

資料 2

令和 6 年度 個別保健事業の実施内容及び事業評価

- 判定
- A：目標に達した

B：目標に達していないが、改善傾向にある

C：変わらない

D：悪化している

E：判定不能

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
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】 医療機関未受診者及び治療中断者を適切な医療につなげる	【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	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	1. 対象者の台帳作成(国保連送付台帳より) 除外者：健康管理システムやレセプト確認により判断する 2. 保健指導の実施 (1) 受診勧奨文書を送付 (2) 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	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、医療機関	【プログラムⅠ】 1. 未受診者の医療機関受診割合 2. 治療中断者の医療機関受診割合
		【プログラムⅡ】 1. 治療中ハイリスク者を保健指導等（病診連携・外来栄養食事指導・保健指導）につなげる 2. 糖尿病性腎症透析予防強化事業による医療機関と連携した生活指導を実施する	【プログラムⅡ】 1. 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. 医療機関が選定した糖尿病で通院中の方	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	1. (1) 対象者の台帳作成(国保連送付台帳より) 除外者：健康管理システムやレセプト確認により判断する (2) かかりつけ医に利用勧奨が可か否かの照会を行う (3) かかりつけ医から利用勧奨可との回答後、1か月以内に対象者へ電話、訪問、来所面接で利用勧奨を行う。状況把握、プログラムⅡの必要性を説明し、利用を促す。利用辞退者には、同時に保健指導を行う。 (4) 利用者が連絡票㉒に同意後、かかりつけ医から連絡票㉒返信を受け、事業を開始 2. (1) 医療機関が選定した対象者の情報提供を得る (2) 介入開始(1クール6か月) ①対象者に同意をとり、医療機関での初回の生活指導に同席し、状態把握を行う ②その後、医療機関の生活指導に対して、電話や訪問等で支援していく				【プログラムⅡ】 1. 治療中ハイリスク者のプログラム利用割合 2. 糖尿病性腎症透析予防強化事業の介入割合 3. プログラムⅡ利用前後で検査数値が改善した者の割合

令和6年度

保健事業 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								
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	【プログラムⅠ】 医療機関未受診者及び治療中断者を適切な医療につなげる 【プログラムⅡ】 1. 治療中ハイリスク者を保健指導等(病診連携・外来栄養食事指導・保健指導)につなげる 2. 糖尿病性腎症透析予防強化事業による医療機関と連携した生活指導を実施する 3. プログラムⅡを利用した者の検査数値が改善する	【プログラムⅠ】 1. 未受診者 2. 治療中断者の医療機関受診割合(医療機関受診者数/介入人数) 【プログラムⅡ】 1. 治療中ハイリスク者のプログラム利用割合(プログラム利用者数/介入人数のうち連絡票を渡した人数) 2. 糖尿病性腎症透析予防強化事業の介入割合(介入人数/診療情報提供件数) 3. プログラム利用前後で検査数値が改善した者の割合(数値が改善した人数/プログラム利用人数)	【プログラムⅠ】 1. 未受診者の医療機関受診率 50% 2. 治療中断者の医療機関受診率 58% 【プログラムⅡ】 1. 治療中ハイリスク者のプログラム利用割合 60% 2. 糖尿病性腎症透析予防強化事業の介入割合 100% 3. プログラムⅡ利用前後で検査数値が改善した者の割合 32%	【プログラムⅠ】 12月末までにXRLシステムに介入状況を入力する 【プログラムⅡ】 1. 2:12月末までにXRLシステムに介入結果を入力する 3:検査結果の確認 (1) 特定健診結果 (2) 対象者または医療機関等からの情報提供	【プログラムⅠ】 1. 健診年度の翌年度の12月末時点 2. 国保連からの対象者配信年度の翌年度の12月末時点 【プログラムⅡ】 1. 健診年度の翌年度の12月末時点 2. 介入開始年度の翌年度の12月末時点 3. 年度末	国保運営協議会および評価委員会	R5年度健診分 【プログラムⅠ】 ①A 66.67% (4/6) ②A 60.0% (3/5) 【プログラムⅡ】 ①A 100% (4/4) ②E 実績なし ③A 75.0% (3/4)	R6年度健診分 (R7.1月時点) 途中報告 【プログラムⅠ】 ①E 介入6名 ②E 介入7名 【プログラムⅡ】 ①A 75% (3/4) ②C 実績なし ③E 概ね目標達成できた。透析予防強化事業は、市から協力医療機関への打診し、利用者を増やしたい。
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(通知・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 (1) 治療中ハイリスク者への介入人数(電話・訪問/対象者) (2) 糖尿病性腎症透析予防強化事業を勧奨した人数(電話・訪問/診療情報提供件数)	1. (1) 未受診者 90% (2) 治療中断者の受診勧奨、保健指導実施率 90% 2. プログラムⅡ参加勧奨、保健指導実施率 (1) 90% (2) 100%	対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	R5年度健診分 1. ①A 100% (6/6) ②B 55.6% (5/9) 2. ①B 89.5% (17/19) ②E 実績なし	R6年度健診分 1. ①A 100% (4/4) ②B 77.8% (7/9) 2. ①D 30.8% (8/26) ②E 実績なし 前年度未受診のままの対象者には再勧奨を行う。 治療中ハイリスクは、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 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関係者間で検討できる	1. 国保総合システム、健康管理システム、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	国保運営協議会および評価委員会	R5年度健診分 ①②④A ③A 【未受診者】66.67% (4/6) 【治療中断】40.0%(2/5) 【治療中ハイリスク者】76.5%(13/17)	R6年度健診分 ①②④A ③A 【未受診者】75.0% (3/4) 【治療中断】100%(7/7) 【治療中ハイリスク者】75.0%(6/8) 次年度も継続。家族も巻き込んだの保健指導も考慮する。
ストラクチャー	1. 実施体制 2. 予算の確保 3. 連携体制	1. 従事者数、各従事者ごとの対応人数 2. 委託料の予算 必要物品の購入 3. 他部署、医療機関との連携	1. 対象者の状況に応じて無理なく従事者が対応できる 2. 委託料の予算が確保できる 必要物品を購入できる 3. 必要時、他部署や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 2. 従事者への聞き取り 予算書 3. 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	R5年度健診分 ①②③A	R6年度健診分 ①②③A 委託と併用し、実施する。補助金を活用する。次年度も継続。

