

六戸町保健事業実施計画

(第2期データヘルス計画)

《平成30年度～平成35年度》



平成31年3月

六戸町

目 次

第1章 総論	1
1. 保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）基本的事項	1
（1）背景	1
（2）保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）の位置づけ	1
（3）計画期間	3
（4）実施体制	4
第2章 各論	
1. 六戸町の状況	5
（1）人口・高齢化率の推計、国保被保険者の状況	5
（2）平均寿命と死亡の状況	7
2. 健康・医療情報の分析及び結果に基づく健康課題の把握	10
（1）健診の分析	10
（2）医療費の状況	19
（3）介護の状況	26
（4）第1期の評価・考察	28
（5）第2期データヘルス計画策定に当たって見直した健康課題	35
3. 目的・目標の設定	36
（1）六戸町の目的	36
（2）第2期データヘルス計画の健康課題解決のための取組	36
（3）成果目標	37
4. その他の保健事業	39
（1）後発医薬品の使用促進	39
（2）子供の生活習慣病	39
（3）重複受診者への適切な受診指導	39
5. 事業実施計画(第2期データヘルス計画)の評価方法の設定	40
6. 事業実施計画(第2期データヘルス計画)の見直し	41
7. 計画の公表・周知	41
8. 個人情報保護	41
9. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他計画策定に当たっての留意事項	42
10. その他計画策定に当たっての留意事項	42

第1章 総論

1. 保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）基本的事項

（1）背景

わが国の急速な高齢化に伴い、高齢者に対する社会保障、中でも医療保障の在り方は、極めて大きな問題となっており、医療保険、介護保険の給付費用は、2025年には社会保障費の50%を超え、年金給付額を上回るといわれている。このような未来予測を少しでも回避する為には、国民の意識を変え、生活習慣病を予防することにより医療費の抑制を図る必要がある。

さて、近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（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^{※1}（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る。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「すべ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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進しなければならない。

当町においては、これまでもレセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」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あるが、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、ポピュレーションアプローチ^{※2}から重症化予防までをPDCAサイクル^{※3}に沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施し、疾病の早期発見、早期治療に向けた生活習慣病の予防に努めることにより、将来的には医療費を削減し、国保の適正化を目指します。

※1 国保連合会が保険者の委託を受けて行う業務を通じて管理する「医療」、「介護」、「健診」の情報等を活用し、統計情報等を保険者へ提供することで、保険者の効果的かつ効率的な保健事業の実施をサポートするために構築されたシステム。

※2 対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチをし、リスクを下げていく考え方。

※3 Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。

（2）保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ

保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、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の実施計画である。計画の策定及び計画の事業評価にあたっては、特定健康診査の結果、レセプト等、KDBの健康医療情報等のデータを活用して行う。

また、保健事業実施計画（データヘルス計画）は、以下の計画と整合性をもって策定する。

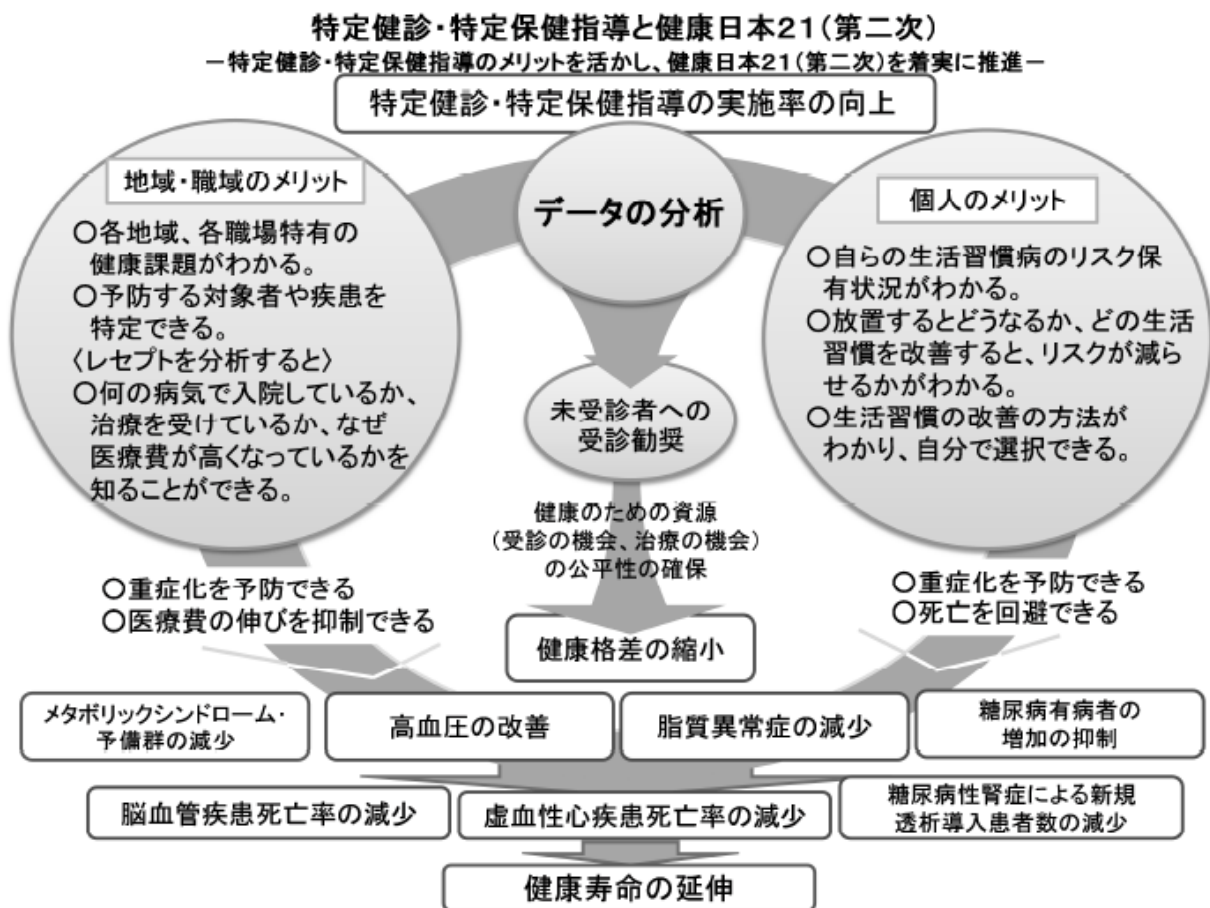
①国や県の計画

- ・21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））
- ・健康あおもり21（第2次）
- ・健康上十三21（第2次）

②六戸町の分野別計画

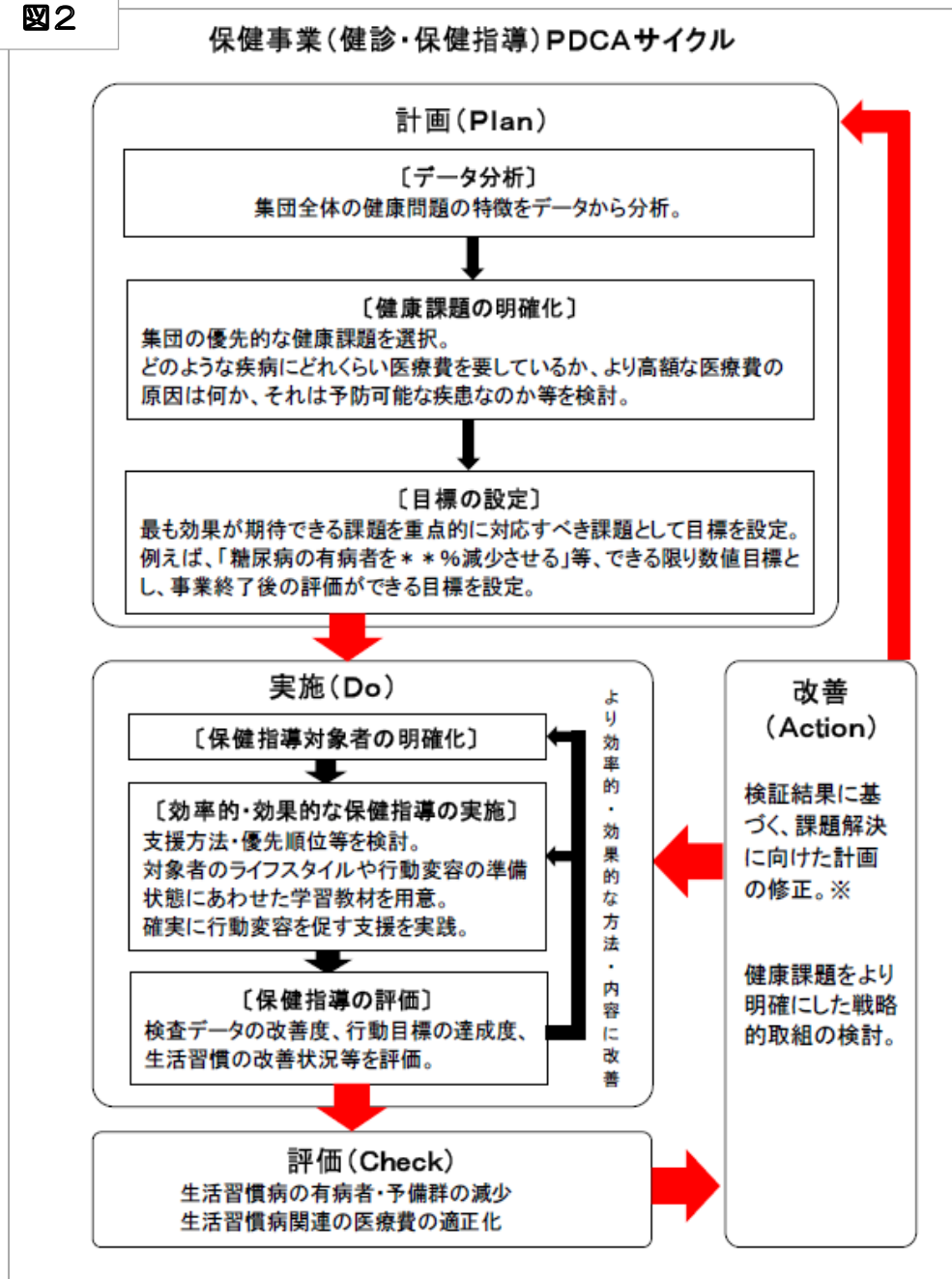
- ・健康ろくのへ21（第2次）
- ・六戸町特定健康診査等実施計画（第3期）
- ・六戸町第7期高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画

図1



資料：標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版

図2



資料：標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版

(3) 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4の5において、特定健診等実施計画及び健康ろくのへ21(第2次)との整合性を踏まえ、複数年とすることとしている。具体的には、平成30年度中に保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定し、計画期間は、特定健康診査等実施計画(第3期)の最終年度である平成35年度までとする。

(4) 実施体制

六戸町においては、町民課（国民健康保険）と福祉課が連携し、本計画に沿った事業を展開することとする。

第2章 各論

1. 六戸町の状況

(1) 人口・高齢化率の推計、国保被保険者の状況

当町は、急速に高齢化が進んでおり、65歳以上の比率は32.3%となっている。

今後については、高齢化に伴う医療費の増大が予測されるため、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。

表1 人口と高齢化率の推計

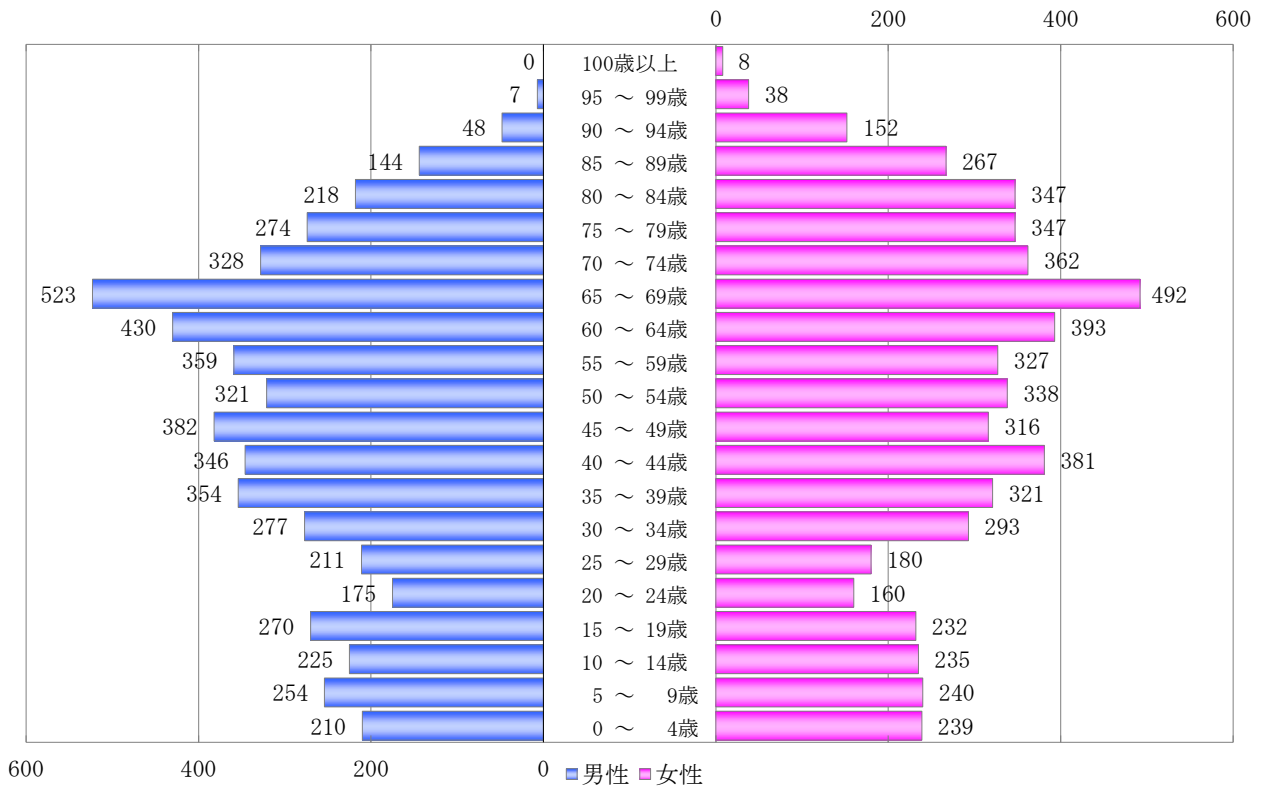
	人口（人）	割合
40歳未満	3,876	35.2%
40～64歳	3,593	32.6%
65～74歳	1,705	15.5%
75歳以上	1,850	16.8%

