

第2期調布市国民健康保険
データヘルス計画
(中間評価)

令和3（2021）年3月

調布市

目次

1 計画の概要.....	1
2 調布市の国民健康保険の現状.....	2
3 データの分析結果.....	4
4 個別事業評価.....	13
5 計画の評価.....	32
6 後期の取組.....	33

1 計画の概要

1.1 計画の背景と目的

平成26年3月31日に「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」の改正が行われ、健康・医療情報を活用して保健事業の実施計画を策定し、効果的かつ効率的な事業の実施及び評価を行うことが必要とされました。

こうした背景を踏まえ、調布市国民健康保険においても、「調布市国民健康保険データヘルス計画（以下、「第1期データヘルス計画」という。）」を平成28年3月に、平成30年3月に第2期調布市国民健康保険データヘルス計画（以下、「第2期データヘルス計画」という。）を策定しました。

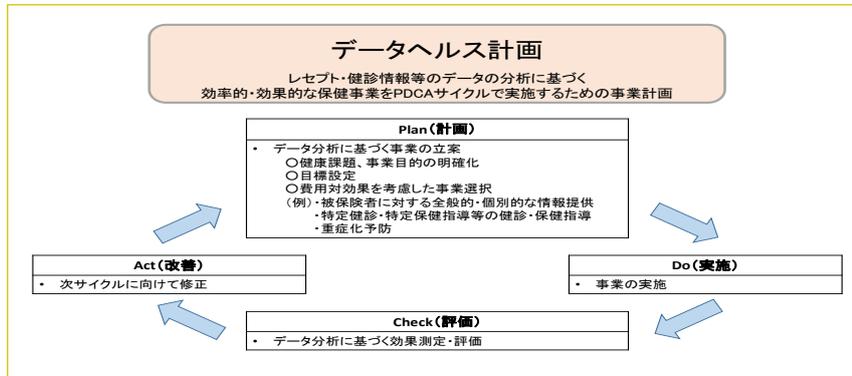
誰もが生涯にわたって心身共に健康で、笑顔あふれる自分らしい生活を送ることができるよう、健康課題に即した保健事業を実施し、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を目指します。

1.2 計画期間

第2期データヘルス計画の実施期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間とし、令和2年度以前を前期、令和3年度以降を後期とします。

1.3 実施体制

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用し、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の事業計画です。



1.4 中間評価の方法

国保部門である保険年金課が主体となり、庁内関係各課と意見交換や、調布市医師会、調布市歯科医師会、調布市薬剤師会、東京都からの助言を得て個別事業及びデータヘルス計画の中間評価を行い、後期に実施する事業及び評価指標の見直しを行いました。

2 調布市の国民健康保険の現状

2.1 調布市の基本情報

調布市の人口は年々微増しています。平成31年4月1日現在の人口は、男性115,089人、女性120,716人、計235,805人です。

調布市国民健康保険被保険者数（令和元年度）は、46,600人であり、市民全体の約19.8%を占めています。

平均自立期間は、令和元年度の要介護認定2以上は、男女とも国及び東京都より高く、平均では東京都より1歳長く、要支援・要介護1の男性は国及び東京都より0.9歳長く、女性は0.1歳短くなっています。

◆ 人口及び被保険者数推移

単位：人

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
総人口	230,865	233,408	235,805	235,805
被保険者数	51,277	49,312	47,512	46,600
未加入者数	179,588	184,096	188,293	189,205
加入割合	22.2%	21.1%	20.1%	19.8%

【データ】調布市の世帯と人口（総人口）、KDBデータ

◆ 平均自立期間

単位：歳

		H28			H29			H30			R01		
		調布市	東京都	国									
要介護2 以上	男性	80.3	79.1	79.0	80.2	79.5	79.3	81.0	79.7	79.5	81.2	79.8	79.6
	女性	83.7	83.6	83.5	84.9	84.0	83.7	84.6	84.1	83.8	84.8	84.1	84.0
	平均	82.0	81.4	81.3	82.6	81.8	81.5	82.8	81.9	81.7	83.0	82.0	81.8
要支援・ 要介護1	男性	78.6	77.7	77.7	78.4	78.0	78.0	79.2	78.2	78.1	79.2	78.3	78.3
	女性	80.2	80.6	80.7	81.3	80.9	80.8	81.0	81.0	81.0	81.0	81.1	81.1
	平均	79.4	79.2	79.2	79.9	79.5	79.4	80.1	79.6	79.6	80.1	79.7	79.7

【データ】KDBデータ

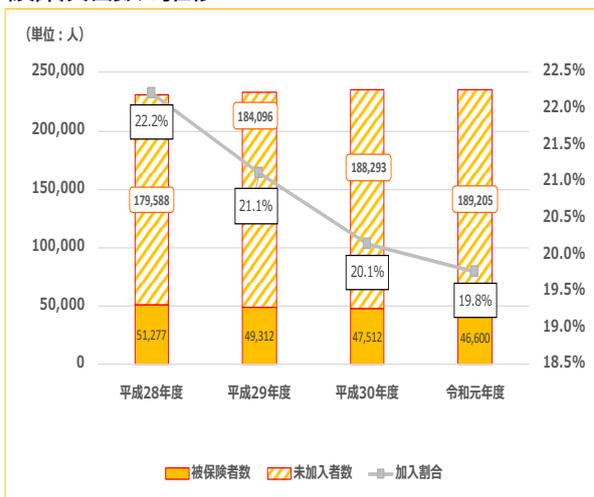
2.2 被保険者の特性

被保険者は、平成28年度から年々減少しています。

被保険者のうち、65歳～74歳の割合は年々増加しており、令和元年度は34.9%です。平成28年10月から社会保険加入要件が緩和されたこと等により、65歳以下の被保険者数は減少または微増していますが、70歳以上は増加しています。

被保険者の平均年齢は年々上昇しており、令和元年度は49.9歳です。

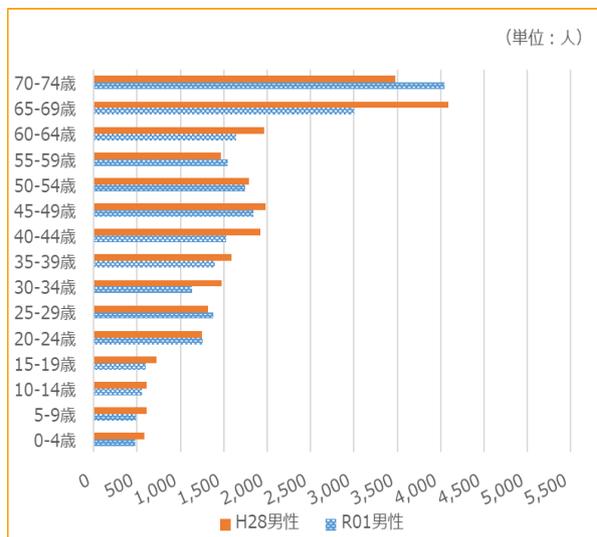
◆ 被保険者数の推移



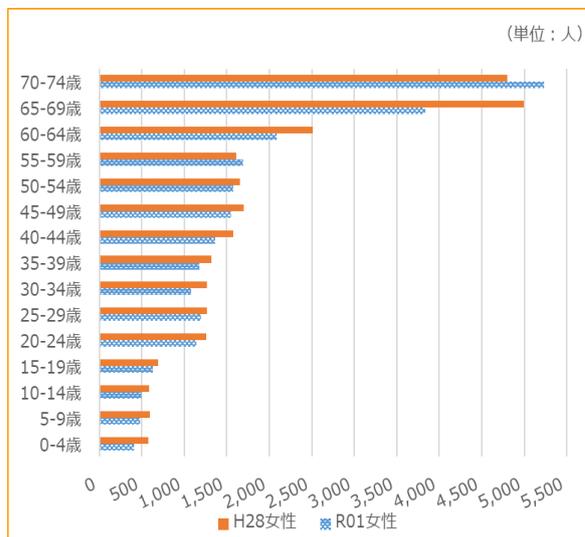
【データ】KDBデータ（各年度平均）

◆ 被保険者の年齢構成

男性



女性



【データ】KDBデータ（平成28年度平均・令和元年度平均）

◆ 平均年齢

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
平均年齢	49.4	49.6	49.8	49.9

【データ】KDBデータ

3 データの分析結果

3.1 医療費の概況

総医療費は、平成28年度と比較して減少していますが、令和元年度は平成30年度より減少率が縮小しています。

総医療費の入院の伸び率は、平成29年度に93.8%まで減少しましたが、令和元年度には96%まで減少率が縮小しています。

東京都及び国と比較して平成28年度を100とした医療費の伸び率は低くなっています。

被保険者1人当たり医療費の入院の伸び率は、平成29年度に減少しましたが、平成30年度以降上昇し、令和元年度は東京都より高くなっています。被保険者1人当たり医療費の外来と入院は、平成29年度以降、東京都及び国と比較して伸び率が高くなっています。

◆ 総医療費

総医療費の推移

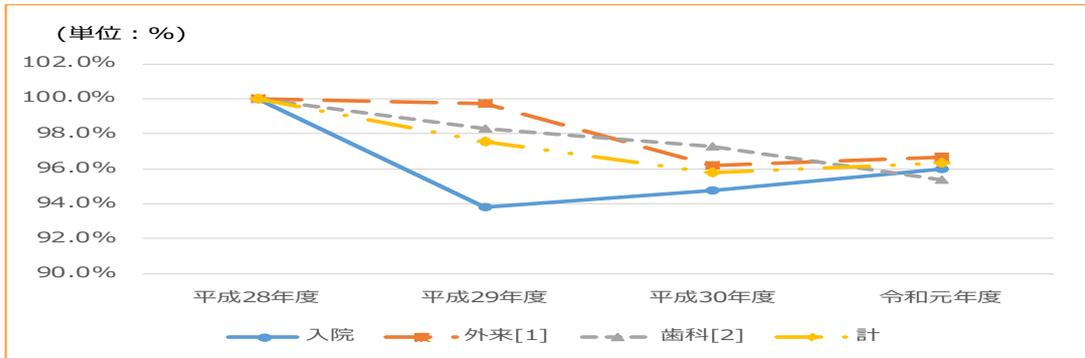
(単位：千円)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
入院	5,432,972	5,095,284	5,149,132	5,215,992
外来[1]	8,603,272	8,583,079	8,274,102	8,314,232
歯科[2]	1,225,473	1,205,019	1,192,423	1,168,920
計	15,261,717	14,883,382	14,615,657	14,699,145

