

令和4年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙1)

●健康課題に対応した保健事業計画

事業名	目的	令和3年度		評価指標		評価(R3年度)	令和4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30%	<ul style="list-style-type: none"> <li>【情報発信】</li> <li>・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)</li> <li>・健康づくり連絡会にて協議を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症啓発(市報R3年5月号掲載)</li> <li>・集団検診会場に、糖尿病予防等の啓発資料を掲示した。</li> <li>・R3年9月開催の健康づくり連絡会において、糖尿病対策についての協議を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>R2 28.1%</li> <li>R3 <b>28.9%</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者うち、生活習慣改善意欲がある人の割合は、国(28.8%)や県(30.8%)と同等である。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診において生活習慣改善意欲ある人の割合30%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【情報発信】</li> <li>・糖尿病月間に合わせて、糖尿病啓発事業を実施し、糖尿病予防に対するする。</li> <li>・国保診療所、国保歯科診療所において健康教育・健康相談を実施する。</li> <li>・健康づくり連絡会(おとな部会)と連携して、糖尿病対策を検討し実施する。</li> </ul>
	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: 38.0% 特定健診40代受診率:20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>【国保加入時の受診勧奨】</li> <li>・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。</li> <li>【受診勧奨活動】</li> <li>・国保20歳～49歳の健診無料について広報する。</li> <li>・愛育委員による受診勧奨訪問。</li> <li>・受診勧奨のTVCMを、ケーブルテレビで放送する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民課、各支局、各市民センターにおいて、通年配布し、勧奨している。</li> <li>・国保20～49歳に健診無料クーポン券を発送対象者40代:345人</li> <li>・愛育委員訪問 R3年5月～9月訪問及びチラシを配布した。</li> <li>・受診勧奨のTVCMをR3年7月、12月に各7日間放送を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率(法定報告)</li> <li>R1 38.9%</li> <li>R2 35.3%(速報値)</li> <li>R3 R5年3月末</li> <li>・特定健診受診率(40代)</li> <li>R1 23.3%(84人)</li> <li>R2 19.7%(71人)</li> <li>R3 <b>24.5%(78人)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率は36.3%(実績値)と、前年度から約1%増加したが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、受診率は低迷している。受診率の向上のための新たな取り組みを検討する必要がある。</li> <li>・40歳代の特定健診受診率は24.5%と、前年度から約5%向上した。今後も受診勧奨を継続する。</li> </ul>	特定健診受診率:39% 特定健診40代受診率:26%	<ul style="list-style-type: none"> <li>【国保加入時の受診勧奨】</li> <li>・国保加入手続きの際に、特定健診受診勧奨チラシの配布及び健診受診の声掛けを実施する。</li> <li>【受診勧奨活動】</li> <li>・県事業を活用して、対象者に合わせた勧奨通知の送付及び携帯電話番号を活用したメール送信による受診勧奨を行う。</li> <li>・ケーブルテレビ等のメディアを活用した受診勧奨を行う。</li> </ul>
	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%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申込期限2～3週間前に、告知放送で申込みを促す。</li> <li>・人間ドックの周知方法について検討する。</li> <li>・人間ドック契約医療機関以外の人間ドック受診者から健診結果を提供してもらい、受診状況を把握する。(提出者へ、一みんの箱ティッシュを進呈する。)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間ドック申込み者数</li> <li>R2 885人</li> <li>R3 <b>981人</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間ドック(短期)受診率</li> <li>R1 15.3%(802人)</li> <li>R2 14.9%(770人)</li> <li>R3 <b>17.6%(865人)</b></li> <li>・健診結果提供者</li> <li>R2 34名</li> <li>R3 <b>25名</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間ドック(短期)の受診率は約3%向上したが、目標は達成できていない。今後もホームページ等を活用して周知する必要がある。</li> <li>・25名から健診結果の提供があった。事業のPRを行い、提供者数の増加を図ると共に、受診率の向上を図る。</li> </ul>	人間ドック受診率:20%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間ドックの周知方法を改善する。</li> <li>・人間ドックの健診結果の提供について、ホームページ等を活用して広報を行う。</li> </ul>
	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%	<ul style="list-style-type: none"> <li>【個別通知勧奨】</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・再勧奨通知送付数(R3)</li> <li>40歳代 244人</li> <li>50歳代 315人</li> <li>60歳代 1,197人</li> <li>計 1,756人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・再勧奨後受診率(R3)</li> <li>40歳代 6.6%(16人)</li> <li>50歳代 6.3%(20人)</li> <li>60歳代 4.5%(54人)</li> <li>計 5.1%(90人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診者の年代、性別、受診歴を考慮して勧奨通知を作成し送付した。受診券の再交付依頼は、令和2年度と比較して増加したが、再勧奨通知送付後の受診率は低迷している。</li> <li>・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。</li> </ul>	再勧奨後受診率:12%	<ul style="list-style-type: none"> <li>【個別通知勧奨】</li> <li>・県事業を活用して、対象者に合わせた勧奨通知の送付及び携帯電話番号を活用したメール送信による受診勧奨を行う。</li> </ul>
地域包括ケアの取組	地域を応援する市民の健康	市の医療費・健診結果から見える健康課題や改善のための取組の情報発信	<ul style="list-style-type: none"> <li>【新見地域医療ネットワーク】</li> <li>・実務者会議へ出席し、多職種と連携を図る。</li> <li>【医療・介護多職種連携会議】</li> <li>・医療・介護多職種連携会議へ参画し、多職種と連携を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療ネットワーク(実務者会議) 年1回出席</li> <li>・医療・介護多職種連携会議への参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民へ地域医療・看護・介護等の情報発信</li> <li>・糖尿病に関する情報共有をすることができた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【新見地域医療ネットワーク】</li> <li>・健康課題等の情報提供を行う。</li> <li>【医療・介護多職種連携会議】</li> <li>・医療・介護多職種連携会議へ参画し、多職種と連携を図る。</li> </ul>		

