

第1期倉吉市国民健康保険  
データヘルス計画  
中間評価

令和3年3月  
倉吉市



## 第1章 データヘルス計画について

### 1. 背景

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において「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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組み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。」とされました。

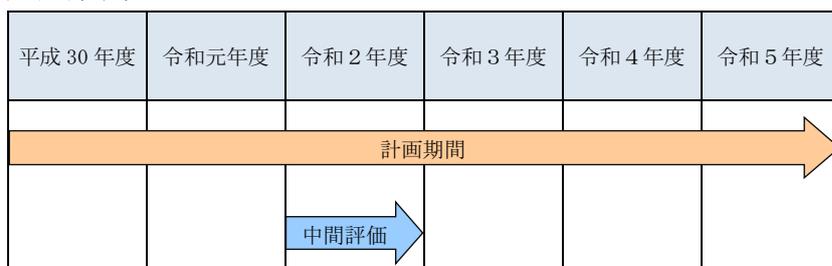
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」平成16年厚生労働省告示第307号）の一部を改正する等により、保険者は健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

### 2. 計画期間

本計画の期間は、平成30年度を初年度とし、第3期倉吉市国民健康保険特定健康診査等実施計画等との整合を勘案し、令和5年度を目標年度とする6年間の計画としています。

令和2年度は、中間評価を行うこととしています。中間評価では、各保健事業に係る評価のみならず、データヘルス計画の目的・目標である「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」について、4つの視点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）に基づき評価を行います。

#### ■計画期間



#### ■データ分析期間

- ・国保データベース(KDB)システムデータ  
平成29年度～令和元年度(3年分)

## 第2章 医療費等統計

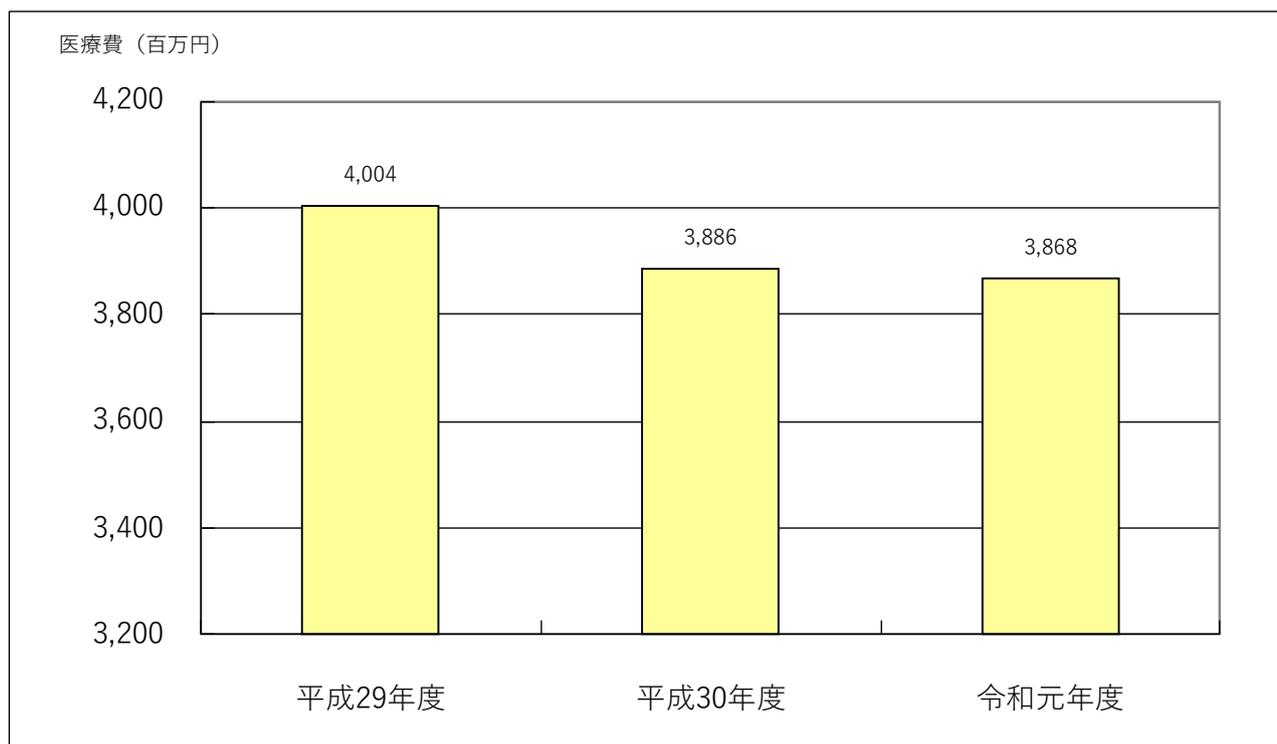
### 1. 医療費推移

国保データベース(KDB)システムデータから、平成29年度～令和元年度(3年分)の医療費(※)を年度別に示したものです。

令和元年度を平成29年度と比較すると、医療費は1億3,600万円減少しています。

#### ■年度別 医療費

(表①)



資料 国保データベース(KDB)システムデータ 健康スコアリング(医療)

