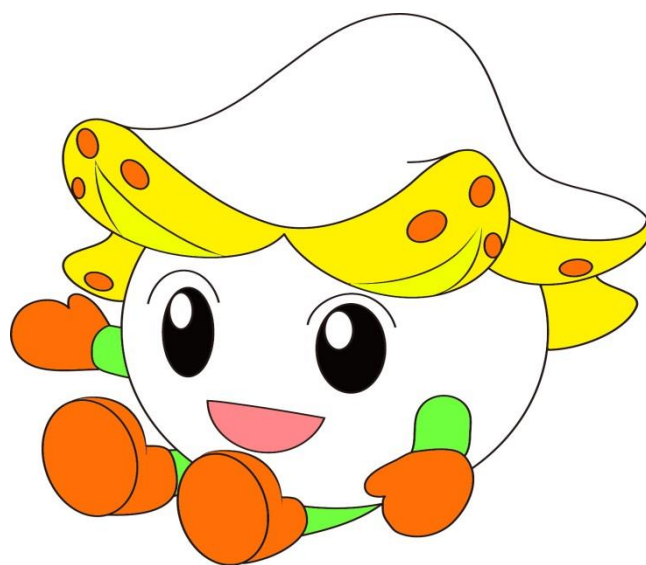


第2期塩谷町データヘルス計画

中間評価



塩谷町

令和3年3月

1 背景

国民健康保険の保険者（以下「保険者」という。）は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条第 1 項並びに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 20 条及び第 24 条の規定に基づき、特定健康診査（以下「特定健診」という。）や特定保健指導を始め、健康教育、健康相談、健康診査、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）を行うように努めなければならないとされています。

近年、特定健診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）システム等の整備により、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 14 日閣議決定）においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することになりました。

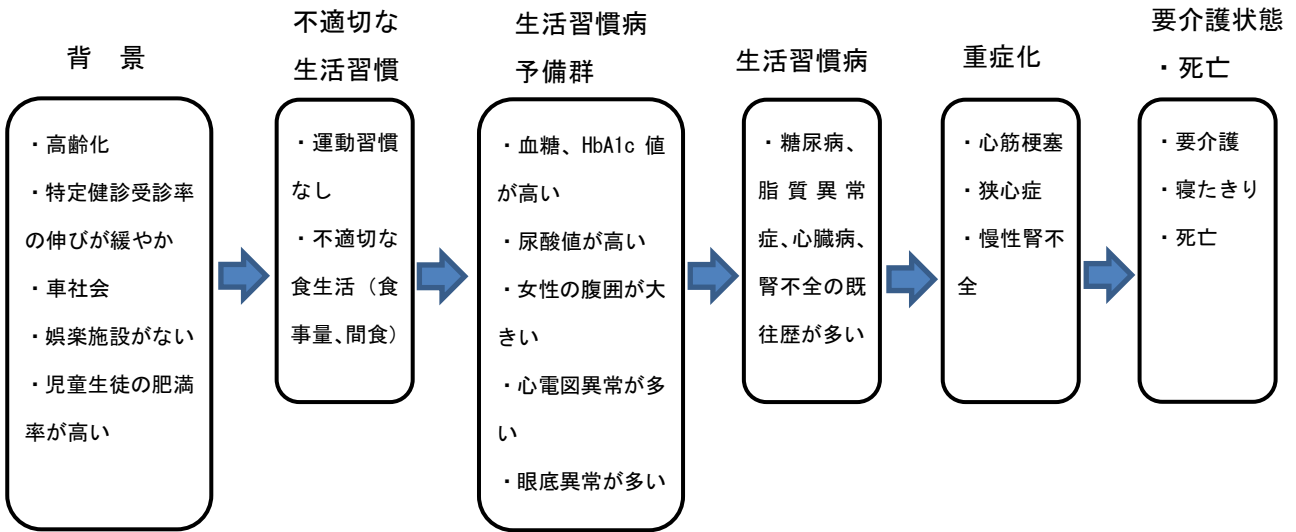
これまでも、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところではありますが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅した保健事業を進めていくことなどが求められます。

