

第5章

保健事業の実施内容

第5章 保健事業の実施内容

1. 糖尿病重症化予防 高血糖者医療機関未受診勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	特定健診受診者のうち、医療機関未受診者でHbA1c(NGSP)6.5%以上の者。
内容と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当者のレセプト情報、健診受診機関に治療や通院の有無の確認。 ・ 対象者に電話連絡し、健診受診機関で結果の説明と診察を受けるように依頼する。後日、糖尿病未受診者受診勧奨文を郵送する ・ 医療機関に、対象者が受診する旨を連絡後、依頼文・健診結果・糖尿病未受診者勧奨連絡票・糖尿病連携手帳・返信用封筒を送付。 ・ 対象者は、医療機関に出向き、結果の説明と同時に診察を受ける。 ・ 医療機関は、糖尿病未受診者勧奨連絡票を神戸町に返送する。
実施時期	9月～翌年1月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績		目標値						
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
					数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	90.0%	90.8	91.6	92.5		93.3	94.2	95	
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100	100	100		100	100	100	
	医療機関受診率	84.6%	85.5	86.4	87.3		88.2	89.1	90	
	次年度健診受診率	90.0%	90.8	91.6	92.5		93.3	94.2	95	

2. 糖尿病重症化予防 医療機関受診中断者受診勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	通院中の患者で最終受診日から1年経過しても受診記録が無い者。
内容と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中断者に糖尿病受診状況に関するアンケートを郵送する。 ・ アンケート結果及び受診医療機関の協力により、中断者に電話連絡や訪問等の手段で、受診勧奨を行う。
実施時期	7月～8月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績		目標値						
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
					数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	0.0%	3.3	6.6	10		13.3	16.6	20	
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100	100	100		100	100	100	
	医療機関受診率	50.0%	55	60	65		70	75	80	
	次年度健診受診率	100.0%	100	100	100		100	100	100	

3. 糖尿病重症化予防 治療中ハイリスク者保健指導事業

対象者・事業内容

対象者	<p>特定健診受診者のうち、糖尿病治療中の方で、HbA1c (NGSP) 6.5%以上かつ以下のいずれかに該当する者。</p> <p>① 尿蛋白 (+) 以上で eGFR 60ml/min/1.73m²未満</p> <p>② 収縮期血圧 160mmHg 以上または、拡張期血圧 100mmHg 以上</p>
内容と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当者へ保健指導勧奨文、医療機関依頼文、保健指導依頼票、返信用封筒を送付。 ・ 該当者は医療機関を受診。 ・ 医療機関は受診者の同意を得た上で、神戸町に保健指導依頼票を送付。その後、保健センターから対象者へ連絡をとり保健指導を実施。
実施時期	1月～2月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績		目標値						
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
					数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	0.0%	5	10	15		20	25	30	
	eGFR値維持・改善者割合	0.0%	5	10	15		20	25	30	
アウトプット指標 (実施量・率)	次年度健診受診率	0.0%	5	10	15		20	25	30	
	保健指導実施率	2.0%	6.6	11.2	15.8		20.4	25	30	

4. 糖尿病重症化予防 75g 糖負荷試験 (OGTT) 勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	特定健診受診者のうち、HbA1c : 6.0~6.4%かつ過去5年 OGTT 未実施の者
内容と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の結果と一緒に OGTT 実施勧奨文を同封する。 ※OGTT を実施しない方については、未実施の理由を把握するためのアンケートを実施。またアンケート未回収者は、電話等で聴取するとともに、必要に応じて保健指導を行う。
実施時期	9月～翌年1月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績		目標値						
		R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
					数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	HbA1c値維持・改善者割合	83.3%	84.4	85.5	86.6		87.7	89	90	
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100	100	100		100	100%	100	
	医療機関受診率	22.6%	23.8	25	26.3		27.5	25.7	30	
	OGTT受診率	19.6%	21.4	23.1	24.8		26.5	28.2	30	
	次年度健診受診率	75.0%	75.8	76.6	77.4		78.2	79	80	