※医療費…年度内レセプト総点数(調剤、歯科、外来(医科)、入院(医科/DPC))×10

## 2. 一人当たりの医療費

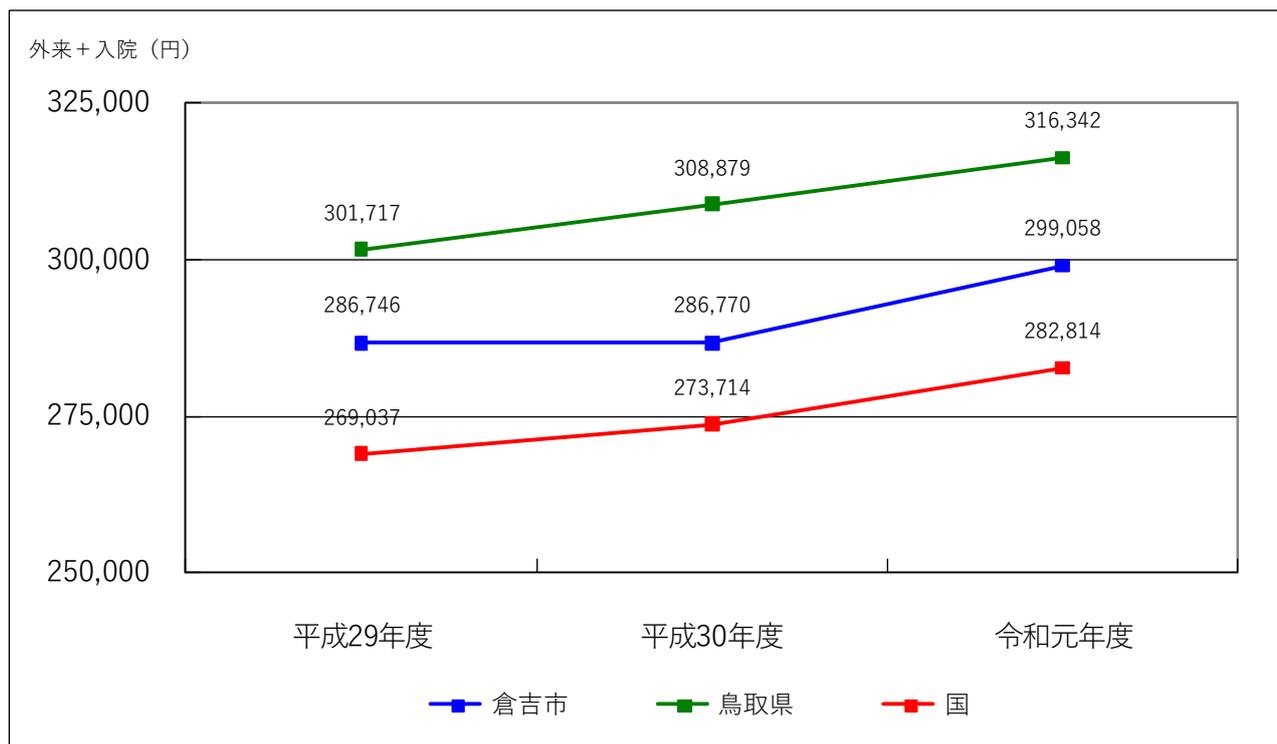
国保データベース(KDB)システムデータから、平成29年度～令和元年度(3年分)の被保険者一人当たりの医療費(※)を年度別に示したものです。

令和元年度を平成29年度と比較すると、被保険者一人当たりの医療費は12,312円増加しています。国・鳥取県も同様に、年々増加傾向にあります。

増減率は4.3%となっており、国(5.1%)・鳥取県(4.8%)に比べ抑えられています。

■年度別 被保険者一人当たりの医療費(国・県比較)

(表②)



資料 国保データベース(KDB)システムデータ 健康スコアリング(医療)

※被保険者一人当たりの医療費…(外来(医科/紐付いた調剤)レセプトの総点数÷被保険者数×10)  
+ (入院(医科/DPC)レセプトの総点数÷被保険者数×10)

