

Ⅷ. 目的・目標の設定

1. 目的

田村市では、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の医療費が高額で死亡率も高く、要介護の主な原因疾患ともなっています。そのため、それらの発症予防・重症化予防が重要な課題であるといえます。

今回の計画は、その現状を踏まえこれら3疾患の要因であり基礎疾患となる高血圧、高血糖、脂質異常及びメタボを減らすことを目的にします。

2. 目標

(1) 中長期目標

- ①虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸びを抑えていきます。高齢化の進行傾向にあるなか、心臓、脳、腎臓の血管は高齢になるほど傷んでいくと予測され、医療費そのものを抑えることは難しいと考えられます。
- ②3疾患の重症化した新規治療者の数を現在より少しでも減少させていきます。
- ③受診勧奨レベルの方の早期受診を促し入院外医療費は伸ばしつつ、入院医療費を抑えていきます。田村市の医療機関受診の傾向は、普段は医療機関をあまり受診せず、重症化して入院する実態が明らかで、重症化予防・医療費の適正化につなげるために早期受診を促していきます。
- ④腎機能の低下がみられ血糖値も高い方へ個別保健指導を充実させ、重症化の予防を図ります。

(2) 短期目標

- ①虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の要因である血管変化をもたらす共通のリスクとなる高血圧、高血糖、高脂血症、メタボの該当者を減らしていきます。
- ②特定健診結果において、医療機関受診が必要な方へ早期受診を促し、血圧・血糖・脂質の検査結果の異常者を減らしていきます。
- ③糖尿病患者に医療機関と連携しながら生活改善のための保健指導を行い、重症化を予防します。
- ④自覚症状があまりない生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげるため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも務めます。その目標値は田村市健康増進計画（第二次）及び特定健診等実施計画（第3期）に準ずることとします。

短期目標		現状値 (平成28年度)	目標値 (平成35年度)	備考/評価方法
特定健診受診率の増加		42.7%	47.0%	第二次田村市健康増進計画より
特定保健指導実施率の増加		7.5%	25.0%	特定健診・特定保健指導計画より
特定健診結果	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少	32.7%	30.0%以下	増加の抑制又は減少
	Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の割合の減少	2.8%	2.5%以下	増加の抑制又は減少
	HbA1c6.5%以上（治療中の場合はHbA1c7.0%以上）の割合の減少	4.9%	4.5%以下	増加の抑制又は減少
	LDL-C160mg/dℓ以上の割合の減少	25.4%	25.0%以下	増加の抑制又は減少
	eGFR45未満の割合の減少	2.0%	2.0%以下	増加の抑制又は減少
	習慣的喫煙者の減少	15.7%	15.0%以下	増加の抑制又は減少

IX. 国保保健事業実施計画

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる高血圧、高血糖、脂質異常、メタボの該当者を減らしていくことが重要な対策であり、特定健診受診率向上、健診事後の支援が必要です。健康意識を向上させるポピュレーションアプローチに加え、個人の生活背景が多様なことから、訪問等により個人それぞれに合わせた支援を行います。

1. 特定健康診査未受診者対策

目的	特定健診受診率の低い年代の受診勧奨を実施することで、生活習慣病の早期発見及び重症化予防を図る。
目標	・特定健診受診率の増加
対象者	・特定健診受診対象者 ・特定健診において前年度を含め複数年未受診の者
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診に関する情報を広報に掲載 ・保健委員会等地区組織を活用した健診受診の声かけ ・保健委員会や保険協力員等に健診の重要性について周知 ・休日健診日の設定 ・人間ドック受診の推奨 ・複数年未受診者に受診勧奨知 ・インセンティブによる受診勧奨 ・医療機関との連携
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ①保健委員会の協力により、健診希望調査を全世帯に事前に行い、希望者に事前に受診録を配布し受診を促す ②総合健診として、特定健診とがん検診が同時に受けられるように、健診の利便性を高め、受診の意欲を高める ③40歳以上を健康スタンプの対象とし、健診を受診した際にスタンプを付与し受診向上につなげる ④市政だよりによる案内、各種保健事業による教室等での健診受診の勧奨を行う ⑤保健委員会、保健協力員による担当地域の健診対象者への声かけなど、受診勧奨を行う ⑥40歳で特定健診対象になる方全員に特定健診の内容についてまとめた案内チラシを受診録配付時に送付する ⑦複数年未受診者を抽出し、受診勧奨個別通知する
実施体制	国保担当、保健課担当、保健委員会、保健協力員
実施期間	・平成30～35年度（単年度ごとの評価を実施）

