

令和5年度国保ヘルスアップ（支援）事業 先進的モデル事業事例集

令和5年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

都道府県国保ヘルスアップ支援事業F

都道府県名	事業名	ページ
富山県	PFSを活用した特定健診受診勧奨モデル事業	5
大阪府	健診からの医療アクセススキーム構築事業	6
兵庫県	国保世代からはじめる骨折・骨粗鬆症予防事業	7
愛媛県	令和5年度循環器疾病重症化予防事業	8
高知県	糖尿病性腎症透析予防強化事業	10

令和5年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業事例集 目次

市町村国保ヘルスアップ事業 先進的かつ効果的なモデル事業

都道府県名	市町村名	事業名	ページ
北海道	旭川市	特定健診受診率向上事業～効果・検証～	12
埼玉県	川口市	外国人向け未受診者勧奨事業	13
神奈川県	川崎市	生活習慣病重症化予防事業 （糖尿病性腎症重症化予防事業）	14
新潟県	加茂市	健康増進プロジェクト事業	17
広島県	尾道市	重複・多剤服薬者への保健指導 （向精神薬に重点を置いた取組）	18
福岡県	那珂川市	骨折予防事業	19
熊本県	熊本市	重複・多剤投与に対する保健指導	20
	あさぎり町	医療と連携した運動習慣化事業（PHRの活用）	22
沖縄県	那覇市	生活習慣病重症化予防（CKD対策事業含む）	23

都道府県国保 ヘルスアップ支援事業 F事業

令和5年10月時点人口

538,134 人

うち65歳以上高齢者人口

164,784 人(30.6 %)

国保被保険者数

84,896 人

■ 事業目的

富山県の市町村国保における特定健診の実施率は、全国上位に位置しているが、市町村間で実施率に差があるため底上げを図る必要がある。

そこで、県内4市町において、**成果連動型委託契約(PFS)を活用し、民間事業者のノウハウを活用した効果的な受診勧奨を実施**することで、受診率の向上による被保険者の健康維持、健康寿命の延伸、医療費の適正化を目的とする。

■ 事業内容

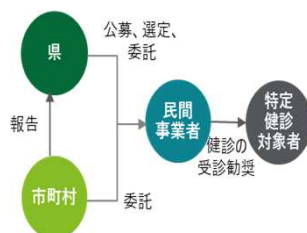
(1)成果連動型委託契約(PFS)とは

発注者が設定した「成果指標」を達成するために受注者側が任意の方法で委託業務を行い、達成度合いに応じて支払う契約形態。

本事業では、**健診受診率上昇値を成果指標として設定**しており、年4%上昇を上限に成果に併せて委託金を支払う。

(2)委託契約のイメージ

事業者をプロポーザルで選定し、県・4市町とそれぞれ契約



○県の役割

→委託業者の選定、事業のとりまとめ、効果的な受診奨手法を管内市町村へ横展開

○市町村の役割

→特定健診受診勧奨事業の実施

(3)事業内容

- ✓ 4市町の既存事業や課題等に応じた効果的な受診勧奨方法を個別にアライングにて把握し、実情を踏まえた受診勧奨を実施する。
- ✓ 過去の健診受診状況やレセプト情報等から、受診勧奨対象者をグループ分けし、それぞれの特性に応じた勧奨ハガキを作成し受診勧奨を行う。
- ✓ 上記取組に加え、SMS、SNSや地域医療連携等と組み合わせた受診率向上を目指す。

■ 先進的なポイント

- ✓ 受診勧奨の方法を委託事業者の創意工夫に委ねるPFSを活用することで、より効果的な受診勧奨の手法を探ることが可能。
- ✓ 成果のあった受診勧奨のノウハウを既存事業に組み込むことで、事業実施後も、効果的な受診勧奨事業を行うことができ、事業に不参加の市町村への横展開も可能。

■ 結果及び効果

(1)受診勧奨実施結果(効果検証結果)について

- ✓ 健診対象者全体の月別受診者数を見ると、勧奨通知送付後の健診受診者数が最も多かった。
- ✓ 4市町とも60代以降の受診者が最も多く、通知効果が最も高かった。
- ✓ 若年層及び過去未受診者層への受診勧奨は、通知だけでは高い効果が得られなかった。
- ✓ 受診率については、速報値ではあるが、R4年度の4市町平均と比較し、1.3ポイント上昇した。法定報告値の発表後、最終的な成果を評価する予定。

(2)参加市町村の事業実施内容の評価について

- ✓ 特定健診受診勧奨の内容に関するアンケートでは、2市町が「期待以上の内容だった」と回答し、残り2市町についても「概ね期待通りの内容だった」という回答だった。このため、市町のニーズに応じた事業を実施することができたと考えられる。

(3)今後の展望

本事業は委託業者との契約期間が3年間であるため、今年度の効果検証結果を踏まえ、来年度以降下記の取組を実施していく予定。

- ✓ 通知だけでは効果の出なかった若年層及び過去未受診者層へのアプローチ方法の検討(SNSを用いたアプローチ)
- ✓ 医療機関と連携した取組(医療機関への定期受診者へのアプローチ)

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ✓ 成果連動型委託契約(PFS)を活用し、民間事業の創意工夫を取り入れた効果的な保健事業の実施。

令和5年4月時点人口

8,590,726 人

うち65歳以上高齢者人口

2,362,450 人(27.5 %)

国保被保険者数

1,777,209 人

■ 事業目的

- ・ 特定健診で発見される無治療の生活習慣病患者が、健診後に医療機関にアクセスしているかはほとんど検討されていない
- ・ KDBデータ分析を行い保険者ごとの医療機関アクセス率を検討し、医療アクセス率の高い市町村の特定保健指導実施体制や受診勧奨体制等の取り組みを明らかにする

■ 事業内容

【実施体制】 大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター(HaCC)
【方法】

- ① KDBデータ分析により、保険者ごとの医療アクセス率(無治療の生活習慣病患者が、特定健診後に医療機関を受診して再検査を受ける率)を算出し、医療アクセスランキングを作成する
- ② ランキング上位の市町村を対象にヒアリング調査、検討会を開催し、特定健診や受診勧奨における取組を聴取
- ③ 大阪府下72市区町村を対象に特定健診と受診勧奨の実施体制に関するアンケート調査を実施
- ④ アンケートの集計と、集計結果と医療アクセス率との関連要因の検討
- ⑤ 今後は、モデル市町村を選定し、④より得られた医療アクセス率を向上させる取り組みを社会実装する方法を検討

②の検討会の様子



③の特定健診と受診勧奨の実施体制に関するアンケート調査

1-1. 特定健診とその結果通知に関して、お尋ねします。

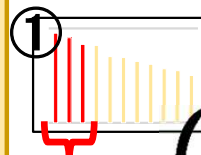
特定健診と結果通知	2023年度の実施状況
2) 特定健診実施における個別健診の割合はおよそどのくらいですか？	プルダウンより選択してください
集団健診の場合(集団健診を実施している場合のみ回答してください)	
3) 特定健診後の結果通知までにかかる期間(月)はおよそどのくらいですか？	プルダウンより選択してください
4) 特定健診の結果通知の方法はどれですか？ [市町村窓口] [自由記述]	☐ 郵送による通知 ☐ 説明会など対面での通知 ☐ その他 (詳細を右の欄に記載してください)
4-1) 結果説明会を実施する場合、説明する方の職種はどれですか？ 結果説明会を実施しない場合は空欄で結構です。 [市町村窓口]	☐ 保健師 ☐ 保健士 ☐ 看護師 ☐ 医師 ☐ その他の職種等

「その他」
のオレ
ンを
ご記
入

■ 先進的なポイント

- ・ 受診勧奨の効果的な取組を明らかにし、受診勧奨の取組を標準化し生活習慣病重症化予防対策の構築に資することにより、未治療の重症な生活習慣病患者を医療につなげる
- ・ 市町村保険者間での受診勧奨システムの格差を縮小し、質を向上させる
- ・ モデル市町村において実現可能な医療アクセス促進体制を構築する

■ 結果及び効果



KDB分析により、医療アクセス率ランキングを無治療の糖尿病患者(HbA1c $\geq$ 7%もしくは $\geq$ 8%)、高コレステロール血症患者(LDL-C $\geq$ 200 mg/dLもしくは $\geq$ 220 mg/dL)や尿蛋白患者($\geq$ 2+もしくは $\geq$ 3+)ごとに作成

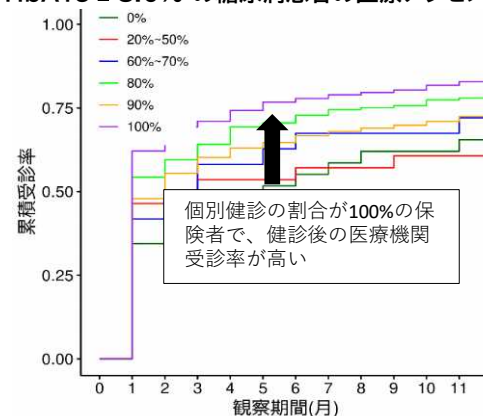
- ② ランキング上位市町村(茨木市、寝屋川市、大阪市、豊中市、岸和田市)を対象に検討会の実施

共通して「個別健診の割合が高いこと」と「受診勧奨までの時期が早いこと」の要因が存在



③

特定健診と受診勧奨に関するアンケート調査を実施、医療アクセス率に関連する要因を検討したところ、個別健診の割合が高い方が、医療アクセス率が高くなることが考察された

HbA1c $\geq$ 8.0% の糖尿病患者の医療アクセス率

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・ ランキング上位市町村における受診勧奨の取組

令和5年4月時点人口

5,282,611 人

うち65歳以上高齢者人口

1,547,805 人(29.3 %)

国保被保険者数

1,044,442 人

■ 事業目的

生活習慣病対策が、高齢期に起こりやすい骨折・骨粗鬆症の発症予防に有効であることを明らかにし、疾病予防対策と保健事業の推進に寄与する。

■ 先進的なポイント

後期高齢者になってから、フォーカスされることが多い骨粗鬆症予防を、国保世代から対象に含めたこと。

国保・後期の突合CSVデータに加え、骨粗鬆症検診データ、歯科検診データを活用した多角的な分析

■ 事業内容

○ 県内各市町保険者及び後期高齢者医療広域連合に対して、突合CSVデータを活用したデータ分析をすることについて同意を得たうえで、全県のデータ分析と、モデル市町として骨粗鬆症検診結果を提供する市町保険者から提供された骨粗鬆症検診結果を紐付けて、関連分析を行った。

