

第7章 個別保健事業実施計画

前頁の目的を達成するため、次の個別保健事業を実施します。

なお、保健事業実施計画に掲載しないその他の保健事業についても継続して実施します。

●個別保健事業一覧

	保健事業名
1	個別特定健診（人間ドック検診含む）
2	総合健診（健診結果説明会含む）
3	特定健診未受診者受診勧奨事業
4	特定保健指導
5	特定保健指導利用率向上対策事業
6	健診・検査結果提供事業及び健康診査補助金交付事業
7	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
8	要治療者受診勧奨事業
9	重複・頻回受診者等訪問事業
10	ジェネリック医薬品（後発医薬品）推進事業
11	地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業

1	個別特定健診（人間ドック検診含む）	事業開始年度 （特定健診）	平成20年度					
		事業開始年度 （人間ドック検診）	昭和60年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係機関との連携や、通知物の表記の修正は毎年実施しているが、受診率はいずれの年も目標に達していない。 ・受診までの過程を分かりやすく示すことで、健診に対する心理的ハードルを下げる。 ・がん検診との同時受診により、人間ドック検診（自己負担1万円、要事前申請）とほぼ同等の充実した内容の健診が無料で受診できることも案内することで、受診方法の選択肢が複数あることを周知する。 ・人間ドック検診は40歳未満も受診できることを周知することで、40歳を迎える前から健康意識を高めてもらえるよう働きかける。 							
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 ・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 							
具体的内容	個別特定健診 【実施時期】 ・7月から12月まで 【実施機関】 ・朝霞地区医師会 実施医療機関（およそ90医療機関） 【実施項目】 問診（既往歴、自覚症状）、医師による診察、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、尿検査（尿蛋白、尿糖、尿潜血）、血液検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c、クレアチニン、尿酸、e-GFR、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット値、血小板数）、心電図検査、眼底検査（医師の判断に基づき実施） 【受診者負担額】 ・0円 【受診券送付時期】 ・6月下旬	人間ドック検診 【実施時期】 ・7月から12月まで 【実施機関】 ・朝霞地区医師会 実施医療機関（およそ50医療機関） 【実施項目】 ・特定健診の項目に下記項目を追加 視力、脈拍、尿検査（ウロビリノーゲン）、血液検査（総コレステロール、ALP、総蛋白、蛋白分画、LDH、アミラーゼ、CPK、BUN）、胸部X線、上部消化管X線検査又は内視鏡検査、便潜血検査 【受診者負担額】 ・10,000円 【受診券送付時期】 ・6月下旬						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	特定健診受診率	42.1%	47.0%	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への周知は十分か。 ・対象者にもれなく受診券を発送できたか。 ・健診実施期間を十分確保できたか。 ・がん検診との同時実施の機会を設けられたか。 ・健診後の情報提供は十分か。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・特定健診実施体制の整備はできたか。 ・朝霞地区医師会、医療機関、近隣3市、庁内関係部署等との連携はできたか。 ・分かりやすい通知方法を検討できたか。 					

2	総合健診（健診結果説明会含む）	事業開始年度	平成21年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> 急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> がん検診との同時実施が半日で可能な点や、土日開催である点の周知を強化していく。 保健センターのがんのみ集団検診との違いを周知し、特定健診も受診できるつもりで集団検診を申し込んでいる国保加入者を総合健診へ誘導する。 予約を電話予約だけでなく、web予約の導入も検討する。 総合健診受診者の結果通知が郵送であり、健診結果について説明を受ける機会がないため、健診結果説明会については、引き続き実施する。 							
目的	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診により自身の健康状態・生活習慣を理解する被保険者を増やす。 生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。 土日の実施及びがん検診との同時実施により平日働いている若年層の受診率向上を図る。 結果説明と同時に受診者の今後の健康維持・増進のための行動変容につながる情報提供を行う。 							
具体的内容	総合健診 【実施時期】 ・9月から12月まで（土、日曜開催） 【実施機関】 ・業務委託事業者 【実施場所】 ・市民会館、市役所、保健センター、委託先医療機関 【実施項目】 一般：特定健診+がん検診（胃・肺・大腸） 女性：特定健診+がん検診（胃・肺・大腸・乳・子宮） 【受診者負担額】 ・0円 【受診券送付時期】 ・6月下旬	健診結果説明会 【実施時期】 ・総合健診受診者の参加しやすい時期 【実施機関】 ・業務委託事業者 【実施場所】 ・総合健診の会場になった場所 【体制】 ・専門職による個別相談 【受診者負担額】 ・0円						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	定員に対する総合健診受診率	95.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	総合健診受診者の結果説明会参加率	2.6%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> 開催の周知は十分だったか。 健診実施期間を十分に確保できたか。 実施場所は受診者が参加しやすい場所だったか。 実施回数は十分だったか。 健診の予約は取りやすいか。 		ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> 予算の確保はできたか。 実施体制の整備はできたか。 健診会場の確保はできたか。 庁内関係部署と連携できたか。 委託事業者の確保はできたか。 			

