

長岡市国民健康保険  
第2期データヘルス計画  
中間評価

令和3年3月  
長岡市

# 目 次

## 第1章 基本的事項

1 計画の基本的事項	1
2 事業の評価等	2
3 計画の公表・周知	2

第2章 第2期データヘルス計画の全体像	3
---------------------	---

## 第3章 保健事業の中間評価と見直し

1 特定健診未受診者受診勧奨事業	5
2 特定保健指導事業	6
3 腎機能検査の実施	7
4 健診異常値放置者受診勧奨事業	8
5 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	9
6 糖尿病性腎症重症化予防事業	10
7 健康カレンダーの全戸配布	11
8 特定健診受診勧奨チラシの配布	12
9 ジェネリック医薬品差額通知事業	13
10 受診行動適正化指導事業	14

第4章 保健事業の実施計画（中間見直し後）	15
-----------------------	----

参考資料 第2期データヘルス計画中間評価・見直しの整理表	17
------------------------------	----

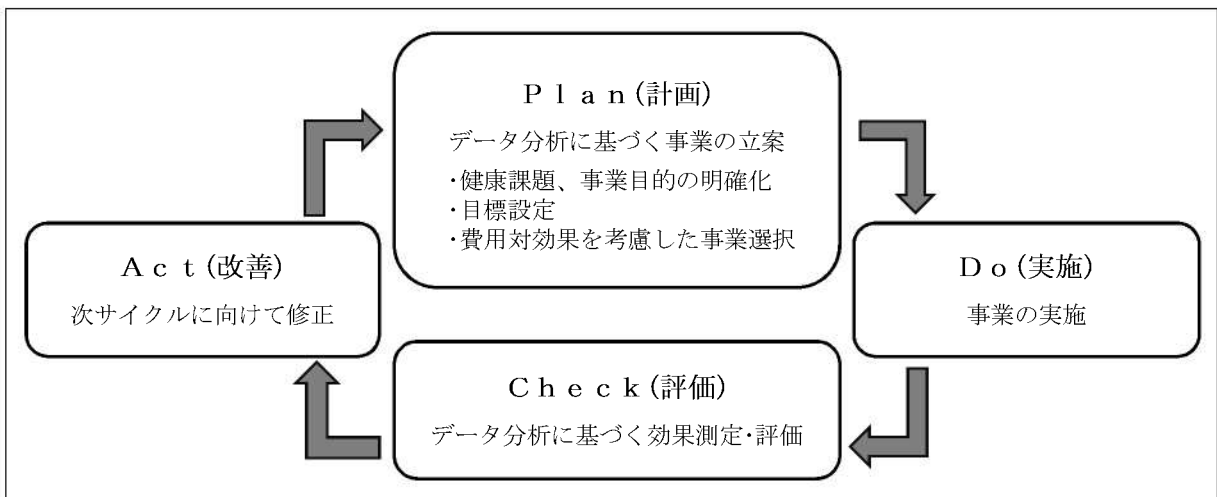
# 第1章 基本的事項

## 1 計画の基本的事項

### (1) 計画策定の背景と主旨

長岡市国保では、特定健診等の実施結果や診療情報明細書（以下、「レセプト」と言う。）等の情報を活用して、効果的かつ効率的な保健事業を実施するための実施計画として、平成30年3月に「第2期データヘルス計画」を策定しました。

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保健事業を効果的かつ効率的に実施するため、特定健診等の実施結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、「PDCAサイクル」に沿って運用することとしています。



厚生労働省 保険局「データヘルス計画 作成の手引き」(平成26年12月)より

### (2) 計画期間

本計画の計画期間は、「第3期特定健康診査等実施計画」の計画期間と合せて、平成30年度から令和5年度までの6年間としています。

### (3) 実施体制と関係者連携

#### ① 実施体制

本計画は、国保年金課が主体となって策定し、事業の実施主体である健康課と共に実施し、評価、見直しを行います。また、介護保険課、長寿はつらつ課とは定期的な意見交換を行い、連携を図っています。

	Plan (策定)	Do (事業の実施)	Check (評価)	Act (見直し・改善)
国保年金課	◎	○	○	◎
健康課	○	◎	◎	◎
介護保険課	○			○
長寿はつらつ課	○			○

## ② 外部有識者等の参画

本計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセス（P D C Aサイクル）における、外部有識者等との連携・協力が重要です。

このため、下記団体との調整により、外部有識者等との連携を図っています。

長岡市国保運営協議会	被保険者
	保険医・保険薬剤師
	公益団体
	被用者保険等保険者
保健事業支援・評価委員会	新潟県
	新潟県国民健康保険団体連合会
	外部有識者等

