

伊賀市国民健康保険 第二期データヘルス計画

平成30年度～令和4年度のとりくみ

目次

(1) 特定健診事業・特定保健指導事業	
1) 特定健診事業	2
2) 特定保健指導事業	3
(2) 生活習慣病予防	
1) がん検診	5
2) 歯周疾患（病）検診	6
3) 健康マイレージ事業	6
(3) 糖尿病性腎症重症化予防	7
(4) 医療費適正化対策	
1) 重複・頻回受診指導事業	9
2) 後発医薬品利用促進事業	9
3) 医療費通知事業	10
(5) 地域包括ケアに係る取組	11

【問い合わせ先】

伊賀市役所 保険年金課 電話 0595-22-9659
健康推進課 電話 0595-22-9653

第二期データヘルス計画の目的・目標について

(1) 目的

被保険者一人ひとりが、自己の健康状態を把握して健康課題を正しく理解し、経済的な負担が軽く、生涯にわたり健康意識をもって生活の質を向上・維持できることが重要です。

保険事業を通じて被保険者の自主的な健康増進、疾病予防の取組みを支援し、健康を意識した生活の維持増進と健康寿命の延伸を図ります。

(2) 目標

1) 中長期目標

計画期間である6年間で達成すべき目標とします。

2) 短期目標

1年間で達成すべき目標とし、毎年度見直しを行います。

これまでのとりくみ状況

(1) 特定健診事業・特定保健指導事業

1) 特定健診事業

目的 高齢者の医療の確保に関する法律に基づき健診を行うことで、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病を予防する。

対象者 40～74歳の国保加入者

周知方法 個人通知、広報誌・ホームページに掲載、ケーブルテレビ行政チャンネルの特集で放映

実施方法 個別健診：7～11月まで、医療機関にて実施
集団健診：集団がん検診の実施日に、同じ会場で特定健診を実施

工夫点

受診勧奨	<ul style="list-style-type: none">対象者全員に受診券を送付し、受診勧奨を行った。被保険者証の更新時に同封しているチラシに、特定健診の受診について記載し、受診を促した。実施年度において新規に受診対象とする40歳と、過去2年間に特定健診未受診かつ医療機関を受診していない者に対し、文書による受診勧奨を行った。これに加え、令和3年度は平成30年から令和2年の間、各年の受診率の最も低い地区の42歳から60歳（受診率の低い年代）にも文書による受診勧奨を行った。令和3年度から生命保険会社と協定を結び、顧客訪問時に国保被保険者であることが確認できた場合、訪問時に特定健診受診券の見本を持参してもらい、受診を促してもらった。コープ三重には、利用者にチラシを配布してもらった。
内容	<ul style="list-style-type: none">受診しやすくするため個人負担金を令和元年度から無料で実施している。受診の機会を増やすため、集団健診の日程を令和3年度より5日間から8日間にした。また、がん検診とセットで受診できるメリットを周知し、令和2年度より申し込み先を健康推進課に統一することで、集団健診を受診しやすい環境とした。脳ドック・簡易人間ドックに特定健診の項目を追加し、脳ドック・簡易人間ドックを受けることで特定健診受診者としている。職場等で健診を受診した人に、健診結果を持参してもらうように広報で周知し、持参した人にはお薬手帳カバーをプレゼントした。集団健診受診者への健診結果のお知らせは検査数値、基準、異常の有無、所見について

経年で読み取れるような結果表を送付している。
 ・令和3年度は電話での受診勧奨を実施した（令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行拡大により実施しなかった）。

連携

- ・かかりつけ医に、特定健診の受診勧奨の協力を依頼した。
- ・商工会議所及び商工会等に受診啓発として、ポスター掲示を依頼した。

目標値

特定健診受診率・・・短期目標値：前年度比5%増 中・長期目標値：60%

実績

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	14,258人	13,806人	13,703人	13,246人	12,343人
受診者数 (うち集団)	5,297人	5,602人 (236人)	5,527人 (194人)	5,436人 (266人)	5,505人 (304人)
受診率	37.2%	40.6%	40.3%	41.0%	44.8%

