資料３

特定健診受診勧奨事業

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げます。 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4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　42.5% 電話受診勧奨により受診に繋がった割合　47.0%	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	B(36.9%) A(31.1%) E(32.4%) E(24.3%)	目標達成できず。 勧奨通知のみだけでなく、対面での勧奨も行い、引き続き健診の重要さを啓発していく。
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4年度特定健診受診者（R5.8月現在）

	R4.4	R4.5	R4.6	R4.7	R4.8	R4.9	R4.10	R4.11	R4.12	R5.1	R5.2	R5.3	合計
特定健診受診者	3	227	389	212	141	182	419	315	101	101	141	177	2,408
集団		122	243	86	47	64	247	184					993
個別	3	105	146	126	94	118	172	131	101	101	141	177	1,415
みなし健診										9	26	15	50
人間ドック①	1			1		2	2	1	1	1			9
人間ドック②	21	19	31	19	22	37	32	44	29	21	33	52	360

○令和4年度特定健診受診率について（速報値）

	R2	R3	R4（速報値）
対象者数（人）	7,352	7,089	6,705
受診者数（人）	2,499	2,551	2,476
受診率（%）	34.0	36.0	36.9

令和5年6月調査時点で36.9%。
昨年度の受診率（36%）を0.9%上回ったため、アウトカムの評価はＢ。

※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）

(2) 受診勧奨発送件数

発送日	合計
1回目（5/17）	4,178
2回目（9/6）	4,111
3回目（1/17）	2,930

1回目：受診回数や通院歴、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

2.3回目：AIの分析により、勧奨することで受診行動を起こす割合が高い対象者に
送付。3回目は医療機関での個別受診勧奨。

○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。Ｒ4年度は勧奨通知を3回送付。
1回でも勧奨通知を受け取った人数は4,748人、うち健診を受診した人数は1,478人で、受診勧奨による受診率は31.1%
アウトカムの目標の30.0%を超えたので、評価はＡ。
その他、医療機関からの受診勧奨（資料４）や健康年齢結果の通知を行った。

○訪問・電話勧奨について

勧奨地区	訪問者数	受診者	電話数	受診者
浜改田	18	5	69	10
大埔	5	0	124	34
久礼田	41	15	74	29
植田	13	5	47	16
下島	-	-	8	1
久枝	-	-	13	0
前浜	-	-	108	18

各勧奨方法による受診率

訪問	32.4%
電話	24.3%

R4年度より、受診者数が例年少ない地区を中心に、
訪問・電話勧奨を再開。
市民課に電話番号がある被保険者は電話勧奨、
それ以外については訪問勧奨という方法を取った。

特定保健指導利用勧奨

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
特定保健指導利用勧奨	特定保健指導利用勧奨により、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、健診結果についての説明と特定保健指導利用勧奨を実施	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	・健診結果確認後、対象者にヘルスリム教室案内通知を送付（原則健診受診会場で案内） ・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、特定保健指導利用勧奨をする。 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４年度
事業評価計画

個別保健事業名　特定保健指導利用勧奨

	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 （参加者数/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利用者数/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　40.0% 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	①B(20.2%) (積極的支援実施率12.4%、動機付支援実施率23.2%) ②D(21.5%) ③年度末に評価 (R3年度は65.8%)	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特定保健指導利用勧奨率 （特定保健指導利用勧奨実施者/特定保健指導~~利用勧奨~~対象者） ②初めて特定保健指導対象者勧奨率 （初めて特定保健指導対象者への手紙以外での勧奨実施者数/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特定保健指導利用勧奨率を知る ②初めて特定保健指導対象者勧奨率　89.0%	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(74.3%) ②B(55.4%)	R5年度は分割実施対象者を拡大して対応する。
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本人に直接勧奨率 （本人に直接勧奨数/~~初めて~~特定保健指導利用勧奨対象者数） ※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本人に直接勧奨率　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(70.7%)	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)	目標達成 次年度も継続

