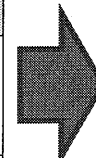


保健事業実施計画（データヘルス計画）の報告について

個別保健事業シート①

個別保健事業	①健康診査事業	
事業目的	生活習慣病やその傾向がある者を早期に発見し、予防や早期治療に繋げていくことで、被保険者の健康の保持・増進を図ることを目的に実施する。	
対象者	受診時点において、有資格者である被保険者（受診対象外の者を除く）	
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村との委託方式により実施 市町村から受診対象者若しくは受診希望者に受診票を送付し、市町村と契約している医療機関若しくは市町村が指定する施設において、健康診査を実施する。 ・健診項目 既往歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長・体重の測定、 血圧の測定、血液検査、尿検査 ※健診追加項目（貧血検査、心電図検査、眼底検査） 	
実施機関	広域連合及び市町村	
実施方法	個別健診（市町村と契約する医療機関等） 集団健診（保健センター等）	
実施体制	市町村により異なる	
受診率向上への取組み	実施計画書の作成	市町村は、目標受診率を記載した健康診査実施計画書（前年度の実績報告を含む）を作成し、事業を展開していく。
	実施計画書の取りまとめ	広域連合は、市町村が作成した健康診査実施計画書を一覧にし、市町村へフィードバックする。
	保健事業説明会の実施	広域連合は、市町村実務担当者を対象とした説明会を開催し、受診率が大幅に向上した市町村の取組み等の好事例を取り上げ、情報の共有化に努める。
	受診率向上に向けた課題検討会の実施	広域連合は、受診率が伸び悩んでいる市町村を対象に課題の原因や対策の共有化を図るため、意見交換の場として課題検討会を実施する。

目 標	目 標 値			
	現 状	平成28年度	平成29年度	評価方法
健康診査受診率の向上	平成27年度 受診率見込み 34.1%	35.0% (前年度受診率 +0.9%)	35.8% (前年度受診率 +0.8%)	実施年度の 受診率の評価
未受診者に対する受診勧奨	未実施	5市町村	8市町村	市町村の実施状況



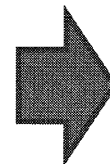
実 績	
平成28年度	平成29年度
35.2%	35.5%
9市町	10市町

保健事業実施計画（データヘルス計画）の報告について

個別保健事業シート②

個別保健事業	②歯科健康診査事業【新規】
事業目的	口腔機能低下や、肺炎等の疾病を予防するとともに、口腔機能の状態を把握することにより、口腔機能の維持・改善を目的に実施する。
対象者	前年度に75歳に到達した者で、受診時点において有資格者である被保険者（受診対象外の者を除く）
事業内容（概要）	千葉県歯科医師会との委託方式により実施 市町村から受診対象者若しくは受診希望者に受診票を送付し、千葉県歯科医師会の会員である協力歯科医療機関において歯科健康診査を受診する。 診査項目 ・口腔診査 歯の状況、歯周病の状況、その他の所見（義歯の状態、口腔軟組織疾患、顎関節異常、口腔乾燥、口腔清掃状況）、口腔機能の状態（口唇・舌機能診査、嚥下機能診査） 指導項目 ・口腔衛生指導 ・食事生活指導
実施機関	広域連合・市町村・千葉県歯科医師会
実施方法	個別健診（千葉県歯科医師会の会員である協力歯科医療機関）
実施体制	千葉県歯科医師会との委託方式

目 標	目 標 値			
	現 状	平成28年度	平成29年度	評価方法
歯科健康診査の実施	【新規事業】	54市町村	54市町村	市町村の実施状況
歯科健康診査受診率の向上	【新規事業】	—	前年度受診率 + 1%	実施年度の受診率の評価



