

御殿場市国民健康保険

データヘルス計画（第二期）

中間評価

平成 30 年度～令和 5 年度



令和 3 年 3 月

御殿場市

## 目次

第1章 中間評価の実施に当たって .....	1
1 データヘルス計画策定の背景と目的 .....	1
2 中間評価における留意点 .....	1
3 計画の期間と中間評価の時期 .....	1
4 PDCA サイクルに基づいた計画策定と保健事業の展開 .....	2
第2章 中間評価における基本理念の整理 .....	3
1 当初計画における関連計画との位置づけ .....	3
2 中間評価における視点の整理 .....	3
第3章 重点保健事業の進捗状況の整理と評価 .....	4
1 特定健康診査 .....	4
○実施状況の振り返り .....	4
○目標の達成状況 .....	4
○成功要因および阻害要因 .....	4
○上記についてのデータ分析 .....	5
○目標値（令和5年度までの3年間） .....	8
○中間評価による修正後の方針と実施内容 .....	9
2 特定保健指導 .....	10
○実施状況の振り返り .....	10
○目標の達成状況 .....	10
○成功要因および阻害要因 .....	10
○上記についてのデータ分析 .....	11
○目標値（令和5年度までの3年間） .....	14
○中間評価による修正後の方針と実施内容 .....	14
3 重症化予防事業 .....	15
○実施状況の振り返り .....	15
○目標の達成状況 .....	16
○成功要因および阻害要因 .....	16
○上記についてのデータ分析 .....	17
○目標値（令和5年度までの3年間） .....	20
○中間評価による修正後の方針と実施内容 .....	21
第4章 その他の保健事業について .....	22
○実施状況の振り返り .....	22
○今後の実施内容と目標値 .....	23

## 第1章 中間評価の実施に当たって

### 1 データヘルス計画策定の背景と目的

平成20年度より特定健康診査および後期高齢者に対する健康診査が実施され、診療報酬明細書（レセプト）の電子化の進展や国保データベース（KDB）等の整備により市町村国保等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整備が進んでいます。

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ました。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一つとして、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、それを受け、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）」（2か年計画）を、平成29年度末に御殿場市国民健康保険データヘルス計画（第二期）を策定いたしました。

第二期では、現状分析から4つの重点課題を導き出し、それぞれについて個別保健事業を行い、PDCAを回しながら進めてきました。

策定から3年目を迎えた令和2年度においては中間評価として、計画全体の目標や事業の評価を実施し、事業効果を高めるための改善の検討を行い、最終的な事業や計画の目的・目標の達成に向けた方向性の確認、体制づくりを行います。

### 2 中間評価における留意点

中間評価における留意点については以下のとおりです。

- (1) 計画が軌道に乗っているか、進捗状況を、実績を基に整理・評価する。
- (2) 進捗状況により、目標達成に向けた取り組みの方向性を確認する。
- (3) 計画策定時に設定した目標や指標の見直しを行う。
- (4) 庁内関係者による横断的連携を図りながら取り組む。
- (5) 社会情勢等（制度改革、健康指標への外的影響、年齢構造等）の変化に伴い、計画変更の必要があるかどうかを確認する。

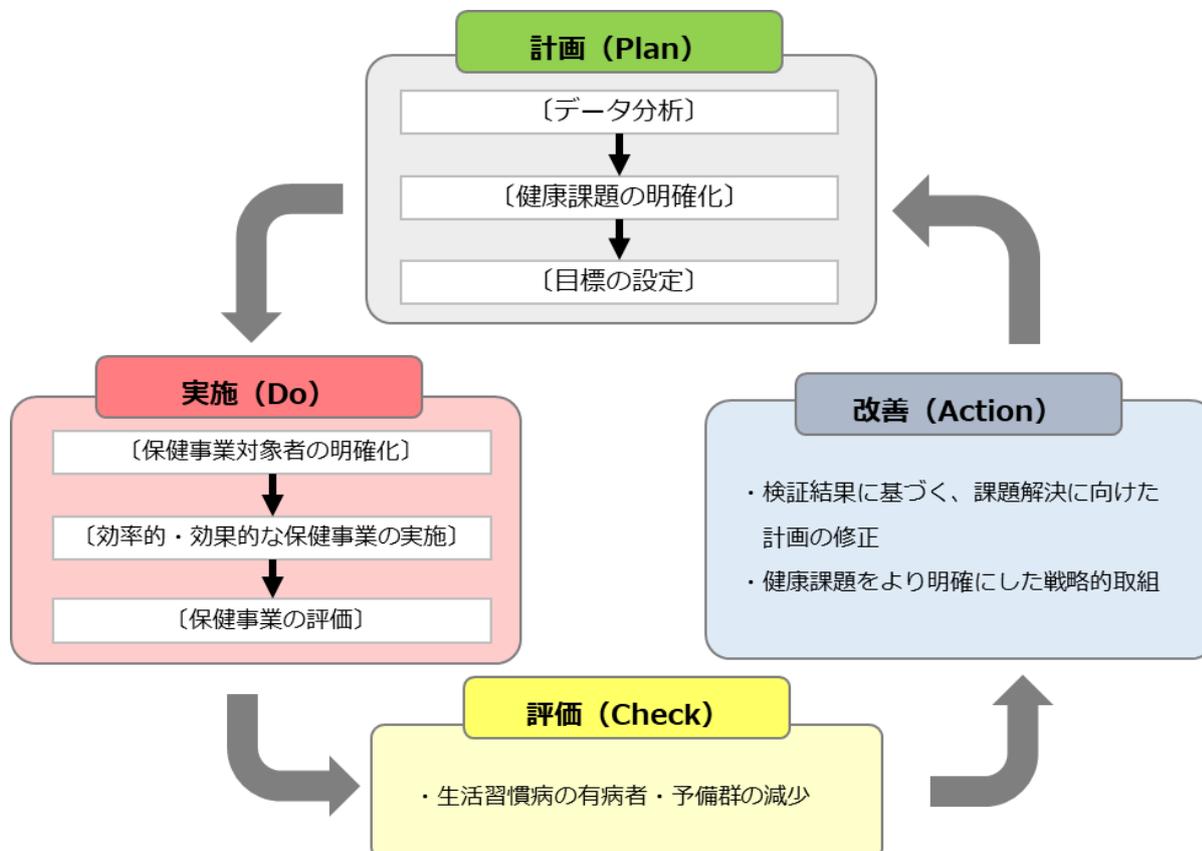
### 3 計画の期間と中間評価の時期

計画期間は、平成30年度を初年度とする令和5年度までの6年間とし、中間年度である令和2年度に中間評価を行います。



#### 4 PDCA サイクルに基づいた計画策定と保健事業の展開

事業実施後に個別保健事業について庁内関係部署（国保部局・保健関係部局・介護部局等）の担当者等と事業評価を行い、次年度の事業計画の作成を行う体制をとっています。



## 第2章 中間評価における基本理念の整理

### 1 当初計画における関連計画との位置づけ

データヘルス計画（第二期）の策定においては、「御殿場市総合計画」「御殿場市健康増進計画」「御殿場市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」等の関連計画と整合性をはかっています。中間評価では、あらためて関連計画との整合性を確認し、基本理念を明文化していきます。

第四次御殿場市総合計画（平成27年10月策定）では、政策方針2「笑顔あふれる健やか・福祉のまちづくり<<健康福祉>>」において、健康寿命の延伸のため、食育の推進や健康づくりの啓発など、市民自ら健康づくり活動ができるような体制づくりに努めること、ライフステージに応じた健康診査や検診、教育・相談等を実施し、健康管理支援体制づくりを推進することを謳っています。

また、第5次御殿場市健康増進計画においては、基本理念として、「健康で安全・安心な生活を築こう（健康寿命の延伸とQOLの向上）」を掲げ、基本方針として

- (1) 健康的な生活習慣の実践
- (2) 生活習慣病予防と重症化予防
- (3) 市民の健康を支え、守る環境づくり

の3つをあげ、食生活、運動等の生活習慣の改善に努め、病気にならないよう予め対策を講じる一次予防を重視し、二次予防として早期発見・早期治療ができるよう健（検）診を充実させ、さらに社会全体で支え合いながら健康を支え守る、としています。

当計画も、これらの関連計画の内容を踏襲し、加入者の健康な生活を守るために健康診査・健康教育・相談・健康管理支援体制の充実を図ることを第一に、加えて医療費の適正化を図ることで国保運営の安定化に寄与することを目指します。

