

第2期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画  
(藤沢市データヘルス計画)  
中間評価 (案)

## 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.....	3
4.個別事業評価.....	4
(1)こくほ健康診査(特定健康診査)等受診率向上対策事業.....	4
(2)特定保健指導利用勧奨事業.....	8
(3)生活習慣病重症化予防事業.....	10
(4)適正受診・適正服薬促進事業.....	12
(5)医療費等の分析に基づく事業実施体制整備.....	14
(6)地域包括ケアの推進に向けた協働.....	16
5.全体評価.....	18
6.今後の方向性と最終評価.....	20

# 1.はじめに

本市においては、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定に基づき、「藤沢市特定健康診査等実施計画（平成20年度～平成24年度）」及び「第2期藤沢市特定健康診査等実施計画（平成25年度～平成29年度）」を策定し、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査等を実施してきました。

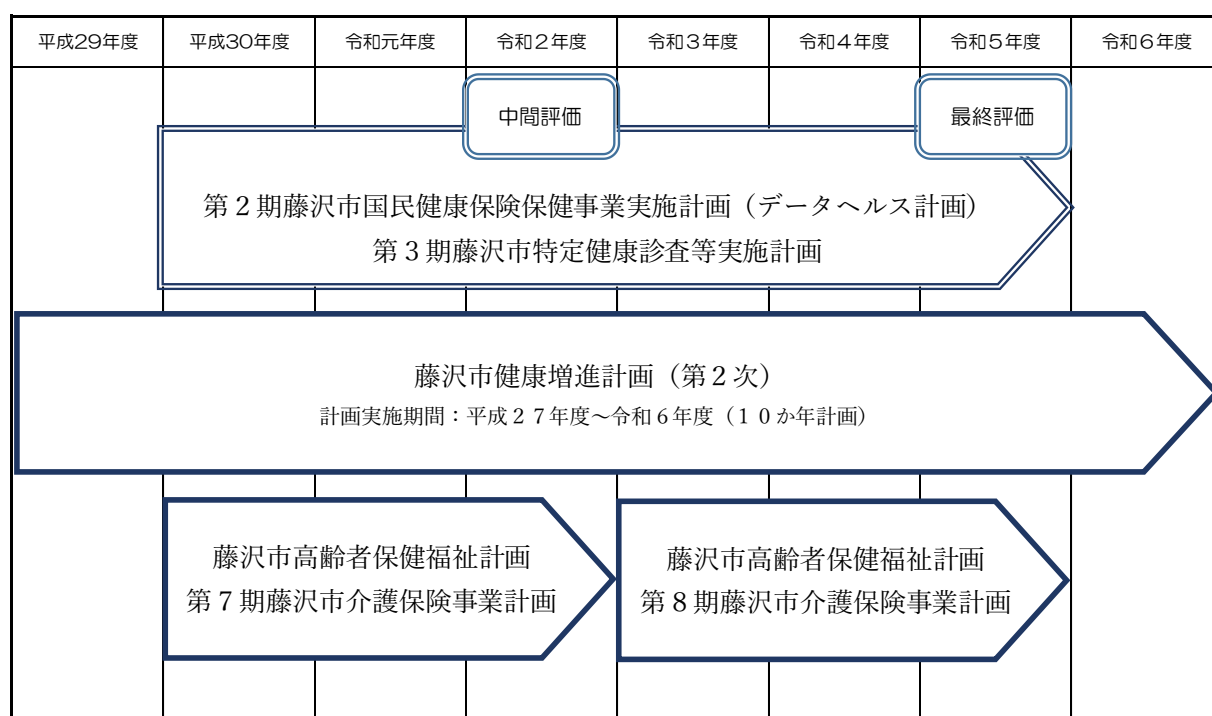
また、平成26年4月に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部が改正されたことを受け、「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」「健康力の向上」を理念とする「藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）」を策定し、保健事業を進めてきました。

平成29年度には、これらの計画が終了することを踏まえて、計画期間を6年間とした「第2期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）」（以下、「本計画」という。）及び「第3期藤沢市特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、平成30年度から施行しています。

令和2年度については、本計画施行後3年目となり、計画期間の中間年に当たることから、これまで進めてきました個別の保健事業について、評価・見直しを行うことを目的に中間評価を実施しました。

なお、本計画については、健康診査や医療に関する情報を活用するなど、被保険者の健康課題の分析を進めるとともに、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために策定しており、保健事業を実施する際には、藤沢市健康増進計画、藤沢市高齢者保健福祉計画及び藤沢市介護保険事業計画との整合性を図りながら進めています。

