

**熊本市国民健康保険保健事業計画
第2期データヘルス計画（H30年度～R5年度）
～中間評価～**

R3年3月作成

第2期データヘルス計画の目標、達成度 (中間評価)

達成度 ○:目標達成 △:目標達成はしていないが数値改善したもの ×:目標未達成

課題	目標(短期・中期・長期)	対策	評価指標	目標値(R5年)	評価時期	H30	R1	達成度
生活習慣病の重症化	短期目標	(1) 特定健康診査受診率向上対策	・特定健診受診率	60.0%	毎年	30.8%	30.9%	△
	高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病(CKD)の減少	(2) 特定保健指導利用率向上対策	・特定保健指導利用率	60.0%	毎年	14.7%	14.4%	×
			・健診有所見率(腹囲)	30.9%		34.7%	35.7%	×
	・健診有所見率(空腹時血糖)	20.6%	26.9%	27.7%		×		
	・健診有所見率(HbA1c)	50.5%	68.9%	74.2%		×		
	・健診有所見率(クレアチニン)	0.7%	1.2%	1.1%		△		
	中期目標	(3) 生活習慣病重症化予防対策	・健診結果改善率(血圧)	95.0%	毎年	90.5%	88.1%	×
	・健診結果改善率(HbA1c)		80.0%	63.8%		77.2%	△	
	・健診結果改善率(eGFR)		98.0%	89.4%		94.0%	△	
	・治療開始率		95.0%	86.0%		62.5%	比較不可	
糖尿病性腎症の減少	・人工透析新規導入者数		0.22人	中期目標 最終評価	-	0.67人	×	
脳血管疾患新規患者数・虚血性心疾患新規患者数・人工透析新規導入者数の減少	・虚血性心疾患新規患者数	14.38人	-		18.58人	×		
重複・頻回受診者、重複服薬者の行動改善	・脳血管疾患新規患者数	13.06人	-		14.55人	×		
ジェネリック医薬品の普及	・人工透析新規導入者数(糖尿病性腎症)	11人	-		33人	比較不可		
医療費の伸び	長期目標	(4) 重複受診対策	・受診行動改善率(重複訪問)	70.0%	中期目標 最終評価	-	-	算出不可
	健康寿命の延伸 医療費の伸びの抑制	頻回受診対策	・受診行動改善率(頻回訪問)	80.0%		-	-	算出不可
		重複服薬者対策	・受診行動改善率(重複手紙)	60.0%		-	35.0%	×
			・受診行動改善率(頻回手紙)	60.0%		-	62.0%	○
		(5) ジェネリック医薬品普及促進対策	・ジェネリック普及率	86.0%	中期目標 最終評価	-	79.6%	○
		上記(1)～(5)の対策	・健康寿命の延伸	-	第3期計画 最終年度	-	-	-
			・医療給付費伸び率	-		-	-	-

(1) 特定健診受診率向上対策

(概要) 特定健診受診率向上に向けた各種取組の実施により、重症化のリスクが高い者や要治療者をより多く捕捉し、保健指導、重症化予防の促進へと繋げることで、生活習慣病の発症、医療費の伸びの抑制を図る。

① 特定健診受診勧奨	② インセンティブ事業【新規】	③ 受診しやすい体制づくり
------------	-----------------	---------------

<p>概要</p> <p>健診対象者及び未受診者にハガキや電話による勧奨を行い受診を促す。</p>	<p>特定健診受診等の健康づくりへの取組を実施した者へ特典を与えるインセンティブ事業を新たに実施。受診勧奨と合わせて、既存の受診者群に加え、未受診者群へのアプローチをより強化することで、受診率の向上を図る。</p>	<p>生活圏が近隣市町村の者の利便性を向上させるため、市外の実施機関拡充を図る。また、がん検診と同日実施の集団健診を継続して推進し受診率向上を図る。</p>
--	---	--

<p>実績・評価</p> <p>勧奨者についてはR元年度より、AIにより抽出された受診勧奨者層を、年齢層や過去の受診歴など参考にターゲットを絞り、繰り返しの勧奨を実施したりした。勧奨通知や電話の中でナッジ理論を取り入れるなど支援方法について工夫を行った。</p>	<p>インセンティブ事業はH30年度途中に周知する形で開始となり、R元年度より受診券交付時にプレゼントキャンペーンを対象者全員へ周知できたことが受診率向上につながったと考える。新規受診者も増加傾向にあり、インセンティブ事業を通じて受診につながったのではないかと考える。</p> <p>R元年度開始の健康ポイント事業では、特定健診受診でポイントが付与されるなど他課の事業との連携ができた。</p>	<p>近隣市町村の健診機関の追加については、市民から要望のあった機関への働きかけを行い、契約希望のあった場合受け付けている。</p> <p style="text-align: center;"><u>R2年度 市外健診受託機関数 33箇所</u></p>
--	---	--

