

第2期海田町国民健康保険 データヘルス計画

(平成30年度～平成35年度)

もっと健康 ずっと元気！

平成30年3月
海田町国民健康保険

目次

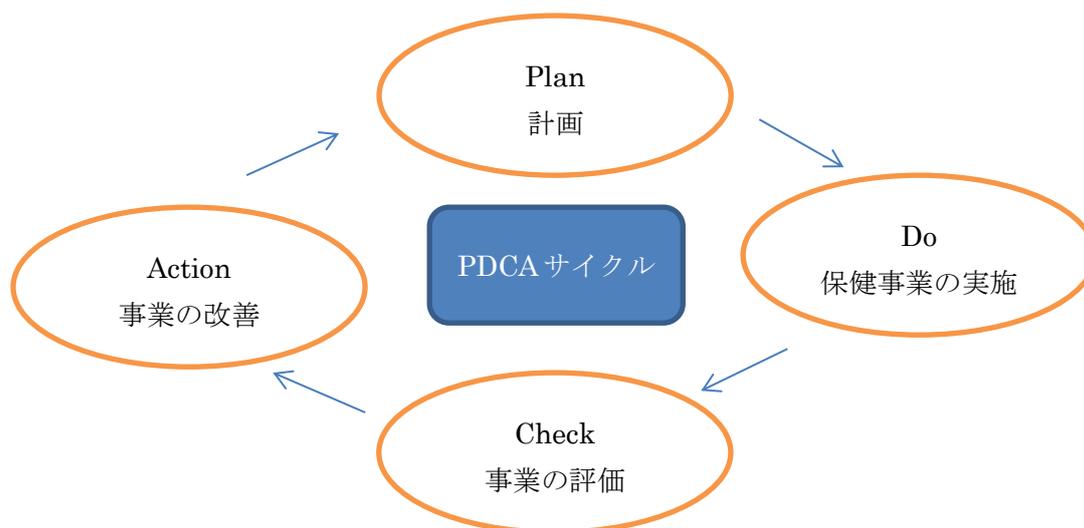
第1章 計画の基本方針	1
1 計画の趣旨	1
2 計画策定の背景	1
3 計画の期間	2
4 計画の位置づけ	3
第2章 海田町の現状	4
1 海田町の現状	4
2 海田町国民健康保険の現状	12
3 国保保健事業等の概要（平成28年度）	14
第3章 基本分析による現状把握と課題	18
1 国保医療費データの分析	18
2 介護データの分析	27
3 健診データの分析	29
4 健康課題の抽出	36
第4章 健康づくりの理念と事業計画	37
1 健康かいた21の基本理念と「病気減らし」	37
2 「病気減らし」の具体的内容	38
3 保健事業の実施計画	40
4 保健事業の目標と評価指標	42
第5章 計画の推進	46
1 推進体制の整備	46
2 計画の公表及び周知	46
3 計画の見直し	46
4 個人情報保護	46
5 地域包括ケアに係る取組	46
資料編	47
1 特定健診の検査項目について	48
2 保健指導の対応の分類	49
3 糖尿病について	53

第1章 計画の基本方針

1 計画の趣旨

海田町国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）は、「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改正について」（平成26年3月31日付け厚生労働省保険局長通知）に基づき、健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿った保健事業の実施及び評価を行うために策定するものです。

海田町国民健康保険の保険者である海田町は、このデータヘルス計画に基づき、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組みについて支援し、より効果的な保健事業を進めていくことが求められています。



2 計画策定の背景

近年、特定健診の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。こうした中、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき定める「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（平成16年厚生労働省告示第307号）」の一部改正において、「保険者はレセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画を作成した上で、事業の実施及び評価を行う」とされ、保険者はデータヘルス計画に基づいた保健事業を推進することとされました。

これまでも「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し，その他の保健事業を実施してきたところですが，今後さらに保有するデータを活用しながら，被保険者のリスクに沿った保健事業の展開や，ポピュレーションアプローチ（健康づくりの普及・啓発）からハイリスクアプローチ（重症化予防）まで，包括的に保健事業を進めていくことが求められています。

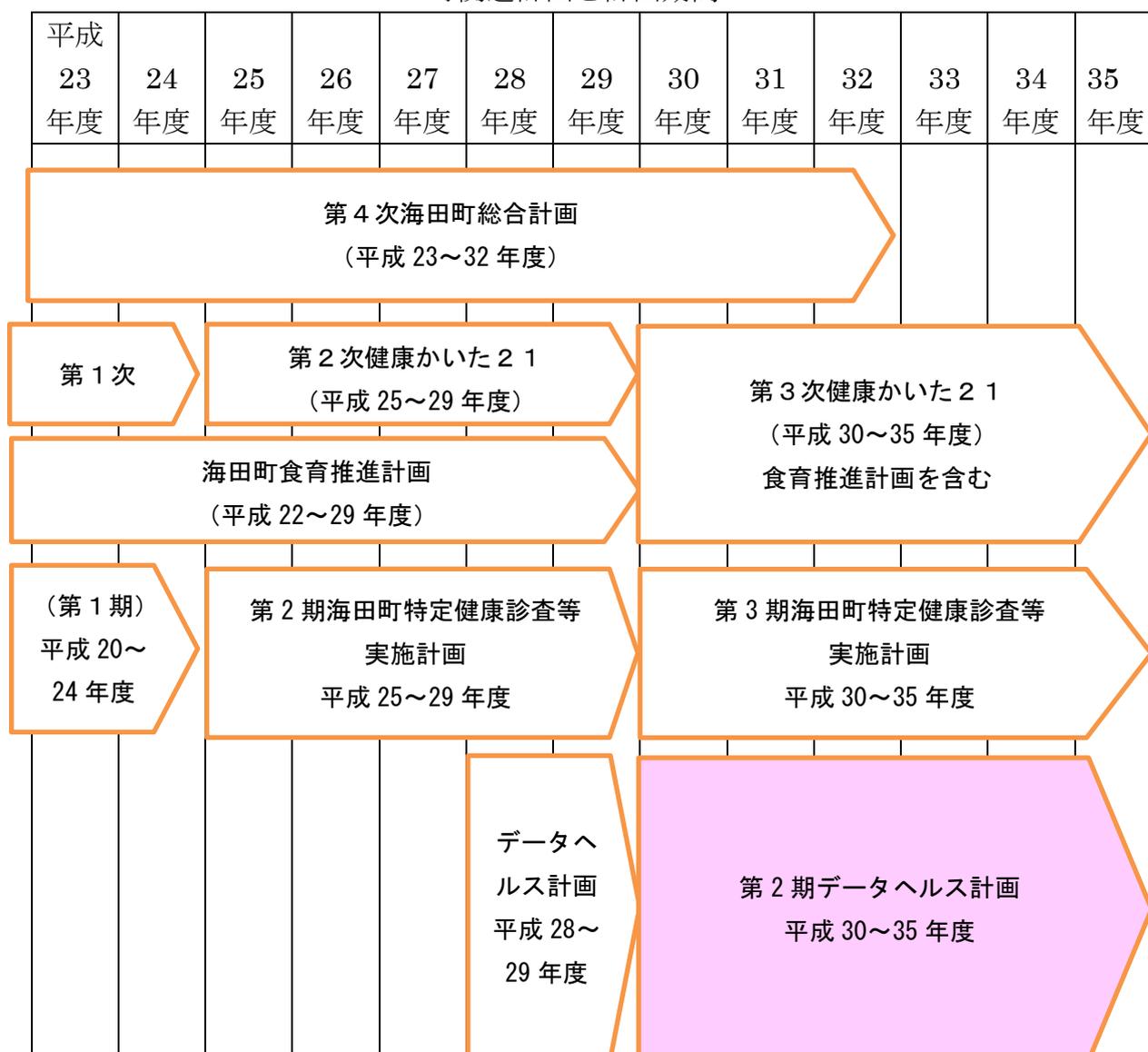
3 計画の期間

平成30年度から平成35年度までの6か年とします。

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）で，特定健康診査等実施計画については，「特定健康診査等基本指針に即して6年ごとに6年を1期として特定健康診査等の実施に関する計画を定めるものとする」とあります。

これに基づき，海田町特定健康診査等実施計画は平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としており，整合性を図る観点から，同様の計画期間とします。

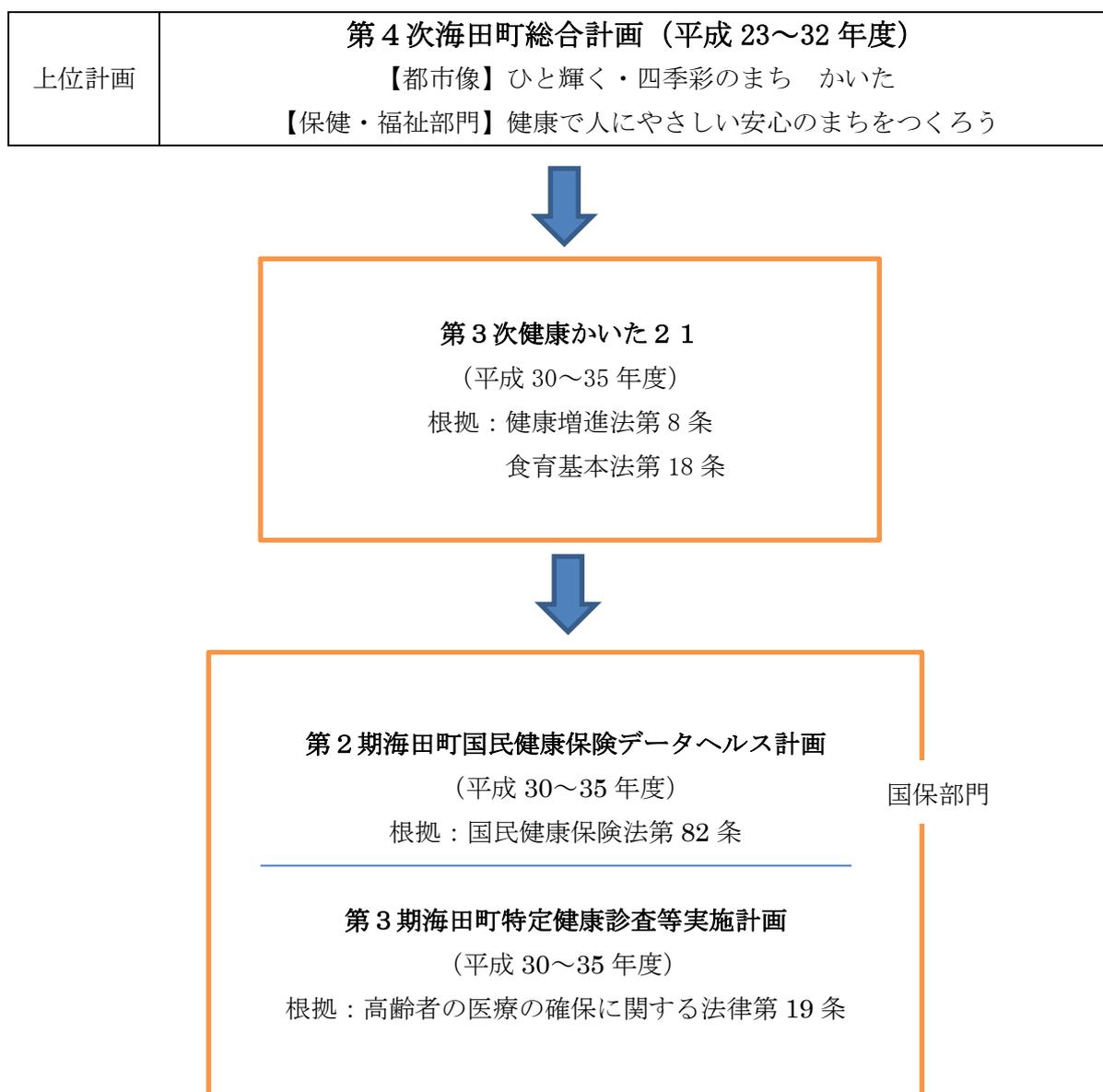
町関連計画と計画期間



4 計画の位置づけ

この計画は、第4次海田町総合計画（平成23年度～32年度）を実現するための保健・福祉部門の計画の一つに位置づけ、健康・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿って効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

また、関連計画である「第3次健康かいた21」や「第3期海田町特定健康診査等実施計画」との整合性を図ることとしています。



なお、この計画の策定・評価にあたっては、広島県国民健康保険団体連合会の「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業」として設置されている「支援・評価委員会」の支援を受けています。

第2章 海田町の現状

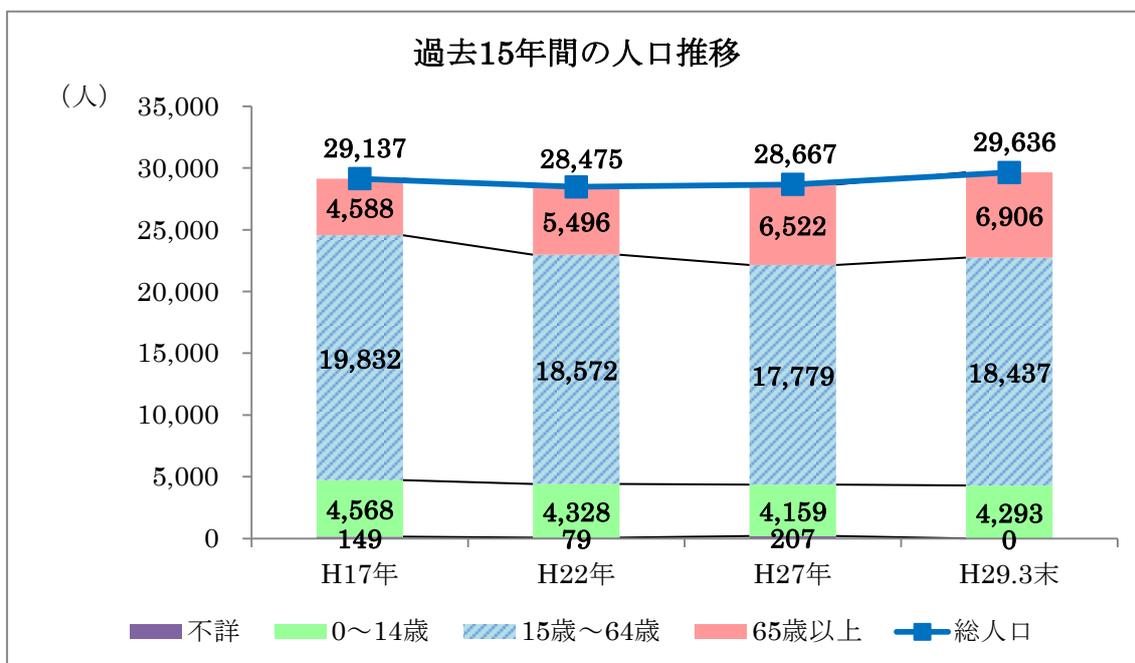
1 海田町の現状

(1) 人口の推移

平成29年3月末日現在の人口は29,636人で、平成17年以降の人口はほぼ横ばいです。平成17年以降、年少人口（0～14歳）において著しい減少はありませんが、生産年齢人口（15歳～64歳）は約1,400人、5.9%減、逆に老年人口（65歳以上）は約2,300人、7.6%増となっており、今後も高齢化が進むと予測されます。

(単位：人)

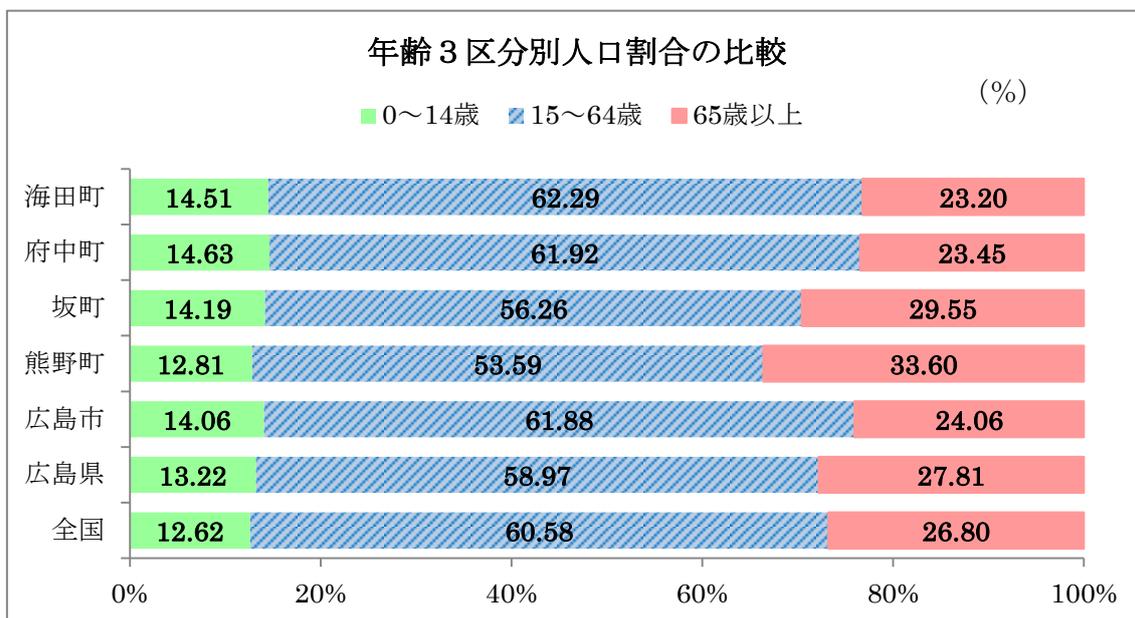
	平成17年		平成22年		平成27年		平成29年3月末	
	人口	割合	人口	割合	人口	割合	人口	割合
0歳～14歳	4,568	15.7%	4,328	15.2%	4,159	14.5%	4,293	14.5%
15歳～64歳	19,832	68.1%	18,572	65.2%	17,779	62.0%	18,437	62.2%
65歳～74歳	2,714	9.3%	3,188	11.2%	3,723	13.0%	3,778	12.7%
75歳以上	1,874	6.4%	2,308	8.1%	2,799	9.8%	3,128	10.6%
不詳	149	0.5%	79	0.3%	207	0.7%	0	0%
総人口	29,137		28,475		28,667		29,636	



出典：平成17年～27年：国勢調査，平成29年3月末：海田町人口調査

(2) 年齢階級別人口

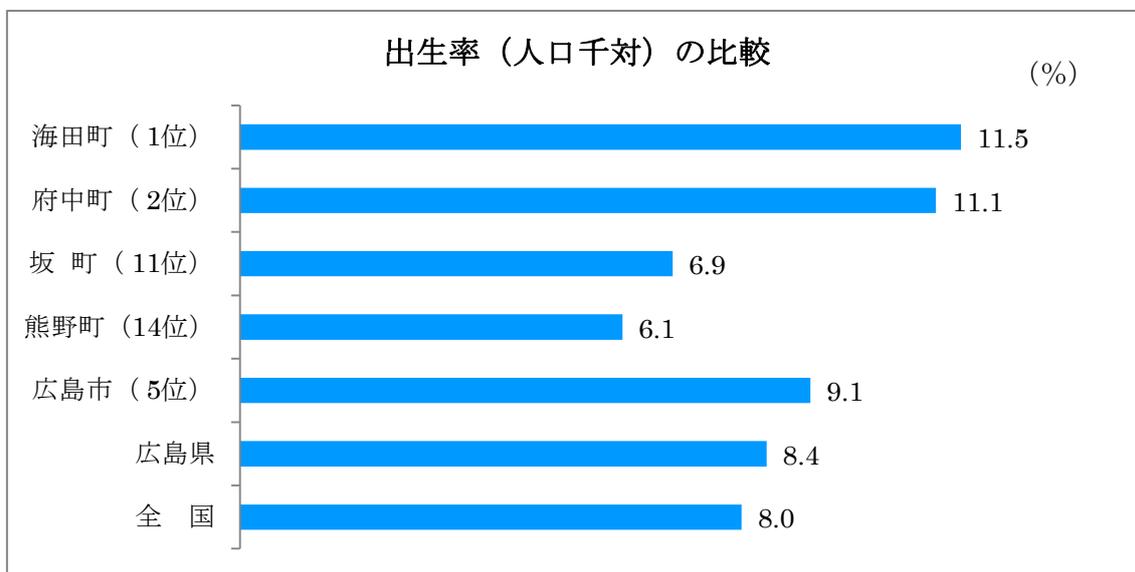
近隣市町と比較すると、海田町の生産年齢人口の割合は高く、老年人口は低いことがわかります。



