

# 多良木町国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画) (第4期特定健康診査等実施計画)

## 1. 計画の基本的事項

平成26年3月、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)で保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。多良木町では被保険者の健康の保持、医療費適正化を目的として、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 サイクルに沿って運用できるよう「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

## 2. 計画の位置づけ・計画期間

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な指針」を踏まえるとともに、多良木町健康増進計画、特定健康診査等実施計画等と調和のとれたものとします。特定健康診査等実施計画は、保健事業の主となる特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体的に策定します。

### ▶計画期間

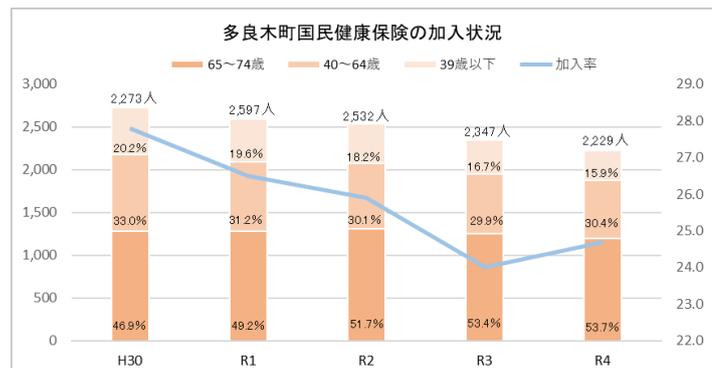
令和6年度～令和11年度



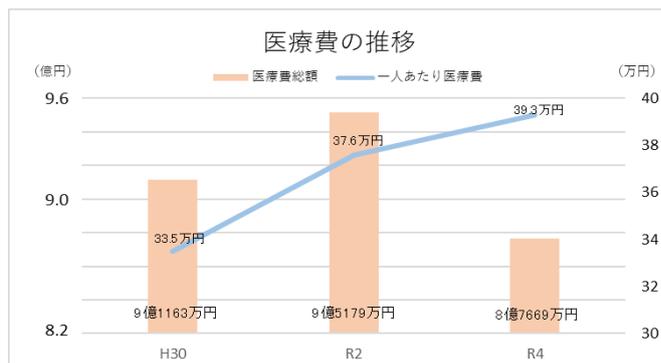
## 3. 多良木町の特性と健康課題

### 被保険者数の推移

被保険者数、加入率ともに減少傾向にあり、全体のうち65歳以上が占める割合が50%を超えています。



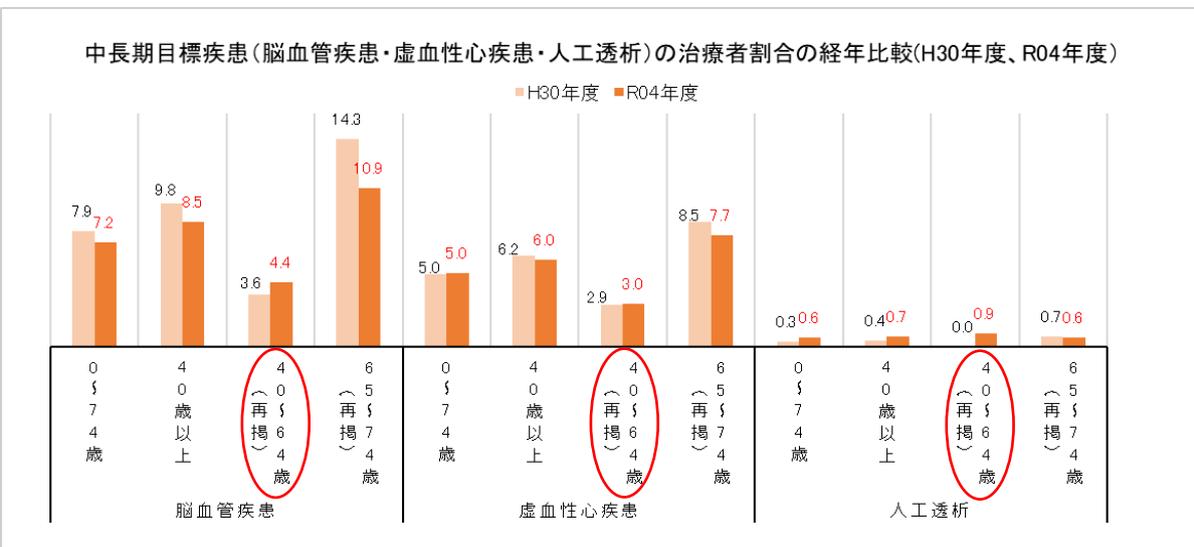
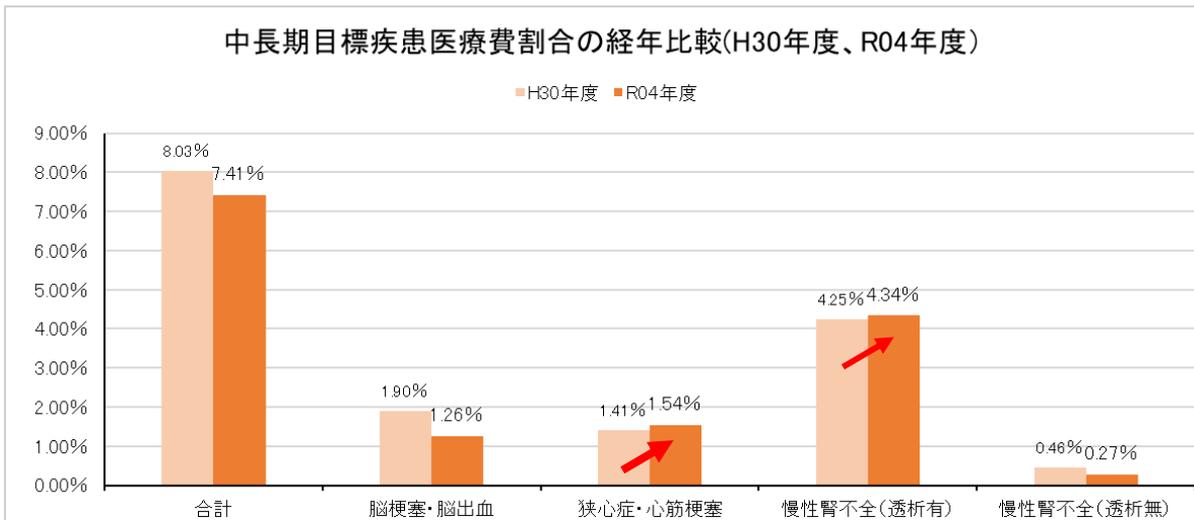
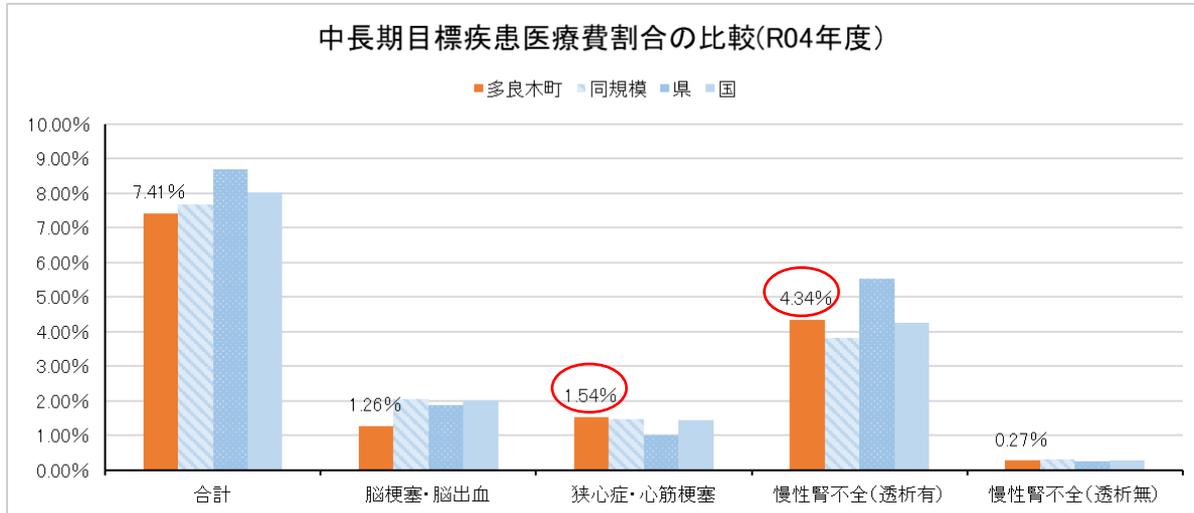
### 医療費の推移



