

# 中城村国保 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）【概要版】

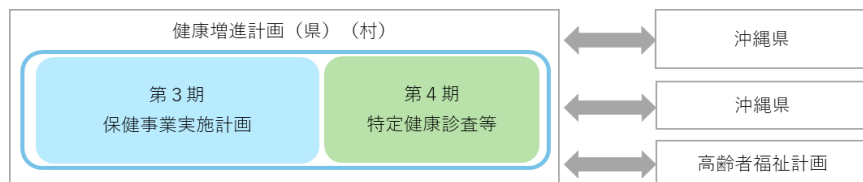
## 事業背景と目的

データヘルス計画とは、健康寿命の延伸・医療費の適正化を目指し、健診結果・レセプト等のデータ分析を行い、課題に対応した保健事業を効果的・効率的に実施するための計画のことで、平成27年より保険者に義務付けられています。

今回、第3期計画（令和6年度～令和11年度）を策定しました。

## 計画の位置づけ

保健事業の中核をなす「特定健康診査等実施計画」と一体的に策定します。各種計画等との整合性を図り被保険者の健康保持増進に向けた取り組みを行います。



(図表1参照)

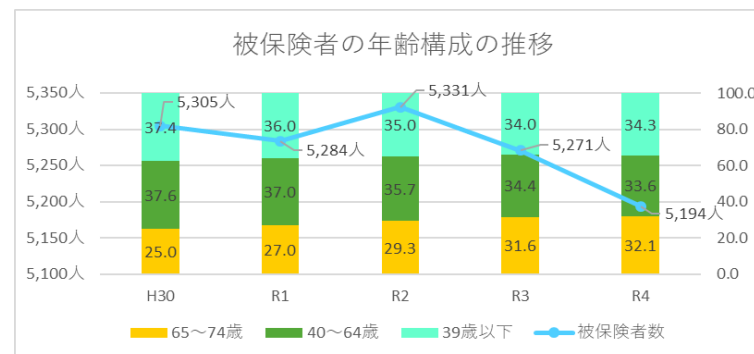
## 計画の期間

6年を一期とし、令和6年度から令和11年度までとします。

	令和	6	7	8	9	10	11
	西暦	2024	2025	2026	2027	2028	2029
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)				中間 評価			評価 見直

## 被保険者の推移

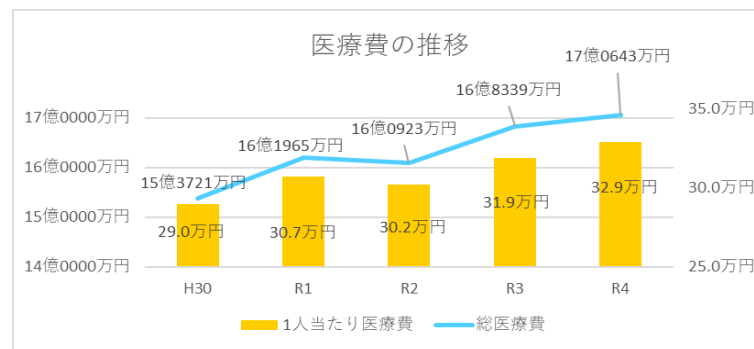
本村の加入率は24.7%で、加入率及び被保険者数は減少しています。年齢構成は65～74歳までの割合が増加しています。



(図表10参照)

## 医療費傾向

総医療費・一人当たり医療費は増加しています。



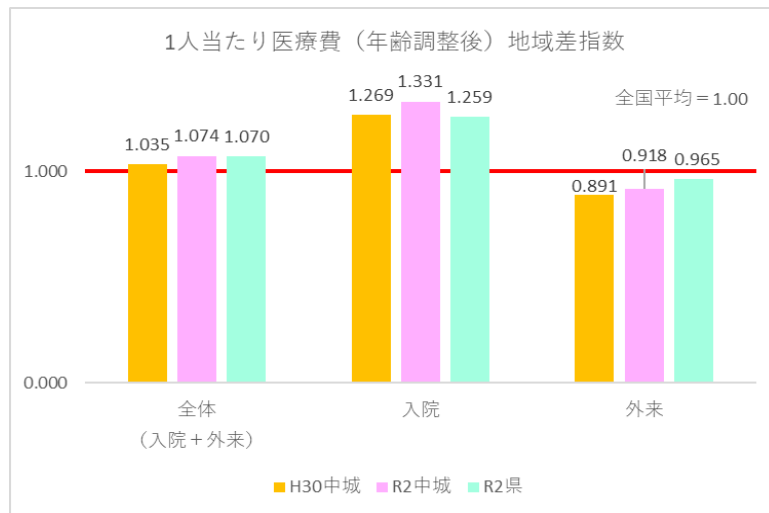
(図表32参照)

