

# 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

## ～概要版～

### 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

#### I 計画の背景・目的

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することになりました。

「第1期データヘルス計画」は、平成27年3月に策定しています。3年間の計画期間の満了を迎えるに当たり、第1期計画期間における事業実施状況を踏まえ、平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間の「第2期データヘルス計画」を策定しました。

平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、データヘルス計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、「当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」ことが示されています。

こうした国の動きや小城市の課題を踏まえ、国の指針に基づき、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って「第3期データヘルス計画」を策定します。生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図ることにより、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とします。

#### II 計画の位置づけ

健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、佐賀県健康増進計画や小城市健康増進計画、佐賀県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとします。

#### III 計画期間

本計画の計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

## 第2章 第2期計画の考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### I 医療費の状況

		平成30年度	令和4年度	
		小城市	小城市	同規模
全体	医療費（円）	35億7120万	37億3394万	—
	伸び率（%）			
一人あたり医療費	医療費（円）	39万5832	45万7590	35万8849
	伸び率（%）			
入院 1件あたり費用額	医療費（円）	54万6020	59万280	58万3910
	費用の割合（%）	45.9	44.9	43.2
	件数の割合（%）	3.4	3.3	3.1
入院外 1件あたり費用額	医療費（円）	2万2770	2万4960	2万4780
	費用の割合（%）	54.1	55.1	56.8
	件数の割合（%）	96.6	96.7	96.9

◆国保加入者が減少しているにもかかわらず、総医療費及び1人あたり医療費ともに増加しております。

また、入院の件数が全体の3.3%にもかかわらず費用額の割合は44.9%と重症になってからの入院が多いことが考えられます。重症化して入院することを防ぐことで、医療費削減につながると考えます。

### II 介護給付費の状況

	平成30年度	令和4年度	
	小城市	小城市	同規模
総給付費（円）	37億0843万	37億4820万	—
一人あたり給付費（円）	32万5673	27万1812	27万4603

◆介護給付費は平成30年度と令和4年度を比較すると約37億円と横ばいの状況ですが、令和7年（2025年）で、団塊の世代が後期高齢者となり今後、医療費及び介護給付費の増加が考えられます。

### Ⅲ 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）

【血管疾患の内訳】

(R04 年度)

受給者区分		2号				1号				合計			
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		合計			
介護件数(全体)		48		205		2,228		2,433		2,481			
再)国保・後期		26		142		2,171		2,313		2,339			
レセプトの診断名より重複して計上 有病状況	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
		循環器疾患	1	脳卒中	13 50.0%	脳卒中	79 55.6%	脳卒中	1,197 55.1%	脳卒中	1,276 55.2%	脳卒中	1,289 55.1%
			2	虚血性心疾患	6 23.1%	虚血性心疾患	46 32.4%	虚血性心疾患	1,002 46.2%	虚血性心疾患	1,048 45.3%	虚血性心疾患	1,054 45.1%
			3	腎不全	5 19.2%	腎不全	27 19.0%	腎不全	385 17.7%	腎不全	412 17.8%	腎不全	417 17.8%
		合併症	4	糖尿病合併症	7 26.9%	糖尿病合併症	28 19.7%	糖尿病合併症	254 11.7%	糖尿病合併症	282 12.2%	糖尿病合併症	289 12.4%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		23 88.5%	基礎疾患	125 88.0%	基礎疾患	2,061 94.9%	基礎疾患	2,186 94.5%	基礎疾患	2,209 94.4%
		血管疾患合計		23 88.5%	合計	128 90.1%	合計	2,107 97.1%	合計	2,235 96.6%	合計	2,258 96.5%	
		認知症		9 34.6%	認知症	44 31.0%	認知症	1,237 57.0%	認知症	1,281 55.4%	認知症	1,290 55.2%	
		筋・骨格疾患		20 76.9%	筋骨格系	130 91.5%	筋骨格系	2,112 97.3%	筋骨格系	2,242 96.9%	筋骨格系	2,262 96.7%	

※新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典：ヘルスサポートラボツール

◆要介護認定状況と生活習慣病の関連として、介護認定有りの人の有病率を見てみると、96.5%の人に血管疾患がある状況となっています。さらに血管疾患の内訳をみると、脳卒中（脳血管疾患）が1位で、第2号被保険者で50%、第1号被保険者で55.2%の有病の状況となっています。次に多いのが虚血性心疾患で、年齢が高くなるにつれて有病率が高くなり、全体で45.1%となっています。

