

## 第4章 第3期計画の目標と今後の取組

### 1 目標の設定

第3期計画における目標は、第2期計画の評価や国や県が示す共通の評価指標を踏まえ、次のとおり設定します。

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

第2期計画の評価結果を踏まえ、医療費が高額となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の総医療費に占める割合を最終年度には減少させることを目標とします。

##### ②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の発症を予防するため、共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ等を減少させることを目標とします。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることを目指します。

#### (2) 目標値の設定

第3期計画の評価指標と目標値は次のとおりです。

図表 37 目標管理一覧表

評価指標		基準値 (R5)	最終 (R11)	(参考) 国◎ 県★
		評価対象年度 R4	R10	
中長期 目標	①脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.86%	1.86%以下	
	(参考) 同規模	2.08%		
	②虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.11%	1.11%以下	
	(参考) 同規模	1.42%		
中長期 目標	③慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合の減少	7.42%	7.42%以下	
	(参考) 同規模	4.16%		
	④新規人工透析者数	12人	12人以下	
	① II度高血圧(160/100)以上の割合	4.6%	4.6%以下	
短期 目標	② 高血糖者（HbA1c6.5%以上）の割合	8.3%	8.3%以下	★
	③ 高血糖者（HbA1c8.0%以上）の割合	1.1%	1.1%以下	◎★
	④ 高コレステロール者（LDL-C180mg/dl以上）の割合	3.0%	3.0%以下	
	⑤ 尿蛋白（+）以上者の割合	8.3%	8.3%以下	★
	⑥ メタボリックシンドローム該当者の割合	20.6%	20.6%以下	
	⑦ 特定保健指導対象者の減少率	18.9%	19.0%以上	◎★
	⑧ 特定健診受診率	37.0%	50.0%	◎★
	⑨ 特定保健指導実施率	71.9%	71.9%	◎★

## 2 課題解決のための保健事業の実施

### (1) 保健事業の基本的考え方

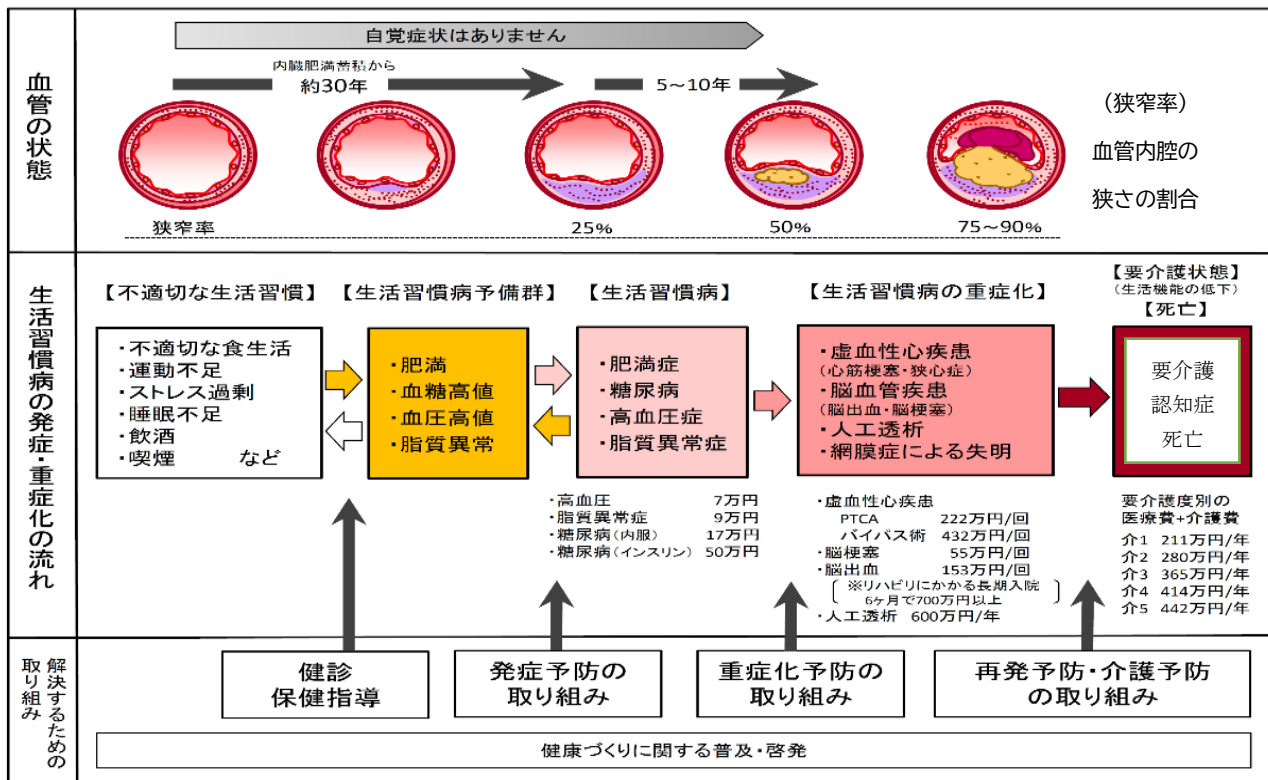
特定健診は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者に義務付けられた健診であり、メタボに着目し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としています。

