

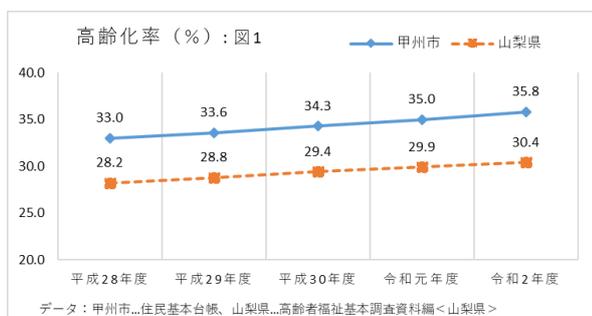
## 甲州市国民健康保険第2期データヘルス計画中間評価報告

### 1. 第2期データヘルス計画の概要

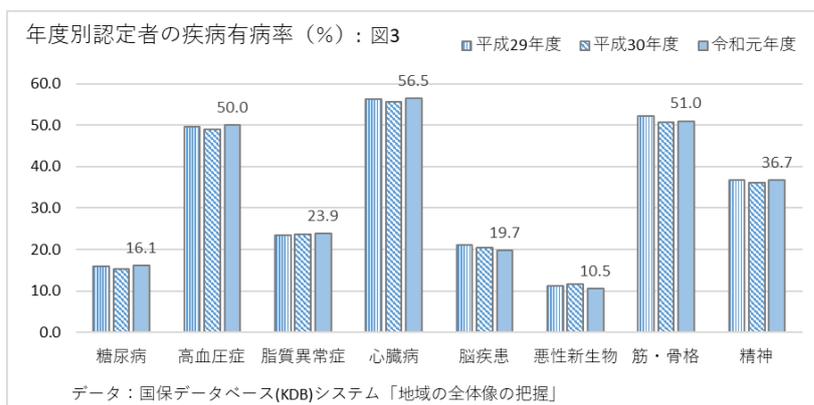
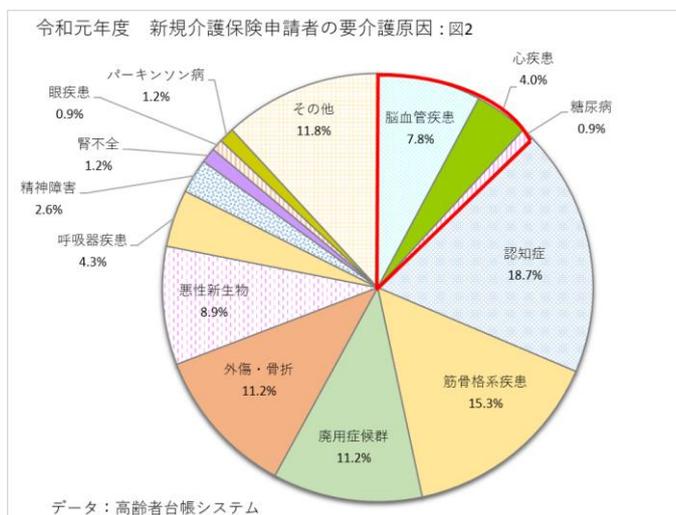
甲州市では、65歳以上の高齢者の総人口に占める割合が、令和2年10月現在35.8%となっており年々増加しており、甲州市人口ビジョンの市独自推計によると、2025年の高齢化率は39.5%と推計されています。(図1)

介護保険の状況において認定者の疾病別有病率では、心臓病と高血圧症が上位に挙がっており、要介護の原因の12.7%が脳血管疾患、心疾患を含む生活習慣病となっています。本市国民健康保険の疾病中分類別レセプト件数においては、高血圧性疾患、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病が上位を占めており、疾病全体に占める割合は依然高い状況です。(図2、3)

このような状況のなか、本市では健康増進計画、特定健康診査等実施計画、データヘルス計画に基づき、生活習慣病の発症予防と早期発見するための保健事業を展開し、第2期データヘルス計画では、糖尿病発症・重症化予防事業を重点的な取組とし実施してきました。



