

令和4年度実施保健事業の評価

事業名	目的	対象者	事業内容・概要	実施方法	実施機関・場所	目標(値)	実施結果	評価
健康診査事業	健康診査を通じて健康の保持増進、疾病の早期発見・早期治療をすることで医療費の適正化を図る。	後期高齢者医療被保険者(ただし、施設入所者・長期入院者等を除く)	問診・身体計測・血圧測定・尿検査・血液検査の基本項目に、血清アルブミン、詳細項目のうち血清クレアチニン及びeGFRの18項目についての検査等を行う。また、令和3年度から空腹時血糖もしくは随時血糖とHbA1cはどちらか一方から両方とも必須に変更する。	対象者に受診券を発送し、契約医療機関又は各市町村で実施する集団健診にて年1回無料で健診を実施する。	県医師会及び契約医療機関又は各市町村で実施する集団健診実施機関	①受診率 28.0% ②受診率1%/年向上	①受診率 25.7% ②前年度比+2.3%	a*
生活習慣病重症化予防医療受診勧奨事業	健康の保持増進、疾病の早期発見、早期治療により、重症化を防ぎ、医療費の適正化を図る。	①前年度及び当該年度の健康診査を受診し、有所見であったが、その後医療機関の受診歴がない被保険者 ②受診勧奨通知送付対象者のうち勧奨通知送付後も医療機関の受診歴がない被保険者	①対象者に対し、受診勧奨通知を送付し、精密検査等の受診勧奨を行う。 ②対象者に対し、電話による再受診勧奨及び指導・相談を行う。	①特定健診データ管理システム、KDBシステムを活用し、対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付する。 ②受診勧奨通知送付後に受診状況を追跡調査し、対象者の連絡先調査後、電話による再勧奨及び指導・相談を行う。	広域連合事務局	①抽出した対象者への受診勧奨実施率 100% ②勧奨通知送付後の未受診者への再勧奨実施率 70% ③受診勧奨対象者の医療機関受診率 30% ④健診有所見者のうち受診勧奨対象者率を維持 0.3%以下	①R4年度勧奨通知送付数 564人 1件返戻あり(99.4%) R4年度健診受診者勧奨通知送付数 559人 返戻なく対象実施者全員に送付(100%) ②R4年度再勧奨実施率 85.1% R3年度健診受診者の再勧奨実施率 87.7% ③R3年度健診の受診勧奨事業 最終受診率 67.3% ④R3年度 1.07% R4年度 1.17%	a*
健康診査事業受診勧奨	健康診査を通じて健康の保持増進、疾病の早期発見・早期治療をすることで医療費の適正化を図る。	①前年度及び事業実施までの間、健康診査未受診のうち、前年度に医療機関の受診歴がなく、かつ75歳以上90歳未満で、要介護2までの者	①対象者に健康診査の受診勧奨通知を送付	①特定健診システム、KDBシステムを活用し、対象者を抽出し、健康診査受診勧奨通知を送付する。	①広域連合事務局	①対象者への受診勧奨実施率100% ②受診勧奨対象者のうち20%の健診受診	①受診勧奨実施率 100% ②受診勧奨後受診率 5.71%	b
健康状態不明者訪問指導	健康状態不明者に対する訪問指導	②①の対象者のうち、過去5年間健康診査未受診かつ医療機関の受診歴がない健康状態が不明な被保険者(90歳以上、要介護3以上を除く)	②対象者に対し、健康相談員が健康診査の受診勧奨及び健康状態の確認を行い、必要に応じて各種サービス等へつなげる。	②訪問業務を委託し、実施する市町村を選定した上で、個別訪問により健康診査の受診勧奨や健康状態の確認を行い、必要に応じて各種サービス等へつなげる。	②広域連合事務局及び訪問業務委託業者、選定した対象者宅	③対象者の訪問実施率70% ④健康状態不明者0.2%/年減少	③訪問実施率 41.1% ④健康状態不明者 2.03%	a*
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症患者の生活の質(QOL)の維持・向上を図り、特に国保から後期高齢者へ移行する者を継続して指導・支援を行うことで、切れ目のない保健サービスの提供を実現し、重症化を予防する。	市町村国保の糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、後期高齢に移行後も事業を継続することに同意が得られた被保険者及び新規対象の被保険者	対象者に対し、市町村国保で実施している糖尿病性腎症重症化予防事業を基に実施する。	対象者の抽出、指導・相談業務を市町村に委託し、委託先の市町村国保で行っていた事業を後期高齢に移行後も最長で3年継続実施及び新規で実施する。	広域連合事務局及び委託市町村 委託先市町村	①事業実施者の完了率 100% ②対象者のうち人工透析への移行者 0人	①事業実施なし ②人工透析移行者(累積) 0人	a