## 一人当たり医療費(年齢調整後)

### 地域差指数の推移

1人当たり医療費について年齢調整をした地域差指数をみると全国平均の1.00を超えています。

入院の地域差指数について、H30年度よりも伸びており、地域差の要因となっていることから、入院抑制のために、予防可能な生活習慣の重症化対策が必要です。

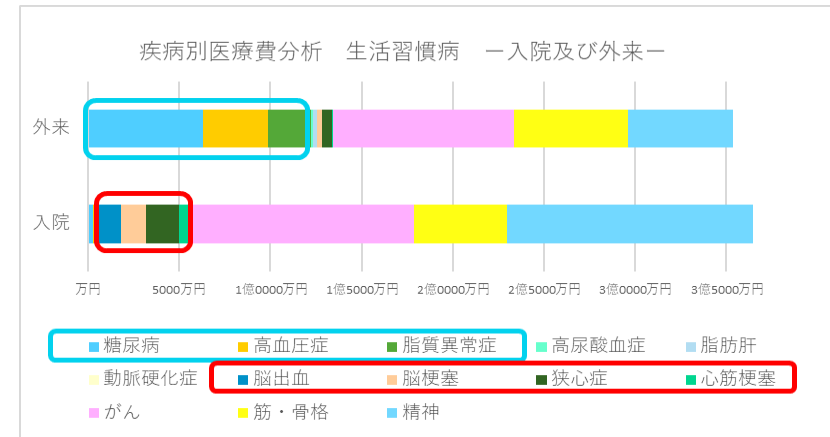


(図表16参照)

## 生活習慣病に関わる医療費割合

医療費総額のうち、生活習慣病の疾患が占める割合は約42% (約7億2千万) となっており、医療費抑制のために、予防可能な生活習慣病対策に取り組む必要があります。

データヘルス計画では、医療費が高額になる「脳血管疾患」、狭心症・心筋梗塞などの「虚血性心疾患」、人工透析に至る「慢性腎不全」を中長期目標疾患と定め、その予防に取り組んでいます。



(KBDシステム・図表17参照)

- 短期目標の疾患
- 中長期目標の疾患

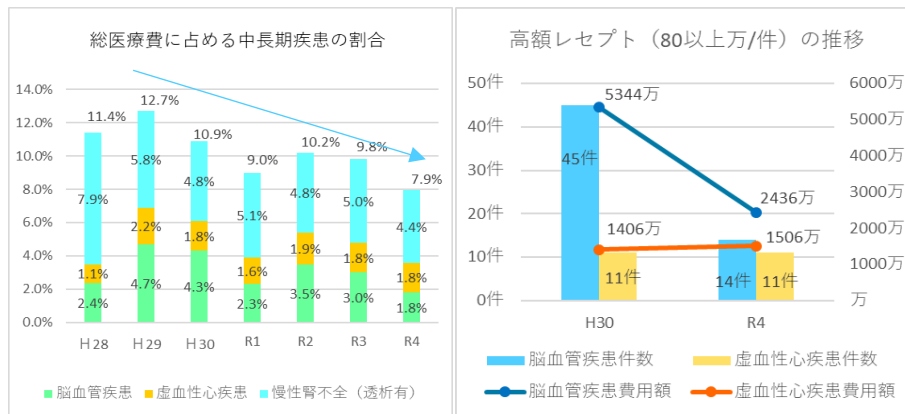
※慢性腎不全は生活習慣病分類では表示されない。

## 中長期目標疾患の状況

総医療費のうち、中長期目標疾患が総医療費に占める割合をみると平成28年度から3.64%減少しており、沖縄県と比較しても低く抑えられています。

慢性腎不全（透析有）について、重症化予防事業の結果、透析導入を遅らせた成果であると考えます。

脳血管疾患については、件数・費用額とも減少しており、心疾患の件数、費用額は横ばいの傾向でした。



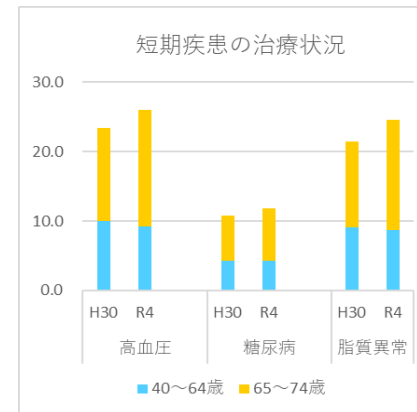
(図表29参照)

(図表35・36参照)

## 短期的な目標疾患の治療状況

高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況をみると、3疾患とも治療者の割合は増えている一方で、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は減っています。

治療者の割合が増加している要因として、高齢化によるものと、健診後、治療が必要な方に対して医療受診勧奨を含めた保健指導を個別に実施しており、重症化しないうちに適切な治療を受けるなどの自己管理が重症化予防につながっていることが考えられます。