「年齢別人口調べ（平成30年10月1日）」

図3 人口ピラミッド（町）

六戸町の人口ピラミッド（平成30年10月1日現在）

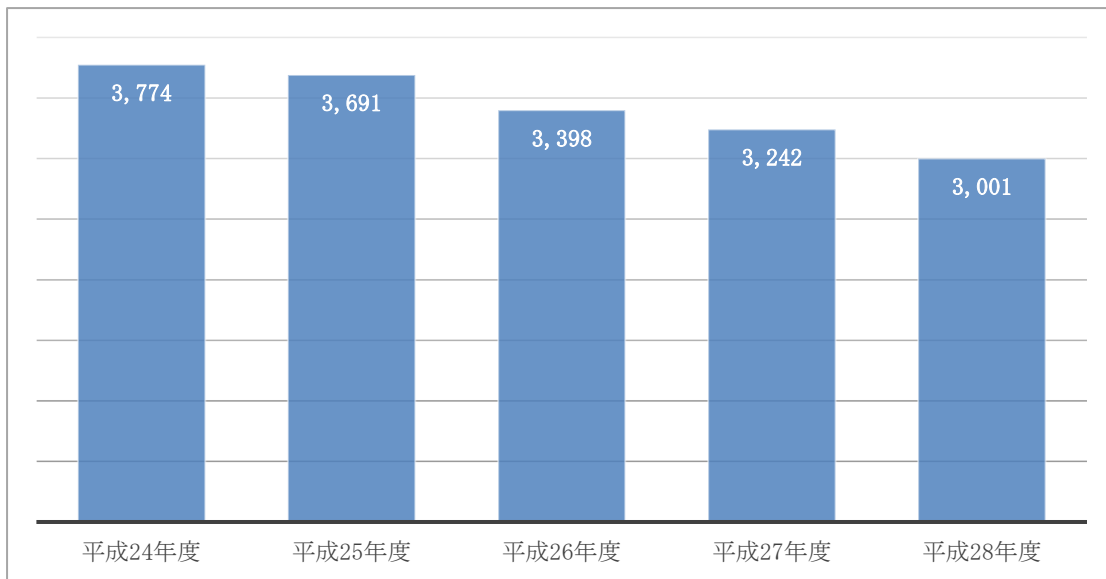
単位：人



「年齢別人口調べ（平成30年10月1日）」

図4 六戸町国保加入者数の推移

単位：人



資料：国民健康保険図鑑（平成 26～29 年度版）青森県国民健康保険団体連合会

(2) 平均寿命と死亡の状況

① 平均寿命

当町の平均寿命^{※1}は、男女とも県平均を上回っているが、国平均よりは短く、男性で1.8歳、女性で0.4歳、短くなっている。

表1 平均寿命

単位：歳

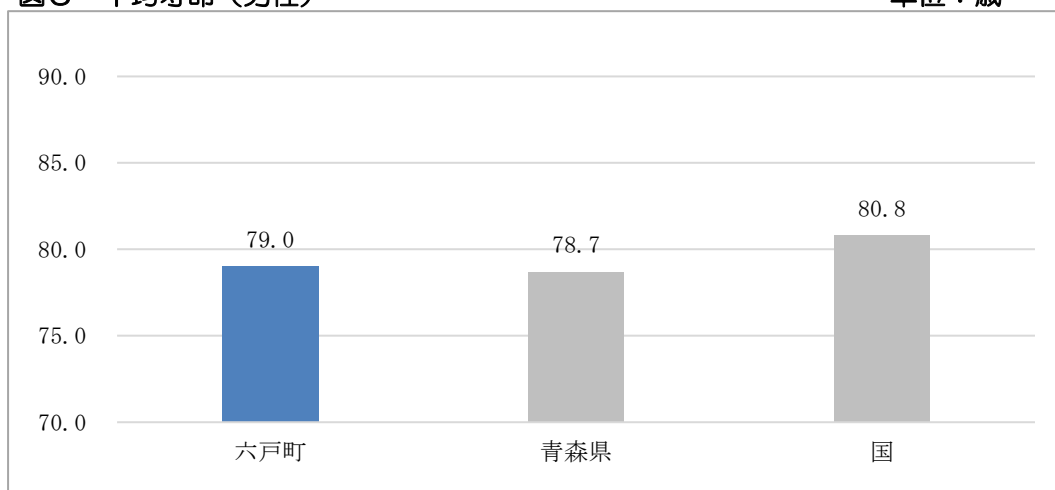
	六戸町	青森県	国
平均寿命（男）	79.0	78.7	80.8
平均寿命（女）	86.6	86.0	87.0

資料：市町村別平均寿命（平成27年度公表）

※1 その年に生まれた者が、その後何年生きられるかという期間。

図5 平均寿命（男性）

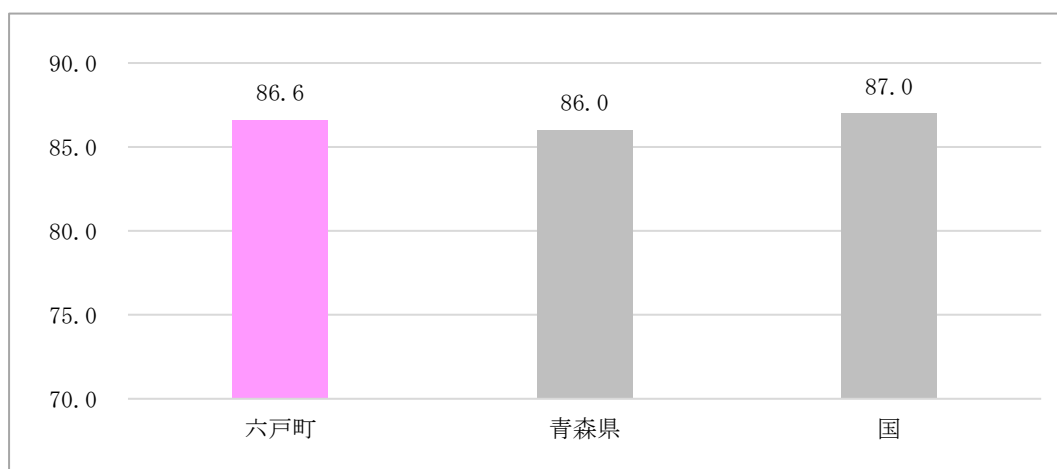
単位：歳



資料：市町村別平均寿命（平成27年度公表）

図6 平均寿命（女性）

単位：歳



資料：市町村別平均寿命（平成27年度公表）

② 標準化死亡比

標準化死亡比を疾病別でみると、男性では、糖尿病、心疾患、脳血管疾患、肺炎、腎不全で高くなっている。女性では、糖尿病、脳血管疾患、腎不全で高くなっている。

表2 六戸町の疾病別標準化死亡比（全国平均＝100）

区分	悪性新生物											
	総数		胃		肝臓		肺		子宮		大腸	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	118.9	110.3	125.3	108.4	108.3	100.1	114.5	97.5		109.9	137.4	122.0
六戸町	101.2	89.5	111.0	57.7	95.5	145.7	85.8	27.2		65.4	101.5	118.0

区分	糖尿病		心疾患（高血圧を除く）		脳血管疾患		肺炎		肝疾患	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	144.1	134.2	117.9	107.4	135.3	122.8	133.0	119.2	114.2	110.6
六戸町	223.3	198.0	127.2	83.2	140.6	156.1	122.9	82.3	83.5	0.0

区分	腎不全		老衰		不慮の事故		自殺	
	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	156.3	137.1	109.0	100.6	124.0	102.1	120.4	98.1
六戸町	129.9	138.0	108.0	71.6	155.6	112.5	171.5	62.7

資料：青森県保健統計年報 六戸町の標準化死亡比の概況（平成24年～28年）

注)

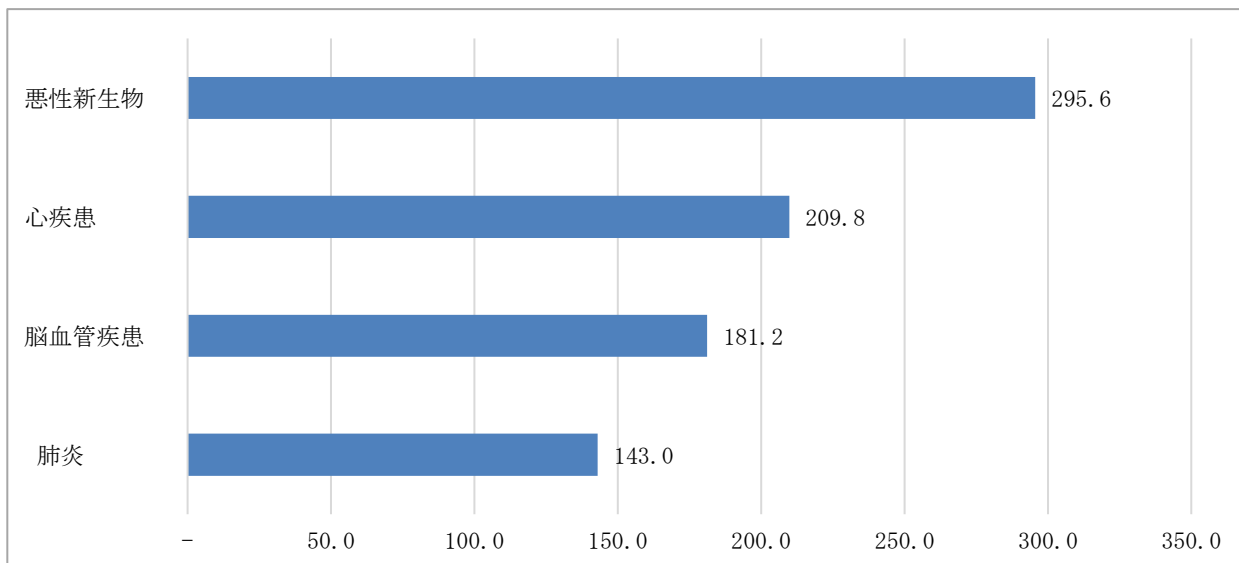
死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率を、そのまま比較することはできない。比較を可能にするためには、標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較する必要がある。標準化死亡比は、基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。標準化死亡比は、基準死亡率と対象地域の人口を用いれば簡単に計算できるので地域別の比較によく用いられる。

③ 死因と死亡率

悪性新生物の死亡率が最も高く、次いで心疾患、脳血管疾患となっている。

図7 六戸町の死因（人口10万対）

単位：人

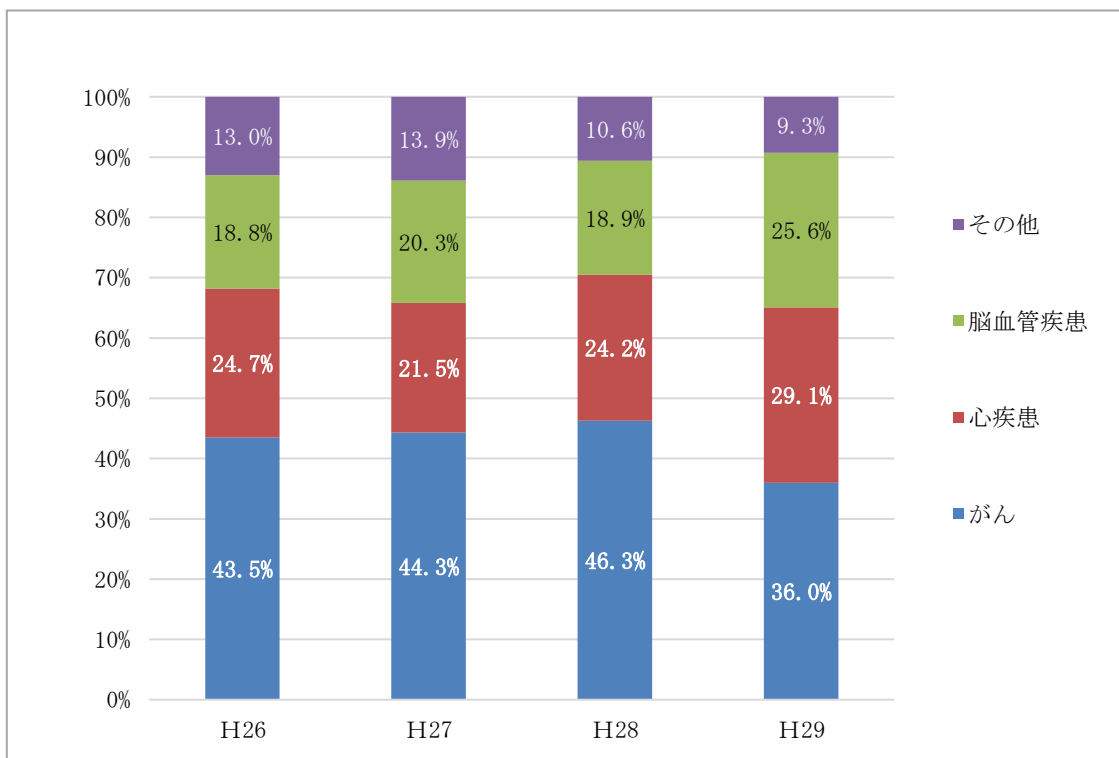


資料：平成28年度青森県保健統計年報

④ 死因割合の変化

心疾患、脳血管疾患の死因割合が増える傾向にある。

図8 六戸町の死因割合



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成26年度～29年度）」

2. 健康・医療情報の分析及び結果に基づく健康課題の把握

(1) 健診の分析

① 特定健診受診率・特定保健指導実施率

当町の特定健診受診率は、近隣市町村の中では比較的高いが、平成28年度実績は37.8%であり、第2期特定健診等実施計画の最終目標の60%には到達できなかった。

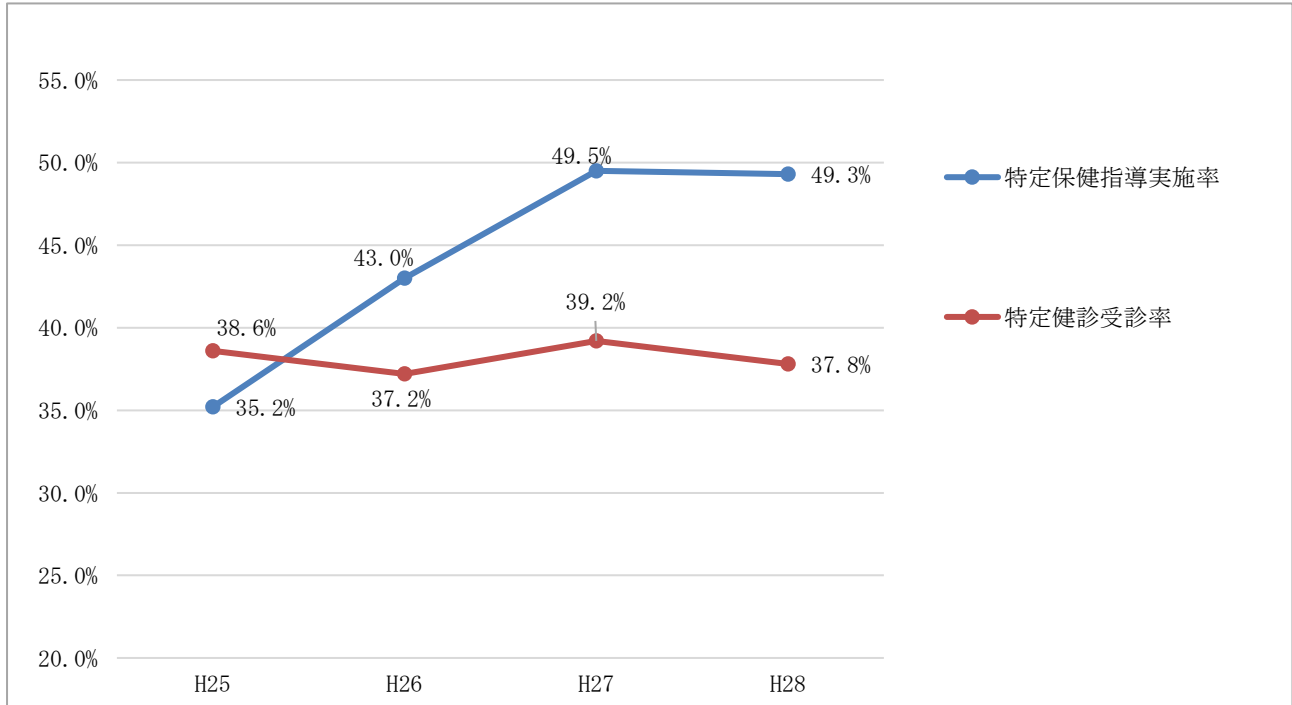
一方、特定保健指導実施率は、平成25年度は35.2%であったが、平成28年度には、49.3%に伸びた。(1.4倍)

表3 六戸町の特定健診受診率・特定保健指導実施率

	H25	H26	H27	H28
特定保健指導実施率	35.2%	43.0%	49.5%	49.3%
特定健診受診率	38.6%	37.2%	39.2%	37.8%