## ③ 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が状況を理解して、主体的・積極的に取り組むことが重要です。

このため、長岡市国保運営協議会等を通じた議論の参画や、被保険者に対するポピュレーションアプローチ等を通じて、被保険者の立場からの意見を反映させます。

## 2 事業の評価等

### (1) 目標ごとの評価年度

短期目標の達成状況については、毎年度評価を行うこととしています。

中長期目標については、計画の最終年度に評価を行います。

### (2) 中間評価と見直し

計画期間の中間地点にあたる令和2年度中に中間評価を行い、必要に応じて実施計画を見直すこととしています。

そこで、令和2年度において、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の中間評価を行い、達成状況等により、実施計画の見直しを行います。

中間評価にあたっては、保健事業支援・評価委員会や長岡市国保運営協議会を通じて、外部有識者からの助言を求めます。

## 3 計画の公表・周知

本計画はホームページ等で公表し、広く被保険者に閲覧できるようにするとともに、関係団体に配布し、関係団体経由で医療機関等に広く周知しています。

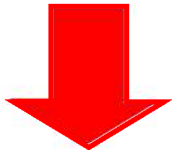
中間評価についても、ホームページ等に公表することで被保険者に周知します。

## 第2章 第2期データヘルス計画の全体像

### データ分析による健康課題(課題の要旨)

- 要介護認定者の高血圧有病率は54.5%で国、県よりも高い。
- 主たる死因では、心臓病が25.0%、脳疾患が21.6%と高血圧が起因となる疾病が約5割を占めている。
- 高血圧性疾患を含む「循環器系の疾患」の医療費は2番目に割合が高く、中分類では高血圧性疾患のレセプト件数、患者数ともに最も多い。  
⇒早期発見及び適切な治療を継続して行うことで、重症化や合併症の発症を防ぎ、患者数を減少させること及び高額医療になりやすい要介護認定者の増加を抑えること及び高血圧者数を減らすことで高血圧性疾患にかかる医療費全体の抑制を目指す。
- 糖尿病を含む「内分泌、栄養及び代謝疾患」にかかるレセプト件数、患者数は3番目に多い。「糖尿病」の医療費総計は5番目に多く、患者一人当たりの医療費では「腎不全」が2番目に高く医療費総計でも4番目に高くなっている。  
⇒糖尿病は人工透析の起因の大部分を占め、長期的に高額となる疾患である。適切な治療を継続させることで重症化する糖尿病患者を減少させ、人工透析の新規導入の抑制を目標とする。

<b>目的 (命題・基本理念)</b>
◇健康寿命の延伸 ◇医療費の伸びの抑制



<b>大目標</b>
(1) 高血圧性疾患による疾病負荷の軽減



中長期的目標	短期的目標
1) 特定健診での高血圧判定者の減少	#1 特定健診受診率の向上
2) 特定健診での血圧平均値の低下	#2 特定保健指導利用率の向上
3) 高血圧性疾患の医療費の抑制	#3 肥満者の減少
4) 重症化する高血圧患者の減少	#4 喫煙する者の減少
5) 高血圧症にかかる新規要介護者の増加抑制	#5 健診異常値放置者の減少
	#6 治療中断者の減少
	#7 高血圧症で医療機関にかかる患者の増加

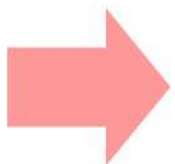
(2) 糖尿病の予防と重症化予防
------------------



6) 糖尿病患者数の抑制	#1 特定健診受診率の向上
7) 重症化する糖尿病患者の増加抑制	#2 特定保健指導利用率の向上
8) 適切な治療を継続する糖尿病患者の増加	#3 肥満者の減少
9) 糖尿病発症者のうち、人工透析へ移行する者の減少	#4 喫煙する者の減少
	#5 健診異常値放置者の減少
	#6 治療中断者の減少
	#8 糖尿病で医療機関にかかる患者の増加

### 目標を達成するための保健事業計画

保健事業名	関連する短期的目標
① 特定健診未受診者受診勧奨事業	#1 #2
② 特定保健指導事業	#2 #3 #4
③ 腎機能検査(e-GFR)の実施	#5 #6 #7
④ 健診異常値放置者受診勧奨事業	#5 #7 #8
⑤ 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	#6 #7 #8
⑥ 糖尿病性腎症重症化予防事業	#6 #8
⑦ 健康カレンダーの全戸配布	#1 #2
⑧ 特定健診受診勧奨チラシの配布	#1 #2
⑨ ジェネリック医薬品差額通知事業	
⑩ 受診行動適正化指導事業	



