

第3章 第1期計画等に係る考察と評価

1. 第1期計画等に係る考察

第1期計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病の死亡を減らし、健康寿命の延伸を図ることである。その中で、医療・介護及び健診情報の分析から、医療費が高額で死亡率が高くなっている虚血性心疾患の重症化予防が喫緊の課題であり、最優先事項として取り組んできたところである。

福島市は生活習慣病の背景となるメタボリックシンドロームの有所見割合が高くなっており、それをふまえた目標を設定するとともに、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく、特定健康診査・特定保健指導やメタボリックシンドローム非該当者への受診勧奨及び保健指導を行ったほか、糖尿病性腎症患者の重症化予防、CKD（慢性腎臓病）重症化予防連携システムの構築と重症化予防事業を展開した。また、健康推進課、長寿福祉課、こども政策課とともにポピュレーションアプローチによる生活習慣病予防や地域包括ケアの推進に努めた。

これまでの取り組みは以下のとおりである。

図表. 事業の一覧

| | 事業名 | 開始年度 | 目的/概要 |
|---|--------------------|------|--|
| ① | 特定健康診査 | H20～ | メタボリックシンドロームに着目した健康診査 |
| ② | 特定保健指導 | H20～ | メタボリックシンドローム該当者への保健指導 |
| ③ | 特定健康診査未受診者対策事業 | H21～ | 特定健康診査の受診率の向上を図る |
| ④ | 特定保健指導未利用者対策事業 | H21～ | 特定保健指導の利用率の向上を図る |
| ⑤ | 特定保健指導訪問事業 | H26～ | 40～50歳代に訪問し重症化を防ぐ |
| ⑥ | 受診勧奨値を超えている方への対策 | H20～ | 心血管病等の重症化予防を図る |
| ⑦ | 糖尿病性腎症重症化予防事業 | H27～ | 糖尿病による合併症を防ぐための保健指導 |
| ⑧ | CKD重症化予防連携システムの構築 | H27～ | 医療機関との連携により、CKDの重症化を防ぐ |
| ⑨ | 国保日帰り人間ドック助成事業 | H11～ | 被保険者の健康増進を図る |
| ⑩ | 早期介入保健指導事業 | H20～ | 人間ドック事後指導と県民健康調査後の保健指導 |
| ⑪ | 子どもの生活習慣病予防事業 | H27～ | 乳幼児期からの生活習慣病予防 |
| ⑫ | 生活習慣病の啓発事業 | H27～ | 喫煙、多量飲酒に着目した啓発活動 |
| ⑬ | 地域包括ケアの推進事業 | H26～ | 高齢者の尊厳の保持と自立支援 |
| ⑭ | ふくしま【健】民パスポートの啓発事業 | H28～ | 個人のインセンティブ提供 |
| ⑮ | 医療費適正化事業 | | 重複・頻回受診者等訪問指導事業 後発医薬品使用促進 医療費通知書の送付 第三者行為求償事務 |
| ⑯ | 生活習慣病予防の広報事業 | H20～ | 生活習慣病予防のための広報 |

第1期計画に基づいて、各事業を実施したが、計画のPDCAサイクルの実施、保険者努力支援制度（前倒し分）の実施、国保ヘルスアップ事業等をもとに、次の事業を追加、変更した。

ア 新たに追加実施した事業

- ・生活習慣病の啓発…喫煙、飲酒に着目した啓発活動
- ・受診勧奨値を超えている方への対策…心房細動所見
- ・個人のインセンティブ提供…ふくしま【健】民パスポートの啓発事業

イ 枠組みを変更した事業

- ・「血糖の受診勧奨値を超えている方への対策」→糖尿病性腎症重症化予防事業
- ・「CKD（eGFR、尿蛋白）の受診勧奨値を超えている方への対策」→糖尿病性腎症重症化予防事業
- ・「治療中のコントロール不良対策」→重複・頻回等訪問指導事業

ウ 実施していたが記載していなかった事業

- ・国保日帰り人間ドック助成事業
- ・早期介入保健指導事業（福島県県民健康調査 19歳から39歳健診）
- ・地域包括ケアの推進事業

【事業項目説明】

評価指標について

- ストラクチャー「だれがどういう体制で？」
事業を行う際の体制や予算が整っているかを評価すること
- プロセス「どのように？」
事業実施の流れが適切に管理できているかを評価し、事業手順を改善するために行う評価のこと
- アウトプット「どれだけやって？」
事業の実施量や業務量（頑張った度合い、エネルギー量）に関する指標のこと
- アウトカム「その結果、どうなった？」
計画して業務を実施したことによる成果（効果）に関する指標のこと

事業達成度

- S：目標に対する達成状況が、10割以上（達成）
- A：目標に対する達成状況が、8割以上10割未満（概ね達成）
- B：目標に対する達成状況が、5割以上8割未満
- C：目標に対する達成状況が、5割未満

