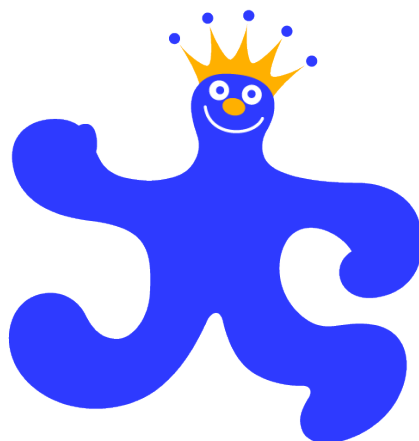


射水市国民健康保険  
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
中間評価

イミズシティ



IMIZU CITY

令和3年3月  
富山県射水市

# 目 次

1	はじめに	1
2	データヘルス計画の概要	2
3	中間評価の方法	4
4	全体評価	5
	(1) 射水市の国民健康保険の状況	
	① 国民健康保険加入状況	5
	② 医療費の状況	5
	③ 特定健康診査・特定保健指導の実施状況	10
	(2) 目標に対する中間評価	13
	① 中長期目標に対する評価	
	② 短期目標に対する評価	
	(3) 計画全体としての課題と見直し	14
5	個別事業評価	15
	<b>取組1 特定健診受診率向上対策</b>	
	① 特定健診受診勧奨	16
	② 集団健診の実施及び受診勧奨	17
	③ 健診結果説明会の開催	18
	④ 職場健診受診者からの健診結果データの受領	19
	⑤ かかりつけ医での診療における検査データの受領	20
	<b>取組2 メタボリックシンドローム対策</b>	
	① 特定保健指導（積極的支援）の実施	21
	② 特定保健指導（動機付け支援）の実施	22
	<b>取組3 糖尿病等重症化予防の取り組みの強化</b>	
	① 血管若返り教室	23
	② 健康相談会	24

③ 血糖コントロール不良者等への保健指導	25
④ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨	26
⑤ 糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨	27
⑥ 糖尿病性腎症の可能性の高い者への受診勧奨・保健指導	28
⑦ 糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導	29

#### その他の保健事業

① 若年健康診査	30
② スマホ de ドック事業	31
③ ジェネリック医療品普及促進事業	32
④ 多受診者訪問指導	33
⑤ 多剤通知	34
⑥ 身体すっきり教室	35

各事業の見直し等のまとめ	36
--------------	----

## 6 今後の予定と最終評価について

- (1) 評価の時期
- (2) 評価方法・体制

# 1 はじめに

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の一部改正（平成 26 年 4 月 1 日施行）により、市町村は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために、健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った保健事業の実施計画（以下、「データヘルス計画」）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされています。

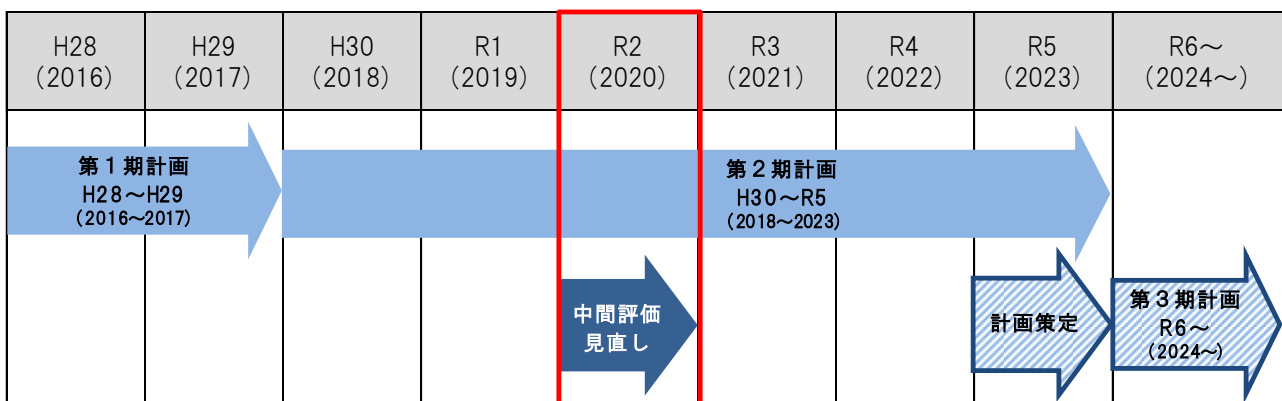
本市においては、平成 30 年度（2018 年度）から 6 年間の計画として「第 2 期データヘルス計画」を策定し、P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業に取り組んでいるところです。

平成 30 年度からは、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となりましたが、地域住民と身近な関係の中で行われる保健事業などの事務はこれまでどおり市町村が行うこととされており、保険者における健康の保持・増進を図る保健事業や医療費適正化等に対する取組に対して、新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されるなど、保健事業の重要性も高まってきています。

令和 2 年度（2020 年度）は、後半 3 年間に向けて中間評価と見直しを行う時期にあたります（図表 1）。

これは、本計画が軌道に乗っているかを確認し、計画が滞っている場合は、事業効果を高めるための改善策等を検討し、目標達成に向けての方向を見出すことを目的としています。

【図表 1】第 2 期データヘルス計画の中間評価・見直しのスケジュール



## 2 データヘルス計画の概要

計画では、被保険者が「特定健診を受診」して自分の「健康状態を把握」し、必要に応じて「生活習慣の改善や医療機関の受診勧奨等」を行うことで「生活習慣病の発症や重症化を予防」することを通じ、『被保険者の健康保持・増進』『医療費適正化』を図ることを目的としています。

これらの目的を達成するために、第2期計画では、データ分析の結果から、健康課題を洗い出し、中長期目標と短期目標を定め、PDCAサイクルで保健事業を展開することとしています。

### <分析結果>

- ・一人当たりの医療費が、県、国と比較して高い。
- ・生活習慣病関連の疾病にかかる医療費の割合が高い。
- ・40～50代の若年層の特定健診受診率が低い。
- ・メタボ該当者の割合が、県、国と比較して突出して高い。
- ・HbA1cの有所見者割合が高く、受診者の7～8割を占めている。
- ・特定保健指導実施率は年々上昇しているものの、目標値には程遠い状況である。

### <必要な対策>

- ・多額の医療費がかかる入院状態にならないよう、疾病を重症化させないための対策が必要
- ・「高血圧症」は脳梗塞や脳出血の大きな要因の一つでもあるため、適切な治療と悪化予防が必要
- ・「糖尿病」は様々な合併症を引き起こす要因となるため、糖尿病の発症や重症化を予防する対策が必要
- ・「高血圧症」や「糖尿病」の悪化により、多額の医療費がかかる人工透析が必要な「腎不全」に至らないよう、腎機能の低下を早期に発見し重症化を予防する対策が必要
- ・生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供して受診を促進させる取組が必要
- ・糖尿病等の発症予防について普及啓発し、治療が必要な者や治療中断者には重症化を予防するための早期受診を促す効果的な保健指導が必要

### <中長期目標>

- ① 虚血性心疾患の減少
- ② 脳血管疾患の減少
- ③ 糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少

### <短期目標>

- ① 糖尿病有病者の減少
- ② 高血圧症有病者の減少
- ③ 脂質異常症有病者の減少
- ④ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少
- ⑤ 特定健診受診率の向上
- ⑥ 特定保健指導実施率の向上

<目標を達成するために実施している保健事業>

以下、3つの取組を重点事業として位置付け、その他の取組と合わせて事業展開を行っています。

【図表2】事業別実施状況

取組	事業名	第1期	平成30年度	令和元年度	令和2年度
【取組1】 特定健診受診率 向上対策	① 広報による受診勧奨	→	→	→	→
	② 特定健診の受診券個別通知	→	→	→	→
	③ ハガキ・電話による受診勧奨	→	→	→	→
	④ 集団健診の実施及び受診勧奨		→	→	→
	⑤ 健診結果説明会の開催	→	→	→	→
	⑥ 職場健診受診者からの健診結果データの受領	→	→	→	→
	⑦ かかりつけ医での診療における検査データの受領		→	→	→
【取組2】 メタボリック シンドローム対策	① 特定保健指導（積極的支援）の実施	→	→	→	→
	② 特定保健指導（動機付け支援）の実施	→	→	→	→
【取組3】 糖尿病等重症化 予防の取り組み の強化	① 血管若返り教室 <small>（※令和2年度～「STOP！高血糖教室」に名称変更）</small>	→	→	→	→
	② 健康相談会	→	→	→	→
	③ 血糖コントロール不良者等への保健指導	→	→	→	→
	④ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨		→	→	→
	⑤ 糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨		→	→	→
	⑥ 糖尿病性腎症の可能性の高い者への受診勧奨・保健指導		→	→	→
	⑦ 糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導		→	→	→
その他取組	① 若年健康診査（35～39歳）	→	→	→	→
	② スマホdeドック事業		→	→	→
	③ 医療費通知	→	→	→	→
	④ ジェネリック医薬品普及促進事業	→	→	→	→
	⑤ 多受診者訪問指導（重複受診・頻回受診・重複服薬）	→	→	→	→
	⑥ 多剤通知				→
	⑦ 身体すっきり教室	→	→	→	→

### 3 中間評価の方法

中間評価・見直しにあたり、データヘルス計画全体としての評価を行うため、データヘルス計画を構成する個別保健事業（P15～）について、実施した事業ごとの実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標のあり方について、データ分析等をもとに整理、評価を行います。

評価の結果、目標達成が困難と見込まれる事業については、課題や目標達成を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容の見直しを行います。

評価にあたっては、【指標判定】【事業判定】それぞれ下記 A～E の5つの区分により判定を行います（図表3）。

【図表3】評価の判定区分

判定区分	【指標判定】	【事業判定】
A	すでに目標を達成	うまくいっている
B	目標は達成できていないが、達成の可能性が高い	まあ、うまくいっている
C	目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある	あまりうまくいっていない
D	目標の達成は困難で、効果があるとは言えない	まったくうまくいっていない
E	評価困難	わからない

## 4 全体評価

### (1) 射水市の国民健康保険の状況

#### ① 国民健康保険加入状況

射水市国民健康保険被保険者数は、令和元年度においては 16,980 人、加入率は 18.5% となっています。

加入率は減少傾向にあり、平成 28 年度と比べ 2 ポイント減少しており、県、国と比べ、低い状況となっています。

年齢別の構成割合では、65 歳から 74 歳までの前期高齢者の割合が年々増加傾向にあり、令和元年度においては 54.0%と、県、国と比べ、高い割合となっています。

【図表 4】被保険者数の推移と構成割合

※加入率は、平成 27 年国勢調査総人口の値を使用して算出

		射水市				富山県		国	
		平成28年度		令和元年度		令和元年度		令和元年度	
国保の 状況	被保険者数	18,837人		16,980人		202,152人		29,893,491人	
	65～74歳	9,890人	52.5%	9,177人	54.0%	107,108人	53.0%	12,122,844人	40.6%
	40～64歳	5,306人	28.2%	4,633人	27.3%	58,083人	28.7%	9,745,338人	32.6%
	39歳以下	3,641人	19.3%	3,170人	18.7%	36,961人	18.3%	8,025,309人	26.8%
	加入率(※)	20.5%		18.5%		19.1%		23.8%	

資料：KDB システム「被保険者の状況」

#### ② 医療費の状況

本市の一人当たり医療費は、年々増加傾向にあり、同規模、県、国をいずれも上回っています（図表 5）。

外来と入院の費用額・件数の割合を見ると、入院はわずか 3.2%の件数で費用額の 43.2%を占めており、これらの割合は、同規模、国と比べても高く、年々増加傾向にあります（図表 6・7）。

