

鳥取市国民健康保険運営  
協議会（第 1 回）資料

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

## 1 計画の概要（基本方針）

### （1）計画策定の背景

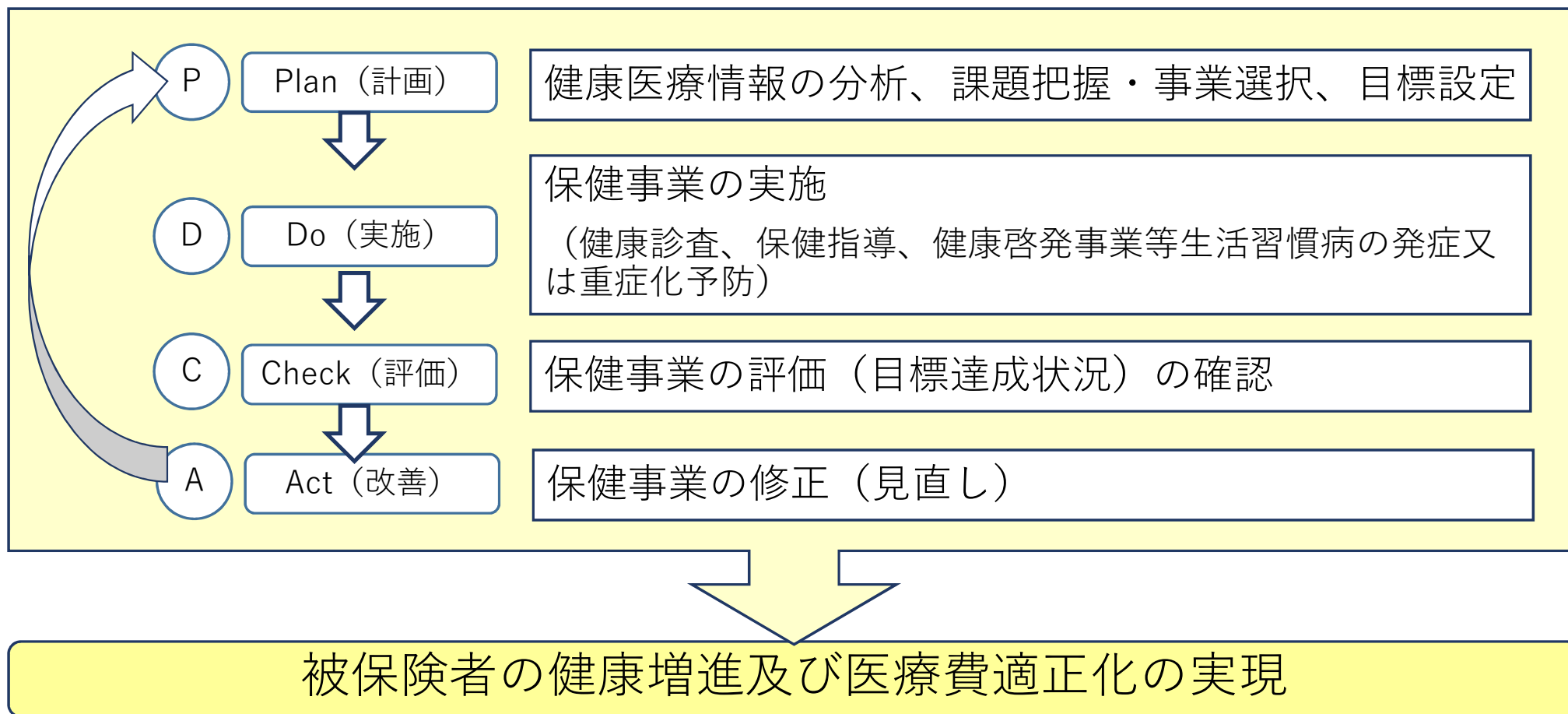
- ・ 保険者が保有する健康・医療情報を活用し、健康課題を明確化し、PDCAサイクルによる効果的かつ効率的な保健事業の実施が求められている。
- ・ 本市国民健康保険においては、健康・医療情報や第1期計画（平成26～30年度）に定める保健事業の成果（評価）等を踏まえて、第2期計画を策定し、計画的かつ効率的な保健事業の実施により、被保険者の生涯にわたる健康づくりの推進と国民健康保険財政等の安定化に取り組んでいる。

