

## 第4章



### 個別事業計画

- 1 特定健康診査事業
- 2 特定保健指導事業
- 3 重症化予防事業（受診勧奨）
- 4 重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）
- 5 後発医薬品の使用率向上対策事業
- 6 多受診者対策事業

## 4 個別事業計画

---

被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上、及び医療費の適正化を図ることをめざして、健康課題の解決に向けた成果に着目した指標（アウトカム指標）を設定します。また、事業の実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）を明確にした保健事業を計画に位置づけ、生活習慣病に係る予防の動機づけ（ポピュレーションアプローチ）と重症化予防（ハイリスクアプローチ）の両方の側面から取り組んでいきます。

### 特定健康診査事業

特定健康診査の受診率向上のため、医療関係団体と連携して、受診勧奨等の取組を実施していきます。

### 特定保健指導事業

保健指導対象者を減少させるため、保健指導の再勧奨や未利用者向けのセミナーを実施し、保健指導につなげていきます。

### 重症化予防事業 (受診勧奨)(糖尿病性 腎症重症化予防事業)

生活習慣病に関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者への受診勧奨及び保健指導を実施していきます。

### 後発医薬品の使用率 向上対策事業

区が負担する療養給付経費の適正化を図るため、後発医薬品に切り換えた場合の一部負担金の差額通知を送付します。

### 多受診者対策事業

多受診（頻回受診、重複受診、多剤・重複服薬）の傾向が見られる被保険者に対して、訪問指導等を実施していきます。

## 1 特定健康診査事業

事業の目的		メタボリックシンドロームの減少及びメタボリックシンドロームに伴う各種生活習慣病の予防をめざした特定健康診査・特定保健指導を勧めるため、周知、受診勧奨等の取組を行うことにより、特定健康診査の受診率の向上を目的とします。				
事業概要		特定健康診査、周知、受診勧奨等を実施				
対象者		40歳から74歳の被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	勧奨はがき対象者の受診率	当該年度の健診結果データが揃う翌年3月に選定した対象者のうち、受診した者の割合	R4: 16.1%	24%	30%
	2	電話勧奨対象者の受診率		R4: 19.6%	44%	50%
アウトプット指標 (実績)	1	特定健康診査受診率	法定報告値	R4: 46.6%	54%	60%
プロセス (方法)	周知		区の広報紙、ホームページ、国保のしおり、掲示板、医療機関でのポスター掲示			
	勧奨		未受診者へ受診勧奨はがきの送付。40歳の方、経年未受診者等に電話勧奨を実施			
	実施 及び 実施後の 支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施			
		実施場所	板橋区委託医療機関、練馬区委託医療機関			
		時期・期間	6月から11月末			
		データ取得	人間ドックの結果提供への働きかけを実施			
	結果提供	受診者に対する結果判定に基づいた結果説明及び情報提供について、受診月の翌月末までに医師による対面で実施				
その他		対面で結果説明を受けなかった受診者には、健診結果受診者控えと区で作成した健診結果の見方を医療機関から受診者に郵送				
ストラクチャー (体制)	担当部署		健康生きがい部国保年金課			
	医療関係団体		板橋区医師会、練馬区医師会に委託			
	その他関係団体		東京都国民健康保険団体連合会に、費用決済及び共同処理に関する事務を委託			
	事業者		委託事業者にて受診勧奨はがきの送付、電話でのフォローを実施			
	他事業		がん検診との同時実施			
	その他		衛生部門と連携し、健診結果に基づいたデータを用いて生活習慣病予防等のチラシやポスターを作成			

