

資料2

令和7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

個別保健事業名 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

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. 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（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7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Ⅱ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/プログラム利用数）	【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	R7年度実施分（R8.1月時点） 【プログラムⅠ】 ①未受診 B 57.1% (4/7) R6 50% (2/4) ②治療中断 B 50% (4/8) R6 25% (2/8) 【プログラムⅡ】 ①D 30% (3/10) R6 40% (6/15) ②E 実績なし R6 実績なし ③C 66.7% (2/3) R6 66.7% (4/6)	【未受診・治療中断】 令和6年度より上昇している。内服への抵抗感や経済的困窮の背景を考慮した受診勧奨を行う。 【治療中ハイリスク】 介入したが、本人不同意により、利用開始者は減少した。開始すると、効果はあると考えられる。本人に同意してもらおう、『危機的状況である』と共通認識を促す。透析予防事業は、県と一緒に医療機関に事業協力依頼に行く。	
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（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）	対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会	1. 【プログラムⅠ】 ①未受診 D 87.5% (7/8) R6 100% (4/4) ②治療中断 A 100% (8/8) R6 100% (8/8) 2. 【プログラムⅡ】 ①A 100% (10/10) R6 100% (15/15) ②E 実績なし	【未受診・治療中断】 訪問時不在で、置手紙したが反応がないため、保健指導実施率は、100%に届かず。 治療中ハイリスクも含め、介入により、本人や医療機関に意識づけとなるので、次年度も継続する。	
プロセス	1. 対象者の選定 2. 対応時期 3. 対応方法 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間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	①②④ A ③ 【未受診者】 A 100% (7/7) R6 50% (2/4) 【治療中断】 D 62.5% (5/8) R6 100% (8/8) 【治療中ハイリスク者】 A 100% (10/10) R6 93.3% (14/15)	国保連からリスト提供後、1週間以内には対象者選定している。 困難事例該当なしだったが、接触できない方への対応方法に苦慮している。 次年度も、継続する。
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	①②③ A	適宜、医療機関や他部署と連絡をとった。 次年度も、補助金を活用し、一部を委託予定。

○令和7年度の実施状況

【未受診者・治療中断】
・特定健診受診率が向上したことにより、対象者も増加している（12名⇒16名）。保健福祉センターの介入状況を踏まえ、事前に通知を行うのか、直接保健指導を実施するのか振り分けた。例年と同様に、未受診理由は、一旦内服を開始したら、中止できないとの思いが多く、次は経済面によるものだった。未受診による将来的な重症化のリスク及び経済的破綻の可能性を伝え、節約方法として特定健診の利用やフィル処方箋の情報提供を行った。対象者からは、『こんなに自分のことを心配してくれたなら、受診せないかぬ』と好意的に前向きな発言もあった。アウトカム指標である介入による受診率は目標達成には至らなかったが、令和6年度より向上している。
【治療中ハイリスク者】
・委託と直営の併用で実施。国保連から毎月配信される名簿を基に、優先順位をつけ、対象者を選定した。事前に利用勧奨の可否を主治医に照会し（7名分送付し、全員返信あり。その後、訪問により本人に利用同意をとった。アウトカム指標である利用割合は、目標達成できていないが、理由として対象者から『めんどくさい。自分で頑張っている』との声や圧倒的である。それでも腎機能の維持と将来の合併症予防のために資料を提示しながら伝え、3名が同意してくれた。また、主治医からの最終的な許可である連絡票④の返信割合は、100%（3/3）であり、医療機関にもやっと浸透してきたと手ごたえを感じている。国保連から他市町村よりも利用者は多いと聞いている。利用後に2名が検査数値（体重、BMIまたはHbA1c）が改善しており、効果があったと考えている。
・腎症透析予防強化事業は、医療機関からの相談があり、高知県とともに説明に赴いたが、対象者が会社の健康保険だったため、実績は0件となった。

