

阿賀町国民健康保険

第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)

第3期 特定健康診査等実施計画

平成30年3月

阿賀町

第2期阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)
第3期阿賀町特定健康診査等実施計画

目 次

第 1 章 阿賀町の現状と課題

1. 地域の現状と分析		1
(1) 阿賀町の基本情報		1
①人口構成		1
②平均寿命と健康寿命		1
③出生率		2
④主要な死亡要因		2
(2) 阿賀町の医療費の状況		4
①阿賀町国民健康保険被保険者数の推移		4
②阿賀町の医療環境		4
③阿賀町の国保医療費の推移		5
④医療費の状況		6
⑤主な疾病に係る受診率の推移		7
⑥腎不全及び人工透析の状況		8
(3) 阿賀町の介護保険の状況		9
①要介護(要支援)認定者、要介護(要支援)認定率の推移		9
②新規介護保険申請者の主要疾患		9
③要介護認定者の医療費		10
④要介護(支援)認定者の有病状況		10
⑤2号認定者の状況		10
(4) 阿賀町の特定健診・特定保健指導の状況		11
①特定健診受診の状況		11
②特定健診結果の状況		11
(・健診受診者・未受診者の状況、特定保健指導終了率の推移、 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況、健診有所権者状況、尿中塩分)		
(5) がん及びがん検診の状況		16
2. 阿賀町の健康課題		17
①阿賀町の現状		17
②現状からみえる健康課題		17

第 2 章 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

1. 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本事項	18
(1)背景	18
(2)データヘルス計画の位置づけ	18
(3)計画期間	21
(4)実施体制・関係機関との連携	21
2. 第1期データヘルス計画の取り組みと評価	22
(1)短期的な目標の達成状況	22
(2)中長期的な目標の達成状況	23
(3)保健事業の取り組みと評価	24
3. 第2期計画の目的と目標	27
(1)基本理念と目的・目標	27
(2)目標の評価指標と目指す方向性	28
①中期的な目標	28
②短期的な目標	29
4. 保健事業の実施内容	30
5. 保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価及び見直し	33
(1) 評価時期	33
(2) 評価体制	33
6. 計画の公表・周知	33
7. 個人情報の保護	33
8. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	33

第 3 章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 計画策定にあたって	34
(1)背景	34
(2)目的	34
(3)計画の位置づけ	34
(4)計画の期間	34
(5)計画の策定体制	34
(6)計画の公表・周知	34
2. 第2期特定健康診査等実施計画の実施状況及び評価	35
(1)特定健康診査の実施率の状況	35
(2)特定保健指導の実施率の状況	36
(3)事業成果に関する分析	37
①メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	37
②健診項目別有所見者の状況	37
3. 第3期特定健康診査等計画の目標値及び対象者	40
(1)目標値	40
(2)計画の対象者	40
①特定健康診査	40
②特定保健指導	41
4. 第3期計画期間における特定健康診査・特定保健指導の実施方法・体制	42
(1)特定健康診査の実施方法	42
(2)特定保健指導の実施方法	44
(3)代行機関	45
5. 個人情報の保護	46
6. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	46
(1)評価時期	46
(2)評価方法	46
(3)計画の修正	46
7. 円滑な実施の確保について	46
(1)特定健康診査受診率向上のための対策	46
(2)特定保健指導実施率向上のための対策	47
(3)医療機関との連携	47
(4)他の健診受診者からのデータ受領	47

第1章

阿賀町の現状と課題

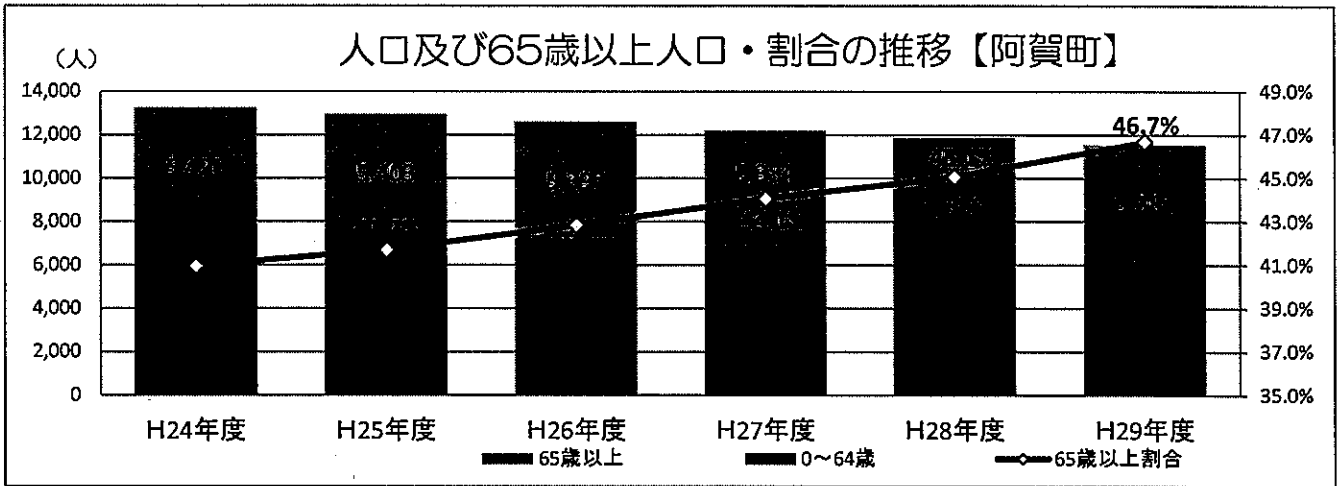
第1章 阿賀町の現状と課題

1. 地域の現状と分析

(1) 阿賀町の基本情報

①人口構成

阿賀町の人口は、過去5年間で平均して年間2.7%ずつ減少しています。特に0～64歳の人口減少が顕著です。これに伴い人口構成では高齢化率(65歳以上人口割合)は上昇し、中でも75歳以上が全人口の約3割を占めています。これらの事から、今後も人口減少と高齢化の進行が見込まれます。

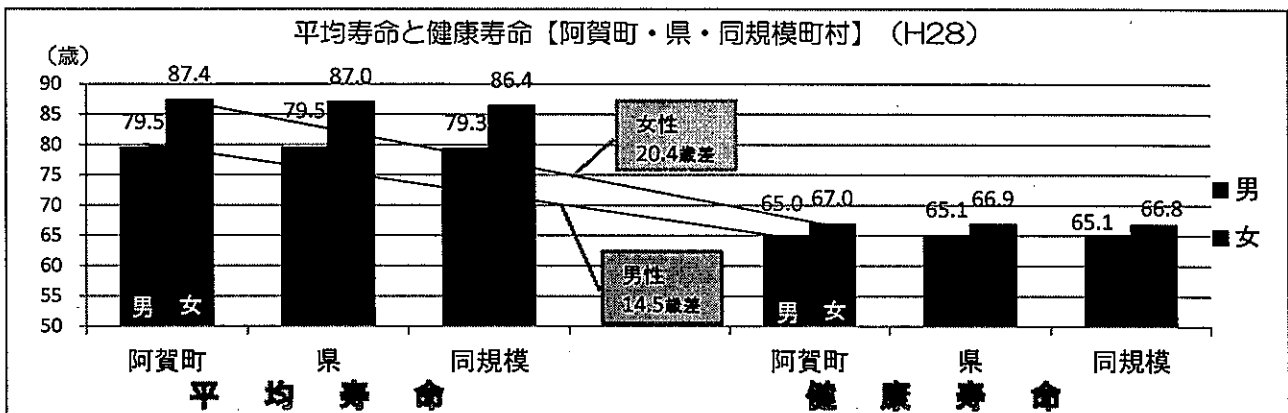


	総人口	0～64歳	65歳以上	65歳以上割合	対前年比(65歳人口)
平成24年度	13,250	7,824	5,426	41.0%	
平成25年度	12,960	7,557	5,403	41.7%	-23
平成26年度	12,603	7,206	5,397	42.8%	-6
平成27年度	12,222	6,838	5,384	44.1%	-13
平成28年度	11,874	6,524	5,350	45.1%	-34
平成29年度	11,538	6,154	5,384	46.7%	34

各年9月末日現在(外国人含)人数

②平均寿命と健康寿命

平均寿命を男女別に見ると、阿賀町の女性は男性よりも8歳ほど長くなっています。また、平均寿命と健康寿命(※1)の差を男女別にみると、男性の14歳差に対し女性は20歳差となっており、女性の方が健康状態が悪い期間が長い事がわかります。

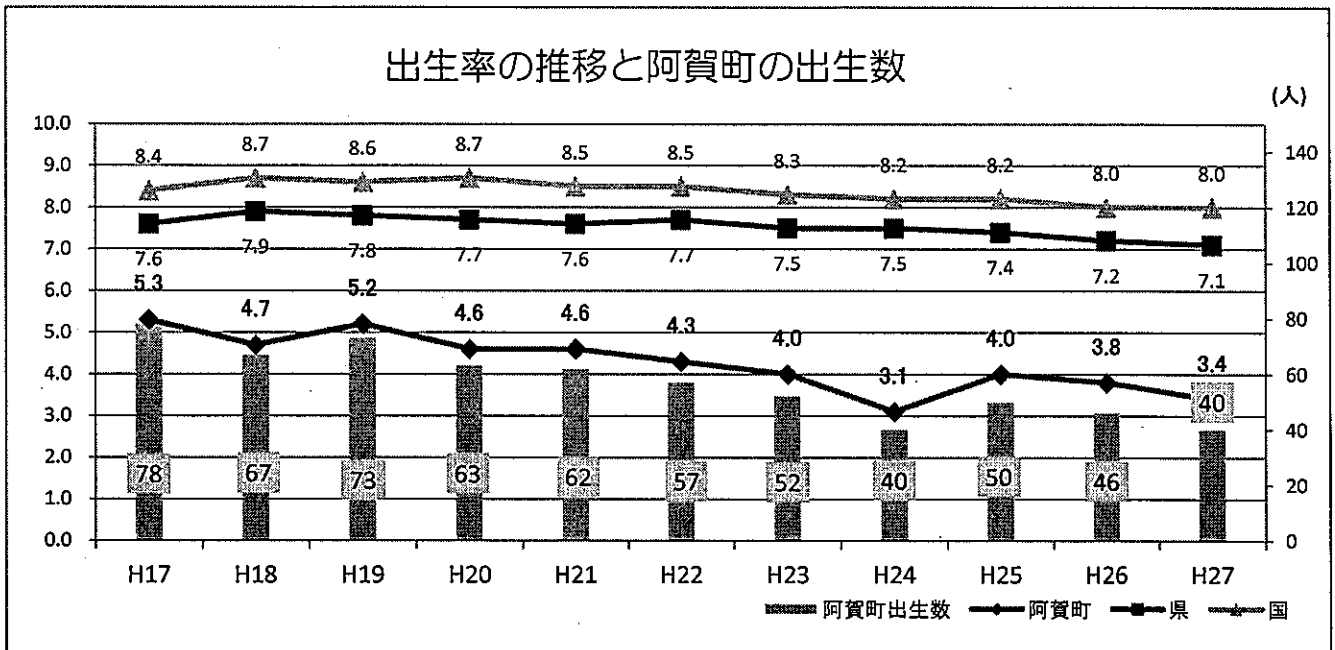


KDB帳票: 地域の全体像の把握 28年度計累計

※1 KDBシステムにおける健康寿命の算出方法と「健康にいがた21(第2次)」における健康寿命の算出方法は異なる。

③出生率(人口千人対)

出生数、出生率は減少傾向にあり、出生率は県や国と比較して大幅に低い状態です。その要因として、若い世代が少なく、少子高齢化が進行していることが挙げられます。



出生率

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
阿賀町	5.3	4.7	5.2	4.6	4.6	4.3	4.0	3.1	4.0	3.8	3.4
県	7.6	7.9	7.8	7.7	7.6	7.7	7.5	7.5	7.4	7.2	7.1
国	8.4	8.7	8.6	8.7	8.5	8.5	8.3	8.2	8.2	8.0	8.0
阿賀町出生数	78	67	73	63	62	57	52	40	50	46	40

H18～H28 新潟県福祉保健年報(1-3 人口動態総覧、保健所・市町村別) (出生人数/人口)

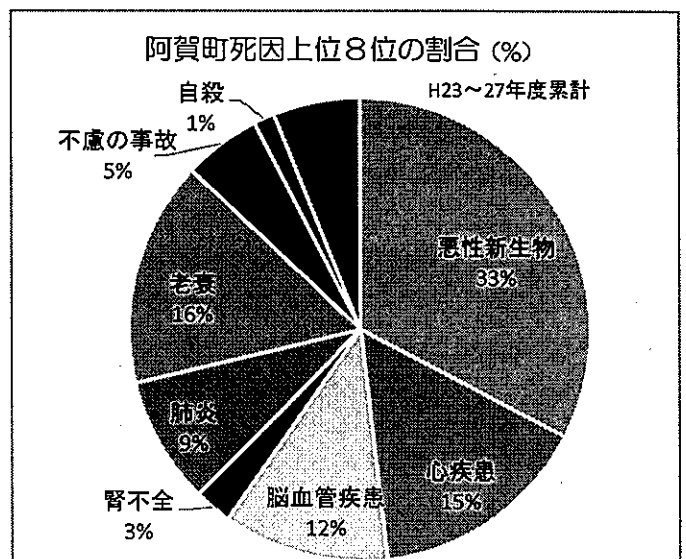
④主要な死亡要因

阿賀町の死因で最も多いのが悪性新生物で全体の約1/3を占めています。

また、血管の動脈硬化が大きな要因となる心疾患と脳血管疾患を合わせると約1/4を占めています。

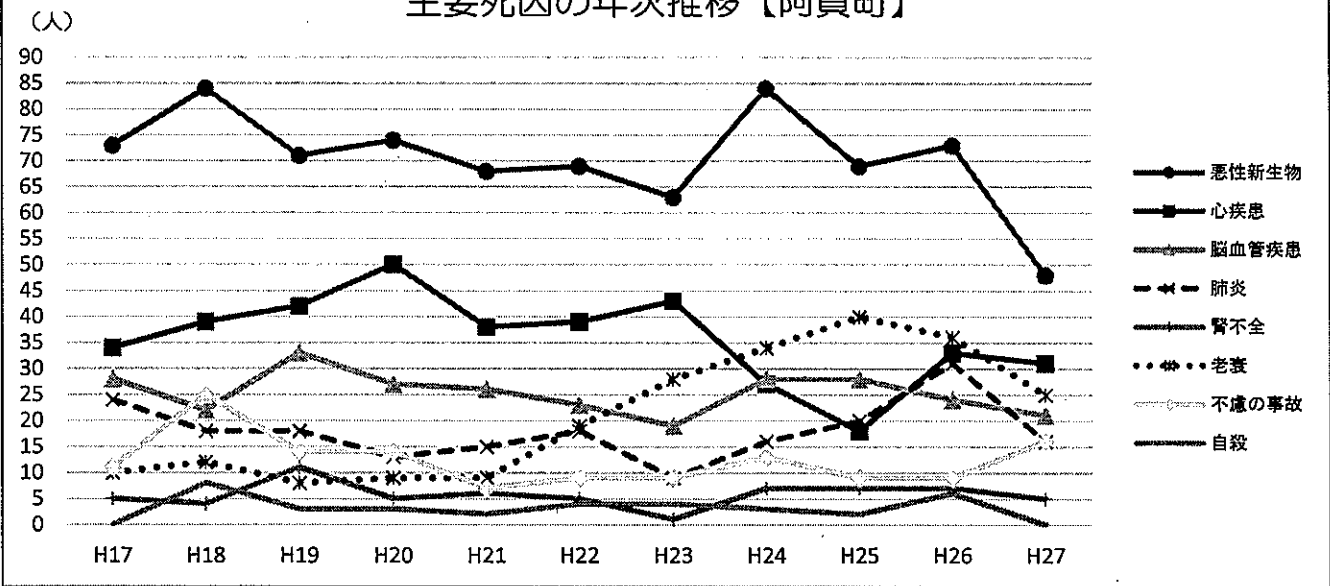
主要死因の推移(P3)でみると、悪性新生物による死亡数は横ばいでH27年度のみ減少しています。

心疾患、脳血管疾患による死亡数もやや減少傾向です。



H24～28年度新潟県福祉保健年報(1-17 死亡数、性・保健所・市町村・死因別)

主要死因の年次推移【阿賀町】



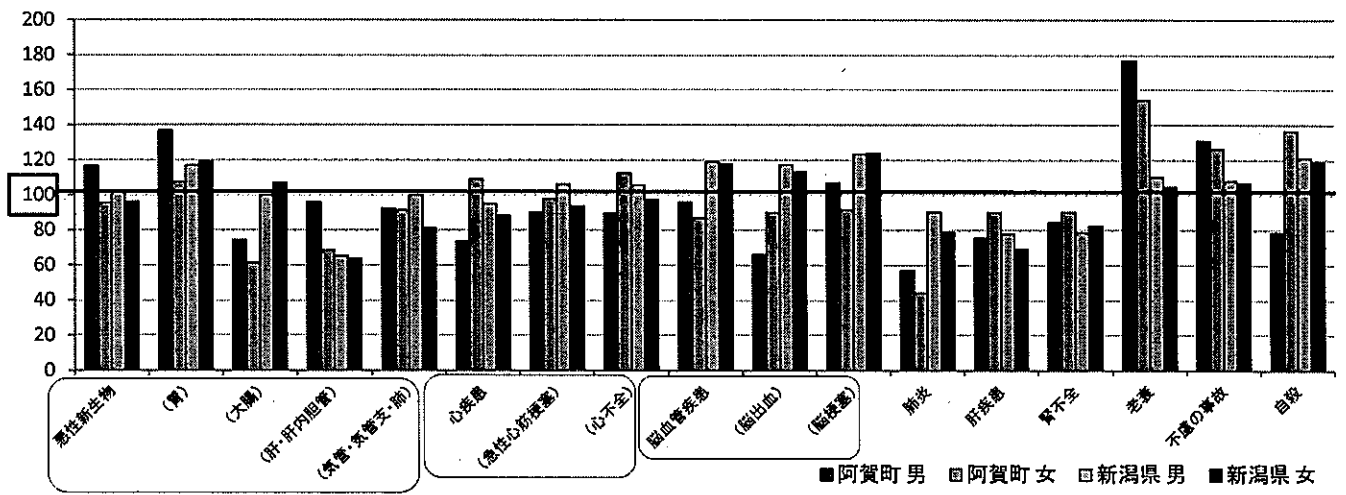
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
悪性新生物	73	84	71	74	68	69	63	84	69	73	48
心疾患	34	39	42	50	38	39	43	27	18	33	31
脳血管疾患	28	22	33	27	26	23	19	28	28	24	21
肺炎	24	18	18	13	15	18	9	16	20	31	16
腎不全	5	4	11	5	6	5	1	7	7	7	5
老衰	10	12	8	9	9	19	28	34	40	36	25
不慮の事故	11	25	14	14	7	9	9	13	9	9	16
自殺	0	8	3	3	2	4	4	3	2	6	0

H18～28年度新潟県福祉保健年報
(1-17 死亡数、性・保健所・市町村・死因別)

死因別に全国平均を100とした場合、全国平均よりも高い死因は、男性では老衰、不慮の事故で、疾病別にみると胃がんが特に高く、心不全、脳梗塞も平均よりも高くなっています。
女性では老衰、自殺、不慮の事故、心疾患が高く、疾病別でみると心不全、胃がんも高くなっています。

(全国平均:100)

主要死因の標準化死亡比【阿賀町・県(男女別)】(H20~24平均)



