

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年度分 報告書

令和7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6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	11
	(4) 個別保健事業の状況	14

※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		R4 実績/配点	R5 実績/配点	R6 実績/配点	R7 実績見込/配点
交付基礎額（万円）		4,491	4,463	4,927	-
獲得点/総得点（体制構築加点含む）		684/960	659/940	603/840	685/988
全国順位（約1,700市町村中）		235位	283位	148位	-
共通①	(1) 特定健診受診率	10 / 70	10 / 70	15 / 50	5 / 50
	(2) 特定保健指導実施率	70 / 70	70 / 70	50 / 50	50 / 50
	(3) メタボ該当者・予備群の減少率	15 / 50	15 / 50	5 / 25	15 / 25
共通②	(1) がん検診受診率	30 / 40	30 / 40	5 / 40	5 / 40
	(2) 歯周疾患（病）検診の実施	15 / 30	10 / 35	20 / 35	5 / 35
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	120 / 120	100 / 100	70 / 70	70 / 70
共通④	(1) 個人インセンティブ提供	15 / 45	15 / 45	30 / 40	30 / 40
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	10 / 15	20 / 20	14 / 24	41 / 71
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50 / 50	50 / 50	75 / 85	65 / 105
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	110 / 130	80 / 130	120 / 140	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	45 / 100	50 / 100	40 / 100	40 / 100
固有②	データヘルス計画策定状況	30 / 30	25 / 25	15 / 15	15 / 15
固有③	(1) 医療費通知の取組の実施状況	20 / 20	15 / 15	0 / 0	0 / 0
	(2) こどもの医療の適正化等の取組	-	-	-	60 / 60
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	35 / 40	40 / 40	40 / 40	40 / 40
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	43 / 50	50 / 50	31 / 41	36 / 41
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	66 / 100	79 / 100	73 / 85	88 / 106

評価指標において点数の獲得率が低いものは、特定健診受診率、がん検診受診率、歯周疾患（病）検診の実施となっていた。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、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6年度の状況

(1) 評価指標の状況

令和6年度の状況として、短期目標⑤尿蛋白(+)以上の割合は横ばいで推移しているが、中長期目標④新規透析導入者数は増加し、③慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合も同規模市や県に比べ高い状態であり、慢性腎不全対策は継続した大村市の優先すべき健康課題となっている。今後も引き続き、慢性腎不全の兆候である尿蛋白の検出状況と合わせ、医療費及び透析者数の動向を注視していきたい。また、特定健診受診率は目標値の50%には至っていないため、継続して受診の働きかけを行っていく。

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	R7	最終	(参考) 国◎ 県★
		(R5)	R6	R7	(R11)	
	評価対象年度	R4	R5	R6	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%	1.84%	1.86%以下	
	(参考) 同規模	2.08%	2.06%	2.08%		
	(参考) 長崎県	1.93%	1.94%	2.15%		
	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%	0.94%	1.11%以下	
	(参考) 同規模	1.42%	1.39%	1.41%		
	(参考) 長崎県	1.37%	1.20%	1.20%		
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%	7.86%	7.42%以下	
	(参考) 同規模	4.16%	4.20%	4.25%		
	(参考) 長崎県	5.27%	5.06%	5.12%		
	④ 新規人工透析者数	12人	5人	9人	12人以下	
短期 目標	① II度高血圧(160/100)以上の割合	4.6%	4.1%	4.1%	4.6%以下	
	② 高血糖者(HbA1c6.5%以上)の割合	8.3%	8.2%	8.8% (R7.7時点)	8.3%以下	★
	③ 高血糖者(HbA1c8.0%以上)の割合	1.1%	1.2%	1.4% (R7.7時点)	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%	3.0%以下	
	⑤ 尿蛋白(+)以上者の割合	8.3%	7.5%	7.5% (R7.7時点)	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%	20.9%	20.6%以下	
	⑦ 特定保健指導対象者の減少率	18.9%	20.8%	10月確定	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%	38.4%	37.7% (R7.7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%	70.9%	59.4% (R7.7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、増加傾向となっている。

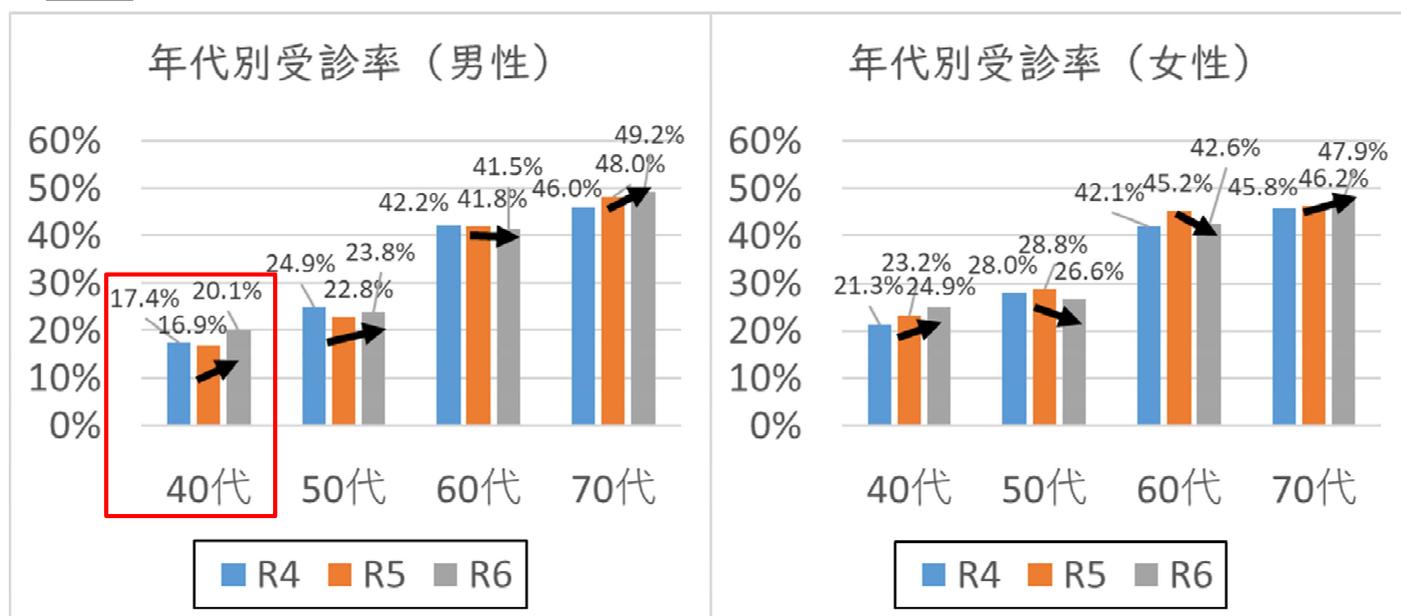
図表4 特定健診受診率、特定保健指導実施率

		R1年度実績	R2年度実績	R3年度実績	R4年度実績	R5年度実績	R6年度(R7.7時点)	R11年度目標
特定健診受診率	国	38.0%	33.7%	36.4%	37.5%	38.2%	-	60.0%
	県	39.2%	32.5%	36.1%	37.6%	39.0%	-	-
	大村市 (県内順位)	37.6% (19位)	31.2% (17位)	36.9% (14位)	37.0% (16位)	38.4% (19位)	37.7%	50.0%
特定保健指導実施率	国	29.3%	27.9%	27.9%	28.8%	29.1%	-	60.0%
	県	58.9%	55.2%	55.3%	56.5%	61.3%	-	-
	大村市 (県内順位)	70.9% (6位)	71.2% (7位)	71.5% (9位)	71.9% (9位)	70.9% (9位)	59.4%	71.9%

