

平成31年度

御殿場市国保ヘルスアップ事業

実 施 計 画

御殿場市国民健康保険

御殿場市国保ヘルスアップ事業実施計画

1. データヘルス計画（第二期）策定までの経緯

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」の中で、健康寿命の延伸が重要なテーマに挙げられた。それを実現する予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりの1つとして、政府は医療保険者に「データヘルス計画の策定・実施」を求め、御殿場市でも平成28年度に「御殿場市国民健康保険データヘルス計画（第一期）」を策定した。

平成29年度末に計画期間が満了するため、診療報酬明細書（レセプト）や健診データなど、健康や医療に関する情報を活用して、当市の国保被保険者の健康課題を分析し、現在実施している保健事業の評価を行うとともに、新たな目標設定と達成手段の検討を行い、平成30年度から35年度を期間とする計画を策定した。

2. 御殿場市国民健康保険の現状と課題

データヘルス計画（第二期）において行った医療費分析・特定健診の結果分析のまとめは以下の通り。

- ・被保険者数の減少により総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増大している
- ・高額レセプトが発生した人の中で、継続的に病院を受診していない人や健診が未受診の人はそうでない人に比べて医療費が高額になる傾向がある
- ・慢性腎臓病で人工透析を受けている人の原因疾患は糖尿病性腎症が多く、糖尿病の有病者も多い
- ・健康状態不明（健診未受診・医療のレセプトがない）の人が4,000人余り存在する
- ・比較的若年者の男性において健診の有所見率が高く、肥満傾向にある
- ・御殿場市はメタボリックシンドロームの該当者割合が県平均に比べて高い

御殿場市の傾向として、長年にわたり肥満者・メタボリックシンドローム該当者が県平均を上回っており、その傾向は特に男性において顕著となっている。さらに、健康状態の把握ができない層（生活習慣病関連のレセプトが存在せず、特定健診も受診していない層）が約32%存在し、潜在的な肥満・メタボリックシンドローム該当者も相当数いることが予想される。現状を認識しないまま知らず知らずのうちに生活習慣病関連疾患が悪化し、重症循環器系疾患や糖尿病性腎症による慢性腎不全の状態へと進行することで、市全体の健康度が下がり、これが将来的にさらに増加することが懸念される状態といえる。

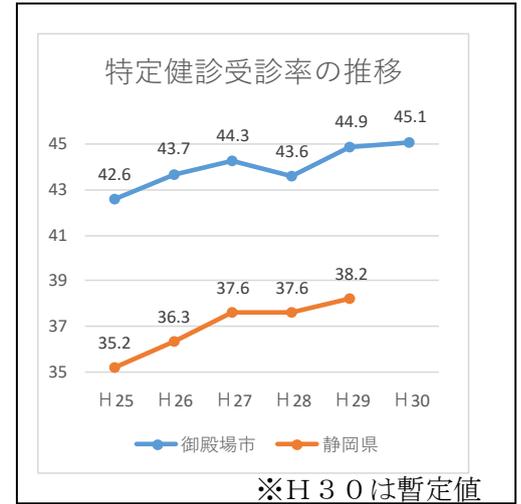
3. 課題を踏まえた重点項目

前項の課題から導き出された御殿場市国民健康保険における重点課題は以下の4点。

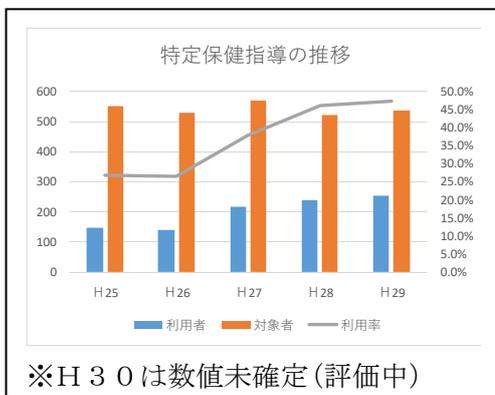
- ①特定健診受診率向上による被保険者の健康状態の把握
- ②特定保健指導対象者の確実な保健指導の実施によるメタボリックシンドロームの改善
- ③適正受診による疾病予防・重症化予防
- ④糖尿病重症化予防事業による慢性腎不全への進行予防

