

竜王町国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第2期

(平成30年度～平成35年度)

平成30年4月
竜王町

・ ・ ・ 目 次 ・ ・ ・

第1章 計画の基本的事項

1 計画の趣旨	1
2 計画策定の背景	1
3 計画の位置付け	2
4 計画期間	2

第2章 前期計画の評価

1 第1期計画の評価	4
------------	---

第3章 竜王町の現状

1 竜王町の現状	5
2 竜王町国民健康保険の現状	7

第4章 データ分析による現状把握

1 医療費データの分析	8
2 介護データの分析	12
3 特定健診データの分析	15

第5章 健康課題と目的・目標

1 竜王町の健康課題	27
2 目的・目標の設定	28
3 取組み方針	28
4 保健事業の目標・評価指標と実施計画	29

第6章 計画の評価・見直し

1 計画の評価	38
2 計画の見直し	38

第7章 計画の推進

1 計画の公表・周知の方法	39
2 推進体制の整備	39
3 個人情報の保護	39
4 データの管理	40
5 東近江圏域の取り組み	40

資料編

- 別紙1 現状分析と課題設定
- 別紙2 目的・目標の設定

第1章 計画の基本的事項

1 計画の趣旨

竜王町国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）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（平成16年厚生労働省告示第307号）に基づき、健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施および評価を行うための計画である。

竜王町国民健康保険の保険者である竜王町は、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取り組みを支援するため、具体的には、次の取り組みを効率的に進める。

P	Plan (計画)	健康・医療情報を活用し、被保険者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する。
D	Do (実施)	費用対効果の観点も考慮しつつ、効果的な保健事業を実施する。
C	Check (評価)	客観的な指標を用いて、保健事業の評価を行う。
A	Act (改善)	評価結果に基づき、事業内容等を見直す。

2 計画策定の背景

- 国民健康保険の保険者は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第1項において、特定健康診査および特定保健指導（以下「特定健診等」という。）のほか、健康教育、健康相談、健康診査および疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）を行うように努めなければならないと規定されている。
- 生活環境の変化や高齢化の進展に伴い、疾病に占める生活習慣病の割合が増えており、生涯にわたり生活の質を維持するためには、被保険者が自主的に生活習慣の改善および疾病予防に取り組む必要がある。そして、保険者がその取り組みを支援することは、医療費全体の適正化にも資するものである。
- 近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、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る。
- 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、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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り組みを行うことを推進する。」とされた。

- これまでも保険者においては、レセプトや統計資料等を活用して「特定健康診査等実施計画」（以下「特定健診等実施計画」という。）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あるが、今後はさらなる被保険者の健康の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、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（※1）から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

3 計画の位置付け

データヘルス計画は、他の関連計画との整合を図っている。

（１）「第２次健康いきいき竜王 21 プラン」（平成 25 年 3 月策定）

竜王町の健康増進計画であり、行政と住民、地域、関係機関や団体等が相互に連携し、積極的に健康づくり活動を実践するための指針。

データヘルス計画においては、「第２次健康いきいき竜王 21 プラン」の基本方針を踏まえるとともに、同プランで使用した評価指標を用いるなど整合性をもたせている。

（２）「竜王町特定健康診査等実施計画」

保健事業の中核をなす特定健診等の具体的な実施方法を定めるものであるため、データヘルス計画と一体的に策定等を行う。

（３）「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画」（平成 29 年 12 月策定・暫定版）

平成 30 年度から国民健康保険は都道府県単位化され、都道府県は市町村とともに国民健康保険の運営を担う医療保険者に位置づけられる。滋賀県においても、医療保険者の責任をもって市町とともに一体となって保健事業を推進することを目的として、県版のデータヘルス計画を策定され、特に重要な項目については共通の目標・基準を定め、県・市町等それぞれが目標達成に向けて取り組む。

4 計画期間

計画の期間は、関係する計画との整合性を勘案し、基本的には 5 年を 1 期とする。

ただし、第 1 期については特定健診等実施計画（第 2 期）との整合性を踏まえ 3 年の計画とし、第 2 期については特定健診等実施計画（第 3 期）に合わせて 6 年の計画とする。

第 1 期：平成 27 年度から平成 29 年度まで（3 年間）

第 2 期：平成 30 年度から平成 35 年度まで（6 年間）

※1 ポピュレーションアプローチ：全住民を対象とした活動によって、集団全体を良い方向に導くこと。

図 データヘルス計画の位置づけ

	健康増進計画	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画
法 律	健康増進法 第8条、第9条	国民健康保険法 第82条 (平成16年厚生労働省告示第307号)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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25年5月 「特定健康診査計画作成の手引き」
計 画 者 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
対 象 年 齢	住民全員	被保険者全員	40歳～74歳
基 本 的 な 考 え 方	健康寿命の延伸およ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および向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善およ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旨とする。 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る。	生活習慣の改善により糖尿病等の生活習慣病を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。その結果、国民の生活の質の維持・向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するために保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行う。
ね ら い	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	医療費の適正化 有病者の重症化予防 発症予防(長期的)	発症予防(長期的)
デ ー タ 分 析 対 象		レセプト等データ 特定健康診査の結果等	特定健康診査の結果等

第2章 前期計画の評価

1 第1期計画の評価

計画における目標の達成状況および事業の実施状況について、保健事業支援・評価委員会（※1）および竜王町国民健康保険運営協議会に報告し、評価を行った。

（目標に対する評価）

目標1 特定健診等の受診（利用）率を向上させて、被保険者の健康状態を把握する。

- 特定健診の受診勧奨や、健診結果説明会の場を利用した保健指導を実施した。
- 全体的な受診勧奨とともに、対象者を絞りその状況に合わせた受診勧奨を実施することで、受診率の向上がみられた。
- 健診受診後に個別保健指導を実施することで、健診結果と自分の身体状況や生活状況との関連を理解し、自ら生活習慣の改善に取り組めるような意識付けができている。
- 一方で、健診受診率の目標は達成していない状況であり、健診未受診者の中には発症に気付かないまま生活習慣病が重症化している人も存在すると考えられることから、今後も特定健診等の受診率向上の取組を継続する。
- 健診受診者であっても自主的な健康増進および疾病予防を意識しているのは一部であることを鑑み、さらなる意識向上に向けてアプローチしていく必要がある。

目標2 被保険者が適切な医療および保健指導を受けることで、「糖尿病」の発症および重症化を防ぐ。

- 竜王町の健康課題を「糖尿病」と位置づけ、集団および個別で健康課題の周知を行った。さらに、糖尿病の発症および重症化予防の方法について啓発や保健指導を実施したことにより、糖尿病予防の必要性について意識が広まりつつある。
- 医療を必要とする対象者に受診勧奨を実施することで、糖尿病未治療者の割合が減少し、定期受診による医療管理につながっている。
- 糖尿病の発症予防については、さらなる意識の醸成・定着を図ることが重要であり、今後も重点課題として取り組むことが必要である。
- 糖尿病は慢性疾患であり、長期的な経過をたどる性質のものであることから、合併症発症を含む重症化予防について継続的に取り組むことが必要である。

※1 保健事業支援・評価委員会：公衆衛生学者、大学等研究機関の有識者、都道府県職員および地域の関係者等を構成員とし、保険者が実施する保健事業実施計画策定およびPDCAサイクルに沿った保健事業の実施を支援する会議。滋賀県においては、平成26年度に滋賀県国民健康保険団体連合会に設置された。

第3章 竜王町の現状

1 竜王町の現状

(1) 人口構成

高齢化率は 23.9%で増加傾向にあるが、滋賀県・国と比べると低い。しかし、出生率も滋賀県・国より低いことから、今後も高齢化率が高くなることが予想される。

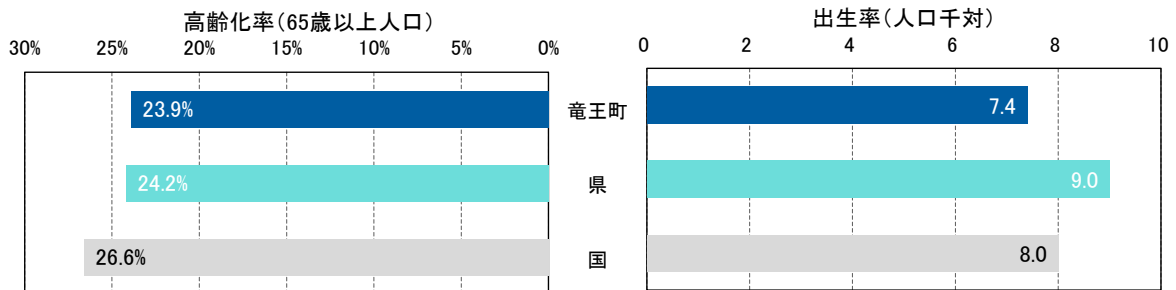
図 高齢化率と出生率

竜王町の高齢化率

	平成22年	平成27年
65歳以上人口	2,438人	2,970人
高齢化率	19.0%	23.9%

竜王町の出生率

	平成22年	平成27年
出生者数	108人	92人
出生率	8.4	7.4



KDB 帳票: No.5 人口の状況 元データ: H27 国勢調査(総務省) 注)外国人人口を除く。
算出方法: 高齢化率: 65 歳以上人口 ÷ 総人口 × 100
出生率: 年間出生数 ÷ 10 月 1 日時点の日本人人口 × 1,000
使用したデータの年度: H22

(2) 平均寿命と平均自立期間

平均寿命と平均自立期間との差は、「日常生活に制限のある状態の期間」を意味する。竜王町では、その期間は男性 1.37 年、女性 2.76 年。平均寿命と平均自立期間との差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐことが期待できる。

図 平均寿命と平均自立期間とその差

男 性	竜王町	滋賀県	国
平均寿命	80.40歳	80.60歳	79.60歳
平均自立期間	79.03歳	79.11歳	78.17歳
差	1.37歳	1.49歳	1.43歳

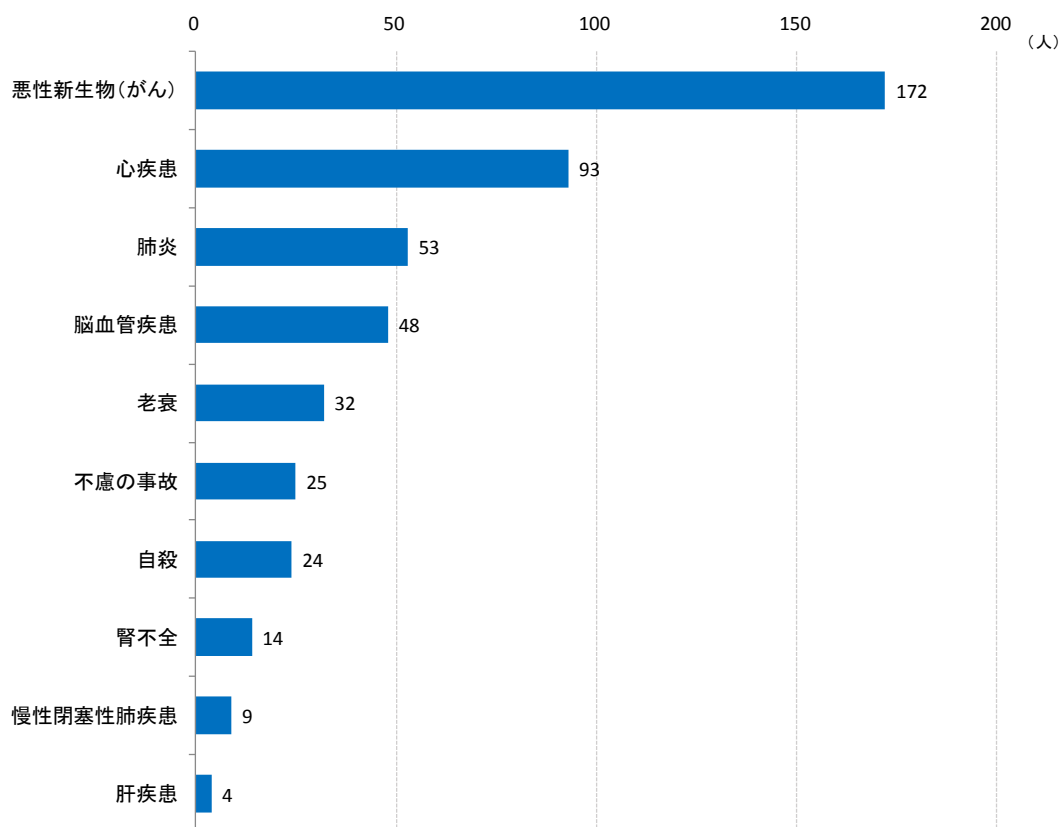
女 性	竜王町	滋賀県	国
平均寿命	86.40歳	86.70歳	86.40歳
平均自立期間	83.64歳	83.50歳	83.16歳
差	2.76歳	3.20歳	3.24歳

