

# 大村市国民健康保険

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

大村市国民健康保険

# 目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付けと基本的な考え方	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
(1) 関係部局の役割	
(2) 関係機関との連携	
(3) 被保険者との関わり	
5 保険者努力支援制度	
第2章 大村市国民健康保険の現状と健康課題	6
1 保険者の特徴	
2 特定健診等の状況	
(1) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の状況	
(2) 特定健診の結果の状況	
3 医療の状況	
(1) 医療資源の状況	
(2) 医療の状況	
4 介護の状況	
(1) 要介護認定率及び介護給付費の状況	
(2) 要介護認定者の有病状況	
第3章 第2期の評価及び第3期における健康課題の明確化	19
1 第2期の指標の評価	
2 主な保健事業の評価	
(1) 特定健診受診率向上の取組	
(2) 重症化予防の取組	
(3) 発症予防、ポピュレーションアプローチの取組	
3 健康課題の明確化	
第4章 第3期計画の目標と今後の取組	27
1 目標の設定	
(1) 成果指標	
(2) 目標値の設定	

- 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
  - (2) 特定健診未受診者対策
  - (3) 重症化予防の取組
  - (4) 発症予防の取組
  - (5) 地域包括ケアに係る取組
- 3 その他の取組
  - (1) 後発医薬品の使用促進
  - (2) 重複・頻回・多剤投与者への保健指導
  - (3) ポピュレーションアプローチ

第5章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) . . . . . 38

- 1 第4期特定健康診査等実施計画について
- 2 目標値の設定
- 3 対象者の見込み
- 4 特定健診の実施
- 5 特定保健指導の実施
- 6 個人情報の保護
- 7 結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第6章 計画の評価・見直し . . . . . 44

- 1 評価の時期
- 2 評価方法・体制

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

- 1 計画の公表・周知
- 2 個人情報の取扱い

参考資料 . . . . . 45

※本計画の図表は、基本的に国保データベース（KDB）システムを元に作成したものの使用しているため、KDBを元にした図表の出典記載は省略し、その他については記載する。

※KDBとは、国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

※KDBは地域の現状や健康課題を把握するための膨大なデータの分析を効率的に行い、より効率的かつ効果的な保健事業を実施するために作られており、一部のデータ中の人数は各年度3月時点の人数を用い、割合は各月の平均を用いているため、人数と割合の直接的な相関関係がないものもある。また、特定健診の法定報告や介護保険事業状況報告年報等とは人数が異なる。

# 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

## 1 背景・目的

国は、平成25年の「日本再興戦略<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析に基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」こととしました。さらに平成26年、「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(以下「国指針」という。）」において、「市町村国保等は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うもの」としました。

そして国は、医療保険加入者の生活習慣病予防・健康づくりを推進し、医療費の適正化を進めるため、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度<sup>※3</sup>として平成30年度から「保険者努力支援制度<sup>※4</sup>」を開始しました。また、今後、団塊の世代が全て後期高齢者となり、多くの国保被保険者が後期高齢者医療（以下「後期」という。）へ移行し、医療費の増大が予想されることから、前期高齢者が多く加入する市町村国保においても地域包括ケア<sup>※5</sup>に係る取組が推進されています。

本市においては、国民健康保険の保険者として、平成27年に「大村市国民健康保険第1期保健事業実施計画(データヘルス計画)（平成27～29年度）」を、平成30年に第2期（平成30年度～令和5年度）」を策定し、生活習慣病の発症予防及び重症化予防や医療費適正化に取り組んできました。

こうした国の動きや本市の課題を踏まえ、保健事業を引き続き実施するに当たり、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持・向上を図り、健康寿命の延伸を目指すため「大村市国民健康保険第3期保健事業実施計画」を策定します。

---

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 インセンティブ:意欲の向上や目標を達成するための刺激、励み、誘因

※4 保険者努力支援制度:保険者における予防・健康づくり、医療費適正化等の取組状況に応じて、交付金を交付する制度

※5 地域包括ケア:高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される体制

## 2 計画の位置付けと基本的な考え方

本計画は、国民健康保険法の国指針に基づく計画です。また、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導の実施方法等を定める「特定健康診査等実施計画」を包含するものとします。

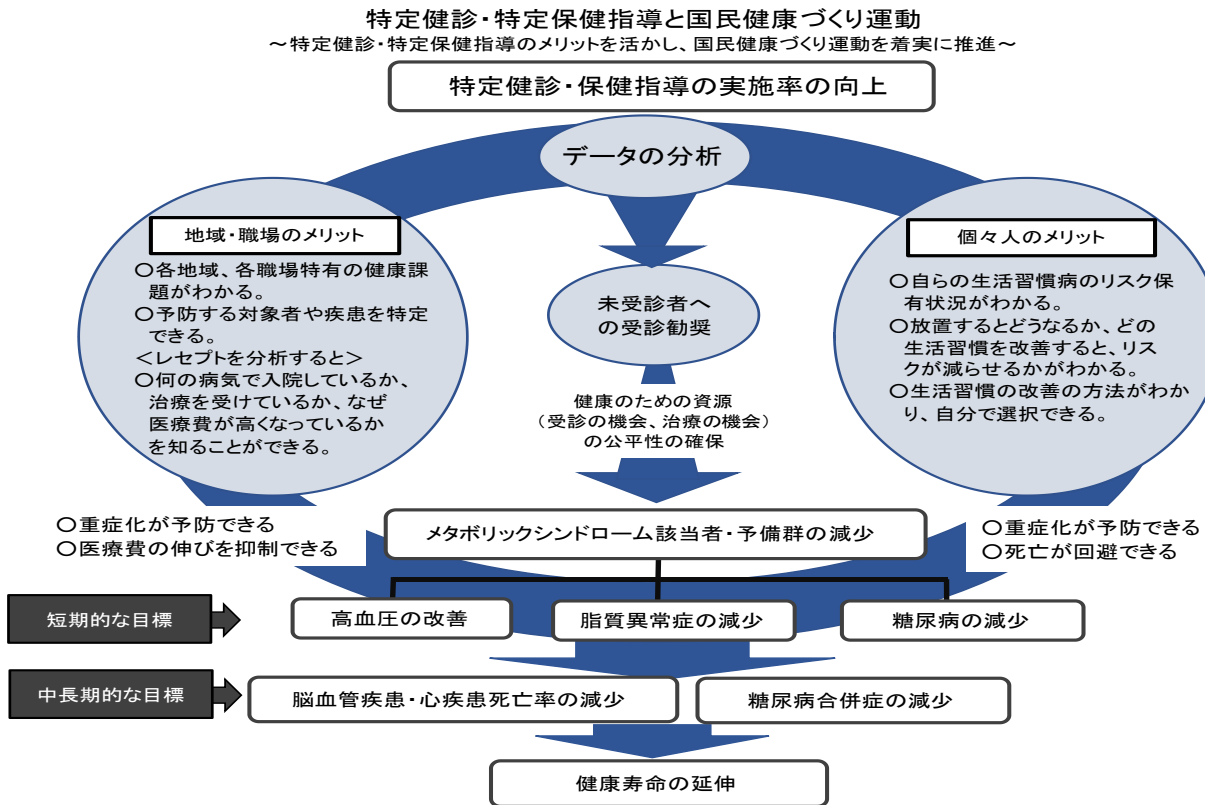
また、健康増進法に基づく基本的な方針を踏まえるとともに、長崎県健康増進計画（健康ながさき21）や大村市健康増進計画（健康おおむら21計画）、長崎県医療費適正化計画、大村市高齢者保健福祉計画、大村市介護保険事業計画と整合性を図ります。

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的・効率的な保健事業の実施ができるよう、KDB等を活用し、特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、PDCAサイクルに沿って運用します。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置付け

	健康日本21計画	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	老人福祉計画 介護保険事業計画
基本的な指針	第3次 健康おおむら21計画	大村市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画） （第4期特定健診等実施計画を包含）		第9期 大村市介護保険事業計画
法律	健康増進法	国民健康保険法	高齢者の医療の確保に関する法律	老人福祉法 介護保険法
基本的な指針	厚生労働省 健康局 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方針	厚生労働省 保険局 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の一部改正	厚生労働省 保険局 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	厚生労働省 老健局 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年 (12年)	指針 令和6～11年 (6年)	法定 令和6～11年 (6年)	法定 令和6～8年 (3年)
計画策定者	市町村	医療保険者	医療保険者	市町村
対象者	大村市民	国保被保険者全員	40歳～74歳の 国保被保険者	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム  
【令和6年度版】図-1(一部改変)

### 3 計画期間

本計画の期間については、他の保健医療関係の法定計画と整合性を考慮することとされており、長崎県医療計画等の次期計画期間が令和6年度から令和11年度までであることから、これらとの整合性を図るため、計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

また、社会情勢や国や県の動向を踏まえ、計画開始から3年後の令和8年度に中間評価を行います。

## 4 関係者が果たすべき役割と連携

### (1) 関係部局の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るため、国保けんこう課を主体とし、長寿介護課、地域包括支援センター、こども家庭課等と十分に連携し、計画策定や事業実施に取り組みます。

### (2) 関係機関等との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関等との連携・協力が重要です。

国民健康保険は、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、都道府県と市町村が共同保険者となったことから、長崎県においては、特に保険者機能の強化についての関与が更に重要となります。

長崎県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置された支援・評価委員会においては、幅広い専門的知見により、保険者等への支援を積極的に行うことを期待します。国保連においては、市国保に対し、課題抽出や評価分析などにおいて、KDBを活用したデータ分析等の技術支援や職員向け研修を実施しており、今後も支援を受けながら、意見交換等を行っていきます。

保健医療団体である大村市医師会、大村東彼歯科医師会、大村東彼薬剤師会とは、日頃から保健事業において情報共有や意見交換を行い、効果的な保健事業の実施に向け、連携に努めます。

また、市町村国保は退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、長崎県保険者協議会等を活用し、被用者保険の保険者等と健康・医療情報やその分析結果等を共有し、保健事業の連携等に努めます。

計画の策定に当たっては、大村市医師会、大村東彼歯科医師会、大村東彼薬剤師会や被保険者等の代表の委員から構成される大村市国民健康保険運営協議会（以下「国保運営協議会」という。）に意見聴取等を行い、本計画の策定及び推進を図ります。

### (3) 被保険者との関わり

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、被保険者の委員も参画する国保運営協議会において、計画策定に関する意見交換等を行いました。

## 5 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化や健康づくりの取組等に対する支援を行うため、平成30年度から保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として実施されています。この制度は特定健診の受診率向上や生活習慣病の発症予防・重症化予防等の取組を客観的な指標で評価し、獲得点数に応じて補助金が国から交付される仕組みです。

本制度を活用することが、保健事業の充実と国保財政の安定化につながるため、積極的に活用していきます。

図表3 保険者努力支援制度評価指標（市町村分）

評価指標		R2 実績/配点	R3 実績/配点	R4 実績/配点	R5 実績見込/配点
交付基礎額（万円）		3,965	4,362	4,491	4,463
獲得点/総得点（体制構築加点含む）		623/995	653/1,000	684/960	659/940
全国順位（約1,700市町村中）		469位	380位	235位	283位
共通①	(1) 特定健診受診率	10 / 70	10 / 70	10 / 70	10 / 70
	(2) 特定保健指導実施率	70 / 70	70 / 70	70 / 70	70 / 70
	(3) メタボ該当者・予備群の減少率	15 / 50	15 / 50	15 / 50	15 / 50
共通②	(1) がん検診受診率	0 / 40	30 / 40	30 / 40	30 / 40
	(2) 歯周疾患（病）検診の実施	20 / 30	15 / 30	15 / 30	10 / 35
共通③	生活習慣病の発症・重症化予防の取組の実施状況	120 / 120	90 / 120	120 / 120	100 / 100
共通④	(1) 個人インセンティブ提供	30 / 90	30 / 90	15 / 45	15 / 45
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	20 / 20	15 / 20	10 / 15	20 / 20
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50 / 50	45 / 50	50 / 50	50 / 50
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	40 / 130	110 / 130	110 / 130	80 / 130
	(2) 後発医薬品の使用割合				
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	55 / 100	40 / 100	45 / 100	50 / 100
固有②	データヘルス計画策定状況	40 / 40	40 / 40	30 / 30	25 / 25
固有③	医療費通知の取組の実施状況	25 / 25	25 / 25	20 / 20	15 / 15
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	20 / 25	15 / 30	35 / 40	40 / 40
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	34 / 40	31 / 40	43 / 50	50 / 50
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74 / 95	72 / 95	66 / 100	79 / 100



