

紀北町国民健康保険保健事業実施計画 (第3期データヘルス計画)

＜令和6年度～11年度＞

令和6年3月
紀北町住民課

目 次

第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の背景	1
2 計画の位置付け（他の計画との関係）	1
3 計画期間	1
4 実施体制・関係者連携	1

第2章 現状と課題

1 紀北町の現状と特性	2
2 紀北町国民健康保険の現状	4

第3章 第2期計画の評価

1 保健事業の実施状況	6
2 データヘルス計画の達成状況	7
3 最終評価のまとめ	8

第4章 健康・医療情報による分析

1 医療費データの分析	9
2 生活習慣病関連医療データの分析	11
3 重複・多剤処方該当者の状況	13
4 後発医薬品の普及率の状況	13
5 健康診査に係る分析	14
6 介護保険データの分析	19
7 分析に基づく健康課題	21

第5章 データヘルス計画

1 計画の目的・目標	22
2 取り組むべき対策	24
3 個別の保健事業	25

第6章 計画におけるその他の取組事項

1 計画の評価及び見直し	30
2 実施計画の公表・周知	30
3 個人情報の保護	30
4 地域包括ケアに係る取組及び他制度との連携	30
5 その他計画策定に当たっての留意事項	31
6 推進体制の整備	31

第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の背景

わが国では、「国民皆保険制度」のもと、高い保健医療水準や平均寿命が順調に延伸されてきました。しかしながら、少子高齢化の急速な進行、経済の低成長、医療の高度化など大きく環境が変化しており、医療制度を今後も維持していくための医療費適正化への取組が必要となっています。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において、レセプト等のデータの分析、それに基づく被保険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、事業の実施が求められました。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」（令和2年7月閣議決定）において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、標準化された計画の策定が求められました。

第2期データヘルス計画の期間が令和5年度で終了するため、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画（令和6年度～令和11年度））」を策定し、特定健康診査結果やレセプトデータ等の分析をし、健康課題を明らかにした上で、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けた取組手法、目標を設定することにより、被保険者の健康増進を図ります。

2 計画の位置付け（他の計画との関係）

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画策定に当たり、健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、「紀北町総合計画」「紀北町健康増進計画」「紀北町高齢者保健福祉計画」等の関連計画と整合性を図り、連携した事業の実施を進めます。

3 計画期間

本計画の期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4 実施体制・関係者連携

住民課が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっています。特に福祉保健課の保健師・管理栄養士と連携をして、町一体となって計画策定を進めていきます。また、計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて外部有識者等との連携を図ります。

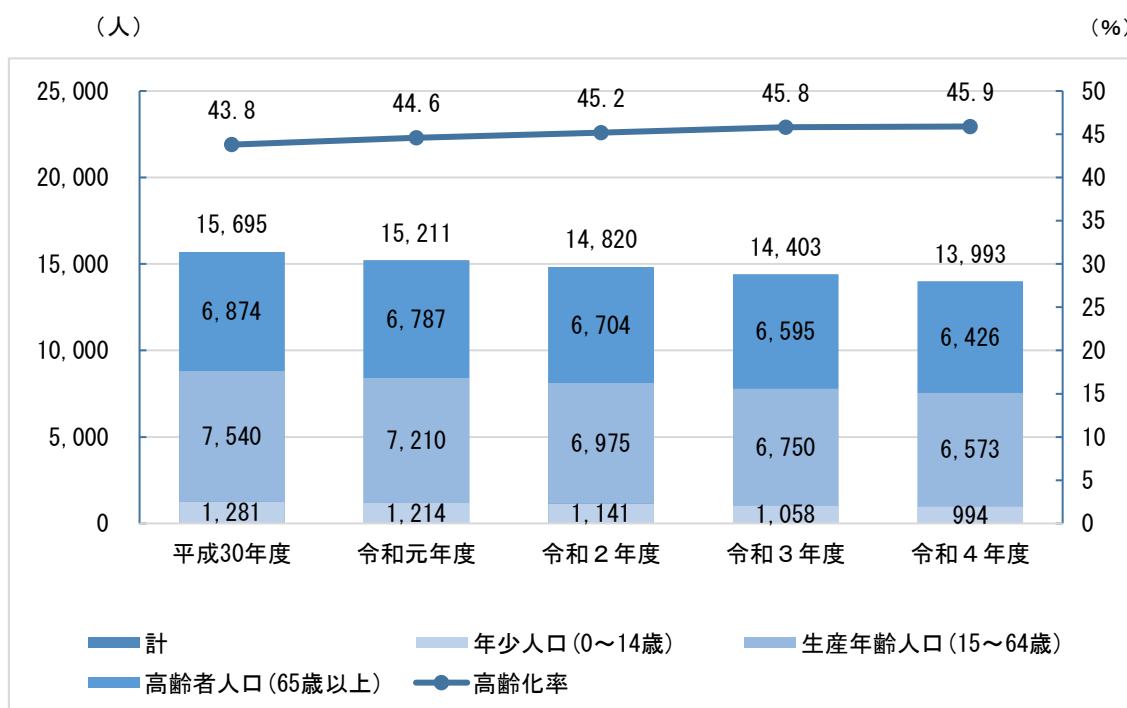
第2章 現状と課題

1 紀北町の現状と特性

(1) 人口及び高齢化率

総人口は減少傾向にあり、総人口に占める65歳以上の人口比率（高齢化率）は、三重県、全国より高い状況です。それに比べ、0～14歳の年少人口と15～64歳までの生産年齢人口は、年々減少していることから、今後も高齢化が進むことが予想されます。

年齢別3区分人口の推移



資料：紀北町住民課毎月人口集計データ（各年3月末日現在）

(2) 死亡要因

令和3年度の主要死因別では、第1位が悪性新生物となっています。また、脳血管疾患が三重県より高くなっており、年度間比較においても増加傾向にあります。

主要死因別の件数と割合

	紀北町								三重県	
	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和3年度	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
悪性新生物	71	23%	63	21%	71	21%	79	25%	5,436	25%
糖尿病	9	3%	3	1%	4	1%	4	1%	223	1%
心疾患	65	21%	64	21%	74	22%	38	12%	3,125	14%
脳血管疾患	26	8%	30	10%	33	10%	34	11%	1,543	7%
肺炎	17	6%	19	6%	16	5%	15	5%	1,084	5%
腎不全	5	2%	10	3%	5	1%	5	2%	486	2%
老衰	27	9%	26	9%	40	12%	30	9%	3,061	14%
不慮の事故	9	3%	9	3%	8	2%	5	2%	527	2%
自殺	6	2%	3	1%	0	0%	5	2%	270	1%
その他	72	23%	73	24%	92	27%	107	33%	5,884	27%
計	307	100%	300	100%	343	100%	322	100%	21,639	100%

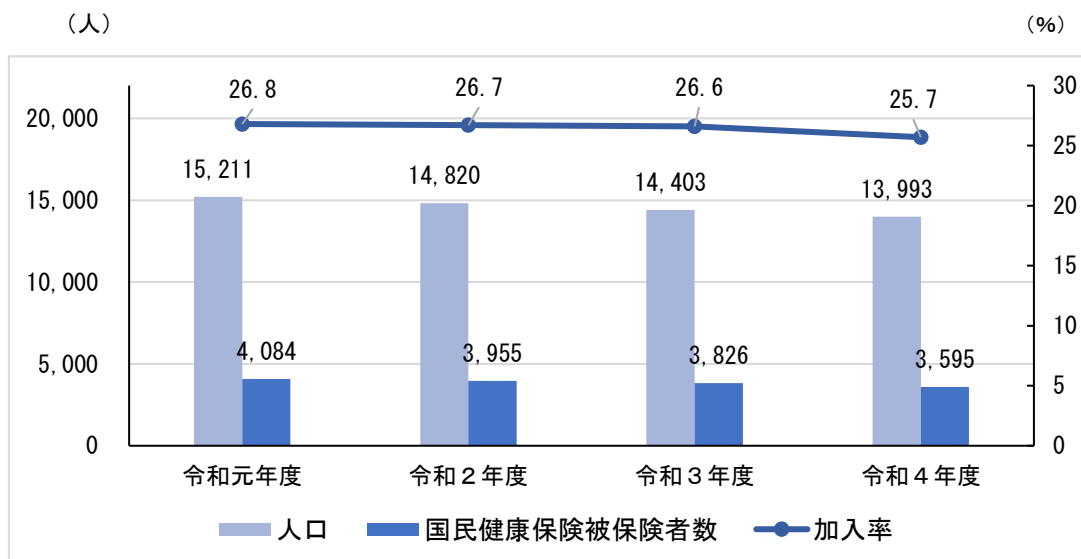
資料：三重県衛生統計年報 第15表

2 紀北町国民健康保険の現状

(1) 被保険者数の推移と割合

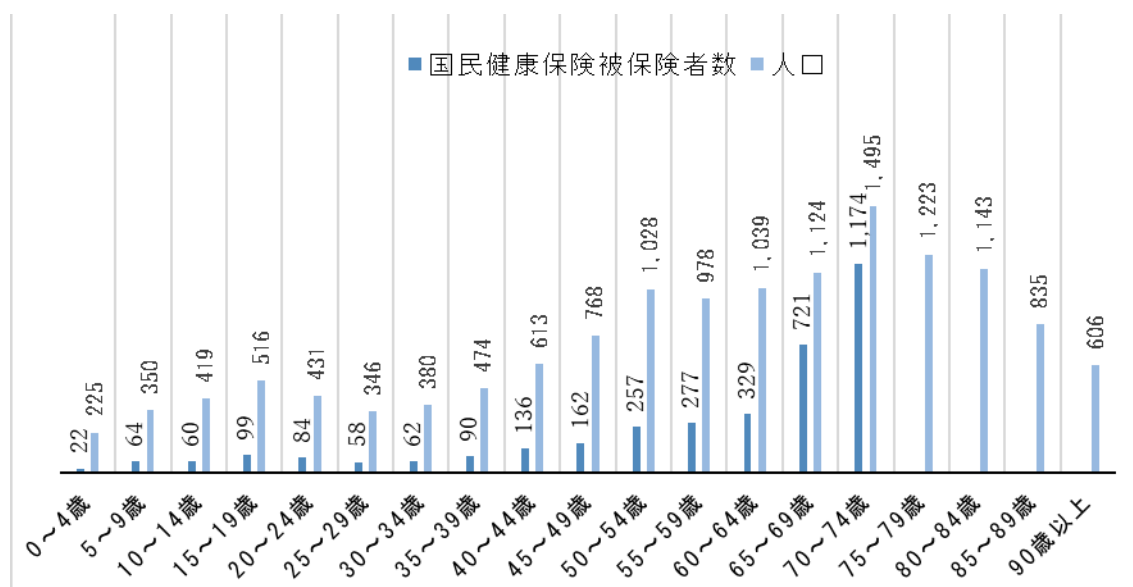
国民健康保険被保険者数は、令和4年度末3,595人、国民健康保険加入率は、25.7%となっており、被保険者数・加入率ともに年々減少しています。