\* 甲州市人口ビジョンの市独自推計によると、2025年の高齢化率は39.5%と推計されている。



### 2. 中間評価の目的・方法

データヘルス計画は、レセプトや健診等のデータの分析をもとに、効果的な保健事業を行い、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化をはかることを目的としています。

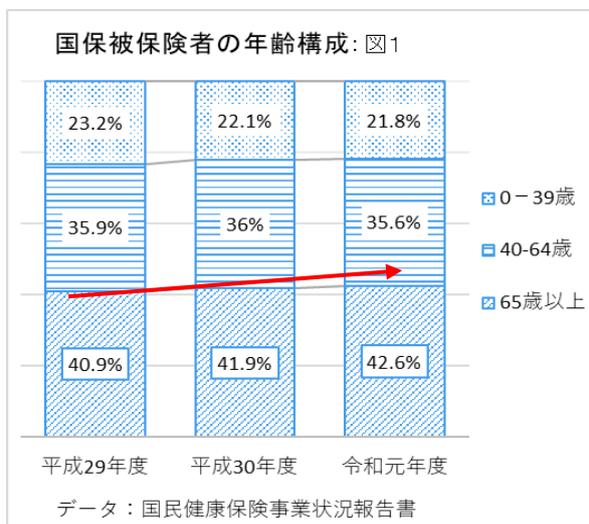
平成30年度から令和5年度までの6年間の中間にあたる令和2年度の中間評価においては、個々の事業の目標に対する実績や取組の評価をもとに、計画の見直し・改善策の検討を行い、これらを踏まえ事業全体の評価を行うとともに重点的に取組むべき課題等を整理し、取組みの方向性を示すことを目的とします。

### 3. 現状分析

国民健康保険被保険者数は、平成29年度から令和元年度に682人減少していますが、65歳以上が占める割合は増加しています。(図1、表1)

また、65～74歳の医療費一人あたり年間費用額も増加傾向にあります。(表2)

今後、医療の高度化及び国保被保険者の高齢化の進行により医療費の増加がさらに予測されるため、生活習慣病予防に取組んでいく必要があります。



国保被保険者加入状況(人): 表1

| 年度     | 全人口    | 国保被保険者数 | 国保被保険者数(再掲) |        | 加入率(%) |
|--------|--------|---------|-------------|--------|--------|
|        |        |         | 0~64歳       | 65~74歳 |        |
| 平成29年度 | 32,483 | 9,552   | 5,679       | 3,873  | 29.4   |
| 平成30年度 | 31,923 | 9,168   | 5,357       | 3,811  | 28.7   |
| 令和元年度  | 31,374 | 8,870   | 5,118       | 3,752  | 28.3   |

データ: 国民健康保険毎月事業状況報告書

年齢階層区分総費用額及び一人あたり年間費用額(円): 表3

| 年度     | 0~64歳         |            | 65~74歳        |            |
|--------|---------------|------------|---------------|------------|
|        | 総費用額          | 一人あたり年間費用額 | 総費用額          | 一人あたり年間費用額 |
| 平成29年度 | 1,361,550,509 | 239,752    | 1,907,337,503 | 492,470    |
| 平成30年度 | 1,249,428,862 | 233,233    | 1,869,462,880 | 490,544    |
| 令和元年度  | 1,315,800,000 | 257,093    | 1,905,768,867 | 507,934    |

データ: 戸籍住民課資料

### 4. 第2期データヘルス計画の取り組み

#### 第2期計画における重点的な取り組み

- ・甲州市ヘルスアップ教室
- ・かかりつけ医と連携した糖尿病対策事業
- ・糖尿病治療中断者への受診勧奨事業
- ・健診異常値者への受診勧奨事業

#### 第1期計画からの継続した取り組み

- ・特定健診・特定保健指導事業
- ・特定健診未受診者対策事業
- ・健診結果説明会事業
- ・早期介入保健指導事業
- ・慢性腎臓病予防(CKD対策)事業
- ・地区組織及び関係機関との連携による周知啓発事業