出典：住民基本台帳（平成29年1月1日現在）※年齢不詳人口を除く

(3) 出生率及び死亡率

海田町は県内で最も高い出生率となっています。（ ）内は県内順位を表しています。

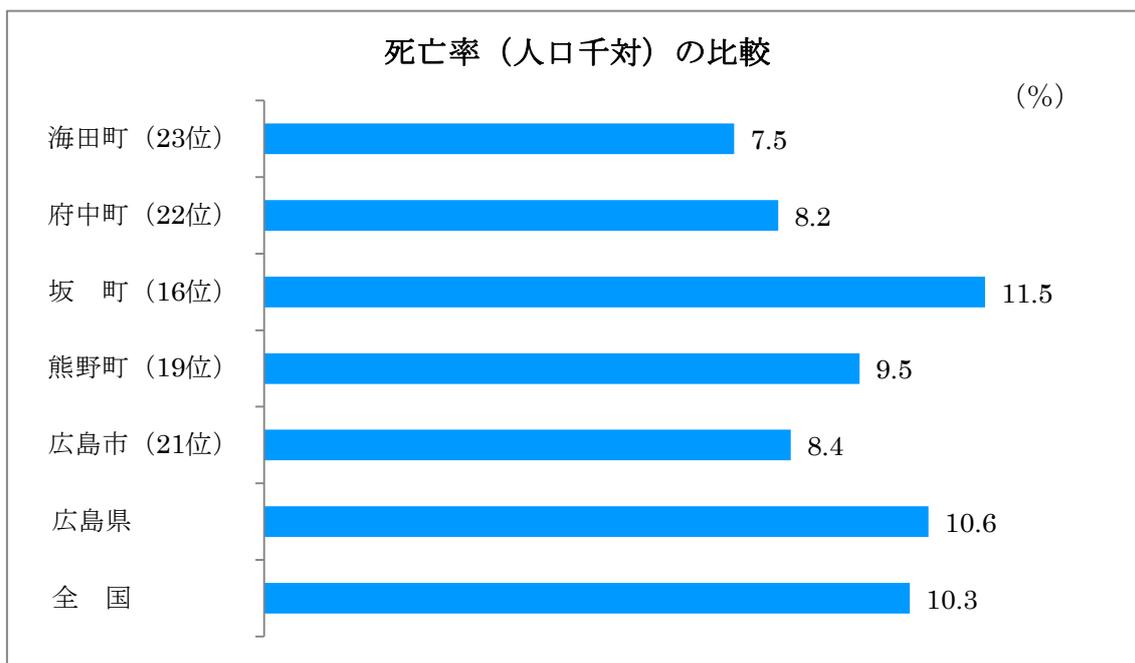


出典：広島県の人口動態統計（平成27年）

平成27年人口動態統計月報年計（確定数）の概況 厚生労働省

年齢3区分別人口とは～ 全人口を年少人口（15歳未満）、生産年齢人口（15歳以上65歳未満）及び老年人口（65歳以上）の3区分に分けたもので、年齢層の比較が容易になります。

一方、海田町の死亡率は第23位と県内で最も低くなっています。

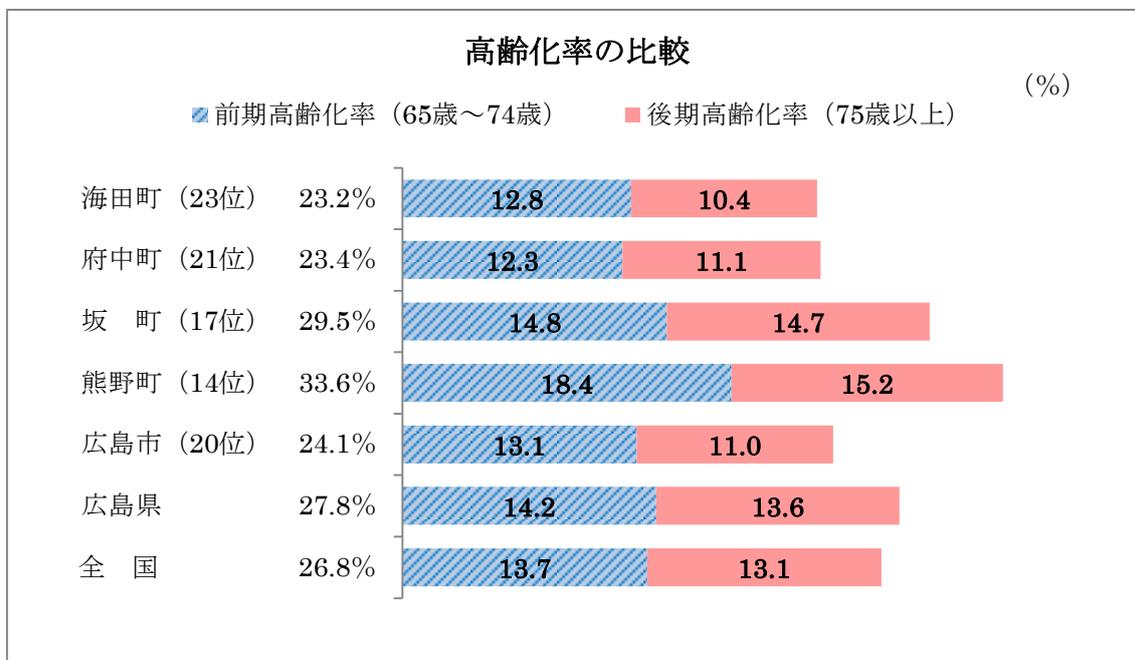


出典：広島県の人口動態統計（平成27年）

平成27年人口動態統計月報年計（確定数）の概況 厚生労働省

（4）高齢化率の比較

平成29年1月1日現在、高齢化率(65歳以上)は23.2%、うち、75歳以上の後期高齢者人口は10.4%です。いずれも、県内23市町中23位となっています。



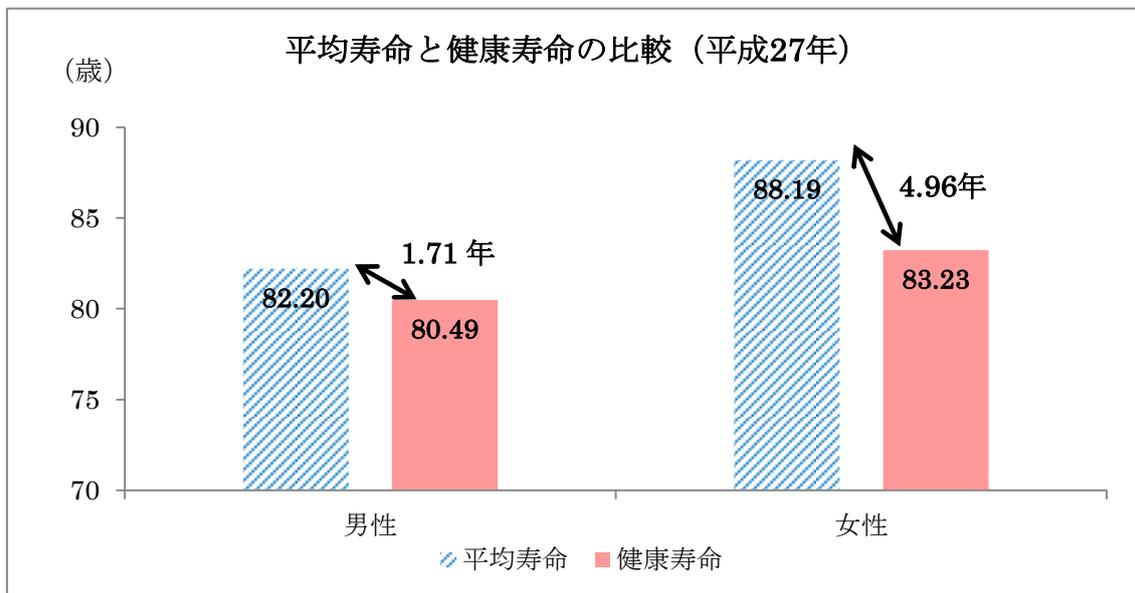
出典：住民基本台帳（平成29年1月1日現在）

人口動態統計とは～ 出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の5種類の「人口動態事象」について市町へ提出された届出等をもとに集計したものです。

(5) 平均寿命と健康寿命

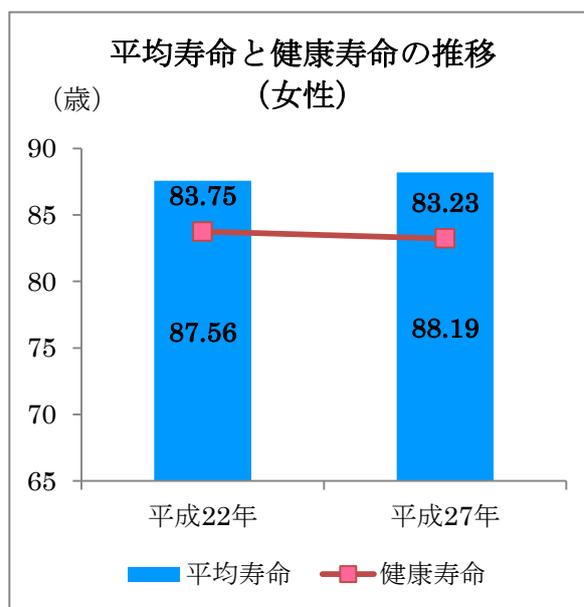
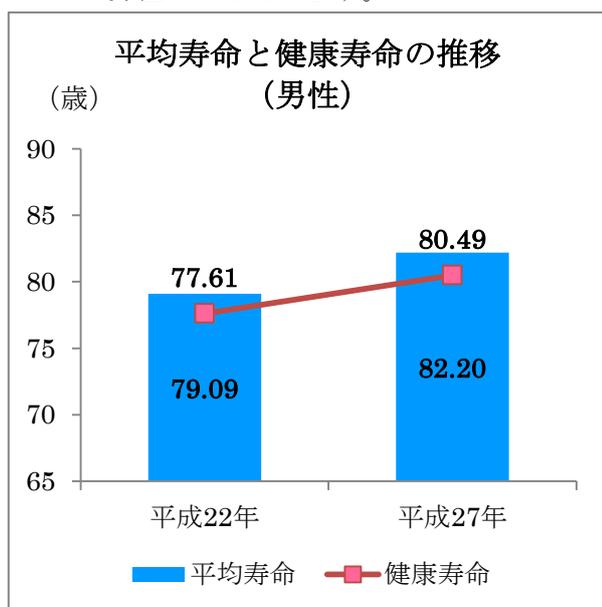
健康寿命とは、「心身ともに自立して生活できる期間」の平均をいい、平均寿命との差が「日常生活に制限のある期間」の平均になります。

この健康寿命と平均寿命の差は、男性 1.71 年、女性 4.96 年と、女性の方が大きくなっています。



出典：第3次 健康かいた21 P22 参照

平成22年と平成27年を比較すると、平均寿命は男女ともにのびており、健康寿命は男性がのびています。



出典：第3次 健康かいた21 P22 参照

平成22年から平成27年の推移では、「日常生活に制限のある期間」の平均は、男女ともに増加しています。

(単位：年)

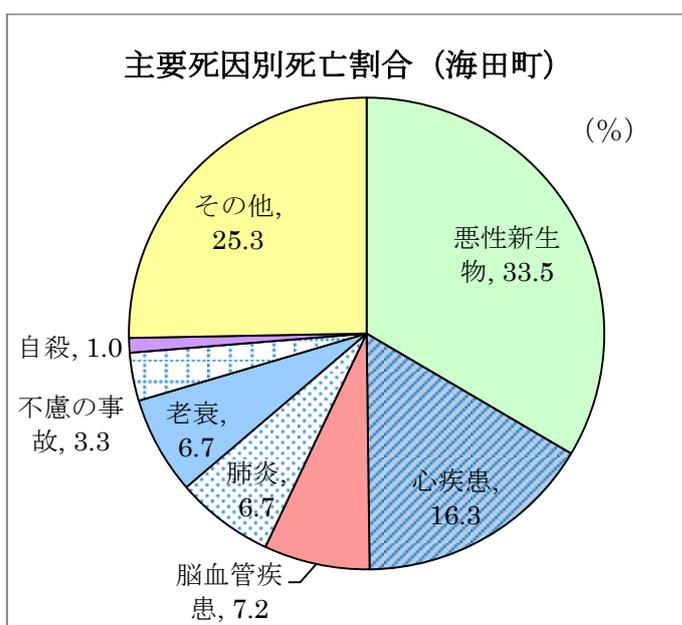
	海田町の男性			海田町の女性		
	平均寿命 A	健康寿命 B	A-B ※ (B/A×100)	平均寿命 A	健康寿命 B	A-B ※ (B/A×100)
平成22年	79.09	77.61	1.48 (98.1%)	87.56	83.75	3.81 (95.6%)
平成27年	82.20	80.49	1.71 (97.9%)	88.19	83.23	4.96 (94.4%)
平成22～27年の 伸び	3.11	2.88	0.23	0.63	△0.52	1.15

※A-B=日常生活に制限のある期間の平均

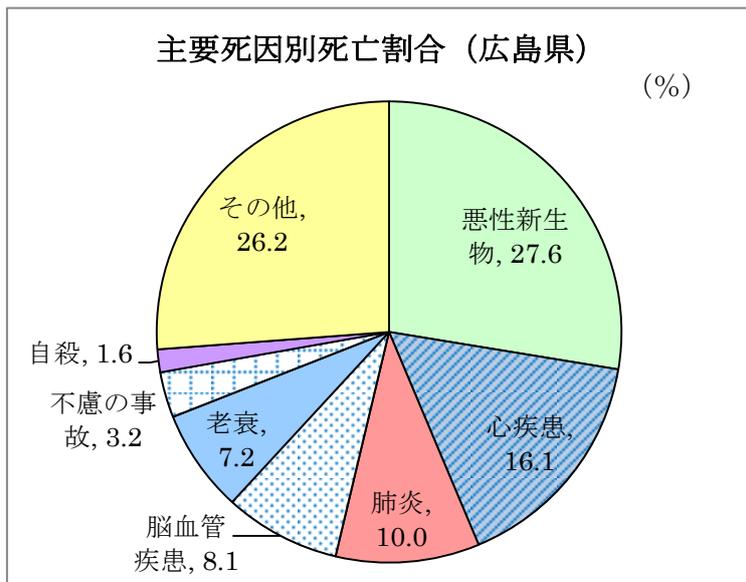
(B/A×100)=平均寿命における健康寿命の占める割合

(6) 主要死因別死亡率

平成27年の海田町では、三大死因（悪性新生物，心疾患，脳血管疾患）で亡くなった人は119人で、全死亡者数209人の56.9%になります。これは、広島県に比べて高くなっています。



疾患名	大分類	死亡者数 (人)
悪性新生物	新生物	70
心疾患	循環器系	34
脳血管疾患	循環器系	15
肺炎	呼吸器系	14
老衰		14
不慮の事故	不慮の事故	7
自殺	自殺	2
その他		53
計		209



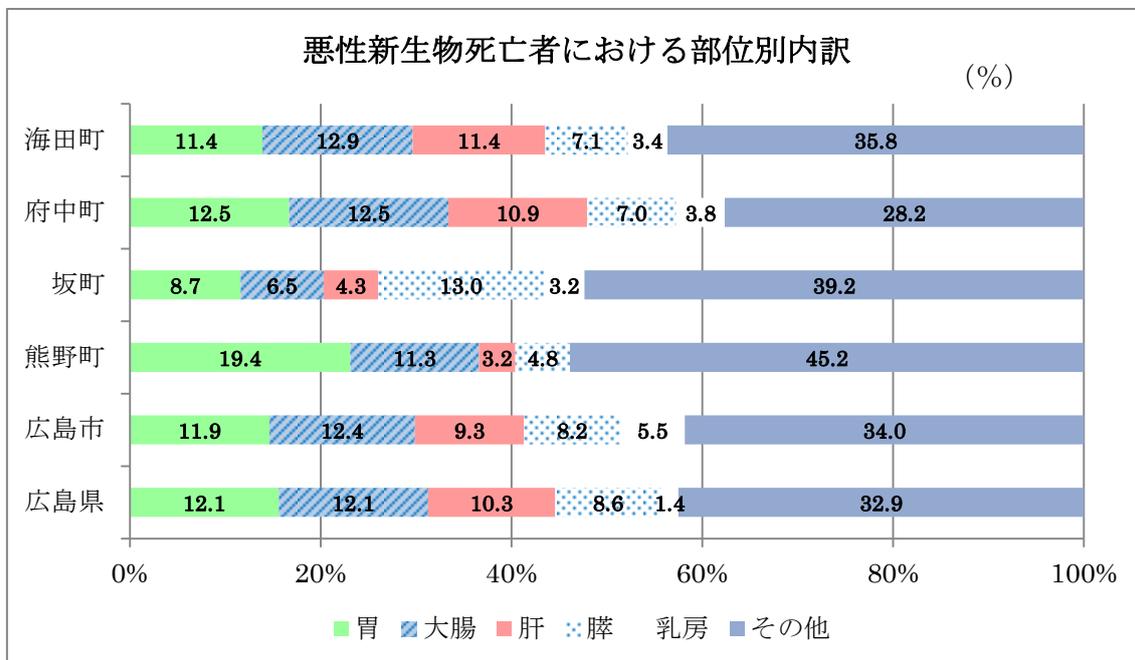
三大死因で亡くなった人の割合は、広島県は 51.8%です。

また、第 4 位の肺炎は全身が衰弱した時に起こる疾患で、高齢者や脳血管障害のある人に起こりやすい疾患です。肺炎は、糖尿病やがん、歯周疾患などの生活習慣病やその他多くの疾患と関連性が強く、このように上位に位置しています。

出典：広島県の人口動態統計 統計表 14（平成 27 年）

（7）主な部位のがん死亡者割合

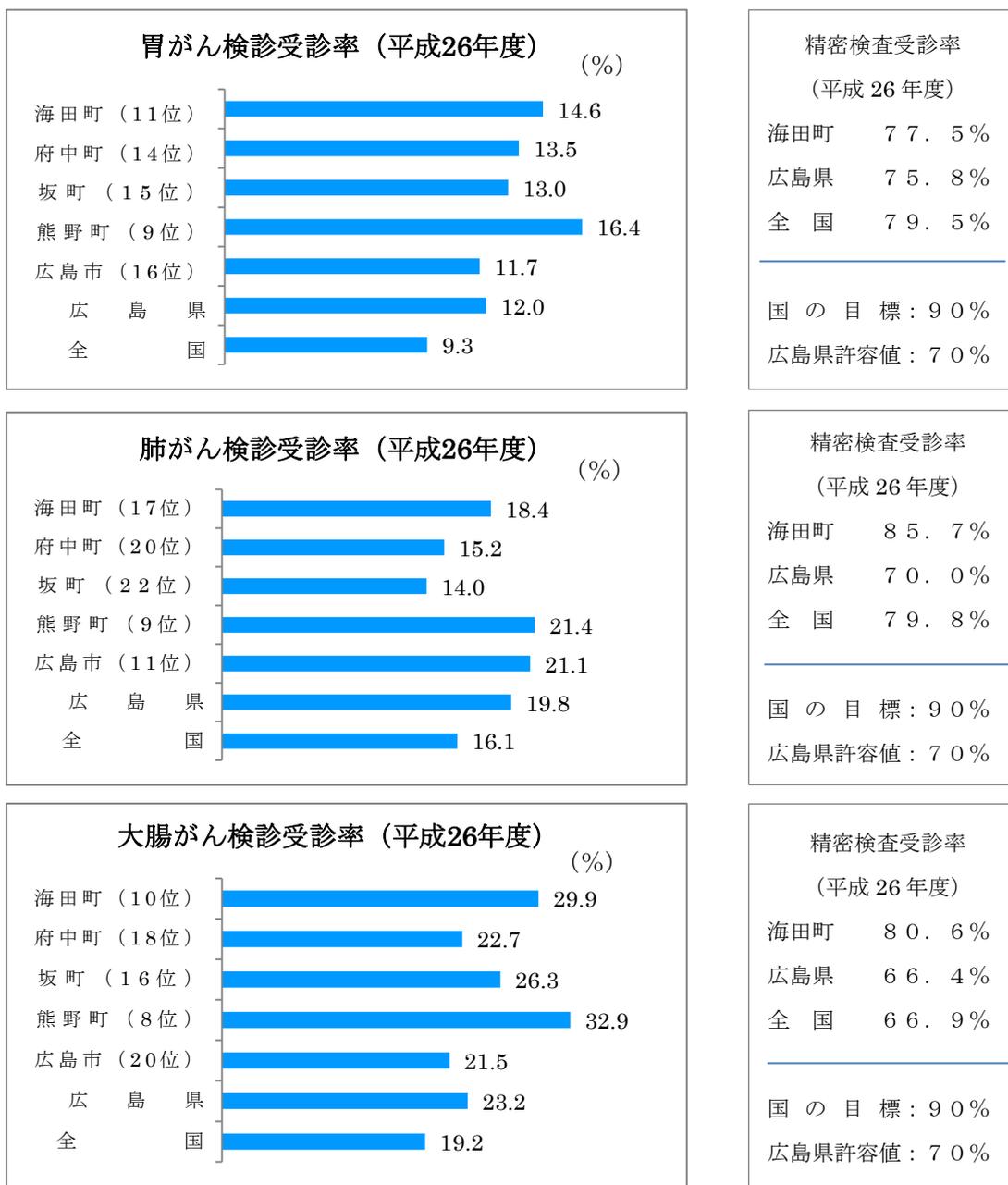
近隣市町と比較すると、海田町の大腸がん及び肝臓がん死亡者の割合が高いことがわかります。



