

長与町国民健康保険

第2期保健事業実施計画中間評価
(データヘルス計画)

令和3年 3月 長与町

第2期保健事業実施計画中間評価(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画期間
- 3.保険者努力支援制度

第2章 中間評価の趣旨について 6

- 1.中間評価の趣旨
- 2.中間評価の方法
- 3.目標の設定

第3章 長与町の概況について 7

1. 長与町国民健康保険被保険者数
2. 長与町における死亡の状況
3. 長与町国民健康保険における医療費の状況
4. 長与町国民健康保険における新規透析導入患者数について
5. 長与町の介護費用額の推移、要介護・要支援認定者数・認定率の推移
6. 特定健診・特定保健指導について

第4章 データヘルス計画全体と個別保健事業の中間評価と見直しについて 19

- 1.データヘルス計画全体についての評価
- 2.個別保健事業についての評価
 - I 特定健診受診勧奨事業(特定健診未受診者対策)
 - II 特定保健指導実施率の向上
 - III 糖尿病性腎臓病重症化予防
 - IV 重症化予防事業

長与町国民健康保険第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）

中間評価

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

日本では、生活水準や保険・医療の進歩などにより平均寿命は延び続けています。しかし、急速に高齢化が進む中、生活習慣病等の疾患は増加しており、医療費や介護給付費などの社会保障費の増大が懸念されています。

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」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、市町村国保、国保組合（以下「保険者等」という。）及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が健診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整備が進んでいます。

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、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者等はレセプト情報を活用した保健事業を推進することとされました。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととなっています。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなりました。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部改正等により、保険者等は健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

長与町においては国の指針に基づき、平成 27 年 9 月に「第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定しました。また、特定健診の実施にあたっては、平成 20 年 3 月に、「特定健康診査等実施計画」を、平成 25 年 3 月には「第二期特定健診実施計画」を策定し、受診率の向上に向けた受診勧奨や啓発、特定保健指導や重症化予防事業などに組み込みました。

「第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第二期特定健康診査等実施計画」の計画期間が満了になることから、新たに「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、健康寿命の延伸と長与町国保における医療費の適正化を図ります。なお、策定にあたっては、保健事業の中核をなす「第三期長与町特定健診等実施計画」を「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」の一部として位置付け、一体的に策定します

2. 計画期間

本計画の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（平成 16 年度厚生労働省告示第 307 号）において、「都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画との整合性をはかること。」とされています。医療費適正化計画が 6 年ごとであること、また、特定健康診査等実施計画との整合性を図るため、計画期間は平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 年間としています。

データヘルス計画 第 1 期（平成 27 年度～29 年度） 第 2 期（平成 30 年度～令和 5 年度） （第 2 期中間評価令和 2 年度実施）
--

3. 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、新たに保険者努力支援制度を創設し、平成 30 年度から本格実施し、取り組みや実績に応じて交付金を交付しています。

また国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしています。本町においては、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価されていますが、特定健診受診率等においては得点が低くなっています。

保険者努力支援制度配点・実績状況【表-1】

評価指標	平成30年度 実績/配点	評価 対象 年度	令和元年度 実績/配点	評価 対象 年度	令和2年度 (見込) 実績/配点	評価 対象 年度	
交付額(万円)	1417.7万円		1490.6万円		1860.3万円		
総得点(体制構築加点含む)	471 / 850		546 / 920		660 / 995		
長崎県内順位(21市町村中)	20位		19位		7位		
全国順位(1,741市町村中)	816位		927位		300位		
共通①	特定健診受診率	20 / 50	H27 実績	15 / 50	H28 実績	0 / 70	H29 実績
	特定保健指導実施率	25 / 50	H27 実績	15 / 50	H28 実績	70 / 70	H29 実績
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0 / 50	H27 実績	0 / 50	H28 実績	15 / 50	H29 実績
共通②	がん検診受診率	0 / 30	H27 実績	0 / 30	H28 実績	0 / 40	H29 実績
	歯周疾患検診の実施	25 / 25	H29 実績	25 / 25	H30 実績	23 / 30	R1 実績
共通③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	100 / 100	H29 実績	100 / 100	H30 実績	120 / 120	R1 実績
共通④	個人インセンティブ提供	0 / 70	H29 実績	70 / 70	H30 実績	90 / 90	R1 実績
	個人への分かりやすい情報提供	25 / 25	H29 実績	20 / 20	H30 実績	20 / 20	R1 実績
共通⑤	重複服薬者に対する取り組み	0 / 35	H29 実績	50 / 50	H30 実績	50 / 50	R1 実績
共通⑥	後発医薬品の促進	35 / 35	H29 実績	35 / 35	H30 実績	10 / 10	R1 実績
	後発医薬品の使用割合	35 / 40	H28 実績	0 / 100	H29 実績	0 / 120	H30 実績
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	25 / 100	H28 実績	10 / 100	H29 実績	70 / 100	H30 実績
固有②	データヘルス計画策定状況	26 / 40	H29 実績	50 / 50	H30 実績	40 / 40	R1 実績
固有③	医療費通知の取組の実施状況	25 / 25	H29 実績	25 / 25	H30 実績	25 / 25	R1 実績
固有④	地域包括ケアシステムの推進の取組の実施状況	21 / 25	H29 実績	15 / 25	H30 実績	15 / 25	R1 実績
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	26 / 40	H29 実績	31 / 40	H30 実績	38 / 40	R1 実績
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	23 / 50	H28,29 実績	45 / 60	H29,30 実績	74 / 95	H30,R1 実績
	体制構築加点	60		40		0	

第2章 中間評価の趣旨について

1. 中間評価の趣旨

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別保健事業の実施を行ってきました。中間評価年度にあたる令和2年度においては、平成28年度を基準とし、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価と令和3年度から5年度の目標の見直し等を行います。

データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、計画が軌道に乗っているかを確認し、進捗が滞っているようであれば、事業効果を高めるためにはどのような改善を行うべきか、検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことです。また、計画策定時に設定した目標と評価指標については現在の状況を踏まえて適切なものに見直す必要があります。そこで、中間年度に計画全体の目標や事業の評価と見直しを実施し、最終的な事業や計画の目的・目標の達成に向けた体制作りを行います。

2. 中間評価の方法

(1) 長与町による計画内容の見直し（自己評価整理表）

実績値の評価

- ① 個別保健事業の目的・目標を確認し、実績値の評価を行う
- ② アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)に関して実績の確認
- ③ 個別保健事業の未達成要因の振り返り
- ④ 未達成要因を明らかにし、軌道修正や改善すべき点を明確化

目標値・評価指標の見直しの検討

- ① 過去3年間における実績値の推移から、目標値の設定が適切であるか確認
- ② 目標を達成している場合は、順調に推移していることを確認し、目標値の現状維持、もしくはさらに高い目標値の設定を検討
- ③ 目標を下回っている場合は、組織・形態(ストラクチャー)や過程(プロセス)の観点から事業実施上の課題を振り返り、体制や具体的な事業内容や事業実施方法について、改善に向けた検討
- ④ 保健事業の目標として、現在行っていない事業や町の方針と違っている業務は、事業の見直しを行い、新たな目標値を設定

外部機関による助言・指導

長与町国民健康保険運営協議会、長崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会へ自己評価見直しが適正に行われているか付託し、委員会等より助言・指導を受け、修正を行います。