## 5. 中間評価

### ①甲州市ヘルスアップ教室

生活習慣病予防として糖尿病対策に主軸を置き、平成 18 年度から糖尿病境界型を対象としてヘルスアップ教室がスタートしました。糖尿病対策の優先度としては治療域の者の優先度が高いが、スタート当初は指導スキルもなかったため、まずは境界型から取り組みを行いケースカンファレンス等で病態分析をしてスタッフのスキルアップをはかり予備軍対象者へ指導を行ってきました。

しかし、雇用の延長や高齢化により国保の被保険者が減少、ヘルスアップ教室の対象者も 60 歳までとしていたため年々参加者数の減少がみられました。また、県や全国的にも糖尿病重症化予防に重点が置かれるようになり、全国的に連携体制も構築されてきました。

これらのことを踏まえ、多職種連携での糖尿病予防体制を構築し予防対策として、未受診・治療中断者への指導、また、かかりつけ医と連携した糖尿病なんでも相談の 2 つを主軸とし進めていくため、ヘルスアップ教室は平成 30 年度の対象者までとし、令和元年度で事業を終了としました。

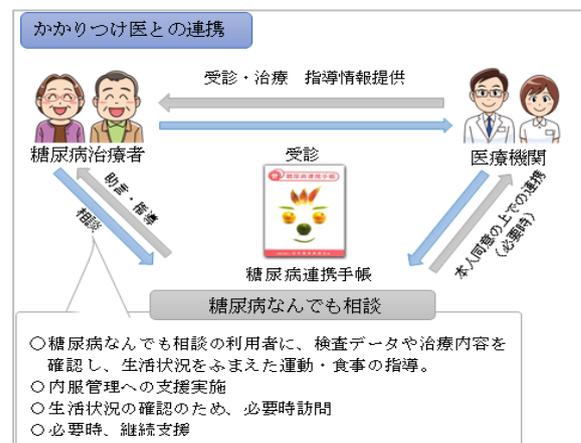
### ②かかりつけ医と連携した糖尿病対策事業

生活習慣病発症状況では、糖尿病は患者数全体に対して占める割合が高く、糖尿病で起因となる糖尿病性腎症が人工透析の多くを占めており、患者数や医療費でも上位に挙がっています。かかりつけ医との連携が重要となることから重症化予防の視点で検討し対象基準を定め、第 2 期計画よりかかりつけ医と連携した糖尿病対策事業として実施することとなりました。

平成 29 年度から始まった事業であるため、紹介いただく医療機関も限定されていることもあり、紹介者数は目標値には達していませんが、支援対象者の改善率は高い数値となっています。

生活状況を踏まえた運動・食事の指導、内服管理への支援、生活状況の確認のための訪問等、関係機関と情報共有しながら実施してきました。

今後も医療機関への周知を図るとともに、対象者の支援のためかかりつけ医と連携し、保健師・管理栄養士など様々な職種との連携をとりながら糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を予防していきます。



### ③糖尿病治療中断者への受診勧奨事業

糖尿病の治療には、生活習慣の改善の他に定期的な診療や継続的な服薬が必要であるが、服薬を適切に行わないケースや自己判断により定期的な診療を止めてしまうケースがみられます。このため、国保データベース (KDB) システムより治療中断者を抽出し再受診を促す支援を行ってきました。

対象者の治療中断・未治療の内容確認書を作成するなど抽出漏れがないよう努め、他疾患治療等を優先するなど絞り込み対象者の選定し、受診再開に向け通知・電話・訪問などにより支援を行いました。未治療者に関しては受診再開につながっていますが、治療中断者には拒否する方もおり状況確認・

受診勧奨につながらないケースもありました。中断・未受診理由は、「多忙である」「経済的負担」等様々ですが、対象者の生活状況等に考慮しながら受診の必要性を伝え、受診再開を促していきます。

#### ④健診異常値者への受診勧奨事業

健診結果が異常値であっても、医療機関を未受診のままの対象者に対して、精密検査依頼状の発行及び精密検査依頼状未返信書者へ電話による受診勧奨を実施し、対象者への適切な受診や生活習慣病の改善を促し重症化の防止をはかってきました。

