

瑞穂市国民健康保険

第二期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

中間評価

令和3年3月

岐阜県瑞穂市

—目次—

1. はじめに	1
2. データヘルス計画の概要	1
3. 中間評価の方法	2
4. 全体評価	3
5. 個別事業評価	
・特定健康診査	5
・特定健康診査受診勧奨事業	6
・特定保健指導	7
・若年層健康診査 (good ライフ健診)・若年層健康診査事後指導	8
・糖尿病性腎症重症化予防	9
・特定健診受診者を対象にした料理教室 (ランチョンセミナー)	11
・糖尿病予防教室 (血糖コントロール教室)	12
6. 今後の予定	13
6. 最終評価について	14

1. はじめに

データヘルス計画は、健康寿命の延伸、健康格差の縮小、医療費の適正化を目的に、平成30年3月に定めた。期間は平成30年度から令和5年度までの6年間である。令和2年度に中間評価を行うこととなっている。

2. データヘルス計画の概要

【課題】

健診データから見た主な健康課題

- ・ 特定健康診査受診率は国が示す目標受診率60%に達していない。
- ・ 特定健康診査未受診かつ医療機関未受診が多いため、健康状態が確認できない者が多い。
- ・ メタボリックシンドローム該当者、予備群とも男性の割合が高い。
- ・ 特定健康診査結果ではヘモグロビンA1c（以下HbA1c）5.6%以上の者の割合が約50%を占めている。

医療データから見た主な健康課題

- ・ ひと月100万円以上の高額になる疾患、6か月以上の入院・長期化する疾患、人工透析患者の原因疾患は糖尿病性腎症である。

介護データから見た主な健康課題

- ・ 介護認定者の有病状況では、生活習慣病である糖尿病・高血圧症・脂質異常症・心臓病（心疾患）が、県、同規模保険者、全国より割合が高く、特に心臓病を保有する者が多い。

死亡データから見た主な健康課題

- ・ 平均寿命は、男女とも県、同規模保険者、国より上回っているが、平均寿命と健康寿命の差は、男性に比べて女性が大きく、不健康な期間が長い。

データを活用し、効果的・効率的にアプローチすることで事業の実効性を高めていくことがデータヘルス計画の目的である。上記課題の状況を改善するために、PDCAサイクルを回しながら保健事業を行っている。

【個別保健事業】

事業名	事業概要	第1期	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度
特定健康診査	40歳から74歳の国民健康保険被保険者に対し、健康診査を行う。	➡			
特定健康診査未受診者対策	特定健康診査対象者・未受診者に対し、受診勧奨を行う。	➡			
特定保健指導	特定健康診査で動機付け・積極的支援と判定された者に、保健指導を行う。	➡			
若年層健診（goodライフ健診）	20歳から38歳の市民に対し、健康診査を行う。	➡			
糖尿病性腎症重症化予防事業	血糖値が高い者に対し、受診勧奨・保健指導を行う。	➡			
特定健診受診者を対象にした教室（ランチョンセミナー）	血圧・血糖・脂質が保健指導判定値以上で服薬をしていない者に対し、ランチを提供し、セミナーを行う。	➡			
糖尿病予防教室（血糖コントロール教室）	血糖値が保健指導判定値の40歳から69歳の者にOGTTを実施。集団で保健指導も行う。	➡			

3. 中間評価の方法

特定健康診査、特定健康診査未受診者対策、糖尿病性腎症重症化予防事業、特定健診受診者を対象にした教室（ランチョンセミナー）は医療保険課、特定保健指導、若年層健診（goodライフ健診）、糖尿病予防教室（血糖コントロール教室）は健康推進課が主幹となって事業を行った。健康増進課・医療保険課の担当でKDBデータ、事業の実績値等をもとに「中間評価シート」を作成しアウトカム指標・アウトプット指標の評価を行った。その評価をもとに事業が成功しているかを判定し、その理由を検証した。

