鹿角市国民健康保険
第３期データヘルス計画及び第４期特定健康診査等実施計画
（令和６年度～令和１１年度）
【概要版】

１　計画策定の趣旨

「第２期鹿角市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第３期鹿角市特定健康診査等実施計画」の計画期間が終了したことから、引き続き、より効率的かつ効果的な保健事業を実施するため、新たな期間（６か年度）の計画を一体的に策定するものです。

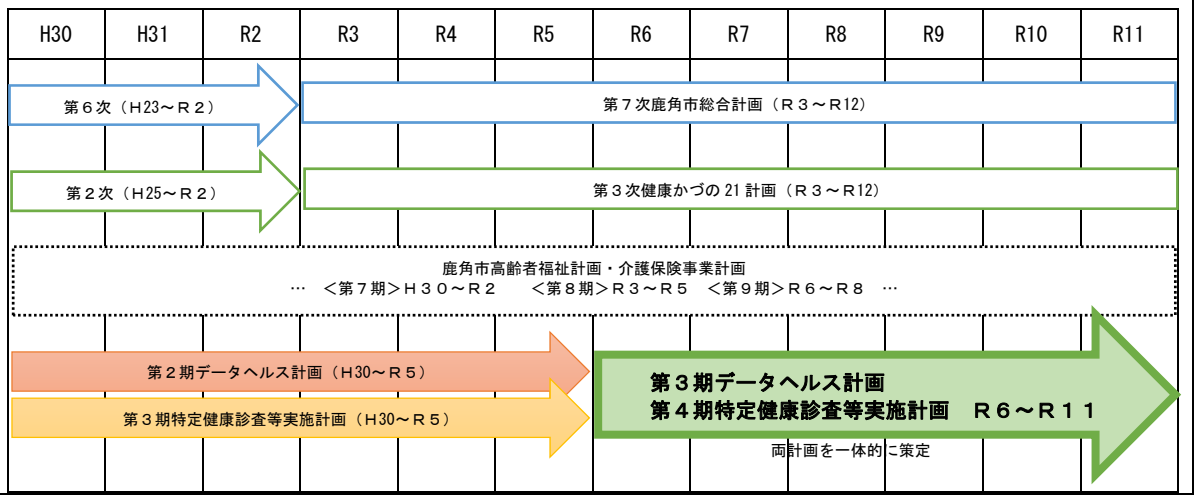
◆計画の位置づけ

計画名	計画の内容	
データヘルス計画	根拠法令等	国民健康保険法第８２条 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針
	レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をＰＤＣＡサイクルで実施するための事業計画。計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。	
特定健康診査等実施計画	根拠法令等	高齢者の医療の確保に関する法律第１９条 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針
	医療保険者は、４０歳以上の被保険者を対象に、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するための特定健康診査・特定保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。特定健診・特定保健指導の実施内容・方法を定めるもの。	

◆計画の期間

国、県の関連計画等との整合性を踏まえ、令和６年度から令和１１年度までの６年間とします。

国　・国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な指針（厚生労働省告示）
　「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本２１（第三次））　Ｒ６～Ｒ１７（R11 に中間評価）
県　・医療費適正化計画「第４期秋田県医療費適正化計画」　Ｒ６～Ｒ１１
　・医療計画等「第８次秋田県医療保険福祉計画」　Ｒ６～Ｒ１１
　・健康増進計画「第３期健康秋田２１計画」　Ｒ６～Ｒ１７
市

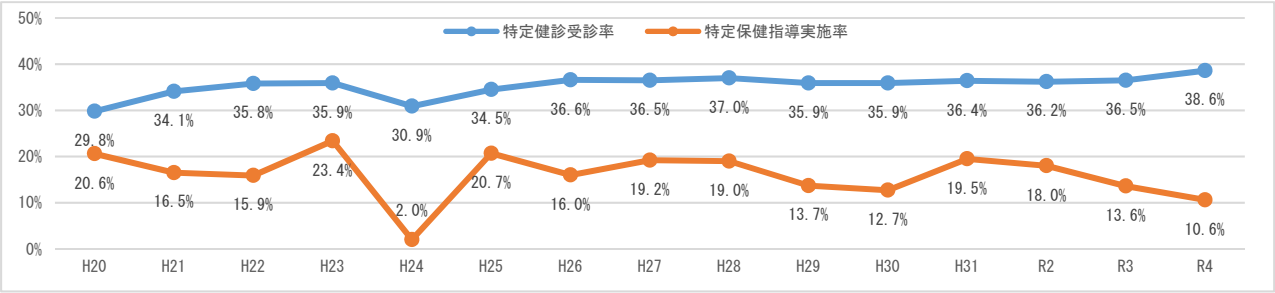


２　鹿角市国保の健康課題

（１）特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診の受診率は 38%まで増加したものの、国が求める目標 60%の達成には至っていません。特定保健指導の実施率も低調な結果で、目標の 60%を大幅に下回っています。特定健診の受診率向上を図り、必要な人に対する特定保健指導の実施率を上げ、生活習慣病を予防する必要があります。