○令和6年度の実施状況

- ・未受診者は、内服への拒否感がある方が多かった。治療中断者は、経済的理由による者が多く、臨時収入があればすぐにも治療再開への意思があった。また、医療機関との相性問題があり、受診が遠のいてしまった方もいた。
- ・すぐに受診に繋がる可能性が低い方には、保健指導を行い、生活改善に取り組んでもらった。また、特定健診を受診し、血糖チェックを行うよう促した。以上から、医療機関未受診者への保健指導実施率は、上がっているが、受診率は低い。
- ・治療中ハイリスク者は、委託と直営の併用で実施。国保連からの毎月配信される名簿を基に、国プログラムの保健指導レベルに分け、レセプト確認、保健福祉センターでの介入状況を踏まえ、優先順位をつけ、対象者を選定した。まず、利用勧奨の可否を主治医に照会し（18名分送付し、全員返信あり。勧奨不可は、2名）、その後、訪問により本人に利用同意をとった。実際には、令和6年度は、6名利用している（上記の評価指標は、県で統一しており、健診年度単位なので、異なる）。プログラムを終了した方（現在、2名）の検査数値（BMI、HbA1c）は、維持や改善した。何よりも、本人の満足度が10点満点であり、プログラムが生活習慣を見直すきっかけとして意味を成したと考えられる。
- ・腎症透析予防強化事業は、医療機関からの診療情報提供書が0件であったので、実績なし。

○今後の対策

- ・未受診者・治療中断者は、本人の思いがあって、未受診な場合があるので、引き続き、思いを組み合わせながら、タイミングを逃さないよう受診の重要性を伝えたい。
- ・治療中ハイリスク者は、民間のノウハウを活用したいので、次年度も、一部を外部委託する予定である。主治医への利用勧奨可否の照会は、プログラムの周知や効率化にも有効なので、継続して行う。また、保健指導レベルⅡ、Ⅲの対象者には、確実に接触し、プログラム利用に繋がらなかったとしても、本人にハイリスクであるという認識を持ってもらうよう支援を行う。利用開始者へは、業者や主治医と連携をとり、検査データの改善、維持をはかる。
- ・腎症透析予防強化事業は、市から協力医療機関へ対象者の有無の照会を試みる。

保健事業の実施内容			R6年度		特定保健指導利用勸奨				
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定保健指導利用勸奨	対象者が生活習慣の改善に向けた行動変容を自ら選択し、取り組むことで、生活習慣病の発症や重症化を予防する	1. メタボリックシンドロームについて関心が高まり、特定保健指導を利用することができる 2. 自分の健康状態として健診結果に関心を持ち、生活習慣を振り返ることができる 3. 生活習慣改善の必要性を知り、設定目標に向けた行動に取り組むことができる 4. 継続して特定健診を受けることができる	特定健診の受診結果により、動機付け支援又は積極的支援に該当した者	特定保健指導の利用を促し、生活習慣病の重症化を予防する	1. 対象者の台帳作成 2. 特定保健指導の利用勸奨 (1) 分割実施の対象者や該当する可能性のある者には健診会場で直接勸奨 (2) 電話や訪問、案内通知にて生活習慣改善の必要性を説明し、勸奨する 3. 特定保健指導の実施体制の確保 対象者が利用しやすい体制や環境を整える 4. 次年度の特定健診受診意向の確認 特定保健指導利用者にアンケートを行う	保健福祉センター	年間	市内	1. 初めて特定保健指導対象者実施率 2. 勸奨による特定保健指導実施率 3. 特定保健指導利用者の次年度健診受診意向率

令和6年度保健事業 評価計画				個別保健事業名 特定保健指導利用勸奨事業				
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. 特定保健指導の利用に繋がったか 2. 特定保健指導利用者が次年度も特定健診を受診する意向があるか	1. 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終了者/初めて特定保健指導対象者）※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 2. 勸奨による特定保健指導実施率（特定保健指導利用者/勸奨実施者） 3. 特定保健指導利用者の次年度健診受診意向率（受診意向ありの人数/アンケート回答人数）	1. 初めて特定保健指導対象者実施率 30% 2. 勸奨による特定保健指導実施率 30% 3. 特定保健指導利用者の次年度健診受診意向率 90%	1. 2:健康管理システムより抽出 3:アンケート集計	翌年10月頃	国保運営協議会および評価委員会	①B 15.8 % (9/57) ②A 51.7% (105/203) ③E 86.5% (32/37)	分割実施を継続する
アウトプット	どれくらいの対象者に実施したか	1. 特定保健指導勸奨率（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/初めて特定保健指導対象者）※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	1. 特定保健指導勸奨率 70% 2. 初めて特定保健指導対象者勸奨率 70%	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 92.3% (203/220) ②A 82.5% (47/57)	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. 本人への直接勸奨率（本人直接勸奨数/特定保健指導対象者）※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	1. マニュアルに沿ってスムーズに対象者を抽出することができる 2. 初回面接日に間に合うように従事者が対応できる 3. 本人への直接勸奨率を知る	1. 2：従事者への聞き取り 3. 対応記録 (1) 従事者への聞き取り (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	①②A 問題なし ③A 81.4% (179/220)	次年度も継続
ストラクチャー	実施体制	利用しやすい体制の確保	1. 健診会場(集団)で、保健指導を実施できる 2. 対象者が利用しやすい体制(人材確保、情報通信技術等)を検討	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	次年度も継続

