

## 第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 第3期 特定健康診査・特定保健指導実施計画

# 中間評価

### データヘルス計画とは

計画の目的 : 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、医療費の適正化及び保険者の財政基盤の強化を図ることを目的とした計画です。

計画の期間 : 平成 30 年度～令和5年度の6年間で第2期の計画期間としています。

### 中・長期目標

- 糖尿病性腎症・CKD(慢性腎臓病)の予防
- 糖尿病の重症化予防

#### 【目標設定の背景】

脳・心血管疾患の患者数が減少している一方、糖尿病性腎症とCKDの患者数は平成25年から平成29年までの間に3倍以上に増加しており、今後医療費の増大が予測されます。

### 短期目標

- |                           |       |
|---------------------------|-------|
| ● メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合 | 25%未満 |
| ● 特定健診におけるHbA1c 有所見率の減少   | 55%未満 |
| ● 特定健診における血圧有所見率の減少       | 50%未満 |
| ● 特定健診における血清クレアチニン有所見率の減少 | 2%未満  |

### 対 策

- 特定健診の項目追加(腎機能に関する尿検査の項目を町独自に追加)
- 特定健診の受診率向上のための取組(未受診者への受診勧奨、結果提出勧奨)
- 特定保健指導の実施
- 糖尿病重症化予防(ハイリスク者の明確化、治療中断等の状況把握、個別健康相談)
- 医療受診勧奨(受診勧奨対象者への精密検査勧奨・再勧奨・受診結果確認)

# 対策の実施状況

## ●特定健診の項目追加

雄武町では、早期から血清クレアチニン・血清尿酸値の検査を町独自に追加し、現在は下記の項目を特定健康診査の内容としています。また、食生活を考えるきっかけをつくる目的で、一部尿中塩分量の測定を行っています。

- 【基本項目】問診、計測(身長・体重・BMI・腹囲)、血圧、尿検査(蛋白・糖)、診察、血液検査(中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール・総コレステロール・GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・空腹時血糖・HbA1c)
- 【詳細項目】心電図検査、眼底検査、血液検査(血清クレアチニン・ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数)
- 【町独自】血液検査(血清尿酸・総コレステロール)、尿検査(潜血・尿中塩分量)

## ●特定健診の受診率向上のための取組

(1)節目年齢(40・45・50・55 歳)の対象者への個別受診勧奨 【目的:早期からの健診受診習慣の定着】

若年層の節目年齢対象者に、受診勧奨カードと集団健診の受診案内・問診票を送付しました。

▶ 平成 30～令和 2 年度 個別通知数:28 人 うち 健診受診者数:6 人(21.4%)

(2)検査結果提供の促進 【目的:被保険者の健康状態の把握、健康管理のサポート】

職場健診や人間ドック、定期的に医療機関に受診している場合の検査結果等を提供いただき、わかりやすい表にしてお返ししています。

## ●特定保健指導の実施

特定保健指導は、特定健診の結果、生活習慣病のリスクが重複しているハイリスク者に対するサポートです。

雄武町は、道や国よりも高い水準で対象となった方への介入を実施しています。

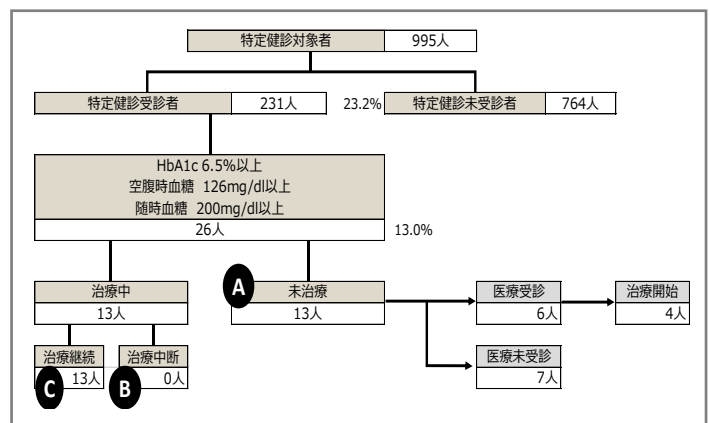
▶ 直近の法定報告値(平成 31 年度) 保健指導実施率 42.9%(北海道:27.9%、全国:24.2%)

## ●糖尿病重症化予防(ハイリスク者の明確化、治療中断等の状況把握、個別健康相談)

今期の計画では糖尿病を優先課題とし、特に重症化リスクが高い方への介入を行っています。

▶ 平成 31 年度は、特定健診受診者 231 人のうち 26 人が重症化予防対象者で、そのうち 13 人が健診受診時には未治療(A)でしたが、6 人が医療機関の受診につながり、そのうち4人が治療開始となりました。残りの 13 人は既に治療中(C)で、治療中断者(B)はいません。