図表１：特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移



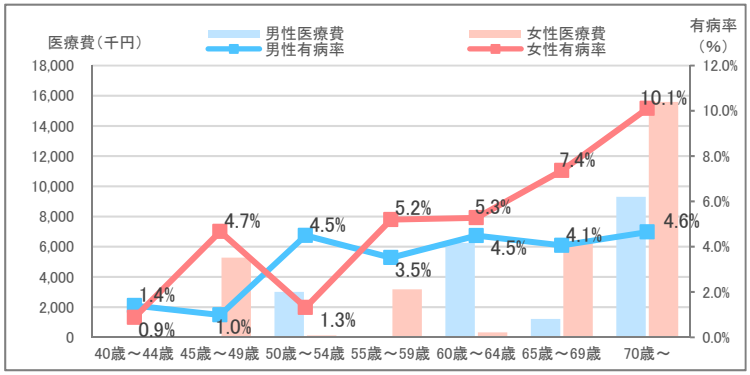
（２）被保険者の健康意識

令和４年度の医療費をみると、高血圧症や不整脈、脳梗塞など「循環器系の疾患」が最も高く、「筋骨格系及び結合組織の疾患」も高い状況にあります。循環器系の疾患は、脳卒中などの死亡原因でもあり、また筋骨格系疾病は男性よりも女性、高齢になるほど高くなっております。身体的フレイルに陥ることにより関節障害や寝たきりなど、歩行能力やＡＤＬ（日常生活動作※）の低下が懸念されることから、健康の保持増進に係る意識啓蒙を図り、食生活や運動習慣の行動変容につなげる必要があります。

図表３：細小分類による医療費上位 10 疾病

順位	細小分類別疾患	割合
1	糖尿病	6.2%
2	高血圧症	4.8%
3	慢性腎臓病（透析あり）	4.6%
4	総合失調症	4.3%
5	関節疾患	3.9%
6	不整脈	3.4%
7	脳梗塞	2.5%
8	骨折	2.5%
9	脂質異常症	2.3%
10	うつ病	2.0%

図表４：男女年齢別骨折の医療費及び有病率



※日常生活動作（ＡＤＬ）：日常生活における基本的な「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作を指す。

（３）生活習慣病の早期発見・早期治療

令和４年度の医療費をみると、生活習慣病に関係する疾病が多く占めている一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在します。健診異常値を放置することで生活習慣病発症リスクが高まり、医療費の増や日常生活に大きな影響を与える視覚障害、心筋梗塞などの循環器系の疾病や、人工透析を導入する可能性が高くなります。

図表５：健診異常値放置者数

条件設定により対象となった候補者数		232 人
除外	がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析	57 人
除外患者を除いた候補者数		175 人

図表６：生活習慣病治療中断者数

条件設定により対象となった候補者数		18 人
除外	がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析	1 人
除外患者を除いた候補者数		17 人

図表７：年度別透析患者数及び医療費

年度	透析患者数	透析医療費	患者一人当たりの透析医療費
H30	28 人	171,610,470 円	6,128,945 円
R1	33 人	172,792,120 円	5,236,125 円
R2	29 人	175,163,620 円	6,040,125 円
R3	23 人	140,348,070 円	6,102,090 円
R4	31 人	141,977,350 円	4,579,915 円

（４）重複・頻回受診者、重複服薬者

重複・頻回受診者、重複服薬者が多数存在し、それらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要です。

	12 か月間の延べ人数	12 か月間の実人数
重複受診者	15 人	8 人
頻回受診者	27 人	15 人
重複服薬者	150 人	88 人

重複受診者：1 か月間に同系の疾病を理由に、3 医療機関以上受診している人
頻回受診者：1 か月間に同一医療機関に 12 回以上受診している人
重複服薬者：1 か月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が 60 日を超える人

（５）薬剤併用禁忌

飲み合わせの悪い薬の併用は、効果の増強または減弱、副作用などを生じさせ、時に患者に重大な影響を与える可能性があります。通常、薬剤師がお薬手帳等で薬剤の相互作用等を確認しますが、患者がお薬手帳を持たず、さらに処方箋発行医療機関と処方する調剤薬局も異なる場合、すでに処方された薬と新たに処方される薬とで併用禁忌の状態になる可能性があります。