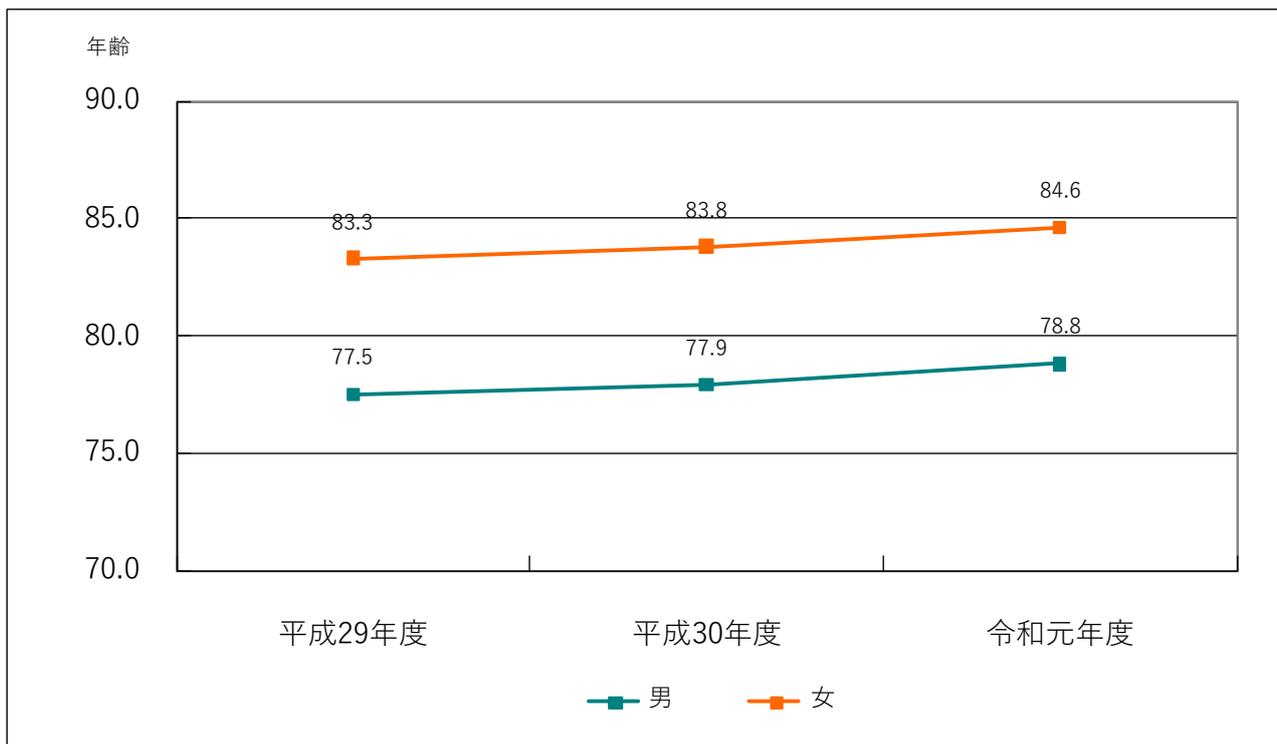
### 3. 平均自立期間

国保データベース(KDB)システムデータから、平成29年度～令和元年度(3年分)の平均自立期間(※)を年度別に示したものです。

令和元年度を平成29年度と比較すると、平均自立期間は男性1.3歳、女性1.3歳延伸しています。

■年度別 平均自立期間

(表③)



資料 国保データベース(KDB)システムデータ 健康スコアリング(医療)

※平均自立期間…「健康寿命の算定方法の指針(2012年9月)」(厚労省科研費補助金の研究)の「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標にもとづいて、「0歳からの平均自立期間」を算出

#### 4. 要介護認定

国保データベース(KDB)システムデータから、平成29年度～令和元年度(3年分)の被保険者の要介護認定の結果を集計し、年度別に示したものです。

令和元年度を平成29年度と比較すると、要支援・要介護に認定された人は15人増加しています。また、被保険者に占める要介護2以上の認定者の割合(※)は0.2%ポイント増加しています。

■年度別 要介護認定者数

(表④)

		平成29年度	平成30年度	令和元年度
A	被保険者数(人)	11,351	10,993	10,600
B	要支援・要介護認定者数(人)	240	241	255
C	要支援1(人)	45	40	44
D	要支援2(人)	45	53	54
E	要介護1(人)	33	34	34
F	要介護2(人)	38	31	32
G	要介護3(人)	27	28	27
H	要介護4(人)	24	26	36
I	要介護5(人)	28	29	28
(F+G+H+I) /A	被保険者に占める要介護2以上の認定者の割合(%)	1.0%	1.0%	1.2%
B'	要支援・要介護認定者平均年齢(歳)	69.4	69.1	69.2
C'	要支援1(歳)	71.1	70.7	69.9
D'	要支援2(歳)	68.2	69.3	69.0
E'	要介護1(歳)	70.0	70.1	69.3
F'	要介護2(歳)	69.2	68.8	70.0
G'	要介護3(歳)	69.4	68.8	69.9
H'	要介護4(歳)	69.7	67.4	68.3
I'	要介護5(歳)	67.7	67.8	68.3

資料 国保データベース(KDB)システムデータ 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

※鳥取県国民健康保険団体連合会の令和2年度第2回保健事業支援・評価委員会(R2.10.30開催)において、健康寿命の指標について質問したところ、「要介護2以上になれば、健康とは言えない。市町村レベルであれば、現実的な指標になる。」と助言を受けたことから、被保険者に占める要介護2以上の認定者の割合を示しています。

### 第3章 保健事業実施計画の中間評価

#### 1. 各事業の目的と概要一覧

以下は、第1期データヘルス計画にて、実施する事業一覧を示したものです。

優先順位	事業名	事業目的	事業概要
高※	特定健康診査未受診者対策事業	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査を受けていない人を対象者とし特定健康診査の受診を促す。
高※	特定保健指導未利用者対策事業	特定保健指導の実施率向上	特定保健指導の該当者及び未利用者に対して、保健師等が特定保健指導の利用を促し、特定保健指導の実施率を向上させる。
高	生活習慣病重症化予防訪問指導事業	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、受療勧奨及び生活習慣改善のためにアプローチを行い、保健師等が訪問指導等を行うことで医療機関受診を促す。
高	生活習慣病治療中断者訪問指導事業	生活習慣病治療中断者の減少	かつて生活習慣病で定期受診をしていたものの、その後定期受診を中断した対象者を特定し、治療再開のためにアプローチを行い、訪問指導等を行うことで医療機関受診再開を促す。
高	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職が対象者に面談、電話等による指導を行う。
高	COPD（慢性閉塞性肺疾患）の早期発見に向けた啓発事業	COPDの認知度向上	COPDの認知度が向上するように広く被保険者へ周知を図る。
中	重複・頻回受診者訪問指導事業	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少	レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行う。
中	ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品の普及率向上	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。

