



保健事業実施計画

データヘルス計画（第2期）中間評価

山梨県後期高齢者医療広域連合

令和3年3月

1. 保健事業実施計画 データヘルス計画の目的等

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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保健事業実施計画の作成、公表、事業実施、評価等の取組を求められ、山梨県後期高齢者医療広域連合では、平成27年度に平成27年度から平成29年度までを計画期間とする第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定した。

山梨県後期高齢者医療広域連合では、この保健事業実施計画（データヘルス計画）について、評価、見直しを行い、高齢者の医療の確保に関する法律第125条第1項の規定に基づき、被保険者の健康の維持増進とPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、本計画を策定した。

<計画の期間> 平成30年度から令和5（平成35）年度までの6年間

2. 保健事業実施計画 データヘルス計画（第2期）中間評価の概要等

1. 本計画の中間評価の目的と方法

1) 中間評価の目的

本計画の期間は、平成30（2018）年度から令和5（2023）年度を最終年度とする6年間であり、中間年度（令和2年度）にこれまでの健康づくりの取組の目標達成状況を評価（判定）し、最終年度に向けての取組の方向性を検討、更なる被保険者の健康の維持増進とPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を目指す。

2) 中間評価の方法

保健事業実施計画 データヘルス計画（第2期）に掲げた5項目、6数値目標（目標値）について、計画策定時の値と直近の値との比較を行い、目標の達成状況と関連する取組の状況の評価、さらに今後の課題と対策を検討した。

2. 状 況

○後期高齢者の健康診査受診率は低く、令和元年度実績は、19.9%であった。

○健診の受診率が向上するよう受診勧奨が必要だが、高齢者の場合健診時に保健師等の介助が必要なケースがある等難しい現状がある。

○歯科健康診査の受診率は特に低く、令和元年度実績は1.74%であった。

○健康増進事業実施市町村数は令和5年度目標値の12市町村を超える14市町村（令和元年度）であった。

○重複・頻回受診者等訪問指導の改善割合は、令和5年度目標値の73.65%を超える77.77%（令和元年度）であった。

○糖尿病性腎症重症化予防事業については、平成30年度2市町村実施、令和元年度は10市町村実施となり、実施市町村数については目標値を達成することができたが、治療中断者が受診勧奨を受けたことにより行動変容を起こした割合は、57.9%（令和2年度）であった。

【目標の達成状況】

		指 標	平成 30 年度	令和 5 年度 目標値	令和元 年度	判定 結果
後期高齢 者健康診 査事業	健康診査	後期高齢者健康診査受診率	19.2%	25.6%	19.9%	未達成
	歯科健康診査	歯科健康診査受診率	1.43%	3.15%	1.74%	未達成
健康増進事業		健康増進事業実施市町村数	14	12	14	達成
重複・頻回受診者等 訪問指導		重複・頻回受診者等訪問指導 実施後の改善割合	68.18%	73.65%	77.77%	達成
糖尿病性腎症重症化 予防事業		糖尿病性腎症重症化予防 事業実施市町村数	2	2	10	達成
訪問歯科健康診査事業※		訪問歯科健康診査事業実施市 町村数	-	2	廃止	-

※訪問歯科健康診査事業については、歯科健診実施市町村が少なく、受診率も低いため廃止とし、令和2年度より高齢者の健康状態を把握するフレイル（低栄養）に関する事業を行い、口腔機能について必要な場合は、歯科医師会と連携していく。

3. 重点事業

事業名	健康診査（後期高齢者健康診査事業）	実施主体：市町村
目的	多くの被保険者が健診を受診することで生活習慣病の早期発見、重症化の予防を目指す。	
目標	健診受診率の目標値は前年度実績+1%※とする。 山梨県では、かかりつけ医からの特定健康診査情報提供事業があり、未受診者対策を行っている。これを75歳以上の後期高齢者の健診未受診者対策として広げられるよう体制を整える。	
現状	山梨県の後期高齢者の健診受診率は19.9%（令和元年度）と、全国平均の30.5%と比べて低い。令和元年度の受診率を地域別に見ると、峡南地域が高く、富士東部地域が低い傾向となっている。高齢者は健診時に保健師の介助が必要なケース等がある。 高齢者は、かかりつけ医を受診しているケースが多く、健康診査の受診に繋がらない。 かかりつけ医からの情報提供の対象者は、74歳までとなっている。 市町村にかかりつけ医からの情報提供の利用希望について調査を行ったところ、20市町村が利用を希望している。	
課題	高齢者は健診時に保健師の介助が必要なケースがある等受診勧奨が難しい状況である。 高齢者は、かかりつけ医を受診しているケースが多く、健康診査の受診に繋がらない。 かかりつけ医からの情報提供については、広域的な事業展開となるため、県の協力と医師会の先生方の理解が必要。	
内容	かかりつけ医情報提供事業の利用を20の市町村が希望しているため、後期高齢者も情報提供が受けられるよう県と協力して進める。 事業の周知方法について検討する。（広報の活用等含め実施市町村の協力も必要）	