【図表 5】医療費総額と一人当たり医療費（月平均）の推移

	医療費総額	一人当たり医療費（月平均）			
		射水市	同規模	富山県	国
平成26年度	6,194,110,090円	24,873円	24,081円	25,370円	23,292円
平成27年度	6,508,265,770円	26,827円	25,541円	26,717円	24,452円
平成28年度	6,276,671,220円	26,899円	25,581円	26,717円	24,245円
平成29年度	6,086,309,560円	27,405円	26,529円	27,434円	25,032円
平成30年度	5,988,548,730円	27,911円	26,800円	27,637円	25,319円
令和元年度	6,053,811,210円	29,091円	27,896円	28,610円	26,225円

資料：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
「地域の全体像の把握」



【図表6】 外来・入院別費用額割合の推移

	射水市		同規模		富山県		国	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院
平成28年度	58.0%	42.0%	59.3%	40.7%	56.9%	43.1%	60.1%	39.9%
平成29年度	58.7%	41.3%	59.1%	40.9%	56.3%	43.7%	59.9%	40.1%
平成30年度	56.6%	43.4%	58.7%	41.3%	55.7%	44.3%	59.3%	40.7%
令和元年度	56.8%	43.2%	58.9%	41.1%	56.1%	43.9%	59.6%	40.4%

資料：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
「地域の全体像の把握」

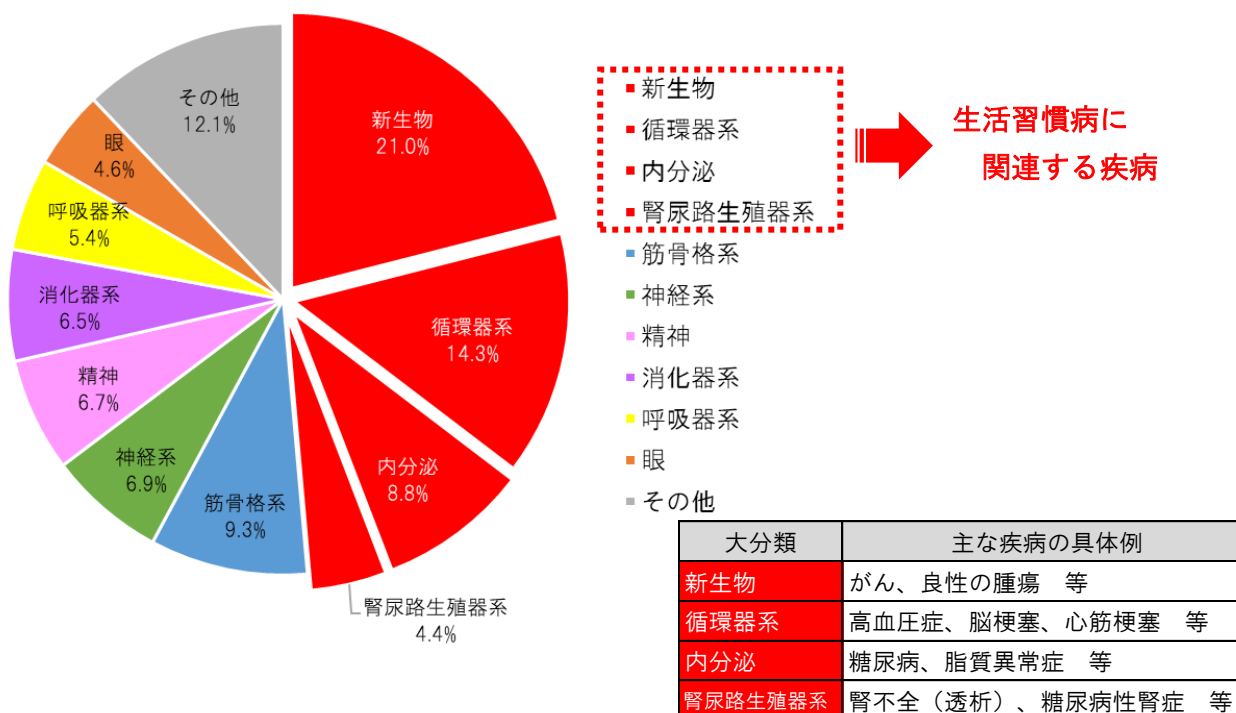
【図表7】 外来・入院別件数割合の推移

	射水市		同規模		富山県		国	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院
平成28年度	97.0%	3.0%	97.2%	2.8%	96.9%	3.1%	97.4%	2.6%
平成29年度	96.9%	3.1%	97.2%	2.8%	96.8%	3.2%	97.3%	2.7%
平成30年度	96.9%	3.1%	97.2%	2.8%	96.8%	3.2%	97.3%	2.7%
令和元年度	96.8%	3.2%	97.2%	2.8%	96.8%	3.2%	97.3%	2.7%

資料：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」  
「地域の全体像の把握」

疾病別医療費の割合をしてみると、医療費総額のうち、約半分（48.5%）が生活習慣病に関連する疾病で占めていることがわかります（図表8）。

【図表8】 大分類による疾病別医療費の割合（令和元年度）



治療が長期化し、医療費が高額となる「心疾患」「腎不全」「脳血管疾患」については、入院一件当たりの医療費が60～70万円台と推移しており、特に「心疾患」「脳血管疾患」の入院医療費については、年々増加傾向にあり、令和元年度においては、県内における順位がともに5位と高い状況です（図表9）。

【図表9】高額となる医療費の疾患別一件当たり医療費の推移

	心疾患				腎不全			
	入院		外来		入院		外来	
平成26年度	653,398円	県内第7位	40,256円	県内第9位	737,068円	県内第5位	146,658円	県内第10位
平成27年度	727,171円	県内第3位	40,617円	県内第7位	747,147円	県内第5位	146,303円	県内第14位
平成28年度	691,764円	県内第6位	38,245円	県内第7位	782,289円	県内第5位	146,901円	県内第9位
平成29年度	681,971円	県内第10位	39,623円	県内第6位	712,751円	県内第12位	133,262円	県内第11位
平成30年度	655,065円	県内第12位	38,125円	県内第7位	757,825円	県内第7位	108,946円	県内第12位
令和元年度	763,711円	県内第5位	40,074円	県内第10位	609,808円	県内第15位	119,734円	県内第9位

	脳血管疾患			
	入院		外来	
平成26年度	606,915円	県内第7位	32,993円	県内第14位
平成27年度	630,814円	県内第8位	33,125円	県内第14位
平成28年度	613,092円	県内第10位	32,107円	県内第13位
平成29年度	678,384円	県内第6位	31,988円	県内第16位
平成30年度	709,592円	県内第2位	31,966円	県内第13位
令和元年度	717,242円	県内第5位	34,560円	県内第13位

資料：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

中長期目標で減少を目指している「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」の有病者割合は、いずれも年々減少傾向にあります（図表10）。どちらも基礎疾患に「高血圧症」や「脂質異常症」を合併している割合が60～80%と高くなっています。

【図表10】虚血性心疾患の有病者数推移

年度	被保険者数 A	中長期的な目標						短期的な目標（基礎疾患）					
		虚血性心疾患 B		脳血管疾患 C		人工透析 D		高血圧症 E		糖尿病 F		脂質異常症 G	
		人数	割合 (B/A)	人数	割合 (C/B)	人数	割合 (D/B)	人数	割合 (E/B)	人数	割合 (F/B)	人数	割合 (G/B)
平成28年度	19,929	876	4.4%	208	23.7%	12	1.4%	715	81.6%	451	51.5%	626	71.5%
平成29年度	18,862	783	4.2%	203	25.9%	11	1.4%	640	81.7%	403	51.5%	546	69.7%
平成30年度	18,191	738	4.1%	194	26.3%	11	1.5%	614	83.2%	404	54.7%	520	70.5%
令和元年度	17,614	649	3.7%	157	24.2%	12	1.8%	532	82.0%	346	53.3%	476	73.3%

【図表 11】脳血管疾患の有病者数推移

年度	被保険者数 A	中長期的な目標						短期的な目標（基礎疾患）					
		脳血管疾患 B		虚血性心疾患 C		人工透析 D		高血圧症 E		糖尿病 F		脂質異常症 G	
		人数	割合 (B/A)	人数	割合 (C/B)	人数	割合 (D/B)	人数	割合 (E/B)	人数	割合 (F/B)	人数	割合 (G/B)
平成28年度	19,929	933	4.7%	208	22.3%	7	0.8%	747	80.1%	392	42.0%	586	62.8%
平成29年度	18,862	952	5.0%	203	21.3%	5	0.5%	753	79.1%	390	41.0%	588	61.8%
平成30年度	18,191	892	4.9%	194	21.7%	8	0.9%	687	77.0%	389	43.6%	544	61.0%
令和元年度	17,614	810	4.6%	157	19.4%	10	1.2%	624	77.0%	338	41.7%	506	62.5%

資料：KDB システム（様式 3-6）脳血管疾患のレセプト分析

短期目標で減少を目指している「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」の有病者割合については、平成 28 年度から見ると、いずれも減少しています（図表 12・13・14）。

ただ、糖尿病有病者のうち、糖尿病性腎症を合併している割合が増加しており、気になるところです。

また、3 疾患のうち「糖尿病」については、「高血圧症」や「脂質異常症」を合併している割合がどちらも 60～70%と高くなっています。

【図表 12】糖尿病の有病者数推移

年度	被保険者数 A	短期的な目標						中長期的な目標							
		糖尿病 B		高血圧症 D		脂質異常症 E		虚血性心疾患 F		脳血管疾患 G		人工透析 H		糖尿病性腎症 I	
		人数	割合 (B/A)	人数	割合 (D/B)	人数	割合 (E/B)	人数	割合 (F/B)	人数	割合 (G/B)	人数	割合 (H/B)	人数	割合 (I/B)
平成28年度	19,929	2,297	11.5%	1,619	70.5%	1,398	60.9%	451	19.6%	392	17.1%	18	0.8%	195	8.5%
平成29年度	18,862	2,171	11.5%	1,531	70.5%	1,314	60.5%	403	18.6%	390	18.0%	15	0.7%	188	8.7%
平成30年度	18,191	2,182	12.0%	1,494	68.5%	1,361	62.4%	404	18.5%	389	17.8%	13	0.6%	190	8.7%
令和元年度	17,614	1,984	11.3%	1,386	69.9%	1,230	62.0%	346	17.4%	338	17.0%	16	0.8%	212	10.7%

資料：KDB システム（様式 3-2）糖尿病のレセプト分析

【図表 13】高血圧症の有病者数推移

年度	被保険者数 A	短期的な目標						中長期的な目標					
		高血圧症 B		糖尿病 C		脂質異常症 D		虚血性心疾患 E		脳血管疾患 F		人工透析 G	
		人数	割合 (B/A)	人数	割合 (C/B)	人数	割合 (D/B)	人数	割合 (E/B)	人数	割合 (F/B)	人数	割合 (G/B)
平成28年度	19,929	4,528	22.7%	1,619	35.8%	2,534	56.0%	715	15.8%	747	16.5%	25	0.6%
平成29年度	18,862	4,357	23.1%	1,531	35.1%	2,438	56.0%	640	14.7%	753	17.3%	19	0.4%
平成30年度	18,191	4,178	23.0%	1,494	35.8%	2,342	56.1%	614	14.7%	687	16.4%	19	0.5%
令和元年度	17,614	3,923	22.3%	1,386	35.3%	2,217	56.5%	532	13.6%	624	15.9%	18	0.5%

