

せたな町国民健康保険

第2期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

-概要版-

令和6年度(2024年)～令和11年度(2029年)

<p>せたな町データヘルス計画の目的</p> <p>町民が自分の健康状態を理解し、健康づくりのための行動がとれることで、生活習慣病の重症化を予防され、せたな町でいつまでも自分らしい生活を送ることができる</p>
--

1 基本的事項

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画とは	特定健康診査等実施計画とは
<p>「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画の作成・公表、事業実施、評価等が市町村に求められた。それに従い、PDCAサイクルに沿った効果的・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1期を6年間として策定する。</p>	<p>平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。したがって、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。</p>
<p>他計画との位置づけ</p> <p>本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画やせたな町健康増進計画、北海道医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする。</p>	
評価時期	評価方法
<p>評価指標は計画の策定段階で設定する。設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を実施する。</p>	<p>評価は、KDB等を活用して行う。また、計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、毎年度評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。</p>

2. データヘルス計画の構成

計画書の構成
<p>計画策定に際して、まずせたな町の健康課題を整理する。KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、特に生活習慣病(※)を中心とした、せたな町の保健事業によって予防可能な疾患に着目しながら分析を行う。</p> <p>続いて、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。</p>
<p>※生活習慣病の進行イメージ</p> <p>生活習慣病の重症化による生活機能の低下は、ある時突然発生するのではなく、自覚症状がないまま徐々に進行していく。そのため、保健指導等の保健事業を通じて、各段階で適切な介入をすることで、病気の進行を食い止めることが重要である。</p>
<pre> graph LR A[健康] --> B[不健康な生活習慣] B --> C[生活習慣病予備群 (メタボリック シンドローム)] C --> D[生活習慣病 (基礎疾患)] D --> E[重症化した 生活習慣病] E --> F[介護・死亡] </pre>
<p>【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 *本紙 P.38</p>

2. 生活習慣病基礎疾患・メタボリックシンドローム(生活習慣病予備群)

