

第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画) 【平成30年度～令和5年度】 事業の実施状況報告

1 計画の概要（基本方針）

(1) 計画策定の背景

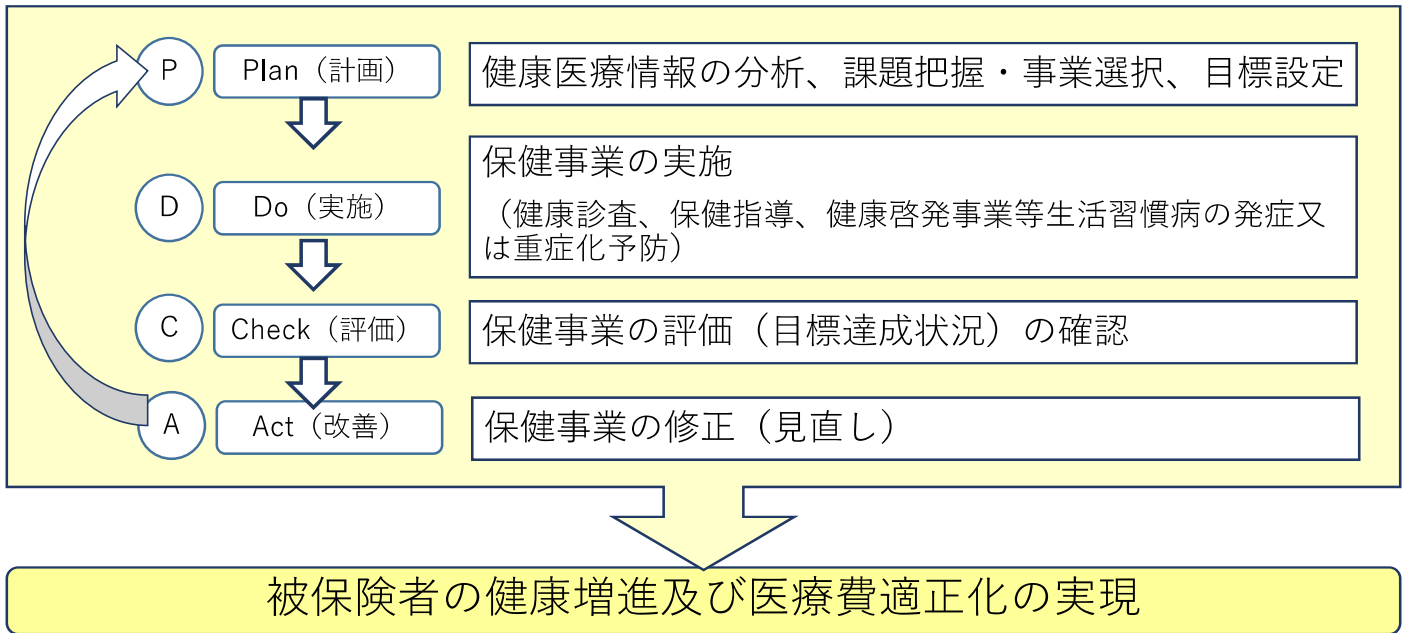
- ・ 保険者が保有する健康・医療情報を活用することで、健康課題を明確化し、PDCAサイクルによる効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められている。
- ・ 本市国民健康保険においては、健康・医療情報や第1期計画（平成26～30年度）に定める保健事業の成果（評価）等を踏まえて、第2期計画を策定し、計画的かつ効率的な保健事業の実施により、被保険者の生涯にわたる健康づくりの推進と国民健康保険財政等の安定化に取り組んでいる。

(2) 計画の期間 平成30年度～令和5年度（6年間）

(3) 計画の実施体制（事業の推進体制）

市の保健、医療、福祉等の部門の職員による組織（会議）が中心となり、鳥取市立病院、医師会、薬剤師会等の各種関係団体との連携を図りながら事業を推進する。

2 計画に基づく保健事業の取組み



※(P)(D)(C)(A) サイクル

3 医療費等の状況

外来医療費に占める割合の順位 (疾病中分類)

順位	H30	R1	R2	R3	R4	R5
1	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
2	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全	腎不全
3	高血圧性疾患	高血圧性疾患	その他の悪性新生物 <腫瘍>	その他の悪性新生物 <腫瘍>	その他の悪性新生物 <腫瘍>	その他の悪性新生物 <腫瘍>
4	その他の心疾患	その他の心疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患
5	その他の悪性新生物 <腫瘍>	その他の悪性新生物 <腫瘍>	その他の心疾患	その他の心疾患	その他の心疾患	その他の心疾患

- 糖尿病、腎不全、高血圧性疾患が外来医療費の上位を占めている。

4 保健事業（特定健康診査、特定保健指導）に期待される効果

1 特定健康診査

生活習慣病の医療費

健診受診状況	医療費
受診あり	85,403円
受診なし	109,149円

糖尿病、高血圧症、脂質異常症（※）併存率

健診受診状況	併存率
受診あり	7.0%
受診なし	11.0%

※第1期計画から重点3疾病として位置付け

・健康診査「受診あり」は「受診なし」より医療費が少ないことや「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の併存率も低いことから、健康診査の実施率を高めることは、生活習慣病の早期発見・治療による医療費の削減に繋がるとともに、身体状態の把握による健康意識の醸成などの効果が期待される。

