

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
特定健診受診勧奨事業	特定健診受診率向上により、生活習慣病の発症と重症化予防につなげる	特定健診受診率向上	過去の特定健診受診状況や医療機関での治療状況などから特定健診対象者をあらゆる角度でグループ分けし、前年度の未受診者を中心に受診勧奨対象者を抽出します。 電話による受診勧奨や訪問指導により、特定健診への参加を呼び掛けます。また、電話や訪問時に、未受診理由の確認を行い、今後の特定健診の運営に活かします。	特定健康診査対象者	①優先して受診勧奨すべき対象者、受診勧奨効果の高い対象者、受診勧奨が不要な対象者など、特定健診未受診者の特性を分析し、各グループの状況に応じた受診勧奨を実施することで、受診への意欲を向上させ、受診率向上につなげます。 ②対象者の受診意向や通院状況、健康状態等の聞き取りを行い、個々の状態に応じた受診方法の案内を行います。各地区の集団健診の日程に合わせて訪問し、日程や受診方法などの案内を行うことで、より効果的に受診に繋がります。 ③専門職（保健師または管理栄養士）が電話をかけ受診勧奨を行います。受診意向や通院状況、健康状態等を聞き取り、個々の状態に合わせて専門的立場から情報提供や健康相談に対応することで受診へと行動変容を促します。	委託業者	6月～3月	市内

令和5年度

事業評価計画

個別保健事業名				特定健診受診勧奨事業				
	評価項目	評価指標	目標		評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	特定健診受診率向上	特定健診受診率（法定報告値）	特定健診受診率 40.0% 受診勧奨資材送付により受診に繋がった割合 30.0% 訪問受診勧奨により受診に繋がった割合 電話受診勧奨により受診に繋がった割合	受診率（法定報告値）による評価	年度末	国保運営協議会および評価委員会	D 26.3% (1,691/6,432) E（委託業者にて受診割合判定中のため） E（年度末に評価） E（年度末に評価）	目標達成できず。 引き続き健診の重要性を啓発していく。
アウトプット	どれくらい実施したか	健診実施日時、回数、場所	集団健診の回数 年間23回	従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A（23回実施）	感染対策を行い、健診実施できた。目標達成。 次年度も継続。
プロセス	①実施準備 ②実施の流れ	①会場設営や健診準備 ②各項目の実施順番、各項目の実施場所、実施時間	①設営や準備がスムーズに行える ②各健診会場で、長時間の待ち時間や大きな偏りがなく実施できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A（①②とも問題なく実施）	感染対策を行い、会場設営や準備を行った。目標達成。 次年度も継続。
ストラクチャー	①健診実施体制 ②連携体制	①従事者数 ②他部署、他機関との連携	①スムーズに健診が行える ②健診実施についての意見交換ができる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A（①問題なく実施 ②他部署等との連携取れていた）	他部署との連携を図り、健診が実施できた。 目標達成。 次年度も継続。

(1) 令和5年度特定健診受診者（R6.1月現在）

	R5.4	R5.5	R5.6	R5.7	R5.8	R5.9	R5.10	R5.11	R5.12	合計
特定健診受診者	4	290	304	253	141	185	262	254	19	1,712
集団		165	166	134	60	70	134	144		873
個別	4	125	138	119	81	115	128	110	19	839
みなし健診										0
人間ドック①	1			1		2	2	1		7
人間ドック②	15	20	21	24	22	43	28	42	4	219

※人間ドック①：特定健診と同時実施ができない場合（国保係に申請することで特定健診に係る費用の助成が受けられる）

人間ドック②：特定健診と同時実施ができる場合（受診時に受診券を提出すれば、特定健診に係る費用を差し引いてもらえる）

法定報告数値

（※R5年度分はR6.2月時点の情報）

	R3	R4	R5 （速報値）
対象者数（人）	7,089	6,699	6,432
受診者数（人）	2,551	2,533	1,691
受診率（％）	36.0	37.8	26.3

みなし健診は、R6.1/22に勧奨通知を送付（対象者185名）

(2) 受診勧奨発送・配信件数

勧奨日	5/19	5/25	7/19	8/23	9/20	10/18	①1/12	②1/12	1/17
勧奨種類	ハガキ	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	ハガキ	ハガキ （動く手紙）	SMS
件数	4,245	1,047	130	31	121	272	1,450	2,096	763

○受診勧奨について

- ・県国保連合会の共同事業として特定健診受診率向上支援業務に参加し、通知勧奨を行った。
- ・今年度よりSMSによる勧奨をはじめ、年間を通してハガキは2回送付、SMSは6回配信した。
- ・健康文化都市づくり推進委員に特定健診について説明し、近隣住民と誘い合せて、健診を受けるように啓発を行った、
- ・公民館での集団健診開催時期が近付くと、健康づくり推進委員地区会長に受診勧奨チラシの回覧を依頼した。

