

令和4年度国保ヘルスアップ（支援）事業 先進的モデル事業事例集

令和4年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

都道府県ヘルスアップ支援事業F

都道府県名	事業名	ページ
北海道	治療中の被保険者への保健指導	4
秋田県	ICTを活用した糖尿病重症化予防保健指導モデル事業	5
神奈川県	かながわ糖尿病未病改善モデル事業	6
福井県	重複・多剤服薬多職種連携体制検討事業	7
長野県	国民健康保険市町村支援事業	9
静岡県	高血圧・認知症対策モデル事業	10
京都府	ICTを活用した京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業	11
大阪府	高齢者の実態を反映した保健事業と一体的実施の評価の在り方検討（高齢者の実態調査に基づく事業評価支援）	12
奈良県	かかりつけ医との連携による特定健診未受診者受診勧奨推進	13
鳥取県	とっとりデータ・ヘルスアップ事業	14
岡山県	医療費等分析によるCKD重症化予防モデル事業	15
香川県	香川県薬剤師会と連携した重複多剤服薬者訪問指導事業（綾川町）	16
鹿児島県	糖尿病重症化予防に係る歯科保健指導事業	17

令和4年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

市町村ヘルスアップ事業C-p

	市町村名	事業名	ページ
埼玉県	さいたま市	マップ機能を利用したSMSによる健診受診勧奨	19
東京都	荒川区	重複多剤服薬者受診行動適正化事業	20
愛知県	名古屋市	先進的な、国保と後期高齢者医療の一体的なデータ分析とプレフレイル対策	21
大阪府	豊中市	特定保健指導未利用勧奨	22
	高石市	フレイル（骨折・骨粗しょう症）重症化予防事業	23
奈良県	奈良市	一般社団法人奈良市薬剤師会との協働事業（重複・多剤服薬者への訪問指導、お薬相談の実施）	24
鹿児島県	鹿児島市	地域の機関と連携した糖尿病性腎症重症化予防	25

都道府県国保 ヘルスアップ支援事業F

令和4年4月時点人口

5,178,430人

うち65歳以上高齢者人口

854,817人(16.5%)

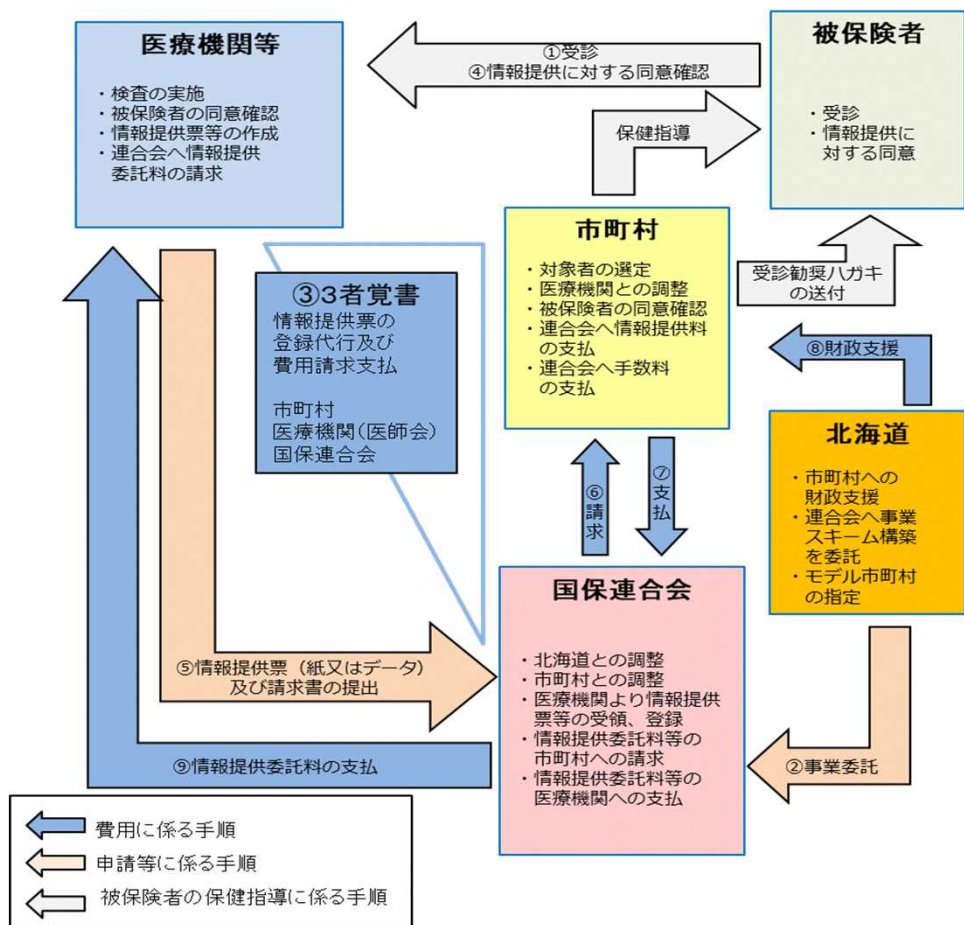
国保被保険者数

1,076,210人

■ 事業目的

特定健診未受診者で、医療機関に受診中の被保険者について、本人の同意のもと、健診やレセプトのデータの分析(一部北海道による連合会委託)を行い、被保険者に対して医療機関と行政が協働で保健指導を行い、被保険者本人の行動変容による生活習慣改善につなげるほか、分析結果をもとに同様の被保険者に対する介入方法の改善や検討を行い、今後の取組に生かしていく。

■ 事業内容



■ 先進的なポイント

「医療機関受診中」を理由として、特定健診を受診せず、また、保健事業への参加も見込めない被保険者については、これまで、介入することが難しい状況があったが、そうした層であっても、保健事業を実施することの必要性があることに焦点を当て、データ分析・提供を行いながら医療機関とも認識を共有し、「とりこぼし」を減らそうとする取組であり、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により受診控えによる重症化リスクの問題への対応策の一つとしても期待される点。

■ 結果及び効果

・分析の結果、治療中の特定健診対象者のうち、「血液検査を実施しているが特定健診項目を満たしていない」対象者の割合が多く、さらに健診未受診者ほどその割合が大きくなることが分かった。

これまでの被保険者の声からも、通院理由による健診未受診は多かったが、実態としては特定健診と同等の項目を検査できている対象者は少なかった。

従って、治療中かつ特定健診未受診の被保険者は、特定健診により、健康状態が把握されている人と比較した場合に、生活習慣病の罹患やコントロール不良の発見につながりにくく、今後、地域の健康課題として顕在化してくる恐れがあるということが分かった。

・治療中かつ特定健診未受診の被保険者に、上記のような潜在的なリスクがあることについて、数値に基づき医療機関への説明を行うことで、医療機関からの理解も得られやすいと考えられる。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

・「医療機関受診中」を理由とした特定健診未受診者については、どの市町村においても共通の課題である。分析によって、今後の重症化予防の取組の対象ともなり得る(他の事業にもつながっていく)点が参考となる。また、分析結果は、医療機関の患者データをもとに作成するため、特定健診や重症化予防における協力体制を構築する際の材料としても活用が可能である。

令和4年10月時点人口

929,915人

うち65歳以上高齢者人口

358,959人(38.6%)

国保被保険者数

198,767人

■ 事業目的

- ・県の糖尿病重症化予防モデルプログラムの保健指導対象者等へ新たな切り口としてICTを活用した保健指導を実施。
- ・管理栄養士等によるICTを活用した保健指導により、生活習慣を改善し、人工透析への移行を防止する。
- ・県のモデル事業として効果検証を行う中で、コロナ禍における効果的な介入方法を探り、好事例の横展開を図るとともに、モデル事業を通して市町村と医療機関の連携を促進する。

■ 事業内容

<委託業者（保健師、管理栄養士等）>

- ・対象者（90名）へリーフレット、圧着はがき、電話による参加勧奨
- ・かかりつけ医へ保健指導依頼書の記載依頼
- ・Teamsを活用した保健指導の実施
- ・かかりつけ医への保健指導内容報告（月1回）
- ・保健指導後、定着度の調査を実施



<県>

- ・県医師会、都市医師会への事業説明
- ・大仙保健所へ事業の説明
- ・委託業者の選定
- ・委託業者、大仙市との打合せ

【対象者】

- ・大仙市の国保加入者
- ・「糖尿病治療歴あり」かつ「CKD重症度分類ステージG3a～G3b」の者
- ①プログラムへ参加申し込み
- ②かかりつけ医の同意が得られた際に、オンライン面談実施



<かかりつけ医>

- ・保健指導依頼書の記載、委託先へ提出（検査データの提供）

<モデル市町村（大仙市）>

- ・事業の対象者の選定
- ・県、委託業者と打合せ

<都市医師会>

- ・都市医師会の医師へ事業説明

○抽出者数：105名

○対象者数：90名

（抽出者のうち、住所は大仙市だが、住所地に住んでいない者を除外）

○参加勧奨方法：案内文書、ハガキの送付、電話による勧奨

○8週間、オンライン面談と電話による保健指導を実施

■ 先進的なポイント

- ・糖尿病治療中の方への保健指導を実施していない市町村において、保健指導の新たな切り口として保健指導を実施することができる。

■ 結果及び効果

【申込者数】16名（17.8%）

【参加者数】15名（申込者のうち1名は、医学的な理由によりかかりつけ医から同意を得られなかった。）

⇒プログラム継続率100%

○参加者は、60代が最も多い結果となった。

男女の参加率は、男性が24.1%（13/54名）、女性が8.3%（3/36名）の結果だった。

	対象者（名）	申込者（名）	申込率（%）
40代	1	0	0
50代	2	1	50
60代	36	9	25
70代	51	6	11.8
計	90	16	17.8

【介入前後の検査値の変化】

	HbA1c(%)	BMI(%)	血圧(mmHg)	e-GFR (ml/min/1.73m ²)
介入前	7.3	26.4	129/76mmHg	52.9
定着度調査	7.1	26.2	126/79mmHg	-

