

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(令和元年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和元年度)				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(R2.3月末)	目標	実績(R2.3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。	個別健診と集団検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。 R1年度: 40.0%	・特定健診実施率 平成30年度: 33.9% R1年度: 33.5%(見込)	・生活習慣病に特化した医療費を減少させる	上段: H30年度 下段: R1年度 高血圧 460,221千円 443,908千円 糖尿病 527,068千円 547,018千円 脂質異常 281,332千円 280,060千円	特定健康診査の実施率は30%代と横ばいで、目標値には達しなかった。昨年度よりインターネットによる集団検診の予約申込受付方法を追加し、申込者の約5割が40歳代で若い世代への健診受診へつながったと考える。	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り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、動機づけ支援・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。 R1年度: 47.5%	・特定保健指導実施率 平成30年度39.7% R1年度: 39.7%(見込)	・特定保健指導対象者の出現率を10%以下にする。 ・特定保健指導利用者の各種検査値(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 R1年度: 9.9%(見込) (H30年度: 10.2%) ・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(H29) 27.4% 指導年度(H30) 27.7%	特定保健指導実施率は、新たに集団健診当日の利用勧奨、H30年度に引き続き医療機関健診時の利用勧奨に努め、タイムリーに保健指導につながるよう心がけたが、目標値には達することができなかった。特定保健指導対象者の出現率は9.9%で、目標値10%以下を達成した。	健診当日に初回面接を行う初回分割実施を集団検診時と特定保健指導委託機関での特定健診時に実施可能とし、更なる利用率向上に取り組む。併せて、経年対象者や若い世代等のニーズに沿った遠隔面接の実現等、対象者が利用しやすい環境づくりに努める。
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、治療中断でかつ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	・利用勧奨者の特定健診利用率 R5年度: 30%	・利用勧奨者の特定健診利用率 H30年度: 20.0% R1年度: 17.3%	・特定健診実施率60%に繋げる。 (R5年度)	・特定健診実施率 R1年度: 33.5% (見込み)	過去の受診状況や勧奨結果をもとに、効果的なDMIによる個別受診勧奨を実施したところ、30年度と同様に40～50歳代で効果があり、若い世代が受診行動につながるきっかけとなっている。 また、看護師による未受診者訪問では、これまで未実施の地区を選定し実施したところ、対象者693人のうち281人面会でき、95人が健診受診につながった。	働き盛り世代の未受診者を重点的に、効果的なDMIによる個別受診勧奨や看護師の未受診者訪問を実施する。また、治療中断中でかつ特定健診未受診者に対しても、保健師の訪問によって治療再開の勧奨等にあわせて特定健診の受診勧奨を行う。
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ってメタボ判定(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 H30年度: 38.1% R1年度: 33.2%	・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 R1年度: 39.7% (見込み)	対象者全員への利用勧奨を目標として家庭訪問、夜間電話を中心にアプローチを実施した。過去に拒否的であった人や複数回連絡しても不在の場合等を除き、84.5%の対象者にアプローチした。その結果33.2%の人が保健指導の利用につながった。	継続して訪問や電話で勧奨し、利用率および実施率の向上を図る。利用が困難な場合も受診勧奨や生活改善に向けての適切な情報を提供し、改善に向けた支援を展開する。
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ってメタボ判定が非該当の者等。	・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 H30年度: 32.9% (見込み) (24/73人)	・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 H30年度 1,730人 R1年度 1,780人	面談実施者の受診率は、64.5%で昨年度と同様で維持できた。長年の生活習慣を変える行動変容に至るまでが難しい現状があるため、様々な事例を通じて、効果的な保健指導方法について研修を継続して実施し、研鑽を重ね、確実に受診行動に結びつけることが必要である。	困難事例を用いた効果的な保健指導方法について研修を重ね、保健指導のスキル向上に努める。また、「健康管理システム」を活用して、庁内の情報共有や連携を図り時期を捉えた面談の実施に努める。
6 生活習慣病治療中断者訪問指導事業	生活習慣病に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とも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りリスク説明を行う。最終的には、かかりつけ医療機関等への再受診を促すととも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 H30年度: 28.8% R1年度: 40.8%(見込)	・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 H30年度: 28.9% R1年度: 22.8% (治療中断者数) H29年度: 197人 R1年度: 152人	H29に比べR1の治療中断者数は減少しているが、面談ができたのは半数を下回っている。面談実施率の向上が治療再開や健診受診などの行動変容につながる事が期待できることから、面談実施率の向上のための工夫が必要。	継続して治療中断者の訪問指導を行い、訪問時に本人不在の場合は、家族と面談して中断経過等の聞き取りやリスク説明を行う。また、対象者宅が不在の場合はパンフレット及び連絡票を配布するなど、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よう努める。