<ハガキ>

5/19発送分：不定期受診者、未経験者に送付。

（受診数や通院歴、過去の受診状況などから7パターンに分類し、それぞれに効果的な個々のメッセージを作成した文書を送付）

1/12発送分：連続受診者、不定期受診者、未経験者に送付。

①70代：ハガキ1種類、

②40.50.60代：動く手紙を送付（ハガキに二次元コードがあり、アクセスすると特定健診の案内動画を見ることができる）

<SMS>

5月～10月配信分：連続受診者を除いて配信（集団健診+個別健診）

1月配信分：連続受診者含む対象者に配信（個別健診）

○今後の対策について

委託業者による勧奨や保健師による健康状態不明者の訪問時に特定健診受診勧奨を継続。新規の取り組みとして、事業所健診の結果提供者へはインセンティブを考えている。

保健事業の実施内容				特定保健指導利用勸奨				
事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
特定保健指導利用勸奨	特定保健指導利用勸奨により、自分の健康状態に関心を持ち、生活習慣病の発症や重症化を予防する	1. 特定保健指導を利用する 2. 自分の健康状態として健診結果に関心を持つ 3. メタボリックシンドロームについて関心が高まる 4. 生活習慣の改善の必要性を感じる	特定保健指導対象者に対し利用勸奨を実施し、健診結果についての説明と生活改善に向けた指導を行う	特定健診を受診し、動機づけ支援、積極的支援に該当したものの	・健診結果確認後、対象者に特定保健指導案内通知を送付 ・通知後参加申し込みのない方に、電話や訪問で健診結果を説明しながら、特定保健指導利用勸奨をする。 対象者の関心度合いに応じて、保健指導実施	保健福祉センター	年間	市内

令和5年度
事業評価計画

				個別保健事業名	特定保健指導利用勸奨			
	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	特定保健指導を利用したか 継続して健診受診したか	①特定保健指導実施率（終了者数/特定保健指導対象者数） ②初めて特定保健指導対象者実施率（初めて特定保健指導対象のうち特定保健指導終了者数/初めて特定保健指導対象者数） ※分母から、血圧、脂質、血糖服薬者と当該年度内に75歳になる者は除く 自分から参加申し込みをした者は分母にいれる ③特定保健指導対象者次年度健診受診率	①特定保健指導実施率（全数）30.0% ②初めて特定保健指導対象者実施率 30.0% ③特定保健指導対象者次年度健診受診率 80%	健康管理システムより抽出	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①D 11.5%（30/260） 動機:12.8% 積極:8.2% 前年（20.2%） ②D 8.8%（5/57） 前年（21.5%） ③年度末に評価（R4年度は67.1%）（57/85）	分割実施を継続する
アウトプット	どれくらいの方に実施したか	①特定保健指導利用勸奨率（特定保健指導利用勸奨実施者/特定保健指導対象者） ②初めて特定保健指導対象者勸奨率（初めて特定保健指導対象者への手紙以外での勸奨実施者数/初めて特定保健指導対象者数） ※分母から、血圧、脂質、血糖服薬者と当該年度内に75歳になる者は除く 自分から参加申し込みをした者は除く	①特定保健指導利用勸奨率を知る ②初めて特定保健指導対象者勸奨率 70.0%	①健康管理システムより抽出 ②健康管理システムより抽出	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①A 91.2%（237/260） 前年（74.3%） ②A 71.9%（41/57） 前年（55.4%）	分割実施を継続する
プロセス	①対象者の選定 ②対応時期 ③対応方法	①対象者の抽出 ②保健師対応時期 ③本人に直接勸奨率（本人に直接勸奨数/特定保健指導利用勸奨対象者数） ※分母から、血圧、脂質、血糖服薬者と当該年度内に75歳になる者は除く 自分から参加申し込みをした者は除く	①マニュアルに沿ってスムーズに抽出することができる ②初回面接日に間に合うように保健師が対応できる ③本人に直接勸奨率 58.0%	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り ③対応記録 従事者への聞き取り 健康管理システム	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②A(問題なし) ③A 73.4%（174/237） 前年（70.7%）	次年度も継続
ストラクチャー	実施体制	従事者数	対象者数に応じて時期を逃すことなく従事者が対応できる	従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A(問題なし)	次年度も継続

令和5年度特定保健指導実績（R6.1.26時点）

特定保健指導対象者	260人
（初めて特保対象者）	57人
特定保健指導勸奨実施者	237人
勸奨方法）はがき	237人
勸奨方法）電話	105人
（本人に直接勸奨）	174人
特定保健指導利用者	114人
（終了者）	30人
（初めて利用者）	23人
（初めて終了者）	5人

特定保健指導の実施率（法定報告）

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
対象者数（人）	407	448	451	441	418	375	377
終了者数（人）	55	67	38	64	44	62	76
実施率（％）	13.5	15	8.4	14.5	10.5	16.5	20.2
前年度比		+1.5	-6.6	6.1	-4.0	+6	+3.7

OR5年度の実施状況

・特定保健指導対象者260名のうち、237名に対して通知送付を行い、その後電話にて利用勸奨を実施した。電話が通じない方には訪問を行い、本人への直接勸奨ができるように努めた。
・通知送付後の電話や訪問での勸奨では、「忙しく時間が取れない」「自分なりに取り組んでいるのでお世話になるのはもう少し待ってほしい」「まだ健康なので必要ない」等の声が聞かれ、無関心期の対象者には支援関係の構築を優先して対象者のニーズに沿った情報の提供を行った。
・健診結果が揃わない場合の初回面接の分割実施を集団健診の全会場で行うよう拡大し、利用した114名のうち65.8%にあたる75名は分割実施によるものである。健診会場で特定保健指導が受けられることは対象者の利便性が高いようであり、参加率の向上につながっている。

○今後の対策

・健診結果が揃わない場合の初回面接の分割実施を継続し、対象者の利便性や健康意識が高まっている時に働きかけて指導率の向上を図る。
・将来的に生活習慣病の発症リスクが高いことを分かりやすく伝えながら、対象者の健康観や多様なニーズに合わせた保健指導を実施していく。