## 2 特定保健指導事業

事業の目的		特定保健指導対象者に対して特定保健指導を行うことにより、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させることを目的とします。				
事業概要		未利用者への再勧奨、未利用者向けセミナーを実施				
対象者		特定健康診査の結果に基づく特定保健指導基準該当者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	【中長期】内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	R 4: 21.9%	21.0%	20.0%
	2	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	R 4: 23.1%	28.0%	30.0%
	3	【短期】終了率（終了者／指導利用者）	法定報告値	R 4: 89.5%	93.0%	95.0%
アウトプット指標 (実績)	1	特定保健指導実施率	法定報告値	R 4: 10.5%	14.0%	20.0%
	2	利用勧奨通知再発行数	特定保健指導未利用者数	R 4: 2,048通	2,500通	2,500通
	3	未利用者向けセミナー参加者数	セミナー参加者数	R 4: 29人	45人	60人
	4	セミナー参加者の特定保健指導申込数、申込率	セミナーに参加し、特定保健指導にも申し込んだ人の割合	R 4: 22人 75.9%	40人 90.0%	60人 100%
プロセス (方法)	周知		区の広報紙、ホームページ、国保のしおり			
	勧奨		特定保健指導委託医療機関で実施の場合は、健診結果説明時に勧奨 特定保健指導委託医療機関で未実施の場合は、健診結果説明時に民間委託事業者の案内セットを配付し勧奨 民間委託事業者より特定保健指導未利用者に再勧奨で案内を送付（特定健康診査受診2か月以降）し、さらに未利用者向けにセミナー付きの再々勧奨を実施			
	実施及び実施後の支援	初回面接	特定保健指導委託医療機関の対象者は、健診結果説明日と同日に初回面接を実施又は別日に予約 民間委託事業者の対象者は、申込に基づいて、特定健康診査受診後3か月以降に実施			
		実施場所	特定保健指導委託医療機関 民間委託事業者は健康福祉センター（板橋、上板橋、赤塚、志村、高島平）、区立体育施設（植村記念加賀スポーツセンター、小豆沢・赤塚・上板橋体育館）			
		実施内容	特定保健指導期間中途での脱落防止のため、継続勧奨を実施 民間委託事業者の特定保健指導は、初回面接を重要視し、個別支援30分以上、グループ支援概ね90分以上実施。また、動機づけ支援は3か月以上経過後における評価までの途中で1回のフォローアップを実施			
時期期間		初回面接は当該年度6月から翌年3月末までに実施 最終評価を年度末までに完了				

	実施後のフォロー	特定保健指導終了時に、必要に応じて、地域の健康情報など、対象者に対応した情報を提供 次年度の特定健康診査受診勧奨及び生活習慣改善を継続するための助言を実施
	その他	未利用者向けセミナーの実施 令和6（2024）年度以降の実施に向けてICTの導入（メール支援、オンライン面談等）を検討
ストラクチャー（体制）	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区内の健診実施医療機関のうち、特定保健指導受託希望医療機関に委託 板橋区医師会と必要に応じて連絡会を実施
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加
	事業者	民間委託事業者と定期的な連絡会を実施
	その他	特定保健指導実施率向上のため、効果的な特定保健指導を実施しているか、特定保健指導委託医療機関と民間委託事業者への視察を実施 特定保健指導委託医療機関と民間委託事業者の特定保健指導実施率・継続率を比較

### 3 重症化予防事業（受診勧奨）

事業の目的		生活習慣病に関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者への受診勧奨を行うことで、生活習慣病の疾病管理の促進を目的とします。				
事業概要		生活習慣病のハイリスク者に対する医療機関への受診勧奨を実施				
対象者	選定方法	KDBシステムより抽出し、特定健康診査結果などから区で対象者を選定				
	選定基準	健診結果による判定基準	「糖尿病」疑い（HbA1c 6.5%以上）、「高血圧症」疑い（収縮期血圧 160 mm Hg 以上、拡張期血圧 100 mm Hg 以上）			
		レセプトによる判定基準	「糖尿病」又は「高血圧症」のレセプトがない人			
		その他の判定基準	前年度特定健康診査未受診者で、前々年度に「糖尿病」と判定されたレセプトがあり、前年度に「糖尿病」と診断されたレセプトがない人			
	除外基準	「I型糖尿病」、「人工透析」、「がん」、「認知症」、「精神疾患」を有する人。介護認定を受けている人。糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料の算定対象となった人。特定保健指導対象となった人				
	重点対象者の基準	重複リスクのある人				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度（策定時）	2026年度（中間時）	2029年度（目標値）
アウトカム指標（成果）	1	医療機関受診率（糖尿病）委託	選定した対象者のうち医療機関を受診した人の割合	R 4：37%	No 1 と No 2 を統合して、No 3 の事業を R 6 から実施	
	2	医療機関受診率（高血圧）直営		R 4：37%		
	3	医療機関受診率（生活習慣病）R 6から委託		—		
アウトプット指標（実績）	1	受診勧奨者数／割合（糖尿病）委託	受診勧奨を実施した数・割合	R 4：288人	No 1 と No 2 を統合して、No 3 の事業を R 6 から実施	
	2	受診勧奨者数／割合（高血圧）直営		R 4：946人		
	3	受診勧奨者数／割合（生活習慣病）R 6から委託		—		

