

第2期
多賀町国民健康保険
データヘルス計画



平成30年4月
多賀町

目 次

第1章 計画の基本的事項

1. 趣旨	1
2. 背景	1
3. 計画の位置づけ	2
4. 計画期間	4
5. 保険者努力支援制度	5

第2章 多賀町の現状

1. 人口・被保険者数・死亡の状況	6
2. 医療費の状況	8
3. 介護保険の状況	14
4. 特定健康診査等の状況	16

第3章 重点施策（現状分析を踏まえた健康課題と目標の設定）

1. 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の発症予防	24
2. 運動習慣の定着化	25

第4章 多賀町特定健康診査等実施計画（第3期）

1. 目標値の設定	26
2. 特定健康診査、特定保健指導の対象者	27
3. 実施方法	30
4. 年間スケジュール	37
5. 個人情報の保護	38
6. 公表・周知	39
7. 評価・見直し	39
8. その他	40

第5章 個別保健事業計画

第6章 重症化予防への取り組み

1. 虚血性心疾患重症化予防	45
2. 脳血管疾患重症化予防	48
3. 糖尿病性腎症重症化予防	51

第7章 医療費適正化対策事業	
1. 重複受診者、頻回受信者、重複投薬者等への訪問指導等	57
2. 医療費通知の送付	58
3. 後発医薬品の使用促進	59
第8章 地域包括ケアシステムに係る取り組み	
1. 高齢者の実態	60
2. 保険者としての役割	61
第9章 計画の評価・見直し	
1. 評価の時期	62
2. 評価方法・体制	62
3. 計画の推進体制	63
4. 関係機関との連携強化	63
第10章 計画の公表・周知および個人情報の取扱い	
1. 計画の公表・周知	64
2. 個人情報の取扱い	64



多賀町国民健康保険マスコットキャラクター

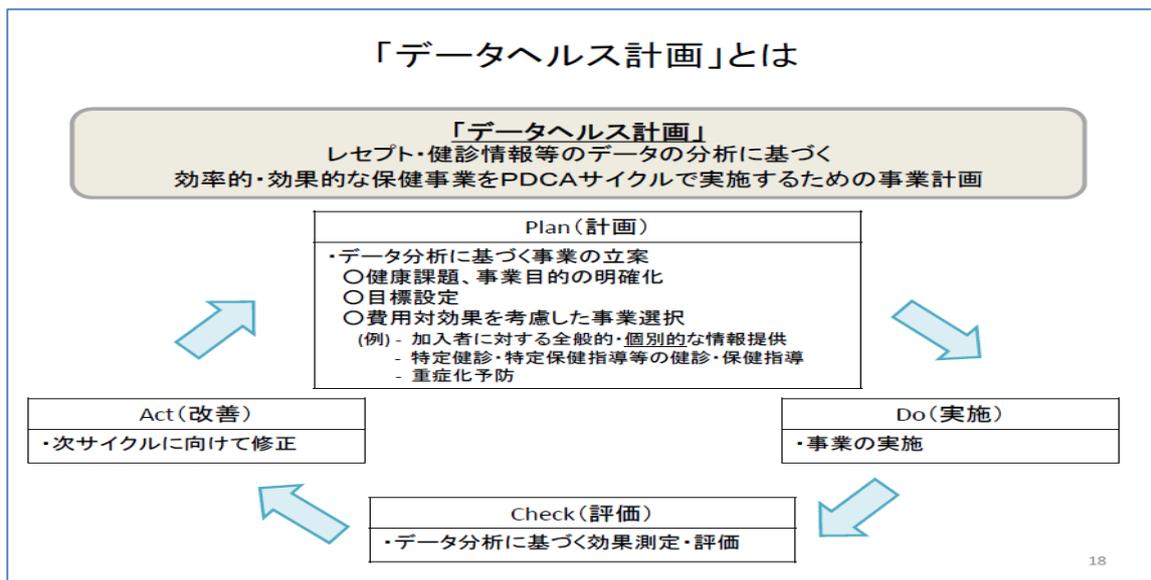
第1章 計画の基本的事項

1：趣旨

～効果的かつ効率的な保健事業～

多賀町データヘルス計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正について(平成26年3月31日付け厚生労働省保険局長通知)に基づき、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および評価を行うための計画です。国指針に基づき、「多賀町データヘルス計画」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、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化が図られることを目的とします。

図1



2：背景

～健康寿命の延伸～

国民健康保険の保険者は、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第82条第1項に基づき、「特定健康診査および特定保健指導のほか、健康教育、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業(以下「保健事業」という。)を行うように努めなければならない。」と規定されています。生活環境の変化や高齢化の進展に伴い、疾病に占める生活習慣病の割合が増えてきており、生涯にわたりQOL(生活の質)を維持するためには、被保険者が自主的に生活習慣の改善および疾病予防に取り組む必要があります。その結果、「健康寿命の延伸」および「医療費の適正化」を図ることが求められます。

近年、特定健康診査およ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。)等の電子化が進展し、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ます。

これまでも保険者は、レセプト等や統計資料を活用して「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後はさらなる被保険者の健康の保持

増進に努めるため、国保データベースシステム（KDB）により健診・医療・介護のデータ分析を行い、リスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ（※1）から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められています。

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度が創設されることとなりました。

本町においても平成 27 年 3 月に第 1 期「多賀町データヘルス計画」を策定し、被保険者の健康増進等の保健事業の実施に取り組んできましたが、第 2 期である本計画においても、第 1 期の計画を踏まえた上で、保有するデータを活用することで、さらなる被保険者の健康増進および医療費の削減を目指し、より効果的効率的な保健事業を実施していきます。

※1 ポピュレーションアプローチ：全住民を対象とした活動によって、集団全体を良い方向にシフトさせること。

3：計画の位置づけ

～健康分野の各種計画と調和～

データヘルス計画は、多賀町における関連計画との整合を図ります。また、図 3 の国・県の関連計画等との整合性を図ります。滋賀県では医療保険者としての責任をもって、市町とともに保健事業を推進するため、「滋賀県国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定めました。市町の意見を反映し、市町国保の保健事業実施計画とたて串の通った計画としたことが特徴です。

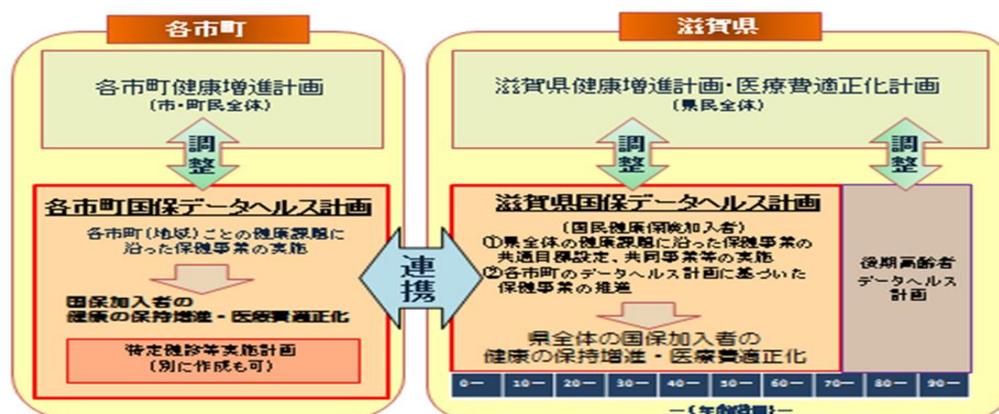
(1) 多賀町健康増進計画「健康たが 21」（第 1 期平成 21 年から、第 2 期平成 31 年度から）

多賀町の健康増進計画であり、行政と住民、地域、関係機関や団体等が相互に連携し、積極的に健康づくり活動を実践するための指針。データヘルス計画においては、「多賀町健康増進計画（健康たが 21）」の基本方針を踏まえるとともに、同計画で使用した評価指標を用いるなど、整合性をもたせます。

(2) 「多賀町特定健康診査等実施計画」

保健事業の中核をなす特定健康診査および特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の具体的な実施方法等を定めるものであることから、本計画の中に位置づけ、一体的に保健事業を推進していきます。

図 2



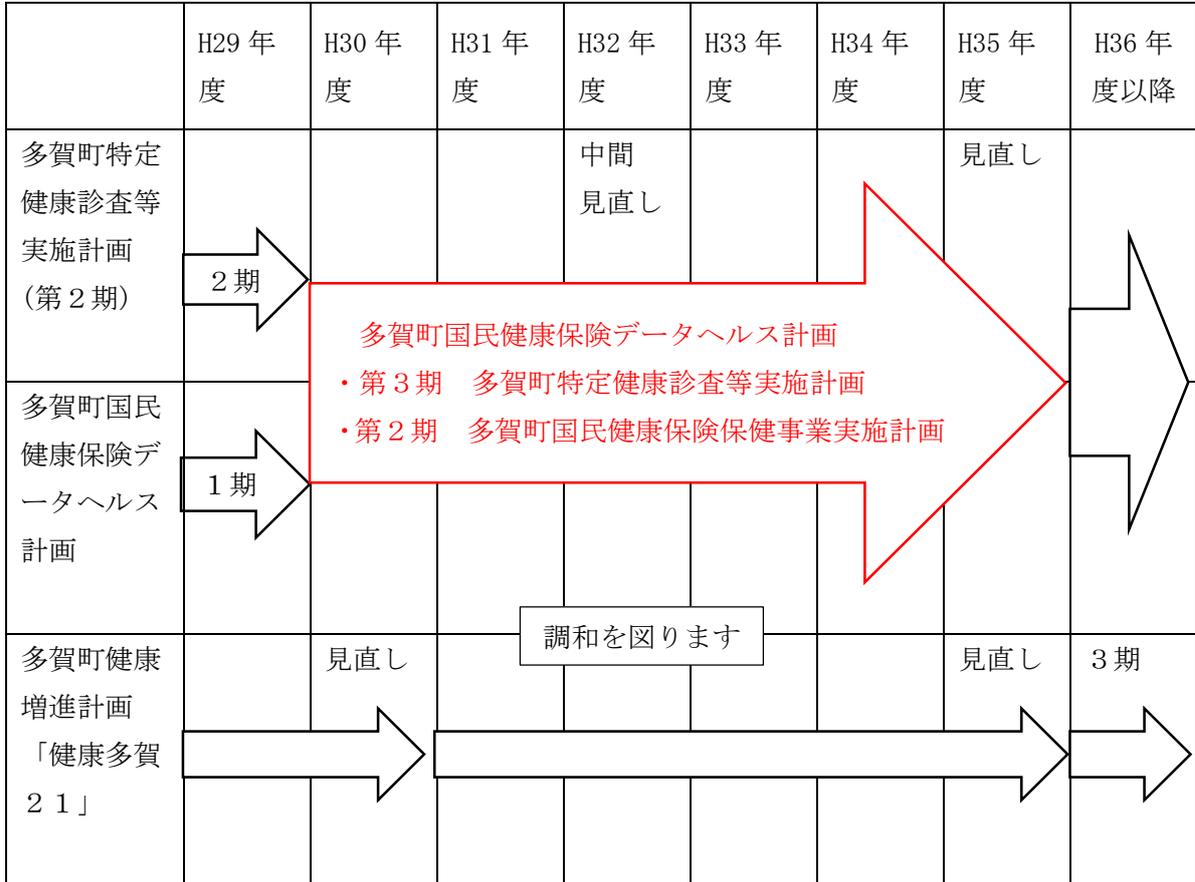
4：計画期間

～6年計画（3年目に中間見直し）～

計画の期間は、関係する計画との整合性を勘案し、基本的には6年を1期とします。

ただし、平成32年度（3年度目）に事業評価を実施し、中間見直しを行います（図4）。

図4



5：保険者努力支援制度

～市町へのインセンティブ制度創設～

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されています（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ません（図 5）。

図 5

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
評価指標					
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	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	10			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	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			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	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	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 多賀町の現状

1：人口・被保険者数・死亡の状況

～全住民の約2.5割の国保加入者～

(1) 人口構成および国保加入状況

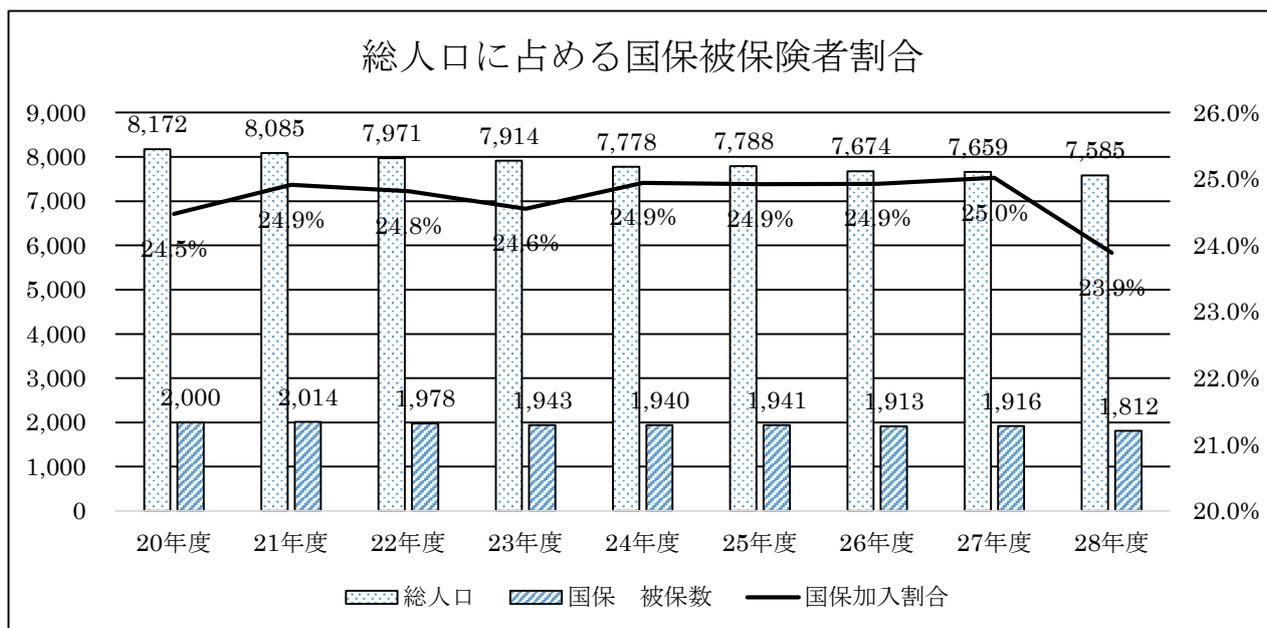
平成29年4月1日現在における多賀町の人口は7,585人で、そのうち国民健康保険被保険者（以下「国保被保険者」という。）は1,812人と全体の23.9%を占めています（図6・図7）。高齢化率は32.5%と県内で最も高く、出生率は県平均を下回っています。

近年の状況として、人口減少と共に国保被保険者数も減少しています。また、退職により被用者保険の資格を喪失した被保険者の受け皿となっていること等から、国保被保険者に占める65歳以上人口の割合も高齢化率の上昇と共にさらに増加することが予想されます。

図6

年度	20	21	22	23	24	25	26	27	28
総人口	8,172	8,085	7,971	7,914	7,778	7,788	7,674	7,659	7,585
世帯	2,679	2,676	2,685	2,703	2,682	2,732	2,730	2,755	2,756
国保 世帯数	1,098	1,113	1,104	1,099	1,089	1,106	1,101	1,112	1,088
国保 被保数	2,000	2,014	1,978	1,943	1,940	1,941	1,913	1,916	1,812
一般	1,832	1,807	1,736	1,688	1,695	1,738	1,757	1,805	1,755
退職	168	207	242	255	245	203	156	111	57
国保加入割合	24.5%	24.9%	24.8%	24.6%	24.9%	24.9%	24.9%	25.0%	23.9%

図7

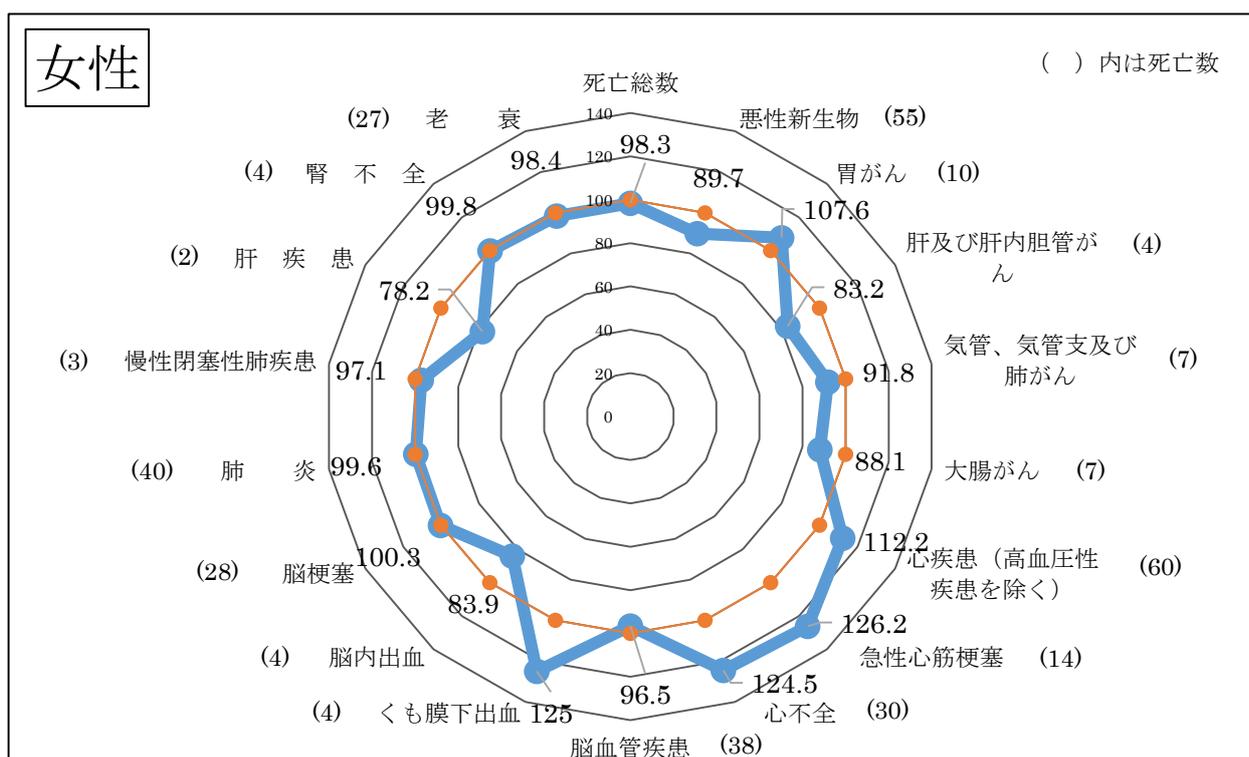
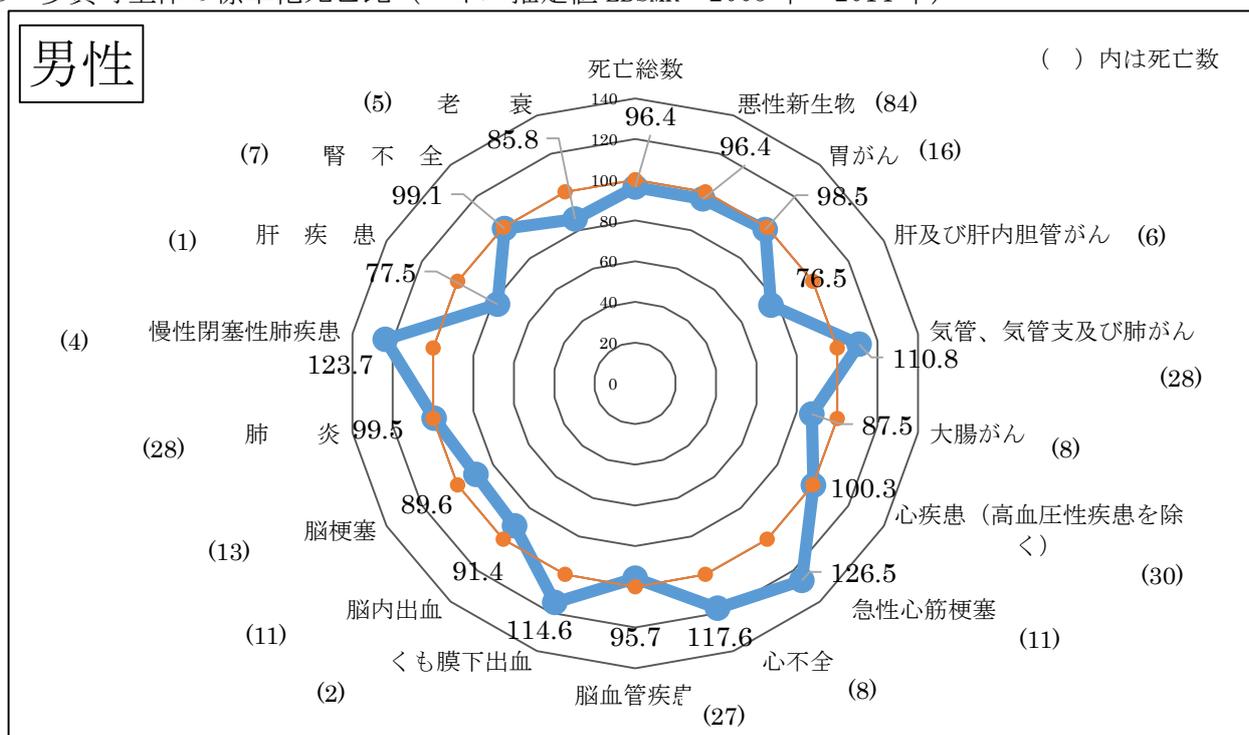