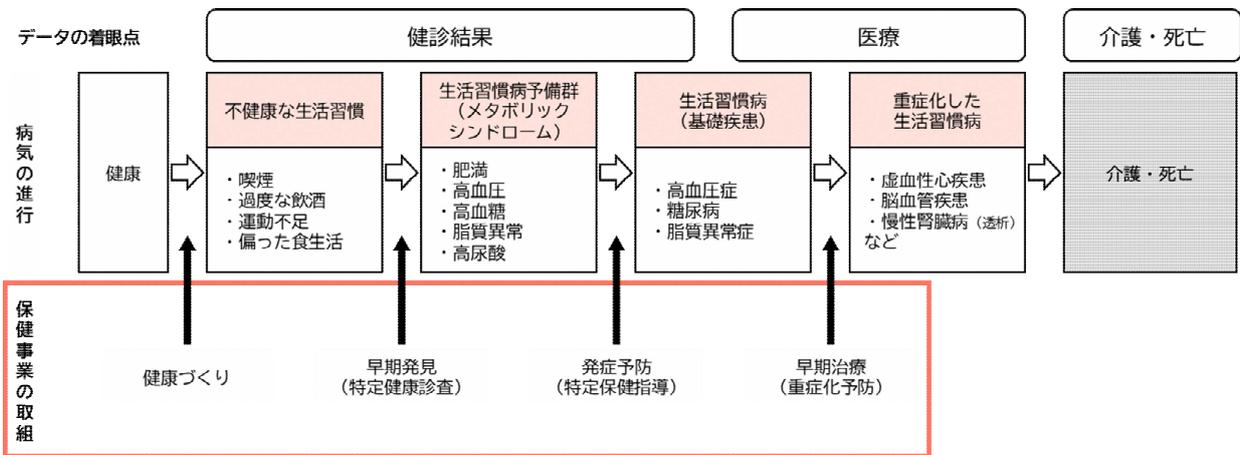
基礎疾患と重篤な疾患の重なり																														
<p>「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病」をはじめとした重症化した生活習慣病に至る者の多くは「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった複数の基礎疾患を有した状態で発症する。重症化した疾患を予防するためには、特定健診を通じて、疾患が重症化する前に早期発見・早期治療をすることが重要である。</p>																														
【健診】特定健診受診率・特定保健指導実施率	【健診】有所見者の状況																													
<p>「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった生活習慣病は、自覚症状がほとんどないため、定期的な健診受診による自身の健康状態の把握や、生活習慣改善のきっかけづくりが大切である。</p> <p><特定健診受診率> 特定健診は生活習慣病の早期発見を主な目的として行われており、令和4年度の特定健診受診率は38.9%であり、平成30年度と比較して0.8ポイント上昇している。</p> <p><特定保健指導実施率> 特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省より引用）である。</p> <p>令和4年度の特定保健指導の対象者は58人で、このうち、特定保健指導実施率は56.9%である。</p> <p style="text-align: right;">*本紙 P. 39、47</p>	<p>有所見とは健診結果における医師の診断が、「要精密検査」または「要治療等」の者を指す。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合を国・道と比較すると、「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「HbA1c」「HDL-C」「ALT」「尿酸」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。</p> <p><特定健診受診者における有所見者の割合 *本紙 P. 41></p>																													
【健診】メタボリックシンドロームの状況	【健診】受診勧奨対象者の状況																													
<p>有所見者の中でも、メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」を指し（厚生労働省より引用）、生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態である。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は113人（22.2%）であり、平成30年度と比較して増加している。</p> <p><メタボ該当者・メタボ予備群該当者の推移*本紙 P. 45></p>	<p>HbA1c7.0%以上の人は21人で、平成30年度と比較すると割合は増加している。</p> <p>Ⅱ度高血圧以上の人は22人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。</p> <p>LDL コレステロール 160mg/dl 以上の人は47人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。</p> <p style="text-align: right;">*本紙 P. 50</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">平成30年度</th> <th colspan="2">令和4年度</th> </tr> <tr> <th>人数(人)</th> <th>割合</th> <th>人数(人)</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健診受診者数</td> <td>637</td> <td>-</td> <td>510</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>7.0%以上</td> <td>19</td> <td>21</td> <td>4.1%</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>Ⅱ度高血圧以上</td> <td>31</td> <td>22</td> <td>4.3%</td> </tr> <tr> <td>脂質</td> <td>LDL160mg/dl 以上</td> <td>61</td> <td>47</td> <td>9.1%</td> </tr> </tbody> </table>		平成30年度		令和4年度		人数(人)	割合	人数(人)	割合	特定健診受診者数	637	-	510	-	血糖	7.0%以上	19	21	4.1%	血圧	Ⅱ度高血圧以上	31	22	4.3%	脂質	LDL160mg/dl 以上	61	47	9.1%
	平成30年度		令和4年度																											
	人数(人)	割合	人数(人)	割合																										
特定健診受診者数	637	-	510	-																										
血糖	7.0%以上	19	21	4.1%																										
血圧	Ⅱ度高血圧以上	31	22	4.3%																										
脂質	LDL160mg/dl 以上	61	47	9.1%																										

3. せたな町で暮らす人の生活習慣

【健診】生活習慣の状況
<p>特定健診受診者の質問票の回答状況から、せたな町における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向が把握できる。</p> <p>令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「食べる速度が速い」「週3回以上就寝前夕食」「3合以上」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。</p> <p style="text-align: right;">*本紙 P. 52</p>

4. 健康課題まとめ

せたな町が、いつまでも自分らしく元気に生活するためには、取組のポイントに応じた健康課題の整理と健康課題を解決するための保健事業の立案を行い、疾病の段階が進まないように取り組むことが重要である。