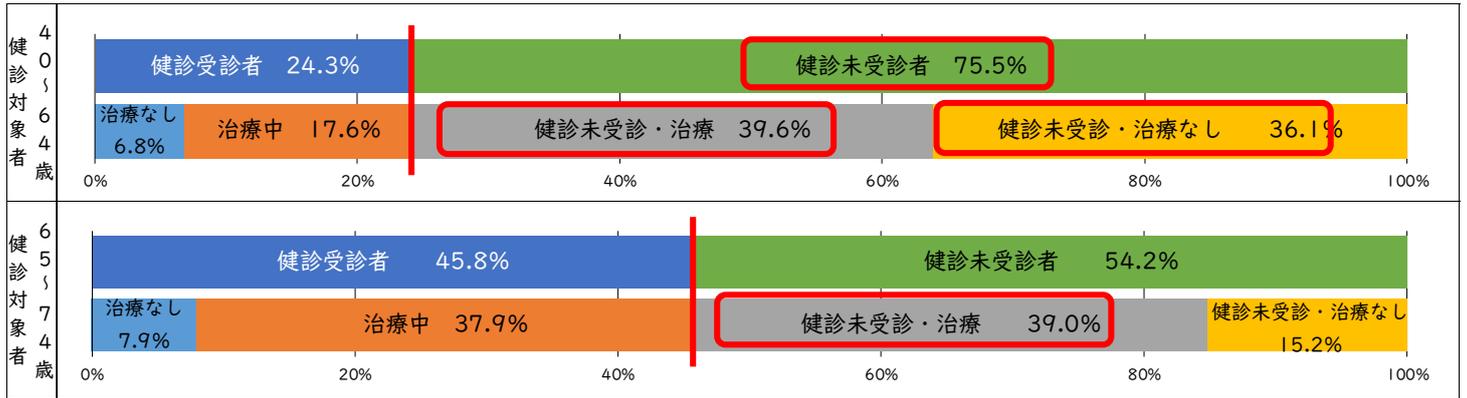
※令和6年度は令和7年7月時点の暫定値。令和7年10月末に確定予定。

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5年度と6年度を男女別に比較したところ、全体的に男性の受診率が増加していた。中でも最も変化があったのは、40代男性の受診率で、3.2ポイントの増加となったが、働き盛り世代の健診受診率は20%程度と低く、大きな課題である。今後も継続して若い世代に対し健診受診の働きかけを行っていく。

図表5 特定健診受診率の男女別・年代別推移

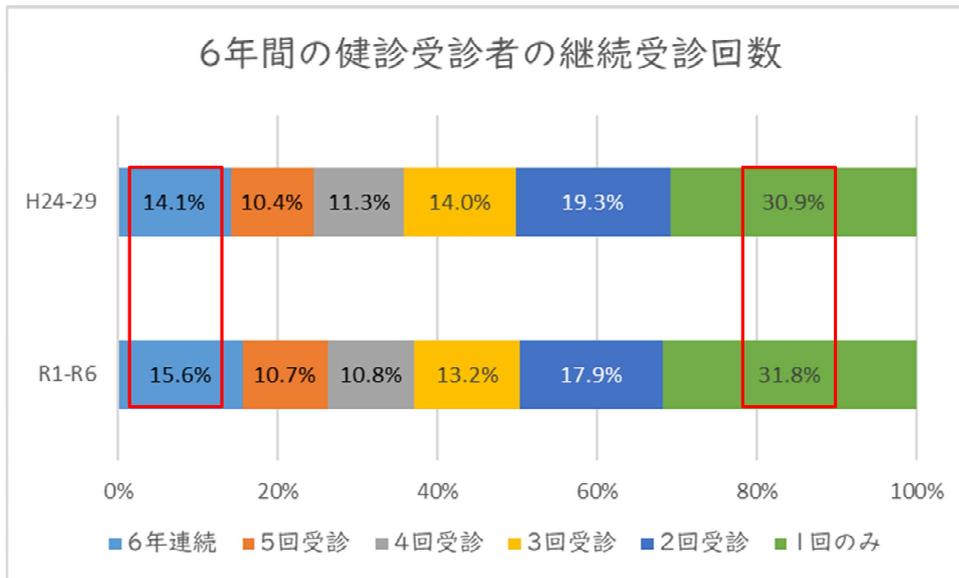


図表6 特定健診対象者の健診受診・医療機関受診の年代別状況



40～64歳の働き盛り世代と65～74歳の前期高齢者の健診受診・医療機関受診状況を比較すると、働き盛り世代は、75.7%が「健診未受診」、36.1%は「健診未受診かつ治療なし」で、前期高齢者より割合が高かった。健診や治療がない人は重症化しているのかどうか、実態が分からない。若いうちから、自分自身の体を知るきっかけとして健診を受けてもらえるような働きかけが必要である。また「健診未受診・治療中」の割合は働き盛り世代、前期高齢者ともに39%台と多いことから、医療機関と連携し協力を得ながら、健診の受診勧奨を継続して行っていきたい。

