

Ⅰ 特定健康診査事業

■ 事業の概要

年度	令和7年度		担当部門	健康増進課（保険給付係）						
背景	○平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。 ○本市でも、制度開始以来、特定健康診査等実施計画をもとに進められており、様々な取組みを行ってきました。平成27年度から令和元年度までの受診率は、国の指標（60%）を達成していましたが、令和2年度以降減少傾向にあり、受診率向上を図る必要があります。また、特に受診率は、男性45～49歳27.9%、女性40～44歳22.7%で最も低い状況にあります。									
目的	○メタボリックシンドローム及びそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨、再勧奨、若年者に対する特定健診等の取組みを行うことで、特定健康診査の受診率向上を目的とします。									
具体的内容	【実施内容】 ○対象：40歳～74歳の被保険者 ○実施方法：健診…個別及び集団、情報提供対象者への通知 未受診者勧奨…訪問等 ○実施時期： ＜健診＞ ・4月 受診券発送・前年度未受診者及び40～50代の対象者に対し集団健診希望調査通知発送 プレ特定健診（30代）希望調査発送 ・4月～翌年2月 みなし健診（情報提供票、随時） ・4月～3月 人間ドック等（随時）、職場健診の結果提出（随時） ・5月～10月 個別特定健診実施 ・5月～10月・12月 広報紙への掲載 防災無線・SNSでの広報 ・6月～11月 結果報告会実施（除外：特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業の対象者） ・8月10日（日）・9月13日（土） 集団健診（複合がん検診（胃・大・肺・腹部）とのセット健診）・プレ特定健診 ・12月 11/21までの今年度健診未受診者に対し脱漏健診希望調査通知（再勧奨）発送 ・1月17日（土）・18日（日） 脱漏健診（集団、がん検診（胃・肺・子宮・乳）とのセット健診） ＜未受診者勧奨＞ ・4月～10月 前年度未受診者に対する訪問等による受診勧奨 ・5月 まちづくり協議会へ全対象者に対する受診勧奨依頼 ・11月～1月 脱漏健診の勧奨訪問（前年度未受診者）・情報提供票勧奨訪問（申込者・レセプト抽出者） ○実施体制：委託（個別健診：市医師会、集団健診：健診実施機関） ○健診項目：資料Ⅰ参照 独自追加検査項目…HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・推定塩分摂取量 ○費用：特定健診・みなし健診…自己負担なし 人間ドック等…受診費用3割相当額自己負担（受診費用7割相当額助成（上限5万円、1回/年）） ○受診勧奨：前年度未受診者への受診勧奨、まちづくり協議会による今年度対象者への受診勧奨、防災無線・広報紙・SNS等での受診勧奨 ○受診再勧奨：当該年度健診未受診者、12月脱漏健診の案内通知 ○健診データ収集：みなし健診…特定健康診査情報提供票を該当者の申し出により本人へ発行・通知（随時） 4月以降のレセプトにて健診の検査項目を実施している方に対し情報提供票を発行・勧奨訪問（1月） 医療機関へ4月～翌年2月提出 ○プレ特定健診：対象者…30代の被保険者 実施方法…集団健診（特定健診と同日実施） 受診勧奨方法…案内通知 健診項目…特定健診に準ずる ○インセンティブ：特定健診受診者の中で抽選で250名に食事券（EAT de 健康メニュー専用）2,000円分プレゼント 65歳以上の特定健診受診者に高齢者元気度アップ・ポイントⅠポイント押印									
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時 実績（R4）	目標値/実績					
アウトカム （結果）	特定健診受診率		法定報告参照（評価年度の前年度データ）	56.1%	2024年度 （R6） 56.8%	2025年度 （R7） 57.4%	2026年度 （R8） 58.1%	2027年度 （R9） 58.8%	2028年度 （R10） 59.5%	2029年度 （R11） 60.0%
	メタボリックシンドローム・予備群の減少率 （対20年度比）		{（H20推定値－当該年度推定値）/H20推定値} ＊100（評価年度の前年度データ）	-5.3%	0.0%	5.0%	10.0%	15.0%	20.0%	25.0%
	年齢階級別受診率	男性 40～44歳	法定報告参照（評価年度の前年度データ）	31.3%	32.0%	32.6%	33.2%	33.8%	34.4%	35.0%
		男性 45～49歳		27.9%	28.8%	29.7%	30.1%	31.0%	31.9%	33.0%
		男性 50～54歳		28.7%	29.7%	30.5%	31.3%	32.1%	32.9%	33.7%
		男性 55～59歳		37.3%	38.3%	39.1%	39.9%	40.7%	41.5%	42.3%
		女性 40～44歳		22.7%	23.7%	24.5%	25.3%	26.1%	26.9%	27.7%
		女性 45～49歳		36.6%	37.6%	38.4%	39.2%	40.0%	40.8%	41.6%
		女性 50～54歳		48.2%	28.6%	32.1%	50.8%	51.6%	52.4%	53.2%
		女性 55～59歳		48.1%	49.2%	50.0%	50.7%	51.5%	52.3%	53.1%
	特定健診未受診者受診勧奨後の特定健診受診率		訪問後受診者数/訪問実施者数	14.5%	15.5%	16.3%	17.1%	17.9%	18.7%	19.5%
					31.6%	31.6%				

1 特定健康診査事業

アウト プット (事業量)	特定健診未受診者勧奨実施率(訪問)	未受診者勧奨実施数/未受診者勧奨対象者数	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%	33.6%
	集団健診受診率	受診者数/対象者数	1.2%	1.3%	1.3%	1.4%	1.4%	1.5%	1.5%
	脱漏健診受診率	受診者数/対象者数	1.2%	1.3%	1.3%	1.4%	1.4%	1.5%	1.5%
	プレ特定健診受診率	受診者数/対象者数	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
プロセス (過程)	○特定健診未受診者勧奨対象者 4月対象者抽出 4月～10月実施 ・隔年未受診者・レセ有 ・隔年未受診者・レセ無 ・経年未受診者・レセ有 ・経年未受診者・レセ無 ※がん検診申込情報を追加 ○脱漏健診対象者 11月対象者抽出・12月通知 ○情報提供票勧奨対象者 11月対象者抽出 1月実施 ○集団健診・プレ特定健診対象者 4月対象者抽出 5月希望調査実施								
	○まちづくり協議会へ受診勧奨依頼 5月 まちづくり協議会へ地区毎の受診率を報告 年4～5回 ○健診受診者に対し、EATde健康メニューの食事券を 抽選により配布 ○65歳以上の健診受診者に対し、高齢者元気度アップ・ポ イントを健診後、結果表を提示して押印 ○健診実施機関と委託契約 4月 ○がん検診との一体的実施(集団健診、脱漏健診)、休日実施								
ストラ クチャー (体制)	○体制 ・事務職1名、保健師1名、会計年度(看護師2名、事務2名) ○予算の確保 ○勧奨方法 ・通知、訪問、広報紙、防災無線、SNS ○委託機関、委託・協力医療機関との連携 ・いちき串木野市医師会 集団健診委託機関								