2. 特定保健指導実施率向上対策

目的	特定保健指導対象者が自分の身体の状況を知り生活習慣を見直すことができるようになることで、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図る。 特定保健指導の未利用者に、特定保健指導の必要性を伝え、利用を促す。
目標	特定保健指導実施率
対象者	特定保健指導対象者
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・利用勧奨通知 ・電話による勧奨 ・保健指導の実施 ・インセンティブによる利用勧奨
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> ①保健対象者への個別通知後、電話により対象者に利用勧奨を行う ②健康スタンプ事業の対象事業し、利用勧奨を行う ③利用希望者に、集団及び個別で保健指導を実施する
実施体制	保健担当者（栄養士・保健師）
実施時間	・平成30～35年度（単年度ごとの評価を実施）

3. 重症化予防訪問指導事業

目的	特定健診結果に基づき、重症化のリスクのある対象者が、自分の健康状態を理解し生活習慣を見直すことができること。医療への受診の必要な対象者を医療機関へつなげることで、脳血管疾患、虚血性疾患、糖尿病性腎症の発症予防及び重症化予防を図る。
目標	・保健指導実施者の翌年度の検査データの改善 ・保健指導実施者の医療受診状況（実施対象者の40%以上が受診）
対象者	特定健診受診者で、 ・高血圧症治療薬服薬なしで、血圧分類Ⅱ度以上（収縮期血圧値160以上、拡張期血圧値100以上） ・糖尿病治療薬なし、血糖検査でHbA1c7.0以上 ・心電図所見に心房細動ありで未受診者 ◎上記の各条件の他に、高脂血症、心電図、尿たん白、血清クレアチニン検査等有所見結果を重複するものを優先する
事業内容	・個別保健指導の実施 ・医療機関との連携
事業方法	保健指導対象者の抽出手順及び介入方法 ①健診受診者のデータから、対象者の検査結果の条件、高血圧（Ⅱ度以上）血糖値（HbA1c7.0以上の治療なしの条件で抽出する） ②治療の有無で対象者を選別する ③治療なしのリスク層の階層化を行う ④対象者の優先順位をつける（特に血圧、血糖、脂質、腎機能、心房細動において有所見が重複する場合は優先順位を高くする） ⑤保健指導対象者のリストを作成し、保健師、栄養士による個別訪問等による保健指導を実施する ⑥糖尿病性腎症重症化予防事業と重複する対象である場合は合わせた保健指導を実施する
実施体制	保健担当者（保健師、栄養士）
実施期間	・平成30～35年度（単年度ごとの評価を実施）

4. 糖尿病性腎症重症化予防対策

目的	慢性腎臓病、人工透析の患者は糖尿病を患っている場合が高く、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中コントロール不良者に対し、医療機関と連携し適切な受診勧奨・保健指導を実施することで、糖尿病性腎症・人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。
目標	・対象者の医療受診の状況
対象者	・治療なしで受診勧奨判定値以上の者（HbA1c7.0%以上） 尿蛋白+以上又はeGFR60未満の者は、優先して指導実施 ・治療中でコントロール不良者（HbA1c8.0%以上）
事業内容	・保健指導の実施 ・医療機関と連携したフォローアップ
事業方法	①対象者を抽出する ②訪問による保健指導を実施する ③各種システムにより保健指導実施者の医療機関受診状況の確認する ④医療機関と連携し、保健指導及び栄養指導の実施する
事業体制	保健担当者（保健師、栄養士）
実施期間	・平成30～35年度（単年度ごとの評価を実施）

