

宍粟市国民健康保険

第 2 期データヘルス計画中間評価



令和 3 年 3 月

目次

1.はじめに

2. 中間評価の実施体制・関係者連携について

3. 中間評価の方法について

4. 宍粟市の状況について

5. 疾病と医療費の状況について

6. データヘルス計画の目標の達成状況について

7. 計画の目標について

8. 今後の計画について

1.はじめに

令和2年度は第2期データヘルス計画（以下「データヘルス計画」という。計画期間は平成30年度から令和5年度。）の中間評価の年度となっています。データヘルス計画とは国民の健康寿命の延伸のため、また被保険者の個人の健康保持増進のための計画であり、中間評価では、地域の健康状態や疾病・医療費の状況やデータヘルス計画の目標のあり方や達成状況についてKDBシステムのデータ分析を基に評価し、各種保健事業の実績等を振り返り、必要に応じデータヘルス計画の見直しを行います。

※ KDB システムとは…県国保連合会が管理する医療情報・特定健診等情報・介護情報を活用し突合・加工した統計情報を保険者向けに提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業等の実施を支援することを目的に国保中央会にて構築されたシステムのこと。

2. 中間評価の実施体制・関係者連携

データヘルス計画は市民課（国保資格・給付等担当）、保健福祉課（保健事業担当）が連携しながら計画策定や事業推進をしています。中間評価も両部署が連携しながら行います。

3. 中間評価の方法

後期高齢者医療保険については令和元年度より国から「高齢者の保健事業と介護予防の一体化」事業が新たに示されたことにより、令和3年度より保険者である兵庫県後期高齢者医療広域連合から保健事業の委託を受けるにあたり、別途課題把握を行っておりますので、今回の中間評価は市が保険者である国民健康保険（以下「国保」という。）のみ実施することとします。

- (1) 宍粟市の状況（人口・国保、健康寿命・死亡統計・疾病と医療費分析等）については、第2期データヘルス計画策定後の平成29年度から令和元年度についてKDBシステムにより分析評価をします。
- (2) データヘルス計画の目標については、計画の目標数値を設定している項目について、KDBシステムにより分析し、目標のあり方を見直ししています。

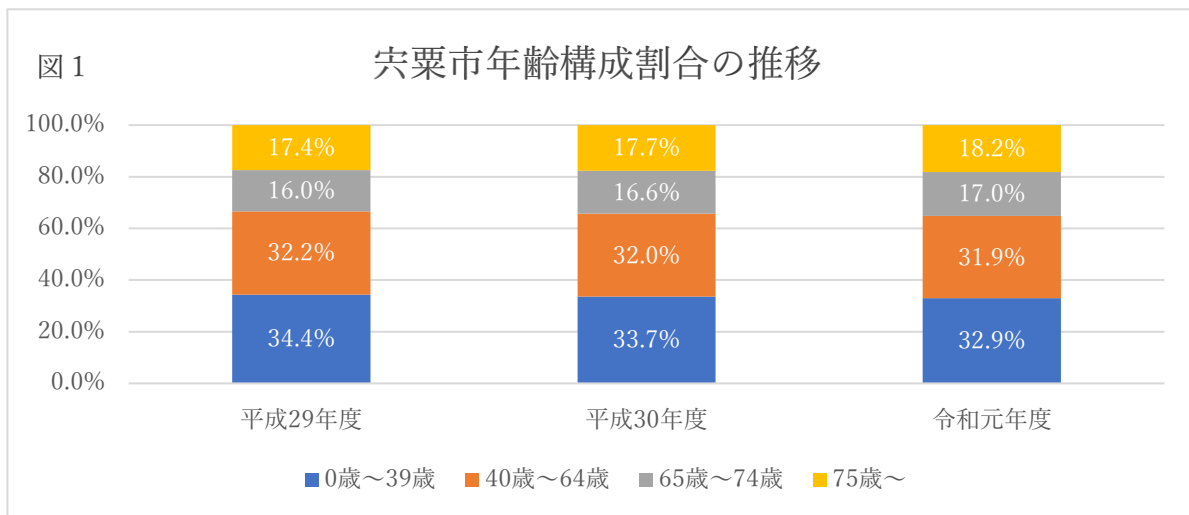
4. 宍粟市の状況について

(1) 宍粟市の人口、国保加入者数の推移

宍粟市の住民基本台帳人口は令和元年度末現在で37,086人であり、高齢化率35.2%（「令和元年度地域包括支援センター事業実績」より）であり、県28.4%（「県ホームページ」より）を上回っています。本市人口は減少傾向にありますが、65歳以上の人口は増加傾向にあります。

表1：宍粟市の人口（人）

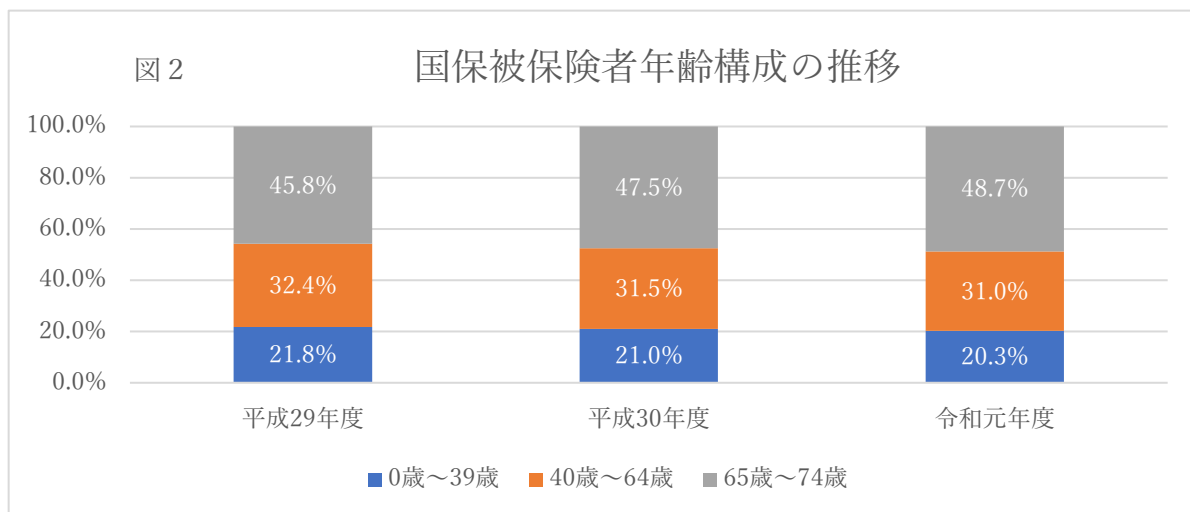
年齢	0歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～	合計
平成29年度	13,177	12,323	6,139	6,677	38,316
平成30年度	12,698	12,073	6,259	6,679	37,709
令和元年度	12,217	11,831	6,297	6,741	37,086



