

東峰村国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画(データヘルス計画)・
第 4 期特定健診等実施計画
【概要版】

1 基本的事項

(1) 計画策定の趣旨・目的

本計画は、「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」及び国が示す計画策定の手引きに基づき、被保険者が健やかで充実した毎日が過ごせるよう、健康寿命の延伸を図るとともに、将来的な医療費の伸びを抑制していくための計画です。

本計画に沿って、特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上や生活習慣病の重症化予防等に取り組みます。

(2) 計画の位置づけ

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえると共に、福岡県健康増進計画等との整合性を図りながら、以下の 2 計画を一体的に策定します。

① 保健事業実施計画(データヘルス計画)

レセプトや健診情報等のデータの分析に基づいて健康課題を明確化し、健康・医療情報を活用しながら PDCA サイクル*¹ に沿った効果的・効率的な保健事業の実施に関する計画を定めるもの。

*¹ PDCA サイクル: Plan(計画)、Do(実施)、Check(評価)、Act(改善)を繰り返し、継続的に事業を改善すること。

② 特定健診等実施計画

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号)第 19 条の既定に基づく特定健康診査及び特定保健指導の具体的な方法を定めるもの。

(3) 計画の期間

計画期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とし、中間年にあたる令和 8 年度に中間評価を行います。

2. 健診・医療・介護データからみた東峰村の現状

中長期的な目標の達成状況

…悪化(課題と考えられるもの)
…改善

○社会保障費(医療費・介護給付費)の変化
○中長期的に解決すべき対象疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症(人工透析))の医療費や患者数の変化

介護

1 要介護認定者(率)の状況と介護給付費の変化

	東峰村		同規模	福岡県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	881人 40.5%	869人 45.8%	41.4%	28.1%	28.7%
介護	2号認定者	7人 0.98%	4人 0.38%	0.34%	0.38%
	1号認定者	201人 22.8%	174人 20.0%	19.9%	19.4%
	65~74歳	6人 1.9%	15人 4.0%	--	--
	75歳以上	195人 34.6%	159人 32.3%	--	--
総給付費	3億6768万円	3億3201万円	--	--	--

介護認定率は、1号・2号と共に下がっているものの、他(同規模・福岡県・全国平均)よりも高い状況で、特に、1号被保険者のうち、65~74歳の認定者数が増加しています。また、介護給付費は、総給付費及び一人あたり給付費ともに減少しておりますが、まだまだ同規模・県・国と比較して高い状況です。

医療

2 医療費の変化

	東峰村		同規模	福岡県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	624人	552人	--	--	--
前期高齢者割合	263人 (42.1%)	276人 (50.0%)	--	--	--
総医療費	2億3730万円	1億9945万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	380,289	361,314	367,527	355,059	339,680

国保加入者が減少していることが要因の一つとも言えますが、総医療費は平成30年度と比較すると減少しております。また、一人あたり医療費も減少(県内順位9位から51位へ低下)しており、同規模被保険者と比べても約6,000円低くなっていますが、県・国平均と比較すると高い状況です。