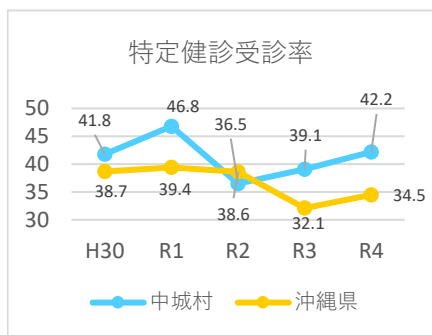
(図表18・19・20・21参照)

## 特定健診・特定保健指導の現状

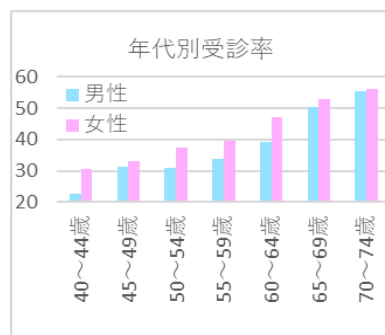
特定健診受診率は県より高く、新型コロナウイルス感染症の影響で低迷し、令和4年以降は持ち直しているものの、目標値60%は達成できていません。特に40～50代の受診率向上が課題です。

特定保健指導実施率は上昇しており、沖縄県や目標値を上回る実施率でした。

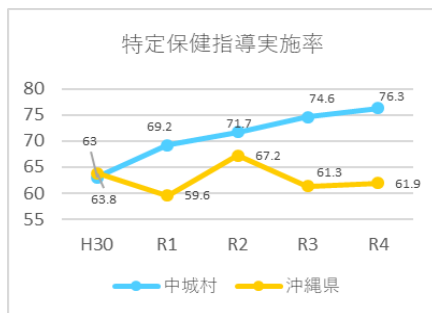
\* 特定健診受診率60%で医療費適正化につながると試算されています。



(図表27参照)



(図表28参照)

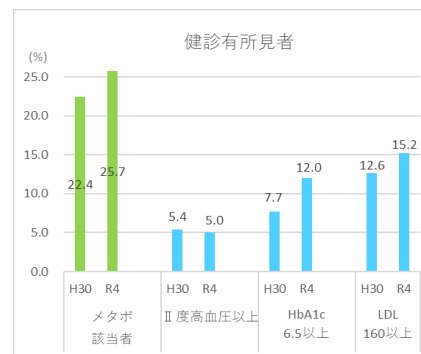


(図表27参照)

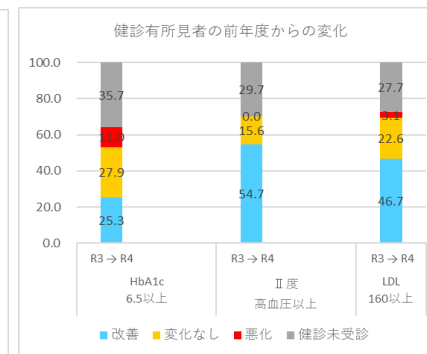
## 健診有所見者の状況

健診有所見者の割合は増加しています。有所見者の翌年度健診結果では改善・維持の割合が5割を超えており、保健指導の取組効果があったと考えます。

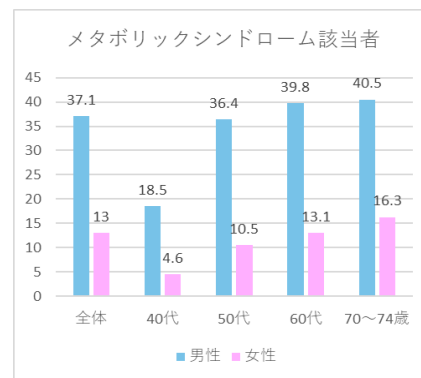
メタボリックシンドローム該当者は男性で顕著で、年齢があがるほど高い割合です。また、メタボ該当者の方では、血圧・血糖・脂質の3項目全てで受診勧奨値である方は35%と高く、79%の方が3疾病のうちいずれかの治療をしています。



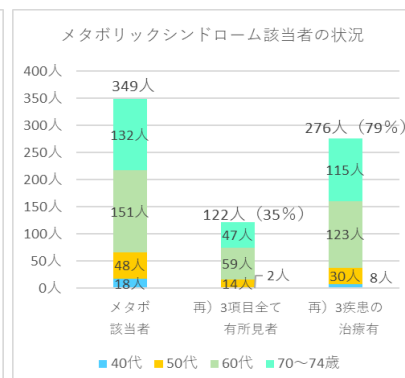
(図表23・24・25・26参照)



(図表24・25・26参照)



(図表63・64参照)



(図表63・64参照)

