２　メタボ対策

Ⅰ　これまでの取組

【目　的】

肥満を解消して生活習慣病の発症を予防する。

【実施内容】

①　健診結果説明会

②　特定保健指導

〈対象者〉

①　甲府市健康診査（集団健診・個別医療機関健診）を受診した 40～74 歳の受診者（特定健診受診者）のうち、メタボリックシンドローム該当者及びその予備軍

②　甲府市健康診査（集団健診・個別医療機関健診）・人間ドック・簡易脳ドックを受診した 40～74 歳の受診者（特定健診受診者）のうち、メタボリックシンドローム該当者及びその予備軍

〈実施内容〉

健診受診後案内を送付後に健診結果説明会を実施。更に６ヶ月後に生活習慣改善の支援や取組について評価する。

Ⅱ　令和２年度の中間評価（実績）

主要な事業	指標		中間目標値（令和２年度）	実績値 平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	評価
健診結果説明会	初回面接参加率	集団(動機付け支援)	60.5%※	69.0%	67.1%	66.7%	68.2%	B
		集団(積極的支援)	54.8%※	56.1%	43.2%	52.1%	58.9%	B
		個別(動機付け支援)	19.7%※	20.2%	16.7%	22.2%	19.7%	B
		個別(積極的支援)	14.4%※	19.2%	9.1%	12.9%	16.4%	B
	保健指導終了率[4]	集団個別(動機付け支援)	98.7%※	100%	100%	99.4%	98.7%	A
		集団個別(積極的支援)	49.5%※	47.2%	50.0%	42.2%	58.8%	B
【再掲】特定保健指導※	実施率[5]	【全体】積極的支援	22.8%	21.6%	19.8%	17.1%	22.8%	C
		【全体】動機付け支援	28.6%	39.0%	37.7%	25.6%	28.6%	C
	終了率[6]	積極的支援	15.2%	12.5%	7.7%	14.2%	15.2%	B
		動機付け支援	28.3%	39.8%	22.3%	24.9%	28.3%	B

※計画策定時に成果指標としてなかった項目で、令和元年度の実績に基づき中間評価で新たに設定した数値、または計画策定時に設定した数値を実績に基づき変更したもの。

[4][5][6]：P.21 用語解説参照

【評価表から見える要因】

〈成功要因〉

❁集団健診を受診した者の中で特定保健指導対象者に該当する場合には、結果を直接説明会で渡すことによりアプローチする機会となっている。

❁結果説明会の参加率の上昇は、保健指導率の上昇にも繋がっている。

❁結果説明会にて特定保健指導の初回面接も実施していることから参加者を募りやすい。

❁特定保健指導参加者は面接時に自ら生活習慣の改善のための行動目標を定めることによって、目標に向けての実践ができるようになっている。

〈未達要因〉

❁個別医療機関健診後の結果説明会は健診受診日から日数が経過してからであるため、健診結果を見直すことへの意識が低い。

❁健診後も自覚症状がほとんどない者が多いため、生活習慣改善に対して無関心であり、改善しようとする意識が低いと推測される。

❁人間ドック・簡易脳ドックを受診した場合、その後受診者への保健指導実施機関が少なく、大人数への対応が難しい。

❁特定保健指導終了率は年々上昇しているものの終了率は低い。

Ⅲ　目標実現に向けた見直しと取組

健診受診者のうち、受診後の健診結果判定が「要指導」の場合の多くが、異常があるものの程度が軽度であるため、その結果を重視しない可能性がある。また、軽度の異常は重大な異常に発展する初期段階であるにも拘わらず、健診結果に関心を持たない者が多くいることが考えられる。

まずは、多くの受診者が病気を発症する前の兆候を知ってもらうことが重要となり、病気を未然に防ぐためには自分の身体に向き合う機会を増やすこと、健診結果に応じた適切な日常生活を送ること、健康の維持増進に役立つ保健指導を受けることが重要となる。

❁対面形式だけでなく Web 面談等を取り入れ、効果的な保健指導を柔軟に実施することを検討する。

❁健診結果説明会ついては、日曜祝日を含めた日程を継続して開催する。

❁特定保健指導の事業内容の見直しや脱落者を減らすための指導内容の見直しを継続し行っていく。

❁人間ドック受診者に対する特定保健指導実施率の向上を図るため、関係機関と連携し事業の拡大を図る。

Ⅳ　評価指標の追加

肥満の予防はメタボリックシンドローム予防の根本であり、減量することで血圧や血糖値などの改善が見込まれるため、メタボリックシンドローム該当者及びその予備軍の割合の変化を把握する必要がある。また、厚生労働省より「メタボリックシンドローム該当者・予備群」の定義を、平成 30 年度の３期計画から、「特定保健指導対象者の減少率」に定義が変更しているため項目に加える。