評価項目		H30年度	R元年度
目標	電話勧奨完了率	68%以上	
実績		63.0%	70.8%
目標	勧奨後受診率	30%以上	
実績		50.9%	48.9%
実績	電話勧奨数	30,000件	28,000件
実績	勧奨通知数	95,000通	89,000通

	評価項目	H30年度	R元年度
目標	健診受診者全体のうち新規受診者割合	前年度より増加	
実績		20.3%	21.0%

集団健診において、すべての会場においてがん検診と同時実施ができている。 R2年度 25箇所

個別健診においては、受診機関一覧に実施可能ながん検診について併記し、同時に実施できることを啓発を行っている。

<p>今後の対策</p> <p>上記取組みを継続しながら、さらに若い世代の受診率向上や健診の定着者を増やすため 受診状況のさらなる分析（世代別や性別や新規受診者、受診回数など）を行い、対象に応じた受診勧奨方法の検討やインセンティブを併せて実施していく。</p>	<p>今後も継続し、市外の実施機関の拡大にむけて、全県における、集合契約の実施にむけた協議を進めていく。</p> <p>特定健康診査とがん検診の同時実施可能なことをがん検診実施体制の動向を把握しながらPRしてしく。</p>
---	---

(1) 特定健診受診率向上対策

	④ 医療機関との連携強化	⑤ 医療機関と連携によるPR場所の確保	⑥ その他の取組
概要	<p>通院中の健診対象者への受診勧奨や、診療と健診の同日実施について文書での依頼を継続して実施。加えて、受診者が少ない医療機関、通院中の未受診者が多い医療機関に対しての働きかけを強化し、受診率向上を図る</p>	<p>各区などの関係機関と連携し、イベント等での啓発を継続して実施する。また、地域回覧版は地域のニーズ等に応じて実施し、受診率向上を図る。</p>	<p>⑥-1 職場等での健診結果の提供促進【新規】 健診データ提供者へ特典を付与する等の、データ提供を促進する取組を検討し受診率向上を図る。 <広報・啓発事業> ⑥-2 他の取組と合わせた広報・啓発事業の展開 インセンティブ事業の周知等、必要に応じて、他の取組と合わせた広報・啓発を展開する。実施にあたっては、ターゲットや手法を絞るなど、費用対効果が高まるよう工夫する。</p> <p>⑥-3 他保険者との連携による事業展開 第1期で取り組んできたように、協会けんぽ等の他保険者との連携による広報・啓発事業についても、継続して検討・実施し、ポピュレーションアプローチの強化を図る。</p>
実績・評価	<p>(通院中の健診対象者への受診勧奨について) ・特定健診受診券の同封チラシや 医療費通知書に通院中でも受診可能であること掲載した。 (医療機関において診療と健診の同日実施について) ・健診実施機関すべてに配布する国保だよりに掲載し周知をおこなった。 (医療機関への働きかけ) 各医療機関毎の健診実施状況報告(実施者数や順位など)、今後受診率向上に向けた目標値を示し、受診率向上に向けて依頼を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の校区イベントでの周知 ・市健康フェスティバルに展示参加 (R元年度参加、R2中止) ・集団健診における実施地域には自治会回覧にて周知。 	<p>⑥-1 職場等での健診結果の提供促進【新規】 特定健診受診券発送時に、情報提供の依頼を行い、提供のあったものへインセンティブを実施した。(R元年度 75 件)</p> <p>⑥-2 他の取組と併せた広報・啓発事業の展開 保険証一斉交付や医療費通知時に特定健診に関する情報提供を行った。</p> <p>⑥-3 他保険者と連携による事業展開 県・協会けんぽと情報共有を行いながら、広報啓発事業について検討している。(R2年度は中止)</p>
今後の対策	<p>継続して、医療機関への依頼を行いながら、情報提供事業等について検討していく。</p>	<p>コロナ禍における、地域でのイベント中止や全庁的な自治会回覧について検討を受け、コロナ禍でも啓発可能な方法について検討していく。</p>	<p>上記事業の継続。 R2年度 くまもと人生100年コンソーシアム(県主催)にオブザーバーとして参加し、未受診者対策について専門家による分析や今後の対策について検討しており、この会議の提案等含めながら、受診率の向上を目指していく。</p>