資料：KDB システム（様式 3-3）高血圧症のレセプト分析

【図表 14】脂質異常症の有病者数推移

年度	被保険者数 A	短期的な目標						中長期的な目標					
		脂質異常症 B		糖尿病 C		高血圧症 D		虚血性心疾患 E		脳血管疾患 F		人工透析 G	
		人数	割合 (B/A)	人数	割合 (C/B)	人数	割合 (D/B)	人数	割合 (E/B)	人数	割合 (F/B)	人数	割合 (G/B)
		平成28年度	19,929	3,752	18.8%	1,398	37.3%	2,534	67.5%	626	16.7%	586	15.6%
平成29年度	18,862	3,552	18.8%	1,314	37.0%	2,438	68.6%	546	15.4%	588	16.6%	10	0.3%
平成30年度	18,191	3,449	19.0%	1,361	39.5%	2,342	67.9%	520	15.1%	544	15.8%	9	0.3%
令和元年度	17,614	3,261	18.5%	1,230	37.7%	2,217	68.0%	476	14.6%	506	15.5%	7	0.2%

資料：KDB システム（様式 3-4）脂質異常症のレセプト分析

令和元年度の透析患者数は 36 人となっており（図表 15）、そのうちの 63.9%を占める 23 人がⅡ型糖尿病を起因として透析となる糖尿病性腎症患者であることがわかりました。これらの患者にかかる医療費は、令和元年度においては、一人当たり年間 4,216,843 円に上ります（図表 16）。

中長期目標で 0 人を目指している「糖尿病性腎症による新規透析患者数」は、ここ数年 5 人前後と横ばいで推移しています（図表 17）。

【図表 15】透析患者数の推移

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
透析患者数	36人	38人	36人	34人	36人
上記のうち、 Ⅱ型糖尿病を起因とする 透析患者数（割合）	23人 (63.9%)	22人 (57.9%)	22人 (61.1%)	20人 (58.8%)	23人 (63.9%)

資料：射水市国民健康保険ポテンシャル分析

【図表 16】Ⅱ型糖尿病を起因とする透析患者の一人当たり医療費

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
一人当たり医療費 (透析関連のみ)	5,044,022円	5,588,620円	4,475,221円	4,961,946円	4,216,843円

資料：射水市国民健康保険ポテンシャル分析

【図表 17】糖尿病性腎症による新規透析患者数の推移

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
糖尿病性腎症による 新規透析患者数	5人	5人	4人	5人

資料：射水市国民健康保険ポテンシャル分析

### ③ 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

特定健診受診率についてはここ数年、年々わずかながら上昇していましたが、令和元年度法定報告速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、目標値である50%を下回り、伸び悩んでいる状況です（図表18）。

特定保健指導実施率については順調に伸びており、目標値である40%を上回る結果となりました。

【図表18】特定健康診査・特定保健指導実施率の目標値と実績

区 分		平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)
特定健診 受診率	目標値	48%	50%	52%	54%	56%	60%
	実績	46.5%	46.2%	—	—	—	—
特定保健指導 実施率	目標値	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	実績	35.3%	44.5%	—	—	—	—

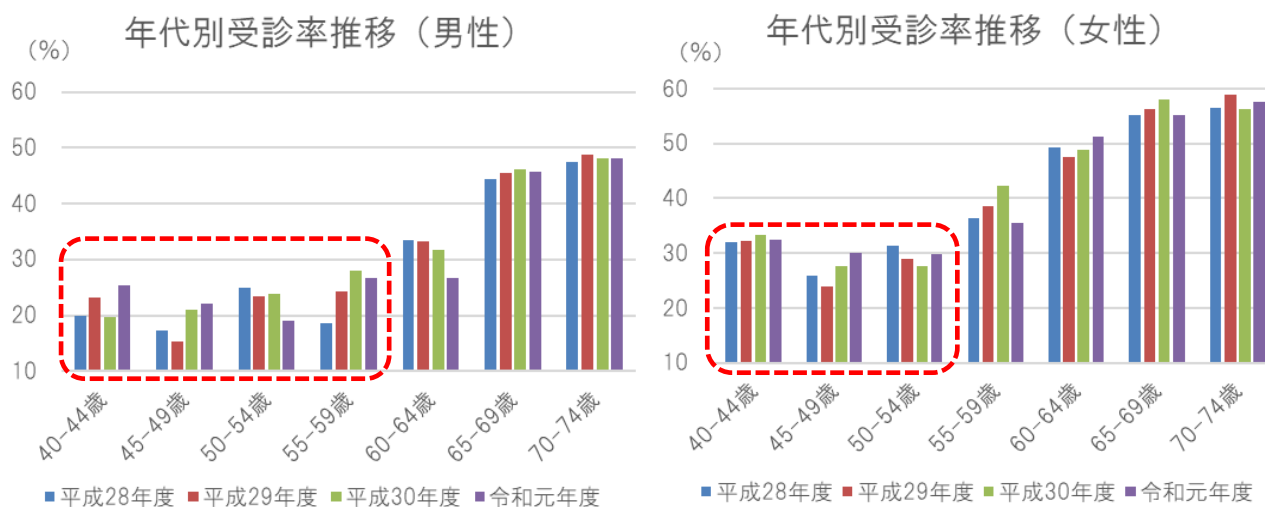
資料：特定健診データ（法定報告値）

年代・男女別受診率では、男性の受診率が低く、男女とも40～50代の受診率が落ち込んでいることがわかります（図表19）。

未受診者の把握では、健診も治療もしていない対象者が2,446人（19.5%）いることがわかります（図表20）。健康状態が全くわからない状況です。

一方で、治療はしているけれど健診は受けていない対象者は4,318人（34.4%）にのぼります。

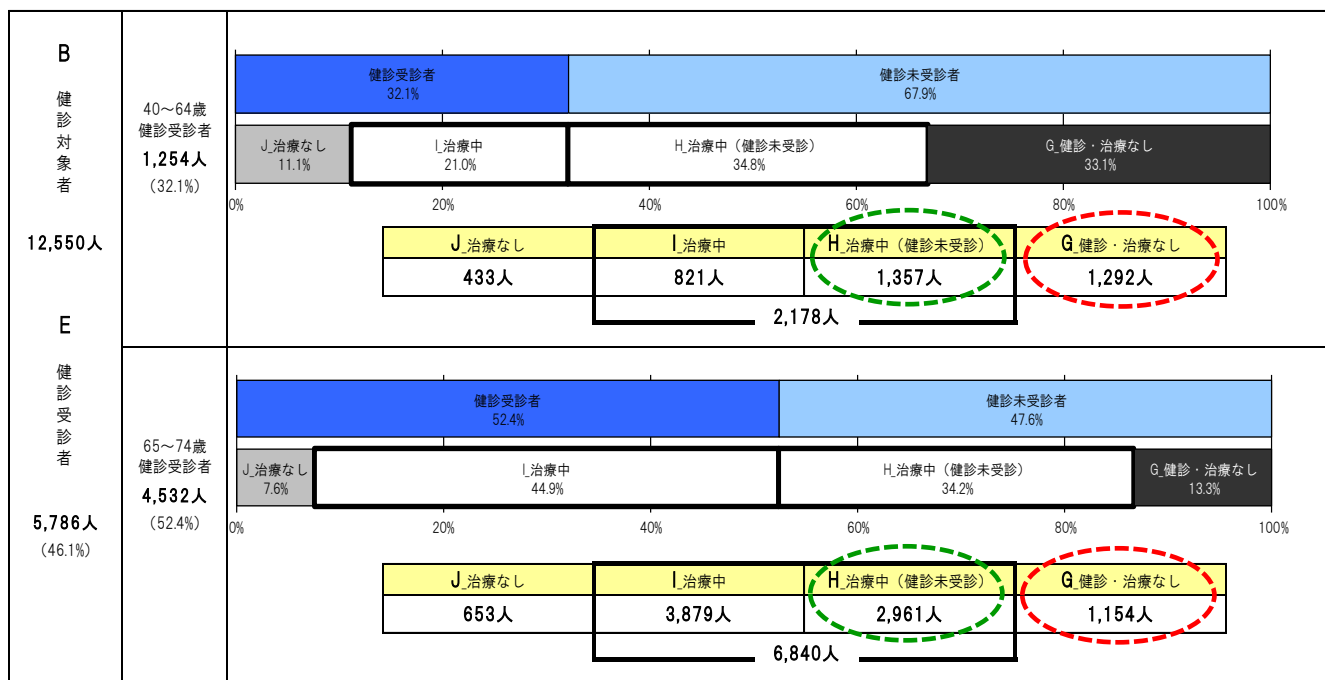
【図表19】年代・男女別受診率の推移



	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
男性	38.8%	40.0%	40.3%	39.8%
女性	50.4%	51.7%	51.8%	51.5%

資料：特定健診データ（法定報告値）

【図表 20】 健診未受診者の把握（令和元年度）

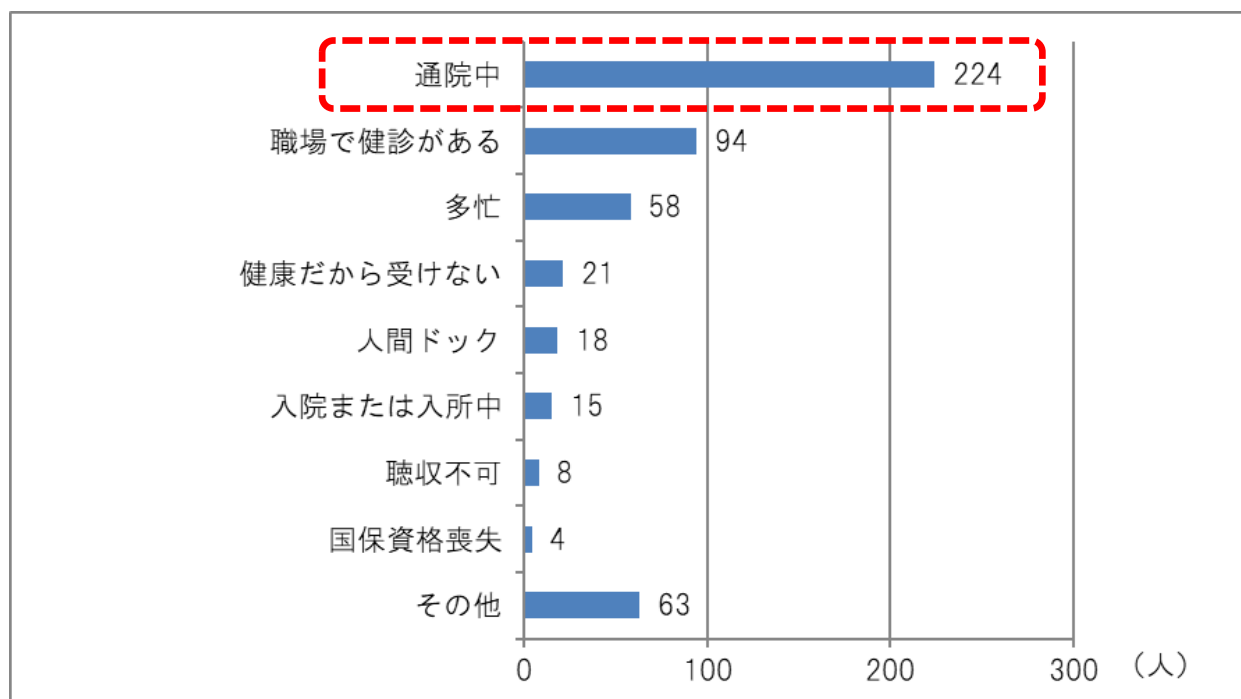


資料：KDB システム（様式 6-10）※法定報告の数値とは不一致

受診しない理由の半数近くが、「通院中」と回答しており、「受療中であれば健診を受けなくてもよい」と思っている人が多いということが考えられます（図表 21）。

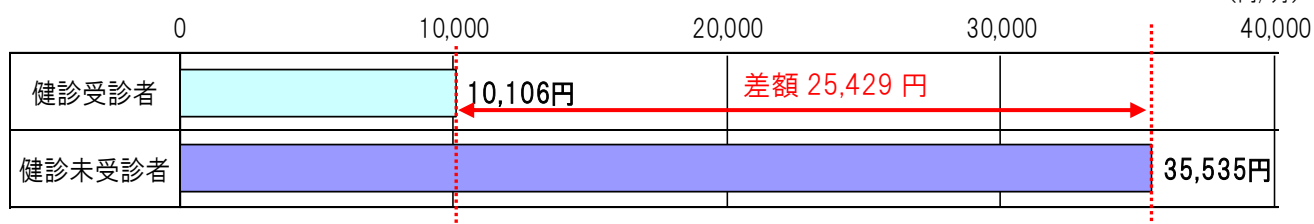
健診を受けている人と受けていない人では、生活習慣病治療費にかかる医療費に、一人当たり月 25,429 円の差がでているというデータもあります（図表 22）。