第3章 長与町の概況について

1. 長与町国民健康保険被保険者数

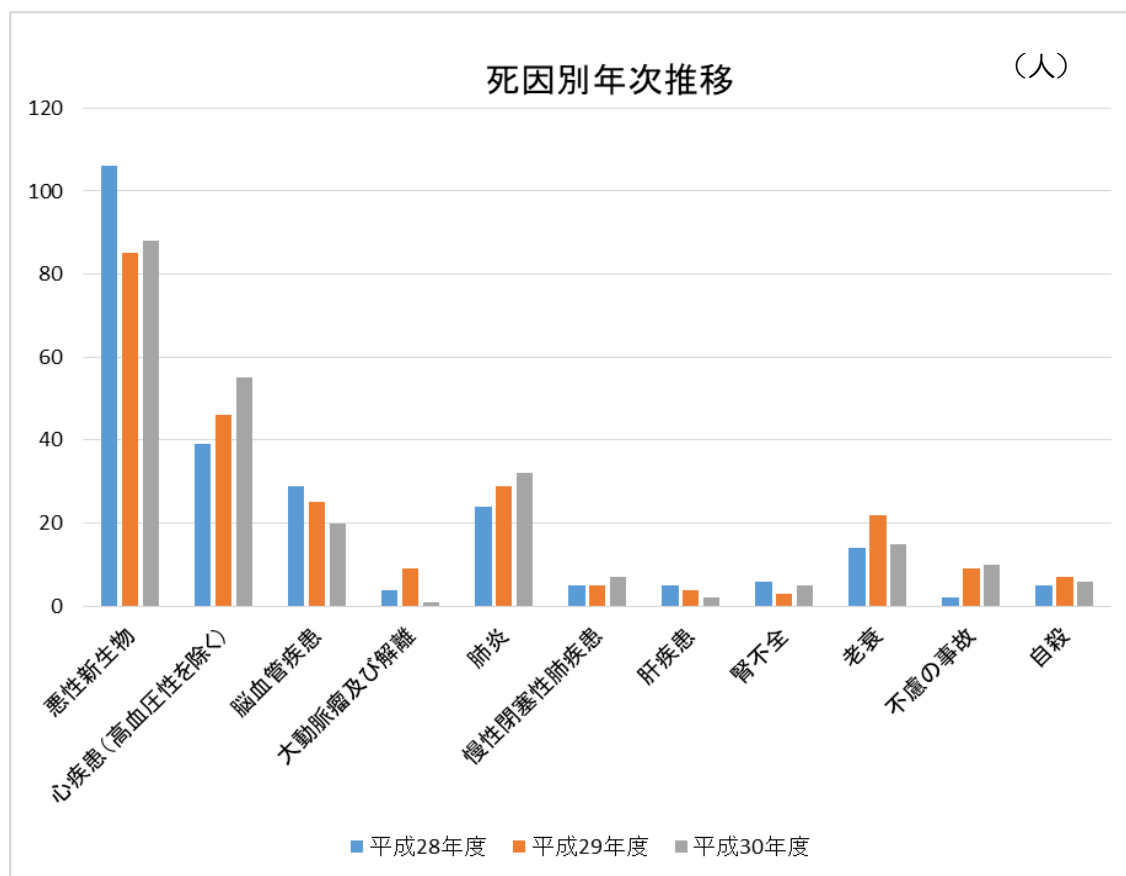
長与町国民健康保険被保険者数推移【表-2】 (KDB データ)

総数	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
39歳以下	1,958人	22.4%	1,794人	21.3%	1,701人	20.6%	1,604人	20.0%
40-64歳	2,773人	31.7%	2,584人	30.6%	2,472人	30.0%	2,385人	29.8%
65-74歳	4,023人	45.9%	4,043人	48.0%	4,047人	49.2%	4,000人	50.0%
合計	8,754人		8,421人		8,220人		7,989人	
国保加入率	20.8%		19.9%		19.4%		18.8%	

長与町国保被保険者数は年々減少し、年齢構成を比較すると、高齢化が進んでいます。

2. 長与町における死亡の状況

長与町における死亡者数の状況推移グラフ【図-1】 (人口動態統計)



長与町における死亡状況数値・割合推移【表-3】

(人口動態統計)

死因	平成28年度		平成29年度		平成30年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
悪性新生物	106人	32.9%	85人	26.8%	88人	26.6%
心疾患(高血圧性を除く)	39人	12.1%	46人	14.5%	55人	16.6%
脳血管疾患	29人	9.0%	25人	7.9%	20人	6.0%
大動脈瘤及び解離	4人	1.2%	9人	2.8%	1人	0.3%
肺炎	24人	7.5%	29人	9.1%	32人	9.7%
慢性閉塞性肺疾患	5人	1.6%	5人	1.6%	7人	2.1%
肝疾患	5人	1.6%	4人	1.3%	2人	0.6%
腎不全	6人	1.9%	3人	0.9%	5人	1.5%
老衰	14人	4.3%	22人	6.9%	15人	4.5%
不慮の事故	2人	0.6%	9人	2.8%	10人	3.0%
自殺	5人	1.6%	7人	2.2%	6人	1.8%
その他	83人	25.8%	73人	23.0%	90人	27.2%
総数	322人	-	317人	-	331人	-

早世予防(65歳未満)からみた死亡数【表-4】

(人口動態統計)

項目		平成28年度		平成30年度	
		実数	割合	実数	割合
早世予防からみた 死亡(65歳未満)	合計	43人	13.4%	34人	10.3%
	男性	23人	13.5%	23人	13.1%
	女性	20人	13.2%	11人	7.1%
	総数	322人	-	331人	-
	男性	171人	-	175人	-
	女性	151人	-	156人	-

※人口動態統計は中間評価策定時点で平成30年度までが公表されているため、平成30度における評価とします。

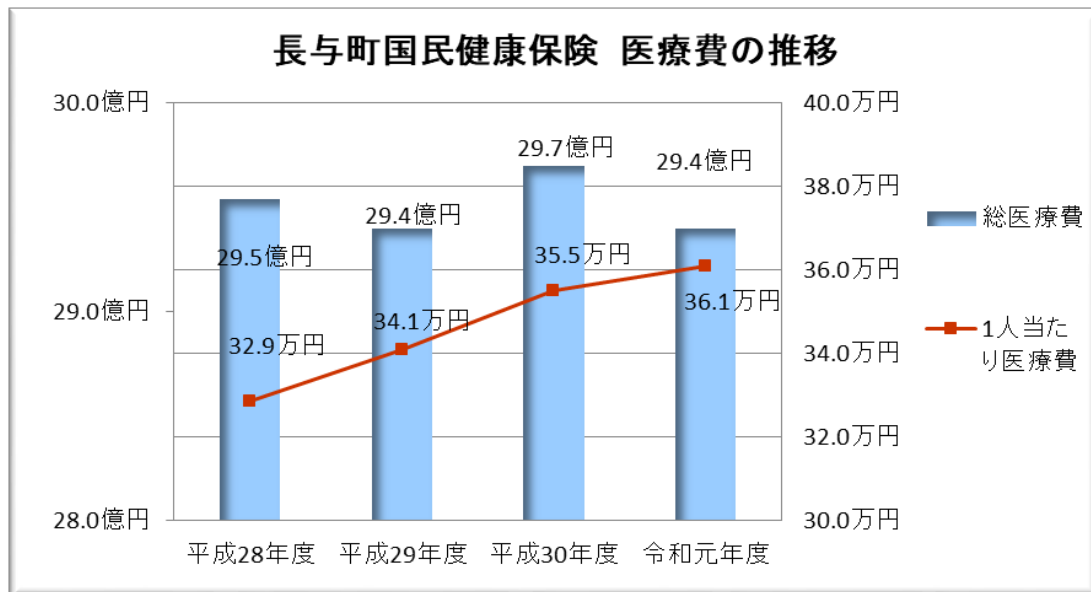
- ・脳血管疾患の死亡数・割合は減少していますが、心疾患の死亡数・割合は増加しています。心疾患によるの死亡年齢は65歳以上の高齢者が多くを占めています。早世(65歳未満の死亡)については、平成28年度と比較し、平成30年度は男性の変化はありませんが、女性は減少しています。

(悪性新生物・脳血管疾患は減少、心疾患は増加)

3. 長与町国民健康保険における医療費の状況

長与町国民健康保険 医療費の推移【図-2】

(KDB データ)



予防可能な疾患にかかる医療費の推移と国・県および同規模市町村との比較【表-5】

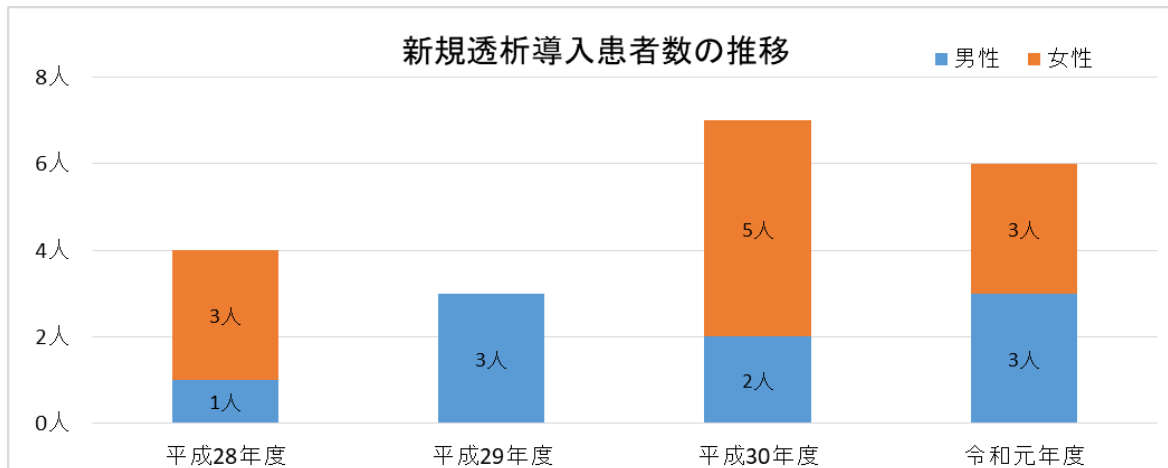
(KDB システム)