2 中間評価の趣旨

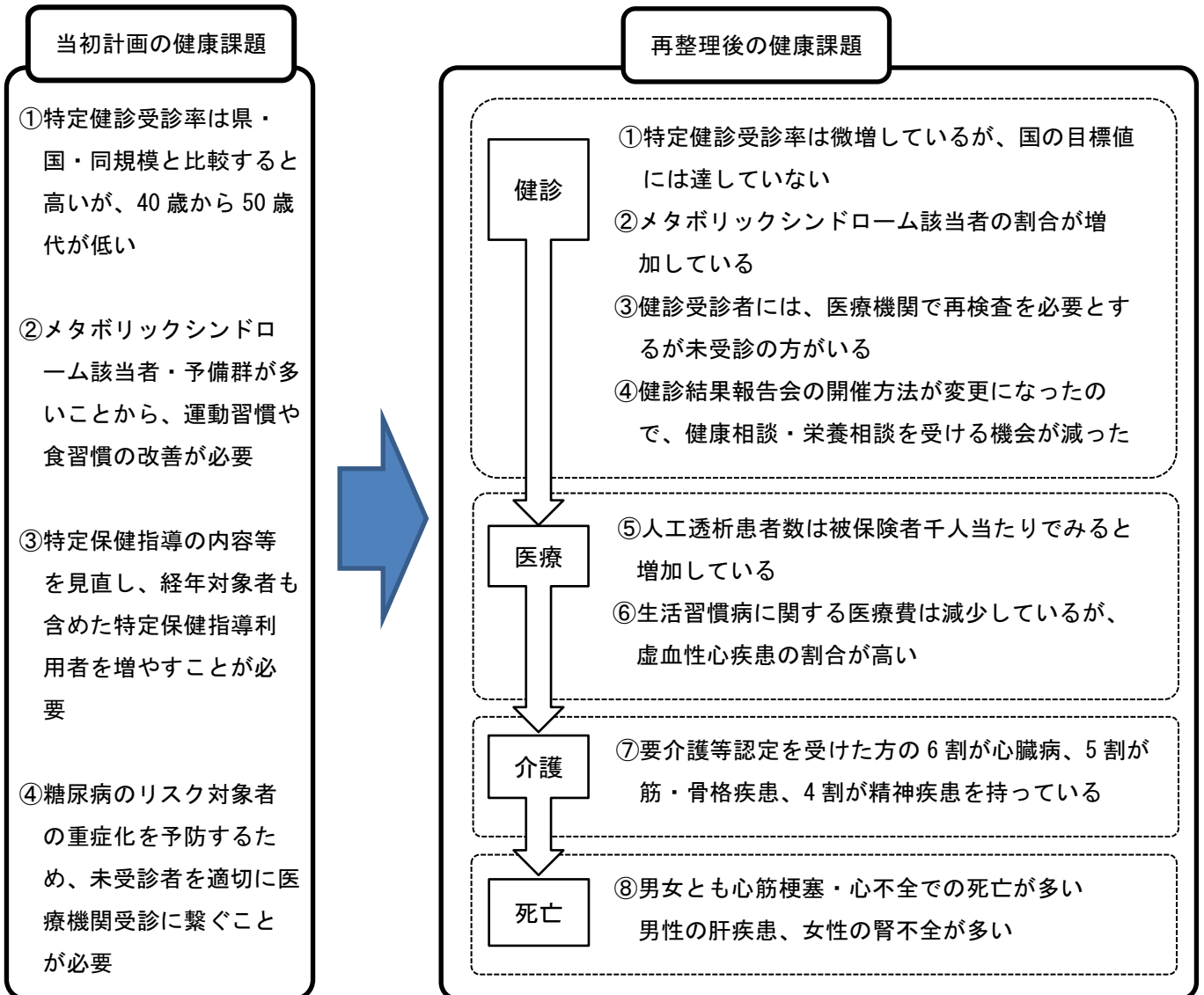
本町では、国が定めた「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、「被保険者一人一人が、自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣病を予防するための行動をとれるようになる」ことを目的に、特定健診データやレセプトの分析に基づく、「第 2 期塩谷町データヘルス計画」（平成 30 年～令和 5 年度計画）を策定しています。中間年度に当たる令和 2 年度において、これまで実施した事業の評価と令和 3 年度から令和 5 年度の目標見直し等を行います。