【図表 21】 特定健診未受診理由（505 人から回答）



資料：令和元年度特定健診受診勧奨事業結果報告書

【図表 22】生活習慣病治療にかかる一人当たり医療費（令和元年度）

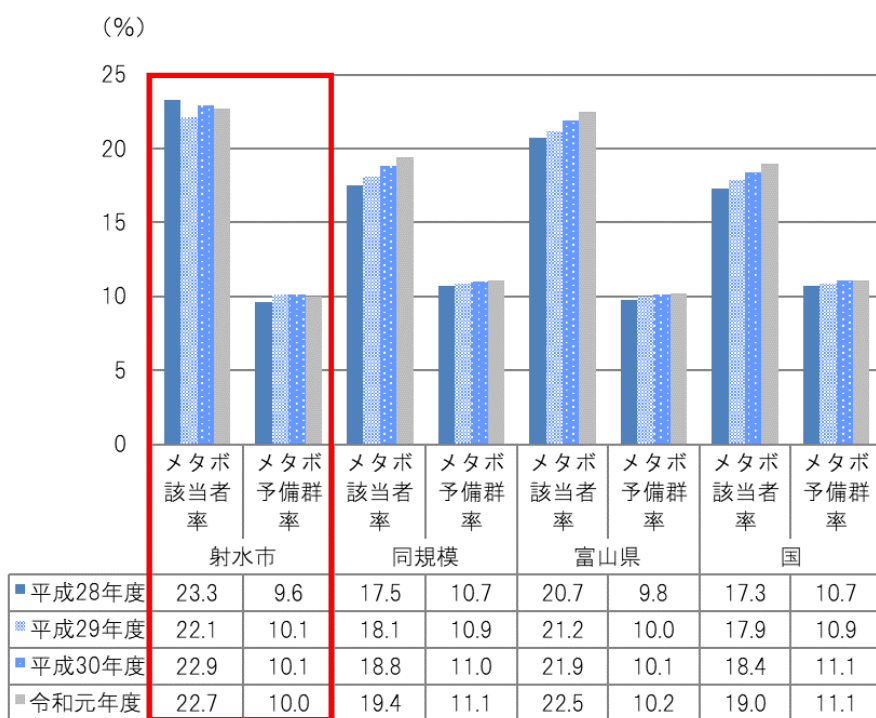


資料：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

短期目標で減少を目指している「メタボ該当者の割合」は、依然として、同規模、県、国に比べ、突出して高い状況にあります（図表 23）。

健診結果から有所見者の割合を見ると、BMI、HbA1c、拡張期血圧について増加傾向にあります（図表 24）。HbA1cについては、平成 30 年度に一旦減少しましたが、次年度においてまた増加し、その割合は、受診者の約 7 割強を占めています。

【図表 23】メタボ該当者・メタボ予備群割合の推移



資料：KDB システム（様式 5-3）メタボリックシンドローム該当者・予備群

【図表 24】特定健診での有所見者割合の推移

	腹囲	BMI	中性脂肪	HDL	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL
	男85cm以上 女90cm以上	25以上	150以上	40未満	5.6%以上	130mmHg 以上	85mmHg 以上	120以上
平成28年度	35.6%	26.2%	26.9%	5.3%	76.2%	47.3%	15.5%	56.9%
平成29年度	34.9%	26.3%	26.5%	4.7%	74.6%	46.5%	14.8%	57.9%
平成30年度	35.9%	26.5%	26.5%	4.1%	72.9%	48.2%	16.9%	57.5%
令和元年度	35.4%	26.7%	25.3%	3.4%	74.3%	47.4%	18.4%	56.4%

資料：KDB システム（様式 5-2）健診有所見者状況

## (2) 目標に対する中間評価

### ① 中長期目標に対する評価

第2期計画では、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「糖尿病性腎症」を減らし、医療費を抑制することを中長期的な目標としています。

現状（令和元年度）では平成28年度に比べ、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」は減少傾向にあり、いずれも中間目標値を達成しています（図表25）。「糖尿病性腎症による新規透析患者数」は横ばいで推移しており、目標値の「0人」には達していない状況です。

本市においては、わずか3.2%の入院件数で医療費全体の43.2%を占めている（図表6・7）ことから、高額となる入院を減らすことが医療費抑制につながる指標の一つとして注視しています。そのためには、入院状態にならないよう疾病を重症化させないための対策が必要です。

「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」を発症した人の生活習慣病を見てみると、共通して「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」を合併している割合が高く、高血圧等1つの要因で発症するのではなく、複数の生活習慣病が重なることで重症化していることがわかっています（図表10・11）。

また、「糖尿病」に占める「糖尿病性腎症」の割合が年々増加している（図表12）ことから、人工透析への移行を防ぐ重症化予防の取組がますます重要になってきます。

生活習慣改善に向け、引き続き、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携した保健指導を実施していくこととします。

### ② 短期目標に対する評価

「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、「糖尿病性腎症」の血管変化における共通のリスクとなる「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「メタボリックシンドローム該当者・予備群」を減らし、「特定健診受診率」、「特定保健指導実施率」の向上を短期的な目標としています。

現状（令和元年度）では平成28年度に比べ、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「メタボリックシンドローム該当者・予備群」の割合は減少しており、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」については、目標値を達成する結果となりました（図表25）。「特定健診受診率」は横ばい、「特定保健指導実施率」は年々増加しているものの、どちらも最終目標値には程遠い状況です。

メタボリックシンドロームは、心臓病や脳卒中の発症リスクを高めるので、生活習慣改善により肥満を解消していくことが必要です。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは特定健診を受診することで自身の健康状態を把握し、生活習慣の改善のための保健指導や早期治療につなげることで疾病をコントロールしていくことが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながることから、引き続き、「特定健診受診率」「特定保健指導実施率」の向上を目指していきます。



### (3) 計画全体としての課題と見直し

計画で定める中長期目標・短期目標に対する現時点での中間目標値に対する達成状況は、下記のとおりです（図表 25）。その達成状況から課題を探り、見直しと今後の方向性について整理します。

【図表 25】 計画全体の評価

計画策定時の計画の方向性・目的		各種保健事業を通じて、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び国民健康保険財政の基盤を図る。					
主な指標		最終目標値 (令和5年度)	中間目標値 (令和2年度)	ベースライン (平成28年度)	経年変化		中間目標値に対する達成状況 (令和元年度実績)
中長期目標	虚血性心疾患有病者の割合	4.2%	4.3%	4.4%	平成29年度 4.2% 平成30年度 4.1% 令和元年度 3.7%	達成	年々減少しており、最終目標値も達成している。
	脳血管疾患有病者の割合	4.5%	4.6%	4.7%	平成29年度 5.0% 平成30年度 4.9% 令和元年度 4.6%	達成	平成29年度に一旦増加した後は、年々減少傾向にある。中間目標値は達成した。
	糖尿病性腎症による年間新規透析患者数	0人	0人	5人	平成29年度 5人 平成30年度 4人 令和元年度 5人	未達成	ここ数年「5人」前後と横ばいで推移しており、目標値「0人」には達成していない。
短期目標	糖尿病有病者の割合	11.3%	11.4%	11.5%	平成29年度 11.5% 平成30年度 12.0% 令和元年度 11.3%	達成	平成30年度に一旦増加しているが、令和元年度において最終目標値も達成した。
	高血圧症有病者の割合	22.5%	22.6%	22.7%	平成29年度 23.1% 平成30年度 23.0% 令和元年度 22.3%	達成	平成29年度に一旦増加した後は、年々減少しており、令和元年度において最終目標値も達成した。
	脂質異常症有病者の割合	18.6%	18.7%	18.8%	平成29年度 18.8% 平成30年度 19.0% 令和元年度 18.5%	達成	平成30年度に一旦増加しているが、令和元年度において最終目標値も達成した。
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合	32.0%	32.4%	32.9%	平成29年度 32.2% 平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7%	未達成	ベースラインから見ると減少しているが、目標値には達していない。
	特定健診受診率	60.0%	50.0% (令和元年度)	45.0%	平成29年度 46.3% 平成30年度 46.5% 令和元年度 46.2%	未達成	年々わずかながら上昇していたが、令和元年度においては減少に転じ、目標値にも届いていない。
	特定保健指導実施率	60.0%	40.0% (令和元年度)	27.7%	平成29年度 34.1% 平成30年度 35.3% 令和元年度 44.5%	達成	ベースラインから見ると大きく伸びている。前年度からも9.2ポイント上昇し、令和元年度の目標値を達成した。
指標の評価のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中長期目標の指標については、新規透析患者数を除き、年々減少傾向にあり目標値にも達する結果となっているが、「虚血性心疾患」や「脳血管疾患」である場合、65歳以上で後期高齢者に移行していく者が少なからずあることや死亡による減少も考えられることから、減少傾向にあることが一概にいい傾向にあるとは言えない。新規透析患者数の減少を指標とするのと同様、「虚血性心疾患」「脳血管疾患」についても、新規患者数の減少を指標として把握していくことも必要。</li> <li>・また、これらの指標の結果のみで計画全体を評価するのは無理があり、中間評価においては、あくまで、個々の保健事業に重点を置いて評価を行っていくこととする。</li> <li>・一方で、最終的な目的として被保険者の健康増進と医療費の適正化を掲げている以上は、経年的な変化を参考指標として観察し、モニタリングしておく必要がある。</li> </ul>						
計画全体でうまくできている点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率は伸びている。</li> <li>・糖尿病等重症化予防など、一通りの保健事業を実施できている。</li> </ul>						
計画全体としてうまくいっていない点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な取組を行っているものの、特定健診の受診率が伸びていない。</li> <li>・重症化予防の取組には、生活習慣改善や医療につなげるための保健指導が重要となってくるが、それらの保健事業に携わる保健師等専門職のマンパワーが足りていない。</li> </ul>						
主な見直しと今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画の目的は同様として、引き続き、各種保健事業に取り組む。</li> <li>・個々の保健事業に設定していたアウトプット・アウトカム指標をより効果を実感できるものに見直し、特定健診の実施率等を高める取組をさらに進めていく。</li> </ul>						

## 5 個別事業評価

計画の目標を達成するために取り組んでいる個々の保健事業について評価します。

評価にあたっては、事業ごとに【指標判定】【事業判定】それぞれ下記A～Eの5つの区分により判定を行います。

判定区分	【指標判定】	【事業判定】
A	すでに目標を達成	うまくいっている
B	目標は達成できていないが、達成の可能性が高い	まあ、うまくいっている
C	目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある	あまりうまくいっていない
D	目標の達成は困難で、効果があるとは言えない	まったくうまくいっていない
E	評価困難	わからない