以下に、各事業について振り返り、第1期計画の目標達成度をまとめる。

(1) 特定健康診査

| 目標・概要：ストラクチャー | | 実施状況：プロセス | | |
|--|--|----------------------------|---|-----|
| 〔目標〕 H28：受診率 55% 〔概要〕 ・対象者：40歳～74歳被保険者 ・実施時期：6月～11月 ・実施 <個別健診> 福島市医師会委託 H29 128医療機関 <集団健診> 福島県保健衛生協会委託 H29 8会場延べ27日 | 〔検査項目の充実〕 H20～H23：血清クレアチニン検査一部実施（福島市医師会による研究協力） H24：血清クレアチニン検査全員実施 H29：尿潜血検査の実施 | | | |
| | 成功・推進要因 | | 課題・阻害要因 | |
| | ・福島市医師会検診委員会の活用 ・開始前医療機関事務取扱い説明会の活用 ・受診券は、がん検診受診券と一体化し、同時健診を実施 | | ・医療機関の受診がない健診未受診者の実態を把握していない ・40歳～50歳の受診率が低い | |
| アウトプット指標 | | アウトカム指標 | | 達成度 |
| 受診者数 H28 18,531人 | | 受診率 H28 38.7% (H29 目標 60%) | | B |

(2) 特定保健指導

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|--|
| 〔目標〕 H28：利用率 40% 〔概要〕 ・対象者 特定保健指導該当者 ・実施時期：通年 ・実施 <委託による実施> 福島市医師会委託 H29 積極的支援 15 医療機関 動機付け支援 25 医療機関 <直営> 健康推進課 | H20：保健福祉センター、各支所等において実施 （呼び出し方式、予約制） H21 終了 H21：利用率向上のため運動教室の開始（H24 終了） H22：小集団指導のため食事教室の開始（H24 終了） H23：動機付け支援の医療機関委託開始 H24：CKD 予防食事教室の開催（H24 終了） H25：積極的支援の医療機関委託開始、40 歳～49 歳への訪問事業開始 H27：訪問事業を 40 歳～54 歳に拡大 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・委託医療機関において、健診受診後の結果説明時に、特定保健指導が実施できる体制を整えた。 ・保健指導実施者の質の向上のため、委託医療機関研修会を開催した。 ・H27 利用者の結果を分析すると H28 健診で積極的支援で 41%、動機付け支援で 37%が改善した。 （巻末資料参照） | ・訪問体制が整わず、訪問対象の拡大を困難にしており、直営の実施者が H24 の 10 分の 1 と ・なる。 ・委託医療機関が増えない要因は、実施方法がわかりにくい、データ報告のフリーソフトが使いにくいことがあげられる。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 実施者数 H28 170 人 | 実施率 H28 10.1% (H29 目標 45%) | C |

(3) 特定健康診査未受診者対策事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|---|--|
| 〔目標〕 40～50 歳代の受診率:45% 〔概要〕 ・対象者 40～50 歳代の継続未受診者、退職加入後に未受診となる 60 歳代前半など 〔実施〕 ・H25～委託業者による個別受診勧奨 ・委託医療機関から、個別勧奨 ・関係機関へ PR（理美容協会、商工会議所、シルバー人材センターなど） ・H29 かかりつけ薬局による受診勧奨 | H21 特定健康診査に関するアンケート実施 15,408 人 H22 はがき送付 27,197 人 受診 不明 H23 封書 5,322 人 (再はがき 5,134 人) 受診 不明 H24 封書 6,430 人 (再はがき 6,382 人) 受診 348 人 (5.5%) H25 封書 7,729 人 電話 対象 4,723 人 勧奨 3,363 人 受診 457 人 (13.6%) H26 電話 対象 13,667 人 勧奨 9,526 人 受診 877 人 (9.2%) H27 電話 対象 10,910 人 勧奨 5,904 人 受診 294 人 (5.0%) H28 電話 対象 13,904 人 勧奨 8,322 人 受診 625 人 (7.5%) H29 圧着はがき郵送 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・未受診対策により、受診率が 1～4%向上している。 ・電話勧奨では、未受診の理由の聞き取りを行い、事業主健診結果の提供を受けた。 ・圧着はがきにより、事業主健診のデータ取得を進めた。 | ・電話による受診勧奨が、詐欺商法と誤認されることから、実施自体が困難となった。 ・入札により委託業者が決まるため、質の均一化が図れない。 ・治療中の方のデータが未取得。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 40～50 歳代受診者数 H28 2,184 人 | 40～50 歳代受診率 H28 20.3% (対象者 10,774 人) | C |

(4) 特定保健指導未利用対策事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|--|---|
| 〔目標〕 H28：利用率40% 事業目標未設定 〔概要〕 ・対象 特定保健指導未利用者 〔実施〕 ・特定健康診査結果説明時にチラシの配布 ・H26～委託業者による電話による利用勧奨 | H21 訪問による未利用者調査（一部） H22～H25 特定保健指導対象者へ再通知（封書） H26 電話 対象 1,313人 勧奨 879人 利用者 57人（6.5%） H27 電話 対象 1,324人 勧奨 874人 利用者 78人（8.9%） H28 電話 対象 1,329人 勧奨 793人 利用者 49人（6.2%） H29 電話勧奨 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・特定保健指導利用勧奨実績のある事業者、ない場合は保健師等が架電できる事業者と契約した。 | ・委託業者、架電者が他県や他市のため、情報不足である。 ・利用のために本人が電話で予約する必要があり、利用に結びつきにくい可能性がある。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 受診勧奨後利用に結びついた者の全利用者数に占める割合 H26 21.2%（269人） H27 30.5%（256人） H28 21.7%（226人） | 利用勧奨による利用者 H28 6.2% | 未設定 |

