

伊賀市国民健康保険
第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）
令和5年度のとりのくみ

伊賀市

目次

第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）

1. 目的	2
2. 目標	2
3. 目標を達成するための保健事業（個別保健事業）	
（1）特定健診	3
（2）特定保健指導	4
（3）糖尿病性腎症重症化予防	5
（4）重複・頻回受診/重複・多剤投与	6
（5）後発医薬品利用促進事業	7
（6）がん検診	8
（7）歯科保健	9
（8）地域包括ケアの推進・高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施	10

令和7年 月末日発行

【問い合わせ先】

伊賀市役所 保険年金課 電話 0595-22-9659

第三期保健事業実施計画（データヘルス計画）

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。

保健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

データヘルス計画全体の目標

目標	評価指標		目標値	令和4年度	令和5年度
健康寿命の延伸	平均自立期間（年）	男性	81.4	80.4	80.4
		女性	85.2	84.8	84.8
医療費適正化の推進	一人当たりの医療費		460,534円以下	426,421円	453,726円

資料：KDBシステムデータ、年報

3. 目標を達成するための保健事業（個別保健事業）

（1）特定健診

目的・概要		メタボリックシンドロームに着目した特定健診結果で、生活習慣病を早期に発見し重症化予防を図る。また、受診行動が習慣化できるように各機関と連携する。 特に、若年者健診、40～50 歳代の受診率の上昇に取り組む。			
令和5年度取組内容		○プロセス（過程） ・対象者へ個別に受診券及び案内文書を通知した。 ・ホームページ・ケーブルテレビ・広報誌・地元誌など掲載、及び多言語対応チラシを作成し周知した。 ・次年度から特定健診対象の被保険者に対し特定健診啓発はがきを送付し、健診受診の啓発をおこなった。 ・受診率の低い地区の受診歴のない50代に対し、受診勧奨個別訪問を行った。 ・未受診者勧奨の個別通知等を行い、健診受診習慣の意識付けを行った。 ○ストラクチャー（構造） ・がん検診と同時受診できる体制や休日健診など、集団健診内容の充実や受診環境を整えた。 ・医師会・医療機関・商工会等へ受診勧奨の協力を依頼した。 ・包括協定を締結している企業に、受診勧奨を依頼した。			
評価	評価指標		目標値	令和4年度	令和5年度
	アウトプット指標 （目標達成ため実施した事業の結果） ↓ アウトカム指標 （成果）	健診無関心者の減少 特定健診受診率	36.4%以下 60%以上	46.4%	45.9%
				44.8%	45.4%

課題と今後の取組	特定健診を3年受診していない健診無関心層が、0.5 ポイント減少し受診率が 0.6 ポイント上昇した。健診の受診率は 65～69 歳代が上昇率も 3.2 ポイント増加で 52.3%と最も高かった。40～44 歳代が 21.8%と低く若年層の受診率向上と受診習慣の定着が今後の課題である。 今後は、30代から若年者健診を推進し40代から健診受診が定着するよう働きかける。また、がん検診と同時実施、休日健診のほか、健康イベントなどの同時実施など魅力ある集団健診に取り組むとともに、各機関との連携に努める。
----------	--

(2)特定保健指導

目的・概要	対象者が特定健診の結果を理解し、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病のリスクに応じて、個別に介入することで、自らの健康状態を自覚し生活習慣改善につながるよう支援する。 特に、早期に取り組めるように若年者健診受診者にも支援を実施する。
令和5年度取組内容	○プロセス（過程） ・対象者への利用勧奨（文書及び電話）に加え、集団健診時の声掛けにより特定保健指導の認識を促した。 ・集団健診時の初回分割指導やオンライン面談など、対象者に応じ利用しやすい保健指導をするとともに、個別面談や集団教室、オンラインにより、途中で中断しないようにした。 ・健診結果説明会や特定保健指導の再勧奨など、特定健診を受けるだけでなく、その結果にも関心を持てるような事業を実施した。 ・食事診断システム（ベジチェック）を活用し、自分の食生活について媒体を見て振り返る機会をつくった。 ○ストラクチャー（構造） ・特定保健指導について、医師会等の協力を得て利用勧奨を行った。 ・集団健診時の分割実施については、国保連合会や栄養士会の協力を得て実施した。

評価	評価指標		目標値	令和4年度	令和5年度
	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	特定保健指導終了率	60%	13.0%	20.8%
	 アウトカム指標 (成果)	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率)	35%	32.6%	40.0%
課題と今後の取組		保健指導率が上昇し、令和4年度利用者のうち令和5年度対象でなくなった割合が7.4ポイント上昇した。保健指導率が上昇したのは、集団健診時に分割保健指導を実施したことが大きい。今後、保健指導率を低下させないように、分割保健指導、運動教室や健診結果説明会のほか対象者に合わせて保健指導の機会を多く設ける。また、効果のある保健指導内容にするためにも、本人に合わせた継続できる目標設定やモチベーションが低下しないように声掛けの継続などを工夫する。			

