

池田町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 計画の基本的事項

1 計画策定の背景

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備によって、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）においても、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまでも、保険者においては、レセプト等や統計資料を活用することにより、特定健康診査等実施計画の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきましたところではありますが、今後は更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開やポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められています。また、平成30年度からの国民健康保険制度改革の中で保険者による医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため公費による財政支援の拡充を行う一環として、新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されました。

池田町では、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する一部改正（平成26年厚生労働省告示）に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、被保険者の健康増進、生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業の実施・評価を行うものとしします。

2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、健康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るための保健事業の実施計画です。

策定に当たっては、「特定健康診査等実施計画」との整合性を図っています。

3 計画期間

本計画は令和2年度から4年度までの3年間の計画期間とします。

4 実施体制・関係者連携

(1) 実施体制

計画は国民健康保険担当課が主体となり計画を策定しますが、被保険者の健康保持増進には幅広い担当課が関わっていることから、十分な連携を図り、事業を行います。

(2) 関係者の連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が不可欠です。国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会や県と連携・協力し、データの見える化等により被保険者の健康課題を共有します。

また、池田町国民健康保険運営協議会を通し、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と専門的知見を有する第三者としての立場の両方の立場からの意見を聴取します。

(3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要です。

第2章 現状の整理

1 池田町の現状と特性

池田町は福井県の中央部に位置した山間地域で、医療は町内に内科診療所2か所、歯科診療所が1か所ありますが、緊急時や入院が必要な時には隣接する市町の医療機関に受診が必要となっています。

(1) 人口構成

池田町の人口は2,365人（令和元年10月現在）で、そのうち65歳以上が1,044人で高齢化率は44.1%と県30.5%よりかなり高い状況です。

（表）住民全体の状況

	池田町	福井県
人口 ※1	2,365人	767,742人
世帯数 ※1	861世帯	288,356世帯
1世帯当たりの人員 ※1	2.75世帯	2.66人
65歳以上の人口 ※1	1,044人	231,500人
高齢化率 ※1	44.1%	30.5%
65歳以上親族のいる世帯割合 ※2	77.62%	53.11%
高齢単身世帯 ※2	21.53%	14.44%
高齢夫婦世帯 ※2	13.68%	10.89%

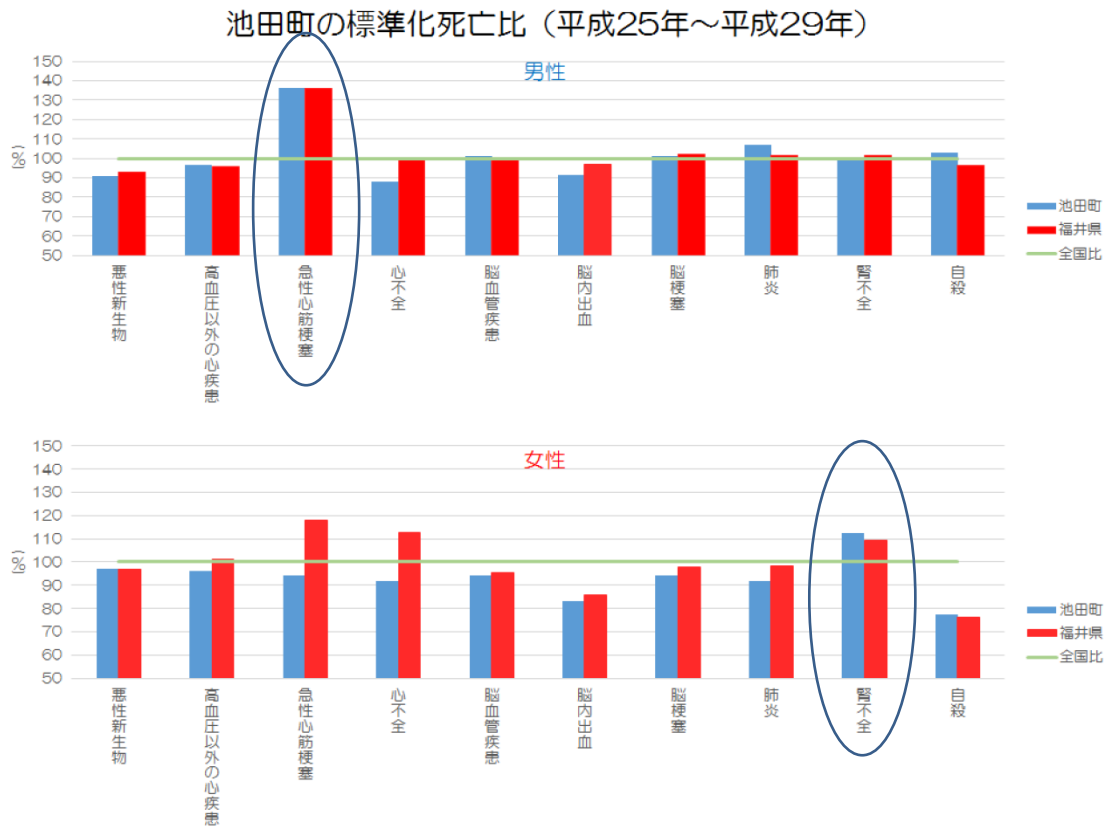
※1 令和元年10月現在 福井県政策統計・情報課 福井県の推計人口

※2 平成31年4月現在 福井県長寿福祉課 高齢者福祉基礎調査

(2) 死亡の状況

死亡の状況として平成17年～21年と平成25年～29年の標準化死亡比を県平均と比較してみると、男性では急性心筋梗塞、女性ではくも膜下出血、腎不全が高い状況です。

(図) 標準化死亡比 …平成 17-21 —平成 25-29 (福井県健康政策課作成)