(2) 特定保健指導利用率向上対策

(概要) 特定保健指導を行うことで、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うことで、健康的な生活を維持し、糖尿病等の生活習慣病予防することを目的とする。
 特定保健指導の利用率を上げることで、健診有所見率を目標値に近づけることを目指す。

①個人へのアプローチ

- ①-1 国保直営による特定保健指導【新規】
 〈内容〉特定保健指導未利用者で生活習慣病重症化予防の対象者に対して、訪問時に対象者の了承を得ることができた場合、特定保健指導を実施する。
- ①-2 特定保健指導未利用者への利用勧奨
 〈内容〉対象者への電話勧奨
- ①-3 途中脱落防止の徹底
 〈内容〉
 - ・評価日を経過しても、評価されず終了していない対象者を抽出し、実施機関に評価を促す。
 - ・実施機関が途中脱落と判断する前に、国保担当課より電話勧奨等のアプローチを実施する。

②実施体制の整備

- ②-1 健診受診日から保健指導開始までの期間短縮【新規】
 〈内容〉平成30年度以降、国基準の改正に伴い、特定保健指導の実施期間が短縮可能となるため実施機関へ働きかける等、可能な限り短縮できるよう努めていく。
- ②-2 利用しやすい体制作り
 〈内容〉
 - ・保健指導（動機づけ支援）実施機関の拡充
 - ・集団健診全ての会場で結果説明会を実施する。
 - ・特定健診実施機関に該当する医療機関に対し、保健指導利用に関する情報の周知徹底を図る。
- ②-3 保健指導の質の担保
 〈内容〉実施機関の研修、実績発表、意見交換の場を設ける。

実績・評価

- ①-1 実施時間や場所により委託機関で利用するものが多く、低迷している。
- ①-2 電話での受診勧奨実施。
- ①-3 定期的に実施機関へ通知を行い評価を促している。

- ②-1 関係機関へ周知し、短縮できるように促している。今後は、短縮実施体制について構築し、実施状況について評価していく。
- ②-2 集団健診後の結果説明を実施する体制ができている。利用者への夜間帯（平日17時以降）の実施や土日祝日の実施状況について一覧表を作成し案内している。
- ②-3 生活習慣病重症化予防対策研修会に特定保健指導実施機関へ参加依頼を行い質の向上を図っている。

実績	H30年度	R元年度
国保直営特定保健指導数	2件	1件
利用勧奨者数（電話）	2,890件	2,373件
途中脱落者率	8.5%	10.6%
特定保健指導減少率	17.4%	18.2%

実績	H30年度	R元年度
保健指導実施機関（動機づけ）	79件	79件
集団健診後の結果説明	100%	100%

今後の対策

- ・特定保健指導実施率は低下しており、目標と乖離している。さらなる利用向上対策が必要。
- ・未利用者への利用勧奨強化については、健診結果説明時の特定保健指導の利用勧奨の強化や利用勧奨電話や通知による体制づくりを検討する。
- ・利用者途中脱落の減少にむけ、特定保健指導実施機関と連携した中断者対策を検討していく。
- ・健診有所見率は、各項目目標値に及んでいないが、特定保健指導対象者は減少傾向にあり、保健指導等利用や生活習慣病重症化予防対策等の効果と考える。特定保健指導利用後の健診結果の改善状況など、個人の結果も含め評価を行い、保健指導利用後の効果について利用者へ啓発していく。
- ・直営による保健指導について、利用者のニーズに応じた保健指導実施機関へつなぐなどの利用勧奨を重点的に行っていく。

(3) 生活習慣病重症化予防対策

(概要) 被保険者の生活の質の維持及び向上、医療費の伸びを抑制するため、健診データやレセプトデータ等から治療が必要な方に対して、関係機関と連携し、受診勧奨・保健指導を行うことで、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）を減少させる。

生活習慣病重症化予防対策

概要 被保険者の生活の質の維持及び向上、医療費の伸びを抑制するため、特定健診の結果、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）で治療が必要な者に対し、関係部署と連携し、保健指導と積極的な医療受診を勧めることで、高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・末期腎不全（人工透析）を減少させる。