令和４年度特定保健指導実績

特定保健指導対象者	377 人
（初めて特保対象者）	121 人
特定保健指導勧奨実施者	237 人
勧奨方法）はがき	237 人
勧奨方法）電話	205 人
（本人に直接勧奨）	198 人
特定保健指導利用者	85 人
（終了者）	76 人
（初めて利用者）	31 人
（初めて終了者）	26 人

特定保健指導の実施率（法廷報告）

	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

○R4年度の実施状況
・特定保健指導対象者の377名に対して、委託先から通知送付と電話で利用勧奨を行った。
・利用者は増加が見られており、利用者85名のうち36%にあたる31名が初めて利用した方であった。
・R3年度に導入した分割実施をR4年度も継続しており、利用した85名のうち15%にあたる13名は分割実施による利用である。

○今後の対策
・分割実施の対象範囲を広げ、健診会場での参加がしやすいように体制を整える。
・勧奨通知の内容を見直し、対象者の動機付けにつながるようなアプローチ方法を検討していく。

健診結果説明会

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持ちながら、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説明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健診結果下部に日程の記載 ⑥健診結果発送時に健診結果説明会の年間日程表を同封 【実施】 ・原則、健診の一か月程後に健診会場にて保健師が説明会を実施 ※別日程表参照 ・個別実施 ・年３回栄養士による栄養相談、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４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健診結果説明会前後で、意識の変化があった人の割合 ②健診結果説明会参加者の次年度の健診受診率	①健診結果説明会前後で、意識の変化があった人の割合 97% ②健診結果説明会参加者の次年度の健診受診率　80%	①健診結果説明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(86.3%) ②年度末に評価 （R3年度は80.3%）	「現状維持」と回答した方が複数いたため、アンケート項目を修正する。
アウトプット	どれくらいの方が参加したか	①健診結果説明会参加者数 ②初めて集団健診受診者参加率	①健診結果説明会参加者数 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	①Ａ(102人) ②Ａ(5.9%)	目標達成 次年度も継続
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	①参加者が説明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説明会アンケート ②従事者への聞き取り 実施報告書 説明会アンケート ③従事者への聞き取り 実施報告書 説明会アンケート 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年間日程表の同封、健診結果下部に日程を記載、個別の参加勧奨が効果的だった。②健診会場で実施。④日程と手順をレジメにし、従事者で確認しながら実施した。) ③Ａ(98.0%)	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

〇R4年度の実施状況
・健診会場にて18回実施し、102名の参加があった。
・勧奨方法としては、健診結果に年間日程表の同封、健診結果下部に対象日程を記載。
参加者が0名の時もあり、健診結果で生活習慣重症化予防該当手前の方、特定保健指導不参加の方を対象に電話勧奨を実施した。

〇今後の対策
・健診結果説明会前後の意識の変化が評価しやすいように、アンケート内容を修正する。（裏面参照）

参加日 ：　　月　　日　　年齢 ：　　歳

相談したいことや聞きたい内容
を教えてください。

◆ 相談会への参加は何回目ですか？

① 初めて　② 2回目以降

◆ 相談会をどうやって知りましたか？

① 受診券･健診結果に同封のチラシを見た　② 公民館等に掲示している案内を見た

③ 広報を見た　④ 健診会場で職員から紹介された　⑤ 知人から誘われた

◆ 今回聞きたい内容について教えてください（ 複数回答可 ）

① 血圧　② 血糖　③ 脂質　④ 肥満　⑤ 腎臓　⑥ タバコ

⑦ 飲酒　⑧ 食生活　⑨ 運動　⑩ フレイル

⑪ その他 [　　]

本日は、相談会へのご参加ありがとうございました。
下記のアンケートに記入をし、お帰りの際に回収箱へいれてください。

1. 健診結果について

① よくわかった　② だいたいわかった　③ あまりわからなかった　④ まったくわからなかった

2. 今日の相談会に参加してみて、健康に対する意識が変わりましたか？

① 大いに変わった　② 少し変わった　③ 変わらない

3. これから健康のために、どんなことに取り組んでいこうと思いますか？

[　　]