穴粟市国民健康保険の被保険者数（「世帯数・被保険者数及び異動変更等事由別集計表」より）も人口減少に合わせて減少傾向にあります。年齢構成別にみると65歳以上の割合が増加しています。

表 2 国保被保険者数（人）

年齢	0 歳～39 歳	40 歳～64 歳	65 歳～74 歳	合計
平成 29 年度	2,019	3,005	4,247	9,271
平成 30 年度	1,896	2,843	4,290	9,029
令和元年度	1,757	2,685	4,219	8,661



(2) 健康寿命の経年経過

健康寿命は男性が平成 29 年度は 77.4 歳、女性が 80.7 歳、令和元年度は男性が 77.9 歳、女性が 81.2 歳と、女性の方が健康寿命が長く、男女ともに延伸しています。

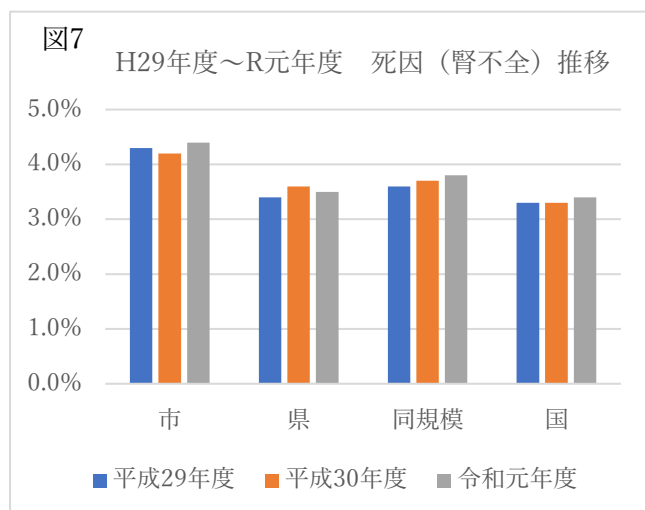
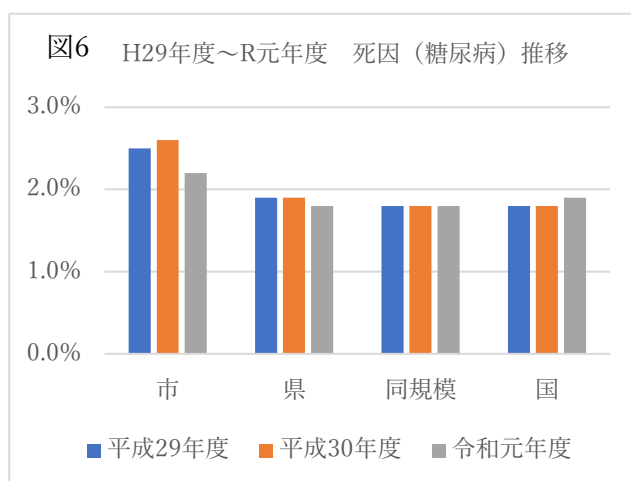
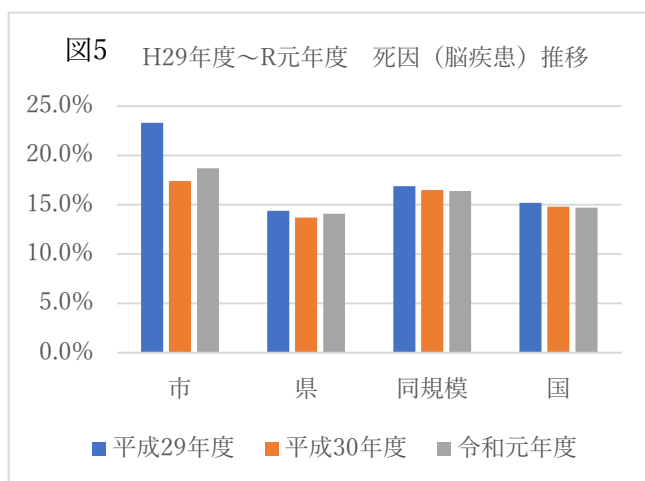
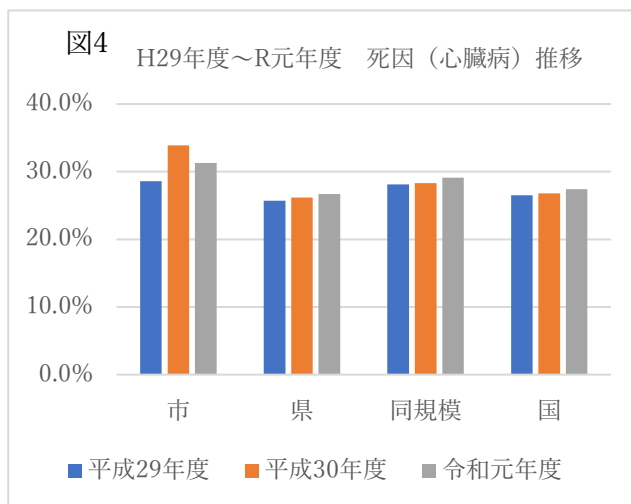
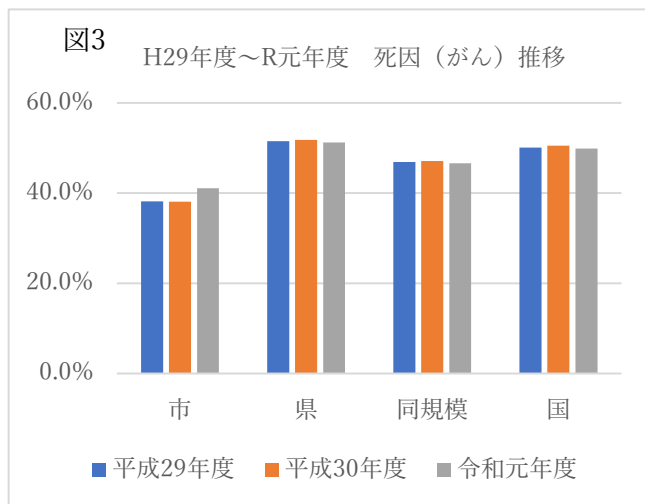
表 3 健康寿命（平均自立期間）推移