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、図表 38 のとおり [不適切な生活習慣の蓄積] から、[生活習慣病予備群]、[生活習慣病]、更には [重症化・要介護状態] への悪化を減少させること、又は [生活習慣病] から [予備群]、更には健康な状態へ改善する人を増やすことが必要です。特にメタボ該当者及び予備群の減少のためには、若い世代からの健診、保健指導が重要と考えます。

高血圧症、高血糖、脂質異常症、尿蛋白については、健診結果からみえる体の状態、将来予測を伝え、臓器障害を防ぐための保健指導を行います。特に、医療受診の必要な人にはその必要性等を含めた保健指導を実施します。また、糖尿病と肥満は、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用した治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。本市においては、特に慢性腎不全（人工透析）に関する健康課題が健診、医療、介護においてみられており、その解決のためには医療との連携が欠かせません。個別の健診事後指導だけでなく、かかりつけ医と腎専門医との連携の推進も図ります。

なお、特定健診・特定保健指導の内容については、第5章「第4期特定健康診査等実施計画」で定めます。

図表 38 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典：ヘルスサポートラボ

## (2) 特定健診未受診者対策

事業名称	健診受診率向上事業	
事業の背景	受診率は約4割、約6割が未受診であり、特に40代、50代の受診率が約2割と低い。また健診対象者のうち、健診未受診で生活習慣病治療中の者は約4割と多い状況。治療中の人や若い世代など、対象に合った健診勧奨や一度健診受診した人が継続受診につながる取組が必要。	
事業の目的	特定健診受診率向上	
対象者	特定健診対象者	
事業内容	(1) 特定健診受診者へのインセンティブ (2) 特定健診未受診者に対する受診勧奨	
実施方法	<p>(1) 特定健診受診者へのインセンティブ (通年)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①インセンティブの準備 (チラシ作成等)</li> <li>②チラシを配布 (特定健診受診券に同封)</li> <li>③健診受診者を抽出し、引換券の作成</li> <li>④健診受診者へ引換券を送付 (健診結果通知書に同封)</li> <li>⑤国保けんこう課窓口等でのインセンティブ配布</li> <li>⑥引換状況や健診受診率を確認し、評価</li> </ol> <p>※デジタル技術等を活用し、若い世代にとって効果的なインセンティブを新たに導入</p> <p>(2) 特定健診未受診者に対する受診勧奨 (通年)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①実施計画書を作成し、スタッフと共有</li> <li>②対象者を抽出</li> <li>③年3回、集団健診の時期に合わせて、対象者の特性に合わせたはがきを送付後、電話勧奨等を実施</li> <li>④医師勧奨チラシを作成し、医療機関から特定健診の受診を促してもらう。</li> <li>⑤翌年度、健診受診率を確認し、評価</li> </ol>	
評価	ストラクチャー (体制)	受診勧奨スタッフを確保する
	プロセス (過程)	実施計画書を作成し、スタッフを共有する。 効果的なインセンティブを検討。
	アウトプット (内容)	特定健診受診勧奨通知数 <span style="float: right;">目標値 (16,000通)</span>
	アウトカム (成果)	特定健診受診率 <span style="float: right;">目標値 (50.0%)</span>