【セルフケアの変化】

・眼科や歯科受診について、介入前は未受診や必要性を知らない参加者がいたが、介入後は参加者の多くが定期受診を行っているという回答した。

【保健指導終了後アンケート結果】

・治療に対する意識が変化した参加者が「明らかに変化した」「やや変化した」を合わせて100%となった。

・プログラムを受けて改善できた生活習慣の問（複数回答）については、食事内容の見直し（12名）が最も多く、次いで、血圧測定をするようになった（9名）、他にも運動習慣を見直した（6名）等の結果がみられた。

【モデル市町村・医師からの意見（一部）】

<市町村>

・これまで介入できていなかった治療中患者への保健指導が実施でき、治療中患者へ介入していく新しい切り口となった。

・実施にあたり、業務の負担感はほとんどなかった。

<医師>

・血液検査でHbA1cが低下していた。今回プログラムに参加したことが良かったのではないかと感じた。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

・糖尿病のことは認識をしていますが、合併症の知識が乏しい方が多く、保健指導の際に眼科や歯科への受診勧奨が効果的であった。

・対象者は高齢者が多く、事業開始前はICTの活用について不安があったが、初回の保健指導時にタブレット端末の使用方法を説明することで、その後問題なく保健指導を受けることができており、終了後のアンケートでもプログラムの満足度が高かった。

・当事業では、市町村担当者の保健指導の訪問にかかる移動時間や保健指導実施の業務負担を軽減することができ、モデル市担当者からも負担感なく、糖尿病治療中の方への保健指導を導入することができたと感想があった。

令和4年4月時点人口

9,221,129人

うち65歳以上高齢者人口

2,324,007人(25.2%)

国保被保険者数

1,714,196人

■ 事業目的

本県は、全ての市町村が糖尿病対策を行っているにもかかわらず、新規透析導入患者数が他県に比べ多い。健診結果とレセプトから本県の実況を分析すると、約19.5%(約24万人)が特定健診も医療機関も未受診であり、そのうち過去4年間において糖尿病受診歴や特定健診結果から糖尿病基準に該当する者が約1,687人であった。この治療中断・未治療者に対して適切な介入をしていくことで合併症や人工透析への移行を防止し、透析導入患者の減少を目指す。また、治療中断者の抽出に係る市町村の負担を軽減するとともに地域の医療機関との円滑な連携を支援する。

■ 事業内容

令和2年度:各市町村と実施計画の共同策定

(県が実施計画案(プログラム)を示し、それに準じた取組を市町村が実施)

選定基準:特定健診及び医療機関未受診であり、過去4年間で特定健診において糖尿病基準に該当またはレセプトで糖尿病と判定された者

※糖尿病基準:HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上上記対象全員に通知等による受診勧奨の実施、市町村の基準に沿った保健指導の実施

令和元年度未受診者の対象者リストの提供

各郡市医師会への協力依頼を支援

令和3年度:令和2年度未受診者の対象者リストの提供

各市町村で受診勧奨等事業実施

事業報告5月21日:県医師会への事業協力依頼

令和4年度

5月30日:県医師会への事業協力依頼

7~8月:令和3年度事業報告及び令和4年度事業計画に対する助言

9月29日:令和3年度事業報告会

9月:令和3年度未受診者の対象者リスト提供

9月~3月:市町村において受診勧奨等事業実施

内容:健康状態把握を含めた受診勧奨・保健指導
かかりつけ医との連携(受診状況の確認、主治医からの指示に基づく保健指導)

マイME-BYOカルテ等を活用したPHRの推進(健康無関心層⇒関心層へ)

令和5年度

3~7月:事業評価・結果の取りまとめ

■ 先進的なポイント

健康無関心層である糖尿病未治療者及び糖尿病治療中断者に対して、本県が進めるマイME-BYOカルテのアプリ等を活用(PHRの活用)し、本人の主体的な心身の改善・維持など行動変容を促す未病改善の視点を入れた先進的な保健事業を実施し効果を検証する。

■ 結果及び効果

○市町村及び関係機関との協議回数 25回

○事業対象の抽出は委託業者により資格喪失や最新の健診・レセプトデータを分析し、県全体で1,687人抽出した。

○糖尿病未治療者・治療中断者に介入していく意義や効果を市町村へ3回説明(国保協議会の場等を活用)。モデル事業の参加を呼び掛けた。結果、19市町村→20市町村が参加した。

○令和4年度の受診勧奨者の受診率など実績については、市町村の事業報告を集計のため、令和3年度の実績を記載

・受診勧奨

受診勧奨対象者数	受診勧奨者数	医療機関及び特定健診受診
531人	526人(99%)	191人(36.3%)

方法別内訳:

	受診勧奨対象者数	受診勧奨者数	医療機関及び特定健診受診
通知のみ	212人	212人(100%)	49人(23.1%)
通知+電話 電話・訪問のみ	319人	314人(98%)	142人(45.2%)

回数別内訳:

	受診勧奨対象者数	受診勧奨者数	医療機関及び特定健診受診
介入1回	178人	178人(100%)	40人(22.4%)
介入2回	84人	84人(100%)	40人(47.6%)
介入3回以上	269人	264人(98%)	111人(42.0%)

・保健指導

保健指導対象者数	保健指導者数
111人	78人(70.3%)

○事業報告会

日時:令和4年9月29日

参加者:市町村、国保連、広域連合の専門職・事務職等 97名

内容:1講演「糖尿病治療中断者及び未治療者に対する効果的な取組について」

講師:女子栄養大学 特任教授 津下一代氏

2令和3年度取組発表「海老名市」「大磯町」「真鶴町」「茅ヶ崎市」

3講評「令和3年度各市町村の取組や課題に対する助言」

助言者:女子栄養大学 特任教授 津下一代氏

■ 他の自治体が参考にできるポイント

過去4年のデータを分析することで、治療中断や未治療から相当な時間が経っている対象にアプローチできること(透析ハイリスク者)。

令和4年4月時点人口

776, 803人

うち65歳以上高齢者人口

222, 942人(28.7%)

国保被保険者数

138, 157人

■ 事業目的

重複・多剤処方適正化を図るためには、医師・薬剤師・保険者間における処方内容の情報活用や共有体制が不十分であるという課題がある。モデル地区(敦賀市)による多職種連携体制を整備し、薬剤適正使用を促進させ、患者の健康の保持増進と医療費適正化を目指すことを目的とする。

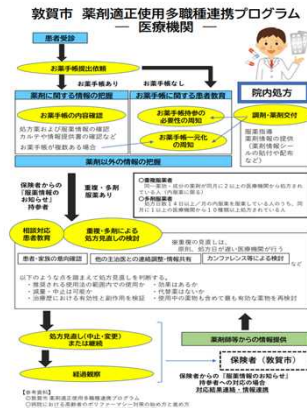
■ 先進的なポイント

○全ての疾患を対象に重複・多剤の現状を分析し、医師会・薬剤師会・保険者等関係機関・団体と県・保健所からなる連携体制を構築し、実態の把握や対応策等の検討を実施したこと

■ 事業内容

○敦賀市薬剤適正使用多職種連携プログラムの実践および協議会や症例検討会の開催

R3年度に作成した敦賀市版プログラムの継続的な取り組みを行うとともに、事業およびプログラムの評価分析を継続して行い、困難事例や新たな課題に対する協議を実施。



○重複・多剤服薬基礎分析集の作成

モデル地区におけるプログラムの評価および県内市町への事業展開をすすめるため、レセプトデータを基に重複・多剤服薬に関するデータの分析を行い、市町等関係機関に提供。

○福井県薬剤適正使用スタートアップ研修会の開催

福井県薬剤適正使用スタートアップ研修会(主催:県医師会、協賛:県薬剤師会、協賛:県保険者会)

ポリファーマシーって?
薬の重複やリスクへの対策について考えてみませんか?

- 開会挨拶 福井県医師会 会長 池田幸彦
- 報告 「本事業の趣旨・ポリファーマシーについて」 福井県若狭保健福祉センター 所長 四方啓祐
- 報告 1) 「薬剤使用の適正化に向けて - 病院の取り組みについて -」 福井県薬剤師会 会長 水野隆
- 2) 「福井県重複・多剤服薬多職種連携体制構築について - 重複・多剤処方の現状とプログラムの構築 -」 福井県薬剤師会 副会長 高橋 浩史
- 3) 「敦賀市(保険者)における薬剤適正使用の取り組みについて」 敦賀市健康推進課 保健師 吉村洋子
- 4) 「敦賀市医師会の取り組みについて」 敦賀市医師会 理事 熊谷博史
- 5) 「敦賀市薬剤師会の取り組みについて」 敦賀市薬剤師会 理事 角野雅之
- 閉会挨拶 敦賀市医師会 顧問 川上究

福井県における重複・多剤服薬等の現状やモデル地区における取組内容を広く周知し、ポリファーマシー対策に関する理解を図るとともに、県内他市町における取組の充実・強化を図るため、県内医療機関・薬局・保険者を対象にした研修会を開催。県医師会・県薬剤師会と共催により、オンデマンドにて広く配信中。



■ 結果及び効果

【事業効果・ポイント】

- ・モデル地区における会議体を通して、取組みの必要性が広く認識され、本事業やプログラム実践の促進に向けた協力が得られたこと
- ・プログラムの周知やアンケート調査により関係機関における薬剤適正使用に対する意識が向上したこと→アンケート回収率、処方見直しへの意識、お薬手帳の確認や持参率のUP
- ・KDBによる抽出および保険者からの通知を起点とした介入や情報連携体制が構築できたこと→データから、重複処方の割合が高い薬効分類や効果的な抽出頻度等を分析して対象者決定。医療機関や薬局との連携(様式活用)により処方見直しの必要性に合った介入状況を把握

・重複や多剤、相互作用や慎重投与に関する処方薬の現状を分析し、結果を関係機関に周知し共有することができた。(事業開始前である令和2年度分析結果との比較含)

- 重複処方の割合: (R2) 2.6% 5,534人 → (R4) 2.3% 4,847人
※鎮痛消炎剤、消化性潰瘍剤、アレルギー剤、抗不安剤等が多い
- 多剤処方の割合: (R2) 25.6% 54,752人 → (R4) 26.3% 54,497人
※高血圧性疾患、消化器系疾患、脂質異常症、神経系疾患に多い
- 薬剤種類が9種類以上になると重複や相互作用等の割合が増加する。
※9種類以上で、重複11.1%、慎重投与有78.4%、相互作用有1.4%
- 薬剤種類数が増加するにつれて、該当者1人あたり医療費も増加する。
※処方薬によるが、重複割合が減少しており、医療費の減少が想定。

お薬手帳を忘れずに!