※KDB システム「地域の全体像の把握」（健康寿命を平均自立期間と呼称）より

健康寿命	男性（歳）	女性（歳）
平成 29 年度	77.4	80.7
平成 30 年度	78.0	80.3
令和元年度	77.9	81.2

(3) 死亡統計

死因の分類については KDB システムより生活習慣病について平成 29 年度から令和元年度まで分析しています。がんは県、同規模、国と比べて低い割合になっています。しかし、心臓病、脳疾患、糖尿病、腎不全はいずれも県、同規模、国よりも高い割合になっており、これらの疾患を予防すること、すなわちこれらの疾患の原因である糖尿病、高血圧について予防することが宍粟市の健康課題になります。



5. 疾病と医療費の状況

KDB システムより、入院レセプト及び外来レセプトの状況の分析を行います。

【入院レセプト関係】

平成 29 年度から令和元年度の入院レセプト件数はがん、筋・骨格、精神が高いが 3 年間の件数に大きな差はありません。入院レセプト 1 件あたりの点数はがん、筋骨格が多く、また心疾患が年毎に急激に上昇しています。総点数はがん、精神が総じて高い傾向にあります。

【外来レセプト関係】

平成 29 年度から令和元年度の外来レセプト件数では筋、骨格が多く、脂質異常症は平成 29 年度から徐々に減少していますが、糖尿病、高血圧は年毎に件数が増加しています。外来レセプト 1 件あたり点数はがんが突出して多い傾向にあります。外来レセプト総点数は糖尿病、がん、筋・骨格が多くなっています。脂質異常症も多いですが年々減少傾向にあります。

これらのことから、宍粟市はがんの入院レセプト件数が多く、外来、入院とも総点数及び 1 件あたりの点数が高く、また外来の糖尿病、高血圧のレセプト件数が年々増加しています。これらの疾患の件数が多い傾向は計画策定時から大きく変わりません。

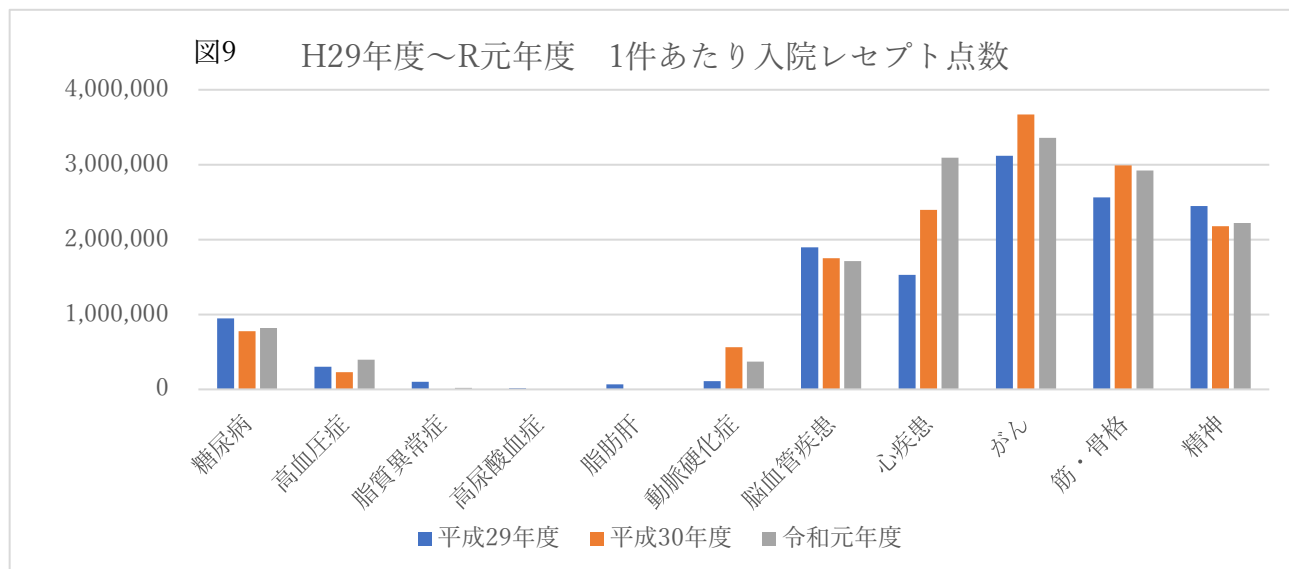
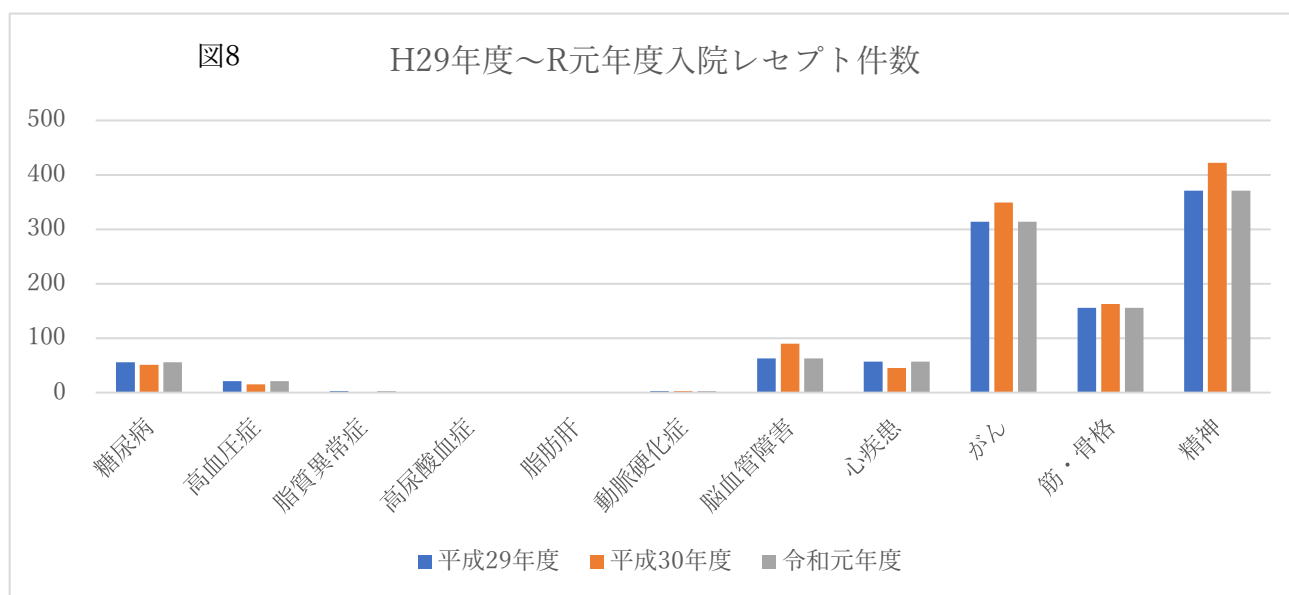