※は優先順位が「高」の事業のうち、重点事業を示しています。

実施内容	目標値	
平成 30 年度～令和 5 年度	アウトプット	
対象者を特定し、受診勧奨通知書を作成し、郵送します。通知後に対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認する。	受診勧奨者への通知率 100%	受診勧奨者の特定健康診査受診率 5.0% 特定健康診査受診率 50.0% H30 年度…25.0% R1 年度…30.0% R2 年度…35.0% R3 年度…40.0% R4 年度…45.0% R5 年度…50.0%
特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、保健師等が特定保健指導の利用を促し、特定保健指導の実施率を向上させる。特定保健指導の未利用者に対して、保健師等が本人データの入った資料や今後の生活習慣病発生の可能性等、生活習慣の改善に取り組む必要性について直接説明するとともに利用勧奨を行う。	訪問対象者へのアプローチ実施率 100%	訪問対象者の特定保健指導実施率 50.0% 特定保健指導実施率 50.0% H30 年度…20.0% R1 年度…26.0% R2 年度…32.0% R3 年度…38.0% R4 年度…44.0% R5 年度…50.0%
特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにもかかわらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、受診勧奨及び生活習慣改善のためにアプローチを行い、保健師等が訪問指導等を行う。	訪問等による指導の実施率 80.0%	訪問指導等を受けた者の医療機関受診率 50.0% 健診異常値放置者の減少
生活習慣病治療中断者に医療機関受診勧奨通知書を作成し、郵送する。通知後に医療機関受診があるか確認し、受診がない対象者には訪問指導等を行う。	訪問等による指導の実施率 80.0%	訪問指導等を受けた者の医療機関受診率 40.0% 生活習慣病治療中断者の減少
指導対象者に対して適切な保健指導を行う。指導後に健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。	対象者の指導完了率 90.0% 以上	指導完了者の生活習慣改善率 70.0% 指導完了者の検査値改善率 30.0% 新規人工透析患者割合 30.0%
保健指導、講演会や各種講座等を活用した啓発チラシの配布、市報の活用等により、広く被保険者へ周知を図る。	認知度 80.0% 以上	COPD 患者数の減少 (H30 年度倉吉市国民健康保険ポテンシャル分析 COPD 患者数 348 人)
被保険者のレセプトデータ等をもとに、指導対象となる者の抽出及び受診状況の把握を行い、保健師の訪問等により、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発（重複検査、重複服薬等）や食事・運動等生活改善の指導を行う。	訪問等による指導の実施率 50.0% 以上	受診行動適正化者数 1 人以上 (指導完了者のうち医療費が減少した者の人数)
ジェネリック医薬品差額通知書を作成し、郵送する。対象者特定方法や効果検証方法、実施後の効果を考慮し、継続を検討する。	対象者への通知率 100%	ジェネリック医薬品普及率(数量ベース) 80.0%以上

## 2. 各事業の実施内容と評価

### (1) 特定健康診査未受診者対策事業

目標	具体的評価方法
<p><b>【ストラクチャー】</b>            保険年金課と特定健診の実施を行う健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等についての情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p><b>【プロセス】</b>            健診受診率、健診結果、レセプトデータ等を分析し、受診勧奨者を選定し、効果効率的な勧奨を行う。            (評価方法：勧奨件数、勧奨回数)</p>	<p>勧奨（通知、電話等）の実施方法、実施回数、実施件数、実施割合（実施件数/当初受診券発行者数）を評価する。            同年度に複数回実施した場合は各回毎に評価を行う。</p>
<p><b>【アウトプット】</b>            受診勧奨者への通知率 100%</p>	<p>選定した受診勧奨者のうち実際に勧奨を実施した者の割合を評価する。            (勧奨実施件数/選定した受診勧奨者数)</p>
<p><b>【アウトカム短期】</b>            受診勧奨者の特定健康診査受診率 5.0%</p>	<p>受診勧奨を実施した者のうち特定健診受診者の割合を評価する。            (受診勧奨を実施した者のうち特定健診を受診した者の数/受診勧奨件数)</p>
<p><b>【アウトカム長期】</b>            特定健康診査受診率 50.0%            H30年度…25.0%            R1年度…30.0%            R2年度…35.0%            R3年度…40.0%            R4年度…45.0%            R5年度…50.0%</p>	<p>特定健康診査・特定保健指導実施状況報告（法定報告）の基準で特定健康診査受診率を評価する。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	<p>目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、受診率向上に向けた体制を構築する必要がある。</p>	2回開催	<p>目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、受診率向上に向けた体制を構築する必要がある。</p>
<p>実施回数 2回 勸奨件数 2,871件 実施割合 33.2%</p>	<p>前年度まで1回の実施に対し、2回実施。 件数は前年度286件に対し、2,871件実施。 これ以上の件数を実施するには事業委託を検討する必要がある。 対象者の選定についても専門家の助言を受けるよう支援評価委員会から助言あり。</p> <p>【実施方法】 いずれも通知による勸奨実施。デザインは㈱キャンサーズスクンの助言を受け、作成は印刷会社を利用。 ○通知勸奨1回目 発送日：H30.9.14 対象者：西郷地区、高城地区の被保険者のうち、H29年度、H30年度特定健診未受診者 発送件数：950件（西郷地区：604件、高城地区：346件） 形態：はがきサイズ ○通知勸奨2回目 発送日：H31.1.10 対象者：西郷地区、高城地区を除く60歳～69歳の被保険者のうち、H29年度、H30年度特定健診未受診者 発送件数：1,921件 形態：A4ゆうメール</p> <p>当初受診券発行者数：8,639人</p>	<p>《勸奨通知》 実施回数 2回 ○1回目 勸奨件数 5,588件 実施割合 66.6% ○2回目 勸奨件数 1,079件 実施割合 12.9%</p> <p>《電話勸奨》 勸奨件数 3,000件 実施割合 35.8%</p>	<p>勸奨通知（1回）、電話勸奨を㈱キャンサーズスクンに業務委託を行った。また、㈱キャンサーズスクン作成の勸奨優先者リストを活用し、市独自で勸奨通知（1回）を実施。 件数は前年度2871件に対し、延べ9,667件実施。 ㈱キャンサーズスクンからは、勸奨通知については年2～3回行うことが効果的であると助言を受ける。</p> <p>【実施方法】 《勸奨通知》 1回目は㈱キャンサーズスクン、2回目は市独自で実施。2回目の通知文は健康推進課と協会けんぽとの「倉吉市民の健康づくり事業に関する包括連携協定」で作成したものを使用。 ○1回目 発送日：R1.9.18 対象者：㈱キャンサーズスクン作成の勸奨優先者リスト順 発送件数：5,588件 形態：はがきサイズ ○2回目 発送日：R2.1.21 対象者：㈱キャンサーズスクン作成の勸奨優先者リスト順、不定期受診者 発送件数：1,079件 形態：A4ゆうメール</p> <p>《電話勸奨》 ㈱キャンサーズスクンが実施。 実施時期：R2.10～11月 対象者：㈱キャンサーズスクン作成の勸奨優先者リスト順 対象件数：3,000件</p> <p>当初受診券発行者数：8,389人</p>
通知率 100%	<p>目標を達成した。 選定した対象者全員に対し勸奨を実施</p>	通知率 100%	<p>目標を達成した。 選定した対象者全員に対し勸奨を実施。</p>
<p>勸奨者の受診率 12.5%</p>	<p>目標を達成した。 更なる効果率（勸奨を実施した者のうち、実際に受診した者の割合）向上策の検討が必要。</p> <p>【詳細】 ・第1回勸奨 受診者数 135人/発送件数 950件 ＝効果率 14.2% ・第2回勸奨 受診者数 224人/発送件数 1,921件 ＝効果率 11.7%</p>	<p>勸奨者の受診率 25.5%</p>	<p>目標を達成した。 更なる効果率（勸奨を実施した者のうち、実際に受診した者の割合）向上策の検討が必要。</p> <p>【詳細】 《勸奨通知》 ・1回目 受診者数 1,425人/発送件数 5,588件 ＝効果率 25.5% ・2回目 受診者数 358人/発送件数 1,079件 ＝効果率 33.2% 《電話勸奨》 受診者数 773人/対象件数 3,000件 ＝効果率 25.8% ※勸奨は㈱キャンサーズスクン作成リストの優先順位に基づき実施しているため、対象者は重複している。</p>
<p>受診率 23.7%</p>	<p>受診率は前年度+3.7%だったが、目標未達成。 【次年度の取り組みについて】 R1年度は勸奨実施件数の増加、通知率の維持、効果率の向上のため、対象者の分析、選定、勸奨の実施について専門家を活用する。具体的には対象者を分析し、セグメント分けを行い、その特性に合わせた勸奨を行う。通知方法は通知と電話による勸奨を行う。</p>	<p>受診率 30.3%</p>	<p>受診率は前年度+6.6%で目標を達成することができた。 【次年度の取り組みについて】 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため実施しない。</p>