### (3) 重症化予防の取組

事業名称	糖尿病性腎臓病重症化予防
事業の背景	医療の状況をみると、同規模との比較では、脳血管疾患、心疾患は低くなっているが、慢性腎不全（透析有）は同規模よりも高い。
事業の目的	糖尿病の重症化リスクの高い未受診者・受診中断者を医療受診につなぐとともに、糖尿病等で通院する患者のうち重症化リスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導を実施し、人工透析への移行を防止する。
対象者	<p>大村市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム</p> <p>(1) 健診事後指導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①医療機関未受診者</li> <li>②医療機関受診中の者のうち、重症化のリスクが高い者</li> <li>③腎機能重症化が危惧される者</li> </ul> <p>(2) 治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去1年間に糖尿病の診断または糖尿病薬の処方があったが、直近6か月で糖尿病の診断や糖尿病薬の処方がない者</li> </ul>
事業内容	<p>(1) 健診事後指導 個別での健診事後指導</p> <p>(2) 治療中断者 受診勧奨</p> <p>(3) 腎機能重症化を危惧される者 腎臓病重症化予防部会を開催し、事例検討</p>
実施方法・評価	<p>(1) 健診事後指導（通年）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①毎月、対象者抽出</li> <li>②健診データの推移及びレセプトを確認</li> <li>③かかりつけ医に情報提供と保健指導実施可否の判断を依頼し、保健指導の実施について伺う。（ハイリスク者のみ）</li> <li>④保健指導 保健指導教材の準備、糖尿病手帳等の活用 来所面談・自宅訪問・電話等にて保健指導を実施 指導実施後、レセプトや電話・訪問等による受診状況、治療状況の確認。</li> <li>⑤個別評価 健診年度の翌年に健診結果・レセプトを確認し、評価</li> </ul> <p>(2) 治療中断者（通年）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①年に1回、対象者抽出</li> <li>②健診データの推移及びレセプトを確認</li> <li>③医療機関への受診勧奨通知を行い、その後受診状況を確認</li> <li>④保健指導（通知後、医療機関未受診の者） 保健指導教材の準備、糖尿病手帳等の活用 来所面談・自宅訪問・電話等にて保健指導を実施 指導実施後、レセプトや電話・訪問等による受診状況、治療状況の確認し、評価</li> </ul>

実施方法・評価		(3) 腎機能重症化を危惧される者(通年) ①年3回程度、対象者抽出 ②健診データの推移及びレセプトを確認 ③腎臓病重症化予防部会の開催 ④かかりつけ医、本人へ通知。 ⑤医療機関の受診状況について確認し、評価	
評価	ストラクチャー (体制)	情報交換のための医療機関訪問件数	目標値：(月平均6か所)
	プロセス (過程)	かかりつけ医からの返信率	目標値(75%)
	アウトプット (内容)	医療機関受診勧奨実施率	目標値(100%)
	アウトカム (成果)	高血糖者(HbA1c6.5%以上)の割合	目標値(8.3%以下)
人工透析の新規導入者数		目標値(12人以下)	