計画実施期間と関連図



## 2. データヘルス計画の概要

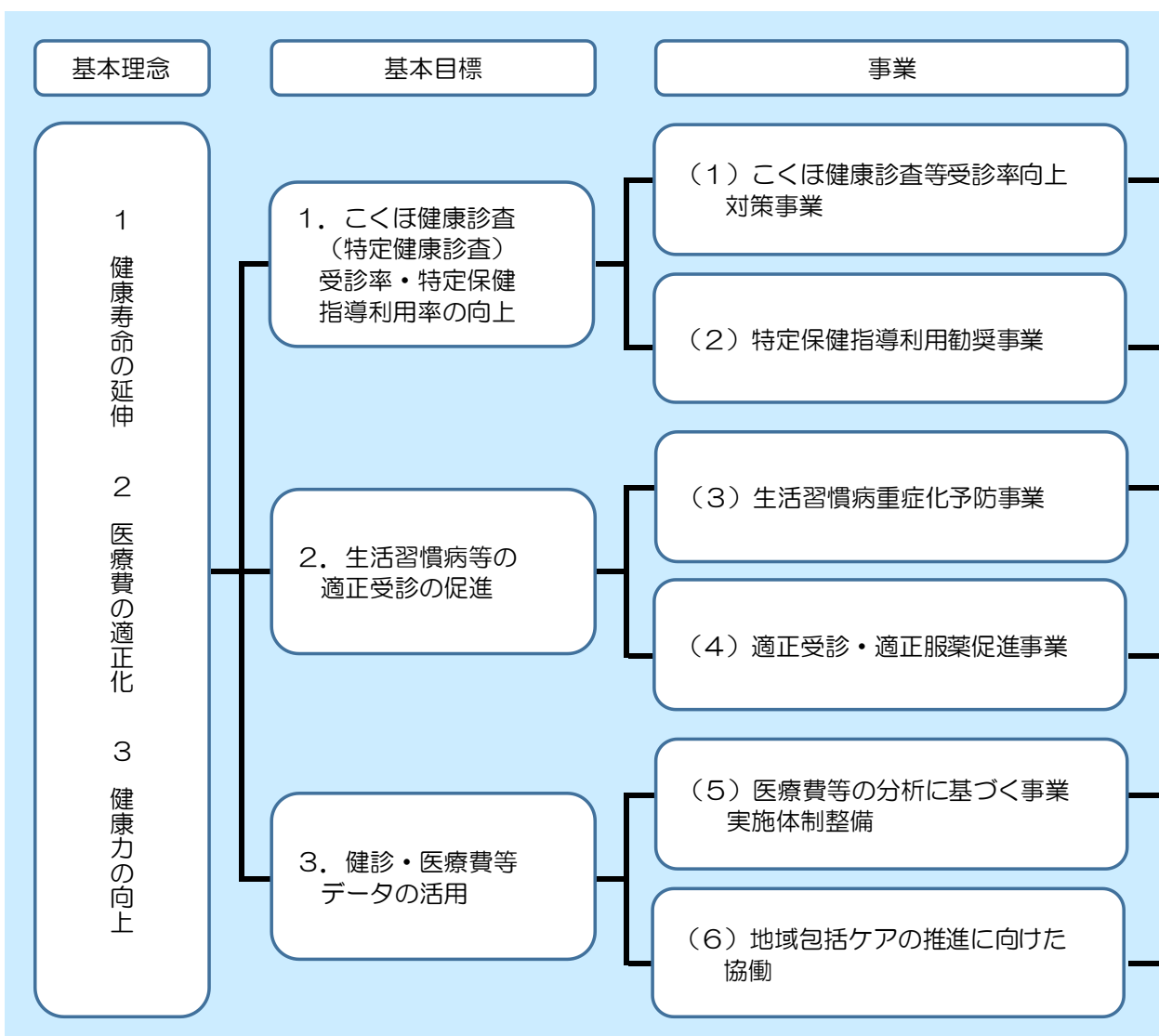
本計画では、3つの基本理念の実現に向けて、国民健康保険加入者の健康状態や医療費の使用状況等に関する現状・課題等を踏まえ、6つの事業を実施しています。

具体的には、特定健康診査を起点として、被保険者一人ひとりの健康課題に応じた支援を実施すること、医療費の使用状況等から、適正な受診方法について情報提供や保健指導を行うこと、保健事業における取組やデータの分析により得られた課題を地域に還元し、地域包括ケアの推進に向けて庁内関係部署等と連携を図るなど、様々な取組を実施しています。

### ※「保健事業支援・評価委員会」

国によるデータヘルスの推進の一環として、データヘルス計画の策定、実施、評価等の支援などを行うため、都道府県国民健康保険団体連合会に設置された委員会。公衆衛生学・公衆衛生看護学に造詣が深い者、大学研究機関・地域の関係機関等の有識者、及び都道府県職員、地域関係者等により構成されている。

### 計画の体系



### 3. 中間評価の方法

中間評価は、現在までの取組を評価し、課題と今後の方向性について整理をすることを目的として行うものです。

#### (1) 個別事業評価

##### ア 目的や目標に対する達成状況の評価

事業ごとに規定している取組内容について、事業を取り巻く背景等を勘案し目的や目標に対する達成状況の評価しました。

##### イ 事業全体の評価

取組に対する達成状況を踏まえて、事業の実施体制、実施方法等の評価を行い、今後の方向性や進め方を整理しました。

#### (2) 全体評価

計画の実行からまだ十分に期間が経過しておらず、被保険者全体の健康水準や医療費への効果が大きくないことから、計画全体の達成度及び評価の実施は最終年度で行います。

#### (3) 第三者評価

藤沢市国民健康保険運営協議会で協議・検討を行い、神奈川県国民健康保険団体連合会「保健事業支援・評価委員会」※において、外部有識者等からの助言を受けました。

事業目標	主な内容
こくほ健康診査・ヘルスチェック・がん検診等の受診率の向上を目指す	①こくほ健康診査受診率向上対策 ②ヘルスチェック事業の充実と受診率向上対策 ③がん検診等受診率向上対策
特定保健指導利用率の向上を目指す	①特定保健指導利用率向上対策
生活習慣病重症化予防に向けた支援体制の整備を行う	①要医療者への保健指導の実施 ②糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防
医療費使用状況を分析し、効果的で効率的な保健指導を実践する	①多重受診・多重服薬者対策 ②後発医薬品の利用促進の取組
データに基づく健康課題の把握と今後の取組について整理する	①レセプトの分析による健康課題の把握 ②健診データを活用した健康課題の把握
医療費等分析を踏まえた地域の健康課題等に係る情報提供を実施する	①地域包括ケア等の構築・推進に向けた情報提供と課題の共有

## 4. 個別事業評価

6つの個別事業について、まず取組内容ごとに評価指標に対する達成状況を判定しました。

そして、その達成度により、事業全体の評価を「個別の事業全体の評価区分」A～Eの5段階で評価しました。

### (1) こくほ健康診査（特定健康診査）等受診率向上対策事業

#### ア 事業内容

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国が定める市町村国保の特定健診受診率目標値は60%以上であるが、本市の受診率は約40%で推移している。</li> <li>・ヘルスチェック受診率が低下しており、且つ受診者に占める要治療者の割合が増加している。</li> <li>・がん検診において国が定める受診率の目標値と比較して、本市の受診率は低い。</li> </ul>
目的	こくほ健康診査（特定健康診査）※1・ヘルスチェック※2・がん検診等の受診率の向上。
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～74歳の特定健康診査対象者への通知や電話による受診勧奨等の取組。</li> <li>・31～39歳対象のヘルスチェック実施体制の充実と対象者への通知や電話による受診勧奨等の取組。</li> <li>・国民健康保険加入者のがん検診及び歯科検診の受診率向上に向けた受診券の同時発送や普及啓発等に係る取組。</li> </ul>

#### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① こくほ健康診査受診率向上対策	(ア) 特定健康診査受診率	特定健康診査受診率の向上 (平成28年度受診率41.7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 59,962人</li> <li>・受診者数 23,797人</li> <li>・受診率 39.7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 57,831人</li> <li>・受診者数 22,999人</li> <li>・受診率 39.8%</li> </ul>
	(イ) 初めて特定健康診査の対象になった人への受診勧奨	40歳到達者の受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 899人</li> <li>・受診者数 177人</li> <li>・受診率 19.7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 854人</li> <li>・受診者数 171人</li> <li>・受診率 20.0%</li> </ul>
	(ウ) 医療受診歴がなく、過去に受診したことのある対象者への受診勧奨	1回でも受診したことがある人の受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 (60歳到達者) 266人</li> <li>・受診率 38.0%</li> <li>・対象者数 (70歳到達者) 1,223人</li> <li>・受診率 42.8%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者数 (60歳到達者) 245人</li> <li>・受診率 42.0%</li> <li>・対象者数 (70歳到達者) 1,451人</li> <li>・受診率 46.2%</li> </ul>
	(エ) 医療受診歴があり、特定健康診査未受診者への受診勧奨	生活習慣病で医療機関を受診している者の特定健診受診率向上 (平成28年度受診率49.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病治療中 39,867人</li> <li>・うち特定健診受診者 19,032人</li> <li>・受診率 47.7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病治療中 38,901人</li> <li>・うち特定健診受診者 18,425人</li> <li>・受診率 47.4%</li> </ul>
		医療機関及び薬局等の関係機関と連携した受診勧奨の取組実施	受診勧奨ポスター掲示依頼 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会 167件</li> <li>・歯科医師会 190件</li> <li>・薬剤師会 160件</li> </ul>	受診勧奨ポスター掲示依頼 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会 173件</li> <li>・歯科医師会 190件</li> <li>・薬剤師会 160件</li> </ul>

## 個別の事業全体の評価区分

- A うまくいっている
- B まあうまくいっている
- C あまりうまくいっていない
- D まったくうまくいっていない
- E わからない

帝京大学大学院公衆衛生学研究科作成 『国民健康保険のためのデータヘルス計画中間評価マニュアル』引用

### ※1 こくほ健康診査（特定健康診査）

国民健康保険加入者のうち、40～74歳を対象とした生活習慣病のリスクを把握することを目的とした健診。市内約180か所の指定医療機関にて、個別健診を実施。

### ※2 ヘルスチェック

国民健康保険加入者のうち、31～39歳を対象とした生活習慣病のリスクを把握することを目的とした健診。指定された健診実施機関にて、個別健診を実施。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
未達成	C あまりうまくいっていない	特定健康診査の受診勧奨を実施する個々の取組については計画通り実施することができ、それぞれに成果が見られたものの、全体の受診率の向上は図られていない。また、国が示す目標値60%、本市が特定健康診査等事業実施計画で掲げた令和元年度の目標値48%を下回っていることから事業評価をCとした。	<b>【事業全体】</b> 特定健康診査に係る効果的な受診勧奨を継続するとともに、適切な治療の継続や生活習慣の改善に向けて、かかりつけ医等による特定健康診査受診勧奨を更に積極的に進めていけるよう取組の強化を図る。  <b>【個別項目】</b> ・40歳到達者については、初めて特定健康診査の対象となる年齢でもあり、健康管理に係る普及啓発の機会として優先度が高いと考え、受診勧奨方法を工夫し今後も継続して取り組んでいく。 ・60歳代、70歳代は医療機関受診の割合が増加する年代であるため、治療開始後でも健診を継続して受診するよう医療機関における受診勧奨に取り組んでいく。 ・特定健康診査の結果、検査値が治療域であるにも関わらず医療機関を受診しない対象者が一定数存在する。医療機関の受診勧奨と翌年の特定健康診査の受診勧奨を効果的・効率的に行うことで双方の受診率の向上を目指す。 ・特定健康診査の対象者かつ生活習慣病で医療機関に通院している者のうち、健診を受診しているのは約50%である。今後は、生活習慣病治療のための受診時に医療機関において特定健康診査の受診勧奨、特定保健指導の利用勧奨等を効果的に進められるよう取組の拡充を図っていく。
達成			
達成			
未達成			

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
② ヘルスチェック事業の充実と受診率向上対策	(ア) ヘルスチェック受診率	ヘルスチェック受診率向上 (平成28年度受診率15.3%)	・対象者数 4,132人 ・受診者数 603人 ・受診率 14.6%	・対象者数 4,959人 ・受診者数 709人 ・受診率 14.3%
	(イ) ヘルスチェック結果説明や要フォロー者への支援を実施	・面接による結果説明の実施 ・医療受診が必要な対象者への受療勧奨の実施 ・保健指導が必要な対象者への指導の実施	・結果説明 603人 (対象者全員) ・受療勧奨 152人 ・保健指導利用勧奨 109人 (保健指導利用率 0.9%)	・結果説明 709人 (対象者全員) ・受療勧奨 191人 ・保健指導利用勧奨 114人 (保健指導利用率 4.4%)
	(ウ) 初めてヘルスチェックの対象になった人への受診勧奨	31歳到達者の受診率向上	・対象者数 332人 (通知 332人) ・受診者数 44人 ・受診率 13.3%	・対象者数 455人 (通知 455人, 内電話 131人) ・受診者数 68人 ・受診率 14.9%
	(エ) 過去にヘルスチェックを受診したことがある対象者への受診勧奨	過去に受診したことがある人への受診勧奨の実施	受診歴のある対象者337人を抽出し、見込み数の把握と実施方法を検討した。	・受診歴のある対象者284人 全員に電話勧奨を実施 ・受診者数 125人 ・受診率 44.0%
	(オ) ICT(情報通信技術)を活用した情報提供ができる体制整備	・ヘルスチェック事業の対象者への周知 ・要指導者への保健指導の実施	・健診情報提供方法等の検討 ・健診案内に、健診予約のためのQRコードを印字	通知文書を開封するためのショートメールメッセージの使用等の検討
③ がん検診等受診率向上対策	がん検診や歯周疾患等の受診者状況の把握	国民健康保険加入者のがん検診受診率の把握	【70歳未満の国保加入者がん検診受診率】 ・子宮頸がん 11.2% ・乳がん 13.6% ・胃がん 3.5% ・肺がん 26.0% ・大腸がん 23.5%	【70歳未満の国保加入者がん検診受診率】 ・子宮頸がん 11.3% ・乳がん 14.0% ・胃がん 3.4% ・肺がん 25.0% ・大腸がん 22.4%
		国民健康保険加入者の歯科検診受診率の把握	【歯周疾患検診(国保加入者以外も含む)】 受診率 7.8%	【歯周疾患検診(国保加入者以外も含む)】 受診率 7.5%



