

金山町国民健康保険
保健事業実施（データヘルス）計画

2018年4月
福島県大沼郡金山町

第2期保健事業実施（データヘルス）計画

目次

第1章 保健事業実施（データヘルス）計画の基本的事項	2
1. 背景・目的	
2. 計画の位置付け	
3. 計画期間	
4. 関係者が果たすべき役割と連携	
5. 保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1. 第1期計画に係る評価及び考察	
2. 第2期計画における健康課題の明確化	
3. 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	18
1. 第三期特定健診等実施計画について	
2. 目標値の設定	
3. 対象者の見込み	
4. 特定健診の実施	
5. 特定保健指導の実施	
6. 個人情報の保護	
7. 結果の報告	
8. 特定保健指導等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	24
1. 保健事業の方向性	
2. 重症化予防の取り組み	
3. ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	33
第6章 計画の評価・見直し	34
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	35
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	

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

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、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）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整備が進んでいる。

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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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ったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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が創設されることとなった。

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。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・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した。

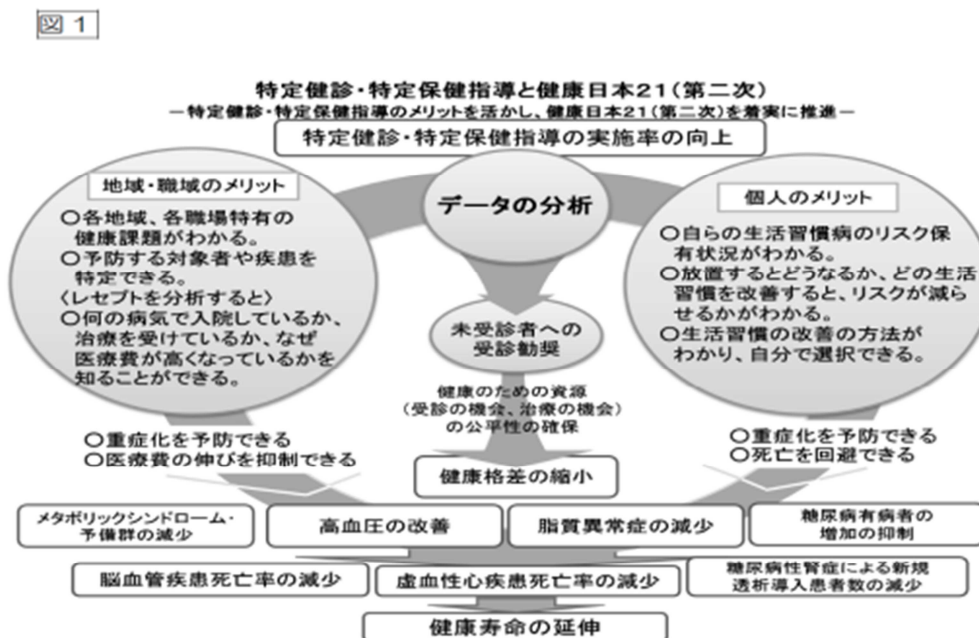
金山町においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1）

【図表1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

金山町においては、国民健康保険及び健康増進担当が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には高齢者・介護担当、生活保護担当とも十分連携していくことが望ましい。

さらに PDCA サイクルに添った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引き継ぎを行う等体制を整えることも重要である。

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

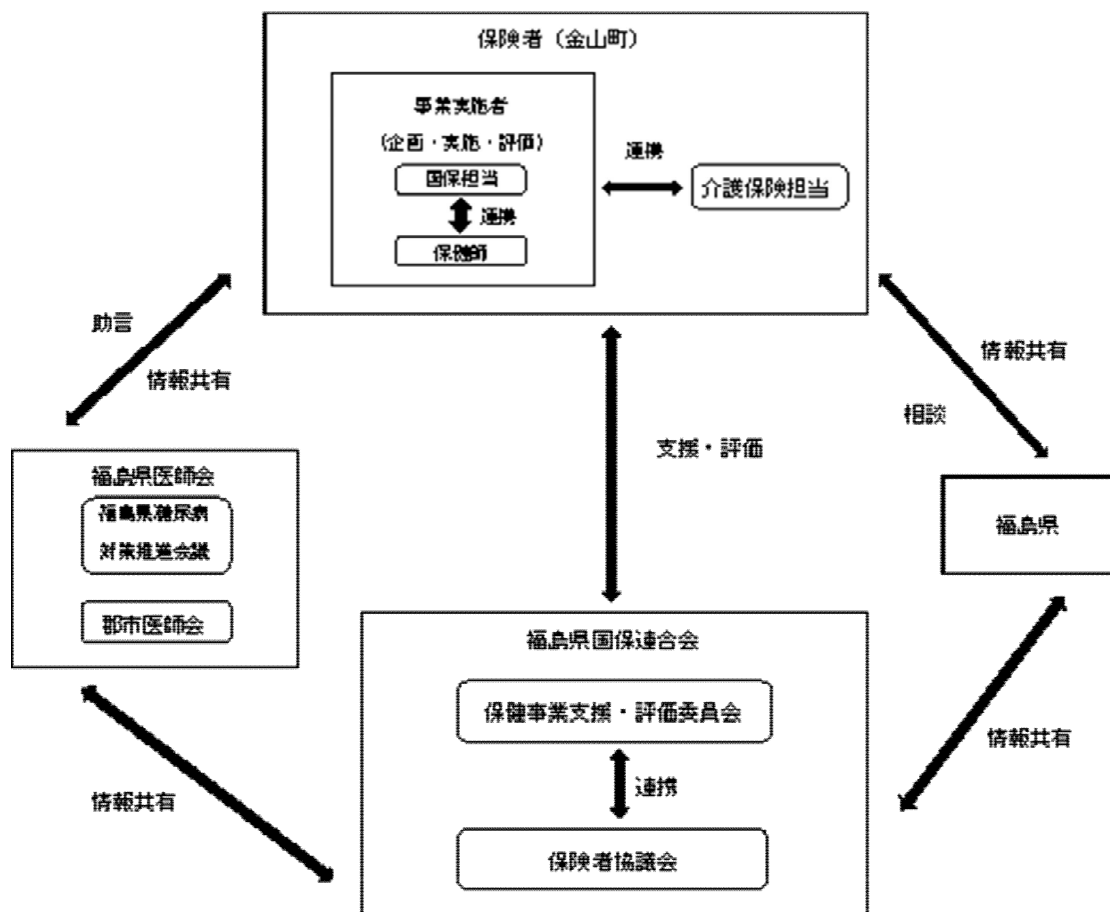
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。（図表 2）

実施体制図

【図表 2】



3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

5. 保険者努力支援制度

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、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（平成 30 年度から本格実施）

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おり、現在は、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している。（図表3）

【図表3】

保険者努力支援制度					
評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
総得点(満点)		345	580	850	850
総得点(体制構築加点含む)		292			
交付額 (万円)		34			
1人当たり交付額 (円)		592.3			
全国順位(1,741市町村中)		374			
県内順位(59市町村中)		15			
共通 ①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	0			50
共通 ②	がん健診受診率	15			30
	歯周疾患(病)健診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	0			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服用者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	6			40
固有 ⑤	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 中長期目標の達成状況