評価の まとめ	○メタボリックシンドローム・予備群の減少率(対20年度比)は改善傾向であるが、特定健診受診率・年階級別受診率(最低受診率:男・女40-44歳)は悪化傾向にある。 ○未受診者勧奨訪問について ・未受診者訪問実施率は減少傾向にあるが、受診勧奨後の特定健診受診率は目標達成している。 ・不在を含む訪問実施率は、令和6年度:91.8%、令和7年度:96.3%と増加している。 ・未受診者勧奨訪問対象者のうち今年度特定健診を受診した者の状況 ・受診した者を対象者区分で見ると、レセプト状況(あり・なし)ではありで約90%、特定健診未受診状況(経年・隔年)では隔年未受診で約55%であった。 ・受診した者を対象者区分の特定健診未受診状況(経年・隔年)と健診種別毎に受診割合を見ると、 経年未受診者(個別健診:38.0%、集団健診28.0%)、隔年未受診者(個別健診52.6%、集団健診15.8%)で 集団健診の割合は経年未受診者の方が多い。 ○集団・脱漏健診について ・受診率は目標を達成している。 ・受診者数は令和6年度168名(集団70名、脱漏98名)、令和7年度185名(集団75名、脱漏110名)で増加している。 ・土・日曜日(集団・脱漏各2日間)に実施しているが、土曜日を希望される方が多い。 ・場所:串木野健康増進センターでは、受診者数が多いと駐車場が不足する。 ○プレ特定健診について ・受診率は、横ばいであるが、目標達成している。 ・受診希望調査の際、対象者全員に健康に関するチラシを同封していることから、プレ特定健診の受診向上に直接繋がらなくても、健康意識の向上・生活習慣の改善や、今後の特定健診受診の周知・啓発は図れている。 ○今年度、新たな取り組みとして、特定健診受診者を対象に、抽選で「EATで健康メニュー専用食事券」をプレゼントするインセンティブを実施した。この施策による受診率向上の効果については、令和7年度の特定健診受診率(法定報告)が確定するまで明確には判断できないが、受診者数の前年との増減を比較した結果、令和6年度は163人減、令和7年度は139人減と減少幅が縮小していることから、受診率改善につながる可能性があると考え。								
事業 評価	A:目標に達成した C:変わらない B:目標に達成していないが、改善傾向にある D:悪化した E:評価困難								B
継続 等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討								
見直し 改善 について	(考えられる見直しと改善案) ○がん検診とのセット(集団)健診の日数を、女性がん検診で1日(土曜日実施)確保し、計3日間実施する。 ○集団健診及びプレ特定健診女性の対象者に対し、がん検診(複合がん(胃・肺・大・腹部)・女性がん(子宮・乳))と同日に集団健診を受診出来ることから、健康増進係と連携を図り、申込を一緒に実施する。 ○集団健診会場を変更する。 ○未受診者勧奨訪問の際、レセプトあり及び経年未受診者に対しても重点をおいて実施する。 ○健診申込を実施し、選択された受診方法(個別・集団・みなし)の受診券を発行する。 ○協力医療機関に対し、受診率向上の協力依頼をする。								

目標達成又は改善傾向

2 特定保健指導事業

■ 事業の概要

年度	令和7年度			担当部門	健康増進課（保険給付係）					
背景	○平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健康診査・特定保健指導が保険者に義務付けられました。特定保健指導は、特定健康診査の結果、特定保健指導が必要とされた者（積極的支援および動機付け支援）に対して、保健師等による指導を行い、メタボリックシンドロームの改善を図るものです。 ○本市でも特定保健指導を進めており、令和元年度以降国の目標（60％）を達成しています。しかし、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合の低下が認められていない状況となっています。									
目的	○特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とします。									
具体的内容	【実施内容】 ○対象：個別健診・集団健診・情報提供票提出者・人間ドック・職場健診等受診者のうち、「積極的支援、動機づけ支援」に該当する者 ○実施方法：訪問、個別面接、電話、通信、 集団健診受診者については、初回面談の分割実施も実施 ○実施機関：直営（保健師、管理栄養士）、委託（保健指導実施機関） ○実施時期：健診結果受領後案内通知の発送、利用勧奨架電又は訪問、3か月間実施 ○費用：自己負担なし ○利用勧奨・再勧奨：全対象者に案内通知後架電又は訪問による利用勧奨 ○プレ特定保健指導：対象者…プレ特定健診受診者のうち、「積極的支援、動機付け支援」に該当する者（30代被保険者） 実施方法…委託又は直営、特定保健指導に準ずる									
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時 実績(R4)	目標値/実績					
					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 (結果)	特定保健指導実施率		法定報告参照(評価年度の前年度データ)	63.7%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
					66.0%	69.9%				
	特定保健指導対象者の減少率(対20年度比)		{(H20推定数－当該年度推定数)/H20推定数}*100(評価年度の前年度データ)	31.9%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
					47.5%	43.9%				
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		法定報告参照(評価年度の前年度データ)	22.1%	22.7%	22.7%	22.7%	23.3%	23.3%	23.3%
					23.7%	23.1%				
	特定健診有所見者割合	腹囲(男:85cm以上、女:90cm以上)	男:85cm以上+女:90cm以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	36.6%	36.5%	36.5%	36.5%	36.4%	36.4%	36.4%
					36.8%	36.1%				
		BMI(25以上)	BMI25以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	29.9%	29.8%	29.8%	29.8%	29.7%	29.7%	29.7%
					29.3%	28.3%				
		血圧(160/100以上)	血圧160/100以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
					3.1%	3.5%				
	脂質(LDL160以上)	LDL160以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	10.1%	10.0%	10.0%	10.0%	9.9%	9.9%	9.9%	
				9.6%	10.2%					
	血糖(HbA1c6.5%以上)	HbA1c6.5%以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	12.8%	12.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.1%	
				14.7%	14.2%					
	腎機能(尿蛋白(+)以上)	尿蛋白(+)以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	6.1%	6.0%	6.0%	6.0%	5.9%	5.9%	5.9%	
				6.3%	6.9%					
アウトプット (事業量)	特定保健指導初回面接実施率		初回面接実施者/当初対象者数	62.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
					70.8%	67.5%				
	初回面接分割実施率	集団健診・脱漏健診	実施者数/対象者数	88.9%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
					44.4%	23.1%				
	プレ特定保健指導実施率		利用者数/対象者数	66.7%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
					0.0%	100%				
プロセス (過程)	○課内従事者打合せ 5月 ○保健指導対象者抽出 ・健診データ受領後(随時) ○利用勧奨方法・手順 ・案内通知、カルテ作成、アセスメント実施、通知後架電・日程調整 面談・架電等による支援、1か月後通知、3か月後評価 ○実施方法 ・直営:個別支援 委託:個別支援・初回面接分割実施 ○保健指導実施機関との委託契約 4月									