# 第3章 保健事業の中間評価と見直し

## 特定健診受診率向上

### 1 特定健診未受診者受診勧奨事業

#### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	特定健診受診率の向上			
対象者	生活習慣病のレセプトがなく、健診も未受診の者			
事業内容	受診勧奨通知の送付等による特定健診受診勧奨			
評価（実績）	年 度	特定健診受診率（法定報告値）	対象者数（健康状態不明者/健診対象者）	勧奨対象者の勧奨後受診率
	平成 29 年度（現状値）	37.2%	9,483 人（23.3%）	4.0%
	平成 30 年度	37.3%	9,178 人（23.4%）	3.7%
	令和元年度	37.5%	8,922 人（23.2%）	5.9%
課 題	令和元年度より、通知を対象者の特性に応じた内容に変更し、通知対象者の受診率は増加していますが、目標の特定健診受診率毎年1ポイント上昇には届いていない状況です。通知の効果は限定的であることから、電話や訪問等による受診勧奨についても検討していく必要があります。			

#### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

生活習慣病のレセプトがなく、健診も未受診の者（健康状態不明者）は重症化ハイリスク者であるため、同対象者への受診勧奨を継続していきます。

通知方法や内容、時期等を検討し、通知による勧奨効果を高めるよう取り組んでいくとともに、通知以外に電話等での勧奨についても実施している部分を評価し、効果的な方法を検討していきます。

評価指標について、アウトプット評価として対象者数、勧奨実施数を評価していきます。アウトカム評価として全体の特定健診受診率に加え、勧奨対象者の受診率と勧奨による受診率についても合わせて評価していきます。

## ハイリスクアプローチ（保健指導）

### 2 特定保健指導事業

#### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の生活習慣病予防														
対象者	特定保健指導対象者														
事業内容	該当者へ電話・訪問等で利用勧奨を行い、積極的支援・動機付け支援レベル別に保健指導を行う														
評価（実績）	<table border="1"><thead><tr><th>年 度</th><th>特定保健指導利 用率（法定報告 値）</th><th>特定保健指導 による対象者 の減少率</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成 29 年度（現状値）</td><td>19.4%</td><td>27.0%</td></tr><tr><td>平 成 30 年 度</td><td>23.1%</td><td>38.4%</td></tr><tr><td>令 和 元 年 度</td><td>29.4%</td><td>24.3%</td></tr></tbody></table>			年 度	特定保健指導利 用率（法定報告 値）	特定保健指導 による対象者 の減少率	平成 29 年度（現状値）	19.4%	27.0%	平 成 30 年 度	23.1%	38.4%	令 和 元 年 度	29.4%	24.3%
年 度	特定保健指導利 用率（法定報告 値）	特定保健指導 による対象者 の減少率													
平成 29 年度（現状値）	19.4%	27.0%													
平 成 30 年 度	23.1%	38.4%													
令 和 元 年 度	29.4%	24.3%													
課 題	訪問による利用勧奨、初回面接の実施に取り組んだことにより利用率は増加し、目標である毎年 3 ポイント増加を達成できています。今後も利用率の向上に取り組んでいくとともに、効果的な指導が実施できるよう実施方法の検討や指導者のスキルアップを図ることが重要です。														

#### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

特定保健指導対象者は生活習慣病の発症・重症化予防における介入効果が高いことから、引き続き力を入れて取り組んでいきます。

対象者への電話や訪問による利用勧奨や、訪問での初回面接の実施に引き続き取り組んでいくとともに、健診会場での利用勧奨や初回面接の分割実施等についても実施を検討し利用率の向上に努めます。利用率向上のための取組みについてはアウトプット評価として利用勧奨実施率等を評価していきます。