※ 端数処理のため、内訳の和と合計値が不一致となることがあります。

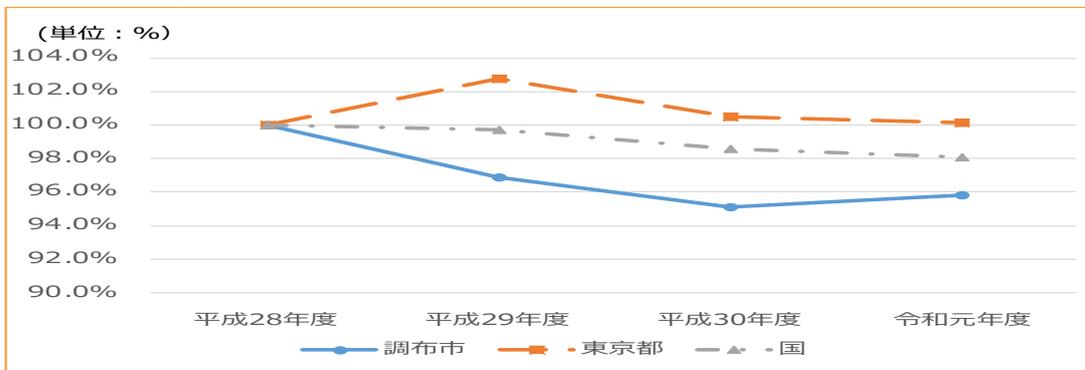
【データ】KDBデータ

平成28年度を100とした総医療費の推移



【データ】KDBデータ

平成28年度を100とした総医療費推移の国・都との比較



【データ】KDBデータ

◆ 被保険者1人あたり医療費

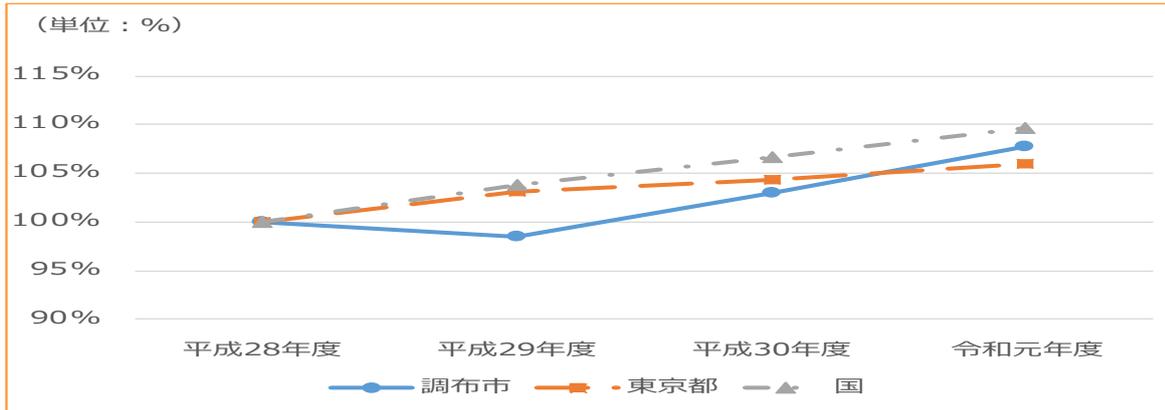
被保険者1人あたり医療費の推移

(単位：円)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
入院	8,600	8,470	8,860	9,270
外来	13,620	14,270	14,240	14,770
歯科	1,940	2,000	2,050	2,080
計	24,160	24,740	25,150	26,120

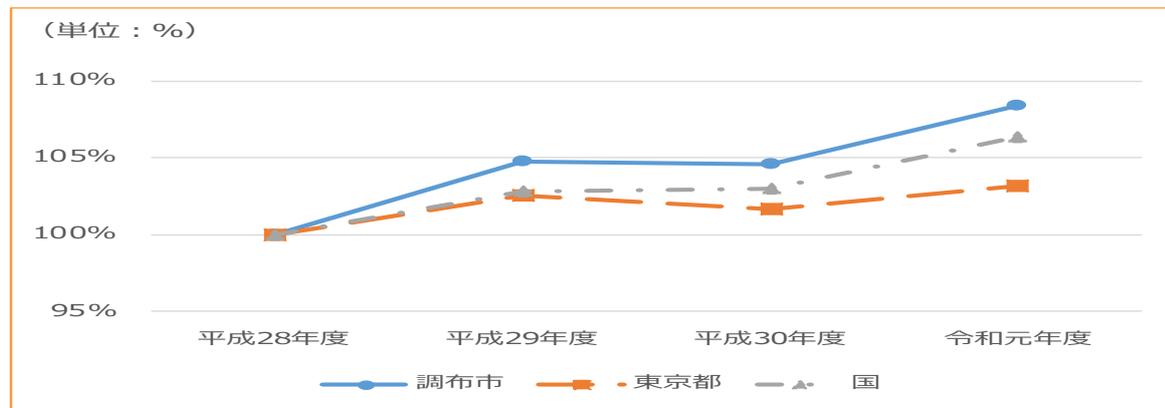
【データ】KDBデータ

平成28年度を100とした被保険者1人あたり医療費の推移（入院）



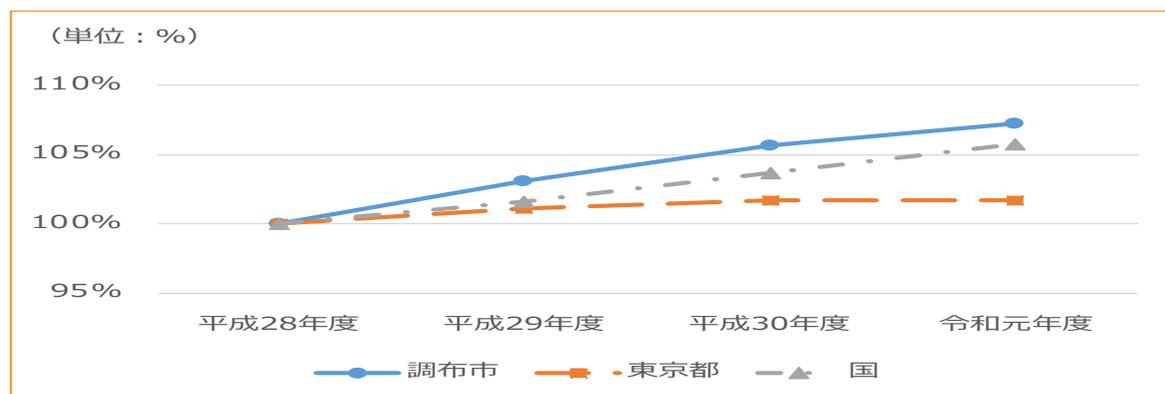
【データ】KDBデータ

平成28年度を100とした被保険者1人あたり医療費の推移（外来）



【データ】KDBデータ

平成28年度を100とした被保険者1人あたり医療費の推移（歯科）



【データ】KDBデータ

3.2 受診率の状況

◆ 受診率（被保険者 1,000 人当たりのレセプト件数）

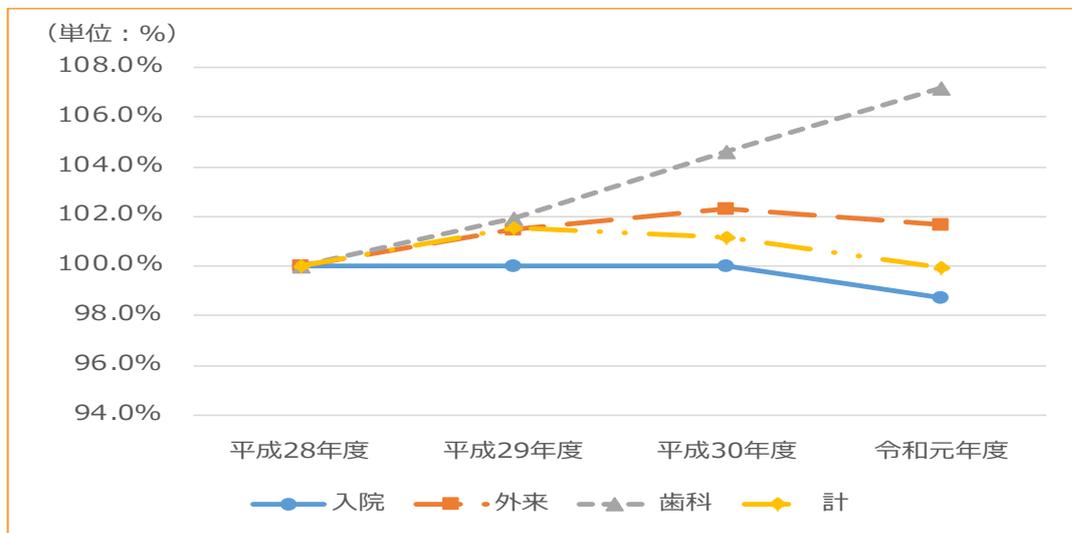
受診率の推移

(単位：件数)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
入院	15.7	15.7	15.7	15.5
外来	652.3	662	667.5	663.3
歯科	159.2	162.3	166.5	170.6
計	827.3	840.0	849.7	849.4