2 特定保健指導

特定保健指導利用の有無と医療費の状況

特定保健指導利用の有無	医療費
特定保健指導を利用、その後健診継続受診者	3,316,090円
特定保健指導未利用、その後健診未受診者	6,500,250円

・特定保健指導の利用を契機に、健康意識が高まり、検診受診行動に繋がること、医療費削減の効果が期待される。

※医療費は、H27年度とH28年度の生活習慣病に関する疾患で治療したレセプトから集計

5-1 保健事業の取組み（R5年度目標達成）状況

事業名・内容	アウトプット評価（事業実施量）			アウトカム評価（成果）		
	指標	目標	実績	目標	実績（年度末時点）	
					R4年度	R5年度
1 特定健康診査 健診により対象者を把握し、必要な保健指導や医療に繋げる	特定健診実施率	R5年度 60.0%	35.5% (見込)	生活習慣病に特化した医療費減少	高血圧 : 395,408千円 糖尿病 : 713,187千円 脂質異常 : 224,385千円	高血圧 : 348,807千円 糖尿病 : 663,150千円 脂質異常 : 213,489千円
2 特定保健指導 健診結果から個々の状況に応じた生活習慣改善の支援・指導	特定保健指導実施率	R5年度 60.0%	31.0% (見込)	対象者の出現率10%以下 利用者の検査値(メタボ判定)改善率	10.3%	10.1%(見込) 指導年度(R3) 26.7% 指導年度(R4) 30.8%
3 特定健診未受診者対策事業 健診未受診者への通知や訪問による受診勧奨等又生活習慣病治療中断者等への生活指導や健診受診勧奨	利用勧奨者の特定健診実施率	R5年度 30.0%	19.1%	特定健診実施率	34.5%	35.5% (見込)
4 特定保健指導未利用者対策事業 特定保健指導未利用者に対して、利用勧奨や生活習慣改善を指導	利用勧奨者の特定保健指導利用率	R5年度 30.0%	26.3%	特定保健指導実施率	30.6%	31.0% (見込)

※事業名の番号は第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）評価シート（令和5年度年間評価）を参照している

5-2 保健事業の取組み（R5年度目標達成）状況

事業名・内容	アウトプット評価（事業実施量）			アウトカム評価（成果）		
	指標	目標	実績	目標	実績	
					R4年度	R5年度
7 糖尿病性腎症重症化予防事業 人口透析への移行を防ぐため、医師の指示のもと、生活（食事・運動等）改善を支援	生活改善実行率	R5年度 70%	100%	支援実施者に人工透析移行（病期進行）者「0人」	2人 ※R4年度までに当該事業の支援を受けた者	2人 ※R5年度までに当該事業の支援を受けた者
	検査値改善率（e-GFR HbA1c等）	R5年度 50%	69.2%			
9 糖尿病予防啓発キャンペーン 糖尿病予防等に関する啓発事業として血糖値測定や健康相談を実施	実施回数達成率	12回/年	125.0% (15回)	生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）の患者数の減少	14,773人	13,745人
	啓発対象者達成率	年間 600人	119.8% (719人)			
10 お気軽健康チェック 健康意識の醸成を図るため身体測定HbA1c 栄養・運動指導、健康相談を実施	実施回数達成率	12回/年	33.3% (4回)			
	啓発対象者達成率	年間 120人	39.2% (47人)			
14 ジェネリック医薬品利用促進 ジェネリック医薬品差額通知、出前講座の開催等啓発事業を実施	普及率が前年度と比較して5%向上	R4年度 81.8%+ 5%=86.8%	R5年度 82.8% (+1%)	R5年度 普及率80%	81.8% (R5.3)	82.8% (R5.9)

※事業名の番号は第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）評価シート（令和5年度年間評価）A3判を参照している

6-1 令和5年度の啓発事業について（一部抜粋）

●糖尿病予防啓発キャンペーン

簡易血糖値測定と医師や管理栄養士等による健康相談。15回実施し、719人の参加があった。5年度はコロナ感染が収束に向かい地域のイベントが実施されるようになり、回数、参加者とも目標を上回った。



令和5年9月 市内スーパー
(血糖値測定・がん検診を実施)

●お気軽健康チェック

血圧、簡易血糖値等の測定及び講話や実技による食事・運動指導。4回実施し、47人の参加があった。



(理学療法士による運動指導)



(管理栄養士による栄養指導)

6-2 令和5年度の啓発事業について（一部抜粋）

- COPD（慢性閉塞性肺疾患）、生活習慣病の早期発見に向けた啓発事業

8/1肺の日や毎年11月の第3水曜日の世界COPDデーに合わせた予防啓発活動を実施した。また、国保連や各地区の健康づくり地区推進員と連携し生活習慣病予防の広報に努めた。