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
健診結果説明会	自分の健康状態を把握し関心をもちながら、自発的な健康への取り組みを行うことで、疾病予防、重症化予防ができる	1. 自分の健康状態に関心を持つ 2. 健診結果のもつ意味がわかり、注意すべき項目の予防・改善策がわかる 3. 自分の生活習慣について振り返り、改善点がわかる	健診結果のもつ意味の説明と、予防・改善に向けての説明	特定健診、後期高齢者健診、健康増進法に基づく健診を受けた市民	【広報】 ①受診券発送時に健診結果個別相談会の年間日程表を同封 ②健診実施場所の公民館やスポーツセンター等に年間日程表貼付 ③実施月の南国市広報に掲載 ④健診受診時に会場にて日程の提示、個別に参加勧奨 ⑤健診結果下部に案内文書の記載 ⑥健診結果発送時に健診結果個別相談会の年間日程表を同封 【実施】 ・健診の一个月後に健診会場にて保健師が相談会を実施 ・個別実施 ・年2回栄養士による栄養教室と歯科衛生士による歯科教室、年4回運動指導士による運動教室も同時実施	保健福祉センター	6月～1月	市内

令和5年度
事業評価計画

				個別保健事業名	健診結果説明会			
	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	健康への取り組みを行うことができたか	①健診結果個別相談会前後で、意識の変化があった人の割合 ②健診結果個別相談会参加者の次年度の健診受診率	①健診結果個別相談会前後で、意識の変化があった人の割合 97% ②健診結果個別相談会参加者の次年度の健診受診率 80%	①健診結果説明個別相談会参加者アンケート ②健康管理システム	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①B 93.6% (44/47) ②年度末に評価 (R4年度は78.4%) (80/102)	目標達成 次年度も継続
アウトプット	どれくらいの方が参加したか	①健診結果個別相談会参加者数 ②初めて集団健診受診者参加率	①健診結果個別相談会参加者数 100人 ②初めて集団健診受診者参加率を知る	健康管理システムより抽出	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①D 47人 前年 (102人) ②A 2.1% (1/47)	有所見者には優先的に健診結果を説明して、アプローチしていく
プロセス	①広報、参加勧奨方法 ②開催設定 ③説明方法 ④事後処理	①参加者が知るきっかけ ②日時、場所、回数、会場別参加者数、参加者希望場所、時間 ③参加者の満足度、理解度 (ご自身の結果についてわかりましたか) 説明方法別 (集団、個別) 実施数 ④報告書作成、実施後入力	①参加者が個別相談会を知るきっかけをもとに、広報の仕方を検討することができる ②市民が参加しやすい開催設定ができる ③自身の結果について良くわかった、大体わかった 合わせて 90%以上 ④手順をマニュアル化し、スムーズに実施できる	①相談会アンケート ②従事者への聞き取り 実施報告書 相談会アンケート ③従事者への聞き取り 実施報告書 相談会アンケート ④従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②④A ①約7割は受診券や健診結果に同封されたチラシを見ての参加だった②健診会場で実施④当日のタイムスケジュールを作成し、従事者で確認しながら実施した) ③A 100% (47/47)	目標達成 次年度も継続
ストラクチャー	①実施体制 ②予算	①従事者数 ②必要物品の購入	①従事者が無理なく対応できる ②必要物品を購入できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②A (問題なし)	目標達成 次年度も継続

○R5年度の実施状況

- ・健診会場にて10回開催予定であり、現在8回実施。38名の参加があった。(R5.12月時点)
- ・健診受診券や健診結果に日程表を同封し、広報や健診会場への日程掲示によって周知を実施した。
- ・集団健診の問診時には、個別に参加を案内し、希望者には事前予約をしてもらうことで当日のスムーズな運営につながった。
- ・健診結果の相談に関しては、9名が自ら電話や来所あり。
電話では相談者の気になる点を聞き取り、来所者には説明会で使用しているパンフレットを配布して説明を実施した。

○今後の対策

- ・健診結果を正しく理解してもらいたい有所見者は待っていても来ないため、
血圧と脂質の有所見者には優先的に参加勧奨を行い、自分の健康課題を認識してもらえるようにアプローチしていく。
- ・健診結果説明を希望する声が聞かれた場合には、訪問や出張等で健康教育を実施していく。

