第5章　第4期 特定健康診査等実施計画

1　計画の背景・趣旨

（1）背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられてきた。

下川町においても、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取組んできたところである。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に公表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、下川町の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

わが国においては、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、国を挙げてエビデンスに基づく政策運営が進められている。

特定健診及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診及び特定保健指導が推進されてきたところである。

「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなった。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は下表のとおりである。

下川町においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していく。

図表5-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

区分		変更点の概要
特定健診	基本的な健診の項目	・血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な質問票	・喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Ａと支援Ｂの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 ②生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 ・特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導対象者からの除外 ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たり、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④運用の改善 ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長する。

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）　改変

(3) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間である。

2　第3期計画における目標達成状況

（1）全国の状況

特定健診及び特定保健指導の目標としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、それぞれ「メタボ該当者」及び「メタボ予備群該当者」という。）の減少が掲げられている。

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離していて目標達成が困難な状況にある（下表）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっている。

図表5-2-1-1：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	全保険者		市町村国保				
				令和3年度 実績			
					特定健診対象者数		
	令和5年度目標値	令和3年度実績	令和5年度目標値	全体	10万人以上	5千人以上10万人未満	5千人未満
特定健診平均受診率	70.0%	56.5%	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導平均実施率	45.0%	24.6%	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にある（下表）。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものである。

図表5-2-1-2：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度_目標値_全保険者	令和3年度_実績_全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25.0%	13.8%

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出
※推定数は、特定健診の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健診受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

(2) 下川町の状況

① 特定健診受診率の経年推移及び国・北海道との比較

特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としており、目標を達成している。

図表5-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診受診率	下川町_目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	下川町_実績値	59.3%	60.3%	61.4%	65.4%	67.2%	－
	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	－	－
	道	29.5%	28.9%	27.0%	27.9%	29.7%	－
特定健診対象者数（人）		649	614	614	570	533	－
特定健診受診者数（人）		385	370	377	373	358	－

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）

【出典】目標値：前期計画
実績値：厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

② 特定保健指導実施率の経年推移及び国・北海道との比較

特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を75.0%としており、目標を達成している。

図表5-2-2-2：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導実施率	下川町_目標値	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
	下川町_実績値	91.3%	65.5%	80.6%	76.5%	90.9%	
	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	－	
	道	34.8%	36.0%	33.8%	33.4%	36.0%	
特定保健指導対象者数（人）		23	29	31	34	33	
特定保健指導実施者数（人）		21	19	25	26	30	

【出典】目標値：前期計画
実績値：厚生労働省 2018年度から2022年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

図表5-2-2-3：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	83.3%	88.9%	100.0%	55.6%	83.3%
	対象者数（人）	12	9	6	9	6
	実施者数（人）	10	8	6	5	5
動機付け支援	実施率	90.9%	55.0%	76.0%	84.0%	88.9%
	対象者数（人）	11	20	25	25	27
	実施者数（人）	10	11	19	21	24

※図表5-2-2-2と図表5-2-2-3における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの
【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況　平成30年度から令和4年度 累計

(3) 国の示す目標

第4期計画においては、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されている。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていない。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されている。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されている。

図表5-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

(4) 下川町の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を75.0%に設定する。

図表5-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

図表5-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数（人）		591	572	555	536	519	500
	受診者数（人）		355	343	333	322	311	300
特定保健指導	対象者数（人）	合計	33	32	31	30	29	28
		積極的支援	6	6	6	5	5	5
		動機付け支援	27	26	25	25	24	23
	実施者数（人）	合計	20	20	19	18	17	17
		積極的支援	4	4	4	3	3	3
		動機付け支援	16	16	15	15	14	14

※各見込み数の算出方法
特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出
特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出
特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出
支援区分別対象者数：合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出
特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