第1期の計画では医療費の負担額が大きい疾患である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」等の重症化を出さないこと、一人当たりの医療費の伸びを抑制することとしたのでその達成状況を確認していく。

①脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症

【患者数の推移】

	被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
平成25年	761	23	3.0%	31	4.1%	2	0.3%
平成26年	715	19	2.7%	30	4.2%	2	0.3%
平成27年	660	16	2.4%	31	4.7%	1	0.2%
平成28年	615	20	3.3%	19	3.1%	2	0.3%

【レセプト件数（入院）の推移】

	被保険者数	脳血管疾患		心疾患		腎不全	
平成25年	761	31	4.1%	13	1.7%	6	0.8%
平成26年	715	25	3.5%	14	2.0%	8	1.1%
平成27年	660	21	3.2%	5	0.8%	3	0.5%
平成28年	615	11	1.8%	8	1.3%	3	0.5%

※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

虚血性心疾患の患者数は減少している。脳血管疾患の患者数は増加しているが、脳血管疾患の入院件数は減少しているため重症化はしていないと考えられる。脳血管疾患は減少している。心疾患、腎不全も件数は一桁だが割合はほぼ横ばいである。医療費が高額になる疾患であるため重症化予防が重要である。

②一人当たりの医療費

	医療費	1人当たり医療費	県内順位	同規模平均
平成24年	264,079,810	27,205	7	25,503
平成25年	263,385,310	28,443	5	26,432
平成26年	296,302,530	33,405	3	27,329
平成27年	256,151,830	31,503	7	28,655
平成28年	203,048,570	26,983	30	28,537

※医療費＝内科＋調剤＋歯科 ※同規模＝被保険者数が同規模（245 市町村）
※抽出データ：KDB「健診医療介護からみる地域の健康課題」

一人当たりの医療費は県内でも高い。昨年は4,520円減少し、県内順位も30位まで下がった。しかし、人口規模が小さいため、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症などの医療費が高額になる疾患の重症化患者が数名増えるだけで一人当たりの医療費に影響がやすい。

（2）短期的な目標の達成状況

第1期の計画では短期的な目標として、「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」の血管変化における共通のリスクとなる「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」等を減らしていくこととしたのでその達成状況を確認していく。また、具体的にはメタボ該当者、予備群、非肥満高血糖の者の健診受診率を現在の受診率よりそれぞれ1ポイントずつあげること、食事・喫煙・運動習慣の改善、高リスク保有者への啓蒙としたのでその点も合わせて評価していく。

①高血圧、脂質異常症、糖尿病

【患者数の推移】

	被保険者数	生活習慣病患者数	高血圧	糖尿病	脂質異常症				
平成25年	761	343	45.1%	187	24.6%	54	7.1%	130	17.1%
平成26年	715	328	45.9%	189	26.4%	59	8.3%	126	17.6%
平成27年	660	289	43.8%	161	24.4%	53	8.0%	119	18.0%
平成28年	615	277	45.0%	158	25.7%	57	9.3%	121	19.7%

※抽出データ：KDB「様式3-1」

被保険者数に対する生活習慣病患者の割合を見るとおよそ2人に1人が何らかの生活習慣病を持っている。経年的に見ると割合はほとんど変わらないが糖尿病と脂質異常症は若干増加している。

②メタボリックシンドローム該当者・予備群の推移

総計		健診 受診者	検出 のみ	予備群	予備群			該当者	該当者			
					新血圧	新血糖	脂質異常症		血圧+血糖	血圧+脂質	血糖+脂質	3項目全て
平成24年	人数	426	14	52	6	36	10	62	15	2	32	13
	割合	100.0%	3.3%	12.2%	1.4%	8.5%	2.3%	14.6%	3.5%	0.5%	7.5%	3.1%
平成25年	人数	399	8	49	3	41	5	63	14	3	31	15
	割合	100.0%	2.0%	12.3%	0.8%	10.3%	1.3%	15.8%	3.5%	0.8%	7.8%	3.8%
平成26年	人数	368	9	46	4	33	9	58	13	1	30	14
	割合	100.0%	2.4%	12.5%	1.1%	9.0%	2.4%	15.8%	3.5%	0.3%	8.2%	3.8%
平成27年	人数	352	12	49	1	41	7	74	15	3	38	18
	割合	100.0%	3.4%	13.9%	0.3%	11.6%	2.0%	21.0%	4.3%	0.9%	10.8%	5.1%
平成28年	人数	340	9	44	3	34	7	71	16	3	41	11
	割合	100.0%	2.6%	12.9%	0.9%	10.0%	2.1%	20.9%	4.7%	0.9%	12.1%	3.2%

※抽出データ：KDB「様式6-8」

メタボリックシンドロームの該当者の割合は増加している。

生活習慣病の合併状況をみるとメタボ予備群では高血圧、メタボ該当者では血圧＋脂質が多くなっている。

③特定健診受診状況

【特定健診受診率の推移】

(全体)

	保険者				県	同規模	国
	健診対象者	受診者数	受診率	順位			
平成24年	628	426	67.8	県内3位	34.7	43.8	33.2
平成25年	600	399	66.5	県内4位	36.5	44.4	34.1
平成26年	585	368	62.9	県内8位	38.4	45.0	35.2
平成27年	552	352	63.8	県内8位	39.8	45.7	36.0
平成28年	514	340	66.1	県内7位	40.9	46.4	36.4

※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

特定健診受診率は60%以上で推移しており、県内でも上位である。

(メタボ該当者、予備群、非肥満高血糖の者の健診受診率)

	メタボ該当者		メタボ予備群		非肥満高血糖	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率	受診者数	受診率
平成25年	63	15.8	49	12.3	46	11.5
平成26年	58	15.8	46	12.5	44	12.0
平成27年	74	21.0	49	13.9	48	13.6
平成28年	71	20.9	44	12.9	43	12.6

※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

平成25年と平成28年で比較してみるとメタボ該当者では5.1ポイント、非肥満高血糖では1.1ポイント受診率が上がり、目標達成できた。メタボ予備群では0.6ポイントで目標には届かなかった。

【食事、喫煙、運動習慣の状況】
(質問票の状況)

		平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
食事	週3回以上朝食を抜く	7.0	7.8	7.4	7.7
	週3回以上食後間食	12.8	11.9	10.8	11.2
	週3回以上就寝前夕食	16.8	17.5	17.3	17.1
	食べる速度が速い	24.6	25.5	28.7	24.7
喫煙	喫煙	17.5	15.5	17.0	17.9
運動量	1回30分以上運動習慣なし	69.8	68.7	67.3	71.2
	1日1時間以上運動なし	58.9	62.2	61.4	62.9

※抽出データ：KDB「地域の全体像の把握」

食事、喫煙の状況は大きく変わりはないが、運動習慣についてはない方の割合が高く経年的にみてもその割合は増加している。

【特定保健指導実施状況】

	保険者			県			同規模			国		
	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率	対象者	実施者	終了率
平成24年	58	17	29.3%	17,000	2,916	17.2%	9,014	3,604	40.0%	965,326	206,674	21.4%
平成25年	53	21	39.6%	16,528	3,362	20.3%	8,534	3,327	39.0%	952,338	202,078	21.2%
平成26年	45	17	37.8%	16,602	3,642	21.9%	8,485	3,392	40.0%	962,135	199,069	20.8%
平成27年	47	21	44.7%	16,376	3,793	23.2%	8,572	3,474	40.5%	961,406	197,159	20.5%
平成28年	46	13	28.3%	16,285	3,523	21.6%	8,605	3,904	45.4%	943,865	198,683	21.0%

