
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5年度分 報告書

令和6年8月 大村市国民健康保険

目次

1	保健事業実施計画（データヘルス計画）について	1
2	第3期データヘルス計画における健康課題(抜粋)	2
3	令和5年度の状況	
	(1) 評価指標の状況	3
	(2) 短期目標の状況	4
	(3) 中長期目標の状況	9
	(4) 個別保健事業の状況	11

※本文中の図表について、国保データベースシステム（KDB）を元に作成したものについては出典記載を省略し、その他について出典を記載している。

※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行い、より効率的で効果的な保健事業を実施するために作られたものである。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が見られない箇所もある。また、同時期の国、県、同規模との比較等を行うため、特定健診の法定報告や医療費、介護保険事業状況報告年報等とは数値が異なる。同規模とは、KDBで定義されている「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（246市町）の平均を表す。

1 保健事業実施計画（データヘルス計画）について

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用する。大村市データヘルス計画は、特定健診等実施計画と一体的に策定した。

大村市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第3期 令和6年度～令和11年度（6年）

■保険者努力支援制度について

国は、平成30年度から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を実施している。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、毎年度、評価指標の内容や配点の見直しがある。

図表1 保険者努力支援制度

評価指標		R3 実績/配点	R4 実績/配点	R5 実績/配点	R6 実績見込/配点
交付基礎額（万円）		4,362	4,491	4,463	4,927
獲得点/総得点（体制構築加点含む）		653/1,000	684/960	659/940	603/840
全国順位（約1,700市町村中）		380位	235位	283位	-
共通①	(1) 特定健診受診率	10 / 70	10 / 70	10 / 70	15 / 50
	(2) 特定保健指導実施率	70 / 70	70 / 70	70 / 70	50 / 50
	(3) メタボ該当者・予備群の減少率	15 / 50	15 / 50	15 / 50	5 / 25
共通②	(1) がん検診受診率	30 / 40	30 / 40	30 / 40	5 / 40
	(2) 歯周疾患（病）検診の実施	15 / 30	15 / 30	10 / 35	20 / 35
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	90 / 120	120 / 120	100 / 100	70 / 70
共通④	(1) 個人インセンティブ提供	30 / 90	15 / 45	15 / 45	30 / 40
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	15 / 20	10 / 15	20 / 20	14 / 24
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	45 / 50	50 / 50	50 / 50	75 / 85
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	110 / 130	110 / 130	80 / 130	120 / 140
	(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	40 / 100	45 / 100	50 / 100	40 / 100
固有②	データヘルス計画策定状況	40 / 40	30 / 30	25 / 25	15 / 15
固有③	医療費通知の取組の実施状況	25 / 25	20 / 20	15 / 15	0 / 0
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	15 / 30	35 / 40	40 / 40	40 / 40
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	31 / 40	43 / 50	50 / 50	31 / 41
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	72 / 95	66 / 100	79 / 100	73 / 85

評価指標において前年度と比べ、点数の獲得率が低いものは、特定健診受診率、メタボ該当者・予備群の減少率、がん検診受診率となっていた。保険者努力支援制度は獲得点数により交付金の額が決まり市国保運営にも影響が大きいとため、被保険者に制度説明や特定健診受診等に理解を得られるように努めていきたい。

2 第3期データヘルス計画における健康課題（「第3期データヘルス計画」より抜粋）

第3期計画における本市国保の健康課題は第2期計画の評価を踏まえ、特定健診・医療・介護の視点で以下のとおり整理する。

図表2 第3期計画における健康課題

	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"> 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。 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。 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。 	特定健診の受診率向上
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ⑥ 高血糖者の割合が徐々に増加している。 	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"> 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。 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。 ③ 人工透析者のうち、約5割に糖尿病の診断がある。 	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"> 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。 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。 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。 	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

3 令和5年度の状況

(1) 評価指標の状況

令和5年度の状況として中長期目標では④新規人工透析者数は減少したが、③慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合が同規模、県と比べて高い割合となっており、令和4年度より増加していた。今後の医療費及び透析者数の動向を注視していきたい。短期目標では令和4年度と比べ、全体的に改善傾向となっている。その中でも特に⑤尿蛋白（+）以上の割合が低くなっているものの令和4年度の県平均と比べて高い割合となっており、継続した本市の健康課題である。また、令和5年度の特定健診受診率は増加したものの目標の50%には至っていない。

図表3 目標管理一覧表

◎国が示す共通指標 ★長崎県版共通評価指標

	評価指標	基準値	R6	最終	(参考) 国◎ 県★
		(R5)	R6	(R11)	
	評価対象年度	R4	R5	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%	1.86%以下	
	(参考) 同規模	2.08%	2.06%		
	(参考) 長崎県	1.93%	1.94%		
	②虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.11%	1.12%	1.11%以下	
	(参考) 同規模	1.42%	1.39%		
	(参考) 長崎県	1.37%	1.20%		
短期 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%	7.56%	7.42%以下	
	(参考) 同規模	4.16%	4.20%		
	(参考) 長崎県	5.27%	5.06%		
	④ 新規人工透析者数	12人	5人	12人以下	
	① II度高血圧(160/100)以上の割合	4.6%	4.1%	4.6%以下	
	② 高血糖者(HbA1c6.5%以上)の割合	8.3%	8.2%	8.3%以下	★
	③ 高血糖者(HbA1c8.0%以上)の割合	1.1%	1.2%	1.1%以下	◎★
	④ 高コレステロール者(LDL-C180mg/dl以上)の割合	3.0%	2.9%	3.0%以下	
	⑤ 尿蛋白(+)以上者の割合	8.3%	7.6%	8.3%以下	★
(参考) 長崎県	6.1%				
⑥ メタボリックシンドローム該当者の割合	20.6%	20.3%	20.6%以下		
⑦ 特定保健指導対象者の減少率	18.9%	未定	19.0%以上	◎★	
⑧ 特定健診受診率 ※毎年10月の法定報告で確定	37.0%	38.1% R6.7時点	50.0%	◎★	
⑨ 特定保健指導実施率 ※毎年10月の法定報告で確定	71.9%	66.2% R6.7時点	71.9%	◎★	

