

安堵町国民健康保険

第3期安堵町保健事業計画

(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年4月

# 目次

## 安堵町国民健康保険 第3期安堵町保健事業計画（データヘルス計画）

### 第1章 計画策定にあたって

1. 計画の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 計画期間・・ 1
3. 実施体制・関連計画との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
4. 共通指標について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

### 第2章 第2期データヘルス計画の評価

1. 第2期データヘルス計画全体の指標と評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
2. 各指標のまとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
3. 個別保健事業の評価
- ①特定健康診査受診率向上事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- ②特定保健指導実施率向上対策事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- ③レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- ④後発医薬品使用促進事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- ⑤重複多剤投薬対策事業（適正服薬の推進）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

### 第3章 第2期計画期間の現状と課題について

1. 安堵町国民健康保険被保険者の状況
- ①安堵町人口・被保険者数・年齢構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- ②被保険者年齢構成の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
2. 死亡の状況
- ①疾病別死因割合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- ②標準化死亡比・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
3. がん検診受診率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
4. 医療の状況
- ①医療費（1人当たり/年）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ②1保険者当たり生活習慣病の入院医療費点数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ③1保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ④人工透析者数（自立支援医療受給者）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- ⑤人工透析者数（糖尿病治療中）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

⑥人工透析一人当たりの医療費	1 2
⑦医療費全体に占める透析医療費（糖尿病治療中）の割合	1 3
⑧健診受診者、未受診者における生活習慣病等一人当たり医療費	1 3
5. 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	
①特定健康診査・特定保健指導実施率	1 4
②安堵町特定健康診査実施率（性・年齢別）	1 5
③特定保健指導利用者の改善割合	1 5
④メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合	1 6
⑤HbA1c 7.0%以上の割合	1 6
⑥HbA1c 8.0%以上の割合	1 6
⑦血圧 160/100mmHg 以上	1 6
⑧eGFR45mL/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満の割合	1 6
6. 介護の状況	
①要支援・要介護認定者数	1 7
②1件当たりの介護給付費	1 7
③65歳平均要介護期間の推移	1 7
④健康状態不明者	1 7
7. 分析結果のまとめ	
①健康情報の分析	1 8
②医療情報の分析	1 8
③介護情報の分析	1 8
8. 課題の抽出	
課題 1	1 9
課題 2	1 9
課題 3	2 0
課題 4	2 0
課題 5	2 0
課題 6	2 1
課題 7	2 1

#### 第4章 第3期データヘルス計画の目的及び目標

1. 計画全体の目的	2 2
2. 目標	2 2

#### 第5章 個別保健事業について

1. 特定健康診査実施率向上事業	2 4
------------------	-----

2. 特定保健指導事業	2 6
3. 生活習慣病重症化予防事業	2 7
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業	2 8
5. 重複多剤・併用禁忌投薬対策事業	2 9
6. 後発医薬品使用促進事業	3 0
7. がん検診受診率向上事業	3 1
8. 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	3 2

## 第6章 その他

1. 計画の評価・見直し	3 3
2. 計画の公表・周知	3 3
3. 個人情報の保護について	3 3

## 安堵町国民健康保険 第4期特定健康診査等実施計画

### 第1章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨・背景等	3 4
2. 計画期間	3 4
3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	3 4
① 生活習慣病対策の必要性	3 4
② メタボリックシンドロームという概念への着目	3 5
③ 特定健康診査・特定保健指導	3 5

### 第2章 第3期計画期間の現状と課題について

1. 保険者数と医療費の現状	3 6
① 国民健康保険被保険者数の推移	3 6
② 国民健康保険加入者の一人当たり医療費の状況（年間医療費）	3 6
③ 市町村別国保加入者の一人当たり医療費の状況（年間医療費）	3 7
2. 特定健康診査、特定保健指導の実施状況	3 7
① 特定健康診査の実施状況	3 7
② 特定保健指導の実施状況	3 8

③ これまで（第1期～第3期）の主な取組	39
(1)検査項目の充実	39
(2)普及啓発の強化	39
(3)受診勧奨、再勧奨の実施	39
(4)受診しやすい体制づくり	39
(5)その他特徴のある取組	39
④ 評価（第4期計画期間に向けた課題）	39