元データ: 平均寿命…H22 市町村生命表(厚生労働省)
平均自立期間…滋賀県健康づくり支援資料集(平成 26 年度版)
算出方法: 平均自立期間…平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策の費用対効果に関する研究)健康寿命の算出プログラム 2012.9 により計算
使用したデータの年度: H22

(3) 主要死因別死亡者数

竜王町の死因で最も多いのは「がん」、次いで「心疾患」、「脳血管疾患」となっている。

図 主要死因別死亡率 (H22～H26 合計・男女計)



※ 心疾患は、高血圧性疾患を除く。

元データ： 死因別死亡数…人口動態調査 保管統計表・都道府県編・死亡・死因(厚生労働省)
使用したデータの年度： H22～H26 の各年度末の時点

(4) 医療施設の状況

図 医療施設の状況 (人口千対)

	竜王町		東近江圏域		県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
病 院 数	0	0.0	11	0.2	58	0.2	8,255	0.3
診 療 所 数	8	3.2	139	2.8	1,035	3.4	96,727	3.0

KDB 帳票： No.1 地域の全体像

元データ： 医療施設(動態)調査(厚生労働省)、E1 病院数、E2 一般診療所数

算出方法： 病院・診療所数÷被保険者数(H29年3月)×1000 で被保険者 1,000 人に対する割合を算出

使用したデータの年度： H26

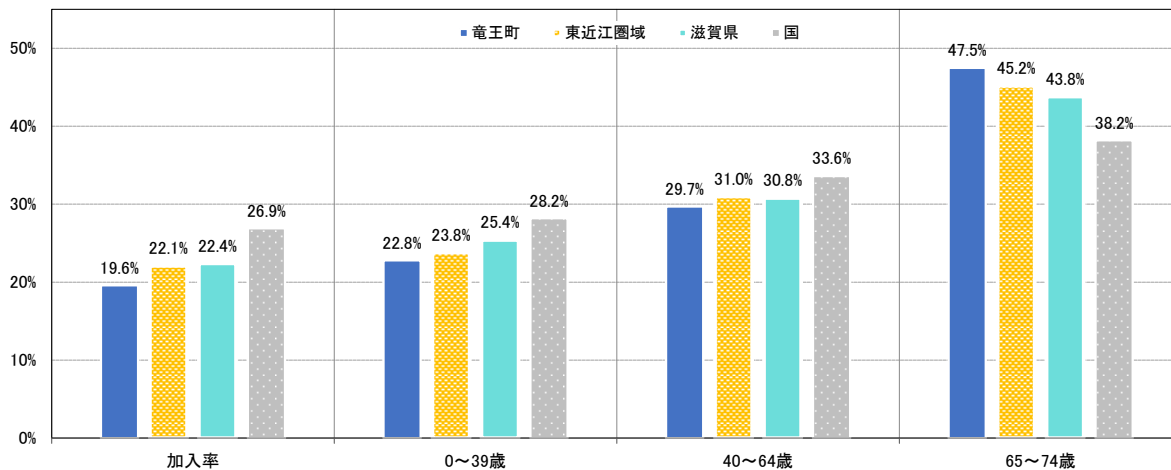
2 竜王町国民健康保険の現状

(1) 被保険者数の年齢構成

竜王町の国民健康保険加入者数は2,519人（平成28年度末現在）であり、国民健康保険加入率は、東近江圏域・滋賀県・国を下回っている。

被保険者の年齢構成は、65歳以上の割合が東近江圏域・滋賀県・国を上回り、40歳以上が全体に占める割合は77.2%となっている。

図 被保険者の年齢構成



元データ：特定健診用被保険者データ

算出方法：加入率＝被保険者数÷総人口（外国人人口は除く）（H22年国勢調査）

第4章 データ分析による現状把握

1 医療費データの分析

(1) 国保の医療費の概況

①医療費（総額）の推移

直近5年間の医療費の総額は、年々増加傾向にあり、5年間で90,033千円増加し、110.68%の伸び率となっている。

図 医療費総額の推移

項目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療費費用額	842,641千円	913,348千円	895,359千円	938,222千円	932,674千円
対前年度伸び率	104.75%	108.39%	98.03%	104.79%	99.41%

元データ： 国民健康保険事業概況(滋賀県)

②被保険者一人当たり医療費

一人当たりの医療費は年々増加傾向にあり、平成28年度の伸び率は滋賀県の伸び率を上回っており、滋賀県内で5位であった。

図 被保険者一人当たり医療費の推移

項目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
一人当たり医療費	317,259円	345,834円	344,900円	358,237円	366,473円
対前年度伸び率	103.33%	109.01%	99.73%	103.87%	102.30%
(参考) 滋賀県 市町国保計	312,211円	323,927円	337,334円	354,135円	358,291円
対前年度伸び率	101.99%	103.75%	104.14%	104.98%	101.17%

元データ： 国民健康保険事業概況(滋賀県)

③被保険者の受診状況（平成 26～28 年度）

医療受診率は、入院・外来ともに滋賀県・国よりも高いが、特に入院の受診率が高い。一人当たり医療費では、入院の東近江圏域・滋賀県・国よりも高い。

表 医療受診率

	竜王町			東近江圏域	滋賀県	国
	H26	H27	H28	H28	H28	H28
入院 +外来	699.149	722.403	743.155	711.466	705.074	686.501
		3.3%	2.9%	0.5%	0.4%	0.1%
外来	679.997	702.439	720.600	691.479	686.544	668.314
		3.3%	2.6%	3.4%	0.4%	0.1%
入院	19.152	19.964	22.555	19.986	18.531	18.187
		4.2%	13.0%	2.1%	0.2%	0.1%

表 一人当たり医療費

	竜王町			東近江圏域	滋賀県	国
	H26	H27	H28	H28	H28	H28
入院 +外来	24,585	26,276	27,062	26,501	25,640	24,253
		6.9%	3.0%	1.2%	△0.4%	△0.8%
外来	14,000円	15,390円	15,390円	15,510円	15,240円	14,580円
		9.9%	0.0%	0.1%	△1.4%	△2.0%
入院	10,580円	10,880円	11,680円	10,990円	10,400円	9,670円
		2.8%	7.4%	2.7%	1.0%	0.9%

※ 表中の下段は、すべて対前年度増減比

KDB 帳票： No.1 地域の全体像 No.3 地域の健康課題

元データ： 受診率…単位人口当たりの 1 ヶ月間におけるレセプト件数。

算出方法： 受診率…レセプト件数÷被保険者数×1000 で算出。／一人当たり医療費…外来・入院レセプト÷被保険者数で算出。

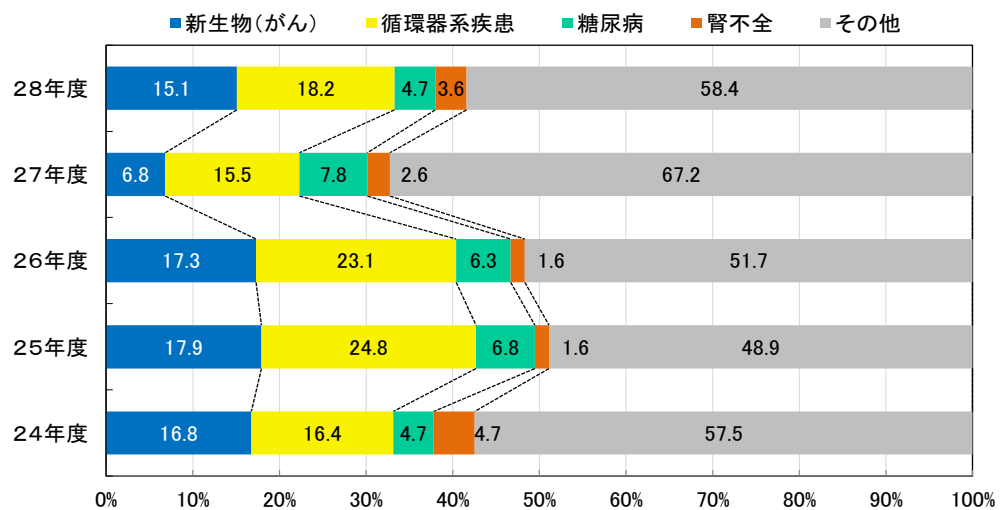
使用したデータの年度： 各年度 1 年間の平均値

（２）生活習慣病と医療費

①生活習慣病が占める割合

40～74 歳の医療費全体の約 5 割が、生活習慣病によるものである。

図 40～74 歳の医療費全体に占める生活習慣病の割合（各年度 5 月診療月）

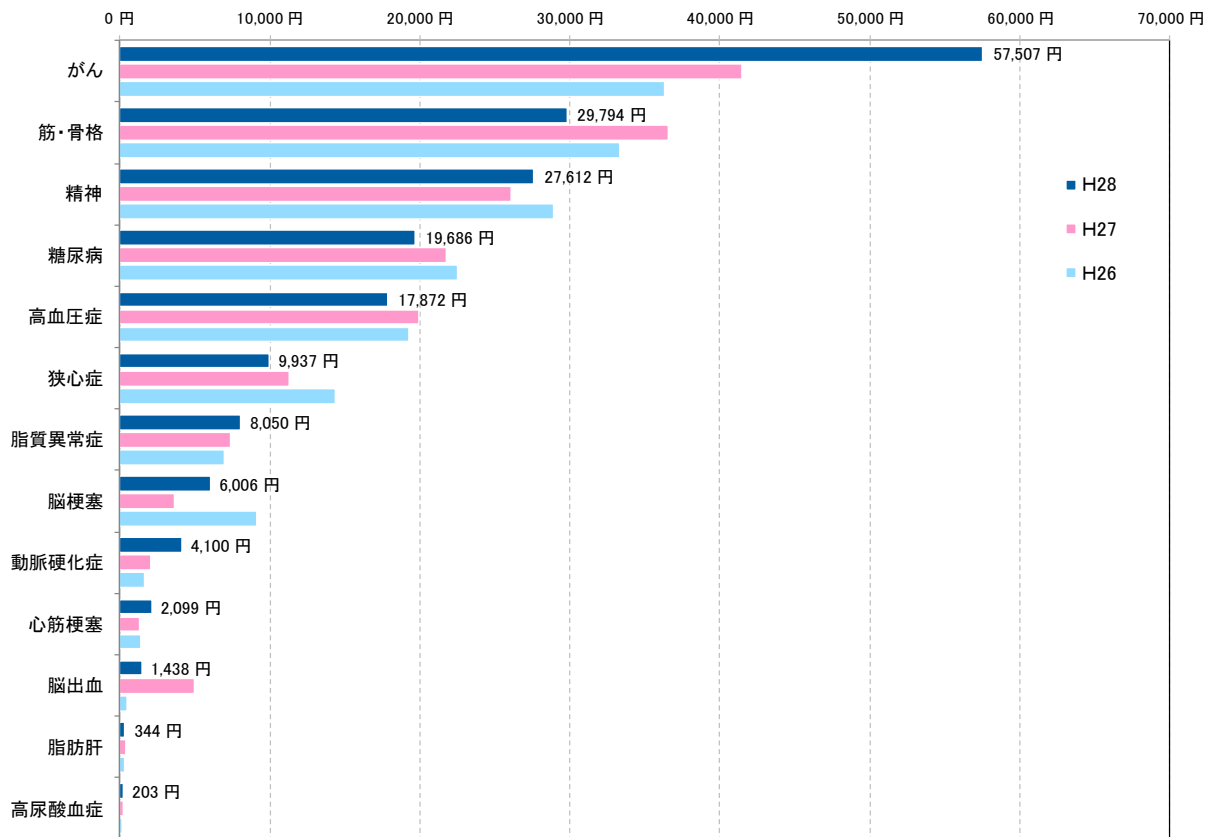


元データ： 健康管理施策立案のための基礎資料集 グラフ版 地域差指数（滋賀県国民健康保険団体連合会）

②疾病別の一人当たり医療費（平成 26～28 年度）

疾病別の一人当たり医療費は、「がん」・「精神」が高く、「筋・骨格」・「糖尿病」・「高血圧」は減少傾向であるが、依然として高い。

図 被保険者 1 人当たり医療費（生活習慣病疾病別・入外計・男女計）

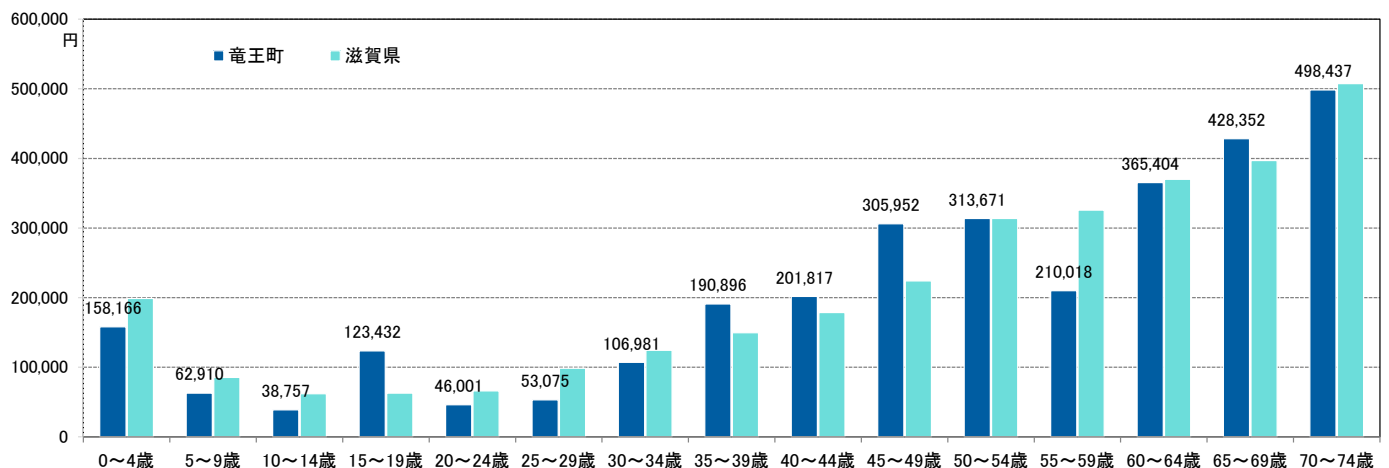


元データ： H28 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別) 被保険者一人当たり医療費（滋賀県国民健康保険団体連合会）

