

令和6年度 生活習慣病予防・重症化予防事業(国保保健事業)

資料 4

第3期データヘルス(保健事業)計画(R6～R11年度)

脳血管疾患と糖尿病の年齢調整死亡率は年々減少傾向にあるが、県内比較でみると出雲市は脳卒中発症者、糖尿病有病者ともに高い状況である。また、女性の脳卒中再発率が増えていることや人工透析患者のうち糖尿病性腎症を有病している割合が多いことから、第2期計画の中長期目標は改善しているとは言えなかった。現在、進めている糖尿病性腎症重症化予防対策やCKD重症化予防、糖尿病治療中断者対策は継続するとともに、一次予防として、地域全体での健康づくりや体制づくりに力を入れていく必要があった。第2期計画の振り返りや医療費分析等の結果からみえた健康課題から、生活習慣病重症化予防対策だけでなく、働き盛り世代からの「高血圧対策」に焦点を当てた取り組みを計画へ盛り込む。また、働き盛り世代の生活習慣病の早期発見に向け、特定健診未受診者を減らすことがより一層重要であることから、引き続き「特定健診未受診者対策」に力を入れていく。

《長期期目標》 健康寿命の延伸

《中期目標》

脳血管疾患や糖尿病性腎症をはじめとする慢性腎臓病を減少させることで、患者数や医療費の抑制を図る

《短期目標》

一次予防から三次予防までの保健事業を網羅的に取り組むことで、重症化や合併症への移行を防ぐ

※目標指標一部抜粋

| | 長期目標に関する指標 | 現状値 | 出雲市 | 県全体 | 目標値 | データ元 |
|-------|----------------------------|------------------|--------|--------|-----|---------------------|
| 高血圧対策 | 脳血管疾患年齢調整死亡率(全年齢) (男性) | 5年平均 (R1 中間値) | 95.8% | 102.1% | 減らす | 県健康指標 データヘルスシステム |
| | (女性) | | 59.0% | 61.9% | 減らす | |
| | 虚血性心疾患年齢調整死亡率(全年齢) (男性) | 5年平均 (R1 中間値) | 28.7% | 36.1% | 減らす | |
| | (女性) | | 12.9% | 15.1% | 減らす | |
| 糖尿病対策 | 糖尿病患者割合 | R4 | 13.8% | — | 減らす | KDB(様式 3-2) |
| | 糖尿病性腎症による 新規人工透析導入者の割合 | R4 | 21.4% | 15.5% | 減らす | KDB (国保中央会提供) |
| がん対策 | 全がん年齢調整死亡率 | 5年平均 (R1 中間値) | 265.9% | 276.4% | 減らす | 県健康指標 データヘルスシステム |

| 中期・短期目標に関する指標 | 現状値 | 出雲市 | 県全体 | 目標値 | データ元 |
|-----------------------|-----|--------|--------|-------|--------------------|
| 高血圧年齢調整有病者率 (男性) | R3 | 48.8% | 47.4% | 減らす | 市町村国保特定健康 診査等結果 |
| | | (女性) | 35.5% | | |
| 脂質異常症年齢調整有病者率 (男性) | R3 | 45.8% | 46.0% | 減らす | |
| | | (女性) | 46.1% | | |
| 糖尿病年齢調整有病者率 (男性) | R3 | 12.9% | 14.3% | 減らす | |
| | | (女性) | 6.0% | | 6.9% |
| 脳卒中年齢調整初発率 (男性) | R3 | 133.7% | 119.4% | 96.0% | 島根県脳卒中発症状 況調査 |
| | | (女性) | 62.0% | 60.2% | |
| HbA1c8.0%以上の割合 | R4 | 1.2% | 1.1% | 減らす | KDB |
| 特定健康診査受診率 | R4 | 44.1% | 46.5% | 60% | 法定報告 |
| 特定保健指導実施率 | R4 | 29.6% | 27.9% | 60% | |

