

第2期安曇野市国民健康保険 保健事業実施計画

(データヘルス計画)

中間評価報告書

令和3年3月 安曇野市

国保年金課
保健医療部
健康推進課

目 次

第1章	データヘルス計画の中間評価	1
1	データヘルス計画の目的	1
2	データヘルス計画の位置付け	1
3	計画期間	5
4	中間評価の目的と方法	5
	(1) 中間評価の目的	5
	(2) 中間評価の方法	6
第2章	「標準的な保健指導プログラム 平成30年度版 図1」に基づく評価と課題	7
1	特定健診・特定保健指導の状況	7
2	短期目標にかかわる健診状況	7
	(1) 階層化別の状況	7
	(2) 特定健診 要精密検査者（血圧判定）の状況	9
3	中長期目標にかかわる医療状況	10
4	データヘルスでターゲットとする疾患の医療費の状況	11
5	目標管理一覧表（整理表）を活用した評価・見直し	11
6	令和元年度の実績を踏まえ、今後の取り組みと課題を考える【全体評価】	12
第3章	課題を踏まえた目標値と今後の取り組み	13
1	成果目標の設定	13
2	今後の保健事業の取り組み	14
	(1) 特定健診・特定保健指導	14
	(2) 特定健診未受診者対策	15
	(3) 重症化予防のための保健指導	16
	(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（新規）	16
第4章	計画の評価・見直し	17
1	評価の時期	17
2	評価方法・体制	17
第5章	計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	18
1	計画の公表・周知	18
2	個人情報の取り扱い	18

第1章 データヘルス計画の中間評価

1 データヘルス計画の目的

「第2期安曇野市国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）」にあるとおり、平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、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することになりました。

平成20年に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」を基に、平成27年5月には「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保健法等の一部を改正する法律」が成立し、平成30年度には新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が開始されています。

これらの背景を踏まえ、保健事業^{※1}の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下、「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は保健事業計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うことになりました。

本市においても、国指針に基づき「第2期安曇野市国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を目的とし、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用し、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指しています。

※1 保健事業：健康診査、健康診査後の通知、保健指導、健康教育、健康相談、訪問指導

2 データヘルス計画の位置付け

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用するものです。

また、データヘルス計画は、「第3期安曇野市国民健康保険 特定健康診査等実施計画」や健康増進法に基づく「安曇野市健康づくり計画（第2次）」と評価・指標等においても整合性を図ります。

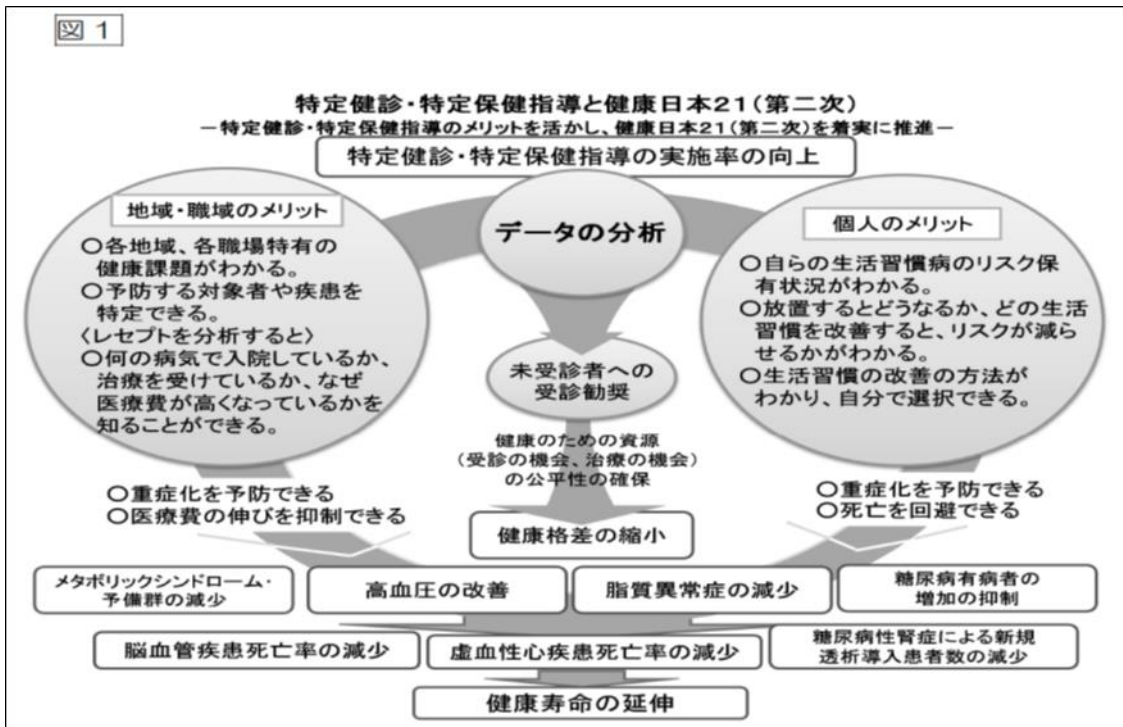
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※1	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	介護保険法 第116条、第117条、 第118条	高齢者の医療の 確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	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	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保険事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に関する 保険給付の円滑な実施 を確保するための基本的 な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する 施策について基本指針 【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に 関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、 都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予 防を図るとともに、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、その結果、社 会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活 習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むこ とを目標とする。	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、この結果、国民の生活の 質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの 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ものを、 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 適正化及び保険者の財産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。	高齢者がその有する 能力に応じ自立した日 常生活を営むことがで きるように支援すること や、要介護状態または 要支援状態となること の予防又は、要介護状 態等の軽減もしくは悪 化の防止を理念として いる。	国民皆保険を堅持し 続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向 上を確保しつつ、医療 費が過度に増大しない ようにしていくとともに、 良質かつ適切な医療を 効率的に提供する体制 の確保を図っていく。	医療機能の文化・連 携を推進することを通じ て、地域において切れ 目のない医療の提供を 実現し、良質かつ適切 な医療を効率的に提供 する体制の確保を図 る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、 青年期 、高齢期） に応じて	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 らの生活習慣作り	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて

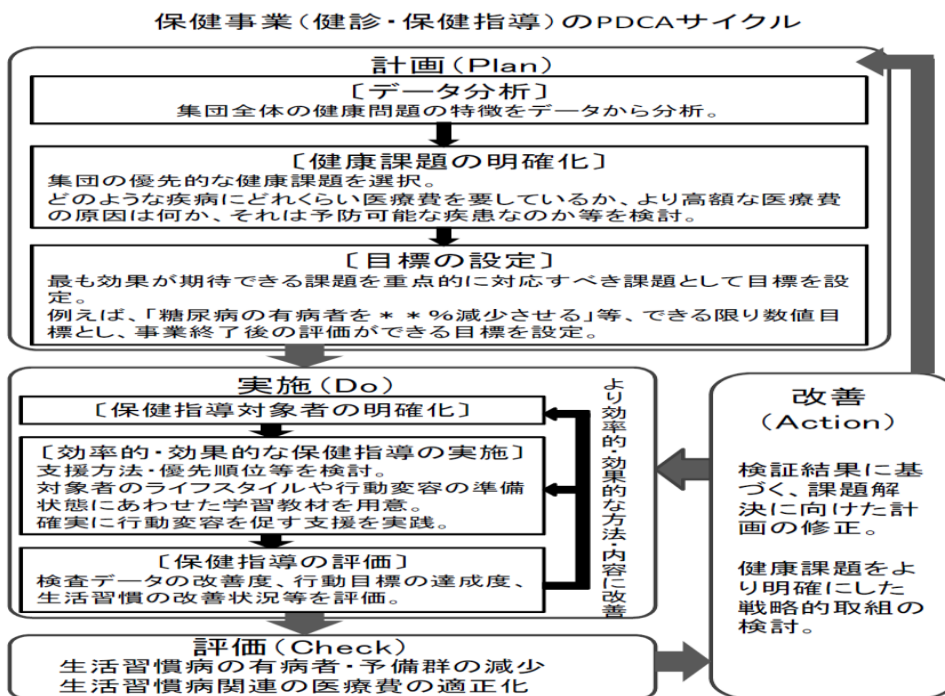
※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法