## 第2章 大村市国民健康保険の現状と課題

### 1 保険者の特徴

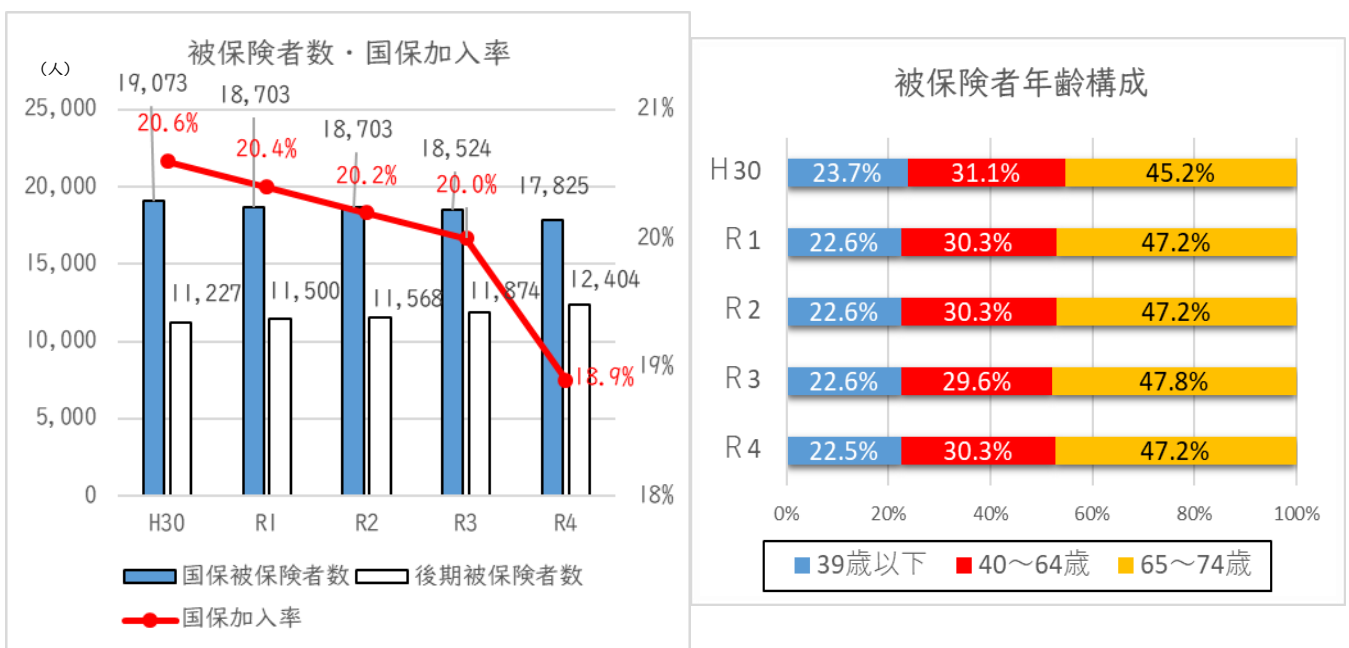
本市は、令和2年度国勢調査時点で、人口約10万人、高齢化率は25.5%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、出生率が高いことから、若い世代が多い特徴があります。産業においては、第3次産業が75.5%と同規模と比較すると高い状況です。[図表4]

大村市国民健康保険の被保険者は、約17,800人と市民全体の18.9%（令和4年度末時点）が、国民健康保険に加入しており、被保険者の平均年齢は54.3歳と国・県よりも高い状況です。被保険者の加入率及び被保険者数は年々減少傾向[図表5]で、後期高齢者医療（以下「後期」という。）被保険者数は増加傾向です。年齢構成について65～74歳の前期高齢者が年々増え、約47%となっており、今後、後期被保険者数が増加することが見込まれます。

図表4 同規模・県・国と比較した大村市の特性（令和4年度）

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	第1次 産業構成率 (%)	第2次 産業構成率 (%)	第3次 産業構成率 (%)
大村市	94,132	25.5	17,825 (18.9)	54.3	9.5	9.7	4.6	19.9	75.5
同規模	--	30.4	20.5	54.7	6.5	11.8	5.6	28.6	65.8
県	--	33.1	24.1	54.2	7.1	13.6	7.7	20.1	72.2
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	4.0	25.0	71.0

図表5 国保の加入状況



※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、大村市と同規模保険者（250市町村）の平均値を表す

## 2 特定健診等の状況

### (1) 特定健診受診者及び特定保健指導の状況

特定健診受診率〔図表6〕は平成29年度以降は徐々に上昇し、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により大幅に低下したものの、その後再び回復しています。

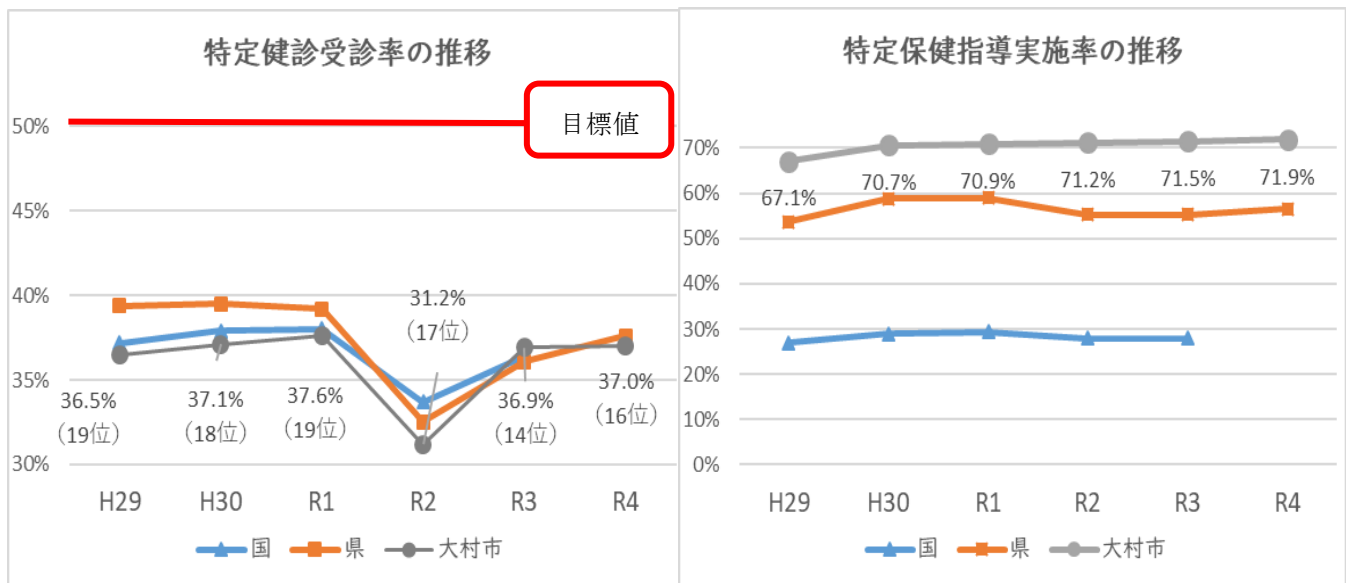
受診者の特徴について、男女別年代別受診率〔図表7〕を経年的に見ると、年代が上がるにつれ受診率が高くなっています。受診率が高い世代が今後、後期高齢者へ移行することから、受診率を上げるためには、40代、50代の受診率を上げる必要があります。

過去6か年の受診回数〔図表8〕を見ると、継続受診者（6年連続受診、5年受診）は全体の約25%であり、それ以外の約75%は不定期受診者となっています。

特定保健指導は、平成30年度以降目標値を保つことができています。

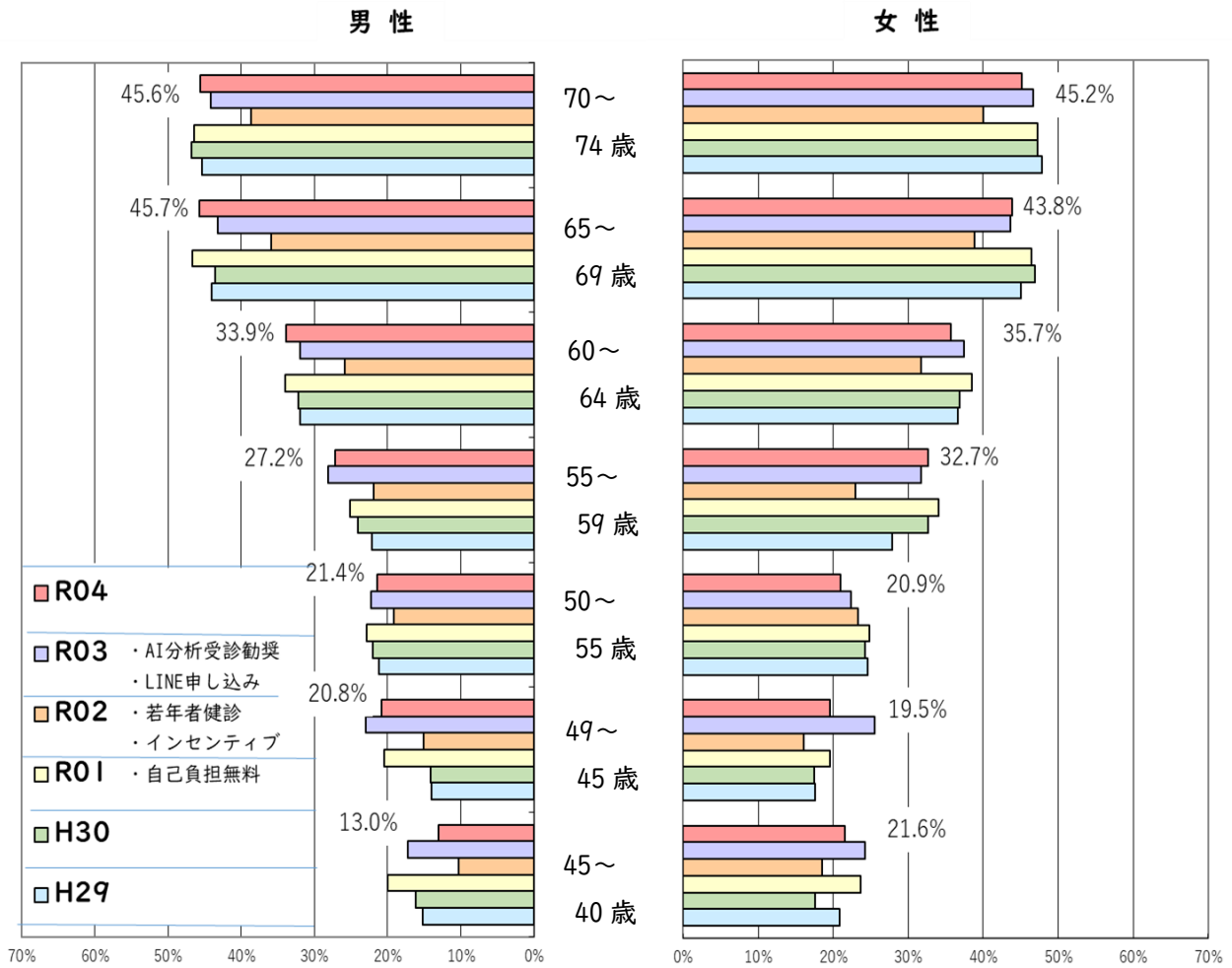
図表6 特定健診・特定保健指導（法定報告）の推移

		H29年度 実績	H30年度 実績	R1年度 実績	R2年度 実績	R3年度 実績	R4年度 実績	R5年度 目標
特定健診 受診率	国	37.2%	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	-	60.0%
	県	39.4%	39.5%	39.2%	32.5%	36.1%	37.6%	-
	大村市 (県内順位)	36.5% (19位)	37.1% (18位)	37.6% (19位)	31.2% (17位)	36.9% (14位)	37.0% (16位)	50.0%
特定保健 指導 実施率	国	26.9%	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	-	60.0%
	県	53.7%	58.8%	58.9%	55.2%	55.3%	56.5%	-
	大村市 (県内順位)	67.1% (7位)	70.7% (8位)	70.9% (6位)	71.2% (7位)	71.5% (9位)	71.9% (9位)	70.0%