塩谷町における健康課題

○生活習慣病の発症・重症化の流れ



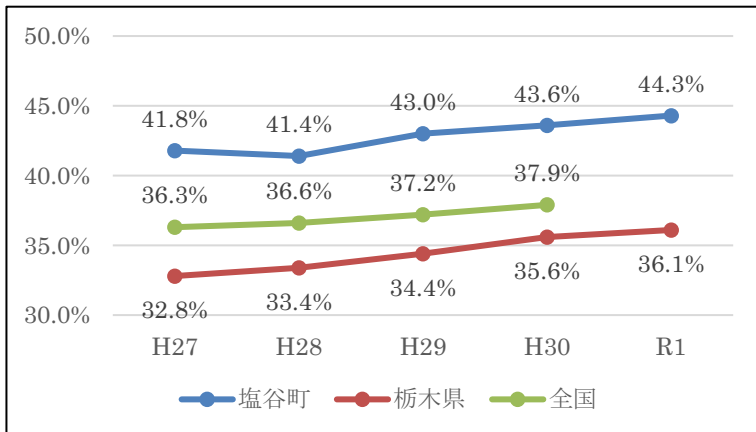
○中間評価分析結果から、健康状態の段階ごとに健康課題を再整理



当初計画の健康課題

(整理後) 健康課題①

○特定健診受診率推移



法定報告

Check

塩谷町の特定健診受診率は、全国平均や栃木県平均を上回っていますが、国の令和5年度60%の目標とは乖離があります。

被保険者自身が健康管理をするためにも受診率向上が課題です。

(整理後) 健康課題②

○メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合

	塩谷町								栃木県	国
	H28		H29		H30		R1		R1	R1
メタボ該当者	179人	17.9%	172人	17.0%	172人	17.1%	188人	18.5%	18.4%	19.0%
男性	122人	26.3%	125人	27.5%	123人	26.5%	131人	27.7%	29.2%	29.9%
女性	57人	10.6%	47人	8.4%	49人	9.1%	57人	10.5%	9.9%	10.4%
メタボ予備軍	111人	11.1%	129人	12.7%	123人	12.2%	119人	11.7%	11.3%	11.1%
男性	82人	17.7%	88人	19.4%	83人	17.8%	84人	17.8%	18.2%	17.7%
女性	29人	5.4%	41人	7.3%	40人	7.4%	35人	6.5%	5.9%	6.0%

