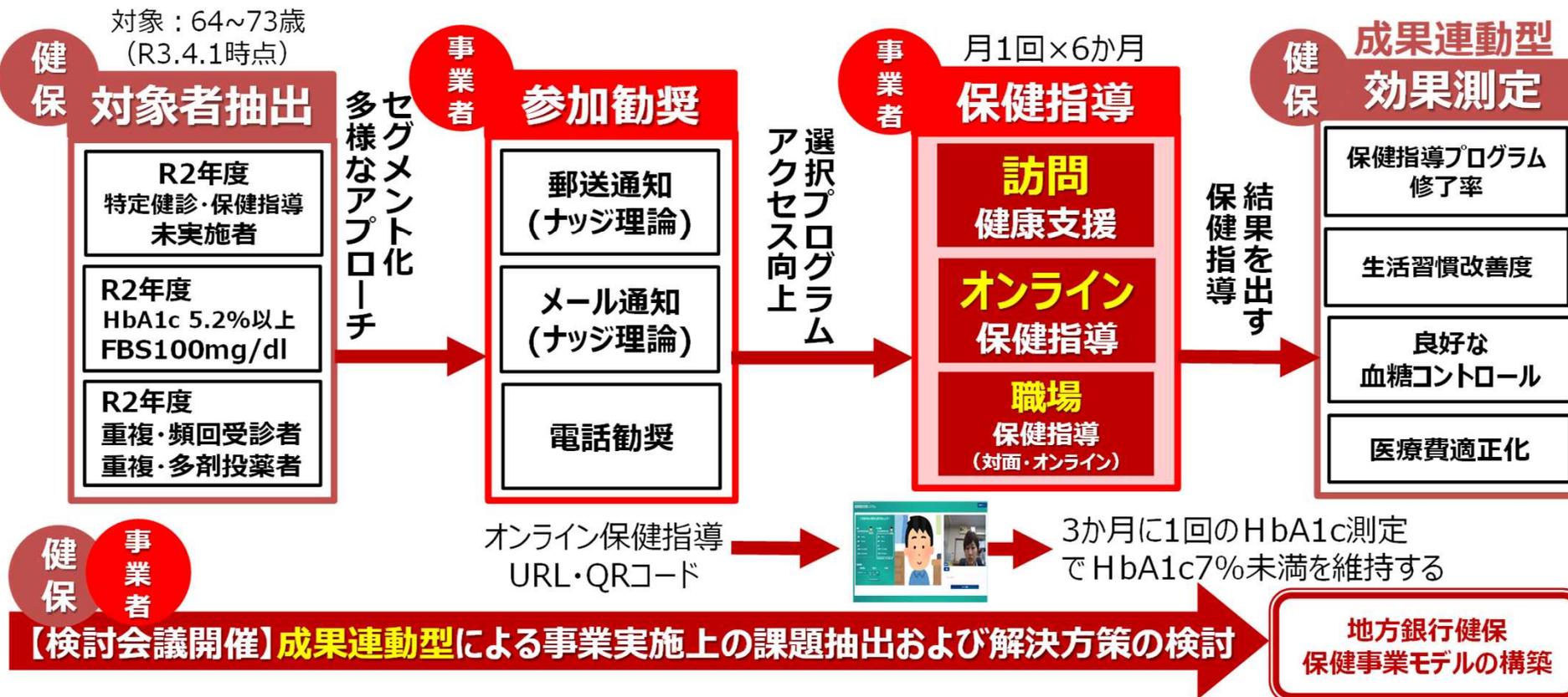


事業名：成果連動型前期高齢者健康づくり保健事業

健保名：肥後銀行健康保険組合

エグゼクティブサマリー



- 1.令和2年度健診・レセプトデータから対象者161名を抽出。うち前期高齢者45名の保健指導プログラムを実施し、全員が6か月間の保健指導プログラムを終了した。
 - 2.保健指導プログラムの結果、32名（82%）の参加者が生活習慣を改善できた。
 - 3.HbA1c6.5~6.9%の参加者7名中6名(86%)が、プログラム前後でHbA1c0.1%以上改善した。
 - 4.重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者の医療費は、年額1,402千円削減を見込む。
- ※設定した成果指標①~④は全項目を達成した。

1. 目的

＜保健事業としての目的＞

本事業は、地方銀行健保の前期高齢者（被保険者・被扶養者）を対象にした保健事業の諸課題の解決を通じて、前期高齢者の適正受診を促すとともに保健指導実施率を高め、生活習慣の改善、生活習慣病発症及び重症化の予防により健康寿命の延伸を図り、医療費の適正化ひいては前期高齢者納付金の適正化を図ることを目的とする。

＜PFS事業としての目的＞

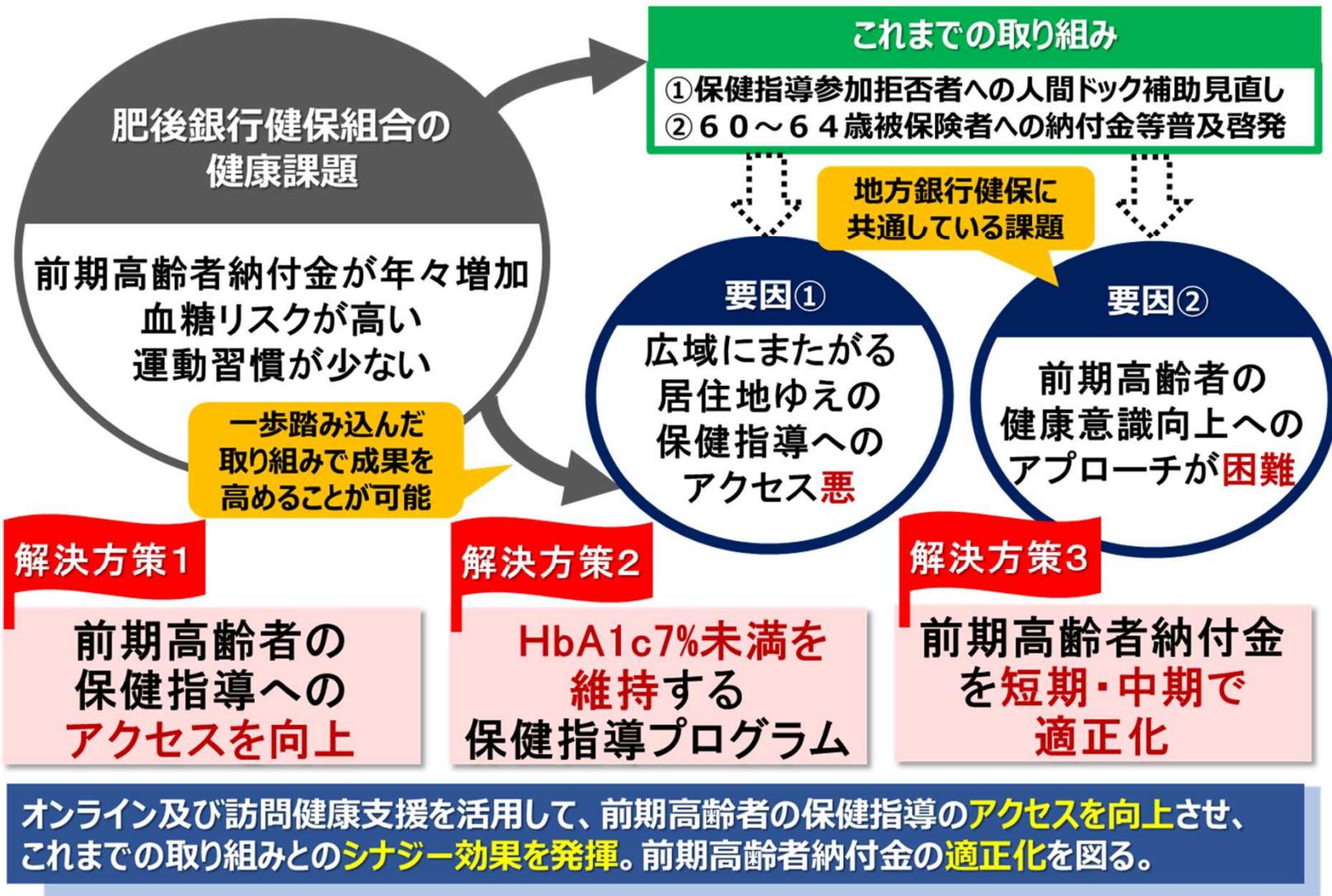
成果連動型事業の実施により、成果に基づく委託料の支払いが可能となり、成果の見える化と保健事業コストのバランス（投入コストの効果性及び効率性向上）を実現する。

