

1 特定健康診査事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)						
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p>									
目的	<p>○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。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○対象：40歳～74歳の被保険者</p> <p>○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</p> <p>○実施時期： <健診></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 防災無線での広報 ・6月～11月 結果報告会実施(除外：特定保健指導事業、糖尿病性腎症重症化予防事業、重症化予防・受診勧奨事業対象者) ・9月28日(土)・29日(日) 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月抽出日までの健診未受診者に対し脱漏健診通知(再勧奨) ・1月25日(土)・26日(日) 脱漏健診(集団、がん検診(胃・肺・子宮・乳)とのセット健診) <p><未受診者勧奨></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・12月～翌年2月 脱漏健診の勧奨訪問・情報提供票勧奨訪問 <p>○実施体制：委託(個別健診：市医師会、集団健診：健診実施機関)</p> <p>○健診項目：資料1参照 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</p> <p>○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))</p> <p>○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・広報紙等での受診勧奨</p> <p>○受診再勧奨：当該年度個別健診未受診者、12月脱漏健診の案内通知、</p> <p>○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～2月) 医療機関へ4月～翌年2月提出</p> <p>○プレ特定健診：対象者…30代の被保険者 実施方法…集団健診 受診勧奨方法…案内通知 健診項目…特定健診に準ずる</p>									
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)	特定健診受診率	法定報告参照(評価年度の前年度データ)	56.1%	56.8%	57.4%	58.1%	58.8%	59.5%	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	法定報告参照(評価年度の前年度データ)	男性 40～44歳	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%	49.2%	50.0%	50.8%	51.6%	52.4%	53.2%
			女性 55～59歳	48.1%	49.1%	49.9%	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%		
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%		
アウトプット(事業量)	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%		
			10.9%							

1 特定健康診査事業

プロセス (過程)	<p>○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</p> <p>○脱漏健診対象者 11月対象者抽出 12月通知</p> <p>○情報提供票勧奨対象者 11月対象者抽出 1月実施</p> <p>○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</p>	<p>○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2回</p> <p>○健診受診受診者に対し、受診済証の発行 個別健診・みなし健診:結果通知同封 その他:結果受領後発送</p> <p>○健診実施機関と委託契約 4月</p> <p>○がん検診との一体的実施(集団健診、脱漏健診)、休日実施</p>
ストラクチャー (体制)	<p>○体制 ・事務職1名、保健師1名、会計年度(事務2名)</p> <p>○予算の確保</p> <p>○勧奨方法 ・通知、訪問、広報紙、防災無線</p> <p>○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</p>	<p>○まちづくり協議会との連携</p> <p>○がん検診との一体的実施について保健部門(健康増進係)との連携</p>

評価の まとめ	<p>○特定健診の受診率については、前年度より0.9%減少しておりますが、令和元年度から令和2年度、コロナ禍の2.4%減少と比較すると、下げ止まりつつある。年齢階級別受診率を見ると、男性45～49歳、男性55～59歳、女性55～59歳で目標に達成しており、若い世代の受診率向上が図られている。今年度は、40代・50代の対象者全員にがん検診と同時に受けられる集団健診を2日間(R5年度:日→R6年度:土・日)案内したことで、40代・50代の受診者数(29名)は、令和5年度(4名)より約7.3倍増加した。</p> <p>○プレ特定健診の受診率については、今年度2日間(土・日)設け、受診環境(R5年度:日→R6年度:土・日)を整えることが出来たこともあり、わずかではあるが目標達成した。また、受診勧奨の際、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、プレ特定健診受診にはつながらなくても、職場健診の受診や健康意識の向上・生活習慣の改善、今後の特定健診受診に繋がっているのではと考える。</p> <p>○未受診者勧奨訪問については、実施率は目標達成していないが、受診勧奨後の特定健診受診率は大幅に増加していることから、効果的に実施出来ていると考える。また、訪問時不在であっても、受診勧奨チラシ投函後の受診率が8.3%あることから、不在であっても効果はあると考える。今年度は、がん検診申込済みの方に対し優先して訪問を実施、その際同時に特定健診を受けられる事を説明したこと、集団健診の通知直後に勧奨訪問を実施したことで、集団健診の申込を増やすこと(集団健診申込方法割合:郵送54%、二次元コード14%、訪問32%)が出来た。</p> <p>○特定健診の受診率については、下げ止まりつつあるが、現在の対策だけでは受診率の向上が図られないことから、新たな事業を検討する必要がある。</p>	
事業 評価	<p>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</p>	B
継続 等 について	<p><input checked="" type="checkbox"/> 継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>	
見直し 改善 について	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <p>○前年度健診未受診者で今年度ががん検診申込をされた方に、集団健診通知発送後未受診者勧奨訪問を実施したことで、集団健診の申込者数及び受診者数の増加が図れたことから、次年度も同様の方法にて実施していく。また、将来的には、健康増進係にて実施するがん検診の一括申込と同時に集団健診の申込が実施出来ないか検討していく。</p> <p>○集団健診の実施日について、受診希望日の約半数を占める土曜日を増やしたことで2日間実施となり、受診者数の増加が図られたことから、来年度も2日間実施できるよう日程の確保を図っていく。</p> <p>○受診率の向上が図られるよう、特定健診受診者に抽選でEATde健康メニューの食事券を贈呈する新事業、インセンティブ事業を開始し、それに伴い現在実施している受診済証の発行は、今年度で終了することとする。</p>	