令和4年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙1)

事業名	目的	令和3年度		評価指標		評価(R3年度)	令和4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	未治療者の医療機関への接続及び糖尿病の知識や血糖管理についての保健指導を行い、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"> <li>糖尿病対策連絡会を引き続き開催し、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。</li> </ul> <p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R2年度・R3年度健診結果から</li> <li>①HbA1c8.0%以上</li> <li>②HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつ(尿蛋白+以上又はeGFR60未満)の者</li> <li>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。</li> </ul>	<p>【糖尿病対策連絡会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>開催数:3回</li> <li>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</li> </ul> <p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病未治療者受診勧奨 8人実施</li> </ul>	<p>・糖尿病予防事業について、定期的に会議を開催し、情報共有や対策などを検討することができた。</p> <p>・健康づくり課の地区担当保健師と連携して実施し、受診率87.5%で、目標値の80%を達成することができた。今後も早期受診・早期治療につながるため、連携した取り組みが必要である。</p>	受診率:80%	<p>【糖尿病対策連絡会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病専門医療機関と連携して糖尿病対策について検討し、保健事業に反映させる。(年3回開催予定)</li> </ul> <p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R3年度・R4年度健診結果から</li> <li>①HbA1c8.0%以上</li> <li>②HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつ(尿蛋白+以上又はeGFR60未満)の者</li> <li>①、②に対して、受診勧奨及び保健指導を行う。R2年度、R3年度対象者のフォローも実施する。</li> </ul>	
			保健指導参加率:55%	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<p>【糖尿病性腎症重症化予防事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病性腎症保健指導 利用勧奨18人実施</li> </ul>	<p>・保健指導参加率は50.0%と、目標を達成することはできなかったが、保健指導利用者は、食習慣の改善や運動習慣の定着などにより、血液検査値が維持・改善することができている。主治医と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おり、今後も継続した取り組みが必要である。</p>	保健指導参加率:55%	<ul style="list-style-type: none"> <li>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する。</li> </ul>	
			訪問後受診率:50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>国保連から提供される治療中断者について、訪問等により受診勧奨を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療中断者訪問 R3 13人(100%)</li> </ul>	<p>・訪問後、受診者数 5人(38.5%)</p>	<p>・R2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5人(38.5%)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がるよう支援する必要がある。</p>	訪問後受診率:50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>国保連から提供される治療中断者に対して、健康医療課と連携して訪問等により受診勧奨を行う。</li> </ul>
			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"> <li>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。</li> </ul> <p>・糖尿病予防対策を健康づくり連絡会と連携して実施する。</p>	<p>【糖尿病性腎症重症化予防セミナー】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R4年2月開催</li> <li>講師:糖尿病専門医 参加者15人(19.4%)</li> </ul>	<p>・アンケート結果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・知識が深まった 86.7%</li> <li>・新たに取り組む(減塩等)80.0%</li> <li>・今後も参加したい 86.7%</li> </ul>	<p>・対象者を拡大(市外の医療機関で糖尿病治療中の者を追加)して案内した結果、参加者数は例年よりも多く、参加率も前年度から約7%増加した。</p> <p>・糖尿病専門医による講話の後、個別相談を実施し、不安や疑問について医師へ相談することができていた。参加者からは、「糖尿病専門医の話が聞きたい」などの感想が聞かれ、今後も継続して実施する必要がある。</p>	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"> <li>糖尿病性腎症重症化予防事業対象者及び一般市民を対象に、糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防に関するセミナーを、年度内に1回開催する。</li> </ul>