4. 平成30年度までの実施を踏まえた現在の状況

①について：特定健康診査受診率は、未受診者対策事業と受診率向上の取り組みにより少しずつ伸びてきており、平成30年度の暫定値では45%を超えることができた。平成30年度から健康年齢というツールを使って、健診受診へのモチベーションアップを図る取り組みをはじめたが、経年変化を見ることによりさらに関心が高まることや、適正受診につながるという効果も期待できる。さらに、特定健診に到達する前の年齢層への健診の働きかけや、国保加入手続き時に手厚く健診の案内を行うことなどにより継続受診につなげる。



②について：メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者数は、ここ5年ほど横ばいで、受診者における割合は9～10%ほどである。特定保健指導の利用率については近年増加後維持しており、事業開始から10年を迎え、リピーターも増えている状況である。新規利用者については、今年度初対象になった人よりも、過去に利用がない人について利用につながりにくい傾向があるため、特定保健指導につながるまでの流れづくりについて課題がある。利用率について頭打ちとならないよう、新たな策を考えていく必要がある。



③について：健診の結果受診勧奨値であった人に対して、リスク数などから優先順位を設定し、訪問にて受診勧奨を行った。訪問前にアンケート調査を兼ねた事前通知を送ったことにより、それがきっかけで受診行動につながったケースや、訪問によって受診につながったケースもあった。今年度は糖尿病性重症化予防事業に集約し、実施する。薬剤重複者の訪問指導については引き続きリストアップが必要。

④について：平成30年3月に県が作成した「糖尿病重症化予防プログラム」に則り、平成30年度には保健所・医師会・隣町である小山町とも連携し、地域全体の課題とし

て事業実施に向け体制づくりを行ってきた。平成31年度御殿場市・小山町で取り組む糖尿病性腎症重症化予防事業を新規事業として行う。特定健診の結果により二次健診として尿中アルブミン検査を行い、腎症1期・2期のうちから介入し重症化を防ぐ。ハイリスク者についても、受診につながっていない人について受診勧奨を行い、適正受診を促す。

平成31年度も引き続きデータヘルス計画に則り事業を展開していくが、計画策定から2年目を迎えるにあたり、昨年度行ってきた事業について事業評価を行い、アセスメントから導き出した課題に着目しつつ、事業のブラッシュアップを図っていく。事業実施にあたっては、国の補助金（特別調整交付金）を受け、御殿場市国保ヘルスアップ事業として実施する。

5. 重点事業の実施について

上記重点事業に関する保健事業を以下の通り実施する。評価については、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（数量）、アウトカム（効果）の4つの指標で行う。

① a 健診未受診者対策事業

目的	健診を受ける人を少しでも増やすことで高額レセプトにおける一人あたり医療費の減少をはかり、健診が病気の早期発見や予防に関係が深いことから、健康状態不明な人を少なくすることを目的とする。	
実施方法	（株）JMDCに業務委託する。 事業者は、昨年度の事業実施の結果から今年度の課題を提示し、健康年齢通知の実施時期・方法について市と相談。その後市からデータ提供を受け分析し、具体的で効果的な内容・方法により健康年齢通知を使った受診勧奨を行う。	
実施時期	7月～3月	
事業評価	構造	業者選定は適切であったか 実施規模・業務内容に対して予算は妥当であったか 業務全体を通して適切に管理されていたか
	過程	対象者の選定は適切であったか 担当課と業者の打ち合わせは十分にできていたか
	数量	通知等発送数
	効果	通知発送数に対する受診率 特定健診実施率（中間報告値・法定報告値）

① b 若年者における特定健診に準じた健診受診促進事業

（生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組：早期介入保健指導事業）

目的	昨今の若年者（40歳代）の健診未受診率の高さから、特定健診の対象年齢となる前から自らの体を見直し、健診を継続的に受診する習慣を身に着けることによりさらに早い段階でメタボリックシンドロームや疾病が予防できるようにする。
----	--