2 特定保健指導事業

ストラクチャー(構造)	○予算の確保 ○課内従事者打合せ 1回 ○体制 (直営)・通常時:健康増進課保険給付係 保健師1名、 会計年度(保健師)3名 ・CKD予防ネットワーク該当者及び必要時 健康増進課健康増進係 保健師4名、 管理栄養士1名 会計年度(管理栄養士)2名 (委託)・委託機関 1か所 ・連携会議 2回 その他必要時 ・体制 保健師・管理栄養士 ○特定保健指導従事者等の研修参加 2回
評価のまとめ	○特定健診有所見者割合の血圧・脂質・血糖・腎機能の改善が見られていないが、特定健診有所見者割合の腹囲・BMI及び特定保健指導実施率、特定保健指導による特定保健対象者の減少率の改善が見られていることから、今後の改善は見込めるのではと思われる。加えて、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業の推進を図り、目標達成に努めていく。 ○令和6年度の法定報告にて、特定保健指導(積極的支援)終了者の腹囲2cm・2kg減達成割合35.7%(県:29.4%)、腹囲1cm・1kg減達成割合28.6%(県:12.8%)で、県と比較すると達成割合は高い。 ○集団健診における特定保健指導対象者には、初回面接分割実施を導入しているが、年々実施率が減少している。しかし、 ・集団健診における初回面接分割実施対象者の割合は、令和7年度52%と半数以上を占めていること、 ・特定保健指導の対象者の割合を集団と全体と比較すると、令和6年度、積極的支援:集団4.9%、全体1.0%、動機付け支援:集団9.2%、全体7.3%と、集団健診受診者は該当者割合が高い ・実施日が土・日曜日を設定していること、 ・平日希望者には直営で実施していること、 から初回面接分割実施も含め対象者の選択肢を増やすことで、実施率の向上を図っていく。 ○プレ特定保健指導については、特定保健指導の対象者割合が令和6年度13.6%、令和7年度5.0%と減少し、今年度の実施率は目標達成している。
事業評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難 B
継続等について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討
見直し改善について	(考えられる見直しと改善案) ○特定健診有所見者割合及び特定保健指導(積極的支援)終了者の腹囲2cm・体重2kg減達成者割合の改善・成果が図られるよう、研修会等に参加し従事者の資質向上を図る。 ○集団健診における特定保健指導の実施方法については、今年度と同様に継続していく。

目標達成又は改善傾向

■ 事業の概要

年度	令和7年度			担当部門	健康増進課（保険給付係）						
背景	○糖尿病等から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析は高額な医療費となり、その予防は医療費適正化の観点から重要である。その観点から、国および鹿児島県は、糖尿病性腎症重症化予防の標準的な手順を作成し、その推進を図っている。 ○本市でも平成27年度から、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めている。										
目的	○国および鹿児島県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病（CKD）に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。										
具体的内容	【実施内容】 <受診勧奨> ○対 象：①健診結果にて問診票3疾患の服薬なし、HbA1c6.5%以上・血糖値126mg/dl以上（定期受診中除く） ②健診結果にて血糖の服薬なし、HbA1c6.5以上・血糖値126mg/dl以上（定期受診中除く） ○実施者：直営（保健師・看護師） ○受診勧奨の方法：訪問、面談、電話、書面 ○勧奨時期：①特定健診結果受領後 ②特定健診結果発送3か月後、レセプト確認にて未受診の場合 ○保健指導の内容：特定健診結果を活用し、身体メカニズムについて理解してもらえる保健指導及び受診勧奨を実施 <糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の概数> ○対 象：糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者・治療中断者 ○実施方法・スケジュール：6月対象者抽出 7月通知による受診勧奨 8月以降訪問による再受診勧奨 ○実施機関：直営（保健師、管理栄養士、看護師） <保健指導> ○対 象：国・県のマニュアル及び委託先の抽出基準にて該当者を抽出、市にて対象者の確定 ○実施方法：委託機関にて案内通知発送、発送後市訪問による参加勧奨及び訪問以外の方は委託先の架電による参加勧奨 ○実施機関：保健指導については保健指導実施機関へ委託 ○費 用：自己負担なし ○実施スケジュール：4月委託業者選定・事業事前打合せ、5月対象者確定・案内通知、訪問・架電による参加勧奨 6月参加者確定・保健指導実施（6か月間）、終了1か月後報告書の提出 ○医師会との連携：参加時主治医からの指示書市へ提出、実施報告書毎月1回委託業者から主治医へ提出 <コントロール不良者への保健指導> ○対 象：特定健診を受診し、HbA1c7.5%以上で血糖服薬有、CKD非該当 ○実施方法：訪問等にて健診結果及びPHR（糖尿病連携手帳にて血糖値等）を活用し保健指導を実施 ○実施機関：保健指導…直営（保健師、管理栄養士、看護師） ○医師会との連携：糖尿病連携手帳を用い連携を図る										
評価項目	評価指標			評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値/実績					
アウトカム（結果）	被保険者10万人あたりの新規人工透析導入者の割合			新規人工透析患者数/被保険者数×10万（評価年度の前年度データ）	73	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
	一人あたり医療費	腎不全	入院	疾患別入院医療/被保険者数（評価年度の前年度データ）	12,862円			12,733円			12,605円
			外来	疾患別外来医療/被保険者数（評価年度の前年度データ）	41,193円			40,781円			40,369円
	糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、未受診者や治療中断者の割合			糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち健診結果から糖尿病治療なしの者/受診者数（概算）	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%
	特定健診有所見者割合	血糖（HbA1c6.5%以上）		HbA1c6.5%以上/健診結果有（評価年度の前年度データ（法定報告））	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%
		血糖（HbA1c8.0%以上）		HbA1c8.0%以上/健診結果有（評価年度の前年度データ（法定報告））	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%
		腎機能（尿蛋白（+）以上）		尿蛋白（+）以上/健診結果有（評価年度の前年度データ（法定報告））	6.1%	6.0%	6.0%	6.0%	5.9%	5.9%	5.9%
	保健指導評価者の目標範囲内維持・改善率		HbA1c	目標範囲内維持・改善者数/分析対象者（欠損値なし）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			血圧		66.7%	83.3%	83.3%	83.3%	100%	100%	100%
			尿蛋白		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	受診勧奨後の医療機関受診割合	概数把握		医療機関受診者数/受診勧奨者数（A+C+E）	26.8%	29.3%	29.3%	29.3%	31.8%	31.8%	31.8%
		血糖（HbA1c6.5%）以上		医療機関受診者数/受診勧奨者数	（R6詳細）68.8%		72.4%	72.4%	76.0%	76.0%	76.0%
		血糖（126mg/dl）以上		医療機関受診者数/受診勧奨者数	48.3%	48.4%	48.5%	48.6%	48.7%	48.8%	48.9%
		詳細健診		医療機関受診者数/（詳細要医療者+詳細自費受診者）	82.1%	85.7%	85.7%	85.7%	89.3%	89.3%	89.3%