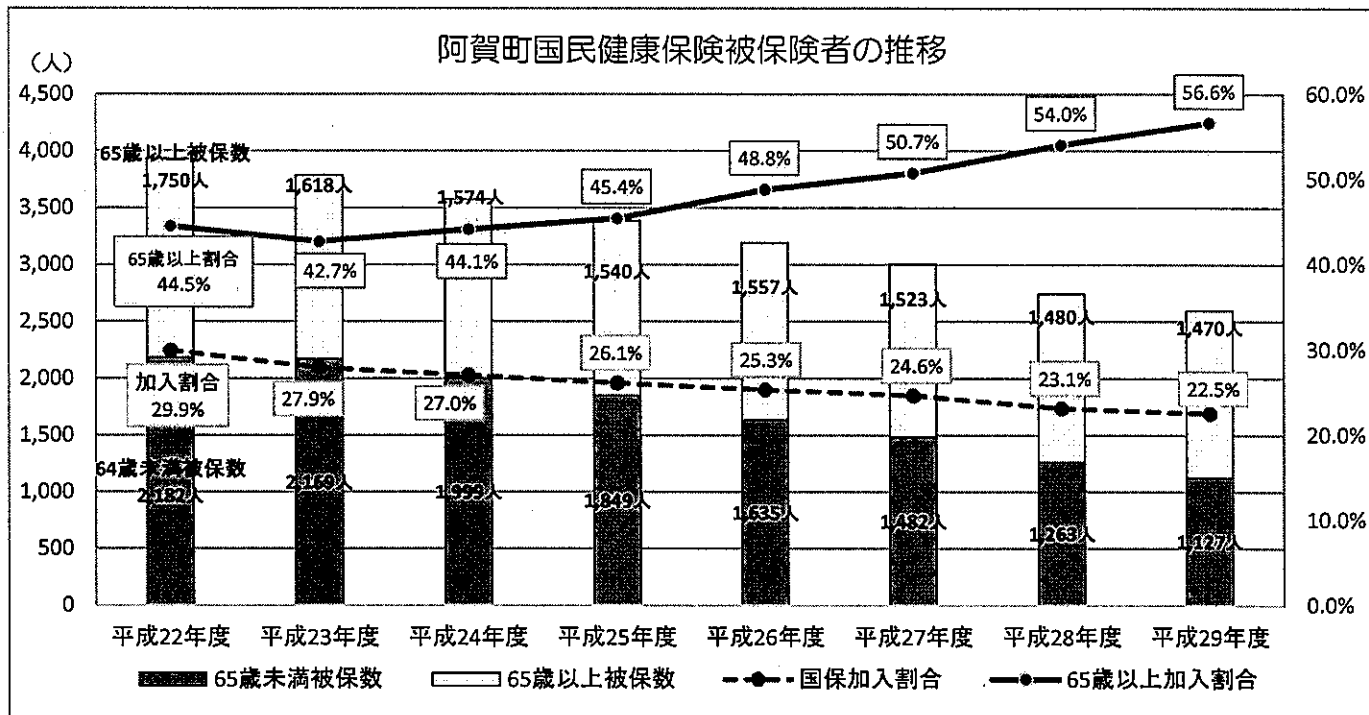
		悪性新生物				心疾患			脳血管疾患			肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺	
		胃	大腸	肝・肝内胆管	気管・気管支・肺	急性心筋梗塞	心不全	脳出血	脳梗塞									
阿賀町	男	116.6	136.8	74.3	95.9	92.4	73.7	90.3	89.8	96.0	66.0	107.0	57.0	75.6	84.5	176.6	131.0	78.6
	女	95.5	107.4	61.5	68.4	91.5	109.1	97.9	112.4	86.8	89.9	91.6	44.2	90.1	90.4	154.2	126.4	136.6
新潟県	男	101.9	116.9	99.8	65.2	99.9	95.1	106.2	105.6	118.9	117.4	123.3	90.4	77.9	78.6	110.3	108.1	121.4
	女	96.2	119.1	106.8	63.7	81.4	88.4	93.6	97.3	117.8	113.1	123.9	78.9	69.1	82.3	104.7	106.8	119.1

阿賀町健康増進計画

(2)阿賀町の医療費の状況

①阿賀町国民健康保険被保険者数の推移

国民健康保険の被保険者数も、町の人口と同様に年々減少しています。年齢構成では65歳以上の被保険者の割合が年々増加し、平成27年度には50%を超えており、今後も高齢化が進行すると考えられます。



国保被保険数及び65歳以上加入割合

	国保被保険数	国保加入割合	65歳以上被保険者	65歳以上加入割合	対前年比(国保被保険者)	対前年比(65歳以上国保被保険者)
平成22年度	3,932	29.9%	1,750	44.5%		
平成23年度	3,787	27.9%	1,618	42.7%	-145	-132
平成24年度	3,573	27.0%	1,574	44.1%	-214	-44
平成25年度	3,389	26.1%	1,540	45.4%	-184	-34
平成26年度	3,192	25.3%	1,557	48.8%	-197	17
平成27年度	3,005	24.6%	1,523	50.7%	-187	-34
平成28年度	2,743	23.1%	1,480	54.0%	-262	-43
平成29年度	2,597	22.5%	1,470	56.6%	-146	-10

各年9月末日被保険数(月報)

②阿賀町の医療環境

阿賀町は県や同規模町村、国に比べて病院数・診療所数に大きな差はありませんが、病床数・医師数は低くなっています。

(人口千人対)

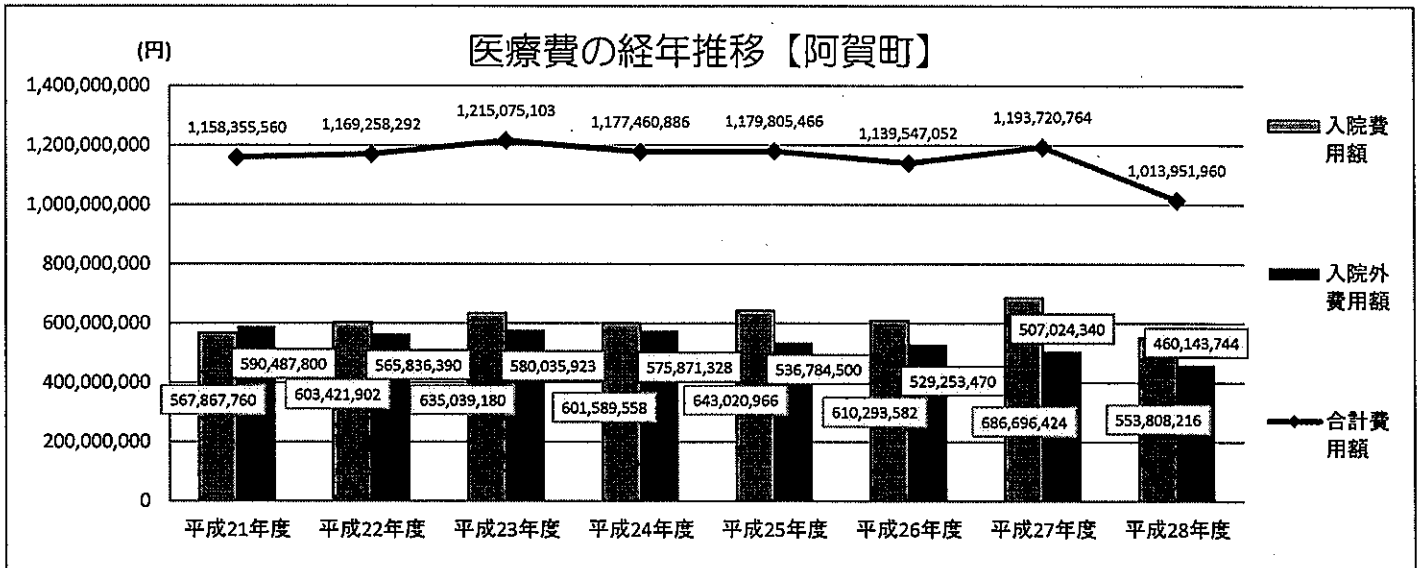
	阿賀町	県	同規模	国
病院数	0.4	0.2	0.2	0.3
診療所数	3.0	3.2	2.2	3.0
病床数	24.8	54.4	33.8	46.8
医師数	4.4	8.7	3.8	9.2

KDB帳票:地域の全体像の把握 28年度累計

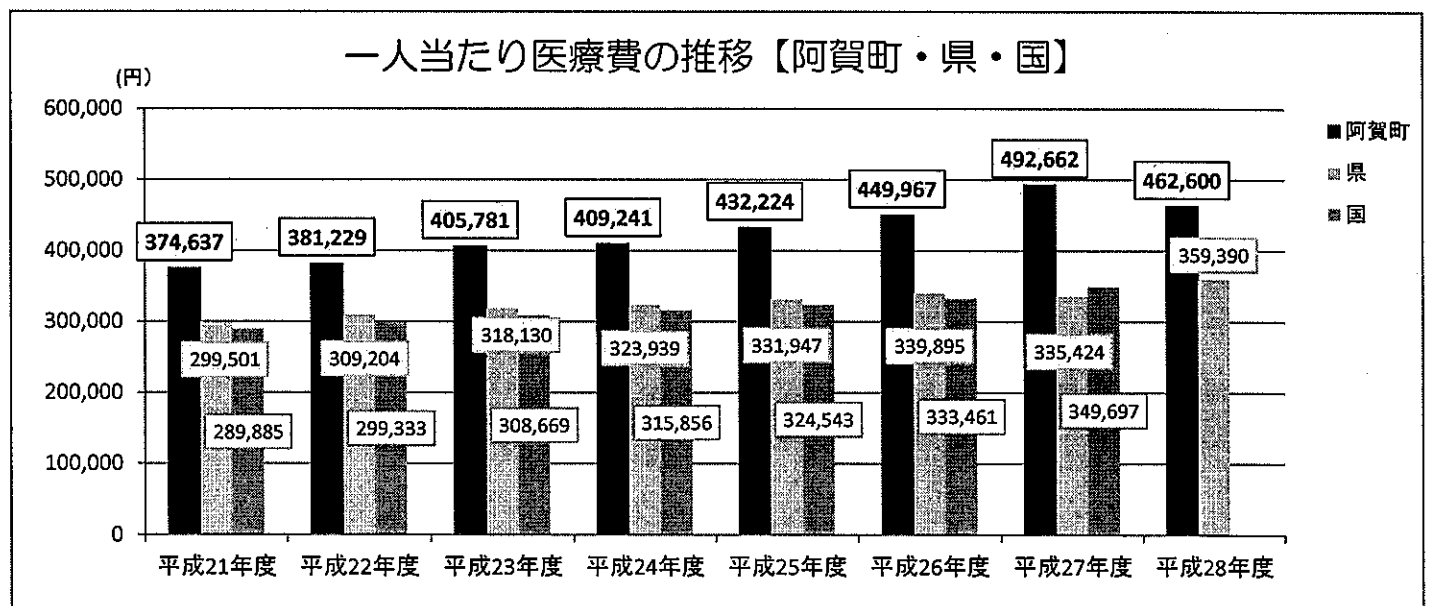
③阿賀町の国保医療費の推移

被保険者数は年々減少していますが、総医療費は横ばいです。平成28年度に総医療費が減少していますが、一人当たり医療費は微減であり、被保険者数の減少が例年に比べ多かった事が影響していると考えられます。また、一人当たり医療費が国・県に比べ高い状態は継続しています。

医療費の内訳では、入院医療費が54.6%を占めており、平成21年度に比べ徐々に入院医療費が占める割合が高くなってきています。



疾病中分類(一般+退職)

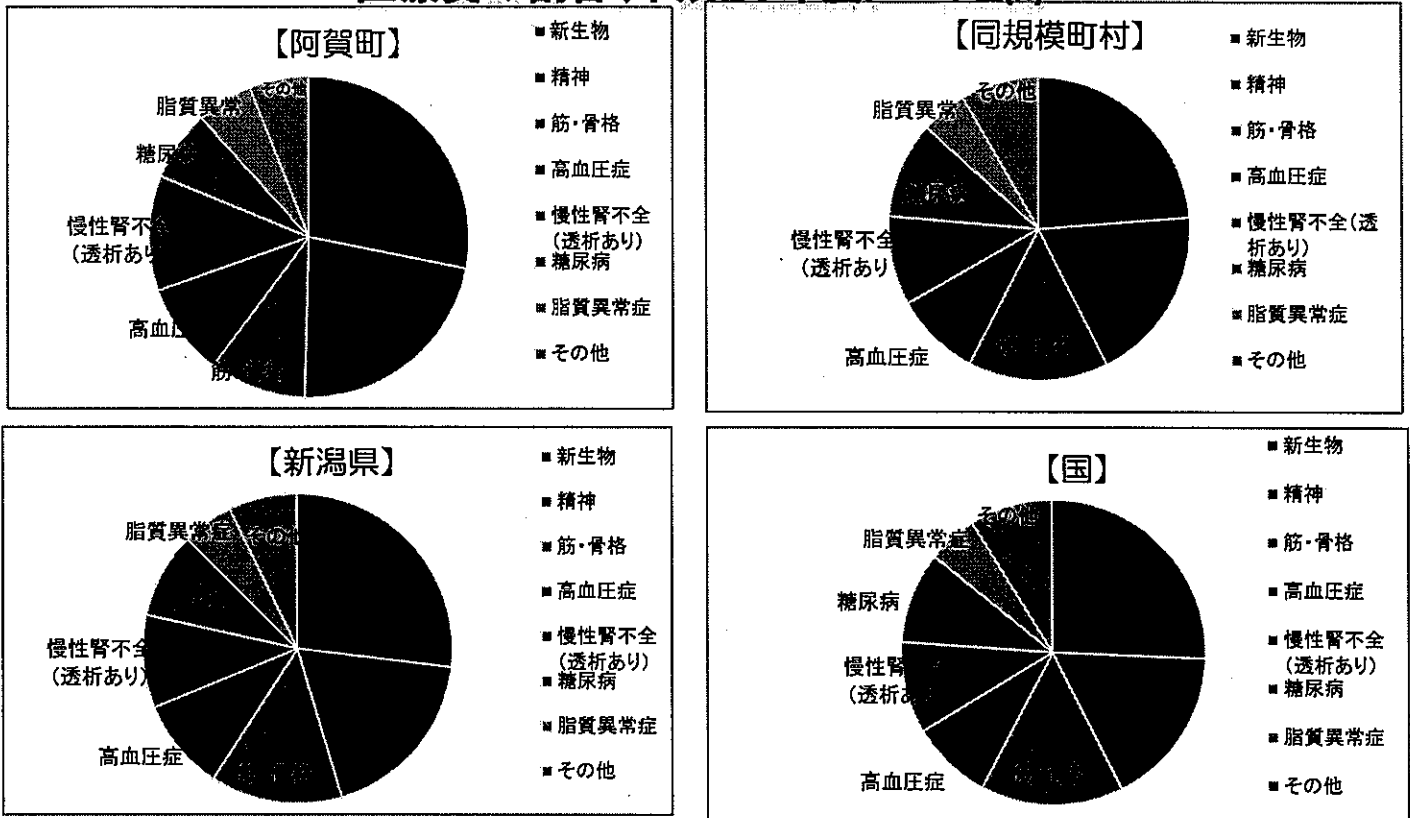


目で見える国保

④医療費の状況

阿賀町の医療費を大きく疾病別で分けると、「新生物」「精神」が全体の半数を占めます。これは同規模保険者や県に比べると「新生物」「精神」ともに割合が高くなっています。一方、細かな疾病別（最小分類）で見ると、「慢性腎不全（透析あり）」「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」等の生活習慣病が上位を占めています。

医療費の割合（平成28年度） 単位(%)



KDB帳票: 健診・医療・介護からみる地域の健康課題 28年度累計

医療費の内訳

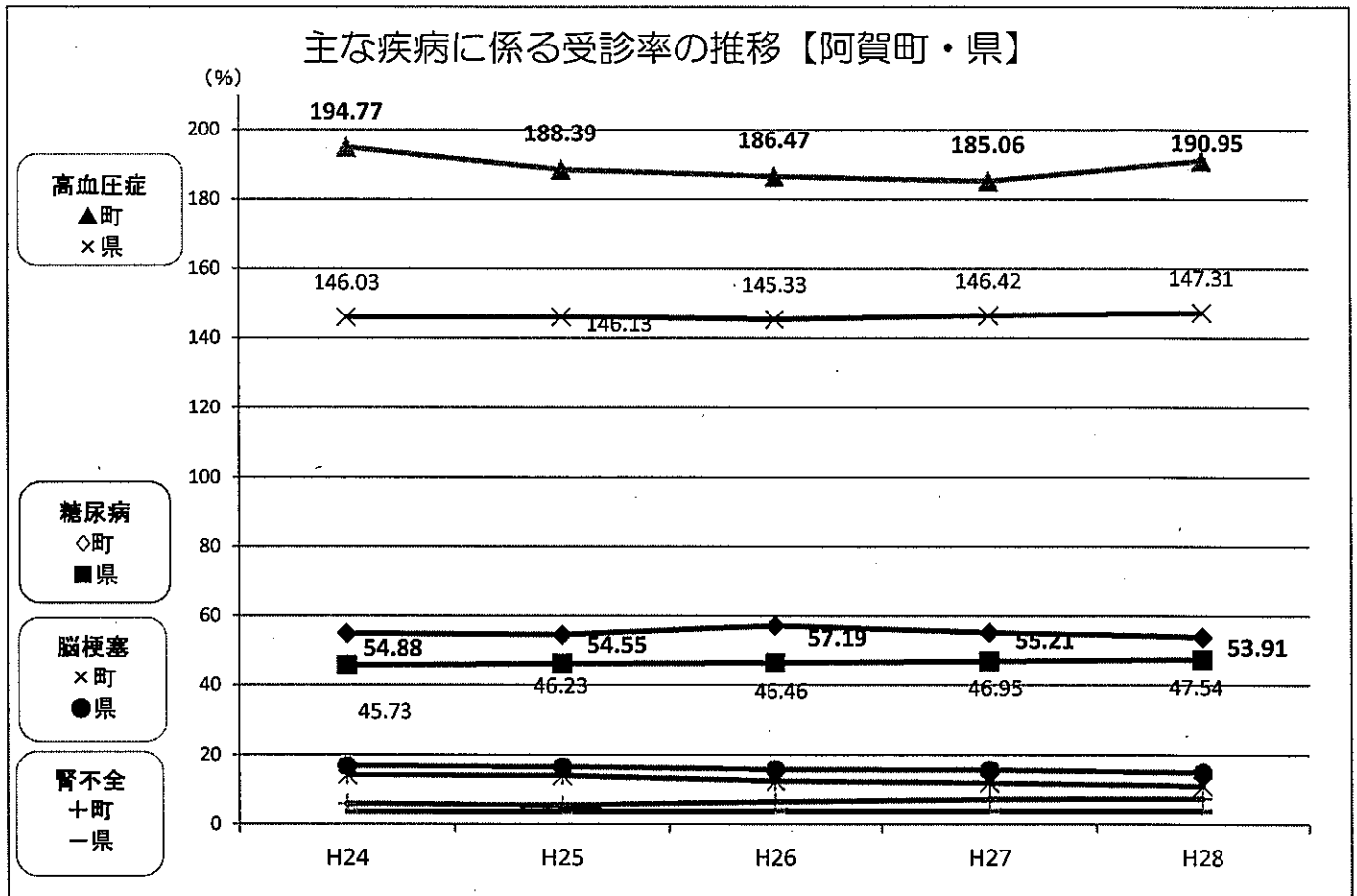
阿賀町全体の医療費(入院+外来)の内訳(最小分類) ... 全体の医療費を100%として計算

順位	平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度	
	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合	傷病名	割合
1位	高血圧症	8.0	統合失調症	7.8	統合失調症	7.4	慢性腎不全(透析あり)	8.0	統合失調症	8.6
2位	統合失調症	7.6	高血圧症	7.3	高血圧症	7.1	統合失調症	7.0	慢性腎不全(透析あり)	6.8
3位	慢性腎不全(透析あり)	5.2	慢性腎不全(透析あり)	6.4	慢性腎不全(透析あり)	6.5	高血圧症	5.9	高血圧症	5.5
4位	糖尿病	4.3	糖尿病	4.4	糖尿病	4.6	糖尿病	3.9	糖尿病	4.4
5位	脂質異常症	4.3	脂質異常症	4.0	脂質異常症	3.8	脂質異常症	3.3	大腸がん	3.5
6位	関節疾患	3.1	関節疾患	3.5	大腸がん	3.7	関節疾患	3.0	脂質異常症	3.4
7位	胃潰瘍	3.0	胃潰瘍	3.0	関節疾患	3.2	大腸がん	2.9	肺がん	3.0
8位	大腸がん	2.4	大腸がん	2.8	胃潰瘍	2.7	胃潰瘍	2.7	うつ病	2.9
9位	胃がん	2.0	胃がん	1.9	パーキンソン病	2.1	うつ病	2.1	関節疾患	2.8
10位	乳がん	2.0	パーキンソン病	1.8	うつ病	1.8	パーキンソン病	1.8	不整脈	2.0

KDB帳票: 医療費分析(2)大、中、小分類 (入院+外来(%))

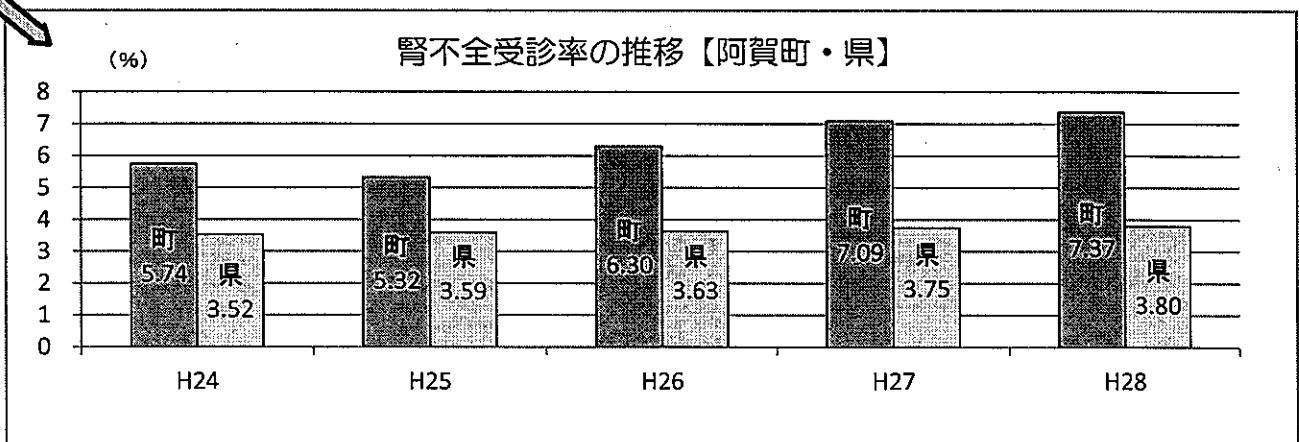
⑤主な疾病に係る受診率の推移

主な疾病の受診率を比較すると、高血圧症が最も高く、受診頻度が高いことが分かります。県と比較しても高血圧症の受診状況は阿賀町特有と考えられます。その他、糖尿病や腎不全でも県と比べ阿賀町の受診率は高く推移しています。特に腎不全の受診率は年々上昇しており、県との差も広がってきています。