保健事業の実施内容							生活習慣病重症化予防	
事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
生活習慣病重症化予防	1. 医療機関受診の必要な方が、適切な受診、治療をすることで生活習慣病の発症や重症化を予防できる 2. 重症化リスクの高い対象者への保健指導を実施することで、生活習慣病の発症や重症化を予防できる	1. 医療機関受診の必要な方が、適切な受診行動をとることができる 2. 自分の生活習慣について振り返り、改善に向けて行動することができる	対象者の健康状態を把握し、必要に応じて生活習慣改善に関する助言または医療機関への受診勧奨を実施	1. 【要医療者】 当該年度に特定健診、後期高齢者健診、健康増進法に基づく健診を受けた結果、条件①②のいずれかに該当し、血圧、血糖、脂質、腎疾患、脳疾患、心疾患で受療中でない者 ※条件①要医療判定になった者 ②尿蛋白2+以上 又はeGFR45ml/min/1.73㎡未満	①健診結果をもとに、対象者を抽出。 ②健診結果とレセプトを確認し状況に応じて精密検査依頼書を作成。 ③保健師が電話、訪問、来所面接いずれかで対象者の状況把握、受診勧奨、保健指導を実施。文書は保健師の手渡し、もしくは郵送。健診結果個別相談会への参加時に対応する場合もあり。	保健福祉センター	通年	市内
				2. 【未治療者】前年度健診受診者で、条件①～④のいずれかに該当する者の内、前年度及び当該年度内（現時点）に血圧・血糖・脂質いずれも服薬がない国保加入者 ※条件 ①収縮期血圧180mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上 ②HbA1c8.4%以上 ③尿蛋白2+以上 ④eGFR40ml/min/1.73㎡未満 【治療中断者】前年度に糖尿病治療等【糖尿病薬、インスリン注射、HbA1c検査、生活習慣病管理料（糖尿病）、栄養指導料】があり、当該年度（4～9月診療分）に糖尿病治療等の無い者のうち、前年度に糖尿病性合併症（網膜症、腎症、神経障害）又はインスリン注射がある国保加入者	①健診結果やレセプトをもとに、対象者を抽出。 ②健診結果やレセプトを確認し、必要時状況に応じた受診勧奨文書を作成。 ③保健師が電話、訪問、来所面接いずれかで対象者の状況把握、受診勧奨、保健指導を実施。文書は保健師の手渡し、もしくは郵送。	保健福祉センター		
				3. 【重症化リスクの大きい者】 当該年度に特定健診、（後期高齢者健診、健康増進法に基づく健診）を受けた結果、条件①～⑦のいずれかにあてはまる者 ※条件 ①HbA1c7.4%以上 ②収縮期血圧180mmHg以上 ③LDLコレステロール30mg/dl未満 又は180mg/dl以上 ④中性脂肪1000mg/dl以上 ⑤GOT又はGTP100IU/L以上 ⑥γGTP700IU/L以上 ⑦クレアチニン1.8mg/dl以上 又はeGFR30ml/min/1.73㎡未満	①健診結果をもとに、対象者を抽出。 ②健診結果とレセプトを確認し、状況に応じて精密検査依頼書を作成。 ③保健師が電話、訪問、来所面接いずれかで対象者の状況把握、受診勧奨、保健指導を実施。文書は保健師の手渡し、もしくは郵送。健診結果個別相談会への参加時に対応する場合もあり。	保健福祉センター		

令和5年度事業評価計画								
個別保健事業名				生活習慣病重症化予防				
	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	医療機関を受診したか 重症化リスク因子が改善したか	①要医療者の医療機関受診率 ②高血圧者の割合	①要医療者の医療機関受診者率60% ②高血圧者の割合が改善する	①レセプト確認 ②KDBシステムより抽出	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①D 55.1% (49/89) ②E 42.9%（年度末）	未受診の理由を把握し、受診の必要性や今後のリスクを説明し再勧奨を行う。
アウトプット	どれくらいの対象者に対応したか	①対象者1（要医療者）、対象者3（重傷者リスクの大きい者）の受診勧奨、保健指導実施率（1の、対応実施者数/対象者数）（3の、対応実施者数/対象者数） ②対象者2（未治療者・治療中断者）の受診勧奨、保健指導実施率（2の、対応実施者数/対象者数）	①対象者1（要医療者）、対象者3（重症化リスクの大きい者）の受診勧奨、保健指導実施率100% ②対象者2（未治療者・治療中断者）の受診勧奨、保健指導実施率100%	①健康管理システムより抽出	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①対象者1D 93.3% (83/89) 対象者3D 90.7% (49/54)	次年度も継続。 電話不通の場合や、問診時に気になった人に対しては、積極的に訪問をして生活状況を把握、保健指導を実施する。
プロセス	①対象者の選定 ②対応時期 ③対応方法 ④支援内容	①対象者の抽出、選定基準 ②対応時期 ③本人への対応率 対応方法別集計 ④対応困難事例の有無	①マニュアルに沿ってスムーズに抽出できる、対象者の状況に応じて、スムーズに振り分けることができる ②健診受診後3か月以内の対応を意識することができる ③本人への対応率を知ることができる ④対応困難事例について必要時保健師間で検討できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り ③従事者への確認 健康管理システムの対応記録確認 ④従事者への聞き取り	年度末 3か月毎	国保運営協議会および評価委員会	①②④A ①問題なし ②概ねできた ④その都度実施できた ③A 96.2% (127/132)	次年度も継続
ストラクチャー	①対象者の選定 ②実施体制 ③予算の確保 ④医療機関との連携	①対象者の受療状況 ②従事者数、各従事者ごとの対応人数 ③必要物品の購入 ④精密検査結果依頼書返信率 必要時直接医療機関と連絡をとれたか	①必要時、対象者（国保、後期）のレセプト状況が確認できる ②対象者の状況に応じて無理なく従事者が対応できる ③必要物品を購入できる ④精密検査結果返信率 40% 必要時直接医療機関と連絡をとることができる	①従事者への聞き取り 要精密検査者台帳、重症化予防者台帳 ②従事者への聞き取り ③従事者への聞き取り ④健康管理システムより抽出 精密検査結果返信数確認、レセプト確認 従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②③A ①レセプトで確認②状況により対応者を決めたり、件数を振り分けた③問題なし ④A 59.1% (13/22)	医療機関を受診しているが、返信がない場合もあり。事業を実施していく上で、医療機関との連携も課題あり。