3	特定健診未受診者受診勧奨事業	事業開始年度	平成21年度					
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、様々な取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者受診勧奨を実施する事業者が少なく、勧奨方法や通知物に目新しさが乏しい。 ・新たな受診勧奨資材や勧奨方法を提案可能な他事業者を開拓する必要がある。 							
目的	特定健診未受診者に対して受診勧奨を実施することで、受診者を増やす。							
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当年度4月1日時点の被保険者のうち、未受診者（当年度受診歴が未把握の者） <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者ごとに勧奨効果のある時期を検討しSMS配信及び文書通知による勧奨を実施する。 <p>【受診勧奨】</p> <p>文書通知：未受診者に対して年代・前年度以前の健診受診状況等から未受診者を分類し、その特性に応じた文言及びデザインによる受診勧奨を行う。</p> <p>SMS通知：携帯電話番号を保有する未受診者へメッセージ及び健診特設ページのURLを送付し受診勧奨を行う。</p> <p>【受診再勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該時点での未受診者に対して当該年度最後の案内として受診勧奨を行う。 <p>【分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診結果情報から事業の実施効果等を分析する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	受診勧奨により特定健診を受診した者の割合	18.4%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・実施時期、回数は適切か。 ・勧奨資材（ハガキの種類、サイズ等）は適切か。 ・勧奨通知について周知できたか。 ・より効果のある対象者を抽出できたか。 ・勧奨効果を分析したか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会、委託事業者、庁内関係部署（長寿はつらつ課、保健センター）との連携はできたか。 ・予算の確保はできたか。 					

