

湯沢町国民健康保険
第 2 期データヘルス計画
第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月
湯 沢 町

目 次

第1章 第2期データヘルス計画

1 データヘルス計画の基本事項

- (1) 背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- (2) 計画の基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- (3) 湯沢町データヘルス計画の位置づけ・・・・・・・・・・・・ 3
- (4) 計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- (5) 実施体制・関係者連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2章 第1期データヘルス計画の実施状況

- 1 課題の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 2 保健事業の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第3章 湯沢町の状況

- 1 国保被保険者数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 月別被保険者の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 3 高額・長期入院・人工透析による疾患・・・・・・・・・・・・ 8
- 4 死亡者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 5 国民健康保険医療費の状況
 - (1) 国保加入者一人当たり医療費の推移・・・・・・・・・・・・ 9
 - (2) 年齢階層別一人当たり費用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
 - (3) 入院・入院外別 件数・医療費の割合比較・・・・・・・・・・・・ 10
 - (4) 特定健診受診者と未受診者の医療費比較・・・・・・・・・・・・ 10
 - (5) 最大医療資源傷病名による医療費の分析・・・・・・・・・・・・ 11
 - (6) 慢性腎臓病と脳卒中のレセプトからみた人数推移・・・・・・・・・・・・ 11
 - (7) 傷病分類別中分類の循環器系疾患・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
 - (8) 傷病分類別中分類の腎尿路生殖期器系疾患・・・・・・・・・・・・ 12
 - (9) 入院、入院外の最大医療資源傷病名を用いた中分類・・・・・・・・・・・・ 13
- 6 介護保険の分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

第4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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- 2 湯沢町の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- 3 第2期特定健康診査・特定保健指導の状況
 - (1) 特定健診受診率の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
 - (2) 特定保健指導実施率の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
 - (3) 受診勧奨者の医療機関受診状況・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
 - (4) 特定健診メタボリックシンドローム状況・・・・・・・・・・・・ 18

(5) 生活習慣の状況	19
(6) 在宅看護師による未受診者の受診勧奨訪問	19
(7) 有所見者割合の比較	20
4 計画目標	21
5 特定健康診査等の実施方法	
(1) 特定健康診査	21
(2) 特定保健指導	22
(3) 代行機関	23
6 特定健康診査等実施計画の公表・周知	23
7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	23
 第5章 分析結果のまとめと健康課題	
1 分析結果まとめ	25
2 健康課題	26
3 目的・目標	27
① 中長期的な目標の設定	28
② 短期的な目標の設定	29
4 湯沢町の取り組むべき課題の整理・目標	31
 第6章 保健事業の実施内容	32
 第7章 個人情報保護	34
 第8章 計画の公表・周知	34
 第9章 計画の評価及び見直し	34
 第10章 事業の円滑な実施のための方策	35

第1章 第2期データヘルス計画

1.データヘルス計画の基本事項

(1) 背景

近年、特定健診の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム※以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

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、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表・事業実施、評価等の取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た保健事業を実施していくことになりました。

これまでも、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところです。今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、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すすめていくことなどが求められています。

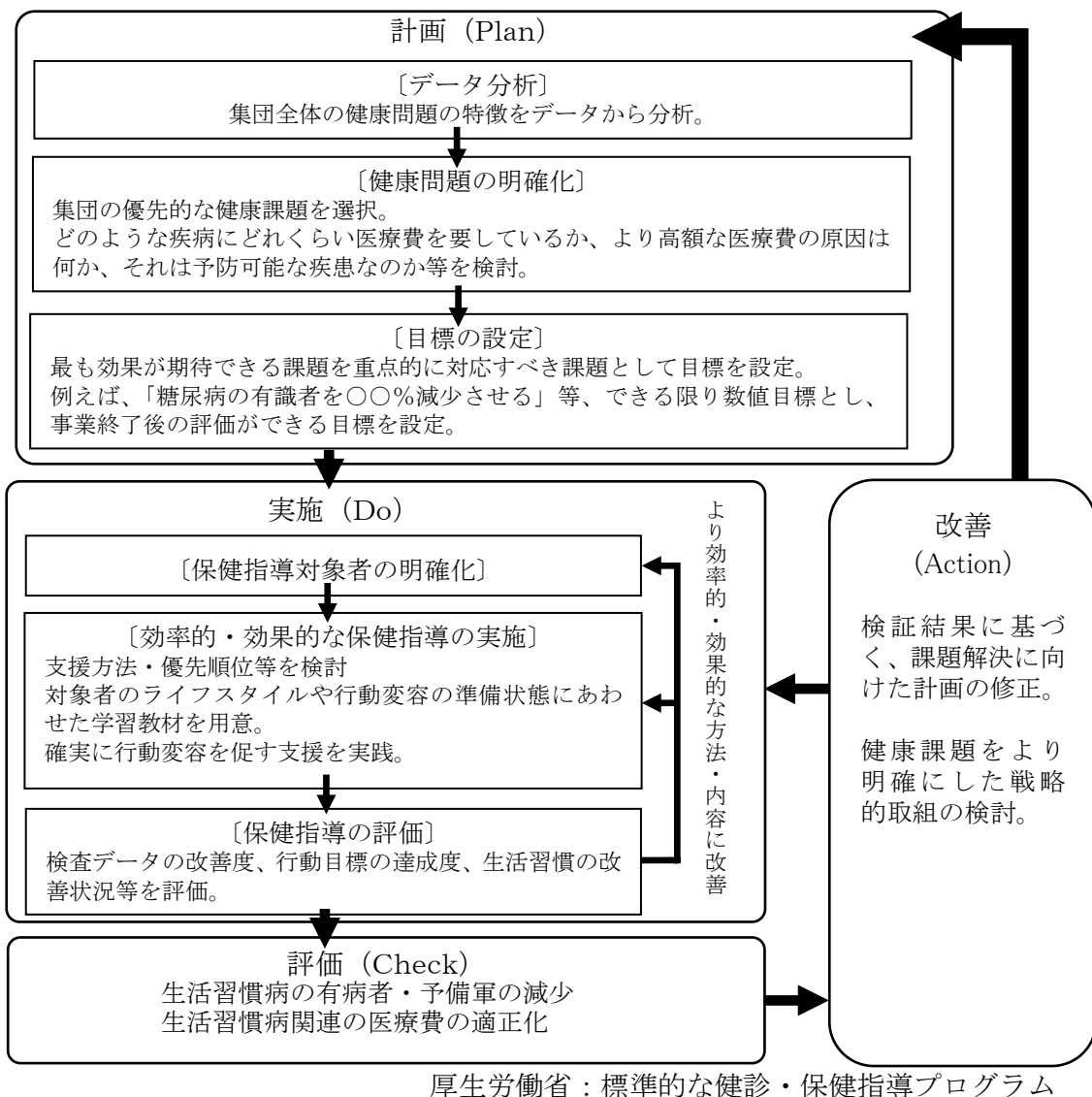
こうした背景を踏まえ、厚生労働省では、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施および評価を行うこととしています。

第1期データヘルス計画においても、保健統計やレセプトを活用することで、各種保健事業を実施してきたところですが、保有しているデータを活用しながら第2期データヘルス計画を実施してまいります。

※国保データベース（KDB）システム：国保中央会が開発したデータ分析システム。

※ポピュレーションアプローチ：対象を一部に限定せず、集団全体へアプローチする考え方。

図 PDCAサイクルのイメージ



(2) 計画の基本理念

基本理念 健康寿命の延伸

健康寿命とは、「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」と定義されています。平成25年における新潟県の健康寿命は男性71.47歳、女性74.79歳となっています。一方、平成25年における新潟県の健康寿命は男性80.3歳、女性86.77歳となっています。健康寿命と平均寿命の差は、寝たきりや介護サービス等誰かの支えが必要となる期間を表します。生活習慣病の発病予防や重症化予防によって、この差を縮小していく必要があります。

(3)湯沢町データヘルス計画の位置づけ

区分	第3期 特定健診等実施計画	第2期 データヘルス計画	第2次湯沢町ファミリー健康プラン
法律	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条(昭和57年8月17日法律第80号)	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚労省告示第307号)	健康増進法 第8条 第9条 (平成14年8月2日法律第103号)
基本的な指針	厚生労働省 保険局 (平成25年5月「特定健康診査計画作成の手引き」)	厚生労働省 保険局 (平成26年4月「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の一部改正」)	厚生労働省 保険局 (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」)
基本的な考え方	生活習慣の改善による糖尿病等の予防対策を進め、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、更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ます。 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費の伸びの抑制を実現することが可能となります。 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を行います。	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および疾病予防の取組について、保険者がその支援の中心になって、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す。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化および保険者の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ります。	湯沢町では健康を生きるための目標ではなく、豊かな人生を送るための大切な資源の一つと考え、湯沢町健康づくり計画「湯沢町ファミリー健康プラン」を平成15年に第1次計画として策定し、その10年間の取り組みを礎に、第2次計画を策定しました。 プランでは「健康寿命を延ばし最後まで、その人らしい、いきいきとした生活が送られること」を目指して、住民ひとりひとりが「自分の健康は自分で守る」という観点にたち、自分の健康に関心を持つ、望ましい生活習慣を身につける、健康課題を乗り越える力をつける、日頃から人との交流を心がけて地域でいざという時に支え合う関係をつくることを啓発しています。 さらに、個人の取り組みを支援するために、家庭・学校・職場・地域の関係機関が連携し、共通の目標に向かって取り組む行動計画書として、行政主体でなく、住民ひとりひとりが知恵を出し合い、話し合いを重ねてつくりあげたものです。
対象年齢	被保険者のうち40歳～74歳	被保険者全員	町民全員
対象疾病	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、糖尿尿腎症	糖尿病、高血圧、慢性腎臓病等 脳血管疾患、腎不全	メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、高血圧、ロコモティブシンドローム、認知症、メンタルヘルス
目標	・特定健診受診率60% ・特定保健指導実施率60%	・脳血管疾患の発病を抑制し重症化予防 ・慢性腎臓病の発症を抑制し重症化予防	健康の道しるべ 元気な町ゆざわの12カ条
計画期間	2018(H30)～2023(H35)		2013(H25)～2022(H34)

(4)計画の期間

計画期間については、「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」第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることから、「第3期湯沢町国民健康保険特定健康診査等実施計画」の最終年度である平成35年度までとします。

(5)実施体制・関係者連携

計画の推進にあたっては、町の保健師・管理栄養士等の専門職を含めた関係各課と十分に連携を図り、医療費の特性や健康課題について、湯沢病院や国保連合会と情報を共有し、課題解決に取り組みます。データヘルス計画では、短期的な目標と中長期的な目標について、それぞれに合った費用対効果の見込める事業について、PDCAサイクルによって継続的に実施します。

第2章 第1期データヘルス計画の実施状況

1. 課題の評価

第1期データヘルス計画においては、「自分の健康に関心を持ち、健康についての知識・意識・行動がとれ、健康寿命の延伸を図る」ことを目的としました。また、優先して取り組む健康課題解決のために2つの目標を掲げ、保健事業を実施しました。

第1期健康課題及び目標

1. 課題：循環器系医療費の割合が高く、その中でも脳血管疾患の医療費が高額となっている。また、脳血管疾患は介護申請につながり、新規申請時にも介護度が重度化している。その後の介護や生活の質の観点から生活習慣に重きを置き、脳血管疾患を予防していく必要がある。

目標：脳血管疾患の発病を抑制し、重症化を予防する

・特定健診の受診勧奨対策として「未受診者受診勧奨訪問・通知」「受診しやすい健診体制づくり」などを行ってきました。

しかしながら、特定健診の受診率は年々下がっています。また、生活習慣では飲酒・喫煙率など県や全国と比較しても高い状態です。「健診毎年受診」「生活改善」など健康行動がとれるように普及啓発活動を強化して実施していく必要があります。

・脳血管疾患の発症予防として糖尿病・高血圧を重点に医療受診勧奨や悪化予防のための生活習慣改善について教室や個別指導を実施しました。

教室等の参加者は、生活改善の必要性を実感し、改善の取り組みを開始できるようになっています。検査結果で医療機関受診が必要な人がまだ約5割の受診にとどまっています。重症化防止のためにも継続し、受診勧奨方法の工夫が必要であります。

2. 課題：健診未受診者、病状が進行してから受診、受診していても糖尿病のコントロール不良による病状悪化から透析に移行する方が増加傾向にある。腎尿路生殖器系の医療費、健診での尿たんぱく異常も多く、人工透析につながる慢性腎不全を予防していく必要がある。

目標：慢性腎臓病の発症を抑制し、重症化を予防する

・慢性腎不全（CKD）の予防の取り組みとして、「CKD 予防教室」「減塩指導」を重点に行ってきました。また、医療と連携し、重症化予防として早期に専門医へつなぐ体制が確立しました。