出典：税務住民課資料（各年度3月31日時点）

(2) 死亡の状況

全国基準値を100とした際の死亡総数にかかる市町村別標準化死亡比（EBSMR）では、男性で、急性心筋梗塞126.5、慢性閉塞性肺疾患123.7、心不全117.6、女性では、急性心筋梗塞126.2、くも膜下出血125、心不全124.5の順に高いことがわかります（図8）

図8 多賀町全体の標準化死亡比（バイズ推定値 EBSMR 2005年～2014年）



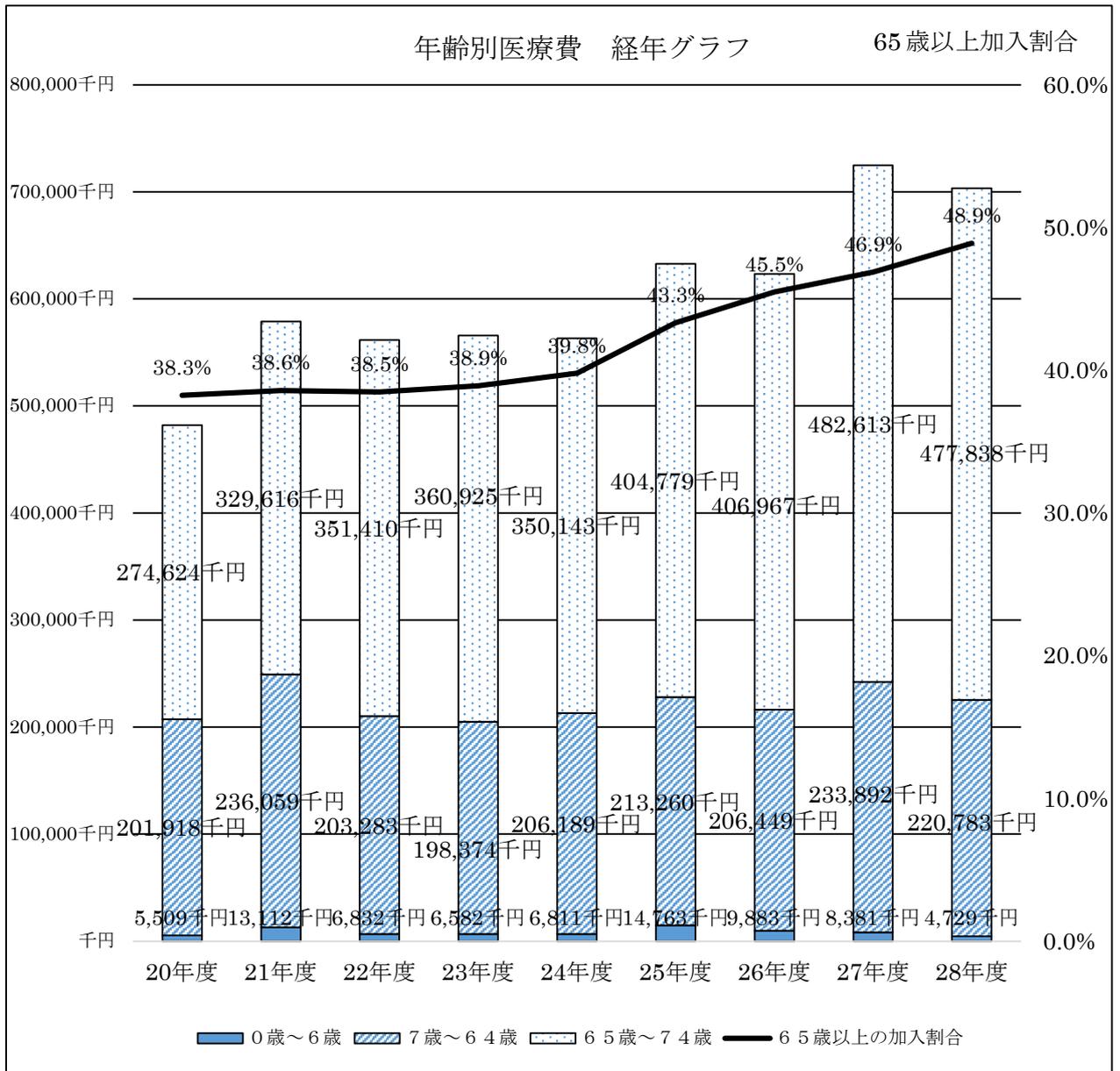
2：医療費の状況

～8年間で医療費が約2億円増加～

(1) 多賀町全体の医療費

多賀町の国保医療費は、平成28年度7億2,489万円であり、前年度と比較して1億159万円の増額となりました。65歳以上被保険者の加入割合の増加とともに、医療費も増加しています(図9)。

図9



(2) 外来・入院別医療費

生活習慣病における疾病別被保険者1人あたり医療費は、外来では、高血圧症が県と比べ1.28倍と高く、筋・骨格、脂質異常症、がん、精神疾患も県より高くなっています。

また、入院では、脳出血、脳梗塞、筋・骨格、精神の疾患が県より高くなっています(図10)。

図10 (外来)

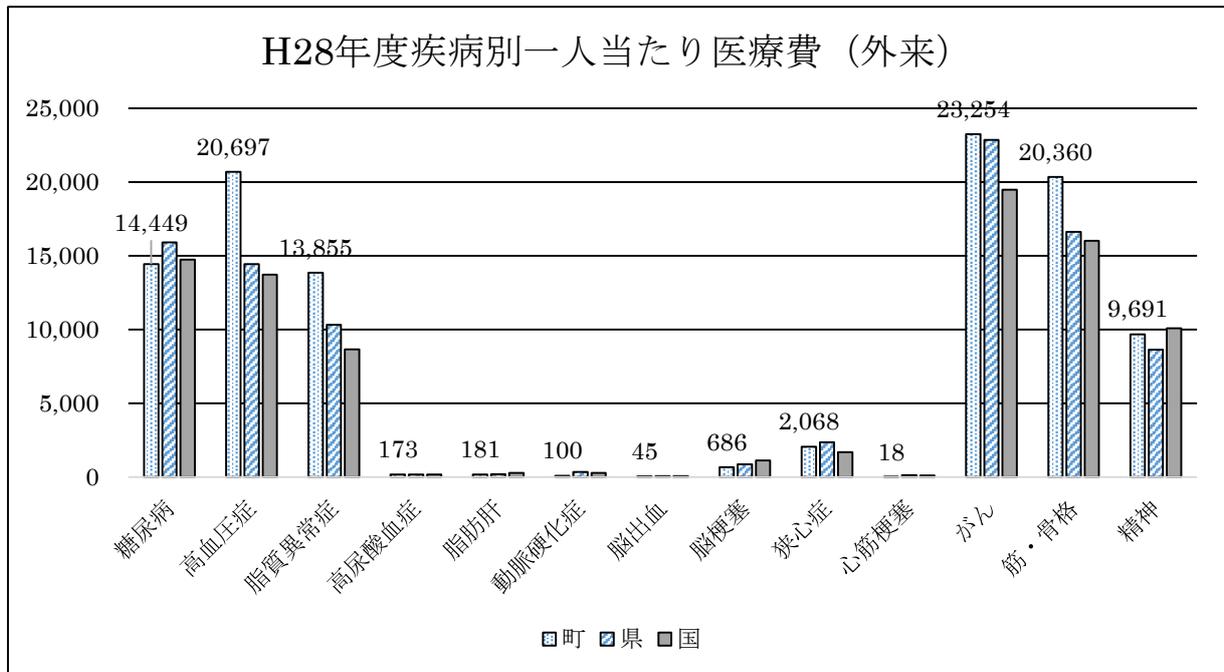
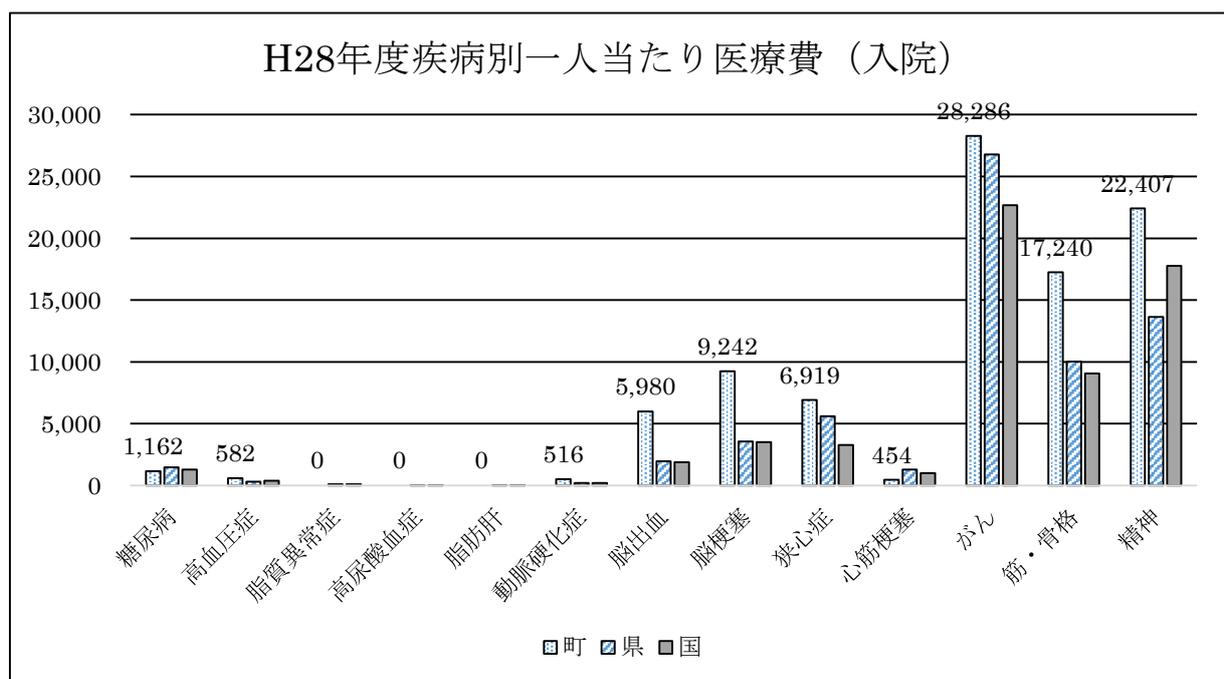


図10 (入院)



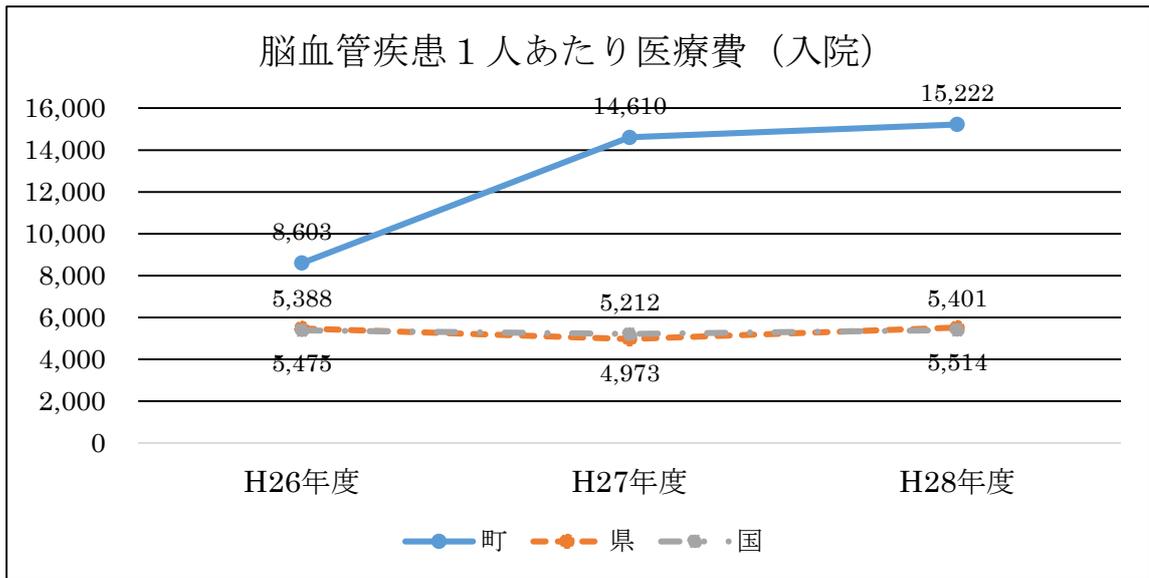
(3) 脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析にかかる医療費分析

【脳血管疾患】

脳血管疾患による死亡者数は、死因の第4位（H22-26 合計値）であり、減少傾向にあります。また、脳血管疾患全体の標準化死亡比（SMR、全国=100、H26）は、男性 95.7、女性 96.5 で、全国よりわずかに低い状況にあります。くも膜下出血は男性 114.6、女性 125.0 と高い状況にあります。

脳梗塞および脳出血にかかる H28 年度の被保険者 1 人あたり入院医療費は 15,222 円で、全国 5,401 円と比べ約 2.8 倍と非常に多くなっています。

図 11

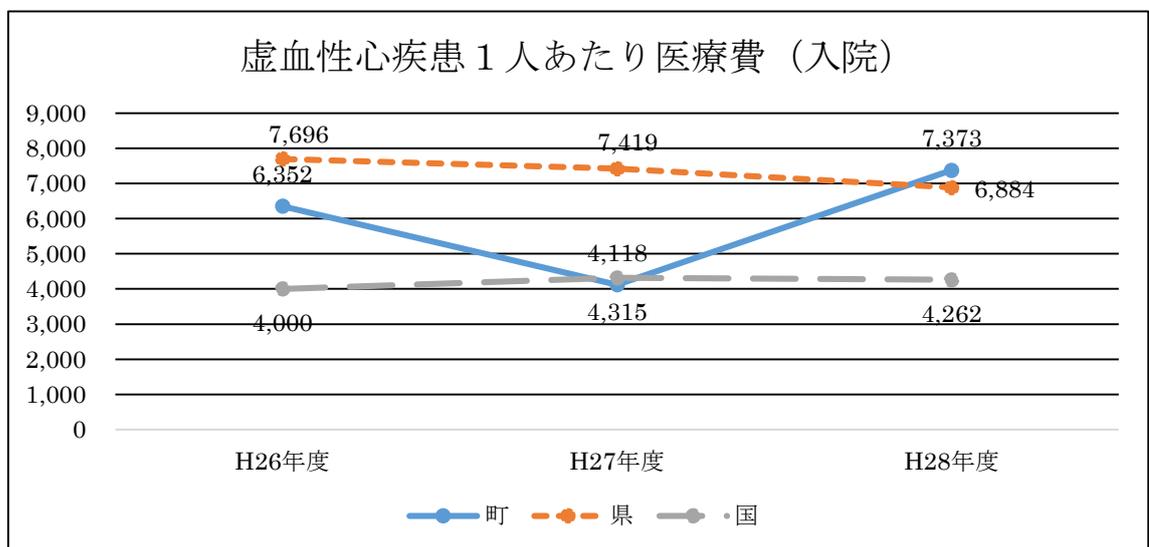


【虚血性心疾患】

心疾患による死亡は、がんに次いで死因の第2位となっている。そのうち、全年齢の標準化死亡比（SMR、全国=100、H26）では、虚血性心疾患である急性心筋梗塞が男 126.5、女 126.2 と全国より高くなっています。

虚血性心疾患にかかる平成 28 年の被保険者 1 人あたり入院医療費は 7,373 円であり、入院治療が必要な重症化し、医療にかかっていることも予測されます（図 12）。

図 12



【人工透析】

新規透析導入患者数は増加傾向にあり、平成28年度は透析に係るレセプト件数は90件でした（図13）。そのうち、一か月あたりの透析人数は8人、糖尿病性腎症を原因とする者が3人（37.5%）で最も多くを占めています。

透析にかかる外来のレセプト件数および一人あたり医療費は年々増加傾向にあり、平成28年度の被保険者一人あたり外来医療費は15,440円で、県14,038円より高くなっています（図13・14）。

図13

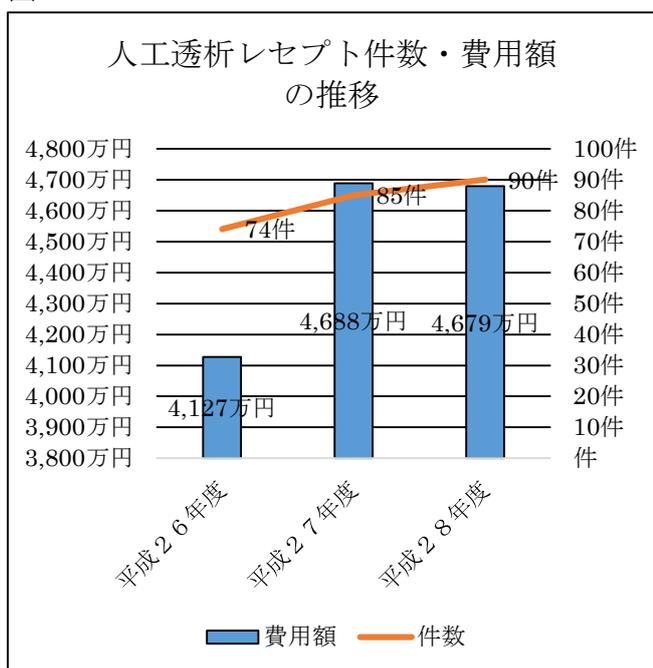
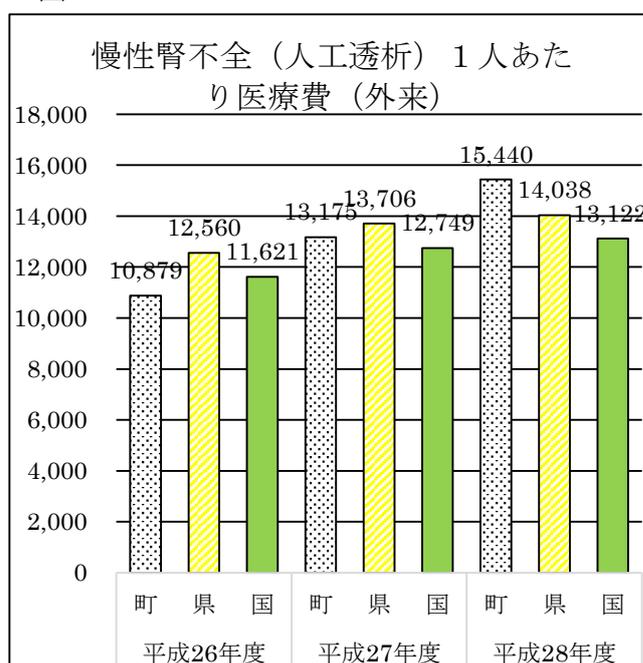


