

令和7年度第1回データヘルス計画評価策定委員会

令和8年2月19日開催

資料3

令和8年度 個別保健事業 実施計画・評価計画（案）

令和7年度から変更した個所は朱書きとした



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	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 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） 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	<ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> 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 かかりつけ医に利用勧奨が可か否かの照会を行う 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。 利用者が連絡票⑦に同意後、かかりつけ医から連絡票⑧返信を受け、事業を開始 <ol style="list-style-type: none"> 医療機関が選定した対象者の情報提供を得る 介入開始（1クール6か月） <p>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</p>				【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

保健事業 評価計画

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	<p>【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</p> <p>【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</p>	<p>【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)</p> <p>【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/プログラム利用数)</p>	<p>【プログラムⅠ】 1. 未受診者の医療機関受診率 67% 2. 治療中断者の医療機関受診率 60%</p> <p>【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 80% 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 75%</p>	<p>【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</p> <p>【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</p>	<p>【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</p> <p>【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</p>	国保運営協議会および評価委員会		
アウトプット	どれくらいの対象者に対応したか	<p>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)</p> <p>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)</p>	<p>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%</p> <p>2. プログラムⅡ参加勧奨、保健指導実施率 (1) 90% (2) 100%</p>	対応記録	年度末	国保運営協議会および評価委員会		
プロセス	<p>1. 対象者の選定</p> <p>2. 対応時期</p> <p>3. 対応方法</p> <p>4. 支援内容</p>	<p>1. 対象者の抽出、選定基準</p> <p>2. 対応時期</p> <p>3. 本人への対応率</p> <p>4. 対応困難事例の有無</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4. 対応困難事例について必要時関係者間で検討できる</p>	<p>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</p> <p>2. 従事者への聞き取り</p> <p>3. 従事者への確認</p> <p>4. 従事者への聞き取り</p>	年度末	国保運営協議会および評価委員会		
ストラクチャー	<p>1. 実施体制</p> <p>2. 予算の確保</p> <p>3. 連携体制</p>	<p>1. 従事者数、各従事者ごとの対応人数</p> <p>2. 委託料の予算 必要物品の購入</p> <p>3. 他部署、医療機関との連携</p>	<p>1. 対象者の状況に応じて無理なく従事者が対応できる</p> <p>2. 委託料の予算が確保できる 必要物品を購入できる</p> <p>3. 必要時、他部署や医療機関と連絡をとることができる</p>	<p>1. 従事者への聞き取り</p> <p>2. 従事者への聞き取り 予算書</p> <p>3. 従事者への聞き取り</p>	年度末	国保運営協議会および評価委員会		

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
特定保健指導利用勧奨	対象者が 現在の健康状態を正しく理解 し、生活習慣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	<p>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</p> <p>1. 健診結果から自分の健康に関心を持ち、将来の疾病リスクを知ることができる</p> <p>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</p> <p>2. 生活習慣改善の必要性を理解し、特定保健指導を利用することができる</p> <p>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</p> <p>3. 自分で目標や行動計画を決定し、生活習慣改善に取り組むことができる</p> <p>4.継続して特定健診を受けることができる</p>	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 発症 や重症化を予防する	<p>1. 対象者の台帳作成</p> <p>2. 特定保健指導の利用勧奨 (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勧奨する (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、勧奨する</p> <p>3. 特定保健指導の実施体制の確保 (1)対象者が利用しやすい体制を整える (2)人材の確保・育成を行う</p> <p>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</p>	保健福祉センター	年間	市内	<p>1. 初めて特定保健指導対象者実施率</p> <p>2. 勧奨による特定保健指導実施率</p> <p>3. 特定保健指導利用者の次年度健診受診意向率</p>

保健事業 評価計画

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者の終了者/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% 35% 2. 勸奨による特定保健指導実施率 30% 40% 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		
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 通知 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% 80% 2. 初めて特定保健指導対象者勸奨率 70% 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		
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		
ストラクチャー	1. 実施体制 2. 予算の確保	1. 利用しやすい体制の確保 2. 必要物品の購入	1. 対象者が利用しやすい体制を検討 (集団健診会場の保健指導の実施、人材確保、情報通信技術等) 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		

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）

保健事業 評価計画

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 46% 49% 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% 30% (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		
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 26回 2. (1) SMS・ハガキ等を通知した人数 11,000件 (2) 集団健診前の勧奨件数 400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		
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		
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		

