

出雲崎町国民健康保険
データヘルス計画
(平成27年度～平成35年度)

平成28年 3月

出雲崎町

【目次】

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1 計画の背景と目的	1
2 計画の基本理念	2
3 計画の体系	2
4 PDCA サイクルについて	3
5 計画の期間	4
第2章 出雲崎町の現状と課題	5
1 人口と国保被保険者数	5
2 国民健康保険医療費の状況	6
3 特定健康診査の実施状況	9
4 介護保険の分析	11
5 死因の分析	12
6 既存の保健事業の取組みと成果及び課題	13
第3章 課題のまとめ	19
第4章 計画の目標	21
1 大目標	21
2 大目標達成のための具体的目標	21
3 保健事業の実施	23
第5章 保健事業の実施と評価方法について	24
1 特定健診と特定保健指導	24
2 特定健診受診率の維持向上対策事業	24
3 生活習慣病発症及び重症化予防事業	25
4 生活習慣病予防の知識普及啓発事業	26
第6章 データヘルス計画の見直し	28
第7章 計画の公表・周知	28
第8章 事業運営上の留意事項	28
第9章 個人情報保護	28
第10章 その他計画策定に当たっての留意事項	28

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 計画の背景と目的

（1）背景

近年、特定健康診査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の整備が進んでいます。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日「日本再興戦略」が閣議決定され、国民の「健康寿命」の延伸を目標として、医療保険者はレセプト等のデータの分析や分析結果に基づき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、評価等の取組をする必要があるとの方針が示されました。

これまで、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「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、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

これらを踏まえ、厚生労働省において、「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」の改正が行われました。この改正により、市町村国保保険者は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクル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、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。

（2）出雲崎町国民健康保険データヘルス計画策定の目的

出雲崎町においては、生活習慣に起因する疾病を予防することを目的に、平成 20 年 3 月に「出雲崎町国民健康保険特定健診等実施計画」を策定し、5 年後に見直し、平成 25 年 3 月に「出雲崎町国民健康保険特定健診等実施計画（第 2 期計画）」を策定し、特定健診及び特定保健指導を実施してまいりました。

今後も、出雲崎町国民健康保険被保険者（以下「国保加入者」という。）の疾病・治療の状況を把握・分析し、地域特性に合わせたデータヘルス計画を策定し、効果的かつ効率的な保健事業の展開を進めてまいります。

2. 計画の基本理念

基本理念 健康寿命の延伸

健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されています。出雲崎町の健康寿命は男性64.9歳、女性67.0歳となっています。一方、平均寿命は男性79.3歳、女性87.1歳で、健康寿命と平均寿命との差が男性で14.4歳、女性で20.1歳となっています。今後、平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が拡大すれば、生活の質の低下をまねき、医療・介護等の負担が大きくなります。そのため、本計画の基本理念を健康寿命の延伸とし、生活習慣病の発症予防・重症化予防の事業実施、生活習慣病予防の知識普及などによって、基本理念の実現を目指します。

平均寿命と健康寿命

項目		出雲崎町	県	同規模平均	国
平均寿命	男性	79.3 歳	79.5 歳	79.4 歳	79.6 歳
	女性	87.1 歳	87.0 歳	86.5 歳	86.4 歳
健康寿命	男性	64.9 歳	65.1 歳	65.2 歳	65.2 歳
	女性	67.0 歳	67.0 歳	66.7 歳	66.8 歳

【データ】 KDB「地域の全体像の把握」（平成26年度）

※本計画での健康寿命は、KDBシステムによる健康寿命としています。国、県、同規模町村との比較が行えるKDBシステムによる健康寿命は、次の計算式により算出しています。厚生労働省公表の健康寿命の値とは異なります。

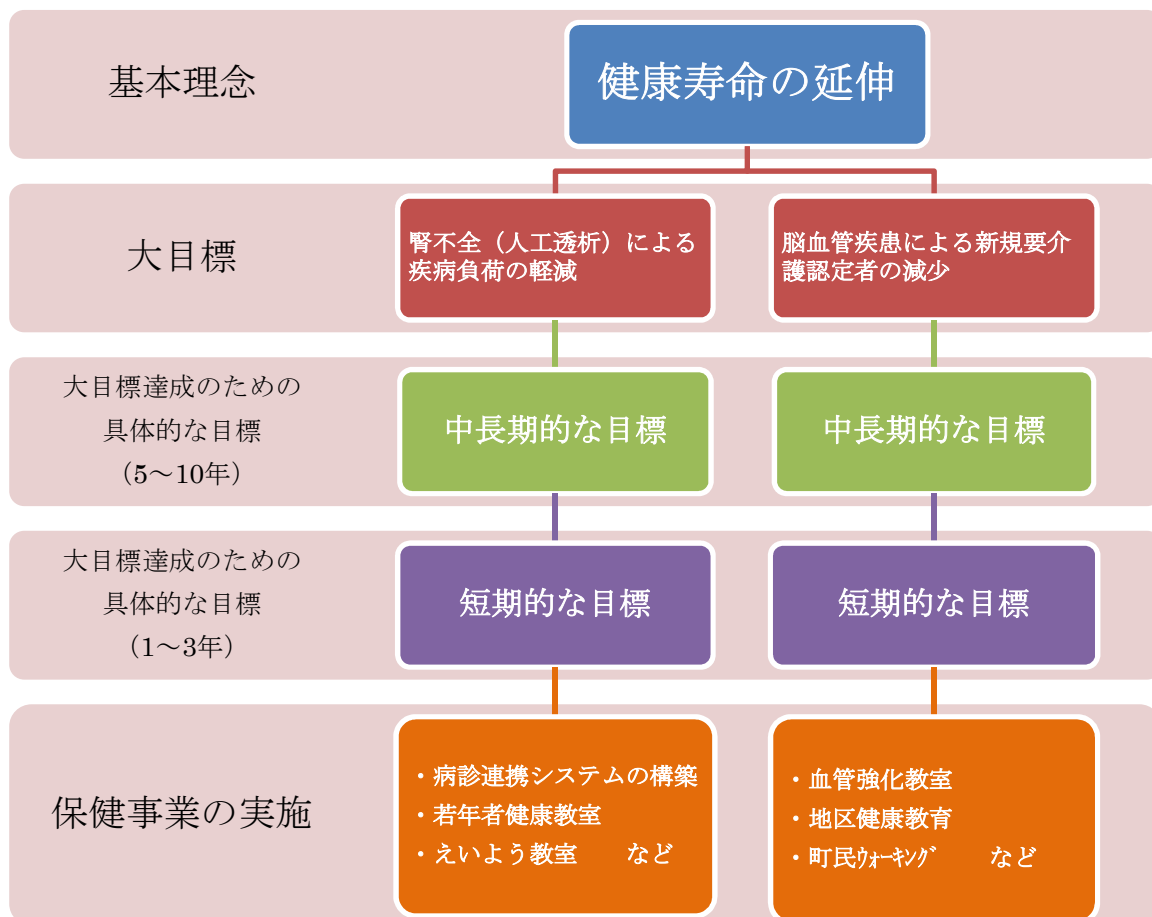
$$\left[\begin{aligned} &0 \text{ 歳平均余命} - 65 \sim 69 \text{ 歳平均余命} - (1 - (\text{介護認定者数} \div 40 \text{ 歳~の人口})) \\ &\quad \times 65 \sim 69 \text{ 歳定常人口} \div 65 \text{ 歳生存数} \end{aligned} \right]$$

3. 計画の体系

本計画では、「健康寿命の延伸」という基本理念の実現に向けて、出雲崎町国民健康保険に関する現状・課題等を踏まえて、目的達成のための方策となる大目標、そして大目標達成のための具体的な目標として中長期的目標、短期的目標を定めています。

これらの目標達成のため、効果的・効率的な保健事業を実施してまいります。

計画体系のイメージ



4. PDCAサイクルについて

データヘルス計画は、健康・医療情報等のデータ分析に基づき、PDCAサイクル（P：計画、D：実施、C：評価、A：改善）に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ります。

① 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って国保加入者の健康課題を把握し、特に重点的に対応すべき課題について計画を立案します。その際は、一部の高リスク者だけを対象とするのではなく、健康者や患者に至らない「未病者※」も含めた、国保加入者全体を健康づくりに取り組む対象とします。また、短期での効

果を評価する指標と、中長期の指標を設定します。

② Do (実施)