集団健診での対象受診者に対しては、健診結果説明会や保健センターでの結果返却を実施、未来所者に対しては電話がけを行うなど来所を促し、面接による返却を心掛け受診を促しました。また、健診異常再受診に関しては、検査結果の未返書者に対し受診勧奨を行ってきました。対象者の面接率は95%以上となっていますが、健診異常再受診者率は目標値をやや下回っているため、受診勧奨を強化していきます。

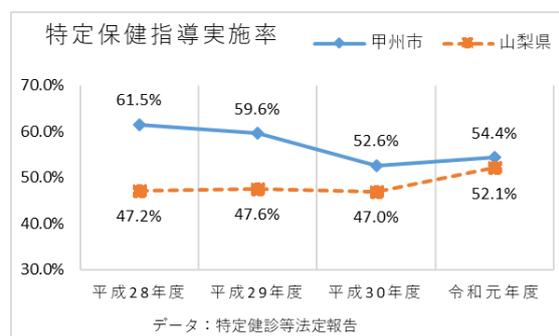
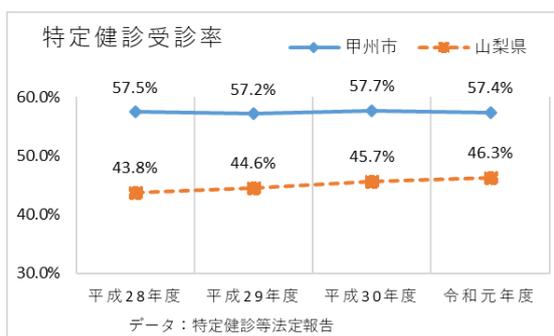
#### ⑤特定健診・特定保健指導事業

医療費分析によると、医療費総計・レセプト件数・患者数いずれにおいても生活習慣病を起因とする疾病が上位に挙がっていることから、生活習慣病予防及び早期発見を目的とし、第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施してきました。

この実施計画（平成30年度～令和5年度）では、特定健康診査受診率は各年度60%以上、特定保健指導実施率は各年度60%維持と目標値を設定しました。

特定保健指導実施率は、県平均は上回っているものの平成28年度をピークに減少傾向にあります。個別医療機関健診等の受診者には、市で初回面接を実施しその対象者に応じた個別支援を行うことで生活習慣病の発症や重症化の予防に努めてきました。

今後も糖尿病等の生活習慣病有病者や予備軍の減少、メタボリックシンドローム該当者や予備軍の減少、出現率の低下につながるよう努めていきます。



#### 年度別 特定保健指導状況

|     | 動機付け支援対象者数割合 |        |       | 積極的支援対象者数割合 |        |       | 支援対象者数割合 |        |       | 特定保健指導実施率 |        |       |
|-----|--------------|--------|-------|-------------|--------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|-------|
|     | 平成29年度       | 平成30年度 | 令和元年度 | 平成29年度      | 平成30年度 | 令和元年度 | 平成29年度   | 平成30年度 | 令和元年度 | 平成29年度    | 平成30年度 | 令和元年度 |
| 甲州市 | 7.1%         | 8.4%   | 8.5%  | 3.1%        | 3.0%   | 3.0%  | 10.2%    | 11.4%  | 11.4% | 59.6%     | 52.6%  | 54.4% |
| 山梨県 | 7.5%         | 8.0%   | 7.9%  | 2.8%        | 3.2%   | 2.9%  | 10.3%    | 11.2%  | 10.7% | 47.6%     | 47.0%  | 52.1% |

データ：特定健診等法定報告

### ⑥特定健診未受診者対策事業

特定健診の受診率向上を目指し事業を実施してきました。特定健康診査等実施計画で定めた「特定健康診査受診率 各年度 60%以上」の目標値は達成されていませんが、ここ数年は、受診率 57%代を維持しています。令和元年度においてはコロナ禍での事業実施でもあり、前年度より 0.3 ポイント減となりましたが、県の受診率を大きく上回り、県内 13 市では 1 位を維持しております。

