

# 第7章 保健事業の実施について

## 1. 保健事業の必要性について

前章までの分析により、本章では重点的に推進する保健事業について目的、方法、評価等について記述する。

なお、保健事業の実施にあたっては虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために各種事業に取り組むこととし、併せてジェネリック医薬品の利用促進や重複・頻回受診、重複服薬等に関する事業も実施する。

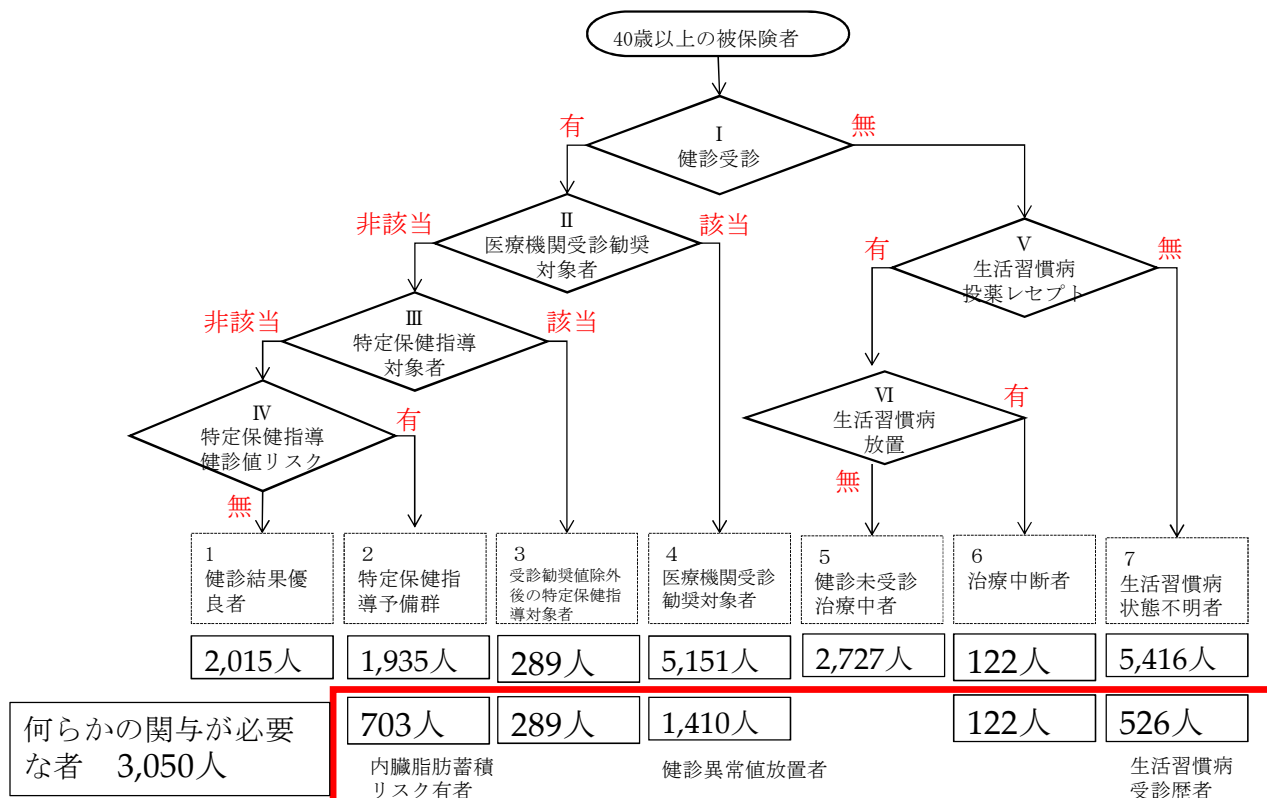
そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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、状態に応じた保健指導の実施も重要となってくる。そのため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。