3　特定健診・特定保健指導の実施方法

（1）特定健診

① 実施形態及び実施機関

集団健診・個別健診を行う。町外の医療機関に通院し、検査等を実施している人も多くいることから、町外医療機関とも連携し個別健診を実施する。

② 特定健診委託基準

実施機関の質を確保するための委託基準（標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版に基づく）を作成し、事業者の選定・評価を行う。事業者の評価にあたっては必要に応じて保険者協議会を活用し、情報交換を行うものとする。

③ 健診内容

図表5-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	問診、身体測定（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲）、理学的検査（診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、ＨＤＬ・ＬＤＬコレステロール）、肝機能検査（ＡＳＴ、ＡＬＴ、γ－ＧＴ）、腎機能検査（クレアチニン、尿酸）、血糖検査（空腹時血糖、ＨｂＡ１ｃ検査）、尿検査（糖尿、尿蛋白、尿潜血、尿中アルブミン）、血清アルブミン
詳細な健診項目 （全対象者）	心電図、貧血検査（血色素、赤血球）、眼底検査
詳細な二次健診の項目※ （対象者を選択する項目）	・７５ｇ糖負荷検査 ・血圧脈波検査 ・尿中アルブミン検査 ・頚動脈超音波検査 ・眼底検査

※二次健診については、より効果的に支援をするために必要だと思われる者に対して実施する。

④ 対象者の年齢

特定健診の対象者は当該年度末に40～74歳に達する者とする。

⑤ 委託契約の方法、契約書の様式

委託契約の方法について、特定健診は、随意契約とし、委託基準を満たす健診機関とする。また特定保健指導は、国保担当に専門職がいないため、保健担当の保健師・管理栄養士に執行委任する。

契約書の様式について、特定健診は、国が示す標準的な契約書を参考に作成する。特定保健指導は、執行委任するため、契約書は不要。

⑥ 特定保健指導実施率の経年推移及び国・北海道との比較

健診項目及び委託料、自己負担額については、次のとおりとする。

健康診査の健診項目と委託料、自己負担額

		40歳～74歳											
		特定健診(下川町)										特定健診(国)	
	健診事業名	旭川がん検診センター(集団・個別健診)		町立下川病院(個別健診)		たに内科クリニック		旭川厚生病院(人間ドック)		左記以外の委託機関			
		基本的な健診	詳細健診	基本的な健診	詳細健診	基本的な健診	詳細健診	基本的な健診	詳細健診	基本的な健診	詳細健診	基本的な健診	詳細健診
健診項目	自己負担額	500円	—	500円	500円	500円	—	500円	—	500円	—		
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	○		○		○		○		○		○	
	自覚症状等	○		○		○		○		○		○	
計測	身長	○		○		○		○		○		○	
	体重	○		○		○		○		○		○	
	BMI	○		○		○		○		○		○	
	血圧	○		○		○		○		○		○	
	腹囲	○		○		○		○		○		○	
診察	理学的所見(身体診察)	○		○		○		○		○		○	
医師の判断	医師の判断欄の記載	○		○		○		○		○		○	
脂質	中性脂肪	○		○		○		○		○		○	
	HDLコレステロール	○		○		○		○		○		○	
	LDLコレステロール	○		○		○		○		○		○	
肝機能	AST(GOT)	○		○		○		○		○		○	
	ALT(GPT)	○		○		○		○		○		○	
	γ-GT(γ-GTP)	○		○		○		○		○		○	
代謝系	空腹時血糖または随時血糖	○		○		○		○		○		■	
	ヘモグロビンA1c	○		○		○		○		○		■	
尿・腎機能	クレアチニン	○		○		○		○		○			●
	尿酸	○		○		○		○		○			
	尿糖	○		○		○		○		○		○	
	尿蛋白	○		○		○		○		○		○	
	尿潜血	○		○		○		○					
	尿中アルブミン	○											
血液一般	血色素	○		○		○		○		○			●
	赤血球数	○		○		○		○		○			●
	ヘマトクリット値	○		○		○		○		○			●
蛋白	アルブミン	○		○		○							
心機能	心電図検査	○		○		○		○		○			●
眼底検査	眼底検査	○						○					●
肝炎検査	B型・C型肝炎ウイルス検査	該当者のみ		該当者のみ									

