

立科町国民健康保険保健事業計画  
(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月  
立科町国民健康保険

## 目 次

<b>第 1 章</b>	<b>保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項</b>	
1	背景	1
2	保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ	2
3	計画期間	2
<b>第 2 章</b>	<b>町を取り巻く状況</b>	
1	立科町の状況	4
2	過去の取組みの考察	10
<b>第 3 章</b>	<b>健康課題の把握</b>	
1	分析に基づく健康課題の把握	13
2	目的・目標の設定	14
<b>第 4 章</b>	<b>第 3 期特定健康診査・特定保健指導実施計画</b>	
1	第 3 期の計画について	16
2	目標の設定	16
3	対象者の推計	16
4	特定健康診査の実施	17
5	特定保健指導の実施	19
6	個人情報保護	22
7	結果の報告	22
8	特定健康診査等実施計画の公表・周知	22
<b>第 5 章</b>	<b>保健事業の内容</b>	
1	個別保健事業計画	23
2	地域包括ケアに係る取組み	26
<b>第 6 章</b>	<b>計画の推進に向けて</b>	
1	計画の評価・見直し	27
2	計画の公表・周知	27
3	個人情報保護	28
4	その他の留意事項	28

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

### 1 背景

---

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）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、国保データベースシステム（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や保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んできています。

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、「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。」とされ、保険者はレセプト等を活用して保健事業を実施していくこととなりました。

立科町国民健康保険（以下「立科町国保」という。）においては、これまでもレセプト等や統計資料を活用して、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、各種保健事業を実施してきたところですが、今後は、更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個別支援とポピュレーションアプローチ※により、生活習慣病の発症や重症化予防のための保健事業を進めていくことが求められています。

立科町国保では、こうした背景を踏まえ、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」という。）に基づき、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保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定します。

## 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、特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCA サイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画です。（図表 1～3）

本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」、「健康たてしな21（第2次）立科町健康増進計画」「特定健康診査等実施計画」の評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図ります。

## 3 計画期間

本計画の期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

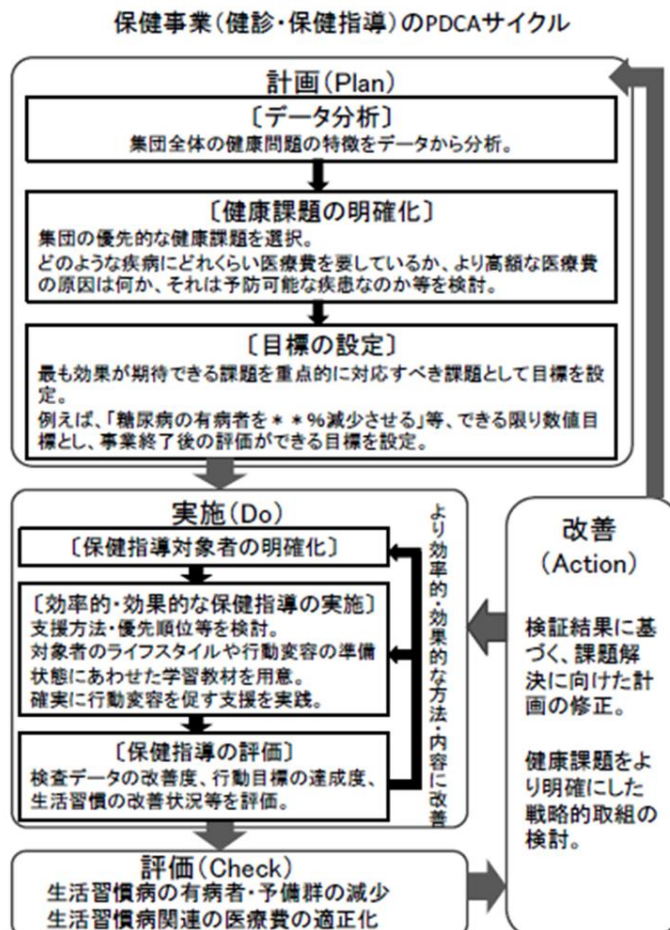
図表 1 各計画の根拠法や指針等

計画名	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健康診査等実施計画	健康増進計画
法律	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法 第8条
基本的な指針	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	特定健康診査及び特定保健指導の適切なかつ有効な実施を図るための基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針
計画策定者	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：努力義務
対象者	被保険者全員（0～74歳）	40歳～74歳	全住民
対象とする 主な疾病	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧等 虚血性心疾患・脳血管疾患 糖尿病腎症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患 糖尿病腎症	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患 糖尿病腎症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症・メンタルヘルス
目標	分析結果に基づき直ちに取り組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値を設定する	医療保険者ごとに目標値を設定 ・特定健診受診率 ・特定保健指導実施率	市町村は国や都道府県が設定した目標を勘案し、具体的な各種政策や事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定