 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6年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)						
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p>									
目的	<p>○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。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○実施機関: 直営(保健師、管理栄養士)、委託(保健指導実施機関)</p> <p>○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</p> <p>○費用: 自己負担なし</p> <p>○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</p> <p>○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</p>									
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%
	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%
	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%
	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%
		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%
		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%
		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%
		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%
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%	
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%
	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%
	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%
プロセス(過程)	<p>○庁内従事者打合せ 6月</p> <p>○保健指導対象者抽出 ・健診データ受領後(随時)</p> <p>○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</p> <p>○実施方法 ・直営: 個別支援 委託: 個別支援・初回面接分割実施</p> <p>○保健指導実施機関との委託契約 4月</p>									

2 特定保健指導事業

ストラクチャー(構造)	<ul style="list-style-type: none"> ○予算の確保 ○庁内従事者打合せ 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 ・必要時:健康増進課健康増進係 保健師4名、管理栄養士3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 	○特定保健指導実施者等の研修参加 2回
-------------	--	---------------------

評価のまとめ	<p>○特定保健指導の初回面接実施率は、令和5年度より増加し70.8%(R7.3.31時点)であり、特定保健指導実施率は令和5年度同様今年度も目標達成するのではと思われる。今年度より、指導後の効果・成果が求められていることから、今後のアウトカム評価にて効果・成果を見ていきたい。</p> <p>○集団健診における特定保健指導は初回面接分割実施を導入しているが、集団健診の特定保健指導実施状況を見てみると、委託分の初回面接実施率21.4%、直営分の初回面接実施率42.9%で、委託は直営の半分しか実施できていない。しかし、委託分の実施日は土・日であること、直営分の実施日は平日であることから棲み分が出来ており、少数ではあるが土・日実施を希望される方がいることから、今後も対象者の意向に沿えるよう委託実施は継続していく。</p> <p>○プレ特定保健指導については、対象者が3名で、初回面接分割実施に該当する方はおらず、日程を設定し後日案内もしたが、初回面接には至らなかった。保健指導の対象率が13.6%と令和5年度の特定保健指導対象率7.4%と比較すると多いことから、特定健診・特定保健指導になる前に少しでも対象者が減少するよう、プレ特定保健指導の実施率を増やす必要がある。</p>		
事業評価	<p>A:目標に達成した</p> <p>C:変わらない</p>	<p>B:目標に達成していないが、改善傾向にある</p> <p>D:悪化した</p> <p>E:評価困難</p>	B
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続 · <input type="checkbox"/> 見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 継続要検討		
見直し改善について	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導実施率を上げるため、ナッジ理論の仕組み型と情報提供型を組み合わせ保健指導を実施する。 ○保健指導の効果・成果を出すため、特定保健指導等の研修会に参加することで従事者の資質の向上を図る。 ○集団健診における特定保健指導については、委託分における初回面接分割実施は今後も継続することとし、直営実施も含め特定保健指導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、プレ特定保健指導実施率を上げるため、委託だけでなく直営でも実施できるよう、予算の確保・体制整備を実施する。 		