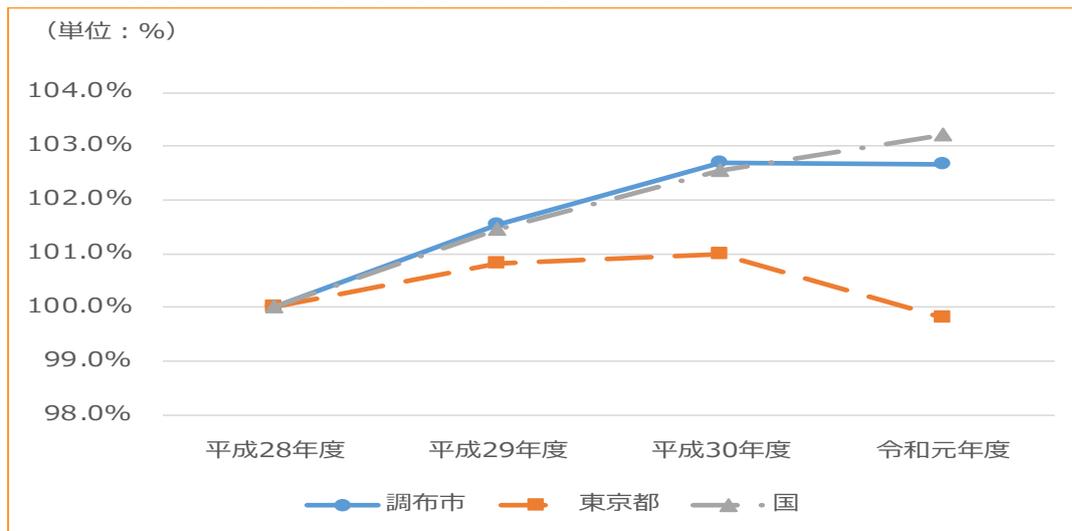
【データ】KDBデータ

平成 28 年度を 100 とした受診率の推移



【データ】KDBデータ

平成 28 年度を 100 とした受診率の国・都との比較



【データ】KDBデータ

3.3 疾病別医療費の状況

総医療費は、平成28年度は1位が統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、2位が腎不全でしたが、令和元年度は1位が腎不全、2位がその他の悪性新生物<腫瘍>となっています。

男性は、女性より総医療費、レセプト件数、レセプト1件当たり医療費いずれにおいても、40歳以上では生活習慣病が上位に入っています。

		疾病中分類					
		平成28年度			令和元年度		
		1位	2位	3位	1位	2位	3位
総医療費	調布市	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	腎不全	その他の悪性新生物	腎不全	その他の悪性新生物<腫瘍>	その他の心疾患
	東京都	腎不全	糖尿病	その他の悪性新生物	腎不全	その他の悪性新生物<腫瘍>	糖尿病
	国	腎不全	糖尿病	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	腎不全	その他の悪性新生物<腫瘍>	糖尿病
レセプト件数	調布市	高血圧性疾患	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	その他の眼及び付属器の疾患	高血圧性疾患	脂質異常症	その他の眼及び付属器の疾患
	東京都	高血圧性疾患	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	糖尿病	高血圧性疾患	脂質異常症	糖尿病
	国	高血圧性疾患	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	糖尿病	高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症
レセプト1件当たり医療費	調布市	白血病	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	その他の周産期に発生した病態	その他の心疾患	その他の神経系の疾患	その他の悪性新生物<腫瘍>
	東京都	重症急性呼吸器症候群(SARS)	白血病	くも膜下出血	白血病	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	その他の脊柱障害
	国	重症急性呼吸器症候群(SARS)	くも膜下出血	白血病	白血病	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	悪性リンパ腫

【データ】KDBデータ

◆ 男性

項目	年齢階層(歳)	疾病中分類		
		1位	2位	3位
総医療費	0-9	喘息	その他（上記以外のもの）	アレルギー性鼻炎
	10-19	その他の呼吸器系の疾患	その他の精神及び行動の障害	その他の内分泌、栄養及び代謝障害
	20-29	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	その他の消化器系の疾患	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
	30-39	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の神経系の疾患
	40-49	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	腎不全	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）
	50-59	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の心疾患
	60-69	腎不全	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の心疾患
	70-74	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の心疾患	腎不全
レセプト件数	0-9	喘息	その他（上記以外のもの）	アレルギー性鼻炎
	10-19	アレルギー性鼻炎	喘息	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
	20-29	皮膚炎及び湿疹	その他の急性上気道感染症	その他（上記以外のもの）
	30-39	皮膚炎及び湿疹	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
	40-49	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	高血圧性疾患	その他の神経系の疾患
	50-59	高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症
	60-69	高血圧性疾患	糖尿病	脂質異常症
	70-74	高血圧性疾患	糖尿病	その他の眼及び付属器の疾患
レセプト1件当たり医療費	0-9	その他の感染症及び寄生虫症	その他の神経系の疾患	その他の内分泌、栄養及び代謝障害
	10-19	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	骨折	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）
	20-29	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	その他の眼及び付属器の疾患	その他の理由による保健サービスの利用者
	30-39	その他の神経系の疾患	その他の心疾患	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害
	40-49	その他の循環器系の疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	腎不全
	50-59	その他の心疾患	虚血性心疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞
	60-69	その他の心疾患	腎不全	虚血性心疾患
	70-74	その他の循環器系の疾患	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の脊柱障害

【データ】KDBデータ（令和元年度）

◆ 女性

項目	年齢階層 (歳)	疾病中分類		
		1位	2位	3位
総医療費	0-9	その他の神経系の疾患	喘息	アレルギー性鼻炎
	10-19	その他損傷及びその他外因の影響	喘息	その他の皮膚及び皮下組織の疾患
	20-29	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の妊娠、分娩及び産じょく
	30-39	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の神経系の疾患
	40-49	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	腎不全
	50-59	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の神経系の疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞
	60-69	その他の心疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞
	70-74	その他の心疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	糖尿病
レセプト件数	0-9	喘息	その他（上記以外のもの）	アレルギー性鼻炎
	10-19	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	屈折及び調節の障害	アレルギー性鼻炎
	20-29	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	アレルギー性鼻炎
	30-39	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	アレルギー性鼻炎	皮膚炎及び湿疹
	40-49	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	その他の神経系の疾患	アレルギー性鼻炎
	50-59	高血圧性疾患	その他の眼及び付属器の疾患	脂質異常症
	60-69	脂質異常症	高血圧性疾患	その他の眼及び付属器の疾患
	70-74	高血圧性疾患	脂質異常症	その他の眼及び付属器の疾患
レセプト1件当たり医療費	0-9	その他の神経系の疾患	妊娠及び胎児発育に関連する障害	てんかん
	10-19	その他損傷及びその他外因の影響	その他の脳血管疾患	その他の先天奇形、変形及び染色体異常
	20-29	その他の妊娠、分娩及び産じょく	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	その他の消化器系の疾患
	30-39	その他の循環器系の疾患	その他の消化器系の疾患	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞
	40-49	その他の心疾患	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の先天奇形、変形及び染色体異常
	50-59	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の呼吸器系の疾患	子宮の悪性新生物＜腫瘍＞
	60-69	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の心疾患	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞
	70-74	脊椎障害（脊椎症を含む）	くも膜下出血	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞

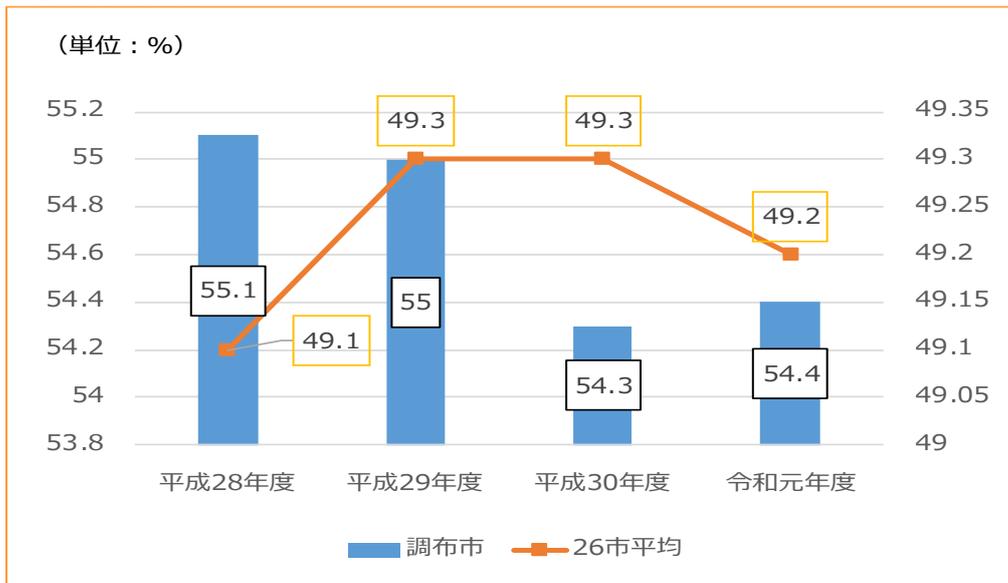
【データ】KDBデータ（令和元年度）

3.4 健診データの分析

特定健診受診率は、わずかに減少していますが、平成28年度と比較して1ポイント以内でありほぼ横ばいの状態です。各年齢階層の受診率は、40歳～49歳は40%未満、50歳～59歳は50%未満ですが、東京都及び国と比較して高くなっています。

