令和元年度厚生労働省委託

ＰＤＣＡサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査分析

報告書

令和2年（2020）年3月

みずほ情報総研株式会社

目次

第1章　事業の概要 1
1. 事業の背景・目的 1
2. 事業の全体像 2
3. 有識者委員会の設置・運営 3

第2章　事例調査及び事例集の作成 4
1. 事例調査の目的 4
2. 事例調査の実施方法 4
3. 事例集の作成 6
＊事例集（概要版）掲載
4. 事例にみる取組のポイント 53

第3章　特定健診受診率向上対策の分析 55
1. 分析の目的 55
2. 分析方法 55
3. 分析結果 73
4. 考察・まとめ 92

第4章　総括 99

参考資料　事例集（詳細版） 101
参考資料　事例調査の選定基準 258

第１章　事業の概要

１．事業の背景・目的

「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）では、『全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。』とされており、市町村国保においても、レセプト・健診情報等を活用し、PDCA サイクルに沿った効果的・効率的な保健事業が実施されるよう、平成26年6月に保健事業の実施計画（データヘルス計画）作成の手引きが策定された。

各市町村においては、本手引きに基づき、原則平成29年度までを第1期、平成30年度～令和5年度を第2期とするデータヘルス計画を策定し、それに基づく取組が推進されている。一部の市町村は、データヘルス計画に基づいて実施する糖尿病性腎症重症化予防や特定健診受診率向上等について、一定の成果をあげている。

一方、厚生労働省が行った調査では、PDCA サイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の推進が期待されていながら、事業評価のために KDB システム等の各種データを活用している市町村は約半数に留まっている。また、特定健診に対する取組や重複・多剤投与者への取組に関する検証も必ずしも実施されていない。事業についての振り返りを行い、改善につなげるPDCAサイクルが適切に回っておらず、効果的・効率的な事業展開になっていないことが懸念される。

そこで、本事業は、市町村で行われている保健事業の取組事例（糖尿病性腎症重症化予防等）や特定健診の実施率向上の取組について、今後横展開が期待されており、本事業では、各市町村で実施されている事業の実施背景、内容、評価の状況等を調査し、PDCA サイクルに沿った保健事業等について事例の収集を行った。それとともに、特定健診受診率については、データより向上に関連する要因を明らかにすることを目的として分析を実施した。

２．事業の全体像

１）事例調査及び事例集の作成

PDCA サイクルに沿った保健事業を展開している事例を収集し、事例集として取りまとめることを目的として、市町村を対象とした調書調査、ヒアリング調査を実施するとともに、事例集を作成した。

事例収集は、以下の4つのテーマを対象とした。既存資料から PDCA サイクルに沿った保健事業を展開していると考えられた市町村を抽出し、調書調査を実施するとともに、回答内容をもとに、ヒアリング調査を実施し、最終的に 19 件について事例集として取りまとめた。

＜調査対象テーマ＞

A. 特定健診実施率向上対策の調査（7件）

B. 糖尿病性腎症重症化予防の調査（7件）

C. 重複服薬・多剤投与対策の調査（3件）

D. データヘルス計画に基づくその他の保健事業の調査（2件）

２）特定健診受診率向上対策の分析

全国の市町村において、地域の特性に応じた効果的な特定健診受診率向上対策の推進に寄与することを目的として、特定健診受診率の状況と受診率向上対策等の取組状況の関係について整理・検討した。

具体的には、特定健診受診率、市町村国民健康保険における保健事業実態調査、保険者データヘルス全数調査のデータを用いて、受診率と各種取組との関係を整理した。

３．有識者委員会の設置・運営

１）委員構成

事業の設計・実施・取りまとめに当たり、有識者委員会を設置した。

図表1-1 有識者委員会　委員名簿

	ご氏名	ご所属・役職
	柿本　理恵子	東京都国保連合会　保健事業担当係長
	高橋　理恵	群馬県健康福祉部国保援護課　主幹
○	津下　一代	あいち健康の森健康科学総合センター　センター長
	深澤　倫乃	静岡市健康づくり推進課　参事兼課長補佐
	三浦　克之	滋賀医科大学社会学講座公衆衛生部門　教授

（○：座長，敬称略）

２）開催実績

有識者委員会は計4回開催し、本事業における事業設計及び各種検討について指導・助言をいただいた。各回における議題等は下表のとおり。

図表1-2 有識者委員会　開催実績

有識者委員会	開催日時	議題
第1回	2019年12月19日 10時～12時	・事業概要 ・ヒアリング調査 ・特定健診受診率向上対策の分析
第2回	2020年1月21日 10時～12時	・事例収集の実施状況 ・特定健診受診率向上対策の分析
第3回	2020年2月4日 10時～12時	・事例収集の実施状況・とりまとめ案 ・特定健診受診率向上対策の分析 ・報告書骨子案
第4回	2020年2月19日 10時～12時	・事例収集の実施状況・とりまとめ案 ・特定健診受診率向上対策の分析 ・報告書案

第２章　事例調査及び事例集の作成

１．事例調査の目的

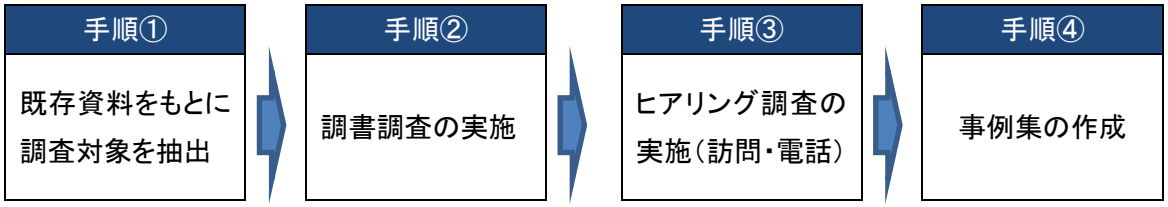
PDCA サイクルに沿った保健事業を展開している事例を収集し、全国の市町村に参考としていただくことを目的として、次の4つのテーマについて市町村を対象とした調書調査、ヒアリング調査を実施し、事例集を作成した。

＜調査対象テーマ＞

A. 特定健診実施率向上対策の調査
B. 糖尿病性腎症重症化予防の調査
C. 重複服薬・多剤投与対策の調査
D. データヘルス計画に基づくその他の保健事業の調査

２．事例調査の実施方法

テーマごとに、以下の手順に沿って調査対象を選定し、ヒアリング調査を実施した。



各テーマの調査対象は、保健事業実態調査や保険者データヘルス全数調査の結果をもとに一定の成果を出していることや、取組を行っていること等を条件として抽出・選定した（手順①）。選定の際は、保険者規模や地域に偏りがないよう留意し、有識者委員会での議論を踏まえて対象を決定した。なお、選定の際は、テーマごとに次のような点に着目して抽出・選定した。

図表2-1 事例選定・抽出の視点

選定・抽出の視点	テーマ			
	A	B	C	D
特定健診受診率が向上傾向にある（、または平均値・目標値以上である）	○			○
特定健診受診率に有効と思われる取組を実施している	○			
取組の実施件数が多い、実施率や終了率が高い		○	○	
取組の検証を行うなど、PDCA サイクルに沿った取組を行っている		○	○	
かかりつけ医との連携等、地域や専門職と連携して取り組んでいる		○	○	

次に、調査対象に対し、調書調査を行い、PDCA サイクルに沿った保健事業等の展開について、具体的な取組や課題について調査した（手順②）。調書調査は、国保担当部署・保健事業担当部署宛にメールによる調書の発送・回収により実施した。（調査期間：2020年1月22日～2月14日）。調書調査における調査内容は以下のとおり。

図表2-2 調査項目

調査項目	内容
事業の概要	・ 事業の開始年度 ・ 事業予算 ・ 事業の立て付け ・ 事業実施形態
事業内容と PDCA サイクルの状況	・ 事業の目的（平成30年度） ＜以下のそれぞれについて、平成30年度/平成29年度からの変更内容・理由/令和元年度における変更内容・理由について記入を依頼した＞ ・ 事業の目標 ・ 庁内・庁外の関係部署の役割分担や、連携のための会議 ・ 対象者の選定基準・選定方法 ・ 事業実施内容 ・ 評価指標・評価方法 ・ 評価体制・評価プロセス ・ 個人や事業の評価結果の、医師会やかかりつけ医等へのフィードバックの有無・方法
関係者との連携体制	・ 医師やかかりつけ医等との関係者の理解を得るために行った働きかけ・工夫 ・ 上記により起きた変化
その他	・ 参考にした取組や地域への取り込み状況 ・ 事例集を通じて知りたい内容

調書調査の回答結果をもとに、PDCA サイクルに沿って保健事業等を展開していると考えられる市町村に対してさらに電話もしくは訪問によるヒアリングを行い、より詳細な情報収集を行った（手順③）。

上記の調査結果をもとに、他の市町村において参考になると思われる取組について、事例集としてとりまとめた（手順④）。

３．事例集の作成

１）事例集の対象一覧

全国の市町村において、PDCA サイクルに沿った保健事業の展開の参考としていただくことを目的として、調書調査及びヒアリング調査結果をもとに、各市町村における取組を事例集としてとりまとめた。事例集として取りまとめた市町村一覧は以下のとおり。

図表2-3 事例集の対象一覧

A. 特定健診実施率向上対策の調査

市町村名	国保被保険者
兵庫県神戸市	32 万人
福岡県北九州市	20 万人
静岡県静岡市	15 万人
栃木県大田原市	1.8 万人
福岡県広川町	4.8 千人
長野県南木曽町	827 人
北海道陸別町	684 人

B. 糖尿病性腎症重症化予防の調査

市町村名	国保被保険者数
埼玉県さいたま市	24 万人
静岡県静岡市	15 万人
大阪府東大阪市	11 万人
鹿児島県鹿児島市	11.9 万人
大阪府寝屋川市	6.5 万人
神奈川県大和市	5.2 万人
熊本県甲佐町	2.9 千人

C. 重複服薬・多剤投与対策の調査

市町村名	国保被保険者数
広島県広島市	22.6 万人
佐賀県佐賀市	4.8 万人
岡山県備前市	8.1 千人

D. データヘルス計画に基づくその他の保健事業の調査

市町村名	国保被保険者数
新潟県燕市	1.5 万人
滋賀県守山市	1.5 万人

※国保保険者数は平成 31 年 3 月 31 日時点

２）事例集（概要）

事例集（概要）は以下のとおり。

（１） 特定健診実施率向上対策に関する事例集

兵庫県神戸市　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

重点勧奨地区の設定と訪問活動による未受診理由の調査、受診券送付時期の見直しに関する取組

自治体概況	人口	1,532,857人	国保被保険者数	323,472人	高齢化率	27.9%
事業概況	事業開始年度	平成25年度	事業実施形態	直営+委託	事業費	約1,440万円

事業実施の経緯

- ◆ 第2期データヘルス計画策定時点で、特定健診の受診率は32．9%であり、政令市平均を上回るが、全国・兵庫県の平均より低かった。
- ◆ 特定健診受診率が最も高い地区と最も低い地区で、10%以上の差があり、受診率の地域差が大きいことが課題となっていた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	40．0%	45．0%	50．0%	55．0%	60．0%
実績	30．8%	31．6%	32．4%	32．9%	33．5%

事業概要

目的	●特定健診受診率の向上
目標	●特定健診受診率：(平成30年度)36.0%
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：4・6・8・11月 ●集団健診：48か所(512回)、4月～翌年3月、65歳以上無料 ●個別健診：729医療機関、4月～翌年3月、65歳以上無料
実施内容	●セット健診(特定健診・がん検診・結果説明・特定保健指導)の実施。 ●未受診者への受診勧奨はがきの送付。 ●特定健診受診者へのインセンティブ付与。 ●65歳の健診受診者に対するフレイルチェックの実施。
実施体制	●事業内容の検討・予算確保：国保年金医療課 ●啓発・広報、受診勧奨はがきの送付：国保年金医療課 ●電話・個別訪問による受診勧奨：集団健診委託機関 ●セット健診・フレイルチェック：集団健診委託機関
評価指標	●アウトカム：特定健診受診率など ●アウトプット：受診勧奨対象者のうち、訪問等により受診勧奨できた割合など

事業評価結果

成果	●平成30年度の特定健診受診率は、33.7%。
課題	①前年度受診者への受診勧奨だけでは、特定健診受診率の向上につながりにくい ②受診率が低い地区の未受診の理由や、未受診者の生活実態が分からない ③受診券送付時期によって健診の受けやすさが異なる

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　前年度受診者への受診勧奨だけでは、特定健診受診率の向上につながりにくい

平成29年度以前は、前年度受診者へのみ受診勧奨通知を送付していた。
しかし、受診者の健診受診状況等を確認したところ、通知の送付に関わらず、健診を受診する人も多いと考えられたため、受診勧奨を行う対象の見直しが必要であるという議論が課内でなされた。

改善①　重点勧奨地区の設定

- 平成30年度、受診率が低い2区（兵庫区、長田区）を、重点勧奨地区に設定した。2区のうち1区には、集団健診委託機関の拠点があったため、そこに所属する保健師、管理栄養士の協力を得ることにした。
- 重点勧奨地区では、過去2年間健診未受診者に受診勧奨文書を送付の上、専門職による個別訪問を行った。
- その結果、2区のうち1区では、前年度と比較して、受診率が約1%増加した。1区は受診率に変化がなく、課内では、この区における訪問の実施期間が4か月間しかなかったことにより、十分に地域を巡回できなかったことが原因であると考えており、令和元年度は、期間を拡大して実施している。

課題②　受診率が低い地区の未受診の理由や、未受診者の生活実態が分からない

上記の重点勧奨地区では、通院中といった理由から、健診を受診していない人が多いのではないかという意見が、課内で挙がった。しかし、未受診の理由について詳細には把握できていなかった。

また、当該地区の未受診者の生活実態を把握できていないため、効率的な受診勧奨を行うことが難しかった。

改善②　個別訪問における活動記録の作成・未受診理由の調査

- 個別訪問の際には、受診勧奨対象者の生活状況を把握するため、訪問時間、就労状況などについても、訪問活動記録に残すように徹底した。
- 健診を受診しない理由を調査した結果、「通院中」「ご家族の介護」等が挙がっており、今後の受診勧奨方法の見直しにつなげていく予定である。

課題③　受診券送付時期によって健診の受けやすさが異なる

令和元年度まで、受診券を年4回（4・6・8・11月）に分けて発送し、受診券の有効期限をそれぞれ3か月としていたが、有効期限の延長を認めていた。

しかし、11月に受診券が届いた人は、他の時期に受診券が届いた人と異なり、（元々の有効期限が3月末のため）延長は不可能であった。

また、11月に受診券を受け取った人は、受診可能な期間が短いために受診機会を逃す可能性もあり、受診券送付時期が受診率に影響していると考えられた。

改善③　受診券送付時期の見直し

- 令和2年度、健診受診対象者への対応を一律にすることを目的に、送付時期を見直し、受診券を一括発送（4～5月）することにした。

福岡県北九州市　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

若い世代に効果的な受診勧奨の検討、長期未受診者や治療中の未受診者に対する取組、医師会との連携強化に関する取組

自治体概況	人口	950,182人	国保被保険者数	202,497人	高齢化率	30.5%
事業概況	事業開始年度	平成20年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約75,983万円

※事業費には、特定健診実施費用も含む。

事業実施の経緯

◆ 特定健診の受診率は年々増加してきたものの、国の目標値に達していない。
◆ 40歳・50歳代の受診率も低迷していることから、年代に合わせた受診勧奨方法の工夫やポピュレーションアプローチに取り組んできた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
実績	32.5%	34.6%	35.6%	35.8%	36.1%

事業概要（平成３０年度）

目的	●特定健診受診率の向上
目標	●特定健診受診率 年度 H30 R1 R2 R3 R4 R5 目標 40% 44% 48% 52% 56% 60%
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：5月 ●集団健診：287会場、5月～翌年3月、無料 ●個別健診：474医療機関、5月～翌年3月、無料
実施内容	●年代に応じた受診勧奨ハガキ・圧着ハガキの送付（11月、2月の年2回） ●専門職による電話での受診勧奨（10月～翌年3月） ●コールセンターでの受診勧奨（12月～翌年3月） ●専門職の訪問による受診勧奨（11月～翌年3月）
実施体制	●電話での受診勧奨：本庁の嘱託保健師・各区役所の保健師等 ●コールセンターでの受診勧奨：委託事業者 ●訪問による受診勧奨：各区役所の地域担当看護職員等
評価指標	●アウトカム：受診勧奨対象者別の特定健診受診率 ●アウトプット：受診勧奨対象者別の受診勧奨実施件数など

事業評価結果

成果

●専門職による電話での受診勧奨を行った者のうち特定健診を受診した者の割合が、56.3%

●圧着ハガキを送付した40歳・50歳のうち特定健診を受診した者の割合が、12.7%・13.0%

※平成30年度実績

課題

※平成29年度以前の事業評価で明らかになった課題

①若い世代に効果的な受診勧奨内容・受診券再発行の申請方法になっていなかった

②健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在する

③治療中の健診未受診者が多い

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　若い世代に効果的な受診勧奨内容・受診券再発行の申請方法になっていなかった

平成29年度以前、当該年度の未受診者に対して、11月・2月の年2回、受診勧奨ハガキを郵送していた。
受診勧奨ハガキに一定の効果は得られたものの、若い世代の受診率が低迷しており、年代に合わせた工夫が必要だった。

改善①　年代に合わせた情報の提供・電子媒体での申込方法の導入

◆ 平成30年度、従来の受診勧奨ハガキに加えて、12月時点で健診未受診の40歳・50歳を対象に、サイズの大きい圧着ハガキによる受診勧奨を行った。

◆ 健診を初めて受診する40歳に対しては、健診の受け方を中心とした内容を掲載した一方で、健診を受診する機会があった50歳に対しては、よくある質問などを掲載した。

〇40歳に対する圧着ハガキの主な内容
- 特定健診の具体的な流れ
- 特定健診の料金
- 受診券の送付時期
- 受診券を紛失した場合の問合せ先
- 健診受診の際の持ち物、等

〇50歳に対する圧着ハガキの主な内容
- 健康でも健診を受診する必要性
- 事業所、人間ドック等の健診結果を特定健診に活用可能であること
- 受診可能な医療機関
  （医療機関一覧にアクセスできるQRコードを掲載）
- 毎年健診を受診する必要性、等

◆ さらに、受診券再発行の手続きを見直し、若い世代が利用しやすい電子上での手続きを24時間可能とした。受診勧奨ハガキにも、北九州市の特定健診案内のホームページにつながるQRコードを掲載することで、利便性の向上を図った。

課題②　健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在する

平成29年度、受診率の低い1区を対象として、専門職による受診勧奨（個別訪問）を実施した結果、自覚症状がない者の健診受診や医療機関受診につながり、健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在することがあらためて認識された。

改善②　長期健診未受診者への専門職による受診勧奨

◆ 平成30年度、長期健診未受診者への専門職による受診勧奨を、全市展開することにした。

◆ 北九州市は7区に分かれており、従事する職員数も多いため、詳細なマニュアルを整備し、一定の精度で事業に取り組めるような工夫が必要だった。

◆ そこで、各区の代表者を集めた会議等を行い、事業所管課で事業マニュアルを作成した。訪問対象者の抽出方法、受診勧奨の視点、結果報告書の様式等、一連の流れを網羅できるよう工夫した。

課題③　治療中の健診未受診者が多い

健診未受診者に関する分析の結果、平成28年時点で、特定健診の未受診者のうち、生活習慣病を治療中の者が約6割を占めていた。

改善③　医師会との連携強化

◆ 以前から、事業所管課の担当者が医師会の会議に出席し、北九州市の現状や課題を報告する等、医師会と連携していた。

◆ 医師会に、治療中かつ健診未受診者に関するデータを示したところ、健診実施医療機関に対して、市医師会長と市保健福祉局長の連名で協力依頼の文書を送付することができた。

静岡県静岡市　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

受診勧奨通知の内容・送付時期の工夫、医療機関との連携強化に関する取組

自治体概況	人口	702,395人	国保被保険者数	151,480人	高齢化率	28.4%
事業概況	事業開始年度	平成20年度	事業実施形態	直営+委託	事業費	約2,900万円

※事業費には、健診実施費用も含む。

事業実施の経緯

◆ 平成25年度の特定健診受診率は28.1%であり、その後、受診率の伸びを継続してきたが、国の目標値には届いてない。生活習慣病の早期発見・予防につなげるためにも、40歳・50歳代の若い世代を中心とした健診未受診者に対する受診率向上対策が必要であると考えた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
実績	28.1%	30.0%	32.0%	32.6%	33.4%

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病・高血圧症・脂質異常症などの生活習慣病の予防を図ることを目的として、特定健診受診率の向上を目指す。
目標	●特定健診受診率 年度 H30 R1 R2 R3 R4 R5 目標 40% 42% 44% 46% 48% 50%
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：4月下旬 ●集団健診：9実施医療機関（検診車）、5月～翌年3月、無料 15総合病院・健診センター、5月～翌年3月、無料 ●個別健診：244医療機関、5月～翌年3月、無料
実施内容	●「健診まるわかりガイド」の全世帯配布。（4月上旬） ●受診券とあわせて、事業啓発ちらしを同時送付。（4月下旬） ●特定健診の啓発イベントを市内３区で実施。（７～11月） ●未受診者に対する受診勧奨通知の送付。（11月中旬） ●健診受診者に対して、健康年齢通知を送付。（翌年3月末）
実施体制	●事業内容の検討・予算確保：保険年金管理課 ●イベント実施：保険年金管理課・委託事業者 ●健康年齢算出、健康年齢通知の作成：委託事業者
評価指標	●アウトカム：特定健診受診率、前年度受診者の受診率など ●プロセス：特定健診受診率のモニタリング（課内）の実施回数

事業評価結果

成果	●前年度未受診者の受診率は、12.3% ●特定健診受診率のモニタリング（課内）を毎月実施 ※平成30年度実績
課題	①特定健診受診率の目標値を達成できていない （平成30年度目標値：40%、実績：34.2%） ②毎月の受診率のモニタリング（課内）を受診率向上対策に活用できていない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　特定健診受診率の目標値を達成できていない

平成30年度、全年代の未受診者を対象として、健康年齢通知が届くことをインセンティブとした受診勧奨通知を送付することを、委託事業者との契約内容に盛り込んだ。

その結果、前年度未受診者の受診率向上には、一定の効果がみられた一方で、特定健診受診率全体への効果が小さく、前年度から約0．8%の伸びにとどまり、静岡市の目標値の40%に及ばなかった。

そのため、未受診者への受診勧奨を強化し、未受診者の受診率をさらに伸ばすことで、受診率全体を底上げすることが必要だと課内で考えた。

改善①－１　受診勧奨通知の内容を工夫

◆ 厚生労働省発行「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を参考にして、課内で議論を行った結果、未受診者全員に同じ内容の受診勧奨通知を送付するより、未受診者の特性によって伝えるメッセージを変えた方が、より効果的ではないか、という意見が挙がった。

◆ そこで、委託事業者と協議し、令和元年度は、未受診者の特性によって、未受診者を下記の5つのパターンに分類し、パターンごとに異なる内容の受診勧奨通知を作成・送付することを契約に含めた。なお、パターン分類の方法や、通知の内容は、静岡市の担当者との協議により決定するよう、委託事業者への仕様に記載した。パターンごとに通知で強調した内容は下記のとおり。

①新規に健康受診対象者となった人…「特定健診の受け方」

②健診受診歴がある人…「過去の健診結果から算出した健康年齢」

③健診受診歴はないが通院歴はある人…「治療中でも健診を受ける必要性」

④健診受診歴・通院歴のない60歳以上…「健康でも健診を受ける必要性」

⑤健診受診歴・通院歴のない40代・50代…「若くても健診を受ける必要性」

改善①－２　健康年齢通知の送付時期を工夫

平成30年度は、委託事業者が健診受診者に送付する健康年齢通知の送付時期を、健診受診時期によらず全員一律で3月末としていた。

しかし、健康年齢通知というインセンティブの存在が、住民同士の口コミで自然に広まっていくことが大切だと考え、送付時期を見直し、年3回に分けて発送するよう委託事業者との契約内容を変更した。

課題②　毎月の受診率のモニタリング（課内）を受診率向上対策に活用できていない

受診率向上対策事業のモニタリングとして、毎月課内で受診率を確認していたが、なかなか受診率向上対策に活用できていなかった。

改善②　地域関係者・医療機関への情報発信回数の増加

◆ 静岡市では、平成20年度以降継続して、医師会との意見交換会を、年2回開催し、受診率向上への協力を求めてきた。

◆ その結果、意見交換会に参加した医師が、他の医師にも特定健診の受診勧奨の呼び掛けを行い、通院中の人を特定健診受診につなげることができた。また、意見交換会で、健診結果データを提示する（静岡市は高血糖者が多い等）ことにより、重症化予防事業の理解にもつながった。

◆ 令和2年度以降、上記機会と合わせて、医師が出席する会議等で、毎月の受診率を発信するなど、今よりも、情報発信回数を増やしていくことで、健診受診に対する地域全体の意識を高めていく予定である。

栃木県大田原市　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

Webでの受診申込方法の導入、受診勧奨通知の作成方法の見直し、庁内連携体制の強化に関する取組

自治体概況	人口	71,133人	国保被保険者数	18,190人	高齢化率	28.8%
事業概況	事業開始年度	平成20年度	事業実施形態	委託	事業費	約294万円

事業実施の経緯

◆ 平成29年まで、特定健診受診率は、県内1位であった。
◆ 近年、受診率の伸びは低調、40歳・50歳代の受診率も依然として低いため、委託事業者を活用して、新規受診者の獲得を目指してきた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績	48.7%	50.0%	50.3%	51.4%	54.2%

事業概要（平成３０年度）

目的	●特定健診受診率60%超
目標	●特定健診受診率 年度 / 目標：H30 52%、R1 54%、R2 56%、R3 58%、R4 59%、R5 60%
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：健診受診日1週間前 ●集団健診：21会場、4～12月、無料 ●個別健診：2医療機関、7～翌年2月、1,000円（70歳以上無料）
実施内容	●過去6年間の健診履歴等の分析をもとにした受診勧奨通知の送付。（6・8・10月） ●当該年度未受診者に対する、受診勧奨通知の送付。（年5回） ●医療機関・スーパー等へのポスター掲示。
実施体制	●事業内容の検討・予算確保：国保部門・衛生部門 ●過去6年間の健診履歴等の分析をもとにした受診勧奨業務：委託事業者 ●当該年度未受診者への受診勧奨業務：衛生部門 ●事業評価・データ分析：国保部門・衛生部門・委託事業者
評価指標	●ストラクチャー：衛生部門との定期的な連携 ●アウトプット：受診勧奨通知の発送件数 ●アウトカム：特定健診受診率

事業評価結果

成果	●平成30年度の特定健診受診率は、53.0%。 ●平成30年度の受診勧奨通知発送件数は、約8,100件。
課題	①【平成28～30年度】 40歳・50歳代の受診率が低い ②【平成28～30年度】 委託事業者を活用した受診勧奨ハガキの作成の費用対効果が小さかった ③【平成28年度】 庁内連携が十分でなく、受診勧奨対象者や発送時期の棲み分けができていなかった

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　40歳・50歳代の受診率が低い

平成29年度以前は市内の各自治会経由で特定健診の申込票を配布・回収していたが、40歳・50歳代の受診率が低迷していた。
また、自治会経由の申込を実施している市町村は県内数か所である等、申込み方法を見直す必要があった。

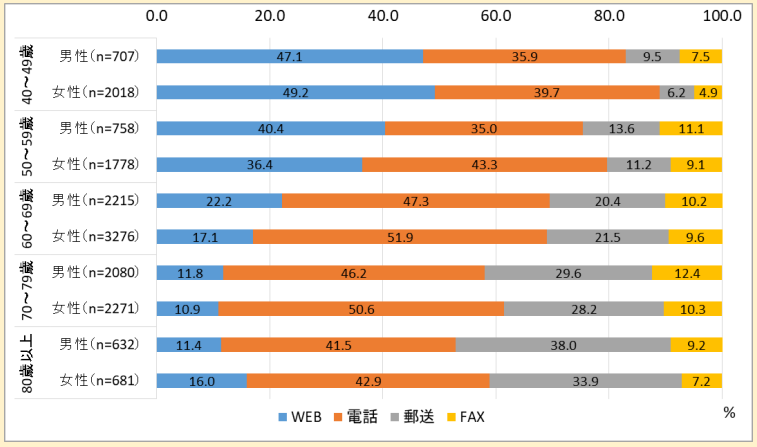
改善①　Web申込の導入

◆ 平成30年度以降、自治体経由での申込をやめて、Web申込を開始することにした。

◆ 電話・FAXでの申込も可能としていたが、各申込方法の申込数を年代で比較すると、若年層ではWeb申込の割合が高かった。

◆ 平成29年から平成30年にかけて、40代・50代の受診者数は増えていないが、課内では、申込方法の変更の周知が不十分であったことが原因であると考えており、今後もWeb申込を継続する予定である。

＜年齢階級別　申込件数(平成30年度)＞



課題②　委託事業者を活用した受診勧奨ハガキの作成の費用対効果が小さかった

平成28年度以降、委託事業者に業務を委託し、受診勧奨通知のデザインを工夫し、未受診者の特性別に異なる内容の通知を発送するようにした。しかしながら、委託前後で受診率の伸びは同程度であった。

改善②　受診勧奨通知の作成方法の見直し

◆ 庁内で議論した結果、委託事業者への委託費用と受診率の伸び幅を考えると、費用対効果が小さいという結論になった。

◆ そこで、令和元年度以降、衛生部門の担当者が、受診勧奨通知を作成することにした。

課題③　庁内連携が十分でなく、受診勧奨対象者や発送時期の棲み分けができていなかった

平成28年度以降、大田原市では、国保部門と衛生部門で、2種類の受診勧奨を並行して実施しており、同一人物に2種類の受診勧奨通知を送付してしまうリスクがあった。
また、国保部門で対象者を抽出してから、委託事業者が受診勧奨ハガキを送付するまでの間にタイムラグがあり、健診を予約済の人に対して、受診勧奨通知を送付してしまうケースがあった。

改善③　庁内連携体制の見直し

◆ 国保部門が受診勧奨を行う前に、健診の予約管理をしている衛生部門から、最新の健診予約情報をもらい、重複して受診勧奨をしないようにする等、庁内連携体制を見直した。

福岡県広川町　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

画一的な受診勧奨や実施体制の見直し、地域関係者・医療機関との連携体制の強化に関する取組

自治体概況	人口	19,674人	国保被保険者数	4,790人	高齢化率	28.4%
事業概況	事業開始年度	平成20年度	事業実施形態	直営	事業費	約2,400万円

※事業費には、特定健診実施費用も含む。

事業実施の経緯

- ◆ 平成25年度時点で、平成20年度から大幅に受診率が向上していたが、国の目標値である60%には及ばなかった。
- ◆ 平成26年度以降、他自治体の取組も参考にして、受診勧奨の方法や体制の見直し等を行い、受診率向上対策を強化することにした。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	40.0%	43.0%	45.0%	48.0%	50.0%
実績	40.1%	43.6%	49.4%	52.1%	61.5%

事業概要（平成３０年度）

目的	●特定健診受診率60%超
目標	●特定健診受診率受診率 年度 H30 R1 R2 R3 R4 R5 目標 55% 56% 57% 58% 59% 60%
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：6月 ●集団健診：3会場、5～10月（土日含む）、500円 ●個別健診：町内10医療機関、6～12月、500円 ●診療における検査データの提供：実施あり
実施内容	●健診未申込者を対象とした電話・個別訪問による受診勧奨。 ●けんしんガイドブックの全世帯配布。 ●町内イベント（広川まつり）と、特定健診の同日実施。 ●がん検診との同時実施。
実施体制	●地区担当制を導入。町内を3地区に分け、職員3名が担当。 ●保健師1名が、事業全体の進捗管理。
評価指標	●アウトカム：特定健診受診率

事業評価結果

成果	●平成30年度の特定健診受診率は、73.0%。 ●平成25年度から32.9%の増加。
課題	①【平成26～28年度】 電話による受診勧奨が、受診行動へつながらない ②【平成26～30年度】 受診勧奨時に、本人・家族へ連絡が取れない ③【平成28年度】 集団健診参加者の満足度を把握できていない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　電話による受診勧奨が、受診行動へつながらない

平成26年度以前、電話による受診勧奨記録を残しておらず、対象者全員に対し、画一的な受診勧奨を行っていた。そのため、電話を切られてしまうケースも多く、受診につながらなかった。

改善①－１　画一的な受診勧奨の見直し

◆ 平成26年度以降、電話による受診勧奨の記録を徹底した。
①電話をかけた日時（不在も含む）、②語り掛けた内容、③本人の反応
あわせて、電話をする前に、レセプトデータから以下を確認した。
④通院歴、⑤採血歴

◆ 平成27～30年度にかけて、上記①～⑤の情報をもとに、対象者の特徴に応じた受診勧奨を行った。一部の具体例を以下に示す。

〇関心が高い方…特定健診の必要性、事業の目的や制度背景の説明

〇関心が低い方…保険者努力支援制度に関する説明
（予防・健康づくりを頑張った市町村が報われる制度があり、住民の皆様の協力が必要となっている）

〇通院歴がある方…かかりつけ医での個別健診を案内

〇定期的な採血歴がある方…検査結果の特定健診結果への活用を案内

改善①－２　実施体制の見直し

◆ 平成27年度以降、職員と住民との信頼関係の構築が必要と考え、地区担当制を導入した。町内を3地区に分け、管理栄養士1名・栄養士1名・保健師1名が、各々1地区を担当し、電話・訪問による受診勧奨を行った。

◆ 平成29年度以降、岐阜県高山市の取組の一部を参考に、広川町で設定しているハイリスクの条件に該当する対象者に対しては、地区担当から個別に、健診結果を説明している。

課題②　受診勧奨時に、本人・家族へ連絡が取れない

電話や訪問による受診勧奨の際、本人や家族が不在の場合も多く、メモや不在票を残していた。しかし、折り返し電話がかかってくる件数はわずかで、役場から連絡がとれない人も多かった。

改善②　地域関係者・医療機関との連携体制の強化

◆ 平成28年頃以降、町内の区長に対して、健診受診の啓発に対する協力依頼を開始した。平成30年度は、34区の区長へ協力を依頼した。

◆ 平成26年度以降、年1～2回、町内の医療機関を訪問し、健診受診率の状況を報告し、健診の受診勧奨への協力を依頼した。その結果、かかりつけ医から健診対象者に対し、検査結果を提出するよう声を掛けてもらえるようになり、検査結果を直接役場に持ち込む人が増加した。

課題③　集団健診受診者の満足度を把握できていない

平成28年度以前は、集団健診参加者の満足度や改善してほしい事項等を把握できておらず、健診実施機関との振り返りや、健診参加者の満足度を向上させるための取組が不足していた。

改善③　健診実施状況の評価

◆ 平成29年度より、参加者アンケートを実施してもらうよう健診実施機関に依頼した。

◆ アンケート結果から、受付での待ち時間が長いという意見が多かったことを踏まえ、平成30年度、健診実施機関と協力し、受付二人体制の導入や、会場の導線の改善を行った。

長野県南木曽町　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

委託事業者を活用した人的基盤の強化、講演会の実施、集団健診実施会場の増加に関する取組

自治体概況	人口	4,065人	国保被保険者数	827人	高齢化率	42.7%
事業概況	事業開始年度	平成25年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約269万円

※事業費には、受診勧奨・健康講演会・結果説明等に係る事業費用が含まれる。健診実施費用は含まれない。

事業実施の経緯

- ◆ 高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が増加しており、75歳頃を境に生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇していた。
- ◆ 平成22年度以降、医療費が県内トップ5に入り、医療費適正化が急務であった。
- ◆ 以上のことから、生活習慣病発症・重症化予防のため、受診率向上に力を入れてきた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%
実績	44.3%	47.2%	55.5%	61.5%	65.6%

事業概要（平成３０年度）

目的		●特定健診受診率を向上させ、生活習慣病の発症や重症化を予防し、医療費を適正化する。
目標	短期	●特定健診受診率受診率：令和5年時点で65%
	中長期	●糖尿病等の生活習慣病の発症者数の減少 ●医療費の抑制
健診形態・日程・費用		●受診券送付時期：集団健診は7月、個別健診は随時 ●集団健診：4会場、8月、無料 ●個別健診：3医療機関、5～翌年2月、無料
実施内容		●健診申込がない者を対象に、自宅訪問による受診勧奨の実施。（通年） ●継続受診を促す健康講演会の実施。（9月） ●健診結果の個別説明会の実施。（通年）
実施体制		●事業計画、予算案の作成：住民係 ●自宅訪問による受診勧奨：健康しあわせ係 ●健診結果説明：健康しあわせ係・委託事業者
評価指標		●アウトカム：特定健診受診率など

事業評価結果

成果	●平成30年度の特定健診受診率は、72.4%。 ●平成25年度から28.1%の増加。
課題	①【平成27～28年度】 健診結果の説明を行う人員の不足 ②【平成27～28年度】 健診の継続受診を地域全体へ啓発する機会の不足 ③【平成28～29年度】 受診勧奨対象者の状況把握ができておらず、効率的な受診勧奨が困難 ④【平成29～30年度】 居住地域によって健診の受けやすさが異なる

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題① 健診結果の説明を行う人員の不足

平成25年から平成28年にかけて、特定健診受診率は伸びてきたが、健診受診者が増加するにつれて、健診結果の説明を個別に行うことが職員の体制面から難しくなっていた。

改善① 委託事業者を活用した人的基盤の強化

- 担当係の職員の経験上、健診を毎年受診することの必要性や、健診結果の見方を、健診受診者へ丁寧に伝えることが、受診率向上に効果的だと感じており、今後も個別説明は継続したいと係内で考えていた。
- 以前より、健診結果の個別説明会について、担当課の職員に加えて、一部を事業者に委託し実施していたが、平成29年度以降、より多くの人員を確保できる事業者に変更し、人的基盤を強化することによって、これまでどおり、個別に結果説明が行えるように対応した。人によって説明の仕方に差が出ないように、結果説明会の前には必ず、対象者全員分の結果返却方法に関する打合せを委託事業者と実施している。
- 平成30年度から、健診結果の説明にかける時間を見直し、健診受診者一人あたりの説明時間を、30分から45分に拡大することで、健診結果の説明・保健指導をより丁寧に行えるようにした。

課題② 健診の継続受診を地域全体へ啓発する機会の不足

受診率向上のためには、健診受診者への個別のアプローチと並行して、健診の継続受診を地域全体へ啓発していくことが重要ではないかと担当係で考えていたが、そのような場を設けていなかった。

改善② 地域住民を対象とした講演会の実施

- 平成28年度以降、健診の継続受診を促すことを目的に、年1回、地域住民を対象とした健康講演会を開催している。

課題③ 受診勧奨対象者の状況把握ができておらず、効率的な受診勧奨が困難

平成27年度以前、受診勧奨対象者に関する情報を、担当係内で一元管理しておらず、効率的に受診勧奨を行えていなかった。

改善③ 受診勧奨対象者の状況管理ファイルの作成

- 平成28年～29年にかけて、受診勧奨対象者の健診受診状況や、健診受診歴、過去の未受診理由、受診勧奨の記録などを整理した状況管理ファイル（エクセル）を作成し、受診勧奨を担当する職員全員で共有した。
- 平成29年度以降、個別健診を希望した人に関しては、本人同意のもと、個別健診委託医療機関へ健診受診希望者名簿を送付し、かかりつけ医から受診勧奨を行って頂けるよう協力を依頼している。

課題④ 居住地域によって健診の受けやすさが異なる

平成29年度以前、集団健診を町内1か所の会場で実施していた。
しかし、健診受診対象者の多くは高齢者であり、受診対象者の中には、自宅から会場までの距離が遠く、健診を受診できない人もいた。

改善④ 集団健診実施会場の増加

- 平成30年度、集団健診の実施会場を町内4か所に増やし、約4日間（日曜を含む）、南木曽町を巡回する形で、健診を実施した。

北海道陸別町　特定健診受診率の更なる向上に向けた取組

未受診者への自宅訪問・結果説明会の開催、診療所と連携した検査データ提供体制の構築に関する取組

自治体概況	人口	2,358人	国保被保険者数	684人	高齢化率	39.1%
事業概況	事業開始年度	平成20年度	事業実施形態	直営	事業費	約289万円

※事業費には、特定健診実施費用も含む。

事業実施の経緯

◆ 平成20年当初は30.8%と受診率が低く、事務的な対応では受診率が伸びないと感じ、未受診者への自宅訪問や、結果説明会の開催に取り組んできた。
◆ 平成26年以前から、事業所健診や個別健診のデータ受領に取り組んでいたが、 平成27年以降、医療機関との連携体制を強化することで、60%超を目指してきた。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績	46.5%	54.6%	56.7%	68.4%	70.1%

事業概要（平成３０年度）

目的	●生活習慣病の発症・重症化予防を目指し、特定健診受診率を向上させる。
目標	●特定健診受診率受診率70%超
健診形態・日程・費用	●受診券送付時期：7月上旬 ●集団健診：2会場、9月（休日含む3日間）、11月（3日間）、無料 ●個別健診：3医療機関、1～3月、無料 ●町内の診療所から特定健診に係る診療情報の提供あり
実施内容	●未受診者に対する個別訪問による受診勧奨 ●健診受診者に対する結果説明会の実施 ●胃・肺・大腸がん・肝炎検診との同時実施
実施体制	●事業計画の検討：国保部門、衛生部門 ●予算案の作成：国保部門 ●特定健診対象者の抽出・周知啓発：国保部門、衛生部門 ●未受診者への受診勧奨：衛生部門（地区担当制を導入）
評価指標	●アウトカム：特定健診受診率

事業評価結果

成果	●平成20～22年の間に、受診率が10.2%増加。 （平成20年：30.8%、平成22年：41.0%） ●平成27～28年の間に、受診率が11.7%増加。 （平成27年：56.7%、平成28年：68.4%）
課題	①【平成20～22年度】 事務的な対応だけでは、受診率が伸びない ②【平成27～29年度】 新規受診者数が増えない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　事務的な対応だけでは、受診率が伸びない

平成20年度、受診券と健診結果は郵送で通知しており、個別に説明は行っていなかった。しかし、受診率が30.8%と低かったため、上のような事務的な対応を改善しようという意見が、衛生部門から挙がった。

改善①－１　未受診者への自宅訪問・結果説明会の開催

- 平成21年度以降、健診受診の申込がない者を対象に、保健師や管理栄養士による自宅訪問を開始した。訪問の際に、治療中の方も健診が必要であることを伝えたことにより、受診をする人が増えたと感じている。
- 長期間健診を未受診の人には、それを責めるような言い方はせず、「最近体の調子はどうですか」等、健康相談から話を始めるよう心掛けている。
- 健診結果を単に郵送するのではなく、結果説明会を開催し、健診受診者に対して、保健師から直接、健診結果を説明した。結果説明会の参加率を上げるため、健診受診と同時に、1か月後の結果説明会を予約してもらっている。
- 血液検査の結果によって、説明を担当する職種を変えている。
  （例）糖尿病や慢性腎臓病等、食事内容が大きく影響する疾患を有する人には管理栄養士が結果説明や保健指導を行う。
- 上記の結果、対象者一人ひとりの生活スタイルや病状に応じた受診勧奨・保健指導を行うことができ、受診者からの反応が良くなった。

課題②　新規受診者数が増えない

平成23～26年にかけて、新規受診者数が頭打ちになっていた。既存の取組だけでは、受診率の向上は難しいという意見が、課内から挙がった。

改善②－１　特定健診の自己負担金無料化

- 国保部門から、特定健診を無料化した方が、住民が健診を受診しやすくなるのではないかと提案を受けた。
- 平成28年度より、従来は1，500円徴収していた受診料を無料化し、受診者の経済的な負担を軽減した。その結果、経済的な理由からこれまで未受診だった人が、健診を受診してくれるようになった。

改善②－２　診療所と連携した検査データ提供体制の構築

- 平成28年度より、通院中の人の検査データについて、本人の同意を得て、町内の診療所から直接、陸別町役場へ提供してもらう体制を構築した。
- 保健師や管理栄養士が自主的に勉強している会で紹介された取組事例等を参考にして、診療所の事務職員と協議しながら、連携体制を作っていった。

改善②－３　個別健診の導入

- 平成30年度、陸別町内の国保加入者が、生活習慣病で頻繁に受診する医療機関を調査し、上位3つに挙がった医療機関と個別健診の契約を結んだ。その結果、平成30年度の受診率は、前年度より約1%増加し、71.3%となっている。
- 個別健診の導入により、保健指導担当から医師に、健診受診者の治療方針を尋ねる機会ができたり、医師から保健指導担当に、薬を取りに来ない患者の状況を相談されたり等、地域の医師との関わりを密にすることができた。
- 上の結果、重症化予防にもつながり、地域全体で住民の健康を支え合うという意識が関係者間で形成された。

（２） 糖尿病性腎症重症化予防の調査に関する事例集

埼玉県さいたま市　糖尿病性腎症重症化予防の展開

かかりつけ医との連携を重視した指導内容の見える化、指導参加者数の増加の実現に向けた取組

自治体概況	人口	1,306,079人	国保被保険者数	243,572人	高齢化率	22.87%
事業概況	事業開始年度	平成27年度	事業実施形態	委託、その他	事業費	約4,665万円

データヘルス計画における課題と対策の方向性

◆ 埼玉県では、埼玉県医師会・埼玉県並びに埼玉糖尿病対策推進会議が作成した糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防事業を国保連合会による共同事業として平成26年度（生活指導は平成27年度）から実施。さいたま市も当初より共同事業に参加。
◆ 第2期データヘルス計画においても、生活習慣病重症化予防対策事業（糖尿病）を重点事業に位置付け実施。

課題	対策の方向性
●腎不全の医療費が高額であり、人工透析患者の一人当たり医療費が高い。 ●HbA1cは、埼玉県・全国と比較し、高い状態が続いている。	●糖尿病ハイリスク者を医療につなげる。 ●服薬管理や食事管理、定期的な通院により重症化を防止する。

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病の重症化を予防し、人工透析への移行を防止する
対象	●糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い者（糖尿病性腎症の病期2・3・4期の者）
実施内容	●埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、保健師等がかかりつけ医の指示内容をもとに保健指導（さいたま市では「生活指導」と呼ぶ）を実施 ●指導内容は食事指導・運動指導・服薬指導・歯科支援等 腎症病期2期：面談1回＋電話3回 腎症病期3，4期：面談3回＋電話4回
実施体制	●生活指導：埼玉県国保連合会が委託した事業者の保健師等 ●医師会・医療機関との連絡調整：さいたま市国民健康保険課保健事業係

目標		
短期	＜ストラクチャー＞ ●協力医療機関の段階的な増加：令和2年度までに65医療機関にする ＜アウトプット（生活指導）＞ ●生活指導参加者の増加：各年度20人増
中長期	＜アウトプット＞ ●令和5年度の生活指導参加者を210人とする。 ＜アウトカム（生活指導）＞ ●糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、参加者の人工透析移行者を0人にする。 ●生活指導参加者の翌年度の検査値（HbA1c・eGFR・クレアチニン・尿蛋白・血圧・BMI・腹囲・中性脂肪・LDL・HDL）の維持・改善率を60%にする。

事業評価結果

成果	●生活指導参加者の次年度の健診結果の約50%以上が維持・改善 ●生活指導参加者の指導実施前後のeGFRを比較すると悪化しているが、非参加者より下がり幅は小さい
課題	①かかりつけ医等にとって、委託先事業者が実施する生活指導の経過・内容が分かりづらい ②生活指導の参加者数が目標に達していない ③対象者の抽出から生活指導修了までを1年間で行うことが時間的に難しい ④多忙等を理由として生活指導を受けない人も多い

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

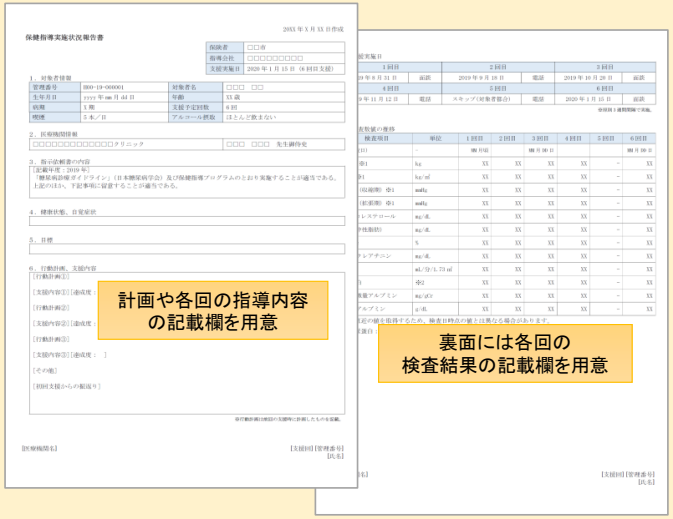
課題①　かかりつけ医にとって、参加者への生活指導の経過・内容が分かりづらい

生活指導の記録様式は県で統一されており、開始時・毎回の指導後・最終指導の終了後に各種報告が市に提出される仕組み。市はこれらを確認し、かかりつけ医にフィードバックしていた。
しかし、各回の実施状況報告書が単発で作成されていたため、かかりつけ医より、指示内容の反映状況、当初の計画内容、各回の指導経過や内容がわかりづらい等の意見があった。

改善①　委託先との円滑な情報共有のための様式の見直し

- ◆ 市は、国保連合会と委託事業者に働きかけ、実施状況報告書の様式を見直した。
- ◆ 具体的には初回面談で設定した計画の内容と各回の指導内容・検査値の推移がわかるような欄を設け、1枚の様式において指導の状況を把握できるように変更した。

＜令和元年度からの事業実施状況報告書様式＞



課題②　生活指導の参加者数が目標に達していない

生活指導への参加者は、①事務局による候補者のリストアップ、 ②①の候補者からかかりつけ医が対象者を選定、③②で選定された対象者からの同意取得　という一連のプロセスで選定されていた。単年度契約の共同事業のスキームでは、このプロセスはかかりつけ医の負担が大きく、対象者の選定も十分な数ではなかった。

改善②　対象者選定のプロセスを見直し

- ◆ かかりつけ医の負担を減らすために、候補者として選定された患者に対して、市から直接同意書を送付し、同意取得をするという流れに変更した。
- ◆ 工程変更にあたり、前年度に医師会とメリット・デメリットについて協議、丁寧な説明を行った。また、協力医療機関を増やすように協力を依頼した。

課題③　対象者の抽出から生活指導終了までを1年間で行うことが時間的に難しい

従来のプログラムでは、病期3・4期の者は7回の電話・面談になっていたが、単年度契約の共同事業のスキームでは、生活指導も短期間とならざるを得なかった。

改善③　生活指導の回数を見直し

- ◆ さいたま市は、県と調整を行い、指導内容は維持しながら、共同事業で定められていた生活指導の回数を見直して7回から6回にした。

課題④　多忙等を理由として生活指導を受けない人も多い

対象者の大半は高齢者であり、生活習慣改善が難しい人も多くみられる。また、生活習慣改善の必要な就労層は多忙を理由として生活指導を受けない人も多い。

改善④　ポピュレーションアプローチを併用

- ◆ 令和2年度より、各区の保健センターにおいて、病態や合併症に関する知識の普及・啓発を図るための糖尿病等の病態別教室を新たに開催する。

静岡県静岡市　糖尿病性腎症重症化予防の取組

医師会・専門医との連携強化やハイリスク者への継続的な支援、関係各課と連携したポピュレーションアプローチに係る取組

自治体概況	人口	699,946人	国保被保険者数	151,397人	高齢化率	29.9%
事業概況	事業開始年度	平成29年度	事業実施形態	直営	事業費	約291万円

事業実施の経緯

- ◆ 平成29年度から糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施。
- ◆ 第2期データヘルス計画から、糖尿病性腎症重症化リスクの高い集団への保健指導に重点を置くことで、新規人工透析導入者の減少の達成を目指している。

課題	対策の方向性
●人工透析患者数は減少傾向であるが、その要因である高血糖、高血圧、高尿酸等の有所見者は増加している。	●糖尿病性腎症重症化予防プログラムや受診勧奨事業の取組を強化 ●高血糖等の予防に特化したポピュレーションアプローチを実施

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病性腎症の早期発見及び重症化を予防して、新規人工透析の導入を防止する
対象	●医療機関未受診者(HbA1c6.5%以上) ●医療機関の受診中断者(HbA1c6.5%以上) ●ハイリスク者(HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白定性(1＋)以上または腎機能低下者)
実施内容	●個別面接、電話指導、文書指導、訪問指導による医療受診勧奨及び保健指導の実施
実施体制	●保険年金管理課と健康づくり推進課、健康支援課(保健福祉センター)の保健師等が連携して対応 ※保険年金管理課：対象者の抽出、保健指導、**事業評価** ※健康支援課：保健指導 ※健康づくり推進課：市全体の健康課題分析や市全体への予防プログラムの周知等 ●連携の場として、医師会、糖尿病・腎臓専門医、行政が参加する「糖尿病性腎症の重症化防止を考える会」(通称「糖腎防の会」)がある

目標

＜ストラクチャー＞
- ●医療機関の連携体制の整備 等

＜プロセス＞
- ●予防プログラムについて各機関が理解できる書式文書等の整備　等

＜アウトプット＞
- ●受診勧奨率(90%以上)

＜アウトカム＞
- ●医療機関受診率(70%以上)
- ●医療機関でのアルブミン定量(尿)測定率(70%以上)
- ●医療機関から専門医への紹介率(30%以上)
- ●糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数の減少
- ●介入前後の検査値(HbA1c、e-GFR、尿蛋白)の維持・改善割合(60%以上)

事業評価結果

成果

＜アウトカム＞
- ●HbA1c、e-GFRが維持改善した者の割合は60%以上
- ●新規人工透析導入患者数は103人に減少
- ●アルブミン定量(尿)測定率、医療機関から専門医への紹介率は目標未達
  ※平成30年度実績

課題

①かかりつけ医・専門医との連携が不十分

②単年度事業であり、継続的な支援に至っていない

③高血糖を予防するための啓発に係る取組が組織的に行われていない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　かかりつけ医と専門医の病診連携が不十分である。

糖尿病性腎症の早期発見のため、一般医療機関にアルブミン定量(尿)測定の実施を依頼しているが、実施率が目標よりも低かった。

また、特定の基準に該当する方は一般医療機関から専門医へ紹介してもらうこととしているが、紹介率も目標よりも低かった。

改善①　医師会への再度の協力依頼を実施

◆ 医療機関・医師会の協力が不可欠であり、医療機関や医師会に改めて協力を依頼することにした。

◆ 医師会通報にて医師会員全員に、アルブミン定量(尿)の測定状況や一般医療機関から専門医へ紹介率の現状を伝えるとともに、「糖腎防の会」から協力依頼文書を通知した。

課題②　単年度事業であり、ケースへの継続的な支援ができない。

糖尿病性腎症重症化予防のためには継続的な支援が必要であると感じていたが、単年度事業であり、対応できていなかった。

また、当該年度の健診結果をもとに対象者を抽出するため、健診未受診者への支援はできていなかった。

改善②　新たに対象者の抽出基準を設け、フォローを実施

◆ 当該年度の特定健診未受診者や治療中断しているケースについても糖尿病の重症化予防を支援できるよう、令和元年度より、過去5年間に一度でもHbA1cが10%以上となった方を抽出し、家庭訪問による保健指導を開始した。

◆ 家庭訪問の実施は、糖尿病管理台帳を作成し、健康支援課保健師とともに実施している。

課題③　高血糖を予防するための啓発に係る取組が組織的に行われていない。

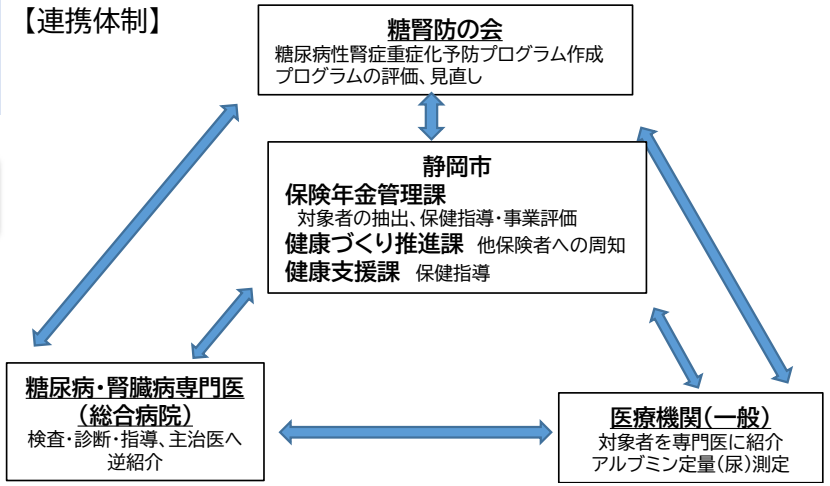
医師会や医療機関等との連携体制は構築できていた。その一方、地域全体で取り組むためには全庁的な対策の推進が必要であるが、庁内の連携体制は不十分であった。

改善③　庁内における連携体制を見直し

◆ 平成30年度より、庁内関係課が集まる会議にて、糖尿病や糖尿病性腎症重症化予防について、市の健康課題として取り組む必要性を訴えた。

◆ 上記の働きかけの結果、次の成果があった。
・翌年、有識者・市民を交えたより大きな会議で議題として取り上げられたことで、より多くの他部局に対策や連携の重要性を伝えることができた。
・関係部局から、糖尿病対策に向けた啓発事業等に関する提案が持ちかけられた。

【連携体制】



大阪府東大阪府市　糖尿病性腎症重症化予防の取組

対象者の選定基準・実施方法の見直し等に係る取組

自治体概況	人口	489,462人	国保被保険者数	112,091人	高齢化率	28.1%
事業概況	事業開始年度	平成26年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約437万円

事業実施の経緯

◆ 人工透析者数や新規透析導入者数が増加傾向にあり、医療費抑制のためにも、糖尿病性腎症重症化予防の対策が課題であった。

課題	対策の方向性
●総医療費に占める慢性腎不全の割合が高い。 ●人工透析者が増加傾向	●糖尿病性腎症等合併症をひき起こし重症化すると人工透析導入の起因の1つとなる糖尿病について、未治療者やHbA1cの値が6.5%以上等の方を対象に、受診勧奨や保健指導を実施

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病の放置等による悪化で、糖尿病性腎症など合併症を予防し、人工透析に陥ることを防ぎ、QOLの維持、向上を目指す。
対象	【直営で実施】 ●特定健診受診者のうち、69歳以下で尿蛋白(2+)以上またはeGFR45ml/min/1.73㎡未満※で腎臓病に関するレセプトなしの者 ・(対象1)受診勧奨対象者：上記のうち、空腹時血糖126mg/dl以上またはbA1c6.5%以上 ・(対象2)保健指導等対象者：上記のうち、空腹時血糖130mg/dl以上またはHbA1c7.0%以上 【委託で実施】 ●(対象3)特定健診受診者のうち糖尿病治療中かつeGFR15～60ml/min/1.73㎡未満の者
実施内容	●対象1：ﾘｰﾌﾚｯﾄ送付、電話による状況確認、受診勧奨 ●対象2：ﾘｰﾌﾚｯﾄ送付、受診勧奨・保健指導 ●対象3：電話・面談による保健指導(個別指導ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ)
実施体制	●対象者の抽出、事業評価：保険管理課 ●対象1・2に対する医療機関への受診勧奨及び保健指導：健康づくり課 ●対象3に対する保健指導：委託事業者

目標		
短期	＜プロセス＞ ●糖尿病未治療・HbA1c6.5%以上の対象者のカバー率(対象者1・2) ●糖尿病治療中・HbA1c7.0%以上の対象者のカバー率 ＜アウトプット＞(対象者3) ●個別指導プログラムの実施人数 ＜アウトカム＞(対象者3) ●個別指導プログラムの検査値(血圧、BMI、HbA1c、eGFR)の改善
中長期	＜アウトプット＞ ●未治療者の受診勧奨対象者におけるカバー率(対象1) ●治療者への保健指導対象者におけるカバー率 ●個別指導プログラム参加人数(H35年度目標：10人)(対象3) ＜アウトカム＞ ●未治療者に占めるHbA1c6.5%以上の割合 ●治療者に占めるHbA1c7.0%以上の割合 ●人工透析有病率の改善 ●人工透析新規登録者数(H35年度目標：年100人以下)

事業評価結果

成果	＜アウトプット＞ ● 定員10名のところ参加者2名 ※平成29年度実績
課題	①委託して実施する個別指導プログラムの参加者数が少ない ②対象者や主治医にとって事業の内容が分かりづらい

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　委託して実施する個別指導プログラムの参加者数が少ない

参加者数が定員10名のところ、2名のみであった。
当時は、対象者の条件を「糖尿病性腎症Ⅲ期または、Ⅳ期と診断されている者」としており、主治医に対象者の選定・対象者への説明・参加勧奨を依頼していた。

改善①　対象者の選定基準・実施方法を見直し

◆ 委託事業者とともに原因を分析したところ、主治医に対して事業の具体的内容を十分に伝えることができていないために、主治医側において、対象者の選定・参加勧奨に積極的になれなかったり、対象者に具体的に説明ができない等の理由により、参加申込につながらない様子が見えてきた。

◆ そのため、平成30年度から新たに、特定健診結果を用いて「糖尿病治療中でeGFR15～59ml/min/1.73㎡未満」に該当する者を市で抽出し、対象者へ直接事業を案内する方法を採用することとした。

◆ この方法では、本人から事業に参加申込をしてもらい、市からかかりつけ医の同意を得ることとしている。

◆ 結果として、定員10名を超える12名まで増えるなど、実施者数の増加につながった。

課題②　対象者や主治医にとって事業の内容が分かりづらい

従来の資料には、事業の目的や対象者の選定条件、保健指導を行うことなどを記載していたが、実際にどのような保健指導を行うのか、具体的な内容が分かりづらいものとなっていた。
結果として、実施者数が伸び悩んでいる可能性も考えられた。

改善②　事業に関する説明文書を見直し

◆ 委託事業者と連携し、他市町村での受診勧奨のリーフレット等も参考にしながら、事業における実施内容（電話と訪問で生活習慣等に関する保健指導を行うなど）を具体的に記載する等、内容を見直したリーフレットの内容を見直した。

鹿児島県鹿児島市　糖尿病性腎症重症化予防の取組

効果的な保健指導に向けた医師や関係団体との連携体制の構築や、庁内における情報共有の方法の見直し

自治体概況	人口	602,465人	国保被保険者数	119,420人	高齢化率	26.9%
事業概況	事業開始年度	平成23年度	事業実施形態	直営	事業費	約1,566万円

データヘルス計画における課題と対策の方向性

◆ 平成23年度から重症化予防を実施。
◆ 第2期データヘルス計画においても、糖尿病や糖尿病性腎症の増加を健康課題として位置づけ、重症化予防に取り組むこととしている。

課題	対策の方向性
●総医療費に占める慢性腎不全(人工透析)の割合が国・県の平均より高い。 ●健診データのうち、高血糖及び腎機能の有所見割合が国・県より高い。	●糖尿病の重症化リスクの高い者を医療につなげる。 ●糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対する受診勧奨や保健指導により、重症化を防止する。