### 第3章 特定健康診査等の実施目標について

1. 特定健康診査等の目標値	40
----------------	----

### 第4章 特定健康診査等実施対象者について

1. 特定健康診査における対象者の定義	41
2. 特定保健指導における対象者の定義	41

### 第5章 特定健康診査等の実施方法について

1. 特定健康診査	42
① 基本事項	42
(1)実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所	42
(2)周知方法	42
(3)受診券の様式	42
(4)受診案内の方法、受診券（セット券）の発券と配布方法	42
(5)自己負担の有無	42
(6)健診結果の返却方法	42
(7)外部委託選定の考え方	43
(8)事業主健診等のデータ収集方法	43
(9)その他	43
② 実施項目等	43
2. 特定保健指導	44
① 基本事項	44
(1)実施方法(外部委託有無等)、実施時期、実施場所	44
(2)利用券の様式	44
(3)利用の案内、利用券の発券と配布方法	44
(4)自己負担の有無	44

② 実施項目等	4 4
3. 特定保健指導対象者の重点化について	4 5
4. 代行機関について	4 5
5. 実施に関する年間スケジュール	4 6

## 第6章 個人情報保護について

1. 特定健康診査、特定保健指導の記録の保存方法、保存体制	4 7
① 記録の保存方法	4 7
② 記録の保存体制	4 7
③ 外部委託	4 7
2. 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール	4 7

## 第7章 特定健康診査等実施計画の公表・周知について

1. 公表方法	4 8
2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法について	4 8

## 第8章 特定健康診査等実施計画の評価・見直しについて

1. 目標達成状況の評価方法	4 8
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施率	4 8
(2) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	4 8
(3) その他	4 8
2. 評価と見直し	4 8

## 第9章 特定健康診査等の円滑な実施について

① 奈良県国民健康保険団体連合会国保事務支援センターとの連携	4 9
② 受診しやすい体制づくり	4 9
③ 実施体制の確保	4 9
④ 受診率等の向上となる取組	4 9
⑤ 重症化予防の取組	4 9

**安堵町国民健康保険**  
**第3期安堵町保健事業計画**  
**(データヘルス計画)**

**令和6年4月**

## 第1章 計画策定にあたって

### 1. 計画の趣旨

国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果や、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものです。

本町においては、平成28年度から平成29年度を実施期間とする第1期データヘルス計画に引き続き、平成30年度から令和5年度を実施期間とする第2期データヘルス計画を策定し、保健事業を実施してきました。前期計画を踏まえつつ、より健康課題に対応した効果的な保健事業を実施することができるよう第3期計画を策定します。また今期計画より新たに、県内保険者との比較や健康状況を把握することで、健康課題の優先度を明確化することを目的に共通指標を設定し、経年的な経過を把握しながら計画を推進していくものとします。

### 2. 計画期間

本計画は令和6年度から令和11年度までの6年計画とします。

### 3. 実施体制・関連計画との連携

#### 【実施体制】

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課等との連携を図ります。

部門	担当課等	役割
主担当	住民課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康福祉推進室	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関等	安堵町国民健康保険運営協議会	計画に関する助言
	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援

#### 【関連計画との連携】

本計画の策定においては、下記計画との整合性を図りながら策定作業をすすめました。また、各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画実施期間
奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度
第4期特定健康診査等実施計画	住民課	令和6年度～令和11年度

### 4. 共通指標について

今期計画より奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されました。

本町においても、本計画の評価指標に以下の共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととします。

【共通指標】

第3期市町村国保データヘルス計画 奈良県共通指標（県提供指標一覧より引用）

◆データヘルス計画全体の指標

	目的	指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の	平均余命	延伸	KDB
2	延伸	平均自立期間（要介護2以上）	延伸	KDB
3	医療費の	一人当たりの医科医療費（入院+外来）※性・年齢調整値	減少	KDB
4	適正化	一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	減少	KDB