PFS事業実施上の課題整理と解決方策の取りまとめというPDCAサイクルの中で、全国の地方銀行健保のモデルとなる成果連動型保健事業を構築する。

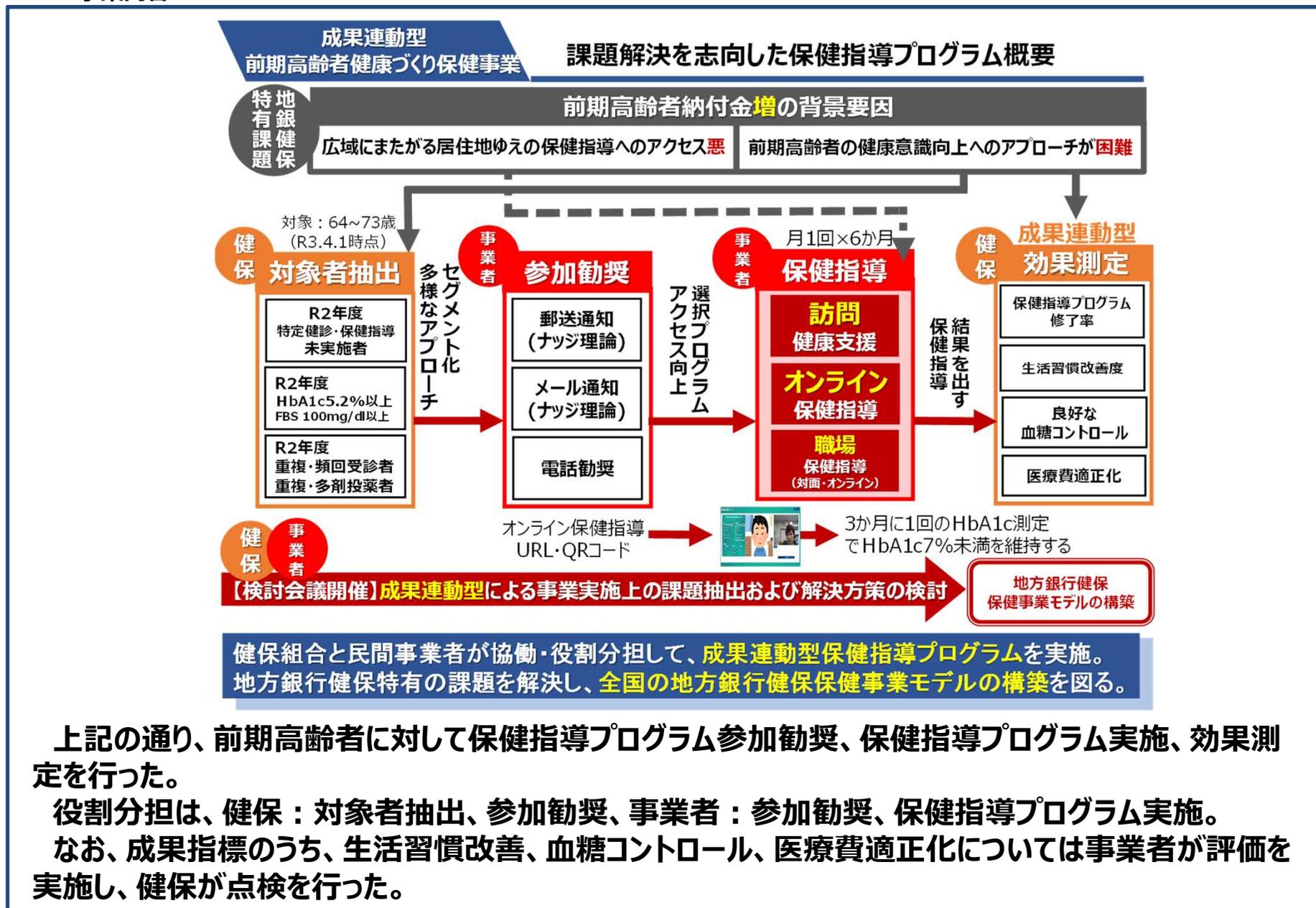
1. 目的

成果連動型
前期高齢者健康づくり保健事業

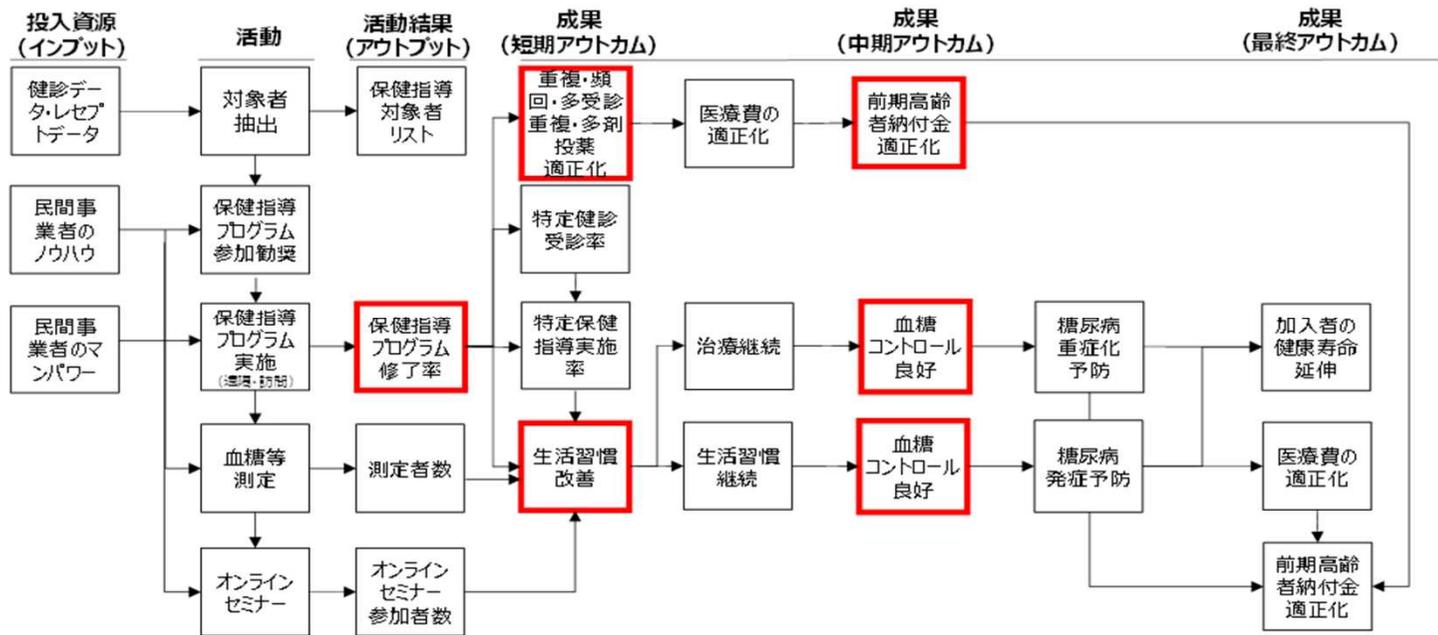
肥後銀行健康保険組合の健康課題と解決方策



2. 事業内容



3. PFS事業の支払条件・ロジックモデル



	目標値	設定根拠	支払条件
成果指標①	参加者の80%以上がプログラム終了	令和2年度実績（被保険者の保健指導修了率100%）から被扶養者を対象に含めることを考慮して、野心的な目標を設定	参加者の80%以上がプログラム修了 ⇒66,000円/修了者×終了者数×50%を支払
成果指標②	参加者の60%以上が1項目以上の生活習慣を改善	民間事業者の令和2年度実績（生活習慣改善度61.2%）から、被扶養者を対象に実施することを考慮して目標設定	参加者の60%以上が1項目以上の生活習慣を改善 ⇒66,000円/改善者×改善者数×50%を支払
成果指標③	良好な血糖コントロール ①HbA1c0.1%以上改善 ②HbA1c7%未満維持	1.糖尿病への移行を抑制することで削減できる糖尿病医療をもとに設定 2.糖尿病重症化予防のためのコントロール目標のため設定	1.HbA1c6.5-6.9%の参加者が、0.1%以上改善した場合 ⇒74,000円/達成者×達成者数を支払い 2.HbA1c7.0%以上の参加者が7.0%未満を達成した場合 ⇒159,000円/達成者×達成者数を支払
成果指標④	対象者の医療費10%以上減少	削減した医療費を原資にするため、支払条件は紐づかない	削減した前期高齢者納付金の20%を支払う （最大3,000千円）

