

第2章

第3期国民健康保険データヘルス計画

1 健康課題の整理、計画全体の目標、評価指標等

(1)健康課題の整理

健康課題		対応する 保健事業 番号
A	<p>健康状態の未把握者が多く、生活習慣病の早期発見につながっていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は令和4年度で42.6%と市の目標値60%には届いておらず、さらなる受診勧奨の必要がある。 ・特定健診対象者のうち健康状態不明者(特定健診未受診かつ生活習慣病未治療者)が21.6%おり、生活習慣病の発見が遅れている可能性がある。 	1
B	<p>メタボリックシンドローム該当者率が高く、生活習慣病の発症リスクが高い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施率は年々減少し、メタボリックシンドローム該当者率は増加傾向のまま国・県と比べて高く推移している。 ・メタボリックシンドローム該当者は生活習慣病の発症・重症化リスクが高いため、継続的な特定健診の受診と保健指導につなげる必要がある。 	1、2
C	<p>糖尿病や高血圧等の生活習慣病の重症化が多くみられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣と関連の深い糖尿病(内分泌系)や心臓病(循環器系)の死因割合、医療費の占める割合、1人当たり医療費はいずれも県と比べて高く、症状が顕在化または悪化してから受診していることが推察されることから、生活習慣病の早期発見・早期治療を促進する必要がある。 ・特定健診受診者で生活習慣病治療中のコントロール不良者が年々増加していることから、未治療者や治療中断者等、リスクの高い者への対策を強化するとともに、医師会と連携しながら重症化を防いでいく必要がある。 	3、4、5
D	<p>適切な受診を促し、医療費の適正化を図る必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総医療費、1人当たり医療費は増加傾向にあり、特に入院外の受診率(千人当たりレセプト件数)が県・国と比べて高く、適切な受診に関する周知・啓発の必要がある。 ・不適切な服薬は、症状の悪化や相互作用等による健康障害の原因となりえるため、医療費の適正化のみならず、健康維持の観点からも適正な処方につながる対策をする必要がある。 	6

(2)実施保健事業一覧

事業 番号	事業名称	重点・ 優先度
1	特定健康診査継続受診対策事業	1
2	特定保健指導実施率向上事業	2
3	生活習慣病重症化予防事業	3
4	糖尿病性腎症重症化予防事業	4
5	慢性腎臓病（CKD）対策事業	5
6	適正受診・適正服薬事業	6

(3)計画全体の目標、評価指標

評価指標	計画策定時実績	目標値						
	令和4年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	
目標1 被保険者の健康状態の把握及び生活習慣病の早期発見								
i	特定健康診査受診率	42.6%	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%
ii	メタボリックシンドローム該当者の割合	24.7%	24.1%	23.5%	22.9%	22.3%	21.7%	21.2%
目標2 生活習慣病の重症化が予防できる								
i	脳血管疾患有病者割合	5.5%	5.1%	4.7%	4.3%	3.9%	3.5%	3.2%
ii	虚血性心疾患有病者割合	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%
iii	特定保健指導対象者の割合	動機付け 8.2% 積極的 3.1%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%	動機付け 8.0% 積極的 3.0%
iv	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
v	新規透析導入患者数(患者千人あたり人数)	0.177人	0.17人	0.16人	0.15人	0.14人	0.13人	0.12人
目標3 適正受診・適正服薬の増進								
i	重複・多剤処方者の改善率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ii	後発医薬品の使用率	81.2%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%

2 個別事業計画

(1) 特定健康診査継続受診対策事業

【事業の目的】

生活習慣病やその予備群を内臓脂肪の蓄積に着目した特定健診（特定健康診査）により早期発見し、発症と重症化予防につなげる。また、健診結果を活かし、生活習慣を見直し継続して受診することで健康を維持していく。

【事業対象者】

40～74歳の被保険者

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
メタボリックシンドローム該当者割合	24.7% (926人)	24.1%	23.5%	22.9%	22.3%	21.7%	21.2%
メタボリックシンドローム予備群該当者割合	10.7% (402人)	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%	10.7%