実 績	
平成28年度	平成29年度
50市町村	54市町村
8.5%	11.5%

高齢者の低栄養・重症化予防等事業

千葉県後期高齢者医療広域連合モデル（案）

事業内容	低栄養防止事業
実施方法	立ち寄り型・訪問等による保健指導
対象者	前年度の健康診査において BMI 18.5kg/m ² 未満、または前年度と前々年度の健康診査結果を比較して3kg以上の体重減少がみられた被保険者。（※1）
除外要件	①医療機関等で重複する内容の指導を受けている者。 ②がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析等のレセプトがある者。 ③介護給付を受けている者。
対象者抽出方法	KDB システム（国保データベースシステム）の「保健事業介入支援管理」機能を活用し、上記の条件で市町村が抽出する。（※2）
事業内容（概要）	<p>事業の実施については、地域の医師会と連携を図る。</p> <ol style="list-style-type: none"> 抽出した者に「事業参加勧奨通知」を送付する。 同意が得られた参加者のうち、かかりつけ医がいる場合には、必要に応じ、かかりつけ医の同意、指導内容の指示を得る。 本人の同意を受け、市町村の管理栄養士、保健師等が会場（保健センター等）での面談又は自宅への訪問により栄養指導を実施する。 （かかりつけ医がいる場合は、必要に応じてかかりつけ医から指示を受ける。） <p>○栄養士等による指導内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食生活状況の確認 ・体重測定の実施、適正体重、必要栄養量の説明 ・ふくらはぎ周囲長の測定及びふくらはぎ自己評価の実施、低栄養による筋量低下、骨折、疾患の重症化等の説明 ・個々の栄養改善計画書の作成 ・必要な栄養改善に関する資料等の提供 ・次回面談（訪問）日の調整 <ol style="list-style-type: none"> 指導結果について、かかりつけ医に報告する。 （かかりつけ医の同意等を得ている場合） 1か月後に進捗状況を確認する。（電話でも可） <ul style="list-style-type: none"> ・目標の見直し及び食生活のアドバイス ・次回面談（訪問）日の確認 <p>※進捗状況によっては、再度の指導を実施</p>

		6) 3～6 か月後に面談または訪問を実施する。 ・評価及び今後の食生活のアドバイス 7) 指導結果について、かかりつけ医に報告する。 （かかりつけ医の同意等を得ている場合） （※3）
実施機関		市町村
実施体制		市町村直営または委託
連携		市町村（国保・衛生・介護・福祉部門）
		かかりつけ医・地域の医師会
		千葉県後期高齢者医療広域連合
目標		低栄養に対する意識の向上 〔保健指導終了者のうち、体重の維持又は増加した者の割合が 25%〕 〔保健指導終了者のうち、食生活習慣が改善した者の割合が 25%〕
評価指標	アウトプット	保健指導実施件数
	アウトカム	低栄養に対する意識の向上 〔体重の維持又は増加した者の割合〕 〔食生活習慣が改善した者の割合〕

注釈番号	参考資料
※1	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」におけるガイドライン実践編の位置付け
※2	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 別冊参考資料」における対象者の抽出基準の設定と概数の把握及び対象者から参加予定者の絞り込み
※3	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 別冊事例集」におけるモデル事業で使用されたツール類 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 別冊事例集」におけるモデル事業における取組

高齢者の低栄養・重症化予防等事業

千葉県後期高齢者医療広域連合モデル（案）

事業内容	重症化予防事業
実施方法	文書・電話・訪問等による受診勧奨、または立ち寄り型・訪問等による保健指導
受診勧奨	
対象者	前年度の健康診査結果において、2型糖尿病治療中ではなく、HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白（+）以上（※1）に該当する者。
除外要件	①医療機関等で重複する内容の指導を受けている者。2型 ②がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析等のレセプトがある者。 ③介護給付を受けている者。
対象者抽出方法	KDBシステム（国保データベースシステム）の「保健事業介入支援管理」機能を活用し、上記の条件で市町村が抽出する。（※2）
事業内容（概要）	事業の実施については、地域の医師会と連携を図る。 1) 抽出した者に受診勧奨通知を送付する。 2) およそ2か月後、レセプトにより受診状況を確認し、受診していれば終了とする。 3) 受診していなければ、市町村の保健師、管理栄養士等が電話等で医療機関受診の再勧奨を行う。 4) およそ2か月後、レセプトにより受診状況を確認し、受診していれば終了とする。 5) 受診していなければ、市町村の保健師、管理栄養士等が訪問等で医療機関受診の再勧奨を行う。
保健指導	
対象者	前年度の健康診査結果において、2型糖尿病治療中で HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白（+）以上（※1）に該当する者のうち、かかりつけ医等医師が、実生活に即した保健指導が必要であると判断した者。
除外要件	①医療機関等で重複する内容の指導を受けている者。 ②がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析等のレセプトがある者。 ③介護給付を受けている者。
対象者抽出方法	KDBシステム（国保データベースシステム）の「保健事業介入支援管理」機能を活用し、上記の条件で市町村が抽出する。（※2）