評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画 策定時 実績(R4)	目標値/実績					
					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 プット (事業量)	概数把握対象者の受診 勧奨割合	A:特定健診結果から糖尿病性腎症3期又は4期で、糖尿病治療なしの者	受診勧奨者数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		C:特定健診結果から糖尿病性腎症2期以下又は病期不明で、糖尿病治療なしの者		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		E:レセプト等から把握した過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断をしている者		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
				100%	100%					
	詳細健診受診率		受診者/(受診券発行者-自費受診者)	88.9%	90.8%	92.6%	94.5%	96.3%	98.2%	100%
	受診勧奨割合	血糖(HbA1c6.5%)以上	受診勧奨数/対象者数	(R6詳細) 94.4%		100%	100%	100%	100%	100%
		血糖(126mg/dl)以上	受診勧奨数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導終了率		保健指導終了者数/参加者数	85.7%	86.7%	86.7%	86.7%	93.3%	93.3%	93.3%
	保健指導参加率		参加者数/目標値(15人)	40.0%	47.0%	47.0%	54.0%	54.0%	61.0%	61.0%
	コントロール不良者への保健 指導実施率	65～74歳	実施者数/対象者数	80.0%	81.0%	81.0%	81.0%	82.0%	82.0%	82.0%
		40～64歳		94.3%	95.3%	95.3%	95.3%	96.3%	96.3%	96.3%
プロセス (過程)	○受診勧奨 ・6月～12月:対象者①②抽出、①訪問実施 ・①訪問3か月後、レセプトにて受診状況確認 ・②結果通知3か月後、レセプトにて受診状況確認 ・①②未受診者に対する勧奨・再勧奨実施 ○概数把握 ・6月:対象者抽出 ・7月:受診勧奨通知 ・8月以降:レセプト確認後未受診者へ再勧奨 ○コントロール不良者 ・6月～12月:健診実施後対象者抽出、訪問実施 PHR(糖尿病連携手帳等)の活用									
ストラク チャー (体制)	○予算の確保 ○連携 ・市医師会 1回、かかりつけ医 毎月報告書 ・委託業者 随時 ○研修会への参加 2回									
	○保健指導 ・4月:委託業者の選定・契約、打合せ 市医師会へ協力依頼 市:②対象者の決定 業者:①対象者の抽出、③案内通知準備 ・5月:案内通知発送…業者 参加勧奨 市…訪問 業者…架電 ・6月:参加者決定、保健指導開始(～12月) ・報告書(業者より):かかりつけ医…毎月 市…毎月 中間・最終評価・効果判定報告									
	○体制 ・市:保険給付係 保健師 1名 会計年度(保健師 2名、看護師 1名) 健康増進係 保健師 4名 管理栄養士 1名 会計年度(管理栄養士 2名) ・委託業者:保健師・看護師									

評価のまとめ	○受診勧奨について、今年度から詳細健診による受診勧奨を実施していないが、受診勧奨割合は目標達成することが出来た。しかし、受診勧奨後の医療機関受診割合の血糖(HbA1c)については、詳細健診時と比較すると受診に繋がっていない。 ○受診勧奨と同時にCKD予防ネットワークに繋がる方もいることを踏まえ、CKD予防ネットワーク様式の見直しを行う。 ○概数把握のA:特定健診結果から糖尿病性腎症3期又は4期で糖尿病治療なしの者については、受診勧奨に該当する者はいなかった。 ○保健指導について ・参加勧奨は、直営による訪問と委託先による架電にて実施。勧奨割合は、直営23.8%、委託76.2%であるが、保健指導参加率は40.0%(直営33.3%、委託6.7%)で、目標達成していない。 ・保健指導終了率は、体調不良による辞退者がおり目標達成していない。 ・保健指導評価者の目標範囲内維持・改善率は、目標に達成していない項目もあるが、改善傾向にある。 ○コントロール不良への保健指導実施については、目標値で見ると40~64歳で達成していないが、実数で見ると保健指導出来なかった方は1名であった。								
事業評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難								B
継続等について	継続 ・見直しが必要・大幅な見直しが必要・継続要検討								
見直し改善について	(考えられる見直しと改善案) ○受診勧奨について、医療機関受診に繋がっていないことから、概数把握による受診勧奨も含めて目標達成出来るようにする。 ○保健指導参加率の増加が図れるよう、実施方法、不参加理由の詳細な把握や、参加勧奨方法等の見直しを行う。								