令和6年度特定保健指導実績（R6.12.27時点）

特定保健指導対象者	220
(初めて特定保健指導対象者)	57
特定保健指導勸奨実施者	203
(本人に直接勸奨)	179
特定保健指導利用者	105
(初めて利用者)	26
(初めて終了者)	9

特定保健指導実施率（法定報告）

	R1	R2	R3	R4	R5
対象者数（人）	441	418	375	377	315
終了者数（人）	64	44	62	76	103
実施率（％）	14.5	10.5	16.5	20.2	32.7
前年度比	6.1	-4	+6	+3.7	+12.5

○ R 6 年度の実施状況

- ・ R6年度から、保健予防保健健康増進担当保健師1名、看護師1名を増員し、特定保健指導対象者に対する利用勸奨を直営にて実施した。利用勸奨時は、対象者とともに健診結果を振り返り、現状の健康リスクや将来的な生活習慣病の発症リスクについて共通認識を持ち、特定保健指導利用日時を適時調整することができ、円滑な実施に繋げることができた。
- ・ 集団健診の全会場で分割実施（検査結果が揃わない場合でも、高血圧・糖尿病・脂質異常のいずれかの疾患で服薬治療がなく、腹囲、ＢＭＩ、血圧の選別基準に該当し、保健指導の対象と見込まれる者に対する初回面接）に取り組み、健康意識が高まっている対象者の生活習慣改善に向けた行動変容のきっかけづくりを支援した。
特定保健指導利用者105人のうち、59人（56.2％）が分割実施を利用した者であった。
- ・ 保健福祉センター管理栄養士が、これまで実施していた栄養教室に加えて、個別面談での保健指導を担当し、対象者に効果的な保健指導を実施することができた。
- ・ 対象者が特定保健指導を利用しやすい体制づくりとして、ビデオ通話システムを整備した。R6年12月末時点、利用者なし。

○今後の対策

- ・ 集団健診会場で分割実施を継続し、対面で個別支援する機会を有効に活用することで、対象者が生活習慣病リスクの保有状況に気付き、生活習慣改善方法を自分で選択し、自己管理していくことを支援する。特定健康診査のデジタル化に応じた分割実施方法を検討する。
- ・ 対象者のニーズや利便性に応じた特定保健指導の利用方法（個別面談、訪問、情報通信技術）が選択できることを案内文書やポスターの掲示、利用勸奨時に広く周知・啓発することで特定保健指導実施率の向上を図る。

保健事業 実施計画				R6年度						特定健診受診勧奨事業（表）			
事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価				
特定健診受診勧奨事業	特定健診受診率向上により、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげる	特定健診受診率向上	特定健康診査対象者	1. 通知等により個別の受診勧奨を行う 2. 医療機関と連携した定期通院者への健診受診勧奨を行う 3. 特定健康診査情報提供事業（通院中の検査内容の提供を受けることで、特定健診を受診したとみなす） 4. 人間ドック、事業所健診等の結果提供を受け、特定健診を受診したとみなす	1. (1)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、SMSやハガキ等により受診勧奨を行う (2)健康状態不明者等（特定健診や医療の受診歴及び介護保険情報等から抽出）へ、訪問による健診受診勧奨を行う 2. (1)特定健診実施医療機関に特定健診受診勧奨事業を説明し、定期通院中の方への受診を促すように依頼する (2)各医療機関の特定健診受診率を医療機関に提供する 3. 対象者へ通知し、同意後に、かかりつけ医（特定健康診査情報提供事業契約医療機関）から情報提供を受ける 4. 人間ドック、事業所健診等の結果の情報提供者に対しインセンティブを付与する	国保係・保健福祉センター	5月～3月	市内	特定健診受診率（法定報告）				

R 6 年度保健事業 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	特定健診受診率向上	特定健診受診率（法定報告値）	1. 特定健診受診率 43% 2. 受診勧奨資材（SMS・ハガキ等）により受診に繋がった割合 35% 3. 特定健康診査情報提供の割合 40%（かかりつけ医から情報提供があった数/情報提供依頼通知者数）	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	1： D 速報値 24.15%（470/6,088）（R5は、22.3%） 2： D （R6は委託業者にて算出中）（R4 31.1%、R5 25.5%） 3： D （R4 26.6%、R5 22.7%）	事業途中での評価となるため、引き続き健診受診率の評価をおこなう。（11月途中時点の受診率は、前年度から増加） なお、通知ハガキにおいて、当市の課題となる通院中の未受診者や継続受診に向けた対策を1月に実施しており、引き続き対策・評価していく。	
アウトプット	どれくらい実施したか	1. 健診実施日時、回数、場所 2. (1) 受診勧奨資材通知数 (2) 健康状態不明者へのアプローチ 3. 医療機関への周知 4. 人間ドック等による健診結果の取得	1. 集団健診の回数 年間23回 2. (1) SMS・ハガキ等を通知した人数 11,000件 (2) 健康状態不明者への訪問件数 60件 3. 医療機関へ説明、情報提供 1回/年 4. 人間ドック、事業所健診等の特定健診相当結果提供件数 20人	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	1： A 27回 2： (1) A 11,486件（R5 10,155件） (2) A 122件 (3) A 1回 3： D 6件（R5 8件）	1：目標達成できた。次年度は、回数ではなく、集客に重点を置いた会場の選定を行う。 2：引き続き、民間のノウハウを用いて勧奨通知等を行う。 3及び4：次年度も継続	
プロセス	1. 対象者の選定 2. 対応時期 3. 集団健診実施準備 4. 特定健診に係る事業内容の周知	1. 各事業の対象者を選定 2. 各事業の対応時期 3. 会場設営や健診準備 4. 特定健診に係る各種事業の広報	1. 事業内容、目的に応じて対象者を抽出、選定できる 2. 健診日程や受診状況等により事業ごとで異なる適切な実施時期に応じて対象者にアプローチできる 3. 健診予約や会場の設営等の準備がスムーズに行える 4. 集団、個別健診だけでなく、みなし健診や人間ドック等の代替事業について広く周知できる	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 （1～4とも問題なく実施）	1及び2 集団健診日程に合わせて、勧奨通知の対象者を選定したり、健診日当日、訪問や電話により受診勧奨を行う。 3. 感染対策を行い、会場設営や準備を行った。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 3. 予算の確保	1. 従事者数、実施機関の確保 他 2. 他部署、他機関との連携 3. 委託料、情報提供料、インセンティブ等予算	1. スムーズに健診（集団・個別）が行える体制を整える 2. (1) 健診実施や勧奨事業等について意見交換ができる (2) 適宜、医師会等と連携を行う 3. 委託料、情報提供料、インセンティブ、必要物品の予算が確保できる	1. 2: 従事者への聞き取り 3: 予算書	年度末	国保運営協議会および評価委員会	A （1～4とも問題なく実施）	1及び2 他部署、他機関との連携を図り、健診が実施できた。次年度も、継続。R7年度は、集団健診でのマイナ保険証による対応可の予定。 3. インセンティブを工夫する。	