（令和5年12月 COPDの予防啓発講座）

（令和5年11月 世界糖尿病デー・世界COPDデー
Wキャンペーン）



（市内ショッピングモール）



（医師による健康相談）



（肺年齢測定）



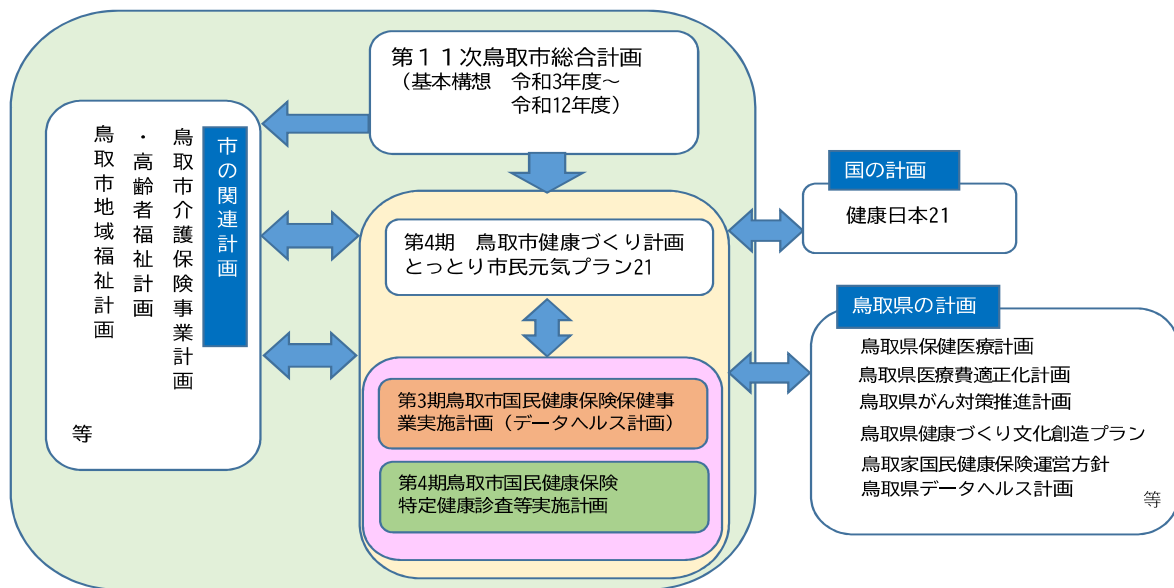
（栄養相談）

第3期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画) 及び第4期鳥取市国民健康保険特定健康診査等実施計画の概要 【令和6年度～令和11年度】

1 計画の概要（基本方針）

	第3期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)	第4期鳥取市国民健康保険特定健康診査等実施計画
根拠法	国民健康保険法第82条	高齢者の医療の確保に関する法律第19条
基本的な指針	厚生労働省保険局平成26年3月 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針	厚生労働省保険局平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針
計画策定の背景	保険者が保有する健康・医療情報を活用し、健康課題を明確化し、PDCAサイクルによる効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められた。	生涯にわたって生活の質の維持・向上と医療費の適正化を総合的に推進していくため、医療制度改革に基づき、生活習慣病予防を行う目的で、保険者に特定健診・特定保健指導が義務づけられた。
計画の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者の生涯の健康づくりの推進 ・生活習慣病の抑制と生活習慣病を原因とする疾病の減少 ・被保険者のQOL（生活の質）の向上と医療費の適正化による国民健康保険制度の安定的な運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導の円滑な実施 ・被保険者の生活習慣病の発症と重症化を予防することにより、健康寿命の延伸を図る
計画期間	令和6年度～令和11年度	令和6年度～令和11年度
計画策定者	医療保険者	医療保険者

2 計画の位置づけ



3-1 保健事業の取組み目標・指標

事業名・内容	アウトプット評価（実施量）		アウトカム評価（成果）	
	指標	R11目標	指標	R11目標
1 特定健康診査実施率向上事業 40歳以上の被保険者に対して特定健康診査を実施し、生活習慣病の発症や重症化を予防	特定健康診査受診勧奨率	80.0%	特定健康診査実施	60.0%
2 特定保健指導実施率向上事業 健診結果からメタボリックシンドローム該当者等に対し、保健指導を行い、生活習慣病の発症及び重症化を予防	特定保健指導実施率	60.0%	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (2008年度比)	25%以上
	利用勧奨率	80%以上		
3 がん検診受診率向上事業 がん検診の受診を啓発し、早期発見・早期治療に繋げて、がんによる死亡及びがん医療費の低減を図る。	各がん検診受診率	胃・肺・大腸がん：60.0% 子宮・乳がん：70%以上	がんによる医療費の減少	抑制
4 生活習慣病重症化予防事業 生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、医療機関への受療勧奨及び保健指導	対象者のうち保健指導した割合	85.0%	面談者の受療行動及び行動変容	40.0%

3-2 保健事業の取組み目標・指標

事業名・内容	アウトプット評価（実施量）		アウトカム評価（成果）	
	指標	R11目標	指標	R11目標
5 生活習慣病治療中断者対策事業 生活習慣病要治療者で治療を中断したと推測される被保険者に対し、訪問等により治療再開を呼びかける。	対象者のうち保健指導率	60.0%	受診勧奨者の受療率又は健診受診率	50.0%
6 糖尿病性腎症重症化予防事業 透析への移行を防ぐため、医師の指示のもと、生活（食事・運動等）改善を支援	生活改善実行率	80%以上	検査値改善率 (e-GFR HbA1c等)	70.0%
7 生活習慣病予防啓発キャンペーン 商業施設などで血糖値や血圧などの測定、健康相談を行い、糖尿病をはじめとする生活習慣病予防への関心を高める。	啓発実施者数	650人	アンケートによる健康への意識変化	90.0%
8 お気軽けんこう講座 健康意識の醸成を図るため、身体測定、栄養・運動指導、健康相談を実施	講座参加者数	90人	アンケートによる生活改善への意識	80.0%