4. 来年も、特定健診または後期高齢者健診を受けようと思いますか？

① はい　② いいえ

5. 参加をしてみて、いかがでしたか？（感想をお聞かせください）

[　　]

受診行動適正化指導

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、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	（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同じ症状について、同一月に２つ以上の医療機関を受診している方 ②同一月に医療機関を１８回以上受診している方	【実施】 ・国保係から保健福祉センターに該当者の名簿を送付 ・保健福祉センターが該当者に、手紙・電話・家庭訪問等で対応 ・対応結果を国保係に報告	保健福祉センター	6月 ～ 3月	市内

令和４年度
事業評価計画

個別保健事業名　受診行動適正化指導

	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	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）	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	①KDBシステムより抽出 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	D ①18人→31人 ②3人→8人	新規対象者が多く、目標達成できず。 次年度も継続。
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）	重複受診者への対応率　100% 多受診者への対応率　100%	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	①B　80.6%(25/31) ②D　62.5%(5/8)	目標達成できず。 次年度も引き続き対応を行っていく。
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 　対応方法別集計 ④対応困難事例の有無	①文書発送後、２か月以内に対応することができる ②対象者本人から話を聞くことができる	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	①A　100% ②D　64.1%(25/39)	目標達成できず。 次年度も引き続き対応を行っていく。
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	A ①②問題なし	次年度も継続。 外部委託と直営の二本柱で行う。

令和４年度重複・同一服薬者・多受診対象者

	重複受診者・同一服薬者	多受診（頻回）受診者
対象者数	31	8
勧奨者数	25	5
対応率	80.6%	63%

重複受診者・・・同一の疾病で、２ヶ所以上の医療機関を受診している者
多受診（頻回）受診者・・・同一医療機関において、１ヶ月に18日以上受診している者
重複（同一）服薬者・・・同一医療品の処方が、同一月に複数ある者

令和３年度中の受診状況から該当者を選定。重複・多受診(頻回)ともに、過去に未対応だった者も対象としたため、数が増加した。
委託先業者より対象者に対し、訪問による健康相談の通知を送付。送付後、電話連絡のとれた者を訪問。
健康相談を拒否する理由としては、『家族または本人が医療職であり、管理してもらっている』『医師の指示通り服薬しているから』であった。
また、電話が不通だった対象者に対しては、市保健師が訪問した。

〇アウトプットの評価結果

委託先より重複・多受診（頻回）者４１人に通知、３２名と電話連絡がとれ、電話による健康相談を行った。また、７名に対して委託先及び市保健師が訪問による保健指導を実施した。令和４年７月及び令和５年３月のレセプト情報によると、１５人が改善していた。

〇令和４年度の実施状況

事業の一部を外部委託。事業の目的を理解しやすいよう通知内容を工夫し、その後の保健指導では委託先業者が対応できなかった場合でも、再度、市保健師がアポをとり、対応できたケースもあり、指導実施率が上がった。長期間に渡る対象者に厳正に対応したことにより、依存症治療にも繋げることができ、重複受診が改善された。

頻回受診については、整形外科の疼痛処置がほとんどであり、医療機関側が受診を許可しており、改善が困難となることが多かった。

〇令和５年度について

引き続き、委託と直営の２本柱で実施。向精神薬の重複・同一服薬者は、依存症を合併しており、医療機関との連携が必須であり、長期での介入が必要である。委託業者と市保健師の役割を分け、対応が必要である。この事業では患者に接触することで問題意識が芽生えるので、令和５年度も継続して実施予定である。

生活習慣病重症化予防

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
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、改善点がわかる	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、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。健診結果説明会来所時に対応の場合もあり。	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】が有り、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ＧＰＴ100IU/L以上 ⑥γＧＴＰ70OIU/L以上 ⑦男性クレアチニン1.8ｍｇ/dl以上・女性クレアチニン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、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。健診結果説明会来所時に対応の場合もあり。	保健福祉センター		