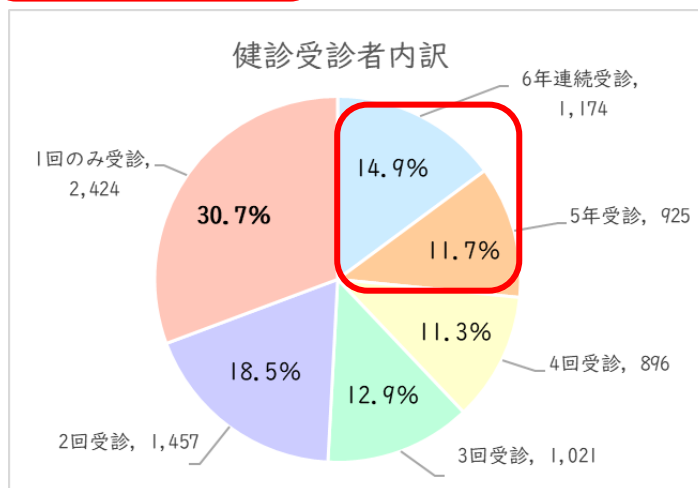
出典：特定健診・特定保健指導法定報告

図表7 特定健診受診率の男女年代別推移（平成29年度～令和4年度）



図表8 健診継続受診状況（平成29年度～令和4年度）

受診者総数	6年連続受診		5年受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
7,897	1,174	14.9%	925	11.7%	896	11.3%	1,021	12.9%	1,457	18.5%	2,424	30.7%



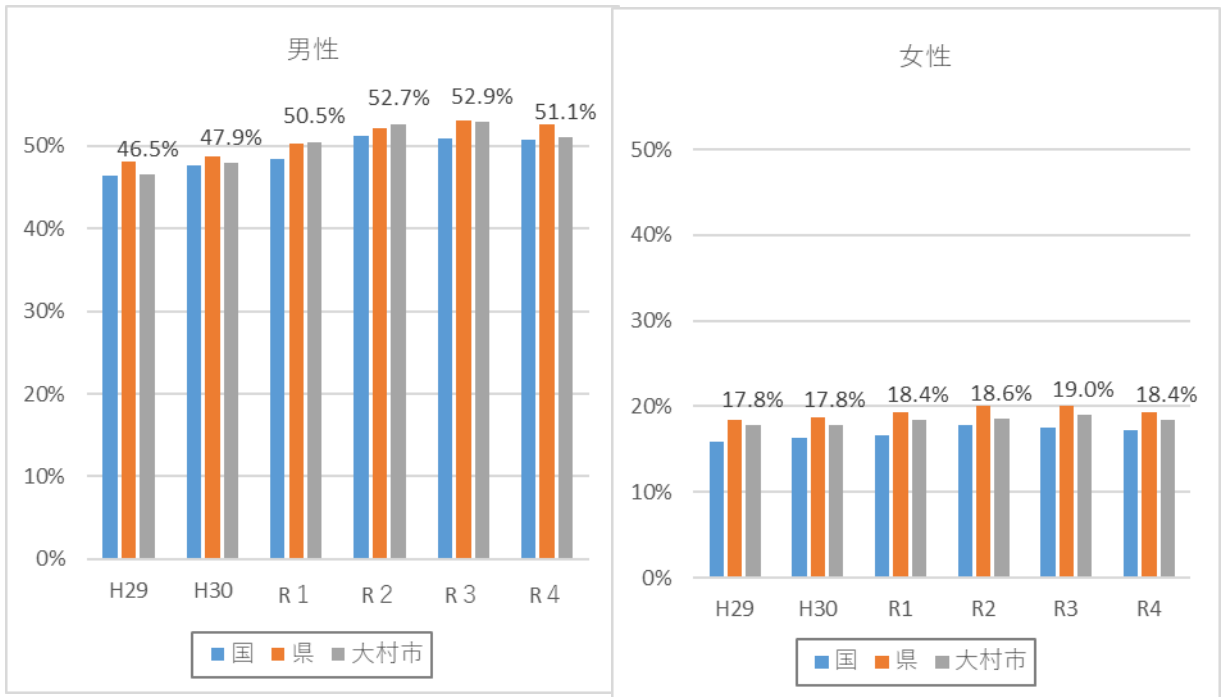
\*上記受診者は、6年間一度でも健診を受診した者かつ最終年度の年度末年齢40～74歳で計上

## (2) 特定健診の結果の状況

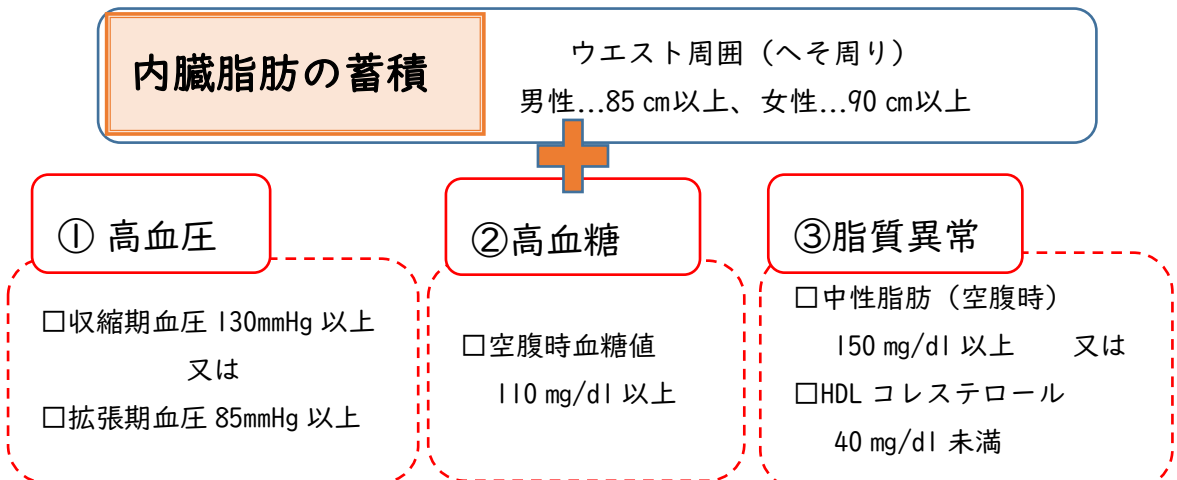
### ① メタボリックシンドロームの状況

メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という。）該当者及び予備群の割合〔図表9〕について、男性は女性に比べ約2倍多く、年々、増加傾向となっていました。令和4年度は若干減少しています。男性の約50%、女性の約18%はメタボ該当者又は予備群であり、男女ともに全国よりも高い状況です。

図表9 メタボ該当者・予備群の割合の推移



### 《参考：メタボリックシンドローム診断基準》



内臓脂肪蓄積 + ①~③のうち、1項目該当⇒メタボ予備群、2項目該当⇒メタボ該当者

※ ①~③で薬物治療中の場合はそれぞれの項目に該当する。

性別・年代別のメタボ該当者及び予備群の状況〔図表 10〕を見ると、男女ともに、40代はメタボ予備群がメタボ該当者より多い状況でしたが、50代以降はメタボ該当者がメタボ予備群より多くなっており、内臓脂肪蓄積に加え、高血圧や高血糖などのリスクが2つ以上となる人が増えています。メタボ該当者の割合は加齢とともに増加しています。メタボは長い経過により血管障害を引き起こすため、特に若い世代の肥満やメタボを対象とした保健指導を優先的に実施する必要があります。

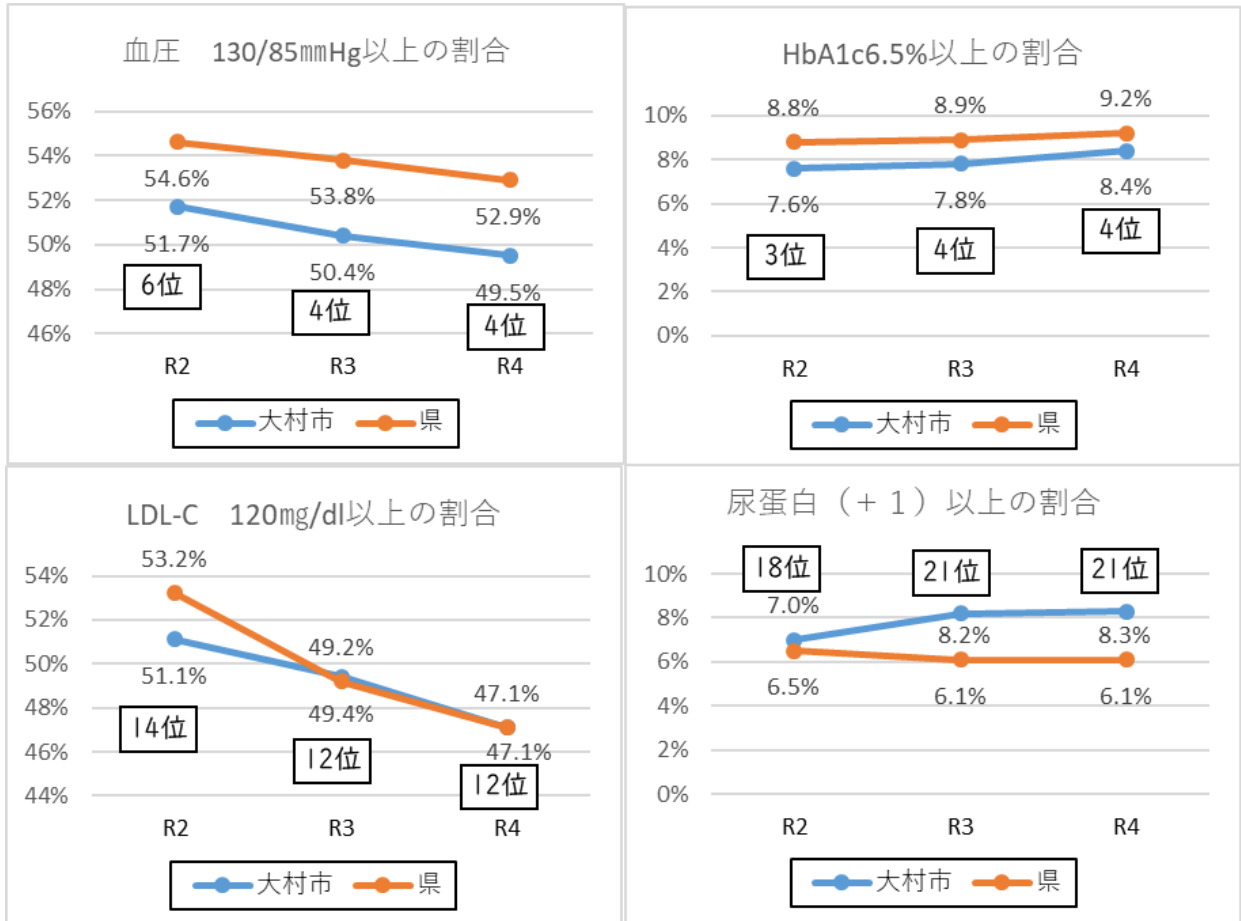
図表 10 性別・年代別のメタボ該当者・予備群者の割合（令和4年度）

		メタボ該当者		メタボ予備群	
		該当者	該当/受診者	予備群	予備群/受診者
総 数	総数	975	20.6%	585	12.3%
	40代	31	11.5%	44	16.3%
	50代	77	17.3%	64	14.4%
	60代	375	20.2%	218	11.7%
	70-74	492	22.7%	259	12.0%
男 性	総数	691	32.9%	388	18.5%
	40代	24	17.9%	33	24.6%
	50代	54	27.1%	48	24.1%
	60代	268	34.1%	132	16.8%
	70-74	345	35.1%	175	17.8%
女 性	総数	284	10.8%	197	7.5%
	40代	7	5.1%	11	8.1%
	50代	23	9.4%	16	6.5%
	60代	107	10.0%	86	8.0%
	70-74	147	12.4%	84	7.1%