5. 高血圧医療機関受診勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	特定健診受診者のうち、収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上の者。
内容と方法	特定健診の結果と一緒に受診勧奨文と高血圧受診勧奨チラシを同封する。
実施時期	9月～翌年1月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績	目標値								
			R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
						数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	77.4%	77.8	78.2	78.6		79	79.5	80		
	拡張期血圧 維持・改善者割合	76.2%	76.8	77.4	78		78.6	79.2	80		
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100	100	100		100	100	100		
	医療機関受診率	31.8%	33.1	34.4	35.8		37.1	38.5	40		
	次年度健診受診率	87.8%	88.1	88.4	88.8		89.1	89.5	90		

6. 腎機能低下医療機関受診勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	<p>特定健診受診者のうち、以下のいずれかの基準を満たし、定期的な医療機関の受診がない者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白 2+以上 ・G3b : 45ml/min/1.73 m²未満 ・G3a : 60~45ml/min/1.73 m²かつ尿蛋白+
内容と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・該当者に受診勧奨文と医療機関依頼文、連絡票、受診状況に関するアンケート、慢性腎臓病に関するチラシ、返信用封筒を健診結果に同封して郵送。 ・対象者は医療機関受診。 ・医療機関は、慢性腎臓病未受診者勧奨連絡票を神戸町に送付。
実施時期	9月～翌年1月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績	目標値								
			R3年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
						数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	収縮期血圧 維持・改善者割合	45.5%	47.9	50.3	52.7		55.1	57.6	60		
	拡張期血圧 維持・改善者割合	59.1%	59.2	59.4	59.5		59.7	59.8	60		
	CKD重症度分類の変化	90.9%	91.4	91.9	92.4		92.9	93.4	94		
アウトプット指標 (実施量・率)	医療機関受診勧奨率	100.0%	100	100	100		100	100	100		
	次年度健診受診率	78.3%	78.5	78.8	79		79.3	79.6	80		

7. 適正服薬勧奨事業

対象者・事業内容

対象者	3 カ月連続して、同一診療月内で、処方薬剤数が15以上の者 「うつ」「認知症」「がん」「統合失調症」などの傷病名のある者は除外
内容と方法	・ 該当者に勧奨文を通知。または電話、訪問にて保健指導を行う
実施時期	12月

評価方法・目標値

指標	評価指標	実績		目標値						
		R5年度	R6年度	R7年度	R8年度		R9年度	R10年度	R11年度	
					数値	評価			数値	評価
アウトカム指標 (成果)	多剤投与者数(対被保険者1万人)が前年度から減少していること	28	前年より減少	前年より減少	前年より減少		前年より減少	前年より減少	前年より減少	
アウトプット指標 (実施量・率)	対象者への通知・訪問回数 (改善状況の確認も含む)	1回	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	
	取組実施前後の評価	1回	1回	1回	1回		1回	1回	1回	
	医師会・薬剤師会への相談	1回	1回以上	1回以上	1回以上		1回以上	1回以上	1回以上	

評価方法(共通事項)

評価については、KDB システム等の情報を活用し、下記の項目から評価します。KDB システムからのデータについては経年変化、同規模保険者、県や国との比較を行い、優先課題を設定します。具体的な目標値については、県や国と比べて高い水準を維持している項目については、現状維持を目標とします。県や国と比べて低い水準にある項目については、県や国と比べて同水準に達することを目標とします。

<KDB システムより>

ア) 全体の経年変化(神戸町の地域特性)

イ) 医療費の変化(総医療費、1人あたりの医療費)

ウ) 疾病の発生状況の経年変化

① 中長期的な目標疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、COPD)

② 短期的な目標疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症)

エ) 特定健診受診率、特定健診保健指導率、受診勧奨者の経年変化

オ) 健診有所見割合の経年変化

カ) 健診メタボリック該当者、予備群の経年変化

キ) 健診質問票の経年変化

ク) 保健事業介入支援管理(適正服薬)

計画の見直し

令和6年度より毎年事業結果を検証し、令和8年度に中間評価・令和11年度に最終評価を実施し、次期計画において見直しを行います。また、KDB システムのデータを用いて受診率・受療率・医療費等の動向を定期的に確認します。さらに、特定健康診査の実績報告後のデータを用いて経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。