(2) 短期目標の状況

① 特定健診受診率の状況

特定健診受診率は令和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る。

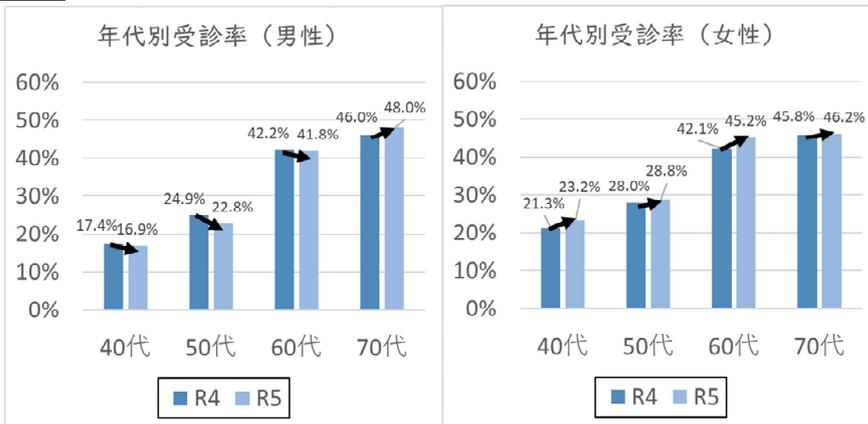
図表4 特定健診受診率、特定保健指導実施率

		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(R6.7時点)	R11年度目標
特定健診受診率	国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	37.5%	-	60.0%
	県	39.5%	39.2%	32.5%	36.1%	37.6%	-	-
	大村市(県内順位)	37.1%(18位)	37.6%(19位)	31.2%(17位)	36.9%(14位)	37.0%(16位)	38.1%	50.0%
特定保健指導実施率	国	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	28.8%	-	60.0%
	県	58.8%	58.9%	55.2%	55.3%	56.5%	-	-
	大村市(県内順位)	70.7%(8位)	70.9%(6位)	71.2%(7位)	71.5%(9位)	71.9%(9位)	66.2%	71.9%

※令和5年度は令和6年7月時点の暫定値。令和6年10月末に確定予定。

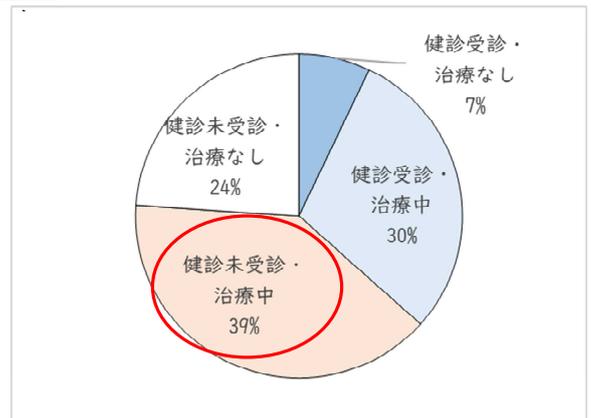
年代別の受診率をみると、男女ともに年代が上がるにつれ高くなっており、40代、50代の受診率が低い状況となっている。令和4年度と5年度を男女別に比較したところ、女性は全年代において伸びていたものの、男性は40代から60代で低下していた。そのため、特に男性と40代、50代の若い世代に対し受診の働きかけが必要である。

図表5 特定健診受診率の男女別・年代別推移 (R4、R5)



