

千早赤阪村国民健康保険
第1期保健事業実施計画
（データヘルス計画）及び
千早赤阪村特定健康診査
等実施計画（第3期）

平成30年3月

目次

1. 基本的事項
 - 1.1 計画策定の背景
 - 1.2 計画の位置づけ
 - 1.3 計画期間
 2. 保険者の現状
 - 2.1. データに基づいた現状分析
 - 2.1.1. 保険者の周辺環境
 - 2.1.2. 医療費分析
 - 2.1.3. ★特定健診実施状況
 - 2.1.4. ★特定保健指導実施状況
 - 2.2. 既存事業の評価
 - 2.2.1. 健康づくり
 - 2.2.2. 健（検）診・指導（★含む）
 - 2.2.3. 医療費削減事業
 3. 健康課題（★含む）
 4. 保健事業計画
 - 4.1. 糖尿病・高血圧の重症化予防対策
 - 4.1.1. ポピュレーションアプローチの取り組み
 - 4.1.2. 糖尿病教室の実施
 - 4.1.3. 非肥満高血糖者への受診勧奨・行動変容の推進
 - 4.1.4. 非肥満高血圧者への受診勧奨・行動変容の推進
 - 4.2. ★特定健診の受診率向上対策
 - 4.2.1. ★受診勧奨者の重点化
 - 4.2.2. ★未受診者対策
 - 4.3. ★特定保健指導の実施率向上対策
 - 4.3.1. ★実施体制の整備
 - 4.3.2. ★利用者対策
 5. 保健事業の目標及び評価指標（★含む）
 - 5.1. ★実施対象、時期、方法等具体的な内容
 - 5.2. ★年度の対象者数の推計及び受診（実施）予定者数
 - 5.2.1. ★特定健診の実施
 - 5.2.2. ★特定保健指導の実施
 - 5.2.3. ★特定健診から特定保健指導実施の流れ
 - 5.2.4. ★特定健康診査の費用の支払い及びデータの送信事務
 6. 計画の評価方法（★含む）
 7. 計画の見直し（★含む）
 8. 計画の公表・周知に関する事項（★含む）
 9. 事業運営上の留意事項（★含む）
 10. 個人情報保護に関する事項（★含む）
 11. その他計画策定にあたっての留意事項
- 印（★）は特定健診等実施計画の該当箇所

1. 基本的事項

1.1. 計画策定の背景

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、平成20年度から内臓脂肪型肥満に着目した特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導等の実施が各保険者に義務づけられました。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健保組合に対し、レセプト等のデータ分析に基づく加入者の健康の保持増進のための事業計画として『データヘルス計画』の策定・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」とされ、保険者は健康・医療情報を活用して、PDCAサイクル（Plan（計画）－Do（実施）－Check（評価）－Act（改善））に沿った効果的な保健事業の実施を図るため「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定することとなりました。

本村では、平成20年3月に「千早赤阪村特定健診等実施計画」、平成25年3月に「第2期千早赤阪村特定健診等実施計画」を策定し、村国民健康保険被保険者を対象に、特定健診・特定保健指導等の保健事業を実施してきました。

今後は、これまでに蓄積されたデータを活用して被保険者の健康課題を明らかにし、その解決を目指して、ポピュレーションアプローチや重症化予防などさまざまな手法を駆使した効果的な保健事業を進めていくことが求められています。

こうした背景を踏まえ、「千早赤阪村保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「本計画」という。）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととします。

1.2. 計画の位置づけ

本計画は、特定健診の結果やレセプト情報等を活用・分析し、健康課題を明確にしたうえで、PDCAサイクルに沿って、効果的かつ効率的に保健事業を推進するための計画です。

また、本計画は、国民健康保険法に基づく、村の保健事業実施計画（データヘルス計画）として位置づけられるものであり、村の健康増進計画・食育推進計画である「健康ちはやあかさか21（第3期）」との整合性を図りつつ、実施していくこととします。

計画の策定に当たっては、特定健診の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、『保健事業実施計画（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。なお「千早赤阪村特定健診等実施計画（第3期）」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることからデータヘルス計画と一体的に策定します。特定健診等実施計画の該当箇所には印（★）を付け分かりやすく表示します。

1.3. 計画期間

本計画の期間については、初年度を平成30年度とし、大阪府における医療費適正化計画や医療計画等関係する計画との整合性を図るため、平成35年度までの6年間とします。

また、法改正や国による指針の見直しや社会情勢等の変化等により、必要に応じて、本計画の見直しを行います。

2. 保険者の現状

2.1. データに基づいた現状分析

2.1.1. 保険者の周辺環境

2.1.1.1. 地理的・社会的背景、医療アクセスの特徴

千早赤阪村は大阪府の南東部、金剛・葛城山脈の主峰金剛山（標高1,125m）を隔てて奈良県御所市、五條市と隣接しています。面積は37.38km²で、大阪市中心部まで20～25kmに位置しています。

村の歴史を代表するのは、鎌倉時代から南北朝時代にかけて活躍した名将・楠木正成で建武新政を目指して活躍した正成の誕生地やゆかりのある施設などが多く残っています。

昭和31年9月に千早村と赤阪村が合併して、現在の千早赤阪村は生まれました。

大阪唯一の村、千早赤阪村は都市近郊で自然が多く、四季折々の表情を見せてくれます。特に冬の金剛山には、多くの登山客が訪れ、1年で最も寒くなる1月から2月にかけて山頂付近は、しばしば「樹氷」で白く染まり、自然が生み出す芸術を楽しむことができます。

大阪の財産ともいえる千早赤阪村は、心のやすらぐ里として多くの人に親しまれています。

医療アクセス

本村には、一般診療所が5か所、歯科診療所が1か所あります。病院は、村内にはありませんが、二次医療圏である南河内医療圏内（千早赤阪村、松原市、羽曳野市、藤井寺市、富田林市、河内長野市、大阪狭山市、河南町、太子町）では、39か所あります。

表 1. 医療提供体制等の比較（平成 27 年 10 月 1 日現在）

	自保険者		南河内※1	大阪府
	実数	人口 10 万対	実数	人口 10 万対
病院数	—	—	39	531
病床数	—	—	8,375	107,835
一般診療所数	5	93.0	460	8,342
歯科診療所数	1	18.6	312	5,540

※病院：病床数が20床以上の医療機関

診療所：入院できる施設がないか、病床数19床以下の医療機関

※1 二次医療圏：松原市、羽曳野市、藤井寺市、富田林市、河内長野市、大阪狭山市、河南町、太子町、千早赤阪村

資料：大阪府医療施設調査

2. 1. 1. 2. 人口・被保険者の状況

本村の国民健康保険加入者は、1,793人（平成29年3月末現在）で、平成28年度の国民健康保険加入率は、32.9%となっています。65歳以上の被保険者数は増加傾向となっています。

被保険者の年齢構成をみると、本村では40歳未満は15.7%、40～64歳は29.5%、65歳以上は54.8%となっています。40歳～64歳の割合は、大阪府や国と比べると低い状況になっていますが、65歳以上の割合は、大阪府や国と比べると高くなっています。

図1. 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布（平成29年4月1日現在）

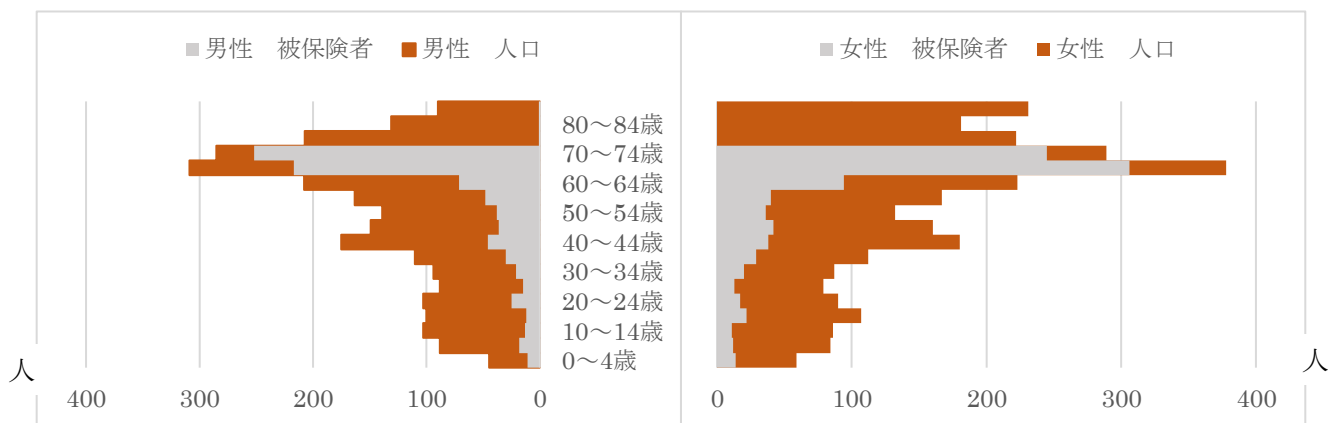
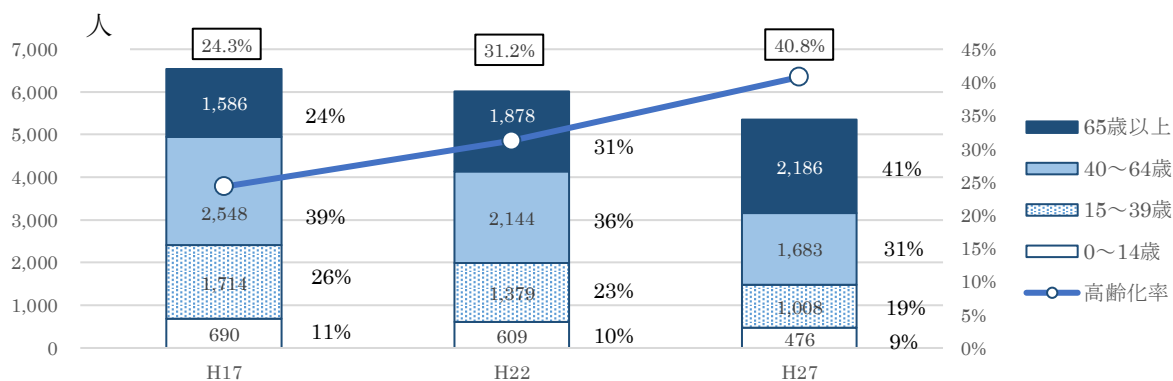
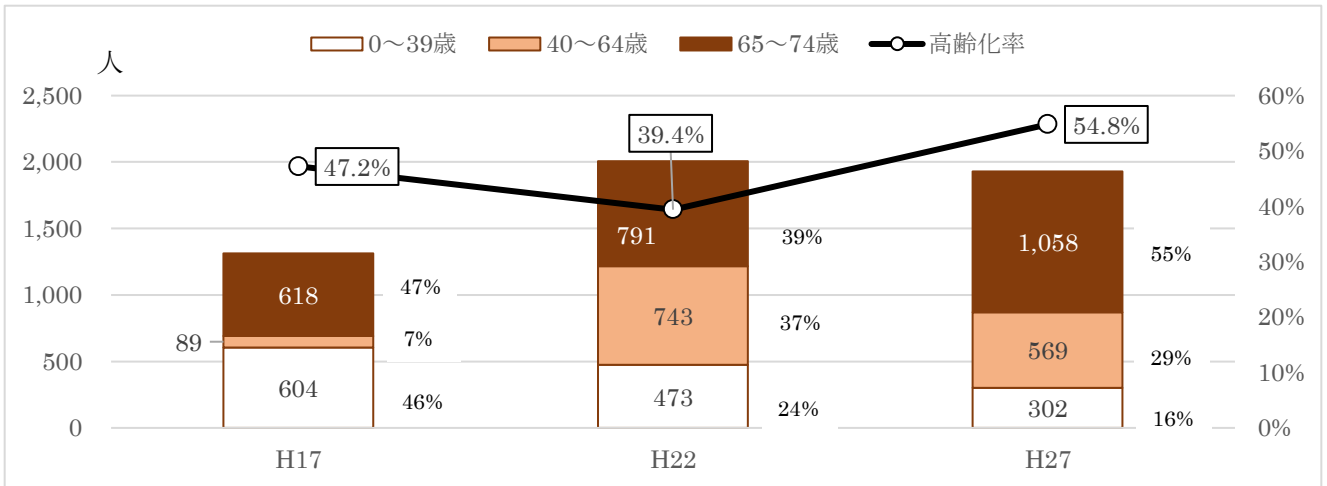