図表2 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



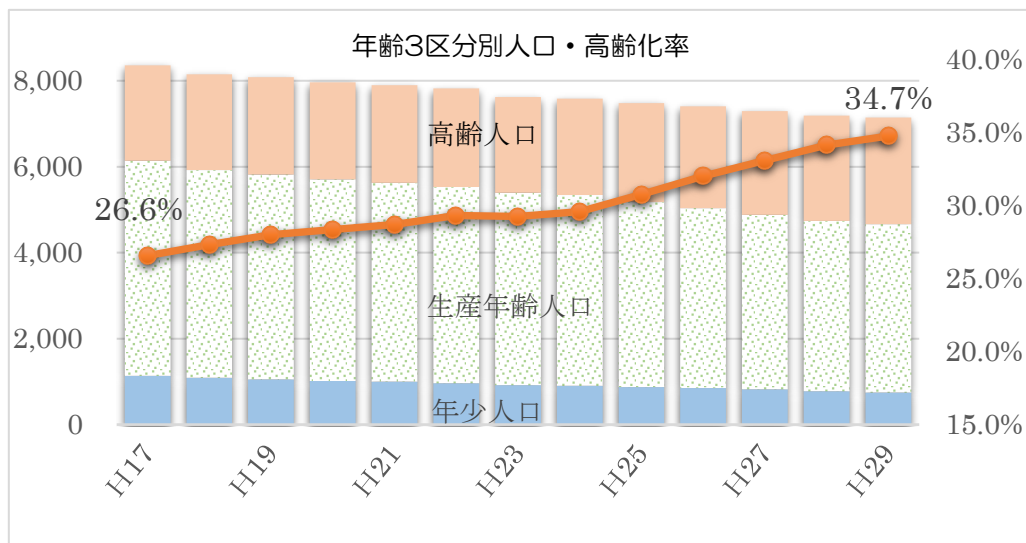
図表3 保健事業のPDCAサイクル



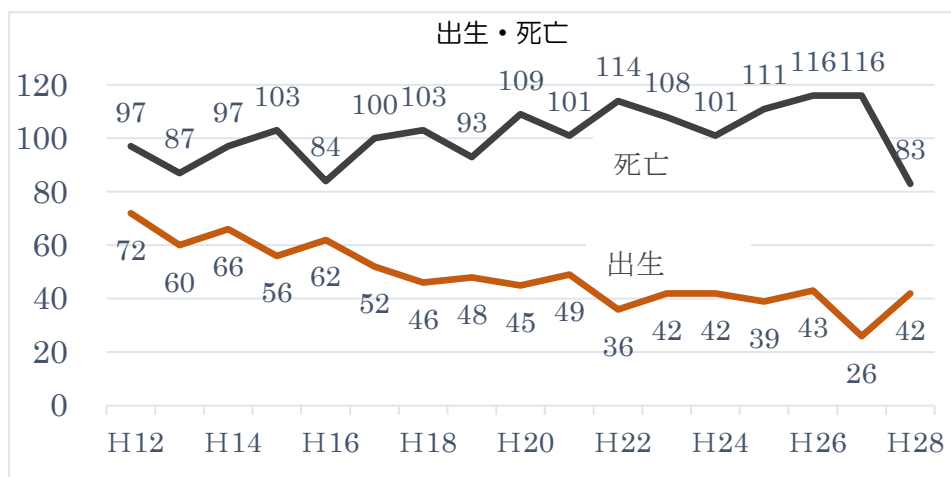
## 第2章 町を取り巻く状況

### 1 立科町の状況

人口等の推移



出生と死亡の状況



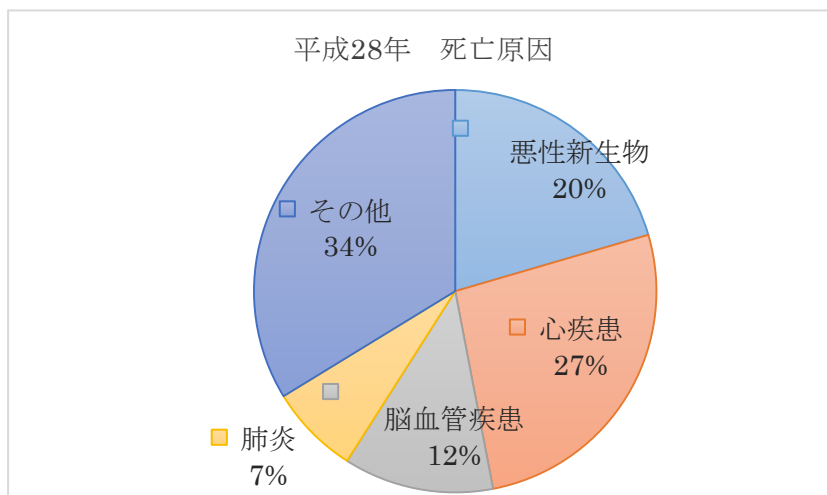
■合計特殊出生率(H20～24年 ベイズ推定値)

全国	1.38	県	1.53	町	1.41
----	------	---	------	---	------

※合計特殊出生率：15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもの  
(1人の女性が一生の間に生む子供の数)

死亡の原因

年度	悪性新生物	糖尿病	高血圧性疾患	心疾患	脳血管疾患	肺炎	慢性閉塞性肺疾患	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	その他
H28	17	2		21	10	6	4		2	5	2		14
H27	33	1	2	22	12	9	3	1	3	2	3	1	24
H26	22		2	19	15	5	1	1	2	10	5	3	
H25	21	3	4	20	16	9	1	1	1	11	4		
H24	26	3	1	13	16	7	1		1	4	4	1	
H23	27	2	4	14	20	3	2	2		2	6		
H22	30		6	17	20	10	4	2		5	3	3	
H21	27			12	16	7	2	4	2	1	5	2	
H20	27	1	2	15	26	8	1	1	2	4	1		
H19	20		4	17	21	4	2	1	1	4	8	3	
H18	26	3	1	23	15	8	2	1	1	1	4	1	



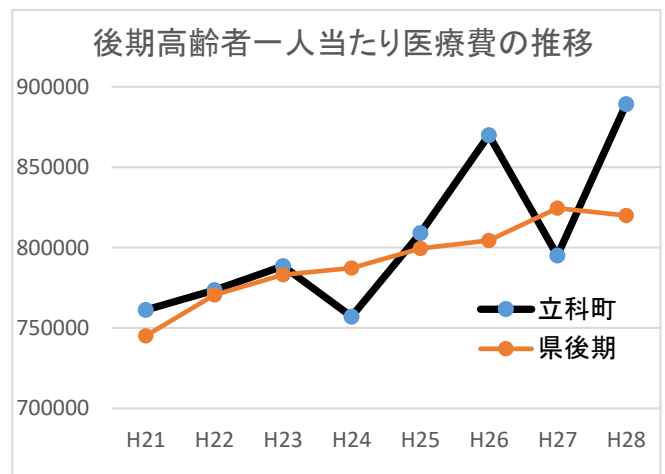
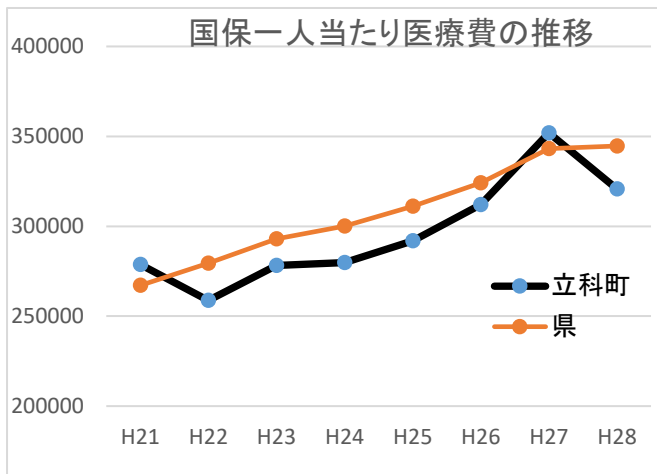
■平成28年 死亡時の年齢

年代	0-9	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
総数			1			2	1	21	32	26
男性			1				1	13	20	9
女性						2		8	12	17

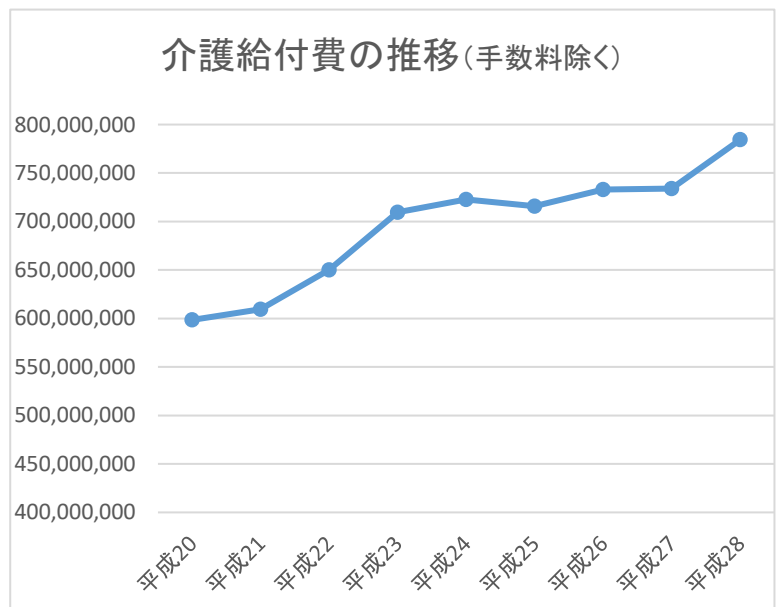
■標準化死亡率(H20～24年)

		総数	悪性新生物	胃	大腸	心疾患	脳血管疾患	脳出血	脳梗塞	自殺
男	県	90.3	84.6	84.4	87.6	87.7	114.1	104.7	119.3	102.8
	町	90.6	95.1	152.8	50.1	80.9	160.2	128.6	188.2	
女	県	94.5	90.1	89.2	92.7	87.6	124.8	111.5	131.4	101.6
	町	107.90	90.7	68.1	68.6	87.9	178.9	147.3	203.1	187.9

