

# 第3期袖ヶ浦市保健事業実施計画(データヘルス計画)(案)

## ◆◆概要版◆◆

### 第1章 計画策定の基本的な考え方

#### 1. 背景・目的

健康・医療情報を活用し、P D C Aサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業を実施するため、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針（平成26年3月 厚生労働省告示）」（以下、「国指針」。）を受け、現在平成30年度から令和5年度を計画期間とした「第2期袖ヶ浦市保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、「データヘルス計画」。）を策定し、事業を推進しています。また、データヘルス計画の標準化を推進し、全国共通の評価指標を用いることにより、地域の健康課題の抽出・明確化し、保健事業へ反映させていきます。

「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」（以下、「特定健診等実施計画」。）の評価・分析を踏まえ、健康課題を抽出し、被保険者の健康増進、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化のため、「第4期特定健康診査等実施計画」と一体化して「第3期データヘルス計画」を策定するものです。

#### 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

データヘルス計画は、国指針及び健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく「基本的な方針」、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）を踏まえつつ、「袖ヶ浦市総合計画」「健康ちば21（千葉県健康増進計画）」「袖ヶ浦健康プラン21」などと調和のとれたものとします。

生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するための取組を示した特定健診等実施計画を基にデータ分析を行い、生活習慣病の発症及び重症化の予防に取組み、国民健康保険被保険者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸や医療費の適正化を目指します。

#### 3. 計画の期間

令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

## 第2章 第2期データヘルス計画に係る評価及び考察



項目	計画策定時		R04年度		評価指標	評価 ※1
	年度	現状値	実績	現状値比		
1.長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少(千人当たりの新規患者数)						
(1)高血圧	H28	11.83人	12.05人	0.22人	千人当たり新規患者数の減	B
(2)脂質異常症	H28	8.28人	10.35人	2.07人	千人当たり新規患者数の減	B
(3)糖尿病	H28	14.91人	11.93人	▲2.98人	千人当たり新規患者数の減	A
2.3疾患重複して持つ人の割合の減少						
(1)男性割合	H28	31.1%	35.0%	3.9%	R4評価時に同規模※2平均に近づける	32.7% C
(2)女性割合	H28	11.5%	13.9%	2.4%		11.5% C
3.Ⅱ度以上高血圧者の割合の減	H28	6.6%	7.2%	0.6%	4%台	C

新規患者数をみると、糖尿病は減少、高血圧と脂質異常症は増加しています。

高血圧・脂質異常症・糖尿病を重複して持つ人の割合が増加しています。新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えの影響により、適切な治療につながらずに重症化する人が増えていると考えられます。

※1 評価「A：達成」…目標を達成しているもの。「B：一部達成」…目標値の設定のないものについて、毎年度の評価指標から目標を一部達成と判断できるもの。

「C：未達成」…目標を達成していないもの。(現状値比による)

※2 同規模 KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、袖ヶ浦市と同規模保険者(250市町村)の平均値を表すもの。

### 医療費の推移

	袖ヶ浦市		
	H30年度	R04年度	
被保険者数(人)	14,176人	12,649人	
前期高齢者割合	6,739人 (47.5%)	6,121人 (48.4%)	
総医療費	45億4103万円	43億9477万円	
一人あたり医療費(円)	320,332円	347,440円	
入院	1件あたり費用額(円)	576,400円	637,770円
外来	1件あたり費用額	21,570円	23,150円

総医療費は減少しても、一人あたりや1件あたりの医療費は増加しています。

◆糖尿病の新規患者数が減少していることから、慢性腎臓病の予防で取り組んでいる腎臓病地域連携パスの取組が、糖尿病性腎症の予防にも効果が出ていると考えられます。

◆特定健診の受診率の向上を図ることにより、医療費が一時的に上昇する可能性があります。入院と外来の医療費の比率にも注目し、1件あたり医療費を減少させることが必要です。

◆若年期から特定健診の習慣を定着させ、生活習慣病を早期から予防してメタボ該当者を増やさないようにすることが重要です。

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（第4期特定健康診査等実施計画）



項目	計画策定時		R04年度		中長期 評価指標	評価
	年度	現状値	実績	現状値比		
特定健診受診率の増加	H27	52.3%	48.4%	▲3.9%	60%	C
治療中者の情報提供数	H27	-	-	-	現状把握	-
集団健診受診者数の増加	H27	241人	300人	59人	20人増/年	B
継続受診率の向上	H27	79.3%	79.0%	▲0.3%	80.5%	C
40～50歳代の受診率向上	H27	27.4%	28.0%	0.6%	34%	C
男性割合	H27	22.0%	22.8%	0.8%	30%	C
女性割合	H27	34.4%	31.3%	▲3.1%	41%	C
保健指導実施率の増加	H27	38.6%	58.7%	20.1%	60%	C
保健指導対象者の減少率(指導利用者)	H27	27.1%	25.9%	▲1.2%	現状把握	-

受診率の低下は、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えと、受診率の高い層が後期高齢者医療制度に移行したことが一因であると考えられます。