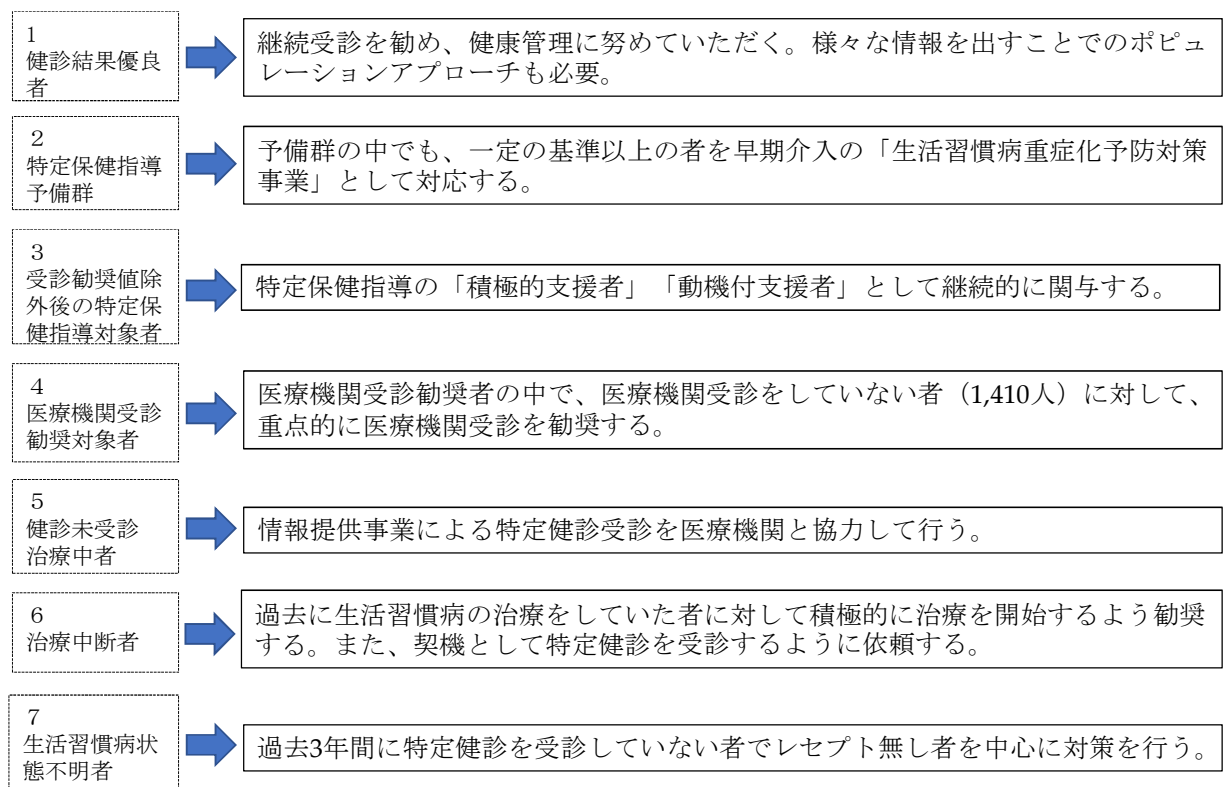
次項では、健診とレセプトの突合から階層化し、課題となる層を明確化している。

## 2. 平成28年度における健診結果とレセプト突合における分析

### (1) 保健指導の分類



## (2) 各分類に対応する課題と関与方法



59

### 3. 第2期データヘルス計画期間に実施する保健事業の詳細について

- (1) 特定健診受診率向上対策
- (2) 特定保健指導(積極的支援、動機づけ支援)終了率向上対策
- (3) 生活習慣病重症化予防対策事業
  - ①. 脳血管疾患対策
  - ②. 糖尿病対策
  - ③. 慢性腎臓病(CKD)重症化予防対策
  - ④. その他の生活習慣病重症化予防対策
- (4) ポピュレーションアプローチ
- (5) 若年層健診
- (6) 健康状態不明者対策事業
- (7) ロコモティブシンドローム啓発事業
- (8) ジェネリック医薬品切替啓発事業
- (9) 重複頻回受診及び重複服薬者保健指導事業

60

## (1) 特定健診受診率向上対策

ア 目的：生活習慣病の早期発見・早期治療

イ 対象者：40～74歳の国保被保険者

ウ 実施方法：受診券を4月に発送  
 地域巡回での集団健診と医療機関での個別健診による実施  
 (※集団健診は令和元年度まで実施)

エ 実施期間：4月から11月末まで 情報提供事業対象者は2月末まで

オ 取組内容

事項	項目	内容
個人への受診勧奨	受診券の個別発送	送付物：特定健診受診券、健診啓発リーフレット、医療機関一覧表
	個別受診勧奨の強化	受診券発送後2か月間の推奨期間の設定
		未受診者への個別受診勧奨通知
医療機関との連携強化		医療機関通院中の者で未受診者の情報提供
		通院中の者の情報提供事業による個別受診期間延長(2月まで)
広報・啓発	PR機会の拡充	すこやか支援アドバイザーによる受診勧奨、健康づくりイベント等でのPR
	広報の充実	市広報紙、市ホームページによる受診に関する周知 FMさつまませんだいによるオリジナル番組及びCMの放送

61

特定健診を受診しない者の一番の理由は「治療中のため、定期的に通院しているから」である。その対象者は2,727人いることが分かっている。

しかし、定期的に通院している者についても特定健診受診の対象者であり、受診して頂くために情報提供事業を設けている。情報提供事業について被保険者にわかりやすく理解していただける資料を作成し、啓発活動に努める必要がある。

情報提供事業の対象者については、服薬ありの方であるため、実施期間を2月末までとする特例措置をとる。

詳細については第3期特定健診等実施計画に記載する。

カ 評価：目標値は、本市が定めた第3期特定健診計画により、受診率60%とする。

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
受診率 (法定報告値)	目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績値	57.9%	58.8%				
情報提供利用率	目標値	5.0%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%
	実績値	4.4%	4.7%				

62

## (2) 特定保健指導終了率向上(積極的支援・動機づけ支援)対策

ア 目的：生活習慣病の予防、改善

イ 対象者：健診結果に応じて階層化し、下記の基準で「積極的支援」「動機づけ支援」となった者

ウ 実施方法：第3期特定健診計画で定めた方法（国準拠）により階層化を行う

(ア) 階層化方法

腹囲もしくはBMIで基準値以上だった者のうち「血糖」、「脂質」、「血圧」、「喫煙歴（全3項目のうち1つ以上基準値以上の場合のみカウント）」の4項目での該当数に応じて「積極的支援」もしくは「動機づけ支援」と判定され、リスクの該当がない場合では「情報提供」となる。

〈腹囲基準値以上の場合〉

2項目以上該当「積極的支援」、1項目該当「動機づけ支援」

〈腹囲基準値内でBMI基準値以上の場合〉

2項目以上該当「積極的支援」、1項目以上該当「動機づけ支援」

### 【特定保健指導判定基準 基準値】

腹囲：男性85cm以上、女性90cm以上

BMI：25以上

血糖：①空腹時血糖100mg/dl以上 ②HbA1c(NGSP)の場合5.6%以上

脂質：①中性脂肪150mg/dl以上 ②HDLコレステロール40mg/dl未満

血圧：①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上

質問票：喫煙歴あり（血糖、脂質、血圧のリスクが1つ以上の場合のみカウント）

それぞれ、上記  
①②のいずれかに該当

63

エ 実施期間

第1回目の面談指導から3ヵ月程度の指導とする。

詳細については第3期特定健診等実施計画に記載する。

オ 取組内容

事項	項目	内容
結果通知	利用機会の拡大	健診結果は郵送ではなく、結果報告会を開催し、対面での返却を行う。
		結果報告会への未参加者について、家庭訪問を実施するなど、対面での説明機会を作り、特定保健指導の利用勧奨を行う。
	医療機関等の連携	健診結果の早期返却のために、医療機関等とのデータ收受について連携を図り、健診受診日から保健指導開始までの期間の短縮。
		積極的保健指導の対象者の3か月経過後の情報提供票による結果評価。
保健指導		健診受診時に特定保健指導対象者となり得る者（腹囲、BMI、質問票で判断）に対しての保健指導の利用勧奨を行う。
	途中脱落者防止の徹底	特定保健指導プログラムの内容の充実を図り、対象者にとって魅力的なプログラムになるよう工夫。
		初回面接で行動変容ステージに応じた保健指導を実施。
		毎年度教材を工夫し、経年参加者にも変化をもたせた対応。