目標達成又は改善傾向

2 重症化予防・受診勧奨事業

■ 事業の概要

年度	令和7年度			担当部門	健康増進課(保険給付係・健康増進係)						
背景	○高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳血管疾患や心臓病等の循環器疾患を発症する可能性が高まる。これらは特定健康診査等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療および生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能である。 ○本市の特定健診受診者の結果では、脂質異常症・高血圧等の受診勧奨判定値にて未治療者の割合が高く、また、レセプトの分析の結果では、生活習慣病にかかる疾患の一人あたり医療費が国・県・同規模より高い。 ○本市では、特定健診および若年者健診結果を個人に報告書として返却するとともに、糖尿病性腎症重症化予防事業に加えて、高血圧や脂質異常症等の有所見者には受診勧奨と保健指導を行っている。										
目的	○循環器疾患の予防、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病の有病率の低下を目指して、特定健康診査等の結果をもとに結果通知、受診勧奨、保健指導により、医療機関の受診が必要な人を受診および治療に結び付けることを目的とする。										
具体的内容	【実施内容】 <ハイリスクアプローチ事業> ○対象：血圧高値：Ⅱ度以上 脂質異常：LDL-C180以上、中性脂肪500以上(空腹時・随時を問わない)かつ 健診結果にて ①問診票3疾患の服薬なし、②問診票の該当疾患(血圧・脂質)の服薬なし CKD予防ネットワーク対象者(健康増進係) ○実施者：直営(保健師・管理栄養士・看護師) ○受診勧奨の方法：訪問、面談、電話、書面 ○勧奨時期：①特定健診結果受領後 ②特定健診結果発送3か月後、レセプト確認にて未受診の場合 ○保健指導の内容：特定健診結果及びPHR(アプリ・血圧手帳・CKD手帳等)にて、血圧・体重・体脂肪・食事・運動等)を活用し、身体メカニズムについて理解してもらえらる保健指導及び受診勧奨を実施 ○再勧奨：①訪問指導実施3か月後にレセプトにて受診状況を確認、未受診者に対して再勧奨を実施 ○実施スケジュール：特定健診結果受領後対象者を抽出、①健診結果を持参し訪問等にて勧奨・保健指導を実施 ①訪問等実施3か月後レセプトにて受診状況確認、未受診者に再勧奨を実施、年度末及び次年度評価を実施 ②結果発送3か月後、レセプトにて受診状況確認、未受診者に勧奨を実施、年度末及び次年度評価を実施 CKD対象者については、かかりつけ医からの返書により訪問による保健指導を実施、かかりつけ医へ報告										
評価項目	評価指標			評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績					
アウトカム(結果)	一人あたり医療費	脳血管疾患	入院	疾患別入院医療/被保険者数(評価年度の前年度データ)	13,294円			13,161円			13,028円
			外来	疾患別外来医療/被保険者数(評価年度の前年度データ)	1,680円			1,663円			1,646円
		虚血性心疾患	入院	疾患別入院医療/被保険者数(評価年度の前年度データ)	8,784円			8,696円			8,608円
			外来	疾患別外来医療/被保険者数(評価年度の前年度データ)	3,154円			3,122円			3,091円
	特定健診有所見者割合	血圧(160/100mmHg)以上		血圧160/100以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
		脂質(LDL160mg/dl)以上		LDL160以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	10.1%	10.0%	10.0%	10.0%	9.9%	9.9%	9.9%
		腎機能(尿蛋白(+))以上		尿蛋白(+)以上/健診結果有(評価年度の前年度データ(法定報告))	6.1%	6.0%	6.0%	6.0%	5.9%	5.9%	5.9%
	受診勧奨後の医療機関受診割合	血圧(160/100mmHg)以上		医療機関受診者数/受診勧奨数	37.8%	37.9%	38.0%	38.1%	38.2%	38.3%	38.4%
		脂質(LDL180mg/dl)以上			36.7%	36.8%	36.9%	37.0%	37.1%	37.2%	37.3%
	アウトプット(事業量)	受診勧奨割合	血圧(160/100mmHg)以上		受診勧奨数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%
脂質(LDL180mg/dl)以上			100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス(過程)	○課内従事者打合せ 6月 ○受診勧奨方法・手順 ・6月～11月 ①②対象者抽出、①訪問実施 ・①訪問3か月後・②通知3か月後 レセプトにて受診状況確認 ・①②未受診者に対する再勧奨実施					・PHR(アプリ・血圧手帳・CKD手帳等)にて、血圧・体重・体脂肪・食事・運動等)の活用					
ストラクチャー(体制)	○予算の確保 ○体制 ・保険給付係：保健師 1名、会計年度(保健師 2名、看護師 2名) ・健康増進係：保健師 4名、管理栄養士 1名、 会計年度(管理栄養士 2名) ○医師会や医療機関等との連携 ○研修会の参加										

評価の まとめ	○血圧・脂質・腎機能の特定健診有所見者割合は、令和6年度と比較し悪化している。 ○受診勧奨後の医療機関受診割合は、再勧奨を実施しているが、令和6年度と比較すると悪化している。 ○受診勧奨の対象者を見ると、対象者の62.2%(51名/82名)が非肥満者である。 ○ハイリスクアプローチ事業の②問診票の該当疾患服薬なしの詳細を見ると、服薬はしていないが既に病名ありで、かかりつけ医療機関にて経過を見ている方がいる。		
事業 評価	A:目標に達成した C:変わらない	B:目標に達成していないが、改善傾向にある D:悪化した E:評価困難	D
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討		
見直し 改善について	(考えられる見直しと改善案) ○かかりつけ医療機関の有無に関わらず、医療機関受診に繋がるよう、今後も受診勧奨・再勧奨を実施していく。 ○研修会等に参加し従事者の資質向上を図る。		

 目標達成又は改善傾向

3 適正受診・適正服薬促進事業(ジェネリック医薬品促進含む)