図表7 健診受診者の継続受診回数



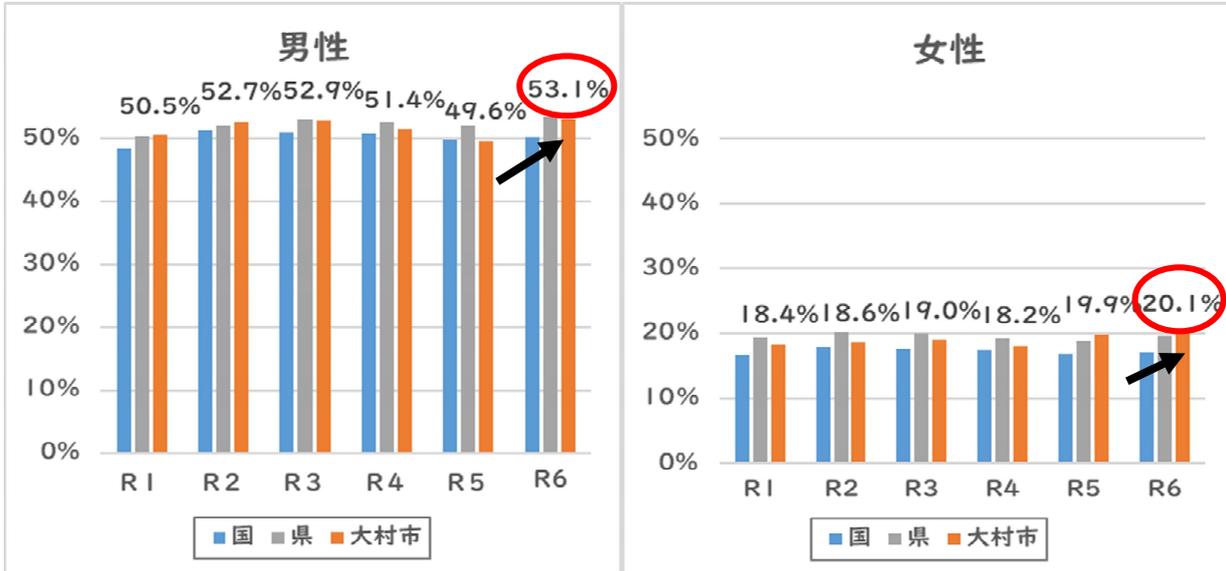
受診率を上げ続けるには、継続受診者を増やすことが重要なポイントとなる。そこで、「H24-29年度」、「R1-6年度」の各6年間での受診者の受診回数の内訳をみると、6年連続の受診者の割合が「H24-29年度」と比べ1.5ポイント増えていた。令和2年度のコロナの影響で受診率

が下がった時期以降、毎年受診率が伸び続けている要因と考えられる。一方、「H24-29年度」と比べ、1回のみ受診者の割合が多いうえ、また増加していた。継続して健診を受けることで現在の体の状況を把握できるうえ、前年度と結果を比較することで小さな変化にも気づきやすくなる。健診を受け続けることの重要性について伝え続け、「健診を受けて良かった」と感じてもらえるような働きかけを行っていく。併せて、働き盛り世代が健診を受けやすい体制づくりも行っていきたい。

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。令和6年度は長崎県全体として、割合が増加しており、本市においても男女ともに過去5年間のうち最も高い割合となった。

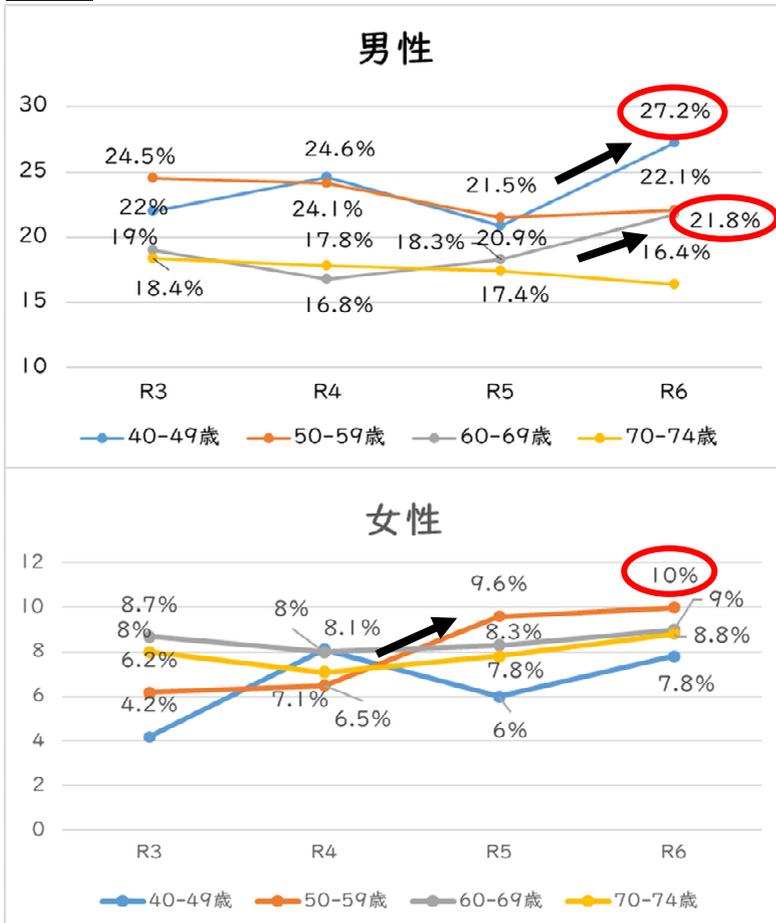
図表8 メタボ該当者・予備軍の割合の推移



※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

※メタボ予備群：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

図表9 メタボ予備群の年代別割合の推移



生活習慣病の発症・重症化を予防する視点で見たときに、リスクの重なりがまだ少ない状態であるメタボ予備群の状況を把握することは重要である。

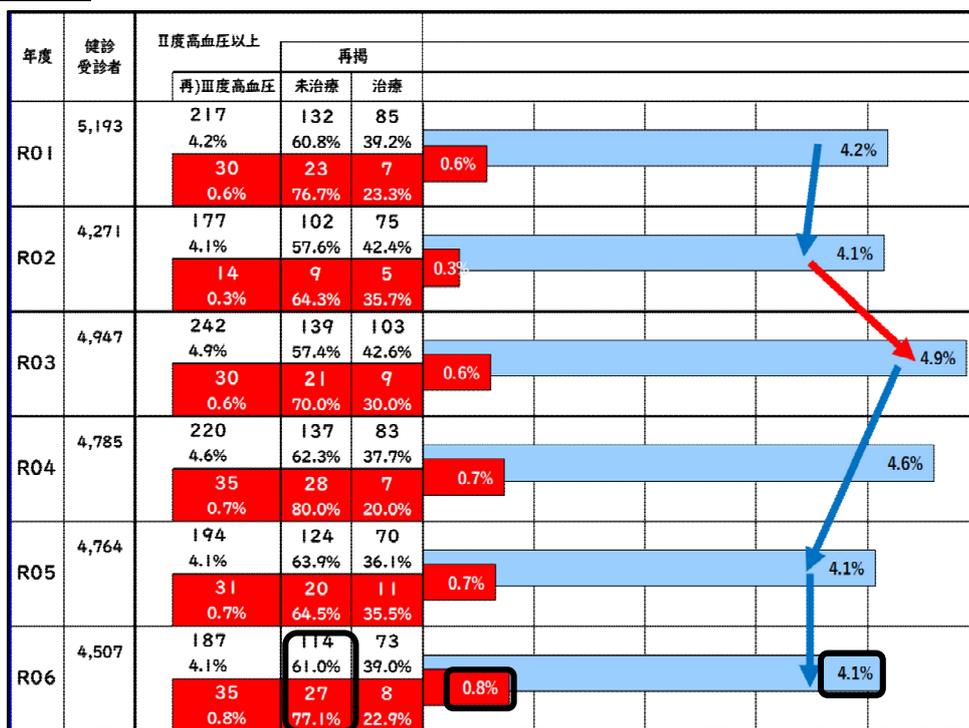
メタボ予備群の割合の変化を年代別でみると、男性では「50代」、「70代」は減少しているが、「40代」、「60代」は増加している。女性は、どの年代も微増となっている中、「50代」が急増している。