64

詳細については、第3期特定健診等実施計画に記載する。

## カ 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
実施率 (法定報告値)	目標値	50%	52%	54%	56%	58%	60%
	実績値	41.0%	36.6%				
メタボリックシンドローム該当及び予備軍の割合 (法定報告値)	目標値	—	—	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%
	実績値	32.1%	33.2%				

### (3)生活習慣病重症化予防対策事業

重症化予防として、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、大きく4つに分けた取組みを実施する。

具体的には特定健診の結果から、医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ア 目的：発症予防及び重症化予防の早期介入

イ 対象者：おもに40～74歳の被保険者

ウ 実施方法：特定健診結果報告会、訪問等において保健指導を行う。

エ 実施期間：通年

オ 取組内容：以下各項に示す

(ア) 脳血管疾患対策

(イ) 糖尿病対策

(ウ) 慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防対策

(エ) その他の生活習慣病重症化予防対策

(ア) 脳血管疾患対策

- ① 対象者：特定健診にて特定保健指導者以外でⅡ度高血圧以上（収縮期160以上または拡張期100以上）の未治療者
- ② 方法：結果報告会・訪問等で面接を行い減量、減塩、禁煙、過量飲酒の改善、身体活動量を増やすなど具体的な保健指導や医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨後、1～3か月を目途に受診確認を行う。

血圧分類 (mmHg)		高血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
		130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	2,141	1,197	774	144	26
		55.9%	36.2%	6.7%	1.2%
リスク第1層 予後影響因子がない	84	C 63	B 17	B 3	A 1
		3.9%	5.3%	2.2%	2.1%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,142	C 661	B 406	A 66	A 9
		53.3%	55.2%	52.5%	45.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	915	B 473	A 351	A 75	A 16
		42.7%	39.5%	45.3%	52.1%

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	518
		24.2%
B	概ね1か月後に再評価	899
		42.0%
C	概ね3か月後に再評価	724
		33.8%

出典：ヘルスサポートラボツール (R1)

67

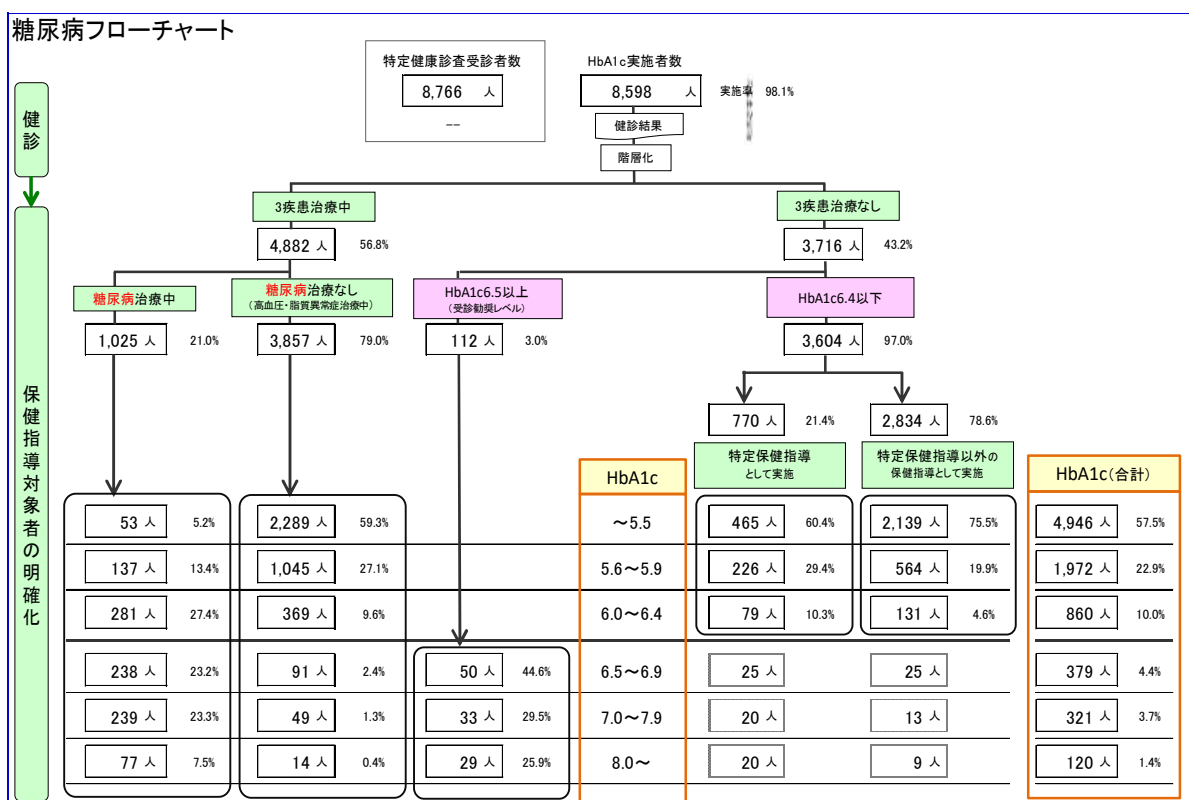
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子である。上記の表は、血圧に基づいた脳血管リスクの階層化である。

③ 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
保健指導実施率	目標値	65%	70%	73%	76%	80%	80%
	実績値	69%	70.9%				

68

(イ) 糖尿病対策



出典：ヘルスサポートラボツール (R1)