### 2 中間評価における視点の整理

中間評価をするにあたって、データヘルス計画として何を最終的な目標とするのか明確にする必要があります。当初計画の第1章に表記されている一文を用い、個別保健事業との関連を重視し、上記の関連計画の基本理念と合わせて目標を層別化して大目標と中目標としてあげました。

#### データヘルス計画の大目標

- 1 被保険者の健康寿命の延伸と、QOLの向上
- 2 持続可能な国保運営に資するよう医療費の適正化を図る

※QOL（quality of life）とは：一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた『生活の質』のことを指し、ある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見出しているか、ということ尺度としてとらえる概念

#### データヘルス計画の中目標

重点事業を軸とした保健事業体制の強化を図り、必要な人に保健サービスを提供できる

## 第3章 重点保健事業の進捗状況の整理と評価

### 1 特定健康診査

特定健診は、被保険者の健康状態の把握につながり、また、保健事業の起点となるため受診率を向上させることが重要視され、そのための取り組みが行われてきました。

#### ○実施状況の振り返り

計画に記載されている実施内容	取組状況	評価
健診の必要性についての啓発	対象者配布の受診案内の情報精査、広報誌、コミュニティFMの活用	予定通り実施
追加健診に合わせた未受診者勧奨通知の実施	ナッジ理論の活用等による未受診者勧奨通知のデザインの工夫	予定通り実施 (通知の効果は低かった)
受診者に対するインセンティブ付与の研究、実践	個人インセンティブ付与に関する取り組み(ごてんば健康マイレージ、健康年齢通知、企業とタイアップし健診受診における金券進呈)	予定通り実施 (健康マイレージのカード発行数の伸びがみられなかった)
対象年齢前の若年者に対する意識向上のための取り組み	特定健診に準じた検査(39歳未満の健診)推進のため、年齢を区切って勧奨通知を実施	予定通り実施 (通知により受診者数は増加している)

#### <取組状況の評価>

被保険者への啓発・健康年齢通知は、興味を持ってもらえること、わかりやすいことを心がけて実施しました。勧奨通知は、毎年検討し実施してきましたが、セグメント毎の工夫が十分ではなかったと考えられます。インセンティブとしての健康マイレージはカードの発行者数が伸びず、情報発信不足や魅力不足が考えられます。特定健診に準じた検査は、取組の結果、受診者数が伸びています。

#### ○目標の達成状況

目標項目	目標値	達成状況	
特定健診受診率 (法定報告値)	50% (令和元年度) 60% (令和5年度)	46.9% (令和元年度)	未達 (県35市町中9位、 受診率前年比+1.3%)
3年連続未受診者の割合	30%未満	44.2% (令和元年度)	未達

#### ○成功要因および阻害要因

対象者全員通知を行っており、案内も情報を整理しわかりやすくしたこと、インセンティブの効果などにより受診率は年々微増していますが、目標値には届いていません。健診案内で受診する人は多いが、受診勧奨通知後、追加健診を受診する人は少なく、受診率が十分伸びていない状況です。また、3年連続未受診者の割合も目標に届いておらず、いわゆる健診履歴のない人の行動変容につながる取組としてはこれまでの対策は弱いといえます。

また、健康づくり部門とがん検診について協力することで、さらに受診率を高めることが見込まれます。

○上記についてのデータ分析

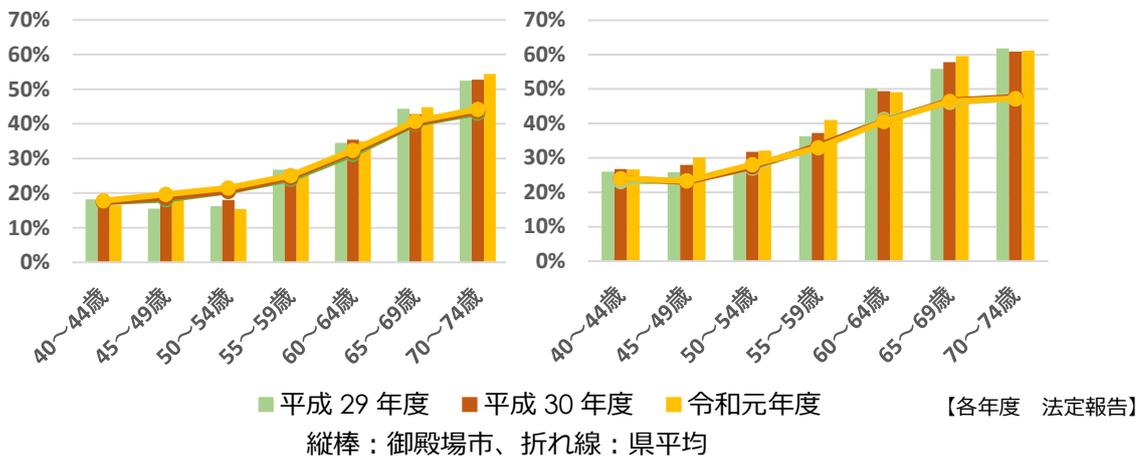
・健診受診率の推移

女性はすべての年代で県平均を上回っていますが、比較的若年の男性において県平均よりも受診率が低くなっています（図 1-1）。男性において過去にさかのぼって5年ごとの出生年度別に受診率の推移を見た結果、特定の集団（昭和40～44年生）ではここ10年受診率が低く、他の集団に比べて伸び率も鈍い傾向であることがわかりました（図 1-2）。昭和40～44年生は、特定健診制度開始時に健診対象年齢に到達した年代で、開始当時の低い受診率の頃に適切な受診勧奨の介入がなかったことが現在の受診率の低さに影響していることも考えられます。若い頃から健診の習慣を持つことがその後の受診率に大きく影響すると考えられることから、初めて特定健診の対象となる年代（40～42歳）への手厚いフォローが必要です。また、特定健診の対象年齢以前の若年層に対しての保健事業として特定健診に準じた検査の実施強化を行い受診者は増加しているため、引き続き多くの若年層に周知し、健診受診を習慣化できるようにしていく必要があります。

