

白山市国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)
令和 6 年度(2024 年度)～令和 11 年度(2029 年度)

【概要版】

白山市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
第2章 第2期計画に係る考察及び	
第3期計画における健康課題の明確化	3
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	10
第4章 課題解決するための個別保健事業	14
第5章 計画の評価・見直し	24
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	25
参考資料	26

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

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。」とされました。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

白山市においては、このような国の動きや本市の健康課題を踏まえ、被保険者の健康増進と生活の維持及び向上と医療費の適正化を図ることを目的に、国指針に基づき「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

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(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、被保険者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険主管課及び高齢者医療担当課である保険年金課が主体となり策定します。ただし、住民の健康の保持増進について中心的な役割を果たしている、いきいき健康課の保健師等の専門職と連携し、健康課題を分析し、市一体となって計画策定を進めます。また、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、必要に応じ、長寿介護課(介護保険担当課)、生活支援課(生活保護担当課)、財政課とも十分連携します。

また、関係部局の連携を促進するため、市幹部職員と計画の進捗状況を共有します。

2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の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・協力が重要となることから、国保運営協議会や既存の保健医療関係者等委員会、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保健事業支援・評価委員会等を活用していきます。

また、都道府県は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、石川県関係課との連携に努めます。

さらに、被保険者の健康保持増進に関わる当事者並びに専門的視点を有する第三者の立場として、白山ののいち医師会等地域の保健医療関係者との連携を図っていきます。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の取組を後押しするため事業費分・事業費連動分が創設されており、交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取り組みを進めていきます。

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

白山市は、人口約 11 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 28.2%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率が高い市で、財政指数は県、国より高い市となっています。産業においては、第 2 次産業が 32.6%と同規模、県、国と比較しても高く、製造業、建設業の割合が多く、夜勤等の就労形態や現場作業による被保険者の生活習慣及び生活リズムが不規則である可能性が高いことが予測されます。

国保加入率は 17.3%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 54%を占めています。

また白山市内には 4 つの病院、66 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較すると割合は低くなっています。病床数も同規模と比較すると大幅に低くなっている一方で、外来患者数及び入院患者数は同規模と比較して高い傾向にあります

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 保健事業の実施状況及び実施体制

(1) 実施状況

保健事業においては、特定健診の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、個別で重点的に保健指導を実施しています。特に白山市は、入院医療費が高いことから、第 2 期計画では、糖尿病性腎症等重症化予防対策を中心に生活習慣病改善指導に取り組み、治療中で血糖管理が不十分な方に対して、かかりつけ医と連携し、保健指導を実施してきました。

(2) 実施体制

健診結果に基づく保健指導は、保健事業の中核であり、生活習慣病の発症予防、重症化予防のためには、保健師及び管理栄養士等の確保が必要となりますが、年々いきいき健康課系列の保健師数が減少してきています。

2) 第2期計画に係る評価

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)、虚血性心疾患が上位を占めており、脳血管疾患では第 2 号被保険者で 6 割以上、第 1 号被保険者の 65～74 歳でも約 5 割の有病状況となっています。虚血性心疾患では第 1 号被保険者の 75 歳以上で約 5 割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

② 医療費の状況

白山市の医療費は、国保加入者が減少しており、総医療費も減少しています。しかし一人あたり

医療費、同規模保険者と比べて約 5 万円高く、平成 30 年度と比較しても約 2 万円増えています。

また入院医療費は全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 44%を占めており、1 件あたりの入院医療費も平成 30 年度と比較しても約 4 万円も高くなっています。

一人あたり医療費の地域差は入院が主要因であり、入院を抑制し、重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

③中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患については同規模、県、国よりも高くなっています。

(2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えていますが、合併症(重症化)でもある脳血管疾患・人工透析の割合は減少もしくは横ばいとなっています。一方で、虚血性心疾患の割合は糖尿病・脂質異常症の治療者で増えています。

②高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較してみたところ、有所見者の割合はⅡ度高血圧で微増、HbA1c7.0 以上で微減しています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約 40%、糖尿病で約 5%います。

③健診結果の経年変化

白山市の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、約 2 ポイント伸びており、3 項目すべての危険因子が重なっている割合、2 項目の危険因子が重なっている割合がともに増加しています。