お薬手帳は1冊にまとめましょう。
受診や薬をもらう時は、お薬手帳を提出しましょう。
薬のことはかかりつけの医師や薬剤師に相談しましょう。

使っている薬は必ず伝えましょう

薬は優先順位を考慮して最小限に

むやみに薬を欲しがらない

自己判断で薬の使用を中断しない

お薬手帳を持参して3か月以内に関心薬種で調剤した場合、「薬剤師指導(種別)」が安くなります。

お薬手帳を携帯して3か月以内に関心薬種で調剤した場合、「薬剤師指導(種別)」が安くなります。

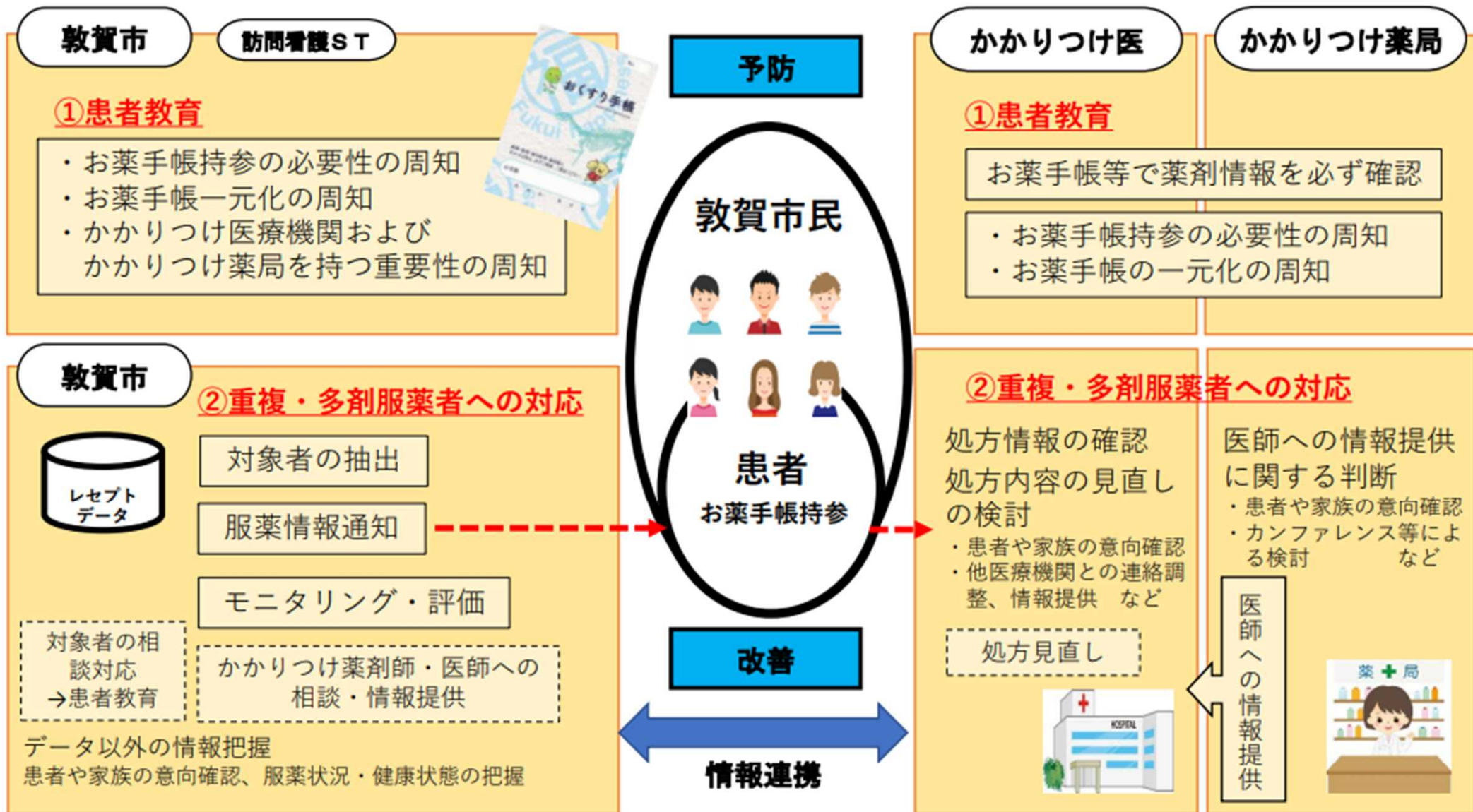
調剤科医師 敦賀市医師会 敦賀市薬剤師会 敦賀市健康推進課

お薬手帳の普及啓発媒体

■ 他の自治体が参考にできるポイント

医師会・薬剤師会・保険者等関係機関・団体と県・保健所からなる連携体制を構築し、実態把握や対応策等の検討、課題や効果的かつ実践可能な方法について十分検討し、意識向上を図るための体制づくりを行うこと。

敦賀市 薬剤適正使用多職種連携プログラムについて



重複・多剤服薬多職種連携体制事業検討会 (敦賀市薬剤適正使用協議会)

※敦賀市・敦賀市医師会・敦賀市薬剤師会・その他関係機関

現状・課題整理、方策検討
事例検討、事業評価等

令和4年4月時点人口

2,022,009人

うち65歳以上高齢者人口

649,307人(32.8%)

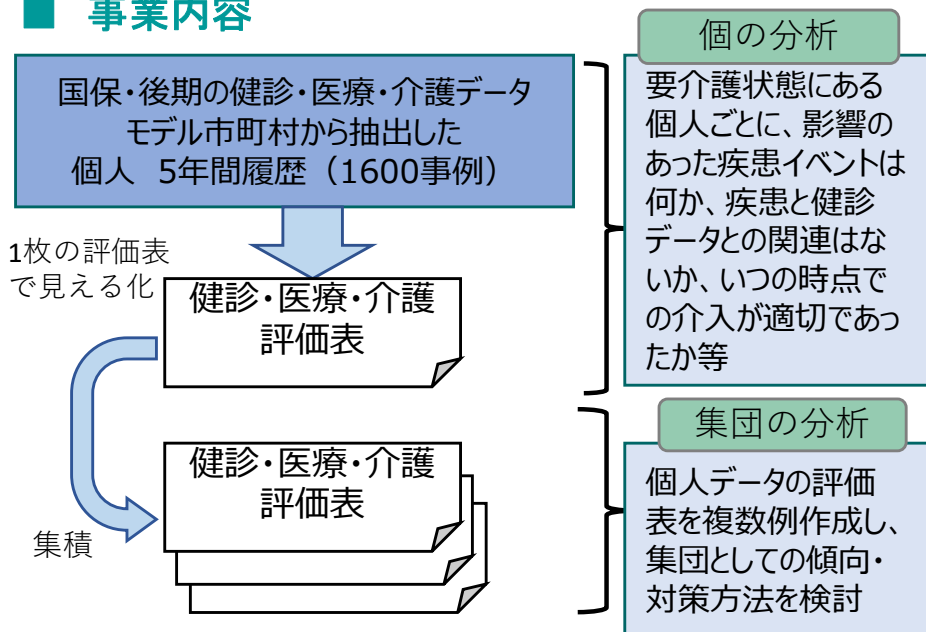
国保被保険者数

446,396人

■ 事業目的

当県は全国より高齢化率が高く、県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合も全国より高い。また県民の要介護状態に至る主原因は転倒や認知症、脳卒中等生活習慣が関連している疾患が上位を占めている。これらの現状から、要介護状態に至る原因疾患と、生活習慣病や認知症の発症・重症化予防についての地域課題を総合的に把握し、健康寿命の延伸や社会保障費の適正化につながる効果的な保健指導の介入方法や保健事業の方策を検討することを目的とし本事業を実施した。

■ 事業内容



- 国保データベース(KDB)を活用し、データ分析等に専門的知見を持つ医師の監修のもと、個別事例と対象群全体双方から疾病と要支援・介護の関係の見える化を行い、エビデンスに基づいて地域の現状を分析
- 見えてきた健康課題を抽出し保健事業の方策を提案
- モデル市町村の分析結果等を他市町村へ情報提供し市町村での取組を支援

■ 先進的なポイント

国保・後期高齢者医療の健診・医療・介護情報を一元的に整理し、個人ごとに分析を行うとともに集団(地域)の傾向を見える化し、健康課題の明確化と保健事業の検討につなげた。

■ 結果及び効果

- ・対象群の5年間の主病名の変化移動に焦点を当てた健診・医療・介護データ分析により『主病名が認知症へ変化する者が最多であり、介護度も重症化している』『要介護度1・2の者が要介護度3～5になると、一人当たり医療費の増減はあまりないが、介護費は100万円以上の負担増となっている』現状が明らかとなった。
- ・監修した医師等の分析から『認知症の原因は複数あるが、高血圧等の生活習慣病が動脈硬化を進行させ認知症のリスクを上げるため、それらの重症化予防が大事であること』『5年間で介護費が増大した現状から、一体的実施や通いの場の取組が社会保障費の削減にも大きな意味を持つこと』『医療費を含む社会保障費の適正化には、認知症予防や、そこにつながるフレイルやサルコペニアを含めた生活習慣病対策が重要であり、特定健診や保健指導の取組がより一層重要であること』が示唆された。
- ・分析結果報告会に参加した市町村からは「認知症・生活習慣病予防策につながる保健事業の重要性を再認識した」「自分たちの市町村でも同様の分析を行いたいのが難しいため、今回の結果を自分たちの保健事業の裏付けとして活かしたい」等との声が聞かれた。
- ・今回の事業により市町村保健事業の意義を再確認したことで、モデル市町村のみならず多くの市町村のモチベーションアップにつながり、今後の取組の質向上につながることを期待される。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・生活習慣病予防につながる保健事業の有用性
- ・県で分析事業を実施し、得られた結果を市町村へ広げていくことの意義(同様の分析を行うには、莫大なデータを処理できるスペックの機器とそれに伴う費用が必要だが、県で実施した結果を広げること、市町村で同様の分析を行う以上の費用対効果が生まれたと考えられる)

