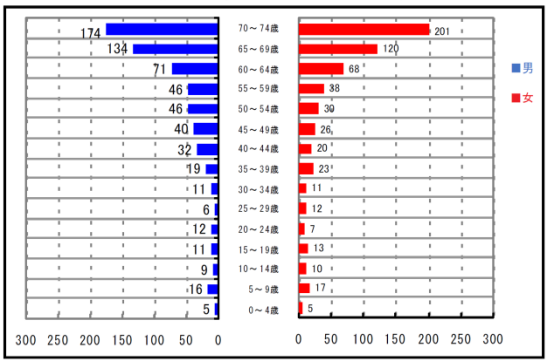


◆国民健康保険◆

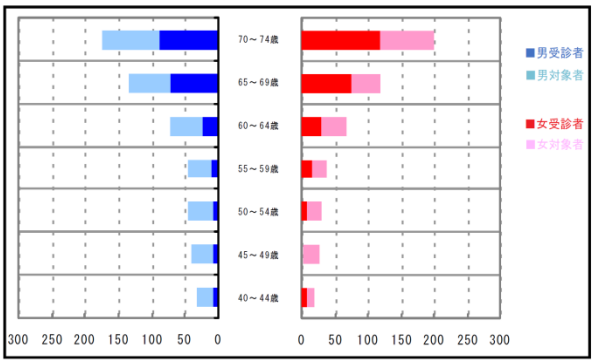
国保被保険者人数（人）	1,503
国保加入率（%）	26.46
国保費用額（円）	405,685,901
国保一人当り医療費（円）	269,917
町一人当り医療費（円）	252,885
国保医療費順位（一人当り医療費が少ない順）	3

国保高齢化率（%）	59.81	町率（%）	59.22

国保　年齢階級別・男女別　被保者数



国保　年齢階級別・男女別・特定健診受診状況



国保　健診・検診・検査の状況

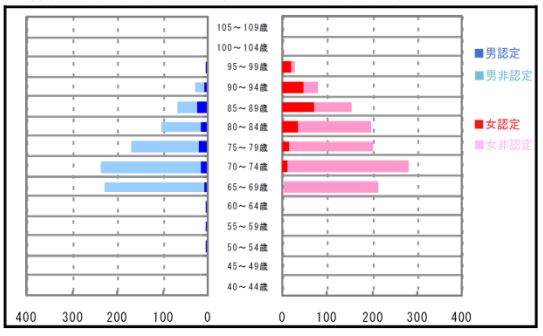
区分 / 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ｳｲﾙｽ	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者（人）	1,046	46	1,189	1,189	1,189	512	85	594	282	82
受診者（人）	474	34	369	172	278	115	9	71	69	8
受診率（%）	45.32	73.91	31.03	14.47	23.38	22.46	10.59	11.95	24.47	9.76
町受診率	45.22	59.54	35.14	13.55	26.64	26.38	9.74	8.26	26.69	16.73
比較	0.10	14.37	▲4.11	0.92	▲3.26	▲3.92	0.85	3.69	▲2.22	▲6.97
受診率順位	2		2	1	2	2	2	1	2	3

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者（人）	4,052
要支援・要介護者（人）	308
要支援・要介護認定率（%）	7.60
町認定率（%）	9.85
認定率順位（認定者数が少ない順）	1
介護給付費（円）	380,072,300
受給者一人当り給付費（円）	1,234,001
町一人当り給付費（円）	1,365,058
介護給付費順位（一人当り給付費が少ない順）	1

