

保険者基本情報及び実施率

【基本情報】	令和5年9月時点										
保険者名	文京区										
保険者種別	区市町村国保										
被保険者・被扶養者の人数／平均年齢	①-1 被保険者数 (全体)	38,652	人	①-2 被保険者数 (40～74歳)	24,780	人	①-3 被保険者平均年齢 (全体)	47.7	歳		
	②-1 被扶養者数 (全体)	-	人	②-2 被扶養者数 (40～74歳)	-	人	②-3 被扶養者平均年齢 (全体)	-	歳		
事業所数／自治体数	1										
特徴 (業種・業態・職種)	【業種・業態】					【職種】					
	個人事業主、フリーランスなどの自営業者 無職者 等					-					

【実施率】	令和4年度実施率					
特定健康診査	被保険者	43.5	%	被扶養者	-	%
特定保健指導	被保険者	14.5	%	被扶養者	-	%

文京区	保健事業カルテ
事業名	重症化予防
背景となる健康課題	糖尿病の合併症である糖尿病性腎症の重症化は、人工透析の導入の主要原疾患となっている。人工透析の年間医療費は1人当たり約500万円と言われ、文京区国民健康保険では、平成28年度の慢性腎不全（透析あり）の医療費が7億5,500万円で、入院及び外来医療費に占める割合を最小分類と比較すると、最も高くなっている。このように、糖尿病性腎症が重症化すると、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させるのみならず、保険財政にも大きな負担となる。
事業目的・目標	健康課題とそれを解決する目的・目標が明確でGood！ 文京区国民健康保険では、糖尿病性腎症の重症化による人工透析への移行を防止することを目的とし、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していく。

事業の成果 (アウトカム評価指標)		評価指標の定義			実績値					
		項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5
共通 アウトカム	病態（血糖）のコントロール割合	コントローラー数	保健指導終了時HbA1c7.0未満該当者数（A）	保健指導終了時の検査数値	-	6	5	5	5	5
		実施者数	重症化予防を受けた人数（B）		-	28	19	19	19	18
		コントロール割合	コントロール割合（A/B）		-	21.4%	26.3%	26.3%	27.8%	
独自 アウトカム	データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標（1）	月平均の人工透析患者数	月平均の人工透析患者数	KDB（厚生労働省様式3-1（生活習慣病全体のレポート分析））	123.8	121.5	127.5	127.8	117.9	
		データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標（2）	短期的に事業の効果が表れる生活習慣改善や治療継続（治療中断防止）といった成果をアウトカム指標に加えて設定すると、プログラムの質を評価し、必要な改善につながりやすくなる。							

事業の実施率・実施量 (アウトプット評価指標)		評価指標の定義			実績値					
		項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5
共通 アウトプット	受診勧奨対象者の医療機関受診率	受診者数	医療機関受診者数（A）	対象者に電話で聞き取り	-	3	1	2	5	
		対象者数	受診勧奨対象者数（B）		-	10	11	15	17	
		受診率	(A/B)		-	30.0%	9.1%	13.3%	29.4%	
独自 アウトプット	データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標（1）	保健指導参加者数	保健指導に申込をした人数			28	19	19	18	
		データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標（2）	保健指導終了率	保健指導に申込した者のうち終了した割合		92.9	89.5	100	94.4	

評価指標の設定、実績値についてのコメント	【健康課題の抽出と事業目標の明確化】 ・健康課題や重症化予防を通じて目指すことが明記されています。
	【評価指標、目標値の設定と実績】 ・アウトカム指標、アウトプット指標ともに、区の独自指標が設定されています。今後は短期的な評価指標を設定すると、取り組みの効果が見えやすく、改善にもつながりやすくなります。 ・2医師会と合意している対象者の選定基準や対象者の構造（人数）*も明示すると、異動などでも引継ぎが円滑です。 *服薬なし106名；うち44名は受診を確認、服薬あり166名

