

富士宮市国民健康保険

第2期保健事業計画（データヘルス計画）中間評価

令和3年3月

富士宮市市民部保険年金課

# 第1章 基本的事項

## 1 背景

近年特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者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の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

本市においては、平成28年度から平成29年度を実施期間とする、富士宮市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）（以下、第1期データヘルス計画という。）に引き続き、平成30年度からの6年間の期間とする第2期データヘルス計画を策定し、保健事業を実施してきました。

## 2 計画期間

平成30年度から平成35年度までの6年間

## 3 目的・目標

脳血管疾患、心疾患、透析治療を必要とする腎不全等を引き起こす生活習慣病を減らし、被保険者の健康寿命の延伸と一人当たり医療費の増加率を抑えます。

## 4 実施体制・関係者連携

富士宮市医師会等と連携し、保険年金課及び健康増進課が事業実施しています。

## 5 中間評価の趣旨

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、被保険者の健康保持増進に向けて必要な保健事業を実施してきました。期間後半をさらに効果的に実施するために、中間年度に当たる令和2年度に、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価や見直しを行います。

## 第2章 第2期データヘルス計画の中間評価

本計画は、保険年金課が主管課として、健康増進課、国保運営協議会、富士宮市医師会等と連携し策定しました。

医療及び健診データの分析から、慢性腎臓病及び糖尿病が多いことが明確になり、これを健康課題として、富士宮市医師会等の協力を得たうえで、保健事業を実施してきました。事業利用者は、検査値が改善する等の効果が見られます。しかし、事業利用者数が伸びておらず、より多くの人が健康づくりに取り組む支援が必要です。利用者を増やすために、利用勧奨のチラシや電話の方法を工夫し、利用者確保に努めます。

また、効果的な事業を行っていくために、引き続き、担当者間の事例検討等を定期的実施し、従事者のスキルアップや保健指導の標準化を図ります。

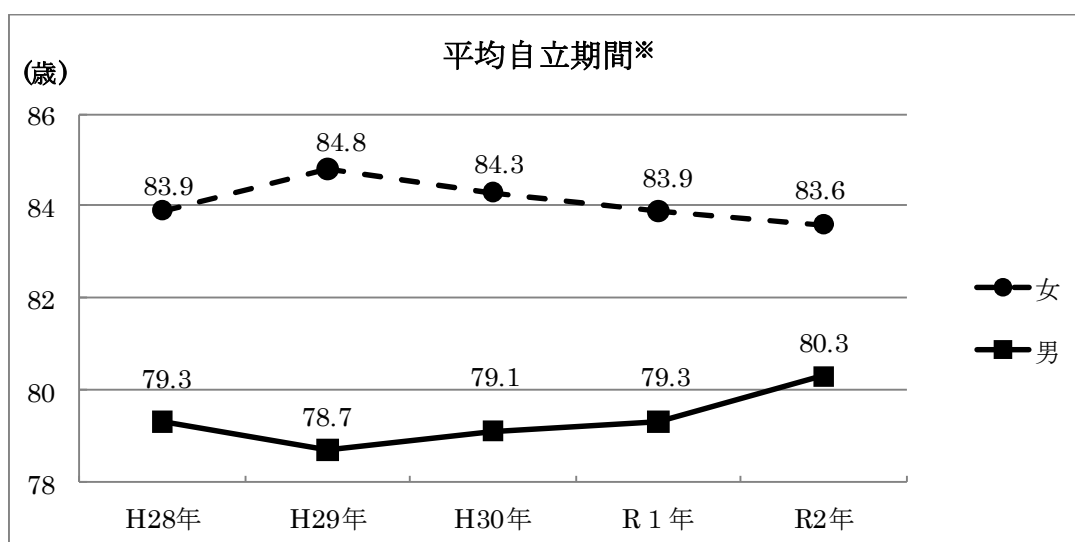
今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、健康増進課との連携を強化し、後期高齢者医療保険に移行した後の健康づくりを踏まえ、保健事業を推進していきます。