4	特定保健指導	事業開始年度	平成20年度					
背景	<p>・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。</p> <p>・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、利用率は23.0%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、また、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明らかな低下も認められていない。</p>							
前期計画からの考察	<p>・令和5年度からはこれまでの委託範囲に加え、動機付け支援の若年層についても委託により実施することとなり、また、令和6年度からのアウトカム重視の新プログラム実施もあるため、委託事業者との連携が重要である。事業開始前に擦り合わせるべき確認事項等のリストを作成する。</p> <p>・国保年金課で実施する動機付け支援については、60代、70代の数値改善が難しい対象者であるため、より丁寧な指導が実施できるよう、従事者への研修を行う。</p> <p>・参加のハードルが下がり、メリットが感じられるような案内通知を作成するなどして、利用者数の増加を目指す。</p>							
目的	<p>対象となった被保険者に対し特定保健指導を実施することで、メタボリックシンドローム該当者・予備群及び特定保健指導対象者を減少させ、生活習慣病の発症予防を図ることを目的とする。</p>							
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <p>・健診の結果、生活習慣の改善に努める必要がある対象者に対して、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣の改善に自主的に取り組めるように専門職が面接（ICT面接含む）、電話、手紙による継続的な支援（積極的支援及び動機付け支援）を行う。</p> <p>【対象】</p> <p>・健診の結果、特定保健指導の対象となった者。</p> <p>【実施時期】</p> <p>・9月から翌年9月まで。</p> <p>9月から翌年4月までの8か月間は初回面接を行い、1月から9月までの9か月間で順次実績評価を行う。</p> <p>【実施機関】</p> <p>・業務委託事業者（積極的支援対象者、動機付け支援対象者の一部）</p> <p>・国保年金課（動機付け支援対象者の一部）</p> <p>【実施場所】</p> <p>・市役所、市民会館、市内公民館・コミュニティセンター</p> <p>・総合健診実施場所（市民会館、委託先医療機関等）</p> <p>・対象者宅</p> <p>【周知方法】</p> <p>・健診結果から抽出された特定保健指導対象者に対し、案内を送付する。（階層化後の特定保健指導）</p> <p>・総合健診時に腹囲・体重、血圧、服薬等の状況から特定保健指導の対象となる者に当日声かけを行う。（総合健診時の分割実施）</p>							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	前年度利用者の健診結果改善率	53.6%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
アウトプット指標	特定保健指導利用率	23.0%	30.0%	36.0%	42.0%	48.0%	54.0%	60.0%
プロセス指標	<p>・対象者全員に周知できたか。</p> <p>・対象者の目に留まる通知を送付できたか。</p> <p>・実施日や実施場所は対象者が参加しやすく設定したか。</p> <p>・対象者に合わせた内容で実施できたか。</p>	ストラクチャー指標		<p>・予算は確保できたか。</p> <p>・従事者、委託事業者と連携できたか。</p> <p>・総合健診委託事業者と連携できたか。</p> <p>・庁内関係部署と連携できたか。</p> <p>・分割実施を行う体制を整えたか。</p> <p>・ICT面接を実施する体制を整えたか。</p>				

5	特定保健指導利用率向上対策事業		事業開始年度	平成20年度				
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。 ・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、利用率は23.0%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、また、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明らかな低下も認められていない。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨は、直接本人と話ができ、その場で申込みを受け付けることができることから、ハガキや手紙と比べ勧奨後の利用につながりやすいため、引き続き曜日や時間帯を変えて複数回実施する。また、その際に申込みにつながりやすい電話案内マニュアルを検討し、従事者に周知していく。 ・手紙勧奨は、引き続き、年代別に通知内容を変えるなど、対象者の目を引く内容となるよう工夫をしていく。 							
目的	特定保健指導未利用者に複数手段にて勧奨を実施し、保健指導利用者を増やす。							
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者のうち、利用案内を送付したが特定保健指導の申込みがなかった者及び利用について意思表示がなかった者。 <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者（積極的支援及び動機付け支援の一部） ・国保年金課（動機付け支援の一部） <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・9月から翌年3月まで <p>【勧奨方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話、ハガキ、手紙、訪問。 ・意思表示が確認できるまで最大4回の勧奨を行う。 ・健診結果が受診勧奨基準値以上の対象者には、利用勧奨と同時に医療機関への受診勧奨を実施する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	利用勧奨により利用申込した者の割合	7.8%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット指標	利用勧奨の実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨時期は適切だったか。 ・勧奨通知の内容は適切であったか。 ・スケジュールどおりに実施できたか。 ・保健指導の必要性の周知が図れたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・従事者、委託事業者と連携できたか。 					