② 各種検査の有所見（高血圧・高血糖・脂質異常・尿蛋白）の状況

各種検査の有所見者の割合〔図表 11〕を見ると、高血圧、高 LDL の有所見者の割合は県全体よりも低く、徐々に低下しています。HbA1c6.5%以上の割合は、県全体よりも低い状況ですが増加傾向です。特に、尿蛋白（+）以上の割合は増加し、県内で最も割合が高くなっており、糖尿病の重症化や慢性腎臓病となるリスクが高くなってきています。

図表 11 各種検査の有所見状況の割合の推移 ※順位は県内市町の順位（昇順）



出典：長崎県版共通評価指標データ

③尿蛋白有所見者の状況

腎機能を見る重要な検査の一つである尿蛋白有所見者の割合は県内市町の中でワースト1位であり、今後、人工透析が増えることが懸念されます。そこで尿蛋白（2+）以上の110人の検査結果や治療状況〔図表 12〕を見たところ、メタボ該当者又は予備群の割合が69%、高血圧の内服治療中が85%と多い状況でした。メタボや高血圧、糖尿病は腎臓の血管を傷める要因となるため、尿蛋白を減らすためには、治療中の人も含めたメタボ・高血圧・糖尿病対策が重要です。

図表 12 尿蛋白 2+以上の110人の健診結果・治療状況（令和3年度）

		人数	割合
健診結果	メタボ該当・予備群	76人	69%
	血圧_160/100以上	5人	5%
	糖代謝_HbA1c6.5%以上 (内服中は7%以上)	25名	23%
治療状況	血圧_内服中	93名	85%
	血糖_内服中	33名	30%
		※重複あり	

出典：大村市国保けんこう課調べ

### 3 医療の状況

#### (1) 医療資源の状況

本市の医療資源はいずれも同規模と比較して多く、恵まれた医療環境であり、外来及び入院患者数の割合は同規模と比べ、高い状況となっています。[図表 13]

図表 13 医療資源及び外来・入院患者数の状況（被保険者千人あたり）（令和 4 年度）

		病院数	診療所数	病床数	医師数	外来患者数	入院患者数
大村市	実数	8	91	1,637	415	811.6	23.9
	割合	0.4	5.1	91.8	23.3		
同規模	割合	0.3	3.6	59.4	10	719.9	19.6
県	割合	0.5	4.3	82	14	743.9	27.2

#### (2) 医療の状況

##### ①医療費の状況

本市の国保の総医療費は、被保険者数が減少しているにもかかわらず増加し、令和 4 年度の一人あたり年間医療費は、平成 30 年度と比較して約 4 万円増え、同規模と比べて約 4 万円高い状況です。国保医療費について、令和 4 年度の入院と外来の費用額をみると、入院に係る件数の割合は 2.9%ですが、費用割合は 42.7%を占めています。入院の件数及び費用の割合は、平成 30 年度と比較し減少しているものの、医療資源の影響もあり、同規模や全国と比べると、高くなっています。[図表 14]

また、国保と後期を比べると、後期の一人あたり年間医療費は国保の約 2 倍となっています。これは後期高齢者は複数の疾患を有する傾向があるため、外来の 1 件あたり費用額が高くなっていること、また、入院の費用の割合が約 50%と国保より約 8 ポイント高くなっていることが要因と考えられます。1 件あたりの費用額が大きい入院の件数を減らすことで、結果として医療費の伸びの抑制につながると考えられることから、予防可能な疾患の重症化予防の取組が重要です。

図表 14 医療費の推移

		国保				後期	
		大村市		同規模	県	国	大村市
		H30	R4	R4	R4	R4	R4
被保険者数（人）		19,073人	17,825人	--	--	--	12,404人
総医療費		69億4131万円	72億6903万円	--	--	--	109億2184万円
一人あたり年間医療費（円）		363,934円	407,800円	366,294円	411,157円	339,680円	746,225円
入院	1件あたり費用額（円）	512,730円	591,490円	610,160円	564,870円	617,950円	573,850円
	費用の割合	44.3%	42.7%	40.5%	46.5%	39.6%	50.6%
	件数の割合	3.1%	2.9%	2.7%	3.5%	2.5%	4.3%
外来	1件あたり費用額（円）	20,650円	23,360円	24,470円	23,780円	24,220円	25,050円
	費用の割合	55.7%	57.3%	59.5%	53.5%	60.4%	49.4%
	件数の割合	96.9%	97.1%	97.3%	96.5%	97.5%	95.6%
受診率		834	835	739	771	705	1,544



③ 疾患別にみた医療費、治療者数の状況

令和4年度の中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費の合計が総医療費に占める割合[図表15]は10.63%となっており、特に慢性腎不全(透析有)が7.42%と高い状況です。平成30年度と比べ、脳血管疾患、虚血性心疾患は減少していますが、慢性腎不全(透析有)は増えており、同規模・県・国と比べても高くなっています。

後期では国保に比べ、特に脳血管疾患の医療費の割合が高くなっています。

図表15 疾患別医療費の推移

			国保				後期	
			大村市		同規模	県	国	大村市
			H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総医療費(円)			69億4131万円	72億6903万円	--	--	--	109億2184万円
中長期目標疾患医療費合計(円)			7億2865万円	7億7250万円	--	--	--	1億2260万円
			10.50%	10.63%	7.95%	8.86%	8.03%	11.11%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.46%	1.86%	2.08%	1.93%	2.03%	3.52%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.73%	1.11%	1.42%	1.37%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	6.07%	7.42%	4.16%	5.27%	4.26%	5.73%
		慢性腎不全(透析無)	0.24%	0.24%	0.29%	0.29%	0.29%	0.40%
その他の疾患	悪性新生物		14.51%	15.86%	17.03%	15.50%	16.69%	10.91%
	筋・骨疾患		9.08%	8.79%	8.72%	9.25%	8.68%	11.74%
	精神疾患		8.69%	8.79%	8.04%	9.41%	7.63%	4.54%

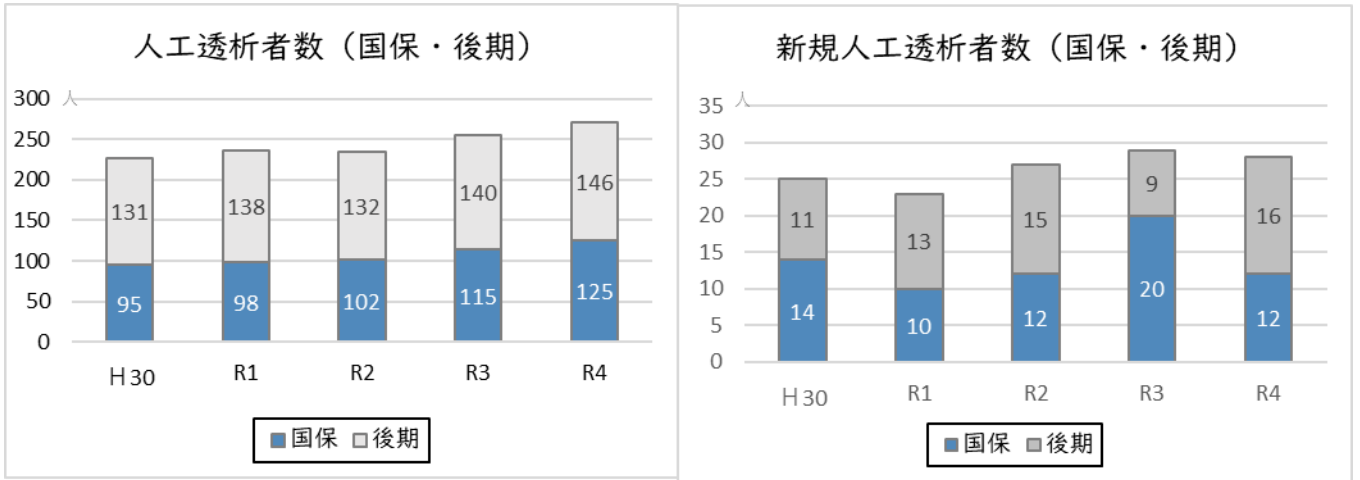
費用額の傾向と同じように、生活習慣病治療者数に占める脳血管疾患・虚血性心疾患の治療者の割合[図表16]は減少傾向です。しかし、後期では国保の約2倍に増えています。人工透析者数は脳血管疾患・虚血性心疾患と比べ患者数[図表17]は少ないものの、国保・後期ともに年々増加しています。

図表16 脳血管疾患・虚血性心疾患の治療者と生活習慣病治療者に占める割合(5月診療分)

	国保					後期				
	治療者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		治療者数	脳血管疾患		虚血性心疾患	
	A	患者数B	割合(B/A)	患者数C	割合(C/A)	D	患者数E	割合(E/D)	患者数F	割合(F/D)
H30	8,294人	986人	11.9%	927人	11.2%	9,098人	2,249人	24.7%	1,861人	20.5%
R1	8,164人	925人	11.3%	884人	10.8%	9,198人	2,193人	23.8%	1,839人	20.0%
R2	7,461人	767人	10.3%	750人	10.1%	8,900人	1,963人	22.1%	1,722人	19.3%
R3	7,912人	794人	10.0%	792人	10.0%	9,261人	2,085人	22.5%	1,850人	20.0%
R4	8,082人	848人	10.5%	797人	9.9%	9,600人	2,071人	21.6%	1,884人	19.6%



図表 17-1 人工透析者数の推移（国保・後期）

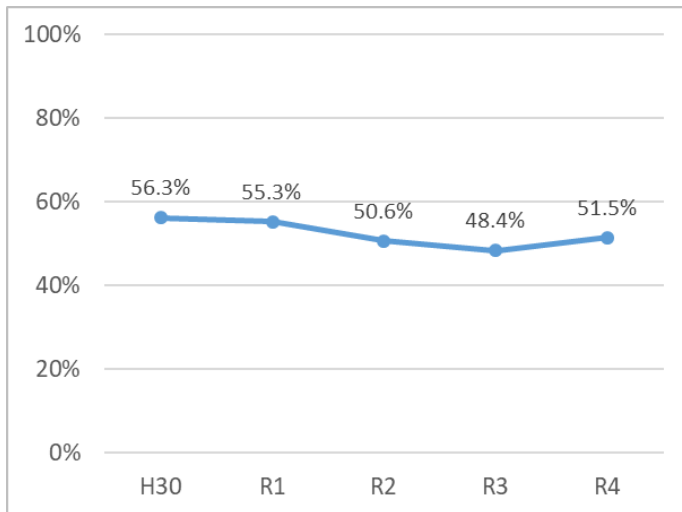


出典：大村市国保けんこう課調べ

④ 人工透析者の背景

人工透析者のレセプトを確認したところ、基礎疾患に糖尿病の診断がある人が約半数でした。

図表 17-2 人工透析者のうち、糖尿病の診断のある者の割合の推移（国保）



⑤ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療状況

国保被保険者の高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療状況をみると、令和4年度の被保険者に占める治療者の割合は平成30年度と比べ増えている一方で、重症化の結果である合併症（脳血管疾患、虚血性心疾患）の割合は減少しています。このことは、これまでの健診後の受診勧奨等の保健指導により、適切な治療につながった結果、重症化を予防できた効果と考えられます。