（図 1-1 性年齢別受診率 平成29年度～令和元年度）

（男性）

（女性）

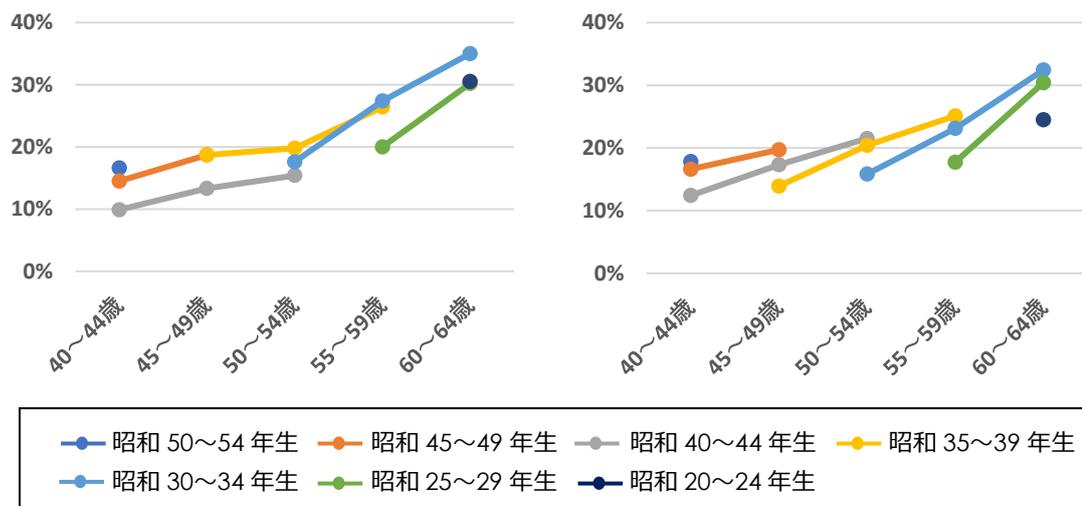


縦棒：御殿場市、折れ線：県平均

（図 1-2 出生年度別受診状況 各出生年度において横軸の年代の受診率を示すもの）

（御殿場市 男性）

（静岡県 男性）

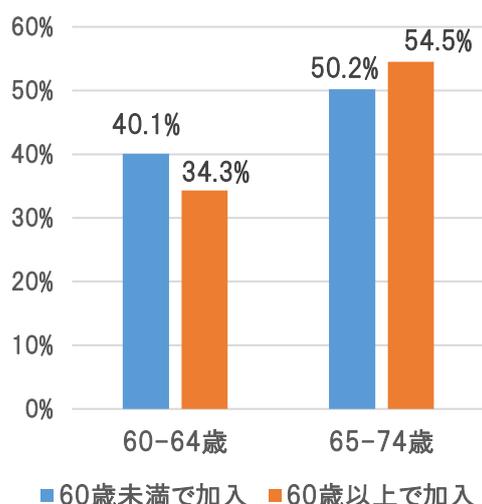


【法定報告（平成21年度・平成26年度・令和元年度）のデータから作成】

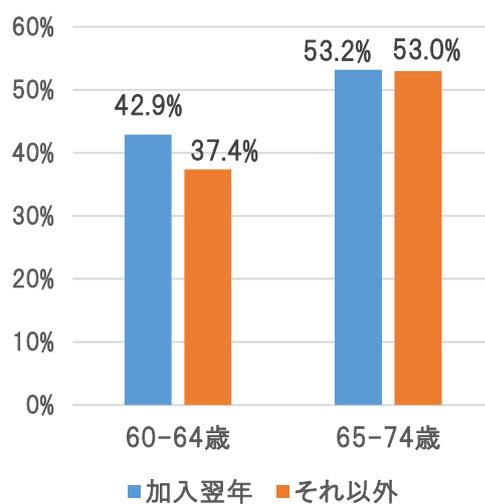
・令和元年度の特定健診の受診率について加入年齢を60歳未満と60歳以上に分けた分析

60歳以上で国保加入した人は、一般的には被用者保険で健診を毎年受けているので、受診率が高いことが期待されますが、御殿場市では60～64歳ではむしろ受診率は低い傾向にあります（図1-3）。加入翌年とそれ以外の年の受診率を比較しても、60～64歳ではそれ以外の年の受診率が低く、受診継続ができていないと思われます。（図1-4）。60歳以上で加入した人が継続して健診を受けられるよう働きかけを強化する必要があります。また、被用者保険から国保への異動の際に健診をはじめとする保健事業全般についての情報提供が的確に行えるような職域との連携体制の構築も検討する必要があります。

（図1-3 加入年齢別の受診率）



（図1-4 加入翌年とそれ以外の受診率）



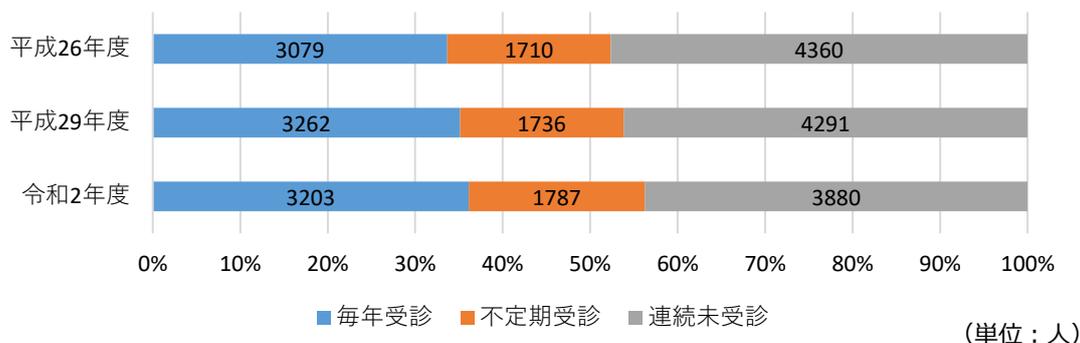
【特定健診等データ管理システムから分析】

・3年間の受診回数に関する分析

3年連続未受診者の割合は減少傾向で、毎年受診者および不定期受診者の割合は増加傾向です（図1-5）。また、男性の方が女性よりも連続未受診者の割合が多くなっています（図1-6）。

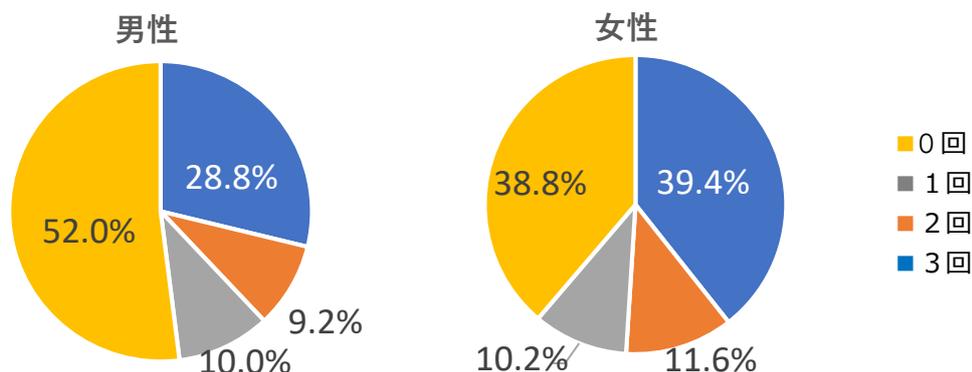
年代別にみると、年代が高くなるほど毎年受診する割合が多く、若年層では連続未受診の割合が多くなっています（図1-7）。性・年代の特徴に合わせた、訴求力の高い勧奨の手法やメッセージを検討する必要があります。

（図1-5 過去3年間受診状況の推移（年度が重ならないよう3年ごとに分析））

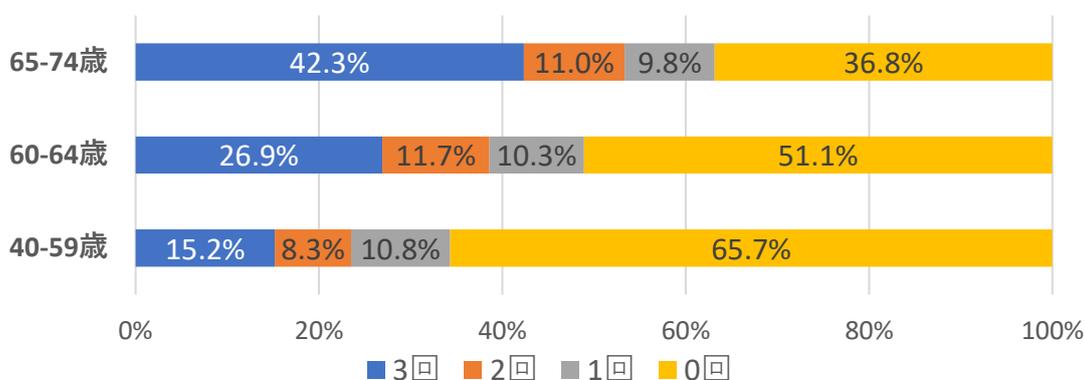


【しずおか茶っとシステムから分析】

(図 1-6 過去3年の受診回数(令和元年度 男女別))



(図 1-7 年齢階級別3年間通算受診回数)



【しずおか茶っとシステムから分析】

・健診未受診者勧奨通知送付による勧奨効果について

正規の健診期間である6月から8月に未受診だった者を対象に、追加期間である11月に受診行動につながるよう10月末に受診勧奨通知を発送しています。令和元年度の未受診者勧奨通知の結果、受診率は連続未受診者で1%台にとどまり、不定期受診者においても10%程度で、全体では5.4%にとどまりました。なお、若年層と高齢層における差はみられませんでした。セグメント別のメッセージ性の高い通知内容のさらなる検討を行うとともに、通知よりも訴求効果の高い電話、直接面談などの方法の検討が必要です。

(表 1-1 令和元年度 健診未受診者勧奨通知送付者の受診状況)

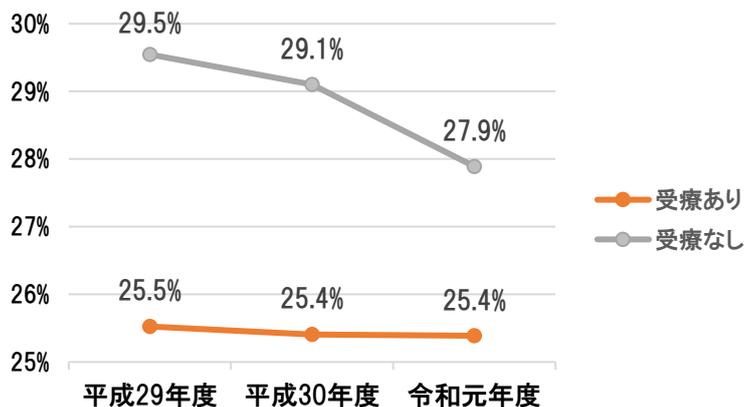
セグメント		受診者	未受診者	受診率
連続未受診	40~59歳	17	879	1.9%
	60~74歳	141	1,729	1.8%
不定期受診	40~59歳	43	389	10.0%
	60~74歳	32	1,081	11.5%
全体		233	4,078	5.4%