6	健診・検査結果提供事業及び健康診査補助金交付事業	事業開始年度 (健診・検査結果提供事業)	平成23年度						
		事業開始年度 (健康診査補助金交付事業)	平成25年度						
背景	<p>・急速な高齢化や生活スタイルの変化により、生活習慣病を中心に医療費は増加傾向にある。そのため、平成20年度から生活習慣病予防を目的とし、メタボリックシンドロームの概念に基づく、特定健診・特定保健指導の実施が、各医療保険者に義務付けられた。</p> <p>・制度開始以来、特定健康診査等実施計画を基に実施し、さまざまな取組を行ってきた。しかし、受診率は42.1%（令和4年度）と目標の60%を下回っており、さらに受診率の向上を図る必要がある。</p>								
前期計画からの考察	<p>・地区別受診率を比較すると都内近郊の地区の受診率が低く、都内の医療機関で受診している者が多いのではないかとと思われる。実施医療機関以外で健診を受診している者や、職場の健診を受診している者に、当事業について知ってもらえるよう周知方法を工夫する。</p> <p>・電子申請を導入することで、申請しやすい体制を整えられないか検討する。</p>								
目的	<p>・特定健康診査それ自体を受診しなくても、人間ドック等の検査結果等をもって特定健康診査を受診したとみなすことが認められる。これにより、職場の健診や全額自費受診等の健診結果を受領することで受診率の向上を図る。</p> <p>・生活習慣病やメタボリックシンドローム等のリスクの早期発見により、特定保健指導につなげて生活習慣病の早期予防を図る。</p>								
具体的内容	健診・検査結果提供事業 【対象】 <ul style="list-style-type: none"> ・職場等の健診を受けた者 ・治療のための保険診療で検査を受けた者 ・特定健診の基本的な項目の該当する検査結果を市に提供できる者 ・市の個別特定健診、人間ドック検診、総合健診を受診していない者 【申請期間】 <ul style="list-style-type: none"> ・受診日から受診年度の翌年9月まで 【対象になる受診日】 <ul style="list-style-type: none"> ・4月1日から3月31日まで（通年） 【粗品】 <ul style="list-style-type: none"> ・500円分のQUOカード 				健康診査補助金交付事業 【対象】 <ul style="list-style-type: none"> ・全額自費で健康診断を受けた者 ・特定健診の基本的な項目に該当する検査結果を市に提供できる者 ・市の個別特定健診、人間ドック検診、総合健診を受診していない者 【申請期間】 <ul style="list-style-type: none"> ・受診後6か月以内 【対象になる受診日】 <ul style="list-style-type: none"> ・4月1日から3月31日まで（通年） 【補助額】 <ul style="list-style-type: none"> ・最大1万円（健診にかかった費用が1万円未満の場合は、実際にかかった費用分） 				
	第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値						
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)	
アウトカム指標	健診・検査結果受領数	222件	225件	230件	235件	240件	245件	250件	
アウトプット指標	受診券及び案内通知の送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の周知は十分か。 ・健診結果提供事業の粗品の用意はできたか。 ・実施期間を十分確保できたか。 ・法定報告締切前に、前年の結果提供者のうち未提出者に結果提供依頼の通知はできたか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・予算の確保はできたか。 ・庁内関係部署（人事課）との連携はできたか。 ・地域団体等との連携はできたか。 ・委託事業者との連携はできたか。 ・マニュアルを整備できたか。 ・事業を利用しやすい体制づくりはできたか。 					

7	糖尿病性腎症重症化予防対策事業		事業開始年度	平成26年度				
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病から生じる慢性腎臓病（CKD）による人工透析に係る医療費は高額となり、その予防は医療費適正化の観点からも重要である。国および県は、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。 ・新座市では平成26年から、埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、国保連合会の共同事業として実施している。 							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・新規協力医療機関を増やすためのアプローチ方法を再検討する。 ・共同事業であるため、事業内容に市の意向が反映されない部分が多いが、引き続き国保連合会に要望していく。 							
目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析導入者を減少させる。							
具体的内容	<p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・埼玉県、埼玉県医師会、埼玉県糖尿病対策推進会議の三者が作成した糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、国保連合会による共同事業方式により、受診勧奨及び保健指導を実施する。 ・受診勧奨：糖尿病が疑われるものの医療機関未受診の者や糖尿病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を促す通知書及び専門職による電話での勧奨を実施する。 ・保健指導：糖尿病性腎症の治療中の者に対し、かかりつけ医の指示の下、専門職が腎症の病期に応じて年4回の対面及び電話による保健指導を実施する。 ・継続支援：継続的な病状の確認及び自己管理維持のための専門職による支援を電話又は対面で実施する。 <p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨：特定健診データ及びレセプトデータから、空腹時血糖又はHbA1c及びeGFRが基準値外である未受診者並びに糖尿病性腎症で通院歴のある患者で最終受診日から6か月経過しても受診した記録がない治療中断者。 ・保健指導：特定健診データ及びレセプトデータから、糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者のうち、かかりつけ医から推薦された者。 ・継続支援：保健指導若しくは継続支援を終了した者。 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4月から翌年3月まで <p>【実施機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務委託事業者（国保連合会と協定締結の上、国保連合会が委託した事業者） <p>【実施場所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者宅、市役所等（ICT面接の選択も可能） 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	28.6%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	保健指導参加者の数値改善率	44.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	保健指導参加率	12.1%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
	継続支援参加率	23.8%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な周知ができたか。 ・対象者に合わせた内容で実施できたか。 	ストラクチャー指標		<ul style="list-style-type: none"> ・朝霞地区医師会と連携できたか。 ・近隣市及び国保連合会と連携できたか。 				