出典：広島県の人口動態統計 統計表 14（平成 27 年）

(8) がん検診受診率とがん精密検査受診率について

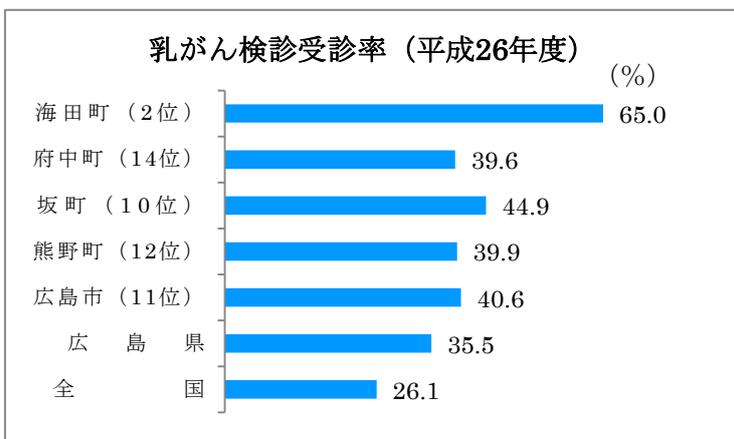
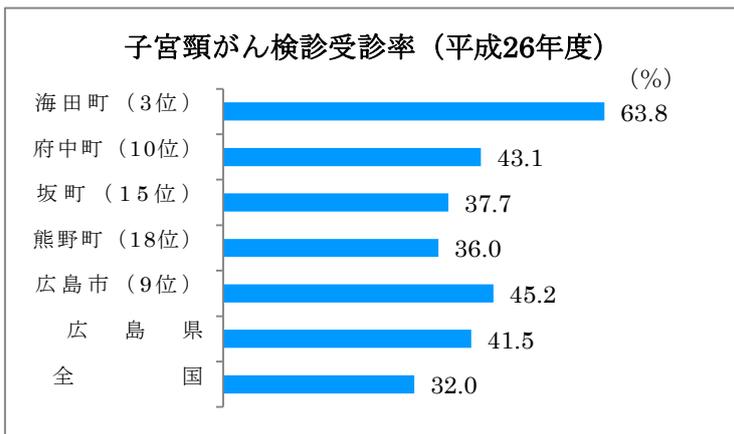
町で実施している5つのがん(胃・肺・大腸・乳・子宮頸)検診については、検診受診者を増やし早期発見に努めることが大切です。検診受診率、精密検査受診率ともに、目標値の達成を目指します。



() 内は県内順位を示しています。

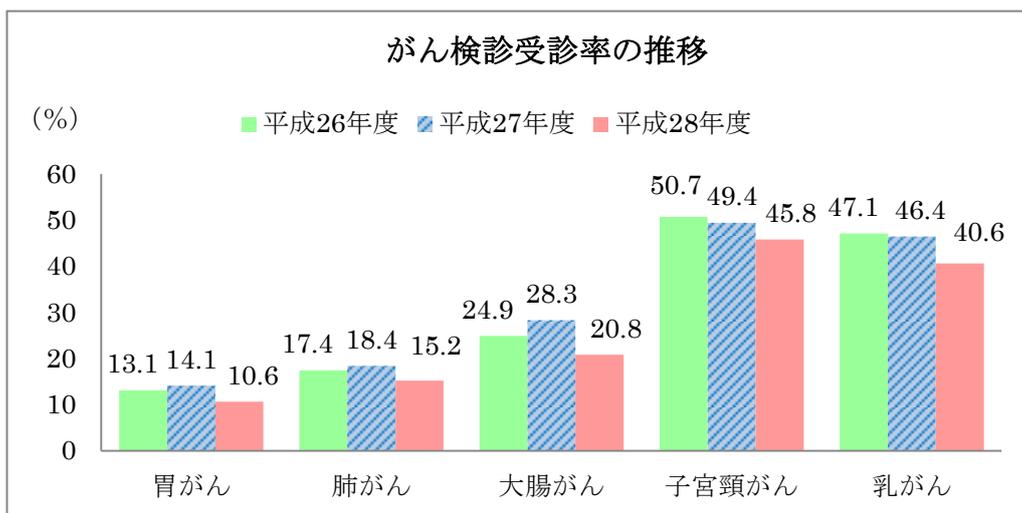
がん検診受診率とは～ がん検診対象者のうち、検診を受けた人の割合です。がん検診受診率の算定対象年齢は、「がん対策推進基本計画(第2期)」(平成24年6月8日閣議決定)に基づき、40歳から69歳まで(子宮頸がんは20歳から69歳まで)としています。

がん精密検査受診率とは～ 精密検査が必要とされた人のうち、精密検査を受けた人の割合です。目標値が国で定められています。



出典：平成26,27年度地域保健・健康増進事業報告

平成28年度の受診率は、5つのがん検診全てにおいて前年度よりも低下しています。

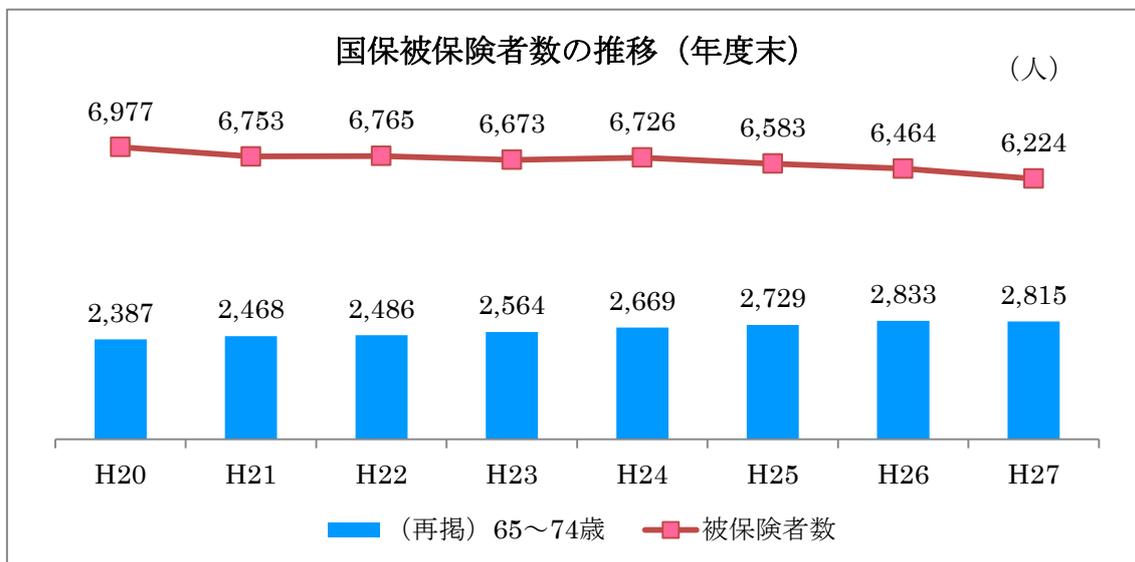


出典：平成26～28年度地域保健・健康増進事業報告

2 海田町国民健康保険の現状

(1) 被保険者数及び前期高齢者数の推移

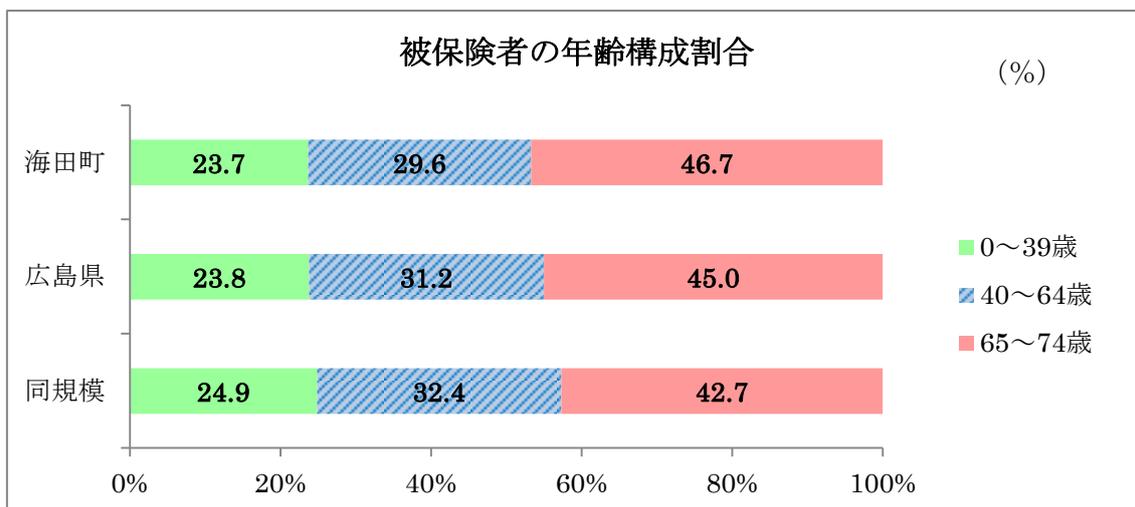
人口減少に伴い、被保険者数は徐々に減少していますが、そのうち前期高齢者（65～74歳）の割合は増加しています。



出典：広島県「国民健康保険の現況」からグラフ化

(2) 被保険者の年齢構成

広島県と比較して、0歳～39歳の被保険者の割合は同程度ですが、40歳～64歳の被保険者は少なく、逆に65歳～74歳の前期高齢者が多くなっています。

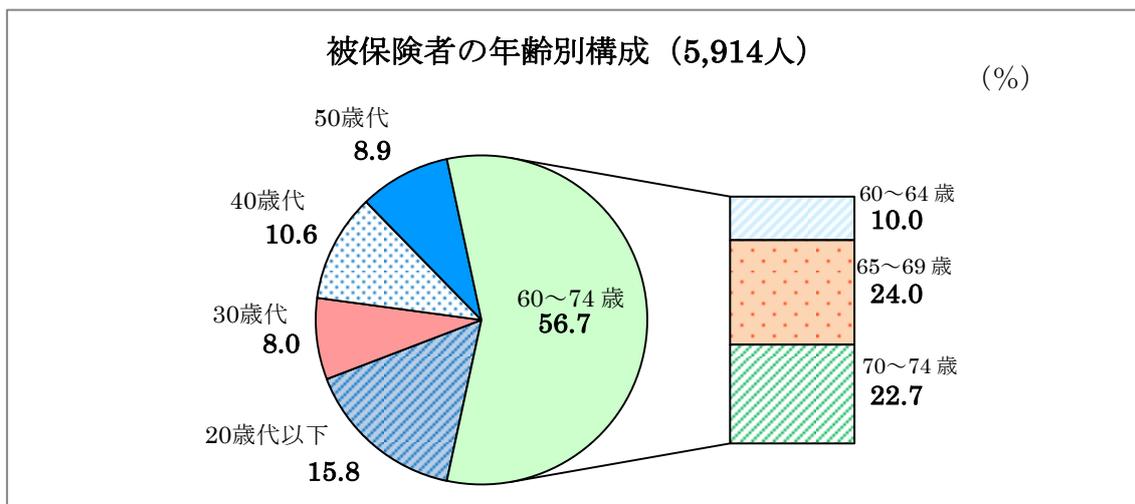


出典：KDB データ（帳票 ID：P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

KDBデータとは～ 国保データベースシステムは、国保連合会が保険者の情報を利活用し、保健事業の実施をサポートする目的で、保険者向けに情報提供するものです。

同規模とは～ 全国の人口規模が同規模の保険者と比較しています。海田町は区分 1 2（町村 5）、人口規模 20,000 人以上に該当し、163 自治体がこれに属します。

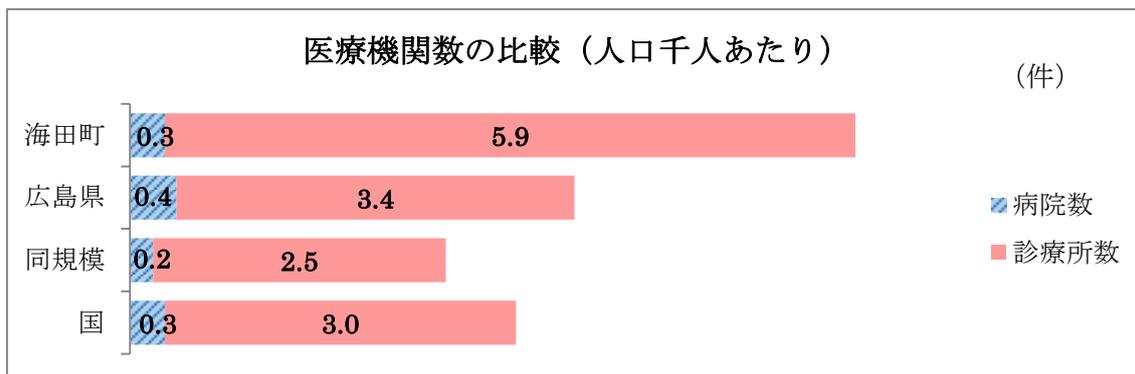
年齢別に細かく見てみると、60歳～74歳が被保険者全体の半分以上を占めています。



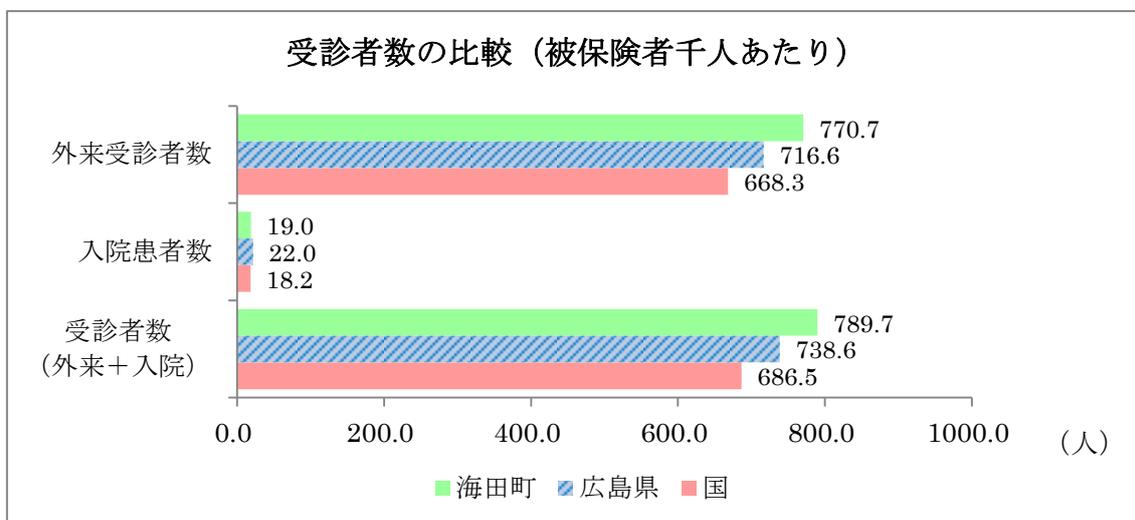
出典：KDB データ（帳票 ID：P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

（3）医療機関数及び受診者

海田町の人口千人あたりの医療機関数は、全国平均よりも充実しています。特に診療所（19床以下）数が全国平均の約2倍と充実しており、受診者数も多くなっています。



出典：KDB（帳票 ID P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）



出典：KDB（帳票 ID P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

3 国保保健事業等の概要（平成28年度）

事業名 対象者	事業の目的	事業の概要	実績 (平成28年度)	課題と考察
特定健診 40歳以上74歳以下の国民健康保険加入者 4,116人	被保険者が正しく健診結果について理解し、生活習慣病の早期発見や数値の改善に努める。	集団健診： 6月（4日間） 9月（3日間） 10月（2日間） 計9日間実施 個別健診： 6月～1月 医療機関で実施 実費徴収額： 1,000円 ※減免あり：町民税非課税世帯に属する者。	目標受診率 55% 受診者 1,277人 受診率 31.0% (平成29年11月28日時点)	受診率は微増しているが、ほぼ横ばいで、目標受診率は達成していないため、受診率向上のための新たな取り組みや現行の取り組みの見直しが必要。 情報提供事業対象者数を増やすために、効果的な周知が必要。
特定保健指導 特定保健指導対象者 ①動機付け支援125人 ②積極的支援32人	特定健診受診後、メタボ及びメタボ予備群に対し、食事・運動に重点を置いた指導を実施することで、生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症を予防する。	個別指導：随時訪問 健康相談会：4回実施	目標指導率 55% 指導率67.5% <動機付け> 利用者91人 指導率72.8% 腹囲減少率 27.8% <積極的> 利用者15人 指導率46.9% 腹囲減少率 58.8%	全体の目標実施率は達成しているが、積極的支援だけをみると達成していない。積極的支援の対象者への継続的な働きかけが必要。 積極的支援の半数以上の者に腹囲減少がみられた。動機付け支援の方は約3割の方に腹囲減少がみられており、モチベーション維持のための支援が必要。
そらまめ教室 慢性腎臓病ステージ3の者、家族	CKDについて理解し、生活習慣の見直し、血圧のコントロールを通して、人工透析への移行を防ぐ。	【実施時期】 6月～9月 全4回 低たんぱく食、減塩の必要性、腎臓のはたらきについて理解し、生活習慣を見直す。	実：18人 延：126人 第4回目に講演会を開催。 教室参加者以外の参加76人。	腎機能保持のために、病態や食事療法の基本について教室の形態で実施した。 同好会との連携について、今後検討をしていく。
そらまめ同好会 過去3年間のそらまめ教室参加者	低たんぱく食、減塩の知識とそれらを踏まえた腎臓病食の献立作成の工夫を習得する。	【実施時期】 11月～2月 全4回	実：16人 延：57人	少人数での同好会となったため、活発な情報交換が行われた。 家庭で低たんぱく米等を取り入れた腎臓病食を作ることができるかが課題。
糖尿病予防教室 HbA1c値6.0～6.4%または空腹時血糖値110～125mg/dlで未治療の者	糖尿病について理解し、糖尿病の発症を予防する。	【実施時期】 7月～2月 全5回 生活習慣、運動、栄養の観点から糖尿病発症予防のための集団指導を実施する。	実：23人 延：77人 体重減少44.4% 体脂肪率減少22.2% HbA1c改善：63.6%	参加者については、おおむねHbA1c値が改善した。 教室終了後のアンケートから、教室前後で意識や行動により変化がみられたという参加者が多かった。

事業名 対象者	事業の目的	事業の概要	実績 (平成28年度)	課題と考察
水中運動教室 国保被保険者以外も可 74歳まで	水中運動を行い、体力の向上を図ることで、生活習慣病の発症を予防する。	【実施時期】 5月～10月 全15回(3クール) 町福祉施設の健康増進プールを活用し、ポピュレーションアプローチとして、水中運動教室を実施する。	1クール： 実14人 2クール： 実14人 3クール： 実17人 延：195人	参加者数が伸びており、水中運動に積極的に取り組む者が増えている。 教室終了後も継続して水中運動をしているという声が聞かれた。 一方で、教室参加時のみ運動をしているという者もあり、運動継続ができていない者がいることが課題。
リフレッシュエアロ 国保被保険者以外も可 30歳から74歳で一定条件を満たす者	運動教室を実施し、肥満及び脂質異常の者の疾病予防をする。	【実施時期】 5月～9月 全8回 運動指導士による運動実技や調理実習を通して、肥満や脂質異常予防について学ぶ。	実：22人 延：136人	肥満者に関しては、体重減少をする者はいたものの適正BMIに達する者はおらず、大きな成果が出た者が少なかった。 平成28年度から新規事業として開始し、出席率もよく、楽しく運動ができていた。 調理実習と講義を行うことで、脂質異常症を予防するための生活上の工夫を学ぶことができた。
緊急速報値訪問指導 健診結果が一定条件を満たす者	健診結果から要治療者を発見し、医療機関受診をすすめることで、重症化を予防する。	健診結果で至急受診が必要な者に対し、速報値として医療受診勧奨の訪問を行う(受診勧奨判定値)。	14件	至急受診が必要な者を早期に訪問することで、受診につなげることができた。 受診の必要性について、本人の自覚がない場合、確実に受診につなげることが課題。
健診結果相談会 国保被保険者以外も可	対象者が健診結果から自らの身体状況を正しく把握し、健康上のリスクを理解することで、生活習慣を見直すきっかけをつくるため。	【実施時期】 8月～12月 全5回 健診結果や検査数値のもつ意味や見方、現在の健康状態と問題点、将来を予測した改善策などについて情報提供することで、継続的な行動変容に結びつくよう、個別相談会を実施する。	49件	健康に対する意識が高い者の参加が多かった。検査数値の見方などを情報提供するだけでなく、参加者と一緒に生活習慣の改善策を考えることができた。 数値的に著しく状態の悪い者の自発的な相談希望が少なく、意識の高い者の申込みが多い傾向がある。
エクササイズ10 特定保健指導対象者、糖尿病予防教室、そらまめ教室参加者	集団運動指導を実施することで、検査値の改善につとめ、生活習慣病のリスク軽減を図る。	【実施時期】 10月～2月 全10回 健康運動指導士による特定保健指導プログラムに基づいた運動実践中心の集団指導。 運動(筋力トレーニング、有酸素運動)の実施。	実：25人 延：116人	継続して教室に参加している者から、教室が運動を始めるきっかけとなった、仲間と一緒に運動を続けられるといった声が聞かれた。 一方で参加率が悪く、参加者が継続して運動をすることができていないことが課題。自宅でも教室で実施した運動を行っているという者が少なく、教室終了後も運動を継続できるような環境づくりが必要。