<p>対象疾病</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</p> <p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病</p> <p>生活習慣病</p>	<p>糖尿病</p> <p>心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中</p>
<p>評価</p>	<p>※53項目中 特定健診に関する項目15項目</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者</p>	<p>①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率</p>	<p>健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群</p> <p>(3)医療費等 ①医療費 ②介護費</p> <p style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">保険者努力支援制度</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</div> </p>	<p>※2</p> <p>①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化</p>	<p>○医療費適正化の取組</p> <p>外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院 病床機能分化・連携の推進</p>	<p>がん</p> <p>精神疾患</p> <p>①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制(地域の実状に応じて設定)</p>
<p>その他</p>	<p>保険事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援</p>			<p>保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>		

※2 初老期の認知症、早老症、骨折＋骨粗しょう症、パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形性関節症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬変症



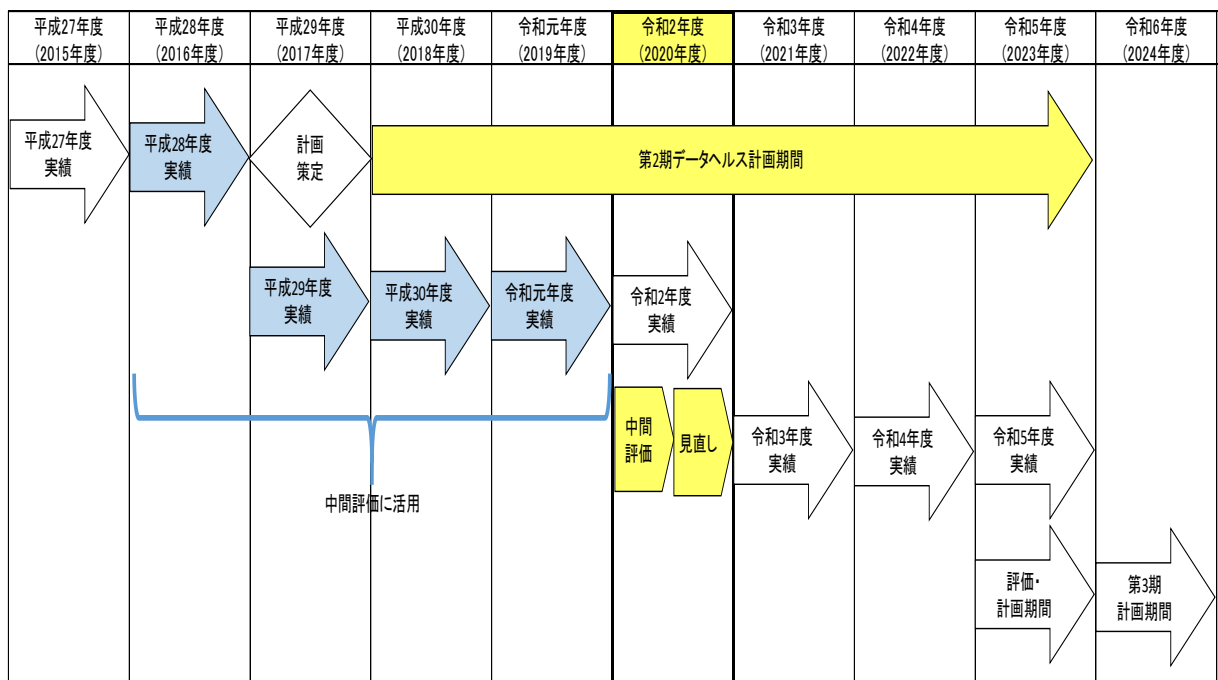
PDCA サイクル (「標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版」より)



3 計画期間

データヘルス計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度から令和5年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、データヘルス計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間とします。

計画の中間年度に当たる令和2年度は進捗確認のために中間評価を実施し、令和元年度までの達成状況や指標を分析・評価し、最終目標達成のために必要に応じて見直しを行います。また、次期データヘルス計画の策定を円滑に進めていくために中間評価を活用します。



(元号表記は「平成」を「令和」に読み替える)

4 中間評価の目的と方法

(1) 中間評価の目的

中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業をより効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認することにあります。さらに、国民健康保険法等の改正、本市の計画全体の目標や事業の評価、見直しを実施し、最終的な目的・目標の達成に向けた体制を再構築します。

(2) 中間評価の方法

ア：「第2期データヘルス計画の中間評価・見直しに向けての考え方（国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン改訂令和2年6月）」に沿って、4つの指標^{※2}に基づき令和元年度までの事業実績について事務局による自己評価を実施し、「第2期データヘルス計画等 目標管理一覧業を活用した評価・見直し 整理表」（以下、「整理表」という。）を作成します。

イ：国保運営協議会委員及び健康づくり推進協議会委員に、整理表の確認・助言を求めます。

ウ：評価指標・目標値・保健事業について見直しを実施します。

※2 評価のための視点

◇ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）

計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。

◇プロセス（保健事業の実施過程）

計画策定手順のこと。健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日ごろの活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。

◇アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）

計画に記載した事業の実施状況に関すること。重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。

◇アウトカム（成果）

計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画の目的・目標に達することができたか、など。

第2章 「標準的な保健指導プログラム 平成30年度版 図1」に基づく評価と課題

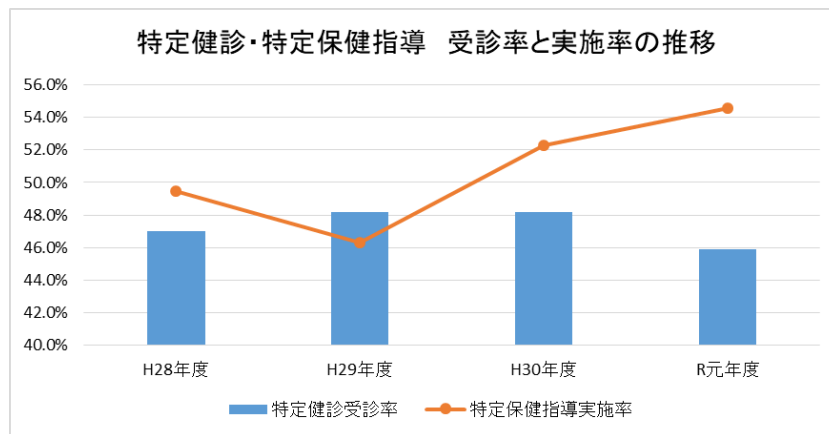
1 特定健診・特定保健指導の状況

特定健診受診率は、45%前後で推移しており、本計画策定時の目標値には届かない状況が続いています。特定健診対象者である40～74歳の国保被保険者は減少傾向であることを考慮した未受診者対策が必要です。