特定保健指導の実施状況は同規模と比較すると低い状況である。

2) 第1期に係る考察

金山町は人口規模が小さいため、医療費の負担額が大きい疾患である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」が数名増えるだけでも一人当たりの医療費が大きく変わってしまう。平成28年度の一人当たりの医療費が下がったのも診療報酬のマイナス改定によるものの他、脳血管疾患の入院（重症化）件数が減少したことが要因の一つとして考えられる。これらの共通リスクである「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」を減らしていくことを短期目標として挙げていたが、メタボリックシンドロームは増加してしまった。特定保健指導の実施状況が悪いこともその要因として考えられる。

□ 金山町の状況 (第1期計画初年度平成25年度と平成28年度の比較)

□

項目				平成25年		平成28年				平成28年					
										県		同規模平均		国	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	① 人口構成	総人口		2,457		2,457		2,004,977		712,964		124,852,975			
			65歳以上(高齢化率)	1,356	55.2	1,356	55.2	503,588	25.1	250,396	35.1	29,020,766	23.2		
			75歳以上	871	35.4	871	35.4	272,306	13.6			13,989,864	11.2		
			65～74歳	485	19.7	485	19.7	231,282	11.5			15,030,902	12.0		
			40～64歳	710	28.9	710	28.9	687,856	34.3			42,411,922	34.0		
			39歳以下	391	15.9	391	15.9	813,533	40.6			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		20.5		20.5		7.9		22.7		4.2			
		第2次産業		23.0		23.0		30.1		21.7		25.2			
		第3次産業		56.4		56.4		62.0		55.6		70.6			
	③ 平均寿命	男性		78.9		78.9		78.8		79.4		79.6			
		女性		86.6		86.6		86.1		86.5		86.4			
	④ 健康寿命	男性		64.9		64.9		64.8		65.1		65.2			
		女性		66.6		66.6		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	103.4		98.3		106.3		102.6		100			
			女性	91.6		81.6		104.8		98.2		100			
		死因	がん	16	43.2	19	47.5	6,128	43.9	2,874	44.3	367,905	49.6		
			心臓病	12	32.4	13	32.5	4,151	29.7	1,917	29.6	196,768	26.5		
			脳疾患	7	18.9	5	12.5	2,528	18.1	1,158	17.9	114,122	15.4		
			糖尿病	1	2.7	1	2.5	295	2.1	115	1.8	13,658	1.8		
			腎不全	0	0.0	2	5.0	439	3.1	231	3.6	24,763	3.3		
			自殺	1	2.7	0	0.0	421	3.0	187	2.9	24,294	3.3		
			合計	2	0.08	2	0.08	2643	11.2			142481	11		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	男性		1		2		1817		15.2		95219		14.3	
		女性		1		0		826		7.1		47262		7.6	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		278	19.2	269	20.4	106,930	21.1	49,966	20.0	5,885,270	21.2		
		新規認定者		5	0.4	4	0.3	1,974	0.3	781	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者		3	0.4	3	0.4	2,910	0.4	856	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		34	11.1	33	1.9	21,804	19.6	10,599	20.4	1,350,152	22.1		
		高血圧症		149	53.4	125	48.5	61,902	55.9	28,380	55.1	3,101,200	50.9		
		脂質異常症		76	27.6	82	28.1	31,264	28.1	14,058	27.1	1,741,866	28.4		
		心臓病		182	63.6	172	63.2	68,826	62.2	31,946	62.2	3,529,682	58.0		
		脳疾患		56	22.0	60	22.2	30,387	27.5	13,362	26.3	1,538,683	25.5		
		がん		32	11.5	28	11.8	11,047	9.9	4,857	9.3	631,950	10.3		
		筋・骨格		144	51.7	147	52.9	57,691	51.9	28,320	55.1	3,067,196	50.3		
		精神		119	40.6	103	39.1	43,299	39.1	19,128	37.0	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		82,128		82,536		61,279		73,752		58,284			
		居宅サービス		43,021		42,422		39,921		39,649		39,662			
		施設サービス		270,479		268,145		276,369		273,932		281,186			
	④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	7,522		7,349		7,304		8,522		7,980			
			認定なし	3,666		3,803		3,624		4,224		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数		761		615		22,537,008		198,805		40,099,148			
		65～74歳		368	48.4	347	56.4	7,521,041	33.4			7,594,183	18.9		
		40～64歳				206	33.5	14,144,815	62.8			19,291,283	48.1		
		39歳以下				62	10.1	871,152	3.9			13,213,682	33.0		
		加入率		31.0		25.0		23.6		28.1		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		0	0.0	0	0.0	128	0.3	47	0.2	8,255	0.3		
		診療所数		4	5.3	4	6.5	1,366	2.9	621	3.1	96,727	3.0		
		病床数		0	0.0	0	0.0	25,835	54.5	3,963	19.9	1,524,378	46.8		
		医師数		1	1.3	1	1.6	3,810	8.0	541	2.7	299,792	9.2		
		外来患者数		721.3		699.0		699.2		652.3		668.1			
		入院患者数		25.6		20.1		19.4		23.7		18.2			
		一人当たり医療費		27,382	県内5位 同規模81位	25,465	県内28位 同規模151位	24,816		26,817		24,245			
	③ 医療費の状況	受診率		746.868		719.07		718.687		676.037		686.286			
		外来費用の割合		56.4		67.2		60.5		55.3		60.1			
		入院費用の割合		43.6		32.8		39.5		44.7		39.9			
		1件あたり在院日数		16.3日		15.1日		16.4日		16.3日		15.6日			
		新生物		18.4		23.2		24.4		24.2		25.6			
		慢性腎不全(透析あり)		9.0		7.6		8.5		7.9		9.7			
5	⑤ 費用額(1件あたり)	糖尿病		396157	60位	467,702	59位 (12)								
		高血圧		591654	32位	412,509	61位 (18)								
		脂質異常症		510588	44位	458,200	57位 (15)								
		脳血管疾患		534729	53位	409,949	60位 (20)								
		心疾患		703883	26位	469,530	58位 (12)								
	県内順位	腎不全		379750	56位	352,973	58位 (6)								
		精神		411736	34位	387,151	56位 (25)								
		悪性新生物		668839	11位	543,382	55位 (8)								
	⑥ 入院の()内は在院日数	糖尿病		45428	3位	36,540	28位								
		高血圧		28855	30位	32,898	10位								
		脂質異常症		22055	58位	22,105	58位								
		脳血管疾患		25708	59位	29,680	52位								
		心疾患		38733	36位	35,102	44位								
		腎不全		219469	26位	298,672	4位								
		精神		23587	58位	22,921	58位								
		悪性新生物		44350	45位	64,404	8位								

