

令和3年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙2)

●健康課題に対応した保健事業計画

	事業名	目的	令和2年度		評価指標		評価(R2年度)	令和3年度	
			目標	計画	事業実施量評価 (アウトプット)	結果評価 (アウトカム)		目標	計画
健康意識向上プログラム	健康情報の発信	健康意識を高めるため、専門家による健康情報を発信する	特定健診において生活習慣改善意欲ある人の割合40%	【情報発信】 ・糖尿病重症化予防についての記事を市報に掲載する。 【行政番組による普及啓発】 ・R1年度作成した糖尿病予防の番組をiチャンネルで広報する。(月・水・金・日)	・糖尿病性腎症啓発(市報R3年5月号掲載) ・糖尿病予防行政番組「糖尿病のウン！ホン！」を放送	・生活習慣の状況特定健診受診者のうち、生活習慣改善意欲がある人の割合(「KDB地域の全体像の把握」より) R1 29.2% R2 28.1%	・健診受診者うち、生活習慣改善意欲がある人の割合は、国(28.2%)や県(30.3%)と同等である。 ・今後も健康意識を高めるための啓発活動を、他機関と連携して実施する必要がある。	特定健診において生活習慣改善意欲ある人の割合30%	【情報発信】 ・糖尿病重症化予防についての記事を市報に掲載する。(R3年5月号掲載) ・健康づくり連絡会にて協議を行う。
	特定健診受診勧奨	特定健診の効果、健診内容を周知し、特定健診受診率の向上を図る	特定健診受診率: 40.0% 特定健診40代受診率: 25%	【国保加入時の受診勧奨】 ・国保加入手続きの際に特定健診受診勧奨チラシを配布する。 【受診勧奨活動】 ・国保20歳～49歳の健康診査、特定健康診査の無料について広報する。 ・市報と一緒にガイドブックを配布する。愛育委員が問診票配布時に受診勧奨の声かけをする。 ・医療機関への啓発チラシの配布。	・国保加入者に特定健診受診勧奨チラシを配布、トートバック配布 ・国保20～49歳に健診無料クーポン券を発送対象者40代:360人 ・愛育委員訪問 愛育委員:529人 ・受診勧奨のTVCM放送	・特定健診受診率(法定報告) H30 35.7% R1 38.9% R2(R3年3月確定) ・特定健診受診率(40代) H30 22.3%(94人) R1 23.3%(84人) R2 19.7%(71人)	・特定健診受診率は38.9%と、前年度から3.2%上昇している。 ・40歳代の特定健診受診率は19.7%と、前年度から約3%減少した。 ・特定健診受診率向上に向けて、愛育委員と連携した受診勧奨や特定健診受診勧奨のTVCM等を活用した普及啓発に努める。また、国保加入時にチラシ等配布したり、国保20～49歳に無料クーポンを発送することで、適切に動機付けが行われるよう今後も支援する必要がある。	特定健診受診率: 38.0% 特定健診40代受診率: 20%	【国保加入時の受診勧奨】 ・国保加入手続きの際に、特定健診受診勧奨チラシを配布する。 【受診勧奨活動】 ・国保20歳～49歳の健診無料について広報する。 ・愛育委員による受診勧奨訪問。 ・受診勧奨のTVCMを、ケーブルテレビで放送する。
	人間ドック実施	特定健診を、人間ドック形式の受診に換え、疾病の早期発見による被保険者のQOLの向上と医療費の削減を目指す	人間ドック受診率: 20% 国保41歳人間ドック受診率: 25%	・申込受付を人間ドック実施医療機関で行う。 ・人間ドックの受付期間を4～5月とする。 ・国保41歳の節目人間ドック無料化を実施。	・人間ドック申込受付先を医療機関に変更。 ・人間ドック申込受付期間: 4～5月 ・国保41歳人間ドック無料化通知発送人数 R1 対象者29人 R2 対象者38人	・人間ドック(短期)受診率 R1 15.3%(802人) R2 14.9%(770人) ・国保41歳人間ドック受診率 R1 20.7%(6人) R2 21.1%(8人)	・人間ドック(短期)の受診率の実績値としては14.9%と、前年度から0.4%減少している。 今後もホームページ等も利用し、周知する機会を増やす必要がある。 ・国保41歳人間ドック(短期)の受診率の実績値は21.1%と、前年度とほぼ同率であった。 ・受診者の多くが、健診の受診習慣がある人であり、無料にしても健診の受診につながっていないことから、令和3年度は廃止とし、40歳代は特定健診の自己負担額が無料であるため、無料クーポンを利用し、受診につなげていく。	人間ドック受診率: 20%	・申込期限2～3週間前に、告知放送で申込みを促す。 ・人間ドックの周知方法について検討する。
	特定健診未受診者の受診勧奨	特定健診未受診者に働きかけ、特定健診受診率の向上を図る	再勧奨後受診率: 12%	【個別通知勧奨】 ・集団検診終了後(11月)に、40～69歳の被保険者の内、特定健診未受診者へ通知。	・再勧奨通知送付数(R2) 40～49歳 299人 50～69歳 2,385人	・再勧奨後受診率(R2) 40～49歳 6.0%(18人) 50～69歳 4.4%(106人)	・新型コロナウイルス感染症の影響を受けて受診率が低迷したが、再勧奨通知を送付したことにより、受診券の再交付依頼や職場健診や契約医療機関以外での受診結果を持参されたり、健診を受診したことを報告してこられた方があった。 ・今後も受診率向上に向け、効果的な受診勧奨の方法を検討し、実施する必要がある。	再勧奨後受診率: 12%	【個別通知勧奨】 ・集団検診終了後(11月)に、40～69歳の被保険者の内、特定健診未受診者へ送付。 ・受診勧奨通知を、年代や性別、過去の健診受診歴や健診結果を基に作成し、受診につながるように改善する。