図表6 健診対象者の健診受診と医療受診の状況

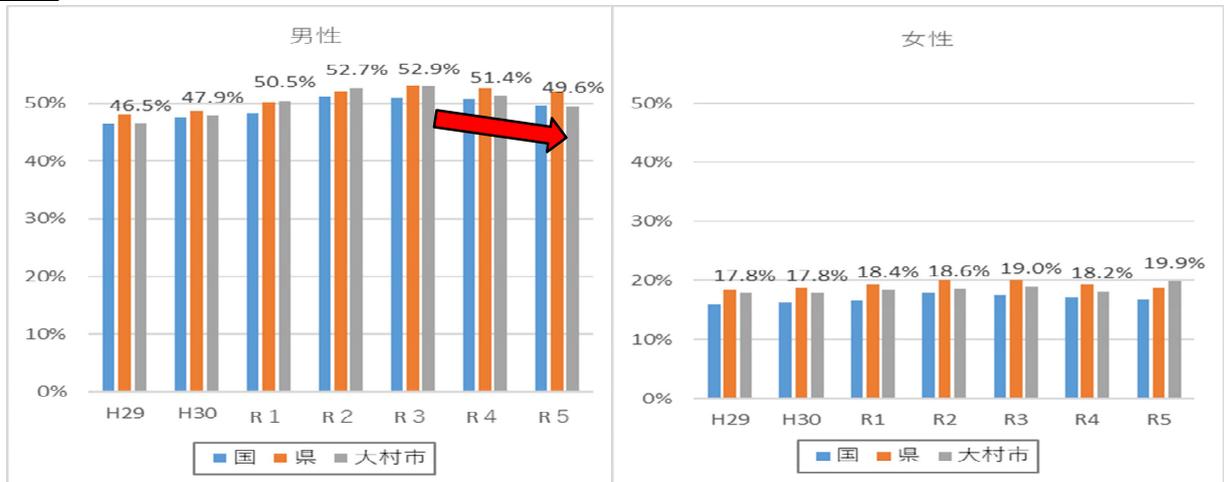
健診対象者の治療状況を確認したところ、健診未受診で治療中の人は健診対象者の39%と多い。健診未受診で治療中の人は、定期的に医療機関に通院しているため、医療機関の協力を得ながら健診の受診勧奨を行っていきたい。



②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は国、県と同様に男性が女性に比べ約2倍多く、受診者の約半数が該当している。

図表7 メタボ該当者・予備群の割合の推移



メタボ該当者 腹囲+〔血圧・脂質・血糖〕のうち、2項目以上が基準値を超えている者
 予備群 腹囲+〔血圧・脂質・血糖〕のうち、1項目が基準値を超えている者

また、メタボ該当者・予備群の割合を男女別・年代別で令和4年度と5年度を比較すると、図表8の①のとおり男性は減少、女性は増加しており、年代によって増減の傾向は異なっていた。今後男性のみでなく、女性の経過も注意して見ていく必要がある。令和4年度においては、男女ともに40代はメタボ該当者よりも予備群の割合が高かったが、令和5年度においては②のとおり予備群と該当者の割合が逆転し、40代から血管障害のリスクが重なっている人が増えている。男女とも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る。

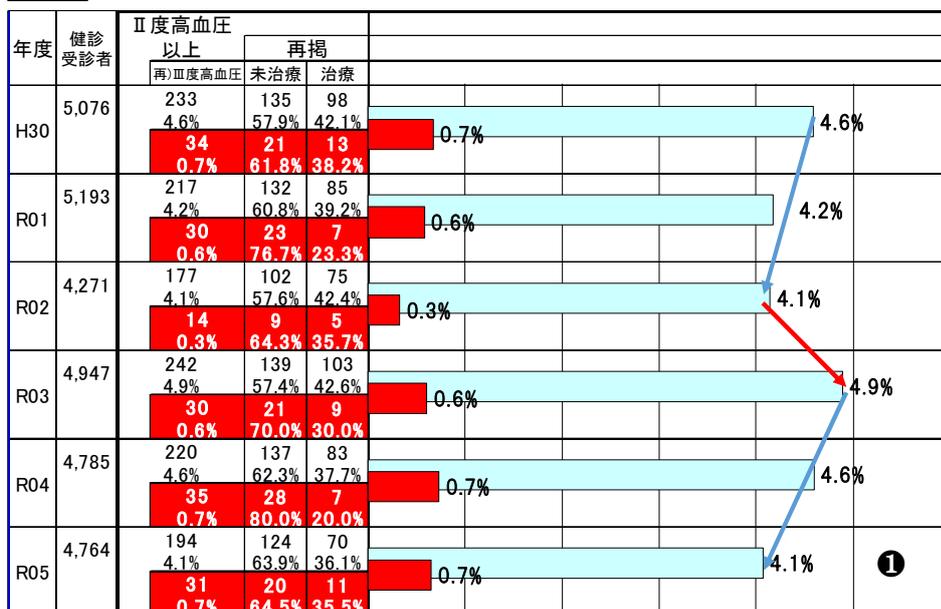
図表8 男女別・年代別のメタボ該当・予備群の経年変化

性別	R4				R5				R4→R5 変化		
	合計	内訳		合計	内訳		R4→R5 変化				
		該当者	予備群		該当者	予備群					
男性	合計	51.4	32.9	18.5	49.6	31.3	18.3	-1.8	減少 ①		
	40代	42.5	17.9	<	24.6	44.8	② 23.9	>	20.9	2.3	増加
	50代	51.2	27.1	>	24.1	48.2	26.7	>	21.5	-3.0	減少
	60代	50.9	34.1	>	16.8	51.2	32.9	>	18.3	0.3	増加
	70-74歳	52.9	35.1	>	17.8	49.3	31.9	>	17.4	-3.6	減少
	女性	合計	18.2	10.8	7.5	19.9	11.8	8.1	1.7	増加 ①	
40代	13.2	5.1	<	8.1	12	② 6	=	6	-1.2	減少	
50代	15.9	9.4	>	6.5	18.8	9.2	<	9.6	2.9	増加	
60代	18.1	10	>	8.1	19.8	11.5	>	8.3	1.7	増加	
70-74歳	19.5	12.4	>	7.1	21.2	13.4	>	7.8	1.7	増加	

