

令和5年度新見市国民健康保険保健事業計画

(資料1)

●健康課題に対応した保健事業計画

	事業名	目的	令和4年度		評価指標		評価(R4年度)	令和5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
健康課題 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%	<b>【情報発信】</b> ・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啓発を行う。  ・新見市の診療所において健康教育・健康相談を実施する。  ・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。	・糖尿病啓発事業 南庁舎、図書館、商業施設へ啓発媒体を展示した。  ・集団検診会場に、糖尿病性腎症の啓発媒体を展示した。  ・新見市の診療所2か所において健康教育・健康相談を実施した。  ・SNS「にのみ食育ひろば」で健康や食育に関する情報を発信した。	・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) R2 28.1% R3 28.9% <b>R4 28.0%</b>	・図書館や商業施設など、多くの市民が利用する場で啓発することができた。リーフレットを持ち帰る人も多く、関心を持ってもらうことができた。今後も他機関と連携しながら継続して実施する。  ・医師から健康づくりに関する講話をしてもらうことで健康づくりに対する意識を高めることができた。  ・SNSを開設し、健康や食育に関する情報を発信することで、市民がタイムリーに情報収集しやすくなった。フォロワーやアクセス数を増やすために、投稿数を増やす必要がある。	特定健診において生活習慣改善意欲ある人の割合30%	<b>【情報発信】</b> ・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啓発を行う。  ・市報11月号に糖尿病に関する記事を掲載する。 ・糖尿病予防に関する内容をケーブルテレビで放送する。 ・新見市の診療所において健康教育・健康相談を実施する。  ・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。
	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:39% 特定健診40代受診率:26%	<b>【国保加入時の受診勧奨】</b> ・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。  <b>【受診勧奨活動】</b> 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。  ・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。	・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。  ・受診勧奨ハガキ(2回送付) 1回目:4,324通 2回目:2,764通 ・情報提供利用勧奨通知 1回:1,314通 SMSメッセージ(2回送信) 1回目:50件 2回目:31件 ・愛育委員訪問 R4年5月～9月訪問及びチラシを配布した。 ・愛育委員がケーブルテレビで受診を呼びかけた。	・特定健診受診率(法定報告) R2 35.3% R3 37.5% <b>R4 46.6%(実績値)</b>  ・特定健診受診率(40代) R2 19.5% (71人/364人) R3 22.3% (71人/318人) <b>R4 20.1% (70人/348人)</b>	・受診率46.6%(実績値)と前年度から大幅に増加した。新規受診者の増加及び情報提供者の増加が大きく影響している。  ・40歳代の受診率は(実績値)前年度に比べて約2%低下した。40～50歳代の受診率が伸び悩んでいるため、継続した受診勧奨が必要である。	特定健診受診率:40% 特定健診40代受診率:26%	<b>【国保加入時の受診勧奨】</b> ・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。  <b>【受診勧奨活動】</b> 受診勧奨ハガキ(往復はがき)及び情報提供利用勧奨通知を各1回ずつ送付する。  ・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。
	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%	・人間ドックの周知方法を改善する。  ・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。	・人間ドック申込み者数 R2 885/5,094人(17.4%) R3 981/5,003人(19.6%) <b>R4 915/4,858人(18.8%)</b>	・人間ドック(短期)受診率 R2 14.9%(770人) R3 17.6%(865人) <b>R4 18.1%(878人)</b>  ・健診結果提供者 R2 34名 R3 25名 <b>R4 13名</b>	・人間ドック(短期)の受診者数は微増しているが、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受診勧奨を行う必要がある。  ・13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。	人間ドック受診率:20%	・人間ドックの予約期間を一部延期し、受診を促す。  ・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。
	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%	<b>【個別通知勧奨】</b> ・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。	・受診勧奨ハガキ(2回送付) 1回目:4,324通 2回目:2,764通 ・情報提供利用勧奨通知(1回)1,314通 ・SMSメッセージ(2回送信) 1回目:50件 2回目:31件	・再勧奨後受診率(ハガキ2回目送付者のうち) <b>40歳代 10.3%</b> (24/233人) <b>50歳代 12.3%</b> (36/292人) <b>60歳代 15.8%</b> (165/1,040人) <b>70-74歳 23.8%</b> (283/1,187人) <b>計 18.4%</b> (508/2,752人) 12人は国保喪失	・再勧奨後の受診率が18.4%となり、目標を達成した。複数回勧奨したことにより受診に繋がったと考えられる。しかし、何度も届くことがストレスになっている面もあったため、送付回数について検討する必要がある。  ・携帯電話へのメール送信は、取得している携帯電話番号の件数が少ないため、送信件数が少なく、効果を確認できる状況ではなかった。	再勧奨後受診率:12%	<b>【個別通知勧奨】</b> ・受診勧奨ハガキ(往復はがき)及び情報提供利用勧奨通知を各1回ずつ送付する。  ・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。