健康課題・考察	
◀重症化予防	
【課題】 # 「心不全」、「脳血管疾患」、「腎不全」による死因の割合が高く、死亡数も多い。 # 「狭心症」、「脳梗塞」、「慢性腎臓病（透析あり）」といった生活習慣病重症化疾患による入院の割合が高い。 # 1人当たり医療費・受診率では、国保及び後期ともに外来が低く、入院が高い。 # 特定健康診査で要医療となった該当者において医療機関未受診があり、未治療となっている者がいる。	【考察】 死亡や入院の要因として「心疾患」や「脳血管疾患」、「腎不全」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、中長期的に減らしていきたい疾患である。 これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を早期に医療に繋げることが重要であるが、せたな町では、特に「血圧」「血糖」の未治療者が多く、疾患の早期発見・治療がされないことで重症化している可能性がある。また治療中ではある者のコントロール不良となっている者も一定数いると考えられるため、重症化予防を強化・継続する必要がある。
◀重症化予防（がん）	
【課題】 # 「悪性新生物」の死亡者数が多い。悪性新生物の中でも特に肺がんが多い。	【考察】 がん検診受診率は国よりも高いものの、「肺がん」をはじめ、がんによる死亡者数は多く、引き続き、がん検診の受診率を向上させ、早期発見早期治療につなげることでがんによる死亡低下につなげる必要がある。
◀生活習慣病発症予防・保健指導	
【課題】 # メタボ該当者及び予備群が多い # 血糖(HbA1c・空腹時血糖)の有所見者の割合が高い # eGFRの有所見者の割合が高い（男女）	【考察】 保健指導実施率は国よりも高いが、血糖/腎機能に関する有所見者の割合が国や道と比べても高く、これらによる心疾患や脳血管疾患、慢性腎臓病を発症させないためにも、メタボ（予備群含む）に該当した者に積極的に特定保健指導を利用していただき、生活習慣の改善に取り組んでもらうことが必要である。
◀早期発見・特定健康診査	
【課題】 # 特定健康診査受診率が38.9%で同規模市町村と比較し受診率が低く、自身の健康状態を知らない者がいる。（特に45～49歳代）（事業課題）	【考察】 特定健診受診率は38.9%と国の掲げる目標に到達していない。特に若年層の受診率が低迷しており、対策の強化が必要である。また健康状態不明者（健診なし医療なし）の者も一定数存在していることから、自身の健康状態を早期に把握するために、特定健診のさらなる受診率の向上が必要である。
◀健康づくり	
【課題】 # 運動習慣のある人が少ない # 正しい食生活を送っていない人が多い（間食・早食い・就寝前夕食） # 喫煙者が多い # 飲酒量が多い	【考察】 特定健診受診者の質問票回答状況から、「運動習慣なし」「乱れた食生活」「飲酒」「喫煙」の人が多く傾向がうかがえる。生活習慣病を予防するため、正しい生活習慣の獲得のための取り組みの継続・強化が必要である。