また、健診を受けたことに満足するのではなく、結果に基づく改善を行わなければ健診を受けた意味がなく、健診結果の重要性を理解してもらうことが必要となり、「メタボ該当者の割合」、「メタボ予備軍の割合」、「20 歳時の体重から 10 ㎏以上増加者の割合」「生活習慣の改善を目的とした保健指導を利用しない割合(健診問診表項目)」を新たに追加し、数値を減らすことを評価する。さらに、全ての健診における「【再掲】特定保健指導実施率・終了率」を評価し、実施率・終了率の向上を図る。

【今後の達成目標値（成果指標）】

指標	中間目標値（令和２年度）	目標値		
		令和３年度	令和４年度	令和５年度
メタボ該当者の割合※	15.0%※	14.9%	14.8%	14.7%
メタボ予備軍の割合※	9.9%※	9.8%	9.7%	9.6%
特定保健指導対象者の減少率※	16.0%※	16.1%	16.2%	16.3%
20 歳時の体重から 10 ㎏以上増加者の割合※	28.5%※	28.4%	28.3%	28.2%
生活習慣の改善を目的とした保健指導を利用しない割合※	80.6%※	80.5%	80.4%	80.3%

【目標値を達成するための取組】

主要な事業			中間目標値（令和２年度）	目標値		
	指標			令和３年度	令和４年度	令和５年度
健診結果説明会	初回面接参加率	集団(動機付け支援)	60.5%	62.7%	65.1%	68.2%
		集団(積極的支援)	54.8%	56.0%	57.1%	58.9%
		個別(動機付け支援)	19.7%	19.8%	19.9%	20.0%
		個別(積極的支援)	14.4%	15.0%	16.0%	17.0%
	保健指導終了率	集団個別(動機付け支援)	98.7%	98.7%	98.8%	100%
		集団個別(積極的支援)	49.5%	50.0%	50.5%	51.0%
【再掲】特定保健指導※	実施率	【全体】積極的支援	22.8%	22.9%	23.0%	23.1%
		【全体】動機付け支援	28.6%	28.7%	28.8%	28.9%
	終了率	積極的支援	15.2%	15.3%	15.4%	15.5%
		動機付け支援	28.3%	28.4%	28.5%	28.6%

※中間目標値に基づき、令和３年度、４年度、５年度の目標値を設定し直す。

３　生活習慣病予防　（糖尿病予防に特化※）

Ⅰ　これまでの取組

【目　的】

治療を必要とする方が確実に医療につながり重症化を予防する。

【実施内容】

① 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
② 生活習慣病治療中断者受診勧奨
③ 高血糖状態者健康相談

〈対象者〉

① 生活習慣病の治療または検査を行い、かつ継続的に医療機関への受診が必要であるに関わらず定期受診を中断している者
② 40 歳から 74 歳のうち、生活習慣病を起因とする糖尿病患者
③ 64 歳以下、かつ集団健診を受診しHbA1c の値が 6.0～6.4%の者

〈実施内容〉

① 重症化予防プログラムの参加案内通知と電話勧奨を行い、参加希望者は主治医からプログラム参加承諾を受けたうえで事業に参加する。その後６ヶ月間にわたり専門職が面談、電話、手紙にて各種支援を行う。
② 生活習慣病の早期予防や治療の必要性を記載した通知書を送付し、医療機関への受診を促す。
③ 結果説明会において保健指導を実施し、栄養相談や運動指導を開催していることについて情報提供する。指導終了後の６ヶ月経過後にアンケートにて生活改善状況確認を行う。

Ⅱ　令和２年度の中間評価（実績）

主要な事業	指標	中間目標値（令和２年度）	実績値 平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	評価
高血糖状態者健康相談	高血糖(HbA1c)の健診有所見率[7]	71.8%※	70.6%	69.5%	67.1%	71.8%	C
	eGFR の精検者で受診勧奨をした人のうち精密検査の受診率	42.3%※	72.9%	50.0%	45.5%	42.3%	C
	高血糖状態者健康相談事業参加者数・参加率※	16 人 48.5%		64 人 67.6%	55 人 63.2%	66 人 68.0%	B
	異常値放置者の通知発送のうちの受診率(通知月を含む)	7.2%※	4.7%	8.9%	12.1%	8.4%	B
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	参加率	5.3%※	4.4%	8.6%	6.8%	4.7%	C
	参加者のうち HbA1c の改善率(平成 30 年から目標範囲内維持の方も含む)	76.5%※	58.3%	54.5%	66.7%	76.5%	B
	参加者のうち透析導入者数	０人	０人	１人	０人	０人	B
生活習慣病治療中断者受診勧奨	通知発送のうちの受診率(通知月を含む)	12.0%※	7.1%	13.2%	15.7%	17.8%	A