また保健指導の効果を評価していくためにアウトカム評価に「特定保健指導による対象者の減少率」を追加し、評価していきます。



### 3 腎機能検査の実施

#### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	腎機能低下の早期発見、早期治療につなげる														
対象者	特定健診受診者														
事業内容	特定健診でe-GFRを算出し腎機能低下が疑われるものに対し受診勧奨を行う。														
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>精検受診率</th> <th>対象者数（割合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 29 年度（現状値）</td> <td>66.8%</td> <td>310 人（1.9%）</td> </tr> <tr> <td>平 成 30 年 度</td> <td>61.3%</td> <td>292 人（1.8%）</td> </tr> <tr> <td>令 和 元 年 度</td> <td>67.3%</td> <td>1460 人（9.3%）</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	精検受診率	対象者数（割合）	平成 29 年度（現状値）	66.8%	310 人（1.9%）	平 成 30 年 度	61.3%	292 人（1.8%）	令 和 元 年 度	67.3%	1460 人（9.3%）
年 度	精検受診率	対象者数（割合）													
平成 29 年度（現状値）	66.8%	310 人（1.9%）													
平 成 30 年 度	61.3%	292 人（1.8%）													
令 和 元 年 度	67.3%	1460 人（9.3%）													
課 題	<p>日本腎臓学会の示す「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」が変更になったことに伴い、令和元年度より対象者の抽出基準を変更しています。精検受診率は目標の70%に届かないものの目標値に近づいており、変更後の大きな混乱もなく概ね適切に受診行動がとれていると考えられます。今後も推移を確認していく必要があります。</p>														

#### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

腎機能についてわかりやすく通知を行い早期の受診につなげることや、必要に応じてかかりつけ医と腎臓内科が連携し、適切な治療を行うことが重要であるため、引続き本取組みを継続していきます。

対象者の抽出基準変更による対象者数の大幅な増加があったことを踏まえて、精検受診者数と合わせて対象者数についても評価していきます。

#### 4 健診異常値放置者受診勧奨事業

##### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	健診異常値を放置している者の適切な医療機関受診による重症化予防																		
対象者	健診結果が受診勧奨値だったがレセプトで医療機関受診を確認できなかった者のうち重症化リスクが高い者																		
事業内容	受診勧奨通知の送付 訪問等による保健指導の実施 ○血圧、血糖、腎機能 : 通知、訪問 ○脂質異常のみ : 通知																		
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>対象者の医療機関受診率</th> <th>通知数 (通知数/ 対象者数)</th> <th>訪問数 (訪問数/ 対象者数)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 29 年度(現状値)</td> <td>7.9%</td> <td>1,384 人 (100%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成 30 年度</td> <td>14.7%</td> <td>628 人 (100%)</td> <td>187 人 (29.7%)</td> </tr> <tr> <td>令和元年度</td> <td>39.2%</td> <td>477 人 (100%)</td> <td>219 人 (45.9%)</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	対象者の医療機関受診率	通知数 (通知数/ 対象者数)	訪問数 (訪問数/ 対象者数)	平成 29 年度(現状値)	7.9%	1,384 人 (100%)		平成 30 年度	14.7%	628 人 (100%)	187 人 (29.7%)	令和元年度	39.2%	477 人 (100%)	219 人 (45.9%)
年 度	対象者の医療機関受診率	通知数 (通知数/ 対象者数)	訪問数 (訪問数/ 対象者数)																
平成 29 年度(現状値)	7.9%	1,384 人 (100%)																	
平成 30 年度	14.7%	628 人 (100%)	187 人 (29.7%)																
令和元年度	39.2%	477 人 (100%)	219 人 (45.9%)																
課 題	平成 30 年度より地区担当制を強化し、令和元年度には健康管理システムの改修により保健師がレセプトを確認しやすくなったこと等から訪問実施体制が充実し、対象者の医療機関受診率の向上につながっていると考えられます。 訪問による受診勧奨に効果がみられていることから引き続き訪問指導を強化し受診率の向上を目指します。																		

##### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

健診異常値放置者を適切な治療に結び付けるために、引き続き本事業に取り組んでいきます。特に血糖、血圧、腎機能については重点対象として引き続き訪問による保健指導を実施していきます。