(5) 特定保健指導訪問事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|---|
| 〔目標〕 40歳代 特定保健指導利用率30% 〔概要〕 ・対象 H26：40～49歳 H27～H29 ：40～54歳 〔実施〕 ・訪問による特定保健指導 | H26 対象 169人 初回 66人（39.1%） 終了者 28人（16.6%） H27 対象 264人 初回 67人（25.4%） 終了者 30人（11.4%） H28 対象 279人 初回 48人（17.2%） 終了者 12人（4.3%） H29 対象 40～54歳 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・申し込み制のH25 法定報告では、対象数（40～54歳）254人、終了者13人、実施率5.1%であり、希望の有無によらずに訪問することで、早期の生活習慣病予防となっている。 | ・訪問実施率、終了率が年々低下しており、訪問実施体制が整っていない。 ・40～54歳は、特定保健指導対象者全体（1,676人）の約16%であり、特定保健指導全体の実施率向上につながっていない。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 40～54歳初回実施数（委託を含む） H28 71人（25.4%） | 40～54歳 H28 法定報告 11.8% | C |

(6) 受診勧奨値を超えている方への対策

特定健康診査を受診し、血圧、血糖、腎機能、脂質検査の結果、受診勧奨値を超えている者で、レセプトを確認し未受診の者に、家庭訪問または電話での受診勧奨、健康相談を行う。

| 年度 | 訪問(対象:検査項目) | 電話(対象:検査項目) |
|--------|-----------------|---------------------|
| 平成20年度 | 一部:血圧、血糖 | 年齢区分なし:血圧、血糖、クレアチニン |
| 平成21年度 | 一部:血圧、血糖 | 年齢区分なし:血圧、血糖 |
| 平成22年度 | 一部:血圧、血糖 | 年齢区分なし:血圧、血糖 |
| 平成23年度 | 震災後のため未実施 | 40~64歳:血圧、血糖 |
| 平成24年度 | 未実施 | 40~64歳:血圧、血糖、脂質 |
| 平成25年度 | 40~64歳の一部:血圧、血糖 | 65~74歳:血圧、血糖 |

平成25年度以降の詳細は、(6)-1、(6)-2、(6)-3、(7)-1、(7)-2へ

【委託医療機関における受診勧奨について】

特定健康診査委託医療機関アンケート(実施期間:平成29年10月13日~27日)

発送数:128 医療機関、回収数:122 医療機関、回収率:95%

・特定健康診査結果の返し方について(複数回答)

| | 回答 | 比率 |
|---------|-----|-------|
| ア 直接手渡し | 100 | 82.0% |
| イ 郵送 | 37 | 30.3% |
| ウ その他 | 3 | 2.5% |
| 回答なし | 1 | 0.8% |

直接手渡しの場合、説明する職種は?

| | 回答 | 比率 |
|-----|----|-------|
| 医師 | 96 | 96.0% |
| 看護師 | 10 | 10.0% |
| 保健師 | 2 | 2.0% |
| 栄養士 | 3 | 3.0% |
| その他 | 1 | 1.0% |

その他:准看護師

・結果を返す際、使用している教材等(複数回答)

| | 回答 | 比率 |
|------------------------------------|----|-------|
| ア 経年データのグラフやレーダーチャートなど | 26 | 21.3% |
| イ 福島市作成:情報提供書「福島市国保特定健康診査を受けた方へ」 | 78 | 63.9% |
| ウ 福島市作成:受診勧奨チラシ(血圧・血糖・脂質・CKD・栄養相談) | 78 | 63.9% |
| エ 生活習慣改善などのアドバイス | 65 | 53.3% |
| オ その他() | 7 | 5.7% |
| 回答なし | 3 | 2.5% |

(6) -1 受診勧奨値を超えている方への対策・・・血圧

| 目標・概要 :ストラクチャー | 実施状況:プロセス | |
|--|--|--|
| 〔目標〕実施率100% 高血圧Ⅱ度以上 3%以下 〔実施〕 ・結果説明時、医療機関等より受診勧奨 ・KDB システム等で受診確認 ① 未受診者に対し、40~64歳は、健康推進課で訪問による受診勧奨と保健指導 ② 65歳以上は在宅保健師の会で電話による受診勧奨と健康相談 | 訪問① | H25 対象85:実施37(43.5%)→確認要28:受診11(39.3%) |
| | | H26 対象79:実施41(51.9%)→確認要14:受診3(21.4%) |
| | 電話② | H27 対象51:実施41(80.4%)→確認要31:受診8(25.8%) |
| | | H28 対象75:実施51(68.0%)→確認要51:受診7(13.7%) |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・電話の実施率が年々向上しているのは、カルテの整備、実施体制の整備による | ・受診に結びつく率が少なく、保健指導方法の検討が必要である。 ・家庭血圧の測定等。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | |
| H28 152人(84.4%) | H28 勧奨後受診率:訪問38.1%人、電話26.3% H28 高血圧Ⅱ度以上の比率 3.7% | |
| | 達成度 C | |