※計画策定時に成果指標としてなかった項目で、令和元年度の実績に基づき中間評価で新たに設定した数値、または計画策定時に設定した数値を実績に基づき変更したもの。　[7]：P.21 用語解説参照

【評価表から見える要因】

〈成功要因〉

❁集団健診を受診した者の中で高血糖状態者に該当する場合には、結果を直接説明会で渡すことによりアプローチする機会となっている。

❁糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者は生活習慣改善が図られており、その後ほとんどの者が人工透析には至っていない。

❁生活習慣病治療中断者への医療機関受診勧奨通知は受診行動に繋がっている。

〈未達要因〉

❁糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者選定において、かかりつけ医の判断（階層化）との乖離が見られる。また、対象者は既に医療機関にて治療中であるため、保健指導の必要としない者が見受けられる。

❁特定健診結果より医療機関にて治療が必要な者や精密検査が必要とする者が多く見受けられるが、実際に病院へ受診する者が限られている。

❁健診後の異常値放置者に対する受診勧奨通知は、前年度の健診結果に基づき通知しているため、直近の受診状況とのタイムラグが生じている。

Ⅲ　目標実現に向けた見直しと取組

糖尿病性腎症を発症するリスクが高い者を早期発見し、生活習慣を改善する取組を早期から行い重症化を予防することが重要となるため、事業の参加率や効果を上げる取組を実施する必要がある。

❁対象者の通知時期や通知後の支援体制を検討する。

❁対象者の抽出方法や勧奨方法等について糖尿病専門医より指導を得ながら参加率の向上を目指す。また、かかりつけ医へ事業の理解を図り、連携を密にする中で少しでも多くの参加者を募る方法を模索する。

❁健診の受診者自らが受診結果を確認し、結果に基づいた行動に繋がるよう健康意識の改革を図る。

❁生活習慣病治療中断者受診勧奨通知後の支援を実施していく。

Ⅳ　評価指標の追加

糖尿病は放置すると命に関わる合併症が起こる病気のため、生活習慣病の中でも糖尿病予防に特化した取組を評価するには糖尿病罹患者の割合を見る必要があり、「非肥満高血糖の健診有所見率」、「糖尿病の受診率」、「糖尿病性腎症の受診率」、「レセプトに糖尿関連病名がある人工透析者数」を新たに追加し、数値を現状維持することを評価する。

【今後の達成目標値（成果指標）】

指標	中間目標値（令和２年度）	目標値		
		令和３年度	令和４年度	令和５年度
非肥満高血糖の健診有所見率※	11.2%	11.2%	11.2%	11.2%
糖尿病に関する受診率[8]※	56.6%	56.6%	56.6%	56.6%
糖尿病性腎症に関する受診率[8]※	27.1%	27.1%	27.1%	27.1%
レセプトに糖尿関連病名がある人工透析者数※	現状維持（137 人）	新規人工透析者数の伸び率の鈍化		

【目標値を達成するための取組】

主要な事業	指標	中間目標値（令和２年度）	目標値		
			令和３年度	令和４年度	令和５年度
高血糖状態者健康相談	高血糖(HbA1c)の健診有所見率	71.8%	71.8%	71.8%	71.8%
	eGFR の精検者で受診勧奨をした人のうち精密検査の受診率	42.3%	42.8%	43.3%	43.8%
	高血糖状態者健康相談事業参加率	48.5%	48.5%	49.0%	49.5%
	異常値放置者受診勧奨通知発送のうちの受診率	7.2%	7.6%	8.0%	8.4%
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	参加率	5.3%	5.5%	6.0%	6.5%
	参加者のうち HbA1c の改善率	76.5%	76.5%	76.5%	76.5%
	参加者のうちの透析導入者数	０人	０人	０人	０人
生活習慣病治療中断者受診勧奨	通知発送のうちの受診率	12.0%	13.9%	15.8%	17.8%

※中間目標値に基づき、令和３年度、４年度、５年度の目標値を設定し直す。

[8]：P.21 用語解説参照