徐々に塩分摂取量も低下し、CKDの予防・減塩への意識は高まってきました。地区組織などとも手を組みながら継続していく必要があります。

2.保健事業の評価

第1期データヘルス計画における保健事業の評価を行ないました。

		事業 番号	保健事業	事業の目的	対象者	事業概要	評価・考察	
							現状	評価
特定健診 受診率向上	①	特定健診未受診者対策	特定健診受診率の向上	過去5年以内に健診受診し、 昨年度未受診者(40～69歳)	在宅看護師による訪問 未受診理由の聞き取りと受診勧奨	特定健診受診率 H2744.4% H28 42.5% 40～60歳代の受診率 37.6% 未受診者訪問者の受診率 H26 37.9% H28 未受診者検診日受診64人	未受診理由は「特にない」が多く、その人は受診につ ながっている。40～60歳代の受診率を維持する ために必要な取り組み。継続実施とポピュレーシ ョン対策で「健診は毎年受けるもの」という普及啓発 が必要。また、かかりつけ医との連携で健診受診 につなげてもらう取り組みも必要。	
				今年度未受診のもの	9月巡回の未受診者の検診日前に未 受診者へ受診勧奨はがきを郵送			
		②	40歳の健診受診勧奨	健診受診率の向上	40歳	在宅看護師による訪問。9月に未受診 者へは再度電話による勧奨	特定健診受診率 H2744.4% H28 42.5% 40歳の受診率 H27 34.6% H28 18.1% H29～実施予定	H29年度から実施予定のため実施結果を見て 検討。 「毎年受診するもの」という意識付けが必要。
	③	受診しやすい健診設定	健診受診率の向上	健診受診対象者	がん検診と同時実施 日曜日の実施(1日) 8:00からの巡回検診実施 施設検診(火・木)での短時間検診 ドックの費用助成	特定健診受診率 H2744.4% H28 42.5% 特定・基本健診とがん同時受診者割合 91% 日曜健診H27 52人 H28 33人 巡回287人施設220人ドック544人	がん検診、日曜健診、施設やドック健診など のニーズは高い。 特に40～60歳代は施設で受ける人が多く、継 続した受診しやすい体制の継続は必要であ る。	
ハイリ スクア ブロー ーチ	保健 指導	④	特定保健指導	生活習慣の改善等によりメ タボリックシンドローム該当 者を減らす	特定保健指導対象者	動機づけ・積極的支援の保健指導を 行う	特定保健指導実施率 H26動機づけ48.5% 積極的1.5% H27動機づけ43.6% 積極的2.3% 特定保健指導該当者割合 H26 15.1% H27 14.8%	初回指導実施率は6～7割だが、最終評価は 少ない。 特定保健指導該当者割合は横ばい。 評価時期の確認など指導実施率を上げていく 取り組みを強化し継続。
		⑤	要医療者への 個別指導・受診勧奨	高血圧により脳血管疾患や 慢性腎臓病など動脈硬化 性疾患を発症しない	特定健診で症度Ⅱ 高血圧以上の人	健診結果返却時に個別指導を実施	特定健診での血圧要受診者の割合H27 25.0% H28 24.4% 特定健診での症度Ⅱ高血圧以上の割合 H27 6.5% H28 5.1% 血圧受診勧奨者のうち医療機関受診率 H27 22.2% H28 40.0%	受診勧奨者のうち受診者は2～4割と低い。郵 送だけでなく、電話や訪問などで未医療者を 確実に医療へつなげることが必要。 また、血圧を測定していくことや運動・減塩な ど生活面での改善行動や高血圧のもたらす影 響なども併せて指導し、受診の必要性を指導 していく必要がある。
				高血糖により脳血管疾患や 慢性腎臓病など動脈硬化 性疾患を発症しない	特定健診でHbA1c8.0以上の人	健診結果返却時に個別指導を実施	特定健診でのHbA1c8%以上の割合H27 0.9% H28 2.0% HbA1c8.0%以上の医療機関受診率72.7% 糖尿病治療者の人数 H28.3 232人 特定健診での糖判定異常者の割合H27 7.3% H28 11.8%	HbA1c8%以上者でも未受診者がまだいる。 確実に医療につなげ、コントロールできるよう にする必要がある。また、受診している人は生 活改善やコントロール状態を医師と連絡を取 るなど悪化防止に努める機会ともなった。 未受診者を確実につなげるよう取り組んでいく 必要がある。
				腎機能低下により慢性腎臓 病を発症しない	特定健診で腎専門医受診 の対象者	健診結果返却時に個別指導を実施 腎専門医への受診を勧奨	特定健診での腎医療判定者の割合 H27 6.5% H28 8.8% 特定健診での腎専門医判定者の割合 H27 2.8% H28 4.5% 腎専門医判定者のうち医療機関受診率 H27 42.9% H28 39.1%	CKD重症化予防として早期に腎専門医への受 診し悪化予防を図れる体制ができた。 腎専門医受診の割合は4割程度であるが、治 療開始・経過観察される人もあり悪化を防げ ている。確実に医療につなげるように継続。
		⑦	禁煙指導	禁煙が実施できる	特定健診受診者で喫煙者	健診結果返却時に喫煙の害について を伝え、禁煙外来等の紹介を行う	特定健診での喫煙割合 H27 17.3% H28 16.0%	喫煙率は高い。喫煙の身体への影響を知る きっかけとなっている。禁煙意志のある人には 禁煙外来など実践方法等の紹介を引き続き 行なっていく。また、再喫煙防止に向け乳幼児 健診なども利用していく。

		事業 番号	保健事業	事業の目的	対象者	事業概要	評価・考察	
							現状	評価
ハイ リス ク ア プ ロ ー チ	保 健 指 導	⑧	多量飲酒者の飲酒指導	飲酒による脳血管疾患・肝機能障害が防げる	特定健診受診者	健診結果返却時に飲酒の害について伝え、節酒について指導する	特定健診での毎日3合以上飲酒者の割合 H27 1.95% H28 1.28% 特定健診での毎日飲酒者の割合 H27 34.8% H28 36.7% 特定健診での肝機能異常者割合 H27 28.1% H28 28.6%	毎日飲酒者が非常に多く、それに伴い検査結果にも影響していると考えられる。AUDITを用い健康教育を開始。多量飲酒している意識はなく、摂取へのきっかけづくりとなっている。実態を把握しながら指導を継続する。 また、広報や小中学校の保護者、乳幼児健診等、適正飲酒について普及していく必要がある。
	健 康 教 育	⑨	糖尿病二次検査(OGTT)と糖尿病予防教室	脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない	特定健診で糖尿病保健指導判定者	行動変容の動機づけとして糖負荷試験を実施。保健師が個別に必要性を伝え、検査の結果は糖尿病予防教室として生活改善指導を行う	糖負荷検査受診率 H28 23% 糖負荷受診率 23.0% 特定健診での血糖保健指導の割合 58.5% 要医療者割合11.8%	糖負荷実施率が低い、参加者は生活改善に取り組み、悪化を防いでいる。継続し、受診率を上げること、要医療者への保健指導ができるように医療との連携を図る必要がある。
		⑩	CKD予防教室	慢性腎臓病を発症しない	特定健診でCKD判定保健指導・かかりつけ医判定者	ハイリスクとなる対象者にCKDとその予防のための教室	対象者の医療機関受診率H28 32.6% 特定健診での腎(要医療)判定の割合 8.7% 保健指導判定者割合 9.6% CKD予防教室参加者割合24.6%	予防教室参加者の改善意欲は高いが、教室参加割合は低い。参加率を上げるとともに欠席者への個別指導や受診勧奨などは継続して実施していく必要がある。CKD予防についてはまだ知識の普及がされていないところがあるためポピュレーション対策でも普及啓発していく。
		⑪	健康運動教室	運動習慣が定着する	特定健診で特定保健指導・血糖異常者・3項目(血圧・糖・高脂血症)異常者かつ運動習慣のない人	運動の方法を提示してもらい自分に合った方法を習得し、定着する3回コースの実践教室。指導は総合型地域スポーツクラブ。	特定健診質問票での運動習慣ありの割合 H27 33.5% H28 35.4% 特定健診異常割合:肥満24.3%・血圧41.4%・血糖70.3%・LDL64.5% 運動教室参加者 17人/161人	教室の実施は運動の定着支援の目的は達成。約1割の参加ではあるが、運動習慣定着のために継続実施する。なお、ユースボ！の活用と協働で運動を継続して実施できる仕組み(広報・健診会場でのPR・学校行事での普及など)を行なっていくことも必要である。
ポ ピ ュ レ ー シ ョ ン	ア プ ロ ー チ	⑫	減塩栄養指導	尿中塩分量が減り、脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない	特定健診受診者	特定健診時に減塩のための質問票を配布し、巡回検診時には減塩のための生活習慣についての栄養指導を行う。施設検診・ドックの人には書面にて結果指導を行う	尿中塩分量男8.99g・女8.88g 尿中カリウム量男2261mg/dl女2193mg/dl 特定健診での異常割合血圧41.4%・腎18.3% 高血圧・腎不全の医療費 横ばい傾向	徐々に塩分量は減っている。減塩の意識付けはでき、年代別の傾向は把握できた。健診や健康イベント、広報等を通して普及啓発を実施。 食生活改善推進協議会とも協働して行っていく。
		—	医療費抑制啓発事業	医療費抑制啓発事業	被保険者	保険証交付時の普及啓発 健診受診の必要性 健診を受けっぱなしにしない	保険証送付時にリーフレットを同封	啓発普及は必要。継続して実施。
医 療 費 適 正 化	—	—	医療費通知、差額通知	医療費額を伝え健康管理の大切さと国保制度の理解を促す	被保険者	年4回医療費通知発送 年2回差額通知発送	発送実績 医療費通知 差額通知 H29.3 1,232通 H29.3 31通 H29.6 1,240通 H29.7 18通 H29.9 1,232通 H29.12 1,200通	医療費通知、差額通知発送は継続して実施。
		—	重複・頻回受診者対策	重複・頻回受診者の多くは診療科をまたがり受診しているため診療や内服薬を確認し適正指導を行う	被保険者	頻回他受診者リストから、地区担当保健師が 適正受診に向け個別の保健指導を行う。	重複多受診該当者 H28.1名 H29.2名	医療費適正化に重要と考えるため、継続して実施。
		—	長期入院者対策	在宅復帰に向けてのコーディネート支援	被保険者	100日以上長期入院者、筋骨格系で2週間以上入院者の中から、再発防止、重症化予防の視点で該当者を抽出し、在宅復帰に向けて支援を行う。	H29 年3回以上入院 54名 100日以上入院 17名 在宅復帰支援該当者2名	医療費適正化に重要と考えるため、継続して実施。

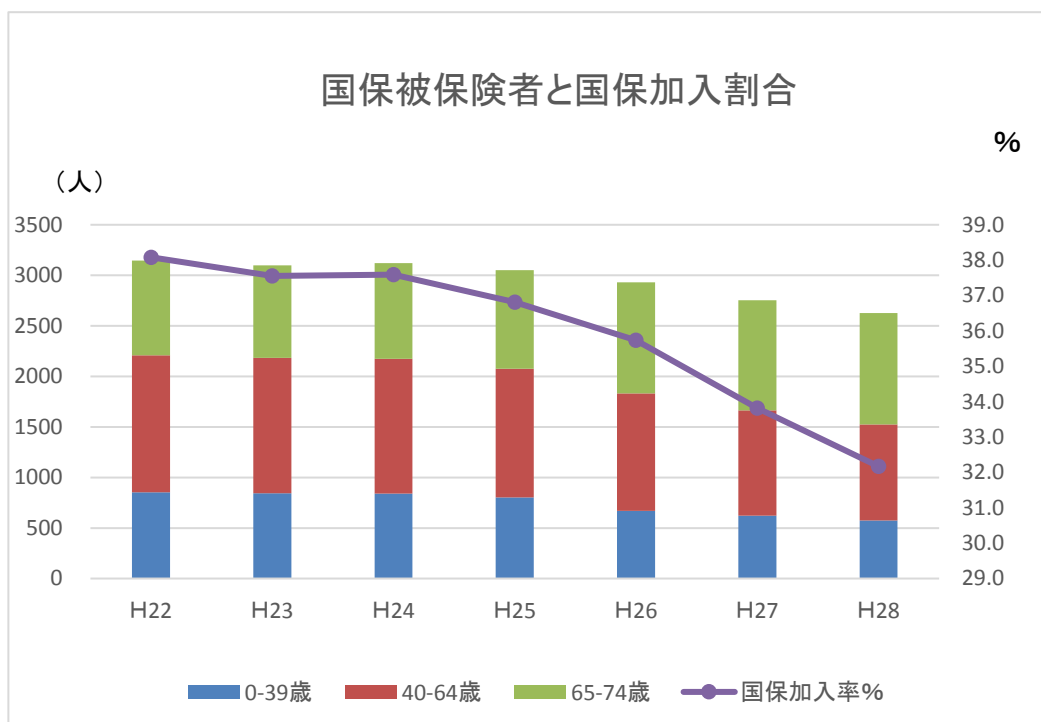
第3章 湯沢町の状況

1 国保被保険者数の推移

湯沢町の人口は、減少傾向にあります。また国保被保険者数は年々減少しており、平成26年度末には、3,000人を割り込んでいます。その中で65-74歳の被保険者増加し、少子高齢化が進んでいます。

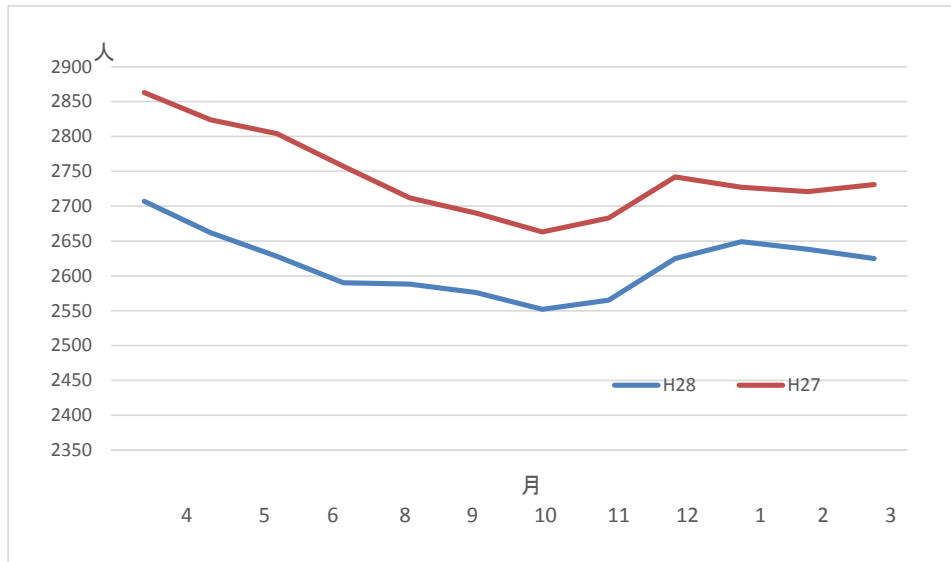
(単位 人)

	0-39歳	40-64歳	65-74歳	国保加入率%	合計	人口
H22	854	1,353	940	38.1	3,147	8,264
H23	845	1,339	915	37.6	3,099	8,252
H24	842	1,331	947	37.6	3,120	8,301
H25	803	1,271	977	36.8	3,051	8,289
H26	668	1,165	1,099	35.7	2,932	8,204
H27	622	1,043	1,089	33.8	2,754	8,144
H28	576	948	1,102	32.2	2,626	8,163



2 月別被保険者の推移

湯沢町は被保険者の月別変動が大きい特徴があります。



3 高額・長期入院・人工透析による疾患（平成28年度）

人工透析患者をみると、全体件数の64.02%が糖尿病患者です。

対象レセプト H28		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患			
高額になる疾患 100万円以上レセプト	件数	53	10	18.87%	3	5.66%		
	費用(円)	89,991,240	17,401,450	19.34%	6,116,230	6.80%		
長期入院 6ヵ月以上の入院		全体	精神疾患		脳血管疾患			
	件数	91	47	51.65%	12	13.19%		
	費用(円)	36,754,316	17,942,170	48.82%	9,879,461	26.88%		
人工透析患者 長期化する疾患		全体	糖尿病		脳血管疾患		虚血性心疾患	
	件数	189	121	64.02%	73	38.62%	34	17.99%
	費用(円)	76,826,800	52,324,510	68.11%	31,878,800	41.49%	11,457,733	14.91%

データ: KDB

4 死亡者の状況（粗死亡率）

がんによる死因は年々増加傾向にあります。心疾患も全体的に多い状況であります。

近年、老衰による死亡も増えているのは、町の高齢化をあらわしていると考えられます。

	H24		H25		H26		H27		H28	
	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率
1	心疾患	252.0	心疾患 がん	180.0	呼吸器	254.7	がん	282.1	老衰	370.9
2	がん	180.0			がん	230.4	老衰	220.6	がん	272.0
3	呼吸器	144.0	呼吸器 老衰	168.0	心疾患	218.3	呼吸器	171.6	心疾患	222.5
4	脳血管	132.0			老衰	157.7	脳疾患	159.3	呼吸器	185.4
5	腎不全	60.0	脳血管	144.0	脳疾患	133.4	心疾患	100.3	脳血管	160.7