③年齢階層別の生活習慣病の一人当たり医療費（平成 28 年度）

生活習慣病の一人当たり医療費は、40 歳代後半から増加する傾向にある。

図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（生活習慣病疾病別・入外計・男女計）



元データ： H28 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別) 被保険者一人当たり医療費（滋賀県国民健康保険団体連合会）

④年齢階層別の疾病別の一人当たり医療費（平成 28 年度）

一人当たり医療費の高い「がん」・「糖尿病」・「高血圧症」などの医療費は、40 歳代以降増加する傾向にある。

図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（がん・入外計・男女計）

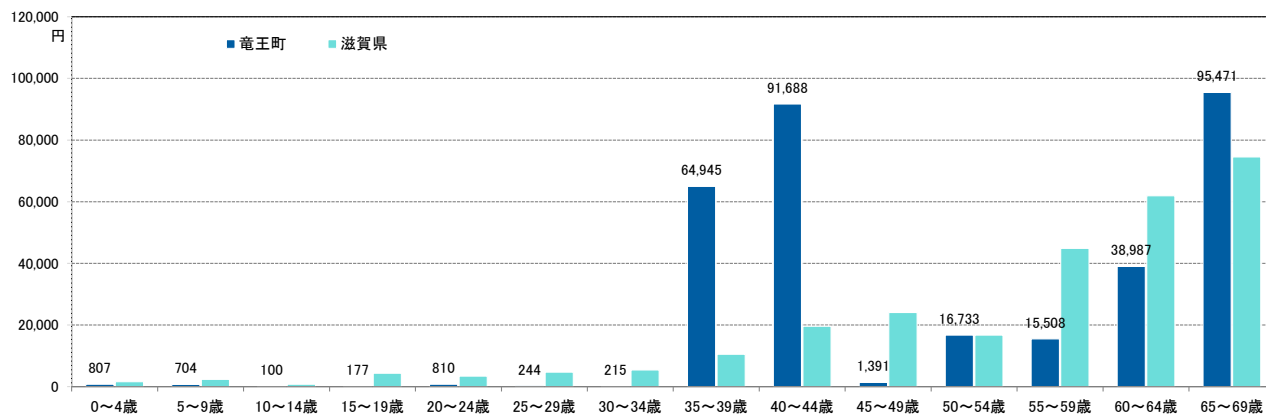


図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（糖尿病・入外計・男女計）

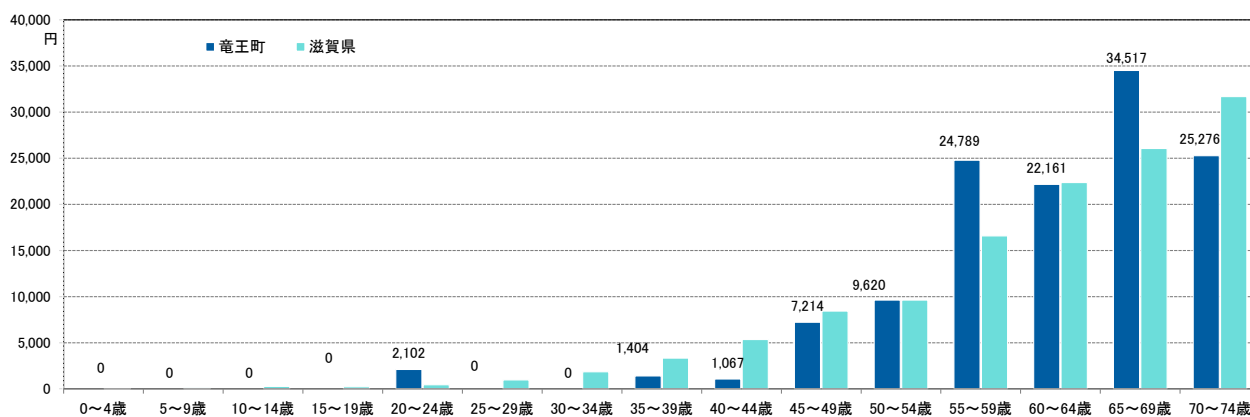
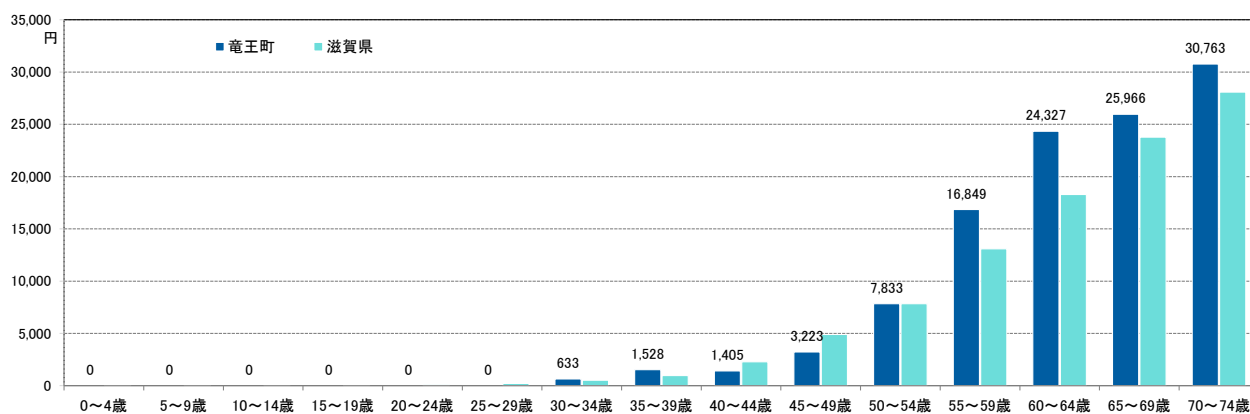


図 年齢階層別の被保険者 1 人当たり医療費（高血圧症・入外計・男女計）

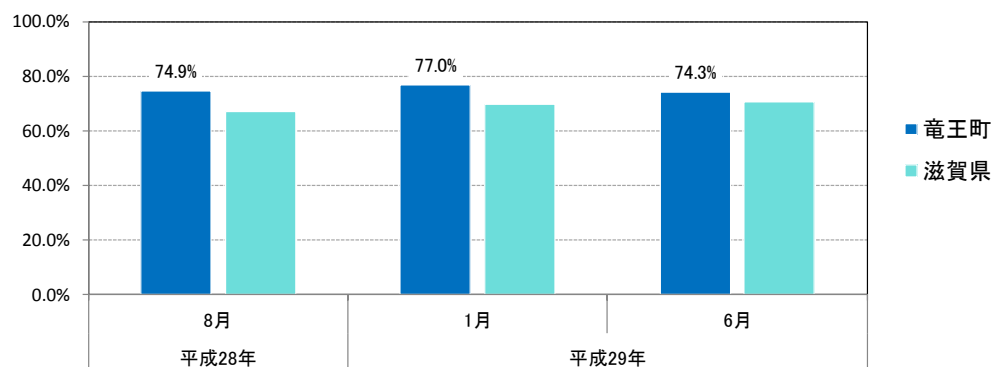


元データ： H28 生活習慣病 疾病別(最大医療資源別) 被保険者一人当たり医療費（佐賀県国民健康保険団体連合会）

(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

ジェネリック医薬品の使用率は、県と比較して高く、70%台で推移している。

図 ジェネリック医薬品の使用状況（数量ベース）



元データ： 滋賀県国民健康保険における後発医薬品差額通知書発行による効果(滋賀県国民健康保険団体連合会)

2 介護データの分析

(1) 介護保険被保険者数と認定率

図 介護認定率（1号被保険者）

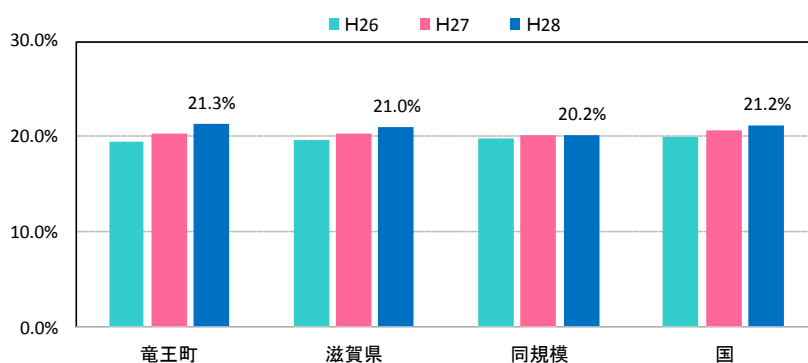
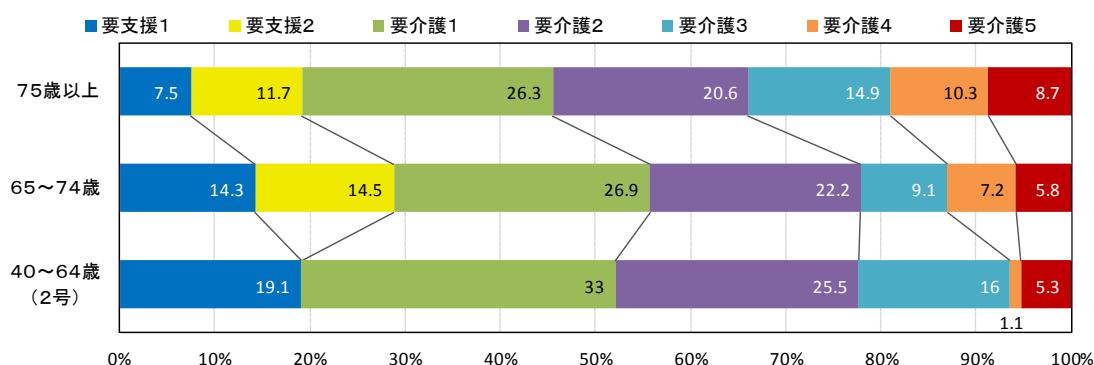


図 介護度別の認定者割合



KDB 帳票: No.47 介護認定者状況

算出方法: 認定率=認定者数(年度内の平均値)÷介護保険被保険者数(H22 国勢調査、外国人人口は除く)

使用したデータの年度: 認定者は各年度3月時点

(2) 障害状態の原因疾患

介護保険第2号被保険者（65歳未満者）が障害状態に至った原因疾患は、「脳血管疾患」が多い。

図 介護保険第2号被保険者（65歳未満者）の障害の原因疾患

	平成25年度			平成26年度			平成27年度		
	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5	原因(比率)	要介護1～3	要介護4・5
第1位	脳血管疾患 (33.3%)	100.0%	0.0%	脳血管疾患 (45.5%)	40.0%	0.0%	脳血管疾患 (44.4%)	100.0%	0.0%
第2位	初老期認知症 (22.2%)	0.0%	0.0%	脊椎小脳変性症 (18.2%)	0.0%	50.0%	脊椎小脳変性症 (22.2%)	0.0%	50.0%
第3位	脊椎小脳変性症 (22.2%)	0.0%	0.0%	初老期認知症 (9.1%)	100.0%	0.0%	初老期認知症 (22.2%)	50.0%	0.0%
	総数	7人		総数	10人		総数	9人	