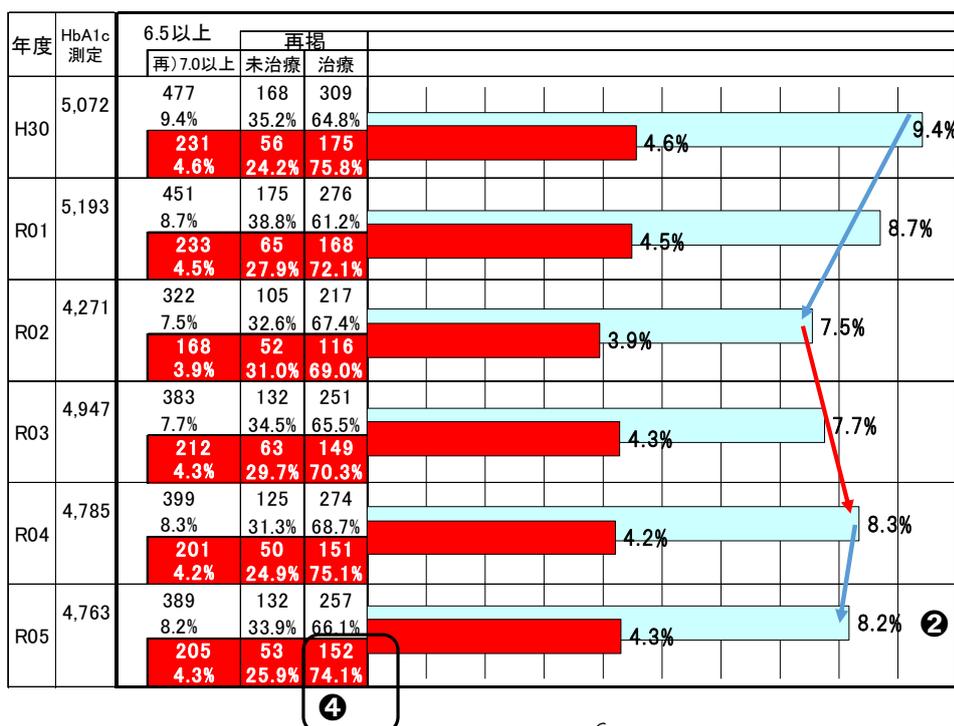
③各種検査の有所見（高血圧・高血糖・脂質異常）の状況

令和2年度は特にコロナの影響で、健診受診者の減少があったため、令和2年度から令和3年度にかけ、血圧、血糖、LDL コレステロールの3項目ともに悪化していたが、その後、徐々に改善傾向にある。特に、高血圧については令和3年度から保健指導を強化したこともあり、図表9のⅡ度高血圧（160/100）以上の者①は4.1%まで減少した。一方、図表10のHbA1c6.5%以上の者②は8.2%、図表11のLDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者③は8.9%と令和4年度と同程度の割合となっていた。また、図表10の④高血糖（HbA1c7.0%以上）の治療状況をみると、治療中の者の割合は74%と高く、薬物療法だけでは改善が難しい状況となっている。

図表9 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



図表10 高血糖の推移：HbA1cが6.5%以上の者（再掲）7.0%以上の者



図表 11 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		
H30	5,076	498 9.8%	457 91.8%	41 8.2%	3.1%	9.8%
R01	5,193	568 10.9%	521 91.7%	47 8.3%	3.5%	10.9%
R02	4,271	403 9.4%	363 90.1%	40 9.9%	2.9%	9.4%
R03	4,947	524 10.6%	481 91.8%	43 8.2%	3.8%	10.6%
R04	4,785	426 8.9%	397 93.2%	29 6.8%	3.0%	8.9%
R05	4,764	422 8.9%	383 90.8%	39 9.2%	2.9%	8.9%

継続受診者（令和4年度から令和5年度）の結果においても、高血糖は高血圧、高 LDL-C に比べ、悪化率が高く、また健診未受診者の割合も 34.8% と高いことから、かかりつけ医と連携し、薬物療法だけではなく、食生活や運動などの生活習慣への取組、治療中断することがないように効果的な保健指導を実施する必要がある。

図表 12 継続受診者（R04→R05）の翌年度の状況

	R04年度 全受診者に 占める割合	翌年度の状況（R05）			
		健診受診あり			健診 未受診
		改善	変化なし	悪化	
HbA1c6.5% 以上	8.3%	18.3%	33.3%	13.5%	34.8%
Ⅱ度高血圧 以上	4.6%	53.6%	15.0%	2.7%	28.6%
LDL-C160 以上	8.9%	39.0%	24.4%	5.4%	31.2%

④尿蛋白有所見者の状況

尿蛋白検査は腎障害をみる重要な検査であり、尿蛋白が多いと腎機能低下が進行しやすいため、慢性腎臓病のリスク因子として重要である。尿蛋白がでた場合は透析に至らないよう継続して血液検査とともに経過観察する必要がある。

【蛋白尿とは】

腎臓や泌尿器の機能障害で尿に必要以上にたんぱく質が出てしまうことです。腎臓は老廃物を含んだ血液をろ過し、尿を作る働きがあります。このとき、身体にとって必要なたんぱく質は再吸収されます。でも、腎臓や尿管など泌尿器の機能に異常があると、たんぱく質が再吸収されずに尿中に排泄されてしまうことがあります。また、病的なものとは別に一時的に尿蛋白が出ることもあります。試験紙で調べる「尿蛋白定性検査」で繰り返し尿蛋白が出る場合は、詳しく調べるために尿蛋白の量を調べる「尿蛋白定量検査」を実施することができます。肥満や高血圧、糖尿病などの生活習慣病により尿蛋白が出る慢性腎臓病（CKD）は動脈硬化や血管障害の危険因子として重要であることが注目されています。