評価

ストラクチャー (構造)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診者すべてに受診券を送付し、令和元年度より個人負担金を無料にした。 ・受診の機会を増やすために、他の検診と同時受診できる集団健診の日程を増やした。
プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の受付の申込先をがん検診と一緒にできるように健康推進課に統一した。 ・健診後のフォローの機会として、令和4年度は1日間健診結果説明会を実施した。
アウトプット (事業実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・個人負担が無料になり、受診率が3.4ポイント上昇したが新型コロナウイルス感染症の流行により受診率が伸び悩んでいる。また、集団健診の定員も6割程度にしたため、受診者数が令和2年度は減少した。健診日を8日に増やし、感染対策を図ったことにより、令和3年度、4年度は増加した。
アウトカム (結果)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率は上昇したが、短期・中長期目標値には至っておらず、三重県の平均受診率（令和3年度44.5%）に比べて、伊賀市の受診率が低い状態が続いている。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・三重県市町国保医療費分析事業の令和4年度分析結果報告において、「特定健診は未受診であっても医療機関を受診している割合が高い（特定健診対象者の48.2%）ことから、かかりつけ医など医療機関を通じた働きかけが特定健診受診率向上に寄与すると考えられる」と指摘されている。引き続き、医療機関へさらなる受診勧奨の協力をお願いしていく。
- ・同じく、三重県市町国保医療費分析事業の令和4年度分析結果報告から40～54歳が特定健診未受診かつ医療機関も受診していない割合が高い。この健康無関心層への、集中的勧奨を検討する。
- ・集団健診の受診割合が増加していることから、実施日時や場所を増やし特定健診を受診しやすい環境を作る。
- ・疾病リスクと検査値の持つ意味について、経年表やグラフ等を用いて視覚的にわかりやすく説明するなど、継続的な受診を促すためにも、健診結果説明会の機会を増やすなど、受診した後のフォローが必要と考えられる。
- ・40歳前から健康に関心を持つことができるよう、国民健康保険加入者の若年者健診への啓発を行なう。

2) 特定保健指導事業

目的

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するため、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防する。

対象者 特定健診を受診した人のうち、積極的支援または動機付支援と判定された人
(厚生労働省の基準に基づく)

周知方法 対象者への個別通知、ケーブルテレビ行政チャンネルで特定健診と同時啓発

内容 個別面談：栄養士・保健師による生活習慣や食事内容の聞き取りと助言
 集団教室：運動講師・栄養士・保健師・歯科衛生士による講義
 ※積極的支援の人に、個別面談3回と集団教室1回を実施する。
 ※積極的支援の人には、栄養バランス診断と活動量計のプレゼントも行う。

工夫点

利用勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 案内ちらしの文面を魅力ある内容にする工夫をしている。 文書通知で申し込みがなかった人に、手紙での再勧奨を実施している。
内容	<ul style="list-style-type: none"> 興味を持ってもらえるように、集団教室時に健康測定も実施している。 直営実施のため、臨機応変に内容を変更して対応している。 またコロナ感染拡大の状況を受け、保健指導教室への参加勧奨は実施できなかったが、食事チェックを一部希望者に実施することができた。個別に食事に関する指導を行うことで、参加者に食生活の改善点を認識してもらうことができた。 医療機関を受診した際に医師の判断で治療につながらない人もいたことから、市内医療機関に受診勧奨通知を持参し受診した者には、血液検査等糖尿病診断に関係する検査を実施してもらうよう依頼。実際に医療機関を受診し、治療につながった人もいた。

目標値

		短期目標値	中・長期目標値
特定保健指導利用率		前年度比9%増	60%
メタボリックシンドローム該当者	男性	前年度比2%減	20%
	女性	前年度比1%減	6%

実績

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
保健指導対象者数		391人	382人	364人	330人	345人
利用者数 (終了者数)	積極的支援	4人(4人)	5人(5人)	7人(6人)	10人(9人)	7人(7人)
	動機付支援	43人(41人)	43人(45人)	46人(43人)	36人(36人)	38人(38人)
特定保健指導終了率		8.7%	13.1%	13.5%	13.6%	13.0%
メタボリックシ ンドローム該当者	男性	32.7%	33.5%	35.5%	36.7%	37.5%
	女性	11.6%	12.6%	13.2%	12.4%	12.2%

評価

ストラクチャー (構造)	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度から直営で実施。保険年金課で雇用の栄養士と、健康推進課で雇用の栄養士、保健師で年間を通して面談対応をしている。実施内容については、保健師と栄養士が相談して決めている。 国保連合会主催の研修や特定保健指導に関する民間主催の研修に参加している。 新型コロナウイルスの影響で、対面による面談ができない場合はオンライン等による面談対応ができる体制を整えている。
プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> 面談において、生活習慣の改善に納得しにくい人もいる。現在の健康状態など、自分の状態を具体的にイメージして、自分から改善しようという気持ちになってもらえるような説明を工夫していく必要がある。