（１）令和6年度特定健診受診者（R7.1月現在）

	R6.4	R6.5	R6.6	R6.7	R6.8	R6.9	R6.10	R6.11	合計
特定健診受診者	16	356	333	196	201	190	329	34	1,655
集団		172	177	45	76	51	155		676
個別	2	151	140	130	105	97	144	23	792
みなし健診									0
人間ドック①	1					2	2		5
人間ドック②	13	33	16	21	20	40	28	11	182

※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、特定健診にかかる費用を差し引いてもらえる）

（２）受診勧奨発送・配信件数

勧奨日	5/17	5/21	7/16	8/20	9/6	9/17	10/15	1/17	1/21
勧奨種類	ハガキ	SMS	SMS	SMS	ハガキ	SMS	SMS	ハガキ	SMS
件数	4,045	963	266	161	1,500	240	261	3,425	625

<ハガキ>

5/17発送：過去3年間の不定期受診者、未経験者に送付
（過去の受診履歴や通院歴などから特性に応じた7パターンに対象者を分類し、それぞれに効果的な個々のメッセージを作成し送付）
9/6発送：過去3年間の連続受診者、不定期受診者、未経験者に送付
①前年度に集団健診を受診した方向けに、集団健診の情報に特化した資材 ②「①以外」の対象者向け資材
1/17発送：過去3年間の連続受診者、不定期受診者、未経験者に送付
①前年度に個別健診を受診した方向けに、前年度の受診情報を記載した資材
②過去3年間受診歴がなく、生活習慣病由来の通院歴が確認できる方向けに、通院中の医療機関で受診できる情報を記載した資材
③「①②」以外の対象者向け資材

<SMS>

5月～10月配信分：未経験者を除いて配信（集団健診+個別健診） 1月配信分：未経験者を含む対象者に配信（個別健診）

特定健診受診勧奨事業（裏）

○受診勧奨について

- ・高知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事業に参加し、ハガキ・SMSによる通知勧奨を実施
- ・新たに継続受診向けの情報印字資材や通院中の未受診者向け資材を活用し、年間を通してハガキを3回送付、SMS通知を6回配信
- ・事業所健診の結果提供者へのインセンティブを開始し、広報やHPにて周知を行ったが、提供者は1名に留まった。
- ・前年度受診率の低い地区には、集団健診当日、宣伝車とともに訪問し、受診会場に繋げた。健診の申し込み状況や前年度の健診受診率が低かった6地区（十市・緑ヶ丘、長岡西部、白木谷・八京、日章、長岡東部、前浜）地区での集団健診開催時期に合わせて、健康づくり推進委員の地区会長に受診勧奨チラシを渡し、公民館への掲示や地域での回覧を依頼した。
- ・健康文化都市づくり推進委員会総会にて保健師から特定健診の案内をし、近隣住民と誘い合って健診を受けていただくよう啓発を行った。
- ・まほろばクラブ南国理事長より、『受診勧奨チラシを配布することで運動だけではなく健診受診の重要性も認識してもらい、更なる健康増進の意識付けができるのではないか』と提案あり。サークル実施時に、チラシの配布とともに受診勧奨を依頼した。

○今後の対策について

- ・委託業者による通知勧奨や健康状態不明者、みなし健診対象者に対し、訪問勧奨を行い、通院中未受診者へのアプローチや継続受診勧奨を実施する。事業所健診結果の提供者を増やせるよう周知や勧奨方法等を工夫する。
- ・当該年度40歳になる方に、特定健診が習慣となるように訪問による勧奨を行う。
- ・地域で活動する健康文化都市づくり推進委員や食生活改善推進委員、フレイルサポーターなどの協力も得ながら、市民が自分自身の健康により関心を持てるよう情報発信をしていく。
- ・休日の健診開催やオンライン予約など健診を受診しやすい体制や環境も整えていく必要がある。