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病が重症化するリスクの高い者を医療へつなげるとともに、人工透析への移行を防止する
対象	●受診勧奨対象者※: ・HbA1c6.5～6.9%で未治療又は治療中断者(対象1) ※対象者の状況に応じて保健指導も実施 ●保健指導対象者: 以下のいずれかに該当する方 ・HbA1c7.0%以上の未治療者又は治療中断者(対象2) ・HbA1c7.0%以上で尿蛋白+以上又はeGFR50未満※(対象3)　※70歳以上の場合は40未満
実施内容	●受診勧奨対象者(対象1): ・文書による受診勧奨を実施。3か月後受診が確認できない場合は家庭訪問等による保健指導(支援期間6か月) ●保健指導対象者: ・(対象2)家庭訪問等による年3回程度の保健指導(支援期間12か月) ・(対象3)家庭訪問等による年複数回の保健指導(支援期間6か月)
実施体制	●国民健康保険課、保健センター、医師会、医療機関が連携して対応 ※国民健康保険課:対象者の抽出、保健指導媒体の作成等 ※保健センター保健師等:家庭訪問等による対象者への保健指導

目標		
短期	＜ストラクチャー＞ ●プロジェクト会議開催数等 ＜アウトプット＞ ●保健指導実施件数 ＜アウトカム＞ ●受療開始者の割合の増加 ●HbA1c8.4%以上の者の割合の減少
中長期	＜アウトカム＞ ●年間の糖尿病性腎症新規患者数の減少(令和元年度に1.26) ●年間の新規透析患者数の減少(令和元年度に163人)

事業評価結果

成果	＜アウトカム＞ ●未治療者のうち受療開始者は4割 ●HbA1c8.4%以上の者は1.25% ※平成30年度実績 参考:特定健診受診率　33.7%(平成30年度)
課題	①未治療者やHbA1cが高値である者への保健指導が確立できていない ②医師会等との組織的な連携ができていない ③国民健康保険課・保健センターの情報共有にタイムラグがあり、効果的・迅速な保健指導が困難

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

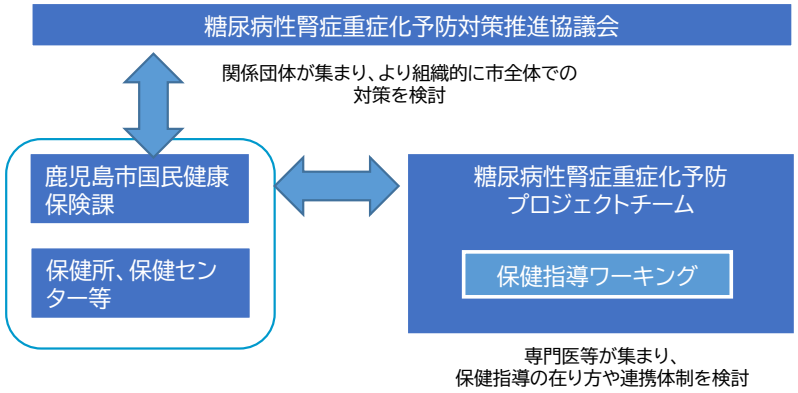
課題①　未治療者やHbA1cが高値である者への保健指導が確立できていない

国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定・公表を受け、鹿児島市においても重症化予防をさらに推進することとなった。一方で、以前から治療中の者に対して保健指導は実施していたものの、かかりつけ医との連携や保健指導の手法を十分に確立できていなかった。

改善①　事業の検討体制を見直し

- ◆ 平成30年度より、市内の糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士と行政（国民健康保険課、保健センター等）からなる「糖尿病性腎症重症化予防プロジェクトチーム」及び「保健指導ワーキング」を設置し、未治療者やコントロール不良群への保健指導の在り方や医療機関の連携体制について検討することとした。（糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士、保健政策課、保健予防課、国民健康保険課等）
- ◆ 支援期間を12か月から6か月に短縮し集中した保健指導をモデル的に実施し、保健指導ワーキングで効果検証した上で、令和元年度から本格的に実施している。

【糖尿病性腎症重症化予防事業の検討体制】



課題②　医師会等との組織的な連携ができていない

これまで個別に医師会へ報告・相談を行っていたが、医師会等をはじめとした各団体との正式な協議・検討の場までは設けていなかった。重症化予防の推進のためには、関係団体を巻き込んだ推進体制の確保が必要と考えられた。

改善②　関係団体との連携体制の確保

- ◆ 令和元年12月に、市医師会や大学教授、市歯科医師会等からなる「糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会」を設置した。
- ◆ 協議会の設置により、次の成果があった。
  - ・市の現状や重症化予防に取り組む重要性への理解が深まった。
  - ・協議会で「重症化予防に取り組むためには特定健診受診率を高めることも重要である」という認識が共有され、各団体で特定健診受診率向上に向けた取組を行ってもらえることとなった。

課題③　国民健康保険課・保健センターの情報共有にタイムラグがあり、効果的・迅速な保健指導が困難

対象者への保健指導は保健センターの保健師等が実施しているが、支援期間中の受療状況の確認は国民健康保険課がKDBシステムを用いて行い、保健センターへ情報共有する必要があった。そのため、受療状況を踏まえた効率的な保健指導実施が困難であった。

改善③　情報共有の方法の見直し

- ◆ 保健指導を担う保健センターにもKDBシステムを導入し、対象者の受療状況が迅速に把握できるようにした。

大阪府寝屋川市　糖尿病性腎症重症化予防の取組

庁外関係者との連携体制や対象者の選定基準等の見直し等に係る取組

自治体概況	人口	231,477人	国保被保険者数	52,488人	高齢化率	29.7%
事業概況	事業開始年度	平成24年度	事業実施形態	直営(一部委託)	事業費	約1,049万円

事業実施の経緯

◆ 糖尿病の合併症のうち、糖尿病性腎症の占める割合が高いこと等の実態から、平成24年度に糖尿病性腎症重症化予防に取り組み始めた。

課題	対策の方向性
●糖尿病の合併症のうち、糖尿病性腎症の占める割合が高い ●総医療費に占める人工透析医療費の水準が全国や大阪府より高い	●重症化リスクの高い人への受診勧奨・保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する

事業概要（平成３０年度）

目的	●特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対して受診勧奨・保健指導を行い治療につなげる ●通院患者のうち重症化リスクの高い人に対して、対象者を選定し保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する
対象	●HbA1c6.5%以上(未治療)かつ尿蛋白±以上 ●HbA1c6.5%以上(未治療)かつeGFR45未満 ●糖尿病内服歴ありかつ尿蛋白±以上 ●糖尿病内服歴ありかつeGFR45未満
実施内容	●原則8か月を1クールとして、計5回の個別相談や集団形式(教室)、訪問での保健指導等を実施
実施体制	●集団での保健指導等の教室：健康づくり推進課 ●対象者への文書での通知と家庭訪問：委託事業者

目標	
	＜ストラクチャー＞ ●主治医との連携体制 ＜アウトプット＞ ●保健指導実施者数(実施率) ＜アウトカム＞ ●参加者の受診状況 ●行動変容ステージ、生活習慣、セルフモニタリングの状況 ●糖尿病性腎症対象者の体重、BMI、血圧、血糖、HbA1c、e-GFR、尿蛋白等の健診項目の推移 ●糖尿病性腎症の病期の推移 ●新規透析導入患者数

事業評価結果

成果	＜アウトカム＞ ● 参加者のうち95%以上がHbA1cの値を維持・改善 ※平成30年度実績
課題	①関係者が一体となって議論できる場がない ②糖尿病性腎症に特化した教室がない ③事業の効果に関する評価方法がわからない

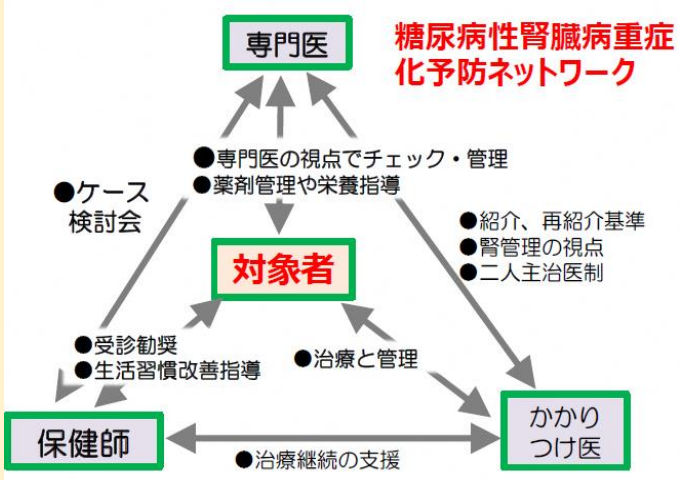
明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　関係者が一体となって議論できる場がない

平成25年に市医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市の5者で「生活習慣病重症化予防地域連携協定」を締結していたが、事業内容について関係者が集まって検討する場はなかった。

改善①　連携体制を見直し

- ◆ 糖尿病性腎症重症化予防に協力いただいている専門医から、多職種・多団体が一体となって議論できる場が必要ではないかとの指摘があった。
- ◆ そこで、市医師会が中心となって、令和元年度に「糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワーク」を構築し、寝屋川市も共催で参画した。
- ◆ ネットワークでは、事業内容の検討はもとより、医療従事者を対象とした研修会等の実施も予定している。



課題②　糖尿病性腎症に特化した教室がない

平成29年度までは、特定健診の結果に基づき、重症化予防事業対象者を「高血糖」「高血圧」「腎機能低下者」の3つに分けて教室を設けていたが、糖尿病性腎症に特化した教室がなく、対象者に合った保健指導が提供できていなかった。

改善②　対象者の選定基準と教室内容の見直し

- ◆ 従来の「高血糖」「高血圧」「腎機能低下者」の3つの教室に加え、令和元年度から新たに「糖尿病性腎症」の教室を設けた。
- ◆ 令和元年度には、早期からの合併症予防の観点でアプローチできるよう、糖尿病性腎症の教室の対象基準を見直した。

課題③　事業の効果に関する評価方法がわからない

庁内において事業の効果を求められる場面が増え、特に効果に関するデータの提示が求められるようになった。
しかしながら、具体的な評価方法が分からず、対応に苦慮していた。

改善③　評価体制を見直し

- ◆ 事業にかかる効果の評価方法について、大阪府に相談した。
- ◆ その結果、府と共同で研究を行っている大学を紹介してもらい、寝屋川市と大阪府、大学とが連携して、効果評価を含めた共同研究を行うこととなった。

神奈川県大和市　糖尿病性腎症重症化予防の取組

実行可能性に配慮した選定基準の見直しやかかりつけ医との連携方法の見直しに係る取組

自治体概況	人口	237,375人	国保被保険者数	51,930人	高齢化率	23.7%
事業概況	事業開始年度	平成25年度	事業実施形態	直営	事業費	約20万円

事業実施の経緯

- ◆ 第1期データヘルス計画ではHbA1cが6.5%以上の方等に対する保健指導等を実施。
- ◆ 第2期データヘルス計画から、対象者を2区分に分け、市健診結果で糖尿病性腎症または糖尿病の所見がある者に対し、重症化予防プログラムを実施。

課題	対策の方向性
●疾患別医療費として腎不全の割合が最も高い ●HbA1cは保健指導判定値以上の有所見者が約半数	●高血糖かつ腎機能低下に該当する市民について個別訪問による保健指導を実施

事業概要（平成３０年度）

目的	●市健診結果で高血糖かつ腎機能低下に該当する市民について個別訪問を行い、重症化を防ぐ
対象	●以下の2つに該当する対象者 ①空腹時血糖または随時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上 ②eGFR50以下
実施内容	●6か月を1クールとして3回訪問等による栄養指導を実施
実施体制	●健康づくり推進課が中心となって推進（管理栄養士6人で対応）

目標

＜ストラクチャー＞
- ●かかりつけ医との連携（健康相談連絡票）体制確保　等

＜アウトプット＞
- ●保健指導実施者数、訪問につながった数・割合

＜アウトカム＞
- ●BMI改善率（やせ/普通/肥満の区分別）
- ●HbA1c改善率
- ●腎症ステージの維持・改善率
- ●人工透析移行予防件数
- ●医療費削減率

事業評価結果

成果

＜アウトカム＞
- ● BMI維持・改善　95.3%
- ● HbA1c維持・改善　71.9%
- ● eGFR維持・改善　89.1%

※平成30年度実績

課題

①当時の実施体制における訪問可能件数を上回る対象者が抽出されていた（H28年度）

②かかりつけ医との相談・連携方法が個別対応となっており、時間を要していた（～H28年度）

③人員の確保が必要であった（H27年度～）

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　当時の実施可能件数を上回る対象者が抽出されていた

従来、糖尿病性腎症重症化予防の対象者の選定基準は「高血糖かつ腎症G2以下（eGFR＜60）」としていたが、この基準では500人以上が該当し、当時の実施体制（管理栄養士3名）では全数訪問が困難であった。

改善①　訪問可能人数を踏まえ、選定基準を見直し

◆ 現場の管理栄養士の意見も踏まえ、他の事業と並行しながら訪問可能な件数を検討した。

◆ そこで、そこで、実現可能性を考慮の上、事業目標に沿った抽出基準となるよう、平成30年度に「高血糖かつeGFR＜50」に変更した。

課題②　かかりつけ医との相談・連携方法が個別対応となっており、時間を要していた

選定条件に該当する者のほとんどは治療中であり、主治医がいたため、栄養指導をする前は本人を通じて医師の指示内容を確認した。具体的な確認が必要な場合は、かかりつけ医に直接実施上の留意点等について指示を仰ぐこともあったが、標準化されたものがなく、時間を要していた。

改善②　かかりつけ医への相談方法を見直し

◆ かかりつけ医の指示を的確に受けられるよう、「健康相談連絡票」を作成し、平成30年度から運用を開始した。（右図参照）

◆ 健康相談連絡票は対象者本人を通じて管理栄養士が受け取るようになっており、医師も負担なく運用できるよう工夫した。

課題③　人員の確保が必要であった

事業開始当初は栄養相談に対応する管理栄養士等が少なく、人員の確保が課題であり、保健事業の成果を示し続けることで増員されたが、市長等幹部に報告する機会がなかった。

改善③　事業評価結果の報告方法を見直し

◆ 健康づくり推進課から上層部へ働きかけ、平成29年度末に事業報告会を開催した。

◆ 事業の成果や重要性を直接訴えることで、保健事業の必要性への理解につながった。

【健康相談連絡票】

◆ A5サイズ⇒　半分に折ってお薬手帳に挟める大きさ

熊本県甲佐町　糖尿病性腎症重症化予防の取組

医療機関との円滑な連携に向けたツール開発や担当者の選任等の取組

自治体概況	人口	10,607人	国保被保険者数	2,909人	高齢化率	38.1%
事業概況	事業開始年度	平成26年度	事業実施形態	直営	事業費	-

事業実施の経緯

◆ 人工透析をしている慢性腎不全に係る医療費の割合は低下傾向にあるものの、糖尿病に係る医療費の割合が増加傾向にあった。
◆ 以前から糖尿病の発生予防や重症化予防には取り組んでいたが、糖尿病性腎症重症化予防にも取り組むこととした。

課題	対策の方向性
●人工透析をしている慢性腎不全に係る医療費の割合は低下傾向にあるものの、糖尿病に係る医療費の割合が増加傾向	●糖尿病の重症化リスクの高い未受診者・治療中断者への受診勧奨 ●糖尿病性腎症重症化リスクが高い者への保健指導

事業概要（平成３０年度）

目的	●糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結び付ける。 ●糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止する。
対象	【受診勧奨等対象者】 ●HbA1c6.5%以上で糖尿病未治療 ●尿検査で尿蛋白定性検査(2+)以上／尿蛋白定性検査(+)かつ尿潜血定性検査(+)／尿蛋白定量検査で軽度～高度尿蛋白がある 【保健指導対象者】 ●糖尿病治療中でHbA1c7.0%以上
実施内容	●受診勧奨等：保健師・管理栄養士による受診勧奨等 ●保健指導：保健師・管理栄養士による1人約20分の個別面談を実施。必要に応じて家庭訪問。
実施体制	●総合保健福祉センター(保健事業主管課)：対象者の抽出、保健指導、事業評価、医療との連携体制整備 ●住民生活課(国保主管課)：事業評価に必要なデータの抽出等

目標		
短期	＜ストラクチャー＞ ●医療との連携体制整備　等 ＜プロセス＞ ●「生活習慣病連絡台帳」を用いた医療機関との情報共有　等 ＜アウトプット＞ ●重症化予防対象者への保健指導実施率　等 ＜アウトカム＞ ●HbA1c、eGFRの変化、尿蛋白の改善 ●健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上の未治療者の割合、HbA1c7.0%以上の治療中者の割合の改善等
中長期	＜アウトカム＞ ●新規人工透析患者数の減少、糖尿病入院医療費の抑制

事業評価結果

成果	＜アウトカム＞ ● HbA1c6.5%以上の未治療者の割合：3.6%（H28：3.6%） ● HbA1c7.0%以上の治療中者の割合：3.6%（H28：2.8%） ● 新規人工透析患者数3人（H28：3人） ※平成29年度実績
課題	①医療機関との情報共有をどのように進めていくべきかが分からなかった ②医療機関側と町それぞれの担当者が定まっておらず、円滑な連携が困難であった

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　医療機関との情報共有をどのように進めていくべきかが分からなかった

糖尿病性腎症重症化予防に取り組むにあたり、主治医との連携をどのように進めると良いかが分からなかった。

改善①　医療機関との情報共有方法を見直し

- 連携ツールとして、「生活習慣病連絡台帳」を作成し、活用してはどうかと考えた。
- 台帳の運用開始に当たり、まず町と医療機関の医師とで会議を開き、町の健康課題について説明した上で、当該台帳の活用について提案し、医師の了承を得た。
- そのうえで、実際に台帳を使って情報のやり取りをする担当者レベルでの会議を開催し、運用方法の確認・検討を行った。
- 台帳を活用することで、医療機関側から町の保健師へ、対象者の受診状況等について定期的に情報提供をいただけるようになった。

課題②　医療機関側と町それぞれの担当者が定まっておらず、円滑な連携が困難であった

医療機関側と連携したいと考えたときに、医師へ直接連絡することは難しく、誰にどのように情報を伝えて連携を図っていけばよいかが分からなかった。

改善②　医療機関との連携体制の見直し

- 医療機関側に、連絡の窓口となる担当者を選任していただいた。町も医療機関毎に担当者を決めたことで、お互いに連絡が取りやすい環境が整った。
- 医療機関によって、外来看護師や事務職に窓口担当を担っていただいており、かかりつけ医との橋渡しをしていただき、受診状況等のフィードバックを得られやすくなった。

＜生活習慣病連絡台帳（抜粋）＞

氏名		生年月日		（男・女）	年齢	

No	連絡日	依頼内容	内容	連絡者名	報告日	内容	報告者名
		血圧・血糖・脂質		↓			↓
		血圧・血糖・脂質		↓			↓

※対象者ごとに台帳を作成。医療機関・町がそれぞれ連絡を取り合った内容を記録し、保管する。

（３） 重複服薬・多剤投与対策に関する事例集

広島県広島市　重複・頻回、長期多剤服薬の適正化に関する事業の展開

重複頻回受診と一体的に実施する重複服薬者訪問事業に関する取組

自治体概況	人口	1,195,846人	国保被保険者数	226,319人	高齢化率	25.0%
事業概況	事業開始年度	【重複服薬】平成29年度 【服薬情報通知事業】平成30年度	事業実施形態	一部委託	事業費 （令和元年度当初予算）	【重複服薬】6,811千円 【服薬情報通知事業】7,000千円

事業実施の経緯

◆ 第2期データヘルス計画に先立ち、重複服薬者への保健指導を実施していたが、計画策定時の分析結果に基づき、重複多剤投与に関する対策も実施することとした。

課題	対策の方向性
●重複・頻回受診者の中にはかなり重複服薬者も含まれている	●重複・頻回受診とあわせて重複服薬者についての指導も行う
●複数医療機関の受診があり、薬剤を14日以上服用している対象者のうち、10種類以上の薬剤を服薬している者が5000人以上いる	●適切な服薬指導により健康被害を抑制し、残薬・重複処方の軽減を目指す

事業概要（平成３０年度）

	目的	対象	事業内容	体制	目標
重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業	●受診行動を改善し、もって被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を図る	①3か月連続して医科のレセプトが1か月あたり4枚以上 ②入院を除く診療実日数が1か月に15日以上 ③1か月あたり同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、その日数合計が60日を超える者のうち、訪問指導を要すると認められる者	訪問しての保健指導	国保部門の嘱託保健師	＜アウトプット＞ ●指導対象者の指導実施率：70% ＜アウトカム＞ ●指導実施者の処方量を指導実施前より25%減少
重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業	●適切な服薬指導により健康被害を抑制し、残薬・重複処方の軽減により医療費の適正化を図る	複数の医療機関から月14日以上の内服悪が10種類以上処方されている重複多剤服薬者（65歳以上）	服薬情報を記載した通知の送付	事業者への委託	＜アウトプット＞ ●対象者への通知率：100% ＜アウトカム＞ ●通知による行動変容率：10% ●薬剤費削減効果額：10%

事業評価結果

成果	訪問指導を行う中、対応が困難事例もあったが、全体的には指導実施者の受診状況の改善が見られたため、一定の効果はあり 服薬情報通知事業により重複服薬が改善されるなどの効果あり
課題	①重複服薬に対する認識が低い人がいる ②注意喚起をしても、受診状況に改善が見られない人がいる ③多くの薬剤を服用している人全員に対して指導が届いていない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　重複服薬に対する認識が低い人がいる

重複服薬者について、訪問等により指導を実施してきた。その過程で、重複服薬は、対象者本人に状況を伝えても理解が進まないこともあったため、主治医や薬剤師への情報提供が必要であると考えた。

改善①　対象者へのアプローチ方法の見直し

- ◆ 訪問時等に本人に了解を得られた場合には、服薬の状況について主治医や薬剤師に情報提供を行った。
- ◆ 薬剤師に協力を依頼し、訪問のうえ、残薬の確認や服薬に関する指導を実施してもらった。

課題②　注意喚起をしても、受診状況に改善が見られない人がいる

市が本人に対して何回も面談を打診しても会うことができず、注意喚起を行っても受診状況に改善が見られない事例があった。

改善②　対応の仕方に関する検討方法の改善

- ◆ 対応方法について庁内関係者で話し合いを行ったり、庁外の専門職に助言を求める等した。
- ◆ 個別の事例では、個人名等を伏せたうえで、医師会を通じて医療機関に情報提供を行った。

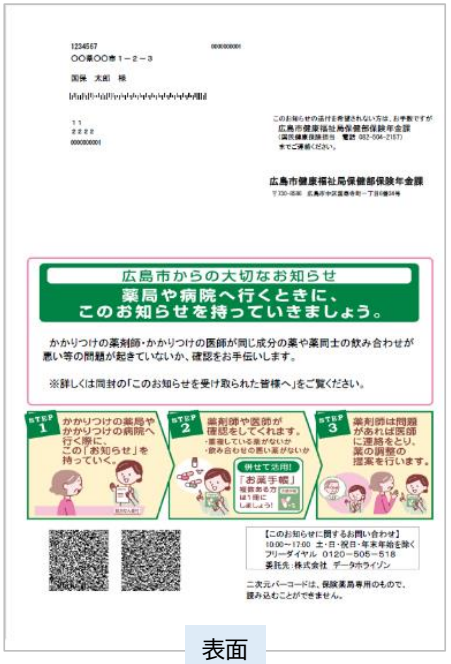
課題③　多くの薬剤を服用している人全員に対して指導が届いていない

重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業で、重複服薬の人に対する訪問指導を実施してはいるものの、対応できる人数は限られていた。

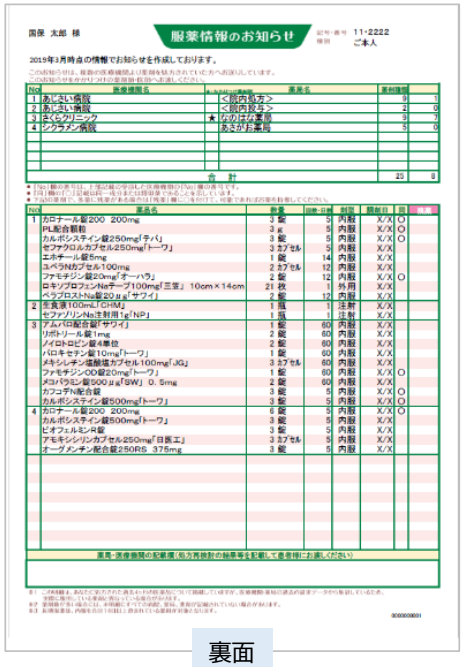
改善③　重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業の開始

- ◆ 広島市は、平成30年度より、重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業を開始し、より多くの人に対して多剤に関する健康被害についての注意喚起を行うとともに、残薬・重複処方の軽減による医療費の適正化を図ることを目指した

＜服薬情報に関する通知文＞



表面



裏面

佐賀県佐賀市　重複・頻回、長期多剤服薬の適正化に関する事業の展開

通知文をもとにしたかかりつけ薬局と連携した服薬指導

自治体概況	人口	232,773人	国保被保険者数	48,247人	高齢化率	27.6%
事業概況	事業開始年度	平成29年度	事業実施形態	委託	事業費(平成30年度)	約365万円

データヘルス計画における当該事業の位置づけ

◆ 佐賀県では県内同じスキームで服薬事業に取組んでいる。
◆ 第2期データヘルス計画において、県と連携しながら、KDBシステムを活用した事業を展開することを明記した。

課題	対策の方向性
●調剤薬局が多く、医療費の中で調剤に係る医療費が相対的に高い。 ●市全体の医療費、一人当たり医療費は高齢化に伴い増加することが見込まれている	●県と連携し、KDBシステムを活用した重複投薬の現状分析結果を活用し、重複投薬や多剤投薬の恐れのある被保険者に対して通知等を行う

事業概要（平成３０年度）

目的	●適正服薬を促すための通知等を通して即効性のある医療費適正化を図る
対象	●3ヶ月に2回以上、1ヶ月の間に同一の薬効の医薬品が複数の医療機関で処方されている重複服薬者 ●3ヶ月に2回以上、1ヶ月の間に医薬品が12種類以上処方されている多剤投与者 ●処方された医薬品に併用禁忌となる組み合わせがある者。
実施内容	●重複服薬・多剤服薬・併用禁忌対象者を特定し、かかりつけ医または薬局・薬剤師への相談を促す通知を送付。電話番号を把握している対象者には通知発送後に委託業者の薬剤師により架電。 ●処方医薬品数が突出して多い者等、通知の送付や電話ではないアプローチのほうが効果的と思われる者には、国保担当保健師等が医療機関を訪問し、状況説明を実施。
実施体制	●事業者への委託

目標

＜アウトカム＞
●調剤医療費の減少率:15%
●医科医療費の減少率:10%
●重複服薬者の減少率:20%

事業評価結果

成果	●適正な処方になるように関係者の意識の向上 ●医師会・薬剤師会からは、医療機関と薬局の間の連携が図りやすくなったとの意見もあり ●重複服薬者、多剤投与者、併用禁忌者が減少し、調剤医療費も減少
課題	①重複服薬ということについての対象者の認識が低い ②通知文のみで効果の出る対象者と、個別のアプローチが必要な対象者がいるため、一律の通知のみではなく、対象者によって通知内容等対応を区分する必要がある ③事業内容に沿った評価指標となっていない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①　対象者において重複服薬という認識が低い

重複服薬に関する勧奨通知の効果を高めるために、電話番号が分かる人に対しては、はがきサイズの通知文の発送後に民間事業者の薬剤師が電話をかけ、薬局への相談を促した。

改善①　対象者へのアプローチ方法の見直し

- ◆ 効果を高めることをねらった電話であったが、委託事業者が市外局番から電話してきたため、被保険者に不信感をもたれてしまい、なかなか応対してくれなかった。
- ◆ 令和元年度からは、電話での勧奨は見送り、郵送で行っていた勧奨通知を対象者の目に留まりやすいようにはがきサイズから封書サイズに大きくし、内容も充実させた。
- ◆ また、突出して処方医薬品数が多い人については、国保担当の保健師等が当該医療機関を訪問の上、処方医に対して状況説明を行った。

課題②　通知文のみで効果の出る対象者と、個別のアプローチが必要な対象者がいるため、一律の通知のみではなく、対象者によって通知内容等対応を区分する必要がある

併用禁忌については、実際に抽出される対象者が少なく、かつ通知文を送ることが、不用意に対象者の不安を煽る可能性もあった。

改善②　対象者の選定基準の見直し

- ◆ 令和元年度は、併用禁忌のある者については通知文の送付対象からは除外した。

課題③　事業内容に沿った評価指標となっていない

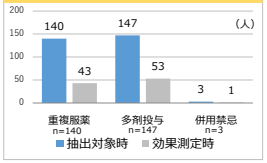
佐賀市の多剤重複服薬事業は平成30年度からは県内統一で実施するスキームに参画する等、内容にも変化があった。
中でもストラクチャー指標として、事業の円滑な実施のために、委託事業者との打ち合わせ回数を評価指標に盛り込んでいた。

改善③　目標値の見直し

- ◆ 医師会及び薬剤師会との円滑な連携を推進するために、医師会・薬剤師会との打ち合わせ回数をストラクチャー指標として設定した。

＜適正服薬推進事業の成果＞
平成30年12月通知（平成30年6月～8月レセプト分析）（対象290人）
（平成31年1月～31年3月診療分レセプトから効果測定）

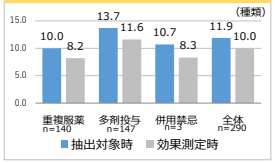
(1)対象者数の変化



重複服薬、多剤投与、併用禁忌いずれも対象者が６０％以上減少

- ・重複服薬：　△６９％
- ・多剤投与：　△６４％
- ・併用禁忌：　△６７％

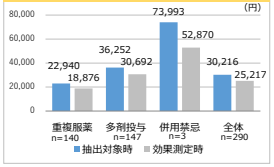
(2)一人あたりの医薬品数の変化



医薬品数が抽出対象者全体で約１６％減少

- ・重複服薬：　△１８％
- ・多剤投与：　△１５％
- ・併用禁忌：　△２２％
- ・全　　体：　△１６％

(3)一人あたりの調剤にかかる医療費の変化

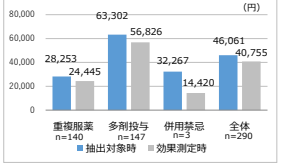


一人あたりの調剤にかかる医療費が平均で約5,000円減少

- ・重複服薬：　△4,064円
- ・多剤投与：　△5,560円
- ・併用禁忌：△21,123円
- ・全　　体：　△4,999円

※３か月の一人あたりの平均

(4)一人あたりの医科にかかる医療費額の変化



一人あたりの医科にかかる医療費が平均で5,000円以上減少

- ・重複服薬：　△3,808円
- ・多剤投与：　△6,476円
- ・併用禁忌：△17,847円
- ・全　　体：　△5,306円

※３か月の一人あたりの平均

岡山県備前市　重複・頻回、長期多剤服薬の適正化に関する事業の展開

国保部門と衛生部門の保健師が連携した長期多剤服薬の適正化の取組

自治体概況	人口	34,781人	国保被保険者数	8,110人	高齢化率	37.6%
事業概況	事業開始年度	平成28年度	事業実施形態	直営	事業費	0円

データヘルス計画における当該事業の位置づけ

◆ 第1期データヘルス計画(平成27年度策定)は国保部門が事務職中心に単独で策定。
◆ 第2期データヘルス計画策定を機に、衛生部門に所属していた保健師が国保部門に異動となり、計画策定に関わりながら、各種分析を行い、事業内容の見直し等を行った。

課題	対策の方向性
●不適切な受診行動を含む重複受診者、頻回受診者、重複服薬者が多数存在。 ●放置すると本人の心身に望ましくない影響を及ぼし、本人のQOLの低下や医療費の上昇につながる可能性がある。	●対象者への通知や必要に応じた相談や保健指導等を実施し、適切な医療につなぐ。
●多数の長期多剤服薬者が存在。多剤服用は副作用が起こりやすく様々なリスクがある。	●適正な服薬を促すための服薬情報の啓発を行う。

事業概要（平成３０年度）

目的	●適切な受診による重複・多剤服用者の減少
対象	●重複・頻回受診者:レセプト点検員が目視で確認した中から、重複・頻回受診となっている人をリストアップ ●長期多剤服薬者:1か月間に6剤以上の薬剤を服用している人をリストアップ、その中から死亡・転出を除外。
実施内容	●重複・頻回受診の対象者:適正服薬に関するチラシを送付し、必要に応じて面談や電話にて適正受診についての保健指導を実施。 ●長期多剤服用者:個別に服薬情報一覧と適正服薬についてのチラシ(主治医・薬剤師への相談勧奨)を送付。 ●その他、薬剤師会の協力を得て、適正服薬に関する講演会を開催。
実施体制	●対象者の抽出や面談・電話での保健指導:庁内国保部門(平成30年度) ●対象者の抽出等:民間事業者 ●面談・電話での保健指導:庁内国保部門で実施(令和元年度)

目標		
短期	＜アウトカム＞ ●重複・頻回受診者／重複服薬者5%減少 ●対象者の長期多剤服薬10%減少
中長期	＜アウトカム＞ ●重複・頻回受診者／重複服薬者10%減少 ●長期多剤服薬者の割合10%減少

事業評価結果

成果	国保部門の保健師による保健指導、地区担当保健師による定期的な声掛けにより意図的な大量服薬からの救急搬送がなくなり就業につながるというケースあり。
課題	①毎年繰り返し同じ人が抽出されていた ②単発の訪問となっており、対象者のフォローができていない ③重複頻回受診の減少率50%が達成できない

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

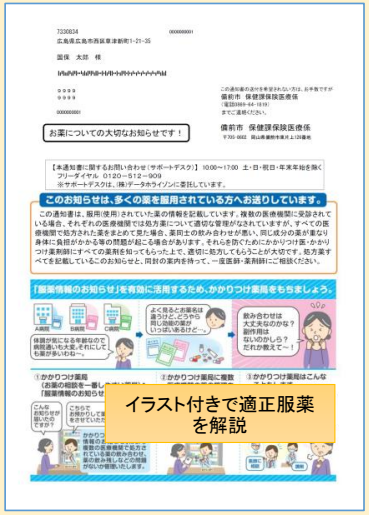
課題①　毎年繰り返し同じ人が抽出されていた

重複長期多剤(1か月間に6剤以上の薬剤を服用している人)の服用がある人の対象者のうち、医療機関数や薬剤数が特に多い十数名に対して雇上げの職員が訪問を行い、服薬状況を確認しながら、適正受診を促していた。
その結果、訪問の対象となる人は精神科の通院者等、毎年同じ人ばかりであった。

改善①　対象者の抽出基準の見直し

- 当初の基準では毎年対象者が固定化されていたため、令和元年度に**より幅広く対象を把握し、意識付けを行うこと**を目的として、**基準の見直し**を行った。
- 基準の見直しは、国保部門と委託先である民間企業とでデータを見比べながら行い、最終的に「**2医療機関以上を受診し、かつ4剤以上を2週間以上服用**」とした。
- これにより最終的に440人へ適正な服薬を促す通知を送付するなど、**これまでと異なる対象者に広く啓発を行うことができた**。

＜服薬情報に関する通知文＞



イラスト付きで適正服薬を解説

裏面には服用している薬剤の一覧を表示

課題②　単発の訪問となっており、対象者のフォローができていない

第2期データヘルス計画の策定以前は重複服薬、多剤投薬等については国保部門だけで把握し、雇上げの職員によって単発的に保健指導を実施していた。そのため、関係部局との情報共有やフォローができていなかった。

改善②　庁内情報共有のあり方を見直し

- 第2期データヘルス計画策定時に**国保部門に保健師が異動**したことを契機に、**衛生部門の地区担当保健師とで多剤服用者等の情報共有**を行うこととした。
- それにより、多剤服用等で保健指導が必要と思われる対象者への訪問を分担したり、国保部門の保健師が訪問した後の情報を共有し、その後のフォローを実施体制の確保につながった。

課題③　重複・頻回受診の減少率50%が達成できない

第1期データヘルス計画では、平成29年度までを計画期間として、「重複・頻回受診の減少率50%、重複投薬の減少率30%」という目標を設定していた。
しかし、50%減少という数字は非現実的であり、第1期データヘルス計画終了時の実績は、目標よりも大幅に低かった。

改善③　目標値の見直し

- 第1期データヘルス計画における実績を参考に、第2期データヘルス計画における目標を**実現可能性の高い数値に設定し直した**。

（４）データヘルス計画に基づくその他の保健事業の調査

新潟県燕市　データヘルス計画に基づいた保健事業の展開

医療費分析の結果を基にしたCOPD検診の導入

自治体概況	人口	79,183人	国保被保険者数	15,330人	高齢化率	30.6%
事業概況	事業開始年度	平成27年度	事業実施形態	直営	事業費	約55.1万円

事業実施の経緯

◆ 第1期データヘルス計画策定時(平成27年2月)よりCOPDについての問題意識あり。
◆ 市医師会に資料を提示し、協議を重ね、協力を得ながら検診実施に至った。

課題	対策の方向性
●大規模疫学調査と比較すると、患者数は少ないため、COPDの潜在患者が多数いると考えられる ●レセプトに「慢性閉塞性肺疾患」がある患者が増加している ●重症化してから医療機関受診する人がいる	●患者の実態と潜在患者を把握し、適正な受診を促す

事業概要（平成３０年度）

目的	●死因順位第4位(平成25年人口動態調査)であるCOPDの認知度を向上させ、簡易検査にて早期発見し、重症化を予防し、医療費の削減につなげる。
対象	●国保の特定健診対象者で喫煙歴のある者
実施内容	●集団健診時に、簡易スパイロメーター検査を実施 ●精密検査未受診者に対しては、受診勧奨を郵送で送付
実施体制	●スパイロメトリー検査は特定健診実施機関で実施 ●検査の受診勧奨、保健指導、COPD診断者のフォローは行政にて実施

目標	●精密検査実施率 (精密検査受診者数/精密検査受診勧奨者数) :65%

事業評価結果

成果	受診をきっかけに禁煙や医療機関への受診行動に結びつき、禁煙やCOPD等の治療につながっている
課題	①精密検査の未受診者が多い ②要精密検査の発見率を目標としても健康課題の解決につながらない ③喫煙者のCOPD検診受診率を高めることが必要である

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

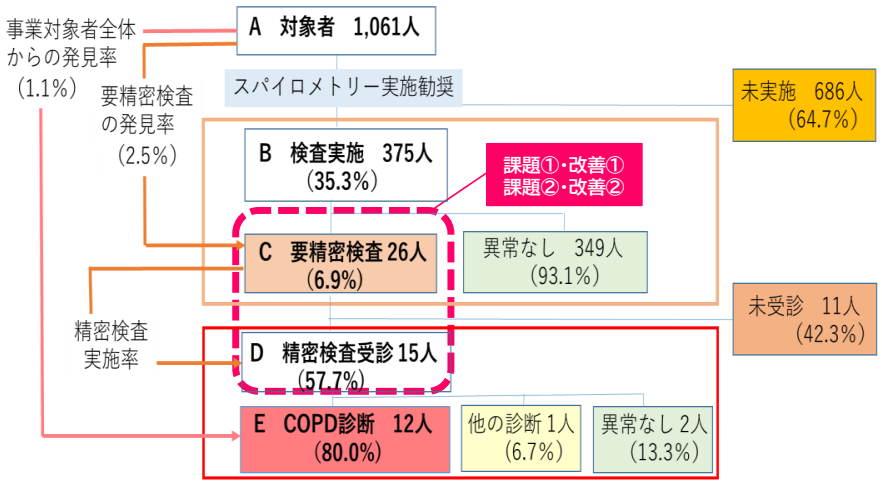
課題①　精密検査の未受診者が多い

平成29年度時点の要精密検査の対象者のうち、精密検査を実際に受診した人は15人（57.7%）であり、精密検査の受診率を高めることが必要であると認識した。

改善①　検診受診につなげるためのプロセスの見直し

- ◆ 精密検査の受診率を高めるために、従来より、郵送により受診勧奨を行っていたが、それに加えて、看護師が精密検査の未受診者に対して、電話や訪問により受診勧奨を行った。
- ◆ 訪問を行う場合には、現時点の喫煙状況を確認しながら、禁煙に向けた意思があれば、禁煙指導等を行うことを目的とした訪問指導を実施することとした。

＜参考：COPD検診対象者抽出から診断までのフロー（平成29年度）と「課題・改善」の対応＞



課題②　要精密検査の発見率を目標としても健康課題の解決につながらない

平成29年度までの事業目標は、「要精密検査の発見率（C:精密検査受診勧奨者数／A:対象者数）10%」と設定していたものの、精密検査対象者の割合を増やすことが健康課題の解決には直結しないと考えた。

改善②　事業を円滑に進めるための目標の見直し

- ◆ 第2期データヘルス計画策定を機に、事業の目標を「精密検査実施率（D:精密検査受診者数／C:精密検査受診勧奨者数）65%」に変更した。

課題③　喫煙者のCOPD検診受診率を高めることが必要

未受診者に行ったアンケートにおいて、COPD自体に対する認知度が低いことが明らかとなった。第2次健康もりやま21で目標として設定した「COPDの認知度の向上」を実現するためにも、さらなる啓発が必要であると認識された。

改善③　特定健診と同時実施ができる環境の整備

- ◆ 特定健診の質問票の結果も踏まえてCOPD検診を積極的に勧め、受診率を高めるため、特定健診の会場でCOPD検診を同時に実施することにした。

滋賀県守山市　データヘルス計画に基づいた保健事業の展開

医師会等を交えた検討会での助言を踏まえたCOPD検診の取組

自治体概況	人口	83,313人	国保被保険者数	14,950人	高齢化率	21.6%
事業概況	事業開始年度	平成28年度	事業実施形態	直営＋委託	事業費	約163万円

データヘルス計画における課題と対策の方向性

◆ 第2期データヘルス計画策定時に、COPD（慢性閉塞性肺疾患）による入院での受診状況が、県、同規模保険者、国と比較すると高くなっており、特に男性で高くなっていることが判明。
◆ 隣接する野洲市とともに医師会等を交えた「検討会」を開催し、平成28年度から肺がん検診とともに、COPD検診を開始。

課題	対策の方向性
●COPDの受診状況は、県、同規 模保険者、国と比較して高く、特に男性で高くなっている。	●喫煙が主な原因となる疾患を予防するため、COPD検診を実施し、たばこ対策を強化する。

事業概要（平成３０年度）

目的	●COPDの早期発見・早期治療につなげ、重症化を予防するとともに、将来的には健康寿命の延伸および医療費の削減につなげる。
対象	●60・65・70・75歳の全市民
実施内容	<COPD検診の流れ> ①COPD検診質問票の送付（質問票はCOPD－PSを使用）。 ②質問票を採点し、4点以上の者にはCOPD検診受診券を送付。 ③委託医療機関においてスパイロメトリー検査を実施。 ④検査の結果、要精密検査の者は精密検査を受診。 検診のほか、未受診者への受診勧奨やCOPDと診断された者への追跡調査も実施
実施体制	●スパイロメトリー検査：医療機関 ●質問票の作成・送付、未受診者への受診勧奨、COPD診断者のフォロー：行政

目標
- ●COPD検診の質問票の回収率の向上
- ●COPD検診受診率の向上
- ●COPDについての認知度の向上

事業評価結果

成果	検診受診者のうち、要精密検査、要治療の人が一定程度発見され、治療に結びついた人がいた。
課題	①検診に先立ち実施する質問票の回収率が低い ②質問票に回答しても実際の検診受診率が低い ③COPDに対する認知度が低い

明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

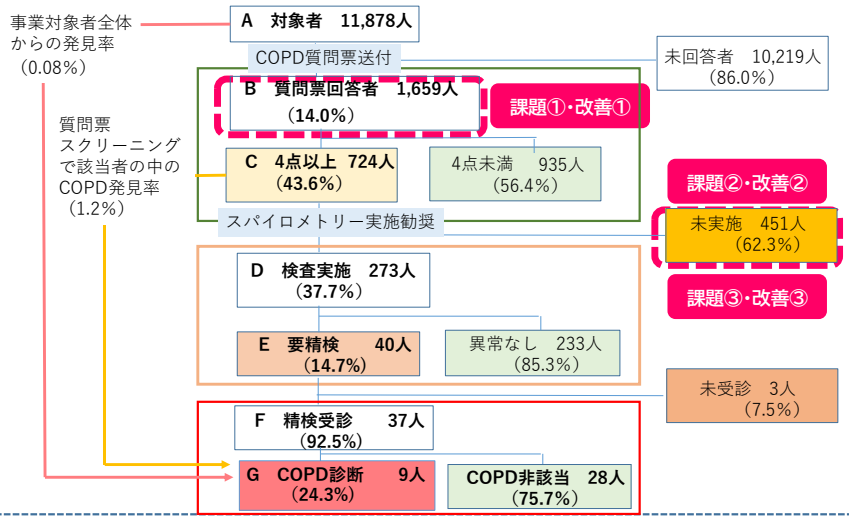
課題①　検診に先立ち実施する質問票の回収率が低い

市は検診の必要性を判断するために、目隠しシール付き往復圧着はがき形式でのCOPD質問票（COPD－PS）を検診案内チラシとともに一律送付し、市に返送してもらう形をとった。平成29年度には、11,878人を対象に発送したところ、回収ができたのは1,659人の14%であった。

改善①　検診対象者を多く抽出するためのプロセスの見直し

- ◆ 大半が郵送経由での返送であったが、一部特定健診時に医療機関に渡し、そこから返送されるケースもあった。
- ◆ この状況について市が検討会に報告したところ、会に参画いただいている医師会の関係者から、個別健診時に医療機関において質問票への回答を促す声掛けを行っていただけるとの提案があった。
- ◆ 医師から質問票への回答を促す声掛けをしてもらったこと、また、質問票を案内チラシとともに封書で送付したところ、検診の質問票の回答率は35%と大幅に上昇した。

＜参考：COPD検診対象者抽出から診断までのフロー（平成29年度）と「課題・改善」の対応＞



課題②　質問票に回答しても実際の検診受診率が低い

COPD質問票の回答結果より、COPD検診の受診が必要と判断される人に対し、市はCOPD検診受診券を送付したが、医療機関での検査の受診率は37．7%であり、検診が必要と思われる人の多くが受診していないことが明らかとなった。

改善②　検診受診につなげるためのプロセスの見直し

- ◆ 未受診者アンケートにより、検診の受診券が届いているという認識がない人も多くいることも明らかとなった。
- ◆ この結果を受けて、市では令和元年度より、COPD検診の受診券は、対象者の目に留まりやすいようはがきではなく、封書にて送付するように変更した。

課題③　COPDに対する認知度が低い

未受診者に行ったアンケートにおいて、COPD自体に対する認知度が低いことも明らかとなり、第2次健康もりやま21で目標として設定した「COPDの認知度の向上」を実現するためにも、さらなる啓発が必要であると認識された。

改善③　対象者範囲の見直し

- ◆ 認知度の向上を目的として、平成30年度から対象者を全市民に対して拡大実施することとした。
- ◆ 対象年齢については、COPD検討会の助言を受け、①リスクが一番高い年代である60・70歳代を対象とすること、②毎年実施する必要はないため、その中でも節目年齢となる60・65・70・75歳を対象に実施することとした。

４．事例にみる取組のポイント

各種保健事業を効果的・効率的に進めるためには、地域における健康課題を把握するとともに、既存事業の状況や社会資源等も踏まえて、保健事業を立案・実施、評価し、改善につなげることが重要である。事業の評価・改善にあたっては、アウトプット、アウトカムに関する目標の達成状況について、ストラクチャーやプロセスの観点で振り返り、何が成功要因、失敗要因であったかを確認し、次につなげる必要がある。本事業で調査した事例においても、アウトプットやアウトカム指標の改善に向けて、ストラクチャーやプロセスの見直しを図る事例が多く見られた。事例調査を通じて、PDCA サイクルに沿った保健事業等を展開するためのポイントとして、以下の点が挙げられる。

【目的・目標に応じた評価指標の設定・見直し】

○　今回調査した事例では、目的や目標に応じて、ストラクチャーやプロセス、アウトプット、アウトカムのそれぞれの視点で評価指標が設定されていた。目標や評価指標について、必ずしも短期、中長期それぞれについて設定されていない事例があること、短期の指標と中長期の指標の関連（指標の構造）が整理されていない事例もあること等の課題は見られたが、あらかじめ評価指標や評価方法を定めておくことで、PDCA サイクルを意識して事業に取り組むことができていた。これらの指標を示すことで、事業の目的・目標や、地域における成果や課題等を共有しやすくなり、関係機関の協力が得られやすくなることもわかった。

○　一方で、一部市町村からは、例えば検査値の改善を目標とする場合、何をもって「改善」とみなすべきか判断に困るという声も聞かれた。当該基準は市町村によって様々であったが、いずれの事例においても、事業計画時に評価の基準を定めておくことで、事業評価を行うことができていた。短期的にアウトカム指標の改善を目指すことが難しい指標や、状態を維持すること（悪化の防止）も効果であると考えられる指標もあることから、今後、国や学会、研究班等が適切な改善の目安や評価に適した期間を示すことが重要と考えられる。これにより、市町村横断的な効果分析が可能となることも期待される。

○　なお、事例によっては、当初定めた目標値が現状を離れて高すぎるために、目標達成に遠く及ばないものもあった。そうした場合には、自市町村や同一都道府県内の他市町村、同規模市町村の実績なども踏まえながら、設定根拠を見直し、実現可能と思われる目標値に設定し直すことも重要である。

○　各市町村においては、「評価」そのもの（評価指標や評価方法、目標値等）も PDCA の対象となることを認識すべきであり、このような取組を通じて段階的に事業を進め、中長期的な視点で目標の達成を目指すことが重要である。

【関係部局や関係機関等も含めた事業実施体制の確保】

○　効果的・効率的な事業の実施のためには、事業の企画・立案時から国保部門や衛生部門が単独で事業を行うのではなく、事業実施主体を明確にした上で、庁内の関係部局や地域の医師会等と連携しながら進めることが肝要である。体系図に関係機関を書き込み、その役割や情報の流れ、スケジュールの確認等をすることで、関係機関の積極的な関与を得ている事例もあった。

○　当初は担当部局のみで事業に取り組んでいたものの、PDCA サイクルを回す過程で、マンパワーの問題や、地域全体への取組の広がりを考え、関係部局との連携を図るようになった事例もあった。そうした事例では、地域の実情や事業の成果に関するデータを示すことで理解・協力を得るよう工夫していた。関係者を巻き込むためにも、データに基づく事業立案・評価は重要である。

○　関係者との事業の評価結果の共有はことのほか大切である。事業の企画・立案時には医師会等へ説明を行っている市町村が多いが、PDCA サイクルに沿った保健事業を展開するためには、事業の成果（実施人数、検査値の変化、アンケート結果等）を関係者と共有し、意見を聴取し、次年度の事業計画に反映させることが効果的であった。

【外部支援の活用】

○　今回の事例調査では、評価指標や評価方法がわからず、対応に苦慮している事例があった。その場合、都道府県や国保連合会、あるいは大学関係者に相談し、評価方法について助言を受けたり、協働で分析する等により対応している事例があった。適時外部の支援を求める視点も重要と考えられる。

○　なお、事業評価の結果、改善が必要な場合、他自治体の具体的な方策等の情報も有効である。都道府県や国保連合会等からそうした情報提供を受けて改善に役立てている事例があった。その際、単に他市町村における方策をそのまま導入するのではなく、地域の実情を踏まえて応用する視点が求められる。

上記のような取組を通じて PDCA サイクルを展開することで、アウトカムの改善につながったり、アウトカムの改善に至らないまでも、新たな体制の構築や連携の推進、事業実施方法の改善などにつながっていた。また、糖尿病性腎症重症化予防をきっかけに、地域の医師会等において特定健診受診率向上への協力意識が高まったり、関係部局との新たな啓発事業の立ち上げにつながるなど、波及的な効果が認められる事例もあった。

このような成果が見込まれることから、上記のポイントを参考に、今後各市町村において PDCA サイクルに沿った保健事業が展開されることが期待される。

第３章　特定健診受診率向上対策の分析

１．分析の目的

全国の市町村における効果的な特定健診受診率向上対策の推進に寄与することを目的として、「特定健診受診率」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性を検証する。特に、平成 27 年度から平成 29 年度の間の特定健診受診率の伸び幅に着目し、伸び幅の大きさと特定健診受診率向上対策等の取組との関連を、保険者の規模別に検討した。

２．分析方法

１）データ概要

（１）活用データとその概要

分析に用いるデータは、「市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果」と「保険者データヘルス全数調査結果」、「特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別）」である。各データの概要は、下図表の通りである。

なお、本分析においては、以下の各調査結果データを市町村単位に結合、整理したデータを用いる。

図表 3-1　活用データとその概要

	活用データ	概要
①	市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果	市町村におけるポピュレーションアプローチから重症化予防までの保健事業について具体的な取組内容や実施体制等を把握することを目的に調査したもの。 ■調査対象：市町村 ■調査時期：2018 年（平成 30 年）7月 ■調査時点：2017 年度（平成 29 年度）の状況（平成 30 年3月時点（実施体制等の一部は平成 30 年6月時点））
②	保険者データヘルス全数調査結果	日本健康会議が掲げる「健康なまち・職場づくり宣言　2020」の達成状況を把握するため、厚生労働省と日本　健康会議が全保険者を対象に市町村の取組を調査したもの。 ■調査対象：市町村国保、後期高齢者医療広域連合、健保組合、共済組合、国保組合、協会けんぽ、保険　者協議会 ■調査時期：2019 年（令和元年）6月 ■調査時点：2018 年度（平成 30 年度）に実施した内容
③	特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別）	全国市区町村の特定健診受診率等の実績を取りまとめたもの。 ■調査時期：2017 年度（平成 29 年度）～2015 年度（平成 27 年度）

（２）データ項目概要

①市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果 データ項目概要

「市町村国民健康保険における保健事業実態調査」では、以下の項目について調査が行われている。

図表 3-2 データ項目一覧1

市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果 データ項目概要
A　市区町村の概要（平成 29 年度）
B　国保の保健事業の実施体制（平成 30 年度）
C　保健事業の実施、優先順位付け、データの活用状況（平成 30 年度）
D　特定健康診査の実施率向上等に関する取組（平成 29 年度）
D1：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組
D2：D1 の「その他」の内容
D3：受診率向上に向けた現状分析の実施状況
D4：特定健康診査の未受診者に対する取組状況
D5：未受診者に対する取組内容
D6：D5 の「その他」の内容
D7：未受診者対策の検証状況
D8：未受診者対策の検証内容
D9：D8 の「その他」の内容
D10：D4 で「現在は実施していない」理由
D11：D10 の「その他」の内容
D12：特定健康診査実施率向上の取組で直面している課題
E　特定保健指導の実施率向上等に関する取組（平成 29 年度）
F　健診・検診の実施状況（特定健康診査を除く）（平成 29 年度）
G　健康教育・健康相談の実施状況（平成 29 年度）
H　重複・頻回受診者への適正受診の取組（平成 29 年度）
I　重複・多剤投与者への取組（平成 29 年度）
J　地域包括ケアシステムを推進する取組の状況（平成 29 年度）
K　健康推進員等の地区組織の育成について（平成 29 年度）
K1：健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況
L　保健事業の企画・実施・評価における課題（平成 30 年度）

②保険者データヘルス全数調査結果 データ項目概要

「保険者データヘルス全数調査」では、以下の項目について調査が行われている。ただし、本分析で活用可能なデータ項目は「3．生活習慣病等重症化予防」と「7．重複・頻回受診者、重複投与者等への適正受診指導」、「8．その他」である。

図表 3-3 データ項目一覧2

保険者データヘルス全数調査結果 データ項目概要	
1 データヘルス計画	5 わかりやすい情報提供
a）データヘルス計画について	a）事業の実施について
b）計画策定の外部委託について	b）事業の外部委託について
2 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ	6 後発医薬品の利用勧奨
a）事業内容について	a）事業の実施について
b）事業の外部委託について	b）事業の外部委託について
3 生活習慣病等重症化予防	7 重複・頻回受診者、重複投与者等への適正受診指導
a）事業の実施について	a）事業の実施について
b）事業の外部委託について	b）事業の外部委託について
4 企業等の健康経営・健康宣言支援	8 その他
a）事業内容について	a）データヘルスに対応する健診機関の利用
	b）特定健診・特定保健指導について
	c）その他

③特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別） データ項目概要

特定健康診査・特定保健指導実施状況は、以下の項目などが整理されている。

図表 3-4 データ項目一覧3

特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別） データ項目概要			
1 特定健康診査		2 特定保健指導	
H29 年度	特定健康診査対象者数	H29 年度	特定保健指導対象者数
	特定健康診査受診者数		特定保健指導終了者数
	特定健康診査実施率		特定保健指導実施率
H28 年度	特定健康診査対象者数	H28 年度	特定保健指導対象者数
	特定健康診査受診者数		特定保健指導終了者数
	特定健康診査実施率		特定保健指導実施率
H27 年度	特定健康診査対象者数	H27 年度	特定保健指導対象者数
	特定健康診査受診者数		特定保健指導終了者数
	特定健康診査実施率		特定保健指導実施率

２）分析の視点

（１）関連性検証のための区分

全国の市町村における効果的な特定健診受診率向上対策の推進に寄与することを目的として、「特定健診受診率」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性を検証（分析）するための視点を整理する。

① 保険者（市町村）の区分

保険者（市町村）の取組状況は、各保険者の属性（規模）の影響を受けていることが想定されるため、ここでは被保険者数の規模により「5 万人以上」、「5 千人以上 5 万人未満」、「5 千人未満」の区分を設け、その区分ごとに分析を行うものとする。

図表 3-5 被保険者数規模別の保険者数（市町村）

	合計	平成 29 年度 被保険者数規模					
		5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
		件数	割合	件数	割合	件数	件数
保険者数	1,712	122	7.1%	850	49.6%	740	43.2%

【参考】被保険者数規模別（「10 万人以上」「1 万人以上 10 万人未満」「1 万人未満」とした場合）の保険者数

	合計	平成 29 年度 被保険者数規模					
		10 万人以上		1 万人以上 10 万人未満		1 万人未満	
		件数	割合	件数	割合	件数	件数
保険者数	1,712	45	2.6%	579	33.8%	1,088	63.6%

② 特定健診受診率との関連をみるデータ項目について

保険者（市町村）が実施している特定健診受診率向上対策に関連する取組について、ここでは以下の項目を採用した。

なお、特定保健指導の実施に関連する項目や健康教育・健康相談、重複・頻回受診者への適正受診の取組、地域包括ケアシステムを推進する取組、生活習慣病等重症化予防などは、特定健診受診率向上対策と直接的な関連を持たないものと考え、ここでは除外した。

図表 3-6 特定健診受診率との関連をみるデータ項目

	活用データ	説明変数
①	市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果	C1 実施している保健事業 D1 特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 D3 受診率向上に向けた現状分析の実施状況 D5 未受診者に対する取組内容 D8 未受診者対策の検証内容 D14 事業の実施のために連携している外部組織等 K1 健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況
②	保険者データヘルス全数調査結果	8bq9 特定健診の受診率向上対策に関する取組

（２）関連性検証のためのデータの概況

■　被保険者数規模別の保健事業への取組状況

選択肢に挙げられた保健事業の多くは、保険者（市町村）の 8 割以上において実施されていることがわかる。

なお、「禁煙支援事業」の取組状況は、全体では 50.8%であるが、被保険者数規模別「5 万人以上」の保険者では 80.3%であり、規模の大きい保険者ほど取り組んでいることがわかる。

図表 3-7　被保険者数規模別の保健事業への取組状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：健康増進活動（ポピュレーションアプローチ）	1,652	96.5%	119	97.5%	831	97.8%	702	94.9%
2：特定健康診査の実施率向上等に関する取組	1,700	99.3%	122	100.0%	847	99.6%	731	98.8%
3：特定保健指導の実施率向上等に関する取組	1,670	97.5%	121	99.2%	836	98.4%	713	96.4%
4：特定健診以外の健診・検診	1,681	98.2%	121	99.2%	837	98.5%	723	97.7%
5：生活習慣病の重症化予防事業	1,612	94.2%	121	99.2%	822	96.7%	669	90.4%
6：健康教育（健康教室、個別健康教育）	1,624	94.9%	116	95.1%	827	97.3%	681	92.0%
7：健康診断	1,632	95.3%	116	95.1%	823	96.8%	693	93.6%
8：歯科保健事業	1,453	84.9%	117	95.9%	763	89.8%	573	77.4%
9：禁煙支援事業	870	50.8%	98	80.3%	473	55.6%	299	40.4%
10：後発医薬品（ジェネリック）の利用推奨の取組	1,501	87.7%	119	97.5%	770	90.6%	612	82.7%
11：重複・頻回受診者への取組	1,173	68.5%	91	74.6%	617	72.6%	465	62.8%
12：重複・多剤服用者への取組	1,056	61.7%	97	79.5%	561	66.0%	398	53.8%
13：地域包括ケアシステムを推進する取組	1,264	73.8%	105	86.1%	642	75.5%	517	69.9%
14：健康推進員等の地区組織の育成・活動支援	1,462	85.4%	104	85.2%	751	88.4%	607	82.0%
15：その他	146	8.5%	18	14.8%	77	9.1%	51	6.9%
未回答	4	0.2%	0	0.0%	2	0.2%	2	0.3%

■　被保険者数規模別の特定健康診査受診率向上対策に関する取組状況

特定健康診査受診率向上対策に関する取組については、実施状況にばらつきがあり、「個別通知」は多くの保険者（市町村）において実施されているが、「会場までの送迎」はあまり実施されていないことがわかる。

なお、「会場までの送迎」の取組状況は、被保険者数規模の小さな保険者でやや高く、同傾向のものには「面談や個別訪問等による受診勧奨」などがある。

図表 3-8　被保険者数規模別の特定健康診査受診率向上対策に関する取組状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：ポスター・チラシ等による周知	1,540	90.0%	120	98.4%	800	94.1%	620	83.8%
2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使った PR	637	37.2%	78	63.9%	368	43.3%	191	25.8%
3：個別通知（ハガキ、手紙、ｅーメール等）による受診勧奨	1,579	92.2%	120	98.4%	811	95.4%	648	87.6%
4：電話による受診勧奨	1,025	59.9%	82	67.2%	522	61.4%	421	56.9%
5：面談や個別訪問等による受診勧奨	741	43.3%	28	23.0%	339	39.9%	374	50.5%
6：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	973	56.8%	110	90.2%	568	66.8%	295	39.9%
7：休日・夜間の健診実施	1,248	72.9%	97	79.5%	675	79.4%	476	64.3%
8：自己負担額の軽減または無料化	1,253	73.2%	105	86.1%	638	75.1%	510	68.9%
9：会場までの送迎	321	18.8%	5	4.1%	107	12.6%	209	28.2%
10：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）	434	25.4%	32	26.2%	278	32.7%	124	16.8%
11：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	328	19.2%	35	28.7%	170	20.0%	123	16.6%
12：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	771	45.0%	59	48.4%	398	46.8%	314	42.4%
13：他の健診・検診との同時実施	1,567	91.5%	108	88.5%	792	93.2%	667	90.1%
14：他の事業（健康講座等）でのＰＲ	1,167	68.2%	92	75.4%	635	74.7%	440	59.5%
15：若年層（40 歳未満）からの健診の実施	1,131	66.1%	66	54.1%	549	64.6%	516	69.7%
16：かかりつけ医からの健診受診勧奨	878	51.3%	78	63.9%	511	60.1%	289	39.1%
17：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	723	42.2%	66	54.1%	411	48.4%	246	33.2%
18：地区組織と連携した呼びかけ	758	44.3%	60	49.2%	389	45.8%	309	41.8%
19：その他	175	10.2%	24	19.7%	101	11.9%	50	6.8%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