目標達成又は改善傾向

1 糖尿病性腎症重症化予防事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)							
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p>										
目的	<p>○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。</p>										
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><受診勧奨(詳細健診)></p> <p>○対象:特定健診を受診し、HbA1c6.5%以上で服薬なし(治療中除く)</p> <p>○実施方法:訪問等にて健診結果を基に保健指導(受診勧奨)を実施、詳細受診券の発行</p> <p>○実施機関:保健指導…直営(保健師、管理栄養士、看護師)、詳細健診…いちき串木野市医師会</p> <p>○費用:自己負担なし</p> <p>○実施スケジュール:健診結果受領後対象者抽出、健診結果を持参し訪問・詳細受診券の発行、詳細健診結果にて保健指導を実施</p> <p>○医師会との連携:医師会と連携、詳細健診の委託</p> <p><受診勧奨></p> <p>○対象:健診結果にて問診票服薬なし、血糖値126mg/dl以上</p> <p>○実施者:直営(保健師・看護師)</p> <p>○受診勧奨の方法:訪問、面談、電話、書面</p> <p>○保健指導の内容:特定健診</p> <p><糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の概数></p> <p>○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</p> <p>○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月以降訪問による受診勧奨</p> <p>○実施機関:直営(保健師、管理栄養士、看護師)</p> <p><保健指導></p> <p>○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</p> <p>○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て参加勧奨</p> <p>○実施機関:保健指導については保健指導実施機関へ委託</p> <p>○費用:自己負担なし</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p><コントロール不良者への保健指導></p> <p>○対象:特定健診を受診し、HbA1c7.5%以上で服薬有、CKD非該当</p> <p>○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</p> <p>○実施機関:保健指導…直営(保健師、管理栄養士、看護師)</p> <p>○医師会との連携:糖尿病連携手帳を用い連携を図る</p>										
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)	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			73以下			73以下	
	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	
	未受診者の割合(概算)		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%	1.6%	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%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	
	保健指導評価者の目標範囲内維持・改善率		HbA1c		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			血圧	目標範囲内維持・改善者数/分析対象者(欠損値なし)	66.7%	83.3%	83.3%	83.3%	100%	100%	100%
			尿蛋白		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	受診勧奨後の医療機関受診割合	概要把握		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%
		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%
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%		

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%		
	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(126mg/dl)以上		受診勧奨数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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)	○詳細健診 ・4月:市医師会と委託契約 ・随時:健診結果受領後対象者抽出、対象者面談・受診券発行 健診結果受領、健診結果に対する保健指導実施	○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
	○受診勧奨 ・6月~12月:対象者抽出、訪問実施 ・訪問3か月後、レセプトにて受診状況確認 ・未受診者に対する再勧奨実施	・5月:案内通知発送…業者 参加勧奨 市…訪問 業者…架電
ストラクチャー(体制)	○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	・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
	○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 3回	○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 2名 会計年度(管理栄養士 1名) ・委託業者:保健師・看護師