4. 主な活動報告

活動項目	内容								
1. 対象者抽出	(1)抽出作業 : 健保と民間事業者が協働のうえ、健診・レセプトデータを活用し、対象となる被保険者・被扶養者から抽出 (2)対象者抽出区分 : ①前年度特定健診未受診者・保健指導未実施者・糖尿病等生活習慣予備群 ②重複・頻回受診者および重複・多剤投薬者								
2. 保健指導プログラム参加勧奨	(1)対象者セグメント : 対象者区分毎に、健診受診歴・治療歴でセグメント化し、ナッジ理論を活用して保健指導プログラム参加勧奨を実施 (2)参加勧奨方法 : ①チラシ通知、②電話勧奨 ※セグメントに応じた参加勧奨を実施								
3. 保健指導プログラム実施	(1)実施回数 : 6回/人 (= 1回/人月×6月間) (2)実施方法 : ①自宅への訪問保健指導またはオンライン保健指導 ②職場への訪問保健指導またはオンライン保健指導 ※対象者が前期高齢者であることを考慮し、アクセス向上を企図した (3)血糖値対応 <table border="1" data-bbox="786 874 1935 1078"> <thead> <tr> <th>血糖値区分</th> <th>目標</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c6.5～6.9%の被保険者・被扶養者</td> <td>HbA1cの0.1%以上の改善</td> <td rowspan="2">生活習慣改善に向けた具体的行動目標による血糖コントロールを目指し、初回月、最終月にHbA1c測定・確認を実施</td> </tr> <tr> <td>HbA1c7.0%以上の被保険者・被扶養者</td> <td>HbA1c7.0%未満を達成</td> </tr> </tbody> </table>	血糖値区分	目標	備考	HbA1c6.5～6.9%の被保険者・被扶養者	HbA1cの0.1%以上の改善	生活習慣改善に向けた具体的行動目標による血糖コントロールを目指し、初回月、最終月にHbA1c測定・確認を実施	HbA1c7.0%以上の被保険者・被扶養者	HbA1c7.0%未満を達成
血糖値区分	目標	備考							
HbA1c6.5～6.9%の被保険者・被扶養者	HbA1cの0.1%以上の改善	生活習慣改善に向けた具体的行動目標による血糖コントロールを目指し、初回月、最終月にHbA1c測定・確認を実施							
HbA1c7.0%以上の被保険者・被扶養者	HbA1c7.0%未満を達成								
4. 効果測定	(1)測定基準 : ①保健指導プログラム参加者の生活習慣改善状況 ②血糖コントロール状況および医療費適正化状況								
5. 事業検討会議	(1)参加者 : 健保（常務理事）と事業者（各担当者） (2)実施内容 : 事業の進捗状況の共有、事業実施上の課題抽出及び解決方策の検討 (3)実施回数 : 9回								

5. 保健事業としての成果と評価

実施結果①対象者抽出

対象者抽出について、以下のとおり結果を示す。

■保健指導プログラム対象者抽出条件および抽出された対象者数

対象者	抽出条件	対象者数
保健指導プログラム	<p>健診・レセプトデータを活用して、対象となる被保険者・被扶養者のうち令和2年度の健診結果より、糖尿病等生活習慣病予備群、重複/頻回受診者および重複/多剤投薬者を抽出。</p> <p>①糖尿病等生活習慣予備群：HbA1c5.2以上かつ空腹時血糖100以上 (特定保健指導対象者等の一部を除く)</p> <p>②重複受診者：同一診療月内に同一傷病名が複数存在する者</p> <p>③頻回受診者：レセプト1件あたりの診療実日数が15日以上の方</p> <p>④多受診者：同一診療月内に診療実日数が10日以上の方</p> <p>⑤重複投薬者：同一診療月内に同一医薬品が2か所以上の医療機関から処方調剤がなされている者</p> <p>⑥多剤投薬者：同一診療月内に6種類以上の調剤がなされている者</p>	161名

令和2年度特定健診受診者のうち、糖尿病等生活習慣予備群、重複/頻回受診者および重複/多剤投薬者該当者は、161名であった。

※以下のセグメントを行い、参加勧奨を実施

セグメント	セグメント内容
A	HbA1c6.5%以上
B	重複/頻回受診者および重複/多剤投薬者
C	HbA1c6.1～6.4%または空腹時血糖110以上
D	HbA1c5.2～6.0または空腹時血糖100以上

5. 保健事業としての成果と評価

実施結果②保健指導プログラム参加勧奨

■参加勧奨内容について

対象者	グループA・B・C				グループD	
勧奨方法	1回目 書面配付	1回目 電話勧奨	2回目 書面配付	2回目 電話勧奨	1回目 書面配付	1回目 電話勧奨
内容	対象者へ参加依頼書面、および 勧奨チラシを配付。 健康に関する留意事項を表記 (生活習慣病の特徴、糖尿病リスク、適正な医療受診について、等)	1回目書面配付した対象者へ電話勧奨。 到着確認および書面説明、参加意志確認を実施。	1回目の反応が弱かったため、書面内容を変更し、再度配付を実施。 書面文章を変更し、プログラムメリットの強調と本事業への参加要請を実施。	対象者へ電話勧奨実施。 プログラムメリットについての説明が中心。 健保からの参加要請も強化。	対象者へ参加依頼書面、および 勧奨チラシを配付。 (内容は、左記の2回目配付書面と同様)	対象者へ電話勧奨を実施。

5. 保健事業としての成果と評価

■参加勧奨通知物（3種）

・グループA・C 1回目用（糖尿病等、生活習慣病予備群向け）

表面2ページ

これからも皆さんにご留意いただきたいこと～<3>項目続き

<2>糖尿病やCKD（慢性腎臓病）等の生活習慣病をお持ちの場合、適切な対応により、症状の改善や重症化予防に取り組まれていますか？

あなたは大丈夫？「糖尿病」
～予備軍も含め、成人の6人に1人が患っています～

生活習慣病の一つである糖尿病。初期には**症状がほとんどありません**が、進行すると動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすくなります。また**様々な合併症を引き起こし**、腎不全、失明、足の切断など日常生活にも障害を及ぼすリスクのある怖い病気なのです。糖尿病の**原因のほとんどが、生活習慣によるもの**とされています。特に糖尿病のリスクがある方は、直ちに生活習慣の見直しをはじめましょう。

<3>現在の通院や服薬が過剰になっていたり、充分な水準に達していないようなことはありませんか？

同じ病気で複数の医療機関にかかったり、そのために同じ薬効のお薬を重複して処方されたり・・・ということはありませんか？
そのことが、思わぬ悪影響を引き起こす場合があります。

身体に負担が かかり、危険 です！ 同じような検査や措置、投薬を繰り返すことで、身体への負担や副作用が心配されます。	医療費や時間の ムダ使いになる ことも！ 初診料の重複支払いや、同じような検査・投薬の繰り返しは費用や時間のムダ使いにつながります。	保険料（料）の 引き上げを 招きます。 保険料（料）等でまかなわれている医療費が増えると、医療保険制度の逼迫を招いてしまいます。
--	--	--

既に、糖尿病などの生活習慣病をお持ちの方は、これまでの病気との付き合い方を振り返り、退職前後から高まる**“カラダの危険サイン”**にしっかりと備えましょう。

第2・第3の人生を若々しく過ごすために。

健康づくりサポート プログラム

・ご案内・

皆さんがこれからの人生を、より生き生きと楽しくお過ごしいただくため、当健康保険組合では、健康づくりの専門スタッフ（健康サポーター）に協力を求め、皆さんの健康づくりをサポートいたします。

人生100年時代を迎える中で、平均寿命と健康寿命（介護を要さず生活できる期間）の差は、概ね10年前後となっています。この期間をより健康で若々しく過ごせるかどうかは、誰しも非常に大切な事柄です。

皆さん一人一人の状況に応じた、個人別のサポートプログラムにより、健康づくりや健康の維持・向上のため、より効果の高い支援を行うことを考えています。

本プログラムの参加について、特設の費用は必要ありませんので、ぜひご参加いただきたいと思います。

健康づくりサポート事業受託会社
肥後銀行健康保険組合・株式会社くまもと健康支援研究所

5. 保健事業としての成果と評価

・グループA・C 1回目用（糖尿病等、生活習慣病予備群向け）

中面 2 ページ

健康づくりサポートプログラムって、何をやるの？

令和2年度の「特定健診・保健指導未受診の方」、また健診結果より「血糖値が基準値以上で糖尿病発症リスクが高い方」、「医療機関への通院が多い方」など、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ「健康サポーター」（保健師、管理栄養士）が、生活習慣を見直すお手伝いをします。