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、LDL-C160 以上は減少しており、翌年度の健診結果でも改善率が上がっています。一方で HbA1c6.5 以上は横ばい、Ⅱ度高血圧以上は微増しており、翌年度の結果を見ると、両者とも改善率が下がっています。

④健診受診率及び保健指導実施率の推移

白山市の特定健診受診率は、令和元年度には 54.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症(以下「感染症」という。)の影響で、令和 2 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診(いきいき健診)も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では 40~50 代は特に低い状況が続いてい

ます。

3) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

① 糖尿病性腎症重症化予防

平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、HbA1c7.0 以上の血糖値有所見者割合は増加しています。また、保健指導割合は減少しており、十分な保健指導ができていない状況です。

これまで白山市では、より重症化する HbA1c8.0 以上者を優先順位の高い保健指導対象者として重点的に支援してきました。保健指導実施率は平成 30 年度に比べると大幅に増加しており、年度でばらつきはありますが HbA1c8.0 以上の未治療者を 1~4 人程度に抑えています。

② 心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞による重症化予防を目的として、心電図検査を全数実施しており、心房細動の有所見率は 1.0%で推移しています。受託医療機関には、心電図検査で不整脈があった場合は詳しい所見を記入してもらうように依頼しており、所見記入率は 8 割を超えています。所見に心房細動と記入があった健診時未治療者については、全ての人が医療機関受診に繋がることを目的とし、本人との面接等を実施しています。また、特定健診で一度でも心房細動の所見があった方の管理台帳を作成しており、毎年度末には治療や治療中断の有無についてレセプトなどで確認し、治療中断を防いでいます。

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 5%の横ばいで、そのうち約 5 割が未治療者です。令和 4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 154 人のうち、保健指導を実施した者は 100 人でした。血圧Ⅲ度においては対象者が 26 人で、そのうち 17 人(65.4%)に保健指導を実施しました。保健指導を実施した 17 人のうち医療につながった人は 12 人(70.6%)で、保健指導を実施しなかった人と比べると医療受診割合が高いことがわかりました。

白山市では「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)」により、リスクを考慮し、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の未治療者を最優先に保健指導を実施しています。

(2) ポピュレーションアプローチ

白山市においては、生涯を通じた健康づくりの取組みとして、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、主体的に健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。

取組内容としては、白山市の実態(メタボリックシンドロームや糖尿病が増えている等)や健診結果の見方と活用方法について伝え、それぞれが食生活等の生活習慣の見直しを行う機会にするための出前講座を実施しています。

また、ホームページや広報に糖尿病の発症予防と重症化予防を目的とした資料を掲載し、市民の皆さんへの啓発活動に取り組んでいます。

(3) 第 2 期計画目標の達成状況一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
			初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
			(H30)	(R2)	(R4)	(活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標 脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.31%	2.60%	1.76%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	3.29%	2.78%	2.35%	
		慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.45%	4.54%	4.34%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	15.3%	18.8%	16.5%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	61.5%	40.0%	58.3%	
	短期目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	14.4%	11.7%	15.2%	白山市いきいき健康課
		健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	4.3%	5.5%	5.0%	
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	8.2%	7.4%	7.2%	
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	9.7%	11.6%	11.3%	
		健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.3%	0.3%	0.4%	
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	36.2%	37.2%	35.9%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合	29.3%	10.5%	20.1%	
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	51.7%	46.0%	45.3%	法定報告値
		特定保健指導実施率60%以上	66.0%	50.0%	55.0%	
		特定保健指導対象者の割合の減少	22.1%	13.4%	31.6%	

(4) 第 2 期データヘルス計画に係る考察

第 2 期データヘルス計画では、優先すべき課題から①心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者および予備群の減少と②血糖値が重症域(HbA1c8.0以上)の者および血糖正常高値・境界域の者(HbA1c5.6~6.4)の減少を目標として個別の保健事業に取り組んできました。

メタボリックシンドロームの解決に向けた特定保健指導の実施については、令和 4 年度の実施率は 55.0%とやや増加しましたが、令和 2 年度以降、大きく減少しています。その結果、初年度(平成 30 年度)よりもメタボリックシンドロームの割合が増加しています。また、HbA1c6.5 以上と高血圧Ⅱ度以上の割合も増加しており、アウトカム評価としては成果が出ていない状況です。さらに健診結果の経年変化を見ると、HbA1c6.5 以上者、Ⅱ度高血圧以上者ともに改善率は減少し、HbA1c6.5 以上者は悪化の割合が増加しています。内臓脂肪の蓄積によるメタボリックシンドロームや糖尿病は、薬物療法だけでは改善が難しく、生活習慣改善と合わせた治療を行うことが必要です。年に 1~2 回の保健指導では生活改善に結びつかないケースもあるので、まずは健診で把握したメタボリックシンドロームと糖尿病対象者が改善につながるよう継続支援が必要です。