## (2) 特定保健指導未利用者対策事業

目標	具体的評価方法
<p>【ストラクチャー】            保険年金課と特定保健指導を実施する健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等について情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p>【プロセス】            訪問対象者を漏れなく抽出し、確実にアプローチへとつなげる。            (評価方法：訪問対象者数)</p>	<p>抽出した訪問対象者数を評価する。</p>
<p>【アウトプット】            訪問対象者へのアプローチ実施率 100%</p>	<p>抽出した訪問対象者のうちアプローチを行った割合を評価する。            (アプローチの実施者数/訪問対象者数)</p>
<p>【アウトカム短期】            訪問対象者の特定保健指導実施率 50.0%</p>	<p>訪問等を実施した者のうち特定保健指導を実施した者の割合を評価する。            (訪問実施者のうち特定保健指導実施者数/訪問者数)</p>
<p>【アウトカム長期】            特定保健指導実施率 50.0%            H30年度…20.0%            R1年度…26.0%            R2年度…32.0%            R3年度…38.0%            R4年度…44.0%            R5年度…50.0%</p>	<p>特定健康診査・特定保健指導実施状況報告（法定報告）の基準で特定保健指導実施率を評価する。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、受診率向上に向けた体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、受診率向上に向けた体制を構築する必要がある。
訪問対象者数 145人	健診結果をもとに漏れなく対象者を抽出した。	訪問対象者数 130人	健診結果をもとに漏れなく対象者を抽出した。
対象者へのアプローチ率 100%	抽出した対象者全員に特定保健指導利用券及び利用勧奨通知を送付した。	対象者へのアプローチ率 100%	抽出した対象者全員に特定保健指導利用券及び利用勧奨通知を送付した。
訪問者指導実施率 6.5%	訪問等実施者31人のうち、特定保健指導を実施した者は2人であった。 R1年度は訪問時、保健センターでの対応を希望する者についてはその場で初回面談を実施し、実績に結びつける取り組みを開始する。	訪問者指導実施率 45.5%	訪問等実施者110人のうち、特定保健指導を実施した者は50人であった。 訪問時、健康推進課での対応を希望する者についてはその場で初回面談を実施したことにより、大幅に実施数を伸ばすことができた。
実施率 9.3%	実施率は前年度+2.6%だったが、目標は未達成。利用者は増加しているものの、法定報告の期限内に完了しなかったことから、実施率は9.3%となった。 <b>【次年度の取り組みについて】</b> H30年度までは直営での実施は行ってこなかったが、R1年度からは動機付け支援に限り直営での特定保健指導を実施する。	実施率 29.7%	実施率は前年度+20.4%で目標を達成することができた。 訪問件数を増やし、初回面談につなげる体制を構築できたことが結果として表れた。 <b>【次年度の取り組みについて】</b> R1年度と同様の体制で行うとともに、保健師・栄養士が連携して、より効果的な特定保健指導に取り組む。