4. 全体評価

瑞穂市の状況

評価指標		計画策定時データ (平成 28 年度)	中間評価年度 (令和元年度)
人口構成	人口総数 (人)	49,994	53,866
	～39 歳 (%)	51.7	48.7
	40～64 歳 (%)	31.6	31.7
	65～74 歳 (%)	9.6	11.3
	75 歳～ (%)	7.2	8.3
平均余命 (歳)	男性	81.3	82.3
	女性	86.6	86.4
平均自立期間 (要介護 2 以上)	男性	79.7	80.8
	女性	83.0	83.5
平均余命と 平均自立期間の差	男性	1.6	1.5
	女性	3.6	2.9
高齢化率 (%)		16.7	19.6
出生率 (人口千対) (%)		12.2	11.5
死亡率 (人口千対) (%)		6.1	6.9

※KDB 帳票「地域の全体像の把握」、「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」より

【変化・考察など】

- ・人口は増加している。
- ・出生率は低下、死亡率は上昇。
- ・人口構成としては、39 歳未満の者の割合が大きく減少、65～74 歳の者の割合が大きく増加、75 歳以上の割合も増加しているため、高齢化が進んでいると考えられる。
- ・平均余命について、男性は延びているが、女性はあまり変化がない。

国民健康保険の状況

評価指標		計画策定時データ (平成 28 年度)	中間評価年度 (令和元年度)
被保険者構成	被保険者人数 (人)	11,517	10,145
	～39 歳 (%)	30.6	28.8
	40～64 歳 (%)	30.8	29.7
	65～74 歳 (%)	38.6	41.5
被保険者加入率 (%)		23.0	18.8
被保険者平均年齢 (歳)		49.8	50.9
総医療費 (円)		3,320,784,400	3,162,609,130
1 人当たり医療費 (円)		292,967	317,722
総医療費に占める生活習慣病費用割合		55.6	57.3
被保険者に占める生活習慣病患者割合		44.0	45.8
特定健診受診率 (法定報告値)		46.0	46.7
メタボリックシンドローム該当者の割合 (法定報告値)		16.2	19.0
メタボリックシンドローム予備群の割合 (法定報告値)		10.6	10.6
特定保健指導利用率 (法定報告値)		62.7	82.1
特定保健指導終了率 (法定報告値)		59.4	77.1

※KDB 帳票「地域の全体像の把握」、岐阜県（市町村国保）における医療費・疾病・特定健診の状況【経年】より

【変化・考察など】

- ・被保険者数は減少、加入率も低下している。
 - ・加入者の構成では、64 歳未満は減少、65 歳以上が増加したため、加入者の平均年齢も上昇している。→加入者の高齢化
 - ・特定保健指導利用率・終了率は上昇している。
 - ・総医療費は減少しているが、一人当たり医療費は増加している。
- 被保険者数が減っているため、総医療費は減少傾向と考察。

5. 個別事業評価

既存事業の評価

●特定健康診査

(1) 事業の概要

【目的】

生活習慣病の発症や重症化の予防を行う

→目的の修正：特定健康診査データを分析し、生活習慣病の発症や重症化予防を目的に対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行うことで、医療費適正化を図る。

【内容・実施方法】

①4月1日現在国保加入の対象者を選定し健診の受診勧奨をする

②特定健康診査と同等の健診内容の実施（人間ドック）

③特定健康診査受診結果から、リスクに基づく優先順位をつけ、「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」と階層化し、対象者に合わせた特定保健指導を実施

→内容の修正：国民健康保険加入者に対し、健康診査を行う。人間ドック等を受診した者に対しては、補助金で助成を行い、結果の提供を受ける。

【目標値】

特定健康診査受診率 60%

(2) 事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
特定健康診査受診率（法定報告値）	60%	45.5%	46.7%
メタボリックシンドローム予備群の割合 （法定報告値）	9%	11.3%	10.6%
メタボリックシンドローム該当者の割合 （法定報告値）	15%	18.6%	19.0%

(3) 評価結果

特定健康診査受診率は微増している。メタボリックシンドローム予備群・該当者割合は増加傾向であるので、早期介入によって生活習慣改善効果を上げていく必要がある。

(4) 見直しと今後の予定

特定健診受診率向上のため、受診勧奨事業を継続していく。場合によっては、情報提供事業の導入も検討する。また、若いうちから健診を受けることが当たり前になるよう、国保加入者で若年層健康診査対象者にも受診勧奨を行っていく。