	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の利用人数であれば、従事するスタッフで事業を実施できているが、利用人数が増えてきた場合は、スタッフの増員も考えていく必要がある。 ・コロナの影響で参加者の意欲を維持することが困難な場合もあった。 ・令和4年度、健診結果説明会を実施し特定保健指導対象者にアプローチし利用につなげた。
アウトプット (事業実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・面談日程等の変更も栄養士・保健師の業務にあわせて臨機応変に対応できるため、スムーズに実施できている。最初の案内で参加しない人でも、再勧奨により参加する場合もあるため再通知は効果的である。 ・保健指導利用率が上昇したが、短期・中長期目標値には至っておらず、今後も利用率を上げていく必要がある。 ・若い人ほど利用率が低い、積極的支援となる人は健診結果がかなり悪い人がいるため、健康無関心層へのアプローチについては課題である。 ・オンライン面談の導入について、働く世代にも参加しやすい環境であることを周知していく必要がある。
アウトカム (結果)	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム該当者の割合は、ほぼ同率のままである。 ・保健指導の効果を見るために、保健指導利用者の検査値等の動向確認も必要である。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・再勧奨後の保健指導が4月以降になり受診率把握が困難であるため、できる限り初回の案内で利用してもらえる方法を検討する。
- ・SATシステム（食事診断システム）やベジメーター（野菜摂取状況測定）などを活用し、関心が持てるものにして、まず参加を促す。
- ・肥満リスク保有者のうち、脂質と血圧に関するリスクを保有しているパターンの割合が高くなっており、一人当たりの医療費の割合も比較的高くなっている。保健指導や啓発活動においても脂質、血圧に着目しわかりやすく伝える工夫が必要である。
- ・健診受診後、結果通知まで少し時間を要することから、健診受診時あるいは結果説明会の時に初回保健指導を実施し、意欲を継続させる工夫を検討する。

(2) 生活習慣病予防

1) がん検診

目的 がんを早期に発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡率を減少させ、市民の健康寿命の延伸を図る。

対象者 集団検診：20歳以上の住民(乳がんは30歳以上)
個別検診：40歳以上の住民(子宮がんは20歳以上)

周知方法 広報誌・ホームページに掲載、ケーブルテレビ行政チャンネルの特集で放映、SNSで周知

実施方法 個別検診：7月～翌年2月まで、医療機関にて実施
集団検診：各地区会場にて、検診バスで実施

工夫点

- ・働いている人が受診しやすいように、土日にも検診を実施している。
- ・育児中の人を受けやすいように託児ありの検診日を設け、子育て支援センターでちらしを配布するなどの周知を行った。
- ・一日で複数の検（健）診が受診できるように、各がん検診や特定健診を同時実施している。

目標値 5つのがん検診の平均受診率・・・短期目標値：前年度比1.6%増 中・長期目標値：13.3%
実績

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度国保受診率
5つのがん検診の平均受診率	8.20%	8.64%	9.32%	8.88%	8.24%	15.52%
胃がん受診率	4.56%	6.17%	8.2%	7.8%	8.5%	21.6%
大腸がん受診率	4.27%	4.05%	9.1%	6.4%	6.4%	15.7%
子宮がん受診率	13.36%	13.49%	10.1%	12.8%	8.9%	9.2%
乳がん受診率	14.27%	15.13%	12.1%	13.8%	13.6%	19.2%
肺がん受診率	4.52%	4.36%	7.1%	3.6%	3.8%	11.9%

評価

- ・全体の受診率が低い。(全国の半数の自治体が15.03%以上である) 受診率を上げるために、若い世代への周知をさらに実施していく。
- ・全体の受診率を国保加入者のみの受診率と比較すると、国保加入者の受診率は高い検診が多く、目標値に到達している。
- ・コロナ対策のため受付時間を区切って案内しており、待ち時間なくスムーズ。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・がん検診受診行動をとりやすくするため、「国保加入者のがん検診の自己負担額を下げる」や、「特定健診とセット健診で割安で受けられる」などを検討する。
- ・ネット申込みなどを導入し予約を取りやすい環境を作ることで、若い世代の受診率向上にも努めていく。