3-3 保健事業の取組み目標・指標

事業名・内容	アウトプット評価（実施量）		アウトカム評価（成果）	
	指標	R11目標	指標	R11目標
<u>9 COPD(慢性閉塞性肺疾患)予防啓発事業</u> COPDの知識を普及啓発し、早期発見・早期治療につなげる。	啓発実施者数	100人	COPD認知度	50.0%
<u>10 ジェネリック医薬品利用促進事業</u> ジェネリック医薬品差額通知、出前講座の開催等啓発事業を実施	ジェネリック 勧奨割合	100%	ジェネリック 医薬品普及率 (数量ベース)	85%以上
<u>11 適正受診対策事業</u> 重複受診、頻回受診、重複・多剤服薬を行う被保険者に、適正な受診行動を促す。	多剤服薬、頻回 受診指導率	6.0%	重複・多剤服薬 者数	減少

第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)評価シート(令和5年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和5年度)				事業実施後の評価	次年度以降の取り組みについて
				実績アウトプット評価(事業実施量)		アウトカム評価(成果)			
				目標	実績(R6.3月末)	目標	実績(R6.3月末)		
1 特定健康診査	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、生活習慣病予防が必要な人を確実に把握し、保健指導や医療につなげる。	個別健診と集団健診を併せて実施するとともに、がん検診を同時に受診できる体制や、休日健診の機会を増やすなど、被保険者のニーズを踏まえ、利便性に配慮した受けやすい体制を整備する。 また、魅力ある健診サービスとして、引き続き国保人間ドックを実施する。	40歳から74歳までの被保険者	・特定健診実施率を年次的に上昇させる。 R5年度: 60.0%	・特定健診実施率 R4年度: 34.5% R5年度: 35.5%(見込)	・生活習慣病に特化した医療費を減少させる	高血圧 395,408千円 糖尿病 713,187千円 脂質異常 224,385千円 213,489千円	特定健診の実施率はR2、R3年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えも影響したため減少傾向が続いたが、R4、R5年度は未受診者対策事業の効果もあり、実施率が向上した。	インターネット予約枠の拡充、休日健診の実施やがん検診との同時実施など、特定健診を受診しやすい環境や積極的な受診を促す取組みに引き続き努める。また、対象者が継続して受診することが大切であることから、経年的な受診の必要性を周知する。
2 特定保健指導	特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うことでメタボリックシンドロームの該当者及びその予備群を減少させ、生活習慣病予防とともに中・長期的な医療費適正化を図る。	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、動機付け支援及び積極的支援を実施する。	高齢者の医療の確保に関する法律第24条及び「特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、動機付け支援・積極的支援とされた人	・特定保健指導実施率を年次的に上昇させる。 R5年度: 60.0%	・特定保健指導実施率 R4年度: 30.6% R5年度: 31.0%(見込)	・特定保健指導対象者の各種検査値(利用者の健診結果平均値)の改善を図る。	・特定保健指導対象者の出現率 R4年度: 10.3% R5年度: 10.1%(見込) ・特定保健指導利用者の検査値(メタボ判定)改善率 指導年度(R3) 26.7% 指導年度(R4) 30.8%	新型コロナウイルス感染症の影響により訪問を控えて動員を行ってきたが令和5年度は訪問での利用動員に積極的に取り組んだ。実施率は横ばいであるが積極的支援に教室形式のグループ支援を取り入れるなど工夫することで、利用者増加につなげることができた。	R6年度から積極的支援評価体系が変更となったため、案内方法・内容等の工夫に加え、利用者の成果につながる指導体制を整える。個別利用動員等を通して対象者のニーズに合った利用方法を選択してもらい利用率向上に努める。