【分析データ】

対象期間：平成30年年4月～令和5年3月

活用データ数：全県分析としてKDBデータ 約625万件

(国保：約331万件、後期：約294万件)

骨粗鬆症検診結果データとして：約3万件(7市町分)

○ 糖尿病性腎症重症化予防の基礎講座と併せて、糖尿病と骨粗鬆症の関連について、医師から研修を実施し、早い世代からの骨折・骨粗鬆症の予防について啓発を実施した。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

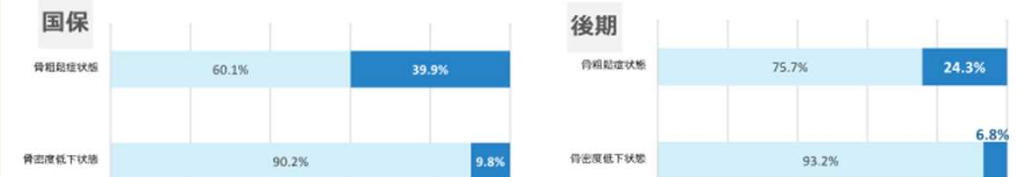
分析結果を市町へ情報提供することで、健康相談や保健指導の際に、被保険者に向けて、根拠データを踏まえた普及啓発が実施できる

■ 結果及び効果

○年齢別の骨粗鬆症有病率の変化には、50歳を境に顕著な低下が見られ、国保世代の骨密度の改善が課題として示された。

○健診データとの関連において、「歩行速度が遅い」「食べ方が遅い」等フレイル関連項目、「LDLコレステロール低値」「HbA1c低値」「血圧低値」等のメタボ非該当項目、「貧血の既往」「腎機能低下」と骨密度低下に関連が見られた。

○骨粗鬆症検診で骨粗鬆症状態の者のうち、治療者は国保で4割、後期で2割であり、検診後の受診勧奨により骨密度の改善が期待できるということが分かったので、次年度以降は受けるだけで終わらない意識付ができる事業を検討する。(ポピュレーションアプローチ)



○脆弱性骨折の既往歴がある人で骨粗鬆症状態であれば、その後の骨折割合は6割近くなった。この結果から二次性骨折の予防を各市町保険者が保健事業として実施できる基盤を整備する。

		n	骨折者数	割合
75歳以上	正常	198	2	1.0%
	骨密度低下状態	519	6	1.1%
	骨粗鬆症状態	353	10	2.8%
75歳未満	正常	1,127	2	0.2%
	骨密度低下状態	1,794	10	0.6%
	骨粗鬆症状態	504	5	1.0%
脆弱性骨折 既往あり	正常	4	1	25.0%
	骨密度低下状態	20	8	40.0%
	骨粗鬆症状態	24	14	58.3%

○国保世代から取組む必要があると感じた市町担当者等参加者は77%で、骨折予防について国保世代から何らかの保健事業実施が望ましいと考えられる。

令和5年4月時点人口

1,320,035 人

うち65歳以上高齢者人口

441,606 人(33.45 %)

国保被保険者数

276,600 人

■ 事業目的

循環器疾病(高血圧に起因する脳・心臓疾患)に係る重症化予防対策に着手する。

■ 事業内容

○ツール・システム等の活用説明会の開催(P)

・保健事業に関するシステム・ツール説明会

○スキルアップ研修(D) 全5回開催

高血圧の保健指導事例検討 2回

高血圧の実践を解決につなげるための具体的な計画化 2回

食・栄養に関する保健活動支援 1回

○基礎学習会(D) 全5回 ※

※スキルアップ研修の内容をより深い学びとするための基礎学習(フォロー研修)という位置付け

・高血圧を中心とした疾患の理解、発症のメカニズム等の保健指導のための基礎知識を復習する学習会を開催。

○市町の具体的な実践計画案の作成

・県内の1市をモデルに、医療・介護・死亡の状況を分析し、高血圧事例から 予防効果の検証を行った。

・対象者数や稼働人数から稼働量を割り出し、対象者選定から保健指導、評価までの具体的な実践例を示した。

■ 先進的なポイント

令和4年度に県が策定した「高血圧重症化予防プログラム」が効果的に実施できるよう、高血圧の予防効果や保健指導の具体的方法を示した。

■ 結果及び効果①

○また、県プログラムの実施状況について、受診勧奨の実施数および介入方法、血圧の改善率を合わせて資料化し、より詳細な評価支援につながった。

(資料抜粋:Ⅱ度高血圧以上の前年度からの変化)

Ⅱ 度高血圧以上（未治療者）の前年度からの変化									
令和3年度から令和4年度の変化									
市町名 （健診対象者数）	R3年度健診		保健指導 する 専門職 （人数）	R3年度				翌年度健診結果 （R4年度）	
	受診者 （全数）	受診率 （法定）		高血圧Ⅱ度以上		高血圧Ⅱ度以上 未治療		改善	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
愛媛県	71,065	30.7%	284	5,418	7.6%	3,326	61.4%	1,412	42.5%
松山市 （71,568）	22,954	29.5%	4	1,564	6.8%	965	61.7%	430	44.6%
今治市 （25,643）	6,957	25.3%	43	550	7.9%	345	62.7%	125	36.2%
宇和島市 （15,400）	5,249	32.3%	19	499	9.5%	302	60.5%	136	45.0%
八幡浜市 （6,830）	2,049	28.5%	13	137	6.7%	83	60.6%	35	42.2%
新居浜市 （16,473）	5,902	32.9%	7	565	9.6%	369	65.3%	160	43.4%
西条市 （16,876）	5,959	32.4%	8	409	6.9%	252	61.6%	97	38.5%

令和5年4月時点人口

1,320,035 人

うち65歳以上高齢者人口

441,606 人(33.45 %)

国保被保険者数

276,600 人

■ 結果及び効果②

○高血圧の重症化予防が医療費、介護給付費への影響を明確にすることができた。

(分析例)心不全新規発症者(R2)からの健診・医療・介護の状況

性別	R02 年齢	健診受診				医療						介護		国保資格
		受診状況				R2	基礎疾患			年間医療費(合計)			R03年度	
		H30	R1	R2	R3	心不全	高血圧	糖尿病	脂質異常症	R01 年度	R02 年度	R03 年度	介護 度	介護 給付費
						87	78	64	68	4,396万円	1億 7,562万円	1億 1,720万円		喪失事由
						89.7%	73.6%	78.2%						
男	68					R02	R2	R2	R2		2,652,430	3,955,750	支2	
男	68	○	○	○	○	R02	○	R2	○	225,800	2,078,940	862,320		
男	68					R02			○	60,870	1,923,830			死亡
男	69					R02	R2		R2	107,840	6,456,510			
男	69			○		R02	○		○	100,900	4,285,720			死亡
男	69					R02	R2	R2	R2	106,340	1,749,820	161,800		
男	69					R02	○	○	○		85,370	25,370		社保加入
男	70			○		R02	○	R2	○	232,360	7,035,640	60,641,850		
男	70					R02	R2	○	○	2,074,840	4,544,170	3,587,190		
男	70					R02	○			4,443,630	3,529,910			死亡
男	70					R02	R2	○		5,123,450	3,154,810	10,678,340		
男	70					R02	○	○	○	494,860	2,772,160	8,610,740	介1	死亡
男	70					R02	○	○	○	1,448,730	2,546,340	2,956,860		転出

■ 他の自治体が参考にできるポイント

循環器疾患の新規発症者から、予防の視点による健診・医療・介護一体的な分析

高血圧の取組みにおけるアウトカム評価、市町間比較

令和5年4月時点人口

678,287 人

うち65歳以上高齢者人口

242,882 人(36.3 %)

国保被保険者数

152,194 人

■ 事業目的

本県の透析患者の状況は、年間の新規透析導入患者が平均303名(R2~R4)となっており、このうち主要原疾患を糖尿病性腎症とする患者は平均108名(35.6%)と最も多い。また、人口10万人あたりの糖尿病性腎症による透析導入患者は、全国と比較して多い状況が続いている。患者のQOLの維持及び健康寿命の延伸、並びに医療費適正化のためにも、この糖尿病性腎症を主要原疾患とする透析患者を減少させることが本県の課題となっている。

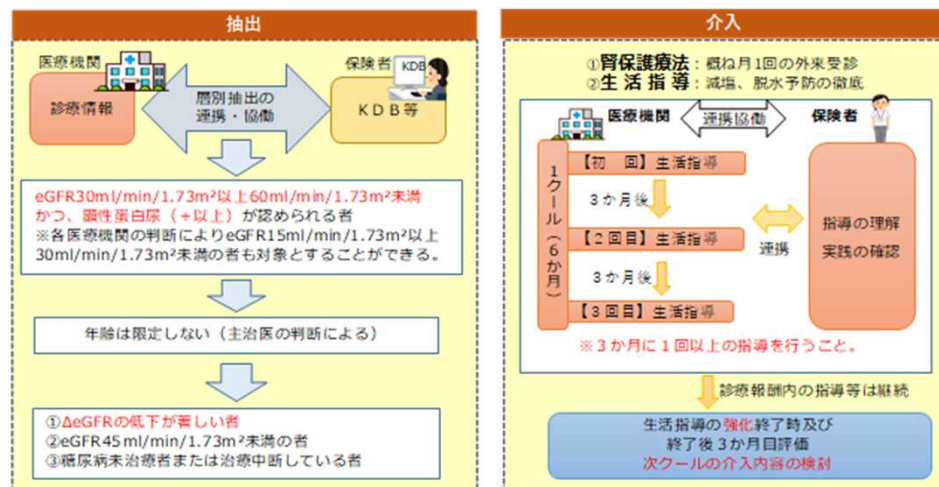
こうした課題を踏まえ、令和5年に糖尿病性腎症による新規透析患者数の1割減少を目標に掲げ、数年後に透析導入が予測される患者への腎保護療法と生活指導の強化により、透析導入時期の遅延を図ることを目的とする。