事業内容（概要）	事業の実施については、地域の医師会と連携を図る。 1) 抽出した者に事業参加勧奨通知を送付する。（※3） 2) 同意が得られた場合、かかりつけ医の同意、指導内容の指示を得る。（※3） 3) かかりつけ医からの指示に従い、市町村の保健師等が会場（保健センター等）での面談又は自宅への訪問により保健指導を実施する。 ○保健師等による指導内容（※4） ・受診状況確認、受診継続指導 ・医師の指示に基づく食事・運動等生活習慣に関する指導 ・血糖・血圧コントロールの確認、適切な服薬指導 ・禁煙、適量飲酒等の生活指導 ・効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の実施状況の確認 ・次回面談（訪問）日の調整 4) 指導結果について、かかりつけ医に報告する。（※3） 5) 3～6か月後に面談または訪問指導を実施する。 ・評価及び再指導 6) 指導結果について、かかりつけ医に報告する。 ※状況によっては、次年度以降も継続的な指導等を行っていく。	
共通事項		
実施機関	市町村	
実施体制	市町村直営または委託	
連携	市町村（国保・衛生・介護・福祉部門）	
	かかりつけ医・地域の医師会	
	千葉県後期高齢者医療広域連合	
	千葉県糖尿病対策推進会議（※5）	
	千葉県国民健康保険団体連合会（※6）	
目標	受診勧奨	重症化予防に対する意識の向上 （医療機関を受診した者の割合が25%）
	保健指導	重症化予防に対する意識の向上 （保健指導終了者のうち生活習慣が改善した者の割合が25%）
評価指標	アウトプット	受診勧奨：受診勧奨人数（通知発送、電話、訪問等） 保健指導：保健指導人数
	アウトカム	受診勧奨：重症化予防に対する意識の向上 医療機関を受診した者の割合 保健指導：重症化予防に対する意識の向上 生活習慣が改善した者の割合

注釈番号	参考資料
※1	「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における 75 歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項
※2	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 別冊参考資料」における対象者の抽出基準の設定と概数の把握及び対象者から参加予定者の絞り込み
※3	「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 別冊事例集」におけるモデル事業で使用されたツール類
※4	「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における 3 介入方法 (2) 保健指導
※5	<p>「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における 1 基本的考え方 (3) 取組に当たっての関係者の役割</p> <p>○同プログラムにおいて、医学的・科学的観点から助言を行う役割を担っている。</p>
※6	<p>「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における 1 基本的考え方 (3) 取組に当たっての関係者の役割</p> <p>○同プログラムにおいて、市町村が地域における課題の分析や事業実施を効率的に行えるよう対象者抽出等の支援を行う役割を担っている。</p> <p>なお、「平成 30 年度後期高齢者医療制度事業の実施について (平成 30 年 3 月 30 日 保高発 0330 第 1 号)」においては、「実施計画の策定段階から、第三者 (国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会、有識者会議等) による支援・評価を活用すること。」とされている。</p>