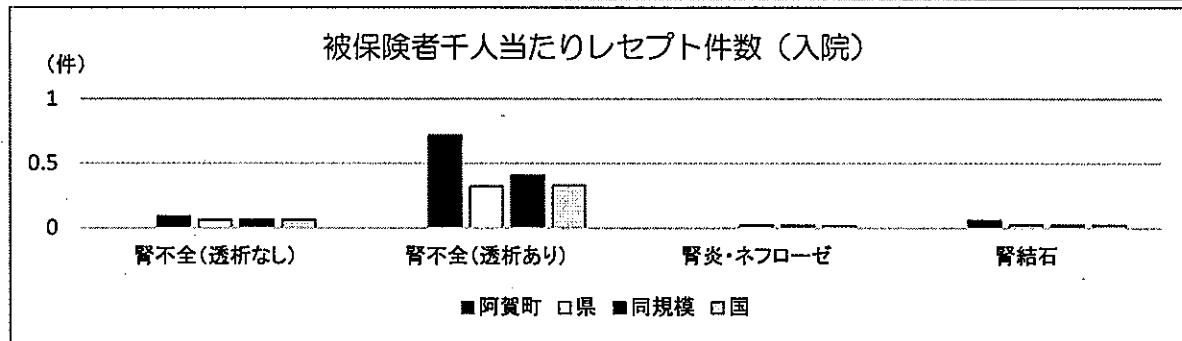
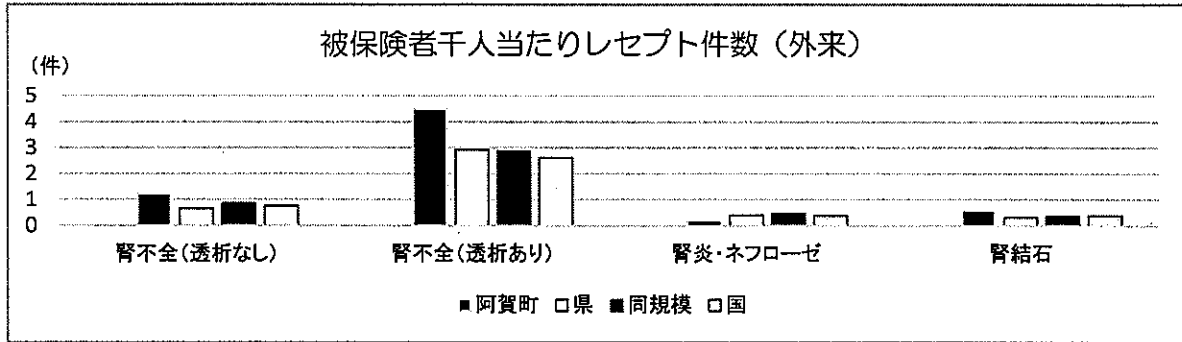
	平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度	
	阿賀町	県	阿賀町	県	阿賀町	県	阿賀町	県	阿賀町	県
高血圧症	194.77	146.03	188.39	146.13	186.47	145.33	185.06	146.42	190.95	147.31
糖尿病	54.88	45.73	54.55	46.23	57.19	46.46	55.21	46.95	53.91	47.54
脳梗塞	13.99	16.64	13.82	16.35	12.25	15.64	11.71	15.48	10.91	14.71
腎不全	5.74	3.52	5.32	3.59	6.30	3.63	7.09	3.75	7.37	3.80

疾病大分類:9月末被保険数



⑥腎不全及び人工透析の状況

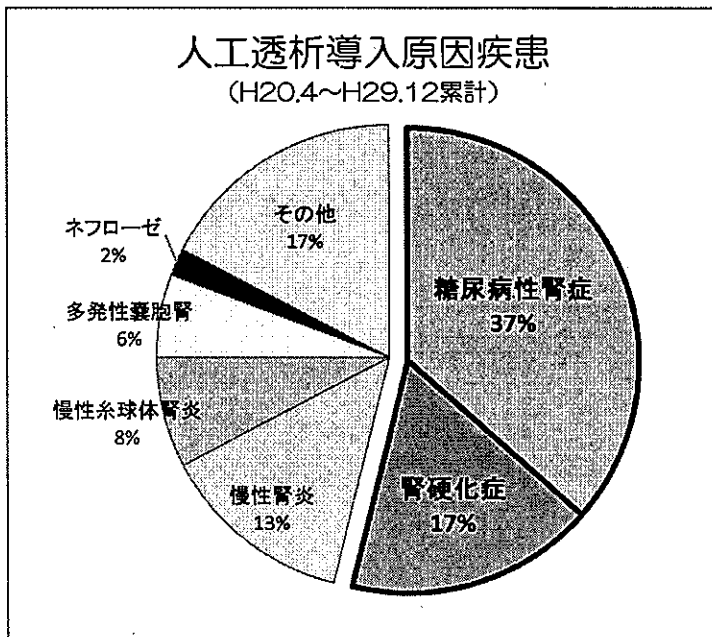
前項で示したとおり、阿賀町の腎不全の受診率及び一人当たり費用額は年々微増傾向にあります。疾病ごとにみると、外来・入院とも慢性腎不全(透析あり)が県・同規模保険者に比べ多くなっています。



KDB帳票: 疾病別医療費分析(細小(82)分類)

人工透析に至る原因疾患は「糖尿病性腎症」と「腎硬化症」が半数を占めます。また、人工透析導入開始年齢は70.0歳で、「糖尿病性腎症」と「腎硬化症」を比較すると糖尿病性腎症の方が早期に透析に至っています。

「糖尿病性腎症」は糖尿病により引き起こされる合併症で、「腎硬化症」は高血圧症による動脈硬化が原因で起こります。



人工透析開始年齢

平均 70.0 歳

糖尿病性腎症の場合

平均 68.3 歳

腎硬化症の場合

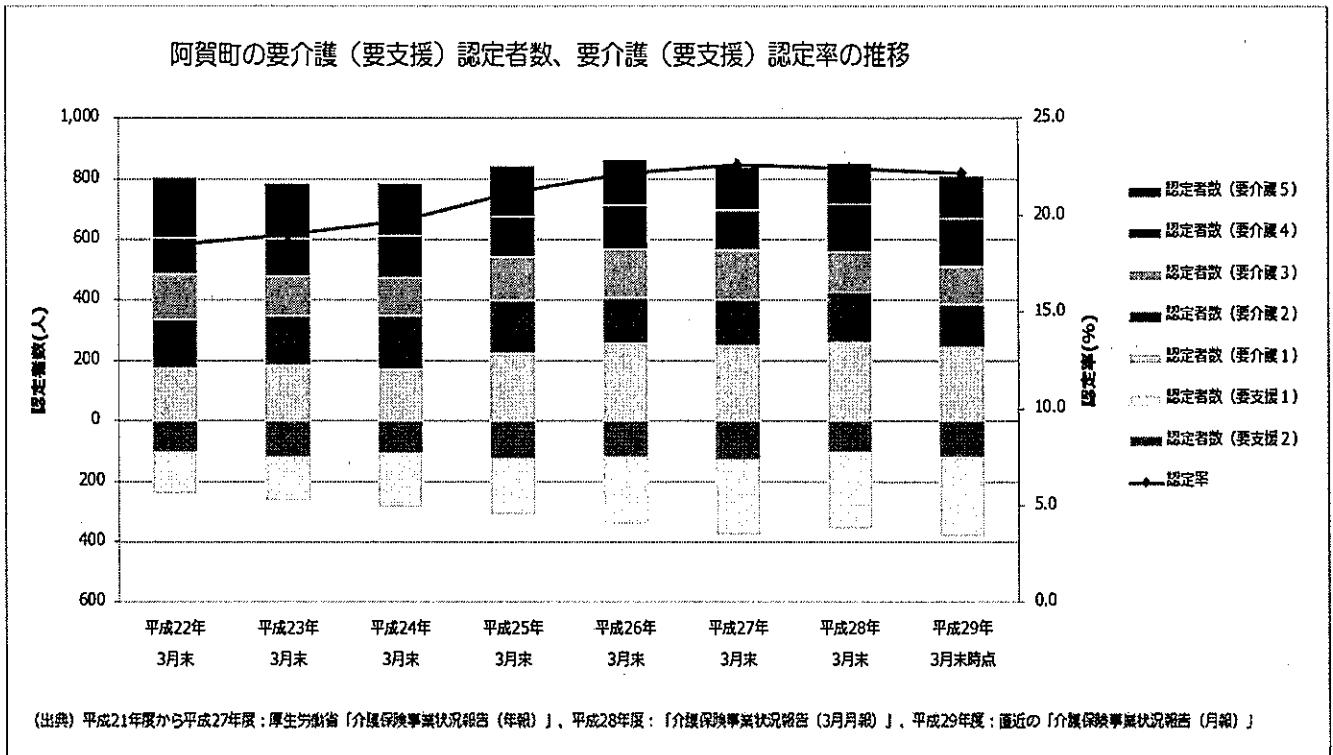
平均 74.3 歳

H20~29年度身体障害者手帳新規申請資料より集計
 ※申請時人工透析開始済み又は人工透析導入準備(シャント形成術施行等)で人工透析開始が見込まれる場合を計上

(3)阿賀町の介護保険の状況

①要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移

要介護（要支援）認定率は年々上昇しています。介護度別では要介護1及び要支援1の割合がゆるやかに増加しています。また、新規認定率は県・同規模町村・国と同じ状況です。



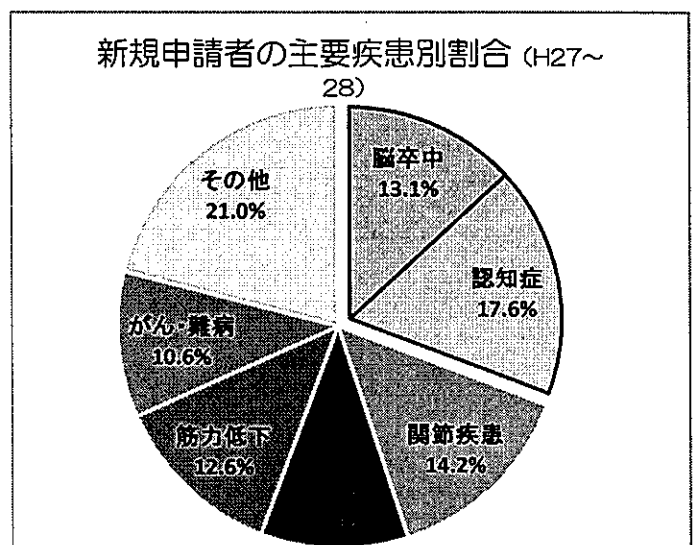
地域包括ケア「見える化」システム

	阿賀町	県	同規模	国
1号認定率	22.0%	21.1%	20.2%	21.2%
2号認定率	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
介護給付費(1件当たり)	64,494	66,771	68,807	58,284
居宅給付費(1件当たり)	39,480	40,875	42,403	39,662
施設給付費(1件当たり)	264,898	280,314	278,098	281,186

KDB帳票：地域の全体像の把握 28年度累計

②新規介護保険申請者の主要疾患

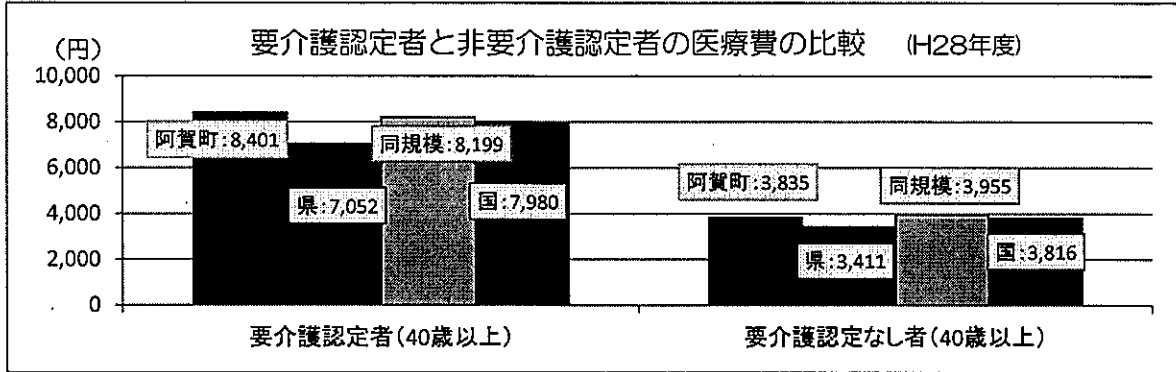
新規介護保険申請者の主要疾患を比較すると、認知症、関節疾患、脳卒中の順で割合が多くなっています。生活習慣病が発症のリスクを高める認知症と脳梗塞で全体の3割を占めます。



阿賀町 介護保険係データ

③要介護認定者の医療費

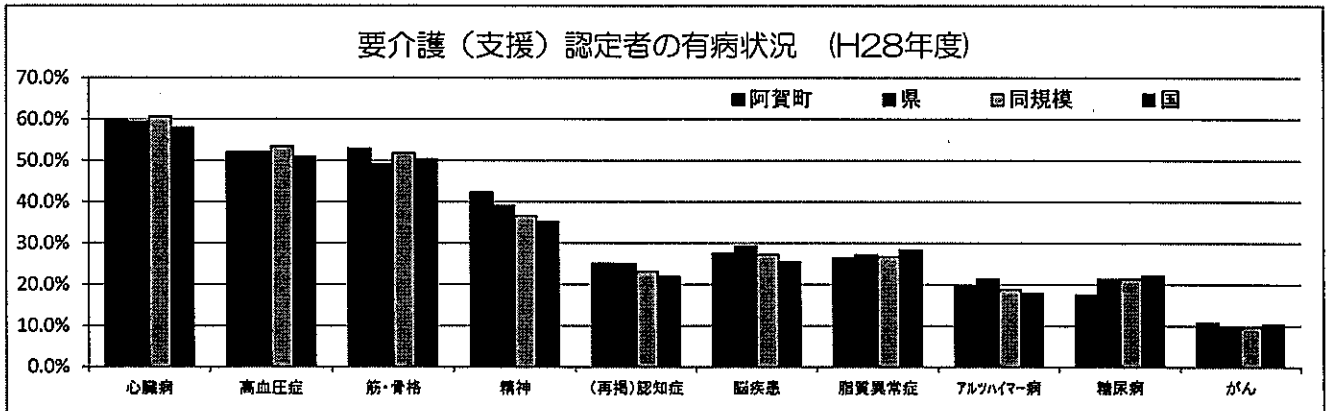
介護を受けている人の医療費(医科)は介護を受けていない人と比較して5,000円前後高くなっています。また、阿賀町の要介護認定者の医療費は県、同規模、国と比べても若干高い状態です。



KDB帳票:地域の全体像の把握 28年度累計

④要介護(支援)認定者の有病状況

介護支援の認定者のなかで最も多いのが心臓病で、次いで多いのが高血圧症となっています。

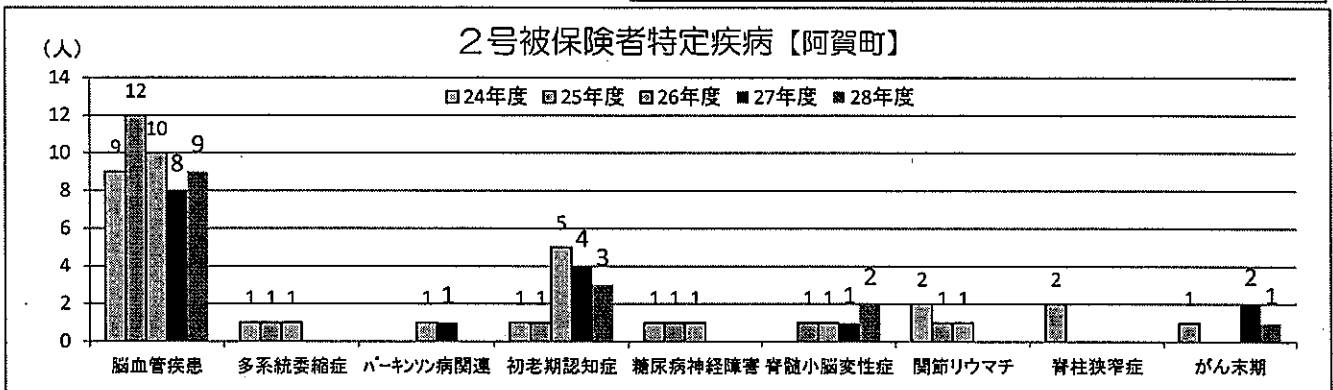
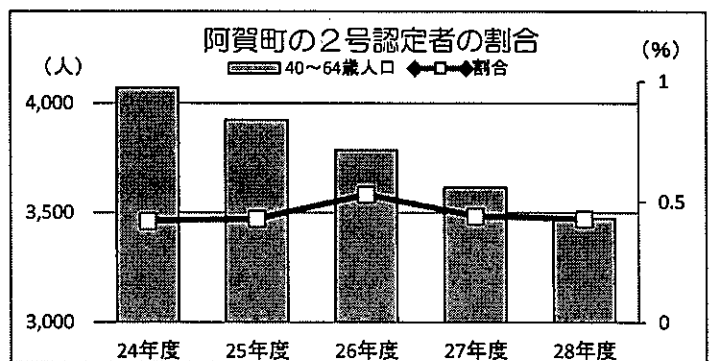


KDB帳票:地域の全体像の把握 28年度

⑤2号認定者の状況

40歳から64歳で介護認定を受けている2号認定者の割合は年々増加しています。

2号被保険者の特定疾病(要介護状態の原因になった疾患)は脳血管疾患が最も多いです。



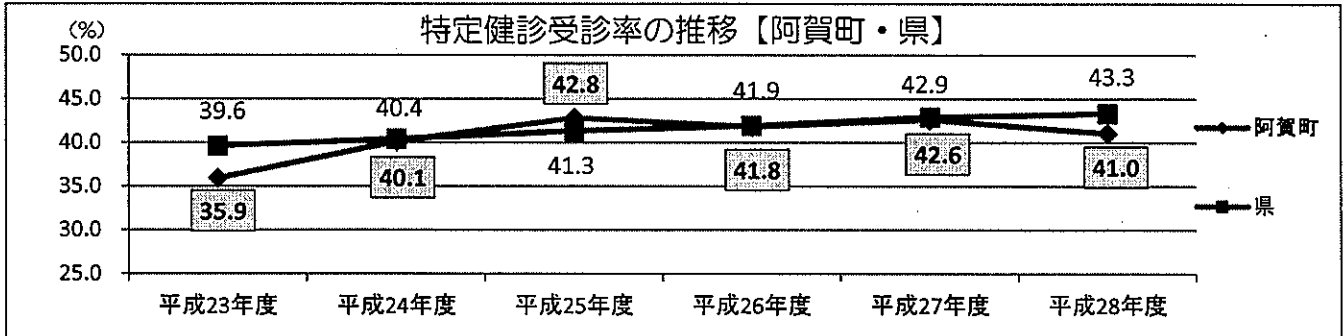
各年度末 地区別年齢別人口集計表:介護保険 汎用リスト 受給者台帳

(4)阿賀町の特定健診・特定保健指導の状況

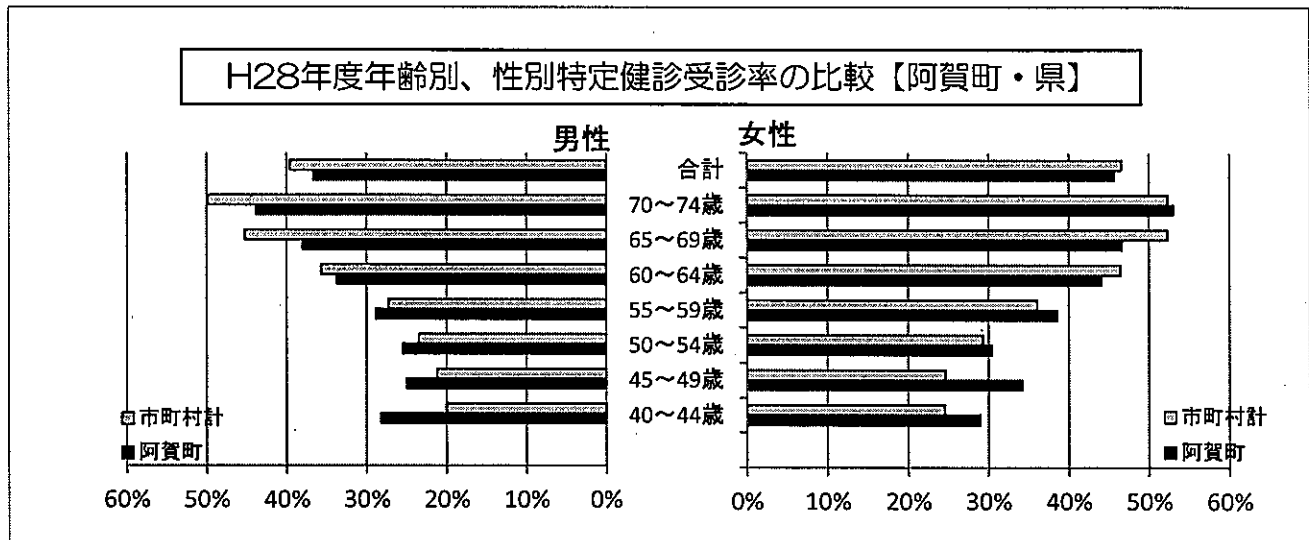
①特定健診受診の状況

阿賀町の特定健診受診率は、40%程度で推移しており、ほぼ県平均と同様です。

平成28年度の実施率を年代別、性別でみると、男女ともに65歳以降の受診率が高く、40～44歳では、女性の受診率が県、国に比べて高くなっています。



新潟県:各年特定健康診査・保健指導実施状況について



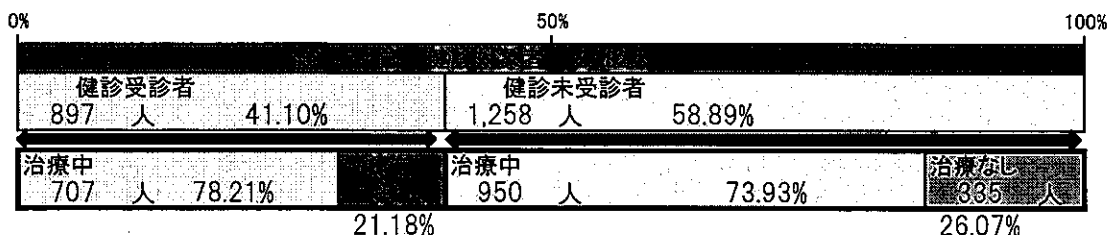
県(男性)	阿賀町(男性)	合計	阿賀町(女性)	県(女性)
39.6%	38.3%	合計	47.5%	45.3%
49.9%	44.7%	70~74歳	51.4%	51.7%
45.3%	42.3%	65~69歳	54.4%	51.5%
35.7%	36.2%	60~64歳	38.8%	46.2%
27.3%	30.8%	55~59歳	44.8%	34.7%
23.5%	28.1%	50~54歳	37.7%	28.7%
21.2%	32.0%	45~49歳	25.8%	24.0%
20.1%	19.6%	40~44歳	38.6%	22.5%