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"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科と連携した保健指導の実施に向けて協議を開始した。</li> </ul> <p>栄養指導依頼なし</p>	<p>・栄養指導の依頼があった際には対応できる体制を整えることができているため、必要時には利用してもらえるように、医療機関に対して周知を継続する必要がある。</p>	<p>・健康づくり連絡会(おとな部会)において、本市の糖尿病に関する情報提供を行った。今後も継続して情報を共有し、参加者が関心を持ち、連携した取り組みが実施できるように調整する必要がある。</p>	<p>医科・歯科と連携した保健指導の体制整備</p>	<p>【糖尿病個別栄養指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医科・歯科と連携した個別栄養指導の実施体制を整え、医療機関へ周知する。</li> </ul>			

令和4年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙1)

事業名	目的	令和3年度		評価指標		評価(R3年度)	令和4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(特定健診結果より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【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。</li> <li>・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。</li> <li>・減塩の大切さの周知を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教室参加者数 R1 33回、延567人 R2 22回、延310人 R3 24回、延258人</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧高値者に対して訪問し、家庭血圧を測るよう促したり、受診勧奨を行った。</li> <li>・R3年度もコロナ禍で集団での健康教育を実施できる機会は少なかった。栄養改善協議会や愛育委員会では、県や国と比較して高血圧の方が多くことや減塩方法、正しい家庭血圧の測り方について伝えた。</li> </ul>	血圧有所見者の割合の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【高血圧症重症化予防及び高血圧症予防の取組】 特定健診結果で収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上で服薬していない者を対象に受診勧奨訪問を行う。</li> <li>・家庭血圧の重要性や正しい血圧の測り方、減塩の大切さ等を健康教室等で伝える。</li> <li>・愛育委員や栄養委員などに高血圧、高血糖と腎症、透析との関連、要注意の数値(基準)を伝える。</li> </ul>
	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(特定健診問診項目より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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 R3 80回、延1,028人</li> <li>・ラジオ体操講習会参加者数 R1 160人 R2 60人 R3 中止</li> <li>・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 R3 112人、延216人</li> <li>新規参加割合 R1 69.6%(238人) R2 76.1%(83人) R3 73.2%(82人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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 36.6% R3 34.7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症拡大により、各種団体等への健康教室の回数及び人数は減少した。そのため、運動不足が懸念されたため、健康教室では必ずラジオ体操を実施した。また、家庭で取り組める運動(ラジオ体操、筋力運動など)のチラシを配布し、運動習慣が定着するよう働きかけた。</li> <li>・ラジオ体操講習会は、新型コロナウイルス感染症の影響で中止した。</li> <li>・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、参加者数は減少した。今後は、普及体制の見直しを行い、健康づくり事業として取り組んでいく予定である。</li> </ul>	運動習慣のある人の割合の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【運動習慣定着化への取組】 ・企業や各種団体等と連携し、若い世代から運動習慣の定着が図れるよう働きかける。</li> <li>・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。(R4年度は神郷地域で実施予定)</li> <li>・おでかけ健康教室のメニューに新しくクアオルトの考え方を取り入れたウォーキングメニュー(にみ健康ウォーキング)を追加し、各地域において運動習慣のきっかけづくりや定着に向けた動機付けを行う。</li> </ul>
	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(特定健診問診項目より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R3.5.30～R3.6.5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の掲示や肺がんモデル、タールモデルの展示を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙率(「KDB地域の全体像の把握」より) R1 10.0% R2 9.9% R3 10.0%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺がんモデルやタールモデルは、分かりやすく関心を持ってもらいやすかったのか立ち止まって見ていく方が多くおられた。誰が見ても分かりやすいグッズの展示は有効だと感じた。</li> </ul>	喫煙率の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【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。(南庁舎での掲示など)</li> </ul>