元データ: 滋賀県版 国民健康保険保健指導事業管理ガイドラインに基づくまとめ（滋賀県）

(3) 要介護者の有病状況と医療費

要介護認定者のうち、有病者（各傷病と判定したレセプトのある者）の数は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの血管疾患が多い。

滋賀県と比較すると概ね少ないが、高血圧症、糖尿病は国より多い。

図 要介護者の有病状況 (H26～H28)

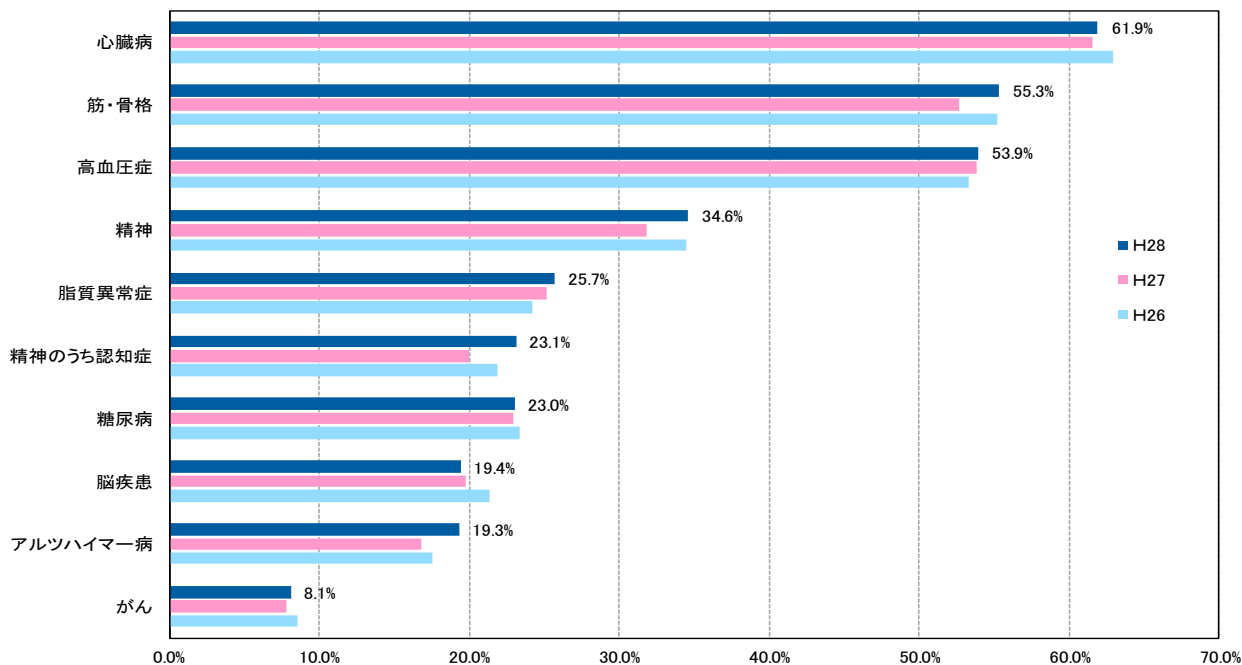
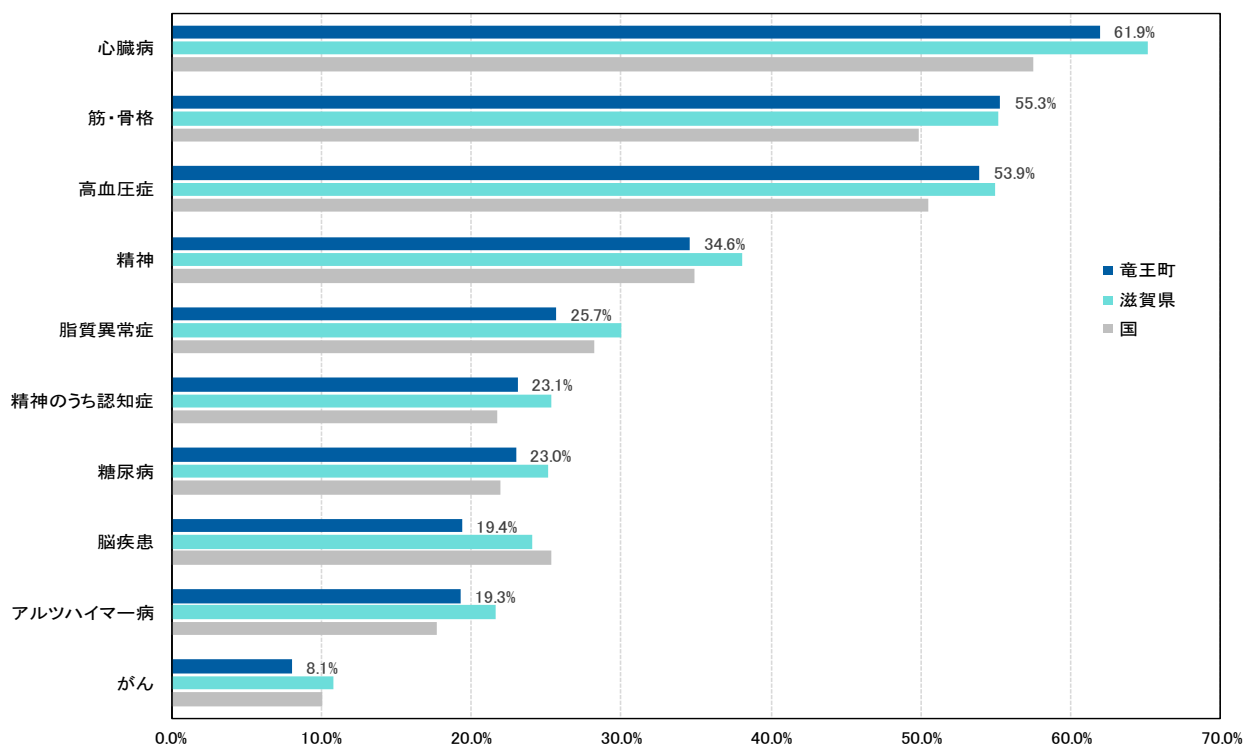


図 要介護者の有病状況（滋賀県・国比較）



KDB 帳票: No.1 地域の全体像

算出方法: 各疾病のレセプトをもつ介護認定者数÷介護認定者数で算出。

使用したデータの年度: 各年度 1 年間の平均値。

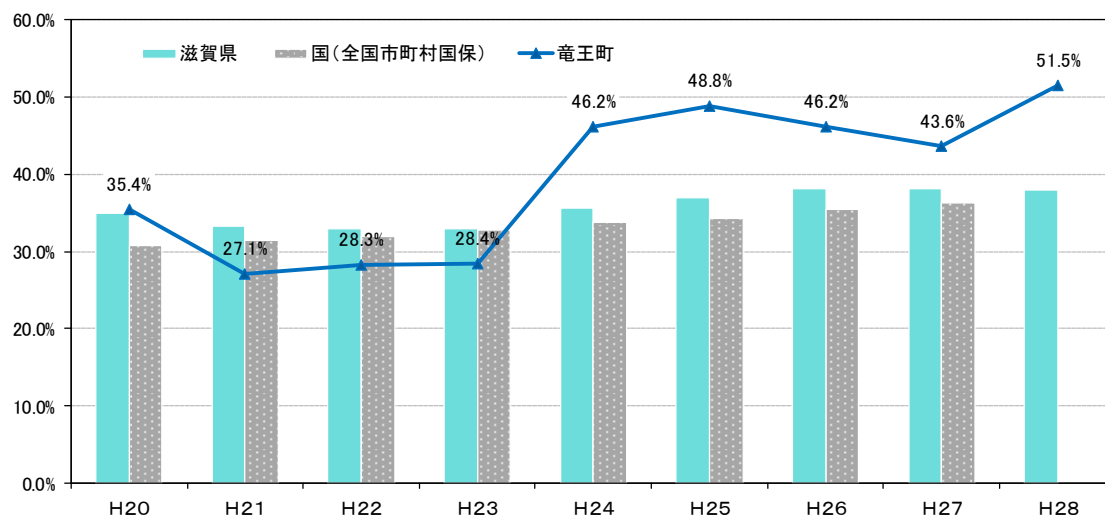
3 特定健診データの分析

(1) 特定健診等の実施状況

① 特定健康診査の受診率の推移

特定健康診査（以下「特定健診」という。）の受診率は、平成 24 年度から滋賀県を上回り、平成 28 年度は 51.5%である。

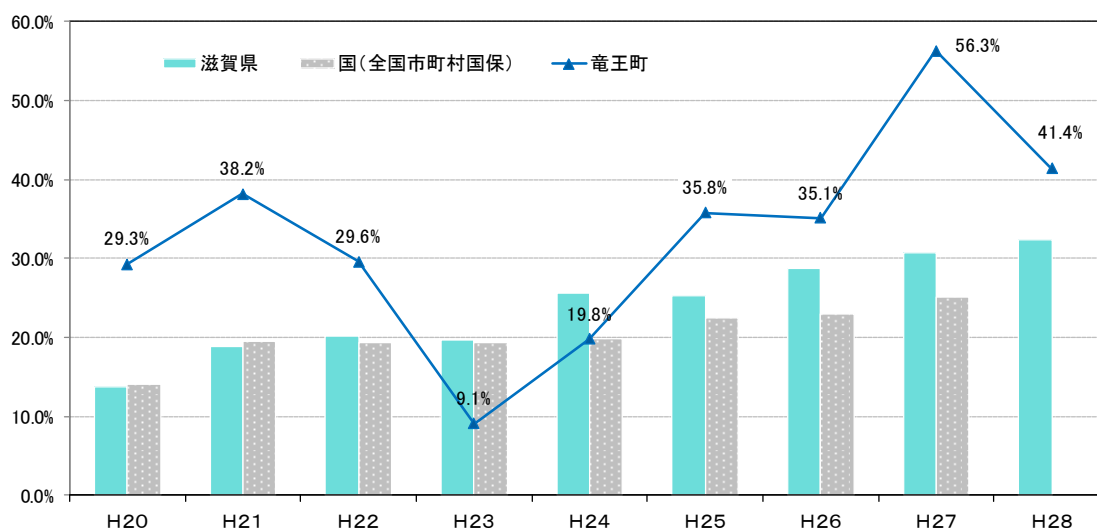
図 特定健診受診率の推移（法定報告値）



② 特定保健指導の実施率の推移

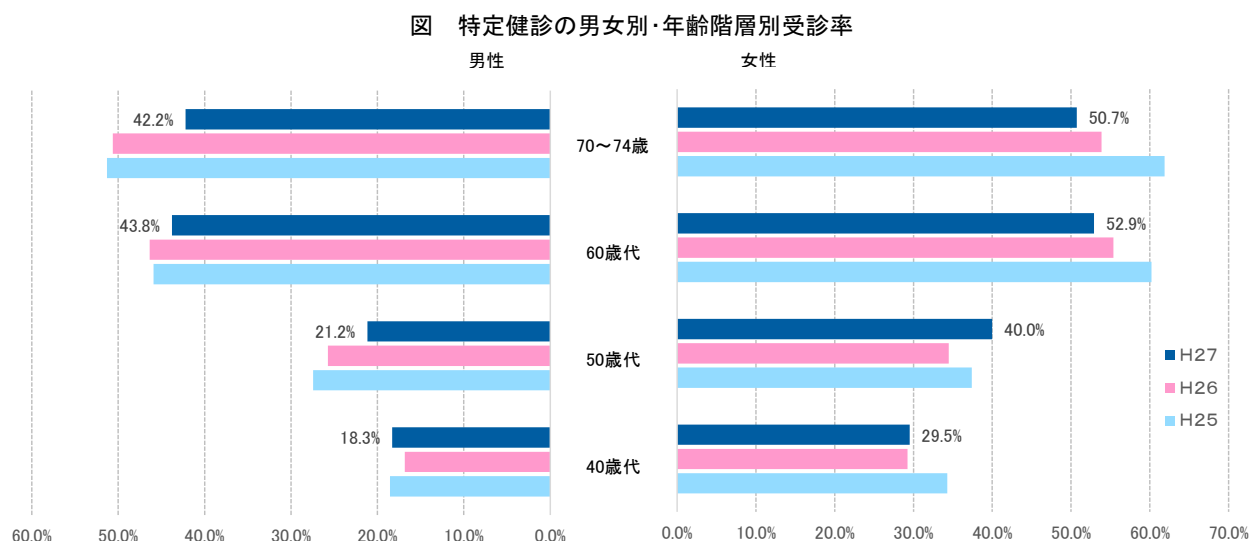
特定保健指導の実施率は、平成 25 年度から滋賀県を上回り、平成 28 年度は 38.4%である。