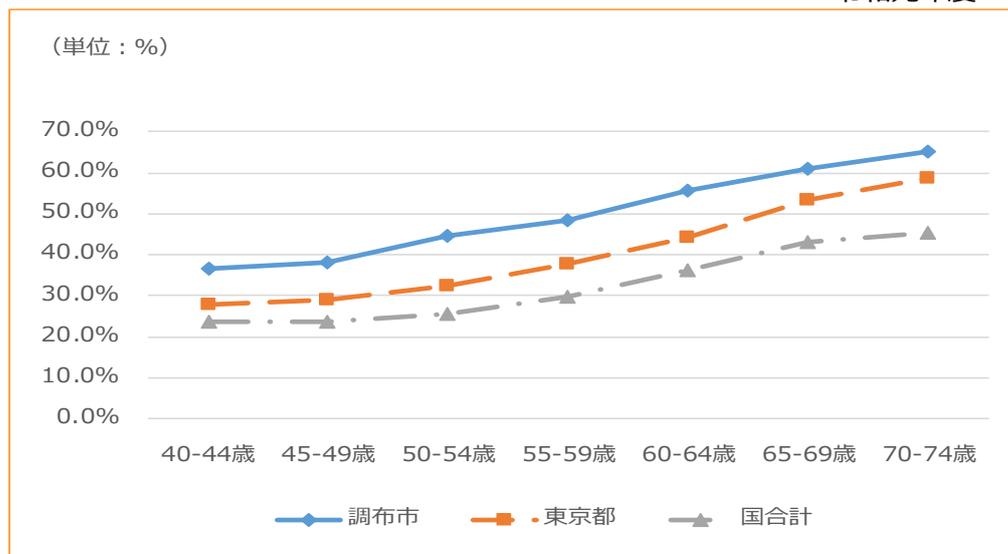
特定保健指導実施率は、平成29年度以降12%～13%で推移しており、東京都及び国と比較して低くなっています。各年齢階層の実施率は、40歳～49歳、55歳～59歳は5%未満と低く、55歳～59歳と70歳～74歳の実施率は、東京都より著しく低くなっています。

◆ 特定健診受診率推移



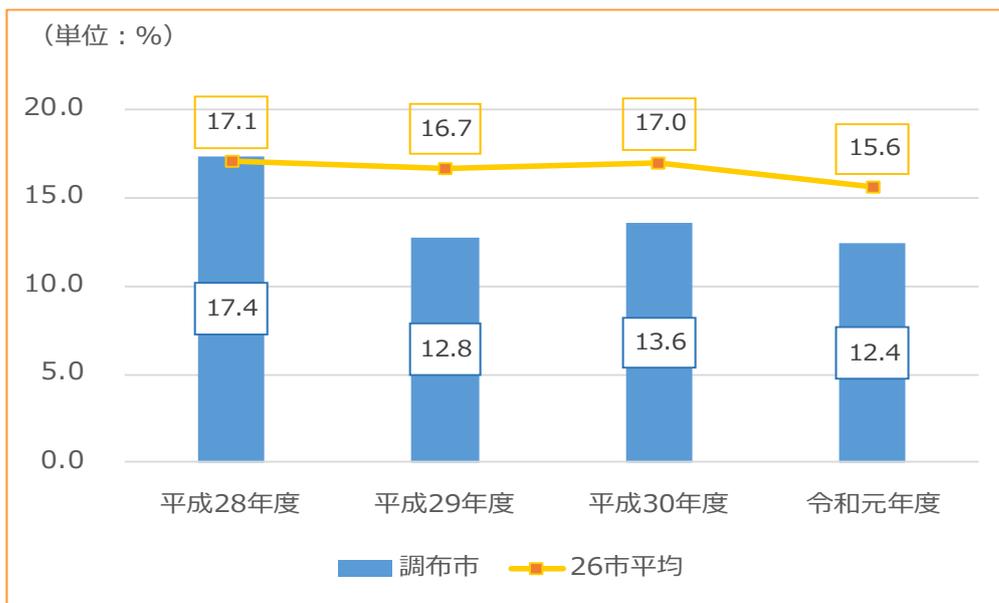
【データ】法定報告データ

◆ 年齢階層別受診率



【データ】KDBデータ

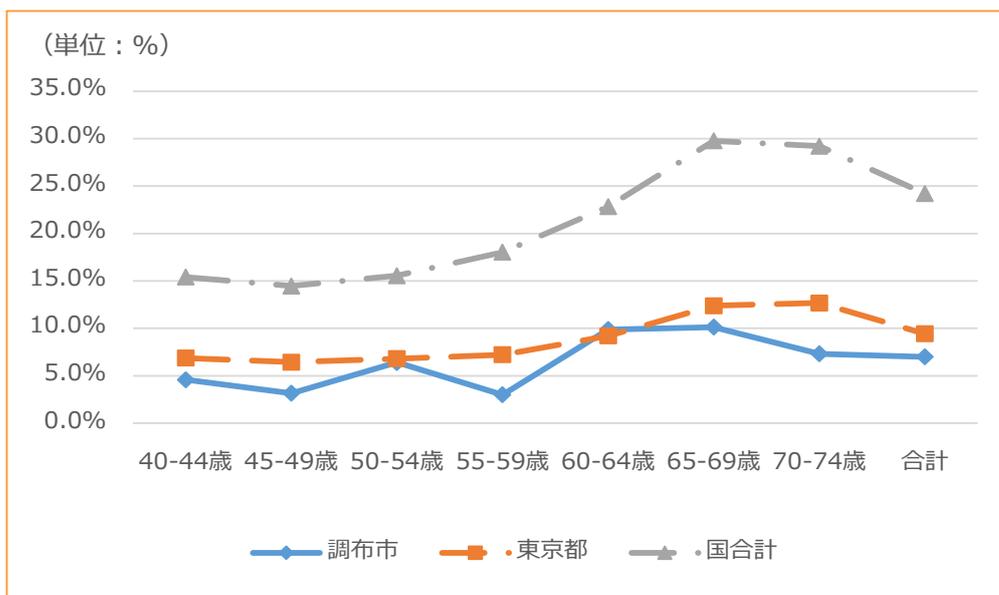
◆ 特定保健指導実施率推移



【データ】法定報告データ

◆ 年齢階層別特定保健指導実施率

令和元年度



【データ】KDB データ

3.5 介護データの分析

国民健康保険における要介護認定者は全体の3.3%です。50歳以上になると平成28年度に比較して、令和元年度は高くなっています。一因として、社会保険加入要件の緩和により、要介護認定を受けていない被保険者が減少したことにより、高くなったと考えられます。

◆ 国保被保険者における要介護認定者の状況

年齢階層	令和元年度			平成28年度
	被保険者数(人)	要介護認定者数(人)	割合(%)	割合(%)
40-44歳	2,894	6	0.2%	0.1%
45-49歳	3,390	14	0.4%	0.4%
50-54歳	3,323	28	0.8%	0.5%
55-59歳	3,232	33	1.0%	0.6%
60-64歳	3,733	78	2.1%	1.6%
65-69歳	6,838	246	3.6%	3.3%
70-75歳	9,276	677	7.3%	6.7%
合計	32,686	1,082	3.3%	2.7%

【データ】KDB データ

4 個別事業評価

◆ 特定健診未受診者対策

1. 事業内容(現状)

背景	法定報告における特定健診受診率については、平成29年度55.0%、平成30年度54.3%、令和元年度54.4%であり、横ばいである。
目的	生活習慣病の予防、早期発見のため、特定健診の受診率の向上を図る。
具体的内容	<p>1 電話勧奨</p> <p>【対象者】 特定健診前年度未受診者・前年度保健指導対象者・特定健診前々年度未受診者</p> <p>【再勧奨】 集団健診欠席者</p> <p>【延長案内対象者】 受診勧奨の架電の際、「検討中」を回答した者</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続受診の啓発 ・生活習慣病予防の啓発 ・集団健診の予約受付 ・受診しない理由の聞き取り ・特定健診と同等の他の健診を受診した対象者に健診結果の提供を呼びかけ ・委託先のコールセンターから、土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 <p>2 他健診結果の提供依頼</p> <p>【対象者】特定健診対象者、電話勧奨時に他健診受診を確認した方、過去に結果提供実績のある方</p> <p>【方法】特定健診受診券に案内を同封して送付、11月と2月に依頼文を個別に送付</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】電話勧奨を実施した人数 対象者の約半数 受診期間延長を案内した人数（目標値なし） 他健診結果の受領数 平成29年度時点の状況より向上</p> <p>【アウトカム】特定健診受診率 58%</p> <p>【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携 電話勧奨事業者との連携</p> <p>【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施 効果的な広報・周知の検討</p>

2. 評価と見直し・改善案

評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	経年変化	指標判定	事業判定
電話勧奨を実施した人数	15,500人	H29 18,272人 H30 17,081人 R01 16,526人	A	B
他健診結果の受領数	456人	H29 456人 H30 439人 R01 399人	C	
特定健診受診率	58%	H29 55.0% H30 54.3% R01 54.4%	B	

要因	<ul style="list-style-type: none"> ・架電拒否による電話勧奨を実施した人数の減少 ・経年事業を実施していることによる効果の減 ・集団健診欠席者については、各回10人程度（全11回）であることに加え、本人から再予約をとる場合や受診券の有効期限内に集団健診の実施がない場合などがあつた。 ・他健診結果の受領については、減少傾向にあるが、受診率向上に一定の効果あり
見直しと改善の案	<ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨対象者を変更するとともに、未受診者対策としての方法も圧着はがきを送るなど見直す。

3. 今後の事業計画

背景	法定報告における特定健診受診率については、平成29年度55.0%、平成30年度54.3%、令和元年度54.4%であり、横ばいとなっており、今後は継続的な受診と若年層の受診の増加を促すことが必要と考える。また、令和2年度には、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、特定健診が一時期休止し、再開後も密を避けるために集団健診の人数を抑制するなどの対応を行った。
目的	被保険者の健康の保持増進のため、特定健診の受診率向上を目的とする。
具体的内容	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者 <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月～12月の受診券発送直後に架電 ・継続受診の啓発 ・生活習慣病予防の啓発 ・集団健診の予約受付 ・受診しない理由の聞き取り ・特定健診と同等の他の健診を受診した対象者に健診結果の提供を呼びかけ ・委託先のコールセンターから、土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。