### (3) 生活習慣病重症化予防訪問指導事業

目標	具体的評価方法
<p>【ストラクチャー】            保険年金課と訪問等指導を行う健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等について情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p>【プロセス】            通知、電話、訪問等によるアプローチの実施率 100%</p>	<p>対象者のうち、アプローチを実施した率を評価する。            (アプローチ実施者数/対象者数)</p>
<p>【アウトプット】            訪問等による指導の実施率 80%</p>	<p>訪問等対象者のうち訪問等により指導を行った割合を評価する。            (指導実施者数/対象者数)</p>
<p>【アウトカム短期】            訪問指導等を受けた者の医療機関受診率 50.0%</p>	<p>訪問等指導を実施した者のうち医療機関を受診した者の割合を評価する。            (訪問等指導実施者のうち受療中及び受療予定者数/訪問等指導実施者のうち受療不要者を除いた者数)</p>
<p>【アウトカム長期】            健診異常値放置者の減少</p>	<p>次年度健診異常値放置者の発生数及び発生割合(次年度健診異常値放置者発生数/特定健診受診者数)を評価する。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。
アプローチ実施率 100%	目標を達成した。 すべての対象者に対し通知を発送し医療機関の受診と訪問予告を行った。	アプローチ実施率 100%	目標を達成した。 すべての対象者に対し通知を発送し医療機関の受診と訪問予告を行った。
指導実施率 69.8%	目標は未達成であった。 2月、3月の通知者に対し訪問が実施できなかった。また、複数回訪問してもあえない対象者が存在した。	指導実施率 71.8%	指導実施率は前年度+2.0%だったが、目標未達成。 訪問件数は増えたが、複数回訪問してもあえない対象者が存在した。
医療機関受診率 67.7%	目標を達成した。 訪問指導により、医療機関を受診する動機付けを行えているものとする。今後も事業を継続し、アウトカム長期目標の達成に向け、取り組みを進める。	医療機関受診率 88.6%	受診率は前年度+20.9%で目標を達成することができた。 訪問指導により、医療機関を受診する動機付けを行えているものとする。今後も事業を継続し、アウトカム長期目標の達成に向け、取り組みを進める。
健診異常値放置者 発生数 71人 発生割合 3.5%	発生数は前年度+18人、発生割合は+0.5%だった。特定健診受診者数が増加（H29：1,752人、H30：2,043人）していることが原因だと思われる。対象者も増加しており、指導方法等の検討も必要。		R2年度の健診異常値放置者の発生数に基づき評価を行う。

#### (4) 生活習慣病治療中断者訪問指導事業

目標	具体的評価方法
<p>【ストラクチャー】            保険年金課と訪問等指導を行う健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等について情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p>【プロセス】            通知、電話、訪問等によるアプローチの実施率 100%</p>	<p>対象者のうち、アプローチを実施した率を評価する。            (アプローチ実施者数/対象者数)</p>
<p>【アウトプット】            訪問等による指導の実施率 80%</p>	<p>訪問等対象者のうち訪問等により指導を行った割合を評価する。            (指導実施者数/対象者数)</p>
<p>【アウトカム短期】            訪問指導等を受けた者の医療機関受診率 40.0%</p>	<p>訪問等指導を実施した者のうち医療機関を受診した者の割合を評価する。            (訪問等指導実施者のうち受療中及び受療予定者数/訪問等指導実施者のうち受療不要者を除いた者数)</p>
<p>【アウトカム長期】            生活習慣病治療中断者の減少</p>	<p>生活習慣病治療中断者の発生数及び発生割合(生活習慣病治療中断者発生数/当初特定健診受診券発行者数)を評価する。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。
アプローチ実施率 100%	目標を達成した。 すべての対象者に対し通知を発送し医療機関の受診と訪問予告を行った。	アプローチ実施率 100%	目標を達成した。 すべての対象者に対し通知を発送し医療機関の受診と訪問予告を行った。
指導実施率 48.0%	目標は未達成であった。 2月、3月の通知者に対し訪問が実施できなかった。また、複数回訪問しても接触できない対象者が多数存在した。	指導実施率 64.3%	指導実施率は前年度+16.3%だったが、目標未達成。 訪問件数は増加したが、複数回訪問してもあえない対象者が存在した。
医療機関受診率 61.1%	目標を達成した。 訪問指導により、医療機関を受診する動機付けを行えているものとする。今後も事業を継続し、アウトカム長期目標の達成に向け、取り組みを進める。	医療機関受診率 69.6%	受診率は前年度+8.5%で目標を達成することができた。 訪問指導により、医療機関を受診する動機付けを行えているものとする。今後も事業を継続し、アウトカム長期目標の達成に向け、取り組みを進める。
生活習慣病治療中 断者発生数 50人 発生割合 0.58%	発生数は前年度+8人、発生割合は+0.12%だった。当初特定健診受診券発行者数はH29年度9,121人からH30年度8,639人と減少したが、治療中断者の発生数は増加している。訪問等を実施しても接触できないケースが多く、生活パターンや居住実態の把握方法について検討が必要。	生活習慣病治療中 断者発生数 42人 発生割合 0.50%	発生数は前年度-8人、発生割合は-0.08%だった。治療中断者・発生割合は減少しているが、訪問等を実施しても接触できないケースが多く、生活パターンや居住実態の把握方法について検討が必要。