健診・医療の状況を年代別に見ると、40~64 歳の若い世代の特定健診受診率は 25.4%で 4 人に

1 人しか健診を受けていないことが課題です。また、健診結果より若い世代に肥満が多いことがわかったので、今後はなぜ若い世代に肥満が多いのかを分析していく必要があります。さらに、若い世代の3割が既に生活習慣病で治療しており、そのうち高血圧治療者が7割、糖尿病治療者が5割います。糖尿病と高血圧を併せ持っている方も多く、糖尿病で約半数の人が既に合併症を起こしており、若い世代から臓器障害を起こしている可能性があります。血管変化はリスクの重なりが長い年数をかけて進むため迅速な状況の改善が難しいからこそ、自覚症状が出ていない若い世代への対策が必要です。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

2) 健康課題の明確化

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は令和2年度には新型コロナウイルス感染症の影響で減ったものの、令和3年以降は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり80万円を超え、国保の2倍も高い状況です。

白山市は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできており、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模、県、国より0.4~0.5ポイント高くなっていますが、糖尿病が重症化した結果の腎不全(透析有)の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢においても、同規模、国と比べて低い状況です。

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、高齢化率の低い白山市でも75歳以上の後期高齢者及び65~74歳の前期高齢者が確実に増えていることが

分かります。40～64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が3.2ポイントも高くなってきています。

短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症をみると、高血圧、糖尿病ともに40～64歳、65～74歳では割合が増えており、75歳以上では減っています。

中長期目標疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)において、H30年度とR4年度の被保険者数を比較すると、40～64歳では脳血管疾患、虚血性疾患は減っていますが、中長期疾患のうち介護認定者でみると脳血管疾患、虚血性疾患いずれも増えていることから、引き続き重症化予防に取り組んでいくことが必要です。

骨折・認知症の状況みると、加齢による疾患として、75歳以上の約13～15%に骨折・認知症があり、さらに介護認定の状況においても、高い割合で要介護状態になっています。これらの骨折や認知症の方の生活習慣病との重なりでは、約80%の方に高血圧、糖尿病の基礎疾患があるので、引き続き生活習慣病予防に取り組んでいくことが重要になっています。

(3)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)には高血圧、糖尿病等の重なりが共通してあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

3) 目標の設定

(1)成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。目標の設定は、解決すべき健康課題に対応した評価指標を設定し、具体的な数値により根拠をもって行います。

②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、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを最低限抑えることを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

③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、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を短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療

機関と十分な連携を図り、医療受診や治療継続が必要な者に適切な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います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームがありますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行っていきます。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により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となります。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2)管理目標の設定

第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価	最終評価	データの把握方法 (活用データ)
				R6 (R4)	R8 (R7)	R11 (R10)	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	1.76%	1.75%	1.74%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.35%	2.33%	2.30%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	4.34%	4.32%	4.30%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	16.5%	16.3%	16.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	58.3%	50.0%	40.0%	白山市調べ
	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	15.2%	15.6%	16.0%	白山市いきいき健康課
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.0%	4.7%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	7.2%	7.1%	7.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.3%	10.8%	10.5%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	1.4%	1.2%	1.0%	
			糖尿病の未治療者(Hba1c7.0%)を治療に結び付ける割合	22.0%	26.0%	30.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	45.3%	55.0%	62.5%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	55.0%	68.5%	81.0%	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	31.6%	31.8%	32.0%	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	48%	55%	62.5%	62.5%	62.5%	62.5%
特定保健指導実施率	56%	68.5%	81%	81%	81%	81%

3. 対象者の見込み

特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	14,900人	13,600人	12,500人	11,600人	10,700人	9,900人
	受診者数	7,152人	7,480人	7,812人	7,250人	6,687人	6,187人
特定保健指導	対象者数	715人	748人	781人	725人	669人	619人
	受診者数	400人	512人	633人	587人	542人	501人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託します。集団健診は特定健診委託基準を満たす集団健診委託業者と、個別健診は白山ののいち医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、委託契約を行います。