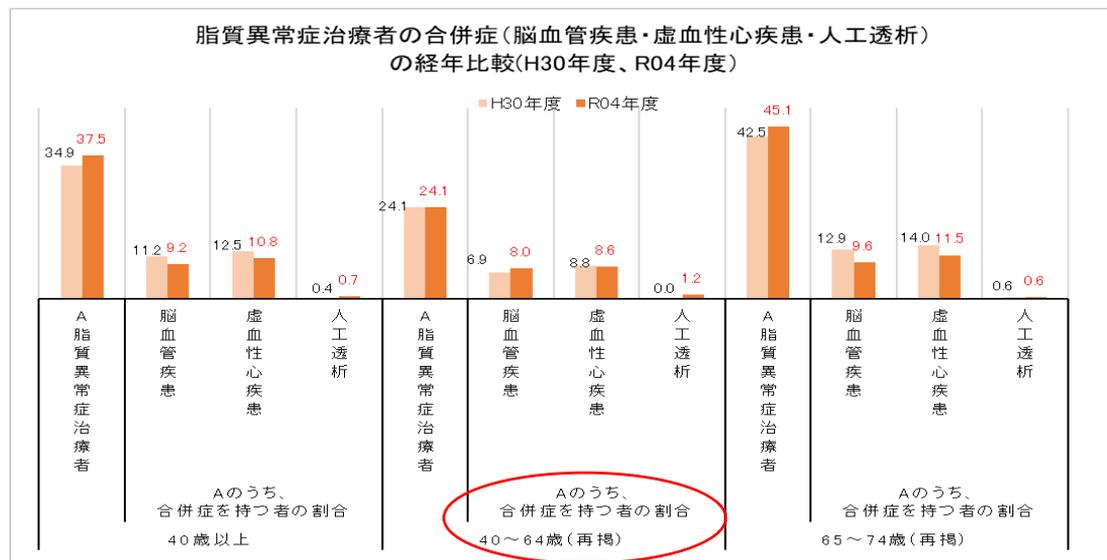
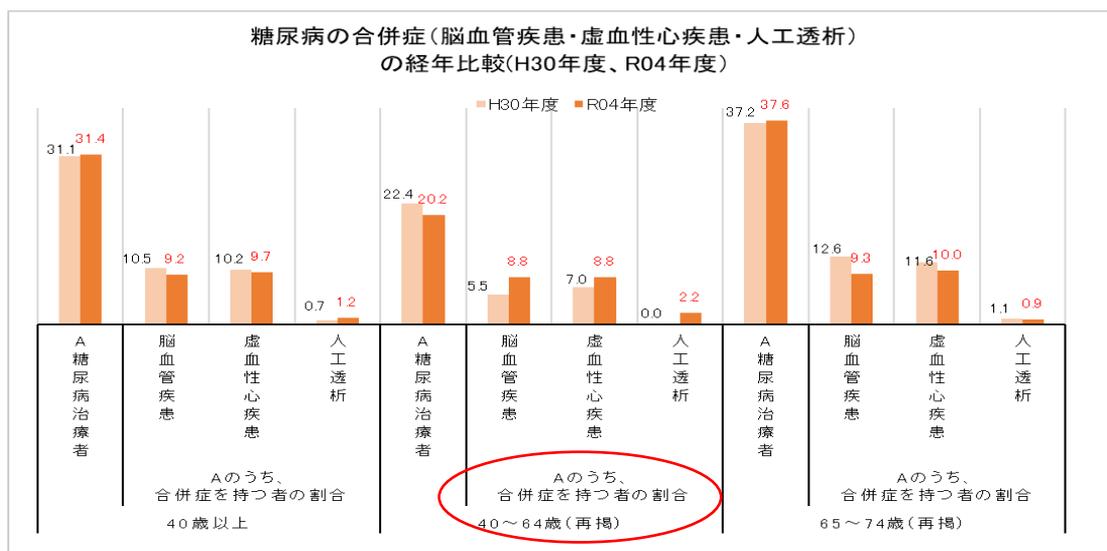