※現状の経過で行くと25.6%の目標達成が難しいため、令和5年度の目標値を引き下げた。

【受診率の状況】

（単位：％）

	市町村名	平成30年度	令和元年度		市町村名	平成30年度	令和元年度
中北地域	甲府市	7.8	8.0	富士東部地域	富士吉田市	8.3	10.0
	中央市	20.5	21.4		都留市	22.2	23.2
	昭和町	38.3	40.4		大月市	15.2	17.4
	韮崎市	28.9	29.2		上野原市	13.1	13.3
	南アルプス市	33.3	33.9		道志村	31.3	35.4
	北杜市	26.0	26.7		西桂町	12.6	13.8
	甲斐市	25.8	26.0		忍野村	23.4	23.8
	平均	25.8	26.5		山中湖村	35.9	34.8
峡東地域	山梨市	5.5	29.2		鳴沢村	8.5	9.5
	笛吹市	21.8	22.4		富士河口湖町	7.6	7.2
	甲州市	18.9	19.1		小菅村	38.0	36.1
	平均	15.4	23.6		丹波山村	21.2	25.3
峡南地域	市川三郷町	34.9	36.5		平均	18.2	20.8
	早川町	45.8	41.7		広域連合	19.2	19.9
	身延町	30.9	32.2		全国平均	28.9	30.5
	南部町	38.8	39.0				
	富士川町	35.5	37.4				
	平均	37.2	37.3				

事業名	糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨事業 (平成30年度から事業内容・対象者選定方法等について見直した。)	実施主体： 広域連合 市町村
目的	糖尿病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者を対象に受診勧奨を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防し、患者のQOL（生活の質）低下を防ぐとともに、人工透析への移行を防止し、医療費の適正化を図る。	
目標	一体的実施を踏まえ、市町村が事業実施しやすい体制を整備し、令和5年度の実施市町村数を14に増やす。 受診のあった人の割合が57.9%（令和2年度）から令和5年度には72.9%に増加する。	
対象者	前年度4月～当該年度3月分のレセプトにおいて糖尿病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者。医療機関への受診判定においては、医療費分析技術を用いて、医薬品・検査などの診療行為の有無まで精査した上で、糖尿病による医療機関受診と糖尿病以外での医療機関受診を正しく判別する。	
現状	実施市町村数については、令和元年度は2市町だったが令和2年度は10市町村となり、増加傾向である。 令和元年度は、受診勧奨通知対象者2人のうち、通知後行動変容の見られた者（受診あり）がいなく、見られなかった者（受診なし）が2人であった。 訪問対象者については、令和元年度2人のうち1人は死亡、1人は訪問を拒否したため、訪問まで至っていない。 令和2年度は、受診勧奨通知対象者19人のうち、通知後行動変容の見られた者（受診あり）が11人（57.9%）、見られなかった者（受診なし）が8人（42.1%）であった。 受診勧奨通知を送っても受診が見受けられない人がある。 訪問する際に、電話番号不明者については事前に連絡ができないので受診勧奨へ繋がらない。 通知を受けた対象者からの問合せへの対応等、対象者に事業を理解してもらうためには実施市町村の協力も必要。	
課題	受診勧奨通知後の受診がない者への対応が必要。 訪問へ繋がらない者への対応が必要。 治療中断について対象者が理解できることが必要。	
内容	通知文の内容について検討する。 事業の周知方法について検討する。（広報の活用等含め実施市町村の協力も必要） 地区医師会へ情報提供等行う。	

【実施状況】

	実施市町村数	通知対象者数	通知後受診状況			訪問対象者	訪問後受診状況		
			受診者数	未受診者数	受診率		受診者数	未受診者数	受診率
令和元年度	2	2	0	2	0%	1※1	-	-	-
令和2年度	10	19	11	8	57.9%	-※2			