特定保健指導実施率については、平成28年度からの4年間で約5%の伸びがみられています。

目標値である特定健診受診率・特定保健指導実施率60%の達成に向け、今後も取り組んでいく必要があります。

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度
特定健診受診率	47.0%	48.2%	48.2%	45.9%
特定保健指導実施率	49.5%	46.3%	52.3%	54.6%



2 短期目標にかかわる健診状況

(1) 階層化別の状況

メタボリックシンドローム

	H28年度		H29年度		H30年度		R元年度	
該当者	1,422	17.3%	1,403	→ 17.1%	1,367	→ 17.1%	1,351	→ 17.5%
予備群	689	8.4%	767	→ 9.3%	716	→ 9.0%	681	→ 8.8%

高血圧

		H28年度		H29年度		H30年度		R元年度		
		治療中	治療なし	治療中	治療なし	治療中	治療なし	治療中	治療なし	
保健指導	高値血圧	人数	894	1,316	920	1,321	889	1,282	869	1,319
		割合	31.8%	24.5%	32.2%	24.7%	32.7%	24.4%	32.8%	26.0%
受診勧奨	I度	人数	764	910	778	892	753	908	703	842
		割合	27.2%	17.0%	27.2%	16.7%	27.7%	17.3%	26.5%	16.6%
	II度	人数	146	192	189	223	164	207	148	205
		割合	5.2%	3.6%	6.6%	4.2%	6.0%	3.9%	5.6%	4.0%
	III度	人数	19	56	23	37	20	47	33	37
		割合	0.7%	1.0%	0.8%	0.7%	0.7%	0.9%	1.2%	0.7%

脂質異常

			総数				男				女			
			H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度
保健指導	120～139 mg/dℓ	人数	2,086	2,059	2,022	1,956	888	853	868	806	1,198	1,206	1,154	1,150
		割合	25.5%	25.1%	25.3%	25.3%	24.8%	23.8%	24.6%	23.9%	26.0%	26.1%	25.9%	26.5%
受診勧奨	140～159 mg/dℓ	人数	1,165	1,204	1,275	1,273	451	483	508	514	714	721	767	759
		割合	14.2%	14.7%	16.0%	16.5%	12.6%	13.5%	14.4%	15.2%	15.5%	15.6%	17.2%	17.5%
	160～179 mg/dℓ	人数	539	506	539	515	196	176	201	185	343	330	338	330
		割合	6.6%	6.2%	6.8%	6.7%	5.5%	4.9%	5.7%	5.5%	7.5%	7.1%	7.6%	7.6%
180以上 mg/dℓ	人数	235	243	272	273	74	76	82	90	161	167	190	183	
	割合	2.9%	3.0%	3.4%	3.5%	2.1%	2.1%	2.3%	2.7%	3.5%	3.6%	4.3%	4.2%	

血糖異常

			H28年度		H29年度		H30年度		R元年度	
			治療中	治療なし	治療中	治療なし	治療中	治療なし	治療中	治療なし
保健指導	糖尿病の可能性が 否定できない	6.0～6.4%	132	1,747	164	1,352	143	1,579	141	1,319
			22.2%	23.2%	25.2%	18.0%	22.5%	21.6%	23.4%	18.6%
受診勧奨	合併症予防 のための目標	6.5～6.9%	180	262	194	241	207	247	172	234
			30.3%	3.5%	29.8%	3.2%	32.5%	3.4%	28.6%	3.3%
	最低限達成が 望ましい目標	7.0～7.9%	179	70	179	71	192	62	182	58
			30.1%	0.9%	27.5%	0.9%	30.2%	0.8%	30.2%	0.8%
合併症の危険が 更に大きくなる	8.0%以上	58	23	60	19	41	27	68	25	
		9.8%	0.3%	9.2%	0.3%	6.4%	0.4%	11.3%	0.4%	

メタボリックシンドロームは、平成28年度からの4年間で該当者・予備群の発生率には大きな変動はなく、改善に至っていない状況です。保健指導実施者の質的向上により、メタボリックシンドロームの改善に取り組む必要があります。

「標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版」に基づき、特に受診勧奨判定値を大きく超える人に対しては受診行動につながるような支援が必要です。

未治療のまま健診受診がなければ、データの変化も確認できず重症化するまで自覚症状なく推移することがあるため、受診状況も把握していくことが重要となります。

(2) 特定健診 要精密検査者（血圧判定）の状況

集団健診または個別健診で特定健診を受診した人のうち、血圧が 140mmHg かつ/または 90mmHg 以上の人には精密検査票が発行されています。また、精検対象者のうち、高血圧Ⅱ度以上の方は重症化予防保健指導の対象となっていますが、保健指導介入があっても受診に繋がりにくい状況があります。

重症化予防保健指導では、医療受診勧奨、生活習慣の改善に向けた支援、家庭血圧の測定を継続するための支援等を実施していますが、今後は保健指導介入後の生活状況について分析を進めていくとともに、保健指導実施者の力量形成に取り組めます。

	要精検者	精検受診者
Ⅰ度	345人	131人
	75.5%	37.8%
Ⅱ度	90人	33人
	19.7%	36.7%
Ⅲ度	22人	8人
	4.8%	36.4%
計	457人	172人
	12.9%	37.7%
	※発生率	※精検受診率

保健指導の介入状況

	介入あり 81人				介入なし 28人			
	返却あり		未返却		返却あり		未返却	
Ⅱ度 90人	23人	28.4%	41人	50.6%	7人	25.0%	16人	57.1%
Ⅲ度 22人	8人	9.9%	9人	11.1%	-	-	5人	17.9%

3 中長期目標にかかわる医療状況

脳血管疾患の4年間の推移では、人数・件数ともに減少し医療費用額も減少していますが、件数が人数の2～3倍であることから、複数月・回数治療が必要となる特徴があり、医療費の増大につながります。介護保険2号被保険者である40歳未満～50代は、治療者が要介護認定状態とならないよう予防することが重要です。

虚血性心疾患は加齢とともに人数が増加する傾向にあり、発症予防と重症化を遅らせる対策が必要になります。

平成30年度に施行された、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、令和2年10月から「循環器病対策推進基本計画」が策定され、本市としても循環器対策の推進は重要な施策です。

また、引き続き基礎疾患である短期目標の高血圧・脂質異常症・糖尿病及び肥満等の改善を目指し取り組みます。

脳血管疾患

高額（80万円以上）レセプト（KDBより）

		H28年度		H29年度		H30年度		R元年度	
人数		66		52		58		44	
件数		152		105		94		87	
年代別	40歳未満	1	0.7%	1	1.0%	1	1.1%	0	0.0%
	40代	3	2.0%	3	2.9%	7	7.4%	2	2.3%
	50代	28	18.4%	15	14.3%	14	14.9%	14	16.1%
	60代	61	40.1%	58	55.2%	40	42.6%	30	34.5%
	70～74歳	59	38.8%	28	26.7%	32	34.0%	41	47.1%
費用額		1億9128万円		1億3502万円		1億2194万円		1億0879万円	