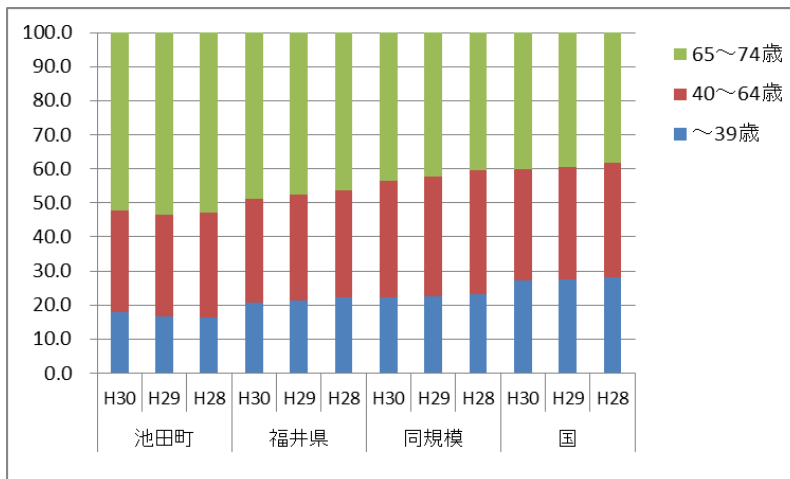


出典：【e-Stat】人口動態統計特殊報告

(3) 国民健康保険加入者の状況

平成 30 年度の国民健康保険の加入率は %で、福井県、同規模保険者、国と比べて医療費に大きく影響する 65 歳以上の加入者が多く、半分を占めています。

(図) 加入状況



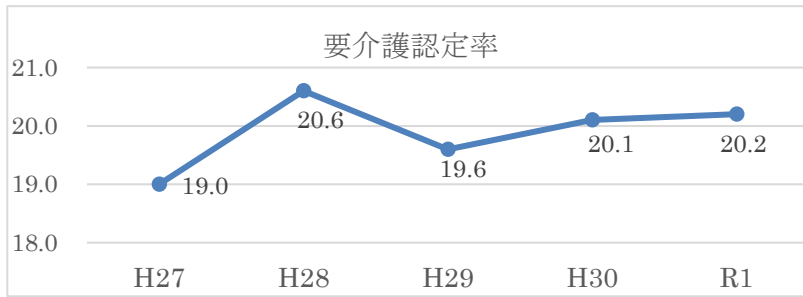
(資料：KDB システム)

(4) 介護認定の状況

要介護認定率はほぼ変わりなし。

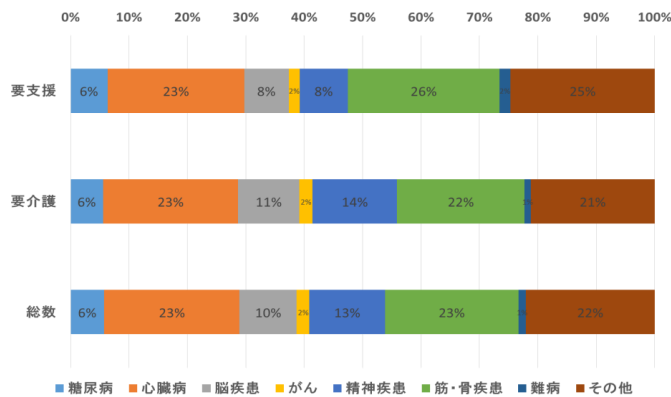
認定者の有病率をみると、「心疾患」、「筋・骨疾患」の割合が高い状況です。

(図) 要介護認定率の推移



(資料：保健福祉課作成)

(図) 介護度別有病率 (H30)



(資料：福井県国保連合会)

2 令和2年度までの実施状況に係る中間評価

当町の第1期（H29年度～令和元年度）、第2期（令和2年度～）データヘルス計画は、町民が自ら意識的に焦点をしばって生活習慣病予防に取り組む「脳べるプロジェクト」を町全体で実践する仕組み、また要医療者が適切に医療にかかり重症化を予防する仕組みをつくり、「いつまでも健康でいきいきと暮らすことができる町」を目指してきました。

(1) 目標達成状況・事業評価

目標1	こどもから大人まですべての町民が「脳べるPJ」をきっかけとしたからだづくり、健康づくりに取り組むことができる。	
最終アウトカム指標	脳べるプロジェクトに取り組む町民が増える	
	推定塩分摂取量	片足立ち平均時間
ベース (H30)	8.6 g	51.5 秒
目標値 (R4)	7.5 g	55 秒
実績 (R1)	9.0 g ↓	49.1 秒 ↓
考察	脳べるPJの認知度はある一定の年齢で上がっていますが、行動の結果としてあげている評価指標「片足立ち平均時間」、「推定塩分摂取量」は一旦改善が見られたものの、R元年度から逆行しています。データヘルス計画としてもこのPJをきっかけとした健康づくりを進めていく必要があります。	
	(60歳未満健診受診者でのアンケート「脳べるPJを知っていますか」はい H29：43%→H30：62%→ H31：80%→R2:63.7)	