（参考：厚生労働省 e-ヘルスネット）

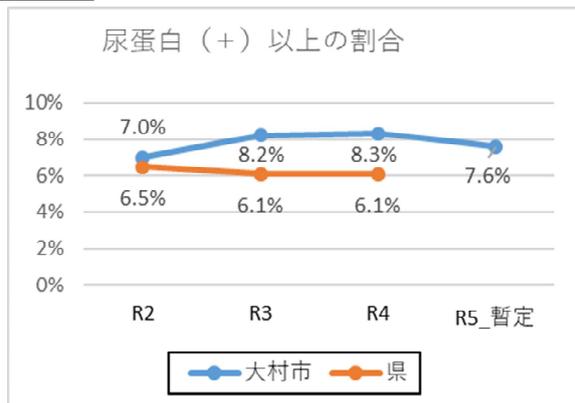
令和4年度の長崎県の尿蛋白有所見者の割合は図表14のとおり、全国ワースト5位であり、さらに県内でみると図表13のとおり本市は最も割合が高く、大きな課題である。

図表14 市町国保_都道府県別尿蛋白有所見状況（R4）

都道府県	割合	ワースト順
A 県	6.7%	1 位
長崎県平均	6.1%	5 位
全国平均	4.9%	—

出典：NDB データ

図表15 大村市国保健診 尿蛋白有所見状況



出典：長崎県版
共通評価指標データ

図表13

県内市町国保健診有所見状況

順位	尿蛋白+以上			
	H30年度		R4年度	
	市町	割合	市町	割合
1		7.5%	大村市	8.4%
2		7.4%		7.2%
3		7.0%		7.0%
4		6.9%		6.7%
5		6.7%		6.5%
6		6.5%	長崎県	6.1%
7		6.5%		6.0%
8		6.4%		5.9%
9	大村市	6.3%		5.9%
10		6.3%		5.8%
11	長崎県	6.1%		5.7%
12		5.8%		5.7%
13		5.8%		5.5%
14		5.7%		5.5%
15		5.7%		5.2%
16		5.6%		4.9%
17		5.5%		4.9%
18		5.5%		4.6%
19		5.0%		3.8%
20		4.8%		3.5%
21		3.6%		3.4%
22		3.0%		1.9%

出典：保健事業支援システム
(FOCUS)

(3) 中長期目標の状況

①医療費の概況

国保の令和5年度の総医療費は、被保険者数が減少しているにもかかわらず、令和4年度と比べ増加し、一人あたり医療費は同規模より約4.7万円高い。また後期になると、一人当たり医療費は国保と比べ約1.8倍高くなっている。これは入院の費用の割合が52.9%と国保より約10ポイント高くなっていることが要因と考える

図表16

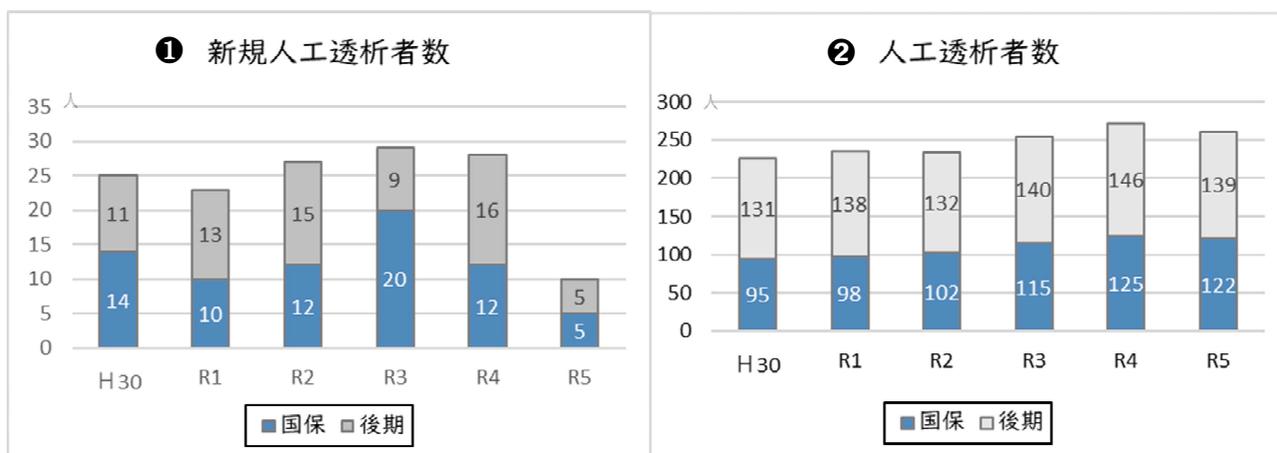
医療費の推移

		国保					後期	
		大村市		同規模	県	国	大村市	
		R4	R5	R5	R5	R5	R4	R5
被保険者数(人)		17,825人	17,320人	--	--	--	12,404人	12,952
総医療費		72億6903万円	73億5236万円	--	--	--	109億2184万円	119億4974万円
一人あたり年間医療費(円)		407,800円	424,501円	376,880円	429,088円	348,836円	746,225円	763,996円
入院	費用の割合	42.7%	43.3%	40.9%	47.0%	39.9%	50.6%	52.9%
	件数の割合	2.9%	3.0%	2.7%	3.6%	2.5%	4.3%	4.5%
外来	費用の割合	57.3%	56.7%	59.1%	53.0%	60.1%	49.4%	47.1%
	件数の割合	97.1%	97.0%	97.3%	96.4%	97.5%	95.6%	95.5%