## 取組1 特定健診受診率向上対策

### ① 特定健診受診勧奨

#### 事業内容

背景	特定健診の受診率はここ数年、年々わずかながら上昇していたが、令和元年度速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、伸び悩んでいる。保険者努力支援制度においても、実施率に対する配点は高く、実施率向上の取組の強化に努める必要がある。
目的	特定健診受診対象者に対し、電話等による受診の勧奨を行うことで、受診を定着させ、継続的な受診行動につなげるにより、生活習慣の予防、医療費の削減を図る。
具体的内容	<p>特定健診受診期間中に、受診率の低い若年層にターゲットを絞るなど、工夫を凝らしたハガキや電話による受診勧奨を実施する。</p> <p>【対象者】 射水市国民健康保険に加入している40歳から74歳の者のうち、下記基準に該当する者 ・40歳の者（初めて特定健診を受ける者） ・新規加入者 ・過去まだら受診者 ・過去一度も受診したことがない者</p> <p>【実施方法】 ①年齢や過去の受診状況等により階層化した対象者リストを作成する。 ②勧奨ハガキのデザインを考案する。 ③外部委託により、ハガキの送付及び電話による受診勧奨を実施する。</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】①ハガキ送付件数 6,000件 ②架電件数 1,900件 【アウトカム】有効対話に占める「受診する」と回答した割合 50.0%</p>

#### 評価と見直し・改善案

事業名	特定健診受診勧奨	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 ①ハガキ送付件数 ②架電件数	【アウトカム】 有効対話に占める「受診する」と回答した割合
目標値	①6,000件 ②1,900件	50.0%
ベースライン	平成30年度 ①7,000件 ②2,400件	平成30年度 45.3%
経年変化	令和元年度 ①6,000件 ②1,900件 令和2年度 ①6,000件 ②1,900件	令和元年度 48.3% 令和2年度 48.5%
指標判定	A	B
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 ハガキ・電話による受診勧奨が始まると、受診券再交付の申請件数が一気に増えるなど反応は大きい。また、ハガキの文面には、職場健診を受けられている方に対する結果提供について案内しており、働き盛りの年代に対しては有効な周知方法と捉えている。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 受診率の低い若年層を優先的に抽出してはいるが、働き盛りの年代は、日中電話が繋がりにくい現状がある。 また、定期的に医療機関で検査している方への受診はなかなか受け入れてもらえず苦慮している。</p>	
見直しと改善の案	<p>コール対象者は、若年層の比率が高いほど全体の有効対話率を押し下げてしまうという現象が起き、抽出要件の検討が必要。ハガキの文面についてもここ何年か変えていないため、あらたなレイアウトを考案し目にとめてもらえる工夫が必要。</p> <p>通院中の方に対する検査データの提供については、検査項目が不足しているケースが多く、結果的には健診データとして取り込めない。</p>	

## ② 集団健診の実施及び受診勧奨

### 事業内容

背景	特定健診の受診率はここ数年、年々わずかながら上昇していたが、令和元年度速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、伸び悩んでいる。
目的	特定健診受診期間終了後の未受診者対策として、休日等を利用した集団健診日を設定し、未受診者に対し、電話等による受診の勧奨を行うことで、受診を定着させ、継続的な受診行動につなげることにより、生活習慣の予防、医療費の削減を図る。
具体的内容	<p>特定健診受診期間終了後に集団健診日を設定し、未受診者に対し、ハガキや電話による受診勧奨を実施する。</p> <p>【対象者】 特定健診受診期間終了時点での未受診者</p> <p>【実施方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①集団健診日を設定し、広報等で周知する。</li> <li>②未受診者を把握し、対象者リストを作成する。</li> <li>③外部委託により、ハガキの送付及び電話による受診勧奨を実施する。</li> <li>④集団健診を実施する。</li> </ol>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】①集団健診の実施回数 3回 ②ハガキによる周知件数 2,000件</p> <p>【アウトカム】集団健診受診者数 200人</p>

### 評価と見直し・改善案

事業名	集団健診の実施及び受診勧奨	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 ①集団健診の実施回数 ②ハガキによる周知件数	【アウトカム】 集団健診受診者数
目標値	①3回 ②2,000件	200人
ベースライン	平成30年度 ①1回 ②1,000件	平成30年度 53人
経年変化	令和元年度 ①2回 ②2,000件 令和2年度 ①3回 ②2,000件	令和元年度 116人 令和2年度 159人
指標判定	A	B
事業判定	A	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいった要因】 集団健診は、健診期間内に受診できなかった者に対する救済手段として有効である。回数を増やせば増やしただけ受診者が増え、受診率の向上につながる。	
見直しと改善の案	令和2年度においては、休日の2回に加え、平日に1回健診の機会を設定し、受診者を増やした。来年度は、さらに、仕事帰りに受けられる夕方（夜間）健診を実施し、若年層の未受診者を取り込みたい。	

### ③ 健診結果説明会の開催

#### 事業内容

背景	特定健診の受診率はここ数年、年々わずかながら上昇していたが、令和元年度速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、伸び悩んでいる。
目的	継続受診を促すため、健診結果説明会及び健康相談会を開催し、健診受診の必要性を伝え、受診を定着させ、継続的な受診行動につなげることにより、生活習慣の予防、医療費の削減を図る。
具体的内容	健診及び継続受診の必要性を伝える「健診結果説明会」を開催する。 <b>【対象者】</b> 射水市国民健康保険加入の40歳から74歳までの者 <b>【実施方法】</b> ①健診結果説明会案内チラシを受診券送付時に同封し周知する。 ②参加希望の申込を受け付ける。 ③健康測定及び講演会を伴う健診結果説明会を、会場を分けて2回実施する。
評価指標 目標値	<b>【アウトプット】</b> 健診結果説明会の実施回数 2回 <b>【アウトカム】</b> 健診結果説明会に参加した人数 150人

#### 評価と見直し・改善案

事業名	健診結果説明会の開催	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	<b>【アウトプット】</b> 健診結果説明会の実施回数	<b>【アウトカム】</b> 健診結果説明会に参加した人数
目標値	2回	150人
ベースライン	平成28年度 2回	平成28年度 171人
経年変化	平成29年度 2回 平成30年度 2回 令和元年度 2回	平成29年度 102人 平成30年度 102人 令和元年度 108人
指標判定	A	B
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<b>【うまくいった要因】</b> リピーターが多く、継続受診の必要性は伝わっていると思われる。 <b>【うまくいかなかった要因】</b> 参加者が定員に満たない状況が続いており、周知方法、開催日の設定等の検討が必要。	
見直しと改善の案	現在12月と2月の2回開催しているが、健診を受けた日から時間が経過しているため、参加者の健診結果に対する意識も低くなっている。初回の開催日を健診期間中に早めるなどし、参加者の意識の高いうちに呼び込み、なるべく多くの人に参加してもらう工夫が必要。	

#### ④ 職場健診受診者からの健診結果データの受領

##### 事業内容

背景	特定健診の受診率はここ数年、年々わずかながら上昇していたが、令和元年度速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、伸び悩んでいる。
目的	職場健診を受診した者の健診結果データを本人から受領することで、受診率にカウントでき、受診率向上につなげる。
具体的内容	①受診券送付時に、健診結果の提供をお願いする旨記載したパンフレットを同封する。 ②受診勧奨時には、健診結果の提供をお願いする旨記載したハガキを送付し、提供を呼び掛ける。 ③受診勧奨により、職場健診を受診する（した）という者には健診結果の提供をお願いするとともに、承諾者には返信用封筒を送付する。 ④結果を受領した際は、特定健診等システムに入力し、受診率に反映させる。
評価指標 目標値	【アウトプット】周知回数 3回 【アウトカム】職場健診受診者からの健診結果提供件数 100件

##### 評価と見直し・改善案

事業名	職場健診受診者からの健診結果データの受領	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 周知回数	【アウトカム】 職場健診受診者からの健診結果提供件数
目標値	3回 (受診券送付時、健診期間中、健診期間終了後)	100件
ベースライン	平成28年度 2回	平成28年度 52件
経年変化	平成29年度 2回 平成30年度 3回 令和元年度 3回	平成29年度 85件 平成30年度 92件 令和元年度 110件
指標判定	A	A
事業判定	A	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいった要因】 受診勧奨の中で、職場健診受診者だけではなく、通院中だからという理由で健診を受診しないという対象者を把握できた場合、医療機関を通じた提供ではなく、本人自ら診療における検査データを提供していただくようお願いすることで、件数の増加につながった。	
見直しと改善の案	パンフレットや受診勧奨ハガキに情報提供について明記するだけではなかなか提供につながらない。提供者の多くは、受診勧奨コールの対話の中で把握し理解を得ることができた者であることから、コール対象者の選定についてさらなる検討が必要。	

⑤ かかりつけ医での診療における検査データの受領

事業内容

背景	特定健診の受診率はここ数年、年々わずかながら上昇していたが、令和元年度速報値によると、前年度に比べ0.3ポイント減少に転じ、伸び悩んでいる。
目的	通院中で健診受診意志のない者の検査データを、本人同意のもと医療機関から受領することで、受診率にカウントでき、受診率向上につなげる。
具体的内容	①受診券送付時に、検査データの提供をお願いする旨記載した提供書の様式を同封する。 ②電話による受診勧奨では、通院中のため受診しないと聞き取った対象者には、主治医を通じて検査データを提供してもらうよう伝える。 ③医療機関を通して検査結果を受領した際は、特定健診等システムに入力し、受診率に反映させる。
評価指標 目標値	【アウトプット】周知回数 3回 【アウトカム】医療機関からの診療情報提供件数 100件

評価と見直し・改善案

事業名	かかりつけ医での診療における検査データの受領	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 周知回数	【アウトカム】 医療機関からの診療情報提供件数
目標値	3回 (受診券送付時、健診期間中、健診期間終了後)	100件
ベースライン	平成30年度 3回	平成30年度 13件
経年変化	令和元年度 3回	令和元年度 19件
指標判定	A	C
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 健診期間終了後に、再度、医療機関あてに事業の周知を兼ねて案内を行った結果、1医療機関であるが、10件の情報提供があり、効果があった。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 診療における検査データが、健診項目を満たしているかどうかの判断は、対象者自身ではなかなか難しく、かかりつけ医にその意思すら伝えられない現状がある。</p>	
見直しと改善の案	検査データが健診項目を満たしているかどうか分かる「みなし健診対象者リスト」を活用し、情報提供しやすい体制を整えたい。	

## 取組2 メタボリックシンドローム対策

### ① 特定保健指導（積極的支援）の実施

#### 事業内容

背景	特定保健指導（積極的支援）の実施率は、目標値には程遠く、平成29年度の32.3%を境に年々減少している状況である。保険者努力支援制度においても、実施率に対する配点は高く、実施率向上に向け、さらなる取組の強化に努める必要がある。
目的	健診結果より、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣の改善につなげ、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。
具体的内容	①健診結果の階層化により、積極的支援の対象となった者に対し、特定保健指導の案内を個別通知する〔9月～2月〕 ②対象者は、支援メニューの中から、希望するものを選択し、申し込む〔随時〕 ③訪問又は電話により利用勧奨を実施、特定保健指導につなげる〔10～3月〕 ④3か月以上の継続的な支援を実施〔10～翌年度9月〕 ⑤初回面接から3～6か月後に面接又は電話により実績評価を行う〔1～翌年度9月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】特定保健指導（積極的支援）実施率 60.0% 【アウトカム】メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 32.0%