(6) -2 受診勧奨値を超えている方への対策・・・脂質

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|---|--|
| 〔目標〕 実施率 100% 中性脂肪 400mg/dl 以上 0.7%以下 〔実施〕 ・結果説明時、医療機関等より受診勧奨 ・KDB システム等で受診確認 ・全員、在宅保健師の会で電話による受診勧奨と健康相談 | H26 対象 129：実施 48 (37.2%) →確認要 35：受診 9 (25.7%) H27 対象 141：実施 124 (87.9%) →確認要 61：受診 12 (19.7%) H28 対象 118：実施 107 (90.7%) →確認要 69：受診 14 (20.3%) | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・電話による受診勧奨は、不在の場合、2～3回架電している | ・脂質異常症は自覚症状がなく、受診行動に結びつきにくい。 ・男女とも対象者としたが、リスクの捉え方を再検討する必要がある。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 電話実施率 90.7% | H28 勧奨後受診率：20.3% 中性脂肪 400 以上 0.62% | A |

(6) -3 受診勧奨値を超えている方への対策・・・心房細動

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|---|--|
| 〔目標〕 実施率 100% 〔実施〕 ・結果説明時、医療機関等より受診勧奨 ・未受診者に対し、訪問（国保年金課）、または、電話（在宅保健師の会）による受診勧奨 | H27 対象 26：訪問実施 4、電話実施 19 (実施率 88.5%) →確認要 23、受診 21 (受診率 91.3%) H28 対象 41：訪問実施 1、電話実施 37 (実施率 92.7%) →確認要 16、受診 7 (受診率 43.8%) | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・心房細動所見の方で、抗血小板薬のみ処方されている方にも、受診勧奨を行った。 | ・かかりつけ医に「まかせている」と表現される方もおり、受診勧奨が難しい面がある。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 実施率 92.7% | H28 新規心房性脳塞栓症発症 7名 (再掲) 特定健康診査受診 3名 (再掲) 心電図検査実施 2名 | A |

(7) -1 糖尿病性腎症重症化予防事業（血糖・・・受診勧奨値を超えている方への対策）

| 目標・概要 ：ストラクチャー | | 実施状況：プロセス | | | |
|--|------------|---|--|--|---|
| 〔目標〕 特定健康診査 HbA1c7%以上3.1% 〔実施〕 ・結果説明時、医療機関等より受診勧奨 ・KDB システム等で受診確認 ① 未受診者に対し、40～64歳は、健康推進課で訪問による受診勧奨と保健指導 ② 65歳以上は在宅保健師の会で電話による受診勧奨と健康相談 | ①訪問 (人) | H25 対象38：実施19(50.0%) →確認要19：受診18(94.7%) | H26 対象58：実施32(55.2%) →確認要14：受診8(57.1%) | H27 対象52：実施41(78.8%) →確認要12：受診6(50.0%) | |
| | | H28 対象35：実施21(60.0%) →確認要21：受診8(38.1%) | | | |
| | ②電話 (人) | H25 対象98：実施62(63.3%) →確認要20：受診9(45.0%) | H26 対象134：実施98(73.1%) →確認要32 受診15(46.9%) | H27 対象113：実施112(99.1%) →確認要39：受診10(25.6%) | H28 対象68：実施63(92.6%) →確認要29：受診15(51.7%) |
| | | | | | |
| | | 成功・推進要因 | | 課題・阻害要因 | |
| | | ・年々、実施率が向上している | | ・受診率が悪い。 ・治療中断者への対応を実施していない。 ・訪問から栄養相談など継続した保健指導につながらない。 | |
| アウトプット指標 | | アウトカム指標 | | 達成度 | |
| H28 84人(81.6%) | | H28 HbA1c7.0%以上 4.1% | | C | |

(7) -2 糖尿病性腎症重症化予防事業（腎機能・・・受診勧奨値を超えている方への対策）

| 目標・概要：ストラクチャー | | 実施状況：プロセス | | |
|--|--|--|--|--|
| 〔目標〕 eGFR50未満(70歳以上40未満) 2.7%以下 〔実施〕 H26～H27 ・結果説明時、医療機関等より受診勧奨 ・未受診者に対し、訪問(国保年金課)、または、電話(在宅保健師の会)による受診勧奨 H28 ・CKD連携システムを利用した受診勧奨 H29 ・G3aを対象に健康教育の実施予定 | H26 | 訪問対象62：実施22(35.5%) →確認要3 受診0(0%) | 電話対象26：実施17(65.4%) →確認要5 受診2(40.0%) | |
| | | H27 | 訪問対象52：実施7(13.5%) →確認要7 受診5(71.4%) | 電話対象107：実施97(90.7%) →確認要44 受診14(31.8%) |
| | H28 | CKD連携システム対象165：実施165(100%) →返信あり100(60.6%) 専門医紹介8、栄養相談9 | | |
| | | 成功・推進要因 | | 課題・阻害要因 |
| | ・H28CKD連携システムの利用により、実施率100%、受診率(返信率60.6%)となった。 ・糖尿病性腎症重症化予防の栄養相談に9人の紹介を受けた。 | | ・再検査でeGFR45未満30人のうち専門医紹介3人、尿蛋白20以上23人のうち専門医紹介4人と「かかりつけ医から専門医紹介」が機能しているか検証が必要である。 ・CKD分類G3a(eGFR45～60)の方の悪化防止が必要であるが、対象者が2,925人(15.8%)と多いため、集団での健康教育を検討する。 | |
| アウトプット指標 | | アウトカム指標 | | 達成度 |
| H28 実施率100% | | H28 返信率60.6% eGFR50未満(70歳以上40未満) 3.3% | | A |