図14



（4）生活習慣病にかかる基礎疾患の状況

外来医療費においては、特に高血圧症、脂質異常症の医療費が高くなっており、国、県平均を大幅に上回っています（図15）。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病などは、疾病が重なることで重篤な健康障害を引き起こす要因となります。

脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析に係る基礎疾患の重なりについても、高血圧症および脂質異常症が重なるの疾患として多く、特に人工透析患者については、高血圧症を100%患っています（図16）。

生活習慣病は、痛みや不調などの自覚症状のないまま進行することから、まずは健診を勧め、健診結果から身体の状態に応じた保健指導につなげる必要があります。また、既に「要医療」の者は、適正な医療受診につなげる必要があります。

図 15

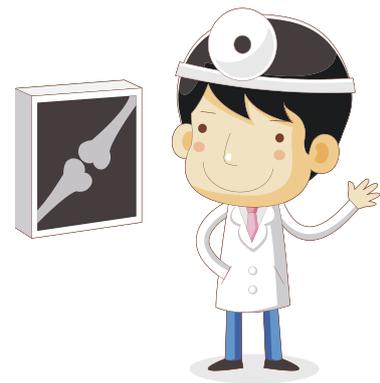
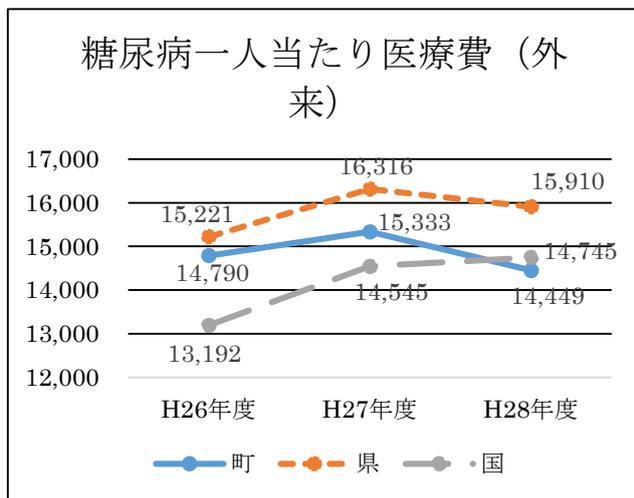
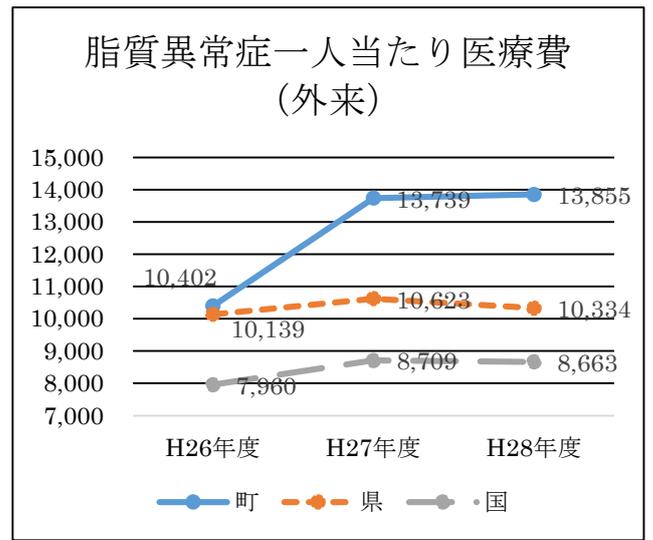
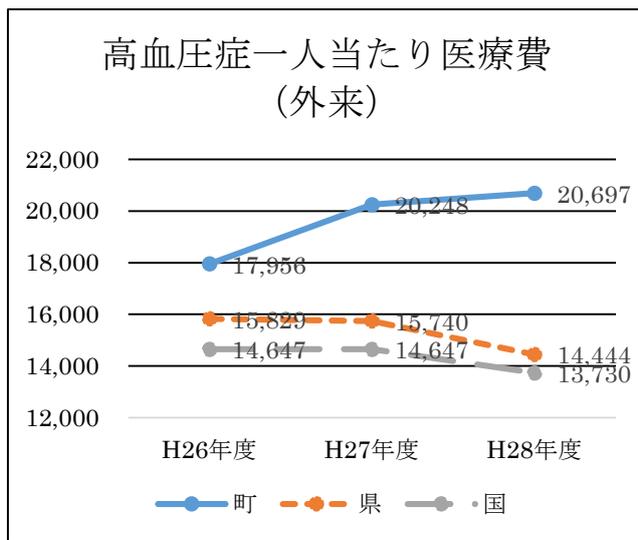
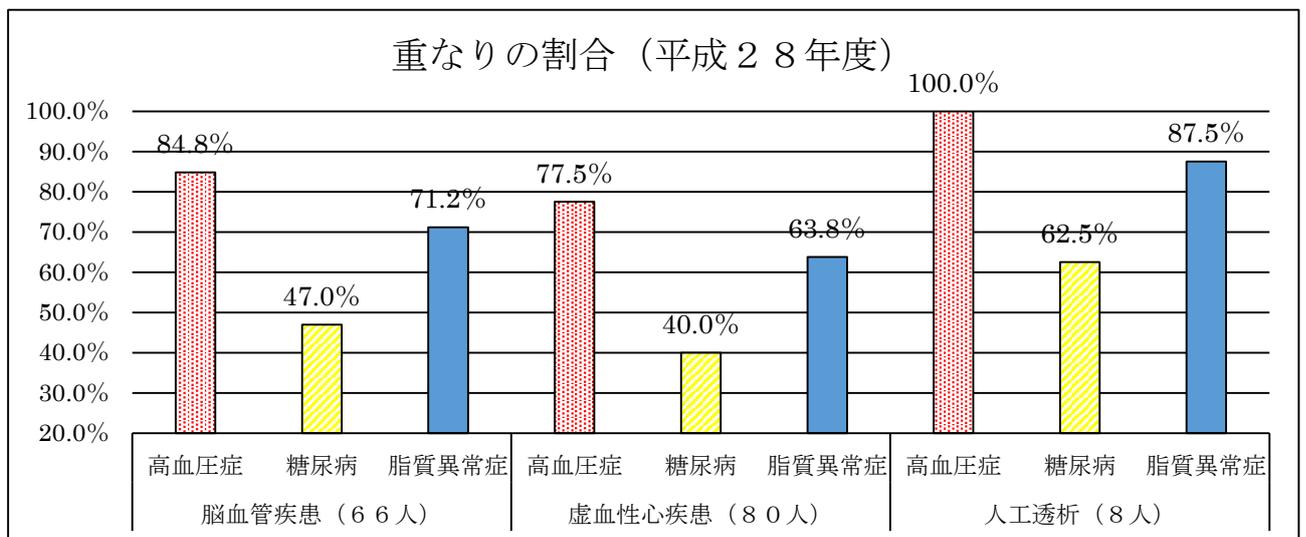


図 16



(5) コントロール不良者および高額レセプトの状況

健診受診者の治療状況では、生活習慣病治療中者のうちコントロール不良の者は平成 27 年度で 57.3%と半数を超えています。特定保健指導に該当しない情報提供対象者のうち要医療者も 53.4%と同じく半数を超え、県平均を上回っています（図 17）。

200 万円以上の高額医療費においても、平成 27 年度 脳血管疾患 3 件（851 万円）、虚血性心疾患 1 件（236 万円）、悪性新生物 3 件（730 万円）であり、脳血管疾患、虚血性心疾患においては、生活習慣病を起因とした疾患と考えられるため、重症化予防対策が重要と考えられます（図 18）。医療は受けているが、コントロール不良により、結果として脳血管疾患などの重篤な健康障害を引き起こしていると考えられます。

今後、さらに国保加入者の高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど脳、心臓、腎臓などの臓器が傷んでくることを踏まえ、ハイリスク者、コントロール不良者へのアプローチ、さらには、医療機関と連携した保健事業が必要です。

図 17

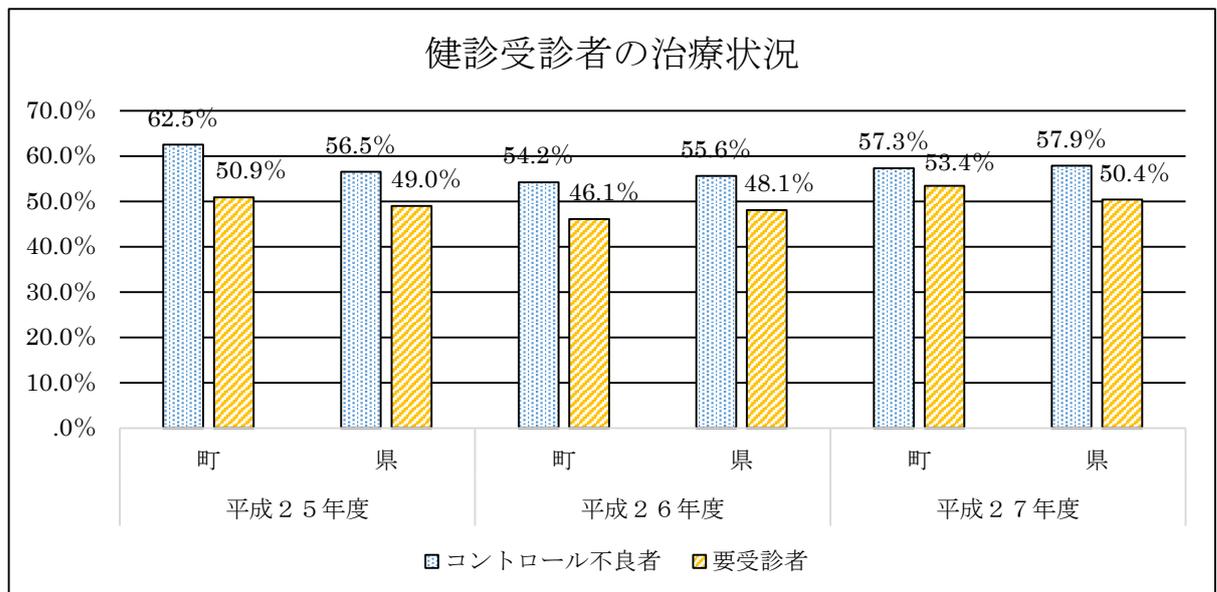
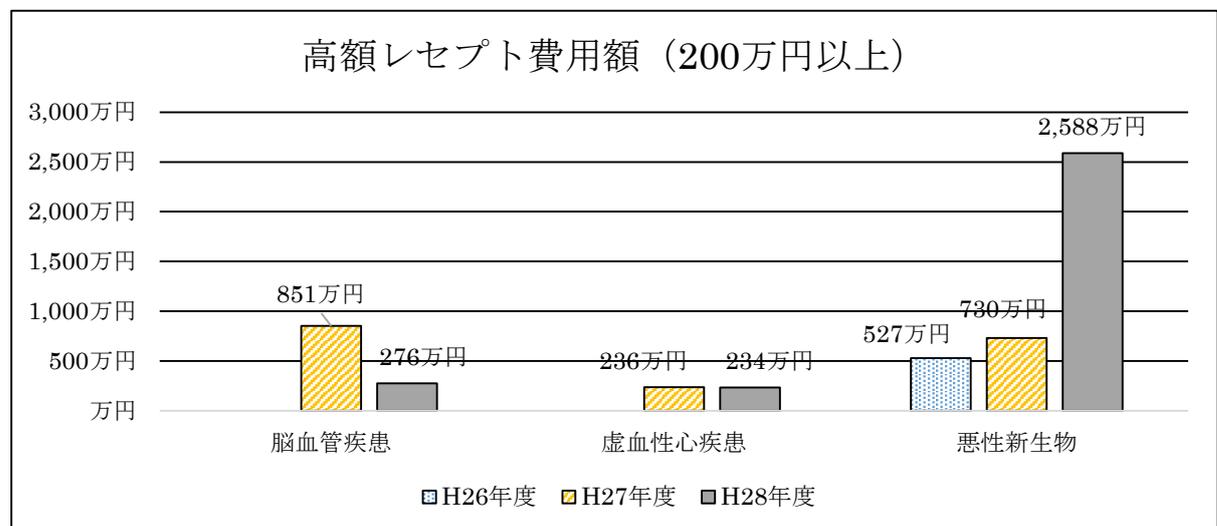


図 18



3：介護保険の状況

～H24年度以降認定率が低下～

(1) 要介護認定者の状況

多賀町の要介護認定率は、平成 22 年度をピークに減少し、滋賀県、国よりも低くなっています（図 19）。また、要介護認定者の年齢構成は、75 歳以上の者が約 9 割を占めており、要介護認定者に占める 65 歳以上 75 歳未満の割合は年々減少しています（図 20）。要介護認定にかかる原因疾患は、第 1 位が認知症、第 2 位が関節疾患、第 3 位が脳血管疾患と続いています（図 21）。要介護認定者のうち第 1 号被保険者に係る有病割合は、心臓病が 63.3%と最も高く、全国（57.5%）を上回っています。虚血性心疾患（狭心症および心筋梗塞）のリスクとなる高血圧の有病者割合も全国を上回っています。一方、糖尿病、脳血管疾患の有病状況は、全国と比較すると低い状況です（図 22）。また、第 2 号被保険者に係る有病状況は、第 1 号被保険者と同様に、心臓病の有病割合が高くなっています。（図 22-1）