図 特定保健指導実施率の推移（法定報告値）



③特定健診の男女別・年代別受診率

どの年代においても、女性の受診率のほうが高い。年齢が上がるにつれて男女とも上昇する傾向にあるが、40歳・50歳代の男性の受診率は極めて低い。



元データ： 特定健診実施結果総括表(TKCA002)
 使用したデータの年度： 各年度の法定報告値の数値

④特定健診の受診の実態（平成 25～27 年度）

継続受診者・新規受診者は減少傾向にあり、東近江圏域や滋賀県よりも低い。

3年連続未受診者の割合は横ばいであるものの、5年間に1回以上受診した者の割合は東近江圏域・滋賀県より高く、経年的に受診するよう促す必要がある。

表 特定健診 継続受診者の状況

	竜王町		東近江圏域	滋賀県
H25	584人	72.4%	72.6%	73.8%
H26	599人	68.9%	71.2%	73.4%
H27	560人	68.6%	71.3%	71.2%

表 特定健診 新規受診者の状況

	竜王町		東近江圏域	滋賀県
H25	235人	27.0%	25.0%	24.4%
H26	130人	15.9%	18.9%	20.2%
H27	121人	15.6%	16.8%	17.5%

元データ： あなみツール評価ツール「受診率」 新規受診者は、過去5年間に一度も受診したことのないもののこと。
 継続受診者は、前年度健診を受診した者のこと。
 算出方法： 新規受診者の割合は、健診受診者に対する割合。継続受診者の割合は、前年度健診受診者に対する割合。
 使用したデータの年度： 各年度法定報告後の数値

表 特定健診 3年連続未受診者の割合

	竜王町		東近江圏域	滋賀県
H24～26	587人	33.2%	46.8%	45.5%
H25～27	587人	33.1%	46.5%	45.3%

元データ： 特定健診未受診者勧奨リスト(滋賀県国民健康保険団体連合会作成)

算出方法： 過去3年間健診未受診者を抽出し、特定健診対象者(法定報告)に占める割合。

使用したデータの年度： 各年度、翌年度の5月提供リスト

表 特定健診 5年に1回受診した者の割合

	竜王町		東近江圏域	滋賀県
H22～26	1,240人	70.2%	56.2%	59.3%
H23～27	1,256人	70.7%	57.1%	60.1%

元データ： あなみツール評価ツール「受診率」

算出方法： 5年間のうちに健診を1回以上受診した者が、最終年度の特定健診対象者(法定報告)に占める割合。

使用したデータの年度： 各年度法定報告後の数値

(2) 特定健診の結果分析

①メタボ予備群および該当者(平成27年度)

特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム予備群および該当者の割合は、男女共に滋賀県と比べて非常に高く、男性のメタボ該当者・予備群の合計は県内1位である。

図 メタボ該当者および予備群(平成27年度法定報告値)

男性	竜王町			東近江圏域	滋賀県	国
メタボ該当者	112人	32.7%	2位	27.2%	27.6%	27.6%
予備群	61人	17.8%	3位	16.7%	16.6%	16.6%
合計	173人	50.4%	1位	43.9%	44.2%	44.2%

女性	竜王町			東近江圏域	滋賀県	国
メタボ該当者	51人	11.6%	2位	9.1%	9.5%	9.5%
予備群	23人	5.3%	9位	4.3%	5.1%	5.1%
合計	74人	16.9%	4位	13.4%	14.6%	14.6%

元データ： 特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)(TKCA003)

使用したデータの年度： H27 年度法定報告後の数値

②特定健診の有所見者状況

男性のHbA1c および腹囲の有所見者割合が高い状況が続いている。

女性はLDL コレステロールおよびHbA1c の有所見割合が高い状況が続いている。

また、男女ともに収縮期血圧の有所見割合が増加傾向にある。

図 特定健診有所見項目と順位

		平成25年度			平成26年度			平成27年度		
有所見順位		有所見項目	割合	標準化比	有所見項目	割合	標準化比	有所見項目	割合	標準化比
男性	第1位	HbA1c	52.9	100.3	HbA1c	53.4	101.4	HbA1c	58.4	99.5
	第2位	腹囲	50.6	105.3	LDL	49.3	104.0	収縮期血圧	53.9	108.9
	第3位	LDL	45.6	96.8	収縮期血圧	47.6	97.5	腹囲	52.3	104.9
	第4位	収縮期血圧	43.1	87.5	腹囲	45.6	93.6	LDL	46.5	96.5
	第5位	中性脂肪	31.1	97.5	中性脂肪	31.9	96.1	BMI	29.6	106.5
	第6位	BMI	28.0	103.2	BMI	27.1	100.3	中性脂肪	28.7	85.5
	第7位	ALT(GTP)	23.6	110.9	ALT(GTP)	25.9	116.4	拡張期血圧	26.1	109.4
	第8位	拡張期血圧	21.2	86.5	拡張期血圧	21.1	90.4	空腹時血糖	21.6	103.2
	第9位	空腹時血糖	19.6	97.6	空腹時血糖	18.1	89.2	ALT(GTP)	20.9	100.6
	第10位	尿酸	15.6	86.3	尿酸	17.3	95.0	尿酸	19.2	101.6
	第11位	HDL	11.9	133.2	HDL	9.4	126.6	HDL	13.5	*153.2
女性	第1位	LDL	63.8	*111.9	LDL	67.5	*120.7	LDL	63.7	109.7
	第2位	HbA1c	53.5	104.3	HbA1c	51.5	101.7	HbA1c	58.7	104.5
	第3位	収縮期血圧	39.8	91.6	収縮期血圧	41.5	96.9	収縮期血圧	44.7	103.0
	第4位	中性脂肪	25.1	*128.3	BMI	22.3	120.9	中性脂肪	23.9	*129.4
	第5位	BMI	22.9	118.7	中性脂肪	21.1	112.9	BMI	22.8	*124.6
	第6位	腹囲	18.1	112.7	腹囲	15.9	98.1	腹囲	18.6	120.3
	第7位	空腹時血糖	13.6	123.7	拡張期血圧	12.3	83.8	拡張期血圧	13.5	96.3
	第8位	拡張期血圧	11.8	83.1	空腹時血糖	7.8	76.0	空腹時血糖	10.5	97.7
	第9位	ALT(GTP)	9.6	110.0	ALT(GTP)	7.5	95.4	ALT(GTP)	9.6	111.6
	第10位	HDL	3.8	*188.8	HDL	1.8	108.9	尿酸	2.7	134.7
	第11位	尿酸	1.2	61.9	尿酸	1.6	92.0	HDL	1.8	108.6

KDB 帳票: No.23「厚生労働省様式6-2～7」CSV より、「厚生労働省様式(様式6-2～7)」年齢調整ツール(国立保健医療科学院)で作成

元データ: あなみツール集計ツール「様式6-2～7」

算出方法: 評価対象者で作成。健診受診者のうち、保健指導判定値以上の人の割合。保健指導判定値は、
 腹囲 男性 85cm・女性 90cm 以上/ BMI 25 以上/空腹時血糖 100 以上/収縮期血圧 130 以上/拡張期血圧
 85 以上/HbA1c5.6 以上/中性脂肪 150 以上/HDL40 未満/LDL120 以上/ALT(GPT)31 以上/尿たんぱく+以上/
 eGFR60 未満/尿酸 7.1 以上
 標準化比は県を基準とした間接法で算出。標準化比に*が付記されたものは、基準に比べて有意な差があることを意味する。

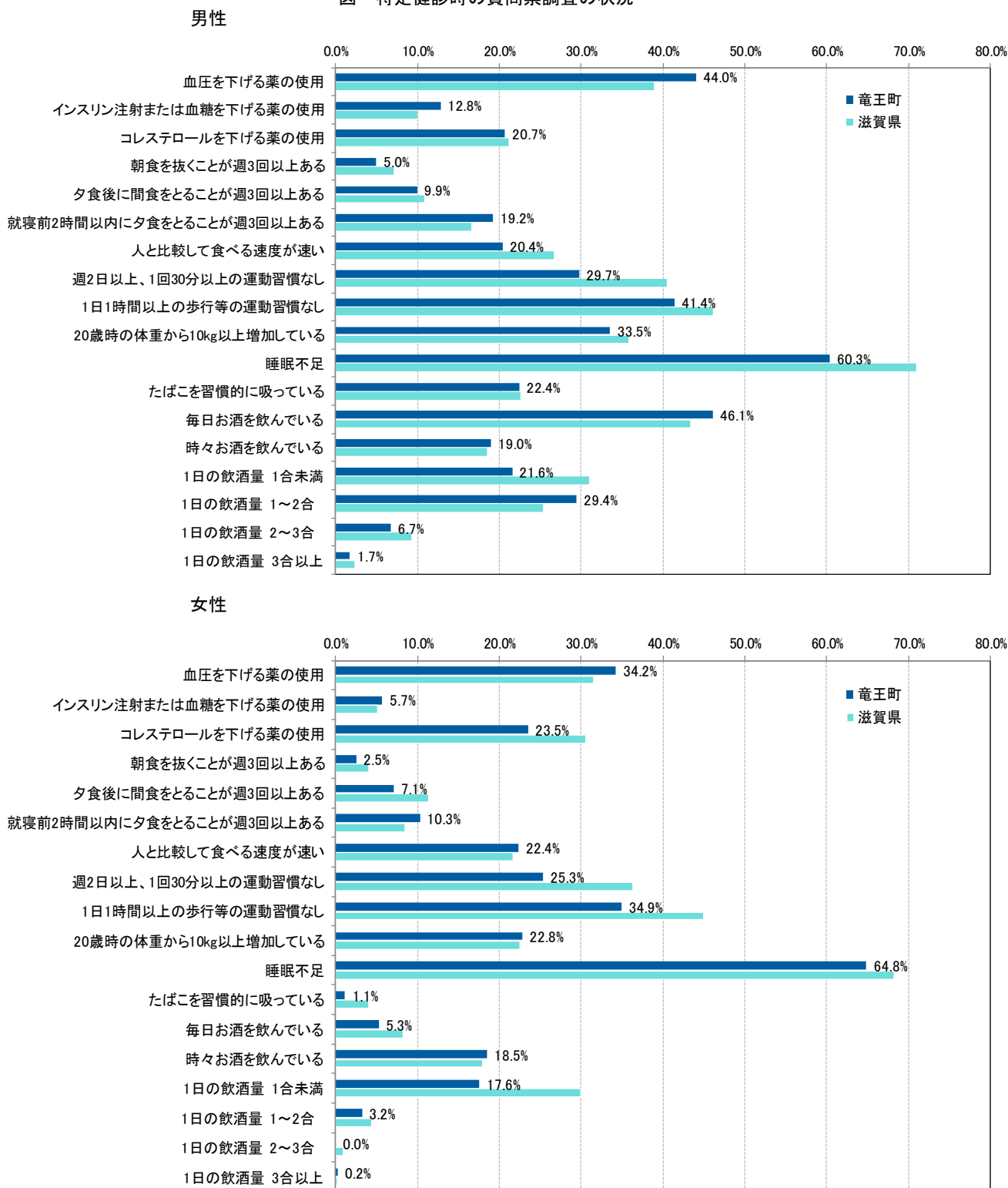
使用したデータの年度: 各年度法定報告後の数値

③質問票調査の状況（平成 27 年度）

滋賀県と比較して、血圧および糖尿病の薬を飲んでいる者の割合が多い。

生活習慣については、「20 歳から 10kg 以上体重が増加している」と回答した者の割合は少ないが、「1 回 30 分以上の運動習慣なし」、「1 日 1 時間以上の運動習慣なし」と回答した者の割合が多いことから、20 歳を超えてからメタボ該当になった人が多いと思われる。

図 特定健診時の質問票調査の状況



元データ： 質問票項目別集計表(TKCA004)

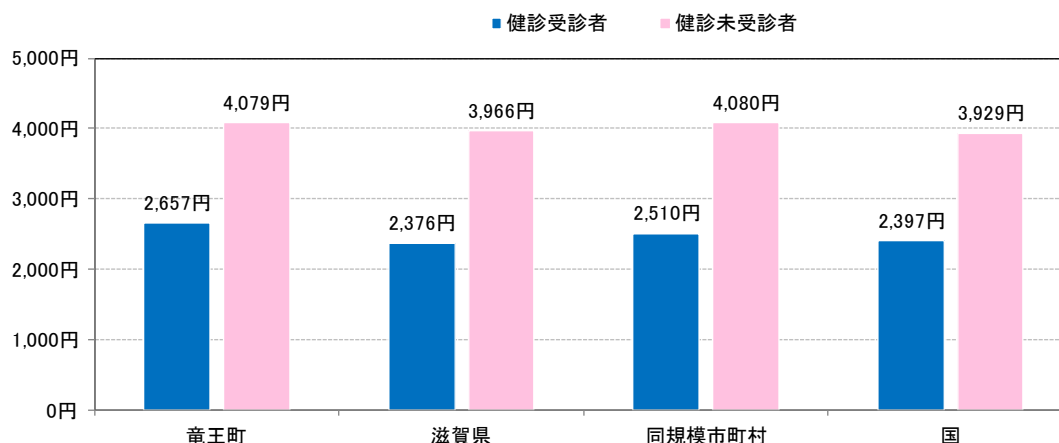
使用したデータの年度： 各年度法定報告値

算出方法： 割合は、各質問項目に「あり」と回答した件数÷各質問項目に回答のあった件数で算出。

④健診受診者・未受診者別の医療費（平成 28 年度）

特定健診の受診者と未受診者において、生活習慣病のレセプト 1 件当たりの医療費を比較すると、未受診者のほうが高額となっている。竜王町は滋賀県より健診受診者の医療費が高いが、健診受診の結果、治療を開始した者が多い可能性が考えられる。