図2. 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移



資料：年齢別推計人口

図 3. 年齢階級別の国保被保険者分布および高齢者割合の推移

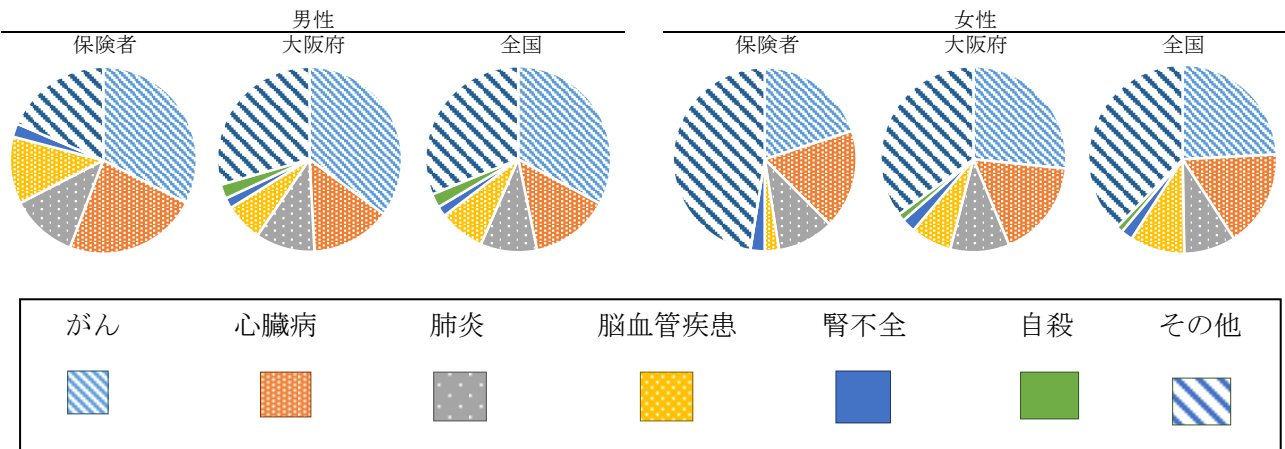


2. 1. 1. 3. 標準化死亡比

本村の男女別の死因割合は、男性では、がん・心臓病・肺炎・脳血管疾患が多く、女性では、がん・心臓病・肺炎が多い。

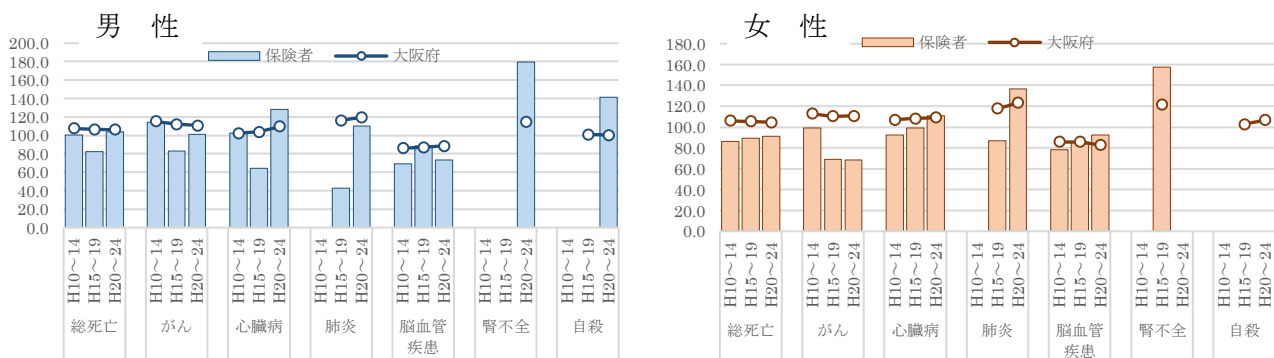
平成 20 年～24 年の標準化死亡比（全国 100 に対する年齢構成を考慮した死亡率の比）は、男性では、腎不全・自殺・心臓病が高く、女性では、肺炎・心臓病が高い。

図 4. 男女別の死因割合（平成 27 年） 自保険者、大阪府、全国の円グラフ



資料：人口動態統計

図 5. 男女別の主要疾病標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移



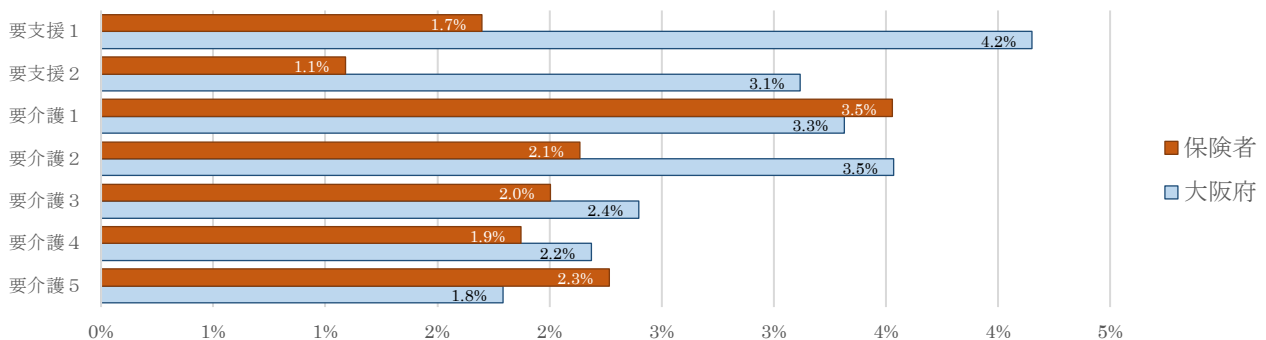
資料：人口動態統計

2.1.1.4. 要介護認定状況

第1号被保険者全体に占める要介護度では、大阪府に比べて介護度の低い要支援1・2の割合は極端に低いが、被保険者全体に占める非要介護認定者の割合をみたところ、本村は85.4%で大阪府の79.5%より高い。一方、要介護5の割合が高い。介護度が重い寝たきりの人の要因は脳卒中が最も多く次いで認知症となっていることから脳卒中对策が重要である可能性が高い。

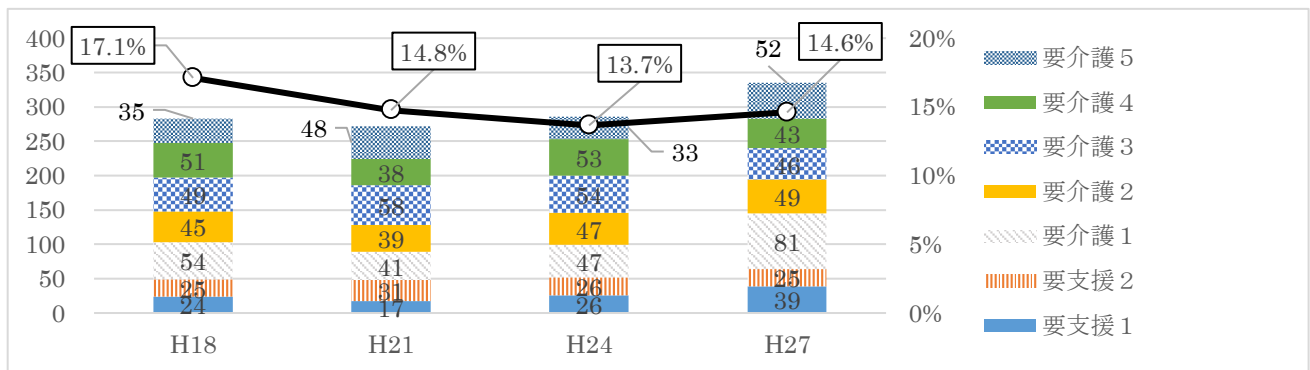
要介護認定状況の推移では要支援1・2が増えてきており加齢に伴う衰弱や整形外科的疾患などに対応した高齢者における身体活動の促進が必要である。

図6. 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（平成27年度）



資料：介護保険事業状況報告

図7. 要介護認定状況の推移



資料：介護保険事業状況報告

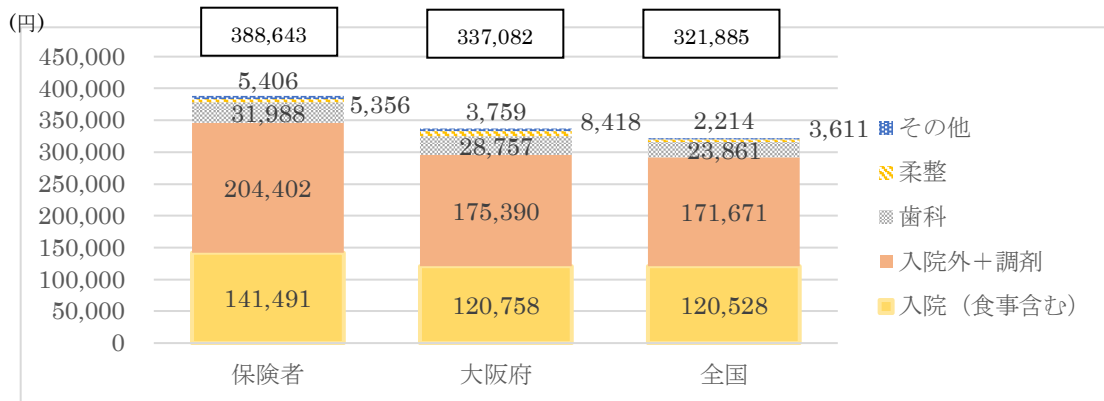
2.1.2. 医療費分析

2.1.2.1. 費用区別医療費（入院、入院外+調剤、歯科、柔整など）

被保険者一人当たり年間医療費は、388,643円で全国、大阪府に比べて高い。特に入院外+調剤が多い。ただし年齢構成による影響も大きいと考えられる。

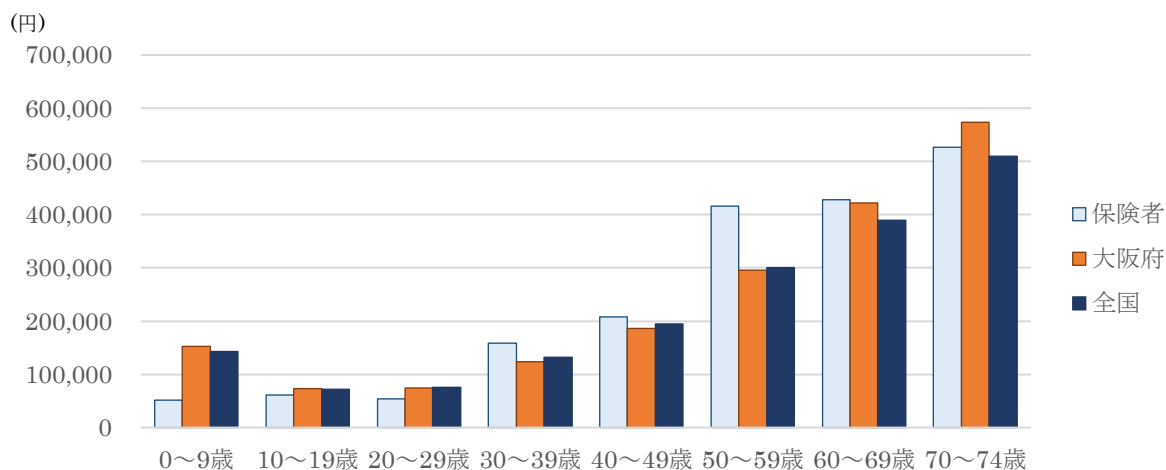
年齢階級別の一人当たりの総医療費は50～59歳が全国・大阪に比べて高い。

図 8. 被保険者一人当たり年間医療費の比較（平成 26 年度）



資料：大阪府国民健康保険事業状況

図 9. 年齢階級別の一人当たり総医療費の比較

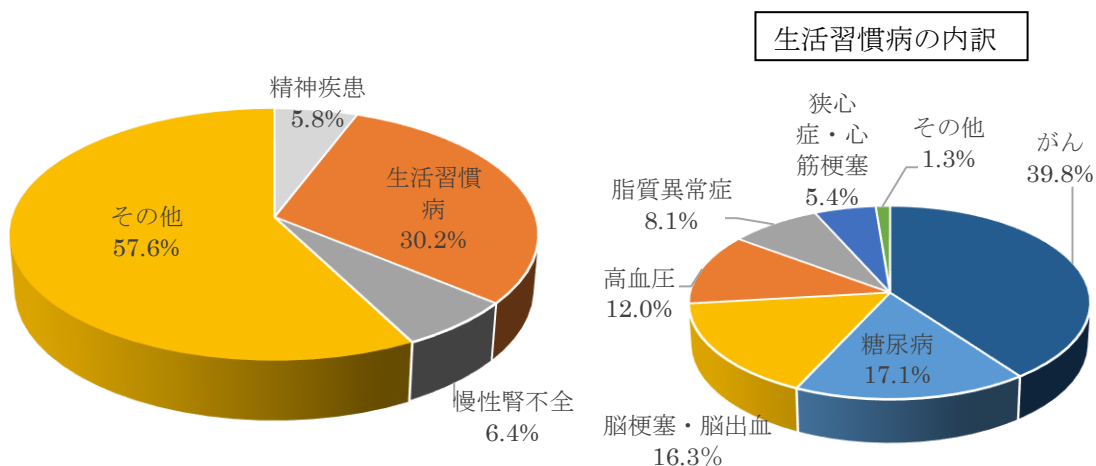


資料：KDB 医療費の状況（平成 28 年度）

2.1.2.2. 総医療費に占める主要疾患別医療費

総医療費に占める生活習慣病の医療費は2億円を超え、その割合は 30.2%と3割を占めている。内訳を見るとがん 39.8%、糖尿病 17.1%、脳梗塞・脳内出血 16.2%、高血圧 12.0%であり、医療費適正化において生活習慣病への対策優先度は高い。

