

令和7年度実施保健事業の評価

【評価基準】 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

事業名	目的	対象者	事業内容・概要	実施方法	実施機関・場所	評価指標	年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11
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)	被保険者(入所者、長期入院者は除く)に対し、基本項目の問診・身体計測・血圧測定・尿検査・血液検査、詳細な健診項目のうち血清クレアチニン※及び、eGFR※、その他項目として血清アルブミン※の18項目の検査等を契約医療機関又は各市町村が行う集団健診で実施する。心電図・貧血・眼底検査の3項目を特定健診の基準に準じて実施する。	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を実施する。	契約医療機関又は各市町村で実施する集団健診の会場	健康診受診率(受診率1%/向上)	目標値	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	30.0%
							実績	28.2%	29.3%				
							評価	a	a				
防生活習慣病受診勧奨重症化予防	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	受診勧奨対象者の医療機関受診率	目標値	70%または前年度より増加					
							実績	69.2%	21.3%				
							評価	c	c				
健康診査勧奨事業		77歳から90歳未満で健康診査未受診者のうち、入院・入所をしておらず、がん・人工透析・I型糖尿病・統合失調症・うつ病・認知症を除く要介護2までの被保険者	対象者に健康診査の受診勧奨通知を送付	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。	広域連合事務局	受診勧奨対象者の受診勧奨後受診率	目標値	維持または増加					
							実績	3.8%	3.4%				
							評価	c	c				
健康状態不明者訪問指導	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。	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)	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。	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。	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	健康状態不明者(一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数)	目標値	維持または減少					
							実績	1.2%	1.3%				
							評価	c	c				
		健康状態不明者の割合の減少(受診勧奨対象者/被保険者数)	目標値	維持または減少									
			実績	3.8%	1.3%								
			評価	a	d								

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未満かつ前々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システム等を利用して抽出し、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	低栄養の割合 (一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数)	目標値	維持または減少					
							実績	0.6% (暫定値)	0.6%				
							評価	c	a				
						低栄養傾向 (BMI20以下)の者の人数・割合	目標値	維持または減少					
							実績	18.2%	18.5%				
							評価	c	c				
対象者のうち前年度も対象となった人の人数・割合	目標値	5%以下の維持または前年度より減少											
	実績	5.5%	5.2%										
	評価	a*	a										
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	歯科口腔健診受診率	目標値	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%	15.5%	16.0%
							実績	9.55%	9.61%				
							評価	c	a*				
判定者受診健診要治療	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	受診勧奨対象者への歯科医療機関受診率 (0.5%/年)	目標値	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
							実績	62.8% (最終評価)	45.4% (R8.5月末時点)				
							評価	a	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。	<p>①前年度の歯科口腔健診の結果から「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)</p> <p>②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</p>	<p>①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。</p> <p>②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。</p>	<p>①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)</p> <p>②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。</p>	<p>口腔 (一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数)</p> <p>オーラルフレイルの者(リスク者を含む)の割合の減少 (歯科口腔健診問診票⑤「半年前に比べて硬いものが食べにくい」に「はい」と回答)</p> <p>オーラルフレイルの者(リスク者を含む)の割合の減少 (歯科口腔健診問診票⑥「お茶や汁物等でむせる」に「はい」と回答)</p>	目標値	維持または減少					
						実績	3.6% (暫定値)	4.0%				
						評価	c	c				
						目標値	33.0%	33.0%	32.0%	32.0%	31.0%	31.0%
						実績	28.8%	30.1%				
						評価	a	a				
目標値	21.0%	21.0%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%						
実績	21.2%	22.0%										
評価	a*	c										
重複・頻回受診者等訪問指導事業	重複受診者及び頻回受診者等に対し、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。	<p>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。)</p> <p>②1か月間に15日以上の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</p> <p>③1か月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を3医療機関以上から処方のある者</p> <p>④同一月に、20剤以上かつ90日以上処方を受けている者</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>服薬(多剤) (一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数)</p> <p>服薬(睡眠薬) (一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数)</p> <p>重複・頻回改善割合向上</p> <p>多剤改善割合向上</p>	目標値	維持または減少					
						実績	1.1% (暫定値)	1.2%				
						評価	c	a				
						目標値	維持または減少					
						実績	1.3% (暫定値)	1.3%				
						評価	c	a				
						目標値	68.0%以上					
						実績	62.0%	73.3%				
						評価	a*	a				
						目標値	維持または増加					
						実績	58.1%	59.9%				
						評価	c	a				

後発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	後発医薬品の普及率の向上	目標値	80%以上を維持または前年度より増加					
							実績	89.1%	90.0%				
							評価	a	a				
インセンティブ付与の取組	健康診査及び歯科口腔健診の受診率向上を目的として、協力事業者と協定締結後、健診受診者に対して特典(インセンティブ)を付与する。	健康診査及び歯科口腔健診受診者	<p>①ご長寿けんしん割 健康診査及び歯科口腔健診の健診結果を協力施設に提示することで、施設の設定する特典を被保険者に提供する。</p> <p>②いざ、けんしん！キャンペーン 健康診査受診者から50名を抽選し、当選者に「お肉のギフト券」4,000円分を送付する。</p>	<p>①大分県旅館ホテル生活衛生同業組合と包括連携協定を締結し、同組合員である協力施設から上記被保険者への特典を提供いただく。</p> <p>②大分県信用組合と包括連携協定を締結し、上記当選者への特典を提供いただく。抽選は、令和6年度に行う。</p>	<p>①大分県旅館ホテル生活衛生同業組合(包括連携協定)</p> <p>②大分県信用組合(包括連携協定)</p>	健康診査受診率	目標値	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	30.0%
						実績	28.2%	29.3%					
						評価	a	a					
						歯科口腔診査受診率	目標値	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%	15.5%	16.0%
						実績	9.55%	9.61%					
						評価	c	a*					

事業名	目的	対象者	事業内容・概要	評価指標		年度	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
						目標値	維持または減少						年齢の上昇
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。	一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数／被保険者数(割合)の減少	重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)	目標値	維持または減少						
						実績	0.8% (暫定値)	0.9%					
						評価	c	b					
	目標値	維持または減少											
	実績	0.01% (暫定値)	0.01%										
	評価	a	b										
	実施方法		実施機関・場所		広域連合事務局及び委託市町村	健康状態不明者	目標値	維持または減少					
							実績	1.2% (暫定値)	1.3%				
							評価	c	c				
					KDBシステム「地域の全体像の把握」平均自立期間(要介護2以上)	男 80.4	目標値						
女 85.2													