■　被保険者数規模別の受診率向上に向けた現状分析 実施状況

特定健診受診率向上に向けた現状分析については、保険者（市町村）の多くが「定期的に実施している」と回答しており、被保険者数規模の大きい保険者ほどその割合は大きい。

図表 3-9 被保険者数規模別の受診率向上に向けた現状分析 実施状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：定期的に実施している（毎年度）	1,435	83.8%	119	97.5%	747	87.9%	569	76.9%
2：過去実施していたが、現在は実施していない	83	4.8%	1	0.8%	34	4.0%	48	6.5%
3：過去実施しておらず、現在も実施していない	188	11.0%	2	1.6%	67	7.9%	119	16.1%
未選択	6	0.4%	0	0.0%	2	0.2%	4	0.5%

■　被保険者数規模別の未受診者に対する取組状況

未受診者に対する取組に関しては、保険者（市町村）の 8 割以上が「ハガキ等での再通知による受診勧奨」を実施しているが、その他の取組の実施は 3 割に満たないものが多い。

図表 3-10 被保険者数規模別の未受診者に対する取組状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：ハガキ等での再通知による受診勧奨	1,401	81.8%	117	95.9%	763	89.8%	521	70.4%
2：電話による受診勧奨	991	57.9%	80	65.6%	517	60.8%	394	53.2%
3：面談や個別訪問による受診勧奨	638	37.3%	20	16.4%	295	34.7%	323	43.6%
4：健診日の追加	487	28.4%	22	18.0%	283	33.3%	182	24.6%
5：協会けんぽ等被用者保険と連携した受診勧奨	213	12.4%	16	13.1%	108	12.7%	89	12.0%
6：医師会等との連携による取組	525	30.7%	55	45.1%	329	38.7%	141	19.1%
7：健診機関との連携による取組	409	23.9%	39	32.0%	241	28.4%	129	17.4%
8：事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組	396	23.1%	32	26.2%	237	27.9%	127	17.2%
9：その他	143	8.4%	15	12.3%	75	8.8%	53	7.2%
未回答	113	6.6%	1	0.8%	28	3.3%	84	11.4%

■　被保険者数規模別の未受診者対策の検証状況

未受診者対策の検証状況については、「受診につながったかKDB等のデータベースで集計」の実施割合が高く、特に被保険者数規模「5 万人以上」の保険者においては 7 割を超えている。

図表 3-11　被保険者数規模別の未受診者対策の検証状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：健診受診後に受診者に対してアンケートを実施	54	3.2%	6	4.9%	30	3.5%	18	2.4%
2：受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計	795	46.4%	90	73.8%	464	54.6%	241	32.6%
3：電話・訪問等で受診状況を確認	240	14.0%	10	8.2%	116	13.6%	114	15.4%
4：その他	267	15.6%	24	19.7%	128	15.1%	115	15.5%
未回答	561	32.8%	13	10.7%	236	27.8%	312	42.2%

■　被保険者数規模別の事業実施のために連携している外部組織等

事業実施のために連携している外部組織等については、「郡市区等医師会」や「保険者団体（国保連、保険者協議会等）」が多く、いずれも被保険者数規模の大きい保険者ほどその割合は大きい。

図表 3-12　被保険者数規模別の事業実施のために連携している外部組織等

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：都道府県	492	28.7%	38	31.1%	283	33.3%	171	23.1%
2：他の市区町村	281	16.4%	13	10.7%	156	18.4%	112	15.1%
3：都道府県医師会	244	14.3%	13	10.7%	131	15.4%	100	13.5%
4：郡市区等医師会	1,131	66.1%	108	88.5%	686	80.7%	337	45.5%
5：医師会以外の保険医療関係団体	265	15.5%	32	26.2%	130	15.3%	103	13.9%
6：地域の医療機関（国診協を含む）	839	49.0%	46	37.7%	390	45.9%	403	54.5%
7：他の医療保険者（協会けんぽ、他健保等）	315	18.4%	35	28.7%	155	18.2%	125	16.9%
8：保険者団体（国保連、保険者協議会等）	1,016	59.3%	87	71.3%	544	64.0%	385	52.0%
9：専門機関（専門家や大学等）	107	6.3%	16	13.1%	53	6.2%	38	5.1%
10：事業者関係団体（商工会等）	351	20.5%	24	19.7%	209	24.6%	118	15.9%
11：企業	115	6.7%	24	19.7%	63	7.4%	28	3.8%
12：住民の自主グループ（自治会等）	410	23.9%	35	28.7%	218	25.6%	157	21.2%
13：その他	58	3.4%	3	2.5%	25	2.9%	30	4.1%
未回答	77	4.5%	2	1.6%	25	2.9%	50	6.8%

■　被保険者数規模別の健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況

健康推進員等*の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況は、被保険者数規模「5万人以上」の保険者では、「支援をしておらず、今後も支援はしない」に比べ「支援をしている」の割合が小さいが、その他の階級においては「支援をしている」の割合が大きい。

＊:「食生活改善推進員」や「母子保健推進員」、「民生委員」等を含む。

図表 3-13　被保険者数規模別の健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：支援をしている	849	49.6%	48	39.3%	421	49.5%	380	51.4%
2：今後支援をする予定	89	5.2%	8	6.6%	33	3.9%	48	6.5%
3：支援をしておらず、今後も支援はしない	675	39.4%	62	50.8%	356	41.9%	257	34.7%
4：そのような地区組織はない	69	4.0%	2	1.6%	23	2.7%	44	5.9%
未選択	30	1.8%	2	1.6%	17	2.0%	11	1.5%

■　被保険者数規模別の特定健康診査受診率向上対策に関する取組状況

特定健康診査受診率向上対策に関する取組（保険者データヘルス全数調査結果）はその実施状況にばらつきがあり、「個別通知」は多くの保険者（市町村）において行われているが、「SNS等を使ったPR」はあまり行われていない。なお、全体の傾向（回答状況）に関しては、市町村国民健康保険における保健事業実態調査の結果とほぼ同様である。また、「SNS等を使ったPR」については被保険者数規模の大きい保険者ほど実施割合が高いことがわかる。

図表 3-14　被保険者数規模別の特定健康診査受診率向上対策に関する取組状況

	全体		平成 29 年度 被保険者数規模					
			5 万人以上		5 千人以上 5 万人未満		5 千人未満	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
全体	1,712	100.0%	122	100.0%	850	100.0%	740	100.0%
1：ポスター・チラシ等による周知	1,279	74.7%	114	93.4%	694	81.6%	471	63.6%
2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使った PR	470	27.5%	70	57.4%	284	33.4%	116	15.7%
3：ＳＮＳ等を使ったＰＲ	153	8.9%	28	23.0%	88	10.4%	37	5.0%
4：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨	1,472	86.0%	118	96.7%	779	91.6%	575	77.7%
5：電話による受診勧奨	925	54.0%	84	68.9%	471	55.4%	370	50.0%
6：面談や個別訪問等による受診勧奨	628	36.7%	25	20.5%	294	34.6%	309	41.8%
7：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	729	42.6%	90	73.8%	423	49.8%	216	29.2%
8：休日・夜間の健診実施	1,017	59.4%	83	68.0%	561	66.0%	373	50.4%
9：自己負担額の軽減または無料化	985	57.5%	81	66.4%	521	61.3%	383	51.8%
10：会場までの送迎	247	14.4%	1	0.8%	81	9.5%	165	22.3%
11：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）	310	18.1%	39	32.0%	198	23.3%	73	9.9%
12：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	269	15.7%	35	28.7%	135	15.9%	99	13.4%
13：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	758	44.3%	60	49.2%	387	45.5%	311	42.0%
14：他の健診・検診との同時実施	1,349	78.8%	101	82.8%	693	81.5%	555	75.0%
15：他の事業（健康講座等）でのＰＲ	793	46.3%	73	59.8%	441	51.9%	279	37.7%
16：若年層（40 歳未満）からの健診の実施	906	52.9%	56	45.9%	441	51.9%	409	55.3%
17：かかりつけ医からの健診受診勧奨	703	41.1%	69	56.6%	405	47.6%	229	30.9%
18：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	527	30.8%	50	41.0%	296	34.8%	181	24.5%
19：地区組織と連携した呼びかけ	512	29.9%	52	42.6%	256	30.1%	204	27.6%
20：その他	131	7.7%	13	10.7%	70	8.2%	48	6.5%
未回答	96	5.6%	2	1.6%	37	4.4%	57	7.7%

③ 特定健診受診率にもとづく分類

「特定健診受診率」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性について検証を行うにあたり、ここでは平成 27 年度から平成 29 年度の間の特定健診受診率の伸び幅*に着目し、その上位 25%に分類される保険者に関連のある特定健診受診率向上対策等の取組を把握することとした。

＊ 特定健診受診率の伸び幅＝平成 29 年度特定健診受診率－平成 27 年度特定健診受診率

なお、被保険者数規模別にみた特定健診受診率の伸び幅分類別の保険者数は以下の通りである。

図表 3-15 被保険者数規模別の特定健診受診率の伸び幅別保険者数

	特定健診受診率の伸び幅				
	計	上位 25%以上該当	上位 25%以上 非該当		
			計	上位 25%未満 下位 25%以上	下位 25%未満
5 万人以上	122	30	92	62	30
5 千人以上 5 万人未満	850	212	638	426	212
5 千人未満	740	185	555	370	185

【参考】被保険者数規模別の特定健診受診率伸び幅の四分位数

	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）		
	75 パーセンタイル	50 パーセンタイル	25 パーセンタイル
5 万人以上	1.35 ポイント	0.53 ポイント	-0.14 ポイント
5 千人以上 5 万人未満	2.25 ポイント	0.87 ポイント	-0.24 ポイント
5 千人未満	3.36 ポイント	1.05 ポイント	-0.90 ポイント

④ 留意点

特定健診受診率向上対策等の取組の成果が受診率に現れるのは、1～数年を要することが想定されるが、受診率向上に関する分析に用いるために現時点で入手可能なデータは、特定健診受診率のデータと同じ年度かそれより後の年度のものであることに留意が必要である。なお、既存のデータでは各種取組の開始年度に関する情報も把握不能である。

３）具体的な分析方法

（１）分析方法について

「特定健診受診率の伸び幅」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性に係る分析について、その方法を以下に整理した。

ａ）目的　「特定健診受診率の伸び幅（Ｈ29-Ｈ27）」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性を検証する

ｂ）方法　被保険者数規模（H29）により以下の３つに分類する

・分類１：被保険者数規模 5 万人以上
・分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満
・分類３：被保険者数規模 5 千人未満

ｃ）分析手法　ロジスティック回帰分析（変数増加法（有意確率 p＜0.05））

ｄ）目的変数　特定健診受診率伸び幅（H29-Ｈ27）上位 25% 該当（被保険者数規模別）

ｅ）説明変数　以下の手順により、説明変数（「その他」を除く）を整理、集約する。なお、手順１を行う場合と行わない場合の２つを検討する。

・説明変数：（C1～K1：市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果より／
8bq9：保険者データヘルス全数調査結果より）

C1　実施している保健事業
D1　特定健康診査の受診率向上対策に関する取組
D3　受診率向上に向けた現状分析の実施状況
D5　未受診者に対する取組内容
D8　未受診者対策の検証内容
D14　事業の実施のために連携している外部組織等
K1　健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況
8bq9　特定健診の受診率向上対策に関する取組

・手順１：全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする。
・手順２：被保険者数規模別に項目間の相関、多重共線性を確認する。
・手順３：手順２の検証結果にもとづき項目の取捨選択を行うとともに、当該項目が類似する場合はデータを集約する。

（２）説明変数について

① 説明変数一覧

分析に用いる説明変数を、下図表に一覧として整理した。

「市町村国民健康保険における保健事業実態調査」および「保険者データヘルス全数調査」より、保健事業や受診率向上対策等の取組状況に関連する設問を選出している。

図表 3-16 説明変数一覧

C1 実施している保健事業	
	C1_1：健康増進活動（ポピュレーションアプローチ）
	C1_2：特定健康診査の実施率向上等に関する取組
	C1_3：特定保健指導の実施率向上等に関する取組
	C1_4：特定健診以外の健診・検診
	C1_5：生活習慣病の重症化予防事業
	C1_6：健康教育（健康教室、個別健康教育）
	C1_7：健康相談
	C1_8：歯科保健事業
	C1_9：禁煙支援事業
	C1_10：後発医薬品（ジェネリック）の利用推奨の取組
	C1_11：重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組 （注：本来の項目「C1_11：重複・頻回受診者への取組」と「C1_12：重複・多剤服用者への取組」を合わせたものとした）
	C1_13：地域包括ケアシステムを推進する取組
	C1_14：健康推進員等の地区組織の育成・活動支援
	C1_15：その他
D1 特定健康診査の受診率向上対策に関する取組	
	D1_1：ポスター・チラシ等による周知
	D1_2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったＰＲ
	D1_3：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨
	D1_4：電話による受診勧奨
	D1_5：面談や個別訪問等による受診勧奨
	D1_6：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨
	D1_7：休日・夜間の健診実施
	D1_8：自己負担額の軽減または無料化
	D1_9：会場までの送迎
	D1_10：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）
	D1_11：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）
	D1_12：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）
	D1_13：他の健診・検診との同時実施
	D1_14：他の事業（健康講座等）でのＰＲ
	D1_15：若年層（40 歳未満）からの健診の実施
	D1_16：かかりつけ医からの健診受診勧奨
	D1_17：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ
	D1_18：地区組織と連携した呼びかけ
	D1_19：その他
D3 受診率向上に向けた現状分析の実施状況	
	D3_1：受診率向上に向けた現状分析の実施

D5 未受診者に対する取組内容	
	D5_1：ハガキ等での再通知による受診勧奨
	D5_2：電話による受診勧奨
	D5_3：面談や個別訪問による受診勧奨
	D5_4：健診日の追加
	D5_5：協会けんぽ等被用者保険と連携した受診勧奨
	D5_6：医師会等との連携による取組
	D5_7：健診機関との連携による取組
	D5_8：事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組
	D5_9：その他
D8 未受診者対策の検証内容	
	D8_1：健診受診後に受診者に対してアンケートを実施
	D8_2：受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計
	D8_3：電話・訪問等で受診状況を確認
	D8_4：その他
D14 事業の実施のために連携している外部組織等	
	D14_1：都道府県
	D14_2：他の市区町村
	D14_3：都道府県医師会
	D14_4：郡市区等医師会
	D14_5：医師会以外の保健医療関係団体
	D14_6：地域の医療機関（国診協を含む）
	D14_7：他の医療保険者（協会けんぽ、他健保等）
	D14_8：保険者団体（国保連、保険者協議会等）
	D14_9：専門機関（専門家や大学等）
	D14_10：事業者関係団体（商工会等）
	D14_11：企業
	D14_12：住民の自主グループ（自治会等）
	D14_13：その他
K1 健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況	
	K1_1：健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況
8bq9 特定健診の受診率向上対策に関する取組	
	8bq9_1：ポスター・チラシ等による周知
	8bq9_2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったＰＲ
	8bq9_3：ＳＮＳ等を使ったＰＲ
	8bq9_4：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨
	8bq9_5：電話による受診勧奨
	8bq9_6：面談や個別訪問等による受診勧奨
	8bq9_7：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨
	8bq9_8：休日・夜間の健診実施
	8bq9_9：自己負担額の軽減または無料化
	8bq9_10：会場までの送迎
	8bq9_11：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）
	8bq9_12：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）
	8bq9_13：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）
	8bq9_14：他の健診・検診との同時実施
	8bq9_15：他の事業（健康講座等）でのＰＲ
	8bq9_16：若年層（40 歳未満）からの健診の実施
	8bq9_17：かかりつけ医からの健診受診勧奨
	8bq9_18：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ
	8bq9_19：地区組織と連携した呼びかけ
	8bq9_20：その他

② ８割超の保険者が選択しているデータ項目（手順１）

データ項目を分析用の説明変数として整理するにあたり、多くの保険者（市町村）が実施している事業等は目的変数を説明する項目として適さないと考えられることから、手順1において「全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする」処理を行っている。

当該処理対象となった項目は以下のとおりである。なお、図表 3-7～図表 3-14 においては網掛けで表示された箇所に該当する項目である。また、同図表において「その他」とある項目についても説明変数からは除外した。

図表 3-17 手順1により対象外とした項目

C1 実施している保健事業	D1 特定健康診査の受診率向上対策に関する取組
1：健康増進活動（ポピュレーションアプローチ）	1：ポスター・チラシ等による周知
2：特定健康診査の実施率向上等に関する取組	3：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨
3：特定保健指導の実施率向上等に関する取組	13：他の健診・検診との同時実施
4：特定健診以外の健診・検診	D3 受診率向上に向けた現状分析の実施状況
5：生活習慣病の重症化予防事業	1：定期的に実施している（毎年度）
6：健康教育（健康教室、個別健康教育）	D5 未受診者に対する取組内容
7：健康診断	1：ハガキ等での再通知による受診勧奨
8：歯科保健事業	8bq9 特定健診の受診率向上対策に関する取組
10：後発医薬品（ジェネリック）の利用推奨の取組	4：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨
14：健康推進員等の地区組織の育成・活動支援	

③ データの取捨選択あるいは集約について（手順２、３）

説明変数は、各変数間の相関や多重共線性に留意する必要がある。

本分析においては、各変数間の相関係数を求め、当該値が大きい場合はいずれか一方の項目を削除対象とし、また、多重共線性が認められた場合も同様に削除対象とした。

なお、削除対象項目の対となる項目については、「採用」あるいは設問自体の類似性にもとづき双方の状況を「集約」する二種の対応を行った。

以下に、手順2、3において処理対象となった項目を整理した。

なお、多重共線性により削除された項目はなかった。

図表 3-18 手順2、3により取捨選択あるいは集約した項目

削除対象項目		採用等対象項目
C1 実施している保健事業		
11：重複・頻回受診者への取組 12：重複・多剤服用者への取組	➢	11：重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組（新規変数）（集約）
D5 未受診者に対する取組内容		
2：電話による受診勧奨	➢	D1 2：電話による受診勧奨（採用）
3：面談や個別訪問による受診勧奨	➢	D1 3：面談や個別訪問による受診勧奨（採用）
6：医師会等との連携による取組	➢	D1 16：かかりつけ医からの健診受診勧奨（採用）
D14 事業実施のために連携している外部組織など		
7：他の医療保険者（協会けんぽ、他健保等）	➢	D5 5：協会けんぽ等被用者保険と連携した受診勧奨（採用）
10：事業者関係団体（商工会等）	➢	D5 8：事業者健診の結果取得など商工会等との連携による取組（採用）
12：住民の自主グループ（自治会等）	➢	D1 18：地区組織と連携した呼びかけ（採用）
8bq9 特定健診の受診率向上対策に関する取組		
2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったPR	➢	D1 2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったPR（集約）
5：電話による受診勧奨	➢	D1 4：電話による受診勧奨
6：面談や個別訪問等による受診勧奨	➢	D1 5：面談や個別訪問等による受診勧奨（集約）
7：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	➢	D1 6：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨（集約）
8：休日・夜間の健診実施	➢	D1 7：休日・夜間の健診実施（集約）
9：自己負担額の軽減または無料化	➢	D1 8：自己負担額の軽減または無料化（集約）
10：会場までの送迎	➢	D1 9：会場までの送迎（集約）
11：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）	➢	D1 10：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）（集約）
12：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	➢	D1 11：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）（集約）
13：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	➢	D1 12：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）（集約）
14：他の健診・検診との同時実施	➢	D1 13：他の健診・検診との同時実施（集約）
15：他の事業（健康講座等）でのＰＲ	➢	D1 14：他の事業（健康講座等）でのＰＲ（集約）
16：若年層（40 歳未満）からの健診の実施	➢	D1 15：若年層（40 歳未満）からの健診の実施（集約）
17：かかりつけ医からの健診受診勧奨	➢	D1 16：かかりつけ医からの健診受診勧奨（集約）
18：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	➢	D1 17：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ（集約）
19：地区組織と連携した呼びかけ	➢	D1 18：地区組織と連携した呼びかけ（集約）

注：「採用」は当該データをそのまま用い、「集約」は削除対象項目の状況を反映させたデータとした。

３．分析結果

１）特定健診受診率伸び幅上位 25% 該当／非該当（被保険者数規模別）の状況

被保険者数規模別の特定健診受診率の伸び幅について、上位 25%以上該当、非該当の各保険者数（n数）について以下に整理した。

また、被保険者数規模別の特定健診受診率伸び幅の四分位数をみると、「5 万人以上」規模では 1.35 ポイント、「5 千人以上 5 万人未満」規模では 2.25 ポイント、「5 千人未満」規模では 3.36 ポイントが、75 パーセンタイルの値であり、各規模において特定健診受診率の伸び幅が当該値以上である場合に上位 25%に該当としている。

図表 3-19 被保険者数規模別の特定健診受診率の伸び幅別保険者数

	特定健診受診率伸び幅				
	計	上位 25%以上該当	上位 25%以上 非該当		
			計	上位 25%未満 下位 25%以上	下位 25%未満
5 万人以上	122	30	92	62	30
5 千人以上 5 万人未満	850	212	638	426	212
5 千人未満	740	185	555	370	185

【参考】被保険者数規模別の特定健診受診率伸び幅の四分位数

	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）		
	75 パーセンタイル	50 パーセンタイル	25 パーセンタイル
5 万人以上	1.35 ポイント	0.53 ポイント	-0.14 ポイント
5 千人以上 5 万人未満	2.25 ポイント	0.87 ポイント	-0.24 ポイント
5 千人未満	3.36 ポイント	1.05 ポイント	-0.90 ポイント

2）ロジスティック回帰分析の結果

（1）被保険者数規模別の分析結果

被保険者数規模別にみた、特定健診受診率伸び幅（H29-H27）上位 25% 該当、非該当別の説明変数対象項目の状況（クロス集計表）については別紙を参照されたい。

① 分類 1 ：被保険者数規模 5 万人以上

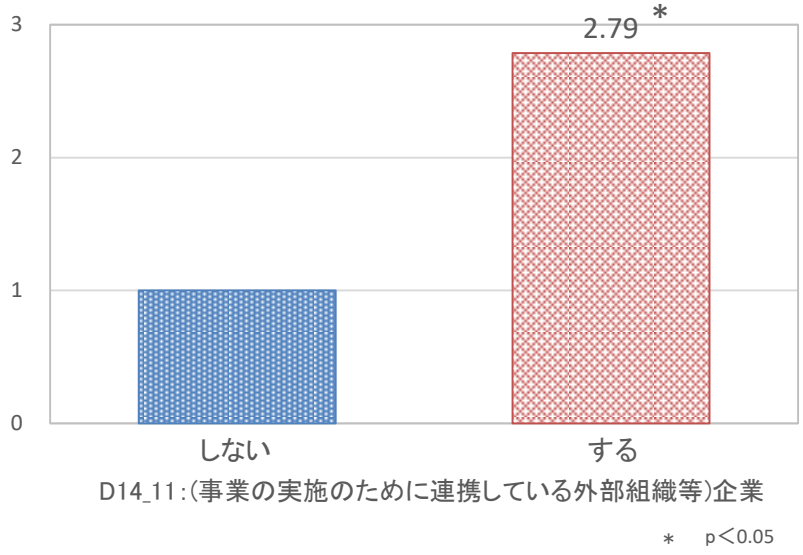
被保険者数規模 5 万人以上の保険者（市町村）においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（事業の実施のために連携している外部組織等の）企業」が選択された。「（事業の実施のために連携している外部組織等の）企業」がある場合は、それがない場合に比べ、約 3 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。そのほかの項目は有意な関連項目には選ばれなかった。

図表 3-20 被保険者数規模 5 万人以上における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

	被保険者数規模 5 万人以上			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限
D14_11：(事業の実施のために連携している外部組織等)企業	2.786	0.034	1.079	7.193

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

図表 3-21 特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比
＜被保険者数規模 5 万人以上＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。

② 分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満

被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満の保険者（市町村）においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）」と「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」がそれぞれ独立した関連項目となった。

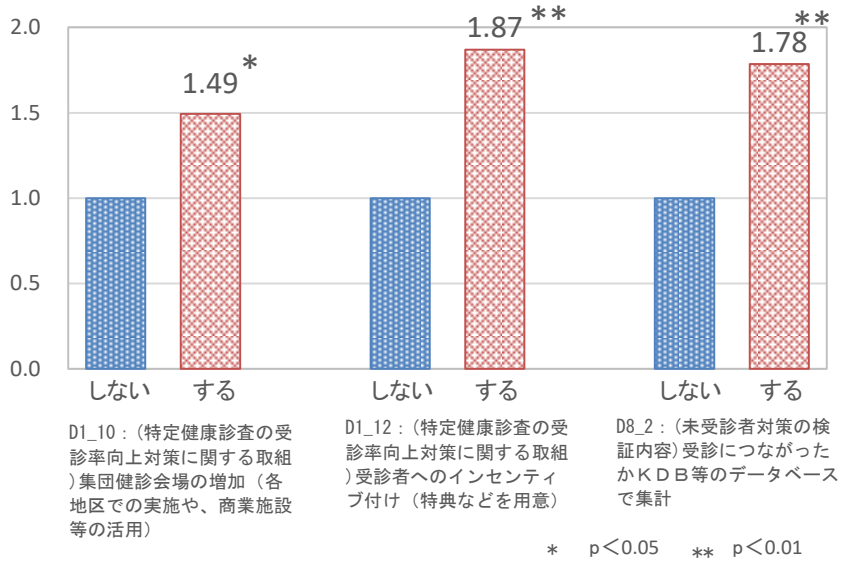
「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）」を行う場合は、それを行わない場合に比べ約 1.5 倍、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」を行う場合は、それを行わない場合に比べ約 1.8～1.9 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。そのほかの項目は有意な関連項目には選ばれなかった。

図表 3-22 被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

	被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95% 信頼区間	
			下限	上限
D1_10：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）	1.494	0.014	1.086	2.055
D1_12：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	1.870	<0.001	1.333	2.623
D8_2：(未受診者対策の検証内容)受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計	1.785	0.001	1.285	2.478

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

図表 3-23　特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比
＜被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

③ 分類３：被保険者数規模 5 千人未満

被保険者数規模 5 千人未満の保険者（市町村）において、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（実施している保健事業の）重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組」と「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（未受診者に対する取組内容の）事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組」、「（事業の実施のために連携している外部組織等の）都道府県医師会」がそれぞれ独立した関連項目となった。

「（実施している保健事業の）重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（未受診者に対する取組内容の）事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組」を行う場合は、それを行わない場合に比べ、約 1.5～1.9 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。そのほかの項目は有意な関連項目には選ばれなかった。

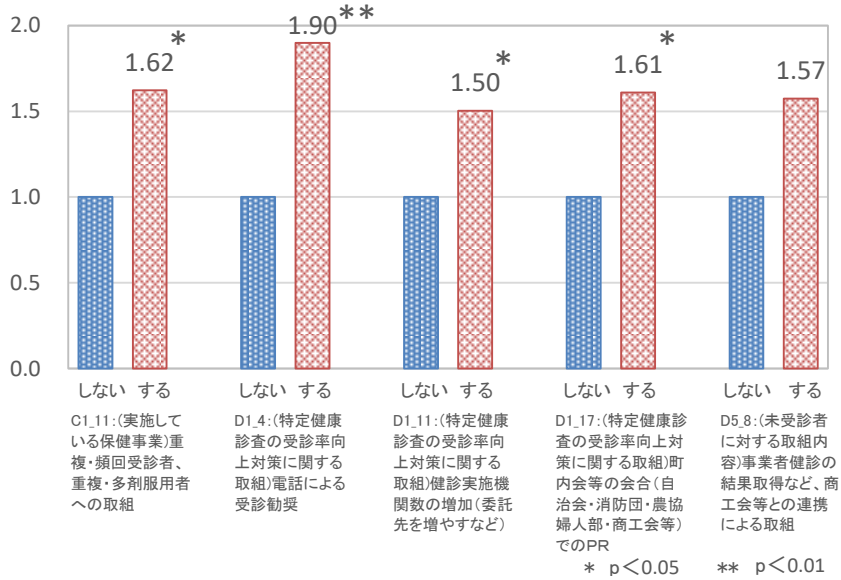
図表 3-24 被保険者数規模 5 千人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

	被保険者数規模 5 千人未満				（参考）手順 1※を除いた場合			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間		オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
C1_8：(実施している保健事業)歯科保健事業	－	－	－	－	0.648	0.040	0.428	0.980
C1_11：(実施している保健事業)重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組	1.623	0.016	1.093	2.409	1.600	0.021	1.073	2.385
D1_4：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)電話による受診勧奨	1.899	0.002	1.259	2.865	1.768	0.007	1.167	2.680
D1_11：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	1.502	0.041	1.017	2.218	－	－	－	－
D1_17：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	1.609	0.017	1.090	2.376	1.848	0.001	1.281	2.665
D3_1：受診率向上に向けた現状分析の実施	－	－	－	－	2.613	<0.001	1.544	4.422
D5_8：(未受診者に対する取組内容)事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組	1.574	0.051	0.999	2.479	－	－	－	－
D14_3：(事業の実施のために連携している外部組織等)都道府県医師会	0.553	0.032	0.322	0.952	0.557	0.035	0.323	0.961

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

※ 手順1：全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする。

図表 3-25 特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比
＜被保険者数規模 5 千人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

（２）参考１：説明変数に「特定健診受診率（H27)」を追加した場合

「2. 分析方法」の「3）具体的な分析方法」における説明変数に、「特定健診受診率（H27）」を追加し、同様のロジスティック回帰分析を実施した。以下にその結果を整理した。

① 分類１：被保険者数規模 5 万人以上

説明変数に「特定健診受診率（H27）」を追加しない、前述の分析結果と同じ。

② 分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満

被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満の保険者（市町村）においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」と「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）若年層（40 歳未満）からの健診の実施」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」、「特定健診受診率（H27）」がそれぞれ独立した関連項目となった。

特定健診受診率（H27）が高いほど伸び幅を大きくするのは難しいが、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）若年層（40 歳未満）からの健診の実施」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」は、「特定健診受診率（H27）」とは独立して、特定健診受診率伸び幅との関連がみられた。

図表 3-26　被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（説明変数に「特定健診受診率（H27）」を追加して調整した場合）

	被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満				（参考）手順 1※を除いた場合			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間		オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
C1_5：(実施している保健事業)生活習慣病の重症化予防事業	-	-	-	-	8.140	0.043	1.065	62.195
D1_12：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	2.022	<0.001	1.425	2.869	1.937	<0.001	1.362	2.753
D1_15：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)若年層（40歳未満）からの健診の実施	1.690	0.007	1.153	2.478	1.667	0.009	1.134	2.449
D8_2：(未受診者対策の検証内容)受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計	1.654	0.004	1.178	2.322	1.612	0.006	1.146	2.266
□特定健診受診率（H27）	0.923	<0.001	0.903	0.943	0.922	<0.001	0.902	0.942

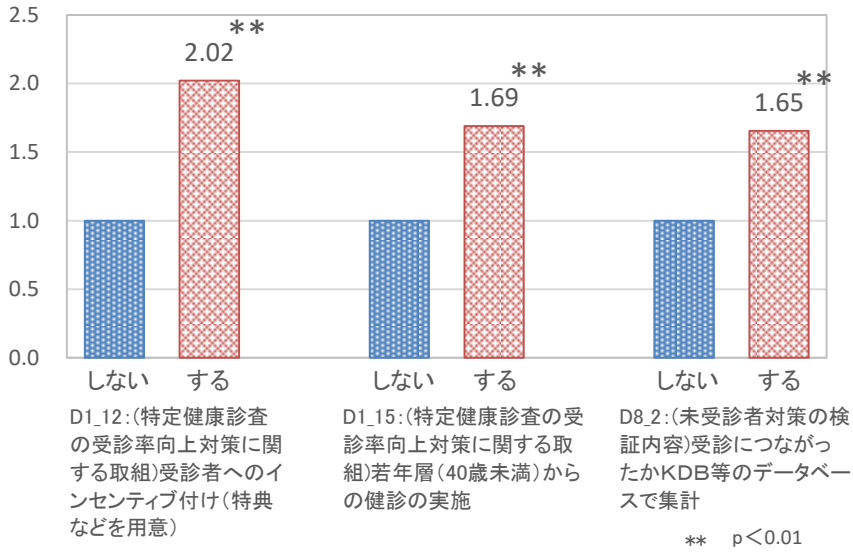
※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

※ 手順1：全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする。

図表 3-27　特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（説明変数に「特定健診受診率（H27）」を追加して調整した場合）

＜被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

③ 分類３：被保険者数規模 5 千人未満

被保険者数規模 5 千人未満の保険者（市町村）においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（実施している保健事業の）重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組」と「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）面談や個別訪問等による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（未受診者に対する取組内容の）事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組」、「特定健診受診率（H27）」がそれぞれ独立した関連項目となった。

特定健診受診率（H27）の高いほど伸び幅を大きくするのは難しいが、「（実施している保健事業の）重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）面談や個別訪問等による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（未受診者に対する取組内容の）事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組」は、「特定健診受診率（H27）」とは独立して、特定健診受診率伸び幅との関連がみられた。

図表 3-28 被保険者数規模 5 千人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（説明変数に「特定健診受診率（H27）」を追加して調整した場合）

	被保険者数規模 5 千人未満				（参考）手順 1※を除いた場合			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間		オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
C1_11：(実施している保健事業)重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組	1.750	0.007	1.167	2.624	1.641	0.018	1.091	2.471
D1_4：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)電話による受診勧奨	1.618	0.027	1.057	2.477	1.639	0.023	1.070	2.511
D1_5：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)面談や個別訪問等による受診勧奨	1.513	0.045	1.009	2.268	-	-	-	-
D1_7：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)休日・夜間の健診実施	-	-	-	-	0.650	0.037	0.434	0.975
D1_11：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	-	-	-	-	1.548	0.033	1.036	2.314
D1_15：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)若年層（40歳未満）からの健診の実施	-	-	-	-	1.681	0.027	1.061	2.665
D1_17：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	1.503	0.044	1.011	2.234	1.605	0.015	1.096	2.351
D3_1：(受診率向上に向けた現状分析の実施状況)受診率向上に向けた現状分析の実施	-	-	-	-	2.664	<0.001	1.555	4.562
D5_8：(未受診者に対する取組内容)事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組	1.646	0.034	1.039	2.607	-	-	-	-
D14_9：(事業の実施のために連携している外部組織等)専門機関（専門家や大学等）	-	-	-	-	2.150	0.035	1.057	4.374
□特定健診受診率（H27）	0.961	<0.001	0.946	0.977	0.957	<0.001	0.941	0.973

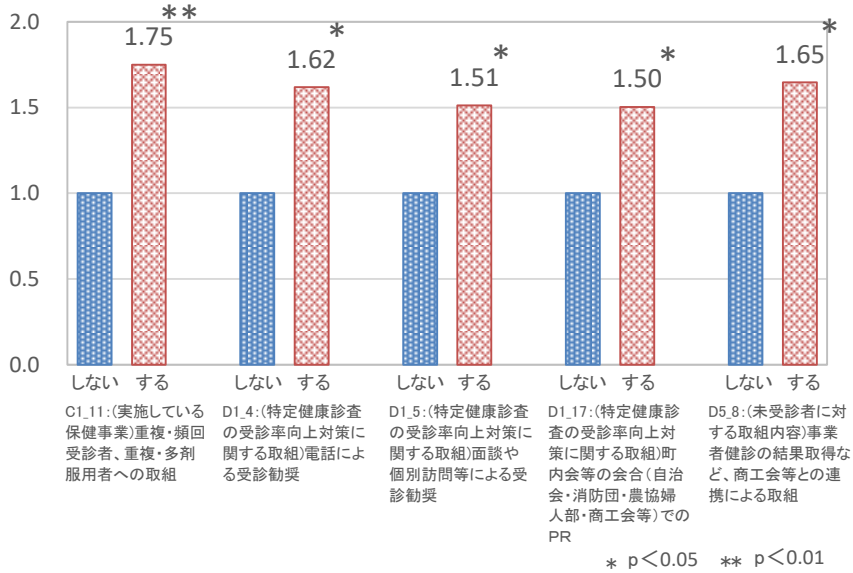
※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

※ 手順1：全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする。

図表 3-29　特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（説明変数に「特定健診受診率（H27）」を追加して調整した場合）

＜被保険者数規模 5 千人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

（３）参考２：特定健診受診率（H27）が平均以下のグループにおける受診率伸び幅（H29-H27）上位 25% 該当／非該当を分析した場合

「2. 分析方法」の「3）具体的な分析方法」における目的変数に、「平成 27 年度特定健診受診率が全国平均以下の保険者に限定する」条件を加味し、これまでと同様の分析を行った。

① 分類１：被保険者数規模 5 万人以上（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者（市町村）に限定した場合、被保険者数規模 5 万人以上の保険者については、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目は無かった。

② 分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者（市町村）に限定した場合、被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」が選択された。「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」を行う場合は、それを行わない場合に比べ、約 1.7～2.0 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。

図表 3-30 被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

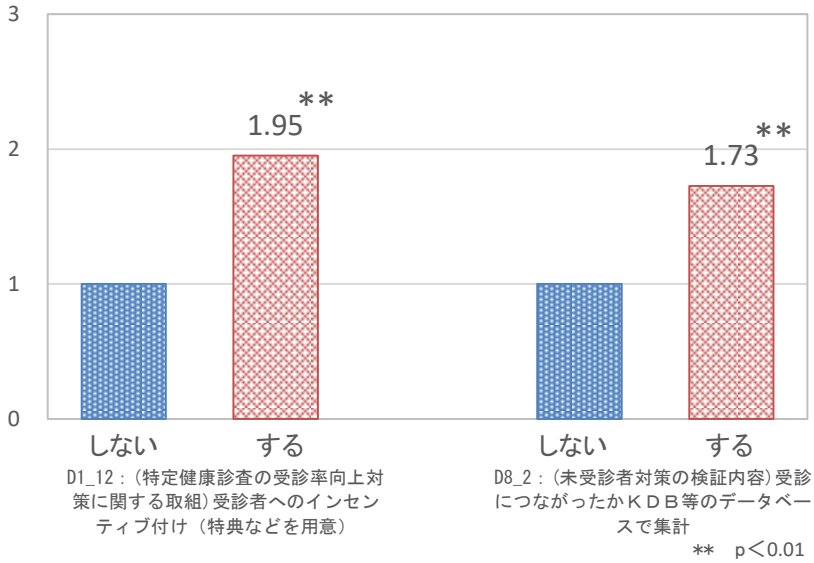
	被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95% 信頼区間	
			下限	上限
D1_12：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	1.951	0.002	1.284	2.965
D8_2：(未受診者対策の検証内容)受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計	1.727	0.010	1.140	2.617

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

図表 3-31　特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

＜被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

③ 分類３：被保険者数規模 5 千人未満（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者（市町村）に限定した場合、被保険者数規模 5 千人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使った PR」と「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（事業の実施のために連携している外部組織等の）専門機関（専門家や大学等）」が有意な関連項目として選択された。

「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」を行う場合は、それを行わない場合に比べ、約 2.6 倍、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）」や「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」を行う場合は、それを行わない場合に比べ、約 2 倍、「（事業の実施のために連携している外部組織等の）専門機関（専門家や大学等）」がある場合は、それがない場合に比べ、約 6.5 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。

図表 3-32 被保険者数規模 5 千人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

	被保険者数規模 5 千人未満				（参考）手順 1※を除いた場合			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間		オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
D1_2：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったＰＲ	0.417	0.002	0.240	0.723	0.408	0.002	0.233	0.714
D1_4：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)電話による受診勧奨	2.557	0.002	1.415	4.622	2.358	0.006	1.272	4.371
D1_7：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)休日・夜間の健診実施	-	-	-	-	0.552	0.042	0.311	0.979
D1_11：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	2.040	0.012	1.170	3.560	2.057	0.012	1.169	3.618
D1_17：(特定健康診査の受診率向上対策に関する取組)町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのＰＲ	1.879	0.012	1.147	3.078	1.857	0.018	1.112	3.101
D3_1：(受診率向上に向けた現状分析の実施状況)受診率向上に向けた現状分析の実施	-	-	-	-	3.019	0.003	1.457	6.258
D14_9：(事業の実施のために連携している外部組織等)専門機関（専門家や大学等）	6.523	0.001	2.210	19.256	5.905	0.001	1.985	17.566

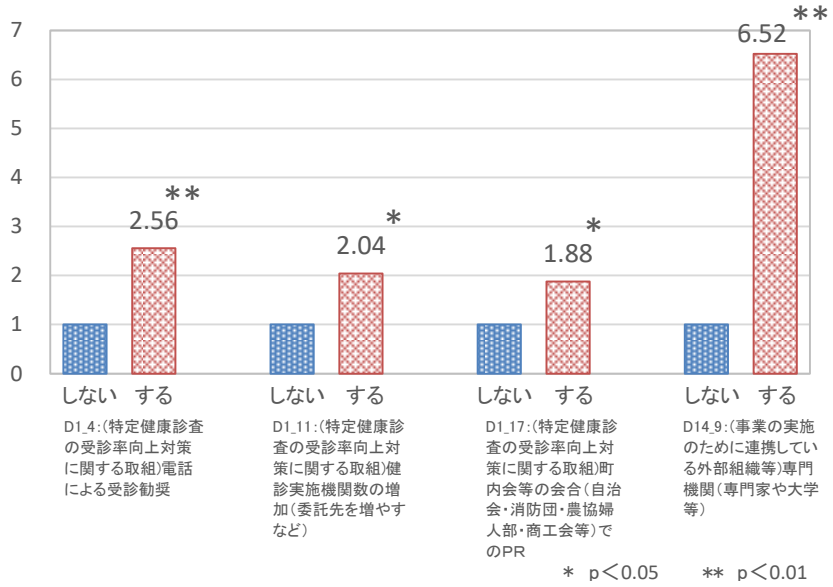
※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

※ 手順1：全体を対象に当該項目の選択割合が 8 割以上の場合は対象外とする。

図表 3-33 特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（特定健診受診率（H27）が全国平均以下の保険者）

＜被保険者数規模 5 千人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

（４）参考３：説明変数を「取組実施数」に変更した場合

「特定健診受診率の伸び幅」と「保健事業や受診率向上対策等の取組状況」の関連性に係る分析について、「2. 分析方法」の「3)具体的な分析方法」における説明変数を、各設問にみる取組実施数に変更し、分析を行った。なお、下記ア、イの二種の分析を実施した。

ア.　各設問において選択されている項目（「その他」除く）数をカウントし、その数値（取組実施数）を説明変数とする。なお、D3 と K1 については「1（：実施している）、0（：1 以外）」とした。

説明変数：C1　：実施している保健事業 取組実施数（全 14）
D1（8bq9）：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数（全 14）
D3　：受診率向上に向けた現状分析の実施状況 取組実施数（全 2）
D5　：未受診者に対する取組 取組実施数（全 8）
D8　：未受診者対策の検証状況 取組実施数（全 3）
D14：事業の実施のために連携している外部組織等 取組実施数（全 12）
K1　：健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況 取組実施数（全 2）

イ.　上記ア. における各設問の取組実施数を、被保険者数規模別に中央値により区分し、実施数がその中央値より大きい場合は「1」、中央値以下の場合は「0」とする。なお、D3 と K1 についてはそのまま「1、0」とした。

ア. 説明変数を取組実施数とする場合

① 分類１：被保険者数規模 5 万人以上

説明変数を取組実施数とした場合、被保険者数規模 5 万人以上の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「実施している保健事業」の取組実施数のみが有意な関連項目として選択された。「実施している保健事業」については取組実施数が 1 つ増加あたりに約 1.7 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすくなることがわかった。

図表 3-34　被保険者数規模 5 万人以上における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目
（説明変数を取組実施数とする場合）

	被保険者数規模　5 万人以上			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限
C1：実施している保健事業 取組実施数	1.657	0.020	1.084	2.533

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。

② 分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満

説明変数を取組実施数とした場合、被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「特定健康診査の受診率向上対策に関する取組」と「未受診者対策の検証状況」、「健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況」の取組実施数が有意な関連項目として選択された。

「未受診者対策の検証状況」は実施数が 1 つ増加あたり約 1.3 倍、「健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況」は実施数が 1 つ増加あたり約 1.5 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすくなることがわかった。

図表 3-35 被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目
（説明変数を取組実施数とする場合）

	被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95% 信頼区間	
			下限	上限
D1：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数	1.072	0.017	1.012	1.134
D8：未受診者対策の検証状況 取組実施数	1.320	0.024	1.038	1.678
K1：健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況 取組実施数	1.538	0.010	1.106	2.139

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

③ 分類３：被保険者数規模 5 千人未満

説明変数を取組実施数とした場合、被保険者数規模 5 千人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「特定健康診査の受診率向上対策に関する取組」と「受診率向上に向けた現状分析の実施状況」の取組実施数が有意な項目として選択された。「受診率向上に向けた現状分析の実施状況」の取組については、実施数が 1 つ増加あたり約 2.7 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすくなることがわかった。

図表 3-36 被保険者数規模 5 千人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（説明変数を取組実施数とする場合）

	被保険者数規模 5 千人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95% 信頼区間	
			下限	上限
D1：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数	1.096	0.002	1.035	1.160
D3：受診率向上に向けた現状分析の実施状況 取組実施数	2.706	<0.001	1.601	4.572

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

イ．説明変数の取組実施数を中央値により区分した場合

ここでは説明変数を、各設問の取組実施数にもとづいて、その中央値により区分し、実施数が中央値より大きい場合は「1」に、中央値以下の場合は「0」とした。なお、当該処理は被保険者数規模別に実施した。

各設問の取組実施数における被保険者数規模別の中央値と中央値超、中央値以下に該当する保険者数（n数）は以下の通りである。

図表 3-37 各設問の取組実施数における被保険者数規模別の中央値とn数

	被保険者数規模 5万人以上			被保険者数規模 5千人以上5万人未満			被保険者数規模 5千人未満		
	取組実施数中央値	n数		取組実施数中央値	n数		取組実施数中央値	n数	
		中央値超	中央値以下		中央値超	中央値以下		中央値超	中央値以下
C１：実施している保健事業 取組実施数（14）	13	53	69	13	249	601	12	264	476
D１：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数（14）	13	51	71	12	377	473	11	287	453
D3*：受診率向上に向けた現状分析の実施状況 取組実施数（02）	–	119	3	–	747	103	–	569	171
D５：未受診者に対する取組 取組実施数（08）	3	50	72	3	358	492	2	358	382
D８：未受診者対策の検証状況 取組実施数（03）	1	13	109	1	93	757	0	324	416
D14：事業の実施のために連携している外部組織等 取組実施数（12）	3	57	65	3	453	397	2	348	392
K1*：健康推進員等の地区組織の自主的活動に向けた支援における国保部局の参画状況 取組実施数（02）	–	48	74	–	421	429	–	380	360

＊：D3とK1については「1：中央値超」、「0：中央値以下」としてn数を求めた。また、表側のカッコ内の数値は、各設問の最大取組実施数である。

① 分類１：被保険者数規模 5 万人以上

被保険者数規模 5 万人以上の保険者については、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目は無かった。

② 分類２：被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満

被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「特定健康診査の受診率向上対策に関する取組」の取組実施数（中央値区分）が有意な関連項目として選択された。

「特定健康診査の受診率向上対策に関する取組」については取組実施数が中央値を超える場合は、中央値以下の場合と比較して約 1.7 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。

図表 3-38 被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（説明変数の取組実施数を中央値により区分した場合）

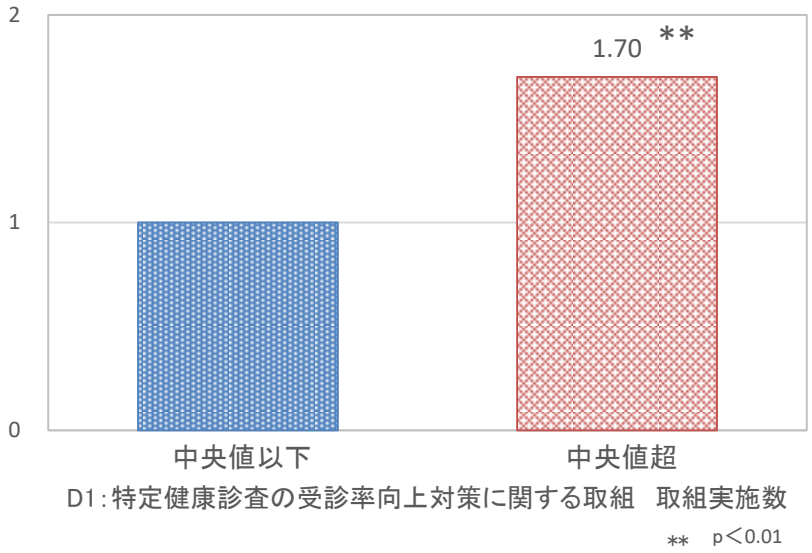
	被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限
D1：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数	1.701	0.001	1.244	2.326

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。

図表 3-39 特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（説明変数の取組実施数を中央値により区分した場合）

＜被保険者数規模 5 千人以上 5 万人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。

③ 分類３：被保険者数規模 5 千人未満

被保険者数規模 5 千人未満の保険者においては、特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目として「特定健康診査の受診率向上対策に関する取組」と「未受診者に対する取組」の取組実施数（中央値区分）が有意な関連項目として選択された。いずれの取組も、取組実施数が中央値を超える場合は、中央値以下の場合と比較して約 1.6～1.9 倍、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当しやすいことがわかった。

図表 3-40 被保険者数規模 5 千人未満における特定健診受診率伸び幅が上位 25%該当に関連する項目

（説明変数の取組実施数を中央値により区分した場合）

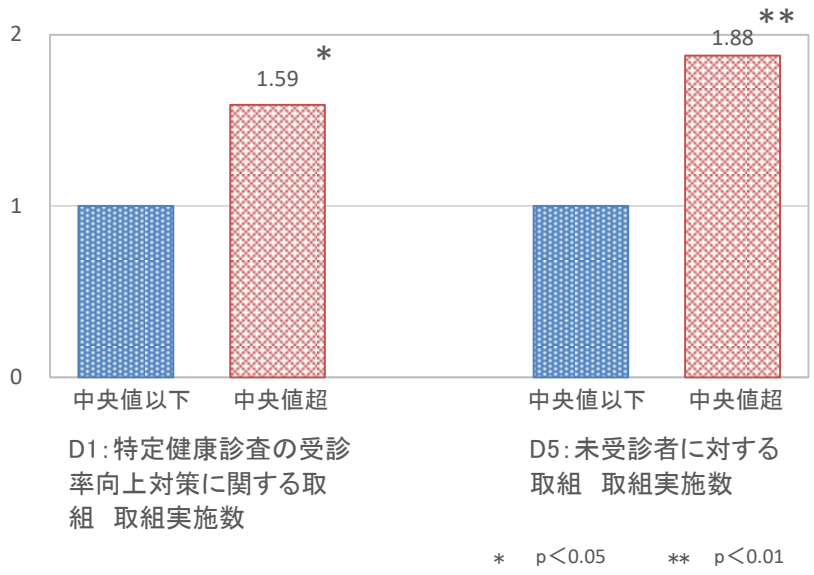
	被保険者数規模 5 千人未満			
	オッズ比	有意確率	オッズ比の 95%信頼区間	
			下限	上限
D1：特定健康診査の受診率向上対策に関する取組 取組実施数	1.591	0.010	1.117	2.265
D5：未受診者に対する取組 取組実施数	1.878	0.005	1.215	2.905

※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

図表 3-41 特定健診受診率伸び幅が上位 25%に該当することと関連のある項目とそのオッズ比

（説明変数の取組実施数を中央値により区分した場合）

＜被保険者数規模 5 千人未満＞



※ ロジスティック回帰分析（変数増加法）により関連項目を選択。表示された項目は全て同時にモデルに投入。

４．考察・まとめ

１）データについて

本事業の特定健診受診率向上対策の分析は、「特定健診受診率」と「保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況」の関連性の把握、検証を目的として実施した。

分析において活用したデータは、「市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果」と「保険者データヘルス全数調査結果」、「特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別）」である。

各調査結果は、その調査時点が「市町村国民健康保険における保健事業実態調査結果」は 2017 年度、「保険者データヘルス全数調査結果」は 2018 年度、「特定健康診査・特定保健指導実施状況（保険者別）」は 2015 年度から 2017 年度と、ほぼ同年度のものであり、前者二つからは説明変数となる「保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況」のデータを、三つめの調査結果からは被説明変数となる「特定健診受診率」のデータを得ている。

本来、特定健診受診率向上対策等の取組と特定健診受診率は、その関係からタイムラグを伴うものであり、取組実施の影響が 1 年後あるいは 2 年後に特定健診受診率の変化として現れるものと想定される。

このことから、特定健診受診率に係るデータは、保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況に係るデータより調査時点の新しいものが望ましいが、今回分析で用いたデータは双方ともに 2017 年度のデータ（一部、取組データは 2018 年度）であり、それを実現できていない。そのため、活用データの調査時点の制約を受け、分析結果の解釈は注意を要するものとなっている。

今後、同様の分析を実施する際には、保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組に係るデータと特定健診受診率に係るデータは調査時点の異なるものを活用し、取組に係るデータについては数年古いものを活用する等の調整が必要である。

また、保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況に関するデータについては、その元となる調査において、各種取組の実施時期（開始年月から終了年月）等を設問として追加しておくと、より分析に適したデータを得られるものと考えらえる。

２）分析結果について

特定健診受診率向上対策の分析では、特定健診受診率の伸び幅に着目し、2015 年と 2017 年の受診率の差（伸び幅）にもとづいて、保険者（市町村）を被保険者数規模別に当該差の上位 25%に該当する保険者と非該当の保険者に二分し、手法としてロジスティック回帰分析を採用した。

基本分析では、実施している保健事業や特定健康診査の受診率向上対策に関する取組などの各種取組状況を説明変数としており、特定健診受診率伸び幅の上位 25%に該当することと関連のある取組を特定している。

被保険者数規模5万人以上の保険者では「（事業の実施のために連携している外部組織等の）企業」であり、被保険者数規模5千人以上5万人未満の保険者では「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）」、「（未受診者対策の検証内容の）受診につながったかKDB等のデータベースで集計」、被保険者数規模5千人未満の保険者では「（実施している保健事業の）重複・頻回受診者、重複・多剤服用者への取組」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）電話による受診勧奨」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）」、「（特定健康診査の受診率向上対策に関する取組の）町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）でのPR」、「（未受診者に対する取組内容の）事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組」、「（事業の実施のために連携している外部組織等の）都道府県医師会」に関連がみられた。

ただし、「1）データについて」において記述した通り、分析に用いた各データの調査時点がほぼ同年度であることから、特定健診受診率の伸び幅が必ずしも受診率向上対策等の取組の影響によるものか断定はできないことに留意が必要である。

3）今後の展開

本事業で実施した特定健診受診率向上対策の分析は、活用データの調査時点による制約のため、分析結果の解釈に留意を要するものとなっており、現状では「特定健診受診率」と「保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況」の関連性の把握に、いくつかの改善すべき事項を残している。

今後、本分析をさらに精緻化するための方策には、以下のものが考えられる。

- ・保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組に係るデータと特定健診受診率に係るデータの調査時点を異なるものとし、受診率向上対策等の取組に係るデータは特定健診受診率に係るデータより1年から数年古いデータを活用する。
- ・保険者に対して保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況に係る調査を新たに行う際には、各種取組の実施時期（開始年月から終了年月）等を設問に追加して実施する。

上記の方策を取り入れた分析は、「特定健診受診率」と「保健事業や特定健診受診率向上対策等の取組状況」の関連性の把握にあたり、より有用な結果を得られるものになると考えられる。

また、本事業の特定健診受診率向上対策の分析は保健事業等に係る分析の一例に過ぎないため、今後は、糖尿病性重症化予防など他事業に係る分析などについても実施を検討すべきであろう。

C1：実施している保健事業について、全て選択してください。

別紙

C1：実施している保健事業について、全て選択してください。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：健康増進活動（ポピュレーションアプローチ）	29	96.7%	61	98.4%	29	96.7%	210	99.1%	416	97.7%	205	96.7%	180	97.3%	348	94.1%	174	94.1%
2：特定健康診査の実施率向上等に関する取組	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	424	99.5%	211	99.5%	183	98.9%	363	98.1%	185	100.0%
3：特定保健指導の実施率向上等に関する取組	30	100.0%	61	98.4%	30	100.0%	209	98.6%	419	98.4%	208	98.1%	183	98.9%	352	95.1%	178	96.2%
4：特定健診以外の健診・検診	30	100.0%	61	98.4%	30	100.0%	210	99.1%	418	98.1%	209	98.6%	180	97.3%	363	98.1%	180	97.3%
5：生活習慣病の重症化予防事業	30	100.0%	61	98.4%	30	100.0%	211	99.5%	407	95.5%	204	96.2%	172	93.0%	329	88.9%	168	90.8%
6：健康教育（健康教室、個別健康教育）	30	100.0%	59	95.2%	27	90.0%	205	96.7%	419	98.4%	203	95.8%	174	94.1%	341	92.2%	166	89.7%
7：健康診断	30	100.0%	59	95.2%	27	90.0%	208	98.1%	411	96.5%	204	96.2%	179	96.8%	346	93.5%	168	90.8%
8：歯科保健事業	30	100.0%	58	93.5%	29	96.7%	184	86.8%	388	91.1%	191	90.1%	138	74.6%	285	77.0%	150	81.1%
9：禁煙支援事業	25	83.3%	48	77.4%	25	83.3%	117	55.2%	241	56.6%	115	54.2%	80	43.2%	149	40.3%	70	37.8%
10：後発医薬品（ジェネリック）の利用推奨の取組	30	100.0%	60	96.8%	29	96.7%	191	90.1%	394	92.5%	185	87.3%	154	83.2%	307	83.0%	151	81.6%
11：重複・頻回受診者への取組	25	83.3%	45	72.6%	21	70.0%	156	73.6%	307	72.1%	154	72.6%	131	70.8%	224	60.5%	110	59.5%
12：重複・多剤服用者への取組	26	86.7%	50	80.6%	21	70.0%	146	68.9%	276	64.8%	139	65.6%	113	61.1%	181	48.9%	104	56.2%
13：地域包括ケアシステムを推進する取組	28	93.3%	52	83.9%	25	83.3%	159	75.0%	329	77.2%	154	72.6%	138	74.6%	254	68.6%	125	67.6%
14：健康推進員等の地区組織の育成・活動支援	29	96.7%	52	83.9%	23	76.7%	192	90.6%	381	89.4%	178	84.0%	153	82.7%	307	83.0%	147	79.5%
15：その他	6	20.0%	8	12.9%	4	13.3%	19	9.0%	39	9.2%	19	9.0%	16	8.6%	17	4.6%	18	9.7%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.5%	0	0.0%	2	0.5%	0	0.0%

D1：特定健康診査の受診率向上対策として、どのような取組を実施してますか。

D1：特定健康診査の受診率向上対策として、どのような取組を実施してますか。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：ポスター・チラシ等による周知	29	96.7%	62	100.0%	29	96.7%	204	96.2%	396	93.0%	200	94.3%	158	85.4%	307	83.0%	155	83.8%
2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったPR	20	66.7%	43	69.4%	15	50.0%	98	46.2%	175	41.1%	95	44.8%	48	25.9%	95	25.7%	48	25.9%
3：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨	29	96.7%	62	100.0%	29	96.7%	207	97.6%	404	94.8%	200	94.3%	166	89.7%	322	87.0%	160	86.5%
4：電話による受診勧奨	20	66.7%	46	74.2%	16	53.3%	151	71.2%	255	59.9%	116	54.7%	128	69.2%	202	54.6%	91	49.2%
5：面談や個別訪問等による受診勧奨	7	23.3%	17	27.4%	4	13.3%	97	45.8%	157	36.9%	85	40.1%	114	61.6%	167	45.1%	93	50.3%
6：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	25	83.3%	58	93.5%	27	90.0%	159	75.0%	277	65.0%	132	62.3%	82	44.3%	150	40.5%	63	34.1%
7：休日・夜間の健診実施	24	80.0%	50	80.6%	23	76.7%	186	87.7%	327	76.8%	162	76.4%	121	65.4%	254	68.6%	101	54.6%
8：自己負担額の軽減または無料化	26	86.7%	53	85.5%	26	86.7%	160	75.5%	314	73.7%	164	77.4%	132	71.4%	253	68.4%	125	67.6%
9：会場までの送迎	0	0.0%	3	4.8%	2	6.7%	33	15.6%	51	12.0%	23	10.8%	50	27.0%	110	29.7%	49	26.5%
10：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用	9	30.0%	22	35.5%	1	3.3%	85	40.1%	137	32.2%	56	26.4%	39	21.1%	60	16.2%	25	13.5%
11：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	7	23.3%	19	30.6%	9	30.0%	51	24.1%	79	18.5%	40	18.9%	46	24.9%	51	13.8%	26	14.1%
12：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	19	63.3%	27	43.5%	13	43.3%	130	61.3%	171	40.1%	97	45.8%	81	43.8%	148	40.0%	85	45.9%
13：他の健診・検診との同時実施	25	83.3%	56	90.3%	27	90.0%	204	96.2%	394	92.5%	194	91.5%	173	93.5%	328	88.6%	166	89.7%
14：他の事業（健康講座等）でのＰＲ	22	73.3%	48	77.4%	22	73.3%	165	77.8%	313	73.5%	157	74.1%	120	64.9%	209	56.5%	111	60.0%
15：若年層（40歳未満）からの健診の実施	16	53.3%	32	51.6%	18	60.0%	150	70.8%	263	61.7%	136	64.2%	140	75.7%	250	67.6%	126	68.1%
16：かかりつけ医からの健診受診勧奨	18	60.0%	42	67.7%	18	60.0%	132	62.3%	247	58.0%	132	62.3%	86	46.5%	129	34.9%	74	40.0%
17：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）	17	56.7%	33	53.2%	16	53.3%	115	54.2%	210	49.3%	86	40.6%	87	47.0%	104	28.1%	55	29.7%
18：地区組織と連携した呼びかけ	19	63.3%	30	48.4%	11	36.7%	104	49.1%	187	43.9%	98	46.2%	84	45.4%	153	41.4%	72	38.9%
19：その他	5	16.7%	15	24.2%	4	13.3%	36	17.0%	42	9.9%	23	10.8%	12	6.5%	30	8.1%	8	4.3%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

D3：受診率向上に向けた現状分析を実施していますか。

D3：受診率向上に向けた現状分析を実施していますか。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：定期的に実施している（毎年度）	30	100.0%	61	98.4%	28	93.3%	193	91.0%	375	88.0%	179	84.4%	166	89.7%	271	73.2%	132	71.4%
2：過去実施していたが、現在は実施していない	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	8	3.8%	16	3.8%	10	4.7%	5	2.7%	28	7.6%	15	8.1%
3：過去実施しておらず、現在も実施していない	0	0.0%	1	1.6%	1	3.3%	11	5.2%	34	8.0%	22	10.4%	14	7.6%	69	18.6%	36	19.5%
未選択	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.5%	0	0.0%	2	0.5%	2	1.1%