R1年度の特定健診の結果をHbA1cの結果でフロー図に表した。

① 特定健診受診者へのフォロー

a. 対象者：① 未治療者

② コントロール不良者

b. 方法：結果報告会や訪問等で面接を行う。

血糖値やHbA1cの数値から体の中の状態や今後予測される体の変化を図表を活用しながら個別指導を行う。また、血糖コントロールの重要性を伝える。

c. 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
①未治療者への保健指導実施率	目標値	—	—	70%	72%	74%	76%
	実績値	68.2%	68.5%				
①未治療者の病院受診率	目標値	—	—	72%	74%	76%	78%
	実績値	80.1%	70.8%				
②コントロール不良者への保健指導実施率	目標値	—	—	70%	70%	70%	70%
	実績値	—	—				

② 医療機関受診中断者への保健指導

治療中断者はそれを繰り返すことが多く、血糖コントロールが不良となり、重症化となつてから再治療を行うこととなる。

- a. 対象者：糖尿病治療歴があるが、レセプトから3ヵ月以上治療中断していると判断される者。

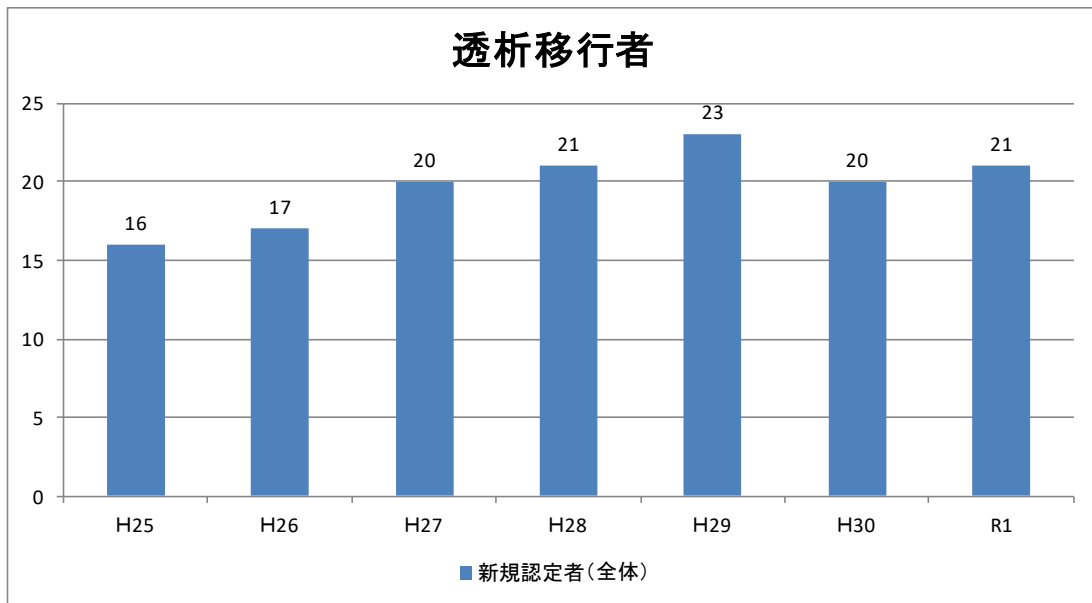
年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5
対象者数	—	63人				

- b. 方法：訪問により健康状態の把握と医療機関への受診勧奨を実施する。  
訪問後、随時レセプトで受診確認を行う。

c. 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
中断者への保健指導実施率	目標値	/	20.0%	23.0%	25.0%	28.0%	30.0%
	実績値	/	20.6%				
中断者の病院受診率	目標値	/	20.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	実績値	/	23.1%				

③. 糖尿病性腎症重症化予防事業



上図は、平成25年度から令和元年度までの新規透析導入者数を示している。本市の新規導入者数は、平成25年度以降少し増加し、ここ数年は20人前後で横ばい状態である。



本事業は、鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた取組であり、平成25年度から実施している。平成25～27年度は保険年金課（対象者募集等）と委託事業（保健指導・DPPヘルスパートナーズ）により実施した。

平成28年度以降は保険年金課（対象者募集等）と市民健康課（保健指導）で直営事業として実施している。

- a. 対象者：レセプト分析又は特定健診結果若しくはかかりつけ医の紹介で以下の（a）のいずれかに該当し、かつ（b）に該当する者
- (a) 2型糖尿病であること：①～④までのいずれかであること
- ① 空腹時血糖が126mg/dl以上またはHbA1c値が6.5%以上
  - ② 糖尿病治療中
  - ③ 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり
  - ④ その他、保険者又はかかりつけ医が特に必要と認める者
- (b) 腎機能が低下していること

※上記の基準は、鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに対象者基準等改定があった場合は、改定後の内容に基づき本事業も見直しを実施する。

- b. 実施方法：対象者との面談により目標設定を行い、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医との情報連携をしながら、6か月間継続して面接、電話、栄養指導を行う。また、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行う。

73

c. 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
予防事業参加者への保健指導実施率	目標値	—	—	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	実績値		89.1%				
行動変容のみられた者の割合	目標値	—	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	実績値		54.2%				

保健指導実施記録による

本事業を受講することで、生活態様について変化が現れ、QOLの向上につながることを目的とする一方、透析移行阻止を最終目的とすることで、医療費の適正化にも寄与する。また、透析移行になる前の糖尿病合併症についての注意喚起も併せて行うことも重要である。川内市医師会、薩摩郡医師会への報告等も継続して実施することが重要である。