立案した計画に沿って、保健事業を実施します。

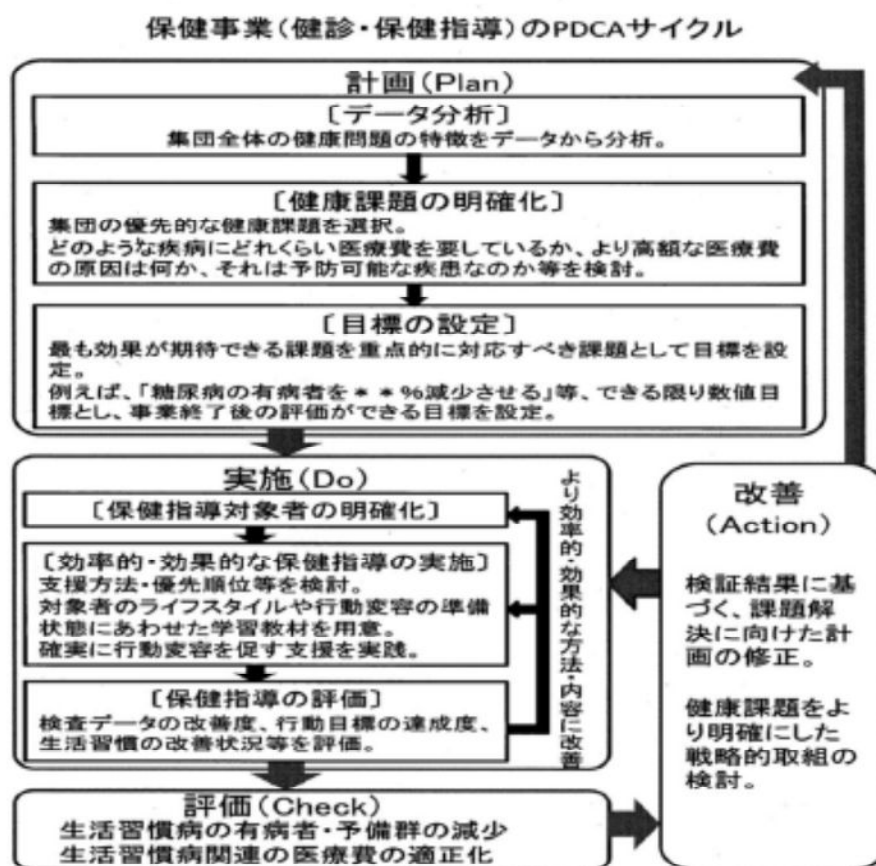
③ Check (評価)

計画時に設定した保健事業ごとの評価指標をもとに実施結果を分析・評価します。

④ Act (改善)

評価結果に基づき、課題解決に向けた各保健事業計画の修正・改善と健康課題をより明確にした戦略的取組を行います。

図 PDCAサイクルのイメージ



5. 計画の期間

本計画の期間は、第1期として平成27年度から平成35年度の9年間とします。

第2章 出雲崎町の現状と課題

1. 人口と国保被保険者数

出雲崎町の人口は、減少傾向にあり平成21年度末から平成26年度末までに459人減少し、4,705人となっています。また、高齢化率は37.2%で県内第3位です。

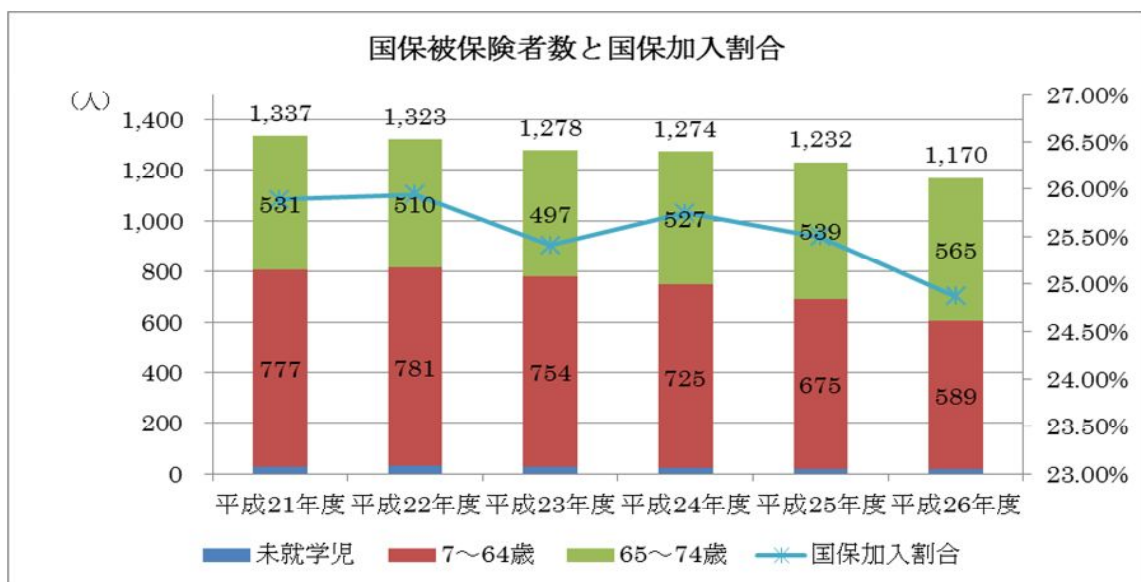
国保被保険者数も減少しており、平成21年度末から平成26年度末までに167人減少し、1,170人となっています。未就学児、7～64歳の被保険者数については急速に減少している一方で、65～74歳の被保険者数は増加しており、国保被保険者の年齢構成が非常に高くなっています。

人口と国保被保険者数

(単位：人)

	人口	未就学児	7～64歳	65～74歳	合計	国保加入
平成21年度	5,164	29	777	531	1,337	25.89%
平成22年度	5,100	32	781	510	1,323	25.94%
平成23年度	5,030	27	754	497	1,278	25.41%
平成24年度	4,948	22	725	527	1,274	25.75%
平成25年度	4,832	18	675	539	1,232	25.50%
平成26年度	4,705	16	589	565	1,170	24.87%

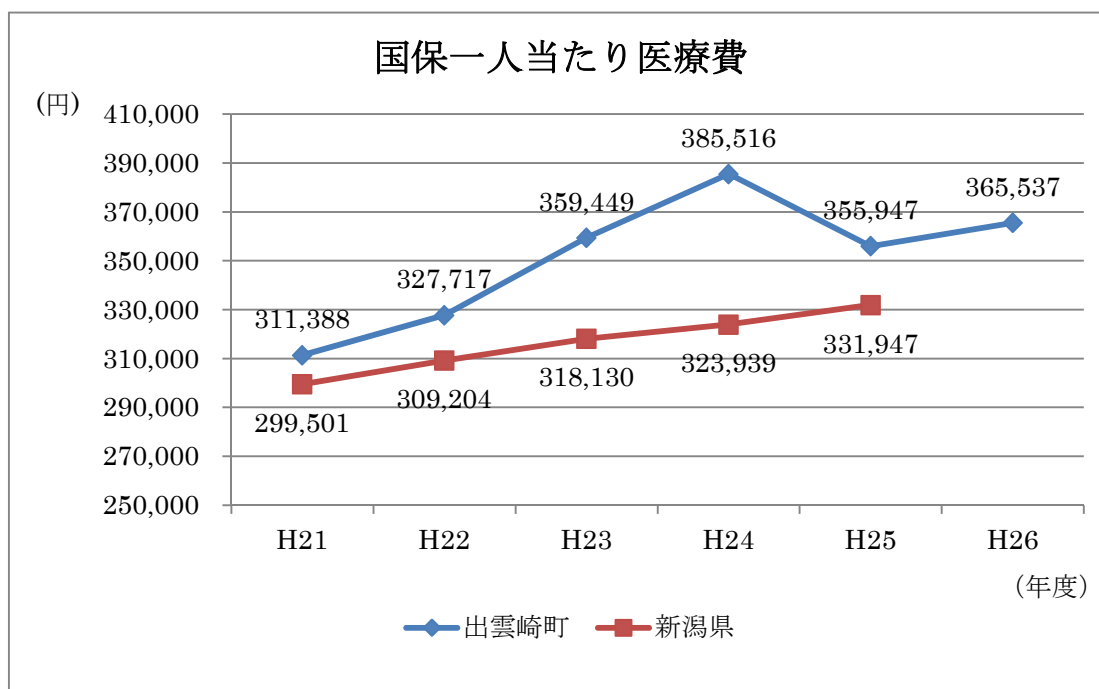
【データ】住民基本台帳 国保事業年報（年度末数）



2. 国民健康保険医療費の状況

(1) 国保加入者1人当たり医療費の推移

出雲崎町国保の一人当たり医療費は増加傾向にあります。新潟県と比較すると年齢構成が高いこともあり、高く推移しています。平成25年度一人当たり医療費は県内第6位となっています。