## (5) 糖尿病性腎症重症化予防事業

目標	具体的評価方法
<p>【ストラクチャー】 糖尿病性腎症重症化予防に取り組む意思を持つ参加者を10人確保する。</p>	<p>事業参加者数を評価する。</p>
<p>【プロセス】 面談、電話等による保健指導を12回実施する。</p>	<p>保健指導の実施回数を割合で評価する。 通常は面談2回、電話指導10回。 (総指導実施回数/12回*参加人数)</p>
<p>【アウトプット】 指導の完了率 90% 以上</p>	<p>事業参加者のうち指導完了者の割合を評価する。 (指導完了者数/事業参加者数)</p>
<p>【アウトカム短期】 指導完了者の生活習慣改善率 70.0% 指導完了者の検査値改善率 30.0%</p>	<p>生活習慣改善率は終了時の食事療法実施状況の行動ステージが実行期以上の者の割合を評価する。 (終了時の食事療法実施状況の行動ステージが実行期以上の者/事業完了者数)</p> <p>検査値改善率はHbA1cが改善した者の割合を評価する。介入前の値(介入前の値が不明の場合はわかる範囲でもっとも前もの)と最新の検査結果で比較を行う。 (介入前よりHbA1cの値が下がった者数/事業完了者数)</p>
<p>【アウトカム長期】 新規人工透析患者割合 30.0%</p>	<p>指導完了者の人工透析導入割合を評価する。 評価は年度末時点で判断を行う。 (事業完了者のうち人工透析導入者数/事業完了者数)</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
12人	目標を達成した。 予定していた定員を上回る参加者を確保した。	6人	参加者数は前年度-6人で、目標未達成。 参加勧奨の対象者から病期第2期の者を除外していたが、次年度以降の勧奨対象者の範囲について検討が必要。
保健指導実施率 100%	目標を達成した。 全員に対し予定していた全保健指導を実施することができた。	保健指導実施率 100%	目標を達成した。 全員に対し予定していた全保健指導を実施することができた。
指導完了率 100%	目標を達成した。 途中離脱者は出ず、全員が指導を完了した。	指導完了率 100%	目標を達成した。 途中離脱者は出ず、全員が指導を完了した。
生活習慣改善率 66.7% 検査値改善率 91.7%	目標を一部達成した。 生活習慣改善率は目標未達成であったが、開始時の食事療法実施状況の行動ステージの内訳は関心期4人、準備期7人、実行期1人であったが、終了時は準備期4人、実行期3人、維持期5人であり、全員が準備期以上になった。  検査値改善率は完了者12人のうち11名でHbA1cが改善した。	生活習慣改善率 83.3% 検査値改善率 50.0%	目標を達成した。 生活習慣改善率は目標未達成であったが、開始時の食事療法実施状況の行動ステージの内訳は関心期2人、準備期2人、実行期2人であったが、終了時は準備期1人、実行期3人、維持期2人であり、全員が準備期以上になった。  検査値改善率は完了者6人のうち3人でHbA1cが改善した。
人工透析導入割合 0%	初年度の事業参加者から人工透析導入者は発生しなかった。今後も定期的なモニタリングを行い、追跡評価を実施する。	人工透析導入割合 5.6%	事業参加者からR1年度中に人工透析導入者が1人(H30事業参加者:1人)発生した。今後も定期的なモニタリングを行い、追跡評価を実施する。 また、H30参加者のうち希望者(6人/12人)に、健康推進課によるフォロー事業を実施。全員が全保健指導(4回)を実施することができた。  【次年度の取り組みについて】 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため実施しない。 健康推進課によるフォロー事業は実施。

(6) COPD（慢性閉塞性肺疾患）の早期発見に向けた啓発事業

目標	具体的評価方法
<p><b>【ストラクチャー】</b>                      保険年金課と健康推進課との協議会を年2回以上開催し、啓発チラシの配布方法、市報掲載等について協議し、進捗状況等について情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p><b>【プロセス】</b>                      啓発チラシの配布、市報の活用等により、広く被保険者へ周知を図る。                      (評価方法：配付、広報の回数)</p>	<p>市報掲載、配布の回数を評価する。</p>
<p><b>【アウトプット】</b>                      COPD 認知度 80.0%                      (健診の間診により集計を行う)</p>	<p>集団健診時に実施しているアンケートを集計し、認知度を集計する。</p>
<p><b>【アウトカム】</b>                      COPD 患者数の減少                      (H30年度倉吉市国民健康保険ポテンシャル分析 COPD 患者数 348人)</p>	<p>COPD 患者数を評価する。                      COPD 患者数は倉吉市国民健康保険ポテンシャル分析の投薬治療が発生していない患者と投薬治療患者の合計とする。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。
チラシ配付 21回	集団健診時チラシ配付を行った。 市報への掲載は行わなかった。 その他の取り組みとして、啓発ポスターを保健センター、本庁者へ掲示。 13地区の食生活改善推進員研修会でCOPDについての講習を実施。	チラシ配付 27回	集団健診時チラシ配付を行った。 市報への掲載は行わなかった。 その他の取り組みとして、啓発ポスターを掲示。
認知率 18.1%	健診時のアンケートを保健センターで集計。 知らないが80%を占めており、目標達成には遠く及ばない。 継続的な取り組みが必要。  【アンケート結果】 知らない：80.0% 病気の名前は知っている：10.3% 喫煙が原因であることも知っている：5.4% それ以上に知っている：2.4% 無回答：1.9%	認知率 23.3%	健診時のアンケートを健康推進課で集計。 知らないが80%を占めており、目標達成には遠く及ばない。 継続的な取り組みが必要。 また、次年度以降は集団健診時にアンケートを実施することが困難なため、健康教室等でアンケートを実施する。  【アンケート結果】 知らない：76.2% 病気の名前は知っている：15.6% 喫煙が原因であることも知っている：5.2% それ以上に知っている：2.5% 無回答：0.5%
COPD患者数 377人	H29年度 ・投薬治療が発生していない患者 252人 ・投薬治療患者 96人 H30年度 ・投薬治療が発生していない患者 277人 ・投薬治療患者 100人 投薬治療が発生していない患者、投薬治療患者とも増加した。 短期的にはCOPD患者の減少は難しいと考えるが、認知率を向上させ、禁煙を促すことで、長期的にはCOPD患者数を減少させたい。	COPD患者数 404人	R1年度 ・投薬治療が発生していない患者 271人 ・投薬治療患者 133人 投薬治療が発生していない患者は減少したが、投薬治療患者が増加したため、COPD患者数は増加した。 短期的にはCOPD患者の減少は難しいと考えるが、認知率を向上させ、禁煙を促すことで、長期的にはCOPD患者数を減少させたい。