### 1 中長期目標

#### (1) 健康寿命（平均自立期間※）

富士宮市の平均自立期間※は、男性はH29年に下がりましたが、その後は年々上がっています。女性は、H29年に上がりましたが、その後は年々下がっています。平成28年から令和2年の期間において、それぞれ、男性1.0歳の増、女性0.3歳の減となりました。

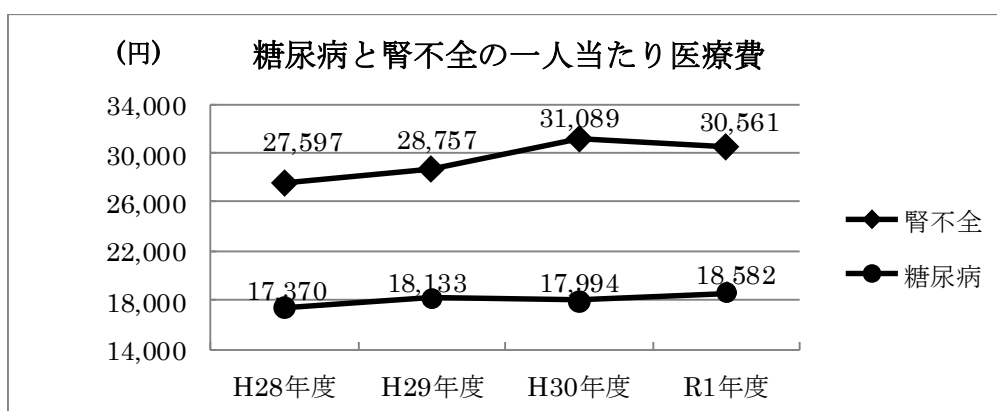
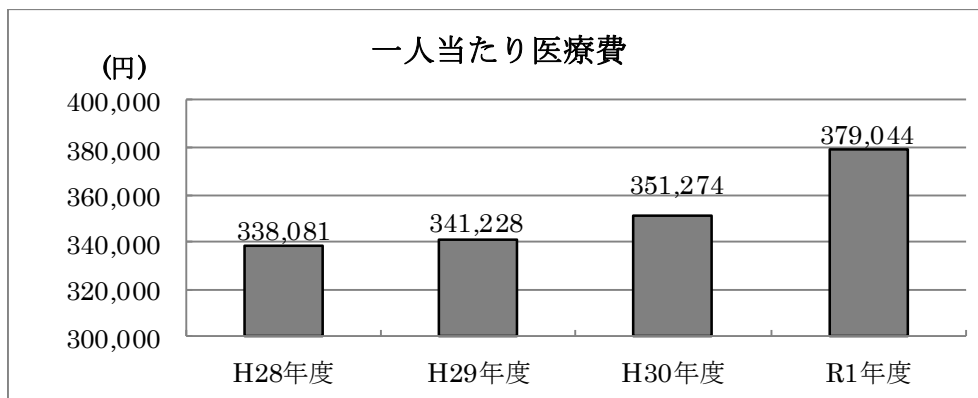
第2期データヘルス計画では、市町村別生命表（厚生労働省）等を用いましたが、公表年が5年に1度であり、短期間では比較ができないこと、KDBで市町村別の平均自立期間が毎年算出されるようになったことから、中間評価においては、KDBの平均自立期間を比較対象としました。



※平均自立期間：起床・衣服着脱・食事・入浴等の日常生活動作が自立している期間  
(要介護2～5以外の期間)

(2) 一人当たり医療費

一人当たり医療費は増加傾向にあります。また、健康課題である糖尿病及び腎不全の一人当たり医療費も増加傾向にあります。



(3) 評価

富士宮市の健康寿命は、男性は上がりましたが、女性は下がっており、目標達成できていません。目標達成のためには、特に女性に対する対策が必要です。

医療費の増加率は、全体が 1.12、糖尿病が 1.07、腎不全が 1.11 です。糖尿病は目標を下回っていますが、全体及び腎不全の増加率は、すでに目標を上回り、目標達成できていません。引き続き、医療費の上位を占める糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防を図るとともに、後期高齢者医療広域連合と連携し、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業を一体的に実施し、生活機能の改善など介護予防を踏まえた支援を行い、健康寿命の延伸と一人当たり医療費の増加率を抑えます。