(3)糖尿病性腎症重症化予防

目的・概要	糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクを有する糖尿病未治療者、治療中断者や糖尿病により受診中で重症化のリスクが高い人に対して受診勧奨・継続受診勧奨を行うことと併せて適切な保健指導を実施することにより、健康寿命の延伸と人工透析治療への移行による医療費の高騰を抑制する。
令和5年度取組内容	○プロセス(過程) ・伊賀市糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムに沿って、特定健診の結果、検査値高値の未治療者に、通知の送付・電話等による医療機関受診勧奨を行う。保健指導については、糖尿病専門医と相談し対象者を抽出した。 ・特定健診の結果、健診結果説明会などで血糖高値の受診者には指導を行い生活習慣の見直しを行った。 ○ストラクチャー(構造) ・保健指導内容については、かかりつけ医と連携し、対象者の身体状況や糖尿病の認識に合わせ、内容を工夫した。

		・受診勧奨については、医師会を通じて受診勧奨の情報提供を行い、スムーズに受診につながるようにした。 ・事業マニュアルについて、適宜見直しを行った。			
評価	評価指標		目標値	令和４年度	令和５年度
	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	受診勧奨後の医療機関受診率	60%	45.3%	34.7%
		保健指導実施率	30%	8.7%	6.3%
	 アウトカム指標 (成果)	糖尿病性腎症の新規人工透析導入患者数の減少	5人以下 (12.5%以上減少)	6人	11人
		HbA1c8.0% (NGSP 値)以上の者の割合	1.0%以下	2.3%	1.8%
課題と今後の取組		令和５年度の健診項目が、空腹時血糖値またはHbA1cの測定であったが、令和6年度からは両方の項目が必須になったため HbA1c8.0%以上の正確な割合がわかる。 糖尿病性腎症重症化予防に関する指標はいずれも低下している。令和6年度に三重県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムが改訂されるため、それをもとに市のプログラムの見直しを図る。			

(4)重複・頻回受診/重複・多剤服薬

目的・概要	重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤服薬の対象者に、通知や保健指導等を行うことで状況改善に努め、被保険者の健康保持増進と医療費適正化を推進する。
令和５年度取組内容	○プロセス(過程) ・伊賀市重複受診者等訪問指導実施マニュアルに基づいて該当者を抽出した。 ・受診等の状況を認識できるように受診や服薬の内容を通知した。

		・通知後、訪問や電話で受診・服薬行動の背景を聞き取り心身の状態を把握するとともに、医療機関へのかかり方や服薬管理等の指導を行った。 ・重複・頻回受診、重複・多剤服用に関するチラシを作成し、対象者や関係機関等に配布した。 ○ストラクチャー（構造） ・伊賀市重複受診者等訪問指導実施マニュアルの内容や、抽出の基準については、国の方針に従い、適宜見直しを行った。 ・医師会や薬剤師会との連携に勤めた。			
評価	評価指標		目標値	令和４年度	令和５年度
	アウトプット指標 （目標達成ため実施した事業の結果）	対象者への指導率	7%以上	6.2%	9.3%
	 アウトカム指標 （成果）	重複・多剤 投与者の減少	90人以下	113人	118人
課題と今後の取組		保険年金課に保健師が配置になったこともあり、指導率が上昇した。今後、指導を継続することで、該当者の減少を目指す。また、被保険者に「医療のかかり方」や「服薬について」を啓発することにより、意識を変えていく必要がある。			

（５）後発医薬品使用促進

目的・概要	被保険者に対し、後発医薬品についての知識や推進する意義等について啓発を行い、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。
令和５年度取組内容	○プロセス（過程） ・国民健康保険加入時等に後発医薬品利用促進シールを配布するとともに、後発医薬品について情報提供を行った。 ・後発医薬品に切り替えることにより、医療費の減少額が一定以上見込まれる人に対し、削除できる自己負担額を記載した差額通知を送付し、後発医薬品の情報提供を行った。 ○ストラクチャー（構造）

・医師会や薬剤師会と、事業の推進について連携を図った。					
評価	評価指標		目標値	令和4年度	令和5年度
	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	差額通知 発送対象 者の減少	2.1%	2.8%	2.4%
	↓				
価	アウトカム指標 (成果)	後発医薬 品使用率	80%以上	79.6%	80.9%
	課題と今後の取組				
		差額通知率が減少し、後発医薬品の使用率も上昇している。今後も広報啓発を継続するとともに、より一層、医師会や薬剤師会と連携した働きかけが重要である。			