8	要治療者受診勧奨事業	事業開始年度	平成29年度					
背景	<p>新座市は埼玉県と比較して生活習慣病の外来医療費が低く、入院医療費が高い傾向にあるため、生活習慣病を放置し重症化してから医療機関を受診する被保険者が多いのではないかと考えられる。重症化する前段階で適切に医療機関につなげる必要がある。</p> <p>また、KDBシステムから分析した要支援・要介護認定者の有病状況をみると、糖尿病の有病状況が県と比較して高く、高血圧症は認定者の約5割が罹患している状況から、介護の基礎疾患となる生活習慣病の重症化を予防し、地域包括ケアの一端を担う事業とする。</p>							
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBを活用するなどレセプト確認の効率化を図る。 ・医療機関受診率向上のために、医療機関との連携も視野に入れ対策を考える。 							
目的	対象者を適切に医療に結びつけ、生活習慣病の重症化を防ぐ。							
具体的内容	<p>【対象者】 特定健診の結果、次の基準のいずれかに該当する者のうち、医療機関への受診が確認できない者。</p> <p>①血圧：Ⅲ度高血圧以上（収縮期180mmHgかつ拡張期110mmHg以上） ②血糖：HbA1c8%以上 ③脂質：LDLコレステロール220mg/dl以上又は中性脂肪500mg/dl以上</p> <p>【実施期間】 ・10月から翌年6月まで</p> <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知による受診勧奨（10月～2月） 対象者のリスク（血圧・血糖・脂質）に合わせた勧奨通知を送付する。 ・電話による受診勧奨（11月～3月） 通知送付の約1か月後に電話による受診確認、勧奨を実施する。 ・訪問による受診勧奨（2月～3月） 対象者のうち特定保健指導対象者で、かつ未利用である者に対し、訪問による受診勧奨を実施する。 ※対象者が多い場合は、受診歴や既往歴等からよりハイリスクな対象者に絞る。 ※対象者のうち特定保健指導の対象となった者には、利用勧奨電話及び初回面接の機会を活用し、受診勧奨を実施する。 ・事業評価の実施（翌年6月） 翌年4月までのレセプトで、勧奨後の受診状況を確認する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	勧奨後の医療機関受診率	16.4%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
アウトプット指標	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出基準は明確だったか。 ・送付時期は適切だったか。 ・勧奨内容は適切だったか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的手順を担当者間で共有しているか。 					