D5：D4で未受診者に対する取組を「1：実施している」とした場合、どのような取組を実施していますか。

D5：D4で未受診者に対する取組を「1：実施している」とした場合、どのような取組を実施していますか。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：ハガキ等での再通知による受診勧奨	30	100.0%	58	93.5%	29	96.7%	198	93.4%	374	87.8%	191	90.1%	134	72.4%	277	74.9%	110	59.5%
2：電話による受診勧奨	20	66.7%	44	71.0%	16	53.3%	150	70.8%	252	59.2%	115	54.2%	119	64.3%	192	51.9%	83	44.9%
3：面談や個別訪問による受診勧奨	5	16.7%	13	21.0%	2	6.7%	81	38.2%	138	32.4%	76	35.8%	96	51.9%	151	40.8%	76	41.1%
4：健診日の追加	3	10.0%	15	24.2%	4	13.3%	79	37.3%	140	32.9%	64	30.2%	48	25.9%	92	24.9%	42	22.7%
5：協会けんぽ等被用者保険と連携した受診勧奨	5	16.7%	9	14.5%	2	6.7%	27	12.7%	55	12.9%	26	12.3%	26	14.1%	33	8.9%	30	16.2%
6：医師会等との連携による取組	13	43.3%	29	46.8%	13	43.3%	95	44.8%	154	36.2%	80	37.7%	40	21.6%	69	18.6%	32	17.3%
7：健診機関との連携による取組	7	23.3%	24	38.7%	8	26.7%	67	31.6%	115	27.0%	59	27.8%	44	23.8%	60	16.2%	25	13.5%
8：事業者健診の結果取得など、商工会等との連携による取組	11	36.7%	16	25.8%	5	16.7%	75	35.4%	107	25.1%	55	25.9%	49	26.5%	54	14.6%	24	13.0%
9：その他	0	0.0%	9	14.5%	6	20.0%	27	12.7%	30	7.0%	18	8.5%	16	8.6%	24	6.5%	13	7.0%
未回答	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1	0.5%	19	4.5%	8	3.8%	11	5.9%	42	11.4%	31	16.8%

D8：D7で未受診者対策を「1：検証している」場合、どのように検証していますか。

D8：D7で未受診者対策を「1：検証している」場合、どのように検証していますか。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：健診受診後に受診者に対してアンケートを実施	0	0.0%	5	8.1%	1	3.3%	10	4.7%	11	2.6%	9	4.2%	7	3.8%	8	2.2%	3	1.6%
2：受診につながったかＫＤＢ等のデータベースで集計	22	73.3%	47	75.8%	21	70.0%	140	66.0%	224	52.6%	100	47.2%	77	41.6%	109	29.5%	55	29.7%
3：電話・訪問等で受診状況を確認	3	10.0%	3	4.8%	4	13.3%	31	14.6%	59	13.8%	26	12.3%	36	19.5%	49	13.2%	29	15.7%
4：その他	6	20.0%	11	17.7%	7	23.3%	37	17.5%	66	15.5%	25	11.8%	33	17.8%	60	16.2%	22	11.9%
未回答	2	6.7%	7	11.3%	4	13.3%	28	13.2%	132	31.0%	76	35.8%	55	29.7%	165	44.6%	92	49.7%

D14：事業の実施に当たり、連携している外部組織等はどちらですか。

D14：事業の実施に当たり、連携している外部組織等はどちらですか。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：都道府県	6	20.0%	24	38.7%	8	26.7%	75	35.4%	136	31.9%	72	34.0%	50	27.0%	80	21.6%	41	22.2%
2：他の市区町村	2	6.7%	8	12.9%	3	10.0%	45	21.2%	81	19.0%	30	14.2%	31	16.8%	54	14.6%	27	14.6%
3：都道府県医師会	3	10.0%	7	11.3%	3	10.0%	39	18.4%	58	13.6%	34	16.0%	20	10.8%	59	15.9%	21	11.4%
4：郡市区等医師会	27	90.0%	53	85.5%	28	93.3%	166	78.3%	345	81.0%	175	82.5%	78	42.2%	178	48.1%	81	43.8%
5：医師会以外の保健医療関係団体	8	26.7%	20	32.3%	4	13.3%	32	15.1%	58	13.6%	40	18.9%	23	12.4%	49	13.2%	31	16.8%
6：地域の医療機関（国診協を含む）	13	43.3%	24	38.7%	9	30.0%	103	48.6%	194	45.5%	93	43.9%	111	60.0%	186	50.3%	106	57.3%
7：他の医療保険者（協会けんぽ、地健保等）	14	46.7%	16	25.8%	5	16.7%	35	16.5%	72	16.9%	48	22.6%	33	17.8%	54	14.6%	38	20.5%
8：保険者団体（国保連、保険者協議会等）	20	66.7%	49	79.0%	18	60.0%	143	67.5%	265	62.2%	136	64.2%	97	52.4%	198	53.5%	90	48.6%
9：専門機関（専門家や大学等）	5	16.7%	7	11.3%	4	13.3%	18	8.5%	17	4.0%	18	8.5%	16	8.6%	14	3.8%	8	4.3%
10：事業者関係団体（商工会等）	7	23.3%	14	22.6%	3	10.0%	69	32.5%	98	23.0%	42	19.8%	39	21.1%	52	14.1%	27	14.6%
11：企業	10	33.3%	11	17.7%	3	10.0%	20	9.4%	30	7.0%	13	6.1%	11	5.9%	8	2.2%	9	4.9%
12：住民の自主グループ（自治会等）	13	43.3%	15	24.2%	7	23.3%	61	28.8%	106	24.9%	51	24.1%	47	25.4%	72	19.5%	38	20.5%
13：その他	1	3.3%	1	1.6%	1	3.3%	8	3.8%	10	2.3%	7	3.3%	5	2.7%	17	4.6%	8	4.3%
未回答	0	0.0%	1	1.6%	1	3.3%	5	2.4%	14	3.3%	6	2.8%	11	5.9%	27	7.3%	12	6.5%

K1：健康推進員等※の地区組織の自主的活動に向けた支援について、国保部局の参画状況を教えてください。

K1：健康推進員等※の地区組織の自主的活動に向けた支援について、国保部局の参画状況を教えてください。	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：支援をしている	14	46.7%	23	37.1%	11	36.7%	127	59.9%	195	45.8%	99	46.7%	95	51.4%	195	52.7%	90	48.6%
2：今後支援をする予定	2	6.7%	4	6.5%	2	6.7%	8	3.8%	13	3.1%	12	5.7%	12	6.5%	27	7.3%	9	4.9%
3：支援をしておらず、今後も支援はしない	14	46.7%	32	51.6%	16	53.3%	68	32.1%	196	46.0%	92	43.4%	62	33.5%	123	33.2%	72	38.9%
4：そのような地区組織はない	0	0.0%	1	1.6%	1	3.3%	5	2.4%	11	2.6%	7	3.3%	15	8.1%	18	4.9%	11	5.9%
未選択	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%	4	1.9%	11	2.6%	2	0.9%	1	0.5%	7	1.9%	3	1.6%

8bq9_1：特定健診の実施率向上対策として、どのような取り組みを実施していますか

q8b9_取組内容	特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5万人以上						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人以上5万人未満						特定健診受診率伸び幅（H29-H27）_被保険者数規模 5千人未満					
	上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満		上位25%以上		上位25%未満 下位25%以上		下位25%未満	
	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合	保険者数	割合
全体	30	100.0%	62	100.0%	30	100.0%	212	100.0%	426	100.0%	212	100.0%	185	100.0%	370	100.0%	185	100.0%
1：ポスター・チラシ等による周知	28	93.3%	60	96.8%	26	86.7%	171	80.7%	351	82.4%	172	81.1%	125	67.6%	226	61.1%	120	64.9%
2：新聞・テレビ・ラジオ等マスメディアを使ったPR	19	63.3%	40	64.5%	11	36.7%	70	33.0%	138	32.4%	76	35.8%	21	11.4%	59	15.9%	36	19.5%
3：ＳＮＳ等を使ったＰＲ	6	20.0%	15	24.2%	7	23.3%	23	10.8%	42	9.9%	23	10.8%	9	4.9%	15	4.1%	13	7.0%
4：個別通知（ハガキ、手紙、ｅ－メール等）による受診勧奨	29	96.7%	61	98.4%	28	93.3%	197	92.9%	390	91.5%	192	90.6%	147	79.5%	287	77.6%	141	76.2%
5：電話による受診勧奨	22	73.3%	45	72.6%	17	56.7%	121	57.1%	240	56.3%	110	51.9%	114	61.6%	176	47.6%	80	43.2%
6：面談や個別訪問等による受診勧奨	9	30.0%	13	21.0%	3	10.0%	78	36.8%	138	32.4%	78	36.8%	98	53.0%	142	38.4%	69	37.3%
7：年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	21	70.0%	51	82.3%	18	60.0%	101	47.6%	214	50.2%	108	50.9%	65	35.1%	110	29.7%	41	22.2%
8：休日・夜間の健診実施	22	73.3%	44	71.0%	17	56.7%	156	73.6%	268	62.9%	137	64.6%	97	52.4%	195	52.7%	81	43.8%
9：自己負担額の軽減または無料化	21	70.0%	43	69.4%	17	56.7%	130	61.3%	256	60.1%	135	63.7%	104	56.2%	194	52.4%	85	45.9%
10：会場までの送迎	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	27	12.7%	40	9.4%	14	6.6%	37	20.0%	89	24.1%	39	21.1%
11：集団健診会場の増加（各地区での実施や、商業施設等の活用	14	46.7%	22	35.5%	3	10.0%	55	25.9%	103	24.2%	40	18.9%	23	12.4%	36	9.7%	14	7.6%
12：健診実施機関数の増加（委託先を増やすなど）	8	26.7%	20	32.3%	7	23.3%	38	17.9%	65	15.3%	32	15.1%	34	18.4%	51	13.8%	14	7.6%
13：受診者へのインセンティブ付け（特典などを用意）	17	56.7%	31	50.0%	12	40.0%	113	53.3%	174	40.8%	100	47.2%	93	50.3%	148	40.0%	70	37.8%
14：他の健診・検診との同時実施	23	76.7%	56	90.3%	22	73.3%	172	81.1%	343	80.5%	178	84.0%	145	78.4%	281	75.9%	129	69.7%
15：他の事業（健康講座等）でのＰＲ	17	56.7%	42	67.7%	14	46.7%	111	52.4%	221	51.9%	109	51.4%	74	40.0%	137	37.0%	68	36.8%
16：若年層（40歳未満）からの健診の実施	13	43.3%	30	48.4%	13	43.3%	114	53.8%	216	50.7%	111	52.4%	119	64.3%	192	51.9%	98	53.0%
17：かかりつけ医からの健診受診勧奨	15	50.0%	39	62.9%	15	50.0%	105	49.5%	205	48.1%	95	44.8%	72	38.9%	101	27.3%	56	30.3%
18：町内会等の会合（自治会・消防団・農協婦人部・商工会等）	15	50.0%	25	40.3%	10	33.3%	66	31.1%	156	36.6%	74	34.9%	58	31.4%	89	24.1%	34	18.4%
19：地区組織と連携した呼びかけ	13	43.3%	28	45.2%	11	36.7%	69	32.5%	133	31.2%	54	25.5%	52	28.1%	105	28.4%	47	25.4%
20：その他	1	3.3%	8	12.9%	4	13.3%	22	10.4%	33	7.7%	15	7.1%	13	7.0%	24	6.5%	11	5.9%
未回答	1	3.3%	0	0.0%	1	3.3%	8	3.8%	19	4.5%	10	4.7%	17	9.2%	26	7.0%	14	7.6%

第４章　総括

本事業では、PDCA サイクルに沿った保健事業を展開している事例を収集し、事例集として取りまとめた。事例集では、事業概要や評価結果の他、評価結果を踏まえて抽出された課題とその対応についてまとめている。これらの課題は、他市町村においても共通するものと考えられるため、各市町村は事例集を保健事業のさらなる推進の参考にしていただくことが期待される。

なお、市町村における実際の対応は、地域における健康課題やマンパワー、その他の社会資源の状況、関係者の状況等を十分に踏まえたうえで検討すべきであり、被保険者や住民に効果的・効率的な保健事業が提供されるよう、庁内・庁外の関係者と連携して対応を検討する必要がある。

また、本事業では、特に多くの市町村において課題となっていると思われる特定健診受診率向上対策を取り上げ、受診率の向上と関連する要因について整理・分析を行った。分析の結果は因果関係を示すものではなく、解釈には十分な注意が必要であるが、多くの市町村で実施されている取組や、特定健診受診率の伸び幅が上位にある市町村において実施されている取組は課題解決に向けた取組として、参考になるものと思われる。

国保では、KDB システムを活用し、保健事業の効果評価を行うことができる仕組みが整備されつつある。今後、事業評価結果のデータが蓄積されていくことで、特定健診受診率向上やその他保健事業において、効果的な取組を明らかにすることが可能になると考えられる。

国をあげて取り組んでいる健康寿命の延伸につなげるためにも、市町村において PDCA サイクルに沿った保健事業がさらに推進されることが期待される。

参考資料　事例集（詳細版）

A. 特定健診実施率向上対策

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
兵庫県神戸市：重点勧奨地区の設定と訪問活動による未受診理由の調査、受診券送付時期の見直しに関する取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	1,532,857 人	国保被保険者数	323,472 人	高齢化率	27.9%
事業概況	開始年度	平成 25 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約1,440万円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

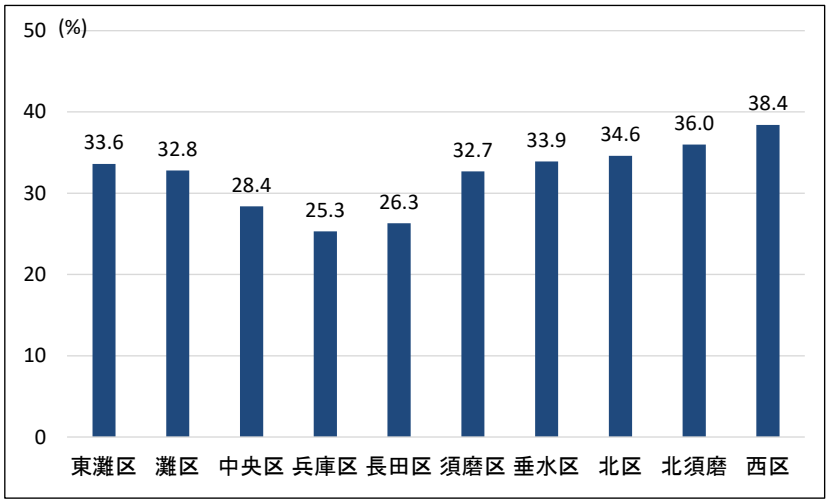
①事業実施の経緯

第２期データヘルス計画策定時点で、特定健診の受診率は 32.9%であり、政令市平均値である27.6%を上回っていたが、全国・兵庫県の平均より低かった。また、特定健診受診率が最も高い地区と最も低い地区で、10%以上の差があり、受診率の地域差が大きいことが課題となっていた。

＜図表１　特定健診受診率向上の推移＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	65.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
実績	26.3%	27.2%	28.6%	29.9%	31.1%	30.8%	31.6%	32.4%	32.9%	33.5%

＜図表２　区別の特定健診受診率（平成２８年度）＞



②事業概要（平成３０年度）

<table>
<tr><td>目的</td><td>● 特定健診受診率の向上</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>● 特定健診受診率：（平成 30 年度）36.0%</td></tr>
<tr><td>健診形態・
日程・費用</td><td>● 受診券送付時期：４・６・８・11 月
● 集団健診：48 か所（512 回）、４月～翌年３月
● 個別健診：729 医療機関、４月～翌年３月
＜健診費用＞
<table>
<tr><td rowspan="2">年度</td><td colspan="2">40～64歳</td><td colspan="2">65～74歳</td></tr>
<tr><td>一般世帯</td><td>非課税世帯</td><td>一般世帯</td><td>非課税世帯</td></tr>
<tr><td>個別健診</td><td>600円</td><td>300円</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
<tr><td>集団健診</td><td>300円</td><td>無料</td><td>無料</td><td>無料</td></tr>
</table>
● セット健診：２か所</td></tr>
<tr><td>実施内容</td><td>● セット健診（特定健診・がん検診・結果説明・特定保健指導）の実施。（通年）
● 未受診者への受診勧奨はがきの送付。（11 月・翌年１月）
● 重点勧奨地区の未受診者を対象とした、電話・個別訪問による受診勧奨。（12 月～翌年３月）
● 保健センターや地域関係機関の協力等による受診啓発（ポスター掲示等）。
● 特定健診受診者へのインセンティブ付与（大腸がん検診無料券・はりきゅうマッサージ割引券）。
● 65 歳の特定健診受診者に対するフレイルチェックの実施。</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>● 事業内容の検討・予算確保：国保年金医療課
● 啓発・広報・受診勧奨はがきの送付：国保年金医療課
● 電話・個別訪問による受診勧奨：集団健診委託機関
● セット健診：集団健診委託機関</td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>アウトカム：特定健診受診率、受診勧奨対象者の特定健診受診率
アウトプット：受診勧奨対象者のうち訪問・電話により受診勧奨できた割合、セット健診の受診者数
ストラクチャー：委託事業者との連携、実施体制の整備
プロセス：対象者選定、受診勧奨方法、受診勧奨時期の見直し</td></tr>
</table>

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

毎年、国保課で事業評価を行っている。また、医師会に対して、特定健診受診率の結果を報告しており、事業内容を変更する際には、方向性に関するアドバイスを頂いている。

その結果、平成 30 年度の特定健診受診率は、33.7%であり、神戸市の目標値 36%には届かなかったものの、経年的には増加している。

なお、これまでの事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

① 前年度受診者への受診勧奨だけでは、特定健診受診率の向上につながりにくい

② 受診率が低い地区の未受診の理由や、未受診者の生活実態が分からない

③ 受診券送付時期によって健診の受けやすさが異なる

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：前年度受診者への受診勧奨（リピーター対策）だけでは、特定健診受診率の向上につながりにくい

➡改善①：重点勧奨地区の設定（平成３０年度）

平成 29 年度に、前年度は健診を受診しているが、当該年度は未受診である者に対して、11 月・２月の２回に送付時期を分けて受診勧奨はがきを送付した。その結果、受診勧奨対象者のうち４割以上が受診につながり、効果があると考えられた。一方で、国の目標値である 60%には及んでおらず、依然として地域差もみられた。

受診者の健診受診状況等を課内で確認した結果、受診勧奨はがきの送付によらず、健診を受診する人も多いと考えられたため、前年度受診者に関しては、受診勧奨はがきを送付しなくても、継続して受診してくれるのではないか、という結論に至った。

そこで、地域差の縮小を目指し、受診率が低い２区（兵庫区、長田区）において、重点的に受診勧奨を行うことにした。この２区のうち１区には、集団健診を委託している健診実施機関の拠点があり、そこに所属する保健師や管理栄養士の協力が得られることも、取組の実施に踏み切った大きな要素であった。

重点勧奨地区では、過去２年間健診未受診者に対して、受診勧奨文書を送付の上、保健師等による個別訪問を行った。個別訪問は、２名体制（保健師１名・事務職１名、または、管理栄養士１名・事務職１名）で実施し、必要に応じて、健康相談や血圧の測定も行っている。

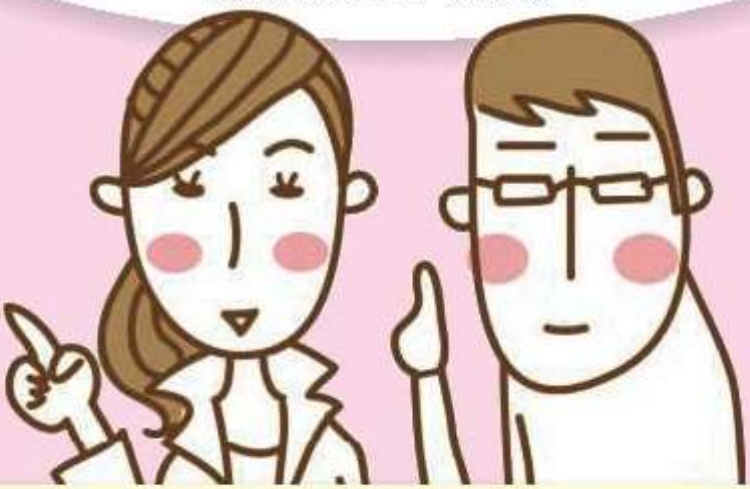
その結果、受診勧奨文書を送付した者のうち、特定健診を受診した者の割合が、10.6%であった（受診勧奨文書を送付した者：9,307 名、受診者：987 名）。また、２区のうち１区では、平成 30 年度の受診率が、平成 29 年度と比較して増加した（平成 30 年度：兵庫区 26.4%・長田区 27.4%、平成 29 年度：兵庫区 25.2%・長田区 27.4%）。一方、うち１区では、受診率に変化がみられず、課内では、この区における訪問の実施期間が４か月間しかなかったことにより、十分に地域を巡回できなかったことが原因であると考えており、令和元年度は期間を拡大して実施している。

＜図表３　受診勧奨はがき（平成２９年度）＞

特定健康診査はお済みですか？

29年度特定健康診査の受診券を送付しましたが、
受診はされましたか？

神戸市けんしんキャラクター
ハラ デタゾウ（仮）◀



神戸市けんしんキャラクター▶
とくほ担当ＰＨＮ

健診期間は **平成30年3月31日（土）** まで
3月は混み合いますので、お早めに受診を
健診のご予約は、各健診機関に直接お申し込みください。
受診券の紛失や有効期限切れの場合は、
下記までご連絡ください。

神戸市けんしん案内センター（兵庫県予防医学協会内）
TEL 078－262－1163　FAX 078－262－1165
8:30～17:00　※土・日・祝、年末年始（12/29～1/4）を除く

すでに受診を済まされ、本状が行き違いとなった場合はご容赦ください。

＜図表４　重点勧奨地区の受診勧奨対象者に送付した受診勧奨文書（平成３０年度）＞

神戸市国民健康保険にご加入の皆様へ

年　月　日

〒　郵便番号
住所

氏名　　様　　お申込番号（　通し番号　）

特定健診のご案内（神戸市国保委託事業）

特定健診は、心筋梗塞や脳血管疾患、糖尿病、人工透析を必要とする腎不全などの**生活習慣病**のリスクを見つけて、予防や改善につなげる健診です。

これらの病気は、自覚症状がなく進んでいくため、定期的に健診を受けて健康状態を確認していくことが大切です。

このたび、神戸市からの委託を受けて、公益財団法人兵庫県予防医学協会健康ライフプラザ健診センターが、過去２年間特定健診を受けられていない方に健診のご案内をしております。

特定健診は、**指定の医療機関（かかりつけ医）で行う個別健診、区役所等で行う集団健診と、健康ライフプラザで行う特定健診と神戸市がん検診**（肺がん・胃がん・大腸がん・乳がん・子宮頸がん）を一度に行うセット健診があります。**いずれも予約が必要です。**

お申し込み、お問い合わせは下記にご連絡ください。

お申し込みがない場合は、健康相談のために保健師・管理栄養士が訪問させていただくことがございますので、よろしくお願いします。

※すでにご利用の方にもこの案内が送付される場合がございますので、ご了承ください。

記

特定健診の申し込み・お問い合わせ先

健康ライフプラザ　健診科

電話　078-652-5202　　FAX　078-652-521

受付時間　火～金　　第１・３日曜　第２・４土曜の９：00～17：00

但し月曜・祝日は休館

委託事業についてのお問い合わせ先

神戸市保健福祉局高齢福祉部国保年金医療課　　電話　078-322-0217

個人情報の取り扱いについて

この事業は、神戸市保健福祉局高齢福祉部国保年金医療課が公益財団法人兵庫県予防医学協会健康ライフプラザ健診センターに委託して実施します。　健診の案内のため、氏名、住所、郵便番号、性別、生年月日等の個人情報を委託先に提供していますが、この事業以外の目的には使用しないよう、また個人情報保護の観点から、情報の取り扱いや管理については適切に行います。

課題②：受診率が低い地区の未受診の理由や、未受診者の生活実態が分からない

➡改善②：個別訪問における詳細な活動記録の作成・未受診理由の調査

課内の議論の中で、受診率が低い２区（兵庫区、長田区）では、医療機関に通院中といった理由から特定健診を受診していない人が多いのではないか、という意見が挙がった。しかし、未受診の理由について詳細には把握できていなかった。また、当該地区の未受診者の生活実態を把握できていないため、効果的な受診勧奨を行うことが難しかった。

そこで、個別訪問の際には、受診勧奨対象者の生活状況を把握することを目的として、訪問時間（在宅かどうか）、就労状況などについても、訪問活動記録に残すよう徹底した。また、健診を受診しない理由として「通院中」「ご家族の介護」等が挙がっていたため、今後は、医師会との連携等、より効果的な受診勧奨方法に見直していく予定である。なお、訪問活動記録の様式は、２区で統一したものを使用し、聴き取りの際に漏れがないよう工夫している。

＜図表５　訪問活動記録の様式（平成３０年度）＞

特定健診勧奨記録票

氏名

記録者：

実施日：H 30 年 月 日 ～

訪問① 月 日（ ： ～ ： 訪問者 □ 不在 □ その他（ ）

訪問② 月 日（ ： ～ ： ） □ 不在 □ その他（ ）

折り返し電話 月 日（ ： ～ ： ） □ □ その他（ ）

□今年度申込（ 月 日受診予定）（セット健診 ・ 巡回健診 ・ 指定医療機関）

●特定健診について
□ 知っている
□ 知らない →□説明

●特定保健指導の目的について
□ 知っている
□ 知らない→□説明

●受診券は届いたか
□ 受け取った
□ 受け取っていない
□ わからない→ □説明

●特定健診未受診の背景（複数回答）

□特定健診について知らなかった
□他の疾患の治療優先
□主治医管理のため
□自己管理のため
□多忙のため
□面倒だ
□健診会場が遠い
□特定保健指導の対象になるから
□資格喪失
□住所地に居住していない（施設、入院、入所など）
□自力で健診会場に出向き受診できない
□その他

●過去3年以内の特定健診受診履歴
□3年以上前に受けた
□受けていない

特定保健指導の利用（ 有 無 ）
階層化の内容
（積極的支援 ・ 動機づけ支援 ・ 情報提供 ・ 不明）

●主治医 （ 有 無 ）

●既往歴：健診項目
・高血圧 （ 歳）服薬（有 無）
・脂質異常 （ 歳）服薬（有 無）
・高血糖 （ 歳）服薬（有 無）

●既往歴：健診項目以外
・ （ 歳）服薬（有 無）・継続受診
・ （ 歳）服薬（有 無）・継続受診
・ （ 歳）服薬（有 無）・継続受診

●健康相談内容　該当するものに○、自由記載
①健診制度（特定保健指導、がん検診、オプション、人間ドック、後期高齢者）
②福祉制度
③他の保健・医療制度
④現在治療中の疾患
⑤その他

●連絡先
●住所
●就労状況など

●連絡可能時間
●生年月日 年 月 日

課題③：受診券送付時期によって健診の受けやすさが異なる

➡改善③：受診券送付時期の見直し

令和元年度までは、受診券を年４回（４・６・８・11 月）に分けて発送していた。また、手元に受診券が届いてから、早期に受診してもらえることを目的として、受診券に３か月間の有効期限を設けていた。４・６・８月に受診券が届いた人は、仮に受診券の有効期限内に受診できなかったとしても、年度内であれば、期限を延長することが可能であった。しかし、11 月に受診券が届いた人は、そもそも有効期限が３月末のため延長は不可能であった。

また、11 月に受診券を受け取った人は、受診可能な期間が 12 月～翌年３月と短いために受診機会を逃す可能性もあり、受診券送付時期が受診率に影響していると考えられた。さらに、年４回の受診券の印刷・発送業務が、職員にとって負担が大きいという意見も職員から挙がっていた。

そこで、令和２年度は、健診受診対象者への対応を一律にすることを目的として、送付時期を見直し、受診券を一括発送（４～５月）することにした。

４．事業の成果と今後の方向性

特定健診の受診率は経年でみると増加しているが、国の目標値には達しておらず、受診率の地域差も大きいため、今後も継続して、地域の特性に応じた受診勧奨を行っていきたい。平成 30 年度に行った個別訪問の中では、健診を受診しない理由として、医療機関に通院中、経済的な理由、ご家族の介護などの項目が多く挙がっていた。最も多かった理由である通院中の人にアプローチするために、治療中の人でも健診が必要であることを医師に改めて周知する等、今後、医療機関との連携をより深めていきたいと考えている。

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
福岡県北九州市：若い世代に効果的な受診勧奨の検討、長期未受診者や治療中の未受診者に対する取組、
医師会との連携強化に関する取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	950,182 人	国保被保険者数	202,497 人	高齢化率	30.5%
事業概況	開始年度	平成 20 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約 75,983 万円

※事業費は、特定健診実施費用も含む。

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

特定健診の受診率は年々増加してきたものの、国の目標値に達していない。40 歳・50 歳代の受診率も低迷しており、60 歳以上の受診率の伸びも小さいことから、国の目標値である受診率６０％を目指し、ポピュレーションアプローチと個別アプローチの両方に取り組んできた。

＜図表１　特定健診受診率・受診者の推移＞

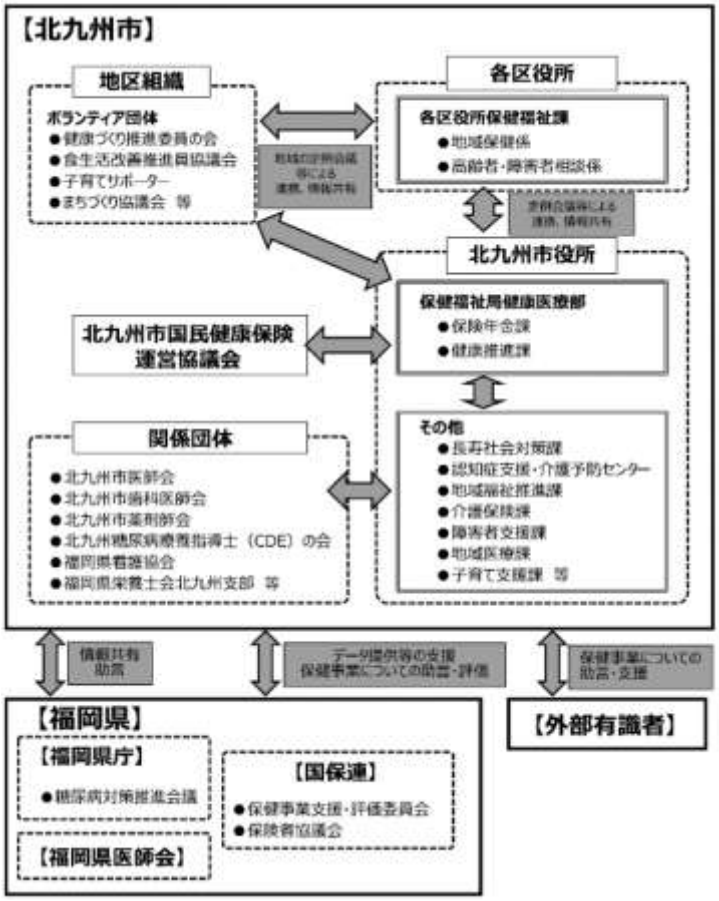
年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
実績	22.0%	25.6%	28.6%	31.1%	32.6%	32.5%	34.6%	35.6%	35.8%	36.1%

＜図表２　年代別・特定健診受診率の推移と伸び幅＞

年齢	H26	H30	伸び率
40代	15.2%	15.8%	0.6%
50代	20.9%	21.5%	0.6%
60代	37.2%	38.4%	1.2%
70代	44.8%	45.9%	1.1%

②事業概要（平成３０年度）

目的	● 特定健診受診率の向上
目標	● 特定健診受診率： 年度 / 目標：H30 40%、R1 44%、R2 48%、R3 52%、R4 56%、R5 60%
健診形態・日程・費用	● 受診券送付時期：５月 ● 集団健診：287 会場、５～翌年３月（うち休日実施：41 会場）、無料 ● 個別健診：474 医療機関、５～翌年３月、無料 ● 特定健診に係る診療情報データの活用：なし

実施内容	● 年代に応じた受診勧奨ハガキ・圧着ハガキの送付※（11 月、２月の年２回） ● 専門職による電話での受診勧奨※（10 月～翌年３月） ● コールセンターでの受診勧奨※（12 月～翌年３月） ● 専門職の訪問による受診勧奨※（11 月～翌年３月） ※受診勧奨対象者の詳細は、次頁に記載。 ● チラシ・ポスター・メディアでの広報活動（通年） ● 出前講演・イベントでの広報活動（通年）
実施体制	● 受診勧奨ハガキの作成・送付：本庁職員 ● 専門職による電話での受診勧奨：本庁の嘱託保健師・各区役所の保健師等 ● コールセンターでの受診勧奨：委託事業者 ● 訪問による受診勧奨：各区役所の地域担当看護職員等 <体制図> 
評価指標	アウトカム：受診勧奨対象者別の特定健診受診率 アウトプット：受診勧奨対象者別の受診勧奨実施件数 ストラクチャー：業務実施体制、KDB 等各種システムの運用状況

＜図表３　受診勧奨対象者の詳細＞

受診勧奨方法	対象者
受診勧奨ハガキ（11・2月）	【11月送付】平成30年8月末までに受診が確認できない者 ※平成30年1～3月受診者・昨年度すべてハガキ返送となった者・40歳・50歳を除く
	【11月送付】40歳　※平成30年度新規対象者
	【11月送付】50歳　※平成30年1～3月受診者・昨年度すべてハガキ返送となった者を除く
	【2月送付】平成30年11月末までに受診が確認できない者 ※昨年度すべてハガキ返送となった者・40歳・50歳を除く
圧着ハガキ（2月）	40歳　※平成30年度新規対象者
	50歳　※昨年度すべてハガキ返送となった者を除く
保健師、栄養士等の電話による受診勧奨（10～3月）	平成28年度特定保健指導対象者(積極的支援・動機づけ支援)で、平成30年8月時点まで受診が確認できない者
	平成28年度特定健診受診者かつ下記の有所見者で、平成30年8月時点まで受診が確認できない者 ア HbA1c 6.5以上 イ I度高血圧以上 ウ 腎機能障害（eGFR60未満又は尿蛋白+以上） エ LDL160以上又は中性脂肪300以上
	平成29年度特定保健指導対象者(積極的支援・動機づけ支援)で平成30年8月時点で受診が確認できない者
	平成29年度特定保健指導非対象者で健康推進課職員の訪問による保健指導対象となった者のうち、平成30年8月時点までに受診が確認できない者
コールセンターによる受診勧奨（12～3月）	平成30年度対象者で、平成29年度以降健診未受診者で、過去に健診受診歴のある者
専門職の訪問による受診勧奨（11～3月）	過去5年間北九州市国民健康保険特定健診の受診がなく、かつ生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価は、各区の担当課で行い、各区の評価結果を北九州市健診係がとりまとめ、次頁のような事業評価表を作成している。とりまとめの際は、福岡県国保連合会から助言を得ている。

また、市医師会の会議に出席しているほか、協力して頂いているボランティア団体の会議に、年２回出席し、事業実施状況や評価結果を報告している。各区では、区役所職員が健診実施医療機関を訪問し、定期的に情報提供している。

平成 30 年度、保健師・栄養士等の専門職が電話により受診勧奨を行った者のうち、特定健診を受診した者の割合は 56.3%であり、半数以上の人で健診受診につながっていた。また、圧着ハガキを送付した 40 歳・50 歳のうち、健診を受診した者の割合は、それぞれ 12.7%・13.0%となっており、特に 40 歳で効果がみられたと考えている。

一方で、過去の事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

①　若い世代に効果的な受診勧奨媒体・受診券再発行の申請方法になっていなかった

②　健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在する

③　治療中の健診未受診者が多い

<図表４　平成３０年度作成した事業評価表>

令和元年5月21日
保健福祉局健康推進課作成

平成30年度市国保特定健診未受診者受診勧奨対策一覧（個人対象）

	勧奨方法	対象者	対象人数(人)	評価（勧奨後受診状況）	
1	**受診勧奨ハガキ**（11･2月）	【11月送付】 平成30年8月末までに受診が確認できない者 （平成30年1～3月受診者･昨年度すべてハガキ返送となった者･40歳･50歳を除く）	106,623	【送付対象実数】 127,510人 うち40歳：1,659人 50歳：1,837人	【全数】 36,028/131,177 **27.5%** 【うち40歳】 212/1,672 12.7% 【うち50歳】 260/1,995 13.0%
		40歳（平成30年度新規対象者）	1,659		
		50歳（平成30年1～3月受診者･昨年度すべてハガキ返送となった者を除く）	1,837		
		【2月送付】 平成30年11月末までに受診が確認できない者 （昨年度すべてハガキ返送となった者･40歳･50歳を除く）	110,276		
	圧着ハガキ（2月）	40歳（平成30年度新規対象者）	1,546	143/1,546人 **9.2%**	
		50歳（昨年度すべてハガキ返送となった者を除く）	1,871	188/1,871人 **10.0%**	
2	**保健師、栄養士等の電話による受診勧奨**（10～3月）	平成28年度特定保健指導（積極的支援･動機づけ支援）対象者で、平成30年8月現在まで受診が確認できない者	1,214	407人 33.5%	5,638/10,016 **56.3%**
		平成28年度特定健診受診者のうち下記の有所見者で、平成30年8月現在まで受診が確認できない者 ア HbA1c 6.5以上 イ Ⅰ度高血圧以上 ウ 腎機能障害(eGFR60未満または尿蛋白＋以上) エ LDL160以上または中性脂肪300以上	2,483	870人 35.0%	
		平成29年度特定保健指導（積極的支援･動機づけ支援）対象者で平成30年8月現在まで受診が確認できない者	5,198	3,578人 68.8%	
		平成29年度特定保健指導非対象者で健康推進課職員の訪問による保健指導対象となった者のうち、平成30年8月現在まで受診が確認できないもの	1,121	783人 69.8%	
3	**コールセンターによる受診勧奨**（12～3月）	平成30年度対象者で、平成29年度以降健診未受診者で、過去に健診受診歴のある者	【加電数】 10,000 【勧奨数】 5,186	865/5,186 **16.7%**	
4	**専門職の訪問による受診勧奨**（11～3月）	過去5年間北九州市国民健康保険特定健診の受診がなく、かつ生活習慣病に関する医療受診の確認ができないもの。	【訪問数】 3,670 【勧奨数】 2,502 (伝言･不在票含む)	202/2,502 **8.1%**	
		2～4合計	対象者延べ 23,686 **人**		

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：若い世代に効果的な受診勧奨内容・受診券再発行の申請方法になっていなかった
➡改善①：年代に合わせた情報の提供・電子媒体での申請方法の導入

平成 29 年度以前は、当該年度の未受診者に対して、11 月・２月の年２回、受診勧奨ハガキを郵送していた。関係者との検討の中で、若い世代の受診率を向上するためには、年代に合った情報を伝えることが重要ではないかという意見が挙がった。

そこで、平成 30 年度は、従来行っている受診勧奨ハガキに加えて、12 月時点で健診未受診の 40 歳・50 歳を対象に、サイズの大きい圧着ハガキによる受診勧奨を行った。健診を初めて受診する 40 歳に対しては、健診の受け方を中心とした内容を掲載した。一方で、健診を受診する機会があった 50 歳に対しては、忙しい場合の受診先など、よくある質問を掲載した。北九州市では、多忙を理由に健診を受診しない人が多いため（下図）、上のような情報を記載することが効果的であると事業所管課で考えた。

さらに、受診券再発行の申請方法を見直し、若い世代が利用しやすい電子手続きを 24 時間可能とした。あわせて、受診勧奨ハガキにも北九州市の特定健診案内のホームページにつながる QR コードを掲載することで、利便性の向上を図った。

＜図表５　Ａ区での未受診者訪問事業において把握された未受診の理由＞

＜図表６　４０歳用圧着ハガキ（上：外面、下：中面）＞

＜図表７　５０歳用圧着ハガキ（上：外面、下：中面）＞

課題②：健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在する
➡改善②：長期健診未受診者への専門職による受診勧奨

平成 29 年度、受診率の低い１区を対象として、専門職による個別訪問を実施した。訪問の際は、健診の受診勧奨だけでなく、健康相談や血圧測定も実施することにした。その結果、自覚症状のない者の健診受診や、医療機関受診につながり、健康状態不明の長期健診未受診者が一定数存在することがあらためて認識された。

そこで平成 30 年度より、長期健診未受診者への専門職による受診勧奨（個別訪問）※を全市展開することにした。しかし、平成 29 年度は委託事業者の看護師に訪問を依頼していたため、標準的なマニュアルを作成していなかった。北九州市は７区に分かれており、従事する職員数も多いため、詳細なマニュアルを整備し、一定の精度で事業に取り組めるような工夫が必要だった。

そのため、事業所管課で実施マニュアルを作成した。作成にあたっては、各区の代表者を集めた会議を行い、受診勧奨の実施方法等について議論した。また、受診勧奨対象者の抽出方法や、受診勧奨の視点、個別訪問の結果報告書の様式など、個別訪問に係る一連の流れを網羅できるよう、課内で調整・検討を行った。これらの事業内容は、市医師会の会議でも報告し、事業実施に関する承諾を得ている。

実際のマニュアル・様式は、本事例の最後に掲載する。

※「過去５年間北九州市国民健康保険特定健診の受診がなく、かつ生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者」を個別訪問の対象としている。

課題③：治療中の健診未受診者が多い
➡改善③： 医師会との連携強化

北九州市では、第２期データヘルス計画策定時点で、特定健診の未受診者のうち、生活習慣病を治療中の者が 60.8%を占めていた。

治療中かつ健診未受診の者を、健診受診につなげるには、医師からの積極的な受診勧奨が必要不可欠と考え、以前から、事業所管課の担当者が医師会の会議に出席し、北九州市の現状の共有や事業実施における課題を報告する等、医師会と連携していた。また、各区役所の保健師も健診実施医療機関を訪問し、情報提供等を行っていた。

平成 30 年度、医師会に、治療中かつ健診未受診者に関するデータ等を示したところ、健診実施医療機関に対して、市医師会長と市保健福祉局長の連名で協力依頼の文書を送付することができた。さらに特定健診を実施していない医療機関にも、特定健診の有用性等について説明をすることで、患者へ特定健診受診を促してもらう等の協力を得ることができた。

実際の医療機関への協力依頼文書は、本事例の最後に掲載する。

4. 事業の成果と今後の方向性

若い世代に向けた受診勧奨を強化し、各世代に合わせた効果的な受診勧奨媒体・ツールを検討していきたい。また、健診を毎年受診し、自身の健康状態を確認する習慣を持つ人が増えるように、ポピュレーションアプローチ・ハイリスクアプローチを実施する専門職の力量形成にも力を入れていきたい。医師会との定期的な意見交換や、各区の担当保健師と医療機関の連携により、治療中の健診未受診者に対して、かかりつけ医から積極的に声掛けをしてもらえるようになってきたため、今後も引き続き、医師会、個別の医療機関、各区役所、ボランティア団体等と連携を図り、市全体で受診率向上に取り組んで行きたい。

<図表８　専門職による個別訪問実施マニュアル>

令和元年度

北九州市国民健康保険

特定健診関連
保健事業マニュアル

第１章

特定保健指導非対象者への保健指導

第２章

糖尿病性腎症重症化予防対策

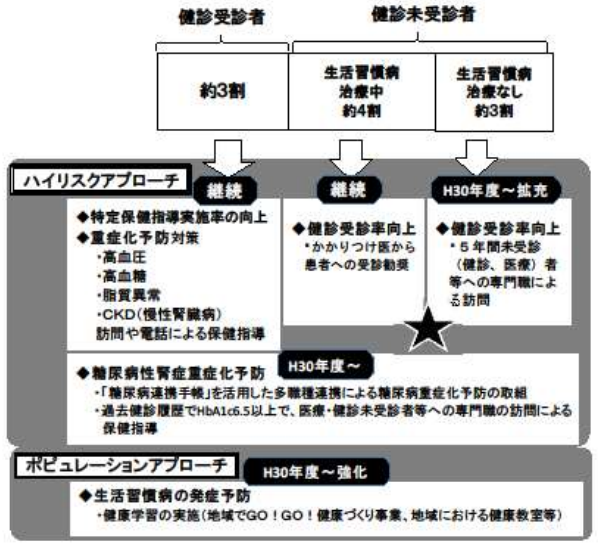
抜粋

第３章

特定健診未受診者対策

2019/7/1　保健福祉局健康推進課

【第３章】未受診者対策



１．目的

対象者の特性に応じた特定健診の受診勧奨を行い、対象者が特定健診の目的や健診受診の必要性を理解することで、受診率の向上及び生活習慣病の早期発見をめざす。

２．実施内容

特定健診未受診者に対し、過去の健診の受診状況や健診データに応じて、訪問・電話・ハガキによる受診勧奨を行う。

３．対象者

（１）訪問による受診勧奨

平成 26 年度から平成 30 年度の過去 5 年間で一度も、北九州市国民健康保険特定健診を受診していない者かつ生活習慣病に関する医療機関受診が確認できない者。

（２）電話による受診勧奨

過去に健診受診歴がある者のうち、特定保健指導対象者や区役所保健福祉課・健康推進課職員の保健指導対象者、高血糖・高血圧・腎機能障害・脂質異常のある者。

（３）ハガキによる受診勧奨

令和元年度の特定健診未受診者全員。
（11 月送付分は、前年度 1～3 月受診者を除く）

61

4．対象者の確認と分担

（1）訪問による受診勧奨

各区役所保健福祉課は、「保健事業等評価・分析システム」により受診勧奨対象者を抽出し、対象人数に応じて地域の選別や訪問時期の決定を行う。決定した対象者一覧を基に、健康推進課が国保資格の確認を行い、受診資格がある者へ訪問による受診勧奨を行う。訪問した際は、可能な範囲で血圧測定を実施する。

（2）電話による受診勧奨

区役所保健福祉課分：

健康推進課は、平成 30 年度に特定保健指導非対象の保健指導として区役所に振り出した対象者のうち、令和元年 11 月までに特定健診の受診が確認できない者を抽出し、各区の「対象者一覧」を作成する。各区役所保健福祉課は対象者を確認し、電話による受診勧奨を行う。

保健福祉局健康推進課分（専門職）：

平成 29 年度の特定保健指導対象者及び高血糖・高血圧・腎機能障害・脂質異常のある者、平成 30 年度の特定保健指導対象者及び健康推進課保健師による保健指導対象者で、令和元年 8 月までに特定健診の受診が確認できない者を抽出し、各区分の対象者一覧を作成する。区分に優先順位をつけ、電話による受診勧奨を行う。

コールセンター実施分：

平成 30 年度以降の特定健診未受診者で、過去に健診受診歴のある者（区役所、健康推進課受診勧奨実施分を除く）

（3）ハガキによる受診勧奨

健康推進課は令和元年 8 月、12 月のそれぞれの時点で、特定健診の受診が確認できない者を抽出し、令和元年 11 月、令和 2 年 2 月にハガキによる受診勧奨を行う。

5．受診勧奨の実施

（1）効果的な受診勧奨の準備

ア マルチマーカー、KDB システムによる地域（校区）の受診率等の分析

・区内の地域（校区）における未受診者数を把握する。

・未受診者のうち、受診率の低い年齢層や地域を把握する。

イ 過去の健診結果の確認（電話による受診勧奨の場合）

ウ 受診勧奨の環境整備

・対象者のプライバシーに配慮する。

・効率の良い訪問方法を設定する。

・1 人当たりの時間の設定をする。

エ 対象者に活用できる資料や資源のリストの準備

・教材、受診勧奨媒体（チラシ、受診場所の一覧等）を準備する。

・不在票、健診案内文を準備する。

（2）対象者との信頼関係の構築

ア 自己紹介

・受診勧奨実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明する。

イ 話しやすい雰囲気づくり

・非言語的アプローチを含めて、労いと感謝で迎える等の雰囲気づくりをする。

・対象者のペースを重視する。

ウ 拒否の強い対象者については、その状況によって対応する。

（3）アセスメント

ア 対象者の理解力、意欲の確認

・健康状態や家庭・仕事の環境、受診意欲を確認する。

・未受診の理由を把握し、理由に応じた受診勧奨アプローチを行う。

・受診勧奨媒体を使用して、わかりやすく健診の必要性を説明する。

（4）個人情報の取扱いについて

個人情報を区役所から持ち出すとき（訪問による受診勧奨）：

様式未-2 は持出しナンバーを振り、持出し用と所内保管用の 2 つファイルで管理する。

「北九州市職員のための情報セキュリティハンドブック」の「1-2　保護データの持ち出しについて」の「1　持ち出し前の手続き」に基づき、保健福祉課長の許可を得て、家庭訪問持ち出しケース管理簿（第 1 章 様式(特非 7)に持出しナンバーを記録し、様式(未-2)を持ち出す。所内へ戻った後、持ち出した様式未-2 の持ち出しナンバーと管理簿に相違がないか確認する。

6．受診勧奨の評価

（1）評価の観点

下記のような観点から評価を行う。

ア ストラクチャー（構造）

・受診勧奨実施者の職種・人数等

・受診勧奨の実施に係る予算・施設・設備状況等

・社会資源の活用状況

イ プロセス（過程）

・受診勧奨の実施過程（情報収集、地域・年齢層の選別、目標の設定、指導手段、受診勧奨実施日、実施時間等）

・受診勧奨実施者の態度（コミュニケーション、媒体の選定、使い方等）

・記録状況

ウ アウトプット（事業実施量）

・受診勧奨実施者数

・対面または電話による本人への受診勧奨数

エ アウトカム（結果）

・特定健診受診率

（２）具体的な評価方法

ア「個人」に対する受診勧奨の評価

・受診勧奨後の特定健診受診状況及び検査結果

・翌年度の健診受診状況との突合

イ「集団」に対する受診勧奨の評価

・特定健診受診率の集団単位での変化

７．受診勧奨実施の報告

保健福祉課が実施した訪問による受診勧奨結果については、次年度の４月末日までに様式未-1 に記入し、健康推進課へ提出する。タイトルは、「令和元年度　○○区　様式未-1」とする。電話による受診勧奨結果については、報告を求めないこととする。

【令和元年度未受診者対策一覧表】

	勧奨方法	対象者
1	**受診勧奨ハガキ** （11・2月）	【11月送付】 令和元年8月末までに受診が確認できない者 （平成31年1～3月受診者・昨年度すべてハガキ返送となった者・40歳・50歳を除く）
		40歳（令和元年度新規対象者）
		50歳（平成31年1～3月受診者・昨年度すべてハガキ返送となった者を除く）
		【2月送付】 令和元年11月末までに受診が確認できない者 （昨年度すべてハガキ返送となった者・40歳・50歳を除く）
		40歳（令和元年度新規対象者）
		50歳（昨年度すべてハガキ返送となった者を除く）
2	**保健師、栄養士等の電話による受診勧奨** （10～3月）	①平成29年度特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）対象者で、令和元年8月末まで受診が確認できない者
		②平成29年度特定健診受診者のうち下記の有所見者で、令和元年8月現在まで受診が確認できない者 ア HbA1c 6.5以上 イ Ⅰ度高血圧以上 ウ 腎機能障害(eGFR60未満または尿蛋白＋以上) エ LDL160以上または中性脂肪300以上
		③平成30年度特定保健指導（積極的支援・動機づけ支援）対象者で令和元年10月末まで受診が確認できない者
		④平成30年度特定保健指導非対象者で健康推進課職員の訪問による保健指導対象となった者のうち、令和元年10月末まで受診が確認できないもの
3	**コールセンターによる受診勧奨** （11月）	令和元年度対象者で、平成30年度以降健診未受診者で、過去に健診受診歴のある者
4	**区役所栄養士、保健師、看護師等の電話による受診勧奨** （11月～3月）	平成30年度保健指導対象者で令和元年度未受診者
5	**区役所栄養士、保健師、看護師等の訪問による受診勧奨** （9月～3月）	過去5年間北九州市国民健康保険特定健診の受診がなく、かつ生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者

【様式集】

«訪問による受診勧奨»

1．対象者リスト及び結果報告書　様式（未-1）【記入例】

2．対象者リスト持出し簿　様式（未-2）

3．訪問対象者への説明文　様式（未-3）

4．不在票　様式（未-4）

5．訪問スクリプト（例）

様式（未 - 1）

通し番号	宛名番号	受診券番号	資格確認	氏名	氏名カナ	性別	生年月日	住所	訪問日	面接 本人	面接 家族	面接 未受診理由	不在 投函	血圧測定	面接不可能	備考
1	111111	1910011111	○	小倉 花子	コクラ ハナコ	女	S22.03.09	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日	○		2		○		150/78
2	111112	1910011112	○	小倉 太郎	コクラ タロウ	男	S19.04.15	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月17日		○	3				
3	111113	1910011113	○	門司 海子	モジ ウミコ	女	S29.03.08	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日				○			
4	111114	1910011114	×	南 ななえ	ミナミ ナナエ	女	S39.12.08	福岡県北九州市八幡西区・・・								
5	111115	1910011115	○	小北 次郎	コキタ ジロウ	男	S45.10.13	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日				○			
6	111116	1910011116	○	東田 航路	ヒガシダ コウロ	男	S38.05.17	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日				×		表札無し	
7	111117	1910011117	○	西 折男	ニシ オリオ	男	S41.04.03	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日	○		1				受診券再発行依頼
8	111118	1910011118	○	戸畑 祭	トバタ マツリ	女	S47.02.06	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日				○			
9	111119	[illegible]	○	城内 明子	シロウチ アキコ	女	S24.03.08	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日		○	3				
10	111120	[illegible]	[illegible]	城内 すまお	シロウチ スマオ	男	S21.04.21	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月12日	○		3				
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
-	-			-	-	-	-	-	-							
100	111100	1910011100	○	若松 潮太	ワカマツ シオタ	男	S24.12.25	福岡県北九州市八幡西区・・・	11月30日				×		拒否	

資格確認時に健康推進課で記入

健康推進課で確認

※資格確認、受診券番号記入、次年度の評価の際には、「宛名番号」が必要となるので、削除しないようにしてください。

対応番号	未受診理由
1	受診意欲有
2	忙しいから
3	健康だから必要ない
4	病気がみつかったら嫌だ
5	会社で健診を受けている
6	治療中（病院にかかっているので必要ない 自己判断）
7	治療中（病院にかかっているので医師が必要ないと言った）
8	特定健診に魅力ない
9	回答なし（市政等に対する苦情等未受診に関係ないもの含む）
10	その他（病気になってもよいなど）

様式（未-2）

No.