## IV 中長期・短期目標の達成状況

### 1. 中長期目標疾患（腎不全、脳血管疾患、虚血性心疾患）が医療費に占める割合

		小城市		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費（円）		35億7120万円	37億3394万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計（円）		3億4732万円	3億3942万円	--	--	--	
		9.73%	9.09%	7.85%	8.87%	8.03%	
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	3.78%	2.27%	2.10%	2.16%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.76%	0.68%	1.39%	1.03%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	4.94%	5.92%	4.06%	5.39%	4.27%
		慢性腎不全（透析無）	0.24%	0.22%	0.30%	0.29%	0.29%

◆中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30年度と比較すると減少していますが、同規模・県と比較すると依然として高い割合です。

### 2. 短期目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）が医療費に占める割合

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	2,767	2,773	732	694	2,035	2,079
		A/被保数	41.1%	43.4%	29.1%	28.0%	51.6%	53.2%
(中長期目標疾患 合併症)	脳血管疾患	B	385	354	73	66	312	288
		B/A	13.9%	12.8%	10.0%	9.5%	15.3%	13.9%
	虚血性心疾患	C	414	364	82	56	332	308
		C/A	15.0%	13.1%	11.2%	8.1%	16.3%	14.8%
	人工透析	D	41	48	18	16	23	32
		D/A	1.5%	1.7%	2.5%	2.3%	1.1%	1.5%

出典：KDBシステム\_疾病管理一覧(高血圧症)  
地域の全体像の把握

◆短期目標でもある高血圧の治療状況を見ると、治療者の割合は横ばいで、合併症(重症化)でもある虚血性心疾患の割合は減っています。

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を実施し重症化しないうちに適切な治療につなげているところですが、人工透析への減少にはつながっておらず、今後も継続した保健指導が必要と言えます。

### 3. 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

◆本市の特定健診受診率は、平成30年度には42.0%でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。

特定保健指導についても、令和3年度以降、大きく実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,562	2,612	2,178	2,274	2192	健診受診率 60%
	受診率	42.0%	42.9%	35.7%	38.0%	38.3	
特定保健指導	該当者数	1,477	327	1,547	273	271	特定保健指導 実施率 60%
	割合	11.4%	12.5%	12.3%	12.0%	12.4%	
	実施者数	148	149	140	113	95	
	実施率	50.9%	45.6%	52.4%	41.4%	35.1%	

### 4. 特定健診結果における有所見者の割合

E表	⑤																														
	年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は80以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
		40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
		人	%	( )	人	%	( )	人	%	( )	人	%	( )	人	%	( )	人	%	( )	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	27	3.9	(13)	71	4.5	(23)	60	5.9	(15)	32	4.6	(5)	92	5.8	(6)	15	1.5	(0)	8	1.2	16	1.0	20	2.0	0	--	10	0.6	0	--	
R04	36	6.1	(17)	86	5.3	(35)	81	7.1	(25)	44	7.5	(5)	111	6.8	(8)	12	1.0	(1)	9	1.5	30	1.8	34	3.0	0	--	10	0.6	0	--	

◆健診有所見の状況をみると、各年代で有所見者数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

## 5. 短期目標に対する健診結果の実績

### ・Ⅱ度高血圧以上の経年変化

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	123 (4.6%)	75 (61.0%)	15 (12.2%)	1 (0.8%)	32 (26.0%)
R03→R04	151 (6.5%)	73 (48.3%)	32 (21.2%)	4 (2.6%)	42 (27.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

### ・HbA1c 6.5%以上該当者の経年変化

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	311 (11.8%)	66 (21.2%)	132 (42.4%)	36 (11.6%)	77 (24.8%)
R03→R04	314 (13.7%)	50 (15.9%)	124 (39.5%)	40 (12.7%)	100 (31.8%)

出典:ヘルスサポートラボツール

### ・メタボリックシンドローム該当者の経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	2,662 (43.7%)	500 (18.8%)	164 (6.2%)	336 (12.6%)	365 (13.7%)
R04年度	2,274 (39.5%)	505 (22.2%)	157 (6.9%)	348 (15.3%)	293 (12.9%)

出典:ヘルスサポートラボツール

◆重症化予防の観点から、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c 6.5%以上の有所見割合を見ると、悪化率より改善率が高い一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~3割程度存在し、結果が把握できていません。

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と平成4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、増加傾向で、2項目及び3項目すべての危険因子が重なっている割

合のどちらも増加しています。

今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めるとともに、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていく必要があります。

## V 成果目標の設定

### 1. 中長期的な目標

第2期計画の目標である3つの疾患「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症による腎不全（透析）」の人数を5%減少させることと、医療費の伸びを抑え維持することについて、目標達成には至っていません。したがって、第3期計画でも医療費が高額、長期入院となる3つの疾患「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「慢性腎不全」について総医療費に占める割合の減少又は維持を目標とします。