実績・評価

【対象者基準】 H29年度より対象選定基準を変更し、継続して対象者を選定している。

【対応】 階層化により基準に該当しているものに対して、訪問を強化するなど取組を行い、受診勧奨および生活改善に向けた保健指導を国保担当課と各区保健子ども課と役割分担を行い実施している。

【評価】 R2年度より、定期通院あるが糖尿病について未治療かつ健診結果HbA1c8.0以上の者を追加
PDCAサイクルに沿って、毎年改善における対象者へのアプローチ方法なども変更しており、経年評価が難しい面があるが、当事業対象者について治療開始率や健診結果の改善状況など個々の改善については評価を行っていく。当事業対象者において次年度の健診受診率が、健診受診者全体と比較し低率となっており、健診の継続性について保健指導の中で伝えていくこととする。

新規 【糖尿病治療中断者対策】

「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」など、糖尿病対策の必要性が高まっており、R2年度より糖尿病治療中断者対策を開始した。

(対象者) レセプトより糖尿病の既往あるが 定期受診が認められず、特定健診結果 HbA1c7.0以上かつ質問票で内服中に関する回答なし

(対応) 受診勧奨通知発送および、訪問や電話等による保健指導及び医療機関受診勧奨を実施

(啓発) 関係機関へ取組の周知として、健診実施機関向けの研修会や医療機関受診勧奨通知の主治医向けの資料に「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」も含め紹介している。

実績	H30年度(健診年度28年度)	R元年度(健診年度29年度)
重症化予防対象者数	1,596人	1,552人
重症化予防勧奨者数	748人	1,147人
糖尿尿治療中断者 勧奨者数	23人	31人 *H28年度健診受診者を含む

今後の対策

- ・健診等データや改善状況の等分析をしながら、支援対象者の選定基準の見直しも含めて、勧奨対象者の改善を目指した取組について検討していく。
- ・評価方法についても健診期間が通年であることから、次年度健診結果の確認等対応後の評価にかかる時間が長期になることから、短期間で評価できる指標についても検討していく。
- ・熊本市CKD対策と糖尿病性腎症重症化予防プログラムと連携について検討していく。

(4) 重複、頻回受診、重複服薬者対策

- (概要) ・ 重複受診者 (3ヶ月間継続して同一診療科目で月3件以上の複数医療機関に受診している者)
 ・ 頻回受診者 (3ヶ月間継続して、一医療機関で月15日以上受診している者)
 ・ 重複服薬者 (3ヶ月間継続して、麻薬・向精神薬を5回以上で処方されている者) に対し家庭訪問による保健指導を実施する。

重複、頻回受診、重複服薬者対策

概要

- ・ 重複受診者 (3ヶ月間継続して同一診療科目で月3件以上の複数医療機関に受診している者)、頻回受診者 (3ヶ月間継続して、一医療機関で月15日以上受診している者)、重複服薬者 (3ヶ月間継続して、麻薬・向精神薬を5回以上で処方されている者) に対し家庭訪問による保健指導を実施する。
- ・ R元年度から、業務委託にて、レセプトデータの分析により服薬状況から対象者を抽出し、適正服薬を促す取組を開始した。(=適正服薬等推進事業)

実績・評価

- ・ 上記適正服薬等推進事業の開始に伴い、R元年度以降、レセプトデータの分析による対象者の機械的な抽出が可能となったため、対象者数を拡大し、通知や電話にて多くの者へ効率的に改善を促すことができるようになった。さらに効果検証として、医薬品数の減少率および医薬品額の減少について分析することが可能となった。
- ・ 標記の基準について変更 (R元年度より)
 【重複服薬】連続する3か月間において2か月以上、複数の医療機関から同じ薬あるいは同じ薬効の医薬品が処方されている (7日以内は除く)
 【多剤投与】連続する3か月間において2か月以上12種類以上の医薬品が処方
 【併用禁忌】直近3か月間において飲み合わせに注意が必要な医薬品が処方 *いずれもがんおよび難病の方、10歳未満は除外。
- ・ 医師会や薬剤師会との協力体制がとれ、通知により医療機関や薬局に相談するよう促すことができた。
- ・ 重複、頻回受診者における取組については、訪問等実施しても、精神疾患を有するもの、継続者も多く、長期的なかかわりが必要状況で国保担当課だけで対応の限界を感じている。精神福祉部門との連携や主治医や医療機関や薬局等の関係者を含めた支援体制についての検討が必要と考える。