KDB 地域の全体像の把握

KDB 厚生労働省様式(5-3)メタボリックシンドローム該当者・予備軍

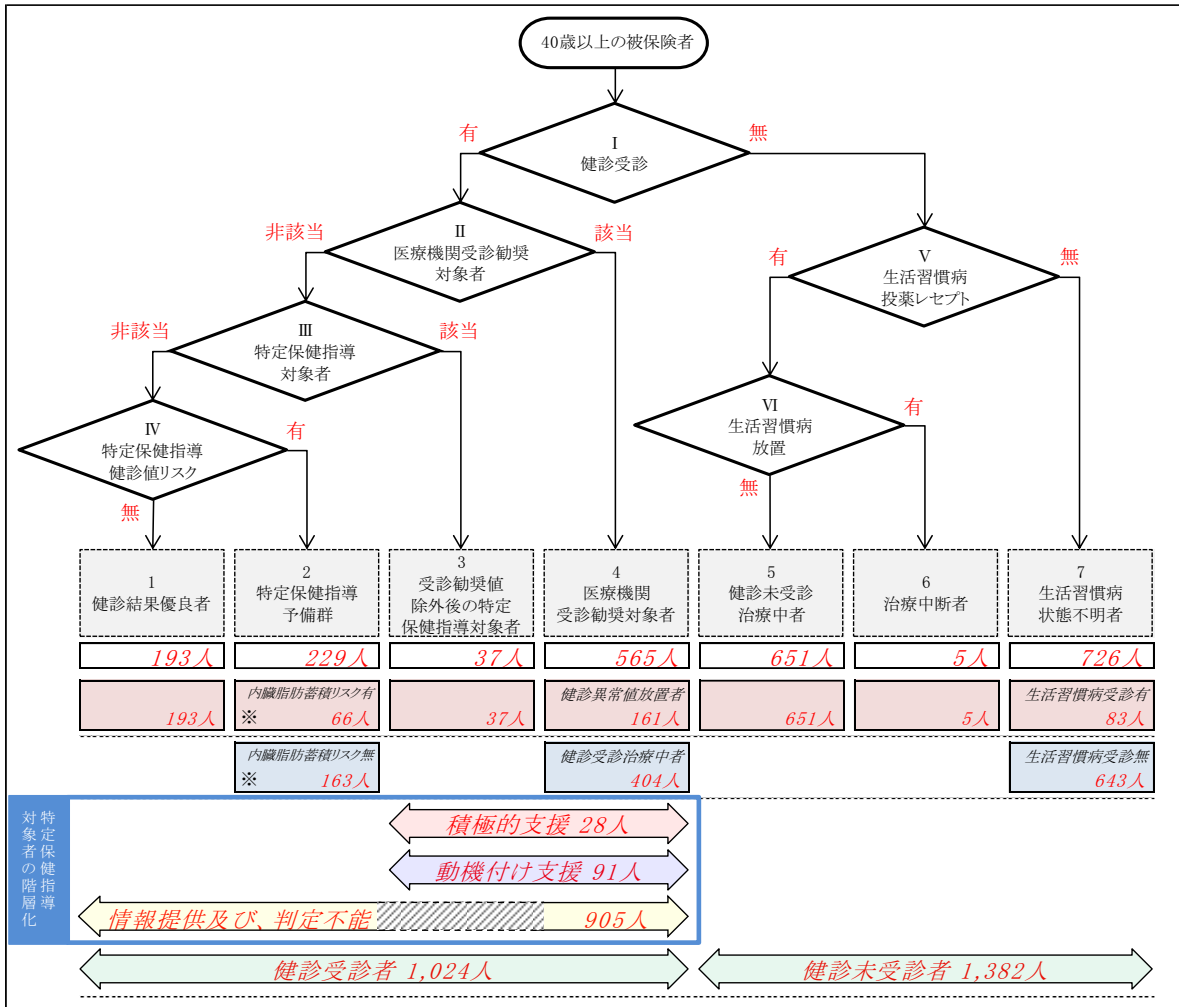
Check

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の方が増加しています。

メタボリックシンドロームは、心臓病や脳卒中の発症リスクを高めるので、生活習慣改善により肥満を解消していくことが必要です。

(整理後) 健康課題③④

○健康診査データ及びレセプトによる指導対象者群分析



データホライゾン ポテンシャル分析

Check

健診で「再検査が必要」と判定されても、未受診の方がいます。

この状態が長期間続くと、重症化して生活機能の低下につながりますので、未受診者を確実に医療につなげ、かかりつけ医と連携を取りながら保健指導を行うことで、重症化を予防することができると思います。

医療

(整理後) 健康課題⑤

○新規透析患者数

		H28		H29		H30		R1	
		人数	被保険者 千人当たり	人数	被保険者 千人当たり	人数	被保険者 千人当たり	人数	被保険者 千人当たり
国保	人工透析患者数	19人	9.878	18人	10.914	20人	12.212	17人	12.664
	(内数) 新規	2人	0.094	2人	0.245	4人	0.299	3人	0.206

KDB 医療費分析 (1) 細小分類

KDB 厚生労働省様式 (3-7) 人工透析のレセプト分析

○人工透析患者の状況

	人工透析患者数 (実数)	大血管障害		血管を痛める因子			
		脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	高尿酸血症	糖尿病	脂質異常症
R1.7月作成分 より	20人	9人	10人	20人	12人	12人	12人
	割合	45.0%	50.0%	100.0%	60.0%	60.0%	60.0%

KDB 厚生労働省様式 (3-7) 人工透析のレセプト分析

Check

人工透析の患者数は減少していますが、被保険者千人当たりで見ると増加しています。
人工透析患者は、高血圧症などの複数の生活習慣病を持っており、生活習慣病の重症化予防に取り組むことで、新規透析導入者を減らすことができると考えます。