最大医療資源疾病名			平成28年度		令和元年度				
			医療費	総医療費に占める割合	医療費	総医療費に占める割合	同規模	県	国
中長期疾患	腎	慢性腎不全(透析有)	153,789,310	5.2%	181,989,490	6.2%	4.3%	5.6%	4.5%
		慢性腎不全(透析無)	4,575,170	0.2%	3,513,620	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%
	脳	脳梗塞・脳出血	76,015,030	2.6%	70,102,810	2.4%	2.1%	2.3%	2.2%
	心	狭心症・心筋梗塞	55,456,850	1.9%	40,656,570	1.4%	1.7%	1.5%	1.7%
短期疾患	糖尿病		151,133,530	5.1%	147,441,490	5.0%	5.8%	4.8%	5.4%
	高血圧		189,439,450	6.4%	141,536,560	4.8%	3.7%	3.7%	3.5%
	脂質異常症		82,731,800	2.8%	77,017,620	2.6%	2.7%	2.1%	2.6%
中長期・短期 計			713,141,140	24.0%	662,258,160	22.5%	20.7%	20.2%	20.3%
新生物			448,030,110	15.1%	439,787,870	14.9%	15.9%	14.4%	16.0%
精神(うつ・統合失調症)			252,974,720	8.5%	179,209,960	6.1%	7.9%	9.7%	8.2%
筋・骨疾患(骨粗鬆症・関節疾患)			318,254,710	10.7%	310,412,300	10.5%	3.5%	9.5%	0.3%

- ・総医療費は、減少しているが、1人当たりの医療費は増加しています。総医療費は被保険者の減少、1人当たりの医療費は慢性腎不全(透析有)が増加しているためと考えます。他の疾患については平成28年度に比べ、医療費、総医療費に占める割合ともに減少していますが、高血圧症は同規模市町村、県と比較すると高い状況です。

4. 長与町国民健康保険における新規透析導入患者数について

新規透析導入患者数の推移【図-3】



各年度新規透析導入患者における健診受診等の状況【表-6】

	国保加入時に人工透析の申請があった者	特定健診未受診者	健診受診時点で腎不全	合計
平成30年度	3人	3人	1人	7人
令和元年度	4人	1人	1人	6人

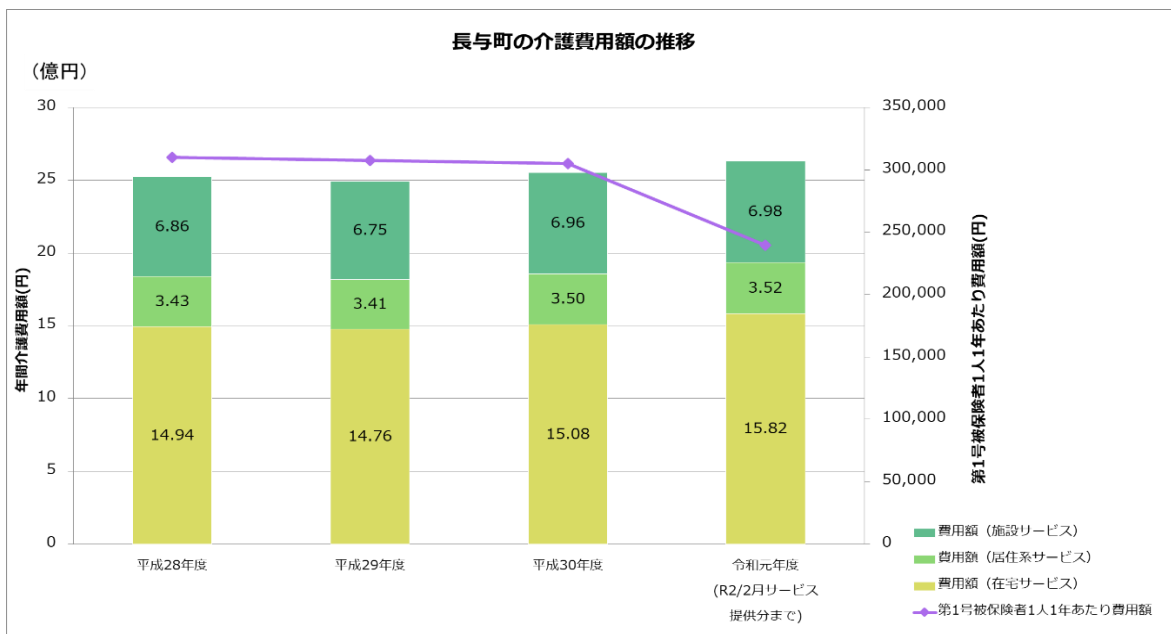
- 慢性腎不全（透析有）の医療費の割合が増加した背景として、新規透析導入患者の増加があります。特に平成30年・平成31年度の新規透析導入患者数の増加が顕著です。新規透析導入患者のうち半数以上が国民健康保険外からの新規加入、もしくは健診未受診者となっています。健診未受診者については健診受診率の向上が課題となりますが、国民健康保険外からの新規加入者についてはデータないため、把握・介入が難しい状況です。

他の保険者においても新規透析導入患者数の減少をデータヘルス計画に掲げ、事業に取り組んでいる状況ですが、マンパワーの不足もあるため、効率的な取り組みのために保険者の枠を越えた連携が必要です。

5. 長与町の介護費用額の推移、要介護・要支援認定者数・認定率の推移

長与町の介護費用額の推移【図-4】

(地域包括ケア見える化システム)



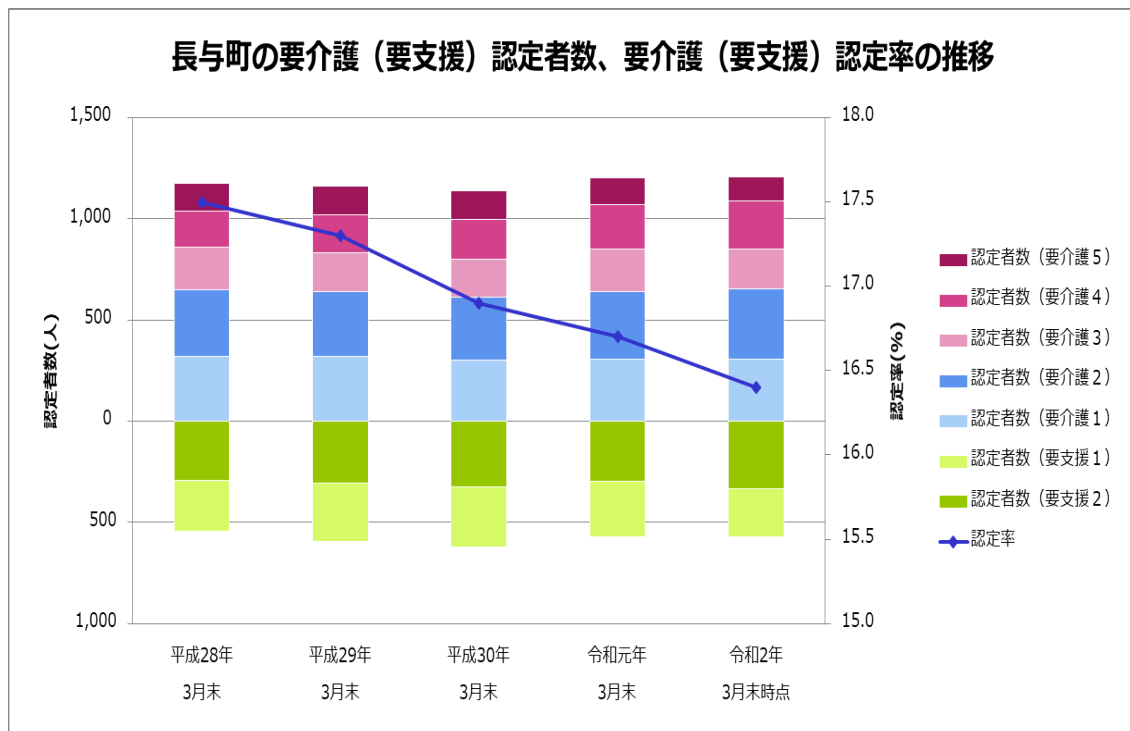
要介護・要支援認定者数・認定率の推移【表-7】

(地域包括ケア見える化システム)