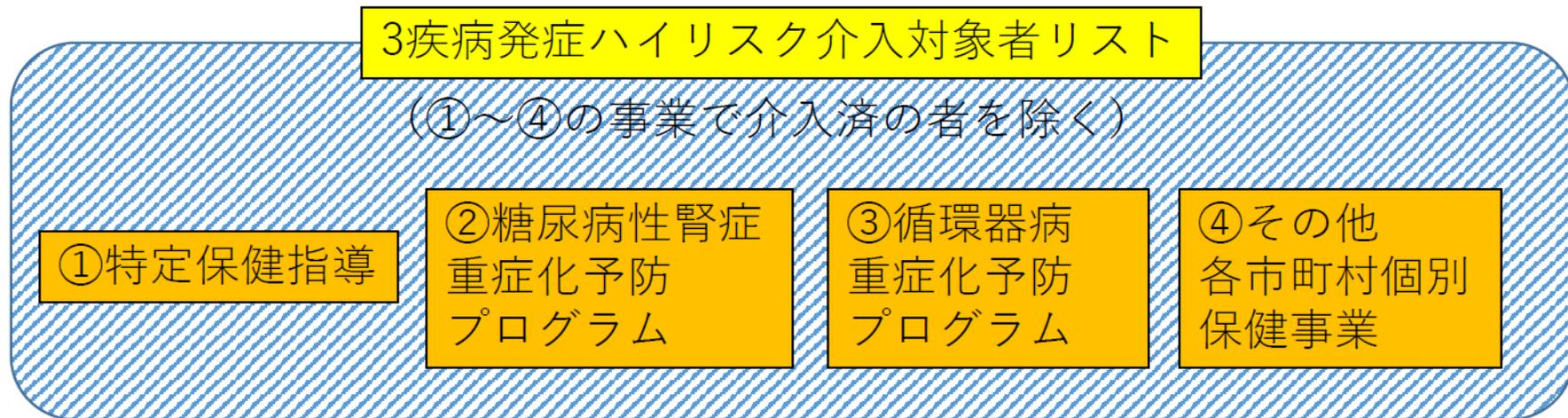
保健事業 実施計画

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、適切な検査や治療を受け、生活習慣を改善することで、生活習慣病の発症や重症化を予防する	<p>1. 対象者が自分の健康状態を理解することができる</p> <p>2. 適切な受診行動をとることができる</p> <p>3. 生活習慣病の発症や重症化を防ぐために生活習慣を見直すことができる</p>	<p>【要医療者】 特定健診を受けた結果、要精密検査・要医療判定に該当する者</p> <p>【重症化リスクの大きい者】 要医療者のうち、条件①～③のいずれかに該当する者 ※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</p> <p>*【循環器病重症化予防プログラム】 国保連から毎月提供を受けるリスト者</p> <p>*【3疾病発症ハイリスク者】 高知県国民健康保険課から提供を受けるリスト者のうち、当該年度に他事業で未介入者</p>	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	<p>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</p> <p>2. 保健指導の実施 (1) 電話、訪問、来所、文書のいずれかで、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</p> <p>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</p>	保健福祉センター ・ *国保係	通年	市内	<p>1. 要医療者の医療機関受診率</p> <p>2. 要医療者への保健指導実施率</p> <p>3. 重症化リスクの大きい者への保健指導実施率</p>

保健事業 評価計画

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		
アウトプット	どれくらいの対象者に対応したか	1. 要医療者の保健指導実施率 (対応実施者/要医療者) ※分母・分子から重症化リスクの大きい者を除く 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		
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でき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		
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 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. 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体制を整え、役割を分担する、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		