■ 先進的なポイント

- ・医療機関と保険者が連携した腎保護療法及び生活指導の強化を行う。
- ・ $\Delta eGFR$ により透析導入予測時期を算出し、事業評価を実施。

■ 事業内容

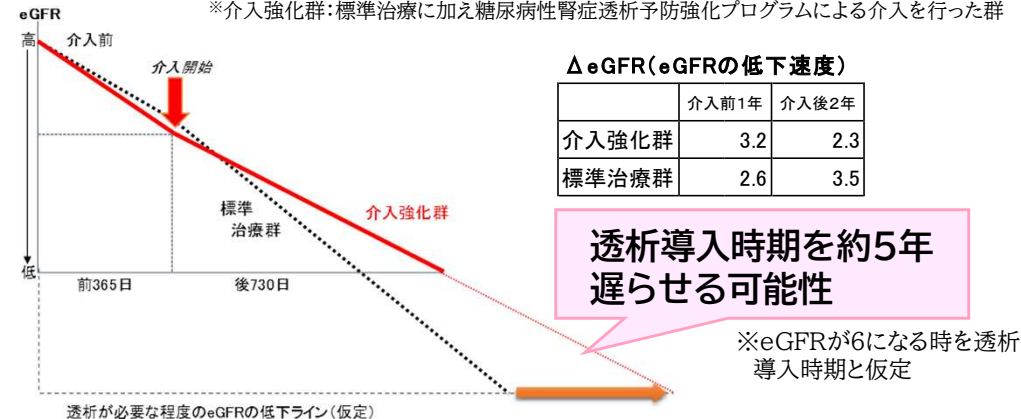
医療機関の診療情報及び保険者のレセプト情報等から対象者を抽出し、医療機関と保険者が連携した介入及び評価を行う。



■ 結果及び効果

介入強化群※と標準治療群の介入前1年・介入後2年の $\Delta eGFR$ 平均値を比較した結果、介入強化群のほうが腎機能の低下が緩やかになった。

※介入強化群：標準治療に加え糖尿病性腎症透析予防強化プログラムによる介入を行った群



〈期待される効果〉

◆糖尿病性腎症患者のQOLが向上

透析による拘束時間の回避 3,120時間/5年※

※1人あたり624時間/年(3回/週×4時間/回)×5年=3,120時間)

◆医療費の適正化

医療費の抑制効果 21,835千円/5年(①-(②+③))

①透析にかかる医療費(1人あたり5,000千円/年×5年=25,000千円)

②プログラムに要した経費(1人あたり83千円/年×5年=415千円)

③薬物療法等にかかる医療費(1人あたり550千円/年×5年=2,750千円)

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・医療機関と連携した対象者の抽出
- ・医療機関と保険者の専門職の協働による生活指導強化の実施

市町村国保
ヘルスアップ事業
先進的かつ効果的な
モデル事業

令和5年4月時点人口

322,527 人

うち65歳以上高齢者人口

112,887 人(35.0 %)

国保被保険者数

62,126 人

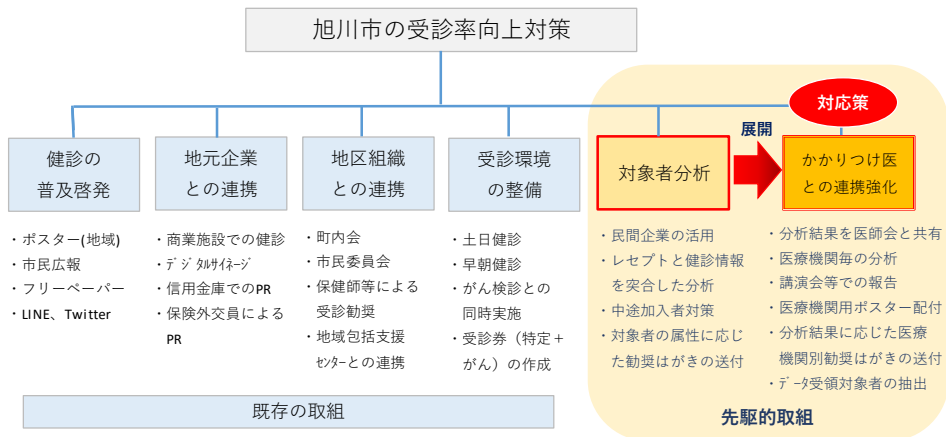
■ 事業目的

【現状】 当市の受診率は全国平均を下回り、令和2年度は62中核市の中で53位と下位である。

【目的】 受診率が低い要因分析に基づいた受診率向上対策を令和2年度から継続実施していることから、効果を検証する。

■ 事業内容

健診対象者の48.5%が、通院歴はあるが健診は未受診という令和2年度の現状分析に基づき受診率向上対策においてかかりつけ医との連携を強化。



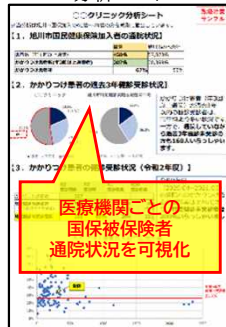
① 医療機関に対するアプローチ

医療機関に対し、対象者分析の情報提供や治療中者に特定健診を促すポスターの掲示依頼等により、医療機関から通院中の患者に健診を勧める効果が得られた。

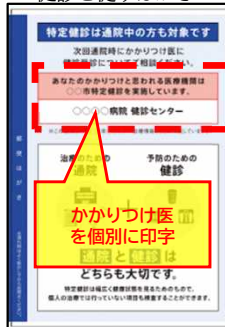
② 健診受診対象者に対するアプローチ

「かかりつけ医で特定健診が受けられること」の伝達に特化したはがきを送付することで、通院時に特定健診の受診や予約につながる効果が得られた。

医療機関ごとの分析シート



かかりつけ医での健診を促すはがき



■ 先進的なポイント

- ・データ分析に基づく、医療機関(かかりつけ医)と連携した受診勧奨の実施
- ・「個人」を対象とした受診勧奨から、「医療機関」にしたアプローチに拡大
- ・「かかりつけ医の有無×健診受診頻度」から、健診勧奨が効果的な対象者を分析
- ・取組を継続することで受診率が年々上昇し、費用対効果も向上

■ 結果及び効果

先駆的な取組を開始する前のR1を基準として各年を比較したところ、健診受診率は伸び、受診者数は増加した。また、受診者の増加数1人当たりの通知関連費用はR2とR4を比較して約3万円減少している。

背景には、はがきによる健診対象者へのアプローチだけでなく、医療機関に対するアプローチを継続したことにより相乗効果が得られ、費用対効果が向上した。

【受診率の推移】

	実施前	先駆的取組実施		
	R1	R2	R3	R4
受診率	25.1%	25.7%	27.3%	29.8%
	基準(R1)	基準(R1)と各年の差		
受診率	25.1%	+0.6P	+2.2P	+4.7P
受診者数	13,616人	+203人	+570人	+1,299人
受診者増加数1人当たりの通知関連費用	—	34,788円	12,389円	5,436円

【効果的な対象者(令和4年度集計値)】

かかりつけ医での健診受診・データ受領を促すはがきは、一般的な受診勧奨はがきと比較して健診受診率が高く、特に直近3年間の健診回数0回の対象者については約2倍の効果が得られた。

【対象者区分】	同一医療機関に年3回以上通院の有無	
	かかりつけ医有	かかりつけ医無
直近3年間の健診受診回数	かかりつけ医のみを掲載した勧奨はがきの効果(受診率)	医療機関リストを掲載した健診勧奨はがきの効果(受診率)
直近3年間 健診1～2回	53.2%	44.6%
直近3年間 健診0回	15.5%	8.4%

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ① 健診対象者の通院状況を可視化した分析シートで医療機関との連携強化
- ② 「かかりつけ医の有無×健診受診頻度」から効果的な対象者を抽出し、定期通院時に健診受診行動につながるようかかりつけ医を明記したはがきを送付
- ③ ①と②を経年に行うことで相乗効果により、受診率の向上につながる。

■ 今後の課題

「かかりつけ医無×直近3年間健診0回」の対象者については、はがきによる健診勧奨効果が低いことから、メディアを活用した健診勧奨などアプローチ方法を転換していく。

令和5年4月時点人口

604,894 人

うち65歳以上高齢者人口

139,136 人(23.0 %)

国保被保険者数

117,837 人

■ 事業目的

川口市の外国人人口は県内市町村で最も多いが、外国人の特定健診受診率は全体の34.3%より低い25.1%である。そのため、特定保健指導や重症化予防事業においても外国人の割合が低く、健康リスクが潜在的に高まっている可能性がある。この課題に対応するため、外国人向けの特定健診施策を含む多面的な取り組みが必要である。本業務は、外国人における特定健診受診率向上を目的としており、特定健診受診勧奨や動画配信、ウェブサイト等の多方面から外国人をターゲットとした適切な情報提供を行うことで、特定健康診査受診率向上に寄与することが狙いである。

■ 事業内容

業務内容は3つあり、当該年度の特定健診未受診外国人に向けた①受診勧奨通知、川口市で特定健診を受診可能な医療機関を明示した②ウェブサイトの構築、外国人向けの特定健診に関する③PR動画制作である。以下、方法と工夫した点を示す。

①勧奨通知

特定健診の受診を目的とした通知物の発送について、当該年度の未受診の外国人を対象に行い、受診率向上を図るものである。通知発送は9月と12月に発送し、対象者はそれぞれの時点で特定健診未受診の外国人である。2次元コード4つ(日本語、英語、繁体字、簡体字)を印字し、ウェブサイトへのリンクを行った。2次元コードは後程集計が可能なように個人識別要素を付与した。

特定健診に関する詳細な情報はウェブサイトに記載しているため、サイトの閲覧を意識し、表面ではスマートフォンを手に取ってもらい、裏面ではQRコードを読み取ってもらえるようシンプルな作りとしている。

1回目、2回目デザインを変更しており、2回目は、1回目の閲覧数が多かった言語順に変更している。

②ウェブサイト

市の公式ウェブサイトでは実装が難しかった、現在地から医療機関を探す機能など検索性に特化した機能を設けた。また、閲覧者が目的の情報に快適にたどり着けるよう、スマートフォンでの使いやすさにも考慮し、ユーザーの満足度の向上も目指した。また、言語については日本語、英語、中国語(繁体字、簡体字)の4言語を切り替え可能とした。

③PR動画

特定健診に関して外国人向けに認知度を高めることを目的としたPR動画を作成し、YouTubeにおいて公開した。説明的な動画では視聴維持が難しいと考え、特定健診とは何か、受診の方法、お問合せ先だけを端的に伝えるようにし、1分程度でまとめることを意識した。また、キャラクターやアニメーションなどで動きを持たせることで視聴者が飽きないように心掛けた。

※特定健診未受診者対策事業であり、特定健診に係る経費は計上していない。

勧奨通知

ウェブサイト

PR動画



表面 (1回目)