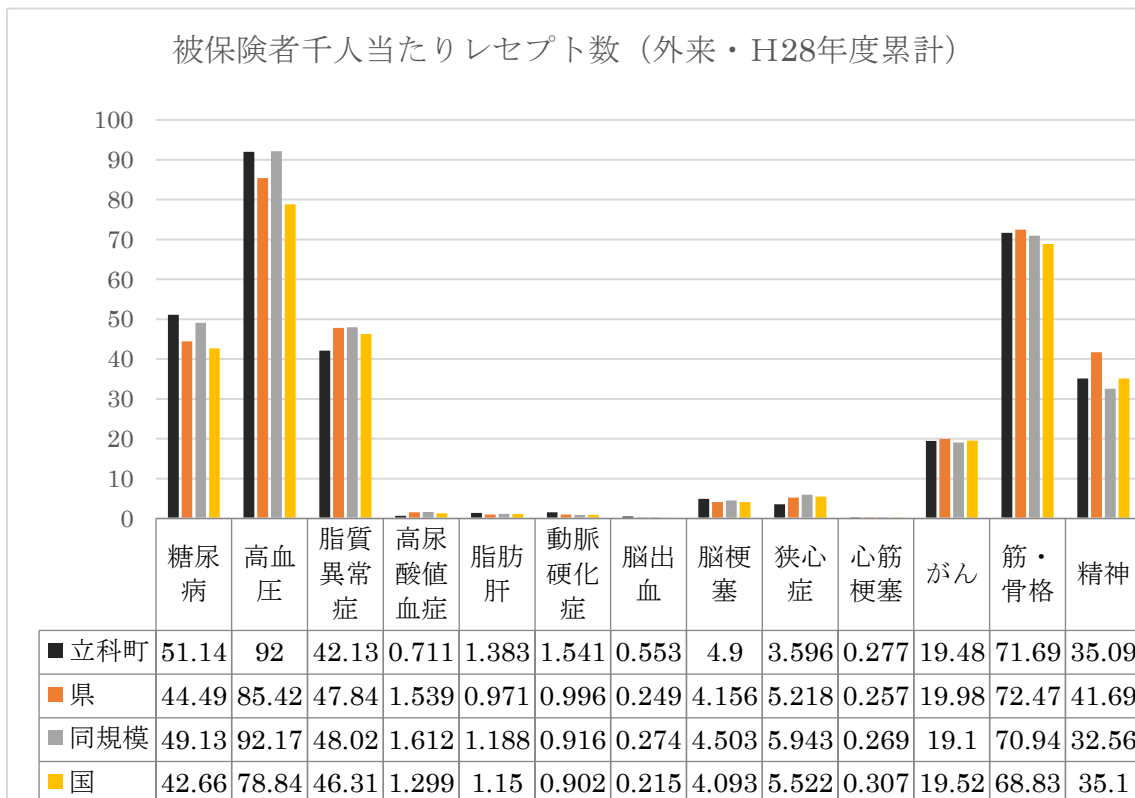
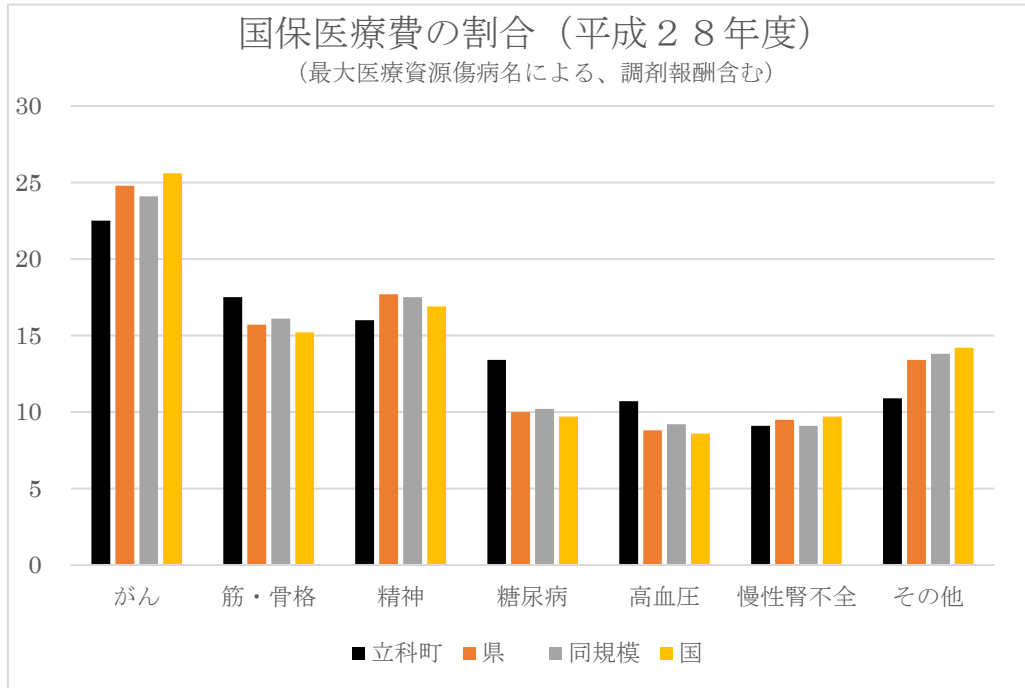
※標準化死亡率：年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値に対する現実の死亡数の比  
(主に小地域の比較に用いる)



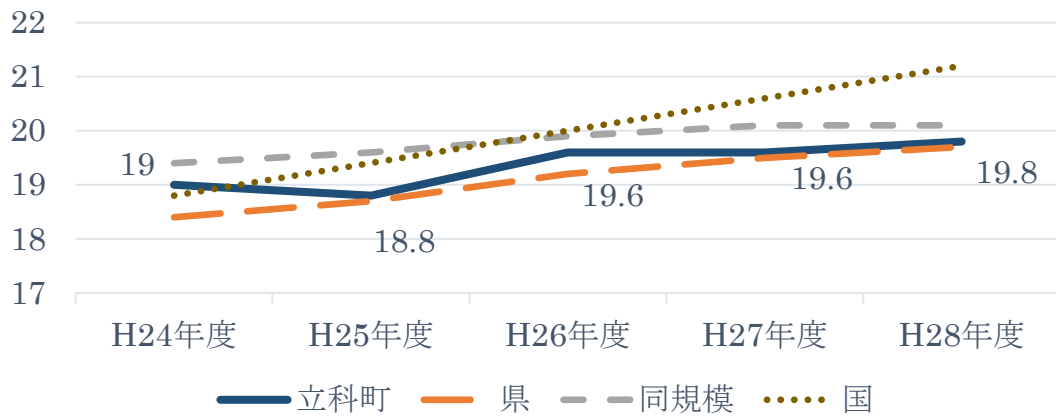
1件当たり医療費(H28)	入院	県内順位	入院外	県内順位
糖尿病	500517	57	32429	50
高血圧症	545578	59	27298	42
脂質異常症	489578	61	25033	44
脳血管疾患	515147	69	34385	42
心疾患	581883	57	46633	14
腎不全	805804	19	130778	59
精神	436212	66	28489	41
新生物	727864	10	58902	17
歯肉炎・歯周病	0		12795	40