評価指標 目標値	<p>«令和3年度»</p> <p>【アウトプット】電話勧奨を実施した人数 15,200人 他健診結果の受領数 前年度より向上</p> <p>【アウトカム】特定健診受診率 58%</p> <p>【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携</p> <p>【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施, 電話勧奨事業者との連携</p>
	<p>«令和4年度»</p> <p>【アウトプット】電話勧奨を実施した人数 15,200人 他健診結果の受領数 前年度より向上</p> <p>【アウトカム】特定健診受診率 59%</p> <p>【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携</p> <p>【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施, 電話勧奨事業者との連携</p>
	<p>«令和5年度»</p> <p>【アウトプット】電話勧奨を実施した人数 15,200人 他健診結果の受領数 前年度より向上</p> <p>【アウトカム】特定健診受診率 60%</p> <p>【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携</p> <p>【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施, 電話勧奨事業者との連携</p>
年度計画	<p>«令和3年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続受診の啓発 ・生活習慣病予防の啓発 ・集団健診の予約受付 ・受診しない理由の聞き取り ・特定健診と同等の他の健診を受診した対象者に健診結果の提供を呼びかけ ・委託先のコールセンターから, 土日祝日を含む, 午前9時から午後8時の時間帯に, 事業内容について案内する。 ・保健事業支援・評価委員会からの助言を受け, 受診勧奨時のスクリプトの修正, 電話勧奨のメリット・デメリットについて総括し, 検証していく。また, 委託事業者についても, 内容及び費用について, 精査し, 検討していく。
	<p>«令和4年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続受診の啓発 ・生活習慣病予防の啓発 ・集団健診の予約受付 ・受診しない理由の聞き取り ・特定健診と同等の他の健診を受診した対象者に健診結果の提供を呼びかけ ・委託先のコールセンターから, 土日祝日を含む, 午前9時から午後8時の時間帯に, 事業内容について案内する。
	<p>«令和5年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続受診の啓発 ・生活習慣病予防の啓発 ・集団健診の予約受付 ・受診しない理由の聞き取り ・特定健診と同等の他の健診を受診した対象者に健診結果の提供を呼びかけ ・委託先のコールセンターから, 土日祝日を含む, 午前9時から午後8時の時間帯に, 事業内容について案内する。

◆ 特定保健指導利用勸奨事業

1.事業内容(現状)

背景	法定報告における特定保健指導実施率については、平成29年度12.8%、平成30年度13.6%、令和元年度12.4%であり、減少傾向にある。
目的	被保険者の健康の保持増進のため、特定保健指導の実施率向上を目的とする。
具体的内容	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者 <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月・7月から3月までの各月末から翌月初にかけて10～14日程度 3 回架電 ・生活習慣病予防事業の啓発 ・初回面談の予約受付 ・利用しない理由の聞き取り ・委託先のコールセンターから、保健指導の案内発送後2,3日程度経過した時点から架電を実施。自主的に申込のあった方からは順次対象から除き、架電時点での未利用者に対して申込み期限（実施日の2週間程度前）までの間電話勸奨を実施するもの。土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 ・申し込みがなかった方には再勸奨文を郵送
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】電話勸奨を実施した人数</p> <p>【アウトカム】特定保健指導実施率 37.5%</p> <p>【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携</p> <p>【プロセス】特定保健指導実施事業者、電話勸奨事業者との連携</p>

2.評価と見直し・改善案

	目標値	経年変化	指標判定	事業判定
特定保健指導実施率	37.5%	H29 12.8% H30 13.6% R01 12.4%	C	C
電話勸奨実施者数	1,600人	H29 1,797人 H30 1,676人 R01 1,678人	A	

要因	・電話勸奨を行ったが、積極的支援の初回面接を申込み方が少なかった。
見直しと改善の案	・スクリプトや案内文を変更し、積極的支援の方に、生活習慣病について更に周知することにより、申込み率をあげる。

3.今後の事業計画

背景	<p>法定報告における特定保健指導実施率については、平成29年度12.8%、平成30年度13.6%、令和元年度12.4%であり、減少傾向にある。特に積極的支援の利用率は、平成29年度12.0%、平成30年度は8.5%、令和元年度5.2%と減少しており、対策が必要である。また、令和2年度は、新型コロナウイルスの影響を受け、初回面接の実施が難しく、何度も調整を行った。</p>
目的	<p>被保険者の健康の保持増進のため、特定保健指導の実施率向上を目的とする。</p>
具体的内容	<p>【対象者】 ・特定保健指導対象者</p> <p>【実施方法】 ・4月・7月～3月の各月末～翌月初に10～14日程度架電 ・生活習慣病予防事業の啓発 ・初回面接の予約受付 ・利用しない理由の聞き取り ・委託先のコールセンターから、保健指導の案内発送後2,3日程度経過した時点から架電を実施。自主的に申込のあった方からは順次対象から除き、架電時点での未利用者に対して申込み期限（実施日の2週間程度前）までの間電話勧奨を実施するもの。土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 ・申し込みがなかった方には再勧奨文を郵送 ・積極的支援を6か月支援から3か月支援に変更し、スクリプトや案内文に入れ込むことで、利用勧奨時にアピールし、積極的支援の利用率の向上を図る。また、新型コロナウイルスの影響を受け、初回面接の実施が難しかったことから、遠隔面接を導入し、同様に周知する。</p>
評価指標 目標値	<p>«令和3年度» 【アウトプット】電話を実施した人数 1,600人 【アウトカム】特定保健指導実施率 15% 【ストラクチャー】医師会，医療機関との連携 【プロセス】特定保健実施事業者，電話勧奨事業者との連携</p> <p>«令和4年度» 【アウトプット】電話を実施した人数 1,600人 【アウトカム】特定保健指導実施率 18% 【ストラクチャー】医師会，医療機関との連携 【プロセス】特定保健実施事業者，電話勧奨事業者との連携</p> <p>«令和5年度» 【アウトプット】電話を実施した人数 1,600人 【アウトカム】特定保健指導実施率 20% 【ストラクチャー】医師会，医療機関との連携 【プロセス】特定保健実施事業者，電話勧奨事業者との連携</p>

年度計画	<p>«令和3年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月・7月～3月の各月末～翌月初に10～14日程度架電 ・生活習慣病予防事業の啓発 ・初回面接の予約受付 ・利用しない理由の聞き取り ・委託先のコールセンターから、保健指導の案内発送後2,3日程度経過した時点から架電を実施。自主的に申込のあった方からは順次対象から除き、架電時点での未利用者に対して申込み期限（実施日の2週間程度前）までの間電話勧奨を実施するもの。土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 ・申し込みがなかった方には再勧奨文を郵送 ・積極的支援を6か月支援から3か月支援に変更し、スクリプトや案内文に入れ込むことで、利用勧奨時にアピールし、積極的支援の利用率の向上を図る。遠隔面接を導入し、同様に周知する。
	<p>«令和4年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月・7月～3月の各月末～翌月初に10～14日程度架電 ・生活習慣病予防事業の啓発 ・初回面接の予約受付 ・利用しない理由の聞き取り ・委託先のコールセンターから、保健指導の案内発送後2,3日程度経過した時点から架電を実施。自主的に申込のあった方からは順次対象から除き、架電時点での未利用者に対して申込み期限（実施日の2週間程度前）までの間電話勧奨を実施するもの。土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 ・申し込みがなかった方には再勧奨文を郵送 ・特定保健指導が3か月程度で終了する旨や遠隔面接できる旨をスクリプトや案内文に入れ込むことで、利用勧奨時にアピールし、積極的支援の利用率の向上を図る。
	<p>«令和5年度»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月・7月～3月の各月末～翌月初に10～14日程度架電 ・生活習慣病予防事業の啓発 ・初回面接の予約受付 ・利用しない理由の聞き取り ・委託先のコールセンターから、保健指導の案内発送後2,3日程度経過した時点から架電を実施。自主的に申込のあった方からは順次対象から除き、架電時点での未利用者に対して申込み期限（実施日の2週間程度前）までの間電話勧奨を実施するもの。土日祝日を含む、午前9時から午後8時の時間帯に、事業内容について案内する。 ・申し込みがなかった方には再勧奨文を郵送 ・特定保健指導が3か月程度で終了する旨や遠隔面接できる旨をスクリプトや案内文に入れ込むことで、利用勧奨時にアピールし、積極的支援の利用率の向上を図る。

◆ 糖尿病重症化予防事業

1.事業内容(現状)

背景	都と比較して総医療費に占める糖尿病の割合は1.6%、慢性腎不全は1.4%低いが、被保険者数に占める糖尿病患者数、人工透析患者数の割合は微増している。保険者努力支援の評価項目であり実施する必要がある。
目的	糖尿病の重症化による合併症を予防する、または遅延させることにより、人工透析への移行、その他の合併症にともなう複雑・高度な治療の回避または導入を遅延させることで、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図る。
具体的内容	<p>1 個別支援 【該当者】 (1) 2型糖尿病治療中 (2)a:空腹時血糖130mg/dl以上またはHbA1c7%以上, b:尿蛋白1+以上, c:eGFR45ml/min/1.73m²未満 (3)糖尿病性腎症(レセプトから推定した糖尿病腎症2期～4期含む) (4) (1)と(2)または(3)に該当すること。 【方法】 «医師会» (1)対象者抽出基準を相談する。事業への協力依頼と会員への事業周知を依頼する。主治医への協力依頼文と対象者への案内文について事前に了解を得る。事業完了報告書を医師会担当医師にも情報提供し、事業評価の助言を得る。 «主治医» (1)候補者リストを各主治医に情報提供し、受診時に利用勧奨を依頼する。申込者の利用の可否の判断と療養上の指示事項を記載する生活指導確認書の記入を申込時、約3か月後に、また評価のため終了時に主治医に検査結果の記載を依頼する。主治医の同意がない場合は利用不可とする。(主治医からの返信の写しを本人に送付) (2)毎月の支援結果と事業完了報告書を報告する。 «対象者» (1)対象者を抽出し、案内文を郵送する。保健指導実施事業者が電話で利用勧奨を行う。 (2)申込者の主治医に利用の可否の判断と生活指導確認書の記入を依頼する。(同意がない場合は利用不可) (3)9月から翌年2月まで支援を行う。(面接2回、電話6回) (4)事業終了後に対象者に利用者用と未利用者用のアンケートを送付する。 (5)翌年度の7月にニュースターと塩分チェックを送付。 (6)9月に血液検査結果の提供依頼と糖尿病連携手帳の希望確認を行い、10月に電話支援を1回行う。 (7)レセプトを追跡し、通院継続及び人工透析移行状況等を確認する。</p> <p>2 歯周病予防啓発 «対象者» 糖尿病のレセプトがあり過去1年間に歯科レセプトがない被保険者 «方法» 歯周病が糖尿病の合併症であることのリーフレットと、健康推進課が実施する歯周病検診(申込み制検診)を郵送し、受診の動機づけを行う。</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】プログラム同意者数 10.4%より向上、プログラム終了率100% 【アウトカム】HbA1c維持・改善者率 60%、行動変容があると回答した者 80% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携 医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び保健指導プログラムの提供 プログラムの満足度 80%</p>