令和5年度生活習慣病重症化予防の対象者数および対応状況（R6.1.24時点）

	要医療者	重症化リスクの高い者
対象者数（人）	89	54
対応実施者数（人）	83	49
保健指導実施率（％）	93.3	90.7

○R5年度の実施状況

対象者に対して、電話・訪問・来所等の手段で、本人または家族に保健指導を実施した。要医療判定だが未受診が続いている方に対しては、健診問診時にも受診勧奨をしたり特定保健指導への参加勧奨をし、医療機関受診や生活習慣改善の必要性について伝えている。今年度より、分割実施の対象年齢を広げて全会場で実施したことで、今までアプローチが難しかった40～60歳代の対象者に保健指導をする機会が増え、医療機関の受診には否定的だが、特定保健指導につながったケースあり。特定保健指導で本人と関わる中で関係性が築け、医療受診を前向きに考えるようになったケースもある。

医療機関を受診していない者のうち、約58%がLDLコレステロール、約24%が血圧で要医療判定となっている。LDLコレステロールについては、生活習慣を見直して様子をみたい、まだ病院には行きたくない、自分でなんとかするという返答が多く、血圧については家庭血圧は高くないため受診するつもりはないとの返答が多かった。

○今後の対策

医療機関の未受診者や重症化リスクが高い方に対して、このまま放置しておくことでの将来的なリスクについて、伝え続けていく必要がある。集団健診受診者には、直接関わるができる問診の機会を生かし、診察医からも受診勧奨や生活習慣改善の必要性を説明してもらえるよう協力を得ていく。

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
受診行動適正化指導	重複・頻回受診者を対象に、訪問指導などを行い、適正な受診や疾病の重症化予防のための日常生活習慣改善への支援や、保健指導などを行うことにより、健康の保持増進、疾病の早期回復を図り、医療費の適正化を目指す。	1. 重複処方となっている人が、適切に受診することができる 2. 医療機関に頻回に受診している人が、適切に受診することができる 3. 多剤服薬となっている人が適切に受診することができる	(1)療養上の日常生活指導①病状についてどのように認識しているかを把握し、必要な助言を行う。②疾病等に応じ、必要な日常生活の指導を行う。 (2)身体状況等の観察などを行い、生活に適した看護技術や知識の提供を行う。 (3)受診及び服薬に関する支援、指導①かかりつけ医の確認、かかりつけ医をもつことのメリットを説明する。②検査や薬剤などが重複することによる身体への影響などの説明を行う。 (4)家族からの質問や疑問に答えるとともに、必要な助言を行う。 (5)その他、必要に応じて、上記以外の医療に関する指導、助言を行う。	1. 同一疾患にて医療機関を2つ以上受診している人が、適切に受診することができる 2. 医療機関に頻回に受診している人が、適切に受診することができる 3. 多剤服薬となっている人が適切に受診することができる	1. 対象者の台帳作成（レセプト及びKDBシステムより） ・健康管理システムにて、保健福祉センターの介入確認 2. 保健指導の実施 ・注意喚起文書を送付 ・通知後、電話または訪問にて保健指導 ・適宜、医療機関、警察等と連携を行う ・必要時、医療機関に情報提供を行う 3. 保健指導後の状況確認 ・（レセプトチェック） 4. 改善していない方への再度アプローチ ・電話または訪問	保健福祉センター	6月 ～ 3月	市内

令和5年度

事業評価計画				個別保健事業名	受診行動化適正化指導			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	①重複受診者の減少 ②多受診者の減少	①重複受診者の人数 (重複・多受診・同一服薬者名簿の人数) ②多受診者の人数 (重複・多受診・同一服薬者名簿の人数) ③多剤服薬者の人数 (KDBシステムの3月時点)	①前年度と比べて、重複受診者が減少する ②前年度と比べて、多受診者が減少する ③前年度と比べて、多剤服薬者が減少する	KDBシステム レセプト情報	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①A (31人⇒14人) ②A (8人⇒4人) ③E 年度末に評価	重複受診者と多受診者は目標達成できた。 次年度も継続。長期対象者へは通知内容を工夫する。
アウトプット	指導対象者への指導実施率	①重複受診者への対応率 (対応した人数÷名簿から絞り込んだ対象者数) ②多受診者への対応率 (対応した人数÷名簿から絞り込んだ対象者数) ③多剤服薬者への対応率 (対応した人数÷KDBから絞り込んだ対象者数)	①重複受診者への対応率 70% ②多受診者への対応率 70% ③多剤服薬者の対応率 70%	委託業者からの実績報告書 個別対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①A 85.7% (12/14) ②A 75% (3/4) ③A 100% (1/1)	目標達成できた。 次年度も継続。
プロセス	①対象者の選定 ②対応時期 ③対応方法	①対象者の抽出、選定基準 ②対応時期 ③本人への対応率 (本人へ指導した人数/指導した総数) ④対応困難事例の有無	①②文書発送後、2か月以内に対応することができる ③対象者本人から話を聞くことができる ④必要時、対応困難事例について関係者間で検討できる	①②④従事者への聞き取り ③対応記録、従事者への聞き取り、健康管理システム	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①② A(概ね問題なし) ③D 63.2% (12/19) 前回 64.1% ④A (係内で共有できた)	本人への対応率が目標達成できず。 疾患により困難なケースもあるので、柔軟に対応していく。
ストラクチャー	①実施体制 ②予算	①従事者数 ②必要物品の購入	①従事者が無理なく対応できる ②必要物品を購入できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①② A(問題なし)	目標達成できた。 次年度も継続。