図 19

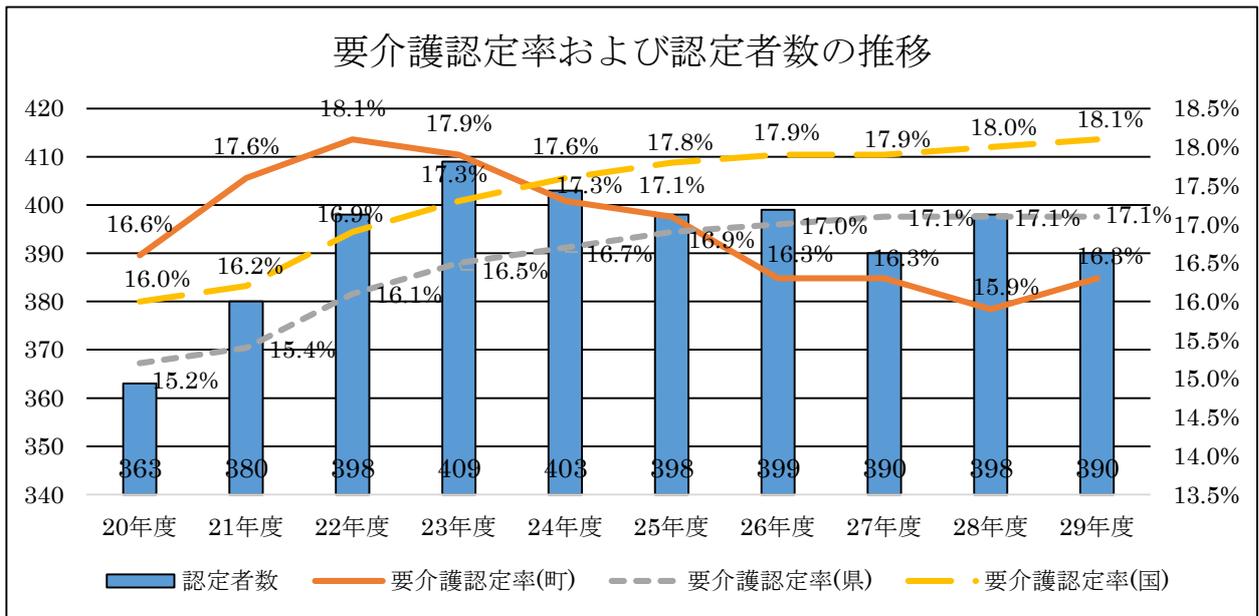


図 20

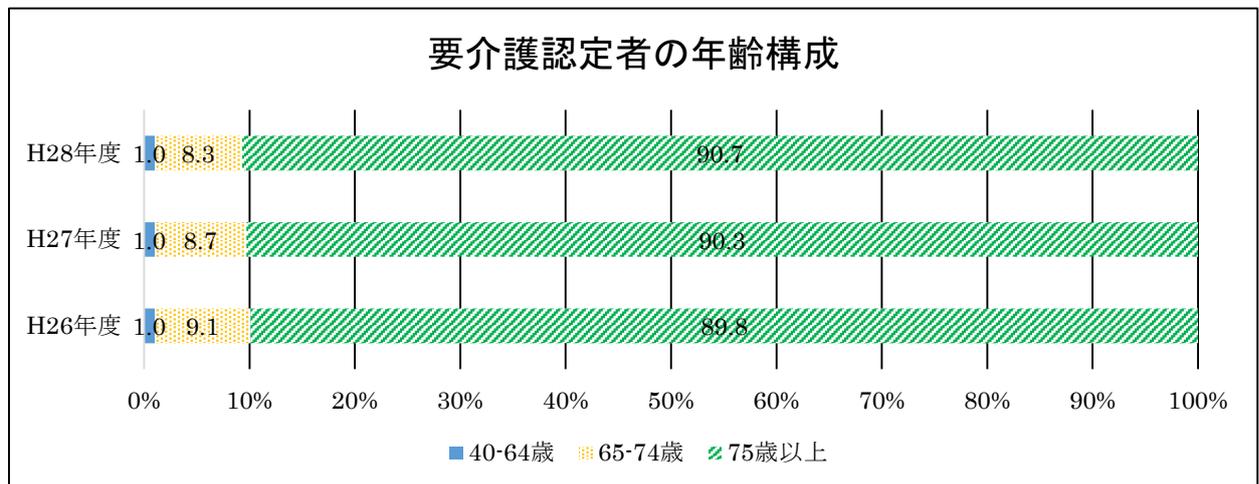


図 21

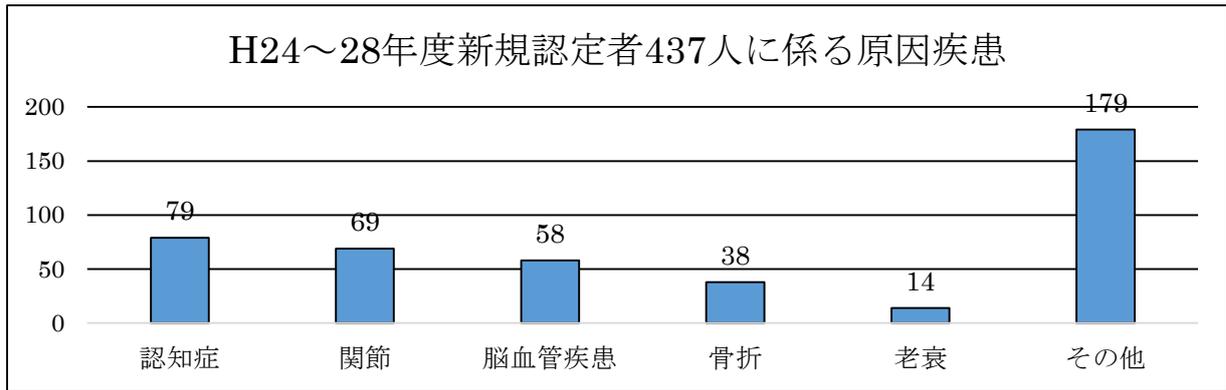


図 22

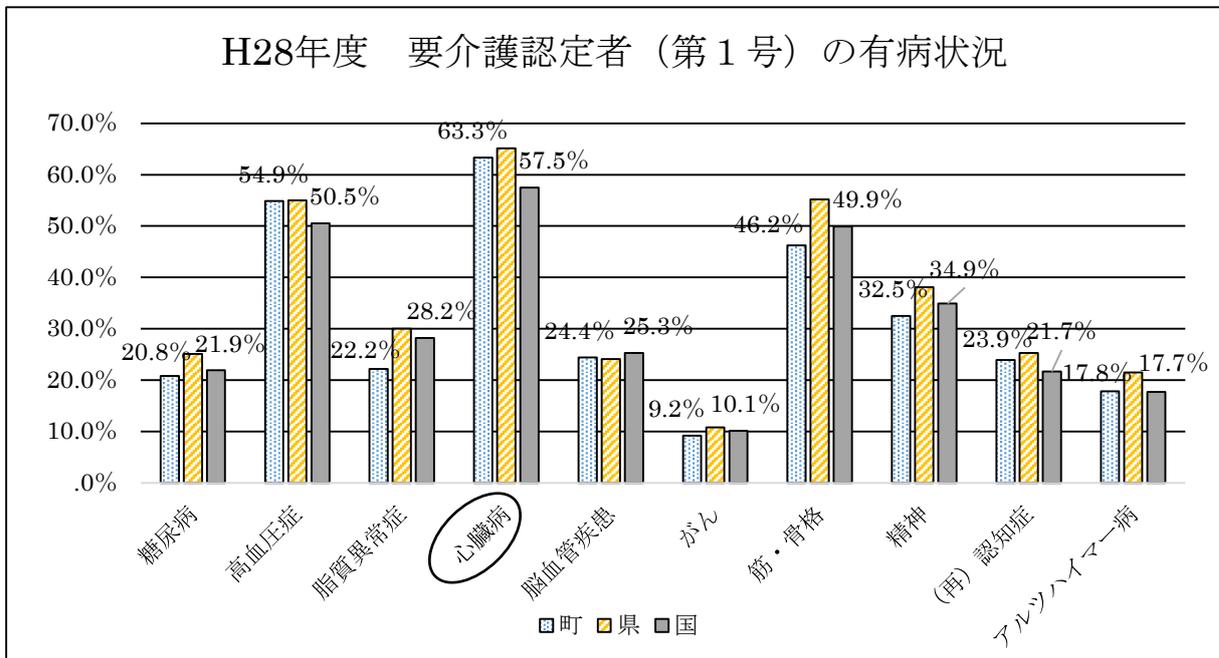
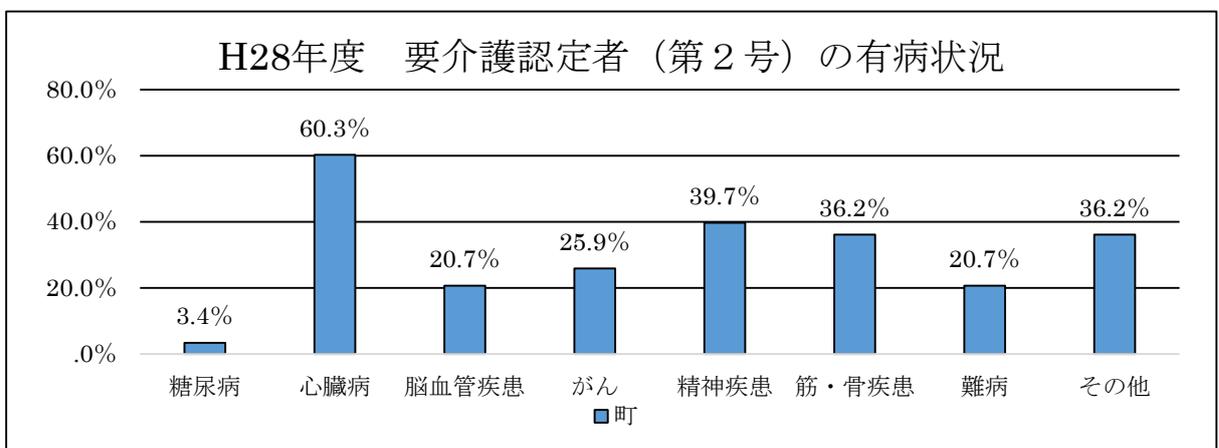


図 22-1



4：特定健康診査等の状況

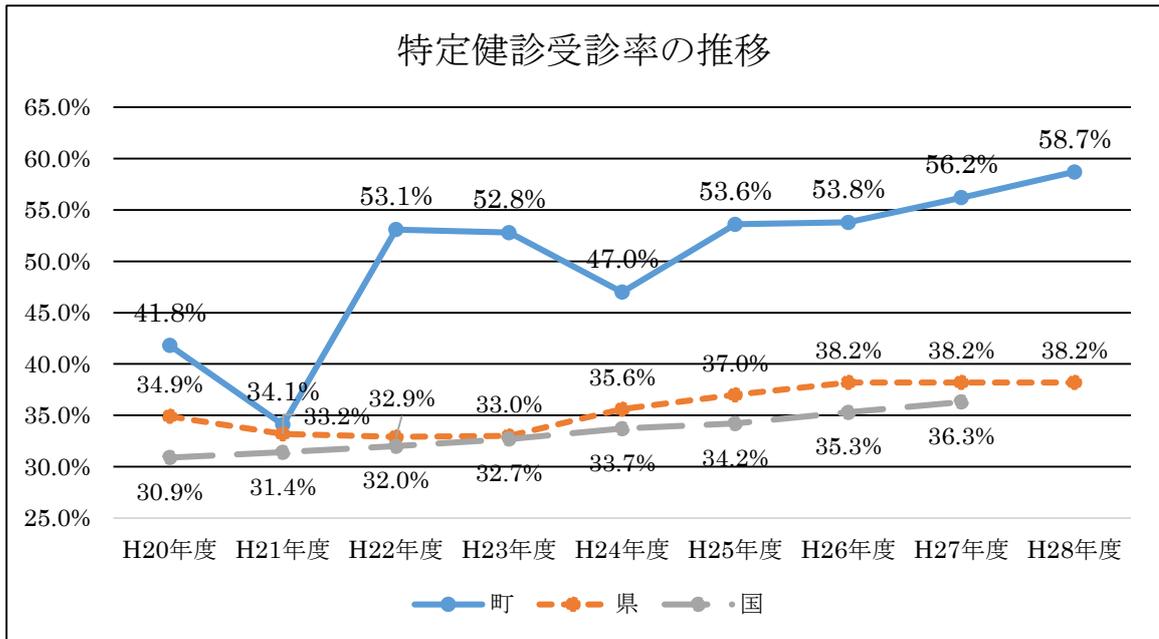
～受診率は年々増加しています～

(1) 特定健康診査受診者の実態

①多賀町の受診率

特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診率は、県平均を上回っており、平成22年度に大幅に上昇した後、微増で推移しています（図23）。

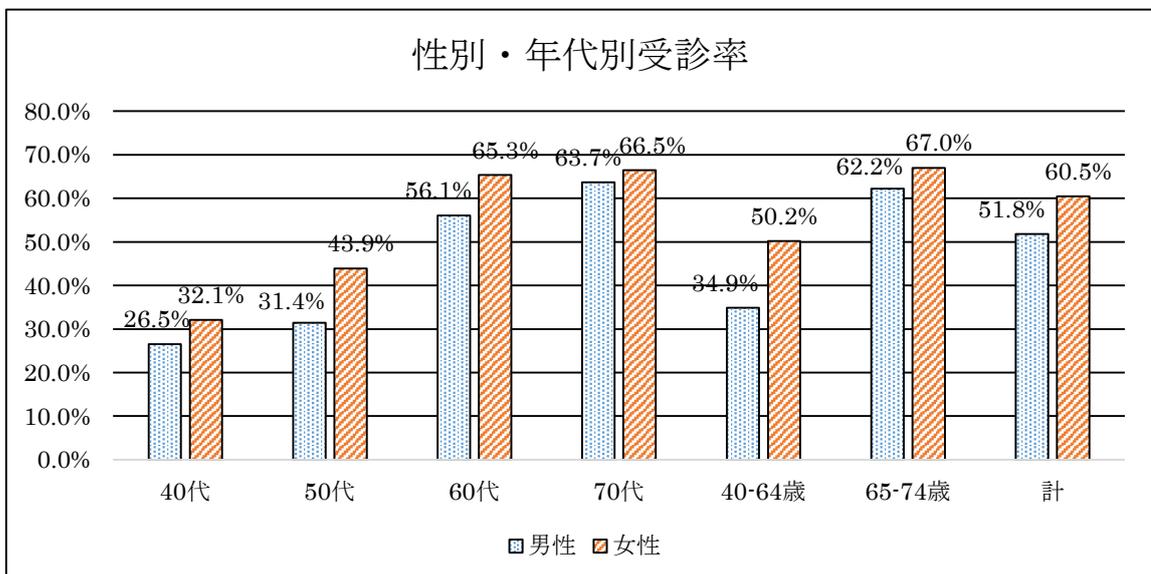
図 23



②性別・年代別受診率（平成27年度）

年代が高くなるにつれて、受診率が向上しています。また、いずれの年代においても男性の受診率が女性の受診率に比べ低い状況です。さらに、男女とも40代、50代の受診率が低くなっています（図24）。

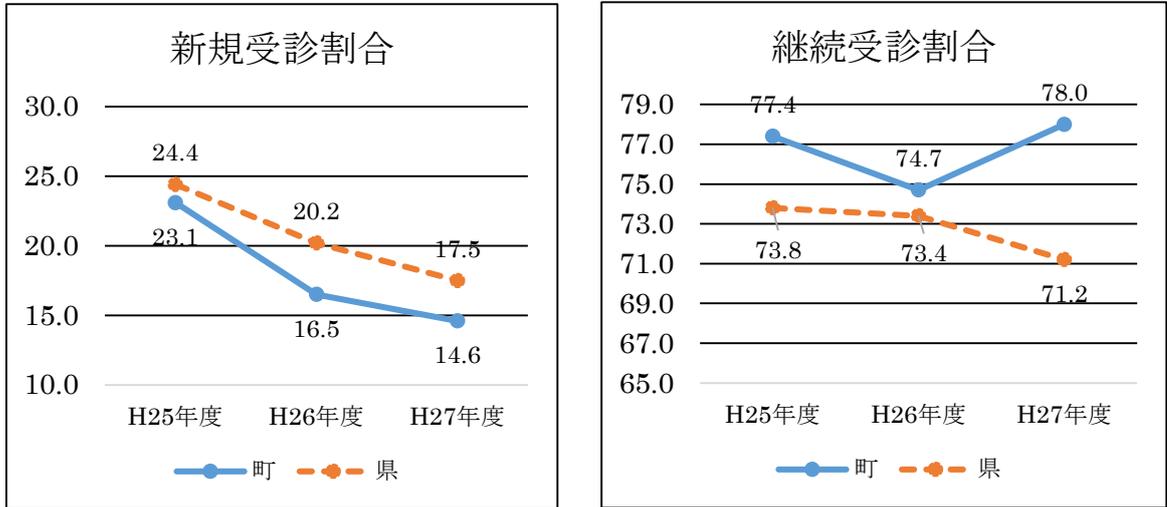
図 24



③新規および継続受診者の割合

新規受診者および継続受診者割合の推移をみると、新規受診割合は減少傾向であり、県平均を下回っています。継続受診割合は県平均を上回っていますが、横ばいで推移している状況です（図 25）。

図 25



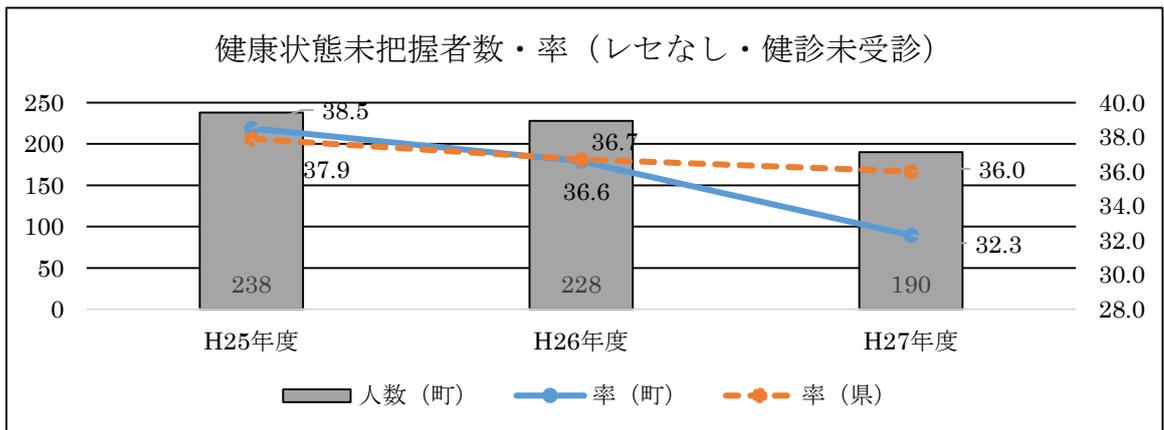
④特定健診未受診者かつ生活習慣病治療なし（レセプト※なし）者の割合

特定健診の未受診者の内、医療機関に受診されていない「健康状態未把握者」は、年々減少しており、平成 26 年度以降県平均を下回っています（図 26）。

生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、まずは、自らの健康状態を把握することが大変重要であり、1 人でも多くの方が健診を受診し、必要な保健指導、適正な医療受診につながる必要があります。

※レセプト：医療報酬の明細書であり、医療受診の有無を確認することができる。

図 26



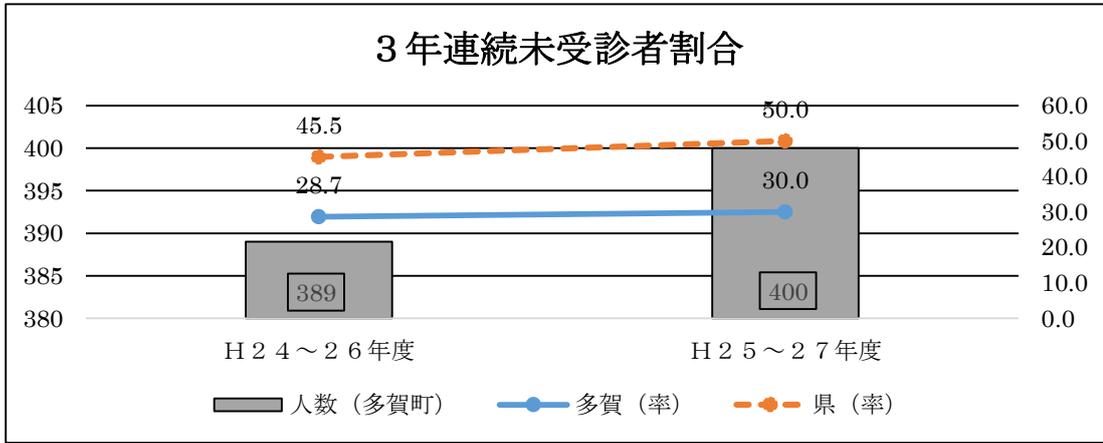
※対象となる生活習慣病の病名と治療

- ①糖尿病 ②インスリン療養 ③高血圧症 ④脂質異常症 ⑤高尿酸血症 ⑥肝障害 ⑦糖尿病性神経障害 ⑧糖尿病性網膜症 ⑨糖尿病性腎症 ⑩人工透析 ⑪高血圧性腎臓障害 ⑫脳血管疾患 ⑬脳出血 ⑭脳梗塞 ⑮その他の脳血管疾患 ⑯虚血性心疾患 ⑰動脈梗塞

⑤特定健診 3年連続未受診者割合の推移

3年連続未受診者の割合は、県平均を下回っていますが、増加傾向にあります。未受診の理由として、「医療機関で治療中・会社等で健診を受けている」等が聞かれます。今後も未受診の理由を把握し、会社や医療機関でのデータの提供を依頼するとともに、一人でも多くの方を受診につなげる必要があります（図 27）。

図 27



⑥メタボリックシンドローム該当者および予備群割合の推移

メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合は、男性においては、県平均を下回っていますが、女性においては、予備群が年々上昇傾向にあり、県平均も上回っている状況です（図 28・29）。

図 28

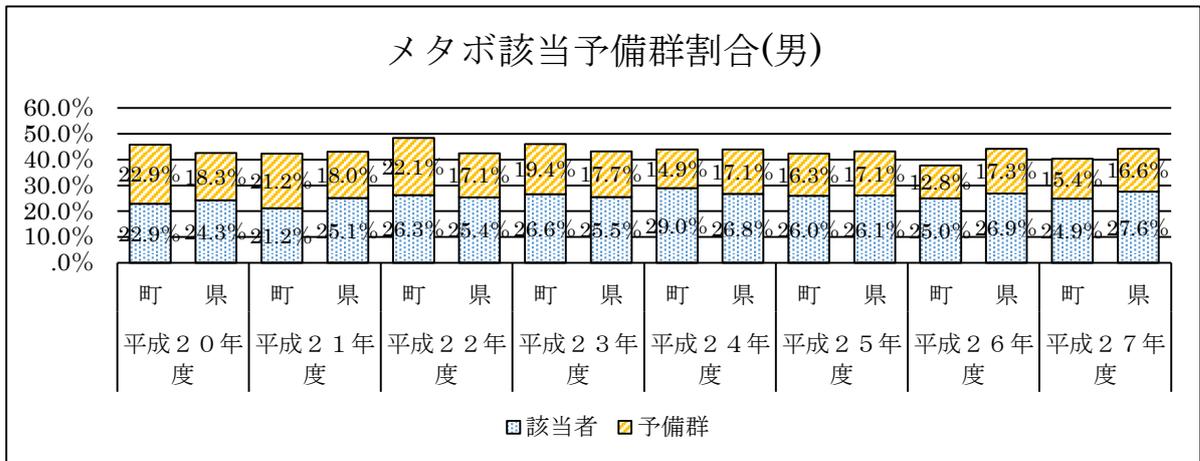
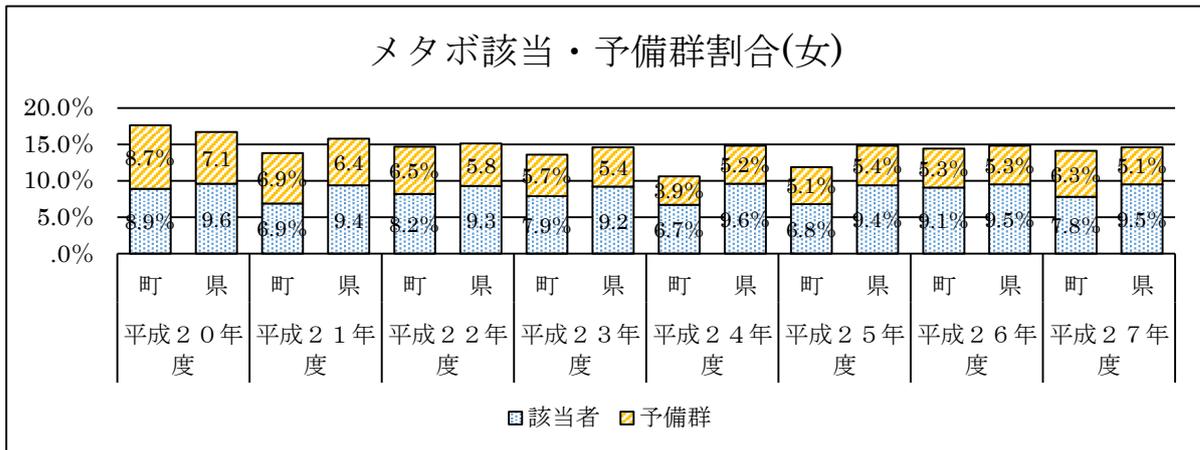