事業名 対象者	事業の目的	事業の概要	実績 (平成28年度)	課題と考察
重複頻回受診者訪問指導 重複、頻回の一定条件を満たす者	重複受診者及び頻回受診者を訪問し、個別に健康相談を実施することで、医療費の適正化を図る。	保健師が訪問し、適正受診について理解を促し、生活習慣改善についての助言を行う。	対象者：78人 介入できた人：67人	保健指導を実施した翌月のレセプトを見ると、受診日数や機関数が減っている者が多く、訪問により対象者と会話をする中で、受診について振り返る機会となっている。
福祉保健まつりでの啓発	健康・食育に関する知識及び意識の向上を、体験等を通して図る。 10月の土曜日開催	<ul style="list-style-type: none"> ・がん啓発 ・歯科相談 ・ジェネリック医薬品の啓発 ・体力測定 ・認知症予防 ・食育体験、啓発 	(健康食育ブース来場者) 7,256人	情報提供するだけではなく、体験を通して健康食育に関する知識を普及することができた。 まつりの機会を生かし、健診の受診勧奨を効果的に行っていく必要がある。
広報による啓発	健康及び医療に関する知識の普及及び意識の高揚を図る。	【「広報かいた」に掲載】 <ul style="list-style-type: none"> ・国保関連（制度説明や啓発記事）の掲載 ・特定健診に関する啓発記事の掲載 	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険関係：年12回（毎月掲載） ・国民年金関係：年12回（毎月掲載） ・健康づくり関係（特定健診案内）：年4回 	特定健診の受診勧奨の記事に関しては、検査値の持つ意味や検査値が悪化することによるリスクなど、読み手に訴えかけるような健康関連記事を掲載する。
医療費通知 受診者世帯	被保険者の医療費に対する意識の向上を図る。	【実施時期】 年6回 国保連合会に委託	延べ 16,303件	対象者の医療費に対する意識が高まっているかを正確にはかり、評価していく必要がある。
ジェネリック医薬品差額通知 ①100円以上の削減効果が得られると認められる者 ②後発品率が100%未満の者	ジェネリック医薬品の利用を促進し医療費の削減を図るため、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を個別通知する。	【実施時期】 毎月1回	選定基準該当 2,437件 (12回/年) <ul style="list-style-type: none"> ・金額ベース普及率 35.6% ・数量ベース普及率 56.8% (平成29年3月時点)	金額ベースの普及率は37.33%、数量ベースは58.25%（平成29年9月時点）となっており、金額ベース、数量ベースともに、ジェネリック医薬品の普及率は上昇している。

その他（各種がん検診等の概要）

事業名 対象者	事業の概要	課題と考察（保健センター）
胃がん検診 40歳以上	【実施方法】 集団健診（バリウムによるX線） 個別健診（内視鏡） 【自己負担】 集団：1,000円 個別：4,000円 （非課税世帯2,000円）	平成28年度の受診率目標値（国）は50%であるが、5つのがん全てにおいて、達成していない（11ページのグラフ参照）。 平成28年度の受診率は、5つのがん全てにおいて、前年度よりも低下している（11ページのグラフ参照）。例年であれば集団健診を6・7・10月に実施していたが、平成28年度は6・9・10月の実施となり、実施月を例年と変更していることが一つの原因であると考えられる。
肺がん検診 40歳以上	【実施方法】 集団健診のみ 【自己負担】200円	平成29年度に引き続き、平成30年度も対象となる方ががん検診受診券を送付し、啓発を行う。
大腸がん検診 40歳以上	【実施方法】 集団健診 保健センター窓口受付 ⇒盛夏を除く6月～2月 【自己負担】300円	また、平成30年度からの新たな取り組みとして町内企業と連携し、働く世代とその家族の健康づくりのため、町の健診情報について周知する。
子宮頸がん検診 20歳以上の女性	【実施方法】 集団・個別健診 【自己負担】 集団：700円 個別：1,000円 【その他】 対象年齢に無料クーポン券配布	
乳がん検診 40歳以上の女性	【実施方法】 集団・個別健診 【自己負担】 集団：1,500円 個別：2,000円 【その他】 対象年齢に無料クーポン券配布	
前立腺がん検診 50歳以上の男性	【実施方法】 集団健診のみ 【自己負担】500円	
一般健診 18歳以上39歳以下	【実施方法】 集団健診のみ 【自己負担】1,000円	BMI25以上の人や、中性脂肪高値の人など、検査値の異常が見られる人がいる。町広報紙や福祉保健まつり等で健康情報を発信するといった発症予防のための取り組みが必要。
一般健診 40歳以上の被保護者	【実施方法】 集団健診 個別健診：6～1月 【自己負担】なし	受診率が低く、医療機関を受診する人が多い。生活習慣の改善が必要な人が多い。

※平成27年度から対象者数の考え方が変更になり、対象年齢の市町人口となった。

平成28年度の集団健診：6・9・10月（計9日間）

第3章 基本分析による現状把握と課題

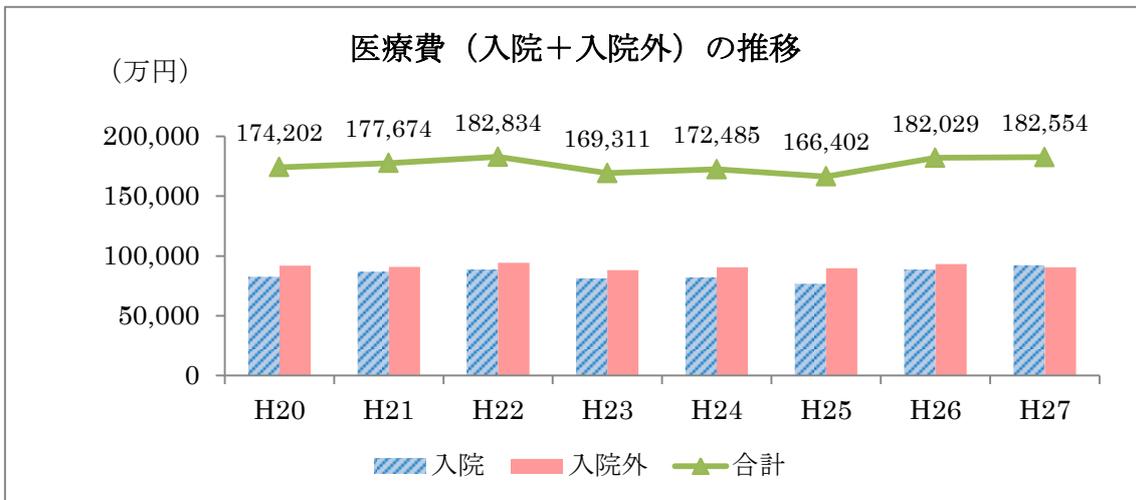
ここでは、海田町の医療、介護、健診データにより、海田町の現状を分析します。

1 国保医療費データの分析

(1) 国保の医療費の概要

① 医療費の推移

後期高齢者医療制度が始まった平成20年度以降の国保医療費の推移です。7年間で8,352万円増加しています。

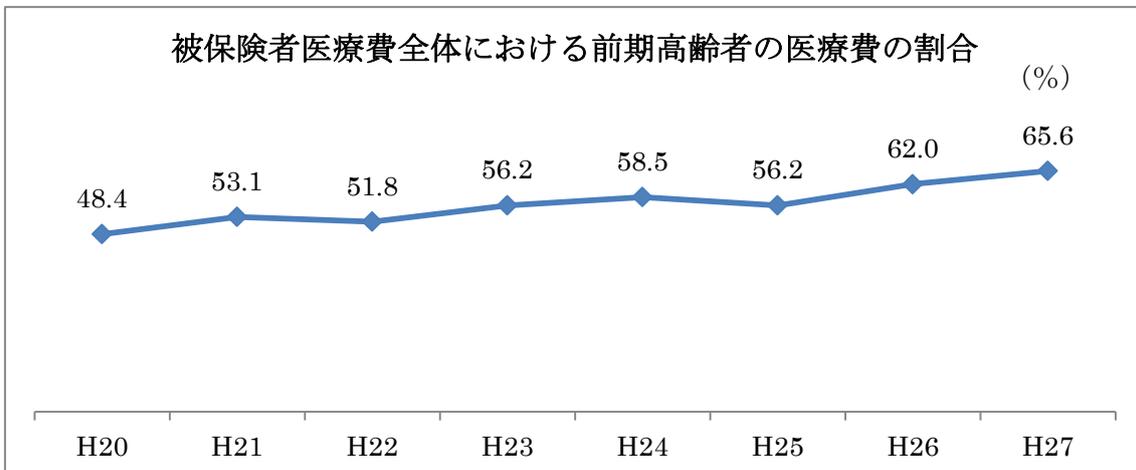


出典：「国民健康保険事業年報」よりグラフ化

※ここでいう医療費とは、わかりやすくするために入院費と外来費を合計したものとしています。歯科や調剤、訪問看護等は含まれていません。

② 前期高齢者の医療費の推移

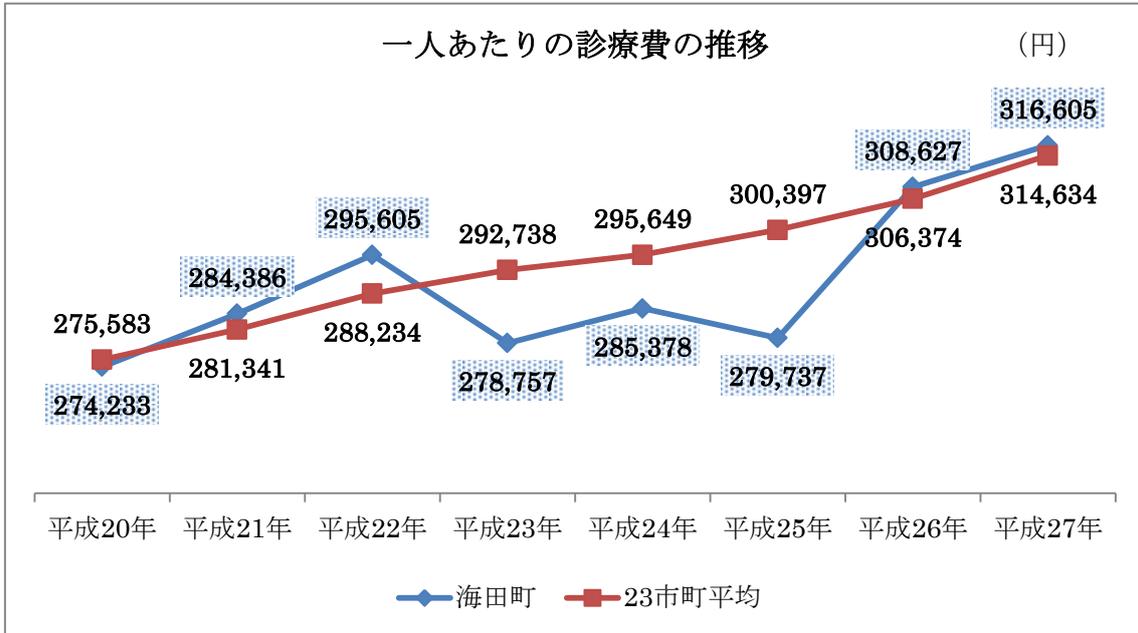
医療費全体に占める前期高齢者（65～74歳）の医療費割合は増加傾向にあり、6割以上を占めています。



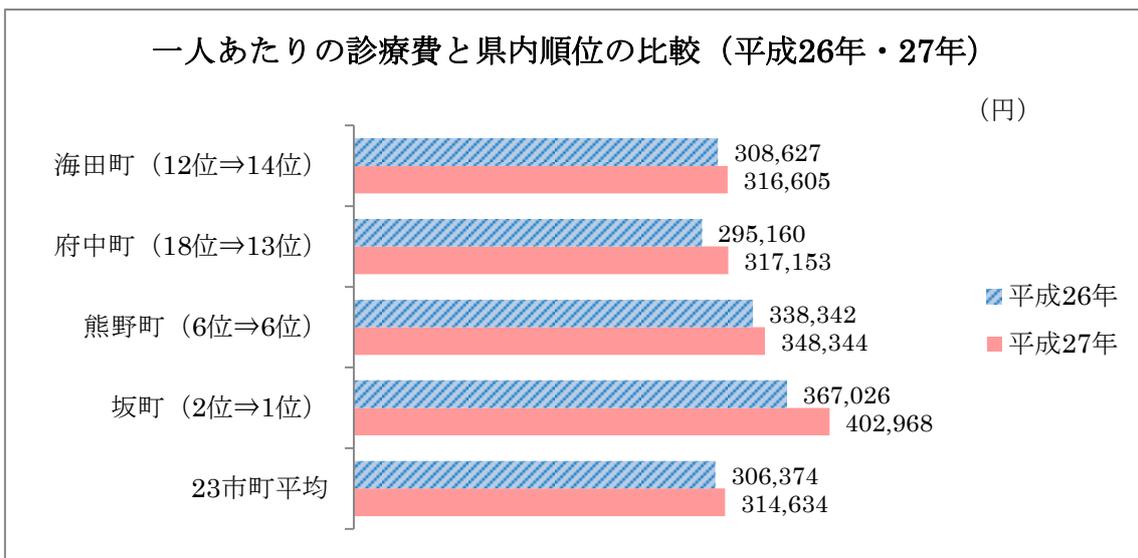
出典：「国民健康保険事業年報」よりグラフ化

③ 被保険者一人あたりの診療費の推移

平成27年の診療費は、平成20年と比べて約42千円増加し、23市町平均より約2千円高くなっています。被保険者数は減少傾向ですが、一人あたりの診療費は、医療の高度化と前期高齢者割合の増加により、今後も増加の一途をたどることが予想されます。



海田町の一人あたりの診療費の県内順位は、平成26年は第12位、平成27年は第14位と大きな変化はありません。



出典：広島県「国民健康保険の現況」よりグラフ化

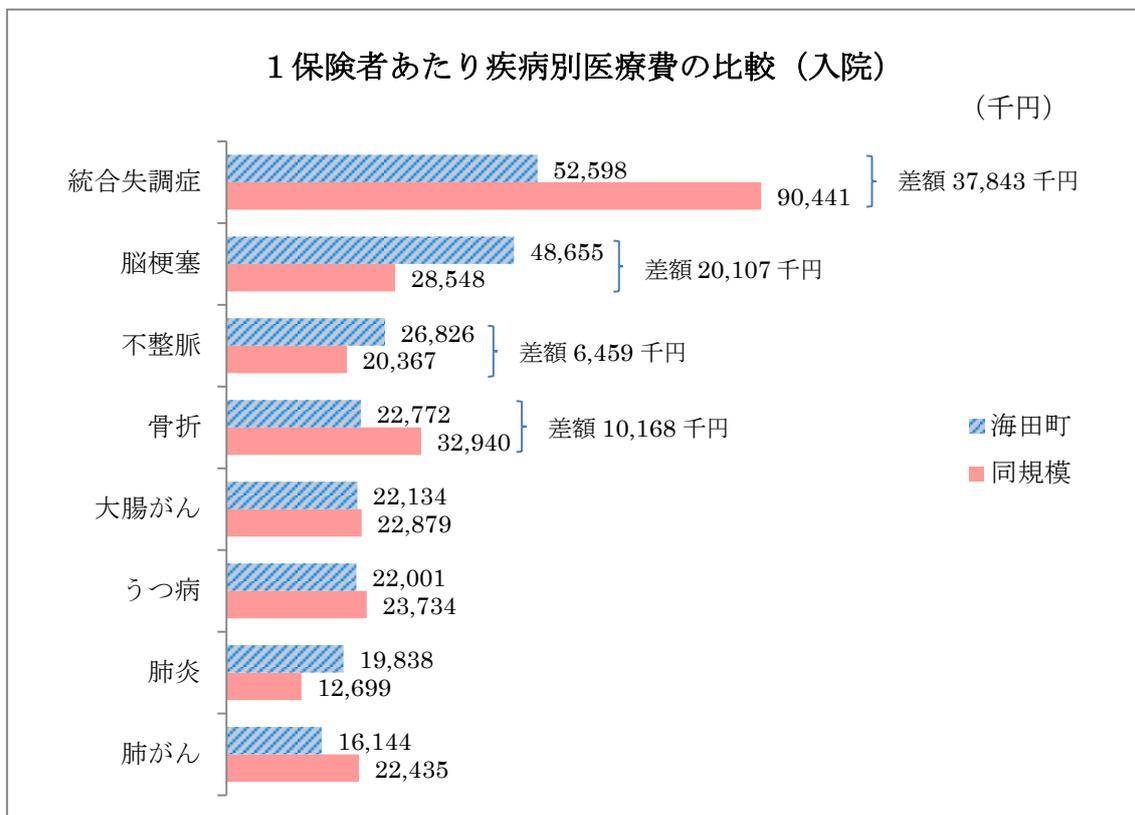
一人あたりの診療費とは～ 診療費総額を年間平均被保険者数で除して得た額です。

23市町平均とは～ 広島県下23市町の平均になります（国保組合は含みません）。

(2) 入院・外来医療費の割合（最大医療資源傷病名による）

①入院医療費の特徴

入院が長期化する「統合失調症」、「脳梗塞」が高い医療費になっています。
また、同規模自治体の入院医療費と比較して海田町の方が1千万円以上高い疾患は、「脳梗塞」です。

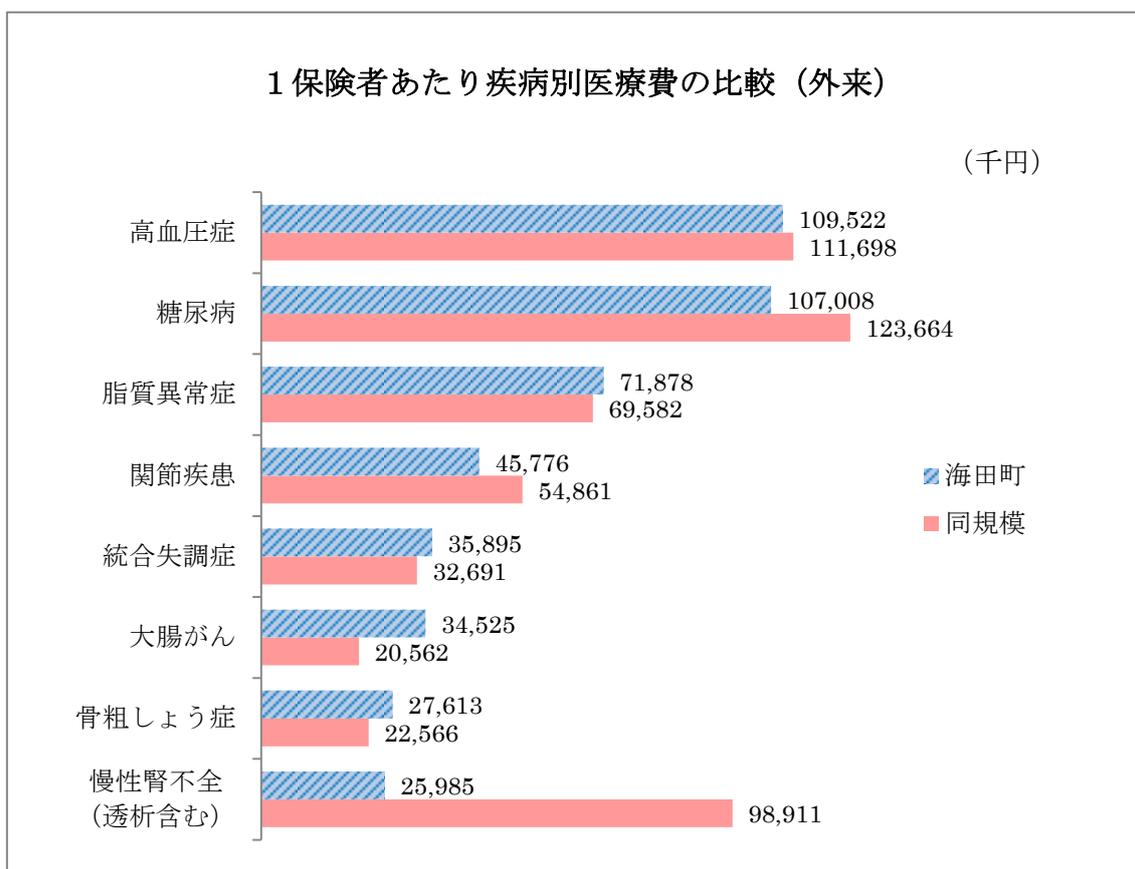


出典：KDB データ（帳票 ID：P23 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

最大医療資源傷病名とは～ 医療（医科+調剤）のレセプトデータから最も費用を要したもの（診療行為、医薬品、特定器材）で、一部の傷病分析に用います。
最大医療資源傷病名により傷病分析を行うことで、保険者において医療費負担の割合の大きい疾病が明らかになります。

②外来医療費の特徴

外来医療費では、「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」が上位を占めています。「慢性腎不全」は透析治療を開始していない人も含みますが、同規模自治体と比べ医療費が低いのは、平成28年の海田町国保加入者のうち、透析治療の方が8人と少ないことによるものと思われます。透析治療になると、65歳ではほとんどの方が障害認定を受けて国民健康保険から後期高齢者医療に移行します。したがって、この8人は、国民健康保険加入者、かつ65歳未満の方です。