図 10. 総医療費に占める主要疾患の割合（平成 28 年度）



順位	傷病名	総医療費に占める割合	医療費(円)
1	生活習慣病	30.2%	237,040,710
2	慢性腎不全	6.4%	50,131,960
3	精神疾患	5.8%	45,335,460
4	その他	57.6%	452,046,440
生活習慣病の内訳			
1	がん	39.8%	94,403,700
2	糖尿病	17.1%	40,600,020
3	脳梗塞・脳出血	16.3%	38,506,250
4	高血圧	12.0%	28,332,940
5	脂質異常症	8.1%	19,275,930
6	狭心症・心筋梗塞	5.4%	12,896,420
7	その他	1.3%	3,025,450

資料：KDB 疾病別医療費分析（生活習慣病）（平成 28 年度）

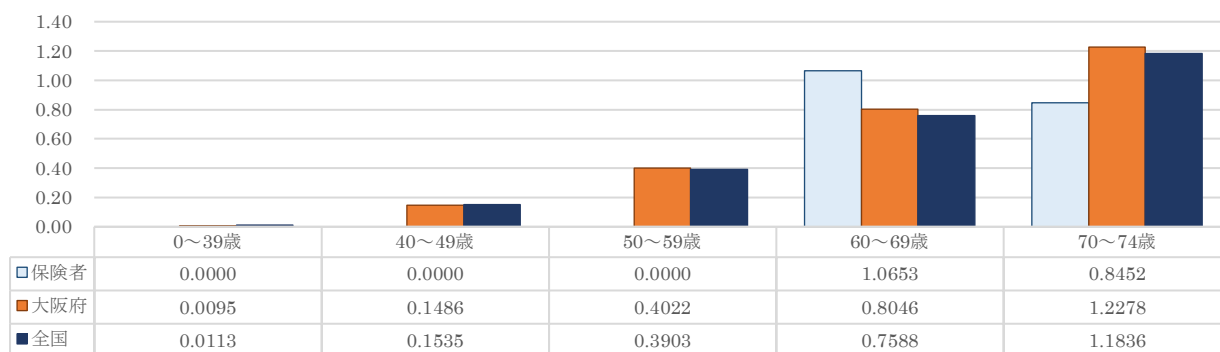
2.1.2.3. 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

2.1.2.3.1. 脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析

被保険者千人当たりレセプト件数が全国・大阪府に比べて多いのは 60 歳代の虚血性心疾患患者、50 歳代・70～74 歳の脳血管疾患患者、50 歳代・70～74 歳の人工透析患者である。

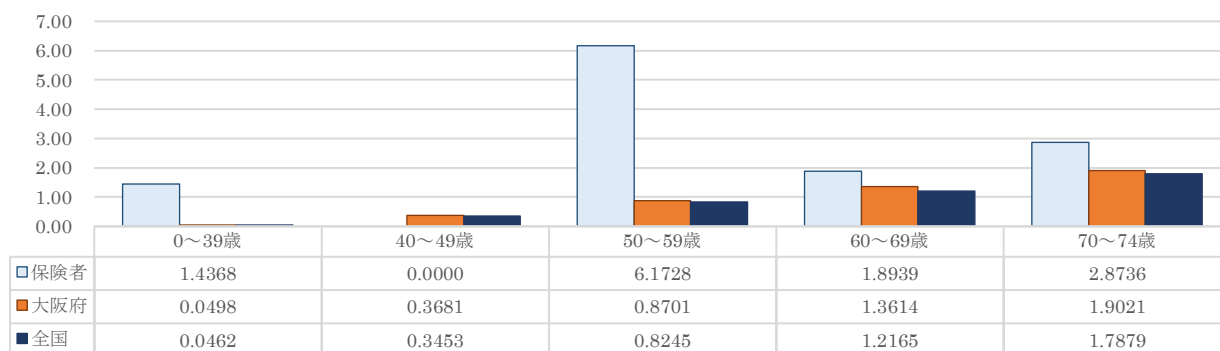
虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析は生活習慣病重症化の結果である。これらの前段階である高血圧、糖尿病、脂質異常症及び喫煙習慣などの関連する生活習慣病対策が必要である。

図 11. 年齢階級別の虚血性心疾患患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



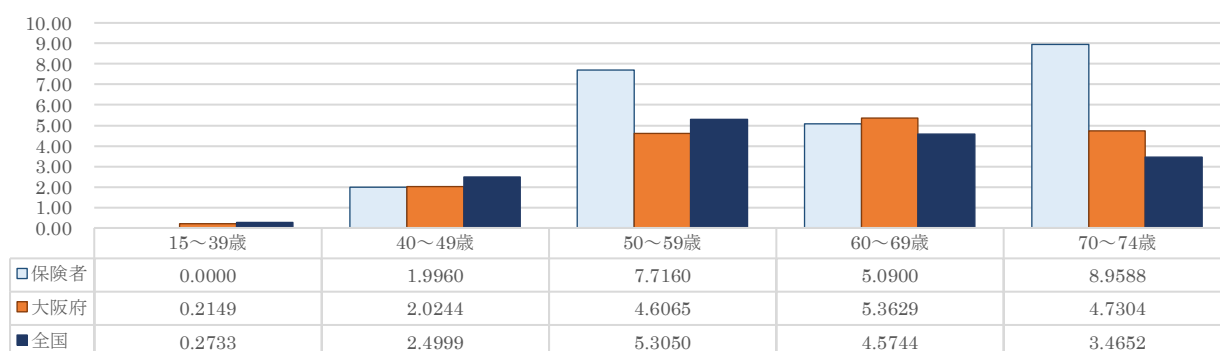
資料：KDB 厚生労働省様式 3-5（平成 28 年度）

図 12. 年齢階級別の脳血管疾患患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



資料：KDB 厚生労働省様式 3-6（平成 28 年度）

図 13. 年齢階級別の人工透析患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



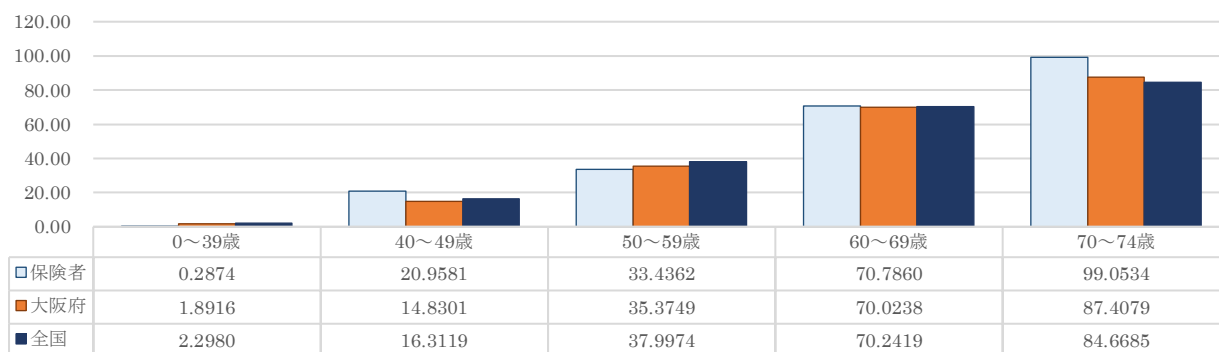
資料：KDB 厚生労働省様式 3-7（平成 28 年度）

2.1.2.3.2. 高血圧・糖尿病・脂質異常症

被保険者千人当たりレセプト件数が全国・大阪府に比べて多いのは 60 歳代 70～74 歳の高血圧患者、50 歳代・60 歳代の糖尿病患者、40 歳代・60 歳代の脂質異常症患者である。

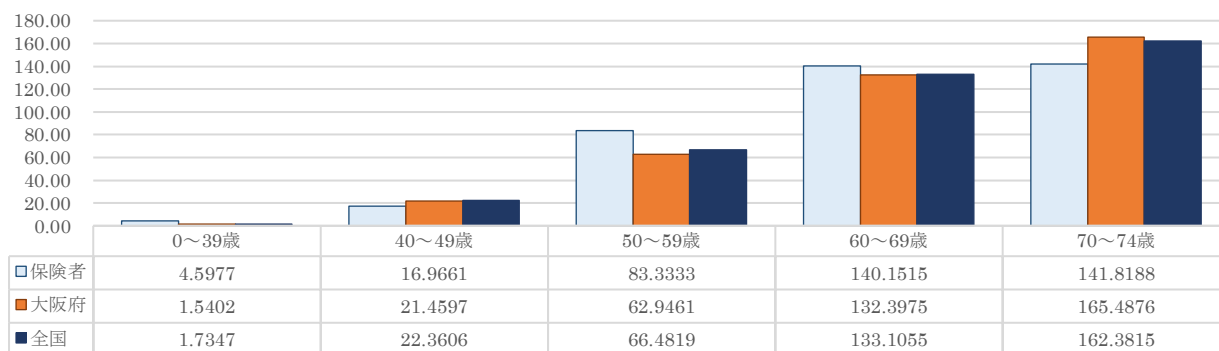
高血圧、糖尿病、脂質異常症は虚血性心疾患、脳血管疾患、腎機能低下の主要な原因疾患であり適切に治療されていることが重要であるため、治療継続支援や未治療者への受診勧奨が大切である。