個別保健事業シート③

保健事業	③高齢者の低栄養・重症化予防等事業【新規】
事業目的	低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病等の重症化予防等を行うため、医療機関が直接関わる事が難しい治療中断者や未治療者を洗い出して、個別に直接アプローチを行う取り組みを含むものであり、フレイルやプレフレイルの段階から要介護状態になる前の者に対して、高齢者の特性を踏まえた相談・指導等を実施する。
対象者	<p>健診結果やレセプト等から広域連合及び市町村が地域の特性に合わせて下記対象者を抽出する。</p> <p>○低栄養等防止事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 低栄養または過体重の傾向がある者 2 疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者 3 摂食、嚥下等の口腔機能の低下や、義歯等の口腔内の不調により、十分な栄養を食事から摂取できない者 <p>○重症化予防事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧や糖尿病等の生活習慣病のコントロールが不十分なため、重症化のおそれがある者 過去に糖尿病の治療歴があるが、現在治療を中断している者や健診結果により糖尿病の疑いがあるが、受療歴がない者 2 糖尿病患者で在宅での食事管理ができないなど、疾病等による栄養問題を有する者 3 重複・頻回受診や多剤服用等により薬物有害事象のリスクがある者や薬剤の管理ができない者 4 歯科疾患の重症化や誤嚥性肺炎等の疾病発生の可能性がある者
事業概要	<p>○低栄養等防止事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 栄養に関する相談・指導 ・栄養士や保健師等が訪問等を行い、摂食状況を確認するなどした上で、必要な栄養指導を行う。 2 生活習慣病等の重症化予防 ・栄養士や保健師等がかかりつけ医等との連携の上、訪問等を行い、栄養指導や、食事や生活習慣の改善指導を行う。 3 口腔に関する相談・指導 ・歯科衛生士や保健師等が訪問等を行い、口腔や生活状況を把握した上で、誤嚥性肺炎等の疾病予防、口腔機能の改善のための相談や指導を行う。 ・義歯等の不具合がある者に対して歯科医療機関への受診勧奨を行う。 <p>○重症化予防事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生活習慣病等の重症化予防 ・保健師等がかかりつけ医等との連携の上、訪問等を行い、栄養指導や、食事や生活習慣の改善指導を行う。 ・糖尿病の治療中断者など医療機関への受診が必要な者については、医療機関への受診勧奨を行う。 2 栄養に関する相談・指導 ・栄養士や保健師等が訪問等を行い、医師の指導に基づく食事管理等が在宅で実践できるよう指導を行う。 3 服薬に関する相談・指導 ・薬剤師や保健師等が訪問等を行い、在宅での服薬状況の確認や処方されている薬の理解、服用方法にかかる相談や指導を行う。 4 口腔に関する相談・指導 ・歯科衛生士や保健師等が訪問等を行い、口腔や生活状況を把握した上で、誤嚥性肺炎等の疾病予防、口腔機能の改善のための相談や指導を行う。 ・義歯等の不具合がある者に対して歯科医療機関への受診勧奨を行う。

実施機関	広域連合及び市町村	
実施方法	市町村事業へ補助金を交付 事業の実施方法については市町村により異なる。 ・訪問指導 ・立ち寄り型の相談事業 (実施にあたっては、地域の実状に応じ、既存の拠点(地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、診療所・病院、薬局等)を活用する。)	
実施体制	広域連合及び実施市町村が協力し、事業を実施する。	
実施体制の充実への取り組み	市町村への情報提供等	実施市町村数の増加に向け、県内市町村や他広域連合の実施事例等を市町村へ情報提供していく。 また、市町村において対象者の抽出等を容易にするため、必要に応じて、広域連合が保有する健康診査、歯科健康診査、レセプト情報等の提供を行う。
	関係機関との協議	当該事業については、かかりつけ医や医師会等との連携が不可欠であることから、広域連合及び市町村が医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係機関と協議をする。
	糖尿病性腎症重症化予防への取り組み	生活習慣病のなかでも、糖尿病性腎症の重症化予防を重点課題とし、千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会の動向を踏まえ、人工透析への移行防止に取り組む市町村数の増加に向け検討をする。
評価	アウトプット(結果)	実施市町村数(当該事業のうち、いずれかの事業を実施)
	アウトカム(成果)	低栄養、重症化予防に対する意識の向上
	評価に用いるデータの入手方法等	事業実施後に実施市町村より、実施結果のデータや事業の評価の提供を受ける。また、市町村の結果を基に、広域連合がアンケートの実施や健康診査結果、レセプトの分析等により、対象者の意識や行動変容等を確認する。
	評価の時期	事業実施の翌年度
	評価体制	実施市町村による事業の評価及び広域連合による対象者の意識や行動変容等の評価を踏まえ、市町村職員で構成しているデータヘルス計画推進会議の場において、高齢者の低栄養・重症化予防等事業について、評価を受ける。
	目標値等の見直し	毎年、目標値の進捗状況や達成状況等を踏まえ、必要に応じて目標値や事業の見直しを行う。

目標	目標値						
	現状	計画初年度(H30)	計画2年目	計画3年目	計画4年目	計画5年目	計画6年目
高齢者の低栄養・重症化予防等事業の実施	【新規事業】 H29年度から実施 実施市町村数 1市	1市町村	3市町村	6市町村	9市町村	12市町村	15市町村