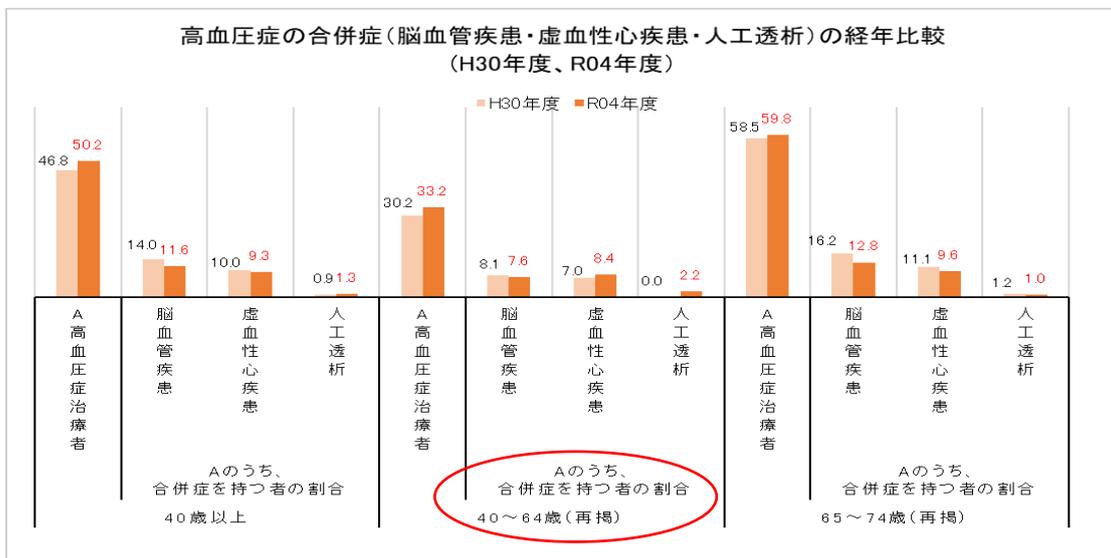
被保険者数の減少とともに総医療費は減少していますが、一人あたり医療費は増加しています。