評価のまとめ	<p>○詳細健診の実施において、令和5年度からCKD予防ネットワーク事業が開始になったことにより、対象者の重複が、令和5年度3名、今年度5名(R6.12.31時点)あった。医療機関受診において、事業の取り扱いが二次健診と保険診療と異なることから、どちらの事業を優先した方がよいか、対象者の重複により従事者が複数となり指導内容が重複すること、その状況が非効率であることが問題である。また、事業を実施する中で、詳細健診の判定で要経過観察となった方がその後医療機関受診・再検査(R1~5年度:0.0~50.0%)に繋がっていないことも問題である。</p> <p>○受診勧奨については、令和5年度の受診勧奨後の医療機関受診割合53.8%と令和4年度と比較し5.5%増加している。医療機関受診状況を見てみると、受診勧奨の初回後(42.9%)より2回目(再勧奨)後(57.1%)の方が受診者が多く、再勧奨の効果が出ている。</p> <p>○概数把握については、受診勧奨通知後「糖尿病と言われたことがない」との連絡があることから、今年度は対象者の抽出時点でKDBシステムの個人別履歴にて抽出以前(R1~R4年度)の状況を確認したことで、的確に中断者を抽出することができた。</p> <p>○保健指導の参加率については、目標に達成していないが、改善傾向にあり、保健指導終了率は維持ではあるが、途中終了者が資格喪失であることから、目標達成したものと考える。アウトカムの保健指導評価者の目標範囲内維持・改善率については、分析対象者が少なく事業評価が出来たとは言いが、血圧・尿蛋白は目標達成・維持出来た。参加者のプログラム満足度については、満足・やや満足の回答で100%、また参加後「病気についての理解が深まり、自己管理できるようになった。」と回答した方が80~100%であった。</p> <p>○コントロール不良者への保健指導実施率については、目標に達成した。アウトカムの特定健診有所見者割合については、微増で悪化傾向にある。今年度の実施において、CKD予防ネットワーク対象者にも該当する方が11名おり、各事業において実施方法が異なることから、対象者・指導内容が重複しないよう、従事者が複数にならないようCKD予防ネットワーク該当を優先した。</p>		
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	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <p>○受診勧奨(詳細健診)については、今年度にて事業を終了するが、受診勧奨については、次年度以降も受診勧奨(詳細健診)と同様の対象者を設け、今後も継続して実施していく。</p> <p>○保健指導対象者に対し、情報提供型ナッジを用いた案内通知をしたり、訪問による参加勧奨を継続して実施することで、参加率の向上を図る。</p> <p>○糖尿病の血糖コントロールの改善が図られるよう、糖尿病と歯周病に関するチラシを特定健診(個別・集団)受診者に配布し、歯科受診・歯周病検診等の普及・啓発を図る。</p>		

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6年度		担当部門	健康増進課(保険給付係・健康増進係)							
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>										
目的	<p>○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。</p>										
具体的内容	<p>【実施内容】 <ハイリスクアプローチ事業> ○対象：健診結果にて問診票全服薬なし、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) 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 ○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、身体の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 ○再勧奨：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、健診結果を持参し訪問等に勧奨・保健指導を実施 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 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</p>										
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)	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(+)/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	100%	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)	<p>○庁内従事者打合せ 6月 ○受診勧奨方法・手順 ・6月～11月 対象者抽出、訪問実施 ・訪問3か月後 レセプトにて受診状況確認 ・未受診者に対する再勧奨実施</p>			<p>・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</p>							
ストラクチャー(体制)	<p>○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 1名、管理栄養士 1名 ○医師会や医療機関等との連携 ○研修会の参加</p>										

評価の まとめ	<p>○対象者数については、血圧は平成30年度以降、脂質については対象者見直後の令和3年以降減少傾向にあり、アウトカム評価である特定健診有所見者割合を見ても目標を達成し、減少傾向にある。</p> <p>○受診勧奨後の医療機関受診割合を見ると、約30%程度しか医療機関受診に繋がっていないが、未治療者の翌年度の検査データを見ると、75.0%の改善(血圧1以下)が見られている。</p> <p>○事業対象者ではない服薬ありがある方で服薬なしの項目が対象者基準に該当する方も、医療機関受診に繋がっていない。</p>	
事業 評価	<p>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</p> <p>C:変わらない D:悪化した E:評価困難</p>	B
継続等 について	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 継続 · <input type="checkbox"/> 見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 継続要検討 </p>	
見直し 改善について	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <p>○医療機関受診に繋がっていないことから、受診勧奨・再勧奨の強化を図る。</p> <p>○服薬ありがある方で服薬なしの項目が対象者基準に該当する方も治療に繋がっていないことから、健診結果発送3~4か月後にレセプトを確認し、未治療であれば医療機関受診勧奨を実施し、事業の強化を図る。</p>	