プロセス (方法)	周知	区の広報紙、ホームページ、国保のしおり
	勧奨	「糖尿病」は郵送、電話1回。「高血圧症」は郵送 令和6年度からは、郵送、電話1回
	実施及び実施後の支援	「糖尿病」は通知文にアンケートを同封し、受診状況を返送してもらうことにより把握し、さらに電話勧奨で受診状況を把握 「高血圧症」は3か月後の受診状況をKDBから把握 令和6年度からは、郵送と電話による受診勧奨
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区医師会、練馬区医師会に事前に事業開始報告
	かかりつけ医・専門医	CKD地域医療連携会議、西北部糖尿病医療連携推進検討会で事業を報告、相談を実施
	その他保険団体 事業者	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加 民間委託事業者と定期的な連絡会を実施

#### 4 重症化予防事業（糖尿病性腎症重症化予防事業）

事業の目的		「糖尿病性腎症」及び関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者へ保健指導を実施することで、「糖尿病性腎症」の重症化の予防を目的とします。				
事業概要		「糖尿病性腎症」の治療中の人に対し、保健指導を実施				
対象者	選定方法		KDBシステムより抽出し、特定健診結果などから対象者を選定			
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診結果より、空腹時血糖 126 mg/dℓ以上、又はHbA1c 6.5%以上、かつ、尿蛋白(+)以上でeGFR30 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )以上の人			
		レセプトによる判定基準	当該年度に「糖尿病(Ⅱ型)」に該当するレセプトが発生している人			
除外基準 重点対象者の基準		「Ⅰ型糖尿病」、「人工透析」、「がん」、「認知症」、「精神疾患」を有する人。介護認定を受けている人。糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料の算定対象となった人。特定保健指導対象となった人				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績 2023年度 (策定時)	目標 2026年度 (中間時)	目標 2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	参加者の指導終了時の検査値改善者・維持者割合	指導終了時のHbA1c値が維持・改善している人の数/割合	R4: 6人 50.0%	70%	70%
アウトプット指標 (実績)	1	参加数(率)	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	R4: 12人 (5.9%)	30人	30人
	2	勧奨数	対象者の抽出(区)	250人	250人	250人
プロセス (方法)	周知	区の広報誌、ホームページ、国保のしおり				
	勧奨	郵送				
	利用申込	電話、はがき				
	実施内容	面談3回、電話3回				
	時期・期間	6月から翌年3月までのうち6か月間				
	場所	自宅、公共機関、民間委託事業所				
	実施後の評価	食事・運動の行動変容の前後比較、指導期間中の血液検査等のデータの前後比較				
実施後のフォロー		翌年後に継続支援(電話2回)を実施				

ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課
	医療関係団体	板橋区医師会、練馬区医師会に事前に事業開始報告
	かかりつけ医・ 専門医	CKD地域医療連携会議、西北部糖尿病医療連携推進検討会で事業を報告、相談を実施
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の研修等に参加
	事業者	民間委託事業者と定期的な連絡会を実施