未受診者訪問リスト（持ち出し用）

月　日

通し番号	名前	住所	訪問結果	未受診理由	不在票	備考

※様式未-1から必要最低限の情報のみ持ち出すようにしてください。

様式（未-3）

令和元年　　月　　日

北九州市国民健康保険ご加入の方へ

〇〇区役所保健福祉課

保健福祉課長　〇〇　〇〇

北九州市国民健康保険特定健診受診のお願い

北九州市国民健康保険では平成２０年度より高齢者の医療の確保に関する法律によりご加入の４０歳から７４歳の方を対象に特定健診・特定保健指導を実施しております。

特定健診は、内臓脂肪型肥満に着目した健診です。健診結果やその経年の変化を知り、生活改善に取り組むことで、高血圧や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発症や心臓病や脳卒中、糖尿病性腎症などの重症化を予防することを目的に実施しております。

このたび、これまでの５年間に市国保の特定健診の受診が確認できなかった皆さまを対象に保健師・看護師の訪問による健診のご案内をさせていただいております。（新しく国保にご加入の方にも訪問させていただいております）

今回の訪問で知り得た皆さまの情報は北九州市国民健康保険特定健診の受診勧奨以外に使用することはありません。

また、この訪問で本日および本日以降に金銭を請求することは一切ありません。

特定健診は無料です。受診には、今年５月に市より送付している無料受診券（緑色の封筒）と北九州市国民健康保険証が必要です。受診券を紛失された場合は、保健福祉局健康推進課（５８２－２０１８）までお問い合わせください。その他、健診や訪問についてのお問い合わせは下記へお願いいたします

訪問についての問合わせ先
〇〇区役所保健福祉課地域保健係
電話：（０９３）　　－
担当：〇〇

様式（未-4）

令和元年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

〇〇区役所保健福祉課
保健福祉課長　〇〇　〇〇

北九州市国民健康保険特定健診受診のお願い

北九州市国民健康保険では、これまでの５年間に市国保の特定健診の受診が確認できなかった方を対象に保健師・看護師が訪問し、特定健診のご案内をさせていただいております。

本日、担当者（　　）が訪問させていただきましたが、ご不在でした。

糖尿病や高血圧等の生活習慣病は自覚症状がありません。自覚症状が出てきたときにはすでに動脈硬化等重症化していることがあります。

特定健診を是非毎年お受けいただき、健康管理にお役立てください。

北九州市国民健康保険では平成２０年度より高齢者の医療の確保に関する法律によりご加入の４０歳から７４歳の方を対象に特定健診・特定保健指導を実施しております。

特定健診は、内臓脂肪型肥満に着目した健診です。健診結果やその経年の変化を知り、生活改善に取り組むことで、高血圧や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発症や心臓病や脳卒中、糖尿病性腎症などの重症化を予防することを目的に実施しております。

特定健診は無料です。今年５月に市より送付している無料受診券（緑色の封筒）と北九州市国民健康保険証が必要です。受診券を紛失された場合は、保健福祉局健康推進課（５８２－２０１８）へご連絡ください。その他健診についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

※すでに受診済みの方や国保を脱退された方は、行き違いですのでご了承ください。

問合せ先（平日８：30～17：00）
〇〇区役所保健福祉課地域保健係
電話：（０９３）　－
担当：〇〇

※「平成31年」と表記されている年は「令和元年」にお読み替えくださるようお願いします。

79

＜医療機関への協力依頼文書＞

別紙

北九州市国保特定健診・特定保健指導の実施について

全医療機関において、北九州市国民健康保険証を提示された際、下記にご留意の上、特定健診・特定保健指導の受診勧奨へのご協力をお願い致します。

生活習慣病等で治療中の方でも、特定健診は受診できます。

妊産婦、6か月以上入院されている方、高齢者施設に入所されている方等を除き、**現在治療中であっても特定健診は受診できます。**月初の保険証確認の際に北九州市国保の方には【特定健診の受診の有無】の確認をお願い致します（自己負担金無料）。

（北九州市のHP　http://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/file_0061.html）

受診券をお持ちでない場合は、健康増進課（電話：093-582-2018　月～金）に受診券番号の確認を頂ければ、当日実施も可能です。

個別実施医療機関でない場合は、近隣の個別医療機関及び集団健診をご案内下さい。

個別医療機関で治療中の方のうち、特定健診未受診の方の割合は**58.1%**となっております。

特定保健指導について

平成30年度より評価期間が6か月から3か月に短縮されております。また、初回面接も分割実施が可能となりました。特定健診時に初回面接を一部実施し、後日（結果返しの時等）、血液結果等を踏まえた行動計画・目標を設定します。動機付け支援は3か月後に電話・メール・面談等による評価（体重・腹囲等の聞き取り）で完了となります（積極的支援は180ポイント実施の上、3か月経過後に評価が必要）。

平成28年度に比べ、保健指導実施率が低下している事から、是非特定保健指導実施機関にご登録いただき、特定保健指導（動機付け支援のみでも受け付けます）の実施をお願い致します。

来月中旬に「北九州市国民健康保険保健事業における特定健診等の積極的な実施について（お願い）」を各区医師会より配布致しますので、確認の上、受診勧奨及び特定保健指導実施へのご協力をお願い致します。

平成３０年１２月５日

北九州市国民健康保険特定健診
実施登録医療機関　　各位

北九州市医師会長　　下河邊　晋久
北九州市保健福祉局長　阿南　和彦

北九州市国民健康保険保健事業における特定健診等の
積極的な実施について（お願い）

時下、ますます御清祥のことと御慶び申し上げます。
平素より、北九州市の保健福祉行政につきまして御協力を賜わり、厚く御礼申し上げます。
北九州市では平成30年3月に「第二次北九州市健康づくり推進プラン」を策定し、超高齢化社会に対応した持続可能な社会を確保できるよう、健康寿命の延伸や医療費の適正化に向け、オール北九州で取組を行うこととし、「健康（幸）寿命プラス2歳北九州サミット」において、健康（幸）寿命延伸に向けた共同宣言を行いました。
また、北九州市国民健康保険では生活習慣病の発症予防及び重症化予防に向け、平成30年4月に第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し取組を行っているところです。
つきましては、診療等ご多忙のことと思いますが、各計画背景及び趣旨をご理解いただき本市の保健事業について、なお一層のご理解、ご協力をお願いします。

記

1．協力依頼事業
（1）生活習慣病治療中の方の特定健診受診
（2）特定保健指導（動機付け支援）実施
（3）特定保健指導の分割実施について

2．参考資料
・取組依頼事業の概要と要点・・・別紙のとおり
・第二次北九州市健康づくり推進プラン
http://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/17200303.html
・第二期北九州市国民健康保険保健事業実施計画
http://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/19100104.html

問合わせ先
北九州市保健福祉局健康推進課
電話　０９３（５８２）－２０１８
担当　藤井・稲富

（1）生活習慣病治療中の方の特定健診受診について

特定健診受診率向上及び重症化予防のため、治療中の方への健診受診についてご協力をお願いします。

特定健診受診者の状況

治療なしの方へもハガキ、訪問、電話により受診勧奨をおこなっております。

（H28 年度 KDB）

治療中の方が特定健診を受診することの有用性

ア）治療中以外の疾患を発見し、治療することができます。

イ）治療中断者に受診勧奨できる（行政によるフォローアップ）。

重症化予防の一環として、過去の受診結果データで受診が必要な方のうち、レセプト情報により受診が確認できない方、および治療中断と思われる方に対し、重症化予防のため受診勧奨を行うことがあります。健診結果の無い方へ受診勧奨をすることはできません。

ウ）健診結果情報の蓄積ができます。

帝国保全体の健康状態の把握により、健康づくり事業等の評価、検討ができます。

受診率向上と国・市の仕組み

●市各種計画等に掲げる指標

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度	国目標
市目標	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	60%

出典：第二期データヘルス計画

特定健診受診率（法定報告値）　H28 年度　35.8%
　　H29 年度　36.1%

●平成 29 年度より各保険者の特定健診受診率が国により公表されます。
●保険者努力支援制度（1,000 億円規模）の評価指標であり、国の交付金に影響があります。

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
静岡県静岡市：受診勧奨通知の内容・送付時期の工夫、医療機関との連携強化に関する取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	702,395 人	国保被保険者数	151,480 人	高齢化率	28.4%
事業概況	開始年度	平成 20 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約2,900万円

※事業費には、健診実施費用も含む。

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

平成 25 年度の特定健診受診率は 28.1%であり、その後、受診率の伸びを継続してきたが、国の目標値には届いてない。生活習慣病の早期発見・予防につなげるためにも 40 歳・50 歳代の若い世代を中心とした健診未受診者に対する受診率向上対策が必要であると考えた。

＜図表１　特定健診受診率向上の推移＞

年度	H25	H26	H27	H28	H29
目標	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
実績	28.1%	30.0%	32.0%	32.6%	33.4%

＜図表２　年代・性別の受診率（平成２８年度）＞

年度	静岡市	男性	女性
40歳代	18.8%	16.9%	21.2%
50歳代	23.1%	20.1%	26.1%
60歳代	36.2%	34.0%	38.0%
70～74歳	37.9%	37.3%	38.4%

②事業概要（平成３０年度）

目的	● 内臓脂肪の蓄積を把握し、糖尿病・高血圧症・脂質異常症などの生活習慣病の予防を図ることを目的として、特定健診受診率の向上を目指す。
目標	● 特定健診受診率： 年度 H30 R1 R2 R3 R4 R5 目標 40% 42% 44% 46% 48% 50%
健診形態・日程・費用	● 受診券送付時期：４月下旬 ● 集団健診：９実施医療機関(検診車）５月～翌年３月（平日・休日)、無料 15 総合病院・健診センター　５月～翌年３月（平日・休日)、無料

	● 個別健診：244 医療機関、５月～翌年３月、無料 ● 事業所健診・人間ドックを受診した者からの健診結果の提供：実施あり
実施内容	● 「健診まるわかりガイド」の全世帯配布。（４月上旬） ● 特定健診受診券送付時に健康度見える化事業周知ちらし(12 月末までに特定健診を受診すると健康年齢通知が届く)を同封（４月下旬） ● 特定健診の啓発イベントを市内３区で実施。（７～11 月） ● 未受診者に対する受診勧奨通知の送付。(11 月中旬) ● 健診受診者に対しては、健康年齢通知を送付。(翌年３月末)
実施体制	● 事業内容の検討・予算確保：保険年金管理課※ ● 事業啓発・周知：保険年金管理課※ ● イベント実施：保険年金管理課※・委託事業者・イベント協力企業 ● 健康年齢算出に係るデータ分析、健康年齢通知の作成・送付：委託事業者 ※令和元年度以降は、組織改正により保険年金管理課から健康づくり推進課に所管変更
評価指標	アウトカム：特定健診受診率、前年度未受診者の受診率、前年度受診者の受診率 アウトプット：事業啓発チラシ配布数、啓発イベントの実施回数 ストラクチャー：委託事業者との打合せ回数 プロセス：特定健診受診率の打合せ回数

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

各評価指標について、担当課内で分析している。とりまとめた結果は、医師会との意見交換会や、集団健診実施医療機関との連絡会において報告している。

医師会との意見交換会は、平成 20 年度以降、年２回開催しており、静岡市の健診受診率の経年推移や、全国・県内市町村平均・政令指定都市平均との比較結果を具体的に示し、受診率向上のためのアドバイスを頂いている。集団健診実施医療機関との連絡会は、年１回開催している。

平成 30 年度の事業評価は、以下のとおりである。

評価指標		目標	実績
アウトカム	特定健診受診率	４０％	３４．２％/未達成
	前年度未受診者の受診率	１５％	１２．３％/未達成
	前年度受診者の継続受診率	９５％	７６．４％/未達成
アウトプット	事業啓発チラシ配布数	122,000 枚	143,000 枚/達成
	啓発イベント実施回数	３回	３回/達成
ストラクチャー	民間委託事業者との打合せ回数	１２回以上	１２回/達成
プロセス	特定健診受診率のモニタリング（課内）の実施回数	１２回以上	１２回/達成

なお、平成 30 年度の事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

①　特定健診受診率の目標値を達成できていない

②　毎月の受診率のモニタリング(課内)を受診率向上対策に活用できていない

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：特定健診受診率の目標値を達成できていない

➡改善①－１：受診勧奨通知の内容を工夫

平成 29 年度、40 歳代・50 歳代の未受診者を対象として、健康年齢通知が届くことをインセンティブとした受診勧奨ハガキを送付するよう、委託事業者と契約を結んだ。その結果、受診勧奨を行った者の受診率は約 10%であり、目標としていた５％を大きく超過した。(受診勧奨者：26,701 人、うち健診受診者：2,836 人)

上記結果を踏まえ、平成 30 年度は、対象者を見直し、全年代の未受診者を対象として、健康年齢通知を活用した受診勧奨チラシを送付することを、委託事業者との契約内容に盛り込んだ。その結果、前年度未受診者の受診率は 12.3%となり、目標値である 15%には及ばなかったものの、一定の効果がみとめられた。一方で、静岡市全体の特定健診受診率は 34.2%と、前年度から約 0.8%の伸びにとどまり、静岡市の目標値である 40%に及ばなかった。そのため、未受診者への受診勧奨を強化し、未受診者の受診率をさらに伸ばすことで、受診率全体を底上げすることが必要だと考えた。

課内の議論において、未受診者の背景や、未受診の理由は様々であるため、未受診者全員に、同じ内容の受診勧奨通知を送付するよりも、未受診者の特性によって伝えるメッセージを変えた方が、より効果的ではないか、という意見が挙がった。議論の際には、厚生労働省発行の「受診率向上施策ハンドブック（第２版）※」も参考にした。

そこで、令和元年度、委託事業者と協議し、未受診者の特性によって、未受診者を５つのパターンに分類し、パターンごとに異なる内容の受診勧奨通知を送付することを契約に含めた。なお、パターン分類の方法や、通知に記載する内容は、静岡市の担当者との協議により決定するよう、委託事業者への仕様に記載した。分類パターン、及び、各パターンで強調した内容は、下記のとおり。

＜図表３　未受診者の特性によるパターン分類（計５パターン）＞

	受診機会の有無	健診受診歴の有無	生活習慣病による通院歴の有無	年齢	受診勧奨通知送付者数
①	×	－	－	40 歳・60 歳以上の新規国保加入者	6,719 人
②	○	○	－	－	13,494 人
③	○	×	○	－	28,979 人
④	○	×	×	60～74	10,910 人
⑤	○	×	×	40～59	11,099 人

＜各パターンで強調した内容＞

パターン①（新規に健診受診対象者となった人）：「特定健診の受け方」

パターン②（健診受診歴がある人）：「過去の健診結果から算出した健康年齢」

パターン③（生活習慣病による通院歴がある人）：「治療中でも健診を受ける必要性」

パターン④（健診受診歴や通院歴がない 60 歳以上）：「健康でも健診を受ける必要性」

パターン⑤（健診受診歴や通院歴がない 40 代・50 代）：「若くても健診を受ける必要性」

※受診率向上施策ハンドブック（第２版）…がん検診対象者に対して、ただ説明するのではなく、「行動に至るきっかけの提供」を目的とした、より効果的な取り組みとして、行動経済学の「ナッジ（nudge）理論」に基づいた好事例を紹介したもの。

＜図表４　平成 30 年度：健康年齢通知をインセンティブとした受診勧奨チラシ＞

＜図表５　令和元年度：受診勧奨通知パターン①＞　上：表面、下：裏面

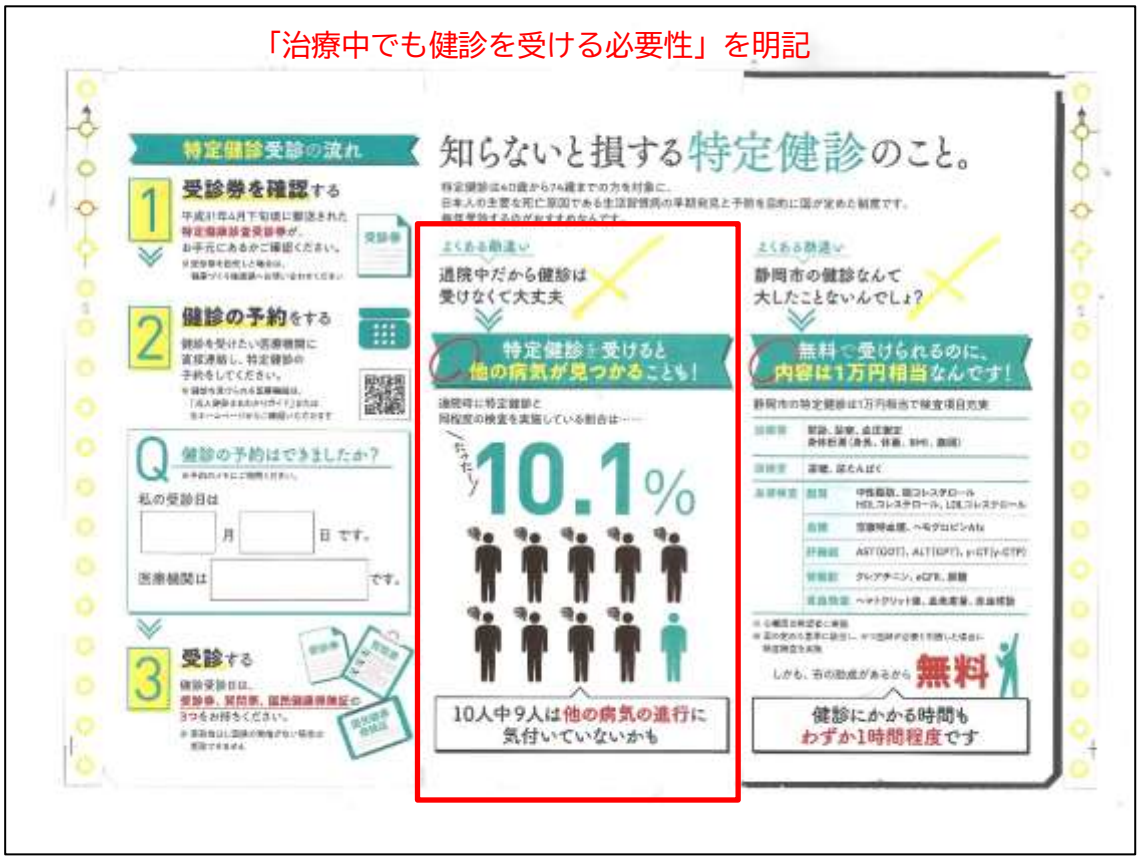
「健診の受け方・特定健診実施機関」を掲載

＜図表６　令和元年度：受診勧奨通知パターン②＞　上：表面、下：裏面

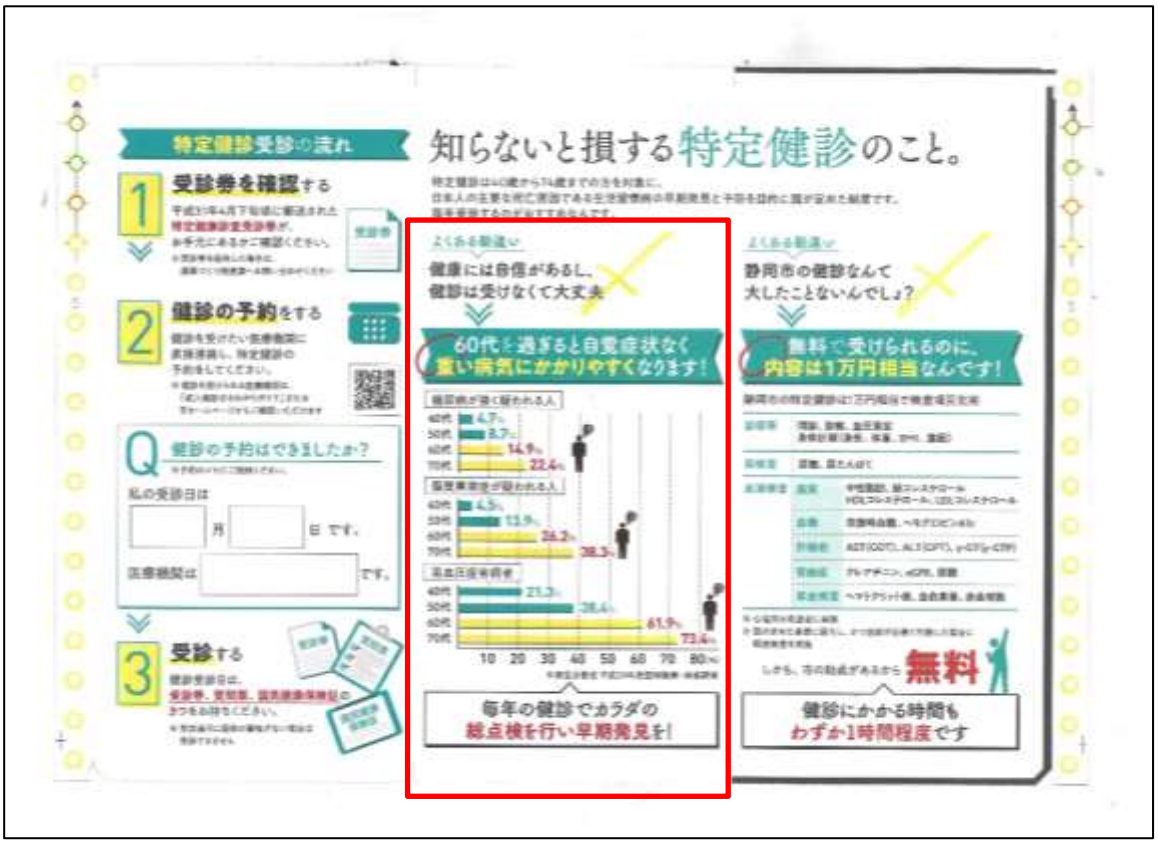
「過去の健診結果から算出した健康年齢」を掲載

＜図表７　令和元年度：受診勧奨通知パターン③＞　上：表面、下：裏面

「治療中でも健診を受ける必要性」を明記

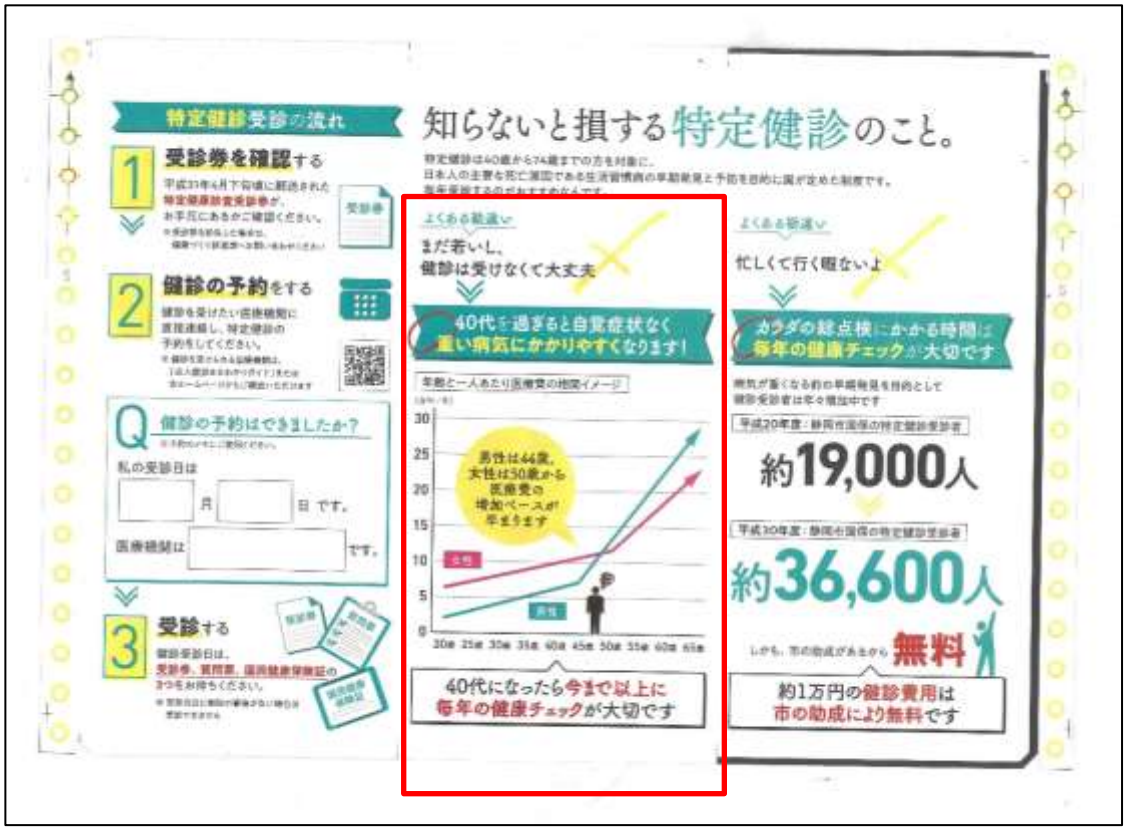


＜図表８　和元年度：受診勧奨通知パターン④＞　上：表面、下：裏面



「健康でも健診を受ける必要性」を明記

＜図表９　令和元年度：受診勧奨通知パターン⑤＞　上：表面、下：裏面



「若くても健診を受ける必要性」を明記

➡改善①－２：健康年齢通知の送付時期を工夫（令和元年度）

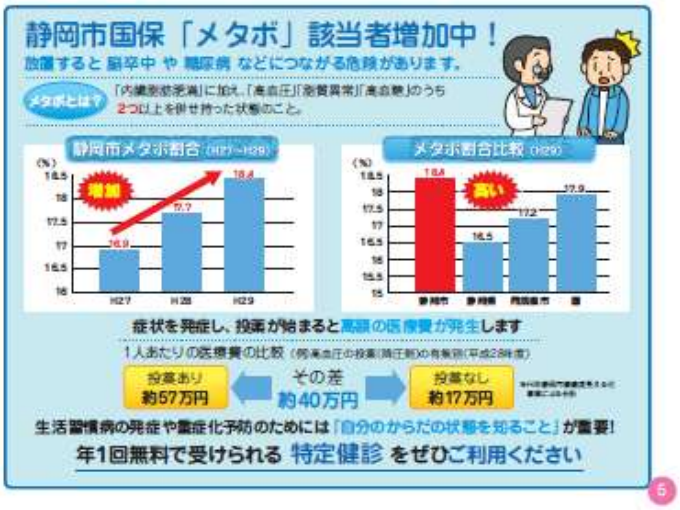
平成 30 年度は、委託事業者が健診受診者に送付する健康年齢通知の送付時期を、健診受診時期によらず全員一律で３月末としていた。しかし、健康年齢通知というインセンティブの存在が、住民同士の口コミで自然に広まっていくことが大切だと課内で考え、送付時期を見直した。

具体的には、年３回に分けて送付してもらうよう委託実施者との契約内容を変更し、①５～７月に健診を受診した者には 11 月に発送、②８～10 月に受診した者には２月に発送、③11～12 月に受診した者には３月に発送した。

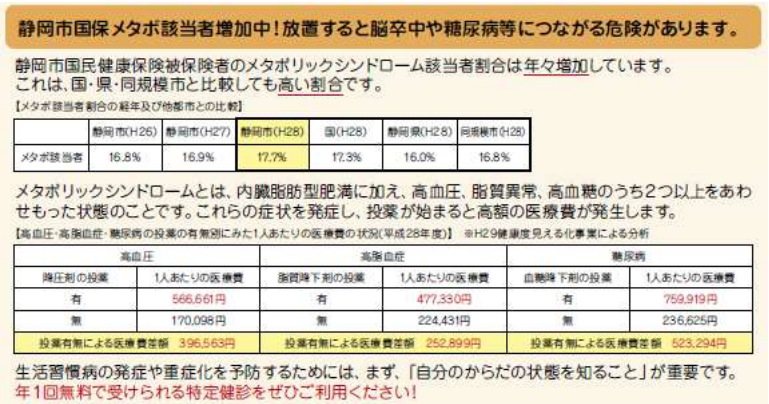
➡改善①－３：地域全体への健診受診の啓発（平成３０年度より継続・強化）

未受診者への個別の受診勧奨とあわせて、健診受診に対する意識を底上げすることが重要と考え、静岡市の全世帯に配布している冊子（「健診まるわかりガイド」）のコラムの中で、毎年、健診結果に関するデータを掲載している。平成 30 年から令和元年にかけて、取り上げた健康課題は同じだが、グラフを作成し、より見やすくなるようなデザイン案を静岡市の担当者で検討し、委託事業者にデザイン化を依頼した。

＜図表 10　令和元年度：「健診まるわかりガイド」のコラム＞



＜図表 11　平成３０年度：「健診まるわかりガイド」のコラム＞



静岡市国保メタボ該当者増加中！放置すると脳卒中や糖尿病等につながる危険があります。

静岡市国民健康保険被保険者のメタボリックシンドローム該当者割合は年々増加しています。
これは、国・県・同規模市と比較しても高い割合です。

【メタボ該当者割合の経年及び他都市との比較】

	静岡市(H26)	静岡市(H27)	静岡市(H28)	国(H28)	静岡県(H28)	同規模市(H28)
メタボ該当者	16.8%	16.9%	17.7%	17.3%	16.0%	16.8%

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、脂質異常、高血糖のうち2つ以上をあわせもった状態のことです。これらの症状を発症し、投薬が始まると高額の医療費が発生します。

【高血圧・高脂血症・糖尿病の投薬の有無別にみた1人あたりの医療費の状況(平成28年度)】　※H29健康見える化事業による分析

高血圧		高脂血症		糖尿病	
降圧剤の投薬	1人あたりの医療費	脂質降下剤の投薬	1人あたりの医療費	血糖降下剤の投薬	1人あたりの医療費
有	566,661円	有	477,330円	有	759,919円
無	170,098円	無	224,431円	無	236,625円
投薬有無による医療費差額　396,563円		投薬有無による医療費差額　252,899円		投薬有無による医療費差額　523,294円	

生活習慣病の発症や重症化を予防するためには、まず、「自分のからだの状態を知ること」が重要です。
年1回無料で受けられる特定健診をぜひご利用ください！

課題②：毎月の受診率のモニタリング（課内）を受診率向上対策に活用できていない
➡改善②：地域関係者・医療機関への情報発信回数の増加

特定健診受診率向上対策事業のモニタリングとして、毎月課内で受診率を確認していたが、なかなか受診率向上対策に活用できていなかった。

もともと静岡市では、平成 20 年度以降継続して、医師会との意見交換会を定期的に開催し、受診率向上への協力を求めてきた。その結果、意見交換会に参加した医師が、他の医師にも特定健診の受診勧奨の呼び掛けを行い、通院中の人を特定健診受診につなげることができている。また、意見交換会で、健診結果データを提示する（静岡市は高血糖者が多い等）ことが、地域の健康課題である重症化予防事業の理解にもつながった。

そこで、令和２年度以降は、上記取組とあわせて、医師等が出席する会議や、衛生部門など庁内他課に対して、毎月の受診率を発信し、今よりもさらに、特定健診受診に対する地域全体の意識を高めていきたい。

4. 事業の成果と今後の方向性

特定健診の受診率は連続して増加しているが、国・静岡市の目標値には達しておらず、これまでの取組を継続・強化していきたい。特に、これまでの取組の中で効果が高かったと考えられる医師会との連携体制をさらに強化することで、地域関係者間で特定健診受診に対する意識を高め、更なる受診率向上を図りたい。また、令和元年度に初めて、未受診者のパターン別の受診勧奨に取り組んだ。事業評価はこれから行う予定であるが、受診率向上に一定の効果が認められた場合は、次年度以降も継続して、未受診者のパターン別に受診勧奨を行うとともに、パターンの分け方を変えるなど、より効果的な受診勧奨の方法を模索していきたい。

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
栃木県大田原市：Web での受診申込方法の導入、受診勧奨通知の作成方法の見直し、庁内連携の強化に関する取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	71,133 人	国保被保険者数	18,190 人	高齢化率	28.8%
事業概況	開始年度	平成 20 年度	事業実施形態	委託	事業費	約 294 万円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

平成 21 年～29 年にかけて、栃木県大田原市の特定健診受診率は県内 1 位であったが、近年受診率の伸びが低調であることに加え、年代別に受診率を比較すると 40 歳・50 歳代の受診率が低い。そこで、他自治体の取組を参考に、委託事業者を活用して、デザインやレイアウトを工夫した受診勧奨通知を発送する等、新規受診者の獲得を目指してきた。

＜図表１　特定健診受診率の推移＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績	40.7%	43.9%	44.4%	46.2%	46.7%	48.7%	50.0%	50.3%	51.4%	54.2%

＜図表２　年齢階級別特定健診受診率の推移（男性）＞

	総計	40-44歳	44-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	40-59歳（再掲）
H25	45.2	29.1	30.6	31.9	38.1	45.2	55.7	53.4	33.3
H26	46.2	30.2	33.2	30.5	34.4	45.5	56.6	56.3	32.3
H27	46.7	26.1	32.9	36.1	35.9	45.6	56.0	55.9	32.9
H28	47.3	33.5	32.4	31.6	36.5	42.8	56.2	57.7	33.8

＜図表３　年齢階級別特定健診受診率の推移（女性）＞

	総計	40-44歳	44-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	40-59歳（再掲）
H25	52.3	34.1	37.7	44.0	48.4	56.9	58.7	54.1	42.6
H26	53.9	36.3	37.4	45.3	49.7	58.8	60.5	54.7	43.5
H27	54.0	40.2	37.8	43.1	48.9	56.9	59.6	56.7	43.6
H28	55.6	38.9	37.0	42.5	48.7	58.1	62.1	58.6	42.8

②事業概要

平成 28～30 年度にかけて、栃木県国保連合会と委任協定を結び、栃木県国保連合会が委託した委託事業者へ、未受診者への受診勧奨事業を委託している。並行して、衛生部門が主体となり、健診受診対象者へ定期的に受診勧奨通知を送付している。

<table>
<tr><td>目的</td><td>● 特定健診受診率の向上を目指す。</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>● 特定健診受診率
<table>
<tr><td>年度</td><td>H30</td><td>R1</td><td>R2</td><td>R3</td><td>R4</td><td>R5</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>52%</td><td>54%</td><td>56%</td><td>58%</td><td>59%</td><td>60%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>健診形態・日程・費用</td><td>● 受診券送付時期：健診受診日の１週間前
● 集団健診：21 会場、４～12 月（休日含む）、無料
● 個別健診：２医療機関、７～翌年２月、1,000 円（70 歳以上無料）
● 診療における検査データの提供：実施あり
※患者本人から市役所へ検査結果を提供して頂いている。
● 商工会・人間ドックからの健診結果の提供：実施あり
※事業主と提携し、事業主から市役所へ健診結果を直接提供して頂いている。</td></tr>
<tr><td>実施内容</td><td>● 過去６年間の健診履歴等の分析をもとにした受診勧奨通知の送付。（６、８、10 月）
● 当該年度未受診者を対象とした、定期的な受診勧奨通知の送付。（年５回）
● 医療機関・スーパー等へのポスター掲示。</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>● 事業内容の検討・予算確保：国保部門・衛生部門
● 過去６年間の健診履歴等の分析をもとにした受診勧奨通知の作成・送付：委託事業者
● 当該年度未受診者への受診勧奨通知の作成・送付：衛生部門
● 事業評価・データ分析：国保部門・衛生部門・委託事業者</td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>● アウトカム：特定健診受診率
● アウトプット：受診勧奨通知の発送件数
● ストラクチャー：衛生部門との定期的な連携</td></tr>
</table>

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価は、国保部門・衛生部門で連携して実施している。委託事業者へ委託している受診勧奨業務に関するデータ分析は、委託事業者が行っており、分析結果を国保部門が評価して庁内に共有している。一方で、衛生部門で行っている受診勧奨業務に関する分析は、衛生部門自身が行っている。いずれの評価結果も、医師が参加している庁内会議や住民参加会議などで報告しており、受診率向上に向けたアドバイスを頂いている。

平成 30 年度は、特定健診受診率が 53%であり、大田原市の目標値である 52%を達成したが、平成 29 年度から受診率が 1.2%減少した。

なお、過去の事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

① **【平成28～30年度】40歳・50歳代の受診率が低い**

② **【平成28～30年度】委託事業者を活用した受診勧奨ハガキの作成によって、受診率向上に一定の効果があったものの、費用対効果が小さかった**

③ **【平成28年度】庁内連携が十分でなく、受診勧奨対象者や発送時期の棲み分けができていなかった**

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

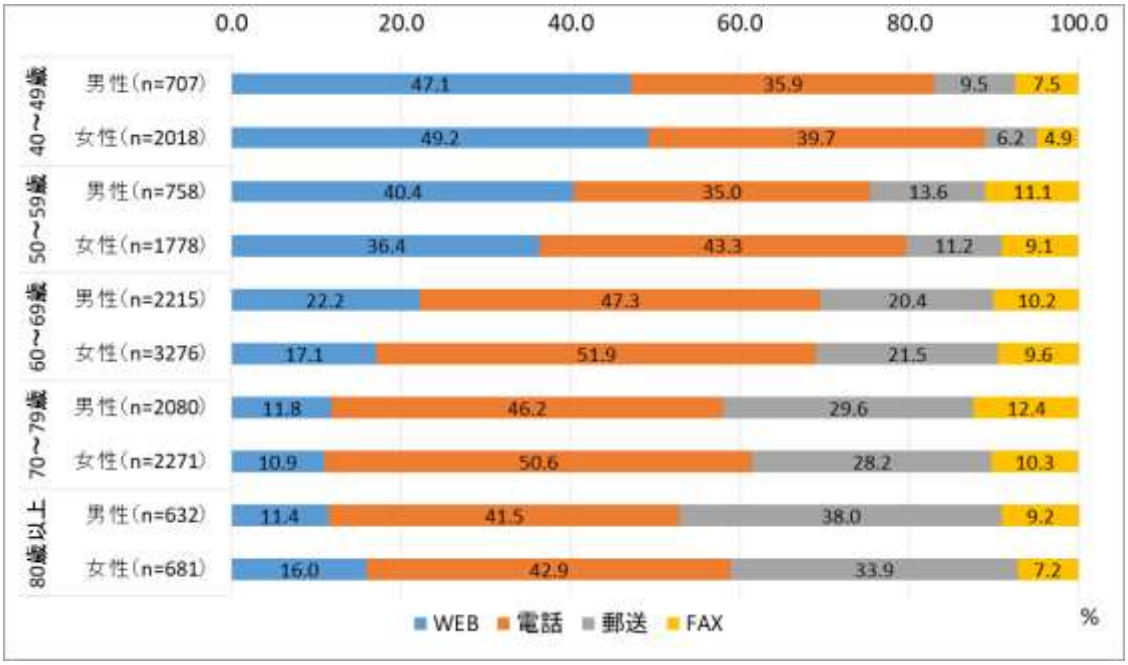
課題①：40 歳・50 歳代の受診率が低い　➡　改善①：Web 申込の導入

平成 29 年度までは、市内の各自治会経由で、特定健診の申込票を配布・回収していたが、40 歳・50 歳代の受診率が低迷していたため、申込方法を紙媒体から電子媒体に変えた方が良いのではないかという意見が担当課内で挙がっていた。また、従来の自治会経由の申込を実施している市町村は、県内数か所のみであり、申込方法を見直す時期であると考えられた。

そこで、平成 30 年度、自治体経由での申込をやめて、Web 申込を開始した。電話・FAX による申込も可能としていたが、申込方法別の申込数を年代で比較すると、若年層では Web 申込の割合が高く、若年層に対して有用な申込方法であると考えられた。

なお、平成 29 年から平成 30 年にかけて、40 代・50 代の受診者数は増加していないが（平成 29 年度：1,552 名、平成 30 年度：1,374 名）、担当課内では、申込方法の変更に関する周知が不十分であったことが原因であると考えており、今後も Web 申込を継続する予定である。

＜図表４　性・年齢階級別　申込方法（平成３０年度）＞



課題②：委託事業者を活用した受診勧奨ハガキの作成によって、受診率向上に一定の効果があったものの、費用対効果が小さかった

➡改善②：受診勧奨通知の作成方法の見直し

平成 27 年度までは、未受診者への受診勧奨通知を衛生部門の担当者が作成・送付していたが、新規受診者の獲得に苦慮していた。そこで、平成 28 年度以降、他自治体の取組を参考に、委託事業者を活用し、デザインを工夫した受診勧奨ハガキを作成することにした。

委託事業者による受診勧奨ハガキは、従前の通知から単にデザイン性が高まっただけではなく、未受診者の特性によって異なる内容が記載されていた。未受診者の特性は、過去６年間の受診歴や問診等から委託事業者が分析を行っており、分析結果から受診勧奨が効果的と考えられる人に対して、受診勧奨ハガキを送付することになっていた。

しかし、平成 28～30 年にかけての受診率の伸びが、取組開始前の平成 25～27 年にかけての伸びと同程度であった。また、平成 28 年度の受診勧奨通知発送件数が 1,257 件であったのに対し、平成 30 年度の発送件数は 8,100 件と、約７倍に増加したことで、費用も増加した。

上記結果について庁内で議論した結果、受診勧奨通知のデザインを工夫したり、受診勧奨通知の発送件数を増やしたりしたことで、受診率向上に一定の効果はみられたものの、委託事業者への委託費用と受診率の伸びを勘案すると、費用対効果が小さいのではないか、という結論に至った。

そこで、令和元年度以降は、平成 27 年度以前に行っていたように、衛生部門の担当者が、受診勧奨通知を作成することにした。

課題③：庁内連携が十分でなく、受診勧奨対象者や発送時期の棲み分けができていなかった

➡改善③：庁内連携体制の強化

平成 28 年度以降、大田原市では、国保部門と衛生部門が、下記２種類の受診勧奨を並行して行っており、同一人物に２種類の受診勧奨通知を送付してしまうリスクがあった。

(1) 国保部門（委託事業者に委託）：「過去６年間の受診歴等から受診勧奨が効果的であると考えられる人」に対する受診勧奨

(2) 衛生部門：「当該年度の未受診者」に対する受診勧奨

また、上記(1)について、国保部門が受診勧奨対象者を抽出してから、委託事業者がその対象者に受診勧奨通知を送付するまでにタイムラグがあり、健診を既に予約済みの人に対して受診勧奨通知を送付してしまうケースがあった。

そこで、平成 29 年から平成 30 年にかけて、国保部門が受診勧奨を行う前に、健診の予約管理をしている衛生部門から、最新の健診予約者情報を送付してもらい、委託事業者へ報告するような仕組みを整えた。受診勧奨通知を発送する直前まで、受診勧奨対象者の情報を更新することに努めたことで、同一人物に２種類の受診勧奨通知を送付するリスクや、健診を予約済みの人に対して受診勧奨通知を送付するリスクを少なくすることができ、効率的に受診勧奨を行えるようになった。

４．事業の成果と今後の方向性

令和元年度より、委託事業者への委託から、衛生部門での受診勧奨に切り替えた。今後一層、衛生部門との連携を強化したい。また、平成 29 年度以前から継続して、医師が参加される地域の会議や、住民参加型会議の場で、特定健診受診率の推移や受診率向上対策の取組内容を報告していたが、今後さらにこのような機会を増やしていきたい。

自治会経由で申込票を回収していた時は、受診しない場合でも、受診しない理由を記載して提出してもらうように自治会に依頼していたため、申込票をほぼ全件回収できており、未受診の理由も把握できていた。しかし、Web 申込を導入してからは、受診しない理由を把握できなくなってしまったため、今後何らかの対策を行っていきたい。

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
福岡県広川町：受診勧奨のやり方や実施体制の見直し、地域関係者・医療機関との連携体制の強化に関する取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	19,674 人	国保被保険者数	4,790 人	高齢化率	28.4%

※事業費には、特定健診実施費用も含む。

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

平成 20 年度当初は受診率が低かったため、その後力を入れて取り組んできた。第２期特定健診実施計画が始まった平成 25 年度時点で、平成 24 年度から大幅に受診率が向上していたが、国の目標値である 60%には及ばなかったため、平成 26 年度以降、他自治体の取組も参考にしながら、受診勧奨の方法や体制の見直し等を行い、引き続き、受診率向上対策を実施・強化することにした。

＜特定健診受診率の推移＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	40.0%	43.0%	45.0%	48.0%	50.0%
実績	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	40.1%	43.6%	49.4%	52.1%	61.5%

②事業概要

目的	● 特定健診受診率 60%超。
目標	● 特定健診受診率 年度 / 目標：H30 55%、R1 56%、R2 57%、R3 58%、R4 59%、R5 60%
健診形態・日程・費用	● 受診券送付時期：６月 ● 集団健診：３会場、５～10 月（土・日含む）、500 円 ● 個別健診：町内 10 医療機関、６～12 月、500 円 ● 診療における検査データの活用：実施あり ● 商工会・人間ドックからの健診結果の提供：実施あり

実施内容	● 特定健診受診対象者のうち、健診意向調査兼特定健診申込はがきの返送がない者を対象に、電話または個別訪問による受診勧奨を実施。（通年） ● 特定健診未受診者を対象に、他検診の個別通知と特定健診の受診案内を同時送付。（通年） ● 町内イベント（広川まつり）と、特定健診の同日実施。骨密度測定・血管年齢測定・体成分分析といったオプション検査を無料で追加。（10 月） ● がん検診との同時実施。（５～10 月） ● けんしんガイドブックの全世帯配布。（３月中旬） ● 各地域の区長・隣組長が参加する月１回の定例会の実施。（通年）
実施体制	● 地区担当制を導入し、町内を３地区に分け、管理栄養士１名（非常勤）・栄養士１名（非常勤）・保健師１名（非常勤）が、それぞれ１地区を担当。 ● 保健師１名（常勤）が、事業全体の進捗管理や、各担当のフォローを実施。
評価指標	● アウトカム：特定健診受診率 60%超 ● アウトプット：受診勧奨回数（電話回数・訪問件数）

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

庁内で事業の評価を行い、健康づくり推進協議会（大学教授などの有識者含む）と、年２～３回、課題や次年度以降の対策を協議している。アウトプット指標である受診勧奨回数は、目標値を定めていないが、毎年度、本人・家族に接触できた件数等を月別にまとめた表を作成している。平成 29 年度に作成した表は次頁に示す。

上記の評価結果について、医師会、地域職域連携会議、生活習慣病重症化予防会議に報告しているほか、健診結果や健診実施状況をまとめた資料を係内で作成し、町内の医療機関に対して、新年の挨拶時や、予防接種の委託契約書を持参する際に、報告している。

また、集団健診実施機関と協力し、集団健診受診者に対して、満足度アンケートを実施しており、健診実施機関とアンケート結果を定期的に振り返り、次年度以降の改善点を協議している。

平成 26～30 年の事業評価における主な成果は以下のとおりである。

① 平成30年度の特定健診受診率…73.0%であり、国の目標値60%を達成。

② （取組を強化する前の）平成25年度から、32．9%の増加。

また、平成 26～30 年の事業評価で明らかになった課題は以下のとおりである。

① 【平成26～28年度】電話による受診勧奨が、受診行動へつながらない

② 【平成26～30年度】本人・家族へ連絡が取れない

③ 【平成28年度】集団健診参加者の満足度を把握できていない

＜図表１　電話による受診勧奨回数（平成 29 年度実績）＞

	本人	家族	不在	留守	FAX	不通
４月	14	6	11	4	1	0
５月	136	46	70	30	1	3
６月	230	57	129	61	20	6
７月	98	30	77	26	14	3
８月	104	2	88	58	2	7
９月	57	18	54	1	0	2
１０月	3	6	7	6	1	0
１１月	30	25	26	6	8	3
１２月	232	158	217	30	0	4
１月	250	77	33	38	0	8
２月	54	24	48	6	0	0
３月	95	77	47	9	3	0
計	1303	526	807	275	50	36

＜図表２　訪問による受診勧奨回数（平成 29 年度実績）＞

	本人	家族	不在	家が不明
４月	54	27	82	0
５月	38	23	64	0
６月	44	27	30	0
７月	73	37	37	3
８月	15	8	10	0
９月	22	19	13	0
１０月	3	8	5	0
１１月	12	0	15	0
１２月	17	24	46	0
１月	41	31	50	0
２月	60	38	58	1
３月	35	25	37	0
計	414	267	447	4

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：電話による受診勧奨が、受診行動へつながらない

➡改善①－１：画一的な受診勧奨の見直し

平成 26 年度以前は、電話による受診勧奨を行っても、対象者とのやりとりを記録しておらず、対象者全員に対して、画一的な内容の受診勧奨を行っていた。平成 26 年度当初、電話の内容が毎年同じであるため、電話をかけた相手から「去年も断っているから」「去年も同じ話を聞いた」と言われて、電話を切られてしまうケースが多かった。また、広川町では、普段から通院している方が多く、「通院しているから」という理由で受診を断られるケースも多かった。

そこで、対象者一人ひとりの特性に応じた受診勧奨を行うことを目的に、平成 26 年度以降、電話による受診勧奨の際には、①電話をかけた日時（不在も含む）、②語り掛けた内容、③本人の反応（嫌そう・理解がある等）をその都度ノートに記録した。あわせて、電話による受診勧奨前には、④通院歴、⑤かかりつけ医で定期的に採血が行われているかどうか、をレセプトデータで確認し、その方に合った健診の受け方（集団健診 or 個別健診 or 診療時の検査データの提供）をあらかじめ

検討するようにした。

平成 26～29 年にかけて、上記の記録を経年で整理しており、平成 30 年には、約 3,400 名分の受診勧奨記録が蓄積された。そこで、平成 30 年度も継続して、上記の受診勧奨記録をもとに、一人ひとりの特徴に応じた受診勧奨を行った。具体的な一例を以下に示す。なお、下記はあくまで一例であり、実際に受診勧奨を行う際には、個人の生活状況や性格によって、さらに細かく対応を変えていることにご留意頂きたい。また、いずれの場合においても、受診を断られた場合は、その理由を伺い、特定健診への誤解があれば丁寧に説明している。

＜具体例＞

例１：関心の高い方に対しては、特定健診の必要性を理解し受診して頂けるまで、事業の目的や制度の背景を丁寧に説明した。具体的には、国の医療費・社会保障費が増大している中で、健診を受診して頂くと、病気の早期発見や治療につながり、広川町の医療費適正化や、結果的には、国全体の医療費適正化につながる、などの説明を行った。

例２：関心の低い方に対しては、保険者努力支援制度が始まり、予防・健康づくりを頑張った市町村が報われる制度があることを伝え、どうか協力して頂けないかと依頼した。集団健診に関する説明（集団健診の方が、個別健診と比較して、検査項目が少し多くてお得であることや、がん検診と同時実施で１回きりで検査が終わる等）を嫌がる人も多いが、そのような人に対しても上の説明は効果的であった。

例３：通院歴がある場合には、健診の受け方を案内した。具体的には、集団健診の他に、かかりつけ医で個別に健診を受けることも可能であることを伝え、個別健診の受診を促した。

例４：定期的に採血が行われている場合には、医療機関受診時の採血データを特定健診の結果データとして活用することが可能であることを説明した。

➡改善①－２：実施体制の見直し

受診勧奨記録に蓄積したノウハウをもとに電話をかけても、受診を断られることもあった。その背景には、職員と住民との信頼関係が十分に築けていないことがあるのではないかと分析し、平成２７年度以降、地区担当制を導入した。町内を３地区に分け、管理栄養士１名・栄養士１名・保健師１名が、それぞれ１地区を担当し、受診勧奨を行った。なお、全体の進捗管理や各地区担当のフォローは、保健師１名が行っている。

上の受診勧奨とあわせて、岐阜県高山市の取組を一部参考にして、平成 29 年度以降、特定保健指導の積極的支援・動機づけ支援に該当する人、広川町で設定しているハイリスクの条件※に該当する人に対しては、地区担当が個別に自宅を訪問し、健診結果の解釈を対面で説明している。

平成 26 年度以降、電話や訪問にかかる職員の業務負担量はあまり変わらないが、年度を重ねるごとに、地区担当と被保険者が「顔見知り」になってきたことで、電話による受診勧奨を行った際に「今年もあなたね、またどうも」といった会話が生まれるようになり、受診勧奨を行いやすくなってきたと手ごたえを感じている。

※次の条件のいずれかに該当した者をハイリスクと定義している…血圧 180/110 mmHg 以上、LDL-C180mg/dl 以上、HbA1c7.4%以上、中性脂肪 400mg/dl 以上、尿酸 9mg/dl 以上、尿蛋白 2+以上、eGFR45%以下、心房細動あり、微量アルブミン 30mg/l 以上、1 日推定塩分摂取量 10g 以上、BMI25kg/m^2 以上

＜図表３　特定健診 受診勧奨記録表①＞

氏名		住所				地区	
		生年月日		性別		年齢	
宛名番号		電話番号		保険	国保・その他	国保番号	

	病名	年齢		病名	状態		病名	続柄
既往歴			現病歴			家族歴		

	受診日	判定	所見	総合判定コメント
健診履歴				

生活習慣		その他データから読み取れる事
労働	職業 開始時間　　時　　～　終了時間　　時	
運動習慣	（通勤含め1回30分以上×2日/週以上）あり・なし	
飲酒習慣	あり・なし 週に　　回　種類・量	
喫煙習慣	あり・なし　　本/日　喫煙歴　　年	
20歳頃の体重　　ｋｇ 過去の最高体重　　ｋｇ		

血のつながった親、兄弟、子で右枠の病気で「治療中」又は「治療していた」方がいますか？ 父 ―┬― 母 　　本人	① 心疾患による突然死、 男性 55 歳未満・女性 65 歳未満での心疾患の発症 ② 心筋梗塞・狭心症 ③ 脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血 ④ 慢性腎臓病 ⑤ 糖尿病 ⑥ 高血圧 ⑦ 脂質異常症 ⑧ 高尿酸 ⑨ 肥満症 ⑩ その他

＜図表４　特定健診 受診勧奨記録表②＞

日付 内容 時間	担当 者	使った 教材	こちらの語りかけ （伝えたかった事）	反応・発言	こちらの思い

課題②：受診勧奨時に、本人・家族へ連絡が取れない

➡改善②：地域関係者・医療機関との連携体制の強化

電話や訪問による受診勧奨の際、本人や家族が不在の場合も多く、留守番電話への伝言メモや不在票を残していたが、折り返し電話がかかってくる件数はわずかであり、一向に連絡がとれないケースも多かった。

そこで、平成 28 年度以降、広川町内の区長に対して、区別の健診受診率や未受診者数を伝え、健診受診の啓発に対する協力依頼を行い始めた。平成 30 年度は、町内 34 区の区長へ協力を依頼した。具体的には、区よりさらに下の組織である隣組（10～20 軒程度の居住単位）を活用し、地域の実情や住民の状況に詳しい隣組長から、回覧板を回す時などに、健診受診を呼び掛けてもらうことができた。

また、受診勧奨対象者の住所が不明の場合には、庁内の関係課（国保課・水道課）に協力を仰ぎ、所在地を探している。なお、個人情報の保護に関する法律および広川町個人情報保護条例を踏まえ、区長など外部の関係者には、健診受診の啓発のみを依頼しており、未受診者の個人情報等は開示していない。

また、通院している方が多いという広川町の実情を踏まえ、かかりつけ医から、健診の受診勧奨や、検査（採血）データの健診結果への活用を呼び掛けてもらうことが重要であると課内で考えた。そこで、平成 26 年度以降、個別健診の契約を締結している病院を含む町内の医療機関を全て訪問し、受診勧奨への協力を依頼している。訪問時には、特定健診受診率の推移や、個別健診実施者数の推移、検査データの特定健診への提供件数の推移など、健診実施状況に係るデータをまとめた資料を持参することで、医療機関の協力によって受診率や受診者数が増加しているということを、医師に短時間で理解して頂けるように心掛けた。

なお、かかりつけ医で実施された検査データの提供にあたって、広川町では、患者本人がかかりつけ医から紙媒体で検査データを受領し、受領した紙を役場で印刷して、直接役場に提出して頂く方法を基本としている。

＜図表５　個別健診受診者数・検査データ提供数の推移（平成２９年度実績）＞

	H26	H27	H28	H29
個別健診実施者数	271	413	256	299
検査データ提供数	212	375	581	630
（うち項目不足）	22	50	100	35

課題③：集団健診参加者の満足度を詳細に把握できていない

➡改善③：　参加者アンケートによる健診実施状況の評価

平成 26 年度以前は、予約無しで健診に訪れた人の受診を断っていたが、断られた人からの要望が多かったため、予約無しでも食事を抜いていれば（空腹での採血が可能であれば）、受診可能となるように、健診実施機関と協力して対応した。当該対象者の受診券番号が不明などの問題は生じたが、その場合は、健診実施機関から役場に電話で連絡し、被保険者かどうかの確認をしてもらうようにした。休日は、役場への電話がつながらないため、健診実施機関から当該対象者に対して被保険者でない場合に自己負担金が生じるリスクを説明してもらい、理解して頂いた上で、受診してもらった。このような対応により、健診会場での混乱は特に生じず、結果的に、特定健診受診率の向

上につながったと感じている。

以上より、集団健診の受診率向上のためには、健診参加者から、集団健診時の満足度の低さにつながる要因を聞き出し、改善につなげていくことが重要だと考えていたが、平成 29 年度以前は、参加者からの満足度や、改善してほしい事項等を体系的に把握できていなかった。

そこで、平成 29 年度以降、参加者アンケートの実施を健診実施機関に依頼した。具体的には、①健診スタッフについて（受付・案内対応、各検診者の対応、身だしなみ）、②健診について（検査待ち時間、健診会場の配置）の各項目に、５段階評価で回答してもらった。また、その他お気づきの点について、自由記載で回答してもらった。

その結果、アンケート結果において、受付での待ち時間が長い・支払いに時間がかかる、とった不満が多かったことを踏まえ、平成 30 年度、健診実施機関と協力し、受付を二人体制にしたり、会場の導線を変えたりなど、改善を図った。

アンケートを行うことによって、健診参加者の声が、健診実施機関に直接届くようになり、健診実施機関のモチベーションが向上したと感じる。また、アンケート結果をもとに、健診実施機関と定期的に事業の振り返りを行うことができるようになり、連携が取りやすくなった。

４．事業の成果と今後の方向性

特定健診受診率は年々増加しており、平成２０年度から平成３０年度にかけて、約３倍になっている。住民一人ひとりに納得して健診を受診してもらえるよう、電話や訪問による丁寧な説明を心掛けてきたことが受診率向上に影響しているのではないかと感じている。また、町内の医療機関や区長など、地域関係者と連携し、地域全体で組織的に受診勧奨を行うことが、一定の成果につながったと考えている。

今後の課題は、若い世代への受診勧奨である。若い世代は、日中仕事で連絡がつきにくく、また、隣組の未加入者も多いため、そもそも受診勧奨できないケースが多い。同居家族が多い場合には、家族に対して受診勧奨メッセージを残せるが、核家族世帯の場合はそのような対応も難しい。今後、健診申込方法について、はがき・電話だけではなく、スマホ等の電子媒体による申込を可能とするなど、若い世代（特に、核家族世帯）に特化した対策を検討していきたい。

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
長野県南木曽町：委託事業者を活用した人的基盤の強化、講演会の実施、集団健診実施会場の増加に関する取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	4,065 人	国保被保険者数	827 人	高齢化率	42.7%
事業概況	開始年度	平成 25 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約 269 万円

※事業費には、受診勧奨・健康講演会・結果説明等に係る事業費用が含まれる。健診実施費用は含まれない。

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が増加しており、75 歳頃を境に生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇していた。平成 22 年度以降、医療費が県内トップ５に入っており、生活習慣病の予防対策を進め、医療費の伸びを抑制することが急務となっていた。

そこで、特定健診受診率向上対策事業を平成 25 年度から開始した。特定健診実施率は、平成 28 年度時点で既に 61.5%となっており、国の目標値である 60%を達成していたが、上のような背景から、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防のため、更なる受診率向上を目指してきた。

＜図表１　特定健診実施率の目標・実績の推移＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	45.0%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%
実績	48.0%	44.6%	43.5%	42.0%	43.5%	44.3%	47.2%	55.5%	61.5%	68.4%

②事業概要

<table>
<tr><td colspan="2">目的</td><td>● 特定健診受診率を向上させ、生活習慣病の発症・重症化予防を目指し、医療費を適正化する。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">目標</td><td>短期</td><td>● 特定健診受診率：令和５年時点で 65%
※平成 30 年～令和４年の各年の目標値は定めておらず、令和５年時点の目標値のみ定めている。</td></tr>
<tr><td>中長期</td><td>● 糖尿病等の生活習慣病の発症者数の減少、生活習慣病の重症化予防、医療費の抑制</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診形態・日程・費用</td><td>● 受診券送付時期：集団健診申込者は７月、個別健診申込者は随時
● 集団健診：４会場、８月（日曜を含む４日間）、無料
● 個別健診：３医療機関、５～翌年２月、無料
● 特定健診に係る診療情報の活用：実施あり
● 職場健診・人間ドックからの健診結果の提供：実施あり
※３５歳以上の国保加入者を対象に、人間ドック費用の７割（上限３万円）を助成。
※職場健診を受けている者等を対象に、特定健診の法定実施項目と同等の場合にデータ提供を依頼しており、データ提供者には粗品を提供している。</td></tr>
<tr><td colspan="2">実施内容</td><td>● 健診申込がない者を対象に、自宅訪問による受診勧奨の実施。（通年）
● 継続受診を促す健康講演会の実施。（９月）
● 健診結果の個別説明会・自宅訪問による対面での結果説明。（通年）
＜年間の流れ＞

※集団健診未受診者への受診勧奨は、集団健診終了後、随時実施する。</td></tr>
<tr><td colspan="2">実施体制</td><td>● 事業計画、予算案の作成：住民係
● 受診勧奨対象者の抽出、自宅訪問による受診勧奨：健康しあわせ係
※全体統括・受診勧奨対象者の抽出：常勤保健師、書類作成：非常勤事務、自宅訪問による受診勧奨：常勤保健師・非常勤看護師・非常勤保健師
● 結果説明会の実施：健康しあわせ係（常勤保健師・非常勤保健師・非常勤管理栄養士）、委託事業者（健康ライフサポート LLP）
● 健康講演会：外部講師に依頼（年１回、参加者 50 名程度）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">評価指標</td><td>短期</td><td>アウトカム：特定健診受診率</td></tr>
<tr><td>中長期</td><td>アウトカム：
糖尿病性腎症による新規透析患者数（平成 28 年度実績：０人　⇒　令和６年度目標：０人）
糖尿病が強く疑われる者のうち未治療者の割合（平成 28 年度実績：男性 3.6%、女性 1.9%　⇒　令和６年度目標：男性 3.2%、女性 1.7%）</td></tr>
</table>

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

住民係と健康しあわせ係で協議を行い、受診率の分析や取組の評価を行っている。評価結果は、南木曽町の国民健康保険運営協議会に報告している。

その結果、平成 25 年度以降、毎年受診率が増加しており、第２期特定健診等実施計画の実施期間である平成 25 年から平成 29 年にかけて、受診率が 24.1%増加している。また、平成 28 年度に、国の目標値である 60%を達成し、平成 30 年度には 72.4%となっている。

なお、過去の事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

① 【平成27～28年】健診結果の説明を行う人員の不足

② 【平成27～28年】健診の継続受診を地域全体へ啓発する機会の不足

③ 【平成28～29年】受診勧奨対象者の状況把握ができておらず、効果的な受診勧奨が困難

④ 【平成29～30年】居住地域によって健診の受けやすさが異なる

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：健診結果の説明を行う人員の不足

➡改善①：委託事業者を活用した人的基盤の強化

南木曽町では、平成 22 年度以降、医療費が県内トップ５に入っており、生活習慣病の予防対策の推進が重要な課題となっていた。生活習慣病の早期発見・早期治療のためには、健診を毎年継続して受診してもらうことが必要であると係内で認識していたが、平成 20 年から平成 24 年にかけて、特定健診受診率は伸び悩んでいた。そこで、平成 25 年度より、未受診者への受診勧奨など、特定健診受診率向上対策に力を入れて取り組んできた。

その甲斐あって、平成 25 年から平成 28 年にかけて、特定健診受診率は伸びてきたが、健診受診者が増加するにつれて、健診結果の説明を個別に行うことが職員の体制面から難しくなっていた。しかし、担当係の職員の経験上、健診を毎年受診することの必要性や健診結果の見方を、健診受診者へ丁寧に伝えることが、受診率向上に効果的であると感じており、今後も個別説明は継続したいと係内で考えていた。

以前より、健診結果の個別説明会（集団健診受診者が対象）については、担当課の職員に加えて一部を事業者に委託し実施していたが、平成 29 年度以降、より多くの人員を確保できる事業者に変更し、人的基盤を強化することによって、これまでどおりの水準で、個別に結果説明が行えるように対応した。南木曽町の職員と、委託事業者の職員とで、説明の仕方にバラツキが出ないように、結果説明会の前には必ず、対象者全員分の結果返却方法に関する打合せを委託事業者と行っている。

また、平成 30 年度から、結果説明にかける時間を見直し、それまで一人につき 30 分だったものを 45 分に拡大することで、健診結果の説明・保健指導をより丁寧に行えるようにした。個別説明会に参加できなかった人に対しては、常勤保健師又は非常勤保健師が自宅を訪問し、健診結果の説明と保健指導を行っている。個別健診受診者への健診結果の返却についても、集団健診と同様、原則、保健師が自宅訪問により実施している。

課題②：健診の継続受診を地域全体へ啓発する機会の不足

➡改善②：地域住民を対象とした講演会の実施

受診率向上のためには、健診受診者への個別のアプローチと並行して、健診の継続受診を地域全体へ啓発していくことが重要ではないかと担当係で考えた結果、平成 28 年度以降、継続受診を促すことを目的に、年１回、地域住民を対象とした健康講演会を主催している。

企画・運営は、住民係・健康しあわせ係が共同で行っている。講演会の講師は、外部の有識者に依頼しており、講演内容は、委託事業者を通じて外部講師と打ち合わせを重ねながら決定している。担当係と委託事業者で相談し、講演の導入として、南木曽町における特定健診結果の状況等について、健診データの全体的な傾向を中心に、外部講師に説明して頂くようにしている。また、講演では、参加者（約 50 名）に対して、健診を継続して受けることの重要性や健診の受け方を説明するとともに、最新の健康情報を共有している。

地域住民に興味を持って参加してもらえるように、毎年、担当係と委託事業者で工夫しており、平成 29 年度は、血管年齢測定や歩行姿勢測定など、住民があまり馴染みのない健康測定を講演前に体験できるブースを用意した。また、講演終了後には、健診を予約できるブースを設け、健診受診につなげている。講演後にはアンケートを実施しており、講演に参加した理由や、講演後に特定健診を受診したいと思ったか等を調査することで、次年度の講演内容の検討につなげている。

＜図表２　講演内容（平成２９年度）＞

課題③：受診勧奨対象者の状況把握ができておらず、効果的な受診勧奨が困難

➡改善③：受診勧奨対象者の状況管理ファイルの作成

平成 27 年度以前は、受診勧奨対象者の健診受診状況や、背景情報（健診受診歴、未受診理由等）、最新の受診勧奨記録について、担当係内で一元管理していなかった。それにより、既に健診を予約済みの人に対して、受診勧奨を行ってしまったケースがあった。住民係・健康しあわせ係で協議した結果、受診勧奨対象者の最新の健診受診状況や、背景情報等を事前に把握している方が、より効率的かつ効果的な受診勧奨につながると考えられた。

そこで、健康しあわせ係の専門職で、受診勧奨対象者の状況管理ファイル（エクセル共有ファイル）を作成することにした。平成 28～29 年にかけて、受診勧奨対象者に関する情報を、上述の管理ファイルに一元化し、受診勧奨を担当する職員全員で共有した。

また、当該年度に受診しない理由（３月の健診意向調査で把握したもの）によって、受診勧奨対象者を「受けない」・「治療中」・「（受診しない理由が）未回答」の３シートに分割し、受診勧奨時の方針が混乱しないようにした。

その結果、取組開始前の平成 27 年度と比較して、取組開始後の平成 28 年度の受診率は６％増加しており、一定の効果が出ていると考えている。

さらに、平成 29 年度以降、３月の健診意向調査で個別健診を希望した人に関しては、本人同意のもと、個別健診委託医療機関（町内１機関、町外２機関）へ健診受診希望者名簿を送付し、かかりつけ医から健診受診対象者に受診勧奨を行って頂けるよう、協力を依頼している。特に、町内の医療機関では、受診勧奨を積極的に行って頂いており、健診を受診しやすい環境を整えて頂いていると感じている。

実際に使用した状況管理ファイルは本事例の最後に掲載している。

課題④：居住地域によって健診の受けやすさが異なる

➡改善④：集団健診実施会場の増加

平成 29 年度以前、集団健診を町内１か所の会場で実施していた。しかし、健診受診対象者の多くは高齢者であり、受診対象者の中には、自宅から会場までの距離が遠く、健診を受診できない人もいた。そのような状況を踏まえ係内で検討した結果、実施会場を増やし、自宅から近い会場で受診できる人を増やすことで、受診者率が向上するのではないか、という結論になった。

そこで、平成 30 年度、集団健診の実施会場を町内４か所に増やした。会場ごとに、実施日を分けており、約４日間（日曜を含む）、南木曽町を巡回する形で、健診を実施した。その結果、これまで会場に来ることができなかった人が、健診を受診するようになり、平成 29 年～30 年にかけて、受診率が４％増加した。

４．事業の成果と今後の方向性

平成 25 年度から平成 29 年度にかけて、庁内で連携し、受診率向上の取組を進めてきた。その結果、上記期間内で受診率が約 20%増加しており、一定の成果が出ていると考えられる。しかし、受診率に関する詳細な分析等（対象者特性別の受診率の比較、等）はこれまで行うことができていなかったため、今後の課題としたい。

一方で、特定健診受診率は国の目標値である 60%を達成し、既に高い数値であることから、今後は、健診受診率を維持するとともに、特定保健指導実施率の向上に、より重点をおいて取り組んでいきたいと考えている。

＜図表３　受診勧奨対象者の状況管理ファイル＞

H30　特定『受けない』該当者一覧表

	行政区	住　　所	世帯主名	氏名	カナ氏名	性別	H30 年度年齢	チェック リスト	電話番号	H29意向調査	H29結果	受診歴	H30担当	平成29年度　経　緯　・　結　果	区　分	変更前
															受けない	
家族															受けない	
															受けない	
															受けない	
家族															受けない	
															平　日	
家族															受けない	
															受けない	
家族															受けない	
															受けない	

H30　特定『治療中』 該当者一覧表

	行政区	住　　所	世帯主名	氏名	カナ氏名	性別	H30 年度年齢	チェック リスト	電話番号	H29意向調査	H29結果	受診歴	H30担当	平成29年度　経　緯　・　結　果	区　分
															治療中
															治療中
															治療中
家族															治療中
															個別
															職　場

H30　特定『未回答』該当者一覧表

	行政区	住　　所	世帯主名	氏名	カナ氏名	性別	H30 年度年齢	チェック リスト	電話番号	H29意向調査	H29結果	受診歴	H30担当	平成29年度　経　緯　・　結　果	区　分
家族															未回答
															未回答

PDCA サイクルに沿った特定健診受診率向上対策に関する事例
北海道陸別町：未受診者への自宅訪問・結果説明会の開催、診療所と連携した検査データ提供体制の構築に関する取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	2,358 人	国保被保険者数	684 人	高齢化率	39.1%
事業概況	開始年度	平成 20 年度	事業実施形態	直営	事業費	約 289 万円

※事業費には、特定健診実施費用も含む。

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

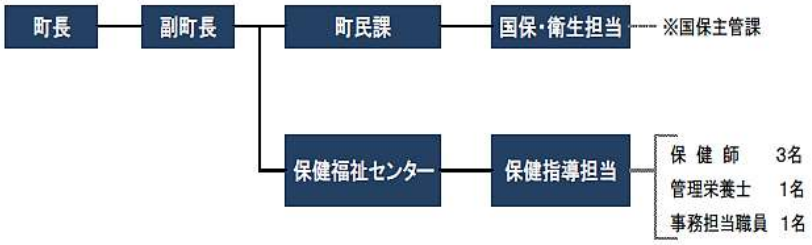
平成 20 年度当初は 30.8%と受診率が低く、事務的な対応では受診率が伸びないと感じ、積極的に取り組んできた。第２期特定健診等実施計画が始まった平成 25 年度時点で、46.5%と大幅に受診率が向上していたが、国の目標値である 60%には及ばなかったため、平成 26 年度以降、町内医療機関との連携体制を強化し、60%超を目指してきた。