2.評価と見直し・改善案

評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	経年変化	指標判定	事業判定
HbA1c改善者率	60%	H29 50% H30 64.3% R01 70%	A	C
行動変容があると回答した者	80%	H29 58.3% H30 43.1% R01 37.5%	C	
プログラム同意者数	10.4%より向上	H29 7.0% H30 10.4% R01 5.2%	C	
プログラム終了率	100%	H29 80.0% H30 89.5% R01 88.9%	B	

要因	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会から会員に事業協力することの事務連絡を送付しているため、個別に事業説明を行っていないが、概ね協力的である。 ・参加するにあたり本人の自己負担がない。 ・本人から主治医に利用の可否を相談し、文書作成を依頼する流れになっている。 ・利用者の満足度は高かったが、HbA1cが7%未満の参加者が多く、評価が難しかった。 ・取り組みやすい食事療法の取組は高いが、運動療法とセルフモニタリングは低かった。 ・実技があるとよいという意見が散見された。 ・事業対象者が腎症期2期～4期と広いため、参加前のHbA1cが7%未満の方もいる。また、参加者数が少ないため実績は一人のデータに左右されやすい。参加者の満足度は高いが、事業として効果があったか評価が難しい。また、6か月の支援期間が長いという意見もあり、参加をためらう要因の一つになっていると考えられる。
見直しと改善の案	<ul style="list-style-type: none"> ・利用の可否の相談と生活指導確認書記載の依頼は本人からではなく市から行う。 ・主に腎症2期の方を対象とした支援を検討する。 ・HbA1cが7%未満となった方を改善者としていたが、0.5%ごとに区分して、改善しているかを評価する。 ・対象者を確保できる選定基準を検討する。

3.今後の事業計画

背景	東京都と比較して人工透析患者は少ないが、年々増加してきている。総医療費では、平成28年度は腎不全は2位、糖尿病は5位だったが、令和元年度は腎不全は1位となり糖尿病は変わらず5位となっている。また、糖尿病の千件当たりレセプト件数は被保険者数が減少しているにもかかわらず平成28年度より増加してきている。糖尿病患者数、医療費ともに増加してきていることから、糖尿病重症化予防に継続して取り組むことが必要。
目的	糖尿病の重症化による合併症を予防する、または遅延させることにより、人工透析への移行、その他の合併症にともなう複雑・高度な治療の回避または導入を遅延させることで、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図る。
具体的内容	<p>1 個別支援</p> <p>【該当者】</p> <p>(1) 2型糖尿病治療中 (2)a:空腹時血糖130mg/dl以上またはHbA1c7%以上, b:尿蛋白1+以上, c:eGFR45ml/min/1.73m²未満 (3)糖尿病性腎症(レセプトから推定した糖尿病腎症2期～4期含む) (4) (1)と(2)または(3)に該当すること。</p> <p>【方法】</p> <p>≪医師会≫</p> <p>(1)対象者抽出基準を相談する。事業への協力依頼と会員への事業周知を依頼する。主治医への協力依頼文と対象者への案内文について事前に了解を得る。事業完了報告書を医師会担当医師にも情報提供し、事業評価の助言を得る。</p> <p>≪主治医≫</p> <p>(1)候補者リストを各主治医に情報提供し、受診時に利用勧奨を依頼する。申込者の利用の可否の判断と療養上の指示事項を記載する生活指導確認書の記入を申込時、約3か月後に、また評価のため終了時に主治医に検査結果の記載を依頼する。主治医の同意がない場合は利用不可とする。(主治医からの返信の写しを本人に送付)</p> <p>(2)毎月の支援結果と事業完了報告書を報告する。</p> <p>≪対象者≫</p> <p>(1)対象者を抽出し、案内文を郵送する。保健指導実施事業者が電話で利用勧奨を行う。</p> <p>(2)申込者の主治医に利用の可否の判断と生活指導確認書の記入を依頼する。(同意がない場合は利用不可)</p> <p>(3)9月から翌年2月まで支援を行う。(面接2回、電話6回)</p> <p>(4)事業終了後に対象者に利用者用と未利用者用のアンケートを送付する。</p> <p>(5)翌年度の7月にニュースレターと塩分チェックを送付。</p> <p>(6)9月に血液検査結果の提供依頼と糖尿病連携手帳の希望確認を行い、10月に電話支援を1回行う。</p> <p>(7)レセプトを追跡し、通院継続及び人工透析移行状況等を確認する。</p> <p>2 歯周病予防啓発</p> <p>≪対象者≫</p> <p>糖尿病のレセプトがあり過去1年間に歯科レセプトがない被保険者</p> <p>≪方法≫</p> <p>歯周病が糖尿病の合併症であることのリーフレットと、健康推進課が実施する歯周病検診(申込み制検診)を郵送し、受診の動機づけを行う。</p>

評価指標 目標値	«令和3年度» 【アウトプット】プログラム同意者数 10.4%より向上, プログラム終了率100% 【アウトカム】HbA1c維持・改善者率 60%, 行動変容があると回答した者 80% 【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携 医師会との打合せ年 2 回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び保健指導プログラムの提供 プログラムの満足度 80%
	«令和4年度» 【アウトプット】プログラム同意者数 10.4%より向上, プログラム終了率100% 【アウトカム】HbA1c維持・改善者率 60%, 行動変容があると回答した者 80% 【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携 医師会との打合せ年 2 回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び保健指導プログラムの提供 プログラムの満足度 80%
	«令和5年度» 【アウトプット】プログラム同意者数 10.4%より向上, プログラム終了率100% 【アウトカム】HbA1c維持・改善者率 60%, 行動変容があると回答した者 80% 【ストラクチャー】医師会, 医療機関との連携 医師会との打合せ年 2 回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び保健指導プログラムの提供 プログラムの満足度 80%
年度計画	«令和3年度» ・個別支援における通信機器を使用した面談の導入。 ・腎症 1 期～2期の方を対象とした支援の検討
	«令和4年度» ・個別支援の継続 ・腎症 1 期～2期の方を対象とした支援の試行
	«令和5年度» ・個別支援の継続 ・腎症 1 期～2期の方を対象とした支援の本格実施

◆ 受療勧奨事業

1.事業内容(現状)

背景	<p>総医療費及びレセプト件数ともに年齢が上昇するに伴い、生活習慣病が上位を占めている。入院の一人当たり医療費、レセプト件数ともに増加しており、外来に比較して増加率が高い。また、高額医療受療者の多くが生活習慣病の基礎疾患に罹患している。健診結果は収縮期血圧・HbA1c・LDLコレステロールの有所見者が40%を超えており、血糖の有所見者は東京都より高かった。また、平成24年度から平成28年度までの5年間で健診受診回数0回の者が30.4%、健診未受診かつ生活習慣病の受療がない者が平成28年度は20.9%いた。経年健診未受診者及び要医療判定者で未受療の被保険者の中に、生活習慣病罹患患者及び重症化リスクの高いものが潜在化しているため、生活習慣病有病者が早期に受療し、医学的管理を受けることで重症化を予防し、健康の保持増進、生活の質の維持・向上を図るとともに医療費の適正化が必要。</p>
目的	<p>総医療費及びレセプト件数ともに年齢が上昇するに伴い、生活習慣病が上位を占めており、入院の一人当たり医療費、レセプト件数ともに増加しており、外来に比較して増加率が高い。また、高額医療受療者の多くが生活習慣病の基礎疾患に罹患している。生活習慣病に罹患している疑いのある被保険者が医療管理を早期に受けることで重症化を予防し、健康の保持増進、生活の質の維持・向上を図る。その結果医療費適正化につなぐ。</p>
具体的内容	<p>1 高血圧・糖尿病・脂質異常症 【該当者】 血圧・血糖・脂質の検査項目に要医療判定がある方のうち、健診後およそ3か月以内にレセプトで受療が確認できない方 《対象者》 以下の数値以上に該当する方。①収縮期血圧180mmHg, ②拡張期血圧110mm/Hg, ③LDLコレステロール180mg/dl, ④中性脂肪500mg/dl, ⑤空腹時血糖126mg/dl⑥HbA1c6.5%, 以下の複合条件, ⑦空腹時血糖110～125mg/dlかつHbA1c 5.6～6.4%, ⑧収縮期血圧140～179mm/Hgまたは拡張期血圧90～109mm/Hg, かつLDLコレステロール140～179mg/dlまたは中性脂肪300～500mg/dl未満, かつ尿蛋白+またはeGFR45未満, ⑨収縮期血圧160～179mm/Hgかつ拡張期血圧100～109mm/Hg, かつ喫煙習慣有, ⑩LDLコレステロール140～179mg/dlまたは中性脂肪300～500mg/dl未満, かつ喫煙習慣有 【方法】 《使用データ》 (1)健診 前期：平成30年9月～平成31年1月, 後期：令和元年5月～令和元年8月 (2)レセプト 前期：平成30年9月診療～平成31年3月診療, 後期：令和元年5月診療～令和元年10月診療 《内容》 健診結果とレセプトデータおよそ3か月分を突合し対象者を抽出。3年間の健診結果を判定区分にマーキングし、罹患している疑いのある疾患名と重症化によりかかりやすい合併症の疾患名を記載した受診勧奨通知文を郵送する。郵送後に看護職が電話による受診勧奨を行い、併せて未受診理由の確認と毎年の健診受診を促す。また、発送後3か月間のレセプトで受療状況を確認する。 《実施時期》 (1)対象者抽出 前期：令和元年7月, 後期：令和2年2月</p>

