

第7章 目標設定

本計画では、計画最終年度までの目標値を定めます。

達成を目指す項目を、計画最終年度となる平成 35 年度(2023 年度)までの長期的管理目標としてまとめるとともに、各管理指標に改善値（率）を設定し、その目標達成のために必要である改善率を、短期的な管理指標として設定します。

1) 特定健診受診・特定保健指導の目標

「特定健康診査等基本指針」に基づき、特定健診及び特定保健指導について、計画最終年度までの実施率の目標値を定めます。国の指針に基づき、特定健診、特定保健指導実施率をそれぞれ平成 35 年度(2023 年度)に 60%まで引き上げることを目標とします。（同目標値は、第3期特定健康診査等実施計画に合わせた数値となっています）

図表 68 特定健診受診率・特定保健指導実施率の短期・長期目標値

	対応施策	目標値 平成 30 年度 (2018 年度)	目標値 平成 31 年度 (2019 年度)	目標値 平成 32 年度 (2020 年度)	目標値 平成 33 年度 (2021 年度)	目標値 平成 34 年度 (2022 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)
特定健診 受診率	未受診 勧奨	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定保健指導 実施率	未利用 勧奨	35%	38%	45%	48%	55%	60%

2) 重症化対策の目標

重症化対策について、改善値（率）と目標値（率）を定めます。各分類ごとの対象者割合を平成 35 年度(2023 年度)までに以下の目標値まで改善することを目標とします。

(1) 高血糖リスク保有者の重症化対策

図表 69 高血糖リスク保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応 施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者をのぞく	-	1,903 人	-	-
① HbA1c(NGSP)5.6%未満（高血糖リスクなし）	健康教室	314 人 (16.5%)	20.0%	+0.6%
② HbA1c(NGSP)5.6%以上（尿蛋白・eGFR は問わない）※以下区分の対象者も含む	健康教育	1,589 人 (83.5%)	80.0%	-0.6%
③ 「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	健康・栄養相談	103 人 (5.4%)	-	-
④ 「HbA1c(NGSP)7.0%～7.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～9.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	糖尿病相談	82 人 (4.3%)	-	-
⑤ 「HbA1c(NGSP)8.0%以上」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)10%以上（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療あり	糖尿病指導	7 人 (0.4%)	-	-
⑥ 「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)6.5%～6.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～7.9%」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)7.0%～9.9%（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 ・「HbA1c(NGSP)8.0%以上」かつ「尿蛋白 (+) 以上または eGFR60 未満」 ・「HbA1c(NGSP)10%以上（尿蛋白 (-) または (±)、eGFR60 以上）」 上記いずれかで現在糖尿病治療なし	医療機関受診勧奨	37 人 (1.9%)	1.3%	-0.1%

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトで糖尿病の傷病名がある人で判断します。（糖尿病性合併症群含みます、検査の結果“糖尿病の疑い”を含みます）

※分類③～⑤の割合は、分類⑥の改善により上昇する可能性があるため、目標値は設定していません。

(2) 特定健診未受診者の重症化対策

図表 70 特定健診未受診者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診未受診者 ※現在人工透析者をのぞく	-	4,399 人	-	-
⑦ 過去に糖尿病治療歴なし かつ 現在糖尿病治療あり (糖尿病新規治療者)	健診受診勧奨	13 人 (0.3%)	-	-
⑧ 過去に糖尿病治療歴あり かつ 現在糖尿病治療あり (糖尿病継続治療者)	健診受診勧奨 (医療機関での継続治療の促し)	92 人 (2.1%)	-	-
⑨ 過去に糖尿病治療歴なし かつ 現在糖尿病治療なし (糖尿病治療歴なし)	健診受診勧奨	4,299 人 (96.5%)	-	-
⑩ 過去に糖尿病治療歴あり かつ 現在糖尿病治療なし (糖尿病治療中断者)	健診受診勧奨 医療機関受診勧奨	50 人 (1.1%)	0.5%	-0.1%

※現在糖尿病治療ありは直近 6 か月のレセプトでインスリン治療がある人で判断します。(検査のみの人をのぞきます)