【データ】 国保事業年報

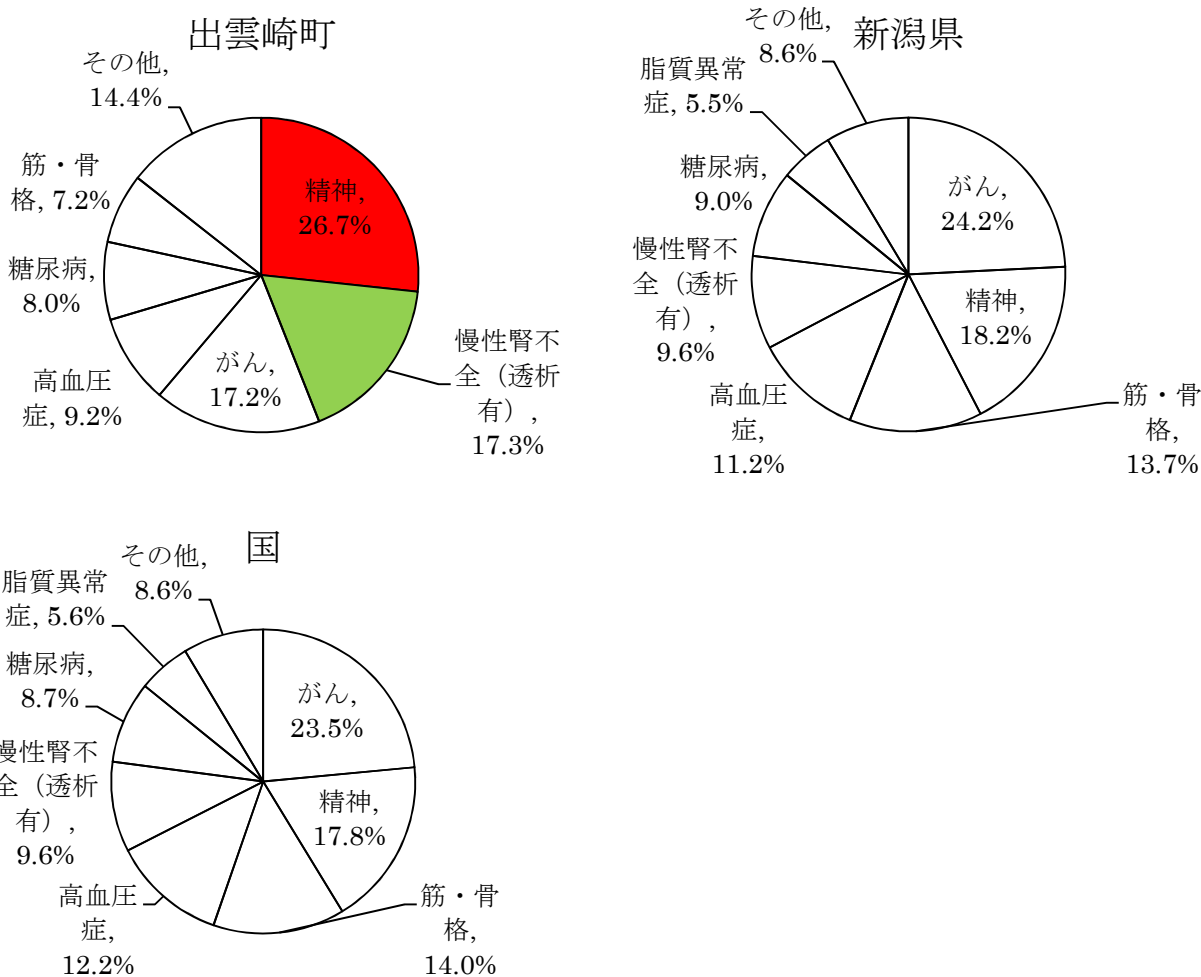
(2) 最大医療資源傷病名による医療費の分析

出雲崎町の最大医療資源傷病名※は、1番目に多いのが精神で26.7%、2番目は慢性腎不全で17.3%、3番目はがんで17.2%、4番目は高血圧症で9.2%、5番目は糖尿病で8.0%となっています。

新潟県は、1番目に多いのががんが24.2%、2番目は精神で18.2%、3番目は筋・骨格で13.7%、4番目は高血圧症で11.2%、5番目は慢性腎不全で9.6%となっています。

出雲崎町は、県と比較すると精神、慢性腎不全の割合が高く、がん、筋・骨格の割合が低くなっています。

※最大医療資源病名：医療資源（診療行為、医薬品、特定機材）を最も投入した傷病名



【データ】 KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（平成 26 年度）

(3) 全疾病分類別（大・中分類）による医療費分析

疾病大分類においては、循環器系の疾患の一人当たりの医療費が高くなっています。（県内第1位）。循環器系の疾患の中でも高血圧性疾患が県の約1.5倍、脳梗塞、虚血性心疾患が県の約2倍の医療費がかかっており、動脈硬化・血管が詰まる疾患の医療費が高くなっています。

また、腎尿路生殖器系の疾患の一人当たり医療費が高くなっています。（県内第1位）。腎尿路生殖器系の疾患の中でも腎不全の医療費が県の2倍以上であり、平成22年から27,741円増えています。医療費に占める割合も県に比べて約3倍であり、県内の腎不全の一人当たりの医療費が第1位となっています。

疾病（大分類）費用額上位順

（単位：円）

疾病 費用額上位順	費用額	構成比	1人当たり費用額	県内順位
1 循環器系の疾患	81,408,390	19.79%	66,948	1
2 精神及び行動の障害	70,842,080	17.22%	58,258	2
3 腎尿路生殖器系の疾患	53,321,282	12.96%	43,850	1
4 新生物	49,277,174	11.98%	40,524	26
5 消化器系の疾患	45,238,796	11.00%	37,203	20
6 内分泌系の疾患	27,165,294	6.61%	22,340	15
7 神経系の疾患	19,960,776	4.85%	16,415	14
8 呼吸器系の疾患	16,623,124	4.04%	13,670	3
9 筋骨格系の疾患	14,169,900	3.45%	11,653	29
10 眼及び付属器の疾患	10,043,530	2.44%	8,259	23
11 その他	23,232,536	5.64%	—	—
合計	411,282,882	100.0%	338,226	4

【データ】 新潟県国保連合会「疾病分類別（大分類・中分類）統計（平成26年度）」

疾病（中分類）費用額（循環器系の疾患及び腎尿路生殖器系の疾患のみ）（単位：円）

疾病名(中分類)	一人当たり費用額	県一人費用額
	66,948	41,697
循環器系の疾患		
高血圧性疾患	22,822	15,202
虚血性心疾患	9,632	4,348
その他の心疾患	3,648	6,251
くも膜下出血	6,802	1,354
脳内出血	2,574	3,336
脳梗塞	12,492	6,469
脳動脈硬化(症)	0	6
その他の脳血管疾患	609	1,363
動脈硬化(症)	1,248	708
その他の循環器系の疾患	6,405	2,296

		疾病名(中分類)	一人当たり費用額	県一人費用額
腎 の 疾 患 の 疾 患	腎 尿 路 系		43,850	18,099
		糸球体疾患及び腎尿路細管間質性疾患	1,405	1,260
		腎不全	39,239	13,012

【データ】 新潟県国保連合会「疾病分類別（大分類・中分類）統計（平成26年度）」

3. 特定健康診査の実施状況

(1) 特定健診受診率の推移

特定健診の受診率は60%を超えており、県平均を大きく上回っています。しかし、経年で見ると徐々に受診率が低下してきています。特に64歳以下の男性の受診率が30~40%台と低くなっており、また、経年で受診している方が多いため、新規受診者を増やしていく必要があります。

年代別特定健診受診率

(単位：%)

		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	合計 受診率
平成 22 年度	男性	28.0	50.0	40.0	37.7	45.7	62.5	64.6	51.9
	女性	42.1	50.0	45.8	46.3	62.7	64.4	62.3	59.3
	全体	34.1	50.0	42.6	41.7	54.5	63.4	63.2	55.7
平成 23 年度	男性	32.0	57.1	44.4	41.5	50.4	70.5	65.4	57.2
	女性	47.6	58.3	64.0	52.9	65.0	76.0	71.2	67.1
	全体	39.1	57.5	53.8	47.1	57.8	72.9	68.9	62.1
平成 24 年度	男性	26.9	42.9	42.3	45.5	56.4	60.0	70.9	56.8
	女性	50.0	33.3	50.0	57.1	61.1	77.7	75.2	67.7
	全体	37.5	40.0	45.5	51.2	58.7	68.2	73.3	62.2
平成 25 年度	男性	40.0	45.5	30.0	52.6	57.3	60.7	68.0	57.5
	女性	59.1	66.7	38.9	52.6	63.0	68.3	73.3	65.6
	全体	48.9	52.9	33.3	52.6	60.2	64.2	70.8	61.4
平成 26 年度	男性	34.8	53.8	33.3	40.6	46.4	59.1	71.9	55.9
	女性	50.0	50.0	31.3	62.2	68.5	67.4	70.5	65.3
	全体	41.5	51.6	32.7	52.2	58.0	63.1	71.2	60.5