図 特定健診受診有無別 1 件当たり医療費（生活習慣病）



KDB 帳票: No.1 地域の全体像

「特定健診受診者 1 件当たり医科レセ点数」、「特定健診未受診者 1 件当たり医科レセ点数」

⑤生活習慣病の治療中者の有所見状況

特定健診の質問票調査で「生活習慣病の治療中である」と回答した者の健診の結果をみると、生活習慣病のコントロールが不良であった者（保健指導判定値以上）が非常に多い。

図 生活習慣病治療中者のうちコントロール不良者の状況

	竜王町		東近江圏域	滋賀県
H25	250人	64.1%	55.1%	56.5%
H26	270人	65.7%	54.2%	55.6%
H27	262人	66.2%	56.1%	57.9%

元データ: あなみ集計ツール「様式6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

治療中生活習慣病コントロール不良(L)とは、問診票にて高血圧・脂質異常症・糖尿病の治療薬の内服ありと回答した者のなかで、健診結果が受診勧奨判定値以上に該当する者の数と内服ありと回答した者のなかに占める割合。

受診判定値は

血圧 140/90 以上/中性脂肪 300 以上/HDL34 以下/LDL140 以上/空腹時血糖 126 以上/HbA1c6.5 以上/AST(GOT)31 以上/ALT(GPT)31 以上/γ-GTP51 以上/尿蛋白2+以上/尿糖2+以上

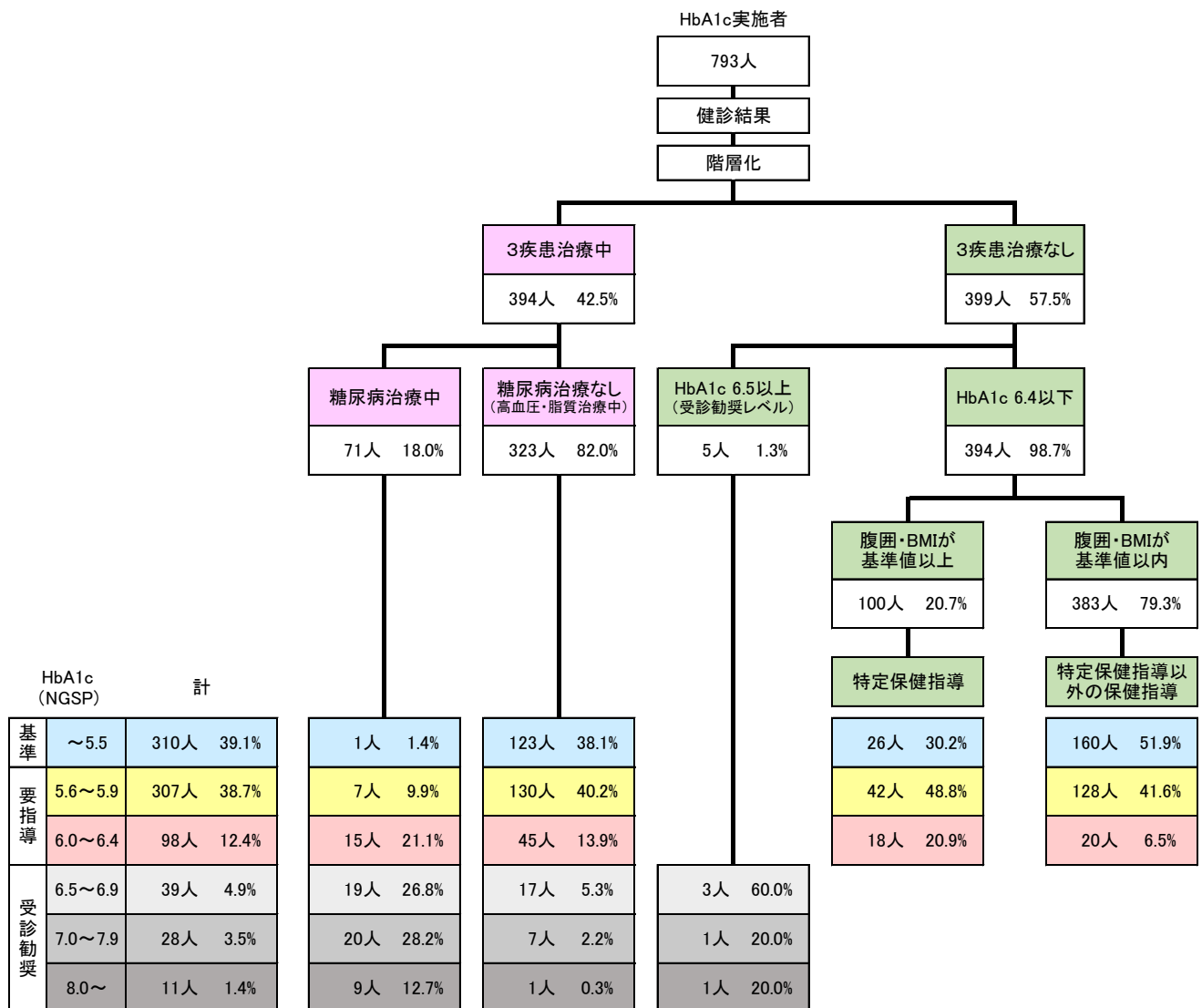
(3) 生活習慣病リスクと受療状況（平成 28 年度）

①糖尿病フローチャート

男女ともに有所見割合の高い HbA1c の状況をみると、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）のレセプトがない者は、正常（基準値以内）または要指導判定値の者が大多数だが、受診勧奨判定値以上の者も少数だが存在する。

生活習慣病の治療中であっても、HbA1c の値が受診勧奨判定値以上の者が一定数存在しており、治療中断等の理由が考えられる。

図 糖尿病フローチャート



元データ： あなみ経年比較ツール・A1c(継続)フローチャート

②血糖の重症化リスクの変化

前年度（平成 27 年度）の健診で受診勧奨判定値だった者について、平成 28 年度の健診結果をみると、血糖値が改善した者は 3 割近く存在するが、悪化した者も一定数存在し、未受診者の割合も高い。

特に、重症化のリスクが高い HbA1c7.0 以上の者については、約 3 割（10 人）が改善している。

図 受診勧奨判定値以上者のリスク減少の状況（血糖）

前年度の結果		今年度（H28年度）の結果					
H27年度		継続受診者 58人 74.4%				未受診 （中断）	75歳 到達者
HbA1c6.5以上 78 人 8.9%		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
		10	17	26	5	20	4
		12.8%	21.8%	33.3%	6.4%	25.6%	5.1%
6.5～6.9	39	10	11	7	2	9	3
		25.6%	28.2%	17.9%	5.1%	23.1%	7.7%
7.0～7.9	28	0	6	15	0	7	1
		0.0%	21.4%	53.6%	0.0%	25.0%	3.6%
8.0以上	11	0	0	4	3	4	0
		0.0%	0.0%	36.4%	27.3%	36.4%	0.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	20	29	13	13	9	20
	25.6%	37.2%	16.7%	16.7%	11.5%	25.6%
6.5～6.9	10	11	4	6	9	9
	25.6%	28.2%	10.3%	15.4%	23.1%	23.1%
7.0～7.9	6	15	7	7	0	7
	21.4%	53.6%	25.0%	25.0%	0.0%	25.0%
8.0以上	4	3	2	0		4
	36.4%	27.3%	18.2%	0.0%		36.4%

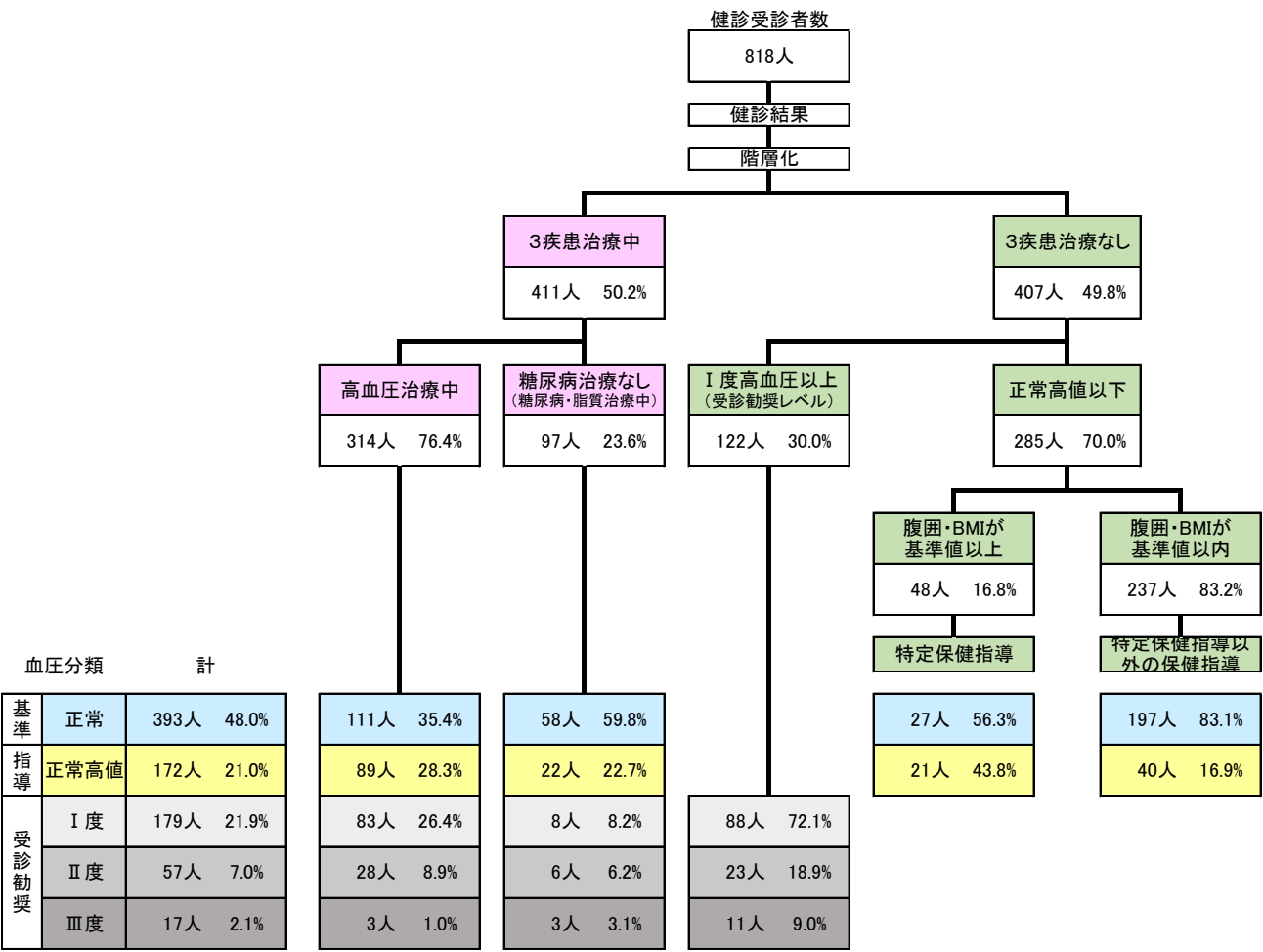
元データ： あなみ評価ツール「HbA1c6.5 以上の年次変化」

③高血圧フローチャート

男女ともに有所見割合の高くなっている収縮期血圧の状況を見ると、生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）のレセプトがない者であっても受診勧奨判定値以上の者が一定数存在する。

生活習慣病の治療中であっても、収縮期血圧の値が受診勧奨判定値以上の者が一定数存在しており、治療中断等の理由が考えられる。

図 高血圧フローチャート



元データ： あなみ経年比較ツール・BP(継続)フローチャート

④高血圧の重症化リスクの変化

前年度（平成 27 年度）の健診で受診勧奨判定値だった者について、平成 28 年度の健診結果をみると、高血圧値が改善した者は約 3 割存在するが、悪化した者も少数が存在する。

