

別海町国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
及び  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

概要版

令和6年3月

別海町



## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

### 1. 背景・目的

平成26年3月、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（厚生労働省告示）において市町村は、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（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

また、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」では、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられたところです。

全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組みの推進や評価指標の設定が推進されており、国の動きや本町の課題等を踏まえ、本町では保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づき「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

### 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、国民健康保険に加入している被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核となる特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定することとします。ただし、第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

本町では国保データベース（KDB）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に組み、被保険者の健康保持増進を図ることで健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

### 3. 計画期間

この計画の期間は、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期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 別海町国民健康保険被保険者の特性

本町の人口は令和4年度において約1万4千人であり、高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢が若い町である状況です。別海町国民健康保険加入率及び被保険者数は年々減少傾向を示しており、年齢構成については39歳以下の割合が減少し、65～74歳の割合が増加しています。

また、本町は1つの病院と2つの診療所が設置されており、いずれも同規模と比較して少ない傾向となっています。

## 2. 第2期計画に係る評価及び考察

第2期計画では、目標の設定を以下の2つに分類した整理を行っており、1つ目の中長期的な目標では、計画最終年度までの目標として脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病・筋骨格疾患による医療費の増加抑制について設定し、2つ目の短期的な目標では、中長期的な目標を達成するために必要な目標として、年度ごとの高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリックシンドローム減少等についてそれぞれ設定しました。

### 中長期目標：

本町の一人あたり医療費は、同規模、道、国と比べて低い状況ではありますが、平成30年度と比較した場合は増加となっている状況です。総医療費に占める入院件数の割合は計画策定時より減少していますが、入院医療費は医療費全体の約42%を占めており、重症化予防が重要となります。中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患が総医療費に占める割合は減少していませんが、脳血管疾患についてのみ増加しており、同規模、道、国よりも高い水準であることから、より重点的な対策が必要です。

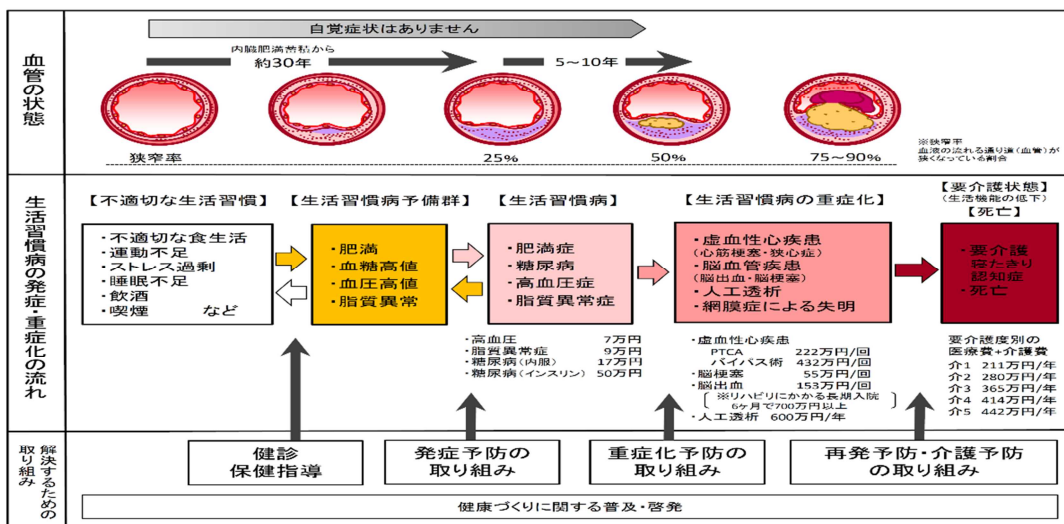
### 短期目標：

特定健康診査受診率は新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、令和2年度に落ち込んだ以降において、最終評価年度でも目標値に達しない結果となりました。令和3年度から北海道国民健康保険団体連合会と共同し、特定健診受診率向上支援等共同事業を実施しており、今後も引き続き事業を実施すると共に、更なるアプローチを行う必要があります。特定保健指導実施率は計画策定時より増加し、特にメタボリックシンドローム該当者の割合は増加しましたが、メタボリックシンドローム予備群の割合は減少している状況です。

健診受診者の高血圧者の割合と脂質異常者の割合はともに減少しましたが、糖尿病患者の割合は増加しており、この増加の要因として、健診受診後に高血圧と糖尿病が未治療のまま放置されていたり、治療中断の方が多くいることから、より健診受診後のフォローが必要です。次年度以降も継続した健診の受診について健診受診勧奨を行います。

## 3. 第3期における健康課題の明確化

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、また、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。



分析の結果、高額レセプトや要介護者の有病状況などから、脳血管疾患で重症化し介護を必要としていることが判明しており、特に脳血管疾患を抑制していくことが課題です。高血圧は脳血管疾患の最大の危険因子であり、中でもⅡ度高血圧以上の未治療・治療中断者が多いこと、高血圧者の翌年度健診未受診の割合が増加していることも課題です。

また、人工透析患者のうち糖尿病を合併している割合が増加しており、このうちHbA1c7.0%以上の未治療・治療中断者が多いこと、高血糖者の翌年度健診未受診の割合が増加していることを踏まえた重症化予防が課題です。また、継続した健診の受診を促す受診勧奨が必要です。

高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドロームなど各種の生活習慣病につながっていく肥満の割合は全年齢で増加していることから、肥満への対策も重要です。