新潟県:平成28年度特定健康診査・保健指導実施状況について

②特定健診結果の状況

・特定健診の未受診者状況(生活習慣病) <H28年度>

特定健診の未受診者は全体の約59%で、1,258人。そのうちの約26%の335人は生活習慣病の治療も受けていないため、健康状態の把握ができていません。



KDB帳票:厚生労働省様式6-10 28年度累計

・健診受診者・未受診者医療費の状況

健診受診者と未受診者のレセプト1件あたりの点数を比較すると、未受診者の方が受診者を上回っています。また、平成26年度に比べ特定健診受診者では点数が減少、特定健診未受診者は増加しており、健診を受けて早期に適切な保健指導を受けることで、1件あたりの医療費が減少し、総医療費の減少にも繋がると考えられます。

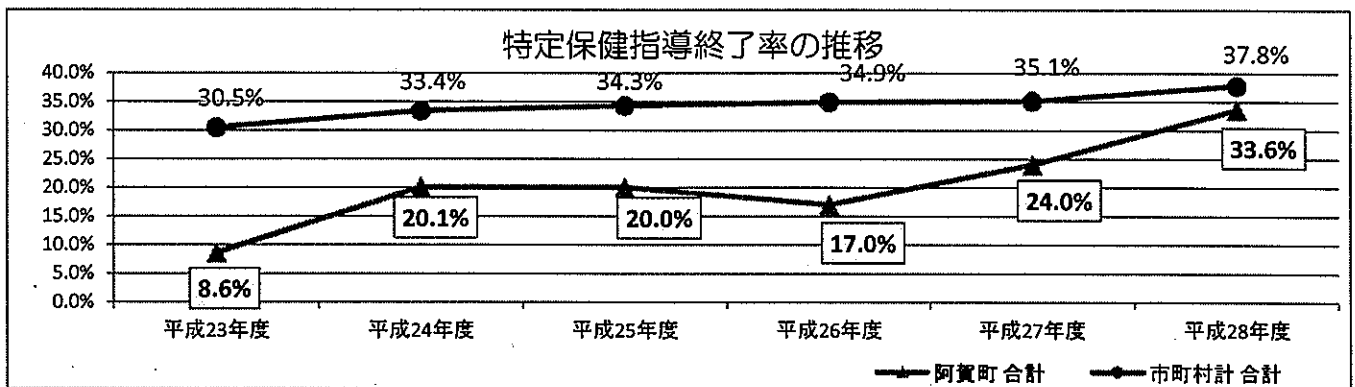
(点)

(レセプト1件あたり)	阿賀町	県	同規模	国
健診受診者	2,282	2,324	2,481	2,354
健診未受診者	4,541	3,929	4,137	3,988

KDB帳票: 地域の全体像の把握 28年度累計

・特定保健指導終了率の推移

特定保健指導の終了率は県平均よりも低い状態ですが、年々終了率が伸びてきています。



新潟県: 各年特定健康診査・保健指導実施状況について

・メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は22.2%で、県や同規模町村、国に比べ高い状態です。特に男性の割合が33.7%と高く、予備群上も県や同規模町村、国を上回っています。

BMI該当者総数はあまり差がなく、腹囲、脂質と血糖+血圧、血圧+脂質が若干高い状況です。

H28特定健診受診者メタボ該当者

		阿賀町	県	同規模	国
メタボ該当者割合 (計)		22.2%	17.3%	17.8%	17.3%
	男	33.7%	26.3%	27.0%	27.5%
	女	12.2%	9.8%	10.1%	9.5%
予備群割合 (計)		11.4%	9.2%	10.9%	10.7%
	男	17.6%	14.4%	16.4%	17.2%
	女	6.0%	4.9%	6.3%	5.8%
検査値		阿賀町	県	同規模	国
腹囲	総数	36.3%	29.1%	32.1%	31.5%
	男	55.2%	44.6%	48.2%	50.2%
	女	20.1%	16.2%	18.6%	17.3%
BMI	総数	4.3%	4.6%	5.6%	4.7%
	男	0.5%	1.9%	2.0%	1.7%
	女	7.7%	6.9%	8.7%	7.0%
血糖		0.6%	0.6%	0.7%	0.7%
血圧		7.2%	6.1%	7.8%	7.4%
脂質		3.6%	2.4%	2.4%	2.6%
血糖・血圧		3.5%	2.4%	3.3%	2.7%
血糖・脂質		0.7%	1.2%	0.9%	0.9%
血圧・脂質		11.5%	7.9%	8.1%	8.4%
血糖・血圧・脂質		6.6%	5.7%	5.5%	5.3%

KDB帳票: 地域の全体像の把握 28年度累計

・健診有所見者状況

健診結果の有所見者割合では、男性はHDLコレステロール値、女性ではHbA1c値の割合が県よりも高くなっています。また性別・年代別では、BMIと腹囲、中性脂肪がどの年代でも県平均よりも高い状況です。HbA1cでは、60歳以降で県平均よりも割合が高くなっています。

(%)

		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT (GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール
男性	阿賀町	30.1	55.2	37.1	19.0	9.9	14.7	68.4	41.2	29.2	42.2
	県	27.3	44.5	31.5	19.2	7.7	24.6	65.0	45.5	26.5	42.8
	全国	30.5	50.1	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	49.2	24.1	47.3
女性	阿賀町	24.6	20.1	26.9	7.5	2.1	9.1	72.9	32.5	16.4	48.4
	県	19.8	16.2	21.2	8.1	2.0	12.9	67.4	38.7	15.9	51.9
	全国	20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	42.7	14.4	57.1

KDB帳票：厚生労働省(様式6-2~7)健診有所見者状況 28年度累計

・BMI

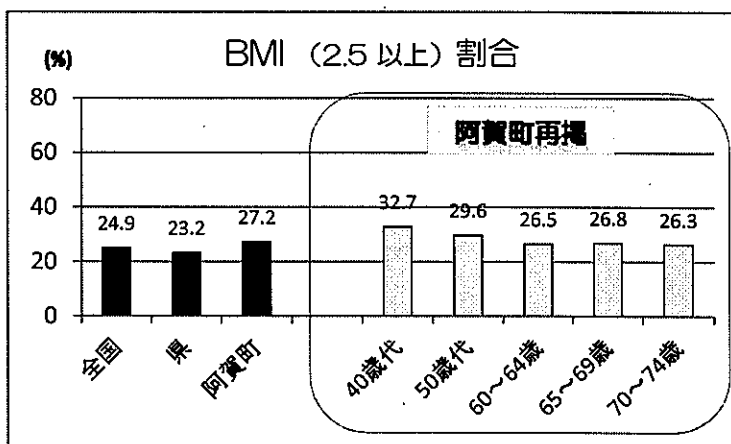
BMI25以上の割合(%)

阿賀町	27.2
県	23.2
全国	24.9

阿賀町(再掲)

(%)

40歳代	50歳代	60~64歳	65~69歳	70~74歳
32.7	29.6	26.5	36.7	26.3



・腹囲

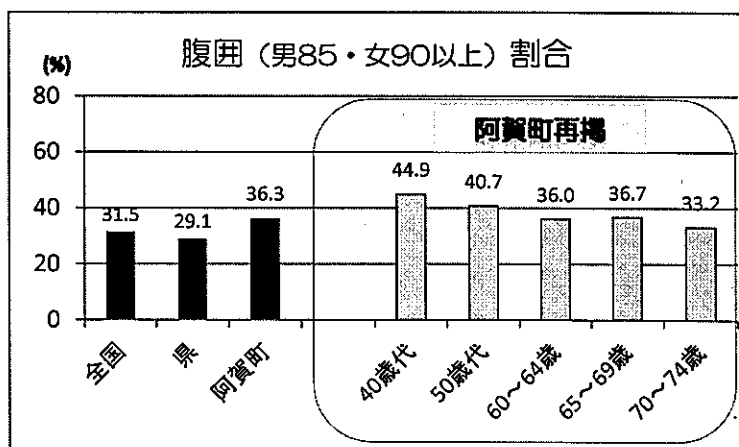
腹囲男85cm・女90cm以上の割合(%)

阿賀町	36.3
県	29
全国	31.5

阿賀町(再掲)

(%)

40歳代	50歳代	60~64歳	65~69歳	70~74歳
44.9	40.7	36.0	36.7	33.2



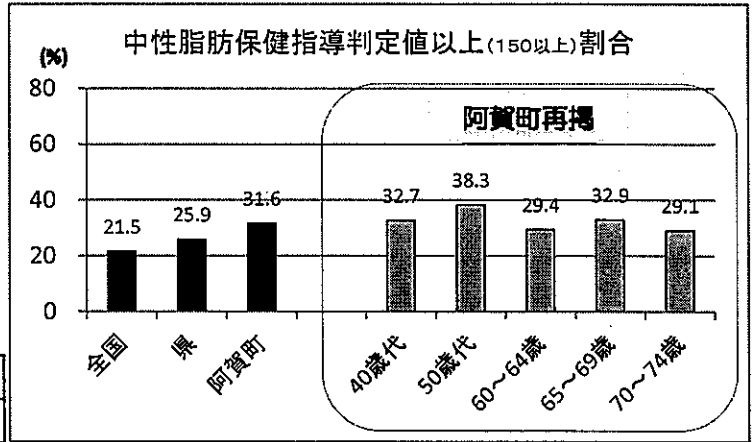
・中性脂肪

中性脂肪150mg/dl以上の割合(%)

阿賀町	31.6
県	25.9
全国	21.5

阿賀町(再掲) (%)

40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳
32.7	38.3	29.4	32.9	29.1



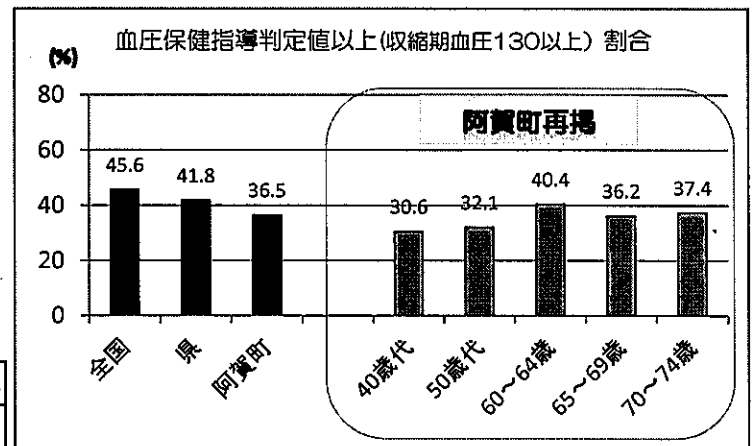
・血圧

収縮期血圧130mmHg以上の割合(%)

阿賀町	36.5
県	41.8
全国	45.5

阿賀町(再掲) (%)

40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳
30.6	32.1	40.4	36.2	37.4



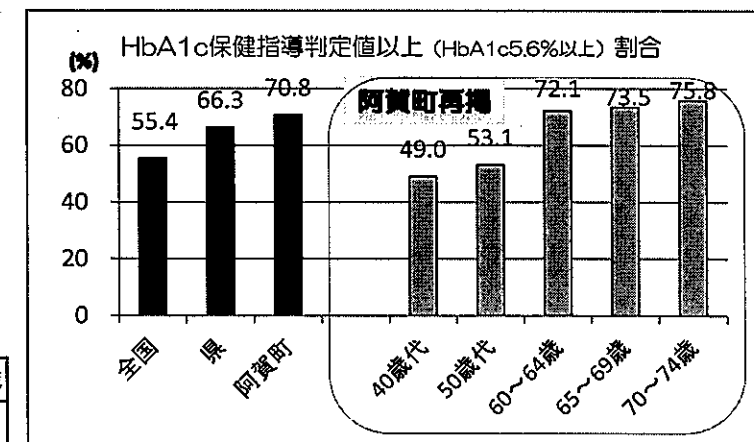
・糖代謝

HbA1c5.6%以上の有所見者

阿賀町	70.8
県	66.3
全国	55.4

阿賀町(再掲) (%)

40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70～74歳
49.0	53.1	72.1	73.5	75.8



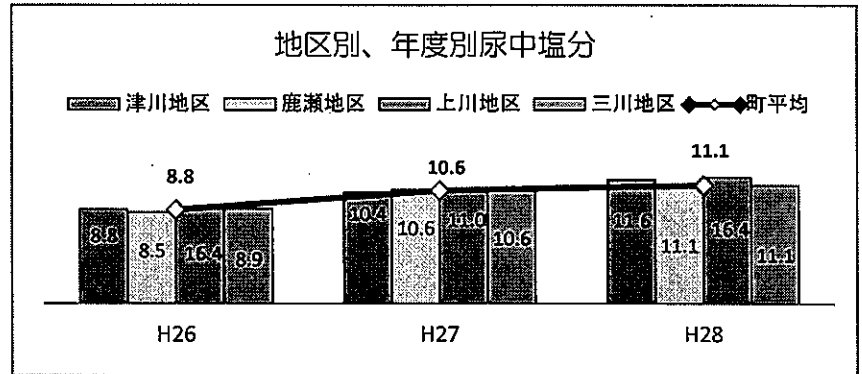
・尿中塩分

平成25年から慢性腎臓病予防のための保健事業を開始し、特定健診での尿中塩分量測定を開始しました。厚生労働省が発表した塩分の摂取量の目標は、1日あたり男性が8g、女性が7gですが、阿賀町ではほとんどの地区、年代において10gを超えています。

腎機能の状態がわかるeGFRの結果をみると、慢性腎臓病(CKD)の危険度が高いハイリスク該当者は、年齢が高いほど多く、H27・28年度はほぼ横ばいです。

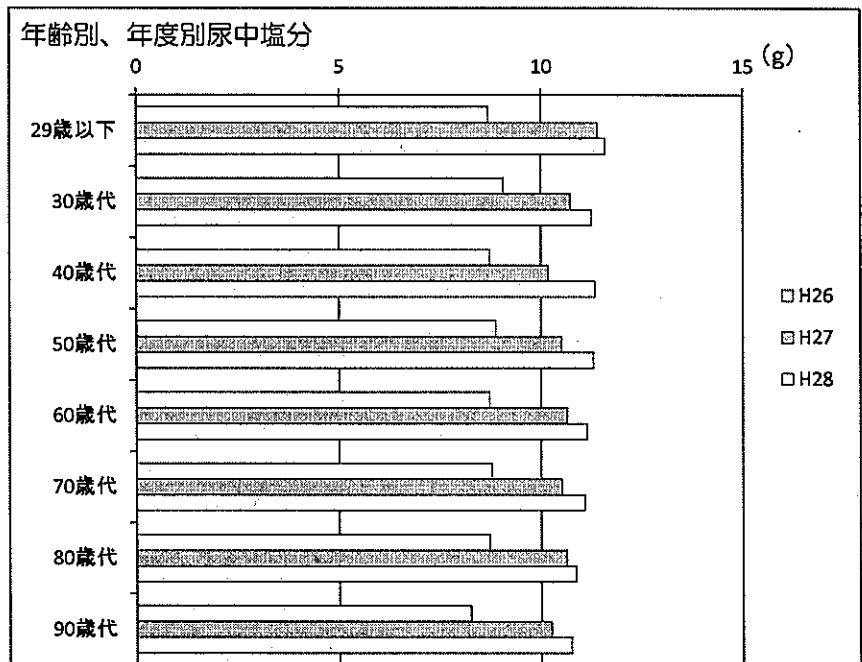
(g)

	H26	H27	H28
町平均	8.8	10.6	11.1
津川地区	8.8	10.4	11.6
鹿瀬地区	8.5	10.6	11.1
上川地区	8.9	10.7	11.8
三川地区	8.9	10.6	11.1



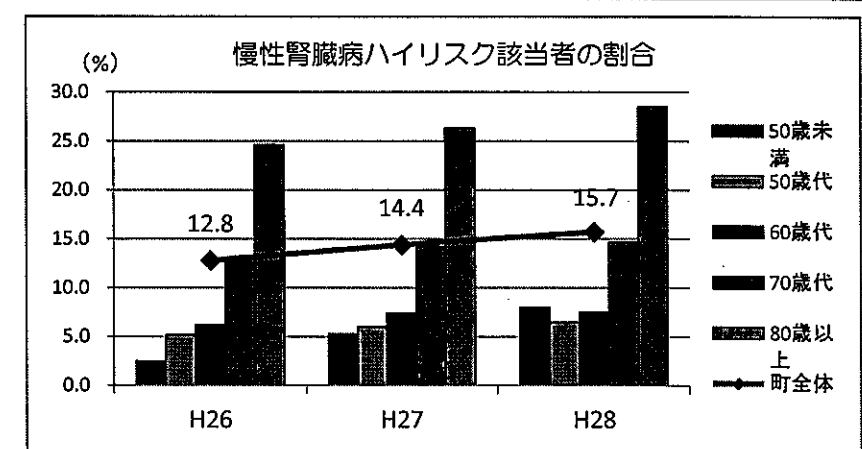
(g)

	H26	H27	H28
29歳以下	8.7	11.4	11.6
30歳代	9.1	10.7	11.3
40歳代	8.7	10.2	11.3
50歳代	8.9	10.5	11.3
60歳代	8.7	10.6	11.1
70歳代	8.8	10.5	11.1
80歳代	8.7	10.6	10.9
90歳代	8.3	10.3	10.7



eGFR結果・CKDハイリスク該当者 (%)

	H26	H27	H28
町全体	12.8	14.4	15.7
50歳未満	2.5	5.3	8.0
50歳代	5.2	6.0	6.5
60歳代	6.2	7.4	7.5
70歳代	12.9	14.2	14.7
80歳以上	24.6	26.3	28.5