| 目的                   | 令和 5 年度までの目標       | 実績                      |
|----------------------|--------------------|-------------------------|
| 平均寿命の延伸              | 平均自立期間の延伸          | 男性：1.0 歳増<br>(H28～R2 年) |
|                      |                    | 女性：0.3 歳減<br>(H28～R2 年) |
| 一人当たり医療費の医療費の増加率を抑える | 全体の増加率を 1.10 に抑える  | 1.12 (H28～R1 年度)        |
|                      | 糖尿病の増加率を 1.10 に抑える | 1.07 (H28～R1 年度)        |
|                      | 腎不全増加率を維持する        | 1.11 (H28～R1 年度)        |

## 2 短期目標

ほとんどの指標で目標達成できていない状況です。令和元年度及び令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、特定健康診査受診率・特定保健指導利用率が下がっています。また、外出の自粛等により、肥満や検査値が悪化する人が増える恐れがあります。

被保険者の健康寿命の延伸と一人当たり医療費の増加率を抑えるため、各事業では、感染対策に配慮した事業運営を図り、特定健康診査受診率向上を第一優先に事業実施していきます。

(%)

| 指標                               | H28年度<br>(計画<br>策定時) | H30年度 |      | R1年度 |      | R2年度 <sup>※2</sup><br>見込 |                    |
|----------------------------------|----------------------|-------|------|------|------|--------------------------|--------------------|
|                                  |                      | 目標    | 実績   | 目標   | 実績   | 目標                       | 実績                 |
| 特定健康診査受診率                        | 35.8                 | 40.0  | 36.5 | 45.0 | 35.6 | 50.0                     | 31.2               |
| 特定保健指導利用率                        | 29.8                 | 35.0  | 29.2 | 40.0 | 24.1 | 45.0                     | 17.9 <sup>※3</sup> |
| メタボリックシンドローム該当者                  | 17.4                 | 17.0  | 17.9 | 16.5 | 18.9 | 16.0                     | 19.1               |
| メタボリックシンドローム予備群                  | 10.8                 | 10.5  | 11.9 | 10.0 | 12.2 | 9.5                      | 12.1               |
| 腹囲有所見者                           | 31.6                 | 31.0  | 33.6 | 30.5 | 34.3 | 30.0                     | 34.9               |
| BMI 有所見者                         | 24.7                 | 24.0  | 26.1 | 23.5 | 26.8 | 23.0                     | 27.1               |
| 収縮期血圧有所見者                        | 45.4                 | 45.0  | 45.5 | 44.5 | 48.2 | 44.0                     | 45.7               |
| 血糖有所見者                           | 30.2                 | 28.0  | 27.4 | 26.0 | 28.1 | 24.0                     | 31.8               |
| HbA1c 有所見者                       | 65.5                 | 64.5  | 65.0 | 63.5 | 62.9 | 62.5                     | 55.7               |
| 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある人の割合   | 12.2                 | 11.5  | 13.3 | 11.0 | 12.8 | 10.5                     | 11.2               |
| 間食・甘い飲み物を摂取する頻度が毎日 <sup>※1</sup> | —                    | —     | 12.4 | 11.9 | 14.5 | 11.4                     | 14.7               |
| お酒を飲む頻度が毎日                       | 23.2                 | 22.5  | 23.7 | 22.0 | 23.6 | 21.5                     | 22.7               |
| ジェネリック医薬品普及率                     | 67.0                 | 69.5  | 76.4 | 72.0 | 78.2 | 74.5                     | 80.0               |

※1 平成30年度から特定健康診査質問票に追加されたためH28年度なし

※2 令和3年2月末までの実績

※3 令和2年度分の初回面談は令和3年6月まで実施

目標達成項目

### 第3章 保健事業の中間評価

#### 1 特定健康診査事業

##### (1) 概要

当該年度 40～74 歳までの被保険者に対し、生活習慣病を予防するため、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を行いました。また、受診率向上のための受診勧奨を行いました。