しかしながら、高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者のうち、12～17%が脳血管疾患や虚血性心疾患の合併症を発症しており、特に糖尿病の治療者については、合併症を発症した割合が高血圧症、脂質異常症に比べ高い状況です。また、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の治療者のうち、人工透析の割合は2%未満ではあるものの、平成30年度と比べ、増加傾向であることから、引き続き、治療につなぐだけでなく、重症化予防に取り組む必要があります。

図表18 高血圧症・糖尿病・脂質異常症治療者の経年変化

国保		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者(人)		A	6,246	6,272	3,917	3,760	5,149	5,308
		A/被保数	42.9%	45.4%	26.9%	27.2%	35.4%	38.4%
（中長期合併目標疾患）	脳血管疾患	B	920	794	642	529	751	661
		B/A	14.7%	12.7%	16.4%	14.1%	14.6%	12.5%
	虚血性心疾患	C	948	898	698	652	842	813
		C/A	15.2%	14.3%	17.8%	17.3%	16.4%	15.3%
	人工透析	D	93	114	57	68	57	75
		D/A	1.5%	1.8%	1.5%	1.8%	1.1%	1.4%

## 4 介護の状況

### (1) 要介護認定率及び介護給付費の状況

本市の高齢化率は高くなっていますが、要介護認定率については、平成30年度と比べ、令和4年度は低下し、県や国に比べ低い状況です。そして、要介護3以上の割合は維持しており、重度化は抑えられていると考えます。また、第2号被保険者（40～64歳）の要介護認定率は経年的に低下しており、同規模、県、国と比べ低い状況です。一人あたりの介護給付費は減少していますが、コロナ禍の影響もあるため注視していく必要があります。

図表 19 要介護認定者（率）及び介護給付費の状況

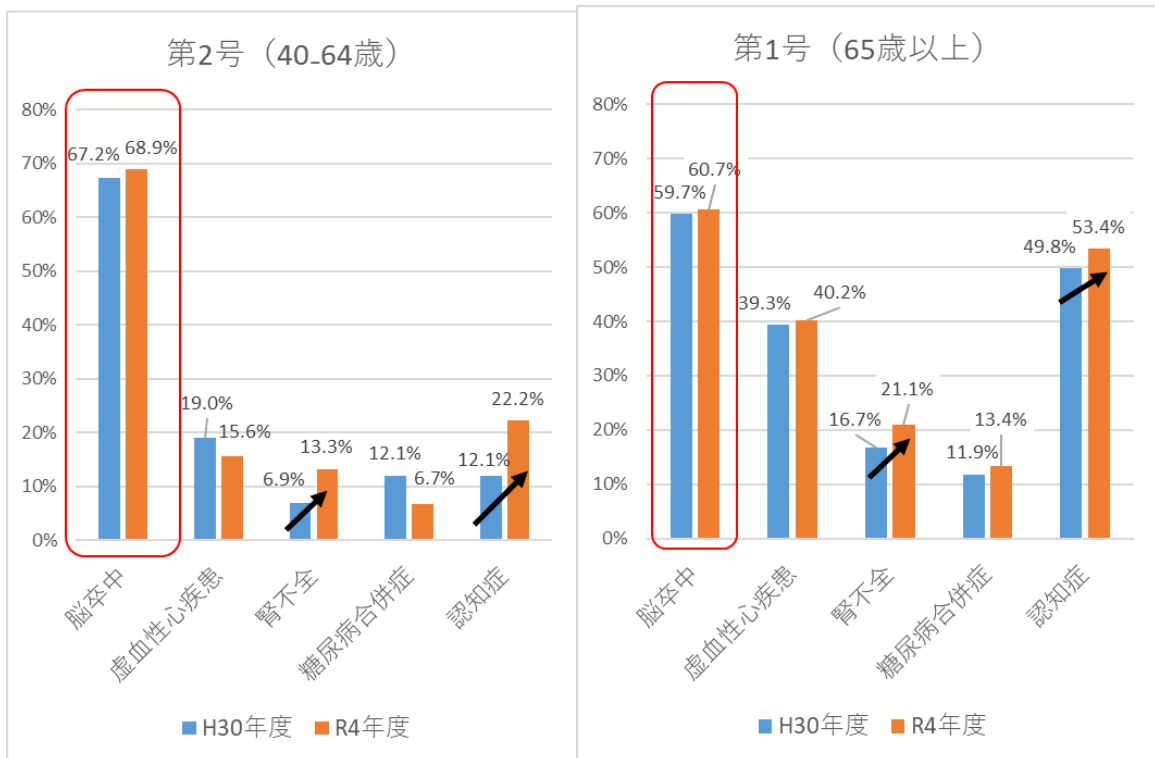
		大村市				同規模	長崎県	全国	
		H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度	
高齢化率		23.1%		25.5%		30.4%	33.1%	28.7%	
1号	被保険者数 (65歳～)	21,353人		24,034人		-	-	-	
	要介護認定者数	4,158人		4,523人		-	-	-	
	要介護認定率	19.5%		18.8%		18.1%	20.5%	19.4%	
	介護 度別 人数	要支援1・2	1,312	31.6%	1,367	30.2%	-	-	-
		要介護1・2	1,579	38.0%	1,778	39.3%	-	-	-
要介護3～5		1,267	30.5%	1,378	30.5%	-	-	-	
2号	被保険者数 (40～64歳)	30,568人		30,740人		-	-	-	
	要介護認定者数	102人		95人		-	-	-	
	要介護認定率	0.33%		0.31%		0.36%	0.38%	0.38%	
1人あたり介護給付費		284,254円		277,200円		274,536円	310,443円	290,668円	

## (2) 要介護認定者の有病状況

### ①第1号、第2号被保険者別の有病状況

中長期目標疾患（脳・心・腎）の視点で、要介護認定者の有病率を見ると、第1号、第2号ともに、脳卒中が最も高くなっており、第1号よりも第2号の脳卒中が高い状況です。また、平成30年度と令和4年度を比べると、特に腎不全と認知症の割合が増えています。生活習慣病対策は介護給付費の適正化においても重要と考えられることから、若い頃から継続した生活習慣病重症化予防に取り組む必要があります。

図表 20 要介護認定者の有病状況の推移



## ②脳血管疾患新規発症者の背景

要介護状態に至る主な疾患である脳血管疾患について、国保被保険者で令和 2 年度に新たに脳血管疾患を発症した 131 人の健診・医療・介護のデータを突合したところ、過去 4 年間健診を一度も受けていない人は、66.4%と多い状況でした。医療状況として、高血圧の診断のある人が 84.8%と最も高くなっています。131 人の翌年度の介護認定状況をみると、26%が要介護認定となっており、そのうち、要介護 3 以上の人が約 3 割という状況でした。脳血管疾患は、医療だけでなく、介護を必要とする状態になる可能性が大きい疾患です。そして、長期にわたって医療費と介護給付費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患の要因となる高血圧の重症化予防についても優先的に取り組む必要があります。

図表 21 脳血管疾患新規発症者 131 人（国保）の健診・医療・介護の状況

		人数	割合
健診	未受診者数（過去4年間）	87人	66.4%
医療	高血圧治療中	111人	84.8%
	糖尿病治療中	75人	57.4%
	脂質異常症治療中	94人	71.9%
介護	介護認定 内訳	合計	34人 26.0%
		要支援1-2	7人 (20.5%)
		要介護1-2	17人 (50.0%)
		要介護3-5	10人 (29.5%)

出典：大村市国保けんこう課調べ

### 第3章 第2期の評価及び第3期における健康課題の明確化

#### 1 第2期の指標の評価

第2期計画では、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率の向上をはじめ、短期目標として、メタボ、高血糖者、高血圧者、脂質異常者の割合、中長期目標として、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者数、新規人工透析者数、入院一人当たりの医療費の伸びを抑制することを掲げ、保健事業に取り組んできました。短期目標の高血糖者、脂質異常者の割合は目標達成し、高血圧者の割合は改善傾向です。中長期目標である虚血性心疾患の患者数は減少し、脳血管疾患患者数や新規人工透析者数は変動がありますが、目標は達成でき、入院一人当たり医療費の伸び率は同規模と比べ、低くなっています。

図表 22 第2期計画の目標管理一覧表

○ …目標達成

計画	達成すべき目的	課題を解決するための指標	実績値					最終目標
			H28 初期値	R1	R2	R3	R4	
特定健診等 実施計画	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を伸ばし、生活習慣病の発症・重症化を予防する。	特定健診受診率	35.1%	37.6%	31.2%	36.9%	37.0%	50.0%
		特定保健指導実施率	66.3%	70.9%	71.2%	71.5%	71.9%	70.0%
		特定保健指導対象者の減少率	20.4%	18.4%	14.5%	16.4%	18.9%	25.0%
データヘルス計画 短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等が改善する。	メタボリックシンドローム該当者の割合	17.9%	19.7%	20.1%	20.6%	20.6%	17.9%以下
		健診受診者の糖尿病患者の割合 (未治療者はHbA1c6.5%以上、治療中者は7.0%以上)	6.2%	6.6%	5.2%	5.7%	5.8%	6.2%以下
		健診受診者の高血圧者の割合 (160/100以上)	5.9%	4.2%	4.1%	4.9%	4.6%	4.2%以下
		健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL180以上)	3.4%	3.5%	2.9%	3.8%	3.0%	3.4%以下
データヘルス計画 中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症等の発症を予防する。	脳血管疾患患者数の増加の抑制	1,044人	925人	767人	794人	848人	1,044人以下
		虚血性心疾患の患者数を5%減少	910人	884人	750人	792人	797人	865人以下
		新規透析導入者を15人以内	16人	10人	12人	20人	12人	15人以下
		入院一人当たり医療費の伸び率を同規模市並みにする	15.90 同規模 (7.88)	12.1 (10.28)	6.58 (7.98)	2.55 (12.50)	9.37 (15.19)	同規模 並み