人口、国民健康保険被保険者数、国民健康保険被保険加入率の推移



年齢別人口、国民健康保険被保険者数の状況を見ると、65歳から急激に増加しています。

人口、国民健康保険被保険者数の比較



資料：紀北町住民課毎月人口集計データ（令和5年3月末日現在）

KDB システム※）地域の全体像の把握 被保険者（令和4年度累計）

（※KDB（国保データベース）システム：保険者における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用して「統計情報」「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。）

国民健康保険被保険者を年齢別で見ると、65歳以上が半数を占めています。

国民健康保険被保険者年齢別の割合

年齢	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
0～9歳	41	2.32%	45	2.46%
10～19歳	74	4.19%	85	4.65%
20～29歳	89	5.03%	53	2.90%
30～39歳	81	4.58%	71	3.89%
40～49歳	166	9.39%	132	7.22%
50～59歳	271	15.33%	263	14.40%
60～64歳	147	8.31%	182	9.96%
65～69歳	342	19.34%	379	20.74%
70～74歳	557	31.50%	617	33.77%
合 計	1,768	100%	1,827	100%

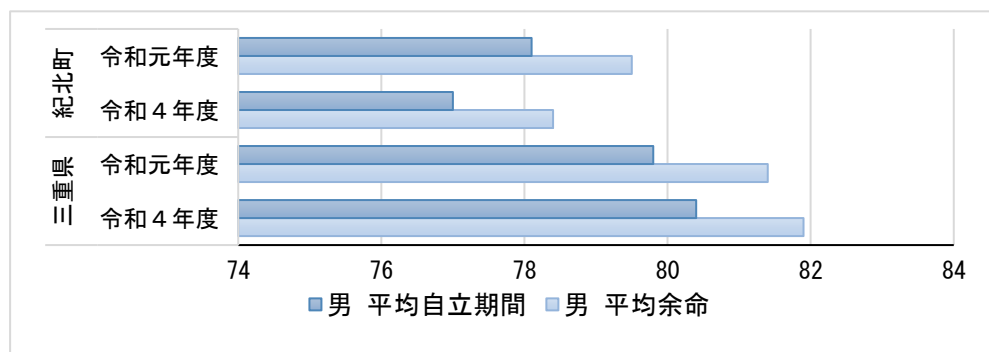
資料：KDBシステム 地域の全体像の把握 被保険者(令和4年度累計)

(2) 平均自立期間と平均余命

平均自立期間、平均余命とも令和元年度と令和4年度で比較すると、男女ともに短くなっており、県との比較においても、短くなっています。

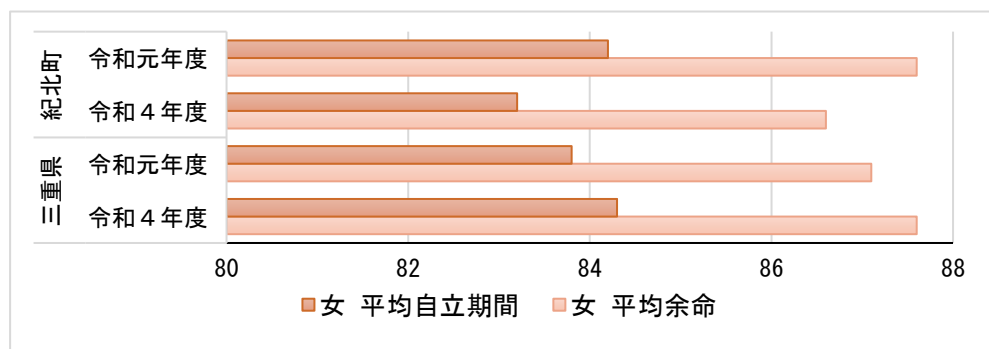
平均自立期間と平均余命（男性）

(歳)



平均自立期間と平均余命（女性）

(歳)



資料：KDBシステム 地域の全体像の把握 平均自立期間(令和4年度累計)

第3章 第2期計画の評価

1 保健事業の実施状況

事業名	事業の目的及び概要	実施状況	目標値
特定健康診査事業	【目的】 特定健診の実施率向上 【概要】 集団健診・個別健診の実施 対象者全員に受診券を送付	対象者全員に 受診券送付 集団、個別健診 実施	県平均値 以上 (43.6%)
特定保健指導事業	【目的】 メタボリックシンドローム該当者の減少 【概要】 保健指導対象者に保健指導を実施	保健指導対象者 全員に通知 希望者に指導実 施	県平均値 以上 (12.7%)
特定健診受診勧奨 コールセンター委託 事業	【目的】 特定健康診査受診者の増加 【概要】 電話による受診勧奨	令和2年度で通知 に切替 3,731件（通知）	1,500件
医療費通知事業	【目的】 医療費の削減 【概要】 年6回送付から年1回の送付に変更	対象者全員 3,281通	—
後発医薬品利用差額 通知事業	【目的】 医療費の削減 【概要】 年2回送付	対象者全権送付 送付件数 1101 件	発送 継続
後発医薬品利用差額 通知コールセンター 委託事業	【目的】 医療費の削減 【概要】 「ジェネリック医薬品差額通知書」受けた被保 険者からの照会への対応を委託により実施する	委託継続 令和4年度実績 0件	—
脳ドック検診委託事 業	【目的】 医療費の削減 【概要】 35歳以上の紀北町国保の被保険者 MRI、MRA検査を実施する	80名定員に対 し、受診者62名	国保の疾病 割合の3% 減
国民健康保険レセプ ト点検委託事業	【目的】 医療費の適正化 【概要】 医科・調剤・歯科のレセプト点検を委託により 実施する	委託継続 令和4年度実績 75,622件	—
国保保健事業の啓発 事業	【目的】 医療費の適正化 【概要】 しおり、ジェネリック医薬品希望カードの配布	随時啓発を実施	1人当たり医 療費の削減
「国保」特定健診結 果説明会開催事業	【目的】 健康意識の向上 【概要】 特定健康診査を受診した方を対象に町の保健 師、管理栄養士による健康指導を実施する	15名参加	100名
糖尿病性腎症重症化 予防事業	【目的】 糖尿病性腎症の重症化予防 【概要】 段階により受診勧奨、保健指導を実施する	保健指導対象者 4名 実施者1名	10%
健康ウォーキング事 業	【目的】 運動習慣の定着 【概要】 行政放送にて解説付き映像やコースの紹介	1日3回毎日放送	—
健康体操「きほく活 活体操」の啓発	【目的】 健康体操の定着 【概要】 各種健康教室等で実施、行政放送でも放送。	教室にて実施。1 日3回毎日放送	100名
食育・健康づくり (離乳食教室・おう ちごはん教室)事業	【目的】 食育の重要性と若い世代への啓発 【概要】 管理栄養士による離乳食の調理実習と生活習慣 病予防の啓発を行う。	離乳食教室2回実 施	3回実施
生活習慣病予防事業	【目的】 生活習慣病の発症予防と重症化予防 【概要】 「ちょい減らし+10」事業を中心に啓発実施。	随時啓発を実施	ちょい減らし+ 10チャレンジ達 成者数700名
若者健診事業	【目的】 若い年代からの生活習慣病予防。 【概要】 21～39歳を対象に健診を実施。	総合けんしんで 実施	80名
各種がん検診事業	【目的】 がんを早期発見し、早期治療につなげる。 【概要】 すべての検診を1日でまとめてできるよう利便 性を図る。	総合けんしん6日 間実施	6,360名

2 データヘルス計画の達成状況

実績値	評価(※)	成功・推進要因	未達要因（課題及び阻害要因）
43.2%	C	県平均を少し下回っているが、受診勧奨の効果もあり、年々受診率は微増している。	受診率は微増しているが、対象者の若年層の受診率が低い傾向にある。40歳前の勧奨を引き続き行う。
9.1%	C	令和3年度からヘルスアップ事業を利用し委託先のコールセンターからの勧奨、令和4年度からはオンライン保健指導も委託して行っている。	新型コロナウイルス感染症の影響の影響もあり目標値まで届いていない。感染症の影響で利用が難しかった集団健診の場を保健指導の利用に活用していくこと等を検討する。
100%	B	令和3年度から委託の通知勧奨に切り替えたが、内容について好意的な意見もあり、特定健診の受診率の向上の一因となっている。	概受診の方への勧奨電話など問い合わせもあり、令和3年度からコールセンターから通知へ変更。
—	B	医療費通知の税申告利用のため発送回数を変更。1年分の医療費というわかりやすい数字の提供を行うことができた。	引き続き事業を実施していく。
100%	B	平成30年度以降も年2回対象者に継続して通知を発送。	2023年1月時点で数量シェアは51%となっている。引き続きジェネリック医薬品への理解を深めるため事業を継続する。
—	B	後発医薬品利用差額通知に対する被保険者からの照会について、事務処理の軽減を目的に継続利用。	引き続き委託を行う。
R4年度 0.5%増 (令和1年度比)	C	令和4年度の申し込み状況は9割を超えており、住民に周知されており利用してもらっている。	実績は0.5%増であったが、引き続き疾病の割合を下げるために事業を継続する。
—	B	令和4年度から柔整のレセプト点検を開始。毎月10件程度の過誤を確認。	引き続き事業を継続し、過誤の確認を行い、医療費の適正化につなげる。
R4年度 24,185円減 (令和1年度比)	B	保険証発送時に啓発物を同封する等、啓発を続けている。	1人当たり医療費の削減を目的として引き続き啓発を続ける。
15%	C	目標設定時に想定していなかった新型コロナウイルス感染症の流行の中、個別の面接に切り替えて実施することができた。	集団での結果説明会を時期を考えて行うなど、参加のできる環境を整えていく。
25%	B	新型コロナウイルス感染症の流行の中、電話で保健指導を受けることを直接勧奨した。	対象者が少なく、その中で受けて頂ける人がいないということもあるので保健指導を受けてもらうための方法を考える必要がある。
—	B	コロナ禍のため、自宅で行政放送を見ながら運動に関する情報を伝えることができた。	行政放送を継続しながら、ウォーキング教室等も実施し、運動習慣の定着を図りたい。
R4年度 23名	B	行政放送にて啓発するとともに、研修会や教室等でも実施した。	行政放送を継続しながら、各種教室やSNS等でさらなる啓発を行う。
R4年度 2回7組	B	新型コロナウイルス感染状況により実施できなかった時は、個別相談や電話相談に切り替えて実施した。	引き続き、教室を実施するとともに、個別相談も併用していく。
R4年度 682名	B	各種保健事業、取組事業所等や、広報・行政放送・HP・SNSを通じて随時啓発を行っている。	チャレンジ事業開始当初に比べ、達成者の年齢層が働き世代の割合が増えた。どの年代も取り組みやすいような仕組みづくりを整えていく。
R4年度 65名	B	節目である30歳と35～39歳の国保加入者に対して個別勧奨通知を行い、受診率向上を図っている。	対象者にはあらゆる機会を通して受診勧奨を行い、引き続き事業を実施していく。
R4年度 6,326名	B	すべての検診を1日で受診できるよう引き続き総合けんしんを実施していき、未受診者には個別受診勧奨通知を送付し、受診率向上を図っている。	受診率向上のため、引き続き実施方法などを検討しながら実施していく。