■ 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6年度		担当部門	健康増進課(保険給付係)					
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>								
目的	<p>○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。</p> <p>○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。</p>								
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><重複・頻回受診></p> <p>○対象 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</p> <p>○実施内容:対象者へ訪問指導の実施日を通し、訪問にて指導を実施、実施者(看護師)</p> <p>○実施スケジュール:7月・11月訪問実施前に対象者を抽出、訪問実施2週間前の6月・10月頃通知、7月・11月頃訪問指導を実施 訪問実施3か月後(10月・2月頃)にレセプトにて評価</p> <p>○評価方法:10月・2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</p> <p><重複・多剤></p> <p>○対象 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65歳以上75歳未満の者</p> <p>○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</p> <p>○実施スケジュール:年度当初国保連合会へ委託、7月国保連合会の様式にて通知、1~2月頃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再度通知を実施、通知3か月後評価を実施</p> <p>○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</p> <p>○評価方法:通知3か月後レセプトにて改善状況を確認</p> <p><ジェネリック利用促進></p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○普及啓発、情報提供:広報紙への事業実施掲載</p> <p>○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</p>								
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)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	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%	86.2%	86.2%	86.2%	86.3%	86.3%	86.3%
	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%	87.2%	87.5%	87.5%	87.5%	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)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	多剤処方該当者数			15.9%					
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	87	87	86	86	86
	重複・多剤服薬者実施率	通知者数/対象者数	57.7%	87	87	87	86	86	86
	差額通知率	通知者数/対象者数	100%	26	26	26	25	25	25
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					
プロセス(過程)	○実施方法			・市にて対象者を決定					
	<重複・頻回受診>			・委託業者にて対象者へ通知					
プロセス(過程)	・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(6月、10月)			○お薬手帳、ポリファーマシー等に関する普及、啓発					
プロセス(過程)	・訪問による保健指導(7月、11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、2月)								
プロセス(過程)	<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								
プロセス(過程)	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								
プロセス(過程)	○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)	<ul style="list-style-type: none"> ○予算の確保 ○体制 <ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ○ジェネリック医薬品の使用割合については、目標値に達しており、普及率は高い状況にある。 ○重複・頻回受診については、目標値に達していないが、対象者が少ないことや必要な治療を長期間行なわなければならないことから、訪問実施後3か月後のレセプト評価での改善にならない場合が多いが、一部の対象者については改善がなされた。 ○重複多剤服薬については、対象者へ通知することで、薬剤に対する意識が図られており、お薬手帳の必要性に認識が図られている。 	
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	<input type="checkbox"/> 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) <ul style="list-style-type: none"> ○ジェネリック医薬品については、引き続き広報誌掲載などの普及啓発を行ない、使用割合を増やしていく。 ○重複・頻回受診については、これまで同様に対象者の把握を行ない、訪問指導を実施し、適正化を図っていく。 ○重複・多剤服薬については、対象者への通知のほか、広報誌掲載などを行ない適正な服薬についての意識向上を図っていく。 	

 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6年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)								
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p>											
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	<p>【実施内容】</p> <p>○各がん検診の実施方法</p> <p>①複合がん検診:集団、胃がん・大腸がん・肺がん、8月7~10日・26~28日、9月17~29日(特定健診集団9月28日(土)・29日(日))</p> <p>②大腸がん検診:郵送検診、1月頃</p> <p>③女性がん検診:集団、乳がん・子宮頸がん、7月3~6日・24~30日</p> <p>④乳がん・子宮がん検診:個別、6月~12月</p> <p>⑤脱ろう検診:集団、胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん、1月25(土)・26日(日)</p> <p>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)</p> <p>○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</p> <p>○受診勧奨の方法</p> <p>①②③前年度2月~3月一括申込みを実施、</p> <p>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、</p> <p>②1月末頃未受診者に対し再勧奨</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>⑥4月頃広報紙による勧奨</p> <p>○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)</p> <p>④クーポン利用による自己負担分無料</p> <p>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</p>											
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)	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%			40.4%				40.0%
	SMR	男性	胃がん	県健康増進課統計	(H29-R3)			全国以下				全国以下
			肺がん		(H29-R3)			全国以下				全国以下
			大腸がん		(H29-R3)			全国以下				全国以下
		女性	胃がん		(H29-R3)			全国以下				全国以下
			肺がん		(H29-R3)			全国以下				全国以下
			大腸がん		(H29-R3)			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			72.2%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	
			大腸がん			79.2%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	
			子宮がん			100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			乳がん			92.3%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	
	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%	15.1%	15.1%	15.2%	15.2%	15.3%	15.3%	
乳がん(40-69歳)					22.3%	22.5%	22.5%	22.6%	22.6%	22.7%	22.7%	
精密検査受診勧奨実施率			勧奨者数/対象者数(評価年度の前年度データ)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

