

軽井沢町国民健康保険 第3期データヘルス計画

令和6年3月
軽井沢町

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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。」と掲げられました。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、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、また、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)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI*の設定を推進するとの方針が示されました。このように、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、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…KeyPerformanceIndicatorの略称。重要業績評価指標。

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、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。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

軽井沢町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健福祉部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、関係部局とそれぞれの健康課題を共有するとともに、保健事業を展開します。

関係部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である長野県のほか、国民健康保険団体連合会や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

第5章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病 <ul style="list-style-type: none"> 睡眠不足、自殺率が高い。 毎日間食や甘い飲み物を飲んでいる人が多い。 飲酒頻度が毎日、2～3合の過剰摂取の割合が高い。 医療費及び患者数上位において、生活習慣に関する疾病が多くを占めている。(特にメタボ予備軍の男性、脂質や脂質に加えて血糖が高い人が多い。) 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。 健診受診率が低い。 	1	①、②、③、④	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。
B	医療費、受診行動 <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 後発医薬品の使用割合は80.4%である。 受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。 薬物有害事象の発生や副作用につながる懸念される長期多剤服薬者が存在する。 	3	⑤、⑥	医療費適正化と適正受診・適正服薬 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。
C	介護、高齢者支援 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は0.4%である。 要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。 要介護の方の糖尿病、脳疾患、がん、精神疾患、認知症の有病率が高い。 	4	③、④、⑤、⑥	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 医療・介護データの連携を進め、生活習慣病をはじめ、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。
D	被保険者の健康意識 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、運動習慣がないと回答した割合は60.1%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は21.0%と高い。 	2	①、②、③、④、⑥	被保険者の健康意識の向上 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりサポートを行う。

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%	50.0%	50.0%
特定保健指導実施率	43.0%	5.0%	47.0%	49.0%	50.0%	50.0%	50.0%
健診異常値放置者人数	87人	85人	83人	80人	76人	73人	70人
新規人工透析患者	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人
要介護2以上者の人数	543人	540人	537人	534人	531人	528人	525人

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健診未受診者対策	町民の健康意識の向上及び生活習慣病の早期発見・予防により医療費の抑制を図る。	継続	
A-②	特定保健指導事業	生活習慣病の重症化を予防し、町民のQOLの低下予防並びに医療費の抑制を図り、適切な医療の確保を図る。	継続	
A-③	健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業		新規	
A-④	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病による腎症を早期に発見し、重症化を予防することで、新規透析患者の減少及び医療費の公費負担の減少を図る。	継続	
C-⑥	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業		新規	

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：A-① 特定健診未受診者対策【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	平成30年度までは順調に受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和元年度に落ち込んでいる。その後も受診勧奨は継続し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定健康診査受診率	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	3年以上特定健診を受診していない被保険者(無受診者)の新規受診率	12.9%	13.0%	13.3%	13.5%	13.7%	13.9%	14.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 対象者は、過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 電話による受診勧奨は長野県国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。 小諸北佐久医師会や保健福祉課と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 新規40歳、及び過年度における不定期受診者を主な対象者として、年2回程度、勧奨通知文書を送付している。 過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる特定健康診査対象者を対象者とする。 健診未受診者の過年度の医療機関受診状況等を把握するために、レセプトデータも活用する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は住民課が担当している。 住民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は住民課、連携部門は保健福祉課・軽井沢町国民健康保険軽井沢病院とする。 住民課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、保健福祉課・軽井沢町国民健康保険軽井沢病院は実務支援を担当する。 小諸北佐久医師会への事業説明及び協力要請、長野県国保連の保健事業支援を活用する。
--

評価計画

<p>アウトプット指標「3年以上特定健診を受診していない被保険者(無受診者)の新規受診率」は、市町村健康管理システム「ログヘルス」により過去3年分の健診受診者と現年度健診受診対象者を突合し、無受診者を特定する。それにより判明した無受診者に現年度健診受診者のリストと突合することで、新規受診者及び受診率を求める。受診率の向上に繋がり特定健診の効果が上がることを意味する。</p>
--

事業番号：A-② 特定保健指導事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者のうち、特定保健指導を利用していない者
現在までの事業結果	特定保健指導実施率は、年々低下している。新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和3年度から更に落ち込んでいる。利用勧奨を行っているが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	43.0%	45.0%	47.0%	49.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	結果説明会実施回数	年25回	年25回	年25回	年25回	年25回	年25回	年25回

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導判定値の該当者に対して結果説明会を実施する。 ・結果説明会の参加勧奨は案内文書の郵送で行い、不参加者に対しては次回の結果説明会に向けて電話する。 ・結果説明会では、結果説明と併せて特定保健指導の面接も実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会を実施し、結果説明と併せて特定保健指導の面接を実施している。 ・結果説明会は年25回実施している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会不参加者に対しては、次回の結果説明会に向けて電話による参加勧奨を実施する。 ・町内医療機関に健診結果説明会の参加案内配布の協力依頼を行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・保健福祉課と住民課で共同実施し、令和5年度は職員3名で健診結果説明会を行っている。新型コロナ対応やその他の新規事業が重なり、専門職の関わりが少なくなっている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・人的不足が考えられるため、補充の検討を行う。 ・町内医療機関に健診結果説明会の参加案内配布の協力依頼を行う。
--