### 2. 短期的な目標

中長期的目標で掲げた3疾患のリスクとなる「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」を減らしていくことを短期的な目標とします。

具体的には、特定健診を継続して受診してもらい、血糖値、血圧、脂質、腎機能の検査結果を改善していくこととします。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### I 第4期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律において、特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

計画期間については、特定健康診査等基本指針に即して6年ごとに6年を一期とすることとされており、第四期についても令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

### II 目標値の設定

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	43%	47%	49%	51%	53%	55%
特定保健指導実施率	45%	50%	55%	60%	65%	70%

※国の目標値は特定健診受診率、特定保健実施率ともに60%以上であるが、小城市総合計画で目標としているR7年度で47%とし第2期計画でR5年度達成出来なかった目標値をR11年度の目標値とした。



### Ⅲ 実施方法

保健福祉センター等での集団健診及び県内医療機関での個別健診を5月から翌年2月末まで実施します。

### Ⅳ 検査項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出するため国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血、心電図）を実施します。

また心電図検査に関しては、集団健診で令和5年度から対象者を40歳～74歳と年齢を拡大して実施しています。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、短期的な目標に掲げているように「糖尿病」「高血圧」「脂質異常症」「メタボリックシンドローム」の減少を目指し、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こととします。

また、重症化予防として、生活習慣病のコントロール不良等による合併症の発症・進展抑制を目指すため、医療機関への受診勧奨や主治医（医療機関）との連携を行いながら対象者に応じた保健指導を実施していきます。

### II. 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症の重症化予防

##### (1) 基本的な考え方

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき実施します。

##### (2) 対象者の明確化

対象者の選定基準は、佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ作成した、小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムで抽出すべき対象者を以下のとおりとします。

- ② 医療機関未受診者（過去の健診で糖尿病域で腎機能低下者）



- ②糖尿病治療中断者（HbA1c7%以上で3か月以上受診を中断している者等）
- ③糖尿病治療者のうち、腎機能低下者又はHbA1c 7.0%以上のコントロール不良者

### （3）対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、糖尿病台帳を担当地区ごとに作成し管理していきます。健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

\*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\*HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上記載する

\*当該年度の健診データのみだけでなく過去5年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

### （4）保健指導の実施

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などのリスク因子の管理も重要となります。健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び、生活習慣病のリスク因子に合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます。

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため糖尿病性腎症2期を逃す恐れがあります。小城市では、二次健診として、HbA1c6.5%以上の者のうち尿蛋白定性(-)、(±)の者へは尿中アルブミン検査を実施し、メタボリックシンドローム該当者・予備群である特定保健指導対象者のうち、HbA1cが5.6~6.4%の境界域の者等に糖負荷試験を実施します。その結果に基づき早期介入を行うことで、生活習慣改善の動機付けや腎症の重症化を防ぐよう努めます。

### （5）医療との連携

①医療機関未受診者・治療中断者…受診勧奨を行う。

②治療中の者…佐賀県糖尿病連携手帳や小城市糖尿病性腎症プログラムの連絡票を使用し、検査データの共有や保健指導の助言をもらう。

### （6）高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

### （7）評価

①受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
- ②保健指導対象者に対する評価
- ア. 保健指導実施率
  - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
    - ・HbA1c、eGFR、尿蛋白、服薬状況の変化
  - ウ. 医療機関との連携による改善率

## 2. 肥満・メタボリックシンドロームの重症化予防

### (1) 対象者の明確化

小城市はメタボリックシンドロームの割合が県、国平均より高い状況です。したがって第3期計画では、肥満・メタボリックシンドロームの重症化予防についても取り組んでいきます。肥満度分類に基づき、実態把握をします。肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、また、効率がいいのかを科学的な根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけ対象者を明確にしていきます。

### (2) 対象者の管理

メタボリックシンドローム該当者はリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療を受けている者が多い状況です。よって糖尿病管理台帳、高血圧管理、LDL コレステロール管理台帳等により、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認します。

### (3) 保健指導の実施

メタボリックシンドローム該当者への指導は、特定健診結果による「動機づけ支援」「積極的支援」としての特定保健指導として実施してまいります。内臓脂肪蓄積によりインスリン抵抗性となって動脈硬化を引き起こすことが分かっているので、薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善の指導を行い、減量のための保健指導も実施します。

また、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診や、治療中断者である場合は受診勧奨を行い、治療中であるがリスクが高い場合は主治医（医療機関）と連携して保健指導を行います。