二次健診の項目	75g糖負荷検査	別日程・別料金		☆
	血圧脈派検査			☆
	頸動脈超音波検査			☆
	尿中アルブミン(一次健診で未実施の場合)			☆
	眼底検査(一次健診で未実施の場合)			☆

<特定健診項目>

○	必須項目
■	いづれかの実施でも可
●	医師の診断に基づき選択的に実施
☆	二次健診項目

⑦ 受診券の様式

・受診券：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)図表33参照
・利用券：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)図表35参照

⑧ 健診の案内方法

受診率向上につなげるため、各機会を通じて案内する。

・公区お知らせ、広報、情報告知端末、ホームページ等で年間の健診日程等を周知
・集団健診受診時に次年度申込みを受付け
・申込者に案内、受診券（個別健診の場合）を発送
・被保険者証更新時に受診勧奨
・役場窓口や各機関、商店等に掲示

⑨ 年間実施スケジュール

5月･10月(または11月)に集団健診、健診委託機関にて個別健診を実施。毎年度3月に次年度のスケジュールを国保担当と保健担当で確認する。

⑩ 事業者健診等の健診データ収集方法

下川町国保被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映する。
また、定期的に医療機関で検査をしている者などが、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映する。

(2) 特定保健指導

特定保健指導の実施については、保健担当への執行委任の形態で実施する。

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(令和6年度版)」第3編保健指導第2章保健事業(保健指導)計画の作成を参考に、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・評価を行います。

② 要保健指導対象者数の選定と優先順位・支援方法

「標準的な健診・保健指導のプログラム(令和6年度版)」第2編健診第3章保健指導対象者の選定と階層化に基づき対象者の保健指導レベルによって、優先順位・支援方法を検討し、以下のように決めた。

<table>
<tr><th>優先順位</th><th>様式5-5</th><th colspan="2">保健指導レベル</th><th colspan="2">支援方法</th></tr>
<tr><td>1</td><td>OP</td><td>特定保健指導
O:動機づけ支援
P:積極的支援</td><td></td><td>◆適切な生活改善が自分で選択し行動できるよう継続支援
◆医療機関の受診が必要である場合は、受診につながる支援</td><td>面接
訪問
電話</td></tr>
<tr><td>2</td><td>M</td><td>情報提供受診必要</td><td></td><td>◆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
◆再検票内容確認し、支援
◆治療となった場合は、3か月ごとにレセプト確認</td><td>面接
訪問
電話</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">N</td><td rowspan="2">情報提供</td><td>保健指導レベル</td><td>◆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</td><td>面接</td></tr>
<tr><td>異常なし</td><td>◆健診結果の見方の説明と次年度の受診勧奨通知郵送
◆希望があれば結果説明面接</td><td>文書</td></tr>
<tr><td>4</td><td>L</td><td>情報提供(治療中コントロール不良)</td><td></td><td>◆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</td><td>面接
電話
文書</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5</td><td rowspan="3">D</td><td rowspan="3">健診未受診者</td><td>受診歴あり</td><td>◆毎年受診の必要性等説明し受診勧奨
◆受診後次年度受診につながるよう支援</td><td>電話
文書</td></tr>
<tr><td>糖尿病治療中者</td><td>◆受診歴かかわらず、糖尿病治療中で健診未受診の者に優先的に受診勧奨</td><td rowspan="2">訪問
電話
文書</td></tr>
<tr><td>受診歴なし</td><td>◆地区担当ごとに状況把握・受診勧奨
◆毎年度国保・保健で検討し、未受診者勧奨</td></tr>
<tr><td>6</td><td>K</td><td>情報提供(治療中コントロール良)</td><td></td><td>◆適切な治療継続と次年度受診勧奨通知郵送
◆希望があれば結果説明面接
◆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</td><td>文書</td></tr>
</table>