これからの生活次第で、病気の予防はもちろん、発症している病気の重症化予防・改善もできる可能性があります。

『病気を寄せ付けないカラダづくり』のために正しい健康づくりをしましょう。

プログラムお申し込みの流れ

まずは電話で、お申し込みください。

【申し込み・問い合わせ先】
株式会社くまもと健康支援研究所
☎ 0120-114-101
<電話受付時間> 月～金 9:00～18:00

下記のQRコードからもお申し込みできます。



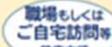
初回の面接の方法・日時を決めます。

保健師・管理栄養士等による、あなたのカラダを変えるための「健康支援」

【6か月】サポートプログラム

月1回×6回の個別健康指導を行いながら、「行動目標」に沿って、生活習慣改善を実践します。

基本は、オンラインでの実施となりますが、初回・最終日は、血糖測定（HbA1c測定）を対面で行います。その他の回は、電話・メール、またはオンラインでの支援となります。

オンライン健康支援  スマホでも実施できます。  職場もしくはご自宅訪問等健康支援

これから皆さんにご留意いただきたいこと～<3>項目

<1>定期的に健康診断を受診し、健康状態や生活習慣のチェック、疾病の早期発見に努めていますか？

だから怖い！生活習慣病

“生活習慣病”とは、日頃の生活習慣が主な原因となって起こる病気です。（例えば、糖尿病、高血圧、がん、など）なんと、日本人の約6割がこの病気が原因で亡くなっているのです。



特に60代以降は、病気の発症率が一気に高まります。



生活習慣病の主な3つ特徴

- 1 **ライフスタイル（生活習慣）が、大きく影響。** *だから* **生活習慣を見直すことで、予防・改善できる！**
- 2 **自覚症状が出にくく、気付かないうちに悪化することも！** *だから* **定期的な健診で、病気の芽を発見しよう！**
- 3 **心筋梗塞や、脳梗塞など、大きな病気に発展する可能性あり。** *だから* **健康生活を習慣化することで、病気を予防できる！**

生活習慣病の方は、認知症や要介護リスクも高まると言われています。今後の豊かな人生のために「今」が生活習慣を見直すチャンスです！

5. 保健事業としての成果と評価

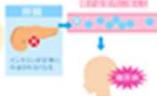
・グループB 1回目用（重複/頻回受診者および重複/多剤投薬者向け）

表面2ページ

これからも皆さんにご留意いただきたいこと～<3>項目続き

<2>糖尿病やCKD（慢性腎臓病）等の生活習慣病をお持ちの場合、適切な対応により、症状の改善や重症化予防に取り組まれていますか？

あなたは大丈夫？「糖尿病」
～予備軍も含め、成人の6人に1人が患っています～



生活習慣病の一つである糖尿病。初期には**症状がほとんどありません**が、進行すると動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすくなります。また様々な合併症を引き起こし、腎不全、失明、足の切断など日常生活にも障害を及ぼすリスクのある怖い病気なのです。糖尿病の**原因のほとんどが、生活習慣によるもの**とされています。特に糖尿病のリスクがある方は、直ちに生活習慣の見直しをはじめましょう。

<3>現在の通院や服薬が過剰になっていたり、十分な水準に達していないようなことはありませんか？

同じ病気で複数の医療機関にかかったり、そのために同じ薬効のお薬を重複して処方されたり・・・ということはありませんか？
そのことが、思わぬ悪影響を引き起こす場合があります。

身体に負担が かかり、危険 です！ 同じような検査や措置、投薬を繰り返すことで、身体への負担や副作用が心配されます。	医療費や時間の ムダ使いになる ことも！ 初診料の重複支払いや、同じような検査・投薬の繰り返しは費用や時間のムダ使いにつながります。	保険税（料）の 引き上げを 招きます。 保険税（料）等でまかなわれている医療費が増えると、医療保険制度の逼迫を招いてしまいます。
--	--	--

既に、糖尿病などの生活習慣病をお持ちの方は、これまでの病気との付き合い方を振り返り、退職前後から高まる**“カラダの危険サイン”**にしっかりと備えましょう。

第2・第3の人生を若々しく過ごすために。

健康づくりサポート プログラム

・ご案内・



皆さんがこれからの人生を、より生き生きと楽しくお過ごしいただくため、当健康保険組合では、健康づくりの専門スタッフ（健康サポーター）に協力を求め、皆さんの健康づくりをサポートいたします。

人生100年時代を迎える中で、平均寿命と健康寿命（介護を要さず生活できる期間）の差は、概ね10年前後となっています。この期間をより健康で若々しく過ごせるかどうかは、誰しも非常に大切な事柄です。

皆さん一人一人の状況に応じた、個人別のサポートプログラムにより、健康づくりや健康の維持・向上のため、より効果の高い支援を行うことを考えています。

本プログラムの参加について、特設の費用は必要ありませんので、ぜひご参加いただきたいと思います。

健康づくりサポート事業受託会社
肥後銀行健康保険組合・株式会社くまもと健康支援研究所

5. 保健事業としての成果と評価

・グループB 1回目用（重複/頻回受診者および重複/多剤投薬者向け）

中面 2 ページ

健康づくりサポートプログラムって、何をやるの？

令和2年度の「特定健診・保健指導未受診の方」、また健診結果より「血糖値が基準値以上で糖尿病発症リスクが高い方」、「医療機関への通院が多い方」など、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ“健康サポーター”（保健師、管理栄養士）が、生活習慣を見直すお手伝いをします。

これからの生活次第で、病気の予防はもちろん、発症している病気の重症化予防・改善もできる可能性があります。

『病気を寄せ付けないカラダづくり』のために正しい健康づくりをしましょう。

プログラムお申し込みの流れ

まずは電話で、お申し込みください。

【申し込み・問い合わせ先】
株式会社くまもと健康支援研究所
☎ 0120-114-101
＜電話受付時間＞月～金 9:00～18:00

下記のQRコードからもお申し込みできます。



初回の面接の方法・日時を決めます。

保健師・管理栄養士等による、あなたのカラダを元々るための「健康支援」

【6か月】サポートプログラム

月1回×6回の個別健康指導を行いながら、「行動目標」に沿って、生活習慣改善を実践します。

基本は、オンラインでの実施となりますが、初回・中間・最終の3回は、ご自宅や職場に訪問して実施することも可能です。

お申込時にお申し出ください。

オンライン健康支援  スマホでも実施できます。

これからも皆さんにご留意いただきたいこと～<3>項目

<1>定期的に健康診断を受診し、健康状態や生活習慣のチェック、疾病の早期発見に努めていますか？

だから怖い！生活習慣病

“生活習慣病”とは、日頃の生活習慣が主な原因となって起こる病気です。（例えば、糖尿病、高血圧、がん、など）なんと、日本人の約6割がこの病気が原因で亡くなっているのです。



特に60代以降は、病気の発症率が一気に高まります。



生活習慣病の主な3つ特徴

- 1 **ライフスタイル（生活習慣）が、大きく影響。** *だから* **生活習慣を見直すことで、予防・改善できる！**
- 2 **自覚症状が出にくく、気付かないうちに悪化することも！** *だから* **定期的な健診で、病気の芽”を発見しよう！**
- 3 **心筋梗塞や、脳梗塞など、大きな病気に発展する可能性あり。** *だから* **健康生活を習慣化することで、病気を予防できる！**

生活習慣病の方は、認知症や要介護リスクも高まると言われています。今後の豊かな人生のために「今」が生活習慣を見直すチャンスです！

5. 保健事業としての成果と評価

・グループA～C 2回目、グループD 1回目配布用

表・裏2ページ

令和3年度 全画面表示を終了するには **Esc** キーを押してください

厚生省「フレンドリーヘルス」の推進事業

健康づくりサポートプログラム

モデル事業にご協力いただけるモニターを募集します

本事業への取り組みは『全国の地方銀行健康のモデルとなる健康支援事業』として生活習慣病治療の有無に関わらず、60歳以上の方を対象に実施するものです。
健康の専門サポーターと共に、今一度生活スタイルの見直しを行い、「生涯現役に向けたからだづくり」を目指します。
本モデル事業へのモニターとして、ぜひ参加へのご協力をお願いいたします。

● プログラムに参加ご協力いただいた皆様へ ●

本モデル事業のモニターとしてご協力いただいた皆様全員に、**『5,000円相当のギフト商品券』**をプレゼントいたします。
第2・第3の人生を若々しく過ごすために、楽しく健康づくりしましょう♪