(整理後) 健康課題⑥

○総医療費に占める生活習慣病の割合

		塩谷町				同規模	栃木県	国
		H28		R1		R1	R1	R1
		医療費	割合	医療費	割合	割合	割合	割合
生活習慣病		2億322万円	19.9%	1億3,753万円	17.0%	16.4%	17.1%	20.4%
血管を痛める因子	糖尿病	7,649万円	17.0%	7,194万円	13.5%	12.2%	13.3%	11.8%
	高血圧症	6,281万円		4,059万円				
	脂質異常症	3,140万円		2,333万円				
	動脈硬化症	140万円		62万円				
	高尿酸血症	48万円		47万円				
	脂肪肝	55万円		58万円				
目標疾患 中長期	慢性腎臓病	233万円	0.2%	242万円	0.2%	0.3%	0.3%	4.8%
	脳血管疾患	1,119万円	1.1%	1,146万円	1.1%	2.3%	1.9%	2.1%
	虚血性心疾患	1,657万円	1.6%	2,275万円	2.2%	1.6%	1.6%	1.7%
がん		1億4,294万円	14.0%	1億6,293万円	16.0%	10.5%	10.5%	16.1%
筋・骨格疾患		6,265万円	6.1%	9,790万円	9.6%	7.0%	6.2%	8.8%
精神疾患		9,590万円	9.4%	7,602万円	7.4%	7.1%	6.3%	8.0%
その他		5億1,657万円	50.6%	5億4,620万円	50.0%	42.6%	59.9%	46.7%
総医療費		10億2,128万円	100%	10億2,058万円	100%	100%	100%	100%

KDB 疾病別医療費分析（細小（82）分類）

KDB 医療費分析（1）細小分類

Check

令和元年度において、医療費全体における生活習慣病医療費は、17.0%を占めています。生活習慣病は、今や健康長寿の最大の阻害要因となるだけでなく、医療費にも大きな影響を与えています。その多くは、不健全な生活の積み重ねによって引き起こされるものですが、これは個人が日常生活の中での適度な運動やバランスの取れた食生活、禁煙を実践することによって予防することができます。

○被保険者千人当たりのレセプト件数

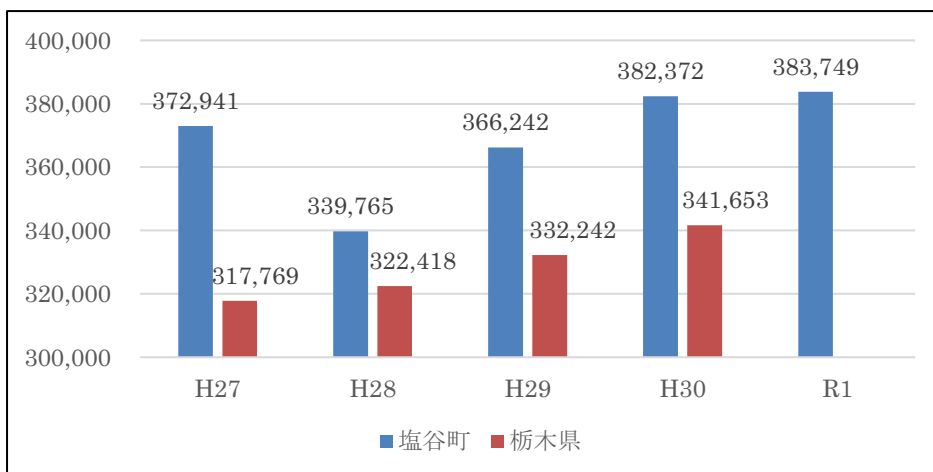
				塩谷町		同規模	栃木県	国
				H28	R1	R1	R1	R1
入院	中長期目標疾患	腎	慢性腎臓病	0.073	0.164	0.074	0.047	0.056
			脳	脳梗塞	0.121	0.246	0.518	0.370
		脳出血		0.000	0.027	0.251	0.161	0.218
		心		狭心症	0.411	0.301	0.360	0.240
			心筋梗塞	0.073	0.062	0.065	0.066	0.057
	その他の疾患	がん		1.887	1.558	2.367	1.451	1.695
		筋・骨格疾患		0.532	0.985	1.408	0.867	0.000
		精神疾患		4.329	3.500	3.723	2.563	2.631
	外来	中長期目標疾患	腎	慢性腎臓病	0.460	0.629	1.090	0.952
脳				脳梗塞	6.070	5.114	4.362	3.395
			脳出血	0.048	0.191	0.218	0.132	0.212
			心	狭心症	8.924	10.747	5.375	5.055
心筋梗塞				0.000	0.219	0.315	0.372	0.311
その他の疾患		がん		12.212	16.052	13.825	12.053	12.766
		筋・骨格疾患		32.166	14.083	48.247	38.539	44.513
		精神疾患		20.508	23.846	26.606	22.406	25.670

KDB 疾病別医療費分析（細小（82）分類）

Check

慢性腎臓病・脳出血のレセプト件数は、入院・外来ともに増加しています。慢性腎臓病（入院）・狭心症（外来）は、同規模・栃木県・国より多くなっています。

○一人当たり医療費の推移



栃木県 HP 栃木県市町村国民健康保険の財政状況等

Check

一人当たり医療費は年々増加しており、金額は県内最大となっています。（平成27・29・30年度 最高位、平成28年度 5位）
平成30年度において、最小の保険者との格差が1.28倍となっています。