図10 H29年度～R元年度入院レセプト総点数

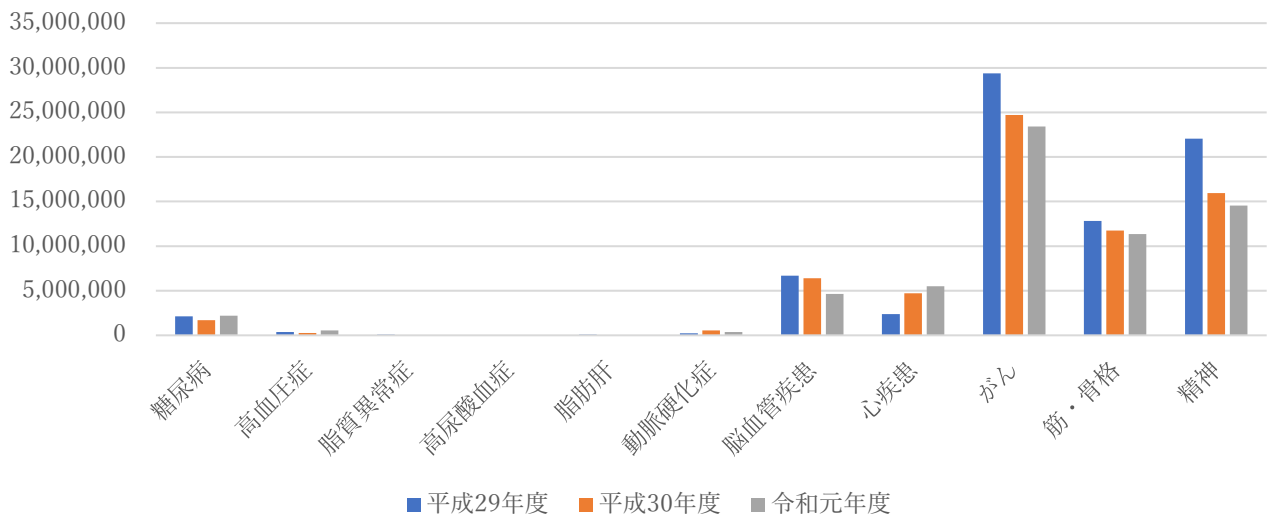


図11 H29年度～R元年度外来レセプト件数

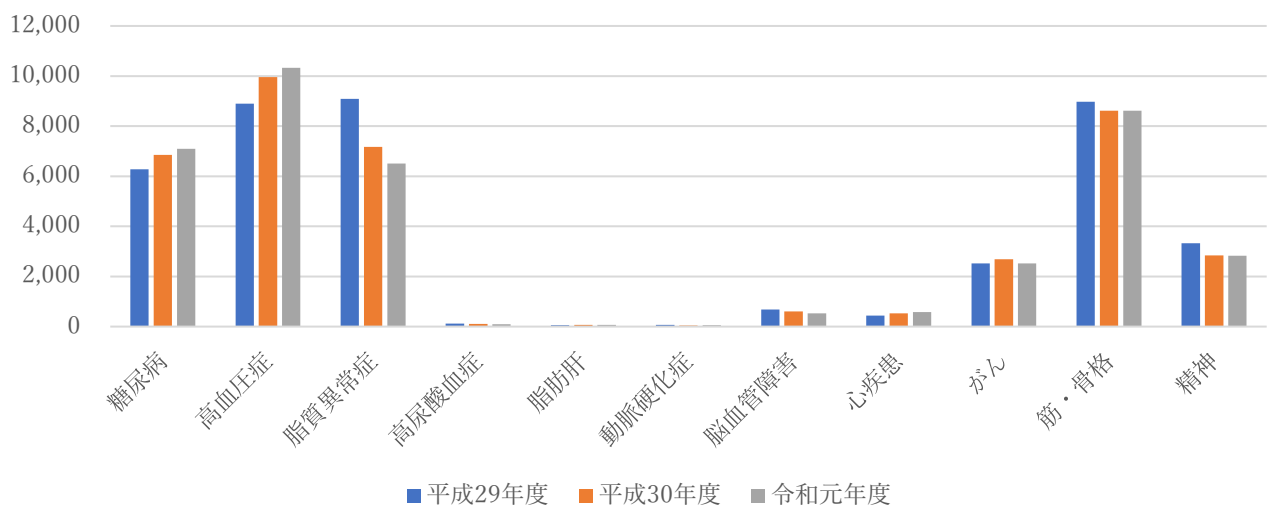


図12 H29年度～R元年度 外来レセプト1件あたり点数

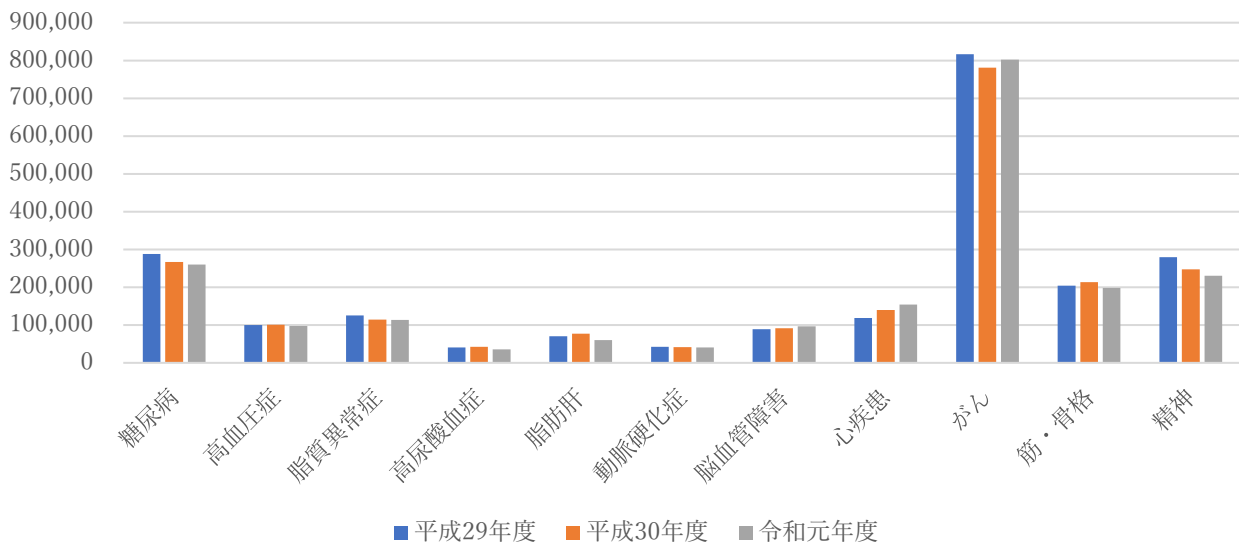
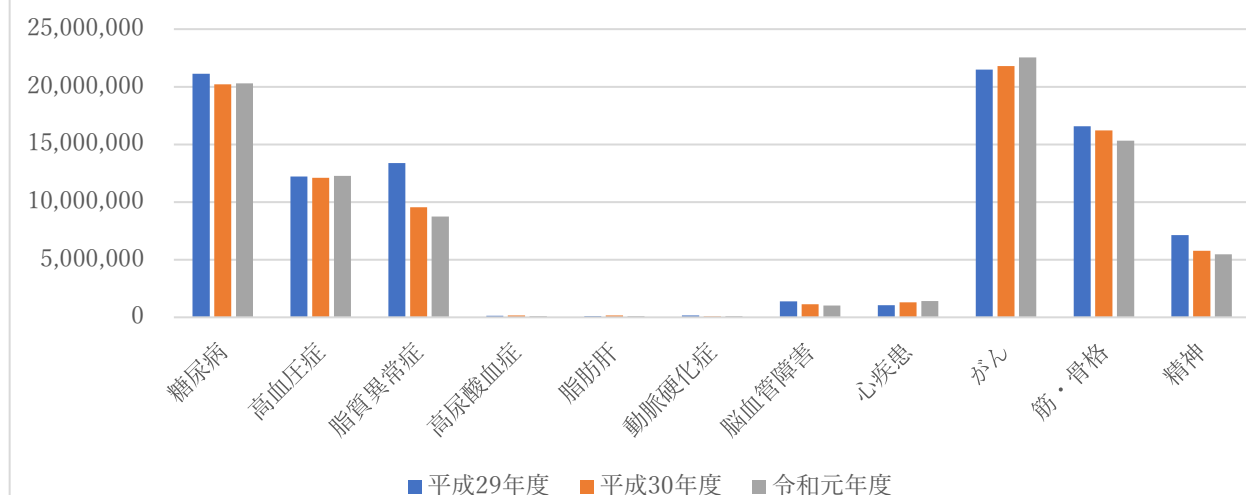


図 13 H29年度～R元年度外来レセプト総点数



※以上、図 8～図 13 まで KDB システム「医療費分析（生活習慣病分類）」より

6. データヘルス計画の目標の達成状況

(1) 特定健康診査

【目的】

高齢者医療確保法により平成 20 年 4 月から医療保険者に対して内蔵脂肪型肥満に注目した生活習慣病を予防するために健康診査を実施。

【実施方法】

- 対象者：40 歳から 74 歳までの国民健康保険被保険者。
- 実施方法：地区ごとに日程、会場を指定して行う集団健診。

【目標受診率】