3 特定健診未受診者対策事業	特定健診未受診であり、生活習慣病の治療中断を生じているなど自己の健康管理が難しい方の健康観を呼び戻し、特定健診または医療機関の受診勧奨をすることで一次予防の徹底と重症化の予防を図る。	特定健診未受診者を抽出し、通知による受診勧奨や看護師等の訪問で生活習慣病の怖さなどを具体的に説明し、健診が必要な理由を加えながら勧奨を行う。また、生活習慣病治療中断者訪問指導事業と並行して、治療中断中であつた特定健診未受診者に対しては、保健師の訪問によって治療再開の勧奨及び生活改善指導にあわせて特定健診の受診勧奨を行う。	特定健康診査未受診者	・受診勧奨者の特定健診実施率 R5年度: 30%	・受診勧奨者の特定健診実施率 R4年度: 32.5% R5年度: 19.1%	・特定健診実施率60%に繋げる。 (R5年度)	・特定健診実施率 R4年度: 34.5% R5年度: 35.5%(見込)	これまでの受診歴等から比較的受診行動に繋がりがやすいと考えられる層を洗い出し勧奨通知を送付し(送付数10,000人)、19.3%受診につなげることができた。また、通知のみでは受診に繋がりにくい近年、数年間未受診者には看護師が戸別訪問することで受診につなげることができた。対象者の特徴に合わせた受診勧奨を実施することで実施率上昇につながったと考える。	引き続き、効果的な勧奨が実施できるよう、手法や時期等、検討していく必要がある。訪問による受診勧奨では、未受診理由を「通院中のため」と挙げられる方が多く、かかりつけ医からの健診受診勧奨や特定健診情報提供事業の周知も合わせて実施する。
4 特定保健指導未利用者対策事業(特定健康診査受診者へのフォローアップ)	特定保健指導の未利用者に対して利用勧奨することで自己の健康観を呼び戻し、健康管理に積極的に取り組んでいただくことで、一次予防の徹底と重症化の予防を図る。	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、保健師・看護師・管理栄養士による利用勧奨及び食事・運動等の生活習慣改善のための訪問や電話による指導を行う。	特定健診受診者であり、受診勧奨判定値未満であつたメタボ判定(腹囲又はBMI)に該当する者。	・利用勧奨者の特定保健指導利用率 R5年度: 30%	・利用勧奨者の特定保健指導利用率 R4年度: 29.0% R5年度: 26.3%	・特定保健指導実施率60%に繋げる。 (R5年度)	・特定保健指導実施率 R4年度: 30.6% R5年度: 31.0%(見込)	R5年度も訪問および日中や夜間電話によるアプローチを実施した。複数回連絡しても不在の者等を除いた未実施者のうち85.2%の者に利用勧奨を実施した。そのうち26.3%の者の利用に繋がった。	過去に保健指導を利用したことがある者が継続利用に繋がるよう、今後利用勧奨訪問等を通して関係性を大切にしながら、対象者一人一人に合った利用方法を提案していく。利用されない者へは生活改善に必要な助言も行い、健康への意識向上に向けた支援を実施する。
5 生活習慣病重症化予防訪問指導事業	有用な情報及び知識等の習得によりセルフマネジメント力を身につけ、自らの力で生活習慣病の重症化を予防する。また、脳卒中・心筋梗塞の患者においては、基礎疾患として糖尿病や高血圧症といった生活習慣病の有病者が多くいることから、生活習慣病の予防により、脳卒中等の発症及び再発の防止を図る。	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、保健師・看護師・管理栄養士による受診勧奨及び食事・運動等の生活習慣改善のための訪問指導を行う。	特定健診受診者で、受診勧奨判定値未満であるが生活習慣不良と推測される者。受診勧奨判定値未満であつたメタボ判定が非該当の者等。	・面談実施者の医療機関への受診率 R5年度: 30%	・面談実施者の医療機関への受診率 R5年度: 45.6% (R5.1~12月受診分)	・脳卒中、心筋梗塞等の疾患で生活習慣病を基礎疾患とする患者数を減少させる。	・生活習慣病による脳卒中、心筋梗塞等の疾患患者数 上段: R4年度 下段: R5年度 脳卒中 2,403人 2,235人 虚血性心疾患 2,054人 1,780人	これまでに訪問歴がなく、初めて保健指導を行う者を優先的に訪問することで、目標を上回る受診率につなげることができた。	40歳から64歳までの者と、糖有所見者を重点に訪問する。連絡票を用いて医療機関と連携することで、対象者をより確実に受診に繋げるとともに、生活習慣の改善についても主治医から助言をいただき、継続的な支援を実施する。また、効果的な保健指導方法を習得するため研修を実施する。
6 生活習慣病治療中断者訪問指導事業	生活習慣病で必要な治療を行っていたが、自覚症状がない、症状は進行していないなどの自己判断で治療中断した人は、気づいた時には重症化し、高額な医療費を負担しなければならない状況に陥ると同時に国保会計にも影響が生じることが懸念される。このような状況を未然に防ぐため、訪問による治療再開の働きかけを行うことにより健康観を呼び戻し、積極的な健康管理への取り組みを促すと同時に重症化を予防する。	レセプトデータをもとに、生活習慣病の治療中断者を抽出し、保健師の訪問により、現在の症状や中断経過等の聞き取りを行った上で各種パンフレット等も活用したリスク説明を行う。最終的には、かかりつけ医療機関等への再受診を促すと同時に特定健診未受診者には受診勧奨を行い、受診行動の変容による継続した治療に繋げる。	生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常)のある被保険者で、毎月通院又は2~3カ月間隔で治療していたが途中で中断したと疑われる者。	