

第2期小値賀町データヘルス計画 (保健事業実施計画)

【平成30年度～平成35年度】



平成30年3月作成
長崎県小値賀町

小値賀町データヘルス計画（保健事業実施計画）【目次】

1. データヘルス計画（保健事業実施計画）の基本的事項

～ データヘルス計画ってどんな計画？ ～

- 1) 計画の背景
- 2) 計画の目的
- 3) 計画の位置づけ（他の計画との関係）
- 4) 計画期間
- 5) 保健・医療情報の活用（K D Bの活用）
- 6) 保険者努力支援制度

2. 第1期計画に係る評価及び考察、第2期計画における健康課題の把握と目指す姿

～ こんな小値賀になりたいな ～

- 1) 保健者の特性
- 2) 第1期計画に係る評価
- 3) 第1期計画に係る考察
- 4) 第2期計画における健康課題の明確化
- 5) 個別事業実施計画

3. その他の事業

- 1) ハイリスクアプローチ
- 2) ポピュレーションアプローチ
- 3) 健康づくり事業

4. 計画の実施体制

～ 計画を計画で終わらせないために ～

- 1) 評価指標と評価方法
- 2) 計画の見直し
- 3) 計画の公表及び周知
- 4) 個人情報の保護

1.データヘルス計画（保健事業実施計画）の基本的事項

～ データヘルス計画ってどんな計画？～

1) 計画策定の背景

高齢化の急速な進展に伴い、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が疾病全体に占める割合は増加し、医療費増加のひとつの大きな要因となっています。

このような現状から、生活習慣病対策として、特定健診及び特定保健指導の実施が保険者に義務づけられ、国民のQOLの維持・向上、医療費の適正化を図ってきました。

こうした中、“第3の矢”として発表された「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、“国民の健康寿命の延伸”を重要な柱として掲げられました。

現在の問題点の一つとして、「保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分に講じていない」ことからこの課題を解決するため、「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」として、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進すること」と明記されました。そして、保険者はレセプト等を活用しより詳細な情報の分析から効果的な保健事業を推進することとされました。

また、厚生労働省においてはこうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項に基づき厚生労働大臣が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。以下「保健事業実施指針」）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（Plan：計画、Do：実施、Check：評価、Action：改善）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データヘルス計画を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとしています。

当町においては、保健事業実施指針に基づき第2期データヘルス計画を定め、生活習慣病対策を初めとする被保険者の健康増進を行うものとします。

2) 計画の目的

先に策定された、小値賀町の健康づくり計画である「健康おちか21計画」は、健康寿命を延伸し、生活の質を向上させることを目的としています。この、データヘルス計画も健康おちか21と同様に健康寿命の延伸を主な目的とし、町民一人一人が自分自身や地域の健康づくりを意識しながら生活を送ることができるように、地域及び個々人の特性を踏まえながら、より質の高い実現可能な保健事業を実施します。

3) 計画の位置づけ（他の計画との関係）

本計画は、本町の健康づくり計画である「健康おちか21計画」及び第3期特定健診実施計画の基本指針を踏まえるとともに、第4次小値賀町総合計画等それぞれの計画との整合性を図ります。

特に、特定健診実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診・特定保健指導の具体的な実施方法を定

める計画であることから効果的かつ効率的に事業ができるよう、データヘルス計画と相互に連携して策定することが望ましいとされているため、本計画では小値賀町第3期特定健診実施計画の内容を一部抜粋して構成しています。

4) 計画期間

本計画の策定期間は、保健事業実施指針第4の5を踏まえ、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

5) 保健・医療情報の活用（KDBの活用）

本計画は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った事業を実施します。計画の策定に当たっては、特定健診の結果、医療・介護レセプト等を活用して、データ分析や健康課題の明確化・目標の設定を行い、事業の評価についてもKDBを活用します。

Plan（計画） これまでの保健事業の振り返りとデータ分析による現状把握に基づき、加入者の健康課題を明確にした上で事業を企画

Do（実施） 費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施

- ・加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
（例：健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供）
- ・生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等の取組
- ・生活習慣病の進行および合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組
（例：糖尿病の重症化予防事業）
- ・その他、健康・医療情報を活用した取組

Check（評価） 客観的な指標を用いた保健事業の評価
（例：生活習慣の状況（食生活、歩数等）、特定健診の受診率・結果、医療費）

Action（改善） 評価結果に基づく事業内容等の見直し

6) 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町国保では新たに保険者支援努力制度が創設され平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。（平成30年度から本格実施）

国は保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。（表1）

表 1 保険者努力支援制度

		平成 30 年度
共通①	特定健診受診率	5 0
	特定保健指導実施率	5 0
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	5 0
共通②	がん検診受診率	3 0
	歯周疾患（病）検診の実施	2 5
共通③	糖尿病等重症化予防の取り組みの実施状況	1 0 0
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	2 5
	個人インセンティブ提供	7 0
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	3 5
共通⑥	後発医薬品の促進	3 5
	後発医薬品の使用割合	4 0
固有①	収納率向上に関する取り組み実施状況	1 0 0
固有③	医療費通知の取り組みの実施状況	2 5
固有④	地域包括ケアの推進の取り組みの実施状況	2 5
固有⑤	第三者求償の取り組みの実施状況	4 0
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	5 0

7) その他

本計画内にて「(●)」このような標記がされている箇所は、別資料「データヘルス計画関連データ一覧」に標記されている番号と一致します。

2. 第1期計画に係る評価及び考察、第2期計画における健康課題の明確化と目指す姿

～ こんな小値賀になりたいな ～

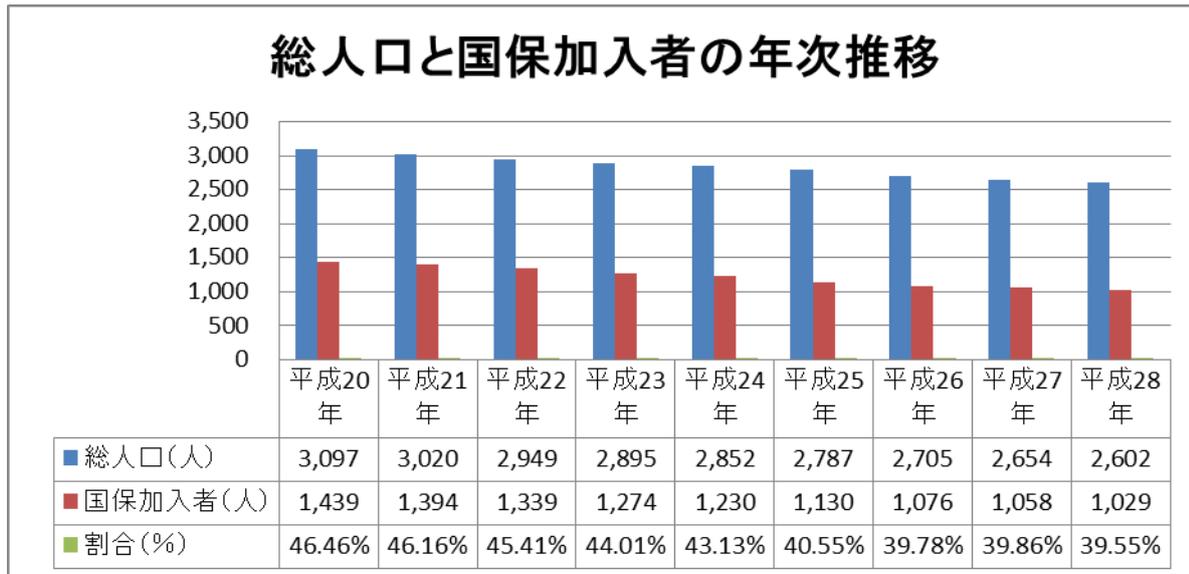
1) 保険者の特性

(1) 人口と国保加入者の年次推移

※小値賀町第3期特定健診実施計画（以降特定健診実施計画）第1章1(1)を一部引用

小値賀町の人口は、昭和25年国勢調査の人口をピークに減少の一途をたどっています。(㊶)