図 29



⑦特定健診検査項目の有所見割合（平成 27 年度）

平成 27 年度の特定健診の有所見の方の割合は、男性が HbA1c、収縮期血圧、LDL コレステロールの順に高く、女性は、HbA1c、LDL コレステロール、収縮期血圧の順に高くなっています（表 1）。

県内順位では、男性が収縮期血圧および空腹時血糖がともに第 4 位、女性の拡張期血圧が第 3 位、HbA1c、空腹時血糖および HDL コレステロールが第 4 位と高くなっています。また標準化比（県=100）では、男女とも空腹時血糖が有意に高く、女性においては、中性脂肪が有意に低くなっています。（※箇所）

外来医療費をみると、高血圧や脂質異常症の医療費が高いことから、血圧や脂質の有所見者の多くが治療中と考えられます。しかし、HbA1c の有所見割合（H27）は男性 59.9%、女性 61.8%と半数を超えて高くなっています。糖尿病の医療費は、国や県に比べると低いことから、HbA1c5.6～6.4 の予備群の方が多いと考えられ、その方が糖尿病に移行しないようにすること、血糖の状態に応じた保健指導の実施が重要になってきます。また、医療につながっていない場合には、医療受診勧奨が必要です。

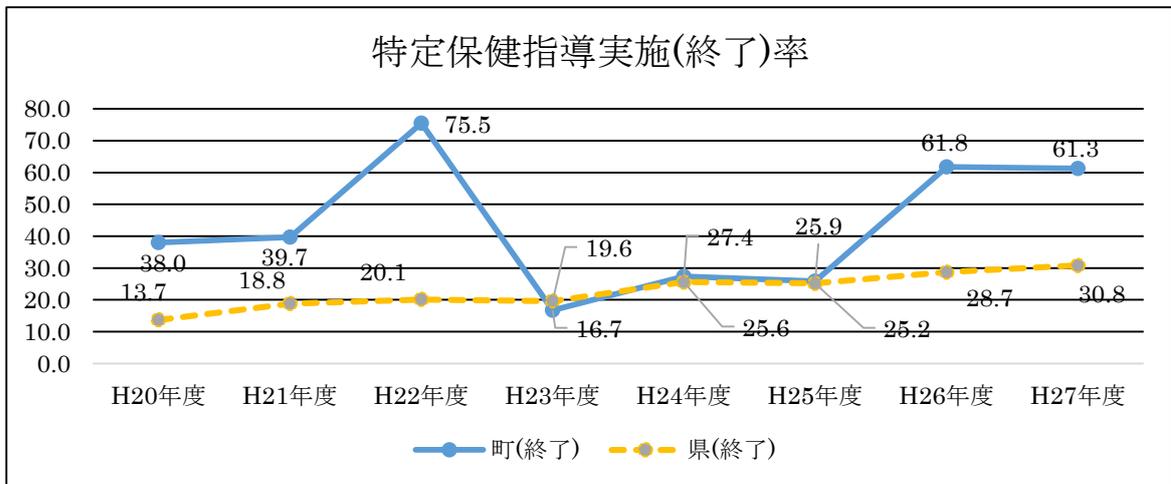
表 1

検査項目	男性				検査項目	女性			
	有所見者数	割合	県内順位	標準化比（県=100）		有所見者数	割合	県内順位	標準化比（県=100）
腹囲	162 人	45.4%	17 位	92.3	腹囲	68 人	16.5%	10 位	100.6
BMI	93 人	26.1%	17 位	98.0	BMI	76 人	18.4%	12 位	98.0
収縮期血圧	188 人	52.7%	4 位	104.9	収縮期血圧	179 人	43.4%	13 位	95.1
拡張期血圧	91 人	25.5%	7 位	108.1	拡張期血圧	63 人	15.3%	3 位	107.7
空腹時血糖	107 人	39.9%	4 位	※136.0	空腹時血糖	74 人	22.3%	4 位	※150.1
HbA1c	209 人	59.9%	8 位	99.5	HbA1c	252 人	61.8%	4 位	106.0
中性脂肪	86 人	24.1%	18 位	83.0	中性脂肪	54 人	13.1%	18 位	※71.2
HDL	28 人	7.8%	11 位	103.6	HDL	9 人	2.2%	4 位	157.8
LDL	171 人	47.9%	8 位	99.9	LDL	244 人	59.2%	10 位	98.6
AL (GTP)	60 人	16.8%	18 位	85.0	ALT (GTP)	27 人	6.6%	19 位	73.8
尿蛋白	27 人	7.6%	6 位	—	尿蛋白	6 人	1.5%	17 位	—
eGFR	60 人	17.1%	14 位	—	eGFR	47 人	11.7%	14 位	—
尿酸	60 人	17.3%	5 位	104.6	尿酸	6 人	1.5%	15 位	94.8

⑧特定保健指導の状況

特定保健指導実施率は、平成 23 年度を除き全国・県平均を上回っていますが、年度によって実施率にばらつきがあるため、実施率の維持向上が課題です。

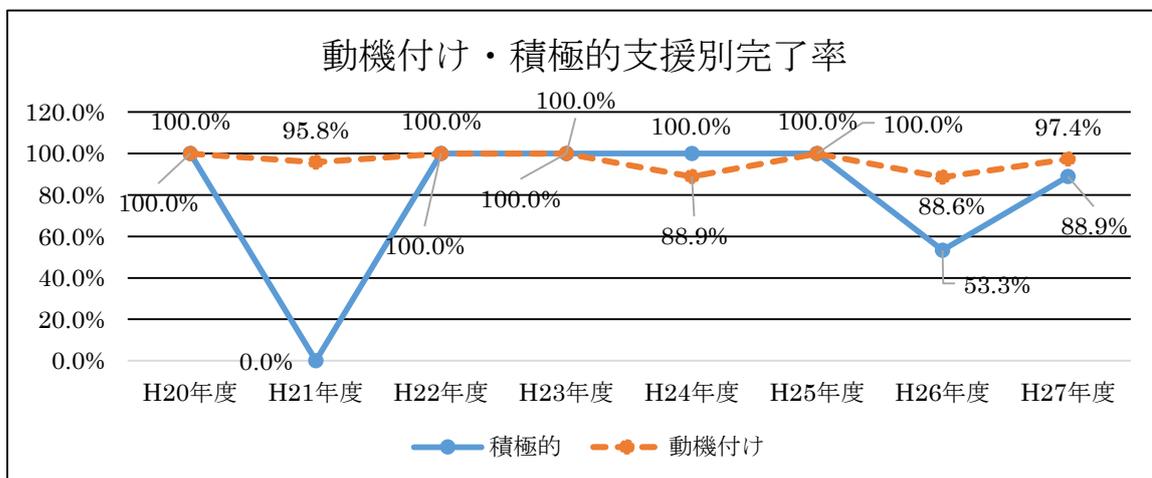
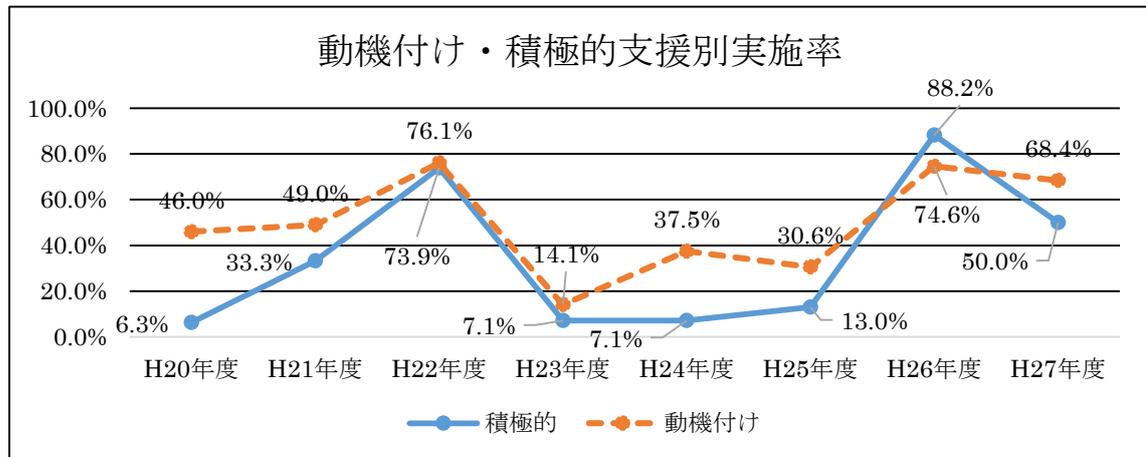
図 30



⑨動機付け支援・積極的支援別実施率・完了割合

平成 27 年度の動機付け援の実施率は 68.4%、積極的支援の実施率は 50%となっています(図 31)。とくに、積極的支援でばらつきがあるため、内容を工夫するなど脱落者が出ないような保健指導が必要です。

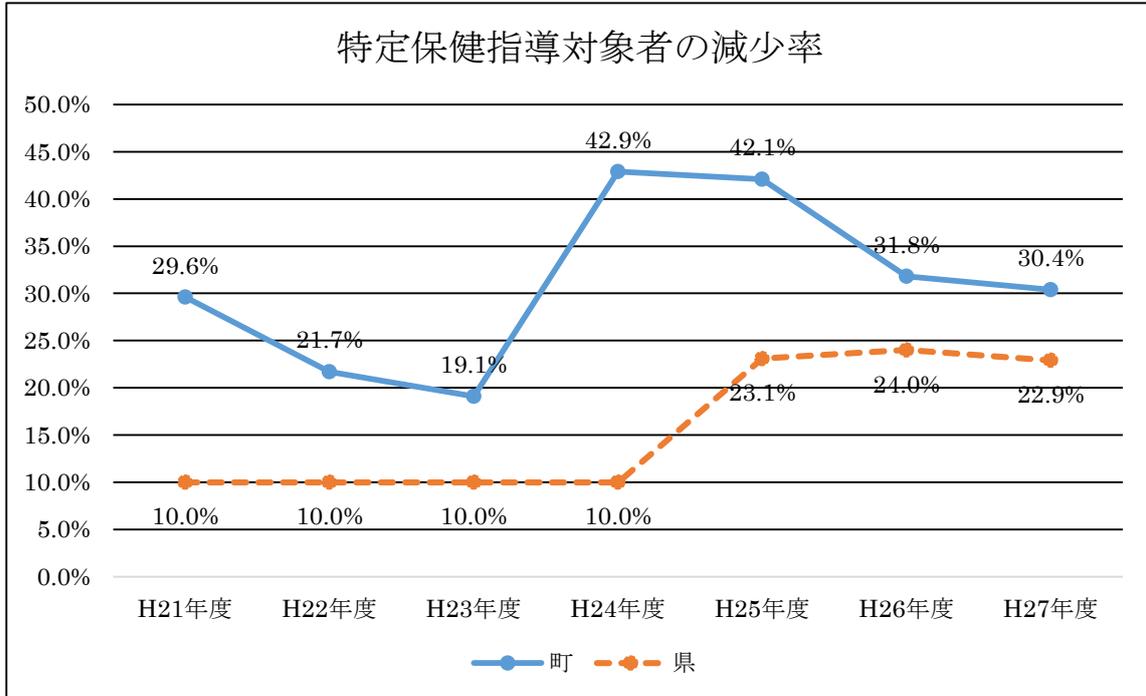
図 31



⑩特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、約 20%～40%台で推移しています(図 32)。平成 24 年度をピークに下落傾向にあり、減少率が伸びるよう指導の内容を工夫していく必要があります。

図 32



⑪生活習慣等の状況（平成 27 年度）

特定健診質問票から把握した生活習慣の状況（表 2）では、男性は「飲酒習慣 毎日」が 49.6%、「20 歳の時より 10 kg以上の体重増加」が 30.3%と高く、服薬状況では、男性女性とも血圧を下げる薬の服用割合が高い状況です。

また、標準化比では、「1 日 1 時間以上の運動なし」が男女とも第 1 位で、女性については、「運動習慣なし」および「1 日 1 時間以上の運動なし」の割合が有意に高いことから、継続した運動習慣を身につけてもらうことが課題となっています。（※箇所）

表 2

質問項目	男性			女性		
	該当者	割合	標準化比 (県=100)	該当者	割合	標準化比 (県=100)
服薬状況 高血圧症	141 人	39.5%	102.1	136 人	33.0%	104.4
服薬状況 糖尿病	38 人	10.6%	106.1	18 人	4.4%	84.9
服薬状況 脂質異常症	71 人	19.9%	93.6	127 人	30.8%	100.3
週 3 回以上朝食を抜く	26 人	7.3%	103.1	9 人	2.2%	56.5
週 3 回以上夕食後間食	35 人	9.8%	89.4	43 人	10.4%	90.7
週 3 回以上就寝前に夕食	65 人	18.2%	110.0	28 人	6.8%	80.2
食べる速度が速い	91 人	25.5%	96.1	76 人	18.4%	83.6
運動習慣あり	120 人	33.6%	113.9	122 人	29.6%	※113.3
1 日 1 時間以上の運動あり	141 人	39.5%	115.2	147 人	35.7%	※121.1
20 歳の時より 10 kg以上の体重増加	108 人	30.3%	83.5	81 人	19.7%	86.8
睡眠が十分あり	246 人	68.9%	112.0	290 人	70.4%	96.0
喫煙	92 人	25.8%	113.1	8 人	1.9%	50.0
飲酒習慣 毎日	177 人	49.6%	111.3	24 人	5.8%	69.5
飲酒習慣 時々	61 人	17.1%	91.2	71 人	17.2%	93.7
飲酒量 1 合未満	116 人	32.5%	97.1	185 人	44.9%	103.1
飲酒量 1～2 合	100 人	28.0%	101.1	23 人	5.6%	92.5
飲酒量 2～3 合	39 人	10.9%	106.9	2 人	0.5%	44.0
飲酒量 3 合以上	9 人	2.5%	99.5	人	0.0%	0.0

※表の見方

例) 運動習慣のある男性は、120 人 (33.6%)、県と比較した標準化比では、運動習慣のない男性が、県と比べ、115.2%の割合となる。

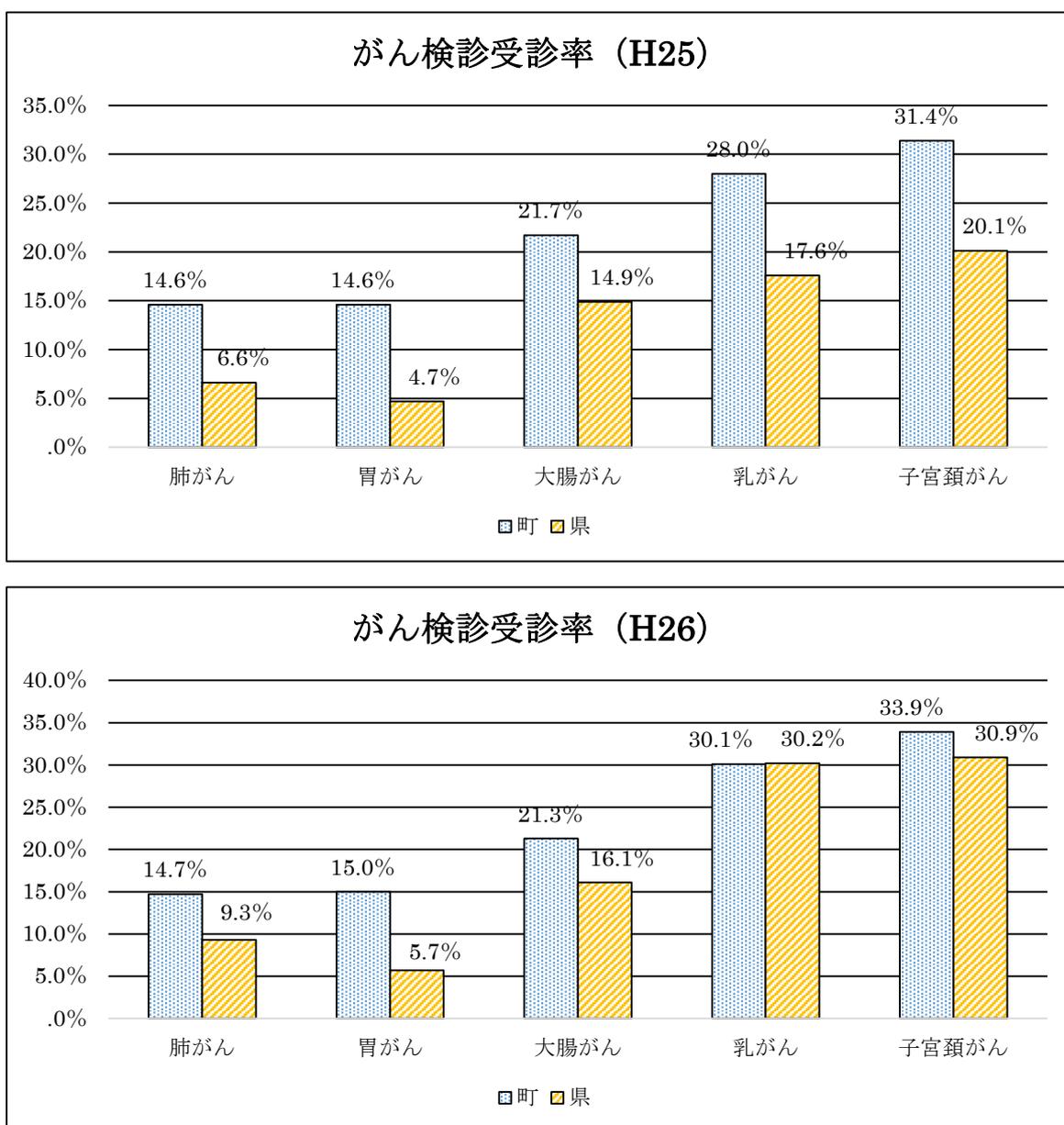
「1 日 1 時間以上の運動あり」および「睡眠が十分あり」も同様

⑫がん検診の状況

悪性新生物は、死因の第1位であり、男性では肺がん、胃がん、大腸がん、女性では胃がん、肺がん、大腸がんの順に多くなっています（平成16年～25年死亡総数）（P7図5）。全年齢の標準化死亡比（EBSMR、全国=100）では、男性の肺がん（110.8）、女性の胃がん（107.6）が高くなっています。

平成27年度の被保険者一人あたり医療費（入院・外来計）は、51,540円と生活習慣病の中で最も高く、県（45,698円）、全国（38,536円）を上回っています（P12図10）。多賀町のがん検診の受診率は、滋賀県と比較し高い状況ですが、胃・肺・大腸の死亡者数が多く、がん検診の受診率をさらに上げる必要があります。（図33）。

図 33



第3章 重点施策(現状分析を踏まえた健康課題と目標の設定)

死亡・介護・医療等の状況から、重大な健康障害につながる可能性がある生活習慣や背景について考察した結果、当町で特に取り組むべき健康課題を以下にまとめました。

1：脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の発症予防

死亡・介護・医療において、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等による新規人工透析は、大きな健康課題になっています。死亡や介護、長期的な治療につながるこれらの疾患は、本人だけでなく、家族全体のライフプランの変更を余儀なくするなど、生活に大きな影響をきたします。糖尿病・脂質異常症・高血圧症などの生活習慣病は症状がないまま進行するため、より早い段階で適切に医療機関を受診し、生活習慣の改善（運動・食事療法）や薬物療法などで、適切にコントロールすることが必要です（取り組みの詳細は、P45 第6章「重症化予防への取り組み」に記載する）。