介 護

(整理後) 健康課題⑦

○要介護等認定者の有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）
(%)

		H28	R1
要介護（支援）認定者数		689 人	704 人
有病状況		有病者数	
1号被保険者	糖尿病	113 (17.0)	128 (17.3)
	（再掲）糖尿病合併症	19 (2.5)	28 (3.1)
	心臓病	419 (59.4)	409 (58.6)
	脳疾患	185 (25.3)	154 (23.6)
	がん	53 (8.9)	73 (10.9)
	精神疾患	247 (34.9)	289 (41.5)
	筋・骨格疾患	361 (51.2)	371 (53.6)
	難病	29 (4.0)	31 (4.6)
	その他	413 (58.5)	405 (58.1)
計		1,820 (259.2)	1,860 (268.1)

KDB 要介護（支援）者有病状況

Check

要介護等認定を受けた方の6割が心臓病、5割が筋・骨格疾患、4割が精神疾患を持っています。

死 亡

(整理後) 健康課題⑧

○塩谷町における平均寿命と死因

		H28				R1			
		塩谷町	県	同規模	国	塩谷町	県	同規模	国
平均 寿命	男	78.7	79.1	79.3	79.6	80.0	80.1	80.4	80.8
	女	85.7	85.7	86.4	86.4	86.4	86.3	86.9	87.0
死因 (%)	がん	48.5	46.5	45.4	49.6	43.5	45.8	46.4	49.9
	心臓病	28.3	27.5	28.4	26.5	23.9	28.5	29.0	27.4
	脳疾患	13.1	17.9	17.5	15.4	23.9	17.7	16.3	14.7
	糖尿病	2.0	1.9	1.8	1.8	2.2	2.0	2.1	1.9
	腎不全	2.0	3.1	3.9	3.3	5.4	3.2	3.8	3.4
	自殺	6.1	3.2	3.0	3.3	1.1	2.8	2.4	2.7