それに伴い、国保加入者も減少しています。(㊷)



(2) 40歳～74歳の国保加入者の年次推移

※特定健診実施計画第1章1(2)参照

(3) 産業構成

産業構成をみると、第一次産業の割合が35.5%と高く、国民健康保険被保険者である方が多いことが分かります。第一次産業に従事している方々の健康を守ることは、当町の産業を守ることもつながるため、これらの方々に健診を受診してもらうことは極めて重要であると考えます。(㊸)

(4) 高齢化率の状況

※特定健診実施計画第1章2(1)(2)参照

2) 第1期計画に係る評価

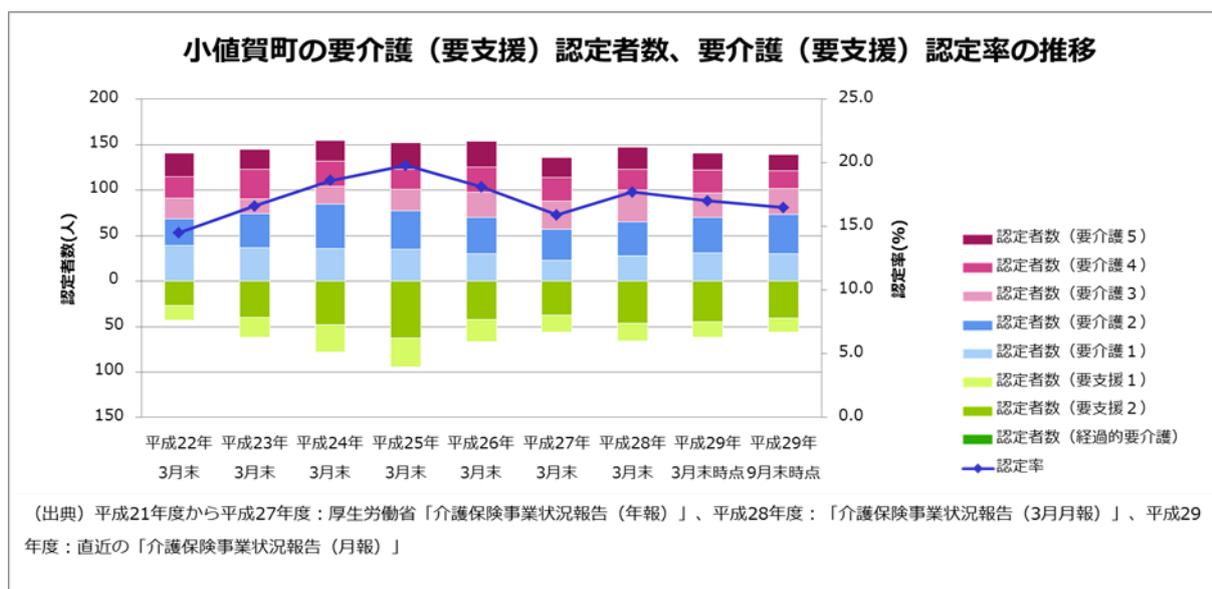
(1) 死因疾病からみる健康状況

※特定健診実施計画第1章2(3)参照

平成25年度の死因と平成29年度を比較すると、悪性新生物は減少していますが、県や同規模と比較しても高い状況は変わりありません。また、心臓病の死因が平成25年度と比較し大きく増加しています。(5)

(2) 介護の状況

平成22年から平成29年9月末までにおける要介護認定者数はほぼ横ばいの状況になっています。要支援2～要介護2までが最も多い状況です。



1 保険者あたり介護給付費では12,165千円、減額しています。(7) (介護保険計画より)

1件当たり介護給付費を見ると(8)平成25年度に比べ平成29年度では、35,980円増額し、県や同規模と比較しても大幅に増額しています。

要介護認定者の有病状況をみると、心臓病、高血圧症、筋・骨格疾患の順で多い状況です。特に筋・骨格疾患では、平成25年度に比べ大きく増加しています。(6)

(3) 健診受診率・有所見者状況

①特定健診受診率

表2) 平成25年度～29年度特定健診受診率及び特定保健指導実施率

区 分		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
目標	特定健診受診率	65%	65%	65%	65%	65%
	特定保健指導実施率	45%	50%	50%	50%	50%
	内臓脂肪症候群の該当者及び予備群の減少率					
実績	特定健診受診率	56.9%	58.9%	56.3%	54.2%	55.6%
	特定保健指導実施率	40.0%	40.0%	46.9%	42.9%	61.8%

表 3) 性別健診受診率

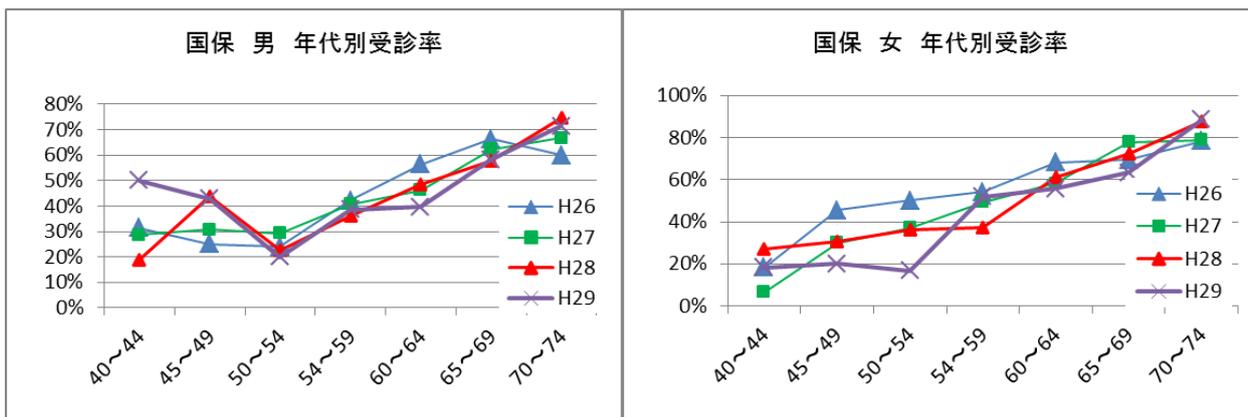
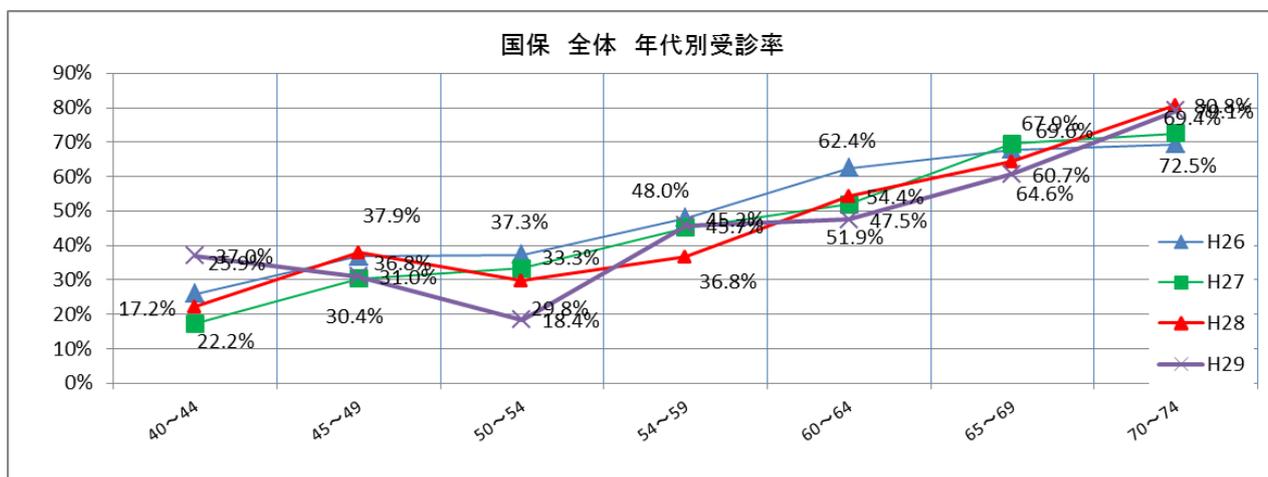