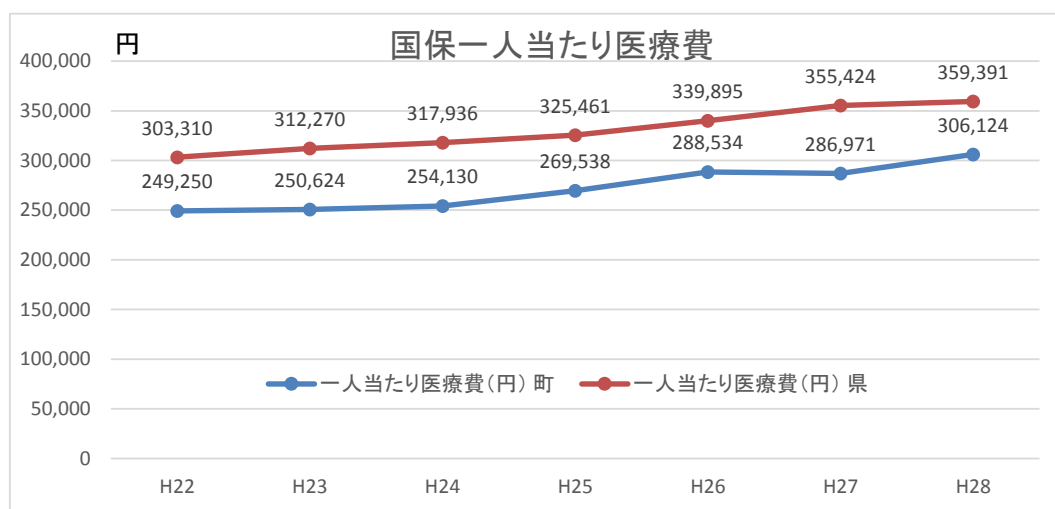
データ：健康増進課 保健衛生

5 国民健康保険医療費の状況

(1) 国保加入者一人当たり医療費の推移

湯沢町国保の一人当たり医療費は年々増加傾向にあります。
新潟県平均と比較すると低くなっていますが、増加傾向に変わりはありません。

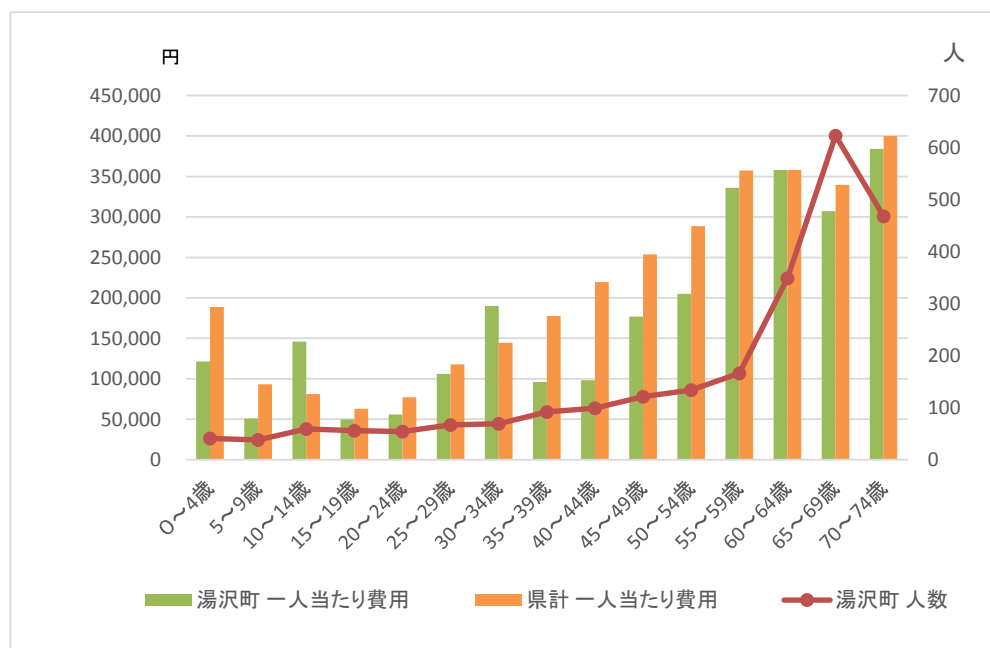
年度		H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
一人当たり医療費 (円)	町	249,250	250,624	254,130	269,538	288,534	286,971	306,124
	県	303,310	312,270	317,936	325,461	339,895	355,424	359,391
療養給付費決算額 (千円)		638,589	638,503	652,623	676,458	708,875	664,287	679,389



データ 国保特会

(2) 年齢階層別一人当たり費用額(平成28年度)

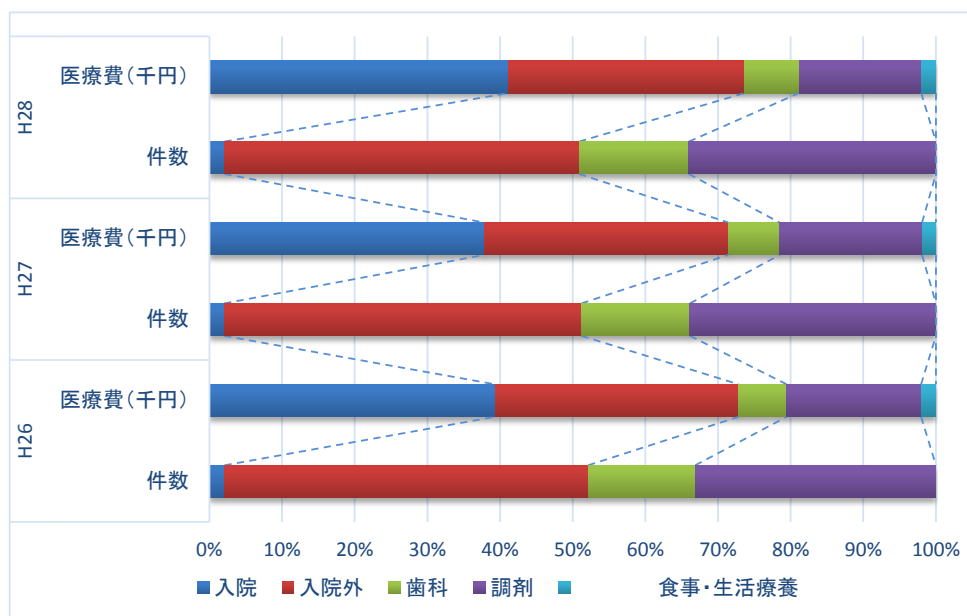
60歳を越えると、被保険者、一人当たり費用が増加しています。



データ KDB

(3) 入院・入院外別 件数・医療費の割合比較

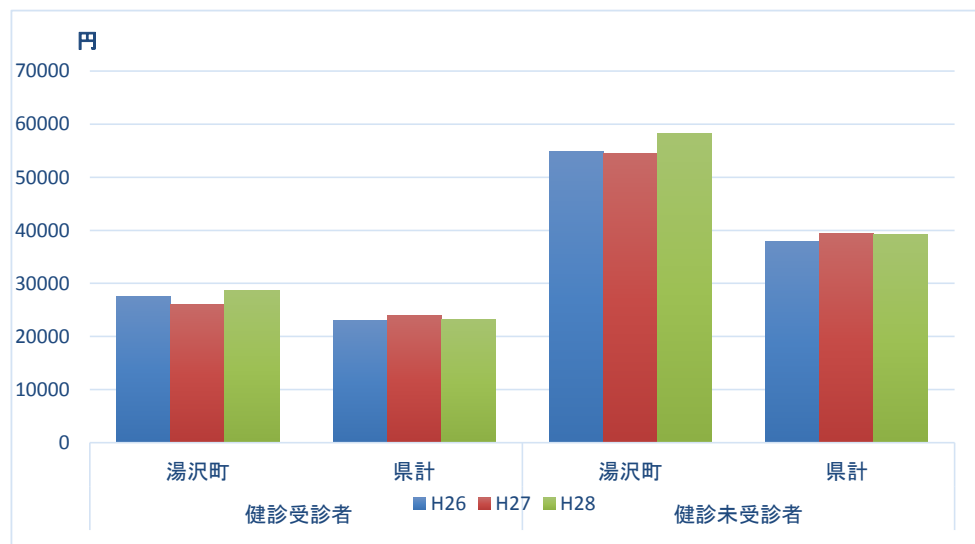
調剤の金額ベースは横ばいですが、件数が増加しています。



データ KDB

(4) 特定健診受診者と未受診者の医療費比較

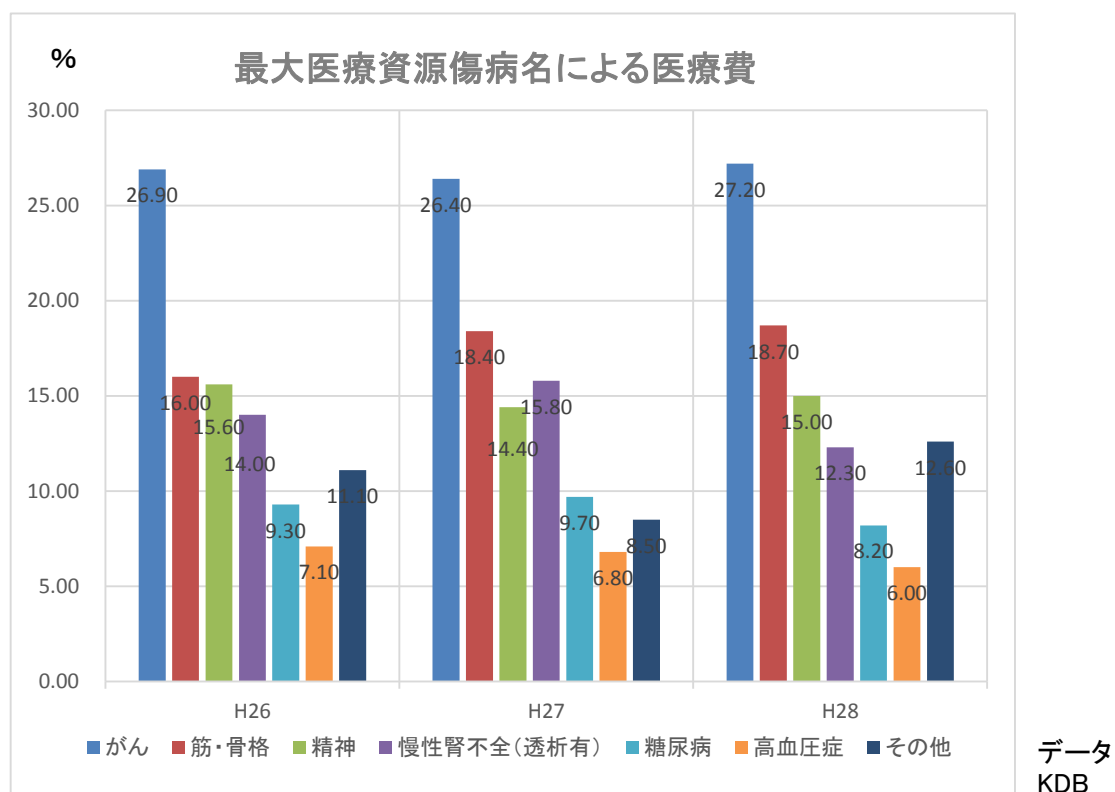
特定健診受診者と未受診者の1件当たり医科レセプト点数は、未受診者が2倍程度高くなっています。



データ KDB

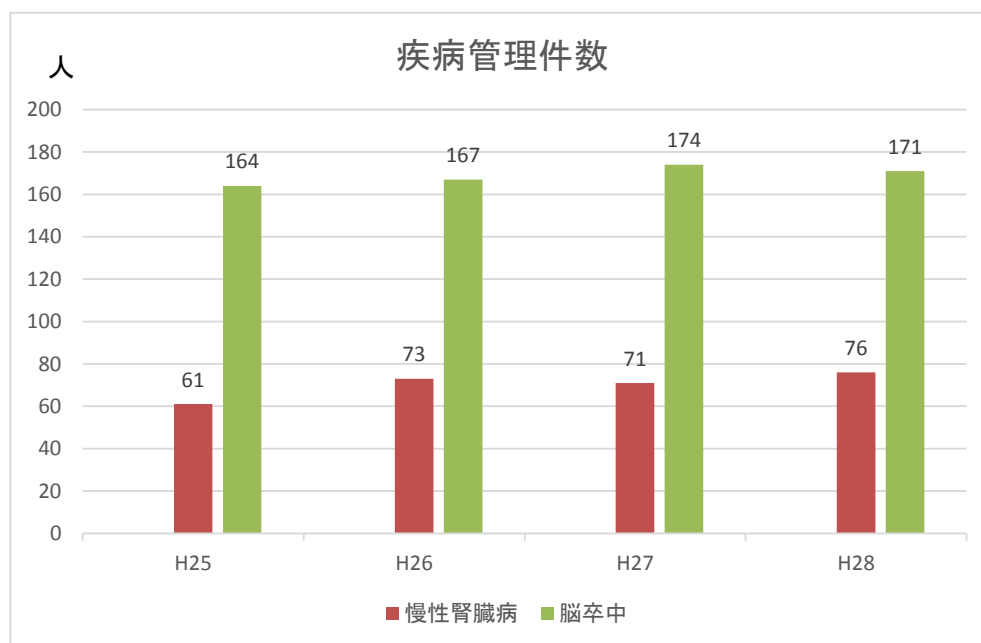
(5) 最大医療資源傷病名による医療費の分析

湯沢町の最大医療資源傷病名で、平成26年度から平成28年度まで1番目に多いのは、がん。慢性腎不全の割合が4番目となっています。



(6) 慢性腎臓病と脳卒中のレセプトからみた人数推移

慢性腎臓病と脳卒中で受診している人は減少せず横ばいが続いています。



(7)傷病分類別中分類の循環器系疾患

【H26年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当たり費用		一件当たり費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	高血圧性疾患	31,424,724	4.55	5.32	10,938	14,107	12,826	9,707	10.42	13.87
2	脳血管疾患	21,144,386								
	くも膜下出血		0.88	0.50	2,107	1,337	134,503	157,465	0.19	0.08
	脳内出血		0.59	1.18	1,431	3,141	44,689	124,782	0.39	0.24
	脳梗塞		1.50	2.29	3,619	6,079	42,610	38,871	1.04	1.49
	脳動脈硬化(症)		0.00	0.00	0	7	0	13,289	0.00	0.01
	その他脳血管疾患		0.08	0.48	203	1,277	26,530	67,083	0.09	0.18
3	虚血性心疾患	17,838,920	4.55	1.61	6,266	4,268	119,724	53,960	0.63	0.75
4	その他循環器系の疾患	9,042,940	0.87	0.89	2,103	2,362	128,573	98,313	0.20	0.23
合計		87,205,000	12.62	14.96	30,535	39,680	25,686	19,993	14.44	18.41