評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
未達成	C あまりうまくいっていない	従来健診のみを実施していたヘルスチェックについて、結果説明や医療機関の受診勧奨、特定保健指導に準じた保健指導の実施等を開始する体制整備を進めることができた一方、健診受診率の低下が見られることから事業評価をCとした。	<p>【事業全体】</p> <p>30歳代からの生活習慣病重症化予防を目的としている一方、受診率が低下しているため、受診率の向上に向けた取組の拡充が必要である。現在は健診の実施場所及び実施時間等が限られていることから、受診環境の整備について関係機関と協議・検討を進めていく。</p> <p>【個別項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨方法について、郵送による通知に加えて電話による受診勧奨を実施したことにより受診率の向上が見られた。</li> <li>・30歳代の対象者は国民健康保険への加入資格の異動の割合が多いことから、対象者の特性に応じた効果的・効率的な受診勧奨方法に取り組んでいくこととする。</li> <li>・対象者の特性に応じた情報通信技術の活用について検討や取組を進めているが、コロナ禍でみられた感染症予防等を念頭においた保健事業の実施体制について、ヘルスチェックに限らず全体を見渡したうえで整備をする必要があるため、個別事業の取組から、今後の保健事業全体の課題及び取組に移行する。</li> </ul>
達成			
達成			
達成			
未達成	C あまりうまくいっていない	庁内関係部署との連携により国民健康保険加入者に係るがん検診の受診率について把握するよう努めたが対象者の年齢等により把握できる情報に限りがあった。また、歯科検診については把握することができなかったことから事業評価をCとした。	国民健康保険医療費のうち、がんに係る医療費が占める割合は一番高く、歯科医療費では生活習慣病のリスクのある者が歯周疾患で通院する割合が高い。検診の活用により疾患の早期発見と重症化予防の取組を促すためにも、受診率の向上に向けた支援と年齢による切れ目のない保健事業の実施体制整備を進めていく。

## (2) 特定保健指導利用勧奨事業

### ア 事業内容

背景	国が定める市町村国保の <b>特定保健指導※3</b> 終了率目標値は20%以上であるが、本市では約6%で推移しており、また特定健康診査受診者に占める対象者基準該当者の割合が増加している。
目的	特定保健指導の利用率、及び終了率向上を目指す。
内容	特定健康診査結果において生活習慣病発症のリスクがあると判定された対象者に対し、利用勧奨を行う取組。

### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① 特定保健指導利用率向上対策	(ア) 特定保健指導利用率・終了率	特定保健指導利用率・終了率の向上 (平成28年度 利用率6.6%・終了率5.6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者数 2,294人</li> <li>利用者数 324人</li> <li>利用率 14.1%</li> <li>終了者数 250人</li> <li>終了率 10.9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者数 2,269人</li> <li>利用者数 297人</li> <li>利用率 13.1%</li> <li>終了者数 270人</li> <li>終了率 11.9%</li> </ul>
	(イ) 実施体制の整備	<b>グループ支援※4</b> の実施 (平成28年度実施回数5回)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施場所 3か所</li> <li>実施回数 11回</li> <li>グループ支援参加者数 137人</li> </ul> (特定保健指導終了者数250人のうち、グループ支援利用率は54.8%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施場所 2か所</li> <li>実施回数 8回</li> <li>グループ支援参加者数 96人</li> </ul> (特定保健指導終了者数270人のうち、グループ支援利用率は35.6%)
		各実施医療機関共通の保健指導用教材の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施医療機関からの意見聴取</li> <li>特定保健指導実施者研修会の実施</li> </ul>	共通の保健指導用教材の活用開始
	(ウ) 対象者への利用勧奨の実施	特定保健指導対象者への利用勧奨の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者数 2,640人</li> <li>電話勧奨数 2,092人</li> <li>電話通電率 42.9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者数 2,420人</li> <li>電話勧奨数 2,066人</li> <li>電話通電率 42.6%</li> </ul>
	(エ) 特定保健指導利用期間中の途中終了者(「途中脱落者」)の支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>途中脱落者の脱落の原因分析と詳細の明確化</li> <li>資格喪失者以外の対象者についての分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者数 324人</li> <li>途中脱落者数 45人 (内訳)</li> <li><b>動機付け支援※5</b> 本人都合 28件 その他 5件</li> <li><b>積極的支援※5</b> 本人都合 6件 内服開始 4件 その他 2件</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者数 297人</li> <li>途中脱落者数 18人 (内訳)</li> <li>動機付け支援 本人都合 9件 内服開始 3件 その他 2件</li> <li>積極的支援 本人都合 1件 内服開始 2件 その他 1件</li> </ul>

**※3 特定保健指導**

特定健康診査の結果において腹囲や体格指数（BMI）に加え、血圧・脂質・血糖の値が一定の基準を超える者に対する生活習慣改善を目的とした3か月間の保健指導。

**※4 グループ支援**

専門職と1対1で行う個別支援と、複数人で参加できるグループ支援がある。

**※5 動機付け支援・積極的支援**

血圧などのリスクの多さにより、2つの支援に分かれる。どちらの支援も、初回の保健指導及びその3か月後に取組の最終評価を行うが、積極的支援はその3か月の間にも、継続して介入支援を行う。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
達成	B まあうまくいっている	国が示す目標値、及び本市の計画に規定する目標値を達成することはできなかったが、対象者が参加しやすい体制づくりとして保健指導期間の短縮やグループ支援の導入、利便性の高い開催場所の確保等に取り組み、評価指標と比較し、利用率、及び終了率の向上を図ることができた。また、保健指導における精度管理を目的として従事者研修を行うとともに、特定保健指導対象者向けの説明資料を統一したことなどにより、特定保健指導を途中で脱落する者が減少したことから事業評価をBとした。	<p><b>【事業全体】</b>            特定保健指導対象者の特性に応じた効果的な普及啓発及び利用勧奨を継続するとともに、生活習慣の改善による生活習慣病の発症予防に向けて、特定健康診査時からの利用勧奨を更に積極的に進めていけるよう取組の強化を図る。</p> <p><b>【個別項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査結果説明時に特定保健指導の対象者が把握できることを有効に活用し、初回面接の実施方法や、保健指導実施機関を複数選択する等制度の柔軟な運用について検討を行い、利用率、及び終了率の向上に向けた体制の整備を進める。</li> <li>・現在実施している利用勧奨の効果、及び未利用者の状況について分析を進めることで、利用率、及び終了率向上の取組について検討を進める。</li> <li>・対面で実施している保健指導について、リモートで実施できる環境の整備や、電子メール、コミュニケーションアプリ等の活用により対象者が利用しやすく、保健指導が効果的に実施できる方法について検討を進め、利用率、終了率の向上及び途中脱落の防止を図る。</li> </ul>
達成			
達成			
達成			