＜特定健診実施率の目標・実績の推移＞

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績	30.8%	36.4%	41.0%	42.9%	43.9%	46.5%	54.6%	56.7%	68.4%	70.1%

②事業概要

目的	● 生活習慣病の発症・重症化予防を目指し、特定健診受診率を向上させる。
目標	● 特定健診受診率：（平成 30 年～令和元年）70%
健診形態・日程・費用	● 受診券送付時期：７月上旬 ● 集団健診：２会場、９月（日・月・火曜の３日間）、11 月（火・水・木曜の３日間、JA 組合員を対象）、無料 ● 個別健診：３医療機関、１～３月、無料　※平成 30 年度以降 ● 特定健診に係る診療情報の提供：実施あり（１医療機関と提携）※平成 28 年度以降 ● 商工会・人間ドックからの健診結果の提供：　実施あり　※平成 23 年度以降
実施内容	● 未受診者に対する個別訪問による受診勧奨。（通年）※平成 21 年度以降 ● 健診受診者に対する結果説明会の実施。（10 月～３月）※平成 21 年度以降 ● 胃・肺・大腸がん・肝炎検診との同時実施。（９月～11 月）※平成 20 年度以降

実施体制	● 事業計画の検討：国保部門（町民課）、衛生部門（保健指導担当） ● 予算案の作成：国保部門 ● 特定健診対象者の抽出・周知啓発：国保部門、衛生部門 ● 受診勧奨の実施：衛生部門 ※受診勧奨にあたっては、地区担当制を導入している（保健師３名・管理栄養士１名）。 
評価指標	● アウトカム：特定健診受診率

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

衛生部門が毎年分析・評価を行っている。評価結果は国保部門に報告し、次年度の事業計画を検討している。会議の場を設けている訳ではないが、評価結果は、町内の医療機関の医師に日々共有しており、次年度以降の改善策について助言を得ている。

これまでの事業評価では、平成 20～22 年にかけて、受診率が約 10%増加したことや、平成 27～28 年にかけて、受診率がさらに 10%以上増加したことを主な成果として捉えている。

一方で、過去の事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

① 【平成20～22年】事務的な対応だけでは、特定健診受診率が伸びない

② 【平成27～29年】新規受診者数が増えない

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：【平成２０～２２年】事務的な対応だけでは、受診率が伸びない
➡改善①：未受診者への自宅訪問・結果説明会の開催

平成 20 年度、受診券・健診結果は郵送で通知しており、個別の説明などは行っていなかった。受診率が 30.8%と低い状況を踏まえ、事務的な対応だけでは、受診率が伸びないと感じ、未受診者に対して、積極的に対応していく必要があると考えた。

そこで、平成 21 年度以降、当該年度に健診受診の申込がない者を対象に、保健師や管理栄養士による自宅訪問を開始し、健康相談を行いながら、健診の重要性を説明するようにした。医療機関未受診者や、長期間健診を受診していない者に対しては、特に重点的に自宅訪問を行った。長期間健診を受診していない者に対して受診勧奨を行う際は、健診を受診していないことを責めるような言い方はせず、「具合が悪いところはないですか？」「最近体の調子はどうですか？」というように、相手を心配していることが伝わるような話し方を心掛けた。また、40 歳で新規に健診受診対象者になった人に対しても自宅訪問を行い、健診の受け方を説明している。訪問の際に、治療中の方も健診が必要であることを伝えたことにより、受診をする人が増えたと感じている。

さらに、健診結果を単に郵送するのではなく、結果説明会を開催し、健診受診者に対して、保健師から直接健診結果を手渡し、その場で健康相談や保健指導を行うようにした。結果説明会の参加率を上げるために、健診受診と同時に、1 か月後の結果説明会の予約を取ってもらうようにしている。

結果説明会では、健診結果によって、説明を担当する職種を変えている。具体的には、糖尿病や慢性腎臓病など、食事内容が大きく影響する疾患を有する人や、そのようなリスクが高い人には、管理栄養士が結果説明や保健指導を行っている。それ以外の人には、保健師が結果を説明している。

その結果、対象者一人ひとりの生活スタイルや病状に応じた、受診勧奨・保健指導を行うことができ、健診受診者からの反応が良くなったと感じている。結果的に、平成 20～22 年にかけて、受診率が約 10%向上している。

課題②：【平成２７～２９年】新規受診者数が増えない
➡改善②－１：特定健診の自己負担金無料化

平成 23～26 年にかけて、受診率は年々増加していたが、新規受診者数の経年推移を保健指導担当で確認した結果、新規受診者数が頭打ちになっていた。平成２５年より、町内診療所の医師から、国民健康保険加入の患者に特定健診を受けるように呼び掛けてもらったことで、治療中の人を健診受診に結び付けることができるようになった。しかし、今後、既存の取組だけでは、国の目標値を達成することが難しいのではないかという意見が保健指導担当から挙がっていた。

そのような状況の中で、国保部門から「特定健診を無料化した方が、受診者の負担が減って、住民が健診を受診しやすくなるのではないか」という提案を受けた。実際、保健指導担当が受診勧奨を行う際に、有料なら受診するのは難しいといった声を住民から聞くケースもあった。

そこで、平成 28 年度より、従来は 1,500 円徴収していた受診料（自己負担金）を無料化し、受診者の経済的な負担を軽減した。その結果、受診者の負担が少なくなっただけでなく、経済的な理由

からこれまで未受診だった人が、健診を受診してくれるようになった。また、自己負担金が無料になったことで、保健指導担当から健診受診対象者に対して、受診を呼び掛けやすくなった。

➡改善②－２：町内の診療所と連携した検査データ提供体制の構築

平成 26 年度以前から、商工会が実施している事業所健診の検査データを受領したり、保健師が自宅訪問する際に、対象者から個別の健診データを受領したりなど、その他の健診データを特定健診結果として活用する取組は行っていた。しかし、組織的な提供体制は構築していなかった。

そこで、平成 28 年頃より、通院中の人の検査データについて、本人の同意を得て、町内の診療所（陸別町国民健康保険関寛斎診療所）から直接、陸別町役場へ提供してもらう体制を構築した。その際、保健師や管理栄養士が自主的に行っている勉強会で紹介された取組事例を参考にして、診療所の事務職員と協議しながら、役割分担等の詳細を詰めていった。

その結果、医療機関の受診を理由に、特定健診を受診しなかった人を拾い上げることができ、平成 27～28 年にかけて、受診率が 11.7%上昇した。

➡改善②－３：個別健診の導入

平成 29 年度以前は、集団健診のみ実施していたが、かかりつけ医のもと特定健診も受けたい人や、日程の都合が悪く受診できない人、集団の環境が苦手で受診しない人が存在した。

そこで、上のような人に対する受診機会の確保を目的に、平成 30 年度、個別健診を導入することにした。導入にあたって、町内の国保加入者が、生活習慣病で頻繁に受診する医療機関を調査し、上位３つに挙がった町内医療機関と個別健診の契約を結んだ。

その結果、集団健診を受診しない人が個別健診を受診してくれるようになり、新規受診者の獲得に成功した。受診率自体も前年度より約１％増加しており、平成 30 年度は、71.3%となっている。また、保健指導担当から医師に、健診受診者の治療方針を尋ねる機会ができ、医師から保健指導担当に、薬を取りに来ない患者の状況を相談されるなど、地域の医師との関わりを密にすることができた。それによって、受診率向上だけでなく、重症化予防にもつながり、地域全体で住民の健康を支え合うという意識が関係者間で形成された。

４．事業の成果と今後の方向性

特定健診受診率は既に高い値となっているため、今後は、受診率をどのように維持していくかが課題である。継続して受診してもらえるように、検査項目の追加や、保健指導技術の向上に努め、受診者が自分の身体をイメージし、自ら健康な生活習慣を選択できるようにサポートしていきたい。

また、健診受診率の向上にとどまらず、生活習慣病の発症予防や重症化予防に繋げていくことで、陸別町の医療費適正化を着実に進めていきたい。

B. 糖尿病性腎症重症化予防

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

埼玉県さいたま市：かかりつけ医との連携を重視した指導内容の見える化、指導参加者数の増加の実現に向けた取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	1,306,079 人	国保被保険者数	243,572 人	高齢化率	22.9%
事業概況	開始年度	平成 27 年度	事業実施形態	委託＋その他	事業費	46,657 千円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

埼玉県では、埼玉県医師会・埼玉県並びに埼玉糖尿病対策推進会議が、平成 26 年５月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成した。県は増え続ける人工透析に係る医療費を適正化するために、管内全域で同プログラムに基づく事業推進が必要と考え、平成 26 年度から糖尿病性腎症重症化予防事業を国保連合会による共同事業として実施することとした。共同事業では、平成 26 年度から受診勧奨、平成 27 年度から保健指導を開始した。なお、さいたま市は、県版プログラムに基づく保健指導については、さいたま市では「生活指導」と呼んでおり、共同事業での保健事業の開始と同じ平成 27 年度から実施している。

さいたま市は、第１期データヘルス計画策定の時点で、①全国及び埼玉県全体よりも特定健診受診者のうちの HbA1c 有所見者の割合が大幅に高いこと、②医療費全体に占める慢性腎不全（透析あり）と糖尿病の割合も 20%を占め、全国・他の政令市と比べて高いことを課題として挙げており、これに対応するために、共同事業の開始時より参加することとした。

共同事業においては、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結び付けるための受診勧奨を行うとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して、人工透析への移行を防止するための生活指導を行うこととした。

なお、生活習慣病重症化予防対策事業（糖尿病）は、第２期データヘルス計画（計画期間：平成 30 年度から令和５年度）においても、重点事業として位置付けられ、協力医療機関の拡大等を行い、事業の強化を図ることとした。

課題	対策の方向性		実施事業
● 腎不全の医療費が高額であり、人工透析患者の一人当たり医療費が高い。 ● HbA1c は、埼玉県・全国と比較し、高い状態が続いている。	● 糖尿病ハイリスク者を医療につなげる。 ● 服薬管理や食事管理、定期的な通院により重症化を防止する。	⏩	生活指導 受診勧奨（治療中断者／健診異常値放置者）

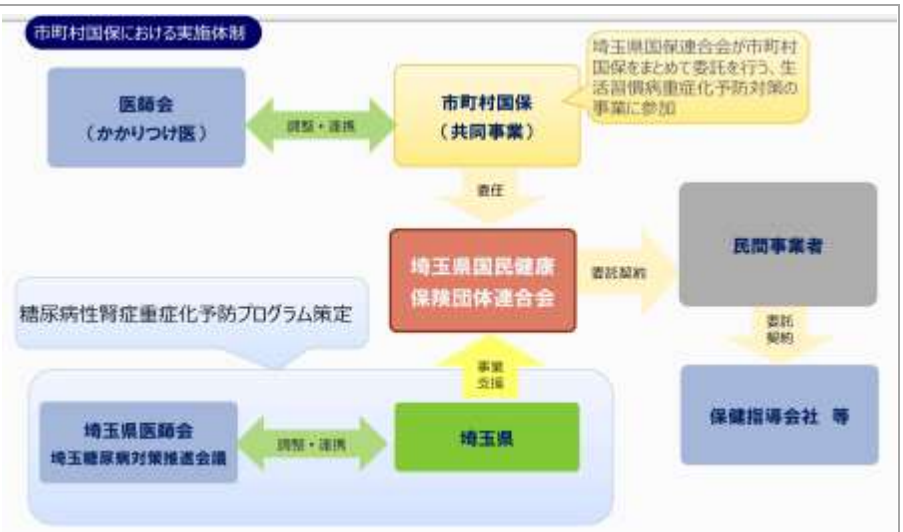
②事業概要

共同事業では、国保連合会から委託された委託事業者が、糖尿病性腎症患者に対して保健指導を実施している。さいたま市の生活指導は、埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき抽出された候補者のうち、プログラムへの参加の合意が得られた者に対して、かかりつけ医の指示内容をもとに、糖尿病性腎症の病期に応じて面談や電話による指導を行うものとなっている。

さいたま市をはじめとした市町村は、埼玉県国保連合会との間に協定を結び、候補者の選定に協力していただく医療機関に対して協力を求めるとともに、委託事業者が実施する生活指導の内容の確認、事業の評価を実施している。

なお、事業の目的・目標、評価指標は市が独自に設定し、進捗管理を行っている。

目的		● 糖尿病の重症化を予防し、人工透析への移行を防止する
目標	短期	＜ストラクチャー＞ ● 協力医療機関の段階的な増加：2020 年度までに 65 医療機関にする （平成 27 年度時点：20 医療機関） ＜アウトプット（生活指導）＞ ● 生活指導参加者（生活指導修了者）の増加： 各年度 20 人増（平成 27 年度時点：48 人） ＜アウトカム（受診勧奨）＞ ● 医療機関への受診者数の増加：各年度 0.5 ポイント増 （平成 27 年度時点の勧奨後受診率：健診異常値放置者⇒22.2%、治療中断者⇒16.0%）
	中長期	● 生活習慣病のうち、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけることで、重症化を予防する。 未受診者への医療機関受診率 25%、受診中断者への医療機関受診率 20%とする。 ● 糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、参加者の人工透析移行者を０人にする。 生活指導者参加者の翌年度の検査値（HbA1c・eGFR・クレアチニン・尿蛋白・血圧・BMI・腹囲・中性脂肪・LDL・HDL）の維持・改善率※を 60%にする。 2023 年度の生活指導参加者を 210 人とする。
対象者		● 糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い者（糖尿病性腎症の病期２・３・４期の者）
実施内容		● 埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、保健師等がかかりつけ医の指示内容をもとに指導を実施

実施体制	● 生活指導：埼玉県国保連合会が委託した事業者 ● 医師会・医療機関との連絡調整：さいたま市国民健康保険課保健事業係 
評価指標	ストラクチャー：委託料等の予算の確保／委託についての精度管理／医師会・国保連合会・県との連携 プロセス：抽出方法・マニュアル・スケジュールの確認／生活指導の状況確認 アウトプット：生活指導参加者数 アウトカム：生活指導参加者の翌年度の検査値の維持・改善

※維持・改善率は、血圧、BMI、腹囲、中性脂肪、LDL、HDL、HbA1c、Cr、eGFR、蛋白尿の数値と次年度の健診データを比較し、それぞれの項目について、数値が不変であれば「維持」、良くなっていれば「改善」、悪くなっていれば「悪化」とし、データのある人のうち「維持」「改善」者の割合

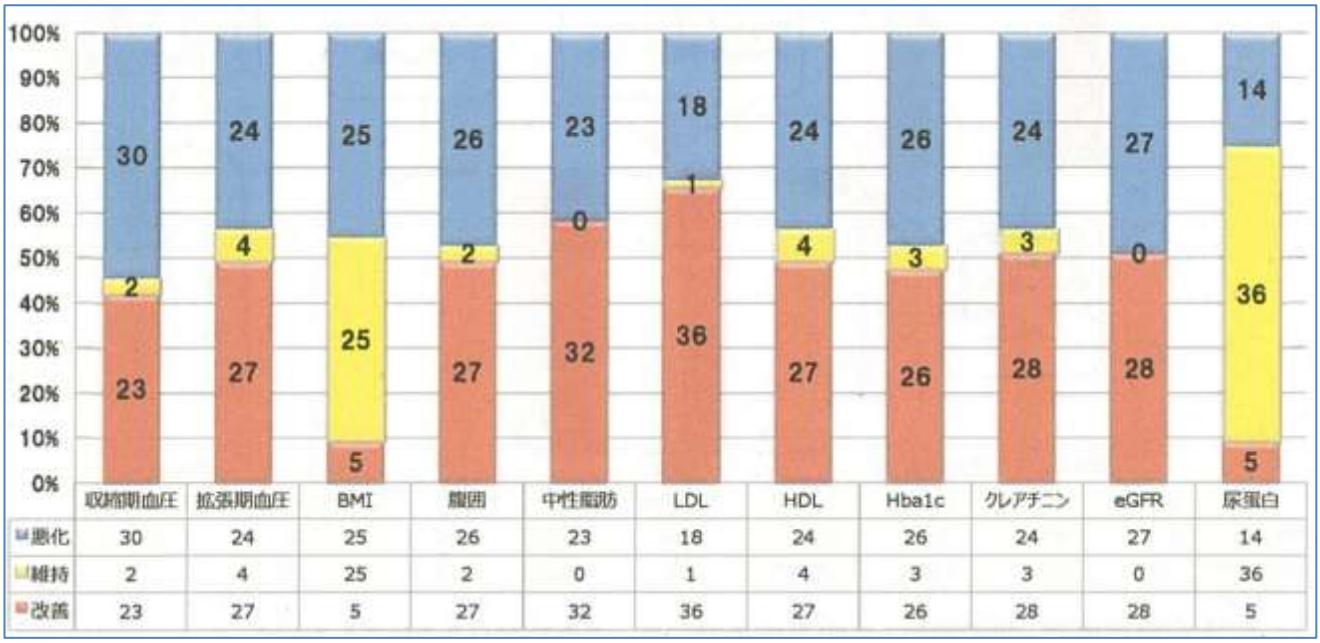
③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

さいたま市では、毎年度の実施事業について、事業の実施量に関するアウトプット指標、成果に関するアウトカム指標について評価を行っている。また、各年度、事業実施後には、指示書の作成等で協力いただいた、かかりつけ医に対するアンケート調査も実施しており、その中で挙げられている課題を振り返り、事業を効率的に進める仕組みの検討も行っている。

これらの評価結果については、協力いただいている医師会、国保の運営協議会等に報告をしている。

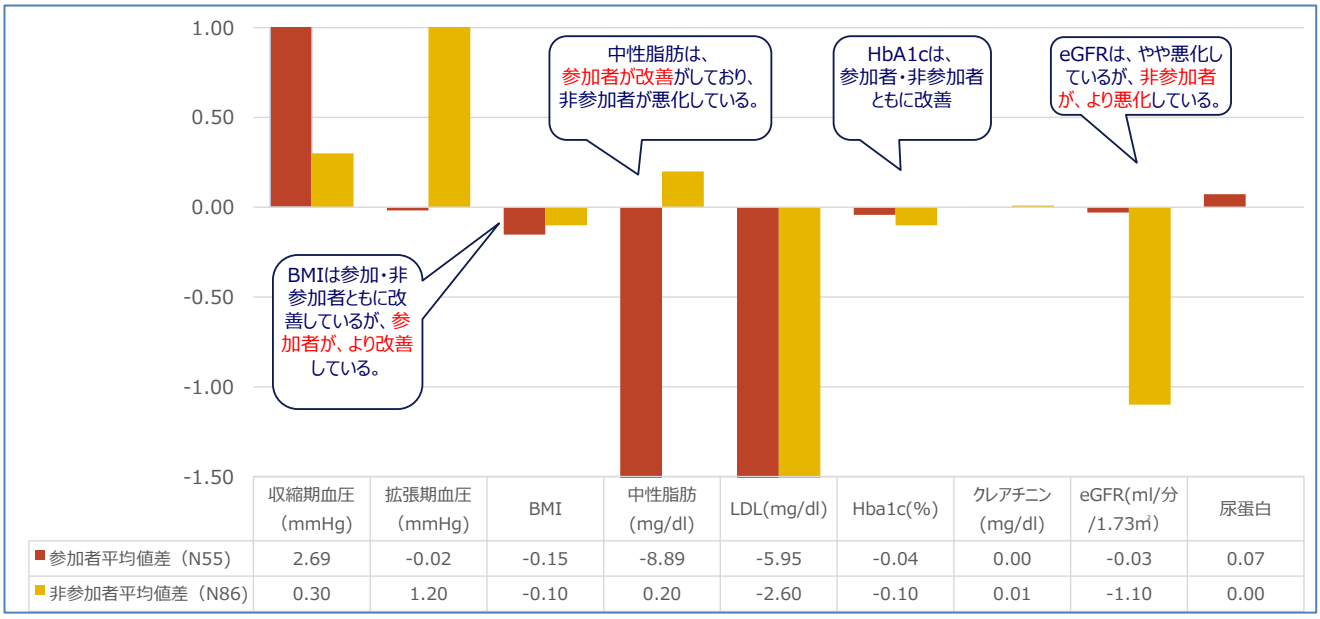
具体的な事業の成果としては、平成 29 年度参加者の平成 29・30 年度健診結果を比較すると、生活指導参加者の平成 30 年度の健診結果の約 50%以上が維持・改善できている（図表１）こと、生活指導の参加者の指導実施前後の eGFR を比較すると悪化しているが、非参加者より下がり幅は小さいこと（平成 29 年度と 30 年度の平均値の比較で、参加者：-0.03、参加者：-1.10、図表２）等が挙げられている。

＜図表1　平成29年度生活指導参加者の次年度との健診結果の比較＞　　N＝55



	収縮期血圧	拡張期血圧	BMI	腹囲	中性脂肪	LDL	HDL	Hba1c	クレアチニン	eGFR	尿蛋白
悪化	30	24	25	26	23	18	24	26	24	27	14
維持	2	4	25	2	0	1	4	3	3	0	36
改善	23	27	5	27	32	36	27	26	28	28	5

＜図表2　生活指導参加者と非参加者の2年間の健診結果比較＞



	収縮期血圧（mmHg）	拡張期血圧（mmHg）	BMI	中性脂肪（mg/dl）	LDL(mg/dl)	Hba1c(%)	クレアチニン（mg/dl）	eGFR(ml/分/1.73㎡)	尿蛋白
参加者平均値差（N55）	2.69	-0.02	-0.15	-8.89	-5.95	-0.04	0.00	-0.03	0.07
非参加者平均値差（N86）	0.30	1.20	-0.10	0.20	-2.60	-0.10	0.01	-1.10	0.00

また、事業評価で明らかになった主な課題は以下のとおりである。

①かかりつけ医等にとって、委託先による参加者への生活指導の経過・内容が分かりづらい

②生活指導の参加者数が目標に達していない

③対象者の抽出から生活指導修了までを１年間で行うことが時間的に難しい

④多忙等を理由として生活指導を受けない人も多い

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：かかりつけ医等にとって、委託先による参加者への生活指導の経過・内容が分かりづらい

➡改善①：委託先との円滑な情報共有のための様式の見直し

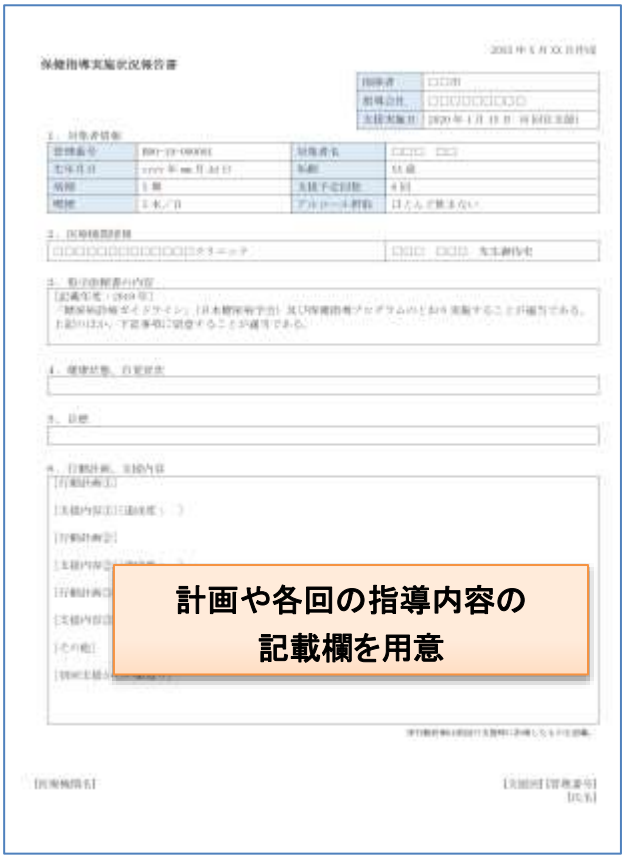
～保健指導実施計画書・実施状況報告書・実施結果報告書の様式を変更した指導内容の見える化～

生活指導は民間の保健指導会社の保健師等が実施する。生活指導の参加者は、個々の参加者のかかりつけ医が作成した指示書の内容を踏まえ、保健指導実施計画書を作成し、毎回の指導については実施状況報告書、最終指導の終了後には実施結果報告書を作成し、市に提出、市はそれをかかりつけ医にフィードバックすることになっている。

これらの様式は県で統一されたものであったが、医師会との話し合い、かかりつけ医を対象としたアンケートの中で、各回の実施状況報告書が単発で作成されるため、指示の内容が反映されているか、計画がどのような内容であったのか、各回の指導経過や内容がわかりづらい等の意見があった。

そこでさいたま市は、国保連合会と委託事業者に働きかけ、各種様式を変更してもらった。具体的には、各回で作成される実施状況報告書に、初回の面談で設定した計画の内容が記載され、各回の指導内容が記載されるとともに、各回の検査値の推移がわかるような欄を設け、１枚の様式において指導の状況を把握できるように変更した（図表３）。

＜図表3　令和元年度からの事業実施状況報告書様式＞



課題②：生活指導の参加者数が目標に達していない

➡改善②：対象者選定のプロセスを見直し

～かかりつけ医の負担を削減しながら協力医療機関・生活指導参加者数を増やすための工程の見直しと丁寧な説明を実施～

事業のアウトプット指標となる生活指導参加者に関する実績は下記の通りである（図表４）。市は生活指導により身体状況の維持・改善につながる人の割合をアウトカムにしており、それを達成することはもちろんのことではあるが、維持・改善につながる人を増やすには、まず候補者を増やすとともに、その中から初回面接参加者数（アウトプット）を増やしていくことが必要であると考えている。

＜図表4　生活指導の実績＞

実施年度	協力医療機関数	候補者数	生活指導対象者数	同意者数	初回面接実施者数	６か月後修了者数	申込率（同意者数／生活指導対象者数）
H27	２０	１７３	１４３	６４	５２	４８	４４．８%
H28	４０	３７０	３７０	６９	６６	６０	１８．６%
H29	５０	７２７	２５９	７６	７１	６８	２９．３%
H30	５１	７２３	３４４	９６	９１	８４	２７．９%
R1	５９	８８５	４３６	１０７	実施中	実施中	２４．５%

この人数を増やす必要あり！

生活指導に参加する人は、協力医療機関の患者となる。さいたま市では、協力医療機関で受診している患者について、①事務局が候補者として基準値に該当する者についてのリストアップを行い、その中から、②かかりつけ医によって生活指導対象者の選定をしてもらい、選定した患者に対してかかりつけ医からの説明があった上で、③市から個別患者に同意書を送付、同意取得するという一連のプロセスで生活指導に参加する者を選定していた。

共同事業で実施している本事業では、単年度ごとの契約となっており、医療機関において候補者から生活指導対象者として絞り込むという工程を非常に短期間の間に実施しなければならず、かかりつけ医にとっては負担が大きかった。

そこでさいたま市では、かかりつけ医に候補者から生活指導対象者への絞り込みを行う工程の負担を減らし、候補者として選定された患者に対して、市から直接同意書を送付し、同意取得をするという流れに変更することとした。

この工程の変更は、令和２年度から実施する予定である。それに先立ち、平成 30 年度の時点で市から医師会に対し、従前の工程と変更後の工程のメリット・デメリットについて丁寧に説明し、個々のかかりつけ医のメリットを理解いただいたうえで、同意いただいた。

ただし、その際、対象者に対して、かかりつけ医から事業の概要について説明するという時間が省かれるため、申込率（生活指導対象者に占める同意者数の割合）が低くなることも懸念された。そこで、市は生活指導参加者を増やすために、協力医療機関の数自体を増やすことも必要と考え、医師会に対し、候補者選定の工程の変更と合わせてその旨を伝え、協力を依頼した。

課題③：対象者の抽出から生活指導修了までを１年間で行うことが時間的に難しい

➡改善③：生活指導の回数を見直し

県のプログラムにのっとり、病期３・４期の者については、７回にわたる電話・面談を行う形式となっていた。共同事業は、候補者の選定から生活指導の修了までを単年度ごとに実施しなければならず、生活指導の期間も短期間とならざるを得なかった。この状況を改善するため、さいたま市は、県及び国保連合会に働きかけるなどの調整を行い、指導内容は維持しながら、共同事業で定められていた生活指導の回数を見直して７回から６回にした（図表５）。

＜図表5　生活指導の実績＞

課題④：多忙等を理由として生活指導を受けない人も多い

➡改善④：ポピュレーションアプローチを併用

～糖尿病や合併症に対する知識の普及・啓発のための機会の増加～

県のプログラムでは、糖尿病性腎症の病期２・３・４期の者を対象に生活指導を実施しているが、対象者の大半が高齢者であり、生活習慣改善が難しい人もみられる。また、生活習慣改善の必要な就労層は多忙を理由として生活指導を受けない人も多いという実態があった。

そのため、市では若い世代からの生活習慣改善に向けた意識付けが必要と考え、令和２年度より、各区の保健センターにおいて、糖尿病等の病態別教室を新たに開催し、糖尿病や合併症に対する知識をより広く普及・啓発するように努めることとした。

4. 事業の成果と今後の方向性

さいたま市は、アウトカム評価の結果、事業開始から現時点に至るまで、生活指導参加者のうち、人工透析に至った人は出ていない。

これまでの５年間の取組みの中で、数々の事業実施上の課題が明らかとなってきた。共同事業の枠組みの中での事業実施であり、候補者の選定方法等は委託事業者に委ねられ、単年度ごとの契約期間の間にすべての事業を実施しなければならないということは変わらず、依然として課題と認識している。ただし市として感じている運営上の課題については、随時、県・埼玉県国保連合会・委託先の事業者に伝え、できる限り改善を図るように働きかけきた。

その結果、地域のかかりつけ医の協力が得られやすい方向での事業実施になるように、既述のような改善につながっている。

今後も、共同事業の枠組みの中で事業を継続することが計画されているが、生活指導参加者が増え続けることは、市としての分担金や事務量が増え続けることにもなるため、今後はより効果の高い生活指導となるよう、生活指導の内容を確認、精査しながら、国保連合会・委託事業者に働きかけていく予定である。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

静岡県静岡市：医師会・専門医との連携強化やハイリスク者への継続的な支援、関係各課と連携したポピュレーションアプローチに係る取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	699,946 人	国保被保険者数	151,397 人	高齢化率	29.9%
事業概況	開始年度	平成 29 年度	事業実施形態	直営	事業費	約 291 万円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

静岡県静岡市では、国民健康保険被保険者の約 2 万人が糖尿病で治療中であり、糖尿病有病者の割合は男女ともに年々増加している。特定健診有所見者の状況では、HbA1c の有所見割合が約 6 割であり、全国平均よりも高い水準にあった（平成 28 年度特定健診結果）。また、疾病別医療費では悪性新生物に次いで腎不全の占める割合が高い状況である。さらに、人工透析患者数は概ね 800 人前後で推移しているが、そのうちの約半数が糖尿病に罹患していた（平成 29 年 5 月分レセプト分析より）。こうした実態から、糖尿病患者を減らし重症化を予防すること、新規人工透析導入患者数の増加を抑制し、医療費の伸びを抑制することが大きな課題であった。

第１期データヘルス計画（平成 27～29 年度）では、短期目標の１つに「糖尿病の減少」を、中長期目標として「新規人工透析導入患者の５％減少」を掲げ、糖尿病予備群を対象とした 1 泊 2 日の宿泊型糖尿病予防教室や、腎機能低下者や HbA1c7.0 以上の者への受診勧奨事業等を実施してきた。

その結果、平成 25 年度の新規人工透析導入者 131 人と比較して、平成 29 年度は 125 人と 4.6%減少しており、目標値に近い成果が得られた。一方で、HbA1c の有所見者割合は増加し、目標は未達成であった。

個別の事業結果について分析してみると、宿泊型糖尿病予防教室については、参加者のほぼ全員に生活習慣の改善が認められるなどの成果が確認できた。その一方で、参加者の特性として、もともと健康意識が高く、糖尿病の発症リスクが低い者が多いこと、もしくは既に主治医がいて医療管理下にあり、将来的な腎機能低下のリスクが低い集団であることが明らかとなった。加えて、参加者が年間 30～40 人程度であり、地域全体での改善効果があまり見込まれないと考えられた。

糖尿病性腎症重症化予防事業では、平成 28 年度から、個別保健指導対象者を「特定健診結果が HbA1c7.0 以上の医療機関未受診者」から「HbA1c6.5 以上の未受診者及び糖尿病治療中の腎機能低下者」に見直した。第２期データヘルス計画では、より糖尿病性腎症重症化リスクの高い集団への保健指導に重点を置くことで、新規人工透析導入患者数の減少の達成を目指すこととした。

また、平成 28 年度に、腎臓専門医の声かけで、糖尿病専門医・腎臓専門医・医師会・行政が集まり、「糖尿病性腎症の重症化防止を考える会」（通称「糖腎防の会」）が設立され、「糖腎防の会」のワーキンググループにて、当該年度の健診結果から対象者を抽出して、糖尿病性腎症の早期介入を

目指すとともに、腎機能低下が疑われる方については、かかりつけ医から専門医へ紹介を促すシステムとする、静岡市民のための「静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。

本プログラムの実施には、かかりつけ医の先生方の協力が欠かせないため、糖腎防の会発起人である腎臓専門医と行政で、静岡市静岡医師会、静岡市清水医師会へ協力依頼を繰り返し行った。医師会員への通報に、糖腎防の会会長名で協力依頼文を同封し、会員全員へプログラム概要のパウチを配布する等を行い、平成 29 年 4 月から、本プログラムを実施した。

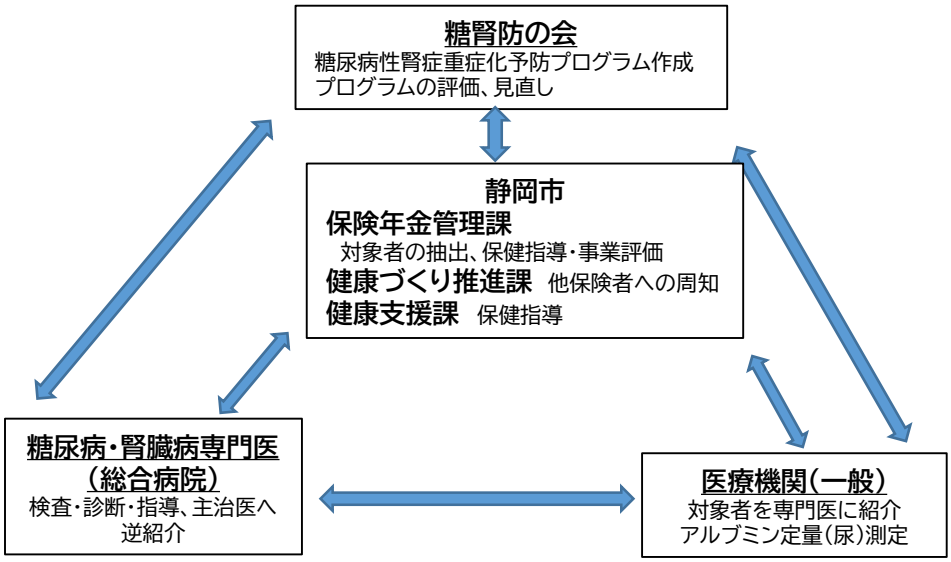
課題	対策の方向性	実施事業
● アルブミン定量（尿）測定の実施率が低い。	● 医師会会員への予防プログラムの周知と協力者の増加	・医師会通報に再度協力依頼を通知。
● ケースに対して継続的な支援に至っていない。	● 糖尿病管理台帳で、継続的な支援を行い重症化を予防	・HbA1c10%以上の者への家庭訪問 ・プログラム対象者への受診勧奨・保健指導の実施 ・HbA1c6.2%～6.4%の健診結果の者に啓発ちらしの送付
● 高血糖にならないための予防啓発の取組が組織的に行われていない。	● 高血糖者の減少へ向け、関係機関、関係各課と連携したポピュレーションアプローチを実施	・庁内関係課、コメディカル、関係機関と高血糖者の増加について共有し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを周知。 ・世界糖尿病デー、世界腎臓デーのイベント実施

②事業概要

静岡市における糖尿病性腎症重症化予防事業は、保険年金管理課（令和元年度から組織改正で健康づくり推進課に所管変更）と各区健康支援課の保健師等が連携して直営で実施している。

静岡市の特徴としては「糖腎防の会」の先生方の協力により「静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、糖腎防の会の中で毎回進捗状況を報告して評価・見直しを行っている。

＜図表１　連携体制＞



平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的		● 糖尿病性腎症の早期発見及び重症化を予防して、新規人工透析の導入を防止する
目標	短期	● 糖尿病有所見者割合を減少させる。 （平成 28 年度：HbA1c5.6%以上男性 60.4%、女性 61.4%を毎年減少させる。）
	中長期	● 令和５年度には、新規人工透析患者数 10%減少させる。 （平成 28 年度：119 人→令和５年度 107 人未満）
対象者		● 医療機関の未受診者： 当該年度の健診結果が HbA1c（NGSP）6.5%以上の者で、糖尿病により医療機関を受診していない者 ● 医療機関の受診中断者： 当該年度の健診結果が HbA1c（NGSP）6.5%以上の者で、レセプト情報により継続受診していないと判断される者 ● ハイリスク者（糖尿病患者を含む）： 健診結果が HbA1c（NGSP）6.5%以上かつ尿蛋白定性（１＋）以上または腎機能低下者※ ※（49 歳以下）eGFR60ml/分/1.73 ㎡未満、（50 歳～69 歳）eGFR50ml/分/1.73 ㎡未満、（70 歳以上）eGFR40ml/分/1.73 ㎡未満
実施内容		● 対象者に対する個別面接、電話指導、文書指導、訪問指導による受診勧奨及び保健指導の実施 ※（参考１）参照

実施体制	● 保険年金管理課：対象者の抽出や保健指導の実施、事業評価 ● 健康づくり推進課：静岡市全体の健康課題分析や静岡市全体へ「静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知等 ● 健康支援課（保健福祉センター）：保健指導の実施
評価指標（目標）	（１）ストラクチャー（構造） ・ 予防プログラムが、健診実施医療機関に周知されている。 ・ 予防プログラムが、他の保険者に周知されている。 ・ 医療機関（一般）および専門医の連携体制ができる。 ・ 予防プログラムを評価・見直す体制がある。 （２）プロセス（過程） ・ 予防プログラムの周知について、計画を立て広報が行われている。（医師会・専門医・健診機関・市民） ・ 予防プログラムについて、各機関が理解・実施できるよう必要な書式文書等を用意し、配布できている。 ・ 対象者への受診勧奨が行われている。 ・ 医療機関（一般）よりはがき A が、専門医よりはがき B が返送されている。 （３）アウトプット（事業実施量） ・ 受診勧奨率（受診勧奨者数／受診勧奨対象者数）90%以上 （４）アウトカム（効果・結果） ・ 医療機関（一般）の受診率（医療機関（一般）への受診者数／受診勧奨者数 ）　70%以上 ・ 医療機関（一般）から専門医への紹介率（医療機関（一般）から専門医への紹介者数／専門医への受診勧奨者数）30%以上 ・ 医療機関（一般）でのアルブミン定量（尿）測定率（アルブミン測定者数／受診勧奨者のうち蛋白尿（－）又は（±）の患者数）70%以上 ・ 介入前後の検査値(HbA1c、e-GFR、尿蛋白）の変化を比較（目標値 60%維持・改善） ・ 新規人工透析導入患者数　平成 35 年度に 107 人未満

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価結果については、前述の「糖腎防の会」で評価検討する他、衛生部門等関係課や医師会との意見交換会（年２回開催）にて報告し、意見を聴取している。

平成 30 年度の事業評価結果では、ストラクチャー指標やプロセス指標に関しては、医師会・専門医・保険者が連携する体制を整え、事業内容の周知を繰り返し実施するなど、成果を挙げていた。また、アウトプットやアウトカムについても一定の改善が見られ、新規人工透析導入患者数は目標を上回る結果を出すなどの成果も確認できた。

＜図表２　平成 30 年度の実績（アウトカム評価結果の例）＞

介入前後の検査値の変化（平成 29 年度対象者の平成 30 年度健診結果）	● HbA1c 値は 309 名中 202 名（65.4%）、eGFR 値は 309 名中 208 名（67.3%）が維持改善しており、目標を達成。 ● 蛋白尿の維持改善割合は 87.9%
医療機関（一般）の受診率 アルブミン定量（尿）測定率 医療機関（一般）から専門医への紹介率	● 医療機関（一般）の受診率　93.1% ● アルブミン定量（尿）測定率　32.4% ● 医療機関（一般）から専門医への紹介率　19.3%
糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	● 新規人工透析導入患者数は 103 名であり令和 5 年度目標の 107 人未満を早期に達成。ただし、転出入も影響するため、今後の経過をみていく必要がある。

一方で、次のような課題が明らかとなった。

①　かかりつけ医と専門医の病診連携が不十分である。

②　単年度事業であり、ケースへの継続的支援に至っていない。

③　高血糖を予防するための啓発に係る取組が組織的に行われていない。

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：かかりつけ医と専門医の病診連携が不十分である。

➡改善①：医師会への再度の協力依頼を実施

～「糖腎防の会」で状況を共有し、会として改めて医師会に依頼～

糖尿病性腎症重症化予防事業では、糖尿病性腎症の早期発見のため、事業の対象者に対し、一般医療機関にてアルブミン定量（尿）測定を実施してもらうよう、協力を依頼している。また、一定の基準に該当する方については、一般医療機関から糖尿病・腎臓専門医に紹介していただくこととしている（(参考１）参照)。

しかしながら、事業評価の結果、アルブミン定量（尿）測定の実施率が 32.4%（目標 70%)、医療機関（一般）から専門医への紹介率が 19.3%（目標 30%）と、目標よりも低いことが明らかとなった。

当該事業結果を「糖腎防の会」で共有したところ、地域の医療機関・医師の協力が不可欠であり、医療機関・医師の協力がより一層得られるよう、改めて事業への協力依頼が必要と考えられた。

そこで、医師会に再度の協力依頼をし、医師会通報にてアルブミン定量（尿）の測定状況や、医療機関（一般）から専門医への紹介率の現状を伝えるとともに、「糖腎防の会」から協力依頼文書（(参考２）参照）を通知した。

課題②：単年度事業であり、ケースへの継続的支援に至っていない

➡改善②：新たに対象者の抽出基準を設け、フォローを実施

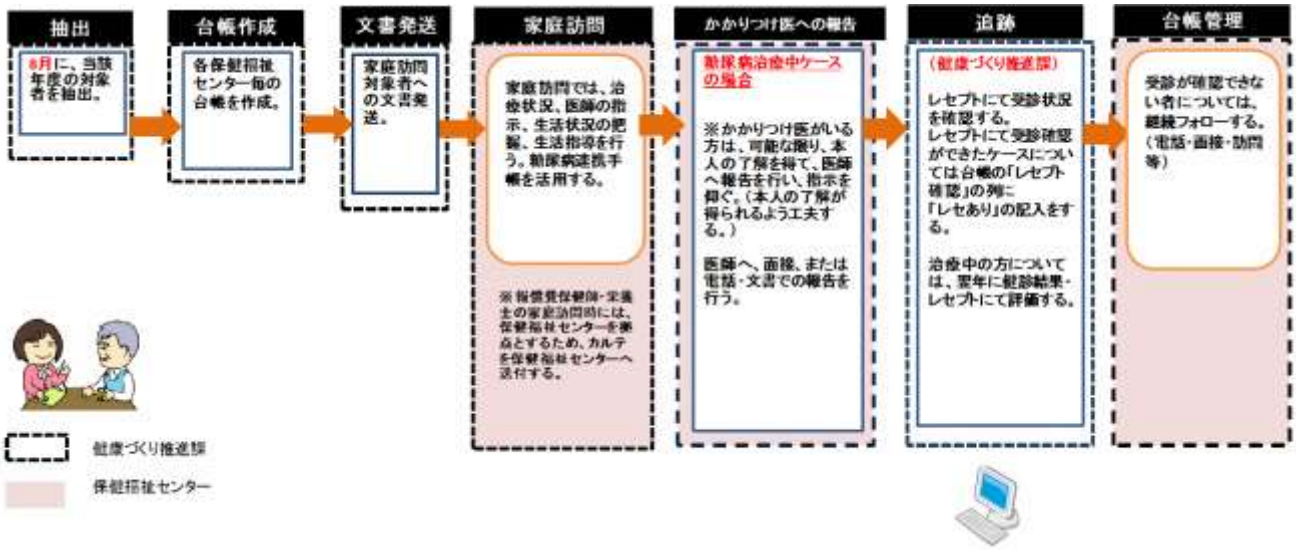
～ハイリスク者への継続的な支援を実施～

糖尿病性腎症重症化予防のためには継続的な支援の必要性を感じていたものの、これまでの事業は単年度事業であるため、対象者への継続的な支援ができていなかった。また、当該年度の健診結果をもとに対象者を抽出するため、健診未受診者には支援できていなかった。

一方、保険年金管理課では、糖尿病の重症化を予防するため、リスクが高いと考えられるHbA1c10%以上のケースに対して状況把握のための家庭訪問を行っていた。家庭訪問の過程で、治療を中断しているケースや食事療法ができていないケース、治療中であっても HbA1c10%以上であるケースがあることなどの実態が見えてきた。こうした実態からも、市の保健師等は、継続的な支援により血糖値の改善を目指すことに加え、人工透析や心血管系イベントを予防していく取組が必要だと感じていた。

そこで、当該年度の特定健診未受診者や治療中断しているケースについても糖尿病の重症化予防を支援できるよう、令和元年度より、過去 5 年間に一度でも HbA1c が 10%以上となった方（465 人）を抽出し、家庭訪問による保健指導を開始することとした。家庭訪問は糖尿病管理台帳を作成し、健康支援課保健師とともに実施している。

＜図表３　家庭訪問の流れ＞



課題③：高血糖を予防するための啓発に係る取組が組織的に行われていない

➡改善③：庁内における連携体制を見直し

～庁内関係各課が連携して高血糖を予防する体制を整備～

医師会や糖腎防の会等との連携など、庁外関係機関との連携体制の構築は進んでいたものの、糖尿病や糖尿病性腎症重症化予防の取組は担当課のみで取り組む課題ではなく、地域全体で取り組むべきであり、妊娠期～高齢者までの各世代に対して高血糖予防の重要性・必要性を啓発する等、全庁的な対策の推進が必要と感じていた。

そこで、平成 30 年度から、庁内関係課が集まる「健康爛漫計画推進作業部会」という会議において糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を報告するとともに、糖尿病や糖尿病性腎症重症化予防について、静岡市の健康課題として取り組む必要性を訴え、庁内関係課で糖尿病予防対策を検討した。

また、各健康福祉センターで行う健康まつりや、出前講座、イベント等の機会を利用して、高血糖者が多いという現状について、パネルを作成して啓発展示を繰り返し実施した。

さらに、有識者・市民を交えた「健康福祉審議会健康づくり専門分科会」でも糖尿病予防への取組について議題として取り上げ、より多くの他部局の関係者に対し、対策や連携の重要性を伝える機会を得ることができた。

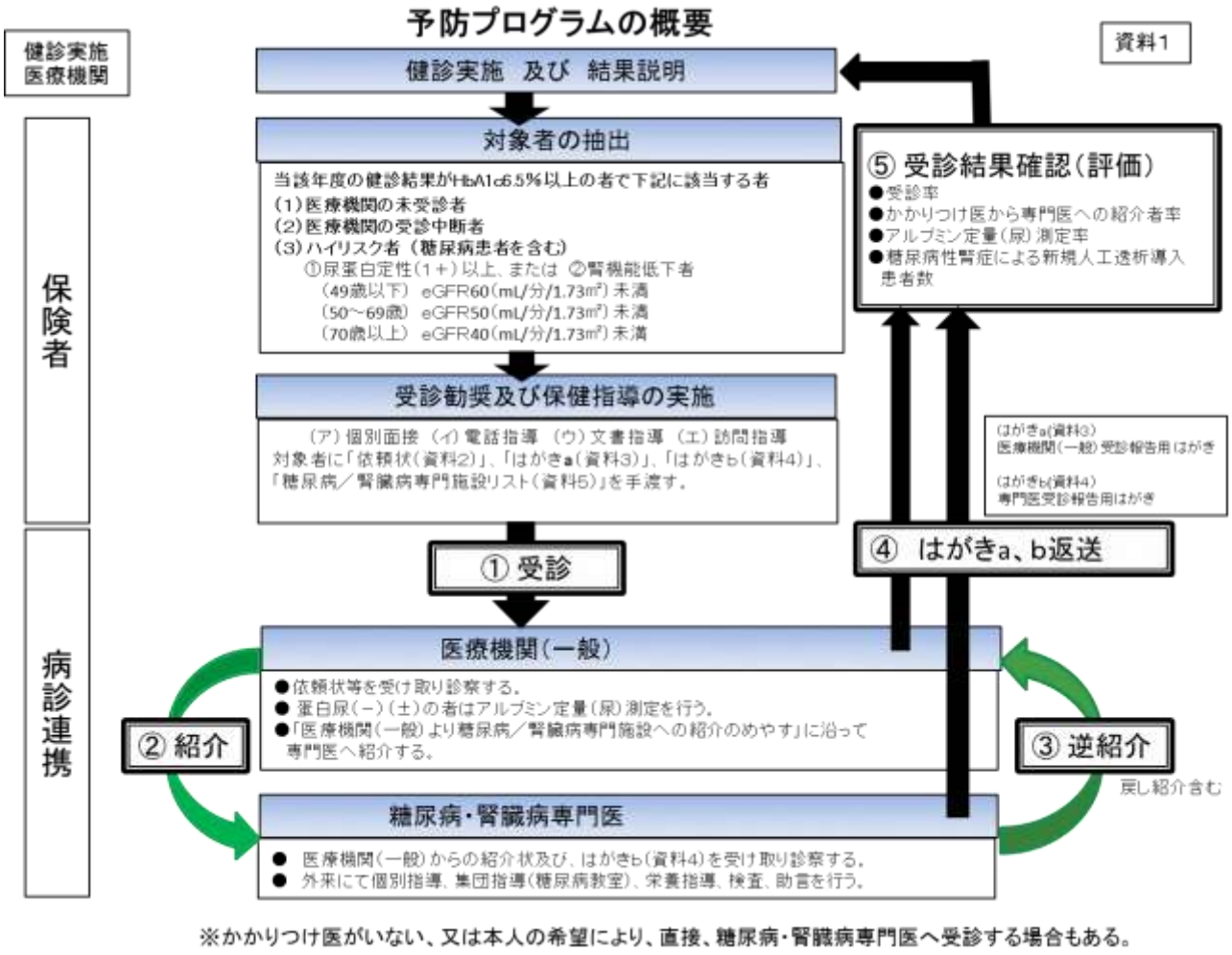
その結果、さらに他の関係部局からも関心が寄せられ、糖尿病対策に向けた啓発事業等の話し合いが行われるようになった。

並行して、静岡県栄養士会や歯科医師会、薬剤師会等のコメディカルにも糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて周知を進め、地域・職域全体で対策に取り組むことができるよう体制を進めている。

4. 事業の成果と今後の方向性

静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関して、ストラクチャー評価としては医師会、糖尿病・腎臓専門医等の庁外関係機関との連携体制は構築されており、アウトカム評価等においても一定の成果を挙げている。一方で、かかりつけ医や専門医との連携やプログラム対象者への継続支援、地域の関係機関や庁内関係各課と連携して市民への予防啓発をすすめていくことが、今後の課題である。

（参考１）重症化予防プログラムの概要



※かかりつけ医がいない、又は本人の希望により、直接、糖尿病・腎臓病専門医へ受診する場合もある。

※はがき A

はがきａ表

料金受取人払郵便

差出有効期間
〇年〇月〇日まで

（受取人）

保険者　行

（注意）裏面ご記入後、必ずシールを貼ってご投函ください。

はがきａ裏

≪医療機関（一般）用はがき≫

患者氏名　静岡　太郎　様
生年月日　〇〇　年　月　日生　（　才）
住　所　静岡市葵区追手町〇番〇号
検査値　HbA1c　6.5　eGFR 61　尿蛋白（－）

【受診報告】

上記患者様が当院を受診されましたので報告します。
受診日　平成　年　月　日
医療機関名

1．アルブミン定量（尿）測定
□ 実施した　□ 実施せず
※顕性蛋白尿の方は測定不要です。

2．専門医との連携状況について
□ 専門医と連携予定または連携中
□ 専門医への紹介なし（理由についてチェックをお願いします）
理由　□ 患者要因
□ 医療上紹介不要と判断
□ 当院で専門的に治療中
□ その他（　）

※はがき B

はがきｂ表

料金受取人払郵便

差出有効期間
〇年〇月〇日まで

（受取人）

保険者　行

はがきｂ裏

≪専門医用はがき≫

患者氏名　静　岡　太　郎　様
生年月日　〇〇〇〇年〇〇月〇〇日（　才）
住　所　静岡市葵区追手町〇番〇号
検査値　HbA1c　6.5　eGFR 61　尿蛋白（－）

【受診報告】

上記患者様が当院を受診されましたので報告します。
受診日　平成　年　月　日
医療機関名
診療科
医師名

本はがきは、専門医の先生へ紹介される際に、紹介状に同封してください。

＜専門医の先生へ＞
患者さんが受診しましたら、ご記入のうえ、シールを貼って投函ください。

（参考２）協力依頼文書

令和2年2月17日

静岡市静岡医師会員
静岡市清水医師会員　各位

静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組状況（報告）

静岡市糖腎防の会
会長　田中一成

春寒の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

糖尿病・CKD診療につきましては、皆様のご協力をいただき、病診連携が浸透してきていると感じております。静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて平成28年度に静岡市糖腎防の会が中心となって策定し、平成29年度より静岡市が中心となって実施してまいりました。その実施状況をご報告します。

静岡市糖腎防の会は蛋白尿(-)または(±)の糖尿病患者のアルブミン尿測定を推進しています。H30年度の測定率は32.4%と低迷しています。さらにアルブミン尿陽性もしくはハイリスク患者（尿蛋白陽性もしくは腎機能低下例）については専門施設との連携医療を推奨していますが、連携率は19.3%でした。種々の事情があるとおもいますが、専門施設では糖尿病療養指導の熱い介入が実現できています。ぜひご利用ください。

記

1．静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの静岡市国保対象者の状況（平成 29・30 年度）

		平成29年度		平成30年度	
		人数	割合	人数	割合
特定健診受診者		39,850	—	38,858	—
プログラム対象者		754	1.89%	725	1.87%
内訳	未受診者・治療中断者	468	62.1%	408	56.3%
	（再掲）未受診者・治療中断者かつハイリスク者	144	19.1%	129	17.8%
	糖尿病治療中ハイリスク者	286	37.9%	317	43.7%

コメント:プログラム対象者、未受診者・治療中断者の割合は減少している。
平成 29 年度健診対象者 754 人中平成 30 年度健診でも対象者に抽出された者は 112 人、平成 29 年度健診からの累計は 1,367 人である。

2. 静岡市国保の平成 30 年度結果(評価)　　(注) 3)、4)は、緑色はがきの返信結果を集計

1) 受診勧奨・保健指導実施率	98.2%	受診勧奨・保健指導者数/対象者数	712/725人
2) 受診勧奨後の受診率	93.1%	医療機関受診者数/受診勧奨・保健指導者数	663/712人
3) 医療機関（一般）から専門医への紹介率	19.3%	専門医との連携数/ハイリスク者数	86/446人
4) アルブミン定量（尿）測定率	32.4%	アルブミン定量（尿）測定者数/対象者数	122/376人

3. 緑色はがきの返信結果の状況(静岡市国保　平成 29･30 年度)

		平成29年度		平成30年度	
		人数	割合	人数	割合
特定健診受診者		39,850	―	38,858	―
プログラム対象者		754	1.89%	725	1.87%
1)はがきの配布数（率）		643	85.3%	629	86.8%
2)かかりつけ医からの返信数（率）		332	51.6%	338	53.7%
3)尿蛋白（－・±）のアルブミン定量（尿）対象者数（率）		362	48.0%	376	51.9%
4)アルブミン定量（尿）実施者数（率）		89	24.6%	122	32.4%
5)ハイリスク者数（率）		445	59.0%	446	61.5%
6)専門医との連携数（率）		83	18.7%	86	19.3%
7)専門医との連携なし数（率）		134	30.1%	227	50.9%
理由（重複あり）	①患者要因	27	20.1%	32	14.1%
	②医療上紹介不要	41	30.6%	95	41.9%
	③当院で専門的に治療	59	44.0%	138	60.8%
	④その他	39	29.1%	38	16.7%

4. 静岡市国保以外の保険者(令和 2 年 1 月末現在 2 保険者)の平成 30 年度結果(評価)

1) 受診勧奨・保健指導実施率	89.2%	受診勧奨・保健指導者数/対象者数	83/93人
2) 受診勧奨後の受診率	37.3%	医療機関受診者数/受診勧奨・保健指導者数	31/83人
3) アルブミン定量（尿）測定率	8.3%	アルブミン定量（尿）測定者数/対象者数	3/36人
4) 緑色はがきで専門医との連携あり	25.0%	専門医との連携有/緑色はがき返信数	3/12人

静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進することで、糖尿病性腎症の重症化、新規人工透析導入患者数の減少を目指していきますので、今後ともご協力をお願いいたします。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

大阪府東大阪市：対象者の選定基準・実施方法の見直し等に係る取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	489,462 人	被保険者数	112,091 人	高齢化率	28.1%
事業概況	開始年度	平成 26 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約 437 万円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

東大阪市では、総医療費のうち慢性腎不全の占める割合が最も高くなっており、そのうち人工透析導入患者の増加が医療費の上昇に影響を及ぼしていた。また、合併症をひき起こし重症化すると人工透析の起因の１つとなる糖尿病は、腎不全に次いで総医療費に占める割合が高く、糖尿病性腎症重症化予防の対策が課題であった。

平成 28 年特定健診結果によると、糖尿病性腎症の疑い者数は 66 人であった。そこで、糖尿病性腎症重症化予防対策として、未治療者に対する受診勧奨や、治療中の者に対する治療継続支援や医療と連携した保健指導等を実施してきたが、HbA1c6.5%以上の者に占める対象者の割合は 3 割程度であり、かつ、保健指導等の実施率は 5 割程度に留まっていた。また、人工透析患者数の割合や新規透析導入患者数は以下のように増加傾向を示していた。

＜図表１　人工透析患者数の割合の推移＞

平成 26 年度末	平成 27 年度末	平成 28 年度末
3.86%	3.93%	4.19%

＜図表２　新規透析導入患者数＞

平成 27 年度末	平成 28 年度末
114 人	115 人

さらに、平成 28 年度の人工透析新規登録者の内訳をみると、特定健診受診者数が延べ 16 人と少なく、効果的な事業の展開ができていないことが明らかとなった。そのため、第２期データヘルス計画では、特定健診受診率向上にも取り組みつつ、実施者数の増加等を図りながら糖尿病性腎症重症化予防に引き続き取り組むこととした。

②事業概要

東大阪市では、国保部門が保健部門と連携して、直営で行う受診勧奨や保健指導と、民間事業者に委託して行う保健指導（個別指導プログラム）とがある。委託による保健指導は平成 29 年度から開始しており、開始に当たっては医師会長に説明し、医師会の協力を依頼した。医師会長へはその後も毎年、説明と協力依頼を行っている。

平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的	● 糖尿病の治療放置やコントロール不良による悪化で、糖尿病性腎症など合併症を予防し、人工透析に陥ることを防ぎ、QOL の維持、向上を目指す。
目標	● 血糖高値の未治療者には受診勧奨を行い、受診につなげる。 ● また、血糖高値の治療中コントロール不良者には、受診の継続や食事、運動など保健指導を行い、血糖のコントロールが安定するよう働きかける。
対象者	【直営で実施】 ● 特定健診受診者のうち、69 歳以下で尿蛋白（２＋）以上または eGFR45ml/min/1.73 ㎡未満※で腎臓病に関するレセプトなしの者でかつ、以下の条件に該当する者 ・対象１：受診勧奨対象者…空腹時血糖 126mg/dl 以上または bA1c6.5%以上 ・対象２：保健指導等対象者…空腹時血糖 130mg/dl 以上または HbA1c7.0%以上 ※令和元年度は 60ml/min/1.73 ㎡未満に変更 【委託で実施】 ● 対象３：特定健診受診者のうち、糖尿病治療中で eGFR15～60ml/min/1.73 ㎡未満の者
実施内容	【直営で実施】 ● 対象1:対象者に HbA1c、空腹時血糖のステージを明記したリーフレットを送付後に電話し、状況確認・受診勧奨を実施 ● 対象2:上記同様にリーフレット送付後に電話し、受診勧奨・保健指導を実施 【委託で実施】 ● 対象3:対象者に事業内容について書面で通知し、申し込みを受け付け、かかりつけ医への連絡ののち、電話・面談による保健指導を実施。(実施期間は6か月。糖尿病性腎症Ⅲ期は面談2回、電話 10 回、Ⅳ期は面談3回、電話9回実施)
実施体制	● 対象者の抽出、事業評価:市民生活部医療保険室保険管理課 ● 対象1・2に対する医療機関への受診勧奨及び保健指導:健康部健康づくり課 ● 対象3に対する保健指導:委託事業者
評価指標	＜短期的評価＞ ● プロセス：糖尿病未治療・HbA1c6.5%以上の対象者のカバー率、糖尿病治療中・HbA1c7.0%以上の対象者のカバー率 ● アウトプット：個別指導プログラムの参加者数 ● アウトカム：個別指導プログラムの検査値（血圧、BMI、HbA1c、eGFR）の改善

＜中長期的評価＞

- アウトプット：未治療者の受診勧奨対象者におけるカバー率、治療者への保健指導対象者におけるカバー率、個別指導プログラム参加人数（H35 年度目標：10 人）
- アウトカム：未治療者に占める HbA1c6.5%以上の割合、治療者に占める HbA1c7.0%以上の割合、人工透析患者数の割合、人工透析新規導入者数（H35 年度目標：年 100 人以下）

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価は保険管理課にて実施しており、評価結果は医師会へ報告している。個人への介入内容や介入結果は糖尿病連携手帳等を活用しながら、対象者を通じてかかりつけ医にも報告している。

平成 29 年度事業から委託事業者による個別支援プログラムを開始したが、次のようなことが明らかとなった。

①委託して実施する個別指導プログラムの参加者数が少ない

②対象者や主治医にとって事業の内容が分かりづらい

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：委託事業者が実施する個別指導プログラムの参加者数が少ない

➡改善①：対象者の選定基準・実施方法を見直し

～特定健診結果に基づき対象者を選定する方法に変更～

従来の糖尿病性腎症重症化予防事業では、対象者を「糖尿病性腎症Ⅲ期または、Ⅳ期と診断されている者」としており、主治医から条件に該当する患者に事業について説明してもらい、参加者を募る方法としていた。しかしながら、この方法ではなかなか対象者が集まらず、実施人数が定員 10 名のところ、2 名程度しか参加がないなど、実施人数が少ない水準に留まっていた。