事業名	目的	令和4年度		評価指標		評価(R4年度)	令和5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
地域包括ケアの取組	地域の医療費・健康課題や改善のための取組の情報発信		<p>【<b>新見地域医療ネットワーク</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康課題等の情報提供を行う。</li> </ul> <p>【<b>医療・介護多職種連携会議</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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回出席した。</li> <li>医療・介護多職種連携会議へ参加した。</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>糖尿病に関して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>		<p>【<b>新見地域医療ネットワーク</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康課題等の情報提供を行う。</li> </ul> <p>【<b>医療・介護多職種連携会議</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>
生活習慣病重症化予防	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	<p>受診率:80%</p> <p>保健指導参加率:55%</p> <p>訪問後受診率:50%</p> <p>セミナー参加率:30%</p> <p>医科・歯科と連携した保健指導の体制整備</p>	<p>【<b>糖尿病対策連絡会</b>】</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>【<b>糖尿病性腎症重症化予防事業</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R3年度・R4年度健診結果から                             <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>                             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> <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> <p>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。</p> <p>【<b>糖尿病性腎症重症化予防セミナー</b>】</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> <li>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。</li> </ul> <p>【<b>糖尿病個別栄養指導</b>】</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【<b>糖尿病対策連絡会</b>】 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、健康医療課、市民課</li> <li>【<b>糖尿病性腎症重症化予防事業</b>】 糖尿病未治療者受診勧奨7人実施</li> <li>【<b>糖尿病性腎症重症化予防事業</b>】 糖尿病性腎症保健指導利用勧奨18人実施</li> <li>治療中断者訪問4人(100%)</li> <li>【<b>糖尿病性腎症重症化予防セミナー</b>】 糖尿病予防講座R4年11月開催 講師:糖尿病専門医 参加者4人/46人(8.7%)</li> <li>糖尿病啓発事業 南庁舎、図書館、商業施設へ啓発媒体を展示した。</li> <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> <li>栄養指導依頼なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>病院受診 3人(42.9%)</b></li> <li>・<b>保健指導参加 4人(22.2%)</b></li> <li>・<b>訪問後、受診者数 1人(25.0%)</b></li> <li>・新規人工透析患者数 R2 3人 R3 4人 R4 1人</li> <li>・アンケート結果(回答者19名) ・知識が深まった86.7% ・新たに取り組もと思うことがあった者(体重管理、減塩等)80.0% ・今後も参加したい100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年3回実施。情報共有や対策などを検討することができている。</li> <li>・対象者のうち3人が受診し、受診率42.9%(目標80%)。訪問や電話等にて受診勧奨を行うが、受診行動に結びつきづらい。</li> <li>・保健指導参加率22.2%(目標55%)。保健指導を利用者は、食習慣や運動習慣の改善ができ、血液検査値が維持・改善できている。</li> <li>・対象者へ訪問し受診勧奨を実施したが、受診に繋がりがづらい。</li> <li>・腎症対象者46名に案内通知を送付したが、参加率は8.7%と低い状況であった。感染症が拡大したことにより参加者数に影響があったと考えられる。アンケート結果では、体重管理に気をつけるなど、具体的に取り組む内容を見つけている者が多く、有意義な講座になっているが、40~60歳代の参加者が少ないため、参加を促すよう働きかける必要がある。</li> <li>・医療機関からの依頼はないが、依頼があった先には対応できる体制は整っているため、令和4年度で終了とする。</li> </ul>	<p>受診率:80%</p> <p>保健指導参加率:60%</p> <p>訪問後受診率:50%</p> <p>セミナー参加率:30%</p>	<p>【<b>糖尿病対策連絡会</b>】</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>【<b>糖尿病性腎症重症化予防事業</b>】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>R4年度・R5年度健診結果から                             <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>                             ①、②に対して、受診勧奨及び保健指導を行う。R3年度、R4年度対象者のフォローも実施する。                         </li> <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> <p>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。</p> <p>【<b>糖尿病性腎症重症化予防セミナー</b>】</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、糖尿病を含めた生活習慣病予防をテーマにしたセミナーを年度内に1回開催する。</li> <li>糖尿病予防対策を健康づくり連絡会と連携して啓発事業を実施する。</li> </ul>