【H27年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当たり費用		一件当たり費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	高血圧性疾患	25,508,230	4.01	5.13	9,483	14,115	10,882	9,640	10.48	13.72
2	脳血管疾患	18,711,724								
	くも膜下出血		0.11	0.44	268	1,211	15,650	144,821	0.21	0.08
	脳内出血		1.25	1.17	2,955	3,233	82,792	124,859	0.43	0.24
	脳梗塞		1.50	2.22	3,548	6,099	42,046	39,405	1.01	1.45
	脳動脈硬化(症)		0.00	0.00	0	5	0	9,873	0.00	0.00
	その他脳血管疾患		0.08	0.47	186	1,283	27,745	65,884	0.08	0.18
3	虚血性心疾患	7,856,514	1.23	1.56	2,921	4,306	50,362	54,257	0.70	0.74
4	その他循環器系の疾患	8,450,276	1.33	0.85	3,141	2,348	109,744	98,751	0.34	0.22
合計		63,822,096	10.02	14.60	23,726	40,207	19,583	20,685	14.56	18.22

【H28年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当たり費用		一件当たり費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	高血圧性疾患	29,312,106	4.44	4.98	11,379	14,008	12,426	9,509	10.96	13.70
2	脳血管疾患	45,215,261								
	くも膜下出血		0.05	0.46	127	1,285	9,105	152,065	0.17	0.08
	脳内出血		2.11	1.09	5,413	3,078	123,392	120,048	0.52	0.24
	脳梗塞		2.88	2.18	7,932	6,123	94,742	41,636	0.93	1.37
	脳動脈硬化(症)		0.00	0.00	0	5	0	11,246	0.00	0.00
	その他脳血管疾患		1.80	0.45	4,620	1,269	238,022	58,181	0.23	0.20
3	虚血性心疾患	13,686,910	2.07	1.50	1,947	4,218	97,794	53,843	0.65	0.73
4	その他循環器系の疾患	5,790,766	0.88	0.87	3,141	2,440	83,924	103,348	0.32	0.22
合計		99,684,957	15.09	14.41	38,698	40,519	30,466	20,809	15.20	18.11

(8)傷病分類別中分類の腎尿路生殖器系疾患

【H26年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当たり費用		一件当たり費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	腎不全	49,460,664	7.16	4.62	17,216	12,261	383,416	337,504	0.55	0.35
2	糸球体疾患及び 腎尿路細管間質性疾患	4,762,438	0.69	0.46	1,658	1,216	103,531	66,061	0.20	0.18
合計		64,363,876	9.31	6.43	22,403	17,051	91,948	63,469	2.98	2.56

【H27年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当り費用		一件当り費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	腎不全	53,108,624	8.34	4.58	19,743	12,613	363,758	336,325	0.65	0.35
2	糸球体疾患及び 腎尿路細管間質性疾患	1,741,990	0.27	0.43	648	1,188	58,066	63,482	0.13	0.18
合計		65,253,384	10.25	6.35	24,258	17,489	99,628	62,506	2.93	2.62

【H28年度】

	疾病名	費用 (町内)	費用構成比		一人当り費用		一件当り費用		件数構成比	
			町計	県計	町計	県計	町計	県計	町計	県計
1	腎不全	54,392,170	8.23	4.41	21,115	12,413	319,954	326,871	0.79	0.35
2	糸球体疾患及び 腎尿路細管間質性疾患	2,207,558	0.33	0.48	857	1,342	73,585	69,753	0.14	0.18
合計		63,261,593	9.57	6.21	24,258	17,470	99,628	61,742	2.85	2.64

平成26・27・28年度 疾病分類別統計 新潟県国保連

(9)入院、入院外の最大医療資源傷病名を用いた中分類

【入院】

【入院】		中分類(%)		細小分類(%)	
新生物 19.8	その他の悪性新生物	9.7		食道がん	1.6
				咽頭がん	1.4
	胃の悪性新生物	3.2		卵巣腫瘍(悪性)	0.8
	気管・気管支及び肺 の悪性新生物	1.5		胃がん	3.2
肺がん			1.5		
循環器 17.6	虚血性心疾患	5.0		心筋梗塞	2.9
				狭心症	1.1
	その他の脳血管疾患	3.8			
	脳内出血	3.3		脳出血	3.3
精神 9.6	統合失調症、統合失調症型 障害及び妄想性障害	5.7		統合失調	5.7
	気分(感情)障害(躁うつ病を 含む)	1.7			
	精神作用物質使用による精 神及び行動の障害	1.5		うつ病	1.7
損傷中毒 9.0	骨折	6.2		骨折	6.2
	その他損傷及びその 他外因の影響	4.2			
	頭蓋内損傷及び内臓 損傷	0.3			

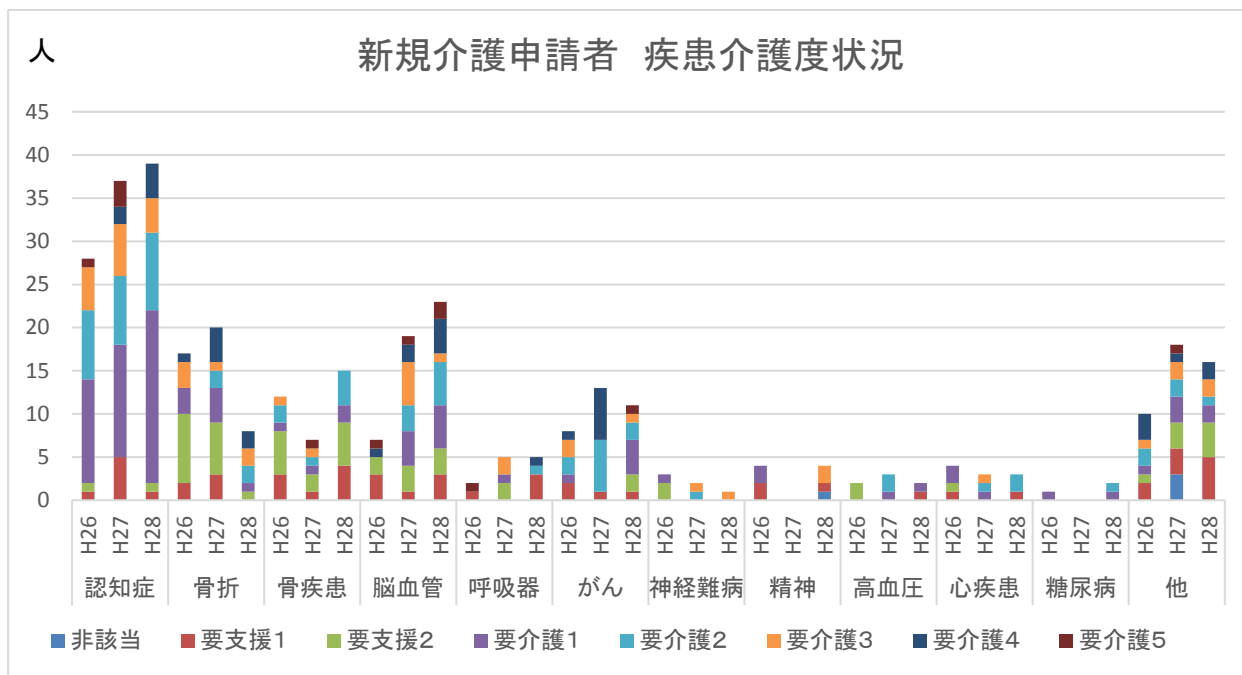
【外来】

【外来】	中分類(%)		細小分類(%)		
尿路性器 17.6	腎不全	15.0		慢性腎不全(透析あり)	14.2
	前立腺肥大(症)	1.1		慢性腎不全(透析なし)	0.4
				前立腺肥大	1.1
	その他の腎尿路系の疾患	0.8			
新生物 12.6	その他の悪性新生物	5.4		卵巣腫瘍(悪性)	1.8
	乳房の悪性新生物	2.8		前立腺がん	0.9
				食道がん	0.5
	結腸の悪性新生物	1.1		乳がん	2.8
			大腸がん	1.1	
内分泌 12.2	糖尿病	8.1		糖尿病	8.1
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	3.6			
				脂質異常症	3.0
	甲状腺障害	0.6		甲状腺機能低下症	0.2
循環器 11.5	高血圧性疾患	6.1		高血圧症	6.1
	その他の心疾患	3.1			
				不整脈	2.0
	虚血性心疾患	0.8		狭心症	0.6

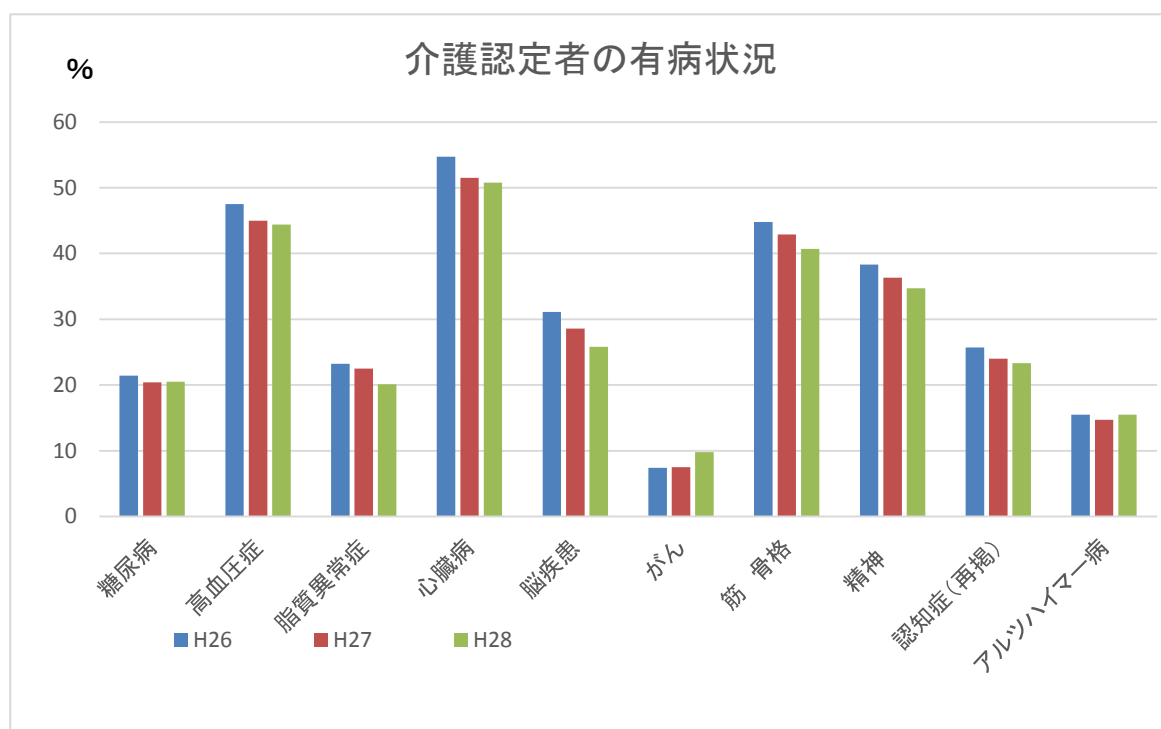
データ:平成28年度 KDB

6 介護保険の分析

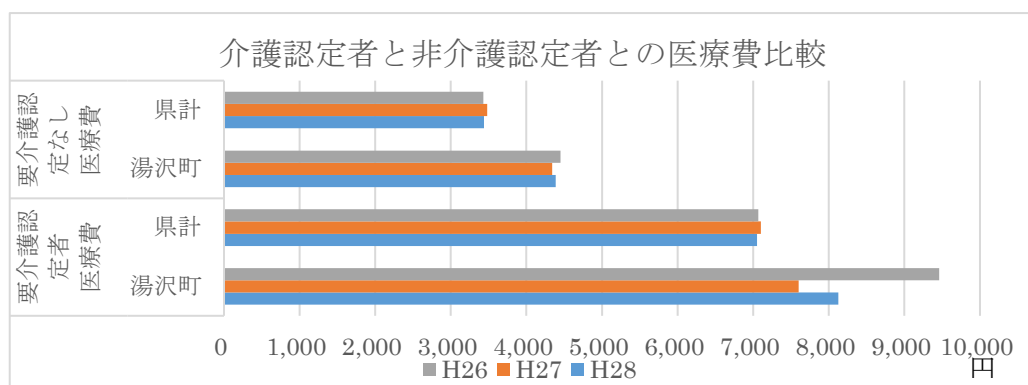
脳血管による介護認定者が認知症に次いで多くなっています。またH26から認定者数が増加しています。
介護認定者の有病率は横ばいです。



データ 平成26年度～28年度 福祉介護課



データ 平成26年度～28年度KDB地域全体像の把握



第4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

(1) 背景及び趣旨

近年我が国は国民皆保険制度のもと、高い保健医療水準を誇り世界最長の平均寿命を達成するに至っていますが、医療技術の進歩や急激な高齢化などによる医療費の増加などの環境変化の中、医療保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくため、構造改革が求められています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病の予防を重視することとし、各医療保険者に特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施が義務付けられました。

本計画は、湯沢町国民健康保険に加入する被保険者に対して実施する、特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項とその実施並びにその成果に係る目標に関する基本的事項について定めます。

(2) 特定健康診査等の基本的な考え方

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の該当者及び予備群減少させるための特定保健指導を必要とする人を抽出するために実施します。

特定保健指導は、対象者が自ら生活習慣を振り返り、課題を認識して行動変容するとともに、自らの健康を自己管理し健康的な生活を維持することを通し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として実施します。

(3) 計画の性格

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律第18条 特定健康診査等基本指針」に基づき、湯沢町国民健康保険が策定する計画であり、健康増進法等に基づき湯沢町が行う各種健診等との連携と関連計画との整合性を図るものとします。