	地域包括ケアの取組	地域の医療費・健康から見える健康課題や改善のための取組の情報を発信		【新見地域医療ネットワーク】 ・新見地域医療ネットワークへ国保部門が参画し、多職種の連携を図る。 【医療・介護多職種連携会議】 ・医療・介護多職種連携会議へ国保部門が参画し、多職種の連携を図る。	・地域医療ネットワーク(実務者会議) 年1回出席 ・医療・介護多職種連携会議への参加	・地域住民へ地域医療・看護・介護等の情報発信 ・年1回糖尿病の内容を含めた生活習慣病について情報共有している。	・医療・介護多職種連携会議等へ出席し、他機関と意見交換や情報共有を行っている。今後も会議等へ出席し、連携のとりやすい関係や仕組み作りを行うことが必要である。		【新見地域医療ネットワーク】 ・実務者会議へ出席し、多職種と連携を図る。 【医療・介護多職種連携会議】 ・医療・介護多職種連携会議へ参画し、多職種と連携を図る。

事業名	目的	令和2年度		評価指標		評価(R2年度)	令和3年度		
		目標	計画	事業実施量評価 (アウトプット)	結果評価 (アウトカム)		目標	計画	
生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防	糖尿病の知識及び血糖管理の保健指導を行い、糖尿病重症化を防ぐ	受診率:80%	<p>【糖尿病対策連絡会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病対策連絡会を開催し、糖尿病専門医療機関と連携して、新見市の糖尿病事業について検討し、より効果的な保健事業に繋げる。 <p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> R1年度・R2年度健診結果から <ul style="list-style-type: none"> ①HbA1c8.0%以上 ②HbA1c6.5%以上かつ(尿蛋白+以上又はeGFR60未満)の者 ①、②に対して、受診勧奨及び保健指導を行う。 <p>H30年度、R1年度対象者へのフォローを実施する。(対象者:R1年度健診未受診者のうち糖尿病治療中断者を訪問し、受診勧奨する。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病性腎症重症化予防事業】 糖尿病未治療者受診勧奨 5人実施 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 開催数:3回 参加者:糖尿病専門医、糖尿病療養指導士、保健所、健康づくり課、市民課 	<ul style="list-style-type: none"> 医師会、医療機関、行政が連携し、新見市の糖尿病事業について課題を共有することができた。また、糖尿病性腎症重症化予防事業等の、糖尿病施策について、助言を受けながら実施することができた。 糖尿病未治療者の受診勧奨対象者は、昨年度も対象であったため、訪問方法を工夫して対応したが、受診には繋がらなかった。 今後も地区担当保健師と連携し、早期受診・早期治療につなげていく必要がある。 	受診率:80%	<p>【糖尿病対策連絡会】</p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き開催し、糖尿病専門医療機関と連携して、糖尿病事業について検討し、より効果的な保健事業に繋げる。 <p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> R2年度・R3年度健診結果から <ul style="list-style-type: none"> ①HbA1c8.0%以上 ②HbA1c6.5%以上かつ(尿蛋白+以上又はeGFR60未満)の者 ①、②に対して、受診勧奨及び保健指導を行う。H30年度、R1年度対象者のフォローも実施する。
			保健指導参加率:40%	<ul style="list-style-type: none"> 主治医と連携して保健指導を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病性腎症重症化予防事業】 糖尿病性腎症保健指導 利用勧奨24人実施 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 保健指導参加 13人(54.2%) 継続中11人 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導参加率は54.2%で目標の40%は達成することができた。主治医へ指導内容等を報告し、情報を共有することで医療機関と連携して指導することができている。その情報を基に医療関係者が、対象者に賞賛等の声かけをすることができるため、対象者のモチベーションが保たれる等、効果が大きいと思われる。 R1年度健診未受診者のうち、糖尿病治療中断者を対象に全数訪問し、健診や医療機関への受診勧奨を実施した。年度末までに3人(37.5%)が受診したが、未受診者に対しては引き続き健診や医療機関への受診につなげていく必要がある。 	保健指導参加率:55%	<ul style="list-style-type: none"> 主治医と連携して、糖尿病性腎症保健指導対象者に対して保健指導を実施。
