

第 3 期データヘルス計画 個別保健事業の実績報告について

【 特定健診受診率向上対策事業 】

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
特定健診受診率	39.9%	目標	40%	45%	45%	50%	60%
		実績	39.0%	44.7%			
40代・50代の特定健診受診率	27.5%	目標	29%	30%	32%	34%	40%
		実績	27.7%	27.5%			
みなし健診受診数	1件	目標	3件	4件	8件	12件	20件
		実績	10件	7件			
受診勧奨通知率	63.9%	目標	65%	66%	68%	70%	75%
		実績	64.9%	85.9%			

※令和6年度の健診受診率は11月頃確定します。

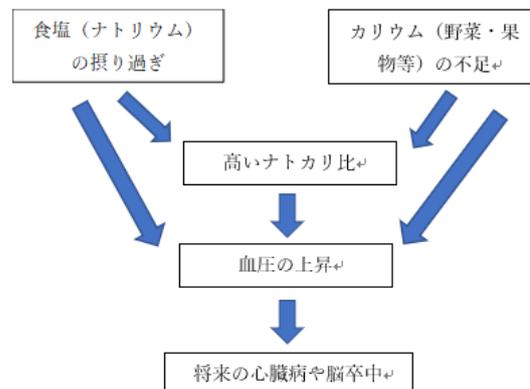
実施年度	令和6年度
取り組み	<p>【特定健診スケジュール】</p> <p>3月～5月 健診案内・申込書の発送と受付</p> <p>5月～6月 集団健診実施（6日間）</p> <p>6月～12月 個別健診実施</p> <p>特定健診の自己負担無料化、健診受診勧奨、職場健診の結果提供依頼（みなし健診）</p> <p>※受診勧奨 計3回送付</p> <p>集団健診に対しては集団健診の締切前（4月）に1回</p> <p>個別健診に対してはナッジ理論を使った通知を7月と10月の2回（10月は、受診率が低い40代・50代に通知の送り分けを実施）</p>
結果	<p>最終的な受診率は集計中だが、同時期の受診率を比較して、約6%上昇している。</p> <p>現時点で県平均41.3%、町村平均43.3%を超えている。</p>
課題	<p>40代・50代の受診率が低い。</p> <p>通院中を理由に未受診となる方が多い。</p>
改善案	<p>特定健診自己負担無料化の効果と考えられるため、今後も自己負担無料を継続する。</p> <p>電子申請による健診申込受付を行う。（令和7年度実施済）</p> <p>令和7年度は受診のきっかけ作りとして、初めて受診する方、継続受診者（3年連続受診）の方を対象に、町内の直売所で使える商品券が当たる抽選を行う。</p> <p>診療情報提供事業を実施する。</p>

【 特定保健指導実施率向上対策事業 】

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
特定保健指導実施率	34.1%	目標	38%	40%	45%	50%	60%
		実績	38.3%	25.5%			
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	9.8%	目標	29%	30%	32%	34%	40%
		実績	22.5%	集計中			
利用勧奨実施率 (電話・通知)	0%	目標	3件	4件	8件	12件	20件
		実績	39件	57件			
利用勧奨した者の 利用率	0%	目標	65%	66%	68%	70%	75%
		実績	5.1%	3.5%			

※令和6年度の保健指導実施率は11月頃確定します。
保健指導対象者の減少率は確定を受けて集計します。

実施年度	令和6年度
取り組み	動機付け支援と積極的支援の対象者、保健指導の対象ではないがⅡ度高血圧となった方の結果説明会・保健指導の実施（集団健診では、推定塩分摂取量検査実施）
結果	最終的な実施率は集計中。 特定保健指導対象者が増加した。 Ⅱ度高血圧となった者の面接の結果、受診につながった方がいた。
課題	利用勧奨実施は増加しているが、利用に結びついていない。
改善案	勧奨から利用につながらないため、インセンティブ等を検討する。 ナトカリ計を利用した健康教育を実施し、自覚や栄養指導につなげる。 保健指導への参加者にコバトンALOOKマイレージのポイントを付与することで、ウォーキング等日々の運動を促す。