(単位:人)  
【JMDCによる分析】

・受療（生活習慣病関連）の有無と健診未受診の関連性

生活習慣病（がん・精神・筋骨格系疾患を除く）の受療がある者となない者において、健診未受診者の状況を見ると、受療のない者については対象者全体に占める割合が減少傾向なのに対し、受療のある者は横ばいとなっています（図 1-8）。生活習慣病の治療をしながらも、治療中の疾患以外の検査項目を定期的にチェックする機会として健診受診は重要であり、その必要性を伝えていく必要があります。

（図 1-8 受療（生活習慣病関連）有無別の健診未受診者の割合）



【KDB システムから分析】

○目標値（令和5年度までの3年間）

健診受診率は国の参酌基準の60%としていましたが、現在の受診率、伸び率を考えると、令和5年度に達成することは難しいことから下方修正します。3年連続健診未受診者の割合についても、これまでの減少割合から計算し、目標値の見直しを行いました。

項目	計画当初の目標値	中間評価後の目標値
特定健診の受診率	60%	50.9%（9位⇒5位）
3年連続健診未受診者の割合	30%未満	35%未満

○ 中間評価による修正後の方針と実施内容

中間評価後の目標値を達成するため、今後以下のような方針で事業を実施していきます。

<b>中間評価後今後の方針</b>	
<p>健診の必要性に関する啓発について、通知物の更なる工夫に加え、個別アプローチの方法を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健診対象年齢到達者や新規国保加入者に対する受診勧奨を強化する</li> <li>・ 未受診者に対する受診勧奨の取組を強化する</li> </ul> <p>受診者へのインセンティブの強化を検討する</p>	
<b>方針を踏まえた具体的な実施内容</b>	
<b>新規加入者への勧奨強化する</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退職後の国保加入手続きにおいて健診受診票の発行を行う</li> <li>・ 若年層への受診勧奨を強化する</li> <li>・ 窓口対応する職員の受診勧奨の訴求力を強化する</li> <li>・ 職域との連携について、体制を検討する</li> </ul>
<b>健診対象年齢前と特定健診対象年齢到達者に対するフォローの強化を行う</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 39歳未満の特定健診に準じた検査について、引き続き勧奨通知による周知を実施する</li> <li>・ 受診票発送時、到達年齢(40～43歳)に対し、メッセージを追加するなど手厚いフォローを行う</li> </ul>
<b>通知より訴求性の高い電話アプローチを行うための基盤を構築する</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保加入時、保健事業で使用するための電話番号取得のシステムづくりを行う</li> <li>・ 過去受診者への勧奨のため、健診受診票における電話番号取得の強化を行う</li> <li>・ デジタルツール活用を検討する</li> </ul>
<b>治療中者への勧奨を強化する</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関・薬局における受診勧奨についての協力・連携体制を強化する</li> </ul>
<b>未受診者に対する受診勧奨を行う</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ セグメント別勧奨通知を実施する</li> <li>・ 受診行動パターン別の勧奨通知内容とし、3年連続未受診者にはセグメントの特徴を考慮した訴求性の高いものを検討する</li> <li>・ 年ごとに強化地区を設定して集中的に介入する（電話・訪問等）</li> </ul>
<b>がん検診とのタイアップ強化を行う</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診と同日実施の可能ながん検診について、健康推進課と協議する</li> </ul>

## 2 特定保健指導

特定保健指導は、御殿場市の地域課題である肥満とメタボリックシンドロームの改善を目指して、実施率の向上と効果的な保健指導を重視した取り組みが行われてきました。

### ○実施状況の振り返り

計画に記載されている実施内容	取組状況	評価
就業している人も参加しやすい仕組みづくり	夜間の保健指導の設定など、利用者に合わせた対応をとり、来所個別指導を進めた	予定通り実施
利用案内の内容の改善	ナッジ理論を活用した案内通知の工夫	予定通り実施
魅力あるプログラム内容の検討	利用者の興味を引きかつ利用しやすいプログラムの構築	予定通り実施
指導技術・知識の獲得	指導スタッフ会議（毎月実施）、県主催の技術研修等を通して指導技術・知識の向上	予定通り実施

### <取組状況の評価>

対象者の予定に合わせて、速やかに予約が取れるよう、日中夜間問わず柔軟な体制を取って利用を促してきました。案内通知は、返信率の状況の評価しながら内容の工夫を行ってきました。プログラム内容も、返信通知に記載されている興味のあるプログラムのチェック数や、教室参加者へのアンケート等を通じて年ごとに内容の見直しを行っています。月1回の会議の際に最新の知見などの情報共有や、研修内容の共有を図ってきました。

### ○目標の達成状況

目標項目	目標値	達成状況	
<b>特定保健指導終了率 （法定報告値）</b>	51.2%（令和元年度） 60.6%（令和5年度）	40.6% （令和元年度）	未達 （県内順位20位、 実施率前年比-2.8%）
<b>保健指導による保健 指導対象者の減少率</b>	27.0%（令和元年度） 31.0%（令和5年度）	30.9% （令和元年度）	達成

### ○成功要因および阻害要因

勧誘通知の内容をより分かりやすく興味を誘う内容となるよう精査したり、電話での勧誘の際には返信通知や過去履歴などの情報を整理し、対応マニュアルを整備して対応力を高めたりしていますが、詐欺電話など社会問題の要因により電話が繋がりにくく、利用者の獲得が難しくなっています。

また、就業者が増えており、都合が付きにくく利用につながらないことも増えています。積極的支援においては支援回数も多いため、途中脱落する方が増えています。

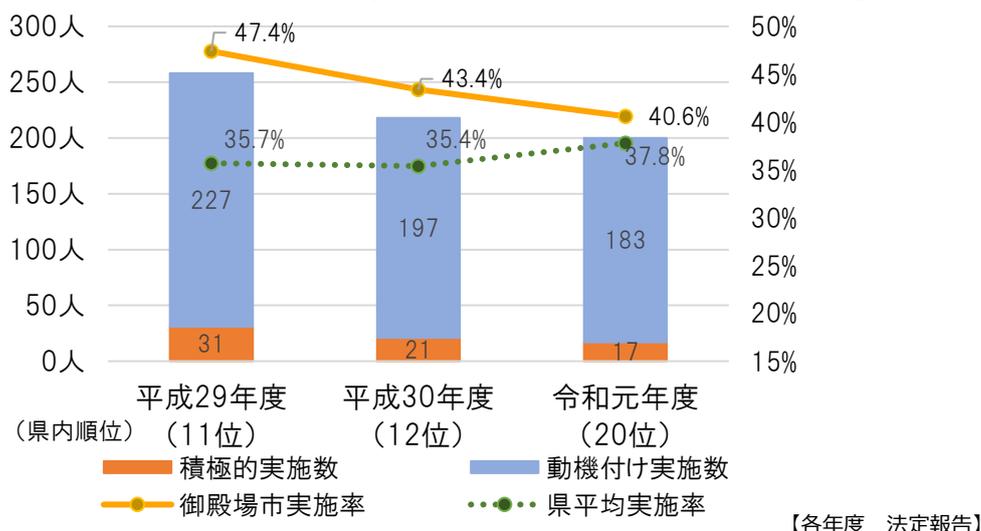
保健指導の減少率については、達成となっていますが年度ごとの揺れが大きく、安定した数字となっていません。

○上記についてのデータ分析

・特定保健指導の推移（平成29年度～令和元年度）（図2-1）

実施数・実施率ともに下降傾向にあります。理由は、実施数は被保険者の減少によるもの、実施率は前述の阻害要因が大きいと思われる。国や県の平均は上回っており仕組みはすでに構築されている状態なので、実施率を保ちつつ、その次のステップとして質の向上に一層注力していく段階であるといえます。