表 4 年度別目標受診率

年度	受診目標値
平成 30 年度	40%
令和元年度	44%
令和 2 年度	48%
令和 3 年度	52%
令和 4 年度	56%
令和 5 年度	60%

【受診勧奨地区】

当初計画では平成 30 年度の健診受診勧奨地区は山崎西・山崎南・山崎東とし、受診率の目標を前年度の市平均受診率とすること、特に山崎東地区の受診率向上を図るため対策を講じることとしていました。

【実績】市健診・地区別受診率

平成 30 年度は市の目標値である 40%を達成しました。しかし、平成 29 年度と比較すると 1.7%減少しています。これは平成 30 年 7 月に豪雨災害が発生し、急遽健診日程が変更になったためと考えられます。令和元年度は 40.5%とやや受診率は上昇していますが、目標値には達成していません。同規模団体等と比較してみますとほぼ同じ受診率ですが、県、国より高い受診率を保っています。

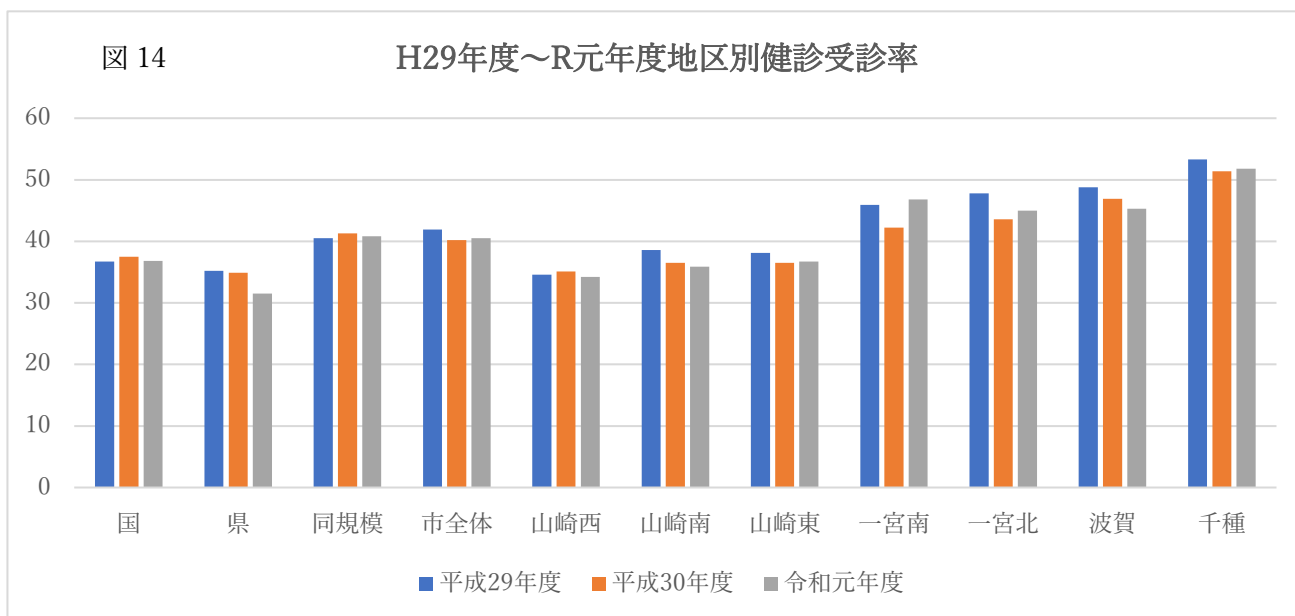
平成 30 年度に山崎東地区の受診向上を図るために、受診勧奨チラシを配布しましたが、目標としていた受診率は向上していません。