評価指標の見直しを行い、アウトプット評価指標としていた「対象者の医療機関受診率」を本事業のアウトカム指標として評価していきます。

## 5 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	生活習慣病治療中断者の減少																		
対象者	過去5年間のレセプト情報で高血圧又は糖尿病に関する服薬歴が確認でき、直近半年間の受診歴がない者																		
事業内容	受診勧奨通知の送付 訪問等による保健指導の実施 中断理由の把握																		
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>対象者の医療機関受診率</th> <th>通知数 (通知数/対象者数)</th> <th>訪問数 (訪問数/対象者数)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成29年度(現状値)</td> <td>18.5%</td> <td>157人 (100%)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成30年度</td> <td>13.7%</td> <td>175人 (100%)</td> <td>118人 (67.4%)</td> </tr> <tr> <td>令和元年度</td> <td>31.4% 糖尿病：31.7% 高血圧：27.9%</td> <td>261人 (100%)</td> <td>191人 (73.2%)</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	対象者の医療機関受診率	通知数 (通知数/対象者数)	訪問数 (訪問数/対象者数)	平成29年度(現状値)	18.5%	157人 (100%)		平成30年度	13.7%	175人 (100%)	118人 (67.4%)	令和元年度	31.4% 糖尿病：31.7% 高血圧：27.9%	261人 (100%)	191人 (73.2%)
年 度	対象者の医療機関受診率	通知数 (通知数/対象者数)	訪問数 (訪問数/対象者数)																
平成29年度(現状値)	18.5%	157人 (100%)																	
平成30年度	13.7%	175人 (100%)	118人 (67.4%)																
令和元年度	31.4% 糖尿病：31.7% 高血圧：27.9%	261人 (100%)	191人 (73.2%)																
課 題	対象者の抽出基準について、平成30年度までは不規則受診者を抽出していましたが令和元年度より過去5年間のレセプト情報で内服歴が確認でき、直近半年間の受診歴がない者に変更しています。そのため長期的に治療中断していた者も対象となり、保健指導により行動変容がみられる者も増加しています。																		

### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

治療中断者は重症化ハイリスク者であり、適切な治療に結び付けるため、引続き本事業に取り組んでいきます。

評価指標の見直しを行い、アウトプット評価指標としていた「対象者の医療機関受診率」を本事業のアウトカム指標として評価していきます。また、疾患別（糖尿病・高血圧）の受診率も評価していきます。

## 6 糖尿病性腎症重症化予防事業

### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	糖尿病重症化による人口透析導入予防			
対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者で医師の指示がある者			
事業内容	保健指導の実施及び個別訪問指導			
評価（実績）	年 度	参加者数 (参加率)	参加者の HbA1c 維持 改善率	参加者の行動計 画実行継続率
	平成 29 年度(現状値)	70 人		
	平成 30 年度	71 人 (2.4%)	42.1%	
	令和元年度	44 人 (7.0%)	64.0%	40.0%
課 題	平成 30 年度までレセプトから糖尿病性腎症 2～3 期と思われる者を抽出し案内を送付していましたが、令和元年度より県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき健診結果からも対象者を抽出し、保健師による訪問を実施しており、参加率の向上につながっていると考えられます。より効果の高い保健指導が実施できるよう指導体制の充実を図っていく必要があります。			

### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

糖尿病の重症化による人工透析患者の減少を目指すことを目的に、長岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し令和 2 年度より開始しており、本事業について対象者をプログラム対象者として評価していきます。

評価指標の見直しを行い、本事業ではプログラムに基づき実施した保健指導の効果を評価するため、対象者の検査値や行動変容について、アウトカム指標として評価していくこととします。

また、アウトプット指標としては、通知送付者数（対象者数）を用いて評価を行います。

**ポピュレーションアプローチ**

**7 健康カレンダーの全戸配布**

(1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	特定健診受診率の向上、保健事業の周知														
対象者	全成人市民														
事業内容	1年間の特定健診・がん検診の日程や受診方法、健康情報等をまとめた冊子を全戸配布し、健（検）診周知及び受診を促す。														
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>特定健診受診率 (法定報告値)</th> <th>配布数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 29 年度(現状値)</td> <td>37.2%</td> <td>109,365</td> </tr> <tr> <td>平成 30 年度</td> <td>37.3%</td> <td>110,144</td> </tr> <tr> <td>令和 元 年度</td> <td>37.5%</td> <td>110,684</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	特定健診受診率 (法定報告値)	配布数	平成 29 年度(現状値)	37.2%	109,365	平成 30 年度	37.3%	110,144	令和 元 年度	37.5%	110,684
年 度	特定健診受診率 (法定報告値)	配布数													
平成 29 年度(現状値)	37.2%	109,365													
平成 30 年度	37.3%	110,144													
令和 元 年度	37.5%	110,684													
課 題	市民にとってわかりやすい冊子となるよう例年紙面の見直しを行っており、平成 30 年度からは健診等の啓発を巻頭に掲載し、受診率は微増となっていますが、毎年受診率 1 ポイント上昇の目標には届かない状況です。より市民の目に留まり、受診行動につながるような内容になるように検討が必要と考えます。														

