

第5章 特定健康診査等実施計画

1. 特定健康診査等実施計画の趣旨

高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。)第19条に基づき、特定健康診査等基本方針(以下「基本方針」という。)に即して、特定健康診査等実施計画を定めるものです。

かつらぎ町国民健康保険における特定健康診査等実施計画は、データヘルス計画と一体的に策定するものとし、計画期間も令和6年度から令和11年度までの6年間として、整合を図ります。

2. 特定健康診査等の受診状況

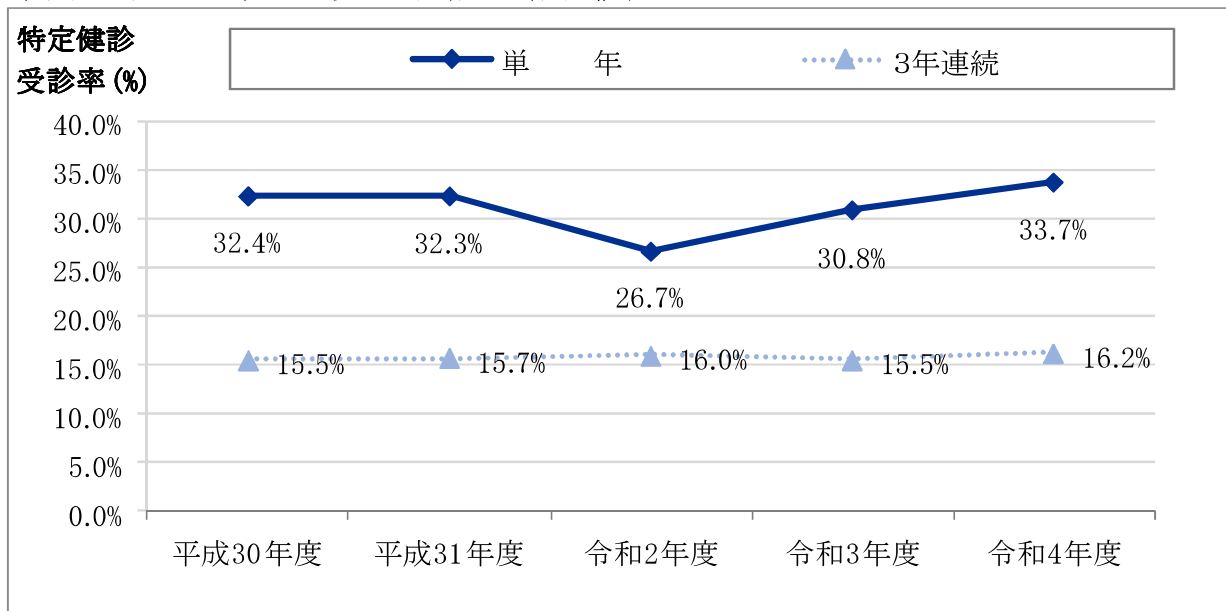
以下は、平成30年度から令和4年度における特定健康診査の受診状況(単年/3年連続)及び特定保健指導(実施率/利用率)の状況を示したものです。

特定健康診査受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2~3年度にかけて低下し、令和4年度より回復傾向となっていますが、和歌山県平均を下回っている状況が続いています。

特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度に低下した他、指導対象者の変動や指導が年度をまたぐなどの要因により、実施率が波打つ状況です。

その他、国・県・同規模比較、男女別、年齢別の受診状況については、「第2章地域の概況/4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況」に記載のとおりです。

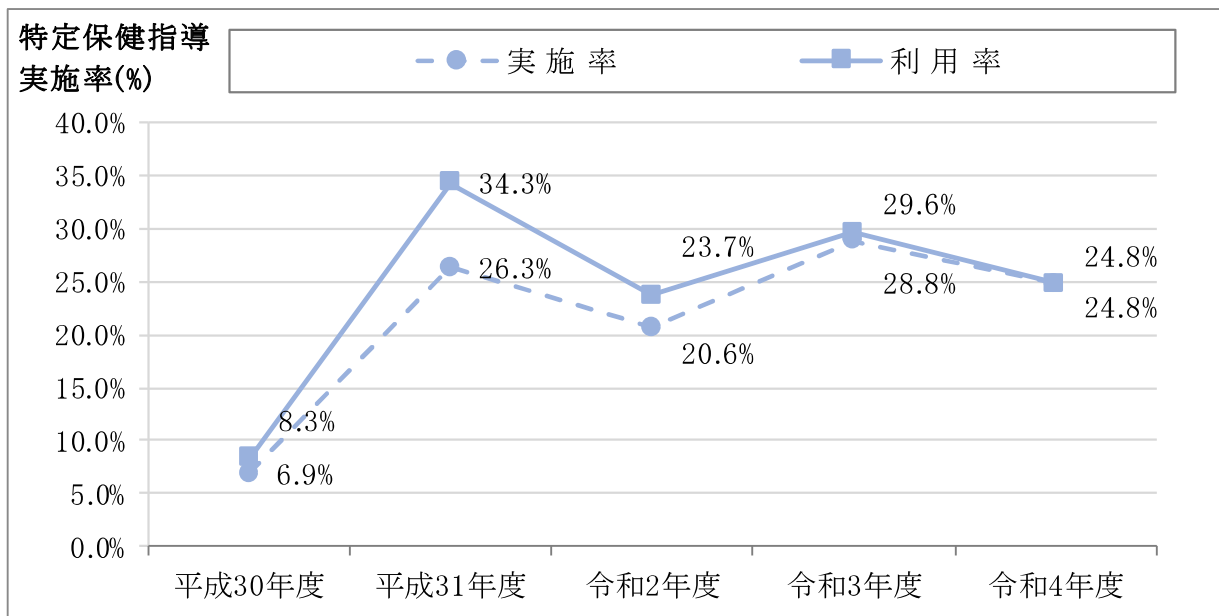
年度別 特定健康診査受診率(法定報告値)