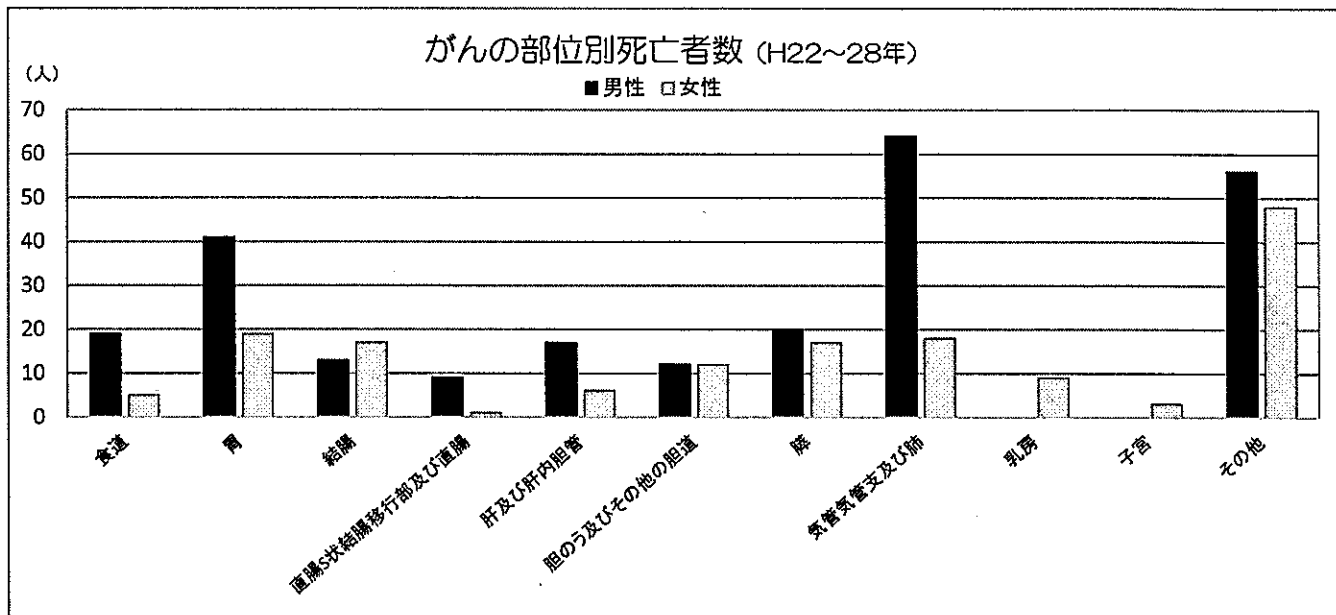


H26～28年度集団健診(特定健診・住民健診)結果より

(5) がん及びがん検診の状況

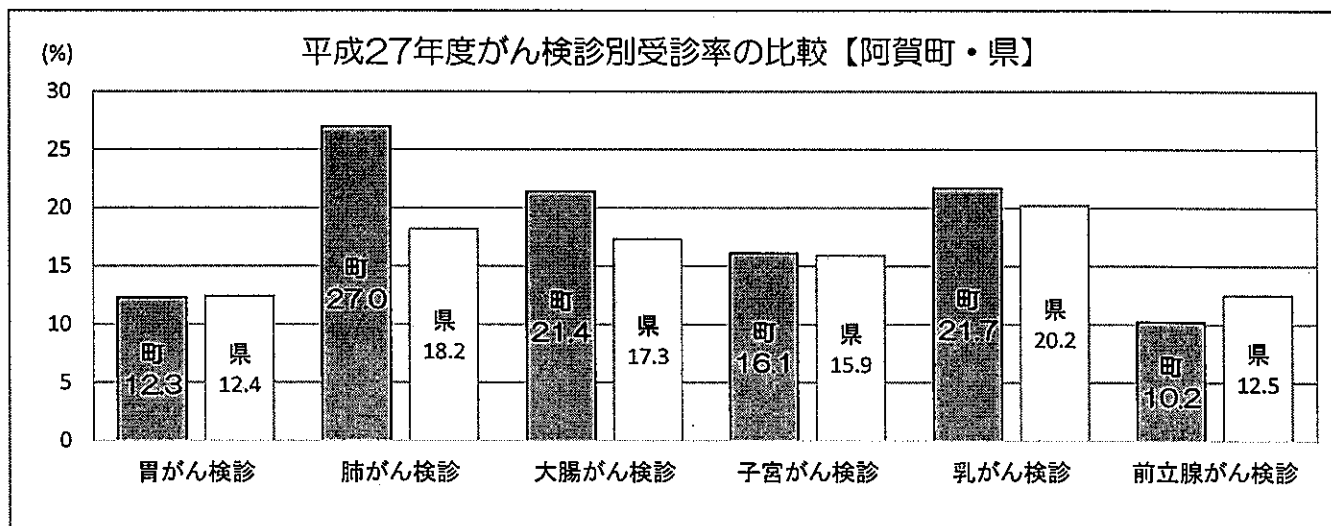
2ページの「④主要な死亡要因」で示したとおり、死因の約3分の1が悪性新生物(以下がん)が占めています。がんの部位別に死亡者数を比較すると、男性では「気管気管支及び肺」「胃」「食道」の順で多く、女性では「胃」「気管気管支及び肺」「結腸」の順で多くなっています。

また、がん検診を実施している「胃がん」「大腸がん」「肺がん」「乳がん」「子宮がん」が、がんによる死亡者の47.8%を占めています。



H23~28年新潟県福祉保健年報(1-17 死亡数、性・保健所・市町村・死因別)

がん検診の受診率を県と比較すると、平成27年度では、ほとんどのがん検診が県平均よりも受診率が高くなっていますが、県が目標として掲げる50%には到達していません。また、胃がん・前立腺がん検診の受診率は他のがん検診に比べ受診率が低く、15%に満たない状況です。



新潟県: H27年度にいたがたの生活習慣病

2. 阿賀町の健康課題

①阿賀町の現状

医療・健診から見える現状	介護保険から見える現状
<ul style="list-style-type: none"> ●平均寿命と健康寿命の差が、男性約15歳、女性約20歳で、要介護状態等の健康状態が悪い期間が10年以上ある ●「悪性新生物」による死亡が3割を占め、医療費でも全体の4分の1を占める ●「脳血管疾患」が死因の1割を占める ●県や同規模町村に比べ、腎不全の受診率及び一人当たり医療費が高い ●「脳血管疾患」「腎不全」のリスクを高める「糖尿病」「高血圧症」「脂質代謝異常症」の受診率・医療費が高く患者が多い ●医療費の内訳を疾病別に見ると、「統合失調症」「慢性腎不全(透析あり)」「高血圧症」「糖尿病」の順で割合が高い ●人工透析導入の主原因は「糖尿病性腎症」と「腎硬化症」で半数を占める ●特定健診で糖代謝異常の有所見者の割合が県に比べ高く、予備群にあたる保健指導判定値の者の割合も多い ●肥満の有所見者が多く、特に男性は5割以上が腹囲が基準値を超えている ●特定健診・住民健診受診者の慢性腎臓病(CKD)のハイリスク者の割合が年々増加している。 ●男性の喫煙率、2合以上飲酒する者の割合が県平均よりも高い 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護保険申請の原因疾患は「認知症」「脳血管疾患」が多い ●65歳以下の介護保険申請の原因の56.4%を「脳血管疾患」が占める ●要介護(要支援)認定者の半数が「心臓病」や「高血圧症」を有病している ●要介護(要支援)認定者の1割が「がん」を有病している ●要介護(要支援)認定者の医療費は認定を受けていない者に比べ高額

②現状からみえる健康課題

課題1	脳血管疾患や関連する認知症による要介護申請が多く、脳血管疾患対策が重要である
課題2	脳血管疾患や腎不全の要因となる糖尿病やその予備群が増えており、発症及び重症化予防の取り組みが必要である
課題3	医療費の中で腎不全が占める割合が高く、高血圧・糖尿病対策と併せた取り組みが必要である
課題4	がんによる死亡が多く、医療費に占める割合も高いため、検診受診率を上げ、早期発見・治療につなげる事が重要である

* 阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)では、課題1～3を優先課題として取り組みます。

第2章

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第2章 保健事業実施計画(データヘルス計画)

1. 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(以下「KDB」とする。)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、保健事業の評価を行うための基盤が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、こ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保健事業実施計画(以下「データヘルス計画」とする。)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組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプトを活用した保健事業を推進することとされています。

これまでも、保険者においてはレセプト等や統計資料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ましたが、今後はさらに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。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第82条第4項の規定に基づき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。)の一部を改正し、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にデータヘルス計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価が義務付けられました。

このことから、阿賀町では平成28年度に第1期阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定し保健事業を推進してきました。このたび第1期計画の評価及び第2期阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(以下、阿賀町データヘルス計画とする。)を策定しました。

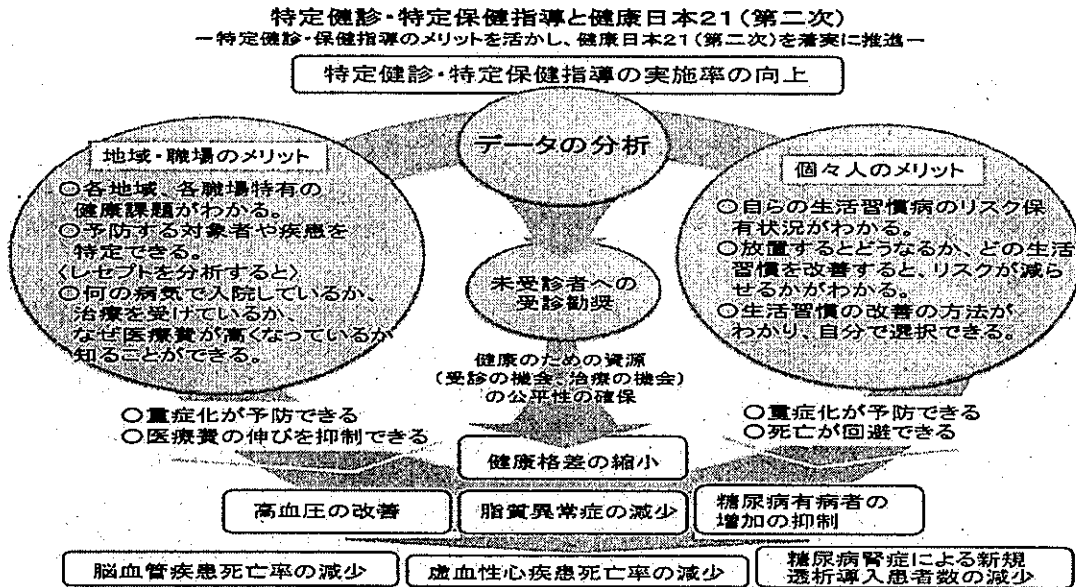
(2)データヘルス計画の位置づけ

データヘルス計画は、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果的な保健事業の実施を図るための保健事業の計画であり、計画の策定にあたっては特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用して分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。(2ページ(図表1)(図表2))

阿賀町データヘルス計画は、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」に示された基本方針を踏まえるとともに、「都道府県健康増進計画(健康にいがた21(第2次))」及び「阿賀町健康増進計画・阿賀町食育推進計画(いきいき元気プラン)(第2次)」「阿賀町国民健康保険第3期 特定健康診査等実施計画」、それぞれの計画と整合性を図ります。(3ページ(図表3))

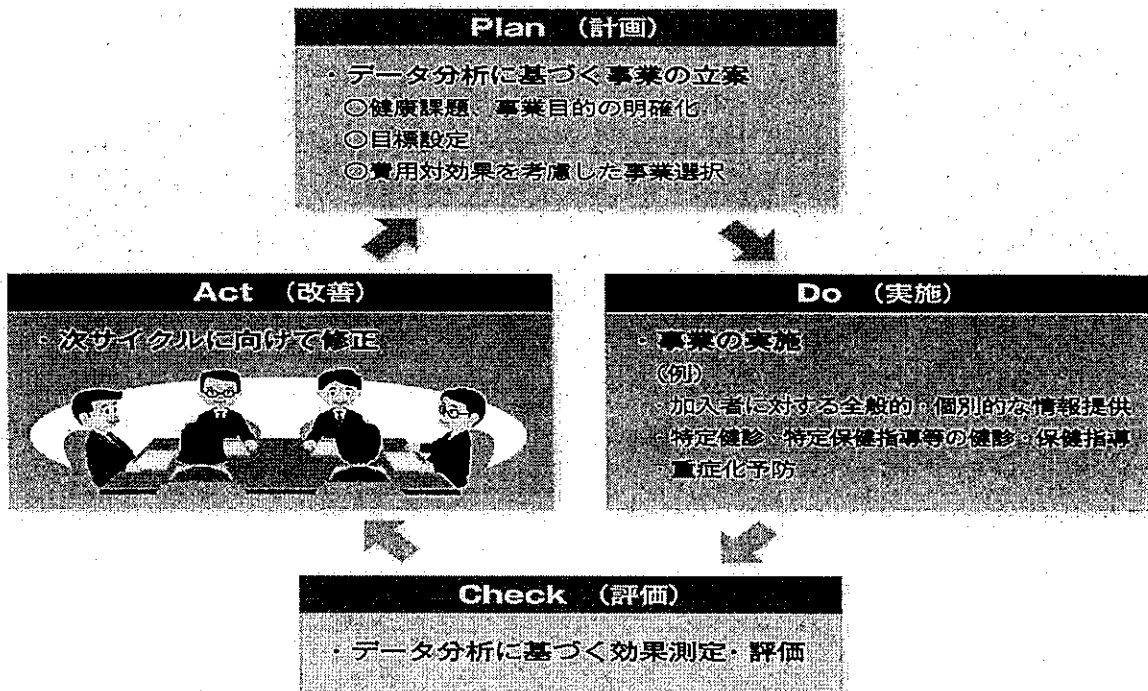
(図表1)

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



厚生労働省 健康局 平成25年4月「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

(図表2) 保健事業のPDCAサイクル



厚生労働省 健康局・健康保険組合連合会 平成26年12月「データヘルス計画作成の手引き」

(図表3)

計画名	阿賀町国民健康保険 第3期 特定健康診査等実施計画	阿賀町国民健康保険 第2期 保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康日本21(第二次)計画 阿賀町健康増進計画・阿賀町食育 推進計画 いきいき元気プラン
期間	平成30年度～平成35年度	平成30年度～平成35年度	平成28年度～平成37年度
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本的な 指針	厚生労働省 保険局 (平成29年5月「特定健康審査計画作成の手引き」)	厚生労働省 保険局 (平成29年4月「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針の一部改正」)	厚生労働省 健康局 (平成24年6月「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	阿賀町国保	阿賀町国保	阿賀町
基本的な 考え方	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。この結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防と重症化予防を図る。また、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むものとする。
対象年齢	40歳～74歳	被保険者全員 特に、高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	全町民
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常 虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全 がん
目標	○特定健診受診率 60% ○特定保健指導実施率 60%	○脳血管疾患による疾病負荷の軽減 ○糖尿病の発症及び重症化予防 ○人工透析による疾病負荷の軽減	○栄養・食生活、身体活動・運動、アルコール・たばこ、こころ・休養、生活習慣病予防・重症化予防の5つの観点から目標設定
評価	○特定健診受診率 ○特定保健指導実施率 ○特定保健指導対象者該当者の減少	○中長期的な目標(27ページ) ○短期的な目標(28ページ)	○特定健診・各種がん検診の受診状況、各種統計、アンケート調査等から、健康指標を設定、評価

(3) 計画期間

本計画の計画期間は、平成30年4月から平成36年3月までの6カ年計画とします。

平成28年度	平成29年度	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
第1期計画 (2年)		第2期計画 (6年)					

(4) 実施体制・関係機関との連携

本計画は、阿賀町国民健康保険が実施主体となり、衛生・介護保険担当部門である健康福祉課等と連携・調整を図り、それぞれが計画の目標を共有理解し、策定及び事業運営を行います。

また、計画策定にあたり阿賀町国民健康保険運営協議会において、有識者・被保険者を代表する委員より意見聴取を行うほか、新潟県国民健康保険団体連合会が運営する保健事業支援・評価委員会において、第三者及び新潟県から、本計画に対する支援・評価を受け、その結果を計画策定及び事業運営に反映させるよう努めます。

その他、町内医療機関等の関係機関との情報共有や意見交換に努めます。

2. 第1期データヘルス計画の取り組みと評価

第1期データヘルス計画では「健康寿命の延伸」を基本理念とし、①脳血管疾患による疾病負荷の軽減、②糖尿病の発症及び重症化予防の2つの目的を掲げ、目標達成に向けて保健事業を実施しました。

そして、この目的達成のための指標として、10の短期的な目標と6つの中長期的な目標を設定しました。

(1)短期的な目標の達成状況

◆短期的な目標及び第1期計画で設定した評価指標の状況

短期的目標	評価指標の状況			
	指標	策定時(H26)	目標	現状値(H28)
1. 未治療高血圧者の減少	①健診での高血圧判定者の服薬中の割合	51.20%	増加	48.8%
	②国保での高血圧・糖尿病・腎不全にかかる医療費	175,049千円	減少	141,759千円
2. 肥満者の減少	③健診での肥満判定者割合(腹囲)	34.7%	減少	36.6%
	②同様	—	—	—
3. 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をする住民の減少	④健診での飲酒量が2~3合の割合	9.9%	減少	12.0%
	②同様	—	—	—
4. 適切な食事量と内容を理解し取り組む住民の増加	②同様	—	—	—
	③同様	—	—	—
5. 減塩に取り組む住民の増加	①同様	—	—	—
	②同様	—	—	—
6. 運動に取り組む住民の増加	⑤運動に取り組む者の割合(1回30分以上の運動あり)	37.0%	増加	37.8%
	②同様	—	—	—
	③同様	—	—	—
7. 適切な食事量と内容を理解し取り組む住民の増加	⑥毎日野菜を食べる人の割合	79.4%(H22)	増加	75.5%(H27)
	②同様	—	—	—
	③同様	—	—	—
8. 喫煙習慣のある住民の減少	⑦喫煙習慣のある人の割合	13.9%	減少	14.2%
	②同様	—	—	—
9. 特定健診受診率の向上	⑧特定健診受診率	41.7%	増加	41.0%
10. 未治療糖尿病患者の減少	⑨健診での糖尿病判定者の服薬中の割合	62.9%	増加	52.7%
	②同様	—	—	—

◆考察

第1期計画で設定した指標の多くは経年的に比較すると横ばいの状況です。計画期間が2年と短期間であるため、目標の達成に至りませんでした。また、指標のうち医療費については総医療費のため、被保険者の減少による影響が大きいと考えられます。

第2期計画でも、引き続き基本理念に寄与するため、各保健事業を実施する必要があります。また、短期的な目標及びその指標についても検討を行い、より具体的な評価が実施できるように改善します。

(2)中長期的な目標の達成状況

◆中長期的な目標及び第1期計画で設定した評価指標の状況

中長期目標	評価指標の状況			
	指標	策定時(H26)	目標	現状値(H28)
1. 脳血管疾患にかかる総医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患医療費	4,671万円	減少	4,591万円
	合計受診件数	656件	減少	512件
	入院件数	50件	減少	47件
2. 特定健診での高血圧有所見者の割合を減少させる	健診の血圧有所見者の割合 (収縮期血圧受診勧奨判定値の割合)	21.31% (H25)	減少	21.06% (H27)
	高血圧総医療費	5,966万円	減少	4,757万円
	高血圧受診件数	5,954件	減少	5,232件
	高血圧受診率	186.47%	減少	190.95%
3. 特定健診でCKD腎専門医該当者の割合を抑制する	eGFR50未満(40~69歳)・40未満(70~74歳)該当者の割合	50未満:2.27% 40未満:0.91% (H25)	減少	50未満:3.70% 40未満:1.48% (H27)
4. 糖尿病及び合併症にかかる医療費の伸びを抑制する	糖尿病総医療費	4,318万円	減少	3,263万円
	糖尿病受診件数	1,826件	減少	1,477件
	腎不全総医療費	7,348万円	減少	6,156万円
	腎不全受診件数	201件	減少	202件
	腎不全受診率	6.30%	減少	7.37%
	透析者数(町全体)	39人	減少	41人
	新規透析者数(町全体)	7人	減少	3人
5. 糖尿病性腎症による新規人工透析者を抑制する	新規透析者のうち糖尿病が原因疾患の人数	2人	減少	0人
6. 特定健診で糖尿病有所見者の割合を抑制する	健診の糖代謝有所見者の割合 (HbA1c5.6%以上の者の割合)	60.88% (H25)	減少	60.39% (H27)

◆考察

中長期的目標では目標を達成している指標もあります。しかし、被保険者数減少の影響が大きい指標もあり、第2期計画では指標の設定変更が必要と考えられます。また、第1期計画期間が2年と短く、中長期的目標達成のために、引き続き第2期計画でも対策が必要です。

主要な指標を見ると、高血圧性疾患については一人当たり医療費が年々減少していますが、高血圧性疾患がリスク要因である脳血管疾患や腎不全の一人当たり医療費が微増であり、引き続き対策が必要です。また、糖尿病については一人当たり医療費は横ばいであり、引き続き取り組みを行います。

その他、腎不全は1件当たり医療費が入院・入院外ともに県内でも4番目に高い状態です。患者数は少ない疾病ですが、一件当たりの費用が高額で疾病負荷が大きいため、第2期計画では腎不全対策にもより重点的に取り組んでいきます。

(3) 保健事業の取り組みと評価

事業名	事業の目的及び概要	対象者	評価指標及び考察		
			アウトカム指標 (*:アウトプット指標)	現状値(H28)	考察
特定健診受診率向上	【目的】特定健診受診率向上 【概要】対象者に対し特定健診無料券(基本項目のみ)を配布	年度末年齢40・45・50・55・60歳の国保加入者	対象者のうち特定健診を受診した者の割合	33.6%	H26年度に比べ特定健診受診率は0.9%上昇しているが、過去5年間で比較すると横ばい傾向。引き続き未受診者対策を実施するとともに、過去の健診受診歴等により、より効果の高い層へのアプローチが必要。
	特定健診未受診者対策	【目的】特定健診受診率向上 【概要】2年連続未受診者に対して通知や訪問等で受診勧奨を行う	年度末年齢40・45・50・55・60歳の国保加入の2年健診未受診者	特定健診受診率	
ハイリスクアプローチ	【目的】健診の結果から、生活習慣病を理解し、適切な治療及び生活習慣改善につなげる 【概要】特定健診結果の説明や個別保健指導及び受診勧奨を実施。受診者のうち高血圧要治療者(未治療者)に対して家庭血圧測定等の保健指導、肥満者へは栄養・運動等について保健指導を行う	特定健診受診者全員	* 健診受診者のうち結果指導を行った者の割合(面接による結果指導を行った者)	82.6%	H26年度の特定健診受診者の1件当たり医療レセプト点数は3,030点だったことから、大きく減少している。これらは結果指導のみならず、他のハイリスク者対策・ポピュレーション対策の影響も考えられる。引き続き特定健診受診者の生活習慣病予防・重症化予防の指導が必要。
	【目的】特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活改善につなげる 【概要】健診結果説明や個別保健指導及び受診勧奨を実施。	特定健診受診者で結果説明会を欠席した要指導以上の者や継続して保健指導が必要な者等	特定健診受診者の1件当たり医療レセプト点数(*2)	2,282点	
	【目的】特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活改善につなげる 【概要】健診結果説明や個別保健指導及び受診勧奨を実施。	特定健診受診者で結果説明会を欠席した要指導以上の者や継続して保健指導が必要な者等	健診結果指導会と同様	—	
	【目的】メタボリックシンドロームによるリスク数に応じて個別指導を行うことで、原因となる生活習慣病を改善し重症化を防ぐ 【概要】特定保健指導対象者に対して半年間保健師が保健指導を行う	特定保健指導対象者	特定保健指導実施者の改善率	40.0%	保健指導を受けた者で大幅な改善の者はいなかったが、40%が改善、42.9%が維持できていた。今後もより効果の出る内容の検討や実施率向上の取り組みが必要。
			特定健診受診者における特定保健指導対象者割合	13.2%	
	【目的】未治療の高血圧要受診者を適切な治療につなげる 【概要】前年度特定健診を受診した高血圧要受診者のうち、レセプトで受診が確認できなかった要治療高血圧者に対して家庭訪問し、受診勧奨を実施	治療を受けていない高血圧者	受診勧奨後に医療機関を受診した者の割合	57.7%	結果説明会以外に受診勧奨を行う事で、勧奨対象者の半数以上が受診につながった。引き続き医療につながる取り組みを継続する。
	【目的】糖尿病の発症及び重症化予防 【概要】対象者に対し、個別保健指導を実施する。糖尿病予防及び重症化予防の知識と生活習慣改善について指導。	糖尿病及び糖尿病境界型のうち薬物治療の該当でない者	指導実施後の生活習慣改善率(アンケート)	100%	指導を受けた方は、目標を自分で設定でき、改善につながった。しかし実施者数が少なく、2期では対象者のカバー率を上げる事が課題。
			指導実施後の検査値等の改善率	75%	
【目的】CKD予備軍者の発症及び重症化予防、高血圧者の発症及び重症化予防 【概要】CKD予備軍の方に高血圧や肥満等の生活習慣病予防の観点から、食事調査結果を踏まえた生活指導、血圧・尿中塩分量の測定、味噌汁測定、その他生活習慣改善に向けた個別指導を実施。	eGFR50~60未満の者、その他高血圧等で医師から指示のあった者	指導実施後の生活習慣改善率(アンケート)	100%	指導を受けた方は、目標を自分で設定でき、改善につながった。しかし実施者数が少なく、2期では対象者のカバー率を上げる事が課題。	
【目的】妊婦とその夫に喫煙の影響を理解してもらい、禁煙につなげる 【概要】妊娠届出時に喫煙の有無を確認、喫煙や分煙の影響等を説明し禁煙を勧める。	妊娠届に来た妊婦と家族	4か月健診受診児の母親で非喫煙又は禁煙が継続できている者の割合	95.3%	喫煙は課題の一つではあるが、第2期では、本事業は健康増進計画で推進する。	