	平成28年 3月末	平成29年 3月末	平成30年 3月末	令和元年 3月末	令和2年 3月末時点
認定者数 (人)	1,716	1,756	1,760	1,777	1,779
認定者数(要支援1) (人)	248	289	300	276	237
〃 (%)	14%	16%	17%	16%	13%
認定者数(要支援2) (人)	295	305	323	298	336
〃 (%)	17%	17%	18%	17%	19%
認定者数(要介護1) (人)	322	319	302	304	306
〃 (%)	19%	18%	17%	17%	17%
認定者数(要介護2) (人)	329	320	311	338	349
〃 (%)	19%	18%	18%	19%	20%
認定者数(要介護3) (人)	209	192	185	208	195
〃 (%)	12%	11%	11%	12%	11%
認定者数(要介護4) (人)	177	190	198	220	240
〃 (%)	10%	11%	11%	12%	13%
認定者数(要介護5) (人)	136	141	141	133	116
〃 (%)	8%	8%	8%	7%	7%
認定率 (%)	17.5	17.3	16.9	16.7	16.4
認定率(長崎県) (%)	21.7	21.3	20.5	20.4	19.9
認定率(全国) (%)	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5

(出典) 平成24年度から平成30年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和元年度：「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和2年度：直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

要介護・要支援認定者数・認定率の推移【図-5】 (地域包括ケア見える化システム)



要介護・要支援者の有病状況【表-8】 (KDBシステムより)

項目		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数(認定率)	1,768人	21.8%	1,782人	18.0%	1,798人	18.2%	1,834人	18.2%
	新規認定者	25人	0.3%	31人	0.2%	24人	0.2%	59人	0.3%
	2号認定者	34人	0.3%	33人	0.2%	38人	0.3%	42人	0.2%
有病状況	糖尿病	579人	30.7%	610人	32.9%	639人	34.7%	639人	34.0%
	高血圧症	1,209人	66.1%	1,219人	66.5%	1,230人	66.4%	1,225人	66.4%
	脂質異常症	636人	34.2%	639人	34.8%	675人	36.3%	700人	36.3%
	心臓病	1,370人	75.3%	1,368人	75.3%	1,400人	75.6%	1,399人	75.1%
	脳疾患	527人	27.7%	503人	28.2%	533人	27.9%	480人	27.0%
	がん	275人	14.1%	271人	15.0%	288人	15.5%	278人	15.7%
	筋・骨格	1,201人	65.7%	1,218人	66.5%	1,214人	66.9%	1,206人	65.7%
	精神	785人	42.8%	793人	43.8%	830人	43.7%	865人	46.0%

- 介護費用額は増加傾向だが、1人当たりの費用額は減少傾向です。
- 要介護・要支援別で見ると、認定者（要介護4）の割合が平成28年度と比べ3%増加しています。1号認定者は実数が伸びているものの、認定率は減少傾向であり、県や国

と比較しても低い状況です。要介護・要支援者の有病状況を見ると、高血圧症、心臓病に罹患している者の割合が6割以上と高い状況です。

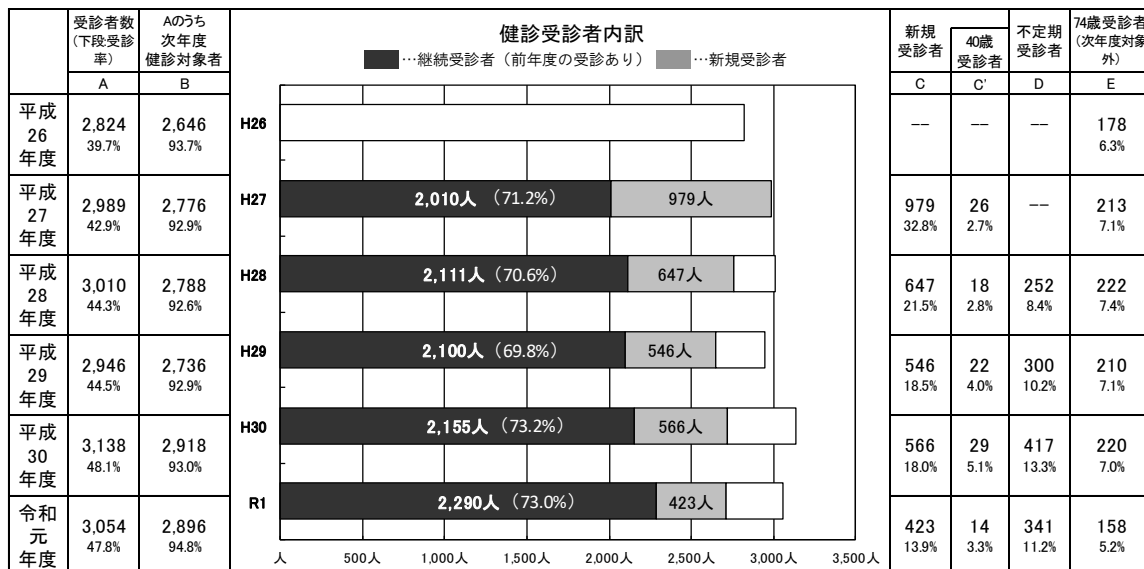
6. 特定健診・特定保健指導について

特定健診受診率（法定報告値）【表-9】

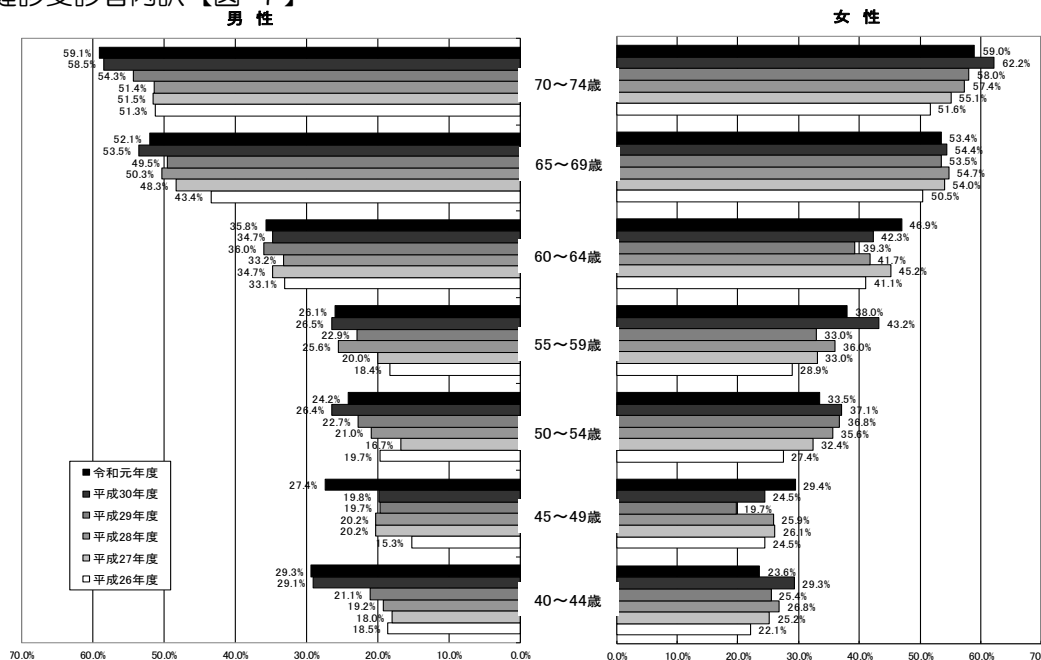
項目	特定健診			
	対象者数	受診者数	受診率	県平均受診率
平成28年度	6,248人	2,846人	45.6%	38.5%
平成29年度	6,089人	2,741人	45.0%	39.2%
平成30年度	6,016人	2,956人	49.1%	39.5%
令和元年度	5,856人	2,878人	49.1%	39.2%