また、医療費・介護給付費等の増高にもつながることから、ハイリスク者（表4）・コントロール不良者に対する個別保健指導、適正な医療機関受診の勧奨が重要といえます。その上で、医療機関との連携を密に図ることが必要です。

そこで、特定健診受診の結果、「受診勧奨判定値」に該当した者が、適切に医療機関を受診することを目指します。健診結果が「要医療」判定の者で、「受診勧奨判定値」に該当した者には、「医師連絡票」を結果説明会時に対象者に配布し、受診勧奨をします。また、一定期間経過しても、医療機関への受診が確認できない場合は、通知・電話・訪問等で医療機関への受診勧奨を再度行います（表3 医療機関受診率目標）。

目標項目	現状 (H27)	目標 (H32)	目標 (H35)	備考
受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率	50.4%	55%	60%	
上記のうち、別に定めるハイリスク者（表4）の医療機関受診率	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 72.4%	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 78%以上	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 80%以上	健診受診後、医療機関に受診した者の割合（継続受診が不要な場合を含む）

表4 ハイリスク者の基準

項目	基準
血圧 ※1	Ⅱ度高血圧およびⅢ度高血圧 (収縮期血圧 \geq 160mmHg、拡張期100mmHg)
血糖 ※2	HbA1c \geq 7.0% (NGSP 値)
脂質 ※1	LDL \geq 180 mg/d l 又は TG \geq 500mg/d l
腎機能 ※3	eGFR $<$ 45ml/分/1.73 m ² (70歳以上は40未満) 尿たんぱく(2+)以上 尿たんぱく(+)かつ尿潜血(+)以上
尿酸 ※4	血清尿酸値 \geq 9.0mg/d l

※1 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」健診結果とその他の必要な情報の提供(フィードバック文例集)「①すぐに医療機関の受診を」の基準

※2 糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)における「血糖コントロール目標」の「合併症予防のための目標」値

※3 CKD診療ガイド(日本腎臓学会編)かかりつけ医療機関から腎臓専門医への紹介基準参考

※4 平成28年度特定健康診査等実施の手引き(滋賀県医師会)の尿酸に関するフィードバック文例集「①医療機関の受診を」の基準

2：運動習慣の定着化

～約 60%の方に運動習慣がない～

運動習慣は、虚血性心疾患等の発症のリスクを減少できるとされており、質問票の結果より、多賀町では「運動習慣のない人」の割合が有意に高いという状況でした。既存事業のストックウォーキング事業の継続実施、また、新規事業の健康スマホポイント事業によりインセンティブ※を与えるなどにより、運動習慣が定着する人を増やすことが必要と考えます（表5）。

健康スマホポイント事業やストックウォーキング事業を広く啓発・利用勧奨するとともに、自ら運動習慣を定着させることが困難な方に対しては、元気アップ教室、ヘルスアップ教室などの保険者が実施する運動教室への参加を勧奨し、積極的に運動習慣の定着に向けて啓発を行っていきます。

被保険者が、自ら健康づくりに取り組み、運動習慣などの生活習慣の改善に取り組めることが、生活習慣病予防そして重症化予防につながると考えます。

また、保険者実施事業だけでなく、教育委員会生涯学習課や多賀やまびこクラブが実施する運動教室やサークル、公共スポーツ施設の利用などを積極的に紹介するなど、一人ひとりに合った運動の機会の提供を行います。

※インセンティブ・・・人の意欲を引き出すために、外部から与える刺激のこと

表5

目標項目	現状値 (H27)	目標 (H32)	目標 (H35)	備考
運動習慣が定着する者の率 (週2回以上、1日30分以上)	男 33.6% 女 29.6%	男女40%以上	男女50%以上	※質問票の結果

第4章 多賀町特定健康診査等実施計画(第3期)

多賀町では、死亡・介護・医療費等において、虚血性心疾患や脳血管疾患を発症している人や、生活習慣病の発症するリスクを持っている人の割合が高い状況にあります。生活習慣病の早期発見と適切な治療および生活習慣の改善により、発症の危険性を予防するために、本章では、特定健診の定期的な受診者を増やすための啓発や勧奨等の取り組みとともに、特定健診および特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)の実施方法に関する基本的な事項、特定健康診査等の実施及びその効果にかかる目標に関する基本的な事項について定め、第3期多賀町特定健康診査等実施計画とします。

1：目標値の設定

～目標は特定健診・特定保健指導、ともに受診率65%～

本町の特定健康診査受診率の目標値については、第5次多賀町総合計画で平成32年度時点において65%と設定しており、その目標値との整合を図ります。

特定保健指導実施率については、国の目標値(60%)を既に上回っていることから本町独自に目標値を設定します。

具体的に本町国民健康保険における目標値を以下のとおり設定します(表6)。

表6 特定健康診査受診率および特定保健指導実施率の目標値

区分	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
特定健康診査受診率	60%	63%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	63%	64%	65%	65%	65%	65%

2：特定健康診査・特定保健指導の対象者

～年々減少の見込み～

(1) 男女別・年齢階層別 40 歳以上の国民健康保険被保険者数の推計

65 歳以上 75 歳未満の人口が平成 33 年度にかけて増加することから同年の国保被保険者についても増加しますが、その後平成 35 年度にかけて減少に転じる見込みです。(表 7)。

表 7 国民健康保険被保険者数の推計

単位：人

		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
男性	40～64 歳	272	268	264	263	263	265
	65～74 歳	455	468	478	485	463	430
	計	727	736	741	747	725	695
女性	40～64 歳	249	248	245	241	242	239
	65～74 歳	464	461	470	480	473	447
	計	713	709	715	721	715	686
合計	40～64 歳	521	516	509	504	504	504
	65～74 歳	919	929	948	964	936	877
	計	1440	1445	1457	1468	1440	1381

※被保険者数の推計の元となる将来人口推計は、第 7 期介護保険事業計画を引用し（コーホート変化率法）、平成 29 年度 7 月末時点の年齢層別人口に占める年齢階層別国保加入率を算出し、推計人口に乗じることにより推計加入者数を算出。

(2) 国民健康保険被保険者のうち特定健康診査の対象となる者の推計

被保険者数と同様に、平成 33 年度をピークに減少に転じる見込みです。(表 8)。

表 8 特定健康診査の対象となる者の推計

単位：人

		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
男性	40～64 歳	239	235	231	230	230	232
	65～74 歳	420	432	441	447	427	397
	計	659	668	672	678	658	630
女性	40～64 歳	220	219	216	213	213	211
	65～74 歳	437	434	442	451	445	420
	計	657	652	659	664	659	631
合計	40～64 歳	459	454	448	443	444	443
	65～74 歳	857	866	883	899	873	818
	計	1,316	1,320	1,331	1,342	1,317	1,261

※国保被保険者数の推計から、平成 27 年度法定報告および平成 27 年度末の国保被保険者の内、特定健康診査の対象となった者の割合から算出。

(3) 男女別・年齢階層別 40 歳以上の特定健康診査の受診率・受診者数の推計

特定健診の対象者数の増加および受診率の上昇から、受診者数の増加が見込まれますが、平成 33 年度をピークに受診者数は減少に転じる見込みです。(表 9)

表 9 特定健康診査の受診率・受診者数の推計

単位：人

			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
受診率	男性	40～64 歳	38.9%	41.9%	44.9%	44.9%	44.9%	45.9%
		65～74 歳	65.2%	68.2%	70.2%	70.2%	70.2%	70.2%
	女性	40～64 歳	54.2%	57.2%	60.2%	60.2%	60.2%	60.2%
		65～74 歳	69.0%	71.0%	73.0%	73.0%	73.0%	73.0%
受診者数	男性	40～64 歳	93	99	104	103	103	107
		65～74 歳	274	295	310	314	300	279
		計	367	393	413	418	403	385
	女性	40～64 歳	119	125	130	128	128	127
		65～74 歳	301	308	323	329	325	307
		計	421	433	453	458	454	434
	計	40～64 歳	212	224	234	232	232	234
		65～74 歳	575	603	633	644	625	586
		計	787	826	867	875	857	819
平均受診率			60.0%	63.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%

(4) 特定保健指導の実施者数の推計

受診者数と同様平成 33 年度をピークに、特定保健指導対象者の減少が見込まれますが、実施率向上に向けた取り組み（P30 参照）の効果により、実施者数は、ほぼ横ばいを見込んでいます。（表 10）。

表 10 特定保健指導の実施者数の推計

単位：人

			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	
支援の階 層別対象 者数	40～64 歳	動機付け	11	12	13	13	13	13	
		積極的	17	18	19	19	19	19	
	65～74 歳	動機付け	48	50	53	54	52	49	
		全体	59	62	65	66	65	61	
		全体	動機付け	59	62	65	66	65	61
			積極的	17	18	19	19	19	19
特定保健 指導実施 率の想定	40～64 歳	動機付け	60.3%	61.3%	63.3%	63.3%	63.3%	63.3%	
		積極的	46.4%	47.4%	48.4%	48.4%	48.4%	48.4%	
	65～74 歳	動機付け	69.9%	70.9%	71.9%	71.9%	71.9%	72.9%	
		全体	60.3%	61.3%	63.3%	63.3%	63.3%	63.3%	
		全体	動機付け	69.9%	70.9%	71.9%	71.9%	71.9%	72.9%
			積極的	46.4%	47.4%	48.4%	48.4%	48.4%	48.4%
特定保健 指導の実 施者数	40～64 歳	動機付け	7	7	8	8	8	8	
		積極的	8	9	9	9	9	9	
	65～74 歳	動機付け	34	36	38	39	37	35	
		全体	40	43	46	46	45	43	
		全体	動機付け	40	43	46	46	45	43
			積極的	8	9	9	9	9	9
		計	48	52	55	55	54	52	
(実施率)			63.0%	64.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	

※ 65 歳以上で積極的支援と判定された場合は、動機付け支援とし、日常生活動作能力・運動機能等を踏まえ QOL の低下に配慮した生活習慣の指導を行います。

3：実施方法

～受診しやすい体制の構築～

この計画を進めるため、国民健康保険の主管課である税務住民課が主体となり、健康づくりを統括する福祉保健課をはじめ、庁内関係課と相互に連携し、効率的・効果的な事業の推進を図ります。

また、本計画の事業に必要な保健師、管理栄養士などのマンパワーの確保については、関係課と連携を図りながら、庁内実施体制の整備を進めます。

さらに、効率的・効果的な特定健康診査や特定保健指導を実施するため、滋賀県、湖東健康福祉事務所および滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「滋賀県国保連合会」という。）等との連携を取りながら計画の推進を図ります。

（1）特定健康診査の実施方法等

① 特定健康診査の周知・啓発、受診率向上に向けた取り組み

表 11

項目	内容	回数等
受診券の送付	・対象者全員に受診券を個別に送付する	5月
特定健康診査の周知・啓発	・広報・ホームページへの掲載	1回／年
	・のぼり旗の設置	通年
	・公共施設、医療機関等でのポスターの掲示	通年
	・役場窓口でのパンフレット・チラシの配布	通年
	・イベント等を活用したPR	3回以上／年
	・案内通知発送時に併せたパンフレットの送付	1回／年
	・健康増進事業での受診勧奨	3回以上／年
	・訪問・電話での受診勧奨	通年
受けやすい健診の体制づくり	・がん検診と同時実施による総合健診日程の充実	総合5回／年 単独7回／年
	・土曜・早朝健診の実施	(内土曜2回、 早朝2回)
医療機関との連携	・治療中患者の検査データの活用	通年
	・治療中患者に対する特定健康診査の受診勧奨	
商工会との連携	・事業主健診受診者の健診データの受領	1回／年
地域組織との連携	・健康推進員を通じた受診勧奨	通年
未受診者への勧奨	・通知の送付、電話・訪問による受診勧奨	3回／年

② 特定健康診査の対象となる者

加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）を対象とします。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示（平成 20 年厚生労働省告示第 3 号）で規定）は、上記対象者から除く（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）ものとします。

③ 健診項目（表 12）

<p>①基本的な健診項目</p>	<p>① 質問項目 ② 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積） ③ 理学的検査（身体診察） ④ 血圧測定 ⑤ 血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ※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でも可。 ⑥ 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） ⑦ 血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c検査） ※やむを得ない場合は、随時血糖 ⑧ 尿検査（尿糖、尿蛋白）</p>
<p>②追加健診項目 ※滋賀県（町独自） 追加項目</p>	<p>① 尿酸 ② 尿潜血 ③ eGFR ④ 血清クレアチニン（国基準では詳細項目により実施） ⑤ 微量アルブミン尿（集団健診のみ） ⑥ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） （女性のみ）</p>
<p>③詳細な健診項目 ※一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択</p>	<p>心電図検査 眼底検査 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）</p>

④ 実施内容、方法および実施場所等 (表 13)

項目	内容	期間	実施形態	場所
集団健診	がん検診と同時実施することで受診者の利便性を図ります。また、出張健診を実施し住民が健診を受けやすい環境づくりに努めます。	5月～10月	委託	公共施設等 ・多賀町総合福祉保健センター ・滝の宮スポーツ公園体育館
個別健診	滋賀県医師会と代表国保保険者の集合契約に基づき契約医療機関で実施します。	5月～12月 (翌3月)	委託	県内医療機関
人間ドック	人間ドックには、特定健診に必要な項目が含まれているため、人間ドック健診費用を助成します。また助成を受けた者については、特定健診を受けたものとみなします。	4月～12月	委託	契約健診機関
検査データ等の情報提供	町が実施する方法以外の方法で健診を受診した場合、または、治療中のため医療機関で特定健診と同等の検査データがある場合は、検査データ等の情報提供の協力を依頼します。	通年	被保険者からの情報提供	福祉保健課

(2) 特定保健指導の実施方法等

①実施率向上のに向けた取り組み (表 14)

項目	内容	回数等
受けやすい環境づくり	電話・メール・手紙などにより、若い世代でも指導が受けやすい環境づくりを行います。	通年
	初回面接等の土日開催	1回/年
保健指導従事者の資質の向上	参加者自らの行動変容につながるような、保健指導従事者の指導技術向上と、指導方法や内容を従事者同士で検討を行い、効果的な保健指導を実施する	1回/年
未利用者への勧奨	実施率向上に向けて、未利用者に対して、電話、メール、訪問等で利用勧奨を行います。	利用につながるまで

②特定保健指導の対象となる者

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者とします。

さらに、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。ただし、積極的支援に2年連続して該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善（※1）していれば、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当で可能とします。

（※1）BMI 30未満の場合：腹囲1cm以上かつ体重1kg以上の改善
BMI 30以上の場合：腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の改善

表 15：特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク（※2）	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
≥90cm(女性)	1つ該当			
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

（注）喫煙歴の黒塗り欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係がない。
特定保健指導に該当しない者については、情報提供者とする。

（※2）追加リスクに該当する基準（いずれかに該当）		
① 血糖	空腹時血糖値	110 mg/dl 以上
	HbA1c(NGSP 値)	5.6%以上
② 脂質	中性脂肪	150 mg/dl 以上
	HDL コレステロール	40 mg/dl 未満
③ 血圧	収縮期血圧(最高血圧)	130mmHg 以上
	拡張期血圧(最低血圧)	85mmHg 以上

③実施方法および実施場所等

ア：動機付け支援

対象者への個別支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践行動に移り、その生活が継続できることを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施します。	7月～ 翌年6月	一部委託	<ul style="list-style-type: none"> ・多賀町総合福祉保健センター ・被保険者自宅
支援内容	3～6か月後に電話等で対象者と面談し、生活状況、行動変容の有無を確認し、評価を行います。			

イ：積極的支援

動機付け支援に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践行動に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施	7月～ 翌年6月	一部委託	<ul style="list-style-type: none"> ・多賀町総合福祉保健センター ・被保険者自宅
支援内容	3か月後の中間評価とその前後に2回程度、電話等で対象者と面談し、生活状況、行動変容の有無を確認し、最終3～6か月後に面接により評価を行います。			

ウ：情報提供

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果により、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうこと、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらうことを目指します。

項目	内容	期間	実施形態	場所
初回面接	特定健診の結果説明会時に個別に面接を実施します。	7月～3月	一部委託	・多賀町総合福祉保健センター ・被保険者自宅
支援内容	個別の健診結果に合わせ、保健師または管理栄養士が健康づくりに対する情報を提供します。			

(3) 特定健康診査等の委託事業者の選定

事業者への委託は特定健康診査の受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診や保健指導を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が必要となります。

一方で、健診データの精度管理や保健指導対象者に対する指導が適切に行われないなど、事業の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながらないよう委託先における健診の質を確保することが不可欠です。

また、特定保健指導事業者については事業者参入が少ないことから、参入する事業者があれば随時対応するものとしします。

(4) 代行機関の利用について

契約した町内医療機関、健診機関、保健指導実施機関等から費用の請求、支払および健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、保健指導利用券の作成（発送は保険者が行う）、支払基金への報告作成等に係る業務は滋賀県国保連合会へ委託します。

委託にあたっては健診機関や保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報を扱うことに対して「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」（平成18年厚生労働省）に沿った安全対策を講じることの義務づけを行います。

4：年間スケジュール

特定健康診査等の実施は、下表 16 の年間スケジュールに基づき実施します。より効果的に事業を推進するために前年度の評価を行い、スケジュールの見直しを行います。

表 16 特定健康診査等の年間スケジュール

		特定健康診査	特定保健指導
前年度	3月	健診対象者の抽出 健診案内の送付 ※区長便により町内全戸にパンフレットを配布する。	
当該年度	4月		
	5月	受診券の送付（全件）	
	6月		
	7月		特定保健指導対象者の抽出 （毎月、集団・個別・人間ドック等すべての健診結果から対象者を抽出） 特定保健指導の開始
	8月	受診勧奨実施（1回目）	
	9月		
	10月		
	11月		
	12月	個別医療機関用受診勧奨実施（2回目）	
	1月	治療中患者の情報提供に係る勧奨実施	
	2月		
	3月		
翌年度	4月		
	5月		
	6月		
	7月		
	8月		
	9月		

5：個人情報保護

特定健康診査等の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）および多賀町個人情報保護条例に定める職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、特定健診等に従事する職員および特定健診等の委託先（データの管理を含む）については、業務を遂行するために知り得た個人情報を他に漏洩することがないように守秘義務を課します。

(1) 具体的な個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険団体連合会等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成17年厚生労働省）に基づいて行います。

特定健康診査・保健指導を外部に委託する際は、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。

守秘義務規定

国民健康保険法（平成20年4月1日施行分）

第二百二十条の二 保険者の役員もしくは職員またはこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役または百万円以下の罰金に処する。

高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年4月1日施行）

第三十条 第二十八条の規定により保険者が特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあつてはその役員）もしくはその職員またはこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第一百六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役または百万円以下の罰金に処する。

(2) 記録の管理および保存

特定健康診査等のデータは管理者を定め、電子的標準形式により（滋賀県国保連合会に委託）管理保存し、その保存期間は特定健診受診の翌年4月1日から5年間とする。なお、被保険者が他の医療保険者の加入者となったときの保存期間は、他の医療保険者の加入者となった年度の翌年度末日とします。

また、被保険者が他の医療保険者の加入者となった場合は、当該医療保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供します。

6：公表・周知

特定健康診査・特定保健指導のあり方とその目的・内容・効果や、特定健康診査等実施計画については、町広報紙・特定健康診査等チラシ・町ホームページ等で公表し、被保険者および町民への周知を図ります。

7：評価・見直し

(1) 評価方法（法定報告（国への実績報告）による数値を用います）

- ①特定健診の実施率および特定保健指導の実施率
- ②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ③実施方法や内容、スケジュールについて実施計画上の内容と実際の事業とのかい離状況