令和5年度重複・同一服薬者・多受診・多剤服薬対象者

	重複受診者・同一服薬者	多受診（頻回）受診者	多剤服薬者
対象者数	14	4	1
保健指導実施者数	12	3	1
対応率	85.7%	75%	100%

令和5年度の実施状況

事業の一部を外部委託。委託業者が対応できなかった場合や長期対象者は市保健師が電話、訪問で保健指導を行った。重複・多剤・多受診ともに対応率は向上したものの、意思疎通が難しい等の理由で本人へ直接保健指導することができず、令和4年と比較し、本人への対応率は低下した。ただ、支援者である家族に意識付けが行えたので、改善へと繋がった。また、保健指導には応じるものの重複服薬を改善するつもりはないと言い切る方がいたり、向精神薬の重複による影響が否定できない事故を受けた者もいたりした。委託業者、医療機関、レセプト点検員等と連携を取りながら、実施できたが、一筋縄ではいかないと感じている。

今後の対策

委託業者と直営の2本柱で実施予定。長期対象者や過去に保健指導受けた方は、改善が難しい局面があるものの、対象者に接触することで問題意識を高めることができるため、今後も事業の継続が必要である。また、重複による影響の受傷や事故が顕在化してきているので、状況に応じて医療機関への通知も考えていく。

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
ジェネリック医薬品使用促進	ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の適正化につなげる。	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）80%	レセプトから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、通知書を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。 ジェネリック医薬品に対する理解を深めるための啓発を行います。	先発医薬品使用者で後発医薬品への切替えによる薬剤費軽減額が一定以上の人	ジェネリック医薬品差額通知書の送付及び啓発活動を行います。	市民課国保係	4月～3月	市内

令和5年度

事業評価計画

事業評価計画				個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進				
	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）の向上	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）80%	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）による評価	年度末	国保運営協議会および評価委員会	B 78.39%（数量ベース）	新規加入時等の周知、啓発活動を行う必要あり。
アウトプット	どれくらい実施したか	対象者への通知率	対象者への通知率 100%	通知率による評価	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A 100%（2,514/2,514）	目標達成次年度も継続
プロセス	①対象者の選定 ②対応時期	①対象者の抽出、選定基準 ②対応時期	年間 12回通知	通知回数による評価	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A（10回通知済）	目標達成次年度も継続
ストラクチャー	実施体制	従事者数	対応可能である	従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A（国保連に委託対応可）	目標達成次年度も継続

通知実績

上段：金額(千円)
下段：レセプト1枚当たり円/件)

発送年月 +	診療年月	基本要件		比較対象月の通知書送付					切り替え人数	削減効果額
		加入者数 (a)(人)	レセプト件数 (b)(件)	対象者選択条件	通知書数 (c)(枚)	通知割合 (加入者数) (c)／(a)	通知割合 (レセプト件数) (c)／(b)	削減可能額		
		データ化 対象者数(人)								
2023年4月	2022年12月	9,509	11,666	本人薬剤費削減額 100円以上	263	2.8%	2.3%	501	2,179	6,066
								43		520
2023年5月	2023年1月	9,394	10,972	本人薬剤費削減額 100円以上	232	2.5%	2.1%	542	2,122	5,707
								49		520
2023年6月	2023年2月	9,320	10,880	本人薬剤費削減額 100円以上	272	2.9%	2.5%	556	2,049	5,287
								51		486
2023年7月	2023年3月	9,405	11,932	本人薬剤費削減額 100円以上	349	3.7%	2.9%	806	2,212	6,432
								67		539
2023年8月	2023年4月	9,543	11,137	本人薬剤費削減額 100円以上	254	2.7%	2.3%	456	2,040	4,834
								41		434
2023年9月	2023年5月	9,401	11,386	本人薬剤費削減額 100円以上	236	2.5%	2.1%	443	2,068	5,008
								39		440
2023年10月	2023年6月	9,368	11,543	本人薬剤費削減額 100円以上	220	2.3%	1.9%	373	2,032	4,946
								32		428
2023年11月	2023年7月	9,326	11,433	本人薬剤費削減額 100円以上	218	2.3%	1.9%	430	2,068	5,343
								38		467
2023年12月	2023年8月	9,216	11,175	本人薬剤費削減額 100円以上	229	2.5%	2.0%	488	1,993	4,899
								44		438
2024年1月	2023年9月	9,162	11,197	本人薬剤費削減額 100円以上	241	2.6%	2.2%	387	2,019	5,166
								35		461
R5.4～R6.1月分 小計					2,514					

○令和5年度の実施状況について
ジェネリック医薬品使用促進のお知らせを毎月約300通送付した。R6. 2, 3月についても送付予定。
アウトカム指標のジェネリック医薬品普及率（数量ベース）はR6. 1月現在（R5. 9月診療分）で78. 39%となっている。

○今後の対策について
使用促進のお知らせは継続して国保連合会に委託。
令和6年度保険証一斉発送時に国保加入者全員にジェネリック医薬品希望シールを郵送。新規加入時にもシールを交付予定。
R6. 12月以降は保険証の新規発行が廃止となるため、シールによる普及ができなくなる。
国保加入者に毎年配布している「国保のしおり」（冊子）にジェネリック医薬品の説明や使用促進に関する文書を掲載、啓発を行っていく。