虚血性心疾患

		H28年度		H29年度		H30年度		R元年度	
人数		41		49		32		51	
件数		51		55		40		54	
年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%	0	0.0%
	40代	0	0.0%	1	1.8%	1	2.5%	0	0.0%
	50代	4	7.8%	3	5.5%	4	10.0%	3	5.6%
	60代	20	39.2%	19	34.5%	15	37.5%	20	37.0%
	70～74歳	27	52.9%	32	58.2%	19	47.5%	31	57.4%
費用額		8083万円		9130万円		7922万円		8709万円	

人工透析は、4年間で減少の傾向です。一旦透析導入となると長期に渡り一人あたり年間500万円の医療費がかかり、新規透析導入患者の減少については保険者努力支援制度のアウトカム指標となっています。

人工透析導入を予防するために、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、肥満を基本とした基礎疾患の予防への取り組みを継続します。

人工透析者の状況

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度
人数	89	85	80	68
件数	1,155	1,085	1,030	942
費用額	5億4078万円	5億0671万円	4億8256万円	4億3555万円

4 データヘルスでターゲットとする疾患の医療費の状況

平成 28 年度に国・県※³と比較して 2,000 円以上高かった一人あたり医療費は、令和元年度に同程度となっています。中でも、平成 28 年度は国より約 1%高かった脳梗塞・脳出血の割合が令和元年度にはほぼ同等になり、差は 0.1%にまで縮まりました。

慢性腎不全（透析有）は、平成 28 年度は県や国を 1.3%上回っていましたが、令和元年度には県・国と同等です。慢性腎不全（透析無）の割合は県の約 1.5 倍ですが、透析に移行せず治療を継続している人が多いと考えられ、継続受診の必要性を伝えていく必要があります。

引き続き高血圧をはじめとする基礎疾患への取り組みが必要になります。

※³ 平成 28 年度と同規模・国・県のデータについては、「第 2 期安曇野市国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）」P11 参照

		総医療費	被保険者数	一人あたり医療費（円）			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	
				金額	順位			
					同規模 (256)	県内 (77)	割合	
安曇野市	H28年度	7,565,206,380	23,167	26,566	105	16	1,853,236,290	24.50%
	R元年度	7,139,131,240	20,972	27,846	118	28	1,450,380,840	20.32%
同規模	R元年度	1,325,122,704,560	3,892,176	27,896	-	-	272,530,177,550	20.57%
県	R元年度	145,716,059,750	445,046	26,872	-	-	29,579,946,090	20.30%
国	R元年度	9,079,520,298,800	27,083,475	27,475	-	-	1,839,091,912,830	20.26%

		中長期目標疾患				短期目標		
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症
		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
安曇野市	H28年度	6.76%	0.35%	3.29%	1.70%	5.20%	4.86%	2.62%
	R元年度	4.31%	0.47%	2.28%	1.79%	5.75%	3.61%	2.57%
同規模	R元年度	4.26%	0.31%	2.18%	1.67%	5.76%	3.75%	2.59%
県	R元年度	4.29%	0.29%	2.19%	1.53%	5.74%	3.69%	2.19%
国	R元年度	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.15%

5 目標管理一覧表（整理表）を活用した評価・見直し

健康課題解決のために設定した短期・中長期の目標について表 1 のとおり評価を行いました。

特定健診受診率は人口及び国保加入者が減少する中で、受診率は伸び悩んでおり、今後は新規健診受診者の獲得を推進していく必要があります。特定保健指導実施率については、大きく伸びがみられ目標達成に近づいていますが、データ改善などのアウトカム評価が求められており、保健指導実施者の力量形成を更に充実させていく必要があります。

保険者努力支援制度で求められている評価項目についても、関係機関等と連携を図り目的の達成に向けた事業を進めます。

表1 目標管理一覧表(整理表)