## 5 後発医薬品の使用率向上対策事業

事業の目的		後発医薬品の使用率を向上させることによって、区民が負担する医療費の軽減と、区が負担する療養給付経費の抑制を図ります。				
事業概要		後発医薬品に切り替えた場合の一部負担金の差額が記載された通知を送付				
対象者		先発医薬品を服用している人（「がん」「精神疾患」を推測する薬等を除外）で、自己負担軽減額が100円以上の被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績	目標	
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	後発医薬品使用率	使用率の増加の遷移を比較	R4: 79.4%	80.2%	80.8%
アウトプット指標 (実績)	1	差額通知発送	差額通知発送数	R4: 19,665 通	17,000 通	16,500 通
プロセス (方法)	周知	ホームページ、国保のしおり				
	勸奨	差額通知の発送				
	実施及び実施後の支援	民間事業者に一定期間のレセプト情報を提供し、差額通知の作成、発送、効果測定を委託				
	その他	初回通知者に案内リーフレットを同封				
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課				
	医療関係団体	板橋区医師会・板橋区歯科医師会・板橋区薬剤師会				
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の集団支援・個別支援に参加				
	事業者	外部委託により実施				
	その他組織	東京都				
	他事業	後発医薬品普及啓発品の配布				
その他	効果測定の結果を確認しながら、差額通知発送頻度について変更していく。					

## 6 多受診者対策事業

事業の目的		適正服薬指導及び適正受診指導を実施することによって、医療費の適正化を図ります。				
事業概要		適正受診指導対象者に対する訪問指導 多剤・重複服用者に対する服薬情報を通知				
対象者		多受診（頻回受診、重複受診、多剤・重複服薬）の傾向が見られる被保険者				
項目	No	評価指標	評価対象・方法	実績		
				2023年度 (策定時)	2026年度 (中間時)	2029年度 (目標値)
アウトカム指標 (成果)	1	適正受診人数	訪問指導後、電話による継続指導参加者の人数	R 4: 74人	120人	120人
	2	医療費の削減効果額	訪問指導前後のレセプト比較による削減効果額	R 4: 10,091千円	18,000千円	18,000千円
	3	被保険者全体からみた重複・頻回受診、重複服薬者の割合	重複・頻回受診、重複服薬の対象者をレセプトから抽出	R 4: 8.0%	7.5%	7.0%
アウトプット指標 (実績)	1	適正受診指導数	訪問指導参加者人数	R 4: 81人	150人	150人
	2	多剤・重複服用者服薬通知	多剤・重複服用者服薬通知数	R 4: 2,470通	3,300通	3,300通
プロセス (方法)	周知	ホームページ、国保のしおり				
	勧奨	郵送				
	実施及び実施後の支援	<p>(適正受診指導)</p> <p>重複受診、頻回受診、重複服薬に該当する被保険者に委託事業者の健康相談員が訪問指導を実施 訪問の1か月後を目安に対象者に電話し、訪問後の経過を確認 訪問前後のレセプト情報により、医療費削減効果額の測定を委託 (多剤・重複服用者服薬通知)</p> <p>多剤・重複服用者に該当する原則60歳以上の被保険者に「服薬情報のお知らせ」を送付し、医師・薬剤師への相談を勧める 通知前後のレセプト情報により、医療費削減効果額の測定を委託</p>				
その他	<p>(適正受診指導)</p> <p>事業案内書の送付→架電による参加意向の確認・予約という手順を踏み、事業趣旨を理解していただく期間を設けて参加を募集</p>					
ストラクチャー (体制)	担当部署	健康生きがい部国保年金課				
	医療関係団体	板橋区医師会・板橋区歯科医師会・板橋区薬剤師会				
	その他保険団体	東京都国民健康保険団体連合会の集団支援・個別支援に参加				
	事業者	外部委託により実施				
	その他組織	東京都				
その他	<p>(適正受診指導)</p> <p>委託事業のため、個人情報の使用目的・使用範囲について通知文に記載するとともに、ホームページにも板橋区の事業であることを明記することにより、安心して申し込みいただけるようにする。</p>					