裏面 (1回目)



■ 先進的なポイント

- ・複数のメディア(通知、ウェブサイト、動画)を用いて行う、4言語(日本語、英語、簡体字、繁体字)に対する丁寧な特定健診に関する情報提供、受診勧奨の実施。
- ・ウェブサイトにおける現在地情報を利用した特定健診医療機関の地図表示及び詳細情報(土日祝、夜間、がん検診など)の提示。
- ・通知勧奨からウェブサイト閲覧、特定健診受診まで一気通貫で事業評価が可能。

■ 結果及び効果

勧奨通知を送付した対象者は勧奨通知に印字した2次元コードに一意になる番号を付与しているため、ウェブサイトへのアクセス状況を把握することが可能である。こちらの情報と特定健診の受診情報を組み合わせて、ウェブサイトへアクセス、特定健診受診を測定した。送付数については、9月:4,753件、12月:4,505件。事業対象者4,349件、受診者372件(※勧奨通知発送日9/15より前の受診者は除外し、2024年2月末時点までの請求データを対象としている。)、受診率8.6%である。3月8日までの勧奨通知からの閲覧数は394件であり、閲覧率は8.3%である。対象者におけるウェブサイト閲覧者の受診率は12.2%であり、閲覧がなかった方の受診率は7.4%であった。

以下2点が本事業の主な成果として考察される。

(1)特定健診及び医療機関の認知拡大

これまでの日本語を主とした情報提供とは異なり、自身の馴染みのある言語で特定健診について理解することが可能である。これまで特定健診を認知できていなかった対象者の掘り起こしにつながった可能性が考えられる。また、健診受診が可能な医療機関についても把握ができていなかった可能性もあり、ウェブサイトを構築することで自身の状況に応じた医療機関を即座に検索することができることで、今まで把握していなかった医療機関を新たに認知できるようになると考えられる。

(2)多様なメディアからの情報拡散

現代において検索エンジンやSNSを通してウェブサイト、動画配信サイト等を用いて情報を得ることは自然な行動であるため、情報発信を行うメディアを広げることでこれまで情報が届いていなかった対象者においても情報を得ることができるようになった。

事業結果サマリ

評価指標		目標値	結果	達成率(%)	
アウトプット	・勧奨通知からのウェブサイト閲覧率	事業対象者の10% アンケート回答者の30% アンケート回答者の20%	8.3%	83.0%	%
	・アンケートにおいて特定健診受診の意向ありと示した回答率		100%	100%	
	・アンケートにおいて特定健診を新たに認知したと示した回答率		33.3%	100%	
アウトカム	事業対象者における特定健診受診率	28.0%	8.6%	30.7%	%

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・担当部署から外国人リストの提供を受け、健診受診データと突合し、外国人の特定健診受診状況を把握する。その後、多文化共生等の部署との連携を検討する。
- ・勧奨通知やPR動画では、情報が多くなりすぎないよう考慮し、「次に何をすれば良いか」という点を明確にする。
- ・ウェブサイトではスマートフォンを中心に設計し、情報量だけでなく、出来るだけ少ない操作で必要とする情報に到達できることやボタンサイズや文字サイズなどの使いやすさを意識した作りとする。

令和5年4月時点人口

1,541,640 人

うち65歳以上高齢者人口

317,678 人(20.6 %)

国保被保険者数

237,907 人

■ 事業目的

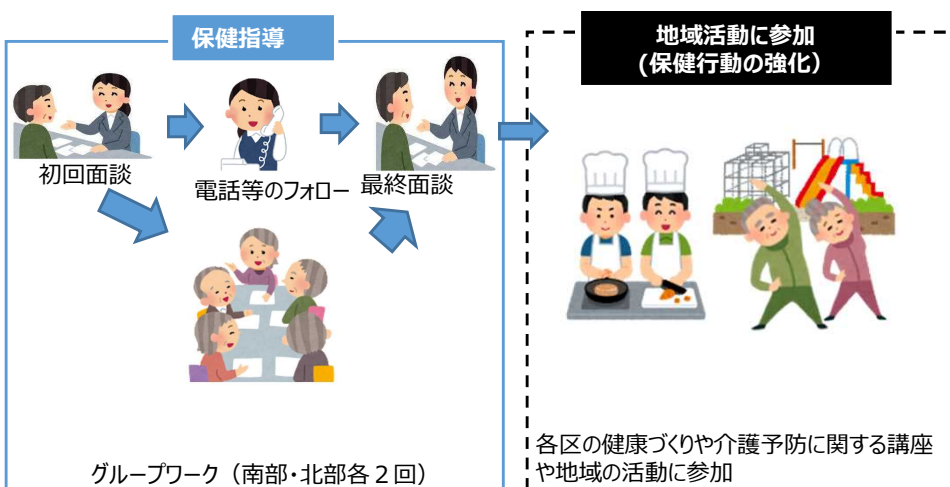
本市及び医療機関が連携し、糖尿病の重症化のリスク保有者を把握し、必要に応じた受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病の重症化を防止する。また、腎機能悪化に留意し、糖尿病性腎症への移行や人工透析への移行を防止する。

■ 事業内容

【対象者の条件】①HbA1c6.5%以上又は空腹血糖値126mg/dl以上②eGFR60ml/分/1.73m²未満又は尿蛋白±以上③特定保健指導非該当者

【連携や共同した部署・機関等】委託事業者、各区・各支所の地域支援課、医療保険課、川崎市医師会、神奈川県国民健康保険団体連合会

【事業の内容】「受診の継続」「検査値の改善」「生活習慣改善の意欲の向上」「行動変容」を掲げる。本市及び医療機関が連携し、糖尿病の重症化のリスク保有者を把握し、必要に応じた受診勧奨や保健指導を行うことで、保健指導後も継続して行動変容し続けるために、「かながわ式保健指導、インターグループワーク*」による保健指導を実施し、その際、区役所職員による各区役所の健康づくり事業や介護予防事業の参加を呼びかけ、対象者の行動変容の継続を促す。



■ 先進的なポイント

○市職員、7区職員及び委託業者と共に運営するグループワーク

委託事業者による中間報告会を実施し、各区役所の地域支援課に対象者の健康課題を把握してもらい、対象者へ各区の健康づくり事業や介護予防事業の参加を呼びかけ、対象者の自助や互助を強化する。対象者には糖尿病に関する講演会を実施し、当事業参加の募集を強化するとともに、前年度グループワーク対象者にも案内し前年度参加者のフォローの場とする。

○共通する健康課題を持つ同志とのつながりをもつことで、今後の保健行動の持続強化をするため、インターグループワークを活用したかながわ方式保健指導を実施する。(体重と健診結果の経年変化と生活習慣を振り返り、基準となる食事量との対比、他者との取り組みとの対比を意識的に行うことにより、自らの生活習慣の課題を発見し、改善に取り組むための保健指導)

■ 結果及び効果

【事業実施者数】1,207人(内国保708人 後期高齢者499人)

【受診勧奨】令和5年10月から令和5年11月

文書による受診勧奨:69名 電話による受診勧奨:48名

※受診勧奨率100%・コンタクト率:69.8% ※医療機関受診率36.6%

【保健指導プログラム】令和5年8月から令和6年3月

○初回面談実施:73名 最終面談:69名(継続率:94.5%)

○グループワーク

南部(川崎市本庁舎)-1日目:11名 2日目:7名

北部(高津市民館)-1日目:9名 2日目:7名

※HbA1Cの改善率 55.6% eGFRの改善率 54.9% BMIの改善率 56.7%

※生活習慣の改善率 食事82.5% 体重測定 58.3% 運動習慣 51.7% 各区の地域活動参加22.5%(再掲 グループワーク参加者では、各地域活動の参加意欲が高まった方と実際に参加した方33.9% 「体操を習慣化したい」「食事内容をもっと見直したい」「同じ悩みをもつ方と話ができて、参考になった」「グループラインを作って情報交換をしていく」「区の体操を案内してもらった。参加したい」「運動や食事の目標を持つことの大切さが分かった」「具体的な運動が分かり良かった」等意見があった)

☆医療費分析は別紙参照

■ 他の自治体が参考にできるポイント (委託業者と区職員との連記強化)

委託業者が中心となって行う保健指導後も継続して行動変容し続けるために、インターグループワークによる保健指導を実施し、その際、区役所職員による各区役所の健康づくり事業や介護予防事業の参加を呼びかけ、対象者の行動変容の継続を促す。

■ 結果及び効果 (医療費分析)(1)

川崎市国民健康保険の現状と医療費の分析を行い、保健事業の方向性を確認しました。

●川崎市国保の現状

- ・本市と、全国及び神奈川県を比較すると、国保の加入率、平均年齢、高齢化率がそれぞれ低い状況です。
- ・一人当たりの月額医療費は増加傾向です。

●生活習慣病の医療費

- ・(図1)生活習慣病に係る医療費は、全医療費の19.5%を占めています。また、上位は腎不全、糖尿病、高血圧性疾患です。さらに患者一人当たりの医療費では、人工透析の原因である腎不全が1位です。
- ・(図2)人工透析の起因の約7割が生活習慣病で、そのほとんどが糖尿病性腎症Ⅱ型糖尿病が起因となっています。

図1 全医療費(年額)

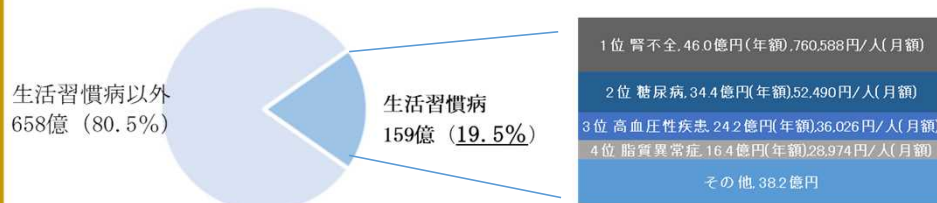
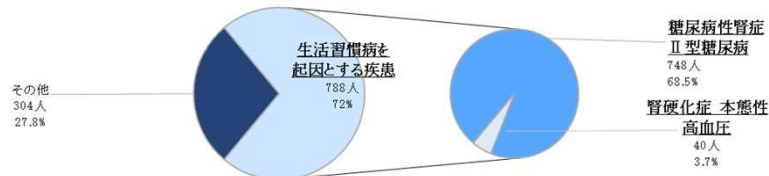