(7) 重複・頻回受診者訪問指導事業

目標	具体的評価方法
<p>【ストラクチャー】                      保険年金課と訪問等指導を行う健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等の情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p>【プロセス】                      レセプトデータ等による実態把握の実施率 80% 以上</p>	<p>実態把握を実施した者の割合を評価する。                      分析により抽出された者のうち、効果的な指導を行うため、実態把握を行う。                      ※具体的にはがん、難病、精神疾患、認知症、人工透析等の治療中の者は除外する。                      (実態把握を実施した者の数/抽出者数)</p>
<p>【アウトプット】                      指導による改善効果が見込める者に対する指導の実施率 50.0% 以上</p>	<p>実態把握の結果、指導による改善効果が見込める者に対する指導の実施率を評価する。                      (指導による改善効果が見込める者に対する指導の実施者数/指導による改善効果が見込める者として抽出された者の数)</p>
<p>【アウトカム】                      受診行動適正化者数 1人以上                      (指導完了者のうち医療費が減少した者の人数)</p>	<p>指導を実施した者のうち受診行動が適正化した者の数を評価する。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。
実態把握の実施率 100%	抽出者全員について実態把握を実施し、効果的な指導が実施できる対象者を把握した。 効果的な指導ができる対象者1人。	実態把握の実施率 100%	抽出者全員について実態把握を実施し、効果的な指導が実施できる対象者を把握した。 効果的な指導ができる対象者2人。
指導実施率 100%	実態把握の結果、指導による改善効果が見込める者に訪問による指導を実施した。 対象者は重複服薬であった。	指導実施率 100%	実態把握の結果、指導による改善効果が見込める者に訪問による指導を実施した。 対象者は重複服薬であった。
受診行動適正化者 1人	訪問指導の結果、重複服薬が解消され、受診行動は適正化した。	受診行動適正化者 1人	訪問指導の結果、重複服薬が解消され、受診行動は適正化した。

## (8) ジェネリック医薬品差額通知事業

目標	具体的評価方法
<p><b>【ストラクチャー】</b>            保険年金課と健康推進課等との協議会を年2回以上開催し、意見集約・進捗管理等の情報共有を行う。</p>	<p>健康推進課等との協議会の開催回数を評価する。</p>
<p><b>【プロセス】</b>            効果的な対象者を特定し、訴求力の高い通知を送付する。(評価方法：送付回数)</p>	<p>通知を送付した回数、通知した診療月数を評価する。</p>
<p><b>【アウトプット】</b>            対象者への通知率 100%</p>	<p>分析により特定された、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えにより薬剤費軽減額が一定以上の対象者に対する通知率を評価する。            (対象者への通知数/対象者数)</p>
<p><b>【アウトカム】</b>            ジェネリック医薬品普及率(数量ベース) 80.0% 以上</p>	<p>ジェネリック医薬品普及率(数量ベース、年度平均)を評価する。            倉吉市国民健康保険ポテンシャル分析で分析を行っている、平均ジェネリック薬品普及率(医科調剤レセプト)とする。</p>

H30実績	実施内容、評価	R1実績	実施内容、評価
5回開催	目標を達成した。 すべて保健センターとの協議 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。	2回開催	目標を達成した。 すべて健康推進課との協議。 今後も継続的に協議を行い、事業実施体制を構築する必要がある。
発送回数 12回 通知診療月数 12月	すべての月の診療分について通知を行った。	発送回数 12回 通知診療月数 12月	すべての月の診療分について通知を行った。
通知率 100%	目標を達成した。 特定されたすべての対象者に対し通知を行った。	通知率 100%	目標を達成した。 特定されたすべての対象者に対し通知を行った。
ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース) 82.7%	目標を達成した。 H27:66.3%、H28:75.8% (前年+9.5%)、 H29:79.2% (+3.4%)、H30:82.7% (+3.5%)と 順調に普及が進んでいる。 今後も継続的に取り組み、ジェネリック医薬品の更なる普及を進める。	ジェネリック医薬品普及率 (数量ベース) 85.2%	普及率は前年度+2.5%で目標を達成することができた。 今後も継続的に取り組み、ジェネリック医薬品の更なる普及を進める。

## 第4章 データヘルス計画の中間評価

### 1. データヘルス計画の中間評価

目標	実施内容、評価	計画の見直し
<p><b>【ストラクチャー】</b> 計画の目標・目的を達成するための体制を確保し、関係者との連携を図る。</p>	<p>保険年金課と健康推進課等との協議会の開催など、計画の目標・目的を達成するための体制を構築した。 また、医師会との協議や鳥取県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会に参加するなど、各種機関と連携及び協力を行った。</p>	
<p><b>【プロセス】</b> データを活用した現状分析を行い、課題抽出、事業選択を行う。</p>	<p>毎年度ポテンシャル分析を実施し、データに基づく現状分析を行った。現状分析を踏まえたうえで、課題抽出を行い、保健事業へ反映した。</p>	
<p><b>【アウトプット】</b> データヘルス計画に記載した保健事業（保健事業実施計画）を実施する。</p>	<p>計画に基づき、各事業を実施した。実施内容については、保険年金課と健康推進課等との協議会などで進捗管理、情報共有等を行い、全ての事業を実施することができた。</p>	<p>各事業を計画に基づき、実施することができ、指標の改善も見られた。このことから、各事業については、継続して実施する。 また、計画の目標・目的の達成に向けて、以下の点について見直しを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護2以上に認定される割合が増加していることから、長寿社会課等とも連携を図り、より効果的な実施体制の構築をする。</li> </ul>
<p><b>【アウトカム】</b> 健康寿命の延伸 ・平均自立期間の延伸 ・被保険者に占める要介護2以上の認定者の割合の減少</p>	<p>国保データベース(KDB)システムデータで平均自立期間の比較を行った。平均自立期間は男女ともに延伸した。 また、鳥取県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の助言から、国保データベース(KDB)システムデータで要介護認定者数の集計を行った。要支援・要介護に認定された人が増加する中で、要介護2以上に認定される割合も増加した。</p>	
<p><b>【アウトカム】</b> 医療費の適正化 ・医療費の削減 ・被保険者一人当たりの医療費の抑制</p>	<p>国保データベース(KDB)システムデータで医療費及び被保険者一人当たりの医療費の比較を行った。医療費は減少したが、被保険者一人当たりの医療費が増加した。このことから、医療費の削減は、被保険者数の減少に伴うものであると考えられる。 また、被保険者一人当たりの医療費は増加したが、国・鳥取県と比較して増加を抑えることができた。</p>	