出典：KDB データ（帳票 ID：P23 001）平成28年度累計（H29.10 現在）

（参考）慢性腎臓病（CKD）とは

慢性腎臓病とは、腎臓の働きが慢性的に低下している状態であり、心臓病や脳卒中などの心血管疾患の危険因子であることに加え、腎不全（人工透析）の危険性が高くなります。

【診断基準】

次の①②のいずれか、または両方が3か月以上継続している。

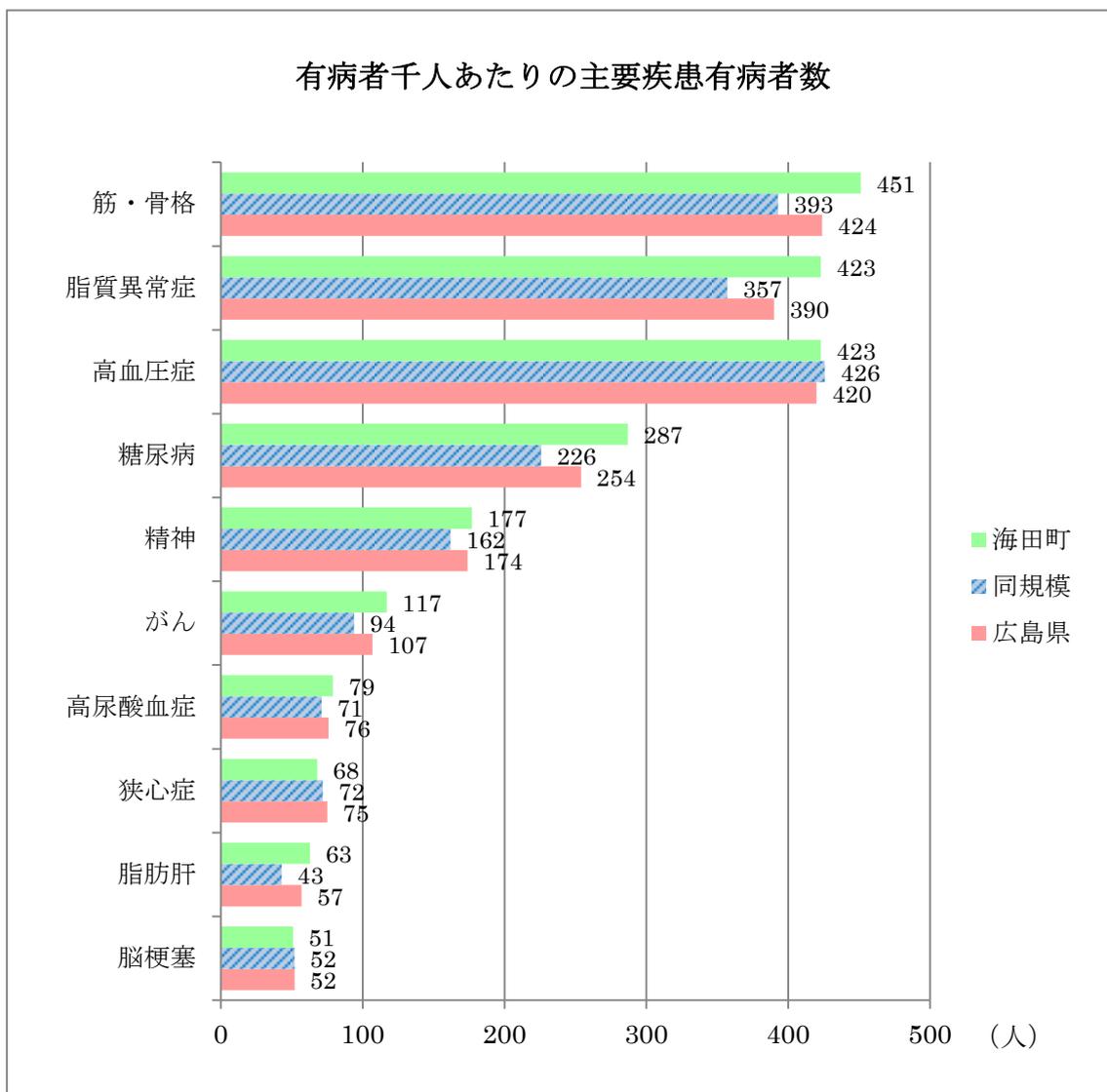
①蛋白尿の持続 ②eGFR（推算糸球ろ過量）が60未満（＝腎機能6割未満）

※eGFRは年齢、性別、血清クレアチニンにより割り出した値です。

(3) 生活習慣病と医療費

①生活習慣病と有病者数

有病者千人あたり 400 人以上と多い疾患は、「筋・骨格」、「脂質異常症」、「高血圧症」となっています。また、本町の有病者数が同規模自治体や広島県を上回る生活習慣病に、「筋・骨格」「脂質異常症」「糖尿病」「がん」等があります。



出典：KDB データ（帳票 ID：P23 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

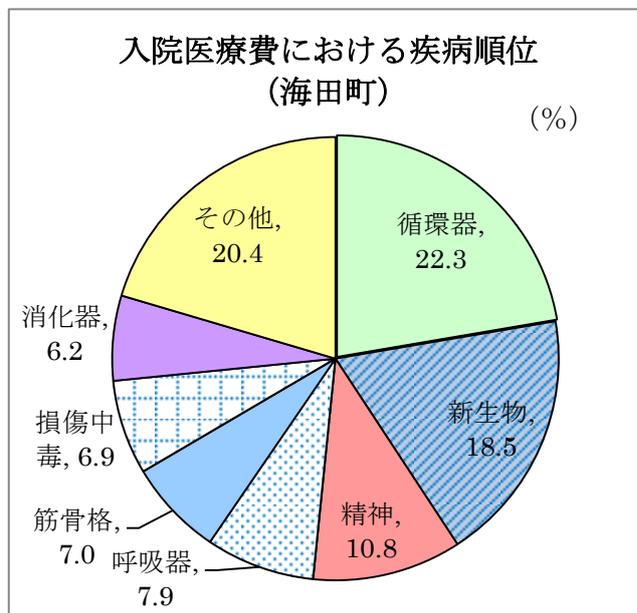
「精神」とは～ うつ病や統合失調症，気分障害，また認知症やアルツハイマー病等を含みます。

②入院・外来医療費における疾病順位

入院医療費における疾病順位をみると、循環器疾患が 22.3%と多く、その中でも「脳梗塞」、次いで「不整脈」となっています。また、精神の「統合失調症」も多くなっています。

入院		
大分類	細小分類	割合 (%)
循環器	脳梗塞	6.6
	不整脈	3.6
新生物	肺がん	2.2
	膀胱がん	1.2
精神	統合失調症	7.1
	うつ病	3.0
呼吸器	肺炎	2.7

【大分類】

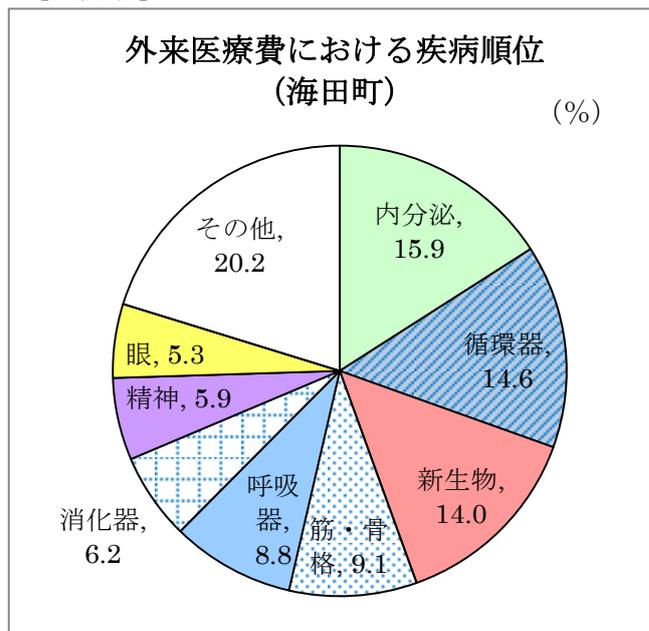


出典：KDB データ（帳票：ID P23 002）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

一方、外来医療費では、糖尿病や脂質異常症などの「内分泌疾患」や、高血圧症など「循環器疾患」が多くなっています。

【大分類】

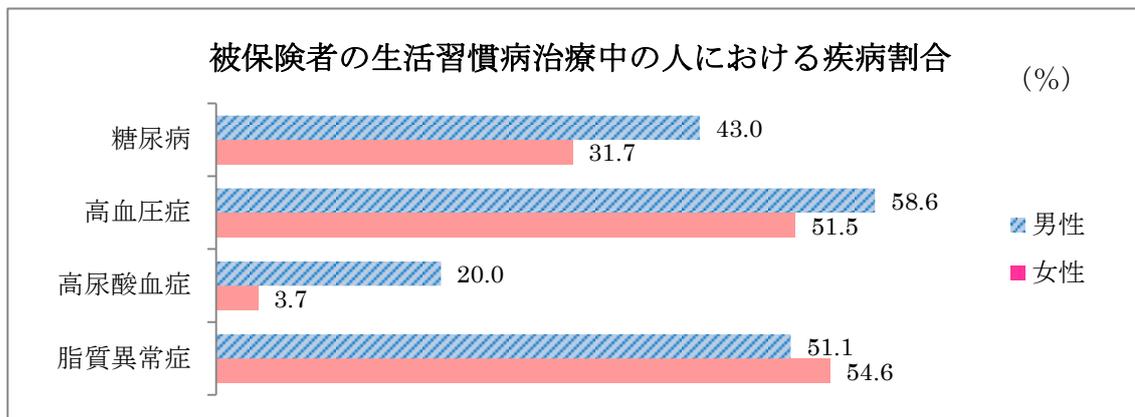
外来		
大分類	細小分類	割合 (%)
内分泌	糖尿病	8.5
	脂質異常症	5.7
循環器	高血圧症	8.7
新生物	大腸がん	1.8
	乳がん	1.6
筋骨格	骨粗しょう症	2.2
	関節疾患	1.7



出典：KDB データ（帳票：ID P23 002）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

(4) 被保険者の疾病状況

生活習慣病治療中の人では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症が多くなっています。



出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月（H29.10 現在）

被保険者数を母数とした場合、これらの疾病の有病率は次のとおりです。いずれの疾患も、50 歳代から 60 歳代にかけて有病率が高くなっています。

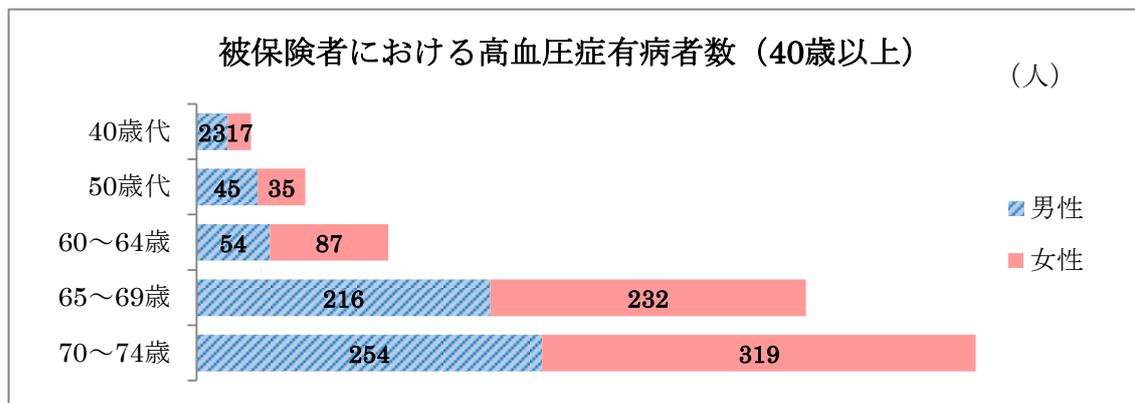
被保険者における生活習慣病の有病率

	被保険者数 (人)		糖尿病 (%)		高血圧症 (%)		高尿酸血症 (%)		脂質異常症 (%)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
40 歳代	298	306	6.0	2.0	7.7	5.6	1.7	1.0	8.4	6.2
50 歳代	244	281	12.3	7.8	18.4	12.5	5.3	0.7	14.3	11.4
60～64 歳	201	376	19.4	11.7	26.9	23.1	9.5	1.1	20.4	21.3
65～69 歳	634	758	25.2	17.5	34.1	30.6	12.6	1.5	31.4	33.1
70～74 歳	606	752	30.9	29.0	41.9	42.4	13.9	4.0	35.0	45.9

出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月（H29.10 現在）

① 高血圧症について

高血圧の治療を受けている人は年齢とともに徐々に増え、男女とも 60 歳代から有病者数は増加しています。特に 60 歳代後半において、有病者が著しく増加しています。

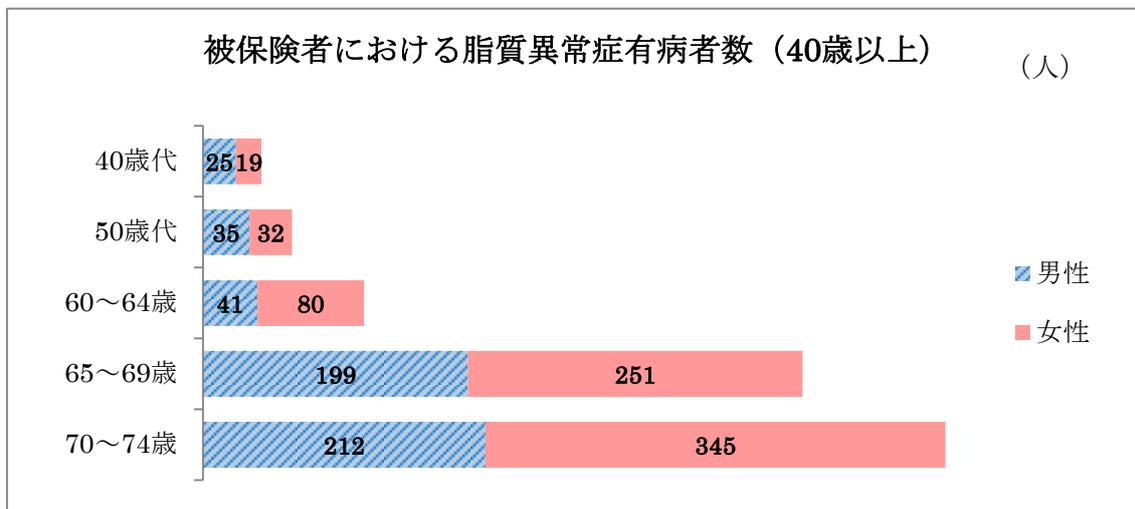


出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月（H29.10 現在）

②脂質異常症について

男女とも年齢とともに増加していますが、60歳代以上では急増しています。

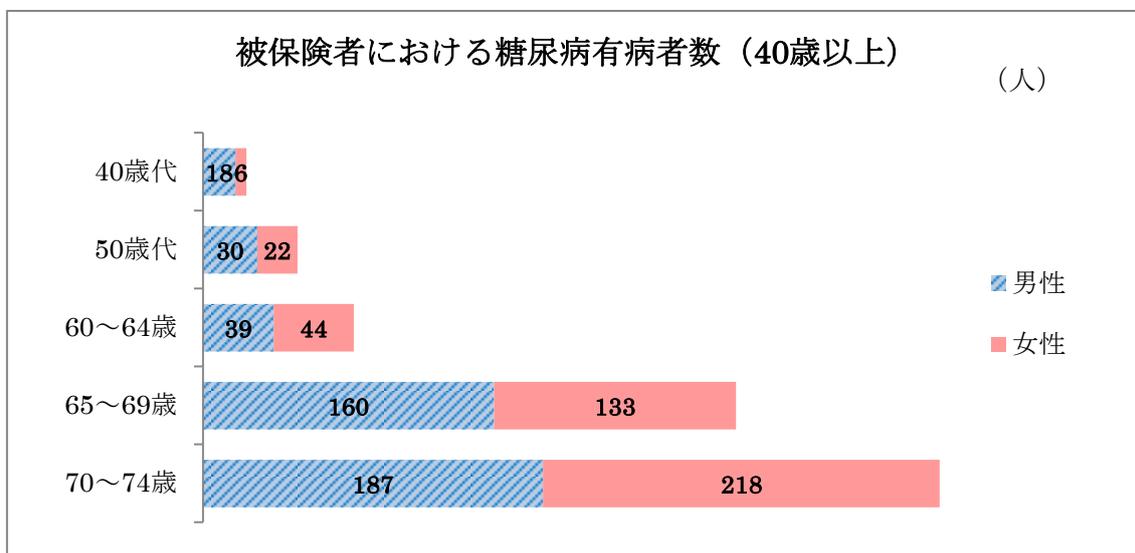
また、男性よりも女性の方が多いのは、閉経に伴う女性ホルモンの低下が要因としてあげられ、食習慣の見直しなど、一層のはたらきかけが必要です。



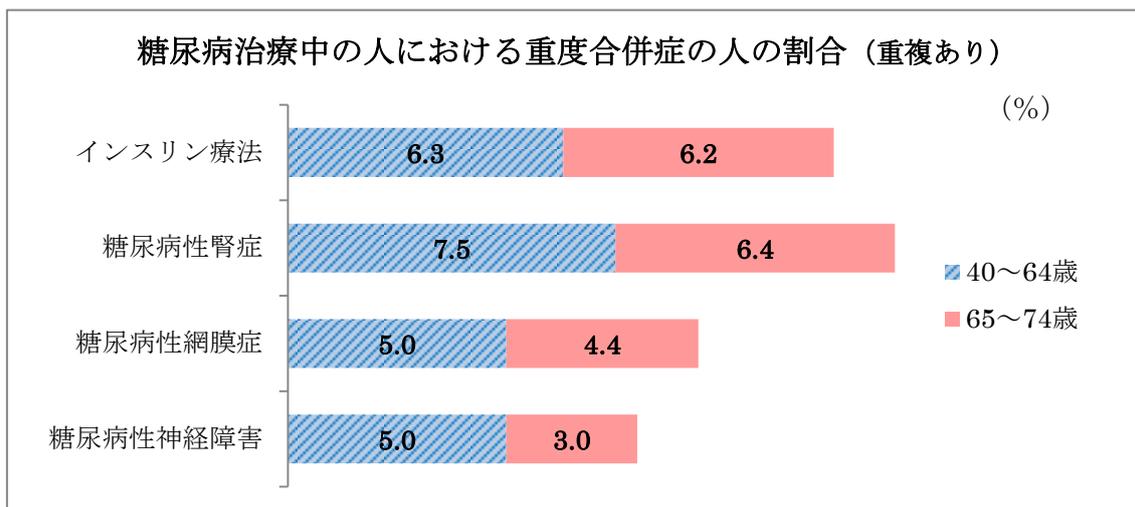
出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月（H29.10 現在）

③糖尿病及び合併症の状況について

糖尿病治療中の人は、男女とも 60 歳代後半において著しく増えています。



出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月（H29.10 現在）



出典：KDB データ（帳票 ID：P21 014）平成 29 年 9 月 (H29.10 現在)

(単位：人)

年齢区分	治療中の人数	インスリン療法	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害
40～64 歳	159	10	12	8	8
65～74 歳	698	43	45	31	21
計	857	53	57	39	29

上のグラフは、糖尿病治療をしている人の中で、合併症発症レベルの人の割合を表しています。65～74 歳よりも 40～64 歳の方が治療中の人は少ないにも関わらず、その発生割合は高くなっており、早くから重症化していることがわかります。

糖尿病の三大合併症「し・め・じ」

糖尿病の三大合併症について簡単に覚える方法として、京都医療センターの坂根直樹予防医学研究室長は次のキーワードをあげています。

しんけい障害の し 糖尿病性神経障害
 症状が眼に現れる め 糖尿病性網膜症
 じんしょうの じ 糖尿病性腎症

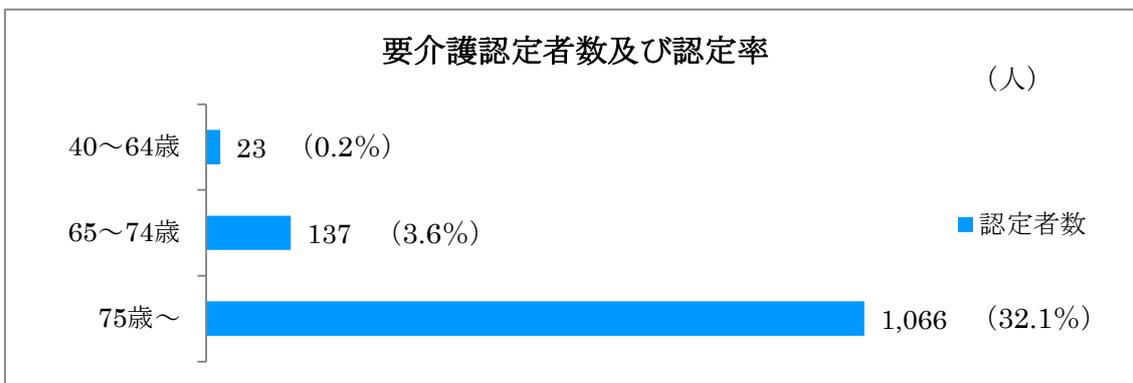
合併症の発症には個人差がありますが、糖尿病発症時にはすでに動脈硬化がすすんでいます。糖尿病性神経障害は糖尿病の発症から 5 年ほどで症状が現れ、合併症の中で最も早く気づくことが多いといわれます。