健診受診者内訳【図-6】

(KDBシステム)



健診受診者内訳【図-7】



- 令和元年 11 月から長崎市医療機関で個別健診を受けられるよう環境整備をおこないました。受診率は平成 30 年度に 4.1%伸び、令和元年度は横ばいです。
- 年代別で見ると、男女ともに 65 歳以上の受診率は 5 割以上を維持できています。
- また、40 代男女及び 50 代後半の女性の受診率が伸びていますが、50 代男性は伸び悩んでいる状況です。若年層の受診率が伸びない場合、受診率は今後下がっていく可能性が高いです。平成 30 年度の受診率の伸びは、40 代前半、50 代後半、70 代男女の伸びが影響しており、令和元年度の受診率は 40 代、60 代、70 代男性、40 代後半、60 代前半の女性の受診率の伸びが影響しています。同じ受診率ではありますが、影響している年代は異なります。継続受診者は年々少しずつ、増加している状況です。

特定健診有所見者状況 平成 28 年度と令和元年度の比較【表-10】(KDB システム)

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	353	29.5	608	50.8	299	25.0	242	20.2	113	9.4	442	36.9	609	50.9	182	15.2	674	56.3	292	24.4	529	44.2	40	3.3
	40-64	97	33.0	149	50.7	105	35.7	80	27.2	24	8.2	91	31.0	117	39.8	46	15.6	143	48.6	94	32.0	157	53.4	1	0.3
	65-74	256	28.3	459	50.8	194	21.5	162	17.9	89	9.9	351	38.9	492	54.5	136	15.1	531	58.8	198	21.9	372	41.2	39	4.3
令和 元 年度	合計	382	30.1	653	51.5	329	25.9	277	21.8	95	7.5	504	39.7	673	53.0	173	13.6	621	48.9	279	22.0	592	46.7	42	3.3
	40-64	114	38.6	153	51.9	101	34.2	98	33.2	25	8.5	94	31.9	121	41.0	47	15.9	120	40.7	90	30.5	158	53.6	2	0.7
	65-74	268	27.5	500	51.3	228	23.4	179	18.4	70	7.2	410	42.1	552	56.7	126	12.9	501	51.4	189	19.4	434	44.6	40	4.1
女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成 28 年度	合計	357	21.3	331	19.7	239	14.2	146	8.7	28	1.7	345	20.5	805	47.9	22	1.3	825	49.1	256	15.2	1,011	60.2	8	0.5
	40-64	90	18.9	80	16.8	58	12.2	45	9.4	5	1.0	90	18.9	193	40.5	6	1.3	151	31.7	78	16.4	291	61.0	1	0.2
	65-74	267	22.2	251	20.9	181	15.0	101	8.4	23	1.9	255	21.2	612	50.9	16	1.3	674	56.0	178	14.8	720	59.9	7	0.6
令和 元 年度	合計	356	21.8	332	20.4	247	15.2	148	9.1	12	0.7	418	25.6	836	51.3	28	1.7	794	48.7	260	16.0	965	59.2	6	0.4
	40-64	87	20.5	76	17.9	60	14.1	33	7.8	1	0.2	89	20.9	161	37.9	7	1.6	145	34.1	78	18.4	264	62.1	2	0.5
	65-74	269	22.3	256	21.2	187	15.5	115	9.5	11	0.9	329	27.3	675	56.0	21	1.7	649	53.9	182	15.1	701	58.2	4	0.3

メタボリックシンドローム予備軍・該当者 平成28年度と令和元年度の比較【表-11】

性別	年度	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
男性	平成28年度	合計	1,197	41.7	54	4.5%	203	17.0%	8	0.7%	165	13.8%	30	2.5%	351	29.3%	61	5.1%	16	1.3%	177	14.8%	97	8.1%
	40-64	294	25.9	22	7.5%	45	15.3%	5	1.7%	27	9.2%	13	4.4%	82	27.9%	12	4.1%	4	1.4%	47	16.0%	19	6.5%	
	65-74	903	52.1	32	3.5%	158	17.5%	3	0.3%	138	15.3%	17	1.9%	269	29.8%	49	5.4%	12	1.3%	130	14.4%	78	8.6%	
女性	令和元年度	合計	1,269	46.9	62	4.9%	226	17.8%	17	1.3%	167	13.2%	42	3.3%	365	28.8%	56	4.4%	20	1.6%	164	12.9%	125	9.9%
	40-64	295	29.5	26	8.8%	49	16.6%	1	0.3%	29	9.8%	19	6.4%	78	26.4%	7	2.4%	7	2.4%	42	14.2%	22	7.5%	
	65-74	974	57.2	36	3.7%	177	18.2%	16	1.6%	138	14.2%	23	2.4%	287	29.5%	49	5.0%	13	1.3%	122	12.5%	103	10.6%	
男性	平成28年度	合計	1,680	49.7	36	2.1%	115	6.8%	5	0.3%	88	5.2%	22	1.3%	180	10.7%	13	0.8%	4	0.2%	102	6.1%	61	3.6%
		40-64	477	36.9	14	2.9%	36	7.5%	2	0.4%	26	5.5%	8	1.7%	30	6.3%	1	0.2%	1	0.2%	19	4.0%	9	1.9%
		65-74	1,203	57.6	22	1.8%	79	6.6%	3	0.2%	62	5.2%	14	1.2%	150	12.5%	12	1.0%	3	0.2%	83	6.9%	52	4.3%
女性	令和元年度	合計	1,630	51.6	30	1.8%	114	7.0%	4	0.2%	84	5.2%	26	1.6%	188	11.5%	19	1.2%	7	0.4%	104	6.4%	58	3.6%
		40-64	425	39.3	8	1.9%	28	6.6%	1	0.2%	19	4.5%	8	1.9%	40	9.4%	6	1.4%	3	0.7%	23	5.4%	8	1.9%
		65-74	1,205	58.0	22	1.8%	86	7.1%	3	0.2%	65	5.4%	18	1.5%	148	12.3%	13	1.1%	4	0.3%	81	6.7%	50	4.1%

・平成28年度と平成31年度を比較すると、男性はBMI25以上、 γ -GPT、血糖、HbA1c、LDL コレステロールの有所見者の割合が増加し、HDL コレステロール、尿酸、収縮期血圧の有所見者の割合は低下しています。

女性も血糖、HbA1cの有所見者の割合が増加し、収縮期血圧の割合は減少しています。メタボリックシンドロームの該当者は男性では若い世代で減少がみられましたが、有所見が3項目（血糖・血圧・脂質異常）すべて該当している者の割合が増加しており、女性でも若い世代でのメタボリックシンドロームの該当者が増加しています。

特定保健指導実施率（法定報告値）【表-12】

項目	特定保健指導実施率			
	対象者数	終了者数	実施率	県平均実施率
平成28年度	264人	122人	46.2%	53.1%
平成29年度	234人	148人	63.2%	53.7%
平成30年度	299人	132人	44.1%	58.8%
令和元年度	283人	161人	56.9%	58.9%

保健指導レベル別の人数と割合【表-13】

(KDB システム)