こんな方にも、事業モニターとしてご協力をお願いします。

かかりつけの医療機関に通っているのに、必要なのでは？

治療効果を高めるために、かかりつけ医からの生活指導内容を実施できるように専門職が応援サポートします。

現在、健康には十分気を使っているのに、不要です。

今後の健康を維持していくためには、正しい健康知識と実践が不可欠です。生活習慣の再確認のためにもどうぞ。

「お忙しくて時間がなかなか取れない方」、「オンライン操作に自信がない方」など、お気軽にご相談ください。

健康づくりサポート事業受託会社
肥後銀行健康保険組合・株式会社くまもと健康支援研究所

プログラムお申し込みの流れ

1 まずは右記のQRコードよりお申し込みください。 【プログラム受付フォーム】

お電話でのお申し込みもできます。お気軽にどうぞ。

【申し込み・問い合わせ先】
株式会社くまもと健康支援研究所
☎ 0120-114-101
＜電話受付時間＞月～金 9:00～18:00

2 初回の面談の方法・日時を決めます。

看護師・管理栄養士等による、あなたのカラダを変えるための「健康支援」

【6か月】サポートプログラム
月1回×6回、現在の状況の聞き取りをしながら、生活習慣の改善に向けて無理なく効果的な「行動目標」を立て、カラダ改善を目指します。

基本は、オンラインでの実施となります。また初回・最終日は、血糖測定（HbA1c測定）を行う場合もあります。その他の回は、電話・メール、またはオンラインでの支援となります。職場やご自宅訪問も可能です。お気軽にご相談ください。

オンライン健康サポート スマホでも実施できます。 職場もしくはご自宅訪問等健康サポート

「お忙しくて時間がなかなか取れない方」、「オンライン操作に自信がない方」なども、お気軽にご相談ください。

＜個別にご相談に応じます＞
本プログラムは、月1回の20～30分程度となります。お電話での参加やスマホからの参加、土曜日の実施も可能です。

＜簡単な操作で参加できます＞
オンライン操作方法については、事前にご説明いたします。またご自宅や勤務先訪問による実施も可能です。

5. 保健事業としての成果と評価

■ 保健指導プログラム実施内容②～健康づくり資料（血圧・喫煙）

血圧

血圧とは、心臓から送り出された血液が血管壁に与える圧力のこと。高血圧は、その圧力が高い状態をいいます。

収縮期血圧 (mmHg) vs 拡張期血圧 (mmHg)

- 正常域血圧: 収縮期 90-110, 拡張期 60-80
- I度高血圧: 収縮期 140-159, 拡張期 90-99
- II度高血圧: 収縮期 160-179, 拡張期 100-109
- III度高血圧: 収縮期 180以上, 拡張期 110以上

● 高血圧を引き起こす要因

- ① 生活習慣……過剰な塩分摂取、肥満、過度の飲酒、精神的ストレス
- ② 加齢……年齢が高くなるほど高血圧になりやすい
- ③ 遺伝的な体質

➡ 高血圧を放っておくと

動脈硬化が進む

- 血管が傷つく
- 弾力性がなくなる
- 硬くもろくなる

狭心症 心臓
心筋梗塞
心肥大
心臓に負担がかかり、肥せて、心臓の機能が低下

脳出血 脳
脳梗塞
血管が破れる
血管が詰まり脳が壊れる

腎不全 腎臓
血が毒くなる
老廃物が体内にたまる
腎臓が「腎臓を汚す」働きを失って健康を損なう

高血圧を予防・改善するためには

節塩、野菜を多く、飲酒は適量、肥満の解消、適度な運動、禁煙等の生活習慣の改善が必要です。

塩分目標

性別	目標
男性	6g未満
女性	7g未満

食塩1g ≒ 2粒の塩粒

塩分を控えるコツ

- ① 調味料のスープは捨てる
- ② 漬物の塩や味噌を控える
- ③ 漬物の塩や味噌を控える
- ④ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑤ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑥ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑦ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑧ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑨ 漬物の塩や味噌を控える
- ⑩ 漬物の塩や味噌を控える

カリウムの多い食品

減塩のポイント

- 味の平準（塩抜き）を食料店で提供している食品を選ぶ
- 味の平準（塩抜き）を食料店で提供している食品を選ぶ
- 味の平準（塩抜き）を食料店で提供している食品を選ぶ
- 味の平準（塩抜き）を食料店で提供している食品を選ぶ

運動と血圧の深い関係は？

● 血圧を下げる効果がある

● 運動習慣を身につける

● 運動習慣を身につける

● 運動習慣を身につける

たばこはあなたの命にかかわります！

たん・咳、息切れ・口臭、家族に影響をもたらす、循環器系・呼吸器系の病気にかりやすくなる、持久力の低下、がんになりやすくなる、睡眠障害

がんになる原因の約3割を占めます。
肺癌 (4.5倍)、口腔・咽頭癌 (3倍)、喉頭癌 (32.5倍)、食道癌 (2.2倍)

特に血圧が高い方の喫煙は要注意！！

血圧が高い状態で喫煙を続けると

あなたは脳卒中や心臓病に

収縮期血圧160mmHg以上、又は拡張期血圧100mmHg以上 → 約5倍かかりやすい

収縮期血圧140mmHg以上、又は拡張期血圧90mmHg以上 → 約3倍かかりやすい

この情報は、厚生労働省「健康づくり推進事業」によるものです。

ニコチン依存度チェック

あなたはニコチン依存していますか？

- 1 自分が喫煙するつもりか、すでに多くを吸っているつもりか
- 2 禁煙や本数を減らすと試みて、できなかったことがあるか
- 3 禁煙した本数を減らすと試みて、たばこが足りなくなることがあるか
- 4 禁煙した本数を減らすと試みて、次の日から吸ってしまったか
- 5 禁煙した本数を減らすと試みて、たばこが足りなくなることがあるか
- 6 たばこが足りなくなると、たばこを吸いたがるか
- 7 たばこが足りなくなると、たばこを吸いたがるか
- 8 たばこが足りなくなると、たばこを吸いたがるか
- 9 たばこが足りなくなると、たばこを吸いたがるか
- 10 たばこが足りなくなると、たばこを吸いたがるか

5つ以上当てはまる方はニコチン依存とされています。

出典：厚生労働省「生活習慣病予防のための健康増進プログラム」(TOSニコチン依存度テスト)

禁煙による9つのメリット

- ① 禁断症状というストレスから解放
- ② 歯と歯茎が喜ぶ
- ③ 人との距離が「より」近づく
- ④ 禁煙で老化予防できる
- ⑤ 異性からの印象もよくなる
- ⑥ 料理の味が「より」美味しく感じる
- ⑦ 咳やたんが減り、すっきりする
- ⑧ 禁煙するとお金が貯まる(1日20本で年間16万円)
- ⑨ 健康な身体に変わる

禁煙のコツ

- 曜日を決めて一気に禁煙を開始する
- 一定の禁断症状は覚悟する(3～7日がヤマ)
- 喫煙と結びつく生活パターンを変える
- 例) 食後はすぐ座って前向きコーヒーや飲酒を控える
- 吸いやすい「環境」を作らない
- 例) タバコやライター、灰皿は捨てる
- 喫煙者や喫煙場所に近づかない
- 3原則は「捨てる・買わない・もらわない」
- 吸いたくなったら「代わりの行動を」
- 例) 深呼吸・水やお茶を飲む・体操など
- 再発防止は「ついで本」を避けること

うまいかない場合は禁煙補助剤の利用、禁煙外来へ相談

禁煙治療の流れ

初診診察 → 通院2 → 通院3 → 通院4 → 最終診察

スタート → 2週間後 → 4週間後 → 8週間後 → 12週間後

8日目から禁煙スタート

受診時期	治療内容
初診診察	禁煙のための条件確認
通院2	① 診察
通院3	② 呼吸(吐き出す)の中心一酸化炭素濃度の測定
通院4	③ 禁煙薬・継続に向けてのアドバイス
最終診察	④ 禁煙補助剤の処方と説明

禁煙治療は 大変しやすい！！

禁煙成功率 (%)

自己禁煙 一般薬品による禁煙 禁煙治療

禁煙治療を利用すると
自己禁煙の1.6倍の成功率
ニコチン切れの症状を抑えることができるので禁煙が比較的に楽になります。

禁煙治療の費用

健康保険を使って禁煙治療を行う場合(自己負担3割の場合)