(2) 目標実現に向けた取組み・改善

例年発行している健康カレンダーの全戸配布を継続していくことで既受診者への継続受診を促し、新規受診者を増やすことを目指して事業を継続していきます。

より市民の目に留まるようデザインや内容を検討していきます。

## 8 特定健診受診勧奨チラシの配布

### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	特定健診受診率の向上														
対象者	40歳以上の市国保加入者（若年者、生活保護、後期高齢含む）														
事業内容	特定健診受診券に健診受診勧奨チラシを同封し、健診受診を促す														
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>特定健診受診率 (法定報告値)</th> <th>配布数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 29 年度(現状値)</td> <td>37.2%</td> <td>48,488</td> </tr> <tr> <td>平成 30 年度</td> <td>37.3%</td> <td>46,737</td> </tr> <tr> <td>令和 元 年 度</td> <td>37.5%</td> <td>45,911</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	特定健診受診率 (法定報告値)	配布数	平成 29 年度(現状値)	37.2%	48,488	平成 30 年度	37.3%	46,737	令和 元 年 度	37.5%	45,911
年 度	特定健診受診率 (法定報告値)	配布数													
平成 29 年度(現状値)	37.2%	48,488													
平成 30 年度	37.3%	46,737													
令和 元 年 度	37.5%	45,911													
課 題	受診行動につながるよう内容を工夫し対象者へ送付しており、受診率は微増となっておりますが毎年受診率 1 ポイント上昇の目標には届かない状況です。よりわかりやすく、受診行動につながるような内容になるように検討が必要と考えます。														

### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

長岡市ではがん検診とセットで受診できる総合健診や、近くの医療機関等で受診できる個別健診等、受診しやすい環境づくりに努めていますが、多くの選択肢があるため市民にわかりやすい説明が必要になります。対象者が受診方法を理解し、行動がとれるよう紙面を工夫し、引続き事業を継続していきます。

## 医療費適正化

### 9 ジェネリック医薬品差額通知事業

#### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	ジェネリック医薬品の普及率向上（数量ベース比：80%）												
対象者	ジェネリック医薬品に切替可能な先発医薬品を含む処方されている者												
事業内容	ジェネリック差額通知の送付												
評価（実績）	<table border="1"><thead><tr><th>年 度</th><th>通知発送数 （通）</th><th>数量ベース比 普及率（%）</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成 29 年度（現状値）</td><td>6,813</td><td>67.1</td></tr><tr><td>平 成 30 年 度</td><td>5,921</td><td>74.6</td></tr><tr><td>令 和 元 年 度</td><td>6,062</td><td>78.3</td></tr></tbody></table>	年 度	通知発送数 （通）	数量ベース比 普及率（%）	平成 29 年度（現状値）	6,813	67.1	平 成 30 年 度	5,921	74.6	令 和 元 年 度	6,062	78.3
年 度	通知発送数 （通）	数量ベース比 普及率（%）											
平成 29 年度（現状値）	6,813	67.1											
平 成 30 年 度	5,921	74.6											
令 和 元 年 度	6,062	78.3											
課 題	被保険者がジェネリック医薬品の切替えを希望しても、本人の体質や医学的知見等の理由で切替えができない場合があります。 ただし、後発医薬品は日々開発されているため、切替えられる医薬品が認可・発売された際に備えて、被保険者に対する周知を継続することが重要です。												

#### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

差額通知の継続的な送付により、数量ベース比の増加がみられます。

目標値である数量ベース比 80%を達成するため、新規被保険者を中心に、引続き、後発医薬品の周知と理解促進を図っていきます。

## 10 受診行動適正化指導事業

### (1) これまでの取組みと評価

事業の目的・目標	重複・頻回受診者数、重複投薬者数の減少														
対象者	3か月連続して1か月に同一診療科で2か所以上受診している者														
事業内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 国保データベースのレセプト情報から重複・頻回受診や重複投薬が認められる被保険者を抽出する。</li> <li>2 事前会議で薬剤師の意見を参考に訪問指導対象者を選定する。</li> <li>3 在宅保健師による訪問指導を実施する。</li> <li>4 事後会議で対象者のレセプト情報から改善状況を確認する。</li> </ol>														
評価（実績）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>訪問指導件数 (件)</th> <th>改善者率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成 29 年度(現状値)</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>平 成 30 年 度</td> <td>6</td> <td>33.3</td> </tr> <tr> <td>令 和 元 年 度</td> <td>29</td> <td>38.0</td> </tr> </tbody> </table>			年 度	訪問指導件数 (件)	改善者率 (%)	平成 29 年度(現状値)	2	0	平 成 30 年 度	6	33.3	令 和 元 年 度	29	38.0
年 度	訪問指導件数 (件)	改善者率 (%)													
平成 29 年度(現状値)	2	0													
平 成 30 年 度	6	33.3													
令 和 元 年 度	29	38.0													
課 題	睡眠薬や抗精神病薬を多剤服用する危険性や悪影響を認識したうえで、重複受診や多剤服用を続ける被保険者については、単発的な指導では改善効果が期待できないことがあります。														