特に重症化のリスクが高いⅡ度高血圧以上の者については、約 4 割（26 人）が改善している。

図 受診勧奨判定値以上者のリスク減少の状況（高血圧）

前年度の結果		今年度（H28年度）の結果					
H27年度		継続受診者 177人 70.0%				未受診 (中断)	75歳 到達者
Ⅰ度高血圧以上 253 人 30.9%		正常高値 以下	Ⅰ 度	Ⅱ 度	Ⅲ 度		
		61 24.1%	79 31.2%	30 11.9%	7 2.8%	76 30.0%	9 3.6%
Ⅰ 度	179	51 28.5%	64 35.8%	16 8.9%	3 1.7%	45 25.1%	6 3.4%
Ⅱ 度	57	10 17.5%	13 22.8%	13 22.8%	4 7.0%	17 29.8%	1 1.8%
Ⅲ 度	17	0 0.0%	2 11.8%	1 5.9%	0 0.0%	14 82.4%	2 11.8%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	77	77	23	76
	30.4%	30.4%	9.1%	30.0%
Ⅰ 度	51	64	19	45
	28.5%	35.8%	10.6%	25.1%
Ⅱ 度	23	13	4	17
	40.4%	22.8%	7.0%	29.8%
Ⅲ 度	3	0		14
	17.6%	0.0%		82.4%

元データ： あなみ評価ツール・「Ⅰ度高血圧以上の経年変化」

第5章 健康課題と目的・目標

1 竜王町健康課題

データ分析から見える主な健康課題

対策の方向性

町の現状	被保険者は前期高齢者（65～74歳）が47.5%を占めており、圏域・県・国と比較しても割合が高い。		
医療費データ	40～74歳の医療費のうち約5割が生活習慣病である。	▶	特定健診の実施により、40歳代前半からの生活習慣病の早期発見、早期治療を目指す。
	生活習慣病の被保険者一人当たりの医療費は、40歳代から大きく増える。		
	生活習慣病の被保険者一人当たり医療費は、減少しているものの「糖尿病」・「高血圧」が上位にある。	▶	予防対策とリスク者の特定が可能であるという観点から、「糖尿病」・「高血圧」を重点課題と位置付け、対策を講じる。
	「糖尿病」・「高血圧」の被保険者一人当たり医療費は、40歳代から大きく増える。	▶	疾病を発症する前段階（未治療）の者を対象に、生活習慣の改善および治療勧奨を働きかけ、発症および重症化を予防する。
データ介護	介護2号被保険者が要介護に至った原因をみると、毎年「脳血管疾患」の割合が高い。	▶	「糖尿病」・「高血圧」の対策を講じることで、「脳血管疾患」などの重症疾患を予防し、要介護となる者を増やさない。
特定健診データ	健診受診率が目標値60%に届かない。		
	対象者の約3割が、3年連続未受診者である。	▶	経年的未受診者および40歳代の未受診理由を把握し、経年的な受診行動につなげる。
	40歳代の受診率が低い。特に40歳代男性の受診率は極めて低い。		
	特定保健指導の利用率が低い。	▶	健診結果返却時に、全員に初回面接を実施するなど、利用率の向上を図る。
	男女とも「HbA1c」の有所見割合が高い状況が続いており、「収縮期血圧」は年々増加傾向にある。	▶	腹囲等が基準値以内であっても、高血糖または高血圧者には生活習慣の改善、治療の勧奨を働きかける。
	男性は「腹囲」の有所見割合が常に50%以上近くと高い。内臓脂肪型肥満が多い。	▶	腹囲を個々の保健指導の評価指標とし、腹囲の改善を図る。
	運動に対する意識の低さ、毎日の飲酒や喫煙などの良くない生活習慣が目立つ。	▶	地域での広報活動により、生活習慣の問題点に気付いてもらい、改善を促していく。
	生活習慣病治療中者のうち、コントロール不良者が多い。	▶	コントロール不良者に対する保健指導を実施し、医療連携を図る必要がある。

2 目的・目標の設定

目的	目標
被保険者が健診を受けることで、自らの健康課題を正しく理解し、自主的に健康増進および疾病予防に取り組むことができる。	長期目標 (6年後) 生活習慣病の重症者を減らし、生活習慣病にかかる医療費を抑える。
生活習慣病の重症者を減らし、生活習慣病にかかる医療費を抑える。	中期目標 (3年後) 被保険者が自主的に、糖尿病および高血圧症の重症化予防の行動をとれるようになる。
	短期目標 (1年後) 自身の健康や生活習慣病予防に関心を持つ人が増え、被保険者が健診を受けることで、自らの健康課題を正しく理解できる。

3 取組み方針

(1) 被保険者の健康状態の把握のための取組み

特定健診受診率の向上、健診結果の分かりやすい情報提供や個人に合わせた結果の説明、適切な保健指導、栄養指導などの事後指導により、一人一人が自らの健康状態を把握し、自己管理できるよう取り組む。

(2) 被保険者の健康状態の把握のための取組み

生活習慣病の発症予防としての特定保健指導の実施、重症化予防としての未治療者の医療機関への確実な受診、治療中断の防止、糖尿病や高血圧、脂質異常症等の治療中の疾病が適切にコントロールできるための取組を充実・強化する。

4 保健事業の目標・評価指標と実施計画

区分	事業名	事業の目的および概要	目標（平成35年度）	
			アウトプット （実施内容）	アウトカム （事業の成果）
医療費適正化	医療費通知	被保険者に自身の受療状況と医療費を把握してもらうことを目的に、医療費総額、診療区分、医療機関名等を記載した通知を全受療世帯に送る。	年4回通知（全診療月・3カ月分ずつ）	—
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用差額通知	ジェネリック医薬品の使用促進による医療費抑制を目的に、切り替えた場合の自己負担軽減額を通知する。	年2回通知（4月・8月調剤分）	使用割合（数量ベース）：80%
	重複頻回受診者に対する訪問指導	医療費の適正化を目的に、対象者を訪問し、適正な医療受診の方法等について指導を行う。	訪問対象者へのアプローチ（訪問や通知）：100%	レセプト点数の減少や受診動向に改善のあった人の割合：45%
生活習慣病予防の普及啓発	広報事業	保健事業の周知および健康に関する知識、特に運動の重要性等についての普及啓発を図るため、広報を行う。	広報紙掲載：年3回 出前講座の実施： 1年あたり6地区で実施 6年間で全地区実施 地区活動の実施： 1年あたり5地区で実施 6年間で健康推進員がいる地区全てで実施	①実施後の住民の声で具体的な取り組みを実践するという内容が含まれていること ②1時間以上の身体活動あり： 男性 55%以上、女性 50%以上 ③野菜1日350g以上摂取ありの割合：15% ④毎日飲酒しない（休肝日あり）： 男性 60%以上 ※特定健診質問票（100%－「毎日お酒を飲んでいる」割合）
	健診結果説明会	自身の健康状態を把握してもらい、運動習慣、食習慣、睡眠、飲酒、喫煙等の生活習慣を見直し改善する意識を高めるために集団健診の結果を面談によって返却する。面接の日程調整ができなかった場合は個別通知を実施する。	結果説明会の参加者割合：80%以上（特定・若年計） 情報提供実施率：100% ※健診受診者への情報提供実施率 【県共通目標】	①②1時間以上の身体活動あり： 男性55%以上、女性50%以上 ②野菜1日350g以上摂取の割合：15% ③毎日飲酒しない（休肝日あり）： 男性 60%以上 ※特定健診質問票（100%－「毎日お酒を飲んでいる」割合）
健診の受診率向上対策	特定健康診査	健診を行うことで、生活習慣病の発症を予防、早期発見するとともに、被保険者自身の健康管理に対する意識を高める。	健診の実施 集団：計8回 個別：12月末日まで	①特定健診受診率：60% ※法定報告値 【県共通目標】 ②50歳代の健診受診率：40% ※法定報告値 【県共通目標】
	特定健診啓発資料一式の作成と活用	特定健診への理解を深め受診行動に結び付くよう、啓発資料（パンフレット、ポスター、受診券用封筒）により受診勧奨を行う。	対象者への配布：100%	③継続受診者割合：77% 【県共通目標】 ④新規受診者割合：19% 【県共通目標】
	特定健診受診意向アンケート	治療中者や職場健診等の受診者および未受診理由を把握するため、アンケートを実施する。	アンケート送付率：100%	アンケート返信率：30%
	40歳被保険者に対する受診勧奨	若年層の健診受診率の向上を目的に、訪問を行う。場合によっては、職場健診の結果について情報提供を依頼する。	個別通知：全員 電話勧奨：電話番号のわかる人全員	40歳代の健診受診率：35%以上 ※法定報告値 【県共通目標】

現状	対象者		実施体制		平成30年度～												
平成28年度	区分	年齢 性別	担当課	担当者		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
年4回通知	全受療世帯	0～74歳 全て	国保主管課	国保担当	継続		○通知			○通知			○通知			○通知	
年2回通知	強心剤等9薬効で100円以上の差額が発生する被保険者	40～74歳 全て	国保主管課	国保担当	継続				○通知				○通知				
—	国保連合会帳票の重複および頻回受診者（整形を除く）	19～74歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課 国保連合会	国保担当 保健師 国保連合会保健師	継続	○対象者選定	○レセ確認	○訪問									○評価
① — ②男性 46.6% 女性 39.9% ③14.7%（参考：竜王町健康増進計画より） ④男性 52.8%	被保険者 （全住民）	0～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士 健康推進員	変更		○広報			○広報			○広報				
①男性 46.6% 女性 39.9% ②14.7%（参考：竜王町健康増進計画より） ③男性 52.8%	特定健診（集団健診）および若年健診受診者	19～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士 歯科衛生士 運動指導士	継続			○実施	○実施					○実施	○実施		
①51.5%（918人） ②35.9%（71人） ③68.6%（560人） ④15.6%（121人）	被保険者	40～74歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 健康づくり担当	継続	○集団 ○個別							○集団				
	被保険者	40～74歳 全て	国保主管課	国保担当	継続	○作成	○配布		○配布								
21.5%（419通）	被保険者	40～74歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 健康づくり担当	継続	（3月発送）											△翌年度準備
27.8%（45人）	被保険者	40歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 保健師 健康づくり担当	変更		○個別通知			○電話・個別通知							

区分	事業名	事業の目的および概要	目標（平成35年度）	
			アウトプット （実施内容）	アウトカム （事業の成果）
健診の受診率向上対策	3年連続未受診者に対する受診勧奨	健診受診率の向上を目的に、過去3年間、特定健診を受診していない者を訪問し、健診の意義を説明する。ひいては、継続受診者を増やす。	個別通知：治療歴のある者全員に、病院での情報提供を依頼。 訪問：治療歴がない者に訪問を実施。	3年連続未受診者割合：30%以下 【県共通目標】
	特定健診未受診者への受診勧奨	健診受診率の向上を目的に、生活習慣病での医療機関未受診者に健診の受診勧奨を行う。 ・電話での勧奨（電話番号を把握している人） ・通知文書での勧奨（電話番号未把握）	実施人数：未受診者全員	①電話勧奨対象者の健診受診率：25% ②特定健診未受診かつ医療機関受診なし者の割合：35%以下 ※KDB帳票6-10のGの割合 【県共通目標】
	治療中の人の情報把握	健診受診率の向上を目的に、治療中の血液検査等の情報提供を依頼する。法定項目を満たさない場合は測定会または個別に保健センターで計測を行い、特定健診の受診に代える。	測定会の開催 年1回 個別通知：対象者全員	①情報提供数：60人 ②生活習慣病治療中の健診受診者数：10%増 ※①/あなみ様式6-10：I（人数）
	若年健康診査	生活習慣病の発症予防および早期発見を目的に若年層への健診を行うことで、被保険者自身の健康管理に対する意識を高める。	特定健診と同日実施 集団：計8日間 30歳代未受診者の個別通知：対象者全員	若年健診受診率：20% ※対4/1現在被保険者
	人間ドック検診費用の補助	生活習慣病の発症予防、早期発見するとともに、被保険者自身の健康管理に対する意識を高めることを目的に、検診費用の一部を補助する。（検診費用の1/2、上限2万円）	補助金交付者数：70人	特定健診受診率：60% ※法定報告値 【県共通目標】
生活習慣病発症予防のための保健指導	特定保健指導	メタボリックシンドローム該当者および予備群の減少を目的に、保健指導を行う。 特定健診（集団・個別）および人間ドック検診の受診結果を元に事業を行う。	特定保健指導対象者への周知率：全員	①特定保健指導実施（終了）率：60% ※法定報告値 【県共通目標】 ②男性の腹囲有所見者割合：50%以下 ③特定保健指導対象者の減少率：40% ④特定健診受診者のメタボ該当者・予備群の割合：男性 50%以下、女性 15%以下 ⑤特定健診問診票結果の1時間以上の身体活動あり：男性 55%以上、女性 50%以上 ⑥野菜1日350g以上摂取ありの割合：15% ⑦毎日飲酒しない（休肝日あり）：男性 60%以上 ※特定健診質問票（100-「毎日お酒を飲んでいる」割合）
	特定保健指導実施率向上	特定保健指導対象者のうち、集団健診受診者には健診結果説明会にて初回面談を実施する。 個別健診受診者には、医療機関との連携により医師からの利用勧奨を促す。		
	高血糖および高血圧者への保健指導	糖尿病の発症および高血圧の予防を目的に、特定保健指導対象外だが高血糖および高血圧（受診勧奨レベルではない）者に対し、個別面談や個別通知にて保健指導を行う。	受診勧奨率：対象者全員に実施（100%）	3疾患（血圧・血糖・脂質）治療なしで、 ①HbA1c5.6～6.4%の者が改善した割合：52% ②血圧が正常高値の者が改善した割合：67% ③特定健診受診者HbA1c有所見者割合：60%以下（男女とも） ④特定健診受診者収縮期高血圧有所見者割合：男性 55%以下、女性 45%以下