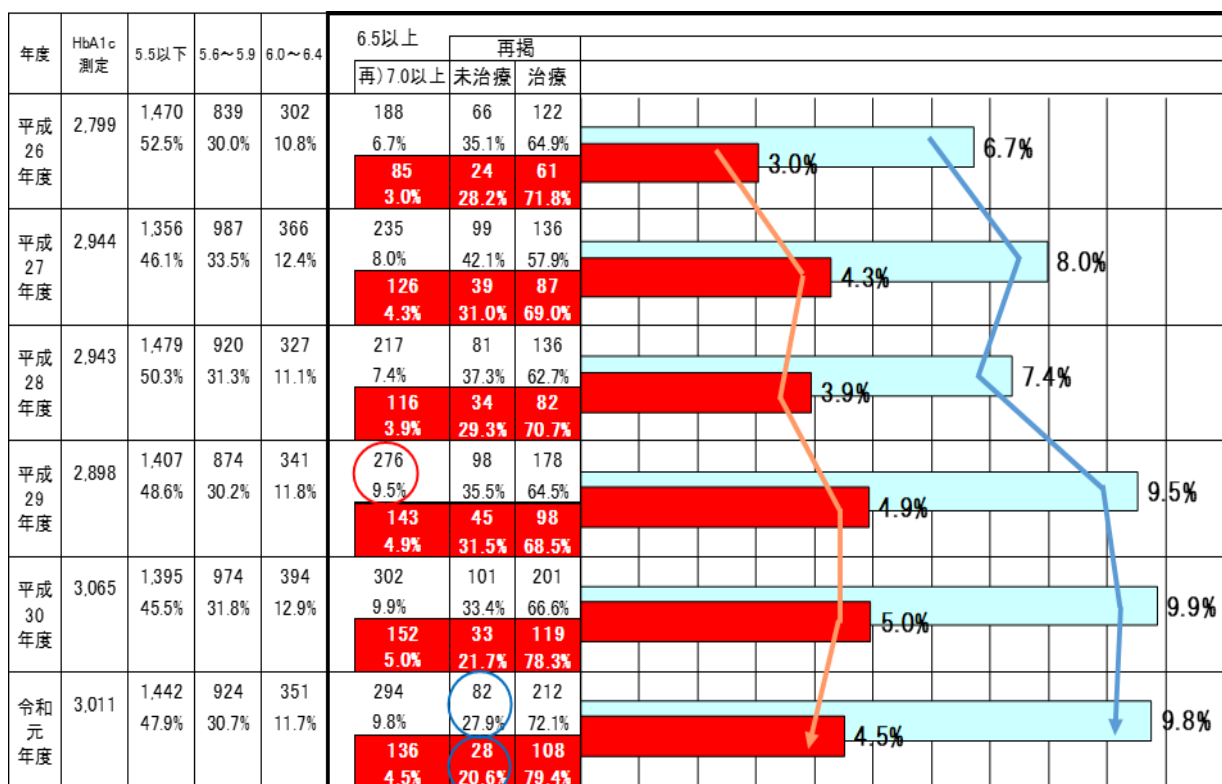
	保健指導レベル	平成28年度 実績	平成29年度 実績	平成30年度 実績	令和元年度 実績
OP	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	280人 (9.3%)	252人 (8.6%)	317人 (10.2%)	306人 (10.0%)
M	情報提供(受診必要)	534人 (17.8%)	527人 (17.9%)	553人 (17.7%)	557人 (18.2%)
L	情報提供 (治療中でコントロール不良)	950人 (31.7%)	1,011人 (34.3%)	1,082人 (34.7%)	1,073人 (35.1%)
D	健診未受診者	3,249人	3,144人	3,397人	3,331人
N	情報提供(受診不必要)	534人 (17.8%)	494人 (16.8%)	536人 (17.2%)	498人 (16.3%)
K	情報提供 (治療中でコントロール良)	701人 (23.4%)	661人 (22.4%)	634人 (20.3%)	620人 (20.3%)

・年度ごとで保健指導実施率に波がある原因として、健診受診日が年度後半であったり、保健指導の介入が年度をまたぐことが挙げられます。今後、保健指導実施率も一定になるよう実施率を上げていく必要があります。

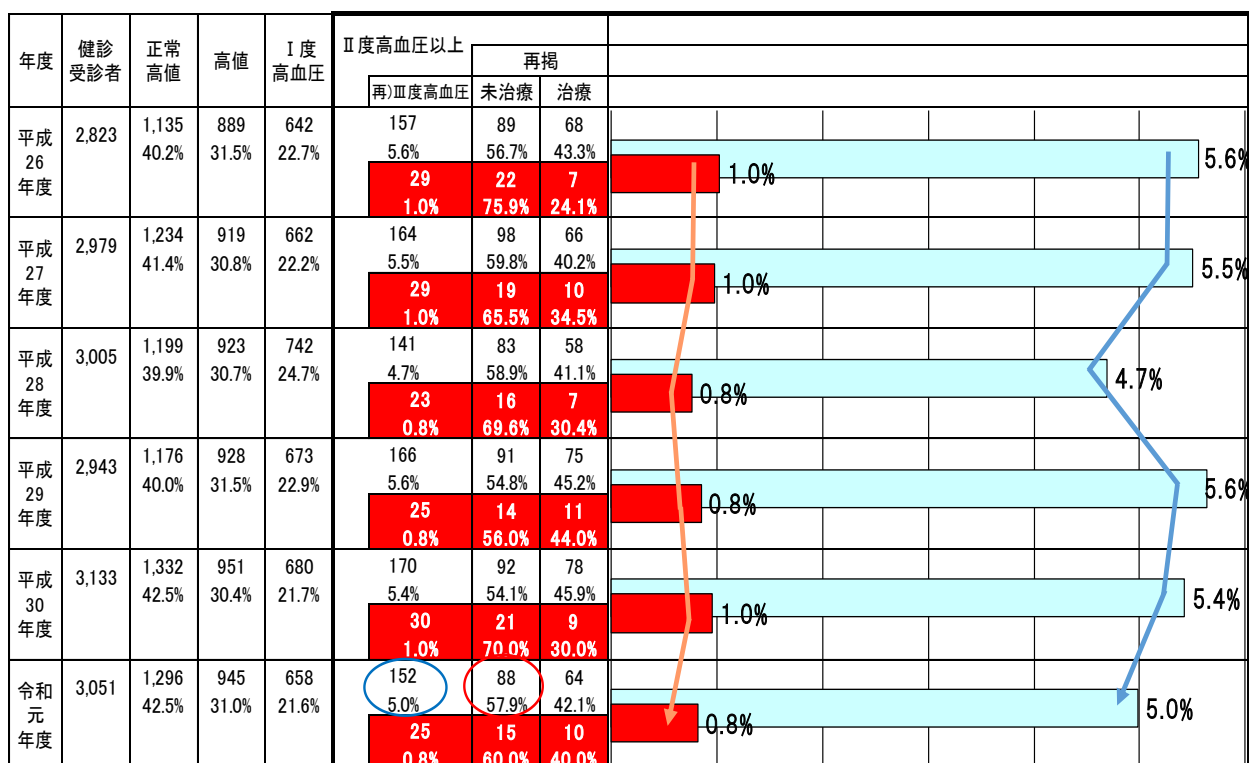
また、特定保健指導(OP)、情報提供：受診必要(M) 情報提供：コントロール不良(L)も割合が増加していることから重症化予防事業についても併せて行っていく必要があります。

健診受診者の高血糖・高血圧・高脂質の推移

高血糖の推移：HbA1cが6.5以上の者（再掲）7.0以上の者【図-8】



高血圧の推移：血圧値 160/100 以上の者、（再掲）180/110 以上の者【図-9】



高LDLの推移：160以上の者、(再掲)180以上の者【図-10】

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
平成26年度	2,818	1,299 46.1%	726 25.8%	468 16.6%	325 11.5%	280 86.2%	45 13.8%	11.5%
					107 3.8%	94 87.9%	13 12.1%	3.8%
平成27年度	2,967	1,336 45.0%	742 25.0%	523 17.6%	366 12.3%	328 89.6%	38 10.4%	12.3%
					129 4.3%	116 89.9%	13 10.1%	4.3%
平成28年度	2,997	1,386 46.2%	785 26.2%	495 16.5%	331 11.0%	301 90.9%	30 9.1%	11.0%
					119 4.0%	107 89.9%	12 10.1%	4.0%
平成29年度	2,937	1,398 47.6%	753 25.6%	502 17.1%	284 9.7%	255 89.8%	29 10.2%	9.7%
					90 3.1%	83 92.2%	7 7.8%	3.1%
平成30年度	3,127	1,503 48.1%	791 25.3%	507 16.2%	326 10.4%	299 91.7%	27 8.3%	10.4%
					111 3.5%	102 91.9%	9 8.1%	3.5%
令和元年度	3,046	1,412 46.4%	781 25.6%	525 17.2%	328 10.8%	298 90.9%	30 9.1%	10.8%
					105 3.4%	97 92.4%	8 7.6%	3.4%

- 高血糖の推移：HbA1c6.5以上の割合は増加しているが、HbA1c7.0以上の未治療の割合は減少しています。
- 高血圧の推移：Ⅱ度以上高血圧の割合が減少しているが、未治療者の割合が6割近い状況です。
- 高LDLの推移：全体の割合について変化はないが、未治療者が9割を超えている状況です。

第4章 データヘルス計画全体と個別保健事業の中間評価と見直しについて

1. データヘルス計画全体についての評価

◎目標項目

- ・虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病（CKD）による新規透析導入患者について

【表-14】

目標項目	具体的数値	実績値			
	(内容)	平成28年度 (ベース)	平成29年度	平成30年度	令和元年度
虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病（CKD）による新規透析導入患者（ ）は1年以上国民健康保険に加入していた者	減少	5人	3人	6人	6人
		(4人)	(2人)	(3人)	(2人)