②新規人工透析者の状況

令和5年度の国保、後期の①新規透析導入者数は大幅に減少していた。しかし、②人工透析者数の中には新規で計上していないが、他保険で透析治療し、国保へ異動する人も含まれており、実人数は大きな増減はみられなかった。令和5年度の新規人工透析者数の減少の要因の一つとしてこれまでの医療連携における重症化予防の取組によるものと考えられるが、単年度の変化であるため、引き続き注視していく必要がある。

図表17 人工透析者数の推移(国保・後期)

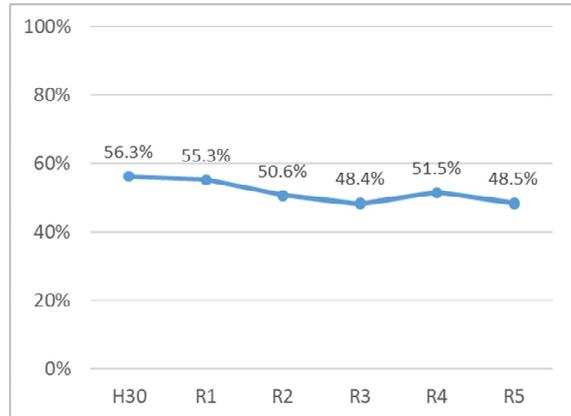


出典：大村市国保けんこう課調べ

※①新規人工透析者の集計方法		R4	R5	
新たにレセプトで透析を確認した人数(国保)		18	20	
内訳	透析導入前から国保加入	12	5	→新規人工透析者数に計上
	透析治療ありで他保険からの異動	4	8	
	透析3か月未満(死亡等)	2	7	

図表 18 人工透析のうち、糖尿病の診断があるものの割合の推移（国保）

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は約半数だった。糖尿病や高血圧は長年の進行によりと腎機能低下が起こるため、新規人工透析者を1人でも減らすために糖尿病などの生活習慣病の重症化予防は重要である。



③慢性腎不全（透析あり）の医療費の状況

3 ページの目標管理一覧表において、評価指標の中長期目標のなかで特に課題となっているのは「慢性腎不全（透析あり）」であり、総医療費に占める割合は同規模・県と比較し、約3ポイント高い状況である。また経年的にみると、令和4年度7.42%から令和5年度は7.56%に増加していた。

図表 3 目標管理一覧表（P3）の抜粋

	評価指標	基準値 (R5)	R6	最終 (R11)
		R4	R5	R10
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%	7.56%	7.42%以下
	(参考) 同規模	4.16%	4.20%	
	(参考) 長崎県	5.27%	5.06%	
	④ 新規人工透析者数	12人	5人	12人以下

※最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

人工透析者の医療費が増加した背景に件数の増加がみられた。年間レセプト件数はわずか10件の増加だが、年間医療費は約1,000万円の増加がみられた。また、併発疾患別医療費をみたところ、特に狭心症など虚血性心疾患のある人が件数、医療費ともに増加の伸びが大きかった。

図表 19 人工透析者の医療費の経年変化

	年間レセプト件数	年間医療費
R4	1,363件	6億3997万円
R5	1,373件	6億5012万円

図表 20 人工透析者の併発疾患別の医療費

	糖尿病あり		脳血管疾患あり		虚血性心疾患あり	
	件数	医療費	件数	医療費	件数	医療費
R4	596件	2億8224万円	285件	1億4751万円	438件	2億0094万円
R5	586件	2億8571万円	302件	1億4826万円	486件	2億3679万円
増減	-10件	347万円	17件	75万円	48件	3585万円

(4) 個別保健事業の状況

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> <p>①インセンティブの準備（チラシ作成等） ②チラシを配布（特定健診受診券に同封） ③健診受診者を抽出し、引換券の作成 ④健診受診者へ引換券を送付（健診結果通知書に同封） ⑤国保けんこう課窓口等でのインセンティブ配布 ⑥引換状況や健診受診率を確認し、評価 ※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> <p>①実施計画書を作成し、スタッフと共有 ②対象者を抽出 ③年3回集団健診の時期に合わせ、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 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。 ⑤翌年度、健診受診率を確認し、評価</p>	
評価	評価項目および(RII) 目標値	R5実績
ストラクチャー (体制)	受診勧奨スタッフを確保する	4人
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。	実施
アウトプット (内容)	特定健診受診勧奨通知数 RII_目標値(16,000通)	16,450通
アウトカム (成果)	特定健診受診率 RII_目標値(50.0%)	38.1%(令和6年7月末時点)
令和5年度 評価	今までの特定健診未受診者への受診勧奨事業(年3回はがき送付、医療機関へのチラシの配布等)を引き続き行うとともに、令和5年度は電話での受診勧奨や市民の方へのチラシ配布を行った結果、昨年度よりも受診率が向上した。また、新型コロナウイルスが5類移行したことにより、集団健診の受診者も徐々に増加した。しかし、目標値の達成には至らなかったため、さらに受診勧奨に力を入れる必要がある。	
改善策 令和6年度の取組	令和6年度からは県が行う通院者未受診者対策事業(キャンサースキャン)に参加し、通院者未受診者分析・医療機関分析結果を活用して受診勧奨等を行う。特定健診受診者へのインセンティブとして健康食品の配布を行っているが、今後、選択制で地域通貨「ゆでび」での付与を予定している。	