・面談実施者の受診または生活改善実行率 R5年度: 30%	・面談実施者の受診または生活改善実行率 R4年度: 49.3% R5年度: 51.1%	・生活習慣病治療中断者数を令和5年度までに15%減少させる。	・生活習慣病治療中断者減少率 R4年度: 5.6% R5年度: -8.6% (治療中断者数) H29年度: 197人(基準値) R4年度: 186人 R5年度: 214人	治療中断者数はH30年度に減少後は年々増加し、R5年度はH29年度を上回った。しかし、面談実施者の生活改善実行率は51.1%であり、面談実施率の向上は治療再開や健診受診などの行動変容につながることを期待されることから引き続き面談実施率の向上に努める。	引き続き適切なタイミングで訪問を実施し、面談実施率の向上及び治療再開や健診受診などの行動変容につなげる。保健指導も実施するため、極力面談が望ましいが、不在が重なる場合は、後日勧奨通知を送るなど治療再開を促す。
7 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病患者が増加する状況にある中で、合併症の一つである糖尿病性腎症に着目し、腎不全による透析療法ステージに移行する前の糖尿病患者に対し、医師の指示のもと、個別の保健・生活指導を実施することで重症化(進行)を予防し、QOLの維持・向上を図る。	糖尿病性腎症の患者に対して事業参加を募る。その後、臨床経験及び保健指導プログラムのノウハウを有する民間企業に業務を委託し、かかりつけ医の指示のもと、6カ月間の効果的な保健指導を実施する。また、保健指導を修了した者に対しては、市独自の12カ月のフォローアッププログラムにより、身に付けられたセルフマネジメント力の維持を図る。	糖尿病性腎症病期ステージ2期~4期の者	・生活改善実行率 R5年度: 70% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 R5年度: 50%	・生活改善実行率 R4年度: 100% R5年度: 100% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 R4年度: 57.9% R5年度: 69.2%	・支援実施者(利用者)における人工透析移行者数 R5年度末時点で2人移行 出現率 1% (R5年度までの参加者数 219人)	全ての参加者(13人)において、食事療法または運動療法の行動目標1つ以上に継続して取り組むことができ、生活改善実行率は100%となった。検査値(HbA1c、e-GFR)においては69.2%の参加者が数値改善につながった。病期段階にあわせ、セルフマネジメントが習慣として身につくことが、人工透析等の病期ステージ進行を食い止める有効な手段となるが、参加勧奨では、医療機関を受診している、自覚症状がない等の理由で断られるケースが多く課題である。	自発的参加者は事業に取り組む姿勢も前向きであり、生活改善実行率も高いことから、自発的参加者が増えるよう、事業案内等の工夫に努める。参加しにくい理由の把握に努め、実施方法の改善につなげる。	
8 がん検診受診率向上事業	がんによる医療費は、疾病統計順位(大分類)において1位、全体医療費の17.8%を占めており、死因別においても1位となっている。がん死亡率減少に有効ながん検診は、早期発見・早期治療につながる大切な手段であることから、受診率向上に向けて啓発に取り組み、がん患者の減少に努める。	健康づくり推進員との共催による健康講演会等の実施で正しい知識の啓発を行うとともに、地域イベントや地区回覧版での受診の呼びかけや医療機関や薬剤師会、協会けんぽ等と連携した啓発、及び大型商業施設等でのがん検診の実施や受診の呼びかけを行う。また、精密検査未受診者へ個別のアプローチを実施する。	【胃がん・肺がん・大腸がん検診】 40歳以上 【子宮頸がん】 20歳以上女性 【乳がん検診】 40歳以上の女性	・個別事業の達成度 R5年度: 80%以上	・個別事業の達成度 R5年度: 100%	・年間平均受診率の増	・年間平均受診率(69歳以下かつ国保以外の者を含む) R4年度: 47.9% R5年度: 45.8%	医師会、協会けんぽ、市内企業等の関係機関の協力を得て、ポスター掲示やチラシ設置等の啓発を行ったほか、ダイレクトメールによる未受診者受診勧奨等を実施した。昨年度と比較し全がん検診受診者数は伸び悩んでおり、引き続き受診勧奨に努める必要がある。未受診者に対しては、無料クーポン年齢等受診につながりやすい者に勧奨通知を送付する。要精密検査者へは早期受診につながるよう随時個別勧奨に努める。	関係機関・団体や市内の企業等の協力を得て啓発を継続実施する。受診券を新たなデザインとし、記載内容についても受診行動を分かりやすくして記載するなど工夫する。また、集団健診のインターネット予約を拡大し、受検しやすい環境整備の充実を図る。未受診者に対しては、無料クーポン年齢等受診につながりやすい者に勧奨通知を送付する。要精密検査者へは早期受診につながるよう随時個別勧奨に努める。