### （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。

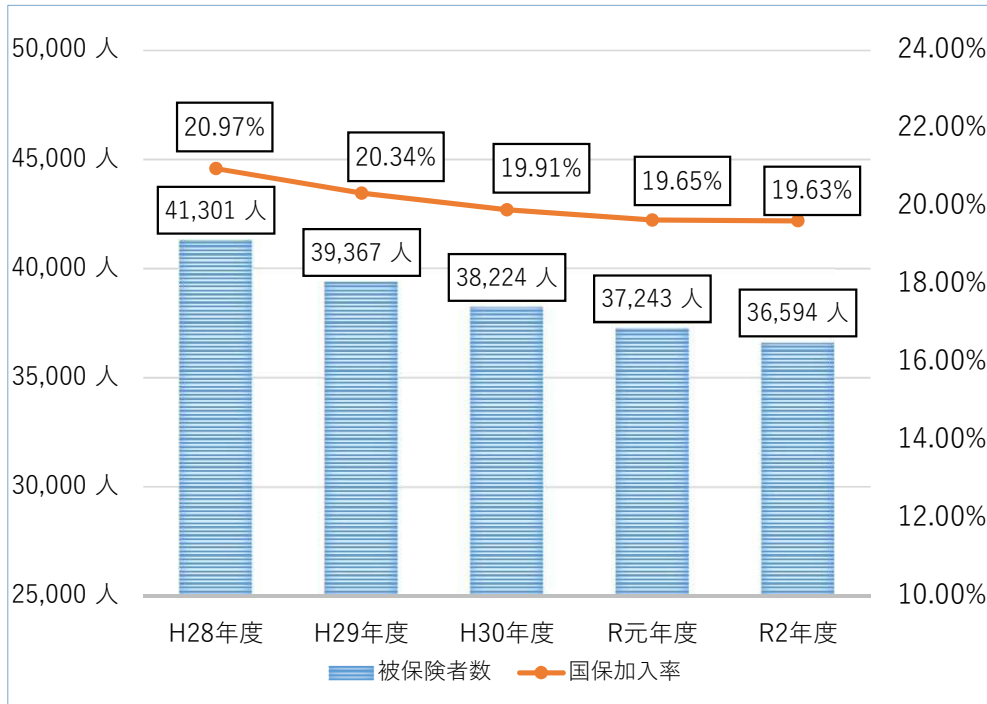
## 2 計画に基づく保健事業の取組み



※ P D C A サイクル

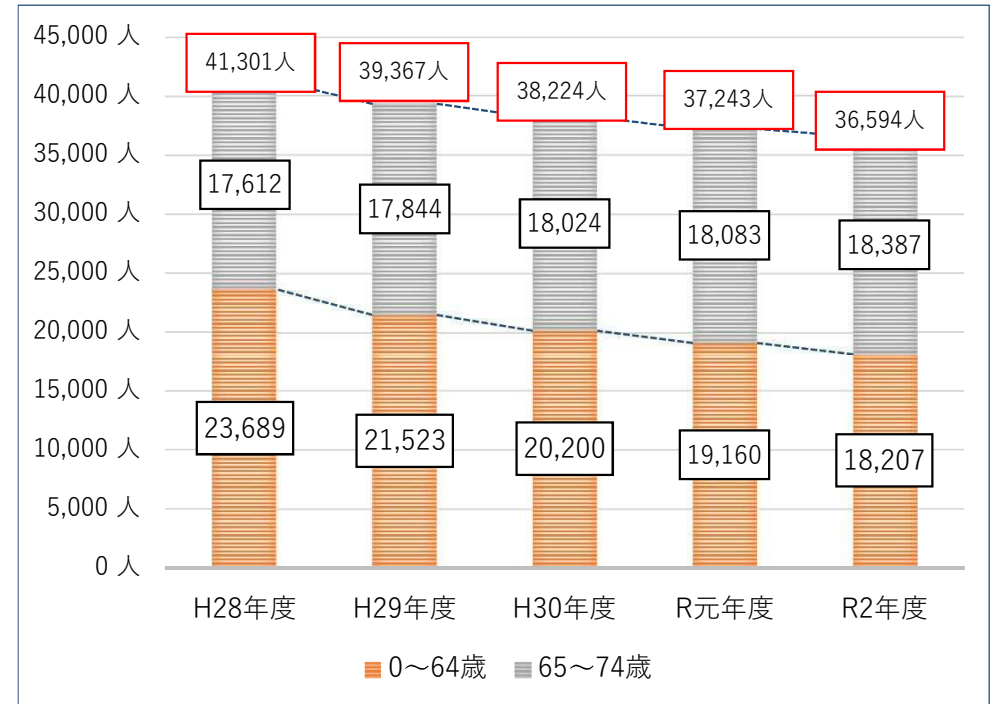
### 3 被保険者等の状況

①人口・国保被保険者数と加入率



- 人口減による被保険者数の減少し、加入率も低下傾向となっている。

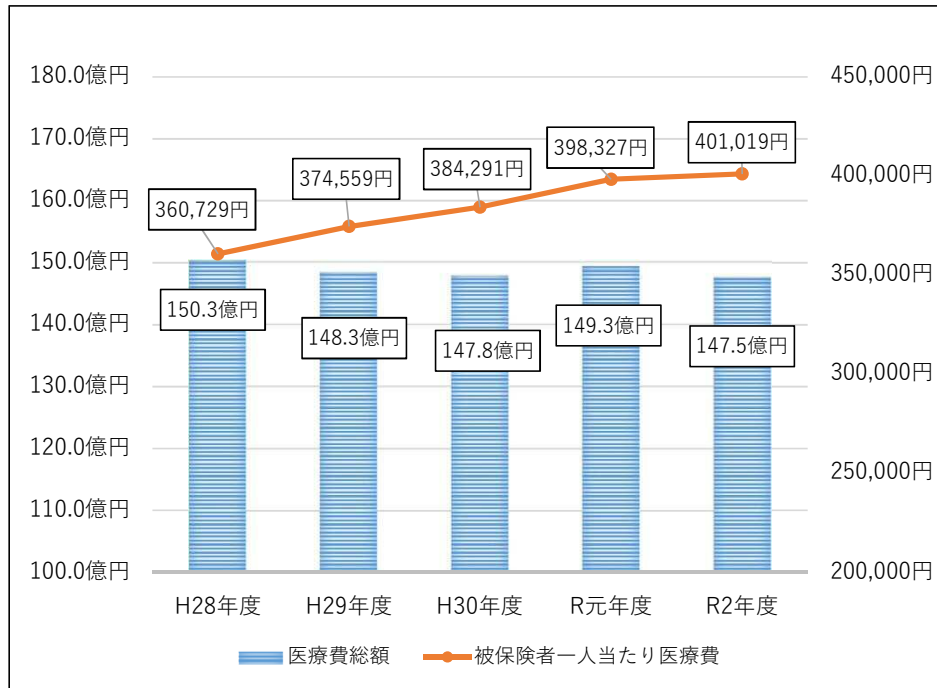
②年齢階層別被保険者数



- 前期高齢者（65～74歳）の年齢層の被保険者数が増加傾向。少子高齢化の年齢構成が続いている。

## 4 医療費等の状況

### ③一人当たり医療費の推移



### ④外来医療費に占める割合の順位 (疾病中分類)

順位	H28	H29	H30	R1	R2
1	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
3	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	その他の悪性新生物<腫瘍>
4	脂質異常症	その他の心疾患	その他の心疾患	その他の心疾患	高血圧性疾患
5	その他の心疾患	脂質異常症	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

- 一人当たり医療費は、年々増加傾向である。

- 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。

## 5 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

#### ⑤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

#### ⑥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

#### ⑦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  
で、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

## 6-1 保健事業の取組み（R2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）	
					R1年度	R2年度
<b>1 特定健康診査</b> 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	R2年度 45.0%	32.0% (見込)	生活習慣病に特化した医療費減少	高血圧 : 441,629千円 糖尿病 : 728,046千円 脂質異常 : 269,610千円	高血圧 : 421,476千円 糖尿病 : 721,305千円 脂質異常 : 243,819千円
<b>2 特定保健指導</b> 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	R2年度 50.0%	33.4% (見込)	対象者の出現率10%以下	9.9%	10.3%(見込)
				利用者の検査値（メタボ判定）改善率	指導年度（H30）27.7%	指導年度（R1）24.2%
<b>3 特定健診未受診者対策事業</b> 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利用率	R5年度 30.0%	14.2%	特定健診実施率	34.8%	32.0%（見込）
<b>4 特定保健指導未利用者対策事業</b> 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%	34.2%	特定保健指導実施率	38.3%	33.4%（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2年度年間評価）を参照している