(※) 評価区分：A:改善 B:変わらない C:悪化 D:評価困難

3 最終評価のまとめ

前計画においては、計画全体の目標を「健康寿命の延伸」とし、効果的な取り組みを推進するために、特定健康診査受診率・特定保健指導受診率の向上事業、生活習慣病予防事業、脳ドック検診委託事業、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施してきました。

このうち、特定健康診査の受診率や特定保健指導利用率については、未受診者への受診勧奨や保健指導の利用勧奨などを効果的な手法を模索しつつ、関係機関等との連携を図りながら進めてきましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大などもあり、特定保健指導利用率については低下した結果となりました。今後については、行動変容が見込める対象者に重点的に勧奨を行うほか、関係機関との連携体制を強化し、特定健康診査の受診率向上・特定保健指導の利用率向上に取り組んでいきます。

また、生活習慣病予防事業については、「ちょっとチャレンジ ずっと健康」を合言葉に「ちょい減らし+10（プラステン）チャレンジ」を実施し、参加者自身の体力や生活上の課題に応じ、日ごろの生活の中で摂りすぎている、塩分、糖分、カロリー、アルコールなどをちょい減らしする目標と、日々の運動や活動量を今より少し増やす（プラステン）目標を設定しチャレンジする取り組みを実施しました。今後もどの年代も取り組みやすいような仕組みづくりを整えていきます。

脳ドック検診委託事業については、「脳血管疾患」の早期発見・早期治療・重症化の防止、さらに医療費の削減を目的に実施してきました。今後も受診率の維持に向けた対策に取り組んでいきます。

糖尿病性腎症重症化予防事業については、新型コロナウイルス感染症影響で対面での保健指導が困難な時期があり、利用率が低い状況でした。治療中、健診結果が受診勧奨判定値以上、治療中断の被保険者に対し、主治医、保健師、栄養士等と連携を図り利用率向上に取り組んでいきます。

これらの最終評価を活かし、本計画の事業を推進していきます。

第4章 健康・医療情報による分析

1 医療費データの分析

(1) 医療費総額の推移

令和4年度の医療費総額は、約15億8百万円で前年度比11.3%の減少となりました。経年変化においても概ね減少傾向にあります。

医療費総額の伸び率

(百万円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
紀北町	2,006	1,797	1,679	1,701	1,508
伸び率	—	-10.4%	-6.6%	1.3%	-11.3%
三重県	150,056	147,580	140,221	145,433	142,758
伸び率	—	-1.7%	-5.0%	3.7%	-1.8%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

(2) 被保険者1人当たりの医療費の推移

被保険者1人当たりの医療費は、紀北町、三重県ともに令和3年度に増加しましたが、概ね減少傾向にあります。

被保険者1人当たりの医療費の伸び率

(円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
紀北町	457,703	431,395	419,257	436,139	407,178
伸び率	—	-5.7%	-2.8%	4.0%	-6.6%
三重県	389,331	399,542	390,052	413,677	423,384
伸び率	—	2.6%	-2.4%	6.1%	2.3%

資料：三重県における国民健康保険事業の実態

(3) 疾病分類別医療費の割合（細小分類）

外来では1位の「糖尿病」から4位の「慢性腎臓病（透析あり）」までの医療費の合計が24.9%と高い割合を占めています。

入院では「統合失調症」が最も多くなっています。

最小分類別医療費上位10疾患（外来）

（医療費：円）

順位	疾患	医療費	割合
1	糖尿病	82,570,330	10.4%
2	高血圧症	62,710,890	7.9%
3	脂質異常症	29,495,000	3.7%
4	慢性腎臓病（透析あり）	22,290,670	2.8%
5	統合失調症	21,844,560	2.8%
6	関節疾患	20,461,180	2.6%
7	前立腺がん	17,107,610	2.2%
8	不整脈	16,745,220	2.1%
9	肺がん	15,141,500	1.9%
10	関節疾患	11,380,940	1.4%
その他（上記以外の疾患）		492,716,490	62.2%
総医療費		792,464,390	100.0%

最小分類別医療費上位10疾患（入院）

（医療費：円）

	疾患	医療費	割合
1	統合失調症	47,442,760	8.7%
2	不整脈	27,025,160	4.9%
3	脳梗塞	18,099,710	3.3%
4	関節疾患	16,309,850	3.0%
5	肺がん	16,202,110	3.0%
6	パーキンソン病	15,519,090	2.8%
7	狭心症	13,166,590	2.4%
8	大動脈瘤	12,868,140	2.4%
9	大腸がん	10,943,440	2.0%
10	心臓弁膜症	10,212,600	1.9%
その他（上記以外の疾患）		359,732,270	65.7%
総医療費		547,521,720	100.0%

資料：KDB システム 疾病別医療費分析（大・中・細小分類）（令和4年度累計）

2 生活習慣病関連医療データの分析

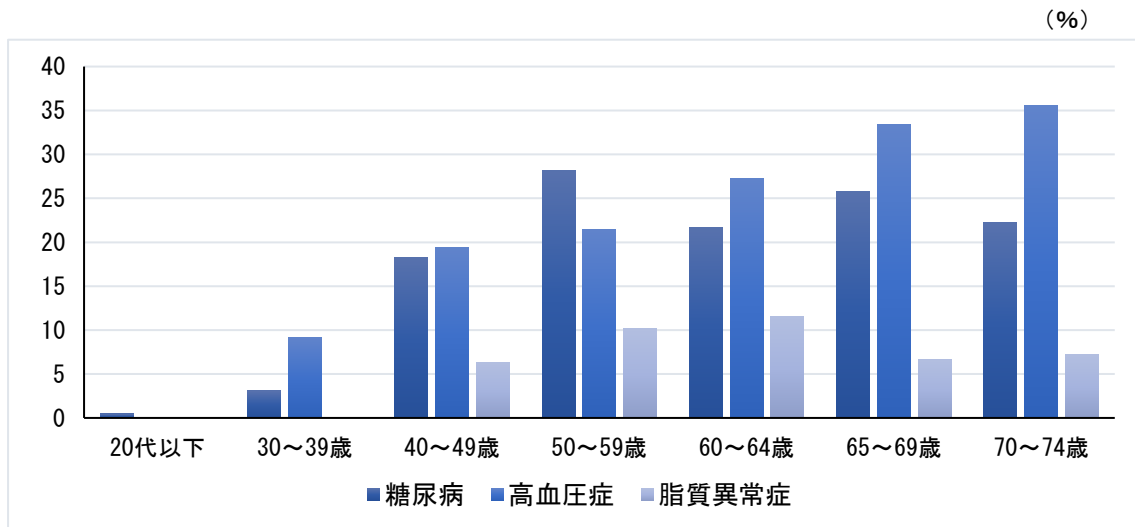
※生活習慣病の設定（KDB システム上の定義）

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、
脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神

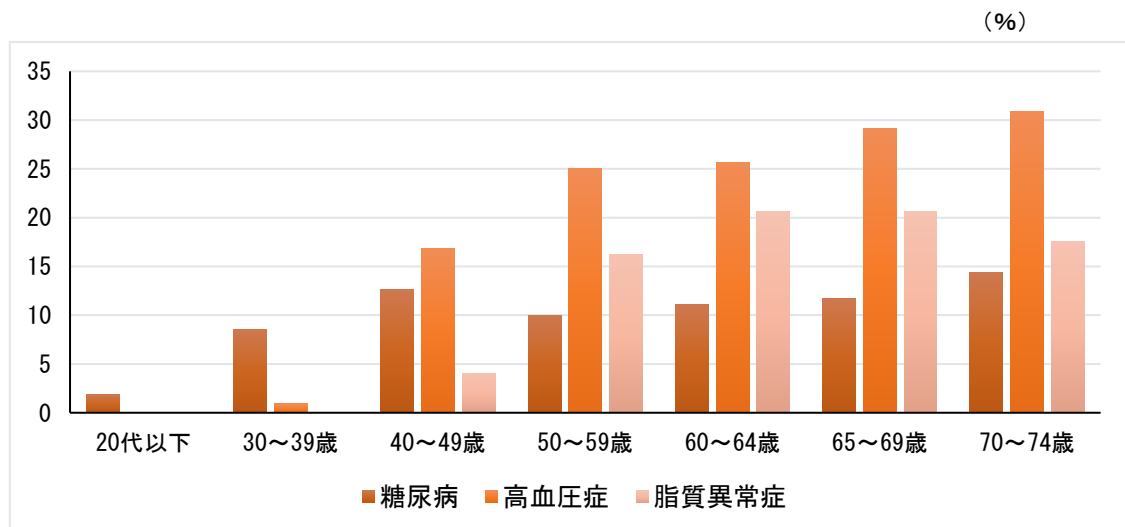
（１） 年齢階層別「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の割合

男女とも生活習慣病レセプト（外来）のうち、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の割合は、40 歳代を境に増加傾向にあります。また、「高血圧症」は年齢が上がるにつれて増加しています。