表 4) 国保 全体年代別健診受診率



全体的な受診率は平成 25 年度と比べ減少傾向にあります。最も高い年代は 70 代、最も低い年代は 50 代前半となっており若年層の健康意識の低さが分かります。

しかし、平成 29 年度では 40~44 歳の受診率が大幅に増加しました。その世代を性別でみると男性が伸びていることが分かります。

②健診有所見者状況

※特定健診実施計画第 1 章 3 (5)参照

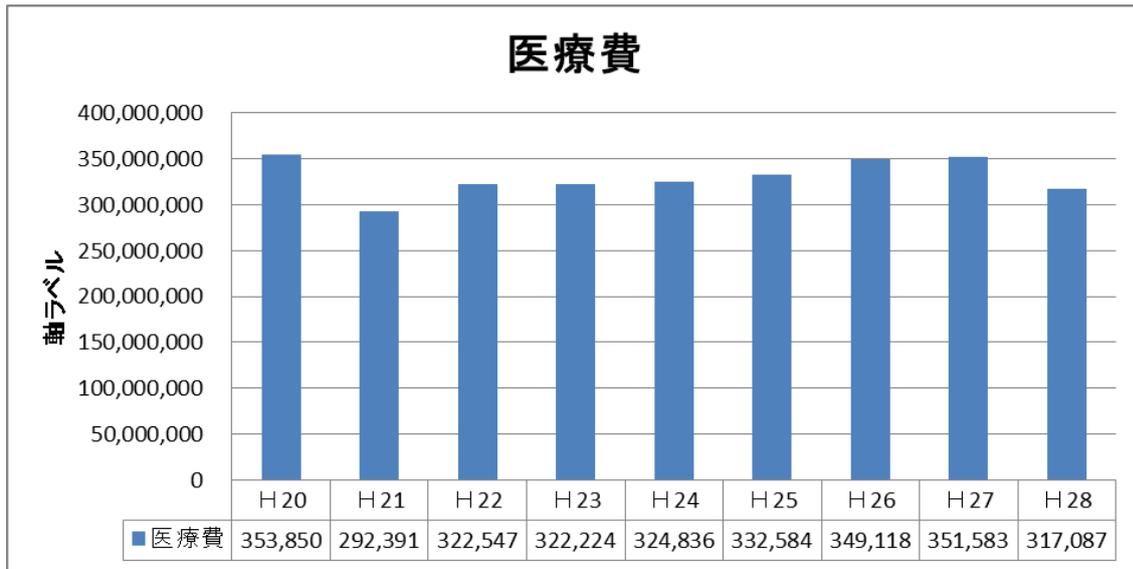
(4) 医療費の状況

①国保医療費

被保険者の医療費は増加傾向にありましたが平成 28 年度は減少しています。

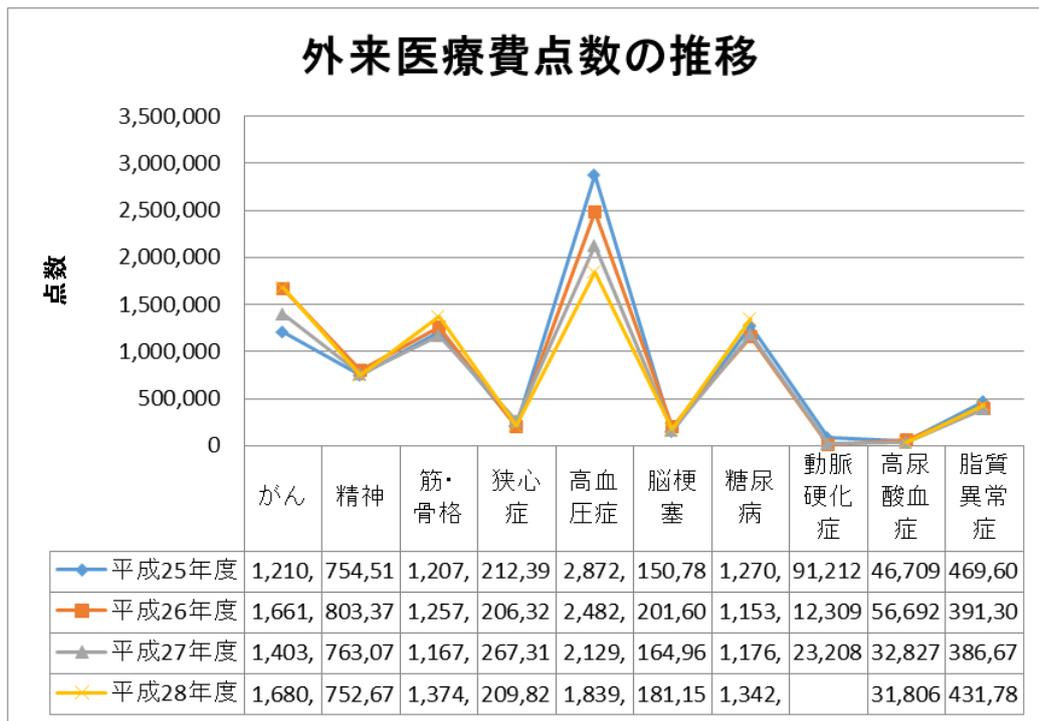
一人当たり医療費では平成 25 年度に比べ平成 29 年度では 2,493 円増加しています。(10)