## 第2期計画の考察・健康課題の明確化

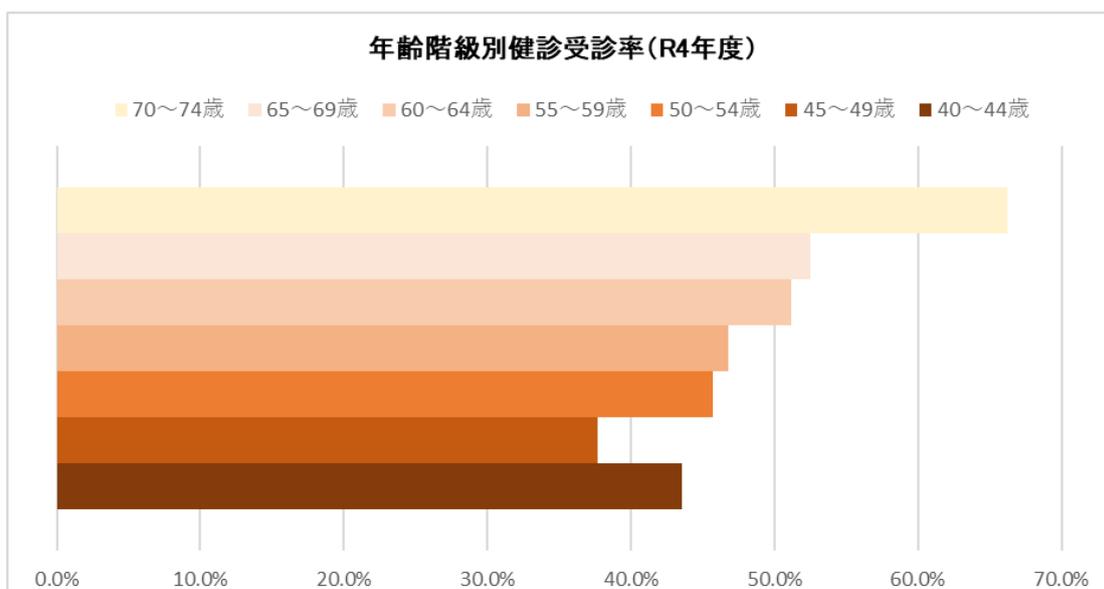
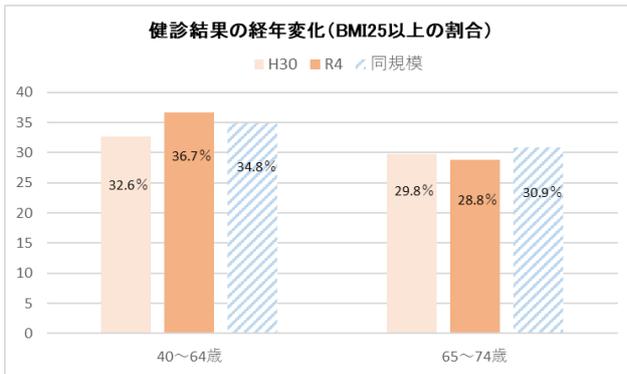
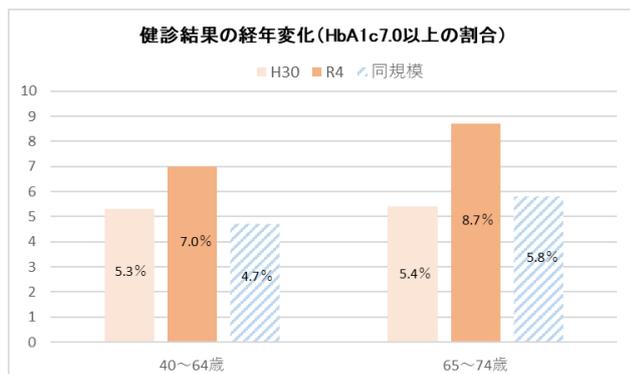
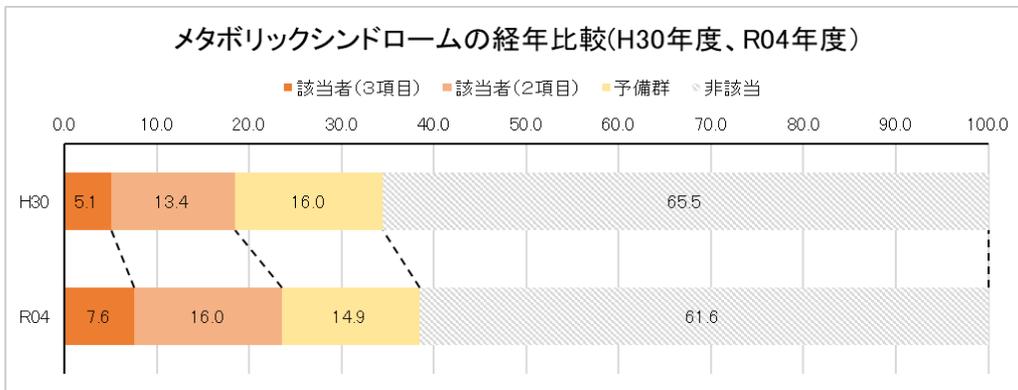
本町の中長期目標疾患にかかる医療費の割合は、同規模や県、国と比較するとわずかに低く、経年比較でも全体的には減少しています。しかし、疾患別にみると、狭心症・心筋梗塞、慢性腎不全(透析あり)の医療費の割合は増加しており、特に40～64歳の方で増えていることがわかります。



次に、短期目標疾患をみると、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の全てで治療者が増えていることがわかります。特定健診の受診率が上がり、潜在的な生活習慣病の方を掘り起こすことができたため、治療につながったと考えられます。しかし、合併症を持つ者の割合の経年比を見ると、いずれの疾患も人工透析が増えています。また、年齢別に見ると、すべての疾患で40～64歳の方の合併症が増加しており若年層の重症化予防が課題です。