具体的内容	«実施時期» (つづき) (2) 勧奨文発送 前期：令和元年8月末，後期：令和2年3月末 (3) 電話勧奨 勧奨文発送後 (4) 効果測定 前期：10月，後期：3月，効果測定使用レセプト：発送月翌月から3か月間の診療レセプト
評価指標 目標値	【アウトプット】対象者のうち電話勧奨した人数 22%，勧奨通知を送付した人数 1,500通 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち，発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合 6% 【ストラクチャー】医師会との打合せ 年2回 【プロセス】目的に合った対象者の選定及び勧奨の実施 年2回

2. 評価と見直し・改善案

評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	経年変化	指標判定	事業判定
医療機関受療勧奨通知送付者のうち，発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合	6%	H29 5.08% H30 5.43% R01 8.53% (前期のみ)	B	B
対象者のうち電話勧奨した人数	25%	H29 14.5% H30 19.9% R01 27.5%	B	
勧奨通知を送付した人数	1,500通	H29 1,072通 H30 996通 R01 826通	C	

要因	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨文をレーダーチャートから疑いのある疾患と重症化した場合の合併症を記載した内容に変更したことで，起こりうるリスクをイメージしやすくなり受療につながったと思われる。 ・電話勧奨の実施日を不規則に曜日を変えて実施したことで繋がりがやすくなったと思われる。また，勧奨文の通知数が減少したことで一定期間に架電できるようになったため。 ・被保険者数及び健診対象者数の減少により通知文が減少しており，通知数の評価は困難。
見直しと改善の案	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回ではなく，健診実施月ごとに実施が望ましい。 ・著しく値が高い被保険者には医師会からデータ受療後に圧着はがき等で1回目の受療勧奨ができないか検討する。 ・変更した受療勧奨通知文の効果検証を行う。

3.今後の事業計画

背景	<p>被保険者数の減少により総医療費は減少しているが、被保険者1人当たり医療費は増加傾向にある。入院の総医療費は上位に脳梗塞・虚血性心疾患・腎不全が入っている。高血圧の内服率は東京都及び国より低い一方で、健診後の未治療者率が東京都及び国より高い。健診未受診者及び要医療判定者で未受療の被保険者の中に、生活習慣病罹患患者及び重症化リスクの高いものが潜在化しているため、生活習慣病有病者が早期に受療し、医学的管理を受けることで重症化を予防し、健康の保持増進、生活の質の維持・向上を図るとともに医療費の適正化が必要。</p>
目的	<p>総医療費及びレセプト件数ともに年齢が上昇するに伴い、生活習慣病が上位を占めており、入院の一人当たり医療費、レセプト件数ともに増加しており、外来に比較して増加率が高い。また、高額医療受療者の多くが生活習慣病の基礎疾患に罹患している。生活習慣病に罹患している疑いのある被保険者が医療管理を早期に受けることで重症化を予防し、健康の保持増進、生活の質の維持・向上を図る。その結果医療費適正化につなぐ。</p>
具体的内容	<p>1 高血圧・糖尿病・脂質異常症 【対象者】 血圧・血糖・脂質の検査項目に要医療判定がある方のうち、健診後およそ3か月以内にレセプトで受療が確認できない方 《抽出基準》 血圧100mm/Hg, ③LDLコレステロール180mg/dl, ④中性脂肪500mg/dl, ⑤空腹時血糖126mg/dl⑥HbA1c6.5%, ⑦空腹時血糖110～125mg/dlかつHbA1c 5.6～6.4%, 【使用データ】 (1)健診 前期：前年度9月～1月受診, 後期：当該年度5月～8月受診 (2)レセプト 前期：前年度9月診療～前年度3月診療, 後期：当該年度5月診療～10月診療 【内容】 健診結果とレセプトデータおよそ3か月分を突合し対象者を抽出。3年間の健診結果を判定区分にマーキングし、罹患している疑いのある疾患名と重症化によりかかりやすい合併症の疾患名を記載した受診勧奨通知文を郵送する。郵送後に看護職が電話による受診勧奨を行い、併せて未受診理由の確認と毎年の健診受診を促す。また、発送後3か月間のレセプトで受療状況を確認する。 【実施時期】 (1)対象者抽出 前期：当該年度7月, 後期：当該年度2月 (2)勧奨文発送 前期：当該年度8月末, 後期：当該年度3月末 (3)電話勧奨 勧奨文発送後 (4)効果測定 前期：10月, 後期：3月, 効果測定使用レセプト：発送月翌月から3か月間の診療レセプト</p> <p>2 CKD 【対象者】 健診結果が尿たんぱく2+以上または eGFR45ml/min./1.73m²未満のCKD疑いの方。ただし、腎疾患・がん・難病で通院中の方は除く。 【使用データ】 KDBシステムから該当者一覧を抽出。</p>

<p>具体的 内容</p>	<p>2 CKD (つづき) 【内容】 リーフレットを同封して受療勧奨文を郵送する。 【実施時期】 (1)対象者抽出 年10回 (2)勧奨文発送 対象者抽出月の中旬 (3)効果測定 発送月から6か月後にK D Bシステムで受診確認を行う。</p>
<p>評価 指標 目標値</p>	<p>1 高血圧・糖尿病・脂質異常症 <<令和3年度>> 【アウトプット】①勧奨通知を送付した人数：1,100人 ②電話勧奨した人数：通知対象者の25% 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：6% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施：年2回</p> <p><<令和4年度>> 【アウトプット】①勧奨通知を送付した人数：1,100人 ②電話勧奨した人数：通知対象者の25% 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：6% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施：年2回</p> <p><<令和5年度>> 【アウトプット】①勧奨通知を送付した人数：1,100人 ②電話勧奨した人数：通知対象者の25% 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：6% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施：年2回</p> <p>2 CKD <<令和3年度>> 【アウトプット】勧奨通知を送付した人数：450人 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：3% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施：年10回</p> <p><<令和4年度>> 【アウトプット】勧奨通知を送付した人数：450人 【アウトカム】医療機関受療勧奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：3% 【ストラクチャー】医師会、医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勧奨の実施：年10回</p>

<p>評価 指標 目標値</p>	<p>«令和5年度» 【アウトプット】勸奨通知を送付した人数：450人 【アウトカム】医療機関受療勸奨通知送付者のうち、発送の翌月から3か月以内に医療機関に受診した割合：3% 【ストラクチャー】医師会，医療機関との連携：医師会との打合せ年2回 【プロセス】目的にあった対象者の選定及び勸奨の実施：年10回</p>
<p>年度計画</p>	<p>1 高血圧・糖尿病・脂質異常症 «令和3年度» ・継続</p> <p>«令和4年度» ・継続</p> <p>«令和5年度» ・継続 ・令和元年度に変更した受診勸奨通知文の効果を検証する。</p> <p>2 CKD «令和3年度» ・継続</p> <p>«令和4年度» ・継続 ・同封物について再検討する。</p> <p>«令和5年度» ・継続</p>

◆ 薬剤併用禁忌予防啓発事業

1.事業内容(現状)

背景	お薬手帳の提示がないために併用禁忌薬剤の処方や重複処方が散見する。本来の薬効が得られないこと及び重篤な合併症発症の予防が必要。
目的	併用禁忌・併用回避とされている組合せの処方を予防し、重篤な副作用の出現を回避する。
具体的内容	<p>【対象者】 市民</p> <p>【方法】 (1) 10月～12月のレセプトを使用して併用禁忌及び併用回避とされている組合せのレセプトを抽出する。抽出されたレセプトの被保険者、処方日、処方内容、処方した医療機関、調剤した薬局を一覧にする。 (2) 前年度と同一の処方内容、同一被保険者が存在しないか確認する。</p> <p>【内容】 (1) 処方内容について医師会・歯科医師会・薬剤師会に情報提供を行う。医師会と薬剤師会には併用回避の組合せのリスク判定、併用処方時の注意事項の確認を依頼する。 (2) 医師会・歯科医師会・薬剤師会を通じて各会員に共通のポスター掲示と、来院者にお薬手帳の所持と活用の声掛けを依頼する。 (3) 保健所に医科・歯科・薬局の届け出情報の提供を依頼し、医師会・歯科医師会・薬剤師会に未加入の機関には市から、併用禁忌及び併用回避とされている組合せについて情報提供を行うとともに、共通のポスター掲示と、来院者にお薬手帳の所持と活用の声掛けを依頼する。 (4) 4月と10月はお薬手帳の携帯と活用の声掛け強化月間とする。</p>
評価指標 目標値	<p>【アウトプット】医療機関・調剤薬局への協力依頼文発送回数 年2回</p> <p>【アウトカム】組合せパターンごとの件数（前年度比） 減少</p> <p>【ストラクチャー】医師会、医療機関、歯科医師会、薬剤師会との連携 年2回</p> <p>【プロセス】併用禁忌対象となる組合せパターンを医師会、薬剤師会と共有 年1回</p>

2.評価と見直し・改善案

	目標値	経年変化	指標判定	事業判定
組合せパターンごとの件数	前年度より減少	H29 1組 H30 3組 R01 4組	C	E
前年度と同一の組合せパターンごとの件数	前年度より減少	H29 1組 H30 1組 R01 1組	C	
医療機関・調剤薬局への協力依頼文発送数	—	H29 2回 H30 2回 R01 2回	A	