未受診者対策会議により事業評価の実施、健康診断希望調査や対象者の状況に合わせた勧奨リーフレットの送付、追加健診に向けての電話や年度末に向けてのはがきでの受診勧奨など、段階に応じ受診への勧奨を実施してきました。今後も健康診断希望調査や KDB システム等の情報を基に、対象者に合わせた個別の受診勧奨を実施し、健診受診率向上に努めていきます。

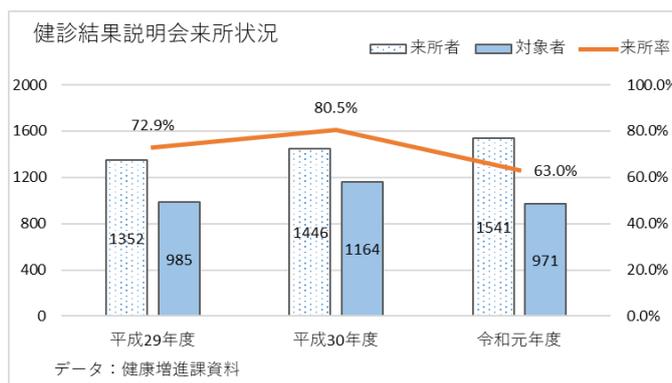


年代別勧奨リーフレット

### ⑦健診結果説明会事業

特定健診受診者の健診結果の理解、生活改善や医療機関受診などの支援を目的とし、結果説明会を開催し、保健師や管理栄養士が健診結果を説明、保健指導や今後の取組みを指導し、生活改善等のアドバイスを行ってきました。

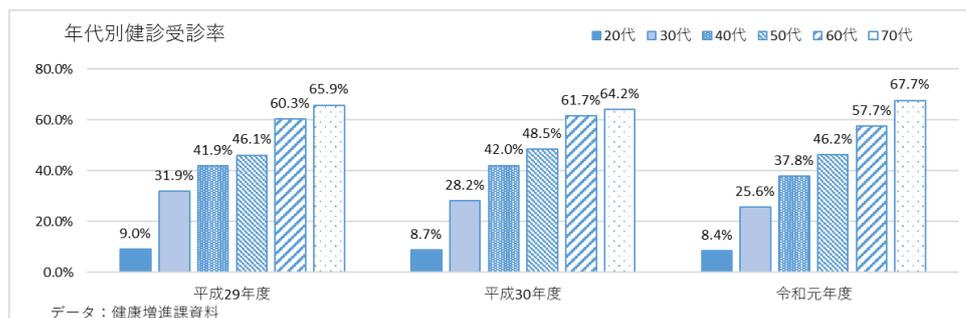
総合健診や追加健診と連動し各地区公民館や保健センター等で健診結果説明会を開催。また、結果説明会に参加できない方等のために健診結果説明窓口を保健センターに開設しました。保健師や管理栄養士による保健指導を行い、受診勧奨域の値の方については確実な受診を促すなど、健診結果を基に自身の健康状態を振り返りさらに生活習慣病の改善に向け、自らの行動変容につながるよう支援を実施していきます。



### ⑧早期介入保健指導事業

20 歳から 39 歳の被保険者を対象とし、特定健診・特定保健指導と同様の健診、保健指導の機会を設けて生活習慣病の早期発見、予防とともに、健診受診の習慣化を促し、特定健診の受診率向上につながるため事業を実施してきました。

健診受診率を見ると若い世代が低く、健康に対する意識が低いと考えられます。20 代から健診の機会を設けることによる健診受診の習慣化が必要と考えられます。30 代以前から健診を受けることで自らの健康状態を知り、リスクがある者には保健指導を行うことで、生活習慣を振り返り健康への意識付けを促し、生活習慣病の早期発見や予防に努め、また、特定健診の受診率向上へつながるよう努めていきます。



#### ⑨慢性腎臓病予防（CKD 対策）事業

慢性腎臓病の早期発見や重症化予防を目的に、平成 28 年度から特定健診の市独自の追加検査項目としてクレアチニン・e-GFR を導入し特定健診結果等から受診勧奨域の対象者を抽出し、健康相談や重症化予防を支援してきました。