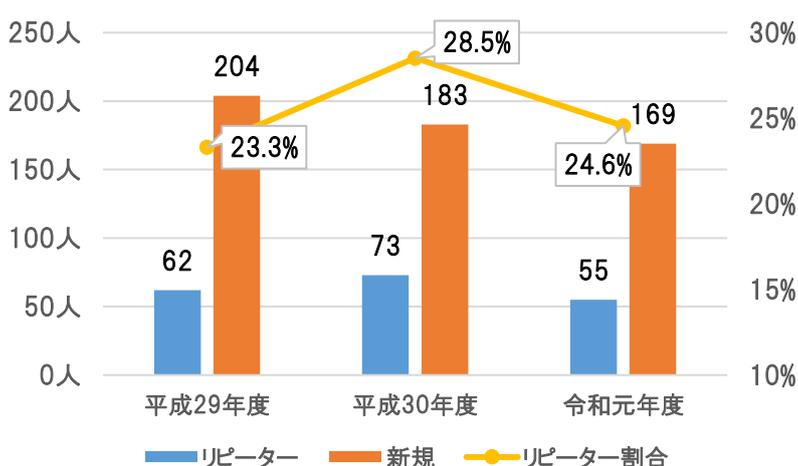
（図2-1 特定保健指導の推移【平成29年度～令和元年度 法定報告値】）



・連続実施者と新規実施者の推移

保健指導2年連続実施者（リピーター）は、波はありますが令和元年度は24.6%で約1/4となっています。実数もおよそ横ばいとなっています。一方で新規実施者は年々減少傾向です（図2-2）。新規実施者を増やすために、通知や電話対応等の更なる工夫が必要です。

（図2-2 特定保健指導の連続実施者数（率）と新規実施者数の推移）



【特定健診等データ管理システムから分析】

・特定保健指導実施者の翌年の階層化結果の変化と体重減少効果

特定保健指導実施者の健診受診率が実施なしの者に比べて高く、受診誘導ができています。階層化の変化（情報提供者率）も実施なしの者に比べて実施者が高くなっており、保健指導により改善していることがわかります（表 2-1）。

指導効果を体重変化量で見ると、積極的支援では平均 1.35 kg減少がみられたのに対し、動機付け支援では 0.52 kgの減少にとどまっています。特保実施なしの場合は 0.3 kg減少していました（図 2-3）。積極的支援は効果が大きいですが、動機付け支援では特保実施なしと大きな差が見られず、効果を高めるための仕組みを考える必要があります。

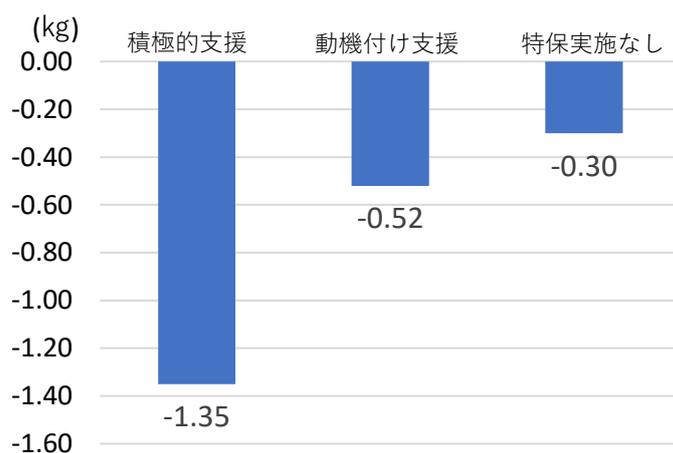
保健指導効果の向上のために、事例検討や最新の知見を学びつつ、保健指導スタッフ共通の目標の設定を行い、一人ひとりの保健指導が数字に直結している実感を持ちながら、スタッフ全員で意識をもって取り組んでいくことが必要です。

（表 2-1）特定保健指導の実施有無別の階層化結果の変化（平成 30 年度実施分）

	平成 30 年度 対象者数	次年度（令和元年度）				
		受診者数	受診率	特保対象	情報提供	情報提供者率
合計	448					
実施	219	196	89.5%	100	96	49.0%
実施なし	229	189	82.5%	128	61	32.3%
積極的支援	92					
実施	31	27	87.1%	16	11	40.7%
実施なし	61	45	73.8%	37	8	17.8%
動機付け支援	356					
実施	188	169	89.9%	84	85	50.3%
実施なし	168	144	85.7%	91	53	36.8%

【特定健診等データ管理システムから分析】

（図 2-3）特定保健指導の実施効果（体重変化量）



【特定健診等データ管理システムから分析】

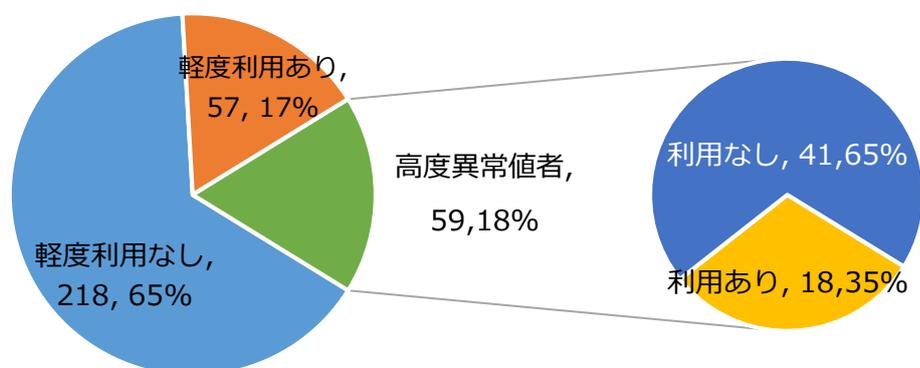
・重症化予防から見た特定保健指導の実施状況（令和元年度）

特定保健指導では健診結果の高度異常値<sup>\*1</sup>をもつ者が含まれている可能性があります。高血圧又は糖尿病の高度異常値を持つ者は59名含まれており、このうち利用につながった者は18名（約30%）にとどまっていた（図2-4）。

さらに高度異常値を持つ者を前年度（平成30年度）の健診結果で区分してみると（図2-5）、連続対象となっている者が34名（約64%）で、そのうち利用につながった者は10名でした。

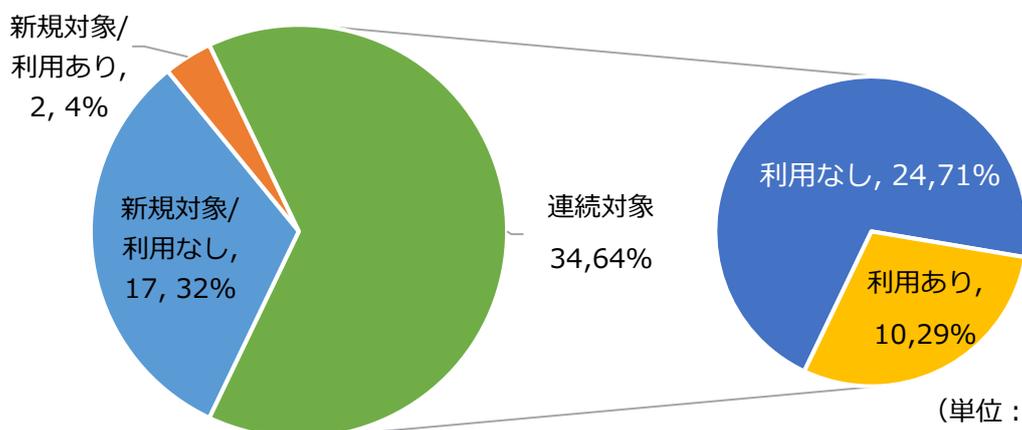
特定保健指導全体の実施率は高水準ですが、重症度の高い者の実施率は低い状態です。重症化予防の観点からは、高度異常値を持つ者に対して優先的な取り組みが望まれます。

（図2-4 特定保健指導対象者における健診高度異常値を持つ者とその利用状況）



（単位：人）

（図2-5 上図の高度異常値を持つ者の前年の対象状況と利用の有無）



（単位：人）

【特定健診等データ管理システムから分析】

\*1 高度異常値の定義

高血圧	収縮期血圧 160 mm Hg 以上または拡張期血圧 100 mm Hg 以上
糖尿病	HbA1c7.0%以上 または 空腹時血糖 140 mg/dℓ以上
高LDLコレステロール血症	男性 かつ LDLコレステロール 180 mg/dℓ以上
慢性腎臓病	eGFR30ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 以下 または 尿蛋白（2+）以上