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病重症化予防	医療機関への受診が必要な者が、適切な検査、治療を受けることで生活習慣病の発症や重症化を予防する	対象者が適切な受診行動をとることができ、生活習慣病の重症化を防ぐことができる	【要医療者】 特定健診を受けた結果、要医療判定に該当する者	電話や個別面談にて、医療機関の受診勧奨および保健指導実施	1. 対象者の台帳作成 レセプトにて受診や内服状況を確認 2. 保健指導の実施 (1) 電話、訪問、来所のいずれかで、対象者本人に医療機関受診の必要性を説明し、受診勧奨を行う (2) 受診予定の医療機関を確認、必要時は医療機関の情報提供を行う (3) 精密検査依頼書を郵送または、手渡す (4) バンフレットを用いて生活習慣改善を促す 3. 受診結果の確認 (1) 精密検査結果、レセプト確認 (2) 未受診の場合は、再勧奨を行う	保健福祉センター	通年	市内	1. 要医療者の医療機関受診率 2. 要医療者への保健指導実施率
	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する	疾病や検査値についての理解を促し、重症化を防ぐために生活習慣を見直すことができる	【重症化リスクの大きい者】 特定健康診査を受けた結果、条件①～⑤のいずれかに該当する者 ※条件 ①収縮期血圧180mmHg以上 ②LDLコレステロール180mg/dl以上 ③中性脂肪500mg/dl以上(空腹時、随時を問わない) ④AST又はALT100IU/L以上 ⑤γGTP101IU/L以上	電話や個別面談にて、保健指導の実施	1. 対象者の台帳作成 レセプトにて受診や内服状況を確認 2. 保健指導の実施 (1) 電話、訪問、来所のいずれかで、対象者本人に食生活や治療状況を確認する (2) 検査値の意味や、重症化した場合のリスクについて説明する (3) 生活習慣を振り返り、改善に向けた行動ができるようサポートする				重症化リスクの大きい者への保健指導実施率

R6年度									
保健事業 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. 医療機関への受診状況 2. 生活習慣病の発症因子が改善したか	1. 要医療者の医療機関受診率 (受診者/要医療者) 2. 血圧、脂質の有所見者割合	1. 要医療者の医療機関受診者率 60% 2. 有所見割合が改善する (1) 収縮期血圧有所見者割合 50%未満 (2) LDLコレステロール有所見者割合 44%未満	1. 精密検査結果、レセプトの確認 2. KDBシステムより抽出 厚生労働省様式⇒健診有所見者状況⇒総数⇒保険者における割合	1. 年度末 2. 翌年度末	国保運営協議会および評価委員会	①D 50.8% (64/126)	受診の必要性や今後のリスクを本人が理解できるよう説明し、医療機関への受診を再勧奨する。	
	どれくらいの対象者に対応したか	1. 要医療者への保健指導実施率 (対応実施者/要医療者) 2. 重症化リスクの大きい者への保健指導実施率 (対応実施者/重症化リスクの大きい者)	1. 要医療者への保健指導実施率 100% 2. 重症化リスクの大きい者への保健指導実施率 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	①D 92.1% (116/126) ②D 92.9% (26/28)	経年での数値の変化や、受診状況等も確認しながら対応していく。	
	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対象者を抽出できる、対象者の状況に応じて対応方法を検討することができる 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、できるだけ本人に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. 健康管理システムの対応記録確認	年度末	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 96.5% (137/142) 【要医療者】 95.7% (111/116) 【重症化リスクが大きい者】 100% (26/26)	次年度も継続	
	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状況 保健指導スキル向上のため研修会への参加 3. 必要物品の購入 4. 必要時医療機関と連絡を取り合うことができたか	1. 対象者のレセプトが確認できる 2. 対象者にスムーズな対応ができるよう分担する、従事者が保健指導スキルを向上することができる 3. より効果的な保健指導が実施できるよう資料等の購入を検討する 4. 対応ケースを通して、医療機関と情報共有をすることができる	1. 健康管理システムより抽出 2. 精密検査結果の返信確認 3. レセプト確認 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	①②③④A (①②③実施できた、④困難事例に対して、ケース会等で情報共有を行い、支援の方向性について検討した)	次年度も継続	

○ R 6 年度生活習慣病重症化予防の対象者数および対応状況（R7.1月14日時点）

	対象者数(人)	対応実施者数(人)	保健指導実施率(%)
要医療者	126	116	92.1
重症化リスク が大きい者	28	26	92.9

対応実施者の対応方法別集計

	電話	特定保健指導	来所	訪問	通知	計
要医療者	97	13	3	2	1	116
重症化リスク が大きい者	26	0	0	0	0	26

○ R 6 年度の実施状況

- ・健診結果から対象者を抽出し、本人または家族に保健指導を実施した。集団健診では、問診時に健診結果経年表を本人と一緒に見ながら数値の説明や医療機関への受診勧奨をするなど、健診受診機会を通して健康に関心を持てるよう問診時からのアプローチも意識して実施した。
- ・医療機関未受診の理由として、①生活改善に取り組んでいる、②副作用が怖いので薬は飲みたくない、③自覚症状はなく受診の必要性を感じない、の大きく3つの理由が多い。一度、健診結果を放置すると「受診しなかったけど大丈夫だった」と自己解釈し、"要医療判定"の重大性の認知が低くなる傾向にあると考える。また重症化リスクが高い方については「治療をしている」「薬を飲んでいる」とは返答あるが、健診結果への関心が薄かったり、一度数値が下がったことで安心し、自己中断をしたり不健康な食生活に戻ってしまう方もいる。特に飲酒については、飲酒量を減らしたり、休肝日の必要性は分かっているが、実行するのは難しいと答える方が多かった。
- ・また要医療対象者のうち、約半数は特定保健指導の対象にもなっており、医療受診意向がなければ特定保健指導への参加勧奨をし、今後のリスクや生活習慣改善に向けての支援を実施している。