□ 2. 第2期計画における健康課題の明確化

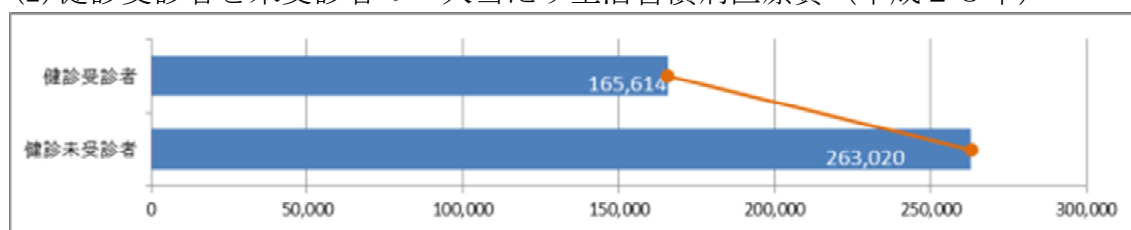
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（平成28年）

一人あたり医療費 ★NO.3 [医療]		保険者	県	同規模市町	国
		25,445円	24,316円	26,317円	24,245円
外来 ★NO.1 [医療]	件数	87.2			
	費用額	57.2			
入院 ★NO.1 [医療]	件数	2.8			
	費用額	32.8			

入院件数は2.8%で、費用額全体の32.8%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

(2) 健診受診者と未受診者の一人当たり生活習慣病医療費（平成28年）



※抽出データ：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

健診受診者と未受診者の一人当たりの生活習慣病医療費は健診受診者と未受診者で97,406円の差がある。健診を受診することは医療費を抑制することにも繋がっている。

(3) 何の疾患で治療を受けているのか

厚労省様式	対象レセプト	(H28 7月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18 (医療)	生活習慣病の治療者数 構成割合	基礎疾患 の重なり	277人	20人 7.2%	19人 6.9%	2人 0.7%
			高血圧 糖尿病 脂質 異常症	12人 60.0%	13人 68.4%	1人 50.0%
				6人 30.0%	8人 42.1%	2人 100%
				7人 35.0%	11人 57.9%	0人 0.0%
				高血圧症	糖尿病	脂質異常症
			158人 57.0%	57人 20.6%	121人 43.7%	25人 9.0%

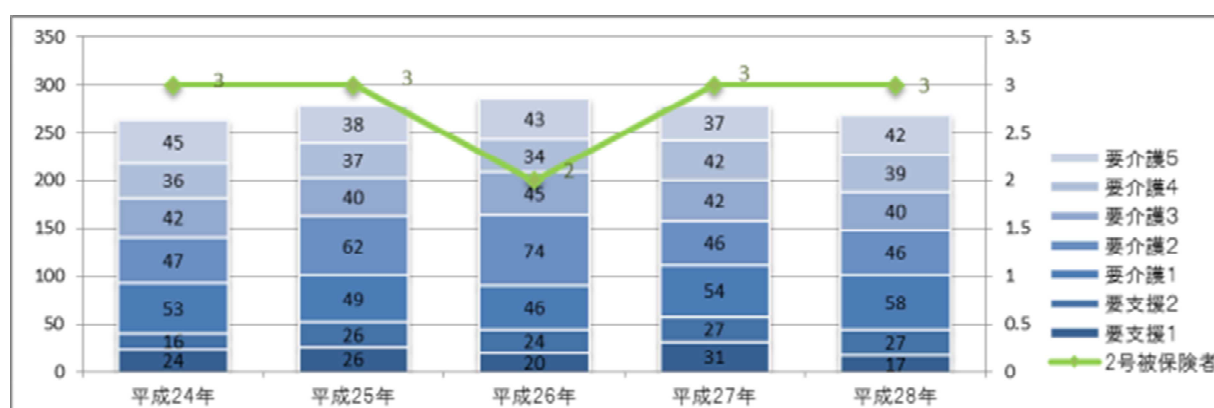
脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症と基礎疾患の重なりを見てみると、高血圧の割合が高い。高血圧の患者数は57.0%と生活習慣病全体の半数以上を占める。

(4) 何の疾患で介護保険をうけているのか

① 要介護認定状況の推移

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成24年	3	24	16	53	47	42	36	45
平成25年	3	26	26	49	62	40	37	38
平成26年	2	20	24	46	74	45	34	43
平成27年	3	31	27	54	46	42	42	37
平成28年	3	17	27	58	46	40	39	42

※抽出データ：KDB「要介護（支援）者有病状況」



要介護認定者数は横ばいである。

② 要介護認定者の有病状況（平成28年）

(%)

	2号被保険者	1号被保険者						
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
糖尿病	0.0	5.5	11.5	12.1	15.1	15.3	11.0	10.7
「再発」糖尿病合併症	0.0	2.1	1.6	0.0	0.4	2.5	0.0	0.0
心臓病	47.2	63.9	67.3	59.4	65.3	65.9	64.3	62.0
脳疾患	47.2	10.3	13.1	19.2	17.2	20.4	32.9	34.3
がん	0.0	8.6	8.1	15.9	12.2	8.4	10.9	15.4
精神疾患	44.4	31.7	25.9	37.4	33.9	39.6	45.6	53.7
筋・骨格疾患	2.9	64.9	72.6	50.1	51.9	56.7	45.4	45.1
難病	0.0	4.5	0.9	4.9	0.0	1.0	2.9	11.5
その他	50.0	64.5	67.0	51.9	63.6	54.1	49.2	50.1

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるもの（糖尿病、心臓病、脳疾患）が79.6%であり、筋・骨格疾患の64.8%を上回っていた。血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

2) 健診受診者の実態

①健診受診者の有所見者状況

男性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	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	心電図
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40～65歳未満	人数	15	20	16	12	3	14	21	0	21	17	20	0	1
	割合	33.3%	44.4%	35.6%	26.7%	6.7%	31.1%	46.7%	0.0%	46.7%	37.8%	44.4%	0.0%	2.2%
65～75歳未満	人数	37	57	24	25	9	61	64	0	68	30	45	0	0
	割合	33.0%	50.9%	21.4%	22.3%	8.0%	54.5%	57.1%	0.0%	60.7%	26.8%	40.2%	0.0%	0.0%
保険者計	人数	52	77	40	37	12	75	85	0	89	47	65	0	1
	割合	33.1%	49.0%	25.5%	23.6%	7.6%	47.8%	54.1%	0.0%	56.7%	29.9%	41.4%	0.0%	0.6%
県	割合	34.4%	53.8%	26.1%	21.5%	8.8%	44.0%	54.2%	5.6%	51.9%	24.6%	46.7%	0.9%	20.7%
国	割合	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	19.1%

年齢階層別・男性 健診受診者の有所見者状況（平成28年）

年齢階層別・女性 健診受診者の有所見者状況（平成28年）

女性		摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					メタボ以外の動脈硬化	臓器障害	
		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	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	心電図
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.2以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
40～65歳未満	人数	14	13	7	5	1	14	24	0	29	22	36	0	0
	割合	25.9%	24.1%	13.0%	9.3%	1.9%	25.9%	44.4%	0.0%	53.7%	40.7%	66.7%	0.0%	0.0%
65～75歳未満	人数	27	34	8	7	2	56	92	0	77	30	65	0	1
	割合	20.9%	26.4%	6.2%	5.4%	1.6%	43.4%	71.3%	0.0%	59.7%	23.3%	50.4%	0.0%	0.8%
保険者計	人数	41	47	15	12	3	70	116	0	106	52	101	0	1
	割合	22.4%	25.7%	8.2%	6.6%	1.6%	38.3%	63.4%	0.0%	57.9%	28.4%	55.2%	0.0%	0.5%
県	割合	26.3%	21.5%	15.1%	9.7%	2.0%	29.3%	55.2%	0.7%	44.9%	15.8%	56.8%	0.1%	14.3%
国	割合	20.6%	17.3%	16.2%	8.7%	1.8%	17.0%	55.2%	1.8%	42.7%	14.4%	57.2%	0.2%	14.7%