図2 透析患者の起因



■ 結果及び効果 (医療費分析)(2)

①(図3)特定健診未受診で生活習慣病治療歴がない対象者が約4万人存在しています。

②(図3、4)特定保健指導や治療が必要な対象者のうち、約5千人が特定保健指導未実施もしくは医療機関未受診となっているほか、特に40代、50代の保健指導実施率が低くなっています。

③(図5)区ごとの一人当たりの生活習慣病の入院医療費(40歳～74歳)と健診受診率の関係をみると、健診受診率の高い区が一人当たりの生活習慣病の入院医療費が低い傾向にあります。

図3 特定健診対象者(15万人)の内訳

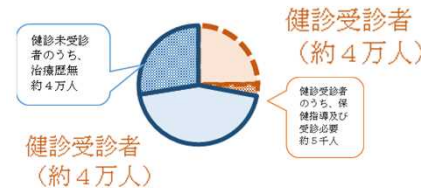


図4 年代別特定保健指導実施率

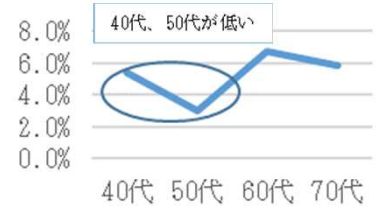
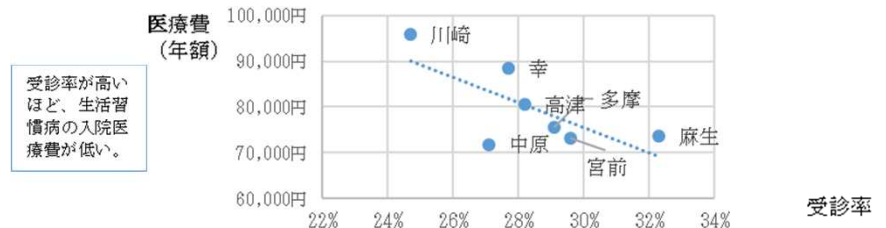


図5 一人当たり生活習慣病の入院医療費(年額)と受診率の関係



■ 結果及び効果 (医療費分析)(3)

- ④特定健診未受診の理由についてのアンケート結果(回答数:2,532件 送付数:約1万件)
- ・受診しない理由として、40代、50代では**日程が合わない、予約が面倒**だと回答している割合が多い。
 - ・60代以上では通院している割合が高く、**かかりつけ医からの勧めがあれば受診すると**回答している割合が多い。
 - ・次回の健診受診のきっかけとして、年代を問わず、**健康に不安を感じたときや検査項目の充実**を希望する声が多い。
(既にかん検診と特定健診の同時実施をしているものの、**充実を希望する検査項目の中にかん検診が含まれていることから、同時受診の周知が不足している可能性があります。)**
 - ・受診した理由として、**無料であること、がん検診と一緒に受診できること**、回答している割合が多い。
- ⑤受診勧奨はがき送付の効果についての分析(はがき送付数:約12万通)
- ・女性の方が効果が高い傾向にあり、南部の女性と北部の女性で効果的なイラストや文言に相違がありました。
 - ・高齢者(特に70代)にはリマインドはがきの送付の効果が高いです。
- ⑥SMS(ショートメッセージサービス)の受診勧奨の効果についての分析(SMS送付数:約7千人×最大6回)
- ・40代、50代に効果が高いものの、60代以上は効果が低いです。
- ⑦35歳～39歳健康診査の分析(電話勧奨件数:約3千件)
- ・電話勧奨できた方と電話勧奨できなかった方(不在や留守電等)の受診率を比較すると、電話勧奨できた方の受診
- ⑧特定保健指導の医療機関へのヒアリング結果
- ・対象者が特定保健指導の制度の内容を知らないため説明に時間を要する
 - ・アンケートの提出や調査書類の記入を含む事務のやりとりが煩雑
- ⇒被保険者への特定保健指導の制度周知や事務の簡素化などの改善が必要です。
- ⑨生活習慣病重症化予防事業における保健指導の対象者の血糖値(HbA1c)の分布について
- ・(図11)65歳以上の保健指導の対象者のうち、重症度が低いHbA1c7.0%未満の対象者が全体の約45%を占めています。
- ⑩専門医と連携した重症化予防事業のモデル事業
- ・(図12)高津区において専門医とかかりつけ医の連携パスを利用した保健指導を実施したところ、通常の参加者よりもeGFR(腎機能)が改善したことがわかりました。

図11 生活習慣病重症化予防事業の対象者(保健指導)

	HbA1c7.0未満	HbA1c7.0以上	合計
40歳～64歳	61人	78人	139人
65歳～69歳	90人	95人	185人
70歳～74歳	257人	198人	455人
合計	408人	371人	779人

約45%を占めます。

図12 eGFRの検査数値

eGFR(腎機能の数値)が大きく改善しました。

eGFR平均値(mL/分/1.73 m ²)	介入前	介入後	差
通常的生活習慣病重症化予防対象者	61.3	64.1	2.8
専門医とかかりつけ医の連携パスを利用した生活習慣病重症化予防対象者	48.3	56.2	7.9

■本市の保健事業において優先的に取り組むべき課題

- 1 生活改善が必要な対象者を特定保健指導対象者につなげるため、**特定健診の受診率向上**に取り組めます。
- 2 生活習慣病の悪化を予防・抑制するため、**特定保健指導の実施率向上**に取り組めます。
- 3 高齢者の特性を踏まえ、**より効率的で効果的な生活習慣病重症化予防を実施**していきます。

令和5年4月時点人口

24,862 人

うち65歳以上高齢者人口

9,667 人(38.9 %)

国保被保険者数

5,228 人

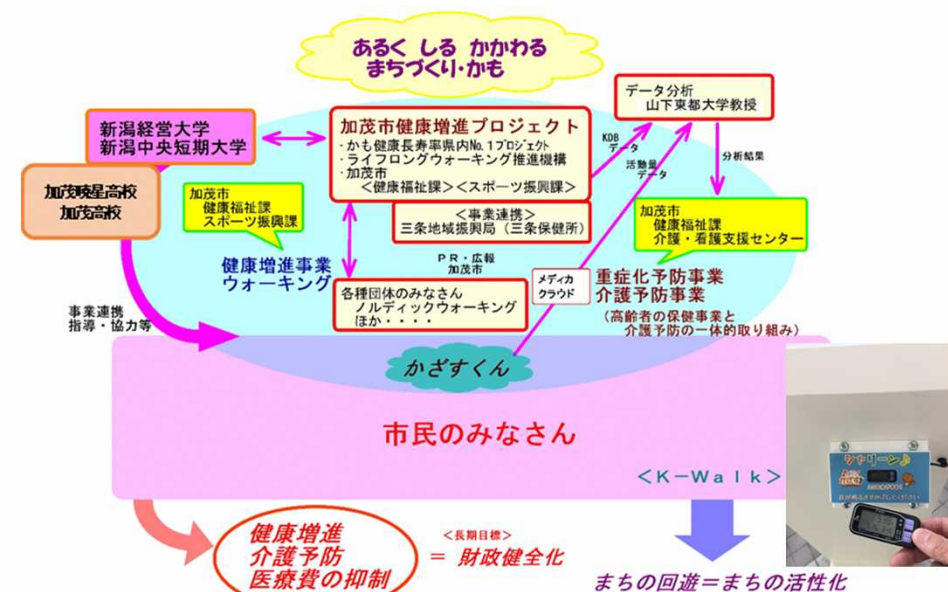
■ 事業目的

様々な市民団体のみなさんとつながり、それぞれの役割や活動を実施し、

- ・市民の健康増進(重症化予防、介護予防)を推進する
- ・市街地を市民が回遊することでまちの活性化を図る
- ・健康増進により医療費増加を抑制することで市民の負担軽減や財政健全化を図る

これらを推進することで、住みよいまちの実現を目指す。

■ 事業内容



■ 先進的なポイント

無償で貸与した活動量計を持ち歩いてもらい、歩いた歩数や体組成(体脂肪やBMI等)の改善、各種健診や教室等への参加等、日々の健康づくりに対して「健康ポイント」を付与して「見える化」することで、参加者の達成感や、本市の課題解決による健康寿命の延伸、医療費の伸びを抑制すること及び介護予防を目的とする。なお、貯めたポイント数に応じて申込みができる機能を持たせ、商品等と交換できる仕組みとする。

歩数や体組成とのデータの蓄積は、市内の公共施設や商業施設等に設置されたデータ送信端末(以下、「読み取り専用端末」という。)から、インターネットに接続されたクラウドサーバに送信される仕組み。

地元の高校生や同事業参加者自らが計測会などの運営スタッフとして携わることで持続可能な仕組みとなっている。

■ 結果及び効果

参加者数は令和5年度末現在で991人で、令和6年度の新規参加者は230人前後を見込んでいる。

令和3年度及び4年度の2年間の実績は以下のとおり。

- 1)参加者数 730人
 - 2)参加継続率 94.7%
 - 3)平均歩数 男性8000歩 女性6000歩
 - 4)医療費削減効果※(2年間で) 国保▲11,512円 後期高齢▲171,551円
 - 5)転倒リスク者削減効果(足指力向上) 開始前30%→参加後10%以下
- ※プロベンシティブ・スコア・マッチングを用いて事業参加者とはほぼ同等の特性を持つ対照群を2倍以上の人数設定し、医療費等への影響を検証

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- 1)歩くことを中心とした健康づくりとまちづくり
- 2)地元に眠っている意欲的な市民が力を発揮する場の提供

令和5年4月時点人口

129,261 人

うち65歳以上高齢者人口

47,785 人(37.0 %)

国保被保険者数

26,693 人

■ 事業目的

- 重複処方を受けている被保険者を健康被害から守る。
- 処方薬の横流し(インターネットでの売買)や犯罪利用を防止する。
- 不必要な医療給付を削減することによる医療費適正化を図る。
- 関係機関において対象者の相談に応じ、課題解決を図る取り組みを行う。
- 近隣市町や県内外に横展開ができる効果的な適正服薬推進の仕組み作りを試みる。

■ 事業内容

「麻薬及び向精神薬取締法」に規定されている①第1種向精神薬 ②第2種向精神薬 ③第3種向精神薬 について、2か所以上の医療機関から、過去3か月にわたり外来で処方を受けている者を抽出し、重複処方患者と処方医療機関の双方に、注意喚起を促す通知を同時に発送する。6月と12月に通知発送を行う。