未達成要因

新規透析導入患者のうち1年以上国民健康保険に加入している者は減少から横ばい傾向であり、国民健康保険加入と同時に特定疾病（人工透析）に認定された方は、それまでに重症化予防の取り組みができていなかったためと考えられます。

事業の方向性

新規透析導入患者を分析すると、健診未受診者や国民健康保険加入と同時に特定疾病（人工透析）に認定された方が半数を占め、より一層の健診未受診者対策・他の保険者との連携を今後、強化する必要があります。

最終目標の見直し

評価として、新規透析導入患者のうち、透析導入時、国保外から加入した方がわかるよう計上・評価を行う必要があります。

- ・医療費適正化【表-15】

目標項目	具体的数値	実績値			
	(内容)	平成28年度 (ベース)	平成29年度	平成30年度	令和元年度
医療費適正化	(新)“脳血管疾患” “虚血性心疾患” “糖尿病性腎臓病”の患者数の伸びを押さえる	脳血管疾患:412人 虚血性心疾患:572人 糖尿病性腎臓病:100人 計:1,084人	脳血管疾患:397人 虚血性心疾患:561人 糖尿病性腎臓病:109人 計:1,067人	脳血管疾患:370人 虚血性心疾患:529人 糖尿病性腎臓病:101人 計:1,000人	脳血管疾患:339人 虚血性心疾患:545人 糖尿病性腎臓病:96人 計:980人
	(旧)“脳血管疾患” “虚血性心疾患” “糖尿病性腎臓病”の患者数 (レセプト件数)の伸びを押さえる	脳血管疾患:672件 虚血性心疾患:912件 糖尿病性腎臓病:-件	脳血管疾患:590件 虚血性心疾患:1,270件 糖尿病性腎臓病:-件	脳血管疾患:590件 虚血性心疾患:1,203件 糖尿病性腎臓病:-件	

成功要因

その年によっての変動が大きく、被保険者数が年々減少している影響もあります。

未達成要因

国民健康保険外からの加入者についても現在込みで計上をしています。

事業の方向性

重症化予防事業・糖尿病性腎臓病重症化予防事業を引き続き行い、また健診未受診者で糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療中断者を抽出し、受診勧奨を行います。

最終目標の見直し

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎臓病の患者数（レセプト件数）の伸びを抑えるとしていましたが、レセプト件数よりも患者数での伸びを指標とした方が評価しやすいこと、また、レセプト件数では糖尿病性腎臓病をKDBシステムから計上できないことから、患者数での評価に変更します。

2. 個別保健事業についての評価

I 特定健診受診勧奨事業（特定健診未受診者対策）

目的：特定健診の受診率が上がることで被保険者の健康状態の経年的な把握が可能となり、地域の持つ健康課題がより明らかになる。

また、自分の体への意識を持ち、予防の視点を持った被保険者が増える。

対象者 国民健康保険被保険者のうち 40 歳から 74 歳の町民

<事業内容>

- ①特定健診対象者へ受診券の送付（4 月末から 5 月初旬）
受診勧奨チラシを同封し、A4 サイズのカラー封筒で送付
- ②がん検診と同時実施
集団健診（土曜日も実施）・個別健診
- ③各事業やイベントでの PR
自治会長会・コミュニティ総会、各ボランティア協議会定例会時、健康まつり、公民館まつり等イベント
- ④追加健診の実施（2 月）
※令和 2 年度は新型コロナウイルス感染予防のため中止
- ⑤未受診者へはがきでの受診勧奨（2 月追加健診に合わせ 1 月に送付）
※令和 2 年度は新型コロナウイルスのため中止
- ⑥2ヶ年度未受診者へ訪問勧奨（5月～3月初旬）
保健師 3 名で実施。月に 1 度担当職員が受診情報を突合
（令和 2 年度は電話勧奨のみ）
- ⑦確定申告会場での受診勧奨
受付にて国保資格の有無、健診の受診歴を確認し、未受診者へ受診勧奨
受診券がない方にはその場で再発行を行う。
※令和 2 年度は新型コロナウイルスのため中止
- ⑧新規国保加入者への電話勧奨
電話番号を確認し、受診券送付後電話勧奨を行う。
- ⑨医療情報提供事業の活用
医療機関で特定健診内容に相当する検査を行っている方のリストを医療機関へ
送付し、医療機関から健診受診を促していただく。
- ⑩窓口に健診結果持参の方へは（トイレットペーパー・マスク）を配布
- ⑪脳ドック・人間ドックの助成
- ⑫ミックンポイントの付与
特定健診結果提出や検査数値の改善に応じてポイントを付与

<実施体制>

健康保険課健康増進係、健康保険課保険係で年に2～3回程度特定健診に関する事務打ち合わせを実施したほか、随時データのやり取り等を通じて連携しています。

評価（実績） 特定健診受診率（法定報告値）【表-16】

	平成30年度	令和元年度
目標値	60.0%	60.0%
受診率	49.1%	49.1%
達成率	81.8%	81.8%

成功要因

- ・ 確定申告会場で未受診者へ受診勧奨を行うことで持ち込みが増えました。
- ・ 長崎市医療機関で特定健診が受診できるよう環境整備を行いました。

未達成要因

- ・ 40代、50代特に男性の受診率が3割未満と低い状況です。
- ・ 訪問勧奨を行っていましたが、毎回同じ方が対象にあがるため、対象者の抽出、勧奨方法に苦慮しています。

事業の方向性

- ・ 健診受診率は年々増加していますが、5割の方が特定健診未受診であり、年齢が下がるにつれて低い状況であるため、40代、50代の若い世代を対象に効果的な受診勧奨を行います。
- ・ 令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため、イベント等での周知・受診勧奨を行うことができませんでした。今後効果的な受診勧奨を行うため、令和3年度より対象者の抽出や受診勧奨の通知を外部委託し、各々の対象にあった効果的な受診勧奨を行います。
- ・ 令和2年度から西そのぎ商工会及び事業主と連携し、健診センターを通して職場健診で実施した特定健診の結果を情報提供してもらいます。

II 特定保健指導実施率の向上

目的：特定保健指導は内臓脂肪型肥満に着目して行う保健指導。保健指導率が向上し、健診受診者本人が健診結果を保健師等の専門職と一緒に確認する機会を設けることで、自分の検査結果と生活習慣をつなげて考える機会となり、行動変容が期待できる。また、被保険者一人ひとりが疾患や体の中で起きていることに関する知識をつけることで、疾患リスクに早期に気づき、大きな合併症を引き起こすことを防ぐことができる。

対象者 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム予備軍および該当者
(糖尿病・高血圧・脂質異常症の薬を服用していない者)

<事業内容>

- ・特定健診を受診後、システムよりデータを抽出（健診受診からシステムに結果が反映されるまで、2か月ほどかかる。）動機付け支援・積極的支援対象者の名簿を作成し、対象者へ保健指導の案内を送付し、保健指導の日程を決め、保健指導レベルに合わせた支援を行い、3か月後に評価を行う。
連絡がない方に対して、電話・文書の送付・訪問を行う。
- ・保健指導（来所・訪問・電話）は平日だけでなく、夜間や土日でも対応
- ・集団健診受診の方には結果説明会の会場にて保健指導を実施。
- ・へるしー教室（集団での運動教室）を実施。
- ・初めて特定保健指導対象者になる方には健康に関する商品を配布
- ・スタッフの力量形成のため、月に1度学習会を実施。

<実施体制>

健康保険課健康増進係

評価（実績） 特定保健指導実施率（法定報告値）【表-17】

	平成30年度	令和元年度
目標値	60.0%	60.0%
実施率	44.1%	56.9%
達成率	73.5%	94.8%

未達成要因

- ・初回面接終了は65%を超えているが、拒否や音信不通などの理由で終了率が50%を切っている状況です。

事業の方向性

終了率をどう上げるか、初回拒否者へのアプローチを工夫する必要があります。

- スマートフォンを使用して遠隔で保健指導を行う方法を取り入れ、実施率が低い若い方の保健指導に力をいれていきます。
- 特定保健指導専任のスタッフを置き、対象者名簿作成から法定報告まで一貫して作業を行い、漏れがないよう、引き続き取り組みます。

Ⅲ糖尿病性腎臓病重症化予防

目的： 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下、「ハイリスク者」という）に対して長与町が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、被保険者の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。また、あわせて、慢性腎臓病（CKD）重症化予防を図ることも目的とする。