令和4年4月時点人口

3,644,767人

うち65歳以上高齢者人口

1,101,978人(30.2%)

国保被保険者数

776,420人

■ 事業目的

- ・高血圧及び軽度認知機能障害とそのリスク因子に関する健康状況調査を実施、結果をKDBデータと突合せリスク要因を分析。
- ・賀茂地域に最適化された効果的な保健事業を行い、高血圧及び軽度認知機能障害の発症・増悪の予防につなげる。

■ 事業内容

1 対象者

賀茂地域6市町(下田市・東伊豆町・河津町・南伊豆町・松崎町・西伊豆町)に居住する40歳以上の地域住民

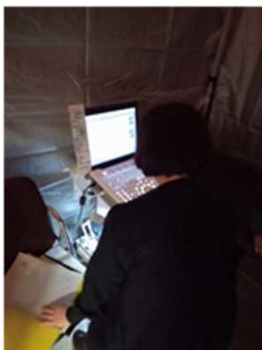
2 実施内容

- (1)健康づくりに関する講座
- (2)高血圧・認知症等健康状況調査及び保健指導
- (3)健康づくりに関する講演会(生活習慣病予防対策講演会)
- (4)地域特性に応じた体操の作成

ほか

3 関係機関

- ・公立大学法人静岡社会健康医学大学院大学
- ・一般社団法人賀茂医師会 ・社会福祉法人聖隷福祉事業団
- ・静岡県国民健康保険事業団体連合会
- ・京都大学、浜松医科大学、常葉大学、静岡県立大学、静岡文化芸術大学



左:測定会の様子(頸動脈エコー)
上:講演会の様子(下田市)

■ 先進的なポイント

- ・骨格筋量、認知機能検査、食塩摂取量、脈波伝播速度など、特定健診の項目以外に脳卒中や認知症の予防に大切な健康状況調査を実施。
- ・最新の正しい健康情報を提供、生活習慣や食習慣の改善を支援。

■ 結果及び効果

1 実施結果

(1)健康づくりに関する講座 計【284名】

下田市 53名,松崎町 43名,南伊豆町 40名,河津町 49名,東伊豆町 55名,西伊豆町 44名

(2)高血圧・認知症等健康状況調査及び保健指導 計【885名】

松崎町 132名,下田市 154名,河津町 124名,南伊豆町 157名,東伊豆町 159名,西伊豆町 159名

骨格筋量、歩行速度、脈波伝播速度等については即日保健指導を実施。

(3)健康づくりに関する講演会 計【230名】

河津町 53名【下田市【68名】南伊豆町【72名】松崎町【37名】

(4)地域特性に応じた体操の作成

高血圧・認知症等健康状況調査の結果を踏まえた体操を作成

DVD配布(測定会参加者、市町等)、YouTube(1,769回再生)

2 効果及び評価

- ・健康状況調査において賀茂地域6市町の調査に多くの住民が参加し、目標値(1,080名)に対して82%(885名)を達成した。

- ・調査結果から、サルコペニア有病率は低いが、転倒骨折リスクが高いことが分かり、バランス機能の維持・改善を目的とした体操を作成した。

- ・調査結果を踏まえた体操は通いの場等で活用されているほか、複数メディアで報道され、県内全域に波及した。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

状況調査の結果は市町や医師会等の関係機関と共有し、地域特性に合った血圧対策について助言及び指導を行った。

令和4年4月時点人口

2,546,189人

うち65歳以上高齢者人口

739,298人(0.29%)

国保被保険者数

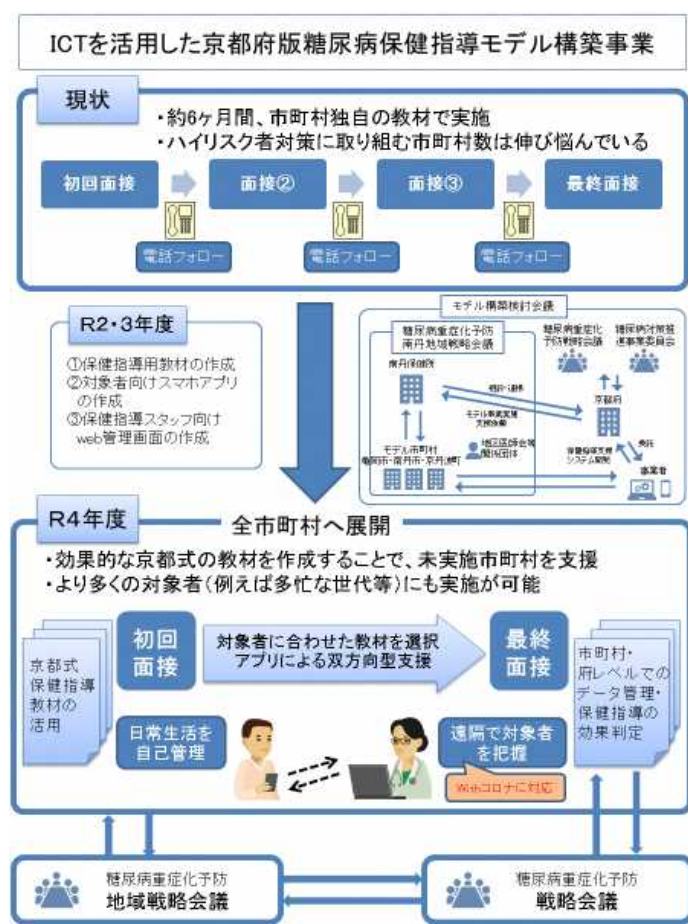
517,393人

■ 事業目的

人工透析に移行する可能性が高いハイリスク者対策に取り組む市町は、26市町村中、10市町にとどまっているのが課題。実施に向けた課題は保健指導のノウハウ不足やマンパワー不足があげられる。

最小限のマンパワーで多くの対象者に実施が可能と考えられるICTを活用したハイリスク者を対象とした京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業を令和2年度から3年計画で取組み、ハイリスク者対策実施市町村の増加を目指す。令和4年度は、これまでに確立した指導モデルを府内全市町村へ横展開をすることにより、ハイリスク者対策に取り組む市町村の増加と充実を目指す。

■ 事業内容



■ 先進的なポイント

- ・京都式の保健指導教材とICTを活用した双方向型の寄り添い支援のモデルである
- ・ICT(アプリ)を使えない対象者へも本モデルに準じた対応が出来るようなシステムへ改修し、広く活用できるモデルとした
- ・市町村において試験的に導入し、開発したモデルをさらに広げている

■ 結果及び効果

- 令和2～3年度に参画した9市町等の意見も踏まえ、新たに機能の追加やツールの作成を行うことが出来た。また、2回の説明会(概要、詳細)を開催し、保健指導モデルを展開することが出来た。
- 全26市町村で展開出来るよう、教材等の提供を行った。新たに7市町が今年度からハイリスク者対策に取組み、うち4市町が本事業を活用した。このうち1町は、当初の計画になかったが、本事業の説明会をきっかけに取り組みを始めており、ハイリスク者対策に取り組む市町村の増加につながることが出来た。
- 令和4年度は、前年度からの継続を含む10市町村25名にモデル事業を実施することが出来、実施後に対象者及び保健指導者による評価を行った。タイムリーに対象者の生活や健康状態等を確認し、指導することが出来た等の評価を得た。
- 本事業を開始した令和2年度以降、14市町村が本モデル事業を活用し、ハイリスク者対策に取組んだ。保健指導用教材をホームページに公開するとともに、引き続きアプリを利用する市町村も出てくるなど、事業終了以降も、継続的なハイリスク者対策の推進につながることが出来た。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

本府では「京都府糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を医師会、市町村等関係団体と一体となりすすめており、その一環としてハイリスク者対策推進のために本モデルを構築した。モデルを構築することがゴールではなく、糖尿病重症化予防対策全体の中での位置づけを明確にし、すすめた点はポイントと考える。

令和4年4月時点人口

8,717,089 人

うち65歳以上高齢者人口

2,274,116 人(26.1 %)

国保被保険者数

1,841,470 人

■ 事業目的

後期高齢者医療広域連合と市町村における「一体的実施」の取組が着実に進むよう、モデル市の住民調査により高齢者の実態を把握するとともに、KDB等のデータと併せて分析し、事業評価に資する指標等を提案することで効果的な事業実施を推進することを目標とした。

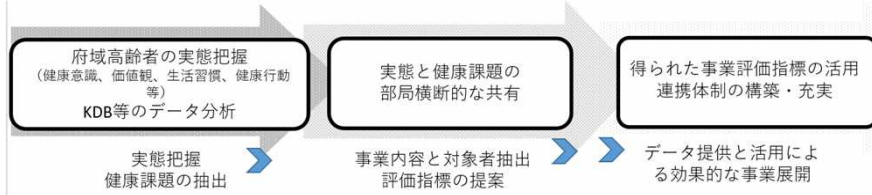
【目的】①「連携体制構築」や「事業評価」実施の充足を図る ②国保部局として効果的なデータ活用・提供を行い、部局横断的な課題共有や対応策の検討等を進めることにより、効果的・効率的に一体的事業を展開する

■ 事業内容



現場の声

事業評価って難しい・・・どんな風に評価したらいいの？
通いの場への参加者割合が少ない中、これで評価して大丈夫？
高齢者の意識や価値観・生活習慣や健康行動って？そもそも実態は？
地域連携体制が未構築・・・関係者への事業説明ができてない



高齢者の健康意識・行動等に関する実態調査と分析、検討会・報告会実施

実態調査方法：無記名自記式質問紙調査

アンケート実施時期：R 4年11月～12月

対象：モデル3自治体における65～74歳の国民健康保険被保険者または75～84歳の住民（国保システムまたは住民基本台帳より無作為抽出）合計15,400人

調査項目：

- 基本情報
- 健康情報（後期高齢者質問票、基本チェックリスト項目、既往歴、老年症候群、精神的健康度等）
- 運動習慣（主観的な身体活動、内容、形式、頻度）
- 食生活（食事内容：主食、主菜、副菜/頻度/おやつ、減塩意識等）
- 社会参加（外出頻度、社会的活動への参加有無/内容、移動手段）
- 価値観（生活満足度、健康意識、生きがい等）