### (4) 二次健診を活用した重症化予防対策

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者

のうち HbA1c が 5.6～6.4%等境界域の者に、糖負荷試験、頸動脈エコー検査を実施し、保健指導を実施します。

#### (5) 医療との連携

未治療や治療中断を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の人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きます。

医療の情報はかかりつけ医や対象者、KDB システムを活用しデータを収集していきます。

#### (6) 短期的評価項目

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等、重症化予防対象者の減少。

### 3. 虚血性心疾患の重症化予防

#### (1) 対象者の明確化

##### ①心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つです。安静時に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標であることから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していきます。また受診が必要な人については受診勧奨を行っていきます。

##### ②心電図検査以外からの把握

心電図検査を実施しない場合、虚血性心疾患に関連するメタボリックシンドローム、LDL コレステロール、CKD（慢性腎臓病）ステージにより対象者を把握します。

#### (2) 対象者の管理

虚血性心疾患は、糖尿病、CKD（慢性腎臓病）が高リスクであることから、糖尿病管理台帳で行います。

#### (3) 保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診や、治療中断者である場合は受診勧奨を行います。また、治療中であるがリスクがある場合は主治医（医療機関）と連携した保健指導を行います。

#### (4) 二次健診を活用した重症化予防対策

虚血性心疾患重症化予防対象者は、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え介入していく必要があります。メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者で糖尿病境界域の人に糖尿病域の人に頸動脈エコー、糖尿病域の人に尿中アルブミン検査をし、保健指導を実施します。

#### (5) 医療との連携

未治療や治療中断を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて主治医（医療機関）と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報はかかりつけ医や対象者、KDB システムを活用しデータを収集していきます。

#### (6) 短期的評価項目

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等、重症化予防対象者の減少。

### 4. 脳血管疾患の重症化予防

#### (1) 対象者の明確化

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子であるため、重症化予防対象者としてⅡ度高血圧以上（160/100 以上）の未治療者を受診勧奨します。また高血圧以外のリスク因子との重なりにより、脳・心・腎疾患などの臓器障害と深く関与しているため、高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていきます。

#### (2) 対象者の管理

Ⅱ度高血圧以上の人を対象に個人台帳を作成し、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認します。

また、健診の心電図検査において心房細動が発見された場合も、個人台帳を作成し、継続的な医療機関受診ができるよう経過を確認していきます。

#### (3) 保健指導の実施

保健指導の実施にあたっては、対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように心がけます。

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診や、治療中断者である場合は受診勧奨を行います。また、治療中であるがリスクがある場合は主治医（医療機関）と連携した保健指導を行います。

#### (4) 二次健診を活用した重症化予防対策

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。メタボリックシンドロームの該当者・予備群である特定保健指導対象者のうち糖尿病境界域の人に、二次検査として頸動脈エコー、糖尿病域の人に尿中アルブミン検査をし、保健指導を実施します。

#### (5) 医療との連携

未治療や治療中断を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の人へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

医療の情報はかかりつけ医や対象者、KDB システムを活用しデータを収集していきます。

#### (6) 短期的評価項目

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等、重症化予防対象者の減少。

### Ⅲ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1. 基本的な考え方

高齢者の保健事業の目的の一つは、生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、在宅で自立した生活がおくれる高齢者を増加させることです。

国民健康保険制度から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動しても継続して支援ができるように、また、必要に応じて介護予防、介護サービスにつなげることができるように「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を進めていきます。

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しています。したがって、生活習慣病等の重症化予防と生活機能低下の防止(フレイル予防)に取り組んでいきます。

具体的には、

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)の配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する保健師を配置し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)及び通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)を行います。

ハイリスクアプローチは、高血圧や高血糖で未治療等の者、健診も医療も受診していない健康状態不明者を対象者として家庭訪問等にて支援していきます。

ポピュレーションアプローチは、老人クラブや高齢者ふれあいサロン、百歳体操等通

いの場において、健診の受診勧奨や生活習慣病の予防、運動機能や認知機能低下を防ぐフレイル予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。

第2期計画でうたわれていた「地域包括ケアに係る取組」については、地域包括ケアの構築として個人の状況に応じた支援をかかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー等地域の医療・介護・福祉サービスの関係者と連携し、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくこととされてきました。第3期計画ではそれを踏まえて、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」として上記内容を取り組んでいくことになっています。

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度（2026年度）に進捗確認のための中間評価を行います。

また、計画の最終年度の令和11年度（2029年度）においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮して評価を行います。

### 2. 評価方法・体制

健診・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り、4つの指標「ストラクチャー（実施体制）」、「プロセス（実施過程）」、「アウトプット（実施量）」、「アウトカム（成果）」での評価を行います。

## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや市報を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等

での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。