

日野町国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）概要版

<目的> 誰もがこころもからだも健康で、安心して暮らせる地域づくり

日野町民が、必要な摂取カロリー・適切な塩分量や野菜摂取量を知り、塩分やカロリーの摂り過ぎ・野菜350グラム摂取を意識した食習慣、適量飲酒、運動習慣の定着、禁煙、休養を意識しながら予防可能な病気にかからず生きがいを持って自分らしく生活する

<日野町における目標>

①長期目標

- ◆新たな虚血性心疾患や脳血管疾患の患者を増やさない
- ◆新たに糖尿病性腎症による人工透析が必要となる方を増やさない

②中期目標

- ◆ハイリスク者の割合を増加させない
- ◆健診結果の改善者を増やす

③短期目標

- ◆特定健診の受診率や各種受診割合を向上させる
- ◆ハイリスク者を医療機関受診につなげる
- ◆特定保健指導実施率を向上させる
- ◆飲酒割合や運動習慣の改善者を増やす
- ◆がん検診受診率を向上させる

目標	評価指標	計画策定時	第3期
		R4(2022)	R11(2029)
虚血性心疾患新規患者を増加させない	虚血性疾患の新規患者数	57人	57人以下
脳血管疾患新規患者を増加させない	脳血管疾患の新規患者数	47人	47人以下
人工透析導入者を増加させない	糖尿病性腎症による	2人	2人以下
ハイリスク者の割合を増加させない	ハイリスク者	14.5%	14.5%維持
肥満者(BMI)の割合(男)の減少	BMI25以上の割合(男)	30.5%	25.0%未満
肥満者(BMI)の割合(女)の減少	BMI25以上の割合(女)	19.2%	18.0%未満
収縮期血圧の有所見者割合を下げる(男)	収縮期血圧130以上の割合(男)	50.0%	45.0%未満
収縮期血圧の有所見者割合を下げる(女)	収縮期血圧130以上の割合(女)	42.8%	40.0%未満
HbA1cの有所見者割合を下げる(男)	HbA1c5.6以上の割合(男)	60.9%	50.0%未満
HbA1cの有所見者割合を下げる(女)	HbA1c5.6以上の割合(女)	57.8%	50.0%未満
LDLの有所見者割合を下げる(男)	LDL120以上の割合(男)	42.8%	40.0%未満
LDLの有所見者割合を下げる(女)	LDL120以上の割合(女)	42.5%	40.0%未満
特定健診の受診率を上げる	特定健診受診率	39.3%	45.0%以上
新規受診者割合を上げる	新規受診者割合	16.3%	19.0%以上
継続受診割合を上げる	継続受診割合	73.9%	75.0%以上
ハイリスク者の医療機関受診率を上げる	ハイリスク者の医療機関受診率	63.2%	80.0%以上
特定保健指導実施率を上げる	特定保健指導実施率	60.7%	70.0%以上
毎日飲酒割合を下げる(男)		50.2%	42.0%以下
運動習慣ありの割合をあげる(男)		37.5%	40.0%以上
運動習慣ありの割合をあげる(女)		34.9%	40.0%以上
がん検診受診率を上げる(胃)	胃がん検診受診率(40~69歳)	R3:3.0%	増加
がん検診受診率を上げる(大腸)	大腸がん検診受診率(40~69歳)	R3:4.2%	増加
がん検診受診率を上げる(肺)	肺がん検診受診率(40~69歳)	R3:2.5%	増加
がん検診受診率を上げる(乳)	乳がん検診受診率(40~69歳)	R3:11.6%	増加
がん検診受診率を上げる(子宮)	子宮がん検診受診率(20~69歳)	R3:9.0%	増加