○目標値（令和5年度までの3年間）

保健指導実施率は国の参酌基準の60%超としていましたが、現在の実施率が下降傾向であることを考えると、令和5年度に達成することは難しく、下方修正します。保健指導による保健指導対象者の減少率は、不安定な要素はありますが、県の共通指標にも採用されたことから、目標値として存続させ、維持を目指します。上記分析結果から、受療勧奨値を抱える対象者への保健指導実施率、特定保健指導のチームとしての共通となる目標の2つを追加します。

項目	計画当初の目標値	中間評価後の目標値
保健指導実施率	60.6%	46.0%（20位⇒10位）
保健指導による保健指導対象者の減少率	31.0%	31.0%
受療勧奨値を抱える対象者への保健指導実施率	—	60%
体重減少3%をクリアした利用者の割合	—	積極的支援 50% 動機付け支援 25%

○中間評価による修正後の方針と実施内容

中間評価後の目標値を達成するため、今後以下のような方針で事業を実施していきます。

中間評価後の今後の方針	
<p><b>国・県と比較し実施率の水準は良好であるため、実施率を維持する</b>  <b>新規対象者を優先的に利用につなげる</b>  <b>高度異常値（受診勧奨値）を持つ対象者に対する質の高い取り組みを実施する</b>  <b>保健指導スタッフの更なる質の向上を目指し、「結果の出る保健指導」につなげる</b></p>	
方針を踏まえた具体的な実施内容	
保健指導に関する業務フローは現状を維持する	スタッフ打ち合わせ時に実施状況について情報共有を行い、実施率を維持する意識の醸成を図る
新規対象者の利用対策強化、リピーターのフォロー方法を確立する	新規対象者に特化した通知物の作成、対応のマニュアル化を行う
高度異常値を持つ人に対しては重症疾患を予防するための受診行動を促す取り組みを強化する	高度異常値を持つ対象者について優先的に介入する業務フローを構築する 受療勧奨の必要な対象者に確実に勧奨できる面接技術を身につけ、実践する 指導後の受診行動の確認を行う
動機付け支援についてプログラムの見直しを行う	初回面接から評価までの間に中間支援を入れ、その方法について検討し、体制を構築する
保健指導支援スタッフの質の維持向上のための研修体制を構築する	事例アセスメント・指導方針立案のトレーニングを行う 事例検討会を年6回程度行う 複数人体制の指導事例を持ち、アセスメントや面接技術の確認、共有化をはかる 統一した減量目標を設定する

### 3 重症化予防事業

重症化予防事業では、重篤な疾患の発症リスクが高い人に対して受療勧奨を行い、御殿場市において有病率の高い糖尿病の重症化を予防するための取り組みを行ってきました。

#### ○実施状況の振り返り

計画に記載されている実施内容	取組状況	評価
健診において受療勧奨判定値を持ち、レセプトのない人について、適正受診を促す	未治療者に対する治療勧奨は、訪問で実施してきたが、対象抽出基準が統一されていなかった令和元年度は未実施	要見直し
薬剤重複・頻回受診者の現状把握と適正受診のため保健指導を実施する	その他の保健事業（第4章）へ移項する	
健康相談・健康教育における個別アプローチによる生活習慣病重症化予防	健康推進課事業の成人健康相談において健診結果を活用した保健指導を実施	予定通り実施
事例検討を通して重症化のリスクの傾向や対策を研究する	未実施	要見直し
糖尿病性腎症重症化予防事業について、健診やレセプト情報の活用による対象者の洗い出しを行う	特定健診の二次健診として、糖尿病の数値基準を満たす人に対して尿中アルブミン検査を実施し、対象者選定を行った	予定通り実施
糖尿病性腎症重症化予防事業として、医療機関との連携による保健指導の実施	尿中アルブミン検査の結果、腎症2期で医師の指示があった人に対して訪問による単発の保健指導を行い、実施内容についてかかりつけ医にフィードバックした	予定通り実施

#### <取組状況の評価>

受療勧奨は、訪問のみ実施方法であったため、マンパワー不足の影響を受けて実施できない年がありました。事例検討を実施し対策を講じることはできなかったため見直し、実施する必要があります。

糖尿病性腎症重症化予防事業については、プログラムを作成し、事業を開始しましたが、保健指導は単発のみとなっており、今後は効果的な継続支援体制の構築が必要です。

## ○目標の達成状況

目標項目	目標値	達成状況	
受療勧奨保健指導実施率	80%	100% (平成30年度)	達成
受診勧奨保健指導実施者の医療機関受診率	50%	16% (平成30年度)	未達
糖尿病重症化予防保健指導実施数	10人/年	34人/年 (令和元年度)	達成
上記指導実施者のHbA1c改善率 (HbA1cの値が0.1%以上改善した者の割合)	50%	69.7% (令和元年度)	達成
新規人工透析者の減少率	10%	—	評価困難

## ○成功要因および阻害要因

未治療者受療勧奨について対象選定の条件となる基準値がなく、その年度のマンパワー状況で対応できる数を抽出し、実施していました。しかし、受診行動につながりにくく、目標を達成することができませんでした。保健指導を行う時期が、健診から数か月後になってしまったことで関心が薄れ、治療に結びつけることができなかつたと考えられます。また、対象者抽出の基準が明確でなかつたことにより、年度ごとの比較ができず、適切な評価ができませんでした。

糖尿病重症化予防保健指導について、令和元年度は訪問による単発の保健指導を集中的に実施したため実施数は達成できました。糖尿病の指標となる検査であるHbA1cの改善率についても達成となっています。二次健診を導入したことで糖尿病性腎症についての周知が進んだと思われます。

糖尿病については、特に適切な生活習慣が治療効果を高めるといわれています。継続的な介入を行い、生活習慣の改善を支援する体制づくりが必要です。

人工透析者の新規導入率については、国保特定疾病証の申請状況を分析していますが、被用者保険からの異動時点ですでに透析導入している場合など、真の新規導入ではないケースも多数あります。申請数が少ないため1件が全体に与える影響が大きく評価が難しい状況です。

○上記についてのデータ分析

・健診における高度異常値を持つ者に対する受療勧奨実績評価

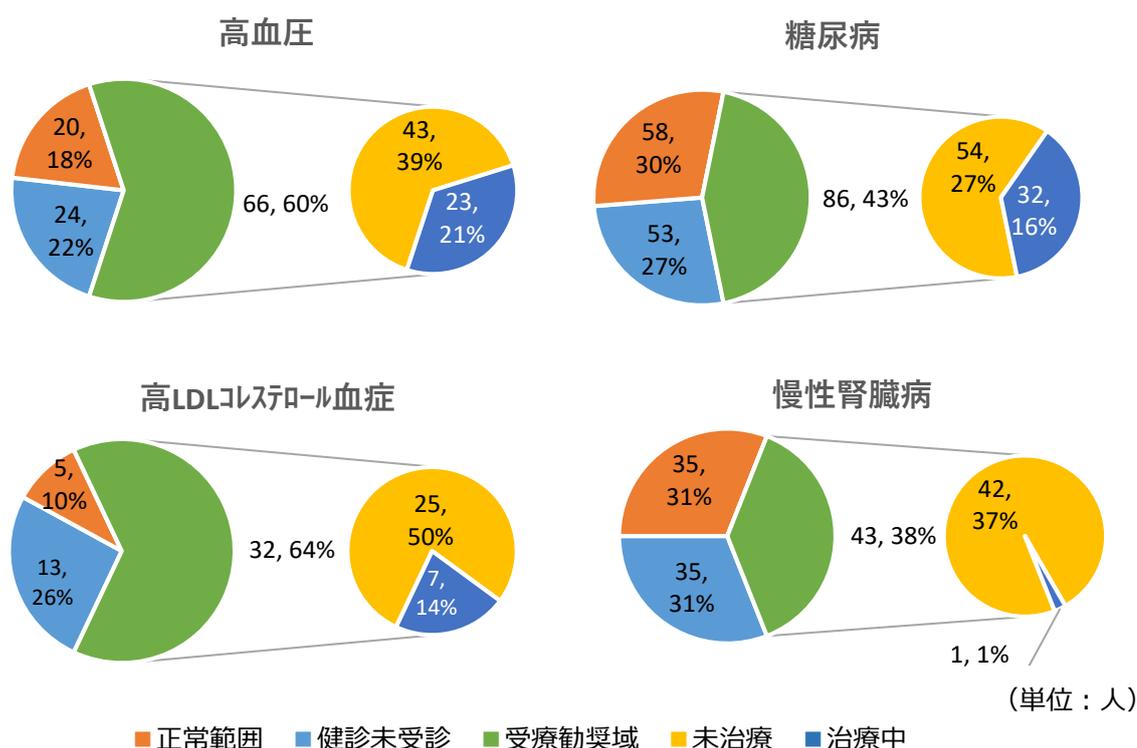
未治療で健診検査値が高度異常値となっている者は糖尿病で特に多い状況です（表3-1）。