##### (2) 取組内容

###### ア 富士宮市及び富士市の医療機関での個別健診

令和元年度は新型コロナウイルスの影響による受診控え等により、受診率が低下したため、医師会の協力を得て、受診期間を 12 月末から 1 月末まで延長しました。

###### イ がん検診同時受診可能な集団健診

公民館等健診会場を増やし、休日（土日）や健診期間終了後の 1 月に健診を実施しました。

###### ウ 未受診者への受診勧奨通知

当該年度未受診者のうち、「前々年度受診し、その後未受診」、「自己負担金無料である年度末年齢 41・46・51・56・61 歳」「集団健診申込者」及び「前年度生活習慣病重症化予防事業対象者」「特定健康診査の実施を取りやめた医療機関で前年度受診した人」約 3,000 人に通知を送りました。

###### エ その他

年度末年齢 41・46・51・56・61 歳及び住民税非課税世帯の自己負担金無料化を継続しました。また、医療機関、公共施設等への受診勧奨ポスター掲示依頼、保健委員及び地域包括支援センターに、活動の中で受診勧奨を行うよう依頼しました。

##### (3) 評価

| 指標          | H28 年度実績 | R1 年度実績 | 目標  |
|-------------|----------|---------|-----|
| 受診勧奨通知者の受診率 | 19.9%    | 31.8%   | 25% |
| 特定健康診査受診率   | 35.8%    | 35.6%   | 60% |

##### (4) 課題と今後の取組

対象者の 65%が特定健康診査を受診していません。年代が下がると受診率も下がっています。通知内容や対象者の工夫の他、地域活動では、地区別受診率を意識した啓発が必要です。

###### 【受診率が悪い上位 3 地区】

|   | 40～64 歳    |                 | 65～74 歳      |              |
|---|------------|-----------------|--------------|--------------|
|   | 男性         | 女性              | 男性           | 女性           |
| 1 | 上野 (17.2%) | 大宮東 (22.4%)     | 上井出 (33.2%)  | 黒田 (35.5%)   |
| 2 | 黒田 (17.3%) | 柚野 (24.5%)      | 大岩 (35.1%)   | 富士根北 (39.1%) |
| 3 | 杉田 (17.7%) | 上野・富士根北 (25.6%) | 富士根北 (36.4%) | 白糸 (40.0%)   |

## 2 特定保健指導事業

### (1) 概要

特定健康診査の結果、「動機付け支援」「積極的支援」（メタボリックシンドローム該当者・予備群等）となった人に対し、生活習慣病の発症や重症化を予防するため、面接・電話等で保健指導を行いました。また、利用率向上のための利用勧奨を行いました。

### (2) 取組内容

#### ア 周知

医療機関の協力を得て、結果返却時に特定健康診査結果表とともに、利用勧奨チラシを渡しました。

#### イ 利用勧奨電話

電話番号のわかる人全員に電話で利用勧奨をしています。また、受診の必要がある人には、受診勧奨を行いました。

#### ウ 未利用者への利用勧奨通知

電話での利用勧奨で連絡の取れなかった人に対し、利用勧奨はがきを送り、電話で利用を勧めました（令和元年度 303 通）。

### (3) 評価

| 指標          | H28 年度実績 | R1 年度実績 | 目標   |
|-------------|----------|---------|------|
| 利用勧奨通知者の利用率 | 21.0%    | 15.2%   | 25%  |
| 特定保健指導実施率   | 29.8%    | 24.1%   | 60%  |
| 特定保健指導対象割合  | 9.6%     | 10.8%   | 7.8% |

### (4) 課題と今後の取組

利用率が減少しています。新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年3月以降の利用者が減ったことが一因にあり、感染症対策を行い、利用率を上げる対策の検討が必要です。

対象者全体に比べ、利用者は改善率が高く、悪化率が低くなっています。利用者数を増やすことと、改善率を上げるために、事例検討等を行い、指導者のスキルアップと指導内容の標準化を図ります。