2) 歯周疾患(病) 検診

目的 歯周疾患の早期発見および口腔保健意識の向上を図る。

対象者 40・50・60・70歳の住民(75歳、80歳については後期高齢で実施)

周知方法 対象者に個人通知、広報誌・ホームページに掲載

実施方法 4月～翌年2月まで、歯科医療機関にて実施

工夫点 ・無料受診券となるはがきを個人通知し、受診勧奨を行った。
 ・出前講座などの各種保健事業、ケーブルTVで周知を行った。

連携 歯科医師会を通じ、歯科医も受診勧奨に協力してくれている。

目標値 歯周疾患検診受診率・・・短期目標値：前年度比0.5%増 中・長期目標値：13%

実績

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
対象者数	5,145 人	5,291 人	4,788 人	4,645 人	4,604 人	4,617 人
受診者数	572 人	669 人	620 人	573 人	638 人	572 人
受診率	11.1%	12.6%	12.9%	12.3%	13.9%	12.4%

評価

- ・年々受診率が向上している。長期目標の 13% に到達した。今後も受診勧奨を行っていく。
- ・歯科医療受診率が高い状況にある。(令和 4 年度受診率 186.1 三重県 176.8 国 160.7) 千人当たり

次期計画にむけての取り組みと課題

- ・受診勧奨を継続し、受診率の維持・向上をはかる。特定健診受診啓発と同時に歯科検診(検診)受診を啓発する。
- ・生活習慣病と歯科保健の関連も大きいことから、歯科検診の自己負担額を下げることや特定健診と歯科検診をダブル受診することによる特典など個人インセンティブを検討する。

3) 健康マイレージ事業

目的 市民が自らの健康づくりを行うことで、健康の保持増進を図り、健康寿命を延伸する。

対象者 伊賀市在住・在勤・在学の 18 歳以上の人

周知方法 広報誌・ホームページ・ICT チャンネルガイド・市民館だよりに掲載、ケーブルテレビ行政チャンネルの特集で放映、LINE 公式アカウントで情報発信

内容 健康づくりに取り組んで 20 ポイント貯めて応募すると、健康グッズなどの賞品が抽選で当たる。

工夫点

- ・がん検診など各種保健事業でパンフレットを配布するほか、市内協力店舗や医療機関、歯科医療機関、運動施設や事業所などへパンフレット設置を依頼し、周知に力を入れた。
- ・LINE 公式アカウントによる健康情報の発信をリッチメッセージやリッチメニューを活用し実施した。

連携 ・三重県との共同事業として、三重とこわか健康応援カードの特典協力店や協力事業所を募っている。事業所全体で健康マイレージに取り組んでもらうように働きかけた。

目標値 応募者数・・・短期目標値：毎年 100 人増 中・長期目標値：500 人

実績 平成 28 年度から実施

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
応募者数	184 人	350 人	361 人	710 人	1,179 人	1,405 人

評価

- ・応募者数は年々増加傾向。健康マイレージの周知拡大にともない、LINE のお友だち登録も増加している。
- ・健康づくりを始めることや継続のきっかけにはなっているが、この事業の参加者の健康指標が改善したかを確認できるものはないため健康指標改善の評価は難しい。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・健康づくりを始めることや継続のきっかけの励みになるように健康マイレージ事業を実施する。
- ・次期計画の指標としては、国民健康保険加入者の健康指標としては評価が困難であるため指標としては計上しない。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防

目的 糖尿病性腎症による腎機能悪化防止、透析導入率の減少を図る。

対象者

国保加入者で特定健診を受けた人のうち、①及び②に該当する人

①健診結果が、空腹時血糖値 126mg/dl 以上 または 随時血糖値 160mg/dl 以上 または HbA1c6.5 以上

②レセプトにおいて、健診受診日を含めた過去 6 か月間に糖尿病の治療が確認されなかった人

(未受療者)

内容

①受診勧奨・・・・・・・・対象者に受診勧奨ちらしを郵送する。

栄養士が面接または電話で受診勧奨を行う。

集団教室は、健康測定および運動講師・栄養士・歯科衛生士による講話を行う。

連携

- ・糖尿病連携手帳を用いて、かかりつけ医と情報連携する。必要に応じて、かかりつけ医と連絡調整を行う。
- ・三重県糖尿病対策推進会議に、実施内容や実績の報告をしている。
- ・三重県糖尿病対策推進会議に出席する中で県内の他市町の状況を把握し、実施内容に反映している。
- ・三重県糖尿病対策推進会議の委員である管内の医師と話し合いの上、プログラム内容を決定、実施している。