3疾病発症ハイリスク者への介入 イメージ図



前年度健診受診者の内、介入すべきハイリスク者に対し、介入し忘れがないかを確認し、漏れなく介入してもらうための総括的なリスト

高知県事業比較表

	糖尿病性腎症重症化予防プログラム (プログラムⅠ)	循環器病重症化予防プログラム	3疾病発症ハイリスク者への介入
主管課	保健政策課	保健政策課	国民健康保険課
実施主体	保険者	保険者	市町村
開始年度	H29年度～	R8年度～	R7年度～
目的	糖尿病の重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を医療につなげることで、県民の健康増進及び医療費の適正化を図る。	循環器病の重症化リスクの高い医療機関未受診者及び治療中断者を医療につなげることで、脳卒中や虚血性心疾患等の発症及び再発を抑制し、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を図る。	高知県内の市町村国保に関する医療費分析(R6年度実施)で明らかになった危険因子を基に、3疾病(脳梗塞・脳出血・虚血性心疾患)発症ハイリスク者を県国民健康保険課が抽出し、市町村が対象者への介入を行うことにより医療費を抑制する。
対象者	<p>①医療機関未受診者 健診結果で以下の(1)(2)、(1)(3)、(1)(2)(3)のいずれかの組み合わせに該当した者で、かつ、健診受診後3か月以上経過しても医療機関を受診していない者</p> <p>(1)血糖 次のいずれかに該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> 空腹時血糖 126mg/dL以上 随時血糖 200mg/dL以上 HbA1c (NGSP) 6.5%以上 <p>(2)血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> 40歳～74歳 収縮期血圧 140mmHg以上 または 拡張期血圧 90mmHg以上 75歳以上 収縮期血圧 160mmHg以上 または 拡張期血圧 95mmHg以上 <p>(3)腎機能 尿蛋白：(+)以上 または eGFR：45mL/分/1.73m²未満</p> <p>②治療中断者 糖尿病で通院中で、6か月以上受診していない者のうち、糖尿病合併症(網膜症、腎症、神経障害)と診断されている、またはインスリン注射歴がある者</p>	<p>①医療機関未受診者 健診結果で以下のいずれかに該当した者で、かつ、健診受診後3か月以上経過しても医療機関を受診していない者</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧 収縮期血圧 160mmHg以上 または 拡張期血圧 100mmHg以上 血糖 空腹時血糖 126mg/dL以上 または HbA1c (NGSP値) 6.5%以上 脂質 LDLコレステロール 180mg/dL以上 <p>※ 上記基準の該当者のうち、次の(1)または(2)に該当する者は、よりリスクが高いとする。</p> <p>(1)上の「血圧」、「血糖」、「脂質」の2つ以上該当する者</p> <p>(2)以下のいずれかに該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧 収縮期血圧 180mmHg以上 または 拡張期血圧 110mmHg以上 血糖 空腹時血糖 160mg/dL以上 または HbA1c (NGSP値) 8.4%以上 <p>②治療中断者 虚血性心疾患、脳血管疾患で通院中で、かつ、スタチンまたは抗血小板薬の処方がある者のうち、6か月以上受診していない者</p>	<p>40歳～74歳の国保被保険者で、前年度特定健診受診者のうち、3疾病(脳梗塞・脳出血・虚血性心疾患)発症ハイリスク者</p> <p>※ 特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、循環器病重症化予防プログラム、その他各市町村個別の保健事業等で介入済みの対象者は除く</p> <p>①医療機関未受診者 前年度中の1年間医療機関受診がない者</p> <ul style="list-style-type: none"> 下記の(1)～(5)を抽出基準とし、優先順位付けを行う。 (1)～(5)全てを満たしていない者も含む。 (1)収縮期血圧 160mmHg以上 (2)LDLコレステロール 160mg/dl以上 (3)HbA1c 6.5%以上 (4)現在の喫煙状況 (5)歩行速度_遅い <p>②治療中断者 健診実施日から4か月以上処方歴がない者</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記①の(1)～(5)を抽出基準とし、優先順位付けを行う。 (1)～(5)全てを満たしていない者も含む。
事業内容	医療機関未受診者及び治療中断者に対して、対象者の状況に応じた介入(個別面談・個別訪問、電話、手紙送付等)により、受診勧奨を実施する。	医療機関未受診者及び治療中断者に対して、県保健政策課が作成した受診勧奨資材の送付等により受診勧奨を行う。	3疾病発症ハイリスク者介入対象者のうち、未介入者に対して介入を行う。
リスト提供時期	毎月 (国民健康保険団体連合会よりXRLシステムを通じて提供)	毎月 (国民健康保険団体連合会よりXRLシステムを通じて提供)	年に1回(9月中予定) (国民健康保険課よりExcelで提供)
優先順位(原則)	1	2	3

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られることができる	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) ※①②③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 ③前年度架電実施者	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出向き、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、通知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生活習慣改善意欲の確認 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生活習慣改善意欲 3. 有所見者への実施率

保健事業 評価計画

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	個別保健事業名		健診結果説明		
				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 生活習慣を改善しようと思ったか	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生活習慣改善意欲 (受診改善意向ありの人数/アンケート回答人数)	1. 健診結果説明実施率 7%⇒9% 2. 健診結果説明利用者の生活習慣改善意欲次年度健診意向率 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		
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		
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		
ストラクチャー	1. 実施体制 2. 予算の確保	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		

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	<p>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</p> <p>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</p>	<p>1. 自分の歯・口腔の状態に関心を持つ</p> <p>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</p> <p>3. 自分の生活習慣について振り返り、改善点がわかる</p>	<p>国保に加入している市民</p>	<p>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</p>	<p>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</p> <p>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</p>	<p>保健福祉センター・市民課 国保係</p>	<p>4月～3月</p>	<p>市内</p>	<p>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)</p>

保健事業 評価計画

保健事業 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		
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		
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		
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		

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	<ol style="list-style-type: none"> 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 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

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	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%⇒88%	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		
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		
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		
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		

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剤効数が2以上の者 (3) レセプト点検により、指導が必要と判断された者 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

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・多剤処方の方の状況』→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	翌年8月	国保運営協議会および評価委員会		
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		
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		
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		