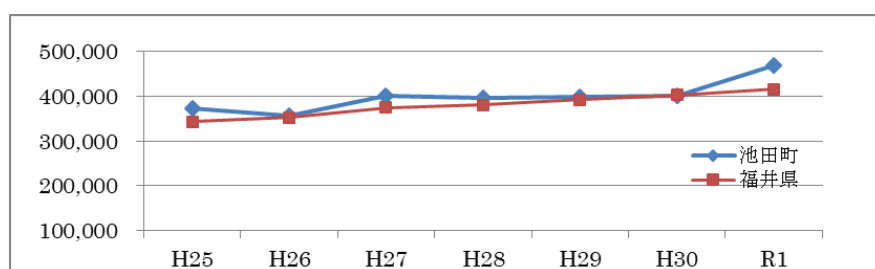
目標 2	健診をきっかけとして、受診者が生活習慣病予防に取り組むことができる。
最終アウトカム指標	特定健診受診者が生活習慣改善に取り組む
	特定健診メタボ該当率
ベース (H30)	28.2%
目標値 (R4)	25.0%以下
実績 (R1)	31.1%
考察	H27 年度より年々増加しており、県や同規模市町と比べても依然高い状態です。特に年齢別見ると 60 代、性別では男性の割合が高く、60 代、そしてその前の年代へのアプローチが重要です。

目標 2	自分なりに病気と付き合っていくことが病気の重症化を予防することができる。
最終アウトカム指標	特定健診要医療者が医療にかかる
	健診要医療者の医療受診率
ベース (H30)	68.8%
目標値 (R4)	80%
実績 (R1)	68.5%
考察	目標値の 80%には届かず今後も受診勧奨の方法を工夫したり、単年だけの結果だけでなく経年的な結果による説明が必要です。

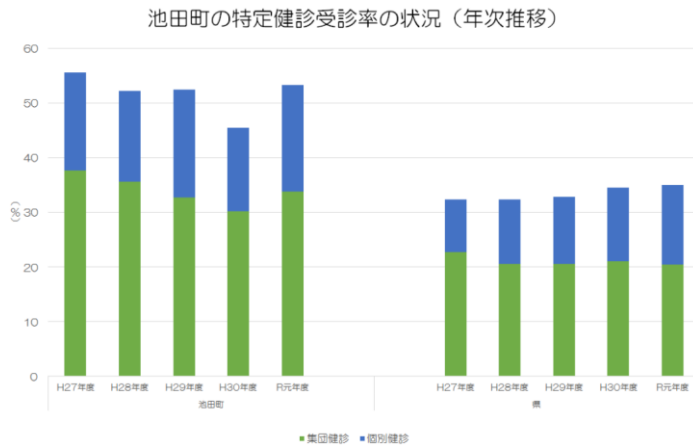
第 3 章 健康・医療情報等の分析

1 健康・医療情報の分析

<国保加入者 1 人当たり医療費>



<健診受診率>

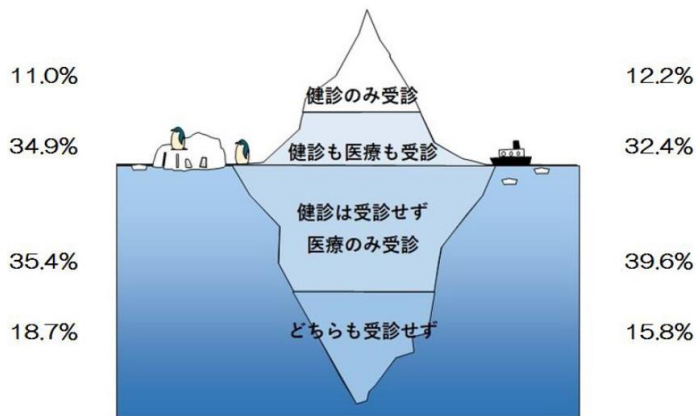


<医療と健診の受診状況>

約70%が医療受診者で、うち半数弱が特定健診も受診。
医療も健診も受診していない被保険者は15.8%となっています。

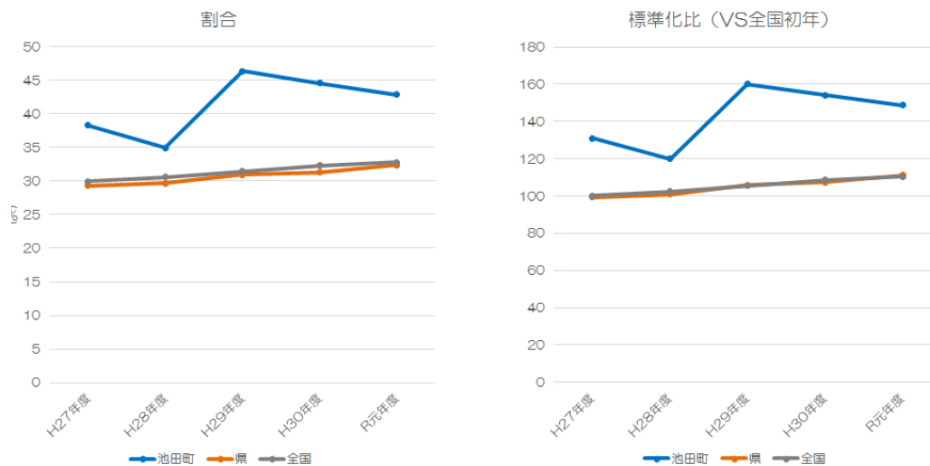
H30年度の健診対象者
427人

R元年度の健診対象者
417人

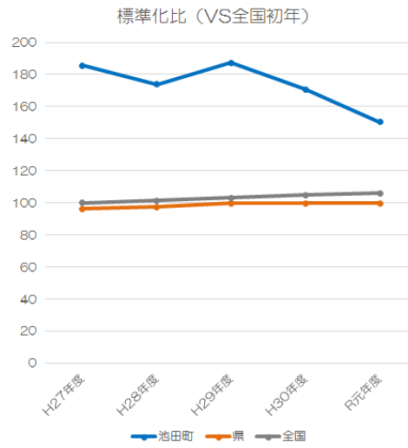
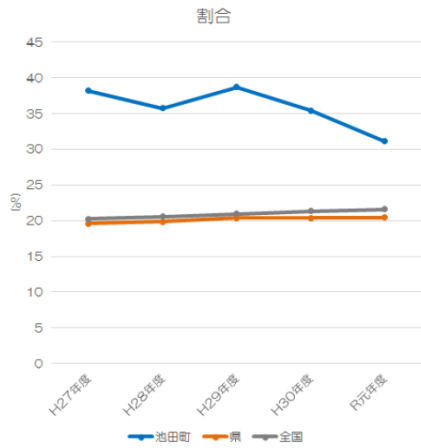