【 糖尿病性腎症重症化予防対策事業 】

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
新規透析患者数	2人	目標	0人	0人	0人	0人	0人
		実績	3人	0人			
保健指導参加者数 ()内は参加率	2人 (15.4%)	目標	3人	3人	4人	5人	8人
		実績	3人 (7.5%)	1人 (2.3%)			
医療機関受診者数 ()内は受診率	5人 (31.3%)	目標	6人	7人	8人	9人	12人
		実績	8人 (12.5%)	4人 (26.7%)			
保健指導勧奨通知率	16.3%	目標	16.5%	17%	17%	18%	20%
		実績	50%	53.8%			
受診勧奨通知率	94.1%	目標	94.5%	95%	95%	95%	98%
		実績	40%	70.8%			

実施年度	令和6年度
取り組み	①糖尿病未受診者・治療中断者へ受診勧奨通知を送付 ②糖尿病・糖尿病性腎症で通院中の方のうち、重症化するリスクが高い方に対し、主治医の判断による保健指導を実施
結果課題	医療機関受診率者は上昇したが、保健指導の参加率はかなり低い。
改善案	委託業者からの通知・電話連絡のため、事業の周知が重要。 広報等での周知の他、役場からも電話勧奨等を行う。 参加者にコバトン ALOOK マイレージの利用を案内することで、ウォーキング等日々の運動を促す。

【 高血圧重症化予防対策事業（令和6年度から事業内容を見直し） 】

指標	ベース	目標値・実績値				
	R4		R5	R6 から	R6	R11
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	62.6%	目標	60.0%	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	60.0%	53.4%
		実績	58.8%		62.5%	
受診勧奨を行った者の受診率	0%	目標	2%	保健指導を行った者の割合	5%	20%
		実績	0%		2.9%	
未治療者・治療中断者への受診勧奨率	0%	目標	100%	保健指導を行った者の受診率	2%	10%
		実績	0%		7.7%	
健康教室等参加率	0%	目標	2%	保健指導を行った者の健康教室等参加率	2%	10%
		実績	0%		集計中	

実施年度	令和6年度
取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ①集団健診の通知がⅡ度高血圧となった者の結果説明会・保健指導の実施（集団健診では、推定塩分摂取量検査実施） ②集団健診時に野菜摂取量分析（ベジチェック）を実施し、食生活のアドバイスを実施 ③健康教室のPRを実施
結果	<ul style="list-style-type: none"> ①高血圧重症化予防対策事業の面接の結果、受診につながった方がいた。 ②毎年実施 ③集団健診当日に、他の検診や健康教室に申し込む方がいた。
課題	<p>運動や食事の改善に取り組んだ後の身体の変化が見えにくい。 やりがいを感じにくい。</p>
改善案	<p>ナトカリ計を利用した健康教育を実施し、自覚や栄養指導につなげる。 高血圧の減少、心疾患の予防を目指し、減塩に関する啓発及びカリウム摂取の啓発を行う。 健康教室等への参加者にALOOKマイレージのポイントを付与することで、ウォーキング等日々の運動を促す。</p>

【 医療費適正化対策事業 】

①後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
後発医薬品の使用割合	83.7%	目標	84%	85%	85%	85%	85%
		実績	85.2%	88.4%			
差額通知送付率	100%	目標	100%	100%	100%	100%	100%
		実績	100%	100%			

②服薬適正化対策

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
重複服薬者の人数	22人	目標	0人	0人	0人	0人	0人
		実績	6人	2人			
多剤服薬者の人数	5人	目標	3人	3人	4人	5人	8人
		実績	5人	10人			
重複服薬者に対する通知書送付件数	0件	目標	1件	1件	2件	2件	5件
		実績	1件	1件			
多剤服薬者に対する通知書発送件数	0件	目標	1件	1件	2件	2件	5件
		実績	1件	0件			