令和４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	①A(58.0%) （58/100）	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(重症者リスクの大きい者)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1 B　(98%) （98/100） 対象者3 B（96%） （73/76）	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 できるだけ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	A ((①問題なし ②できないこともあった ③94.7% ④その都度実施できた)	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	①②A (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(59.4%)	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4年度生活習慣病重症化予防

	要医療者	重症化リスクの高い者
対象者数（人）	100	76
対応実施者数（人）	98	73
保健指導実施率（%）	98	96

○アウトプットの評価結果

対象者に対して、電話・訪問・結果説明会・特定保健指導のいずれかの手段で本人または家族に対応をし、保健指導実施率としては上昇した。
しかし、数年間同じ項目で要医療判定だが病院受診につながらない者、治療歴があるが再度数値が悪化して要医療判定になる者、受診中だがコントロール不良の者など、重症化リスクが高まっている者へのアプローチを強化する必要がある。
医療機関を受診しない理由として、忙しい・自分なりに気を付けている・医師に問題ないと言われた・医療費が高いなどの返答があった。
医療受診はしないが健診は毎年受診している者もおり、健康状態に関心がないわけではないが、自覚症状がないため今後のリスクを自身の問題として捉えにくく、受診行動につながらない可能性もある。経年変化や今後のリスクを伝えながら、アプローチし続けていく必要がある。

○今後の対策

医療機関の未受診者・受診中断者・数値が悪化し続けている者など、特に重症化リスクが高まっている者に対しては、電話対応だけではなく訪問にて生活状況を把握し、対象者が自らの生活習慣を見直すなど、行動変容につながるよう総合的に支援していく。

ジェネリック医薬品使用促進

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４年度

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）　77.0%	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 （ジェネリック医薬品普及率(数量ベース) 76.7%）	目標達成できず。新規加入時等の周知、啓発活動を丁寧に行う必要あり。
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 （通知率100%）	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 （12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） データ化対象者数(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		
2022年4月	2021年12月	10,032	12,510	本人薬剤費削減額　100円以上	347	3.5%	2.8%	911 73	2,399	7,882 630
2022年5月	2022年1月	10,002	11,935	本人薬剤費削減額　100円以上	311	3.1%	2.6%	759 64	2,304	7,454 625
2022年6月	2022年2月	9,922	11,135	本人薬剤費削減額　100円以上	279	2.8%	2.5%	721 65	2,189	7,091 637
2022年7月	2022年3月	9,900	12,464	本人薬剤費削減額　100円以上	345	3.5%	2.8%	863 69	2,367	7,803 626
2022年8月	2022年4月	10,037	12,189	本人薬剤費削減額　100円以上	326	3.2%	2.7%	666 55	2,296	5,712 469
2022年9月	2022年5月	9,883	11,899	本人薬剤費削減額　100円以上	300	3.0%	2.5%	703 59	2,237	5,367 451
2022年10月	2022年6月	9,830	12,053	本人薬剤費削減額　100円以上	278	2.8%	2.3%	531 44	2,219	5,761 478
2022年11月	2022年7月	9,791	11,927	本人薬剤費削減額　100円以上	248	2.5%	2.1%	470 39	2,241	5,554 466
2022年12月	2022年8月	9,763	12,045	本人薬剤費削減額　100円以上	270	2.8%	2.2%	560 46	2,298	6,040 501
2023年1月	2022年9月	9,705	11,444	本人薬剤費削減額　100円以上	303	3.1%	2.6%	602 53	2,190	5,734 501
2023年2月	2022年10月	9,630	11,802	本人薬剤費削減額　100円以上	329	3.4%	2.8%	671 57	2,209	5,786 490
2023年3月	2022年11月	9,536	11,672	本人薬剤費削減額　100円以上	278	2.9%	2.4%	526 45	2,227	5,731 491

