

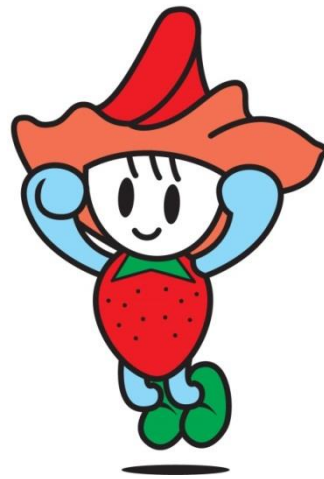
概 要 版

鹿沼市国民健康保険

保健事業の実施計画

(第2期データヘルス計画)

2018年度～2023年度



2018年3月

いちご いちえ

☆ 鹿沼市 Tochigi Japan

基本的事項

1. 計画の趣旨

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベースシステム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

鹿沼市国民健康保険においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」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ある。今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者を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などが求められている。

こうした背景を踏まえ、本市では保健事業の実実施計画（第2期データヘルス計画）を策定し、この計画に基づき保健事業の実施・評価・改善等を行う。

2. 計画期間

2018年度から2023年度までの6カ年を計画期間とする。

3. 実施体制・関係者連携

本計画に基づく保健事業の実施にあたっては、国保部局のほか保健衛生部局・高齢者医療部局・介護部局等との十分な連携のもと行う。また、計画の策定・評価・改善等を行う際は、鹿沼市国民健康保険運営協議会や栃木県の関係部局、栃木県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会等に意見を求め、連携・協力を図ることとする。

健康課題

1. 特定健康診査の受診率向上

本市の特定健康診査の受診率は、国や県の受診率と比較すると、働き盛りの年代（40～59歳）の男性を中心に低い状況にある。

特定健康診査の受診率向上には、未受診者を減少させる対策と、不規則受診者を継続受診者へ移行させる対策が必要である。

2. 特定保健指導の利用率向上

本市の特定保健指導の利用率は、積極的支援、動機付け支援ともに低く、終了率も県より低い状況にある。

しかし、特定保健指導の利用者が翌年度に対象から外れる人の割合は、県よりも高い傾向がみられ一定の効果が期待できることから、特定保健指導に該当する場合は積極的に活用してもらうことで、生活習慣を改善する機会を増やす必要がある。

3. 糖尿病の重症化予防

本市では、糖尿病、高血圧症、脂質異常症など生活習慣病と呼ばれる医療費の割合が高く、特に糖尿病の増加が顕著である。特定保健指導で対象者の増加を抑えるとともに、罹患者の重症化を予防し、健康的なライフスタイルを獲得し、保持することを目的とした効果的な継続支援が必要である。