プロセス (過程)	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○受診・再勧奨:通知、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 	<ul style="list-style-type: none"> ○実施方法・手順 <ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○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 1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	<p>○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は0.1%、肺がん検診は0.2%、大腸がん検診は0.4%、子宮がん検診は1.0%の減少がみられている。乳がん検診においては0.6%増加がみられた。</p> <p>○令和6年度から、乳がんマンモグラフィー受診者の国民健康保険加入者については、希望者に乳房超音波検査費用を助成することで受診率向上が図られた。</p> <p>○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組んだが、乳がん検診以外は目標に達成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。</p>		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 · <input type="checkbox"/> 見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要 · <input type="checkbox"/> 継続要検討		
見直し 改善に ついて	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○来年度も継続して広報誌、防災無線等にて周知を行い、受診率向上を図っていく。 ○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の方が受けやすい環境を整えていきたい。 ○来年度からポピュレーションアプローチなど普及啓発に努めていきたい。 		

 目標達成又は改善傾向

5 歯周病検診事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)					
背景	<p>○う蝕および歯周病に代表される歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障をきたし、全身の健康、さらに食事や会話等への生活の質への影響がある。</p> <p>○本市では、健康増進課(健康増進係)による歯周病検診を実施しているが、受診率が減少傾向にある。また、本市は糖尿病性腎症による人工透析が多いことから、糖尿病重症化予防の点からも対策が必要となってくる。</p>								
目的	<p>○歯科(歯周含む)に関連する疾患および歯科疾患が影響する全身疾患の予防、生活の質の向上を目指して、健康増進課(保険給付係)と連携し、歯周病検診の受診率を向上することを目的とする。</p>								
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p><歯周病検診></p> <p>○対象：20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳</p> <p>○実施機関：日置地区歯科医師会いちき串木野支部と委託契約</p> <p>○費用：自己負担額なし</p> <p>○実施スケジュール：対象者に対し全員に受診券(ハガキ)を5月末発行、10月頃ハガキ(受診券)再勧奨、実施期間6月～12月</p> <p>○その他：出前講座にて口腔に関する健康教育(対象：全市民)</p>								
評価項目	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績(R5)	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)	4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎に罹患している人の割合	該当者数/検診受診者	66.9%	66.5%	66.5%	66.1%	66.1%	65.7%	65.7%
				68.8%					
アウトプット (事業量)	歯周病検診受診率	受診者数/対象者数(年度当初)	18.4%	18.5%	18.5%	18.6%	18.6%	18.7%	18.7%
				12.8%					
プロセス (過程)	<p>○日置地区歯科医師会いちき串木野支部と委託契約 4月</p> <p>○実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月 対象者抽出、受診券発行(ハガキ) ・6月～12月 個別検診実施 ・10月 未受診者に対しハガキによる再勧奨 <p>○勧奨方法 受診券通知、防災無線、広報紙、ホームページ、SNS</p> <p>○日置地区歯科医師会いちき串木野支部・協力医療機関との連携</p>								
ストラクチャー (体制)	<p>○予算の確保</p> <p>○体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健部門 歯科衛生士 1名 事務 1名 <p>○日置地区歯科医師会いちき串木野支部・協力医療機関との連携 随時</p> <p>○研修会の参加</p>								