事業名	目的	令和4年度		評価指標		評価(R4年度)	令和5年度		
		目標	計画	事業実施量評価 (アトアット)	結果評価 (アトカム)		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	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】</li> <li>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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康教室参加者数</li> <li>R2 22回、延310人</li> <li>R3 24回、延258人</li> <li>R4 49回、延789人</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧高値者に対して、検診結果と基準を示しながら生活習慣の改善に向けて保健指導を実施した。</li> <li>愛育委員や栄養委員だけでなく、民生委員や地域運営組織などに対してリーフレットを用いて高血圧、高血糖と腎症、透析との関連、要注意の数値(基準)を伝えた。今後は、愛育委員や栄養委員だけでなく、働く世代にも高血圧、高血糖と腎症、透析との関連、要注意の数値(基準)を伝えていく必要がある。</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】</li> <li>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>働く世代へ高血圧、高血糖予防が大切だということ、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	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】</li> <li>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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康教室(運動コース)参加者数</li> <li>R2 97回、延1,235人</li> <li>R3 80回、延1,028人</li> <li>R4 149回、延1,050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)</li> <li>R2 36.6%</li> <li>R3 34.7%</li> <li>R4 36.6%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ禍ではあったが、徐々に健康教室の申込数も増え、ラジオ体操やロコモ体操など地域で運動指導する機会が増えた。また、対象者の状態を踏まえて、生活の中で取り組みやすい運動の普及を行った。</li> <li>ラジオ体操講習会は、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。</li> <li>クアオルト健康ウォーキング事業は、初めて参加した人が2回目以降の参加につながらず、参加者の減少や固定化等の課題が解消されない。今後は身近な場所で広く市民が参加でき、運動習慣の定着が図れるような事業を検討・実施していく必要がある。</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】</li> <li>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。(R5年度は哲多地域で実施予定)</li> <li>おでかけ健康教室において、運動習慣のきっかけづくりや定着に向けた動機付けとして、「にみ健康ウォーキング」を実施する。</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	喫煙率の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>【禁煙の普及啓発】</li> <li>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> <li>市内事業所における禁煙教室の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙デーに合わせて、市役所南庁舎の健康づくり課事務所前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> <li>禁煙教室 1回</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙率(「KDB地域の全体像の把握」より)</li> <li>R2 9.9%</li> <li>R3 10.0%</li> <li>R4 10.3%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市内の事業所で禁煙教室を1回実施できた。喫煙による健康への影響や禁煙成功者からの体験談は、無関心期の人には有効で、禁煙に繋がった人もいた。引き続き事業所と連携し、働く世代へのアプローチをしていく必要がある。</li> </ul>	喫煙率の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>【禁煙の普及啓発】</li> <li>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> <li>市内事業所における禁煙教室の実施。</li> <li>高校生への禁煙啓発活動の実施。</li> </ul>

令和5年度新見市国民健康保険保健事業計画

(資料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4年度		評価指標		評価(R4年度)	令和5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 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。	・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 213件	・特定健診受診率(法定報告) R2 35.3% R3 37.5% R4 46.6%(実績値)  ・特定保健指導対象者割合 R2 197人(11.9%) R3 218人(12.2%) R4 204人(9.4%)	・特定健診受診率の実績値としては、46.6%と、前年度から約10%程度増加した。  ・特定健診情報提供件数が213件と大幅に増加した。  ・今後も特定健診の受診率向上に向けて継続して実施する。	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: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。  人間ドックの受付期間を延長(市内の1医療機関のみ)し、受診の機会を確保する。
	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 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。	・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	・特定保健指導終了率(法定報告) R1 21.0%(43人) R2 29.4%(58人) R3 16.6%(35人) R4 R5年10月	・保健指導の利用につながるように、個別訪問やを実施しているが、利用につながりづらい。  ・より多くの方に特定保健指導を受けてもらえるよう、地域での集団指導を再開した。  ・ICTの活用や初回面接の分割実施など、実施方法を見直す必要がある。	特定保健指導終了率 25% 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	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)	・差額通知数 R2 637通(年3回) R3 765通(年3回) 削減基準額を200円から100円に変更。 R4 545通(年3回)	・後発医薬品普及率(削減不可分を除く) R4年1月調剤分 数量 80.31% 金額 56.47% R5年1月調剤分 数量 82.73% 金額 82.45%	・後発医薬品の普及率は目標値の80%に達しているが、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おう	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回送付する。	・医療費通知数 R2 14,030通(年4回) R3 14,247通(年4回) R4 13,865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) R2 114.7% R3 111.3%	・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	・地区担当保健師と連携して指導を実施する。	・保健指導実施数 R2 8人 R3 5人 R4 22人  ・1人あたり年間医療費 R2 485,553円 R3 494,129円 R4 487,742円(速報値)	・保健指導後の受診行動 R2 改善3人 R3 改善2人 R4 改善11人	・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。