対象者及び保健指導の方法

1. 医療機関未受診者・糖尿病治療中断者（受診勧奨対象者）

(1) 選定基準

①医療機関未受診者

過去の健診において、HbA1c(NGSP)6.5%以上の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者又は、eGFR が60ml/分/1.73 m²未満の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、強めの受診勧奨を行う。

注1) 慢性腎臓病（CKD）対策として、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFR により、医療機関の受診勧奨を行う。なお、長崎県における健診結果によるかかりつけ医への受診勧奨基準は、次のいずれかを満たす場合である。

- a) eGFR 60ml/分/1.73 m²未満
- b) 蛋白尿陽性（1+以上）

*長崎県 CKD 対策検討委員会 平成 29 年 3 月 31 日現在

②糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の医療機関受診月から6か月経過しても受診した記録がない者。

(2) 保健指導（医療機関の受診勧奨）の方法

※以下のいずれか、その他保険者が適当と認める方法で行う。

- ①特定健診の結果の通知（必要に応じて糖尿病の合併症についての資料を追加）
- ②特定健診の結果とは別の郵送による通知
- ③個別面談

④電話

注2) 糖尿病治療中断者については、レセプトにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づき、医療機関を受診していないこともあるため、電話、個別面談等により、受診勧奨を行う場合には、医療機関を受診しなくなった経緯について十分に把握した上で行うことが重要である。

2. ハイリスク者（保健指導対象者）

(1) 選定基準

現在、糖尿病により医療機関受診中の者で、糖尿病性腎臓病や他の糖尿病による合併症も考慮しながら、対象を選定する。ただし、高齢者については、厳格な管理を行うべきではないとの考え方もあるため、年齢を考慮して候補者の抽出を行うことが重要である。

（選定基準）①～⑤のいずれかに該当する者

①HbA1c7.0%以上

*65歳以上の高齢者については、「糖尿病治療ガイド」の「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照すること

②尿蛋白（±）及び（1+）以上

*健診の経年結果（肥満、血圧、eGFR）を確認し、選定する。

③尿蛋白（2+）以上の者

④eGFRの変化

- ・1年でeGFRが5ml/分/1.73m²低下した者又は25%低下した者
- ・50ml/分/1.73m²未満の者

⑤その他、かかりつけ医及び長与町が必要と認めた者

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

○がん等で終末期にある者

○認知機能障害や精神疾患のある者

○その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(2) 保健指導の方法（かかりつけ医との連携体制の構築）

以下の手順により、かかりつけ医（郡市医師会）と連携した上で、保健指導を実施する。

1) 評価項目

(1) 個別評価

①アウトプット（事業実施量）

- ・受診勧奨を全ての対象者に対して、文書の送付等により実施できたか。
- ・実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施できたか。

- ・保健指導を受けることに同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施できたか。

②アウトカム（結果）

- ・保健指導実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価できたか。
- ・医療機関未受診者及び治療中断者（糖尿病及び糖尿病性腎臓病）の減少

(2) 全体評価

①レセプトデータから

- ・人工透析患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ・新規人工透析導入患者数の推移

②特定健診結果から

- ・健診受診率の向上
- ・治療中であるがコントロール不良者の減少
- ・健診受診者の糖尿病性腎臓病の進行にかかるリスク要因の改善状況
（血圧、肥満（体重、BMIなど）、HbA1c、eGFR、尿蛋白など）対象者

評価（実績）【表-18】

項目	平成30年度		令和元年度	
	実数	割合	実数	割合
受診勧奨(医療機関)				
対象者数	25 人		26 人	
対象者のうち、実施者数	18 人	72.0 %	17 人	65.4 %
実施者数のうち、受診者数	13 人	72.2 %	5 人	29.4 %
実施者数のうち、未受診者数	5 人	27.8 %	12 人	70.6 %
保健指導(糖尿病性腎臓病重症化予防事業対象)				
対象者数	178 人		257 人	
対象者のうち、保健指導に同意した人数	65 人	36.5 %	124 人	48.2 %
同意した者のうち、保健指導を実施した人数	65 人	100.0 %	124 人	100.0 %
保健指導を実施した人数のうちHbA1cの数値が下がった人数	33 人	50.8 %	44 人	35.5 %
保健指導を実施した人数のうちeGFRの数値が維持(同値)もしくは向上した人数	32	49.2 %	57	46.0 %

未達成要因

- ・保健指導対象者が平成30年度と比べ、令和元年度は1.5倍近く増加、マンパワーが足りず、保健指導が実施できない者もいました。

事業の方向性

- ・重症化予防事業とすみわけを行い、重症化予防事業の対象者をスリム化することで、糖尿病性腎臓病重症化予防対象者への保健指導のスタッフを確保します。
- また、受診勧奨には今まで訪問・来所を中心としていたが、今後は文書による受診勧奨

を行い、その後レセプトで受診の確認ができない者については訪問・電話などで受診勧奨を行います。

IV重症化予防事業

目的：長与町が実施する健康診査等の結果、疾病リスクの高い者に対し、症状の進行及び虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎臓病、その他の慢性腎臓病（CKD）等の発症を抑え、重症化を予防することを目的とする。

対象者基準 特定健康診査や持込データ、情報提供から対象者を抽出

- ①糖尿病：HbA1c 7.0%以上の者（80歳未満）
- ②高血圧：Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg以上）の者（70歳未満）
- ③LDL-C：180mg/dl以上の者（70歳未満）
- ④CKD：（40～59歳）eGFR60未満または、尿蛋白2+以上の者
（60～69歳）eGFR50未満または、尿蛋白2+以上の者
（70～79歳）eGFR45未満または、尿蛋白2+以上の者（G3b）

<事業内容>

- ・健診受診者のうち、対象者となる者を抽出、台帳を作成
- ・健診受診医療機関へ重症化予防事業対象者に挙げてよいか確認。
- ・1か月に1度困難ケースや力量形成のためスタッフカンファレンスを行う。

◎保健指導

①状況確認

（生活環境、現病歴、家族歴、疾患の認識状況、食事状況、運動状況、生活状況、服薬状況、血圧等の確認）

②保健指導

定期的な保健指導が必要な場合は主治医または健診を実施した医師の指示のもと、訪問または電話により保健指導を行う。疾病の理解を促し、自分の状態を知ること、対象者が自ら問題に気づき行動変容につながるよう資料等を用いて説明し、必要時は対象者にあつた運動教室や予防教室等を紹介。保健指導を実施した場合は主治医へ状況を報告し、次回の指導に向けて主治医と情報共有を行う。

評価（実績）【表-19】

目標値	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
次年度の健診結果で検査値の改善の者が60%以上	HbA1c: 53.3% eGFR: 67.7% 血圧: 38.7% LDL: 65.7%	HbA1c: 61.8% eGFR: 72.1% 血圧: 77.9% LDL: 70.0%	HbA1c: 46.6% eGFR: 70.3% 血圧: 81.0% LDL: 67.4%	令和2年度結果がそろっていないため、評価できず。

成功要因

- 重症化予防事業に専任できるスタッフを確保することができ、保健指導（訪問・来所）の実施数が増えました。

未達成要因

- 健診受診率が増加するとともに、重症化予防事業対象者も増加するが、継続的支援が必要な糖尿病対象者の場合でも手が回らず、初回のみでの支援で終了する場面もありました。

事業の方向性

- 重症化予防事業に今まで含まれていない60代で腎機能45-59の方へアプローチ（健診結果、腎機能推移グラフ、パフレット）を送付することで早い段階での重症化予防事業に取り組むことができると考えます。
- 対象者を絞り込み、優先度が高い方へ密な関わりを行います。
 糖尿病：40歳～70歳はHbA1c7.0以上を対象
 71歳～74歳はHbA1c8.0以上が対象
 ※但し、71歳～74歳でHbA1c7.0以上でHbA1cが上昇傾向（8.0まではいかない）、尿蛋白（±以上）がある場合は対象とします。
 CKD：昨年度の健診結果と比べ、腎機能が維持している場合は結果の郵送のみ行います。

長与町国民健康保険保健事業実施計画

(データヘルス計画) 中間評価

令和2年度

令和3年 3月発行

編集発行 長与町 健康保険部 健康保険課

〒851-2185 長崎県西彼杵郡長与町嬉里郷 659 番地 1

TEL 095-883-1111 FAX 095-883-2061