3 中長期目標疾患の医療費の変化

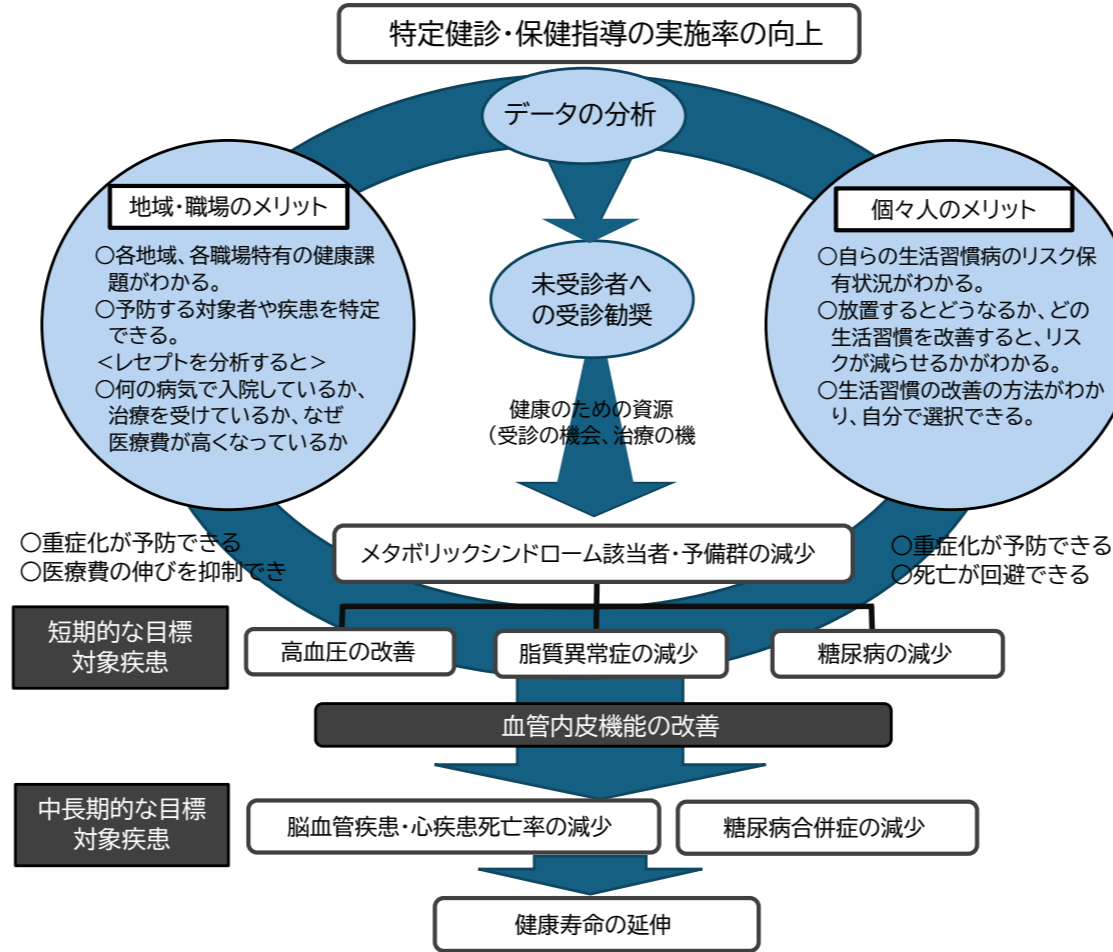
	東峰村		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
中長期目標疾患医療費合計(円)	1571万円	208万円	--	--	--	
	6.62%	1.04%	7.24%	6.16%	8.03%	
中長期目標疾患	脳 脳梗塞・脳出血	2.53%	0.26%	2.12%	2.04%	2.03%
	心 狭心症・心筋梗塞	3.18%	0.51%	1.46%	1.37%	1.45%
	腎 慢性腎不全(透析有)	0.86%	0.00%	3.29%	2.46%	4.26%
	慢性腎不全(透析無)	0.05%	0.28%	0.37%	0.29%	0.29%

4 中長期目標疾患の治療状況(患者数)

年齢区分	被保険者数		中長期目標の疾患							
	H30年度	R04年度	疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
				H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
40歳以上	B	481	424	b	58	47	48	48	2	1
	B/A	77.1%	76.8%	b/B	12.1%	11.1%	10.0%	11.3%	0.4%	0.2%
40~64歳	C	218	148	c	14	9	12	13	2	1
	C/A	34.9%	26.8%	c/C	6.4%	6.1%	5.5%	8.8%	0.9%	0.7%
再掲 65~74歳	D	263	276	d	44	38	36	35	0	0
	D/A	42.1%	50.0%	d/D	16.7%	13.8%	13.7%	12.7%	0.0%	0.0%