歯科健診・歯科施設健診

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
歯科健診・歯科施設健診	歯周病と生活習慣病との関わりについて理解し、口腔ケアの必要性を知ってもらう。歯科無料健診を受診し、自分の健康状態に関心を持ち、生活習慣病の発症や重症化の予防につなげる。	1. 自分の歯・口腔の状態に関心を持つ。 2. 歯科健診結果のもつ意味がわかり、注意すべき項目の予防・改善策がわかる。 3. 自分の生活習慣について振り返り、改善点がわかる。	対象者の口腔内の状態を把握し、必要に応じて歯周病予防に関する助言または治療が必要なものへの受診勧奨を実施。	国保に加入している市民	【広報】 ①受診兼発送時に無料歯科健診の年間日程表を同封 ②地域の公民館や小中学校でポスターを掲示、チラシの配布 ③実施前月の南国市広報に掲載 【実施】 ・6月4日～10日、11月8日～14日は南国市内の全歯科医療機関で歯科健診を実施 ・総合健診に合わせて、年に6回歯科健診を実施 ・口腔内検査のほか、歯周ポケットや歯の動揺度の想定を行い評価する	市民課 国保係	4月～3月	市内

事業評価計画

				個別保健事業名 歯科健診・歯科施設健診				
	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	口腔ケアの取り組みを行うことができたか	①この1年間に歯科健診を受けたか ②この1年間に歯石をとったことがあるか ③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っているか	①この1年間に歯科健診を受けた人 45% ②この1年間に歯石を取ったことがある人 45% ③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人 70%	健康管理システム	年度末	国保運営協議会 および評価委員会	B ①38.1% (51/134) ②37.3% (50/134) ③61.2% (82/134)	歯科保健指導の強化が必要
アウトプット	どれくらいの方が受診したか	歯科健診受診者数	150名	健康管理システム	年度末	国保運営協議会 および評価委員会	B 141人	次年度も実施
プロセス	①広報、受診勧奨方法 ②開催設定 ③事後処理	①歯科健診実施を知るきっかけ ②日時、歯科医療機関別参加者数 ③歯科健診実施後健康管理システムに入力、集計	①歯科健診実施を知るきっかけをもとに、広報の仕方を検討することができる ②市民が参加しやすい開催設定ができる ③手順をマニュアル化し、スムーズに実施できる	従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会 および評価委員会	A (問題なく実施できた)	目標達成 次年度も実施
ストラクチャー	①実施体制 ②予算	①従事者数 ②必要物品の購入	①従事者が無理なく対応できる ②必要物品を購入できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会 および評価委員会	A (問題なく実施できた)	目標達成 次年度も実施

令和5年度無料歯科健診受診者数

	施設健診			総合健診							合計
	6月	11月	小計	6月24日	7月10日	8月30日	9月20日	10月1日	11月6日	小計	
南国市全体	104	96	200	22	16	22	20	21	22	123	323
うち国保被保険者	38	43	81	14	5	10	7	10	14	60	141
〃うち40歳以上	32	42	74	14	5	10	7	10	14	60	134

令和5年度無料歯科健診問診票集計（40歳以上国保被保険者）

アウトカム評価指標	6月	11月	総合健診（全6回）	合計	取り組み状況
①この1年間に歯科健診を受けた人	13	13	25	51	38.1%
②この1年間に歯石をとったことがある人	10	12	28	50	37.3%
③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人	19	26	37	82	61.2%

○施設健診：市内の歯科医療機関で無料で歯科健診を行った。
実施日 6月5日(月)、6日(火)、7日(水)、8日(木)、9日(金)、10日(土)、11月8日(水)、9日(木)、10日(金)、11日(土)、13日(月)、14日(火)

○総合健診：保健福祉センターで行った集団健診で無料歯科健診を実施した。特定健診やがん検診も同日実施した。
6回実施（日程は上記表参照）

○令和5年度について
新型コロナウイルスが5類感染症に移行したこともあり、受診者数は令和4年度に比べるとやや増加し、目標値には達していないが改善傾向が見られた。
南国市各地区の健康文化都市づくり推進委員会総会で無料歯科健診について説明し、受診の呼びかけや歯科口腔ケアの必要性について啓発を行った。健診結果個別相談会にて、歯の健康教育を実施した（年2回）。

○今後の対策
受診者数は改善傾向にあるものの新規受診者が多く、アウトカムについては目標を達成できなかった。
新規受診者にも継続して歯科口腔ケアに取り組み、歯科健診を毎年受診してもらえるよう、保健指導等をさらに強化していく。
また、健診結果個別相談会での歯の健康教育を年2回実施し、より多くの方に参加してもらえるようにする。