平成30年度の健診について、翌年の受診状況と治療状況を見ると、4つの疾患において3割弱が翌年の健診未受診で、治療状況が把握できませんでした。また、翌年の健診結果においても受療勧奨域であった者は半数から6割にのぼり、そのうち未治療のままである者が多くを占めています（図3-1）。受療勧奨対象者が十分受療につながっておらず、未治療者対策の充実が課題であるといえます。

（表3-1 受療勧奨対象者の推移）

疾患名	平成29年度	平成30年度	令和元年度
高血圧	143	110	103
糖尿病	152	197	180
高LDLコレステロール血症	54	50	58
慢性腎臓病	92	113	102

（図3-1 H30年度の健診で受療勧奨対象者\*2となった人の翌年の受診状況）



【特定健診等データ管理システムから分析】

\*2 受療勧奨対象者の定義

高血圧	収縮期血圧 160 mm Hg 以上または拡張期血圧 100 mm Hg 以上
糖尿病	HbA1c7.0%以上 または 空腹時血糖 140 mg/dℓ以上
高LDLコレステロール血症	男性 かつ LDLコレステロール 180 mg/dℓ以上
慢性腎臓病	eGFR30ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 以下 または 尿蛋白 (2+) 以上

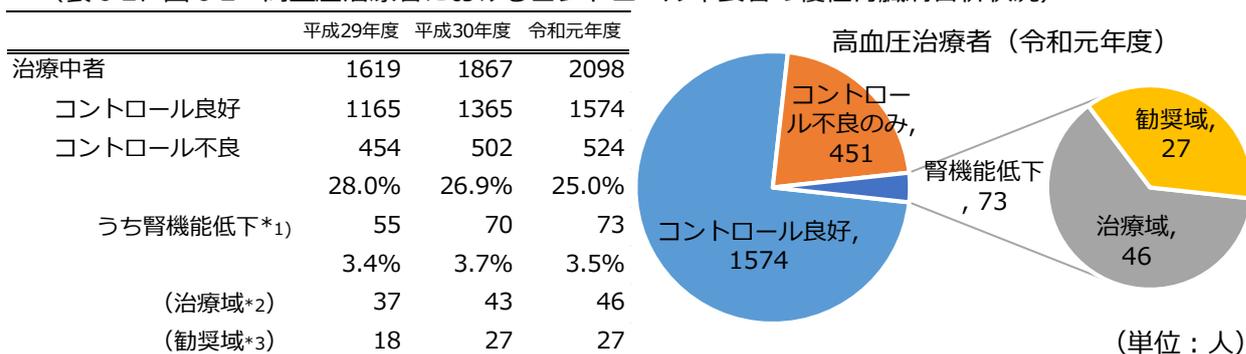
・高血圧、糖尿病におけるコントロール不良者の慢性腎臓病合併状況

高血圧で治療中の人のうち25%程度がコントロール不良で、さらにその中で腎機能低下がみられたのは73人でした(表3-2、図3-2)。

糖尿病では治療中の人のうち約30%がコントロール不良者で、さらにその中で腎機能低下がみられたのは33人でした(表3-3、図3-3)。

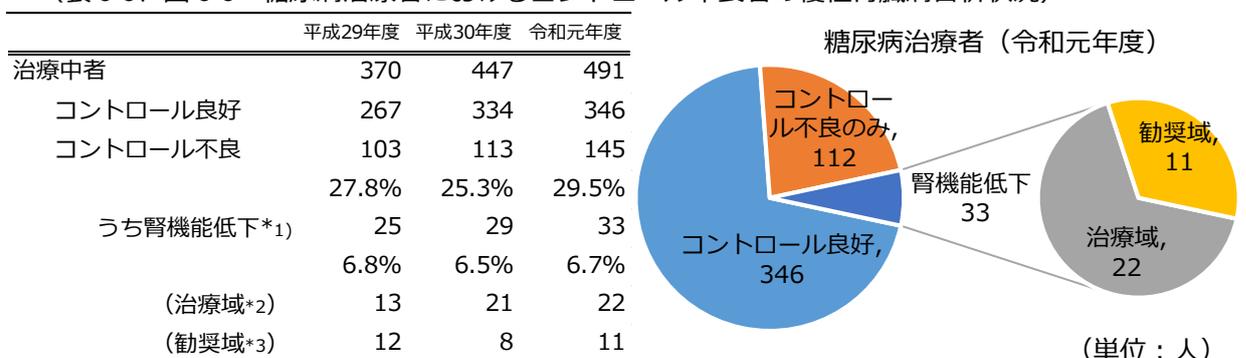
これらの人は人工透析のハイリスク者であり、適切な治療や生活習慣の改善等による数値のコントロールが重要です。

(表3-2、図3-2 高血圧治療者におけるコントロール不良者の慢性腎臓病合併状況)



- \*1) 平成29年度までは腎機能は尿蛋白のみ、平成30年度、令和元年度はeGFRを考慮
- \*2) コントロール不良者の定義: 収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上
- \*3) 腎機能低下の定義: 治療域…尿蛋白+以上またはeGFR30~44ml/分/1.73m<sup>2</sup>で、  
勧奨域の条件を満たさないもの  
勧奨域…尿蛋白2+以上またはeGFR29ml/分/1.73m<sup>2</sup>以下

(表3-3、図3-3 糖尿病治療者におけるコントロール不良者の慢性腎臓病合併状況)



- \*1) 平成29年度までは腎機能は尿蛋白のみ、平成30年度、令和元年度はeGFRを考慮
- \*2) コントロール不良者の定義: HbA1c7.5以上
- \*3) 腎機能低下の定義: 治療域…尿蛋白+以上またはeGFR30~44ml/分/1.73m<sup>2</sup>で、  
勧奨域の条件を満たさないもの  
勧奨域…尿蛋白2+以上またはeGFR29ml/分/1.73m<sup>2</sup>以下

【特定健診等データ管理システムから分析】

・二次健診（尿中アルブミン検査）の実施状況

令和元年度から、特定健診において糖尿病の数値が基準を満たす場合\*3に二次健診として尿中アルブミン検査を実施しています。初年度である令和元年度の状況について分析しました。

二次健診実施者は糖尿病未治療者と治療中者ともに60%強となっています（表3-4）。実施状況は重症度による差がみられませんでした。

二次健診を実施した者のうち糖尿病未治療者のHbA1cの値は、軽症域だった者が最も多く合わせて64%となっており、高度異常域だった者は36%でした（図3-5）。二次健診を通して自身の腎機能の状態を知り、糖尿病の治療や生活改善の必要性を理解するとともに、確実に治療につなげる必要があります。

糖尿病治療中者では、軽症域は40%、高度異常域は60%でした（図3-6）。継続的な生活改善支援によって、血糖コントロールを良好に保つことにつなげるため、かかりつけ医との連携のもととなる二次健診の推進を図っていくことが求められます。

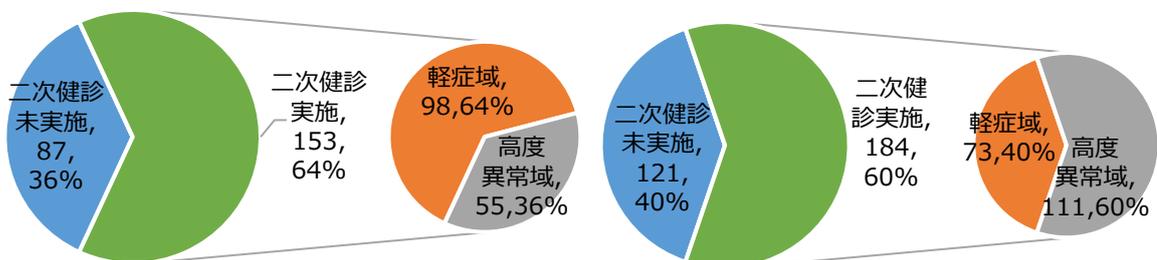
（表3-4 二次健診の実施状況）

	糖尿病未治療 (HbA1c)				計	糖尿病治療中 (HbA1c)				計
	6.5%未満	6.5-6.9%	7.0-7.4%	7.5%以上		6.5%未満	6.5-6.9%	7.0-7.4%	7.5%以上	
二次健診対象者	24	131	40	45	240	21	101	88	95	305
二次健診実施	12	86	24	31	153	11	62	49	62	184
二次健診実施率	50.0%	65.6%	60.0%	68.9%	63.8%	52.4%	61.4%	55.7%	65.3%	60.3%