参加者数が伸び悩む原因について、事業に協力いただいている主治医の意見も踏まえながら、民間事業者とともに分析したところ、従来の方法では主治医の負担が大きいほか、主治医に対し事業の具体的内容を十分に伝えることができておらず、主治医側は事業の必要性について理解するものの、対象者の選定・参加勧奨に積極的になれなかったり、対象者に具体的に説明ができない等の理由により、参加申込につながらない様子が見えてきた。

そこで、対応策の１つとして、主治医からの紹介がなくても、市から対象者に直接参加を呼び掛けられるよう、対象者の選定基準や実施方法を見直すこととした。

見直しの結果、平成 30 年度から新たに、特定健診結果を用いて「糖尿病治療中で eGFR15～60ml/min/1.73 ㎡未満」に該当する者を市で抽出し、対象者へ直接事業を案内する方法を採用することとした。この方法では、本人から事業に参加申込をしてもらい、市からかかりつけ医の同意を得ることとしている。

課題②：対象者や主治医にとって事業の内容が分かりづらい

➡改善②：事業に関する説明文書を見直し

～他市町村の事例も参考にしながら、事業の具体的な内容が伝わる内容に変更～

前述の課題への対応策を検討する過程で、事業の説明文書や対象者への説明用資料の内容について、改善の余地があるのではないかとの議論になった。

従来の資料には、事業の目的や対象者の選定条件、保健指導を行うことなどを記載していたが、実際にどのような保健指導を行うのか、具体的な内容が分かりづらいものとなっていた。

そこで、委託事業者と連携し、他市町村での受診勧奨のリーフレット等も参考にしながら、事業における実施内容（電話と訪問で生活習慣等に関する保健指導を行うなど）を具体的に記載する等、内容を見直したリーフレットを作成した。

＜図表３　個別指導プログラムのリーフレット（抜粋）＞

＜図表４　個別指導プログラムの案内文書（抜粋）＞

糖尿病の重症化を防ぐ
「糖尿病改善プログラム」のご案内

「糖尿病改善（糖尿病性腎症重症化予防）プログラム」とは、あなたのかかりつけ医の治療方針のもと、糖尿病から病状が進行し人工透析にならないために東大阪市国民健康保険から委託をうけた保健師・看護師による個別支援です。自分のからだと生活を守るために、自分の病気のことについて考えるお手伝いをします。

プログラム内容

期間は6か月間。

直接お会いする「面談」を 2～3回、お電話で状況をお伺いすることを8～9回、お身体の状態に合わせて相談し決定します。

参加費は 無料 です。

※面談は東大阪市内の各保健センターで行います。ご家族の立ち会いも可能です。

食事改善　運動習慣　自己管理

ご返送期限：6 月 27 日（水）まで

参加希望の有無を同封の「**プログラム参加確認書**」に記載し、返信用封筒でご返送お願いします。

充実した内容ですので、定員は **10** 名です。
お早めにお申込みください。

裏面もご覧ください

【返送期限：6月27日(水)】 プログラム参加確認書

同封書類をお読みいただき、以下の項目をご記入後、同封の返信用封筒にてご返送ください。

記入日付	平成 30 年　月　日
カナ氏名	
氏　名（自署）	※参加・不参加に関わらず氏名をご記入ください。また、参加の場合は、別紙の「個人情報の取扱いについて」にご同意の上、氏名の自署をお願いします。
住　所（勤務先・自宅）	※公文書送付先となります。 〒　－ 大阪府東大阪市
生年月日・性別	昭和　年　月　日　男・女
電話番号（携帯・勤務先・自宅）	※平日の日中連絡可能な連絡先をご記入ください。 携帯　－　－ 勤務先・自宅　－　－
連絡可能時間帯（9：00～18：30 の間）	：　～　： ※上記時間帯以外にもお電話をさせて頂くことがございます。

①プログラム参加について　※チェックを付けてください

□参加します（かかりつけ医への連絡にも同意します。）

必ず下記かかりつけ医情報をご記入ください。
【重要】かかりつけ医をお持ちでない場合、ご参加いただけません。早急に、お近くの専門医へ受診ください。

かかりつけ医名	
医療機関名	
医療機関住所	〒　－
医療機関 TEL	－　－

※保険管理課職員がかかりつけ医にプログラムについての説明を行います。

□参加しません
※下記の理由にもチェックをお願いします。

【理由】
□自己管理ができているから
□参加する時間がないから
□参加対象外であるから
□その他
（　　）

■保険者　東大阪市医療保険室 保険管理課　TEL 06-4309-3051
■プログラム実施会社　株式会社 DPP ヘルスパートナーズ　大阪支社 TEL 06-6152-6074

4. 事業の成果と今後の方向性

対象者の選定基準や実施方法等の見直しにより、それまで 2 名の参加であったのが、定員 10 名を超える 12 名まで増えるなど、実施者数の増加につながった。主治医や委託事業者、参加者の意見も参考にしながら、引き続き実施者 10 名の定員を満たすよう事業の改善を続ける予定である。

また、委託事業者に委託して実施している個別指導プログラムは、原則、単年度（うち６か月）の関わりとなるが、次年度以降、必要に応じて市で対象者のフォローができるよう、令和元年度から①検査値の変化、②指導の効果や指導において困難な点、③今後の方針、等をとりまとめることとした。こうした取組を通じて、中長期的なアウトカム評価の目標達成を目指したいと考えている。

なお、市内の医療機関を受診する対象者については対応可能であるが、市外の医療機関を受診される方がおり、こうした対象者への対応が今後の課題である。市外の医療機関との連携方策についても検討が必要であると感じている。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

鹿児島県鹿児島市：効果的な保健指導に向けた医師や関係団体との連携体制の構築や、庁内における情報共有の方法を見直した取組

1．自治体概要・事業概況

自治体	人口	602,465 人	国保被保険者数	119,420 人	高齢化率	26.9%
事業概況	開始年度	平成 23 年度	事業実施形態	直営	事業費	約1,566 万円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

鹿児島県鹿児島市では、平成 23 年度から糖尿病や高血圧の重症化リスクの高い国保被保険者を対象として、重症化予防のための保健指導に取り組んでいた。

そうした中、鹿児島市では、総医療費に占める慢性腎不全（人工透析）の割合が国や県の平均より高いことや、健診データのうち、高血糖及び腎機能の有所見割合が国・県より高いことなどの現状を受け、第１期データヘルス計画において、慢性腎不全の予防を中長期的な目標として掲げ、糖尿病や慢性腎臓病の重症化予防に取り組んできた。第２期データヘルス計画策定時においても、糖尿病や糖尿病性腎症が増加傾向にあることなどから、引き続き重点事業として糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組むこととした。

課題	対策の方向性		実施事業
● 総医療費に占める慢性腎不全（人工透析）の割合が国・県・平均より高い。 ● 健診データのうち、高血糖及び腎機能の有所見割合が国・県より高い。	● 糖尿病の重症化リスクの高い者を医療につなげる。 ● 糖尿病性腎症の重症化リスクの高い者に対する受診勧奨や保健指導により、重症化を防止する。	⏩	受診勧奨（未治療者、治療中断者） 保健指導（腎機能低下者）

②事業概要

鹿児島市における糖尿病性腎症重症化予防事業は直営で行っており、国民健康保険課と保健センターの保健師等が連携して実施している。国民健康保険課は KDB システム等を活用した健診データに基づく対象者の抽出、医療受療状況の確認、ならびに保健指導用の媒体の作成を行い、保健センターは保健師や嘱託看護師・保健師による保健指導を担当している。

事業評価結果については、担当部署で毎年分析・評価を実施している。評価結果は国保連合会主催の保健事業支援・評価委員会や、部署横断で構成されるデータヘルス計画策定推進委員会に報告している。

平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的

● 糖尿病が重症化するリスクの高い者を医療へつなげるとともに、人工透析への移行を防止する

目標

短期

● 特定健診の結果※、糖尿病型以上の対象者で未治療の者または治療中断の者に対し、適切な受診勧奨及び保健指導を行い、治療に結び付ける。

● 健診受診者のうち HbA1c8.4%以上の者の割合を減少させる。

＜目標値＞

平成28年	平成29年	平成30年	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1.20%	1.17%	1.14%	1.11%	1.08%	1.05%	1.00%	0.99%

● 健診受診者のうち、糖尿病治療中で、糖尿病性腎症を重症化させるリスクが高い者に対して、医療機関と連携した保健指導をモデル的に実施する。

※特定健診受診率：33.7%（平成 30 年度）

中長期

● 糖尿病性腎症新規患者数の減少、年間新規透析患者数の減少

● 慢性腎不全（人工透析）の総医療費に占める割合の減少、医療費の伸びの抑制

＜目標値＞

	平成28年度	令和元年度	令和5年度
糖尿病性腎症新規患者数の減少(千人対)※	1.62%	1.26%	0.86%
年間新規透析患者数の減少	176人	163人	147人
慢性腎不全(人工透析)の総医療費に占める割合の減少	7.75%	7.60%	7.38%
1人当たり医療費の伸びの抑制(前年度比)	1.0%		

※同規模平均並みの数値を目標値として設定

対象者

● 受診勧奨対象者：HbA1c6.5～6.9%で未治療又は治療中断者（レセプトにより確認）
※対象者の状況に応じて保健指導も実施

● 保健指導対象者：HbA1c7.0%以上の未治療又は治療中断者（対象２）、
HbA1c7.0%以上で尿蛋白+以上または eGFR50 未満（70 歳以上の場合は 40 未満）（対象３）

※令和元年度より、鹿児島市 CKD 予防ネットワーク紹介基準（CKD 診療ガイドラインの紹介基準）の変更にあわせて eGFR45 未満に変更

実施内容

● 受診勧奨（対象１）：
・文書による受診勧奨、及び 3 か月後の受療状況に応じて家庭訪問等による保健指導（支援期間６か月）

● 保健指導：
・（対象２）家庭訪問等による年 3 回程度の保健指導（支援期間 12 か月）
・（対象３）家庭訪問等による年複数回の保健指導（支援期間６か月）
随時かかりつけ医（医療機関）と情報共有を実施

実施体制

● 事業計画の作成、対象者の抽出、保健指導媒体の作成、医師会等への協力依頼、事業評価等：国民健康保険課保健師

● 訪問等による対象者への保健指導：保健センター保健師、嘱託保健師・看護師

評価指標	短期	ストラクチャー：庁内関係課との協力体制、関係機関への周知・広報・協力体制、プロジェクト会議開催数 プロセス：対象者の選定・抽出の状況、対象者への保健指導の実施状況、庁内関係課との情報共有・連携状況、関係機関への協力依頼の状況 アウトプット：保健指導対象者数、保健指導実施件数、保健指導開始者数・保健指導支援開始率 アウトカム：受療開始者の割合、HbA1c8.4%以上の者の割合、次年度 HbA1c 改善者※（判定基準）の割合 ※（当該年度÷翌年度）≧１の場合、改善と判定
	中長期	アウトカム：一人当たりの医療費の伸びの抑制、一人当たりの入院医療費の伸び率の抑制、慢性腎不全（人工透析）の総医療費に占める割合の減少、糖尿病性腎症新規患者数の減少、年間新規透析患者数の減少

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

鹿児島市では国民健康保険課で毎年分析・評価を実施している。評価結果は鹿児島県国民健康保険団体連合会主催の保健事業支援・評価委員会や、部署横断で構成されるデータヘルス計画策定推進委員会に報告している。その結果、主要なアウトカムの１つである「受療開始者の割合」は、平成 30 年度時点で約４割であった。また、HbA1c8.4%以上の者の割合は 1.25%と、依然として、未受療者が多いこと、高血糖者が多いことが課題である。

＜図表１　平成 30 年度の実績＞

対象	アウトプット	アウトカム
対象１・２	● 未治療・治療中断者の対象者：264 人 ● 保健指導実施数：延べ 132 件 ● 保健指導開始率：30.7%	● 受療開始者：39.9% ● HbA1c8.4%以上の者の割合：1.25%
対象３	● 保健指導対象者数：5 人 ● 保健指導開始率：100%	● HbA1c8.4%以上の者の割合：1.25%

以上のアウトカム評価に加え、ストラクチャーやプロセスについて振り返ってみると、次のような課題が明らかとなった。

①未治療者や HbA1c が高値である者への受診勧奨や保健指導が十分でない。

②医師会等との組織的な連携ができていない

③国民健康保険課・保健センターの情報共有にタイムラグがあり、効果的・迅速な保健指導が困難

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：未治療者や HbA1c が高値である者への受診勧奨や保健指導が十分でない。

➡改善①：事業の検討体制の見直し

～糖尿病専門医等の専門家とのプロジェクトチームを発足し、保健指導の在り方等を検討～

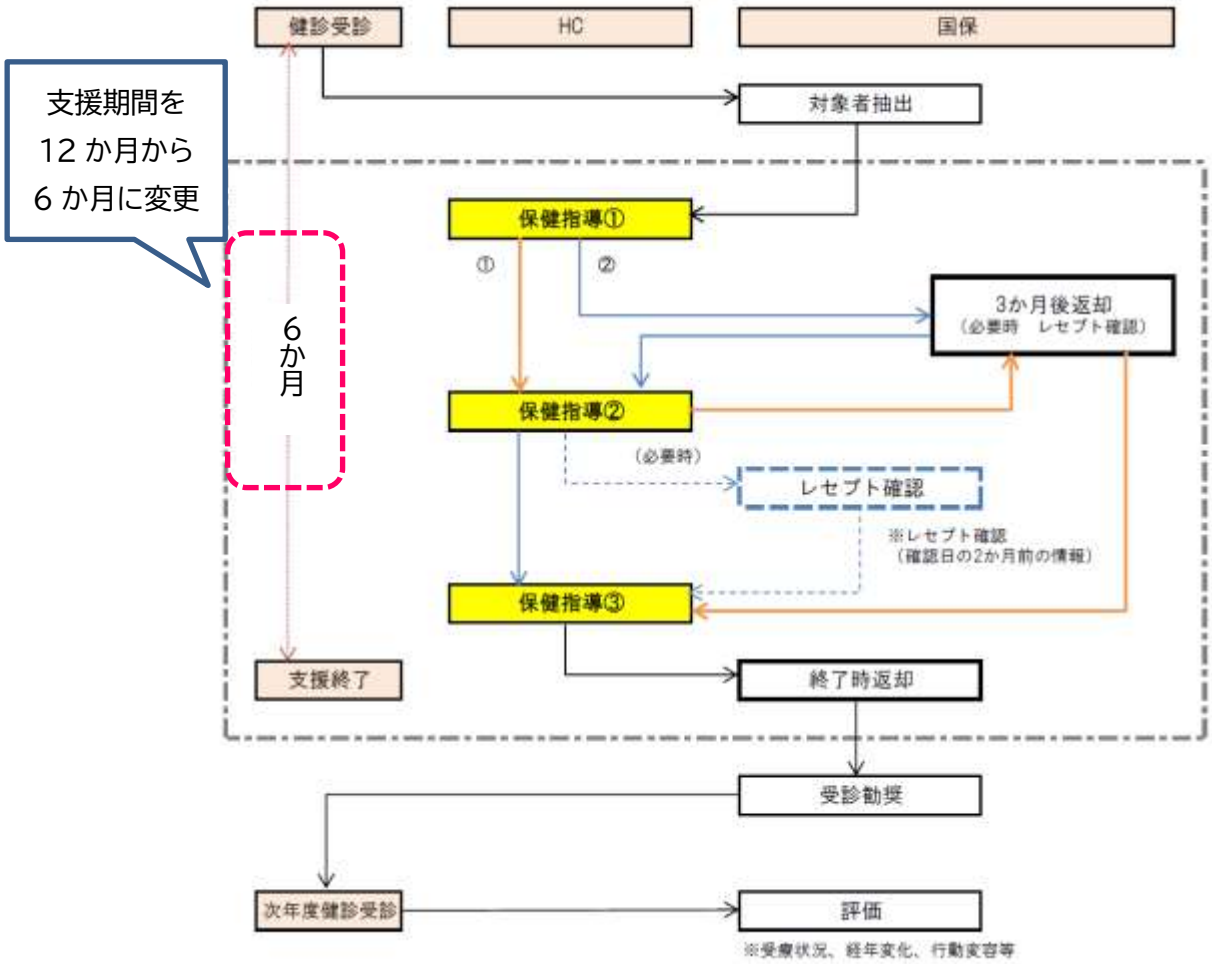
国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定・公表を受け、鹿児島市においても重症化予防をさらに推進することとなった。平成 29 年度から平成 30 年度にかけて、まずは対象者の見直しを行った。それまでは HbA1c が 7.0%以上の者を対象としていたが、国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを受け、6.5～6.9%の者も対象に加えることとした。また、治療中か否かの判断を標準的な質問票の「服薬なし」で行う方法から、レセプトによって受療状況を確認する方法に変えた。

加えて、糖尿病性腎症重症化予防の取組を強化していくため、平成 29 年度に市医師会に相談したところ、市内のキーパーソンとなる糖尿病専門医を紹介していただいた。その先生に相談しながら保健指導等を実施していたが、様々な関係者とともに検討することの必要性についても意見があった。そこで、先生にキーパーソンとなる専門医を紹介していただき、平成 30 年度より、市内の糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士と行政（国民健康保険課、保健センター等）からなる「糖尿病性腎症重症化予防プロジェクトチーム」 （糖尿病専門医７名、腎臓専門医7名、糖尿病療養指導士2名、保健政策課、保健予防課、国民健康保険課）及び「保健指導ワーキング」（糖尿病専門医3名、腎臓専門医3名、糖尿病療養指導士2名、保健政策課、国民健康保険課）を設置し、重症化予防対策の進め方について検討することとした。プロジェクトチーム組成時には、市全体として取り組めるよう、保健所や保健センター等、関係部局の保健師にも参画してもらった。

プロジェクトチームやワーキングにおける会議では、未治療者を確実に医療に繋ぎ、必要な保健指導を実施する必要性が明らかとなり、また、HbA1c が高値である者のうち治療中の者への保健指導の在り方や医療機関との連携体制についてさらに協議を行った。

未治療者を確実に医療につなぐために、これまで HbA1c7.0%以上の治療中の対象者には、健診受診から 12 か月間を支援期間として保健指導を実施していたが、令和元年度からは、６か月程度と支援期間を短縮させ、より集中的に保健指導を行うよう変更した。さらに、HbA1c が高値である者へよりきめ細やかな保健指導を行うため、保健指導の実施者として管理栄養士も追加することとした。

＜図表２　HbA1c7.0%以上の未治療者の対象者への保健指導（見直し後）＞



課題②：医師会等との組織的な連携ができていない

➡改善②：関係団体との連携体制の確保

～糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会の設置～

前述のとおり、「糖尿病性腎症重症化予防プロジェクトチーム」や「保健指導ワーキング」を組成しているものの、医師会等の団体との正式な協議・検討の場までは設けていなかった。重症化予防の推進のためには医療との連携が不可欠であり、スピード感をもって対応するためには、関係団体を巻き込んだ推進体制の確保が必要と考えられた。

そこで、令和元年 12 月に、市医師会や大学教授、市歯科医師会等からなる「糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会」を設置した。本協議会は、「糖尿病性腎症重症化予防に取り組むためのシステムを構築し、個々の疾病や背景に応じた適切な医療や療養指導・生活指導が受けられる体制の確立を図ること」を目的として設置したものである。協議会の事務局は国民健康保険課であるが、市内全域に取り組みを広げられるよう、オブザーバーとして協会けんぽや県の国民健康保険課も参加してもらうこととした。

本格的な運営はこれからであるが、協議会の設置に向けて関係者へ説明にまわる過程で、市の現状や重症化予防に取り組む重要性への理解がより深まった。また、歯科医師会や糖尿病療養指導士会等、幅広く関係者に参画いただくことで、多様な切り口から重症化予防に取り組むことができる

体制が整った。

また、協議会の場で、重症化予防に取り組むためにはまず特定健診受診率を高めることの重要性についても議論され、各団体で受診率向上に向けた取組を行ってもらえることとなった。

今後は、かかりつけ医と糖尿病専門医との病診連携体制の構築のために協議会での協議を進める予定である。

課題③：国民健康保険課・保健センターの情報共有にタイムラグがあり、効果的・迅速的な保健指導が困難

➡改善③：情報の共有方法の見直し　～KDB システムを保健センターにも導入～

対象者の抽出は国民健康保険課が KDB システム等を用いて行い、その情報を受けて保健センターの専門職が保健指導を行っていた。支援期間中の受療状況の確認も国民健康保険課が行い、保健センターへ情報共有するようにしていたが、タイムラグがあり、迅速な保健指導の実施につながっていないことが課題となっていた。

そこで、保健指導を担う保健センターにも KDB システムを導入し、対象者の受領状況が迅速に把握できるようにした。

4. 事業の成果と今後の方向性

平成 30 年度から令和元年度にかけて、糖尿病専門医等の地域の専門家や、医師会等の関係団体との連携の場を立ち上げ、保健指導の在り方等について検討を進めている。

今後、これらの協議の場にも事業の評価結果の報告を行い、分析・評価を行うとともに、より効果的な保健指導の実施等に向けた検討を進める予定である。関係機関との協議・連携の場を設けたことで、今後医療との連携体制もより組織的かつ円滑に進むことが期待される。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

大阪府寝屋川市： 庁外関係者との連携体制や対象者の選定基準等の見直し等に係る取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	231,477 人	国保被保険者数	52,488 人	高齢化率	29.7%
事業概況	開始年度	平成 24 年度	事業実施形態	直営（一部委託）	事業費	約 1,094 万円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

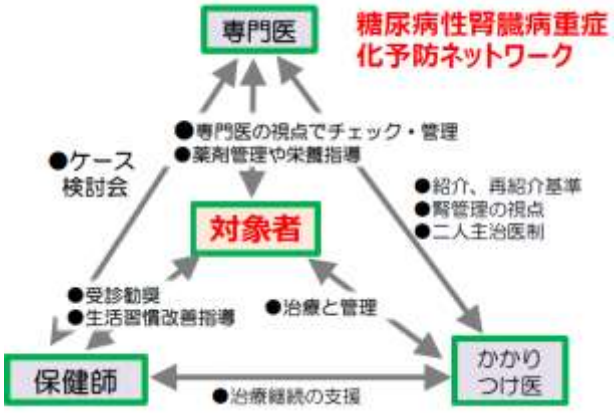
①事業実施の経緯

寝屋川市では、平成 23 年時点で糖尿病の有病率が 8.2%であること、合併症のうち糖尿病性腎症が 7.5%と他の３大合併症よりも多いこと、総医療費に占める人工透析医療費が全国や大阪府より高い水準であることなどが明らかとなっていた。そこで、新たな人工透析への移行を防止し、医療費の増加を抑制するため、平成 24 年度に糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を開始した。

②事業概要

糖尿病性腎症重症化予防の実施に当たり、関係者の連携体制確保のため、平成 25 年に市医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市の５者で「生活習慣病重症化予防地域連携協定」を締結した。糖尿病性腎症重症化予防事業においては、かかりつけ医と専門医の２人主治医制を取り入れている。個別支援の方向性を検討するとともに、事業の立案、評価結果等、医師会との連携の強化等についても相談する場として、ケース検討会（市医師会理事・市内病院の糖尿病専門医・腎専門医が参加）も開催している。

平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的	● 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対して受診勧奨・保健指導を行い治療につなげる。また、通院患者のうち重症化リスクの高い人に対して、対象者を選定し保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。
目標	● 新規透析患者数の減少 ● 教室参加者 30%以上 ● 保健指導実施率 65% ● 教室参加者のうち受診につながった者 50%以上 ● 教室終了時の参加者の 10%が HbA1c6.5%未満
対象者	● HbA1c6.5%以上（未治療）かつ尿蛋白±以上 ● HbA1c6.5%以上（未治療）かつ eGFR45 未満 ● 糖尿病内服歴ありかつ尿蛋白±以上 ● 糖尿病内服歴ありかつ eGFR45 未満
実施内容	● 原則８か月を１クールとして、計５回の個別相談や集団形式（教室）、訪問での保健指導等を実施 １回目：糖尿病に関する講座、体操・ウォーキング演習 ２回目：食事の演習 ～希望者は２次検査（頸部血管エコーと尿アルブミン検査）を実施～ ３回目（３か月後）：個別相談、受診勧奨 ４回目（半年後）：グループワークでの振り返り ～希望者は２次検査（頸部血管エコーと尿アルブミン検査）を実施～ ５回目（８か月後）：個別相談、受診勧奨 ※欠席者は、病期が腎症第２期・３期の対象者は委託事業者に事前訪問してもらったあと、市の保健師が訪問。その他の対象者（腎症第１期や、特に配慮が必要な２期の対象者等）は状況に応じ、市の保健師が訪問や個別指導 ● 対象者には２次検査を２回行い、半年間での検査結果の変化等の説明も行う。
実施体制	● 集団での保健指導等の教室は健康づくり推進課が実施している。 ● 対象者への文書での通知と家庭訪問は委託事業者が実施している。 ● 医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市にて連携協定を締結し、２人主治医制度を構築している（なお、令和元年度から糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワークを構築している）。 

評価指標	● ストラクチャー：主治医との連携体制 ● アウトプット：保健指導実施者数（実施率） ● アウトカム：健診項目（受診状況、行動変容ステージ、生活習慣、セルフモニタリングの状況、糖尿病性腎症対象者の体重、BMI、血圧、血糖、HbA1c、e-GFR、尿蛋白等）の推移、糖尿病性腎症の病期の推移、新規透析患者数

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価は健康づくり推進課で行っており、評価結果はケース検討会や市医師会の理事会などで報告し、事業の見直し等の検討を行っている。

過去の事業評価結果では、介入した集団において HbA1c が改善した者の割合が高いなど、取組の成果が確認できた。

＜図表１　これまでの事業参加者における評価結果＞

糖尿病性腎症対象者の評価

平成27年度　糖尿病性腎症対象者のHbA1cの推移

介入あり（文書発送後，電話・教室参加・個別面談）
介入なし（文書発送のみ電話不通）

Mean±SD	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
介入ありn＝87	7.00±0.77	6.88±0.98	6.77±0.97	6.75±0.74
介入なしn＝146	6.92±0.72	6.92±1.03	6.93±0.92	6.94±1.02

上記対象者のなかで，HbA1c7.0%以上を抽出・・・

介入ありn=27

	H27とH28		H27とH29		H27とH30	
改善	16	59.3%	14	51.9%	19	70.4%
不変	9	33.3%	13	48.1%	7	25.9%
悪化	2	7.4%	0	0%	1	3.7%
計	27	100%	27	100%	27	100%

介入なしn=51

	H27とH28		H27とH29		H27とH30	
改善	16	31.4%	20	39.2%	21	41.1%
不変	27	52.9%	24	47.1%	24	47.1%
悪化	8	15.7%	7	13.7%	6	11.8%
計	51	100%	51	100%	51	100%

①6.5%未満②6.5%以上7%未満③7%以上8%未満④8%以上 のカテゴリーで改善、不変、悪化を判断

寝屋川市 NEYAGAWA CITY

なお、これまでアウトカム評価のため、教室の参加者に対してアンケート調査を実施していたが、あくまで生活習慣や行動変容の状況を把握するためのものであり、教室に対する満足度などは調査していなかった。ある時、寝屋川市の職員が他県の健康に関する総合施設における保健事業の取組について見学に訪れたところ、満足度調査を実施して事業の見直しに活用していることを知った。寝屋川市においても導入しようと考え、令和元年度から以下のようなアンケート調査を実施している。アンケート調査では、本日の参加理由、講義全体、目標の立案、全体を通して感じたこと、満足度等をチェック形式で確認している。今後、参加者の意見も踏まえながら、教室の見直しを行う予定である。

一方で、これまでに次のような課題が明らかとなった。

①関係者が一体となって議論できる場がない

②糖尿病性腎症に特化した教室がない

③事業の効果に関する評価方法がわからない

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：関係者が一体となって議論できる場がない

➡改善①：連携体制を見直し

～糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワークを構築～

平成 25 年に市医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市の５者で「生活習慣病重症化予防地域連携協定」を締結していたが、事業内容について関係者が集まって検討する場はなかった。糖尿病性腎症重症化予防に協力いただいている専門医から、多職種・多団体が一体となって議論できる場が必要ではないかとの指摘を受け、市医師会が中心となって令和元年度に「糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワーク」を構築し、寝屋川市も共催で参画した。

当該ネットワークは地域連携協定を結んでいる市、市医師会、市薬剤師会、市歯科医師会、関西医科大学香里病院で構成されており、今後、医療従事者が糖尿病性腎症の病態等について、より理解を深めるとともに、ネットワークの連携強化を図るため、研修会を実施すること等を検討している。

課題②：糖尿病性腎症に特化した教室がない

➡改善②：対象者の選定基準と教室内容の見直し

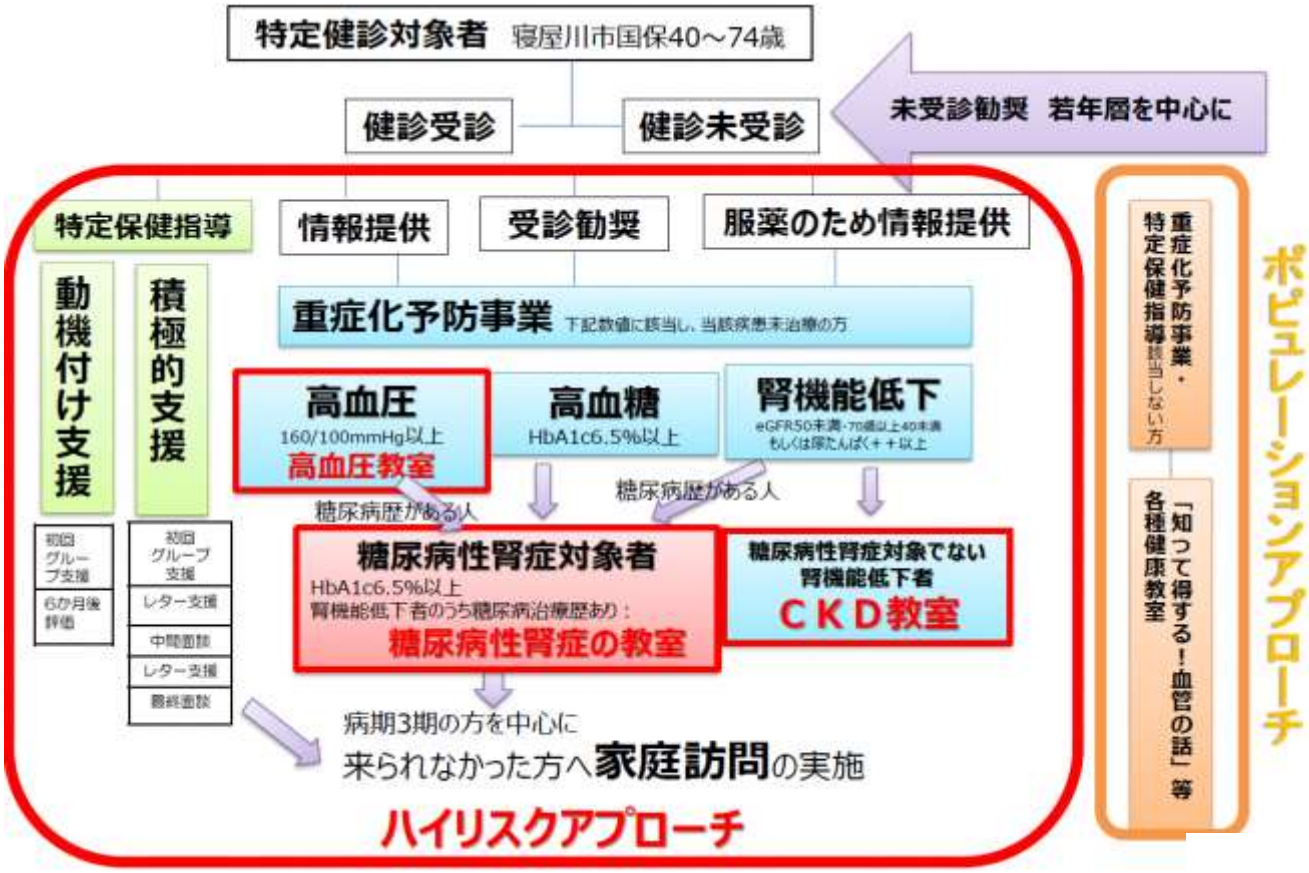
～糖尿病性腎症を対象とした「糖尿病性腎症の教室」を創設～

平成 29 年度までは、特定健診の結果に基づき、重症化予防事業対象者を「高血糖」「高血圧」「腎機能低下者」の３つにわけて教室を設けていたが、糖尿病性腎症に特化した教室がなく、対象者に合った保健指導が提供できていなかった。

そこで、平成 30 年度には選定基準を変えて「高血糖」「高血圧」「腎機能低下者」の３つの教室を続けることとした。さらに、令和元年度には、早期から合併症予防の観点でアプローチできるようにすることを目的として、「高血糖」「高血圧」「腎機能低下者」の教室対象者のうち、HbA1c6.5%以上かつ糖尿病治療歴のある方を「糖尿病性腎症」の教室の対象者とした。

また、事業実施体制を考慮し、令和元年度からは２次検査の回数を２回から１回へ変更するとともに、保健指導等についても５回から４回とする等、教室内容の見直しを行った。

＜図表２　糖尿病性腎症の教室の対象者＞



なお、令和元年度に新たな選定基準で実施してみると、様々な病態の方が混在しており、教室を担当した保健師からは糖尿病性腎症の教室も、対象者に応じて２つに分けたほうが良いのではないかとの意見があり、「ケース検討会」にて相談をしているところである。

課題③：事業の効果に関する評価方法がわからない

➡改善③：評価体制を見直し

～研究機関と連携した評価体制の確保～

事業結果の分析は健康づくり推進課が行っている。事業結果はケース検討会や医師会に報告して事業の見直し等に活用しているが、近年は庁内においても成果の説明を求められる場面が多く、特に効果に関するデータの提示が求められるようになってきた。

健康づくり推進課のみでは具体的な評価方法がわからず、対応に苦慮したため、大阪府健康医療部健康推進室に相談することとした。そうしたところ、府と共同研究を行っている大阪大学を紹介してもらい、寝屋川市と大阪府とで効果を含めた共同研究を行うこととなった。今後、大学にて分析等を進めてもらう予定である。

4. 事業の成果と今後の方向性

平成 24 年度から継続して実施しており、特定健診受診者における糖尿病性腎症重症化予防の取組は着実に進展している。一方、現行のスキームでは特定健診の受診が前提となっており、未受診者へのアプローチができていない。特定健診受診率向上に向けた取組の推進とともに、こうした対象者以外への介入を模索している。現在はＫＤＢシステムを活用して、健診未受診者でありかつ治療中断者を抽出したところであり、今後、試行的に訪問するなどして状況を把握し、必要な事業について検討していきたいと考えている。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

神奈川県大和市：実行可能性に配慮した選定基準の見直しやかかりつけ医との連携方法の見直しに係る取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	237,375 人	国保被保険者数	51,930 人	高齢化率	23.7%
事業概況	開始年度	平成 25 年度	事業実施形態	直営	事業費	約 20 万円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

神奈川県大和市では平成 25 年度から糖尿病や糖尿病性腎症重症化予防のための個別訪問に取り組んでいた。当初は特定の地区でモデル的に実施していたが、成果が認められたため、平成 26 年度から全地域を対象に実施することにした。

一方、第２期データヘルス計画策定時において、依然として国保の疾患別医療費として腎不全の比率が最も高く、次いで腎不全につながる糖尿病や高血圧疾患も高くなっていた。また、HbA1c は保健指導判定値以上の有所見者が約半数を占めていた。

そのため、第２期データヘルス計画においても引き続き糖尿病性腎症重症化予防に取り組み、CKD ステージや HbA1c の維持・改善を目指すこととした。

②事業概要

データヘルス計画に基づく保健事業は当初保険年金課の事業であったが、糖尿病性腎症重症化予防は健康づくり推進課の管理栄養士や保健師が保険年金課と健診データ等を共有して実施してきた。そうした中、平成 30 年度に、保険年金課からデータヘルス計画関連事業や健診事業が健康づくり推進課に移管されたことに伴い、重症化予防も健康づくり推進課が中心的に進めることとなった。

事業実施前には医師会へ説明し、承認を得ている。

平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的		● 市健診結果で高血糖かつ腎機能低下に該当する市民について個別訪問を行い、重症化を防ぐ。 ● 人工透析の新規導入者を減らし、社会保障費の削減を目指す。
目標	短期	● 高血糖かつ eGFR＜50 の者の治療継続、血糖コントロール支援を行うことで重症化を防ぐ
	中長期	● １人当たり医療費の伸び率を２％台に抑制する
対象者		● 特定健診・長寿健診受診者のうち以下の２つに該当する対象者 ①空腹時血糖または随時血糖 126mg/dl 以上かつ HbA1c6.5%以上 ②eGFR５０以下
実施内容		● ６か月を１クールとして３回個別訪問等による栄養指導を実施 初回面談：アセスメント（医療受診状況、食習慣、活動量、社会参加状況等)、目標立案 中間面談（３か月後)：直近の検査結果や目標の実行状況確認 最終面談（３か月後)：直近の検査結果確認、目標達成状況評価
実施体制		● 健康づくり推進課　管理栄養士６人で個別訪問を実施
評価指標		ストラクチャー：かかりつけ医との連携（健康相談連絡票）件数 アウトプット：保健指導実施者数、訪問成立率 アウトカム：BMI 改善率（やせ/普通/肥満の区分別)、HbA1c 改善率、腎症ステージの維持・改善率、人工透析移行予防件数、医療費削減率

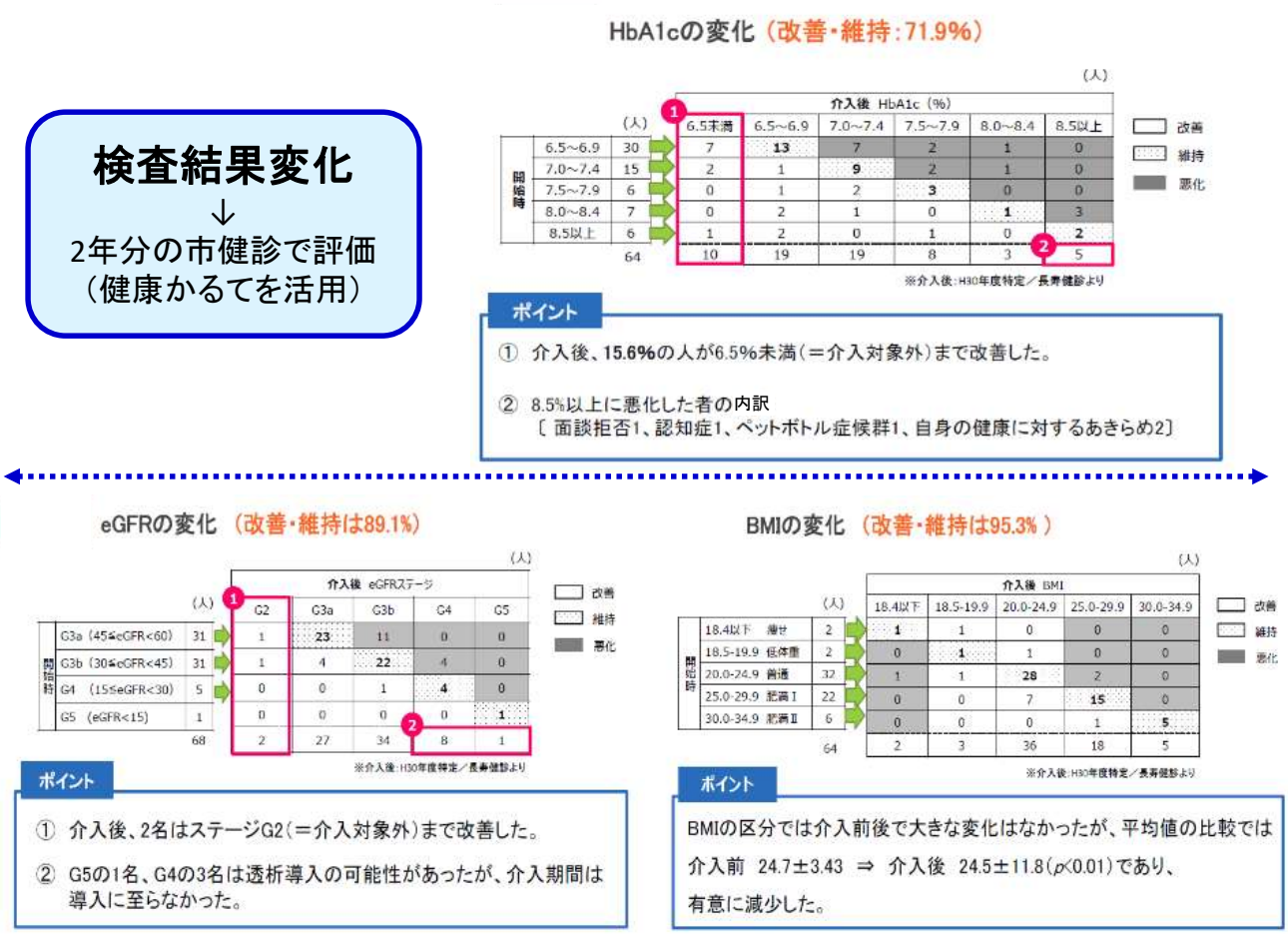
③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価も健康づくり推進課で行っている。

平成 30 年度は 94 人に対して訪問し、BMI の改善・維持が 95.3%、HbA1c の改善・維持が 71.9%、eGFR の改善・維持が 89.1%など、アウトカムについても一定の成果が確認できた。

＜図表１　平成 30 年度の実績＞

検査結果変化
↓
2年分の市健診で評価
（健康かるてを活用）



上記のように平成 30 年度には訪問を実施する人員が確保され、対象者基準、訪問方法等も確立していたが、これまでには次のような課題が上がっていた。

①当時の訪問可能件数を上回る対象者が抽出されていた

②かかりつけ医との相談・連携方法が個別対応となっており、時間を要していた

③人員の確保が課題であった

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：当時の訪問可能件数を上回る対象者が抽出されていた

➡改善①：訪問可能人数を踏まえ、選定基準を見直し

～訪問可能な人員となるよう選定基準を見直し、対象を絞り込み～

従来、糖尿病性腎症重症化予防の対象者の選定基準は「高血糖かつ腎症 G2 以上（eGFR＜60)」としていたが、この基準では 500 人以上が該当し、当時の管理栄養士３名では訪問が困難であった。現場の管理栄養士の感覚として、他の事業と並行しながら訪問可能な件数は約 200 件という目安があった。そこで、訪問可能件数におさまる条件として、平成 30 年度に「高血糖かつ eGFR＜50」に変更した。この見直しにより、対象者は 175 人にかわり、訪問実施率も約 50%から 100%に改善した。

なお、糖尿病専門医から腎症のスクリーニングには尿蛋白を重視したほうが良いとの助言があり、令和元年度には尿蛋白＋以上についても選定条件に加えている。

課題②：かかりつけ医との相談・連携方法が個別対応となっており、時間を要していた

➡改善②：かかりつけ医への相談方法を見直し

～「健康相談連絡票」を作成し、訪問指導について指示を確認～

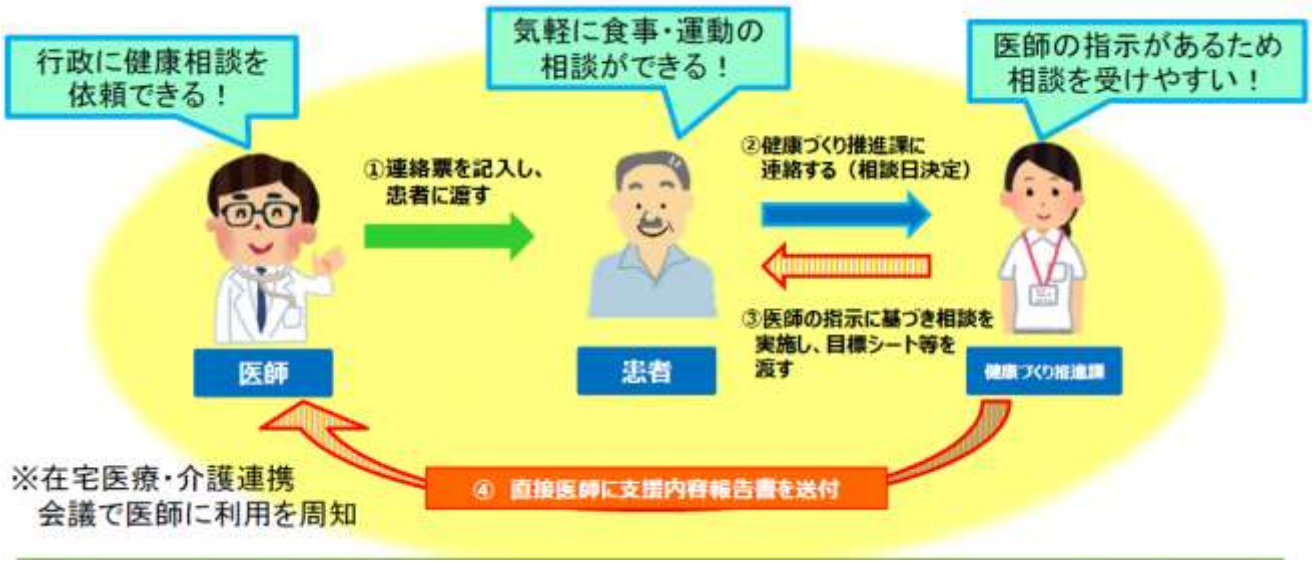
選定条件に該当する者のほとんどは治療中であり、主治医がいたため、栄養指導をする前は本人から医師の指示内容を確認した。不明確な場合は、かかりつけ医に直接実施上の留意点等について指示を仰ぐこともあったが、その工程に標準化されたものがなく、時間を要していた。

そこで、より効率的に事業を進めるため、かかりつけ医の指示を明確に確認できるよう、「健康相談連絡票」を作成し、平成 29 年度から運用を開始することとした。運用開始にあたっては、市医師会の承認を得た。

健康相談連絡票は本人を通じて管理栄養士に渡ることになっている。健康相談連絡票というツールを用いることでかかりつけ医の指示内容の確認がスムーズになった。

＜図表２　健康相談連絡票＞

＜図表３　健康相談連絡票の運用イメージ＞



課題③：人員の確保が課題であった

➡改善③：事業評価結果の報告方法を見直し

～市長等幹部に事業結果を報告し、事業の重要性を訴求～

事業開始当初は栄養相談に対応する管理栄養士等が少なく、人員の確保が課題であったが、市長等へモデル地区での成果を示し続けるとともに、人員を要求することで増員された。保健事業のさらなる充実のためには、市長等幹部の理解が必要であるが、事業評価結果を報告する特定の機会がなかった。そこで、健康づくり推進課から上層部へ働きかけ、平成 29 年度末に事業報告会を開催することとなった。その後も継続的に報告会で事業の成果や対策の重要性を訴えることで、人員の増員、保健活動の充実にもつながった。

なお、事業評価は、平成 30 年度からは健康づくり推進課での勤務経験もある大学教授の助言を得て実施している。

4. 事業の成果と今後の方向性

医師会への説明や健康相談連絡票の活用を通じて、糖尿病性腎症重症化予防をはじめとした生活習慣病に関する訪問指導について、医師会内において徐々に理解が得られるようになっている。

令和 2 年度からは後期高齢者の健診質問票が改定され、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が本格的に開始される。それに伴い、後期高齢者の重症化予防については HbA1c を重視し、高血糖ハイリスク者を取りこぼすことのないよう選定基準の見直しや重症化予防と介護予防をコラボレーションさせる方法等を検討している。

PDCA サイクルに沿った糖尿病性腎症重症化予防に関する事例

熊本県甲佐町： 医療機関との円滑な連携に向けたツール開発や担当者の選任等の取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	10,607 人	国保被保険者数	2,909 人	高齢化率	38.1%
事業概況	開始年度	平成 26 年度	事業実施形態	直営	事業費	-

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

熊本県甲佐町では、以前から糖尿病の発症予防や重症化予防等に取り組んできたが、第１期データヘルス計画に係る評価・分析をしたところ、疾患別医療費をみると、人工透析ありの慢性腎不全に係る医療費が占める割合は低下傾向にあるが、糖尿病に係る医療費の割合は増加傾向にあった。そのため、糖尿病性腎症の予防が優先的な課題であると考えられた。そこで、第２期データヘルス計画では、糖尿病性腎症重症化予防に重点的に取り組むこととした。

②事業概要

特定健診事業について、平成 29 年度までは 7～8 月に集団健診のみを実施していたが、平成 30 年度以降、特定健診を７月～翌年１月（令和元年度は～12 月）にかけて実施しており（７～８月は集団健診、９月以降は個別健診）、当該健診結果をもとに、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者を抽出している。対象者の抽出条件に該当する者は、延べ 112 人であった（平成 30 年度実績）。９月以降、通年で重症化予防のための保健指導等を実施している。

平成 30 年度の事業概要は以下のとおり。

目的	● 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨によって医療に結び付けるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高いものに対して、医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析等への移行を防止することを目的とする。
目標	● 短期目標：健診受診者の健診結果（HbA1c）が改善する ● 中長期目標：新規人工透析患者数の抑制
対象者	以下のいずれかに該当する者 ● 受診勧奨等対象者：（対象１）HbA1c6.5%以上で糖尿病未治療 （対象２）尿検査で尿蛋白定性検査（2+）以上／尿蛋白定性検

	査（＋）かつ尿潜血定性検査（＋）／尿蛋白定量検査で軽度～高度尿蛋白がある ● 保健指導対象者：（対象３）糖尿病治療中で HbA1c7.0%以上 ※当該年度の健診結果に基づき抽出。治療の有無は問診で把握。
実施内容	● 受診勧奨等（対象１・２）：保健師・管理栄養士が家庭訪問し、受診勧奨と保健指導等を実施。 ● 保健指導（対象３）：保健師・管理栄養士が、１人約 20 分の個別面談を実施。必要に応じて家庭訪問等を行う。
実施体制	● 対象者の抽出、保健指導、事業評価、医療との連携体制整備：総合保健福祉センター（保健事業主管課） ● 事業評価に必要なデータの抽出等：住民生活課（国保主管課） ※町内に医療機関が３か所あり、当該医療機関と連携しながら対応している
評価指標	＜短期的評価＞ ● ストラクチャー：健診、保健指導の体制整備、医療との連携体制整備 ● プロセス：「生活習慣病連絡台帳」を用いた医療機関との情報共有　等 ● アウトプット：重症化予防対象者への保健指導実施率、尿蛋白定量検査実施者数等 ● アウトカム：HbA1c、eGFR の変化、尿蛋白の変化 （受診勧奨対象者の場合）健診受診者のうち HbA1c6.5%以上の未治療者の割合、HbA1c7.0%以上の治療中者の割合 ＜中長期的評価＞ ● アウトカム：新規人工透析患者数、糖尿病入院医療費

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

事業評価に必要なデータは KDB システム等を用いて住民生活課（国保主管課）が抽出しており、当該データを基に、総合保健福祉センター（保健事業主管課）が分析・評価を行っている。分析・評価結果は保健事業主管課と国保主管課とで共有する場を設けているほか、必要に応じて国保連合会にも報告し、評価の支援を受けている。

なお、平成 28 年度から平成 29 年度にかけて、HbA1c に係る割合は以下のとおりであったが、新規健診受診者のうち HbA1c の値が高い者が増えていたことが明らかとなった。また、新規の人工透析患者数は増えていなかった。事業の成果を正確に評価するためには、今後も取組を継続していく必要があると考えられた。

＜図表１　これまでの事業評価結果（平成 29 年度分）＞

	平成 28 年度	平成 29 年度
健診受診者のうち HbA1c6.5%以上の未治療者の割合	3.6%	3.6%
健診受診者のうち HbA1c7.0%以上の治療中者の割合	2.8%	3.6%
新規人工透析患者数	3 人	3 人

一方で、これまでに次のような課題が明らかとなった。

①医療機関との情報共有をどのように進めていくべきかが分からなかった

②医療機関側と町それぞれの担当者が定まっておらず、円滑な連携が困難であった

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：医療機関との情報共有をどのように進めていくべきか分からなかった

➡改善①：医療機関との情報共有方法を見直し

～「生活習慣病連絡台帳」を新たに作成し、運用～

重症化予防に取り組むにあたり、主治医との連携をどのように進めると良いかが課題であった。医療受診勧奨をした際の対象者情報の提供や、CKD に関する既存の連絡票を使った連携はしていたが、それ以上の連携をどう進めてよいかわからない状況があった。

そこで、まず、町からの提案で町内医療機関の医師と会議を開いた。会議では、町の健康課題や、どのような対象者についてどのように連携していきたいかを説明した上で、「生活習慣病連絡台帳」というツールを活用したい旨を提案したところ、先生方からの了承を得ることができた。その後、実際にやりとりをさせていただく「担当者」レベルでの会議を開催し、台帳の運用開始に至った。

当初は、「町から医療機関への情報提供」の際の様式と、「医療機関から町への情報提供」の際の様式の２種類を定め、町・医療機関それぞれが両様式を用いて記録するようにしていたが、実際に運用してみると、１人１行では情報が収まらず、経過の記録ができなかった。そこで、町・医療機関の担当者同士で話し合いながら、対象者１人につき１シートからなる記録ツールに見直した。

この台帳を運用するようになってから、医療機関側から町の保健師へ、対象者の受診状況等について定期的に情報提供をいただけるようになった。なお、医療機関・町が相互に情報共有することに関しては、都度、対象者に口頭で説明し、同意を得ている。

また、台帳に記録している内容に齟齬がないか、町の保健師が定期的に医療機関を訪ねて確認するようにしており、その結果、互いに顔の見える関係ができ、些細なことでも相談がしやすくなるなど、町と医療機関との関係の構築にも役立っている。

＜図表２　生活習慣病連絡台帳（運用開始当初）＞

■医療機関から町へ情報提供した場合の台帳

No	連絡日	氏名	依頼内容	ポイント	連絡者名	報告日	結果	指導内容	報告者名
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓

■町から医療機関へ情報提供した場合の台帳

No	連絡日	氏名	依頼内容	ポイント	連絡者名	報告日	結果	指導内容	報告者名
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓
		（男・女）　歳 年　月　日	血圧・血糖・脂質 1 家庭訪問 2 来所相談 3 運動教室 4 その他 （　　）	1 治療中断 2 保健指導 3 栄養指導（栄養指示　有・無） 4 運動教室勧誘 5 その他 （　　）	↓		1 家庭訪問実施 2 来所相談実施 3 運動教室参加 4 その他 （　　）	1 受診勧奨 2 保健指導・栄養指導継続 食事（　　） 運動（　　） 服薬（　　） 3 その他 （　　）	↓

＜図表３　生活習慣病連絡台帳（見直し後）＞

■対象者ごとに記録する台帳

氏名		生年月日		（男・女）	年齢	

No	連絡日	依頼内容	内容	連絡者名	報告日	内容	報告者名
		血圧・血糖・脂質		↓			↓
		血圧・血糖・脂質		↓			↓
		血圧・血糖・脂質		↓			↓
		血圧・血糖・脂質		↓			↓
		血圧・血糖・脂質		↓			↓

課題②：医療機関側と町それぞれの担当者が定まっておらず、円滑な連携が困難であった

➡改善②：医療機関との連携体制を見直し

～医療機関側で窓口となる担当者を選任してもらうとともに、町と担当者とで定期的に会議を開催～

医療機関側と連携したいと考えたときに、医師へ直接連絡することは難しく、誰にどのように情報を伝えて連携を図っていけばよいかが分からなかった。

そこで、医療機関側に、連絡の窓口となる担当者を選任していただいた。町も医療機関毎に担当者を決めたことで、お互いに連絡が取りやすい環境が整った。

医療機関によって、外来看護師や事務職に窓口担当を担っていただいており、かかりつけ医との橋渡しをしていただき、受診状況等のフィードバックを得やすくなった。

4. 事業の成果と今後の方向性

生活習慣病連絡台帳を活用した医療機関との連携体制を整えることで、最近では医療機関側から町の保健師へ、「しばらく受診していない患者がいるので様子を確認してほしい」「血糖値の値が悪くなってきているので、生活状態に変化がないか訪問して確認してほしい」といった連絡が寄せられるようになっており、町と医療とが連携して地域全体で重症化予防に取り組む機運が高まってきた。

そうした中、これまで医療機関側との定期的な会議は設けていなかったが、今後重症化予防を推進するためには、定期的に関係者が集まり、議論できる場が必要と考えられたことから、令和元年度から定期的な会議を開催できるよう予算を確保した。こうした取組を通じて、医療と連携しながら引き続き重症化予防を推進していきたいと考えている。

C. 重複服薬・多剤投与対策

PDCA サイクルに沿った長期多剤服薬者に関する取組事例

広島県広島市：重複頻回受診と一体的に実施する重複服薬者訪問事業に関する取組

１．自治体・事業の概要

自治体	人口	1,195,846 人	国保被保険者数	226,319 人	高齢化率	25.0%
事業概況	開始年度	【重複服薬】 平成２９年度 【服薬情報通知事業】 平成３０年度	事業実施形態	一部委託	事業費 （令和元年度 当初予算）	【重複服薬】 6,811 千円 【服薬情報通知事業】 7,000 千円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

広島県広島市では、以前より重複・頻回受診者に対する保健指導事業を実施していた。第１期データヘルス計画（計画期間：平成 28・29 年度）の策定時には、重複・頻回受診者のみを対象としていたが、平成 29 年度からは対象を重複服薬者にも広げ、保健指導を実施し始めた。指導の過程で、重複・頻回受診者の中には、かなり重複服薬者も含まれていることが明らかとなり、第２期データヘルス計画（計画期間：平成 30 年度～令和５年度）の策定時に行った現状分析では、改めて、重複・頻回と並んで重複服薬者も一定数いることが明らかとなった。

＜図表１　広島市における重複・頻回受診、重複服薬の状況＞

（平成 28 年度）

区　分	定　義	12 か月間における該当患者の実人数
重複受診者	1 か月間に同系の疾病を理由に、3 医療機関以上受診している者（透析中、治療行為を行っていないレセプトは集計対象外とする。）	2,539 人
頻回受診者	1 か月間に 12 回以上受診している者（透析患者は対象外とする。）	5,394 人
重複服薬者	1 か月間に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が 60 日を超える者	5,671 人

重複受診者・頻回受診者・重複服薬者（重複計上なし）	12,279 人

また、第２期データヘルス計画の策定時に、重複多剤処方の状況についても確認をした。複数医療機関の受診があり、薬剤（内服薬）を 14 日以上服用している対象者を抽出したところ、６種類以上の薬剤を服薬している対象者は 17,863 人（うち 65 歳以上は 13,488 人）であり、よりリスクの高まる 10 種類以上の薬剤を服薬している対象者は 5,683 人（うち 65 歳以上は 4,200 人）いることが明らかとなった。

＜図表２　広島市における重複多剤服薬者の状況＞

表３－２２　長期（14 日以上）重複多剤服薬者の状況　（単位：人）

	～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70 歳～	合計
長期服薬者数	9,225	3,974	12,683	19,289	45,171
1～5 種類	6,317	2,507	8,068	10,416	27,308
6～9 種類	1,898	994	3,313	5,975	12,180
10 種類以上	1,010	473	1,302	2,898	5,683

平成 28 年 12 月～平成 29 年 3 月診療分の入院外、調剤の電子レセプトから集計。
集計条件：(1)　14 日以上処方されている内服薬のみを対象
(2)　医療機関から同一薬剤が複数処方された場合は 1 種類として集計
(3)　2 医療機関以上の受診があった方を対象

これらの多剤投与（ポリファーマシー）については、ふらつき、転倒や薬剤相互反応による有害事象の頻度が高くなる傾向があることから、適切な服薬指導により健康被害を抑制するとともに、残薬・重複処方の軽減による医療費の適正化を図ることが必要となる。

これを踏まえ、広島市では、平成 30 年度より、重複・多剤服薬に関する対策として、服薬情報通知事業も実施することとした。

②事業概要

広島市では、「重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業」と「重複多剤服薬者に対する服薬通知事業」を別々の事業として実施している。

【重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業】

目的	● 保健指導を行うことにより、受診行動を改善し、もって被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を図る。
目標	【アウトプット】 ● 指導対象者の抽出：360 人 ● 指導対象者の指導実施率：70% 【アウトカム】 ● 指導実施者の医療費を指導実施前より 30%減少 ● 指導実施者の受診医療機関数を指導実施前より 25%減少 ● 指導実施者の受診日数を指導実施前より 25%減少 ● 指導実施者の処方量を指導実施前より 25%減少
対象者	● ３か月連続して医科のレセプトが１か月あたり４枚以上、または、入院を除く診療実日数が１か月に 15 日以上の者、もしくは１か月あたり同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、その日数合計が 60 日を超える者のうち、訪問指導を要すると認められる者
実施内容	● 対象者に対し、適正な医療機関へのかかり方などについて、保健師による訪問指導を行う ● 治療内容等の聴取、受診背景の把握を行い、医療に対する意識啓発や受診の際に医師

	に伝えるべき項目や健康管理上の保健指導を行う
実施体制	● 保険年金課（国保部門）所属の嘱託保健師（本事業に専従で２人）
評価指標	ストラクチャー：医療機関との連携 プロセス：保健指導準備の効率化 アウトプット：①指導対象者の抽出、②指導実施率 アウトカム：処方量の減少

赤字は服薬に関するもの

【重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業】

目的	● 適切な服薬指導により健康被害を抑制するとともに、残薬・重複処方の軽減による医療費の適正化を図る。
目標	【アウトプット】 ● 対象者への通知率：100% ● 通知による行動変容率：10% 【アウトカム】 ● 薬剤費削減効果額（通知発送前後３か月で比較）10%
対象者	● 複数の医療機関から、月 14 日以上の内服薬が 10 種類以上処方されている重複多剤服薬者（65 歳以上）
実施内容	①広島市国保の被保険者のレセプトから、多剤服薬者（10 種類以上）を抽出 ②全ての服薬状況を記載した通知を対象者に送付 ③対象者が、かかりつけ薬局へ持参し、相談 ④薬剤師が医療機関や他の薬局と連携して、服薬内容を見直し ⑤対象者に対する服薬指導及びお薬手帳との一本化を図る
実施体制	● 事業者への委託 （通知書の作成及び送付、コールセンターの設置、効果測定（薬剤処方の適正化、削減効果額の算出等））
評価指標	ストラクチャー：関係機関との連携 プロセス：通知対象者の選定 アウトプット：①対象者への通知率、②通知のよる行動変容 アウトカム：薬剤費の削減効果

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

広島市では、重複服薬に関する上記２事業について、データヘルス計画にのっとり、毎年下記のように PDCA サイクルに沿った事業を実施することになっており、年度後半において効果測定を行うこととなっている。

【重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業年度計画】

【重複多剤服薬者に対する服薬通知事業の年度計画】

その結果明らかになった課題としては、以下の３点である。

①重複服薬に対する認識が低い人がいる

②注意喚起をしても、受診状況に改善が見られない人がいる

③多くの薬剤を服用している人全員に対して指導が届いていない

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：重複服薬に対する認識が低い人がいる
➡改善①：対象者へのアプローチ方法の見直し　～外部機関の協力～

広島市は、保健師が重複・頻回受診、重複服薬者について、訪問等により指導を実施してきた。その過程で、重複服薬は、対象者本人に状況を伝えても理解が進まないこともあったため、主治医や薬剤師への情報提供が必要であると考えた。