	事業名	事業の目的及び概要	対象者	評価指標		
				アウトカム指標 (*:アウトプット指標)	現状値(H28)	評価
ハイリス スクア プ ローチ	未治療糖尿病者の受診 勧奨訪問	【目的】未治療の糖代謝異常者を適切な受診につなげる 【概要】前年度特定健診を受診した糖代謝異常者のうち、レセプトで受診が確認できなかった未治療糖代謝異常者に対して訪問による受診勧奨を実施。	治療を受けていない糖代謝異常者	受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合	66.2%	受診勧奨を実施した半数以上が勧奨後に受診している。糖尿病は重要な課題であり、早期治療と重症化予防のため取り組みを継続する。
ポピュ レーシ ョン ア プ ローチ	地区健康 教室	【目的】生活習慣病の予防及び望ましい生活習慣の普及・啓発 【概要】地区の集会所等で保健師による生活習慣病等の健康講話や血圧測定、特定健診受診啓発や座談会等を行う。	全町民	*実施回数	45回	実施回数はH26年度に比べ減少しているが、直接被保険者や住民に啓発できる機会であり、今後も継続する。評価は他のポピュレーション事業と総合して行う。
	地区減塩 教室	【目的】高血圧やCKDの予防及び減塩の普及啓発 【概要】高血圧やCKDの啓発普及として、地域ごとに保健師による減塩教育・試食・家庭の味噌汁の塩分測定、血圧測定や尿中塩分量測定等を実施する。	全町民	実施地区の要中塩分量測定結果平均値(*3)	11.06g	教室は参加者にも好評で、終了後のアンケートでも取り組み意欲が高く、目標を達成できた。第2期では地区健康教室の一つとして継続して実施する。
	メタボ予防 運動教室	【目的】冬期間の運動不足解消、肥満や生活習慣病の予防・改善 【概要】運動不足になる冬期間に、肥満や生活習慣病の予防・改善を目的として栄養指導も含めた運動教室を実施	全町民 (概ね70歳未満)	教室後の参加者の次年度特定健診結果の維持・改善率	60.0%	参加者には好評であったが、教室後の改善に至らなかった。運動に関する取り組みは他課事業と連携して実施し、本事業は廃止とする。
	健康づくり ウォーキング	【目的】住民の健康づくり、ウォーキングの普及 【概要】社会教育課と共催で町内外でのウォーキングを実施	全町民	*教室参加者数(延)	91名	H28年度から親子を対象とした教室も開始した。参加者数は減少傾向にあるが、運動習慣定着に向け、引き続き連携して実施する。
	健康フェス ティバル	【目的】高血圧等の生活習慣病の予防・啓発 【概要】つがわ産業祭と同日に、健康づくりイベントを開催。ポスター・パネル展示、血管年齢測定・尿中塩分量測定・骨密度測定、みそ汁塩分測定等を行い、高血圧等の生活習慣病予防に啓発を行う。	全町民	*イベント参加者数	約400人	H26年度に比べ参加者数は増加傾向。重要な啓発機会であり、今後も他課と連携して実施する。評価は他のポピュレーション事業と総合して行う。
	尿中塩分量 測定及び結 果指導	【目的】高血圧予防や関連する生活習慣病の予防 【概要】特定健診時に尿中塩分量測定を実施し、結果について個別指導を実施。また地区ごとの結果等を広報に掲載する。	特定健診・住民 健診受診者全員	尿中塩分量測定結果の平均値(*3)	11.06g	尿中塩分量測定結果は年度により大きく異なるが、受診者から結果が気になるという声もきかれるようになり、意識づけの一つとなっている。
	広報・テレビ 電話の活用 による啓発 活動	【目的】高血圧症等の生活習慣病の予防・啓発 【概要】広報、告知端末(テレビ電話)での健(検)診PRやポスター掲示等により、肥満予防や高血圧等の生活習慣病予防及び治療の必要性等について啓発する。	全町民	*生活習慣病に関する広報記事の掲載回数	6回	評価は他のポピュレーション事業と総合して行う。第2期では新しい啓発活動の方法も検討する。
	介護予防 教室	【目的】高齢者の寝たきり予防 【概要】水中ウォーキング教室、マシン教室等の各種運動教室の実施	高齢者	介護保険新規認定率	0.3%	新規認定率は横ばいの状況。引き続き、様々な方向から介護予防の取り組みが必要。

※2 めざす効果が同様の複数の個別事業を総合的に評価する指標

※3 尿中塩分量測定結果は随時尿を使用しているため、参考値とする

◆考察

第1期計画では短期目標達成に向け、生活習慣病のスクリーニングとなる特定健診の受診率向上対策や、よりリスクが高い群へのハイリスクアプローチ、地域の意識の底上げにつなげるポピュレーションアプローチの3つの視点から取り組みを行いました。

まず、ハイリスクアプローチでは、計画の目的に掲げた「脳血管疾患による疾病負荷の軽減」、「糖尿病の発症及び重症化予防」に寄与するため、高血圧性疾患及び糖尿病に対する事業を展開しました。これらの疾患の一人当たり医療費は平成26年をピークに横ばい～減少傾向にありますが、県平均より高い状態が続いており、引き続き取り組みが必要です。

次に、ポピュレーションアプローチでは肥満や生活習慣病予防のための啓発活動や健康教育を中心に取り組みを行いました。試食も含めた健康教育や体験型のイベント等で、知識の普及だけでなく、体験を通して理解を促してきました。第2期では、再度個別保健事業の整理及び優先順位付を行い、目標達成に向け改善していきます。また特定健診については、第3章の特定健康診査等実施計画に基づき、引き続き実施します。

3. 第2期計画の目的と目標

(1) 基本理念と目的・目標

本計画の基本理念は「健康寿命の延伸」です。

町民一人ひとりが、いくつになっても元気で幸せに暮らすためには「健康寿命(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)」を延ばす事が重要です。この基本理念を達成するため、医療・健診・介護データの分析結果から、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の発症及び重症化予防と、その結果引き起こされる脳血管疾患や腎不全に対して、以下の目的・目標を掲げ保健事業を展開します。

目的 1		脳血管疾患による疾病負荷の軽減	目標達成のために 実施する保健事業 ※()内は対応する短期目標
目的達成のための目標	中長期的目標	1. 脳血管疾患にかかる医療費の伸びを抑制する 2. 高血圧性疾患にかかる医療費の伸びを抑制する	
	短期的目標	#1 未治療高血圧者の減少 #2 肥満者の減少 #3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する住民の減少 #4 運動に取り組む住民の増加 #5 喫煙習慣のある住民の減少 #6 特定健診受診率の向上	
目的 2		糖尿病の発症予防及び重症化予防	
目的達成のための目標	中長期的目標	1. 糖尿病及び合併症にかかる医療費の伸びを抑制する 2. 特定健診の糖代謝異常者の割合を抑制する	
	短期的目標	#2 肥満者の減少 #3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する住民の減少 #4 運動に取り組む住民の増加 #6 特定健診受診率向上 #7 未治療糖代謝異常者の減少	
目的 3		腎不全による疾病負荷の軽減	
目的達成のための目標	中長期的目標	1. 新規人工透析患者を抑制する 2. 特定健診の慢性腎臓病(CKD)ハイリスク者の割合を抑制する 3. 腎不全の医療費の伸びを抑制する	
	短期的目標	#1 未治療高血圧者の減少 #2 肥満者の減少 #3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する住民の減少 #5 喫煙習慣のある住民の減少 #6 特定健診受診率向上 #7 未治療糖尿病患者の減少 #8 未受診の慢性腎臓病(CKD)受診勧奨判定値者の減少	
			①特定健診受診率向上対策(#6) ②特定保健指導(#1・2・3・4・5・6・7・8) ③未受診高血圧者対策(#1) ④未受診糖代謝異常者対策(#7) ⑤未受診CKDハイリスク者対策(#8) ⑥栄養相談(#1・2・3・5・7・8) ⑦糖尿病予防教室(#2・3・4・7) ⑧特定健診結果説明会(#1・2・3・4・5・6・7・8) ⑨健康教室(#1・2・3・4・5・6・7・8) ⑩特定健診結果説明会(#2・3・4・5・6) ⑪尿中塩分量測定及び結果指導(#1・8) ⑫啓発活動(#1・2・3・4・5・6・7・8)

(2)目標の評価指標と目指す方向性

3つの目的を達成するための、中長期的目標・短期的目標の評価指標は以下のとおりです。短期的目標を達成する事で、中長期的目標の達成につながり、ひいては目的の達成につながります。

①中長期的な目標

目標	指標	現状(H28)	目指す方向性
脳血管疾患にかかる医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の一人当たり医療費	16736円	減少
	脳血管疾患の一件当たり医療費	89,663円	減少
	脳血管疾患の受診率	18.62%	減少
高血圧性疾患にかかる医療費の伸びを抑制する	高血圧性疾患の一人当たり医療費	17,360円	減少
	高血圧性疾患の一件当たり医療費	9,091円	減少
	高血圧性疾患の受診率	190.95%	減少
	特定健診における収縮期血圧有所見者の割合	21.06% (H27)	減少
糖尿病及び合併症にかかる医療費の伸びを抑制する	糖尿病の一人当たり医療費	11,909円	減少
	糖尿病の一件当たり医療費	22,092円	減少
	糖尿病の受診率	53.91%	減少
特定健診の糖代謝異常者の割合を抑制する	特定健診でHbA1c値が保健指導又は受診勧奨判定値の者の割合	70.80%	減少
新規人工透析患者を抑制する	新規人工透析患者数(町全数)	3人	減少
	新規人工透析患者数(国保)	0人	減少
特定健診の慢性腎臓病(CKD)ハイリスク者の割合を抑制する	eGFR50未満(40~69歳)、eGFR40未満(70~74歳)該当者の割合	50未満:3.7% 40未満:1.48% (H27)	減少
腎不全の医療費の伸びを抑制する	腎不全の一人当たり医療費	22,468円	減少
	腎不全の一件当たり医療費	304,765円	減少
	腎不全の受診率	7.37%	減少

医療費の減少については、要治療者や未受診者に対し受診勧奨を実施することで、一時的に医療費が増加する事が考えられる。

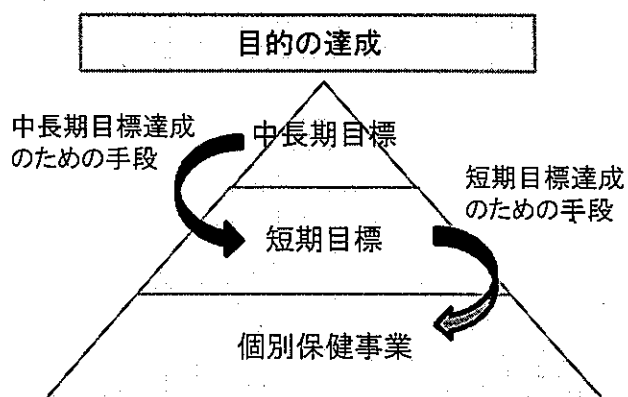
②短期的な目標

目標	指標	現状(H28)	目指す方向性
#1 未治療高血圧者の減少	特定健診で血圧受診勧奨判定値の者のうち未治療者の割合	51.2%	減少
	特定健診の収縮期血圧平均値	127mmHg	低下
#2 肥満者の減少	特定健診で腹囲が男性85cm・女性90cm以上の者の割合	31.5% (H27)	減少
	特定健診でBMI25以上の者の割合	26.8% (H27)	減少
	週3回以上夕食後間食する者の割合	11.5%	減少
#3 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する住民の減少	毎日飲酒する者の割合	29.3%	減少
	1日2合以上飲酒する者の割合	2~3合:12.0% 3合以上:3.0%	減少
#4 運動に取り組む住民の増加	1日30分以上の運動を行っている者の割合	37.8%	増加
	1日1時間以上歩行と同程度の身体活動がある者の割合	65.0%	増加
#5 喫煙習慣のある住民の減少	喫煙習慣のある者の割合	14.2%	減少
#6 特定健診受診率の向上	特定健診受診率	41.0%	60%
#7 未治療糖代謝異常者の減少	特定健診で糖代謝で受診勧奨判定値の者のうち未治療者の割合	47.3%	減少
#8 未受診の慢性腎臓病(CKD)受診勧奨判定値者の減少	特定健診で慢性腎臓病(CKD)要受診者(受診勧奨判定値②腎専門医)の者のうち医療機関に受診していない者の割合	20.7%	減少

◆中長期目標・短期目標と個別保健事業のつながり

中長期目標・短期目標と個別保健事業のつながりは右図のとおりです。

計画の目的達成の手段として中長期目標を設定し、中長期目標達成の手段として短期目標を設定します。そして、短期目標を達成するための手段として、各個別保健事業を実施します。



4. 保健事業の実施内容

事業番号	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
			ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
特定健診受診率向上	① 特定健診受診率向上対策	<p>【目的】 特定健診受診率の向上</p> <p>【対象者】 40・45・50・55・60歳の国保加入者</p> <p>【概要】 対象者全員に特定健診無料券(基本項目のみ)を発送</p>	・予算	<p>・対象者抽出方法</p> <p>・通知方法や内容</p> <p>・通知時期</p>	・受診勧奨実施者数	<p>・対象者のうち特定健診を受診した者の割合</p> <p>・特定健診受診率</p>
		<p>【目的】 特定健診受診率の向上</p> <p>【対象者】 前年度特定健診受診者のうち、当該年度9月末までに特定健診を受診していない者</p> <p>【概要】 対象者全員に対し、ハガキによる受診勧奨</p>	・予算	<p>・対象者抽出方法</p> <p>・啓発内容及び方法</p> <p>・実施時期</p>	・受診勧奨実施者数	<p>・対象者のうち特定健診を受診した者の割合</p> <p>・特定健診受診率</p>
ハイリスクアプローチ	② 特定保健指導	<p>【目的】 メタボリックシンドロームのリスク数に応じた個別指導を行う事で、原因となる生活習慣病を防ぐ</p> <p>【対象者】 特定保健指導対象者(※4)</p> <p>【概要】 特定保健指導対象者に対し、半年間の継続した保健指導を実施</p>	<p>・予算</p> <p>・職員の体制</p> <p>・役割分担</p>	<p>・保健指導内容</p> <p>・実施者の態度</p> <p>・記録状況及び管理</p>	<p>・特定保健指導実施率</p> <p>・特定保健指導継続率</p>	<p>・特定保健指導対象者の改善率(腹囲・BMI・検査値いずれかで改善が認められた者の割合)</p>
	③ 未受診高血圧者対策	<p>【目的】 未受診の高血圧要受診者を適切な受診・治療につなげる</p> <p>【対象者】 特定健診結果(血圧)が受診勧奨判定値で未受診の者</p> <p>【概要】 特定健診受診者のうち未受診の高血圧受診勧奨判定値の者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨。その後レセプト又は医療機関から戻る診療依頼書兼結果通知書等で受診が確認できなかった者に対し訪問等で再勧奨を実施。</p>	<p>・予算</p> <p>・職員の体制</p> <p>・医療機関との連携</p>	<p>・対象者抽出方法</p> <p>・勧奨方法</p> <p>・通知や指導内容</p>	<p>・受診勧奨実施率(受診勧奨実施者/受診勧奨対象者)</p>	<p>・受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合(受診勧奨後医療機関受診者/受診勧奨実施者)</p>
	④ 未受診糖代謝異常者対策	<p>【目的】 未受診の糖代謝異常者を適切な受診・治療につなげる</p> <p>【対象者】 特定健診結果(糖代謝)が受診勧奨判定値の者で未受診の者</p> <p>【概要】 特定健診受診者のうち、未受診の糖代謝受診勧奨判定値の者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨。その後レセプト又は医療機関から戻る診療依頼書兼結果通知書等で受診が確認できなかった者に対し訪問等で再勧奨を実施。</p>	<p>・予算</p> <p>・職員の体制</p> <p>・医療機関との連携</p>	<p>・対象者抽出方法</p> <p>・勧奨方法</p> <p>・通知や指導内容</p>	<p>・受診勧奨実施率(受診勧奨実施者/受診勧奨対象者)</p>	<p>・受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合(受診勧奨後医療機関受診者/受診勧奨実施者)</p>
	④ 未受診糖代謝異常者対策	<p>【目的】 未受診の糖代謝異常者を適切な受診・治療につなげる</p> <p>【対象者】 特定健診結果(糖代謝)が受診勧奨判定値の者で未受診の者</p> <p>【概要】 特定健診受診者のうち、未受診の糖代謝受診勧奨判定値の者に対し、特定健診結果説明会で受診勧奨。その後レセプト又は医療機関から戻る診療依頼書兼結果通知書等で受診が確認できなかった者に対し訪問等で再勧奨を実施。</p>	<p>・予算</p> <p>・職員の体制</p> <p>・医療機関との連携</p>	<p>・対象者抽出方法</p> <p>・勧奨方法</p> <p>・通知や指導内容</p>	<p>・受診勧奨実施率(受診勧奨実施者/受診勧奨対象者)</p>	<p>・受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合(受診勧奨後医療機関受診者/受診勧奨実施者)</p>

※4 特定保健指導対象者の階層化基準については P44(第3章特定健診等実施計画)参照

	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
			ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
ハイリスクアプローチ	⑤ 未受診CKDハイリスク者対策	<p>【目的】 未受診のCKDハイリスク者を適切な受診・治療につなげる</p> <p>【対象者】 特定健診結果が慢性腎臓病(CKD)進展予防のための判定基準で受診勧奨判定値の者</p> <p>【概要】 特定健診受診者のうち、未受診のCKDハイリスク者に対し、特定健診結果説明会等で受診勧奨を実施。その後レセプト又は医療機関から戻る診療依頼書兼結果通知書等で受診が確認できなかった者に対し、訪問等で再勧奨を実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予算 ・職員の体制 ・医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者抽出方法 ・勧奨内容・方法 ・通知や指導内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨実施率(受診勧奨実施者/受診勧奨対象者) 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨後に医療機関に受診した者の割合(受診勧奨後に医療機関受診者/受診勧奨実施者)
	⑥ 栄養相談	<p>【目的】 糖代謝異常のある者、高血圧の者、CKDのハイリスク者やその予備軍者の生活習慣改善</p> <p>【対象者】 糖尿病(インスリン注射や重い合併症のない者)及び境界型の者 eGFR50~60未満の者、その他高血圧等で医師から指示のあった者</p> <p>【概要】 対象者の健診・検査結果や生活習慣の状況から、生活習慣改善に向けた個別保健指導を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予算 ・職員の体制 ・医療機関との連携 ・他事業との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者抽出方法 ・対象者への事業啓発方法 ・指導内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導実施後の生活習慣改善率(アンケート評価) ・指導実施後の検査値(体重・腹囲・BMI・尿中塩分量測定値・検査値等)の改善率(2回目の指導時又は医療機関での検査結果等による)
	⑦ 糖尿病予防教室	<p>【目的】 糖代謝異常のある者の生活習慣改善を目指す</p> <p>【対象者】 糖尿病(インスリン注射や重い合併症のない者)及び境界型の者</p> <p>【概要】 調理実習を含めた健康教室を実施し、糖尿病の正しい知識を持つ事で行動変容を促し、糖尿病の発症及び重症化を予防する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予算 ・職員の体制 ・医療機関との連携 ・他事業との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者抽出方法 ・対象者への事業啓発方法 ・指導内容 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導実施後の生活習慣改善率(アンケート評価) ・指導実施後の検査値(体重・腹囲・BMI・検査値等)の改善率(2回目の指導時又は医療機関での検査結果等による)
	⑧ 特定健診結果説明会	<p>【目的】 受診者の特定健診結果から生活習慣病の理解を促し、適切な治療及び生活改善につなげる</p> <p>【対象者】 特定健診受診者のうち、事業番号③・④・⑤の対象とならない受診勧奨判定値の者</p> <p>【概要】 特定健診結果の説明、結果に基づく個別保健指導及び受診勧奨を実施。食事及び運動、禁煙等について保健指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予算 ・職員の体制 ・関係機関・関係者との連携 ・調整 ・他事業との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への事業案内方法 ・指導内容及び指導用ツール 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施者数 ・実施率(結果説明会参加者数/集団特定健診受診者数) 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導実施後の医療機関受診割合(内科未受診要医療者中指導後受診者/内科未治療要受診者)