(3) 高血圧リスク保有者の重症化対策

図表 71 高血圧リスク保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者のぞく	-	1,903 人	-	-
⑪ 収縮期血圧 130mmHg 未満かつ 拡張期血圧 85mmHg 未満 (高血圧リスクなし)	健康教室	987 人 (51.9%)	-	-
⑫ 収縮期血圧 130mmHg 以上または 拡張期血圧 85mmHg 以上	健康教育（笑顔 かがやき隊）	916 人 (48.1%)		
⑬ 収縮期血圧 160mmHg 以 上または 拡張期血圧 100mmHg 以 上（II 度高血圧以上）かつ 現在高血圧症治療あり	医療機関での継 続治療の促し	40 人 (2.1%)	-	-
⑭ 収縮期血圧 160mmHg 以 上または 拡張期血圧 100mmHg 以 上（II 度高血圧以上）かつ 現在高血圧症治療なし	医療機関受診勧 奨 (電話勧奨)	24 人 (1.3%)	0.7%	-0.1%

※現在高血圧症治療ありは直近 6 か月のレセプトで高血圧症の傷病名がある人で判断します。（検査の結果“高血圧症の疑い”を含みます）

(4) 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策

図表 72 高血糖・高血圧リスク複数保有者の重症化対策の短期・長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)	改善値 (各年度)
特定健診受診者 ※特定保健指導対象者（積極的支援、動機付け支援）、現在人工透析者をのぞく	-	1,903 人	-	-
HbA1c(NGSP)5.6%～6.4% かつ ⑮ 収縮期血圧 140mmHg～159 mmHg または拡張期血圧 90 mmHg～99 mmHg (I 度高血圧)	生活習慣病予防教室	315 人 (16.6%)	13.0%	-0.6%

※高血糖、高血圧リスクそれぞれの重症化対策対象者（HbA1c(NGSP)6.5%以上または II 度高血圧以上）はのぞきます

(5) 重症化対策の長期的管理目標

重症化対策の長期的管理目標として、新規人工透析者を平成 35 年度(2023 年度)までに以下の目標値まで改善することを目標とします。

図表 73 重症化対策の長期目標値

対象者	対応施策	現状値 平成 28 年度 (2016 年度)	目標値 平成 35 年度 (2023 年度)
新規人工透析者	重症化対策	9 人	0 人

※該当年度に新規に人工透析療法を開始した人数

3) 医療費適正化の目標

後発品医薬品促進、第三者行為求償事務は現状の施策を継続実施、重複服薬者対策、重複・頻回診療者対策については、医療行動の見直しを促す施策を新たに実施することを目標とします。

図表 74 医療費適正化の短期・長期目標

	対応施策	現状 平成 28 年度 (2016)	目標 平成 30～35 年度 (2018～2023)
医療費適 正化	重複服薬者対策	実施なし	【新規】広報等啓発事業の 検討
	重複・頻回診療者対策	実施なし	【新規】広報等啓発事業の 検討
	後発品医薬品促進	後発品への切り替えを促 す通知の実施（国保連 合会委託）	【継続】後発品への切り替え を促す通知の実施（国保 連合会委託）
	第三者行為求償事務	第三者行為求償事務の 実施（国保連合会委 託）	【継続】第三者行為求償事 務の実施（国保連合会委 託）

第 8 章 データヘルス計画の見直し

1) 計画の評価

本計画により実施される施策については、特定健診等の受診率、医療の動向などを確認しながら、事業評価を行います。

2) 計画の見直し

計画の見直しは、最終年度となる平成 35 年度(2023 年)に目的・目標の達成状況から行います。

また、計画の中間時点等計画期間の途中においても、短期・長期目標の達成状況や事業の実施状況を確認し、目標値の見直し、必要に応じ改善策の検討を実施します。

第 9 章 データヘルス計画の公表・周知方法

この計画書は、ホームページに掲載して公表します。

第 10 章 事業運営上の留意事項

効果的・効率的な取り組みを進めるために、国保加入者、医療機関、庁内各関係グループ、関係機関等との連携・協力が必要です。データヘルス計画で策定した事業について、今後も連携を取りながら事業を実施します。

第 11 章 個人情報の保護

保健事業で得られる個人情報の取り扱いについては、個人情報保護関係法令に基づくほか、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（厚生労働省平成 29 年 4 月 14 日個人情報保護委員会）」、「播磨町個人情報保護条例」（平成 16 年条例第 2 号）等に基づき、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払いながら、事業を実施します。

第 12 章 その他計画策定に当たっての留意事項

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、データヘルスに関する研修などに担当者が積極的に参加するとともに、関係グループや関係機関と協議する場を設けるものとします。

第 1 3 章 巻末資料 (用語集)