③ 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践

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。健診結果が届いたら健診担当者はすみやかに結果票を作成し、地区担当保健師または管理栄養士に健診結果を渡す。地区担当保健師または管理栄養士は、健診結果を経年でみることやそれまでの保健指導で得られた情報などからアセスメントし、対象者の優先順位も踏まえ、個々に合わせた支援を実施する。

4　特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

(1) 特定健診・特定保健指導のデータの形式

国が示した標準的なデータファイルの仕様に基づき、電子データでの送受信を原則とする。

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理と保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の保存期間は5年間とし、保存期間満了後は、保存してある記録を受診者の求めに応じて当該受診者に提供するなど、受診者が自己の健診情報を活用し、健康づくりに役立てられるように努める。

(3) 被保険者への結果通知

厚生労働省から示された内容を基本とし、受診者が理解しやすい様式とする。

(4) 健康ファイルの活用

被保険者（受診者）の生涯を通じた健康増進を支援するため、健康ファイル等を活用する。

健康ファイルは、被保険者の健診データや生活実態を経年的に把握できるとともに、自分の体を身体のメカニズムや早世予防の視点でみることができ、生涯を通じた疾病予防や疾病の重症化予防を支援するための記録として有効に活用する。

(5) 個人情報保護対策

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報等の保存については、個人情報の保護に関する法律及びこれらに基づくガイドライン等及び下川町個人情報保護条例により適正に保存する。

5　その他

(1) 結果の報告

高齢者の医療の確保に関する法律第142条の規定に基づき、下川町国民健康保険は特定健診等の実施結果を電子的な形で保存し、必要なデータを年1回社会保険診療報酬支払基金に対して報告する。

(2) 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、ホームページへの掲載し、公表や通知を行う。

第6章　目的・目標を達成するための保健事業

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プローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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、第5章の「第4期 特定健康診査等実施計画」に準ずるものとする。

なお、国保連合会各種事業(国保ヘルスアップ事業等)及び後期高齢者広域連合各種事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等）を活用し実施する。

2　重症化予防の取組

（1）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、CKD診療ガイドライン2023、糖尿病治療ガイド2022-2023に基づき、「上川北部圏域糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえ以下の視点で、PDCAに沿って実施する。

ア．健康診査で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
イ．治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
ウ．糖尿病治療中断者に対する対応

② 対象者の明確化

対象者の選定基準にあたっては糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

ア．医療機関の未受診者
（ア）当該年度の健診において、次のいずれかに該当し、糖尿病の治療をしていない者
○　空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上
○　HbA1c 6.5%以上の者

（イ）上記の基準該当者のうち、介入の優先度が高い者注１）
○　微量アルブミン30mg/gCr以上の者
○　尿蛋白（±）以上の者
○　推算糸球体ろ過量（eGFR）が60ml/分/1.73㎡未満の者
○　血圧130/80mmHg以上の者
※（ア）のみ該当する者であっても、介入の対象とする。

イ．糖尿病治療中断者
過去に糖尿病治療歴がある者または糖尿病で通院治療している者のうち、直近１年間に健診受診歴やレセプト情報における糖尿病受療の記録がない者（レセプト情報により対象者の抽出が可能な場合のみ実施）

ウ．医療機関通院患者のうち重症化するリスクの高い者
（ア）健診結果の情報において、以下のいずれかの基準を満たす者
○　微量アルブミン30mg/gCr以上の者
○　尿蛋白（±）以上の者
○　eGFR 60ml/分/1.73㎡未満の者

（イ）腎機能の低下が危惧される、以下のリスク要因のいずれか有する者
○　Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）以上の者
○　メタボリックシンドローム該当者

（ウ）次のいずれかに該当する者については、保健指導対象者から除外する。
○　がん等で終末期にある者
○　認知機能障害のある者
○　その他の疾患を有し、かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

③ 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は高血圧・糖尿病管理台帳をヘルスサポートラボツールで作成し、経年管理していく。