●特定健康診査受診勧奨事業

(1) 事業の概要

【目的】

受診率向上のため受診勧奨を行う

【対象者】

特定健康診査未受診者

【実施方法】

①8月下旬に特定健康診査未受診者の対象者を選出

②健診の受診勧奨をハガキで送付する

→**実施方法の変更（令和元年度から）**

特定健診の対象者に**受診券送付前**に受診勧奨はがきを送付。受診勧奨はがきは、①過去3年以内に受診歴のある者（健診結果のグラフ入り）、②過去3年以内に受診歴のない者、③40歳になる者 の3パターンを作成。

健診終了1か月前には、40・50代の健診未受診者に勧奨はがきを送付する。

【目標値】

未受診者50%減少

→評価困難な指標のため、**40・50代受診率26%、過去3年以内に受診歴がない者の受診率14%に修正**

(2) 事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
40・50代受診率	26%	25.9%	29.2%
過去3年以内に受診歴のない者の受診率（R1～）	14%	—	10.9%
受診勧奨後、受診した者の割合（40・50代）	19.5%	16%	19.1%
全体の健診受診率	60%	45.5%	46.7%

(3) 事業評価

平成30年度までは受診率が伸び悩んでいたが、対象を絞らず全数に受診勧奨を行ったところ、受診率が向上した。これは、今まで受診券（封書）の送付では無関心だった者が特定健診を知り、受診したからだと考えられる。

(4) 見直しと今後の予定

補助金を活用し、今後も事業を継続する。

●特定保健指導

(1) 事業の概要

【目的】

生活習慣病リスク者へ生活習慣病改善のための支援を実施し、~~メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を図る~~

→目的の修正：保健指導対象者へ生活習慣を改善するための支援を実施することで、対象者が自らの生活を振り返り、行動目標を設定・実践できる。また、対象者が健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになる。

【対象者】

特定健康診査受診者のうち、保健指導の判定基準に該当した者

【実施方法】

血糖、脂質、血圧等の値において改善していけるようリスクの特性に合わせた効果的な保健指導を行う

→実施方法の修正：保健指導の対象者に対し、自覚症状はほとんどないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であること等を分かりやすく説明する。生活習慣の改善を促す支援の際には、心身の状態や現在の生活習慣が構築された背景要因（家庭・職場環境や経済状況等）にも留意する。

【目標値】

特定保健指導終了率 60%以上

(2) 事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
特定保健指導利用率(法定報告値)	70%	85.0%	82.1%
特定保健指導終了率(法定報告値)	60%	75.7%	77.1%
メタボリックシンドローム予備群の割合 (法定報告値)	9%	11.3%	10.6%
メタボリックシンドローム該当者の割合 (法定報告値)	15%	18.6%	19.0%
特定保健指導対象者の減少率 (法定報告値)	25%	21.4%	24.1%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (法定報告値)	30%	21.5%	25.1%

(3) 事業評価

特定保健指導実施率は向上しているが、メタボ該当率・予備群該当率が増加しており、指導効果が十分に現れていない。

(4) 見直しと今後の予定

特定保健指導実施率向上に伴い特定保健指導の認知度が上がり、訪問時に対象者に受け入れられやすくなっているという実感があるため、今後も家庭訪問を中心とした指導を継続し、生活環境も含めて対象者を捉え、個別性のある指導を継続する。改善可能性の高い新規対象者に対しては、優先度を上げて保健指導を実施する。

保健指導教材については、経年グラフを活用し、目で見て分かりやすいように図示化するなど、対象者が自身の検査データをもとに身体の状態をより分かりやすく知ってもらえるような工夫を行う。