No	用語	解説	ページ
基本用語			
1	生活習慣病	基礎疾患、重症化疾患を「生活習慣病」と定義しています。	19～
2	基礎疾患	糖尿病、高血圧症、脂質異常症を「基礎疾患」と定義しています。	19～
3	重症化疾患	以下の疾患を「重症化疾患」と定義しています。 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管疾患（その他）、血管性認知症、狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患（その他）、心筋症、心肥大、心不全、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害、糖尿病潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症（その他）、高血圧性網膜症、腎不全	19～
4	生活習慣病の重症化疾患群	脳血管疾患群、虚血性心疾患群、糖尿病性合併症群を「生活習慣病の重症化疾患群」と定義しています。	19～
5	生活習慣病の重症化疾患群ごとの内訳	「生活習慣病の重症化疾患群」の内訳 脳血管疾患群：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、血管性認知症、脳血管疾患（その他） 虚血性心疾患群：狭心症、心筋梗塞、虚血性心疾患（その他）、心筋症、心肥大、心不全 糖尿病性合併症群：糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病神経障害、糖尿病潰瘍・壊疽、糖尿病性合併症（その他）、高血圧性網膜症、腎不全	19～
6	要治療者	特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えている人	11～16
7	治療者	「基礎疾患」、「重症化疾患」にて、医療機関を受療し、診療や投薬を実施している人 診療や投薬は「基礎疾患」、「重症化疾患」の病名に紐づいた摘要のうち以下の診療識別で判断します。 10 番台：初診、医学管理など 20 番台：内服、頓服、外用など 30 番台：点滴、注射など 40 番台：処置 50 番台：手術	11～
8	未治療者	「要治療者」の人で、「基礎疾患」、「重症化疾患」にて、医療機関を受療していない人	11～16
9	リスク	高血糖、高血圧、脂質異常の組み合わせ	34～35

要治療の判定値			
1	収縮期血圧	140mmHg 以上	11~16
2	拡張期血圧	90mmHg 以上	
3	中性脂肪	300mg/dL 以上	
4	HDL コレステロール	34mg/dL 以下	
5	LDL コレステロール	140mg/dL 以上	
6	空腹時血糖	126mg/dL 以上	
7	HbA1c (NGSP)	6.5%以上	
8	AST (GOT)	51IU/l 以上	
9	ALT (GPT)	51IU/l 以上	
10	γ-GT (γ-GTP)	101IU/l 以上	

リスクの基準				
1	高血糖	空腹時血糖	≥ 110mg/dL	35
		HbA1c (NGSP)	≥ 6.0%	
2	高血圧	収縮期血圧	≥ 130mmHg	
		拡張期血圧	≥ 85mmHg	
3	脂質異常	LDL コレステロール	≥ 120mg/dL	
		HDL コレステロール	< 40mg/dL	
		中性脂肪	≥ 150mg/dL	

メタボリックシンドロームの診断基準					
1	必須項目	腹囲	男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm	34	
2	予備群： 上記に加え、3項目のうち1項目該当する人 該当者： 2項目以上該当する人	2-1	高トリグリセリド血症 かつ/または 低 HDL コレステロール血症		≥ 150mg/dL < 40mg/dL
		2-2	収縮期血圧（最高血圧） または 拡張期血圧（最低血圧）		≥ 130mmHg ≥ 85mmHg
		2-3	空腹時高血糖		≥ 110mg/dL

特定保健指導の判断基準			
1	動機づけ支援	下記 A-1 で B 追加リスクが 1 つ、 下記 A-2 で B 追加リスクが 1 から 2 つ	
2	積極的支援	下記 A-1 で B 追加リスクが 2 つ以上、 下記 A-2 で B 追加リスクが 3 つ以上	
A	A-1	腹囲	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
	A-2	腹囲 かつ BMI	男性 $< 85\text{cm}$ 女性 $< 90\text{cm}$ ≥ 25
B 追加リスク (健診結果・ 質問票より追 加リスクをカウ ント)	B-1	空腹時血糖(随時 血糖) または HbA1c (NGSP)	$\geq 100\text{mg/dL}$ $\geq 5.6\%$
	B-2	中性脂肪 または HDL コレステロール	$\geq 150\text{mg/dL}$ $< 40\text{mg/dL}$
	B-3	収縮期血圧 または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$ $\geq 85\text{mmHg}$
	B-4	質問票で「喫煙歴あ り」	B-1 から B-3 のうち 1 つ以上 の項目に該当した場合にカウ ント
31~34			

※服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない

血糖・脂質・血圧の治療に係る

※前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする

播磨町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）

□発行 平成 30 年 3 月（2018 年 3 月）

□発行者 播磨町 保険年金グループ・すこやか環境グループ

〒675-0182 兵庫県加古郡播磨町東本荘 1 丁目 5 番 30 号

T E L （079） 435-2581