前年度までの健診結果・レセプト情報から毎年度6月初旬の集団健診結果説明前に確認し、地区担当保健師が訪問等を実施した後に実施状況を書き込み、進捗管理する。

④ 保健指導の実施

ア．糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。下川町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

イ．二次健診の実施

可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃さないよう、尿中アルブミン検査を実施可能な健診機関のみであるが、一次健診にて実施している。尿中アルブミン検査をしない場合は、腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）は二次健診の活用を考慮し、尿中アルブミン検査を必要に応じて実施する。結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

⑤ 医療との連携

ア．医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に町立下川病院等と協議し、紹介状等を活用するなどスムーズな連携体制を整える。

イ．治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては糖尿病重症化予防プログラムに準じ行っていく。

⑥ 高齢者福祉担当・介護保険担当との連携

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。

⑦ 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ、法定報告後に行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用してく。

ア．短期的評価

(ア)受診勧奨者に対する評価

〇受診勧奨対象者への介入率

〇医療機関受診率

〇医療機関未受診者への再勧奨数

(イ)保健指導対象者に対する評価

〇保健指導実施率

〇糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

HbA1cの変化、eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で５ml/1.73㎡以上低下）、尿蛋白の変化、服薬状況の変化

イ．中長期的評価

糖尿病性腎症による国保被保険者からの新規透析導入者を出さない。

(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2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。

② 対象者の明確化

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。

ア．心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「NIPPONDATA80/90では、ミネソタコード別の心電図所見を電気軸異常(左軸偏位または時計回転)、構造的異常(左室肥大または心房拡大)、再分極異常(ST-T変化)の3つのカテゴリーに大別化し、非特異的心電図所見の累積と心血管疾患の予後との関連と検討した。心電図異常を認めるカテゴリー数が多いほど、心血管疾患死亡のリスクが増加した。」（標準12誘導心電図検診判定マニュアル2023年版）ことから心電図検査所見において左軸偏位、時計回転、左室肥大、心房拡大、ST変化の所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。医療機関未受診者、メタボリックシンドローム該当者、血圧、血糖、脂質などのリスクを有する者など、対象者の状態に応じて未受診とならないよう受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが心電図所見ありの場合は、どのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

イ．動脈硬化性心血管疾患の予防から見たLDLコレステロール管理目標による重症化予防対象者の把握

虚血性心疾患においてLDLコレステロールは危険因子であるが、LDLコレステロール以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においてもLDLコレステロールと他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要がある。下記の表はLDLコレステロールに基づいた脳心血管リスク層別化である。LDLコレステロール160以上の高リスク者は優先的にかかわることが必要である。

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ( )内はNon-HDL				健診結果(LDL-C) 120-139	140-159	160-179	180以上	(再掲)LDL160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
			124	57	41	18	8	4	5	10	7
				46.0%	33.1%	14.5%	6.5%	15.4%	19.2%	38.5%	26.9%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	25	12	9	3	1	3	1	0	0
			20.2%	21.1%	22.0%	16.7%	12.5%	75.0%	20.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	44	17	15	7	5	1	2	5	4
			35.5%	29.8%	36.6%	38.9%	62.5%	25.0%	40.0%	50.0%	57.1%
	高リスク	120未満 (150未満)	50	25	15	8	2	0	2	5	3
			40.3%	43.9%	36.6%	44.4%	25.0%	0.0%	40.0%	50.0%	42.9%
		再掲 100未満 (130未満) ※1	3	1	1	1	0	0	0	0	1
			2.4%	1.8%	2.4%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	5	3	2	0	0	0	0	0	0
			4.0%	5.3%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

③ 保健指導の実施

ア．受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、対象者が「虚血性心疾患に関する症状」を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも１５秒以上症状が持続
・同じような状況で症状がある
・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある
・首や肩、歯へ放散する痛み
・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	３週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～５分程度 （休むとよくなる）	数分～20分程度	20分以上 （安静でも寛解せず）