出典:特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果集計表(TKCA013)」

※「3年連続」は当該年度を含めた過去3年連続受診率。

年度別 特定保健指導実施率(法定報告値)



出典:特定健診等データ管理システム「特定健診・特定保健指導実施結果集計表(TKCA013)」

3. 特定健康診査等データによる分析

(1) 特定健康診査データによる分析

「第4章健康・医療情報等の分析／3. 健康診査データによる分析」及び「参考資料／医療統計／5. 特定健康診査に係る分析結果」に記載のとおりです。

(2) 特定保健指導対象者の対象者群分析とリスク因子別該当状況

対象者群分析については、「参考資料／保険事業に係る分析／1. 健康診査及びレセプトによる指導対象者群分析」に記載のとおりです。

リスク因子別該当状況は以下に示すとおりです。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			65人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	1人	10人 15%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	4人	
	●	●				血糖＋血圧＋喫煙	0人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	0人	
	●		●			血圧＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	1人	
	●		●			血糖＋脂質	1人	
	●		●			血圧＋脂質	0人	
	●			●		血糖＋喫煙	1人	
	●			●	因子数1	血圧＋喫煙	0人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
				●		喫煙	0人	
					因子数0	なし	0人	
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	2人	55人 85%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	2人	
	●	●				血糖＋血圧＋喫煙	2人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	0人	
	●		●			血圧＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	10人	
	●		●			血糖＋脂質	6人	
	●		●			血圧＋脂質	7人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
	●			●	因子数1	血圧＋喫煙	1人	
			●	●		脂質＋喫煙	3人	
				●		喫煙	0人	
					因子数0	なし	2人	

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

4. 特定健康診査の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果は以下に示すとおりです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがある者は、特定健康診査受診者全体の61.9%となっています。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがある者は、特定健康診査未受診者全体の46.9%となっています。

特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,118	32.3%	348,335	56,970,400	57,318,735
健診未受診者	2,338	67.7%	4,635,683	100,473,872	105,109,555
合計	3,456		4,984,018	157,444,272	162,428,290

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	21	1.9%	692	61.9%	692	61.9%	16,587	82,327	82,831
健診未受診者	95	4.1%	1,090	46.6%	1,096	46.9%	48,797	92,178	95,903
合計	116	3.4%	1,782	51.6%	1,788	51.7%	42,966	88,353	90,844

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

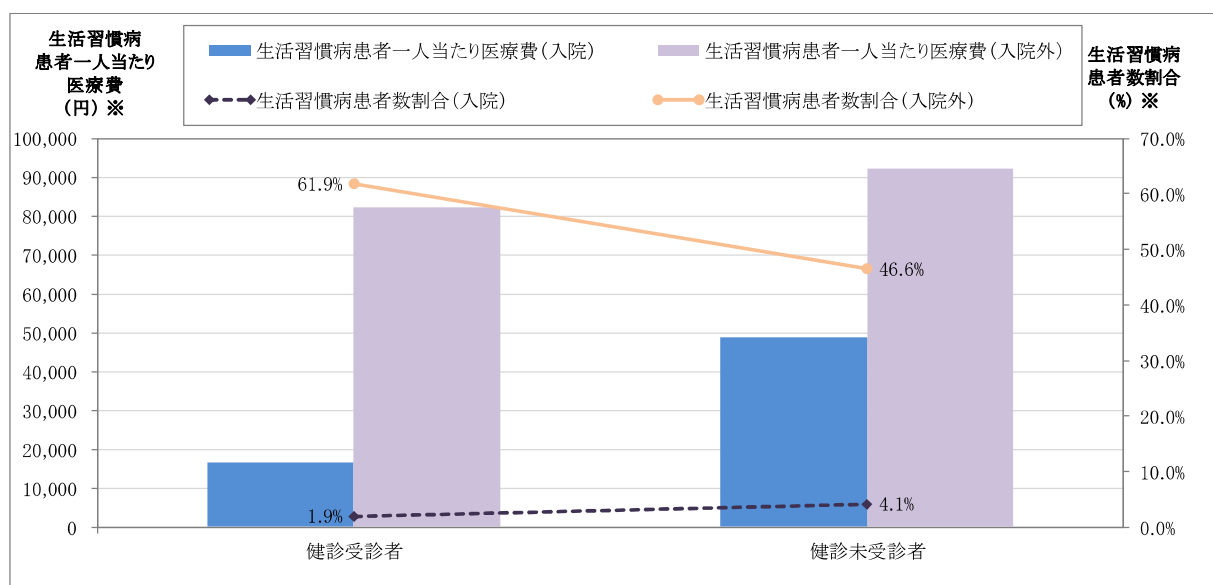
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健康診査受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

5. 特定保健指導対象者・非対象者の生活習慣病医療費比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)の積極的支援及び動機付け支援該当者を「対象者」とし、情報提供の該当者を「非対象者」として比較しています。ただし、情報提供の該当者には質問票で服薬有と回答した者が含まれるため、「非対象者」を「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分けています。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要であることがうかがえます。

特定保健指導対象者・非対象者別生活習慣病医療費

	人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※			
		入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※	
対象者	積極的支援、動機付け支援	65	0	1,854,569	1,854,569	0	29	29
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	223	2,633	1,398,509	1,401,142	2	43	43
	情報提供 (服薬有(質問))	431	253,061	36,466,564	36,719,625	13	418	418

	人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※			
		入院	入院外	合計	
対象者	積極的支援、動機付け支援	65	0	63,951	63,951
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	223	1,317	32,523	32,585
	情報提供 (服薬有(質問))	431	19,466	87,241	87,846