(7) -3 糖尿病性腎症重症化予防事業（個別保健指導）

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|---|
| 〔目標〕 腎機能の維持と人工透析導入を予防 〔対象者〕 特定健康診査などから ・HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上で尿蛋白 2+以上またはeGFR50 未満 〔実施〕 ・対象者に通知 ・申込時、かかりつけ医連携 ・6カ月以上の継続した保健指導と1年後のフォローアップ | H27 対象82人 利用12人(14.6%) フォローアップ11人 6カ月後検査値は、HbA1c改善7人、eGFR改善2人、尿蛋白改善2人 | |
| | H28 対象62人 利用2人(3.2%) 実施中 CKD連携9人 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・H27 対象者に専門の保健師が訪問することで、利用につながった。 ・H28CKD重症化予防連携システムにより、利用につながっている。 | ・H28 対象者通知のみの参加は2人 ・検査値を評価に取り入れたのが、HbA1c 改善は評価指標に使用可能と考えるが、eGFRや尿蛋白は長期の評価指標と捉えたほうが良いと判断する。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 実施数 11人 | H27 HbA1cの改善6人 50% | 未設定 |

(8) CKD（慢性腎臓病）重症化予防連携システムの構築

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|---|---|
| 〔目標〕 実績集計（アウトプット） ・運用実績 ・対象者の受診状況 〔システム構築の意図〕 平成25年度人工透析153人のうち、国保加入前透析者が77人(50.3%)を占める。また、国保加入者の健診受診率は13.1%であったことから、健診だけでなく、医療全体のシステムの中で、CKDの重症化を予防できるようにシステム構築を目指した。 〔実施〕 ・特定健康診査からかかりつけ医紹介 ・かかりつけ医から栄養相談申込 ・かかりつけ医から専門医紹介（日常診療含む） ・CKD事例検討会の開催 ・お薬手帳CKDシールの運用 ・CKD啓発活動 | 平成25年度より準備（福島市医師会、福島県立医科大学、福島市：健康推進課・国保年金課） ・平成27年4月福島市医師会に「CKD重症化予防連携システム対策委員会」が設置される ・平成27年11月より、協会けんぽ福島支部が連携システムに参画する ・平成28年1月20日より、運用開始 ・平成28年4月より、福島薬剤師会が参画する ・平成29年より CKDシールの運用を一部実施 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・関係機関と話し合いができ、専門医の助言があること ・医師会 CKD 委員長が糖尿病専門医のため、糖尿病性腎症を含めた体制ができた | ・お薬手帳に貼る CKD シールの利用が進んでいない ・かかりつけ医から糖尿病専門医へ紹介フォームを検討 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 かかりつけ医紹介 165件 | 返信数 100件(60.6%) 51 医療機関 栄養相談申込 9人 | S |

(9) 国保日帰り人間ドック助成事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|---|---|
| 〔目標〕 未設定 〔概要〕 ・対象者： 当該年度内 30 歳、35 歳、40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳に達する被保険者 ・実施時期 7月～2月 ・実施医療機関：委託 H29 7医療機関 ・助成額： 費用額の 7 割を助成 〔実施〕 H28 対象者 4,331 人 | 〔検査項目〕 特定健康診査項目、心電図、眼底、眼圧、視力、尿酸など、腹部超音波検査、胃がん検診、肺がん（結核）検診、大腸がん検診、子宮頸がん・体がん検診、H26～希望者：乳がん検診、前立腺がん検診 <H28 特定健康診査年齢別受診率> 右図→ 人間ドック利用者が、受診者の 44～50% を占め、受診率向上につながっている | |
| | 成功・推進要因 ・ 特定健康診査該当前の 30 歳、35 歳の受診機会を設けている ・ 実施期間が長い ・ がん検診を含め 1 日で受診ができる ・ 検査項目が多い | 課題・阻害要因 ・ 年々希望者および受診者が減少している ・ 特定保健指導を受託していない医療機関があるため、丁寧な指導をしても特定保健指導実施率に反映できない |
| | アウトプット指標 受診者数 H28 431 人 | アウトカム指標 受診率 H28 10.0% |

(10) -1 早期介入保健指導事業（国保日帰り人間ドック）

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|---|
| 〔目標〕 腹囲の改善 100% 〔実施〕 ・国保日帰り人間ドックを受診した 30 歳、35 歳で、特定保健指導要件に該当した者に対し特定保健指導と同等の保健指導を実施する。 | H25 対象 8 人 実施 2 人 (25%) 腹囲の改善 1 人 (50%) H26 対象 10 人 実施 1 人 (10%) 腹囲の改善 0 人 (0%) H27 対象 11 人 実施 1 人 (9.1%) 腹囲の改善 1 人 (100%) H28 対象 17 人 実施 4 人 (23.5%) 腹囲の改善 1 人 (25%) | |
| | 成功・推進要因 ・ 子育て世代への訪問であり、過去の妊娠中の高血糖や尿蛋白を確認し、保健指導につなげた。 | 課題・阻害要因 ・ 訪問しても不在が多く、実施率が低い。 ・ 外見上も問題がなく、本人の意識が低い。 |
| | アウトプット指標 H28 実施率 23.5% | アウトカム指標 H28 腹囲の改善 25% |

(10) -2 早期介入保健指導事業 (福島県県民健康調査「健康診査」)