(6) がん検診

目的・概要		がんは早期発見・早期治療をすると、医療費も本人の心身の負担も軽減されることから、エビデンスに基づいたがん検診の受診を勧奨し、早期発見・早期治療につなげることでがんの医療費を軽減するとともに、健康寿命の延伸を図る。			
令和5年度取組内容		○プロセス(過程) ・特定健診受診券送付時に、がん検診のチラシを同封、またホームページに掲載し、がん検診受診を啓発した。 ○ストラクチャー(構造) ・集団及び個別健(検)診で特定健診と同時にがん検診を実施した。 ・医師会及び医療機関、健康推進課と連携を図った。			
評価	評価指標		目標値	令和4年度	令和5年度
	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	国民健康 保険加入 者のがん検 診受診率	25%	15.5%	11.2%

	 アウトカム指標 (成果)	がん 1 人 あたり医療 費の減少	10%減少	62,834 円	69,014 円
課題と今後の取組	がん検診受診率が低下、胃・大腸・子宮・乳・肺野すべてのがん検診で前年度を下回った。がんの医療費は反対に上昇、外来と入院ともに前年度を上回り、特に入院費が高くなっている。 がん治療はステージが進行すると、心身と経済的負担が重くなる。早期発見早期治療できるよう、がん検診受診が特定健診と同時に受診できる機会を多く設定するとともに、がん検診受診行動が醸成できるように費用負担など検討する。また、がんに関する意識向上のため、広報誌やホームページなどで啓発する。				

*がん検診の受診率は、胃がん・大腸がん・子宮がん・乳がん・肺がんの5つのがんの平均受診率

*一人あたりの医療費=がん医療費総額÷被保険者数

(7) 歯科保健

目的・概要		歯周疾患検診の受診をきっかけに、歯科保健に関する意識を向上させる。定期受診を進めることで歯周疾患を予防するとともに、おいしく食事ができる健康的な生活の継続を目指す。			
令和 5 年度取組内容		○プロセス(過程) ・40 歳、50 歳、60 歳、70 歳の対象者には歯周疾患検診を実施し、20 歳以上には成人歯科健診を実施。(健康推進課) ・歯周疾患検診対象者へ個別に通知。(健康推進課) ○ストラクチャー(構造) ・歯科医師会、健康推進課と連携をはかる。			
評価	評価指標		目標値	令和4年度	令和 5 年度
	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	歯周疾患検診受診率	50%	12.4%	14.5%

	アウトカム指標 (成果)	特定健診の 質問票で何 でもかめると 回答した人	80%	73.1%	72.6%
	課題と今後の取組	歯周疾患検診の受診率は向上したが、低い状況。また、特定健診受診者で「なんでもかめる」と回答した割合は、0.5 ポイント減少しており三重県や国と比べてかなり低い。 口腔に関する意識の低さが、これらの現状を表していると考えられる。歯科医師会と連携を強化し、集団健診等の機会を通じ口腔ケアに関する啓発を進める。			

(8) 地域包括ケアの推進・高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

目的・概要	関係機関と連携し、通いの場等を利用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して訪問等による保健指導や関連機関へのつなぎを行い、生活習慣病等の重症化を予防し自立した生活を支援することを目的とする。			
令和 5 年度取組内容	○プロセス(過程) ・高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業(ポピュレーションアプローチ・ハイリスクアプローチ)を実施した。 ・後期高齢者健診(75 歳以上)、特定健診(40~74 歳)の受診勧奨を実施した。 ○ストラクチャー(構造) ・国民健康保険及び後期高齢者医療について、KDB システムデータなどによる情報分析を行い、健康推進課や地域包括支援センター等関係機関で情報共有した。また、各事業においてデータを健康教育等に活用した。 ・市内各関係機関で、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業や保健事業、各種健康づくり事業と介護保険の現状など連携会議を定期的に行い、それぞれの取組強化を図った。			
	評価指標	目標値	令和4年度	令和 5 年度

評価	アウトプット指標 (目標達成ため実施した事業の結果)	ポピュレーションアプローチの回数及び参加者数	67回 580人	56回 483人	87回 815人
	 アウトカム指標 (成果)	介護等が必要な期間の短縮	男:1.2年 女:2.7年	男:1.3年 女:3.0年	男:1.1年 女:2.8年
課題と今後の取組		新型コロナウイルス感染症が落ち着き、各地域でサロンなどの事業が再開され、通いの場も増えてきている。今後は、継続して開催できるよう、また、参加してもらえるように地域で中心となる人材育成も重要になる。 後期高齢者健康診査の受診率も令和3年度 37.9%、令和4年度 38.1%、令和5年度 39.1%と増加している。特定健康診査と連携し、集団健診や健康イベントなど受診率向上と疾病予防啓発に取り組む。			