○今後の対策

・未受診者・治療中断者は、循環器予防重症化予防プログラム（*）対象者、3疾病発症ハイリスク者と重複している場合が多いので、保健指導を確実に実施する。タイミングを逃さないよう受診の重要性を伝え、受診行動の阻害要因を対象者と一緒に共有し、それに沿った支援を行う。
・治療中ハイリスク者は、直営のマンパワー不足及び民間業者の手技を活用したいので、次年度も、一部を外部委託する予定である。引き続き、効率化を図るため、主治医への利用勧奨可否照会を行う。保健指導Ⅱ、Ⅲレベルの方がプログラム利用に至らなかった場合でも、主治医に気にかけてもらうよう依頼する。利用開始者へは、中間時点において、検査データが悪化したリ、行動計画を不履行だった場合は、直営の専門職が本人への状況確認を行い、適宜、業者や主治医と連携し、改善へ向けて取り組む。
・腎症透析予防強化事業は、高知県と一緒に医療機関に事業協力依頼に赴く（目標1件）。

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
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）

R7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

評価の種別	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（法定報告値） 4.6% 2. 受診勧奨資材（SMS・ハガキ等）により受診に繋がった割合 3.5% 3. 特定健康診査情報提供の割合 4.0% （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: B 速報値 24.62% (1,407/5,715) (R6の同時期、24.15%) 2: D 13.5% (399/2,958) (R6の同時期 17.4%) 3: E R7途中 依頼通知者121人 勧奨済 60人 (R5 22.7%、R6 23.4%)	1: 前年と比較し、受診率は向上している。民間業者による勧奨資材と直営での取組みの併用によりやっとな結果が出始めている。（表1・表2） 2: 資材による勧奨開始時期がR6年度と比較し、2か月遅かったため、中間時点において、受診に繋がった割合が低いと考えられる。月例報告値は上昇しているため、次年度も同時期開始とする。また、集団健診の集客のため、資材にがん検診の日程も盛り込む。 3: 直営により、情報提供事業（みなし健診）の追いの勧奨を実施しており、返信率アップとなっている。市民から内容が分かりにくいとの訴えがあったので、資材や広報の内容の工夫を行う。
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)40歳到達者へのアプローチ（対応件数/R7年度に40歳到達全数） 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)40歳到達者への勧奨率 90% 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 26回 2: (1) A 11,962件 (R6 11,486件) (2) D 0件 (3) B 67.1% (47/70) 3: A 1回 4: B 18件 (R6 6件)	1: 目標達成できた。保健福祉センターでの総合健診は、春・秋に定員超過してしまうため、次年度は、夏を減らし、冬に追加する。年間の回数は増加させる。 2: (1)引き続き、民間のノウハウを用いて勧奨通知等を行う。お勤めの医療機関を記載したハガキが効果的であるので、通知の回数を増やす。 (2)効果率を考慮し、健康状態不明者へ訪問実施なし。代わりに集団健診前に該当地区へ電話や訪問勧奨を実施（表3）。更に、健康づくり推進員がチラシでの勧奨を行った。健診予約へ繋がる件数が増加。次年度も、集団健診前にアプローチする。 (3)訪問しても不在が多い。いざ対応すると、概ね好感度だった。健診を習慣づけるため、重要な年齢なので、継続。 3: 土佐長岡郡医師会へ医療機関毎の受診率ランキング表を用いて協力依頼した。また、医療機関から表の催促もあった。医療機関からの勧奨により、市民から『通院しゆうき受診せん』との反応が減少した印象です。次年度も継続予定。 4: 電話・訪問勧奨時に、同時に説明したことや広報やホームページにも掲載したことで、提供件数が増加した。次年度は、R7年度の提出者には、個別に連絡し、確実な提供に繋げる。
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, 2及び4 次年度も継続、国保係窓口での集団健診申し込み受付も継続 3: 体制を早期に整えたので、マイナ保険証での資格確認も問題なくできた。次年度は、集団健診予約をネットもしくは電話で可能とする。会場内での移動をスムーズかつ時間短縮のためDX化を行う。
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。 3: 例年健康まつりで人気の『骨密度測定器』を購入予定。インセンティブとして、集団健診会場に設置する。補助金を活用し、委託料を確保する。

令和7年度の実施状況

法定報告値（R7年度分はR8.1月時点の情報） 【表1】

	R4	R5	R6	R7 (速報値)
対象者数(人)	6,699	6,344	5,951	5,715
受診者数(人)	2,533	2,334	2,393	1,407
受診率(%)	37.8	36.8	40.2	24.6