そこで、訪問時等に本人に了解を得られた場合には、服薬の状況について主治医や薬剤師に情報提供を行うこととした。介護保険の対象であれば居宅療養管理指導等の一環で薬剤師による訪問も可能であるが、そうでない場合に、薬剤師に協力を依頼し、訪問のうえ、残薬の確認や服薬に関する指導を実施してもらった事例もあった。

また、対象者の中には、認知機能や経済的背景、家庭環境等の様々な背景要因により、重複服薬の問題点について認識が低い人が見受けられた。これらの対象者については本人に了解を得られた場合に、くらしサポートセンター[1]や地域包括支援センター等に情報提供をし、協力依頼をしている事例がある。

課題②：注意喚起をしても、受診状況に改善が見られない人がいる
➡改善②：対応の仕方に関する検討方法の改善　～庁内外の関係者での会議の開催～

市が本人に対して何回も面談を打診しても会うことができず、注意喚起を行っても受診状況に改善が見られない事例があり、その対応方法について庁内関係者で話し合いを行ったり、庁外の専門職に助言を求める等した。

その事例では、個人名等を伏せたうえで、医師会を通じて医療機関に情報提供を行った。

課題③：多くの薬剤を服用している人全員に対して指導が届いていない
➡改善③：重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業の開始

重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業で、重複服薬の人に対する訪問指導を実施してはいるが対応できる人数は限られていた（図表３）。これ以外にも薬剤の多剤服用者は多数いることがデータヘルス計画策定時の分析結果からも明らかになったため、広島市は、平成 30 年度より、重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業を開始し、通知文（図表４）を用いてより多くの人に対して多剤に関する健康被害についての注意喚起を行うとともに、残薬・重複処方の軽減による医療費の適正化を図ることを目指した。

[1] 平成 27 年４月１日に施行された生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援機関で、市内の8区それぞれに設置されている。運営は広島市社会福祉協議会。

＜図表３　重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業／
重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業の事業実績＞

	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度（当初予算計上時点の計画）
重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業実施者数	369 人	316 人	360 人
うち重複服薬者数	95 人	67 人	70 人
重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業対象者数	－	6,131 人	8,000 人

＜図表４　重複多剤服薬者に対する服薬情報通知事業の通知文＞

表面

裏面

4. 事業の成果と今後の方向性

重複・頻回受診者及び重複服薬者保健指導事業においては、上記の方法で、訪問指導を行う中、対応が困難事例もあったが、全体的には指導実施者の受診状況の改善が見られたため、一定の効果はあったと感じている。

今後は対象者抽出など事業手順の効率化を行い、関係機関等と連携しながら対象者本人や家族に対して適正な受診指導等の保健指導を行うことで、医療及び健康管理に対する自覚と認識を深めてもらい健康の保持増進を進めていきたい。

また、重複多剤服薬者への服薬情報通知事業においては、重複服薬が改善されるなどの効果がある一方で、通知を薬局等へ持参する人が少ないという課題があるため、今後も通知の持参率向上に向けて取り組んでいきたい。

PDCA サイクルに沿った重複多剤服薬者に関する取組事例

佐賀県佐賀市：通知文をもとにしたかかりつけ薬局と連携した服薬指導の取組

1．自治体・事業の概要

自治体	人口	232,773 人	国保被保険者数	48,247 人	高齢化率	27.6%
事業概況	開始年度	平成 29 年度	事業実施形態	委託	事業費	約 365 万円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

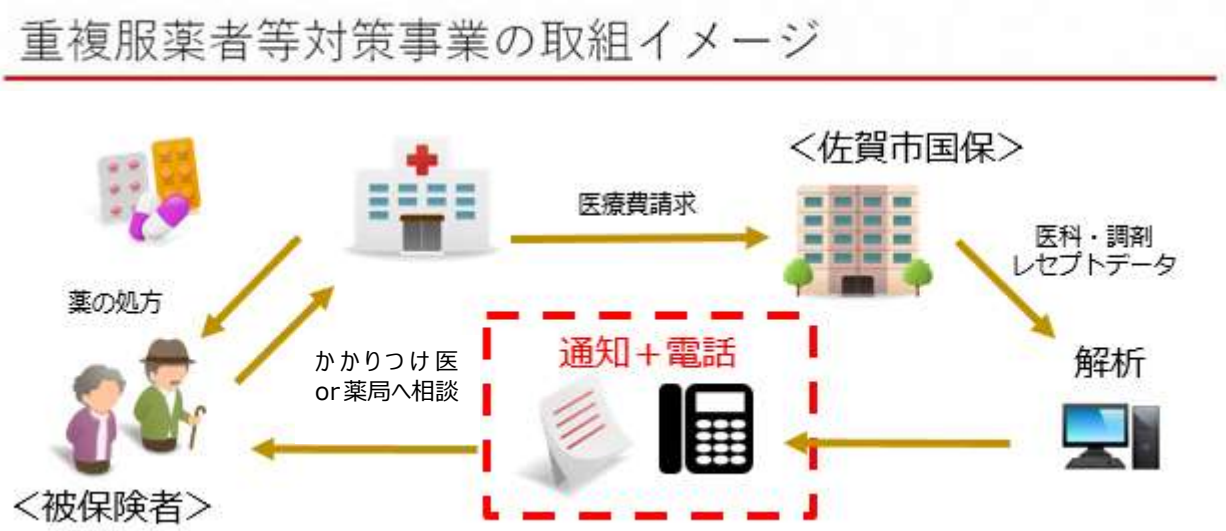
①事業実施の経緯

佐賀市の医療費・一人当たり医療費は、高齢化の影響により年々増加することが見込まれており、国保財政の健全化のために医療費適正化に向けた具体的な対策が急務であった。また佐賀市は地域特性として調剤薬局の数が多いため、医療費の中で、調剤にかかる医療費が相対的に高いと考えられていた。

そこで、佐賀市は第２期データヘルス計画（計画期間：平成 30 年度～令和５年度）において「県と連携し国保データベースシステム等を活用した重複投薬の現状分析結果を活用し、重複投薬や多剤投薬の恐れのある被保険者に対して、かかりつけ医やかかりつけ薬局で確認してもらえるような通知等を行う。それによって被保険者が治療内容を理解して服薬でき、重複服薬等の弊害を防ぐとともに、ひいては、即効性のある医療費の適正化に努めていく」とし、対策を講じることを計画に盛り込んだ。

なお、平成 29 年度は佐賀市単独事業として実施していたが、平成 30 年度は県が取りまとめを行い、県内一斉に同じスキームで事業を行うことになった（図表１）。

＜図表１　重複服薬者等対策事業の取組イメージ＞



②事業概要

佐賀市における重複服薬者に対する事業としては、県全体と歩調を合わせ、基準に合致した人に通知文を送付するものである。

目的	● 適正服薬を促すための通知等を通して即効性のある医療費適正化を図る。
目標	● 調剤医療費の減少率：15% ● 医科医療費の減少率：10% ● 重複服薬者の減少率：20%
対象者	《重複服薬》 ● ３ヶ月に２回以上、１ヶ月の間に同一の薬効の医薬品が複数の医療機関で処方されている。 《多剤投与》 ● ３ヶ月に２回以上、１ヶ月の間に医薬品が 12 種類以上処方されている。 《併用禁忌》 ● 処方された医薬品に併用禁忌となる組み合わせがある。 ※ただし、以下の条件に合致する者は、通知の送付対象から除外する。 ・がん及び難病の疑いがあるもの（医科レセで「傷病名」にて除外） ・医科レセプトのうち入院に該当するもの ・医薬品の種類が「注射」のもの（内服薬と外用薬を対象とする） ・医薬品の処方目的が「投薬」以外のもの（手術・処置・麻酔・検査等と記入されているものは除外） ・多剤の処方が１医療機関にて実施されているもの ・重複服薬対象の医薬品の合計処方日数が７日以内 ・８月の勧奨にて対象となったものは 12 月の勧奨対象者から除外
実施内容	● 医科・調剤レセプトを分析し、重複服薬・多剤服薬・併用禁忌対象者を特定し、かかりつけ医またはかかりつけ薬局・薬剤師への相談を促す通知を送付した。電話番号を把握している対象者には通知発送後に委託事業者の薬剤師による架電を行った。 ● 処方医薬品数が突出して多い者等、通知の送付や電話ではないアプローチのほうが効果的と思われる者には、国保担当保健師等が医療機関を訪問し、状況説明を行った。 ● また、薬剤師会に協力を依頼し、市内の薬局 179 件へ適正服薬を啓発するポスター１部とチラシ 100 部ずつを送付し、ポスターを薬局に掲示してもらうとともに薬剤師から佐賀市国保加入者にチラシを配布し服薬に関する指導を行ってもらった。
実施体制	● 事業者への委託
評価指標	ストラクチャー： ・連携・協力薬局数 ・事業に必要な予算の確保 ・事業者との対面・メール・電話による打ち合わせ回数 プロセス ・対象者特性の把握率 ・薬剤師会との打ち合わせ回数

	アウトプット ・電話によるフォロー件数 ・通知件数 アウトカム ・調剤医療費の減少率 ・医科医療費の減少率 ・重複服薬者の減少率

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

佐賀市では毎年事業については振り返りを行い、国保運営協議会等に提示している。
その中で以下の課題が見えてきた。

①対象者において重複服薬という認識が低い

②通知文のみで効果の出る対象者と、個別のアプローチが必要な対象者がいるため、一律の通のみではなく、対象者によって通知内容等対応を区分する必要がある

③事業内容に沿った評価指標となっていない

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：対象者において重複服薬という認識が低い

➡改善①：対象者へのアプローチ方法の見直し　～通知文の改変～

平成 29 年度に佐賀市は、抽出基準に合致した人に対して一律に重複服薬に関する医師または薬剤師への相談を促す勧奨通知を送付する多剤重複通知事業を開始した。

平成 30 年度には、事業を広く周知するために、薬局に事業内容についてのポスター掲示及び薬剤師から国保被保険者へのチラシの配布を依頼した（図表２）。勧奨通知の効果を高めるために、電話番号が分かる人に対しては、通知文（図表３）の発送後に委託事業者の薬剤師が電話をかけ、薬局への相談を促した。また、突出して処方医薬品数が多い人については、国保担当の保健師等が当該医療機関を訪問の上、処方医に対して状況説明を行った。

効果を高めることをねらった電話であったが、委託事業者が市外局番から電話してきたため、被保険者に不信感をもたれてしまい、なかなか応対してくれなかった。

そこで、令和元年度からは、電話での勧奨は見送り、郵送で行っていた勧奨通知を対象者の目に留まりやすいようにはがきサイズから封書サイズに大きくし、内容も充実させた（図表４）。

＜図表２　薬局内に掲示するポスター／薬剤師から配布するチラシ＞

チラシ（表面）

チラシ（裏面）

＜図表３　平成 29 年度・30 年度の通知文＞

＜図表４　令和元年度の通知文＞

課題②：通知文のみで効果の出る対象者と、個別のアプローチが必要な対象者がいるため、一律の通知のみではなく、対象者によって通知内容等対応を区分する必要がある

➡改善②：対象者の選定基準の見直し　～通知文送付対象からの除外～

平成 30 年度は通知文送付の対象として、併用禁忌の薬剤がある者も含んでいた。しかしながら、併用禁忌については、実際に抽出される対象者が少なく、かつ通知文を送ることが、不用意に対象者の不安を煽る可能性もあることから、令和元年度には通知文の送付対象からは除外した。

ただし、実際に対象者としての抽出は行い、市で処方内容を確認のうえ、医師会に相談しながら都度対応を検討していくこととした（令和元年度には併用禁忌の指導対象となる者はいなかった）。

また、佐賀市では、多剤処方が 1 医療機関にて実施されている人については、事業が始まった平成 29 年度から通知文の送付対象からは除外していたものの、令和元年度は現状を把握するために、人数の集計は行った。

課題③：事業内容に沿った評価指標となっていない

➡改善③：適切に進捗管理をするための評価指標の見直し
～関係者との協議についてのストラクチャー指標の見直し～

佐賀市の多剤重複服薬事業は平成 30 年度からは県内統一で実施するスキームに参画する等、内容にも変化があった。

ただ、事業実施はそれぞれの市町に委ねられていたため、対象者の選定や進捗管理、評価は市で実施しており、評価指標も独自に設定していた。

平成 30 年度からのスキームの変更に伴い、事業の効果を適切に評価するために、当初設定した指標を見直すこととした。

中でもストラクチャー指標については、平成 30 年度では委託事業者との打ち合わせの回数を指標としていたが、令和元年度からは、委託事業者との打ち合わせ回数ではなく、医師会及び薬剤師会との打ち合わせ回数をストラクチャー指標として設定することとなった。

服薬に関する事業では、薬局薬剤師だけではなく、処方する医師との連携が不可欠である。市は以前より医師会と定期的に会合する機会を持っており、その中で本事業に関する説明も行っていた。特に事業開始時には、市の三師会に対して個人情報が分からないように加工したレセプトを用いて「複数医療機関を受診し、多量の薬剤を処方されているなど好ましくない例」を紹介する等して、事業の必要性に対して理解を得てきた。

事業開始後も佐賀市は三師会とは定期的に情報交換を行っており、事業の進め方等について随時相談をしながら進めているが、令和元年度からは、医師会・薬剤師会との連携を強化したいという考えのもと、ストラクチャー指標として、医師会の打ち合わせの回数を盛り込んだ。

4. 事業の成果と今後の方向性

平成 29 年度からの事業展開により、市内では、お薬手帳の活用をはじめ、残薬の確認・調整、内服薬による有害事象の確認等を行い、適正な処方になるように関係者の意識がさらに高まっていると思われる。また、医師会・薬剤師会からは、医療機関と薬局の間の連携が図りやすくなったとの意見も出ている。

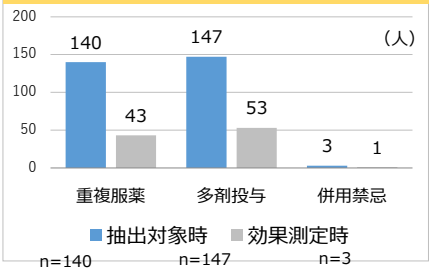
事業評価の結果においても、事業の対象となる重複服薬者、多剤投与者、併用禁忌者が減少し、調剤医療費についても減少傾向が見られている。実績は着実に積み上げられており、今後とも関係者との連携のもと、事業を継続してきたい（図表５）。

＜図表５　適正服薬推進事業の成果＞

平成 30 年 12 月通知（平成 30 年 6 月～8 月レセプト分析）（対象 290 人）

（平成 31 年 1 月～31 年 3 月診療分レセプトから効果測定）

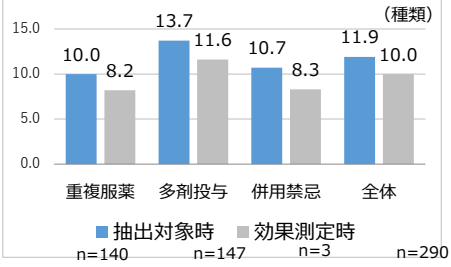
(1)対象者数の変化



重複服薬、多剤投与、併用禁忌いずれも対象者が６０％以上減少

・重複服薬：　△６９％
・多剤投与：　△６４％
・併用禁忌：　△６７％

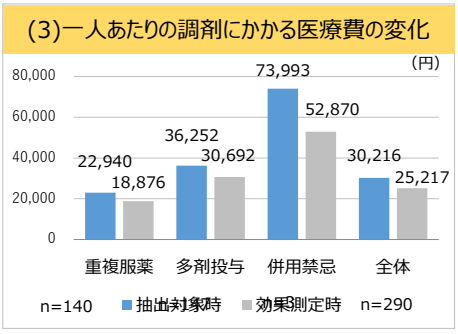
(2)一人あたりの医薬品数の変化



医薬品数が抽出対象者全体で約１６％減少

・重複服薬：　△１８％
・多剤投与：　△１５％
・併用禁忌：　△２２％
・全　　体：　△１６％

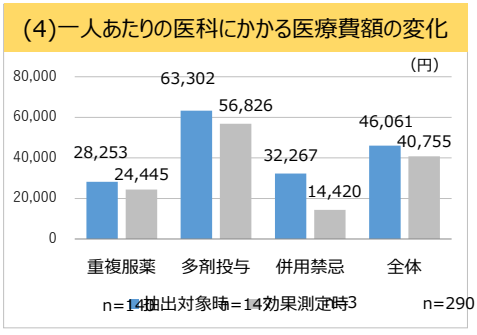
(3)一人あたりの調剤にかかる医療費の変化



一人あたりの調剤にかかる医療費が平均で約5,000円減少

・重複服薬：　△4,064円
・多剤投与：　△5,560円
・併用禁忌：△21,123円
・全　　体：　△4,999円
※３か月の一人あたりの平均

(4)一人あたりの医科にかかる医療費額の変化



一人あたりの医科にかかる医療費が平均で5,000円以上減少

・重複服薬：　△3,808円
・多剤投与：　△6,476円
・併用禁忌：△17,847円
・全　　体：　△5,306円
※３か月の一人あたりの平均

PDCA サイクルに沿った長期多剤服薬者に関する取組事例

岡山県備前市：国保部門と衛生部門の保健師が連携した長期多剤服薬の適正化の取組

1．自治体・事業の概要

自治体	人口	34,781 人	国保被保険者数	8,110 人	高齢化率	37.6%
事業概況	開始年度	平成 28 年度	事業実施形態	直営	事業費	0 円

2．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

岡山県備前市は、平成 27 年度に、国保部門が単独で、第１期データヘルス計画（計画期間：平成 28 年度から平成 29 年度）を策定した。当時、国保部門には専門職はおらず、事務職中心で計画を策定していたが、既に当時の計画において重複・多剤服用に関する対策の必要性が認識され、重複頻回受診・重複投薬者への保健指導が事業として盛り込まれていた。ただし、この時点で、市の衛生部門では、データヘルス計画とそこに記載された重複頻回受診・重複服薬の取組について把握しておらず、国保部門単独の事業となっていた。

平成 30 年３月に第２期データヘルス計画（計画期間：平成 30 年度から令和５年度）の策定を機に、衛生部門に所属していた保健師が国保部門に異動となり、計画策定に関わりながら、各種分析を行い、事業内容の見直し等を行ってきた。

第２期データヘルス計画では、以下のように課題と対策の方向性が示されている。

課題	対策の方向性		実施事業
● 不適切な受診行動を含む重複受診者、頻回受診者、重複服薬者が多数存在。 ● 放置すると本人の心身に望ましくない影響を及ぼし、本人の QOL の低下や医療費の上昇につながる可能性がある。	● 対象者に通知や必要に応じた相談や保健指導を実施し、適切な医療につなぐ。	⏩	受診行動適正化事業
● 多数の長期多剤服薬者が存在。多剤服用は副作用が起こりやすく様々なリスクがある。	● 適正な服薬を促す。	⏩	服薬情報啓発事業

②事業概要

備前市における重複・頻回受診者と重複服薬者は、がんや難病等、やむを得ず受診回数や服薬数が多くなっている人を除くと、対象となる人は、ほぼ重複し十数人に特定されていた。市ではこれらの対象者に対して、保健師等が適正受診を促すため、電話や面談で保健指導を実施していた。

目的		● 適切な受診による重複・多剤服用者の減少	
		重複・頻回受診、重複服薬	服薬情報啓発事業
目標	短期	＜アウトプット＞ ● 対象者への勧奨率を 50%以上にする ＜アウトカム＞ ● 重複・頻回受診者、重複服薬者を５%減少させる（平成 28 年度の重複服薬者＜１か月間に同系の薬剤が複数の医療機関から処方され、日数合計が 60 日を超える人＞は 185 人、重複受診者は 63 人、頻回受診者は 93 人）	＜アウトプット＞ ● 啓発案内・講演会などの実施を年２回以上 ＜アウトカム＞ ● 対象者の長期多剤服薬５%減少（平成 28 年度の複数医療機関の受診があり６種類以上の薬剤を 14 日間以上服薬している人は 479 人）
	中長期	＜アウトプット＞ ● 対象者への勧奨率を 50%以上にする ＜アウトカム＞ ● 重複・頻回受診者、重複服薬者を 10%減少させる	＜アウトプット＞ ● 啓発案内・講演会などの実施を年２回以上 ＜アウトカム＞ ● 長期多剤服薬者の割合 10%減少
対象者		● 重複・頻回受診者については、レセプト点検員が目視で確認した中から、重複・頻回受診となっている人をリストアップ	● 長期多剤服薬者については、２医療機関以上を受診し、かつ４剤以上を２週間服用している人をリストアップし、その中から死亡・転出を除く人を対象とした。
実施内容		● 重複・頻回受診の対象者に対し、適正服薬に関してのチラシを送付し、必要に応じて面談や電話にて適正受診についての保健指導を実施。	● 長期多剤服用者については、対象者に個別に服薬情報一覧と適正服薬についてのチラシ（主治医・薬剤師への相談勧奨）を送付。地元医師会及び薬剤師会に事業についての説明を行った。 ● その他、薬剤師会の協力を得て、適正服薬に関する講演会を開催。
実施体制		● 対象者の抽出や面談・電話での保健指導：庁内国保部門 ● 重複頻回、多剤服用者については情報を共有し、フォローが必要な人への面談、相談：庁内国保部門（衛生部門とも協力）	● 対象者の抽出：委託事業者（令和元年度） ● 面談・電話での保健指導：国保部門 ※問い合わせ先は、委託事業者と国保部門双方を表記

評価指標	アウトカム：重複受診率・頻回受診率・重複投薬減少率	アウトカム：長期多剤服薬者の割合

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

備前市は、事業の内容について評価するために、国保部門で把握困難なデータについては、委託業者に分析をしてもらい、その結果について担当係で取りまとめ、課内の会議に諮っている。さらに、医師会に提示し、国保連合会による、保健事業支援・評価委員会から派遣されるアドバイザーの学識経験者、保健所による評価を受けている。これらの評価結果については、医師会や薬剤師会等に報告することになっている。

なお、本事業の中で明らかになった課題は、以下の３点であった。

①毎年繰り返し同じ人が抽出されていた

②単発の訪問となっており、対象者のフォローができていない

③重複頻回受診の 50%減少が達成できない

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：毎年繰り返し同じ人が抽出されていた

➡改善①：対象者の抽出基準の見直し　～データを用いてより多くの人を抽出～

重複長期多剤服薬者への訪問指導では、レセプト点検員が重複長期多剤の服用がある人を目視で抽出し、その対象者のうち、医療機関数や薬剤数が特に多い十数名に対して雇上げの職員が訪問を行い、服薬状況を確認しながら、適正受診を促していた。

その結果、訪問の対象となる人は精神科の通院者等、毎年同じ人ばかりであり、繰り返し指導はしているものの、あまり効果は見られなかった。

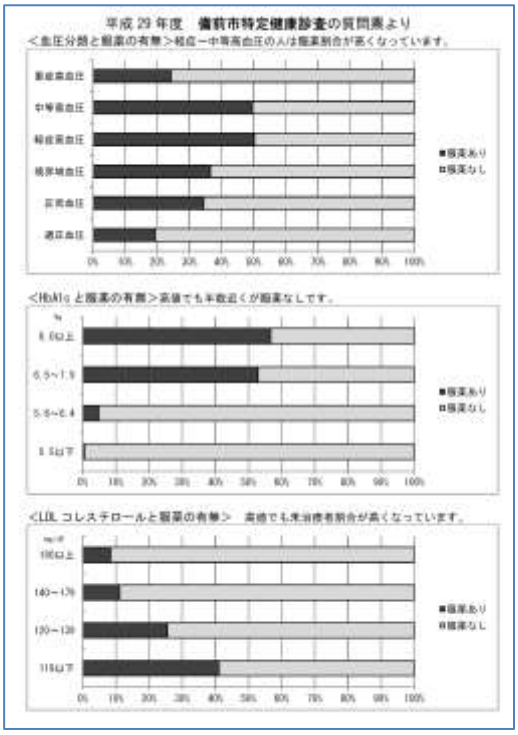
そこで、データヘルス計画では長期多剤服用者の基準を１か月間に６剤以上の薬剤を服用している人としていたが、令和元年度は予算の確保ができたこともあり、幅広く対象を把握し、意識付けを行うため、業者に委託の上、２医療機関以上を受診し、かつ４剤以上を２週間以上服用していることを基準に対象者をリストアップした（ただし、がん、難病、透析患者についてはリストに挙げることはしていない）。

新しい基準値（４剤以上を２週間以上服用）に基づいて作成されたリストは４５２人分であった。リストについては、住民情報を確認し、死亡や転出を除く長期多剤服用者４４０人に適正な服薬を促す旨の通知を送付した（図表１）。

またレセプト点検員の抽出も参考に、頻回重複長期多剤者の対象者（１０人）への絞り込みを行った。

＜図表１　服薬情報に関する通知文＞

＜図表２　特定健診結果と
服薬状況に関する分析＞



なお、この基準値の見直し以前から、地元の医師会に対しては、第２期データヘルス計画の内容について説明を行い、重複服薬に関する事業を実施することに対しての理解を求めていた。また基準を見直し、対象者に対する上記のような通知を行うに当たり、特定健診・後期高齢者健診を実施する全医療機関に対しても、健診受診者について服薬状況を報告（図表２）し、適正な服薬を促すための事業を実施することに対する理解を求めた。あわせて薬剤師会にも医師会同様の説明を行い、事業への協力を依頼した。

課題②：単発の訪問となっており、対象者のフォローができていない

➡改善②：庁内情報共有のあり方を見直し　～部署横断での専門職による情報共有～

備前市では、従来は重複服薬、多剤投薬等については、国保部門だけで把握し、雇上げの職員によって単発的に保健指導を実施していた。平成２９年度の第２期データヘルス計画の策定時に、国保部門に保健師が異動したことにより、課題の分析への視点が深まり、事業対象者の選定基準の見直し等を行った。またそれとあわせて実施したこととして、多剤服用等で保健指導が必要と思われる対象者の情報について、国保部門だけではなく、衛生部門の地区担当保健師との間で庁内の保健師会を通じて情報共有を行った。地区担当保健師が生活状況や健康状態の確認、訪問を行ったことや、国保部門の保健師が医療相談などを実施した情報を随時共有し、その後のフォローを実施するようにした。

重複服薬者の中には、多くの薬を服用することで安心感を得ている人もいたが、その一方で意図的な大量服薬を行い、救急搬送を繰り返す人もいた。この人への対応として、国保部門の保健師がパンフレット（図表３）等を用いて保健指導を行い、地区担当保健師が定期的に声掛けを行うようにしたところ、その安心感から意図的な大量服薬をやめ、救急搬送されなくなり、結果として就業にもつながったというケースもあった。

＜図表３　訪問に用いるパンフレット＞

重複服薬ってなに？

複数の医療機関にかかっている場合に、同じ効能の薬が重複して処方され、

それを服用することです。

重複服薬の悪い影響って？

● 体に負担がかかり、副作用が出やすくなります。
医師が処方する薬は薬局などで売っている市販薬より薬効が強いので、重複して服用すると、副作用が出やすくなったり、効果が悪くなったり、症状の悪化を招きます。

● お金がかかります。
処方箋には、調剤基本料＋調剤料＋薬剤料という医療費がかかっています。処方されるたびに料金がかかることになります。

● 保険税の値上げをまねきます。
医療費は、皆さんの保険税や、窓口で支払う自己負担でまかなわれています。そのため医療費が増えると医療保険制度の財政が厳しくなるため、保険税が高くなります。

重複服薬を防ぐには？

ふんづき、便秘、元気がなくなる、物忘れが増えるなど…

● 「かかりつけ薬局」を持ちましょう。
薬について心配なことや気になることを相談したり、飲み合わせによる副作用や体調の悪化などを防ぐことができます。

● 「お薬手帳」は１人１冊にまとめて利用しましょう。
処方された薬を全て確認できます。また災害時などで手元の薬が無くなった場合でも、服用していた薬の名前がきちんと伝えられます。
お薬手帳を持参してから月以内に同じ薬局を利用した場合は薬剤服用歴管理指導料は3点（30円）ですが、お薬手帳を持参しなかった場合や、前回の処方から6か月以上経過している場合などは50点（500円）かかります。
※保険適応されますので、実際の支払いは1～3割になります。

● 重複受診はやめましょう。
同じ病気で複数の医療機関にかかると、薬の過剰投与や医療費の無駄遣いをまねきます。薬には使用期限や、適量があります。薬をたくさんもらわないと不安、飲みないなどの心配があれば、主治医や薬剤師と相談してみましょう。

課題③：重複投薬の減少率 50%が達成できない

➡改善③：目標値の見直し　～より現実的な目標設定に変更～

平成 28 年度開始の第１期データヘルス計画では、平成 29 年度までを計画期間として、「重複・頻回受診の減少率 50%、重複投薬の減少率 30%」という目標を設定していた。しかし、短期間の計画期間の中で 50%の減少は非現実的であり、第２期データヘルス計画の策定のための分析結果より、重複投薬者は大半が毎年同じ人で固定化されていることも判明していたため、目標値を見直すこととした。そこで、第１期データヘルス計画の実績を参考に、第２期データヘルス計画の策定時に、現行の短期目標「重複・頻回受診者、重複服薬者の割合５％減少」、長期目標「重複・頻回受診者 10%減少、重複服薬者の割合 10%減少」に目標を設定し直した。

（※重複服薬は長期多剤を含む）

4. 事業の成果と今後の方向性

備前市は、第２期データヘルス計画の策定を機に、衛生部門の保健師１名が国保部門に異動になったことにより、保健事業に関する分析が深まり、両部門の連携が図られるようになった。

各種保健事業については、随時、課内の会議や医師会との検討会、国保連合会や保健所の支援を受けながら企画や評価を行っており、今後ともこの体制は続ける予定である。なお、服薬に関しては、平成 30 年度より、薬剤師会にも協力をいただきながら進めているため、薬剤師会にも評価の段階で報告等を行う予定である。

重複服薬・多剤投与に関しては、医師の理解・協力が不可欠であるため、今後とも医師会には丁寧な説明を行いながら、対象者の抽出基準等も相談し、見直しを行う予定である。

D. データヘルス計画に基づくその他の保健事業

PDCA サイクルに沿ったＣＯＰＤ検診に関する事例

新潟県燕市：医療費分析の結果に基づいた検診の導入の取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	79,183 人	国保被保険者数	15,330 人	高齢化率	30.6%
事業概況	開始年度	平成 27 年度	事業実施形態	直営	事業費	約 55.1 万円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

新潟県燕市は、平成 27 年２月に策定した第１期データヘルス計画の時点で、全国の状況と市の状況を見比べ、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）の潜在患者が多数いるのではないかという問題意識を持っていた（図表１）。この点について、燕市医師会に資料を提示し、協議を重ねたところ、検診を実施することについて協力（呼吸器の専門医によるＣＯＰＤに関する病態等に関する講義や検査方法の伝授）が得られた。

そこで、平成 27 年度より、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）進行予防事業として、特定健診受診者で喫煙等一定の条件を満たす人を対象に、簡易スパイロメーターによるスクリーニング検査を実施することとした。

＜図表１　第１期データヘルス計画時点での分析結果＞

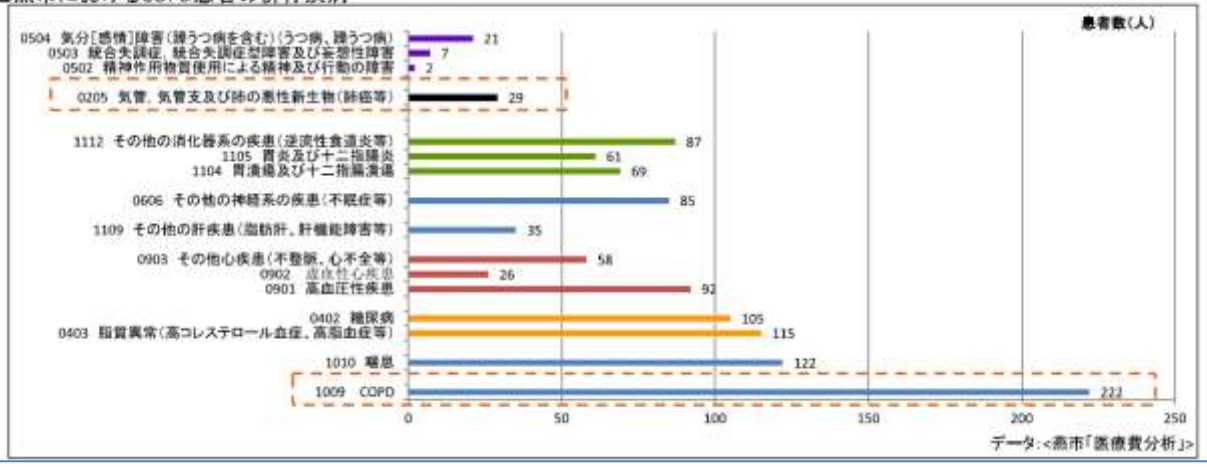
■燕市の現状

治療状況	40歳以上被保険者数（H26.3月末現在）	治療患者数（H25.3月～H26.2月診療）
燕市国民健康保険被保険者	15,546人	投薬治療患者数 222人（1.4%） （内訳：男性139人、女性83人） ※参考 投薬治療が発生していない患者数 522人
大規模疫学調査（NICEスタディ2001）	有病率 8.6%	推定患者数 1,337人

■燕市におけるCOPD患者の医療費平均

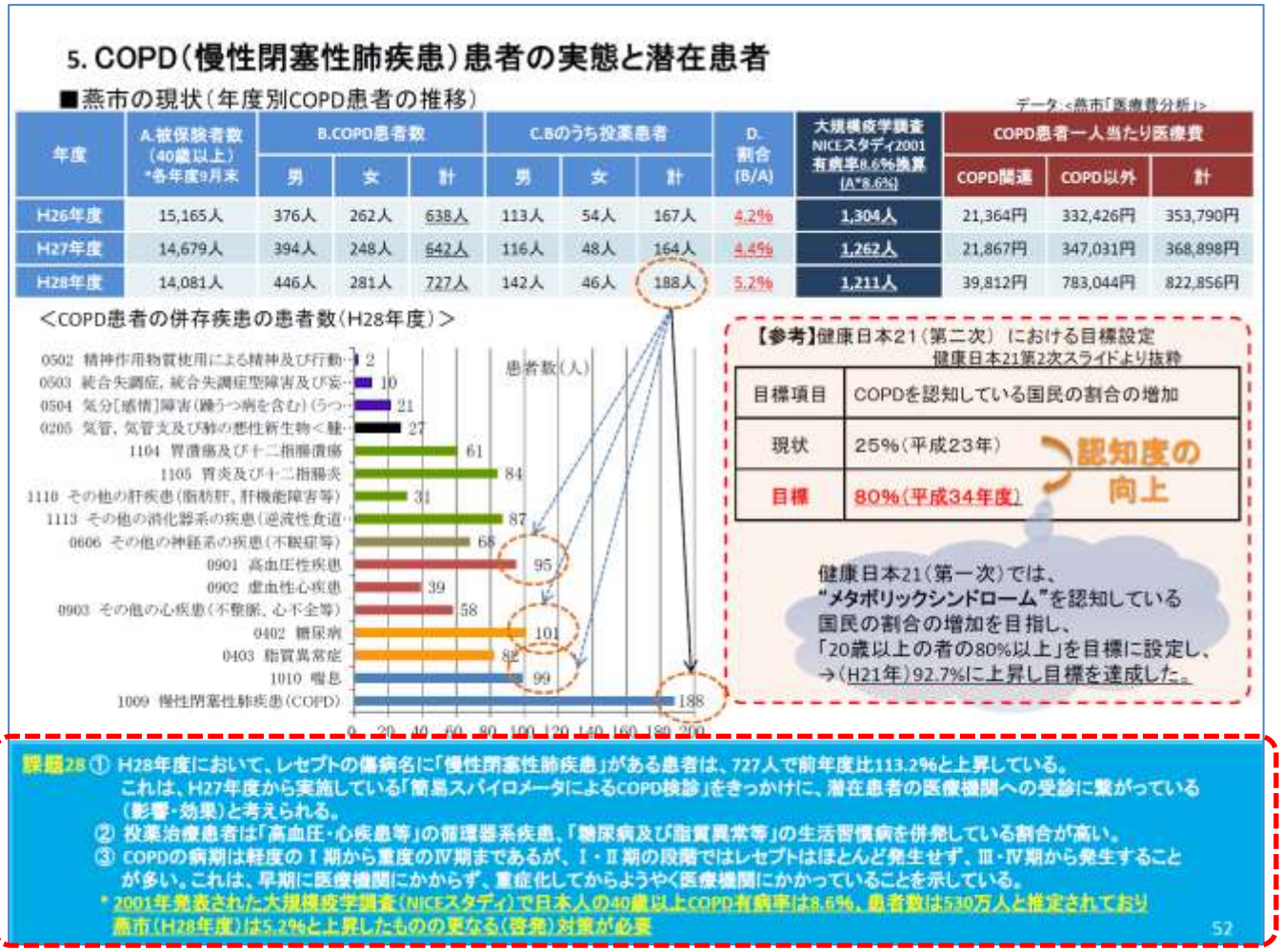
	一人当たり医療費
医療費合計	323,732円
COPD関連	18,504円
COPD関連以外	323,732円

■燕市におけるCOPD患者の併存疾病



平成 30 年３月には平成 30 年度から令和５年度までを計画期間とする第２期データヘルス計画の策定の過程（図表２）においても、ＣＯＰＤ患者の実態と潜在患者についての分析を行い、以下のようなことが課題として浮かびあがったため、平成　30　年度以降も引き続き、ＣＯＰＤ検診を実施している。

＜図表２　第２期データヘルス計画時点での分析結果＞



②事業概要

ＣＯＰＤ検診は、特定健診の集団健診と同時に実施している。

対象者については、下記に設定するとおりであり、ＣＯＰＤへの認知度を高め、検診を受診してもらえるよう努めている。

目的	● 死因順位第４位（平成 25 年人口動態調査）であるＣＯＰＤの認知度を向上させ、簡易検査にて早期発見し、重症化を予防し、医療費の削減につなげる。
目標	● 精密検査実施率（精密検査受診者数/精密検査受診勧奨者数）：65%
実施内容	● 対象者は特定健診の集団健診時に、簡易スパイロメーター検査を実施 ハイ・チェッカー【携帯型６秒量計】を用いた気流閉塞症例（ＣＯＰＤ）によるスクリーニング検査 ※カット値⇒ハイチェッカー（FEV1.0/FEV6.0<0.7）

		※参考カット値⇒スパイロメトリー(FEV1.0/FVC<0.7) ● 精密検査対象者に対して受診勧奨案内を郵送で送付 検診受診者全員にその場で検診結果の告知。精密検査対象者には後日医療機関への依頼文書等を同封した受診勧奨通知を郵送で送付。 ● ＣＯＰＤ検診受診者には禁煙指導を実施 ● 精密検査対象者には保健指導を実施
実施体制		● スパイロメーター検査：市の看護職 ● 特定健診会場での検査の受診勧奨、保健指導、精密検査未受診者のフォロー：行政
対象者		● 次の abc 全て満たす者 a 燕市国保被保険者で特定健診受診資格のある者 b 特定健診（集団健診）受診時に同時に受診する場合のみ対象 c 喫煙或いは喫煙歴のある者
評価指標	**短期**	保健指導実施者数 ＣＯＰＤ検診受診者数
	中長期	喫煙者のうち禁煙率

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

ＣＯＰＤ検診の実施に先立ち医師会に説明し、協力を求めた。また、実施状況については、毎年度、担当部署である保険年金課国保係で分析したうえで、医師会に提示している。

毎年の分析の中で、下記のような点が課題として浮上した。

① 精密検査の未受診者が多い

② 要精密検査の発見率を目標としても健康課題の解決につながらない

③ 喫煙者のＣＯＰＤ検診受診率を高めることが必要である

3．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：精密検査の未受診者が多い

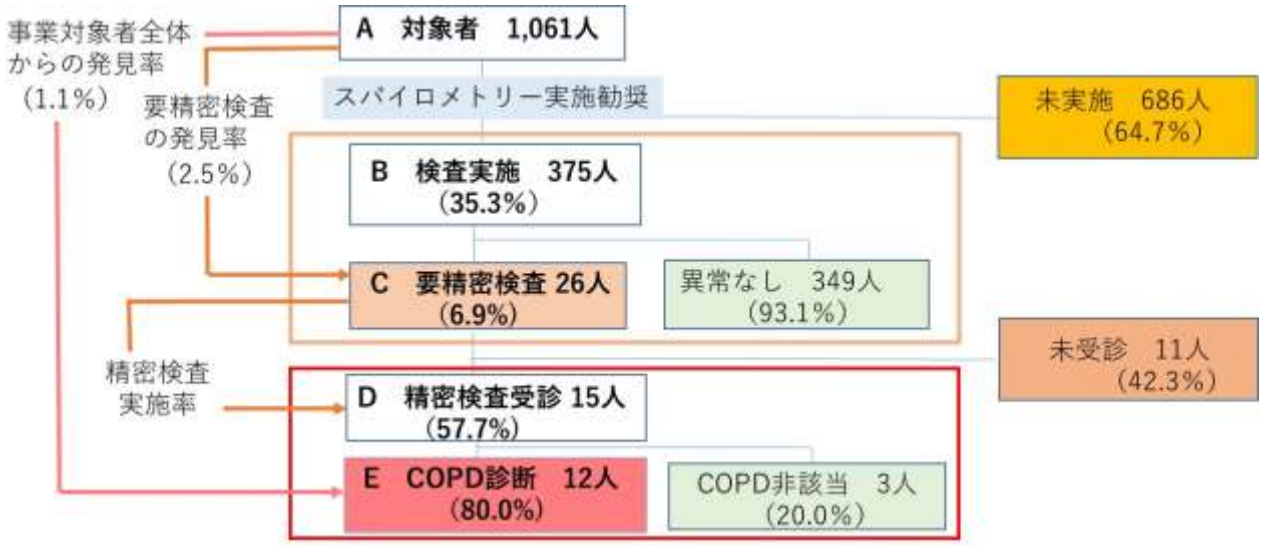
➡改善①：検査受診につなげるためのプロセスの見直し　～看護師による受診勧奨～

第２期データヘルス計画策定時の分析結果として、レセプトの傷病名に「慢性閉塞性肺疾患」がある患者は、平28年度の時点で 727 人であり、対前年度比 113.2%と増加していた。これは、平成27年度から実施している「簡易スパイロメータによるＣＯＰＤ検診」をきっかけに、これまで潜在していた患者が医療機関に受診するようになったことが影響していると考えられる。

こうした効果をより高めていくためには、検診を受け、要精密検査となった人が、確実に精密検査を受け、さらには診断につながった人が治療を受けるようになることが重要である。

しかしながら、平成 29 年度時点の要精密検査の対象者のうち、精密検査を実際に受診した人は15人（57.7%）であり、精密検査の受診率を高めていくことが必要であると認識した（図表３）。

＜図表３　対象者の中からＣＯＰＤの診断に至るまでのフロー（平成 29 年度）＞



精密検査の受診率を高めるために、従来より、郵送により受診勧奨を行っていたが、それに加えて、看護師が精密検査の未受診者に対して、電話や訪問により受診勧奨を行った。訪問を行う場合には、現時点での喫煙状況を確認しながら、禁煙に向けた意思があれば、禁煙指導等を行った。

課題②：要精密検査の発見率を目標としても健康課題の解決につながらない

➡改善②：事業を円滑に進めるための目標の見直し

従来のＣＯＰＤ検診の目標値としては、要精密検査の発見率（図表３のＣ／Ａ）を設定していた。しかしながら、精密検査を受診した人におけるＣＯＰＤ診断者の割合が高いため、精密検査を受診する人の割合（図表３のＤ／Ｃ）を高めていくことが必要であると考えた。

そこで、平成30年度の第２期データヘルス計画策定を機に、事業の目標を「要精密検査の発見率（精密検査受診勧奨者数／対象者数）10%」から「精密検査実施率（精密検査受診者数／精密検査受診勧奨者数）65%」に変更し、潜在患者を把握するように努めた。

課題③：喫煙者のＣＯＰＤ検診受診率を高めることが必要である

➡改善③：特定健診と同時実施ができる環境の整備

ＣＯＰＤ検診受診をきっかけに禁煙につながる場合もある。本検診の対象者は、既に喫煙者もしくは喫煙者としているが、喫煙者の中でも検査を受診しない者も多い。

そのため、燕市は、特定健診の会場でＣＯＰＤ検診を同時に実施することにした。こうすることにより、特定健診の質問票の結果も踏まえてＣＯＰＤ検診を積極的に勧めることができ、受診率を高めることができると期待される。

４．事業の成果と今後の方向性

ＣＯＰＤ検診は特定健診会場で同時実施することで受診しやすく、また、受診をきっかけに禁煙や医療機関への受診行動に結びつき、禁煙やＣＯＰＤ等の治療につながるなど、費用対効果が高い。

今後もＣＯＰＤ認知度向上とその先の疾患の予防に向け、ＣＯＰＤ検診を実施していく。

滋賀県守山市：医師会等を交えた検討会での助言を踏まえたＣＯＰＤ検診の取組

１．自治体概要・事業概況

自治体	人口	83,313 人	国保被保険者数	14,950 人	高齢化率	21.6%
事業概況	開始年度	平成 28 年度	事業実施形態	直営、委託	事業費	約 163 万円

２．事業内容とＰＤＣＡサイクルの状況について

①事業実施の経緯

滋賀県守山市は、平成 28 年３月に平成 27 年度から令和２年度までを計画期間とするデータヘルス計画を策定した。

この計画策定の過程でレセプト分析による課題抽出を行ったところ、守山市では、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）による入院受療率が、県、同規模保険者、国と比較すると高くなっており、特に男性で高いことが明らかとなった。

レセプト分析の結果等を医師会と協議する中で、ＣＯＰＤ対策の必要性を理解・協力してもらえるようになり、具体的な事業内容についての調整を行った。その結果、守山市では、平成28年度から、肺がん検診とともに、ＣＯＰＤ検診を実施することとなった。

課題	対策の方向性		実施事業
● ＣＯＰＤ の入院受療率は、県、同規 模保険者、国と比較して高く、特に男性で高くなっている。	● 喫煙が主な原因となる疾患を予防するため、 ＣＯＰＤ検診を実施し、たばこ対策を強化する。	⏩	ＣＯＰＤ検診

平成２７年度	データヘルス計画の策定、ＣＯＰＤ対策の必要性の認識
平成２８年度 （事業開始年度）	ＣＯＰＤ検診実施に関する検討会の立ち上げ、国保の特定健診の対象者に対し、質問票を用いたスクリーニングとその結果を活用したＣＯＰＤ検診の実施とその受診勧奨等の開始（特定健診受診券に質問票を同封して送付）
平成２９年度	データヘルス計画の策定、ＣＯＰＤ対策の必要性の再認識、質問票をはがき形式にして単独で送付
平成３０年度	質問票および啓発チラシを封書で送付 検診対象者範囲を特定健診受診者から全市民（年齢は60・65・70に限定）に拡大
令和元年度	対象者の目に留まりやすくするために検診受診券の封書化

②事業概要

ＣＯＰＤ検診では、検診そのものは、市の中核医療機関である済生会守山市民病院に委託しているが、ＣＯＰＤ検診のための質問票の送付、受診券の発行等は市のすこやか生活課で行っている。

市は、対象者全員にＣＯＰＤ検診質問票（ＣＯＰＤ－ＰＳ）を送付、返送された質問票の記載内容を集計し、４点以上に該当する者に対してＣＯＰＤ検診受診券を発行する。

該当者は、ＣＯＰＤ検診受診券をもって済生会守山市民病院においてスパイロメトリー検査を受診、その結果、要精密検査の結果の者に対しては、精密検査（気管支拡張剤を使用した呼吸機能検査並びに胸部エックス線検査）の受診を勧奨する。

なお、ＣＯＰＤ検診受診券を送付しているにも関わらず、検査を受診していない者に対しては、市から受診状況アンケートを送付するとともに、受診勧奨を実施する。受診状況アンケートでは、ＣＯＰＤの認知度や未受診の理由を把握・分析し、医師会や大学教授にも参加いただく検討会において提示した。

さらにＣＯＰＤ検診において、ＣＯＰＤと診断された人については、診断後の治療状況や禁煙の実施状況について追跡調査を実施している。調査の結果、未治療者には受診勧奨を行うとともに、禁煙希望者に対しては、禁煙相談の案内をしている。

目的		● ＣＯＰＤの早期発見・早期治療につなげ、重症化を予防するとともに、将来的には健康寿命の延伸および医療費の削減につなげる。
目標		● ＣＯＰＤ検診の質問票の回収率の向上 ● ＣＯＰＤ検診受診率の向上 ● ＣＯＰＤについての認知度の向上
実施内容		<ＣＯＰＤ検診の流れ> ①ＣＯＰＤ検診質問票(以下、質問票)の送付(質問票はＣＯＰＤ－ＰＳを使用)。 ②質問票を採点し、４点以上の者にはＣＯＰＤ検診受診券(はがき)を送付。 ③委託医療機関においてスパイロメトリー検査を実施。 ④検査の結果、要精密検査の者は精密検査を受診。 <ＣＯＰＤ検診未受診者への受診勧奨> ①ＣＯＰＤ検診受診券を送付しているにもかかわらずスパイロメトリー検査を受診していない者に対して受診状況アンケートを実施するとともに受診勧奨を実施。 ②受診状況アンケートからＣＯＰＤの認知度や未受診の理由について分析し、検討会において検診方法や啓発方法を協議する。 <ＣＯＰＤと診断された者への追跡調査> ①前年度ＣＯＰＤ検診においてＣＯＰＤと診断された者に対してＣＯＰＤ診断後の治療状況や禁煙の有無などについて調査している。 ②調査の結果、未治療者には受診勧奨、禁煙希望者には禁煙相談を案内している。
実施体制		● スパイロメーター検査：医師会加盟医療機関 ● 質問票の作成・送付、未受診者への受診勧奨、ＣＯＰＤ診断者のフォロー：行政
評価指標	短期	ＣＯＰＤ検診質問票回収数・率、スパイロメトリー検査受診者数・率、精密検査対象者数、精密検査受診者数、ＣＯＰＤ診断者数
	中長期	ＣＯＰＤ認知度、喫煙率

③事業評価（Ｃｈｅｃｋ）の実施状況

ＣＯＰＤ検診の実施にあたり、国や県が示すガイドラインがなく、ＣＯＰＤ検診を実施している自治体も少ないことから、具体的な方策を検討するために、守山市は隣接する野洲市と共同で関係者が集って議論する検討会を立ち上げた。メンバーは守山野洲医師会の代表者、検診実施医療機関、また、医師会長より紹介を受けた呼吸器内科の大学教授となっている。
検討会については平成28年度の事業立ち上げ以来、年２～３回開催し、事業の内容、実施方法の検討を行っている。年度後半の会議では、実績を踏まえ検診の実施方法や啓発方法について等、

次年度の事業の方向性について議論している。

事務局が事業実施結果等を分析する中で、以下のような点が課題として浮上した。

①検診に先立ち実施する質問票の回収率が低い

②質問票に回答しても実際の検診受診率が低い

③ＣＯＰＤに対する認知度が低い

＜図表1　平成30年度 COPD 検診　検討会資料(抜粋)＞

３．明らかになった課題とそれに対する改善（Ａｃｔｉｏｎ）状況

課題①：検診に先立ち実施する質問票の回収率が低い

➡改善①：検診対象者を多く抽出するためのプロセスの見直し

～特定健診受診の際に、医師からＣＯＰＤ質問票への回答を促す声掛けをしてもらう～

検診の必要性を判断するために、市からは、目隠しシール付き往復圧着はがき形式でのＣＯＰＤ質問票（ＣＯＰＤ－ＰＳ）を検診の案内チラシとともに対象者に一律送付し、市に返送してもらう形をとった。

平成 29 年度は、目隠しシール付き往復圧着はがき形式でのＣＯＰＤ質問票（ＣＯＰＤ－ＰＳ）を 11,878 人に発送した。特定健診実施医療機関でも回収できるようにしたが、回収ができたのは 1,659 人の 14%と決して高いといえる状況ではなかった。

この状況について市は検討会に報告したところ、会に参画いただいている医師会の関係者が個別健診時に質問票への回答を促す声掛けを強化していただけるとの提案があった。

そこで、市では、特定健診受診者に対し、医師から質問票への回答を促す声掛けをしてもらうこととし、あわせて平成 30 年度からは、目隠しシール付き往復圧着はがき形式でのＣＯＰＤ質問票（ＣＯＰＤ－ＰＳ）を検診の案内チラシとともに封書で送付した。医師からの声掛けと送付方法をはがきから封書形式に変更したところ、検診の質問票の回答率は 35%と大幅に上昇した。

課題②：質問票に回答しても実際の検診受診率が低い

➡改善②：検診受診につなげるためのプロセスの見直し

～未受診者アンケートの実施と封書による受診券の送付～

ＣＯＰＤ質問票の回答結果より、ＣＯＰＤ検診の受診が必要と判断される人は約４割であった。この４割の人（平成 29 年度は 724 人）に対し、市からＣＯＰＤ検診受診券（はがき）を送付した。

この受診券を用いて、委託医療機関で検査を受けたのは 273 人（受診率 37.7%）となっており、検診が必要と思われる人の多くが受診していないことが明らかとなった。

そこで平成 30 年度に受診券を発送したものの、未受診である人に対して受診勧奨を行うことも兼ねて、アンケートを実施したところ、

①ＣＯＰＤ自体についての知らなかったという回答が一定数いること、

②ＣＯＰＤ検診を受けようとは思わない人が３割いること、

③そのうちの半数が息切れ等の症状がなく必要性を感じていないこと　等

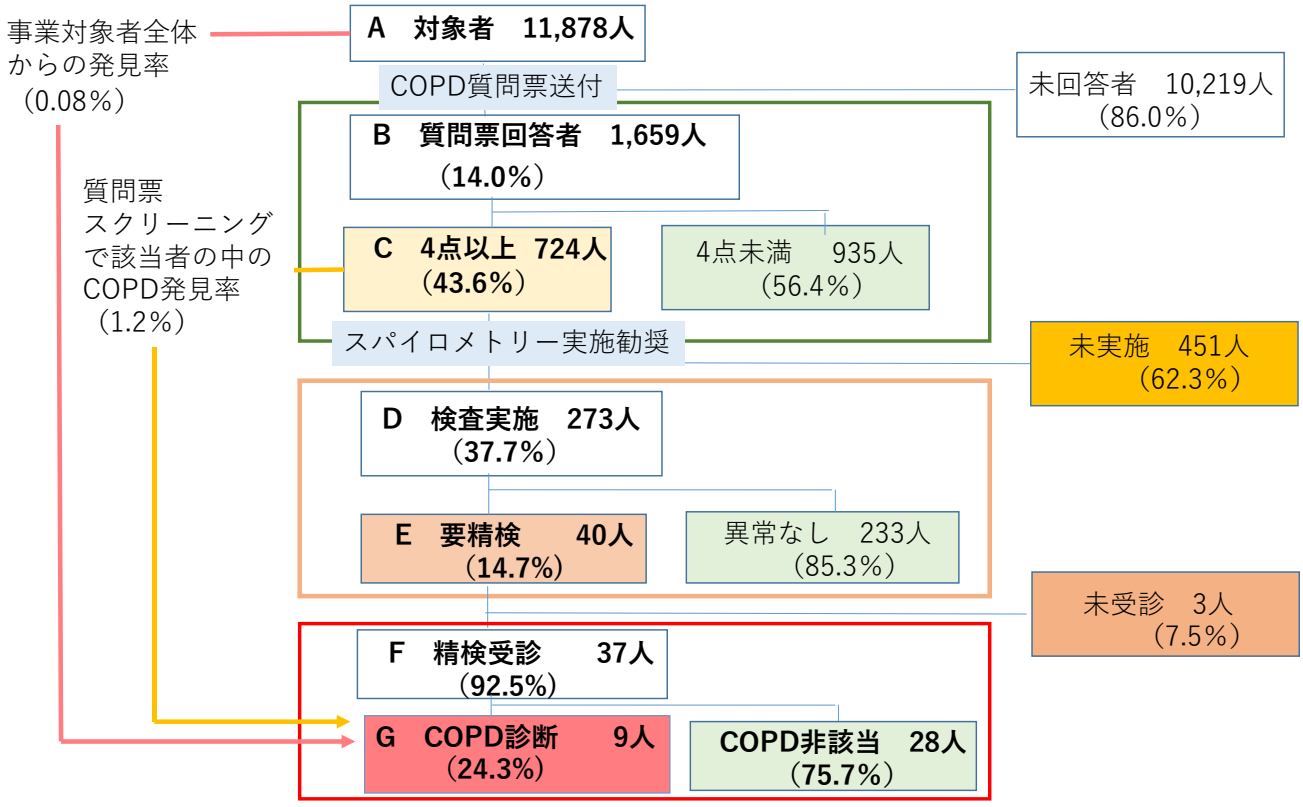
が明らかとなった。

＜図表2　ＣＯＰＤ検診を受診しない理由（未受診者アンケート結果より）＞

また、検診の受診券が届いているという認識がない人も多くいることも明らかとなった。

この結果を受けて、市では令和元年度より、ＣＯＰＤ検診の受診券は、対象者の目に留まりやすいようはがきではなく、封書にて送付するように変更した。

＜図表3　ＣＯＰＤ検診対象者抽出から診断までのフロー（平成２９年度）＞



課題③：ＣＯＰＤに対する認知度が低い

➡改善③：対象者範囲の見直し

～特定健診対象者から全市民への対象者範囲の拡大と啓発事業の展開～

平成 28・29 年度の２か年間、特定健診の対象者を対象に、ＣＯＰＤ検診の質問票を送付し、検診を実施してきたが、検診受診者のうち、要精密検査、要治療の人が一定程度発見され、実際に何人かは治療に結びつく等の効果が確認された。

その一方で、未受診者に行ったアンケートにおいて、ＣＯＰＤ自体に対する認知度が低いことも明らかとなり、第２次健康もりやま21で目標として設定した「ＣＯＰＤの認知度の向上」を実現するためにも、さらなる啓発が必要であると認識された。

そこで、守山市では、認知度の向上を目的として、平成 30 年度から対象者を全市民に対して拡大実施することとした。なお、その際、対象年齢については、ＣＯＰＤ検討会の助言を受け、①リスクが一番高い年代である 60・70 歳代を対象とすること、②毎年実施する必要はないため、その中でも節目年齢となる 60・65・70・75 歳を対象に実施することとした。

また、対象者範囲の拡大とあわせて、ＣＯＰＤに対する認知度を高めるために、市の広報やホームページにおいて、質問票の回収状況を周知したり、もりやま健康フェスティバルにおいて、薬剤師会や医師の協力のもと肺機能測定や肺機能検査を実施したり、来場者に対してＣＯＰＤについてのチラシを配布するようにした。さらに、世界ＣＯＰＤデーにあわせたポスターの掲示、呼吸器疾患検診の実施、小中学校への防煙教育、禁煙個別教室も実施している。

４．事業の成果と今後の方向性

外部関係者も含めた検討会を通じて、様々な改善をしながら、検診を進めてきた。上記の改善に加え、現在さらに検討を進めているのは、ＣＯＰＤ検診質問票の項目である。既に受診中である人は、検診受診が不要であることから、そのような人を検診受診券送付対象から除外するために、受診状況を問う設問を入れるかについて検討をしている。

今後もＣＯＰＤ認知度向上とその先の疾患の予防に向け、ＣＯＰＤ検診を実施していく。

参考資料　事例調査の選定基準

A. 特定健診実施率向上対策の調査

区分	項目	条件	抽出方法
基本条件	①特定健診受診率（平成２９年度実績）	・ 特定健診受診対象者数が 10 万人以上の場合、同規模保険者の平均受診率31．2%を上回っている。 ・ 1万人以上 10 万人未満の場合、平均受診率37.2%を上回っている。 ・ １万人未満の場合、市町村国保の目標値60%を上回っている。	・ 特定健診受診率
	②過去3年間の特定健診受診率	・ 過去3年間において実施率の向上を維持している。 ※特定健診受診対象者数が 10 万人以上の場合は、当該条件は必須としない。	・ 同上
優先条件	①過去3年間の特定健診実施率の伸び幅	・ 特定健診受診対象者数が 10 万人未満の場合、過去3年間における実施率の伸び幅が3ポイント以上である。	・ 同上
	②実施率向上対策の取組内容	・ 実施率向上に寄与すると考えられる取組を行っている。	・ 保健事業実態調査（D1 等）等

B. 糖尿病性腎症重症化予防の調査

区分	項目	条件	抽出方法
基本条件	①事業開始年度	・ 原則、平成28年度以前から取組を実施している。	・ ―
	②実績1	・ 実施者数が同規模保険者内で第３四分位以上である。 ※10 万人以上：73 人以上 5 万人以上 10 万人未満：68 人以上 1 万人以上 5 万人未満：24 人以上 1 万人未満：58 人以上	・ 特定健診保健指導データ
	③実績2	・ 実施割合（実施者数÷対象者数）が 70%以上 ・ 終了率（終了者数÷実施者数）が 80%以上	・ 同上
	④糖尿病性腎症重症化予防プログラム5つの要件	・ 以下のうち、4つ以上に該当する。	・ 保険者データヘルス全数調査
	④-1 対象者の抽出	・ 対象者の抽出条件を設けている	・ 同上（3a-Q16）

区分	項目	条件	抽出方法
	④-2 かかりつけ医との連携	・ かかりつけ医と連携した取組である ※準備時・実施時のいずれにも連携している	・ 同上（3a-Q32（b.保健指導）の1,2）
	④-3 専門職の関与	・ 専門職（保健師）がかかわる ※計画画策定、実施、評価改善のいずれにかかわるかは問わない	・ 同上（3a-Q22）
	④-4 事業評価	・ アウトプット指標のみならず、アウトカム指標（透析新規導入者数／透析患者数／検査値などの数値）を用いて事業評価を実施している。	・ 同上（3a-Q27の1～3）
	5 糖尿病対策推進会議との連携	・ 糖尿病対策推進会議と連携している。	・ 同上（3a-Q36）

※保険者データヘルス全数調査：2019年度（令和元年度）実施分。2018年度（平成30年度）中に実施した取組内容等を把握可能。以下同様。
※下線部：「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成31年4月改定）の5つの要件に関連するもの。
①対象者の抽出条件が明確である
②かかりつけ医と連携した取組みである
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わる
④事業の評価を実施する
⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図る

C. 重複服薬・多剤投与対策の調査

区分	項目	条件	抽出方法
基本条件	①取組内容	・ 重複服薬・多剤投与対策の両方に取り組んでいる。	・ 保険者データヘルス全数調査（7a-Q7,12） ・ 保健事業実態調査（I1）
	②取組内容	・ 取組の検証を実施している	・ 保険者データヘルス全数調査（7a-Q11,16） ・ 保健事業実態調査（I4）
優先条件	①連携	・ かかりつけ医や薬剤師と連携している。	・ 保健事業実態調査（I2）
その他	②実績	・ 実施件数が一定値以上である。	・ 事前アンケート

※保健事業実態調査：2018年度（平成30年度）実施。2017年度（平成29年度（平成30年3月末時点））の取組内容について回答。以下同様。

D. データヘルス計画に基づくその他の保健事業の調査

区分	項目	条件	抽出方法
基本条件	①特定健診保健指導実施率	・ 過去3年間で向上傾向にある。	・ 特定健診保健指導実施率
	②保健事業	・ 高血圧重症化予防とCOPD（慢性閉塞性肺疾患）ハイリスク者への受診勧奨を実施している。	・ 同上