経年的に見ても増加傾向にあります。



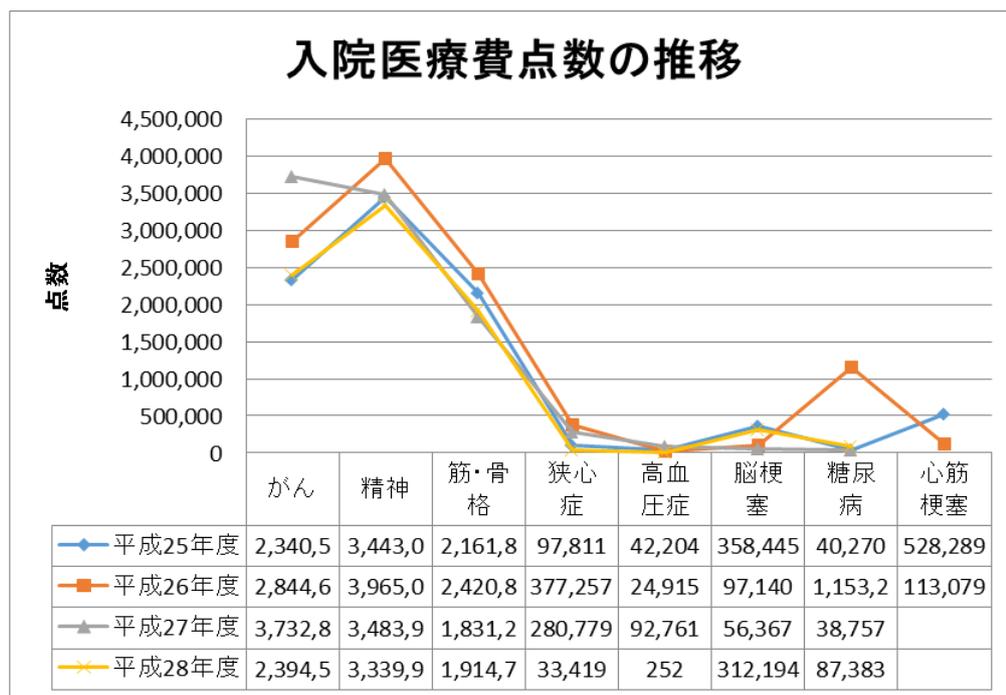
外来医療費点数の推移をみると、高血圧が最も医療費を占めていますが、経年的にみると減少しています。がん・筋・骨格疾患において上昇傾向にあります。

生活習慣病が重症化しておこる動脈硬化症や脳梗塞については、年度によって差はありますが、特に脳梗塞では上昇傾向にあります。



※ K D B 帳票医療費分析細小分類より

入院医療費点数を見ると、脳梗塞、糖尿病においてやや上昇しつつあります。



②高血圧症の医療費状況 ～なぜ高血圧外来医療費は減少傾向にあるのか～

第1期データヘルス計画の目標の項目でもある、高血圧症の1保険者外来医療費ですが、平成25年度から年度毎に減少傾向にあります。

高血圧症の1件当たり入院医療費では、平成25年度に比べ150,349円上昇しており、一人当たり入院外医療費(外来)は平成25年度に比べ2921円増加していますが大幅な増加は見られていません。(⑪⑫)

(表3) 国保の高血圧症罹患者数の推移をみると20名程減少しています。高血圧外来医療費が約100万円ほどの減少であるため罹患者の減少が医療費を下げたということも十分に推測できます。

(表4) 後発医薬品の推移をみると平成25年度に比べ増加していますが、後発医薬品の導入は平成30年度から本格的に導入している現状があり、後発医薬品の利用が高血圧外来医療費を下げた理由とは言い難い状況です。

(表5) 後期高齢者医療保険の被保険者数と医療費をみても、当町の高齢化に比例し、被保険者数・医療費は増加しています。これまで国保であった被保険者が後期高齢者医療保険に該当することにより、高血圧の外来医療費が減少しているとも考えられます。

(表6) 後期高齢者医療保険加入者の高血圧医療費と罹患者数共に減少しています。後期高齢者医療保険被保険者のこれらの数が増加していれば、国保外来医療費を下げた理由の一つとも考えられますが、減少しているため理由とは考えにくい状況です。

以上より、高血圧外来医療費が減少傾向にある理由は、高血圧罹患者数の減少や後期高齢者医療保険への移行が理由として考えられました。

表3) 国保 高血圧症罹患者数の推移

	男性	女性	総計
平成25年度	141名	100名	241名
平成29年度	116名	104名	220名

表4) 後発医薬品医療費推移

年度	後発医薬品全体医療費 (総計:円)
平成 25 年度	1,645,295,5
平成 29 年度	1,875,641,8

表5) 後期高齢者医療保険 医療費及び被保険者数の推移

	被保険者数	医療費
平成 26 年度	693 人	417,742,610 円
平成 27 年度	726 人	408,569,510 円
平成 28 年度	737 人	408,987,510 円
平成 29 年度	756 人	445,096,500 円

表6) 後期高齢者医療保険 高血圧症医療費及び高血圧罹患者数

年度	高血圧症医療費	高血圧罹患者数
平成 25 年度	120,252,120	-
平成 26 年度	120,923,310	481 人 (6 月～3 月の平均)
平成 27 年度	111,102,900	413 人
平成 28 年度	114,377,390	455 人
平成 29 年度	108,176,600	434 人

(5) 個別事業実施計画の評価

第 1 期計画長期目標では、高血圧症の外来医療費を増やさないことを目標として設定しました。また、高血圧症の重症化予防として、心疾患、脳疾患、動脈硬化の医療費を増やさないことも併せて長期目標としました。

そのための個別事業として、高血圧重症化予防のための減塩対策、健診未受診者対策の 2 件を実施しました。

①「高血圧重症化予防のための減塩対策」についての評価

事業名
塩分控えめプロジェクト 通称：S・K・D 1 3 プロジェクト ～塩辛かつはだめとよ！～
事業目的
高血圧疾患の外来医療費の平均値（3 年間の）を増やさない
事業目標
<ul style="list-style-type: none"> ・家庭で食べている味噌汁の塩分濃度測定家庭数を 300 件とする。 ・このプロジェクトを実施することにより、実施スタッフ及び関係機関の減塩に対する意識が向上する ・住民の「高血圧症は病気である」という認識が向上する ・住民が、日常生活の中で具体的な減塩行動をとることができる
事業の方法と内容
<p>①味噌汁塩分濃度測定事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団もしくは個人宅へ出向き、味噌汁の塩分濃度を測定し、町民の味付けの傾向を把握する。 ・塩分濃度 0.8%未満の家庭や高血圧家庭へは濃度計を貸出し、個別指導を行う。