■ 事業の概要

年度	令和7年度		担当部門	健康増進課（保険給付係）						
背景	○重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。 ○データヘルス計画の中で、これらを予防する適正受診・適正服薬の取組が進められている。 ○本市では、適正受診・適正服薬促進に向けて、対象者への通知および希望者に対する保健指導（平成19年度以前は健康増進係、平成20年度以降は保険給付係）を行っている。 ○医療費の適正化に当たり、その多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため、ジェネリック医薬品の使用促進が行われている。国は、ジェネリック医薬品使用割合の目標を80%（数量シェア）、県は目標85%を掲げている。 ○本市でも、差額通知などにより、ジェネリック医薬品利用促進を進めており、令和4年度には後発医薬品の使用割合86.1%で、国及び県の目標を達成している。									
目的	○重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与（ポリファーマシー）、併用禁忌等のの人に対して、通知や保健指導等を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させる。 ○医療費適正化を推進するため、差額通知および普及啓発等の取組を通じて、ジェネリック医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とする。									
具体的内容	【実施内容】 <重複・頻回受診> ○対象：同一月内に同一疾病名の外来受診が4か所以上あり、かつ3か月連続する者 同一月内に同一疾病名で15日以上外来受診があり、かつ3か月連続する者 ○実施内容：対象者へ訪問指導の実施日を通知し、訪問にて指導を実施、実施者（看護師） ○実施スケジュール：訪問実施前に対象者を抽出、訪問実施2週間前頃通知、7月・12月頃訪問指導を実施 訪問実施3か月後（10月・3月頃）にレセプトにて評価 ○評価方法：10月・3月頃（訪問実施3か月後）、通院日数やレセプト点数にて効果検証を実施 <重複・多剤> ○対象：同一月内に2以上の医療機関から同一薬効の薬剤の投与を受けている者、 同一月内に10種類以上の投与が2月以上継続している40歳以上75歳未満の者 ○通知等の内容：国保連合会へ委託し、適正服薬に関する通知 ○実施スケジュール：年度当初国保連合会へ委託、6月薬剤師会へ対象者の選定依頼、7/22国保連合会の様式にて該当者に通知 1月に1回目の対象者のレセプトを確認し、未受診者に対し市より2月再度通知を実施、通知3か月後評価を実施 ○普及啓発等：ポリファーマシーについて、全市民に対し5/20号の広報紙掲載 ○評価方法：通知3か月後レセプトにて改善状況を確認 ○その他：県のモデル事業にて適正服薬支援事業として実施 <ジェネリック利用促進> ○対象者の設定：直近4か月で通知をしていない方で削減効果額100円以上ある方 ○通知等の方法：勧奨内容を封書にて通知、5月から11月の7か月間 ○実施スケジュール：4月以降毎月データを委託先へ提供 5月～11月通知発送 比較月（通知月の翌月）に評価を実施 ○普及啓発、情報提供：6/5号の広報紙への事業実施掲載 ○評価：基準月と比較月のレセプトデータを比較して差額効果を確認									
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時 実績（R4）	目標値/実績					
アウトカム （結果）	ジェネリック医薬品の使用割合		厚生労働省（評価年度の前年度9月診療分）	86.1%	2024年度 （R6） 86.2%	2025年度 （R7） 86.2%	2026年度 （R8） 86.2%	2027年度 （R9） 86.3%	2028年度 （R10） 86.3%	2029年度 （R11） 86.3%
	通知後の後発品普及率		年平均後発品普及率（評価年度の前年度データ）	87.2%	87.5%	87.5%	87.5%	87.8%	87.8%	87.8%
	重複・頻回受診者保健指導後の改善率		改善数/保健指導実施数	60.0%	87.8%	90.5%	87.5%	87.8%	87.8%	87.8%
	重複処方該当者数	（対被保険者1万人）	該当者数平均/被保険者数平均×1万（評価年度の前年度データ）	88	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
					25.0%	40.0%				
多剤処方該当者数			27	87	87	87	86	86	86	
アウトプット （事業量）	重複・頻回受診者の保健指導割合		保健指導実施数/対象者数	100%	87	102				
	重複・多剤服薬者実施率		通知者数/対象者数	57.7%	26	26	26	25	25	25
	差額通知率		通知者数/対象者数	100%	39	48				
					100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス （過程）	○委託業者の選定・委託契約 4月				<重複・多剤服薬>					
	○委託業者との連携				・委託業者にて該当者の抽出					
	○実施方法				・薬剤師会へ対象者の選定依頼（県モデル事業）					
	<重複・頻回受診>				・市にて対象者を決定・通知					
	・対象者の抽出				・市で通知後状況について、新医療費分析で確認及び評価					
	・通知書の発送（7月、12月）				○お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発					
	・訪問による保健指導（7月、12月）				・広報紙へ掲載					
	・訪問実施後3か月後にレセプトにて評価（10月、3月）									
	<ジェネリック利用促進>									
	○実施方法 契約後委託業者へレセプトデータの提供・該当者の抽出									
委託業者より抽出翌月後通知										
基準月（該当者抽出後全て）と比較月にて効果検証（毎月）、市へ報告書（後発品普及率等）の提出										
○事業計画における数値目標の設定の有無										
○周知方法 広報紙への掲載										

ストラクチャー(体制)	○予算の確保 ○体制 ・事務職 1名 保健師 1名 会計年度(看護師 1名) ○医師会、薬剤師会等との連携 ○委託業者との連携
-------------	---

評価のまとめ	○県のモデル事業にて適正服薬支援事業を実施し、地区の薬剤師会より対象者選定の支援を得ることが出来た。重複・多剤服薬者実施率は減少しているが、より効果的な対象者選定が出来たのではと考える。 ○重複・多剤服薬の2回目の通知では、対象者からの反応があり、かかりつけ医への重複服薬の相談及びお薬手帳の活用・一冊にする等、服薬状況を確認することが出来た。	
事業評価	A:目標に達成した C:変わらない	B:目標に達成していないが、改善傾向にある D:悪化した E:評価困難
継続等について	継続 ・見直しが必要・大幅な見直しが必要・継続要検討	
見直し改善について	(考えられる見直しと改善案) ○重複・多剤については、 ・地域の薬剤師会と連携が図れるよう予算の確保・体制整備を行う ・支援実施後改善状況等が確認できるようにする ・通知書が見やすくなるよう通知書の変更(ハガキからA4サイズ)をする。	