図 14. 年齢階級別の高血圧患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



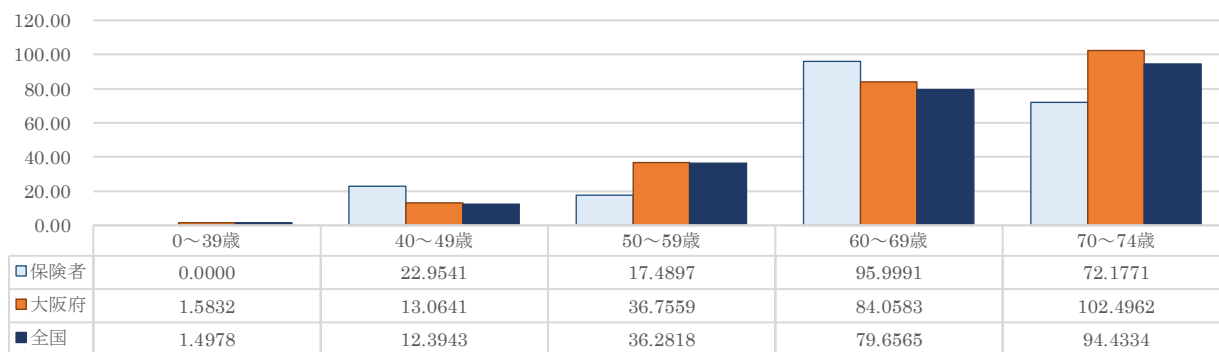
資料：KDB 厚生労働省様式 3-3（平成 28 年度）

図 15. 年齢階級別の糖尿病患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



資料：KDB 厚生労働省様式 3-2（平成 28 年度）

図 16. 年齢階級別の脂質異常症患者の割合（平成 28 年度）（被保険者千人当たりレセプト件数）



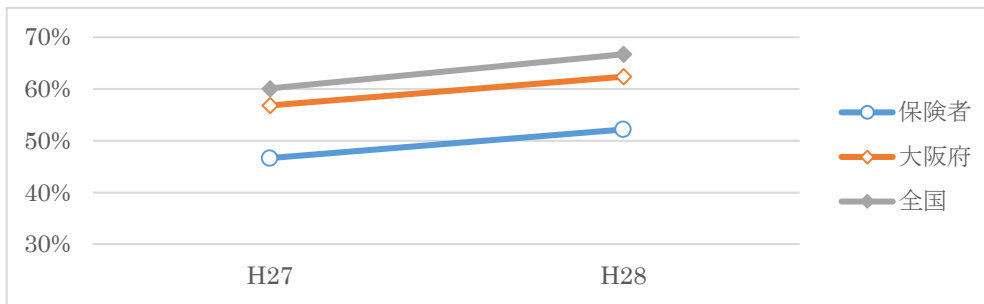
資料：KDB 厚生労働省様式 3-4（平成 28 年度）

2.1.2.4. 後発医薬品の利用状況

後発医薬品の利用は医療費適正化の観点から全国的に推進されており、データヘルス計画においても現状把握及び推進が望ましい。

全国・大阪に比べ本村の利用率は低いが増加傾向である。

図 17. 後発医薬品利用率の推移（数量ベース）



資料：厚生労働省ホームページ(全国)・大阪府国保連合会独自集計（大阪府、保険者）

2. 1. 3. ★特定健診実施状況

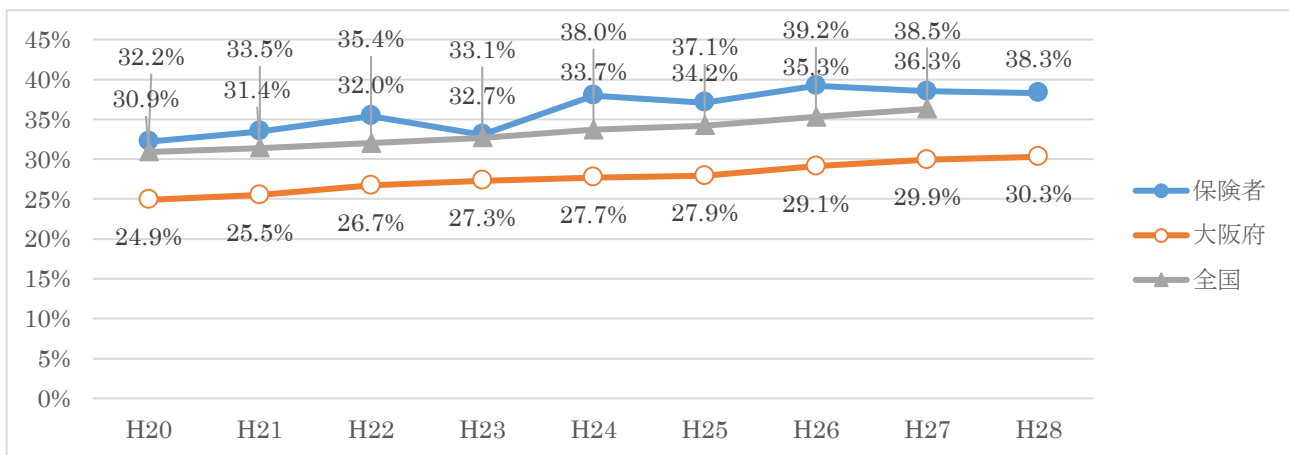
2. 1. 3. 1. ★特定健診受診の状況

特定健診受診率は、全国・大阪府に比べ高く、増加傾向にある。性・年齢階級別にみると全国・大阪府に比べ男性では55～64歳、女性では45～49歳と55～59歳の受診率が低い。月別受診率では毎年ほぼ同じ曲線となり受診券発送直後と3月のかけこみ受診が高くなっている。

3年累積受診率は大阪府に比べ高く、3年間のうち2回または3回受診する継続受診率が高い。しかし50%は3年とも未受診者となっているため未受診者への受診勧奨、継続受診対策が必要である。特定健診受診状況と医療利用状況では、特定健診未受診者において医療機関受診者が半分を占めており、何らかの症状があつて医療機関を受診していると考えられる。

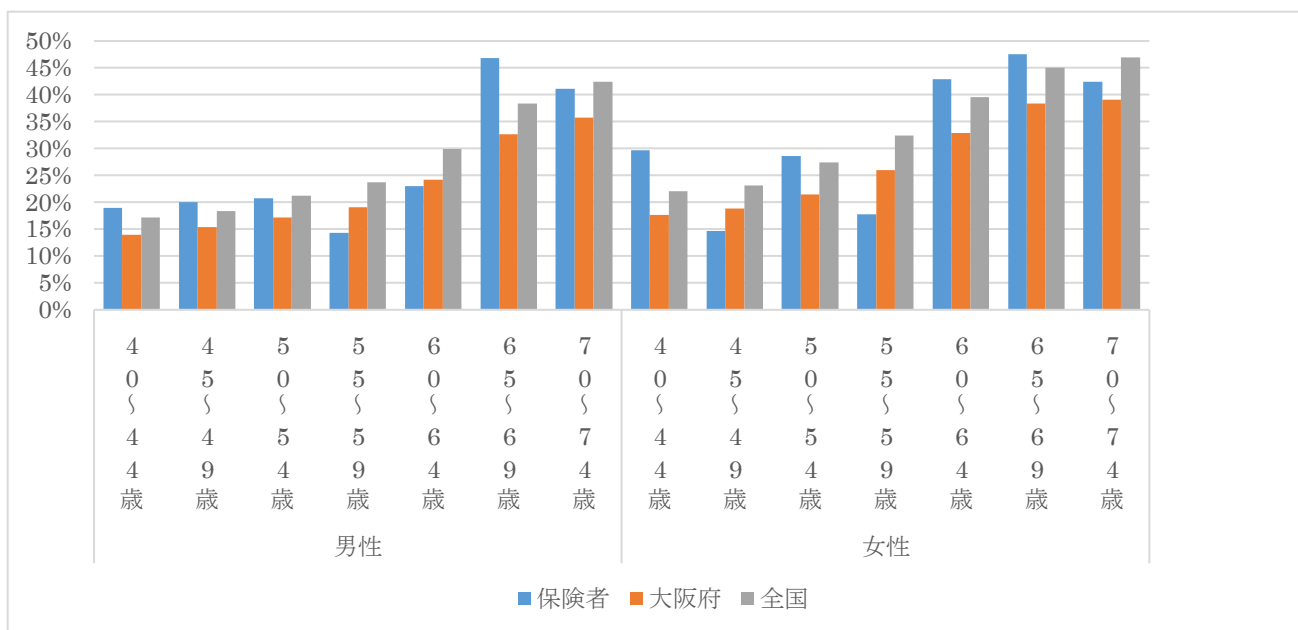
特定健診未受診者については、医療機関と連携し健診受診勧奨を依頼することも大切である。

図 18. 特定健診受診率の推移



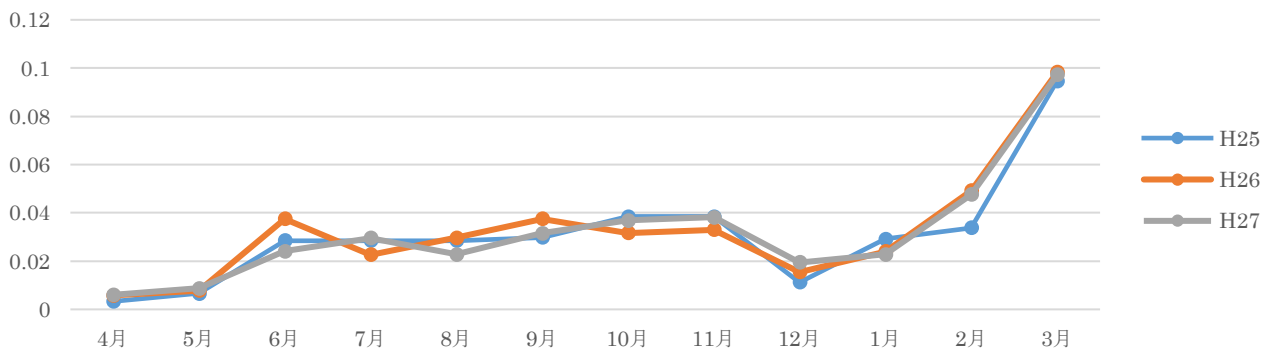
資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図 19. 性・年齢階級別特定健診受診率の全国、大阪府との比較



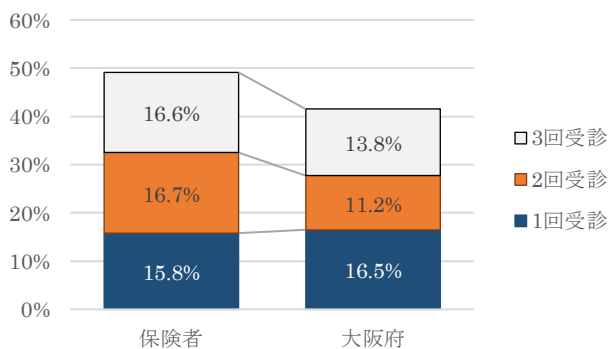
資料：KDB 健康診査の状況（平成 28 年度）

図 20. 月別特定健診受診率の推移



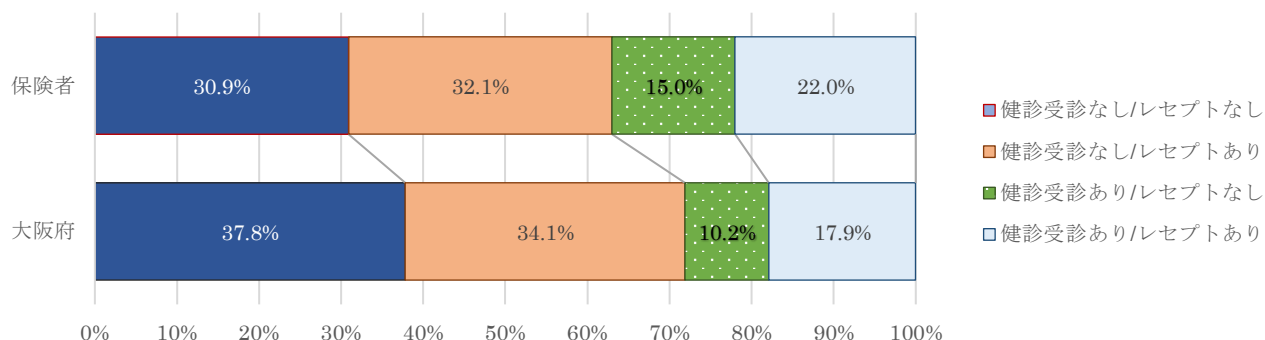
資料：特定健診等データ管理システム TKAC018 特定健診・特定保健指導進捗実情管理表

図 21. 3年累積特定健診受診率（平成 26 年～28 年）



資料：KDB 被保険者管理台帳

図 22. 特定健診受診状況と医療利用状況（平成 27 年度）



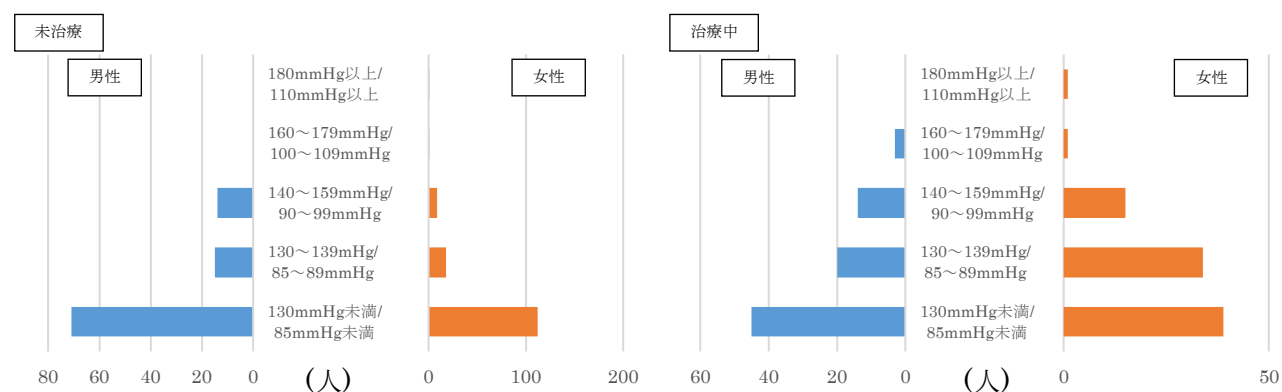
資料：KDB 被保険者管理台帳

2.1.3.2. ★特定健診受診者における疾病治療等の状況

2.1.3.2.1. 高血圧

高血圧は、高血圧Ⅱ・Ⅲ度の未治療者は2人（1%）である。また、治療中で高血圧Ⅱ・Ⅲ度の人は5人（2.9%）である。治療中においても高血圧Ⅱ・Ⅲ度の人はコントロール不良であり適切な服薬や生活習慣改善が行われていない可能性があるため、服薬状況確認、保健指導を行うことも重要である。

図 23. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数



資料：KDB 保健指導対象者一覧（平成 28 年度） 独自集計

【高血圧治療ガイドライン 2014】

- ・最大血圧値 180mmHg 以上/最小血圧値 110mmHg 以上（Ⅲ度高血圧）直ちに服用治療となる
- ・最大血圧値 160-179mmHg/最小血圧値 100-109mmHg（Ⅱ度高血圧）においても少なくとも 1 ヶ月以内の保健指導により高血圧が維持する場合には、服薬治療開始となる。