保健事業の内容

1. 特定健診未受診者対策事業

【対象者】 40～74 歳の国保被保険者

【事業内容】 特定健康診査の受診率が低い年代（40～59 歳）を中心に受診勧奨を行うことで、受診率を向上する。

2. 特定健診受診者のフォローアップ事業（特定保健指導未利用者対策）

【対象者】 特定保健指導対象者で個別支援希望者

【事業内容】 特定保健指導の利用率が低いことから、家庭訪問等の個別支援により特定保健指導を実施する。

3. 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）

【対象者】 当該年度に20、25、30、32、34、36、38歳になる人

【事業内容】 特定健診の対象年齢以前から健診及び生活習慣病予備群への保健指導を実施し、生活習慣の改善を促す。

4. 健康教育事業

① 糖尿病予防教室

【対象者】 糖尿病保健指導域（HbA1c5.6～6.4）の該当者

【事業内容】 糖尿病の前段階である糖尿病予備群を対象に糖尿病予防教室を実施し、疾病の発症予防につなげる。

② 糖尿病予防のフォローアップ教室

【対象者】 前年度、糖尿病予防教室の参加者

【事業内容】 糖尿病予防教室で学んだ生活習慣が、継続されているか状況を確認し支援するためのフォローアップ教室を実施する。

③ 地区糖尿病予防教室

【対象者】 対象地区の住民

【事業内容】 ポピュレーションアプローチとして、地区糖尿病予防教室を実施し、疾病の発症や重症化予防につなげる。

5. 糖尿病性腎症重症化予防事業

① 慢性腎臓病予防教室

【対象者】 eGFR60～30、または eGFR90～60 かつ尿たんぱく+以上の該当者

【事業内容】 腎機能低下中等度レベルを対象に、慢性腎臓病予防教室を実施し、生活習慣の改善を促すことで糖尿病性腎症患者の重症化を予防する。

② 慢性腎臓病予防のフォローアップ教室

【対象者】 前年度、慢性腎臓病予防教室の参加者

【事業内容】 慢性腎臓病予防教室で学んだ生活習慣が、継続されているか状況を確認し支援するためのフォローアップ教室を実施する。

実施計画と評価指標

開始年度	課題	計画(事業名)	対象者	事業内容	実施期間	事業効果	評価指標	
							アウトプット評価	アウトカム評価
26	働き盛りの年代(40～59歳)を中心に、特定健康診査の受診率が低い。	特定健康診査未受診者対策事業	40～74歳の国保被保険者	特定健康診査の受診勧奨業務を外部委託し、被保険者に対して効率的・効果的にアプローチする。 合わせて、電話勧奨を行う。	平成30～35年度	特定健診の未経験者を減少させ、継続的受診者を増加させる。	・特定健診受診率	
27	特定保健指導の利用率が低い。(約80%が未利用者)	特定健康診査未受診者のフォローアップ事業(特定保健指導未利用者対策)	特定保健指導対象者で個別支援希望者	家庭訪問等の個別支援により、特定保健指導を実施する。	平成30～35年度	特定保健指導を実施することにより生活習慣を真直し、翌年度の健診率アップが改善される。	・特定保健指導利用者でメタボ該当者・予備群の割合 ・特定保健指導利用者が翌年度対象から外れる割合 ・血糖・血圧・脂質が重複して異常になる人の割合	
26	・40歳未満の健診結果で異常なしの人の割合は、男性が4割、女性が4割と低い状況にある。 ・30歳から脂質代謝、肝機能、血圧、血糖の順に異常所見がみられる。	生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組(早期介入保健指導事業)	当該年度に20、25、30、32、34、36、38歳になる人	結果説明会の集団指導を実施し、集団に未参加の方に個別指導を実施する。また、要精検者へ受診勧奨を行う。	平成30～35年度	特定健診の対象年齢以前から生活習慣の改善に気づき、取り組むことができる。	・継続受診者の割合 ・要精検・要指導者の経年比較 ・要精検者の受診数 ・BMI、脂質、血圧、血糖の経年比較	
27	・糖尿病患者が増加している。	糖尿病保健指導(糖化HbA1c5.6～6.4)の該当者	糖尿病保健指導(糖化HbA1c5.6～6.4)の該当者	糖尿病の前段階である糖尿病予備群を対象に、糖尿病予防教室を実施する。		糖尿病の理解を深めることにより生活習慣を改善し、疾病の発症予防につなげる。	・糖尿病予防教室の参加率 ・満足度・理解度 ・参加者のHbA1cの維持もしくは改善の割合	
30	・医療費に占める糖尿病の割合が、国、県よりも高い。 ・人工透析者数が増加しており、その原因の約3割が糖尿病である。	健康教育事業	前年度、糖尿病予防教室の参加者	集団指導実施者のフォローアップ教室を実施する。(生活習慣改善の継続状況確認・支援)	平成30～35年度	継続して生活習慣の改善を促すことで、糖尿病の重症化を予防する。	・糖尿病罹患患者の割合 ・血糖の有所見率の割合	
27	・糖尿病患者が増加している。 ・医療費に占める糖尿病の割合が、国、県よりも高い。 ・人工透析者数が増加しており、その原因の約3割が糖尿病である。	糖尿病性腎症重症化予防事業	地区住民	糖尿病を重点健康教育として、地区糖尿病予防教室を実施する。		生活習慣を改善し、疾病の発症や重症化を予防につなげる。	・糖尿病併発症患者の割合	
28	・糖尿病患者が増加している。 ・医療費に占める糖尿病の割合が、国、県よりも高い。 ・人工透析者数が増加しており、その原因の約3割が糖尿病である。	糖尿病性腎症重症化予防事業	eGFR60～30、またはeGFR90～60かつ尿たんぱく30以上の方	腎機能低下中等度レベルを対象に、慢性腎臓病予防教室を実施する。	平成30～35年度	生活習慣の改善を促し、糖尿病性腎症患者の重症化を予防する。	・予防教室の実施回数 ・満足度、理解度(アンケート) ・塩分摂取量の改善者割合	
30	・糖尿病性腎症の患者数の割合が、国、県よりも高い。	糖尿病性腎症重症化予防事業	前年度、慢性腎臓病予防教室の参加者	集団指導実施者のフォローアップ教室の実施(生活習慣改善の継続状況確認・支援)		継続して生活習慣の改善を促すことで、糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析導入を抑制する。	・人工透析導入者数(市全体) ・腎機能高度低下者数(経年比較)(特定健診受診者)	

短期目標

- ・特定健康診査受診率を前年度より2%増加
- ・特定保健指導利用率を前年度より2%増加
- ・糖尿病に関する検査の有所見率の低下

糖尿病性腎症患者の減少(平成28年度:23人/千人当たり)