#### 【H30 年度メタボリックシンドロームレベルの変化】

| R 元年度特定健康診査<br>メタボリックシンドロームレベル | 利用者の改善率 |       | 対象者（利用者含む）の改善率 |       |
|--------------------------------|---------|-------|----------------|-------|
|                                | 人数（人）   | 割合（%） | 人数（人）          | 割合（%） |
| 改善                             | 67      | 31.5  | 170            | 27.4  |
| 維持                             | 116     | 54.5  | 356            | 57.4  |
| 悪化                             | 30      | 14.1  | 94             | 15.2  |

### 3 生活習慣病重症化予防事業

#### (1) 概要

特定健康診査の結果、特定保健指導対象者でない、血圧、HbA1c、LDLコレステロール、尿たんぱく及びeGFRが高値である人のうち、医療機関を受診していない人に対し、生活習慣病の発症や重症化を予防するため、訪問、電話及び手紙による受診勧奨及び保健指導を実施しました。

#### (2) 取組内容

令和元年度まで、特定健康診査結果表に受診勧奨チラシを添付し受診を促していました。令和2年度からは、診療結果連絡票を添付し、医療機関から市へ診療結果を報告してもらうようになり、診療結果の報告がない人に対し、受診勧奨・保健指導を行いました。また、医師から保健指導の依頼があった人に対し、保健指導を実施するようになりました。

#### (3) 評価

| 指標            | H28 年度実績 | R1 年度実績 | 目標値 |
|---------------|----------|---------|-----|
| 指導率           | 97.3%    | 94.7%   | 98% |
| 医療機関へ受診した人の割合 | 44.0%    | 35.5%   | 60% |

#### (4) 課題と今後の取組

医療機関への受診率が低いです。受診へ繋ぐための対応として、令和2年度から医療機関の協力のもと、診療結果連絡票等を使用し、受診勧奨及び受診状況管理を行っています。

糖尿病の指標となるHbA1cの改善割合が低いいため、糖尿病予防に重点を置き指導します。

#### 【H30 年度利用者の翌年度特定健康診査検査値の変化 (R 元年度未受診者除く)】

| 検査項目                    | 改善条件         | 改善        |           | 改善せず      |           | 合計        |
|-------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                         |              | 人数<br>(人) | 割合<br>(%) | 人数<br>(人) | 割合<br>(%) | 人数<br>(人) |
| 収縮期血圧 (160mmHg 以上)      | 10mmHg 以上減少  | 38        | 67.9      | 18        | 32.1      | 56        |
| 拡張期血圧 (100mmHg 以上)      | 10mmHg 以上減少  | 13        | 52.0      | 12        | 48.0      | 25        |
| HbA1c (6.5%以上)          | 0.3%以上減少     | 9         | 31.0      | 20        | 69.0      | 29        |
| eGFR (45 未満)            | 1 以上の減少なし    | 5         | 62.5      | 3         | 37.5      | 5         |
| 尿蛋白 (2+以上)              | 減少           | 11        | 91.7      | 1         | 8.3       | 12        |
| LDL コレステロール (180 mg/dℓ) | 10 mg/dℓ以上減少 | 48        | 64.0      | 27        | 36.0      | 75        |



#### 4 糖尿病性腎症重症化予防事業 ～受診勧奨～

##### (1) 概要

糖尿病及び腎機能低下がある人へ重点を置いた事業です。生活習慣病重症化予防事業と同様の方法で、受診勧奨等を行い、その後も未受診の場合、再度受診勧奨しました。

##### (2) 目標評価

| 指標            | H28 年度実績 | R1 年度実績 | 目標値 |
|---------------|----------|---------|-----|
| 指導率           | 71.4%    | 91.3%   | 80% |
| 医療機関へ受診した人の割合 | 未把握      | 73.9%   | 70% |

##### (3) 課題と今後の取組

医療機関へ受診した人の割合が高いです。しかし、HbA1c の改善率が低いため、糖尿病等の生活習慣病の改善は内服治療だけではなく、生活習慣改善が必要であることを周知していきます。

##### 【H30 年度利用者の翌年度特定健康診査検査値の変化 (R 元年度未受診者除く)】

| 検査項目     | 改善条件                      | 改善     |        | 改善せず   |        | 合計     |
|----------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|          |                           | 人数 (人) | 割合 (%) | 人数 (人) | 割合 (%) | 人数 (人) |
| HbA1c    | 0.3%以上減少                  | 6      | 40.0   | 9      | 60.0   | 15     |
| eGFR・尿蛋白 | eGFR 1 以上の減少なし、かつ、尿蛋白悪化なし | 11     | 73.3   | 26.7   | 52.2   | 15     |