患者宛の通知には、重複処方となった薬剤名及び処方医療機関名を記載。医師または薬剤師に薬剤処方について相談するよう促す。

医療機関宛の通知には、患者名、重複処方となった薬剤名及び処方医療機関数を記載。何か所で処方されているかは記載するが医療機関名を記載しないことで、患者のプライバシーに配慮している。患者から薬剤処方に係る相談があった場合、対応いただけるよう依頼する。

通知翌月の診療分レセプトを国保総合システムで確認する。通知対象者のレセプトを通知前月と通知後月で比較し、向精神薬処方医療機関件数及び10割医療費額月計の変化を記録する。行動改善がみられない場合は対象者へ電話による指導等を行う。

■ 先進的なポイント

向精神薬の重複処方は健康被害や社会に及ぼす悪影響が大きいことから、向精神薬に重点を置いた取組としている。

※本事業は、長崎県諫早市の先例を参考に実施している。

■ 結果及び効果

効果測定一回目 通知対象者6人

発送した6人全員について、医療費(精神疾患等病名外来分及び向精神薬処方調剤分)総額及び向精神薬処方医療機関件数ともに減少が見られた。3人については、同一薬剤の重複は解消された。1人は費用と回数に減少はあったものの、通知後も重複受診行動が続いている。全体での、ひと月の医療費削減効果額は13万140円だった。12カ月の概算で年間156万円程度の医療費削減が見込まれる。

効果測定二回目 通知対象者4人

発送した4人のうち2人については、同一薬剤の重複は解消された。2人は費用と回数に減少はあったものの、通知後も重複受診行動が続いている。一回目にも対象となり、重複状況が深刻な1人については、12月の通知後も2月時点で依然12医療機関で向精神薬が処方されている。全体での、ひと月の医療費削減効果額は16万1870円だった。12カ月の概算で年間194万円程度の医療費削減が見込まれる。

評価指標		目標値	結果	達成率(%)
アウトカム	対象者の医療費削減率(通知前後のレセプト比較)	50%	38%	76%

重複受診行動が続いている対象者については、レセプト確認を継続し、医療機関との連携及び保健指導の計画を慎重に進めていくこととしている。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

地域の医師会を通じ医療機関に協力を求めた上で、患者と医療機関双方へ通知を同時発送することで、全国的な社会問題となっている向精神薬の乱用を防ぐことができる。

令和5年4月時点人口

49,780 人

うち65歳以上高齢者人口

12,201 人(24.5 %)

国保被保険者数

10,101 人

■ 事業目的

本市において医療費に占める割合が高く、かつ要支援、要介護状態へ繋がりがやすい「骨折」を防ぎ、医療費の適正化を図ることで、国民健康保険の健全な運営と、住民の健康寿命延伸、保健事業・介護予防事業一体的実施の円滑化を図る。

■ 事業内容

①骨粗鬆症検診受診勧奨

対象者：骨粗鬆症検診対象者(40～70歳の女性、節目年齢)のうち、電話番号を把握している者

方 法：電話による検診受診勧奨を行う。

②骨粗鬆症検診で「要指導」となった者への生活習慣改善等の保健指導実施

対象者：骨粗鬆症検診を受診した者のうち、YAM(%)80～90%未満の者又は90%以上で危険因子(家族歴、過去の骨折歴等)を有する者

方 法：骨粗鬆症に関する資料を送付した後、電話または対面で骨粗鬆症予防のための生活習慣改善、定期的な検診受診の必要性についての保健指導を行う。

※骨粗鬆症検診に係る経費は計上なし。

③骨粗鬆症検診で「要精密」となった者への医療機関での精密検査受診勧奨

対象者：骨粗鬆症検診を受診した者のうち、YAM(%)80%未満の者で、骨粗鬆症の治療中でない者

方 法：紹介状を発行し、原則訪問により骨粗鬆症のメカニズム、精密検査受診勧奨等の保健指導を行う。

※骨粗鬆症検診に係る経費は計上なし。

④骨粗鬆症治療中断者への治療再開への保健指導

対象者：レセプトにより、骨粗鬆症の診断があり、治療を中断している可能性がある者

方 法：封書、電話、訪問等により治療再開に向けた保健指導を実施する。

⑤次年度事業に向けた会議

骨折予防を国保と後期で切れ目なく行っていくための方法について協議した。



■ 先進的なポイント

医療費が高額になりやすく、生活機能やQOLの悪化に繋がる骨折予防の取組が必要であると考え、中でも骨折の原因となる「骨粗鬆症」に着目し、骨粗鬆症の早期発見・治療を促す取り組みを行い、取組の評価・対象者の分析を行うことで、骨折を起こしやすい対象者への効果的な取り組み内容、一体的実施事業との連携方法を検討する。

■ 結果及び効果

①骨粗検診受診勧奨

対象者数 (A)	実施者 (B)	実施率 B/A
397名	397名	100.0%

②骨粗検診「要指導」者への保健指導

対象者数 (A)	実施者 (B)	実施率 B/A
38名	27名	71.1%

③骨粗検診「要精密」者への保健指導

対象者数 (A)	実施者 (B)	実施率 B/A
51名	33名	64.7%

④医療機関再受診状況

対象者数 (A)	再受診者 (B)	再受診率 B/A
15名	3名	20.0%

〈考察〉

・骨粗鬆症治療中断者の医療機関再受診率は20%と目標値(20%以上)には到達している。
・保健指導を実施した者のうち3名が医療機関に再受診しており、骨折予防による医療費抑制効果はあったと考えられる。
・対象者に保健指導を行うなかで治療中断理由の聞き取りを行い、医療機関と共有した。このことで今後の治療中断者の防止に効果があったと考えられる。
・医療機関受診につながっていない理由として、自覚症状がなく受診の必要性を感じていない、経済面の負担がある等があり、治療再開に向けて継続した関わりが必要であることがわかった。後期高齢者に移行した後も引き続き、支援をしていくことで中断予防に効果があるのではないかと考える。



〈今後の展望〉

・検診受診後の要精密の者への保健指導、治療中断予防は引き続き行うとともに、後期高齢者に移行するタイミングで整形外科等の医療機関受診の状況について聞き、指導を実施することで、国保と後期の切れ目ないフォロー体制で支援を実施していく予定。

■ 他の自治体が参考にできるポイント

- ・骨粗鬆症の治療中断理由を聞き取り、医療機関と共有することにより医療側からも中断予防のアプローチができること
- ・1次予防から3次予防まで幅広く取り組み評価することで改善点が把握しやすいこと



令和5年4月時点人口

729,058 人

うち65歳以上高齢者人口

179,559 人(27.1 %)

国保被保険者数

140,672 人

■ 事業目的

レセプト分析を行い、服薬に課題のある対象者を抽出し、通知や電話により医師や薬局への服薬相談を促すことで、薬剤による健康被害の減少・残薬の解消(=医療費適正化)を図り、被保険者の健康づくりを支援する。

■ 事業内容

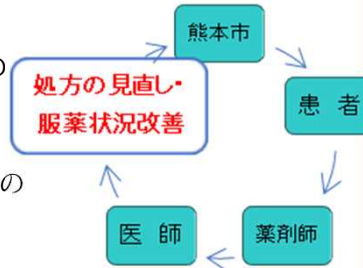
対象者抽出

1 レセプトデータ(医科・調剤)より、服薬状況に課題のある(重複や多剤投与など)対象者抽出

2 現状の服薬状況、服薬のリスク等を記載した通知の発送、電話による勧奨を実施

3 被保険者が通知をもって薬剤師・医師へ相談し、適宜服薬指導を行う

4 今回の通知対象のうち過年度の薬に関するアンケートより、医療機関への情報提供について同意があった方の服薬状況を医療機関へ提供し服薬相談に活用してもらう



■ 先進的なポイント

医師会、薬剤師会と連携による相談・処方の見直しまで関係機関との体制構築

■ 結果及び効果

評価指標		目標値	結果	達成率(%)
ストラクチャー	医師会や薬剤師会との打ち合わせ	2回	2回	100 %
プロセス	事業対象者の選定について分析	1回	1回	100 %
アウトプット	勧奨通知発送数	1,500通	2,246通	149 %
アウトカム	服薬状況の改善率(勧奨対象者)	50%	62%	124 %

○電話勧奨数 884人(電話保有数 1,685人) 架電率 52%

電話勧奨者の服薬状況改善率66%

○医療機関への情報提供 156名

情報提供者の服薬状況改善率71%

○介入前後医薬品額 2,433円/月減少

お薬相談通知書

このお薬相談通知書は、提供された情報に基づき、お薬の服用方法や副作用についてお知らせいたします。お薬の服用方法や副作用について詳しくは、お薬の添付文書をご覧ください。