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、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、受診券通知にあわせて、対象者に通知します。また、白山市ホームページ、健診のお知らせ冊子に掲載します。

4) 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対象者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・貧血検査・心電図)を実施します。

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 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

5) 実施時期

集団健診、個別健診ともに 6 月から 10 月、人間ドックは 6 月～翌年 1 月末まで実施します。

6) 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えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

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います。

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、石川県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

8) 健診の案内方法

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、健診対象者に個別に受診券通知を送付するとともに、市ホームページ等を活用し、周知を行います。

受診券通知は 5 月に送付し、途中加入者には加入手続き時に保険年金課にて健診案内チラシで受診勧奨します。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施とし、いきいき健康課への執行委任の形態で行います。

1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)」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・実践評価を行います。

2) 保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

R5年度 保健指導対象者一覧

区分	対象	特定健診		参考 対象者数 (R4)	備考	
		40～64歳	65～74歳			
最優先 ②③☆	◆3疾患治療なし	●	●	11	* 集団健診は主に結果説明会で医療受診勧奨 * 個別健診は通知をして、特保相談日に来所してもらう 検査結果によって、早急に対応が必要な場合は、説明会や相談日を待たずに、訪問等で医療受診勧奨をする ※勧奨後の状況及び結果について、電話等で確認する	
	①HbA1c8.0以上	●	●	26		
	②血圧180/110以上(Ⅲ度高血圧)	●	●	1		
	③eGFR30未満	●	●			
	実人数			38	稼働率100%目標	
ハイリスク (治療なし)	1 特定保健指導A ②☆	◆階層化により特定保健指導になったグループで、かつ「区分2」①～④に該当する者	●	●	14	* 集団健診は主に結果説明会で初回面接 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい初回面接来所しない、電話がつかない場合は訪問へ
		①積極的支援	●	●	76	
	②動機づけ支援	●	●			
	実人数 区分1			90	稼働率100%目標	
2 情報提供 ◇	◆3疾患治療なし	①HbA1c6.5以上	●	●	38	* 集団健診は主に結果説明会で指導 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい指導来所しない、電話がつかない場合は訪問へ ※指導後の状況及び結果について、電話等で確認する
		②血圧160/100(Ⅱ度高血圧)以上	●	●	84	
	③腎専門医紹介基準該当者	●	●	42		
	④心房細動	●	●	9		
	実人数 区分2			154		
特保	3 特定保健指導B ②☆	◆階層化により特定保健指導になったグループで、かつ「最優先・区分1(ハイリスク)」以外	●	●	106	* 集団健診は主に結果説明会で初回面接 * 個別健診は主に特保相談日に来所してもらい初回面接
		①積極的支援	●	●	387	
		②動機づけ支援	●	●		
	実人数 区分3			493	初回指導率60%目標	
	小計 特保			599		
2次検査	75gOGTT ⑤☆	◆3疾患治療なしかつ、脳・心・腎治療なしかつ、脳・心既往なし	●	69歳まで	63	★抽出の条件 「3疾患治療なし」かつ「脳・心・腎治療なし」かつ、「脳・心既往なし」 ①40～69歳で、HbA1c5.6～6.4かつ「区分1～3」 ②いいき健診受診者で、HbA1c5.6～6.4かつ「区分1～3」の条件に該当 ※HbA1c5.6～6.4で、上記条件に該当しない場合でも、面接で、糖尿病の遺伝や食生活等に問題がある等リスクが高い場合は2次検査を勧めてもよい ・過去に75gOGTTを受けた者は対象外 ・集団健診受診者は、健診結果説明会で2次検査の勧め ・個別健診・半日ドック受診者は特保相談日に2次検査の勧め ・検査は、糖尿病の安定期治療を担う医療機関に依頼
		(1)40～69歳			178	
		①HbA1c6.0～6.4かつ「区分1～3」に該当するもの等			4	
		②HbA1c5.6～5.9かつ「区分1～3」で、「糖尿病の遺伝のあるもの」、食生活等に問題のあるもの等				
	(2)39歳以下のいいき健診受診者	●	39歳以下			
	HbA1c5.6～6.4で「糖尿病の遺伝のあるもの」、肥満、食生活に問題があるなどリスクの高いもの					
	小計			245		