支援対象者に対し健診結果説明会等での個別面接により健康相談や栄養相談を行い、自ら腎機能の重症化予防ができるよう、また、適正受診につながるよう支援してきました。新規対象者として挙がってくる方もいますが、継続対象者には治療中や中断の方も多くいます。治療中の方には中断にならないよう、治療の継続の必要性も併せ個別面談等を通じ重症化予防を支援していきます。

#### ⑩地区組織及び関係機関との連携による周知啓発事業

保健環境委員会、区長会等地域を単位とした組織や、食生活改善推進委員会や健康づくり推進協議会など健康増進に関連する組織と連携して、情報発信や健診受診等の啓発活動、生活習慣病予防事業などの取組みを実施してきました。

平成 24 年度から保健環境委員会と協働で健康診断希望調査実施することで、健康診断の受診率の向上につながりました。また、各組織が中心となり健診受診を地区の方々へ促すなど健康増進に向け取組んできました。今後も各組織と連携しながら市民の健康維持・増進につながるよう活動を続けていきます。

### 6. 取り組み結果

- ヘルスアップ教室については、当初の目的は概ね達成できており、県・国の動向などを踏まえ糖尿病重症化予防に重点を置いた取組に移行することとし事業を終了とした。
- かかりつけ医と連携した糖尿病対策事業については、紹介者数等目標値に達しておらず連携していただける医療機関を増やしていくことが課題となっている。
- 特定健診受診率及び特定保健指導実施率は、県平均は上回っているものの目標値には達していないため、受診率向上のための対策が必要となっている。
- 健診結果で医療機関への受診が必要だった者への受診勧奨を行い、平成 30 年度は 59.4%、令和元年度は 42.2%が医療機関への受診につながった。
- 糖尿病治療中断者への受診勧奨事業では対象者の約 80%に介入することができ、その内約 80%が受診や受診再開につながった。しかし、治療中断理由には経済的な理由等もあるため介入が難しいケースもある。
- 糖尿病なんでも相談事業では、令和元年度の対象者は 4 名と少なかったが、個々の状況にあわせた支援を行うことで行動変容につながり全員が改善となった。

いずれの事業も目標に向かって前進していることが確認できました。最終評価においても同様の結果を得るために、今後も継続的に取組を推進していきます。

## 7. 中間評価から見えた課題

第2期データヘルス計画の中間評価から見えた課題を、下記のとおり整理しました。

- 男女とも40代の健診受診率が低いため、若年層からの健康に対する意識付けや健診受診の習慣化をはかり、また、対象者に合わせた個別の受診勧奨を行い、健診受診率向上を目指す。
- かかりつけ医と連携した保健指導を行うことで生活習慣病の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病発症や重症化への移行を予防していく。
- 糖尿病治療中断者への受診勧奨については、対象者の生活状況等を踏まえ寄り添った支援を行いながら受診再開を促していく。
- 総合健診結果異常値者の未受診者に対する受診勧奨については、対象者への適切な面接を行うことで再受診を促していく。
- 地区医師会や地区組織、関係機関等と連携をとりながら、市民の健康維持・増進につながるよう事業を実施していく。

## 8. 最終評価に向けた今後の取り組み方針

第2期データヘルス計画の重点目標として「生活習慣病（糖尿病）の発症・重症化予防」に取り組んできました。特に糖尿病は重症化すると、普段できていたことが出来なくなってしまうような合併症を発症する危険性が高いため、糖尿病の発症・重症化を予防していくことが大切です。生活習慣病の発症予防と早期発見のため、第2期計画において掲げた重点的な取組事業（甲州市ヘルスアップ教室を除く）、また、第1期からの継続した事業を今後も継続的に取組み、被保険者の健康保持・増進をはかっていきます。

今後も、市と市民の一人ひとりが一緒に取り組み、住み慣れた地域で自分らしく生活することができるよう、生活習慣病予防や重症化予防を中心にさまざまな健康層への保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に事業を実施していきます。