生活習慣病関連医療データの分析（男性）



生活習慣病関連医療データの分析（女性）

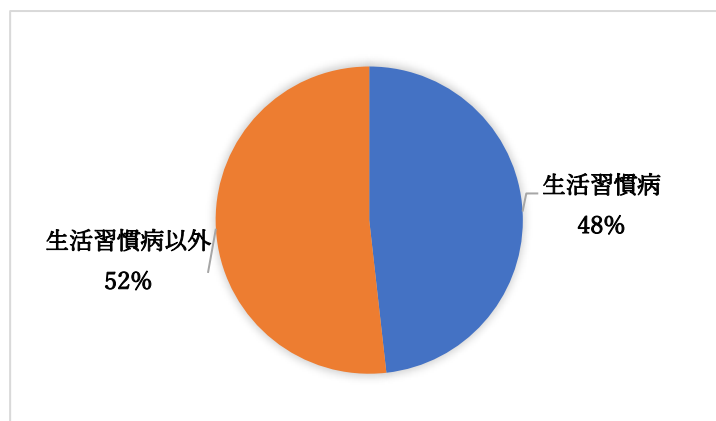


資料：KDB システム（疾病別医療費分類（生活習慣病） 令和4年度累計）

(2) 医療費に占める生活習慣病の割合

令和4年度の生活習慣病の医療費は、約6億4,526万円で医療費全体に占める割合は、48%と約半数を占めています。

医療費に占める生活習慣病の割合（入院+外来）



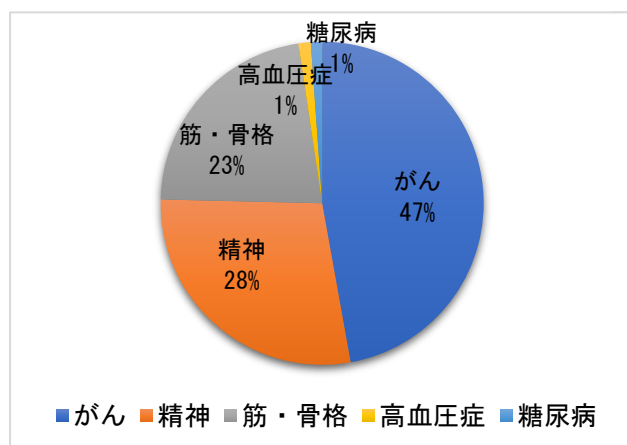
資料：KDB システム（疾病別医療費分類（生活習慣病） 令和4年度累計）

(3) 生活習慣病の医療費内訳

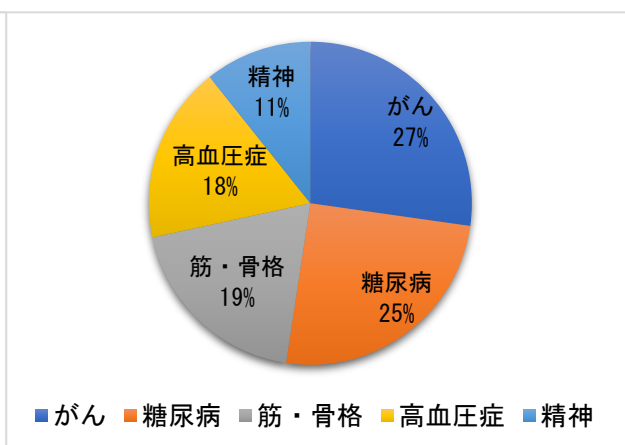
令和4年度の生活習慣病の医療費のうち、上位5疾病は入院では「がん」「精神」「筋・骨格」「高血圧症」「糖尿病」、外来では「がん」「糖尿病」「筋・骨格」「高血圧症」「精神」となっています。

生活習慣病の医療費上位5疾病

(入院)



(外来)



資料：KDB システム（疾病別医療費分類（生活習慣病） 令和4年度累計）

3 重複・多剤処方該当者の状況

2箇所以上の医療機関から同じ効き目の薬を処方されている「重複処方」、同じ月内に多数の薬を処方されている「多剤処方」の令和4年度の状況です。

医薬品の重複・多剤服薬は、薬の飲み忘れ、飲み間違いなどの服薬過誤や副作用などの有害事象（ポリファーマシー）の発生につながるおそれがあります。

重複・多剤処方該当者数

	被保険者数	重複処方 該当者数	多剤処方 該当者数
4 月	3,836	59	15
5 月	3,810	46	12
6 月	3,817	67	12
7 月	3,773	43	12
8 月	3,761	61	16
9 月	3,746	63	10
10 月	3,707	46	10
11 月	3,670	50	13
12 月	3,660	55	14
1 月	3,655	53	12
2 月	3,629	48	14
3 月	3,595	47	13
平均	3,722	53	13

資料：KDB システム（重複・多剤処方の状況）

4 後発医薬品普及率の状況

近年の後発医薬品の普及率を医科・調剤別で見ると、医科で 55%以上、調剤で 75%以上となっています。

後発医薬品 医科・調剤別普及率の推移

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全体	73.3%	74.1%	75.1%
医科	61.3%	60.5%	57.5%
調剤	75.8%	76.9%	78.4%