74

(ウ) 慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿						
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿						
GFR区分 (ml/分/1.73㎡)			尿蛋白区分		A1	A2	A3					
			尿検査・GFR 共に実施 8,672 人	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上	(+)以上					
				6,857 人	79.1%	1,122 人	12.9%	216 人	19.3%	693 人	8.0%	
G1	正常 または高値	90以上	1,085 人	12.5%	849 人	9.8%	164 人	1.9%	35 人	21.3%	72 人	0.8%
			6,094 人	70.3%	4,933 人	56.9%	762 人	8.8%	139 人	18.2%	399 人	4.6%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,264 人	14.6%	977 人	11.3%	167 人	1.9%	34 人	20.4%	120 人	1.4%
			175 人	2.0%	86 人	1.0%	24 人	0.3%	7 人	29.2%	65 人	0.7%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	40 人	0.5%	10 人	0.1%	5 人	0.1%	1 人	20.0%	25 人	0.3%
			14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	40 人	0.5%	10 人	0.1%	5 人	0.1%	1 人	20.0%	25 人	0.3%
			14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%
G4	高度低下	15-30 未満	14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%
			14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%
			14 人	0.2%	2 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	—	12 人	0.1%

出典：ヘルスサポートラボツール（R1年）

R1年度特定健診結果をCKD重症度分類で表した。

75

① CKD予防ネットワーク事業

a. 対象者：特定健診結果により以下の条件に該当する者

- (a) eGFR 45未満（40歳以上）
- (b) 尿蛋白+以上
- (c) 尿潜血+以上かつ尿蛋白±以上
- (d) eGFR 60未満の尿蛋白±以上

b. 方法：川薩圏域CKDネットワーク(※)を活用し、医療機関受診を対象者へ勧め、結果に応じた検査や指導を医師から受けるよう説明する。3ヵ月後に本人に電話をし、受診確認を行う。

※慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するためには、健診等で腎臓の異常等が発見された患者を、かかりつけ医と腎臓等に関する専門医が連携して診療すること（以下「病診連携」という。）が重要であることから、川薩圏域で統一的な病診連携の運用が図れるよう、病診連携を運用していくための枠組み（CKD予防ネットワーク）を構築している。

c. 評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
かかりつけ医受診率	目標値	—	—	65%	70%	75%	80%
	実績値	49.6%	64.0%				

76

## ② CKD改善栄養教室

- a. 目的：高血圧や糖尿病などの治療の状況に合わせた食生活支援を行うことで、対象者が適切な食生活・食習慣等を身につけ、慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防する。
- b. 対象者：糖尿病性腎症重症化予防事業に参加した者  
CKDフォロー基準に該当する者  
その他要フォロー基準に該当する者  
※糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者や要フォロー基準該当者へ参加案内をし、希望者を募る。また、医療機関からの紹介があった者も支援する。
- c. 取組内容
  - (a) 食生活に関する講話と実習  
減塩とたんぱく質の適量摂取を主に、全体量の適量とバランスのとり方への理解（たんぱく質を減らしてエネルギー補充し、できるだけ満足感を持たせる）
  - (b) 検査結果をもとにした個別支援  
食事を作る人、食事リズム、ライフスタイル、嗜好など個別に合わせた具体的な食事支援

77

## (エ) その他の生活習慣病重症化予防対策

- ①. 対象者：受診勧奨判定値に該当する者（脂質異常、肝機能）  
又は循環器疾患未治療で心電図異常有の者
- ②. 方法：医療機関受診を対象者に勧め、結果に応じた検査や指導を医師から受けるよう説明し、医療機関と連携した保健指導を実施する。

#### (4) ポピュレーションアプローチ

##### ア 350ベジライフ宣言の普及と推進

野菜摂取量を増やすことは各種栄養成分や食物繊維摂取が増え、血圧・血糖・脂質代謝異常改善につながる。野菜1日350g摂取について普及と推進に取り組む。

##### イ 減塩キャンペーン

脳卒中などを発症する要因の一つは、高血圧症である。そのため、高血圧症を未然に防ぐために減塩に着目した料理の普及啓発を図る。食生活改善推進員が中心となり、イベントや店頭など、様々な場所や機会を利用して、望ましい食事や減塩についてチラシを配布し、住民に家庭でできる減塩の工夫についての普及啓発を行う。

##### ウ 健康意識の向上の推進

日本人の死亡原因の半数以上を占める生活習慣病を未然に防ぐため、被保険者へ健康づくりのための生活習慣改善について普及啓発を行う。国保被保険証の切り替え時に、各世帯へ、「食生活」「身体活動」「禁煙」「睡眠」など、日常生活でできる対策について周知を図り、被保険者の行動変容を促す。

79

#### (5) 若年層健診

ア 目的：特定健診の受診率が若年層（40歳代）が低く、その後高齢になるごとに受診率が向上していく。そのため、35～39歳の被保険者に対して特定健診と同様の健診を実施することで、早期からの健診受診の啓発に繋げる。

イ 対象者：年度中に35～39歳になる国保被保険者

ウ 実施方法：受診券を対象者へ11月中旬に発送  
受託医療機関は薩摩川内市内の医療機関のみとする。  
健診項目は特定健診と同様とするが、眼底検査は除く。

エ 実施期間：特定健診の受診期間が終了した12月～1月

オ 評価：

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
健診受診率	目標値	20.0%	20.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%
	実績値	18.0%	18.2%				
若年層健診（39歳）の 翌年度特定健診受診率	目標値	—	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	実績値	54.2%	66.7%				

## (6)健康状態不明者対策事業

### ア 目的

特定健診を3年間受診しておらず、医療機関受診によるレセプトも無い者が526人いることがわかっている。これらの者がなぜ、健診を受けないのか、医療機関受診をしないのかについての分析をすることは非常に困難である。

これらの者が突然の重症化による医療機関受診をすることがあれば、高額医療費となる場合が考えられる。

本事業に参加していただくことで、自分自身の健康状態の把握や健康意識の向上を目指し、翌年度以降の特定健診継続受診につなげることを目的とする。また、必要に応じて、病院受診をしていただくことで重症化予防を行う。

### イ 対象者

特定健診を過去3年間受診しておらず、医療機関受診によるレセプトも無い者

### ウ 実施方法

株式会社KDDIが実施している「スマホd e ドック」を利用する。対象者には、受診申込の案内文書を送付し、事業参加者を募る(上限:50名)。受診申込者は、後日郵送で届く検査キットで検査を実施していただき、採血済みボトルをポスト投函する。その後、約一週間後にスマホやPCから検査結果を確認していただく。