委託による勧奨資材の送付 【表2】

勧奨日	7/25	8/12	9/8	10/6	11/4	1/13	2/2	2/2	合計
勧奨方法	ハガキ	SMS	SMS	ハガキ	SMS	ハガキ	SMS	ハガキ	
件数	3,127	715	712	2,761	750	752	898	2,247	11,962

【ハガキ】
健診情報・レセプト等から10つのセグメントに分類し、各々の特性に応じた内容とした。
初回及び最終回において、通院中の者に対しては、『お勤めの医療機関』を記載し、受診行動に移行しやすい工夫をした。
【SMS】
セグメントに応じた簡潔なメッセージ内容とし、南国市ホームページに遷移するためのURLを明示した。

集団健診前に電話または訪問で勧奨した人（新40歳含む） 【表3】

	勧奨月	アプローチした人	勧奨済	不在等
岡豊	5月	73	40	33
十市	5月	94	48	46
中央市民館	5月	161	96	65
大篠	7月、8月	147	85	62
日章	8月	15	7	8
SUNSUN長岡	9月	91	60	31
前浜	11月	66	29	37
稲生	10月	30	15	15
久礼田	10月	17	13	4
合計		694	393	301

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
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7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	個別保健事業名		今後の対策
							特定保健指導利用勸奨	特定保健指導利用勸奨	
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	① D 速報値 20.0%(12/60) R6: 38.8%(33/85) ② D 速報値 40.8%(100/245) R6: 49.6%(139/280) ③ A 速報値 100%(41/41) R6: 93.9%(108/115)	・数値を維持できるよう取組みを継続	
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	① A 速報値 98.4%(245/249) R6: 94.3%(280/297) ② D 速報値 56.7%(34/60) R6: 89.4%(76/85)	・優先順位をつけながら勸奨していく	
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 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	①② A スムーズに対応可 ③ B 速報値 85.1%(212/249) R6: 87.9%(261/297)	①② 今後も継続 ③ 直接本人へ対応することも重要だが、家族が心配して利用を促してくれる場合もあり、状況に応じて対応していく	
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	① A 分割実施利用率 R7: 55.8%(63/113) R6: 76.1%(70/92) ② A Zoom面談の利用はないが、電子申請でのアンケート返信は増加	① 会場や対象者の絞り込みなどを行い、分割実施を効果的に ② 人材確保や人材育成の必要あり	

【R7年度の実施状況】

・R6年度から領石蛸が丘クリニックと連携し、クリニックで特定健診を受診した人を対象に、利用勸奨および特定保健指導の実施を委託している。自宅に近いクリニックで面談できることや顔見知りのスタッフがいることなど、利便性や親近感もあり利用につながっている。(表3)

・壮年期男性のメタボ該当者が年々増加しているが、仕事や子育て等で忙しく、健康への関心が後回しになってしまいがち。また、**多量飲酒や喫煙者の割合も多く、生活習慣病の重症化リスクが高い**。健診会場で分割実施の利用を促したり、可能な限り希望の日時で面談を調整するなど、利用につながるよう取り組んでいる。(表4)

・利用に繋がらない理由で「忙しい・自分で取組む」との返答は例年通りだが、「**以前参加したけど効果がなかった**」との理由も増えている。実際は行動に移すのが難しく、一度、特定保健指導を利用してもメタボが改善する人は少ないのが現状。**すぐに効果がみえにくく、取組みを継続する意欲が下がってしまい、次年度の利用には繋がりにくく**と考えられる。(表5)

・支援の一つとして栄養教室を開催しているが、市民の声も反映し座学から調理実習形式に変更。参加者から、普段の食事と比べて食べ過ぎていた、濃い味付けになっていたなどの感想が多く、**食事を見直すきっかけ**になっていた。「平日の午前中は仕事で行けない」との意見もあったため、より利用しやすいよう開催日程を再検討する。

【今後の対策】

・R8年度から**健診のデジタル化**により、健診実施体制がこれまでと大きく変化するため、健診会場の分割実施は**会場や年齢などで対象者を絞り込み**、より効果的、効率的に取り組んでいく。

・特保の利用者同士で代謝アップ体操に参加できるよう勸奨し、参加のハードルを下げたり仲間作りを促すなど、**健康意識やモチベーション向上になる機会を提供**していく。