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|---------|
| <p>〔目標〕 未設定</p> <p>〔実施〕 健康推進課実施 ・福島県県民健康調査(19～39歳対象の健康診査)において、血糖、血圧、脂質、肝機能、腎機能、血液像で受診勧奨値の方への保健指導</p> <p>〔手順〕 1. 要医療者の中で、国保被保険者を特定(H28 65人、44.2%) 2. 要医療該当項目についての受診状況を確認 3. 健康推進課で受診勧奨</p> | <p>H24 健診対象者 67,958人 受診者数 4,755人 →H25 実施対象者：血圧・脂質・血糖・腎機能・肝機能 3項目：訪問対象 38人、1項目電話対象 577人 講演会(糖尿病)、一食体験講座、運動体験講座実施 H25 健診対象者 66,407人 受診者数 2,833人 →H26 実施要医療アンケート、訪問、電話 H26 健診対象者 65,108人 受診者数 2,379人 →H27 実施対象者 訪問：血圧 10人、血糖 14人 電話：脂質 35人、肝機能 67人、白血球 56人 H27 健診対象者 63,645人 受診者数 1,979人 →H28 実施対象者 訪問：血圧 4人、血糖 5人、脂質 40人、 腎機能 1人 電話：肝機能 79人、白血球 48人 H28 健診対象者 63,247人 受診者数 1,977人 要医療 232人 →H29 実施対象者 血圧 4人、血糖 7人、脂質 30人、腎機能 1人 電話：肝機能 67人、白血球 38人</p> | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・訪問または電話で、早期の個別保健指導を実施 | |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 未把握 | 未把握 | — |

(11) 子どもの生活習慣病予防事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|--|--------------------------------------|
| <p>〔目標〕子どもの肥満傾向 14歳 7.9%</p> <p>〔実施〕 ・生活習慣病につながる子どもの肥満を乳幼児期から予防できるように、離乳食や幼児食に関する保健指導を行う</p> | <p>H27 被保険者の家族へ「子どもノート」配布 127冊 H28 被保険者の家族へ「子どもノート」配布 197冊</p> | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | <p>・生活習慣病に視点を置いた冊子を利用。</p> <p>・育児サークル等の健康教育で、一部使用。</p> | <p>・配布範囲が被保険者に限られるため、市民全体へ広がらない。</p> |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 配布数 197冊 | H28 8.9% | B |

(12) -1 生活習慣病の啓発事業〔喫煙対策〕

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|--|--------------------------------------|
| 〔目標〕 COPD の被保険者千人あたりレセプト件数 入院 0.008 〔実施〕 ・ COPD(慢性閉塞性肺疾患)、 禁煙対策事業 | H28～ 特定健康診査受診者で喫煙者へリーフレットを配布し、禁煙希望者へ保健指導 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・ 集団健診では、問診時に状況を確認しながら保健指導を実施できる。 | ・ 個別健診では、医療機関の裁量に任せており、統一した対応をとりにくい。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 配布数 2,000 人 | H28 COPD 入院 0.028 外来 1.045 | C |

(12) -2 生活習慣病の啓発事業〔多量飲酒対策〕

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 〔目標〕 未設定 〔実施〕 ・ 適正飲酒に関する保健指導 | H29 特定健康診査受診時に問診票で飲酒 2 合以上の場合、リーフレットを配布し、減酒指導 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・ アルコール体質試験パッチを使用 | ・ 個別健診では、医療機関の裁量に任せており、統一した対応をとりにくい。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| H29 配布数 1,300 人 | H28 3合以上 1.1% | — |

(13) 地域包括ケアの推進事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|--|---------------------------|
| 〔目標〕 地域の自主性を活かしながら、関係者と協力・連携して、課題を抱える被保険者の把握と働きかけ、被保険者を支える仕組みづくり、まちづくりなどを進める 〔実施〕 ア 地域包括ケアに関する会議 イ 医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有 ウ KDB・レセプトデータを活用した事業 エ 住民主体の地域活動の支援 オ 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した事業 | H26 医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有 情報共有の手順を定める H27 地域包括ケアに関する会議 福島市地域包括ケア推進本部幹事会など H27 KDB・レセプトデータを活用した事業 KDBで要支援、介護を分析した結果、第2号被保険者の認定理由の半数を占める脳卒中対策のため、心房細動による脳塞栓症予防に焦点をあて、受診勧奨・保健指導を実施 H27 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した事業 高齢者に多い心原性脳塞栓症予防のため、地域包括支援センター・介護事業所へ啓発活動を支援、情報提供。 H29 住民主体の地域活動の支援 国保出前講座 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・ H26 年度よりデータヘルス計画庁内策定メンバーに長寿福祉課が参画 | ・ 拠点病院と地域包括ケアの推進に向けた連携の検討 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| ア 参加回数：H29 2回 イ 連携数：H28 2例 ウ 受診勧奨数：H28 38人 エ 実施回数 H29 4回 | ア・イ 未設定 ウ・オ 新規心原性脳塞栓症発症数 H28 7人 | 未設定 |