②特定健診時、塩分摂取についてのアンケート調査を行う。

事業実施体制

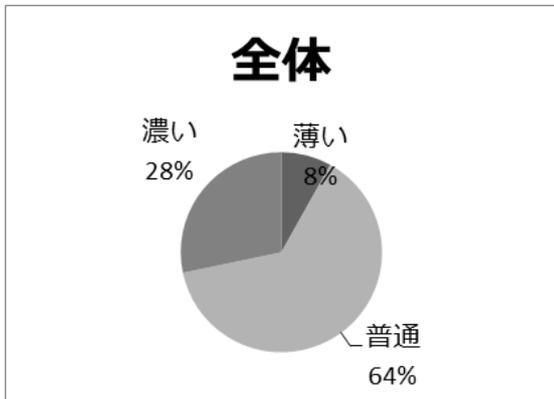
事業の実施：健康管理センター、食生活改善推進員

予算の確保：役場住民課

事業評価

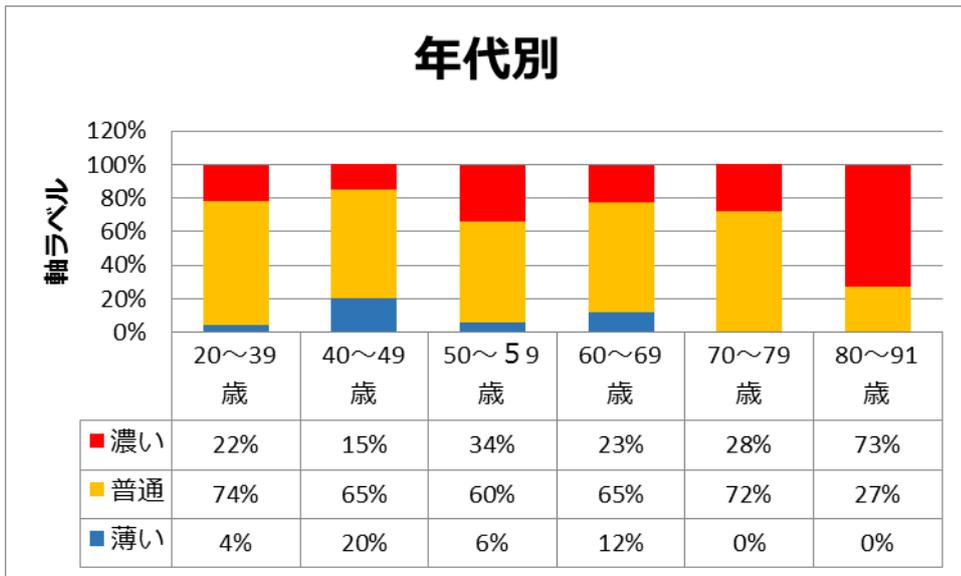
①味噌汁塩分濃度測定事業

- ・味噌汁塩分濃度測定事業で測定した家庭数はH27年度～29年度で198件。
(うち、集団において測定した件数は21件、婦人会へ協力依頼し測定した件数が115件、産業祭りにて濃度別の味噌汁を試飲する方法にて測定した件数が50件であった)
- ・協力者からは、「濃度計で測って初めて自分の味付けが濃いのか薄いのかわかった」「何度か自分で測り薄味を意識することで、薄味に慣れた」などの声が聴かれた。
- ・測定した結果、下記のような結果となった。



塩分濃度を測定した198名を塩分濃度別に分けると、普通の味付けが全体の約6割を占めているが、濃い味つけの方も約3割を占めている。

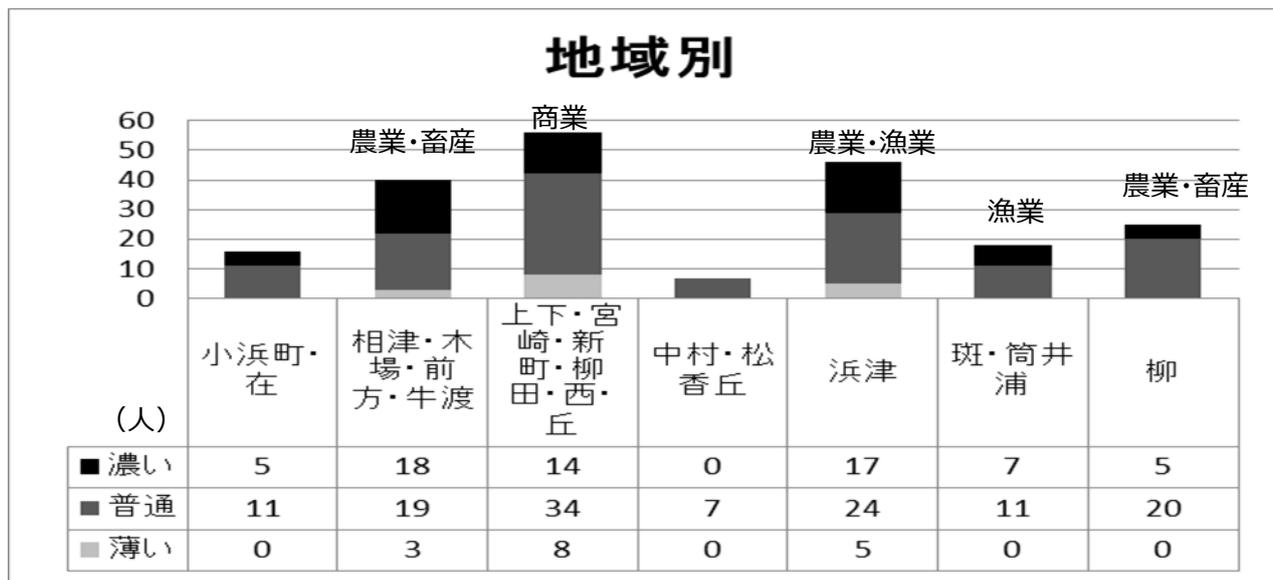
※塩分濃度
 0.4%～0.7%：薄い
 0.8%～1.1%：普通
 1.2%～1.4%：濃い



年代別に見てみると、母数の数が違うため正確ではないが、濃い味付けを好む年代は、特に50代、80代であると推測される。しかし、20～30代でも濃い味を好む傾向であることも推測できる。