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

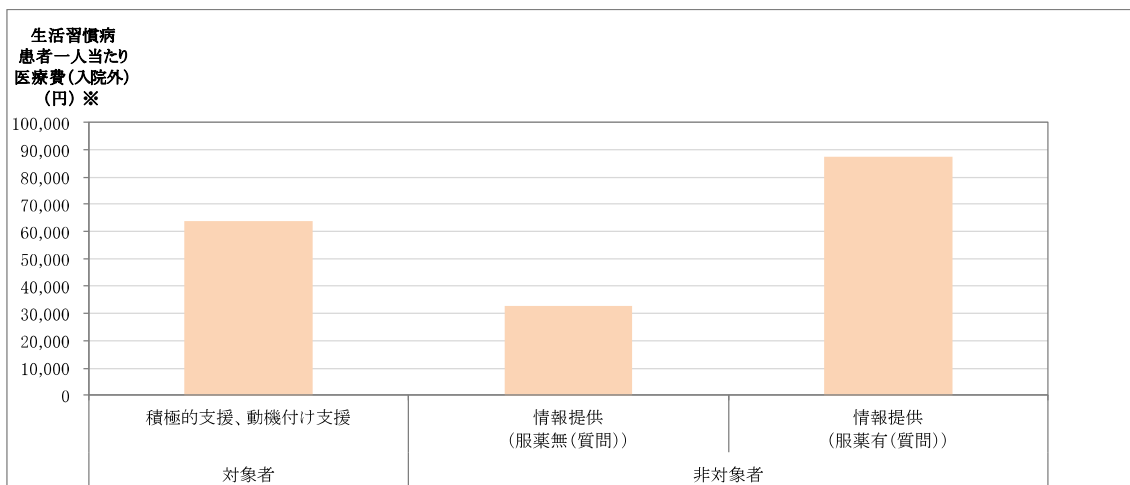
非対象者…健康診査受診における質問票の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

6. 特定健康診査等実施計画の目標と対象者数推計

法第19条に基づく基本方針において、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上の目標値が掲げられています。

本町においては、基本方針及び第三期和歌山県国民健康保険運営方針を踏まえ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。

なお、令和4年度の各実績現状から、以下の目標値は理想として目指したい値(期待値)とし、基本的には各年度において前年比増加を目標とします。

特定健康診査の目標値等(法定報告値)

区分		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数	40～64歳	1,160人	1,110人	1,063人	1,018人	975人	935人
	65～74歳	1,854人	1,791人	1,730人	1,671人	1,614人	1,559人
	計 ①	3,014人	2,901人	2,793人	2,689人	2,589人	2,494人
特定健康診査 受診者数	40～64歳	329人	339人	356人	379人	404人	419人
	65～74歳	786人	822人	873人	939人	1,020人	1,077人
	計 ②	1,115人	1,161人	1,229人	1,318人	1,424人	1,496人
特定健康診査受診率 ②/①		37.0%	40.0%	44.0%	49.0%	55.0%	60.0%

特定保健指導の目標値等(法定報告値)

区分		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導 対象者数	40～64歳	57人	59人	62人	65人	70人	72人
	65～74歳	66人	69人	73人	79人	85人	76人
	計 ①	123人	128人	135人	144人	155人	148人
特定保健指導 受診者数	40～64歳	11人	13人	15人	18人	21人	22人
	65～74歳	23人	27人	31人	35人	43人	45人
	計 ②	34人	40人	46人	53人	64人	67人
特定保健指導実施率 ②/①		28.0%	31.0%	34.0%	37.0%	41.0%	45.0%

※特定保健指導対象者数は、特定健康診査受診者数の増加推計に比例して増加する見込みのため、本計画において特定保健指導対象者の減少率を目標値として設定しない。

7. 特定健康診査等の実施方法

実施年度内における40歳から74歳の被保険者を対象に、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」及び「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」等に基づき、特定健康診査及び特定保健指導を実施します。その他、伊都郡内市町村間の様式共通化などの調整を行います。

特定健康診査については、町が年3回実施する集団検診及び委託契約を結んだ医療機関(町医師会、伊都医師会など)において、4月初めから2月末にかけて実施します。

受診券については、4月初めに発送及び年度内に資格取得した対象者に随時発送を行います。また、受診券発送時に各種検診のお知らせを同封することに併せて、広報・チラシ等において広く周知を図ります。

特定保健指導については、町保健師による直接実施を基本として、特定健康診査結果より随時対象者を抽出し案内を行う個別実施と夏の集団検診における集団実施の方法により、年間を通して実施します。

その他、「第6章健康課題の抽出と保健事業の実施内容／2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載のとおり実施します。

8. 目標達成に向けた取り組み

特定健康診査等実施計画における目標達成に向けた取り組みについては、「第6章健康課題の抽出と保健事業の実施内容／2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載のとおりです。