・無関心層には通知で勸奨し、**初めて対象者になった方や飲酒、喫煙リスクがある方を優先的に勸奨**するなど、メリハリをつけながら事業を展開していく。

・年齢を重ねるほど生活習慣を改善するのが難しくなるため、**20~30歳代の若い時から健康づくり**を意識してもらえよう、乳幼児健診に来ている保護者にパンフレットを渡すなど、ポピュレーションアプローチにも取り組んでいく。

表1) 特定保健指導実施率(法定報告)

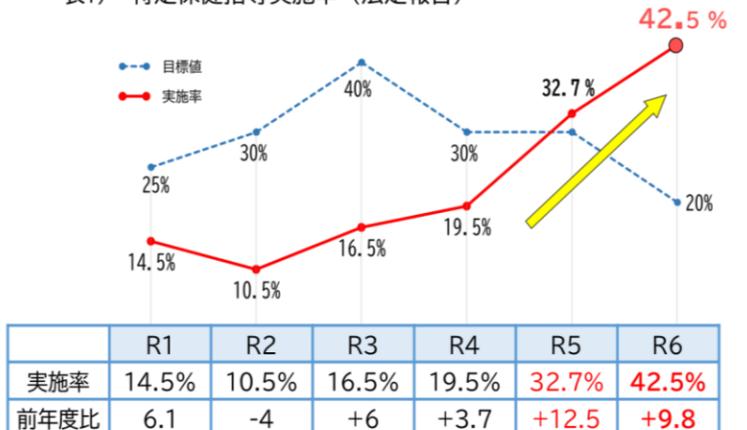


表2) R7年度 特定保健指導実績 (R8.1.15 時点)

特定保健指導対象者	249人
(初めて特定保健指導対象者)	60人
特定保健指導勸奨実施者	245人
(本人に直接勸奨)	212人
特定保健指導利用者	100人
(初めて利用者)	30人
(初めて終了者)	12人

特定保健指導利用勸奨事業（裏）

表3) 領石蛭が丘クリニック
R6年度 特定保健指導実績

特定保健指導対象者	21人
特定保健指導勸奨実施者	21人
（本人に直接勸奨）	17人
特定保健指導終了者	9人
特定保健指導実施率	42.9% (9/21)

表4) 厚生労働省様式（5-3）
メタボリックシンドローム該当者・予備軍 ※一部抜粋

【男性】	R3	R4	R5	R6
健診受診者数(人)	1,133	1,142	1,055	1,018
メタボ予備群の割合	16.3%	19.0%	17.4%	18.4%
メタボ該当者の割合	38.8%	38.2%	39.9%	40.0%
【女性】	R3	R4	R5	R6
健診受診者数(人)	1,424	1,389	1,280	1,209
メタボ予備群の割合	8.4%	7.4%	7.5%	7.8%
メタボ該当者の割合	14.7%	14.8%	15.1%	16.4%

表5) 特定保健指導終了者のうち体重1kg以上減少者の割合

	年度	終了者	体重1kg以上減少者	減少幅
積極的支援者	R5	26人	10人 (38.5%)	-5.2 ~ -1.2 kg
	R6	27人	17人 (63.0%)	-6.7 ~ -1.3 kg
動機づけ支援者	R5	88人	29人 (33.0%)	-6.4 ~ -1.0 kg
	R6	101人	38人 (37.6%)	-5.6 ~ -1.0 kg

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、受診勧奨をする (2) 今までの対応歴から、状況に応じてパンフレット等を郵送し正しい情報を発信する (3) 受診予定の医療機関を確認し、必要時は医療機関の情報提供を行う (4) 精密検査依頼書を郵送または手渡す (5) 生活習慣を一緒に振り返り、改善に向けて支援する 3. 受診結果の確認 (1) 精密検査結果、レセプト確認、対象者への聞き取り (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				