資料：国民健康保険図鑑（平成26～29年度版）青森県国民健康保険団体連合会

図9 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移



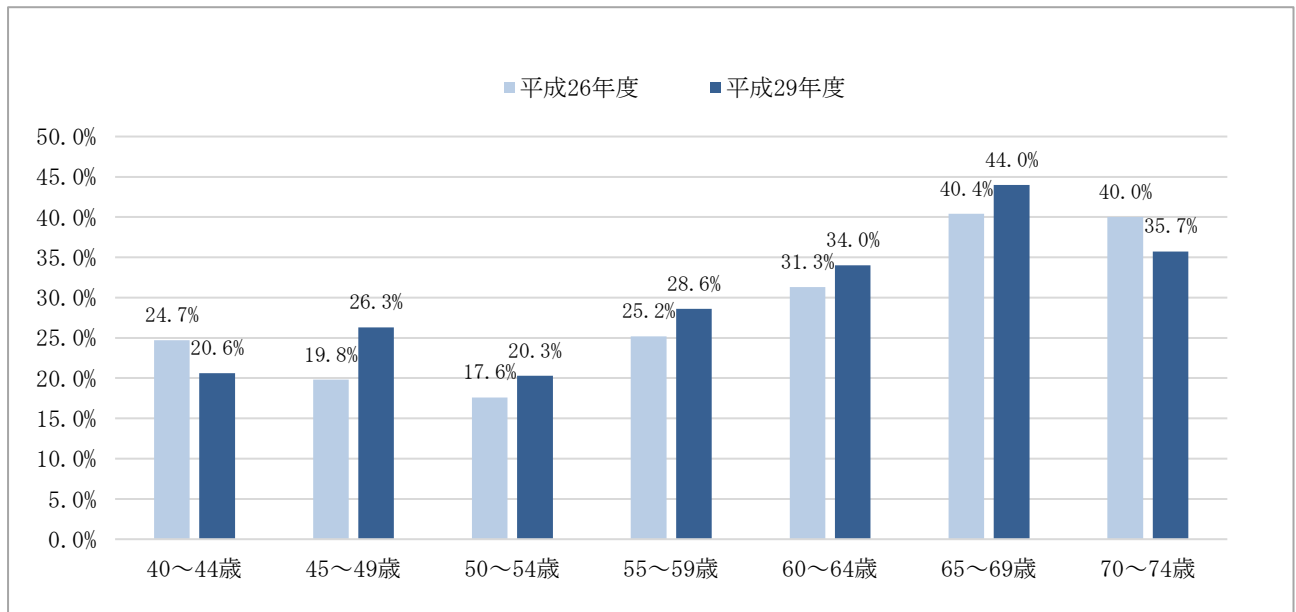
資料：国民健康保険図鑑（平成26～29年度版）青森県国民健康保険団体連合会

②性別・年代別特定健診受診率

平成 26 年度と 28 年度で比較すると、男性では、40 歳代前半、70 歳代以外のすべての世代で伸びている。

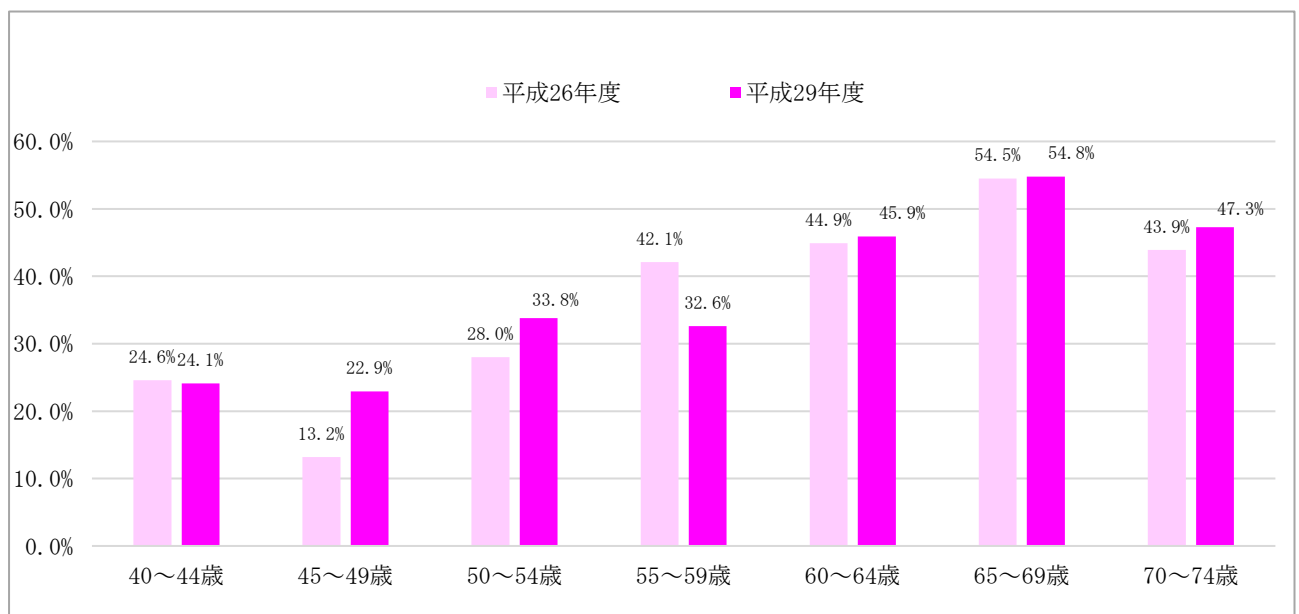
女性では、40 歳代前半、50 歳代後半で下がったが、それ以外の世代では伸びている。

図 10 年代別特定健診受診率(男性)



資料：KDB「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 26・29 年度(累計)）」

図 11 年代別特定健診受診率（女性）



資料：KDB「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題（平成 26・29 年度(累計)）」

③メタボ該当者・予備群の状況

特定健康診査結果によるメタボリックシンドローム該当者、予備群の判定状況では、男性は予備群、該当者いずれも増加傾向にある。女性では、該当者が増加傾向にある。

リスクの重なり状況では、男女とも「血糖＋血圧＋脂質」の割合が増える傾向にある。

表4 メタボ該当者・予備群の状況（男性）

単位：％

項目		H26	H27	H28	H29
メタボ	予備群	14.4	15.3	15.8	15.6
	該当者	23.9	26.5	26.5	27.8
メタボ予備群・該当者	腹囲のみ	5.9	4.0	5.1	3.6
	血糖のみ	1.3	1.3	2.0	1.4
	血圧のみ	10.3	10.5	9.3	11.1
	脂質のみ	2.8	3.5	4.5	3.1
	血糖＋血圧	6.4	6.3	7.0	6.7
	血糖＋脂質	1.3	1.3	1.4	1.7
	血圧＋脂質	8.7	11.3	10.4	10.8
	血糖＋血圧＋脂質	7.5	7.8	7.6	8.6

資料：KDB「厚生労働省様式（様式6-8）メタボリックシンドローム該当者・予備群（平成26～29年度(累計)）」

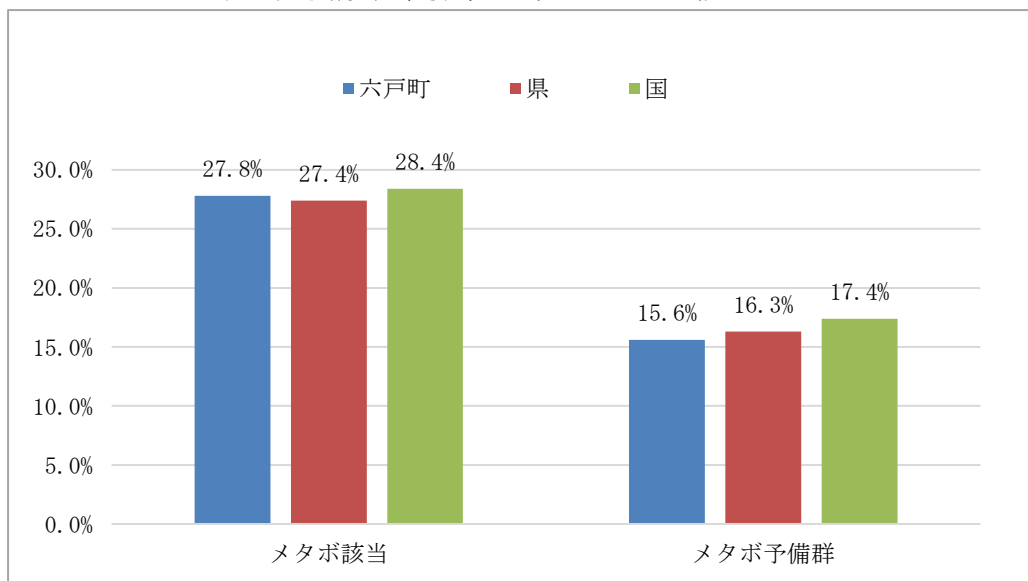
表5 メタボ該当者・予備群の状況（女性）

単位：％

項目		H26	H27	H28	H29
メタボ	予備群	8.6	7.1	5.9	5.3
	該当者	8.0	9.8	10.0	9.2
メタボ予備群・該当者	腹囲のみ	1.9	2.9	4.0	2.8
	血糖のみ	0.2	0.6	0.0	0.0
	血圧のみ	7.2	5.4	4.7	4.3
	脂質のみ	1.2	1.2	1.3	1.1
	血糖＋血圧	1.4	2.1	2.1	2.1
	血糖＋脂質	0.0	0.2	0.2	0.2
	血圧＋脂質	5.1	5.6	5.5	4.7
	血糖＋血圧＋脂質	1.6	1.9	2.1	2.1

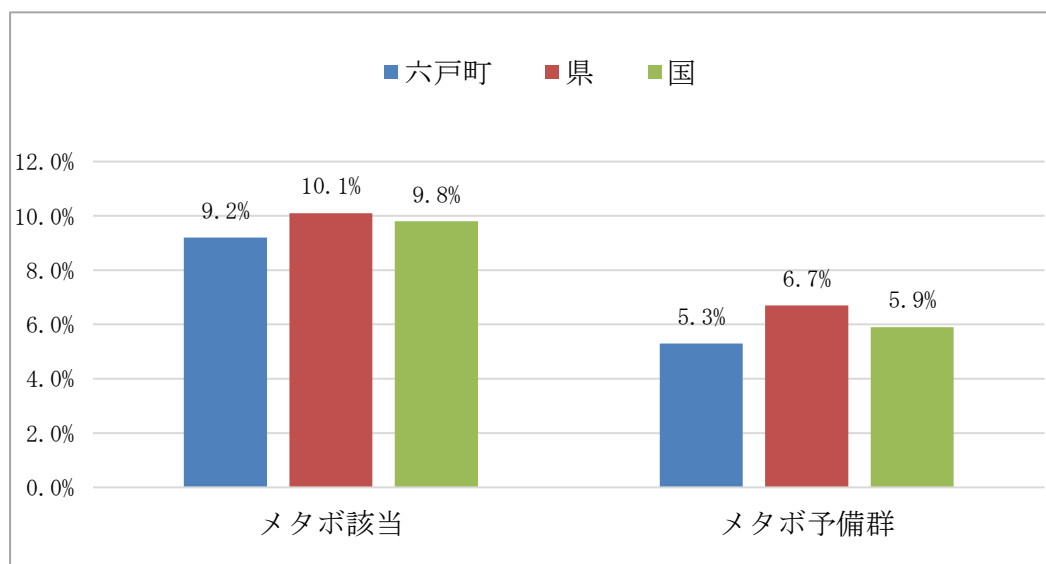
資料：KDB「厚生労働省様式（様式6-8）メタボリックシンドローム該当者・予備群（平成26～29年度(累計)）」