この要因として、男性は退職等による生活リズムの変化、女性は閉経等によるホルモンバランスの変化などの影響も考えられるが、40代からすでに血管障害のリスクが重なっている人が増えてきている。

より若い世代への優先的な保健指導が必要である。

③ 各種検査の有所見（高血圧・高血糖・脂質異常）の状況

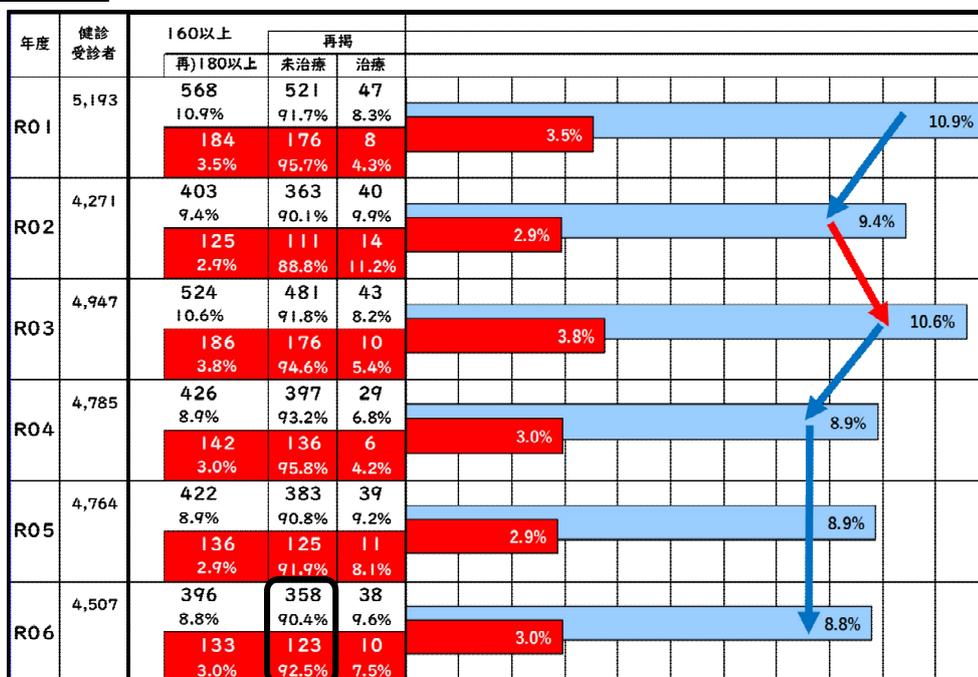
図表 10 高血圧の推移：Ⅱ度高血圧（160/100mmHg）及びⅢ度（180/110mmHg）高血圧以上の割合



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、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg以上）の割合は、4.1%まで減少した。しかし一方、Ⅲ度高血圧（180/110mmHg以上）の割合は0.8%と過去5年間で最も高く、Ⅲ度以上となった方のうち未治療者の割合は60～70%台と高い状態で推移している。高血圧は、糖尿病に比

べ、薬物治療によるデータ改善の効果が高い。血管への負荷を抑え重症化を予防するためにも、高血圧未治療者を受診につないでいく。

図表 11 高LDLコレステロールの推移：160以上（再掲）180mg/dl以上の割合



動脈硬化の大きな要因である、高LDLについて、160mg/dl以上のうち未治療者が90%以上となっている。血圧や血糖と比べ、薬物治療の効果は大きい、治療に対する不安等の声もあることから、高LDLが血管に及ぼす影響をイメージでき、受診につなげられるような働きかけが必要である。

図表 1 2 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) 7.0以上	未治療	治療	割合	
R01	5,193	451	175	276	8.7%	8.7%
		233	65	168	4.5%	
R02	4,271	322	105	217	7.5%	7.5%
		168	52	116	3.9%	
R03	4,947	383	132	251	7.7%	7.7%
		212	63	149	4.3%	
R04	4,785	399	125	274	8.3%	8.3%
		201	50	151	4.2%	
R05	4,763	389	132	257	8.2%	8.2%
		205	53	152	4.3%	
R06	4,507	396	146	250	8.8%	8.8%
		197	50	147	4.4%	

高血糖について、HbA1c 6.5%以上の割合が増加し、令和6年度は8.8%と過去5年間で最も高かった。6.5%以上の割合が高い令和1年度、令和6年度と他の年度を比べると、未治療者の割合が高くなっている。また、7.0%以上の割合は4.0%台で推移し、治療者の割合は74.6%と

高いことから、薬物治療だけでは改善が難しい状況である。高血糖の治療は、食事や運動が基本となり、定期的な血液検査による確認が必要となるが、自覚症状がないこともあり、定期通院が難しい状況となりやすい。食事・運動療法および定期的な血液検査の重要性について理解していただけるよう医療機関とも連携を図りながら保健指導を行っていく必要がある。

図表 1 3 高血圧・高LDL・高血糖となった方で継続受診した方の翌年度の健診結果

	R05年度 全受診者に 占める割合	翌年度の状況 (R06)			健診 未受診
		改善	変化なし	悪化	
Ⅱ度高血圧 以上	4.1%	44.8%	14.4%	3.6%	37.1%
(参考) R04→R05	4.6%	53.6%	15.0%	2.7%	28.6%
LDL-C 160 mg/dl以上	8.9%	43.1%	16.6%	6.6%	33.6%
(参考) R04→R05	8.9%	39.0%	24.4%	5.4%	31.2%
HbA1c 6.5 %以上	8.2%	25.4%	30.1%	13.6%	30.8%
(参考) R04→R05	8.3%	18.3%	33.3%	13.5%	34.8%

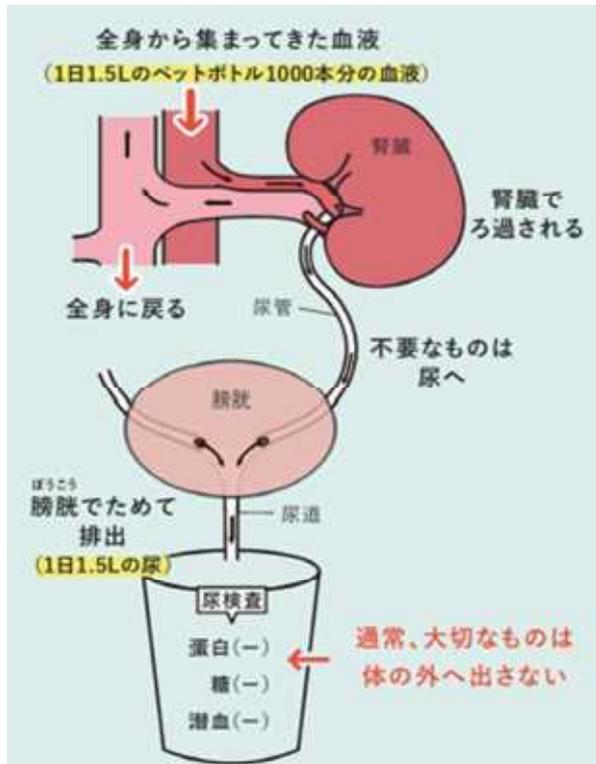
継続受診者（令和5年度から令和6年度）の健診結果を比較すると、改善した人の割合は、高血圧、高LDLは約40%、高血糖は約25%にデータの改善が見られ、高血糖はデータの改善が難しいことが分かる。しかし、高血糖について、令和4年度から令和5年度の変化と