#### 評価と見直し・改善案

事業名	特定保健指導（積極的支援）の実施	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 特定保健指導（積極的支援）実施率	【アウトカム】 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合
目標値	60.0%	32.0%
ベースライン	平成28年度 20.3%	平成28年度 32.9%
経年変化	平成29年度 32.3% 平成30年度 28.9% 令和元年度 26.1%	平成29年度 32.2% 平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7%
指標判定	C	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<b>【うまくいった要因】</b> 継続的支援が必要な積極的支援対象者に対し、血糖自己測定器「FreeStyleリブレ」を活用することで、確実に行動変容を促すことができ、有効な保健指導につながった。  <b>【うまくいかなかった要因】</b> 日中不在の対象者の対応ができていない。	
見直しと改善の案	「FreeStyleリブレ」の利用者をさらに増やしていきたい。 利用者目線に立ったリーフレットを作成し、利用勧奨を実施したい。 対象者の利便性を高める手段のひとつとして、遠隔面談を取り入れていきたい。	



## ② 特定保健指導（動機付け支援）の実施

### 事業内容

背景	特定保健指導（動機付け支援）の実施率は、目標値には届いていないものの、年々上昇しており、令和元年度速報値によると、前年度に比べ11.8ポイント増の48.5%であった。保険者努力支援制度においても、実施率に対する配点は高く、実施率向上に向け、さらなる取組の強化に努める必要がある。
目的	健診結果より、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣の改善につなげ、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。
具体的内容	①健診結果の階層化により、動機付け支援の対象となった者に対し、特定保健指導の案内を個別通知する〔9月～2月〕 ②対象者は、支援メニューの中から、希望するものを選択し、申し込む〔随時〕 ③訪問又は電話により利用勧奨を実施、特定保健指導につなげる〔10～3月〕 ④初回面接から3～6か月後に面接又は電話により実績評価を行う〔1～翌年度9月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】特定保健指導（動機付け支援）実施率 60.0% 【アウトカム】メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合 32.0%

### 評価と見直し・改善案

事業名	特定保健指導（動機付け支援）の実施	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 特定保健指導（動機付け支援）実施率	【アウトカム】 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合
目標値	60.0%	32.0%
ベースライン	平成28年度 29.6%	平成28年度 32.9%
経年変化	平成29年度 34.6% 平成30年度 36.7% 令和元年度 48.5%	平成29年度 32.2% 平成30年度 33.0% 令和元年度 32.7%
指標判定	C	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 集団健診実施時に限るが、健診当日に受診者全員に保健指導の初回面談（分割実施）を行い、結果を返す際に再度面談を行うことで特定保健指導に結び付けることができた。 支援メニュー及び案内チラシを変更し、自発的な参加の増加に結び付けることができた。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 日中不在の対象者の対応ができていない。</p>	
見直しと改善の案	対象者の利便性を高める手段のひとつとして、遠隔面談を取り入れていきたい。 特定健診受診の際の結果説明及び保健指導参加の必要性を十分に周知する。	

### 取組3 糖尿病等重症化予防の取り組みの強化

#### ① 血管若返り教室（※令和2年度～「STOP！高血糖教室」に名称変更）

##### 事業内容

背景	特定健診での血糖有所見者割合は、受診者の約7割以上を占めており、県や国と比べて非常に高い割合を示している。生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目的	非メタボの糖尿病予備群に対して、専門職による健康教室を実施し、糖尿病に対する理解を深めるとともに、望ましい生活習慣への意識を高め、生活習慣改善の機会とし、糖尿病予防につなげる。
具体的内容	<p>特定健診の結果、HbA1c値が5.6～6.4%の者（※ただし、特定保健指導対象者及び既に治療中の者は除く。）に対し、2回1コースの教室案内を送付することで教室の参加勧奨を実施する。 教室では、日本糖尿病学会専門医と連携した講義を行う。</p> <p>①対象者に案内チラシを郵送し、電話等による勧奨を行う〔12～2月〕 ②2回で1コースの教室を下記内容で2クール実施〔1～2月〕 【1回目】医師による講義、保健師による講義 【2回目】運動指導士による運動実技、血管年齢測定</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】参加者数 増加 【アウトカム】参加者のHbA1c値改善または維持した割合(翌年度結果) 増加</p>

##### 評価と見直し・改善案

事業名	血管若返り教室	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 参加者数	【アウトカム】 参加者のHbA1c値改善 または 維持した割合(翌年度結果)
目標値	増加	増加
ベースライン	平成29年度 45人	平成29年度 75.6%
経年変化	平成30年度 41人 令和元年度 26人	平成30年度 65.9% 令和元年度 (参考：53.8% 1月12日現在)
指標判定	C	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 教室案内封筒の開封率を上げるためシールを貼るなど工夫した。また、教室案内ちらしと糖尿病の発症を予防するための情報提供リーフレットの内容を変更し、参加勧奨を行った。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 2回1コースの教室のため予定が合わせにくかったことから参加者が減少した。</p>	
見直しと改善の案	封筒の様式や案内チラシの内容を工夫し、参加行動に結びつくような封筒・チラシを作成する。教室の構成を見直し、対象者が参加しやすい体制にする。	

## ② 健康相談会

### 事業内容

背景	特定健診での血糖有所見者割合は、受診者の約7割以上を占めており、県や国と比べて非常に高い割合を示している。生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目的	特定健診での血糖有所見者が、自己の健康状態を自覚し、個々の生活習慣の改善につなげるため、保健師、栄養士による個別相談を実施する。また、特定健診や各種健康診断を受診し、行動変容を考えている者に、生活習慣を改善する機会としてもらう。
具体的内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果、HbA1c値が5.6%～6.4%の非メタボの糖尿病予備群に案内を送付し、希望者に個別相談を実施する。</li> <li>・特定健診で要指導・要医療の者に個別相談を実施。（広報やケーブルテレビ等で広く案内）</li> </ul> ①対象者に案内チラシを郵送し、勸奨を行う〔12～2月〕 ②相談日は8日間設定し、希望する日時に1名につき約1時間程度実施。必要に応じ、体重・血圧測定を行う〔12～2月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】参加者数 増加 【アウトカム】参加者のHbA1c値改善または維持した割合(翌年度結果) 増加

### 評価と見直し・改善案

事業名	健康相談会	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 参加者数	【アウトカム】 参加者のHbA1c値改善 または 維持した割合(翌年度結果)
目標値	増加	増加
ベースライン	平成29年度 32人	平成29年度 75.0%
経年変化	平成30年度 62人 令和元年度 62人	平成30年度 58.9% 令和元年度 73.2%
指標判定	A	C
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいった要因】 ・案内を発送する対象年齢の拡大と案内封筒・ちらしの変更を行った。 ・相談会の日程が合わない参加者へは、日程や時間帯を調整して実施した。  【うまくいかなかった要因】 ・相談会の後半の日程は、参加者数が少ないため、参加者を増やす試みが必要。	
見直しと改善の案	相談会への参加者数が少ない地域にて、2月から3月に地区での相談会を開催し、対象者が参加しやすい体制にする。	

### ③ 血糖コントロール不良者等への保健指導

#### 事業内容

背景	健診受診者のうち、生活習慣病治療中のコントロール不良者は約2,000人、メタボではないが治療の必要な受診勧奨域者は約1,000人いるが、これらの対象者に対する保健指導が十分でない状況である。
目的	特定健診の結果から「血糖・血圧・脂質の服薬コントロール不良者」「非肥満者（非メタボ）の受診勧奨域者」を特定し、市の在宅看護師等が個別訪問し、生活習慣の改善や適正受診等について指導することにより、健康管理の徹底を図り、重症化予防及び医療費適正化を図る。
具体的内容	①健診結果から、下記の対象者を抽出〔9月以降毎月〕 ②在宅看護師等による訪問指導〔9月～翌年8月〕※HbA1c値が高い者から優先的に訪問  【血糖等コントロール不良者】 ・血糖 HbA1c7.0%以上 ・血圧 II度高血圧以上（収縮期160mmHg～、拡張期100mmHg～） ・脂質 LDL-C180mg/dl以上または中性脂肪300mg/dl以上 【非メタボで受診勧奨域者】 ・血糖 HbA1c6.5%以上 ・血圧 II度以上（収縮期160mmHg～、拡張期100mmHg～） ・脂質 LDL-C180mg/dl以上または中性脂肪300mg/dl以上
評価指標 目標値	【アウトプット】訪問件数 800人 【アウトカム】1) 血糖コントロール不良者（HbA1c7.0以上）の割合 7.0%未満 2) 非メタボでHbA1c6.5以上の未治療者の割合 4.0%未満

#### 評価と見直し・改善案

事業名	血糖コントロール不良者等への保健指導	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 訪問件数	【アウトカム】 1) 血糖コントロール不良者（HbA1c7.0以上）の割合 2) 非メタボでHbA1c6.5以上の未治療者の割合
目標値	800人	1) 7.0%未満 2) 4.0%未満
ベースライン	平成28年度 650人	平成28年度 1) 7.9% 2) 4.2%
経年変化	平成29年度 726人 平成30年度 353人 令和元年度 225人	平成29年度 1) 7.4% 2) 4.2% 平成30年度 1) 7.3% 2) 4.2% 令和元年度 1) 7.4% 2) 4.2%
指標判定	C	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいかなかった要因】 マンパワー不足	
見直しと改善案	県の国保ヘルスアップ支援事業「専門職による保健指導等支援事業」を活用し、専門職の派遣を要請し、マンパワー不足解消に努める。 評価指標としているアウトカム指標が、健診受診者に占める割合となっているため、指導の効果としては見えにくいものとなっている。対象者の指導前後の比較を行い、効果を検証する必要がある。	

#### ④ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨

##### 事業内容

背景	特定健診での血糖有所見者割合は、受診者の約7割を占めており、県や国と比べ、非常に高い。令和元年度において、健診結果とレセプトデータの突合を行ったところ、HbA1c6.5%以上の未治療者は、受診者6,146人のうち、61人（1.0%）であった。
目的	健診異常放置者のうち糖尿病性腎症発症のリスクがある者を医療機関受診につなげ、発症を予防する。
具体的内容	<p>特定健診の結果、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・HbA1c6.5%以上 かつ 尿蛋白（±）以上またはeGFR60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満</li> <li>・HbA1c6.5%以上 かつ 高血圧Ⅰ度以上またはLDLコレステロール180mg/dl以上</li> </ul> <p>に該当し、レセプトデータより未治療者である者に対し、通知書を送付することで医療機関受診勧奨を実施する。また、必要に応じ電話や訪問による医療機関受診勧奨も併せて実施する。</p> <p>①前年度の健診データ及びレセプトデータから健診異常放置者のうち糖尿病未治療者を抽出〔4月〕          ②対象者を選定し、訴求力の高い通知書を作成、「保健から医療への保健指導実施依頼（様式2）」とともに送付〔5月〕          ③送付後、受診確認のための家庭訪問を行い、受診状況を確認する。医療機関受診につながっていない場合は、再度の受診勧奨を行う〔7月～〕          ④効果測定〔3月〕</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】受診勧奨を実施した人数・割合 100%</p> <p>【アウトカム】医療機関受診率 50.0%</p>

##### 評価と見直し・改善案

事業名	健診異常値放置者への医療機関受診勧奨	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 受診勧奨を実施した人数・割合	【アウトカム】 医療機関受診率
目標値	100%	50.0%
ベースライン	平成29年度 20人・100%	平成29年度 26.3%
経年変化	平成30年度 14人・100% 令和元年度 14人・100%	平成30年度 30.8% 令和元年度 38.5%
指標判定	A	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいかなかった要因】 前年度健康診査結果より対象者を抽出しているため、健診受診と受診勧奨時期までの期間が長く空き、医療機関受診になかなか結びつかない。	
見直しと改善案	健診受診から受診勧奨時期までの期間を短くし、できるだけ早期に医療機関への受診勧奨を実施する。	