## 6-2 保健事業の取組み（R2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	
					R1年度	R2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」	1人 ※R1年度までに当該事業の支援を受けた者	1人 ※R2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%	50%			
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	58% (7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	14,923人	15,527人
	啓発対象者達成率	年間 600人	27% (163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	25% (3回)			
	啓発対象者達成率	年間 120人	14% (17人)			
13 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	R1年度 75.6%+ 5%=79.3%	R2年度 78.0% (+2.4%)	R5年度 普及率80%	75.6% 削減効果額 265,490千円	78.0% 削減効果額 268,730千円

※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2年度年間評価）A3判を参照している



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2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2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(R3.3月末)	目標	実績(R3.3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。 R2年度:45.0%	・特定健診実施率 R1年度:34.8% R2年度:32.0%(見込)	・生活習慣病に特化した医療費を減少させる	上段:R1年度 下段:R2年度 高血圧 441,629千円 421,476千円 糖尿病 728,046千円 721,305千円 脂質異常 269,610千円 243,819千円	特定健康診査の実施率は年々増加傾向であったが、R2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か受診率は減少し目標値に達しなかった。	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。 R2年度:50.0%	・特定保健指導実施率 R1年度:38.3% R2年度:33.4%(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% R2年度:10.3%(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(H30)27.7% 指導年度(R1)24.2%	特定保健指導実施率は、新たに集団健診(中央会場)当日に初回面接を実施、また訪問・電話による利用動奨をより強化し、訪問時に保健指導につながるよう取り組んだが目標値には達しなかった。利用者のメタボ判定改善率は24.2%だったが、積極的支援利用者で悪化した人はなかった。	引き続き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推進し、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取り組む。
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動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、通知による受診動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動奨を行う。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動奨及び生活改善指導にあわせて特定健診の受診動奨を行う。	特定健康診査未受診者	・利用動奨者の特定健診利用率 R5年度:30%	・利用動奨者の特定健診利用率 R1年度:17.7% R2年度:14.2%	・特定健診実施率60%に繋げる。(R5年度)	・特定健診実施率 R2年度:32.0% (見込み)	過去の受診状況や動奨結果をもとに、秋頃にダイレクトメールによる個別受診動奨を実施。ナッジ理論を活用した通知内容等工夫をしたが利用率は減少した。また、看護師による未受診者訪問では、対象者527人のうち249人に受診動奨し、受診確認36人、動奨後受診者20人であった。未受診理由には「通院中の為」が多く、特定健診情報提供事業の活用や主治医からの受診動奨等の協力依頼等努める必要がある。	未受診者動奨の利用率は減少していることから、対象者の選定や動奨資材の工夫等検討していく必要がある。また、かかりつけ医からの健診受診動奨や特定健診情報提供事業の周知等実施し受診率向上に努める。
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動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動奨及び食事・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、受診動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。	・利用動奨者の特定保健指導利用率 R5年度:30%	・利用動奨者の特定保健指導利用率 R1年度:33.2% R2年度:34.2%	・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 R2年度:33.4% (見込み)	対象者全員への利用動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、90.1%の対象者に利用動奨を実施した。その結果34.2%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動奨し、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動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動奨及び食事・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、受診動奨判定値未満であるが生活習慣不良と推測される者。受診動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 R2年度:50.0% 健診年度(R1)	・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:R1年度 下段:R2年度 脳卒中 2,396人 2,359人 虚血性心疾患 2,230人 2,120人	面談実施者の受診率は、50.0%で目標を上回った。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、確実に受療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、庁内で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動奨を行い、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 R1年度:40.8% R2年度:32.0%(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 R1年度:22.8% R2年度:15.7% (治療中断者数) H29年度:197人 R2年度:166人	H29に比べR2の治療中断者数は減少しているものの、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ことを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性腎症に対し、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% R02年度:100% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 R01年度:62.5% R02年度:50.0%	・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 R02年度末時点で1人移行	全ての参加者(18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)においても50%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。	