(2) 特定健診メタボリックシンドローム状況と特定健診有所見状況

男性のメタボ予備群の割合が県平均より高く、県内順位も第7位と上位であり、メタボ予備群男性への予防的介入が必要となっています。

特定健診の結果、高血圧有所見率が6%と県・同規模町村より高く、そのうち症度Ⅰ以上の者の割合が約25%となっています。高血圧・糖代謝異常の有所見の重なるの割合が2.9%、高血圧・糖代謝異常・糖質代謝異常の3つの重なるの割合が5.4%と高く県計・同規模町村より高くなっています。尿蛋白の有所見率4.1%、血清クレアチニンの有所見率2.1%と高く、県計・同規模町村より高くなっています。

特定健診の質問票の1回30分以上の運動習慣ない人の割合は68.2%、1日1時間以上の運動なしの割合42.1%と高く、県計・同規模町村より高くなっています。質問票の40歳代の飲酒量が2合以上と答えた人が41.7%と高くなっています。質問票の週3回以上就寝前に夕食をとる人の割合23.2%と県・同規模町村・国より高くなっています。

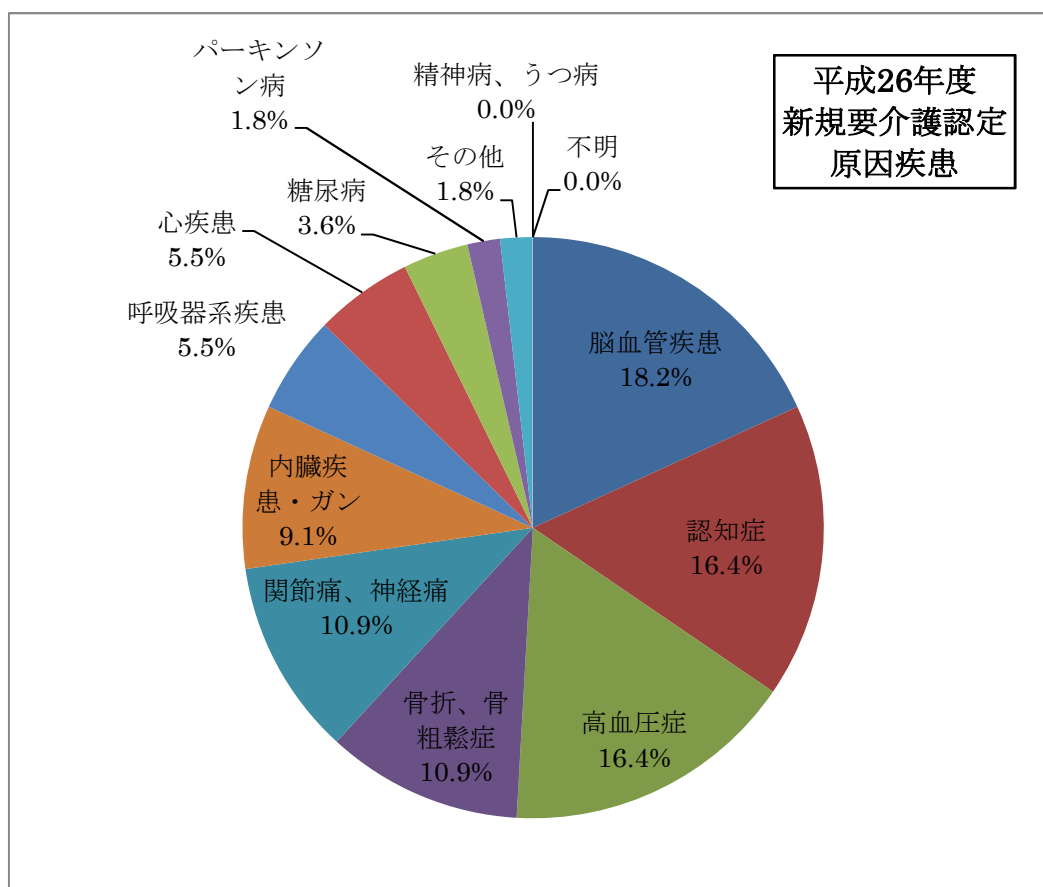
		出雲崎町	新潟県	国	
メタボ	該当者	16.5%	16.3%	16.5%	
	男	23.0%	24.7%	26.0%	
	女	10.6%	9.4%	9.3%	
	予備群	9.9%	9.1%	10.7%	
	男	16.1%	14.2%	17.0%	
	女	4.5%	4.8%	5.9%	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	29.8%	28.0%	30.7%
		男	45.2%	42.9%	48.3%
		女	16.1%	15.8%	17.2%
	BMI	総数	4.3%	4.7%	4.8%
		男	0.8%	2.0%	1.8%
		女	7.5%	6.9%	7.0%
	血糖のみ	0.7%	0.5%	0.6%	
	血圧のみ	6.0%	5.9%	7.4%	
	脂質のみ	3.3%	2.6%	2.6%	
	血糖・血圧	2.9%	2.1%	2.6%	
	血糖・脂質	0.7%	1.0%	0.9%	
	血圧・脂質	7.2%	8.1%	8.2%	
	血糖・血圧・脂質	5.6%	5.1%	4.8%	

【データ】KDB 地域の全体像の把握（平成26年度）

4. 介護保険の分析

(1) 介護原因疾患の分析

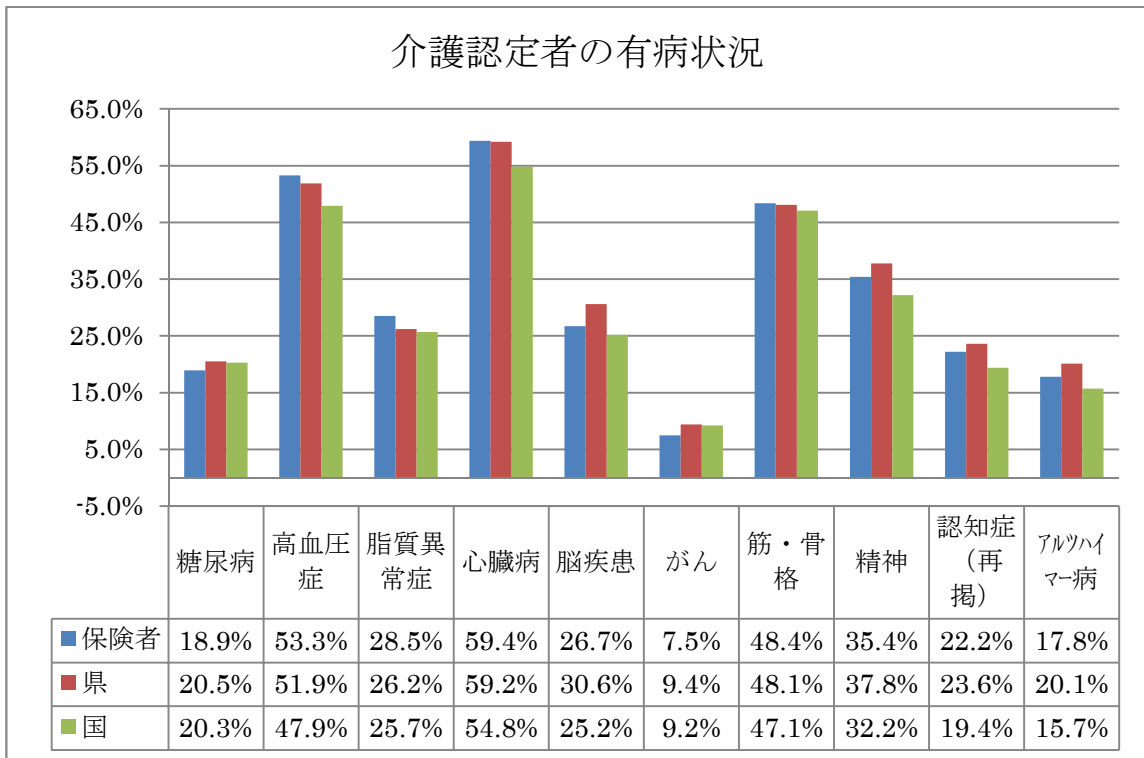
新規要介護認定者の原因別疾患の内訳では脳血管疾患が 18.2%、続いて認知症が 16.4%（うち約 8 割は脳血管性認知症）、高血圧疾患が 16.4%となっています。過去3年間もほぼ同様の割合となっています。脳血管疾患及び脳血管疾患が原因となっている認知症が、新規要介護認定者の主な原因疾患となっており、その抑制が課題となります。



