

練馬区国民健康保険データヘルス計画の概要

2つの計画の一体化

平成30年度以降の次期計画（第二期のデータヘルス計画と第三期の特定健康診査等実施計画）は、現行のデータヘルス計画をベースに一体化し、新たに『練馬区国民健康保険データヘルス計画』として策定する。

計画期間は、平成30年度から平成35年度までの6か年とし、3年目に「中間見直し」を行う。

- 「練馬区国民健康保険における保健事業の実施計画（データヘルス計画）」および「第二期練馬区特定健康診査等実施計画」は、共に平成29年度で計画期間が終了する。
- 区は、これまで両計画の整合を図ってきた。また、両計画は、内容が密接に関係しており、国の指針において「可能な限り一体的に策定することが望ましい」とされている。
- 法令により「特定健康診査等実施計画」において記載すべき事項（特定健康診査と特定保健指導の実施方法の詳細）は、巻末にとりまとめる。



2つの計画の違い

| | データヘルス計画(保健事業の実施計画) | 特定健康診査等実施計画 |
|-------|---|--|
| 根拠 | 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示） | 高齢者の医療の確保に関する法律第19条 |
| 期間 | 任意（規定なし） 第一期：27～29年度の3年間 | 6年（法定） 第二期：25～29年度の5年間 |
| 目的・内容 | 健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿って、効果的かつ効率的に各種の保健事業を企画、実施および評価を行う。 【記載すべき事項】 現状分析、その結果に基づく健康課題の把握 計画全体の目標や目的の設定 保健事業の実施内容 計画の評価方法、見直し | 「特定健康診査等基本指針（厚生労働省告示）」に基づき、特定健康診査および特定保健指導に関する基本的な事項を定める。 【記載すべき事項】 実施方法（健診項目、期間、委託有無等） 実施に関する具体的な目標（実施率） |

他部門や他の計画との連携

1. 健康部門との連携（区民全体を対象とした健康増進施策との連携）
 - ・健康づくり部門（保健師・管理栄養士等の専門職）との業務連携、密接な協力体制 等
2. 地域医療分野、地域包括ケアシステムとの連携
 - ・「第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成30～32年度）」との連携 等
3. その他
 - ・医師会、歯科医師会、薬剤師会および東京都や国保連合会との連携、協力 等

ねらい

目指す方向性

健康意識の改革・改善

国保医療費の適正化

QOLの維持・向上
(生活の質)



「ねらい」と「目標」は、それぞれ3つだが、1対1の関係ではない

目標

計画全体を網羅的・包括的に評価するため、経年で見える化が可能な指標を設定

特定健康診査・特定保健指導の実施率向上

平成35年度までに、特定健康診査と特定保健指導の実施率を60%にする
(第三期特定健康診査等実施計画に相当)

一人当たり医療費の伸びを抑制

平成35年度の「一人当たり医療費」について、対28年度比の伸び率を10%増に抑制する

健康寿命の延伸

平成35年度の「65歳健康寿命」について、男性は81.68歳、女性は83.24歳を目指す

3つの取組

取組1

特定健診・特定保健指導の推進

健康意識の改革・改善

QOLの維持・向上

ねらい

国保医療費の適正化

国保から広げる健康づくり

糖尿病対策の強化

取組3

取組2

取組内容の詳細は、次ページ参照

「3つの取組」の内容

取組1 特定健診・特定保健指導の推進

取組2 糖尿病対策の強化

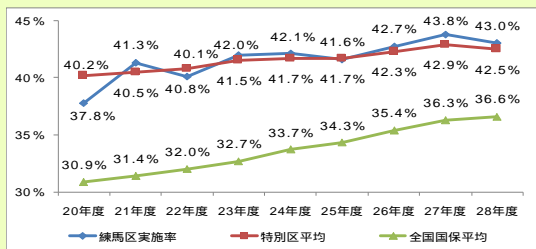
取組3 国保から広げる健康づくり

現状

(データの分析結果)

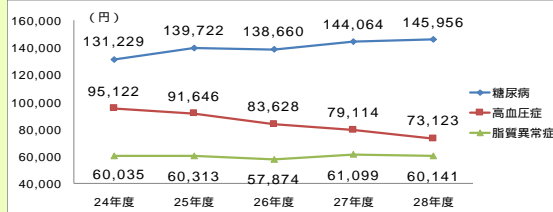
特定健康診査の実施率は4割程度、特定保健指導の実施率はさらに低い。
健診を受けない理由は、「仕事・育児・介護等の都合(多忙)」が最も多く、「面倒である」という理由も上位である。
特定健康診査の対象者のうち、27%が健診未受診かつ生活習慣病の治療歴がない。

特定健康診査実施率(データ分析結果の一部)