年齢階層別・男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（平成28年）

男性		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		
40～65歳未満	人数	45	3	4	0	3	13	3	1	6	3	
	割合	28.7%	6.7%	8.9%	0.0%	6.7%	28.9%	6.7%	2.2%	13.3%	6.7%	
65～75歳未満	人数	112	3	20	2	14	34	11	1	18	4	
	割合	71.3%	2.7%	17.9%	1.8%	12.5%	30.4%	9.8%	0.9%	16.1%	3.6%	
保険者計	人数	157	6	24	2	17	47	14	2	24	7	
	割合	100.0%	3.8%	15.3%	1.3%	10.8%	29.9%	8.9%	1.3%	15.3%	4.5%	

年齢階層別・女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況（平成28年）

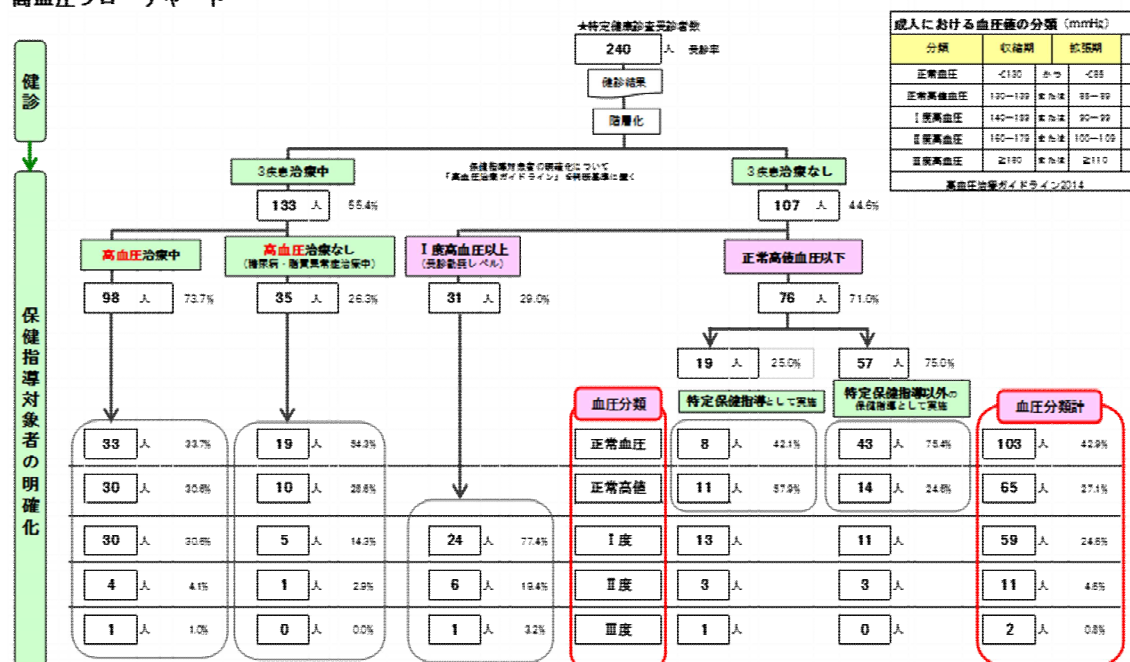
女性		健診受診者	腹囲のみ	予備群			該当者					
				高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て		
40～65歳未満	人数	54	1	8	0	7	4	1	0	2	1	
	割合	29.5%	1.9%	14.8%	0.0%	13.0%	7.4%	1.9%	0.0%	3.7%	1.9%	
65～75歳未満	人数	129	2	12	1	10	20	1	1	15	3	
	割合	70.5%	1.6%	9.3%	0.8%	7.8%	15.5%	0.8%	0.8%	11.6%	2.3%	
保険者計	人数	183	3	20	1	17	24	2	1	17	4	
	割合	100.0%	1.6%	10.9%	0.5%	9.3%	13.1%	1.1%	0.5%	9.3%	2.2%	