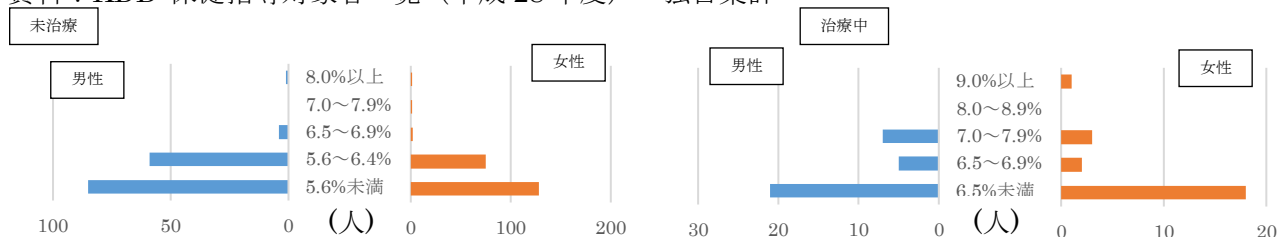
2.1.3.2.2. 糖尿病

糖尿病は自発的な生活習慣の改善のみによる治癒が難しく、糖尿病型と診断された未治療者を適切な治療につなげることが重症化予防には必要である。HbA1c 6.5%以上の未治療者は9人(2.5%)である。

また、自覚症状が乏しいことから、治療者の約8%が治療中断することが知られており、保健指導による治療継続支援も重要である。糖尿病の治療目標はHbA1c 7.0%未満であることからHbA1c 8.0%以上をコントロール不良者とする、11人(19.3%)である。

図 24. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数 (HbA1c 値) (平成 28 年度)

資料：KDB 保健指導対象者一覧 (平成 28 年度) 独自集計



【糖尿病治療ガイド 2016-2017】

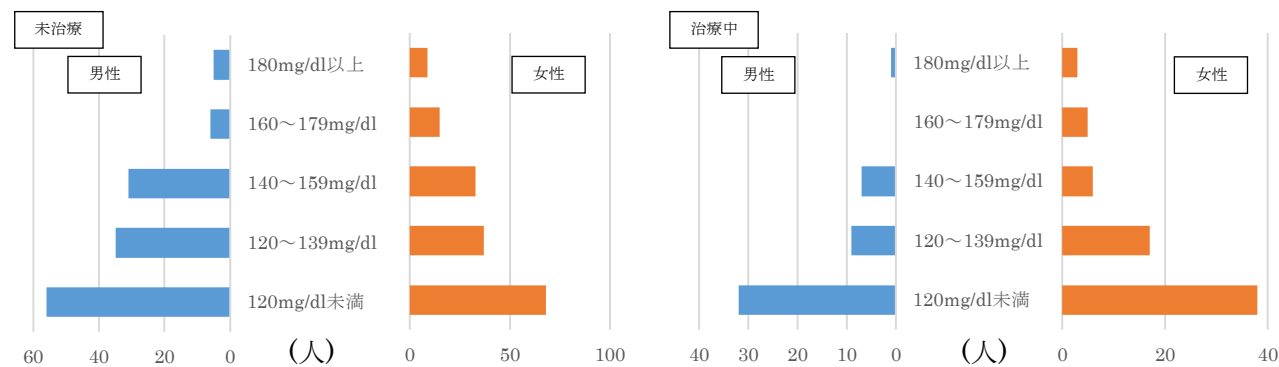
・空腹時血糖値 126mg/dl 以上、OGTT 2 時間値 200 mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上、HbA1c 6.5% 以上のいずれかを満たす場合には糖尿病型と診断

2.1.3.2.3. 脂質異常症

脂質異常症、特に高 LDL コレステロール血症は虚血性心疾患になりやすい状態であり、適切な生活習慣改善や治療を行うことが重要である。

脂質異常症の診断基準は 140mg/dl 以上であるが 180mg/dl 以上の人をハイリスクとして保健指導や受診勧奨の対象者とする。未治療者で 180mg/dl 以上の人は 14 人 (4.8%) である。

図 25. 治療状況別の脂質異常症重症度別該当者数 (高 LDL コレステロール値)



資料：KDB 保健指導対象者一覧 (平成 28 年度) 独自集計

【動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 版】

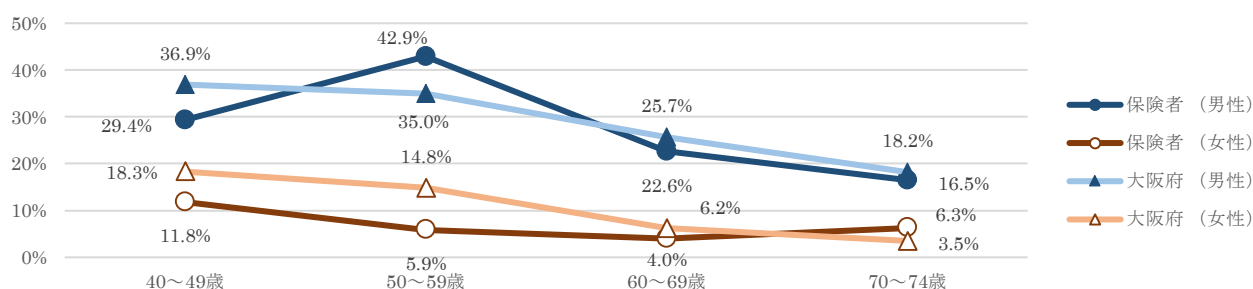
LDL コレステロール値 140mg/dl 以上は脂質異常症。LDL コレステロール管理目標は虚血性心疾患リスク評価により各リスクに追加リスクの有無を加えて設定される。

2.1.3.2.4. 喫煙

喫煙は虚血性心疾患、脳卒中、糖尿病など多くの生活習慣病の原因であることが明らかになっていることから、たばこ対策は喫煙の課題である。

本村の喫煙率は大阪府に比べて低いが 50 歳～59 歳の男性は大阪府に比べ 7.9%高い。

図 26. 性・年齢階級別喫煙率



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

2.1.3.2.5. 肥満・メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を基礎とする危険因子の重複した状態であり、その対策は肥満対策である。ポピュレーションアプローチとしての肥満対策を推進することによりメタボリックシンドローム予備群・該当者の発生抑制、改善を促すことが可能である。

腹囲は内臓脂肪量を強く反映した指標であり男性で 90 cm 以上 48 人、女性で 95 cm 以上 28 人である。メタボリックシンドローム該当者は平成 27 年で 13.9%、予備群は 11.5%で、合わせると 25.4%であり 4 人に 1 人の割合である。メタボリックシンドローム該当者、予備群を合わせた割合を性・年齢階級別にみると男性の 70～74 歳では 45.3%、60 歳代では 44.6%と多い。

図 27. BMI 区分別該当者数

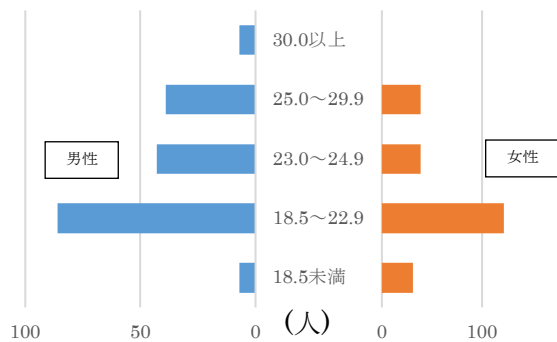
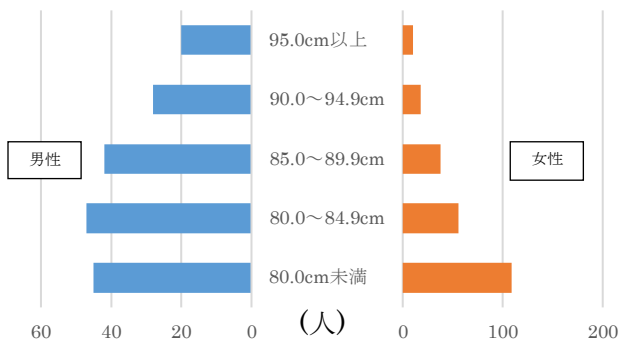


図 28. 腹囲区分別該当者数



資料：KDB 保健指導対象者一覧（平成 28 年度） 独自集計

図 29. メタボ該当者・予備群の出現率の推移

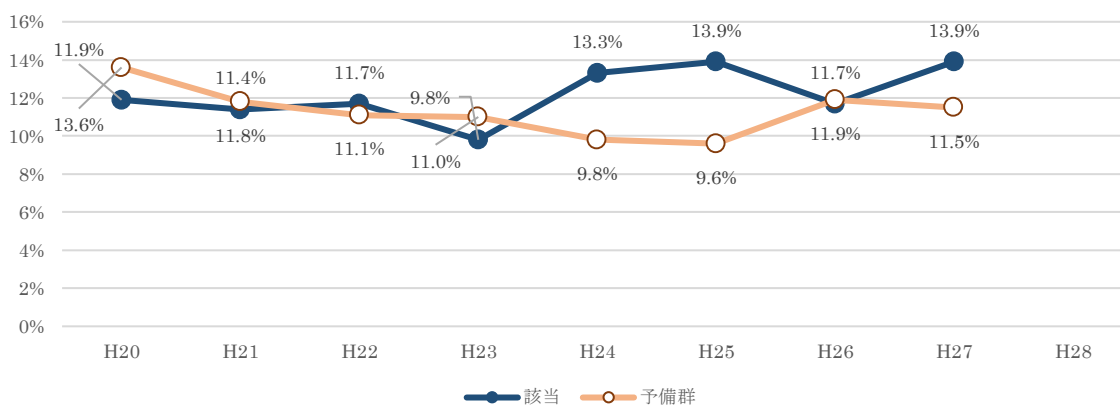
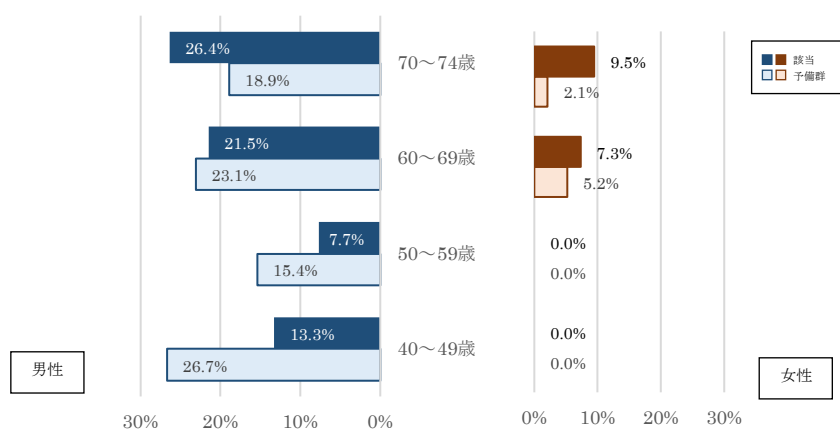


図 30. 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

2.1.4. ★特定保健指導実施状況

2.1.4.1. 特定保健指導利用率および実施率

特定保健指導利用率は、対象者の内1回でも利用したことのある人の割合で、特定保健指導実施率は、対象者の内最終評価まで終了した人の割合である。

特定保健指導は、専門職である保健師・管理栄養士により行っているため、その年度の専門職の雇用状況や力量、その年の他の保健事業量などに左右されるなど、年度でのバラツキが多い。

図 31. 特定保健指導利用率の推移

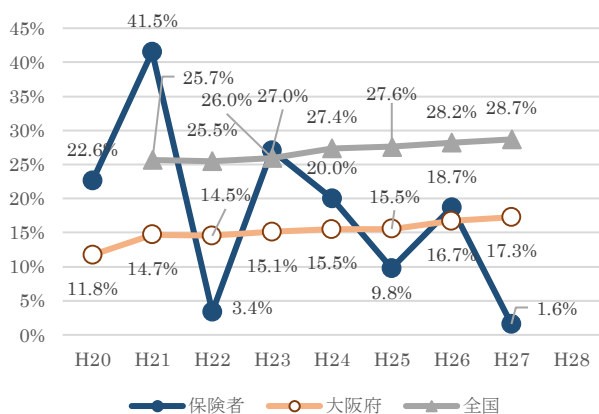
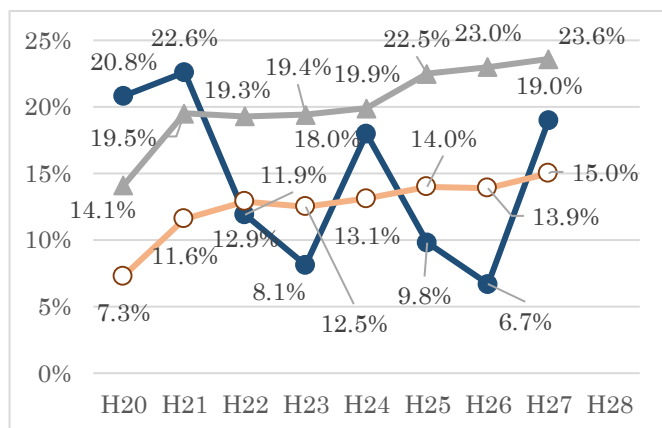