(14) ふくしま【健】民パスポートの啓発事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | | |
|---|---|---|---------|
| 〔目標〕 個人のインセンティブ提供のため、ふくしま健民カードの普及を図る 平成 29 年度目標新規参加 200 人 〔対象者〕 ・年齢 18 歳以上の福島市在住の方 〔実施〕 ・平成 29 年 6 月 1 日～平成 30 年 3 月 10 日 ・参加は、台紙による報告とスマートフォンアプリ利用 ・点数に応じて協力店で特典をうける | H28 福島県が主催し、福島市健康づくりポイント事業として実施 健診会場、国保年金課窓口等で利用方法を説明 実績 ノーマルカード発行 85 件 シルバーカード発行 67 件 ゴールドカード発行 58 件 プラチナカード発行 23 件 | | |
| | H29 福島県が主催し、福島市が参加 健診会場、国保年金課窓口等で利用方法を説明 | | |
| | 成功・推進要因 | | 課題・阻害要因 |
| | ・スマートフォンアプリによる取り組みができる。 ・特定健康診査受診が 1,000 ポイントと高ポイント。 ・各種がん検診、特定保健指導の受診 200 ポイントを設定。 | ・利用者が少ない。 ・福島市の商工会や商店街と協働した取り組みが少ない。 | |
| アウトプット指標 | | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 利用 233 件 | | 把握中 | — |

(15) -1 医療費適正化事業（重複・頻回受診者等訪問指導事業）

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | | |
|---|---|---|---------|
| 〔目標〕 実施予定： H28 85 件 〔概要〕 重複・頻回等受診者等訪問指導事業 〔実施〕 ・重複・頻回受診は国保年金課保健師が実施 ・重複服薬者訪問は薬剤師と同行訪問 ・生活習慣病治療中で、コントロール不良は健康推進課保健師が実施 | H20 実績 47 人 重複頻回受診 11 人、治療中でメタボ該当 37 人 H21 実績 42 人 重複頻回受診 4 人、治療中でメタボ該当 38 人 H22 実績 73 人 治療中でメタボ該当 73 人 H23 実績 11 人 治療中でメタボ該当 11 人 （震災のため健康推進課実施なし） | | |
| | H24 実績 23 人 重複頻回受診 5 人、治療中でコントロール不良 18 人 H25 実績 27 人 重複頻回受診 4 人、治療中でコントロール不良 23 人 H26 実績 32 人 重複頻回受診 6 人、治療中でコントロール不良 26 人 H27 実績 35 人 重複受診・服薬 12 人、治療中でコントロール不良 23 人 H28 実績 43 人 重複服薬 2 人、治療中でコントロール不良 37 人 H29 薬剤師による重複服薬者への訪問開始 | | |
| | 成功・推進要因 | | 課題・阻害要因 |
| | ・重複頻回受診、重複服薬の対象者把握がシステム化され容易になった。 ・健康推進課訪問は治療中でコントロール不良群と健診後内服開始したもののへの生活指導に限定した。 | ・重複受診者を分析した結果、不適切な受診は眠剤の重複服薬と判明。他人への譲渡も懸念される。 ・頻回受診は、消炎鎮痛等処置（器具、マッサージによる）、湿疹に限られている。 | |
| アウトプット指標 | | アウトカム指標 | 達成度 |
| H28 43 人 (50.6%) | | 重複受診者（2名）の医療費 Δ6,028 円 | B |

(15) -2 医療費適正化事業（後発医薬品使用促進、医療費通知の送付、第三者求償事務）

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|--|---|---------|
| 〔目標〕 ジェネリック医薬品使用割合 65% 〔実施〕 ・後発医薬品使用促進 ・医療費通知書の送付 ・第三者行為求償事務 | ・後発医薬品使用促進 ジェネリック医薬品希望シールを保険証更新時および加入時に配布 年2回ジェネリック医薬品差額通知 H28 3月調剤分を6月通知 10,670 通 7月調剤分を10月通知 8,951 通 ・医療費通知書の送付 年6回通知 ・第三者行為求償事務 国保連合会に一部事務委託 H28 日本損害保険協会と「覚書」締結 | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | | |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 19,621通 | H28.12月 73.7% | S |

(16) 生活習慣病予防の広報事業

| 目標・概要：ストラクチャー | 実施状況：プロセス | |
|---|---|--------------------------------------|
| 〔目標〕 国保だより年3回掲載 ホームページ掲載 〔実施〕 市民および県外自主避難者に対し、市政だよりの折込みによる国保だより発行 〔発行部数〕106,000部 〔回数〕年3回 7月、10月、3月 | H25 特定健康診査PR、特定保健指導PR H26 特定健康診査PR、冬は心筋梗塞が起こりやすい季節です H27 特定健康診査PR、データヘルズ計画を策定しました 福島市の生活習慣病重症化予防の取り組みについて 気をつけて慢性腎臓病（CKD） H28 特定健康診査PR、血管の内側（血管内皮）が大切です H29 特定健康診査PR、おとなの熱中症予防のための水分補給のコツ | |
| | 成功・推進要因 | 課題・阻害要因 |
| | ・ 広く市民への啓発に役立つ。 | ・ ホームページの活用が特定健康診査案内が中心となり、内容の検討が必要。 |
| アウトプット指標 | アウトカム指標 | 達成度 |
| 年3回掲載 | なし | — |

2. 第1期計画の課題別の目標値評価

項目説明【評価（達成度）】

- S：目標に対する達成状況が、10割以上（達成）
 A：目標に対する達成状況が、8割以上10割未満（概ね達成）
 B：目標に対する達成状況が、5割以上8割未満
 C：目標に対する達成状況が、5割未満