R7年度

保健事業 評価計画

評価の種類	評価項目	評価指標	目標	個別保健事業名 生活習慣病重症化予防					今後の対策
				評価手段	評価時期	評価体制	評価結果		
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	① D 速報値 34.9%(45/129) R6: 57.5%(88/153) ② E (1)速報値 39.6% (473/1,194) R6: 47.3%(1,133/2,397) (2)速報値 44.2% (528/1,194) R6: 45.8%(1,097/2,397)	受診の必要性や今後のリスクを本人が理解できるように説明し、医療機関への受診を再勧奨する	
アウトプット	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	① B 速報値 97.7%(126/129) R6: 96.1%(147/153) ② A 速報値 100.0%(5/5) R6: 100.0%(27/27)	経年での数値の変化や、受診状況等も確認しながら対応する	
プロセス	1. 対象者の選定 2. 対応時期 3. 対応方法 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よう意識することができる 4. 対応困難事例について、必要時係内で検討できる	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	①②④ A (①問題なし、②概ねできた、④その都度実施できた) ③ A 【要医療者】 速報値 77.8%(98/126) R6: 95.2%(140/147) 【重症化リスクの大きい者】 速報値 100.0%(5/5) R6: 96.3%(26/27)	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状況 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. レセプトや対象者への聞き取りで受診状況を確認する 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. レセプト確認 2~3. 従事者への聞き取り 4. 精密検査結果の返信確認	年度末	国保運営協議会および評価委員会	①②③ A 実施できた ④ A 精密検査依頼書を通じてケースの情報共有を行い、支援の方向性について検討した	次年度も継続	

R7年度 生活習慣病重症化予防の対象者数および対応状況(R8.1.6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	129	126	97.7
重症化リスクが大きい者	5	5	100.0

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	70	17	5	13	21	126
重症化リストが大きい者	5	0	0	0	0	5

【R7年度の実施状況】

・電話や家庭訪問等で、本人や家族に保健指導を行った。中には、**健診結果自体を確認していない対象者**や、**昨年も要医療判定であったが、その後医療機関を受診しないまま現在に至っている対象者**もいた。健診を受けたことに満足して結果を確認しなかったり、結果は確認したものの、「忙しい」「まずは自分なりに生活習慣の改善に取り組む」「昔からずっと数値が悪いが、自覚症状がないので大丈夫」「薬を飲みたくない」と返答する方が多い。現在の検査結果や身体の状態、医療機関受診の重要性について伝えるが、対象者の顔を見ないで電話のみの対応だとどこまで相手に理解してもらえているか不明なところがあり、対応の難しさがあった。一方で**健診を受けたことが意識づけになり、医師や保健師に相談しながら生活習慣の改善に取り組めてよかったとの声も聞かれた。**

・重症化リスクの大きい対象者は、要医療の対象者と重なっている方が多く、先に要医療として対応しているため、対象人数が少ない現状がある。要医療の対象者との線引きが難しいこともあり、**重症化リスク内容の見直しを図っていく必要がある**と思われる。

・**要医療者は、特定保健指導の対象になっている方も多いため**、本人への対応方法について特定保健指導の保健師と相談しながら実施した。医療機関への受診意向がなければ特定保健指導の参加勧奨をしたり、少しでも生活習慣改善に取り組めるよう支援している。

【今後の対策】

・健診を受診することは大切だが、それに加えて**健診結果の確認をすることで自分の身体のことを知り、今後どう取り組んでいくか**という健診後の重要性についての周知が不十分であると思われる。健診受診の際に結果確認を行うよう、チラシを用いながら声掛けしていく。

・R8年度より、「重症化リスクの大きい者」の対象者の見直しを行い、「**要医療者**」の中でも**次の条件①～③のいずれかに該当する者を重症化リスクの大きい者として定義し、アプローチ**を行っていく。
※条件 ①治療中断者、②喫煙者、③飲酒の頻度に関係なく、多量飲酒(3合以上)している者。→参照:R8年度 実施計画

・要医療者や重症化リスクが大きい者に対して、本人の性格特性を踏まえた上で、保健師からの電話や訪問等のアプローチより先に、パンフレットや医療機関の受診勧奨文書を送付するなど、**本人にとって効果的と思われる支援方法**を取る、電話や訪問を継続して**関係性を築く**など根気強く対応する。

・医療機関への受診率が想定より低い。①重症化したり血液データ悪化のリスクが高い人、②昨年に比べ、急激にデータが悪化した人に対しては、**精密検査依頼書の発行頻度を増やし**、本人の現在の状況について意識づけを行い、医療機関受診勧奨を積極的に行う。