9	重複・頻回受診者等訪問事業	事業開始年度	平成26年度
背景	<p>被保険者の中には、複数の医療機関に重複して受診したり、月に何回も頻回に受診する者がいる。また、同一薬効の薬剤を複数の医療機関から処方されたり、複数の疾病を持っているため多数の薬剤を処方されている者もいる。</p> <p>これらの被保険者に対して、電話や訪問等により、このような受診や薬剤の処方に至った経緯、現在の身体の状態、医師・薬剤師への相談状況、お薬手帳の活用状況、処方薬の管理状況等を把握し、適切な療養に向けた健康相談を行ってきた。</p> <p>適正受診・適正服薬の促進のための取組は医療費適正化につながるものとして、国の保険者努力支援制度でも重要視され、市町村ヘルスアップ事業にも補助対象事業として位置付けられている。</p>		
前期計画からの考察	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出については、引き続き国保連合会から提供されるリストを活用し、国保年金課医療費適正担当及びレセプト点検員の協力を得ながら進めていく。 本人も理解した上で長年不適切な投薬を繰り返す対象者については、支援を行っても、改善の見込みがないため、優先順位を考え、訪問事業の対象から外すこととする。 本事業は適切な療養指導を行うことで対象者のQOL向上を図ることを第一の目的としているため、医療費適正化事業としての意味合いが薄い。医療費適正化を目的とした適正受診・適正服薬推進事業の実施については改めて検討していく必要がある。 		
目的	適切な療養指導を行い、疾病の回復促進や精神的な不安の軽減に努め、対象者のQOLの向上を図る。		
具体的内容	<p>【対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国保連合会から提供された勧奨対象者リストのうち、市が定める重複服薬、多剤投与、重複受診、頻回受診のいずれかに該当する18歳以上の者。ただし、このうち、精神疾患、悪性腫瘍、血友病、透析、指定難病、結核等の治療中であり、受診や服薬が必要と思われる被保険者は除く。 重複服薬：医科レセプトが3か月継続して、毎月同一月内に、同一薬効を持つ医薬品が複数の医療機関から処方されている者 多剤投与：医科レセプトが3か月継続して、毎月同一月内に、10種類以上の医薬品が処方されている者 重複受診：医科レセプトが3か月継続して、同一月内に、3医療機関以上受診している者 頻回受診：医科レセプトが3か月継続して、同一月内に、15日以上受診している者 <p>※対象者が多い場合は、受診歴や既往歴等からよりハイリスクな対象者に絞る。</p> <p>【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通知を送付後、電話や訪問による支援を実施する。 数か月後、医科レセプト情報を確認し、評価を行う。必要時、電話や訪問等によりその後の状況を確認する。 国保年金課医療費適正担当と2回/年の連携会議を行う。 <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 8月から翌年3月まで。9月頃から順次支援を行い、3月に評価を実施。 		
第3期計画の目標			
指標	評価指標	現状値	目標値
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)
			令和7年度 (2025)
			令和8年度 (2026)
			令和9年度 (2027)
			令和10年度 (2028)
			令和11年度 (2029)
アウトカム指標	半年後にレセプト点数が減少した対象者の割合	0.0%	60.0%
	訪問後のレセプト点数の減少率	-1.0%	10%
アウトプット指標	対象者への支援実施率	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> スケジュールどおりに実施できたか。 対象者に合わせた内容で実施できたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会と連携できたか。 レセプト点検員と連携できたか。 国保連合会と調整できたか。 国保年金課医療費適正担当と連携できたか。

10	ジェネリック医薬品（後発医薬品）推進事業		事業開始年度	平成25年度				
背景	<ul style="list-style-type: none"> ・新座市国民健康保険では高齢化が進むに連れて、一人当たり医療費が増加している。そのため、医療費の適正化が課題となる。医療費の多くを占める薬剤費の伸びを抑制するため後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進が行われている。 ・後発医薬品の利用向上のために、差額通知の発送を行っている。 							
前期計画からの考察	後発医薬品の数量シェアは、平成30年度に77.0%だったものが令和4年度には82.2%まで向上している。国及び埼玉県の目標値である80%を達成しているが、引き続き利用向上を促していく必要がある。							
目的	医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進し、その利用率を高める。							
具体的内容	差額通知送付 【実施内容】 ・指定した医薬品を処方されている被保険者のうち通知の対象になる者に差額通知を送付する。 【対象】 ・生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病）に関する先発医薬品を処方されている者のうち、後発医薬品に切り替えた場合に300円以上の削減効果が見込める者 【実施時期】 ・9月・3月（7月診療・1月診療分が抽出対象）	ジェネリック希望シール配布 【実施内容】 ・後発医薬品を希望する旨の意思表示シールを作成し配布する。 【対象】 ・更新証送付世帯、国保保険証交付者、希望者 【実施時期】 ・7月、通年						
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	切替割合	18.8%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%
アウトプット指標	通知送付実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に周知できたか。 ・対象者からの問合せがあった際に、コールセンターや薬剤師へつなぐことができたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・予算は確保できたか。 ・ジェネリック医薬品に関する基本的な知識を身につけられているか。 ・関係機関と連携できたか。 					