関連計画	健康課題	達成すべき目的	評価指標	目標値	初期値	実績値				評価	事業名	成功要因	未達要因	事業の方向性	評価後の目標
				R5	H28	H29	H30	R1							
				a:改善 a*:改善しているが現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる b:変化なし c:悪化 d:評価困難											
特定健診等計画	<ul style="list-style-type: none"> ・高血糖者の割合が県内、同規模と比較して高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の51%を占めている。 ・介護保険2号被保険者の67.6%が脳血管疾患の治療をしている。 	特定健診受診率60%以上	特定健診受診率	60%以上	47.0%	48.2%	48.2%	47.9%	b	特定健診受診動奨(個別通知・電話・訪問)	国保年金課では年2回の個別通知発送、新聞等のメディアへの掲載を実施し、健康推進課では電話・訪問による受診動奨を実施している。受診動奨後は健診申し込み数が増加している。	人口・健診対象者数(国保被保険者数+加入率)が減少の傾向にある中で、新規健診受診者の獲得について積極的な対策が不十分であった。また、国保年金課と健康推進課で実施している受診動奨について目標を明確にできていなかった。	・受診動奨の実施 国保加入時の受診動奨、商工会や農協のイベントでのPRを実施する。 ・健診データの新規獲得 事業主健診等を受診している被保険者の健診データを新たに獲得する。 ・受診動奨についての工程表を作成する 動奨対象者及び目標数を明確化し、手順・進捗状況等を共通認識できるための工程表を作成し、連携会議で確認していく。	60%以上	
		特定保健指導実施率60%以上	特定保健指導実施率	60%以上	47.4%	46.3%	52.3%	54.6%	a*	特定保健指導	保健指導従事者の資質向上を目的に学習会を開催、プロセス計画の整備、進捗管理を実施している。 H30年度から保健指導従事者を配置し、保健指導を実施していることが実施率の向上に繋がっている。	R1年度の階層化では約8割は動機付け支援対象者(641人)で、全体の終了率は54.6%だった。保健指導実施率目標60%には+5%程度であり、あと32人の実施で達成可能だった。 進捗管理台帳による管理だが、終了・評価は各保健指導従事者にゆだねられているため、全体として明確な目標周知が不十分であった。	・進捗管理の徹底 特に多数を占める動機付け支援対象者の保健指導終了・最終評価を確実にするための具体的な方法について調整する。 新規・不定期受診者のうち、特に動機付け支援対象者に対する保健指導を強化する。	60%以上	
		特定保健指導対象者の減少率25%	特定保健指導対象者の減少率	25.0%	20.3%	18.4%	16.7%	20.6%	c	特定保健指導	—	2か年の保健指導階層化の変化は、積極的支援:約6割、動機付け支援:約6割が継続して対象となり、データ改善が困難であることがわかる。 残る新規・不定期受診者は、動機付け支援の約7割を占めることから、この段階で次年度の対象者にしない(検査データの改善を目指す)保健指導をするべきであったが、徹底できていなかった。	25.0%		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	糖尿病性腎症による透析、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制する	50.0%	51.0%	52.6%	56.7%	56.4%	c	糖尿病性腎症重症化予防	—	糖尿病性腎症による透析導入者に大きな増加は見られないが、「慢性腎不全 透析なし」は県・同規模と比較して多く、評価指標のみでは判断が困難である。糖尿病性腎症以外にも視野に入れた対策は引き続き必要。	50.0%		
		脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.5%	3.3%	2.4%	2.2%	2.3%	a*	脳血管疾患重症化予防	—	評価指標は減少しているが、県・同規模比較で僅かながら上回り、4年間で長期入院件数:約2倍、費用額:1.5倍と明確な減少とは言えず、評価が困難。 また、介護保険認定者の有病状況でも、脳卒中はどの年代でも5割以上を占めている。糖尿病性腎症・脳血管疾患の約7割は基礎疾患に高血圧があり現状のままでは目標達成が危ぶまれる。	2.3%		
		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	該当者 15.6% 予備群 8.5%	18.2% 8.8%	17.9% 9.8%	17.9% 9.3%	17.0% 9.2%	b b	特定保健指導 糖尿病性腎症重症化予防 脳血管疾患重症化予防 虚血性心疾患重症化予防	—	改善項目以外は1%前後(人数では5~10人以内)の増減にとどまり、変化なし~評価困難(b~c)である。 特に高血圧(中~重症)の割合減少に改善が見られないが、現状の保健指導対象者は「高血圧Ⅱ度以上の未治療のみ」であるが実施の徹底と、治療中者の実態把握が不足している。 メタボ該当・予備率は、特定保健指導実施率が目標に達しておらず、改善ができていない要因となっている。 H28年度に策定した糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより、市医師会及びかかりつけ医との連携を図り未治療者への保健指導事業を実施してきた。 高血圧者(中~重症)の改善、脂質異常症の減少、血糖コントロール不良者の減少は、未受診者対策だけでなくかかりつけ医との連携も重要であるが、実態把握(受診治療状況、本人の価値観、生活実態把握など)が不足している。	15.6%		
		高血圧の改善 健診受診者の高血圧者(中~重症)の割合の減少	高血圧の改善 健診受診者の高血圧者(中~重症)の割合の減少	4.0%	5.0%	5.8%	5.5%	5.5%	b		—		・保健指導従事者を対象にした学習会の充実 人事異動等により4年間で半分以上が入れ替わるため、市独自に継続的な学習会は実施してきたが、対象者の自己選択と行動変容、健診データ改善を目指し、特に「高血圧等の基礎疾患の影響」を保健指導に生かせるような学習会を実施する。	8.5%	
		脂質異常症の減少 健診受診者のLDLコレステロール値160以上の割合の減少	脂質異常症の減少 健診受診者のLDLコレステロール値160以上の割合の減少	男性 5.2% 女性 8.5%	7.5% 10.9%	7.0% 10.6%	8.0% 11.9%	8.1% 11.9%	c c		—		・かかりつけ医との連携および自己管理(コントロール確認)のための手帳活用 糖尿病連携手帳・血圧記録手帳など各学会等の推奨手帳を活用し、医療受診の動機付けや自己管理につながるような保健指導を行う。	5.2%	
		糖尿病の治療継続者(HbA1c6.5以上のうち治療中と回答した人)の割合の増加	糖尿病の治療継続者(HbA1c6.5以上のうち治療中と回答した人)の割合の増加	60.0%	53.9%	56.6%	56.3%	57.0%	a		—		8.5%		
		血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8.4%(NGSP値)以上)の割合の減少	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8.4%(NGSP値)以上)の割合の減少	0.5%	0.7%	0.6%	0.4%	0.7%	b		—		60.0%		
糖尿病有病者(HbA1c6.5%(NGSP値)以上)の割合の減少	糖尿病有病者(HbA1c6.5%(NGSP値)以上)の割合の減少	7.3%	9.5%	9.2%	9.7%	10.3%	c	—	0.5%						
がん検診受診率の向上 胃がん検診	がん検診受診率の向上 胃がん検診	15.0%	13.1%	12.8%	11.3%	9.8%	b	各がん検診	年々受診率が低下しており、人間ドック等への移行が考えられる。受診しやすさに配慮し、体制整備の必要がある。		15.0%				
肺がん検診	肺がん検診	7.0%	5.7%	5.2%	4.4%	4.1%	b				7.0%				
大腸がん検診	大腸がん検診	30.0%	24.8%	25.1%	22.9%	19.7%	b				30.0%				
子宮頸がん検診	子宮頸がん検診	30.0%	24.4%	29.0%	30.8%	32.6%	a				30.0%				
乳がん検診	乳がん検診	35.0%	28.8%	32.0%	32.7%	33.5%	a			35.0%					
保険者努力支援制度	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の受診率が国と比較して低い。 	がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	30.0%	24.4%	29.0%	30.8%	32.6%	a	—	・啓発活動、受診動奨 対象者に合わせ、成人健(検)診時及び乳幼児健診に来所した保護者に向け、啓発や受診動奨を実施している。また、女性ががん検診については、個別通知の発送による受診動奨をしており、これらの啓発活動と受診動奨を継続して実施していく。	30.0%			
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上(健康ポイント実施者は平成31年度から集計)	25.0%					d	健康ポイント事業	特定健診は未受診でも、保健センターで実施する各種検診を受ける人も多いため、取得者が多くなった。 R1年度に割引券発行枚数3,626枚に対し、使用枚数は2,315枚で、使用率は63.8%であった。	・使用範囲の拡大と周知方法の見直し アンケートを実施した結果、「良かった」との回答が92%であり、概ね好評であった。割引券はセンターでおこなう各種検診や農産物直売所での使用に限定されていることから、使用範囲の拡大を望む意見があった。また、気づいたら有効期限が過ぎていたとの声もあり、事業自体の周知方法に課題があった。 上記を踏まえ、ポイントが付与されることを健診等申し込みガキに記載するなど、健診実施前から広くPRしていくことで、新規受診者の獲得を図る。インセンティブとしてのポイント事業を継続していくことで、継続した健診受診につなげ、健康づくりへの意識付けを図る。	25.0%		
		加入者の適正受診・適正服薬を促す取り組み実施	指導により重複受診・頻回受診・重複投薬の対象者を減らす	訪問指導により重複受診・頻回受診・重複投薬となる対象者のうち65%以上の受診状況の改善	65.0%		73.8%	62.5%	50.0%	c	訪問指導	国保連から提供される名簿を基に対象者を抽出し、アンケート調査と訪問指導を実施。改善した人はH29年度61人中45人、H30年度40人中25人、R1年度30人中15人となっている。訪問指導後も改善しない人は、複数回指導を行っても未改善であるケースがある。対象者が減少しているため、未改善のケースが増えると改善率に大きく影響する。	・新規対象者への早期の指導 指導が長期化しないよう早期に適切な指導を行っていく。 ・指導が長期化・改善困難である対象者にも根気強く対応していく。 ・重点指導の対象者選定方法を検討する。 ・医療機関と連携し、対象者にアプローチができる体制づくりを検討する。	65.0%	
数量シェア H28年度 69.5%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上(R2年9月までに)	80.0%	69.5%	72.7%	77.5%	78.8%	a*	訪問指導 通知送付	重複投薬訪問指導の際の呼び掛けと年2回の差額300円以上の対象者に通知を発送し、後発医薬品の使用を勧めている。	患者自身の考え方により後発医薬品を使用しない場合がある。通知の発送のみではジェネリックの使用動奨につながりにくい。	・差額の引き下げを検討し、対象者を拡大して通知動奨を実施していく。 ・効果的な動奨実施のため、薬剤師会との協力体制を整備する。	80.0%		