<健診有所見者状況>

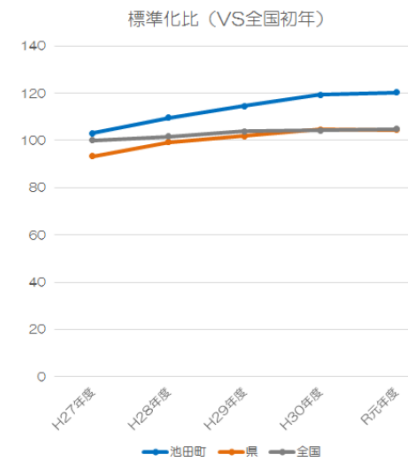
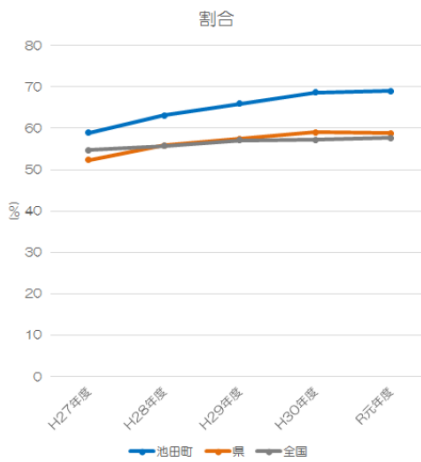
BMI 男性



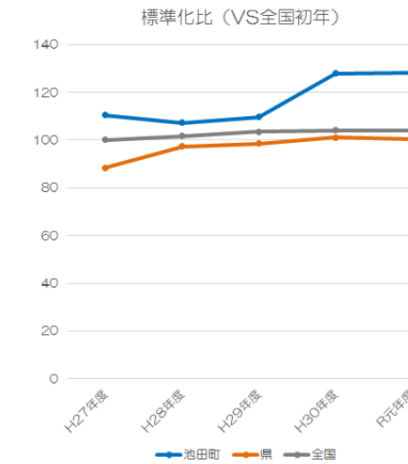
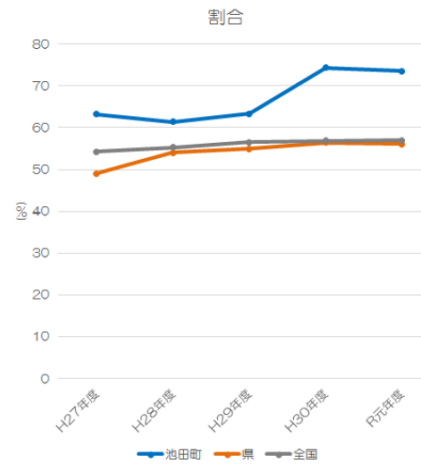
BMI 女性



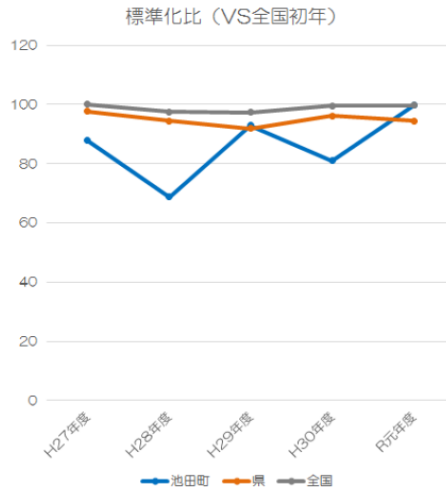
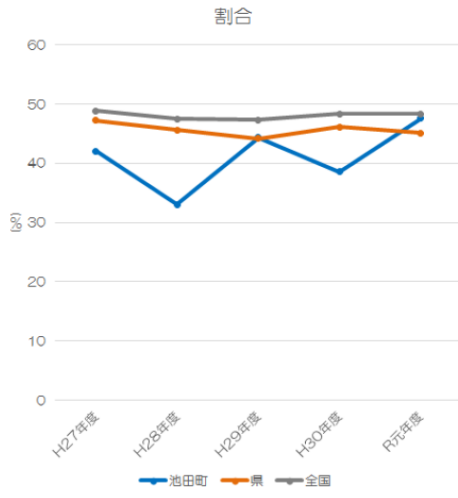
HbA1c 男性



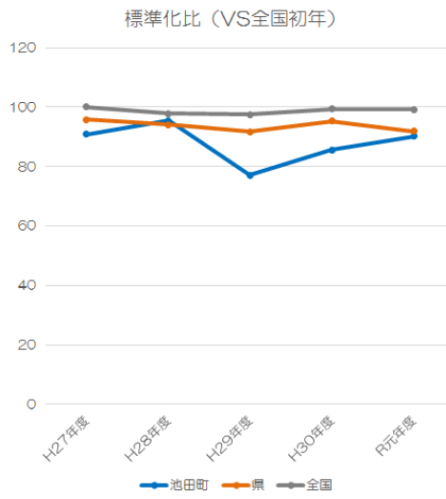
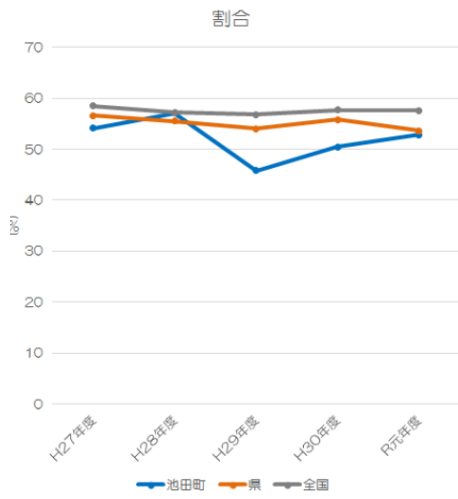
HbA1c 女性