### エ 実施期間

12月下旬に対象者へ案内文書を送付し、受診申込期間は、1月までとする。  
(令和2年度、事業終了)

81

### オ 評価

評価指標		年度		
		H30	R1	R2
参加者	目標値	50人	50人	50人
	実績値	50人	32人	25人
翌年度健診受診者	目標値	—	—	25.0%
	実績値	20.0%	15.6%	

支払いデータ及びレセプトによる確認

健康状態判定値(日本人間ドック学会、厚生労働省(特定健診)等のガイドラインを参考に設定)

	A	B	C	D
HbA1c	4.0~5.5	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5~
クレアチニン(男性)	0~1	1.01~1.09	1.10~1.29	1.30~
クレアチニン(女性)	0~0.7	0.71~0.79	0.80~0.99	1.00~
中性脂肪	30~149	150~199	200~399	0~29又は400~
LDL-コレステロール	60~119	120~139	140~179	0~59 180~
HDL-コレステロール	40~119		30~39	0~29又は120~

82

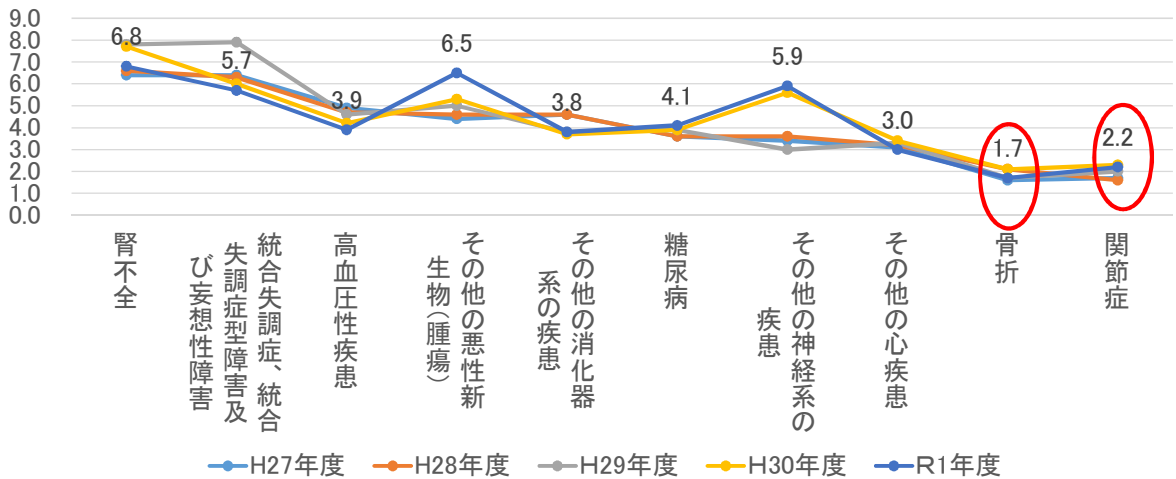
## (7)ロコモティブシンドローム重症化予防事業

### ア 目的

本市では、医療費分析において、中分類による疾病別医療費統計で、骨折の割合が増加しており、加齢が進むにつれて患者数が増え、医療費も増加傾向にある。早期からの啓発活動や、重症化予防を実施し、医療費の適正化及び要介護への移行などを防ぐ。

◎ロコモティブシンドローム...『運動器症候群』のこと。筋肉、骨、関節といった運動器の働きが衰え、「立つ」、「歩く」といった移動機能が低下した状態をいう。

中分類による疾病医療費統計(医療費)



出典：データホライゾン\_ポテンシャル分析

医療費でみると、関節症が年々少しずつ増加傾向にある。ロコモの原因疾患である「骨折」、「関節症」ともに中分類による疾病医療費の中で占める割合は、上位である。

83

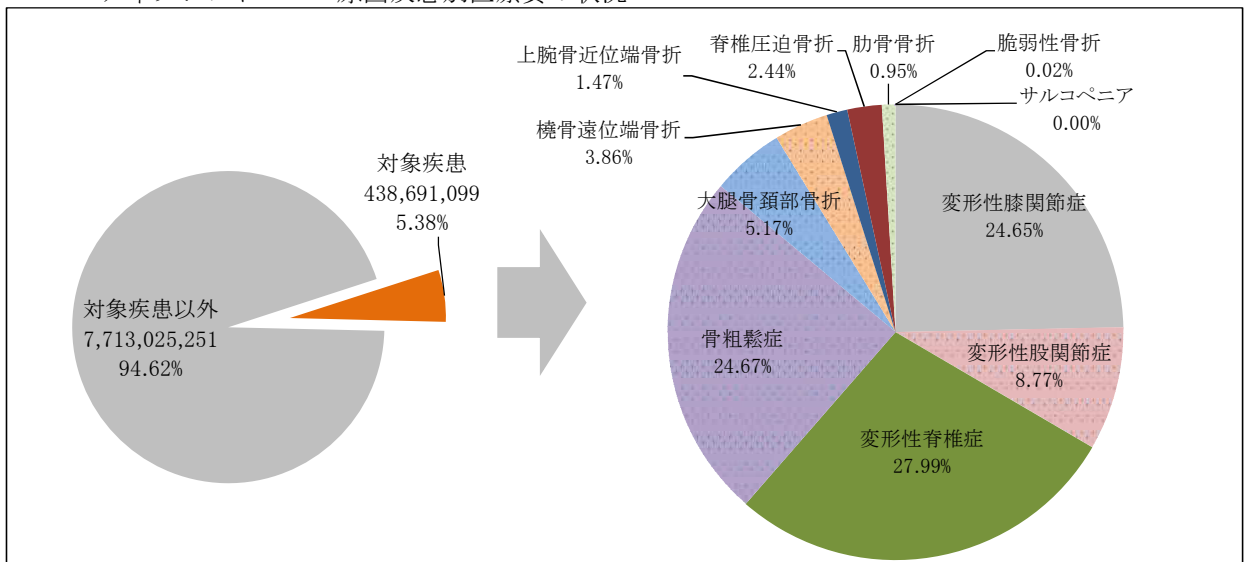
データホライゾンの医療費分析による対象者の特定は以下のとおり

#### ロコモティブシンドロームの原因疾患

変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性脊椎症（頸椎症、腰部脊柱管狭窄症）、骨粗しょう症、骨折（大腿部頸部（近位部）骨折、橈骨遠位端骨折、上腕骨近位端骨折、脊椎（圧迫）骨折、肋骨骨折、脆弱性骨折）、サルコペニア（筋肉量が低下し、筋力又は身体能力が低下した状態）