第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)評価シート(令和5年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和5年度)				事業実施後の評価	次年度以降の取り組みについて
				実績アウトプット評価(事業実施量)		アウトカム評価(成果)			
				目標	実績(R6.3月末)	目標	実績(R6.3月末)		
9 糖尿病予防啓発キャンペーン(血糖値測定、健康相談)	国民健康・栄養調査では、国民の6人に1人が糖尿病又はその予備群であると推計されており、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病とともに増加の傾向にある。このことは医療費の増加を招き、診療費の自己負担や保険料の増額の要因となることが懸念されることから、キャンペーンと銘打ち広く啓発を行うことで、糖尿病の一次予防の徹底、さらには国保事業の安定運営を図ることを目的とする。	鳥取市立病院及び鳥取県臨床検査技師会に協力いただき、市内商業施設やイベントなど市民が多く訪れる場所において血糖値測定・健康相談を行うとともに、啓発チラシ等を配布し、糖尿病の予防について啓発を行う。	市民 (国保被保険者等)	・実施回数達成率 12/12回 ・啓発対象数達成率 600/600人	・実施回数達成率 R4年度 92.0%(11/12回) R5年度 125.0%(15/12回) ・啓発対象数達成率 R4年度 68.2% (409/600人) R5年度 119.8% (719/600人)	・生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の患者数の減少	・生活習慣病患者数 (年度累計ではなく3月診療分)	市の保健衛生部門と連携し、庁舎や商業施設や地区公民館でのイベントにおいて簡易血糖値測定を実施した。新型コロナウイルス感染症の影響が収束して、実施回数、啓発対象者数ともに目標を達成できた。	引き続き、糖尿病の一次予防事業として、市の保健衛生部門と連携し、商業施設や各地区公民館におけるイベント等で簡易血糖値測定を実施し、保健指導を行う。市の公式ラインの活用など広報に努め、働き盛り世代が参加しやすい環境を整備する。
10 お気軽健康チェック	データヘルス計画で対策が必要であることが明らかとなった、糖尿病やCOPD(慢性閉塞性肺疾患)などの生活習慣病対策への取り組みを一体的に進めるために実施するものとする。 また、健康に関心を持っていただくために、気軽に健康チェックを行う機会を提供し、セルフコントロール力を高めることで自身の生活改善への意欲を醸成するとともに、健康寿命を延伸させ、医療費の適正化に繋げる事をねらいとする。	複数の健康チェック項目を通して、健康管理に取り組み。 1)身体計測(身長、体重、握力、BMI、体脂肪率、基礎代謝、筋肉量、アクティブ度) 2)HbA1c 3)肺年齢 4)血圧 5)フレイルチェック 6)集団指導として、測定項目の基礎知識、運動指導、栄養指導等を実施	市民 (国保被保険者等) ※糖尿病治療中及び健診で糖尿病予備群の判定を受けた者は除く	・実施回数達成率 12回/年 ・啓発対象者数達成率 12回×10人/回=120人	・実施回数達成率 R4年度:41.7%(5/12回) R5年度:33.3%(4/12回) ・啓発対象者数達成率 R4年度:45.0%(54/120人) R5年度:39.2%(47/120人)		R4年度:14,773人 R5年度:13,745人	生活習慣病患者数については、昨年度より4.6%の減。R5から内容を見直し、動脈硬化等をテーマとして血管年齢測定を行うなど、様々な角度での生活習慣病の予防啓発を行うこととし、各回の参加者は増加した。参加された方からも良い評価を得た。糖尿病予防啓発キャンペーン参加者への案内やさらに相談したい方には市保健衛生部門へつなぐなど連携に努めた。	引き続き、地域の健康づくり地区推進員との連携や、広報に努め、働き盛り世代が参加しやすい環境を整備する。生活習慣病に対して様々な角度から関心を高めていただけるような内容で実施する。
11 COPD(慢性閉塞性肺疾患)の早期発見に向けた啓発事業	日本では、平成26年に1万5千人以上の者がCOPDの発症により死亡し、年々増加傾向にある。その中で、日本における40歳以上のCOPD患者は、530万人と推定されているが、実際に治療を行っている患者は約26万1千人に過ぎず、その理由としては、極端に認知度が低いことが考えられ、医療機関への受診につながらず、重症化した段階で判明するケースが大半であることから、認知度向上に向けた被保険者に対する啓発活動に取り組むことで、早期発見早期治療につなげる。	市役所、公民館、ショッピングモール等において肺年齢測定・健康相談会等を実施し啓発を行う。 1)街頭啓発(肺の日、世界COPDデー) 2)肺年齢測定・健康相談会 ハイチェッカーにより肺年齢を測定し啓発 3)地域出前講座	市民 (国保被保険者等)	・COPD認知度 R5年度:50%	・COPD認知度 R4年度:30.2% R5年度:25.7%	・COPD患者数を減少させる。	【COPD】 R4年度:1,678人 R5年度:1,648人	R5年度は肺年齢測定とCOPDに関する講座を行う出前講座と、展示やクイズによる啓発事業を実施した。COPD認知度アンケートでは認知度25.7%と目標には達しなかった。COPDの患者数も横ばいで、更なる啓発が必要である。	今後も市の保健衛生部門と連携し、商業施設や市役所等における啓発活動を継続実施するとともに、地区担当保健師とも連携し、地域での啓発活動に努める。広報や展示の更なる工夫、COPDや肺について、より理解を深めていただくための講座等を関係機関と連携し開催する。
12 服薬健康管理促進事業【R3~】	医薬品の適正使用の向上につなげるため、処方が多剤多量の患者への重複投与や相互作用の危険回避、過量投与、不適切な薬剤使用などを防止し健康管理に役立てていただくとともに、服薬に対する不安の解消や日常の薬の管理、飲み合わせなどの相談を受け、コミュニケーションを図りながら適切なアプローチを行うことを目的とする。	【鳥取県薬剤師会東部支部や東部医師会、市内関係機関との事業調整会に基づき体制整備を行い、平成33年度を目途に事業開始する。】 多剤多量の処方がある国保被保険者を抽出し、訪問または来庁により処方薬の種類、服用状況、使用期間、保管場所や保管方法等の確認を行い、重複投与、相互作用の危険性をチェックして不適切な薬剤使用を防止する。	1)国保の被保険者で複数の医療機関に通院し、通院日数が多く処方が多剤多量の者 2)服薬において不安を感じているなど処方薬の取り扱いについて相談を行いたい者	・指導実施者数 R3年度 36人(3人/月)+14人=50人	・実施率 R4年度:30% (15人/50人) R5年度:18% (9人/50人)	・調剤費の減少	・事業参加者の調剤費 R4年度 実施前:84,383円(9,376円/人) 実施後:75,183円(8,354円/人) R5年度 実施前:49,280円(9,856円/人) 実施後:50,850円(10,170円/人) (R5実施後の額は見込み)	重複・頻回受診者訪問事業対象者及び令和5年度に鳥取県が実施した服薬通知事業対象者を中心に広く一般の方も対象として服薬相談会を実施した。参加率を上げるため、糖尿病予防啓発キャンペーンと同時間開催した。課題としては、重複・頻回受診者訪問事業対象者は訪問しても会えないことが多く、相談会への参加もなく接触が難しい。問題意識を持っていただけるよう事業案内とともに啓発パンフレット等を送付するなど行動変容に繋がる工夫に努めた。	服薬相談事業は、県事業の服薬通知対象者には個別に案内するが、広く一般も対象とする。その他、服薬に関する啓発展示を実施し、医薬品の適正使用の向上につなげる。