目標達成又は改善傾向

4 がん検診事業

■ 事業の概要

年度	令和7年度			担当部門	健康増進課(健康増進係)							
背景	○がん(悪性新生物)は、我が国の死因の第1位である。また、医療費の点でも、大きな割合を占める。そのため、国や鹿児島県では、がん対策推進基本計画等によって、がん検診が推進されている。 ○本市においても、がんは死因の第1位で、医療費においても傷病別で最も高い。がん検診は、健康増進課(健康増進係)が中心となり実施しているが、その受診率は令和4年度5.8%から22.3%にとどまっている。											
目的	○健康増進課(保険給付係)と連携しながら、がんの早期発見および早期受診のため、国保被保険者のがん検診受診率を向上させる。											
具体的内容	【実施内容】 ○各がん検診の実施方法 ①複合がん検診:集団、胃がん・大腸がん・肺がん、8月6～10日・25～27日、9月16～22日・24～28日 (特定健診集団8月10日(日)、9月13日(土)) ②大腸がん検診:郵送検診、1月頃 ③女性がん検診:集団、乳がん・子宮頸がん、7月2～7日・9～12日 ④乳がん・子宮がん検診:個別、6月～12月頃 ⑤脱ろう検診:集団、胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん、1月17(土)・18日(日) ⑥人間ドック:個別、胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん(実施医療機関にて項目設定) ○特定健診との同時実施など:特定健診との同時実施有、①複合がん検診のうち2日間、⑤脱ろう検診2日間 ⑥市内委託契約医療機関等 ○受診勧奨の方法 ①②③前年度2月～3月頃一括申込みを実施、 ①③検診日前に広報紙・防災無線・SNSによる再勧奨、大腸がん集団検診未受診者に対し郵送検診を案内・再勧奨、 ②1月末頃未受診者に対し再勧奨 ④対象者全員にクーポン券を発行5月末、クーポン未受診者に対し脱ろう検診の案内通知による再勧奨 ⑤12月頃一括申込みにて申込みするも未受診の方へハガキにて勧奨、広報紙・防災無線・SNS等による勧奨 ⑥4月頃広報紙による勧奨 ○費用:①②③⑤市国保被保険者については自己負担分無料(助成あり) ④クーポン利用による自己負担分無料 ⑥市国保被保険者については検診料金7割相当額助成(限度額5万円)、1回/年 ○その他:出前講座等にてがん検診等に関する健康教育											
評価項目	評価指標			評価対象・方法	計画策定時 実績(R4)	目標値/実績						
アウトカム (結果)	がんによる死亡者割合			KDB:地域の全体像の把握(評価年度の前年度データ)	40.7%	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
	SMR	男性	胃がん	県健康増進課統計	(H29-R3) 73.6			全国以下			全国以下	
			肺がん		(H29-R3) 93.4			全国以下			全国以下	
			大腸がん		(H29-R3) 82.1			全国以下			全国以下	
		女性	胃がん		(H29-R3) 71.3			全国以下			全国以下	
			肺がん		(H29-R3) 109.5			全国以下			全国以下	
			大腸がん		(H29-R3) 75.6			全国以下			全国以下	
			子宮がん		(H29-R3) 120.8			全国以下			全国以下	
			乳がん		(H29-R3) 70.5			全国以下			全国以下	
	精密検査受診率 (6か月後)		胃がん		健康増進事業報告(評価年度の前年度データ)	92.9%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
			肺がん			91.3%	89.0%					
			72.2%			75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	
			大腸がん			65.5%	96.7%					
			79.2%			82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	
	子宮がん	100%	100%			100%	100%	100%	100%	100%		
乳がん	92.9%	85.7%										
92.3%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%		95.0%	95.0%					
92.4%	86.4%											
アウトプット (事業量)	がん検診受診率 50%以上		胃がん(40-69歳)	県健康増進課統計(評価年度の前年度データ)		5.8%	6.0%	6.0%	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%
			肺がん(40-69歳)			9.4%	9.6%	9.6%	9.7%	9.7%	9.8%	9.8%
			大腸がん(40-69歳)			11.8%	12.0%	12.0%	12.1%	12.1%	12.2%	12.2%
			子宮がん(20-69歳)			14.9%	11.4%	11.2%				
			乳がんがん(40-69歳)			22.3%	15.1%	15.1%	15.2%	15.2%	15.3%	15.3%
			22.5%		13.9%	14.0%						
	精密検査受診勧奨実施率		22.9%		22.6%							
			100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			100%		100%							
			100%		100%							

プロセス (過程)	○前年度末一括申込み(検診受診勧奨(コール))実施 ○委託業者の選定・契約 4月 ○委託業者と打合せ・連携 ○依頼先との調整 ○受診・再勧奨:通知、ポスター作成、防災無線、広報紙、ホームページ、SNS等 ○国の制度に基づき精度管理は行われているか ○事業所2箇所へ冊子設置、事業所1箇所へチラシ配布	○実施方法・手順 ①日程調整、場所の確保(脱漏検診含む) ②委託機関より受診券発送、結果発送 ③検診結果受領、要精密者への再勧奨 ④脱漏健診の通知(未受診者への再勧奨(リコール)) ⑤脱漏検診の②～③
ストラクチャー (体制)	○予算の確保 集団健診・人間ドック ○特定健診との同時実施 複合がん検診 2回、脱漏健診 2回 ○体制 保健部門:保健師 2名 国保部門:事務職 1名 保健師 1名 ○保健部門(健康増進係)と国保部門(保険給付係)との連携 ○研修会等参加	

評価の まとめ	○がん検診受診率を前年度と比べると、69才以下の受診率について胃がん検診は0.6%、肺がん検診は0.7%、大腸がん検診は0.2%、乳がん検診は0.3%の減少がみられている。子宮がん検診は0.1%の増加がみられた。 ○予約制や土日の実施、複合がん検診と特定健診と同時実施、未受診者においては脱漏健診等の再勧奨の実施などに取り組んだが、乳がん検診以外は目標に達していない現状であり、今後も継続して受診向上をはかっていく必要がある。		
事業 評価	A:目標に達成した C:変わらない	B:目標に達成していないが、改善傾向にある D:悪化した E:評価困難	B
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討		
見直し 改善について	(考えられる見直しと改善案) ○来年度も継続して広報誌や市の公式LINE、防災無線等にて周知を行い、受診率向上を図る。 ○来年度においても、予約制でのがん検診を開催し、土日開催を実施しながら住民が受けやすい環境を整える。 ○女性がん検診において、特定健診と同時実施日を1日(土曜日実施)確保し、受診率向上を図る。		