【データ】 保健福祉課 介護高齢係（平成26年度）

(2) 介護認定者の有病状況の分析

介護認定者の有病状況を見ると、心臓病が 59.4%と高くなっています。



【データ】KDB 地域の全体像の把握（平成26年度）

5. 死因の分析

死因の割合は、脳疾患が一番多く44.1%、二番目にがんで30.9%、三番目に心臓病で16.2%となっています。新潟県・同規模平均・国の割合と比較すると、脳疾患の割合が高くなっており、一方、がんと心臓病は低くなっています。

	出雲崎町	県	同規模	国	
死因	がん	30.9%	46.7%	44.1%	48.3%
	心臓病	16.2%	24.8%	28.8%	26.6%
	脳疾患	44.1%	20.3%	18.4%	16.3%
	糖尿病	1.5%	1.7%	1.9%	1.9%
	腎不全	1.5%	2.8%	3.7%	3.4%
	自殺	5.9%	3.7%	3.1%	3.5%

【データ】KDB 地域の全体像の把握（平成26年度）

6. 既存の保健事業の取組みと成果及び課題（数値は平成26年度）

(1) 啓発活動と疾病の早期発見

(1) - 1 - ① CKD対策講演会の開催	
事業内容	CKD対策に関する講演会を毎年1回開催する。
対象者	全町民
成果	265名の参加
課題	働き盛りの参加率が低い

(1) - 1 - ② 各行政区でのCKD予防の普及啓発と特定健診受診の呼びかけ	
事業内容	CKD予防に関しての普及啓発と特定健診受診の大切さを地区集会場等会場として開催する。
対象者	行政区の住民
成果	延べ56名へ実施 その中から健診に結びついた方がいた
課題	働き盛りの参加率が低い

(1) - 1 - ③ 健康フェスティバルでの啓発活動	
事業内容	CKDに関するリーフレットの配布及び啓発ポスター等の掲示を行う。減塩弁当の試食販売。味噌汁の塩分測定等々実施
対象者	全町民
成果	210名の方が来場 減塩弁当と味噌汁の販売を行い、すぐ完売。試食も好評だった。



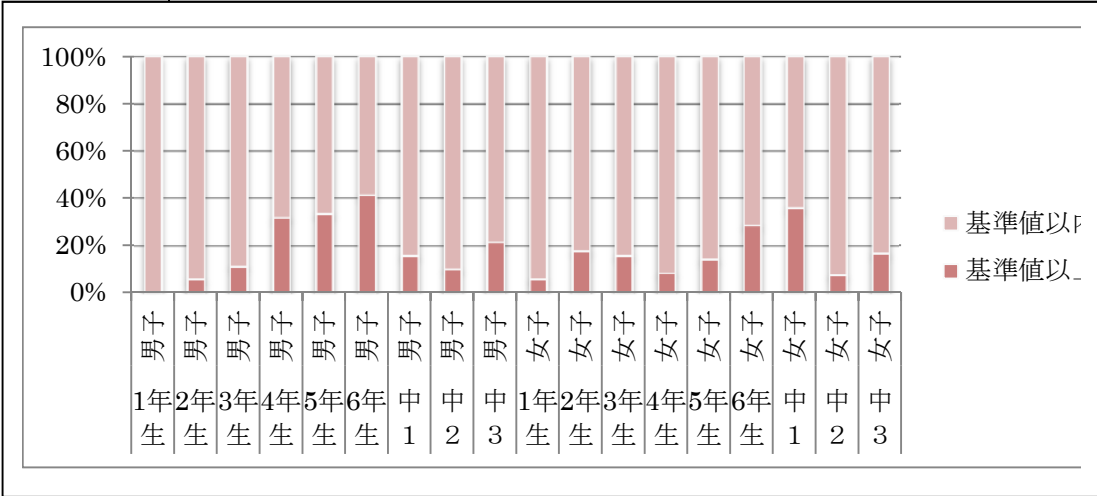
課題	減塩弁当がすぐに完売したため、提供数を増やす必要がある。
----	------------------------------

(1)-1-④ 学校保健との連携

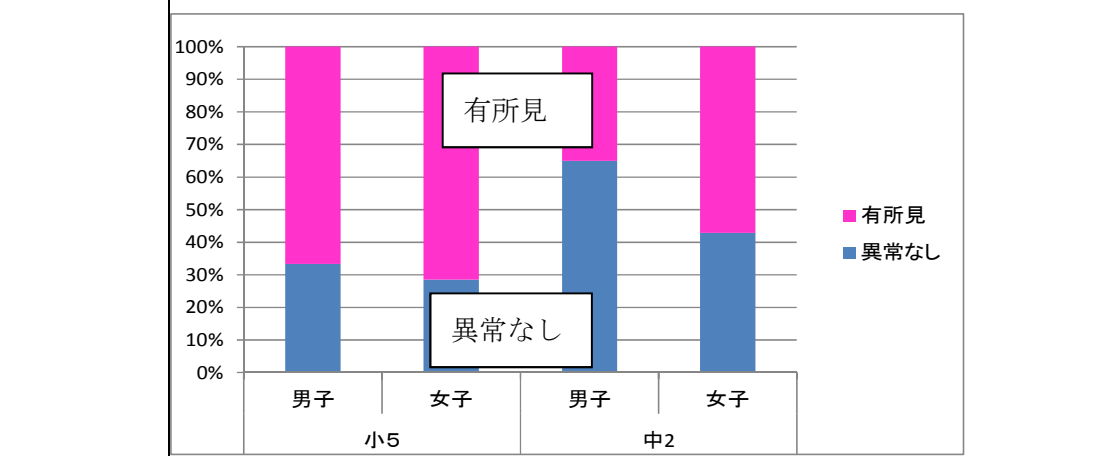
事業内容 生活習慣病検診と尿化学検査による1日塩分摂取量調査結果について評価し、学校保健委員会への支援を行う。結果に基づいて小学校5、6年生への健康教育を行う。

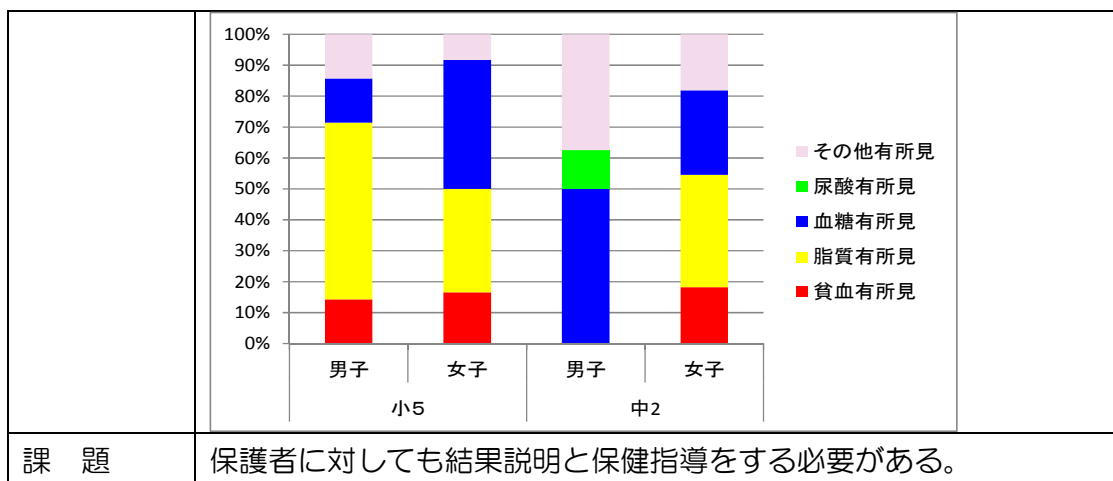
対象者 小学校1年生～中学校3年生

成果 【 1日塩分摂取量の結果(小中学校生徒) 】



【 小学校5年生・中学校2年生へ生活習慣病健診の結果 】





2 特定健診と特定健診受診率の向上

(1) - 2 - ① 特定健診	
事業内容	生活習慣病の発症や重症化予防
対象者	国民健康保険に加入している 40 歳～74 歳の方
成 果	集団健診を3日間 ミニドック方式を2日間 個別健診を6月～10月受診率 男性 55.4% 女性 65.5% 総合 60.4%
課 題	40～50 歳代 男性の受診率が低い