9. 他の健診との連携

特定健康診査等の実施に当たっては、衛生係と連携し、集団検診においてがん検診と連携して年3回実施(同時実施)します。

第6章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	生活習慣病 <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病で医療機関を受診している患者数が被保険者全体の51.0%を占めている。 健康診査データにおいて、生活習慣に関連した検査項目のうち、有所見者割合が50.0%を超えるものが9項目中3項目(HbA1c、収縮期血圧、LDL)ある。 医療費及び患者数上位において、生活習慣に関係する疾病が多くを占めており、生活習慣病関連医療費全体のうち、糖尿病、脂質異常症、高血圧症疾患が半数以上を占めている。 透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。 健康診査の質問票において、運動習慣がないと回答した割合は60.0%、生活習慣の改善意欲がないと回答した割合は28.1%となっている。 	1	① ② ③ ④ ⑤	生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで早期治療と重症化予防及び生活習慣病で医療機関を受診している患者数の減少を図る。 被保険者一人一人が自らの健康状態を把握し、より良い生活習慣の継続につながるような機会や情報の提供、健康づくりサポートを行い、被保険者の健康意識向上と早期発見を図る。 【評価指標】 生活習慣病有病者割合 運動・生活習慣の向上 (健康診査質問票より)
B	医療費、受診行動 <ul style="list-style-type: none"> 医療費が上昇傾向にあり、一人当たり医療費は国、県、同規模と比較して高い水準で推移している。 後発医薬品の使用割合は数量ベースで78.0%となっている。 重複受診者63人、頻回受診者42人、重複服薬者83人が存在し、受診行動の適正化が必要となる。また、6種類以上の長期多剤服薬者が314人存在する。 	2	⑥ ⑦	医療費適正化と適正受診・適正服薬 <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、訪問指導等を行うことで、服薬適正化と医療費の適正化、薬物有害事象発生防止を図る。 後発医薬品の使用割合増加と重複頻回受診者及び重複多剤投与者の減少を図る。 【評価指標】 受診率 一人当たりの医療費
C	介護、高齢者支援 <ul style="list-style-type: none"> 健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は1.0%である。 要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、また、介護保険認定率が国、同規模と比較して高い。 	3	⑧	健康寿命延伸と高齢者支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> 医療介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を図る。 地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する地域包括ケアシステムを推進する。 【評価指標】 平均余命 平均自立期間

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率 (法定報告値)	33.7%	37.0%	40.0%	44.0%	49.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率 (法定報告値)	24.8%	28.0%	31.0%	34.0%	37.0%	41.0%	45.0%
保健指導対象者割合 (生活習慣病ハイリスク者)	43.1%	42.0%	41.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
受診勧奨者の医療機関受診率 (糖尿病性腎症重症化予防)	42.8%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
保健指導実施後のHbA1c、eGFR の維持または改善率 (糖尿病性腎症重症化予防)	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%
健康教室参加後の行動変容率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
後発医薬品使用割合 (数量ベース)	78.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
後発医薬品使用割合 (金額ベース)	48.2%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
重複投与者対策事業対象者の 服薬状況の改善割合	0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
健康状態が不明な高齢者数	39人	30人	25人	20人	15人	10人	5人

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査受診勧奨事業	基準日時点における特定健康診査未受診者に対し、勧奨はがきの発送及び過去の特定健康診査の受診状況等を参考に、受診可能性の高い者に対し、電話勧奨を実施する。 また、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する方法(ナッジ理論など)の導入を検討する。	継続	1
A-②	特定保健指導利用勧奨事業(結果説明会事業)	町が実施している集団検診において、特定健康診査を受診した者に対し、結果説明会を開催することで、特定保健指導の利用勧奨及び実施率拡大を図る。 また、医療機関における個別健診受診者について、健診結果で保健指導判定値以上と判定された者に、利用勧奨を実施する。	継続	2
A-③	生活習慣病重症化予防事業(ハイリスク者等保健指導事業)	特定健康診査結果において、特定保健指導の対象ではないが、特定の検査数値に問題がある者に対し、電話・訪問・資料送付のいずれかの方法で個別保健指導を実施する。	継続	4
A-④	糖尿病性腎症重症化予防事業	和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、特定健康診査結果において、血糖値が受診勧奨判定値以上で腎機能低下の所見がある者及び糖尿病該当者に対し、保健指導委託医療機関での糖尿病認定看護師等による保健指導を実施する。	継続	3
A-⑤	健康教室事業	特定健康診査結果において、血圧・血糖値の数値に問題のある者に対し、医師等による講義、保健師による生活指導、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動指導等を行う各種教室を開催する。	継続	5
B-⑥	後発医薬品使用促進通知事業	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者に対し、自己負担額の差額通知を送付する。	継続	7
B-⑦	重複・多剤投与者等対策事業	重複投与者に対し、保健師による訪問または電話にて適正服薬等の指導を実施する。 多剤投与者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした勧奨事業の新規事業化を検討する。 その他、重複受診及び頻回受診対策の検討を実施。	拡充	6
C-⑧	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業	健康状態が不明な高齢者の把握と必要なサービスへの接続を行うための保健師訪問等を実施。 通いの場(地域サロン)において、フレイル予防の普及啓発、健康教育・健康相談、必要に応じた保健指導を実施。	継続	8

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号:A-① 特定健康診査受診勧奨事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上。
対象者	40歳～74歳の特定健康診査対象者のうち、未受診者。 35歳～39歳の被保険者のうち、ヤングミニドック健診対象者。
現在までの事業結果	平成31年度までは受診率30%付近であったが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に26.7%まで落ち込んでいる。その後、受診率は緩やかに回復し、令和4年度は国・県平均には届かないものの、近年最高値の33.7%となっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果指標)	特定健康診査受診率(法定報告値) ※理想として目指したい値(期待値)とし、基本的には各年度において前年比増加を目標とする。	33.7%	37.0%	40.0%	44.0%	49.0%	55.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率指標)	特定健康診査対象者のうち、未受診者へのはがき勧奨実施割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	特定健康診査対象者のうち、未受診者への電話勧奨実施割合	89.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業(特別交付金)を活用し、AI(ナッジ理論など)を用いた効果的な受診勧奨を検討する。 ・電話による受診勧奨は、和歌山県国民健康保険団体連合会の支援事業を活用する。 ・若年層の健診受診の習慣付けのため、ヤングミニドック健診対象者のうち国保加入者への受診勧奨を継続。 ・連続受診の重要性理解を深めるための周知・広報を継続。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・10月末時点の未受診者を抽出し、はがきによる受診勧奨を実施。うち、過去受診歴のある者で勧奨による受診が期待できる者に対し、電話勧奨を実施。電話勧奨については、和歌山県国民健康保険団体連合会の支援事業を活用。 ・40歳未満を対象に町が独自に実施しているヤングミニドック健診対象者のうち、国保加入者へはがきによる受診勧奨を実施。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・AI(ナッジ理論など)を用いた効果的な受診勧奨(民間委託)の検討。 ・はがき勧奨の発送回数増加の検討。 ・被保険者へのインセンティブの検討(運動施設利用券配布、健康年齢通知贈呈など)。 ・受診勧奨後の受診者数や受診率より勧奨効果を検証。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は保険年金係とし、職員1名が主担当。 ・保険年金係は、受診勧奨対象者の抽出から勧奨はがき作成、勧奨実施までを一手に行っている。 ・勧奨はがきについては、専門職(衛生係/保健師)と連携し、内容を決定。 ・電話勧奨については、和歌山県国民健康保険団体連合会より派遣される在宅保健師が実施。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は保険年金係とし、職員2名で担当。 ・保険年金係は、受診勧奨対象者の抽出から勧奨はがき作成、勧奨実施までを一手に行っているため、勧奨実施(勧奨はがき作成、電話勧奨)部分の民間委託を検討。