◆個別保健事業における指標

	目標	取組	指標	目指す方向	出典
1	生活習慣病 の発症予防	特定健康診 査・特定保 健指導	特定健康診査実施率	増加（60%）	法定報告
2			特定保健指導実施率	増加（60%）	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の 減少率	増加	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 （保健指導判定値以上：HbA1c5.6%以上）	減少	KDB
5			血圧の有所見者の割合 （保健指導判定値以上：①収縮期血圧 130mmHg②拡張期血圧 85mmHg 以上）	減少	KDB
6			脂質の有所見者の割合（保健指導判定値以上 ①HDL コレステロール 40mg/dl 未満の割合 ②中性脂肪 150mg/dl 以上の割合 ③LDL コレステロール 120mg/dl 以上の割合）	減少	KDB
7	【参考】 生活習慣病発症状況		糖尿病の受療割合 （糖尿病のレセプトがある者）	総合的に 判断	KDB
8	モニタリング		高血圧症の受療割合 （高血圧のレセプトがある者）	総合的に 判断	KDB
9	生活習慣病 の重症化予 防	生活習慣病 の重症化予 防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合	減少	KDB
10			新規人工透析導入患者数	減少	国保連
11	医薬品の適 正使用	適正受診・ 適正服薬の 促進	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方 が発生した者の割合 （1以上の薬剤で重複処方を受けた者）	減少	KDB
12			同一月内に9以上の薬剤の処方を受けた者の 割合（9以上の薬剤の処方を受けた者）	減少	KDB
13	後発医薬品 の使用	後発医薬品 の使用促進	後発医薬品使用割合 （数量ベース）	増加	厚生 労働省

## 第2章 第2期データヘルス計画の評価

### 1. 第2期データヘルス計画全体の指標と評価

目標		実績値						評価	
指標	目標値	平成29年度 (計画策定時)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
健康寿命 65歳平均自立期間 <small>(※奈良県健康推進課 健康寿命の算出について：国が3年に1度実施の「国民生活基礎調査」の結果から)</small>	延伸	男性(歳)	16.74	16.74	17.36	18.20	17.92	17.49	a
		女性(歳)	20.98	20.98	20.44	21.36	21.30	22.35	
			平成27年 (H26-H28)	平成28年 (H27-H29)	平成29年 (H28-H30)	平成30年 (H29-R1)	令和元年 (H30-R2)	令和2年 (R1-R3)	
医療費(1人当たり/月) <small>(※KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)</small>	適正化	町(円)	27,980	26,737	29,969	28,521	32,787	31,613	c
		県(円)	25,912	26,365	27,272	26,661	28,292	29,117	
		県内順位	17位	25位	14位	15位	6位	12位	
	健診受診者	安堵町(円)	2,970	1,125	1,069	649	2,940	2,859	
		奈良県(円)	1,791	1,777	1,927	1,541	1,725	1,794	
	健診未受診者	安堵町(円)	12,979	13,992	16,305	16,054	15,546	16,195	
奈良県(円)		13,691	13,488	13,919	13,977	14,206	14,204		
人工透析患者数(人) <small>(※KDB厚生労働省様式3-7 人工透析のレセプト分析 各年10月より)</small>	減少	5	4	6	9	11	9	c	

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

### 2. 各指標のまとめ

#### ・健康寿命

健康寿命は男性、女性ともに延伸しています。しかし、平均寿命も延伸しており、平均寿命と健康寿命の差を縮小させることが大切です。

健康を保持・増進し、個人の生活の質(QOL)を維持・向上させるため、また医療費や介護費の適正化のために、健康寿命の更なる延伸への取り組みを継続する必要があります。

#### ・医療費

安堵町の医療費は増加傾向で、奈良県平均よりも高い状況が継続しています。

これまでの保健事業を評価、改善するとともに、新たな対策を講じ、実施する必要があります。

#### ・人工透析者数

人工透析者数は増加傾向です。

人工透析に至る原因として最も多いのは糖尿病性腎症です。そのため、糖尿病をはじめとする生活習慣病を予防すること、生活習慣病になってしまったとしても重症化を予防することが大切です。特に人工透析は個人のQOL、医療費に大きな影響を与えるため、人工透析開始を予防する支援と個人の努力が不可欠です。