3 データヘルス計画の目標と個別保健事業

健康課題を解決することで短期的、中・長期的に達成されると期待されるデータヘルス計画の目標と、それらを達成するための代表的な個別保健事業計画について記載する。

1. データヘルス計画の目標

記載事項	評価指標	開始時	目標値
最終目標	平均自立期間（要介護2以上）	男性 79.1 女性 85.3	ベースラインより延伸
	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	7.6	ベースラインより抑制
	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	6.9	ベースラインより抑制
中・長期目標 (3~6年後)	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	3.4	ベースラインより抑制
	新規脳血管疾患患者数	25	ベースラインより抑制
	新規虚血性心疾患患者数	24	ベースラインより抑制
目標 短期目標 (各年)	新規人工透析導入者数（国保）	1	0
	特定健診受診者のうち、メタボ該当者割合(%)	22.2	18.0
	特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者割合(%)	11.8	10.0
	特定健診受診者のうち、BMI(25以上)の割合(%)	39.0	30.5
	特定健診受診者のうち、標準的質問票「現在、たばこを習慣的に吸っていますか」の「はい」の回答割合(%)	14.2	12
	特定健診受診者のうち、標準的質問票「飲酒日の1日当たりの飲酒量」の「3~5合未満」または「5合以上」の回答割合(%)	5.9 (3合以上)	3.2
	特定健診受診者のうち、標準的質問票「1回30分以上の軽く汗をかく運動習慣を週2回以上、1年実施」の「いいえ」の回答割合(%)	74.1	60
	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の割合(%)	9.2	8.3
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	9.1	19
	特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧（拡張期160・収縮期100）以上の割合(%)	4.3	3.8
	特定健診受診者のうち、Ⅰ度高血圧（拡張期140・収縮期90）以上の割合(%)	21.6	19.4
	特定健診受診者のうち、LDLコレステロール180mg/dl以上の割合(%)	3.3	2.9
	特定健診受診者のうち、LDLコレステロール140mg/dl以上の割合(%)	20.6	18.5
	特定健診受診者の塩分摂取推定量検査の平均塩分摂取量(g)	9.08	8.5
	生活習慣病治療なしかつ特定健診未受診の割合(%)	21.9	19.8
	特定健診受診者のうち、特定健診受診者のうち、標準的質問票「間食を毎日する」の回答割合(%)	24.1	21.4
	特定健診受診率(%)	38.9	60
	特定保健指導実施率(%)	56.9	60
	メタボ該当者・メタボ予備軍該当者の減少率(%)	19.8	25
	がん検診受診率(%)	胃 35.4 肺 24.5 大腸 23.7 乳 35.3 子宮 23.1	胃 37.0 肺 28.0 大腸 26.0 乳 36.0 子宮 25.0
	高血圧重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率(%)	20.0	40.0
	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率(%)	50.0	75.0
	脂質異常症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率(%)	12.7	25.4

2. 代表的な個別保健事業計画

◀重症化予防

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標(R11年度)
新規	そらまめプロジェクト (糖尿病性腎症重症化予防プログラム)	<p>対象者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病未治療者であり、特定健診データ等でHbA1c 6.5%以上の者かつ、次の①～③のいずれかに該当する方 <ol style="list-style-type: none"> ①尿蛋白(1+)以上 ②eGFR60ml/分/1.73㎡未満 ③BP130/80mmHg以上 2. 町が保健指導が必要と判断した者(糖尿病治療中断者を含む) 3. 糖尿病治療中であり、かかりつけ医が療養指導・生活状況の把握が必要と判断した者 <p>方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. かかりつけ医を受診してもらい「保健指導指示書」の記載を依頼。希望者に「糖尿病連携手帳」を配布し活用を促す。 2. 保健指導指示書の指導内容をもとに、訪問や来所等で保健指導を実施 3. 保健指導結果を「保健指導実施報告書」に記載し、かかりつけ医に報告する 4. 支援内容について、必要に応じて医療機関と適宜カンファレンスを行う。 5. 経年的な評価を行うため、かかりつけ医に毎年12月～2月に対象者の検査値等を照会する。 	<p>【項目名】 対象者の生活習慣(食事・運動・服薬・体重・喫煙等)が改善した者の割合(町独自集計) 【目標数値】80%</p> <p>【項目名】 保健指導後のHbA1c・eGFRが維持・改善した割合(町独自集計) 【目標数値】80%</p> <p>【項目名】 糖尿病性腎症が原因の(国保)新規透析導入(KDBExpander・障がい福祉係) 【目標数値】0人</p> <p>【項目名】 透析患者数(町民)及び総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合(KDB・KDBExpander) 【目標数値】34人/抑制</p>
継続 (追加)	生活習慣病 重症化予防事業 ※旧 未治療者対策 (高血圧・高血糖)	<p>対象者：</p> <p>特定健診結果により血糖・血圧・血中脂質で受診勧奨判定超の者</p> <p>方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受診の必要性の説明及び生活習慣改善のための保健指導の実施 2. 通知による未受診者への医療機関受診勧奨 3. 継続受診の確認 	<p>【項目名】 HbA1c6.5%以上の割合(KDB Expander) 【目標数値】8.3%</p> <p>【項目名】 Ⅱ度高血圧(拡張期160・収縮期100)以上の割合(KDB Expander) 【目標数値】3.8%</p> <p>【項目名】 LDLコレステロール180mg/dl以上の割合(KDB Expander) 【目標数値】2.9%</p>

◀重症化予防(がん)