一方、各地区の受診率は千種地区が 50%以上と高く、同じ市北部地区である一宮南、一宮北、波賀地区の受診率も毎年 40%以上の高い受診率を保っています。市北部地区の受診率が高い理由は過去のまちぐるみ健診時から健診に対する意識が高く受診率が高かったため、現在も引き続きその意識が影響しているものと考えられます。

山崎地区は市北部地区に比べるとかなり低い受診率となっています。これはまちぐるみ健診時から受診率が低く現在もその傾向が続いています。これは医療機関が他地区に比べて多く受診しやすい環境にあるため、健診に対する意識が低いと考えられます。

表 5 【地区別受診率】

年度	国	県	同規模	市全体	山崎西	山崎南	山崎東	一宮南	一宮北	波賀	千種
平成 29 年度	36.7%	35.2%	40.5%	41.9%	34.6%	38.6%	38.1%	45.9%	47.8%	48.8%	53.3%
平成 30 年度	36.5%	34.9%	41.3%	40.2%	35.1%	36.5%	36.5%	42.2%	43.6%	46.9%	51.4%
令和元年度	36.8%	31.5%	40.8%	40.5%	34.2%	35.9%	36.7%	46.8%	45.0%	45.3%	51.8%



※KDB システム「地域の全体像の把握」より

(2) 特定保健指導

【目的】

内臓脂肪型肥満に着目し、健診結果から保健指導対象者を抽出し、対象者のリスク数に応じて個別の保健指導を行うことで生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行います。

【実施内容】

- 対 象 者：健診により特定保健指導判定基準の「積極的支援」「動機付け支援」に該当した者。
- 実施方法：対象者に個別面接の通知をし、健診結果の返却時に保健師・管理栄養士による特定保健指導を実施しています。平成 30 年度から初回面接を健診会場で実施することで指導率を上げる取り組みをしています。

【実施率の目標】

表 6 年度別目標実施率

年度	特定保健指導実施率
平成 30 年度	60%
令和元年度	60%
令和 2 年度	60%
令和 3 年度	60%
令和 4 年度	60%
令和 5 年度	60%

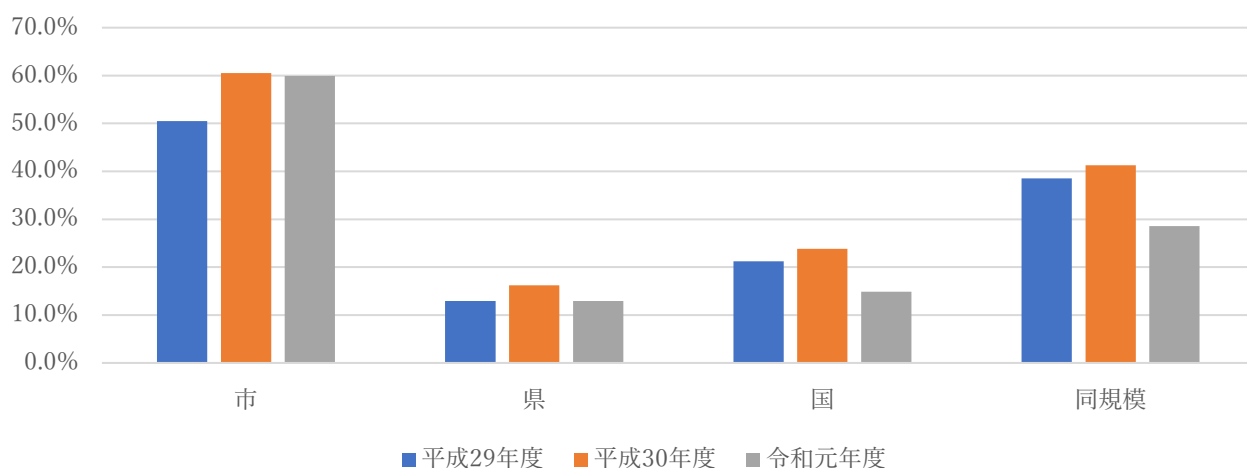
【実績】

特定保健指導実施率は平成 30 年度以降高い実施率となっています。これは健診会場にて初回面接を同時に行うことが可能になり取り込みを行ったことにより、計画の目標値 60%を達成することができました。また、市の実施率は県、同規模、国と比べて高く、現在行っている事業方法が効果的であると考えられます。

表 7 年度別特定保健指導実施率

実施率	市	県	国	同規模
平成 29 年度	50.5%	12.9%	21.2%	38.5%
平成 30 年度	60.5%	16.2%	23.8%	41.3%
令和元年度	59.9%	12.9%	14.9%	28.6%

図 15 H29年度～R元年度特定保健指導実施率



※KDB システム「地域の全体像の把握」より

(3) 重症化予防保健指導（糖尿病・高血圧）

【目的】

生活習慣病の中でも糖尿病、高血圧に注目して健診結果、レセプトを確認して指導を行います。

【実施内容】

- 対象者：前年度の健診結果及びレセプトを元に以下の表のⅢ度及びⅡ度に該当する医療機関を受診していない者。
- 実施方法：KDB システムより抽出したデータを基に医療機関受診なしのⅢ度、Ⅱ度の者の内、保健師が状況を確認して選定した対象者へアプローチを行います。保健師または管理栄養士が面接・電話等で保健指導を実施します。なお、糖尿病は平成 30 年度より「糖尿病性腎症重症化予防事業」が開始されたので、対象者を新たに抽出し、事業を実施しています。

糖尿病：血糖コントロール分類

(HbA1c 値)