※介護被保険者数は、令和５年３月３１日現在。

介護　年齢階級別・男女別　認定者数



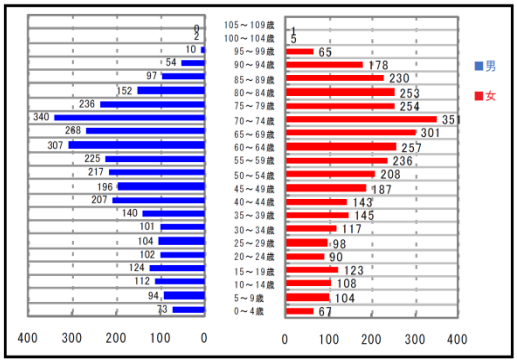
令和4年度町内会等別個表（R5.3.31 時点）

名川地区

（住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています）

人口（人）	6,682
65歳以上人口（人）	2,797
高齢化率（%）	41.86
町高齢化率（%）	39.77

年齢階級別・男女別人口（人）

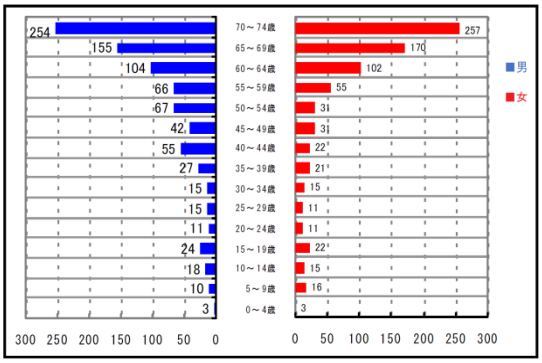


◆国民健康保険◆

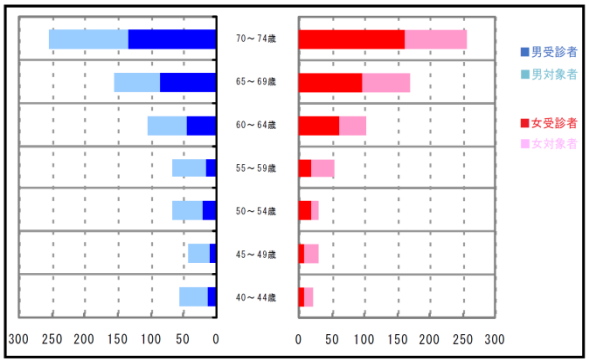
国保被保険者人数（人）	2,042
国保加入率（%）	30.56
国保費用額（円）	527,999,149
国保一人当り医療費（円）	258,570
町一人当り医療費（円）	252,885
国保医療費順位（一人当り医療費が少ない順）	2

国保高齢化率（%）	60.24	町率（%）	59.22

国保　年齢階級別・男女別　被保者数



国保　年齢階級別・男女別・特定健診受診状況



国保　健診・検診・検査の状況

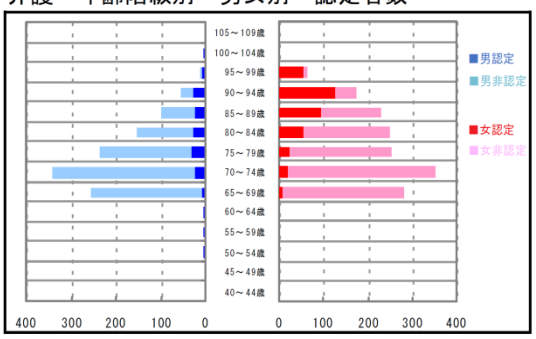
区分 / 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ｳｲﾙｽ	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者（人）	1,411	77	1,603	1,603	1,603	706	102	779	361	110
受診者（人）	703	44	660	221	525	226	13	48	110	26
受診率（%）	49.82	57.14	41.17	13.79	32.75	32.01	12.75	6.16	30.47	23.64
町受診率	45.22	59.54	35.14	13.55	26.64	26.38	9.74	8.26	26.69	16.73
比　較	4.60	▲2.40	6.03	0.24	6.11	5.63	3.01	▲2.10	3.78	6.91
受診率順位	1		1	2	1	1	1	3	1	1

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者（人）	4,980
要支援・要介護者（人）	552
要支援・要介護認定率（%）	11.08
町認定率（%）	9.85
認定率順位（認定者数が少ない順）	3
介護給付費（円）	771,807,500
受給者一人当り給付費（円）	1,398,202
町一人当り給付費（円）	1,365,058
介護給付費順位（一人当り給付費が少ない順）	2