図 12 メタボ該当、予備群（男性） 県・国との比較



資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成 29 年度）

図 13 メタボ該当、予備群（女性） 県・国との比較



資料：KDB「地域の全体像の把握」（平成 29 年度）

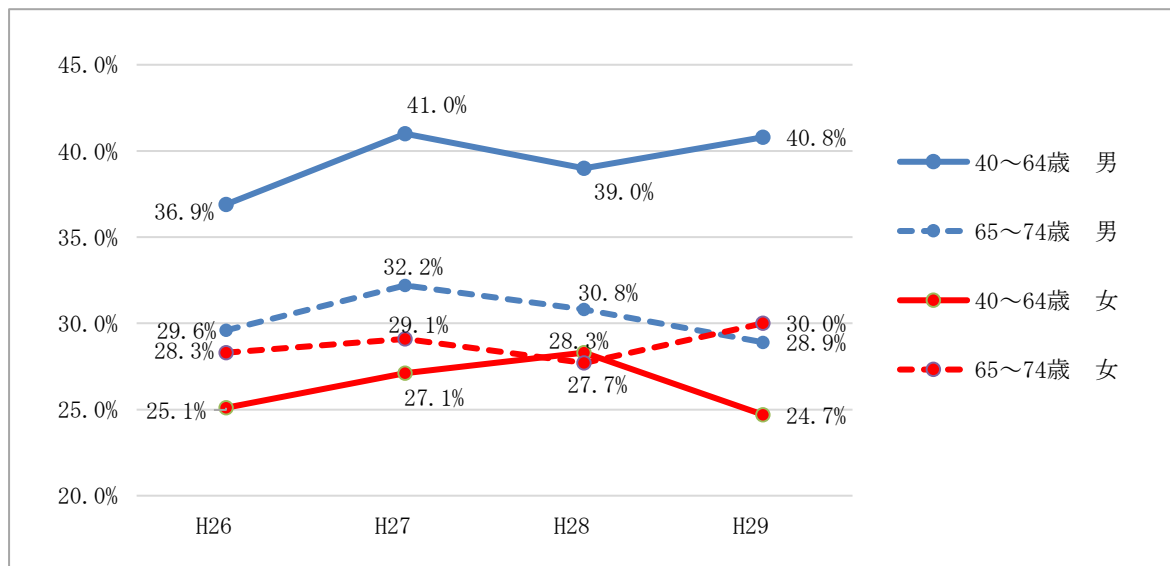
⑤ 健診有所見者状況

《1》 BMI

男性～平成 29 年度データでは、若年層（40～64 歳）の 40.8%が有所見者であり、年々増加傾向にある。

女性～高年層（65～74 歳）の有所見割合が高く、平成 29 年度では 30.0%であった。

図 14 BMI 有所見者状況



資料：KDB「厚生労働省様式 6-2～7（平成 26～29 年度）」

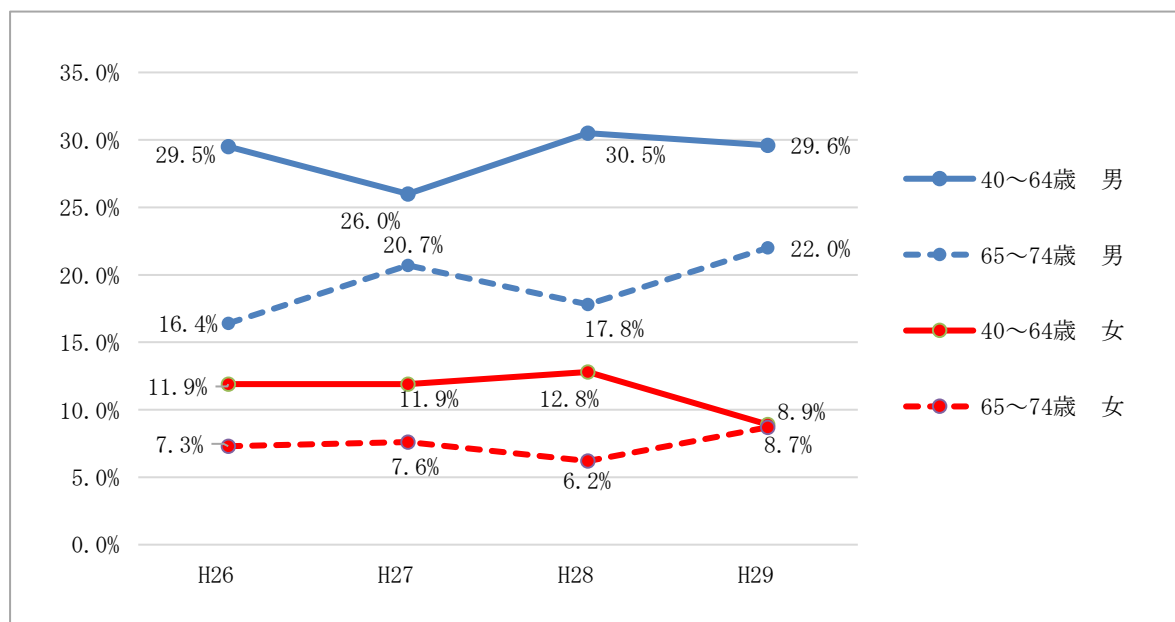
《2》 中性脂肪

男性～平成 29 年度データでは、若年層（40～64 歳）の 29.6%が有所見者であった。

高年層（65～74 歳）は 22.0%であるが、年々増加傾向にある。

女性～男性に比べると有所見者は少ない。

図 15 中性脂肪 有所見者状況

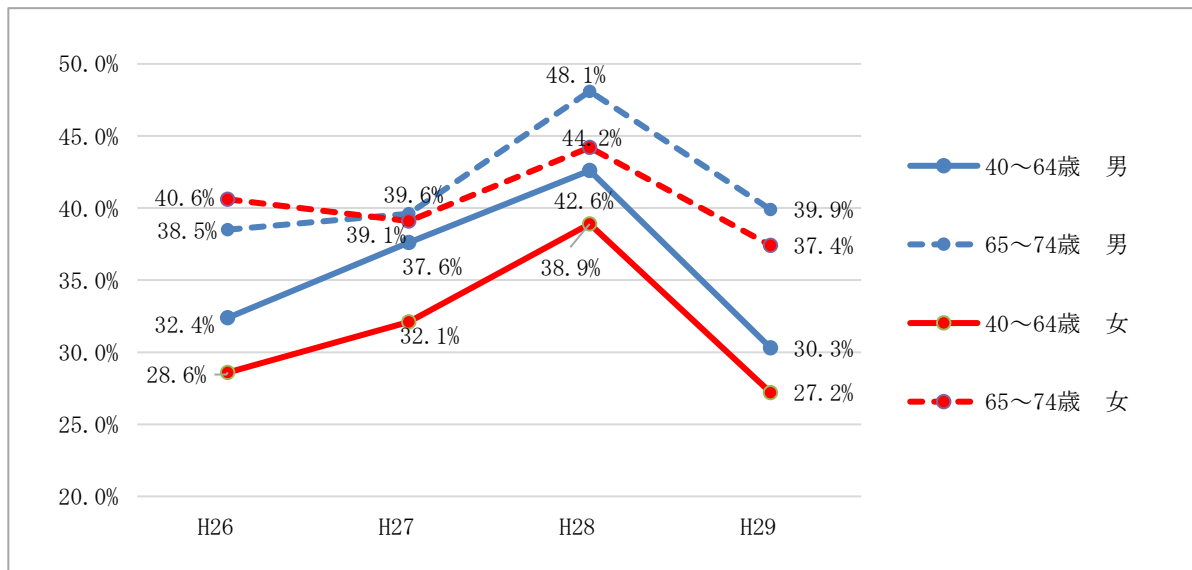


資料：KDB「厚生労働省様式 6-2～7（平成 26～29 年度）」

《3》HbA1c

男女とも平成28年度まで増加傾向にあったが、29年度では、全年代で減少した。

図16 HbA1c 有所見者状況



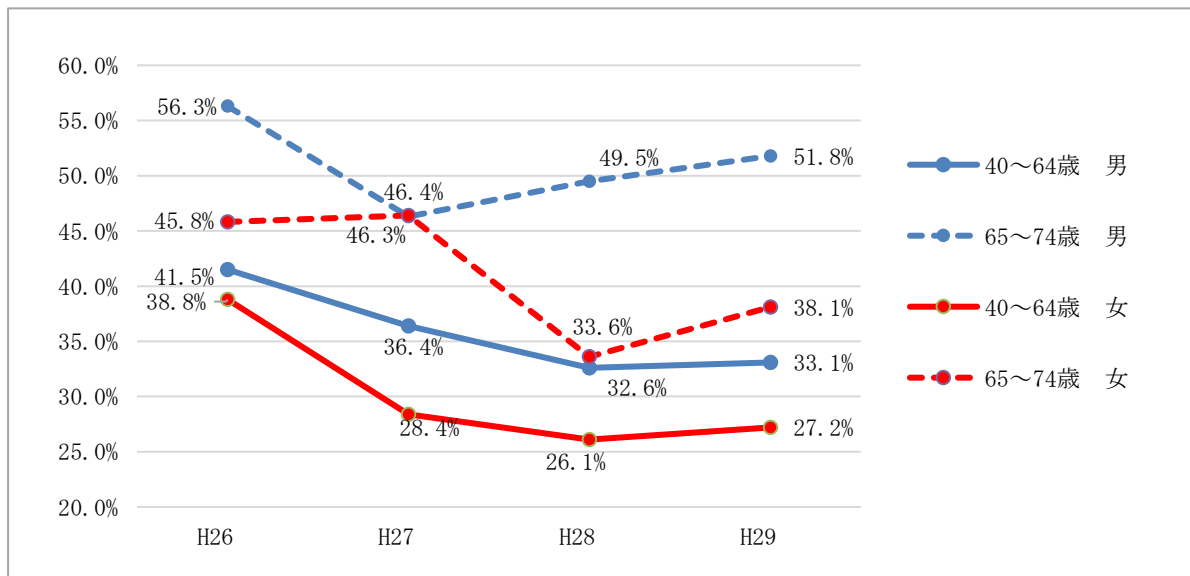
資料：KDB「厚生労働省様式 6-2～7（平成26～29年度）」

《4》収縮期血圧

男性～高年層（65～74歳）の有所見割合は増加傾向にある。

女性～若年層、高年層いずれの有所見割合は減少傾向にある。

図17 収縮期血圧 有所見者状況

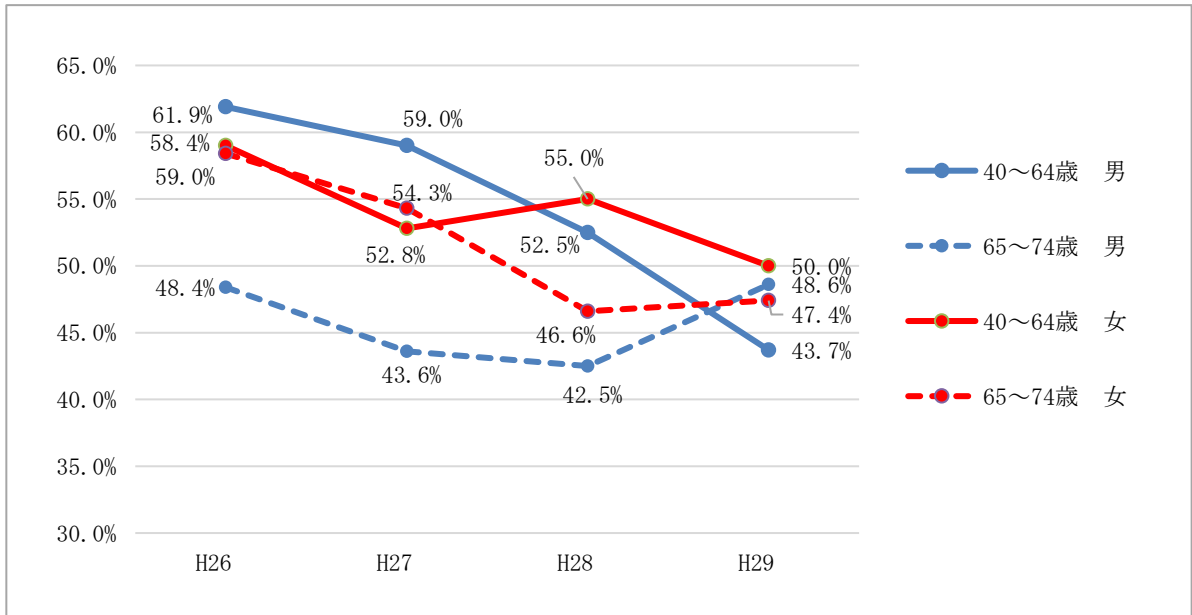


資料：KDB「厚生労働省様式 6-2～7（平成26～29年度）」

《5》 LDL コレステロール

男性の高年齢層以外は、減少傾向にある。

図 18 LDL コレステロール 有所見者状況



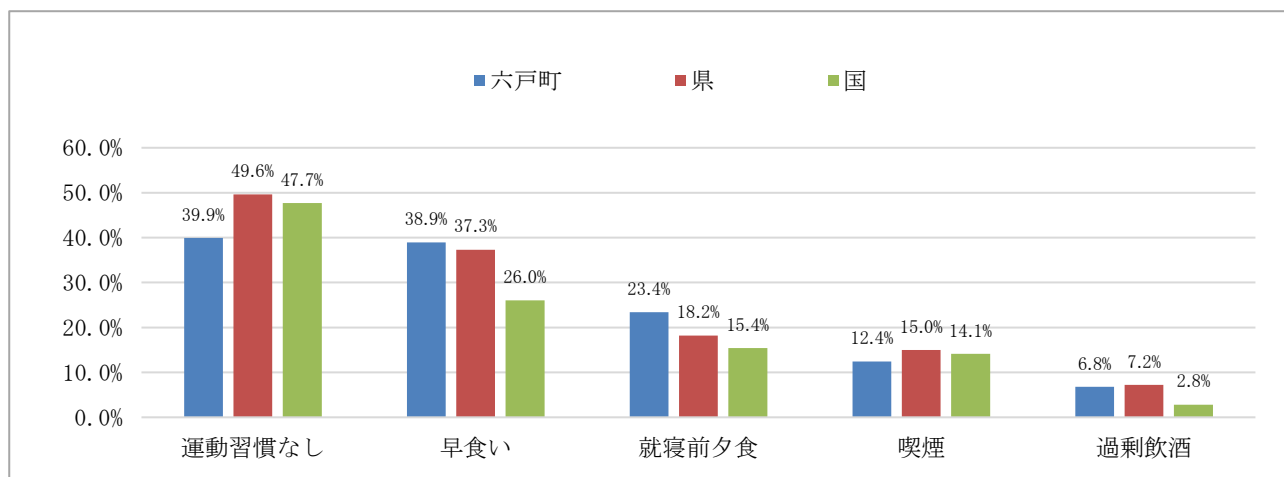
資料：KDB「厚生労働省様式 6-2~7（平成 26~29 年度）」

⑥生活習慣（問診票調査）の分析

当町的生活習慣の特徴は、食生活面にある。食べる速度が速い（早食い）、就寝前夕食は、肥満に繋がりがやすいとされているが、早食いについては国の1.50倍、就寝前夕食については、国の1.52倍となっている。