●若年層健康診査 (good ライフ健診) ・若年層健康診査事後指導

(1) 事業の概要

【目的】

若い年齢から健康に関する自己管理能力を培うとともに、生活習慣病予防対策を実施することで、将来の生活習慣病予防・健康寿命の延伸を図る

【対象者】

20歳から38歳までの市民

【実施方法】

- ①健診の受診勧奨をする
- ②対象者に合わせた事後指導を実施し、生活習慣病の発症や重症化の予防を行う

【目標値】

若年層健康診査継続（3年間に2回受診者）受診率30%以上

→継続受診率と初回受診率は相対関係にあるが、両方とも重要であるため、**全体の受診率7%を目標値に修正する。**

メタボリックシンドローム関連検査項目にて要指導判定者への指導率50%以上

（2）事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化		
		H30	R1	R2
若年層健康診査継続受診率	7%	5.5%	5.0%	6.1%
メタボ関連項目で要指導判定者への指導率	50%以上	44.7%	42.5%	64.3%

（3）事業評価

受診率、指導率ともに下降傾向であったが、令和2年度はどちらも上昇した。これは、令和2年度は国保加入者、30歳以上の女性（節目年齢の者、過去3年以内に受診歴のある者、国保加入者を除く）に対し、受診勧奨はがきを送付したこと、および要指導判定者に対し、事後指導教室への参加勧奨の電話を実施したことによる効果であると考えられる。

（4）見直しと今後の予定

令和2年度は受診率・指導率ともに向上していることから、今後も設定したターゲットに対し、勧奨はがきの送付およびセミナー参加勧奨の電話を継続実施する。

●糖尿病性腎症重症化予防

①医療機関未受診者に対する受診勧奨

【目的】

糖尿病から人工透析への移行を防止し、医療費の適正化を図る

【対象者】

特定健康診査を受診した者で、~~HbA1c6.5%以上かつ~~ ~~血圧160mmHg/100mmHg（Ⅱ度高血圧）以上かつ~~ ~~尿蛋白2+以上~~

→**上記条件では対象者がいないので、対象者の変更を行った。**

受診勧奨：空腹時血糖 126mg/dL（随時血糖 200 mg/dL）以上または HbA1c6.5%以上の者のうち、1年以内に糖尿病のレセプトがついていない者

保健指導：①空腹時血糖 126mg/dL（随時血糖 200 mg/dL）以上または HbA1c6.5%

※岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者と同じ

②尿蛋白（+）以上または eGFR 60mL/分/1.73 m²未満

③特定保健指導対象者

★保健指導の優先順位；1 ①かつ②かつ③

2 ①かつ③

3 ①かつ②

【実施方法】

対象者に対し、通知・個別面談・訪問し受診勧奨および指導を行う

【目標値】

医療機関受診率 50%以上

（2）事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
受診勧奨後の医療機関受診率	50%	46%	46.8%
検査結果の維持・改善率（空腹時血糖）	50%	46.6%	24.0%
検査結果の維持・改善率（HbA1c）	50%	63.0%	48.0%
未治療者・治療中断者数	34人	48人	44人
新規人工透析導入患者数	5人	4人	6人
人工透析にかかる医療費の減少状況	前年比 -600万円	-13,793,810円	+1,745,610円

（3）事業評価

平成30年度からの新規事業なので効果の判定は時期尚早である。

（4）見直しと今後の予定

事業を継続し、効果があるか評価を行っていく。

②通院中の重症化リスクの高い者に対する保健指導

【対象者】

医療機関に通院中のかたで、保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者

【実施方法】

医療機関（かかりつけ医）からの紹介をもとに、個別面談・訪問等にて保健指導を実施する

【目標値】

かかりつけ医からの紹介にて 100%実施

上記事業については、実績がないため評価困難である。

●特定健診受診者を対象にした料理教室（ランチョンセミナー）

【目的】

特定保健指導非該当者を対象にし、将来、特定保健指導対象者にならないために生活習慣の改善方法を身につけるために行う

→目的の修正：食・生活習慣の改善方法を身につけ、生活習慣病への移行を予防する

【対象者】

①国民健康保険被保険者（40歳以上）で特定健康診査結果が情報提供の者

→対象者の補記：②血圧・血糖・脂質いずれかの服薬をしていない者

【実施方法】

①対象者を選定し教室の勧奨をする（定員 20 名を超える場合は抽選）

→令和 2 年度より**先着順に変更**

②高血圧、脂質異常、血糖値が高いなどの生活習慣病を改善するための日常の食生活に役立つ料理を学ぶ

→実施方法の修正：血圧・血糖・脂質の検査値の改善を目標に食・生活習慣について**学ぶ**

【目標値】

各教室定員に対して参加率 60%以上

(2) 事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
教室参加率	60%	71.7%	75.8%
利用者の検査値改善割合	50%	血圧 : 80%	血圧 : 43.8%
		血糖 : 50%	血糖 : 41.7%
		脂質 : 58.3%	脂質 : 38.5%