これ以外にも、「がん」「認知症」「歯周病」は糖尿病と関係が深い重要な疾患であることが、近年の研究から明らかになっています。

2 介護データの分析

(1) 要介護認定率

前期高齢者（65～74歳）では、要介護認定率が3.6%ですが、後期高齢者（75歳以上）になると急激に増え、認定者は3人に1人の割合となっています。

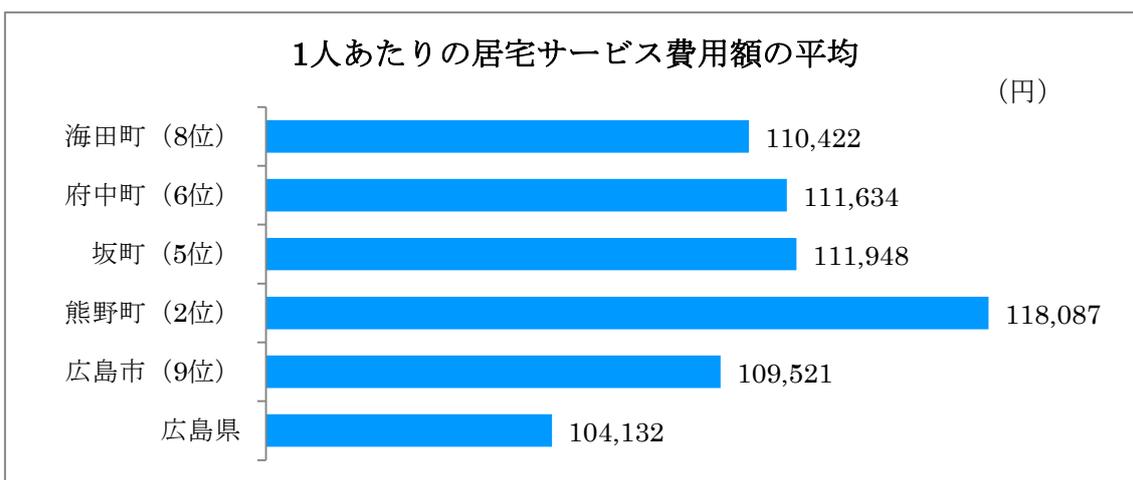


	40～64歳	65～74歳	75歳以上(後期)
認定者数(人)	23	137	1,066
対象年齢人口(人)	9,507	3,762	3,321
認定率(%)	0.2	3.6	32.1

出典：介護保険事業報告書（平成29年10月末現在）

(2) 介護給付費について

1人あたりの居宅サービス費用額の平均は、海田町は県内第8位です。

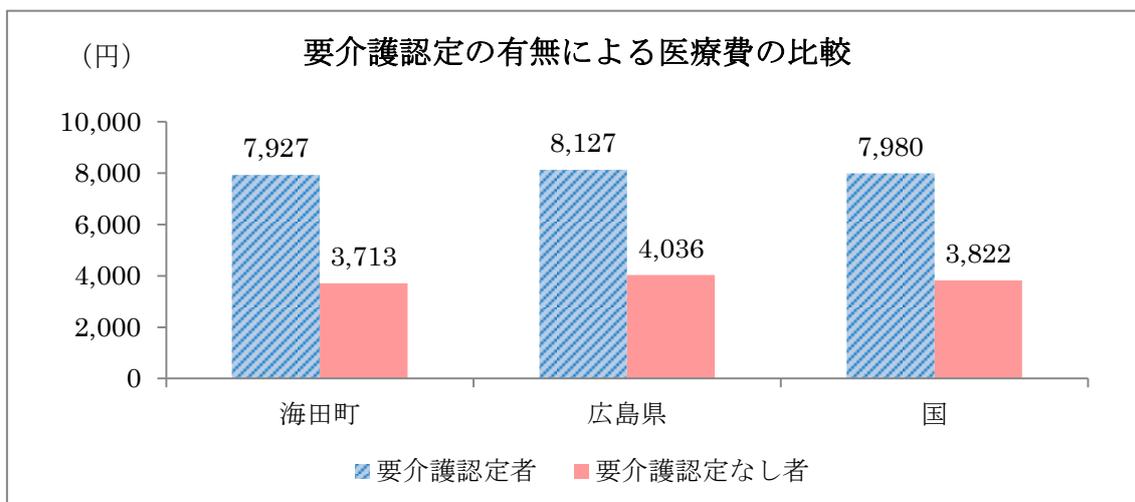


出典：ひろしまの国保 No. 770 P28（平成29年8月サービス提供分をグラフ化）

1人あたりの居宅サービス費用額とは～ 介護保険居宅サービス費用額を受給者全体で除して得た値です。

(3) 要介護（支援）認定者の医療費（平成 28 年度）

要介護認定者の医療費は、広島県や国と比較すると、ほぼ同程度となっています。

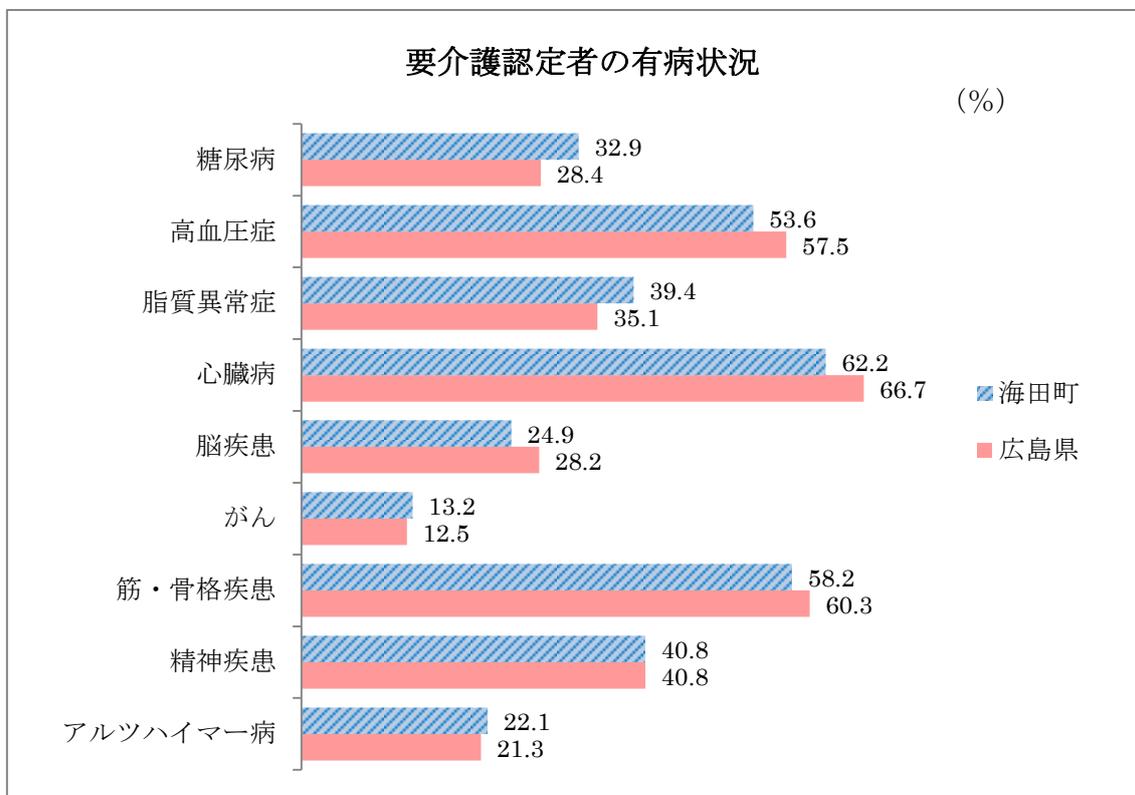


出典：KDB データ（帳票 ID：P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

※ここでいう医療費とは、医科のみとし、歯科は含みません。

(4) 要介護（支援）認定者の有病状況（平成 28 年度）

認定者の大半が、生活習慣病を患っており、中でも心臓病が多くなっています。また、骨粗しょう症や骨折が原因で起こる「筋・骨格」も多くなっています。



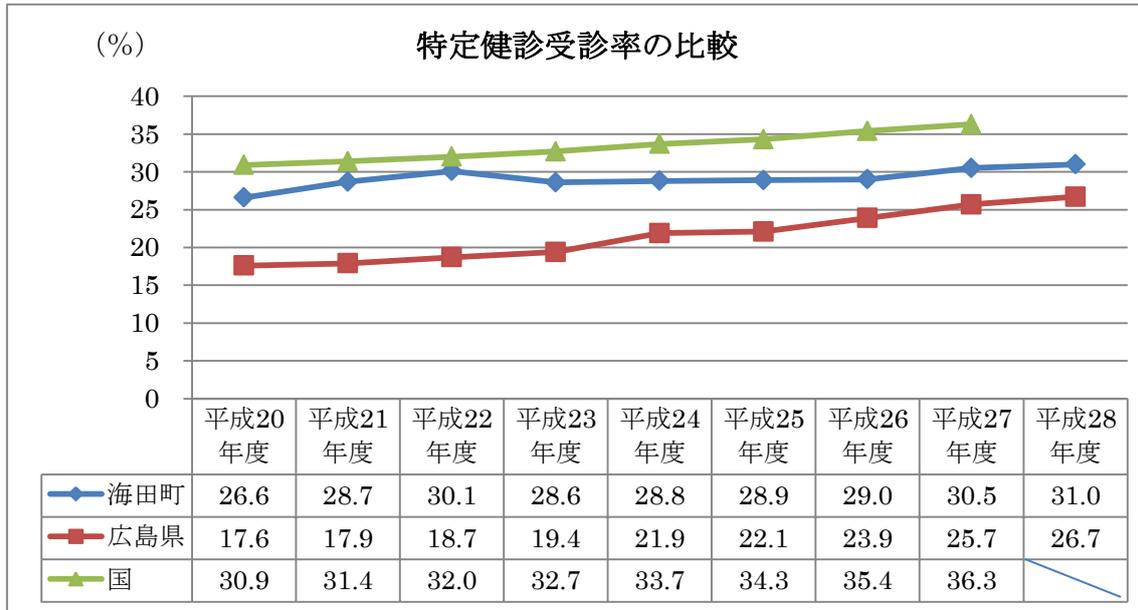
出典：KDB データ（帳票 ID：P21 001）平成 28 年度累計（H29.10 現在）

3 健診データの分析

(1) 特定健診・特定保健指導の実施状況

①特定健診受診率について

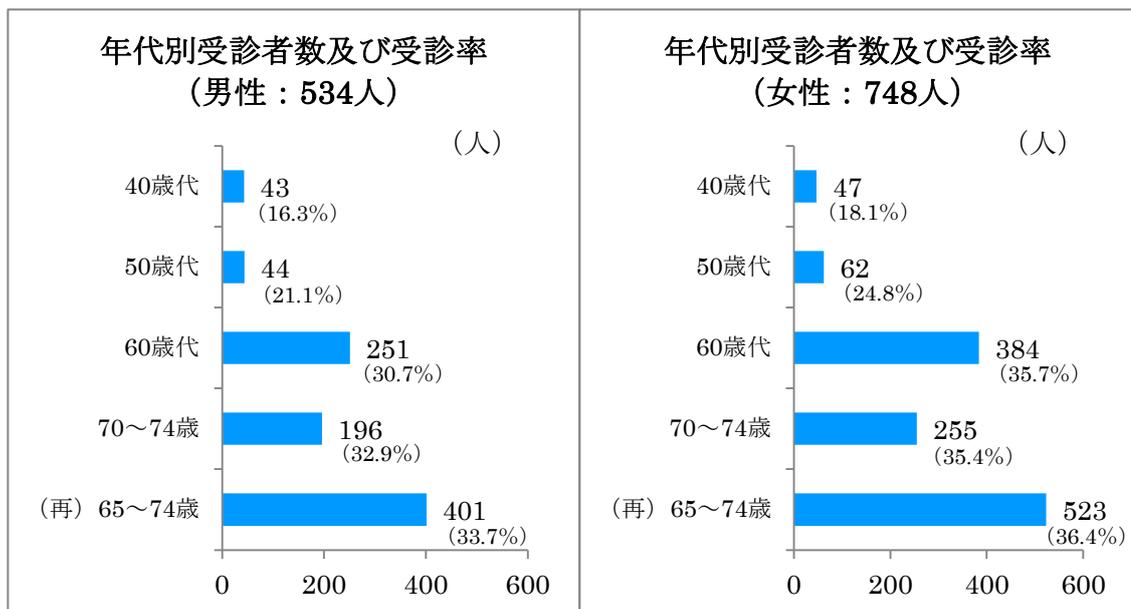
海田町の受診率は特定健診が開始した平成20年度以来、県平均を上回るものの近年では大きな伸びはないので、受診者が固定化していることが考えられます。



出典：法定報告（速報値含む）

②特定健診受診者の内訳

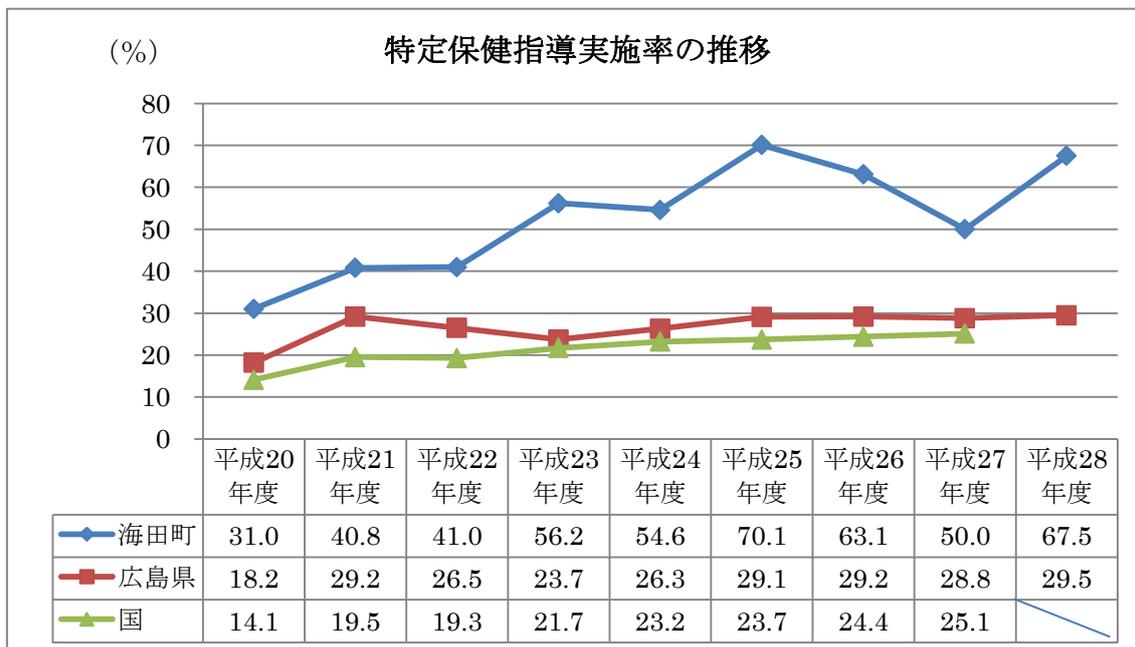
年代別に見てみると、男女とも60歳代以上は3人に1人が受診していますが、50歳代女性は4人に1人、40歳代50歳代の男性及び40歳代の女性では5～6人に1人の受診となっています。



出典：KDB データ（帳票 ID：P21 024, P21 003）平成28年度累計（H29.11現在）

③特定保健指導対象者数及び実施率について

特定保健指導実施率は県内でも上位です。訪問による実施を主としています。

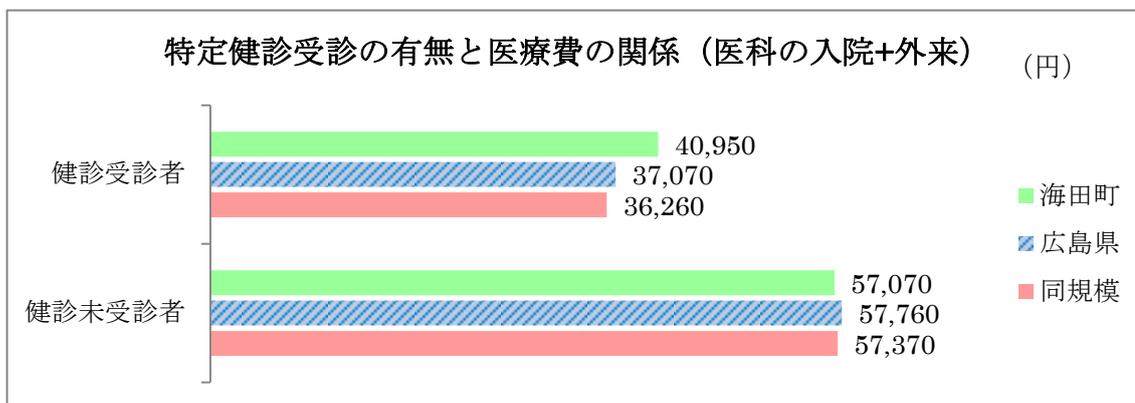


	特定保健指導対象者（人）	
	積極的支援	動機付け支援
平成 25 年度	37	137
平成 26 年度	27	130
平成 27 年度	31	125
平成 28 年度	32	125

出典：法定報告（速報値含む）

④ 健診受診者・健診未受診者の医療費の比較

特定健診受診者と未受診者の医療レセプトの1人あたりの医療費を比較すると、未受診者の方が高くなっています。これは、すでに治療中であるため健診を受けない実態や、健診で早期発見する機会を得ないまま医療機関を受診している可能性があります。



出典：KDB データ（帳票 ID：P23 007）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

(2) 特定健診の結果分析

①結果の全体像



出典：KDB データ（帳票 ID：P26 001）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

平成 28 年度の特定健診では、「腹囲等のリスクなし 833 人」のうち、服薬していない人は 515 人 (61.8%) です。この 515 人のうち、何らかのリスクがある人は 279 人 (54.2%) ですが、このうち、「受診勧奨判定値」とされる人は 182 人 (65.2%) です。このことから、腹囲が基準値内でも受診勧奨が必要な方が多くいることがわかります。

さらに、服薬している人 318 人 (38.2%) の中でも「受診勧奨判定値」の人が 157 人 (49.4%) と多いのも注目すべき点です。

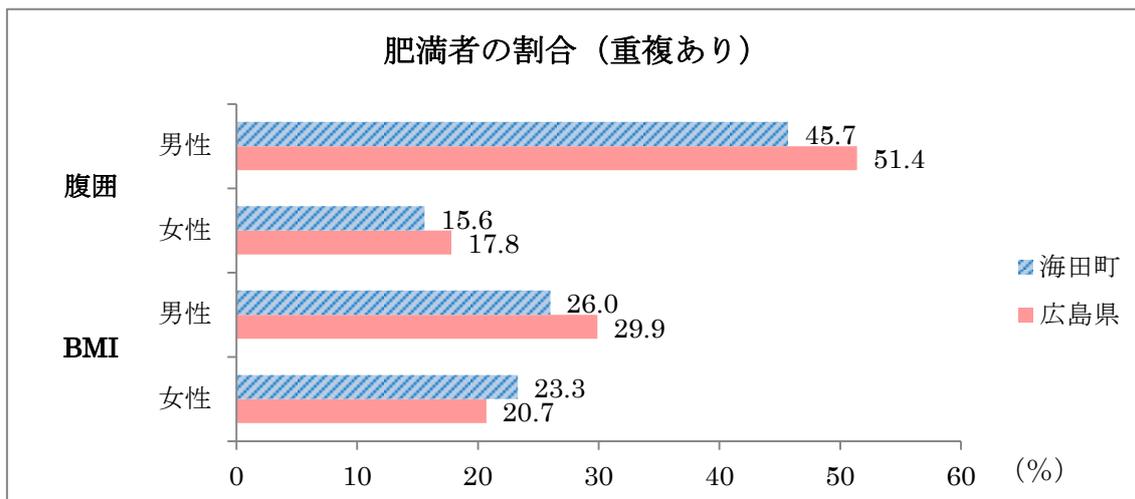
また喫煙者は、「服薬あり」318 人中 33 人 (10.4%)、「服薬なし」515 人中 59 人 (11.5%) です。動脈硬化のリスクがありながらも、喫煙することでさらにリスクが上がっている人は、「服薬なし」の人の方が多くいます。

特定保健指導実施率とは～ 特定健診の結果に基づき抽出されたメタボ及びメタボ予備群における保健指導プログラムを終了した人数の割合を「特定保健指導実施率」といいます。類義語に「特定保健指導利用率」があり、当該年度に特定保健指導プログラムを開始した人数の割合をいいます。

②肥満者の割合

腹囲またはBMIが基準値を超える場合「肥満」と定義し、特定保健指導の選定基準としています。これは、「腹囲が基準値以上の者」は「内臓脂肪面積が100 cm²以上の者」と読み替えることができ、ここを境に心疾患や脳血管疾患などのリスクが上がるということがわかっているからです。

下記のグラフから、腹囲が基準値を超えても必ずしもBMIが25.0以上とは限らないことがわかります。男性では腹囲が基準値外でもBMIが基準値内の人が、逆に女性では、腹囲が基準値内でもBMIが基準値外の人があります。