また、3合以上の過剰飲酒は、国平均に比べ著しく高く、2.4倍となっている。
過去4年間の状況をみると、「就寝前夕食」が悪化している。

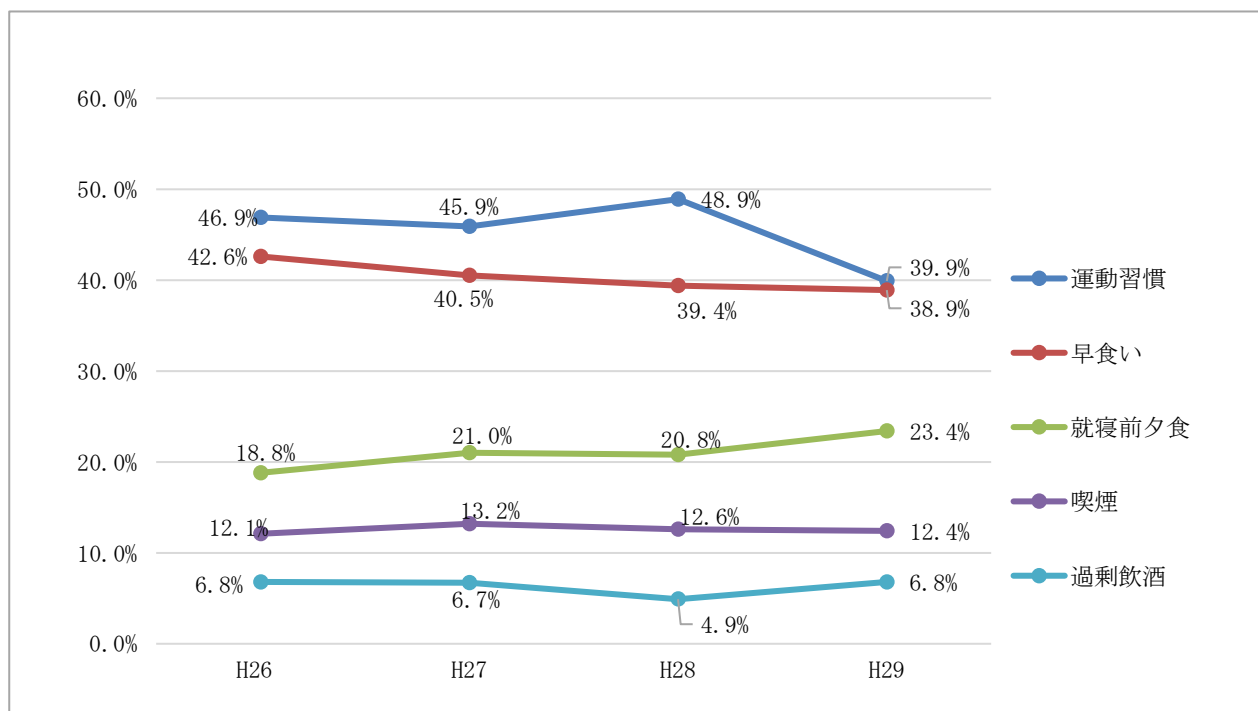
図 19 生活習慣（問診票調査結果）の状況（県、国との比較）



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成 29 年度）」

注）運動習慣～1日1時間以上の運動 就寝前夕食～就寝前2時間以内の夕食 過剰飲酒～1回3合以上の飲酒量

図 20 生活習慣（問診票調査結果）の変化

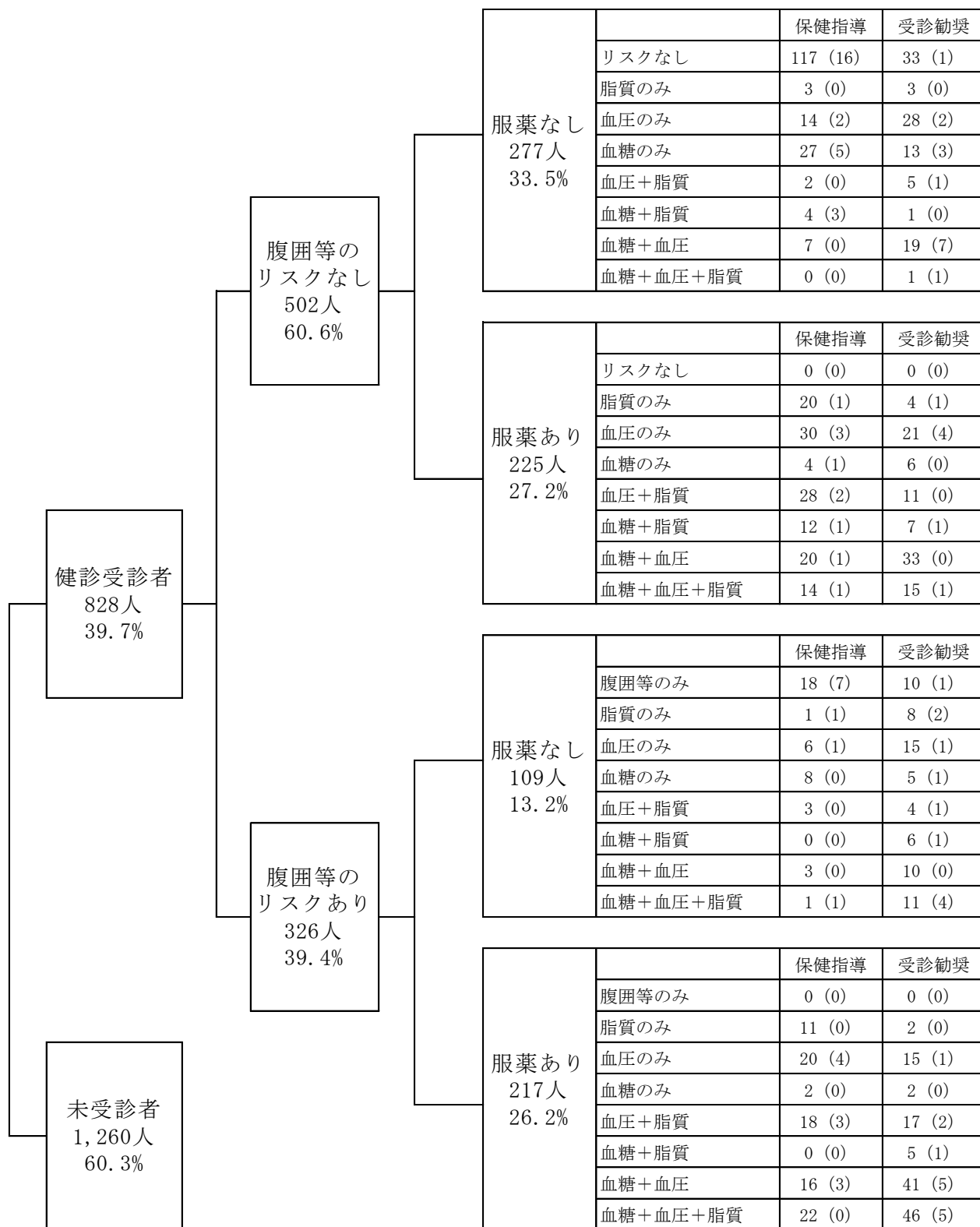


資料：KDB「地域の全体像の把握（平成 26 年度～29 年度）」

⑦特定健診結果に基づく保健事業対象者の明確化

特定健診の結果、保健指導が必要な対象者をメタボ対象者（腹囲等のリスク有）と非メタボ対象者（腹囲等のリスク無）に分け、さらに服薬の有無で分けたものが下の図である。

当町では、メタボ対象者かつ服薬なしの109人を優先的に指導していく計画である。



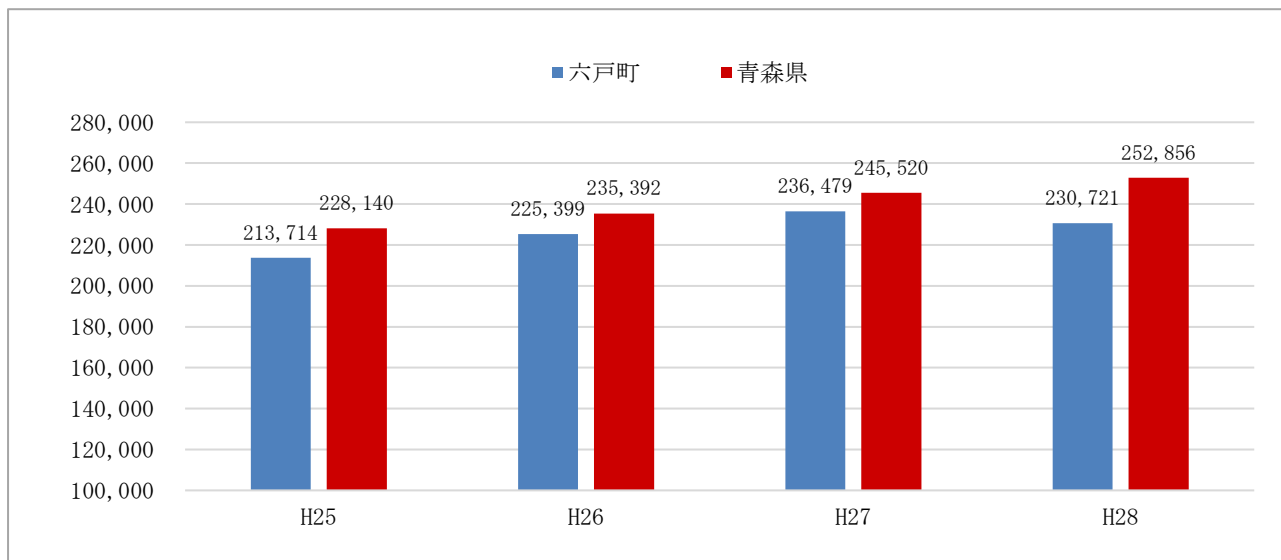
(2) 医療費の状況

① 1人当たり医療費

当町の1人当たりの医療費は、微増傾向にあり、平成28年度は25年度比約8.0%増となっている。

図21 1人当たり医療費の推移

単位：円



資料：国民健康保険図鑑（平成26～29年度版）青森県国民健康保険団体連合会

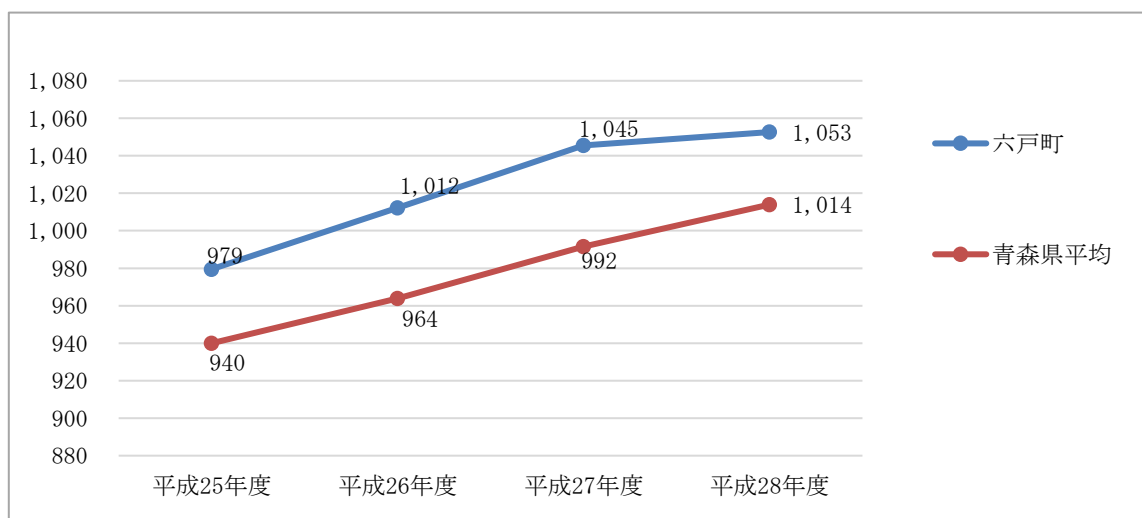
② 医療機関受診率と未治療率

当町の受診率は、1人当たり医療費と同様、県平均より高い。当町は、都市部に隣接しており、医療環境の良さも影響していると思われる。

また、当町の未治療率は、従来高かったが、保健師による「要医療」対象者への訪問などで低下傾向にある。

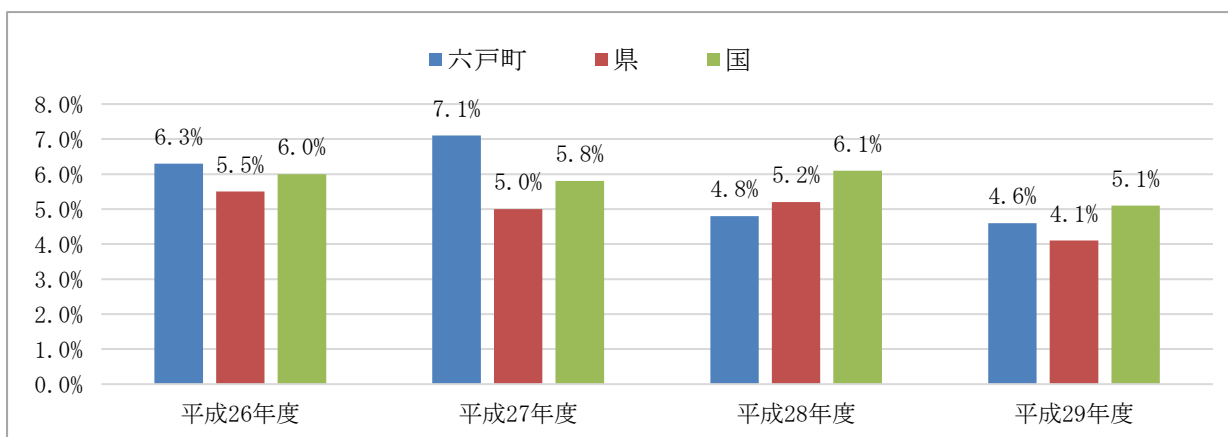
図22 医療機関受診率の推移

単位：人（1,000人当たり）



資料：国民健康保険図鑑（平成26～29年度版）青森県国民健康保険団体連合会

図 23 未治療率の推移



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成 26～29 年度(累計)」

※ 1 未治療者率～健診の結果治療が必要な者で、健診実施年月日の翌日を起点に6か月レセプトが存在しない者

③疾病別医療費割合

大分類分析の医療費の割合の推移をみると、入院では、循環器、新生物（がん）が首位をしめている。外来では、脳梗塞や心筋梗塞、高血圧性疾患などの循環器系疾患、糖尿病などの内分泌系疾患が首位を占めている。

表 6 大分類別入院医療費の割合

順位	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
1位	循環器	24.7%	循環器	29.5%	循環器	29.2%	新生物	22.3%
2位	新生物	18.4%	新生物	22.0%	精神	19.8%	精神	21.5%
3位	精神	15.4%	精神	15.4%	新生物	15.2%	循環器	19.5%
4位	消化器	10.0%	消化器	8.9%	消化器	10.0%	消化器	6.3%
5位	尿路性器	5.1%	その他	24.2%	損傷中毒	5.7%	損傷中毒	5.7%
6位	その他	26.4%			その他	20.1%	その他	24.7%

資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」（平成 26～29 年度累計）

表 7 大分類別外来医療費の割合

順位	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
1位	循環器	18.5%	循環器	19.1%	循環器	19.0%	循環器	19.1%
2位	内分泌	15.7%	内分泌	15.6%	内分泌	15.4%	内分泌	15.1%
3位	新生物	10.1%	筋骨格	10.9%	新生物	11.3%	筋骨格	9.8%
4位	筋骨格	9.5%	新生物	10.2%	筋骨格	11.0%	新生物	9.1%
5位	尿路性器	8.1%	尿路性器	7.2%	眼	7.0%	血液	8.1%
6位	呼吸器	7.1%	呼吸器	6.3%	呼吸器	6.3%	眼	6.0%
7位	眼	6.3%	眼	6.3%	精神	5.7%	消化器	5.4%
8位	精神	5.6%	精神	5.4%	消化器	5.6%	精神	5.4%
9位	消化器	5.5%	消化器	5.4%	尿路性器	5.5%	呼吸器	5.3%
10位	その他	13.6%	その他	13.6%	その他	13.2%	その他	16.7%

資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類」（平成 26～29 年度累計）

<疾病分類（大分類）と主な疾病>

循環器系：脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧症、虚血性心疾患など

新生物：胃がん、大腸がんなど

内分泌：糖尿病、脂質異常症など

尿路性器：慢性腎不全など

消化器系：胃潰瘍、胆石症、大腸ポリープなど

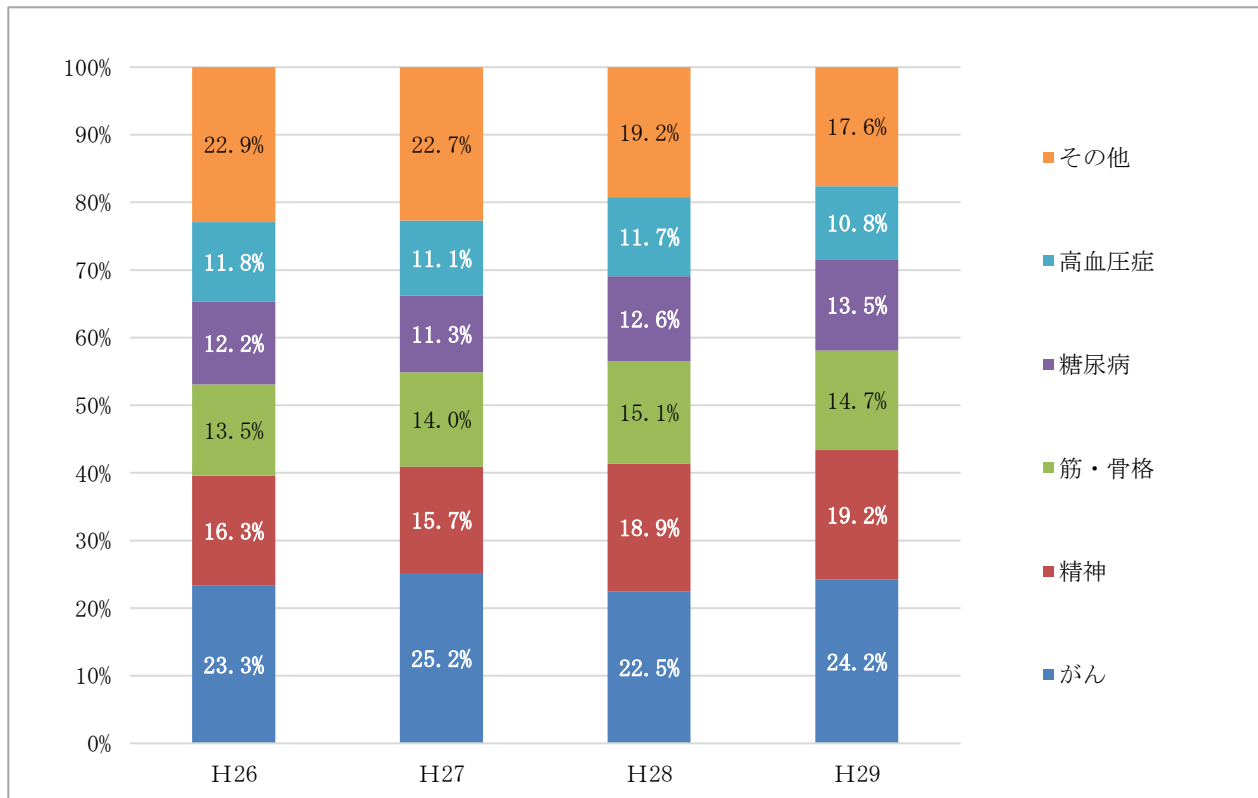
筋骨格系：関節症、骨粗しょう症など

精神：統合失調症、うつ病など

④最大医療資源傷病名による医療費（調剤含）の割合

糖尿病の医療費割合が、年々増加している。

図 24 最大医療資源傷病名による医療費（調剤含）の割合



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（H26～29年度累計）」

⑤生活習慣病別医療費（入院・外来別）の推移

上位5位までの疾病別医療費を入院と外来でみると、入院では、がんが圧倒的に多い。
 外来では、糖尿病、筋骨格系疾患、がんが上位を占めている。

表8 疾病別入院医療費（各年5月診療分）

単位：千点（1点=10円）

順位	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	1位	がん	61,903	がん	73,216	精神	55,603	がん
2位	精神	51,766	精神	51,103	がん	42,651	精神	56,500
3位	狭心症	19,714	狭心症	15,610	脳出血	15,461	筋・骨格	12,471
4位	筋・骨格	15,141	脳出血	13,108	脳梗塞	10,892	脳梗塞	9,651
5位	脳梗塞	9,635	筋・骨格	11,601	筋・骨格	10,521	狭心症	8,103

表9 疾病別外来医療費（各年5月診療分）

単位：千点（1点=10円）

順位	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	1位	高血圧症	58,769	筋・骨格	60,303	がん	59,568	糖尿病
2位	糖尿病	57,596	糖尿病	56,773	筋・骨格	58,275	筋・骨格	52,741
3位	がん	56,687	がん	56,637	糖尿病	54,556	がん	48,969
4位	筋・骨格	53,228	高血圧症	55,177	高血圧症	49,475	高血圧症	47,479
5位	精神	31,224	精神	29,955	精神	30,142	精神	28,953
6位	脂質異常症	24,800	脂質異常症	24,316	脂質異常症	21,385	脂質異常症	20,526