<滋賀県・市町国保における共通目標>

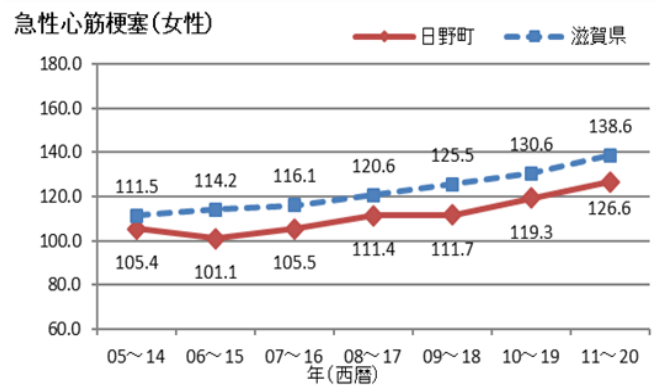
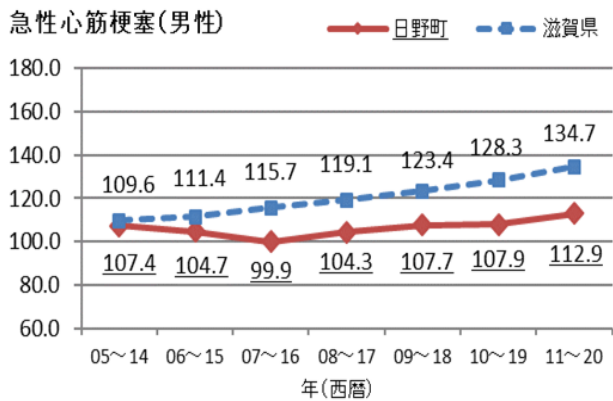
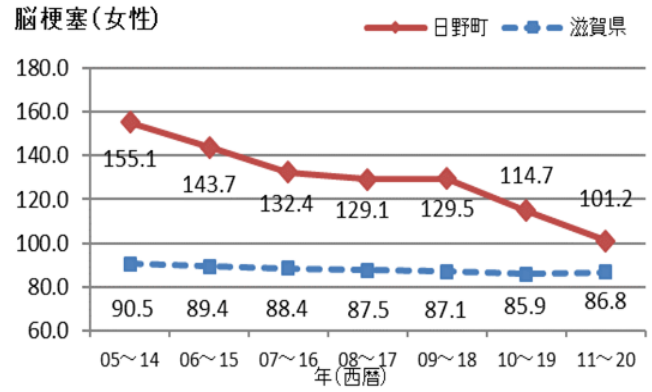
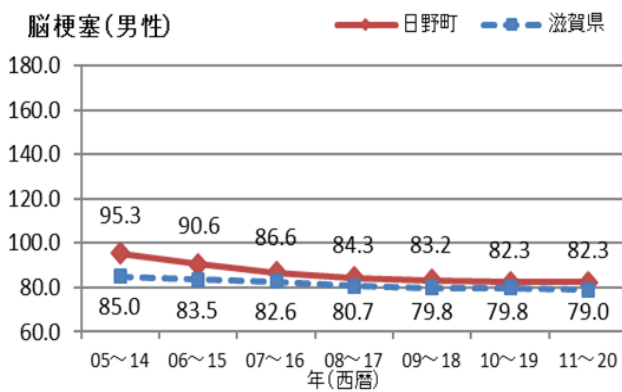
目標	計画策定時	町目標	共通目標
	R4(2022)	R11(2029)	R11(2029)
特定健診受診率	39.3%	45.0%以上	60.0%以上
40歳代の健診受診率(男)	20.5%	30.0%以上	25.0%以上
40歳代の健診受診率(女)	27.1%	30.0%以上	25.0%以上
3年連続未受診者割合	47.5%	40.0%以下	40.0%以下
特定健診未受診者かつ医療機関受診なし者の割合	30.8%	30.0%以下	35.0%以下
特定保健指導実施率	60.7%	70.0%以上	60.0%以上
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	14.5%	26.0%以上	26.0%以上
HbA1c8.0%以上の者の割合	0.8%	0.8%以下	1.0%以下
高血糖者の割合(HbA1c6.5%以上の者の割合)	6.5%	6.5%以下	9.2%以下
HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	5.5%	5.5%以下	12.9%以下
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	47.0%	44.0%以下	44.0%以下