## 2 主な保健事業の評価

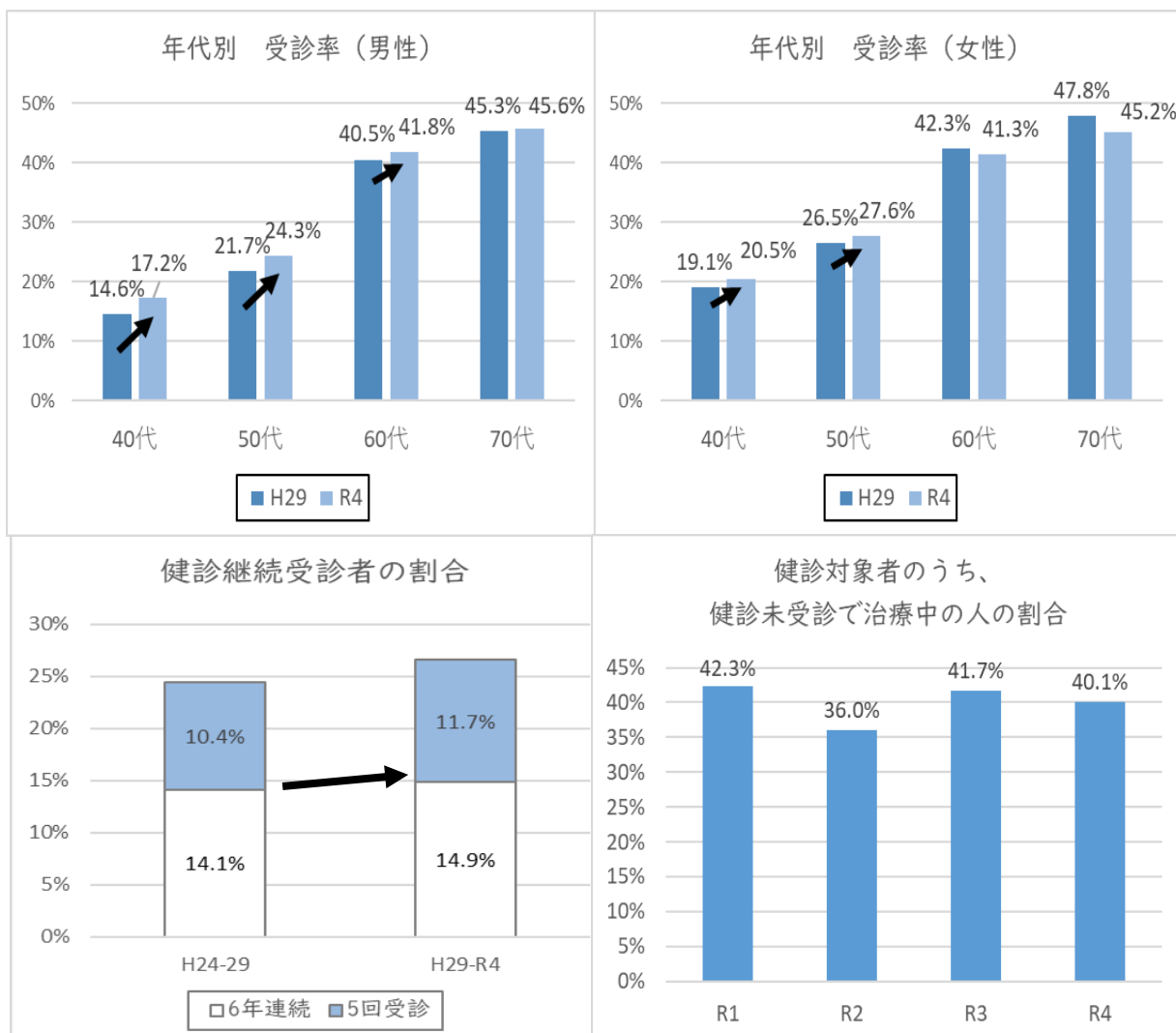
### (1) 特定健診受診率向上の取組

受診率向上のため、電話やはがきによる勧奨等を平成20年度から行ってきました。第2期計画期間の継続受診者を増やす取組として令和2年度からインセンティブの提供、令和3年度からLINEによる集団健診申込みやAI分析によるターゲットに合わせた受診勧奨通知を実施しました。その結果、特に男女ともに健診受診率の低かった若い世代の受診率が上がり、5回以上の継続受診者が増えました。

健診未受診者の治療状況を確認したところ、健診対象者のうち、健診未受診で治療中の人は約40%と推移しています。

今後は治療中の人や若い世代などターゲットを絞った健診勧奨や一度受診した人が継続した健診受診につながるような取組が必要と考えます。

図表 23 健診受診率の状況



## (2) 重症化予防の取組

### ①糖尿病性腎臓病重症化予防

平成30年度に大村市医師会と大村市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムを作成しました。プログラムに基づき、未治療者に対する医療への受診勧奨及び糖尿病等の治療中のハイリスク者に対する医療機関と連携した保健指導を開始しました。特定健診でHbA1c6.5%以上の割合については、図表25のとおり、平成30年度から令和2年度までは減少傾向でしたが、コロナ禍で保健指導の介入率が低下した令和3年度の翌年度（令和4年度）は割合が増加しました。しかしながら、保健指導により医療につないだ結果、HbA1c6.5%以上の未治療者の割合は年々減少しています。

図表24 高血糖の保健指導の実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4	
未受診者 (受診勧奨) HbA1c 6.5%以上	対象者数	164	173	104	132	123	
	介入数		82	84	41	59	52
			特保	31	29	11	27
	その他	51	55	30	32	36	
	介入率	50.0%	48.6%	39.4%	44.7%	42.3%	
ハイリスク者 (保健指導) HbA1c 7.0%以上	対象者数	142	135	93	113	111	
	介入数	113	121	87	82	96	
	介入率	79.6%	89.6%	93.5%	72.6%	86.5%	

出典：大村市国保けんこう課調べ

図表25 高血糖の推移：HbA1cが6.5以上の者（再掲）7.0以上の者

年度	HbA1c 測定	6.5以上		再掲		再掲 割合	再掲 割合
		再)7.0以上	未治療	治療	割合		
H29	5,027	469 9.3%	181 38.6%	288 61.4%	4.0%	9.3%	4.0%
		199 4.0%	57 28.6%	142 71.4%			
H30	5,072	477 9.4%	168 35.2%	309 64.8%	4.6%	9.4%	4.6%
		231 4.6%	56 24.2%	175 75.8%			
R01	5,193	451 8.7%	175 38.8%	276 61.2%	4.5%	8.7%	4.5%
		233 4.5%	65 27.9%	168 72.1%			
R02	4,271	322 7.5%	105 32.6%	217 67.4%	3.9%	7.5%	3.9%
		168 3.9%	52 31.0%	116 69.0%			
R03	4,946	383 7.7%	132 34.5%	251 65.5%	4.3%	7.7%	4.3%
		212 4.3%	63 29.7%	149 70.3%			
R04	4,739	395 8.3%	123 31.1%	272 68.9%	4.2%	8.3%	4.2%
		201 4.2%	50 24.9%	151 75.1%			



また、平成30年度と令和3年度の健診受診者の翌年度（令和元年度と令和4年度）の血糖コントロール状態を比較したところ、悪化の割合は減少し、翌年度の健診未受診者率も低下していました。

糖尿病の治療には薬物療法だけではなく、食生活や運動などの生活習慣の取組が欠かせません。引き続き、かかりつけ医と連携し、効果的な保健指導を実施する必要があります。

図表26 高血糖（HbA1c6.5以上）の翌年度の改善状況

年度	HbA1c 6.5%以上 (全受診者に 占める割合)	翌年度の状況			
		健診受診あり			健診 未受診
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	477 (9.4%)	108 22.6%	138 28.9%	55 11.5%	176 36.9%
R03→R04	383 (7.7%)	84 21.9%	137 35.8%	37 9.7%	125 32.6%

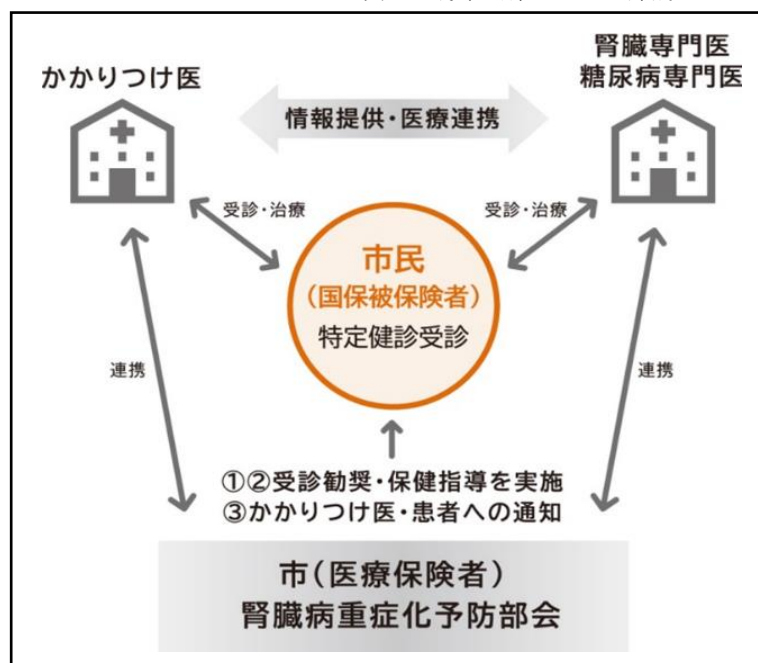
また、平成30年度には腎臓病重症化予防部会を立ち上げ、新規透析者の導入を減らすことを目的に、かかりつけ医と腎専門医との連携を図るための事例検討や本人とかかりつけ医への助言を行う取組を開始しました。開始前と比べ、特定健診受診者で腎専門医受診が必要な人のうち、腎臓内科受診歴がある人の割合が増えており、病診連携の効果がみられていることから、引き続き取り組む必要があります。

図表27 特定健診受診者のうち、腎臓内科受診者の状況

健診年度	腎部会開始前		腎部会開始後		
	H27年度	H29年度	R1年度	R3年度	R4年度
腎専門医受診レベル（G3b以下）	80	87	92	94	108
腎臓専門医受診歴あり	17	22	44	49	43
割合	21.3%	25.3%	47.8%	52.1%	39.8%

出典：大村市国保けんこう課調べ

図表28  
健診事後指導における  
医療との連携体制



②重症化予防

重症な高血圧・高 LDL コレステロール者のうち未治療者に対し、医療の受診勧奨等を実施しました。

Ⅱ度高血圧（160/100）以上の未治療者への保健指導については、コロナ禍で令和2年度の保健指導が主に電話による勧奨となった影響もあり、令和3年度のⅡ度高血圧以上の人の割合は図表30のとおり増えていました。そこで令和3年度から、高血圧対策を強化するために、高血圧を主にした保健指導学習会を開始した結果、令和4年度の割合は減少し、また図表31のとおり、翌年度の改善率が上がりました。「脳卒中治療ガイドライン2021」によると、高血圧は脳卒中を含めた心血管イベントの最大の危険因子と示されています。引き続き、リスクが高い高血圧未治療者に対し、家庭血圧測定の必要性や医療受診につなぐ保健指導を行っていく必要があります。

図表 29 重症高血圧の保健指導の実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4
重症高血圧	対象者数	137	132	102	138	137
	介入数	108	109	78	119	121
	特保	46	51	28	29	43
	その他	62	58	50	90	78
	介入率	78.8%	82.6%	76.5%	86.2%	88.3%

出典：大村市国保けんこう課調べ

図表 30 高血圧の推移：Ⅱ度高血圧（160/100）及びⅢ度（180/110）高血圧以上の割合

年度	健診受診者	Ⅱ度高血圧以上			再掲		割合
		再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療			
H29	5,029	251	165	86			5.0%
		5.0%	65.7%	34.3%	0.9%		
H30	5,076	233	135	98			4.6%
		4.6%	57.9%	42.1%	0.7%		
R01	5,193	217	132	85			4.2%
		4.2%	60.8%	39.2%	0.6%		
R02	4,271	177	102	75			4.1%
		4.1%	57.6%	42.4%	0.3%		
R03	4,946	242	139	103			4.9%
		4.9%	57.4%	42.6%	0.6%		
R04	4,739	220	137	83			4.6%
		4.6%	62.3%	37.7%	0.7%		

図表 31 II度高血圧以上の翌年度の状況

年度	II度高血圧以上 (全受診者に占める割合)	翌年度の状況			
		健診受診あり			健診未受診
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	233 (4.6%)	104 44.6%	36 15.5%	4 1.7%	89 38.2%
R03→R04	242 (4.9%)	124 51.2%	38 15.7%	9 3.7%	71 29.3%

高LDLコレステロール(160mg/dl以上)の未治療者への保健指導を令和3年度から開始したところ、高LDLコレステロールの割合は減少し、令和3年度から令和4年度にかけて悪化の割合は減少していました。しかし、図表34のとおり健診未受診者の割合が高くなっており、経過を追えない人が増えていることから、健診や医療につながっていないか経過を追いながら、健診勧奨を含めた保健指導を行う必要があります。

図表 32 高LDLコレステロールの保健指導の実施状況

		H30	R1	R2	R3	R4
高LDL 160mg/dl以上	対象者数	-	-	-	176	136
	介入数	-	-	-	142	112
	特保	-	-	-	46	31
	その他	-	-	-	96	81
	介入率	-	-	-	80.7%	82.4%