目標値 プログラム利用率・・・中長期目標値 30%

実績 平成 30 年度から実施

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
対象者数		81 人	63 人	71 人	105 人	75 人
受診勧奨	実施者数	81 人	63 人	71 人	105 人	75 人
	受診した人数	16 人	—	—	—	
保健指導 (受診勧奨者対象)	利用者数	10 人	1 人			3 人
	利用率	12.3%	1.59%			
	検査値改善者数	6 人	—			

評価

ストラクチャー (構造)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 30 年度から直営で実施しており、保険年金課で雇用の栄養士と、健康推進課で雇用の栄養士で年間を通して面談対応をしている。面談日程等の変更も栄養士の業務にあわせて臨機応変に対応できるため、スムーズに実施できている。 ・国保連合会主催の研修や特定保健指導に関する民間主催の研修に参加している。 ・実施内容については、保健師と栄養士が相談して決めている。 ・保健指導プログラムの体制整備について、市内糖尿病専門医の協力を得ることができた。
-----------------	---

プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨を文書通知だけでなく、電話や面談でも受診勧奨を行った。実際に受診状況を聞き取ることができ、受診を直接促すことができていることから、実施方法は適切であると考えます。 ・電話による受診勧奨の場面において、受診行動を起こすことや生活改善に取り組むことに納得しにくい人もいます。現在の健康状態など、自分の状態を具体的にイメージして、自分から改善しようという気持ちになってもらえるような説明を工夫していく必要がある。 ・保健指導プログラムの実施前に、作成したプログラムをもとに市内専門医の協力のもとモデル事業を実施した。
アウトプット (事業実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・個人通知による受診勧奨実施率は100%であった。新型コロナウイルス感染症の拡大により受診をためられる状況もあり、電話等による積極的な受診勧奨は控えざるを得なかった。 ・保健指導モデル事業をプログラムに基づき、3人実施。
アウトカム (結果)	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の拡大により、積極的な受診勧奨を行うことが困難な状況になり、受診につながった人を把握することができなかった。しかし、糖尿病以外で定期的に受診しているが、糖尿の治療をしていない人も多数いるため、医師会と協議して受診につなげていく必要がある。 ・保健指導モデル事業について、プログラム通りの内容では生活改善まで踏み込むことが難しいと感じた。医師と相談し内容を再検討した。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・受診勧奨や保健指導を行うにあたり、かかりつけ医との連携は重要である。医師会を通じて、かかりつけ医との連携の在り方を模索していく。
- ・市内専門医や医師会と連携し糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の実施体制を整えていく。

(4) 医療費適正化対策

1) 重複・頻回受診指導事業

目的 重複・頻回受診の改善に努め、医療費適正化を推進する。

対象者 ①同効能の薬を2医療機関以上で投与 ②1医療機関に1か月20日以上通院している人
①②に該当する人を高額医療費支給台帳と重複多受診者一覧表などから抽出する。

周知方法 個別通知

内容 重複・頻回受診者に対して電話または訪問により、医療機関へのかかり方、服薬管理等について指導を行う。

連携

- ・ケアマネやヘルパーなどの専門職が行った助言内容などを「お薬手帳」に記載し、在宅患者の薬の管理の仕組みづくりを行っている。
- ・調剤薬局などで市オリジナルのお薬手帳カバーの配布を行い、お薬手帳の一冊化に向け啓発を行っている。

目標値 重複・頻回受診対象者への指導件数割合 100%

実績

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	15人	9人	5人	6人
指導者数	12人	6人	5人	6人
指導実施率	80%	67%	100%	100%

評価

- ・保険者努力支援制度において、実施前後に評価することが求められている。
保健師による指導の結果6か月後にレセプトで状況が改善されているか調査し、改善されていない人には再度指導を行うなどしていく必要がある。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・次期計画では重複・頻回受診や重複・多剤投与について問題視され、取り組みが求められている。この事業を円滑に行なっていくため、要綱をまとめ実施していく。
- ・保健指導を拒否されることや改善も困難であるため、対象者の抱える健康問題の健康相談から介入するなど対象者に寄り添い体調管理できるような方法を検討する。