	事業名	目的・対象者・事業概要	評価指標			
			ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
ポピュレーションアプローチ	⑨ 健康教室	<p>【目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病(糖尿病・高血圧等)、CKDの予防及び望ましい生活習慣の普及・啓発 低栄養やフレイル予防等、将来的な要介護状態の予防・啓発 <p>【対象者】</p> <p>全住民</p> <p>【概要】</p> <p>地区に保健師が出向き、高血圧や糖尿病等の生活習慣病や、CKD、アルコール、介護予防についての健康講話を行う。その他テーマにより、血圧測定、尿中塩分量測定、試食、運動の実施等の体験を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予算 職員の体制 関係機関・関係者との連携・調整 	<ul style="list-style-type: none"> 対象地区選定方法 周知方法 内容及び方法 	<ul style="list-style-type: none"> 教室実施回数 延参加者数 	<ul style="list-style-type: none"> テーマについて、取り組みたいと回答した参加者の割合(アンケート) 1日3合以上飲酒する人の割合* 週3回以上夕食後間食する人の割合* 1回30分以上の運動習慣がある人の割合*
	⑩ 特定健診結果説明会	<p>【目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 健診結果を通して生活習慣の振り返りと望ましい生活習慣の知識啓発、生活習慣病予防 健診継続受診の動機づけ 前期高齢者被保険者の将来的な介護予防に対する意識付けやきっかけづくり <p>【対象者】</p> <p>特定健診受診者全員</p> <p>【概要】</p> <p>健診結果に基づく個別保健指導を通じ、生活習慣病の予防及び望ましい生活習慣への変容を促す。また、特定健診継続受診の必要性を啓発する。前期高齢者の対象者には、必要に応じて低栄養やフレイル等の予防の視点を含めた保健指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予算 職員の体制 関係機関・関係者との連携・調整 	<ul style="list-style-type: none"> 案内方法 指導内容及び指導ツール 	<ul style="list-style-type: none"> 実施者数 実施率(結果説明会参加者数/集団特定健診受診者数) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診者の継続受診率(翌年度継続受診者/当該年度受診者) 特定健診受診率 特定健診受診者1件当たり医療レセプト点数* 1日3合以上飲酒する人の割合* 週3回以上夕食後間食する人の割合* 1回30分以上の運動習慣がある人の割合*
	⑪ 尿中塩分量測定及び結果指導	<p>【目的】</p> <p>高血圧の予防や関連する生活習慣病の予防に対する意識付けやきっかけづくり</p> <p>【対象者】</p> <p>特定健診・住民健診受診者全員</p> <p>【概要】</p> <p>特定健診・住民健診時に尿中塩分量測定を実施し、結果について個別保健指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予算 職員の体制や役割分担 健診実施機関との調整 	<ul style="list-style-type: none"> 結果処理方法 結果の通知及び啓発内容 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診における尿中塩分量測定実施者数 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診における尿中塩分量測定平均値(※5)
	⑫ 啓発活動	<p>【目的】</p> <p>糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防及び、望ましい生活習慣の知識の普及</p> <p>【対象者】</p> <p>全住民</p> <p>【概要】</p> <p>広報、情報告知端末(テレビ電話)、健康イベント等で生活習慣病予防や望ましい生活習慣の知識の普及を行う。また、健(検)診カレンダー配布やポスター掲示等により、各種健(検)診の受診啓発も実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予算 職員の体制 関係機関・関係者との連携・調整 	<ul style="list-style-type: none"> 啓発内容の選定 啓発場所及び方法 	<ul style="list-style-type: none"> イベント参加者数 広報掲載回数 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 1日3合以上飲酒する人の割合* 週3回以上夕食後間食する人の割合* 1回30分以上の運動習慣がある人の割合*

・ポピュレーションアプローチにおけるアウトカム評価項目で「*」印のあるものは、めざす効果が同様の複数の個別保健事業を総合的に評価するための参考指標とする。

※5 随時尿による計測のため、集団における参考値として取り扱う。

5. 保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価及び見直し

(1)評価時期

計画期間の最終年度(平成35年度)に、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況に関する調査及びデータ分析、実績に関する評価を行います。この結果は、計画(目標値の設定、取り組むべき事業等)の内容見直しに活用し、次期計画の参考とします。

また、計画の中間年(平成32年度)にも事業の実施状況や計画の進捗確認等の中間評価を実施し、必要に応じて計画の見直し・修正を行います。

(2)評価体制

国保運営協議会で意見を求めるとともに、新潟県国民健康保険団体連合会が実施する保健事業支援・評価委員会を活用し、外部機関からのアドバイス、指導を受けます。

6. 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します。また、次期計画策定の際に実施状況のとりまとめを行い、評価・見直しに活用するための報告書を作成し公表します。

7. 個人情報の保護

個人情報の取扱いは、阿賀町個人情報保護条例(平成17年4月1日阿賀町条例第13号)によるものとします。

8. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

阿賀町の高齢化率は46.7%で県内で最も高齢化が進んでおり、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、地域包括ケアシステムの構築が重要です。第2期データヘルス計画では、地域包括ケアの推進のため、下記の取り組みを行います。

- KDB・レセプトデータを活用し、要支援・要介護要因の分析と、その結果をもとに保健事業を展開します。
- 介護保険部門・健康づくり部門等と地域包括ケアの視点も含めた保健事業の取り組み状況の報告・意見交換を行います。
- 個別保健事業や保健活動を通して、支援を要する高齢者や高齢者を取り巻く生活状況を把握し、地域包括支援センターや福祉・介護保険部門との情報共有や協働での介入支援につなげます。

その他、後期高齢者医療広域連合が実施する後期高齢者健康診査や歯科検診等の事業を連携して実施します。また、低栄養やロコモティブシンドローム、フレイル等の予防・改善に着目した保健指導に努めます。

第3章

第3期特定健康診査等実施計画

第3章 特定健康診査等実施計画

1. 計画策定にあたって

(1)背景

わが国では、国民皆保険のもと、世界最長の平均寿命や高い医療水準を達成してきました。その反面、医療の高度化、少子高齢化の急速な進展、生活様式等社会環境の変化による医療費増大という課題に直面しており、国民皆保険を堅持し続けるため、その構造改革が急務となっています。

これら医療費増加の背景に、国民医療費の約3分の1、死亡原因の約6割が生活習慣病が関係しており、その対策が重要となっています。

このような状況に対応するため、阿賀町でも平成20年4月から施行された「高齢者の医療の確保に関する法律(以下、高齢者医療確保法)」に基づき、特定健康診査等の実施方法に関する事項及び特定健康診査等の実施並びにその成果に関する目標等を定めた「阿賀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、平成25年にはそれまでの計画の評価・見直しを図り、特定健康診査等を実施してきたところです。

本計画は、第2期における特定健康診査等の実施結果を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第3期計画を策定するものです。

(2)目的

特定健康診査等実施計画は、高齢者医療確保法第19条に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施方法に関する基本的事項、特定健康診査・特定保健指導の実施及びその成果に係る目標に関する基本的事項について定めた計画です。

特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与しているとの知見に基づき、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査を実施し、内臓脂肪の蓄積が認められる方に生活習慣を改善するための特定保健指導を実施して、内臓脂肪を減少させることでメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させ、生活習慣病の発症や重症化予防に繋げていくことを主たる目的としています。

(3)計画の位置づけ

本計画は、阿賀町総合計画における基本理念である「豊かな自然・かがやく文化・みんなで築く安心のまち」の実現に向けての、健康づくりに関する分野の計画の一つとしての位置づけを持つものであり、阿賀町健康増進計画いきいき元気プラン、阿賀町高齢者保健福祉計画、阿賀町国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)等と整合性を図って策定しています。

(4)計画の期間

本計画の計画期間は、平成30年度から平成35年度までの6カ年計画とします。また、6年ごとに計画の見直しを行います。

(5)計画の策定体制

本計画は、国民健康保険事業の運営主管である町民生活課国保年金係と、事業実施の中心となる健康福祉課健康推進係、その他関係機関との連携を図りながら策定しました。

(6)計画の公表・周知

この特定健康診査等実施計画について、町のホームページへ掲載する他、広報あが等を活用し、被保険者への情報提供に努めます。

2. 第2期特定健康診査等実施計画の実施状況及び評価

(1) 特定健康診査の実施率の状況

阿賀町国民健康保険第2期特定健康診査等実施計画において、国が示した基本指針に基づき、特定健康診査の実施率について年度ごとの目標値を設定しています。法定報告結果が発表されている平成27年度までの実施率の状況から、最終年度の平成29年度の目標達成は大変厳しい状況です。

【特定健康診査実施率の達成目標と実績】

(法定報告より)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
阿賀町実績	42.8%	41.8%	42.6%	41.0%	39.1% (※6)
新潟県実績	41.3%	41.9%	42.8%	43.2%	-

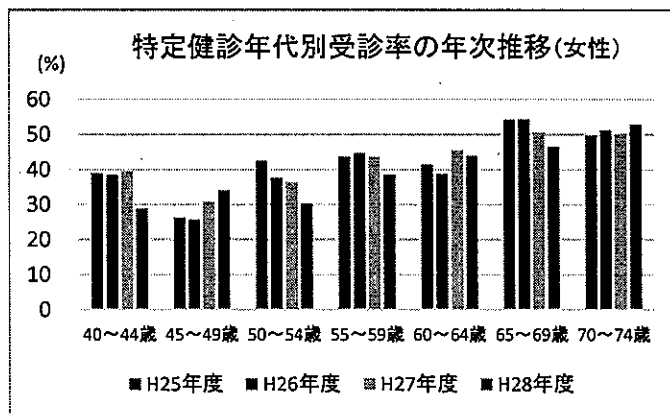
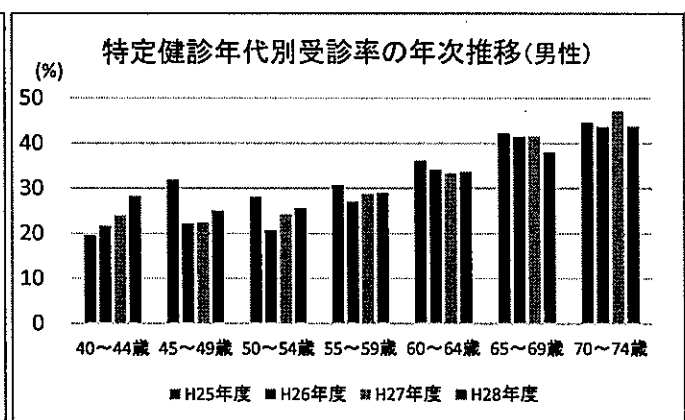
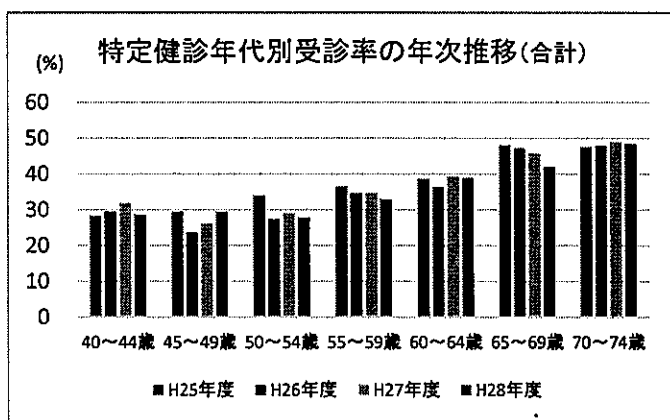
受診率を男女・年齢階級別で比較すると、第2期期間中は40～59歳の受診率が40%に達しておらず、特に男性では40～59歳、女性では40～44歳で受診率が30%以下と他の年代に比べ著しく受診率が低くなっています。男女とも年齢が上昇するにつれ受診率も上昇する傾向があり、女性の方が男性に比べ、どの年代でも10ポイントほど受診率が高くなります。

また、年代別受診率を経年で比較すると、60～69歳の受診率が男女とも年々低下傾向にあり、60歳以上の受診率は県平均よりも低くなっています。

【男女別受診率の推移】

(法定報告より)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度 (※6)
男性	38.3%	36.5%	38.1%	36.6%	34.6%
女性	47.5%	47.5%	47.4%	45.7%	44.1%
計	42.8%	41.8%	42.6%	41.0%	39.1%



この状況から、60歳未満の受診率向上及び60歳代の受診率低下抑制が課題です。

そのため、60歳未満への特定健康診査の啓発や、個別健診・休日健診の普及が重要と考えられます。また、医療機関受診者が増える60歳代からは、受診していても特定健康診査が必要な事の啓発や、かかりつけ医での個別健診・診療情報提供書の活用について、対象者だけでなく医療機関へも働きかける必要があります。

※6 平成29年度実績は推定値のため、平成29年11月実施分までの実績に基づく。対象者数はKDB帳票「厚生労働省様式6-9」より算出

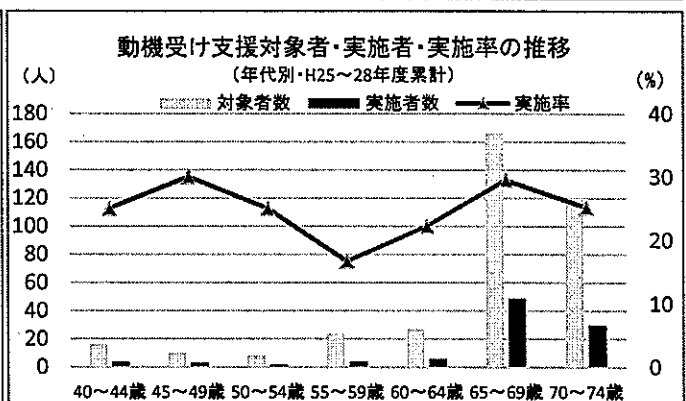
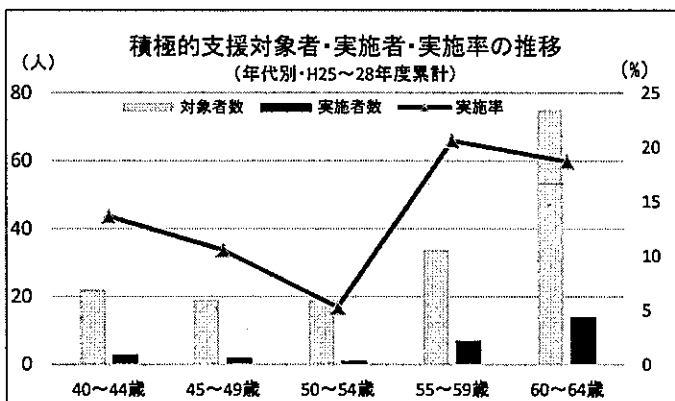
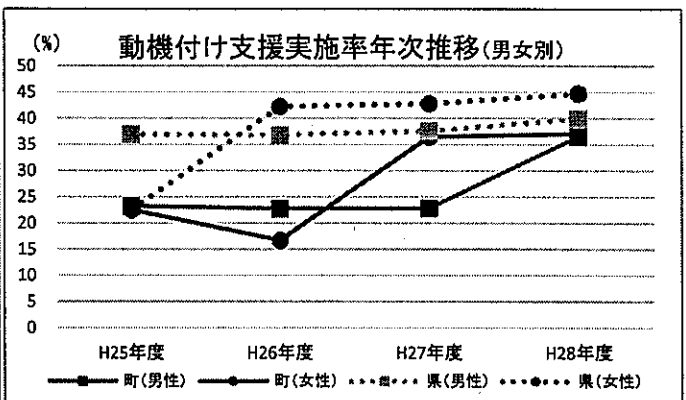
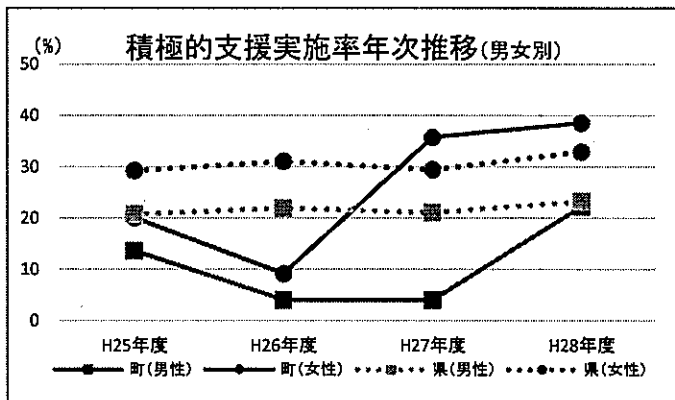
(2) 特定保健指導の実施率の状況

特定保健指導においても、特定健康診査と同様に年度ごとの目標値が設定されています。第2期計画期間が開始した平成25年度に比べ、平成28年度では13.6ポイント上昇していますが、目標値を大きく下回っています。このことから、最終年度である平成29年度の目標達成は困難な状況で、第3期計画期間においても、特定保健指導実施率上昇のための取り組みが必要です。

【特定保健指導実施率の達成目標と実績】

(法定報告より)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標値	40.0%	45.0%	60.0%	65.0%	70.0%
阿賀町	20.0%	17.0%	24.0%	33.6%	-
新潟県(市町村計)	34.3%	34.9%	35.4%	37.8%	-



【特定保健指導初回面接実施率と初回実施者の支援継続率(H25~28年度累計)】

	特定保健指導	(再掲)	
		積極的支援	動機付け支援
①初回面接実施率	28.6%	18.3%	33.2%
②①のうち最終評価実施率	81.2%	87.1%	79.7%

さらに保健指導レベル別に実施率を比較すると、動機づけ支援の方が実施率が高くなっています。性別では、積極的支援では女性の方が実施率が高く、動機づけ支援では大きな差はみられません。年齢別では、積極的支援では50~54歳、動機付け支援では50~59歳の実施率が他の年代に比べ低くなっています。また、平成25~28年度の累計初回面接実施率(特定保健指導対象者のうち初回面接を実施した者の割合)では、初回面接実施者が28.6%、そのうち最終評価まで継続した割合は81.2%でした。特に動機付け支援で中断する割合が高くなっています。

また、特定保健指導を実施した者のうち、翌年度特定保健指導の対象にならなかった者の割合は平成24～27年度の平均で24.4%で、特定保健指導の実施により一定の効果が見られています。このことから、50歳代の特定保健指導実施率や特定保健指導対象者をいかに初回面接につなげるかが課題となっています。

(3)事業成果に関する分析

①メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合・減少率

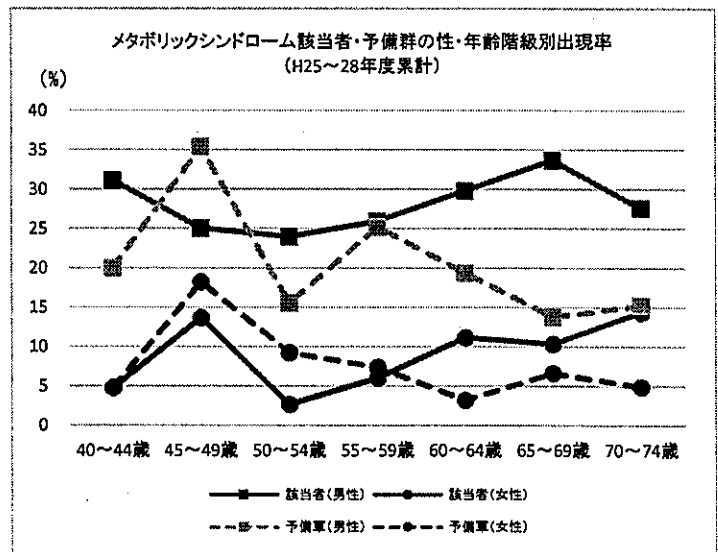
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を平成20年度と第2期期間中で比較すると、平成28年度では2.2ポイント上昇しています。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(対平成20年度比)では、平成27年度に5.0%の減少がみられるものの、平成28年度は11.9%の増加となっています。該当者・予備群の別に比較すると、該当者では減少がみられるものの、予備群の増加が著しい状況です。

【メタボリックシンドローム該当者・予備群の出現率と対平成20年度比の減少率(※7)】

		H20年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
該当者	出現率	19.7%	19.8%	19.9%	17.4%	22.1%
	減少率	—	6.7%	0.2%	21.3%	0.0%
予備群	出現率	11.5%	10.7%	9.5%	11.8%	11.3%
	減少率	—	-17.6%	7.4%	-21.5%	-31.2%
計	出現率	31.2%	30.5%	29.4%	29.2%	33.4%
	減少率	—	-2.6%	2.9%	5.0%	-11.9%

次に、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現率を、性・年齢階級別に比較すると、該当者・予備群ともに男性の方が出現しやすくなっています。年齢別では該当者は年齢が上がるにつれてゆるやかに増加する傾向があり、予備群では年齢とともに減少する傾向がありました。