評価のまとめ	<p>○検診料については令和5年度に引き続き無料であるが、今年度から対象者が新たに20歳及び30歳が追加されたこと、令和5年度よりも受診者が36名減少したこともあり、受診率が減少した。</p> <p>○4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合は、今年度から対象者が20歳・30歳が追加されたこともあり、0.1%減少した。</p> <p>○保険給付係では、糖尿病重症化予防の視点から、受診勧奨者や治療中の方に対し、歯周病検診や歯科受診の重要性について、普及啓発を図った。</p>								
事業評価	<p>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</p> <p>C:変わらない D:悪化した E:評価困難</p>							B	
継続等について	<p>継続 ・ 見直しが必要 ・ 大幅な見直しが必要 ・ 継続要検討</p>								
見直し改善について	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <p>○歯周検診等の普及啓発について、20歳・30歳については母子健診の集団指導の場を活用し、40歳・50歳・60歳・70歳については複合がん検診時に配布するチラシを活用する。</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防事業対象者に対し、歯科衛生士会作成のチラシや、糖尿病連携手帳を活用し、歯周病と糖尿病の関係について普及啓発を図る。</p>								

目標達成又は改善傾向

6 健康インセンティブ・健康づくり事業

■ 事業の概要

年度	令和6年度		担当部門	健康増進課(健康増進係)						
背景	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>									
目的	<p>○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。</p>									
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>○対象：20歳～64歳の市民でスマートフォンを持ち 個人または2人チームでの参加が可能な方</p> <p>○実施期間：8月～10月</p> <p>○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</p> <p>①オンラインにて参加申込の受付・開講式の案内</p> <p>②開講式にて健康講話・アプリ導入・腹囲測定(個別来所対応可:健康講話の動画視聴日時・アプリ導入方法等の書面案内実施)</p> <p>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</p> <p>④閉講式にて腹囲測定(個別来所対応可)・健康講話・授賞式にて上位者にインセンティブを贈呈</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>○ポイント及びインセンティブ:開講式・閉講式にて健康講話聴講(各5P) 体重測定(1日1P) 歩数(5000歩/日×1P・10000歩/日×2P) 野菜摂取(1日1P) 腹囲減少(-1cm×5P) 継続(前年度から継続参加の方に2P)</p> <p>健康インセンティブの内容:スマートウォッチ、いちき串木野市特産品、メモ帳等</p> <p>○勸奨:チラシに申込用二次元コード掲載したものを全世界に配布、市HP掲載、商工会議所・母子健診・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</p>									
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)	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		(R3)	55.2%		30.0%				
	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)			21.0%			
			女性	(R3)			57.0%			
	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)			51.0%			
			女性	(R3)			30.5%			
	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)	(R4)			30.5%			
		野菜摂取(維持・改善)		66.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	
		体重測定(維持・改善)		84.3%	89.7%					
参加者の腹囲減少割合	減少者数/測定者数	84.6%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%		
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	68.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%		
	評価実施率	評価時測定者数/アプリ登録数	76.5%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		
プロセス(過程)	<p>○事業委託業者の選定・委託契約</p> <p>○委託業者・連携協定事業者との打合せ、連携</p> <p>○実施方法 参加募集 事業実施(3か月間) 事業評価</p> <p>○周知方法 広報紙へのチラシの折込、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</p>									

ストラクチャー (体制)	<ul style="list-style-type: none"> ○予算の確保 ○体制・市担当者1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	<p>○参加目標 100名のうち118名参加(昨年度より56名増加) アプリ登録者118名中 終了時の腹囲測定まで実施できた方は、92名(78%)で実施率は、昨年度より1%減少した。</p> <p>○昨年度と比較し参加者数は増加したが、更なる参加者の増加や行動変容を図るためには、実施方法や評価方法・対象年齢・実施期間・周知方法等の見直しを図る必要がある。</p>		
事業 評価	<p>A: 目標に達成した</p> <p>C: 変わらない</p>	<p>B: 目標に達成していないが、改善傾向にある</p> <p>D: 悪化した</p> <p>E: 評価困難</p>	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	<p>(考えられる見直しと改善案)</p> <p>○参加者の増加を図るため、働きざかり世代を増やすために企業や特定保健指導対象者への周知をしていく。</p> <p>○参加者の増加を図るため、実施方法(開講式・閉講式を中止し、アプリの利用方法の説明、インセンティブの発送へ変更)、評価方法(腹囲から体重へ変更)、対象年齢(74歳まで引き上げ)、実施期間(9~11月へ変更)の見直しを行う。</p> <p>○アプリを活用し、健康情報や運動の動画等を定期的に配信することで、リバウンド回避や行動変容を促す。</p>		

■ 目標達成又は改善傾向