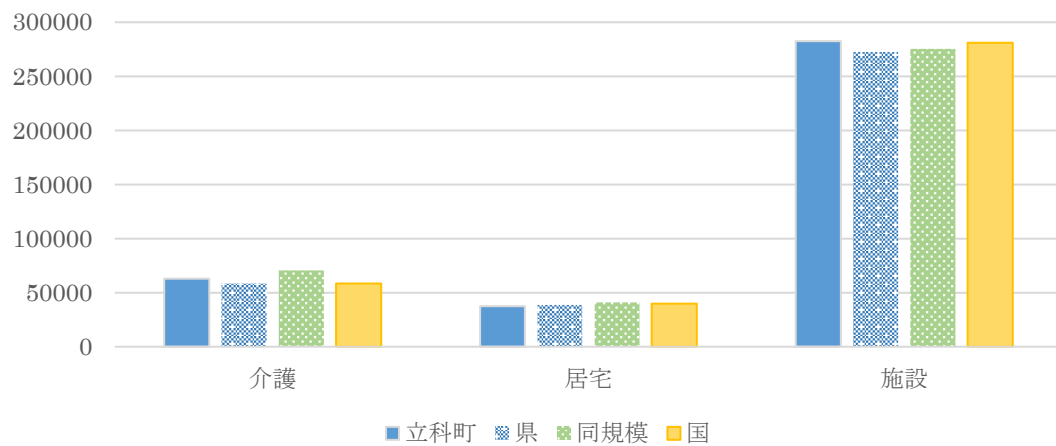




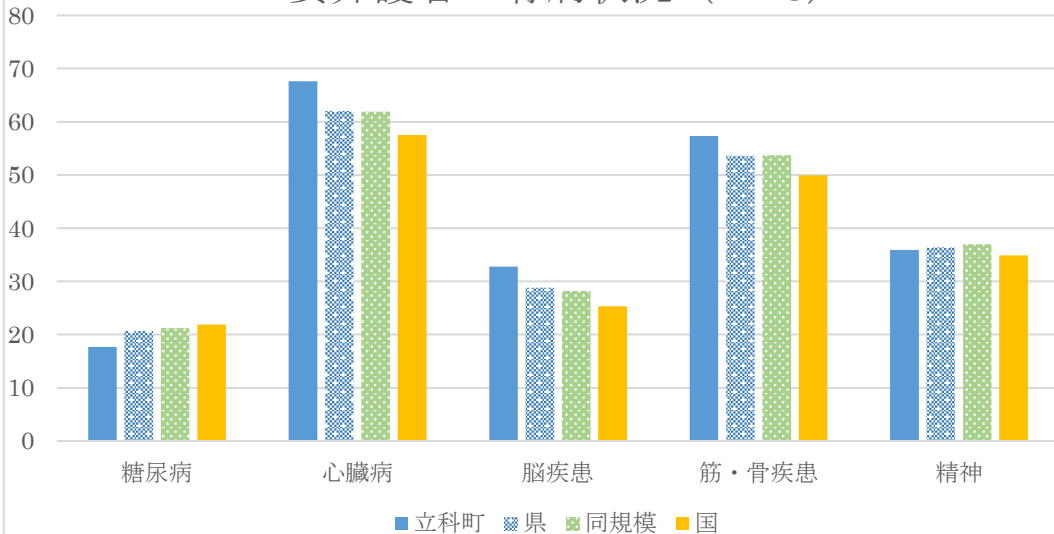
### 介護認定率



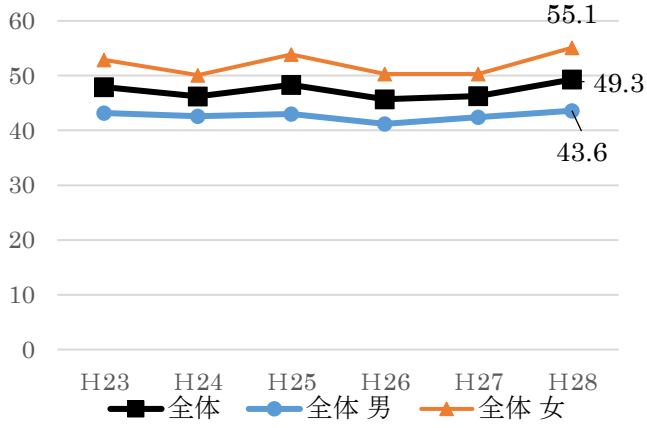
### 一件当たり介護給付費 (H28)



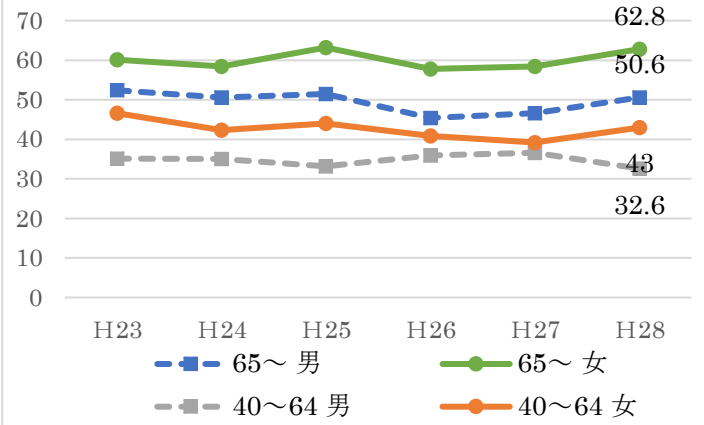
### 要介護者の有病状況 (H28)