			セミナー参加率:30%	<p>【糖尿病性腎症重症化予防セミナー】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病対策連絡会にて内容を検討し実施する。糖尿病性腎症重症化予防事業対象者に参加を募る。 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病性腎症重症化予防セミナー】 講師:糖尿病専門医、糖尿病療養指導士、管理栄養士 参加者6人(12.9%) (うち新規参加者5人) 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 アンケート結果 <ul style="list-style-type: none"> ・知識が深まった100% ・新たに取り組む(減塩等)100% ・今後も参加したい100% 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症重症化予防セミナーを1回開催した。講話、座談会を実施し、参加者と医療専門職との意見交換を行った。参加率が低く、目標は達成できなかったが、新規に5人の参加があった。事後のアンケート結果からは、糖尿病の知識が深まり、自分自身が取り組む内容を考えられた等、評価も高かったため、今後も重症化予防のため継続して実施する必要がある。 	セミナー参加率:30%	<p>【糖尿病性腎症重症化予防セミナー】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病対策連絡会にてセミナーの内容を検討し、糖尿病性腎症重症化予防事業対象者を対象に、参加を募る。年度内に1回実施する。
			栄養指導利用数:5人	<p>【糖尿病個別栄養指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士不在の医療機関を対象に、主治医からの紹介による個別栄養指導を実施する。利用してもらいやすいための工夫として主治医からの「栄養指導確認書」の様式を簡易なものに変更し、再度PRする。 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病個別栄養指導】 主治医からの「栄養指導確認書」の様式を変更しPRした。 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 アンケート結果 <ul style="list-style-type: none"> ・知識が深まった100% ・新たに取り組む(減塩等)64% ・すでに改善に取り組んでいる 28% 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 健康づくり連絡会(おとな部会)と一緒に糖尿病予防教室を1回実施した。参加者はコロナ禍であるため少なかったが、生活習慣改善の取り組みを具体的に考えることができていた。 	栄養指導利用数:3人	<p>【糖尿病個別栄養指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き、管理栄養士不在の医療機関を対象に、主治医からの紹介による個別栄養指導を、健康づくり課と連携して実施する。また、歯科医からの紹介の仕組みづくりについて検討する。
						<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病個別栄養指導】 主治医からの「栄養指導確認書」の様式を変更しPRした。 	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病対策連絡会】 新規利用者数 2人 継続者数 2人 	<ul style="list-style-type: none"> 今年度は主治医からの「栄養指導確認書」の様式を簡易なものに変更し、再度PRしたものの、1医療機関のみであり、利用者も目標の5人は達成できなかった。今後も医師会や医療機関等の連携をはかり、利用してもらいやすいような工夫が必要。 	

事業名	目的	令和2年度		評価指標		評価(R2年度)	令和3年度	
		目標	計画	事業実施量評価 (アウトプット)	結果評価 (アウトカム)		目標	計画