1 1	地域包括ケア及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事業	事業開始年度	平成29年度					
背景	<p>【地域包括ケア】 高齢化が進み、人生100年時代と言われる中、誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築し推進している。</p> <p>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】 また、健康寿命の延伸をめざし、高齢者の生活習慣病予防や重症化予防のための保健事業とフレイル状態に陥らないための介護予防を一体的に実施している。</p>							
前期計画からの考察	平成29年度から介護保険課と連携し、地域包括ケアシステム推進のためにKDBデータの共有等を実施してきた。また、令和3年度から後期高齢者担当課と連携し、国保部門として高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた取組を実施してきた。							
目的	庁内関係課と連携し、高齢者のフレイル予防、生活習慣病予防や重症化予防を行うことにより、高齢者の健康保持・増進を図ることと地域包括ケアシステムの推進を目的とする。							
具体的内容	<p>【地域包括ケア】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険課主催の地域ケア会議に参画し、KDBから抽出した健診・医療・介護の地区別の現状と課題を共有し、対応策を検討する。 ・在宅医療・介護連携推進事業において、医療・介護の出張講座等を活用し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）について、普及啓発を行う。 ・KDBにより要支援・要介護認定者の有病状況として明らかになった糖尿病や高血圧症について、要治療者受診勧奨事業を実施することにより、介護につながる疾病の重症化予防を促す。 <p>【高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る庁内調整会議に参加し、KDB等を活用したデータを提供、地域課題の対応策を検討する。 ・特定保健指導及び糖尿病性腎症重症化予防対策事業に参加した者で75歳を迎える者がいた場合、後期高齢者担当課に引継ぎ、切れ目のない支援が実施できるよう体制を整える。 ・国保被保険者を対象とした講演会（生活習慣病、歯科、栄養）では、75歳以上の後期高齢者も受け入れ、ポピュレーションアプローチとして健康教育を実施する。 							
第3期計画の目標								
指標	評価指標	現状値	目標値					
		令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
アウトカム指標	要支援・要介護認定率	18.0%	維持	維持	維持	維持	維持	維持
アウトプット指標	【地域包括ケア】 要治療者の勧奨後医療機関受診率	16.4%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	【一体的実施】 健康教育（講演会）への後期高齢者の参加率	—	30%	30%	30%	30%	30%	30%
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係会議に国保担当として参画し、地域の課題を共有、対応策を検討できたか。 ・国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険データ等の総合的な分析ができたか。 	ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・庁内関係部署（長寿はつらつ課、介護保険課）との連携はできたか。 					

●その他の保健事業

(1) 3年間の健診結果送付事業

目的：自身の健康状態・生活習慣を理解する継続受診者を増やし、受診率向上を図る。

対象者：特定健診受診者

事業概要：3年間の健診結果をグラフ化し、経年の経過を分かりやすく記載した資料を対象者に個別に通知する。

生活習慣病の指標項目ごとに対象者の検査結果に合わせた生活習慣に関するアドバイスに記載し自身の健康状態及び生活改善への意識を促す。

(2) おやさい交換券交付事業

目的：特定健診2年連続受診者及び当該年度40歳になる受診者にインセンティブを付与することで、継続的な受診を促し受診率の向上を図る。

対象者：特定健診受診者のうち、2年連続して特定健診を受診した者又は年度内40歳到達者で特定健診を受診した者

事業概要：市内農産物直売所で使用できる500円分のおやさい交換券を3年間の健診結果に同封し対象者へ送付する。

(3) 健康教育

目的：ポピュレーションアプローチとして実施し、被保険者自らが生活習慣を改善する意欲を高める。

対象者：40歳以上の被保険者

※定員に空きがあれば40歳未満の被保険者及び後期高齢者も参加可（後期高齢者は講演会のみ）。

事業概要：医師、歯科医師、管理栄養士による講演会を実施する。

健康運動指導士による運動教室、エアロビクス講師による軽体操教室を実施する。