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類（平成26～29年度（累計）」

⑥主要生活習慣病患者数の推移

糖尿病の患者数、比率が増加傾向にある。

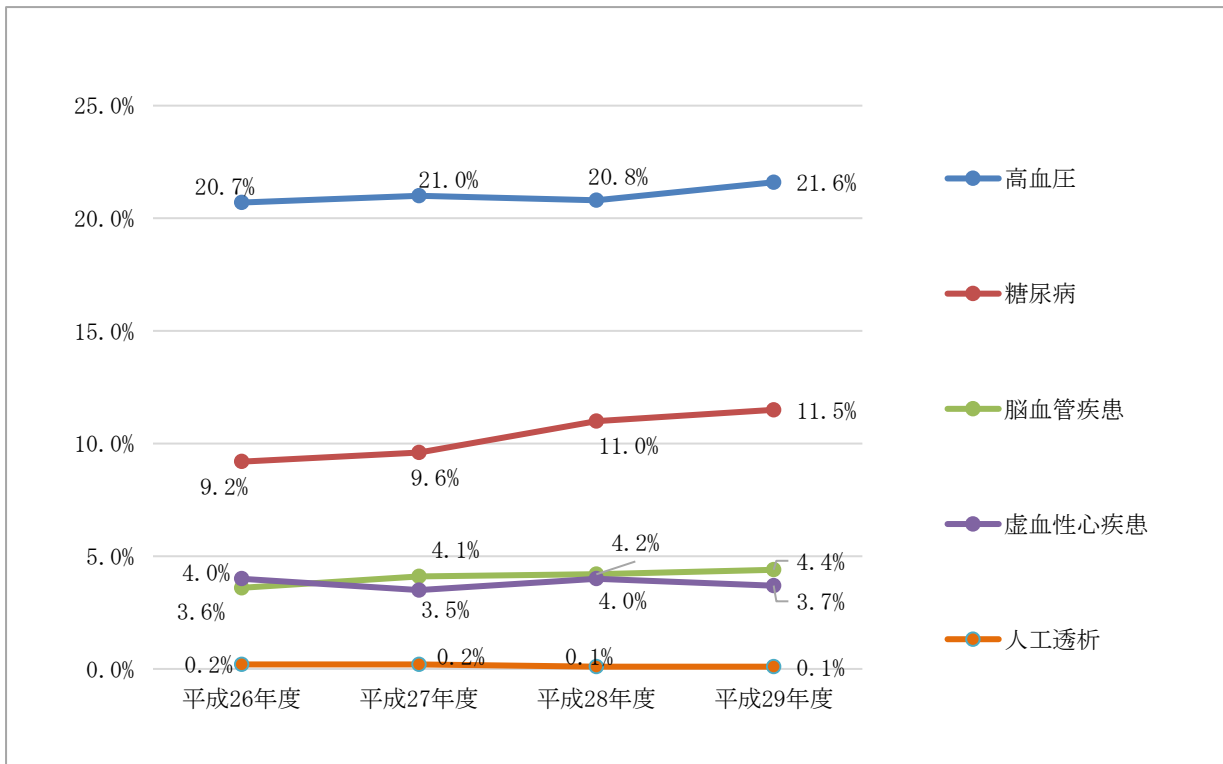
表10 主要生活習慣病患者数の推移

単位：人

	性別	H26年		H27年		H28年		H29年	
		人数	率	人数	率	人数	率	人数	率
糖尿病	男性	206	10.9%	196	11.3%	201	12.2%	196	12.8%
	女性	131	7.4%	129	7.8%	156	9.8%	148	10.1%
	計	337	9.2%	325	9.6%	357	11.0%	344	11.5%
高血圧	男性	397	21.0%	365	21.0%	338	20.5%	333	21.7%
	女性	365	20.5%	349	21.0%	338	21.2%	317	21.5%
	計	762	20.7%	714	21.0%	676	20.8%	650	21.6%
虚血性心疾患	男性	76	4.0%	58	3.3%	64	3.9%	53	3.5%
	女性	70	3.9%	60	3.6%	65	4.1%	59	4.0%
	計	146	4.0%	118	3.5%	129	4.0%	112	3.7%
脳血管疾患	男性	82	4.3%	83	4.8%	73	4.4%	65	4.2%
	女性	51	2.9%	57	3.4%	64	4.0%	67	4.6%
	計	133	3.6%	140	4.1%	137	4.2%	132	4.4%
人工透析	男性	5	0.3%	5	0.3%	2	0.1%	3	0.2%
	女性	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
	計	6	0.2%	6	0.2%	2	0.1%	3	0.1%

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2,3-3,3-5,3-6,3-7」

図 25 主要生活習慣病患者数の推移

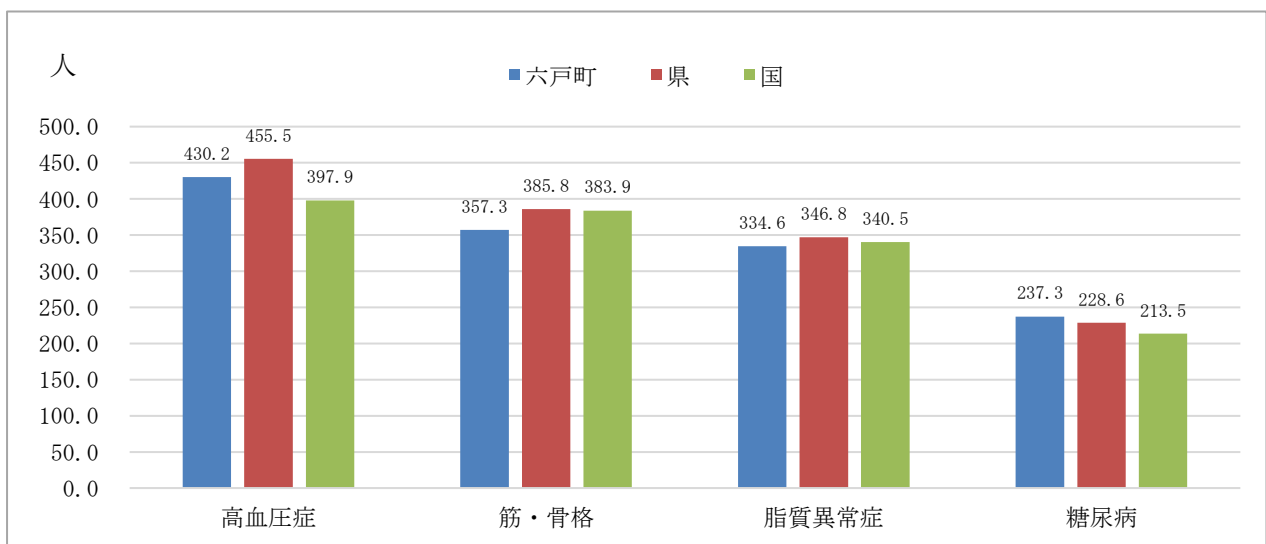


資料：KDB「厚生労働省様式 様式 3-2,3-3,3-5,3-6,3-7」

⑦1,000人あたり生活習慣病患者数の県、国との比較
 糖尿病の患者数が多く、国の1.11倍となっている。

図 26 1,000人あたり生活習慣病患者数

単位：人



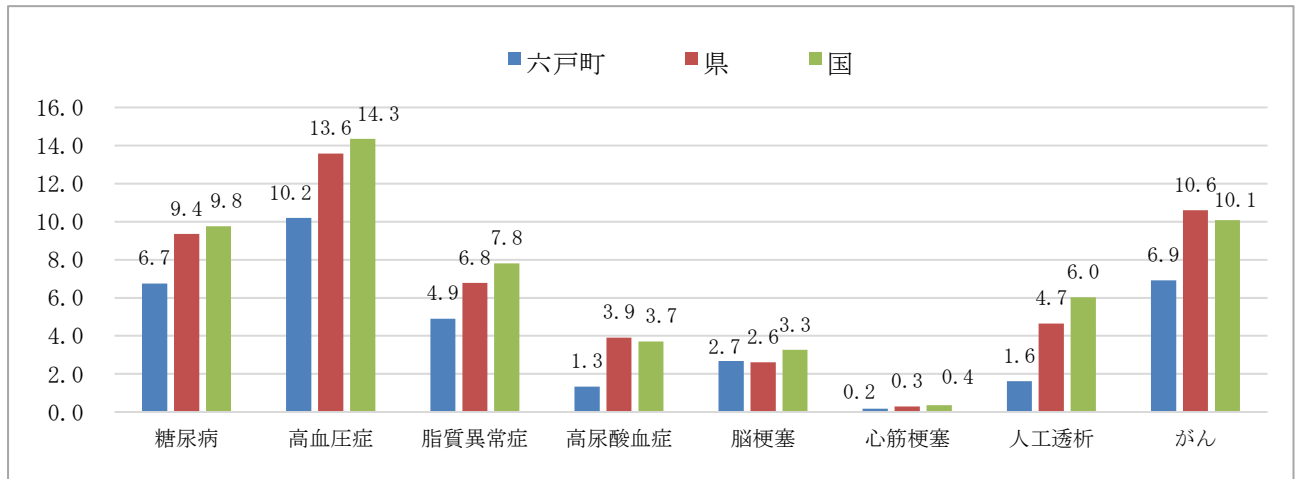
資料：KDB「医療費分析（1）細小分類（平成29年度）」

⑧1,000人当たり生活習慣病高額患者（30万円以上）の県、国との比較

高額患者数は県、国より少ない。医療機関への受診勧奨により重症化予防が為されている証と思われる。

図 27 1,000人当たり30万円以上レセプト患者数の比較

単位：人



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類（平成29年度）」

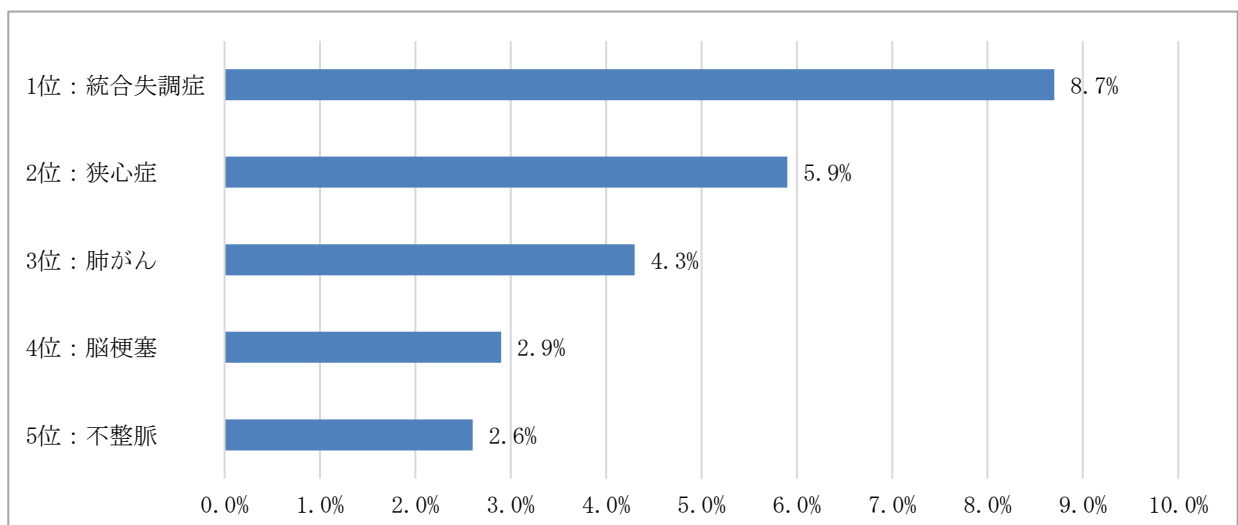
⑨がんの状況

当町の医療費総額の24.2%（21頁参照）を占めるがんは、虚血性心疾患や脳梗塞と同様に重要な課題である。

当町の医療費の細小分類分析では、肺がん、乳がんの医療費割合は上位を占めている。

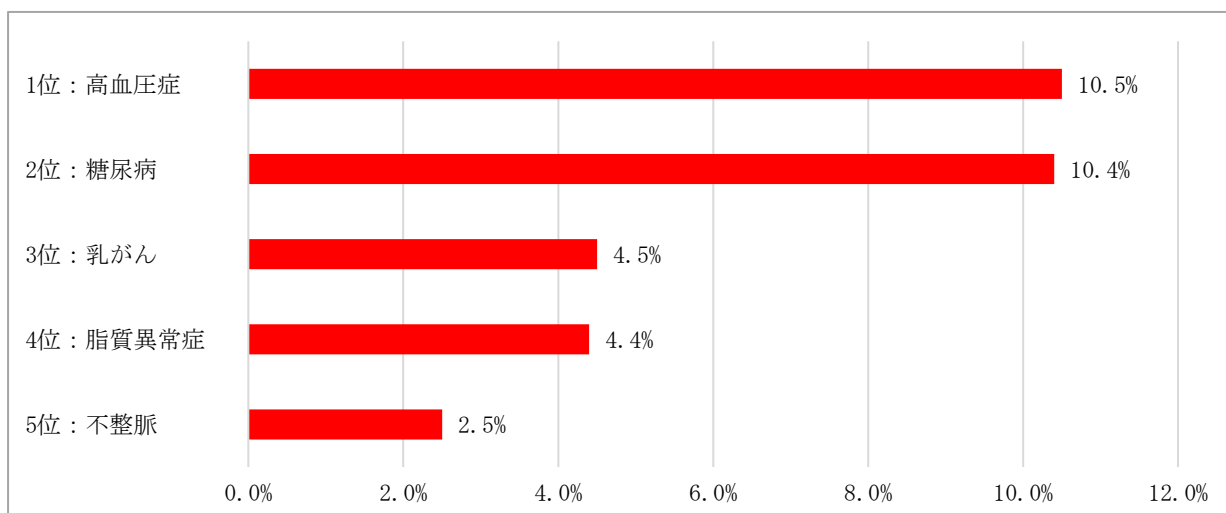
当町でも特定健診と同様にがん検診には力を入れているが、今後より一層の受診率アップと予防知識の普及啓発に努める必要がある。特に早期発見による治癒率の高い胃がん、大腸がん、乳がんの検診受診率アップは優先課題である。

図 28 入院医療費割合（細小分類分析）



資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類（平成29年度）」

図 29 外来医療費割合（細小分類分析）



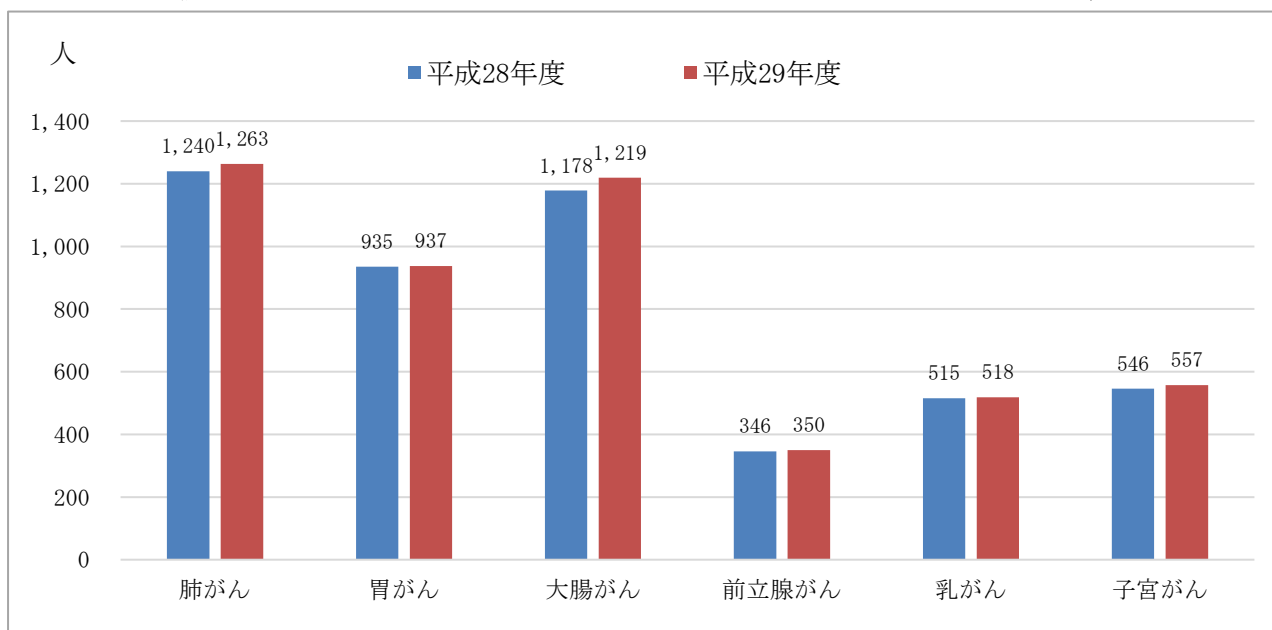
資料：KDB「医療費分析（2）大、中、細小分類（平成 29 年度）」

表 11 がん検診受診者数の推移 単位：人

	平成28年度	平成29年度	増減	伸び率
肺がん	1,240	1,263	23	1.9%
胃がん	935	937	2	0.2%
大腸がん	1,178	1,219	41	3.5%
前立腺がん	346	350	4	1.2%
子宮がん	546	557	11	2.0%
乳がん	515	518	3	0.6%