5. ポピュレーションアプローチ事業

目的	生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。
目標	<ul style="list-style-type: none"> 健康教室の実施状況 各事業の参加者数 参加者の健康状況または意識の変化
対象者	・田村市民
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診・生活習慣病に関する啓発事業 肥満予防対策 保健委員会や保健協力員等と協力して地域での啓発活動 健康スタンプ事業 各種健康教室の実施 運動サロン事業 いきいき健康サポーターの養成
実施方法	<ol style="list-style-type: none"> ①特定健診・生活習慣病に関する情報を広報に掲載する ②保健委員会等による健診録の戸別配布や、保健委員会、保健協力員に向けた市の健診受診状況や医療費の状況など現状に関する説明を行い、地域での声掛けなどの啓発活動を実施する ③運動や栄養に関する教室を開催する ④健康スタンプ事業を推奨することで運動習慣の定着を促す ⑤生活習慣病予防をテーマにした教室の開催する ⑥高齢者の運動機能の低下の予防するために、健康意識の高い市民が健康と運動に関する研修を受け健康運動サポーターとして地域の行う運動普及のためのサロンの支援を実施する ⑦運動サロンを支援するいきいき健康サポーターを養成し、地域活動のための支援を実施する
実施体制	国保担当者、保健担当者、介護予防担当者、その他専門講師、地区組織（保健委員会、保健協力員）
実施期間	・平成30年度～35年度（単年度ごとの評価を実施）

6. その他の事業

(1) 後発医療費（ジェネリック医薬品）の使用促進

目的	ジェネリック医薬品の普及向上により、医療費の伸びの抑制を図る。
目標	・ジェネリック医薬品の普及率 70%
対象者	・国保被保険者
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 差額に関する通知 ジェネリック医薬品普及への広報
実施方法	<ol style="list-style-type: none"> ①被保険者に対し、診療報酬情報に基づいてジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う ②ジェネリック医薬品普及に関する内容を広報に掲載する
実施体制	国保担当者
実施期間	・平成30年度～35年度（単年ごとの評価を実施）

(2) COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策事業

目的	禁煙・分煙・防煙対策を進め、COPD及び生活習慣病の発症及び重症化予防を図る。
目標	・喫煙率の減少
対象者	・田村市民
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 健康情報を広報 喫煙とCOPDとの関連、受動喫煙防止に関する啓発 公共施設禁煙対策、受動喫煙防止対策の充実
事業方法	<ol style="list-style-type: none"> ①市政だよりに掲載する ②パンフレット配布は年間を通して、各種健康教室の開催に合わせて随時実施する ③公共施設内禁煙対策を広報や各健康教室開催時に市民にPRし、受動喫煙の必要性を啓発する
実施体制	保健担当者
実施期間	・平成30年度～35年度（単年ごとの評価を実施）

X. 計画の公表・周知

策定した計画は、市政だよりや市のホームページに掲載・公表するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用します。

XI. 事業運営上の留意事項

田村市は国保部門に保健師等の専門職が配置されていませんが、特定健診・特定保健指導事業において、保健課に配置された保健師・栄養士と連携しています。また、データヘルス計画に基づき、今後も連携を強化するとともに、介護部門関係部署との共通認識をもって、課題解決に取り組むものとしします。

XII. 個人情報の保護

本事業における個人情報の保護については、個人情報保護法及び田村市個人情報保護条例に基づき適切に実施します。

XIII. 計画策定に当たっての留意事項

1. 計画推進のための留意事項

本計画に基づく保健事業を推進するため、事業運営に関わる担当者等（国保・保健・介護部門等）が、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとしします。

2. 地域包括ケアに係る取組との連携

田村市では、健康長寿を目指した介護予防事業として、地域包括ケアの取り組みを行っています。取り組みに当たりKDB医療費データを活用し課題分析を行い、筋・骨格系にかかる医療費の占める割合が多いことに着目して、運動機能の低下予防を目標に一般介護予防事業運動サロン事業を実施しています。

また、平成29年度からは、高齢者の自立支援を目指したケアマネジメントの実現をもとに、多職種協働による自立支援型地域ケア会議を実施しています。

地域包括ケアの推進のために、データヘルス計画のデータを地域の状況を把握するデータとして活用できるよう、介護予防部門とも連携を図ります。