若年世代では、健康意識が軽薄なこと、高齢期では味覚機能の衰えにより濃い味付けを好むのではと考えられるが、

味付けは職業や環境因子によっても大きく影響されるため年齢に関係なく介入が必要であると言える。



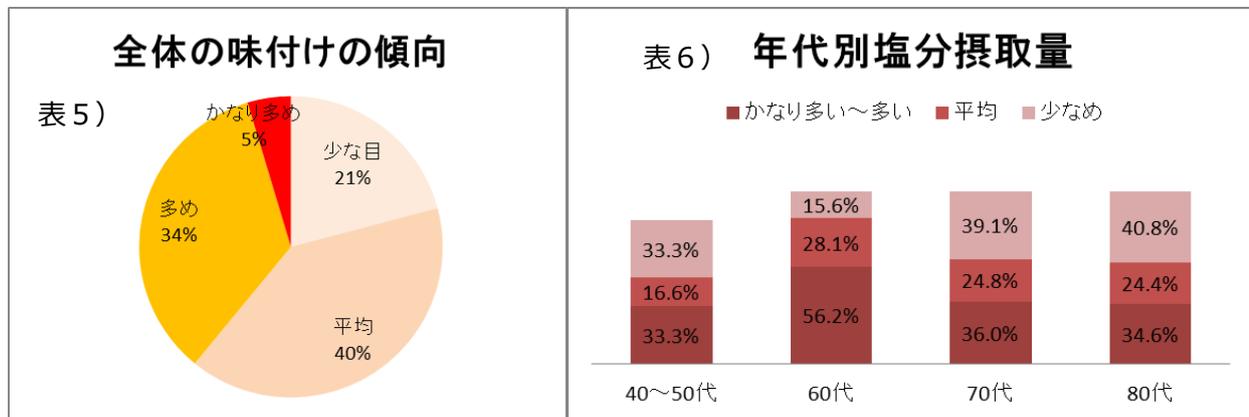
農業や漁業地区といったように職業が類似する地域ごとに分けて分析を行った。

体力仕事の農業や漁業地区はやはり濃い味の傾向にあるようだ。

②塩分摂取量アンケート調査

・対象：平成 29 年度特定健診受診者 名

・回答者数（率）：409 名（ %）



アンケートの内容は、味噌汁やスープ、漬物、ラーメン等を食べる頻度を点数化し、回答者の塩分摂取量を“かなり多め、多め、平均、少なめ”に分類する。

表 5 より、味付けの傾向が、平均（普通）と回答した方が 40% で最も多い。しかし、多め～かなり多めに該当している方を統合しても約 40% あるため全体的にこの健診対象者の年代（40～74 歳）は味付けが濃い傾向にあるといえる。年代別にみると（表 6）、60 代が“かなり多い～多い”に該当した方が多かった。この世代がターゲットとして考えられるが、60 代になる前からの介入も必要である。

表7) 地区別、健診有所見者及び塩分アンケート、味噌汁塩分濃度測定事業数値一覧より、色付けしてある部分の地区が数値が高い地区を示している。身体を使い汗をかく仕事をしている農業・漁業・畜産業の地域が高血圧者が多い傾向にあるが、その地域に近い値で商業地区にも高血圧者が多い傾向であることが分かった。また、コレステロールや血糖値が高値であるのは、商業地区であることが分かった。これは比較的野菜が手に入りやすいが地理的に買い物がしにくい農業・漁業地区と、買い物がしやすく菓子類等が手に入りやすいが野菜が高騰していると手に入りづらい商業地区という、地域の特性が表れているのではと推測する。地区ごとで見ても、すぐに介入が必要な地域もあり（柳田町、先小路）、事業介入のターゲットを絞ることができた。

事業の結果からターゲットを把握し地域の傾向を知ることはできたが、事業の目標である「高血圧疾患の外来医療費の平均値（3年間の）を増やさない」ということに本事業がどのくらい影響したのかということが評価できなかった。

また、事業に関わるマンパワーとして食生活改善推進員に協力を依頼していたが、人数が少ない事や高齢であることから目標にしていた訪問件数に達することができなかった。

【まとめ～今後の取り組み～】

- ・事業ターゲットは60代であるが、早期から減塩意識を高められるように、若年世代（30代）への介入も必要である。
- ・ハイリスク地域への個別もしくは集団健康教育が必要である。
- ・評価しやすい指標を設定する必要がある。

②健診未受診者対策

事業名
40代の特健診受診率の向上に向けた対策
事業目的
40代の特健診受診率が向上する
事業目標
<ul style="list-style-type: none"> ・40代の特健診受診率を男性は30%、女性は35%にする ・特健診未受診者の健診を受けない理由を把握・分析する ・第3期特健診実施計画を策定する
事業の方法と内容
<p>①特健診に関わるアンケート調査の実施 健診未受診者の意見を把握する、現状の健診体制について検討する</p> <p>②40代への積極的な受診勧奨 ・年代毎で配布用資料の内容を変える。</p> <p>③第3期特健診実施計画を作成する</p>
事業実施体制
<p>事業の実施：健康管理センター、役場住民課、国民健康保険診療所</p> <p>予算の確保：役場住民課</p>
事業評価

①特定健診に関わるアンケート調査の実施（平成27年度）

対象：国民健康保険被保険者 20歳～85歳 900名

回答者数（率）：345名（38.3%）

結果：

※特定健診実施計画第1章3(4)参照

②40代への積極的な受診勧奨

・受診勧奨用配布資料の工夫

これまで受診勧奨の資料は40歳～74歳で統一した内容であった。

しかし、①のアンケート結果より、“所要時間”と“料金”について具体的に記載した方がよいという意見があったことや、健診初年度対象者は特に目を引きやすく興味をもちやすい内容にということで、健診初年度の40歳と41歳～59歳までの未受診者の資料内容を区別した。

また、春季健診終了後の未受診者へは、家庭訪問を行い直接受診勧奨を行った。

結果：資料を配布及び訪問した59名のうち受診者は6名。そのうち健診初年度（40歳）受診者は4名であった。健診初年度の対象者は6名であったため40歳の受診率は高かった。

40歳健診初年度の新規受診者へ健診を受けた理由について尋ねたところ、「チラシが何回も届いたから」「わざわざ訪問してきてくれたから」との回答が得られた。

表3をみると、男性の40歳～44歳は受診率が増加したものの同じ世代の女性の受診率は低かった。

保健活動をとおして若年世代から聞いた質的意見として、「行こうという気持ちはあったが、健診期間中いつも満員の会場をみると、待ち時間が長いのではないかと、知っている人に沢山会うのではというイメージがあって行かなかった」「個人情報（体重等）を見られたくない」という声が聞かれている。若年世代が健診に行くためのポイントとして考えられるのは、①待ち時間が短い②知っている人に会いたくない③個人情報を知られたくない、が挙げられる。個別健診では診療所に行かなければいけないため待ち時間が長いという点について解消できない。また個人情報の点についても、診療所であれば体重もその場で測られるため配慮しにくい状況にある。そのため個別健診を実施したとしても若年世代が健診に行く可能性は低いと推測できる。

③第3期特定健診実施計画を作成する

実施時期：平成29年度

関係者：国民健康保険診療所、役場住民課、健康管理センター

内容：平成29年度に計画策定部会を4回実施。健康づくりの協議会である健康おぢか21協議会や保健事業の報告の場である総合保健医療推進協議会にて報告、医師や保健所より計画についての意見を得て平成30年4月に策定した。

【まとめ～今後の取り組み～】

若年世代の受診勧奨は年代毎で内容を変えた資料を配布、未受診者へは直接勧奨が効果的である。そして、実施体制の工夫について、若年世代が受けやすい環境にすることが最も重要となる。プライバシーが保てる会場の工夫や、時間の短縮、職場に出向くなど気軽に受けってもらう体制の検討が必要である。

3) 第1期にかかる考察

結果として、先述のように高血圧の外来医療費が減少していることと第1期計画の個別事業計画の関連は低いことが推測できます。第2期計画においては評価しやすい事業計画の作成が必要です。

高血圧外来医療費は減少しましたが、依然として外来医療費で最も高い数値を示しているのは高血圧であります。また、要介護者の有病状況を見ても(6) 心臓病や高血圧は高値を示しており、要介護となる原因の一つであると言えます。それに加え、心臓病は当町の死因を見ても平成25年度より大幅に増加しており、高血圧が重症化して起こる心臓病は当町にとっても対策が必要な疾病であります。

心疾患1件あたり医療費の入院及び狭心症の1保険者あたり入院医療費点数をみると(15)(18)、平成25年度と比べ大幅に増加しています。狭心症の高額医療費該当者を追跡すると、60～64歳男性の1名のみ該当している状況で、その男性の基礎疾患をみると高血圧症であることが分かり高血圧症が重症化し狭心症を発症している可能性が高いことが推測できました。