※抽出データ：KDB「様式6－8」

県と比較して血圧、血糖の有所見者の割合が高くなっている。メタボリックシンドローム該当者では血圧＋脂質、予備群では血圧の有所見の割合が高い。

①健診受診者の高血圧の状況

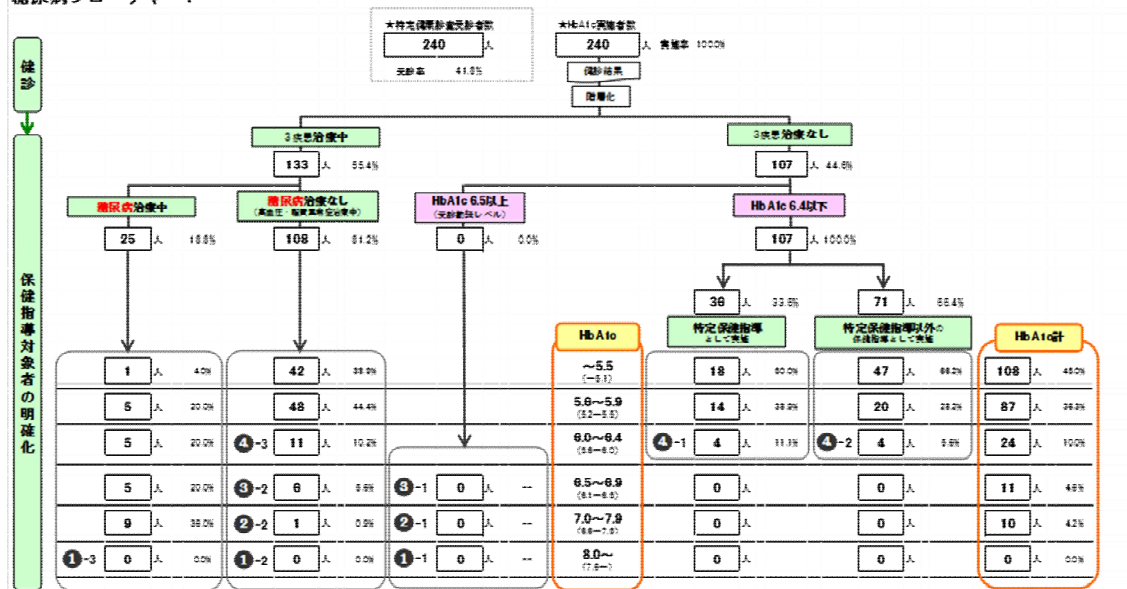
高血圧フローチャート



II度以上（重症化予防）の対象者は、高血圧治療中で5人、糖尿病・脂質異常症いずれかの治療中では1人である。服薬でコントロールされている人が多い。

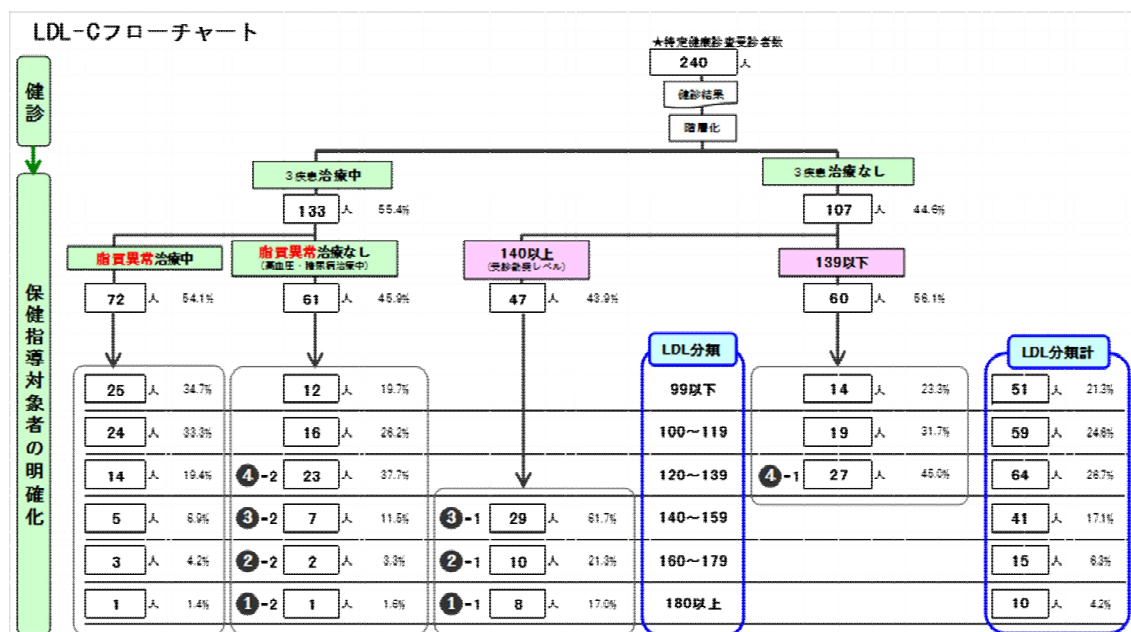
②健診受診者の糖尿病の状況

糖尿病フローチャート



生活習慣病の治療をしておらず HbA1c 6.5 以上の人はいなかった。糖尿病治療中で合併症のリスクが高くなる HbA1c 7.0 以上の方は9人、高血圧、脂質異常症の治療中で HbA1c 6.5 以上の方は9人だった。保健指導対象となる人は医療機関との連携が必要な人である。

③健診受診者の脂質異常症（高 LDL-C 血症）の状況



LDL-C140 以上で生活習慣病の治療のない人は 47 人いる。脂質異常症治療中で 9 人、糖尿病・高血圧いずれかの治療中では 10 人である。何らかの生活習慣病治療中では保健指導の対象者が少ない。

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。また、3年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しをする。

重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とする。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を増加させないことを短期的な目標とする。

具体的には、高血圧、脂質異常症、糖尿病の保健指導対象者と特定保健指導対象者を減らしていくことを目標とする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・

重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定保健指導等実施計画」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

	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
特定健診実施率	67%	68%	68.5%	69%	69.5%	70%
特定保健指導実施率	40%	44%	48%	52%	56%	60%

3. 対象者の見込み

		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
特定健診	対象者数	488人	463人	440人	418人	397人	377人
	受診者数	326人	314人	314人	288人	275人	263人
特定保健指導	対象者数	29人	28人	28人	25人	24人	23人
	実施者数	11人	12人	12人	13人	13人	13人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健診実施機関に委託し、集団健診を実施する。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血、貧血）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

(4) 実施時期

4月から翌年3月末までで町が指定する一定の受診期間とする。

(5) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(6) 健診の案内方法

個人ごとに受診録を作成し、事前に送付する。

5. 特定保健指導の実施

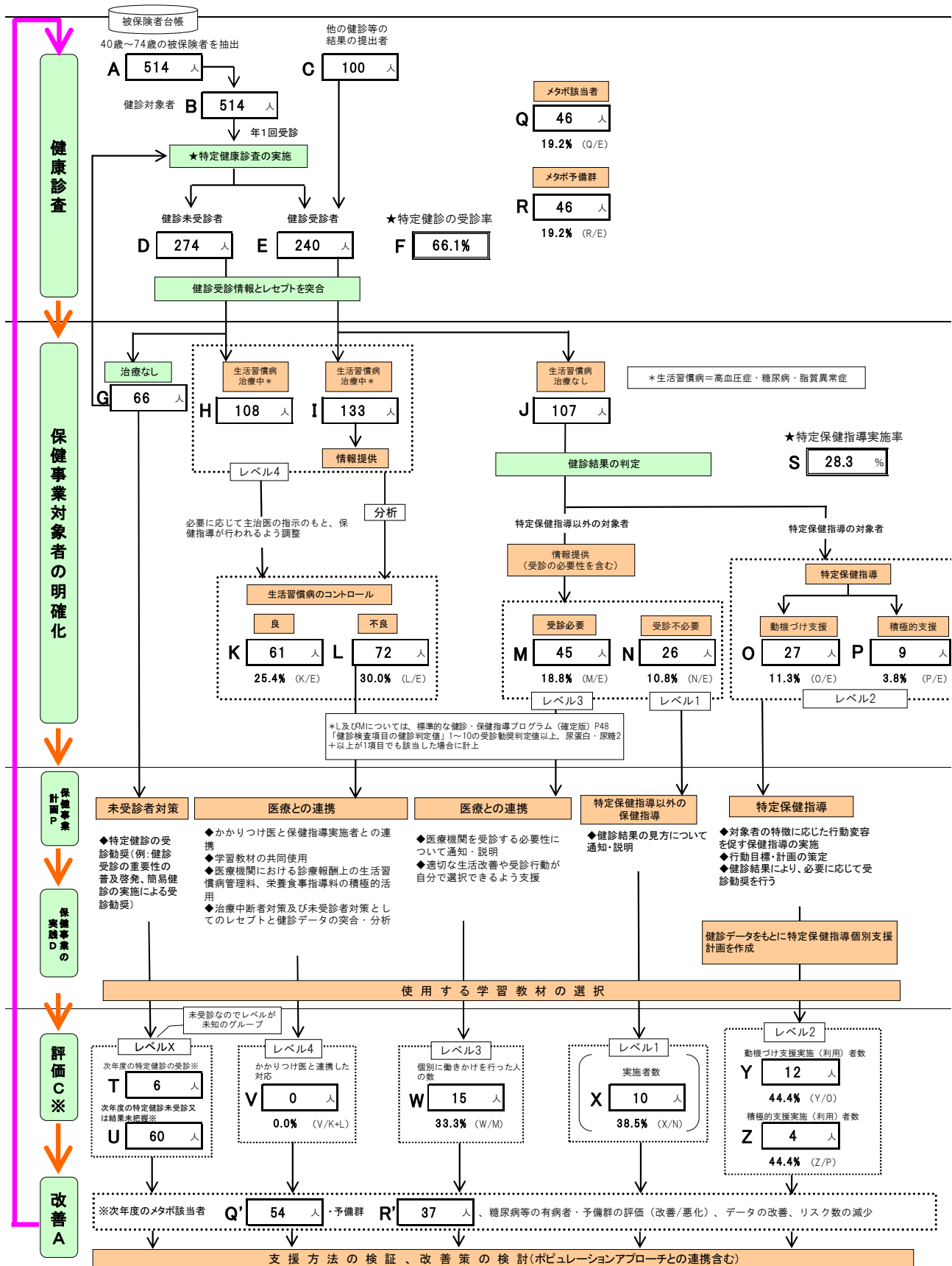
特定保健指導の実施については、保険者が直接実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