資料：六戸町福祉課報告「平成 29 年度健診事業実績について」

図 30 がん検診受診者数 単位：人



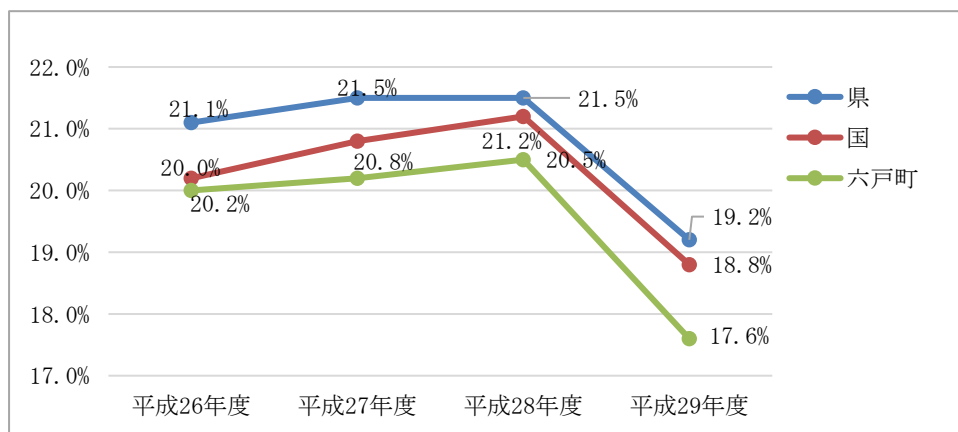
資料：六戸町福祉課報告「平成 29 年度健診事業実績について」

(3) 介護の状況

①要介護認定率及び介護給付費等の状況

1人当たり介護給付費は、県、国よりも高い。介護度別介護給付費では、要介護1～5において県よりも高くなっている。

図31 要介護者認定率の推移



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成26～29年度）」

表12 1人当たり介護度別介護給付費の推移

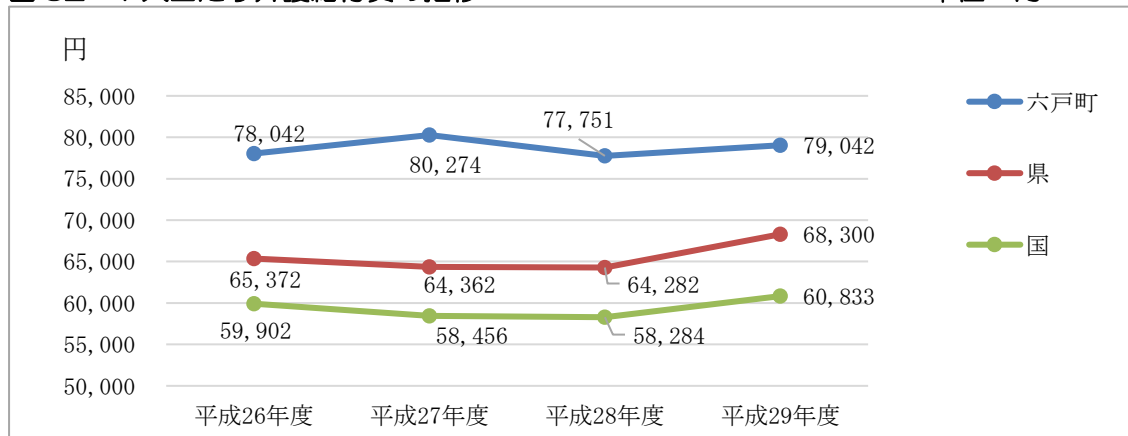
単位：円

	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	六戸町	県	六戸町	県	六戸町	県	六戸町	県
要支援1	12,073	12,284	10,682	10,793	9,933	10,820	9,201	10,564
要支援2	20,683	19,866	18,041	17,364	17,774	17,121	15,091	16,134
要介護1	42,701	38,362	44,255	38,799	44,771	38,745	45,815	39,875
要介護2	59,690	49,608	60,969	49,754	56,919	50,357	53,768	51,146
要介護3	103,433	84,517	100,742	84,269	101,079	84,276	98,140	86,318
要介護4	107,097	110,462	119,368	110,874	123,607	109,418	123,538	111,603
要介護5	127,338	120,657	131,243	119,582	127,681	118,297	132,097	119,285

資料：KDB「地域の全体像の把握（平成26～29年度）」

図32 1人当たり介護給付費の推移

単位：円



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成26～29年度）」

②介護（レセプト）の分析

当町の要介護認定者の有病率を県と比較すると、高血圧症、心臓病、脳血管疾患、がんで高くなっている。

表 13 要介護認定者の有病率

	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	六戸町	県	六戸町	県	六戸町	県	六戸町	県
糖尿病	17.0%	20.5%	18.1%	21.0%	18.4%	21.3%	18.2%	21.7%
高血圧症	47.1%	51.6%	47.9%	51.8%	48.0%	51.7%	47.5%	51.6%
脂質異常症	18.2%	24.6%	19.2%	25.3%	20.2%	25.7%	21.2%	26.0%
心臓病	55.7%	57.5%	55.9%	57.7%	55.7%	57.7%	54.1%	57.5%
脳血管疾患	35.5%	27.1%	35.4%	27.0%	34.5%	26.6%	33.7%	26.1%
がん	5.6%	8.0%	4.8%	8.4%	5.2%	8.6%	5.5%	8.7%
筋骨格	38.2%	45.8%	38.8%	46.1%	38.1%	46.1%	38.7%	45.9%
認知症	29.3%	20.4%	28.7%	21.5%	30.6%	22.4%	30.3%	23.3%

資料：KDB「地域の全体像の把握（平成26～29年度(累計)）」

(4) 第1期の評価・考察

①これまでの取り組み（平成29年度）

【事業名】地区健康教室・相談（ヘルスリテラシーの提供）

【目的】

- ①健康に関する情報を知ること。
- ②生活習慣病の予防ができること。
- ③心身の健康に関する相談ができること。

【内容及び方法】

＜対象者＞一般町民

＜方 法＞保健協力員と回数・日程・内容等を検討し計画をたて、各地区公民館で実施する。

＜内 容＞健康体操・認知症予防・栄養教室・がん検診、
特定健診PR・こころの健康等

【実施状況・評価】

- ・教育人数217人、相談人数245人
- ・保健協力員と内容を検討しながら実施した。
- ・平日の日中に開催されるため、65歳以上の参加者が7割以上を占める。しかし、高齢化により、これまでの継続参加者は減少すると思われる。
- ・64歳以下の町民に向けた健康教育の方法について検討する必要がある。

【事業名】健診結果説明会

【目的】

- ①自身の健康状態が把握できること。
- ②生活習慣の改善ができること。

【内容及び方法】

＜対象者＞複合健診受診者、人間ドック受診者、個別健診受診者

＜方 法＞

- ・複合健診は、説明日および窓口、訪問で健診結果から改善ポイントを確認する。
- ・人間ドックの五戸は説明日を設け説明している。
- ・八戸は窓口で随時説明している。

【実施状況・評価】

実施期間：12月14日、26～27日 1月10～12日、14日 計7回

（うち6日間は動機づけ支援初回面接実施）

来場者数：315人

※結果が異常なし、医療継続、がん検診のみの者及び75歳以上の者については、郵送とした。

【事業名】健康講座「こころ&からだ健やか講座」(ヘルスリテラシーの提供)

【目的】

生活習慣病予防の知識習得と実践力をつけるための導入として実施する。

【内容及び方法】

＜対象者＞生活を見直したい方、健康づくりに興味がある方等

＜方 法＞集団健康教育（運動実技等）

＜内 容＞糖尿病等に関する講座等

※おもに健診終了後で、なおかつ農閑期に実施。

【実施状況・評価】

(1)2月27日(火)13:30～15:00

テーマ：あなたの腎臓、どれくらい元気？～ピチピチの腎臓を目指そう～

講師：沼田医院 院長 沼田知明 先生

内容：腎臓の機能と腎臓の疾患について、腎機能の悪化を予防するための方法について学ぶ。

参加人数：70人

(2)3月13日(火)13:30～15:00

テーマ：めざせ、おやつ名人！～『こびり(おやつ)』と上手に付き合うコツ～

講師：管理栄養士 麦倉淳子 先生

内容：参加者が普段のおよつちの食べ方を見直し、身体に良い食べ方について学ぶ。

参加人数：37人

(3)3月20日(火)13:30～15:00

テーマ：食べたら、動こう！～日常の中に運動を取り入れよう～

講師：運動指導員 加藤智子 先生

内容：運動の種類と効果的な運動の方法についての講話と実際の運動指導により、参加者が日常生活に楽しく運動を取り入れるための方法を学ぶ。

参加人数：45人

- ・参加者アンケートの結果、「参考になった」と答えた人が第1回目では82.4%、第2回目では74.2%、第3回目では93.5%だった。参加者の多くが、講座から日常生活で疾患を予防する方法を学ぶことができた。
- ・また参加者からは「他の疾患や臓器の話しも聞きたい」、「これからは食事や運動を気をつけたい」といった声も多く、講座に参加した町民の健康への関心の高まりが見られた。

【事業名】健康展（ヘルスリテラシーの提供）

【目的】

①町の健康問題に関する情報提供する。②生活習慣病の予防ができること。

【内容及び方法】

＜対象者＞メイプルタウンフェスタ来場者

＜方 法＞健康に関する展示等

＜内 容＞今年度の重点課題に沿ったものを資料として作成、血圧測定等

【実施状況・評価】

11月4日(土)・11月5日(日)2日実施、血流観察185名、血圧測定100名

【事業名】家庭訪問

【目的】

保健指導が必要な対象者やその家族等に対して、保健師や看護等が訪問して、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図る。

【内容及び方法】

<対象者・内容>

健診結果等説明が必要な者、また各種サービス利用の調整が必要な者などに訪問指導。

各種がん検診要精検者に、受診勧奨・確認。

【実施状況・評価】

家庭訪問延数：194件(平成28年度178件)

- ・健診結果説明や受診勧奨判定値以上の者、各種がん検診要精検者への受診勧奨、確認を中心に行った。
- ・ハイリスク者の見直し、心身、生活状況等の把握に努める必要がある。

【事業名】特定保健指導事業

【目的】

特定保健指導対象者に対し、生活習慣の改善を促し、生活習慣病を予防するための指導を行う。

【内容及び方法】

<対象者> 特定健診の結果から特定保健指導が必要とされた方

<実施方法>

- ◆ 結果説明会にて特定保健指導該当者（動機づけ支援）に、生活習慣改善等について支援。6ヶ月後に評価面接を実施。
- ◆ 面接できない方については訪問や通信等（電話・手紙等）を利用。
- ◆ 積極的支援は八戸西健診プラザに委託して実施。中間と評価時にオプション検査（血液検査）を実施し、評価の参考とする。保健指導及びオプション検査は無料で実施。
- ◆ 八戸西健診プラザで人間ドックを受診した方で、特定保健指導対象者については、その場で初回面接を行う。

【実施状況・評価】

- ◆ 動機づけ支援対象 57名、指導開始 52名（初回実施率 91.2%）
- ◆ 積極的支援対象 26名、指導開始 8名（初回実施率 30.7%）
 - ・ 保健指導対象者、初回面接未実施者が固定化してきている。
 - ・ 積極的支援対象者は若い世代が多い。早めに意識づけを行う必要がある。
 - ・ 人間ドック受診当日に保健指導を実施することで、実施率の向上につながったものと思われる。

【事業名】重複・多受診者訪問

【目的】

重複・頻回受診者へ適正医療指導をおこなう。

【内容及び方法】

＜対象者＞レセプト情報をもとに、重複した投薬、または1医療機関に複数回受診している方
＜方法＞家庭訪問により正しい医療の受け方、生活習慣の改善について保健指導を行う。

【実施状況・評価】

訪問件数 12 件。

・対象者のほとんどが病状安定しており、通院は長期化している。症状にあった病院を自分で決めたり、自分にとって便利のいい医療機関や医師の傾向を選んで受診している方が多い。高血圧治療通院している方が多く、降圧剤以外に処方されている内服薬に関する理解が不十分である。ジェネリックに関する意識以前に、病気に対する理解がないために、管理不十分となっている。頻回受診者には整形外科に電気治療に通院されている方が目立つ。春先の農作業開始時から、腰痛や膝痛等の症状が出始め、仕事を継続するために対処しているという方もいた。また、重複受診に関しては、精密検査の設備がない医療機関を受診した際に、他院を紹介され検査を受ける、あるいは手術が必要になり大きな病院を紹介され受診した等のケースが多く該当している。

一人当たりの面接時間が1時間を超え、家族背景や生活状況の把握からより具体的な指導が行われた。訪問対象者の理解にはつながっているが、行動変容や医療費の軽減には至っていない。

【事業名】受療勧奨と保健指導

【目的】

早期治療の為の受診勧奨や生活習慣改善の為の保健指導を行い、生活習慣病予防や重症化予防を図る。

【内容及び方法】

＜対象者＞特定健康診査の結果、要医療であるにもかかわらず、医療機関を受診していないものや
特定保健指導未利用者等

＜方法＞保健師が訪問指導や精密検査受診勧奨を行う。

【実施状況・評価】

- ・国保ヘルスアップ事業によるハイリスク者48名うち訪問や窓口、電話等でのアプローチを行った者40名。
- ・対象者には血糖や腎機能高値者が目立つ。
- ・生活習慣病の重症化が懸念されるハイリスク者の中には、医療継続者も多く、「薬を飲んでいればいい」という意識を改善する必要がある。

【事業名】糖尿病治療中断者受診勧奨事業

【目的】

糖尿病重症化のリスクが高い治療中断者に対し、専門家から適切な受診勧奨等の働きかけを行うことで治療に結びつける。

【内容及び方法】

＜対象者＞KDBシステムや国保レセプト・健診突合ツール等を活用し、県が提示した抽出方法にしたがってリストアップされた糖尿病治療中断者

＜方法＞

- ①対象者抽出、名簿提出、対象者への事業周知
- ②業務受託者（青森県総合健診センター）による受診勧奨アプローチ
- ③受診確認、名簿提出
- ④業務受託者による受診勧奨アプローチ（2回目）
- ⑤県への報告、中断理由まとめ

【実施状況・評価】

- ・対象者 16 人（うち 4 人についてはアプローチできず）
- ・中断者の抽出方法やアプローチ方法について、今後の課題となるところが明らかになった。
- ・事業終了後も中断者や連絡がとれなかった対象者へのアプローチが必要。

