

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要について

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項 P1～P6

【目的】 P1

生活習慣病をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【計画期間】 P4

2018年度から2023年度の6年間

【関係部署との連携】 P4

住民の健康の保持増進には複数の部署が関わっていることから、関係部署と十分連携をしながら計画を進めていく。

《連携・関係部署》 P5

徳島県国民健康保険団体連合会（保健事業支援・評価委員会、保険者協議会）、

徳島県医師会、徳島市医師会、徳島西医師会、徳島県

徳島市：保健センター、高齢福祉課、介護保険課、経済政策課

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の

明確化 P7～P18

【評価及び考察】

《評価》 P7～P12

平成25年と平成28年を比較

保健指導で重症化予防に取り組んでいる疾患は、医療費の伸びが横ばい又は減少していることから、継続した取り組みの成果が表れている。

健診受診率は32%台の横ばいで、同規模内順位は30位から40位に下降。

保健指導率は8.3ポイント上昇し、57.5%。

《考察》 P12

健診の未受診者が多いことから、健診受診者を増やし、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の該当者に対して、保健指導による重症化予防の取り組みを継続することが重要。

【健康課題】 P13～P14

入院医療費が高額になる疾患は、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析を伴う糖尿病性腎症で、介護サービスを受給している主な疾患は、脳卒中、虚血性心疾患、腎不全と、同様の疾患であることから、これらの疾患の重症化をいかに予防してくかが重要となる。

【健診受診者の実態】 P15

健診受診者のうち、約3割が生活習慣病に該当又は予備群である。

メタボリックシンドローム該当者の割合 男性：約3割、女性：約2割

メタボリックシンドローム予備群の割合 男性：約2割、女性：約0.7割

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

KDB帳票No.24 厚生省様式6-8

性別	健診受診者		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H 2 8	合計	4,702	27.2	971	20.7%	74	1.6%	675	14.4%	222	4.7%	1,347	28.6%	187	4.0%	94	2.0%	699	14.9%	367	7.8%
	40-64	1,364	17.3	275	20.2%	16	1.2%	158	11.6%	101	7.4%	357	26.2%	38	2.8%	33	2.4%	194	14.2%	92	6.7%
	65-74	3,338	35.6	696	20.9%	58	1.7%	517	15.5%	121	3.6%	990	29.7%	149	4.5%	61	1.8%	505	15.1%	275	8.2%

性別	健診受診者		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H 2 8	合計	7,198	35.2	489	6.8%	24	0.3%	351	4.9%	114	1.6%	682	9.5%	94	1.3%	23	0.3%	389	5.4%	176	2.4%
	40-64	2,316	26.1	135	5.8%	7	0.3%	89	3.8%	39	1.7%	158	6.8%	19	0.8%	6	0.3%	95	4.1%	38	1.6%
	65-74	4,882	42.1	354	7.3%	17	0.3%	262	5.4%	75	1.5%	524	10.7%	75	1.5%	17	0.3%	294	6.0%	138	2.8%

【健診未受診者の把握】 P17

若年層のうち未受診者は、

対象者の78%を占め、うち36.2%が医療機関の受診もない。

前期高齢者のうち未受診者は、

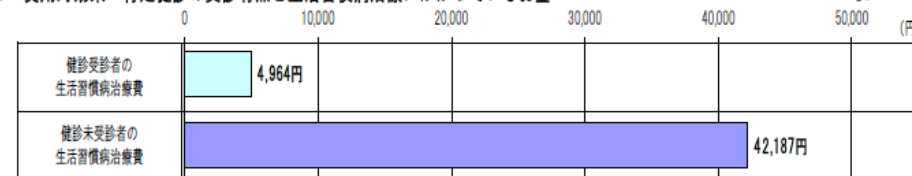
対象者の60.8%を占め、うち14.0%が医療機関の受診もない。

未受診者に健診の重要性を理解してもらえよう、啓発に努める。

健診未受診者の生活習慣病医療費は、受診者の約10倍。

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



【成果目標の設定】 P18

中長期的な目標：脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸びを抑える。

方法：保健指導で早期の医療に結び付け、重症化の予防を図る。

短期的な目標：上記疾患の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らす。

方法：医療機関と連携を図りながら、保健指導で、医療受診の働きかけ、治療継続の働きかけ、医療中断者へ再受診などの働きかけを行う。また、治療だけでは改善が難しいメタボリックシンドロームや糖尿病は、食事療法と薬物療法を併用して治療できるよう、栄養指導などの保健指導を行う。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施 P19～P24

【実施率目標】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

第4章 保健事業の内容 P25～P45

【方向性】 P25

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。

また、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める。

【糖尿病性腎症重症化予防】 P25～33

「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき次の視点で、PDCAに沿って実施。

(1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導、(2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導、(3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

《医療との連携》 P32

(1) 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、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 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徳島県プログラムに準じて行っていく。

《糖尿病対策推進連携協議会との連携》 P32

徳島県糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取組みを行う。

《高齢者福祉部門との連携》 P33

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。

【虚血性心疾患重症化予防】 P34

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

《医療との連携》 P37

未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い、治療中の者へは、血管リスク低減に向けて、医療機関と連携した保健指導を実施していく。

《高齢者福祉部門との連携》 P37

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。

【脳血管疾患重症化予防】 P38

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。

《医療との連携》 P42

未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い、治療中の者へは、血管リスク低減に向けて、医療機関と連携した保健指導を実施していく。

《高齢者福祉部門との連携》 P42

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。

第5章 地域包括ケアに係る取組み P46~P47

《背景》

「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た。

《取組み》

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であることから、重症化予防の推進が、要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。

要介護状態となり、地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくために、健診結果やレセプトデータで要介護に至った背景を分析し、ハイリスク対象者に保健指導を実施する。

なお、高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各

種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。

かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや、情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく住民を増やしていくことにつながると考える。

第6章 計画の評価・見直し P48

《評価の時期》

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、評価に応じた計画の改善を図ることとする。

なお、計画の最終年度の平成 35 年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れ、必要に応じて仮評価を行うこととする。