※1 通知後未受診者数2人のうち1人死亡、1人は訪問拒否。

※2 令和2年度については令和3年2月8日現在の状況。

糖尿病性腎症重症化予防事業（治療中断者に対する事業以外）の市町村単独実施は8市町村。（令和2年度）

事業名	生活習慣病重症化予防受診勧奨事業 (厚生労働省からの指示により糖尿病と区分けした。)	実施主体： 広域連合 市町村
目的	生活習慣病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者を対象に受診勧奨を行い、重症化を予防し、患者のQOL低下を防ぐとともに、医療費の適正化を図る。	
目標	一体的実施を踏まえ、市町村が事業実施しやすい体制を整備し、令和5年度の実施市町村数を14に増やす。 受診のあった人の割合が30.8%（令和2年度）から令和5年度には50.0%に増加する。	
対象者	前年度4月～当該年度3月分のレセプトにおいて生活習慣病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者。医療機関への受診判定においては、医療費分析技術を用いて、医薬品・検査などの診療行為の有無まで精査した上で、生活習慣病による医療機関受診と生活習慣病以外での医療機関受診を正しく判別し対象者を抽出する。	
現状	実施市町村数については、令和元年度は1市だったが令和2年度は8市町村となり、増加傾向だが、多くの市町村で実施できていない。 令和元年度は、受診勧奨通知対象者17人のうち、通知後行動変容の見られた者（受診あり）が9人（52.9%）、見られなかった者（受診なし）が8人（47.1%）であった。 訪問対象者は、令和元年度は4人いたが、訪問を拒否されたため、訪問まで至っていない。 令和2年度は、受診勧奨通知対象者130人のうち、通知後行動変容の見られた者（受診あり）が40人（30.8%）、見られなかった者（受診なし）が90人（69.2%）であった。 受診勧奨通知を送っても受診が見受けられない人がある。 訪問する際に、電話番号不明者については事前に連絡ができないので受診勧奨へ繋がらない。 通知を受けた対象者からの問合せへの対応等、対象者に事業を理解してもらうためには実施市町村の協力も必要。	
課題	受診勧奨通知後の受診がない者への対応が必要。 訪問へ繋がらない者への対応が必要。 治療中断について対象者が理解できることが必要。	
内容	通知文の内容について検討する。 事業の周知方法について検討する。（広報の活用等含め実施市町村の協力も必要） 地区医師会へ情報提供等行う。	

【実施状況】

（単位：人）

	実施市町村数	通知対象者数	通知後受診状況			訪問対象者	訪問後受診状況		
			受診者数	未受診者数	受診率		受診者数	未受診者数	受診率
令和元年度	1	17	9	8	52.9%	4※1	0	-	0%
令和2年度	8	130	40	90	30.8%	-※2			

※1 未受診者数8人のうち介護認定あり3人と市と関わりある1人については除外したため4人となり、うち2人は訪問拒否、2人は架電不通であった。

※2 令和2年度については令和3年2月8日現在の状況。

事業名	【新規】フレイル対策事業（低栄養防止等）	実施主体： 広域連合 市町村
目的	低栄養による、心身機能の低下と考えられる者を対象に、訪問栄養相談・助言等を行い、低栄養状態を防止することで、QOLの低下を防ぐとともに健康寿命の延伸を図る。低栄養による、心身機能の低下と考えられる者を対象に、訪問栄養相談・助言等を行い、低栄養状態を防止することで、QOLの低下を防ぐとともに健康寿命の延伸を図る。	
目標	一体的実施を踏まえ、市町村が事業実施しやすい体制を整備し、令和2年度実績7市町村から令和5年度には10市町村へ増やす。 体重、生活習慣等の改善率において、前年実績+5%を目指す。	
対象者	BMI 20 以下かつ体重が前年度より 2 kg以上減少している者。 診療報酬等で栄養指導が実施されている者、及びがん患者は除く。 ただし、対象者が抽出されず市町村より要望があった場合はこの限りではない。	
現状	山梨県は、健康寿命は上位であるが、介護認定率では、令和元年度要支援1～要介護2の認定率が9.1%で全国の12.8%と比較すると低く、要介護3～要介護5は7.7%と全国の6.8%より高い状況となっている。 令和2年度実施市町村は7市町村（内1町対象者なし）であった。 実施人数87人に対し終了者は42人（48.33%）で、辞退・中断者については45人（51.7%）であった。 体重変化については、改善15人（35.7%）維持24人（57.1%）であった。 生活習慣等の変化については、改善15人（35.7%）、維持22人（52.4%）であった。 栄養士会と連携して事業の企画、推進を図った。 電話番号不明者については、連絡ができないので相談や助言に繋がらない。 対象者のフレイル事業への理解が難しい。 報告書等記録方法に統一性がなく差がある。	
課題	辞退・中断者への対応が必要。 フレイルについて対象者が理解できることが必要。 報告書等記録方法に統一性がなく差がある。また、記録用紙等について調整が必要。	
内容	通知文の内容や報告書等、広域連合と栄養士会で調整する。 地区医師会へ情報提供等行う。 事業の周知方法について検討する。（広報の活用等含め実施市町村の協力も必要）	