また、該当者・予備群ともに40～49歳の出現率が他の年代にくらべ高く、この年代への対策が急務となっています。



②健診項目別有所見者の状況

【平成27年度の有所見者の状況】

○年代別有所見者率

平成27年度特定健康診査における有所見者率(保健指導判定値以上の者の割合)を年代別に比較すると、血糖検査であるHbA1cと収縮期血圧で年代が上がるにつれ有所見者割合も上昇する傾向がみられました。特にHbA1cは60代以降の有所見者率が60%と著しく上昇します。

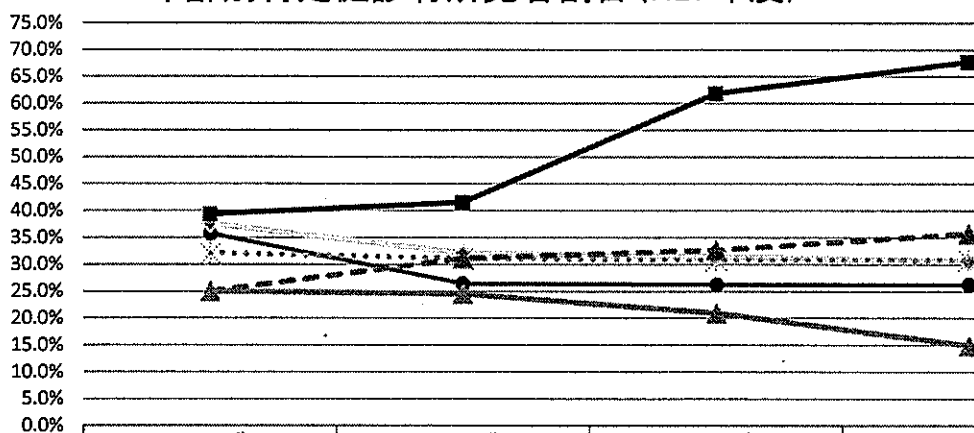
また、腹囲・BMIは40歳代が最も有所見者割合が高くなっています。

※7 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の計算方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数} - \text{比較年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}{\text{該年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

なお、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は平成28年度住民基本台帳人口(全国)に対し、阿賀町の性・年齢階級別メタボリックシンドローム該当者及び予備群出現率を基に推定数を算出しているため、人口や対象者が少ない事による影響が大きいため、参考値とする。

年齢別特定健診有所見者割合 (H27年度)



	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳
●—● 腹囲	35.7%	26.4%	26.2%	26.2%
○—○ BMI	37.5%	32.1%	31.4%	30.5%
●—● 中性脂肪	32.1%	31.1%	30.8%	30.8%
■—■ HbA1c	39.3%	41.5%	61.8%	67.7%
▲—▲ 収縮期血圧	25.0%	31.1%	32.7%	35.7%
▼—▼ 拡張期血圧	25.0%	24.5%	20.9%	14.9%

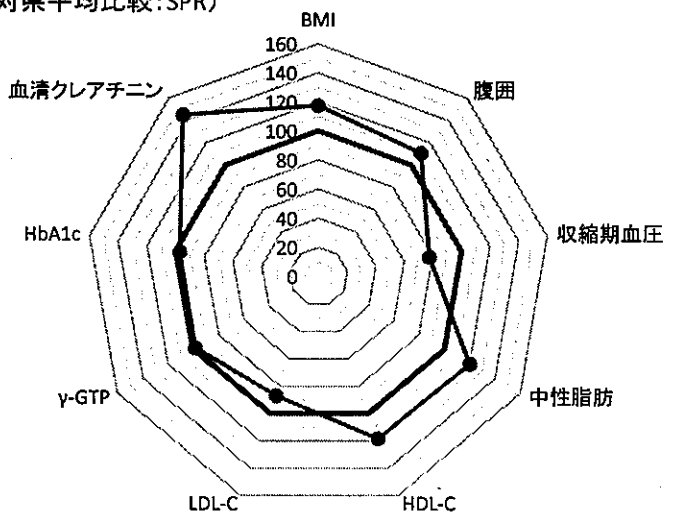
○県の有所見者率との比較

平成27年度の新潟県の有所見率を100として、阿賀町の有所見者率を比較すると、腹囲で1.1倍、BMIで1.17倍有所見率が高く、中性脂肪で1.2倍高くなっています。

その他に血清クレアチニン値は有意差はみられないものの、1.45倍となっています。

また、性別に有所見者を比較すると、男女ともにBMI及び腹囲の有所見者割合が県よりも高く、特に65歳以上の女性は県よりも有意に高くなっています。

平成27年度健診有所見者率 (対県平均比較:SPR)



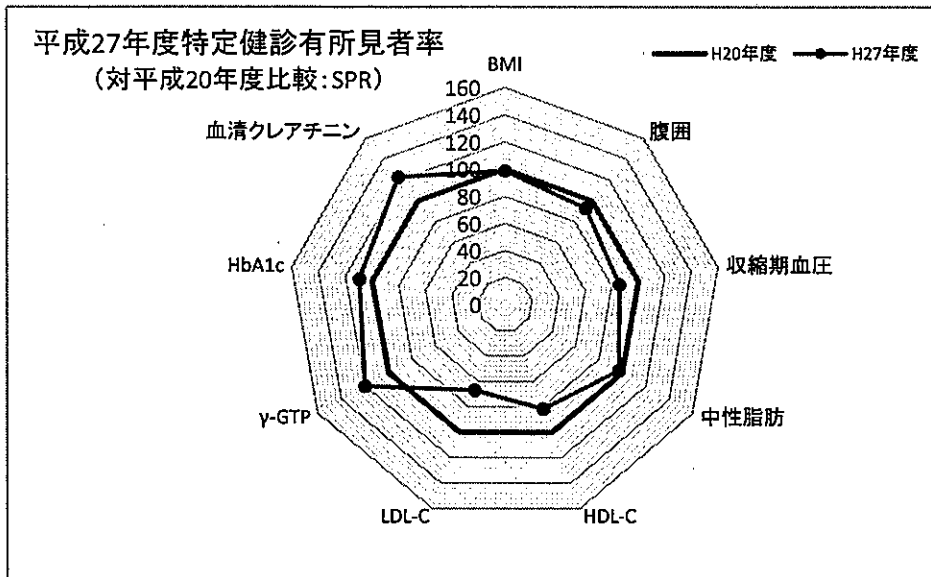
<SPR(標準化有所見率)>

各保険者の受診者における年齢階級別有所見者率が全県と同じと仮定した場合に推計される有所見者数に対して、実際の有所見者数が何倍みられたかを比較する指標です。

【平成20年度特定健康診査結果と平成27年度特定健康診査結果の比較】

平成20年度特定健康診査有所見率を100として、平成27年度特定健康診査有所見率を比較すると平成20年度に比べ腹囲・収縮期血圧・HDLコレステロール値で有所見率が低下しています。中でも65歳以下の収縮期血圧有所見率が有意に低下しています。

また、血清クレアチニン値・HbA1c・ γ -GTPの有所見率は若干増加しており、慢性腎臓病や糖尿病等のリスクが高い者への対策が必要と考えられます。



【特定保健指導対象者の減少率及び特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率】

特定保健指導対象者は、特定健康診査の対象者・受診者の減少により、年々減少しています。

また、特定保健指導利用者のうち、翌年特定保健指導の対象とならなかった者の割合(特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率)の平成25～28年度の平均は24.2%で、特定保健指導利用による減少効果が出ています。

しかし、特定保健指導の実施率は平成28年度で33.6%と低く、特定保健指導実施率を向上させる事が課題となっています。

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
前年度特定保健指導対象者数(A)	146	133	128	120
Aのうち今年度対象外となった者	26	21	19	13
対象者減少率	17.8	15.8	14.8	10.8
前年度特定保健指導利用者数(B)	38	30	31	33
Bのうち今年度対象外となった者	9	7	11	5
特定保健指導利用者の対象者減少率	23.7	23.3	35.5	15.2

3. 第3期特定健康診査等実施計画の目標値及び対象者

(1)目標値

国により設定された第3期(平成30年度～平成35年度)の、特定健康診査等実施計画期間における、市町村国保の特定健康診査実施率の目標を60%以上、特定保健指導の実施率を60%以上と掲げています。また、実施の成果にかかる目標として、特定保健指導対象者の減少率(※8)を平成35年度時点でH20年度比25%以上としています。

阿賀町では、国の目標値や第2期の実施状況を踏まえ、目標値を下記のとおり設定します。

区分	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
特定健診実施率	43.0%	46.5%	50.0%	53.5%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率 (平成20年度比)	-	-	-	-	-	25.0%

(2)計画の対象者

①特定健康診査

第3期計画期間中の特定健康診査の対象者数及び受診者数を次のとおり推計します。

【特定健康診査対象者数(推計)】

年齢	性別	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	男性	421	379	342	309	280	254
	女性	364	331	303	227	254	233
	計	785	710	645	586	534	487
65～74歳	男性	775	783	792	803	815	827
	女性	701	695	692	693	697	705
	計	1,476	1,478	1,484	1,496	1,512	1,532
合計	男性	1,196	1,162	1,134	1,112	1,095	1,081
	女性	1,065	1,026	995	970	951	938
	計	2,261	2,188	2,129	2,082	2,046	2,019
うち実施者数		972	1,017	1,064	1,114	1,166	1,211
実施率		43.0%	46.5%	50.0%	53.5%	57.0%	60.0%

※8 第2期計画では「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率」を任意の成果目標とし、いわゆる内科系8学会の基準によるメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率としていたが、第3期より特定保健指対象者の減少率を指標とした。

②特定保健指導

第3期計画期間中の特定保健指導の対象者数及び受診者数を次のとおり推計します。
 なお、特定保健指導の対象者の出現率は平成25～27年度の実績を基に算出しました。

特定保健指導対象者出現率

	年齢	男性	女性	合計
積極的支援	40～64歳	19.4%	6.8%	12.6%
動機付け支援	40～64歳	7.2%	5.7%	6.4%
	65～74歳	15.6%	6.0%	10.3%

【特定保健指導対象者数（推計）】

区分	年齢	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
積極的支援	40～64歳	43	42	41	40	38	37
動機付け支援	40～64歳	22	21	21	20	19	19
	65～74歳	65	71	76	82	89	95
うち実施者数		39	48	58	68	79	91
実施率		30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%

4. 第3期計画期間における特定健康診査・特定保健指導の実施方法・体制

(1) 特定健康診査の実施方法

第3期計画期間では、集団健診・個別健診の2つの形態で特定健康診査を実施します。

◆目的

糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的に、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を抽出するために実施します。

◆対象者

阿賀町国民健康保険に加入する40～75歳の者（ただし、受診日に75歳未満の者に限る）

◆実施概要

実施形態	集団健診	個別健診
実施場所	旧町村単位（4地区）で日程及び会場を設定（各地域の保健センター、公民館、各学校体育館等を使用）	町内委託医療機関（3か所） ・阿賀町鹿瀬診療所 ・阿賀町上川診療所 ・町営診療所みかわ
実施期間	7月中旬～8月中旬の13日間 （日曜健診1日含む） 11月中旬の休日健診1日	7月～10月末の4か月間
個人負担金	【基本項目】 40～69歳：1,200円 70～74歳：200円 【詳細項目・追加項目】※希望者のみ実施 心電図：1,000円、眼底検査500円	【基本項目】 年齢に関わらず 1,200円 【詳細項目・追加項目】※希望者のみ実施 心電図：1,000円 眼底検査は個別健診では不可
委託方法等	公益財団法人新潟県健康づくり財団との集合契約（健康づくり財団から健診機関へ再委託し実施） 契約単価は公益財団法人新潟県健康づくり財団が定める額	公益財団法人新潟県健康づくり財団との集合契約（健康づくり財団から医療機関へ再委託し実施）

◆検査項目

法定の健診項目のほか、新潟県が定めた「特定健康診査ガイドライン」で推奨する新潟県独自項目（貧血検査、血中脂質検査の一部）を含めて実施します。

基本項目	問診、身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）、理学的検査（診察）、血圧測定
	尿検査 尿糖、尿たん白、尿潜血
	血中脂質検査 HDLコレステロール、LDLコレステロール（又はnon-HDLコレステロール）、中性脂肪
	肝機能検査 AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
詳細項目	血糖検査 空腹時血糖（または随時血糖）、HbA1c
	貧血検査 赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値
	腎機能検査 eGFR
	心電図検査
	眼底検査

追加項目	*貧血検査	赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値
	*腎機能検査	血清クレアチニン値、eGFR
	心電図検査	希望者のみ実施
	眼底検査	希望者のみ実施
	*血中脂質検査	総コレステロール

*印：新潟県独自追加項目

○中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNON-HDLコレステロールの測定を行う場合があります。

○心電図検査、眼底検査は希望者のみ実施し、詳細な項目に該当する場合は検査をお勧めします。

○貧血検査（全員実施）及び腎機能検査（eGFR）、心電図検査、眼底検査の詳細項目に関する判定は医師が行います。

◆実施方法及びスケジュール

項目	時期	実施内容
①対象者の抽出・受診券の作成	5～6月	阿賀町国保加入者で年度内に40～74歳になる者を抽出し、特定健診受診券を作成（施設入所者・長期入院者などは除外）
②受診券の発送	6月下旬	同時実施の各種検診受診票等とともに、受診券を郵送 特定健診の周知は、3月下旬に「健（検）診日程表」の全戸配布、広報あが6月号、全戸に設置している情報告知端末を使用して実施
③健診の実施	7～8月	旧町村単位（4地区）の公民館、保健センター等を会場に特定健診を実施 受診者の利便性を考え、各会場ごとに送迎バスを運行 特定健診実施期間中に日曜健診（半日）を1回実施
④特定健診結果説明会の実施	8～9月	行政区単位等で集会所や公民館を会場に、特定健診結果説明会を実施 本庁・各支所ですべて1回以上、夜間指導会を実施（全ての対象者へ健診会場で結果説明会を案内） 説明会欠席者で保健指導が必要な場合は、訪問指導等を実施
⑤未受診者の把握	9～10月	健診未受診者の抽出と、未受診者健診の案内作成・発送
⑥未受診者健診の実施	11月	休日に未受診者健診を実施
⑦未受診者健診の結果説明会	12月	本庁・各支所等で計4回の結果説明会を実施 説明会欠席者で保健指導が必要な場合は、訪問指導等を実施

◆阿賀町国保が実施する人間ドックによる特定健康診査

阿賀町国保と健診機関との契約による人間ドック（特定健康診査の法定項目を含有する）を実施します。人間ドックの結果は、特定健康診査同様に結果説明会又は訪問により保健指導を実施したうえで受診者に通知します。

(2) 特定保健指導の実施方法

◆対象者の抽出(階層化)

特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスクの高さや年齢に応じ、レベル別に保健指導の対象者を選定します。



ステップ1で(1)に当てはまる場合

ステップ2 追加リスク	2つ以上該当	積極的支援レベル
	1つ該当	動機付け支援レベル
	該当なし	情報提供レベル

ステップ1で(2)に当てはまる場合

ステップ2 追加リスク	3つ以上該当	積極的支援レベル
	1つ又は2つ該当	動機付け支援レベル
	該当なし	情報提供レベル

*服薬中の者については、特定保健指導の対象としません。

*65~74歳の者は、階層化の結果保健指導レベルが積極的支援でも、動機づけ支援の対象となります。

なお、2年連続して積極的支援に該当した者については、厚生労働省告示第91号に基づき、下記に該当する場合は、動機づけ支援相当の支援として実施する事が可能です。

【動機付け支援相当の支援が可能な者】

以下の2つを満たす者は動機づけ支援相当の支援を可能とします。

- ①当該年度に積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度に積極的支援を終了している
- ②腹囲及び体重の値が、前年度の特定健康診査に比べ当該年度の特定健康診査の方が改善している

前年度よりも改善していると判断する基準

BMI30未満	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者
BMI30以上	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者

◆実施概要

目的	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的に、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備軍を減少させるための保健指導を実施する。
実施場所	初回面接は特定健診結果説明会を利用、その他訪問や来所等により実施 なお、初回面接を分割実施する場合は、各特定健康診査会場にて実施 人間ドック受診者のうち動機付け支援に該当した者は健診機関にて実施
実施期間	初回面接から3か月間
自己負担額	なし
実施形態	〈集団健診・個別健診受診者で特定保健指導となった者・阿賀町国保人間ドックで積極的支援となった者〉 阿賀町国民健康保険と健康福祉課健康推進係が主体となり、町保健師等により直営で実施 〈阿賀町国保人間ドックで動機づけ支援となった者〉 健診機関へ実施委託 委託先健診機関：健康管理協会、労働衛生医学協会、医学予防協会、保健衛生センター、あがの市民病院、下越総合健康開発センター

◆実施方法及びスケジュール

項目	時期	実施内容
①対象者の階層化・利用券の作成、発送	8・9月 12月	健診結果から階層化の結果、積極的支援・動機づけ支援の対象となった者へ初回面接実施日の案内を郵送
②初回面接の実施	8～11月 12～1月	健診結果説明会で実施希望の有無を確認し、初回面接を実施。欠席の場合は訪問等で実施する。 ※分割実施を行う場合は、健診会場で初回面接の仮目標の設定を行い、階層化後に健診結果説明会又は訪問・電話等により、行動目標の補完を行う。
③特定保健指導の継続	初回面接後3か月間	〈積極的支援〉 訪問・来所による面談、電話支援、支援レター等（計180ポイント以上） 〈動機付け支援〉 支援レター又は電話支援
④実績評価	初回面接から3か月後	訪問等により3か月以上経過後に評価を実施 ※基本は初回面接から3か月经過後とするが、対象者の取り組み内容や特性によって、3か月～6か月の間に実績評価を設定したり、実績評価後のフォローを実施する。

※個別健診受診者で特定保健指導に該当した者については、健診結果を把握しだい、随時上記手順を実施します。

◆特定保健指導対象者の重点化の方法

第2期計画期間における課題から、特定保健指導対象者の中でも①～③に当てはまる対象者は、重点的に保健指導を実施します。

- ① 40～50代の対象者
- ② 特定保健指導対象者で、前年度に比べ健診結果が悪化している者
- ③ 初めて特定保健指導の対象となった者

(3)代行機関

特定健康診査等の実施機関の情報管理、健診データのチェック及び保存、費用請求の診査・支払い・決済等に係る事務を新潟県国民健康保険団体連合会に委託します。

5. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び、阿賀町個人情報保護条例を遵守し、適切な対応を行います。その際には、受益者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健康診査・保健指導を実施します。

また、特定健康診査を外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守を管理します。

6. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

計画の策定後、計画の進行管理・評価・目標修正を毎年度実施します。見直しの時期は、国への特定健康診査に関する法定報告の時期(翌年10月)とします。

また、平成35年度において、目標値に基づいた達成度の評価を行い、平成36年度以降の特定健康診査等実施計画に反映します。

(2) 評価方法

特定健康診査・特定保健指導の最終的な目標は、糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の生活習慣病の予防であることから、長期的な評価指標として、これらの生活習慣病有病者や予備軍の減少、医療費について評価を行います。

また、特定健康診査実施率・特定保健指導実施率・特定保健指導対象者の減少率を具体的な評価指標とし、目標達成を目指します。

(3) 計画の修正

計画の評価とともに、計画に修正が必要となった場合は、適宜、計画の修正を行います。

7. 円滑な実施の確保について

(1) 特定健康診査受診率向上のための取組

◆受診機会の拡大

- ・町内3か所の町営診療所で個別健診を開始し、集団健診以外の受診機会を設けました。今後、個別健診のPRを行い、受診率向上を図ります。
- ・健康増進法で実施する肺がん検診・前立腺がん検診及び肝炎ウイルス検診を特定健康診査と同日に実施し、受診者の負担を軽減します。

◆特定健康診査の啓発

- ・対象者全員に特定健康診査受診券を発送し、受診を促します。
- ・広報、情報告知端末での情報発信(日程・会場の告知の他、特定健診の必要性等を啓発)を行います。

◆未受診者対策

- ・未受診者に対し、年度内に受診勧奨を行います。また、未受診者の傾向等からより効果的な受診勧奨の方法を検討します。

(2)特定保健指導実施率向上のための取組

◆初回面接の強化

- ・特定保健指導対象者に対し、希望の有無に関わらず、健診結果説明会での初回面接を実施します。
- ・初回面接の際に必要な性の説明と利用勧奨を確実に行います。
- ・健診結果説明会に欠席した対象者には訪問等による特定保健指導実施に努めます。

◆初回面接の柔軟な実施

- ・特定保健指導に該当する可能性が高い受診者に対し、特定健診受診時に初回面接を分割して実施する等より初回面接につながりやすい方法を検討します。

(3)医療機関との連携

医療機関受診中のため、特定健康診査を受診しない者について、町内医療機関から特定健康診査に相当する診療情報を提供して頂けるよう働きかけます。

(4)他の健診受診者からのデータ受領

事業主健診や個人で特定健康診査に相当する検査・健診を受診した場合は、本人の同意を得たうえで、検査・健診結果を町へ提供していただき、特定健康診査データ管理システムに登録します。

また、事業主健診受診した被保険者からの健診結果提供について、被保険者だけでなく事業所等への啓発や特定健康診査への協力が得られるよう働きかけます。

阿賀町国民健康保険

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第3期特定健康診査等実施計画

発行 平成30年3月
阿賀町役場 町民生活課

〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地
電話:0254(92)5761 FAX:0254(92)4736
E-mail:kokuho@town.aga.lg.jp