出典：国保けんこう課調べ

図表 33 高LDLコレステロール者の推移：160以上(再掲)180以上の割合

年度	健診受診者	160以上			再掲	割合
		再)180以上	未治療	治療		
H29	5,029	456 9.1%	415 91.0%	41 9.0%	3.1%	9.1%
		154 3.1%	146 94.8%	8 5.2%		
H30	5,076	498 9.8%	457 91.8%	41 8.2%	3.1%	9.8%
		155 3.1%	144 92.9%	11 7.1%		
R01	5,193	568 10.9%	521 91.7%	47 8.3%	3.5%	10.9%
		184 3.5%	176 95.7%	8 4.3%		
R02	4,271	403 9.4%	363 90.1%	40 9.9%	2.9%	9.4%
		125 2.9%	111 88.8%	14 11.2%		
R03	4,946	523 10.6%	480 91.8%	43 8.2%	3.8%	10.6%
		186 3.8%	176 94.6%	10 5.4%		
R04	4,739	417 8.8%	391 93.8%	26 6.2%	3.0%	8.8%
		140 3.0%	136 97.1%	4 2.9%		

図表 34 高 LDL コレステロールの翌年度の状況

年度	LDL-C 160以上 (全受診者に 占める割合)	翌年度の状況			
		健診受診あり			健診 未受診
		改善	変化なし	悪化	
H30→R01	498	209	106	31	152
	(9.8%)	42.0%	21.3%	6.2%	30.5%
R03→R04	523	210	117	19	177
	(10.6%)	40.2%	22.4%	3.6%	33.8%

### (3) 発症予防、ポピュレーションアプローチの取組

#### ①若年者健診 [U (アンダー) 40 健診] と保健指導

令和3年度から19歳～39歳の国保加入者に対し、特定健診と同様の健診、保健指導を実施しました。受診率は低い状況ですが、将来、特定健診となる対象であるため、健康の意識向上を目的として、引き続き40歳未満の健診、保健指導に取り組む必要があります。

図表 35 若年者健診等の介入状況

	健診 対象者	健診 受診者	健診 受診率	保健指導 対象者数	介入者数	介入率
R3	2,141	180	8.4%	31	28	90.3%
R4	2,136	167	7.8%	32	28	87.5%

出典：大村市国保けんこう課調べ

#### ② ポピュレーションアプローチ

市民に健康づくりや生活習慣病予防に向けた取組を促すため、本市の健康課題に関する情報提供や健康教育を実施しています。また、継続した運動習慣の取組につながるよう長崎県健康アプリ「歩こーで！」の普及啓発を行っています。

今後も、市民が本市の健康課題を身近に考えられるよう、啓発を行っていく必要があります。

### 3 健康課題の明確化

第2章の分析及び第2期の評価を踏まえ、本市国保の健康課題について、健診・医療・介護の視点で整理しました。

図表 36 分析結果に基づく本市国保の健康課題

	分析結果に基づく健康課題	課題解決のための取組
健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 特定健診受診率は40%未満で推移している。コロナ禍による受診控え後、徐々に回復しているものの目標値まで達成していない。</li> <li>② 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割を占めている。</li> <li>③ 男女ともに40代、50代の受診率が伸びてきているが、約2割と低い。</li> </ul>	特定健診の受診率向上
	<ul style="list-style-type: none"> <li>④ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合が増加している。特に男性の場合、受診者の5割を占めている。</li> <li>⑤ 尿蛋白(+)以上の割合が8%であり、県内で最も高い。また、尿蛋白(2+)以上の者には、メタボ該当・予備群が69%、高血圧内服治療者が85%と多い。</li> <li>⑥ 高血糖者の割合が徐々に増加している。</li> </ul>	特定保健指導の実施率の向上  重症化予防のための保健指導
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療費全体に占める入院(件数・費用)の割合が国・同規模と比べ高く、その結果、一人当たり医療費も同規模と比べ約4万円高くなっている。</li> <li>② 医療費全体のうち、慢性腎不全(透析あり)の割合は約7%で増加しており、国(4%)・県(5%)・同規模(4%)と比べ高い。</li> <li>③ 人工透析者のうち、約5割に糖尿病の診断がある。</li> </ul>	若い世代から生活習慣病の発症・重症化予防に一体的に取り組む。
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 要介護認定者の有病状況をみると、脳卒中の有病率が高い。特に第1号(65歳以上)より第2号(40~64歳)が高く、第2号の約7割に脳卒中の診断がある。</li> <li>② 令和4年度は平成30年度と比べ、第1号、第2号ともに腎不全・認知症の有病率が増加している。</li> <li>③ 令和2年度脳血管疾患の新規発症者のうち、約25%が要介護認定となっていた。また、高血圧の診断がある人が約85%と多い。</li> </ul>	尿蛋白等の重要性などを含めたポピュレーションアプローチ

## 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

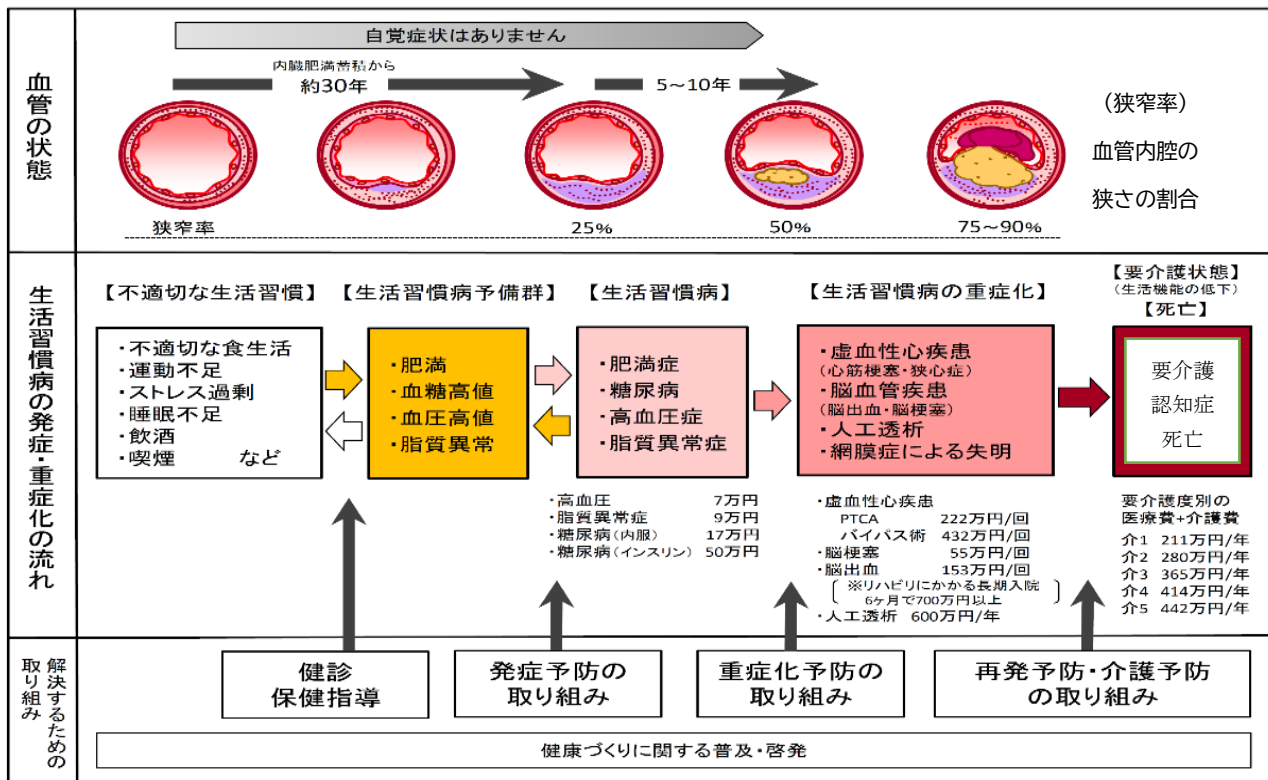
特定健診は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者に義務付けられた健診であり、メタボに着目し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としています。

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	<p>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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>
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	<p>(1) 向精神薬の重複処方者に対する取組（通年）</p> <p>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）</p> <p>②対象者及び医療機関への通知や相談対応</p> <p>③レセプトで処方薬量を確認し、評価</p> <p>(2) 重複受診者（通年）</p> <p>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</p> <p>②訪問による保健指導を実施</p> <p>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</p> <p>(3) 頻回受診者に対する取組（通年）</p> <p>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</p> <p>②訪問による保健指導を実施</p> <p>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</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)	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)



## 第5章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### 1 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

### 2 目標値の設定

第2期の特定健診受診率等を踏まえ、目標値を次のとおり設定します。

図表 39 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	40.75%	42.60%	44.45%	46.30%	48.15%	50.0%
特定保健指導実施率	71.9%	71.9%	71.9%	71.9%	71.9%	71.9%

\*重症化予防のための保健指導に重点をおくため、特定保健指導実施率は現状維持（令和4年度実施率）

### 3 対象者の見込み

図表 40 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	12,770人	12,550人	12,347人	12,158人	11,985人	11,789人
	受診者数	5,204人	5,346人	5,488人	5,629人	5,771人	5,895人
特定保健指導	対象者数	484人	497人	510人	523人	537人	548人
	実施者数	348人	357人	367人	376人	386人	394人

### 4 特定健診の実施

#### （1）実施方法

指定医療機関で年間を通して受診できる「個別健診」と、日時と場所（住民センター等）を指定して実施する「集団健診」を実施します。集団健診において、休日健診を実施します。

なお、健診の実施は個別健診、集団健診ともに、市（国保）から健診機関へ委託します。

- ① 個別健診（指定医療機関）
- ② 集団健診（住民センター等）

## (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

## (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市のホームページに掲載します。

(参照) URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/>

## (4) 特定健診実施項目

メタボに着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査 (HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・貧血) を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定に代えることができます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 41 大村市特定健診検査項目

健診項目		大村市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	○	□
	血色素量	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

## (5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意の下、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

## (7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、長崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

## (8) 健診の案内方法

受診率向上につながるよう、様々な機会を通じて健診日程等を案内します。

- ① 日時や会場を案内したはがきや、特定健康診査受診券等による案内
- ② 広報紙やラジオ、ホームページによる周知
- ③ 健康のしおりを全戸世帯に配布

## 5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、医療保険者として、市（国保）が直接実施します。

### (1) 対象者の明確化と保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確化にし、保健指導計画の策定・実践を次のように行います。



(2) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かった進捗管理とPDC Aサイクルで実践していくため、年間実践スケジュールを作成します。

図表 44 健診・保健指導の年間実践スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
3月	○健診対象者の抽出及び受診券発行 ○受診券と健診案内通知の送付 ○診療情報提供の依頼 ○健診実施機関との契約		○特定健診をはじめとした各種健診の広報
4月	○特定健診（後期高齢者健診、がん検診、若年者健診）の実施		○電話や訪問による受診勧奨（通年） ○各種イベントに合わせた周知（随時）
5月			
6月	○健診データ受取 ○代行機関（国保連合会）を通じて費用決済の実施	○対象者の抽出 ○保健指導	○受診勧奨1回目（ハガキ送付後、電話勧奨）
7月			
8月			
9月	○前年度特定健診・特定保健指導実績報告		
10月		○利用券の登録	○受診勧奨2回目（ハガキ送付後、電話勧奨）
11月			
12月			
1月			○受診勧奨3回目（ハガキ送付後、電話勧奨）
2月			
3月	○健診の終了		
翌年度	○費用決済終了	○翌年度9月まで実施	

## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および大村市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診の外部委託については、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間については、原則として5年間とします。

## 7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

## 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

評価指標に基づき、毎年、評価を行います。また、3年後の令和8年度に中間評価を行います。計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定に向けた評価を行います。

評価指標は翌年度に実績値が確定するため、中間評価は令和7年度実績値を、最終評価は令和10年度実績値をもって評価を行うこととします。

### 2 評価方法・体制

保険者は、健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

《評価における4つの指標》

- ・ストラクチャー（保健事業実施のための体制・システム）
- ・プロセス（保健事業の実施過程）
- ・アウトプット（保健事業の実施量）
- ・アウトカム（成果）