・高知県循環器病重症化予防プログラムおよび3疾病発症ハイリスク者への介入について取り組み、適切な医療につなげる。

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
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つ以上該当し、主治医がいない者 ※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に正しい知識の普及を図る	1. 広報 (1) 集団健診実施場所にチラシを掲示 (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参加勧奨 (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. 説明会 (1) 外部講師を招き、生活習慣病に関するイベント講座を実施 (2) 代謝アップ体操等の人が集まる場所に向き、出張健診結果説明を実施 3. 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 4. 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 3. 有所見者への実施率

令和7年度

保健事業 評価計画

評価の仕組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	個別保健事業名		今後の対策
							健診結果説明	健診結果説明	
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 7% 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	① A 速報値 7.4%(112/1,508) R6: 6.2%(132/2,129) ② A 速報値 100%(32/32) R6: 100%(11/11)	次年度も各種イベントや個別相談を行い、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	D 速報値 88.2%(60/68) R6: 92.1%(116/126)	次年度も継続して実施する	
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	①②④ A (①問題なし ②来所や電話相談、各種イベント等にて対応 ④事務マニュアル化、チーム内での共有により滞りなく実施) ③ A 速報値 98.2%(110/112) R6: 97%(128/132) 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	①② A 問題なし	目標達成 次年度も継続	

対応実施者の方法別集計(人)

架電	ミニ講座	出張説明会	本人からの相談
60	32	7	13

有所見者の内訳(人)

血圧	脂質	血糖	人数
●	●	●	2
●	●		2
●		●	8
	●	●	56
合計			68

【R7年度の実施状況】

・今年度から従来の健診結果説明会を廃止。昨年度から実施している健診結果の有所見者への架電を継続して行った。また、**新たな取り組みとして、健康に関するミニ講座と代謝アップ体操会場に向いての結果説明を実施した。**その他関連する取組として、健康イベント(さくら祭り、七夕祭り、きらりフェア)での健康相談を実施し、健診受診勧奨や個別相談を行った。また、中央東福祉保健所が実施する事業所訪問に同行し、市保健師から健診結果説明や健康相談ができることを伝えた。

・有所見者への架電は、「血圧・脂質・血糖」のうち、2つ以上の項目で該当した方に実施。「**脂質・血糖**」有所見で対象となる方が圧倒的に多い。架電対象者は有所見の自覚がない人が多く、その要因として、「脂質・血糖」は血圧よりも基準値が浸透していないことや、長年軽度異常値の方が多くいること等が考えられる。

・健康に関するミニ講座は、高知赤十字病院の実施する専門職派遣事業を活用。看護師と医師を招き、**①糖尿病(8月)と②脳卒中(12月)に関する講座**を行った。当日は自身の健診結果を持ってきてもらい、講座の前に健診結果説明を集団で実施し、健診結果の見方等を伝えた。事後アンケートの「講座を聞いて生活習慣を改善してみようと思ったか?」という問いに「はい」と答えた人は、**全体で96.3%(国保者では100%)**となっており、健康づくりのよい意識付けになったと思われる。

・代謝アップ体操会場での出張結果説明について、これまでに2回実施。事前に健診会場や広報等で周知を行った。国保者の参加実績は7名と少ないが、**健診未受診者や社保のメタボ該当者等、普段アプローチがづらい層に働きかけることができた。**

【今後の対策】

・ミニ講座について、広報誌を見て自発的に申し込まれた方は3名程度と少なく、参加勧奨に時間を要した。来年度は**健康文化都市づくり推進員向けの研修会も兼ねて開催**することで、勧奨にかかる時間の短縮を図る。併せて、**講座で得た知識を委員から地区へ伝達**してもらおうよう依頼することで、幅広い層への普及啓発を図る。

・代謝アップ体操会場での健診結果説明について、事前の周知不足や、当日何をするコーナーなのかかわかりづらかったこともあり、**参加者の十分な確保ができなかった。**来年度は広報や健診会場での周知に加え、特定保健指導対象者にも声をかけることで、参加者を確保していく。また、のぼりの設置や粗品の配布等、来場者が興味を持てるよう工夫していく。

歯科健診・歯科施設検診

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 (2) イベントや地域の公民館で歯の健康教育・健康相談を実施 ・歯科保健指導を行う ・チラシを用いて受診勧奨を行う	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 (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)