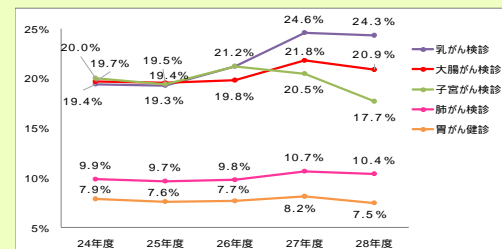
糖尿病は、高血圧症や脂質異常症に比べて、一人あたりの医療費が2倍以上高く、患者数の割合も増加している。
糖尿病性腎症および糖尿病の合併症による人工透析患者(糖尿病が重症化した患者数)の割合が、他の保険者と比べ高い。
糖尿病連携手帳の活用が進んでいない。また、糖尿病性網膜症や糖尿病性神経障害の患者数が減少していない。

糖尿病・高血圧症・脂質異常症の一人当たり医療費(データ分析結果の一部)



30歳代健診、がん検診、成人歯科健診いずれも受診率が低い。また、健康づくりに関する地域活動への参加が進んでいない。
40歳代は、生活習慣(食生活・運動)に対する意識や関心が低い。
後期高齢者健診結果(75歳以上)では、高血圧・高血糖で要治療レベルの者が増加する。

がん検診の受診率(データ分析結果の一部)



課題

特定健康診査、特定保健指導の受けやすさや利用しやすさを改善し、未受診の最大の理由を解決すること
被保険者が「健診を定期的・継続的に受診する」という意識を持ち、行動すること
区が、特定健康診査対象者の健康課題(健診結果や医療受診データ等)を把握し、活用すること

糖尿病の発症予防(患者数の抑制)を図るための対策を実施すること
糖尿病患者が、糖尿病の合併症リスクを正しく認識し、治療に取り組むこと
糖尿病の治療に従事する関係者や関係機関が、広く連携した取組を実施すること

自主・自立的かつ相互に健康づくりに取り組むような環境を整備すること
40歳代(国保被保険者以外も含む働く世代)を中心に健康に対する関心や意欲を高めること
制度の縦割りを乗り越え、国保において、高齢期を迎える前からの保健事業(特定健康診査・特定保健指導以外の事業)にも積極的に取り組むこと

事業実施

- (1) 健診を受診しやすい体制等を整備し、健診受診者の満足度向上を図ります

利用機会の拡充等による健診サービスの向上
がん検診や成人歯科健診との相乗効果による受診率向上

- (1) 糖尿病に関する情報を理解し、活用する力(ヘルスリテラシー)の向上を支援します

糖尿病リスクがある者に向けた健康教育の徹底
動脈硬化リスク(高血糖、高血圧、脂質異常)に関するポピュレーションアプローチの展開

- (1) 主体的で適切な受診行動ができるように支援します

国保の現状や課題等を被保険者と共有するための周知や広報
医療機関等への適切な受診に向けた指導の充実
患者自身による服薬管理力の向上(重複・多剤服薬の改善、残薬対策、ジェネリック医薬品の利用促進)

- (2) わかりやすく、効果的な勧奨や情報提供をします

重点 効果的な勧奨による「健診受診リピーター」の確保
新規 個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの活用

- (2) 治療開始・治療継続を支援し、合併症の発症を予防します

重点 医療機関受診勧奨により治療を開始しない者に対する指導や支援
重点 糖尿病治療中の者に対する個別支援(保健指導)の充実

- (2) 国保被保険者を通じて、健康づくり部門と協力し、働く世代を対象とした事業を展開します

新規 健康無関心層への働きかけ強化
新規 禁煙支援(喫煙リスク対策)
重点 新規 30歳代健診の受診勧奨および保健指導の実施

- (3) 関係団体等と連携・協力した取組を実施します

働く世代に向けた新しいアプローチによる受診勧奨
健診実施機関との連携による取組の検討

- (3) 糖尿病対策の連携・協力体制の整備を目指します

新規 糖尿病の医療連携体制の強化
被用者保険との連携と透析予防につなげる実態把握の検討

- (3) 後期高齢者医療制度や地域包括ケアシステム等との連携を推進します

新規 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の検討
新規 地域包括ケアシステムの確立に向けた取組への参画
「互助」による健康づくりの支援

目指す状態

特定健康診査と特定保健指導の目標値(それぞれ60%)を達成し、国保加入者が定期的・継続的な健康管理をしている
健診結果(生活習慣病リスク)に応じて、保健指導等の生活習慣改善のための適切な対応が図られている

国保加入者は、糖尿病に関するヘルスリテラシーが高く、自身の血糖値に関心を持ち、予防に取り組んでいる
糖尿病患者は、適切な治療と生活習慣の改善により、合併症の発症や重症化を予防している

被保険者が、医療費の現況や医療保険制度の課題を理解しながら、地域の中で、相互に支え合う、自主・自立的な健康づくりが定着している
後期高齢者医療制度や被用者保険、介護予防や40歳以下の対策との連携が図れている