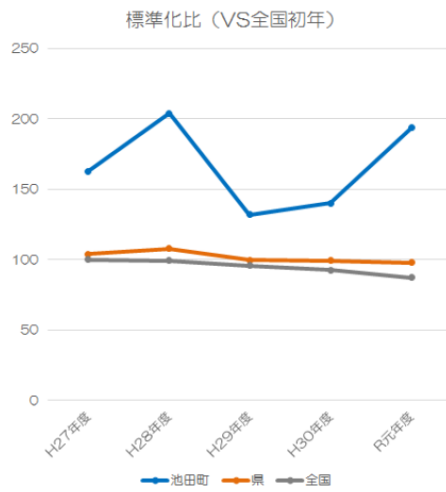
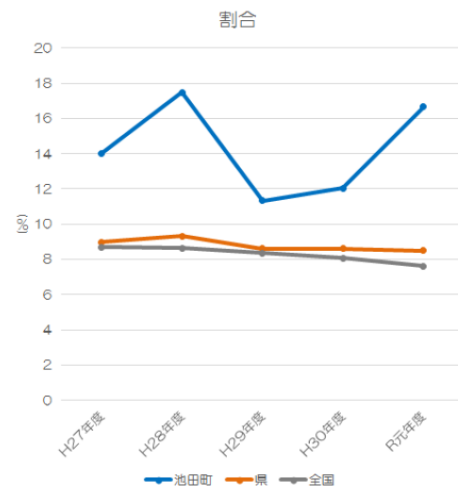
LDL 男性



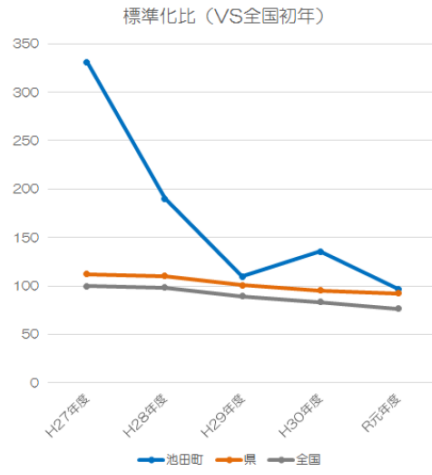
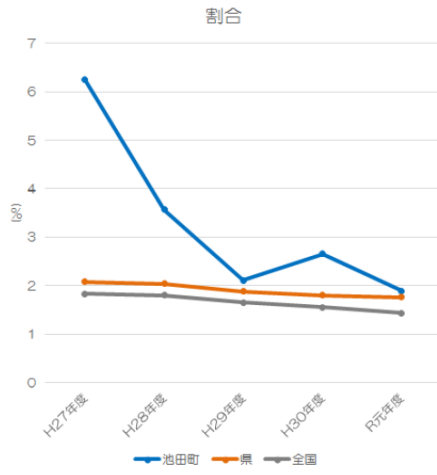
LDL 女性



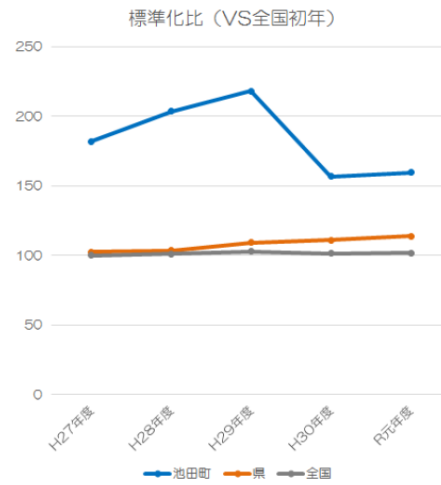
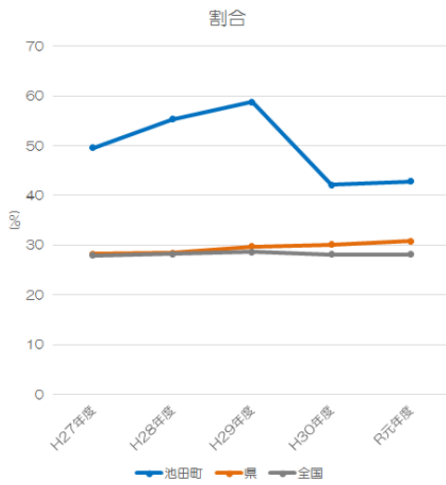
HDL 男性