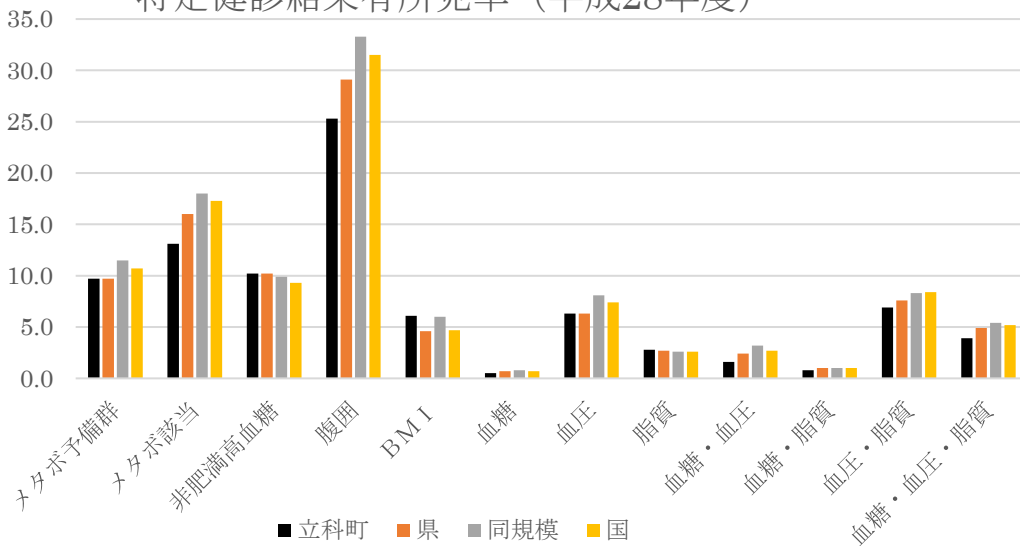
特定健診男女別受診率（法定報告）



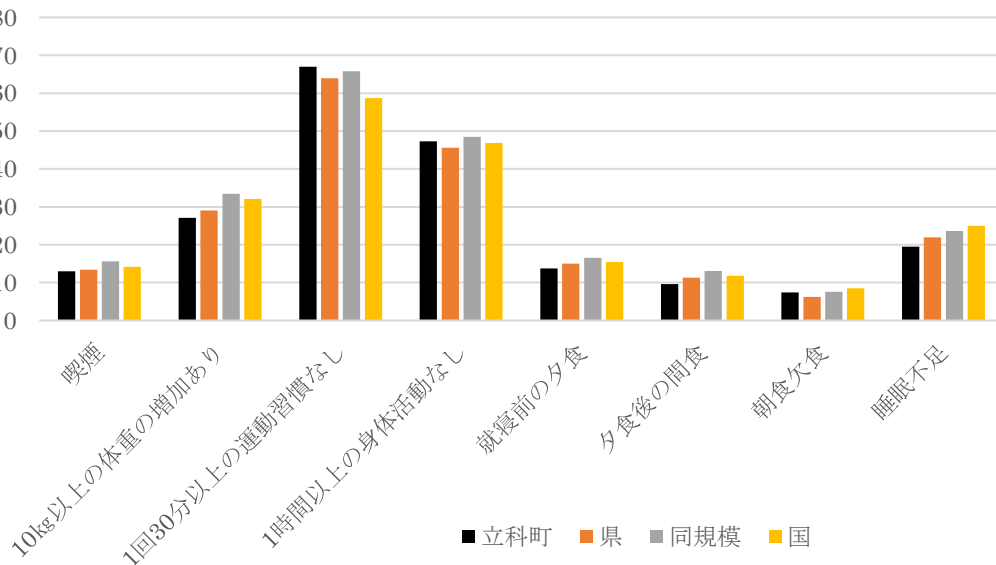
特定健診年代別受診率（法定報告）



特定健診結果有所見率（平成28年度）



特定健診質問票の比較（平成28年度）



## 2 過去の取組みの考察

事業名		目的	概要	振り返り
特定健診・ 特定保健指 導	特定健康診査	メタボリックシンド ロームに着目した、生 活習慣病予防のため の保健指導を必要と する対象者の抽出	対象者 特定健診対象者と 30 歳代と後期高齢者健診を同時実施 自己負担 1500 円⇒H28～無料 実施形態 集団（大腸がん、前立腺がん、肝炎検診と同時実施） ⇒町内個別（町内医院）、町外個別（県内医院）を追加 追加項目 集団：尿酸値、クレアチン、アルブミン、他 貧血検査は全員実施 ⇒心電図、貧血、eGFR の全員実施を追加 町内個別：心電図、貧血、尿酸値、クレアチン、アルブミン 町外個別：なし	H28 受診率は、49.6%。 H28 年度から受診料を無料にしたが、大幅な伸び にはいたらなかった。 集団健診、町内医療機関での健診には、心電図や 貧血検査等の検査項目を追加して実施すること で疾病の早期発見に役立っている。
	継続受診対策	特継続受診者の増加	送迎車の運行 H25～記録ファイルの配布 H27～保健委員による健診時のサポート 集団健診後の結果相談会の開催：各地区⇒全地域 3 日⇒12 日間＋窓口	継続受診の状況未把握。 集団健診は大腸がん検診の受付を役場窓口にする、保健委員のサポートなどで集団健診の待ち時 間短縮されたことが受けやすい体制につなが っている。
	人間ドック補助	がん検診と合わせた健 診の利用者増加	日帰り 10,000 円⇒12,500 円、1 泊 20,000 円⇒25,000 円 健診データの提供	一定の利用者がある。継続して実施していく。 H28 国保 171 件 後期 35 件
	みなし健診	かかりつけ医からの情 報提供の推進による受 診率増加	医療機関と連携した情報提供（みなし健診）の実施 小諸北佐久医師会⇒佐久医師会を追加	みなし健診の活用は少ない。 H28 18 件 受診料が無料となったことから、今後はかかりつ け医での健診受診を勧めていく。
	特定健診未受診 者対策	受診率の増加 受け忘れ防止	受診勧奨通知・情報提供案内 個別通知（申込なし、未受診者）⇒みなし健診案内を併せて案内 長期末受診者受診勧奨（通知・電話） 受診啓発活動 組織活動を通じた受診勧奨・広報等各種媒体を利用した P R	個別通知による受診勧奨後は反響があるが、ここ 数年は大きな伸びにはつながっていない。 保健委員等によるつながりを活かした働きかけ と、タイムリーな受診勧奨を実施していく。

事業名		目的	概要	振り返り
	特定保健指導	メタボハイリスク者の生活習慣病予防	グループ指導⇒個別指導⇒個別指導とグループ指導 集団健診後は結果相談会の日数、スタッフを増やし、特定保健指導対象者への初回面接も同時に実施。 H29～人間ドック利用者、町外個別健診利用者の指導	グループ指導は利用者が少なかったため、個別指導中心で実施。人間ドック、町外個別健診結果処理からの指導の流れを見直し、H29年度から保健指導を開始している。
保健指導	健診後保健指導		集団健診後の結果相談会の開催：各地区⇒全地域で3日⇒12日間+窓口精密検査等対象者についての保健指導と受診勧奨 H28～精検対象者（オレンジゾーン）についての保健指導と受診勧奨喫煙対策（禁煙希望者に対する相談、啓発）	H29年 223人 役場窓口 81人 相談会の日数、スタッフを増やしたことで、個別の保健指導を充実させた。精密検査対象者の受診率アップや生活習慣の改善率状況は未把握。
	適正医療対策	重複・頻回受診者対策	国保連合会からのデータをもとに実施 3カ月連続して1疾患で3ヶ所以上の受診 3カ月連続して1ヶ月で15回以上の受診	H28年度対象者1名 H29年度対象者0名 該当者は少ない。
		重複服薬者対策	国保連合会のデータをもとにH28年から開始 H29年度～月1回データ確認	H28年度 2名 H29年度 9名 痛み止め等の重複が多い。お薬手帳の普及啓発を行っていく。
	糖尿病性腎症重症化予防	人工透析への移行の防止	H29年度から県、佐久のプログラムに準じ実施 H29年度は佐久地域連絡会の立ち上げ、 ハイリスク者、治療中断者の抽出、精密検査未受診者の受診勧奨	精密検査対象者の受診確認が行われていなかったため、糖尿病の疑いの人から確認と受診勧奨を行っていく。ハイリスク者中断者の抽出体制が整っていない
健康教育	地区学習会	生活習慣病予防の普及啓発	生活習慣病予防のための地区学習会（各分館） H29食育事業の展開（尿中塩分測定器を活用した高血圧予防）	H29年度 241名 内容の工夫をしているが参加者は減少傾向 尿中塩分測定計を用いたグループ学習を展開していく。
	歯科保健指導	歯科保健の推進	妊婦教室3回、保育園児1回、特定健診時歯科相談12回 歯科衛生士による歯科保健指導	関心の高い人とそうでない人の2極化 H30年からは集団特定健診の一部として実施
	ハイリスク者	メタボ以外ハイリスク者の生活習慣病予防	肥満の解消を目的としてダイエット教室を開催	教室期間中は効果あるが、教室終了後維持していくことが課題。

事業名		目的	概要	振り返り
	運動普及	冬場の運動不足解消	・運動健康教室の開催（年3回） 健康運動指導士によるストレッチや筋力アップの運動	手軽な運動であることや運動施設が少ないこともあり、60.70歳代を中心毎年30人以上の参加がある。
地域活動組織の育成	保健委員会	住民が主体となって健康づくり推進する活動	活動費補助 研修・検診申込みの取りまとめ、健診当日の協力、地区学習会の協力	H29年度作成の健診受診啓発動画を有線テレビで放映予定。
	食生活改善推進協議会	の支援	活動費補助 研修会、児童館でのおやつ紹介、中学校学習会の協力、配食サービス等	会員数 H29 40名（新規1名） 普及活動が充実するように活動を見直したい。
地域包括ケアシステム		地域包括ケアシステムの推進	高齢者支援課担当者との情報の共有、研修会への参加	後期高齢者保険、介護保険部との連携した事業の実施には至っていない。
適正受診の推進	適正受診の啓発		チラシ等による啓発 医療費通知（年3回）	
	後発医薬品の使用の促進		後発医薬品利用差額通知の送付（年2回） 後発医薬品利用希望保険証ケース・利用希望シールの配布（保険証更新時）	

### 第3章 健康課題の把握

#### 1 分析に基づく健康課題の把握

---

##### 立科町の地域特性

人口 : 人口減少が続いている。年少人口の減少が大きい。  
高齢化 : 高齢化率が 34.7%、後期高齢化率は 18.1%と高齢化が進んでいる。  
産業人口 : 県と比較して第一次産業が多い。  
平均寿命 : 県とほぼ同じで全国平均よりも高いが、県と比べて女性は 0.5 歳低い  
健康寿命 : 県とほぼ同じで全国平均よりも高いが、県と比べて男性は 0.7 歳高い  
標準化死亡比 : 男性が胃がん、脳血管疾患、女性は脳血管疾患が高い。

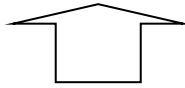
##### 医療状況等

国保加入者 : 加入者の減少と加入割合 (27.3%) 減少、65 歳以上割合 (47.2%) 増  
医療費の状況 : 一人当たり医療費は年々増加  
医療費の割合 : がん 筋骨格、精神、糖尿病、高血圧の順  
県国と比較するとがんは少なく、筋骨格、糖尿病、高血圧が高い  
受診件数 : 高血圧、筋骨格、糖尿病、脂質異常の順に多い  
他との比較では、糖尿病、高血圧が多い  
入院と外来別 : 入院費 (細小分類) : 精神、がん、筋骨格、脳梗塞、脳出血の順に多い  
外来費 (細小分類) : がん、糖尿病、高血圧、筋骨格、精神の順に多い  
疾病分類別医療費 : 糖尿病、高血圧、慢性腎不全 (透析有) 関節疾患、統合失調の順  
受診者の状況 : 40 歳以上で、高血圧は 4 人に一人 (29.1%)、糖尿病は 6 人に一人  
(16.0%) の割合で受療している  
患者千人当たり患者数 : 高血圧、筋骨格、脂質異常、糖尿病の順。他と比べ動脈硬化、  
脂肪肝が多い。また糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症が他に比べ高い。  
人工透析の状況 : H28 年 1 件当たり 5,500,000 円と高額。  
透析患者数は H28 年 5 件から H29 年 12 月現在は 2 件  
特定健診の結果 : 受診率 : (49.6%) 特に男性の受診率が低い  
指導率 : (52.4%) 受診率指導率ともに目標の 60% に達していない。  
メタボ該当者予備軍 : 22.8%、他と比べやや少ない  
有所見率 : 腹囲は少ないが、BMI は多い  
質問項目 : 運動習慣がない人が多い 朝食を抜かない  
後期高齢者医療 : 一人当たり医療費は年々増加  
介護保険 : 認定率は横ばい 介護給付費は町内施設の整備等で増加  
要介護者の有病状況は、心臓病、筋骨格、脳血管疾患が他に比べ多い