評価計画

<p>実施率により評価を行う。実施率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導が実施できるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。</p>
--

事業番号：A-③ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業【新規】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者
現在までの事業結果	新規事業

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	健診異常値放置者人数	87人	85人	83人	80人	76人	73人	70人
アウトプット(実施量・率)指標	健診異常値放置者の受診勧奨実施割合	-	20.0%	23.0%	25.0%	28.0%	30.0%	33.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、人的資源の確保を行う。 ・勧奨業務は、通知文書の郵送、又は電話による受診勧奨とする。 ・町内医師との体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

新規事業

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBにより、対象者の抽出を行う。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す通知文書を郵送するか、電話による受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨後のKDBデータを確認し、効果を検証する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

新規事業

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・今まで未実施の事業であったため、人的及び予算的な資源の確保を行う。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「健診異常値放置者の割合」は、KDBシステムを活用する。特定健康診査の結果に基づき、医療機関への受診が必要な者に、生活習慣病の早期治療の動機づけができるため、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。</p>

事業番号：A-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	人工透析患者の減少
対象者	特定健診結果においてHbA1c（NGSP）6.5%以上の医療機関未受診者または治療中断者へ受診勧奨を含む保健指導を実施。また、①糖尿病治療中の者で尿蛋白±以上またはeGFR60mg/分/1.73m ² 未満であり、かつⅡ度以上の高血圧の者。②eGFR60mg/分/1.73m ² 未満の者
現在までの事業結果	医療機関受診率・翌年度の健診受診率・翌年度の数値の改善率についても低い状態で推移している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	新規人工透析患者	2人	2人	2人	2人	2人	2人	2人
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導率	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会を活用し、保健指導の場とする。 ・事業を実施するための人材確保を継続する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。 ・指導対象者に対して年1回保健指導を実施している。希望者に対しては複数回実施することも可能。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現在は特定健診受診者が対象であるが、特定健康診査未受診者も含めて健診データと併せてレセプトデータを活用して広く対象者を抽出する必要がある。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・住民課、保健福祉課と協力しながら実施。健診結果説明会には住民課2名、保健福祉課1名で対応している。 ・計画及び評価については住民課で担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病については、食事と深く結びついていることもあり、指導者として管理栄養士を配置し続けることが望ましい。 ・現在は、特定健診受診者のみが保健指導の対象になっているが、未受診者も対象としたり、継続フォローする場合には、更に専門職の配置が必要である。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「新規人工透析患者」は、KDBシステムを活用し、3月末時点の人工透析患者のうち、当年度内に新規で透析移行した患者数を確認する。また、人工透析に至った起因疾患や、当該患者への保健指導の実施状況等も確認し、保健事業との相関を分析する。新規人工透析患者数の人数を把握することで、保健指導対象者の抽出方法、及び保健指導プログラムの適切性が検証できる。新規患者数が少なければ、健康寿命の延伸はもちろん、1人当たり50万円程度の医療費を抑制していることを意味する。</p>
--

事業番号：C-⑥ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【新規】

事業の目的	高齢者の保健事業と介護予防等との一体的な実施を効果的かつ効率的に進める
対象者	後期高齢者医療の被保険者
現在までの事業結果	令和2年度から実施の事業であり、広域連合から委託を受け、実施している事業。市町村ごとに実施内容を計画することができ、現在事業を構築段階である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	要介護2以上者の人数	543人	540人	537人	534人	531人	528人	525人
アウトプット(実施量・率)指標	健診結果説明会参加者数	96人	100人	100人	100人	100人	100人	100人

目標を達成するための主な戦略	・事業実施継続のための人材確保を行う。
----------------	---------------------

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> いきいき健診受診者へ健診結果説明会の案内を通知。健診結果説明会では、介護予防の講義を行い、地域の介護予防教室である、通いの場等を紹介。民間事業の紹介(配食やルイザ等)により、介護保険認定者を減らす。 いきいき健診対象者への健診結果説明会を実施することにより、保健指導対象外となっていた人への保健指導
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> いきいき健診を受診した者だけでなく、健診異常値放置者への支援、保健指導の実施を行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 現在は住民課専門職2名が担当、事務職2名及び保健センター専門職といきいき健診の結果説明会を実施。 ケース連携の際、通いの場での講義時には地域包括支援センターの職員と事業を行っている。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 今後も事業を継続していくための人材確保を続ける。
--

評価計画

要介護2以上の者の割合については、KDBにより抽出。広域連合に毎年提出する実績報告により評価を行う。
--