6 令和元年度の実績を踏まえ、今後の取り組みと課題を考える 【全体評価】

課題・目標	評価				残っている課題																																																																											
	①ストラクチャー (構造)	②プロセス (やってきた実践の過程)	③アウトプット 実践(事業実施量)	④アウトカム (結果)																																																																												
全体																																																																																
<p>《効果的な事業の運営》</p> <p>◆P D C A サイクルに基づいた具体的な目標や効果設定した事業を計画、実行する。</p> <p>《地区担当の機能化》</p> <p>◆地区担当が台帳を活用しながら、経年的に重症化予防対象者をフォローする。</p>	<p>○地区担当制の推進</p> <p>地区担当制による継続した保健指導への取り組み。</p>	<p>○効果的な事業運営</p> <ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画の目標管理一覧表(整理表)を活用し、事業の進捗を確認。 プロセス計画の策定。 <p>○地区担当制の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導の進捗管理台帳を地域ごとに整備。 <p>○保健指導従事者に向けた学習会の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 人事異動による従事者の入れ替わりを加味し、市独自に継続的な学習会を実施。 			<p>○人事異動による保健指導従事者の入れ替わり</p> <p>短期間に保健指導従事者が入れ替わることで、継続した学習の積み重ねに繋がらない。</p> <p>保健指導従事者の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>H31</th> <th>R2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保健師</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>22</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>管理栄養士 栄養士</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>25</td> <td>27</td> <td>30</td> <td>27</td> <td>27</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(再掲)</th> <th>人数</th> <th>割合</th> <th>人数</th> <th>割合</th> <th>人数</th> <th>割合</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月新規責任</td> <td>4</td> <td>16.0%</td> <td>5</td> <td>18.5%</td> <td>5</td> <td>16.7%</td> <td>3</td> <td>11.1%</td> </tr> </tbody> </table>		H28	H29	H30	H31	R2	保健師	18	20	24	22	21	管理栄養士 栄養士	7	7	6	5	6	計	25	27	30	27	27	(再掲)	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	4月新規責任	4	16.0%	5	18.5%	5	16.7%	3	11.1%																																	
	H28	H29	H30	H31	R2																																																																											
保健師	18	20	24	22	21																																																																											
管理栄養士 栄養士	7	7	6	5	6																																																																											
計	25	27	30	27	27																																																																											
(再掲)	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合																																																																								
4月新規責任	4	16.0%	5	18.5%	5	16.7%	3	11.1%																																																																								
受診率の向上																																																																																
<p>◆健診受診率の向上</p> <p>◆効果的かつ効率的な受診勧奨対象者の選定、アプローチ方法の検討</p> <p>◆健診データの新規受領</p>	<p>○国保年金課と健康推進課の連携強化</p>	<p>○特定健診受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> 国保年金課 年2回の個別通知発送、新聞・メディア等への掲載 健康推進課 血圧Ⅱ度以上の未受診者に対し、電話による個別受診勧奨 	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健診受診者数</td> <td>288</td> <td>563</td> <td>2184</td> <td>2293</td> <td>625</td> <td>781</td> <td>748</td> <td>737</td> <td>945</td> <td>491</td> <td>728</td> <td>273</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>未受診者対策の実施内容</th> <th>実施内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>広報掲載(集積健診開始)</td> <td>ラジオCMによる集積健診案内 健康広場による集積健診案内 他、健康推進課・市立市民センター 保健科のCM施設と保健科各施設</td> </tr> <tr> <td></td> <td>広報掲載(特定健診勧奨)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>健康イベント実施</td> </tr> <tr> <td></td> <td>受診希望調査票による未受診者対策</td> </tr> <tr> <td></td> <td>広報掲載(人間ドック勧奨)</td> </tr> </tbody> </table>		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	健診受診者数	288	563	2184	2293	625	781	748	737	945	491	728	273	未受診者対策の実施内容	実施内容	広報掲載(集積健診開始)	ラジオCMによる集積健診案内 健康広場による集積健診案内 他、健康推進課・市立市民センター 保健科のCM施設と保健科各施設		広報掲載(特定健診勧奨)		健康イベント実施		受診希望調査票による未受診者対策		広報掲載(人間ドック勧奨)		<p>○効果的な受診勧奨の実施</p> <p>○健診データの新規獲得</p> <p>○国保年金課と健康推進課の連携による受診勧奨</p>																																					
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																																																				
健診受診者数	288	563	2184	2293	625	781	748	737	945	491	728	273																																																																				
未受診者対策の実施内容	実施内容																																																																															
広報掲載(集積健診開始)	ラジオCMによる集積健診案内 健康広場による集積健診案内 他、健康推進課・市立市民センター 保健科のCM施設と保健科各施設																																																																															
	広報掲載(特定健診勧奨)																																																																															
	健康イベント実施																																																																															
	受診希望調査票による未受診者対策																																																																															
	広報掲載(人間ドック勧奨)																																																																															
特定健診・特定保健指導																																																																																
<p>◆特定保健指導実施率の向上</p> <p>◆特定保健指導対象者の減少</p>	<p>○保健指導専任保健師の配置(平成30年度から)</p> <p>○「医療費適正化へのプロセス計画」を作成し、保健指導実施手順、指導記録等について保健指導実施者が共有</p> <p>○からだノート等の教材活用</p> <p>○保健指導従事者の力量形成を目的とした学習会の開催</p>	<p>○受診者の利便性を考慮した健診受診形態の設定(集団・個別・人間ドック・通院)</p> <p>○階層化による保健指導対象者の抽出</p> <p>○マルチマーカ―を利用した保健指導対象者の抽出</p> <p>○保健指導実施者の力量形成を目的とした学習会の実施</p> <p>○保健師・管理栄養士による保健指導の実施</p> <p>○台帳を使用した進捗管理</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28年度</th> <th>H29年度</th> <th>H30年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健診対象者</td> <td>16,650</td> <td>16,279</td> <td>15,843</td> <td>15,405</td> </tr> <tr> <td>特定健診受診者</td> <td>7,825</td> <td>47</td> <td>7,846</td> <td>48.2</td> </tr> <tr> <td>特定対象者</td> <td>951</td> <td>12.1%</td> <td>897</td> <td>11.4%</td> </tr> <tr> <td>保健指導終了者</td> <td>471</td> <td>49.5%</td> <td>415</td> <td>46.3%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>474</td> <td>52.3%</td> <td>432</td> <td>54.0%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">支援区分</th> <th rowspan="2">対象者</th> <th colspan="4">平成30年度健診率</th> </tr> <tr> <th>受診者</th> <th>受診率</th> <th>未受診者</th> <th>未受診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">精神的支援</td> <td>169</td> <td>78</td> <td>46.2%</td> <td>10</td> <td>21.3%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保健指導あり</td> <td>25</td> <td>3</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">動機づけ支援</td> <td>706</td> <td>449</td> <td>63.6%</td> <td>109</td> <td>15.4%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保健指導あり</td> <td>19</td> <td>209</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		H28年度	H29年度	H30年度	令和元年度	特定健診対象者	16,650	16,279	15,843	15,405	特定健診受診者	7,825	47	7,846	48.2	特定対象者	951	12.1%	897	11.4%	保健指導終了者	471	49.5%	415	46.3%		474	52.3%	432	54.0%	支援区分	対象者	平成30年度健診率				受診者	受診率	未受診者	未受診率	精神的支援	169	78	46.2%	10	21.3%		保健指導あり	25	3	89	動機づけ支援	706	449	63.6%	109	15.4%		保健指導あり	19	209	3		<p>○保健指導進捗管理の徹底による、動機づけ支援の終了。</p> <p>○動機づけ支援対象者への保健指導を強化することにより、保健指導リピーターを減少させる。</p> <p>○保健指導実施者を対象とした学習会の充実。</p>													
	H28年度	H29年度	H30年度	令和元年度																																																																												
特定健診対象者	16,650	16,279	15,843	15,405																																																																												
特定健診受診者	7,825	47	7,846	48.2																																																																												
特定対象者	951	12.1%	897	11.4%																																																																												
保健指導終了者	471	49.5%	415	46.3%																																																																												
	474	52.3%	432	54.0%																																																																												
支援区分	対象者	平成30年度健診率																																																																														
		受診者	受診率	未受診者	未受診率																																																																											
精神的支援	169	78	46.2%	10	21.3%																																																																											
		保健指導あり	25	3	89																																																																											
動機づけ支援	706	449	63.6%	109	15.4%																																																																											
		保健指導あり	19	209	3																																																																											
未治療者対策																																																																																
<p>◆糖尿病性腎症による透析、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制する。</p>	<p>○台帳の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> 進捗管理台帳 糖尿病重症化予防管理台帳 <p>○配布用糖尿病連携手帳、血圧手帳の確保</p>	<p>○糖尿病性腎症重症化予防プログラム未治療者への受診勧奨</p> <p>治療中ハイリスク者への保健指導</p> <p>○重症化ハイリスク者への保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧Ⅱ度以上 LDL180mg/dL以上の男性 心房細動 <p>○二次健診の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 微量アルブミン尿検査 血管健診 <p>○各種手帳の活用</p> <p>糖尿病連携手帳、血圧手帳の活用により、かかりつけ医との連携を図る。</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防 保健指導</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査値範囲</th> <th>対象者数</th> <th>実施者数</th> <th>実施率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未 血A1c:5%以上</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>治 (または空腹時血糖126mg/dL以上)</td> <td>364</td> <td>259</td> <td>71.2%</td> </tr> <tr> <td>療 または、随時血糖200mg/dL以上</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>治 対象者</td> <td>42</td> <td>34</td> <td>81.0%</td> </tr> <tr> <td>療 中</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>含 対象者</td> <td>41</td> <td>30</td> <td>73.2%</td> </tr> <tr> <td>む かつ尿蛋白(+)-以上</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>重症化ハイリスク者への保健指導</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査値範囲</th> <th>対象者数</th> <th>実施者数</th> <th>実施率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血圧Ⅱ度以上</td> <td>437</td> <td>153</td> <td>35.0%</td> </tr> <tr> <td>心房細動</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>88.9%</td> </tr> <tr> <td>LDL-c 180mg/dL以上の男性</td> <td>58</td> <td>42</td> <td>72.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>血管健診</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>異常なし</th> <th>所見あるが問題なし</th> <th>要経過観察</th> <th>要精密検査</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>男性</td> <td>4</td> <td>10</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>12</td> <td>8</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>16</td> <td>18</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>微量アルブミン尿検査</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象者</th> <th>実施者</th> <th>実施率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>144</td> <td>18</td> <td>12.5%</td> </tr> </tbody> </table>	検査値範囲	対象者数	実施者数	実施率	未 血A1c:5%以上				治 (または空腹時血糖126mg/dL以上)	364	259	71.2%	療 または、随時血糖200mg/dL以上				治 対象者	42	34	81.0%	療 中				含 対象者	41	30	73.2%	む かつ尿蛋白(+)-以上				検査値範囲	対象者数	実施者数	実施率	血圧Ⅱ度以上	437	153	35.0%	心房細動	9	8	88.9%	LDL-c 180mg/dL以上の男性	58	42	72.4%	異常なし	所見あるが問題なし	要経過観察	要精密検査	男性	4	10	5	女性	12	8	4	計	16	18	9	対象者	実施者	実施率	144	18	12.5%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査実施者のうち医療を受診した人数</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>44.4%</td> </tr> </tbody> </table>	検査実施者のうち医療を受診した人数	人数	割合	8	44.4%	<p>○糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導は、7割から8割実施することができているが、高血圧Ⅱ度以上の重症化予防のための保健指導は、実施率が低い状態である。保健指導後の医療受診の有無について、KDB等を活用し追跡することが必要である。また、各種手帳を活用し、かかりつけ医との連携を図り、継続受診に向けた支援を実施する。</p> <p>○基礎疾患である肥満、血圧、脂質異常症、糖尿病に対する保健指導の取り組み。</p> <p>○保健指導実施者の力量形成を目的とした学習会についても、内容を充実させた上で取り組んでいくことが必要である。</p>
検査値範囲	対象者数	実施者数	実施率																																																																													
未 血A1c:5%以上																																																																																
治 (または空腹時血糖126mg/dL以上)	364	259	71.2%																																																																													
療 または、随時血糖200mg/dL以上																																																																																
治 対象者	42	34	81.0%																																																																													
療 中																																																																																
含 対象者	41	30	73.2%																																																																													
む かつ尿蛋白(+)-以上																																																																																
検査値範囲	対象者数	実施者数	実施率																																																																													
血圧Ⅱ度以上	437	153	35.0%																																																																													
心房細動	9	8	88.9%																																																																													
LDL-c 180mg/dL以上の男性	58	42	72.4%																																																																													
異常なし	所見あるが問題なし	要経過観察	要精密検査																																																																													
男性	4	10	5																																																																													
女性	12	8	4																																																																													
計	16	18	9																																																																													
対象者	実施者	実施率																																																																														
144	18	12.5%																																																																														
検査実施者のうち医療を受診した人数	人数	割合																																																																														
8	44.4%																																																																															