保健事業

①特定健診・特定保健指導

| 事業 | 対象者 | 実施計画内容 | 令和5年度実績 (特定保健指導は令和4年度健診フォロー一分) |
|--------|---|---|---|
| 特定健康診査 | 40歳～74歳の 出雲市国民健康保険加入者 | 実施形態 ①個別健診(市内86医療機関) ②集団健診(3会場) 受診率向上対策 ①受診勧奨通知の強化 ②がん検診とのセット型休日集団健診の実施(10月) ③推奨期間に受診できなかった者に対するフォロー健診(休日集団健診)の実施(12月) ④協会けんぽと連携した啓発(懸垂幕掲示) ⑤事業所健診等の健診結果提供の呼びかけ | ●未受診勧奨の取組 ・対象者の受診状況に応じた個別勧奨通知を送付(8月9,231通、10月7,782通、12月773通) ・電話等での個別勧奨(約320件)、地区担当保健師による地区活動での周知啓発(チラシ配布約800枚) ・協会けんぽと協働した周知(広報誌掲載、懸垂幕掲出)、ホームページ等啓発媒体を活用した啓発 ・事業所に勤める被保険者の健診データ収集 45件 ●受診しやすい体制整備 ・受診率の低い若い層(40～59歳)の受診率を高めるため、日曜日に集団健診(12月151人)を実施、また、がん検診と合わせたセット型の集団健診(2月23人)を実施し、受診しやすい健診体制を拡充させた ・実施医療機関へ期間終了後の受入協力 82医療機関 |
| 特定保健指導 | 40歳～74歳の特定健診受診者のうち「動機付け支援」「積極的支援」の要件※に該当する者 ※<対象者要件> 腹囲またはBMIが基準値以上、かつ血圧・脂質・血糖のいずれか1つまたは複数が基準値以上、喫煙歴の有無により階層化 | 実施形態 ①受託機関(R6年度:動機付け26機関、積極的8機関) ②市直営(本庁、行政センター) 保健師や管理栄養士による保健指導。郵送、電話、メールやリモート面談も対応可能 利用率向上対策 ①未利用者への利用勧奨の強化(全数勧奨を目指す) ②委託医療機関との連携強化(連絡会の開催) ③目的や効果の周知 ④休日集団健診と特定保健指導の同日実施 | ●未利用者勧奨の取組 ・事業担当と地区担当保健師が連携し、対象者への積極的な利用勧奨(勧奨率92.6%) ・利用勧奨強化期間の設定や勧奨マニュアルの作成など体制を整備 ●利用しやすい体制整備 ・集団健診と特定保健指導の同日実施 16人(獲得率72.7%) ・利用申し込みや保健指導はWeb対応、夜間実施などの充実した体制を確保 ●医療機関等との連携 ・特定保健指導受託医療機関とのタイムリーな連絡とフォロー体制 ・健診実施機関から対象者へ、特定保健指導の案内文を渡してもらう媒体を作成 |