資料：国保総合システム（後発医薬品差額通知作成業務 数量シェア（国保一般））

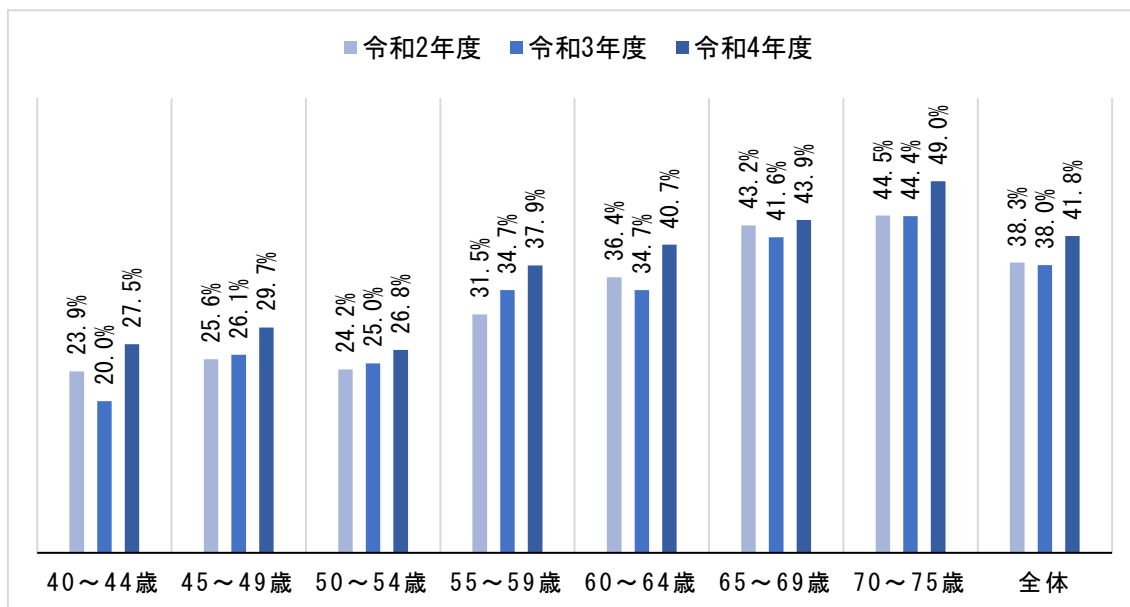
5 健康診査に係る分析

(1) 特定健診の受診状況

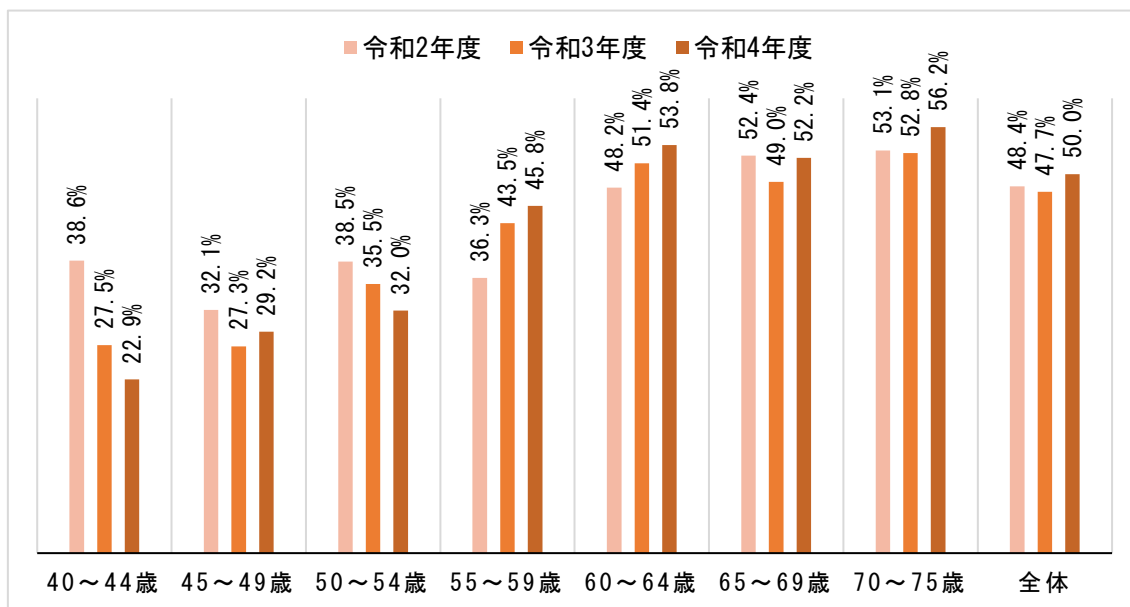
令和4年度の特定健診の受診者は1,277人、受診率は46.1%となっています。

男性はすべての年代で増加傾向にありますが、女性は40～54歳で減少傾向にあります。

特定健診受診者数と受診率の推移（男性）



特定健診受診者数と受診率の推移（女性）



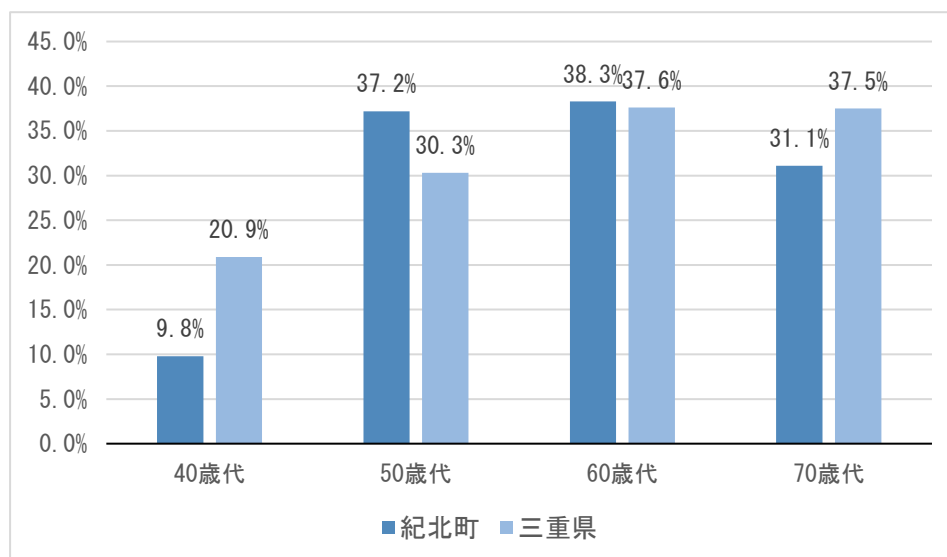
資料：KDBシステム（地域の全体像の把握_健診の状況）

(2) メタボリックシンドローム（※）該当者及び予備群の状況

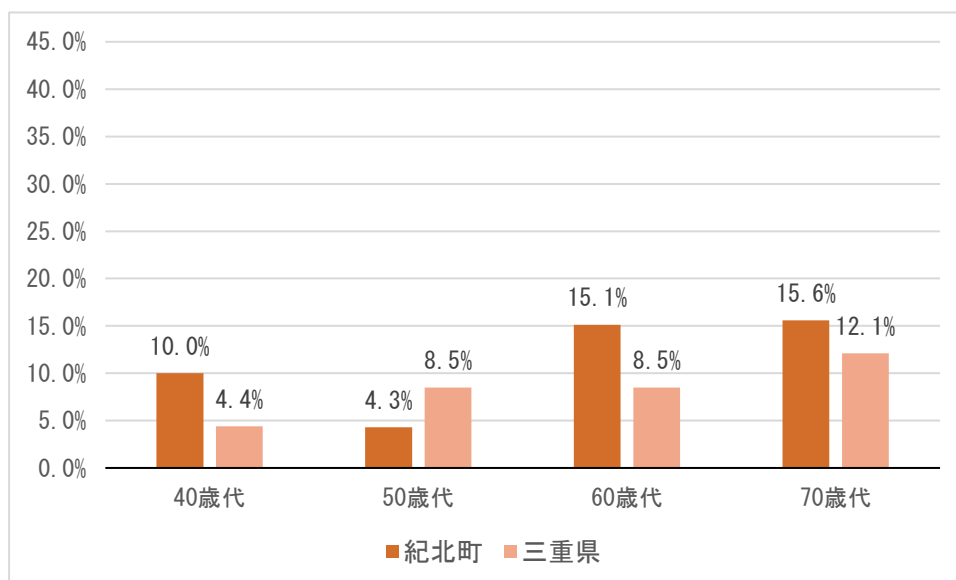
令和4年度の特健診実施によるメタボリックシンドローム該当者の割合は、男性では50～60歳代で、女性では60歳代で高くなっています。

また、40歳代を除く年代で女性より男性の方が2倍以上高い割合になっています。

令和4年度メタボリックシンドローム該当者の受診者に対する割合（男性）



令和4年度メタボリックシンドローム該当者の受診者に対する割合（女性）



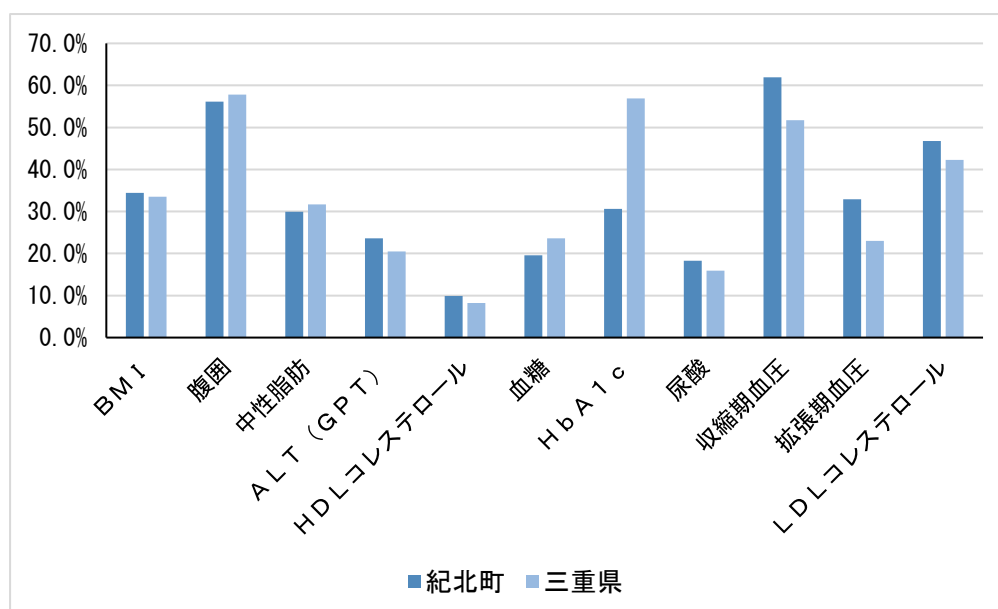
資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式 5-3））