(2) 見直しに関する考え方

毎年度、年度末に開催する多賀町健康づくり推進協議会において、評価を受け、目標の達成度を把握し、次年度への取組みに活かすことにより目標達成に向け取り組みます。

8：その他

～「いずれは国保」の者の保健指導を受託します～

(1) 被用者保険との連携強化

平成29年度に試行的に実施した協会けんぽ滋賀支部との健診同時実施については、平成30年度以降も継続して実施することとし、被用者保険被扶養者のがん検診受診率向上を図ります。

また、被用者保険被扶養者にかかる特定保健指導の受託についても、平成30年度以降も継続して実施することとし、特定保健指導対象者には、町が実施する各種保健事業への参加を呼びかけるなど、若い世代からの健康増進へつなげます。

(2) 国保資格取得前の健診データの受領および国保資格喪失後の健診データの情報提供

被保険者が生涯にわたり自らの健診・保健指導情報を健康づくりに活用し、役立たせるためには継続したデータの管理が必要です。

他の医療保険者からの移動等に伴う健診・保健指導の情報提供の授受については、国が示す標準的様式により、紙媒体等により行います。

また他の医療保険者へ情報提供については必ず本人の同意を得たうえで行います。

第6章 重症化予防への取り組み

1：虚血性心疾患重症化予防

～ハイリスク者の医療受診勧奨～

(1) 基本的な考え方

第2章 2. 医療費の状況より、死亡、介護、医療どの点から見ても虚血性心疾患の割合は高く、医療費も高額です。そこで、虚血性心疾患のリスク因子となるLDL コレステロールの数値に合わせて優先的に重症化予防に取り組むことが必要です。

(2) 対象者の明確化

多賀町の現状として、平成27年度健診受診者のうち、心電図検査実施者は、19人であり、そのうちST所見※は2人、内1人は要精査でした(表17)。とくに、ST上昇は心筋梗塞のリスクと考えられるため、医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

※ST所見…心電図波形のうちで、原則的にST上昇(ST部分が通常より上がった状態)で心筋梗塞・心筋炎など、ST低下(ST部分が通常より下がった状態)で心筋虚血や心肥大を疑います。心臓の病気以外でも出現することはありますが、ST上昇の場合は、緊急性が高く、ST低下の場合は患者の状態を把握しながら、治療を行います。波形の部位によってその部位が梗塞・虚血しているか部位を把握することができます。

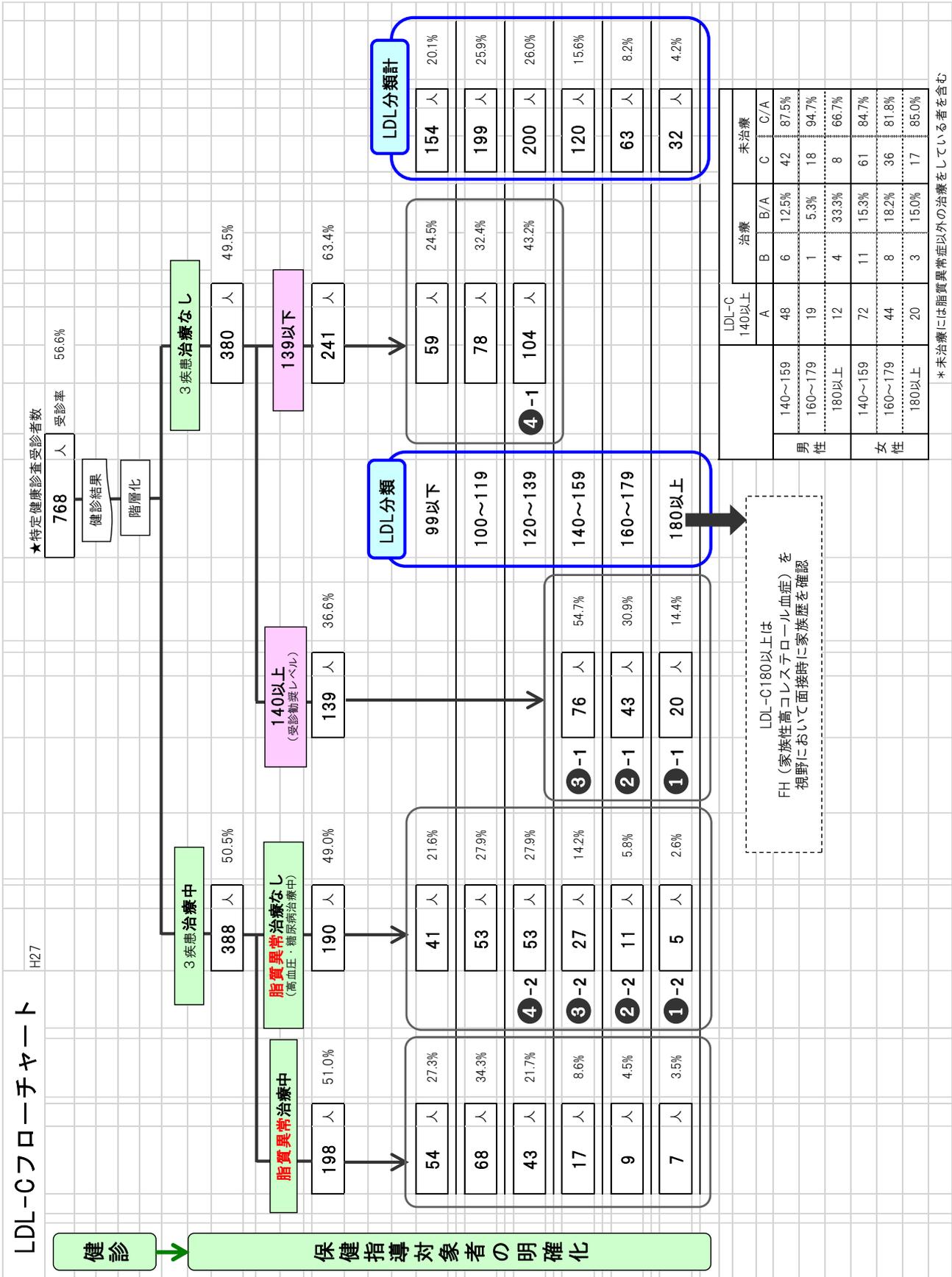
表17 特定健診における所見状況 (H27)

年代	心電図検査受診者		ST有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
40歳代	0	0	0	0	0	0
50歳代	1	0	0	0	0	0
60歳代	10	0	1	10	0	0
70～74歳	4	4	1	25	0	0
合計	15	4	2	13.3	0	0

※心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者または問診等において不整脈が疑われる者」を基準として「詳細な健診」の項目の一つとして実施します。

また、心電図検査を実施しない場合、虚血性心疾患はLDLコレステロールmg/dl(140～159、160～179、180以上)に関連することからタイプ別に把握していきます。

具体的には、第1段階として、次のLDLフローチャート中、LDL180mg/dl以上の未治療者・コントロール不良者、LDL160以上～180mg/dl未満でコントロール不良者に対し、保健指導および適正な医療受診が必要と考えられます。



(3) 医療機関受診勧奨および保健指導の実施

- ・心電図検査有所見者

詳細健診の実施者のうち、心電図検査で要精査者については、受診勧奨、それ以外の ST 所見有者については、健診データと合わせて「心電図における ST とはどのような状態であるか」、を分かりやすく伝えることにより、生活習慣の改善につなげます。

- ・LDL コレステロール有所見者 (LDL180mg/dl 以上)

- ① 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合

- ・医師連絡票配布による受診勧奨
- ・レセプト等による受診継続の確認 (3 か月毎)
- ・未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・係内で未受診者およびその理由の情報共有

- ② 過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合

- ・過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
- ・レセプト等による受診継続の確認 (3 か月毎)
- ・未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・係内で未受診者・理由の情報共有

- ・治療中であるが、LDL コントロール不良者 (LDL160 以上～180 未満)

- ・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
- ・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
- ・受診勧奨や保健指導を実施する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
- ・糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者は糖尿病管理台帳 (※P54) で把握を行います。

2：脳血管疾患重症化予防

～要介護状態にさせない取り組み～

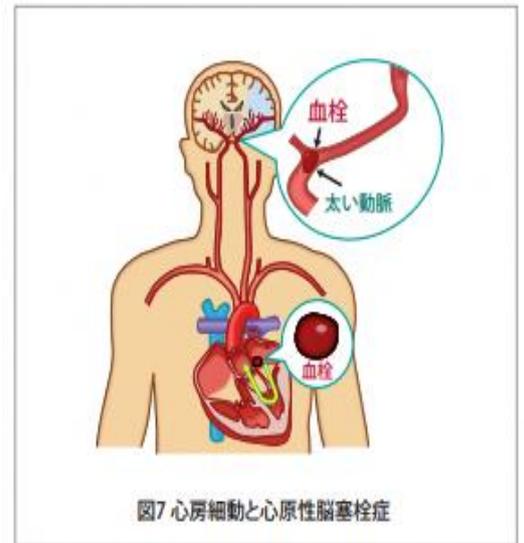
(1) 基本的な考え方

第2章 2. 医療費の状況より、脳血管疾患での死亡率は減少してきていますが、要介護認定の原因の1つとなっており、本人および周囲の生活の質（QOL）の低下を招き、医療費・介護給付費の増高につながっていると考えられることから、脳血管疾患の発症予防に取り組むことが重要です。

(2) 対象者の明確化

平成27年度健診において心電図検査19人中3人が心房細動の所見がみられました。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していました。3人のうち1人は既に治療が開始されていましたが、2人は特定健診で心電図検査を受ける事で発見ができたと思われる対象者でした（表18）。

心房細動は脳梗塞のリスクと考えられるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い心原性脳塞栓症※を予防するためには、心電図検査によって早期に心房細動を発見することが重要です。現在、心電図検査は詳細検診項目として、該当者に実施していますが、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況は次のとおりです。



（脳卒中予防の提言より引用）

※心原性脳塞栓症…心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせることで発症

表18 特定健診における心房細動所見状況（H27）

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
40歳代	0	0	0	0	0	0
50歳代	1	0	0	0	0	0
60歳代	10	0	2	20	0	0
70～74歳	4	4	1	5	0	0
合計	15	4	3	20	0	0

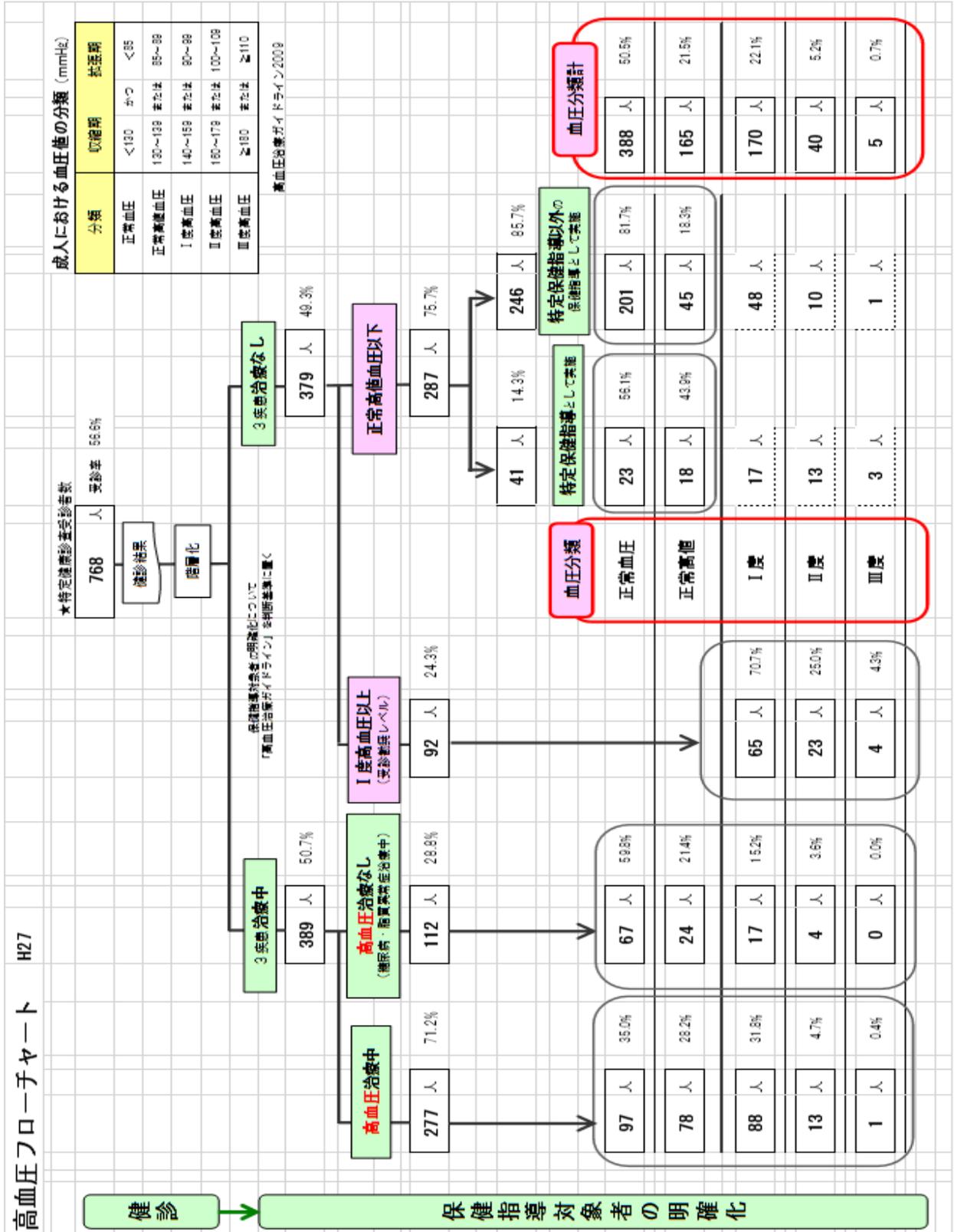
※心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者または問診等において不整脈が疑われる者」を基準として「詳細な健診」の項目の一つとして実施します。

また、心電図検査を実施しない場合でも、脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子であり、平成27年度の健診結果では、Ⅱ度高血圧以上が45人（5.9%）、その内31人は未治療者、さら

に、高血圧症の治療中であってもⅡ度高血圧である者は14人（1.8%）でした（図35）。

これらのことから、次の高血圧フローチャート中、Ⅱ度高血圧以上の者に対する受診勧奨、保健指導およびコントロール不良者に対する医療機関と連携した保健指導が必要と考えられます。

図 35



(3) 受診勧奨および保健指導の実施

・受診勧奨

(Ⅱ度高血圧以上：収縮期血圧 160mmHg 以上もしくは拡張期血圧 100mmHg 以上)

①治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合

- ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認 (3 か月毎)
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者・理由の情報共有

②過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合

- ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
- ・ レセプト等による受診継続の確認 (3 か月毎)
- ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
- ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

・治療中であるが血圧コントロール不良者

(Ⅱ度高血圧以上：収縮期血圧 160mmHg 以上もしくは拡張期血圧 100mmHg 以上)

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 受診勧奨や保健指導を実施する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
- ・ 糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから脳血管疾患重症化予防対象者は糖尿病管理台帳 (※P54) で把握します。

3：糖尿病性腎症重症化予防

～QOLの維持向上～

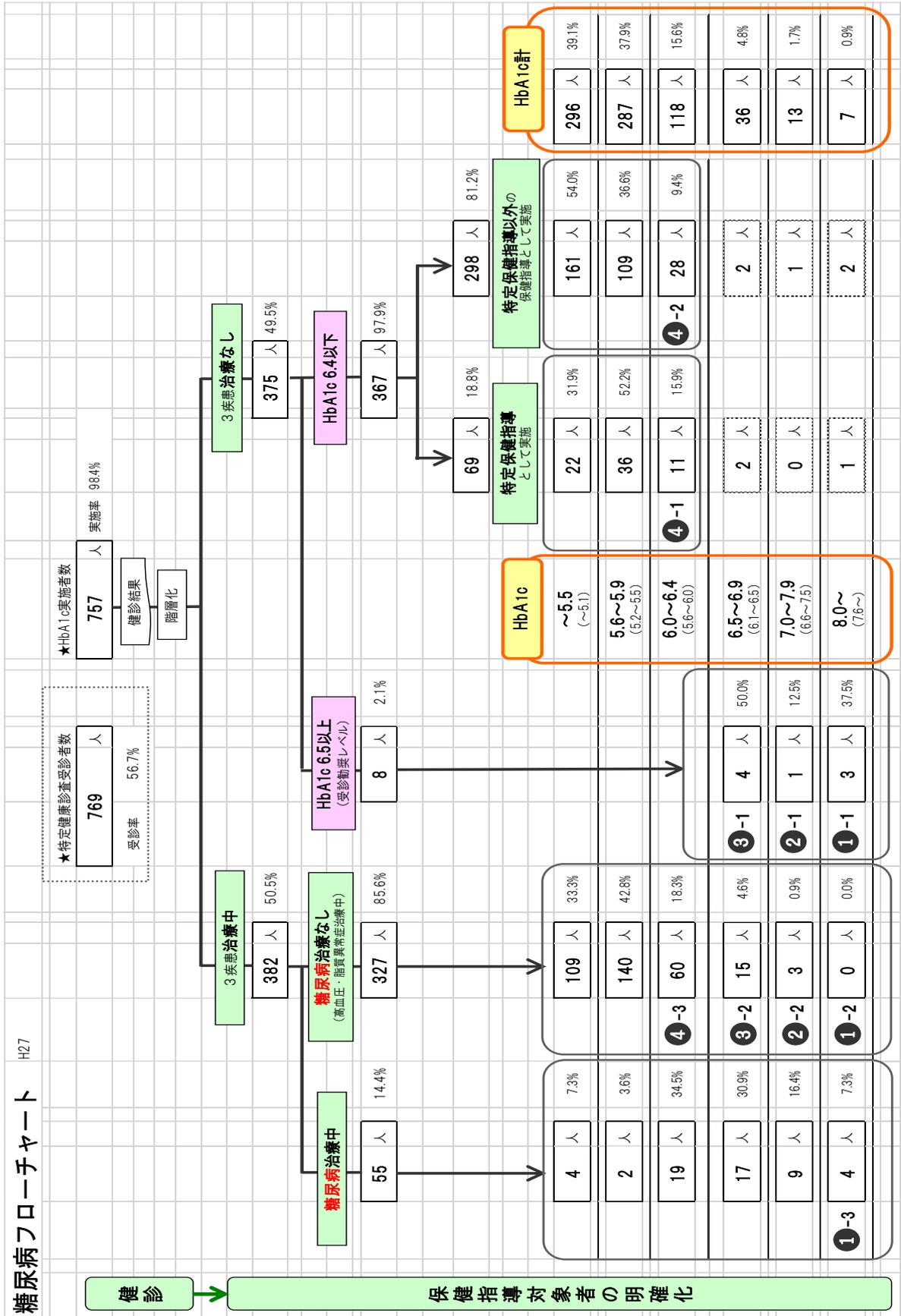
（1）基本的な考え方

糖尿病の合併症は、あらゆる臓器に起こり得ますが、長年の高血糖・脂質異常を含む代謝障害と、高血圧などの血管障害因子によって起こる全身の血管を中心とした組織の変性・機能喪失が、細小血管である腎臓で起こります。腎症の進展により、人工透析導入となると、本人および周囲の生活の質（QOL）の低下を招くとともに、継続的に高額な医療費がかかることから、新規透析導入を防ぐ必要があります。

現状は、全国と比較して透析導入患者数は少ないものの、特定健康診査の結果かHbA1cの有所見割合が高いことから、透析導入を防ぐためには、糖尿病を発症させない、進行させない、また、合併症を予防することが大変重要です。また、高血圧を原因とする透析導入も増加しており、「糖尿病性」に限らない慢性腎臓病（CKD）対策として取り組む必要があります。透析患者は、健診自体を受けていない者が多く、身体の中で何が起きているかイメージができないため生活習慣の改善に結びつきにくく、透析導入につながる 경우가多くあります。まずは健診未受診者を減らすこと、また、受診された被保険者に対し、健診結果に基づく個人への分かりやすい情報提供や保健指導を充実する必要があります。