R7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 50% 2. この1年間に歯石をとったことがある人の割合 50% 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	D ①44.4% (52/117) ②47.0% (55/117) ③61.5% (72/117)	①～③全ての項目において、昨年度より割合が減少した 歯科健診や普及啓発の機会を活用し、継続的な情報提供を行う 次年度も実施予定
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	D 1.78% (117/6,581)	昨年度より受診率が減少した 引き続き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7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	97	53	150	133	283
うち国保被保険者	31	19	50	70	120
〃うち40歳以上	30	17	47	70	117

令和7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	14	6	32	52	44.4%
②この1年間に歯石をとったことがある人	16	3	36	55	47.0%
③歯ブラシ以外に補助清掃用具を使っている人	17	12	43	72	61.5%

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

○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20日(火)、7月5日(土)、8月24日(日)、10月25日(土)、11月7日(金)、12月3日(水)

○オーラルフレイル対策事業(一体的実施)

地区公民館(稲生、前浜、日章)で高齢者教室を実施し、オーラルフレイルについて講話をした。

実施日 7月8日(火)、7月16日(水)、7月18日(金)

地区公民館(久礼田)でフレイルサポーターと一緒にオーラルフレイル予防講座を実施した。

実施日 9月8日(月)、10月2日(木)、10月20日(月)

○ポピュレーションアプローチ(一体的実施)

いきいきサークルを訪問し、健診(特定健診、がん検診、歯科健診)の受診勧奨を行った。

実施日 10月3日(金)、10月22日(水)、11月4日(火)、11月10日(月)、11月25日(火)、11月26日(水)、12月8日(月)

サニーアクシスで、歯の健康相談を実施した。

実施日 9月30日(火)

○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15日(土)

○令和7年度について

前年度と比較して総合健診の歯科健診受診者数は横ばいであったが、6月と11月の無料歯科健診については、全受診者・国保被保険者ともに減少していた。

アウトカム評価指標については、前年度と比較して低下傾向が見られ、①②③のいずれも目標値に達しなかった。

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、広報への記事掲載などの広報活動を実施したものの、目標値の3%には届かなかった。

○今後の対策

本年度は目標値に達しなかったものの、国保被保険者は生活背景や就労状況が多様であり、歯科健診の受診やセルフケア行動の定着には時間を要すると考えられる。

このため、単年度における数値の増減のみで成果を判断するのではなく、中長期的な推移を踏まえた評価を行っていく必要がある。

今後も、他事業との連携や継続的な情報提供を通じて行動変容を促していく。

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
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7年度

保健事業 評価計画

評価の枠組	評価項目	評価指標	目標	個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進				
				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） 81%	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	A 86.16%	目標達成。令和6年10月から始まった選定療養の効果が大い。事業継続。
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		
2025年4月	2024年12月	8,483	11,037	本人薬剤費削減額 100円以上	137	1.6%	1.2%	223	2,004	4,409
2025年5月	2025年1月	8,445	10,627	本人薬剤費削減額 100円以上	153	1.8%	1.4%	222	1,969	4,104
2025年6月	2025年2月	8,366	9,865	本人薬剤費削減額 100円以上	127	1.5%	1.3%	192	1,867	3,816
2025年7月	2025年3月	8,378	10,533	本人薬剤費削減額 100円以上	175	2.1%	1.7%	227	2,012	4,408
2025年8月	2025年4月	8,498	10,686	本人薬剤費削減額 100円以上	132	1.6%	1.2%	193	1,858	3,559
2025年9月	2025年5月	8,361	10,174	本人薬剤費削減額 100円以上	101	1.2%	1.0%	165	1,812	3,185
2025年10月	2025年6月	8,341	10,426	本人薬剤費削減額 100円以上	139	1.7%	1.3%	203	1,824	3,548
2025年11月	2025年7月	8,305	10,397	本人薬剤費削減額 100円以上	107	1.3%	1.0%	147	1,774	3,103
2025年12月	2025年8月	8,253	9,878	本人薬剤費削減額 100円以上	113	1.4%	1.1%	156	1,704	3,265
2026年1月	2025年9月	8,199	9,950	本人薬剤費削減額 100円以上	97	1.2%	1.0%	151	1,743	3,174
R7.4.1~R8.1発送 合計:1,281枚										