## 2 目的・目標の設定

---

【目的】 被保険者の健康の保持増進と健康寿命の延伸  
医療費の増加率の抑制



【目標の要点】 標準化死亡比では男女ともに脳血管疾患、特に脳梗塞での死亡率が高いこと、医療費、受診件数等では脳血管疾患の危険因子ともなる高血圧や動脈硬化が他と比べて多いことから、脳血管疾患予防を最優先課題として保健事業に取り組みます。  
また、他と比べて受診者の多い糖尿病は、その合併症である糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症により医療費が増大するばかりでなく、QOLが低下し生活全体に大きく影響を及ぼします。糖尿病の発症の予防と同時に、重症化予防を優先課題として位置付けます。

### 中長期的な目標

- 一人当たりの医療費の抑制
- 標準化死亡比脳血管疾患死亡の減少
- 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少
- 糖尿病・高血圧症有病者の減少
- 介護保険認定率の抑制

### 短期的な目標

- 特定健診受診率の増加・特定保健指導実施率の増加・特定保健指導対象者の減少
- 特定健診有所見率の減少
- 特定健診で糖尿病要精検者の受診率の増加
- 糖尿病治療中断者の減少
- 運動習慣のない者の減少
- がん検診受診率の増加



目標の評価指標

中長期的な目標	現状値	目標 (H35年度)	データ基
一人当たりの医療費の抑制	320,760円 (H28年度)	維持	国保連3月発行 「国民健康保険事業状況」
標準化死亡比 脳血管疾患死亡の減少	男性 160.2 女性 178.9 (H20～24年)	減少	人口動態統計
糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	0 (H29年5月)	0	KDB
糖尿病有病者の減少	226.223人 (H29年5月)	減少	KDB (患者千人当たりの患者数)
高血圧症有病者の減少	442.290人 (H29年5月)	減少	KDB (患者千人当たりの患者数)
介護保険認定率の抑制	1号認定率 19.8% 2号認定率 0.4% (H28年累計)	維持	KDB

短期的な目標	現状値 (H28年度)	目標 (H35年度)	データ基
特定健診受診率の増加	49.3%	60%	法定報告
特定保健指導実施率の増加	56.6%	60%	法定報告
特定保健指導対象者の減少	83人	減少	法定報告
特定健診有所見率の減少	メタボ該当 13.1%	減少	KDB
	予備群該当 9.7%		
	血糖 0.5%		
	高血圧 6.3%		
糖尿病要精検受診率の増加	未把握	増加	町民課
糖尿病治療中断者の減少	未把握	減少	町民課
運動習慣のない者の減少	1回30分以上の運動習慣なし 67.0%	減少	KDB
	1日1時間以上運動なし 47.3%		
がん検診受診率の増加	胃がん検診 5.0%	増加	町民課
	肺がん検診 8.3%		
	大腸がん検診 13.3%		
	子宮頸がん検診 21.0%		
	乳がん検診 6.5%		

## 第4章 第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画

### 1 第3期実施計画について

特定健康診査・特定保健指導実施計画（以下「実施計画」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律による規定により、保険者が定めるものとされています。

これまで、5年を一期として実施計画を定めてきましたが、平成28年度に国の医療費適正化計画や特定健康診査基本指針が見直されたことを踏まえ、計画期間を6年一期として策定します。

### 2 目標値の設定

本町の状況及び国の計画を踏まえ、目標を以下のとおり設定します。

各年度の目標値

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健康診査受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	57%	58%	58%	59%	59%	60%

### 3 対象者数の推計

特定健康診査及び特定保健指導の対象者は、以下のとおり推計されます。

特定健康診査対象者

年齢区分別		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
40～64歳	総数	645人	594人	547人	503人	463人	427人
	受診率	38%	40%	41%	43%	45%	46%
	受診者数	245人	238人	224人	216人	209人	196人
65～74歳	総数	1012人	1034人	1056人	1078人	1101人	1125人
	受診率	57%	59%	61%	62%	63%	65%
	受診者数	577人	610人	644人	668人	694人	731人
合計	総数	1,657人	1,627人	1,602人	1,581人	1,564人	1,551人
	受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
	受診者数	822人	847人	868人	885人	902人	927人

※特定健康診査対象者は、H27～30年度被保険者数の平均変化率を乗じて算出

※受診率は、H27～28年度法定報告受診率を基に、目標値に合わせて算出

## 特定保健指導対象者

年齢区分別		平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
40 ～ 64 歳	動機付け支援	17 人	17 人	16 人	15 人	15 人	14 人
		7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%
	積極的支援	17 人	17 人	16 人	15 人	15 人	14 人
		7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%
65 ～ 74 歳	動機付け支援	54 人	57 人	61 人	63 人	65 人	69 人
		9.4%	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%
合計	動機付け支援	71 人	74 人	77 人	78 人	80 人	83 人
	積極的支援	17 人	17 人	16 人	15 人	15 人	14 人
	対象者合計	89 人	91 人	92 人	93 人	94 人	96 人
	実施者	50 人	52 人	53 人	54 人	55 人	57 人
		57%	58%	58%	59%	59%	60%

※特定保健指導対象者は H28 年度法定報告対象割合を使用して算出

## 4 特定健康診査の実施

### 1 特定健康診査対象者

生活習慣病を早期に予防することを目的として、当該年度内に 40 歳以上である被保険者に加え、30 歳以上の被保険者を対象とします。

### 2 実施形態

特定健康診査は、次の三つの形態で実施します。

- (1) 集団健診
- (2) 町内個別健診
- (3) 町外個別健診

### 3 委託先

高齢者の医療の確保に関する法律及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の規定により、円滑かつ効率的な実施という観点から厚生労働大臣が示されており、その基準を満たしているものに委託します。

- (1) 集団健診は、「浅間南麓こもろ医療センター」に委託
- (2) 町内個別健診は、小諸北佐久医師会を通じ町内医療機関に委託
- (3) 町外個別健診は、長野県医師会が取りまとめを行う集合契約にて委託

### 4 特定健康診査の実施内容

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出するため国が定めた項目に加え、町独自項目を追加して実施します。

特定健康診査の実施項目

基本的な健診項目	既往歴調査 自覚症状及び他覚症状の検査 身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） 血圧測定 肝機能検査（AST,ALT,γ-GT） 血中脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール) 血糖検査（空腹時又は随時血糖、HbA1c） 尿検査（糖、蛋白）
詳細な健診項目 （医師の判断による追加項目）	貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 心電図検査 眼底検査 血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能評価を含む）
独自項目 （集団健診および町内個別健診において実施）	尿検査（潜血） 心電図検査 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能評価を含む） 血清尿酸値検査・血清アルブミン検査
独自項目 （集団健診において実施）	白血球数、血小板数、血清鉄、尿素窒素、総コレステロール、総蛋白、アルブミン、ZTT、コリンエステラーゼ、アルカリフォスファターゼ、総ビリルビン、カルシウム、無機リン、LDH

5 実施期間

6月から3月までとします。

6 特定健康診査の自己負担

無料

7 他の検診との同時実施について

各種検診(がん検診等)と可能な限り同時実施ができるよう取り組みます。

8 医療機関との連携

治療中であっても特定健康診査の対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう医療機関に十分な説明を行います。