比較すると、18.3%から25.4%と割合は高くなっている。健診未受診者の割合をみると、高血圧、高血糖、高LDLともに30%を超えており、継続して健診を受診し、データの変化を見続けることの大切さを伝えていく必要がある。

④ 尿蛋白有所見者の状況

尿蛋白検査は腎障害をみるために重要な検査である。尿蛋白検出のリスク因子である肥満や高血圧、糖尿病などの生活習慣病の発症予防、重症化予防が重要である。また尿蛋白がでた場合には、透析に至らないよう継続した血液検査と経過観察が必要である。

図表14 尿蛋白とは



【尿蛋白とは】

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を言います。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、体にとって必要なたんぱく質は再吸収されますが、腎臓や泌尿器などに障害があると、尿に排泄されてしまうことがあります。体調などでも、一時的に尿にでてしまう場合もあるため、繰り返し尿蛋白がでる場合は、尿蛋白の量を詳しく調べる「尿蛋白定量検査」を実施します。

自覚症状が出にくい慢性腎臓病の早期発見・早期治療のためにも、健診を受け、尿蛋白がでていないかを確認することは重要です。

(参考：厚生労働省 e-ヘルスネット)

図表 1 5 県内市町国保健診 尿蛋白有所見状況

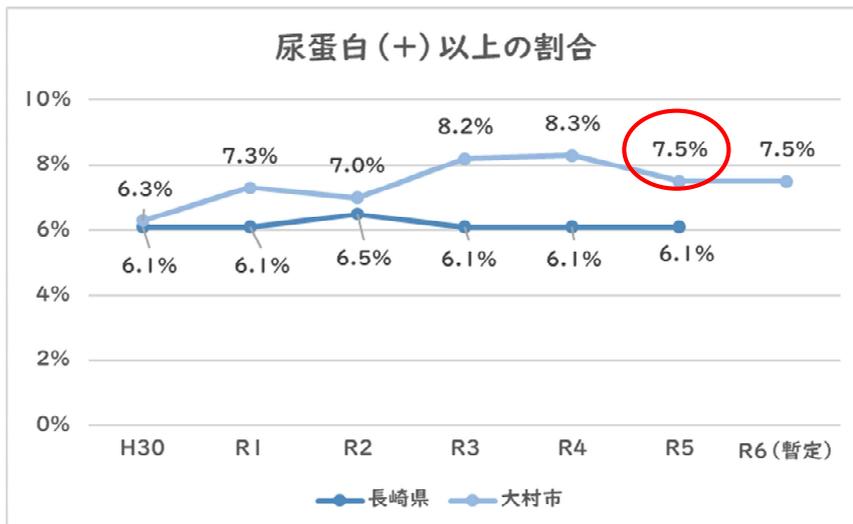
順位	尿蛋白(+)以上					
	H30年度		R4年度		R5年度	
	市町	割合	市町	割合	市町	割合
1		7.8%	大村市	8.3%		8.0%
2		7.5%		7.2%	大村市	7.5%
3		7.0%		7.1%		7.1%
4		6.8%		6.9%		6.9%
5		6.7%		6.3%		6.9%
6		6.5%	長崎県	6.1%		6.8%
7		6.4%		6.1%		6.5%
8	大村市	6.3%		5.9%		6.3%
9		6.2%		5.8%		6.3%
10	長崎県	6.1%		5.7%		6.2%
11		6.1%		5.7%	長崎県	6.1%
12		5.8%		5.6%		5.6%
13		5.6%		5.5%		5.6%
14		5.6%		5.5%		4.9%
15		5.6%		5.2%		4.8%
16		5.5%		5.0%		4.6%
17		5.5%		4.7%		4.6%
18		5.4%		4.6%		4.5%
19		5.1%		3.9%		4.4%
20		4.8%		3.8%		3.5%
21		3.5%		3.6%		3.0%
22		3.0%		2.2%		1.5%

令和5年度の長崎県内の尿蛋白有所見者の割合をみると、本市は県内ワースト2位と割合がとても高くなっている。

経年の推移をみると、平成30年度以降増加し、令和4年度をピークに減少しているが、依然割合は高く、継続した優先すべき課題となっている。

この状況を受け、令和7年度より特定健診項目に尿蛋白定量検査を追加し、慢性腎臓病の早期発見・早期治療へとつなげていく取り組みを実施している。慢性腎臓病のリスク因子である生活習慣病の発症・重症化予防のために、保健指導実践を強化することと合わせ、積極的な健診勧奨を実施していく。

図表 1 6 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

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%	-

(参考) 都道府県別尿蛋白有所見状況 (R4)

(3) 中長期目標の状況

① 医療費の概況

国保の令和6年度の総医療費は、被保険者数が減少しているため、令和5年度と比べ約1億4千万円減少していた。しかし、一人あたり医療費は、6,383円増加し、同規模より約4.8万円、国より約7.7万円高くなっており、本市の一人あたりの医療費が高いことが分かる。また後期になると、入院と外来の費用の割合が国保と後期で逆転するため、一人あたりの医療費は国保の約1.8倍になっている。

図表17

医療費の推移

	国保					後期		
	大村市		同規模	県	国	大村市		
	R5	R6	R6	R6	R6	R5	R6	
被保険者数(人)	17,320人	16,729人	--	--	--	12,952人	13,449人	
総医療費	73億5236万円	72億825万円	--	--	--	119億4974万円	124億6498万円	
一人あたり年間医療費(円)	424,501円	430,884円	383,247円	436,248円	354,331円	763,996円	775,081円	
入院	費用の割合	43.3%	43.5%	41.6%	47.4%	40.8%	52.9%	53.9%
	件数の割合	3.0%	3.1%	2.7%	3.7%	2.6%	4.5%	4.6%
外来	費用の割合	56.7%	56.5%	58.4%	52.6%	59.2%	47.1%	46.1%
	件数の割合	97.0%	96.9%	97.3%	96.3%	97.4%	95.5%	95.4%