 目標達成又は改善傾向

■ 事業の概要

評価の まとめ	○受診券の様式を見直し、視認性の向上を図ったことで、昨年度と比較してわずかではあるが受診者数が増加したことから、一定の効果があつたと考える。 ○すでに定期的に歯科受診をしている方が多く、通常診療と同日に検診を実施することが難しいという課題もあるため、受診者数の大幅な増加には至っていないものの、定期受診者が多いこと自体は良い傾向である。		
事業 評価	A:目標に達成した B:目標に達成していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化した E:評価困難		B
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討		
見直し 改善に ついて	(考えられる見直しと改善案) ○受診券の様式を見直して視認性を向上させ、ホームページで周知内容を明確化する。さらに、市公式LINEを活用し、対象者への効果的な情報発信を検討する。		

13 / 15 ページ

■ 事業の概要

年度	令和7年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)							
背景	○健康的な生活習慣の獲得、健康診査の受診、保健指導の利用など、個々人の取組が健康づくりの基本となる。こうした個人の取組を促進するために、健康インセンティブが全国で進められている。 ○自身の健康診断結果を含む、健康に関する情報を提供することで、健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用できる力（ヘルスリテラシー）の向上を図ることも重要である。 ○本市では、令和4年度より、携帯アプリを使った健康づくり「ウエストサイズ大作戦」を開始し、住民の健康づくりの支援を行っているが、参加者は当初の目標よりも少なく、更なる取組の推進が求められている。 ○マイナポータルでは、過去の健診結果などを閲覧でき、個人の健康づくりに活用できる。										
目的	○インセンティブを活用し、健康に対して関心のある層のみならず、健康無関心層についても健康意識の向上を図り、行動変容を促すことを目的とする。										
具体的内容	【実施内容】 ○対象：20歳～74歳の市民でスマートフォンを持ち 個人での参加が可能な方 ○実施時期：9月～11月 ○実施方法：保健事業委託業者に委託、委託業者のスマートフォン健康アプリを活用、取組に対し健康ポイントを付与（詳細は下記参照） 上位者にインセンティブ贈呈 ①オンラインにて参加申込の受付・アプリ説明会（希望者）の案内 ②アプリ説明会にてアプリ導入の説明（個別来所対応可：アプリ導入方法等の書面案内実施） ③実施期間の3か月間健康づくりに対するポイント付与実施 ④上位者にインセンティブを贈呈 ⑤事業終了後の3か月後評価（市より参加者に公式ラインでアンケート送付・委託先に結果を市より送付し分析） ⑥参加者のデータを用いて、委託先による本市の課題分析の実施 ○ポイント及びインセンティブ：体重測定（1日1P） 歩数（5000歩/日×1P・10000歩/日×2P） 野菜摂取（1日1P） 健康インセンティブの内容：ステンレスボトル、マフラータオル等 ○勸奨：市広報誌・市HP掲載、串木野ロータリークラブ・商工会議所・母子健診・保育園・幼稚園 特定健診結果報告会、がん検診等にてチラシ配布、子育て支援センター等にポスター掲示、チラシ配布										
評価項目	評価指標		評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値/実績						
アウトカム(結果)	特定健診受診率		法定報告参照(評価年度の前年度データ)	56.1%	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
	20～60歳代男性の肥満者の割合		健康増進係(健康増進計画)	(R3) 30.5%	56.8%	57.4%	58.1%	58.8%	59.5%	60.0%	
	40～60歳代女性の肥満者の割合				55.2%						
	運動する習慣のある人の割合(1日30分以上を週2回以上継続)	男性		(R3) 22.0%			30.0%				
		女性		(R3) 55.0%			21.0%				
	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日ある人の割合	男性		(R3) 41.6%			57.0%				
		女性		(R3) 30.2%			51.0%				
	参加者の生活習慣の変化	身体活動(維持・改善)	委託業者報告書(参加前後のアンケート結果)	(R3) 30.2%			30.5%				
		野菜摂取(維持・改善)				30.5%					
		体重測定(維持・改善)									
参加者の腹囲減少割合		減少者数/測定者数	66.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%		
参加者のBMI25以上の割合		BMI25以上の数/評価時入力者数	84.3%	89.7%	62.0%						
アウトプット(事業量)	参加率(アプリ登録率)		アプリ登録数/目標値	88.2%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	
	評価実施率		評価時測定者数/アプリ登録数	84.6%	86.0%						
プロセス(過程)	○事業委託業者の選定・委託契約 ○委託業者・連携協定事業者との打合せ、連携 ○実施方法 参加募集 事業実施(3か月間) 事業評価 ○周知方法 広報紙、防災無線、ホームページ、SNS 協力機関へのチラシの配布、連携協定事業者による広報										

ストラクチャー (体制)	○予算の確保 ○体制 ・市 担当者 2名 ・委託業者 ○商工会議所等との連携 ○連携協定事業者との連携 ・インセンティブの提供依頼
-----------------	--

評価の まとめ	○対象年齢をひきあげたことや集合型にできなかったことで参加者数が増加した。 ○参加者190名のうち、146名(75.6%)が若年層(20歳代から50歳代)であることから健康アプリでの動機づけとしての効果はみられた。 ○イベント参加者178名中、イベント開始時と終了時にアプリへの体重入力ができた97名で検証を行った結果、BMI平均は23.8から23.5と減少し、有意差が確認された。最も多い方では11kgの減少があったことから継続した取り組みがあった参加者では事業効果は高かったと推察される。 ○生活習慣状況アンケートでは、目標値には達成できなかったものの、すべての項目で6割以上が改善・維持となっている。特に野菜摂取については関心が高く、取り組みやすい内容となっている。		
事業 評価	A: 目標に達成した C: 変わらない	B: 目標に達成していないが、改善傾向にある D: 悪化した E: 評価困難	B
継続等 について	継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討		
見直し 改善について	(考えられる見直しと改善案) ○評価対象者が少なかったことから入力方法の簡素化や入力方法の統一性を検討していかなければならない。 ○若年層が昨年より増加しているが、最後まで参加された方が少ないことから、来年度は小中学校の保護者などターゲットをしぼって目的をしっかりとめさせるようなチラシ作成を検討したい。		

■ 目標達成又は改善傾向