2年度はコロナウイルス感染症対策のため、県外委託業者との面談には、参加者に市役所にて来ていただき、オンラインによる面談を実施した。今後も状況により安全対策を講じながら実施する。また、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2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2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(R3.3月末)	目標	実績(R3.3月末)		
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 R2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)  【R2】 【R1】 平均 41.3% 45.6%	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や、未受診者受診勧奨通知をダイレクトメールへ変更する等工夫して実施したが、受診率は低下した。新型コロナウイルス感染症対策のため、イベントや商業施設での啓発は規模を縮小して実施した。精密検査未受診者へは定期的に電話し受診勧奨に努めた。	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。特に働き盛り世代への対策として集団検診のインターネット予約等利便性のPRや未受診者受診勧奨通知(DM)等啓発の工夫を行う。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	R2年度 ・実施回数達成率 58.0%(7/12回) ・啓発対象数達成率 27% (163/600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)  R01年度:14,923人 R02年度:15,527人	市の保健衛生部門と連携し、庁舎や商業施設等でのイベントにおいて簡易血糖値測定を実施した。2年度は新型コロナウイルス感染症予防対策のため、イベントの中止等により当初の計画どおりに実施することができず、目標は達成できなかったものの、開催内容や募集人員などを見直して、安全な実施に繋がった。また、展示や広報等に工夫し啓発事業を行なった。	3年度も引き続き、コロナウイルスの影響が懸念されるところではあるが、糖尿病の一次予防事業として、今後も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、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、国保連などの関連機関と連携し、広報や展示による啓発に努める。
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 R1年度:33.3%(4/12回) R2年度:25.0%(3/12回) ・啓発対象者数達成率 R1年度:26.7%(32/120人) R2年度:14.0%(17/120人)		R01年度:14,923人 R02年度:15,527人	参加者にリピーターが多く、新規の参加者を増やす工夫が必要と思われる。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。	開催場所や内容を見直すことで、より多くの市民の方に参加していただけるよう工夫する。地域の健康づくり地区推進員と連携し、地域への出前型を取り入れ、自宅から近い場所での開催により、参加しやすい環境を整備する。 測定内容を簡易血糖値測定へ見直して募集人員を10人から15人に増やす。
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% R2年度:32%	・COPD患者数を減少させる。	【COPD】  R01年度 1,648人 R02年度 1,630人	例年、市の保健衛生部門と連携し、商業施設や市役所等において年数回の肺年齢測定を実施していたが、2年度はコロナウイルス感染症対策のため、肺年齢測定が実施できず、展示による啓発事業のみとなった。COPD認知度アンケートでは認知度32.0%と昨年度と比較して10.4%上昇しているが、肺関連の患者数は横ばいで、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、更なる啓発活動を実施する。広報や展示にも工夫し、イベントが開催できない場合の啓発の充実にも努める。
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(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 R1年度:29.4%(面談者数 5人/対象者数 17人) R2年度:63.2%(面談者数 12人/対象者数 19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 R1年度:5.2% R1年度医療費(指導前) 547,710円 (指導後) 519,270円 R2年度:▲15.4% R2年度医療費(指導前) 969,290円 (指導後) 1,118,910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63.2%(12/19人)と昨年度より33.8%上昇した。しかしながら面談実施者の指導後の医療費は2年度は15.4%増加しており、今後も適切な面談実施が必要である。	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、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いく中で、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 R1年度:75.6% R2年度:78.0% (増加率2.4%)  【参考/通知数】 R1年度:3,665通 R2年度:4,598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 R1年度:75.6% R2年度:78.0%  【参考/削減効果額】 R1年度:265,490千円 R2年度:268,730千円	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4,598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2.4%増の78.0%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る。
14 生活習慣病食事指導事業【事業開始 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 R2年度:46%(23人)	・生活習慣病医療費の減少	・事業参加者の医療費 R2年度 実施前:649,925円(28,258円/人) 実施後:952,973円(41,434円/人)	これまで糖尿病性腎症重症化予防支援サービス事業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23人。調理体験や実食については、コロナウイルス感染予防のため実施を見合わせた。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔ケア指導とストレッチ体操を中心に実施した。特に口腔ケアについては、これまで生活習慣病との関わりを聞く機会がなかったようで、大変好評だった。	今後も適切な時期を捉え、的確な情報提供、指導を行ない、早い段階での生活習慣の見直しにつながるよう実施方法や内容に工夫しながら実施する。