#### 5 糖尿病性腎症重症化予防事業 ～保健指導～

##### (1) 概要

前年度特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療中であり、腎機能の所見がある人に対し、主治医の意見に基づき、6 か月間の面接及び電話による保健指導を実施しています。なお、対象者への利用勧奨、保健指導等は医師会及び主治医と連携し行っています。

##### (2) 評価

| 指標                           | H29 年度実績 | R1 年度実績 | 目標値 |
|------------------------------|----------|---------|-----|
| 指導率                          | 22.1%    | 16.3%   | 30% |
| 生活習慣改善の取り組みをしている人の割合         | —        | 69.2%   | 90% |
| eGFR の低下が 1%未満かつ尿蛋白悪化のない人の割合 | —        | 50%     | 50% |
| HbA1c 及び血糖の改善のある人の割合         | —        | 57.1%   | 60% |

##### (3) 課題と今後の取組

指導率及び生活改善の取組をしている割合が低く、より予防効果のある対象者への指導率向上が必要です。腎機能が悪くなる前段階の悪化を予防するため、腎機能の所見がない人も対象とし、リスクの高い HbA1c 7%以上の人を対象とします。また、利用率をあげるため、チラシの工夫や従事者のスキルアップを図ります。

## 6 40歳未満健康診査事業

### (1) 概要

特定健康診査対象外の被保険者に、健康診査及び保健指導を実施しました。

### (2) 評価

| 指標                         | H28年度実績 | R1年度実績 | 目標値  |
|----------------------------|---------|--------|------|
| 受診者数                       | 27人     | 22人    | 40人  |
| 保健指導率                      | 100%    | 100%   | 100% |
| 2年連続受診者割合                  | 22.2%   | 45%    | 35%  |
| 2年連続受診者の翌年の健康診査結果が改善している割合 | 62.5%   | 45.1%  | 75%  |

### (3) 課題と今後の取組

受診者数を増やすため、ホームページやチラシ等での周知を継続していきます。

## 6 ジェネリック医薬品差額通知事業

### (1) 概要

ジェネリック医薬品への切り替えにより、医療費の軽減が見込まれる人に対し、ジェネリック医薬品への切り替えを促す通知を送付しました（年2回約4,000人）。

### (2) 目標評価

| 指標                  | H28年度実績 | R1年度実績 | 目標値 |
|---------------------|---------|--------|-----|
| 通知者の切替率             | 7.0%    | 7.3%   | 10% |
| ジェネリック医薬品普及率（数量ベース） | 67.0%   | 78.2%  | 80% |

### (3) 課題・改善

ジェネリック医薬品の普及率は上がっています。引き続き、切り替えを促す通知を送付します。

## 7 受診行動適正化指導事業

### (1) 概要

複数の医療機関から同一薬効の薬剤を処方されている人及び医療機関への過度な受診が確認できる人に対し、適正受診を促すため、訪問、電話、手紙等による指導を行いました。

また、指導後に受診行動の変化が見られない場合は再度指導しました。

### (2) 目標評価

| 指標                        | H28年度実績 | R1年度実績 | 目標値  |
|---------------------------|---------|--------|------|
| 指導実施率                     | 100%    | 93.8%  | 100% |
| 重複服薬を解消した人の割合             | 20.0%   | 37.5%  | 40%  |
| 同一病名での複数医療機関での受診を解消した人の割合 | 27.3%   | 37.5%  | 40%  |

(3) 課題と今後の取組

多様な診療科目の医療機関を受診し、気づかぬうちに重複受診・服薬となっている人がいました。そのような人は、お薬手帳活用や医師へ他の医療機関にかかっていることを伝えるよう指導することで改善されています。

しかし、眠れない、痛みが改善されない等の症状がある人は、改善できないことが多いです。引き続き専門医療機関を情報提供する等の取組を行っていきます。