また、本人の同意のもとで治療上実施した血液検査等が特定健康診査の項目を満たす場合に、医療機関から保険者の情報提供を行う手続きを定めた情報提供業務を小諸北佐久医師会及び佐久医師会に委託し実施します。

9 代行機関

特定健康診査の費用の請求及支払いに係る事務は、長野県国保連合会に委託します。

## 10 特定健診のスケジュール

特定健康診査のお知らせは、広く対象者に認知してもらうために、3月に地区の保健委員を通じて、各家庭に配布し、併せて申込み書の配付・回収を行います。

また、年間を通じて広報活動を行うとともに、未受診者への働きかけを行います。

### 実施スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
周知・勧奨	⇒		⇒			⇒			⇒			⇒
受診券発送			⇒									
健診実施			⇒									

## 5 特定保健指導の実施

### 1 特定保健指導対象者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の規定により、「動機付け支援」「積極的支援」の該当者を対象とします。

#### 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象	
			40-64 歳	65-74 歳
≥85 cm(男性) ≥90 cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

#### 追加リスク

①血糖	空腹時血糖 100 mg/dℓ以上、又は HbA1c5.6%以上 やむを得ない場合は随時血糖
②脂質	中性脂肪 150 mg/dℓ以上又は HDL コレステロール 40 mg/dℓ未満
③血圧	収縮期血圧 130 mm Hg 以上又は拡張期血圧 85 mm Hg 以上

### 2 実施形態

特定保健指導は、保検者である本町が直営で実施します。

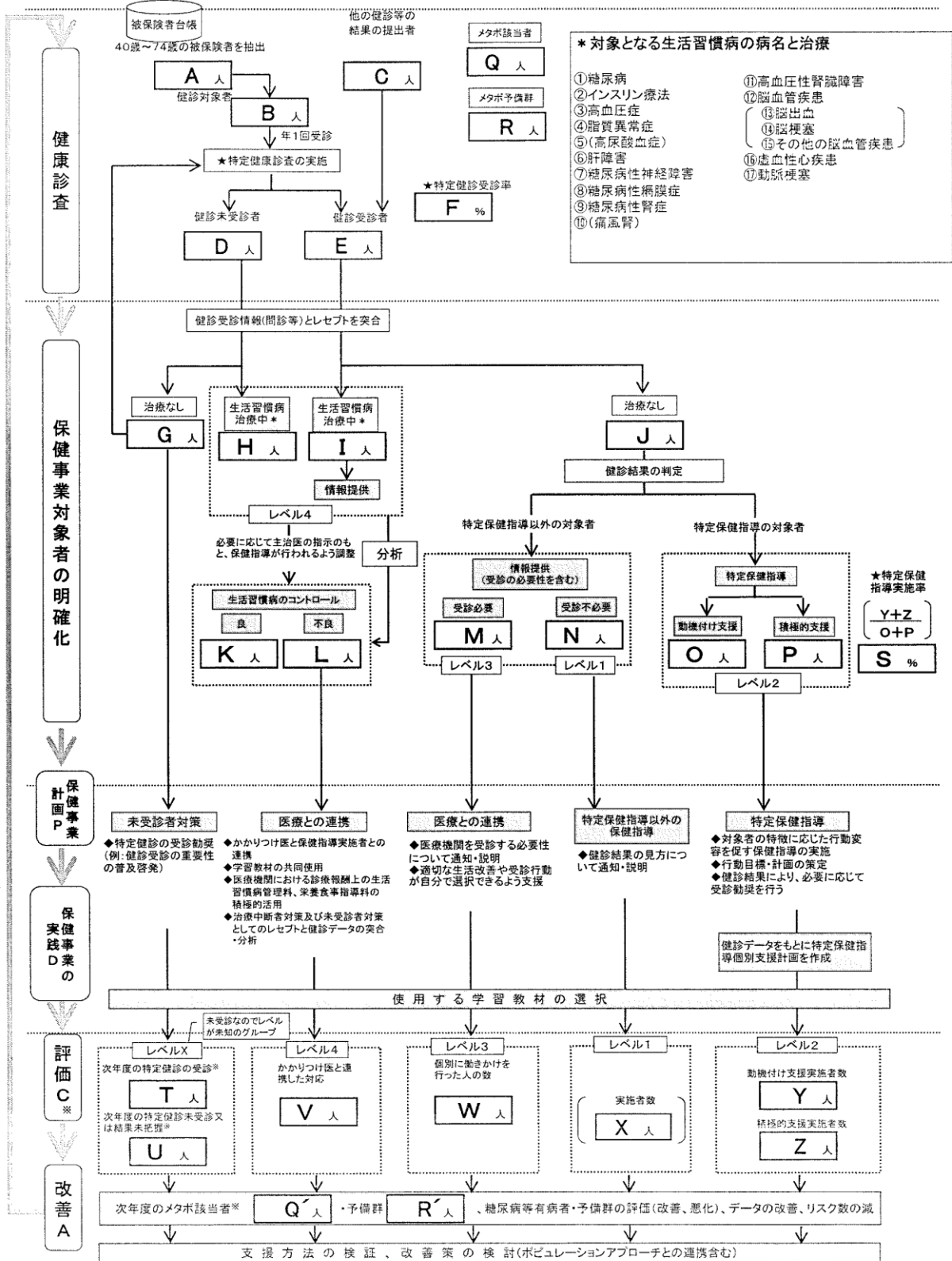
### 3 特定保健指導の実施内容

「標準的な健診・保健指導のプログラム」を基に、特定健診の結果から特定保健指導対象者を明確にした上で優先順位を設定し、それに沿って実施します。

#### 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5

##### 健診から保健指導実施へのフローチャート





## **6 個人情報の保護**

---

### 1 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる個人情報の取り扱いについては、個人情報保護に関する法律およびこれらに基づくガイドライン、立科町個人情報保護条例を遵守します。また、特定健診を委託する際は、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止といった事項を契約書又は仕様書に明記し、委託先の管理体制を十分把握した上で行います。

### 2 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診の記録の管理は、本町が管理する健康管理システムおよび代行機関が管理する特定健康診査等データ管理システムにて行います。保健指導記録は、個人ファイルを作成し管理します。保存期間はいずれも5年間とします。

## **7 結果の報告**

---

実績報告については、特定健康診査等データ管理システムから報告書を作成し、特定健康診査実施年度の翌年度の11月1日までに国に報告します。

## **8 特定健康診査等実施計画の公表・周知**

---

実施計画の公表および周知は、立科町ホームページ及び広報媒体を活用して行います。



## 第5章 保健事業の内容

### 1 個別保健事業計画

	課題	目的	事業内容 (対象者・実施時期・実施体制・実施方法)	事業評価指標	
				アウトプット	アウトカム
特定健康診査	受診率が低い 特定健診・特定保健指導運用の見直し後のスムーズな実施	メタボリックシンドロームに着目した、生活習慣病予防のための保健指導を必要とする対象者の抽出	対象者 特定健診対象者と30歳代と後期高齢者健診を同時実施 自己負担 無料 保健委員を通じた申込み取りまとめ 実施形態 7.8月集団(追加項目・大腸がん、前立腺がん、肝炎) 6~3月町内個別(追加項目有) 町外個別 追加項目 尿酸値、クレアチニン、アルブミン、心電図、貧血、eGFR	特定健診申込み者数 受診者数	特定健診受診率
人間ドック補助	制度の啓発 申請から保健指導に速やかにつながる	がん検診と合わせた健診の受診者増加 保健指導対象者の抽出	日帰り 12,500円、1泊 25,000円 健診データの提供 申請時に保健指導対象の確認と実施	申請者数	特定健診受診率
継続受診対策	継続受診者の現状把握と分析	特継続受診者の増加	3月 保健委員による申込み取りまとめ、啓発チラシ 3月 広報、有線放送、有線テレビでのPR 7月8月 集団健診：送迎車の運行、保健委員によるサポート 8月9月 健診後の結果相談会 12日間+窓口、記録ファイル配布 継続受診者の現状把握、分析	特定健診申込み者数 受診者数	継続受診率
特定健診未受診者対策	かかりつけ医での健診の推進	受診率の増加 受け忘れ防止	6月 申込みのない方に案内通知 7月 7月集団健診申込み者で未受診者に案内 11月 受診のない方に受診勧奨と特定健診期間の案内 組織活動町教室を通じた受診勧奨・広報等各種媒体を利用したPR 医師会への協力依頼	勧奨者の受診率	特定健診受診率
みなし健診	利用の推進	かかりつけ医からの情報提供の推進による受診率増加	小諸北佐久医師会・佐久医師会と連携した情報提供(みなし健診) 6月 申込みのない方に案内通知 11月 受診のない方に勧奨通知	みなし健診利用者数	特定健診受診率