事業名	目的	対象者	事業内容・概要	実施方法	実施機関・場所	目標(値)	実施結果	評価
訪問栄養相談事業	低栄養リスクがあると思われる被保険者に適切な栄養・食事摂取や食生活の改善に関する相談・支援を行うことでフレイルの改善・予防を図る。	前年度の健診の結果からBMI20.0未満かつ前年度の健診から体重が2.0kg以上減少している、または前年度の健康診査の結果からBMI25.0以上かつアルブミン値3.5d/gL未満の被保険者(年齢90歳以上、要介護3以上を除く)	対象者に対し、管理栄養士である相談員が個別訪問し、栄養・摂食、日常生活等の改善に関する相談・支援を行う。	対象者は特定健診データ管理システム、KDBシステム等を活用して抽出し、訪問業務を業者委託し、実施期間(6か月)内に対象者1人につき3回の個別訪問による相談・支援を実施。なお、かかりつけ医より情報提供を受けることで、対象者の診療情報を把握した上で、より適切な相談・支援を実施する。	広域連合事務局及び訪問業務委託業者 選定した対象者宅	①訪問相談実施率 60%以上 ②3回訪問完了率 60%以上 ③フレイルの者の(リスクを含む)の割合の減少 BMI 20.0未満の者の減少	①訪問実施率 67.6% ②3回訪問完了率 58.3% ③BMI 20.0未満の者 16.6%(前年度比+0.3%)	C
歯科口腔健診事業	被保険者の歯・歯肉の状態、口腔内の衛生状態や口腔機能をチェックすることにより、口腔機能低下を予防し、肺炎等の疾病及びフレイル・オーラルフレイル予防につなげる。	当該年に76歳、78歳及び81歳の誕生日を迎える被保険者	対象者に歯科口腔健診受診券を送付し、契約歯科医療機関等にて歯科口腔健診を実施する。	県歯科医師会並びに県歯科医師会非会員の歯科医療機関と委託契約を締結後、対象者に受診券を送付し、広域連合が指定する歯科医療機関で実施期間中に年1回、無料で健診を実施する。	大分県歯科医師会及び個別契約の歯科医療機関	①健診受診率 15% ②健診受診率の1%向上	①健診受診率 13.36% ②年度比 +1.44%	a*
歯科口腔健診要治療判定者受診勧奨事業	歯科口腔機能の改善により、肺炎や生活習慣病、フレイル・オーラルフレイルの予防に繋げる。	①前年度及び当該年度の歯科口腔健診において要治療と判定された者のうち、歯科医療機関の受診歴がない被保険者 ②勧奨通知送付対象者のうち、勧奨通知送付後も受診歴が確認できない被保険者	①対象者に対し、個別に受診勧奨通知を送付する。 ②勧奨通知送付後も受診歴が確認できない者に電話による再受診勧奨及び指導・相談を行う。	①歯科口腔健診の結果、KDBシステムより対象者を抽出し、個別に歯科受診勧奨通知を送付する。 ②受診勧奨通知を送付後に受診状況を追跡調査し、未受診の者に電話による再受診勧奨及び指導・相談を行う。	広域連合事務局	①抽出した対象者への受診勧奨実施率 100% ②勧奨通知送付後の未受診者への再勧奨実施率 70% ③受診勧奨対象者の歯科受診率1%/年向上	①R4年度勧奨通知実施数 343人 R4年度健診受診者勧奨通知実施数 357人 いずれも返戻なく対象者全員に送付(100%) ②R4年度再勧奨実施率 79.0% R3年度健診受診者の再勧奨実施率 73.4% R4年度健診受診者の再勧奨実施率 81.0% ③R3年度健診受診者の最終受診率 76.7%	a
歯科口腔医療定期受診の啓発	歯科口腔医療の定期受診により、口腔由来の生活習慣病等の疾病やフレイル・オーラルフレイルを予防する。	大分県後期高齢者医療の被保険者	口腔由来の生活習慣病等の疾病やフレイル・オーラルフレイルの予防するため、歯科口腔医療の定期受診について啓発する。	市町村広報誌への掲載やラジオ番組等で啓発する。	広域連合事務局	①毎年度2つ以上の広報活動実施 ②歯科受診率1%/年向上	①市町村広報誌、ラジオ番組及びラジオCMでの啓発活動 ②歯科受診率 43.0% (前年度比 +1.23%)	a*
歯科口腔相談事業	低栄養リスクとなる嚥下機能・口腔機能の改善に関する支援を行うことで、フレイル・オーラルフレイルの改善・予防を図る。	前年度の歯科口腔健診の結果から嚥下機能検査で「問題あり」「判定不能」と判定される、もしくは「未実施」の被保険者(要介護3以上の者を除く) 前年度の歯科口腔健診の結果から「歯科口腔健診要治療判定者受診勧奨」後も、歯科医療機関を未受診の被保険者	対象者に対し、訪問相談員(言語聴覚士)が嚥下機能・口腔機能の改善に関する訓練や相談・支援を行う。また、口腔内の衛生指導については訪問相談員(歯科衛生士)が相談・支援を行う。 対象者に対し、訪問相談員(歯科衛生士)が口腔内の衛生状態の確認や清掃指導等について2回の訪問を実施し、リスクの改善・重症化予防ができるよう相談・支援を行う。	訪問業務を業者委託し、実施期間(6か月)内に対象者1人につき3回の個別訪問による訓練や相談等の支援を実施。(口腔内の衛生指導については3回のうち1回のみ) 対象者は前年度の歯科口腔健診結果から抽出する。訪問業務を業者委託し、実施期間(5か月)内に対象者1人につき2回の個別訪問による口腔内の衛生状態の確認や清掃指導等の相談・支援を実施する。	広域連合事務局および訪問業務委託業者 選定した対象者宅 広域連合事務局および訪問業務委託業者 選定した対象者宅	①訪問相談実施率 45%以上 ②3回訪問完了者率 40%以上 ③オーラルフレイルの者(リスク者を含む)の割合の1%/年減少 36% ①訪問相談実施率 45%以上 ②2回訪問完了者率 40%以上 ③オーラルフレイルの者(リスク者を含む)の割合の1%/年減少 36%	①訪問実施率 70.1% ②3回訪問完了者率 40.4% ③「半年前に比べて硬いものが食べにくい」27.3% 「お茶や汁物等でむせる」20.9% ①訪問実施率 51.9% ②2回訪問完了者率 64.2% ③「半年前に比べて硬いものが食べにくい」27.3% 「お茶や汁物等でむせる」20.9%	a