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率	42.6% (3,756人)	46.0%	49.0%	52.0%	55.0%	58.0%	60.0%
5年連続未受診率	40.8% (3,276人)	40%未満	40%未満	40%未満	40%未満	40%未満	40%未満

【取組（プロセス）】

〈継続〉毎年全対象者に送付する受診券や案内、再勧奨通知を、ナッジ理論等を活用して作成する。

〈継続〉医療機関で行う個別健診と、がん検診と同時実施等の集団健診を行い、受診しやすい実施体制を維持する。

〈継続〉受診券の封筒や再勧奨リーフレットはナッジ理論等を用いて作成する。

〈拡充〉健診結果が分かりやすく還元され、個々に応じた生活習慣へのアドバイスが得られる資材を受診者に送付する。

〈拡充〉健診結果をもとに専門家から生活習慣について学べる場（結果説明会）を開催する。

【体制（ストラクチャー）】

- ・保険年金課が主体となり、関係部署（健康推進課・高齢福祉課）と連携をとって推進していく。
- ・海部・津島市医師会の協力を得て、外部委託を活用し効果的に実施する。

(2)特定保健指導事業

【事業の目的】

内臓脂肪の蓄積に着目した特定健診の結果をもとに、生活習慣病のリスクの数に応じた保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し生活習慣病の予防を行う。

【事業対象者】

40～74歳の被保険者

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者の減少率 ※1	14.6%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%	17.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ※2	14.8%	21.0%	21.0%	21.0%	21.0%	21.0%	21.0%

※1 今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数(人)／昨年度の特定保健指導の対象者数(人)

※2 今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数(人)／昨年度の特定保健指導の利用者数(人)

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導終了率	11.5%	17.1%	22.7%	28.3%	33.8%	39.4%	45.0%

【取組（プロセス）】

〈継続〉健診受診後に特定保健指導対象者全員に利用券を送付する。

〈拡充〉医療機関での指導、市で行う集団指導や個別指導、ICTを活用した保健指導等選択肢を増やす。

〈継続〉電話や訪問での利用勧奨を実施する。

〈継続〉保健指導を効果的に行えるよう教育資材を工夫し取り組みをサポートする。

【体制（ストラクチャー）】

・海部・津島市医師会及び外部委託を活用し効果的に実施する。

・外部委託にあたっては、参加者に合わせた内容が提供できるよう協議を重ね、事業終了後には評価を行う。

(3)生活習慣病重症化予防事業

【事業の目的】

特定健診結果からQ O Lの低下を招く疾病の要因となる高血圧・糖尿病に関する数値が高い者に対し、医療機関への受診勧奨を行い適切な医療を受け重症化を防ぐ。

【事業対象者】

特定健診受診者のうち①高血圧（収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上）②糖尿病（HbA1c7.0以上）の者で医療機関を継続的に受診していない者

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
受診勧奨後の受診率〔高血圧〕	74.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
受診勧奨後の受診率〔高血糖〕	85.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
高血圧受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
高血糖受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【取組（プロセス）】

〈継続〉医療機関での受診者について受診時の指導を医師会に依頼する。

〈継続〉受診勧奨対象者に対し受診勧奨通知を行う。その際、病気の知識や受診の必要性が伝わる資料を活用する。また、報告書と返信封筒を同封しその後の結果を把握する。

〈継続〉レセプトで受診が確認できない者へは電話または家庭訪問を実施する。

〈新規〉通院中の者でも健診結果で数値のコントロールの不良だった者に対し、かかりつけ医と連携をとり対策を講じる。

【体制（ストラクチャー）】

・保険年金課が主体となり、海部・津島市医師会の協力を得て効果的に実施する。

(4)糖尿病性腎症重症化予防事業

【事業の目的】

糖尿病の重症化リスクのある者が、適切な医療や保健指導を受けることで腎不全や人工透析等の重症化を予防する。

【事業対象者】

- ①治療中断者
- ②健診の結果HbA1c6.5以上、かつ尿たんぱく(±)又はeGFR60ml/分/1.73m²未満の者
- ③Ⅱ型糖尿病であり糖尿病性腎症の病期が第2期である者