評価計画

- ・アウトカム指標「特定健康診査受診率」は、法定報告値とする。
- ・はがき勧奨実施割合は、抽出した未受診者全数を分母、勧奨はがき発送数を分子として求める。
- ・電話勧奨実施割合は、はがき勧奨対象者より抽出した電話勧奨対象者全数を分母、電話勧奨完了者を分子として求める。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	勧奨準備					←→						←→	
	事業実施	←→							←→				
C(効果測定)	効果測定											←→	
	効果確認	←→						←→					
A(改善)	改善計画		←→										
P(計画)	実施計画策定 (次年度)				←→								

事業番号:A-② 特定保健指導利用勧奨事業(結果説明会事業)【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上。
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者。
現在までの事業結果	実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に20.6%まで落ち込んでいる。その後、実施率は回復し、令和4年度は24.8%となっている。近年、国・県平均よりも高い成果が出ているが、数値的には低く、年度間の対象者次第で実施率の変動が大きく、国が定める目標値には届かない状況。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果指標)	特定保健指導実施率(法定報告値) ※理想として目指したい値(期待値)とし、基本的には各年度において前年比増加を目標とする。	24.8%	28.0%	31.0%	34.0%	37.0%	41.0%	45.0%
アウトプット(実施量・率指標)	結果説明会実施回数	年1回	年1回	年1回	年2回	年2回	年2回	年2回

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> 夏の特集検診における特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象者に対して結果説明会を実施。 特定健康診査結果は事前に郵送せず、結果説明会で配布。 結果説明会の案内文書を送付し、当日不参加者に対しては電話勧奨を実施。 結果説明会では、結果説明と併せて特定保健指導の面接を実施。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 夏の特集検診を別日制(特定健康診査受診者に限る)で行い、初回に医師の診察を除く全ての検査を実施し、別日(=結果説明会)に検査結果を基にした医師による診察及び保健師等による各種保健指導(特定保健指導を含む)を実施。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 年3回実施している特集検診のうち、花園特集検診において結果説明会制の取入れを検討し、夏の特集検診と併せて、年2回の結果説明会方式を導入。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管は衛生係とし、職員(保健師)1名が主担当。 衛生係は、特集検診(特定健康診査及び各種がん検診の同時実施)の開催準備等を担当。 保険年金係は、予算計上、経費支出、事業計画書作成等を担当。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管は衛生係とし、職員(保健師)2名による正副担当制で行う。 地区担当保健師との連携強化と役割分担の明確化を図り、結果説明会不参加者に対する電話勧奨を確実に実施。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> アウトカム指標「特定保健指導実施率」は、法定報告値とする。 結果説明会の年2回開催が実施できた年度とできていない年度の実施率を比較し、結果説明会制の効果を検証する。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象抽出など	←											
	事業実施	←											
C(効果測定)	効果測定	←											
	効果確認	←											
A(改善)	改善計画	←											
P(計画)	実施計画策定 (次年度)	←											

事業番号:A-③ 生活習慣病重症化予防事業(ハイリスク者等保健指導事業)【継続】

事業の目的	生活習慣病ハイリスク者に対し、生活改善などの保健指導及び医療機関への受診に結び付けることで、生活習慣病の重症化を防ぐ。
対象者	特定健康診査結果において、特定保健指導の対象ではないが、特定の検査数値に問題がある者。(血圧(140/90mmHg以上)、脂質(中性脂肪300以上、HDL34以下、LDL140以上)、肝機能(GOT51以上、GPT51以上、 γ -GTP101以上)、糖代謝(HbA1c6.5以上)、腎機能(尿蛋白2+以上、eGFR45未満)、尿酸値(7.0以上)の者。)
現在までの事業結果	夏の集団検診において、健診当日とは別日で健診結果に基づく医師診察と保健指導を実施していることから、3日間で約50名程度、直接保健指導を行える対象者を確保できている。架電または訪問での保健指導ができなかった場合、資料送付を行うことにより、健康づくりに対する何らかの動機づけになっていると考える。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果指標)	保健指導対象者割合	43.1%	42.0%	41.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%
アウトプット(実施量・率指標)	保健指導実施率	95.0%	96.0%	97.0%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業(特別交付金)を活用。 ・町委託保健師による架電での保健指導を中心に実施。 ・架電及び訪問で保健指導を実施できない場合は資料送付を実施する。 ・保健指導の結果、生活習慣等の改善だけで対応できない者については、医療機関への受診勧奨を行い、医療機関と連携して体調改善を目指す。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果に基づき対象者を随時選別し、対象者の前回健診結果と照合した上で現在の状態を把握し、リスト化。 ・リスト化後、随時、架電または訪問での保健指導、資料送付を実施。 ・健診結果情報が年度内に確認できない者については、翌年度に保健指導を実施。 ・年度末に事業評価を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果の重症度に応じ、優先順位をつけて保健指導を実施する。特に早期対応が必要な場合は、地区担当保健師が連絡を行う。 ・架電及び訪問で保健指導を実施できない場合は資料を送付し、対象者全てを支援する。 ・電話での保健指導が多くなっているが、健診結果に応じて訪問指導を行う。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は衛生係とし、職員(保健師)1名が主担当。 ・町委託保健師の活用及び職員(地区担当保健師)との連携。 ・保険年金係は、予算計上、経費支出、事業計画書作成等を担当。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は衛生係とし、職員(保健師)2名による正副担当制で行う。 ・町委託保健師の活用の継続と契約人数増加を図る。 ・地区担当保健師との連携強化と役割分担の明確化を図る。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標「保健指導対象者割合」は、分子「ハイリスク者等保健指導事業対象者数」を分母「特定健康診査受診者総数」で除して求める。 ・割合が低ければ、特定健康診査受診者における生活習慣病ハイリスク者が減少したことを意味する。
--