●原因疾患のレセプトが存在し、候補者となった患者数 4, 5 4 5 人

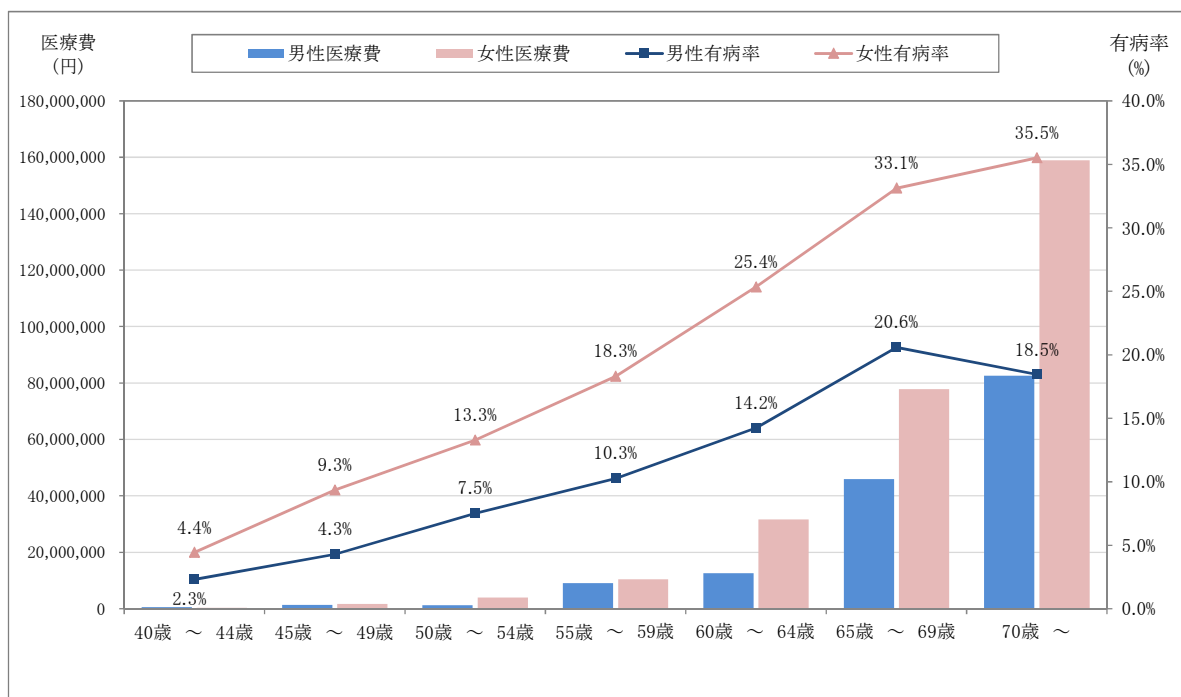
ロコモティブシンドローム原因疾患別医療費の状況



出典：データホライゾン\_ポテンシャル分析 (R1)

84

## 年齢階層別・男女別ロコモティブシンドローム原因疾患の有病率と医療費



出典：データホライズン\_ポテンシャル分析 (R1)

年齢階層別・男女別のロコモティブシンドローム原因疾患有病率と原因疾患からみると、加齢が進むにつれて患者数が増え、医療費が急速に増大している。特に女性の割合が高いため、女性への対策を図ることが重要である。

85

- ポピュレーションアプローチ
- イ 対象者：国保被保険者すべて

ウ 実施方法：イベント等において、理学療法士や歯科医師等の専門職による講演会を実施し、ロコモティブシンドロームの認知度向上を目指す。また、講演会と同時に、骨密度や体組成計等を測定できるコーナーを設け、被保険者の意識啓発に努める。

エ 実施期間：本計画の前期期間（1～3年目）

オ 取組内容

イベント等	年度	講師	内容
生涯学習フェスティバル	H29	委託業者の産業医	医師の健康相談コーナーの設置
	H30	理学療法士	ロコモティブシンドロームについて
	R1	言語聴覚士	オーラルフレイルとサルコペニアについて

86

●ハイリスクアプローチ

イ 対象者：40歳から74歳の国保被保険者であって、診療報酬明細書から傷病名に骨粗しょう症が確認でき、かつ骨粗しょう症治療薬の処方が7か月以上ない者のうち、以下の条件に該当する者。

(ア) . 一次骨折予防対象者（骨粗しょう症重症化予防）

骨折の既往がない者のうち、デノスマブの投与が中断された者でビスホスホネートの投与に切り替えのない者、または切り替えた後に投与を中断された者。

(イ) . 二次骨折予防対象者（再骨折予防）

大腿骨近位部骨折の既往がある者

ウ 実施方法：（ア）、（イ）の対象者に通知や電話による受診勧奨を行う。

エ 実施期間：本計画の後期期間（4～6年目）

オ 評価

評価指標		年度		
		R3	R4	R5
受診勧奨率	目標値	100%	100%	100%
	実績値			
病院受診率	目標値	50.0%	50.0%	50.0%
	実績値			