項目選定：先行研究のレビューやフレイル・介護予防に関する研究の知見、国の対策の動向、および自治体の一体的推進の取組み状況や健康課題に関する状況（KDB等分析された既存データや担当者との検討会議）を踏まえた。

■ 先進的なポイント

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、具体的な生活ベースの視点が欠かれない。日常生活の運動/身体活動、栄養、社会参加を中心に実態を詳細に調査した。例えば身体活動として、移動手段、行動範囲、身体を動かす意識の高さ、心身機能低下の自覚などである。これら項目への回答を見える化したことにより今後の対策の対象層、評価の視点と指標を提案できたことは本事業の先進的なポイントといえる。

■ 結果及び効果

(1) 自治体規模や資源、一体的実施の取組状況等の調査を行い、すでに一体的実施に取り組む山に囲まれた小規模自治体A町、同じく一体的実施にすでに取り組む都市部のB市、B市と似た規模で一体的実施に取り組む準備中の都市部C市を、モデル地域3市町村に選定した。モデル市町村と実際の保健事業や地域健康課題等のヒアリングを行いつつ、実態調査内容を具体的に決定した。

(2) 実態調査結果：返送数7496人（返送率49%）であった。KDB等既存のデータを活用し、市町村の取組み状況と併せて回答結果を分析/考察し、事業評価に資する指標の検討および評価法の考察を行った。

結果：日常生活の移動手段、移動範囲には大きな地域差および年齢差が認められていた。最も多かった移動手段は、A町：自家用車（49.8%）、B市：徒歩（33.5%）、C市：自転車（39.7%）であった。自立して移動できる範囲が「居住の市町村外」と回答した人は前期高齢者（65.2%）と比較して後期高齢者（48.2%）と、割合が低くなっていた。事業の実施場所や実施内容は、地域・高齢者の年齢層等による特徴を把握して考慮していく重要性が示された。フレイル認知度について、すでに一体的実施の取組を進め、フレイルに関する啓発を保健師がアウトリーチして実施している市では、一体的取組が準備段階で未実施の市よりも有意に認知度が高かった。さらなる分析が必要ではあるが、フレイル認知度は事業評価の指標として有用であると考えられた。上記を含む9項目（就労状況、日常の身体活動意識、後期高齢者問診票項目、日常の移動手段、移動できる範囲、フレイルの認知度、食事摂取状況、健診受診率、老年症候群：聞こえにくさ）について、評価の際考慮する視点と指標案として提案され、今後の効果的な推進に向けたデータが得られた。

(3) 市町村、広域連合、国保連、保健所等に向けてオンラインにて報告会を実施した。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

「生活レベルの具体的な実態を把握し見える化」したこと。これにより、以下につなげることができる

- ① 地域特徴に沿った効果的な事業展開の実施
- ② 関係者・機関への説明ができる
- ③ 事業評価への活用（一部の事業参加者に限られずに背景を考察できる）

令和4年4月時点人口

1,313,370人

うち65歳以上高齢者人口(令和4年10月1日現在)

422,948人(32.2%)

国保被保険者数

289,378人

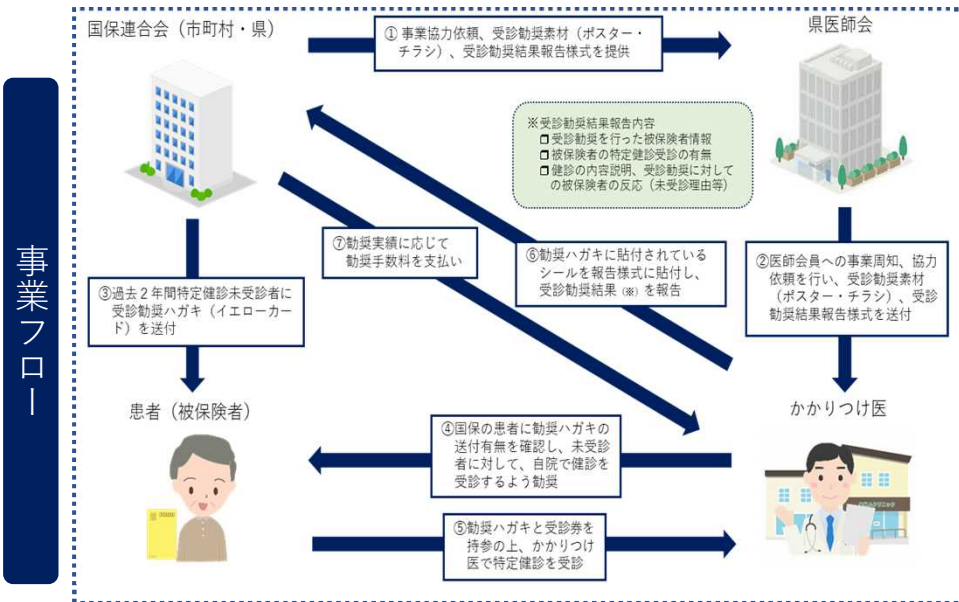
■ 事業目的

奈良県では国保の特定健診受診率60%（奈良県全体では70%）の目標を掲げているが、目標とは大きく乖離がある状況であり、全国的にも低位（令和2年度全国35位）にある。特定健診受診率向上に向けて受診勧奨の取組、受付期間延長や集団健診拡充等の利便性向上の取組などを行っているが、受診率の大幅な上昇にはつながっていない。

特定健診受診対象者（約22万人）のうち、医療機関を受診して特定健診を受診していない層が約8万人いることから、この層が特定健診を受診することで特定健診受診率の大幅な上昇が期待できる。

■ 事業内容

- 国保被保険者で過去2年間特定健診未受診の者を抽出し、かかりつけ医や近隣健診実施医療機関で受診を勧める受診勧奨ハガキ（イエローカード）を送付する。
- 医療機関は受診勧奨ハガキを送付された対象者に自院での健診受診を勧奨し、その結果を国保連合会に報告。国保連はその実績（件数）に応じて手数料をかかりつけ医に支払う。



■ 先進的なポイント

- 医療機関受診者が特定健診を受診することで、健診受診率が上昇
- かかりつけ医が受診勧奨結果を報告する際に、健診受診につながらなかった理由等も報告してもらい、未受診要因分析に活用

健診受診率を上げ、被保険者が必要な治療や保健指導を受けることで予防健康づくりを推進

■ 結果及び効果

健診等受診率

実施団体(市町村国保)	受診勧奨送付数	健診等実施数		
		特定健診	診療情報提供	受診率
1	9,512	114	3	1.23%
2	6,244	27	0	0.43%
合計	15,756	141	3	0.91%

医療機関受診者の健診受診状況

実施団体(市町村国保)	令和2年度および3年度の受診状況						合計
	生活習慣病の治療歴あり		生活習慣病以外治療歴あり		治療歴なし		
	人数	%	人数	%	人数	%	
1	60	51.3	54	46.2	3	2.6	117
2	17	63.0	10	37.0	0	0.0	27
合計	77	53.5	64	44.4	3	2.1	144

○受診患者に対するアンケートでは、84.3%の患者が医師からの健診の説明が受診の動機付けになったと回答しており、引き続き受診勧奨を行うことで、次年度の健診受診につながる可能性が高くなると考えられる。

○受診勧奨送付が受診にまで至った割合が低く、受診勧奨を行う期間やタイミング、受診勧奨対象者の選定方法等の改善が課題。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- かかりつけ医が対象者に直接受診勧奨ハガキが届いたかを口頭で確認して受診勧奨することで、受診につながる可能性が高い
- 通院中の方へのアプローチが可能 ○かかりつけ医側の意識にも影響

令和4年1月時点人口

546,557人

うち65歳以上高齢者人口

177,914人(32.5%)

国保被保険者数

111,503人

■ 事業の目的

健康・医療データ等の分析によって得た結果やエビデンスを「見える化」して保険者及び県民に届けることで、健康意識の醸成となり、日々の生活習慣改善や医療・健診受診等の行動変容につなげ、健康寿命の延伸を図る。

■ 事業内容

【実施方法】

保険者が被保険者へのアプローチ(保健事業)に活用し、健康増進につなげていくためのアプリを開発。

<めざす効果>

- 医学的知見を踏まえた効果的な保健指導
- 保健師等専門職の事務効率化
(各種資料作成、事業対象者抽出、保健指導準備等)
- 住民の行動変容につなげるための効果的な情報提示

<モデル市町村>

3町(鳥取市、琴浦町、江府町)

■ 他の自治体が参考にできるポイント

健康・医療データ等ビッグデータを活用した保健事業の取り組み

■ 先進的なポイント

データ分析のための仕組みづくりを検討・機能化し、県独自の分析情報としてデータ化していく。

■ 結果

以下のアプリ内容を踏まえた保険者向けアプリを開発。

【アプリの内容】

- 1) マクロ分析
医療・健診・介護情報の経年的な全体像や日常生活圏域(公民館単位や地区単位等)における比較により、地域の健康課題を把握する。
- 2) ハイリスク者抽出
健康・医療データ等共同分析会議の分析結果等を踏まえた条件により、高額医療費や要介護の要因となりやすい疾病のハイリスク者を抽出することができる。
- 3) 保健指導対象者の健診・医療情報表示
保健指導の対象となる者に健診結果の推移や有所見の項目を見える化することにより、被保険者本人の意識啓発につなげる。
- 4) 将来予測と生活習慣改善提示
健診結果等の情報から、将来の疾病予測を表示し、予防のために必要な生活習慣改善を提案して被保険者の行動変容を促す。

■ 効果

アプリを使用した保険者より、以下のとおり感想があった。

・今までは対象者のレセプトや健診結果を1件1件探し、情報をまとめていたが、健診・医療のデータが同一の画面により一括で取得できる点が非常に効率的である。

・データのグラフ化により視覚的にも分かりやすく、保険者・被保険者両方にとって有益なアプリだと思う。等

令和4年4月時点人口

1,872,272 人

うち65歳以上高齢者人口

557,940人(R4.10.1時点)
(31.1%)

国保被保険者数

373,476 人

■ 事業目的

岡山県の人口1000透析導入患者数は、2017年0.35人→2020年0.37人とほぼ横ばいであり(岡山県の透析患者数の分布と推移に関する分析より)、2020年の新規透析患者の平均年齢は約70.7歳で、透析導入患者の保険の種類は後期高齢者医療広域連合が約50%を占めている。