分類	成人
I 度	6.0～6.9
Ⅱ度	7.0～7.9
Ⅲ度	≥8.0

(データヘルス計画 P.47 より)

高血圧：成人における高血圧の分類

(mmHg)

分類	収縮期	拡張期
I 度	140～150	または 90～99
Ⅱ度	160～170	または 100～109
Ⅲ度	≥180	または ≥110

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2019」より)

【重症化予防保健指導実施目標】

目標は平成 29 年度実績見込みより、対象者に対する保健指導実施率を 70%としています。

表 8 平成 30 年度保健指導対象者数(人)

疾患	保険	優先度 1	優先度 2	優先度 3		
		投薬なし	投薬なし	投薬あり		
		Ⅲ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅱ度	指導地区
高血圧症	国保	0	13	3	23	一宮南
糖尿病	国保	6	9	3	11	山崎西

表 9 令和元年度保健指導対象者数(人)

疾患	保険	優先度 1	優先度 2	優先度 3		
		投薬なし	投薬なし	投薬なし	投薬あり	
		Ⅲ度	Ⅱ度	I 度	Ⅲ度	Ⅱ度
高血圧症	国保	13	73	—	3	12
糖尿病	国保	9	9	20	4	20

【重症化予防事業実績】

平成 30 年度から実施された重症化予防事業については当初、Ⅲ度、Ⅱ度で医療機関受診なしの者の内、対象地区を選定して保健指導を行うことにしていました。しかし、糖尿病の内、I 度で HbA1c 値 6.5%以上の受診なしの者も危険因子があるとして指導対象とし、また、KDB システムにより抽出したデータを保健師が再度確認したところ、ハイリスク群に地域差が見られず、人数的にも事業実施

が可能と判断し市全体に事業を拡大して実施しました。

表 10 重症化予防事業実績（糖尿病）

糖尿病	対象者 (人)	保健指導実施者 (人)	保健指導実施率	うち医療機関受診者 (人)	医療機関受診率
平成 30 年度	11	11	100.0%	2	18.2%
令和元年度	22	21	95.4%	11	50.0%

平成 30 年度は対象者 11 人中全員に受診勧奨通知及び保健師の電話による指導及び勧奨を行い、その内 2 人の医療機関受診につながりました。令和元年度は対象者 22 人に対して、面接・電話による保健指導及び受診勧奨を行い、前年度と比較し受診率が伸びています。

表 11 重症化予防事業実績（高血圧）

高血圧	対象者 (人)	保健指導実施者 (人)	保健指導実施率	うち医療機関受診者 (人)	医療機関受診率
平成 30 年度	14	14	100%	5	35.7%
令和元年度	63	63	100%	14	22.2%

保健指導及び医療機関受診勧奨の実施率は 100%ですが、実際受診に至ったのは平成 30 年度が全体の約 3 分の 1、令和元年度が約 5 分の 1 であり、指導が出来てもなかなか受診に至らない現状があります。

（４）新たに追加する目標（糖尿病腎症重症化予防）

【糖尿病腎症重症化予防とは】

国では平成 25 年度に「健康日本 21（第 2 次）」において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、様々な取組を進めています。平成 30 年 3 月には「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」を各市町村に配布して事業実施を推進しており、また兵庫県は平成 28 年度に「兵庫県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定しており、当市においても令和元年度より新たに目標を示して事業に取り組みます。

【対象者抽出条件】

- ①空腹時血糖 126mg/dl 以上もしくは HbA1c 6.5%以上
- ②尿蛋白（+）以上
- ③eGFR 値 60ml/分/1.73 m²未満

KDB システムよりデータを抽出し、対象者を抽出してその中からレセプトを確認し事業対象者を選定します。

【事業実施方法】

対象者に対して通知し、保健師または管理栄養士による保健指導及び医療機関受診勧奨を行います。原則、個別面接での保健指導とし、リーフレットを活用しながら実施します。

【事業実績】

令和元年度は抽出された対象者 5 人に対し、保健指導を実施し、内 3 人が医療機関の受診につながりました。

表 12 糖尿病性腎症重症化予防事業実績

年度	対象者 (人)	保健指導実施者 (人)	保健指導実施率	うち医療機関受診者 (人)	医療機関受診率
令和元年度	5	5	100%	3	60.0%

7. 事業の目標について

データヘルス計画の P.49 から P.50 に事業の取り組み目標を定めています。この中間評価では、目標毎に進捗状況と今後目標の在り方を再検討しました。

計画に定める目標
ア：特定健診受診率の向上
イ：40歳未満の若年層への健診受診勧奨
ウ：がん検診との連携
エ：未治療・治療中断の防止
オ：健診結果に基づく保健指導の徹底
カ：データヘルス計画による保健指導
キ：歯周疾患健診の実施
ク：医療費適正化対策
ケ：地域包括ケアシステムの推進

ア：特定健診受診率の向上

特定健診受診率の向上に向けた取り組み実績は以下のとおりです。受診率については、前記のとおり国県等と比較して高いものの受診率は大きく変わらず推移しているため、今後も受診率の向上に向けて、計画に定める目標により継続します。

【実施内容】

① 広報、チラシ等による受診勧奨

4月号広報に健診の受診案内を掲載し、広報に同封して各市民局管内で健診案内のチラシ及び申込書を配布しています。

7月の国保税の確定通知発送時に同封する国保税パンフレットの中に健診受診勧奨案内を掲載しています。

11月の国保保険証年次更新時に送付する国保のパンフレットに特定健診案内を掲載しています。

令和2年度は被保険者により分かりやすいようにするため保険証送付用封筒表面に健診受診勧奨案内を印刷し送付しました。

② 節目年齢受診勧奨

健診費用を当該年度に40歳到達した被保険者は無料。その後45歳、50歳、55歳、60歳の被保険者は半額とし、対象者に対して案内ハガキを送付し受診勧奨を実施。平成29年度・平成30年度は受診率が30%以上と一定の効果が見られましたが、令和元年度は23.7%と若干落ち込んでいます。令和2年度はこれまで健診日直前に発送していたのを、健診申込期間に発送しかつハガキの文面もナッジ理論を取り入れた文面に変更しました。

※ナッジ理論とは…nudge（ナッジ）訳：ひじで軽く突く。（行動経済学上）対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

表 13 節目年齢受診勧奨発送及び受診者数及び受診率

	送付数（人）	受診者（人）	受診率
平成 29 年度	544	164	30.1%
平成 30 年度	501	152	30.3%
令和元年度	413	98	23.7%