(1) - 2 - ② 健康診査	
事業内容	生活習慣病の発症や重症化予防
対象者	18 歳～39 歳の全町民
成 果	受診者数 37 人
課 題	受診率の把握と受診勧奨

(1) - 2 - ③ 2年連続未受診者への受診勧奨及び健康相談の実施	
事業内容	在宅保健師による家庭訪問または電話等により、未受診者に対する健診受診勧奨と未受診理由の確認及び健康相談を行う。
対象者	2年連続健診未受診者
成 果	5月に3回実施。対象 17 名中 13 名と面談。うち 5 名が健診に繋がった。未受診理由は、「健康だから」「定期的に受診している」「健診日と行ける日時が合わないから」がほとんどだった。
課 題	未受診者と未受診理由がある程度特定されており、意識を変えていく難しさがある。国保加入者で職場健診を受けている人の管理

3 腎機能評価のための特定健診検査項目の追加

(1) - 3 尿生化学検査の導入	
事業内容	尿生化学検査による1日塩分摂取量測定を実施する。 随時尿検査による評価 測定結果について個別通知する。なお、極端に多かった方へは訪問による減塩指導を行う。
対象者	特定健診（集団）受診者、人間ドック受診者等
成果	男性：345 検体 平均年齢 68 歳 平均塩分摂取量 9.3 g 女性：413 検体 平均年齢 67 歳 平均塩分摂取量 9.1 g 全体：759 検体 平均年齢 68 歳 平均塩分摂取量 9.2 g (前年比±0)
課題	減塩の意識が上がってきており、1日塩分摂取量の目標は6gであることは浸透してきているが、行動に結びつかない人への支援が必要

(2) 健康教育・保健指導

(2) - 1 特定保健指導	
事業内容	メタボリックシンドロームによる疾病リスクのある方の生活習慣の改善
対象者	特定保健指導基準該当者
成果	動機づけ支援 67.4% 積極的支援 28.6% 合計 62.3%
課題	全体的に40~50代ハリスク群の拒否目立つ、特に人間ドック受診者の拒否多い

(2) - 2 健診結果指導会	
事業内容	尿検査結果・eGFR等腎機能検査についての指導 CKD移行ハリスク群へ受診勧奨及び保健指導
対象者	特定健診受診者
成果	8月に5日間7会場、11月に2会場で実施。特定健診受診者537名中383名(71.3%)の方が結果指導会に参加。18歳~59歳までの方へは、面談または郵送と電話での説明を行い結果を返した。
課題	郵送を希望した若年者のハイリスク者へ確実に保健指導が必要

(2) - 3- ①健康教育～高血圧・糖尿病・CKD予防教室の実施	
事業内容	医師の講話 保健指導 栄養指導の2回1クール
対象者	特定健診・人間ドック受診者
成果	延 78 名の参加
課題	働き盛りの参加率が低い

(2) - 3-② 既存団体に対する健康教育の実施	
事業内容	CKD予防に関する健康教育、健康診査受診の必要性等の啓発を既存の各種団体を対象に実施する。
対象者	希望する団体・働き盛りの年代
成果	延べ 151 名に実施。
課題	健診結果を見ながら行わないと、自分の事と言う意識が低い。 希望団体の開拓

(2) - 4 栄養連携事業	
目的	かかりつけ医と栄養士が連携し食事指導を行うことで、より効果的な改善ができるよう、そのシステムを構築し連携を図る。
事業内容	えいよう教室の実施及び栄養訪問指導の実施（年間 20 回）
対象者	CKDハイリスク群該当者で栄養指導を必要とする者
成果	医師から 162 名紹介され 144 名参加（88%） 教室終了1か月後に、ハイリスクの方 33 名へ訪問 改善率の平均 66.7%
課題	1か月訪問後の継続支援。 経済的・家族機能・本人の身体的な問題等がある方への、栄養バランスの整った食環境整備

(3) 重症化予防

(3) - 1 病診連携システムの構築	
目的	かかりつけ医と腎専門医での病診連携を推進することで、CKD を早期発見し、末期腎不全及び心血管疾患への進行を抑制する
事業内容	病診連携紹介基準及び紹介状の作成を行い、病診連携の推進体制を構築する
対象者	紹介基準該当者
成果	初診：GFR50未満 5名 尿蛋白2+以上 3名 その他 1名 計9名

	再診：17名
課 題	町外医院に受診している方でハイリスクの方の体制整備

(4) その他

(4) - 1 ジェネリック医薬品の利用促進	
事業内容	ジェネリックの利用促進を図り、医療費の軽減及び医療給付の削減を行うため、広報による啓発及び差額通知の送付、希望カードの送付
対象者	国保加入者
成 果	ジェネリック医薬品の利用率は約21%
課 題	より効果の高い実施内容の検討

(4) - 2 重複・頻回受診者への指導	
事業内容	レセプト情報等を活用し重複・多受診者を把握、訪問指導を実施することで重複・頻回受診の是正を図る
対象者	出雲崎重複・多受診者に対する訪問指導実施要綱に基づき訪問指導等を必要と認められる者
成 果	対象者 3人 実施者 3人
課 題	対象となる方の9割は透析患者。支援が必要な方は数人だけであり、精神的な問題も絡んでいるため継続した支援が必要

第3章 課題のまとめ

項目	課題
健康寿命	健康寿命は、男性は国、県より短くなっている。女性は県と同じ、国より長くなっている。
死因	死因は脳血管疾患が国、県より高くなっている。
国民健康保険の被保険者と医療費	高齢化が進んでおり、国民健康保険の被保険者構成においても歳以上の割合が高い。総医療費は被保険者数の減少もあり近年ほぼ横ばいで推移しているが、一人当たり医療費は年々増加している。
疾病別医療費	循環器系の疾患の一人当たり医療費が高くなっている。(県内第1位) 中でも高血圧、脳梗塞、虚血性心疾患などの動脈硬化・血管が詰まる疾患の医療費が高くなっている。
	腎不全(透析含む)の一人当たり医療費が高くなっている。(県内第1位)
特定健康診査	特定健診の受診率が少しずつ下がってきており、特に64歳以下の男性の受診率が30~40%台と低くなっている。また経年で受診している方が多いため、新規受診者を増やしていく必要がある。
	男性のメタボ予備群の割合が県平均より高く、県内順位も第7位と上位となっている。メタボ予備群の男性へ予防的介入が必要である。
	特定健診の結果、高血圧有所見率が6%、そのうち症度Ⅰ以上の人の割合が約25%となっている。尿蛋白の有所見率4.1%、血清クレアチニンの有所見率2.1%であり、いずれも県、同規模町村より高くなっている。
	特定健診の質問票で1回30分以上の運動習慣がない人の割合が68.2%と高い。県、同規模町村、国よりも高くなっている。
介護認定者の原因疾患と有病状況	特定健診の質問票で40歳代の飲酒量が2合以上と答えた人が41.7%と高くなっている。
	脳血管疾患及び脳血管疾患が原因となっている認知症が、新規要介護認定の原因疾患となっており、その抑制が必要となっている。
既存保健事業	<啓発活動と疾病の早期発見> ・CKD対策講演会については、働き盛りの参加率が低い

既存保健事業	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健との連携として1日塩分摂取量調査や小学校5,6年生への健康教育を行っているが、保護者に対しても結果説明と保健指導をする必要がある。
	<p><健康教育・保健指導></p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病予防の教室については、働き盛りの参加率が低い 特定保健指導については、40～50歳代のハイリスク者の拒否が目立ち、特に人間ドック受診者の拒否が多い 健診結果指導会については、指導会に参加しない若年者のハイリスク者へ確実に保健指導が必要 栄養連携事業については、1か月訪問後の継続支援が必要。経済的な問題や・家族機能・本人の身体的な問題等がある方への、栄養バランスの整った食環境整備
	<p><重症化予防></p> <ul style="list-style-type: none"> 病診連携システムの構築については、町外医院に受診している方でハイリスクの方の体制整備が必要
	<p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ジェネリック差額通知書や重複・頻回受診者への指導等を行っているが、より効果の高い事業検討が必要

第4章 計画の目標

1. 大目標

第3章までの出雲崎町の特性・課題を分析し把握した結果から、生活の質を落とし医療費が高額となっている腎不全と新規要介護認定の最も大きな原因疾患である脳血管疾患に着目し、健康寿命の延伸を実現するための方策として、次の二つを大目標とします。