図 32. 特定保健指導実施率の推移

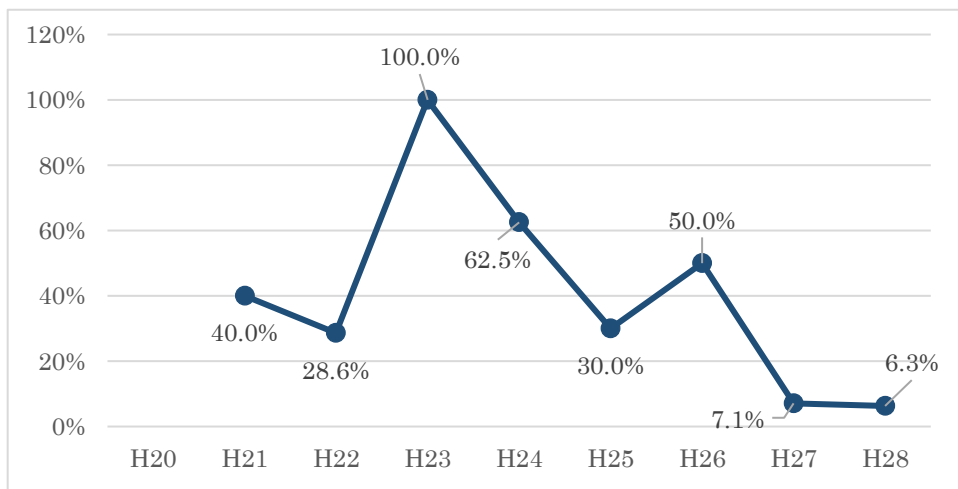


資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

2.1.4.2. 特定保健指導による改善率

特定保健指導は実施率の向上とともに、参加した人が改善につながる改善率の向上も必要である。近年、改善率が低下しており、初回面接による個人の性格や自己認識の把握と行動内容ステージに合わせた動機づけや指導の工夫が必要である。

図 33. 特定保健指導による改善率の推移

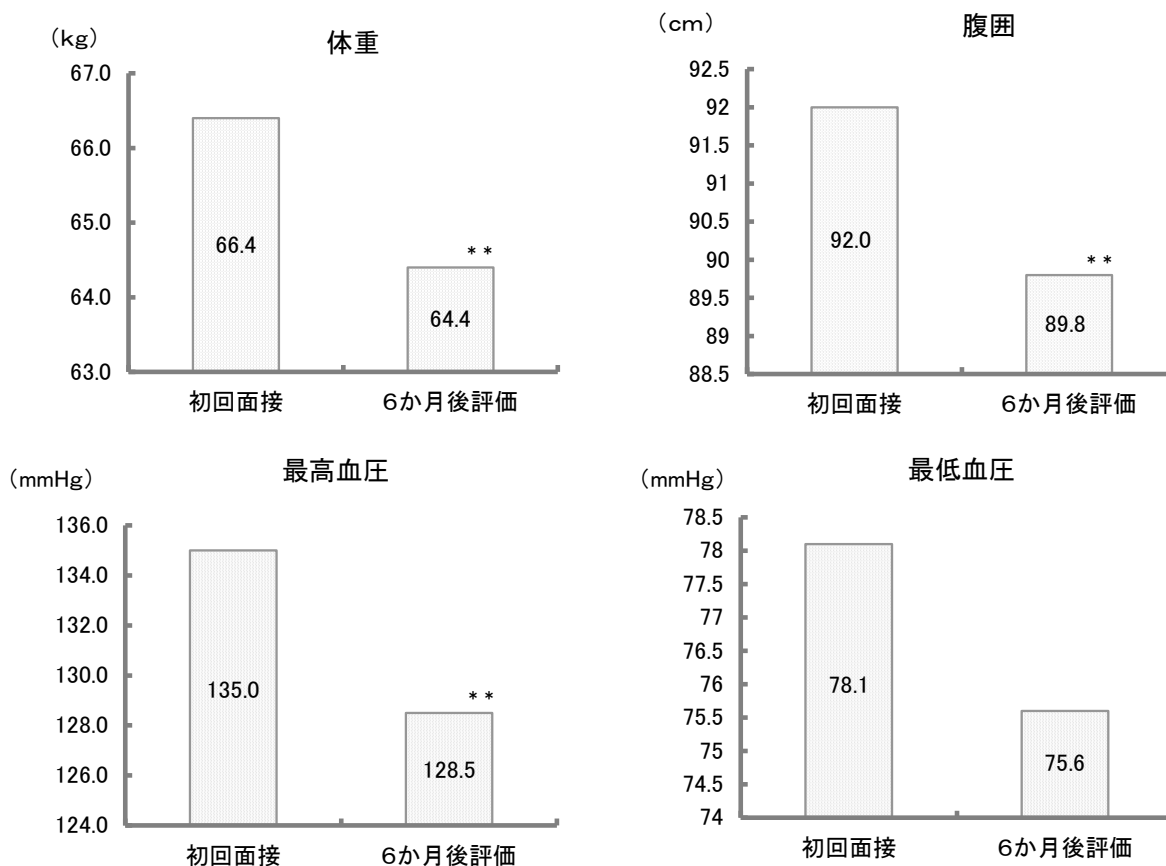


資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

2. 1. 4. 3. 特定保健指導修了者の評価

平成 20～26 年度に特定保健指導を利用し修了した人（6 か月後）の平均データ※を見ると、体重・腹囲・最高血圧・最低血圧すべてにおいて数値の改善がみられ、そのうち、体重・腹囲・最高血圧で明らかな有意差が認められた。

図 34. 特定保健指導修了者の改善状況



※平成 20～26 年度に特定健診を受診者した人のうち、特定保健指導を利用され、初回面接・6か月後評価結果のある特定保健指導修了者 52 名の結果分析

※*は有意差 (p) を示しています (**p<0.01、*p<0.05)

資料：健康ちはやあかさか 21（第 3 期）

2.2. 既存事業の評価

2.2.1. 健康づくり

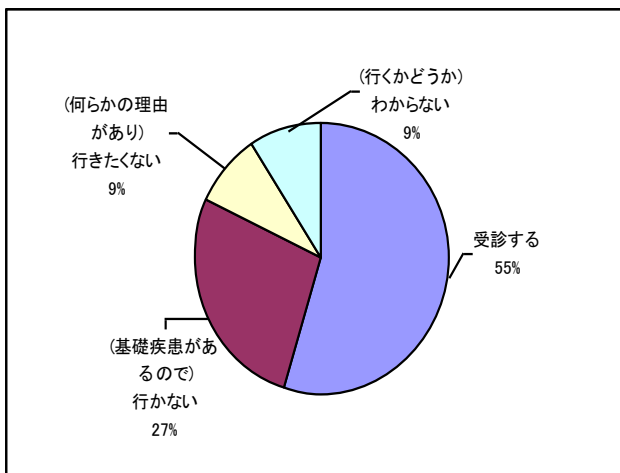
事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
健康教室 【健康福祉課】	40～64歳の住民	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の予防、健康増進等健康に関する正しい知識の普及を図る。 ①村の郷土食お料理教室 ②健やかライフサポート倶楽部 ③食生活改善推進員(みつば会)への支援 ④災害時の食のレシピ配布 	<p>【平成28年度】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①2回 24人 ②15回 75人 ③13回 123人 ④1回 237人 <p>②栄養摂取や運動の方法を指導することにより、参加者が自ら生活習慣を見直す機会となっている。若い世代からの生活習慣改善が必要であるため、若い人も参加しやすい内容の検討が必要。</p>
健康相談 【健康福祉課】	40～64歳の住民	<ul style="list-style-type: none"> 心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導および助言を行う。 ①個別歯科相談 ②個別健康栄養相談 ③胃がん検診時併設保健師による相談 ④禁煙相談 ⑤保健師健康相談および各健康教室に併設の健康相談 ⑥弁護士相談時併設こころの健康相談 ⑦健やかライフサポート倶楽部 	<p>【平成28年度】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①60人 ②48回 48人 ③7回 250人 ④7回 32人 ⑤1回 2人 ⑦15回 30人 <p>・各種健康相談単独では参加者が少ないため、各種教室やがん検診時に併設を続け、相談の機会を設定していく。</p>
訪問指導 【健康福祉課】	全住民	<ul style="list-style-type: none"> 必要な保健指導を行い心身機能低下の防止と健康の保持増進を図るため、介護家族療養指導・介護予防指導、生活習慣病予防指導等を行う。 	<p>【平成28年度】 母子保健対象者除く 実103人延425人</p> <p>・保健センターまで来られない人、家庭状況の把握・指導が必要な人に対しては家庭訪問は有用である。特定保健指導対象者で来庁が困難な人に対して訪問も行っているが、今後必要者には行っていく。</p>

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
イベント時併設の健康づくり事業【住民課・健康福祉課】	全住民	・村で行われるイベント時に健康づくりに関するコーナーを設置して健康づくりに関する啓発を行う。	<p>【平成 29 年度】</p> <p>人権のつどい時に特定健診・特定保健指導・がん検診のPR コーナー、健康チェックコーナー（血管年齢測定、体成分分析装置、脳年齢測定装置、血圧測定等）、医師による健康相談コーナー等を実施。1 回、約 100 人</p> <p>・イベント時に実施することにより、日頃保健センターに来られることのない層にアプローチすることができる。今後も自分の健康に関心を持ってもらう機会とするため、国保連合会とも連携して実施していく。</p>
介護予防事業【健康福祉課】	65 歳以上の介護保険サービスを利用していない高齢者	<p>・介護予防活動の普及・啓発を行う。</p> <p>①ふれあい元気教室</p> <p>②KC エクササイズ</p> <p>③シニアステップアップスクール</p> <p>④修了者のフォローアップ教室</p> <p>⑤地域で介護予防に関する講演、健康教育</p> <p>⑥介護予防教室以外での体力測定</p> <p>⑦自主グループへの支援</p>	<p>【平成 28 年度】</p> <p>①週 1 回、1 クール 12 回 実 11 人、延べ 106 人</p> <p>②週 1 回、2 クール 24 回 実 28 人、延べ 291 人</p> <p>③月 1 回、1 クール 10 回 実 13 人、延べ 119 人</p> <p>④1 回、20 人</p> <p>⑤10 回、368 人</p> <p>⑥2 回、29 人</p> <p>⑦31 回、333 人</p> <p>・3 つの介護予防教室（①②③）全てにおいて、体力測定の数値の伸びが認められた。教室での効果を維持できるよう、自主グループの立ち上げの支援を行い、要介護状態の先送りをしていく。</p>

2.2.2. 健（検）診・指導

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
<p>★特定健診 【住民課】</p>	<p>村国保被保険者のうち、40歳から74歳までの人</p>	<p>・生活習慣病やその危険因子を早期発見し、適切な生活改善ができるよう栄養や運動などの生活指導を行い、疾病の予防や悪化防止を図る。 ・身体計測、診察、検尿、血圧測定、血液検査（基準該当者には貧血・心電図・眼底検査） ・費用負担なし ・周知方法：村広報誌へ4・6・10・3月の年4回掲載。 5月に対象者全員に受診券と健診内容や意義を記載したリーフレットを配布。保険加入時にも案内している。</p>	<p>【平成28年度】 受診率 38.3%（法定報告）</p> <p>・特定健診受診率は全国・大阪府に比べて高く、増加傾向にあるが、市町村国保の目標である60%には届いていない。 特に受診率の低い40・50歳代の受診に対する意識喚起が必要である。 未受診者においては医療機関受診者が半分を占めており、医療機関と連携し健診受診勧奨を依頼することも大切である。</p>
<p>★特定健診の追加項目健診 【健康福祉課】</p>	<p>富田林医師会会員の医療機関で特定健診・健康診査を受診した人のうち、本人が希望し、医師が必要と認めた人</p>	<p>・加入している保険（村国保・後期高齢者医療・社保）にかかわらず、特定健診に上乗せした健診項目が受診できる。 ・血液検査（総コレステロール、血清クレアチニン、血清尿酸、血清アルブミン、白血球）、尿検査（尿潜血）、貧血・心電図・眼底検査 ・費用負担なし</p>	<p>【平成28年度】 追加項目検査 821人 心電図検査 788人 貧血検査 818人 眼底検査 64人</p> <p>・特定健診の受診者が増加傾向にあるため、それに伴い追加項目健診受診者も増加している。特定健診に項目を追加することにより、住民にとって魅力的な内容になるとともに、生活習慣病の予防・早期発見・重症化予防に寄与している。</p>