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、平成30年度と比較すると大きく減少していますが、慢性腎不全(透析無)については、平成30年度よりわずかに伸びています。患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成30年度と比較してみると、脳血管疾患が患者数及び割合と減少していますが、虚血性心疾患の割合はわずかに増加しています。特に虚血性心疾患の40~64歳において約3ポイント増加しています。中長期目標疾患の医療費については、一定の成果はみられますが、虚血性心疾患において若年者(40~64歳)における患者の割合が増加していることから、若い時期からの発症・重症化・再発予防に取り組むことが重要であり、そのリスクとなる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動 ~特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進~



標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)図-1

第2期(H30~R05)データヘルス計画目標管理一覧

達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			評価
		初年度 H30	中間評価 R02	最終評価 R05	
		活用データ(年度)	(H30)	(R02)	
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医療費の伸びを抑制する	1 入院医療費の伸び率の減少(H30:R4比較)	--	--	-35.5%	達成
	2 ※一人当たり入院医療費の伸び率の減少(H30:R4比較)	--	--	-29.7%	達成
	3 脳血管疾患の新規患者数の減少	10人	16人	8人	達成
	4 虚血性心疾患の新規患者数の減少	7人	8人	7人	未達成
	5 糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	0人	0人	0人	達成
	6 医療費全体に占める生活習慣病の割合の減少	0人	0人	0人	達成
短期目標 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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	7 メタボリックシンドローム該当者の割合の減少	26.6%	23.0%	25.0%	達成
	8 メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	9.4%	14.1%	9.1%	達成
	9 健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	8.4%	7.9%	5.1%	達成
	10 健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c7.0%以上)	5.4%	3.1%	5.7%	未達成
	11 健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の減少	2人	0人	0人	達成
	12 健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の減少	1人	0人	2人	未達成
	13 健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)	11.3%	12.6%	6.8%	達成
	14 特定健診受診率60%以上	42.8%	43.2%	45.0%	未達成
	15 特定保健指導実施率60%以上	84.0%	77.3%	72.2%	達成
	16 特定保健指導対象者の割合の減少	13.1%	11.5%	25.0%	未達成

短期的な目標の達成状況

○健診有所見者の(メタボリックシンドローム・高血圧・糖尿病・脂質異常症)の変化
○健診受診率や保健指導実施率

健診

5 健診受診率とメタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者(受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
			3項目	2項目	3項目	2項目	
H30年度	203 (45.5%)	54 (26.6%)	14 (6.9%)	40 (19.7%)	19 (9.4%)		
R04年度	181 (41.6%)	44 (24.3%)	17 (9.4%)	27 (14.9%)	16 (8.8%)		

メタボリックシンドロームの該当者はやや減少していますが、3項目すべての危険因子が重なっている割合は約3ポイント増加しています。特定健診受診率が低下している現状にあり、生活習慣病はほとんど自覚症状がないまま進行するため、受診率の低下は、予防の機会を逃すことにもつながります。

6 HbA1c6.5以上の該当者

年度	6.5以上		再掲	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
	再掲	再掲					
H30	17	6	11	4.2%		9.0%	
	9.0%	35.3%	64.7%				
R01	22	6	16	5.7%		9.6%	
	9.6%	27.3%	72.7%				
R02	17	3	14	3.1%		8.9%	
	8.9%	17.6%	82.4%				
R03	23	12	11	5.4%		11.3%	
	11.3%	52.2%	47.8%				
R04	20	7	13	5.6%		11.2%	
	11.2%	35.0%	65.0%				

7 HbA1c6.5以上該当者の翌年度の改善状況

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	17 (9.0%)	4 (23.5%)	7 (41.2%)	2 (11.8%)	4 (23.5%)
R03→R04	23 (11.3%)	7 (30.4%)	9 (39.1%)	5 (21.7%)	2 (8.7%)