生活習慣病重症化予防	高血圧予防	高血圧症予防及び高血圧症重症化予防	<p>血圧有所見者の割合の減少</p> <ul style="list-style-type: none"> 【高血圧症重症化予防及び高血圧症予防の取組】特定健診結果で血圧160/100以上の者を対象に受診勧奨訪問を行う。 家庭血圧の重要性や正しい血圧の測り方等を健康教室等で伝える。 減塩の大切さの周知を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康教室参加者数 R1 33回、延567人 R2 22回、延310人 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧有所見者の割合(収縮期130以上・拡張期85以上) R1 収縮期50.4% 拡張期24.3% R2 収縮期53.3% 拡張期25.3% 	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育については、新型コロナウイルス感染症の影響により前年度より大幅に開催回数及び延べ人数が減少した。しかし、栄養改善協議会では、自己研修として高血圧予防(減塩)について実施し、塩分チェックシート等で参加者自身の食生活の振り返り等を行うことができた。 	<p>血圧有所見者の割合の減少</p> <ul style="list-style-type: none"> 【高血圧症重症化予防及び高血圧症予防の取組】特定健診結果で血圧160/100以上の者を対象に受診勧奨訪問を行う。 家庭血圧の重要性や正しい血圧の測り方等を健康教室等で伝える。 減塩の大切さの周知を図る。 	
	運動習慣づくり	運動習慣定着に向けた運動のきっかけづくり	<p>運動習慣のある人の割合の増加</p> <ul style="list-style-type: none"> 【運動習慣定着化への取組】企業や各種団体等へ、ラジオ体操を取り入れてもらうよう啓発する。 正しいラジオ体操を学ぶため、ラジオ体操講習会を実施する。 新規参加者を中心に参加を呼びかけ、にこみ健康チャレンジポイントを実施する。 クアオルト健康ウォーキングは、毎週ウォーキング・イベント型ウォーキング・予約型ウォーキングに加え、サンデーウォーキングを新規に実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康教室(運動コース)参加者数 R1 169回、延2,683人 R2 97回、延1,235人 ラジオ体操講習会参加者数 R1 160人 R2 60人 健康チャレンジポイント申込者数 R1 446人 R2 206人 達成率 R1 75.3%(336人) R2 68.9%(142人) クアオルト健康ウォーキング参加者数 R1 342人、延480人 R2 109人、延223人 新規参加割合 R1 69.6%(238人) R2 76.1%(83人) 	<ul style="list-style-type: none"> 運動習慣がある人の割合(KDB地域の全体像の把握)より R1 37.0% R2 38.6% 健康教室の回数及び人数は減少したが、新型コロナウイルスによる外出自粛で運動不足が懸念されたため、家庭で取り組める運動(ラジオ体操・新(にこみ)ロコモ体操)のチラシを配布し、啓発を行った。 簡易保険加入者協会のガイドラインに基づき、感染予防対策を講じて実施した。今年度から5年間、地域を変えて実施することになっており、今年度は、大佐地域で実施した。次年度、神郷地域で実施予定。 申込者数は減少したが、新規参加者の要件が加わり、新規参加者の割合は66.5%と増加した。 新型コロナウイルス感染症の影響で休止した期間もあり、参加者数は大幅に減少している。しかし、新規参加割合は増加しており、今後もPRを行い、感染対策に留意し継続実施予定。 	<p>運動習慣のある人の割合の増加</p> <ul style="list-style-type: none"> 【運動習慣定着化への取組】企業や各種団体等へ、ラジオ体操を取り入れてもらうよう啓発する。 正しいラジオ体操を学ぶため、ラジオ体操講習会を実施する。(R3年度 神郷地域で実施予定) R2年度で終了。 クアオルト健康ウォーキングは、毎週ウォーキング・イベント型ウォーキング・予約型ウォーキングに加え、サンデーウォーキングを新規に実施する。 		
	禁煙・分煙の推進	禁煙・分煙を推進し、タバコの害から健康を守る意識を高める	<p>喫煙率の減少</p> <ul style="list-style-type: none"> 【禁煙の普及啓発】世界禁煙デー、禁煙週間に合わせて、禁煙・分煙の啓発活動を実施する。(南庁舎での掲示) 	<ul style="list-style-type: none"> 啓発活動実施状況 	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙率(KDB地域の全体像の把握)より R1 10.0% R2 9.9% 	<ul style="list-style-type: none"> R2.5.28~R2.6.5までの間、市役所南庁舎の健康づくり課事務所に禁煙に関するポスターとグッズの掲示を行った。 肺がんモデルやタールモデルを立ち止まって見ている人もあり、分かりやすいグッズの展示は関心を持ってもらいやすく、啓発に有用だと感じた。引き続き、禁煙週間や集団検診に合わせて啓発活動を実施する。 	<p>喫煙率の減少</p> <ul style="list-style-type: none"> 【禁煙の普及啓発】世界禁煙デー、禁煙週間、集団検診に合わせて、禁煙・分煙の啓発活動を実施する。 	