中長期目標

| 項目 | 指標 | 基準値 | | 現状値※ 原則H28年度 | 改善状況 H25-H28 | 目標値 H29年度 | 評価 (達成度) | ※参考 H28以外の値 | |
|-----------|--------------------------------|--------|-----------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|----------------|---------------|
| | | 基準年 | (原則H25年度) | | | | | | |
| 健康寿命 | 65歳健康寿命 | H22 | 男性 | 17.05 | 17.39 | 改善 | 17.55 | B | H25 |
| | | | 女性 | 19.80 | 20.47 | 改善 | 20.30 | S | H25 |
| 医療給付費 | 1人あたりの医療費の伸び(計画期間平均) | H24-25 | | 1.36% | 2.17% | 悪化 | 1.36% | C | H25-H28 平均 |
| 虚血性心疾患 | 急性心筋梗塞の標準化死亡比(SMR) | H20-24 | 男性 | 1.71 | 2.37 | 悪化 | 1.0 | C | H23-H27 |
| | | | 女性 | 1.61 | 2.04 | 悪化 | 1.0 | C | H23-H27 |
| | 虚血性心疾患罹患割合 (厚生労働省様式 様式3-5) | H26.5 | 男性 | 4.7% | 4.9% | 悪化 | 4.5% | C | |
| | | | 女性 | 3.2% | 3.0% | 改善 | 3.0% | S | |
| 脳血管疾患 | 脳梗塞の標準化死亡比(SMR) | H20-24 | 男性 | 1.28 | 1.23 | 改善 | 1.0 | C | H23-H27 |
| | | | 女性 | 1.38 | 1.28 | 改善 | 1.0 | C | H23-H27 |
| | 脳血管疾患罹患割合 (厚生労働省様式 様式3-6) | H26.5 | 男性 | 4.1% | 4.1% | 変化なし | 3.9% | C | |
| | | | 女性 | 2.8% | 2.8% | 変化なし | 2.6% | C | |
| 糖尿病性腎症 | 新規人工透析に占める糖尿病性腎症(糖尿病罹患患者)の割合 | | | 60% | 53.2% | 改善 | 50% | C | |
| 介護保険 | 介護保険第2号被保険者の認定理由が特定疾病が脳血管疾患の割合 | | | 50.7% | 51.3% | 悪化 | 45.0% | C | |
| 子どもの肥満 | 学校保健統計調査 肥満傾向(14歳) | | | 9.6% | 8.9% | 改善 | 7.9% | B | |
| COPD | COPD入院レセプト件数(被保険者千人あたり) | | | 0.008 | 0.028 | 悪化 | 0.008 | C | |
| ジェネリック医薬品 | ジェネリック医薬品の使用 | | | 46.9% | 73.2% | 改善 | 65% | S | |

短期的目標

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|---|--|
| メタボリック シンドローム | メタボリックシンドローム該当者及び予備群 | | | 28.0% | 28.9% | 悪化 | 20.6% | C | |
| 高血圧症 | 特定健康診査の結果 II度、Ⅲ度高血圧の割合 | | | 3.2% | 3.7% | 悪化 | 3.0%以下 | C | |
| | 血圧 II度、Ⅲ度高血圧者への保健指導の実施 | | | 63.1% | 84.4% | 改善 | 100% | A | |
| 糖尿病 | 特定健康診査の結果 HbA1c7.0%以上の割合 | | | 3.5% | 4.1% | 悪化 | 3.3%以下 | C | |
| | 血糖 HbA1c7.0%以上への保健指導の実施 | | | 59.6% | 81.6% | 改善 | 100% | A | |
| 脂質異常症 | 特定健康診査の結果 中性脂肪400mg/dl以上の割合 | | | 0.8% | 0.62% | 改善 | 0.7%以下 | A | |
| | 脂質 中性脂肪400mg/dl以上への保健指導 | | | 0% | 90.7% | 改善 | 100% | A | |
| CKD | 特定健康診査の結果 腎専門医に紹介すべき対象者の割合 | | | 2.9% | 3.3% | 悪化 | 2.7%以下 | C | |
| | CKD 腎専門医に紹介すべき対象者数への保健指導(受診勧奨) | | | 0% | 100% | 改善 | 100% | S | |
| 特定健康診査 | 特定健康診査受診率 | | | 38.0% | 38.7% | 改善 | 60% | C | |
| 特定保健指導 | 特定保健指導利用率 | | | 15.6% | 10.1% | 悪化 | 45% | C | |
| 子どもの 生活習慣 (平成23年度 平成28年度 健康推進課 調査) | 一日3食食べる人(ほとんど毎日) | 小学5・6年生 | | 92.5% | 93.7% | 改善 | 100% | C | |
| | 毎日家族と一緒に食事する子ども(ほとんど毎日) | 小学5・6年生 | 男性 | 79.2% | 92.9% | 改善 | 95%以上 | S | |
| | | | 女性 | 76.6% | 95.2% | 改善 | 95%以上 | S | |
| | 体育以外で運動する子ども(週2回以上) | 小学5・6年生 | 男性 | 56.3% | 66.2% | 改善 | 70%以上 | B | |
| 女性 | | | 39.4% | 52.7% | 改善 | 47%以上 | S | | |
| 喫煙 (平成23年度 平成28年度 健康推進課調査) | 喫煙者 | 男性 | 29.4% | 27.3% | 改善 | 20%以下 | C | | |
| | | 女性 | 9.8% | 7.8% | 改善 | 5%以下 | C | | |