①特定健康診査受診率向上事業

目的	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を抽出し、生活習慣病の発症予防や早期発見、重症化予防を図る。								
事業内容	<p>①個別勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人通知による受診勧奨を実施（年2回）</li> <li>1回目：40～74歳の被保険者全員に個別通知（4月）</li> <li>2回目：未受診者に対し圧着はがきによる受診勧奨（12月）</li> </ul> <p>個別健診導入により令和2年度より開始</p> <p>②広報による受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎年4月号に掲載（年1回）</li> </ul> <p>③健診を受けやすい体制づくり</p> <p>【集団健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日曜日を含む7回の実施（年1回）</li> <li>年間予約制</li> <li>健診当日来られなかった方には、予約変更のため電話</li> <li>がん検診の同時実施</li> </ul> <p>【人間ドックの費用助成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人間ドック受診後償還払い手続き（4月～翌年3月末）</li> </ul> <p>上限金額：自己負担1,000円除く20,000円まで</p>								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	特定健診受診率（法定報告）（%）	60.0	34.4	34.3	13.8	33.0	33.2	-	c
	がん検診同時受診者割合（%） （集団での特定健診受診者のうち胃腸X線検診・胸部X線検診・便潜血反応検査いずれかを受診した人の割合）	増加	91.2	91.3	0	92.6	62.7	91.9	a
	人間ドックの費用助成人数（人）	増加	24	36	22	25	24	-	b
アウトプット	健診案内個人通知数（1回目）（件）	-	1627	1568	1542	1564	1513	1476	-
	健診案内個人通知数（2回目）（件）	-	0	0	897	828	572	0	-
成功要因 未達要因	特定健診の受診率は目標値には及ばなかった。コロナ禍での受診控えや、受診習慣のある高齢世代が後期高齢者に切り替わっていることなどが、未達成要因として考えられる。								
効果があった 取組	はがきでの案内 個別健診の実施・日曜健診の実施・がん検診との同時実施 未受診者に対し受診再勧奨のはがき送付（12月）								
見直しが必要な 取組	健診案内送付時の案内文の内容が、すべての内容を記載しようとするのでやや複雑になっている。 健診日時の案内通知時に、同姓同名、大字が同じなどで名前間違いが数件発生している。 健診受診時の待ち時間が、一部の健診内容で混みあうことがある。								
課題・次期計画の 方向性	より受けやすい体制づくりを行う。また、受診勧奨資材の内容や送付時期等について毎年検討を行い、受診率の向上を図る。								

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

②特定保健指導実施率向上対策事業

目的	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群に対し、よりよい食生活・運動習慣が定着するように、目標数値と行動計画を一緒に考え、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。										
事業内容	①健診結果と保健指導案内を送付（健診受診1か月後） ②訪問または来所等で初回面談（集団健診受診時・健診受診1～2か月後） 経年結果や基準値をグラフ等にまとめ、変化がわかりやすい資材で、健診結果からみられる血管の変化を説明し、保健指導を実施する。（委託：健診結果分析ソフトマルチマーカー） ③必要な方には、最終面談までに電話や手紙での支援を行う。 ④訪問などで最終面談（初回面接後3～6か月後） 再度訪問または来所面談で取り組み内容の確認と健康状態の確認・評価を行う。										
評価	指標	目標値	指標の変化							評価	
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度			
アウトカム	内臓脂肪症候群該当者の減少率 （法定報告）（%）	増加	町	13.7	16.7	5.8	37.5	22.5	-	a	
			県	20.8	20.7	18.6	20.3	21.2	-	-	
アウトプット	特定保健指導実施率 （法定報告）（%）	60.0		13.8	65.7	16.7	96.9	96.7	-	a	
成功要因 未達要因	実施率は、目標値をはるかに上回る年度と下回る年度があり差が大きい。 H30年度はマンパワー不足で計画的に実施できなかったが、R1年度から特定保健指導事業担当の保健師を配置することで、実施率が大幅にアップした。R2年度はコロナ禍で個別健診のみ（集団健診未実施）で、年度をまたいでの実施になり、実際には68.0%だったが、法定報告値に反映されなかった。										
効果があった 取組	専任保健師と地区担当保健師による訪問・来所面接や電話支援の実施。 本人からの申し込みではなく、対象者全員に対し働きかけている。 QUOカード当選者は、今後に向けて考えるきっかけになっている。										
見直しが必要な 取組	個別健診の結果で対象となった人の中で、医師から異常なしと言われている人もあるなど、医師からの結果説明が十分実施されていない場合がある。 個別健診の結果が、健診後3～4か月以上経って町に報告があり、対象者への支援開始が遅れる場合がある。 服薬開始となり対象外になる人はいるが、脱メタボリックシンドロームになる人は少ない（維持はできるようになっている）。										
課題・次期計画の 方向性	申し込み制ではなく、訪問もしくは電話で相談予約をし保健指導を行う。 特定保健指導事業担当保健師を配置することで、目標達成の実施率となった。引き続き、特定保健指導を勧奨する時期等の実施内容を随時改善し、事業を継続する。										