②重症化予防事業

| 事業 | 対象者 | 実施内容 | 令和5年度実績（令和4年度健診フォロー分） |
|------------------------------|---|--|--|
| 高血圧重症化予防事業 (脳卒中発症・再発予防事業) | 1. 特定健診結果から高血圧基準※に該当する者 ①Ⅲ度高血圧(収縮期血圧 180 以上又は拡張期血圧 110 以上)かつ内科定期受診が無い者 ②Ⅱ度高血圧(収縮期血圧 160~180 未満又は拡張期血圧 100~110 未満)かつ内科定期受診が無い 65 歳以下の者 ③収縮期血圧 140~159 又は拡張期血圧 90~99 ④収縮期血圧 160~179 又は拡張期血圧 100~109 の 66 歳以上、③④は健診時に降圧薬の内服がなかった者 2. 医療機関から再発予防のための情報提供があった者(出雲圏域脳卒中再発予防事業) | 1. 対象者①② 自己測定と受診勧奨、高血圧に関する資料送付による情報提供の実施。さらに、電話による市保健師が受診勧奨および保健指導の実施※ただし、①②のうち特定保健指導の対象者は保健指導の中で実施し、指導等ができなかった場合は資料送付 対象者③④ 生活習慣病予防教室の案内を含む資料送付 ※ただし、③④のうち特定保健指導の対象者は保健指導の中で実施 2. 退院後 3 か月を目途に保健師の訪問による相談を実施 | 1. 対象者①② 高血圧ハイリスク者への個別支援 計 134 人 (R6.5.7 現在) 受診勧奨や高血圧に関する資料送付 54 人 (うち電話確認できた方 6 人) 特定保健指導対象 60 人 健診後に服薬開始 20 人 対象者③④ 計 227 人 ※全員に高血圧に関する資料送付 医療機関等との連携強化 ・出雲圏域脳卒中予防対策検討会、出雲医師会(小員会)、保健所等と高血圧や脳卒中等の実態や保健事業の目的の共有を図り、連携し事業を進める。 2. 令和5年度情報提供件数 : 2 件 |
| CKD(慢性腎臓病)重症化予防事業 | 特定健診受診者から腎機能再検査基準※に該当する者 ※再検査基準 尿蛋白 1+ 以上または eGFR(推定糸球体ろ過量)50mL/分/1.73 m未満(※70 歳以上 40eGFR40mL/分/1.73 m未満) | ・健診受診者から該当者を抽出し、再検査通知を送付 ・再検査や精密検査の未受診者への勧奨の実施 ・医療機関からの紹介による健康相談の実施 ・CKD ガイドライン 2023 改訂に合わせた、対象者基準の見直しをすすめる | ・対象者通知数:648 人(R6.1 現在) 再検査実施者:429人(66.2%) ・うち腎臓専門医への紹介:10名 専門医受診率 100% ・CKD(慢性腎臓病)フォロー体制としての医療機関連携システムが確立しつつある |
| 糖尿病性腎症重症化予防対策 | 出雲市特定健診受診者から糖尿病性腎症重症化予防に該当※する者 ①HbA1c6.5 以上で腎機能 eGFR50 以上かつ尿蛋白(-) ②HbA1c5.6~6.5 未満で腎機能 eGFR50~60 未満かつ尿蛋白(-)※糖尿病レセプトなし、CKD 対象者は除く(CKD 対策対応) | 対象者①糖尿病重症化のリスク高い者 ・通知文書・啓発資料・健康相談の案内を送付 ・HbA1c7.0 以上の者で、かつレセプトで糖尿病の治療が確認できない者は、資料送付に加え電話で受診状況確認・医療機関への受診勧奨を行う。 ・対象者のうち、次年度健診未受診者へは受診勧奨を行う。 対象者②・年 2 回に分けて通知文書・啓発資料・健康相談の案内、生活習慣病重症化予防教室の案内を送付。 | 対象者① 225 人 (R6.5.28 時点) うち HbA1c7.0 以上の方 66 人 (R5.10 月~R6.5 月通知分 R5.7~R6.2 月受診者) 63 人のうちレセプトで糖尿病の治療(内服または定期的な血糖検査)が確認できた方 37 人 電話で確認できた方 12 人 対象者② 328 人 うち生活習慣病予防教室申込者 13 人 |
| 糖尿病治療中断者対策事業 | 40歳~74歳の出雲市国民健康保険加入者のうち、直近1年間に糖尿病治療歴があり、直近4か月治療確認ができない者 | ・受診状況確認の通知を送付後、保健師による電話や訪問による状況確認、受診勧奨 | ・R5年度実績 通知者数:13 人 (R6.1 未現在) ・再受診につながるように継続的な介入の必要性 ⇒継続的介入で再受診につながった積上げ人数:79人(52.6%) |

③人間ドック・脳ドック

| 事業 | 対象者 | 実施内容 | 令和5年度実績 |
|-------|----------------------------|--|---------------------------|
| 人間ドック | 30歳~65歳まで5歳刻みの出雲市国民健康保険加入者 | ・実施機関:24医療機関 ・対象者に個別通知し、申込を受付 ・個人負担金 8,000 円(住民税非課税世帯の方は無料) ・R6年度通知対象者 2,301人(4 月通知) | ・通知対象者 2,383 人 受診者数 649 人 |
| 脳ドック | 40歳から69歳の出雲市国民健康保険加入者 | ・実施機関:ヘルスサイエンスセンター島根、出雲市立総合医療センター、出雲徳洲会病院 ・広報いずも、市役所ホームページ、放送等で周知し、申込受付(はがき・Web) ・個人負担金 7,300 円(住民税非課税世帯の方は無料) | ・受診者数:175 人 |

④医療費適正化

| 事業 | 対象者 | 実施内容 | 令和5年度実績 |
|----------------------|--|--|---|
| 後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用啓発 | 慢性疾患等に罹患し、使用している先発医薬品を後発医薬品に切り替えることによる自己負担額の軽減効果大きいと認められる者 | ・対象者に自己負担軽減通知を送付 | ・R5年度実績 後発医薬品の切り替え率(普及率):85.6%(R5.11時点) 一人当たりの軽減効果額:1,518 円 |
| 重複・多剤投薬者対策 | 1 月から4月のレセプトから、要件に該当した者(薬剤種類数、処方日数、処方した医療機関数から) | ・対象者に服薬情報の通知書を送付 (令和5年度から薬剤を9種類から8種類とし、対象者を拡大) | ・通知対象者 861人 |
| 重複・頻回受診者対策 | 国保連から提供される被保険者のうち、レセプトから要件に該当した者 (診療医療機関数、診療日数、薬剤種類数、処方した医療機関数) | ・文書または電話による事前通知後に、保健師による訪問実施訪問ができなかった者には文書・情報提供資料送付による対応 | ・対象者抽出 通知(2 月)、訪問(3 月) 保健師による訪問または電話相談の実施:12 件 |