○ 今後の対策

- ・医療機関未受診者や重症化リスクが高い方に対して、本人の取組みや健康観を聞きつつ、自身の健康について正しく理解ができるよう伝え続けていく必要がある。未受診が続いている方にはバンフレット等を送付し、検査値の意味や放置することでの重症化リスクが視覚的にも伝わるようアプローチの仕方を工夫したり、電話や訪問を継続して関係性を築くなど根気強く対応していく。
- ・また、重症化リスクを高める要因となる過度な飲酒や喫煙についても丁寧に説明をし、必要時には禁煙外来の紹介をするなど対応していく。

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
健診結果説明	対象者が自分の健康課題を認識し、生活習慣の改善に向けた取り組みを行うことで、生活習慣病の発症や重症化を予防することができる	1. 自分の健康状態に関心を持つことができる 2. 健診結果の持つ意味が分かり、注意すべき項目の予防・改善策を知ることができる 3. 自分の生活習慣について振り返り、改善に取り組むことができる 4. 継続して特定健診を受けることができる	特定健診を受けた者 【有所見者】 健診結果で条件①～③のうち2つ以上該当する者 ※条件 ①血糖 HbA1c(5.6-6.4%) ②血圧 収縮期(160-179mmHg) 拡張期(100-109mmHg) ③脂質 LDLC(140-179mg/dl) 中性脂肪(300-499mg/dl) ※①②の対象者を除く ①特定保健指導事業対象者 ②生活習慣病重症化予防事業対象者	特定健診受診者が健診結果の持つ意味を知り、健康状態が把握できるような正しい知識の普及を図る	1. 広報 (1) 集団健診実施場所に年間日程表を掲示 (2) 実施案内を南国市広報に掲載 (3) 特定健診受診時に個別に利用を案内 (4) 特定健診結果下部に案内文書の記載 (5) 適宜案内チラシを配布 2. 健診結果の説明 (1) 説明会、電話、来所、訪問のいずれかで健診結果の説明を実施 (2) 健診結果有所見者には、優先順位をつけて健診結果の説明を実施 (3) 経年データやレーダーチャート等を用いて、検査値や健康状態を説明する (4) 生活習慣病の予防とその他の健康に関する健康教育を適宜実施する 3. 次年度の特定健診受診意向の確認 健診結果説明利用者にアンケートを行う	保健福祉センター	年間	市内	1. 健診結果説明実施率 2. 健診結果説明利用者の次年度健診意向率

令和6年度

保健事業 評価計画

個別保健事業名				健診結果説明				
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. 健診結果説明を実施したか 2. 健診結果説明の利用者が次年度も特定健診を受診する意向があるか	1. 健診結果説明実施率 (実施者/対象者) 2. 健診結果説明利用者の次年度健診意向率 (受診意向ありの人数/アンケート回答人数)	1. 健診結果説明実施率 30% 2. 健診結果説明利用者の次年度健診意向率 90%	1. 従事者への聞き取り 健康管理システムより抽出 2. アンケート集計	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①B 5.5% (92/1658) ②A 100% (10/10)	説明会の実施方法を工夫し、説明実施率の向上を図る
アウトプット	どれくらいの対象者に実施したか	健診結果有所見者への実施率 (実施者/有所見者)	有所見者への実施率 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	E 76.5% (78/102)	次年度も継続
プロセス	1. 対象者の選定 2. 実施方法 3. 説明方法 4. 事後処理	1. 対象者の抽出、選定基準 2. 日時、場所 3. 対応率、対応方法別集計 4. 報告書作成、実施後入力	1. 対象者を抽出し、状況に応じて対応方法を検討することができる 2. 市民が利用しやすい方法を提示することができる 3. 本人への直接対応率を知る 4. 手順をマニュアル化し、スムーズに実施できる	1. 健康管理システムより抽出 2. 従事者への聞き取り 3. 健康管理システムより抽出 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問題なし②説明会だけでなく、来所や電話等個別に対応④事務手続きをマニュアル化し滞りなく実施) ③E 95.7% (88/92) 基本的には本人に説明したが、家族対応となることもあった。	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	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

○ R6 年度の実施状況

- 結果説明会について、今年度は保健福祉センターにて年間4回開催予定であり、令和6年12月時点で3回実施済みである。住民に対する周知としては広報への掲載や、日程表の郵送等を行っており、現時点で29名の参加があった。
- 今年度から血圧・血糖・脂質の有所見者に対して電話で連絡し、説明会への参加を勧奨している。対象者は有所見の自覚があまりなく、自分なりに健康に気を付けている方が多い。勧奨時に併せて保健指導を行うことで、健診結果の正しい理解を促している。
- 健診結果の自発的な相談はR6.1.17時点で4名であった。

対応実施者の対応方法別集計

結果説明会	架電	本人から電話相談	本人から来所相談	計
10	78	2	2	92

○ 今後の対策

- 年々説明会への参加者は減少している。電話での勧奨やプレゼントの配布等工夫を行っているが以前並みの参加者確保は難しい。
- 有所見者への電話は継続しつつ、外部講師のミニ講座イベントや、人が集まる場所での出張健診結果説明等、今後は従来と違う方法で住民に働きかけていく。

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
歯科健診・歯科施設健診	1. 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 2. 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	国保に加入している市民	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	1. 広報 (1) 受診券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 2. 実施 (1) 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測定を行い評価する	保健福祉センター・市民課 国保係	4月～3月	市内	歯科健診受診率