(4) 計画の期間

第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年を一期として策定します。

2. 湯沢町の状況 ※第3章 P7～P15 参照

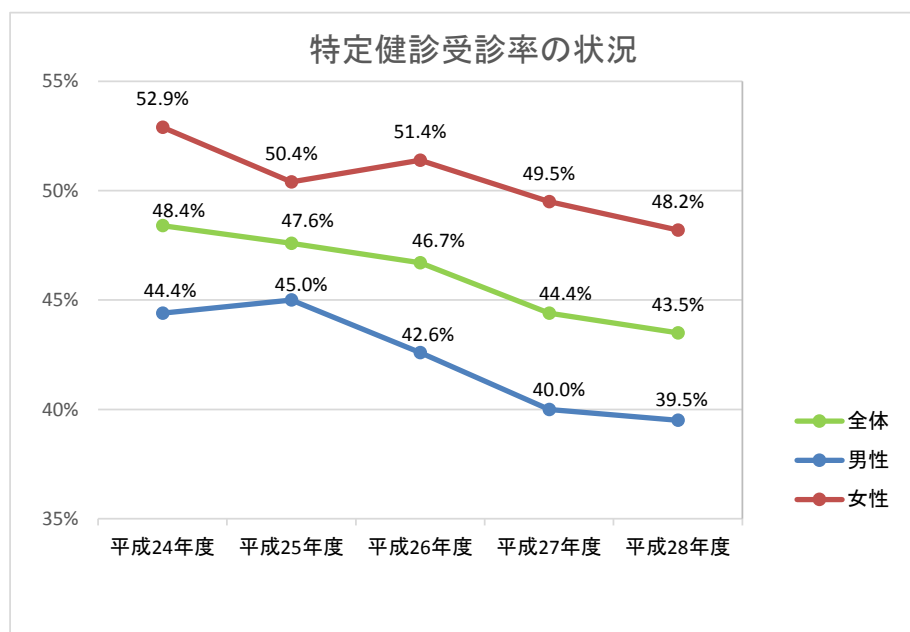
3 第2期特定健康診査・特定保健指導の状況

(1) 特定健診受診率の推移

特定健診の受診率は、県平均を上回っていますが、年々減少傾向にあります。また40歳～50歳代の受診率が低くなっています。

年代別特定健診受診率（新潟県福祉保健年報より）

		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計	新潟県市町 村国保
H24	男	27.8%	29.0%	36.0%	39.0%	46.3%	47.0%	60.2%	44.4%	
	女	34.7%	34.3%	50.0%	55.4%	48.5%	65.0%	56.9%	52.9%	
	小計	30.9%	31.2%	42.7%	45.5%	47.4%	55.3%	58.4%	48.4%	40.4%
H25	男	31.9%	23.6%	49.4%	38.8%	49.1%	49.5%	52.7%	45.0%	
	女	31.5%	31.9%	46.4%	50.5%	49.5%	59.4%	54.4%	50.4%	
	小計	31.7%	27.0%	48.0%	43.7%	49.3%	53.9%	53.6%	47.6%	41.3%
H26	男	30.8%	20.8%	45.0%	34.1%	48.2%	47.4%	48.5%	42.6%	
	女	38.2%	31.7%	50.6%	46.5%	52.0%	53.8%	59.4%	51.4%	
	小計	33.6%	25.7%	47.5%	39.8%	50.0%	50.4%	54.0%	46.7%	41.9%
H27	男	25.0%	23.4%	38.3%	31.2%	38.4%	49.3%	44.5%	40.0%	
	女	34.6%	24.7%	40.0%	43.4%	50.3%	56.1%	58.1%	49.5%	
	小計	28.9%	24.0%	39.0%	36.8%	44.1%	52.5%	51.0%	44.4%	42.8%
H28	男	28.8%	19.6%	24.3%	27.7%	39.8%	53.2%	42.3%	39.5%	
	女	33.3%	24.1%	38.6%	37.5%	47.3%	53.0%	61.5%	48.2%	
	小計	30.6%	21.7%	30.4%	32.1%	43.3%	53.1%	51.5%	43.5%	43.1%

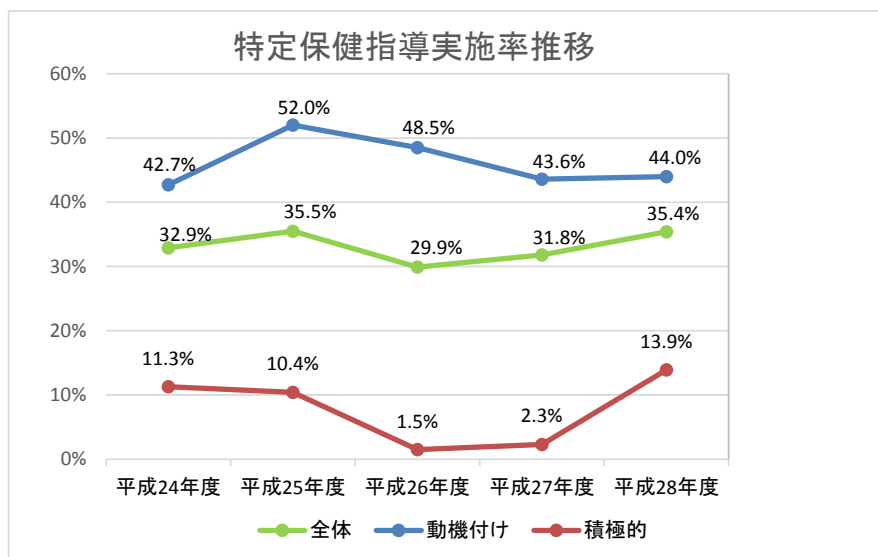


新潟県福祉保健年報より

(2) 特定保健指導実施率の推移

保健指導実施率は3割前後であり、県内市町村と比べて低くなっています。初回指導実施率は6割前後ですが、途中脱落者が多いです。尚、終了しない人は継続者が多いです。

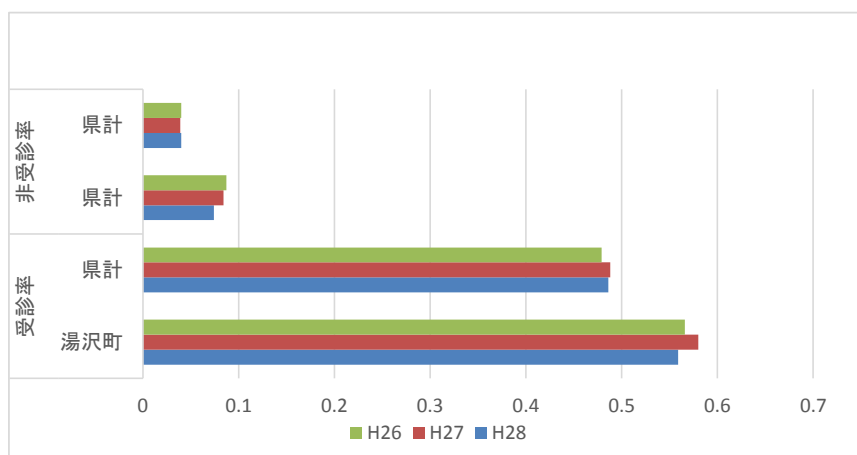
	動機づけ支援		積極的支援		町実施率	新潟県市町村国保
	対象者数	実施率	対象者数	実施率		
H24	117	42.7%	53	11.3%	32.9%	33.4%
H25	102	52.0%	67	10.4%	35.5%	34.3%
H26	99	48.5%	65	1.5%	29.9%	34.9%
H27	110	43.6%	44	2.3%	31.8%	35.4%
H28	91	44.0%	36	13.9%	35.4%	37.8%



新潟県福祉保健年報より

(3) 受診勧奨者の医療機関受診状況

受診勧奨者の医療機関非受診率が高い割合です。

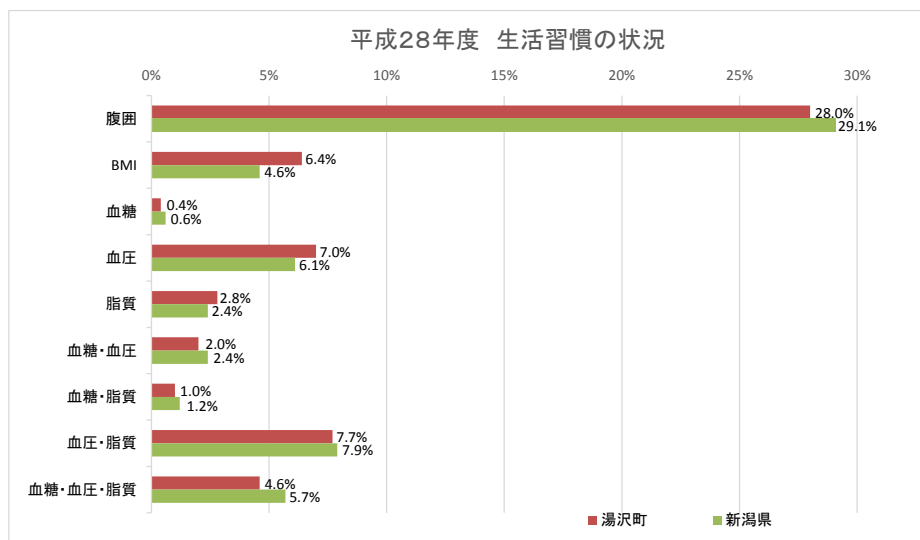
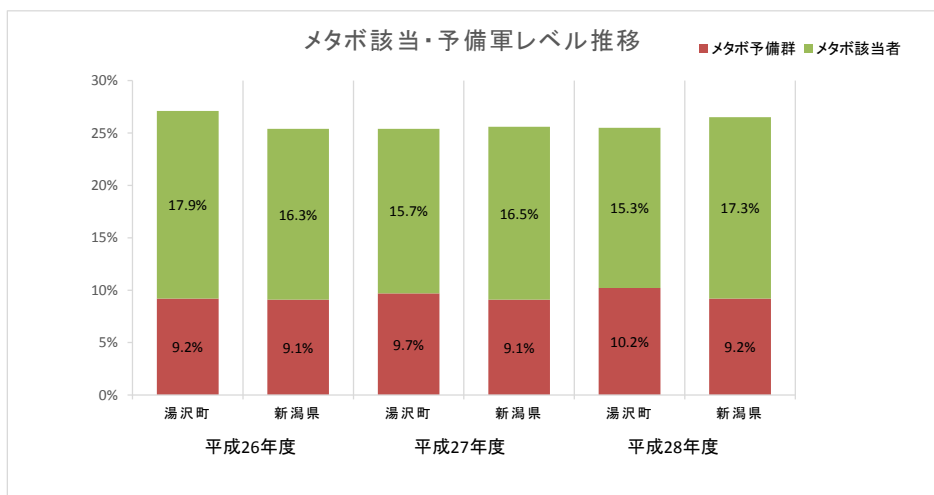


データ: KDB

(4) 特定健診メタボリックシンドローム状況

メタボ予備軍が男女とも年々増加しつつあります。それに関してBMI数値は、県・国平均より3年連続高くなっています。具体的には、血圧・脂質の値が高いように思われますので更なる生活習慣病予防対策が必要な状況です。

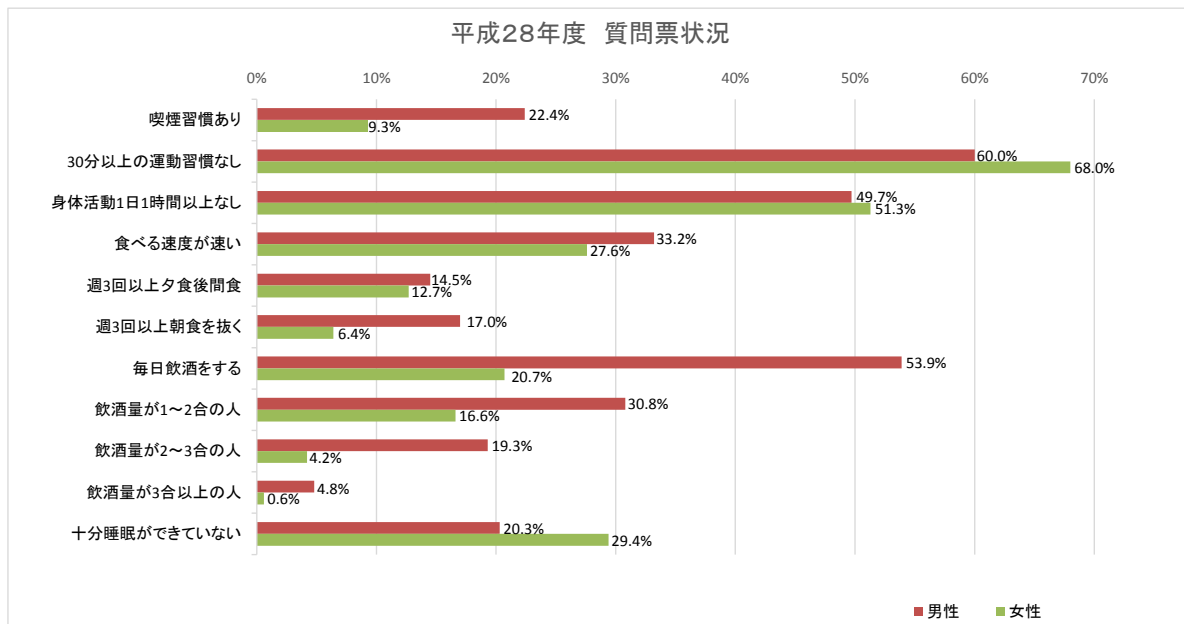
			単位 %								
			H26			H27			H28		
			湯沢町	新潟県	国	湯沢町	新潟県	国	湯沢町	新潟県	国
メタボ		該当者	17.9	16.3	16.5	15.7	16.5	16.7	15.3	17.3	17.3
		男	24.8	25.2	26.0	24.8	25.2	26.6	24.4	26.3	27.5
		女	7.2	9.4	9.3	7.2	9.4	9.2	6.6	9.8	9.5
		予備軍	9.2	9.1	10.7	9.7	9.1	10.7	10.2	9.2	10.7
		男	14.8	14.1	17.0	14.8	14.1	17.1	15.1	14.4	17.2
		女	5.0	5.0	5.9	5.0	5.0	5.8	5.4	4.9	5.8
メタボ該当・予備軍レベル	腹囲	総数	28.5	28.3	30.7	28.5	28.3	30.9	28.0	29.1	31.5
		男	44.5	43.2	48.3	44.5	43.2	49.1	42.9	44.6	50.2
		女	13.5	16.0	17.2	13.5	16.0	17.0	13.7	16.2	17.3
	BMI	総数	6.4	4.8	4.8	6.4	4.8	4.7	6.4	4.6	4.7
		男	3.9	2.0	1.8	3.9	2.0	1.8	3.6	1.9	1.7
		女	8.8	7.1	7.0	8.8	7.1	7.0	9.1	6.9	7.0
	血糖のみ		0.9	0.6	0.6	0.9	0.6	0.6	0.4	0.6	0.7
	血圧のみ		6.3	6.1	7.4	6.3	6.1	7.4	7.0	6.1	7.4
	脂質のみ		2.6	2.5	2.6	2.6	2.5	2.6	2.8	2.4	2.6
	血糖・血圧		2.0	2.3	2.6	2.0	2.3	2.6	2.0	2.4	2.7
	血糖・脂質		1.1	1.0	0.9	1.1	1.0	0.9	1.0	1.2	0.9
	血圧・脂質		7.2	8.0	8.2	7.2	8.0	8.2	7.7	7.9	8.4
	血糖・血圧・脂質		5.5	5.2	4.8	5.5	5.2	5.0	4.6	5.7	5.3