※介護被保険者数は、令和５年３月３１日現在。

介護　年齢階級別・男女別　認定者数



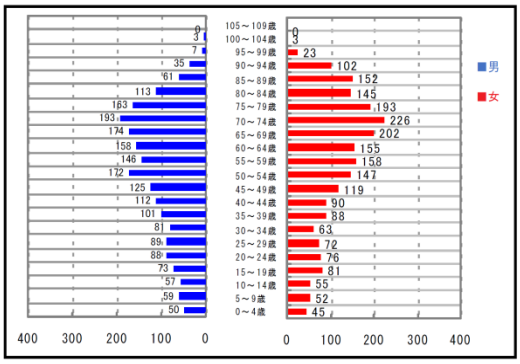
令和4年度町内会等別個表（R5.3.31 時点）

南部地区

（住所地特例者・施設入所者等を除いて集計しています）

人口（人）	4,307
65歳以上人口（人）	1,795
高齢化率（%）	41.68
町高齢化率（%）	39.77

年齢階級別・男女別人口（人）

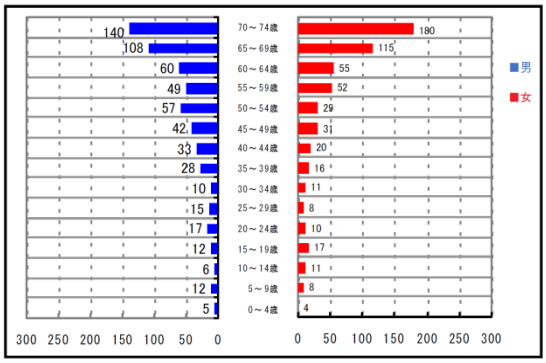


◆国民健康保険◆

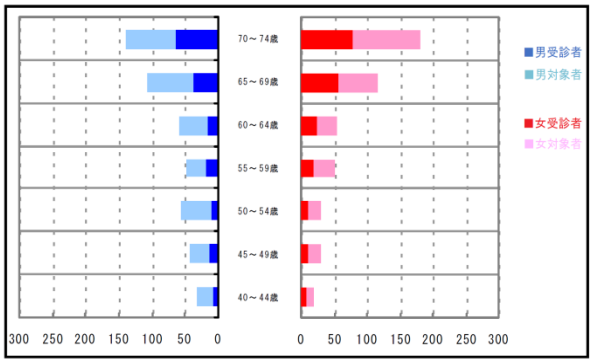
国保被保険者人数（人）	1,443
国保加入率（%）	33.50
国保費用額（円）	327,704,850
国保一人当り医療費（円）	227,100
町一人当り医療費（円）	252,885
国保医療費順位（一人当り医療費が少ない順）	1

国保高齢化率（%）	57.17	町率（%）	59.22

国保　年齢階級別・男女別　被保者数



国保　年齢階級別・男女別・特定健診受診状況



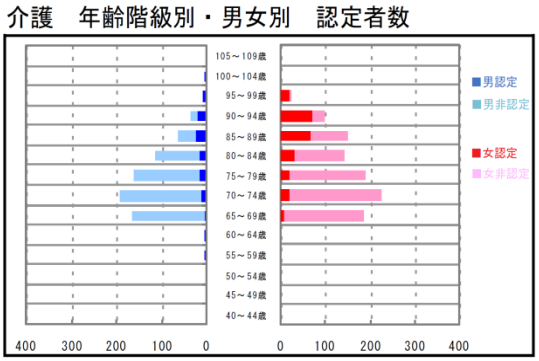
国保　健診・検診・検査の状況

区分 / 目標	特定健診 60%	保健指導	肺がん等 65%	胃がん 30%	大腸がん 45%	前立腺がん 50%	肝炎ｳｲﾙｽ	子宮がん 30%	乳がん 45%	骨密度
対象者（人）	971	50	1,112	1,112	1,112	454	80	563	260	77
受診者（人）	373	25	343	136	237	100	4	41	62	11
受診率（%）	38.41	50.00	30.85	12.23	21.31	22.03	5.00	7.28	23.85	14.29
町受診率	45.22	59.54	35.14	13.55	26.64	26.38	9.74	8.26	26.69	16.73
比　較	▲6.81	▲9.54	▲4.29	▲1.32	▲5.33	▲4.35	▲4.74	▲0.98	▲2.84	▲2.44
受診率順位	3		3	3	3	3	3	2	3	2

◆介護保険◆

第一号・第二号被保険者（人）	3,177
要支援・要介護者（人）	343
要支援・要介護認定率（%）	10.80
町認定率（%）	9.85
認定率順位（認定者数が少ない順）	2
介護給付費（円）	490,285,490
受給者一人当り給付費（円）	1,429,404
町一人当り給付費（円）	1,365,058
介護給付費順位（一人当り給付費が少ない順）	3

介護　年齢階級別・男女別　認定者数



※介護被保険者数は、令和５年３月３１日現在。

第3期南部町国民健康保険保健事業実施計画
（第3期南部町データヘルス計画）
第4期南部町国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和6年（2024 年）3月発行

青森県南部町　健康こども課
〒039-0595
青森県三戸郡南部町大字下名久井字白山 91 番地1
電話　0178-60-7100
FAX　0178-76-3904