令和4年度新見市国民健康保険保健事業計画

(別紙1)

●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3年度		評価指標		評価(R3年度)	令和4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
高齢者医療確保法・保健事業	特定健診	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防の保健指導者抽出	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。)	・実施医療機関との情報交換を行った。  ・特定健診データ提供件数 1件	・特定健診受診率(法定報告) R1 38.9% R2 35.3%(速報値) R3 R5年3月末  ・特定保健指導対象者割合 R1 10.8% R2 11.8%(速報値) R3 R5年3月末	・特定健診受診率の実績値としては36.3%と、前年度から1%増加した。いまだ新型コロナウイルス感染症の影響があると考えられる。今後も受診率向上に向けた取り組みを検討する必要がある。  ・特定健診情報提供件数が少ない。提供件数の増加に向け、医療機関や受診者へ啓発を行う必要がある。  ・特定保健指導対象者割合は増加している。	特定健診受診率 39% 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:10会場、22日間  ・医療機関への啓発及び健診未受診者に対して情報提供の利用勧奨を行う。
	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 23% 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  ・特定保健指導の実施方法について見直しを行う。	・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  ・特定保健指導対象者・該当率 R1 205人(11.2%) R2 197人(11.9%) R3 218人(12.2%)	・特定保健指導終了率(法定報告) H30 20.3%(38人) R1 21.0%(43人) R2 29.4%(58人) (速報値) <b>R3 14.7% (実績値)</b>  ・教室終了後、行動変容者の割合 R1 45.0% R2 60.3% R3 集計中	・新型コロナウイルス感染症の影響を受け、R3年度の利用者が大幅に減少した。  ・健康増進施設で実施している、既存事業を活用した特定保健指導を試行的に実施したが、利用者は増加しなかった。  ・対象者が利用しやすい保健指導の体制を整える必要がある。	特定保健指導終了率 24% 行動変容 50%	・特定保健指導の実施方法について見直しを行う。
医療費適正化対策事業	後発利用医薬品の	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	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)	・差額通知数 R1 686通(年3回) R2 637通(年3回) <b>R3 765通(年3回)</b> 削減基準額を200円から100円に変更。	・後発医薬品普及率(削減不可分を除く)  R3年1月調剤分 数量 79.13% 金額 58.49% <b>R4年1月調剤分 数量 80.31% 金額 56.47%</b>	・削減基準額を200円から100円に変更し、送付対象者を増やして差額通知を送付した。  ・後発医薬品の普及率は目標値の80%に達したが、今後も継続した普及啓発が必要である。	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対象者等の見直しを行う)
	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。	・医療費通知数 R1 14,605通(年4回) R3 14,030通(年4回) R3 14,247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) R1 107.0% R2 114.7% R3	・自分自身の医療費に関心を持ち、疾病予防と健康づくりに役立ててもらえるように、今後も医療費通知を継続して送付する。	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回送付する。
	重複訪問受診者	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。 ・お薬手帳の持参について啓発する。 ・薬剤師会との連携方法について検討する。	・保健指導実施数 R1 5人 R2 8人 R3 5人  ・1人あたり年間医療費 R1 461,257円 R2 485,553円 <b>R3 494,129円</b>	・保健指導後の受診行動 R1 改善1人 R2 改善3人 R3 改善2人	・重複受診者の訪問指導対象者6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使用が複数名見られた。適正受診の呼びかけを継続して実施する必要がある。  ・訪問指導時には、お薬手帳と併せて、医療・介護れんらく帳を活用することについても説明を行った。今後も、関係機関との連携方法を検討する。	指導実施者全員の改善	・地区担当保健師と連携して指導を実施する。



# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

## 市町村が一体的に実施

④ 多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

### 医療・介護データ解析

- ② 高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③ 地域の健康課題を整理・分析



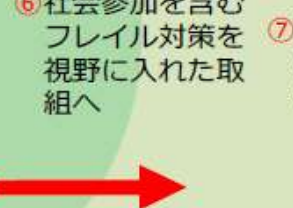
① 事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

高齢者  
※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

### 疾病予防・重症化予防

⑤ 国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続



### 介護予防の事業等

### 生活機能の改善

⑨ 民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

⑩ 市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

### かかりつけ医等

⑧ 通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑪ 通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・ 通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・ フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

## 令和4年度

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

### 1 制度

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）を一部改正  
市町村は、介護保険の地域支援事業と国民健康保険の保健事業を一体的に実施する。（令和2年度から開始し、国は、令和6年度までに全市町村で実施を目指している。）  
広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

### 2 事業概要

医療専門職（保健師、歯科衛生士、管理栄養士等）が、地域の健康課題に応じ、重症化の可能性のある者に対する、個別訪問などのアウトリーチや地域支援事業などを実施している通いの場等に赴いて指導等を行うことにより、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る。  
（重症化予防とフレイル予防の促進を一体的に実施。）

### 3 新見市の事業内容

市民課、介護保険課、健康医療課が連携して実施し、事業の企画・調整は市民課が行う。

#### (1) ハイリスクアプローチ（個別的支援）

##### ①糖尿病性腎症重症化予防

令和3年度の健診結果から対象者（HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上）を抽出し、6か月間で3回程度、管理栄養士または保健師が、かかりつけ医と連携して保健指導を実施する。

##### ②健康状態が不明な高齢者の把握

過去3年間、健診・医療が未受診かつ介護保険サービスを利用していない者を対象に、3～4か月間に3回程度、保健師が訪問等を行い、健康状態や生活状況を把握し、必要な支援（健診や医療機関への受診勧奨、介護保険の申請等）への接続や、公民館活動等への参加を促す。

#### (2) ポピュレーションアプローチ（通いの場等への積極的な関与）

##### ①介護予防教室での健康教育・健康相談

公民館等を会場に実施している介護予防教室に、医療専門職が介入し、健康教育・健康相談を実施する。

##### ②診療所、歯科診療所での健康教育・健康相談

診療所（千屋、足立）では3回程度、歯科診療所（千屋）では1回程度、診療所の医師や歯科医師、保健師等が連携して健康教育・健康相談を実施する。

##### ③集団検診会場でのフレイル予防の普及啓発及び健康相談

8月～9月に実施する集団検診の際に実施する保健指導において、フレイル予防に関するチラシを配布し、必要に応じて健康相談を実施する。

\* 令和4年度は、日常生活圏域の新見北部圏域で実施し、令和5年度以降は毎年度1～2圏域毎に実施圏域を増やす予定。

（圏域とは、介護保険計画の「日常生活圏域」を示し、本市は市内を7圏域に分けている。）