大 目 標

- ① 腎不全（人工透析）による疾病負荷の軽減
- ② 脳血管疾患による新規要介護認定者の減少

2. 大目標達成のための具体的な目標

大目標達成のために実現すべき具体的な目標として、次のとおり中長期的目標（概ね5～10年）を定め、その中長期的目標毎に短期的目標（概ね1～3年）を設定します。

中長期的な目標

- ① 特定健診受診率の維持向上
- ② 特定健診の高血圧症度Ⅰ以上の割合の減少
- ③ 特定健診のHbA1c 6.5%以上の人の割合の減少
- ④ 特定健診の血清クレアチン・尿蛋白有所見者の減少
- ⑤ 特定健診の脂質代謝有所見者割合の減少

大目標（基本理念達成のための方策）	
腎不全（人工透析）による疾病負荷の軽減	
具体的な目標（大目標を達成するために実現すべきこと）	
中長期的目標（概ね5～10年）	短期的目標（概ね1～3年）
①特定健診受診率の維持向上	#1 30歳～50歳代の男性の新規受診者の増加 #2 健診リピーターの増加
②特定健診の高血圧症度Ⅰ以上の割合の減少	#3 自宅血圧測定者の増加 #4 減塩に取り組む人の増加（9g/日未満の人の増加） #5 運動習慣がある人の増加 #6 特定健診の未治療高血圧者（11%）の減少 #7 特定健診の結果コントロール不良群（治療者の症度Ⅰ以上）の減少
③特定健診のHbA1c6.5以上の人の割合の減少	#5 運動習慣がある人の増加 #8 【特定健診】質問票の40歳代の1日の飲酒量2合以上の割合の減少 #9 【特定健診】質問票の週3回以上就寝前に夕食を摂る人の割合の減少 #10 メタボリックシンドローム予備群以上の割合の減少 #11 喫煙者の割合の減少（40歳～50歳代） #12 HbA1c6.5%以上の未治療者の減少
④特定健診の血清クレアチニン・尿蛋白有所見者数の減少	#4 減塩に取り組む人の増加（9g/日未満の人の増加） #7 特定健診の結果コントロール不良群（治療者の症度Ⅰ以上）の減少 #12 HbA1c6.5%以上の未治療者の減少 #13 適切な水分摂取ができる人の増加 #14 病診連携基準該当者の腎臓専門医への受診者数の増加

大目標（基本理念達成のための方策）	
脳血管疾患による新規要介護認定者の減少	
具体的な目標（大目標を達成するために実現すべきこと）	
中長期的目標（概ね5～10年）	短期的目標（概ね1～3年）
①特定健診受診率の維持向上	#1 30歳～50歳代の男性の新規受診者の増加 #2 健診リピーターの増加
②特定健診の高血圧症度Ⅰ以上の割合の減少	#3 自宅血圧測定者の増加 #4 減塩に取り組む人の増加（9g/日未満の人の増加） #5 運動習慣がある人の増加 #6 特定健診の未治療高血圧者（11%）の減少 #7 特定健診の結果コントロール不良群（治療者の症度Ⅰ以上）の減少
③特定健診のHbA1c6.5以上の人の割合の減少	#5 運動習慣がある人の増加 #8 【特定健診】質問票の40歳代の1日の飲酒量2合以上の割合の減少 #9 【特定健診】質問票の週3回以上就寝前に夕食を摂る人の割合の減少 #10 メタボリックシンドローム予備群以上の割合の減少 #11 喫煙者の割合の減少（40歳～50歳代） #12 HbA1c6.5%以上の未治療者の減少
⑤特定健診の脂質代謝有所見者割合の減少	#5 運動習慣がある人の増加 #8 【特定健診】質問票の40歳代の1日の飲酒量2合以上の割合の減少 #9 【特定健診】質問票の週3回以上就寝前に夕食を摂る人の割合の減少 #15 特定健診の脂質代謝異常有所見者の未治療の減少 #16 毎食野菜を摂る人の増加

3. 保健事業の実施

これらの目標達成のために、効果的、効率的な保健事業を実施してまいります。

第5章 保健事業の実施と評価方法について

第4章で設定した目標達成のために、次の保健事業を実施し、KDB（国保データベース）データや法定報告値等により、各評価指標について評価時期に定期的に評価を行います。その評価結果に基づき、PDCAサイクルにより必要に応じて事業の見直しを図ります。

1. 特定健診と特定保健指導

事業名	事業内容	対象者	目標値		
			平成27年度	平成28年度	平成29年度
1 特定健診	集団健診、個別健診と人間ドックから形態を選択してもらい実施します。内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のために、保健指導を必要とする方を抽出することに重点を置いた健診項目等で行います。	当該年度の4月1日に、出雲崎町国民健康保険に加入しており、受診日当日も加入している40歳から75歳未満の方	60%	60%	60%
2 特定保健指導	特定健診結果から階層化された特定保健指導対象者に対して、リスクの個数等に応じて、積極的支援及び動機づけ支援を行います。	特定健康診査を受けた方について、特定保健指導を必要とする方を階層化し、これによりメタボ該当者（積極的支援）及びメタボ予備群（動機づけ支援）に該当された方を対象とします。	50%	55%	60%

※特定健診受診率と特定保健指導実施率の目標値は、出雲崎町国民健康保険特定健診等実施計画（第2期計画：平成25年度～平成29年度）値です。

2. 特定健診受診率の維持向上対策事業

特定健診の未受診者を減らし、健診のリピーターを増やし、特定健診受診率の維持向上のため、次の事業を実施します。

事業名	事業内容	対象者	評価指標
			アウトカム（成果目標）
1 特定健診2年連続未受診者訪問	特定健診対象者のうち、2年連続未受診だった方に対し、当該年度健診前に訪問・電話にて個別に受診勧奨を行います。	2年連続で特定健診を受診していない町民（30歳～59歳男性）	<ul style="list-style-type: none"> 30歳代～50歳代男性の特定健診受診率の向上 30歳代～50歳代男性の新規受診者数の増加
2 特定健診未受診者への受診勧奨通知	当該年度において特定健診未受診者に対しハガキによる受診勧奨を行います。	当該年度において特定健診未受診者	
3 連続受診者への検査項目の追加	3年連続健診受診者に対して、心電図検査を無料実施することで、健診のリピーターを増やします。	3年連続健診受診者	<ul style="list-style-type: none"> 3年連続受診者数の増加

3. 生活習慣病発症及び重症化予防事業

特定健康診査の受診結果が要医療値になっても、医療を受診せず、状態を放置したまま同じ生活を続けていると、さらに重症化していきます。自らの健康状態に気づき適切な医療受診やよりよい生活習慣を身につけ、行動変容を促すため、次の事業を実施します。