事業名称	重症化予防事業		
事業の背景	医療の状況をみると、同規模との比較では、脳血管疾患、心疾患は低くなっているが、慢性腎不全(透析有)は同規模市平均よりも高い。また、健診受診者のうちⅡ度高血圧以上の者の割合は、受診勧奨により令和3年度と比べ、令和4年度では減少している。高LDLの者は、令和3年度から保健指導に取り組み始め、令和4年度では減少している。		
事業の目的	特定健診の結果、特定保健指導非該当だが疾患の重症化リスクが高い者に対して、受診勧奨や保健指導を行うことで重症化を予防する。		
対象者	(1) 健診事後指導(医療機関未受診者) ・3疾患(血圧・脂質・血糖)の内服がなく、過去の健診データで以下のいずれかの条件を満たす者 【LDL180以上・Ⅰ度高血圧リスク3層・心房細動の所見がある者等】  (2) 治療中断者 ・過去1年間に高血圧の診断または高血圧薬の処方があったが、直近6ヶ月で高血圧の診断や高血圧薬の処方がない者		
事業内容	(1) 健診事後指導 (2) 治療中断者	個別での健診事後指導 受診勧奨	

実施方法・評価		<p>(1) 健診事後指導（通年）</p> <p>①毎月、対象者抽出</p> <p>②健診データの推移及びレセプトの確認</p> <p>③保健指導 保健指導教材の準備、高血圧手帳等の活用 来所面談・自宅訪問・電話にて保健指導の実施 指導実施後、レセプトや電話・訪問等による受診状況、治療状況の確認</p> <p>④個別評価 健診年度の翌年に、健診結果・レセプトを確認し、評価</p> <p>(2) 治療中断者（通年）</p> <p>①年に1回、対象者抽出</p> <p>②健診データの推移及びレセプトを確認</p> <p>③医療機関への受診勧奨通知を行い、その後受診状況を確認</p> <p>④保健指導（通知後、医療機関未受診の者） 保健指導教材の準備、高血圧手帳等の活用 来所面談・自宅訪問・電話等にて保健指導を実施 指導実施後、レセプトや電話・訪問等による受診状況、治療状況を確認し、評価</p>	
評価	ストラクチャー （体制）	事業実施のための人員、予算の確保	
	プロセス （過程）	定期的な勉強会の開催	
	アウトプット （内容）	保健指導実施率（高血圧）	目標値（97.8%）
		保健指導実施率（LDL）	目標値（96.8%）
	アウトカム （成果）	Ⅱ度高血圧(160/100)以上の者の割合	目標値（4.6%以下）
高コレステロール者（LDL-C180mg/dl以上）の割合		目標値（3.0%以下）	

#### (4) 発症予防の取組

事業名称		若年者健診 [U (アンダー) 40健診]	
事業の背景		長い間健康であるためには、被保険者が若いうちから生活習慣病に気を配れるように40歳未満を対象とした健康診査の機会を提供し、受診してもらうことが必要。	
事業の目的		健診をきっかけとした若年者層の生活習慣病の早期発見・早期予防・重症化予防を図る。	
対象者		19歳～39歳の大村市国民健康保健加入者	
事業内容		若年者健康診査・保健指導の実施 市民の方が受診しやすい環境の整備 受診率向上への取組	
実施方法・評価		①3月、各医療機関等に委託契約 ②3月、対象者へ受診券を送付 ③4月、広報誌等でPRを実施 ④特定健診受託医療機関において個別健康診査及び各公民館等での集団健康診査を実施(通年)。自己負担額無料、土日の集団健康診査の開催 ⑤毎月、健診結果通知書を送付。また、保健指導該当者には相談や教室の案内チラシを結果通知書に同封し送付 ⑥保健指導(通年) 対象、実施方法等は、特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防、重症化予防に準じ、実施 ⑦翌年度、健診受診率を確認し、評価	
評価	ストラクチャー (体制)	若年者健康診査の実施医療機関(個別・集団)との連携を図る。	
	プロセス (過程)	集団健康診査を予約制で実施	
	アウトプット (内容)	若年者健診受診率	目標値(10.0%)
	アウトカム (成果)	保健指導実施率	目標値(87.5%)