健診結果からはメタボリックシンドロームの該当者や、HbA1c7.0 以上の増加が見られるため、ポピュレーションアプローチと併せて、健診後のフォローや治療の継続確認等個別の対応を徹底していくことが重要です。年代別にみると、40～64 歳の若い世代では、肥満者も増加傾向にあり、この世代への予防活動の充実が必要です。しかし、年齢階級別の健診受診率をみると、40 代・50 代は 50%に満たっておらず、健診未受診者対策は今後も大変重要です。



## 4. 第3期計画の目標

人工透析となる疾患及び虚血性心疾患、また、介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患について、新規の患者数・割合を維持または減少させることを目標とします。また、これらの疾患の発症予防のために、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタリックシンドロームを減少させることを短期的な目標とします。特に、40～64歳については、健診受診率の向上を目指し、保健指導の充実を図ることで生活習慣病の発症予防・改善に努めます。

また、第3期の評価指標については、すべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標を設定しています。

### ▼第3期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	目標値	実績			データの把握方法 (活用データ)	
				初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	新規脳梗塞患者数	減少	12人			データヘルス支援システム	
		新規脳出血患者数	維持	3人				
		新規虚血性心疾患患者数	減少	20人				
		新規人工透析導入患者数	減少・発症させない	3人				
		糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	減少・発症させない	2人				
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタリックシンドローム等の対象者を減らす	★特定健診受診率	66.5%以上	62.0%			法定報告値	
		40代、50代の健診実施(受診)率	上昇	50.0%				
		★特定保健指導実施率	70%以上	65.6%				
		(問診)朝食を抜くことが週3回以上ある40代、50代の割合	減少	19.0%			・特定健診等データ管理システム ・ラボツール ・データヘルス支援システム	
		内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合	減少	38.4%				
	血圧Ⅱ度以上者(160/100以上)の割合	減少	6.6%					
	LDL180以上者の割合	減少	3.4%					
	40代、50代の健診受診者のHbA1c6.5以上者の割合	減少	8.72%					
	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタリック該当者、重症化予防対象者を減少	★健診受診者のHbA1c8.0%(NSP値)以上者の割合	減少	2.6%			法定報告値
			健診受診者のうち糖尿病の未治療者(治療中断者を含む)の割合	減少	15.76%			
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率			1%増 又は全国平均以下	11.0%				
内臓脂肪症候群該当者の減少率			1%増 又は全国平均以下	23.5%				

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標  
その他の指標は、地域の実態に応じた指標

## 5. 第四期特定健康診査等実施計画

保険者は高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

特定健診の受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

なお、特定保健指導の実施については、業者委託と保険者の直接実施(一般衛生部門への執行委任)の形態で行います。

また、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

### ▼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	64.5%	65.0%	65.5%	66.0%	66.5%	66.5%以上
40代の健診受診率	46%	47%	48%	49%	50%	50%以上
50代の健診受診率	52%	52.5%	53%	53.5%	54%	54%以上
特定保健指導実施率	66%	67%	68%	69%	70%	70%以上

## 6. 個別の保健事業の実施

本町の健康課題から、優先順位を以下のとおりとし、保健指導を基礎として個別の重症化予防を行っています。評価については、短期的評価・中長期評価の視点で考え、それぞれの評価指標を基に年に1回行うものとし、また、今後二次健診を活用した重症化予防対策も検討していくこととします。

- 1 糖尿病性腎症重症化予防
- 2 脳血管疾患重症予防
- 3 虚血性心疾患重症化予防
- 4 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

## 7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

多良木町では令和5年度より熊本県後期高齢者医療広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。

企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、国保データベース(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。

個別的支援(ハイリスクアプローチ)や健康教室等(ポピュレーションアプローチ)を実施し、75歳を過ぎても支援が途切れないよう、移行前の保健指導等の記録を活用しながら指導を実施します。

## 8. 計画の評価・見直し

計画の見直しは、3年後の令和8年度に中間評価を行います。最終年度の令和 11 年度に第 4 期計画の策定に向け評価を行います。

評価の方法は、国保データベース(KDB)システムや保険者データヘルス支援システムを活用し、評価指標に基づいて各年度の事業評価を実施します。