区分	対象	特定健診		参考 対象者数 (R4)	備考	
		40～64歳	65～74歳			
ハイ(治療中)スク	医療 治療中 コントロール 不良 ④★	◆生活習慣病「治療中」の40～74歳	●	●	85	※かかりつけ医で健診を受けた場合 地区担当者や相談して、指導対象者と日程を決める 対象者へ日時入りの通知を送付し、来所してもらう ※集団健診を受けた場合 健診結果説明会にて保健・栄養指導を実施 指導内容を糖尿病連携手帳または血圧手帳等で報告する
		①HbA1c8.0以上	●	●		
		②CKD重症度分類 赤のステージまたは尿蛋白2+以上かつ、BMI25以上または腹囲基準以上(男:85cm以上、女:90cm以上)かつ、血圧Ⅱ度以上または血圧Ⅰ度以上	●	●		
		実人数			85	

3) 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

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していきます。

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扱いについては、個人情報の保護に関する法律および白山市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査・特定保健指導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します。

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、健康管理システム及び特定健康診査等データ管理システムで行い、最低 5 年間は保存します。

7. 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、白山市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

8. 計画の評価・見直し

1) 評価の時期

計画の見直しは、3 年後の令和 8 年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和 11 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ります。

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ます。

※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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 個別保健事業の方向性

1) 優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施します。

- 【重症化予防】①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
 - ②虚血性心疾患の早期発見、予防(心電図検査異常者に対する保健指導)
 - ③脳血管疾患予防事業(心房細動、高血圧者への保健指導)
- 【発症予防】④軽度高血糖者に対する保健指導
 - ⑤特定健診・特定保健指導
 - ⑥生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
- 【その他】⑦高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施します。

また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取り組みを検討していきます。

2) 個別保健事業のアウトカム、アウトプット評価目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」(9ページ)のとおりです。

3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行います。

2. 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「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(令和5年4月1日改定)に準じ、実施していきます。

2) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位の決定にあたっては、健診・レセプトデータ等から、保健指導該当者数を把握したうえで、優先順位を決め、十分な保健指導が実施できるよう体制を確保し、計画的な保健指導を実施します。

優先1 ・未治療者及び治療中断者に対する保健指導、受診勧奨

健診の結果 HbA1c8.0 以上

治療中断者とは、過去に治療歴があり6か月間治療の記録がないもの

優先2 ・未治療者及び治療中断者に対する保健指導、受診勧奨

健診の結果 HbA1c6.5～7.9

治療中断者とは、過去に治療歴があり6か月間治療の記録がないもの

優先3 ・糖尿病で治療中のうちハイリスク者

①糖尿病治療中のうち、健診受診者で HbA1c8.0 以上、

②CKD の重症度分類赤のステージまたは蛋白尿(2+) 以上

かつ、BMI25 以上

または腹囲基準値以上かつ、血圧Ⅱ度以上(160～179/100～109)

または血圧Ⅰ度(140～159/90～99)であってHbA1c7.0 以上

優先4 ・特定保健指導対象者であって HbA1c5.6～6.4

その他、治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼のあったもの

優先1～4の健診受診者に対しては、HbA1c、血糖の値に加え、メタボリックシンドロームの重なりを考慮して優先順位を決定します。

3) 保健指導の実施

(1) 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す。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きます。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえて実施していきます。なお、実施にあたっては、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ていきます。

また、集団健診受診者への健診結果説明会においては、健診結果が以下の条件のものに対し、再検査を行います。

- ① 3疾患治療なしで蛋白尿（+）以上の人・・・尿検査を再度実施します。
- ② e-GFR30～60未満で尿蛋白（-）または（±）かつHbA1c6.5以上
・・・アルブミン尿検査を実施します。

【参考】R4年度 対象者 ① 11人 ② 22人

(2)医療との連携

医療機関未受診者及び治療中者への保健指導にあたっては、『いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に準じ、事前にかかりつけ医へハイリスク者リストの提出を行い、指導後は糖尿病連携手帳を活用または保健指導報告書にて連絡するとともに、かかりつけ医に電話や訪問で相談するなど積極的な医療連携を図っていきます。

4)評価

事業の進捗、その効果を把握するため、「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」(9ページ)について、毎年度末に評価を行います。