様式6-10

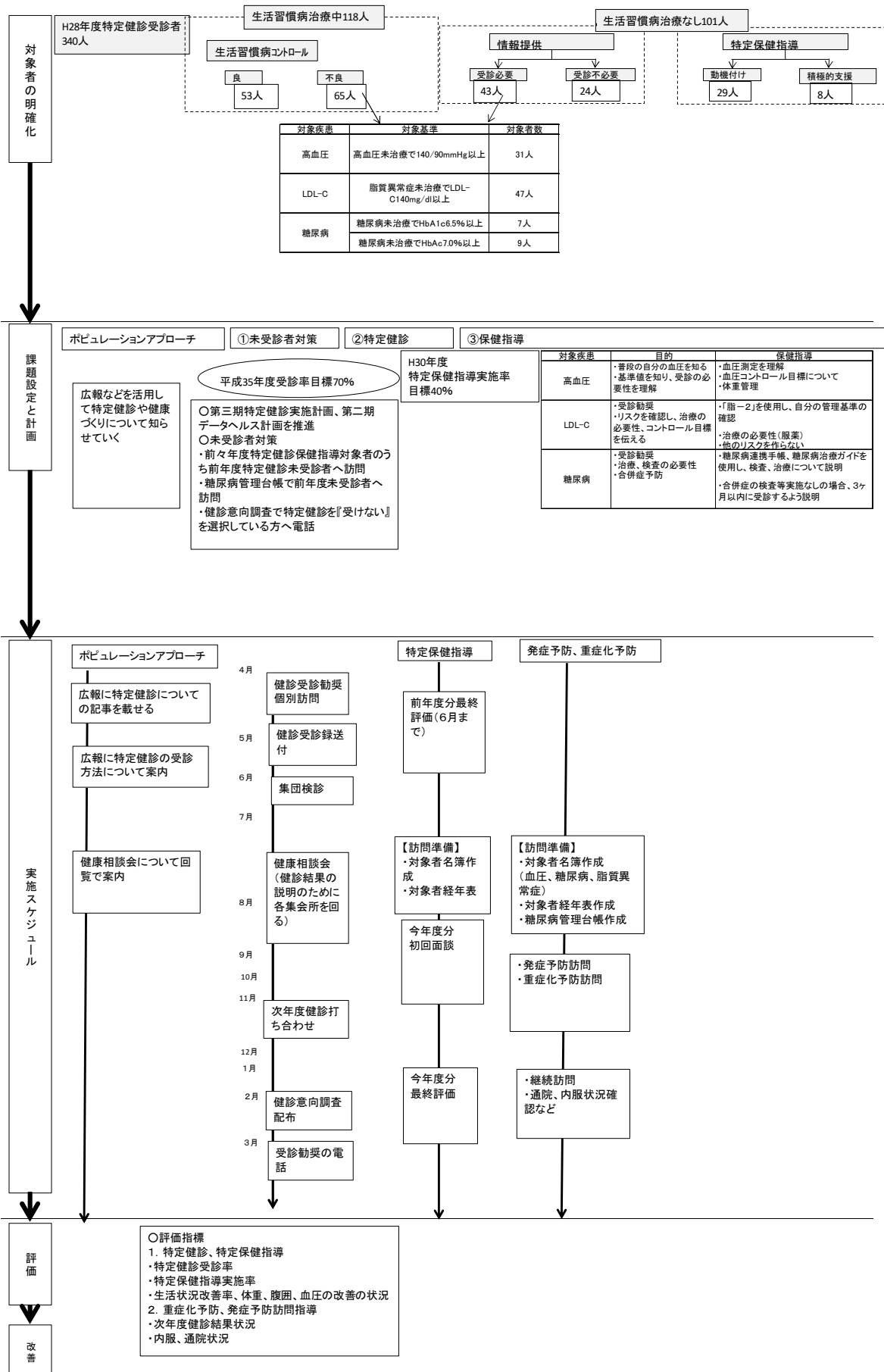


(2) 要保健指導対象者数の見込み（平成35年度）、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	23 人 (8.7)	60%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	34 人 (13.2)	HbA1c6.1以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	199 人 ※受診率目標達成まであと15人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明（健診結果通知書に同封）	24 人（7.1）	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	147 人 (39.1)	60%

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール 目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。

生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール



6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および金山町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人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、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度8月末までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、金山町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては別冊の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2. 重症化予防の取組

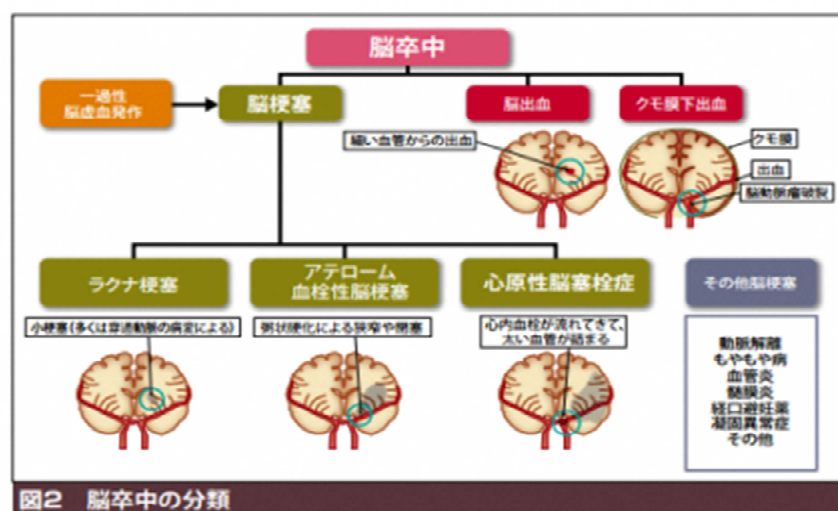
特定健診結果から対象者を明確にし、リスクの重なりから優先順位を決め保健指導を実施していく。ツールを使用し、名簿を作成して計画的に保健指導を進めていく。

1) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(2) 事業の実施

対象者	重症化予防の対象者の選定基準 ・ 高血圧Ⅱ度以上（収縮期 160 以上、拡張期 100 以上） ・ 心電図検査で心房細動の所見有り ・ 脂質異常症（LDL-C180 以上、または中性脂肪 300 以上） ・ メタボ該当（メタボ該当項目が 2 項目以上） ・ 高血糖（HbA1c 6.5 以上、治療中 7.0 以上） ・ 尿蛋白 2 + 以上または eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）
実施方法	①対象者の抽出 ・ 特定健診結果から対象者を抽出する。リスクの重複によって優先順位を決定する。 ②保健師による訪問指導の実施 ・ 受診勧奨判定地の者に対しては医療機関への受診勧奨を行う。 ・ 治療中断している場合も同様に受診勧奨を行う。 ・ 治療中で重症化予防対象になっている場合は医療機関と連携して保健指導を実施する。 ③対象者の管理 ・ 対象者の台帳を作成し、受診・服薬状況の確認をしていく。受診・服薬の状況についてはKDB システムや国保総合システム等で確認していく。 ④高齢者福祉部門との連携 ・ 受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。
実施期間	平成 30 年～平成 35 年
評価	①重症化予防対象者の保健指導率 ②保健指導対象者の健診結果データの改善 ③重症化予防対象者の減少 ④受診勧奨判定地の対象者の医療機関受診状況

2) 虚血性心疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

(2) 事業の実施

対象者	・重症化予防対象者の抽出 ①心電図検査からの把握 ・ST-T 異常 ・その他の所見 ②心電図検査以外からの把握 ・高血圧Ⅱ度以上（収縮期 160 以上、拡張期 100 以上） ・心電図検査で心房細動の所見有り ・脂質異常症（LDL-C180 以上、または中性脂肪 300 以上） ・メタボ該当（メタボ該当項目が 2 項目以上） ・高血糖（HbA1c 6.5 以上、治療中 7.0 以上） ・尿蛋白 2 + 以上または eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）
実施方法	①対象者の抽出 ・特定健診結果から対象者を抽出する。リスクの重複によって優先順位を決定する。 （参考資料「虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方」参照） ②保健師による訪問指導の実施 ・医療機関未受診者、中断者については受診勧奨を行う。 ・通院者については糖尿病連携手帳等を利用し医療機関と連携して保健指導を行う。 ③対象者の管理 ・対象者の台帳を作成し、受診・服薬状況の確認をしていく。受診・服薬の状況については KDB システムや国保総合システム等で確認していく。 ④高齢者福祉部門との連携 ・受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。
実施期間	平成 30 年～平成 35 年
評価	①重症化予防対象者の保健指導率 ②保健指導対象者の健診結果データの改善 ③保健指導対象者の減少 ④受診勧奨判定値の対象者の医療機関受診状況

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休息で治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 狭心症、虚脱感 ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者		
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧					
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑤ 重症化予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。				
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
拡張期		～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

3) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム、金山町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき実施する。

(2) 事業の実施

対象者	(1) 医療機関未受診者、受診中断者 ①空腹時血糖 126 mg/dℓ（随時血糖 200 mg/dℓ）以上 ②HbA1c（NGSP）6.5%以上 ③①または②を満たす者のうち、尿蛋白（1+）以上又は推算糸球体ろ過量（eGFR）が 60ml/分/1.73 m²未満の者 (2) 通院者 ①糖尿病性腎症の病期が第 2 期、第 3 期、第 4 期と思われる者 ②特定健診の結果から抽出する場合には糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者。 ・尿蛋白（1+）以上 ・血清クレアチニン検査より eGFR60ml/分/1.73 m²未満 (3) 糖尿病腎症を発症していながいが、以下のリスク要因を有する者 ①HbA1c7.0%以上の者 ②Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者 ③メタボリックシンドローム該当者
実施方法	①対象者の抽出 ・特定健診結果から対象者を抽出する。リスクの重複によって優先順位を決定する。 ②保健師による訪問指導の実施 ・医療機関未受診者、中断者については受診勧奨を行う。 ・通院者については糖尿病連携手帳等を利用し医療機関と連携して保健指導を行う。 ③対象者の管理 ・対象者の台帳を作成し、受診・服薬状況の確認をしていく。受診・服薬の状況については KDB システムや国保総合システム等で確認していく。 ④高齢者福祉部門との連携 ・受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。
実施期間	平成 30 年～平成 35 年

評価	①重症化予防対象者の保健指導率 ②保健指導対象者の健診結果データの改善 ③保健指導対象者の減少 ④受診勧奨判定値の対象者の医療機関受診状況
----	--

【糖尿病管理台帳】

HbA1c 6.5 以上の者の過去 5 年間の腎機能、HbA1c、服薬の状況がわかる。空欄の所は健診未受診ということがわかる。

糖尿病管理台帳										※糖尿病服薬は健診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え					
【対象者抽出基準】 (HbA1c 6.5以上) 過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者															
番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H25年度 年齢	項目	H25	H26	H27	H28	H29	備考
1		H25					女	64	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.7 G2A1 85.1 —					
2		H25					男	65	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	12.7 G2A1 70.3 —	13.9 G2A1 89.1 —				
3		H25					男	65	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	8.7 G3aA2 50.2 +					
4		H25					女	68	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	9.5 G2A3 71.1 ++	6.2 G2A1 69.6 —	6 G2A1 65.7 —	6.1 G2A1 65.4 —	6.2 G2A1 66.2 —	
5		H25					男	69	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.6 G1A1 91.1 —	6.8 G2A1 64.1 —			6.1 G2A1 62.3 —	
6		H25					男	70	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.5 G2A1 69.9 —	6 G2A1 75.4 —	6.1 G2A1 69.9 —	6.1 G2A1 72.5 —	6.1 G2A1 74.2 —	
7		H25					女	70	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	8.7 G3aA1 47.4 —	9.3 G3aA1 53.5 —		7.6 G3aA1 55.8 —	7.2 G3aA1 57.2 —	
8		H25					男	71	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	7.6 G2A1 96.1 —	7 G2A1 83.1 —	6.8 G2A1 82.4 —	7.4 G2A1 79.7 —	7.5 G2A1 71.9 —	
9		H25					女	71	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.7 G3aA1 56.5 —	5.7 G2A1 60.5 —	5.6 G3aA1 58.3 —	5.6 G2A1 61.6 —	5.5 G2A1 65.4 —	
10		H25					男	71	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.7 G1A1 96.6 —		7.4 G1A1 95.4 —	6.5 G1A1 95 —	7.1 G2A1 87 —	
11		H25					女	72	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	8.5 G2A1 73.3 —	7.7 G2A1 70.5 —				
12		H25					男	73	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.6 G3aA1 52.1 —	6.2 G3aA1 49.9 —	6 G3aA1 48.9 —	5.8 G3aA1 52.8 —	5.5 G3aA1 52.1 —	
13		H25					男	74	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.5 G2A1 61.6 —	6.4 G2A1 66.7 —	6.9 G2A1 65.4 —	6.6 G2A1 71.3 —	6.9 G2A1 71 —	
14		H25					男	75	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	7 G2A1 78.2 —	6.9 G2A1 74.6 —		5.9 G2A1 73 —		
15		H25					女	75	糖 服薬 HbA1c 重症度分類 CKD GFR 尿蛋白	6.5 G2A1 83.1 —	6.8 G2A1 81.1 —	6.5 G2A2 78.9 +	7.2 G2A1 83.5 —	7.1 G2A1 88.6 —	

3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の实態と社会環境等について広く町民へ周知していく。

第5章 地域包括ケアに係る取組

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第3章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

金山町では高齢化率が 58.8%（H29.10.1）で全国の中でも上位である。国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も 68.6%（平成28年度）を占める。高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、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ことが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページや広報紙を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。