## (5) 地域包括ケアに係る取組

事業名称	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
事業の背景	後期高齢者の健康の保持増進と医療費や介護費の伸びを抑制するため、被保険者の生活習慣病重症化予防と介護予防の取組を行うことが重要。医療においては慢性腎臓病（透析）、介護においては認知症の健康課題があり、その背景として高血圧や糖尿病などの生活習慣病の課題がある。	
事業の目的	後期高齢者に対し、国民健康保険保健事業から連続した関わりと介護保険の地域支援事業との連携を図り、後期高齢者の生活習慣病等の重症化予防と心身の機能低下の防止を図る。	
対象者	<p>(1) 健診事後指導（大村市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムを準用） 75歳～79歳の後期高齢者健診において、下記に該当する者で、経年変化、治療状況から保健指導を必要と認めるもの</p> <p>①医療機関未受診者 ②医療機関受診中の者のうち、重症化のリスクが高い者</p> <p>(2) 健康講座 主に75歳以上の後期高齢者</p>	
事業内容	<p>(1) 健診事後指導 個別での健診事後指導 (2) 健康講座</p>	
実施方法・評価	<p>(1) 健診事後指導（通年）</p> <p>①毎月、対象者抽出 ②健診データの推移及びレセプトを確認 ③かかりつけ医に情報提供と保健指導実施可否の判断を依頼し、保健指導の実施について伺う。（ハイリスク者のみ） ④保健指導 保健指導教材の準備、高血圧手帳等の活用 来所面談・自宅訪問・電話にて保健指導を実施 指導実施後、レセプトや電話・訪問等による受診状況、治療状況を確認し、評価する。</p> <p>(2) 健康講座（通年） 地域包括支援センター等と連携し、生活習慣病（高血圧等）に関する講座を実施</p>	
評価	ストラクチャー（体制）	事業実施の人員、予算の確保と体制の構築を図る。
	プロセス（過程）	対象者選定の基準の確認を行う。検査値の改善や受診状況の確認による個別評価。
	アウトプット（内容）	健康教育参加者数 目標値（400人）
	アウトカム（成果）	後期高齢者健診事後指導者のうち、有所見検査（血圧・血糖・脂質・腎機能）が改善した者の割合 目標値（60.0%）



### 3. その他の取組

保険者努力支援制度の評価指標も踏まえ、以下の内容について取り組みます。

また、糖尿病等の生活習慣病と関連のあるがんや歯周病の早期発見・早期治療を図るため、被保険者を含む市民を対象としたがん検診、歯周疾患検診を継続します。

#### (1) 後発医薬品の使用促進

事業名称	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進	
事業の背景	「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」における後発医薬品の数量シェア目標が、令和3年6月の閣議決定において、「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、令和5年度末までにすべての都道府県で80%以上とする」と定められ、後発医薬品の使用促進が進められている。	
事業の目的	後発医薬品を普及させることで、被保険者の自己負担軽減や、増え続ける医療費の削減につなげる。	
対象者	慢性疾患(慢性心不全、高血圧症、狭心症、高脂血症、糖尿病等)による長期服用者で、強心剤、血圧降下剤、血管拡張剤、高脂血症用剤、副腎ホルモン剤、糖尿病用剤のうち(6薬効に限定)後発医薬品に切り替えた場合、自己負担額の差額が1か月100円以上削減される可能性がある者	
事業内容	後発医薬品の使用促進のための通知	
実施方法	①対象者を年3回、抽出 ②後発医薬品の品質及び切替後に削減できる自己負担額の差額を記載した通知を送付 ③後発医薬品使用率を確認	
評価	ストラクチャー(体制)	事業を行うための体制、構築を図る。
	プロセス(過程)	国保ネットワークの作成帳票照会から差額通知対象者リストを3回、抽出
	アウトプット(内容)	後発医薬品利用促進通知送付率 目標値(100%)
	アウトカム(成果)	後発医薬品使用率 目標値(国の目標値)