R6年度

保健事業 評価計画

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	口腔ケアの取り組みを行うことができたか	1. 40歳～74歳国保被保険者で歯科健診を受けた方のうち（※アンケート未回答者は除く） (1) この1年間に歯科健診を受けた人の割合 (2) この1年間に歯石をとったことがある人の割合 (3) 歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人の割合	1. この1年間に歯科健診を受けた人の割合 45% 2. この1年間に歯石をとったことがある人の割合 45% 3. 歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人の割合 70%	アンケート集計	年度末	国保運営協議会および評価委員会	B ①48.1% (62/129) ②48.8% (63/129) ③63.6% (82/129)	前年度に比べて改善傾向が見られた 次年度も実施
アウトプット	歯科健診・歯科施設健診の受診率を向上させる	歯科健診受診率 (40～74歳国保被保険者の健診受診者数/40～74歳の国保被保険者数)	歯科健診受診率 3%	受診者名簿	年度末	国保運営協議会および評価委員会	B 1.89% (129/6,820)	健診結果相談会や国保係の窓口を利用し、受診勧奨を行う 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	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6年度無料歯科健診受診者数

	施設健診			総合健診 (全6回)	合計
	6月	11月	小計		
南国市全体	106	80	186	134	320
うち国保被保険者	31	29	60	73	133
〃うち40歳以上	29	27	56	73	129

令和6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	11	12	39	62	48.1%
②この1年間に歯石をとったことがある人	14	15	34	63	48.8%
③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人	18	17	47	82	63.6%

○南国市健康文化都市づくりでの受診勧奨

南国市14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チラシを用いて説明し、地域住民へ受診勧奨を行った。

○歯科施設健診

市内の16歯科医療機関で無料の歯科健診を行った。

実施日 6月4日(火)、5日(水)、6日(木)、7日(金)、8日(土)、10日(月)、11月8日(金)、9日(土)、11日(月)、12日(火)、13日(水)、14日(木)

○総合健診

保健福祉センターにて、無料の歯科健診を実施した。特定健診やがん検診も同日に実施した。

実施日 5月21日(火)、5月27日(月)、6月29日(土)、7月22日(月)、10月27日(日)、12月4日(水)

○健診結果相談会等での健康教育

健診結果説明会にて、歯の健康教育を実施。参加者には歯ブラシ、歯間ブラシ（糸ようじ）を配布し、使用方法を説明した。

実施日 9月18日(水)、2月14日(金)

国保係窓口にて、新規加入者に普及啓発チラシ及び歯間ブラシ（R6年開始）を配布し、口腔衛生の重要性を説明した。（400名程度）

○オーラルフレイル対策事業（一体的実施）

久礼田西公民館にて、フレイルサポーターと一緒にオーラルフレイルについての歯の健康教育を実施した。

実施日 7月29日(月)

○ポピュレーションアプローチ（一体的実施）

サニーアクシス・黒滝地区にて、歯の健康相談を実施した。

実施日 10月29日(火)、11月1日(金)

○健康まつりきらりフェア

南国市立スポーツセンターにて、歯の健康相談を実施した。

実施日 11月16日(土)

○令和6年度について

前年度と比較して受診者数は、南国市全体・国保被保険者ともに横ばいで、全体の約2割は市の歯科健診を毎年受けている方だった（例年2割程度）。

アウトカム評価指標については、①②は目標を達成した。③は目標値に達していなかったが、改善傾向が見られた。

アウトプット評価指標については、歯科健診チラシ配布やポスター掲示、広報への記事掲載を行ったが、目標の3％に届かなかった。

○今後の対策

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口腔ケアの周知、啓発に関するチラシ配布は令和7年度も引き続き実施する。

また、アウトカム評価指標については、前年度と比較して改善傾向が見られたので、継続して歯科保健指導の強化を行っていく。

今後より多くの方に受診してもらえよう、健診結果相談会等の国保被保険者が集まる場での受診勧奨に更に力を入れていきたい。

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	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%	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	1. 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す 2. 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う	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う	市民課国保係	4月～3月	市内

令和6年度

保健事業 評価計画

				個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進				
評価の枠組	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	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 79.82%	目標達成見込 通数は減少も対象者からの反応はある。普及率も上昇しており継続。
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%	目標達成見込 事業継続
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 100%	目標達成見込 事業継続
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	目標達成 事業継続

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)									
2024年4月	2023年12月	8,958	11,513	本人薬剤費削減額 100円以上	170	1.9%	1.5%	352	2,023	5,441	
								31		473	
2024年5月	2024年1月	8,912	11,000	本人薬剤費削減額 100円以上	170	1.9%	1.5%	428	1,983	5,159	
								39		469	
2024年6月	2024年2月	8,860	10,552	本人薬剤費削減額 100円以上	198	2.2%	1.9%	433	1,904	4,639	
								41		440	
2024年7月	2024年3月	8,876	11,052	本人薬剤費削減額 100円以上	232	2.6%	2.1%	515	1,967	5,458	
								47		494	
2024年8月	2024年4月	9,012	11,087	本人薬剤費削減額 100円以上	192	2.1%	1.7%	324	1,904	3,576	
								29		323	
2024年9月	2024年5月	8,845	11,040	本人薬剤費削減額 100円以上	168	1.9%	1.5%	277	1,909	3,616	
								25		328	
2024年10月	2024年6月	8,766	10,835	本人薬剤費削減額 100円以上	158	1.8%	1.5%	300	1,893	3,279	
								28		303	
2024年11月	2024年7月	8,748	11,202	本人薬剤費削減額 100円以上	182	2.1%	1.6%	276	1,892	3,516	
								25		314	
2024年12月	2024年8月	8,709	10,278	本人薬剤費削減額 100円以上	193	2.2%	1.9%	348	1,843	3,568	
								34		347	
2025年1月	2024年9月	8,655	10,264	本人薬剤費削減額 100円以上	151	1.7%	1.5%	263	1,774	3,274	
								26		319	
R6.4～R7.1月発送 合計					1,814 枚						