お薬の服用方法や副作用について詳しくは、お薬の添付文書をご覧ください。

お薬の服用方法や副作用について詳しくは、お薬の添付文書をご覧ください。

氏名	住所	年齢	性別	相談内容	相談結果
1	熊本市A区	75歳	男性	高血圧薬の服用方法について	服用方法を指導し、血圧が安定した。
2	熊本市B区	68歳	女性	糖尿病薬の服用方法について	服用方法を指導し、血糖値が安定した。
3	熊本市C区	72歳	男性	心臓薬の服用方法について	服用方法を指導し、心臓機能が安定した。
4	熊本市D区	70歳	女性	関節痛薬の服用方法について	服用方法を指導し、関節痛が軽減した。
5	熊本市E区	73歳	男性	アレルギー薬の服用方法について	服用方法を指導し、アレルギー症状が軽減した。
6	熊本市F区	71歳	女性	呼吸器薬の服用方法について	服用方法を指導し、呼吸器機能が安定した。
7	熊本市G区	74歳	男性	消化器薬の服用方法について	服用方法を指導し、消化器機能が安定した。
8	熊本市H区	76歳	女性	泌尿器薬の服用方法について	服用方法を指導し、泌尿器機能が安定した。
9	熊本市I区	77歳	男性	神経系薬の服用方法について	服用方法を指導し、神経系機能が安定した。
10	熊本市J区	78歳	女性	内分泌薬の服用方法について	服用方法を指導し、内分泌機能が安定した。
11	熊本市K区	79歳	男性	免疫系薬の服用方法について	服用方法を指導し、免疫機能が安定した。
12	熊本市L区	80歳	女性	循環器薬の服用方法について	服用方法を指導し、循環器機能が安定した。
13	熊本市M区	81歳	男性	運動系薬の服用方法について	服用方法を指導し、運動機能が安定した。
14	熊本市N区	82歳	女性	感覚系薬の服用方法について	服用方法を指導し、感覚機能が安定した。
15	熊本市O区	83歳	男性	生殖系薬の服用方法について	服用方法を指導し、生殖機能が安定した。
16	熊本市P区	84歳	女性	代謝系薬の服用方法について	服用方法を指導し、代謝機能が安定した。
17	熊本市Q区	85歳	男性	排泄系薬の服用方法について	服用方法を指導し、排泄機能が安定した。
18	熊本市R区	86歳	女性	運動系薬の服用方法について	服用方法を指導し、運動機能が安定した。
19	熊本市S区	87歳	男性	感覚系薬の服用方法について	服用方法を指導し、感覚機能が安定した。
20	熊本市T区	88歳	女性	生殖系薬の服用方法について	服用方法を指導し、生殖機能が安定した。
21	熊本市U区	89歳	男性	代謝系薬の服用方法について	服用方法を指導し、代謝機能が安定した。
22	熊本市V区	90歳	女性	排泄系薬の服用方法について	服用方法を指導し、排泄機能が安定した。
23	熊本市W区	91歳	男性	運動系薬の服用方法について	服用方法を指導し、運動機能が安定した。
24	熊本市X区	92歳	女性	感覚系薬の服用方法について	服用方法を指導し、感覚機能が安定した。
25	熊本市Y区	93歳	男性	生殖系薬の服用方法について	服用方法を指導し、生殖機能が安定した。
26	熊本市Z区	94歳	女性	代謝系薬の服用方法について	服用方法を指導し、代謝機能が安定した。
27	熊本市AA区	95歳	男性	排泄系薬の服用方法について	服用方法を指導し、排泄機能が安定した。
28	熊本市AB区	96歳	女性	運動系薬の服用方法について	服用方法を指導し、運動機能が安定した。
29	熊本市AC区	97歳	男性	感覚系薬の服用方法について	服用方法を指導し、感覚機能が安定した。
30	熊本市AD区	98歳	女性	生殖系薬の服用方法について	服用方法を指導し、生殖機能が安定した。
31	熊本市AE区	99歳	男性	代謝系薬の服用方法について	服用方法を指導し、代謝機能が安定した。
32	熊本市AF区	100歳	女性	排泄系薬の服用方法について	服用方法を指導し、排泄機能が安定した。

【通知対象者条件】

- ◎重複服薬:3か月に2回以上、1か月の間に同一の薬効の医薬品が複数の医療機関で処方されている
- ◎多剤投与:3か月に2回以上、1か月の間に医薬品が12種類以上処方されている
- ◎併用禁忌:医療機関で処方された医薬品に併用禁忌となる組み合わせがある

【除外条件】

- がんおよび難病の疑いがある(医科レセプト「傷病名」にて除外)
- 1医療機関にて多剤、併用禁忌の処方がある
- 重複服薬の処方日数の合計が8日未満
- 医薬品の種類が「注射」あるいは医薬品の処方目的が手術・処置・麻酔・検査等と記入されている
- 10歳未満の対象者

■ 他の自治体が参考にできるポイント

通知に加え、電話勧奨や医療機関と連携することでさらなる効果が期待できる。

〈対象者への通知物〉

(お薬相談通知書)

(重複服薬者向け)

(多剤・併用禁忌向け)

お薬相談通知書

このお薬相談通知書は、服用されている薬について、かかりつけの薬剤師や医師に相談していただきたい方にお送りしています。複数の医療機関から処方されていることにより、服用されている薬の中に、「同じ薬効・成分の薬」、「飲み合わせに注意が必要な薬」が処方されていると考えられます。

薬の副作用を避けるために、同封のリーフレットをお読みいただき、この通知書とお薬手帳を持って、薬局や病院へ行きましょう。

あなたに処方された医薬品の件数／種類は次のとおりです(4～6月の医療費請求データより)

No	医療機関/薬局名	医薬品名	薬効名	剤形	数量	単位	処方日数	処方回数	処方回数	処方回数
1	医療機関/薬局A	アムロジピンカルシウム錠	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/10	1	1	1	1	1
2	医療機関/薬局A	ヒルディソフト軟膏1%	皮膚薬	軟膏	4/8	1	1	1	1	1
3	医療機関/薬局A	ネリジウム(ネリジウム錠)	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/8	1	1	1	1	1
4	医療機関/薬局A	マイザン(マイザン錠)	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/8	1	1	1	1	1
5	医療機関/薬局A	ジルビザム錠10mg	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/10	1	1	1	1	1
6	医療機関/薬局B	ヘパリン類似物質外用スプレー1%	皮膚薬	スプレー	4/4	1	1	1	1	1
7	医療機関/薬局C	モーラステール錠40mg	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/11	1	1	1	1	1
8	医療機関/薬局C	カロナール錠500mg	解熱・鎮痛剤	錠	4/11	1	1	1	1	1
9	医療機関/薬局C	パルミン錠1%	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/20	1	1	1	1	1
10	医療機関/薬局C	ロキソニン錠1%	解熱・鎮痛剤	錠	4/20	1	1	1	1	1
11	医療機関/薬局A	セロニル錠	その他の降圧・降脂剤	錠	4/10	1	1	1	1	1
12	医療機関/薬局A	タムラキ非ステロイド系消炎剤(外用)	皮膚薬	外用剤	4/10	1	1	1	1	1
13	医療機関/薬局A	ユリフロン錠4mg	その他の降圧・降脂剤	錠	4/10	1	1	1	1	1
14	医療機関/薬局B	プラビタン錠10mg	ビタミン剤	錠	4/4	1	1	1	1	1
15	医療機関/薬局B	アズレンゲル錠	皮膚薬	錠	4/4	1	1	1	1	1
16	医療機関/薬局B	アズレンゲル錠	皮膚薬	錠	4/4	1	1	1	1	1
17	医療機関/薬局B	アズレンゲル錠	皮膚薬	錠	4/4	1	1	1	1	1
18	医療機関/薬局B	アズレンゲル錠	皮膚薬	錠	4/4	1	1	1	1	1
19	医療機関/薬局C	エトゾリン錠10mg	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/8	1	1	1	1	1
20	医療機関/薬局C	アムロジピンカルシウム錠	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/8	1	1	1	1	1
21	医療機関/薬局C	タゾロジン錠10mg	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/8	1	1	1	1	1
22	医療機関/薬局C	ボラゾール錠	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/11	1	1	1	1	1
23	医療機関/薬局C	アムロジピンカルシウム錠	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/20	1	1	1	1	1
24	医療機関/薬局C	アムロジピンカルシウム錠	降圧・鎮痛・収縮・降脂剤	錠	4/20	1	1	1	1	1
25	医療機関/薬局C	ロキソニン錠1%	解熱・鎮痛剤	錠	4/20	1	1	1	1	1

処方されている上記の医薬品名・剤形・数量等は、裏面をご覧ください。

こんなことにお困りではないですか？

☒ 薬の飲み過ぎが心配 ☒ 飲んでいるお薬の理由が不明 ☒ できれば薬を減らしたい

今回の通知は、薬の服用によるあなたの健康への影響を心配してお送りしています。

事例1 複数の病院からそれぞれ2～3種類の薬を処方されている

腰痛治療のために3箇所の病院に行き、それぞれの病院で胃薬を処方され、結果として胃薬を適正量の3倍服用していた。

事例2 同じ病気で複数の医療機関を受診している

なるべく、複数の医療機関を受診することを控え、今受けている治療に不安などがある場合、まずはかかりつけ医にその旨を伝えましょう。

事例3 多くの薬を処方されている

多剤服用のリスク 多数のお薬を服用していると健康に影響が出ることがあります。一般的に6種類以上の薬を服用すると、健康へのリスクが高まる。

このようなお薬のお悩みは、かかりつけ医やお近くの薬局・薬剤師にご相談ください。

薬が増えると副作用が起こりやすくなります。



裏面をご覧ください

こんなことにお困りではないですか？

☒ 薬の飲み過ぎが心配 ☒ 飲んでいるお薬の理由が不明 ☒ できれば薬を減らしたい

今回の通知は、薬の服用によるあなたの健康への影響を心配してお送りしています。

事例1 飲み合わせに注意が必要な薬が処方されている

複数の医療機関を受診しているにも関わらず、お薬手帳をきちんと提出しないと、結果として飲み合わせに注意が必要な薬が処方されることがあります。

事例2 多くの薬を処方されている

多剤服用のリスク 多数のお薬を服用していると健康に影響が出ることがあります。一般的に6種類以上の薬を服用すると、健康へのリスクが高まる。

このようなお薬のお悩みは、かかりつけ医やお近くの薬局・薬剤師にご相談ください。

「処方カスケード」って聞いたことがありますか？



薬が増えると副作用が起こりやすくなります。



裏面をご覧ください

令和5年4月時点人口

14,435 人

うち65歳以上高齢者人口

5,658 人(39.2 %)

国保被保険者数

3,503 人

■ 事業目的

町の受診状況や医療費では高血圧や高血糖、高脂血症などの生活習慣病や重症化して発症する虚血性心疾患や脳血管疾患が多い。生活習慣病や関節疾患などを持つ人も運動を行うことで身体データや痛み等を改善できるよう、個人の状態に合わせた運動習慣化をすすめる。

■ 事業内容

広報紙やHP等および連携医療機関から運動教室参加者を募集。住民健診時に運動教室募集チラシ配布し、重症化予防対象者等の保健指導対象者に運動教室募集の案内文書発送。

集団健診健診結果説明会参加者で個別に運動教室参加を勧奨し運動教室無料体験会を開催。特に国保・後期高齢者に対し事業を周知した。

9月から新規参加者が教室参加開始した際に継続参加者の自主教室およびフォローアップ教室を増設。教室卒業後も継続して運動する体制を整備。

教室参加者はICT機器である活動量計を身に着け、体力測定結果に応じた個別処方型運動プログラムに従い、週1回の教室で健康運動指導士から運動指導を受け、自宅で週5回の筋トレおよび毎日目標歩数まで歩数を増やす取り組みを実施。参加者は自分のスマホアプリで歩数や測定データなどを管理。3か月後、9か月後の体力測定結果に応じてプログラムを変更し、1年間教室に通い運動を習慣化する。11月に国保、特定保健指導対象者等へ勧奨声掛けを行い運動教室参加者を追加募集し現在も実施中。