### ⑤ 糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨

#### 事業内容

背景	令和元年度のレセプトデータから、過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から一定期間受診記録がない糖尿病治療中断者は13人であった。
目的	糖尿病治療中断者に対し、医療機関と連携した受診勧奨を行うことにより、確実に医療に結び付け、重症化を防ぐ。
具体的内容	①レセプトデータから対象者を抽出〔4月〕 ②訴求力の高い通知書を作成、送付〔5月〕 ③送付後、受診確認のための家庭訪問を行い、受診状況を確認する。医療機関受診につながっていない場合は、再度の受診勧奨を行う〔7月～〕 ④効果測定〔3月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】受診勧奨を実施した人数・割合 100% 【アウトカム】医療機関受診率 50.0%

#### 評価と見直し・改善案

事業名	糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 受診勧奨を実施した人数・割合	【アウトカム】 医療機関受診率
目標値	100%	50.0%
ベースライン	平成29年度 30人・100%	平成29年度 40.7%
経年変化	平成30年度 23人・100% 令和元年度 11人・100%	平成30年度 63.2% 令和元年度 27.3%
指標判定	A	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいかなかった要因】 受診勧奨通知送付後、訪問による再勧奨を行っているが、なかなか受診行動に結び付かない。経済的な問題を抱えた対象者が多く、中断している理由そのものになっている。	
見直しと改善の案	経済的な問題を抱えている治療中断者については、医療機関受診が難しいのであれば、まず、無料の特定健診の受診を勧め、機会をみながら粘り強く訪問等を実施する。 また、このようなケースについては、地域福祉課、介護保険課、社会福祉課など庁内関係課との連携が重要であり、情報共有等行いながら、問題解決に向け検討していく。	

⑥ 糖尿病性腎症の可能性の高い者への受診勧奨・保健指導

事業内容

背景	射水市国保の人工透析患者のうち、約6割強の者が2型糖尿病を起因として透析になる糖尿病性腎症から人工透析に至っている。
目的	糖尿病性腎症の可能性の高い者に対し、医療と連携した保健指導を実施することで、人工透析への移行を防止し、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の増加抑制を図る。
具体的内容	<p>糖尿病性腎症の可能性の高い、          ・HbA1c6.5～7.0%未満 かつ 尿蛋白（+）またはeGFR45～60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満          に該当する者に対し、医療機関と連携した保健指導を実施する。</p> <p>①対象者が、通知書に同封した「保健から医療への保健指導実施確認書（様式2）」を持参し、かかりつけ医に受診〔6月～〕          ②かかりつけ医が保健指導プログラムへの参加が望ましいと判断し、本人の同意が得られた場合、市に対し「保健から医療への保健指導実施確認書（様式2）」とともに、「糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示依頼書（様式3）」を送付〔随時〕          ③市は指示依頼書に基づき、継続的な保健指導を実施〔依頼後随時〕          ④指導終了後は必要に応じ、市から「保健から医療への糖尿病保健指導報告書（様式4）」をかかりつけ医へ提出〔指導後〕</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】プログラムに参加した人数 3人          【アウトカム】プログラム参加前後でのHbA1c値の変化（前後で参加者の平均値を比較） 改善または維持</p>

評価と見直し・改善案

事業名	糖尿病性腎症の可能性が高い者への受診勧奨・保健指導	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 プログラムに参加した人数	【アウトカム】 プログラム参加前後でのHbA1c値の変化 (前後で参加者の平均値を比較)
目標値	3人	改善または維持
ベースライン	平成29年度 3人	平成29年度 改善 (8.5→6.7)
経年変化	平成30年度 3人 令和元年度 0人	平成30年度 悪化 (8.2→8.3) 令和元年度 ー
指標判定	B	B
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいかなかった要因】 受診勧奨通知を送るだけではなかなか受診に結び付かない。受診につながったとしても、かかりつけ医に持参するものが何もない中でプログラムへの参加を呼び掛けることは難しい。医療機関との連携ツールを活用する必要がある。	
見直しと改善案	受診とプログラムへの参加を促すため、受診勧奨通知を送る際、医療機関との連携ツール【様式2】と健診結果経年表を同封する。医療機関に持参する【様式2】の中には、必ずかかりつけ医から指導の要否について返事をもらう様式になっているため、その返事をもらうことで受診の確認が迅速にできるようになり、さらには、プログラム参加にもつながることが期待できる。	

⑦ 糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導

事業内容

背景	射水市国保の人工透析患者のうち、約6割強の者が2型糖尿病を起因として透析になる糖尿病性腎症から人工透析に至っている。
目的	糖尿病性腎症と想定される患者に対し、医療と連携した保健指導を実施することで、人工透析への移行を防止し、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の増加抑制を図る。
具体的内容	①市がリストアップした対象者をかかりつけ医に持参〔7月～〕 ②かかりつけ医が保健指導プログラムへの参加が望ましいと判断し、本人の同意が得られた場合、市に対し「保健から医療への保健指導実施確認書（様式2）」及び「糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示依頼書（様式3）」を送付〔随時〕 ③市は指示依頼書に基づき、継続的な保健指導を実施〔依頼後随時〕 ④指導終了後、市から「保健から医療への糖尿病保健指導報告書（様式3）」をかかりつけ医へ提出〔指導後〕
評価指標 目標値	【アウトプット】プログラムに参加した人数 3人 【アウトカム】プログラム参加前後でのHbA1c値の変化（前後で参加者の平均値を比較） 改善または維持

評価と見直し・改善案

事業名	糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 プログラムに参加した人数	【アウトカム】 プログラム参加前後でのHbA1c値の変化 (前後で参加者の平均値を比較)
目標値	3人	改善または維持
ベースライン	平成29年度 1人	平成29年度 維持 (6.9→6.9)
経年変化	平成30年度 2人 令和元年度 3人	平成30年度 改善 (7.3→6.8) 令和元年度 悪化 (6.5→6.9)
指標判定	A	B
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 プログラムへの参加を促す際、かかりつけ医の先生に対象者リストを直接持参することは、その場で先生方から患者の治療状況について説明を受けることができる点や、先生方の意見を聞くことができる点において、大変意義のあるものとなっている。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 プログラム参加前後のHbA1c値の変化については、悪化する結果となった。プログラム内容の充実が求められる。</p>	
見直しと改善の案	引き続き、先生方との連携を密にし、効果的な指導に向けてプログラムの内容の充実を図っていく。	



## その他の保健事業

### ① 若年健康診査（35～39歳）

#### 事業内容

背景	若年健診の受診率は、ここ3年17%台と横ばいで低迷していたが、令和2年度において初の20%超えとなった。保険者努力支援制度においては、40歳未満の健康意識の向上及び特定健診等の受診率向上のための周知・啓発の取組が評価指標に加わるなど、さらに取組内容の充実が求められている。
目的	40歳前の若年層に特定健診と同様の健康診査の機会を提供し、必要に応じ保健指導を実施することにより、早期の受診意識啓発を行うとともに、生活習慣の改善及び健康意識の向上を図る。
具体的内容	①対象者に健康診査の案内文及び受診券を送付〔7月末〕 ②市内指定医療機関での個別受診〔8～9月〕 ③健診期間中に、ハガキや電話による受診勧奨を行う〔9月〕 ④健診結果により必要に応じ保健指導実施〔11～3月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】受診勧奨実施率 40.0% 【アウトカム】若年健診受診率 30.0%

#### 評価と見直し・改善案

事業名	若年健康診査（35～39歳）	
評価指標 （アウトカム・アウトプット）	【アウトプット】 受診勧奨実施率	【アウトカム】 若年健診受診率
目標値	40.0%	30.0%
ベースライン	平成29年度 -	平成29年度 17.2%
経年変化	平成30年度 - 令和元年度 - 令和2年度 20.9%	平成30年度 17.6% 令和元年度 17.6% 令和2年度 20.5%
指標判定	B	B
事業判定	B	
要因 （うまくいった・ うまくいかなかった 要因）	【うまくいった要因】 令和2年度に、初の試みとして、次年度40歳になる39歳の年代に対し、ハガキによる受診勧奨を行った。その効果があつてか、ハガキ送付後の受診が22人と、計30人の受診が確認でき、39歳の受診率は、前年度から比べ、倍近くの26.5%に上昇した。	
見直しと改善 の案	受診勧奨は、やればやるだけ効果が上がる方法だということがわかった。来年度以降も引き続き、受診勧奨対象者を増やすなどし、受診勧奨を効果的に進めていきたい。	

## ② スマホdeドック事業

### 事業内容

背景	若年健診の受診率は、20%台と低い。保険者努力支援制度においては、40歳未満の健康意識の向上及び特定健診等の受診率向上のための周知・啓発の取組が評価指標に加わるなど、さらに取組内容の充実が求められている。
目的	若年健診未受診者に対し、自宅で気軽に健康チェックできる血液検査サービス「スマホdeドック」による受診勧奨を実施し、利用してもらうことで、健康意識の向上を図り、次年度以降の若年健診受診につなげる。
具体的内容	対象者に「スマホdeドック」の案内文を送付〔10月〕 以下の手順により実施〔随時〕 ①スマートフォンやパソコンからインターネットを通じて申込み ②検査キットが届く ③検査キットで採血し郵便で返送（ポストに投函） ④検査結果と改善アドバイスがメールで届く ⑤検査結果により必要に応じ保健指導を実施〔随時〕
評価指標 目標値	【アウトプット】スマホdeドック利用率 15.0% 【アウトカム】次年度以降健診受診につながった件数 10件

### 評価と見直し・改善案

事業名	スマホdeドック事業	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 スマホdeドック利用率	【アウトカム】 次年度健診受診につながった件数
目標値	15.0%	10人
ベースライン	平成30年度 12.2%	令和元年度 6件
経年変化	令和元年度 5.2%	令和2年度 6件
指標判定	B	C
事業判定	C	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	【うまくいかなかった要因】 事業実施の初年度は、物珍しさもあり、申し込みが殺到するほどであったが、次年度は2年目ということもあり、利用率は半分以下に落ち込んだ。	
見直しと改善 の案	事業を開始して令和2年度で3年目となる。「スマホdeドック」をきっかけに、1人でも多く次年度の医療機関での個別健診受診につながることを期待し実施してきたが、件数が思うほど伸びない。事業継続について見極めが必要。未受診者対策として有効な受診勧奨について検討していきたい。	

### ③ ジェネリック医薬品普及促進事業

#### 事業内容

背景	国は、ジェネリック医薬品の数量シェアの目標値を80.0%に掲げ、ジェネリック医薬品の使用促進を図っている。保険者努力支援制度上、使用割合に関するポイントは非常に高く、事業の重要性は大きい。
目的	医療費適正化のため、ジェネリック医薬品の使用促進について、広報啓発を行うほか、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知する。
具体的内容	<p>【広報・啓発】 新規加入者に対して、加入手続きの際に窓口でジェネリック医薬品希望カード付き保険証ケースを配付〔随時〕 9月の被保険者証一斉更新時にジェネリック医薬品希望カード付き保険証ケースを全世帯に同封〔9月〕</p> <p>【差額通知】 富山県国民健康保険団体連合会により、レセプトデータから対象者を抽出〔6月、11月〕 対象者に通知書を送付〔6月、11月〕 富山県国民健康保険団体連合会から提出されるジェネリック医薬品利用状況データに基づき、当該年度の数量シェアを集計〔翌年度4月〕</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】差額通知の発送数</p> <p>【アウトカム】ジェネリック医薬品普及率（数量シェア） 80.0%</p>

#### 評価と見直し・改善案

事業名	ジェネリック医薬品普及促進事業	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 差額通知の発送数	【アウトカム】 ジェネリック医薬品普及率（数量シェア）
目標値	500件	80.0%
ベースライン	平成29年度 1,283件	平成29年度 70.2%
経年変化	平成30年度 1,015件 令和元年度 754件 令和2年度 648件	平成30年度 74.7% 令和元年度 78.0%
指標判定	B	B
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】 差額通知の発送数は年々減少傾向にあり、切り替えが進んでいる。</p> <p>【うまくいかなかった要因】 現在、ジェネリック医薬品の希望カード付保険証ケースを配付し、利用促進を図っているが、使用の際、ケースから保険証を取り出して提示している場合が多く、うまく効果が発揮されていないと感じる。</p>	
見直しと改善の案	引き続き、年2回の差額通知を行っていく。啓発方法については、これまでの希望カード付保険証ケースから希望シールに変更し、保険証やお薬手帳に貼って使用することで利用促進を図っていく。	