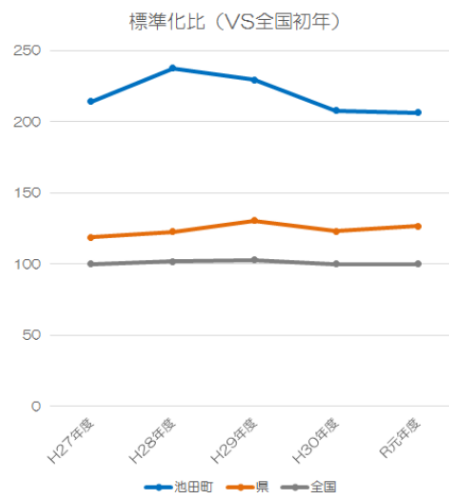
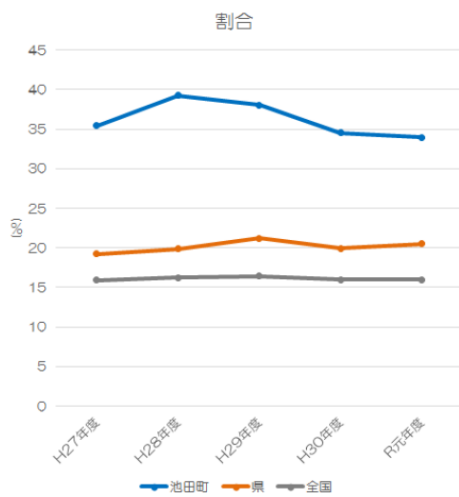
HDL 女性



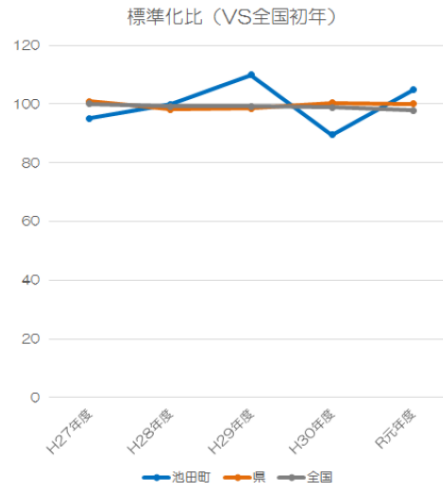
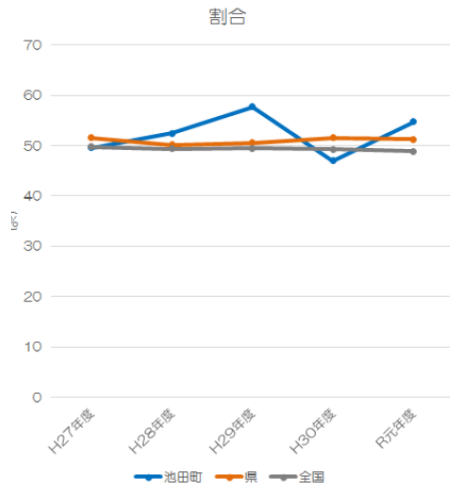
中性脂肪 男性



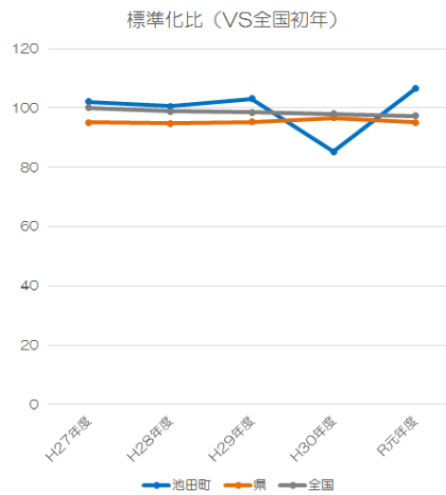
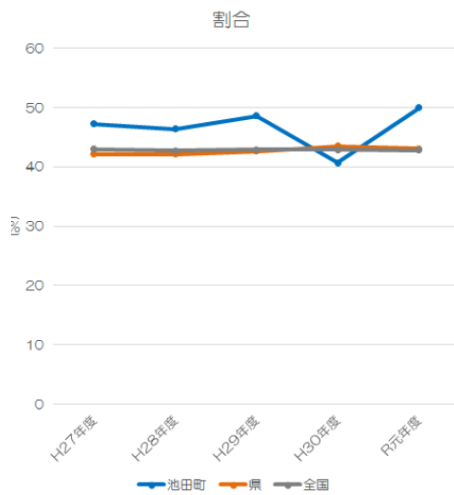
中性脂肪 女性



収縮期血圧 男性

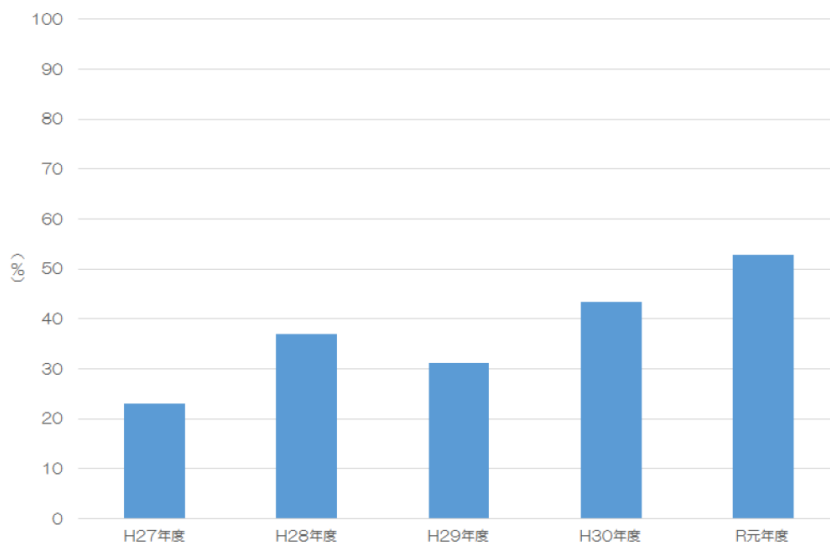


収縮期血圧 女性



<特定保健指導終了率>

池田町の特定保健指導終了率の状況 (年次推移)