令和3年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙2)

●法定事業及び医療費適正化対策事業計画

事業名	目的	令和2年度		評価指標		評価(R2年度)	令和3年度	
		目標	計画	事業実施量評価 (アウトプット)	結果評価 (アウトカム)		目標	計画
高年齢者医療確保・保健事業	特定健診	特定健診受診率 40% 特定保健指導対象者割合 9%	・特定健診実施機関との情報交換を行う。 個別検診:12医療機関 集団検診:11会場、28日間 ・詳細な検診項目の眼底検査の対象者であることが健診当日に把握できるように、シールを貼付する。	・実施医療機関との情報交換を行った。 ・「詳細な健診」項目設定(心電図・眼底検査・貧血検査・血清クレアチニン検査)	・特定健診受診率(法定報告) H30 35.7% R1 38.9% R2(R3年3月確定) ・特定保健指導対象者割合 H30 10.7% R1 10.8%	・特定健診受診率の実績値としては38.9%と、前年度から3.2%上昇し、岡山県の平均受診率30.5%より高くなっている。今後も医療機関と連携し、受診率向上に向けた取り組みを検討する必要がある。 ・特定保健指導対象者割合は10.8%と前年度から0.1%上昇している。	特定健診受診率 38% 特定保健指導対象者割合 9%	・特定健診実施機関との情報交換を行う。 個別検診:12医療機関 集団検診:11会場、28日間 ・岡山県特定健診情報提供事業へ参加。(治療中の患者がかかりつけ医から健診の受診を勧めても未受診である場合、医療機関が保有する検査データが特定健診の基本項目に相当する場合、本人の同意のもと、医療機関から市ヘデータが提供される。)
	特定保健指導	特定保健指導を実施し、生活習慣病予防のために生活習慣改善(行動変容)を促す	特定保健指導終了率 27.0% 行動変容 50%	・特定保健指導実施機関との情報交換を行う。 個別支援:7実施機関 グループ支援:1実施機関	・特定保健指導実施機関との情報交換。 個別支援:7実施機関 グループ支援:1実施機関 ・特定保健指導 H29 対象者224人 H30 対象者187人	・特定保健指導終了率(法定報告) H30 20.3%(38人) R1 21.0%(43人) R2(R3年3月確定) ・保健指導脱落者 R1 1人(体調不良) ・教室終了後、行動変容者の割合 H30 42.3% R1 45.0%	・特定保健指導終了率の実績値としては、21.0%と、前年度から0.7%向上し、岡山県の特定保健指導終了率17.8%よりも高い。 ・生活習慣の改善に向けて保健指導を行い、行動変容がみられた割合は45%と、前年度から2.7%上昇した。 ・今後も特定保健指導の利用勧奨を行い、生活習慣病の予防のため、生活習慣の改善を促す必要がある。	特定保健指導終了率 27.0% 行動変容 50%
医療費適正化対策事業	後発医薬品促進	後発医薬品に切り換えた場合のメリットを伝え、利用促進を図る	・差額通知(圧着ハガキ)を年3回送付する。	・差額通知数 H30 879通(年3回) R1 686通(年3回) R2 637通(年3回)	・後発医薬品普及率(削減不可分を除く) R2年1月調剤分数量 77.66% 金額 51.72% R3年1月調剤分数量 79.13% 金額 58.49%	・後発医薬品の使用割合は着実に高まっており、目標の80%に近づいてきている。対象者の行動心理等に注目して送付物の内容を検討し、取り組みを継続する必要がある。	後発医薬品普及率 数量80%	・差額通知を年3回送付する。(削減基準金額や送付物の見直しを行う)
	医療費通知	受療した医療費の総額を対象者に確認してもらい、適正な受診等に役立ててもらう	1人あたりの年額医療費を県と比較して100%に近づける	・医療費通知数 H30 20,729通(年6回) R1 14,605通(年4回) R2 14,030通(年4回)	・一人あたりの年間医療費県との比較(県を100%として) H30 110.3% R1 107.0%	・医療費通知は国保広域化により通知回数は県下で統一されている。 ・1人あたりの年間医療費が県を100とすると、R1年度は107.0%と高いため、今後も医療費通知を継続し、年間医療費を県と比較して100%に近づけていく必要がある。	1人あたりの年額医療費を県と比較して100%に近づける	・医療費通知を年4回送付医療費通知の送付を継続し、被保険者が自身の医療費に関心を持ち、適切に受診できるように働きかけることが必要である。
	重複頻回受診者	不適正受診を是正し、健康管理について支援する	指導実施者全員の改善	・保健指導対象者を抽出し、保健指導を実施。	・保健指導実施数 R1 5人 R2 8人 ・1人あたり年額医療費 H30 460,457円 R1 461,257円 R2 485,553円	・保健指導後の受診行動 R1 改善1人 R2 改善3人	・重複受診者の訪問指導対象者8人に対して訪問した。重複受診の内容は、経皮鎮痛消炎剤の重複が多く、対象者は医療費を必要以上には使っているという自覚がない人が多い。今後は本人の同意を得たうえで薬剤師等とも連携し、重複投薬の是正につながる支援を行っていく必要がある。	指導実施者全員の改善