＜現状からの課題・方向性＞

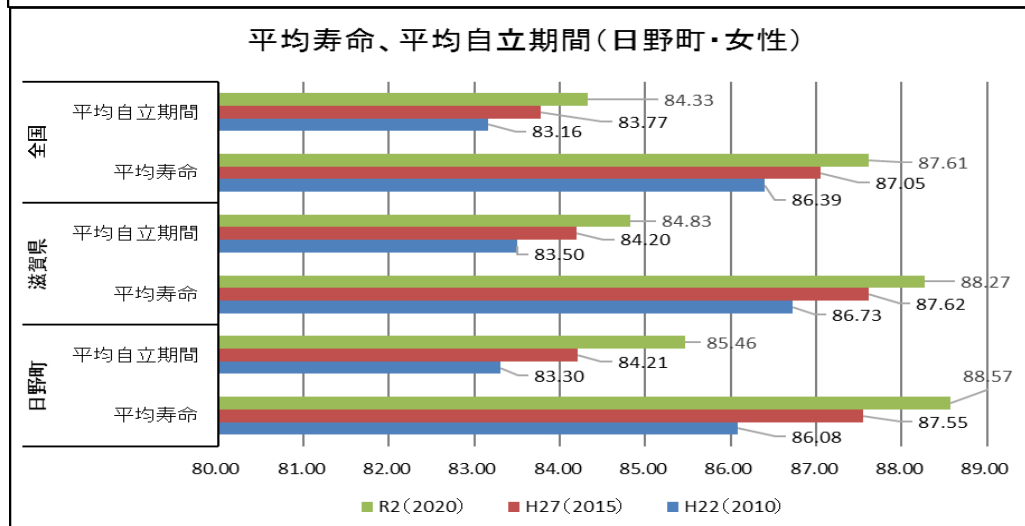
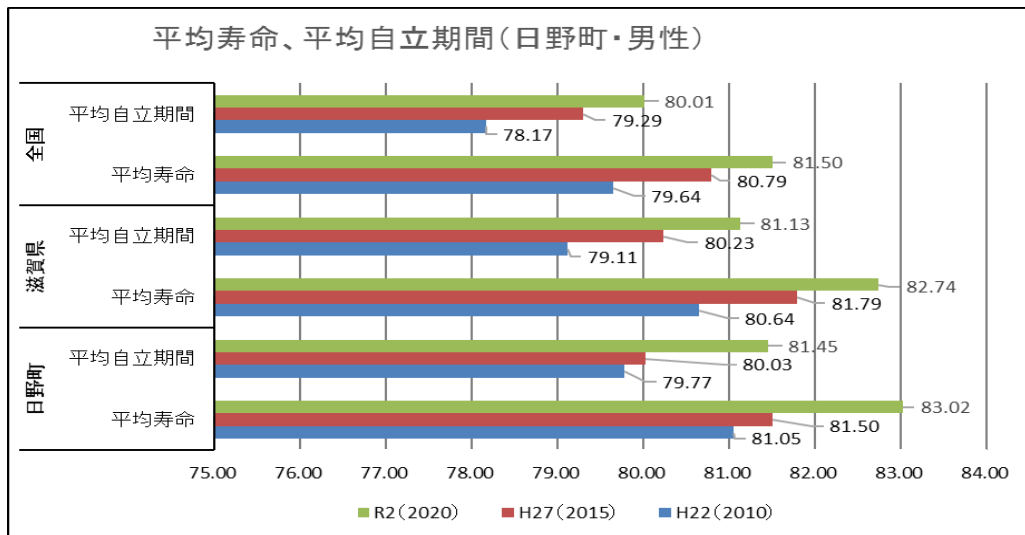
データ分析等から見える主な現状	健康課題	対策の方向性
<p>急性心筋梗塞・脳梗塞の標準化死亡比が高い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患は介護保険第2号被保険者（65歳未満）の要介護認定原因疾患の1位。 ・被保険者一人あたり入院医療費では、狭心症の県内順位が高い（狭心症4,831円：6位）。被保険者一人あたり外来医療費では、動脈硬化症の県内順位が高い（動脈硬化症189円：4位）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早期発見のため健診未受診者への対策が必要。 ・健診受診後の要受診者等継続して医療機関を受診してもらう対策が必要。 ・医療機関へ通院している方が重症化しないための予防対策が必要。 ・生活習慣病発症予防のための生活習慣改善対策が必要。 ・各種関係機関と連携した啓発が必要。 	<p>健康教育 健康相談 地区組織と連携した健康づくり 特定健診未受診者対策 特定保健指導実施率向上対策 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨 生活習慣病重症化予防 糖尿病性腎症重症化予防 医療費適正化対策</p>
<p>急性心筋梗塞・脳梗塞の原因となる健診項目の有所見者割合が高い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収縮期血圧の有所見者が多い（男50.0%、女42.8%）。 ・有所見者割合では、男性の中性脂肪、LDL、女性のHDLの県内順位が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳未満からの生活習慣改善が必要。 ・食育事業・出前講座・広報等での啓発、健康推進協議会等と連携した啓発、関係機関と連携した啓発が必要。 ・生活習慣改善が必要な方への対策が必要。 	
<p>人工透析の医療費が多い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病（透析あり）の被保険者一人あたり医療費（外来）は、医療費最小分類で割合が多い（4.9%：3位）。 ・被保険者一人あたり外来医療費では、糖尿病の県内順位が高い（糖尿病18,761円：7位）。 ・HbA1cの有所見者割合が高い。 女性のeGFR有所見者割合（22.0%）の県内順位が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診未受診者の中には重症化される可能性が高い方が含まれているので未受診者対策が必要。 ・各種関係機関と連携した啓発が必要。 	<p>特定健診未受診者対策</p>
<p>不適切な健康状態がある（標準比が高いもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男女とも週3回以上就寝前に夕食、3食以外の間食を毎日摂取の割合が多い。食べる速度が速い、噛みにくいが多い。 ・運動習慣ありの割合が低い（男37.5%、女34.9%）。 ・男性は喫煙、毎日飲酒が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早期発見・早期治療ができるよう、がん検診受診率向上の取り組みが必要。 ・禁煙の啓発が必要。 	<p>がん検診受診率向上対策</p>
<p>特定健診未受診者が多い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どの年代も男性の受診率が低い。 ・年代別では、50歳代の受診率が一番低い（男22.8%、女25.7%）。 ・県と比較すると50歳代以降は受診率が低い。 ・健診未受診かつ生活習慣病治療なし（レセプトなし）者の割合は県と比較し低い（30.8%）。 		
<p>がんの死亡数が多く、医療費も高い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人あたり医療費はがんが一番高い（入院21,707円、外来32,658円）。 ・がん検診受診率が低い（R3：胃3.0%、大腸4.2%、肺2.5%、乳11.6%、子宮9.0%）。 		