75歳以上へ移行してからの透析導入が多く、透析導入の原因となる糖尿病をはじめとして疾患の多くは10年近いスパンをもって腎疾患を引き起こすことから、国保被保険者への腎不全予防の対応が急務である。また、市町村によって現状や課題が大きく異なる上に、分析結果を事業に効果的に活かす事ができていないと感じている市町村も多いことから、KDBシステムを活用した医療費、特定健診結果等保健事業の分析・評価、医療費が高額となる透析治療患者の現状分析を実施、特に地域ごとの特性を分析し、個別の助言を行うことで、新規透析導入患者数の減少を目指す。

■ 事業内容

○実施方法:岡山大学へ委託

1月に1回程度、岡山大学及び県医師会との定例会議を開催し、事業内容の検討や事業評価を実施。

(1) 医療費等の分析・評価

(2) 透析治療患者の現状分析

(3) 医療費分析研修会の開催

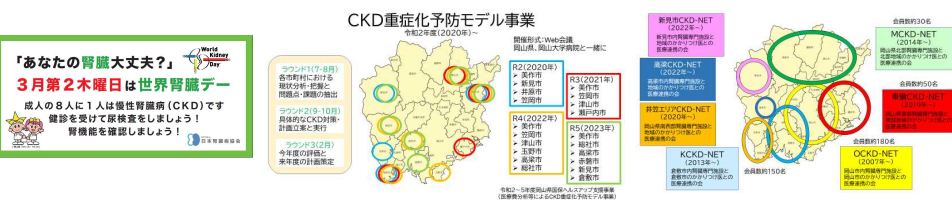
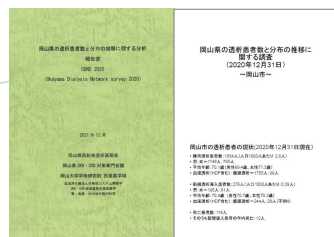
(4) 保健指導用資材の作成

(5) CKD重症化予防に係るモデル事業

① 重点地区におけるCKDネットワーク構築

② CKD研修会(医師、コメディカルを対象)

③ モデル市町村への指導・助言



■ 先進的なポイント

透析医療施設への調査を基に、県内透析患者の分析を実施し、蓄積したデータを経年で比較。また、KDBを用いてCKDに関するデータ分析(併存疾患の割合や医療費等)を実施し、市町村ごとの特色を明らかにした。上記の分析結果に基づき、モデル市町村には、有識者からの助言・指導を踏まえた上で、既存事業を見直す。

■ 結果及び効果

(1) (2)2021年度の分析結果

・国保の透析患者数は2,106名であり、国保人口の0.6%であった。また、国保の透析患者の医療費総額は100億円(入院医療費27億円、外来医療費73億円)であり、透析をしていないCKD患者と比べて、外来医療費が入院医療費より高額である。また、一人あたりの医療費は482万円と、透析を行っていないCKD患者の約15倍であった。

・透析をしていないCKD患者の数は、34,199人であり、国保患者の9.4%であった。併存疾患は、高血圧、脂質異常症、糖尿病が約50%、高尿酸血症、虚血性心疾患、脳血管疾患、悪性新生物は約10~15%である。

(3) 第1回目は、新任者向けの内容(CKD事業の概要、KDBシステムの活用法、CKDの基礎知識等)で開催し、55名が参加。第2回目では、県の対策及び今年度の分析結果の報告、分析結果を基に事業を実施した6市町村の報告を行い、48名の参加があった。

(4) 透析をしていないCKD患者の併存疾患の約50%が生活習慣病であることから、「食塩とCKD」をテーマにリーフレットを作成し、各市町村、保健所支所に400部ずつ配布。

(5) ①各地区のネットワークで、研究会や学術講演会等を実施した。高梁、新見CKDネットを新規構築した。

②CKDオンライン研修会を計6回実施し、計124名が参加した。終了後のアンケート調査では、今後の業務に非常に役に立つ、やや役に立つと回答した人が平均98.3%と多数を占めており、大変好評であった。

③27市町村中、6市町村に実施。6市共通の課題としてあげられるCKDの認知度の向上のため、各市の既存事業の中で、CKDリーフレットの配布やロールアップバナー、懸垂幕の掲出等の普及啓発活動を継続して行った。

参加した市町村からは、CKDに特化したデータ分析の提供を受け、自市の現状把握をすることができた上に、他市の事業を聞くことが出来、大変参考になったとの声があった。また、継続で参加した市は、助言を受けて実施したCKD認知度調査の分析結果を踏まえて、次年度にアプローチする対象や方法を検討されるとのこと。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

かかりつけ医、腎臓専門医の医療連携を促進する健康管理ツールである「CKD管理ノート2019」を県内の医療機関等に配布し、CKD患者の療養指導に活用してもらっている。

県民全体のCKDの認知度、意識・知識の底上げのために、普及啓発資材、保健指導資材を多数作成し、各市町村の事業で活用してもらっている。

令和4年4月時点人口

23,599人

うち65歳以上高齢者人口

7,811人(33.1 %)

国保被保険者数

4,942人

■ 事業目的

綾川町では重複多剤服薬による健康被害のリスク低減と医療費の適正化を図るため、調剤状況から対象者を抽出し訪問による指導を行っているが、薬剤に関する部分で、対象者の抽出や訪問指導が適切に行えているか判断できない部分があった。そこで、薬剤師の専門的助言をもとに適切な対象者抽出や訪問指導を行うことを目的に、香川県薬剤師会と連携した事業を実施した。

■ 事業内容

- ①実施体制 香川県薬剤師会、香川県国民健康保険団体連合会、実施市町(綾川町)、香川県
- ②課題整理 綾川町重複多剤服薬者訪問指導事業における課題
 - 1) 対象者抽出に係る作業量→R4年度より業者委託にて作業量軽減
 - 2) 効果検証の不十分さ→R4年度より業者委託にて細やかな検証を行う
 - 3) 薬剤に関する専門知識に対する不安感
→薬剤師会との連携にて支援を得る
 - 4) 服薬に関する啓発活動の不十分さ→薬剤師会によるポピュレーションアプローチ
- ③事業の流れ

R4.8月下旬	条件該当候補者リスト作成:委託業者
R4.10.3	打合せ会1回目(薬剤師会、国保連合会、綾川町、香川県) 事業の概要説明。今後の流れについて確認
R4.10.11	打合せ会2回目(薬剤師会、綾川町) 訪問対象者(優先順位の高い人)を選定
R4.10~11月	訪問指導(薬剤師との同行訪問2件、保健師による訪問1件)
R4.11.29	調剤薬局でのアフターフォロー(薬剤師会)
R4.12.10	ポピュレーションアプローチでの協働(薬剤師会、綾川町) 「いきいきセンター冬のイベント2022」お薬相談、薬局体験コーナー
R5.3月下旬	効果検証報告書納品:委託業者

■ 先進的なポイント

- ①香川県薬剤師会との連携
- ②対象者選定や訪問指導時に薬剤師が参加、同行し専門的知識を基に服薬指導を行う

■ 結果及び効果

- 1) 対象者抽出に係る支援(薬剤師11名が従事)
薬剤の詳細内容をみて訪問の必要性を判断
ひと月に重複あり15種類以上処方ありの12名 → 薬剤師の同行訪問2名、保健師による訪問1名
処方量や期間、薬剤の効果等、薬学的見地から対象者を選定。これまでは薬剤情報を調べて対応しても不安が残っていたが、専門的な判断により安心して指導へつなぐことができた。
※条件該当候補者リストにあがったが訪問対象にならなかった人へのアプローチ方法(今後の課題)
- 2) 訪問指導に係る支援
薬剤師との同行訪問2件 → 2件とも不在
→ 1件 後日電話連絡の上面談の約束 → 薬剤師同席にて面談
→ 1件 後日電話連絡も本人不在 → 本人突然来訪 → 保健師が対応
訪問時不在の対策不足を反省。
(ケース1) 薬剤師同席の指導ができた
…対象者の状況聞き取りや服薬指導が十分にでき納得感を与えることができた(効果を実感)。
(ケース2) 面談の約束が出来なかった
…訪問理由に理解を得られず、不満感を強く訴えられた。十分な聞き取りや指導が出来なかった。
- 3) 薬剤師によるアフターフォロー(ケース2 訪問に対する不満を訴えた人)
同行予定薬剤師が薬局で対応。服薬状況や病状等細かに聞き取りし指導を実施。保健師が指導できなかった部分を補ってもらえた。
同行訪問の2件ともかかりつけ薬局の薬剤師が担当。薬局での継続フォローを期待。
- 4) ポピュレーションアプローチ(健康教育)での協働
綾川町の保健センターでのイベントにて、薬剤師会のお薬相談・薬局体験コーナーを設置。
※訪問指導の理由に理解が得られなかったケースを通じて、適正服薬の必要性を啓発する活動を地域でも広く行い、服薬行動に対する意識・知識の底上げの必要性を感じた。(今後の課題)
- 5) 次年度の計画…訪問指導に加えて服薬情報通知を実施し、訪問の緊急性がない人にも自身の服薬状況を知ってもらう。服薬についての健康教育ができる機会(ポピュレーションアプローチ)の検討。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ①専門職能団体との連携(香川県薬剤師会)
- ②業務委託による作業の効率化

令和4年4月時点人口

1,566,326人

うち65歳以上高齢者人口

511,720人(32.7%)

国保被保険者数

368,842人

■ 事業目的

糖尿病重症化予防には歯周病への対策が重要であることから、口腔ケアの専門的知見を有する歯科衛生士による効果的な歯科保健指導の検討、また指導にあたる人材の確保、その育成のための研修の実施により、歯科衛生士から対象者への指導及び従事者への助言等を実施する体制を構築し、市町村が実施する糖尿病重症化予防対策事業において歯周病予防に取り組み、糖尿病重症化予防を図る。