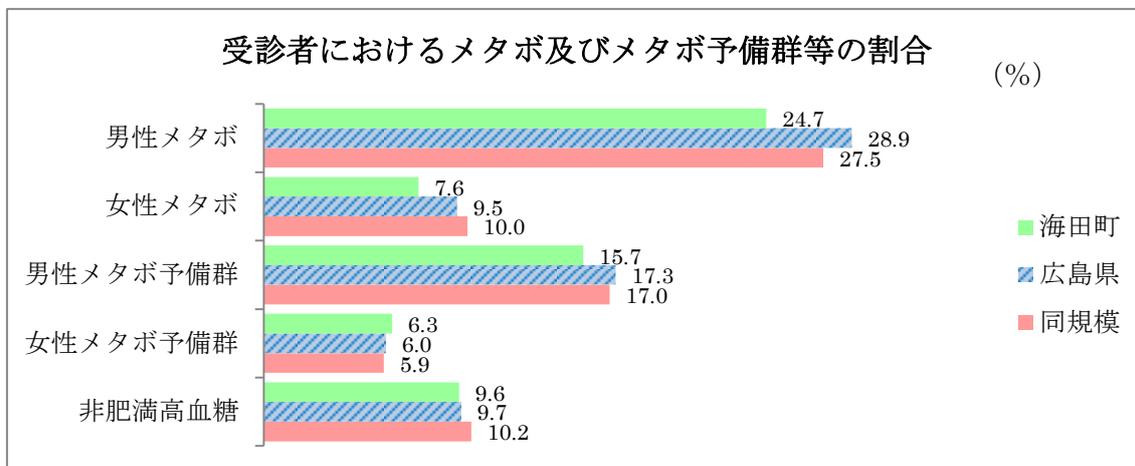


出典：KDB データ（帳票 ID：P21 024）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

③メタボ及びメタボ予備群等の割合

健診受診者におけるメタボ及びメタボ予備群の割合は、男女とも県や同規模自治体よりも低くなっています。

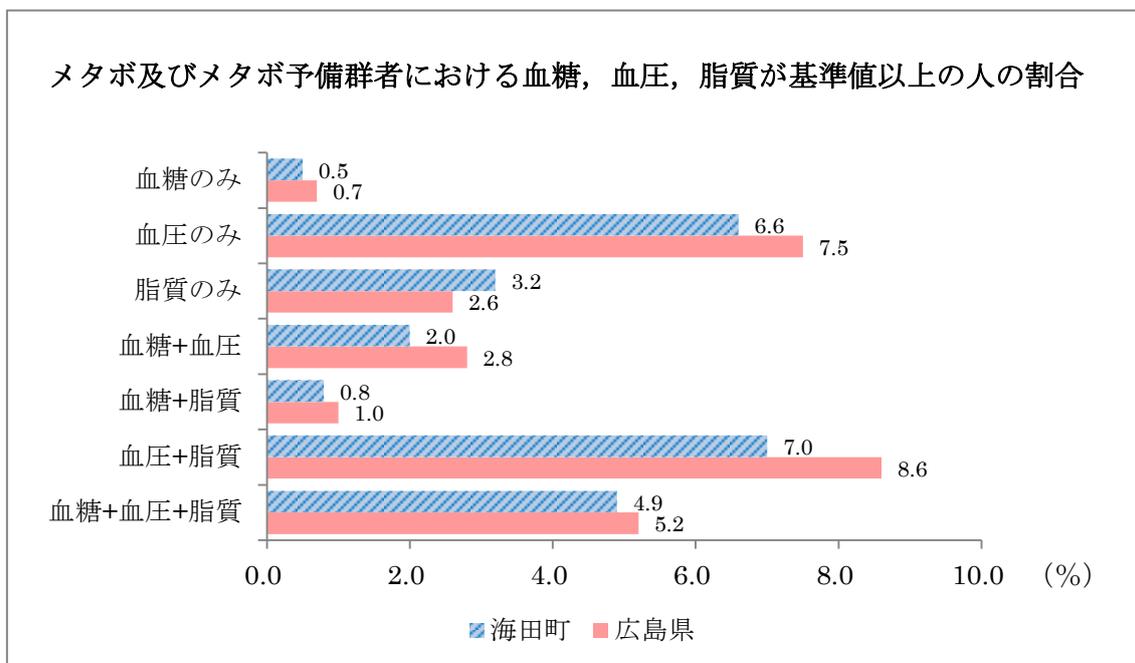
また、腹囲やBMIが基準値内でも、高血糖の人を「非肥満高血糖」といい、特定健診受診者全体の 9.6%に見られます。



出典：KDB データ（帳票 ID：P21 008）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

④内臓脂肪型肥満による動脈硬化有所見者の状況

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症後でも血糖、血圧等をコントロールすることにより、虚血性心疾患や脳血管疾患、腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能である、という考え方から内臓脂肪型肥満が指標として重視されています。血糖、血圧、脂質の検査データにおいて、内臓脂肪型肥満で該当者が最も多いのが「血圧+脂質」です。



出典：KDB データ（帳票：ID：P21 003）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

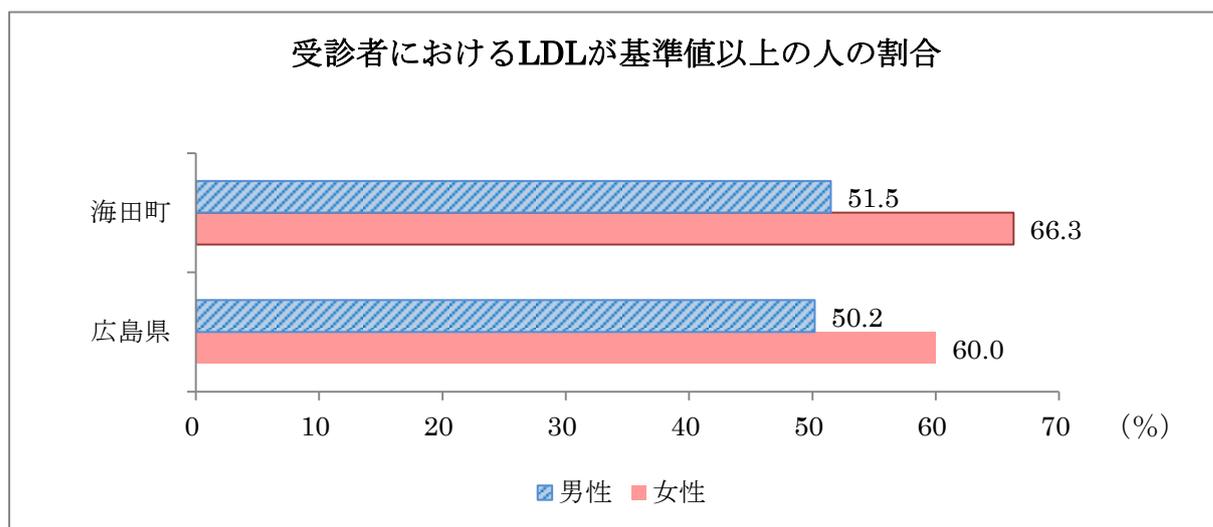
BMI（ボディ・マス・インデックス）とは～ 体格指数のことで、体重を身長の高さの2乗で除して得た値です。

特定保健指導とは～ 主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置き指導を行います。具体的には、腹囲等を第一基準として、血圧・血糖・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」に選定されます。非肥満者は特定保健指導対象外ですが、動脈硬化の危険因子を保持している可能性もあることから、対象者同様、生活習慣の改善が必要です。

メタボとは～メタボリックシンドロームの略称。腹囲が基準値以上ある場合、内臓脂肪面積は 100 cm²以上あると推定されることから、特定健診では腹部の断面撮影は行わず、腹囲測定に代えています。

⑤ LDL（悪玉）コレステロールによる動脈硬化有所見者の状況

動脈硬化は血管の内壁にさまざまな物質が溜まって狭くなるため、血液が流れにくくなり、血管の弾力が失われて硬くなった状態をいいます。この動脈硬化の危険因子となるのが、一般的に「悪玉」とよばれるLDLコレステロールで、高値のまま放置していると心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こす危険性があります。LDL基準値（120mg/dl）以上の人は男性よりも女性の方が多く、県平均よりもその割合が多くなっています。



出典：KDB データ（帳票：ID：P21 024）平成 28 年度累計（H29.11 現在）

（参考）メタボ・メタボ予備群の基準値

特定健診における次の①～④の項目の該当個数で判定します。



（参考）脂質異常症予防の考え方・重要性

動脈硬化疾患予防ガイドライン 2017 年版（日本動脈硬化学会発行）によると、LDLコレステロールが高いほど心臓病や脳卒中などの危険性や死亡率が高くなるとされ、LDLコレステロールはメタボ、メタボ予備群の血中脂質における判断基準にはなっていませんが、脂質異常症の重要な指標の一つになっています。

⑥平成 28 年度特定健診質問票調査の状況

特定健診受診者の問診票の回答状況から生活習慣について考察します。

【生活習慣に関する指標】	海田町	県
週 3 回以上朝食を抜く	5.6%	5.6%
週 3 回以上就寝 2 時間前に夕食をとる	14.5%	13.8%
1 回 30 分以上の運動習慣がない	54.3%	63.2%
1 日 1 時間以上の身体活動なし	49.5%	56.1%
1 日の飲酒量が 3 合以上	3.3%	1.7%
喫煙者の割合	(男) 24.7% (女) 4.4%	(男) 21.1% (女) 3.7%

出典：KDB データ（帳票：ID：P25 001）平成 28 年度累計（H30.2 現在）

服薬

- ・「高血圧症」の服薬者が 50 歳代の女性で県と比較すると高い。
- ・「糖尿病」の服薬者が 65～69 歳男性及び 40～44 歳，50～54 歳，60～64 歳女性で県と比較すると高い。
- ・「脂質異常症」の服薬者が 55～59 歳男性で県と比較すると高い。

既往歴

- ・「心臓病」の既往歴を持つ人の割合が 40～44 歳男女及び 60～64 歳女性で県と比較すると高い。
- ・「腎不全」の既往歴を持つ人の割合が男性全体及び 70～74 歳女性で県と比較すると高い。

肥満

- ・「20 歳時体重から 10 kg 以上増加」と回答した人の割合が 45～59 歳女性，60～64 歳男性でそれぞれ 2.0 倍，1.3 倍と県と比較すると高い。
- ・「1 年間で体重 3 kg 以上増加」と回答した人の割合が男性全体は県の 1.2 倍である。

喫煙

- ・男女ともに喫煙率が高く，全体で県の 1.2 倍である。

飲酒

- ・「1 日飲酒量（3 合以上）」と回答した人は，全体で県の 1.9 倍と高い。

運動

- ・59 歳以下男性は 6 割以上，女性は 8 割以上の人が「1 回 30 分以上の運動習慣なし」と回答している。

食生活

- ・「週 3 回以上朝食を抜く」と回答した人の割合が 54 歳以下男性及び 45～59 歳女性で県と比較すると高い。

出典：KDB データ（帳票 ID：P21 007）平成 28 年度累計（H29.6 現在）

4 健康課題の抽出

<p>軽</p> <p style="writing-mode: vertical-rl;">健康リスクの進展</p> <p>重</p>	<p>ポピュレーションアプローチ（健康づくりの普及・啓発）</p> <p>ハイリスクアプローチ（発症予防・重症化予防）</p>	健康レベル	健診・医療情報等からみえる主な健康課題
		健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率が例年 30%前後と伸びないため、保健指導対象者が埋もれている可能性がある。 ・特定健診受診状況は、60～74 歳は 2～3 人に 1 人受診しているが、40～59 歳では 5 人に 1 人と少ない。 ・外来医療費に占める高血圧症の割合が高く、生活習慣の改善が必要な可能性がある。 ・男女ともに喫煙率が高く、全体で県の 1.2 倍である。 ・1 日に 3 合以上の飲酒をしている多量飲酒者は、全体で県の 1.9 倍と高い。
		発症予防 特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・1 年間で体重が 3 kg 以上増えた人の割合が、男性全体は県の 1.2 倍である。 ・メタボ及びメタボ予備群が特定健診受診者全体の約 14% を占める。
		重症化予防 レベル 1 (リスクの重なり)	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症の服薬者が 50 歳代の女性で、県と比較すると高い。 ・外来医療費をみると、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症）が上位 3 位までを占めている。 ・血糖、血圧、脂質において、非肥満で受診勧奨レベルにあっても服薬していない者は 182 人である。（健診受診者全体の 14.2%） ・死因の第 1 位はがんである。
		重症化予防 レベル 2 (超ハイリスク状態)	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防の指導対象者は 43 名である。（平成 28 年度レセプト等分析）

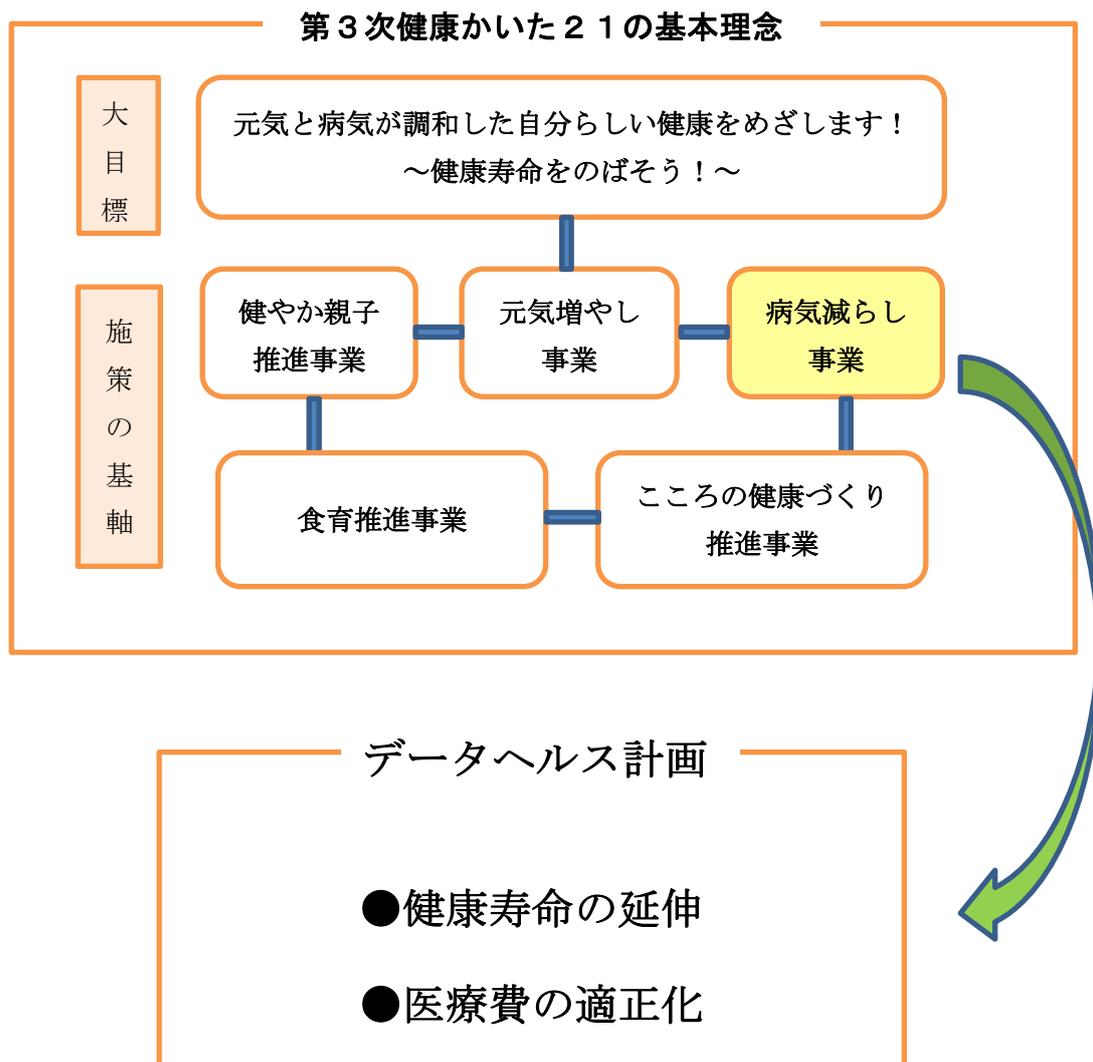
第4章 健康づくりの理念と事業計画

1 健康かいた21の基本理念と「病気減らし」

世界保健機関（WHO）憲章では「健康」について、「健康とは、完全な身体的、精神的、社会的に良好な状態をいい、単に疾病あるいは病弱でないということではない。」と提唱されています。これは、単に身体的な「健康」ばかりではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることを意味しています。

このことを背景に、「第3次健康かいた21」の基本理念（大目標）では、家族のつながりや地域における人間関係を大切にし、住み慣れた地域でその人らしい生き方で生活できることを目標としています。

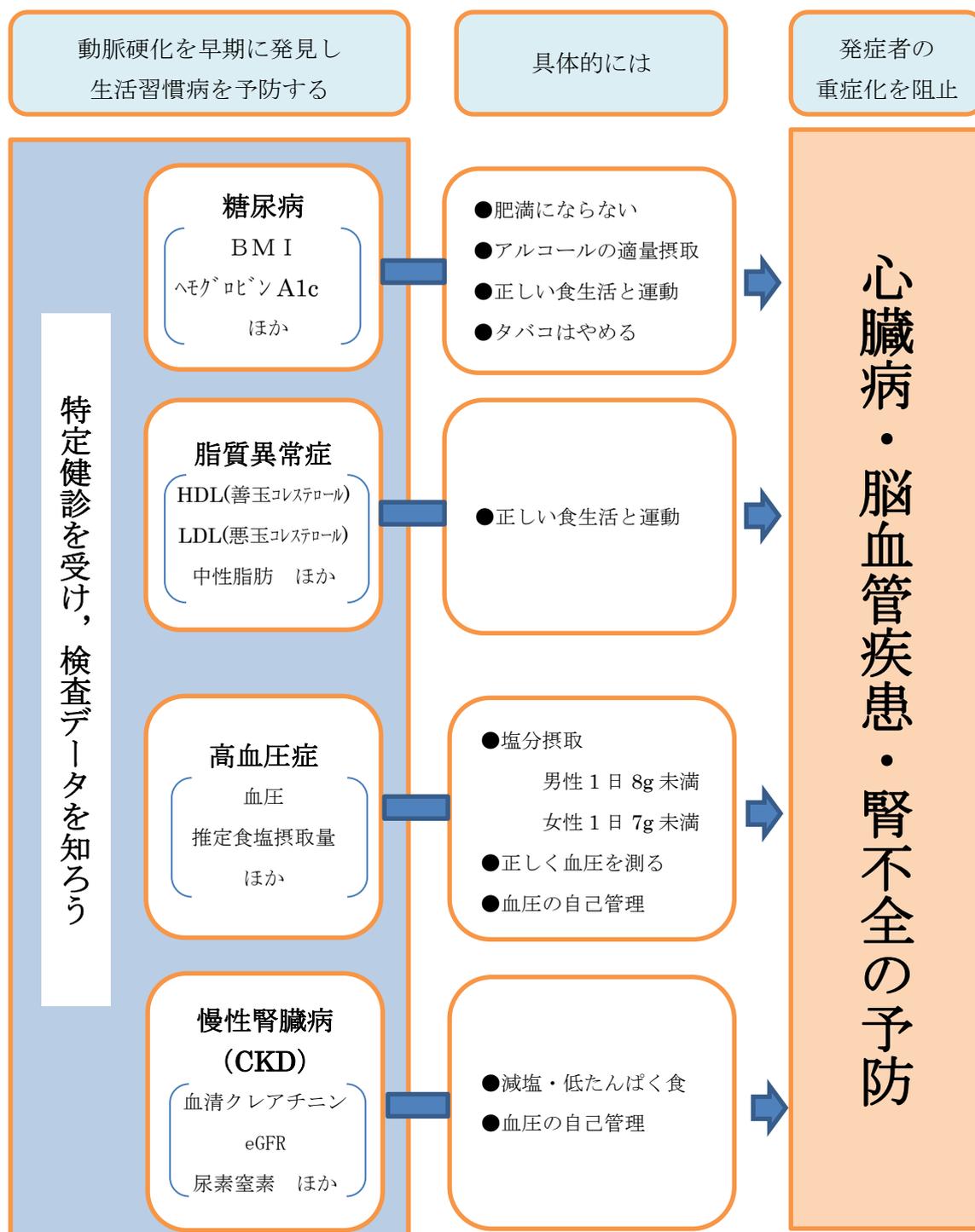
データヘルス計画では、「第3次健康かいた21」の基本理念の下、「病気減らし事業」について取り組み、健康寿命の延伸と医療費の適正化をめざします。



2 「病気減らし」の具体的内容

(1) 病気減らしの具体的方法

「病気減らし」の入口は、まずは生活習慣病を予防することから始まります。糖尿病や脂質異常症、高血圧症、慢性腎臓病などの生活習慣病に共通する因子は動脈硬化です。この「動脈硬化の予防」により、生活習慣病の発症予防に取り組み、すでに発症した人は、食習慣の見直しや運動、正しい内服と治療の継続により重症化させないことが大切です。まずは、特定健診の受診者を増やすことで生活習慣病の発症予防、さらに、重症化予防に取り組んでいきます。