### (3) 生活習慣病重症化予防事業

#### ア 事業内容

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診者のうち高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病で治療中の者の割合や、特定健康診査の検査結果が<u>受診勧奨判定値※6</u>を超えているにもかかわらず医療機関を受診していない者の割合が年々増加している。</li> <li>・外来医療費では腎不全が占める割合が最も高く、年々増加している。</li> </ul>
目的	生活習慣病の重症化予防に向けた支援体制の整備を行う。
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の検査結果が受診勧奨判定値を超えている医療機関未受診者への受診勧奨を実施。</li> <li>・医療費が高額な人工透析への移行要因の1つである<u>糖尿病性腎症※7</u>の重症化を予防するため、かかりつけ医と連携した生活習慣改善の保健指導を実施。</li> </ul>

#### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① 要医療者への保健指導の実施	(ア) 特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている医療機関未受診者（要医療者）への保健指導	受診が必要な対象者への受診勧奨の実施	対象者基準及び抽出方法の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨者数 1,291人</li> <li>・医療機関受診者数 428人</li> <li>・受診率 33.2%</li> </ul>
		受診勧奨判定値を超えている医療機関未受診者の減少（平成28年度出現割合 8.8%）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者数 23,797人</li> <li>・要医療者 2,002人</li> <li>・出現割合 8.4%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者数 22,999人</li> <li>・要医療者 1,948人</li> <li>・出現割合 8.5%</li> </ul>
	(イ) 治療中断者への保健指導の実施	治療を中断している者への受診勧奨の実施	※治療中断者への受診勧奨は、上段の「受診が必要な対象者」と対象者が重複するため、上段に一本化して実施することとした。	
		生活習慣病治療中で <u>コントロール不良者※8</u> の割合の減少（平成28年度出現割合 57.4%）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者数 23,797人</li> <li>・うち生活習慣病治療中 19,032人</li> <li>・コントロール不良者 11,081人</li> <li>・出現割合 58.2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者数 22,999人</li> <li>・うち生活習慣病治療中 18,425人</li> <li>・コントロール不良者 10,738人</li> <li>・出現割合 58.3%</li> </ul>
② 糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病の治療が必要な対象者や糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組	糖尿病未治療者の減少	健診受診者のうち糖尿病未治療者 123人	健診受診者のうち糖尿病未治療者 96人
		糖尿病性腎症重症化予防事業の実施体制整備に向けた関係者との協議・検討の実施	<u>糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム※9</u> の準備（内容検討、関係機関との調整等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムのモデル事業を実施</li> <li>・事業対象者 226人</li> <li>・参加者 12人</li> </ul>

**※6 受診勧奨判定値**

特定健康診査の結果において、医療機関への受診が必要であると認められる値。

**※7 糖尿病性腎症**

糖尿病の合併症で、進行すると慢性腎不全となり、最終的には人工透析が必要となる。新規の人工透析移行者の原疾患の4割以上を占めていることから、糖尿病性腎症の重症化（腎不全、人工透析への移行）予防に対する取組が求められている。

**※8 コントロール不良者**

通院はしているが、特定健康診査の検査結果において、受診勧奨判定値の項目がある者。

**※9 糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム**

糖尿病性腎症の重症化を予防するための取組。糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者として、主治医からの指示により生活習慣改善等の保健指導を行う6か月間のプログラム。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
達成			
未達成	C あまりうまくいっていない	特定健康診査の結果、医療機関の受診が必要な対象者への受診勧奨の取組を実施できていること、糖尿病性腎症重症化予防について実施体制の整備が進み事業化することができたが、要医療の状態でありながら受診行動に結びついていない者が多く、またコントロール不良者の出現割合が増加していることから事業評価をCとした。	<p><b>【事業全体】</b> 電話や通知による受診勧奨を実施しているが、医療機関への受診率の向上に結び付かない。特定健康診査後の結果説明の機会を捉え、医療機関において受診勧奨が実施できること、また特定健康診査が未受診であっても必要な治療の継続について医師から勧められるよう対象者基準や実施方法の共有を図り、生活習慣病重症化予防事業の体制整備を進める。</p> <p><b>【個別項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病のリスクがある対象者への医療機関への受診勧奨について、特定健康診査業務の一環として実施できるよう関係機関と調整を図っていく。</li> <li>人工透析への移行防止のため、治療の継続と保健指導の利活用により、病状の悪化防止が図れるように体制の整備を進めていく。</li> </ul>
達成			

#### (4) 適正受診・適正服薬促進事業

##### ア 事業内容

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>多重受診者※10</b>及び<b>多重服薬者※11</b>は、抗不安剤や精神神経用剤の不適正な処方によることが多く、また、一定数の対象者が継続的に該当する。</li> <li>・国が示す<b>後発医薬品※12</b>の切替率の目標値は80%であるが、本市の現状は約76%で推移している。</li> </ul>
目的	調剤に係る医療費の使用状況を分析し、医療費削減に向けた対策を行う。
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不適切な受診や服薬を行う多重受診・多重服薬者に対し、保健指導を実施することで健康保持や医療費の適正化を図る。</li> <li>・低価格な後発医薬品の利用を促進することで、医療費の削減を図る。</li> </ul>

##### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① 多重受診 ・ 多重服薬者 対策	多重受診・多重服薬者の抽出と保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への保健指導の実施による投薬数、医療機関受診状況の改善</li> <li>・関係機関への情報提供の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施数 20件</li> <li>・改善者数 19人</li> <li>・情報提供実施数 1人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施数 14件</li> <li>・改善者数 11人</li> <li>・保健指導継続 3人</li> <li>・情報提供実施数 なし</li> </ul>
		保健指導介入による医療費の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人当たり月額医療費 介入前 63,401円 介入後 35,666円 効果額 27,735円減額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人当たり月額医療費 介入前 47,057円 介入後 44,766円 効果額 2,291円減額</li> </ul>
② 後発医薬品の 利用促進の 取組	(ア) 後発医薬品の使用率	後発医薬品使用率の向上 (平成28年度平均使用率65.0%)	使用率 72.7%	使用率 75.2%
	(イ) 後発医薬品の利用促進の取組	医療費削減効果の高い薬品の使用状況等の分析の実施	分析作業委託事業者の情報収集等	<b>【主な分析結果】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・15歳未満の使用割合が低い</li> <li>・処方件数が多いが使用割合が低い薬効は「鎮痛系剤」、「精神神経用剤」等</li> <li>・切替効果額が大きい薬効は「精神神経用剤」、「血圧降下剤」等</li> </ul>