歯科保健指導従事者登録事業の実施

- 糖尿病重症化予防等の歯科保健指導に従事可能な歯科衛生士登録制度の構築及び運用 (R4年度登録者数 160人)
- 登録者に対するスキルアップ研修の実施

派遣

歯科保健指導モデル事業の実施

- 市町村従事者と登録歯科衛生士による対象者への保健指導の実施
- 健康教育の実施
- 医療機関との連携に使用する連絡票に歯科の内容を追加

歯科保健指導

市町村従事者糖尿病重症化予防研修会の実施

市町村の糖尿病重症化予防従事者に対し、糖尿病重症化予防に係る歯科保健指導に関する講話を実施



糖尿病重症化予防
指導対象者

(糖尿病治療中かつHbA1c7.0%以上
かつ腎症該当者)



糖尿病重症化予防に係る歯科保健指導モデル事業

■対象地区：2地区 (A市, B町)
■対象者：A市 (R3:23人, R4:14人), B町2人
■登録歯科衛生士の派遣人数：A市5人, B町4人, 計9人

■事業内容

A市：①個別面談 (咀嚼力の判定, 目標設定等)
②健康教育, ③最終評価

B町：①個別面談, ②健康教育, ③関係者研修会

■A市の2年間における
成果R3年度参加者のHbA1cの変化

事前 7.62 → 事後 7.49

(評価できた21名中, 13名 (61.9%) が改善)

食事や運動指導だけでなく、歯科保健指導も併せて行うことで、HbA1cの変化がみられた。

歯科保健指導媒体の修正

お口の健康と糖尿病

~お口の健康を守るため私にできること~

公益社団法人 鹿児島県歯科衛生士会



免疫機能の低下が
歯周病を悪化

歯周病

歯周病と糖尿病の関係

糖尿病

歯ぐきの炎症によって
血糖コントロールが悪化



指導に活用

歯科保健指導結果
についても、連絡
票により主治医へ
報告



市町村国保 ヘルスアップ事業C-p

令和4年4月時点人口

1,334,975人

うち65歳以上高齢者人口

309,058人 (23.2%)

国保被保険者数

226,486人

■ 事業目的

SMS勧奨から健診特設ページに誘導し、区ごとの健診実施機関検索のマップ機能を利用してスマートフォンから直接電話がかけられる仕組みを構築することで、効率的に受診率向上を目指す。

現状

- 令和3年度の特定健診受診率は、新型コロナ感染拡大の影響により、大幅に減少した令和2年度より増加したが、コロナ前の水準に戻っていない。
- 受診率は、40歳代、特に男性が最も低く、9.6%だった。また、35歳～39歳の男性を対象とした国保健診は8.9%で経年的にも低い。
- 特定健診実施医療機関は410機関であり、ホームページ上で閲覧できるがPDFでの公開であるため、検索が困難であり、また、画面からの電話予約ができない状況であった。

課題

- コロナ禍での受診控えや35歳～40歳代の受診率が低い状態が続いている。
- 健診医療機関が多く、ホームページでの検索がしにくい状況だった。

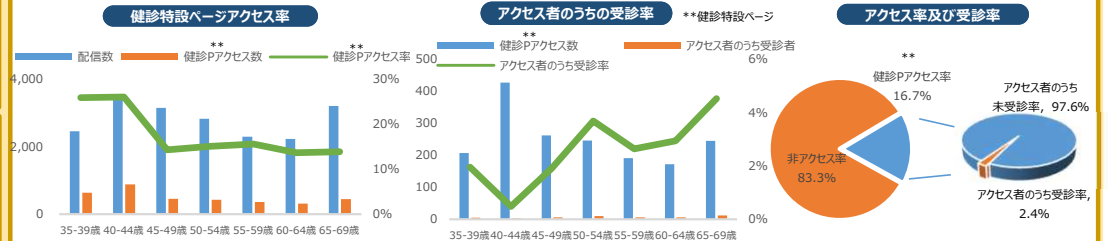
■ 先進的なポイント

SMSから健診特設ページに誘導し、区ごとに健診実施医療機関を地図上で確認し、予約する病院に直接電話をかけることができる。

1. SMS勧奨後受診率・アクセス率 (12月時点)

SMS受診率	*勧奨後受診率の母数は勧奨前受診者を減じた値			前年度比	
	勧奨前受診者数	勧奨後受診者数	勧奨後受診率*		
特定健診	15,073	748	332	2.3%	-7.2%
国保健診	2,107	29	10	0.5%	-4.0%
計	17,180	777	342	2.1%	-6.7%

SMS受診率は前年度に比べ大きく下降した。感染拡大の波が勧奨時期と重なり、医療機関の逼迫から中止となったことや配信トラブルにより、配信数が半数となり、12月までほとんど勧奨できていなかったことが大きな要因である。



SMSから健診特設ページへのアクセス率は、38歳が30.2%と最も高く、年代でも40歳～44歳が25.9%と、若い年代のスマートフォンへのアクセスビリティからも健診特設ページを閲覧している様子がわかる。特に40～44歳の女性は29.9%と高く、健康への意識の高さが伺える。

アクセス率の高い35～40歳代の受診率は低く、年代が上がるにつれて、逆にアクセス率の低い世代の受診率は高いという結果となった。若い年代については、健診特設ページの閲覧はするが、受診まではしない傾向があった。

2. 事業効果

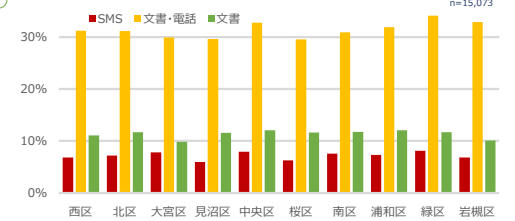
SMS勧奨の特設ページアクセス率は、年代が若くなるにつれ高い傾向にあり、若い世代への周知としては、少なくとも健診内容の閲覧や医療機関検索をしてもらえるという面ではあると感じられる。

健診特設ページでマップを利用した医療機関検索機能により、400以上ある医療機関を検索しにくいという課題の改善にはつながっていると思われる。

3. 医療費・地区分析



別受診率 (勧奨方法別) 12月受診まで



健診特設ページへのリンク



【さいたま市より】今年度の、のびのび健診受診がまだ確認できておりません。詳細はこちら
→<https://healthcare.cancerscan.jp...>

SMSから健診特設ページに誘導し、区ごとに健診実施医療機関を地図上で確認し、予約する病院に直接電話をかけることができる。

事業内容

1. 対象者へのSMSでの勧奨実施
毎月1週間配信
特定健診 14時配信
国保健診 (35歳～39歳男性) 19時配信
・対象者：35歳～60歳代を中心
・健診履歴別 (連続・不定期・未経験)、セグメント別、性別、年代別に送り分けを実施。
2. SMSのメッセージから市ホームページの健診特設ページへ誘導し、区ごとの医療機関マップで健診実施機関を検索し、直接電話で申し込みを行ってもらう。
3. 医療費分析及び地区分析

■ 他の自治体が参考にできるポイント

若い世代はICTへのアクセスが良いことから、SMSを利用した受診勧奨は効率的である。また、マップを利用してそのまま健診予約の電話につなげることで受診率の向上を図る。

令和4年4月時点人口

2,323,939人

うち65歳以上高齢者人口

591,679人(25.46 %)

国保被保険者数

433,730人

■ 事業目的

要介護やフレイルとなるリスクを早期に把握し、対策を講じることにより、医療費増大を抑制し被保険者の生涯を通じた健康維持・増進を図る。

■ 事業内容

<内容>

1 国保KDBと後期高齢者データから、プレフレイル状態の恐れのある対象(1年間で体重が3kg以上減少した者)と対照群へ2年連続のアンケート調査を実施

2 1で抽出されたフレイル該当者等への支援(名簿を各区いきいき支援センターへ提供、通いの場への勧奨、個別支援につなげる)

3 1の調査で判定されたフレイル、プレフレイル、健常者の医療費分析を行う

<実施体制>

後期高齢者医療部門、地域介護予防部門、健康増進部門の関係課と打合せを定期的に行い、フレイル対策の各課の役割を確認の上、各課でできることを検討した。後期高齢者医療部門はともにアンケート調査を行い、地域介護予防部門はアンケートで抽出したフレイル該当者への支援を包括支援センターを通じて行えるよう調整した。

■ 先進的なポイント

- ・国立長寿医療研究センターとの共同研究
- ・フレイル対策

■ 結果及び効果

1 令和3年度アンケート回答者へのハイリスクアプローチを実施

【対象者】アンケートの中で「介護・介助が必要だが受けていない」と回答した人 260名

【支援方法】地域包括支援センター職員による訪問、電話等

【支援内容】状況把握、フレイル啓発(プログラムパンフレット活用)、サービス等利用案内

【結果】260名のうち約4割は一般介護予防対象者、40名が要介護、要支援、事業対象者としてサービス利用につながった。

2 追跡アンケート調査を実施

令和3年度のアンケート回答者(4,399人)へ、再度アンケート調査と併せてフレイル啓発チラシを同封。アンケート回収率は75.0%であった。

【結果】

・令和3年度と比較し、フレイル判定において改善18.0%、維持64.9%、悪化が17.1%であった。

・フレイルの認知度が2倍強へ上昇した。(体重減少群の前期高齢者20.2%から42.0%、後期高齢者12.0%から26.6%へ増加)

・フレイルに判定された人はうつに関係する設問に反応している。

・1人あたり年間総医療費の傾向は健常者に比べ、プレフレイルが1.3倍、フレイルは1.6倍であった。フレイル判定者の主傷病(外来)は糖尿病や高血圧疾患が上位で、本市全体の傾向と一致していた。

本アンケート調査は、フレイルに関係する要因を引き続き分析中である。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・1人あたり年間総医療費の傾向は健常者に比べ、プレフレイルが1.3倍、フレイルは1.6倍であった。

令和4年4月時点人口

407,867人

うち65歳以上高齢者人口

105,111人(25.8%)

国保被保険者数

74,655人

■ 事業目的

生活習慣病発症リスクを軽減し、生活習慣の改善を図るため特定保健指導の利用を促す。

■ 事業内容

1. 未利用勧奨対象者を抽出し、委託業者にて利用勧奨を実施する。

【未利用勧奨対象者と勧奨方法】

- ① 利用チケット送付1か月後の未利用者へ電話勧奨(2回)を実施する。(1か月前に案内パンフレットなどを送付しているため)
- ② 利用チケット有効期限切れ1か月前の未利用者へは案内通知郵送後、電話勧奨(2回)実施。