	12 か月間の延べ人数	12 か月間の実人数
薬剤併用禁忌対象者	107 人	57 人

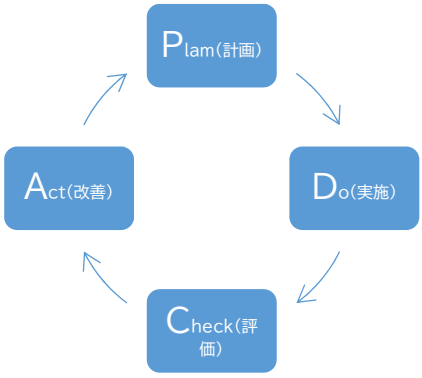
３　これからの保健事業

鹿角市では、最上位計画である「第７次鹿角市総合計画」の基本戦略のひとつとして「元気で健やかな暮らしを支える」を掲げ、自らが定期的な健（検）診の受診とともに食・運動・社会参加による心身の健康づくりを心がけ、乳幼児期から高齢期まで生涯を通じて元気で健康に暮らすことのできるまちづくりを推進することとしています。

本計画では、次の４つの目標を掲げ、保健事業を実施します。

① 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上
② 被保険者の健康意識の向上
③ 生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防
④ 医療費適正化と適正受診・適正服薬

また、保健事業の実施にあたっては、ＰＤＣＡサイクルのプロセスに沿って毎年度評価を行うとともに、中間期間等計画期間の途中で、進捗状況・中間評価を行い、必要に応じて実施体制・目標値等の見直しを図ります。



特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

特定健診の受診率向上を図り、必要な人に対する特定保健指導の実施率を上げ、生活習慣を予防します。

評価指標	計画策定時（R4）	最終目標（R11）
特定健診受診率	38.6%	45.0%
特定保健指導実施率	10.6%	20.0%

①特定健診未受診者に対しレセプトや過去の健診受診歴などを分析し、個人の特性に合った効果的な受診勧奨を実施します。
②継続受診への意識向上・維持につなげるため、前年度の健診結果を分析した個別の健康指標通知を実施します。
③若年者（19-39 歳）健診を実施し、健診結果不良者に保健指導を行い、生活習慣病の早期発見及び早期治療につなげます
④特定保健指導においては、ＩＣＴの活用や、集団健診会場での分割実施など、対象者が実施しやすい環境整備を導入します。

被保険者の健康意識の向上

被保険者一人ひとりが自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会・情報の提供、健康づくりをサポートします。

評価指標	計画策定時（R4）	最終目標（R11）
運動習慣のない者の割合	男性：63.3% 女性：70.3%	男性：50.0% 女性：58.0%
血圧が保健指導判定値を超える者の割合	66.4%	50.0%

①健康づくりの意識や環境、気運を醸成するため、生活習慣改善に向けたセミナーを開催するほか、「（仮称）こくほ健康ポイント事業」の実施を検討します。
②筋骨格系疾病対策として、骨密度測定会や健康運動教室を開催します。
③減塩意識普及啓発のため、ナトカリ測定会を開催するとともに、食生活改善推進員と連携しイベント等で減塩レシピを広く周知します。
④野菜摂取推進（ベジアップ）のためイベント等で野菜摂取量を測定し、野菜不足の改善を促します。
⑤血圧測定習慣化のため、市民センター等に配置している血圧計の活用を図っていきます。

生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防

レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な治療や生活習慣の改善等の受診行動を促します。

評価指標	計画策定時（R4）	最終目標（R11）
特定健診で受診勧奨を受けた者の医療機関受診率	55.9%	65.0%
被保険者に占める糖尿病患者の割合	12.5%	9.5%

①生活習慣病予備軍（ミドルリスク層）を対象とした受診勧奨通知を送付し、医療機関への受診を促します。
②血糖値、HbA1c 値が高く糖尿病の疑いがあるが未受診の方や、糖尿病の治療を中断している方へ案内通知や訪問等により受診を促します。
③糖尿病や糖尿病性腎症で通院している方のうち、重症化リスクがある方に対して、専門職が生活習慣改善に向けた支援を行います。

医療費適正化と適正受診・適正服薬

お薬手帳の利用促進、服薬情報通知や後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図ります。

評価指標	計画策定時（R4）	最終目標（R11）
重複・頻回受診の状況	2 人	1 人
多剤投与の状況	779 人	600 人
後発医薬品使用割合	86.8%	90.0%

①医師会や薬剤師会と連携し、多剤服薬や重複服薬など服薬に課題がある方を対象に、一定期間の服薬状況とかかりつけ医師やかかりつけ薬局への相談を勧奨する通知文書を送付します。
②ジェネリック医薬品差額通知を送付し、利用促進を行います。