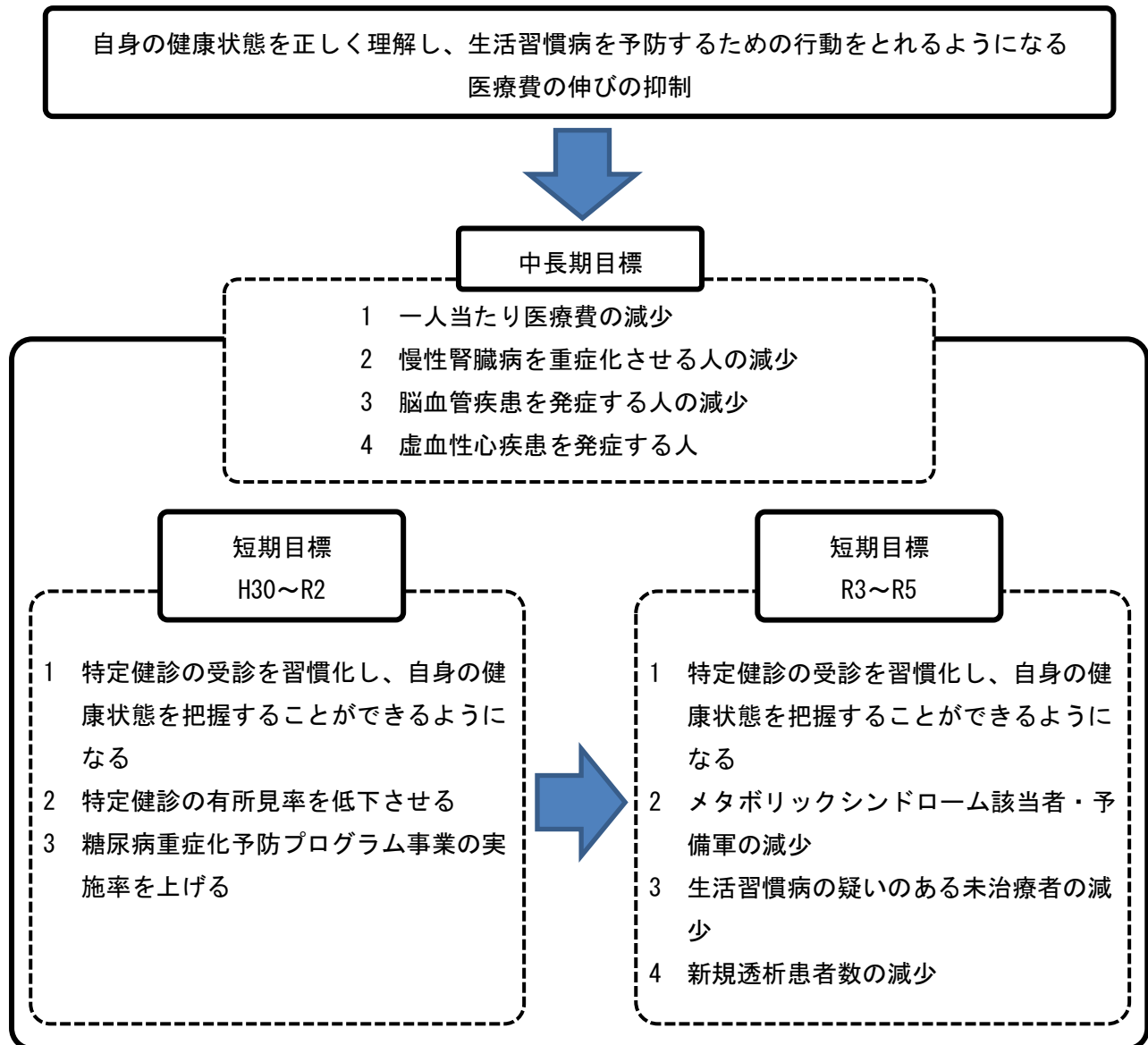
KDB 地域の全体像の把握

Check

脳疾患・腎不全が栃木県・同規模・国より多くなっています。

これからの保健事業

再整理後の健康課題から、「自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣病を予防するための行動をとれるようになる」「医療費の伸びの抑制」の2つを目的とし、4つの中長期目標と4つの短期目標を設定し、目標値を定め、保健事業を実施していきます。



(整理後) 保健事業の実施計画と評価指標

	事業名	事業の目的	事業の概要	今後の方向性	目標 (令和5年度)	
					アウトプット	アウトカム (成果)
既存 (見直しあり)	特定健診	内臓脂肪型肥満に着目した特定健診の受診を習慣化させることで、被保険者の糖尿病、高血圧、脂質異常症等の予防を図る。	健康状態の把握や、高リスク者を抽出し保健指導の実施につなげる。 集団健診方式 実施期間：5月頃～12月頃 対象者：40歳～74歳の国保被保険者	受診しやすい環境整備や受診勧奨をして、受診率向上に努める。	・対象者への通知実施率 100% ・特定健診実施回数 14回以上	・特定健診受診率 50% (実現可能ライン) 国の目標値 60%が最終目標である
既存 (見直しあり)	健診結果報告会	健診結果から、現在の健康状態や生活習慣病リスクの正しい理解をすすめるとともに必要な生活習慣の改善を促す。	健診受診1か月から1か月半後に健診と同会場で実施。保健師・栄養士からの説明及び指導を個別実施。待ち時間を利用し、歯科集団指導を実施。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症予防のため、要精密検査者のみの対応とした。 対象者：要精密検査者等	報告会対象者を、要精密検査者としたが、感染症の発生状況を見極めつつ対応する。保健師・栄養士からの指導を受ける機会を設定する。	・健診結果報告会実施回数 14回 ・特定健診受診者に対し、電話による支援人数 健康相談、栄養相談合わせ 20人以上	・特定健診受診者の有所見率の低下 BMI 25.6%→22.0% LDL 54.5%→47.0% HbA1c 60.2%→54.0%
既存 (見直しあり)	特定保健指導	生活習慣病リスク保有者に対して、保健指導を実施することで、生活習慣や健康状態の改善を図る。	外部委託による実施。初回・継続支援は基本的に個別指導とし、支援を受けやすい体制とする。 対象者：特定保健指導該当者	夜間・休日の訪問等を実施し、実施率の向上に努める。	・対象者への通知実施率 100%	・特定保健指導実施率 60%
既存 (見直しあり)	特定健診未受診者対策	特定健診未受診者に対して、勧奨通知を送付すること等により受診を促進する。	追加健診を引続き実施するとともに、勧奨通知(ハガキ)を送付。平行して電話勧奨を実施する。 対象者：特定健診未受診者	町広報誌・町HP・携帯アプリ等により、未受診者に対する勧奨通知を送付する。	・受診勧奨の通知実施率 100%	・過去3年間未受診者の割合 50%削減