保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病性腎症重症化のリスクの高い者が、生活習慣の改善や必要な薬物治療等により重症化を予防できる。	【プログラムⅠ】 対象者の医療機関受診率の向上	専門職（保健師、看護師、管理栄養士）による受診勧奨及び保健指導	【プログラムⅠ】 国保連送付台帳全対象者のうち （１）医療機関未受診者 （２）治療中断者	1. 対象者の台帳作成（国保連送付台帳より） 2. 保健指導の実施 ・受診勧奨文書を送付 ・通知後、1か月以内に電話、訪問、来所面接で対象者の状況を把握、治療の必要性を説明し、医療機関情報を提供する。 3. 受診状況の確認（レセプト確認または電話、訪問、来所面接、健診結果説明会） 4. 勧奨後3か月時点での未受診者に再勧奨を行う	市民課国保係・保健福祉センター	通年	対象者の自宅または国保係、保健福祉センター
		【プログラムⅡ】 事業利用者の検査データが改善または維持した割合の向上	専門職（保健師、看護師、管理栄養士）とかかりつけ医の連携を図り、保健指導もしくは病診連携に繋げる。	【プログラムⅡ】 国保連送付台帳及びレセプト状況により対象者を選定する	1. 対象者の台帳作成 国保連送付台帳及びレセプト状況により対象者を選定する 2. 参加勧奨及び保健指導 ・長岡郡医師会や各医療機関に協力依頼に赴く ・勧奨文書及び終年健診記録を送付 ・かかりつけ医に協力依頼文書を送付 ・必要時、かかりつけ医と直接連絡をとる ・通知後、1か月以内に電話、訪問、来所面接で対象者の状況を把握、プログラムⅡの必要性を説明し、参加を促す。利用辞退者には、同時に保健指導を行う。 ・連絡票の返信を受け、事業開始 3. 事業対象者の検査結果の確認（特定健診結果または対象者本人、医療機関からの情報提供による）			

令和5年度

事業評価計画

個別保健事業名

糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和2年度～）

	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	対策
アウトカム	プログラムⅠ対象者が医療機関を受診したか プログラムⅡ利用者の検査データが改善または維持した割合 （改善もしくは、維持されている）	①（１）未受診者、（２）治療中断者の医療機関受診率（医療機関受診者/対象者） ②プログラムⅡ利用者の検査データが改善または維持した割合（改善または維持の者の数）/利用者	①（１）未受診者の医療機関受診率 20% （２）治療中断者の医療機関受診率 60% ②プログラムⅡ利用者の検査データが改善または維持した割合 30%	①レセプト確認、国保連送信の台帳 ②検査結果の確認・特定健診結果・対象者または医療機関等からの情報提供	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①（１）A 6.7%（6/9） （２）D 25%（1/4） ②D 50%（1/2）	未受診者の医療機関受診率のみ目標達成できた。治療中断者への直接の保健指導を重視していく。
アウトプット	どれくらいの対象者に対応したか	①プログラムⅠの受診勧奨、保健指導実施率（対応実施者数（電話・訪問）/対象者数） ②プログラムⅡの参加勧奨、保健指導実施率（対応実施者数（電話・訪問）/対象者数）	①（１）未受診者、（２）治療中断者の受診勧奨、保健指導実施率（１）100%（２）100% ②プログラムⅡ参加勧奨、保健指導実施率 100%	①②対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①（１）A 100%（9/9） （２）D 50%（2/4） ②A 100%（6/6）	プログラムⅠ：前年度、未受診のままの対象者へ再勧奨を行う。 プログラムⅡ：次年度も継続
プロセス	①対象者の選定 ②対応時期 ③対応方法 ④支援内容	①対象者の抽出、選定基準 ②対応時期 ③本人への対応率 対応方法別集計 ④対応困難事例の有無	①対象者の状況に応じて、スムーズに振り分けることができる ②健診受診後3か月以内の対応を意識することができる ③本人への対応率を知ることができる 本人と直接対応する事を意識することができる ④対応困難事例について必要時専門職間で検討できる	①従事者への聞き取り ②従事者への聞き取り ③従事者への確認 ④従事者への聞き取り	年度末 3か月毎	国保運営協議会および評価委員会	①②③④ A（達成できた）	次年度も継続
ストラクチャー	①対象者の選定 ②実施体制 ③予算の確保 ④医療機関との連携	①対象者の受療状況 ②従事者数、各従事者ごとの対応人数 ③委託料の予算 必要物品の購入 ④プログラムⅡ連絡票の返信件数	①必要時、対象者のレセプト状況が確認できる ②対象者の状況に応じて無理なく従事者が対応できる ③委託料の予算が確保できる 必要物品を購入できる ④連絡票の返信件数 5件（返信件数/対象者） 必要時直接かかりつけ医と連絡をとることができる	①従事者への聞き取り プログラム対象者台帳 ②従事者への聞き取り ③従事者への聞き取り 予算書 ④連絡票の返信件数 確認 従事者への聞き取り	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②③ A（達成できた） ④2件（未達成）	次年度も継続

令和5年度の実施状況

委託と直営の併用で実施。治療中断者へ訪問したが、不在等で接触できず、手紙や伝言を残したが、反応もなかった。結果、現在も医療機関未受診となっていることが多かった。一方、未受診者は、保健指導に繋がり、医療機関受診率も向上した。
プログラムⅡは、レセプト状況や以前の支援状況等から対象者を選定したのち、主治医に事前に利用勧奨の可否を照会した。照会により、主治医から直接問い合わせもあった。8件照会し、7件回答があり、そのうち1件が勧奨不可であった。訪問や電話で患者に勧奨を行ったが、『仕事が忙しく、保健指導に時間が取れない』『食事にあれこれ言われるのは嫌』『自己流で生活改善をしていきたい』等の理由で、患者側から断られ、現在、2名のみの利用となった。

今後の対策

未受診者・治療中断者は、保健指導により、医療機関受診へ繋がる可能性が高まるので、関係性を崩さない程度に再勧奨を行っていく。
プログラムⅡは、一部を外部委託する予定である。主治医へのプログラムの周知の意味もあるので、利用勧奨可否の照会は継続して行う。患者へは、利用同意をもらえるようプログラムの重要性を根気強く伝えていき、利用者を増やす。利用開始後は、業者や主治医と連携をとり、検査データの改善をはかる。