**※10 多重受診者**

3か月連続して同一月に同一疾病で3機関以上を受診している者。介入対象は、「精神および行動の障害」と診断された者。

**※11 多重服薬者**

3か月連続して同一月に同一薬効の医薬品を2機関以上から処方されている者。介入対象は、「催眠鎮静剤・抗不安剤」又は「精神神経用剤」の薬効の薬を処方された者。

**※12 後発医薬品（ジェネリック医薬品）**

新薬（先発医薬品）の特許期間が過ぎた後に、効き目や安全性などが新薬と同等であると承認される後発医薬品で、開発コストがかかっていないため新薬と比較して低価格。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
達成	B まあうまくいつている	保健指導を実施したことにより受診医療機関数の減少と、1人当たりの月額医療費の減額効果が見られた一方、後発医薬品の平均使用率が増加したものの、切替率の目標値である80%には到達していないことから事業評価をBとした。	<ul style="list-style-type: none"><li>・評価指標に投薬数の減少を設定したが、投薬数の減少が必ずしも本人の健康改善につながらず、保健指導の効果を評価する指標として適切ではなかったことから、今後は医療機関数の減少のみを評価指標とする。</li><li>・多重受診や多重服薬が起こる背景には、本人の病状管理や生活支援が必要となる事例が見られることから、治療や薬に関する専門的な相談や、生活支援等が実施できる資源との連携調整を進めていく必要があるため、庁内関係部署や関係機関との重層的な支援体制の構築に向けた調整を進めていく。</li><li>・後発医薬品の切替率を向上させるために被保険者に普及啓発を実施しているが、利用状況の分析をしたところ医療機関により使用状況のばらつきが見られた。今後は、医療機関や薬局に対して情報提供を進め協力を仰ぐ等の取組を進めていく。</li></ul>
達成			

## (5) 医療費等の分析に基づく事業実施体制整備

### ア 事業内容

背景	基本理念の達成に向けて効果的・効率的な保健事業を実施するために、国民健康保険被保険者の健康状態や健康課題を可視化し取組の方向性や優先度、実施内容等を明確にする必要性が高まっている。
目的	データに基づく健康課題の把握と今後の取組について整理し、医療費の適正化に資する。
内容	医療情報の分析結果や特定健康診査等のデータを活用した健康課題の把握。

### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① レセプトの分析による健康課題の把握	生活習慣病における治療状況の把握による課題整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の使用状況分析に基づく課題の抽出及び保健事業計画の策定</li> <li>・疾病別の介入方法を検討</li> </ul>	生活習慣病について、疾病別・性別・年齢別の特徴や歯科受診状況との関係、在宅者の治療状況等について分析を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多重服薬等の状況、後発医薬品の利用状況について分析を行った。</li> <li>・多重服薬者等685人に対し、注意喚起の通知を送付した。</li> </ul>
② 健診データを活用した健康課題の把握	特定健康診査の検査結果と生活習慣の把握による課題整理	健康課題に応じた保健事業計画の策定	特定健康診査の検査結果を分析し、特定健康診査受診者の治療状況、運動習慣と受療状況の関係、健康意識と健康状態の相違等を把握した。	<u>国保データベースシステム（KDBシステム）※13</u> を活用し、保健事業対象者の特定健康診査受診状況や、医療機関受診状況等を把握し、保健事業の評価を実施した。



### ※13 国保データベースシステム（KDBシステム）

国民健康保険加入者の医療情報・健診情報・介護情報などを突合したデータベースのシステム。医療費の分析や健康課題の把握等を行うことができ、保健事業に活用されている。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
達成	B まあうまくいっている	レセプト情報を活用する医療費の分析は専門業者に委託し、KDBシステムから引用する特定健康診査の情報と突合しながら、被保険者の健康状態を把握し保健事業を実施する上で活用することができていることから、事業評価をBとした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>引き続き生活習慣病の予防及び重症化予防を中心に取り組むとともに、今後は新たに高齢者の保健事業や介護予防との一体的推進に向けた体制整備を進めていく必要がある。</li> <li>データ分析とその活用方法の検討は継続して実施するとともに、今後は国や県が公表するデータを利活用していく。</li> </ul>
達成			

## (6) 地域包括ケアの推進に向けた協働

### ア 事業内容

背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの深化及び推進に向けて、生活習慣病重症化予防を目的とした保健事業と要介護状態の予防を目的とした介護予防事業を一体的に進めていくことが新たに追加された。</li> <li>・KDBシステム等の活用と保健事業の実施状況から得られた健康課題を地域に還元することで、<b>地域共生社会※14</b>の実現に寄与することが求められている。</li> </ul>
目的	医療費等分析等を踏まえた地域の健康課題等に係る情報提供を実施する。
内容	地域包括ケアシステムの推進及び強化に向けた情報提供と課題の共有。