現状	対象者		実施体制		平成30年度～													
	平成28年度	区分	年齢 性別	担当課	担当者		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
33.1%（587人）	過去3年間健診対象だが、 受診履歴がない被保険者	43～74歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 保健師 健康づくり担当	変更		○個別 通知						○訪問					
①23.5%（166人） ②37.1%（325人）	当年度未受診かつ国保連 合会帳票から受療なしと 思われる被保険者 ※3年連続未受診者および 40歳被保険者の受診勧奨 の対象者を除く。	40～69歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 保健師	継続							○対象 者選 定	○実施					
① 59人 ②12.1%	治療中の血液検査が法定 項目を満たす被保険者。	40～74歳 全て	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 保健師 看護師 栄養士	継続	○対応											△通 知	○測 定会 実施
13.6%（49人）	被保険者	19～39歳	国保主管課 健康づくり主管課	国保担当 健康づくり担当	継続		○実施						○実施					
51.5%（918人）	被保険者	19～74歳 全て	国保主管課	国保担当	継続	○実施											△広 報	
①41.4%（41人） ②51.1%（227人） ③40.0%（18人） ④男性 50.4% 女性 16.9% ⑤男性 46.6% 女性 39.9% ⑥14.7%（参考：竜王 町健康増進計画より） ⑦男性 52.8%	積極的支援対象者、 動機付け支援対象者 ※厚労省様式6-10：O・P 該当者	40～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士 運動指導担当者	継続	○実施												
①51.8%（158人） ②66.0%（155人） ③男性 60.4% 女性 62.1% ④男性 56.9% 女性 46.6%	①血糖値（HbA1c）5.6～ 6.4%の者 ②収縮期血圧130～ 139mmHgまたは拡張期血圧 85～89mmHgの者 ※厚労省様式6-10：N該当 者	19～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 管理栄養士 運動指導士	変更		○実施											

区分	事業名	事業の目的および概要	目標（平成35年度）	
			アウトプット （実施内容）	アウトカム （事業の成果）
要医療者への受診勧奨	高血糖および高血圧者への受診勧奨	有所見者割合の減少と適切な医療受診を目的に、高血糖および高血圧で治療を要し、かつ医療管理中以外の者に対し、生活習慣への指導を行ったうえで医療機関への受診を促す。	勧奨・再勧奨実施率：100% 【県共通目標】	①受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率：60% 【県共通目標】 ②HbA1c6.5以上の者が次年度健診で0.1以上改善した割合：60% ③Ⅰ度以上の高血圧者が次年度健診で改善した割合：50% ④HbA1c有所見者割合：60%以下 ⑤収縮期高血圧有所見者割合： 男性 55%以下、女性 45%以下
	ハイリスク者への受診勧奨	別表に掲げるハイリスク者の重症化予防を目的に、生活習慣への指導を行ったうえで適切な受診勧奨を行い、医療受診へと繋げる。また、ハイリスク者のうち治療中断している者に対して、再医療受診に繋げ、医療管理を受けられるように促す。	勧奨・再勧奨実施率：100% 【県共通目標】	医療機関受診率：80% 【県共通目標】
生活習慣病重症化予防	血糖および血圧コントロール不良者への保健指導	糖尿病および高血圧により医師管理中ではあるものの、コントロール不良者に対して生活習慣への指導を行い、適切なコントロールができるように支援を行う。	対象者全員にアプローチ （100%）	①HbA1c7.0以上の者が次年度健診で血糖値が改善した割合：15% ②Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の者が次年度健診で血圧が改善した割合：33% ③生活習慣病治療者のうちコントロール不良者の割合：55% ④HbA1c有所見者割合：60%以下 ⑤収縮期高血圧有所見者割合： 男性 55%以下、女性 45%以下

別表（ハイリスク基準）

項目	基準	備考
血圧 ※1	Ⅱ度高血圧およびⅢ度高血圧 （収縮期 ≥ 160 mmHg、拡張期 ≥ 100 mmHg）	自己測定により基準以下であることが確認できた場合はよい。
血糖 ※2	HbA1c $\geq 7.0\%$ （NGSP値）	
脂質 ※1	LDL ≥ 180 mg/dl または TG ≥ 500 mg/dl	
腎機能 ※3	eGFR < 45 ml/分/1.73m ² （70歳以上は40未満） 尿たんぱく（2+）以上 尿たんぱく（+）かつ尿潜血（+）以上	
尿酸 ※4	血清尿酸値 ≥ 9.0 mg/dl	

※1 「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック文例集）「①すぐに医療機関の受診を」の基準

※2 糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）における「血糖コントロール目標」の「合併症予防のための目標」値

※3 CKD診療ガイド（日本腎臓学会編）かかりつけ医療機関から腎臓専門医への照会基準参考

※4 平成29年度特定健康診査等実施の手引き（滋賀県医師会）の尿酸に関するフィードバック文例集「①医療機関の受診を」の基準

現状	対象者		実施体制		平成30年度～												
平成28年度	区分	年齢 性別	担当課	担当者		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
①47.6% (98人) ②56.9% (33人) ③43.5% (77人) ④男性 60.4% 女性 62.1% ⑤男性 56.9% 女性 46.6%	生活習慣病の治療が始 まっておらず、血糖値ま たは血圧が受診勧奨レベ ル（HbA1c6.5～6.9または I度高血圧）の者 ※厚労省様式6-10：M該当 者	19～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士	変更			○実施									
56.9% (29人)	別表に掲げるハイリスク 者	40～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士	変更			○実施									
①15.4% (6人) ②33.8% (25人) ③66.2% (262人) ④男性 60.4% 女性 62.1% ⑤男性 56.9% 女性 46.6%	治療中（服薬中）だが、 血糖値がHbA1c7.0以上も しくは血圧が収縮期血圧 160mmHg以上または拡張期 血圧100mmHg以上の者 ※厚労省様式6-10：L該当 者	40～74歳 全て	健康づくり主管課	保健師 栄養士	変更			○実施									

第6章 計画の評価・見直し

1 計画の評価

計画期間の最終年度に、計画に掲げる目標の達成状況、事業の実施状況について調査およびデータ分析を行い、実績に関する評価を行う。

なお、保険運営の健全化の観点から竜王町国民健康保険運営協議会において進捗状況を報告し、評価指標の一つとする。

2 計画の見直し

計画の評価の結果を参考に、次期計画の参考とする。

計画の期間中であっても、目標の達成状況や事業の実施状況の変化等により計画の見直しが必要になった場合は、必要に応じて見直しを行う。

第7章 計画の推進

1 計画の公表・周知の方法

計画の推進に当たっては、被保険者の理解・協力を得ることが欠かせないことから、計画を町の Web サイトに掲載するなどして公表する。計画に変更等が生じた場合にも、その都度、町の Web サイトを利用して周知する。

2 推進体制の整備

(1) 庁内推進体制の整備

特定健診等事業については、これまでと同様に衛生部門に執行委任を行う。今後も、衛生部門や介護部門など関係各課が横断的に連携し、共通認識をもって取り組む。

(2) 関係機関との連携

医療機関等の関係機関との連携を図り、計画の円滑な推進を図る。

3 個人情報の保護

(1) 基本方針

保健事業で得られる個人情報（※1）は、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理するとともに、職務上知り得た秘密の保持について細心の注意を払う。

- ・ 竜王町個人情報保護条例（平成 17 年 3 月 24 日）
- ・ 竜王町個人情報保護条例施行規則（平成 17 年 3 月 24 日）

(2) 利用の目的

保健事業で得られる個人情報は、保健指導や評価、分析のために利用する。

(3) 目的外利用または第三者への提供

保健事業で得られる個人情報は、竜王町の内部で利用（以下「目的外利用」という。）し、または第三者に提供（以下「外部提供」という。）してはならない。

ただし、次の①から④までのいずれかに該当するときはこの限りではない。

- ①法令等の定めがあるとき。
- ②本人の同意があるとき。
- ③人の生命、身体または財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。
- ④当該目的外利用または外部提供が所掌事務の遂行に必要なものであり、かつ、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき。

※1 個人情報：個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるものをいう。

(4) 匿名化による利用等

保健事業で得られる個人情報を含むデータを目的外利用または外部提供する場合において、(3)の①から④までに該当しない場合は、個人情報を匿名化して利用し、または提供する。

(5) 委託する場合の保護措置

保健事業に関する業務を委託する場合は、個人情報の厳密な管理や目的外利用の禁止等を契約書に明記する。また、委託者は、保健事業で得た情報を複写することなく、竜王町に提出することについても契約書に定める。

4 データの管理

(1) データの保管期間

データの保管期間は、事業年度終了後から少なくとも5年間とする。

(2) 電子データの安全管理

電子データは、次に定めるところに従い安全に管理する。

- ・医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月厚生労働省）
- ・匿名データの作成・提供に関するガイドライン（平成24年8月31日総務省）

5 東近江圏域の取り組み

(1) 今日までの取り組み

滋賀県においては、以前からいくつかの自治体で圏域（ブロック）を構成しており、現在の圏域は、大津圏域（大津市）、湖西圏域（高島市）、湖南圏域（草津市・栗東市・守山市・野洲市）、甲賀圏域（甲賀市・湖南市）、湖東圏域（彦根市・多賀町・甲良町・豊郷町・愛荘町）、湖北圏域（長浜市・米原市）、そして東近江圏域（東近江市・近江八幡市・日野町・竜王町）がある。

東近江圏域においては、平成21年度以前は研修会を一部後援する程度であり、圏域としての特別な取り組みはなかった。しかし、平成20年度から始まった特定健診等を進めるに当たり、自治体（保険者）単位で進めるよりも、近隣の健康課題が類似し、また医療圏域も重なる自治体が協力することにより、国保一元化も見据えた新たな取り組みが出来ないかと模索し、圏域における取り組みを重視するようになった。

その第一歩として、平成22年度には、糖尿病性腎症の先進的な取り組みを行い今日の国のモデルとなっている広島県呉市を視察した。この視察は、平成の大合併で他の自治体の取り組みが見えにくくなっている昨今において大きな衝撃であった。

これをきっかけに先進地に学ぶ重要性を再認識し、平成25年度からは滋賀県全域の自治体に呼び掛け、事業を継続実施している。

平成22年度 広島県呉市

平成23年度 徳島県国保連合会

平成 24 年度	愛知県あいち健康の森
平成 25 年度	兵庫県尼崎市、大阪府羽曳野市
平成 26 年度	岐阜県高山市・下呂市
平成 27 年度	愛知県蒲郡市
平成 28 年度	静岡県藤枝市
平成 29 年度	東京都データヘルス見本市

さらに、平成 24 年度には、滋賀県医療保険課の要望および調整により、近江鉄道のラッピング電車と湖国バスの啓発看板作成事業を実施した。近江鉄道のラッピング電車については、2 年目に甲賀市が、3 年目には湖東圏域と米原市が、その後、協会けんぽ滋賀支部も賛同し参加があった。

（２）データヘルス計画の取り組み

東近江圏域では、計画策定に当たり、健康課題の把握のために共通した分析データを使用しながら、2 市 2 町の担当者と滋賀県医療保険課と滋賀県国保連合会を含めたデータヘルス計画検討委員会（保健事業検討委員会）を設置し、平成 26 年 6 月 26 日、8 月 22 日、10 月 22 日、平成 27 年 1 月 16 日の計 5 回にわたり、KDB から抽出されたデータの分析などを中心に協議を重ねた。

（３）今後の取り組み

主な取り組みは、以下のとおりである。総会で事業計画と事業報告を行い、各市町の事業実施状況と照らし合わせながら改善・修正を行い、よりよい広域的な保健事業となるよう取り組みを進める。

- ①先進地視察研修の実施
- ②近江鉄道ラッピング電車と湖国バスの後方看板の継続とリニューアル
- ③保健事業従事者向け研修会の開催
- ④定期的な担当国会議の開催