その他の取り組みとして、40・50代男性チャレンジ運動教室を国保の該当者に個別通知し、10月から2か月間の短期教室実施。若い世代へのアプローチとして、20歳から39歳を対象とした若々かもん健診受診者へチラシ配布及び町内回覧板にて20・30代短期運動教室を募集し、12月から3か月間の20・30代短期運動教室を開催。10月の健幸フェアにおいて親子ふれあい運動遊びと体組成・体力測定も実施した。

インフルエンサーとなる人材育成として、スポーツ推進員向け体験会を開催。

国保運営協議会、実行委員会、町内医療連携会議において事業の報告・協議を行い、事業評価及び次年度以降の事業方針検討を行った。



■ 先進的なポイント

医療機関と連携し、主治医が生活習慣病や関節疾患等で治療中の方で運動が有効と思われる方に教室参加を勧奨し継続的にかかわる体制を構築。ICT機器を使い歩数・血圧・体重・体組成データ等を個別に管理でき、対象者もデータを視覚的に把握できるため、保健指導等の介入ができる。

■ 結果及び効果

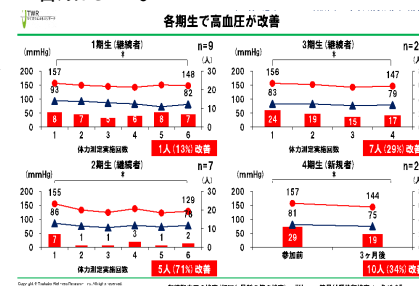
・新規運動教室参加者は66人。国保の保健指導対象者等へ積極的に参加勧奨し、自主教室、フォローアップ教室等も含めた参加者250人のうち、国保・後期の方が185人(74.0%)。特に40代、50代の若い年代に対し、健診結果説明会等で積極的に勧奨を行ったことで、若い参加者が増加した。

・教室参加者は、体力年齢や血圧、体重、体脂肪率の低下などがみられており、保健指導対象者等に効果的な取り組みとなっている。

・参加者の最高齢は89歳で、歩数を増やし有酸素運動を行うことに合わせ筋トレも実施することで筋肉量の増加がみられており、介護予防にもつながっている。

・参加前後のアンケートより、身体面の改善だけでなく精神的健康度も改善しており、教室以外での参加者同士の交流も増えてきていることから地域の健康づくりコミュニティとしての役割も果たしている。

・教室参加者には、地域で健康情報のインフルエンサーとしての役割も担ってもらうが、自ら健康情報をとって自分の健康づくりに活かしていると回答した人が事業参加後は16.9ポイント増加しており、ヘルスリテラシーが向上した。



■ 他の自治体が参考にできるポイント

若いうちから運動を実施できる体制を整備し、医療機関とも連携することで、運動習慣が必要な方の情報を共有し、保健指導対象者の行動変容や改善につなげることができる。

令和5年4月時点人口

315,421 人

うち65歳以上高齢者人口

77,172 人(24.5 %)

国保被保険者数

74,232 人

■ 事業目的

沖縄県の65歳未満の死亡率は全国ワーストであり、その原因となる脳・心血管疾患、糖尿病等の合併症及び重症化予防を目的に、受療行動・生活習慣の改善が自分で継続的に行われるよう医療機関等と連携した支援を行い、医療費の適正化と健康寿命の延伸を図る。

■ 先進的なポイント

市町村の特性を活かした訪問等による継続支援で、生活状況を把握した実践可能な保健指導を行う。また、スタッフや対象者が専門医から直接助言を受ける場を設けたり、病診連携による2人主治医制のシステムを活用し、適切な医療に繋げる取り組みを行っている。

■ 事業内容

健診結果及び病態の理解の支援、適正治療への支援、生活習慣(食事、運動、飲酒等)の改善に向けた支援を行う。

糖尿病専門医と連携し、未治療者や治療中断者、困難事例等について偶数月に事例検討を行い、助言を受けながら早期受診、継続治療に向けた支援を行う。

特に、CKD対策の強化を図り、保健指導対象者のうち、eGFR60未満の方には市独自の「CKD安心カード」を配布し、自身の腎臓の健康状態を把握してもらい、生活習慣改善を意識し、今後の検査値(eGFR等)の経過確認するように指導を行っている。また、かかりつけ医と腎臓診療医の二人主治医制のCKD病診連携システムの活用や、CKD患者のお薬手帳に市独自の「CKDシール」を貼ることで、多職種(医師、看護師、薬剤師等)が把握・連携し、CKD患者の腎臓を守る取組も行っている。

3月は「CKD講演会」の開催や「なは健康フェア」でCKDパネル展を開催し、多くの市民へCKDの正しい知識の普及・啓発を行った。

【CKD安心カード】



【CKDシール】



【CKD講演会の様子】



【なは健康フェアの様子】



■ 結果及び効果

保健指導対象者859人中、858人(99.9%)に対し、面談、電話、文書による保健指導を行った。令和4年度に保健指導を受けた未治療者のその後の健診結果について、154人中109人(70.8%)の方に改善が見られた(血圧75.8%改善、HbA1c62.5%改善、LDLコレステロール74.1%改善、腎機能64.2%改善)。未治療者における保健指導後の受療率については、対象者256人に対して受療者74人(28.9%)である。健診結果の改善率の実績より、保健指導を行う事で自身の体の状態を把握し、生活習慣の改善を行い、その後の健診結果が良くなるという生活習慣病の発症・重症化予防につながったと評価できる。

令和4年度の国保総医療費に占める慢性腎不全(透析有)の割合は6.20%であり、平成30年度の7.07%と比べ0.87ポイント減少している(別紙の1)。さらに、人工透析患者数においても、令和4年度は429人であり、平成30年度の461人より32人減少している。(別紙の2)

しかし、第2期データヘルス計画の目標でもある「糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少」を目指し、継続的にCKD対策を実施してきたが、糖尿病性腎症における透析導入患者数は令和4年度は21人と前年度より増加している。(別紙の3)

そこで、令和5年度はCKD対策を強化し、CKD安心カードを配布する対象者を選定(eGFR60未満)し保健指導の場でしっかり説明・配布を行い、医師・看護師・薬剤師等の医療関係者にCKD対策の取組を把握してもらうため、那覇市医師会と連携し、医療機関225カ所にチラシを送付し周知した。さらに、令和5年度は企業と包括連携協定を締結し、これからは官民一体となり生活習慣病重症化予防(CKD対策)に取り組むことができる。



■ 他の自治体が参考にできるポイント

CKD安心カードやシールを活用することで、対象者や医療関係者が検査値を把握することができ、腎機能の維持・改善に取り組むことができる。

スタッフや対象者が糖尿病専門医へ直接面談できる場を設ける事により、継続治療の必要性や最新の治療法などのアドバイスを受けることができる。

地域のかかりつけ医と腎臓診療医が連携する仕組み「CKD病診連携システム」により、スタッフが対象者へCKDに関する説明がしやすく、CKD患者は腎機能が改善・維持する適正な治療を受けることができる。

1 医療費の状況

			那覇市		同規模※	県	国
			平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費（円）			255億9634万円	252億1842万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計（円）			30億1624万円	26億8905万円	--	--	--
			11.78%	10.66%	8.39%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.20%	2.58%	2.05%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.20%	1.60%	1.45%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	7.07%	6.20%	4.59%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.32%	0.28%	0.30%	0.27%	0.29%
その 他の 疾患	悪性新生物		10.24%	12.57%	16.43%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.75%	7.85%	8.56%	7.73%	8.68%
	精神疾患		12.77%	11.05%	7.85%	10.14%	7.63%

※同規模とは、中核市・特別区を指します(85市・区)

出典:KDBシステム(健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)

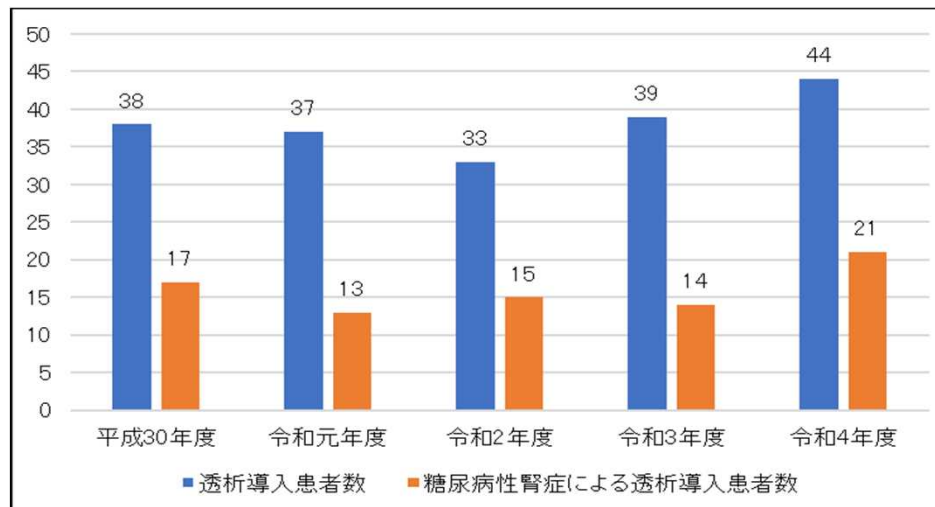
2 中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析)の治療者の状況

別紙

年齢区分		被保険者数		疾患別	中長期目標の疾患					
					脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
		平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度
治療者(人) 0～74歳	A	81,916	74,814	a	5,276	5,335	4,512	4,153	461	442
				a/A	6.4%	7.1%	5.5%	5.6%	0.6%	0.6%
40歳以上	B	52,725	49,915	b	5,176	5,248	4,424	4,063	461	429
	B/A	64.4%	66.7%	b/B	9.8%	10.5%	8.4%	8.1%	0.9%	0.9%
再掲	40～64歳	D	29,972	d	1,608	1,455	1,395	1,161	204	177
		D/A	36.6%	d/D	5.4%	5.5%	4.7%	4.4%	0.7%	0.7%
	65～74歳	C	22,753	c	3,568	3,793	3,029	2,902	257	252
		C/A	27.8%	c/C	15.7%	16.2%	13.3%	12.4%	1.1%	1.1%

出典・参照:KDBシステム改変
 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

3 国保の糖尿病性腎症における透析導入患者(人)の推移



※糖尿病と診断がある者を糖尿病性腎症としている。
 出典・参照:KDBシステム改変