イ．二次健診の実施

LDLコレステロール180mg/dl以上で未治療の人やLDLコレステロール160～179mg/dlで冠動脈疾患発症リスクが高い人（中等リスク以上）は、二次健診の実施を検討する。
虚血性心疾患のリスク因子が糖尿病性腎症重症化予防のリスク因子とも重なることから、動脈硬化のリスクを持つ者は、糖尿病治療ガイドの75g糖負荷検査が推奨される場合を参考にし、さらにその方の年齢、性別、経年の健診データの値の変化などから判断し、二次健診（75g糖負荷検査、血圧脈波検査、頸動脈超音検査、尿中アルブミン、眼底検査のうち必要な検査）を実施する。

④ 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は虚血性心疾患のリスク因子が糖尿病性腎症重症化予防のリスク因子とも重なるため、高血圧・糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載していく。

⑤ 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。

⑥ 高齢者福祉担当・介護保険担当との連携

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。

⑦ 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は高血圧・糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用してく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

ア．短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少。

イ．中長期的評価

虚血性心疾患の総医療費占める割合の維持・減少。

(3) 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。

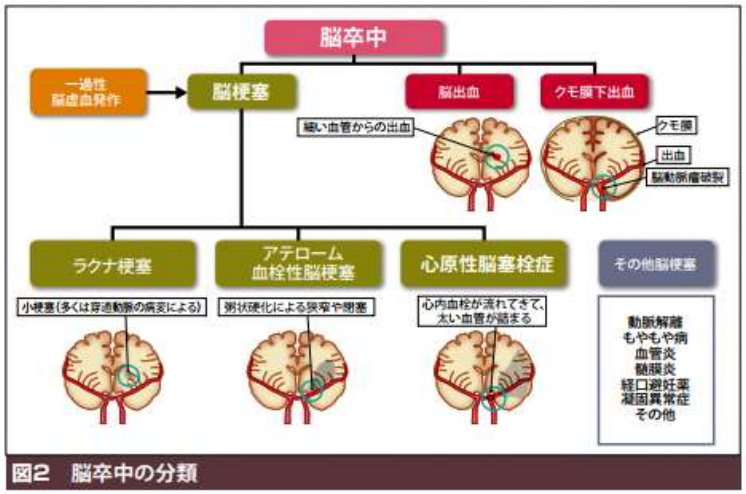

図2　脳卒中の分類

（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 対象者の明確化

重症化予防対象者の抽出にあたっては脳血管疾患とリスク因子に基づき、特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

ア．脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上の未治療者、中でも臓器障害の所見がある人は早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である人もおり、治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

イ．心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査の原則全数実施を継続する。

脳・心・腎を守るために ― 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21（第2次）目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021（脳卒中ガイドライン委員会）	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2023年改訂版）（循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告））	糖尿病治療ガイド 2022-2023（日本糖尿病学会）	CKD診療ガイドライン 2018（日本腎臓病学会）

レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析

クモ膜下出血（5.6%）／脳出血（18.5%）／脳梗塞（75.9%）

心原性脳塞栓症（27.7）／ラクナ梗塞（31.2%）／アテローム血栓性梗塞・塞栓（33.2%）／非心原性脳梗塞

※脳卒中データバンク2015より

心筋梗塞／労作性狭心症／安静狭心症

＜参考＞健診受診者（受診率）

369人	55.5%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	161	208
脂質異常症	125	244
糖尿病	41	326
3疾患いずれか	206	163