## (2) 重複・頻回・多剤投与者への保健指導

事業名称	重複・頻回・多剤投与者への保健指導事業
事業の背景	本市は一人あたりの医療費が入院と入院外とも同規模より高い。その背景に必要な受診をしている者（適正受診）が多い中、一部適正受診ができていない者もいる。
事業の目的	重複・頻回受診者に対し適正受診や疾病の重症化予防のための保健指導等を実施することで、国保被保険者の健康増進及び医療費の適正化を図る。
対象者	大村市重複・頻回受診・多剤投与者への訪問指導事業実施要領 (1) 向精神薬の重複処方者 「麻薬及び向精神薬取締法」に規定されている、第1種・第2種・第3種向精神薬の薬剤を2か所以上の医療機関から過去3か月にわたり外来処方されている者 (2) 重複受診者 一月に同一診療科に2か所以上の受診、または整形的治療と柔道整復施術院の受診が直近3か月以上継続している者 (3) 頻回受診者 同一診療科、または柔道整復施術院の受診が1か月に15日以上が直近3か月以上継続している者 (4) 多剤投与者 2か所以上の医療機関から、1か月10剤を超えての薬剤処方が直近3か月以上継続している者
事業内容	基準に該当する対象者に対して、通知や訪問によって保健指導を実施
実施方法・評価	(1) 向精神薬の重複処方者に対する取組（通年） ①対象者抽出 保健事業支援システム（FOCUS）から一覧表をダウンロードし、レセプト確認を行い対象者を決定（毎月） ②対象者及び医療機関への通知や相談対応 ③レセプトで処方薬量を確認し、評価 (2) 重複受診者（通年） ①対象者抽出 毎月、KDBシステムから一覧表をダウンロードし、レセプト確認を行い対象者を決定 ②訪問による保健指導を実施 ③レセプトで指導前後の受診日数や重複受診状況等を確認し、評価 (3) 頻回受診者に対する取組（通年） ①対象者抽出 毎月、保健事業支援システム（FOCUS）やKDBシステムから一覧表をダウンロードし、レセプト確認を行い対象者を決定 ②訪問による保健指導を実施 ③レセプトで指導前後の受診日数や頻回受診状況等を確認し、評価

評価	ストラクチャー (体制)	事業実施のための人員、予算の確保	
	プロセス (過程)	事業対象者の抽出 (毎月)	
	アウトプット (内容)	向精神薬の重複処方者への通知率	目標値 (100%)
		重複・頻回受診者への訪問指導実施率	目標値 (60.0%)
		多剤投与者への訪問指導実施率	目標値 (60.0%)
	アウトカム (成果)	向精神薬の重複処方者のうち投与基準量内になった者の割合	目標値 (100%)
		重複・頻回受診者の受診行動改善率	目標値 (70.0%)
多剤投与者のうち投薬数が減った者の割合		目標値 (50.0%)	

### (3) ポピュレーションアプローチ

事業名称	ポピュレーションアプローチ		
事業の背景	生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費が増大している。		
事業の目的	本市の健康課題について広く市民へ周知し、健診受診や健康的な生活習慣の定着を図る。		
対象者	市民、国民健康保険被保険者		
事業内容	本市の健康課題に関する情報発信やイベントを行う。また、市民の継続した運動習慣につながるよう長崎県健康アプリ「歩こーで！」の啓発を行う。		
実施方法	広報紙やイベント等で本市の健康課題に関する情報発信を行う。		
評価	ストラクチャー (体制)	事業実施の人員、予算を確保する。	
	プロセス (過程)	年間計画を立て、スタッフで共有する。	
	アウトプット (内容)	生活習慣病に関するイベントの開催回数	目標値 (年2回)
	アウトカム (成果)	長崎県健康アプリ「歩こーで！」市民ダウンロード数	目標値 (5,000人)