(5) 生活習慣の状況

湯沢町女性の「喫煙習慣」「飲酒」の割合が、県や国との比較比率からみて高いです。夕食後の間食や朝食抜きなど食事習慣に関しても割合が高いです。

質問項目	H26						H27						H28					
	男性			女性			男性			女性			男性			女性		
	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)	該当者割合	標準化比(県=100)	標準化比(国=100)
喫煙習慣あり	25.6	94.5	97.1	9.9	180.5	153.0	24.4	91.9	94.7	11.2	206.9	177.5	22.4	85.9	88.7	9.3	176.5	148.7
30分以上の運動習慣なし	66.5	103.2	113.7	68.0	102.6	110.2	63.8	99.8	110.1	69.1	105.9	113.2	60.0	94.8	104.1	68.0	104.9	112.1
身体活動1日1時間以上なし	49.0	117.8	104.0	50.8	130.0	108.8	46.3	110.7	97.7	45.7	118.8	97.4	49.7	121.4	104.3	51.3	139.2	109.1
食べる速度が速い	33.1	126.9	110.4	25.9	120.1	110.0	32.8	126.9	110.3	29.0	132.5	123.4	33.2	130.7	112.8	27.6	125.9	117.9
週3回以上夕食後間食	12.6	113.8	107.5	12.8	98.5	101.1	11.8	110.0	102.8	12.4	95.7	98.1	14.5	140.6	129.0	12.7	97.7	102.5
週3回以上朝食を抜く	16.3	185.5	143.9	6.9	132.8	98.3	14.0	163.2	126.8	6.1	123.2	89.9	17.0	203.8	158.8	6.4	132.4	95.2
毎日飲酒をする	54.5	101.5	117.1	20.6	181.5	198.0	51.2	96.3	110.9	19.0	164.9	180.3	53.9	101.0	117.3	20.7	177.3	195.9
飲酒量が1～2合の人	31.4	82.5	89.2	13.6	126.6	108.8	32.8	85.6	93.0	12.5	116.9	98.3	30.8	80.5	87.3	16.6	155.9	131.0
飲酒量が2～3合の人	19.8	109.6	120	3.6	165.0	127.6	17.3	95.5	105.6	3.4	165.3	122.6	19.3	106.1	118.1	4.2	202.9	151.6
飲酒量が3合以上の人	7.2	171.4	143.8	1.3	229.4	15.6	4.7	125.7	96.5	1.0	191.6	121.3	4.8	125.1	102.2	0.6	129.5	78.8
十分睡眠ができていない人	16.9	91.7	75.2	22.1	102.6	83.3	16.5	88.4	73.0	21.7	99.8	81.2	20.3	107.3	89.3	29.4	93.4	106.5



データ：平成26年度～28年度 KDB 質問票調査の状況

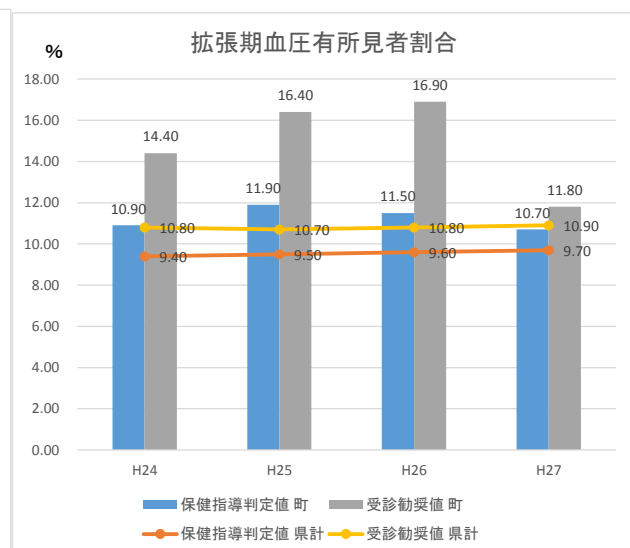
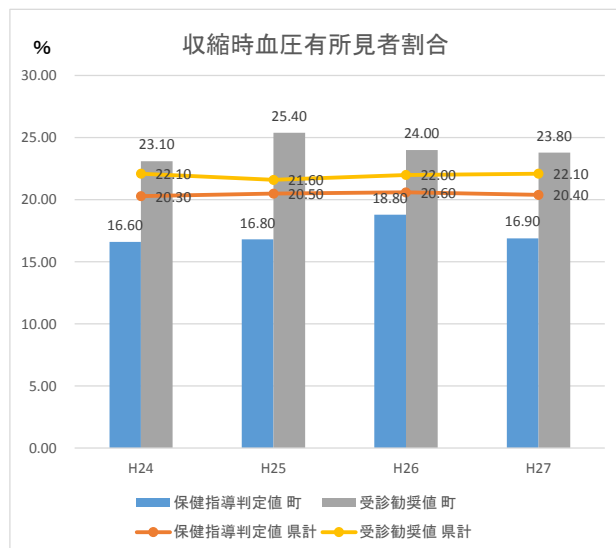
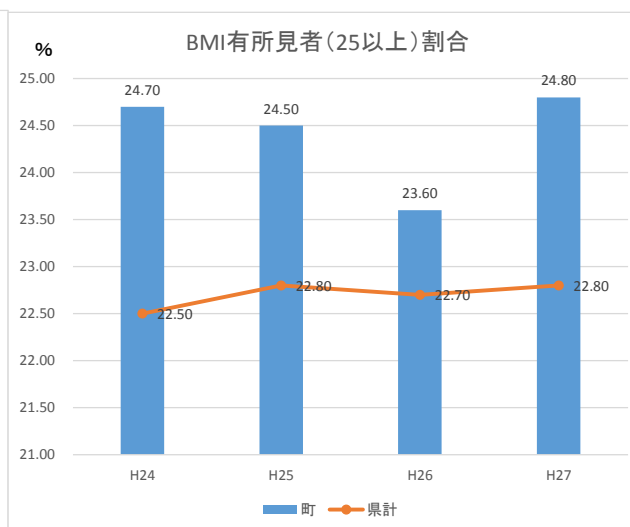
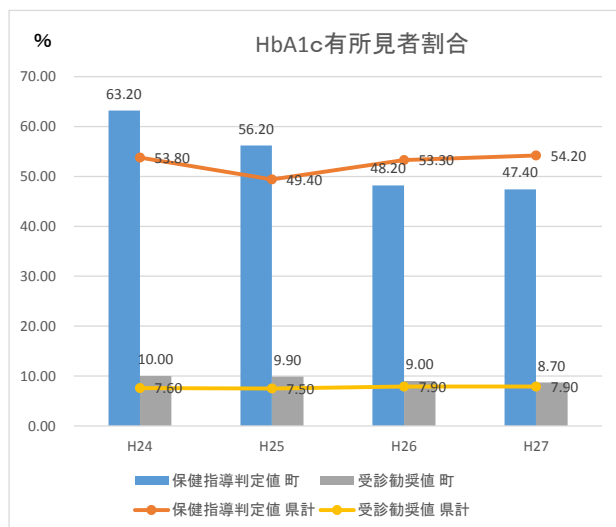
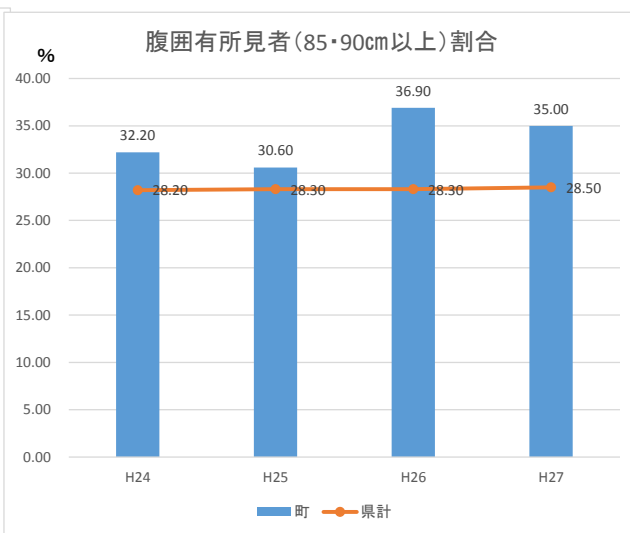
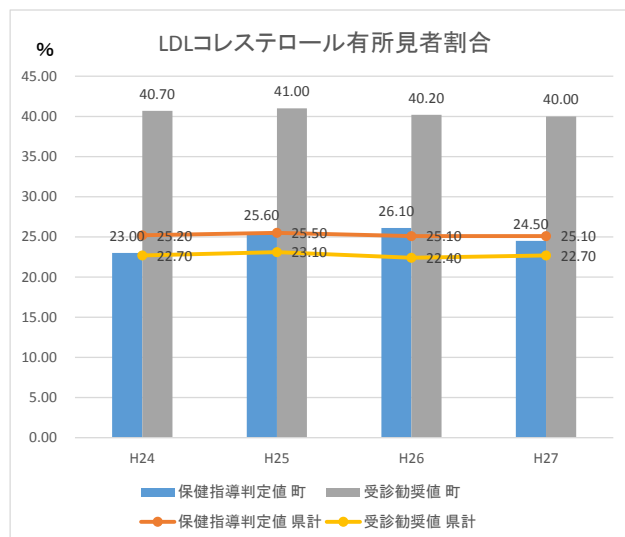
(6) 在宅看護師による未受診者の受診勧奨訪問

	受診勧奨者数	健診受診者数	受診率
H26	262	79	30.2%
H27	79	23	29.1%
H28	116	44	37.9%

未受診理由は、「特に理由はない」と答えた人が多く、またその人の受診率が高い。

データ：健康増進課 保健衛生

(7) 有所見者割合の比較



4. 計画目標

(1) 目標値（推計）

「特定健康診査等基本指針」に掲げる参酌基準をもとに、下記のとおり目標値を設定します。

表 3 特定健康診査目標値

	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)	平成 33 年度 (2021 年度)	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)
受診率	46.0%	48.0%	50.0%	54.0%	58.0%	60.0%
受診者数	894 人	914 人	935 人	991 人	1,045 人	1,063 人
対象者数	1,945 人	1,906 人	1,870 人	1,836 人	1,803 人	1,773 人

表 4 特定保健指導目標値

	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)	平成 33 年度 (2021 年度)	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)
実施率	40.0%	45.0%	50.0%	53.0%	58.0%	60.0%
実施者数	55 人	58 人	61 人	61 人	63 人	61 人
対象者数	139 人	131 人	123 人	116 人	109 人	102 人

表 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率目標値

	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)	平成 33 年度 (2021 年度)	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)
減少率	—	—	12.0%	—	—	25.0%

5. 特定健康診査等の実施方法

基本的な方向性

受診率が年々低下傾向にあるため、目標達成に向けて特定健康診査体制の整備を図り、受診率の向上を目指します。

また、内臓脂肪症候群の該当者・予備軍の減少に成果を挙げるため、保健指導対象者が自身で生活習慣を改善し維持できるような支援体制を推進していきます。

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度内に 40 歳以上である被保険者。

(4 月 1 日以降の転入者・新規加入者は、全加入保険で実施年度において特定健康診査を受けていない人。)

②実施体制

個人の都合に合わせて受診できるように、湯沢町保健医療センターでの施設一括方式（施設型）又は健診車での巡回による集団検診方式（巡回型）で実施します。

実施方法	施設一括（施設型）	集団検診（巡回型）
実施時期	5～1月（毎週火・木曜）	5～9月（9日間）
実施機関	湯沢町保健医療センター	新潟県労働衛生医学協会
契約方法	(公財)新潟県健康づくり財団を通じた集合契約	
受診方法	受診希望日を予約し、受診券及び保険証を持参の上、受診	受診券及び保険証を持参の上、指定された日時に受診
受診会場	湯沢町健康増進施設	公民館等
自己負担金	1,600 円	1,600 円
周知・案内	対象者には受診券を送付し、特定健康診査の実施を周知します。 また、広報ゆざわ等に掲載の上、周知を図ります。	
他健診との同時実施	各種がん検診、結核検診、生活機能評価及び 39 歳以下と 75 歳以上の健診についても、一体的に実施できるよう調整を図ります。	
結果返却	実施機関から健診結果を直接受領後、健診結果を作成し送付します。(指導が必要な方には保健師等から直接通知します。)	

③実施項目及び健診料金

区分	健診項目		
基本的な健診項目	質問項目		標準的な質問票
	身体計測		身長、体重、BMI、腹囲
	血圧測定		血圧
	理学的検査		身体診察
	尿検査		尿糖、尿蛋白
	血液検査	脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール ※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でも可
		肝機能検査	AST、ALT、γ-GT
		血糖検査	空腹時又は随時血糖、HbA1c
詳細な検査項目	循環器検査		心電図
			眼底
	貧血検査		赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
	血液検査		血清クレアチニン
独自項目	脂質検査		総コレステロール
	腎機能検査		血清クレアチニン
	高尿酸血症検査		尿酸

(2) 特定保健指導

①対象者

特定健康診査の結果と質問票から、内臓脂肪の蓄積の程度（腹囲・BMI）とリスクの数により階層化し、保健指導の必要性（生活習慣病リスク）に応じて、「積極的支援」「動機付け支援」となった人。

【階層化】

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40－64 歳	65－74 歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2 つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1 つ以上該当	あり		
			なし	
上記以外で BMI≧25	3 つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	2 つ以上該当	あり		
			なし	
		1 つ以上該当		

（追加リスク）

①血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c 5.6%（NGSP 値）以上 やむを得ない場合は随時血糖
②脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
③血圧	収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

※質問票により、血糖、脂質、血圧の薬剤治療を受けている人を除きます。

②特定保健指導の内容

支援レベル	支援頻度・期間	保健指導の内容
情報提供	年 1 回健診結果と同様に実施	健診結果や健診時の質問票から対象個人に合わせた情報を提供
動機付け支援	原則 1 回（集団または個別）支援を行い、3 カ月以上経過後に評価を実施	対象者が自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができるように支援
積極的支援	3 カ月以上の継続的な支援を、集団または個別支援や通信等で実施。3 カ月以上の継続的な支援後に評価を実施	「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、目標達成に向けた実践（行動）に取組みながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できるように支援

※健診会場で初回面接（初回指導①）に取組み、予防教室や個別支援を通じて生活習慣の改善を図ります。

※2 年連続して積極的支援に該当した者への 2 年目の特定保健指導については、動機付け支援相当を実施するようすすめます。

実施機関	直営	湯沢町健康増進課	動機づけ支援・積極的支援
	委託	湯沢町保健医療センター	動機づけ支援・積極的支援
		健友館	動機づけ支援
従事者		医師・保健師・管理栄養士等	

実施期間	通年
自己負担金	無料
周知・案内	該当になったことを案内し指導を開始します。

(3) 代行機関

特定健康診査等の実施機関の情報管理、結果データのチェック及び保存、費用請求の審査・支払い・決済などに関わる事務を新潟県国民健康保険団体連合会に委託する。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 公表や周知の方法

町民の理解と主体的な取り組みを促進し、計画を実効性のあるものとしていくため、広報ゆざわやホームページ等を通じて、計画内容や進捗状況の公表・周知に努めます。

(2) 啓発方法

関係機関に啓発用ポスターの掲示、広報ゆざわに掲載するなど、特定健康診査等の普及啓発及び必要性について意識啓発を図ります。

7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるためには、計画的かつ着実に特定健康診査等を実施し、その成果を評価する必要があります。