(2) 病気減らしの事業展開



3 保健事業の実施計画

「病気減らし」の体系に基づき、「健康づくり三大プロジェクト」と、その他の保健事業を4つの健康レベルに分類します。

(1) 健康づくり三大プロジェクトについて

- ・・・新規事業
- ・・・従来から実施の事業

事業名	主な内容
特定健診受診率アップ大作戦	<ul style="list-style-type: none"> ○治療中の方の特定健診情報提供事業 ○勤務先での職場健診結果を集約できる体制づくり ○重症化予防を目的とした検査項目の充実 ○個別健診の検査項目を集団健診と同等レベルにする ○受診勧奨個別訪問 ○「健診のしおり」の全戸配布，健診をわかりやすく伝える ○集団健診・個別健診の実施，人間ドック費用の助成
ストップ！ザ・糖尿病作戦	<ul style="list-style-type: none"> ○禁煙したい人に禁煙外来の情報提供 ●多量飲酒者への指導 ○「かくれ糖尿病」発見のために特定健診に「随時血糖（非空腹時）」を追加 ○境界域の人を対象として「糖尿病予防教室」 ○数値改善のための運動教室「エクササイズ10」
しお減らそうプロジェクト (高血圧予防キャンペーン)	<ul style="list-style-type: none"> ○推定食塩摂取量測定を特定健診に追加 ○男性1日8g未満，女性1日7g未満を啓発していくため，減塩対策に重点をおいた保健指導・栄養相談を実施 ○家庭血圧測定を推進し，血圧の自己管理を周知する ○ヘルスメイトによる減塩の地区活動を展開

情報提供事業とは～ 医療機関で治療中の方について，治療のための検査項目のほかに，特定健康診査の検査項目に不足する腹囲測定等の部分を医療機関で追加実施していただき，そのデータを本人同意の上，保険者に提供してもらう事業です。これにより，治療中の方の健診受診の負担軽減を図るとともに，その健診情報を保健事業に活かすことができます。また，特定健診の受診者として加算できることから，受診率向上も図っていきます。

(2) その他の保健事業について

健康レベル	事業名
健康づくり (ポピュレーションアプローチ)	○水中運動教室 ○ノルディックウォークの推進 ○一日 350 g の野菜摂取をめざす 「350! かいたベジ食べるプロジェクト」より
発症予防 特定保健指導	○脂質高値、肥満の人を対象とした「リフレッシュエアロ」 ○健診結果相談会 ○健康相談会 (特定保健指導) ○個別栄養相談 ○がん検診受診率の向上
重症化予防レベル 1 (リスクの重なり)	○腎機能低下の人を対象とした「そらまめ教室」 ○低たんぱく食、減塩食の継続を目的とした「そらまめ同好会」 ○糖尿病食の相談室 ○特定健診結果から血糖高値の人に向けた受診勧奨訪問 ○がん精検受診率の向上
重症化予防レベル 2 (超ハイリスク状態)	○重症化予防訪問事業 ・受診勧奨判定値を超えるレベルの人を対象に訪問 ○糖尿病性腎症重症化予防事業 (委託事業) ・糖尿病が進行したレベルの人に向けた指導

【基盤となる保健事業】

医療費適正化対策	○重複・頻回受診訪問指導事業 ●重複服薬訪問指導事業 ○ジェネリック医薬品の推進 (差額通知等)
ヘルスケアポイント導入	
データヘルス計画の推進	

(3) 効果的な受診勧奨について

特定健診の受診率を上げることは勿論ですが、特定健診の目的の1つは「保健指導が必要な人を抽出するためのスクリーニング」であることから、健診後は結果に応じて保健指導の実施が重要です。

また、もう1つの目的は、「対象者を医療機関につなぐ」ことです。特定健診によって生活習慣病を早期発見できても、医療機関につなげて治療開始できなければ、健診を受けた意義は半減します。したがって、保健指導の実施と同時に「医療機関につなぐ」を意識しながら、必要な人に確実に保健指導を実施することが大切です。

なお、健診結果やその他必要な情報は、健診後すみやかにすべての対象者にわかりやすくフィードバックします。

4 保健事業の目標と評価指標

(1) 基盤となる保健事業

事業名	実施内容	目標	評価指標
医療費適正化対策	重複・頻回受診訪問指導事業	訪問指導により、受診行動について振り返る機会となる。	・対象者の訪問 ・翌月の医療費と比較
	重複服薬訪問指導事業	訪問指導により、服薬行動について振り返る機会となる。	・対象者の訪問 ・翌月の服薬状況（投薬状況）と比較
	ジェネリック医薬品の推進（差額医療費通知等）	ジェネリック医薬品について理解が広まる。	・ジェネリック医薬品の利用率
ひろしまヘルスケアポイント	広島県と協働して「ひろしまヘルスケアポイント」を実施。健康に良いことをするとポイントが貯まり特典が受けられる。	住民の健康づくりのきっかけとなるよう利用人数を増やす。	・利用人数
データヘルス計画の推進	計画内容について、住民にわかりやすく周知するとともに、保健事業効果について検証	町広報紙等を活用し、健康づくり三大プロジェクトをわかりやすく周知する。	

(2) 健康づくり

事業名	実施内容	目標	評価指標
特定健診受診率アップ大作戦	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供事業 ・就労先での健診を集約できる体制づくり ・受診勧奨個別訪問 ・「健診のしおり」や広報によるわかりやすい健診内容の周知 ・重症化予防を目的とした検査項目の充実 	特定健診受診率 60%	・特定健診受診率
ストップ! ザ・糖尿病作戦	禁煙したい人への情報提供及びアルコールの適量の周知	禁煙外来について情報提供できる体制づくり, 及びアルコールの適量について周知する。	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙外来について情報提供できた件数 ・アルコールの適量について周知できた件数
	糖尿病予防教室	教室参加者のうち, 一年後に糖尿病治療に移行した人がいない。	・教室参加者のうち, 内服開始していない人の割合
	集団健診, 個別健診における糖尿病早期発見のための検査項目の充実 (ヘモグロビンA1c 空腹時血糖または随時血糖)	早期に糖尿病を発見し, 受診につなげる。	・受診が必要な人のうち, 受診につなげることでできた割合
しお減らそうプロジェクト (高血圧予防キャンペーン)	推定食塩摂取量測定を導入, 全町的に目標塩分量を周知し, 減塩を推進する。	減塩に取り組む人が増え, 全体の塩分摂取量(平均値)を減らす。	<ul style="list-style-type: none"> ・推定食塩摂取量 ・血圧の正しい測り方を周知した人数
	家庭血圧測定の推進	血圧の正しい測り方を周知。	<ul style="list-style-type: none"> ・減塩指導の実施件数
	減塩対策に重点をおいた保健指導の実施	推定食塩摂取量の結果をもとに, 具体的な減塩指導を実施。	
	ヘルスマイトによる減塩の取組み	減塩についての周知活動を展開。	
水中運動教室	浮力を使っでの水中運動	水中運動を体得し, 日常的に取り組む人が増える。	<ul style="list-style-type: none"> ・運動の継続意志 ・出席率

(3) 生活習慣病発症予防

事業名	実施内容	目標	評価指標
リフレッシュエ アロ	運動や栄養学習を通じて疾病 の発症を予防する。 【対象】血中脂質高値，肥満 者	健診結果や生活習慣病リスクに ついて学び，予防活動につな がる。	・翌年の血中脂質 及び体重の改善
健診結果相談会	健診結果やその他必要な情報 について，すみやかにフィー ドバックする。	健診結果について情報を得るこ とができ，必要に応じて医療機関 受診につながる。	・疑問や不安が解 消した人数
健康相談会(特定 保健指導)	健診結果についてわかりやす く伝え，数値改善に向けて取 り組む環境を整える。 個別性を重視し，対象者に合 わせた生活習慣の改善を提案 する。 【対象】特定保健指導対象者	生活改善に向け，目標設定のも と，継続して取り組むことができ る。	・数値の改善 (体重 血圧 血中脂質 血糖 等) ・生活習慣の変化
個別栄養相談	数値改善に向けての食事指導	相談者が相談内容に対し，満足 のいく説明が得られ，実践に結び つく。	・数値の改善
がん検診受診率 の向上	胃・肺・大腸・乳・子宮頸が ん検診の実施	受診率 胃・肺・大腸・乳がん・子宮頸が ん(国の基準) 50%以上	・受診率

(4) 重症化予防レベル1

事業名	実施内容	目標	評価指標
そらまめ教室 (腎臓病教室)	腎臓のはたらきについて理解し、腎臓を守る生活習慣を確立するために集団指導を実施	腎臓を守る生活習慣のポイントがわかり、腎機能が維持できる。	・教室参加者のeGFR区分の維持
そらまめ同好会	低たんぱく食、減塩食の継続を目的とした調理実習及びグループ支援 【対象】そらまめ教室修了者	低たんぱく食、減塩食の継続 情報交換を通じて自主グループの形成、継続	・継続参加率 ・新規参加者数
糖尿病食の相談室	糖尿病予備群及び糖尿病患者を対象に個別栄養指導を実施	治療に有効な食事指導の機会として周知され、相談者が数値改善に向け継続して相談できる。	・数値の改善
がん精検受診率の向上	胃・肺・大腸・乳・子宮頸がんの精密検査 【対象】がん検診の結果、精密検査が必要な人	精検受診率 (国の基準) 5がんとも 90%以上 (広島県許容値) 胃・肺・大腸・子宮頸がん 70%, 乳がん 80%	・精検受診率

(5) 重症化予防レベル2

事業名	実施内容	目標	評価指標
重症化予防訪問事業	緊急速報値訪問指導 【対象】特定健診の結果、受診勧奨判定値の人	対象者全員が受診の必要性について理解し、受診につながる。	・訪問、電話による受診状況確認
レセプトデータ分析委託事業	医療費等分析 重症化予防事業対象者抽出	健診結果に加え、レセプトからも分析可能となり、結果に基づき個別アプローチができる。	・分析結果
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病合併症レベルの人を対象に、人工透析への移行を防ぐ個別指導の実施	腎機能を守るための正しい生活習慣を身につけ、腎機能の維持ができる。	・数値維持 ・新規透析移行者数

第5章 計画の推進

1 推進体制の整備

- (1) 庁舎内推進体制の整備
衛生部門や介護部門等，関係各課が連携を密にして取り組んでいく体制を整備します。
- (2) 関係機関との連携
医療機関や医師会等，関係機関との連携体制を確立し，計画の円滑な推進を図ります。
- (3) 海田町国民健康保険運営協議会への報告等
計画の実施状況等について海田町国民健康保険運営協議会へ報告し，助言を求めるところとします。

2 計画の公表及び周知

この計画を推進するため，広報及びホームページ等で計画について掲載するなどして周知を図ります。

また，様々なイベントや会議等の機会を利用して，計画の概要を周知します。

3 計画の見直し

本計画は，計画期間の最終年度である平成35年度に，計画に掲げる目標の達成状況について，評価指標を中心に特定健診や医療費分析から評価を行います。

その結果は，計画（目標の設定，取り組むべき事業等）の見直しに活用し，次期計画の基礎データとします。

4 個人情報の保護

保健事業の実施によって収集される個人情報の取扱いについては，「個人情報に関する法律」及びこれらに基づくガイドライン，並びに「海田町個人情報保護条例」を遵守し，適正に管理します。また，保健事業の実施にあたり外部委託を行う場合，受託者に対しても同様の取扱いをすることとし，情報の管理を徹底します。

5 地域包括ケアに係る取組

医療，介護，予防，住まい，生活支援などの視点から被保険者の暮らし全般を支えるために，KDBデータなどを活用してターゲット層を抽出し，保健師の訪問活動などにより働きかけを行っていきます。



1 特定健診の検査項目について

特定健診検査項目については、重症化予防を目的として、特に、**糖尿病の早期発見**と、**減塩を通して腎臓を守る**ことに力を入れています。

検査項目		集団	個別	
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲測定	○	○	
尿検査	蛋白・糖	○	○	
	★潜血	○	○	
	★推定食塩摂取量	○	○	
診察等	血圧・問診・内科診察	○	○	
血液検査	血中脂質	★総コレステロール	○	○
		中性脂肪	○	○
		HDL コレステロール	○	○
		LDL コレステロール	○	○
	肝機能	AST	○	○
		ALT	○	○
		γ-GT	○	○
	腎機能	★血清クレアチニン	○	○
		★血清尿酸	○	○
		★eGFR	○	○
		★尿素窒素	○	○
	糖代謝	空腹時血糖またはヘモグロビンA1c	○	○
		★【空腹時】ヘモグロビンA1c	○	○
		★【非空腹時】随時血糖	○	○
	貧血検査	★赤血球	○	
★血色素（ヘモグロビン）		○		
★ヘマトクリット		○		
詳細な項目	腎機能	血清クレアチニン	△	△
	貧血検査	赤血球	△	△
		血色素（ヘモグロビン）	△	△
		ヘマトクリット	△	△
	眼底検査		△	△
	心電図		△	△

△・・・診察した医師の所見に基づき追加できる検査項目（国が判断基準を明示）

★・・・国の基準を上回り、町独自に追加したもの。

2 保健指導の対応の分類

生活習慣病の引き金となる検査項目において、そのレベルごとに対応が定められています。「すぐに医療機関受診」のレッドゾーンは、個々のリスク因子の程度に応じて説明し、受診の必要性について理解を促すことが重要です。

また、オレンジゾーンは、保健指導を優先し、生活改善を促すこととなっています。

(1) 血圧高値の健診判定と対応の分類（下記の表中①～⑤に対応する）

健診判定			対応	
			肥満者	非肥満者
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg または 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg (Ⅱ度高血圧以上)	①	①
		140 mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg または 90 mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg (Ⅰ度高血圧)	②	②
↓ 正常	保健指導判定値を超えるレベル	130 mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg または 85 mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	③	④
	基準範囲内	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤	⑤

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】，p 86，2013 より一部改変

① すぐに医療機関の受診を【レッドゾーン】

② 生活習慣を改善する努力をしたうえで、数値が改善しないなら医療機関の受診を【オレンジゾーン】

ただし、糖尿病、慢性腎臓病、心血管病を有している場合は、医師の指示に従うこととする。

③ 特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を

④ 生活習慣の改善を

⑤ 今後も継続して健診受診を

(2) 脂質異常の健診判定と対応の分類 (前頁の表中①～⑤に対応する)

健診判定			対応	
			肥満者	非肥満者
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL \geq 180 mg/dl または TG \geq 1,000 mg/dl	①	①
		140 mg/dl \leq LDL < 180 mg/dl または 300 mg/dl \leq TG < 1,000 mg/dl	②	②
	保健指導判定値を超えるレベル	120 mg/dl \leq LDL < 140 mg/dl または 150 mg/dl \leq TG < 300 mg/dl または HDL < 40 mg/dl	③	④
	基準範囲内	LDL < 120 mg/dl かつ TG < 150 mg/dl かつ HDL \geq 40 mg/dl	⑤	⑤

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】， p 88, 2013 より一部改変

(3) 血糖高値の健診判定と対応の分類 (下記の表中①～⑩に対応する)

健診判定				対応					
				空腹時血糖 (mg/dl)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者		非肥満者	
						糖尿病治療あり	糖尿病治療なし	糖尿病治療あり	糖尿病治療なし
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨判定値を超えるレベル	126～	6.5～	①	②	③	②		
	保健指導判定値を超えるレベル	110～125	6.0～6.4	④	⑤	⑥	⑦		
		100～109	5.6～5.9		⑧				
基準範囲内	～99	～5.5		⑨		⑩			

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】， p 91, 2013 より一部改変

- ① 肥満の改善と、血糖コントロールの確認や改善が必要
- ② すぐに医療機関受診を【レッドゾーン】
- ③ 血糖コントロールの確認や改善が必要
- ④ 血糖コントロールは良好だが、肥満を改善する必要あり
- ⑤ 特定保健指導の積極的な活用と生活習慣病の改善を
- ⑥ 血糖コントロールは良好、現在のコントロール継続
- ⑦ 運動、食生活等の改善を、ぜひ精密検査を
- ⑧ 生活習慣の改善を、リスク重複等あれば精密検査を
- ⑨ 肥満改善と健診継続を
- ⑩ 今後も継続して健診受診を

オレンジゾーンはありません。

(4) 尿蛋白・血清クレアチニン値の健診判定と対応の分類

(下記の表中①～④に対応する)

健診判定 (ml/分/1.73 m ²)		尿蛋白 (-)	尿蛋白 (±)	尿蛋白 (+) 以上
異常 ↑	eGFR < 50	①	①	①
	50 ≤ eGFR < 60	③	②	①
正常 ↓	60 ≤ eGFR	④	②	①

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】， p 98， 2013 より一部改変

- ① すぐに医療機関受診を【レッドゾーン】
- ② 医療機関を受診して尿の再検査を【オレンジゾーン】
- ③ 生活習慣の改善を
- ④ 今後も継続して健診受診を

(5) 尿酸値の健診判定と対応の分類

健診判定	尿酸値	対応
異常 ↑	血清尿酸値 ≥ 8.0 mg/dl	①生活習慣を改善したうえで，数値が改善しないなら医療機関受診を
	7.0 mg/dl < 血清尿酸値 < 8.0 mg/dl	②生活習慣の改善を
正常	1.5 mg/dl ≤ 血清尿酸値 ≤ 7.0 mg/dl	③今後も継続して健診受診を
異常 ↓	血清尿酸値 < 1.5 mg/dl	④医療機関受診を

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】， p 101， 2013 より一部改変

◆参考 保健指導の対応の分類に応じた該当者数

血圧	受診勧奨判定値 を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg または拡張期血圧 ≥ 100 mmHg (Ⅱ度以上) 【レッドゾーン】	66 人
		140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg または 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg (Ⅰ度) 【オレンジゾーン】	274 人
	保健指導判定値 を超えるレベル	130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg または 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	394 人
脂質	受診勧奨判定値 を超えるレベル	L D L ≥ 180 mg/dl または中性脂肪 $\geq 1,000$ mg/dl 【レッドゾーン】	79 人
		140 mg/dl \leq L D L < 180 mg/dl または 300 mg/dl \leq 中性脂肪 $< 1,000$ mg/dl 【オレンジゾーン】	409 人
	保健指導判定値 を超えるレベル	120 mg/dl \leq L D L < 140 mg/dl または 150 mg/dl \leq 中性脂肪 < 300 mg/dl またはH D L < 40 mg/dl	593 人
血糖	受診勧奨判定値 を超えるレベル	空腹時血糖 ≥ 126 mmHg またはHbA1c $\geq 6.5\%$ (服薬なし) 【レッドゾーン】	54 人
	保健指導判定値 を超えるレベル	110 \leq 空腹時血糖 ≤ 125 または 6.0 \leq HbA1c ≤ 6.4 (服薬なし)	211 人
		100 \leq 空腹時血糖 ≤ 109 または 5.6 \leq HbA1c ≤ 5.9 (服薬なし)	471 人
血清クレアチニン・ 尿蛋白		eG F R < 50 【レッドゾーン】	50 人
		50 \leq eG F R かつ尿蛋白 (±) 【オレンジゾーン】	71 人
		50 \leq eG F R < 60 かつ尿蛋白 (-)	142 人
尿酸		血清尿酸値 < 1.5 mg/dl 【レッドゾーン】	1 人
		血清尿酸値 ≥ 8.0 mg/dl 【オレンジゾーン】	21 人
		7.0 mg/dl $<$ 血清尿酸値 < 8.0 mg/dl	54 人

平成 28 年度特定健診結果 (集団・個別) 1,378 人

3 糖尿病について

「糖尿病は合併症が怖い」といわれるのは、ヘモグロビンA1c6.5%以上の血糖値レベルから脳や心臓の太い血管の動脈硬化が進むとされ、血管の合併症のほかにも肺炎や歯周炎などの感染症、骨折や認知症、がんの発症率などが血糖値正常の人と比べて高くなるからです。このヘモグロビンA1c6.5%以上は、糖尿病治療の診断基準であり、薬物療法開始のめやすとされています。

さらに糖尿病が重症化すると、神経障害や眼、腎臓など細い血管に血流障害が起こり、手足のしびれやこむらがえりなどの神経障害、網膜症、腎症につながります。これらは糖尿病の「三大合併症」といわれ、足壊疽や失明、人工透析に至ると日常生活に支障を来します。

一般的に、合併症予防のための目標としては、ヘモグロビンA1c7.0%未満とされています。薬物療法中の人でも、適正な食事、運動と併せて正しく内服し、血糖値を良好な状態に保ち、重症化させないことが大切です。

日本糖尿病学会では糖尿病治療ガイドの中で、血糖コントロール目標について次のように定めています。

血糖コントロール目標 注4)			
目標	血糖正常化を目指す際の目標 注1)	合併症予防のための目標 注2)	治療強化が困難な際の目標 注3)
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定します。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dl未満、食後2時間血糖値180mg/dl未満をおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対するの目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

出典：日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2016-2017

ヘモグロビンA1cとは～ 過去1～2か月間の血糖値の平均を示す指標で、2013年4月からヘモグロビンA1cの表記がNGSP値に統一されています。

第2期海田町国民健康保険データヘルス計画

平成30年3月

発行：海田町

編集：海田町福祉保健部住民課

〒736-8601 広島県安芸郡海田町上市14-18

電話 082-823-9206

<http://www.town.kaita.lg.jp/>