要因	<ul style="list-style-type: none"> ・状況把握はしているが、個別介入支援を実施していないため改善がない。 ・処方内容について医師会と薬剤師会に情報提供を行ったことで両医師会で会員に注意喚起ができた。未加入機関にも情報提供を行ったことで、問合せがあり注意喚起ができた。
見直しと改善の案	<ul style="list-style-type: none"> ・併用禁忌薬剤を処方されている被保険者の個別支援を実施する。 ・電子お薬手帳について情報収集する。 ・院内処方・調剤している医療機関への協力依頼を強化する。 ・電子お薬手帳の取扱いや現状について情報収集する。

3.今後の事業計画

背景	お薬手帳が医療機関ごとになっている、または提示がないために併用禁忌薬剤の処方や重複処方の原因となっている。本来の薬効が得られないこと及び重篤な合併症発症の予防が必要。
目的	併用禁忌・併用回避とされている組合せの処方を予防し、重篤な副作用の出現を回避する。
具体的内容	<p>1 啓発</p> <p>【対象者】 市民</p> <p>【方法】</p> <p>(1) 10月～12月のレセプトを使用して併用禁忌及び併用回避とされている組合せのレセプトを抽出する。抽出されたレセプトの被保険者、処方、処方内容、処方した医療機関、調剤した薬局を一覧にする。</p> <p>(2) 前年度と同一の処方内容、同一被保険者が存在しないか確認する。</p> <p>【内容】</p> <p>(1) 処方内容について医師会・歯科医師会・薬剤師会に情報提供を行う。医師会と薬剤師会には併用回避の組合せのリスク判定、併用処方時の注意事項の確認を依頼する。</p> <p>(2) 医師会・歯科医師会・薬剤師会を通じて各会員に共通のポスター掲示と、来院者にお薬手帳の所持と活用を依頼する。</p> <p>(3) 保健所に医科・歯科・薬局の届け出情報の提供を依頼し、医師・歯科医師会・薬剤師会に未加入の機関には市から、併用禁忌及び併用回避とされておる組合せについて情報提供を行うとともに、共通のポスター掲示と、来院者にお薬手帳の所持と活用を依頼する。</p> <p>(4) 4月と10月はお薬手帳の携帯と活用を強化月間とする。</p> <p>2 個別支援</p> <p>【対象】 併用禁忌とされている組合せの薬剤が処方されているレセプトの被保険者</p> <p>【方法】 抽出されたレセプトの対象者に、保険年金課保健師が手紙、電話、または訪問等による個別支援を実施する。</p> <p>【内容】</p> <p>(1) 既往歴・通院している医療機関及び調剤薬局を確認する。</p>

<p>具体的 内容</p>	<p>【内容】（つづき） (2) 医師会・薬剤師会に対象の組合せ薬剤について緊急度合いや副作用について情報収集・助言を得る。 (3) 服薬状況，自覚症状等の不調の有無，処方されている薬の薬効と相互作用についてどのように説明を受けているかを確認する。 (4) 各医療機関へ他に通院している医療機関があること，調剤を受けている薬局について伝えているか確認する。伝えていない場合，その理由も確認する。 (5) 処方されている薬の薬効と相互作用とリスクについて説明する。 (6) お薬手帳の活用状況を確認し，活用方法について説明する。 (7) 服薬管理，災害時等の準備について説明する。</p>
<p>評価指標 目標値</p>	<p>1 啓発 <<令和3年度>> 【アウトプット】医療機関・調剤薬局への協力依頼文発送回数：年2回 【アウトカム】組合せパターンごとの件数（前年度比）：減少 【ストラクチャー】医師会，医療機関，歯科医師会， 薬剤師会との連携：年2回 【プロセス】併用禁忌対象となる組合せパターンを医師会， 薬剤師会と共有：年1回</p> <p><<令和4年度>> 【アウトプット】医療機関・調剤薬局への協力依頼文発送回数：年2回 【アウトカム】組合せパターンごとの件数（前年度比）：減少 【ストラクチャー】医師会，医療機関，歯科医師会， 薬剤師会との連携：年2回 【プロセス】併用禁忌対象となる組合せパターンを医師会， 薬剤師会と共有：年1回</p> <p><<令和5年度>> 【アウトプット】医療機関・調剤薬局への協力依頼文発送回数：年2回 【アウトカム】組合せパターンごとの件数（前年度比）：減少 【ストラクチャー】医師会，医療機関，歯科医師会， 薬剤師会との連携：年2回 【プロセス】併用禁忌対象となる組合せパターンを医師会， 薬剤師会と共有：年1回</p> <p>2 個別支援 <<令和3年度>> 【アウトプット】①個別支援実施者数：3人， ② 個別支援実施回数：6回 【アウトカム】併用禁忌対象となる処方数 【ストラクチャー】医師会，医療機関，薬剤師会との連携：年1回 【プロセス】実施方法の検討：年1回</p> <p><<令和4年度>> 【アウトプット】①個別支援実施者数：3人， ② 個別支援実施回数：6回 【アウトカム】併用禁忌対象となる処方数 【ストラクチャー】医師会，医療機関，薬剤師会との連携：年1回 【プロセス】実施方法の検討：年1回</p>

5 計画の評価

計画策定時の計画の方向性・目的など	特定健診をはじめとした保健事業を実施し、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を図る。			
主な指標	目標値	ベースライン	経年変化	判断等
平均自立期間(要介護2以上の認定を受けるまでの期間)	R01年度 82.8歳 R05年度 82.9歳	H28年度 82.0歳	H29年度 82.6歳 H30年度 82.8歳 R元年度 83.0歳	目標値を関連部署とともに再検討する必要がある。
医療費伸び率の維持(被保険者1人当たり医療費)	118%	H28年度 100%	H29年度 102.4% H30年度 104.1% R元年度 108.1%	
指標の評価のまとめ	平均自立期間は延伸しているが、1人当たり医療費の推移は東京都や国と比較して高く、保健事業の効果とは言い切れない。1人当たり医療費の推移は、入院より外来が伸びている。疾病別にみると、上位10位の疾病は大きく変わらないものの、平成28年度には入っていなかった骨折が入るようになっている。市民の国保加入割合は減少傾向にあるが、被保険者における65歳以上の加入割合が変わらないことが影響していると考えられる。千件当たりレセプト件数は外来の上位10位以内に脂質異常症が入るようになってきており、高血圧・糖尿病とともに順位も平成28年度より高くなっている。特定健診受診率を50%代で維持しており、医療受診につながっていると推測される。			
計画全体でうまくできている点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の受診率が維持できている。 ・ 医師会等との連携、国保連合会の支援評価委員会による助言等により、保健事業の改善が図られている。 ・ 職員が1名増員（事務職）され、実施体制が強化された。 			
計画全体としてうまくいっていない点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別の利用勧奨をはじめ、さまざまな取組を行っているものの、特定保健指導の実施率は低迷しており、糖尿病性腎症重症化予防の参加者も少ない。 ・ アウトプットの評価はできているが、アウトカムの評価指標が曖昧で、そのためアウトカム評価が十分にできていない事業がある。 ・ 地域包括ケアとの連携や、高齢者保健事業と介護予防の一体的実施がまだ実施できていない。 			
主な見直しと今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画の目的は変更せず、各種保健事業を継続して実施する。 ・ 特定健診及び特定保健指導の実施率向上に向けて、国保連合会の支援評価委員会による助言等を得ながら改善に努め取組を進める。 ・ 特定保健指導の目標値を修正する。 ・ 評価指標の平均自立期間について、今後の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のための分析結果を活用して検討する。また、性別の設定を加える。 ・ 糖尿病重症化予防事業は対象者に合ったプログラムを検討する。 ・ 薬剤併用禁忌対象レセプトの被保険者の個別支援を開始する。 ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組と連携を図り、前期高齢者の支援方法を検討する。 ・ 医師会・国保連合会・庁内関係部署等との連携を図る。 ・ 年度ごとの評価および最終評価に向けた準備を行う。 			

6 後期の取組

事業名	目的	対象	実施内容
特定健診	生活習慣病の 早期発見	40歳～74歳になる 国保被保険者	国基準に基づく基本的検査項目、特例項目外健診は尿酸、尿潜血、白血球は全員に、血清クレアチニン・心電図・貧血は詳細な項目の対象とならなかった場合に実施する。
特定保健指導	生活習慣病の予防	特定健診受診者のうち、特定保健指導の基準に該当した被保険者	専門職による生活習慣改善の保健指導。リスクにより積極的支援または動機づけ支援として実施する。
受療勧奨事業	生活習慣病の早期 医療管理	特定健診の結果が要医療かつレセプトで受診が確認できない被保険者	(1)年2回に分けて、重症化した場合に罹患しやすい疾患について記載した受療勧奨通知を郵送する。 (2)CKDについては、年10回、CKDのリーフレットを同封した受診勧奨通知を郵送する。
糖尿病重症化 予防事業	糖尿病性腎症の 重症化予防	①検査結果が基準に該当し（糖尿病腎症2期～4期相当）、かつ、糖尿病治療中の市内医療機関通院中の被保険者 ②糖尿病治療中の方で過去1年間に歯科受診がレセプトで確認できない被保険者	(1)個別に面談及び電話支援を専門職が6か月間実施する。1年後のフォローを行う。 (2)糖尿病と歯周疾患の関係性及び、歯科受診の重要性を啓発する。
薬剤併用禁忌 予防啓発事業	併用禁忌・併用回避の薬剤による副作用の予防	①市民 ②併用禁忌薬剤のレセプトがある被保険者	(1)歯科を含む市内医療機関及び調剤薬局と共通のポスターを使用して、お薬手帳活用について周知する。年2回お薬手帳の活用強化月間として、重点的に実施する。併用禁忌・併用回避薬剤のレセプトを抽出し、医療機関及び薬局に情報提供する。 (2)手紙、電話、または訪問等による個別支援を行う。

登録番号
(刊行物番号)

2020-274

第2期調布市国民健康保険データヘルス計画（中間評価）

発行日 令和3(2021)年3月

発行 調布市

編集 福祉健康部保険年金課

〒182-8511 調布市小島町2-35-1

TEL : 042-481-7566

印刷 庁内印刷