5 健康課題の抽出・明確化（データから読み取れる池田町の現状・課題）

令和元年度作成のデータヘルス計画上の課題と同様

■依然として男性の急性心筋梗塞、女性の腎不全の標準化死亡比が高く、要介護者の有病率も「心疾患」の占める割合が多く、病気の重症化予防に改善が必要。

■共通リスクとなる高血圧症、糖尿病、脂質異常症について、国保医療費の占める割合が高い。

⇒「高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていく」「重症化するのを予防すること」

■BMI、腹囲、HbA1cの有所見者割合が高く、特に40～50代男性の有所見率が高い。

■医療費では「筋・骨格疾患」の占める割合も高く、要介護者の有病率も心疾患に続き、「筋・骨格疾患」が多いため、その観点からも適正体重の維持や運動習慣の定着、バランスのとれた食生活などの提案が必要。

■健診も医療機関も未受診の方が2割程度おり、健康状態を確認できていない状況。

⇒「若いうちからの健康づくり、からだづくりを進めていくこと」、「健診を受診し、その健診をきっかけとした生活習慣の振り返りや見直しを着実に進めていくこと」

■2～3人に1人は健診を受けている状況ですが、有所見者割合が依然高い状況を見ると、健診の受診が予防行動や生活習慣の改善につながっていないことが考えられる。

■特定保健指導については、対象者の5割程度の終了率となっていることから、必要な人に必要な支援を行うことができていない状況があります。

⇒「心に届く健診結果の説明、特定保健指導」を効果的に実施していくことが必要です。

6 データヘルス計画の目標（R4年度）

【中長期的な目標の設定】

■重症化疾患（虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症）を減らし医療費の伸びを抑制します。年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も痛んでくると考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

項目	目標
1人当たり医療費	401,000円以下

■町全体の取組みの一部として、生活習慣病予防を通し、認知症率減少に努めます。

項目	目標
認知症率	14.5%以下

【短期的な目標の設定】

- | | |
|-----|--|
| I | こどもから大人まですべての町民が“脳べるPJ”をきっかけとしたからだづくり・健康づくりに取り組むことができる |
| II | 健診をきっかけとして、受診者が生活習慣病予防に取り組むことができる |
| III | 自分なりに病気と付き合っていくことで病気の重症化を予防することができる |

7 保健事業の実施計画：各年度の介入策（アウトプット指標と目標値）

I こどもから大人まですべての町民が“脳べるPJ”をきっかけとしたからだづくり・健康づくりに取り組むことができる

	R4年度	R3年度	R2年度
目標	脳べるPJを通して、自分なりの健康づくりに取り組むことができる	脳べるPJに取り組む町民が増える	町民が脳べるPJに取り組み始める
指標	<ul style="list-style-type: none"> ●推定塩分摂取量 男性 8g 以下・女性 7g 以下 ●片足立ち平均時間 55 秒 ●1回 30 分以上の運動なし 70% 	<ul style="list-style-type: none"> ●推定塩分摂取量 男性 8.5g 以下・女性 7.5g 以下 ●片足立ち平均時間 53 秒 	<ul style="list-style-type: none"> ●推定塩分摂取量 男性 9g 以下・女性 8g 以下 ●片足立ち平均時間 51 秒
介入策	i 全体への普及	i 全体への普及	i 全体への普及
			1 各取組状況について広報に掲載する【年3回】
	2 継続	2 継続	2 脳べるPJ 取組実践者への聞き取り調査を実施し、施策の展開に活かす【人数】
	ii こども・家庭	ii こども・家庭	ii こども・家庭
	1 継続	1 継続	1 園・小中学校での脳べる給食の提供＋給食だより掲載【月1回】
	2 継続	2 継続＋交流会の実施【家族数】【実施できたか】	2 わが家の脳べるPJ(家族でのモニター)の実施【家族数】
	3 継続	3 継続	3 園・小学校でのかかしのポーズ時間の導入【実施回数】
		4 わが家の発酵食品レシピコンテストの実施【実施できたか】【レシピ数】	4 つくってみるBookの配布と活用状況の確認を行う【配布数】【活用状況】
	5 活用状況を踏まえた情報配信の実施【実施できたか】	5 アプリ「こそだって」での情報活用状況の確認【活用数】	5 アプリ「こそだって」での配信【配信数】
	iii 50～70代	iii 50～70代	iii 50～70代
	2 継続	2 継続	2 脳の未来健診の実施・60歳限定【受診率40%】・過去受診者の調査【人数】
	3 継続	3 継続	3 脳べるPJ おしかけ講座の実施(団体・グループ・キーワードつながり等)【実施数】
	4 継続	4 継続	4 わが家の脳べるPJの実施<ii再掲>

5 継続	5 小規模事業所での取組を支援する【事業所数】	5 小規模事業所別の推定塩分摂取量の資料作成・配布【事業所数】
iv 地域	iv 地域	iv 地域
1 継続	1 モデル地区での独自取組の実施【1取組】	1 モデル地区での座談会の実施【回数】
2 継続	2 継続	2 町内事業者とのコラボ PR の実施【事業者数】