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
<p>★特定健診未受診者対策 【住民課】</p>	<p>村国保被保険者のうち、40歳から74歳までの人で、当該年度に特定健診未受診の人</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該年度未受診である40～64歳の人に対して、特定健診受診勧奨のハガキを12月に送付。 ・当該年度未受診で、かつ過去2年間未受診者に対して保健師より電話にて受診勧奨し、受診率向上に努める。 ・費用負担なし 	<p>【平成28年度】</p> <p>ハガキ通知 491人 電話勧奨 679人のうち155人(23%)うち受診すると答えた人は32人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハガキや電話勧奨で、健診があることの周知は図られている。効果の評価はできていないが、同じ方法の未受診者勧奨を4年間行っているため、同じ層への案内となっていた。一度でも受診経験のある人に勧奨するほうが受診行動につながる可能性が高いと考え、平成29年度より電話勧奨の対象を当該年度未受診で、過去2年間に1回以上受診している人に変更した。今後も有効な勧奨ができるよう効果を見ながら勧奨方法を検討し実施していく。



事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
<p>★特定保健指導 【住民課】</p>	<p>村国保被保険者で特定健診受診者のうち特定保健指導該当者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の危険度が高いと判定された人を動機付け支援・積極的支援に分け、本人と一緒に保健師・管理栄養士が生活習慣を見直し、無理なくできる目標・行動計画を作成し、実践のための支援をおおむね6か月間行い評価する。 ・健診結果を早期に受診者に伝達するために、医師会独自の連絡票を用い、国保システムを使わずに手作業で対象者を抽出して案内している。 ・案内は参加意欲が向上するよう内容を更新している。平成29年度からは対象者の過去3年間の健診データをグラフ化して入れ、コメントを記入するなど魅力ある案内づくりに努めている。 ・対象者には保健師より案内が届いたタイミングで全員に電話勧奨している。 ・平成29年度より、村国保診療所で受診し、特定保健指導対象となった人には、医師からの結果報告時に保健師が同席し、引き続き特定保健指導を行っている。 	<p>【平成28年度】 実施率 6.3%（法定報告）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度までは実施率が低かったが、平成29年度からは案内の工夫、保健師による電話勧奨の徹底、国保診療所との連携などにより実施率が増加している。 <p>今後も実施率の向上が図れるよう工夫が必要である。</p>

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
高血圧・糖尿病重症化予防（行動変容推進事業）【健康福祉課】	村国保被保険者のうち、特定保健指導の対象でなく ①高血圧ハイリスク・スーパーハイリスク者 ②糖尿病受診勧奨レベル・ハイリスク・スーパーハイリスク者 で未治療の人	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病有病者・予備群の減少、重症化予防のため、健診結果で高血圧・糖尿病のハイリスク者に対して、保健師等が電話にて受診状況や循環器病に対する認識を確認し、受診勧奨と正しい知識の普及を図る。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>高血圧ハイリスク : 血圧 160～179/100～109mmHg</p> <p>高血圧スーパーハイリスク : 血圧 ≥180/≥110mmHg</p> <p>糖尿病受診勧奨レベル : Hb A1c 6.1～6.9%</p> <p>糖尿病ハイリスク : Hb A1c 7.0～7.9%</p> <p>糖尿病スーパーハイリスク : Hb A1c ≥8.0%</p> </div>	<p>【平成 28 年度】</p> <p>①対象者 2 人 実施人数 1 人</p> <p>②対象者 19 人 実施人数 13 人</p> <p>・個別に受診状況や循環器病に対する認識の確認を行うことにより、糖尿病・高血圧の重症化予防につながっている。 今後も継続して実施することが必要である。</p>
基本健康診査【健康福祉課】	村内在住の 40 歳以上の人で生活保護受給者のうち無保険の人	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診に準ずる健診を実施 費用負担なし 	<p>【平成 28 年度】</p> <p>対象者 25 人 受診者 0 人</p> <p>・平成 28 年度は大阪府の生活保護担当者と連携し対象者にちらし案内を実施するなどしたが、医療扶助があるためか受診者はなかった。健康格差を縮小するためにも、病気を発症してからの対応ではなく、年 1 回の定期健診を受けてもらえるような意識付け方法の検討が必要である。</p>

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
人間ドック・脳ドック【住民課】	国保被保険者で30～74歳の人	<p>【人間ドック】</p> 身体計測、診察、検尿、血圧測定、血液検査、心電図、超音波検査、X線検査(胸・食道・胃・十二指腸)、眼科検査・聴力検査) 自己負担 費用の3割程度	<p>【平成28年度】</p> 受診者 103人 ・生活習慣病をはじめとする様々な疾病を早期発見・早期治療することにより、保険財政の健全化に努めている。
若年健診【住民課】	国保被保険者で20～40歳未満の人	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診と同じ内容を実施 ・自己負担3,000円 	<p>【平成28年度】</p> 受診者 2人 ・若いうちからの生活習慣病予防が大切であるため、若年者に年一回の健診を受けてもらえるよう、広報紙等で啓発している。
がん検診【健康福祉課】	①胃がん検診：40歳以上、年に1回 ②大腸がん検診：40歳以上、年に1回 ③肺がん検診：40歳以上、年に1回 ④子宮頸がん検診：20歳以上、2年に1回 ⑤乳がん検診：40歳以上、2年に1回	<ul style="list-style-type: none"> ・がんを早期発見し、早期治療につなげる。 ①問診、X線間接撮影(集団) ②問診、免疫便潜血検査(集団・個別) ③問診、胸部X線直接撮影、喀痰細胞診(50歳以上で喫煙指数600以上の人)(集団) ④問診、内診、子宮頸部細胞診(集団・個別) ⑤問診、視触診、マンモグラフィ(乳房X線直接撮影)(集団・個別) 	<p>【平成28年度】</p> ①受診者221人(5.5%) ②受診者345人(8.5%) ③受診者273人(6.8%) 喀痰31人 ④受診者157人(11.5%) ⑤受診者150人(15.3%) ・平成27年度から①から⑤のがん検診すべてを無料で実施し、受診できる個別検診実施医療機関の増加など、受診しやすい体制づくりに努めている。検診費用を無料化した初年度は受診率が1～3割上昇したが、その後は横ばい傾向である。新規受診者拡大のため、新しい勧奨方法の工夫が必要。

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
その他の 検診 ①骨粗しょう症検診 ②成人歯科健診 ③肝炎ウイルス検診【健康福祉課】	①40・45・50・55・60・65・70歳の女性 ②40・50・60・70歳の人 ③40歳以上で過去に肝炎ウイルス検査を受診していない人、特定健診等において肝機能検査の数値に異常がみられた人	①骨密度測定（踵骨超音波法）、結果説明、栄養指導、保健指導（個別） ②問診、口腔内診査、結果説明（個別） ③C型・B型肝炎ウイルス検査（個別）	【平成28年度】 ①受診率13.4% ②受診率5.3% ③受診者21人 医療機関の個別検診実施で受診しやすい体制づくりに努めている。

2.2.3. 医療費削減事業

事業名	対象	事業内容	事業実績・評価
ジェネリック医薬品利用促進事業【住民課】	村国保被保険者のうち、40歳から74歳までの人	<ul style="list-style-type: none"> 先発医薬品から後発医薬品への切り替え時に、500円以上の差額が発生する対象者へ軽減額を通知。 対象者に個別通知 年2回（8月、2月） 	【平成28年度】 差額通知実施件数 94件 ・ジェネリック医薬品の使用により医療費の抑制に繋がっている。

3. 健康課題

現状分析を表2（P27・28）にまとめている。これにより、健康課題が明らかになり、特に下記の1～3については重点的に対策を行っていく必要がある。

【重点課題1】

本村では、総医療費に占める生活習慣病の割合は3割で、糖尿病ががんについて多い。また、腎不全による標準化死亡比は男性179.4と全国に比べて高く、被保険者千人当たりの人工透析患者のレセプト件数は50歳代、70～74歳は大阪府に比べて高い。透析患者ひとり当たりの1年間の医療費は一般的に500～600万円と言われており、また全国の新規透析患者のうち糖尿病性腎症である者が4割と最も多いことから、村では特に糖尿病対策に力を入れていく必要がある。

また、被保険者千人当たりの脳血管疾患のレセプト件数が50歳代では大阪府に比べて高く、若い世代からの高血圧対策が必要である。

★【重点課題2】

糖尿病・高血圧対策を進めるうえでも、被保険者の健康状況を把握している必要がある。本村の特定健診受診率は4割弱であり、半数以上の人の健康状況を把握できていない現状である。健診未受診者には糖尿病などのリスクを持つ人や、医療機関の受診が必要な人もいるため、まずは特定健診の受診率を上げることが必要で、特に受診率の低い40～50歳代の受診率向上に努める必要がある。

★【重点課題3】

特定健診受診後、特定保健指導が必要な人は指導を受け、行動変容し生活習慣病を予防できるよう実施率の向上が必要である。

表 2. 健康課題の現状分析

項目	健康課題	優先順位
★特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は 38.5%と、全国・大阪府に比べて高く増加傾向であるが、市町村国保の目標である 60%には届いていない。特に 40～50 歳代の受診率が 20%前後と低い状況である。 ・特定健診受診者の状況で、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は 25.4%で、国の市町村国保 (27.4%) に比べて低い。年代では男性の 60～74 歳の人 が 45%と高い。 ・未受診者においては医療機関受診者が半数を占めている。 	2
★特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施率は 19%と、大阪府に比べて高いが、その年度の専門職の雇用状況や力量、その年の他の保健事業量などに左右されるなど、バラツキが大きい。 ・参加者のデータは改善できているが、実施率を上げて改善者を増やすことが必要。 	3
脳血管疾患、心疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・標準化死亡比 (H20～24 年) で高いものは、男性は腎不全 (179.4) 自殺 (141.7) 心臓病 (128) で、女性では肺炎 (136.9) 心疾患 (110.8) である。 ・脳血管疾患の被保険者千人当たりのレセプト件数は、50 歳代では全国・大阪府に比べて多い。 ・喫煙率は大阪府に比べて男女とも低い。 	
人工透析	<ul style="list-style-type: none"> ・標準化死亡比 (H20～24 年) で高いものは、男性では腎不全 (179.4) 自殺 (141.7) 心臓病 (128) で、女性では肺炎 (136.9) 心臓病 (110.8) である。 ・慢性腎不全の総医療費に占める割合は 6.4%で、5 千万円を超える。 ・人工透析患者の被保険者千人当たりのレセプト件数は、50 歳代、70～74 歳では全国・大阪府に比べて多い。 	1
高血圧	<ul style="list-style-type: none"> ・総医療費に占める生活習慣病の割合は 30.2%で、そのうち第 4 位は高血圧で生活習慣病の中で 12%である。 ・特定健診受診者の状況で、未治療の高血圧Ⅱ度・Ⅲ度の人 が 2 人、治療中においても高血圧Ⅱ度・Ⅲ度のコントロール不良者が 5 人いる。 	1
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ・総医療費に占める生活習慣病の割合は 30.2%で、そのうち第 2 位は糖尿病で生活習慣病の中で 17.1%とがんに次いで多い。 ・特定健診受診者の状況で、HbA1c6.5%以上の未治療の要受診勧奨域の人が 9 人、治療中においても HbA1c8.0%以上のコントロール不良者が 11 人いる。 	1
脂質異常症	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者の状況で、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の未治療の要受診勧奨域の人が 14 人、治療中においても LDL コレステロール 180mg/dl 以上のコントロール不良者が 4 人いる。 	

がん	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡原因の1位はがんであり、男性32.5%女性20.0%を占めている。 ・総医療費に占める生活習慣病の割合は30.2%で、そのうち第1位はがんで39.8%である。 ・胃がん・大腸がん・乳がん検診の受診率は大阪府内市町村平均より高いが、肺がん・子宮がん検診の受診率は低い。全体的に横ばい状況である。 	
要介護	<ul style="list-style-type: none"> ・各要介護度の認定割合をみると、大阪府に比べて介護度の低い要支援1・2の割合は極端に低いが被保険者全体に占める非要介護認定者の割合は高い。一方、介護度の重い要介護5の割合は高い。 ・認定状況の推移では、要支援1・2が多くなってきている。 	
後発医薬品使用促進	<ul style="list-style-type: none"> ・本村の利用率は52.1%で増加傾向であるが、全国(66.7%)大阪府(62.4%)に比べると低い。 	

4. 保健事業計画

4.1. 糖尿病・高血圧の重症化予防対策

4.1.1. ポピュレーションアプローチの取り組み

健康増進と生活習慣病予防を目的に栄養・運動両面からの参加型教室を継続して実施。

4.1.2. 糖尿病教室の実施

糖尿病治療中でない高血糖の人および家族を対象に病気のメカニズム、効果的な運動、食生活改善のポイントなどを指導する教室を実施。

4.1.3. 非肥満高血糖者への受診勧奨・行動変容の推進

糖尿病の受診勧奨・ハイリスク・スーパーハイリスク者で、かつ治療中でない人に対して、電話にて受診勧奨、生活習慣改善のアドバイス、健康教室勧奨等を実施。

受診勧奨できなかった人に対しては、受診勧奨の手紙（必要者にはリーフレットも）を送付し、その後受診確認を実施。

糖尿病受診勧奨レベル	:	Hb A1c	6.1～6.9%
ハイリスク	:	Hb A1c	7.0～7.9%
スーパーハイリスク	:	Hb A1c	≥8.0%

4.1.4. 非肥満高血圧者への受診勧奨・行動変容の推進

高血圧のハイリスク・スーパーハイリスク者で、かつ治療中でない人に対して、電話にて受診勧奨、生活習慣改善のアドバイスを実施。受診勧奨できなかった人に対しては、受診勧奨の手紙（必要者にはリーフレットも）を送付し、その後受診確認を実施。