2) 後発医薬品利用促進事業

目的

後発医薬品を普及させることにより、被保険者の負担軽減や医療費の適正化を図る。

内容

- ・国保加入時に、後発医薬品の品質や使用促進の意義等を記載しているパンフレットを交付した。
- ・20歳以上の被保険者に、主に高血圧や糖尿病等の生活習慣病や慢性疾患に関する医薬品を対象とした後発医薬品利用差額を通知した。
- ・差額通知書に削減できる自己負担額等を記載した。

工夫点

- ・レセプト情報から類型化し、年齢別での切替割合、通知人数や効果額を把握している。
- ・国保連合会の資料で、ジェネリック仕様の効果額、使用率、年齢別の切替割合を確認している。

目標値

後発医薬品の利用率・・・短期目標値：前年度比2%増 中・長期目標値：60%

実績

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
後発医薬品の利用率	75.5%	77.5%	78.37%	79.6%

評価

- ・保険者努力支援制度において、使用割合の配点が強化されている。目標が達成されているか振り返り、啓発に努める。
- ・昨年度に引き続き通知等を行っているが、利用率が上昇傾向にある。引き続き全国平均を意識し、使用割合を向上させていく必要がある。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・国保加入時や保険証の更新時にジェネリック利用促進シールを配布し、啓発に努める。
- ・後発医薬品を利用することは、被保険者の負担が軽減されるだけでなく、医療費の適正化につながることにさらなる啓発が必要である。

・また、薬をもらう際に、本人が薬について理解できるとともに後発医薬品について考えることができるように薬局との連携を強める。

3) 医療費通知事業

目的 治療にかかった医療費を確認することで、健康の大切さや、医療に対する認識を深める。

対象者 国保加入者

内容 ・全医療受診者に柔道整復を含む年間診療分について、受診年月、受診者名、医療機関名、入院・通院の別、入院等日数、医療費の額、自己負担額を通知している。
・1～11月分を2月上旬に、12月分を3月に送付している。

工夫点 ・通知回数を減らすことで、一定期間にどれだけの医療費がかかっているかを確認しやすくした。さらに、確定申告間際に送付することで、確定申告書類としての準備をしやすくした。

目標値 重複・頻回受診対象者への指導件数割合 100%

実績

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	15人	9人	5人	6人
指導者数	12人	6人	5人	6人
指導実施率	80%	67%	100%	100%

評価

- ・令和2年度より医療費通知を年2回に変更し、適切に通知ができている。医療費通知を自身の健康づくりに役立ててもらえるような啓発が必要である。
- ・医療費通知事業の指標として掲げている一人当たり受診件数のみでは、医療費通知を送付した上で重複受診や頻回受診の改善につながっているのか判断できないため、「重複・頻回受診指導事業」と一体化し、令和3年度から「重複・頻回受診指導件数」を目標指標とするよう変更した。

次期計画にむけての取組みと課題

- ・次期計画では重複・頻回受診や重複・多剤投与について問題視され、取組みが求められている。この事業を円滑に行なっていくため、要綱をまとめ実施していく。

(5) 地域包括ケアに係る取組

※地域包括ケアとは、高齢者が要介護状態になっても住みなれた地域で、自分らしく生活を最期まで送れるように、地域がサポートし合う社会システムのこと。

目的 地域包括ケアシステム構築に向けた他職種連携のしくみづくりに取り組み、当市の地域医療を推進する。

内容 令和3年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を行なっており、関連各課の連携会議を開催している。

保険年金課としての取組

①KDB等を活用してハイリスク群・予備軍等のターゲット層を抽出

ヘルスサポートシステムを利用して、生活習慣病や要介護のハイリスク層の抽出やデータ分析などを行い、健康づくり担当課や地域包括支援センターと情報共有を行う。

②抽出したターゲット層に対する国保部局としての支援

健康づくりや介護予防教室などを行うにあたり、レセプト確認やデータ分析などを行い、効果的な事業ができるように支援する。また、市民に対して健康づくりや介護予防の啓発を行う。

③国保・後期高齢・介護保険との一体的な事業実施

ケアマネやヘルパーなどの専門職が行った助言内容などを「お薬手帳」に記載し、在宅患者の薬の管理の仕組みづくりを行っている。また、お薬手帳の一冊化を推進している。

評価

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業の実施を通じ、後期高齢者になる以前からの健康づくりの取組みの重要性を認識した。今後、第3期計画の取組みに活かしていきたいと考える。