II 健診をきっかけとして、受診者が生活習慣病予防に取り組むことができる

	R4 年度	R3 年度	R2 年度
目標	健診を受けることで、自分の健康状態に合った生活を送ることができる	健診を受けることで、自分の健康状態に合った生活を知ることができる	健診を受けることで、自分の健康状態を確認することができる
指標	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 52% ●健診も医療も受診していない者の割合 15%以下 ●保健指導対象者の減少率 10% ●特定健診メタボ該当者割合 25%以下 	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 50% ●健診も医療も受診していない者の割合 18%以下 ●保健指導対象者の減少率 10% 	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 48% ●健診も医療も受診していない者の割合 20%以下
介入策	i 健診受診者を増やす	i 健診受診者を増やす	i 健診受診者を増やす
	1 継続	1 継続	1 保健推進員による受診勧奨を行う【人数】
	2 継続	2 継続	2 集団健診終了後の未受診者に個別健診案内送付【人数】
	3 継続	3 継続	3 1.2 の未受診者で医療受診者には情報提供依頼【人数】
	4 継続	4 上記でも未受診者の方に対し意向調査を行う【人数】	
	ii 受診結果に応じた支援	ii 受診結果に応じた支援	ii 受診結果に応じた支援
	1 継続	1 継続	1 集団健診後に結果説明会を実施する【全会場・参加者数】
	2 継続	2 継続 ①継続 ②継続 ③健診時に禁煙の意思が確認できた方には直接外来を紹介する ④悪化傾向の見られる方には生活提案を追記する	2 結果説明会不参加者に対し結果に合せた返しを行う【カテゴリーごとの人数】 ①要受診者には分かりやすく受診する旨の案内 ②生活改善が必要な方には健康メモを1枚封入 ③喫煙者に対し、たばこに関する案内

	<p>3 継続 【終了率 50%】</p> <p>①継続</p> <p>②継続</p> <p>③継続</p>	<p>3 継続 【終了率 45%】</p> <p>①継続</p> <p>②継続</p> <p>③脳べる PJ のモニター交流会の実施</p>	<p>3 特定保健指導対象者への指導を行う【終了率 40%】</p> <p>①グループ講座内で体験プログラムの実施</p> <p>②上記以外の方に個別指導の実施</p> <p>③脳べる PJ のモニターとして取組を継続支援</p>
	<p>4 継続</p>	<p>4 継続</p>	<p>4 健診の自覚症状で筋・骨格関係を訴える方に対し、その方の状況に合わせた予防、悪化防止のための提案実施【①～④実施人数】</p> <p>①おたっしや倶楽部、すかっと体操教室の案内</p> <p>②女性に対しては骨粗しょう症健診の案内(節目は無料、他自費)・事後フォロー</p> <p>③脳べるモニターへの勧誘</p> <p>④リーフレット同封</p>
	<p>5 小規模事業所に対し、必要な情報提供を行う【事業所数】</p>	<p>5 小規模事業所の健診結果等から分かる事業所の健康状態を把握する【事業所数】</p>	

Ⅲ 自分なりに病気と付き合っていくことで病気の重症化を予防することができる

	R4 年度	R3 年度	R2 年度
目標	医療機関受診の必要な人が定期的な受診、治療、生活改善を継続することができる	集団健診・個別健診の結果、医療機関受診の必要な人が受診する	集団健診の結果、医療機関受診の必要な人が受診する
指標	<ul style="list-style-type: none"> ●要医療者の受診率 80% ●HbA1c7.0%以上割合 5%以下 ●新規透析導入患者数 1 人以下 	<ul style="list-style-type: none"> ●要医療者の受診率 75% 	<ul style="list-style-type: none"> ●要医療者の受診率 70%
介入策	i 要医療者への受診勧奨	i 要医療者への受診勧奨	i 要医療者への受診勧奨
	1 継続	1 継続	1 すぐに医療機関受診が必要な方には訪問にて受診勧奨する【勧奨数】
	2 継続	2 継続	2 要医療と判定された方に結果説明会にて受診勧奨する【勧奨数】
	3 継続	3 継続	3 1.2 以外の方には受診が必要な旨の案内とともに結果を郵送する【人数】
	4 継続	4 継続	4 KDB システムにて勧奨した方の受診状況を確認【人数】

5 継続	5 1～4 で未受診の方には、 意向調査を行う(電話)	
ii 糖尿病性腎症重症化予防	ii 糖尿病性腎症重症化予防	ii 糖尿病性腎症重症化予防
1 継続	1 継続	1 下記対象者へ受診勧奨を行う 【勧奨数】【返書数】 ①過去の健診において、下記の要受診判定で糖尿病または腎臓病等による医療機関受診歴がない方 ア 空腹時血糖 126mg/dl ↑ イ 随時血糖 200 mg/dl ↑ ウ HbA1c6.5% ↑ エ eGFR45ml/分/1.73 m ² ↓ オ eGFR60ml/分/1.73 m ² で低下速度年間 5ml/分/1.73 m ² ↑ ②健診未受診者にうち、過去に糖尿病の治療歴がある者で、最終の治療日から1年間経過しても糖尿病による医療機関受診歴がない者
2 継続	2 継続	2 医師が必要と判断した者に個別保健指導を行う(訪問、面談)【勧奨数】

3 計画の中間評価

令和2年度内に中間評価を実施し、国民健康保険運営協議会にて当初計画の目標、実施方針、実施計画のまま進めていくことを確認しています。

4 計画の見直し

年度ごとに評価をしたうえで、最終年度である令和4年度に計画に掲げたアウトカム指標の達成状況を評価して計画の見直しを行います。

なお、評価にあたっては福井県国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導を受けるものとします。

5 計画の公表・周知

策定した計画は町の広報紙での周知やホームページに掲載します。

第5章 個人情報の保護

町は特定健診で得られる健康情報及びレセプト情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、並びに池田町個人情報保護条例等を踏まえた対応を行います。その際には受益者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分な配慮をし

たうえで、効果的・効率的な保健事業を実施します。

第6章 地域包括ケアに係る取組

要介護状態となる原因として、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。

要介護になる原因疾患のうち、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等があげられます。生活習慣病の重症化に起因するものは、予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。

KDB等利用し、データを活用することで、地域における課題やニーズを把握し、医療・介護・保健・福祉が情報共有を図り、町民が安心して住み慣れた地域で過ごすことができる地域づくりに資するよう努めます。