○令和7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150通送付した。R8. 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R8. 1月現在（R7. 9月診療分）で86. 16%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。
令和6年10月から始まった長期収載品の選定療養の効果により、同月からジェネリックへの切り替えが急上昇している（令和6年9月診療：79. 82%→令和6年10月診療：84. 60%）。現在、選定療養は価格差1/4を患者に負担してもらっているが、これを1/2以上とする制度改正が令和8年度に予定されている。更なるジェネリック医薬品の普及に繋がる可能性がある。
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。

薬剤の適正使用推進事業

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効数が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効数が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

R7年度

保健事業 評価計画

評価の特長	評価項目	評価指標	目標	個別保健事業名		評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
				薬剤の適正使用推進事業					
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)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)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	薬剤の適正使用推進事業	翌年8月	国保運営協議会および評価委員会	1: D (R5 73人⇒ R6 76人) 2: A (R5 15人⇒ R6 13人) R7年分は、翌年8月に評価	数値的には、悪化しているが、長期の重複処方者数は、各段に減少した。高知県へ『効果的な取組み』の指南の依頼を再度行う。市外の医師会支部に、事業の説明及び依頼に赴く。
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 90% 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% (7/7) (R6 100%) 2: E 対象者いないため、判定不能 (R6 50%)	重複は、目標達成できた。多剤は、1病院での多剤なため、対象除外とし、結果対象者なしとなった。引き続き、本人や医療機関等に対応していく。
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(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 100% (7/7) R6 75% 4: A (課内、他機関と共有できた)	1. 2. 3: 目標達成できた。 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)	引き続き補助金確保を行い、委託業者と併用し、実施。担当者が抱え込まないように、課全体で対応する。

令和7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)	柔道整復患者調査
対象者数(人)	7	0	3	22
保健指導実施者数(人)	7	0	2	返信数 16
対応率	100%		66.7%	72.7%

令和7年度の実施状況

・令和6年度と同様に、事業の一部を外委託。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。

【重複受診】

・高知県(国保課経由で薬務衛生課)に『医療機関への通知基準の作成』を依頼した。高知県の回答は、県が基準を定めるのは難しい。例えば高知市も基準を定めず、ケースバイケースで対応しているとのことだった。それを受け、『重複・多剤処方への取組みは、国からの補助金の加点が高いため、県として、他県も調査し、市町村に対し効果の出る取組みを指南して欲しい』と、再度依頼した。
・市長名による医療機関への通知の効果により、長期対象者は、以前よりも各段に減少した。しかし、眠剤の重複受診は、依存症が根底にあるので、転院を繰り返して、その都度、通知を行ってもイタチごっこである。また、今年度も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、その都度、課長と国保係全体で対応した。
・医療機関への通知後には、ほとんどの医療機関が協力的であるが、稀に『内科では、患者への重複受診の改善を促すような込み入った話まではできない』と、主治医から患者への指導を断られることもあった(市外)。
・改善が困難な対象者には、保険給付制限もあり得るとの事前通告を行い、市として毅然とした対応をとった。
・高知県薬剤師会から、先駆的に取り組んでいると評価を受けた。

【多受診・柔道整復施術】薬剤ではないが、医療費適正化のために南国市は、行うべき取組みとしています。

・柔道整復について、匿名で情報提供があり、患者調査を22件実施、返信は16件であった。その結果、不正請求の可能性が高く、高知県に報告した。処遇は、高知県と四国厚生支局が決定する。他に広報、チラシにより適正受診の啓発を行った。

今後の対策

・委託業者と直営の2本柱で実施予定。特に向精神薬の重複服薬は、患者の健康を阻害し、他者にも危害が広がる可能性が高いため、確実に減少させていく必要がある。患者から脅迫を受けたり、医療機関と連携したりし、担当者が疲弊してしまわないように、また、担当者が抱え込まないように、引き続き課長と国保係全体で対応していく。
・今年度のように、稀ではあるが主治医から患者への指導を拒否されると、本事業が前進しないので、南国市外の医師会支部に協力依頼に赴く。
・重複服薬者について、市長名での医療機関への通知は、随時行う。
・重複服薬者への対応は、全市町村が困っているため、共同保険者である高知県に対し、効果のある取組みの指南を再度依頼する。
・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する。また、外部から情報提供があった場合は、迅速に対応し、必要時、県及び厚生支局に報告を行う。適正受診のため普及啓発を継続していく。