

長岡京市保健事業実施計画(データヘルス計画)(第2期) (第3期 特定健康診査等実施計画)

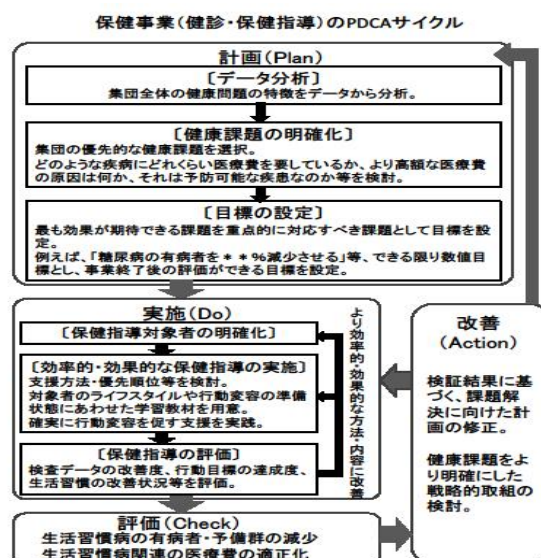
【概要版】

平成 30 年度～平成 35 年度

◎データヘルス計画

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等の電子化の進展により、市町村国保等の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を分析し、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。

本市では、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を図るため、「保健事業実施計画（データヘルス計画）（第2期）」を策定し、生活習慣病予防をはじめとする被保険者の健康維持増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施および評価を行います。



◎計画期間

計画期間は、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間です。特定健康診査等実施計画（第 3 期）を第 4 章に組み込み、一体的に策定しています。

※特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診および特定保健指導の具体的な実施方法等を定める計画であることから、保険者が保健事業を総合的に企画し、効果的かつ効率的に事業が実施できるよう、データヘルス計画と特定健康診査等実施計画とは相互に連携して策定することが望ましいとされています。

◎課題と目標（第3章）

健康課題

- * 40～50 歳代の特定健診受診率が低い。特に 65 歳未満の若い世代においては、健診未受診者・未治療者が多く、健康状態の評価ができない。
- * 死亡率の上位は男女とも心疾患が多い。また高額な医療費のかかる疾患としては、脳血管疾患、虚血性心疾患が多い。
- * 医療費に占める慢性腎不全（透析有）は同規模自治体と比べ高い。人工透析患者の内、その原因疾患の 4 割は糖尿病性腎症が占めている。

目標の設定

中長期的な目標・・・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らす
 入院に要する費用額を抑える
 医療費の伸びを抑える

短期的な目標・・・高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らす
 特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させる

主な指標	現状値 (H28)	目標値 (H32)	目標値 (H35)
40～64 歳の特定健診受診率	35.8%	39.0%	42.0%
特定保健指導の実施率	17.9%	45.0%	60.0%
糖尿病性腎症等重症化予防事業対象者の受診勧奨後の医療機関受診率	H29 年度～事業開始	100%	100%
ジェネリック医薬品（数量）普及率	62.1%	65.0%	70.0%



◎保健事業の内容（第5章）

特定健康診査事業

40歳以上の被保険者に対して、生活習慣病の発症及び重症化の予防を目的とした健診を実施するとともに、従来からの未受診者対策の取り組みを継続・強化して行います。

特定保健指導事業

特定健康診査の結果から抽出された生活習慣病の予防効果が高く期待できる対象者に、生活習慣を見直す支援を行い、生活習慣病の発症を予防します。電話や訪問による勧奨を強化し、実施率の向上を図ります。

生活習慣病重症化予防事業

対象者が生活習慣病リスクを放置し、重症化することを、初期の段階から予防します。
特定健診の結果、医療機関の受診が必要となったにも関わらず、未治療の人（健診異常値放置者）に対し、国民健康保険から通知文を郵送し、医療機関への受診を勧めます。

ジェネリック医薬品差額通知事業

ジェネリック医薬品の使用を促進するため、ジェネリック医薬品差額通知を行い、普及率向上による一人当たり医療費の削減を図ります。

ポピュレーションアプローチ

被保険者や市民全体が、健康でありたいという意思を行動の変容につなげるため、生活習慣病の予防について、あらゆる機会を捉え、効果的な健康づくり情報を発信します。
また、健康づくりに関心の低い層へのアプローチが大切であることから、集合型式の教室だけでなく、地域に出向いて働きかける方式を検討するとともに、個人へのインセンティブとして、ポイント制度などの健康づくりへの行動が促進されるしくみづくりを行います。

がん検診・人間ドック助成事業

啓発の工夫をこらして、特に、新規受診層を掘り起こすことや、継続受診を促すこと、また受診の便宜を図ることを検討し、特に大腸・子宮・乳がんのがん検診受診率向上を目指します。

糖尿病性腎症等重症化予防事業

対象者が糖尿病リスクを放置し、重症化することを予防します。
特定健診の結果、HbA1cの検査値が6.5を超え、医療機関の受診が必要となったにも関わらず、未治療の人（健診異常値放置者）に対し、保健師・管理栄養士が個別に訪問し、医療機関への受診勧奨を行うほか、かかりつけ医と連携した保健指導・栄養指導を実施します。糖尿病の重症化を防ぐことで、将来、透析へ移行するリスクを減らし、個人の生活の質の向上と医療費適正化を目指します。

受診行動適正化指導事業（重複受診、頻回受診）

1つの疾病に対し、複数の医療機関を受診する重複受診と必要以上の受診を行う頻回受診について、どちらのケースも必要以上の医療、投薬を受けることで病気の悪化につながる場合が見られたり、医療費増加を招いたりします。これらを解消し、重症化予防や医療費適正化につなげるための取り組みを実施します。

◎地域包括ケアに係る取り組み（第6章）

課題を抱える被保険者層を分析し、関係者と課題の共有に努めます。また、高齢者の居場所や生きがいづくり等、地域で被保険者を支えるための地域活動等の啓発・普及に努めます。

◎データヘルス計画の評価と見直し（第7章）

3年目の平成32年度に保健事業ごとに進捗確認のための中間評価を行い、必要な見直しを行うこととします。また、本計画の最終年度である平成35年度に、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮して、計画に掲げた目標の達成状況の評価を行います。