ついては、本計画で設定した目標の達成状況や結果について評価を行い、より効果の得られる事業となるよう必要に応じて本計画の見直しを行います。

(1) 特定健康診査実施率の向上方策

①特定健康診査の周知を図るため、健診の案内冊子や受診券、資料等を作成し、その啓発や情報提供を行います。

②受診者が継続した健診の受診の必要性を理解し、毎年健診を受けることで、自らの健康管理に関心を持てるよう、周知啓発を行います。

③未受診者対策の強化を図り、さまざまな方法で受診勧奨を行い、受診率の向上に努めます。

(2) 特定保健指導実施率の向上方策

①予防効果が大きく期待できる特定保健指導対象者明確にし、その対象者に確実に保健指導ができる体制づくりを行います。

②個別の特定保健指導を中心とした活動を継続すると同時に、集団指導や委託機関での実施など、対象者の状況に合わせた支援を取り入れます。

③研修等に積極的に参加し、特定保健指導実施者の資質向上に努めます。

第5章 分析結果のまとめと健康課題

1. 分析結果のまとめ

	分析
定量的データ	・平均寿命・健康寿命は、国・県と比較すると、若干低めではあるがほぼ同程度。健康寿命と平均寿命の差は15~20歳。 ・標準化死亡比では男女とも脳血管疾患が多く、男性では心疾患が多い。 ・国保加入率は徐々に減少傾向だが、H28年32.2%。65歳以上の加入者は増加している。 ・生活状況は、サービス業に従事する人の割合が高く、生活パターンが一定していない。土地が南北に細長く、商店など商業地域が町の端に集中しており、移動手段は車が中心。冬期間は豪雪に見舞われ、歩道の安全性も確保できず、室外での運動が難しい。
レセプトデータ	・総医療費は、横ばいから微増が続いている。国保被保険者数は年々減少しているが、一人あたり医療費は年々増加傾向にある。 ・入院の1人当たり医療費は、新生物（主に胃がん、食道がん）、循環器系疾患（主に虚血性心疾患、脳血管疾患）精神疾患（主に統合失調症、躁うつ病）の順に高い。 ・入院外の1人当たり医療費は、腎尿路生殖性器系（主に腎不全）、新生物（主に卵巣腫瘍、前立腺がん）、内分泌（主に糖尿病）の順に高い。 ・入院・入院外的生活習慣病総医療費は、慢性腎不全、糖尿病、関節疾患の順に高い。 ・更生医療受給者（人工透析）の状況は、微増が続いている。
健診データ	・特定健診の受診率は約45%で徐々に低下。 ・特定健診有所見者は血糖・尿酸・LDL・中性脂肪で高く、血管を傷つけたり動脈硬化につながったりする所見が多い。 ・特定健診質問票では、毎日飲酒者の割合、女性の喫煙率、男性の夕食後間食・朝食欠食が多い。生活習慣が影響し、健診結果につながっていると考えられる。
介護データ	・介護認定率は国・県と比較すると低く、16.6%（H28）である。 ・介護の原因疾患は認知症・骨折・脳血管疾患が多い。 ・介護新規申請時の原因疾患で介護3以上の重度化につながるものに脳血管疾患が多い。

2. 健康課題

第1期の取り組み、医療・介護・健診結果の分析結果に基づき、介入し予防していく観点から、優先して取り組むべき健康課題を定め、それぞれの目標と目標値を設定し、保健事業に取り組んでいきます。

健康課題1：循環器疾患の医療費の占める割合は15%前後で多く、その中でも高血圧が原因となる脳出血やくも膜下血腫が県と比較し高くなっています。尚、健診結果でも動脈硬化につながる血糖やLDLの有所見割合も高く、禁煙や適正飲酒も含めた取り組みで脳卒中の発症や重症化を予防する必要があります。また、脳血管疾患が原因で介護申請する人は重症化しています。

＜目標＞脳血管疾患の発病の抑制と重症化を予防する

健康課題2：腎尿路生殖器系疾患の医療費は約10%を占め、一人当たり医療費では県内でも非常に高くなっています。糖尿病のコントロール不良、健診未受診などから透析につながる人も多く、なっています。血液透析になると遠方の病院までの週3回の通院と体力の低下や他の疾病の併発など生活の質の悪化につながっています。慢性腎臓病やその予防に関する認知度は低く、糖尿病のコントロール、腎専門医などの早期受診、減塩などで重症化を防ぐことができると考えられます。

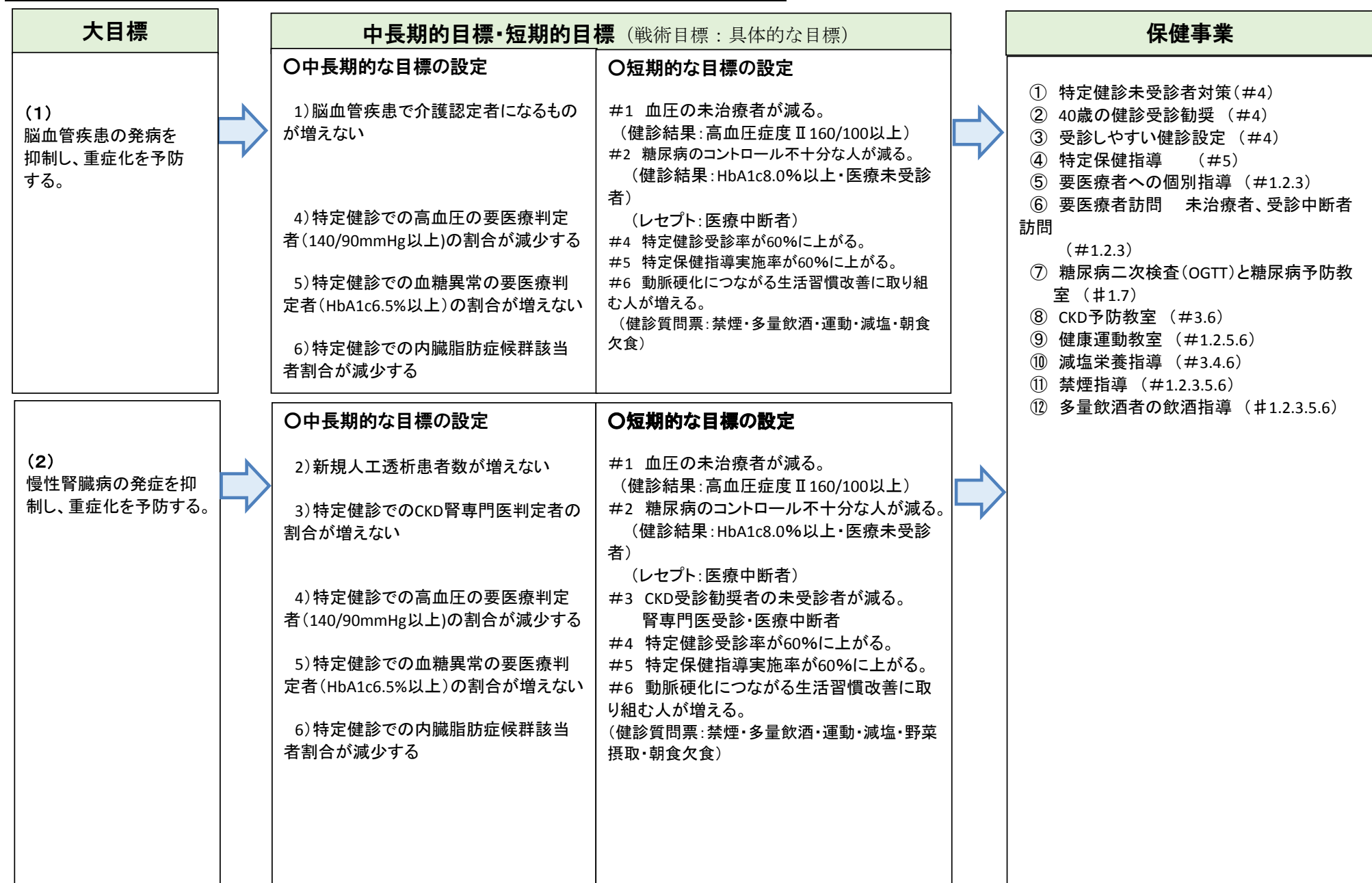
＜目標＞慢性腎臓病の発症を抑制し重症化を予防する

3 目的・目標

目的（命題・基本理念）

○目的の設定

健康寿命の延伸



①中長期的な目標の設定

				目指す方向性(目標値)	
中長期目標	評価指標	現状値	過去の動向	中間評価(H32)	最終評価(H35)
1)脳血管疾患で介護認定者になるものが増えない	介護認定者の脳血管疾患有病率(国保)	H28:25.9%	H27:28.5% H26:31.1%	25%以下	24%以下
	介護保険新規申請者の原因疾患が脳血管疾患の割合(町)	H28:17.1%	H27:15.3% H26:7.1%	14.5%以下*	12%以下
	介護保険新規申請者で要介護3以上の原因疾患が脳血管疾患の割合(町)	H28:24.1%	H27:26.7% H26:9.5%	21.5%以下*	19%以下
2)新規人工透析患者数が増えない	人工透析患者数(国保)	H28:10人	H27:11人 H26:11人	10人以下	10人以下
	国保10年以上継続加入者の糖尿病性腎症により新規透析患者となった患者数	H28:1人	H27:1人 H26:1人	3年間で2人以下	6年間で3人以下
3)特定健診でのCKD腎専門医判定者の割合が増えない	特定健診でのCKD腎専門医判定者の割合	H28:4.54%	H27:3.06% H26:6.06%	4.5%以下	4%以下
4)特定健診での高血圧の要医療判定者(140/90mmHg以上)の割合が減少する	特定健診での高血圧の要医療判定者(140/90mmHg以上)の割合	H28:24.4%	H27:25.1% H26:27.9%	24.5%以下	23%以下
5)特定健診での血糖異常の要医療判定者(HbA1c6.5%以上)の割合が増えない	特定健診での血糖異常の要医療判定者(HbA1c6.5%以上)の割合	H28:9.86%	H27:8.68% H26:8.82%	8.5%以下	8%以下
6)特定健診での内臓脂肪症候群該当者割合が減少する	特定健診での内臓脂肪症候群該当者割合	H28:17.5%	H27:16.7% H26:16.5%	16%以下	15%以下
	特定健診での内臓脂肪症候群予備群者割合	H28:9.1%	H27:9.1% H26:9.0%	8.5%以下	8%以下

*数値目標の算出の方法:過去3年間の平均の1割増減

*3年後目標値は0.5割減

*H28数値と6年後目標値の間をとる

②短期的な目標の設定

短期目標	評価指標	現状値	過去の動向	目指す方向性(目標値)		保健事業等
				中間評価(H32)	最終評価(H35)	
#1.血圧未治療者が減る	特定健診での血圧症度Ⅱ(160/100mmHg)以上者の割合	H28:5.1%	H27:6.4% H26:7.1%	4.5%以下	4%以下*	受診状況確認・保健指導の実施
	健診で血圧受診勧奨者の医療受診率	H28:40.00%	H27:22.20% H26:25.00%	42%以上	44%以上	健診後保健指導、受診再勧奨
	医療中断者数	H28:				医療中断者への訪問、医療連絡
#2.糖尿病のコントロール不十分な人(HbA1c8.0%以上)が減る	特定健診でHbA1c8.0%以上の人の医療受診率	H28:1.97%	H27:1.48% H26:1.65%	1.6%以下	1.5%以下	受診状況確認・保健指導の実施
	健診で糖受診勧奨者の医療受診率	H28:54.8%	H27:62.2% H26:52.5%	60%以上	62%以上	健診後保健指導、受診再勧奨
	医療中断者数(KDBより)	H28:				医療中断者への訪問、医療連絡
#3.CKD受診勧奨者の未受診者が減る	特定健診でのCKD判定「かかりつけ医」の受診割合	H28:20.9%	H27:33.3%	28%以上	30%以上	受診勧奨・CKD予防教室
	特定健診でのCKD判定「腎専門医」の受診割合	H28:39.1%	H27:42.9%	43%以上	45%以上	受診勧奨・腎専門医への受診体制づくり
	医療中断者数(KDBより)	H28:				医療中断者への訪問、医療連絡
	南魚沼地域・郡医師会との専門医受診体制の継続	H27年度から実施			体制の継続	進捗管理、協働取組
#4.特定健診受診率が上がる	特定健診受診率	H28:43.1%	H27:42.9% H26:41.9%	50%以上	60%以上*	未受診者訪問、再勧奨、受けやすい健診設定、毎年受診の普及映発
	特定健診の対象者には、かかりつけ医から健診予約をとれる体制を整備	なし			体制整備	医師からの受診勧奨
#5.特定保健指導実施率が上がる	特定保健指導実施率	H28:35.4%	H27:31.8% H26:29.9%	50%以上	60%以上*	健診当日の初回面接の実施、指導状況確認体制整備、内臓脂肪CT検査の実施