	事業名	事業の目的	事業の概要	今後の方向性	目標（令和5年度）	
					アウトプット	アウトカム（成果）
拡大 （見直しあり）	糖尿病重症化予防事業	糖尿病重症化リスクがありながら未治療である者に対して、早期治療につなげるほか、医療機関と連携し適切な保健指導を行うことで糖尿病の重症化を予防する。	糖尿病重症化予防プログラムに基づき情報提供、受診勧奨、保健指導を実施する。 対象者：特定健診の結果、医療機関受診勧奨・保健指導値に該当する者	継続する。	・情報提供対象者数（平成29年度843人） ・医療機関受診勧奨実施者数（平成29年度5人） ・保健指導実施者数（平成29年度2人）	・医療機関受診勧奨受診率50% ・新規透析患者数1人
既存	ジェネリック医薬品利用差額通知	ジェネリック医薬品利用差額通知を送付し、利用の促進、医療費の適正化を図る。	対象月に処方を受けた調剤を、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を作成し送付する。 対象者：対象月に調剤のある被保険者	継続する。	・対象者への通知実施率100%	・ジェネリック利用率80%
既存 （見直しあり）	重複・多受診者保健指導事業	重複・多受診者に対し、医療機関への適正な受診に向けた指導を行い、適正な治療による早期回復・医療費の適正化を推進する。	重複・多受診者に対し、保健師による訪問指導を行う。 対象者：柔道整復師の受診が月15日以上または3か月継続中の被保険者	継続する。	・訪問指導実施回数5回	・受診改善者数5名
新規	重複・多剤服薬者等保健指導事業	保健指導の実施により、健康の保持増進と疾病の早期回復を図り、更に医療費の適正化を目指す。	対象者に対して、薬剤師・保健師の訪問指導を行う。 対象者：3か月連続して3箇所以上の医療機関より同一薬効の薬剤の投与を受けている者	継続する。	・訪問指導実施回数6回	・対象者の変化について行動変容ステージの変化率60%

	事業名	事業の目的	事業の概要	今後の方向性	目標（令和5年度）	
					アウトプット	アウトカム（成果）
新規	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の身体的・精神的及び社会的な特性を踏まえ、きめ細やかな支援を実施するため、栃木県後期高齢者医療広域連合と連携をとり、高齢者保健事業・国民健康保健事業及び介護保険制度の地域事業を一体的に実施する。	令和2年度より開始された事業。 1 高齢者に対する個別的支援 2 通いの場等への積極的な関与等 対象者：後期高齢者医療保険被保険者	医療保険制度每ではなく、地域の健康課題を整理分析し、効果的な保健事業を実施する。	・通いの場での健康相談、健康教室の実施回数 ・各事業のハイリスクアプローチの対象者数 ・庁内連携会議の開催数	・参加者の満足度 70% ・対象者への保健指導実施回数 2回/1人 ・8回
新規	特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策）	特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者について、医療機関への適切な受診勧奨を行う。	前年度の健診結果とレセプトから対象者を選定し、医療機関への受診勧奨通知を送付する。 対象者：受診勧奨判定値以上の者	継続する。	・受診勧奨通知実施率 100%	・生活習慣改善者の割合 50%
新規	健康ポイント事業	参加者に対し、運動不足による生活習慣病の発症を予防する。	令和2年度からの事業。参加者に歩数計を配布し、歩数によってポイントが付与される。 対象者：町内在住の健康状態や医療費などのデータを町に提供できる 20歳以上の者	継続する。	・健活ポイント事業の参加人数 R2 200人→R4 500人	・1日30分以上の軽い運動を週2以上を1年以上継続している者の割合 H28 33.6%→41.2%



令和3年度より「健康づくり町民運動（仮称）」を展開。
健診受診・食生活改善・運動の習慣化の3本柱で町民の健康意識の向上を図る。

計画の評価

中間見直し後のデータヘルス計画は、計画の最終年度である令和 5 年度に最終評価を行います。

データヘルス計画に基づく保健事業については、毎年「個別事業計画」を策定し、データヘルス計画の進捗状況等を評価していきます。