実施年度	令和6年度
取り組み	<p>①後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進については、対象者にジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知を年4回（7月、9月、11月、3月）送付している。また、毎年 の資格確認書等発送時と資格取得手続き時に後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望シールを 配布し、利用促進を図る。</p> <p>②服薬適正化対策については、年1回（10月）に国保連から提供された「重複服薬・多剤投 与」に関する対象者リストに基づき、服薬状況の改善を促す通知を送付する。</p>
結果	<p>①ジェネリック差額通知を漏れなく送付しており、数量シェアに関しては、国の目標値である 80%および、埼玉県（市町村国保）平均の81.1%を上回った。</p> <p>②重複服薬・多剤服薬に関しては、医療費の適正化の観点だけでなく、薬剤の副作用を予防す る観点からも重要である。多剤服薬者10人のうち、レセプトで薬効等を確認した結果、服薬 状況の改善を促す通知を送付者は0人であった。</p>
課題	<p>①後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進については、埼玉県平均を上回っているが引 き続き利用向上を促していく必要がある。</p>

	<p>②重複服薬・多剤服薬に関しては、これまでのところ不適切事例は発見されず、通知の効果を十分に検証できたとは言えない状況である。</p>
改善案	<p>①ジェネリック医薬品の利用促進については、今後も引き続き事業を継続し利用向上を促していく。</p> <p>②服薬適正化対策については、的確に対象者を抽出し、効果的な通知を送ることができるように、薬剤に関する知識を深めていく必要がある。</p>

【 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取り組み（R5 開始） 】

指標	ベース	目標値・実績値					
	R4		R5	R6	R7	R8	R11
主観的健康観や生活習慣に変化がみられた者の割合	-	目標	20%	20%	25%	30%	45%
		実績	※26.1%	※21.2%			
必要なサービスの情報提供や引継ぎを行った人数	-	目標	3人	3人	4人	5人	10人
		実績	0人	0人			
通いの場でのフレイル等啓発活動の実施	-	目標	2カ所	2カ所	3カ所	4カ所	5カ所
		実績	2カ所	4カ所			
健康状態不明者介入率	-	目標	10%	10%	12%	15%	18%
		実績	96.9%	100%			

※後期高齢者医療保険制度加入者を含む

実施年度	令和6年度
取り組み	<p>ハイリスクアプローチ 「健康状態不明者対策」として、保健師が年2回訪問。 初回訪問時のご本人の心身機能状態により、医療やサービス利用等につなげ、約3か月後の2回目の訪問で健康状況の把握を再度実施。</p> <p>ポピュレーションアプローチ 町内4会場で「健康教育（低栄養、口腔、身体的フレイル）・健康相談」を実施。また、「フレイル状態の把握」、「気軽に相談できる環境づくり」も実施。 通いの場で、オーラルフレイル予防の講和を実施、フレイル等を把握する。個別に介入すべきハイリスク者の場合は、地域包括支援センターへつなげる。</p>
結果	<p>「健康状態不明者対策」は、認知機能の低下があり家族も心配しているものの、医療・サービス等につながっていなかった方が、本事業をきっかけに包括職員の支援につながった。 「健康教育、健康相談、フレイル状態の把握」では、個別に介入すべきハイリスク者を、地域包括支援センターへつなげる。</p>
課題	<p>「健康状態不明者対策」では、不調が起きた時に医療機関を受診すればよいと考える方が多いなど、ご本人の生き方・価値観に関わることであり介入が難しい。 「健康教育・健康相談等」では、例えば「口腔」など、人によっては抵抗が大きかったり、関心が薄い方も一定数いる。</p>
改善案	<p>少人数であっても、興味を示した方に健診の情報提供等を行っていく。 健康教育で、みんなの興味が薄いテーマなどは体操等と組み合わせるなど、実施の仕方を工夫する。</p>

- ※ハイリスクアプローチ…特定の健康リスクを持つ個人に焦点を当て、個別の介入を行うこと。
- ポピュレーションアプローチ…集団全体を対象に、リスクの有無に関わらず、環境整備や意識啓発などを行うこと。
- フレイル…健康な状態と要介護状態の中間の段階の状態であり、予備能力低下により身体機能障害に陥りやすい状態のことの総称。
- オーラルフレイル…加齢や様々な要因によって、食べる、話す、飲み込むといった口腔機能が衰え始めた状態のこと。