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標(R11年度)
継続	がん検診事業	<p>対象者：概ね40歳以上の町民 (子宮がん検診は20歳以上)</p> <p>方法：1. 受診しやすいがん検診の実施 2. 様々な媒体での受診勧奨</p>	(検診受診率をアウトプット指標として設定)

◀生活習慣病発症予防・保健指導

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標(R11年度)
継続	特定保健指導	対象者：特定健診受診者 (積極的支援及び動機付け支援を優先とする) 方法：積極的支援及び動機付け支援ともに保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。定期的に電話や訪問等で継続支援を実施する。体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。	【項目名】 保健指導改善率の向上(町独自集計) 【目標数値】80.6% 【項目名】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(KDB Expander) 【目標数値】19.0%
継続	尿中塩分摂取推定量 検査事業	対象者：町の集団健診を受診した者 方法：健診時に尿中塩分摂取推定量検査を実施し、健診結果返却時に減塩の必要性や減塩方法等の保健指導を実施する。	【項目名】 特定健診受診者の平均塩分摂取推定量(町独自集計) 【目標数値】8.5g
継続	元援 Project (元気応 Project)	対象者： 【ポピュレーションアプローチ事業】 20歳以上のせたな町民 【ハイリスクアプローチ事業】 特定保健指導対象者・糖尿病性腎症重症化予防対象者等のハイリスク群を含むせたな町民 方法： 【ポピュレーションアプローチ事業】 肥満・高血糖等について、専門職による健康づくり講演会・料理教室等を実施する。 【ハイリスクアプローチ事業】 肥満・高血糖等について、生活改善に向けたより詳細に学べる機会として保健師・管理栄養士による健康講話等を実施する。	【項目名】 健康意識が変化した参加者の割合(事後アンケート集計) ポピュレーションアプローチ事業 【目標数値】90%以上(開始時：94.1%) ハイリスクアプローチ事業 【目標数値】90%以上 【項目名】 HbA1c6.5%以上の割合(KDB Expander) 【目標数値】8.3% 【項目名】 BMI(25以上)の割合(KDB) 【目標数値】30.5%

◀早期発見・特定健診

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標(R11年度)
継続 (統合)	特定健康診査 ※健診未受診者対策 みなし健診【データ受領】を統合	対象者：40～74歳のせたな町国保加入者 方法： 1. 受診しやすい特定健診の実施 2. 様々な媒体での受診勧奨 3. 町国保病院及び各診療所と連携したみなし健診の実施	【項目名】 健康状態不明者の割合(町独自集計) 【目標数値】16.5%

◀健康づくり

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標(R11年度)
継続 (再開)	ヘルシー料理教室	<p>対象者：特定保健指導対象者、生活習慣病の方、健康と食事に関心のある方</p> <p>方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 改善させたい状態（高血糖等）の内容を決める。 2. 対象者へ個別及び回覧等で周知する。 3. 病態の講話及び調理実習を行う。 	<p>【項目名】 食習慣と病態の関係の理解（事後アンケート集計） 【目標数値】100%</p> <p>【項目名】 食習慣の改善に取り組むきっかけとなった参加者の割合（事後アンケート集計） 【目標数値】60%以上</p>
継続	運動教室ほそみどり	<p>対象者：肥満予防・解消のため、運動できる方（特定保健指導対象者を含む）</p> <p>方法：有酸素運動、筋トレ、ストレッチを実施する。</p>	<p>【項目名】 家でも運動を継続して実施したと回答する割合 【目標数値】70%</p>
継続	健康こつこつポイント事業	<p>対象者：健診や健康づくり事業等の参加者で、希望する者</p> <p>方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ポイントカードを発行し、健診受診や健康づくりの事業に参加する毎にポイントを付与する。 2. 達成ポイントに応じて、せたな町商工会商品券と交換する。 3. ポイント交換申請の際には、事業の評価指標となるようなアンケートを実施する。 	<p>【項目名】 ポイント交換申請者の中で、健康こつこつポイント事業が健康づくり事業参加のきっかけとなった方の割合（ポイント交換申請時のアンケート結果） 【目標数値】維持</p>