実施方法	自己負担金に関して、見直しを行い要綱の改正を行った。実施についての変更はなく、特定健診と同様の方法。 事業の周知として、節目年齢と特定健診導入直前年齢（30歳・35歳・39歳）に対し、案内通知を発送する。申請についても柔軟な対応を行う。	
実施時期	特定健診の実施時期に準ずる	
事業 評価	構造	実施規模・業務内容に対して予算は妥当であったか 業務全体を通して適切に管理されていたか
	過程	対象者の選定は適切であったか
	数量	通知等発送数、受診者数、保健指導数
	効果	通知発送数に対する受診率、継続受診者数（数値の推移）

②特定保健指導

目的	メタボリックシンドローム該当者とその予備群の方に対し、保健指導を行うことで、メタボリックシンドロームの解消を目的とする	
実施方法	健康推進課において事業を進めていく。 国保年金課の保健事業担当者（専門職）は、月に1回の打ち合わせ会に参加し、事業の質の向上、効率化に努める。必要時健康推進課の依頼を受けて集団指導、個別指導に従事する。	
実施時期	通年	
事業 評価	構造	人員配置は適正だったか、事業に必要な物品は整備されていたか 実施規模・業務内容に対して予算は妥当であったか
	過程	事業がスケジュール通りに実施されていたか 記録類は適切に管理されているか、内容は妥当か 指導者のスキルアップはできているか
	数量	通知返信率、指導実延人数、教室参加人数
	効果	数値改善率 特定保健指導対象者の減少率

③ 重複多受診者適正受診勧奨訪問事業

目的	特に同一効能の薬剤を複数の医療機関において処方されている被保険者に対し、適正受診を促すことによって適正処方となり、医療費の適正化と薬剤による体への負担を解消し、健康増進に資するものとする。
実施方法	茶っとうシステムより毎月更新される重複投薬該当者リストに上がる被保険者、対象薬剤を検討し、レセプト情報からピックアップした重複投薬該当者について訪問により保健指導を行う。 国保年金課と健康推進課と連携をし、ケースの割り振りや同行について調整を行いながら進める。
実施時期	7・11・3月（4か月ほどリストを蓄積し、対象者の選定を行ったうえで両課で相談しながら行う）

事業 評価	構造	時期は適切であったか 実施規模指導方法は適切であったか 業務全体を通して適切に管理されていたか
	過程	対象者の選定は適切であったか 庁内担当課との打ち合わせは十分にできていたか
	数量	訪問実施者数
	効果	保健指導者数に対する重複受診者数 重複投薬該当者の減少率

④糖尿病重症化予防事業

目的	CKDの原因疾患であり、当市において罹患率の高い糖尿病について、適切な受診勧奨・保健指導を行うことにより糖尿病性腎症への進行を予防し人工透析導入者の減少をめざす。	
実施方法	特定健診の結果により二次健診として尿中アルブミン検査を行い、腎症1期・2期のうちから介入し重症化を防ぐ。ハイリスク者についても、受診につながっていない人について受診勧奨を行い、適正受診を促す。 事業の実施に関して、県・医師会・小山町とで構成される連絡会議を開催し、事業の進捗状況の確認・意見の集約を図る。また、保健指導従事者に対して研修会を行い、質の向上を図る。	
実施時期	4月～	
事業 評価	構造	県、小山町、医師会、かかりつけ医、専門医との連携は十分にできていたか
	過程	担当者連絡会等の開催回数・時期は適切だったか 事業実施方法、対象者の選定について十分に協議できたか 地域性を考慮したものにできたか
	数量	会議開催回数、二次健診実施数、勧奨通知数、保健指導者数
	効果	糖尿病医療受診率 新規人工透析者数

6. その他の保健事業

重点保健事業以外の保健事業についても、年間スケジュールに則り実施する。

7. 年間スケジュール

別紙年間スケジュールのとおり保健事業を実施する。