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か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 R01年度: 100% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 H30年度: 84.6% R01年度: 62.5%	・支援実施者(利用者)における人工透析移行等の病期進行出現率0%とする。	・支援実施者(利用者)における人工透析移行者数 R01年度末時点で1人移行	全ての参加者において、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62.5%の参加者が数値改善につながっており、保健指導によるセルフマネジメントが習慣として身につけているものと考えられる。人工透析等の病期ステージ進行を食い止める有効な事業であり、6カ月間の保健指導後における本市独自のフォローアップ事業も含め、継続しての実施が必要。	送付する事業案内等の内容の工夫を行い、自発的に事業参加する被保険者が増えてきている。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、今後も自発的参加者が増えるよう、事業案内等の工夫や市ホームページ、市報等による事業PR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(令和元年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和元年度)				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(R2.3月末)	目標	実績(R2.3月末)		
8 がん検診受診率向上事業	がんに要する医療費は、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 H30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) 【H30】 【H29】 平均 46.1% 47.4%	医師会や薬剤師会、協会けんぽ等の関係機関や健康づくり地区推進員等の関係団体、市内の企業等の協力を得て前年を上回る啓発を実施した。また、国保加入者の多い理容・美容組合等にも働きかけ、受診勧奨を実施したが、がん検診受診率向上にはつながらなかった。 国民健康保険加入者においては、特に40～50歳代の受診率が低い状態にあり、働き盛り世代の受診率向上が課題である。	関係機関・団体や市内の企業等の協力を得て啓発を継続して実施し、検診受診率向上に努める。また、個別の未受診者受診勧奨については働き盛り世代を強化して実施する。がん検診要精密検査者への受診勧奨については早期の受診につながるような個別勧奨に努める。
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で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	R1年度 ・実施回数達成率 108.3%(13/12回) ・啓発対象数達成率 104.8% (629/600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 H30年度:15,512人 R01年度:15,481人	市保健所及び市保健センターと連携し、商業施設や各地区公民館等でのイベントにおいて簡易血糖値測定を実施した結果、629人も多くの市民に糖尿病予防啓発を実施することができた。中には、健診未受診者、医療機関未受診者もおり、糖尿病予防啓発とともに健診や医療機関受診へとつなぐ役割も果たしている。H30年度に比べ、生活習慣病患者数も若干減少しており、糖尿病一次予防の効果的事業として継続実施が必要。	糖尿病の一次予防事業として、今後も市保健所及び市保健センターと連携し、商業施設や各地区公民館におけるイベント等、市民が多く訪れる場所において簡易血糖値測定を実施し、保健指導を行う。 また、肺年齢測定やがん検診等とのセット開催を行うなど、市民にとって魅力ある事業展開を行い、相乗効果を狙う。
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、健康管理に取り組む。 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 H30年度:91.6%(11/12回) R1年度:33.3%(4/12回) ・啓発対象者数達成率 H30年度:75.8%(91/123人) R1年度:26.7%(32/120人)			参加者にリピーターが多いことから、過去に参加した方を除いて参加者を募集を行ったが、参加者がなく実施されなかった回があった。複数項目の測定や運動と食事についての講話による集団指導を実施しているため、申込を必須としていることから、参加にはハードルが高いものと思われる。 また、HbA1cの測定を目的としてリピーターとして参加している方も多い。治療を目的とした測定ではなく、あくまでも啓発を目的とした測定であることの理解を得る事が必要となる。実施方法についての検討も必要。	毎年参加される方には、あくまでも啓発を目的とした測定であることを伝え、特定健診の受診やかかりつけ医をもつことを強力に勧める。 定員10名ということで限られた人への啓発となっているため、市役所等での簡易血糖値測定への切り替えも検討していく。
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 R1年度:21.6%	・COPD患者数を減少させる。	【COPD】 H30年度 272人 R01年度 282人 【関連】 【肺気腫】 H30年度 186人 R01年度 189人 【慢性気管支炎】 H30年度 1,144人 R01年度 1,156人	市保健所及び市保健センターと連携し、商業施設や市役所等において年間7回の肺年齢測定を実施した。210人に啓発することができたが、COPD認知度アンケートでは認知度21.6%と昨年度と比較して6%上昇しているが、患者数も増加しており、更なる啓発が必要である。	今後も市保健所及び市保健センターと連携し、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、肺年齢測定器の地域への貸し出しを行うなど、更なる啓発活動を実施する。
12 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同時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 H30年度:25%(面談者数 3人/対象者数 12人) R1年度:29.4%(面談者数 5人/対象者数 17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 H30年度医療費(指導前) 148,490円 (指導後) 78,960円 ※R1年度の指導後の医療費減少見込額 81,790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が、面談実施率は29.4%(5/17人)と低い。面談実施者の指導後の医療費は約半額に減少していることから、面談の効果は高いと考える。1人でも多くの対象者への面談実施が必要。	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、訪問時に本人不在の場合は、家族と面談して重複・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、対象者宅が不在の場合はパンフレット及び連絡票を配布するなど、行動変容につなげるよう努める。
13 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おり、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、200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は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。	H30年度73.6% R1年度75.6%(増加率2%) 【参考/通知数】 H30年度:8,261通 R1年度 3,665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 H30年度:73.6% R1年度:75.6% 【参考/削減効果額】 H30年度:252,111千円 R1年度:265,490千円	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3,665通の差額通知を発送した。また、普及率は前年度と比較して2%増の75.6%となった。ジェネリック医薬品普及率は年々増加しており、アウトカム目標の80%達成も近いと考える。	薬剤師会の協力を得て服薬相談事業及びジェネリック医薬品普及啓発等を実施していく。