事業名	目的	対象者	事業内容・概要	実施方法	実施機関・場所	目標(値)	実施結果	評価
重複・頻回受診者への訪問指導事業	重複受診者及び頻回受診者に対し、適正な受診に関する健康調査や保健指導を行い、医療費の適正化を図る。	①同一疾病で1か月に2医療機関以上受診した医療レセプトを連続する3か月間保有する者(歯科及び調剤を除く。)②1か月間に15日以上診療実日数がある医療レセプトを連続する3か月間保有する者	対象者に対し、健康相談員(保健師等)が個別訪問し、適正な受診に関する健康調査や保健指導を行う。	訪問業務を業者に委託し、実施期間(6か月)内に対象者1人につき2回の個別訪問による指導・相談を行う。	広域連合事務局及び訪問業務委託業者 選定した対象者宅	①訪問相談実施率 50%以上 ②改善割合2%/年向上 62.54%	①訪問相談実施率 46.2% ②改善割合 67.56% (前年度比 +10.03%)	a
後発(ジェネリック)医薬品普及促進事業	後発医薬品への切り替えを促進することで被保険者の医療費負担の軽減を図り、医療費の適正化へつなげる。	後発医薬品に切り替えた場合に、月額500円以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者	対象者に対し、後発医薬品に切り替えた場合の差額通知を送付し、後発医薬品の利用を促す。	対象者に年2回に分けて個別に差額通知を送付する。	広域連合及び委託業者	①対象者への差額通知実施率 100% ②普及率 80%	①対象者6,329人に対し、全員に通知送付。 ②普及率 82.2%	a
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	後期高齢者の保健事業と国保の保健事業、介護保険の地域支援事業を接続し、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防とフレイル対策等の介護予防とを一体的に実施する。	委託市町村の被保険者	広域連合市町村が委託契約を締結し、事業を受託した市町村は域内の後期高齢者への保健事業と介護予防事業を一体的に実施する。市町村に委託する業務…①事業の企画・調整等 ②地域の健康課題の分析・対象者の把握 ③医療関係団体等との連絡調整 ④高齢者に対する支援	市町村との委託契約締結後、特別調整交付金交付基準に沿って事業を推進し、事業に従事する医療専門職の人員費等を特別調整交付金等により委託料として市町村に交付する。	広域連合事務局及び委託市町村 委託先市町村	①特別調整交付金交付基準に沿った事業の完遂 ②令和4年度に6割以上の市町村(10市町村)が実施 ③実施市町村の計画通りの事業実施 ④医療費全般、健診結果や医療レセプトからみた重症化予防の状況、フレイル関連の有病率、介護度の推移及び認定率の変化	①特別調整交付金交付基準に沿った事業を実施 ②令和4年度実施市町村数 12市村 実施率 66.7% ③実施市村が計画通りに事業実施できるよう支援を行った。	a

【評価基準】

評価	評価内容
a	改善している
a*	改善しているが、現状のままでは目標達成が困難
b	変わらない
c	悪化している
d	評価困難