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時 実績(R4)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
受診勧奨後の受診率	89.3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
対象者の検査数値の 維持・改善率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時 実績(R4)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
保健指導終了数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【取組（プロセス）】

- <継続>対象者に受診勧奨通知及び家庭訪問を行う。病気への理解が深まるよう資材を工夫する。
- <拡充>保健指導対象者リストとともに保健指導への手順を市内医療機関に周知し、実施者数を増やす。
- <新規>保健指導対象者に事業案内及び利用勧奨通知を送る。
- <拡充>面接や訪問で保健指導を行う。また、取り組みが継続できるよう効果的に支援する。

【体制（ストラクチャー）】

- ・海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議で重症化予防事業を検討する。
- ・海部・津島市医師会の協力を得て効果的に実施する。
- ・保健師・管理栄養士が専門性を活かし、企画・実施・事業評価及び中長期的な評価を行う。

(5)慢性腎臓病(CKD)対策事業

【事業の目的】

慢性腎臓病（CKD）の知識啓発普及及び腎機能低下がみられる者を医療機関につなぎ、重症化を予防することで新規透析導入者を減らす。

【事業対象者】

40～74歳の国保加入者で、健診結果で腎機能の検査eGFR50以上60未満、かつ収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上の者

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
新規透析導入患者数 (患者千人当たり人数)	0.177人	0.17人	0.16人	0.15人	0.14人	0.13人	0.12人

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時実績(R4)	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
情報提供率	100% (26人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
保健指導実施率	未実施	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【取組（プロセス）】

〈継続〉海部地区・津島市糖尿病性腎症重症化予防事業連絡調整会議にて地域の専門医と情報を共有し助言をもとに重症化予防対策を実施していく。

〈継続〉対象者に病気を理解しやすい資材にて情報提供を行うとともに、専門医への相談を促す。

〈新規〉3～5か月後レセプトにて受診状況を確認する。

〈新規〉2年連続対象者となり受診が確認できない者に対し家庭訪問を実施する。

【体制（ストラクチャー）】

- ・保険年金課においてKDBシステムを活用し対象者を抽出し、担当で協議の上事業を実施する。
- ・必要に応じ海部・津島市医師会の協力を得る。

(6)適正受診・適正服薬事業

【事業の目的】

適正受診・適正服薬を促すことで医療費の適正化を図る。

【事業対象者】

- ・ジェネリック医薬品への切替えにより医療費の削減が見込める者
- ・3か月連続して1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている者（がん治療中、急性疾患、リハビリ等整形外科通院中、行動変容が難しい精神疾患患者を除く）

【目標値】

<アウトカム指標>

評価指標	計画策定時 実績(R4)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
重複・頻回受診者の 改善率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
後発医薬品使用率	81.2%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%	81.8%

<アウトプット指標>

評価指標	計画策定時 実績(R4)	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度
重複・頻回受診者への 指導率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
差額通知発送者率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

【取組（プロセス）】

- 〈継続〉医療費通知を年に3回送付し、医療費の確認ができるようにする。
- 〈継続〉後発医薬品（ジェネリック医薬品）の切り替えに伴う医療費の削減について年に2回通知する。
- 〈継続〉2カ月連続で重複処方が確認できた段階で文書による指導を行う。
- 〈継続〉3か月連続で重複処方が確認できた段階で家庭訪問を実施する。
- 〈継続〉医療費の適正化に向け、広報紙やSNSを活用し情報を発信する。また、国民健康保険税納税通知書とともに、市における医療の状況や医療費削減に向けた取り組みを掲載し通知する。

【体制（ストラクチャー）】

- ・愛知県国民健康保険団体連合会に対象者の抽出を依頼し、市の保健師が指導を行う。
- ・保険年金課において情報を共有し、広く啓発していけるよう協議する。