また、80万円以上の高額医療該当者を追跡すると、基礎疾患で最も多かったのは高血圧症で213件のうち80件該当し37.5%でした。

このように、当町にとって高血圧症は依然として重大な健康課題であり、今後も長期目標として設定すべき疾病であると言えます。

また、当町の特定健診有所見者の結果をみるとLDLコレステロールが平成25年度以降県内ワースト1位、脂質異常症の1件あたり入院医療費、1保険者あたり外来医療費、患者千人あたり生活習慣病新規患者数をみても増加しており、LDLコレステロールについても今後健康課題として対策を講じるべきか検討が必要です。

4) 第2期計画における健康課題の明確化

第2期データヘルズ計画の長期目標では第1期計画に引き続き、「高血圧外来医療費を増やさない」とし短期目標として、健診参加者の内服開始者を増やさない、高血圧症治療者の重症化を予防する、また、1期計画の評価後ターゲットとされた若年世代への減塩についての周知、を目標として設定します。

また、健診実施計画第1章3(6)でも記述しているように、健康無関心層への対策として引き続き健診未受診者対策を講じます。重点的に取り組むターゲット層は40代とします。

ア. 高血圧重症化予防のための減塩対策

事業名	塩分控えめプロジェクト
事業目的	高血圧疾患の外来医療費の平均値を増やさない 高血圧症新規患者数の平均値を増やさない 高血圧症が重症化して起こる心臓病、脳疾患、慢性腎臓病の医療費の平均値を増やさない
事業目標	①特定健診有所見者(高血圧症)の内服開始者を増やさない ②心臓病、脳疾患、慢性腎臓病の医療費を増やさない ③若年世代(20代～30代)の減塩に興味をもつ人を増やし、適切な塩分量(味付け)を知る
事業内容 (スケジュール)	①健診結果にて血圧の精密検査発行者及び未治療者でⅡ度～Ⅲ度高血圧への介入 ・高血圧において精密検査が発行された場合、医師と相談し直ちに医療へつなげる以外の者へは、積極的な保健指導(減塩、禁煙、節酒、運動)及び3ヶ月間～6ヶ月間の定期的な介

	<p>入（血圧相談へ繋げる）を行い、家庭血圧 135/85 mmHg（診察室 140/90 mmHg）を目標とする。但し、基礎疾患において糖尿病があるもしくは糖尿病が疑われる場合は、家庭血圧 125/75 mmHg（診察室 130/80 mmHg）を目標とする。保健指導をするスタッフによって指導内容が異ならないよう、保健指導用のパンフレットをし指導内容を統一する。</p> <p>①健診項目において尿中ナトリウム量を測定し、塩分摂取量を把握。尿中ナトリウム量が異常値の者へは保健指導（減塩、禁煙、節酒、運動）を行う。</p> <p>②健診結果にて治療者のうち 135/85 mmHg（診察室 140/90 mmHg）以上の者への積極的な保健指導及び意欲的な者へは 3ヶ月間～6ヶ月間の定期的な介入（血圧相談へ繋げる）を行う。</p> <p>②既存事業である血圧相談に参加している者で 75 歳未満、135/85 mmHg（診察室 140/90 mmHg）以上の者への積極的な保健指導（減塩、禁煙、節酒、運動）を行う。</p> <p>②塩分調査にてハイリスク地域とされた新町・柳田町、先小路等の笛吹地区において減塩のための健康教育を行う。（食生活改善推進員へ協力依頼）</p> <p>②第 1 期計画において味噌汁塩分濃度測定の訪問をした唐見崎、小浜町、大島、前方地区においては評価として再度訪問を行う</p> <p>③20 代～30 代への減塩についての知識普及として、だしを活用した料理教室を開催する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1 回～2 回/1 ヵ月 ・簡単なだしの摂り方を知ろう ・減塩調味料を試してみよう ・自分の塩分濃度を知ろう <p>③親子減塩郷土料理教室の開催（実施予定年度平成 32 年度）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1 回／年 ・郷土料理を普及するかあちゃんの会、PTA と連携し、減塩郷土料理教室の開催
対象者	<p>①健診受診者</p> <p>②健診受診者、血圧相談対象者、ハイリスク地域の一般住民</p> <p>③20 代～30 代の一般住民、小学生の親子、かあちゃんの会</p>
実施体制	<p>管理センターが主体となり実施。予算関係は住民課が取扱う。</p> <p>③については、かあちゃんの会が所属する産業振興課へも協力依頼。</p>
評価指標	<p>①・特定健診受診者の高血圧症の精密健康診査発行者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精密健康診査発行者数のうち、服薬開始者割合 ・特定健診受診者の高血圧症有所見者数、Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の該当者割合 ・尿中ナトリウム量の異常値該当者割合 <p>②・特定健診受診者の高血圧有所見者のうち、血圧が悪化した者の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者の高血圧有所見者のうち基礎疾患（腎機能、糖尿病、脂質異常症）の数値が重症化した者の割合 ・血圧相談介入者のうち、血圧が改善・悪化した者の割合 ・介入した地域の対象者の血圧の変化、気持ちの変化、味噌汁塩分濃度の変化 <p>③・料理教室へ参加した者の血圧の変化、気持ちの変化、行動の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関（産業振興課・PTA）との連携がとれたか

イ. 特定健診未受診者対策

事業名	40代、50代の特定健診受診率の向上に向けた対策
事業目的	40代、50代の健診受診率が向上する 新規受診者数が増える
事業目標	・40代の特定健診受診率を男性は40%、女性は50%とする。 ・50代の特定健診受診率を男性は40%、女性は50%とする。 ・新規受診者数が20人とする。
事業内容 (スケジュール)	①健診未受診者勧奨 ・キャンサースキャンを活用したハガキによる受診勧奨 ・直接訪問による受診勧奨 全ての未受診者を訪問し、その場で予約をとり健診受診の約束をする ・新規受診者、節目(40歳、50歳、60歳、70歳)健診対象者受信料無料制度の導入 ②健診実施体制を工夫する ・会場の変更(プライバシーに配慮した会場作り、待ち時間対策) ・問診票の事前配布による待ち時間の短縮 ③健康無関心層への介入 ・35歳からの健診導入の検討
対象者	健診対象者
実施体制	国民健康保険診療所、住民課、健康管理センターが連携して実施 健診実施前、実施後にはミーティングを行い、準備及び反省を行う。
評価指標	①受診勧奨後の健診受診者数 新規受診者数 各年代の受診率 ②体制の工夫への住民の反応 健診実施体制についてのミーティング開催回数

4. その他の保健事業

既存事業の中で、本計画に関連する事業について下記に記載します。

本計画では2で述べた健康課題に対して今後対策を講じていきますが、その他既存事業の課題については「健康おぢか21」計画に反映、協議会にて評価、報告、改善していきます。

1) ハイリスクアプローチ

①糖尿病予防教室

糖尿病実施後の血液検査では維持及び改善が8割と効果を示しています。データ分析の結果から当町は動脈硬化性疾患のリスクが高いため、その因子であり相互に影響しあう高血圧、脂質異常症についても、健康教室の内容に追加します。