事業名		事業内容	対象者	評価指標 アウトカム（成果目標）
1	結果指導会	健診結果を正しく理解し、生活習慣の見直しや改善、医療機関への受診など、適切な行動へとつながるよう、保健師・看護師から対面で健診結果を返却します。また、その中で、各種教室該当にも関わらず教室への参加希望がない方や、塩分10g以上の方については、栄養士が個別の食事指導を行います。	集団健診もしくは個別健診を受診し、異常なし以外の方	<<特定健診について>> <ul style="list-style-type: none"> 健診連続受診者数の増加 特定健診での未治療高血圧者の減少 特定健診での高血圧治療者の高血圧症度Ⅰ以上の減少 特定健診での未治療糖尿病患者数の減少 特定健診での未治療脂質異常者数の減少 健診結果通知書回収率の増加 随時尿による1日塩分摂取量9g未満の人の増加 肥満者の割合の減少 メタリックシンドローム予備群以上の減少 喫煙者の割合の減少 【質問票】1回30分以上の運動習慣のない人の割合の減少 【質問票】1日1時間以上の運動習慣のない人の割合の減少 【質問票】40歳代の1日の飲酒量2合以上の割合の減少 【質問票】週3回以上就寝前に夕食を摂る人の割合の減少
2	血管強化教室	糖尿病、高血圧、慢性腎臓病（CKD）の発症及び重症化予防に焦点を当て、医師による講話、栄養士による食事指導、運動指導士による運動指導を実施。講義や体験することを通して、よりよい生活習慣を身につけ、行動変容を促します。	特定健診の結果、下記のいずれかに該当する方（ただし、40～59歳までの男性は除く） <ul style="list-style-type: none"> HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl 以上 随時血糖 140mg/dl 以上 血圧 140/90mmHg 以上 eGFR60 未満 	<<疾病別の医療費等について>> <ul style="list-style-type: none"> 高血圧の一人あたり医療費（国保）の増加 高血圧の医療費の総額（国保）の増加 高血圧の医療費（件数割合）の増加 高血圧の件数（国保入院外）の増加 糖尿病の件数（国保入院外）の増加 糖尿病の医療費の総額（国保）の増加 脂質異常の件数（国保入院外）の増加 脂質異常の医療費の総額（国保入院外）の増加
3	えいよう教室	慢性腎臓病（CKD）の発症及び重症化に焦点を当て、疾患の説明や食事（バランス食・減塩・水分のとり方）について、保健師、栄養士による講義を実施。慢性腎臓病（CKD）を予防するための正しい知識の普及により、よりよい生活習慣を身につけ、行動変容を促します。また、この教室参加者には、1か月後に個別訪問を行い、実践状況の確認と行動の強化を行い、継続してフォローします。	町内医療機関を受診し、主治医が慢性腎臓病（CKD）予備群のため、生活習慣の改善が必要であると認めた方	<<生活習慣について>> <ul style="list-style-type: none"> 自宅に血圧計がある人の割合の増加 自宅で1日1回以上血圧を測定している人の割合の増加 適切な水分摂取ができていない人の割合の増加 1日の塩分摂取量の目標は6gであることが分かる人の割合の増加 適切な水分摂取が腎不全・脳卒中の予防に有効であることを知っている人の割合増加 毎食野菜を摂っている人の割合の増加 毎食野菜を摂ることが脳卒中の予防に有効であることを知っている人の割合の増加 適切な飲酒量が1合未満であるとわかる人の割合の増加
4	若年者健康教室	メタボリックシンドロームや糖尿病、高血圧、慢性腎臓病（CKD）などの生活習慣病を予防するために、子育て期・壮年期にターゲットを絞り、事業を行います。トレーニングマシンを使用した運動の体験、栄養士による食事指導を実施。生活習慣の見直しや改善、医療機関の受診など、適切な行動へとつなげ、生活習慣病予防のために早期から介入します。（平日夜間等を開催する）	30～59歳男性で集団健診もしくは個別健診または人間ドックを受診し、下記のいずれかに該当する方 <ul style="list-style-type: none"> HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126 mg/dl 以上 随時血糖 140 mg/dl 以上 血圧 140/90mmHg 以上 eGFR 60 未満 	
5	ハイリスク者フォローアップ事業	糖尿病、高血圧、慢性腎臓病（CKD）の重症化予防に焦点を当て、保健師や栄養士が訪問指導等を行います。（受診勧奨や生活指導）	18～59歳で、集団健診もしくは個別健診または人間ドックを受診し、下記いずれかに該当する方 <ul style="list-style-type: none"> HbA1c6.5%以上 空腹時血糖 126mg/dl 以上 随時血糖 140mg/dl 以上 血圧 140/90mmHg 以上 eGFR60 未満 尿蛋白+以上かつ尿潜血+以上 	

			・0.5g/g クレアチニン以上又は尿蛋白 2+以上	
6	CKD 対策講演会	講師より、慢性腎臓病（CKD）予防のための講話を通じて、正しい知識の普及・啓発を行います。	全町民	
7	病診連携システムの構築	特定健診の結果、病診連携紹介基準該当者に対して指示連絡票を作成し、かかりつけ医を通じて腎臓専門医につなげます。	特定健診の結果、病診連携紹介基準該当者	<<病診連携関係>> ・特定健診の結果、病診連携紹介基準該当者のうち腎臓専門医へ受診した人の数の増加 ・病診連携紹介基準該当者のうちかかりつけ医から腎臓専門医へ受診した人の数の増加 ・上記指標のうち、コーディネーターが同行受診した人の数の増加
8	病診連携コーディネーターの設置	病診連携基準該当者が腎臓専門医へ初回受診の際、町民が安心して受診できること及び腎臓専門医へ正しい情報が伝わるように受診支援を行います。	特定健診の結果、病診連携紹介基準該当者のうち、腎臓専門医初回受診者	

4. 生活習慣病予防の知識普及啓発事業

生活習慣の改善には重症化する以前から生活習慣病予防の正しい知識が必要です。「減塩」に関する正しい知識や、小中学生を含めた幅広い世代への生活習慣病予防に関する知識の普及を図るため、次の事業を実施します。

事業名		事業内容	対象者	評価指標 アウトカム（成果目標）
1	地区健康教育	生活習慣病の発症及び重症化を予防するために、正しい知識の普及を図ります。保健師又は栄養士が各地区の会合の場等に出向き、健康講話を行います。5年かけてすべての地区をまわります。	対象地区町民	2. 特定健診受診率の維持向上対策事業、3. 生活習慣病発症及び重症化予防事業の評価指標のほか下記指標 ・高血圧の予防や治療が腎不全・脳卒中の予防に有効であることを知っている人の割合の増加 ・適正飲酒が血糖コントロールに大切だと知っている人の割合の増加 ・糖尿病の予防や治療が腎不全・脳卒中の予防に有効であることを知っている人の割合の増加 ・脂質異常症の予防や治療が脳卒中の予防に有効であることを知っている人の割合の増加
2	食推の地区活動	食推の活動（地区料理教室や健康教育、みそ汁の塩分濃度計測など）を通して、各家庭に減塩の必要性を呼びかけます。	全町民	
3	町民ウォーキング	ウォーキングを通じて運動の楽しさを体験してもらい、継続した運動習慣へと結びつくようにきっかけづくりを行います。	全町民	
4	生涯学習フェスティバル（健康ブース）	生活習慣病予防や健康づくりに関するブースの開設やポスターの掲示・展示を行い、生活習慣病予防の必要性の普及・啓発を行います。	全町民	
5	町広報紙、ホームページへの掲載	町広報紙や町ホームページに生活習慣病予防等、健康づくりをテーマとした内容を掲載することで啓発を図ります。	全町民	
6	消防団へ生活習慣病予防のための普及啓発	健診の勧奨や生活習慣病に関する知識の普及を行い、健康管理に対する関心を高めます。消防団の全体会の際に、保健師・栄養士による講話を行います。	消防団に加入している20歳代～60歳代の男性	
7	商工会での健康教育	健診の勧奨や生活習慣病に関する知識の普及を行い、健康管	商工会会員	

		理に対する関心を高めます。商工会の全体会の際に、保健師・栄養士による講話を行います。		
8	転倒予防教室	各地区ごと月1～4回程度集まり、ストレッチ筋トシなどの体操を行い、継続した運動習慣へと結びつくようなきっかけづくりを行います。また、年1回程度の健康講話の際に、生活習慣病の発症および重症化予防に関する正しい知識の普及・啓発を行います。	各地区ごとの高齢者	
9	離乳食相談事業	個別の訪問または、集団での相談事業を実施します。栄養士による離乳食の講話の中で、減塩の必要性を呼びかける。	4か月児～6か月児とその母	
10	小中学生の健康教室	自身の健診結果を配布し、結果と結びつけながら、生活習慣病に関する知識の普及を行い、生活習慣の見直しと健康に対する興味・関心を高めます。	小中学校の児童生徒及びその保護者 学校保健委員会委員	

第6章 データヘルス計画の見直し

計画期間の平成27年度から平成35年度の9年間の中で、出雲崎町国民健康保険特定健診等実施計画（第2期）など他の計画と整合性を図るため、平成29年度と平成32年度に計画の見直しを行います。計画期間の最終年度となる平成35年度には、本計画第4章に掲げる目標について、目標の達成状況及び事業の実施状況などに関する調査及びデータ分析を行い、評価をします。評価の結果、本計画の目標設定、取り組むべき事業等を見直し、次期計画の参考とします。計画の期間中においても、目標の達成状況や事業の実施状況によっては、保健事業の実施方法、スケジュールの見直し等は適時、その年度内で行うこととします。

第7章 計画の公表・周知

策定した計画は、町の「ホームページ」等を通じて公表していきます。

第8章 事業運営上の留意事項

健康増進法による健康づくりとの関係について

特定健康診査・特定保健指導については、高齢者の医療の確保に関する法律により、各医療保険者にその実施が義務づけられており、その対象者は40歳から75歳未満までとなっています。

本町においては、健康増進法に基づき保健福祉課において75歳以上の健康診査や保健指導対象者以外の町民の健康相談、がん対策など、健康づくりの普及、啓発を推進しています。

健康の保持・増進は、年齢・性別に関係なく継続して実施すべきものであるため、「データヘルス計画」と「出雲崎町健康増進計画」の整合を図り、町民の総合的な健康づくりを推進します。

第9章 個人情報の保護

本町における個人情報の取り扱いについては、「出雲崎町個人情報の保護に関する条例」や「レセプト情報・特定健康診査等情報の提供に関するガイドライン」（厚生労働省 平成25年8月改正）を遵守し適切な管理に努めます。

第10章 その他計画策定に当たっての留意事項

新潟県や医師会等の関係機関と連携するとともに、新潟県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委員会の情報提供や助言を積極的に活用し、効果的・

効率的に保健事業を推進してまいります。