（※メタボリックシンドローム：お腹の内面や内臓の周りに脂肪が蓄積する「内臓脂肪型肥満」に脂質代謝異常、高血圧、高血糖のうち2つ以上当てはまる状態のこと。）

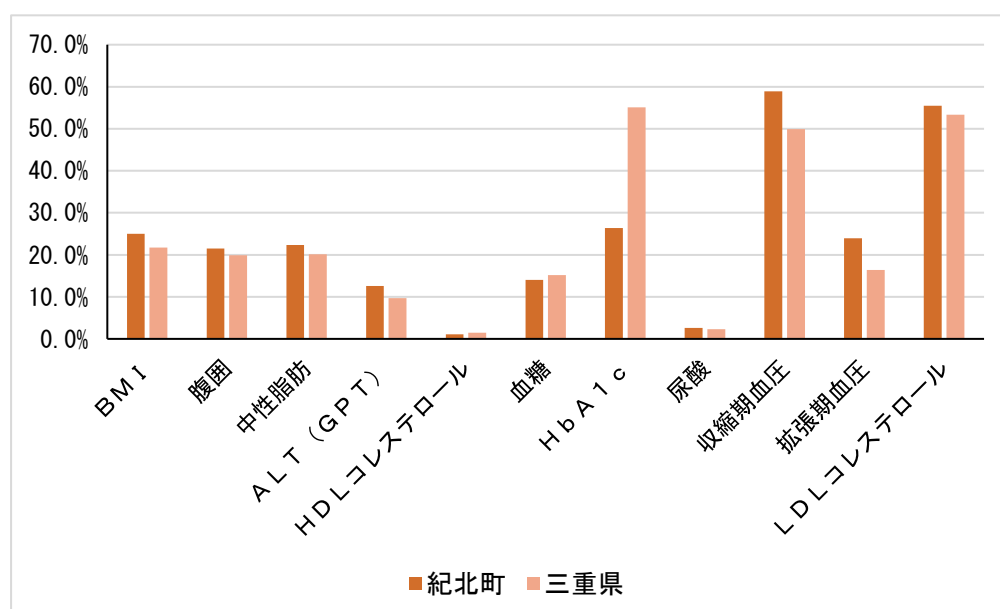
(3) 健診有所見者の状況

健診有所見者の割合は、収縮期血圧とLDLコレステロールが高く、男性については、
腹囲も高い割合となっています。

令和4年度健診有所見者の割合（男性）



令和4年度健診有所見者の割合（女性）

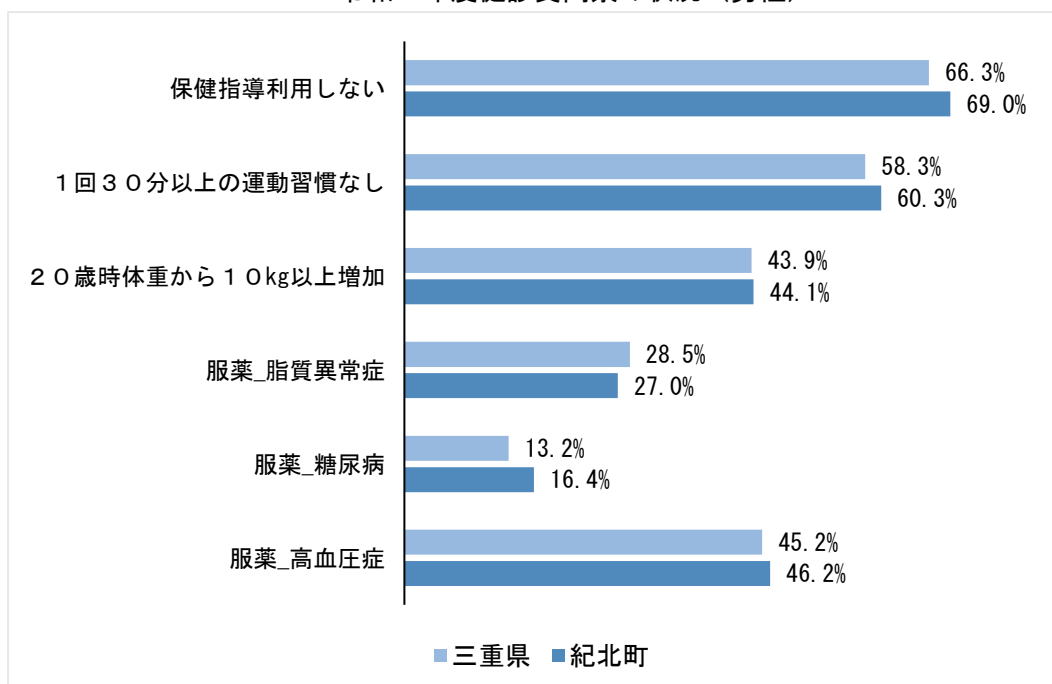


資料：KDB システム（厚生労働省様式（様式 5-2））

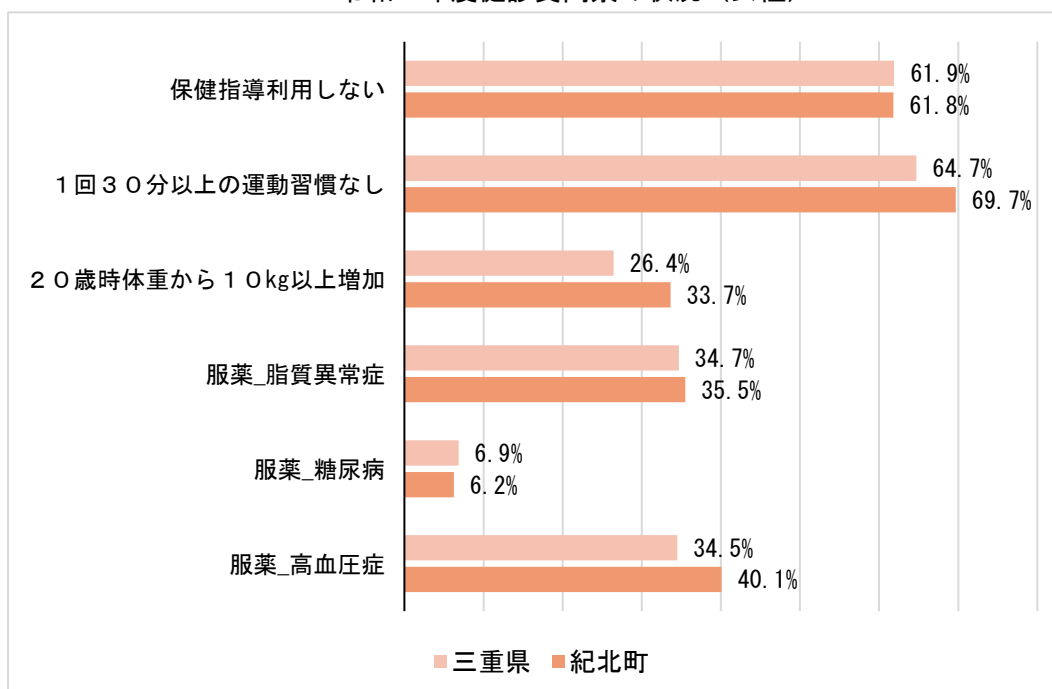
(4) 健診質問票調査の状況

「運動習慣なし」の割合が男女とも6割を超えており、体重では女性の3割以上、男性の4割以上で20歳時から10kg以上増加しています。また、服薬状況については、高血圧症で高い割合を占め、脂質異常症においても約3割を占めています。

令和4年度健診質問票の状況（男性）



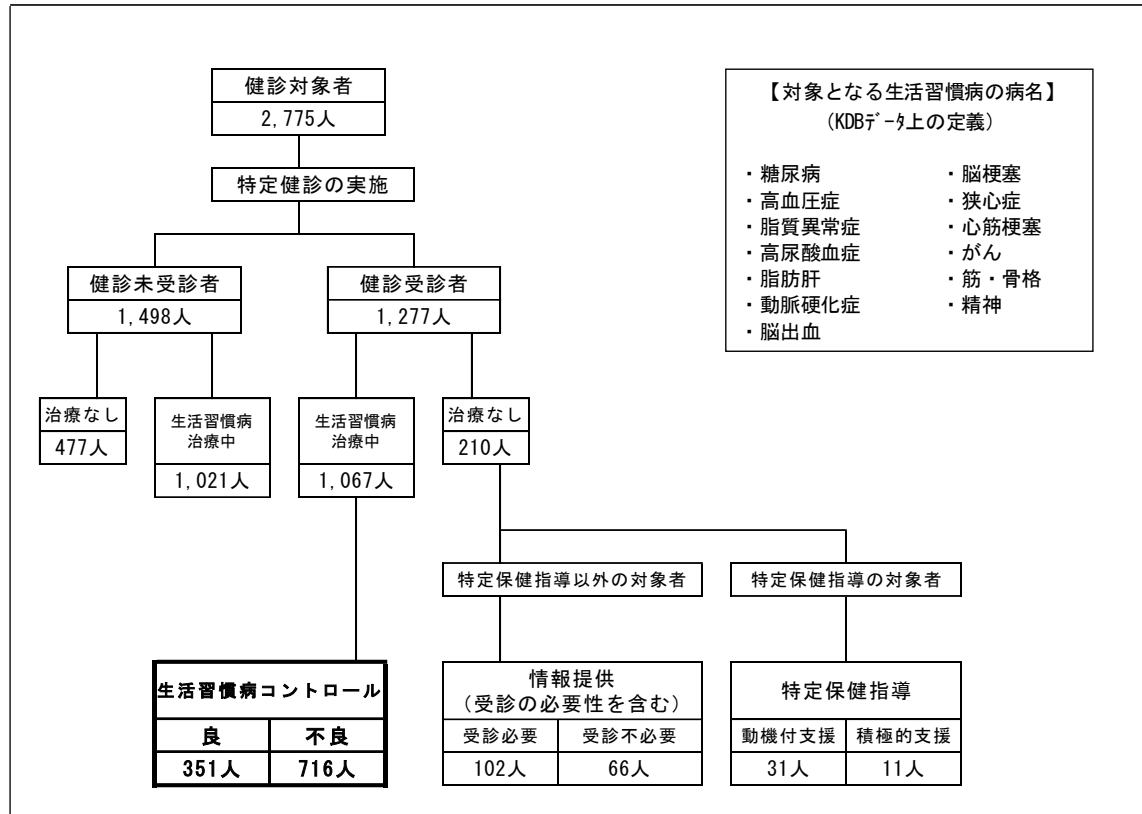
令和4年度健診質問票の状況（女性）



資料：KDB システム（地域の全体像の把握_健診質問票調査の状況）

(5) 特定健康診査結果情報とレセプトとの突合

令和4年度の特定健康診査結果データとレセプトデータを組み合わせた結果、健診受診者のうち生活習慣病治療中であっても、生活習慣病コントロールが不良の方が多くなっています。



- 【対象となる生活習慣病の病名】
(KDBデータ上の定義)
- ・糖尿病
 - ・高血圧症
 - ・脂質異常症
 - ・高尿酸血症
 - ・脂肪肝
 - ・動脈硬化症
 - ・脳梗塞
 - ・狭心症
 - ・心筋梗塞
 - ・がん
 - ・筋・骨格
 - ・精神
 - ・脳出血

資料：KDBシステム（厚生労働省書式（5-5））

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

6 介護保険データの分析

(1) 介護認定状況

令和4年度の介護保険認定率は、県に比べて高い傾向にあります。

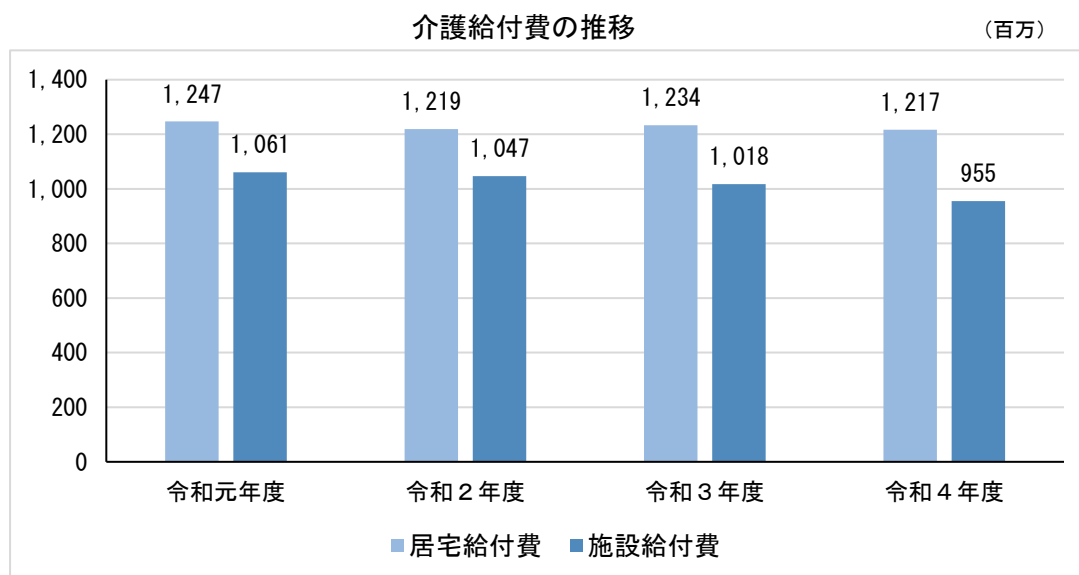
介護保険認定率とサービス利用率

	認定率 (分母：被保険者)		サービス利用率 (分母：認定者)	
	紀北町	三重県	紀北町	三重県
要支援 1	2.2%	2.7%	4%	5.8%
要支援 2	2.9%	2.4%	6.7%	7%
要介護 1	5.8%	4.5%	21.8%	19%
要介護 2	3.6%	3.1%	14.3%	14.3%
要介護 3	3.1%	2.6%	12.3%	12.5%
要介護 4	3.1%	2.7%	11.7%	12.8%
要介護 5	1.9%	1.7%	7.4%	8.1%
全体	22.8%	19.7%	78.2%	79.5%