中長期目標疾患(脳・心・腎疾患)の医療費が総医療費に占める割合を比較すると、令和5年度より0.2ポイント増加していた。その要因として、脳・心疾患の割合は減少しているが、腎疾患について透析有・無ともに増加していることが考えられた。腎疾患については、同規模・県・国と比較しても割合がとても高く、医療費の面からみても、腎疾患は本市の大きな課題である。

図表18

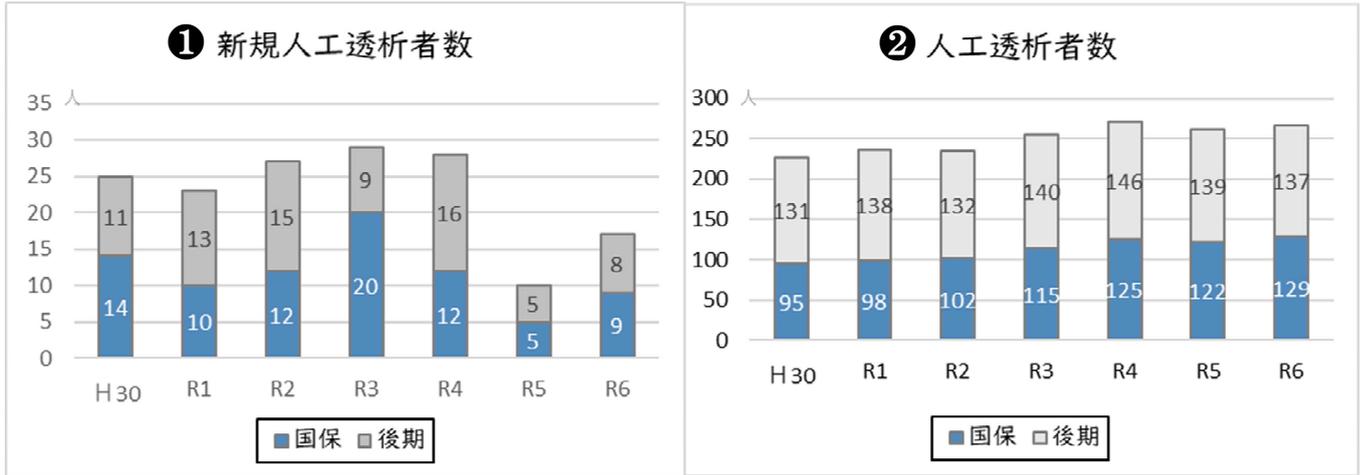
中長期目標疾患の医療費の状況

	国保					後期		
	大村市		同規模	県	国	大村市		
	R5年度	R6年度	R6年度	R6年度	R6年度	R6年度		
総医療費(円)	73億5,236万円	72億825万円	--	--	--	124億6498万円		
中長期目標疾患医療費割合(%)	10.9%	11.1%	--	--	--	9.9%		
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.86%	1.84%	2.08%	2.15%	2.00%	1.86%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.12%	0.94%	1.41%	1.20%	1.39%	1.12%
	腎	慢性腎不全(透析有)	7.56%	7.86%	4.25%	5.12%	4.28%	7.56%
		慢性腎不全(透析無)	0.33%	0.42%	0.34%	0.39%	0.32%	0.33%
その他の疾患		悪性新生物	15.02%	14.83%	16.90%	15.63%	16.62%	15.02%
		筋・骨疾患	9.31%	8.67%	8.92%	9.43%	8.86%	9.31%
		精神疾患	8.84%	8.89%	8.02%	9.26%	7.67%	8.84%

② 新規人工透析者の状況

令和6年度の国保、後期の①新規透析導入者数をみると、令和5年度に比べ国保が4人、後期が3人増加し、国保、後期を合わせ17人となった。しかし、経年的にみると令和3年度のピーク時より減少している。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いる。大村市民全体へのポピュレーションアプローチも行いながら、今後も透析者の経過を注視していく。

図表19 人工透析導入者の推移（国保・後期）



出典：大村市国保けんこう課調べ

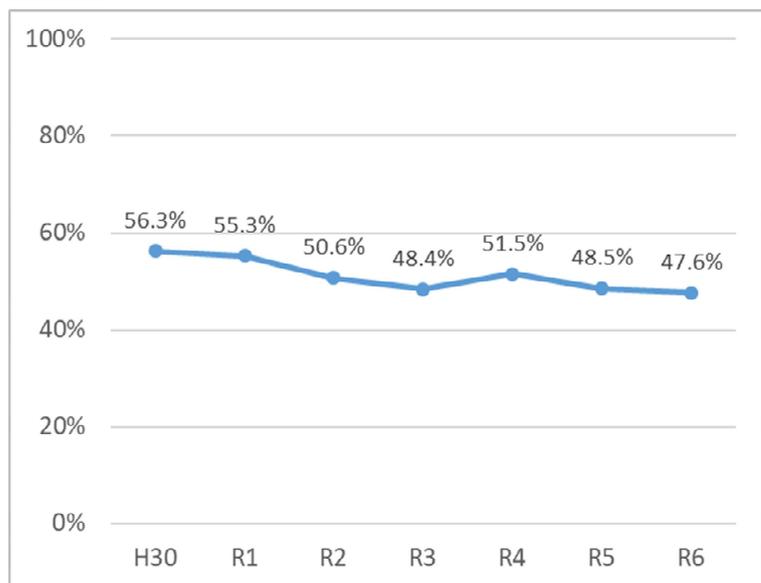
※ 新規人工透析者の集計方法

		R4	R5	R6
内訳	新たにレセプトで透析を確認した人数(国保)	18	20	24
	透析導入前から国保加入	12	5	9
	透析治療ありで他保険からの異動	4	8	9
	透析3か月未満(死亡等)	2	7	6