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	大村市糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム (1) 健診事後指導 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 ③腎機能重症化が危惧される者 (2) 治療中断者 ・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	
事業内容	(1) 健診事後指導 個別での健診事後指導 (2) 治療中断者 受診勧奨 (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	
実施方法	(1) 健診事後指導（通年） 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、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 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 (2) 治療中断者（通年） ①年に1回、対象者抽出 ②健診データの推移及びレセプトを確認 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 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 (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	評価項目および（R11）目標値	R5実績
ストラクチャー	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）	8.1か所
プロセス	かかりつけ医からの返信率 目標値(75%)	84.2%
アウトプット	医療機関受診勧奨実施率 目標値（100%）	100%
アウトカム	高血糖者（HbA1c6.5%以上）の割合 目標値（8.3%以下）	8.2%
	人工透析の新規導入者数 目標値（12人以下）	5人

令和5年度 評価	令和5年度は保健指導への活用、医師の記入のしやすさ等の観点から、情報提供書の様式を見直しを行った。医療機関等へ訪問の際、対象者の近況の確認や情報交換を行い、保健指導の方向性を検討する機会となっている。このことは指標の達成につながったと考える。
改善策 令和6年度の取組	かかりつけ医との情報交換のための医療機関訪問件数（月平均）は増加しており、対象者の近況を確認し保健指導の方向性を検討する機会となっている。令和5年度は、情報提供書の様式について、より効果的に保健指導に活用することができるよう見直しを行ったが、今後もかかりつけ医の意見を確認しながら、随時見直しを行い、返信率の維持に努めたい。アウトカム評価ではコントロール不良者の割合は目標値まで減少していた。今後も効果的な保健指導の実践につながるよう、スタッフ勉強会を通して保健指導の質を高めていきたい。

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	<p>(1) 健診事後指導（医療機関未受診者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 【Ⅱ度高血圧（血圧の服薬なし）・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】 <p>(2) 治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<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>
実施方法	<p>(1) 健診事後指導（通年）</p> <ol style="list-style-type: none"> ①毎月、対象者抽出 ②健診データの推移及びレセプトの確認 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 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>(2) 治療中断者（通年）</p> <ol style="list-style-type: none"> ①年に1回、対象者抽出 ②健診データの推移及びレセプトを確認 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 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

評価	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	事業実施のための人員、予算の確保	21人
プロセス	定期的な勉強会の開催	23回
アウトプット	保健指導実施率（高血圧） 目標値（97.8%）	75.6%（令和6年7月末時点）
	保健指導実施率（LDL） 目標値（96.8%）	78.6%（令和6年7月末時点）
アウトカム	Ⅱ度高血圧（160/100）以上の者の割合 目標値（4.6%以下）	4.1%
	高コレステロール者（LDL-C180mg/dl以上） の割合 目標値（3.0%以下）	2.9%
令和5年度 評価	年度初めからスタッフの不足なく事業へ取組めた。定期的な勉強会ではメタボリックシンドロームや血圧に関するメカニズムや指導教材の使い方について学び、また対応困難ケースの共有を行うことで、ケースを1人で抱え込むことなく、スタッフ全体で支援方法を考えることができ、保健指導の質の向上につながった。このことで、Ⅱ度高血圧の者の割合や高コレステロール者の割合目標を達成できた。保健指導実施率については、7月時点の実施率であるため今後増加する見込み。	
改善策 令和6年度の取組	アウトカムの評価指標はいずれも目標値を上回った。これは優先順位の高い対象者に対して集中的に保健指導を実践できた成果と考える。今後はさらに効果の出る保健指導を実施できるよう、個別評価で保健指導について評価し、その課題に対して定期的な勉強会やケースの事例検討等を通して、各スタッフの力量形成に努めていきたい。	

事業名称	若年者健診 [U（アンダー）40健診]
事業の背景	長い間健康でいるためには、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	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	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	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。	実施
プロセス	集団健康診査を予約制で実施	実施
アウトプット	若年者健診受診率 目標値（10.0%）	8.5%
アウトカム	保健指導実施率 目標値（87.5%）	72.4%（令和6年7月末時点）
令和5年度 評価	集団健診の土日開催やチラシ配布など計画していた健診受診勧奨事業をすべて実施した結果、健診受診率は令和4年度の7.4%を上回り令和5年度は8.5%となった。また、U40健診保健指導実施率は令和3年度72.2%（R4.2月時点）、令和4年度61.5%（R5.2月時点）、令和5年度72.4%（R6.7月時点）であり、目標値には至らなかったが、実施率は増加した。本事業の対象の多くは働き盛り世代であり、対象者と連絡がつかず指導が実施できないことも多く、若い方の興味関心を引きつけるような工夫が必要である。	
改善策 令和6年度の取組	昨年度の受診率は上回ったが、目標値である10%には達していないため、令和6年度からは新たに若年者健診対象者へ受診勧奨はがきを送付し、更なる受診率向上を図る。また、保健指導の実施率向上に向けて、指導対象者へ健診結果と併せた案内について、指導に結びつく効果的な案内となるよう、掲載内容について検討を行う。	