今後の対策

- ・ 適正服薬等推進事業において、レセプトデータを用いた分析が可能となったことにより、評価指標を右図のとおり見直す。
- ・ 改善に向けた、関係機関等の連携体制について検討していく。

評価項目 (改定)	目標値 R5年度	実績 R元年度
服薬に課題 (多剤・併用禁忌、重複服薬) のあるものの減少率	60%	62%
併用禁忌医薬品の組み合わせの減少率	67%	50%
重複受診者の減少率	35%	35%
頻回受診者の減少率	50%	62%
医薬品の数の減少率	15%	15%
医薬品額の減少率	15%	14%
服薬に課題があるもの (多剤・併用禁忌・重複服薬) 発生率	0.15%	0.20%
新規に服薬に課題があるもの (多剤・併用禁忌・重複服薬) の減少率	75%	62%

(5) ジェネリック医薬品（後発品）普及促進対策

(概要) 被保険者に対し、先発品と同等の効果で安価である後発品（ジェネリック医薬品）の使用を促進し、医療費適正化を図る。

ジェネリック医薬品（後発品）普及促進対策

概要
 ①差額通知・・・ジェネリック医薬品に切り替えることにより、削減効果見込まれる方へハガキによる通知を発送
 ②ジェネリック医薬品普及啓発シール配布・・・保険証一斉交付時に同封

実績・評価
 ジェネリック医薬品数量シェア率について、年々上昇しているが、伸び率については縮小傾向にある。切替後の効果額などの分析も行っている。

①R2年度から 差額通知について対象者の拡大し、通知を発送おこなった。

年度	対象薬剤	対象年齢	対象効果金額
H30・R元年度	対象薬剤全部	18歳以上	100円以上
R2年度	対象薬剤全部	0歳以上	100円以上

	実績	H30年度	R元年度
②保険証一斉交付時にシールを配布した。(被保険者世帯すべて)	差額通知発送数	29,603通	26,553通
	(新規)医療費削差額通知送付後切替割合	13.3%	*11.6% 4回目通知分追跡中にて含まず。
	普及啓発シール配布数	約105,000世帯	約105,000世帯

今後の対策
 ①差額通知については、これ以上の対象者の拡大は厳しいことから、継続して取組をする。今後は被保険者へのアプローチだけでなく、医師会や薬剤師会などの協力体制を強化するなど、関係機関への啓発等が必要であると考えます。
 ②ジェネリック医薬品普及シール配布について、デザイン等の工夫し、啓発継続していく
 評価指標について 医療費差額通知発送後の切替割合について、分析方法の変更により通知後1年間の切替割合を確認できるようになったことから、通知後1年間切替割合の平均を評価指標とする。

(6) 地域包括ケア

地域包括ケア

概要

重度の要介護状態となる原因として、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。これら生活習慣病に起因するものは予防可能であり、国保加入者の生活習慣病重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸になると考えられる。

要介護状態となり、地域での生活が難しくなる人を、少しでも減らしていくためには、ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する重症化予防の取組そのものが介護予防の取組となり得る。「生活習慣病重症化予防」を積極的に推進し、高齢者が地域で元気に暮らし、医療・介護サービスをできるだけ必要としない取組を関係機関と連携していく必要がある。今後、各区地域包括ケアシステム推進会議等の会議に参加し、国保の特定健診・重症化予防等についての情報提供を行うと共に、被保険者を支えるまちづくり、仕組づくりについて情報共有していく。

実績・評価

【取組状況】

H30年度 各区地域包括ケアシステム推進会議

地域包括ケアシステム庁内推進会議

地域包括支援センター全体会議に参加し、健診データ等からみえた健康課題について情報提供を行った。

R元年度

地域包括ケアシステム庁内推進会議に庁内推進会議委員として参加。

地域包括支援センター全体会議に参加し、健診データ等からみえた健康課題について情報提供を行った。

・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施におけた関係課との会議において、国保部門として、健診データ分析したものについて情報提供を行い、健康課題について共有し、今後の対応について検討を行った。

今後の対策

地域包括ケアシステム庁内推進会議に参加し、国保部門として参画し、また、R3年度から実施予定の高齢者の保健事業について、介護予防部門と連携し、地域包括ケアシステムの構築について検討していく。