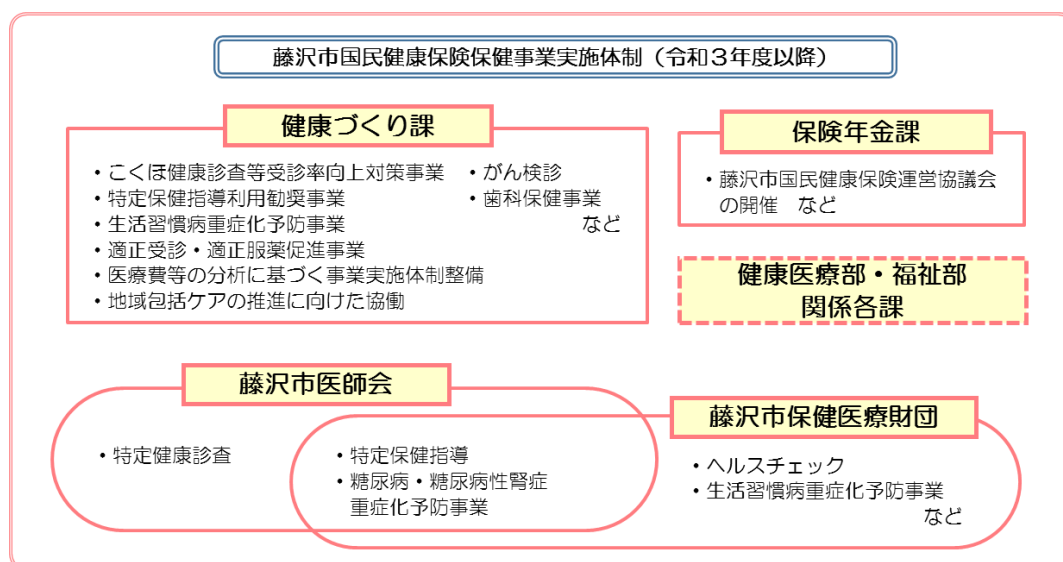
### イ 実績及び評価

事業	取組内容	評価指標	経年変化	
			平成30年度	令和元年度
① 地域包括ケア等の構築・推進に向けた情報提供と課題の共有	データヘルス計画に基づく地域の現状や健康課題の共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関との連携強化のための会議等への出席</li> <li>・他の施策等におけるデータヘルス計画の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの推進に向けた市内検討会議への出席2回</li> <li>・市内13地区からの要望に応じて、データヘルス計画（各地区版）を配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの推進に向けた市内検討会議への出席2回</li> <li>・市内13地区からの要望に応じて、データヘルス計画（各地区版）を配布</li> </ul>

### ※14 地域共生社会

社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることによって、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のこと。

評価判定	事業全体の評価	事業全体の評価の理由	今後の進め方
達成	B まあうまくいっている	国民健康保険被保険者に係るデータ分析の結果から把握できる健康課題について、庁内横断的に実施されている地域包括ケア推進協議会専門部会を通じ情報提供を行えているが、より有効な情報活用の方法等について関係部署及び関係機関と協議を進めるなどの課題があるため事業評価をBとした。	地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的推進体制の整備等を進めていくことになることから、庁内関係部署との連携強化を図っていく。



## 5. 全体評価

本計画は、3つの基本理念である「健康寿命の延伸」「医療費の適正化」「健康力の向上」を目指すことを目的としており、これらの達成状況については、被保険者の健康状態を表す特定健康診査の結果、疾患の罹患状況や治療状況等を表す医療費のデータ、介護保険の利用状況等を参考にモニタリング指標を定め、経年的な変化や他の保険者等との比較等により評価を実施します。

ただし、中間評価においては計画の実行からまだ十分に期間が経過しておらず、被保険者全体の健康水準や医療費への効果が大きくないことから、今回は計画全体に係る指標については数値のモニタリングに留め、計画の達成度及び評価の実施は計画の最終年度で行います。

### (1) 健康寿命について

国民健康保険制度における健康寿命は、「要介護2」以上になるまでの年齢「日常生活動作が自立している期間の平均（「平均自立期間」という。）」を指標としています。

#### 健康寿命（平均自立期間）

	平成29年	平成30年	令和元年	令和元年	
				全国	神奈川県
男性	80.7歳	81.0歳	81.3歳	79.6歳	80.0歳
女性	84.9歳	85.4歳	85.2歳	84.0歳	84.0歳

引用元：KDBシステム健康スコアリング（健診・介護）

### (2) 国民健康保険医療費について

0歳から74歳までの国民健康保険被保険者が使用した医療費状況です。

#### ア 総医療費

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
外来医療費	10,774百万円	10,744百万円	10,769百万円
入院医療費	9,568百万円	9,741百万円	9,586百万円
調剤医療費	6,328百万円	5,828百万円	5,925百万円
歯科医療費	2,357百万円	2,300百万円	2,248百万円
総医療費	29,027百万円	28,613百万円	28,528百万円
被保険者数	109,248人	105,329人	102,191人

引用元：KDBシステム健康スコアリング（医療）

#### イ 1人当たり（年間）医療費

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和元年度	
				全国	神奈川県
外来医療費	156,342円	157,140円	163,164円	160,345円	161,081円
入院医療費	87,582円	92,481円	93,808円	109,708円	98,048円

引用元：KDBシステム健康スコアリング（医療）

ウ 医療費に占める疾病の割合（調剤報酬を含む）

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	神奈川県
がん	26.3%	28.4%	29.2%	29.3%
精神	16.4%	15.8%	15.7%	13.8%
筋・骨格	15.3%	15.4%	15.5%	16.1%
慢性腎不全（透析）	9.8%	10.0%	10.4%	10.8%
糖尿病	9.4%	9.3%	9.4%	9.8%
高血圧症	7.9%	6.9%	6.3%	6.2%
脂質異常症	6.0%	5.5%	5.4%	5.5%
その他	8.8%	8.7%	8.0%	8.6%

引用元：KDBシステム（健診・医療・介護データから見る地域の健康課題⑩）

（3）健康力について

生活習慣病のリスクを持っている人（メタボリックシンドローム判定基準該当者やリスク保有者）の出現割合が少ないほど、健康力が高いと評価します。ア、イともに特定健康診査受診者（40歳から74歳まで）に占める割合となっています。

\*メタボリックシンドローム判定基準…ウエスト周囲長が男性85cm以上・女性90cm以上かつ脂質異常・血圧高値・高血糖の3つのリスクのうち2つ以上の項目が基準に該当したものを「該当者」、1つの項目のみに該当したものを「予備軍」とする。

ア メタボリックシンドローム判定基準該当者の割合

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	全国	神奈川県
予備軍	10.3%	10.7%	10.7%	11.2%	11.1%
該当者	16.5%	17.3%	17.8%	18.9%	17.6%
受診者数	25,391人	23,797人	22,999人		

引用元：KDBシステム健康スコアリング（健診）

イ 生活習慣病リスク保有状況

特定健康診査の結果、受診勧奨判定値（治療が必要な状態）の項目があった者の割合

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	神奈川県
肥満	35.3%	36.2%	36.7%	36.9%
血糖	34.0%	41.2%	41.3%	40.5%
血圧	59.6%	59.3%	59.0%	59.8%
脂質	41.7%	42.2%	42.4%	39.6%
受診者数	25,391人	23,797人	22,999人	

引用元：KDBシステム健康スコアリング（健診）

## 6. 今後の方向性と最終評価

### (1) 今後の個別事業の方向性

#### ア 特定健康診査・がん検診・生活習慣病重症化予防（医療機関未受診者受診勧奨）

特定健康診査をはじめ各種の健診（検診）は、国民健康保険被保険者が自らの生活習慣を振り返り、健診の受診を健康管理の起点とするための重要な機会となります。

今後は、特定健康診査の包括的な委託により医療機関における受診率向上を目指した取組の体制整備や、民間等の多様な機関と連携した普及啓発に取り組んでいきます。

#### イ ヘルスチェック、特定保健指導

受診率（利用率）向上に向けて、実施場所の拡充、多様な事業の運営方法、対象者に合った周知方法等について見直しを図り、対象者が利用しやすい環境について整備を進めていく必要があることから、医療機関及び事業実施機関との協議や調整等を進めていきます。