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
D(実行)	対象抽出など	←												
	事業実施	←												
C(効果測定)	効果測定											←		
	効果確認											←		←
A(改善)	改善計画	←												
P(計画)	実施計画策定 (次年度)				←									

事業番号:A-④ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化を予防し、新規人工透析導入者を抑制。
対象者	特定健康診査結果において、血糖値が受診勧奨判定値以上で腎機能低下の所見がある者、糖尿病該当者など。(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上でかつ尿蛋白(1+)以上またはeGFR45ml/分/1.73m ² 未満の基準を満たす者など。和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準に準ずる。)
現在までの事業結果	保健指導委託医療機関(3医療機関)と委託契約して実施。 近年、対象者の把握と受診勧奨は100%実施できている。保健指導実施率は、本人が希望しない場合が多く、また、継続性の問題から低いものとなっている。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果指標)	受診勧奨者の医療機関受診率	42.8%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	保健指導実施後のHbA1c、eGFRの維持または改善率	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%	66.6%
アウトプット (実施量・率指標)	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導利用者数	3人	3人	3人	3人	3人	3人	3人

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> 国保ヘルスアップ事業(特別交付金)を活用し、保健指導委託医療機関への委託により実施する。 委託業務は、保健指導を中心に、町への連絡調整、事業報告等とする。 保健指導は6か月間とし、管理栄養士及び糖尿病認定看護師が3～6回指導を行う。 町は、対象者の抽出及び保健指導委託医療機関への紹介、医療機関の受診勧奨、その他調整を行う。 和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防伊都圏域別検討会への参加。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査結果に基づき保健指導対象者を抽出。糖尿病該当者のうちレセプトデータがない者及び治療中断者を抽出。 保健指導対象者への通知及び電話連絡し、保健指導希望者を委託医療機関へ紹介。保健指導実施後、結果を主治医に報告。主治医より指示書があれば委託医療機関へ連絡。6か月経過後または年度内に保健指導実施後の結果を評価。 その他、医療機関受診勧奨の実施。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、適時改善。 糖尿病性腎症重症化予防伊都圏域別検討会における協議結果を随時反映。 保健指導の実施以前に主治医と連絡調整を行うことの検討。 年度末時点における医療機関未受診者について、次年度以降も継続勧奨を実施。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管は衛生係とし、職員(保健師)1名が主担当。 保健指導委託医療機関(3医療機関)において保健指導を実施。 町、保健指導委託医療機関、主治医との連絡調整を適宜実施。 保険年金係は、予算計上、経費支出、事業計画書作成等を担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・ 主管は衛生係とし、職員(保健師)2名による正副担当制で行う。
- ・ 保健指導委託医療機関の増加を図る。
- ・ 地区担当保健師との連携強化と役割分担の明確化を図る。

評価計画

- ・ アウトカム指標「受診勧奨者の医療機関受診率」は、糖尿病該当者のうちレセプトデータがない者及び治療中断者に対し、勧奨の結果、医療機関受診を確認できた者を意味する。
- ・ アウトカム指標「保健指導実施後のHbA1c、eGFRの維持または改善率」は、保健指導の効果を示しており、保健指導の成果を意味する。
- ・ アウトプット指標「保健指導利用者数」は、保健指導対象者のうち、保健指導委託医療機関での指導を希望した人数を意味する。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象抽出など	←→											
	事業実施	←→											
C(効果測定)	効果測定	←→											
	効果確認	←→											
A(改善)	改善計画	←→					←→						
P(計画)	実施計画策定(次年度)					←→							

事業番号:A-⑤ 健康教室事業【継続】

事業の目的	生活習慣病ハイリスク者が多い現状から、高血圧・糖尿病等のハイリスク者に対し、疾病の予防及び重症化予防の観点から各種教室(①高血圧重症化予防教室、②糖尿病予防教室、③糖尿病フォローアップ教室)を開催し、集団指導を行う。
対象者	特定健康診査結果において、特に血圧、血糖値、脂質等の数値に問題がある者(基準値超過者)。
現在までの事業結果	各教室事業を通じ、生活改善を行うことによる疾病予防及び既に罹患している者の重症化予防を実施。医師による講演・指導を行う他、管理栄養士による食生活指導、健康運動指導士による運動指導、高血圧教室では受講者が家庭で塩分測定や血圧測定を行うための器具の貸出等を実施。 また、毎年、各教室のカリキュラム見直しを行うとともに、参加勧奨を行い、参加人数及び参加者の行動変容の増加を図った。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果指標)	健康教室参加後の行動変容率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
アウトプット(実施量・率指標)	教室参加率(勸奨対象者) (①高血圧重症化予防教室)	2.3%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%
	教室参加率(勸奨対象者) (②糖尿病予防教室)	18.6%	19.0%	19.0%	19.5%	19.5%	20.0%	20.0%
	教室参加者数(延べ人数) (③糖尿病フォローアップ教室)	80人	85人	90人	95人	100人	105人	110人