### 第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

#### 1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。6年を一期として策定します。

#### 2. 目標値の設定

令和11年度に特定健康診査受診率45.0%、特定保健指導実施率60.0%を目指します。

#### 3. 特定健康診査・特定保健指導の実施

特定健康診査及び特定保健指導の実施方法について述べています。

### 第4章 課題解決するための個別保健事業

#### 1. 保健事業の方向性

健康寿命の延伸に向けて脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症を減少させるため、共通のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの改善・減少が求められます。そのためには、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。ハイリスクアプローチの取組みとして、本町の健康課題である脳血管疾患・心疾患を中心に解決するため、健康課題の優先順位順に高血圧、糖尿病、脂質異常、メタボリックシンドローム、心房細動の取組みを行います。ポピュレーションアプローチの取組みとして、生活習慣病の重症化により悪化する身体の実態を広く町民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となるため、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準じて実施するものとします。

#### 2. ハイリスクアプローチ

##### (1) 高血圧

Ⅱ度高血圧以上、Ⅰ度高血圧の高血圧未治療者で脳心血管リスク第3層の方、前年度Ⅱ度高血圧以上で当該年度特定健康診査未受診者に、対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要に

もかかわらず医療機関未受診である方には受診勧奨を行います。また、家庭血圧測定を勧めるだけでなく、必要に応じて家庭訪問等で正しく家庭血圧を測定できているか対象者と共に確認し、保健指導を行います。本町では健診で高血圧の方の翌年度健診未受診の割合が増加しているため、継続して特定健康診査を受診するよう健診の受診勧奨を行う必要があります。

## (2) 糖尿病

HbA1c8.0%以上、HbA1c6.5～7.9%の糖尿病未治療者、HbA1c7.0～7.9%の糖尿病治療者、前年度HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療で当該年度特定健康診査未受診者に優先して、対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である方には受診勧奨を行います。特に、本町は健診受診者で高血糖の未治療・治療中断が多いことから、HbA1c8.0%以上の方については、家庭訪問や個別面談等を行い、積極的に支援することとします。また、健診で高血糖の方の翌年度健診未受診の割合が増加していることから、継続して特定健康診査を受診するよう健診の受診勧奨を行う必要があります。

## (3) 脂質異常

LDL コレステロール 180mg/dl 以上、LDL コレステロール 160～179mg/dl で動脈硬化性心血管疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標が高リスク該当者、中性脂肪 300mg/dl 以上の方に、対象者に応じた保健指導を行います。脂質異常症は薬が合わず服薬できない場合もあるため、食事や運動など生活習慣を丁寧に聞き取り、保健指導に努めます。

## (4) メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態です。特定保健指導対象者の積極的支援と動機づけ支援対象者を優先して、対象者に応じた保健指導を行います。指導の際には保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすい指導を心がけます。心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量を目的とした保健指導を行うとともに、医療機関の受診が必要な方には、適切な受診のための受診勧奨を行います。

## (5) 心房細動

心房細動が原因の1つである心原性脳塞栓症は、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い疾患です。そのため、心電図検査で心房細動有所見者に対象者に応じた保健指導を行います。また、治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である方には受診勧奨を行います。以前の特定健康診査の結果から心房細動になった方については、心房細動の治療の有無だけでなく、特定健康診査を受けて治療内容や他のリスク因子を継続して確認することが重要ですので、継続して特定健康診査を受診するよう受診勧奨を行う必要があります。

## (6) 共通項目

これらの支援については、医療、高齢者福祉部門（介護保険部局）と連携し行います。

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

本町は、令和5年度から北海道後期高齢者広域連合の事業を受託し「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います。

### 4. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は健康上の大きな課題です。

データヘルス計画の対象者は被保険者全員であることから、データを妊産婦から子ども、成人、高齢者までライフサイクルの視点で検証することも重要となります。

### 5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、肥満など町の健康課題について広く町民へ周知します。

## 第5章 計画の評価・見直し

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。計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画策定を円滑に行うための準備も考慮し評価を行います。

図表 データヘルス計画の目標管理一覧

関連計画	カテゴリ	北海道の共通指標（主に重点指標）	実績				
			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	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	39人	37人	35人	
			新規虚血性心疾患患者数	46人	43人	40人	
			新規人工透析導入者数	0人	0人	0人	
	アウトカム指標	健康づくり	メタボリックシンドローム該当者割合	16.9%	16.7%	16.5%	
			メタボリックシンドローム予備群該当者割合	15.1%	14.5%	14.0%	
			喫煙率	男性	32.7%	31.8%	30.0%
		女性		11.7%	10.8%	10.0%	
		短期目標	生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	0.8%	0.75%	0.7%
				Ⅲ度高血圧（収縮期血圧180mmHg・拡張期血圧110mmHg）以上の割合	0.9%	0.8%	0.7%
	Ⅱ度高血圧（収縮期血圧160mmHg・拡張期血圧100mmHg）以上の割合			4.0%	3.9%	3.8%	
	LDLコレステロール180mmHg/dl以上の割合			4.5%	4.3%	4.0%	
	アウトプット	特定健診	★特定健診受診率	36.9%	39.6%	45.0%	
		特定保健指導	★特定保健指導実施率	52.2%	60.0%	60.0%	
		生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（HbA1c6.5%以上）のうち、未治療者の医療機関受診率	46.2%	48.0%	50.0%	
			高血圧重症化予防対象者（Ⅰ度高血圧以上）のうち、未治療者の医療機関受診率	32.9%	34.0%	35.0%	
脂質異常症重症化予防対象者（LDL140mmHg/dl以上）のうち、未治療者の医療機関受診率			17.7%	22.0%	30.0%		

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

出典：KDB Expander

別海町国民健康保険 第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)  
及び  
第4期特定健康診査等実施計画  
令和6年度～令和11年度  
概要版

発行	別海町
編集	別海町福祉部 町民課・保健課 別海町別海西本町 101 番地 1
TEL	0153-75-0359
FAX	0153-75-0337