約3ヶ月の治療 1,200円～19,000円程度

3ヶ月のたばこ代 430円×90日=38,700円

※1日430円のたばこを1日1箱吸っている場合

禁煙補助剤、禁煙外来、禁煙外来へ相談

5. 保健事業としての成果と評価

■ 保健指導プログラム実施内容②～健康づくり資料（間食・宴会対策資料）

間食の上手なとり方

間食の1日あたりのお勧め量は200kcalです。間食の種類や食べるタイミングによっても異なります。かきこくおいしくとりましょう。

200kcalってどれくらい？

100kcal	200kcal	300kcal	400kcal
アイスシュークリーム 1個 (100g) 100kcal チョコレート 100g 100kcal ポテトチップス 100g 100kcal クッキー 100g 100kcal お菓子類 100g 100kcal	アイスシュークリーム 2個 (200g) 200kcal チョコレート 200g 200kcal ポテトチップス 200g 200kcal クッキー 200g 200kcal お菓子類 200g 200kcal	アイスシュークリーム 3個 (300g) 300kcal チョコレート 300g 300kcal ポテトチップス 300g 300kcal クッキー 300g 300kcal お菓子類 300g 300kcal	アイスシュークリーム 4個 (400g) 400kcal チョコレート 400g 400kcal ポテトチップス 400g 400kcal クッキー 400g 400kcal お菓子類 400g 400kcal

さまざまなお菓子の種類

総分が多め 脂質が多め

1日50kcal減分に換算すると

40歳男性 165cm 55kg 1日必要エネルギー 2500kcalを減らす
5年後 40歳男性 165cm 55kg 1日必要エネルギー 2000kcalを減らす
50kcal×365日×5年 = 490000kcal

血糖の乱れ 脂質の蓄積 腎臓が休まない 高血圧 糖尿病

3食しっかり食べられない

原研経典・複製色紙 株式会社健康支援研究所

宴会対策＝飲み物編

WSK

Q: 今日は宴会です。何とどれだけ飲みますか？

Q: あなたが飲んでいるアルコールのエネルギー量は？

1kcal + () kcal + () kcal = () kcal

※飲める量は、カロリーを計算後に必ず確認してください

※酒類の量とカロリー		
中ジョッキ・半リットル (500ml) 200kcal	日本酒1合 (180ml) 200kcal	
ビール (350ml) 140kcal	梅酒 (100ml) 200kcal	
ノンアルコールビール (350ml) 22kcal	マッコリ (100ml) 22kcal	
焼酎1合 (180ml) 250kcal	グラスワイン (100ml) 20kcal	
チューハイ (180ml) 200kcal	ワインセラー (750ml) 550kcal	
スタウト・アイリッシュ (120ml) 120kcal	アイスコーヒー (130ml) 20kcal	
カスタード (110ml) 180kcal	アイスティー (160ml) 150kcal	
カフェラテ (60ml) 220kcal	フローズン (30ml) 20kcal	
コーラ (200ml) 90kcal	オレンジ (120ml) 90kcal	
ジンジャーエール (200ml) 80kcal	グレープフルーツ (100ml) 80kcal	
ウーロン茶 (200ml) 0kcal		
コーヒーフラック (150ml) 60kcal	お酒の量や種類を調整して！	
・砂糖なし (117kcal) 12kcal		
・ミルク (15ml) 16kcal		
アイスラテ (150ml) 100kcal		

原研経典・複製色紙 株式会社健康支援研究所

★ お酒のカロリーと運動での消費エネルギーを比較してみよう！ ★

表で計算したカロリー

運動時間

200kcal (ビール500ml・日本酒1合・焼酎0.8合) を消費する運動とは・・・

ウォーキング
60kgの方 → 50分
70kgの方 → 40分

水泳運動
60kgの方 → 50分
70kgの方 → 40分

筋力トレーニング
60kgの方 → 70分
70kgの方 → 60分

★宴会でも上手に体重をコントロールするコツ★

- カロリーの低いお酒やソフトドリンクを選ぶ。
- 水やウーロン茶を手元においておく。
- おつまみを食べながらゆっくり飲む。
- ロックよりも水割りなど薄めて飲む。
- のどが乾いている時や空腹の時は事前に水や軽食をとっておく。
- 宴会の後は体重計に乗り、前後での食事量や運動量で調節する。
- 宴会前後のアルコール量を調整する。
- その他 ()

出来そうな項目にチェックをつけてみよう！

5. 保健事業としての成果と評価

■ 保健指導プログラム実施内容②～健康づくり資料（健康目標・生活習慣状況確認シート）

わたしの健康目標 立案日： 年 月 日

月 日までに…

体重 kg HbA1c %
を目標します！

行動目標

① _____

② _____

③ _____

いっしょに目標を立てよう！

目標達成した際の、自分へのご褒美は??

目標が出来たら、あとは実践するだけ！
理想の健康づくりに向けて、みんなで頑張りましょう！

生活習慣状況確認シート(事前)

保健指導の実施に当たり、簡単なアンケートの記入をご協力をお願い致します。
あなたの現在の状況について該当する番号を回答欄にご記入ください。

【身体活動について】 回答

あなたは1週30分以上、軽く汗をかく運動（水泳、水中ウォーキングを含む）を週2回以上行っていますか？

1) いいえ、半年以内に始めようとは書いていません
2) いいえ、半年以内に始めようとは書いていません
3) いいえ、しかし1ヶ月以内に始めようとは書いていません
4) はい、半年未満継続しています
5) はい、半年以上継続しています

【野菜摂取について】 回答

1日の食事の中でたくさんの野菜を食べていますか？

1) いいえ、半年以内に食べようとは書いていません
2) いいえ、半年以内に食べようとは書いていません
3) いいえ、1ヶ月以内に食べようとは書いていません
4) はい、食べ始めて半年以内です
5) はい、食べ始めて半年以上継続しています

【飲酒について】 回答

1日1杯までとし、週に2日は休肝日を作るような適切な飲酒習慣についてどのようにお考えですか？

1) 関心はない
2) 適正な飲酒をしなくてはいいと思うが、実行できない
3) 適正な飲酒を1ヶ月以内に実行したい
4) 適正な飲酒を実行して半年未満である
5) 適正な飲酒を実行して半年以上である
6) 酒を飲まない

【たばこについて】 回答

あなたは禁煙することどのくらい関心がありますか？

1) 関心はない
2) 関心があるが、半年以内に禁煙しようとは書いていない
3) 6ヶ月以内に禁煙しようとは書いている
4) 1ヶ月以内に禁煙しようとは書いている
5) 禁煙を実行して半年以内継続しています
6) 禁煙を半年以上継続している
7) 禁煙していない

5. 保健事業としての成果と評価

実施結果④効果測定

効果測定について、以下のとおり結果を示す。

■保健指導プログラム 生活習慣改善率

保健指導プログラム 参加者数 ①	保健指導プログラム 生活習慣改善者数 ②	保健指導プログラム 生活習慣改善率 ③
45名	37名	82.2% ※③/②

※③は、身体活動、野菜摂取、飲酒、喫煙の4つの項目のうち、1項目でも1ステージ以上の改善がみられた参加者数。

保健指導プログラム実施の結果、参加者数のうち37名（82.2%）に生活習慣の改善を確認。

5. 保健事業としての成果と評価

<項目ごとの改善状況>

■ 保健指導プログラム参加者生活習慣改善状況（身体活動）

身体活動		介入後				
		無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
介入前	無関心期				3	
	関心期			3		1
	準備期			1	1	4
	実行期				1	3
	維持期					1

改善（ステージ1つ以上上昇）	25名/45名	（55.6%）
維持（準備期以上の同一ステージ）	20名/45名	（44.4%）
悪化（ステージ1つ以上低下）	0名/45名	（0.0%）
停滞（無関心期・関心期維持）	0名/45名	（0.0%）

保健指導プログラム参加者のうち、
25名（55.6%）の身体活動に
関する生活習慣ステージが改善

5. 保健事業としての成果と評価

<項目ごとの改善状況>

■ 保健指導プログラム参加者生活習慣改善状況（野菜摂取）

野菜摂取		介入後				
		無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
介入前	無関心期		1			
	関心期				6	2
	準備期			1	10	5
	実行期				1	1
	維持期		1		1	16

改善（ステージ1つ以上上昇）	25名/45名	（55.6%）
維持（準備期以上の同一ステージ）	18名/45名	（40.0%）
悪化（ステージ1つ以上低下）	2名/45名	（4.4%）
停滞（無関心期・関心期維持）	0名/45名	（0.0%）

保健指導プログラム参加者のうち、
25名（55.6%）の野菜摂取に
関する生活習慣ステージが改善

5. 保健事業としての成果と評価

<項目ごとの改善状況>

■ 保健指導プログラム参加者生活習慣改善状況（飲酒）

飲酒		介入後				
		無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
介入前	無関心期		1	1	2	1
	関心期		2	2		
	準備期				2	2
	実行期				1	1
	維持期			1		29