第3章 課題を踏まえた目標値と今後の取り組み

1 成果目標の設定

中間評価の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標の達成を目指します。なお、中長期目標の「脳血管疾患の総医療費に占める割合」については、当初の目標値である2.5%がすでに達成されているため目標値を2.3%としますが、今後も長期入院件数及び費用額について評価を実施します。

また、「医療保険制度の適切かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、国民健康保険法において「市町村は国民健康保険の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする」とされたことを受け、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を新規事業として加え取り組みを実施します。

中間評価値と目標値

	課題を解決するための成果目標	中間評価値	目標値	
		令和元年度	令和5年度	
短期目標	特定健診受診率 60%以上	47.9%	60.0%	
	特定保健指導の実施率 60%以上	54.6%	60.0%	
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	該当者	17.0%	15.6%
		予備群	9.2%	8.5%
	高血圧の改善 健診受診者の高血圧者（中～重症）の割合の減少	5.5%	4.0%	
	脂質異常症の減少 健診受診者の LDL コレステロール値 160 mg/dℓ以上の割合の減少	男性	8.1%	5.2%
		女性	11.9%	8.5%
	糖尿病の治療継続者（HbA1c6.5 以上のうち治療中と回答した人）の割合の増加	57.0%	60.0%	
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者（HbA1c8.4（NGSP 値）以上）の割合の減少	0.7%	0.5%	
糖尿病有病者（HbA1c6.5（NGSP 値）以上）の割合の減少	10.3%	7.3%		
中長期目標	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	56.4%	50.0%	
	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.3%	2.3%	