図表20 人工透析者のうち、糖尿病の診断がある者の割合の推移

人工透析者のレセプトをみると、基礎疾患に糖尿病の診断がある人は、平成30年度以降ゆるやかに減少しているが約半数となっている。

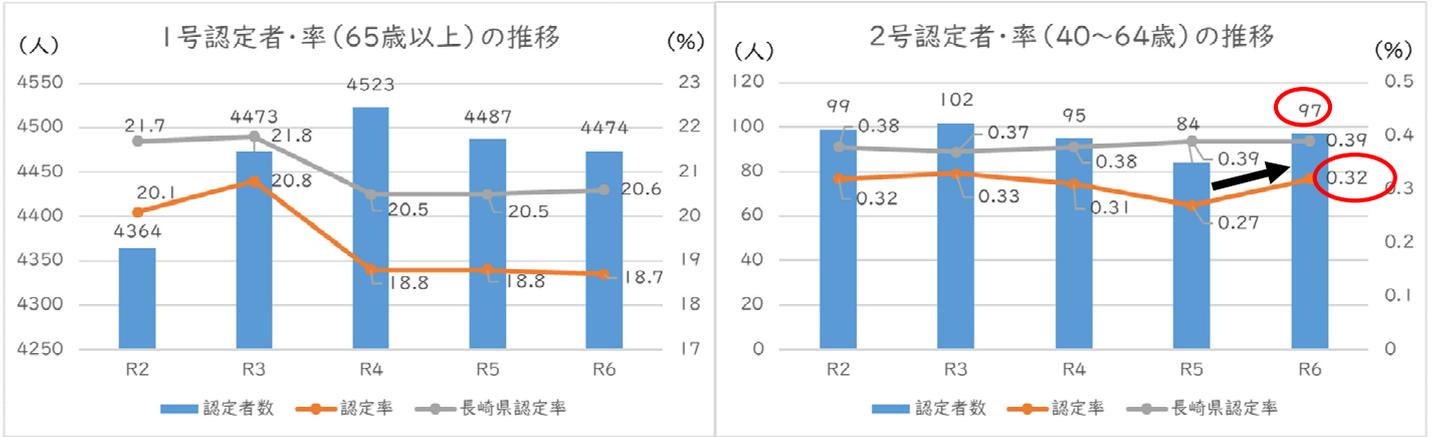
糖尿病や高血圧などが長年進行すると、腎機能低下が起こってくる。新規人工透析者を1人でも減らすために糖尿病などの生活習慣病の重症化予防は重要である。



※ (参考) 介護保険の状況

本市の介護保険の状況をみると、介護保険認定率は1号・2号ともに県より低くなっている。認定者数は1号認定者は令和4年度以降減少しているが、2号認定者は令和6年度に増加していた。

図表21 介護保険認定者の状況



※1号認定者：65歳以上で要介護認定を受けた者

※2号認定者：40~64歳で介護保険の対象となる病気(特定疾病)が原因で要介護認定をうけた者

図表22 介護保険2号認定者の状況

		R4		R5		R6		
新規認定者数		22人		20人		34人		
介護 度別 人数	要支援1・2	20	21.1%	25	28.7%	31	32.0%	
	要介護1・2	46	48.4%	31	35.6%	25	25.8%	
	要介護3~5	29	30.5%	31	35.6%	41	42.3%	
介護件数(全体)		95		84		97		
再)国保・後期		45		45		48		
有病 状況 (レセプトの 診断名より 重複して計上)	血管 疾患	循環 器 疾患	1 脳卒中	31 68.9%	脳血管 疾患	33 73.3%	脳血管 疾患	34 70.8%
			2 虚血性 心疾患	7 15.6%	腎不全	10 22.2%	虚血性 心疾患	12 25.0%
		3 腎不全	6 13.3%	虚血性 心疾患	7 15.6%	腎不全	11 22.9%	
		4 糖尿病 合併症	3 6.7%	糖尿病 合併症	4 8.9%	糖尿病 合併症	9 18.8%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿 病・脂質異常症)		40 88.9%	基礎疾患 (高血圧・糖尿 病・脂質異常症)	43 95.6%	基礎疾患 (高血圧・糖尿 病・脂質異常症)	47 97.9%	
	血管疾患合 計		41 91.1%	血管疾患合 計	43 95.6%	血管疾患合 計	47 97.9%	
	認知症		10 22.2%	認知症	10 22.2%	認知症	7 14.6%	
	筋・骨格疾患		38 84.4%	筋骨格系	38 84.4%	筋骨格系	41 85.4%	

2号認定者(40~64歳)の状況を確認すると、「新規認定者数」、「要介護3~5の割合」が増加している。2号認定者のうち、国保・後期加入者のレセプトから有病状況をみたと、97.9%とほとんどの方に血管疾患の診断がついている。要介護の代表的な原因疾患である脳血管疾患は、約70%で推移しているが、特に虚血性心疾患、糖尿病性合併症の診断が増加しており、注視していく必要がある。

これらの疾患は予防可能な疾患であるため、健康寿命の延伸をはかるためにも、若い世代からの生活習慣病へのアプローチが重要である。

(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)</p> <p>②チラシを配布 (特定健診受診券に同封)</p> <p>③健診受診者を抽出し、引換券の作成</p> <p>④健診受診者へ引換券を送付 (健診結果通知書に同封)</p> <p>⑤国保けんこう課窓口等でのインセンティブ配布</p> <p>⑥引換状況や健診受診率を確認し、評価</p> <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> <p>①実施計画書を作成し、スタッフと共有</p> <p>②対象者を抽出</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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 (R11) 目標値	R6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 目標値 (16,000通)	16,688通
アウトカム (成果)	特定健診受診率 目標値 (50.0%)	37.7% (令和7年7月末)
令和6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回のはがき送付、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6年度も受診勧奨はがき送付者に対して電話での受診勧奨を行ったが、昨年度よりも受診率が少し低下した。令和6年度も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とともに、受診率が低下した原因を見つけ、改善していかなければならない。また、受診環境の見直しも行っていきたい。	
改善策 令和7年度の取組	令和7年度も集団健診に合わせて受診勧奨はがきを送付後、電話勧奨を行う。また、集団健診の予約枠が空いている場合は、前年度受診していて予約が入っていない方を対象に電話勧奨を行い、集団健診受診者を増加させる。さらに、未受診者の中で大半を占めている「通院中未受診者」に対して情報提供勧奨を行い、みなし健診による受診率向上を図る。	

事業名称	糖尿病性腎臓病重症化予防	
事業の背景	医療の状況を見ると、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(RII)目標値	R6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)	9.3か所
プロセス	かかりつけ医からの返信率 目標値(75%)	82.2%
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)	8.8%
	人工透析の新規導入者数 目標値(12人以下)	9人

令和6年度 評価	ストラクチャー、プロセス、アウトプットの目標値は達成できているが、高血糖者（HbA1c6.5%）の割合が目標値を達成できなかった。また、データヘルス計画令和6年度報告書のP8図表12の未治療者数は、令和5年度が33.9%、令和6年度が36.9%と増加している。必要な医療につながらないまま重症化している対象者がいることも推測され、今後は未治療者対策も課題である。
改善策 令和7年度の取組	今年度は、国・県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂に伴い、市の対象者抽出基準についても見直しを行った。未受診者については、確実に必要な医療につなぐことができるよう受診勧奨の取組を強化する。また、治療中の対象者については、効果的な保健指導の実施につながるよう、保健指導開始時だけではなく、随時報告を行うこととし、医療機関との連携を強化していきたい。あわせて、スタッフ勉強会の内容を検討しながら、保健指導の向上に努めたい。