【実施状況】

	実施市町村数	対象者数	実施人数※1	終了者※2	辞退・中断者	体重変化			生活習慣等の変化		
						改善	維持	悪化・不明	改善	維持	悪化・不明
令和2年度 (人)	7	140	87	42	45	15	24	3	15	22	5
割合 (%)	35	-	-	48.3	51.7	35.7	57.1	7.1	35.7	52.4	11.9

※1 対象者を選定後、診療報酬等において、栄養指導が行われている者、がん患者、既に市町村での関わりありの者等を除いた。

※2 支援を3回実施した者を終了者とした。

事業名	【新規】高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた推進事業	実施主体：広域連合
目的	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けて、県や国保連合会と連携して市町村が庁内連携等行いスムーズに事業実施できるよう推進を図る。	
目標	市町村が効果的な事業実施ができるよう体制整備等を行い、国が目標に掲げる令和6年度までに県内全市町村で展開ができるようにする。	
現状	<p>山梨県では、令和2年度実施市町村はなく、令和3年度実施予定が2市となっている。</p> <p>市町村の体制整備が難しい。</p> <p>具体的には、関係部署が複数となることによる庁内連携や保健師等医療専門職の配置が難しい。</p> <p>また、既存事業の整理、現状把握のための分析等課題が山積している。</p> <p>進め方が分からないという声がある。</p> <p>健診においてまだ高齢者の質問票を活用していない市町村がある。</p> <p>実施予定2市とのヒアリングを行った。</p> <p>市町村において後期高齢者の分析等行えるよう、KDBシステムやKDB補完システムのID付与等を行った。</p> <p>保健事業説明会において概要等説明のほか、基本方針の参考例の提供を行った。</p> <p>個別説明を希望した17の市町村へ訪問して概要説明等を行った。その際には、担当部長をはじめ関係各課の課長や多くの方々が参加した。</p> <p>市町村と保健所との連携が必要と考え、保健所への協力依頼や情報提供を行った。</p>	
課題	<p>市町村が既存事業の評価を行い、様々なデータを活用しながら、庁内連携できる体制整備が必要。</p> <p>効果的な事業企画に向けた流れを理解することが必要。</p>	
内容	<p>必要な市町村へは訪問しての概要説明や、ヒアリング等引き続き行う。</p> <p>事業計画の作成、基本的な方針の策定について、国保連合会の支援評価委員会と連携して支援する。</p> <p>必要なデータについては、国保連合会と連携して提供等行う。</p> <p>県と連携して支援する。</p> <p>保健事業説明会等において情報提供や事業の横展開を行う。</p> <p>一体的実施に向けた流れ等情報提供していく。</p>	

【目標値】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
実施市町村数	0	2	14	20	27
実施率	0%	7.4%	51.9%	74.1%	100%

4. その他既存事業の目標

重点事業以外の既存事業の目標について

事業名	事業目的	実施者	実施方法	令和3年～令和5年度 目標
歯科 健康診査	口腔機能低下や肺炎等の疾病予防	市町村	歯科の状態、歯周組織の状況等検査する。 (補助金を交付)	前年度実績+1%とする。 ※現状の経過で行くと3.15%の目標達成が難しいため、令和5年度の目標値を見直した。
健康増進 事業	高齢者の疾病予防と健康維持	広域連合または市町村 (実施内容により異なる)	人間ドック検診事業、健康づくり教室、認知症予防教室等を行う。 (市町村が実施した場合、補助金を交付)	継続
重複・頻回 受診者等 訪問指導	適正受診、服薬等医療費の適正化	市町村 (委託契約)	レセプト情報を基に重複・頻回受診者に保健師が訪問指導・相談を行う。	継続