## 課題と対策および取組事業

対策事業を複合的に実施し、各事業を効率的・効果的な取組とする。

課題	対策の方向性	対策事業	事業概要	指標 (図表43データヘルス計画の目標管理一覧 参照)
メタボリックシンドローム該当者、血圧・血糖・腎機能有所見者数が増加している。	減量を目標とした保健指導、受診勧奨値の方への医療受診勧奨を含めた保健指導の実施。 有所見者への健診継続受診をすすめる取組を行う。	特定健診・特定保健指導事業	①特定健診健診の実施 ②特定保健指導の実施	・特定保健指導実施率(目標②) ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(目標②)
受診率は42.2%と目標60%と乖離がある。 特に40・50代の受診率向上が課題。	特定健診未受診者へ対し、文書・訪問・電話など受診勧奨を行う。	特定健診未受診者対策事業	①受診勧奨通知 ②未受診者訪問 特に健診未経験者 ③インセンティブ事業 ④広報・周知	・特定健診受診率(目標⑨)
メタボリックシンドローム該当者は血圧・血糖・脂質の疾病率・治療率が高い。	肥満を解決しやすい1度肥満かつ高血圧・糖尿病を併発していない若い世代への指導を優先的に実施する。 メタボリックシンドローム該当者は脳・心疾患発症リスクが高いことから二次健診を実施する。	肥満対策事業	①保健指導 ②治療中断者への保健指導 ③二次健診の実施	・メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少(目標⑥) ・メタボ+血圧・血糖・脂質有所見者の減少(目標⑦～⑩)
腎不全の医療費が高額であり、人工透析患者の一人当たり医療費が高い。	保健指導の実施を強化。 糖尿病の治療中の方の服薬管理・食事管理、定期的な通院確認により重症化を防止する。	糖尿病性腎症重症化予防事業	①医療受診勧奨 糖尿病該当者を医療につなげる。 ②保健指導 リスクに応じた生活改善の指導を行い、人工透析への移行を防止する。 ③健診受診勧奨 健診・レセプトデータをもとに未治療ハイリスク者へ訪問などを行う。 ④二次健診(糖負荷検査、尿中微量アルブミン検査)を実施	・慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少(目標③) ・糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(目標④) ・糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合減少(目標⑤) ・血糖有所見者(HbA1c6.5%以上)の割合の減少(目標⑬) ・血糖有所見者(HbA1c8.0%以上)の減少(目標⑭) ・尿蛋白有所見者(尿蛋白2+以上)の減少(目標⑯) ・糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合(目標⑱)
脳血管疾患は、急性期の医療費だけでなく、リハビリ期の医療費、退院後の介護給付費がかかる。	高血圧該当者への保健指導・医療受診勧奨の強化。	高血圧重症化予防事業	①血圧160/100以上未治療者を医療につなげる ②保健指導 家庭血圧の記録、減塩指導 ③心房細動有所見者を実際に医療につなげる。 ④二次健診(頸動脈エコー・心電図検査)の実施	・脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少(目標①) ・高血圧者(160/100以上)の割合の減少(目標⑭)
虚血性心疾患の医療費は高額である。	集団健診会場での心電図検査を全数に拡充し、心筋虚血(ST異常所見)があった場合は医療へつなげる。 心電図未実施の場合もリスクに応じて保健指導を実施する。	二次健診事業 等	①二次健診(頸動脈エコー検査・心電図検査)を実施、ST異常所見のあった方を医療につなげる ②LDL180以上未治療者の者を医療につなげる	・虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少(目標②) ・脂質異常者(LDL160以上)の割合の減少(目標⑮)
村の実態等を周知し、一人ひとりが納得したうえで健診受診、生活習慣の改善にむけた取り組みができるよう支援する必要がある。	広報誌、各教室、集団会場などで村の実態を周知する。	広報での周知、栄養教室 等	①広報なかぐすくヘルプロ通信 ②いっぺーまーさん栄養教室 ③集団健診会場などでの健康に関するパネル等展示	
要介護者の循環器疾患の有病率が高い。 後期高齢の一人当たり医療費は2.6倍である。	高齢者の健康課題を福祉課・地域包括センターと共有し、事業連携を進める。	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	関係機関と連携会議で取組を検討していく。 ①健診有所見者への保健指導 ②通いの場においてフレイル予防のための周知啓発	

### その他の保健事業

課題	対策の方向性	対策事業	事業概要	指標
一時的な処方による重複多剤服薬該当者がほとんどであるが、中には慢性的・継続的な重複多剤処方も見られることから、データの追跡・対象者の実態把握を兼ねて保健相談が必要。	重複・頻回受診者に対し、適正な受診を勧奨することにより、医療費の縮減を図る。	重複多剤服薬者訪問指導事業	医療費適正化のため、医療機関への重複・頻回受診者に対し、保健相談を実施する。	介入後、服薬情報、副作用の改善状況を確認する。

## 計画の評価・見直し

令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。最終年度の令和11年度に評価を行います。