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業(特別交付金)を活用。 ・関係者協議の開催。 ・対象者への通知及び電話勧奨の実施、広報等での周知。 ・保健師による保健指導、管理栄養士による栄養指導、健康運動指導士による運動指導、医師及び歯科衛生士による講義などを実施。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査結果に基づき対象者を抽出し、教室開催通知及び電話勧奨を実施。その他広報等での周知。 ・各教室対象者の把握及び通知は、100%実施(がん疾患治療中、認知機能低下などの理由がある人を把握し、対象より除外)。 ・①高血圧重症化予防教室は12～3月(4回)、②糖尿病予防教室は1～3月(4回)、③糖尿病フォローアップ教室は6～3月(8回)に各教室を実施し、年度末に事業評価を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・保健師、管理栄養士、健康運動指導士、医師の協力連携の下での教室実施を継続(実施回数維持)。 ・新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた食事指導における試食機会の再開。 ・対象者の教室参加率が低迷しているため、個別勧奨と広報周知の強化。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は衛生係とし、職員(保健師・管理栄養士)3名が主担当。 ・町委託健康運動指導士及び医師等、職員(地区担当保健師)との連携。 ・保険年金係は、予算計上、経費支出、事業計画書作成等を担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管は衛生係とし、職員(保健師・管理栄養士)3名の主担当に加え、それぞれに副担当者(保健師)を配置する。
- ・地区担当保健師との連携強化と役割分担の明確化を図り、個別勧奨の実施体制を強化。

評価計画

- ・アウトカム指標「教室参加後の行動変容率」は、①～③の各教室参加者全体(重複参加者を除く)を分母とし、うち、教室参加後に行動変容が確認できた参加者を分子として求める。
- ・行動変容率が高ければ、各教室実施の効果(事業実施意義)があることを意味する。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	事業準備・協議	←→											
	事業実施			←→									
C(効果測定)	効果測定												←→
	効果確認	←→											
A(改善)	改善計画		←→										
P(計画)	実施計画策定(次年度)				←→								

事業番号・B-⑥ 後発医薬品使用促進通知事業【継続】

事業の目的	後発医薬品使用割合の向上。
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者。
現在までの事業結果	和歌山県国保連合会委託にて、後発医薬品への切り替えが可能な被保険者宛に差額通知を送付するかたちで勧奨を実施。数量ベースでの普及率は緩やかな上昇傾向にあり、令和4年度末において79.8%となっているが、金額ベースにおいては50.0%前後で波打つ状況となっており、今後も勧奨継続が必要となる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム (成果指標)	後発医薬品使用割合(数量ベース)	78.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	後発医薬品使用割合(金額ベース)	48.2%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率指標)	差額通知送付割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な取組	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業(特別交付金)を活用し、和歌山県国保連合会への委託により実施。 ・委託業務は、後発医薬品利用差額通知の作成、分析データ提供など。 ・広報、ホームページでの啓発を実施。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会へ差額通知作成条件(年齢、対象外医薬品など)を報告し、作成条件に基づき抽出、作成された差額通知を町より対象者へ発送。 ・対象者は、後発医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定。 ・差額通知は年2回実施。その他、広報啓発及び被保険者証発行時に後発医薬品勧奨付きのクリアケースを配布。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・60歳以上から医療機関受診等が増加すること及び若年層からの意識付けを目的に、差額通知作成条件(年齢)を40歳以上と設定しているが、年齢階層別の普及率を検証し、必要に応じて差額通知作成条件を見直す。 ・紙の保険証廃止(マイナ保険証への移行)に伴う広報啓発方法の再検証及びお薬手帳の推奨強化。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は保険年金係とし、職員1名が主担当。 ・保険年金係は、予算編成、国保連合会との調整、事業実施までの全てを担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は保険年金係とし、職員2名による正副担当制で行う。 ・衛生係(保健師)は、各種保健指導や健康教室等実施の際に、必要に応じて後発医薬品への切り替え啓発を実施する。
--

評価計画

- ・アウトカム指標「後発医薬品使用割合」や勧奨効果は、国保連合会から提供される帳票及びKDB等を活用し、適宜、確認する。
- ・後発医薬品使用割合が高ければ、薬効と安全性を損なうことなく、自己負担及び保険者負担を軽減することができることの意識付けができていることを意味する。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	勧奨準備	←→						←→					
	事業実施			←→						←→			
C(効果測定)	効果測定				←→						←→		
	効果確認					←→						←→	
A(改善)	改善計画		←→										
P(計画)	実施計画策定 (次年度)				←→								

事業番号・B-⑦ 重複・多剤投与者等対策事業【拡充】

事業の目的	医療費適正化と服薬適正化、薬物有害事象の発生防止。
対象者	①2か所以上の医療機関を3か月以上継続して受診、かつ、同一月内で薬効分類上での重複処方認められるレセプトが2枚以上ある者。【重複投与者対策事業】 ②多くの種類の薬剤を長期で服用している者。【多剤投与者対策事業】
現在までの事業結果	①KDB等を活用して対象者を抽出し、保健師による訪問指導を実施。【令和4年度～】 ②KDB等を活用して多くの種類の薬剤を長期で服用している高齢者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした勧奨事業を検討(ポリファーマシー対策)。【新規検討】

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果指標)	重複投与者対策事業対象者の服薬状況の改善割合	0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率指標)	対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な取組	①KDBより抽出した対象者へ保健師訪問のお知らせを発送。対象者の反応により、保健師訪問指導または電話指導等を実施。 ②未実施(新規事業化検討)
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