個別健康相談では、対象者が大切にしている生き方や価値観、目標などを整理し、対象者のセルフケア力向上を目指した個別支援を実施します。



## ●医療受診勧奨

各項目について、受診勧奨値以上で高血圧等での定期受診がない場合に「再検査のお願い」「精密検査のお願い」を送付し、個別に受診勧奨を行っています。その後の受診状況は台帳で管理しています。

▶ 平成 31 年度 要再検査対象者(延) : 61 人 うち 再検査受診者 : 20 人(32.8%)

要精密検査対象者(延) : 58 人 うち 精密検査受診者 : 23 人(39.7%)



## 課題と目標の再整理

	課題	目標(令和5年度)
短期 1	<input type="checkbox"/> 特定健康診査受診率の向上 ▶ 被保険者が自分の健康状態を把握する機会の確保 ▶ 被保険者の健康状態・全体の傾向把握	《特定健康診査受診率:40%》 計画策定時と変更なく、上記目標に近づけることを目指します。
短期 2	<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少 <input type="checkbox"/> 有所見率の減少 ▶ ハイリスク状態の改善による生活習慣病の発症・重症化予防	《特定保健指導実施率:65%》 《メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合:25%未満》 《特定健診におけるHbA1c 有所見率:55%未満》 《特定健診における血圧有所見率:50%未満》 血清クレアチニン値については毎年目標達成しており、引き続き経過はみていく必要がありますが、目標指標からは除外します。その他の指標については計画策定時の目標設定とします。
短期 3	<input type="checkbox"/> 健診後の再検査・精密検査受診率の向上 ▶ 必要に応じた早期の医療受診による生活習慣病の発症・重症化予防	《再検査・精密検査受診率:40%》 健診受診の次のステップとして、早期の適切な医療受診を新たに目標指標とします。
中長期	<input type="checkbox"/> 脳・心・腎疾患への重症化予防 ▶ 医療受診の適切な継続・良好な治療コントロール維持による重症化予防	《人工透析患者数:6人未満》 《糖尿病性腎症新規患者数(千人あたり):0.7人以内》 《糖尿病新規患者数(千人あたり):20人以内》 引き続き、患者1人あたりの医療費が特に高額になる人工透析やその原因疾患となる糖尿病性腎症をターゲットとします。人工透析患者数については、現在の患者数から増加しないことを目標とし、直近値に応じて目標値を変更します。

## 今後の取組

### 短期目標1 特定健康診査受診率:40%

#### 国保連合会の特定健診受診率向上支援等共同事業の活用

対象者の健康意識タイプに応じた個別の受診勧奨等、ソーシャルマーケティング手法を用いた受診勧奨業務の委託を行う。

#### 結果提出(みなし健診)の推進

医療定期受診や人間ドック等での検査結果提出について、健康保険証の切替時や特定健診受診券発送時等の機会を活用し、対象者に広くアプローチする。

### 短期目標2 特定保健指導実施率:65%

#### 相談計画の具体化と共有の徹底

対象者との初回相談時、本人の目標(体重減少等の結果目標及び間食を減らす等の行動目標)を具体化・明確化し、本人と支援者が共有できるような記録様式の工夫・活用を図る。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合:25%未満/HbA1c 有所見率:55%未満/血圧有所見率:50%未満

#### 有所見者への個別アプローチ

令和2年度健診結果から各項目の有所見者を抽出し、健診受診勧奨とあわせて生活状況の振り返りや行動変容の動機付けを図る。

### 短期目標3 再検査・精密検査受診率:40%

#### 再検査・精密検査受診勧奨対象者への情報提供と受診勧奨の継続

引き続き、対象者との面談等をとおして再検査・精密検査を要することの理解を促し、受診方法等について情報提供を行う。

#### 再検査・精密検査未受診者への受診再勧奨

通知後一定期間再検査・精密検査の受診がない場合、再度個別通知を行い受診勧奨を行う。

### 中長期目標 人工透析患者数:6人未満/新規患者数(千人あたり) 糖尿病性腎症:0.7人以内、糖尿病:20人以内

#### 健診受診者:ハイリスク者の明確化と状況把握・個別支援

健診受診者のうち糖尿病重症化予防対象者への医療受診勧奨や、食事・運動療法における医療機関との連携等による個別支援を実施する。また、KDB(国保データベース)システムを活用し、治療中断者へのアプローチを行う。

#### 健診未受診者:治療状況の把握・個別支援

健診未受診者のうち糖尿病患者を抽出し、KDBで治療状況を確認、治療中断者へのアプローチを行う。