#### ④ 多受診者訪問指導（重複受診・頻回受診・重複服薬）

##### 事業内容

背景	多受診（重複受診・頻回受診・重複服薬）者に対する訪問指導は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。対象者は、平成29年度では267人、平成30年度では235人、令和元年度においては193人と、年々減少傾向にはある。
目的	医療機関への過度な受診が確認できた者や、薬局から投薬を重複して受けている者に対し、保健師等が個別訪問し、療養等の必要な保健指導を行うことにより、これらの者の健康維持と疾病の早期回復を目指すとともに、医療給付の適正化を図る。
具体的内容	①外部委託により、レセプトデータから多受診者に該当する者を抽出〔7月〕 ②対象者のうち、指導効果が高いと見込まれる者（60人程度）を選定〔7～8月〕 ③対象者に「訪問健康相談」として案内文を送付〔8月〕 ④保健指導委託先の保健師等から訪問のアポイントを電話でとる〔9月〕 ⑤アポイントのとれた対象者30人に訪問指導実施〔9～10月〕 ⑥1か月後電話指導〔10～11月〕 ⑦効果測定〔2月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】訪問指導実施者数 30人 【アウトカム】訪問指導後の行動変容率 80.0%

##### 評価と見直し・改善案

事業名	多受診者訪問指導（重複受診・頻回受診・重複服薬）	
評価指標 （アウトカム・アウトプット）	【アウトプット】 訪問指導実施者数	【アウトカム】 訪問指導後の行動変容率
目標値	30人	80.0%
ベースライン	平成29年度 28人	平成29年度 89.3%
経年変化	平成30年度 30人 令和元年度 30人 令和2年度 30人	平成30年度 76.7% 令和元年度 83.3%
指標判定	A	A
事業判定	B	
要因 （うまくいった・うまくいかなかった要因）	【うまくいっていない要因】 保健指導は30人を限度として委託業者をお願いしている。委託業者には対象者の電話番号を提供することになっており、把握できない対象者は除かれることになっている。そのため、真に指導の必要な者が、対象者から抜け落ちてしまう。	
見直しと改善 の案	訪問指導の対象から抜け落ちてしまう者には、委託業者だけに頼らず、市の保健師等で対応するなどし、フォローアップに努めていきたい。	

### ⑤ 多剤通知事業【令和2年度～】

#### 事業内容

背景	多剤併用による薬物有害事象（ポリファーマシー）が大きな社会問題となっている。ポリファーマシー対策として、医師会・薬剤師会との連携、協力のもと、令和2年度からスタートした。
目的	多くの薬剤を服用している者や同じ効能の薬剤をを複数服用している者に対し、薬剤情報を記載した通知書を送付することで、適切な服薬を促し、薬害事象を防ぐ。
具体的内容	①外部委託により、レセプトデータから、複数医療機関の受診があり、6種類以上の薬剤を14日以上服薬している者を抽出〔9月〕 ②対象者のうち、通知対象者を選定〔9月〕 ③対象者リストに基づき、通知書を作成、発送する〔10月〕 ④通知発送後のレセプトを用いて、通知送付者の服薬状況から効果を測定〔2月〕
評価指標 目標値	【アウトプット】通知件数 500件 【アウトカム】医薬品種類数改善割合 50.0%

#### 評価と見直し・改善案

事業名	多剤通知事業	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 通知件数	【アウトカム】 医薬品数改善割合
目標値	500件	50.0%
ベースライン	令和2年度 580件	令和2年度 28.8%
経年変化	—	—
指標判定	—	—
事業判定	—	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	—	
見直しと改善 の案	—	

## ⑥ 身体すっきり教室

### 事業内容

背景	運動習慣の確保が難しい現状の中、運動指導士による生活活動を高める運動の場を提供する。
目的	日常生活をうまく使って運動時間に置き換え、細切れ運動の積み重ねにより運動習慣の定着化を図り、生活習慣病の発症を予防する。
具体的内容	<p>【広報・啓発】</p> <p>①広報4月号同時配布のおとなの健康カレンダー（保存版）に教室の日程等掲載〔4月〕</p> <p>②関係団体（ヘルスポランテア・食生活改善推進員）にチラシを配布〔4月〕</p> <p>③特定健診の受診券送付時に同封するパンフレットに教室の日程等掲載〔5月末〕</p> <p>【教室開催】</p> <p>①市内5か所の体育館を使用し、申込不要の自由参加の教室として年間10回実施〔6～3月〕</p> <p>②ポイントラリーを実施し、5回以上参加した人には景品を進呈〔3月〕</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】開催回数 10回</p> <p>【アウトカム】ポイントラリー達成者 40人</p>

### 評価と見直し・改善案

事業名	身体すっきり教室	
評価指標 (アウトカム・アウトプット)	【アウトプット】 開催回数	【アウトカム】 ポイントラリー達成者
目標値	現状維持	40人
ベースライン	平成29年度 年間10回	平成29年度 29人
経年変化	平成30年度 年間10回 令和元年度 年間9回(※) (※)感染症拡大防止のため最終回中止	平成30年度 31人 令和元年度 26人
指標判定	A	B
事業判定	B	
要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	<p>【うまくいった要因】</p> <p>令和2年度から、ポイントラリーの台紙に、毎回参加者の体重や血圧を測定し記録していくことで、参加期間を通して運動の効果を自分自身で把握できるようにしたため、これまで以上に、継続して自宅等でも取り組んでもらい、運動習慣の定着につながることが期待できる。</p>	
見直しと改善の案	<p>教室終了後に、健康に関する意識の向上やインセンティブが行動変容につながったかどうかについてアンケートを実施し、その取りまとめ結果から、次年度に向け、より効果的な事業とするための必要な改善を行う。</p>	

## 各事業の見直し等のまとめ

取組	事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
【取組1】 特定健診 受診率向上 対策	① 特定健診受診勧奨	有効対話に占める「受診する」と回答した割合は年々増加しているが、目標値には達していない。	コール対象者の抽出要件を見直す。ハガキの文面についても目にとめてもらえる内容に一新する。	継続
	② 集団健診の実施及び受診勧奨	集団健診の回数を増やした分だけ受診者が増えている。機会の拡充が課題。	平日、休日を利用した集団健診に加え、夕方（夜間）健診を検討する。	継続 (拡充)
	③ 健診結果説明会の開催	参加者が定員に満たない状況が続いており、目標値に達していない。	周知方法、開催時期の検討が必要。	継続
	④ 職場健診受診者からの健診結果データの受領	受診勧奨事業が、情報提供者を拾える有効な手段の一つとなっており、効果が大い。目標値も達成した。	受診勧奨対象者の選定についてさらなる検討が必要。	継続
	⑤ かかりつけ医での診療における検査データの受領	診療情報提供件数は伸びておらず、目標値には程遠い。	「みなし健診対象者リスト」を活用し、本人及び医療機関から情報提供しやすい体制を整える。	継続
【取組2】 メタボリック シンドローム 対策	① 特定保健指導（積極的支援）の実施	実施率はここ3年、年々減少しており、目標値には程遠い。	「FreeStyleリブレ」の活用、感染症対策としても有効な「遠隔面談」を取り入れ、利用率向上を図る。	継続
	② 特定保健指導（動機付け支援）の実施	実施率は年々順調に伸びている。	特定健診受診の際の結果説明及び保健指導参加の必要性を十分に周知する。	継続
【取組3】 糖尿病等 重症化予防 の取り組み の強化	① 血管若返り教室	参加者は年々減少している。	教室の構成を見直し、対象者が参加しやすい体制にする。	継続
	② 健康相談会	参加者は昨年度と同様。日程的な問題なのか後半に案内した人の参加率が低い。	後半の案内での参加者を増やすため、参加の少ない地域に向いて開催するなど体制を見直す。	継続
	③ 血糖コントロール不良者等への保健指導	対象者が約3,000人いる中、マンパワー不足で訪問しきれず、年々訪問件数が落ち込んでいる。	県の国保ヘルスアップ事業を活用し、専門職の派遣を要請することでマンパワー確保に努める。	継続
	④ 健診異常値放置者への医療機関受診勧奨	受診率は年々上昇しているものの、目標値50%に届いていない。	健診受診から受診勧奨奨励時期までの期間を短くし、早期に受診勧奨を行う。	継続
	⑤ 糖尿病治療中断者への医療機関受診勧奨	経済的な問題を抱えた対象者が多く、なかなか受診行動に結び付かない。	まずは無料の特定健診を勧め、機会を見て粘り強く訪問等実施する。	継続
	⑥ 糖尿病性腎症の可能性の高い者への受診勧奨・保健指導	令和元年度のプログラム参加者は0人であった。受診勧奨通知に工夫が必要。	受診とプログラム参加を促すため、受診勧奨時に医療機関との連携ツール【様式2】を同封する。	継続
	⑦ 糖尿病性腎症と想定される患者への保健指導	プログラム参加者は3人と目標値を達成。検査値の悪化が課題。	引き続き、医療機関との連携体制を強化しながら保健指導の充実を図る。	継続
その他 取組	① 若年健康診査（35～39歳）	令和2年度において、受診率が初の20%超えとなったが、目標値には届いていない。	令和2年度に試みた受診勧奨を、対象者を拡大して引き続き実施する。	継続 (拡充)
	② スマホdeドック事業	利用率が低迷しており、事業継続の見極めの時期がきた。	「スマホdeドック」に代わる有効な未受診者対策について検討していく。	別事業 検討
	③ ジェネリック医薬品普及促進事業	普及率は目標値80%に近いところまできている。差額通知の発注も年々減少傾向にあり切り替えが進んでいる。	これまでの希望カード付保険証ケースから希望シールに啓発方法を見直し、さらなる利用促進を図る。	継続
	④ 多受診者訪問指導（重複受診・頻回受診・重複服薬）	訪問指導後の行動変容率は、目標値を達成している。	保健指導を委託できないケースは、市の保健師等に対応するなどし、フォローアップに努めたい。	継続
	⑤ 多剤通知事業	令和2年度からの新規事業として実施。	令和2年度の評価結果から課題を把握する。	継続
	⑥ 身体すっきり教室	ポイントラリー達成者は伸び悩んでいる。	最終回の教室終了後にアンケートをとり、次年度に向け、より効果的な事業とするための改善策を練る。	継続

## 6 今後の予定と最終評価について

### (1) 評価の時期

第2期データヘルス計画（平成30年度～令和5年度）は、最終年度である令和5年度に最終評価を行います。

### (2) 評価方法・体制

計画の評価については、KDBシステム等から健診・医療情報を活用し、毎年度実施します。最終年度の評価においては、次期の計画策定に向け、経年変化の状況を見ながら、必要に応じて実施体制・目標値等の見直しを行います。

評価・見直しに当たっては、計画策定時同様、保険年金課が主体となり、庁内関係部局と連携体制をとり、富山県や富山県国民健康保険団体連合会等外部有識者から指導・助言を受けながら、最終的には射水市国民健康保険運営協議会の場において、保健事業の実施・評価について意見を求め審議していくものとします。





射水市国民健康保険  
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
中間評価

令和3年3月発行

編集：福祉保健部 保険年金課

〒939-0294 富山県射水市新開発410番地1

TEL (0766) 51-6628

FAX (0766) 51-6659