令和４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。
　アウトカムについては、ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）で1ヶ月76.7%となっており、目標は達成できなかった。

令和５年度について
　使用促進のお知らせは継続して国保連合会に委託。
　令和５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している。
　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	D ①35.7% ②36.5% ③67.5%	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	受診者数120名（令和３年度総合健診受診者76名、6月・11月無料歯科健診受診者　67名）→160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	D 136人	受診者数減少 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４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1日	7月20日	8月31日	9月21日	10月12日	10月30日	小計	
南国市全体	96	88	184	24	24	15	24	24	23	134	318
うち国保被保険者	44	32	76	12	9	5	10	12	12	60	136
〃　うち４０歳以上	38	30	68	11	9	5	10	12	11	58	126

令和４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	9	12	24	45	35.7%
②この1年間に歯石を取ったことがある人	15	8	23	46	36.5%
③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人	23	24	38	85	67.5%

※未回答１名あり

〇施設健診：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4日（土）、6日（月）、7日（火）、8日（水）、9日（木）、10日（金）、11月8日（火）、9日（水）、10日（木）、11日（金）、12日（土）、14日（月）

〇総合健診：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）

〇アウトカムの評価が下がった要因
　受診者数が比較年（令和３年）に比べて減少したが、これは国保被保険者数の減少に影響を受けていると考えられる。
　また、歯科医院等により健診や歯石除去を行っている者の割合が下がっているものの、自宅で歯ブラシ以外の補助清掃器具を使用している者が増えており、日々の生活の中での口腔ケアの必要性が浸透していると考えられる。

〇令和５年度について
　特定健診対象者及び国保新規加入者への歯科健診と歯科ケアの周知、啓発に関するチラシ配布は５年度も継続で行う。
　新規受診者を増やすだけでなく、継続して歯科ケアに取り組んでもらえるよう保健指導等もさらに強化していく。
　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う。健診結果相談会にて、歯の健康教育を行う（年２回）。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

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
生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）（R2年度～）	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市民課国保係、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 ・. 勧奨文書及び経年健診記録を送付 ・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。 ・連絡票イの返信を受け、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２年度から実施。糖尿病に特化した生活習慣病予防事業のため、令和４年度から別で評価する。

令和４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（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	①A 21.4% （3/14） 31.8% (7/22) ②A　100% （2/2）	①受診の意思があるが、なお未受診の場合には１０月または３月頃に再勧奨を行う。 ②委託業者と保健指導の情報共有を行う。
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%	①対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①A （1）100% （14/14） （2）100% （22/22） ②B 85.2% （52/61）	可能な限り訪問による受診勧奨や利用勧奨を行う。
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 できるだけ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	A 達成できた	国保連からの対象者リストを受信後、早期に対象者の選定を行い、実施する。 保健福祉センターとの情報共有を引き続き行う。
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連絡票イの返信件数	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連絡票イ　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連絡票イ　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	A 達成できた （④９件）	引き続き主治医と情報共有を行い、利用者数を増やす。

○令和４年度の実施状況

委託と直営の併用で実施。保健指導実施時には、受診意向があったにもかかわらず、未治療者の病院受診率が低い。
重症化リスクの高い者については、かかりつけ医と利用勧奨前から情報共有を図った。
当初は、R3年度の取りこぼし者を含めたり、また選定条件を広くしたりし、対象者が多数であった。第三者評価委員会（国保連）の意見を踏まえ、選定条件を再考した結果、適当な対象者となってきた。対象者自身からの利用同意数は増加しており、事業への手ごたえを感じる。ただ、かかつけ医と対象者の意見がマッチしていないため、結果、利用者の増加には繋がっていない。

○令和５年度について

令和５年度も事業の一部を外部委託するので、業者と情報共有し、未治療者への保健指導内容の検討・分析を行い、病院受診率を上げたい。
重症化リスクの高いものに対する保健指導は、利用者数が少ないので、かかりつけ医以外の関係者（看護師・薬剤師等）にもアプローチをかけていく必要がある。