8 II度高血圧以上(160/100以上)該当者

年度	II度高血圧以上		再掲	改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
	再掲	再掲					
H30	16	7	9	1.0%		8.4%	
	8.4%	43.8%	56.3%				
R01	22	11	11	0.9%		9.5%	
	9.5%	50.0%	50.0%				
R02	15	7	8	0.5%		7.9%	
	7.9%	46.7%	53.3%				
R03	9	5	4	1.0%		4.4%	
	4.4%	55.6%	44.4%				
R04	10	7	3	0.0%		5.1%	
	5.5%	70.0%	30.0%				

9 II度高血圧以上該当者の翌年度の改善状況

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	16 (8.4%)	11 (68.8%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)
R03→R04	9 (4.4%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	5 (55.6%)

HbA1c6.5以上の有所見者割合は増えているものの、II度高血圧以上の有所見者は大きく減少しています。一方で、翌年度の結果を見ると、改善した者の割合が増えているのは、HbA1cのみで、II度高血圧以上の改善の割合は低下しています。また、翌年度健診を受診していない方がII度高血圧以上の有所見者で5割存在し、結果が把握できていません。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共に、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きます。

3 第3期データヘルス計画の目標と評価指標

第2期の評価も踏まえ、第3期では以下の目標と評価指標を設定します。
 またPDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を実施するため、目標の達成状況を毎年度評価し、事業の実施方法などの見直しを行います。

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	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)	
データヘルス計画	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	0.3%	0.3%	0.3%	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	0.5%	0.5%	0.5%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の維持	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
	アウトカム指標	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、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	33.2%	31.5%	30.0%	東峰村 住民福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.5%	5.0%	4.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	6.6%	6.0%	5.5%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	11.2%	10.0%	8.5%	
			★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合の減少	0.0%	0.0%	0.0%	
	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	45.0%	52.5%	60.0%	法定報告値
			★特定保健指導実施率60%以上	72.2%	60%以上	60%以上	
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	25.0%	25.0%	25.0%	

4 健康課題を解決するための保健事業

目標を達成するために以下の保健事業を実施します。

事業	内容
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病が疑われる医療機関未受診者等に受診勧奨を行うとともに糖尿病成人症ハイリスク者に対し、医療機関と連携した保健指導を実施し、糖尿病性腎症による新規透析導入の予防を図ります。
生活習慣病重症化予防事業	健診結果から重症化予防のリスクが高い方を抽出し、医療機関への受診勧奨及び生活習慣改善への保健指導を実施することで重症化を予防します。
特定健診二次検査事業	糖尿病や動脈硬化を改善可能な段階から発見し、生活習慣病改善への動機付けや実践を支援することで、糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞等の発症予防を図ります。
特定健診未受診者対策事業	被保険者が自分自身の健康状態を確認し、健康の維持増進に関する意識を高められるように特定健診の受診を促し、特定健診受診率向上を目指します。あわせて、健診受診者が毎年継続的に受診することで経年変化から体の変化を早期発見する必要性を理解し、継続性のある健診受診行動を促します。
重複服薬・多剤投与対策事業	重複服薬や多剤投与対象者に対する適正受診・適正服薬指導を実施するため、福岡県国民健康保険団体連合会の訪問健康相談事業の委託契約を締結し、実施します。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	令和2年度より福岡県後期高齢者医療広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しており、令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

5 第4期特定健康診査等実施計画

東峰村国民健康保険では、特定健診・特定保健指導の目標値を下表のとおり定め、最終年度までの目標達成を目指します。

	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	47.5%	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60%以上
特定保健指導実施率	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上

6 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

(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ることができるようにすることが重要であるため、国指針において、公表するものとされています。

具体的には、ホームページへの掲載や糖尿病連携会議(朝倉保健協議会内)にて関係団体(朝倉医師会・朝倉歯科医師会・朝倉薬剤師会等)に周知します。

(2) 個人情報の取り扱い

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り扱いが確保されるよう措置を講じます。

東峰村 住民福祉課 医療保健係

〒838-1692 福岡県朝倉郡東峰村大字小石原 941-9

TEL 0946-74-2311