<現状分析>

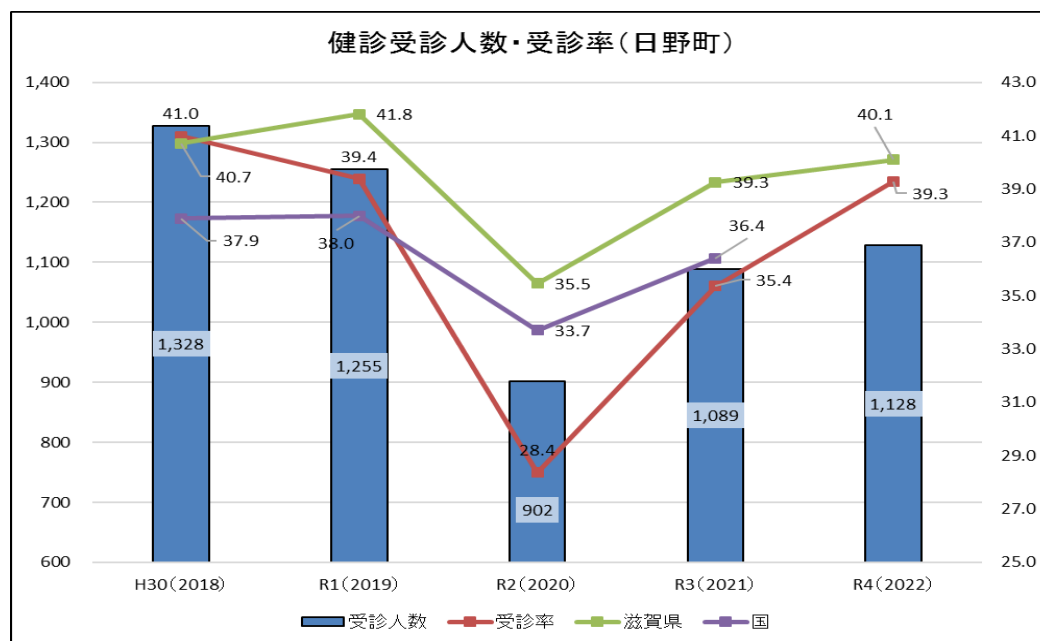
①死亡状況(市町村別標準化死亡比)



②平均寿命、平均自立期間(健康寿命)の状況



③特定健診受診状況



<重点・優先度の高い取組み>

- ・健康教育、地区組織と連携した健康づくり事業
- ・生活習慣病発症予防・重症化予防対策、糖尿病性腎症重症化予防対策

<主な取組み>

- ① 健康教育：『町内の医師・歯科医師・薬剤師等との連携』『広報・出前講座・イベント等による啓発』
- ② 健康相談：『減塩・野菜350g摂取・適量飲酒・運動習慣等による生活習慣コントロール』
- ③ 地区組織と連携した健康づくり事業：『健康推進協議会等各種関係機関との連携』『全世代への食育』
- ④ 特定健診未受診者対策：『未受診者の実態把握（継続受診・新規受診対策）』『個別健診の周知』『ヘルスケアポイントの周知』『受診勧奨方法の検討』
- ⑤ 特定保健指導実施率向上対策：『生活習慣病予備軍への早期介入』『結果説明会や医療機関等での保健指導』
- ⑥ 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨：『医療機関との連携』『医療機関への受診勧奨』
- ⑦ 生活習慣病発症予防・重症化予防：『生活習慣病のコントロール改善』『治療中断者対策』
- ⑧ 糖尿病性腎症重症化予防：『医療機関との連携』『医療機関への受診勧奨』『治療中断者対策』
- ⑨ がん検診受診率向上対策：『がん検診精検未受診者対策』『受診率向上対策の検討』
- ⑩ 医療費適正化対策：『医療機関受診の適正化』『医療費通知』『後発医薬品の使用促進』

<評価>

・計画の評価・見直し

目標の達成状況・事業の実施状況について事業の成果を検証しPDCAサイクルによる評価、改善を図る。
6年間の計画のため3年を経過する時点で中間評価を行い、最終年度は次期の計画策定準備を進める。

・評価方法・体制

評価はレセプト情報等を活用し、可能な限り数値を用いて行う。計画策定時と同様に関係各課による策定会議により内部評価を行い、併せて外部有識者等の指導・助言を得ながら実施する。