改善（ステージ1つ以上上昇）	12名/45名	（26.7%）
維持（準備期以上の同一ステージ）	30名/45名	（66.7%）
悪化（ステージ1つ以上低下）	1名/45名	（2.2%）
停滞（無関心期・関心期維持）	2名/45名	（4.4%）

保健指導プログラム参加者のうち、
12名（26.7%）の飲酒に
関する生活習慣ステージが改善

※「酒を飲まない」は、維持期に含む

5. 保健事業としての成果と評価

<項目ごとの改善状況>

■ 保健指導プログラム参加者生活習慣改善状況（喫煙）

喫煙		介入後				
		無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期
介入前	無関心期		1	1		
	関心期			1		
	準備期				2	1
	実行期			1		
	維持期					38

改善（ステージ1つ以上上昇）	6名/45名	（13.3%）
維持（準備期以上の同一ステージ）	38名/45名	（84.4%）
悪化（ステージ1つ以上低下）	1名/45名	（2.2%）
停滞（無関心期・関心期維持）	0名/45名	（0.0%）

保健指導プログラム参加者のうち、
6名（13.3%）の喫煙に
関する生活習慣ステージが改善

※「喫煙していない」は、維持期に含む

5. 保健事業としての成果と評価

実施結果⑤事業検討会議・打ち合わせについて

	月日	場所	健保側参加者	事業者側参加者 ～くまもと健康支援研究所～	主な協議・打ち合わせ内容
1	08/06	オンライン	紫垣常務理事	松尾代表 吉田補佐 森山担当	①契約書、仕様書案の内容の確認 ②事業概要・支援内容 ③プログラムご案内チラシについて
2	08/26	オンライン	紫垣常務理事	松尾代表 吉田補佐 森山担当	①対象者選出について（必要データ内容・方法確認） ②プログラムご案内チラシ内容確認
3	08/31	肥後銀行 健保組合	紫垣常務理事	松尾代表 吉田補佐 森山担当	①プログラムご案内チラシ案提出 ②対象者データ抽出内容確認 ③保健指導に際する事前準備について
4	11/01	オンライン	紫垣常務理事	松尾代表 吉田補佐 森山担当	①プログラム参加・実施進捗状況報告 ②参加者追加勧奨方法について
5	11/11	肥後銀行 健保組合	紫垣常務理事	森山担当	①対象者面談資料受け取り ②個別面談データ内容について
6	11/18	肥後銀行 健保組合	紫垣常務理事	森山担当	①プログラム参加・進捗状況報告
7	12/06	オンライン	紫垣常務理事	松尾代表 森山担当	①対象者追加設定について（グループD設定） ②プログラム実施状況報告
8	12/17	肥後銀行 健保組合	紫垣常務理事	森山担当	①参加者対応のお伺い（支援者変更依頼あり）
9	03/29	肥後銀行 健保組合	紫垣常務理事	松尾代表 吉田補佐 森山担当	①プログラム進捗状況報告、成果指標ごと状況について ②事業課題について ③今後のスケジュール確認（精算・報告書作成） ④インセンティブ対応について

6. PFS事業としての成果

1 成果指標の内容と達成状況

■ 成果指標の内容～成果指標①～

成果指標名①	保健指導プログラム修了者率
指標の定義	全参加者のうち保健指導プログラム（6か月）を修了した参加者の割合
指標の計算方法	保健指導プログラム参加者のうち修了者確認結果を民間事業者より健保組合へ提出
対象データ	修了者数/参加者数
データ入手方法	民間事業者側で実施状況を整理
目標値	80%以上が保健指導プログラム修了
評価時期	平成4年3月末

■ 成果指標の内容～成果指標②～

成果指標名②	生活習慣改善度
指標の定義	保健指導プログラム参加者の生活習慣改善状況
指標の計算方法	参加者の保健指導プログラム前後のステージを比較して評価。 いずれかで1段階以上上がった場合を改善と定義する。 ※対象とするステージ：身体活動、野菜摂取、飲酒、喫煙の4項目 ※行動変容ステージ：無関心期から維持期までの5段階評価
対象データ	改善者数/参加者数
データ入手方法	保健指導プログラム参加者へのアンケート調査およびヒアリング
目標値	参加者の60%以上が生活習慣を改善
評価時期	平成4年3月末

6. PFS事業としての成果

■ 成果指標の内容～成果指標③～

成果指標名③	良好な血糖コントロール
指標の定義	保健指導プログラム参加者のうちHbA1cの改善者数
指標の計算方法	①HbA1c6.5-6.9%の参加者のうち、HbA1cが0.1%以上改善した人数 ②HbA1c7.0%以上の参加者のうち、HbA1cがHbA1c7%未満を達成した人数
対象データ	プログラム参加前後のHbA1c測定値
データ入手方法	①面談測定 ②医療機関受診中の参加者は測定結果の受け入れ。
目標値	対象者の50%以上が達成
評価時期	令和4年3月

■ 成果指標の内容～成果指標④～

成果指標名④	重複・頻回・多受診者、重複・多剤投薬者医療費適正化
指標の定義	重複・頻回・多受診者、重複・多剤投薬者の適正受診 ※「癌」「精神障害」「透析」「認知症」の者を除外
指標の計算方法	以下の通り指標を定義する。 (1)重複受診者：同一診療月内に同一傷病名が複数存在する者で、6か月中3か月以上該当（人数が少ない場合は1か月該当でも対象者とする） (2)頻回受診者：レセプト1件あたりの診療実日数が15日以上のもので、6か月中3か月以上該当（人数が少ない場合は1か月該当でも対象者とする） (3)多受診者：同一診療月内に診療実日数が10日以上のもので、6か月間の中で3か月以上該当（人数が少ない場合は1か月該当でも対象者とする） (4)重複投薬者：同一診療月内に同一医薬品が2か所以上の医療機関から処方、調剤がなされている者 (5)多剤投薬者：同一診療月内に6種類以上の調剤がなされている者 各指標に沿って令和2年度と令和3年度の重複・頻回・多受診者および重複・多剤投薬にかかる医療費を比較。
対象データ	レセプトデータ
データ入手方法	プログラム前後のレセプトデータ（健保で確認）
目標値	対象者の医療費10%減少
評価時期	令和4年3月

6. PFS事業としての成果

■ 生活習慣状況アンケート結果

参加者45名中、32名について1ステージ以上の改善が見られた。(改善率82.2%)

通番	対象者番号	初回(①)				3月(最終評価)(②)				生活習慣改善状況 (-1項目1段階以上)	改善度(②-①)			
		身体活動	野菜摂取	飲酒	喫煙	身体活動	野菜摂取	飲酒	喫煙		身体活動	野菜摂取	飲酒	喫煙
1	2	4	5	6	7	5	5	6	7	○	1	0	0	0
2	3	5	3	3	7	5	4	5	7	○	0	1	2	0
3	8	1	2	4	7	4	4	5	7	○	3	2	1	0
4	9	3	3	3	7	4	4	4	7	○	1	1	1	0
5	11	3	5	6	7	4	5	6	7	○	1	0	0	0
6	12	2	3	6	7	3	4	6	7	○	1	1	0	0
7	26	1	2	1	7	4	4	5	7	○	3	2	4	0
8	33	4	2	2	6	4	4	3	6	○	0	2	1	0
9	44	2	4	4	7	3	4	4	7	○	1	0	0	0
10	50	3	5	6	7	4	5	6	7	○	1	0	0	0
11	51	3	3	6	7	3	4	6	7	○	0	1	0	0
12	57	3	3	6	7	5	5	6	7	○	2	2	0	0
13	61	1	2	6	1	4	4	6	2	○	3	2	0	1
14	65	5	2	5	3	5	5	6	5	○	0	3	1	2
15	68	4	3	6	7	5	4	6	7	○	1	1	0	0
16	73	5	5	6	7	5	5	6	7	○	0	0	0	0
17	80	3	3	6	7	4	4	6	7	○	1	1	0	0
18	81	2	3	5	7	5	5	5	7	○	3	2	0	0
19	82	2	2	6	7	3	4	6	7	○	1	2	0	0
20	130	5	5	6	2	5	5	6	3	○	0	0	0	1
21	132	3	5	6	7	4	5	6	7	○	1	0	0	0
22	133	5	5	5	7	5	5	5	7	○	0	0	0	0
23	159	3	5	6	7	4	4	6	7	○	1	-1	0	0
24	180	3	1	1	7	4	2	3	7	○	1	1	2	0
25	181	5	2	5	6	5	4	5	6	○	0	2	0	0
26	191	5	2	6	3	5	5	6	4	○	0	3	0	1
27	200	5	5	5	7	5	5	5	7	○	0	0	0	0
28	204	3	3	5	3	4	4	5	4	○	1	1	0	1
29	212	5	5	2	7	5	5	2	7	○	0	0	0	0
30	218	5	5	2	7	5	5	3	7	○	0	0	1	0
31	221	3	5	6	7	4	5	6	7	○	1	0	0	0
32	222	5	5	1	7	5	5	2	7	○	0	0	1	0
33	225	5	5	3	7	5	5	4	7	○	0	0	1	0
34	247	5	3	5	7	5	4	5	7	○	0	1	0	0
35	260	5	5	5	7	5	5	5	7	○	0	0	0	0
36	268	5	5	5	7	5	5	5	7	○	0	0	0	0
37	270	3	3	6	7	5	5	6	7	○	2	2	0	0
38	279	4	3	6	7	5	5	6	7	○	1	2	0	0
39	281	3	3	6	7	5	5	6	7	○	2	2	0	0
40	292	3	3	5	7	4	4	5	7	○	1	1	0	0
41	325	5	5	1	5	5	5	4	3	○	0	0	3	-2
42	362	3	4	3	6	5	5	5	6	○	2	1	2	0
43	378	5	3	2	6	5	3	2	6	○	0	0	0	0
44	383	5	5	6	7	5	2	3	7	○	0	-3	-3	0
45	400	3	3	1	1	4	4	4	3	○	1	1	3	2