資料：KDB システム（健康スコアリング（介護））

(2) 介護給付費の推移

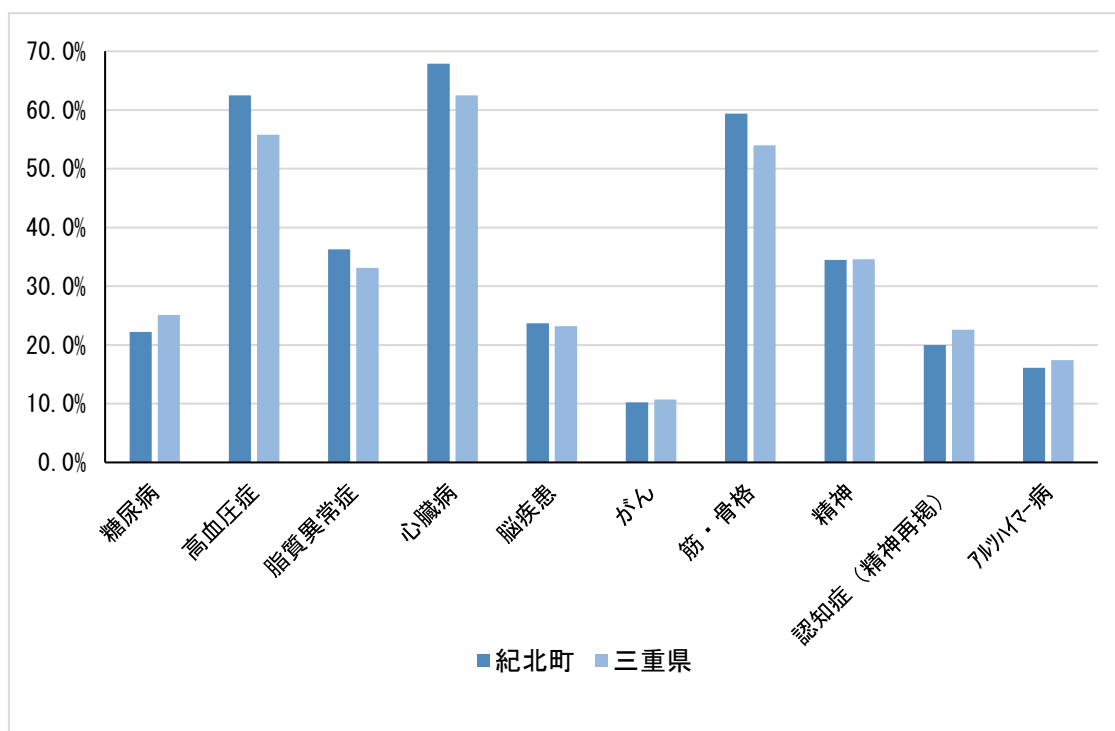
給付費では、施設給付費が減少傾向にあります。



資料：KDB システム（健康スコアリング（介護））

(3) 要介護者有病状況

要介護認定を受けているもののうちで、割合の多い疾患は「心臓病」「高血圧症」「筋・骨格」で、それぞれ5割を超え、県を上回っています。



資料：KDB システム（地域の全体像の把握）

7 分析結果に基づく健康課題

健康・医療費等の分析結果をまとめ、それに基づく健康課題を次のとおり抽出しました。これらの健康課題を踏まえ、本計画における取り組むべき対策を推進していきます。

項目	保健事業実施に向けた分析	健康課題
地域特性	・国保被保険者の半数以上が65歳以上である。また、人口の4割以上が高齢者である。 ・総人口は減少傾向にあるが、高齢化率は上昇している。 ・男女とも平均寿命、平均自立期間ともに県よりやや短く不健康期間がやや長い傾向である。	・若い世代のうちから健康づくりを意識した生活を行い、健康に過ごせる期間を延ばす必要がある。
疾病統計医療費	・死因に占める割合は、心疾患及び悪性新生物が多い。要介護者も心疾患が最も多い。一方で医療費に占める割合が多い疾患としては、通院では糖尿病、高血圧症、入院では統合失調症、不整脈があげられる。	・生活習慣病の予防、早期発見、治療により重症化予防を図る必要がある。
適正受診	・受診行動の適正化が必要な重複・多剤投薬に該当する被保険者が一定数見られる。 ・後発医薬品への切り替えが可能な薬剤を処方されている被保険者が一定数見られる。	・医療費の適正化を図るためにも、適正な受診行動に向けた勧奨が必要である。 ・後発医薬品の普及啓発を行う必要がある。
生活習慣病	・医療費全体に占める生活習慣病の割合が半数近くを占めている。 ・男女とも年齢が上がるにつれて高血圧症のレセプト件数が増加している。	・若い世代への正しい生活習慣、運動習慣などの啓発を行う必要がある。 ・特定健診、特定保健指導の受診率及び利用率の向上を図る必要がある。
特定健康診査	・受診率は男女とも微増傾向である。 ・若年層（40歳代～50歳代）の受診率が低く特に男性の54歳以下は30%に満たない。 ・メタボリックシンドローム該当者の割合が男性では50歳代以上で30%を超えている。 ・健診有所見者の割合では、収縮期血圧が男女とも50%を超えている。 ・運動習慣なしの割合が、男性で50%、女性で60%を超えている。	・若い世代の受診率向上のため、効果的な受診勧奨と受診しやすい環境整備について検討する必要がある。 ・メタボリックシンドローム、血圧を含め、生活習慣病対策の充実を図る必要がある。 ・運動習慣の重要性についての認識を深め、定着化を促進する必要がある。
に特定する健診結果	・特定健診結果より受診者1,277人中210人（16%）が生活習慣病の治療はしておらず、そのうち102人（49%）は受診が必要な状態である。 ・特定健診結果より受診者1,277人中1,067人（84%）は生活習慣病治療中であるが、そのうち716人（67%）はコントロール不良者である。	・健診受診率の向上とともに健診受診後の結果に応じた行動に結びつくよう働きかけを行う必要がある。
特定保健指導	・特定保健指導の利用率が目標値に達していない。 ・特定保健指導に拒否感を持つ対象者の割合が多い。	・特定保健指導を受けることによるメリットを分かりやすく周知する必要がある。

第5章 データヘルス計画

1 計画の目的・目標

(1) 計画の目的

本計画では「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」を目的とし、この実現に向けて「計画の目標」「計画の評価指標」などを設定します。

計画全体における全体目的	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)
健康寿命の延伸(男女別)	平均自立 期間(歳)	男:77.0 女:83.2	男:77.13 女:83.41	男:77.28 女:83.61	男:77.43 女:83.81	男:77.58 女:84.01	男:77.73 女:84.21	男:77.88 女:84.41
医療費適正化の推進	1人あたり 医療費(円)	407,210	412,640	418,070	423,500	428,930	434,360	439,780

(2) 計画の目標

健康・医療情報等の分析結果に基づく健康課題や、前計画の最終評価から、計画の目標を次のとおりとし、これらに基づき取り組むべき対策を推進していきます。

- A 生活習慣病の予防及び重症化予防を図ることで、健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を図る。
- B 重複受診や重複投薬等の受診行動の適正化を図るとともに、ジェネリック医薬品の普及啓発等を行うことで、医療費の適正化を図る。
- C がん検診を通して疾病の早期発見、その後続く診断及び適切な治療に結びつけ、がんによる死亡率の減少を図る。
高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を実施し、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOL（生活の質）の維持向上を図る。

(3) 計画の評価指標

本計画の評価指標については次の表のとおりとし、取り組むべき対策に基づく個別保健事業を着実に実施することで、評価指標の目標達成を目指します。

評価指標一覧

事業名	新規/ 継続	事業の目的及び概要		評価指標	計画策定 時実績	目標値
特定健診	継続	【目的】 特定健診の実施率向上 【概要】 集団健診・個別健診の実施 対象者全員に受診券を送付	アウト カム	特定健診受診率	46.1%	60%
			アウト プット	健診無関心者の減少	48.5%	38.5%
特定保健指導	継続	【目的】 メタボリックシンドローム該当者の 減少 【概要】 保健指導対象者に保健指導を実施	アウト カム	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.2%	35%
			アウト プット	特定保健指導終了率	8.8%	60%
糖尿病性腎症 重症化予防対策	継続	【目的】 糖尿病性腎症の重症化予防 【概要】 段階により受診勧奨、保健指導を実施する	アウト カム	糖尿病腎症の新規人工透析導入患者数の減少	3人	2人
				HbA1c8.0%以上の者の割合	8%	1%
			アウト プット	受診勧奨後の医療機関受診率	22.9%	60%
				保健指導実施率	33%	43%
重複・頻回受診/ 重複・多剤服薬	新規	【目的】 医療費適正化 被保険者の健康の維持 【概要】 対象者への通知の送付、保健指導の実施	アウト カム	重複・多剤投与者の減少	177人	141人
			アウト プット	対象者への指導率（電話、対面）	1%	7%
後発医薬品 使用促進	継続	【目的】 医療費適正化 【概要】 後発医薬品利用差額通知の送付	アウト カム	後発医薬品使用率	75.1%	80%
			アウト プット	差額通知発送対象者率の減少	7%	3.5%
がん検診	継続	【目的】 疾病の早期発見 【概要】 がん検診の実施	アウト カム	がんによる年齢調整死亡率	321%	257%
			アウト プット	胃がん検診受診率	9.8%	60%
				肺がん検診受診率	13.7%	60%
				大腸がん検診受診率	13%	60%
				子宮頸がん検診受診率	24.5%	60%
				乳がん検診受診率	23.2%	60%
地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	新規	【目的】 高齢者の自立した生活ができる期間の延伸 【概要】 低栄養指導の実施	アウト カム	低栄養傾向（BMI20以下）の者の割合	—	5%
			アウト プット	支援対象者のうち、支援できた者の割合	—	50%
			アウト プット	通いの場の介入場所の数	—	4か所

2 取り組むべき対策

計画の目標に基づき、取り組むべき対策を「生活習慣病対策」「適正受診対策」「健康寿命の延伸」とし、具体的な対策を7つに分け、それぞれ個別の保健事業を展開します。

項目	取り組むべき対策	優先する課題	保健事業	評価指標
A 生活習慣病対策	メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクを早期に発見するために、健診の受診率の向上を図る。	1	A－① 特定健診受診率の向上	・ 特定健診受診率 ・ 健診無関心者の減少
	メタボリックシンドローム該当者、予備該当者の割合が上昇している状況があり、生活習慣病発症を予防するため、特定保健指導の利用率及び終了率の向上を図る。		A－② 特定保健指導事業	・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・ 特定保健指導終了率
	新規人工透析導入患者数を抑制するために、糖尿病性腎症の重症化予防を図る。		A－③ 糖尿病性腎症重症化予防対策	・ 糖尿病性腎症の新規人工透析導入患者数の減少 ・ HbA1C8.0%以上の者の割合 ・ 受診勧奨後の医療機関受診率 ・ 保健指導実施率
B 適正受診対策	受診行動の適正化が必要な重複受診、頻回受診、重複投薬に該当する被保険者に対し、医療費の適正化を図るためにも、適正な受診行動に向けた保健指導等を行う。	2	B－④ 重複・頻回受診／重複・多剤服薬	・ 重複・多剤投与者の減少 ・ 対象者への指導率
	後発医薬品の使用割合を増加させることで、医療費の適正化を図るために後発医薬品の普及啓発を図る。		B－⑤ 後発医薬品使用促進	・ 後発医薬品使用率 ・ 差額通知発送対象者の減少
C 健康寿命の延伸	主要死因別の割合では「悪性新生物」が1位であることから疾病の早期発見、その後に続く診断及び適切な治療に結びつけるため、がん検診の受診率向上を図る。	3	C－⑥ がん検診	・ がん検診受診率 ・ がんによる年齢調整死亡率
	後期高齢者については、健康状態や生活機能等の個人差が大きくなり、健康上の不安が大きくなることから、不安を取り除き住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOLの維持向上を図る。		C－⑦ 地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業	・ 低栄養指導対象者の減少 ・ 低栄養指導終了率