※問診結果による

優先すべき課題の明確化	高血圧症		心房細動		脂質異常症				メタボリックシンドローム		糖尿病		慢性腎臓病（CKD）		重症化予防対象者（実人数）	
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）				動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）				メタボリックシンドロームの診断基準		糖尿病治療ガイド2022-2023（日本糖尿病学会）		CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓病学会）			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動		LDL-C 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		メタボ該当者（2項目以上）		HbA1c(NGSP) 6.5%以上（治療中:7.0以上）		腎臓専門医紹介基準対象者			
該当者数	27	7.3%	3	0.8%	8	2.2%	11	3.0%	98	26.6%	31	8.4%	30	8.1%	147	39.8%
治療なし	10	4.8%	1	0.6%	8	3.3%	7	2.9%	11	6.7%	17	5.2%	5	3.1%	32	19.6%
（再掲）特定保健指導	7	25.9%	0	0.0%	1	12.5%	2	18.2%	11	11.2%	0	0.0%	1	3.3%	18	12.2%
治療中	17	10.6%	2	1.0%	0	0.0%	4	3.2%	87	42.2%	14	34.1%	25	12.1%	115	55.8%
臓器障害あり	1	10.0%	1	100.0%	1	12.5%	2	28.6%	3	27.3%	4	23.5%	5	100.0%	11	34.4%
CKD（専門医対象者）	0		0		0		0		0		2		5		5	
心電図所見あり	1		1		1		2		3		3		0		6	
臓器障害なし	9	90.0%	--		7	87.5%	5	71.4%	8	72.7%	13	76.5%	--		--	

ウ．リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。下記の表は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019　日本高血圧学会
p49　表3-1　脳心血管病に対する予後影響因子
p50　表3-2　診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51　図3-1　初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層（血圧以外のリスク因子） ＼ 血圧分類（mmHg）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	112	67	35	8	2
		59.8%	31.3%	7.1%	1.8%
リスク第1層 予後影響因子がない	8	C 5	B 3	B 0	A 0
	7.1%	7.5%	8.6%	0.0%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	66	C 40	B 18	A 7	A 1
	58.9%	59.7%	51.4%	87.5%	50.0%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子	38	B 22	A 14	A 1	A 1
	33.9%	32.8%	40.0%	12.5%	50.0%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	24
		21.4%
B	概ね1ヵ月後に再評価	43
		38.4%
C	概ね3ヵ月後に再評価	45
		40.2%

※1　脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≧140、中性脂肪≧150（随時の場合は>=175）、non-HDL≧170のいずれかに該当した者で判断。
※2　糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≧126、HbA1c≧6.5、随時血糖≧200のいずれかに該当した者で判断。
※3　脳血管病既往については、問診結果で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
※4　非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
※5　尿蛋白については、健診結果より（±）以上で判断。

③ 保健指導の実施

ア．受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

イ．二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉えて、介入する必要がある。脳血管疾患のリスク因子が糖尿病性腎症重症化予防のリスク因子とも重なるため、虚血性心疾患の二次健診と同様に実施する。

④ 対象者の管理

脳血管疾患重症化予防対象者の対象者の管理は脳血管疾患のリスク因子が糖尿病性腎症重症化予防のリスク因子とも重なるため、高血圧・糖尿病管理台帳で行うこととする。なお，健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。

⑤ 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の人へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。

⑥ 高齢者福祉担当・介護保険担当との連携

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。

⑦ 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は高血圧・糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用してく。

ア．短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

イ．中長期的評価

脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持・減少

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実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。

以下のような内容について、毎年度3月に年間計画を立て、庁内各連携機関内での共有、地域包括ケア会議等での共有、広報や健康教育等保健事業の際に住民に周知していく。

〇国保医療費、介護給付費、生活保護費等社会保障費はどれだけかかっているか。
〇予防可能な疾患が国保医療費や介護給付費にどのような影響があるか。
〇保険者努力支援制度（保健事業等の実施）による国保医療費への影響はどのような状況か。
〇今後の国保医療費、後期高齢者医療費、介護保険給付費の見通しを含めた制度の状況。
〇健診結果と生活を科学的に解明する。

第7章　計画の評価・見直し

第7章からはデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とする。以下、手引きより抜粋する。

1　評価の時期

（1）個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

（2）データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

2　評価方法・体制

計画は、中・長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備する。

第8章　計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し併せて公表する。

第9章　個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。下川町では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、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扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料　用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、総医療費を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。 一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。 肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のことで、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品 （ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。

行	No.	用語	解説
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能がおち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書（レセプト）	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するときに使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m2）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA（HbA）にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。