87

(8) ジェネリック医薬品切替啓発事業

ア 目的

自己負担額の軽減及び医療費の削減

ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは、新薬の特許期間が過ぎた場合に、同じ有効成分で薬剤を製造・販売されている薬品のことを指します。安全性は保たれながらも、開発費用が抑えられることから安価となっている。そのため、自己負担額の軽減と医療費の適正化を目的とする。

イ 対象者

レセプト分析によりジェネリック医薬品に変更可能な薬剤を含み処方されている被保険者。ただし、がんや精神疾患等の病名がレセプトにある場合は、除外対象者となる。

ウ 実施方法

ジェネリック医薬品差額通知を7月～9月頃に対象者へ送付する。

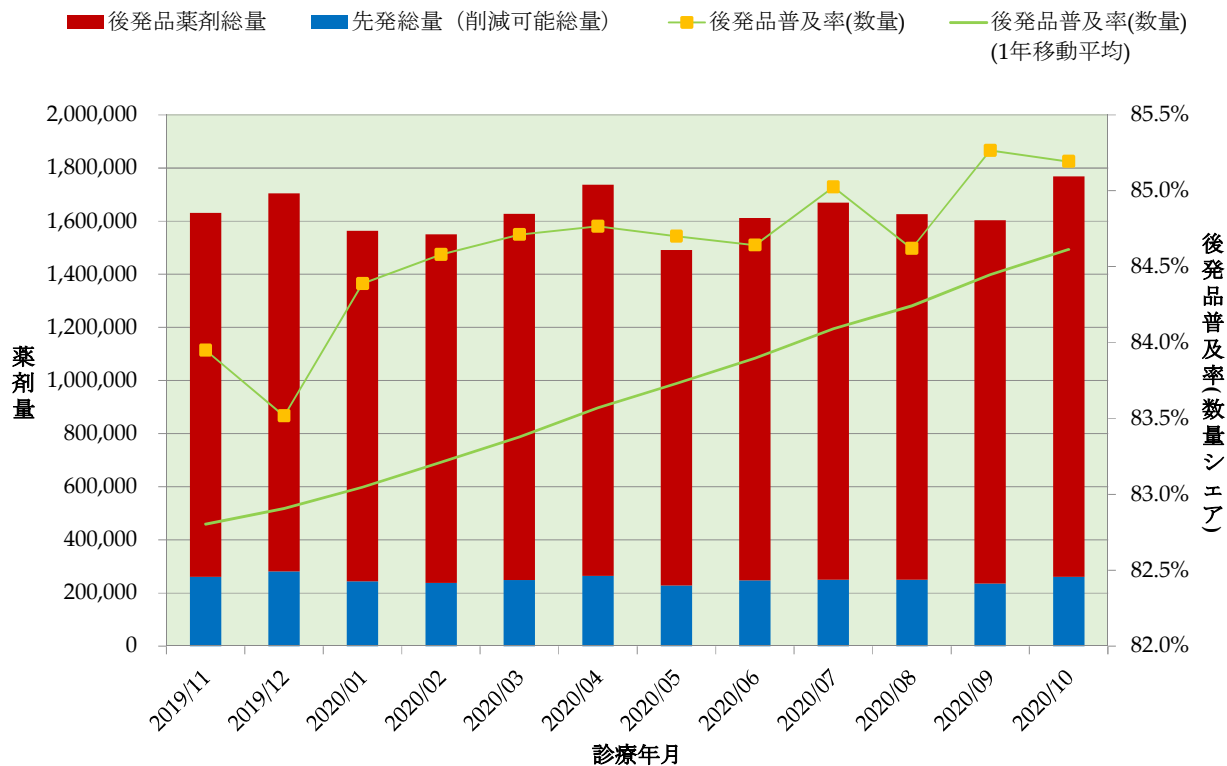
エ 評価

後発医薬品使用割合（数量シェア）で評価する。※国の目標値は、80.0%

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
使用割合 (厚生労働省公表データ ○年9月診療分)	目標値	70.0%	73.0%	83.0%	84.0%	84.5%	85.0%
	実績値	81.0%	82.0%				

88





出典：データホライゾン効果額計算より後発品普及率（厚労省指定薬剤）

※後発品普及率（厚生労働省指定薬剤）

レセプトから先発品・後発品の金額・数量を算出し、後発品の存在しない先発品を分母より除外し計算したもの。集計対象の医薬品は、診療月に対応した厚生労働省のマスタを使用。

後発品普及率（数量）＝後発品薬剤数量÷（先発総量（削減可能総量）＋後発品薬剤総量）

## (9) 重複服薬者等対策事業

### ア 目的

重複・多剤服薬者に対して、通知・訪問指導を行い、適正な受診を促す。

### (ア) 通知事業

#### ①対象者

重複処方：同一月に2以上の医療機関を受診し、同じ薬効分類の物を受診医療機関で処方されている者。

多剤処方：同一月に10種類以上の薬剤を処方かつ2か月以上処方されている者。

#### ②実施方法

国保連合会において抽出された対象者に重複・多剤の状況を印字したハガキを送付する。

#### ③実施期間

年2回通知を実施する。

#### ④評価

評価指標		年度		
		R3	R4	R5
改善率	目標値	20.0%	20.0%	20.0%
	実績値			

(イ) 訪問事業

①対象者

重複受診者：同一月内に同一疾病名の外来受診が2か所以上あり、かつ3か月連続する者。

重複服薬者：同一月内に2以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けており、かつ3か月連続する者。

併用禁忌薬服薬者：同一月内に併用禁忌薬を複数の薬局から処方されており、投薬期間が重複している者。

※除外者：がん、難病等の者。

②実施方法

レセプトを継続的に確認し、3か月以上重複服薬がある者に対して保健指導を実施する。

③実施期間

通年

④評価

評価指標		年度					
		H30	R1	R2	R3	R4	R5
訪問指導率	目標値	-	-	65.0%	70.0%	72.0%	75.0%
	実績値	62.9%	55.0%				
改善率	目標値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績値	45.7%	43.5%				