### (2) 目標実現に向けた取組み・改善

引続き、薬剤師の助言を受けて抽出した訪問指導対象者に対する訪問指導を実施することで、被保険者の受診行動の適正化に努めます。

なお、単発的な指導では改善効果が見られない事例があることから、今後は同一被保険者に対する継続的な訪問指導が必要になる可能性も視野に入れて、アウトプット評価の評価指標を「指導実施数、改善者率」から、「訪問指導件数」に見直します。



## 第4章 保健事業の実施計画（中間見直し後）

	事業番号	保健事業(名)	事業の目的・目標	対象者	事業内容	
特定健診 受診率向上	①	特定健診未受診者受診勧奨事業	特定健診受診率の向上	生活習慣病のレセプトがなく、健診も未受診の者	受診勧奨通知の送付等による特定健診受診勧奨	
	ハイリスクアプローチ 保健指導	②	特定保健指導事業	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の生活習慣病予防	特定保健指導対象者	該当者へ電話・訪問等で利用勧奨を行い、積極的支援、動機付け支援レベル別に保健指導を行う
		③	腎機能検査の実施	腎機能低下の早期発見、早期治療につなげる	特定健診受診者	特定健診でe-GFRを算出し腎機能低下が疑われるものに対し受診勧奨を行う。
		④	健診異常値放置者受診勧奨事業	健診異常値を放置している者の適切な医療機関受診による重症化予防	健診結果が受診勧奨値だったがレセプトで医療機関受診を確認できなかった者のうち重症化リスクが高い者	受診勧奨通知の送付 訪問等による保健指導の実施 ○血圧、血糖、腎機能：通知、訪問 ○脂質異常のみ：通知
		⑤	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	生活習慣病治療中断者の減少	過去5年間のレセプト情報で高血圧又は糖尿病に関する服薬歴が確認でき、直近半年間の受診歴がない者	受診勧奨通知の送付 訪問等による保健指導の実施 中断理由の把握
		⑥	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病重症化による人工透析導入予防	糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者で医師の指示がある者	保健指導の実施及び個別訪問指導
ポピュレーション アプローチ	⑦	健康カレンダーの全戸配布	特定健診受診率の向上 保健事業の周知	全成人市民	1年間の特定健診・がん検診の日程や受診方法、健康情報等をまとめた冊子を全戸配布し、健(検)診周知及び受診を促す	
	⑧	特定健診受診勧奨チラシの配布	特定健診受診率の向上	40歳以上の市国保加入者(若年者、生活保護、後期高齢含む)	特定健診受診券に健診受診勧奨チラシを同封し、健診受診を促す	
医療費適正化	⑨	ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品の普及率向上	ジェネリック医薬品に切替可能な先発医薬品を含む処方されている者	ジェネリック差額通知の送付	
	⑩	受診行動適正化指導事業	重複・頻回受診者数、重複投薬者数の減少	3カ月連続して1カ月に同一診療科で2か所以上受診している者	在宅保健師による訪問指導	

※ 網掛けは当初計画から見直した箇所

評価指標			
ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
・委託業者との連携体制 ・関係課の共通認識 ・他事業とのつながり など	・対象者の選定方法 ・通知の実施時期 ・通知書の内容 など	①対象者数 (減少) ②勧奨実施数 (対象者の90%以上)	①特定健診受診率(1ポイント上昇/年) ②勧奨対象者の特定健診受診率(増加) ③勧奨による対象者の特定健診受診率 (増加)
・委託業者との連携体制 ・関係課の共通認識 など	・利用勧奨方法 ・実施方法 など	①利用勧奨実施数 (対象者全数) ②初回面接実施数 (対象者の45%以上)	①特定保健指導利用率(3ポイント上昇/年) ②特定保健指導による対象者の減少率 (増加)
・医療機関との連携 など	・受診勧奨方法 など	①対象者数 ②精検受診者数	①精密検査受診率 70%
・委託業者との連携体制 ・関係課の共通認識 ・他事業とのつながり など	・対象者の選定方法 ・通知の実施時期 ・通知書の内容 など	①通知数 ②訪問数	①対象者の医療機関受診率(増加)
・委託業者との連携体制 ・関係課の共通認識 ・他事業とのつながり など	・対象者の選定方法 ・通知の実施時期 ・通知書の内容 ・実態把握内容 など	①通知数 ②訪問数	①対象者の医療機関受診率(増加) ②糖尿病該当者の受診率(増加) ③高血圧該当者の受診率(増加)
・主治医との連携 ・委託機関との連携体制 など	・教室の実施方法 ・参加者のフォロー方法 など	①通知送付者 ②参加者数(つどい除く) ③参加率	①参加者のHbA1c維持改善率(増加) ②参加者の行動計画実行継続率(増加)
・委託業者との連携体制 など	・掲載内容、デザイン など	①配布数	①特定健診受診率(1ポイント上昇/年)
・委託業者との連携体制 など	・掲載内容、デザイン など	①配布数	①特定健診受診率(1ポイント上昇/年)
・国保連合会との連携	・対象者の選定	①差額通知発送数	①ジェネリック医薬品数量ベース80%
・在宅保健師との連携	・訪問指導時の聞き取り内容 ・訪問指導の実施時期	①訪問指導件数	①改善者率(増加)