6. PFS事業としての成果

【対象者の区分、改善目標及び改善者数】

■ 血糖コントロール改善状況

・プログラム開始時点でHbA1c値6.5～6.9%の参加者7名中、6名に0.1%以上の改善がみられた。

・プログラム開始時点でHbA1c7.0%以上の参加者2名とも、7.0%未満への改善にはつながらなかった。

対象者区分	改善目標	改善者数
1. H b A 1 c 値6.5%～6.9%	0.1%以上改善	6名
2. H b A 1 c 7.0%以上	7.0%未満への改善	0名

対象者番号	対象者区分	初回(①)		最終評価(②)		改善状況	改善判定
		測定月	H b A 1 c 値	測定月	H b A 1 c 値		
9	1	令和3年07月	6.7	令和4年02月	6.6	-0.1	達成
11	1	令和3年08月	6.5	令和4年01月	6.3	-0.2	達成
61	2	令和3年10月	8.1	令和4年03月	8.9	0.8	未達成
68	2	令和3年10月	7.8	令和4年02月	7.0	-0.8	未達成
260	1	令和3年10月	6.6	令和4年03月	6.5	-0.1	達成
270	1	令和3年10月	6.5	令和4年03月	6.1	-0.4	達成
281	1	令和3年10月	6.9	令和4年03月	6.7	-0.2	達成
325	1	令和3年10月	6.6	令和4年03月	6.6	0.0	未達成
362	1	令和3年10月	6.9	令和4年03月	6.6	-0.3	達成

6. PFS事業としての成果

■令和3年度 肥後銀行PFS事業 成果指標ごと実績

成果指標	指標の定義	目標値	対象者人員	結果実績	達成率
①保健指導プログラム 修了者率	全参加者のうち本保健指導プログラムを修了した参加者の割合	80%以上が 保健指導プログラム修了	45名	45名	100%
②生活習慣改善度	保健指導プログラム参加者の生活習慣改善状況 ※行動変容ステージは無関心期から維持期までの5段階 で評価。身体活動、野菜摂取、飲酒、喫煙のいずれ かで、1段階以上ステージが上がった場合を改善と定義。	参加者60%以上が 生活習慣を改善	45名	37名	82.2%
③良好な 血糖コントロール	保健指導プログラム参加者のうち、HbA1cの改善及び HbA1c7%未満を維持する参加者 (1)HbA1c6.5-6.9%の参加者 効果測定でHbA1cが0.1%以上改善した人数 (2)HbA1c7%以上の参加者 効果測定でHbA1c7%未満を維持した人数	(1)(2)各々で対象者の 50%以上が達成	(1)7名 (2)2名	(1)6名 (2)0名	(1)85.7% (2)0.0%
④重複・頻回・多受診者 及び重複・多剤投薬者 の医療費適正化	重複・頻回・多受診者、重複・多剤投薬者の適正受診 ※令和2年度と令和3年度の重複・頻回・多受診者および 重複・多剤投薬にかかる医療費を比較。	対象者の 医療費10%減少	6名	対象者医療費 削減年額見込 額1,402千円	—

項目	成果振り返り
指標（=ロジック検証）について	生活習慣病発症・重症化予防（特に糖尿病）ひいては医療費適正化・前期高齢者納付金適正化を目的とした指標であったが、参加者全員がプログラムを修了することができ、参加者の82%が生活習慣改善、血糖コントロール目標も達成した。正しい知識の習得で健康寿命延伸にも効果的であった。
指標の定義・計算方法について	データの取得も容易で、適切な定義であった。
成果指標の目標設定について	個別の希望に応じたスケジュール調整が必要であったが、具体的な健康目標のもと目標達成できた。但し、③-(2)HbA1c7%以上対象者について、参加当初の数値が高く、目標設定に無理があった。
成果指標の結果について	民間事業者にとっては、常にKPIを意識した事業実施となっており、固定報酬での同一事業より成果を上げることができた可能性が高い（固定報酬では、KPIに固執することはなかったと考えられる）
成果指標に対する支払条件について	事業者にとって適切なリターンであった。
費用対効果について	成果指標④において、重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者の医療費が年額1,402千円削減見込み。また今回、参加者の多くが生活習慣改善による血糖コントロール効果を体験したことで、今後の医療費適正化効果にもつながったと思われる。

7. 今後の事業方針

■ 今回の事業課題および改善案

分野	問題点	改善案
1. 参加 勧奨	(1)平日は勤務しており、思うように時間がとれない。	①週末プログラムの設定及び拡充を行う。 ②募集書面には、週末日等を含め、柔軟にスケジュール調整が可能であることを明示する。
	(2)かかりつけ医を定期受診しており、本プログラムの必要性認識が薄い。 ※特にグループA対象者	健康専門スタッフの支援により以下の成果が得やすいことを強調する。 ①より細かく、より具体的な行動目標を策定できる。 ②策定した行動目標に継続して取り組むことができる。
	(3)以前にも同様のプログラムを受けたため、健康知識を有しており健康意も高いと自己認識している。	以下の事前説明を丁寧かつ明瞭に実施する。 ①未病段階での“疾病予防”が重要である。 ②専門家による正しい健康知識を取得できる機会である。
	(4)オンライン面談の場合の機械操作に関する抵抗感が強い。	募集書面に以下の点を明示する。 ①簡単な操作で可能であり、操作概要・手順を明記する。 ②電話サポート等個別希望に応じる臨機応変な体制がある。
2. 実施	(1)血糖測定・数値確認に関する負荷が大きい。 ※前後の結果測定が必要。	①血糖測定の迅速化に向けた事前の集団測定会など事前準備の実施。
	(2)腎症(CKD)ステージ2～3における自覚症状が無い。	①疾病の説明に合わせて、今後のQOL(生活の質)に及ぼす可能性をイメージし易いような説明を行い、早期介入(ステージ2段階)に注力する。
	(3)勤務多忙など、“やれない理由”探しが行っている。 運動への意識があっても取り組めていない対象者が多い。	①“行動目標”は、特別なものではなく、“日常生活の中にある”、“日常生活の中での活動”にあることの理解を指導し、生活動作の工夫で活動量を増加させる提案を実施する。 ※有酸素運動、レジスタンス運動、バランストレーニング

7. 今後の事業方針

■ 今回の実施をふまえた今後の事業について

1. 個人のテーマである健康を社会的な課題として認識させる教育・啓発

①健康保険制度の成り立ちや意義、②健康が自身のQOLに及ぼす影響の理解、③社会保険制度を構成する健康保険組合員としての相互責任への意識向上に向けた教育・啓発活動の推進を図る

2. 健康づくりへの意識変容(抵抗感を引下げやる気を引出す)促進の継続

健康づくりに向けた活動は特別なものではなく、日常生活の中のちょっとした工夫であることの認識強化を図るとともに、取組みの成果が確認できるまでフォローを継続する保健事業の構築を目指す

3. 短期・中長期を織り交ぜた多面的な保健事業への取組みの推進

- ①短期 : 健康レベルや疾病状況に応じ発症・重症化予防に重点をおいた状況対応型保健事業
 - ②中長期 : 組合加入から退会までの中長期間のライフステージに対応した目標設定型保健事業 の実現を目指す
- ※中長期対応は、事業主や従業員組合等と連携したコラボヘルス対応の強化を目指す