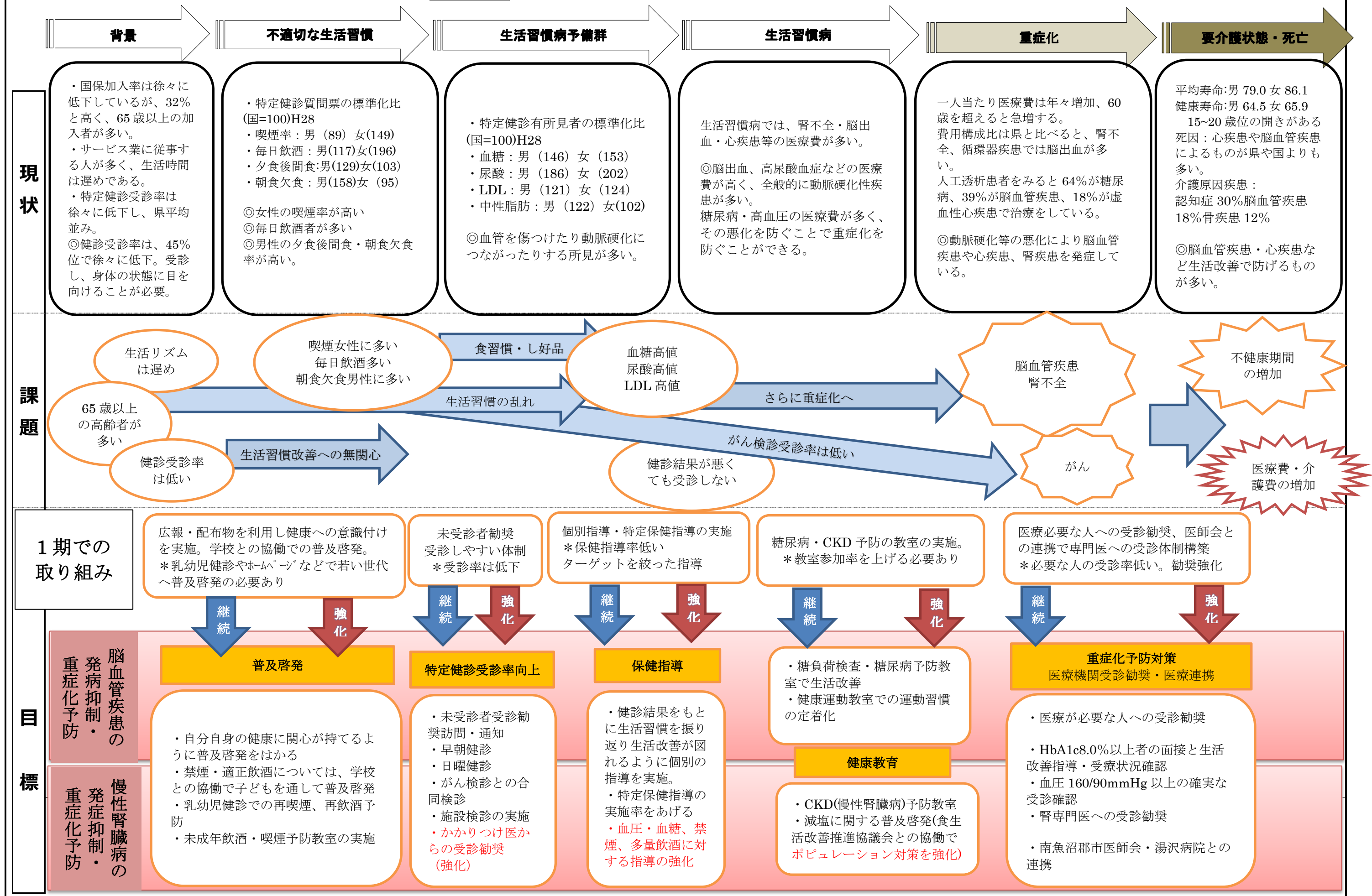
短期目標	評価指標		現状値	過去の動向	目指す方向性(目標値)		保健事業等
					中間評価(H32)	最終評価(H35)	
#6.動脈硬化につながる生活習慣改善に取り組む人が増える	喫煙	特定健診質問票 喫煙習慣のある人の割合	H28:16%	H27:17.4% H26:17.7%	15.5%以下	15%以下	健診時の禁煙指導、禁煙外来の紹介、再喫煙防止の取り組み、未成年禁煙予防教室
		禁煙を推進する関係機関との連携	禁煙外来の紹介			病院での主体的な禁煙指導、喫煙予防	湯沢病院との連携
	多量飲酒	特定健診質問票 毎日3合以上飲酒者割合 毎日2合以上飲酒者割合	H28:1.28% H28:11.14%	H27:1.95% H27:9.75%	1.2%以下 10%以下	1.0%以下 9.4%以下	健診後のAUDITの実施、女性の飲酒予防、未成年飲酒予防教室、特定保健指導
	朝食欠食	特定健診質問票 朝食欠食の割合	H28:11.8%	H27:13.4% H26:11.2%	11%以下	10%以下	特定保健指導、糖尿病予防教室、
		ファミリー健康プランアンケート「毎日朝食を食べている」「食べる・時々食べる」人の割合	H28:青壮年期(19~64歳) 85.9%		90%以上	94%以上	
	運動習慣	特定健診質問票 週2回30分以上の運動実施割合	H28:35.4%	H27:33.5% H26:32.4%	36%以上	37%以上	特定保健指導、糖尿病予防教室、健康運動教室、
		特定健診質問票 1日1時間以上身体活動割合	H28:49.7%	H27:53.7% H26:50.1%	53%以上	56%以上	
		ファミリー健康プランアンケート「1日30分以上の運動」「している・少ししている」人の割合	H28:青壮年期(19~64歳) 20.6%	H24:20%	21%以上	22%以上	
	減塩	ファミリー健康プランアンケート「減塩を意識した食生活」「している・少ししている」人の割合	H28:青壮年期(19~64歳) 52.1%		55%以上	57%以上	CKD予防教室、健診時栄養指導、減塩普及
	野菜摂取	ファミリー健康プランアンケート「主食・主菜・副菜をそろえる」「ほぼ毎日・週4~5日」の割合	H28:青壮年期(19~64歳) 71.3%		75%以上	78%以上	

★数値目標の算出の方法:過去3年間の平均の1割増減

★3年後目標値は0.5割減

★一部上記以外のものあり

4.湯沢町の取り組むべき課題の整理・目標の設定



	事業 番号	事業名	対象者	目的	目標	事業概要（内容・方法・体制）	評価指標				実施スケジュール・期間等	
							ストラクチャー（体制）評価	プロセス（実施過程）評価	アウトプット（実施状況・量）評価	アウトカム（成果）評価		
特定健診受診率向上	①	特定健診未受診者対策	過去5年以内に健診受診し、昨年度は未受診だったもの（40～69歳）	健診を受診し、自分の身体の状態を知ることができる。また、生活習慣病の発症予防や重症化を予防する。	未受診だったものが、受診につながる	在宅看護師による訪問。未受診理由の聞き取りと受診勧奨を行なう	看護師の確保	訪問で受けない理由なども確認	実施時期・訪問面接の実施率	未受診者の健診受診率40～60歳台の受診率	毎年4月に訪問	
			今年度未受診のもの			9月巡回の未受診者の検診日前に未受診者へ受診勧奨はがきを郵送	国保給付係、健康増進課との連携	受診時のはがき回収・声など	実施時期・送付数	未受診者の健診受診率	毎年8月下旬に発送	
			医療機関受診中の特定健診対象者			湯沢病院医師からの受診勧奨	湯沢病院医師、健康増進施設との連携	受診者からの声などの実施状況	施設検診受診者数	未受診者の健診受診率	5～1月、随時	
	②	40歳の検診受診勧奨	40歳被保険者		40歳の人の受診率が60%以上になる	在宅看護師による訪問。9月に未受診者へは再度電話による勧奨	看護師との連携	対象者の選定方法などの実施状況	配布時の声掛け、再勧奨の実施数・率	40歳の受診率 次年度以降の受診状況	4月、9月	
	③	受診しやすい健診設定	健診受診対象者		特定健診を受ける人が増える。60%以上	がん検診と同時実施。日曜日の実施（1日）。8:00からの巡回検診実施。施設検診（火・木）での短時間検診	合同検診化 施設・巡回、選択制	住民からの声など実施状況	日曜健診の実施と受診数 施設検診受診数	特定健診受診率 複数検診の受診率 日曜健診の受診数 受診者の施設検診率	5～1月 6月に日曜健診	
ハイスコアアップ ロート	保健指導	④	特定保健指導	特定保健指導対象者	生活習慣の改善等によりメタボリックシンドローム該当者が減る	保健指導実施率60%以上	動機づけ・積極的支援の保健指導を行う	巡回健診でも健診時初回指導を実施	委託先及び各地区担当の実施状況	初回指導の実施率	特定保健指導実施率 特定保健指導該当者の割合	健診受診後随時 尚初回指導は、可能な限り健診当日に行う
		⑥	要医療者への個別指導	特定健診で症度Ⅱ高血圧以上の人	高血圧により脳血管疾患や慢性腎臓病など動脈硬化性疾患を発症しない	症度Ⅱ高血圧以上の人のうち医療につながる人が60%以上となる	健診時・健診結果返却時に個別指導を実施	医師（健診時・受診時）、選定担当者との連携	健診時・健診結果返却の実施状況	面談実施率	対象者の医療機関受診率 特定健診での血圧異常者の割合	健診結果返却時随時
				特定健診でHbA1c8.0以上の人	高血糖により脳血管疾患や慢性腎臓病など動脈硬化性疾患を発症しない	HbA1c8%以上者が受診者の1.5%以下になる	健診結果返却時に個別指導を実施	医師との連携	健診結果返却の実施状況	面談実施率	対象者の医療機関受診率 特定健診での血糖異常者の割合	健診結果返却時随時
				特定健診で腎専門医受診の人	腎機能低下により慢性腎臓病を発症しない	専門医受診者の受診率が上がる 受診率50%以上	健診結果返却時に個別指導を実施	腎専門医との連携	健診結果返却の実施状況	面談実施率	対象者の医療機関受診率 腎専門医受診率 特定健診での腎判定異常者の割合	健診結果返却時随時
		要医療者訪問	特定健診受診者のうち要医療者で医療機関未受診の者	脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない	要医療者の未治療率が減る 受診率60%以上	個別指導実施後、未受診者への受診勧奨通知・訪問	医療機関・看護師との連携	再勧奨時期・数 勧奨方法	再勧奨後の医療機関受診率	対象者の医療機関受診率 特定健診での血圧・糖・腎異常者の割合 高血圧・糖尿病・腎不全の医療費	健診結果返却時随時	
		⑪	禁煙指導	特定健診受診者で喫煙者	喫煙者が減る	禁煙希望者が禁煙できる	健診結果返却時に喫煙の害についてを伝え、禁煙外来等の紹介を行う	湯沢病院との連携 禁煙指導者育成	対象者の選定、 対象者からの声など	指導者数	指導者のうち禁煙につながった割合 禁煙外来につながった割合 特定健診での喫煙割合	健診結果返却時随時

ハイリスクアプローチ	保健指導	⑫	多量飲酒者の飲酒指導	特定健診受診者	飲酒による脳血管疾患・肝機能障害が防げる	飲酒量の適量を知る飲酒量を減らすことができる	健診結果返却時に飲酒の害についてを伝え、節酒について指導する	健診時のAUDITの実施	受診者の声、反応	AUDIT実施数 健診結果返却時の面談実施率	指導者のうち飲酒量が減った人の割合 肝機能の変化	健診結果返却時随時
	健康教育	⑦	糖尿病二次検査(OGTT)と糖尿病予防教室	特定健診で保健指導判定の人	脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない	自分の身体(血糖の動き)について知ることができる生活習慣の改善に取り組める	行動変容の動機づけとして糖負荷試験を実施。保健師が個別に必要性を伝え、検査の結果は糖尿病予防教室として生活改善指導を行う	湯沢病院との連携(検査委託・教室講師)	健診時・健診結果返却の実施状況	面談実施率 OGTT検査実施率 教室実施回数 教室参加率	糖負荷検査実施率 検査結果の理解度 生活習慣の取り組み状況 次年度の検査結果等の変化	健診結果返却時随時 ドック受診者は検査実施前に通知
		⑧	CKD予防教室	特定健診でCKD判定保健指導・かかりつけ医の人	慢性腎臓病を発症しない	CKDについて理解できる生活習慣の改善に取り組むことができる	ハイリスクとなる対象者にCKDとその予防のための教室	湯沢病院との連携(教室講師)	健診時・健診結果返却の実施状況	面談実施率 教室実施回数・参加数	教室参加率 CKD理解度 生活改善の取り組み状況 次年度の検査結果等の変化	教室実施前に通知 年2回
		⑨	健康運動教室	特定健診で特定保健指導・血糖異常者・3項目(血圧・糖・高脂血症)異常者	運動習慣が定着する	自分に合った運動方法が見つけられる運動に取り組むことができる	運動の方法を提示してもらい自分に合った方法を習得し、定着する3回コースの実践教室。指導は総合型地域スポーツクラブ。	委託先との連携(総合型地域スポーツクラブ)	周知方法・対象者の選定方法	教室実施回数 個別支援回数	参加数 出席率 体重・血圧・体脂肪率の変化 参加者の経過(次年度)・特定健診質問票での運動習慣・検査値の変化	年2回
ポピュレーションアプローチ	⑩	減塩栄養指導		特定健診受診者	尿中塩分量が減り、脳血管疾患・慢性腎臓病を発症しない	生活の中で塩分を摂りやすい傾向について気が付くことができる減塩に取り組むことができる	特定健診時に減塩のための質問票を配布し、巡回検診時には減塩のための生活習慣についての栄養指導を行う。施設検診・ドックの人には書面にて結果指導を行う	委託検診機関との連携 栄養士の確保	指導内容 質問票の内容 対象者の反応	指導人数、日数	質問票での塩分摂取量 塩分摂取量の経年変化 特定健診での血圧・腎異常者の割合	5～1月
				一般町民		減塩の必要性を理解し食生活の改善に取り組むことができる	CKD予防対策事業として地域サロンや、食推の地域での普及活動を通して地域の人材を活用した減塩の普及啓発により食生活改善を図る。	地域サロンボランティア、食生活改善推進協議会との連携	実施内容 対象者の反応、声	実施回数 従事人数	減塩の必要性の理解度 減塩のための生活改善方法の理解度	必要に応じて
医療費適正化	—	重複・頻回受診者対策	国保被保険者	重複・頻回受診者への保健指導	重複・頻回受診者	重複・頻回受診者をなくす	重複(重複服薬を含む)・頻回受診をしている者及び家族に、健康保持増進のため保健師による指導を実施	保健師との連携	保健師との連携	重複・頻回受診者の減少	重複・頻回受診者の減少	継続実施
	—	ジェネリック医薬品の使用促進	国保被保険者	ジェネリック医薬品の使用促進	ジェネリック医薬品	ジェネリック医薬品シェア80%	年2回差額通知発送	保健師との連携	保健師との連携	差額通知発送数	差額通知発送数	継続実施

第 7 章 個人情報の保護

1 個人情報の保護

(1) 個人情報の保護

特定健康診査・特定保健指導で得られる個人情報については、個人情報の保護に関する法律を遵守し、湯沢町個人情報保護条例に基づき取り扱います。

(2) 外部委託における個人情報の取扱い

特定健康診査・特定保健指導を外部委託する際は、個人情報の管理について、個人情報の保護に関する法令等を遵守し業務を遂行することを明記した契約書を取り交わします。

また、特定健康診査・特定保健指導の情報管理を委託する場合も同様の措置を講じます。

2 特定健康診査等のデータ管理

特定健康診査・特定保健指導のデータは、「特定健診等データ管理システム」におけるデータ管理期間が原則 5 年間のため、町の「健康管理システム」でも管理し、長期間にわたる管理を行います。

第 8 章 計画の公表・周知

1 計画の公表・周知

実施計画は、湯沢町ホームページに掲載するとともに、町広報で周知します。また計画を変更した場合も同様とします。

2 特定健康診査及び医療費データの公表

町広報などでデータを公表します。これにより、湯沢町の生活習慣を起因とする疾病などの状況を広く周知するとともに、健康志向の普及啓発に努めます。

第 9 章 計画の評価及び見直し

1 評価方法

本計画の最終年度である平成 35 年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行います。評価にあたっては、新潟県国民健康保険連合会や関係機関の支援や助言を受けるものとします。

2 特定健康診査等実施計画等の見直し

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条 1 項に基づき、6 年ごとに見直します。なお見直しに当たっては関係機関の意見・提案などを参考に、庁内関係期間各課と協働で取り組みます。

第 10 章 事業の円滑な実施のための方策

1 地域包括ケアシステムの推進

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい人生を最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供されるよう地域包括ケアシステムの構築が重要となります。

国保データベース（KDB）システム・レセプトデータを活用・分析し、医療、介護、保健、福祉、住まいなど庁内での連携を行い、住民が安心して暮らせるための仕組みづくりを推進します。

2 研修

特定健康診査・特定保健指導を円滑に実施するため、県や国保連合会が開催する研修会に積極的に参加します。さらに庁内の担当者による独自の研修会も行い、資質の向上を図り、町民の生活習慣病予防のための啓発に役立てます。また食生活改善推進員の活動及び研修を通じて生活習慣病予防を啓発します。

第 2 期データヘルス計画
第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 3 0 年 3 月
発行／新潟県湯沢町
編集／町民課・健康増進課

〒949-6192 湯沢町大字神立 300 番地
TEL 025 (784) 3453