高血圧ハイリスク	:	血圧 160～179/100～109mmHg
スーパーハイリスク	:	血圧 ≥180/≥110 mmHg

4.2. ★特定健診の受診率向上対策（特に40～50歳代）

4.2.1. ★受診勧奨者の重点化

① 村内医療機関との連携

医療受診者に医療機関を通じた受診勧奨を行う。

② 初めて対象になった人（新40歳到達・転入・保険の切替時）に対する勧奨を強化

③ イベントや健康教室時の機会に併設して周知

④ がん検診受診申込者への案内通知に村診療所の特定健診をPR

4.2.2. ★未受診者対策

① 地区への情報提供・勧奨

地区別受診状況を把握して情報提供し、同意が得られた地区には出前講座等を企画し、新規受診者の発掘を行う。

② 未受診者へのハガキ通知

③ 未受診者への電話勧奨

特に 40～50 歳代の若い世代を優先的に行う。

4.3. ★特定保健指導の実施率向上対策

4.3.1. ★実施体制の整備

① 専門的指導が行える人材育成・マンパワーの確保

② 結果の早期伝達

国保システムでは対象者選定に期間を要するため、追加項目健診結果からの手作業抽出を継続する。

③ 参加しやすい機会の確保

来所しにくい人には、保健師が家庭訪問するなど、きめ細かい指導を行う。

年数回夜間の保健指導を行う。

4.3.2. ★利用者対策

① 効果的な周知

特定保健指導の必要性や利用効果について、広報紙・ホームページに掲載してPRを図る。

② 魅力ある案内の送付

対象者への案内送付に、過去の健診結果やコメントを入れ、自分の健康に関心を持ってもらうような工夫を継続して実施する。

③ 未利用者に対して電話による利用勧奨

5. 保健事業の目標及び評価指標

5.1. 実施対象、時期、方法等具体的な内容

年度ごとに計画を策定し、実施していきます。同時に、PDCA サイクルにより評価を行い、次の計画に反映させることで、常に事業の改善を図っていきます。

事業名	アウトプット指標 ※			アウトカム指標 ※		
	指標	現状値	H30～ H35 年度ま で目標	指標	現状値	H30～ H35 年度ま で目標
糖尿病・高 血圧の重 症化予防 対策	ポピュレーションアプローチの取組（参加型教室の実施）	14 回 (H29 年度)	年 14 回	非肥満高血 糖該当者で 未治療者の 数	24 人 (H29 年度)	23 人 (H30) 22 人 (H31) 21 人 (H32) 20 人 (H33) 19 人 (H34) 18 人 (H35)
	糖尿病教室の実施	—	年 3 回			
	非肥満高血糖者への受診勧奨	95.8% (H29 年度)	100%	医療受診を 確認した者 の割合	—	100%
	非肥満高血圧者への受診勧奨	100% (H29 年度)	100%			
★ 特定健 診の受診 率向上対 策 (P 32、33)	新規対象者（40 歳）への受診勧奨カバー率	—	100%	特定健診受 診率	38.3% (H28 年度)	45% (H30) 48% (H31) 51% (H32) 54% (H33) 57% (H34) 60% (H35) (参考：国の市 町村国保の H35 年度目標は 60%以上)
	未受診者へのはがき勧奨	100% (H29 年度)	100%			
	未受診者への電話勧奨	63.6% (H29 年度)	70% (H30) 80% (H31) 90% (H32) 100% (H33) 100% (H34) 100% (H35)			
	地区別受診率の把握と情報提供	—	100%			

事業名	アウトプット指標 ※			アウトカム指標 ※		
	指標	現状値	H30～ H35 年度ま で目標	指標	現状値	H30～ H35 年度ま で目標
★ 特定保健指導の実施率向上対策 (P32、33)	広報紙・ホームページでの必要性・利用効果のPR	年4回 (H29年度)	年4回 (うち1回は特集)	特定保健指導実施率	6.3% (H28年度)	21% (H30) 28% (H31) 36% (H32) 44% (H33) 52% (H34) 60% (H35) (参考:国の市町村国保のH35年度目標は60%以上)
	未利用者に対する電話勧奨カバー率	95.5% (H29年度)	100%	特定保健指導対象者の減少	48人 (H28年度) 53人 (H20年度)	46人 (H30) 45人 (H31) 44人 (H32) 43人 (H33) 42人 (H34) 40人 (H35) (参考:国の市町村国保のH35年度目標はH20年度の実績と比較して25%減少)

※アウトプット指標…事業の具体的な活動量や活動実績を測る指標。

アウトカム指標…事業の成果を測る指標。住民の観点からとらえた具体的な効果や効用を基準とする。

5.2 ★各年度の対象者数の推計及び受診（実施）予定者数

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健康診査対象者数	1,453人	1,403人	1,353人	1,303人	1,253人	1,203人
特定健康診査受診予定者数	45%	48%	51%	54%	57%	60%
	654人	674人	691人	704人	715人	722人
特定保健指導対象者数	46人	45人	44人	43人	42人	40人
特定保健指導実施予定者数	21%	28%	36%	44%	52%	60%
	10人	13人	16人	19人	22人	24人

5.2.1. ★特定健診の実施

実施場所

大阪府医師会会員のうち、特定健診受託医療機関として登録している機関で行います。なお実施場所については、毎年度対象者に通知します。

実施時期（期間）

5月末から翌年3月まで実施します。

健診実施項目

問診票	服薬歴、喫煙歴など
身体測定	身長、体重、BMI、胸囲
理学的検査	診察
血圧測定	
血液検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	AST（GOT）、ALT（GPT）、r-GT（r-GTP）
	空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白

周知や案内の方法

特定健康診査及び特定保健指導の必要性について、情報提供や啓発を図るため村のホームページや広報紙で周知します。受診券の送付の際、特定健診の必要性に関する情報、対象医療機関名が記載された受診案内を同封します。未受診者については、はがき等による勧奨を行います。

外部委託契約

（社）大阪府医師会と府下市町村による集合契約により単価契約の締結を行います。

事業者健診によるデータの収集方法

被保険者を雇用している事業者等又は雇用していた雇用者等に対して、健康診断に関する記録を求める場合は、電子データで受領します。

5.2.2. ★特定保健指導の実施

実施機関

村健康福祉課が行います。

実施期間

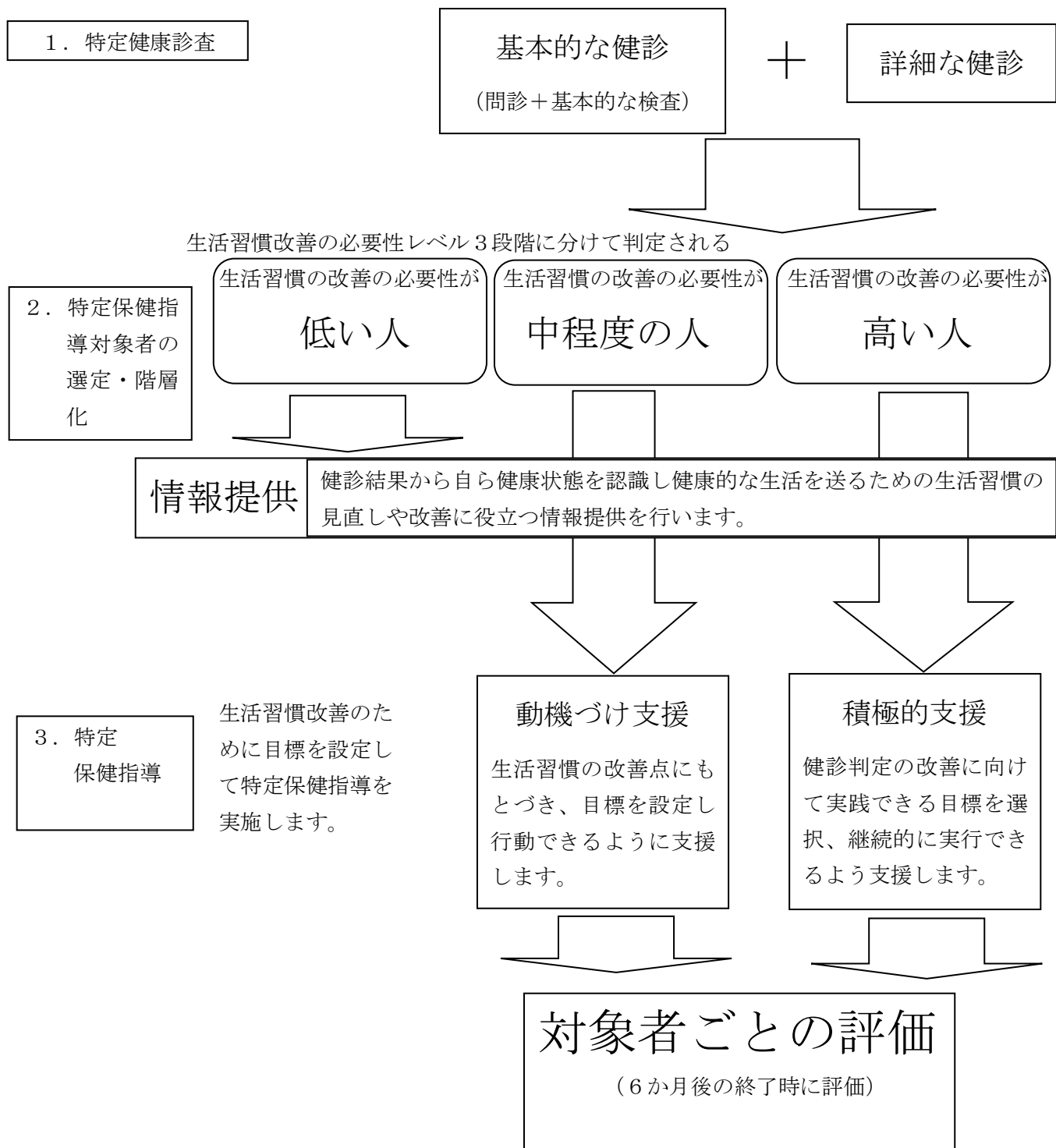
概ね6か月間にわたって実施します。

案内方法

特定保健指導の案内については、対象者に対し、村健康福祉課より送付します。

5.2.3. ★特定健診から特定保健指導実施の流れ

特定健康診査の健診結果及び質問項目をもとに特定保健指導対象者の選定・階層化を行います。受診者すべてに情報提供を行いますが、特定保健指導の必要性によって動機づけ支援、積極的支援に区分して特定保健指導を実施します。



5.2.4. ★特定健康診査の費用の支払い及びデータの送信事務

特定健康診査及び特定保健指導の実施における費用（自己負担額を除く）の決裁や、健診機関等から送付された健診・保健指導結果データの管理に関する事務処理を行うための業務を、大阪府国民健康保険団体連合会に委託します。

6. ★計画の評価方法

計画の評価については、国保データベースシステムの情報を活用し、行うこととします。

また、データについては経年変化、国、大阪府との比較を行い評価していきます。国保データベース

システムに、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率や医療の動向等は保健指導に係る保健師・管理栄養士等に定期的に情報提供を行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、特に重症化予防対策の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保部門と健康部門で協議を行います。

7. ★計画の見直し

計画の最終年度は平成35年度となっておりますが、各年度において評価を行います。また、各年度の計画を推進していく中で、課題の変更等が生じたときは、計画の見直しや内容等についての修正を行います。

さらに、これらの評価を踏まえながらPDCAサイクルで翌年度の保健事業を展開することで効率的・効果的な事業展開を図ります。

8. ★計画の公表・周知に関する事項

計画した本計画は本村ホームページ上で公表します。

9. ★事業運営上の留意事項

計画の推進にあたっては、国保部門と保健部門の連携を図り、事業推進にあたります。

村外では、近隣市町や富田林保健所との協力連携のもと、富田林医師会及び管内の医療機関との協働を今後も進めていきます。

10. ★個人情報保護に関する事項

個人情報の取扱いに関しては個人情報保護法及び同法に基づく「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」や千早赤阪村個人情報保護条例等に基づき、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契約遵守状況についても厳格に管理していきます。

11. その他計画策定にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するために、大阪府や大阪府国民健康保険団体連合会等が行うデータヘルス計画に関する研修会等に、その事業運営にかかわる担当者が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。