○令和6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200通送付した。R7. 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R7. 1月現在（R6. 9月診療分）で79. 82%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。
県の服薬サポーター（薬剤師）による電話での勧奨も引き続き行う。
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。

保健事業 実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
薬剤の適正使用推進事業	重複・多剤投与者を対象に、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. 重複投与となっている人が、適切に受診することができる 2. 多剤投与となっている人が適切に受診することができる	同一月内で 1. (1) 重複処方が発生した医療機関数が3以上かつ重複処方が発生した薬剤数が1以上の者 または、 (2) 重複処方が発生した医療機関数が2以上かつ重複処方が発生した薬剤数が2以上の者 2. 同一薬剤に関する処方日数が1日以上であり、処方薬剤数が15剤以上の者	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. 対象者の台帳作成（レセプト及びKDBシステムより） (1) KDBシステムにて、診療月が前年9月かつ11月に対象要件に該当する者を抽出 (2) 健康管理システムにて、過去の介入状況の確認やレセプトにより絞り込み、台帳作成 2. 保健指導の実施 (1) 注意喚起文書を送付 (2) 通知後、電話または訪問にて保健指導 (3) 適宜、医療機関、警察等と連携を行う (4) 必要時、医療機関等に情報提供を行う 3. 保健指導後、3か月後の状況確認 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 通知、電話または訪問	国保係・保健福祉センター	4月～3月	市内	重複・多剤処方者数の減少

R 6 年度

保健事業 評価計画

保健事業 評価計画				個別保健事業名	薬剤の適正使用推進事業				
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. 重複投与者数の減少 2. 多剤投与者数の減少	1. 重複投与者数 (対被保険者1万人) 2. 多剤投与者数 (対被保険者1万人) ※上記はどちらも保険者努力支援保険者努力支援制度(取組評価分)市町村分から転記	1. 前年度と比べて、重複投与者が減少する 2. 前年度と比べて、多剤投与者が減少する	1. 保険者努力支援制度(取組評価分)市町村分の評価方法を用いる KDBシステム 『保健事業介入支援管理』→『重複・多剤処方者の状況』→抽出要件（『選択した診療年月に資格を有する者を抽出、R●年●月、絞り込み(薬効分類単位で集計)』 2. レセプト情報	翌年8月	国保運営協議会および評価委員会	1: D (R4 68人⇒ R5 75人) 2: D (R4 13人⇒ R5 15人) R6年分は、翌年8月に評価	医療機関への通知基準を作成。同時に、高知県に対し、全市町村向けの対応基準マニュアル作成を打診する。	
アウトプット	指導対象者への指導実施率	1. 重複投与者への対応率 (指導した人数/絞り込んだ対象者数) 2. 多剤投与者への対応率 (指導した人数/絞り込んだ対象者数)	1. 重複投与者への対応率 82% 2. 多剤投与者への対応率 70%	対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	1: A 100% (10/10) 2: D 50% (1/2) 前回100%	重複は、目標達成できた。多剤は電話が連続して不通で保健指導未実施だったが、改善したため、電話や訪問はもちろんだが、事前通知内容を工夫する。	
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、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	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. 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. 対応困難事例について必要時、関係者間で共有できる	1. 2. 4: 従事者への聞き取り 3: 対応記録、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	1及び2: A (概ね問題なし) 3: A 75% (9/12) 前回 63.2% 4: A (課内、他機関と共有できた)	1. 2. 3: 目標達成できた。本人が接触を拒否することがあるので、柔軟に対応していく。 4: 必要時、医療機関や薬局等と情報共有を継続していく。	
チャート	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	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	1及び2: A (問題なし)	補助金確保を行い、民間業者と併用し、実施。	

令和 6 年度重複・同一服薬者・多剤服薬者・多受診対象者

	重複受診者・同一服薬	多剤服薬者	多受診(頻回)
対象者数(人)	10	2	7
保健指導実施者数(人)	10	1	患者調査 7
対応率	100%	50%	100%

※郵送による患者調査

令和 6 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保健指導を行った。
- ・新規対象者は、うっかり多剤や重複となっている事例が多く、保健指導により、『主治医や薬局に相談する』とすんなり受け入れてくれた。
- ・長期対象者は、向精神薬（眠剤）の重複服薬者が多く、指導レベルでは改善できない状況が続いていた。R5年度に重複服薬を起因とする事故や受傷が続いたことを受け、健康被害を早急に防止するため、R6年度は、市長名により個々の医療機関への通知を行った（5件）。通知後、対象者から国保係に対し、自殺をほのめかす脅迫があったり、苦言を訴えたりすることがあったが、課長と国保係全体で対応した。通知により、医療機関が即座に対応してくれ、重複の改善には最も効果的であったと考えている。
- ・精神疾患がある方には、保健福祉センターでの介入中に支援してもらうよう情報共有し、連携した。
- ・データヘルス計画には明記していないが、医療費適正化対策の一環で、柔道整復の頻回受診者に対し、患者調査や広報、チラシにより適正受診の啓発を行っている。

今後の対策

- 委託業者と直営の2本柱で実施予定。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、向精神薬の重複は、患者自身や他者にも被害が起るリスクが高いため、早急な改善が重要である。医療機関への通知が効果的であると実証されたので、今後は、通知を行う基準等の整備を行い、本市としての対応を固定化していく。
- また、重複服薬者への対応は、他市町村の保険者も困っていると聞いている。現行の国保データヘルス計画と県版データヘルス計画は、共通の評価指標を設定しているため、目標達成にむけて高知県が全市町村向けに対応基準等を示してくれるよう高知県に向けて働きかけを行う。
- 頻回受診については、引き続き、毎月の柔道整復の診療報酬支払い時の審査を徹底し、適正受診のため普及啓発を行っていく。