#### ウ 糖尿病性腎症重症化予防

人工透析への移行を防止するために、治療中の対象者に対して、医師と管理栄養士をはじめとする専門職が継続的な支援を行う体制づくりを進めています。今後はかかりつけ医と専門医療機関との連携の強化に向けた支援や、専門職による保健（栄養・運動を含む）指導と医療機関との連携の強化に努めます。

#### エ 適正受診・適正服薬促進

適正な受診や適正な服薬に対する支援を実施するには、医療機関、薬局等の関係機関及び福祉サービスや地域資源の活用を含めた継続的支援が必要です。

対象者が抱える個別の複合化・複雑化した課題に対応するために重層的な支援が提供できるよう、庁内関係部署及び関係機関との連携強化に努めます。

#### オ レセプトデータ、特定健康診査等のデータ分析

計画開始時から、医療費に係るデータについては専門的技術が必要であることから、事業者へ委託して分析を実施してきました。

保険者の県単位化によって県が地域の健康課題に係る分析を開始したこと、また、K D Bシステムの機能が拡充されてきていることから、今後は、公表されたデータ等を有効に活用し地域の健康課題の分析に取り組んでいきます。

#### カ 地域共生社会の実現に向けた取組

平成29年6月に社会福祉法の改正による「地域共生社会」の実現及び令和元年度に健康保険法等の一部改正による「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が規定されました。

子どもから高齢者、障がい者等、すべての市民を対象とした地域共生社会の実現に向け、保健医療情報を有効に活用しながら、庁内関係部署や関係機関との連携に努めます。

## (2) 計画後半の保健事業実施体制

### ア 三師会との連携

被保険者自らが自分自身の健康管理に取り組み、生活習慣病の重症化予防や介護予防を実践できるよう効果的で効率的な支援体制を整備するために、医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携強化を進めていきます。

### イ 庁内関係部署との横断的な連携

地域共生社会の実現に向けた藤沢市地域包括ケアシステムを進める中で、庁内関係部署に対し後期高齢者や介護保険のデータ等も含めた保健医療情報の提供に努め、地域課題の共有や対応策の検討に参画していきます。

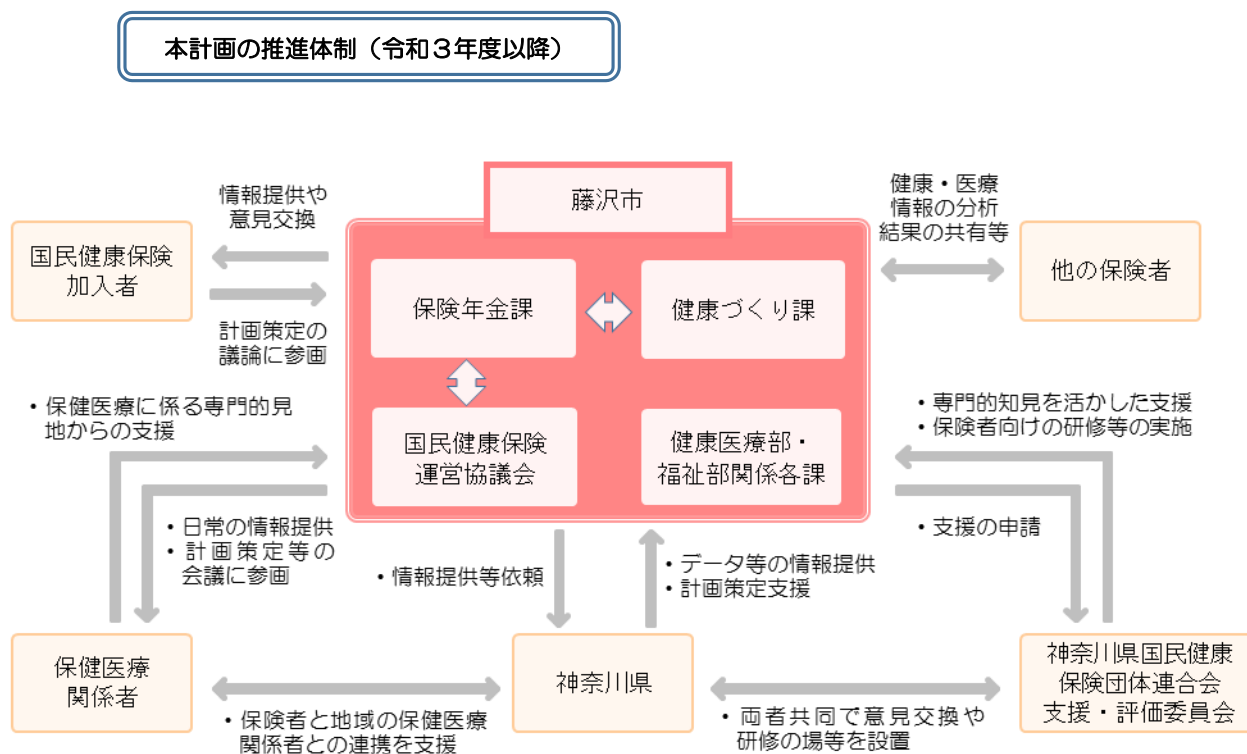
### ウ 新型コロナウイルス感染症の流行に伴う事業実施体制の整備

対面式の保健指導や集団指導を行う上で、感染予防を図りながらも成果を出せる保健事業の実施方法について、生活環境や医療体制の変化等の社会情勢を踏まえ、状況に応じた対応ができるよう体制整備を進めていきます。

## (3) 今後のスケジュール

令和3年度の組織改正により、保険年金課にて実施していた藤沢市国民健康保険保健事業は、今後、健康づくり課にて、後期高齢者等健康診査やがん検診と共に実施していきます。また、本計画の最終年度となる令和5年度には、最終評価を実施します。

以上







第2期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画  
(藤沢市データヘルス計画) 中間評価

発行年月 令和3年 月

発行 藤沢市 健康医療部 健康づくり課

〒251-0022 藤沢市鵜沼2131番地の1

電話 0466-21-7344

FAX 0466-50-0668