\*3 二次健診の対象条件：空腹時血糖 126 mg/dl 以上（随時の場合 200 mg/dl 以上）または HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（-）（±）  
空腹時血糖 126 mg/dl 以上（随時血糖 200 mg/dl 以上）で、HbA1c が 6.5%未満になる場合あり

（図3-5 二次健診実施とHbA1cの状況（未治療者））

（図3-6 二次健診実施とHbA1cの状況（治療中者））



（単位：人）

軽症域：HbA1c7.0%未満      高度異常域：HbA1c7.0%以上

○目標値（令和5年度までの3年間）

適正受診（受療）に関する保健事業について、生活習慣病未治療者と薬剤重複者とで切り分け、重点項目に生活習慣病未治療者を残し、薬剤重複に関してはその他の保健事業に移項します。そのうえで、事業対象者に対する実施数（アウトプット）、実施者のうち事業効果がみられた者の率（アウトカム）を設定します。二次健診を推進するため、糖尿病重症化予防連絡会議について実施の目標値を設定します。

新規人工透析者については、予防可能な人工透析導入を防ぐための事業実施という視点で目標設定を行います。

項目	計画当初の目標値	中間評価後の目標値
未治療者受療勧奨通知実施率	80%	95%
受療勧奨通知者のうち電話または訪問による保健指導実施数	—	20人
高度異常値（受診勧奨値）をもつ特定保健指導対象者への実施	—	60%
受療勧奨通知および直接介入者のうち受療につながった者の割合	50%	50%
糖尿病重症化予防連絡会議の開催	—	1回/年以上
糖尿病重症化予防 二次健診の実施率	—	70%
糖尿病重症化予防 保健指導実施数	10人/年	10人/年
糖尿病重症化予防 支援介入者のHbA1cについて、1%以上改善した者	—	30%以上
予防可能な新規人工透析者の実態把握（聞き取り）	—	100%

○ 中間評価による修正後の方針と実施内容

中間評価後の目標値を達成するため、今後以下のような方針で事業を実施していきます。

<b>中間評価後の今後の方針</b>	
<p><b>生活習慣病重症化予防として、未治療者対策を推進する</b>  <b>治療中者の治療効果を高められるよう生活改善を実現するため、二次健診を推進し、医師との連携を図りながら保健指導を進める</b>  <b>人工透析者の実態を知り、人工透析者減少への予防の取り組みや評価のための基盤づくりを行う</b></p>	
<b>方針を踏まえた具体的な実施内容</b>	
<p><b>受療が必要な人に適正受診を促す</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象基準の明確化を行う</li> <li>・業務フローを構築、通知のルーティンワーク化を図る</li> <li>・通知後未治療の者に対し、訪問による個別アプローチを実施する</li> </ul>
<p><b>特定保健指導において受療勧奨を確実に行う（再掲）</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導との対象リストの共有化を行う</li> <li>・対象者は、通知勧奨から除外し、保健指導による個別アプローチを行う</li> <li>・治療勧奨ノウハウを取得する</li> </ul>
<p><b>糖尿病治療中者について、継続的な生活改善支援を行う</b></p>	<p>糖尿病重症化予防連絡会議を開催し、関係機関との連携による二次健診を推進する</p> <p>高度異常値を持つ対象者について優先的に介入する業務フローを構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルの整備、支援体制の構築を行う</li> <li>・支援技術の向上を図る</li> <li>・支援中後のケースカンファレンスを実施する</li> </ul>
<p><b>予防可能な人工透析者の人数とその実態を把握し、予防事業や評価指標へと活用する</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き取りシートの整備、特定疾病証の申請時における聞き取り調査を行う</li> <li>・聞き取った結果をアセスメントし、事業担当者間で取り組みへの活用の検討、共有を図る</li> </ul>

## 第4章 その他の保健事業について

第3章の重点保健事業以外の保健事業については、以下のとおり実施してきました。

## ○実施状況の振り返り

事業名	取組状況	事業実績
特定健診に準じた検査助成	特定健診の対象にならない若い世代に健診を受ける習慣や自身の健康に目を向けてもらうため、検査費用の一部を助成するものです。制度を広く周知するため、広報への掲載や一部対象者（節目年齢等）への勧奨通知を行っています。	(受診者数) 令和元年度 61件
薬剤重複者保健指導	国保連の抽出リストで上がった対象者に対して、薬剤重複の現状把握と健康状態の確認、適正受診について保健指導を行ってきました。	(保健指導実施率) 令和元年度 50% (受療行動改善率) 令和元年度 11%
医療費通知	被保険者が自身の受診について振りかえり、適正に医療を受診することで疾病のコントロールや健康維持につなげていけるよう通知を行っています。	(通知回数) 令和元年度 年6回
ジェネリック医薬品普及促進	ジェネリック医薬品について、窓口でパンフレットを配布し知識の普及を行いました。 使用状況について、年齢別等に類型化し把握し評価しています。 ジェネリック医薬品差額通知を実施しました。	(通知回数) 令和元年度 年2回 (数量シェア) 令和2年3月診療分 74.5% (国公表値)
脳ドック助成	MRI・MRA 検査を実施する費用の一部を助成しています。	(受診者数) 令和元年度 200件
24時間電話健康相談	医師及び専門スタッフによる24時間365日体制での電話健康相談を行っています（業者委託事業）。	(相談件数) 令和元年度 196件
生活習慣病予防についての普及啓発	国保窓口や待合掲示板において、ポスターパンフレットによる健康に関する情報発信を行っています。 健康推進課事業である健康相談・健康教育の実施をはじめ、地区組織等に向けて生活習慣病に関する啓発を行っています。	—

## ○今後の実施内容と目標値

これまでの事業に加え、新たな項目を追加して実施内容を整理します。事業の一部についてはこれまで明文化されていなかった目標値についても新たに設置し、達成に向けて取り組んでいきます。

事業名	実施内容	目標値
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	国保から後期へ移行した人について、引き続き保健事業がスムーズに提供されるような情報連携体制づくりに携わっていきます。 高齢者の保健事業を実施するうえでの地域課題を明らかにするため、国保の保有するデータやシステムの活用や分析役割を担っていきます。	—
特定健診に準じた検査助成	特定健診の対象にならない若い世代に健診を受ける習慣や自身の健康に目を向けてもらうため、検査費用の一部を助成します。 ※特定健診の受診率向上のための取り組みとしても推進していきます	受検者数 80件
薬剤重複者保健指導	複数の医療機関において薬剤を処方され、重複服薬のある人に対して現状の把握とともに日常生活・適正受診等の保健指導を行います。	保健指導 実施率 80%
医療費通知	被保険者が自身の受診について振りかえり、適正に医療を受診することで疾病のコントロールや健康維持につなげていけるよう通知を行います。	通知回数 年6回
ジェネリック医薬品普及促進	ジェネリック医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し把握していきます。 ジェネリック医薬品の知識の普及を行います。 ジェネリック医薬品差額通知を実施します。	差額通知 回数年2回 数量シェア 80%
脳ドック助成	MRI・MRA 検査を実施する費用の一部を助成します。	受検者数 150件
24時間電話健康相談	医師及び専門スタッフによる24時間365日体制での電話健康相談を行います（業者委託事業）。	相談件数 200件
生活習慣病予防についての普及啓発	広く一般に対して生活習慣病予防に関する情報発信を行います。 健康相談・健康教育事業について周知し、実施していきます。	—

**終わりに**

今回のデータヘルス計画（第二期）中間評価では、個別保健事業の実施状況と、その改善要因を中心に検討しました。

修正、もしくは新たに設定した目標値を令和5年度に達成できるよう、今回の分析を活用し、新たな実施方針に基づき事業を展開していきます。

御殿場市国民健康保険  
データヘルス計画（第二期）中間評価  
平成 30 年度～令和 5 年度

令和 3（2021）年 3 月

編集・発行  
御殿場市役所市民部国保年金課  
静岡県御殿場市萩原 483  
電話：（0550）82-4121