2. 新型コロナウイルス感染症拡大時でも特定保健指導を利用できるよう、オンライン保健指導が選択可能な委託業者をさらに追加する。

3. 特定保健指導未利用者へ、特定保健指導だけでなく内臓脂肪面積測定、運動指導が利用できる「内臓脂肪測定会」を案内し、特定保健指導を利用するきっかけとする。

■ 先進的なポイント

毎月1回内臓脂肪面積の測定と運動指導、集団での特定保健指導を実施する「内臓脂肪測定会」を開催し、特定保健指導未利用者へ案内して特定保健指導を利用するきっかけとした。

・対象者の状況に応じた特定保健指導の利用方法のひとつとしてオンラインを活用した面談を整える。

■ 結果及び効果

	開催日数	利用人数
R4	12日	66人
R3	6日	14人

令和4年度より毎月1回の開催としたことで、利用者への案内後タイムリーに利用ができるようになり、利用人数が増加した。

	オンライン面談 利用者数
R4	17
R3	8

	利用者数	対象者数	利用率
R4 (～2月)	244	1357	18.0%
R3 (～2月)	205	1303	15.7%

内臓脂肪測定会の利用者増加により、特定保健指導全体の利用者数も増加し、利用率も上昇する見込みである。特定保健指導利用チケット発送時には利用の意思を示さなかった対象者が、「内臓脂肪面積の測定」に興味を持ち、特定保健指導の利用につながったことで、より多くの対象者の生活習慣改善のきっかけとなったと考える。

またオンライン面談については、利用者は17名と少なかったが、当初のターゲットとしていた若年層だけではなく、60～70代の対象者からの申込があった。「会場に足を運ぶことが時間的に難しい」などの理由でオンライン面談を選択されていたことから、新型コロナ流行時だけでなく、対象者の社会環境に応じて、利用方法を選択する環境を整えることができた。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

今回の内臓脂肪面積測定のように対象者が興味を持ちそうな内容を特定保健指導に付加することで、利用のきっかけとなった点。

令和4年4月時点人口

57,227人

うち65歳以上高齢者人口

15,819人(27.6 %)

国保被保険者数

11,545人

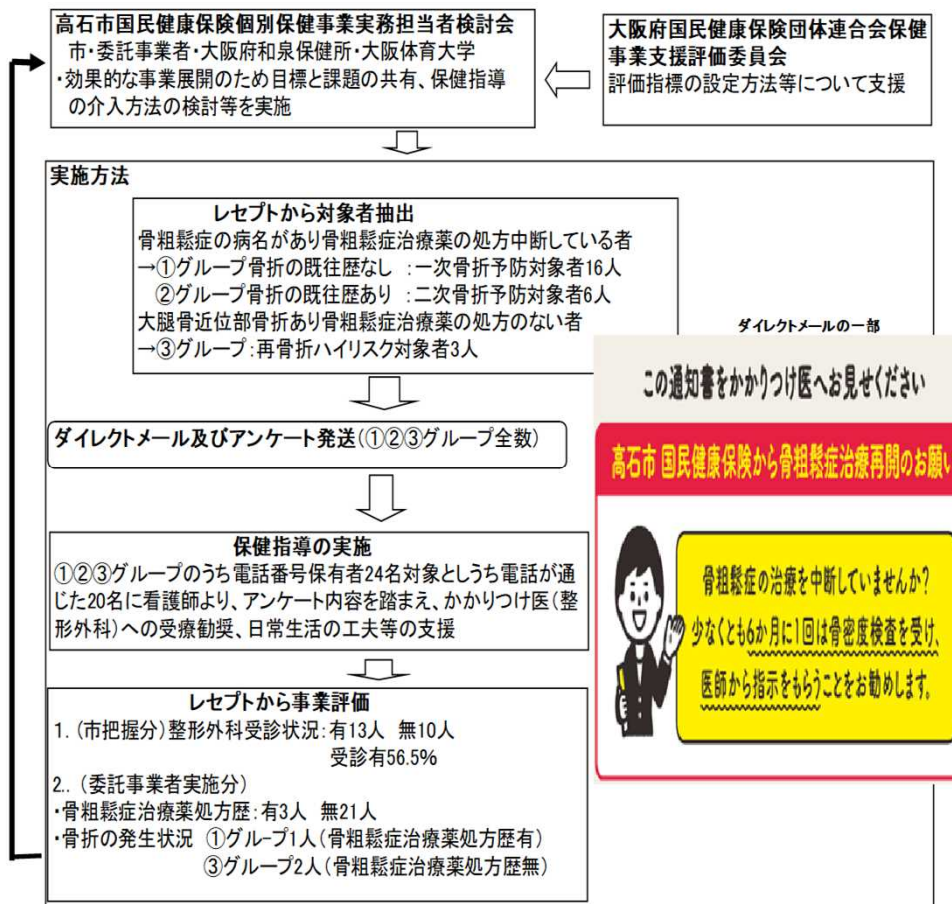
■ 事業目的

フレイル予防に資するために、骨折、骨粗しょう症に着目し、治療中断者や大腿部近位骨折既往者に対し、主治医又は整形外科医の指示を確認するなど十分な連携のもとで、対象者が必要な治療を受けながら自分で生活習慣の見直しなどの行動変容が図れることを目的とする。

■ 先進的なポイント

フレイルの原因は多岐にわたるため身体的フレイルの原因疾患から予防事業に取り組む。骨折・骨粗しょう症の重症化は医師の指示通り服薬等の治療を継続すれば予防可能である。レセプトから対象者を正確に抽出できるため治療中断者、骨折の部位などの分析が可能である。事業としてはおおまかに①対象者抽出②対象者への通知・保健指導③通知後のレセプトによる効果検証で事業が進められる。

■ 事業内容



■ 結果及び効果

令和2年度から事業実施しており、今年度は新たなハイリスク者として大腿骨近位部骨折既往ありで骨粗しょう症の投薬がない者を加え対象者を抽出している。

保健指導のポイントは、対象者本人が整形外科を受診し、現在の骨の状況を確認し、医師の指示のもとで必要な治療を受け、生活習慣の見直しを図ることとした。そのために、保健指導では、対象者全員に「少なくとも6か月に1回は自身の骨の状況の確認」の重要性を伝え、現在の健康状況や疾患への理解度等を聞き取りながら行った。

単年度のアウトカム評価は、通知及び保健指導実施後の骨粗しょう症服薬率*12.5%となっている。(*骨粗しょう症服薬率はダイレクトメールの送付後のレセプトで骨粗しょう症治療薬の処方が確認できた率)

また保健指導のポイントとした整形外科の受診が確認ができた割合は56.5%であった。

中長期的には骨折発症の予防が図れているかの検証が必要とする事業である。令和4年度の効果測定では事業実施後3人に新たな骨折発生が認められた。(3人中1人は骨粗しょう症治療薬処方あり、2人は骨粗しょう症治療薬処方なし)

事業開始前と効果分析時に、スーパーバイザー(大阪体育大学教授)を入れて事業関係者全員が、効果的な実施方法や事業の課題と工夫点、次年度の検討点を明確化などをすることで、PDCAサイクルを踏まえた事業展開を図っている。

今後は、ハイリスクアプローチとともに、骨粗しょう症のリスクを早期発見するために骨量測定し、生活習慣の見直し及び必要に応じた医療機関への受診勧奨などのポピュレーションアプローチを効果的に組み合わせることが望ましい。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

整形外科受診支援や生活習慣改善により、健康な時間を長く維持する効果が望める事業である。

令和4年4月時点人口

352,264人

うち65歳以上高齢者人口

111,709人(31.71%)

国保被保険者数

72,045人

■ 事業目的

一般社団法人奈良市薬剤師会との協働で特定健診、がん検診の集団検診会場で、お薬相談コーナーを設置し、重複・多剤服薬対応や後発医薬品の使用、禁煙相談等、薬の様々な事柄について気軽に相談できる薬相談の機会を提供し被保険者への利便性の向上に資する。

■ 事業内容

前年度に引き続き、市薬剤師会と協働で、重複・多剤服薬の危険性をはじめ、後発医薬品の使用、禁煙相談、新型コロナウイルス感染症対応等について、お知らせや相談する機会を被保険者へ提供した。実施場所及び日時は以下のとおり。

- ・都祁保健センター：8月9,10日、11月8,9,11日
- ・月ヶ瀬公民館：10月25,26日
- ・奈良市総合医療検査センター：2月16日、27日



■ 先進的なポイント

地域の専門家団体である市薬剤師会と協働で、重複・多剤服薬の取り組みを、令和2年度から継続的に行っている。今年度は特定健診、がん検診の集団検診会場で、お薬相談コーナーを設置し、減薬相談など重複・多剤服薬対応や後発医薬品の使用、禁煙相談、新型コロナウイルス感染症対応等、薬の様々な事柄について気軽に相談できる薬相談の機会を提供した。

■ 結果及び効果

市薬剤師会との綿密な打ち合わせ及び会内での内容の検討、従事の役割分担などを行っていただき、相談コーナーは円滑に設置できた。被保険者が医療機関や薬局で、薬の処方時に他の客のこともあり、なかなか気軽に相談できない状況も想定できたことから、相談の機会を提供し、いただいた相談や質問にかなり詳細に対応できた。加えて問診票から判断し、当初予定にはなかった禁煙の相談も行った。

相談内容としては、「1日2回服用を1回に変更する減薬の対応」、「残余医薬品の取扱」、「新型コロナウイルス感染症感染時の解熱剤について」、「禁煙薬不足時の禁煙について」など本来の重複多剤に関する相談のほか、時宜にかなった内容も見られた。

集団検診実施時では人数が限られており、折角の機会が活かせていないので、次年度以降は他の検診、イベント等でも実施したい。

《相談人数》

- ・都祁保健センター：2人
- ・月ヶ瀬公民館：12人
- ・奈良市総合医療検査センター：13人

■ 他の自治体が参考にできるポイント

行政の専門的知識の不足を補うため、地域の薬剤師会と連携し、主体的積極的に行政に参画いただく点。市との協働でお薬相談を集団検診時のみならずイベント等でも引き続き実施してもらう予定。