（2）対象者の明確化

平成27年度多賀町の特定健診受診者のうち糖尿病未治療者（HbA1c6.5%以上）は26人（3.4%）、糖尿病治療者は55人の内HbA1c7.0%以上の者が13人（1.7%）でした。HbA1c7.0%以上の者のうち、糖尿病性腎症で通院している者、または、重症化リスクの高い高血圧・メタボリックシンドローム等のリスクを併せ持った方を優先的に、医療機関と連携した介入が必要と考えます。さらに、糖尿病治療者であっても特定健診未受診者は、血液検査等のデータが不明なため、今後は、KDBやレセプトデータ等を突合することにより、対象者の把握に努め医療機関と連携した保健事業を実施します。



・微量アルブミン尿検査の実施（新規事業）

現在、特定健診の項目として、血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施し、腎機能（eGFR）についても把握しています。

しかし、現在の特定健診項目のみでは、可逆的な糖尿病性腎症第2期（早期腎症期）※を逃す恐れがあり、予防可能な段階で、医療機関への受診を勧奨し、透析への移行を予防する必要があります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため尿アルブミン検査を実施し、腎機能（eGFR）および尿アルブミン値の結果に基づき、早期に介入を行うことで糖尿病性腎症による新規透析患者ゼロを目指します。

※腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）に基づくものとします（図 37）。

図 37

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

(3) 受診勧奨および保健指導の実施

- ・ 受診勧奨（糖尿病性腎症病期（図 37）で第 2 期の者参照）
 - ① 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合
 - ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
 - ・ レセプト等による受診継続の確認（3 か月毎）
 - ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
 - ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有
 - ② 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
 - ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
 - ・ レセプト等による受診継続の確認（3 か月毎）
 - ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
 - ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

- ・ 受診勧奨（HbA1c6.5%以上または糖尿病性腎症病期（図 37）で第 3・4 期の者）
 - ① 治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合
 - ・ 医師連絡票配布による受診勧奨
 - ・ レセプト等による受診継続の確認（3 か月毎）
 - ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
 - ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

 - ② 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
 - ・ 過去に中断に至った理由の把握と、医師連絡票配布による受診勧奨
 - ・ レセプト等による受診継続の確認（3 か月毎）
 - ・ 未受診者には電話⇒訪問での受診勧奨
 - ・ 係内で未受診者およびその理由の情報共有

- ・ 治療中であるが、**血糖もしくは血圧**コントロール不良者
（糖尿病性腎症は発症していないが、HbA1c7.0%以上の者もしくはⅡ度高血圧以上の者）
 - ・ 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
 - ・ 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
 - ・ 受診勧奨や保健指導を実施する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
 - ・ 糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから糖尿病性腎症重症化予防対象者は糖尿病管理台帳で把握を行います。

- ・治療中であるが、**血糖**コントロール不良者（HbA1c6.5%以上）
 - ・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
 - ・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
 - ・受診勧奨や保健指導を実施する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
 - ・糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者は糖尿病管理台帳（※1）で把握を行います。

※1 糖尿病管理台帳の作成と管理

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。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。よって、HbA1c 6.5%以上の者は、以下の情報を記載した台帳を作成し、管理していきます。

ア. ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白 ⑥LDL ⑦喫煙の有無

イ. レセプトを確認し情報を記載する

①治療状況の把握

- ・特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

ウ. 管理台帳記載後、結果の確認

エ. 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

・指導内容の検討

対象者（P51、52）に応じた保健指導の内容（P55 図38を参考）を検討します。医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、医師と連携を図ります。

治療中の場合は糖尿病連携手帳等を活用し、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います。かかりつけ医、専門医との連携、また、必要に応じ、地域包括支援センター等と連携の上、対応します。

図 38

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病遅漏ガイドの治療方針の立て方	資料
<p>インスリンの非保存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> } </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③</p> <p>④ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 →糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ① 糖尿病による網膜症 ② 目(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③ 糖尿病性神経障害～起こるからだの部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を痛めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」と言い方</p> <p>② 2～3か月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <div style="text-align: center;"> } 6.0%未満 </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、身体は血糖を取り込むための準備をします。 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は肝臓をどのように痛めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 <p>■ 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 →経口血糖降下薬 インスリンの製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階 <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の洗濯 25. 薬は体のももとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアグリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

第7章 医療費適正化対策事業

健康・医療情報を活用した生活習慣病以外の取組として、将来にわたり医療費の増高が見込まれる中、被保険者の負担軽減および保険財政の健全化を図るためには、必要な医療を確保した上で、医療費の適正化を図ることが重要であることから、次の取り組みを進めます。

1：重複受診者、頻回受診者、重複投薬者等への訪問指導等

〈現状〉

同じ疾病で複数の医療機関を受診する重複受診者、1つの医療機関に何度も受診される頻回受診者、同じ効能の薬を3つ以上の医療機関から処方されている重複投薬者等への受診の適正化のための取組については、平成29年度から実施しています。

		重複頻回受診者	重複投薬者
平成29年度	対象者数	11人	0人
	実施者数	4人	0人
	実施率	36.4%	0%

※重複投薬者については、平成29年2～4月調剤分から国保連合会において抽出

〈取組方法〉

重複・頻回受診者、重複服薬者等に対し、受診の適正化および被保険者の健康被害の予防のための訪問等による指導について、多賀町、滋賀県および滋賀県国保連合会の共同事業として取り組みます。滋賀県国保連合会が対象者を抽出し、訪問指導等を実施します。(実施内容、対象者等については、第5章個別保健事業計画に記載)

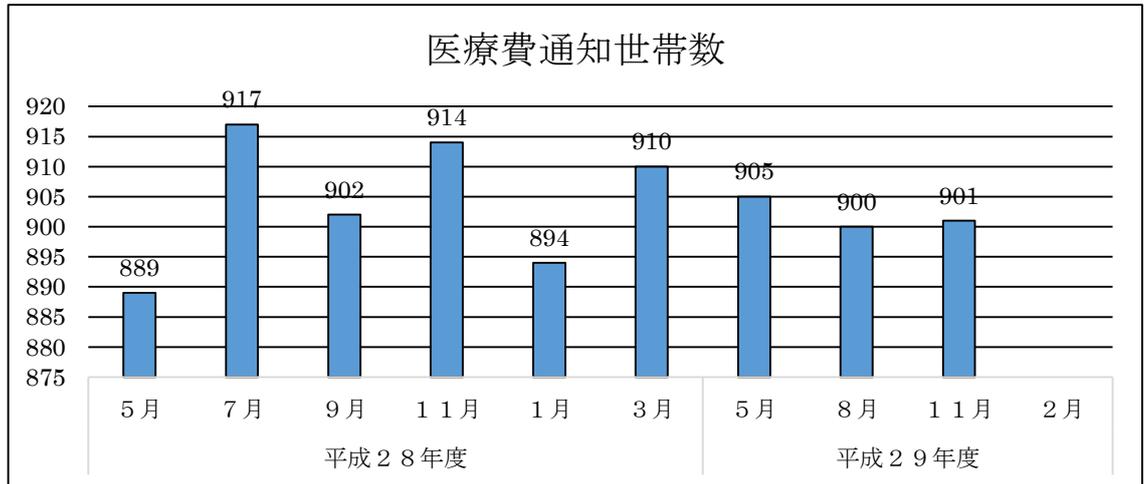
効果の測定については、滋賀県国保連合会がレセプト(診療報酬明細書)による効果測定(評価)を実施します。

2：医療費通知の送付

〈現状〉

受療のある全世帯に対し、平成28年度までは年6回、平成29年度以降は年4回、全期間（12か月分）の医療費通知を送付しています（図39）。

図39



出典：国保事業状況報告書

〈取組方法〉

引き続き年4回、全期間（12か月分）の医療費通知を送付します。

3：ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進

〈現状〉

現在、ジェネリック医薬品の希望カードの配布や後発医薬品を使用した場合の自己負担額の軽減の周知（以下「差額通知」という。）のためハガキによるお知らせを送付しています。後発医薬品の使用割合は、平成 28 年度平成 29 年 1 月調剤分で、74.6%（数量ベース）です（図 40）。

差額通知については、平成 28 年度までは年 2 回、平成 29 年度からは年 4 回対象者に通知を行っています。また、滋賀県国保連合会において、ジェネリック医薬品切替による軽減効果額等の分析も行っています。

図 40

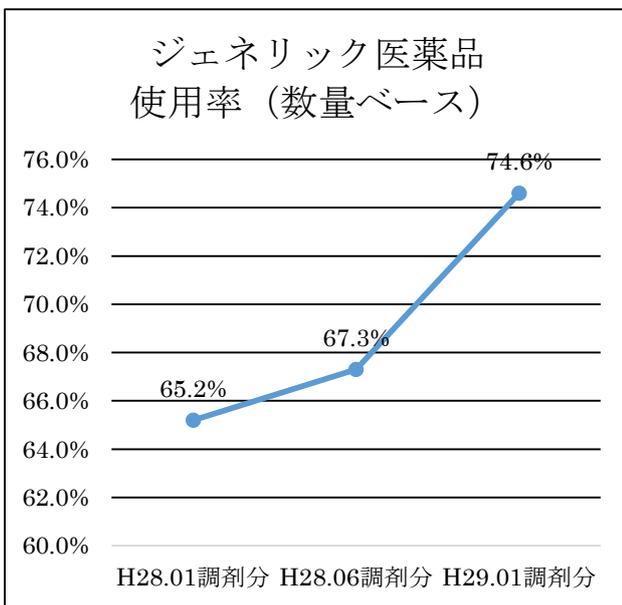
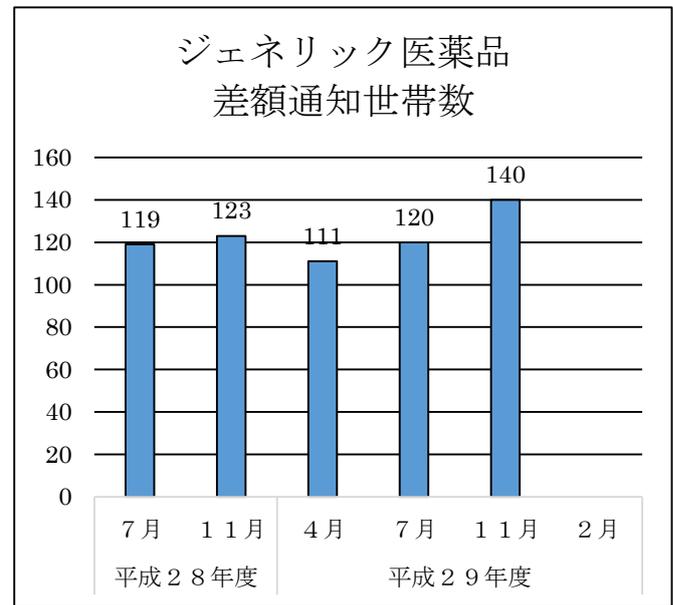


図 41



出典：国保事業状況報告書

〈取組方針〉

平成 30 年度以降も希望カードの配布、差額通知を実施します。実施にあたっては、被保険者の理解を得られるよう、窓口等にパンフレットを置き、ジェネリック医薬品の普及啓発に努めます。

また、町内医療機関等へのジェネリック医薬品切替の協力依頼を行い、後発医薬品の使用が促進されるよう取り組みます（目標値等について、第 5 章個別保健事業計画に記載）。

第8章 地域包括ケアシステムに係る取り組み

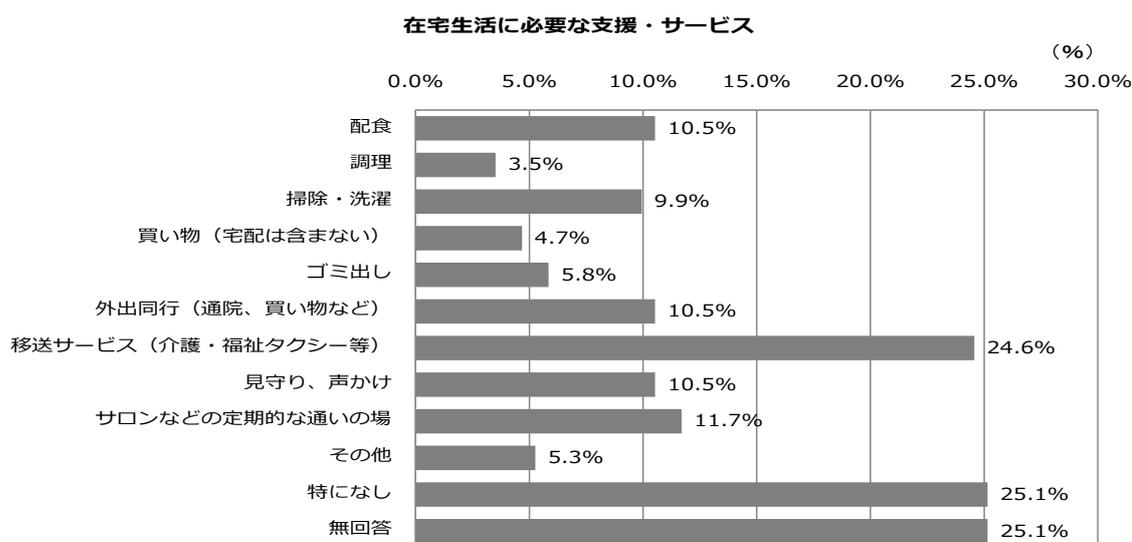
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。しかし、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が可能であり、国民健康保険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ります。特に、多賀町においては、要介護認定の新規申請にいたる原因として、認知症が最も多くなっています。働く世代からの生活習慣病の予防は認知症予防にとっても大変重要な取り組みといえます。認知症を正しく理解し、生活習慣病を原因とした認知症の発症予防（介護保険部門からの国保保健事業への参画）と、認知症があっても地域で支えあい、症状の進行予防ができるという 2 本柱での取組が重要です。要介護となった場合でも、地域とのつながりが途切れないよう、できる限り地域で高齢者を支える仕組みを構築することが重要です。

多賀町においては、第6章に記載した重症化予防、および、次の取組を推進し、国保保険者として地域包括ケアシステム構築に参画します。

1：高齢者の実態

第7期介護保険事業計画に係るアンケート調査における質問項目「在宅生活に必要な支援・サービス」では、「移送サービス」が 24.6%と最も高く、「配食」「掃除・洗濯」「外出同行（通院・買い物）」「見守り・声かけ」「サロンなどの定期的な通いの場」がそれぞれ 10%程度となっています。



出典：多賀町高齢者福祉計画および介護保険事業計画策定に係るアンケート調査結果報告書

2：保険者としての役割

国民健康保険では被保険者のうち、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める割合も大部分を占めています。このような状況から、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスができるだけ必要としないようにするための対策は、国保保険者にとっても非常に重要です。

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ことから、国保保険者として具体的に以下の項目について取り組みます。

(1) 地域包括ケアに係る現状分析

介護部門に導入されている「地域包括ケア見える化システム」を活用し、多賀町にある地域資源、高齢者が抱えるニーズ等についての現状分析を行います。

(2) 課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

KDBを活用し、特に65歳以上の介護保険第1号被保険者に係る医療受診状況、有所見状況、生活習慣の状況等から対象者の抽出を行い、保健師等による訪問指導を行います。また、生活習慣の状況、指導内容等について地域包括支援センターとの情報共有を図り、包括的な支援につなげます。

(3) 地域で被保険者を支える仕組みづくり

「健康スマホポイント事業」（平成30年1月開始）において、健診受診やウォーキング等の健康活動に応じてポイントを付与する事業を実施します。その事業の中で、新たなポイント制度の実施を検討します。

具体的には、高齢者の実態から高齢者が必要としている生活支援等を行ったボランティア活動に対してポイントを付与することにより、高齢者を支える仕組みづくりの一助とし、またそのボランティア活動自体が、国保被保険者自身の健康増進につながるような仕組みとします。

(4) 地域で被保険者を支える仕組みづくり

医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための直面する課題などについて議論を行う「地域ケア会議」および「多賀町介護保険運営協議会」等へ国保部門から参画します。

第9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います。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次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PDC A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">・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">・特定健診受診率、特定保健指導率・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)

また、第三者の評価・助言により効果的に計画を推進するため、多賀町健康づくり推進協議会および滋賀県国保連合会に設置されている「保健事業支援・評価委員会」を活用します。

具体的な評価方法は、KDB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・**管理**栄養士等が地区担当の被保険者分については定期的に把握を行います。

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ます。特に直ちに取り組むべき課題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、滋賀県国保連合会に設置され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します。

3：計画の推進体制

多賀町は、本計画の保健事業の実施主体として被保険者に直接サービスを提供するもっとも重要な役割を担っています。

国保の都道府県単位化により県内市町全体で医療費および財政運営を担うこととなるためそれぞれの市町が自覚と責任を持って各々の市町の計画の目標達成に向けて、保健事業に取り組むことが重要です。

本計画および滋賀県データヘルス計画との共通目標および共通の基準を設けた事業については、目標達成に向け確実に取り組むとともに、多賀町データヘルス計画に基づき、保健事業をPDCAサイクルに沿って着実に推進するとともに、介護部門等の他部門と連携し、地域の健康推進員とともに、健康なまちづくりや地域包括ケアの推進に努めることが求められます。

また、滋賀県や保健所、国保連合会等が開催する研修会や会議等に参画し、従事者の資質の向上を図り、関係機関との連携・協力体制を構築していく必要があります。

4：関係機関との連携強化

国保被保険者の健康の保持・増進のためには、現役世代における若い時期からの予防の取組が非常に重要であり、被用者保険との連携・協力が不可欠です。

多賀町では、協会けんぽ滋賀支部との連携を開始しており、平成28年度からは、特定健診の共同開催、平成29年度からは、被扶養者の特定保健指導を町で受け入れを開始し、町が行う保健事業への参加も含め、保険者の枠を超えた健康づくりの取組をおこなっていきます。今後も、現役世代からの予防の取組のため協会けんぽとのさらなる連携を図ります。

第10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します。

2：個人情報の取扱い

(1) 基本方針

保健事業で得られる個人情報(氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの)は、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理するとともに、職務上知り得た秘密の保持について細心の注意を払います。

- ・多賀町個人情報保護条例
- ・多賀町個人情報保護条例施行規則

(2) 利用の目的

保健事業で得られる個人情報は、保健指導や評価、分析のために利用します。

(3) 目的外利用または第三者への提供

保健事業で得られる個人情報は、多賀町の内部で利用(以下「目的外利用」という。)し、または第三者に提供(以下「外部提供」としづ。)してはならない。ただし、次の①から④までのいずれかに該当するときはこの限りではない。

- ① 法令等の定めがあるとき。
- ② 本人の同意があるとき。
- ③ 人の生命、身体または財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。
- ④ 当該目的外利用または外部提供が所掌事務の遂行に必要なものであり、かつ、本人の権利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき。

(4) 匿名化による利用等

保健事業で得られる個人情報を含むデータを目的外利用または外部提供する場合において、(3)の①から④までに該当しない場合は、個人情報を匿名化して利用し、または提供します。

(5) 委託する場合の保護措置

保健事業に関する業務を委託する場合は、個人情報の厳密な管理や目的外利用の禁止等を契約書に明記します。また、委託者は、保健事業で得た情報を複写することなく、多賀町に提出することについても契約書に定めます。

第2期 多賀町国民健康保険データヘルス計画

発行／多賀町（平成30年3月）
編集／多賀町 税務住民課・福祉保健課
滋賀県犬上郡多賀町多賀324番地
TEL 0749-48-8114（税務住民課）
0749-48-8115（福祉保健課）