5)実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

前年度の健診結果からHbA1c8.0%以上地区管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出

5月 前年度健診未受診者及び治療中断者を把握し、健診受診勧奨

6月～本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施

保健指導実施後、治療の有無等をKDBで確認、継続指導を実施

10月～健診未受診者への受診勧奨(訪問、電話)、かかりつけ医との連携

3月 年間の活動のまとめ、評価

3. 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、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます

2) 対象者及び優先順位の考え方

(1) 心電図検査からの把握

最も基本的な心臓の検査は心電図検査であり、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の一つとなっています。白山市では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、心電図検査の結果、虚血性心疾患が疑われる所見のある人を抽出し、優先的に保健指導を実施していきます。

優先1 ・治療や内服がなく、LDL コレステロールが 160 以上のハイリスク者であって心電図所見で Q 波異常、ST 変化があるもの

優先2 ・特定保健指導対象者であって心電図所見で Q 波異常、ST 変化があるもの

(2) 心電図以外からの把握

心筋梗塞の 60%は前駆症状がないため、心血管疾患を発症しやすい、高コレステロール及びメタボリックシンドローム者に対し、積極的に保健指導を行う必要があります。特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高 LDL が重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されています。

また、LDL コレステロールが 180 以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行うことも検討していきます。

3) 保健指導の実施

(1) 心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで保健指導を行い、対象者が自分の体をイメージできるよう、保健指導教材を活用していきます。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

(2) 二次健診の実施に向けての検討

虚血性心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、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)

(3) 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、治療中の者へは必要に応じて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」(9ページ)について、毎年度末に評価を行います。

5) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者への介入方法、実施方法の決定

6月～健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施(通年)

保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施

3月 年間の活動まとめ、評価

4. 脳血管疾患重症化予防

1) 目的、基本的な考え方

白山市では、脳血管疾患のうち脳出血よりも脳梗塞が多い現状です。なかでもアテローム血栓性脳梗塞が多い可能性があります。アテローム型のリスクとして、血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施します。

また、「心原性脳梗塞」は、大血管が閉塞し重症化しやすく、介護予防の観点からも重要であるため、その取り組みを進めます。

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、血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者及び優先順位の考え方

(1) 心電図検査の結果心房細動がある人への保健指導



(脳卒中予防への提言より引用)

心房細動があると、心臓内に血栓ができやすく、心臓内でできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈が詰まり、「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。このため、心電図検査で心房細動があった者に対して、医療機関への受診勧奨等を行います。

令和4年度の特健診の結果、心房細動の所見がある人は63人でした。そのうち未治療者は18人で、受診勧奨等の保健指導を行った結果、年度末においては、未治療者が2人、抗凝固剤等の内服はありませんが、他疾患治療中で病院受診している人が10人でした。未治療者の2人については引き続き受診勧奨等の継続支援を行っていきます。

(2) 高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、Ⅲ度高血圧であっても未治療であるもの、また特定保健指導の対象者及び非肥満でⅡ度高血圧者を対象に保健指導を行います。

優先順位の考え方としては、Ⅲ度高血圧の未治療者を最優先とし、次に血圧や高血糖、LDLコレステロール高値などリスクの重なりのある人に優先的に保健指導を実施します。

優先2 ・Ⅲ度高血圧であっても未治療であるもの

優先3 ・Ⅱ度高血圧で特定保健指導対象のもの

優先4 ・Ⅱ度高血圧で非肥満のもの

優先5 ・Ⅰ度高血圧または高値血圧で特定保健指導対象のもの

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB により合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用します。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

(2) 二次健診の実施に向けての検討

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、介入していく必要があります。対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

- ①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))
- ②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)

(3) 対象者の管理

心房細動がある場合継続的な治療、管理が重要となります。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、継続的な管理ができるような台帳を作成しており、適正な受診、リスク管理が行われているかを毎年度確認していきます。

(4) 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、治療中の者へは必要に応じて、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」(9ページ)について、毎年度末に評価を行います。

5) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者への介入方法、実施方法の決定

6月～健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施(通年)

保健指導実施後、治療の有無等を KDB で確認、継続指導を実施

3月 年間の活動まとめ、評価

5 軽度高血糖者に対する 75g糖負荷検査と保健指導

1) 目的、基本的考え方

白山市では軽度高血糖が疑われる HbA1c5.6-6.4%の割合は、55.4%となっています。軽度高血糖の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善を目指すとともに糖尿病患者の増加の抑制を図ることを目的としています。