3 個別の保健事業

事業番号 A-① 事業名称：特定健康診査

事業の目的	・ 健診未受診者が健診を受診することで、生活習慣を見直すきっかけを作ることができる。 ・ 受診者が自分の健康状態を把握することで、望ましい生活習慣の維持につながり生活習慣病を予防することができる。
対象者	40歳以上の国保被保険被保険者
現在までの事業結果	受診率は県平均を超えている状況だが、若年層（40歳代～50歳代）の受診率向上が今後の課題。

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	特定健診受診率	46.1%	49%	51%	54%	56%	58%	60%
アウトプット	健診無関心者の減少	48.5%	47%	45.5%	44%	42.5%	41%	38.5%

実施方法 (プロセス)	・ 未受診者への勧奨通知の送付 ・ 広報誌及び行政放送での事業の周知 ・ 町内医療機関の受付窓口にチラシの設置及びPRポスター貼付の依頼
実施体制 (ストラクチャー)	・ 勧奨通知作成委託事業者との連携 ・ 検（健）診委託事業者との連携 ・ 医師会、医療機関との連携 ・ 元気づくり推進員等各種団体との連携

事業番号 A-② 事業名称：特定保健指導

事業の目的	・ 特定健診の結果から、生活習慣病リスクがある被保険者に保健師による個別指導を実施することにより、生活習慣の改善を促し、健康維持を図る。
対象者	特定保健指導の対象となった国保被保険
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症拡大の影響で集団での初回面接ができず、利用率が低下したまま、横ばいとなっている。

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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.2%	24.3%	26.4%	28.5%	30.6%	32.8%	35%
アウトプット	特定保健指導終了率	8.8%	17.3%	25.8%	34.3%	42.8%	51.5%	60%

実施方法 (プロセス)	・ 集団健診日における保健指導（初回面談）の実施 ・ 戸別訪問による保健指導（初回面談）の実施
実施体制 (ストラクチャー)	・ 町保健師、管理栄養士との連携 ・ 医師会、医療機関との連携

事業番号 A-③ 事業名称：糖尿病性腎症重症化予防対策

事業の目的	・糖尿病の重症化による合併症を予防する、又は遅延させることによって人工透析への移行を予防することで健康の保持増進、生活の質の維持・向上及び医療費の増加抑制を図る。
対象者	【受診勧奨】 空腹時血糖値126mg/dℓ、HbA1C6.5以上を抽出基準に糖尿病の治療歴等を確認した者 【保健指導】 腎症4期の者、または腎症3期で尿蛋白1+以上の者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、対面での保健指導が困難な時期があり利用率が低いまま、横ばいとなっている。

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	糖尿病腎症の新規人工透析導入患者数の減少	3人	2人	2人	2人	2人	2人	2人
アウトカム	HbA1C8.0%以上の者の割合	8%	7%	6%	5%	4%	3%	1%
アウトプット	受診勧奨後の医療機関受診率	22.9%	29.1%	35.3%	41.5%	47.7%	53.9%	60%
アウトプット	保健指導実施率	33%	34.5%	36%	37.5%	39%	41%	43%

実施方法 (プロセス)	・健診結果が受診勧奨判定値以上であり、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を対象に受診勧奨通知を送付する。継続した支援が必要な被保険者に対しては、主治医等との連携を図りながら支援を行う。 ・保健指導の対象者を抽出し、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を予防するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防するための保健指導を実施。
実施体制 (ストラクチャー)	・町保健師、管理栄養士との連携 ・医師会、医療機関との連携

事業番号 B-④ 事業名称：重複頻回受診／重複・多剤服薬

事業の目的	・薬効が同じ医薬品の重複・多剤の減少を図り、医療費の適正化につなげるとともに薬の副作用を予防することで被保険者の健康の維持増進を図る。
対象者	重複頻回受診、重複・多剤服薬に該当する国保被保険被保険者
現在までの事業結果	対象者への文書の送付を行ったが、改善状況については課題も見られた。

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	重複・多剤投与者の減少	177人	171人	165人	159人	153人	147人	141人
アウトプット	対象者への指導率(電話・対面)	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%

実施方法(プロセス)	・医療費通知の送付 ・対象者に注意喚起文書の送付 ・対象者への電話・対面での指導
実施体制(ストラクチャー)	・町保健師、管理栄養士との連携 ・医師会、医療機関との連携

事業番号 B-⑤ 事業名称：後発医薬品使用促進

事業の目的	・後発医薬品の使用割合を増加させることで、医療費の適正化を図る。
対象者	国保被保険被保険者
現在までの事業結果	毎年度対象者に通知の送付を行っている。使用率は毎年緩やかに上昇し、令和4年度は75.1%であった。

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	後発医薬品使用率	75.1%	75.9%	76.7%	77.5%	78.3%	79.1%	80%
アウトプット	差額通知発送対象者率の減少	7%	6.4%	5.8%	5.2%	4.6%	4%	3.5%

実施方法(プロセス)	・通知発送準備、発送 ・後発医薬品希望カードを保険証発送時に同封する。 ・国保資格取得の際に口頭で説明を行う。
実施体制(ストラクチャー)	・住民課 国保・年金係

事業番号 C-⑥ 事業名称：がん検診

事業の目的	・ 検診を通して疾病の早期発見、その後に続く診断及び適切な治療に結びつけ、がんによる死亡率の減少を図る。
対象者	紀北町住民
現在までの事業結果	すべての検診を1日で受診できるよう、「総合けんしん」を実施している。未受診者には勧奨通知の送付を行っている。

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2021年度 (R3)	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	がんによる年齢調整死亡率	321%	310.5%	300%	289.5%	279%	268.5%	257%
アウトプット	胃がん検診受診率	9.8%	20%	30%	40%	45%	50%	60%
アウトプット	肺がん検診受診率	13.7%	22.4%	31%	40%	46.5%	53%	60%
アウトプット	大腸がん検診受診率	13%	22%	31%	40%	46.5%	53%	60%
アウトプット	子宮頸がん検診受診率	24.5%	33%	41.5%	50%	53.5%	56.5%	60%
アウトプット	乳がん検診受診率	23.2%	32%	41%	50%	53.5%	56.5%	60%

実施方法 (プロセス)	・ 前年受診者への予約票送付 ・ 未受診者への勧奨通知の送付 ・ 広報誌及び行政放送での事業の周知
実施体制 (ストラクチャー)	・ 町保健師、管理栄養士との連携 ・ 検（健）診委託事業者との連携 ・ 元気づくり推進員等各種団体との連携

事業番号 C-⑦ 事業名称：地域包括ケア推進・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

事業の目的	・高齢者の特性を踏まえた健康支援・相談を実施し、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間の延伸、QOL（生活の質）の維持向上を図る。
対象者	紀北町住民
現在までの事業結果	令和5年度事業開始のため結果未確定

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	低栄養傾向（BMI 20以下）の者の割合	—	10%	9%	8%	7%	6%	5%
アウトプット	支援対象者のうち、支援できた者の割合	—	30%	30%	40%	40%	50%	50%
アウトプット	通いの場の介入場所の数	—	2か所	2か所	2か所	4か所	4か所	4か所

実施方法 (プロセス)	・KDBシステムより支援対象者の抽出と対象者への事業参加勧奨 ・町保健師、管理栄養士による指導の実施 ・食事状況、体重の結果に応じて目標を設定 ・ポピュレーションアプローチとして通いの場でも食事、運動の指導を行う。
実施体制 (ストラクチャー)	・町保健師、管理栄養士との連携 ・医師会、医療機関との連携

第6章 計画におけるその他の取組事項

1 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は毎年度に行うことを基本として、計画策定時に設定した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の確認をします。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）が適切であったか等確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画の評価・見直し

①評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、本計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

②評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、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。

また、評価に当たっては、必要に応じ町内各課・関係団体との連携・協力体制を整備していきます。

2 実施計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページ等を通じて公表します。また、広報誌への掲載やイベント等を通じての周知を検討します。

3 個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、「紀北町個人情報保護条例」をはじめ、「個人情報保護法」及び同法に基づくガイドラインを遵守し、細心の注意を払い適切に対応します。

また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取り扱いについて万全の対策を講じていきます。

4 地域包括ケアに係る取組及び他制度との連携

(1) 地域で本町国保加入者を支える連携の促進

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議論する会議等に参加します。

(2) 国保加入者層の分析

KDBデータなどを活用し、国保加入率が高い高齢者の中からハイリスク群・予備軍等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、医師会等関係機関と情報を共有していきます。

また、上記により抽出されたターゲット層に高齢者の支援・サービス提供等のお知らせなどにより、保険事業の働きかけを実施します。

(3) 地域包括ケアに係る事業との連携

国保加入者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援を実施します。

(4) 他制度との連携

令和5年度から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事業」を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険事業、介護予防事業の切れ目のない支援に取り組んでいるところです。

この事業を進めるために、庁内関係課や関係機関等と協議する体制を構築し地域包括ケアの取り組みをともに推進していきます。

5 その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を作成するため、国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が積極的に参加するとともに、町の担当者が事業推進に向けて協議する場を設けます。

6 推進体制の整備

本町は国保部門に保健師等の専門職が配置されていないが、計画の推進に当たっては、庁内の関係課と連携を強化し、事業が着実に実施されるよう体制の整備を図っていきます。

また、計画を円滑に推進するためには、医療機関や国保連合会等との連携・協力が必要不可欠であるので、各関係機関等と連携を密にしながら計画の推進を図っていきます。

紀北町国民健康保険保健事業実施計画

(第3期データヘルス計画)

発 行：紀北町国民健康保険

発行年月：令和6年3月

企画編集：紀北町 住民課

〒519-3292 三重県北牟婁郡紀北町東長島 769-1