具体的な評価方法としては、健診・医療・介護データを集約しているKDBや特定健診の国への実績報告後のデータを用い、経年比較や個別の健診結果の改善状況を評価します。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等に広く周知することが重要であることから、国指針において、公表するものとされています。市のホームページ等に掲載するなど、内容の普及啓発に努めます。

### 2 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等において、個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

## ■参考資料■

### 参考資料1

データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

### 参考資料2

国・県・同規模と比べた大村市の位置

### 参考資料3

標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】

図1 「特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動」に合わせた大村市の状況



参考資料Ⅰ データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 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方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「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の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 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	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6～17年(12年) 2024年～2035年	指針 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～11年(6年) 2024～2029年	法定 令和6～8年(3年) 2024～2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るた めの保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から老齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病性腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病 虚血性心疾患 心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺炎(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

出典：ヘルスサポートラボ

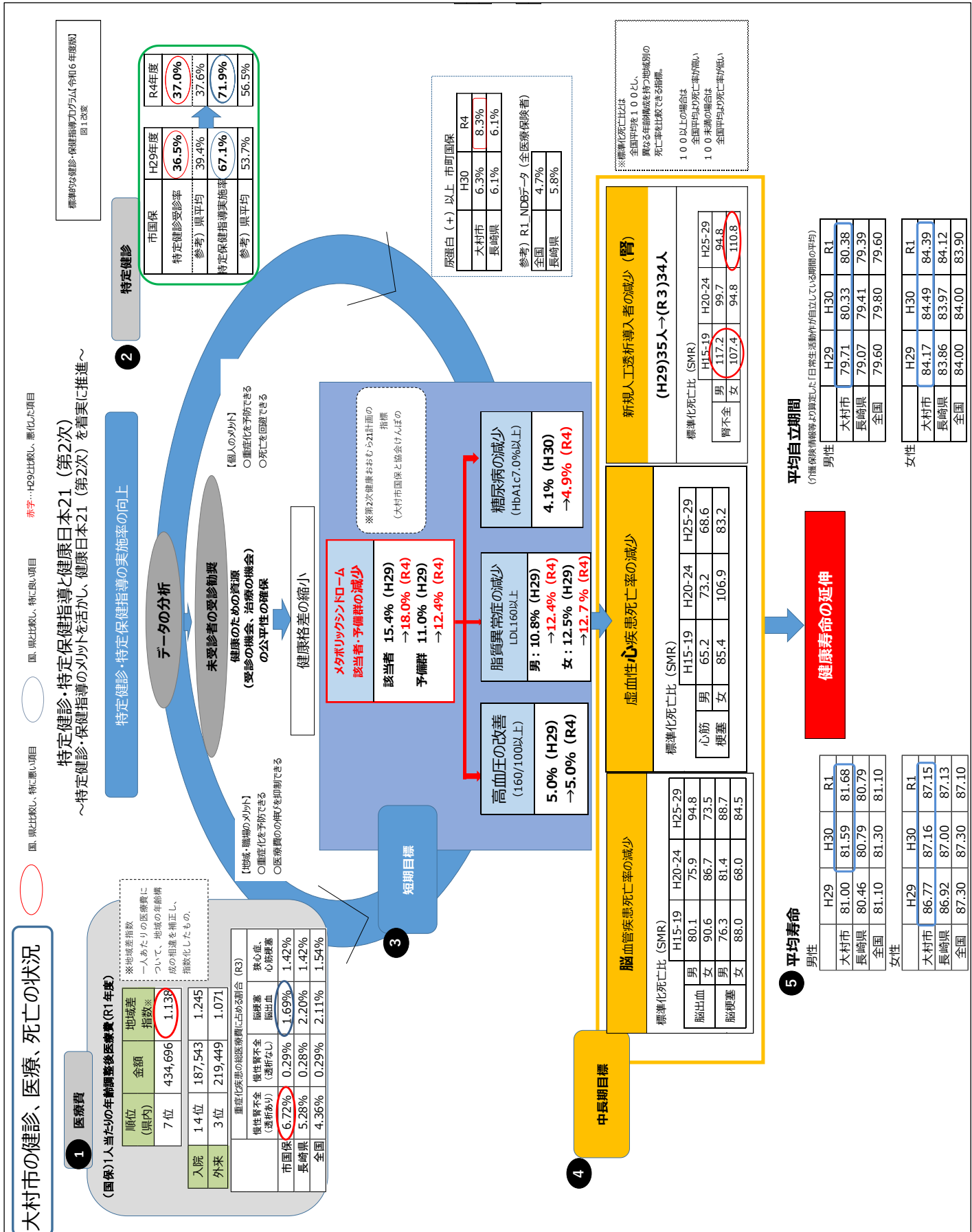
参考資料 2 国・県・同規模と比べた大村市の位置（令和4年度分）

項目			保険者		同規模		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	94,132		16,969,503		1,300,733		123,214,261		KDB.NO.5 人口の状況 KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	24,034	25.5	5,164,670	30.4	430,353	33.1	35,335,805	28.7		
		75歳以上	11,683	12.4	--	--	220,086	16.9	18,248,742	14.8		
		65～74歳	12,351	13.1	--	--	210,267	16.2	17,087,063	13.9		
		40～64歳	30,740	32.7	--	--	421,528	32.4	41,545,893	33.7		
	39歳以下	39,358	41.8	--	--	448,852	34.5	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	4.6		5.6		7.7		4.0		KDB.NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	19.9		28.6		20.1		25.0			
		第3次産業	75.5		65.8		72.2		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.6		80.7		80.4		80.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.6		87.0		87.0		87.0				
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	80.6		80.1		79.6		80.1				
	女性	84.4		84.4		84.3		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	99.2		100.3		103.3		100		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん	247	51.9	53,892	49.4	4,804	50.8	378,272		50.6
			心臓病	113	23.7	30,362	27.8	2,734	28.9	205,485		27.5
			脳疾患	70	14.7	16,001	14.7	1,220	12.9	102,900		13.8
			糖尿病	7	1.5	2,063	1.9	147	1.6	13,896		1.9
			腎不全	22	4.6	3,958	3.6	376	4.0	26,946		3.6
			自殺	17	3.6	2,854	2.6	183	1.9	20,171		2.7
			男性	99.2		100.3		103.3		100		
		女性	102.4		101.2		100.1		100			
		3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	4,523	18.8	932,725	18.1	87,519	20.5		6,724,030
新規認定者	介護度別総件数			80	0.3	15,476	0.3	1,289	0.3	110,289	0.3	
	要支援1.2			13,263	12.7	2,980,586	13.3	253,919	13.2	21,785,044	12.9	
	要介護1.2			53,117	50.8	10,399,684	46.4	975,333	50.8	78,107,378	46.3	
	要介護3以上			38,110	36.5	9,019,896	40.3	690,736	36.0	68,963,503	40.8	
2号認定者	95		0.31	20,148	0.36	1,600	0.38	156,107	0.38			
② 有病状況	糖尿病		1,276	26.8	237,003	24.2	24,954	27.2	1,712,613	24.3		
	高血圧症		2,846	60.0	523,600	53.8	55,445	60.9	3,744,672	53.3		
	脂質異常症		1,589	33.8	312,282	31.8	32,599	35.4	2,308,216	32.6		
	心臓病		3,157	66.9	590,733	60.8	62,241	68.6	4,224,628	60.3		
	脳疾患	1,136	24.3	221,742	23.1	22,629	25.1	1,568,292	22.6			
	がん	570	11.8	111,991	11.3	13,112	14.2	837,410	11.8			
	筋・骨格	2,683	56.9	516,731	53.1	56,502	62.3	3,748,372	53.4			
	精神	1,946	41.1	358,088	37.0	39,483	43.6	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	277,200	6,662,215,144	274,536	1,417,885,670,317	310,443	133,600,063,478	290,668	100,742,74,225,889			
	1件当たり給付費(全体)	63,759		63,298		69,584		59,662				
	居宅サービス	50,900		41,822		49,376		41,272				
	施設サービス	293,654		292,502		298,997		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	7,806	8,654	9,008	8,610						
	認定なし	3,726	4,013	4,220	4,020							
4	① 国保の状況	被保険者数	17,825		3,472,300		313,943		27,488,882		KDB.NO.1 地域全体像の把握 KDB.NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	8,413	47.2			146,116	46.5	11,129,271	40.5		
		40～64歳	5,406	30.3			97,783	31.1	9,088,015	33.1		
		39歳以下	4,006	22.5			70,044	22.3	7,271,596	26.5		
		加入率	18.9		20.5		24.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	8	0.4	1146	0.3	148	0.5	8,237	0.3		
		診療所数	91	5.1	12,471	3.6	1,348	4.3	102,599	3.7		
		病床数	1,637	91.8	206,222	59.4	25,756	82.0	1,507,471	54.8		
		医師数	415	23.3	34,837	10.0	4,399	14.0	339,611	12.4		
		外来患者数	811.6		719.9		743.9		687.8			
	入院患者数	23.9		19.6		27.2		17.7				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	407,800	県内10位 同規模40位	366,294	411,157	339,680					
		受診率	835,412		739,503		771,133		705,439			
		外来	費用の割合	57.3		59.5		53.5		60.4		
			件数の割合	97.1		97.3		96.5		97.5		
入院		費用の割合	42.7		40.5		46.5		39.6			
		件数の割合	2.9		2.7		3.5		2.5			
1件あたり在院日数	17.2日		16.3日		18.0日		15.7日					

項目		保険者		同規模		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合  最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		1,152,912,010	29.2	32.0	29.3	32.2	KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題		
			慢性腎不全(透析あり)		539,592,190	13.7	7.8	10.0	8.2			
			糖尿病		361,247,410	9.2	10.9	9.0	10.4			
			高血圧症		222,322,200	5.6	6.2	6.2	5.9			
			脂質異常症		144,137,580	3.7	4.0	3.1	4.1			
			脳梗塞・脳出血		135,068,580	3.4	3.9	3.7	3.9			
			狭心症・心筋梗塞		80,399,530	2.0	2.7	2.6	2.8			
			精神		638,927,050	16.2	15.1	17.8	14.7			
	筋・骨格		638,917,680	16.2	16.4	17.5	16.7					
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症		323	0.2	299	0.2	446	0.2	KDB.NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)
				糖尿病		1,595	0.9	1,297	0.9	1,531	0.8	
				脂質異常症		96	0.1	61	0.0	118	0.1	
				脳梗塞・脳出血		6,459	3.7	6,621	4.5	6,885	3.6	
				虚血性心疾患		3,788	2.2	4,143	2.8	4,438	2.3	
		腎不全		8,392	4.8	4,389	3.0	5,719	3.0			
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症		12,149	5.2	11,711	5.4	13,145	6.0	
				糖尿病		19,311	8.3	20,415	9.4	18,810	8.5	
				脂質異常症		7,990	3.4	7,802	3.6	6,679	3.0	
				脳梗塞・脳出血		1,116	0.5	937	0.4	961	0.4	
	虚血性心疾患			1,673	0.7	1,875	0.9	2,017	0.9			
	腎不全		25,225	10.8	17,220	7.9	22,033	10.0	15,781	7.7		
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり		健診受診者		2,242		2,421		KDB.NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健 康課題	
					健診未受診者		14,493		13,441			
生活習慣病対象者 一人当たり			健診受診者		5,998		6,937					
			健診未受診者		38,773		38,519					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者		2,415	53.0	571,947	57.0	46,056	55.2	3,915,807	57.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握
		医療機関受診率		2,166	47.5	518,685	51.7	42,184	50.6	3,574,378	52.0	
		医療機関非受診率		249	5.5	53,262	5.3	3,872	4.6	341,429	5.0	

参考資料3 標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】

図1 「特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動」に合わせた大村市の状況





大村市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第4期特定健康診査等実施計画

[発行] 大村市福祉保健部 国保けんこう課  
TEL 0957-53-4111 FAX 0957-53-5572  
<http://www.city.omura.nagasaki.jp/>