なお、軽度な異常では、本人自身が問題意識を持ちにくいいため、血糖の流れやインスリン量が見える化できる 75g糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえて保健指導を行います。

2) 対象者及び優先順位の考え方

対象は、健診受診者のうち、40～69 歳で HbA1c5.6～6.4%かつ特定保健指導対象者とします。

また、18～39 歳のいきいき健診受診者についても、特定健診対象者と同様の条件で対象とします。ただし、過去に市の 75g 糖負荷検査を受けたものは対象から除きます。

【優先順位の考え方】(75g 糖負荷検査が推奨される場合)(糖尿病治療ガイド 2022-2023)

(1)強く推奨される場合(現在糖尿病の疑いが否定できない)

HbA1c6.0～6.4、空腹時血糖 110～125 mg/dl、随時血糖 140～199mg/dl

(2)行うことが望ましい場合(将来糖尿病を発症するリスクが高い、高血圧、脂質異常症、肥満など動脈硬化のリスクを持つものは特に施行が望ましい)

HbA1c5.6～5.9%、空腹時 100～109mg/dl

上記がなくても、濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの

3) 保健指導の実施

(1) 対象者への保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDB により合併症、治療状況等を確認しリスクの重なりを含め個々人の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施します。

指導にあたっては、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用します。

(対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行います。)

(2) 75g 糖負荷検査後の保健指導

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために 75g 糖負荷検査を実施、検査結果に応じた保健指導を実施します。

4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」(9ページ)について、毎年度末に評価を行います。

5)実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者への介入方法、実施方法の決定
- 6月～健診結果から保健指導を実施(通年)
 - 75g 糖負荷検査後、結果に基づいて保健指導
- 3月 年間の活動まとめ、評価

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1)基本的な考え方

国保加入者の約5割が65歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施にあたっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組みの双方が必要となります。また75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要があります。

本市では、令和6年度より石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託し、取組み開始していきます。

2)事業内容

(1)地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

(2)個別保健指導(ハイリスクアプローチ)

地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を実施します。

国保事業で保健指導対象者であった方々が75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。

なお、糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者糖尿病治療ガイドライン」に沿って、個々の血糖コントロール目標等を把握し、支援を行っていきます。

(3)ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。

3)対象者と優先順位の考え方

高齢者コックピットにより高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定します。

7. 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

1) 妊娠期の糖尿病予防

妊娠期の状況をみますと、令和 3、4 年度の妊婦精密健康診査の精密検査理由の全てが高血糖、尿糖等の糖尿病関係であり、その多くは 75g 糖負荷検査を実施していました。精密検査結果では妊娠糖尿病で要医療、要観察となっている者、また精検未受診で放置している者もいました。

妊娠糖尿病の妊婦は 10 年後に 30%、15 年後に 50%が糖尿病を発症すると言われており、妊娠期から糖尿病発症予防対象者を抽出し、適切な時期に保健指導を実施することが必要と考え、今後新たな管理体制の整備を検討していきます。また、妊娠糖尿病と診断された妊婦について、出産後も子どもの乳幼児健診等の母子保健事業で継続的に保健指導を行い、重症化予防に努めいくことも併せて考えていきます。

2) 子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防

幼児期、学童期の肥満の状況をみると、中学校、高校の年代で既に全国に比べて石川県はその割合が高く、子どもの頃からの肥満予防が必要な課題となっています。

幼少期の食生活が将来の食生活に大きく影響することから、乳幼児健診の時期から個別面接等を通して肥満児の食の実態把握を行っていきます。また、小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、白山市健康プランと連携し、行政の枠組みを通じ保育所、学校等と連携した取り組みを進める必要があります。

3) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。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、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取り組みについて市民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し広く市民への周知に努めていきます。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11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ります。

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ます。

※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・介護のデータが収集されるので、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います。

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していきます。

第6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ます。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。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簡易版を策定する等の工夫が必要です。

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・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ます。

**白山市国民健康保険 第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)

【概要版】

白山市健康福祉部保険年金課

〒924-8688 白山市倉光二丁目1番地

TEL:076-274-9528 FAX:076-274-9519

E-mail:hoken@city.hakusan.lg.jp

令和6年(2024年)3月