新型コロナウイルス感染症拡大により、医療機関への依頼及び対象者との接触が困難であったことから、実施できませんでした。

集団健診を予約制に変更し、待ち時間の短縮に繋げ、受診者の増加を図りました。

◆若年層や60歳台の健診受診率の向上に努めます。

◆令和3年度にA Iによるデータ分析での受診勧奨を行い、受診率が上昇したことから、対象者の特性に応じた受診勧奨方法を検討します。

◆保健指導の実施率は上昇しているものの、目標は達成できませんでした。今後は、対象者にとってより保健指導を利用しやすい環境を作るため、休日等に保健指導を実施するなど実施方法について検討を行い、対象者の生活習慣の改善支援に努めます。

## 第4章 第3期計画における健康課題の明確化及び目標設定

### 健康課題の明確化

◆ 糖尿病及び高血圧の総医療費に占める割合は、同規模市町村と比較し高くなっています。また、人工透析を必要とする腎不全の医療費に占める割合や1件あたりの入院費用額についても、同規模市町村、県、国と比較し高くなっています。

脳血管疾患は医療費だけでなく、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼします。脳血管疾患、糖尿病、腎不全などの重症化予防に力を入れる必要があります。

◆ 40歳から74歳でBMI 25以上の率が平成30年度と比較すると約1.0ポイント上昇しており、肥満傾向にある方が増えています。また、高血圧はすべての年代で増加しています。高血圧や糖尿病などが合併症のリスクを高めるため、合併症発症前に受診勧奨や保健指導による重症化予防の取組が重要になります。

◆ 中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）に共通した高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療の中断を防ぐため、保健指導の継続が重要です。

本計画の優先的な課題として、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期的な目標にします。生活習慣病は自覚症状が無いことが多いため、対象者把握のため受診率の向上に努めます。また、中長期的な目標として、腎不全、虚血性心疾患の患者の割合を減少させ、医療費の伸びを抑えることを目指します。

医療費において、軽症時に受診せず、重症化して入院する傾向が見られるため、適切な時期での受診を促し入院に係る医療費の伸びを抑えていきます。

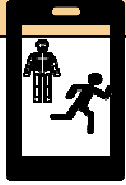
### 管理目標の設定

千葉県共通評価指標と本市の課題に応じた追加評価指標を設定します。

※ 評価指標中、色付きの項目は千葉県共通評価指標

健康課題	達成すべき目的	評価指標
全体医療費の増加	医療費から現状を把握し、重症化予防を図り医療費全体の伸びを抑制する	一人あたりの医科医療費/月
受診率の低下 メタボ該当者の増加	特定健診及び特定保健指導を通じて、メタボ該当者や重症化予防対象者を減らす	特定健康診査受診率
		年齢階層別特定健康診査受診率
		特定保健指導実施率
		メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合
		特定保健指導対象者の発生率
虚血性心疾患、腎不全等の医療費の増加	虚血性心疾患、腎不全等の発症予防のため、高血圧や糖尿病の有病者を減らす	糖尿病の有病割合
		高血圧者の有病割合
	虚血性心疾患、腎不全等による医療費の伸びを抑制する	受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合
		新規人工透析患者数の減少(国保継続加入者)
		HbA1c6.5%以上の者の割合
	虚血性心疾患の有病割合	

## 第5章 課題解決に向けた個別保健事業



### 受診勧奨とポピュレーションアプローチ

特定健診の受診者を増やし、重症化予防の対象者を把握します。

受診勧奨を積極的に行い、個別の訪問等による勧奨や、既存事業との連携、ICTやAIなどの活用を検討していきます。また、SNSやアプリ、インセンティブ、ナッジ理論などを用い効果的なポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチ方法を検討し、被保険者の自発的な行動変容を促すよう働きかけます。

CKD

### 慢性腎臓病（CKD）地域連携パス を使用した重症化予防

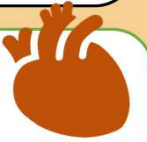


令和元年度から、君津木更津医師会と国保連君津支部（4市）によって構成された慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会で作成した「腎臓病地域連携パス」を発行しています。

特定健診により対象者を把握し、かかりつけ医、専門医、市で連携を図りながら治療へとつなげ、腎臓病の重症化を予防します。

また、その後の治療状況などをレセプトなどから把握し、未治療者などを対象に保健指導を行っていきます。

### 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）の重症化予防



特定健診において、リスクの高い方に対し心電図検査を実施し、虚血性心疾患の所見と、生活習慣、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクと合わせて複合的に判断し保健指導に繋げていきます。

保健指導の実施にあたっては保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいように努めます。

重症化予防のため、二次健診の実施や継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

### 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防



飽食と運動不足によって生じるメタボリックシンドロームに起因し、ますます増加している心血管病に対し効率の良い予防を行う必要があります。約8割の方は治療中となっていますが、薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。そのため、対象者との接触の機会を積極的に設け、被保険者の行動変容を促していきます。

### 発症予防

小児期から成人期までそれぞれの年代に適した生活習慣病予防対策を行います。

### 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

令和6年度より千葉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な事業を実施していきます。

## 第6章 計画の評価・見直し

施策の計画目標をもとに、進捗状況を関係課で確認し、P D C Aサイクルにより効率的、かつ効果的な施策の推進を目指していきます。計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

計画は、ホームページや広報誌を通じて公表・周知します。また、君津木更津医師会等関係団体を通じて医療機関等に周知します。

公表・配布にあたっては、概要版を作成するなど分かりやすくする工夫をします。

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、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。