- ・KDB(重複・多剤処方の状況/介入支援対象者一覧)にてリストを抽出し、他事業における保健指導対象者及び服薬情報から指導対象者として適切でない可能性のある者を除外し、保健師による訪問または電話にて適正服薬等の重要性を指導。
- ・事業後、レセプトデータを確認し、指導効果を検証。
- ・その他、広報等において勧奨とお薬手帳の推奨を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・重複投与者対策事業について、年度内の事業実施回数の増加を検討。
- ・多剤投与者対策事業について、新規事業化を検討。
- ・レセプト等確認での実施前後評価だけでなく、事業実施後の本人等への改善状況確認や医師会等との連携を検討。
- ・その他、お薬手帳の一本化推進、重複受診及び頻回受診対策の検討。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管は衛生係とし、職員(保健師)1名が主担当。
- ・保険年金係は、予算編成、事業計画、対象者抽出、広報啓発を担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管は衛生係とし、職員(保健師)2名による正副担当制で行う。
- ・保険年金係は、国保ヘルスアップ事業(特別交付金)の活用による民間委託を検討(マンパワー不足の補填)。

評価計画

アウトカム指標「重複投与者対策事業対象者の服薬状況の改善割合」は、改善割合が高ければ一定の事業効果が得られたことを意味する。また、KDB等により重複服薬者数や長期多剤服薬者数(6種類以上など)の経年比較を行うことで、事業全体の評価を行うことが可能。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象抽出など						←→						
	事業実施									←→			
C(効果測定)	効果測定	←→											
	効果確認			←→									
A(改善)	改善計画			←→									
P(計画)	実施計画策定 (次年度)					←→							

事業番号:C-⑧ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【継続】

事業の目的	健康寿命を延伸するため、保健事業と介護予防事業の連携を図り、高齢者の健康づくりを推進。
対象者	①KDBより抽出した健診、医療、要介護認定いずれにも該当しない健康状態不明者や民生児童委員が把握している閉じこもりの可能性のある者(地域包括支援センターが把握している者は除く)、及び、BMI18.5未満、6か月で2～3kgの体重減少の低栄養状態の高齢者(施設入所者、入院治療中等の者は除く)。【ハイリスクアプローチ】 ②通いの場(サロン事業等)への参加者、健康に関する不安がある高齢者【ポピュレーションアプローチ】
現在までの事業結果	令和5年度より、①高齢者に対する個別支援【ハイリスクアプローチ】として、健康状態が不明、閉じこもりがちの高齢者の健康状態の把握、必要なサービスへの接続、及び、②通いの場への積極的関与【ポピュレーションアプローチ】として、運動・栄養・口腔等の中から、健康課題に応じた健康教育・相談を開始。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果指標)	健康状態が不明な高齢者数	39人	30人	25人	20人	15人	10人	5人
	低栄養状態の高齢者数	18人	16人	14人	12人	10人	8人	6人
アウトプット(実施量・率指標)	健康教育・相談の実施箇所数	-	20箇所	23箇所	25箇所	27箇所	29箇所	30箇所

目標を達成するための主な取組	①健康状態が不明、閉じこもりがちの高齢者の健康状態の把握、必要なサービスへの接続のため、KDBシステムや民生委員の情報から保健師が対象者宅を訪問し、健診受診勧奨や必要に応じた医療及び介護保険事業を紹介。低栄養状態の高齢者の栄養状態把握及び栄養指導を実施するため、保健師や管理栄養士が訪問を行い支援する。 ②地域サロンや公民館で理学療法士、保健師、歯科衛生士等が健康相談、健康教育、フレイルチェックの実施と高齢者の質問票活用を行い、結果に基づく保健指導を実施。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

①対象者に「保健師訪問のお知らせ」を送付。保健師が対象者宅を1件につき最低1回、月6件程度で全件訪問を実施。訪問時に、後期高齢者質問票を活用して健康状態、食習慣、運動習慣、日常生活活動、認知機能、社会参加、ソーシャルサポートについてアセスメントを行い、必要に応じて医療または健康診査、地域包括支援センター、地区担当保健師、介護予防教室等につなげる。 ②希望する地域サロンに対し、1サロンにつき年間3回、健康教育(フレイル予防など)や保健指導を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場への積極的関与(ポピュレーションアプローチ)の実施サロン等数の拡大。 ・健康教室(フレイル予防等)の内容充実。 ・生涯学習課及び花園地域振興課と連携し、保健師等による健康相談の場を新設。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は衛生係とし、職員(保健師)1名が主担当として企画・調整等を担当。KDB等を活用した対象者の抽出や健康課題の把握、健康推進課内及び関係団体等との連絡調整、事業全体の企画・調整・分析・評価を実施。地区担当保健師は、高齢者への個別訪問等の支援とサロン等での健康教育、健康相談を担当。 ・保険年金係は、予算編成、事業計画、後期高齢者医療広域連合との調整等を担当。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管は衛生係とし、職員(保健師)2名による正副担当制で行う。 ・国民健康保険、後期高齢者医療、介護予保健、衛生、健康づくり等の庁内各担当課及び関係団体との連携強化。
--

評価計画

アウトカム指標「健康状態が不明な高齢者数」は、前年比等で減少すれば事業成果があったことを意味する。
 健康教育・相談の実施箇所数や実施回数、参加率が高くなれば、参加する高齢者にとって通いの場が自らの居場所となり、また、社会参加への意欲が高まることで閉じこもり防止にも寄与していることを意味する。

【基本実施スケジュール】

PDCA	実施項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
D(実行)	対象抽出など	←→											
	事業実施	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→
C(効果測定)	効果測定	←→	←→	←→									←→
	効果確認	←→	←→	←→									←→
A(改善)	改善計画		←→	←→	←→								
P(計画)	実施計画策定 (次年度)				←→	←→	←→	←→					

第7章 その他

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

(3) 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健康診査受診率、特定保健指導対象者割合、特定保健指導実施率などについて、客観的に評価を行います。

計画の見直しについては、目標の達成状況を基に、必要に応じて行います。

2. 計画の公表・周知

本計画は、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に健康推進課として参画。

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施。

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。