2 今後の保健事業の取り組み

新規事業を追加するとともに、保険者努力支援制度^{※4}や糖尿病性腎症重症化予防プログラム^{※5}の評価指標により実施します。

※4 保険者努力支援制度：保険者における予防・健康づくり、医療費適正化等の取組状況に応じて交付金を交付する制度

※5 糖尿病性腎症重症化予防プログラム：日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省における「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」に基づき策定されたプログラム、長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを受け、当市においても医師会と連携を図り平成 29 年に制定。

(1) 特定健診・特定保健指導

今後も医師会等と連携を図るとともに、第 3 期安曇野市国民健康保険 特定健康診査等実施計画に沿って特定健診・特定保健指導の機会を提供していきます。

特に、高血圧の改善を目指し、保健指導に取り組んでいきます。

ア 特定健診

対象者	40～74 歳の安曇野市国民健康保険加入者
実施方法	①集団健診：市内 5 か所の各地域保健センターで実施 ②個別健診：市内の健診実施医療機関で実施 ③通院治療者に対する受診結果受領：市内の件実施医療機関にて実施 ④人間ドック：助成契約対象医療機関にて実施
実施期間	①集団健診：5～8 月 ②個別健診：6～2 月 ③通院治療者に対する受診結果受領：8～2 月 ④人間ドック：通年
評価指標	特定健診受診率

対象者のうち、厚生労働省令で定める人は除きます。また、若い世代からの生活習慣病予防対策を講じるため、国民健康保険被保険者の 35 歳から 39 歳は市の独自事業として健康診査（特定健康診査と同様の健診項目）を実施します。

イ 特定保健指導

対象者	40～74 歳の安曇野市国民健康保険加入者のうち、特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖・血圧・脂質が所定の値を上回る人 ただし、糖尿病・高血圧または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している場合を除く。
実施方法	「標準的な健診・保健指導プログラム 平成 30 年度版」を基に、特定保健指導対象者の明確化、保健指導計画策定・実践評価を実施。
実施期間	通年
評価指標	特定保健指導実施率、特定保健指導対象者の減少率 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 高血圧の改善、脂質異常症の改善 糖尿病の治療継続者の割合の増加 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 糖尿病有病者の割合の減少

(2) 特定健診未受診者対策

これまで実施してきた通知や電話による個別受診勧奨に加え、安曇野市国民健康保険新規加入者への受診勧奨及び商工会や農協のイベントでのPRを実施します。また、事業主健診受診者の健診データを新たに獲得します。国保年金課と健康推進課との両輪での受診勧奨を実施していきます。

対象者	40～74 歳の安曇野市国民健康保険加入者のうち、 ・ 特定健康診査未受診の人 ・ 前年度特定健康診査時の血圧がⅡ度以上の人
実施方法 及び 実施時期	①国保年金課での取り組み 8月：市民タイムス広告掲載 9月：受診勧奨通知発送 11月：広告掲載、節目勧奨通知発送 安曇野市国民健康保険新規加入者への受診勧奨 商工会・農協のイベントでのPR 事業主健診受診者の健診データ受領 ②健康推進課での取り組み 11～2月：電話等による個別受診勧奨
評価指標	特定健診受診率

(3) 重症化予防のための保健指導

生活習慣病の重症化による合併症の発症・進行の抑制を目指し、脳血管疾患重症化予防及び糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを行います。

具体的には医療機関の受診が必要な人には適切な受診勧奨を、また、治療中の人には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

特に脳血管疾患重症化予防については高血圧の改善が重要であることから、血圧Ⅱ度以上の未治療者を対象に保健指導に取り組んでいきます。また、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みに当たっては、「安曇野市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき実施します。

対象者	40～74歳に達する安曇野市国民健康保険加入者の特定健康診査受診者のうち、各ガイドライン及び糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた基準に該当する人
実施方法	P D C Aサイクルに基づき、保健指導を実施
実施期間	通年
評価指標	保健指導実施率、保健指導対象者の減少率 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 脳血管疾患の総医療費に閉める割合の減少

(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（新規）

わが国の平均寿命は世界最高水準に達しており、特に後期高齢者の増加が著しい状況です。また、今後わが国の総人口が減少に転じる中、高齢者（特に75歳以上）の占める割合は増加が想定され、認知症高齢者、高齢者の単独・夫婦のみ世帯も増加することにより、社会保障費も増大が想定されています。そのため、健康に長生きできるよう、健康寿命を延伸することが重要となっています。

特に後期高齢者については、複数の慢性疾患の罹患に加え、要介護状態ではなくても心身に多様な課題を抱えやすい傾向にあります。高齢者に重症化予防と介護予防、認知症・フレイル予防の取組を市民に身近な立場で、一体的に進めていくには市町村が中心となって取り組むことが効果的と考えられ、「医療保険制度の適切かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和2年4月に成立し、国民健康保険法も改正されました。

本市でも健康寿命の延伸と社会保障費の安定化を目的に、長野県後期高齢者医療広域連合より委託を受け、令和3年4月から本事業を実施していく予定です。データヘルス計画の推進にあたっては、75歳に至るまでの健診・保健指導による生活習慣病予防と75歳以上の重症化予防・介護予防の取り組みを行っていきます。実施にあたっては、健診受診者の健診データから実態を把握するため、健診データの管理を実施することとします。

対象者	後期高齢者
実施方法	1 事業の企画・調整等 (1) 国保データベース（KDB）システム ^{※6} を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握 (2) 事業の企画・調整 (3) 医療関係団体等との連絡調整 2 高齢者に対する支援内容 (1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ） ・低栄養予防事業 ・重症化予防の保健指導 ・健康状態不明者 実態把握 (2) 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ） ・認知症・骨折予防教室 ・住民主体の通いの場でのポピュレーションアプローチ ・健康づくり推進員との共同実施
実施期間	通年
評価指標	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少

※6 国保データベース（KDB）システム：保険者の効果的かつ効率的な保健事業をサポートすることを目的に、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種事業を通じて管理する、「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等のデータを紐付けし、保険者に有用な「統計情報」「個人の健康に関する情報」を作成するシステム。

第4章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

国保データベース（KDB）システム等の情報を活用し、毎年度評価を行います。
また、本計画最終年度である令和5年度において、次期計画の策定に向けた評価を実施します。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDC A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おり、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。本計画においても、4つの指標での評価を実施します。

国保データベース（KDB）システムの健診・医療・介護データを基に、地区担当の保健師・管理栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。

また、特定健診の法定報告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します。

第5章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

1 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要であるため、国の指針において公表するものとされています。

具体的には、ホームページ等を通じて広く市民に周知し、地域の医師会等を通じ医療機関等に周知します。

2 個人情報の取り扱い

当市は、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用にはその保有する個人情報を適切に取り扱います。また、外部委託事業者に対しても同様の取り扱いが確保されるよう措置を講じます。