	実施年度					工夫							
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題
成果を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	高齢者にも読みやすく分かりやすい案内通知の作成・送付。また、糖尿病性腎症についての理解を深めるためのオリジナルのパンフレットを同封している。	保健指導への参加の有無を問わず、糖尿病性腎症についての理解を深めてもらい、重症化予防の重要性を伝える。	実際に保健指導に参加される方は、対象者の中の10%未満だが、保健指導に参加されなくても、糖尿病性腎症重症化予防の重要性を伝えられる。	重要な情報を入れながらも、なるべく簡潔にし、分かりやすい案内を作成すること。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	案内通知送付後、保健師や管理栄養士などの専門職から電話勧奨を実施している。	電話勧奨において、専門職から電話することで、生活習慣改善の重要性を伝えることができ、保健指導への参加意欲を高めることができる。	専門職から電話をすることで、保健指導を申し込まなかった方についても、勧奨電話そのものが保健指導の場となる。	電話番号不明者や、電話が繋がらない者へ勧奨できず、勧奨機会を逃している。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	初回面接	c.プログラムの工夫	保健師が対象者から聞き取った生活習慣や服薬等の状況や、かかりつけ医に事前に記入してもらった生活指導確認書を基に支援方法を決定する。また、対面談だけでなく、遠隔面談も実施している	保健指導に当たっては、かかりつけ医と連携し安全に行うこと、参加者本人が無理なく取り組める支援を行うことが重要であるため。また、多忙や体調等を理由に参加が難しいとおっしゃる方に、遠隔面談を活用していただくことで、時間的、身体的に参加しやすくなった。	本人への聞き取りを丁寧に行うことで、信頼関係を築くことができた。また、かかりつけ医と連携することで、正しい服薬、受診行動を促すことができる。また、外出が難しいとおっしゃる方について、遠隔面談により保健指導に参加いただくことができた。	遠隔面談を実施しているものの、多忙を理由に参加を見合わせる機会が多く、保健指導実施時間が課題である。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	指導実施	b.行動変容・継続支援	かかりつけ医と保健師等が連携した丁寧なプログラムであり、事例を通じてプログラムの良さを周知することも有用と考えられる。	全3回の面談の間に電話支援を行うことで、継続的支援を実施している。また、面談ごとにかかりつけ医にフィードバックを実施している。	面談は約2か月ごとに行うが、その間に電話支援を行うことで、参加者が自分の生活習慣を見直すきっかけとなる。また、支援の中で参加者から出た疑問点等がかかりつけ医へ伝えることができる。	1か月に1度程度コンタクトをとることで、信頼関係が深まり、新たな事情を伺うことができ、新たな課題を設定することができるなど、支援方法がより対象者に寄り添ったものとなった。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	実施後のフォロー	b.行動変容・継続支援	前年度保健指導終了者に対し、フォローアップ保健指導（面談1回、電話1回）を実施。	保健指導の内容を継続することが重要であるため、保健指導終了者へのフォローアップを翌年度に実施している。	保健指導終了時に、翌年度フォローアップがある旨を伝えているため、スムーズに勧奨できた。	国保加入者を対象とした事業であるため、後期高齢者医療制度に移行した方へのフォローアップができなかった。

	実施年度					工夫							
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題
実施率・率を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	対象者がそれぞれ自分の数値を意識して受診行動や生活習慣改善に取り組んでもらうきっかけになるよう、通知に対象者特定健診時の血糖、腎機能に関する数値を記載し、自分のおかれている状況を把握してもらう。	実際に自分の数値を知ることで、危機感を感じてもらい、受診の必要性を把握してもらう。	特定健診結果を見ただけでは、自分の身体のどこに健康課題があるか分かりづらいこともあるが、自分の数値が記載された糖尿病性腎症の案内を受け取ることで、生活習慣改善について意識してもらうきっかけとなる。	元々受診の意識が低い者について、どのように受診を促すか。また、文面について、受診を促しながらも、不安を煽りすぎないようバランスをとることに苦労した。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	案内通知送付後、保健師や管理栄養士などの専門職から電話勧奨を実施している。	専門職が対象者一人ひとりの健診データ等を手元に用意し、検査値を見ながら、個別的状況に応じて受診や保健指導の必要性を話し、専門的観点に立った勧奨を実施。	専門職から電話をすることで、受診につながらなかった場合でも、勧奨電話そのものが保健指導の場となる。	電話番号不明者や、電話が繋がらない者へ勧奨できず、勧奨機会を逃している。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	b.行動変容・継続支援	区から受託業者へ、区内のかかりつけ医マップを提供し、受診勧奨の際に活用してもらっている。	必要に応じて医療機関の選び方についてもアドバイスした。不通の場合は日時を変えて3回まで架電した。	かかりつけ医をつくることもこの事業の成果のひとつと考えられる。	どのように受診すればよいか分からない者について、区内の医療機関を紹介することで、受診の第一歩を促すことができる。
	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	b.行動変容・継続支援	初回の電話で受診を前向きに検討した者へ、一定期間経過後再度電話し、治療内容を確認する。	再度電話をすることで、未受診の者については、受診のきっかけとなり、受診済の者については保健指導の参加を勧奨することができる。	個々の検査値、治療状況等を踏まえた上で保健指導の有益性を説明、利用勧奨を実施することができた。	

工夫についてのコメント	重症化予防の事業設計及び運営において、2医師会や民間事業者と協創しながら進めていることが同区の特長です。医師会とは対象者の選定基準の設定や進捗の共有、民間事業者に関しては3年に1度プロポーザルを開催し、質を重視した選定を行っています。また、国保年金課が所管する「一体的な実施」の取組みと連携することで、今後、後期高齢者医療制度に移行する者のフォロー（健診データのモニタリングを含む）を試行する点は素晴らしいです。
	【アウトカムを上げる知見】 ・民間事業者との協創のもと、対象者への分かりやすい資料作成や受診勧奨の機会を捉えた意識啓発など、重症化予防に必要な素材やプロセスを通じて成果を上げる工夫がされています。区から医師会の担当理事へは年3回報告する機会を持ち、かかりつけ医（主治医）からは「生活指導内容書」を発行してもらい、かかりつけ医には保健指導の様子をフィードバックするなど、健康課題を解決するという事業の目的と進捗が関係者で共有されるよう努めています。 【アウトプットを上げる知見】 ・対象者の健診結果に基づき個別性の高い勧奨や、区内のかかりつけ医マップの提供など、医療機関への受診や保健指導の参加を促す工夫がされています。