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

③レッドカード（生活習慣病受診勧奨推進）事業

目的	心疾患や慢性腎臓病のような動脈硬化を原因とする生活習慣病重症化の予防を図る。								
事業内容	<p>特定健康診査結果より慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・高脂血症の項目で精密検査未受診者に受診勧奨を行う。数値については、国保事務支援センターのレッドカード（受診勧奨）対象者の基準*に準ずる。</p> <p>①健診結果を送付（健診受診1か月後）          集団健診受診者の結果にレッドカードを同封</p> <p>②個別健診受診者は、国保事務支援センターよりレッドカードを送付（健診受診2か月後）</p> <p>③未受診者に訪問等で受診勧奨・保健指導（健診受診4か月後）          経年結果や基準値をグラフ等にまとめ、変化がわかりやすい資料で、健診結果からみられる血管の変化を説明し保健指導実施（委託：健診結果分析ソフトマルチマーカー）</p> <p>*レッドカード対象者【国保連合会基準】          高血圧：収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上で高血圧の服薬なし          糖尿病：HbA1c8.0%以上(NGSP)で糖尿病の服薬なし          慢性腎臓病：eGFR45ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満で腎臓病で治療中の人を除く          高脂血症：LDLコレステロール200mg/dl以上または中性脂肪500mg/dl以上で、これまでの高脂血症の服薬なし</p>								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	レッドカード対象者減少率 (受診者中の割合) (%)	減少	-0.5	+0.3	+3.2	-2.2	+0.8	-	c
アウトプット	レッドカード対象者数 (人)	減少	15	16	6	20	22	-	c
	受診者数の割合 (%)	-	3.0	3.3	6.5	4.3	5.1	-	-
	受診勧奨・保健指導実施者数 (人)	-	4	2	3	7	7	-	-
	医療機関受診者数 (人)	-	13	11	6	13	15	-	-
	医療機関受診率 (%)	100.0	86.7	68.8	100.0	65.0	68.2	-	c
成功要因 未達要因	<p>目標の対象者の減少は達成できていない。また対象者数は徐々に増加している。</p> <p>減少率については、前年度からの増減をみるようにした方がわかりやすいのではないかと考えた。特定保健指導の対象と重複することもあり、特定保健指導担当保健師と情報を共有し、受診勧奨を行った。</p>								
効果があった 取組	<p>特定保健指導との連携          訪問・電話連絡での状況確認</p>								
見直しが必要な 取組	<p>CKD(慢性腎臓病)同様、毎年同じ人が対象になっている。対象者として抽出される慢性腎疾患の人の場合、幼少期のネフローゼなど腎疾患の既往があり、すでに以前から腎機能低下を認めていることがあり、通知が必要か否かのセレクトが難しい。</p>								
課題・次期計画の 方向性	<p>・対象者への情報提供について          訪問等で受診勧奨・保健指導を行う際に、今までの経年結果をグラフ化する等、動脈硬化の様子がわかりやすく、受診勧奨の必要性を感じてもらえる資料を作成する。受診勧奨とともに、食事や運動等よりよい生活習慣の定着について保健指導を行う。</p> <p>・健診未受診者の糖尿病治療中断者への受診勧奨について          国保事務支援センターの指導を受け、KDBシステムより対象者を抽出し、受診勧奨事業等のアプローチを検討。</p>								