②脂質異常症予防教室

実施後検査において改善が9割と効果を示しています。データ分析の結果から当町は動脈硬化性疾患のリスク

が高いため、その因子であり相互に影響しあう高血圧、糖尿病についても、予防方法及びそのリスクを健康教室の内容に追加します。

③糖尿病性腎症重症化予防事業

ア) 内容

人工透析導入をきたす疾患の中でも糖尿病性腎症が最も多く、その重症化予防として患者に生活・栄養指導を行います。事業実施者は役場住民課管理栄養士が行います。

イ) 指導対象者

○ハイリスク者の基準

a 及び b、又は a 及び c に該当する者をハイリスク者として指導します。また、小値賀町では糖尿病の薬を服薬中の方で b と c に該当する場合も指導対象とします。

6 回以上の生活・栄養指導を行います。(状況によって 6 回以上の指導継続もあり)

a : HbA1c 7.0 %以上又は空腹時血糖 130 mg/dl 以上

b : 蛋白尿 2+以上

c : eGFR 50 ml/分/1.73 m²未満

○受診勧奨者（未受診者対策）

次の①～④のいずれかを満たした者へ食事指導（血糖コントロール不良）または、手紙を送付します。

①空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上、または HbA1c 6.5 %以上

②eGFR が基準値（50ml/分/1.73 m²）未満

③尿蛋白 2+以上

④尿蛋白と血尿がともに陽性（1+）以上。

ウ) 指導除外者

以下①～④に該当する方は事業対象より除外します。

①年齢 80 歳以上であきらかに指導困難と思われる者

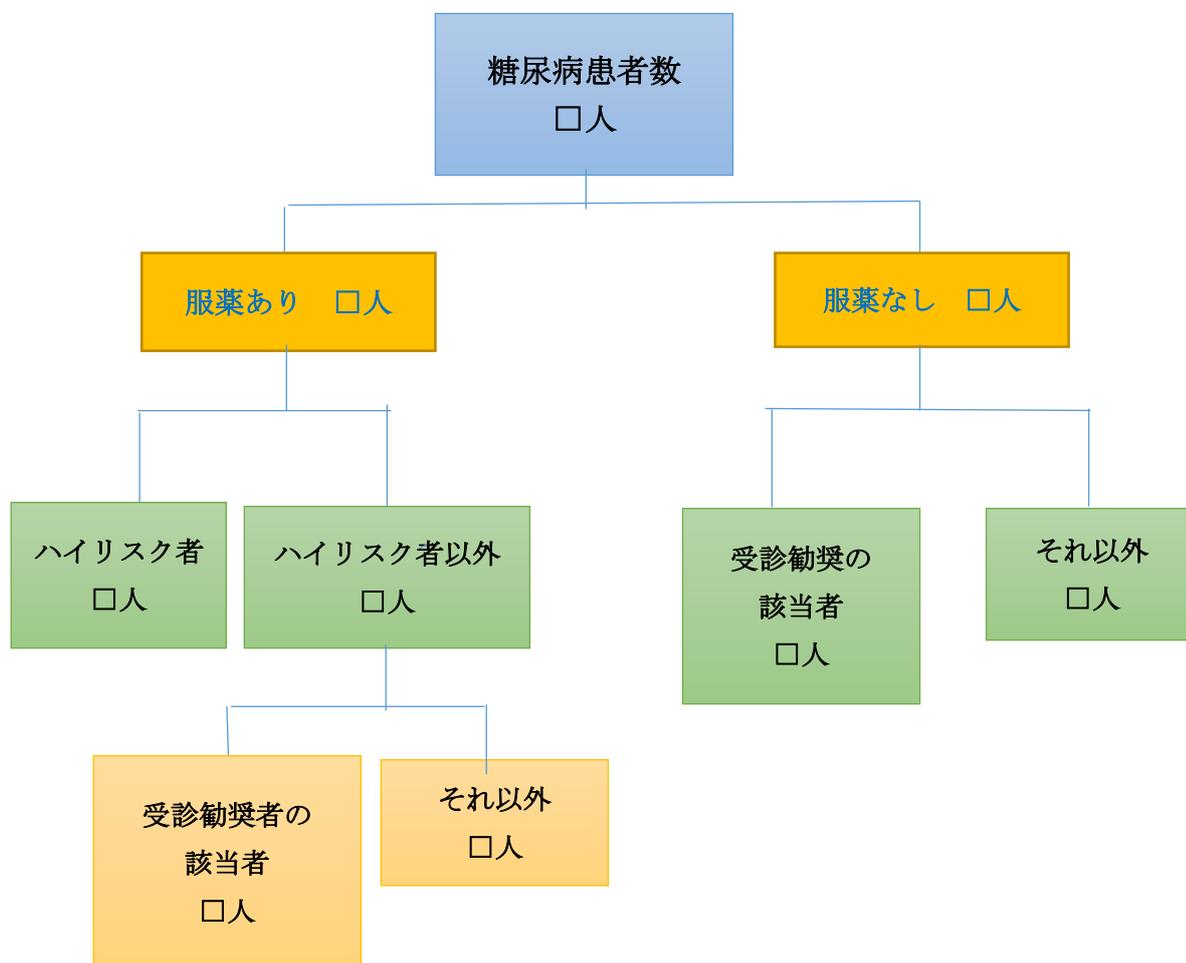
（80 歳以上に認知機能や身体活動が保たれている場合など、指導可能と判断された場合は指導対象とする）

②がん等で終末期にある者

③明らかな認知機能障害がある者

④かかりつけ医が除外すべきと判断した者

工) 事業実施ツリー図



2) ポピュレーションアプローチ

- ①若年世代向け運動教室にて運動の機会の提供及び自主活動に発展するための取り組み
- ②高校生と保護者による親子健診の取り組み
- ②特定健診後事後指導の継続
- ③町広報や管理センターが発行している新聞、産業まつり健康ブースにて町の現状や生活習慣病についての情報提供の機会を増やす

3) 健康づくり事業

- ①食生活改善推進員による生活習慣病予防、動脈硬化性疾患予防の普及啓発

5. 計画の実施体制

～ 計画を計画で終わらせないために ～

1) 実施体制

計画は、役場住民課保健係、健康管理センターが主体となり策定します。

また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、医療分野（国民健康保険診療所）、高齢者医療部局（住民課）、介護保険部局（福祉事務所）、食育部局（産業振興課）とも十分に連携します。

さらに、計画期間を通じてP D C Aサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行える体制を整えます。

2) 評価指標と評価方法

評価については、K D Bの情報を活用し、別紙資料 1 の項目について毎年行うものとします。

3) 計画の見直し

本計画の実施状況等について、毎年の年度末に開催している「健康おぢか 21 協議会」にて有識者及び関係機関に実施状況を報告し、助言を得ながらその都度見直しを行います。

そして、最終年度（平成 3 5 年度）に、計画に掲げた目標の達成状況について「データヘルス計画策定部会」を立ち上げ計画的に評価を行います。

4) 計画の公表及び周知

策定した計画は、町のホームページに掲載します。また、町の広報等でも住民に周知します。

5) 個人情報の保護

保健事業で取り扱う個人情報については、「小値賀町個人情報保護条例（平成 17 年小値賀町条例第 15 条）」に基づき、適正に管理します。また、特定健診結果の情報についても受診者全員へ承諾書を取り適正に管理します。