(3) 事業評価

健診結果に案内を同封しているが、健診結果に紛れて認知度が低いと考えられたため、平成30年度からは対象者に封書で再勧奨を送付するようにした。その結果、申込者が増え、教室開催数も増やすこととなった。(令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で開催数・定員は減らすこととなった。)

(4) 見直しと今後の予定

満足度の高いセミナーではあるが、まだまだ認知度が低いと考えられる。勧奨方法を封書からはがきにすると良いかもしれない。

●糖尿病予防教室(血糖コントロール教室)

【目的】

血液検査値(空腹時血糖値、HbA1c値)の改善と病識の理解、自己行動変容。将来、糖尿病にならないために行う

【対象者】

~~特定健康診査を受診した69歳以下の者(過去に教室参加した者、糖尿病の治療をしている者を除く)で、HbA1c5.6~6.4%に該当する者~~

→対象者の修正: 40歳から69歳までの市民のうち、HbA1c5.6~6.4%に該当する者(過去に教室参加した者、糖尿病の治療をしている者を除く)

【実施方法】

- ①対象を選定し教室の勧奨をする
- ②対象者に合わせた栄養指導や運動指導等を行い生活習慣の改善方法を身につける

【目標値】

改善率 80%以上

→改善率のみでは達成不可能な目標値であるため、**教室参加者の参加後翌年の HbA1c 値の維持・改善率 80%以上に修正。**

(2) 事業実績

【アウトプット・アウトカム評価指標】

評価指標	目標値	経年変化	
		H30	R1
特定健診受診者の HbA1c 値 6.5%以上の割合	8.5%	8.7%	9.6%
教室参加者の参加後翌年の HbA1c 値の維持・改善率	80%	54.5%	58.3%

(3) 事業評価

教室参加者の HbA1c 値維持・改善率について、平成 30 年度は下がったが、令和元年度は上昇した。

また、令和元年度から教室参加者の生活改善状況と内容の把握、生活改善の継続にあたり健康意識アンケート調査を教室参加者に対して実施している。アンケート調査の結果分析から、教室参加後の血糖値改善・維持には繋がっていない者においても生活改善の継続は単年で終わらず 2 年後も継続できていること、生活改善を継続し習慣化していくことの難しさ等を把握できた。

(4) 見直しと今後の予定

教室の中で支援を継続できる相談先を伝えていき、今後の生活改善を支えていける体制づくり、参加者のニーズ把握を行っていく

75g 糖負荷試験結果や個々の生活習慣をもとに個別性に応じた保健指導・健康教育を継続して実施していく。

6. 今後の予定

新規事業

●糖尿病性腎症重症化予防事業（医療機関受診中の者に対するアプローチ）

【目的】

糖尿病から人工透析への移行を防止し、医療費の適正化を図る

【対象者】

医療機関受診中で慢性腎臓病（CKD）ステージが 3・4 期の者

【実施方法】

特定健診の結果とレセプトを突合させ、事業該当者を確定。事業該当者には案内文書を送付し、同意した者に保健指導を実施する。

【目標値】

指導対象者における生活習慣改善率 70%、指導対象者における検査値改善率 70%

7. 最終評価について

中間評価後については、既存事業に加え、医療機関受診中の者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業を行っていく。これらの事業はこれまで通りPDCAサイクルを回しながら行うこととし、毎年それぞれの指標の評価を行う。最終評価は令和6年3月までに行う。

発行日 令和3年3月

発行者 瑞穂市

岐阜県瑞穂市別府1288番地

編集 瑞穂市役所 市民部 医療保険課