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

④後発医薬品使用促進事業

目的	医療費の抑制及び適正化を図る。								
事業内容	①診療報酬等の情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して、被保険者に年3回通知を送付（4月・8月・12月） ②保険証交付、更新時に後発医薬品希望シールを配布 ③広報誌への後発医薬品啓発の記事を掲載								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	後発医薬品利用率（%） （国保総合システム 後発医薬品作成業務シェア集計表）	80.0	72.7	75.2	76.6	77.4	75.8	-	b
アウトプット	後発医薬品差額通知送付者数（件） （国保総合システム 作成帳票照会(保険者)審査月12月）	-	50	43	78	122	89	-	-
成功要因 未達要因	後発医薬品利用率は目標値の達成には至っていない。 通知を受け取ったが、後発医薬品での体調不良から先発医薬品を希望するという声が聞かれるが、通知による反応もあり、効果はあると推察される。								
効果があった取組	医療機関の協力・後発医薬品差額通知送付								
見直しが必要な取組	お薬手帳の普及								
課題・次期計画の方向性	目標に掲げている後発医薬品利用率80%以上を達成するため（維持するため）、今後も後発医薬品差額通知を継続するとともに、他の通知やお知らせの機会を利用して、後発医薬品についてのさらなる理解の促進を図る。								

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

⑤重複多剤投薬対策事業（適正服薬の推進）

目的	重複・多剤投与等による身体への負担の軽減と調剤費の適正化を図る。								
事業内容	<p>①重複投与 1か月に複数の医療機関を受診し、同成分の薬剤を投与されている状況が3か月継続している人</p> <p>②多剤投与 1か月に複数の医療機関を受診し、15種類以上の薬剤を投与されている状況が3か月間継続している人</p> <p>③併用禁忌投与 1か月に複数の医療機関を受診し、対象期間中に1か月でも併用禁忌薬剤の投薬状態となった人</p> <p>上記の適正受診勧奨対象者に国保事務支援センターから適正受診勧奨通知が送付される。 (年1回：9月)</p>								
評価	指標	目標値	指標の変化						評価
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
アウトカム	重複投与該当者数 (人)	減少	6	8	14	15	14	10	c
	多剤投与該当者数 (人)	減少	7	6	10	9	8	6	a
	併用禁忌該当者数 (人)	維持	0	1	0	0	0	0	a
	重複・多剤・併用禁忌投与 合計該当者数 (人)	減少	13	15	24	24	22	16	c
	重複・多剤・併用禁忌投与 減少率 (%)	-	-	H30→R1 +15.4	R1→R2 +60.0	R2→R3 +0.0	R3→R4 -8.3	R4→R5 -27.3	-
アウトプット	適正受診勧奨通知送付者数 (人)	-	13	15	24	24	22	16	-
成功要因 未達要因	該当者数が減少しておらず、目標の達成には至っていない。電話相談や手紙での支援後の変化は1～2人程度で、ほとんどは変化は見られない。								
効果があった 取組	電話相談や手紙で適正医療受診について取り組みを実施しているが、その後の変化は1～2人に見られる程度で、効果がある取り組みとはいいがたい状況である。								
見直しが必要な 取組	精神的内容での受診の場合、それぞれの受診先で投薬を受け、各主治医への相談もあり、受診先や投薬を減らすということが難しい場合がある。安全に服薬を行うということをどのように伝えるかが課題。								
課題・次期計画の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への情報提供 適正受診勧奨はがきを送付し、適正受診について周知を継続する。継続して対象になる人には電話・訪問で対象者の受診状況等を確認し、重複・多剤投与による身体への負担について説明を行うことを検討する。</li> <li>重複投与では、精神症状と鎮痛に対するものがほとんどであるが、行動変容に結び付く支援にまでは至っていない。</li> </ul>								

評価 a：目標達成 b：目標に達していないが改善傾向 c：策定時より悪化 d：評価困難