	課題	目的	事業内容 (対象者・実施時期・実施体制・実施方法)	事業評価指標	
				アウトプット	アウトカム
特定保健指導	改善効果の高い保健指導 改善率の確認	メタボリックシンドロームと予備軍者のメタボ改善	個別指導を中心に実施、集団健診は結果相談会を利用 動機付け支援の評価は郵送にて実施 改善率の確認 保健指導方法の検討		保健指導対象者数 改善率
健診後保健指導	生活習慣病ハイリスク者の生活改善と医療機関受診確認	健診結果を生活習慣病の予防に役立てる 精密検査の受診勧奨 ハイリスク者の生活改善	集団健診後の結果相談会の開催：12日間+窓口 精密検査等対象者についての保健指導と受診勧奨 精検対象者（オレンジゾーン）についての保健指導と受診勧奨 喫煙対策（禁煙希望者に対する相談、啓発） 精密検査対象者の受診確認と勧奨	結果相談会利用率 精検受診率	特定健診の結果、質問項目 医療費
ハイリスク者	改善率を高める	メタボ以外のハイリスク者の生活習慣病予防	ハイリスク者を対象に健康教室・個別相談指導	参加人数 参加者の体重等	翌年の検査結果
糖尿病性腎症重症化予房	実施体制の整備	人工透析への移行の防止 精密検査未受診者を減らす 治療中断者を減らす	対象者の抽出方法の確立と保健指導内容の検討 前年度精密検査対象者の受診確認と勧奨 治療中断者の状況確認と保健指導 ハイリスク者の保健指導を医療機関と連携して実施 一般への啓発	精検受診率 中断者数 ハイリスク者の検査結果	透析新規導入者数
歯科保健指導		歯科保健の推進	歯科衛生士による保健指導 妊婦教室3回、2歳児教室、保育園児1回、 特定健診時歯科指導12回	指導人数	医療費 う歯保有率 特定健診質問項目

	課題	目的	事業内容 (対象者・実施時期・実施体制・実施方法)	事業評価指標	
				アウトプット	アウトカム
地区学習会	塩分摂取が多い 脳血管疾患死亡率 が高い	生活習慣病予防の普 及啓発	生活習慣病予防のための地区学習会（各分館） H29 食育事業の展開（尿中塩分測定器を活用した高血圧予防）		特定健診の結果、質 問項目 医療費
健康学習会	高血圧・糖尿病受 診者が多い	生活習慣病予防の普 及啓発	医師等を講師とした健康学習会 テーマは状況に応じて設定	参加者数	特定健診の結果、質 問項目
運動普及	運動習慣がない人 の割合が高い	運動習慣の定着	運動健康教室の開催（年3回冬季） 運動習慣に関する啓発 関係部署との連携体制構築		特定健診の質問項目
重複服薬者対策	お薬手帳の普及	重複服薬者対策	毎月確認 該当者に対して保健指導 薬についての啓発	対象者 薬手帳利用者数	医療費
重複・頻回受診 者対策		重複・頻回受診者対策	毎月確認 該当者に対して保健指導 適正受診の啓発	対象者数	医療費
保健委員会	活動の活性化	住民が主体となって 健康づくり推進する 活動の支援	活動費補助 研修・検診申込みの取りまとめ、健診当日の協力、 地区学習会の協力	活動回数 参加者数	特定健診受診率 特定健診の結果、質 問項目
食生活改善推進 協議会	普及活動の充実 会員の拡大		活動費補助 研修会、児童館でのおやつ紹介、中学校学習会の協力、 配食サービス等	活動回数 参加者数	特定健診の結果、質 問項目
地域包括ケアシ ステム	高齢化が進んでい る	地域包括ケアシステ ムの推進	高齢者支援課担当者との情報の共有、研修会への参加		
適正受診の啓発			チラシ等による啓発 医療費通知（年3回）		
後発医薬品の使 用の促進			後発医薬品利用差額通知の送付（年2回） 後発医薬品利用希望保険証ケース・利用希望シールの配布（保険証 更新時）		

## 2 地域包括ケアに係る取組み

---

平成 27 年都道府県別生命表によると、長野県は男性が 81.75 歳で全国第 2 位、女性が 87.67 歳で全国トップの長寿県ですが、平成 28 年国民生活基礎調査から算出された健康寿命（日常生活に制限のない期間）では男性 72.11 歳で全国 20 位、女性が 74.72 歳で全国 27 位であり、平均寿命との差である日常生活に制限がある期間は、男性 9.64 歳、女性 12.95 歳と全国平均よりも長くなっていることから、引き続き健康寿命の延伸を目指した健康増進対策に取り組むことが求められています。また、長野県高齢者生活・介護に関する実態調査によると、介護状態になる原因として脳血管疾患が 18.7%、糖尿病が 6.3%となっています。予防可能な生活習慣病を早期に発見し、重症化させない取り組みの推進が、要介護認定者の減少や町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながると同時に、医療費や介護保険給付費等を抑え、限られた人材と財源の中で充実したサービスを提供していくためにも非常に重要です。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた医療、介護、保健、福祉など連携体制の整備や地域の実情に応じた支援体制整備が不可欠です。そのために、包括支援センター等と連携して、高齢者の暮らしの全般を支える上で直面する課題について国保保険者として議論に参加するとともに、地域包括ケアの視点に立って保健事業を展開していきます。

## 第6章 計画の推進に向けて

### 1 計画の評価・見直し

本計画に掲げた事業については、KDB等を活用し、可能な限り客観的な数値結果に基づいた目標の達成状況を年度ごとに評価し、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

また、計画期間の中間年度に当たる平成32年度と計画最終年の平成35年度においては、新たな課題や状況を踏まえて、数値目標を含めた計画の見直しを行います。

保健者は、健診・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ことが求められています。

取り組みの状況や実績については、立科町国保運営協議会において報告します。

また、必要に応じて長野県国民健康保険団体連合会が設置する保健事業支援・評価委委員会の指導・助言を受けることとします。

#### ※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"><li>・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等を含む)</li><li>・保健指導実施のための専門職の配置</li><li>・KDB活用環境の確保</li></ul>
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健指導等の手順、教材はそろっているか。</li><li>・必要なデータは入手できているか。</li><li>・スケジュールどおり行われているか。</li></ul>
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"><li>・特定健診受診率、特定保健指導率</li><li>・計画した保健事業を実施したか。</li><li>・保健指導実施数、受診勧奨実施数</li></ul>
アウトカム(成果)	<ul style="list-style-type: none"><li>・設定した目標に達することができたか。 (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)</li></ul>

### 2 計画の公表・周知

本計画は、立科町国民健康保険における健康課題及び課題解決への取組内容を示したものであり、国保加入者に加え広く町民に伝える必要があることから、町のホームページ、町広報紙等により周知を図っていきます。また、公表にあたっては、計画の要旨をまとめた簡易版を作成する等普及のための工夫をおこないます。

### **3 個人情報保護**

---

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン、立科町個人情報保護条例等を遵守し適切におこないます。

### **4 その他の留意事項**

---

データ分析に基づき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会に関係部署が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて関係部署（国保・保健・介護部門等）が連携を強化し課題解決に向けて取り組んでいきます。