13 重複・頻回受診者訪問指導事業	同一の疾病で複数の医療機関を転々と受診する「重複受診」や1か月の通院回数が多い「頻回受診」は、行く先々で同じ治療・検査を受けることでの医療費増大や薬の重複による副作用などの危険もあり、被保険者への経済的・身体的負担等が増すとともに国保会計にも影響が生じることが懸念されることから、重複・頻回受診者に対する訪問による働きかけを行うことにより、被保険者の行動変容を促し、健康保持と医療費の適正化を図る。	被保険者のレセプトデータや保健支援事業システムをベースに、指導となる者の抽出及び受診状況の把握を行い、保健師の訪問により、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発(重複検査・重複服薬等)や食事・運動等生活改善の指導を行う。	同一の疾病で3医療機関以上かつ3か月以上継続受診している被保険者(重複受診)または1か月の通院日数が15日以上かつ3か月以上継続受診している被保険者(頻回受診)	・対象者との面談実施率。	・面談実施率 R4年度:16.7% (面談者数 3人/対象者数 18人) R5年度:25% (面談者数 1人/対象者数 4人)	・対象者の医療費減少率 50% (指導前との比較)	・対象者の医療費減少率 R4年度:13.1% R4年度医療費 (指導前) 763,160円 (指導後) 663,160円 R5年度:▲39.0% R5年度医療費 (指導前) 53,860円 (指導後) 74,890円	年2回(8月、2月)、対象者を抽出して訪問指導を実施した。面談実施率は25%(1/4人)となった。面談実施者の面談後の医療費は、今回の面談者は、重複・頻回受診がやむを得ないものであったこともあり、増加した。対象者は大幅に減少しているが、今後も、対象者の健康保持と医療費の適正化を図るため、適切な保健指導が必要である。	今後も年2回(8月、2月)、対象者を抽出して訪問指導を実施し、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発(重複検査・重複服薬等)を行う。また、服薬状況通知や服薬相談会の実施等、訪問以外でも行動変容につながるよう努める。
14 ジェネリック医薬品利用促進事業	近年医療の高度化に伴い、家計に占める医療費の割合や国保財政の負担が年々大きくなっている中で、ジェネリック医薬品の使用を促すことで、被保険者の治療に係る費用負担を軽減するとともに国保運営の安定化を図る。	毎月の個々のレセプトから、先発医薬品を一般的なジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を計算し、300円以上の差額が発生し削減効果が見込まれる者に対して「お薬代負担軽減のご案内」として通知書を作成し軽減額を通知する。一度通知した者について4か月間は通知しないが、5か月後効果測定を行い、切り替えが行われていない場合は再度通知する。	国保被保険者	・ジェネリック医薬品普及率が前年度と比較して5%向上する。	・ジェネリック医薬品普及率 R4年度:81.8% R5年度:82.8% (R5.9暫定数値) (増加率+1%) 【参考/通知数】 R4年度:2,502通 R5年度:2,010通	・ジェネリック医薬品普及率80%を達成する。 (R5年度)	・ジェネリック医薬品普及率 (厚労省公表数値) R4年度:81.8%(R5.3) R5年度:82.8%(R5.9)暫定	ジェネリック医薬品に切り替えた場合に300円以上の差額が発生し削減効果が見込まれる者に対して、年間2,502通の差額通知を発送した。また、普及率は、R4年度末で81.8%(厚労省公表数値)で目標の80%を達成した。R3年度より新たに第11次鳥取市総合計画評価指標にも位置づけ、7年度に85%の目標達成を目指す。R5年9月末時点では82.8%とわずかながら増加した。	引き続き差額通知書を送付し、利用勧奨を行う。また、薬剤師会の協力と食事指導を中心として実施した。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業と連携し、事業対象地域の方で、後期高齢者医療へ移行された方に対しても実施した。(参加者4人)
15 生活習慣病食事指導事業【R2~】	生活習慣病は、「食事」「運動」「喫煙」などの生活習慣が主な原因となり発症するため、規則正しい食生活や適度の運動を行い、発症や重症化することを食い止めることが大切となる。また、口腔と生活習慣病の研究などから歯周病が心筋梗塞や糖尿病、高血圧症の発症に関連があるとの指摘がされている。これらのことから、食事と口腔ケアを関連付けて生活習慣病対策に取り組むこととする。	調理体験、実食を通して毎日の規則正しい食生活につなげる。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔保健の立場から保健指導を実施する。	国保被保険者で特定健診の結果やレセプト情報から、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの疾病が疑われる人。	・指導実施者数 30人(5人×6回)+20人=50人	・実施率 R4年度:58%(29人) R5年度:70%(35人)	・生活習慣病医療費の減少	・事業参加者の医療費 R4年度 実施前:701,905円(24,204円/人) 実施後:655,317円(22,597円/人) R5年度 実施前:805,517円(23,015円/人) 実施後:804,955円(22,999円/人)	前年度まで糖尿病性腎症重症化予防支援サービス事業(6か月プログラム)に参加したことのある74歳以下の国保被保険者を対象に実施した。参加者は35人。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔ケア指導と食事指導を中心として実施した。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業と連携し、事業対象地域の方で、後期高齢者医療へ移行された方に対しても実施した。(参加者4人)	R6年度からは、糖尿病性腎症重症化予防事業の中で取り組むこととするが、引き続き、口腔ケアと生活習慣病予防・重症化予防との関連に重点をおいた事業内容、対象者も前年度と同様として取り組む。