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、受診勧奨の結果、令和4年度と令和5年度を比較すると維持となっている。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年度から令和5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【Ⅱ度高血圧・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 個別での健診事後指導 (2) 治療中断者 受診勧奨
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 (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、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(RII)目標値	R6実績
ストラクチャー	事業実施のための人員、予算の確保	20人
プロセス	定期的な勉強会の開催	17回
アウトプット	保健指導実施率(高血圧) 目標値(97.8%)	85.4%
	保健指導実施率(LDL) 目標値(96.8%)	71.1%
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)	3.0%
令和6年度 評価	スタッフは1名欠員であった。アウトプットの保健指導実施率はR7.7.1時点では目標値を下回っているものの、今後実施予定の対象者を含めると増加する見込み。アウトカム評価については、血圧・LDLコレステロールともに達成できている。定期的な勉強会では、本市の課題解決に向けて、高血圧の保健指導や、腎臓を守るための保健指導について学習し、令和7年度から導入する尿蛋白定量検査の結果を有効に活用できるようスタッフ間の意識の統一に努めた。	
改善策 令和7年度の取組	アウトカムの評価指標はいずれも目標値を達成できている。今後も目標達成につながるよう、勉強会等で保健指導の力量形成に努めたい。令和7年度は、高血圧に対する保健指導の力量形成に向けて、初任者用のマニュアル、住民のよくある質問に対するQ&Aの作成等を通して、学びを深めていく予定としている。	

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	(1)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 (2)受診率向上への取組
実施方法	(1)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 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し、インセンティブ引換券も同封。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 (2)受診率向上への取組 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1回集団健診の時期に合わせ、受診勧奨はがきを送付 ④翌年度、健診受診率を確認し、評価

評価	評価項目および(RII)目標値	R6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%)	11.0%
アウトカム	保健指導実施率 目標値(87.5%)	66.7%(R7.6月末時点)
令和6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、令和6年度から受診勧奨はがきを送付した結果、健診受診率は目標値である10.0%を上回り、11.0%となった。また、令和6年度からはU40健診受診者に対するインセンティブの付与事業も開始した。保健指導該当者には教室等の案内チラシを健診結果通知書に同封していたが、保健指導実施率は昨年度から低下し目標値の達成には至らなかった。本事業の対象の多くは働き盛り世代であるため、忙しい時間の中でも関心を引きつける案内や、面談できるような工夫が必要である。	
改善策 令和7年度の取組	受診率に関して、昨年度の受診率も上回り、目標値も達成することができたため、令和7年度も引き続き受診勧奨はがきを送付し、健診受診者によるインセンティブの付与を行う。また、保健指導実施率については、引き続き指導対象者へ効果的な案内となるよう掲載内容について検討するとともに、オンライン面談など保健指導を受けやすい環境を増やし保健指導実施率の向上を図る。	

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	(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 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 (2) 健康講座 主に75歳以上の後期高齢者
事業内容	(1) 健診事後指導 個別での健診事後指導 (2) 健康講座
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、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。 (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

評価	評価項目および(RII)目標値	R6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	健康教育参加者数 目標値(400人)	317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%)	56.50%
令和6年度評価	健康講座参加者数は目標未達成だが、24回、317人に対し、血圧講座・体力測定を実施し、生活習慣改善・家庭血圧測定への意識向上を図ることができた。 健診事後指導について、基準に該当する対象者に対しては適切に保健指導を実施することはできていたが、数値が改善した者の割合は昨年度68%と比較し11.5ポイント減少した。	
改善策 令和7年度の取組	事後指導について、今年度も継続した関わりを行う。 受診率向上のため、広域連合と連携し健診受診対象者への受診勧奨通知を開始する。	

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	R6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 (R6.7月、11月、R7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%)	100%
アウトカム	後発医薬品使用率 目標値 (国の目標値)	90.8% (令和7年3月調剤分)
令和6年度 評価	職員1名体制で計画どおり事業を実施できた。 また、R6年度は送付率の目標値である100%を達成することができ、使用率についても国の目標値である80%を大幅に達成することができた。	
改善策 令和7年度の取組	R7年度も目標値を達成できるよう、後発医薬品の利用促進について広報周知に努める。	

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) が多く、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

<p>実施方法</p>	<p>(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 (4) 多剤投与者に対する取組(通年) ①対象者抽出 保健事業支援システム(FOCUS)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) ②訪問による保健指導を実施。 ③レセプトで処方薬量を確認し、評価</p>	
<p>評価</p>	<p>評価項目および(RII)目標値</p>	<p>R6実績</p>
<p>ストラクチャー</p>	<p>事業実施のための人員、予算の確保</p>	<p>2人</p>
<p>プロセス</p>	<p>事業対象者の抽出(毎月)</p>	<p>12回</p>
<p>アウトプット</p>	<p>向精神薬の重複処方者への通知(介入)率 目標値(100%)</p>	<p>100%</p>
	<p>重複・頻回受診者への訪問指導実施率 目標値(60.0%)</p>	<p>67.30%</p>
	<p>多剤投与者への訪問指導実施率 目標値(60.0%)</p>	<p>100.0%</p>
<p>アウトカム</p>	<p>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%)</p>	<p>66.7%(令和5年度介入分)</p>
	<p>重複・頻回受診者の受診行動改善率 目標値(70.0%)</p>	<p>58.7%(令和5年度介入分)</p>
	<p>多剤投与者のうち投薬数が減った者の割合 目標値(50.0%)</p>	<p>0%(令和5年度介入分)</p>
<p>令和6年度 評価</p>	<p>スタッフは年度初めから不足なく確保でき、対象者の抽出も毎月実施することができている。向精神薬重複処方者については3名中2名に通知、1名は訪問して状況確認を行い、うち2名が重複の解消につながった。重複・頻回受診者の訪問指導実施率は目標値を上回っているが、受診行動改善率は46名に介入し27名が行動改善につながったものの(改善率58.7%)、行動改善率の目標値を下回っている。多剤処方者は令和6年2月から取組を開始し、令和5年度中に1名に介入したが投薬数の減少にはつながらなかった。</p>	
<p>改善策 令和7年度の取組</p>	<p>向精神薬重複処方者への取組に関しては、通知・訪問をあわせて実施率は100%であった。通知の送付により、今年度は1名改善がみられ、全体の対象者数も減少傾向となっているため、令和7年度も継続して対象者への通知を実施していく。重複・頻回受診者・多剤処方者については、行動改善率の上昇につながるよう訪問内容を振り返り、薬剤師会等の助言を受けながら、効果的な指導方法について検討していきたい。</p>	

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	R6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	長崎県健康アプリ「歩こーで！」 市民ダウンロード数 目標値（5,000人）	5,917人 （R7.3月末時点）
令和6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！」を活用し、個人への健康づくりの働きかけとして、「歩こーで！」ポイントを大村市の地域通貨「ゆでび」に交換できるしあわせ健康アップ事業を実施した。また働き世代へ向けた働きかけとして、職場対抗のウォーキングイベントを開催し、19企業の参加があった。「歩こーで！」のアプリ周知啓発やDL促進も行い令和5年度末3,952名から令和6年度末5,917名（1,965名増）へと順調に増加し目標を達成した。	
改善策 令和7年度の取組	令和7年度は、引き続きしあわせ健康アップ事業や職場対抗のウォーキングイベントを開催するとともに、新たにグループ対抗でのウォーキングイベントを開催し、市民の健康意識向上を図っていく。	