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	<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を確認</p> <p>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）</p> <p>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	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	事業実施の人員、予算の確保と体制の構築を図る。	3人
プロセス	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。	実施
アウトプット	健康講座参加者数 目標値 (400人)	314人
アウトカム	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%)	68.0%
令和5年度評価	<p>人員体制は必要人員を確保でき、健診事後指導、健康講座を実施することができた。健康講座参加者数は目標未達成だが、23回、314人に対し、血圧講座を実施し、家庭血圧測定への意識向上を図ることができた。</p> <p>また、R5は保健指導対象者の選定基準を変更し、事務の効率化を図ることができ、保健指導にかかる時間を確保できたため、健診時有所見検査について、治療につながるなどの改善割合は目標達成できた。</p>	
改善策 令和6年度取組	健康講座は地域包括支援センターと連携し、これまでの生活習慣病に関する講座に加え、新たに体力測定の講座を行い、終了後に個別相談を行う。	

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	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	事業を行うための体制、構築を図る。	1人
プロセス	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	実施 (R5.7月、11月、R6年3月)
アウトプット	後発医薬品利用促進通知送付率 目標値 (100%)	99.8%
アウトカム	後発医薬品使用率 目標値 (国の目標値)	86.1% (令和6年3月診療分)
令和5年度 評価	職員1名体制で計画どおり事業を実施できた。 目標値未達成だが、通知の受取拒否1名以外すべての対象者へ送付でき、国の目標値、令和5年度末までに使用率80%以上を達成できた。	
改善策 令和6年度の取組	国の目標値を超える高い使用率となったが、利用促進通知は、受け取り拒否の申出 (1名) があったことで、送付率目標値100%に達しなかった。今後また受け取り拒否の申出があった際は、制度についての丁寧な説明を心掛け理解いただけるよう努める。	

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	<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> <p>(4) 多剤投与者に対する取組 (通年)</p> <p>①対象者抽出 保健事業支援システム (FOCUS) より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訪問による保健指導を実施。</p> <p>③レセプトで処方薬量を確認し、評価</p>	
評価	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	事業実施のための人員、予算の確保	2人
プロセス	事業対象者の抽出 (毎月)	12回
アウトプット	向精神薬の重複処方者への通知率 目標値 (100%)	100%
	重複・頻回受診者への訪問指導実施率 目標値 (60.0%)	65.8%
	多剤投与者への訪問指導実施率 目標値 (60.0%)	100%
アウトカム	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%)	100% (令和4年度介入分)
	重複・頻回受診者の受診行動改善率 目標値 (70.0%)	55.6% (令和4年度介入分)
	多剤投与者のうち投薬数が減った者の割合 目標値 (50.0%)	(令和5年度から開始のため、未評価)
令和5年度評価	<p>スタッフは年度初めから不足なく確保でき、毎月実施することができている。</p> <p>向精神薬重複処方者への通知は、抽出された対象者には全数実施することができた。また、通知で行動変容がなかった者については、訪問を行った。その他の指標も目標値を上回った。</p> <p>評価は訪問実施翌々年度に実施するため、評価は令和4年度分となる。多剤投与者は令和5年度から訪問を開始したため、今年度評価はなし。向精神薬はR6.7月時点で4名中4名の重複処方が改善した。また重複・頻回受診者のうち、55.6%に改善が見られ、1,935,369円の医療費の削減につながっている。</p>	

改善策 令和6年度の取組	向精神薬重複処方者への取組に関しては、目標値を達成できている。通知を送付しても改善が見られない者に対しては、訪問を行うなど、対応方法の検討を行っていく。重複・頻回受診については、指導率は達成できたが行動改善率が目標値を下回っている。改善した対象者の訪問内容の振り返りなどを行い、行動改善率の上昇につながるよう効果的な介入方法を検討していきたい。
-----------------	--

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	評価項目および (R11) 目標値	R5実績
ストラクチャー	事業実施の人員、予算を確保する。	実施
プロセス	年間計画を立て、スタッフで共有する。	実施
アウトプット	生活習慣病に関するイベントの開催回数 目標値 (年2回)	年3回
アウトカム	長崎県健康づくりアプリ「歩こーで！」 市民ダウンロード数 目標値 (5,000人)	3,952人 (令和6年3月末時点)
令和5年度 評価	本市の健康課題の情報発信として、広報掲載やイベント等で糖尿病や腎臓に関する展示を行い、啓発することができた。 長崎県健康づくりアプリ「歩こーで！」はイベントやホームページや大村市公式ライン等と活用した啓発を行い、登録者が令和4年度1,243名から令和5年度3,952名(2,709名増)へと順調に増加している。	
改善策 令和6年度の取組	令和6年度は「歩こーで！」を活用し、新たに職場対抗ウォーキングイベントの開催や大村市の地域通貨「ゆでび」を活用し、特定健診やがん検診受診、歩数増加への健康意識の向上を図る。	