③健診未受診者受診勧奨

健診を申込ながら受診がなかった者及び 2～3 年連続して受診があったが今年度に受診がなかった者に対して 12 月の健診追加日に合わせて受診案内ハガキを送付して受診勧奨を実施しました。

平成 29 年度は 37.1%と高い効果が見られましたが、平成 30 年度は受診率が下がったのでハガキの文面をナッジ理論にて作成した結果、令和元年度には受診率が少し上昇しました。

表 14 健診未受診者勧奨実施数及び受診者数及び受診率

	送付数（通）	受診者（人）	受診率
平成 29 年度	824	306	37.1%
平成 30 年度	792	59	7.4%
令和元年度	741	85	11.5%

イ：40 歳未満の若年層への受診勧奨

広報やチラシを通じて受診勧奨を行っていますが、受診者数は年々減少傾向にあるので令和 3 年度より、20 歳から 39 歳以下の被保険者に対し年度当初にハガキにて受診勧奨を行います。

表 15 39 歳以下受診者数実績（国保外含む）

年度	39 歳以下受診者数（人）
平成 29 年度	374
平成 30 年度	304
令和元年度	291

ウ：がん検診との連携

特定健診と胃がん、肺がん、大腸がん、肝炎ウイルス、前立腺がんの各種検診と同日で実施を行い、より受診しやすい環境を整えています。

エ：未治療・治療中断の防止

対象者に重点的に保健指導を行うことで、未治療・治療中断の防止に努めています。

オ：健診結果に基づく保健指導の徹底

カ：データヘルス計画による保健指導

オ、カについては計画による対象者に対し、効果的な保健指導を行うことで対象者の健康を維持し、健康寿命の延伸を図ります。

キ：歯周疾患健診の実施

特定健診と同時に歯科健診を実施し、歯の健康への意識啓発を行っています。

表 16 歯周疾患健診実施者数

年度	国保受診者数（人）
平成 29 年度	77
平成 30 年度	49
令和元年度	59

ク：医療費適正化対策

ジェネリック医薬品の数量シェア率は平成 31 年 3 月末には目標値の 80%を達成しました。今後は目標値を 84%に上方修正し、対象者に対し後発医薬品差額通知を発送、また被保険者証年次更新時にチラシを同封することで効果的な啓発を実施します。

適正受診に関しては、窓口での資格加入及び年次更新、特定健診時にチラシを配布することで被保険者に対し勧奨を行っています。

レセプト点検については専門員 2 名を配置して第三者行為等のチェックを含め効果的に点検を行っています。

ケ：地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアシステムの推進に保険者の視点を入れて取り組むため、年に 1 回以上地域包括部門との調整会議を開催しています。また介護予防事業等に KDB システムから抽出したハイリスク群のリストを情報共有しています。

8. 今後の計画について

計画の後半である令和 3 年度からは次の項目を推進し、計画目標の達成を目指します。

（１）特定健診

【目標受診率】

目標受診率の達成を目指し以下の対策を実施します。

表 17 目標受診率（修正なし）

年度	目標受診率
令和 3 年度	52%
令和 4 年度	56%
令和 5 年度	60%

（参考）実績

年度	受診率	目標受診率
平成 29 年度	41.9%	—
平成 30 年度	40.2%	40%
令和元年度	40.5%	44%

【市健診受診率向上対策】

山崎地区については受診率が低い状態が続いているので、今まで未受診者勧奨対象外であった人にも勧奨を実施することで受診率向上を目指します。

健診受診者の時間調整がしやすいように健診案内のチラシに健診にかかる時間の目安を明記する等、健診案内の内容を見直し、より受診への意欲を高める案内づくりを目指します。

未受診者勧奨事業において、千種・波賀地区の対象者の勧奨時期を早めて追加日程外でも受診できるように勧奨します。

節目年齢勧奨事業は勧奨時期を年度当初の健診申込時期に合わせて勧奨します。

(2) 特定保健指導

【目標値の修正】

目標値の 60%は達成状況にあるので、今後はより事業を推進し、計画にある令和 5 年度の目標値を 66%にし、それまで段階的に上げていきます。

表 18 目標保健指導実施率

年度	特定保健指導実施率
令和 3 年度	62%
令和 4 年度	64%
令和 5 年度	66%

(参考) 実績

年度	指導実施率	目標実施率
平成 29 年度	50.5%	—
平成 30 年度	60.5%	60%
令和元年度	59.9%	60%

(3) 重症化予防事業

【糖尿病】

今まで重症化予防事業対象者と糖尿病性腎症重症化予防対象者が重なることが多かったので、令和 3 年度から対象者から糖尿病性腎症重症化予防事業対象者を除き、空腹時血糖 126mg/dl 以上、または随時血糖 200mg/dl 以上もしくは HbA1c 6.5%以上で、かつ糖尿病で医療機関を受診していない者に医療機関受診勧奨通知を送付して医療機関への受診を促すとともに健康への意識啓発を行います。

表 19 目標受診勧奨実施率、医療機関受診率

年度	保健指導実施率	医療機関受診率
令和 3 年度	100%	55%
令和 4 年度	100%	58%
令和 5 年度	100%	60%

(参考) 実績

年度	保健指導実施率	医療機関受診率
平成 30 年度	100%	18.2%
令和元年度	95.4%	50.0%

【高血圧】

高血圧事業の対象者は今後地区を指定せず、市全体で事業を行います。また医療機関と連携して効果的な事業を実施します。

表 20 目標受診勧奨実施率、医療機関受診率

年度	保健指導実施率	医療機関受診率
令和 3 年度	100%	38%
令和 4 年度	100%	40%
令和 5 年度	100%	42%

(参考) 実績

年度	保健指導実施率	医療機関受診率
平成 30 年度	100%	35.7%
令和元年度	100%	22.2%

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業が始まった令和元年度以降、KDB システムの健診データを利用して対象者を抽出してしまし

た。その方法では前年度の健診データを使用するため、1年前のデータで指導を行っている状態でした。令和3年度からは市が導入している保健システムで当年度の健診データを使用して対象者を抽出、かつKDBシステムでレセプトデータを確認することで対象者にとって適宜かつ効果的な指導を行います。

表 21 目標指導実施率、医療機関受診率

年度	保健指導実施率	医療機関受診率
令和3年度	100%	65%
令和4年度	100%	67%
令和5年度	100%	70%