【参考】評価指標ごとの評価の観点

- ・ストラクチャー評価(構造) : 保険事業を実施するための仕組みや体制の評価
- ・プロセス評価(過程) : 目的や目標の達成に向けた過程や活動状況の評価
- ・アウトプット評価(実施量) : 目的や目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価
- ・アウトカム評価(結果) : 目的や目標の達成度、また成果の数値目標の評価

## 【参考資料】第2期データヘルス計画中間評価・見直しの整理表

番号	事業名	評価指標	目標値	現状値	H30	R1
1	特定健診未受診者勧奨事業	①特定健診受診率 ②勧奨対象者の受診率 ③勧奨による受診率	①1点/年の増加 ②増加 ③増加	①37.2% ②5.9% ③4.0%	①37.3% ②5.6% ③3.7%	①37.5% ②9.7% ③5.9%
2	特定保健指導事業	①特定保健指導利用率 ②対象者の減少率	①3点/年の増加 ②増加	①19.4% ②27.0%	①23.1% ②38.4%	①29.4% ②24.3%
3	腎機能検査の実施	①精密検査受診率	①70.0%	①66.8%	①61.3%	①67.3%
4	健診異常値放置者受診勧奨事業	①医療機関受診率	①増加	①7.9%	①14.7%	①39.2%
5	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	①医療機関受診率 ②糖尿病該当者受診率 ③高血圧該当者受診率	①増加 ②増加 ③増加	①18.5% ②31.7% ③27.8%	①13.7%	①31.4% ②31.7% ③27.9%
6	糖尿病性腎症重症化予防事業	①HbA1c維持改善率 ②行動計画実行継続率	①増加 ②増加	①64.0% ②40.0%	①42.1%	①64.0% ②40.0%
7	健康カレンダーの全戸配布	①特定健診受診率	①1点/年の増加	①37.2%	①37.3%	①37.5%
8	特定健診受診勧奨チラシの配布	①特定健診受診率	①1点/年の増加	①37.2%	①37.3%	①37.5%
9	ジェネリック医薬品差額通知事業	①ジェネリック医薬品数量ベース割合	①80%	①67.1%	①74.6%	①78.3%
10	受診行動適正化指導事業	①改善者率	①増加	①0.0%	①33.3%	①38.0%

評価	要因分析	今後の方針
B	対象者に応じた内容の通知送付により、受診率が増加	事業継続 評価指標の見直しと、効率的な実施方法の検討
A	特定保健指導初回面接の実施	事業継続 評価指標の見直し
B	対象者抽出基準の変更による勧奨対象の増加	事業継続 評価指標の見直し
B	保健師の地区担当制強化や健康管理システム改修による訪問実施体制の充実、及び指導効率の向上	事業継続 評価指標の見直し
A	対象者抽出条件の変更	事業継続 評価指標の見直し
B	対象者抽出条件の変更 訪問指導の実施	事業継続 評価指標の見直し
B	内容を見直しての全戸配布	事業継続 より効果的な内容への検討
B	内容を見直しての全戸配布	事業継続 より効果的な内容への検討
B	基幹病院のジェネリック医薬品使用拡大	事業継続 制度周知によりジェネリック医薬品の使用拡大に努める。
B	訪問指導対象者の増加による、訪問指導機会の増加	事業継続 評価指標の見直し 薬剤師会の意見を取り入れる。

【評価指標の凡例】

A：改善している B：やや改善している C：やや悪化している D：悪化している E：評価困難

長岡市国民健康保険  
第2期データヘルス計画  
中間評価

長岡市福祉保健部国保年金課

〒940-8501

長岡市大手通1丁目4番地10

電話 0258-39-2006