②第1期データヘルス計画で提示された健康課題と対策の成果

健康課題	対策とその成果
①若年層の健診受診率	<p><対策> ①通知による個別勧奨～対象者の状況に合わせ、文面を変えたハガキにより勧奨 ②電話や訪問により勧奨 ～対象者の意向に配慮した勧奨 対象：40歳～59歳の男性 ③保健協力員と連携した健康教室での受診勧奨</p> <p><成果> ●男性 40～44歳 平成27年度 24.7%→平成29年度 20.6% ↓ 45～49歳 平成27年度 19.8%→平成29年度 26.3% ↑ ●女性 40～44歳 平成27年度 24.6%→平成29年度 24.1% ↓ 45～49歳 平成27年度 13.2%→平成29年度 22.9% ↑</p>
②糖尿病の患者数、医療費が多い	<p><対策> ①糖尿病予備群を対象とした介入プログラム導入 専門家による講義・運動教室・栄養講座等 ②情報提供(リーフレット送付)</p> <p><成果> ●男性のHbA1c 有所見者割合の変化 40～64歳 32.4% (H26) → 30.3% (H29) 改善 65～74歳 38.5% (H26) → 39.9% (H29) 悪化 ○男性 40～74歳の有所見者数の変化 平成26年度 139人 → 130人 減少 ●女性のHbA1c 有所見者割合の変化 40～64歳 28.6% (H26) → 27.2% (H29) 改善 65～74歳 40.6% (H26) → 37.4% (H29) 改善 ○女性 40～74歳の有所見者数の変化 平成26年度 181人 → 159人 減少</p>
③高血圧の患者数、医療費が多い	<p><対策> ①減塩等の食事指導(個別・集団) ②高血圧予防知識の普及啓発 ③高血圧予防のための運動教室 ④情報提供(リーフレット送付)</p> <p><成果> ●男性の収縮期血圧有所見者割合の変化 40～64歳 41.5% (H26) → 33.1% (H29) 改善 65～74歳 56.3% (H26) → 51.8% (H29) 改善 ○男性 40～74歳の有所見者数の変化 平成26年度 193人 → 160人 減少 ●女性の収縮期血圧有所見者割合の変化 40～64歳 38.8% (H26) → 27.2% (H29) 改善 65～74歳 45.8% (H26) → 38.1% (H29) 改善 ○女性 40～74歳の有所見者数の変化 平成26年度 219人 → 161人 減少</p>

<p>④肥満者が多い</p>	<p><対策></p> <p>①運動の普及啓発（ウォーキング等）実施 ②過食や間食など食生活改善のための講座 ③情報提供（リーフレット送付）</p> <p><成果></p> <p>●男性のBMI 有所見者割合の変化 40～64 歳 36.9%（H26）→ 40.8%（H29） 悪化 65～74 歳 29.6%（H26）→ 28.9%（H29） 改善</p> <p>○男性 40～74 歳の有所見者数の変化 平成 26 年度 128 人 → 121 人 減少</p> <p>●女性のBMI 有所見者割合の変化 40～64 歳 25.1%（H26）→ 24.7%（H29） 改善 65～74 歳 28.3%（H26）→ 30.0%（H29） 悪化</p> <p>○女性 40～74 歳の有所見者数の変化 平成 26 年度 138 人 → 132 人 減少</p>
----------------	--

(5) 第2期データヘルス計画策定に当たって見直した健康課題

優先度	健康課題	課題としてあげた理由
1	糖尿病予防対策	<p>糖尿病の医療費割合は平成 26 年度 12.2%から平成 29 年度 13.5%と増えており、外来医療費のトップを占めている。患者数は、平成 26 年度 9.2%から平成 29 年度 11.5%と増えている。</p> <p>新規の糖尿病性腎症患者は増えていなくても大きな医療費がかかっている。糖尿病の重症化予防は変わらず大きな健康課題である。</p>
2	脳血管疾患及び高血圧対策	<p>高血圧症の医療費は減少傾向にあるが、患者割合は、横ばいである。全国平均と比較しても高血圧症患者の割合は多い。また、脳血管疾患の入院医療費は常に上位を占めている。</p>
3	がん予防対策	<p>当町の死因 1 位は、依然として「がん」であり、しかもかかる医療費は入院、外来とも循環器系疾患より多く 1 位となっている。検診による早期発見、早期治療が可能なおことから今まで以上の対策を講じることは必要である。</p>
4	若年層(特に男性)の特定健診受診率	<p>45 歳以上の受診率は向上したものの、40～44 歳の若年層の受診率はむしろ下がっている。引き続き、若年層の受診率向上の努力は必要である。</p>
5	肥満対策	<p>当町の肥満傾向は県、国と比較して顕著である。特に男性の若年層、女性の高年層の BMI25 以上の有所見者が増えており、改善されていない。男女とも全国平均に比べ、有所見者の割合が高く、引き続き、生活習慣病の要因である肥満対策は重要課題である。</p>

3. 目的・目標の設定

(1) 六戸町の目的

当町は、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患など死亡率が高く、高額な医療費がかかる疾患の予防に努め、健康寿命を延長することを目的とする。

(2) 第2期データヘルス計画の健康課題解決のための取組

健康課題	取組計画
1. 糖尿病予防及び重症化予防対策	①糖尿病予備群及び重症化予防患者を対象とした介入プログラム（2～3ヶ月間）＊H28より実施 専門家による講義（運動・栄養・睡眠等） ②情報提供（リーフレット送付） ③健診受診者のフォローアップ（健診結果説明会） ④糖尿病ハイリスク者（HbA1c7.0以上）を対象とした訪問による保健指導（町保健師）
2. 脳血管疾患及び高血圧対策	①減塩指導 ②情報提供（リーフレット送付） ③高血圧予防のための運動教室 ④健診受診者のフォローアップ（健診結果説明会） ⑤健康イベントでの「だし活運動」（食生活改善推進員会）
3. がん予防対策	①検診受診率向上のための受診勧奨 ②健康イベントでのがんに関する啓発 ③がんに関する情報提供（リーフレット等） ④がん検診受診・予防を目的とした健康講演会の実施
4. 若年層の健診受診率アップ	①通知による個別勧奨 ②電話や訪問による受診勧奨 ③健康イベント等での受診勧奨 ④商工会・JA等外部機関との連携
5. 肥満対策	①運動の普及啓発（ウォーキング等）実施 ②過食や間食、早食いなど食生活改善のための講座 ③情報提供（リーフレット送付） ④健康イベントでの肥満解消のための啓蒙活動 ⑤肥満者を対象にした継続的運動教室の実施

(3) 成果目標

①中長期的な目標の設定（最終年度平成 35 年度）の設定

健康課題		目 標
1. 糖尿病予防及び重症化予防対策	アウトプット	1. 糖尿病早期患者・予備群対象プログラム参加者 年間平均 30 人 2. 糖尿病重症化予防対象者への訪問数 年間平均 20 人 3. 糖尿病予防改善啓発リーフレットの配布 毎年全対象者
	アウトカム	1. 糖尿病の医療費の伸びを 30 年度比 5%以内とする。 2. 糖尿病患者数の伸びを 30 年度比 3%以内とする。 3. 新規の慢性腎不全（人工透析治療）患者を 0 とする。
2. 脳血管疾患及び高血圧対策	アウトプット	1. 減塩指導を受ける人を年間 30 人とする。 2. 高血圧症予防改善啓発リーフレットの配布 毎年全対象者
	アウトカム	1. 脳血管疾患医療費の伸びを 30 年度比 5%以内とする。 2. 高血圧症患者数の伸びを 30 年度比 3%以内とする。
3. がん予防対策	アウトプット	1. 受診対象者全員に対し通知勧奨を行う。 年 1 回以上 2. 未受診者等をターゲットにした通知勧奨 年 1 回以上
	アウトカム	1. がん検診受診率 50%以上、精密検査受診率 80%以上 2. がんの医療費の伸びを 30 年度比 3%以内とする。
4. 若年層の健診受診率アップ	アウトプット	1. 未受診者全員に対し通知勧奨を行う。 年 1 回以上 2. 若年層等をターゲットにした通知勧奨 年 1 回以上 3. 健康イベントでの受診勧奨 100 人参加
	アウトカム	1. 男性 40～59 歳代の健診受診率を 40%以上とする 2. 女性 40～59 歳代の健診受診率を 45%以上とする 3. 平成 35 年度の全体の特定健診受診率 60%
5. 肥満対策	アウトプット	1. 肥満解消を目的とした健康講座への参加 30 人 2. メタボ改善啓発リーフの配布 毎年全対象者へ 3. 元気アップポイントの周知（定期的運動習慣の定着）
	アウトカム	1. 男性 BMI 有所見者割合を 30%以内とする。 2. 女性 BMI 有所見者割合を 20%以内とする。

②短期的な目標の設定（中間評価年度平成 32 年度）の設定

健康課題		目 標
1. 糖尿病予防及び重症化予防対策	アウトプット	1. 糖尿病早期患者・予備群対象プログラム参加者 年間平均 20 人 2. 糖尿病重症化予防対象者への訪問数 年間平均 10 人 3. 糖尿病予防改善啓発リーフレットの配布 毎年全対象者
	アウトカム	1. 男性若年層 HbA1c 有所見者割合を 30%以下とする。 2. 女性若年層 HbA1c 有所見者割合を 25%以下とする。
2. 脳血管疾患及び高血圧対策	アウトプット	1. 減塩指導を受ける人を年間 30 人とする。 2. 高血圧症予防改善啓発リーフレットの配布 毎年全対象者
	アウトカム	1. 脳血管疾患医療費の伸びを 30 年度比 3%以内とする。 2. 高血圧症患者数の伸びを 30 年度比 1%以内とする。 3. 収縮期血圧有所見者割合を男女とも 40%以内とする。
3. がん予防対策	アウトプット	1. 受診対象者全員に対し通知勧奨を行う。 年 1 回以上 2. 未受診者等をターゲットにした通知勧奨 年 1 回以上
	アウトカム	1. がん検診受診率 40%以上、精密検査受診率 70%以上 2. がんの医療費の伸びを 30 年度比 3%以内とする。
4. 若年層の健診受診率アップ	アウトプット	1. 未受診者全員に対し通知勧奨を行う。 年 1 回以上 2. 若年層等をターゲットにした通知勧奨 年 1 回以上 3. 健康イベントでの受診勧奨 100 人参加
	アウトカム	1. 男性 40～59 歳代の健診受診率を 30%以上とする。 2. 女性 40～59 歳代の健診受診率を 40%以上とする。 3. 平成 32 年度の全体の特定健診受診率 50%
5. 肥満対策	アウトプット	1. 肥満解消を目的とした食生活改善講座への参加 30 人 2. メタボ改善啓発リーフの配布 毎年全対象者へ 3. 元気アップポイントの周知（定期的運動習慣の定着）
	アウトカム	1. 男性 BMI 有所見者割合を 30%以下とする。 2. 女性 BMI 有所見者割合を 25%以下とする。

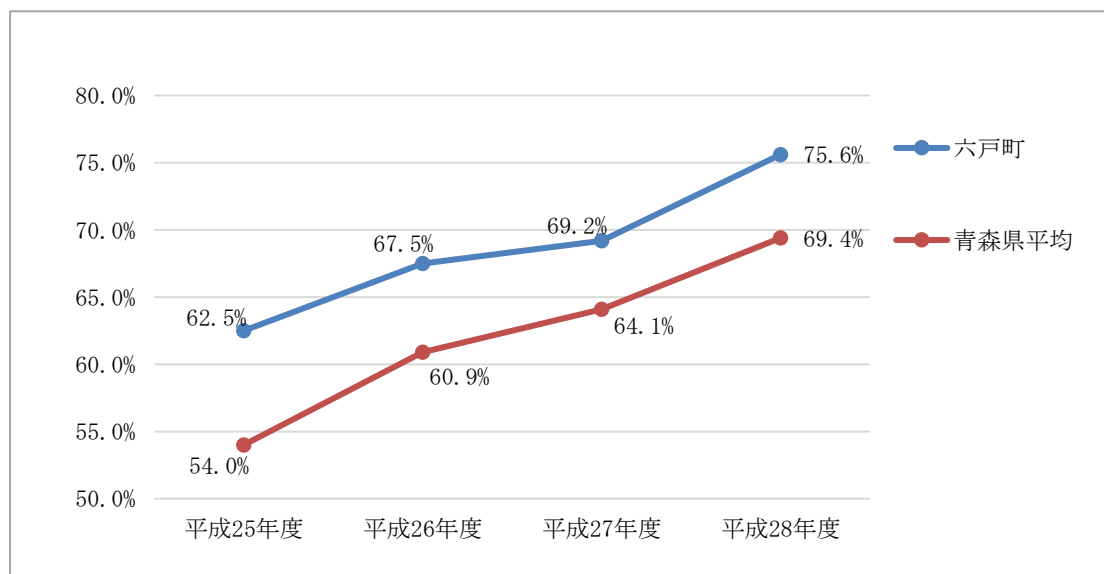
4. その他の保健事業

(1) 後発医薬品の使用促進

国は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及により、患者負担の軽減と医療保険財政の改善を図る為、平成 29 年度末までの利用割合の目標値を 60%としていたが、当町では 26 年度に達成することができた。

今後ともジェネリック医薬品の普及啓発を行うとともに、診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う計画である。

図 33 後発医薬品の利用割合の推移



資料：国民健康保険図鑑（平成 26～29 年度版）青森県国民健康保険団体連合会

(2) 子どもの生活習慣病対策

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。

子どもの頃からの好ましい生活習慣の形成が、将来の生活習慣病予防につながるため、生活習慣病予防を意識した母子保健事業を進める。

(3) 重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

5. 保健事業実施計画（第2データヘルス計画）の評価方法の設定

評価については、国保データベース（KDB）システムの情報を活用し毎年行い、経年変化を評価します。

（1）全体の経年変化

項目	内容
人口動態	平均寿命、健康寿命
死亡	標準化死亡比（SMR） 死因（がん、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎不全、自殺）
介護	介護保険認定率、有病状況、1人当たり介護給付費 要介護認定別医療費
医療	医療概況（外来患者数・入院患者数） 医療費の状況（1人当たり医療費、受診率） 各生活習慣病の医療費とその占める割合 健診有無別1人当たり点数 受診勧奨者数（医療機関非受診率）
健診	特定健診受診率、特定保健指導実施率 メタボ該当者数・予備群数（男女）、非肥満高血糖 メタボ該当・予備群レベル有所見の重複状況
生活習慣	服薬状況（高血圧・糖尿病・脂質異常症） 既往歴（脳卒中・心臓病・腎不全・貧血） 喫煙、食後間食、就寝前夕食、食べる速度 体重増、運動習慣の有無、睡眠、飲酒及び飲酒量

（2）医療費分析の経年変化

- ① 総医療費（全体、入院、外来）
- ② 1人当たり医療費（全体、入院、外来）、伸び率

（3）疾病の発生状況の経年変化

- ① 虚血性心疾患の患者数と伸び率、入院医療費
- ② 脳血管疾患の患者数と伸び率、入院医療費
- ③ 糖尿病性腎症の患者数と伸び率、外来医療費
- ④ 基礎疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）患者数と伸び率、外来医療費

（4）有所見割合の経年変化

BMI、腹囲、中性脂肪、HDLコレステロール、空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧
拡張期血圧、LDLコレステロール、クレアチニン

(5) 保健事業の内容に対する評価

項目	方法
ストラクチャー評価	保健事業を実施するための仕組みや体制について事業の基盤となる保健事業に従事する職員の体制(職種・職員数・職員の資質等)や保健指導の実施にかかる施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況等の評価を行う。
プロセス評価	事業の目的や目標の達成に向けた実施の過程(手順)や活動状況を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段(コミュニケーション、教材を含む)、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等の評価を行う。
アウトプット評価 (事業実施量)	実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量に対する評価を行う。

6. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し

計画の見直しは、中間年度となる平成 32 年度及び最終年度となる平成 35 年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。

国保データベース（KDB）システムにより、受診率・受療率、医療の動向等を定期的に把握する。

また、特定健診の国への実績報告のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。

7. 計画の公表・周知

策定した計画は、町のホームページに掲載するなどして広く周知する。

8. 個人情報の保護

六戸町における個人情報の取り扱いは、六戸町個人情報保護条例によるものとする。

9. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他計画策定に当たっての留意事項

当町の健康づくりを地域全体で支えるための「地域包括ケア」を推進するために、医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般の課題についての議論に国保保険者として参加し、課題に応じて健康教室の開催や自治会や自主組織等と連携した健康づくりに取り組む。

また、データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設ける。

10. その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設ける。

保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）
《平成30年度～平成35年度》

発行 青森県 六戸町 平成31年3月

編集 六戸町 町民課

住所 〒039-2392
青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字前谷地 60
電話 0176-55-3111（代表）
FAX :0176-55-3112

