

第2期データヘルス計画

九重町

健康課題	優先する健康課題	健康課題の分類					対応する保健事業番号
		医療費	健康状況	生活習慣	地域環境	その他	
A 現役世代からの運動習慣の定着	●		●	●			1
B 健診の普及啓発		●					2・3
C 特定保健指導実施率の向上及び対象者に応じた生活習慣改善支援		●	●				4
D 糖尿病を中心とした生活習慣病に起因する重症化疾患の予防	✓	●	●	●			5・6 7・8
E 医療機関等地域資源との連携				●			9・10

目的 (健康課題の解決)	目標 (課題解決の目安)	評価指標 (解決度を測る指標)	現状値	目標値					
				2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
運動習慣の定着による、筋骨格系疾患医療費（一人当たり費用額）の減少及び健康寿命の延伸	運動習慣者の増加 筋骨格系医療費の減少	・1日30分以上の運動習慣が無しと回答した者の割合の減少 ・筋骨格系及び結合組織の疾患一人当たり費用額の減少	運動習慣者 男性74.0% 女性75.5% 後期8,408円	70% 70%	65% 65%	60% 60%	55% 55%	50% 50%	50% 50%
現役世代を中心とした健康管理意識・健診受診率の向上	特定健診受診率60% 健康状態不明者の割合の減少	・健診受診率60% ・40～54歳男性の特定健診受診率向上	41.9% (H28)	44%	47%	50%	54%	57%	60%
"	特定保健指導実施率60% 特定保健指導対象者の25%減（H20年度比）	・特定保健指導終了率60%	42.8% (H28)	50%	52%	54%	56%	59%	60% 25%以上減少
予防的介入による事業実施体制の構築	健診異常値放置者の減少 糖尿病一人当たり費用額の増加の抑制 健康自己管理能力の向上 人口透析有病率の増加の抑制	・医療機関受診率（糖75%以上、血圧60%以上） ・糖尿病治療中のHbA1c7%以上の者の減少 ・人口透析導入件数/人工透析有病率欧米化率の抑制	糖63.9%血 圧55% 26.7% 14(5510)人 /1.37%	/	/	/	/	/	/
"	受診行動、医療費の適正化 後発（ジェネリック）医薬品の利用促進	多受診対象者への初回指導実施率80%、 医療費通知年6回、後発医薬品差額通知年3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回	医療費 6回 差額 3回

番号	事業分類	事業名	新規	重点	事業シート
1	運動習慣者増加事業	運動習慣者増加事業			事業(1)
2	特定健康診査事業	特定健康診査事業			事業(2)
3	特定健診未受診者対策	特定健診未受診者対策事業			事業(3)
4	特定保健指導	特定保健指導			事業(4)
5	健診異常値放置者受診勧奨	健診異常値放置者受診勧奨事業			事業(5)
6	生活習慣病治療者重症化予防事業	生活習慣病治療者重症化予防事業			事業(6)
7	健康教育・健康相談	健診結果説明会、糖尿病教室・減塩教室等、食生活改善推進事業委託			事業(7)
8	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症重症化予防事業			事業(8)
9	多受診者等への訪問指導事業／医療費通知事業	多受診者への訪問指導事業、医療費通知事業			事業(9)
10	後発医薬品普及促進事業	後発医薬品普及促進事業			事業(10)
11					
12					

データヘルス計画（事業） **九重町**

1 運動習慣者増加事業
(1)

事業の目的・目標
 ・筋骨格系疾患医療費（一人当たり費用額）の減少
 ・運動習慣者の増加

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				筋骨格系及び結合組織の疾患一人当たり費用額の減少	<ベースライン値> 後期高齢者医療 8,408円 (H29.5月分)⇒年間額に変更	目標値	-	-	-	-
			実績値	170,363 (14,196)	191,559 (15,963)	203,183 (16,931)				
1日30分以上の運動習慣がなしと回答の割合の減少	<ベースライン値> 男性74.0%	目標値	-	-	-	-	-	-	-	-
		実績値	73.0%	75.0%						
1日30分以上の運動習慣がなしと回答の割合の減少	<ベースライン値> 女性75.5%	目標値	-	-	-	-	-	-	-	-
		実績値	75.7%	75.9%						

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
 国保被保険者/全町民

全町民を対象としている
 参加者を通じて、国保被保険者を含む町民全体に波及効果を生み、運動意識が向上することが目的

対象

事業を実施するための方法やプログラム内容
 このえ夢クラブへ年間と通しての運動教室の委託 年間200回程度
 国保健康ゲートボール大会 年1回

・令和3年度評価（令和2年度実施）保険者努力支援制度の評価指標4（1）「広く一般住民に対して行う予防・健康づくりの取組状況」では個人へのインセンティブの提供の実施が評価の対象となっており「おおいた歩得」を評価対象としており、運動教室と国保健康ゲートボール大会もポイント対象とすることで参加者増加をえらう。

方法
（プロセス）

事業を実施するために必要な共創体制
 予算確保
 このえ夢クラブ、九重町ゲートボール協会との協力体制

・国保被保険者以外も参加する事業のため、一般会計からの予算繰入又は一般会計で予算計上し安定的な事業の継続を行う

体制
（ステラック）

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				事業の開催回数・ 広報回数	運動教室：年間を通じて 健康ゲート大会：年1回 R1年～チャレンジミッション年1回以上	目標値	-	1回	2回
		実績値		1回	1回				
参加者数	R1年～チャレンジミッションの参加者数	目標値	-	50人	75人	100人	-	-	-
		実績値		65人	90人				
連携する機関や団体数	運動教室：このえ夢クラブ 健康ゲート大会： 九重町ゲートボール協会	目標値							
		実績値							

実施率を上げる

参加を促す対象
 国保被保険者/全町民

参加を促す方法、周知方法
 周知も含めて委託（広報誌掲載、冊子作成、このえ夢クラブ会員・ゲートボール協会会員へ通知）
 大分県のスマホアプリ「おおいた歩得」と連携したイベントの開催（イベントと連携）

令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため運動教室は4月・5月は中止し、6月以降は人数を制限して行っている。国保健康ゲートボール大会は中止となった。このような事態があることも鑑みて、今後は参集しなくても運動事業が行えるようにケーブルテレビでの放送やリモート教室を実施。
 大分県のスマホアプリ「おおいた歩得」と連携した取り組みをH30年度より実施しており、町民への普及・啓発を行っている。18歳以上80歳未満の町民を対象とし、毎年8月末時点のアプリユーザー数の増加を評価している。また、令和元年度より3か年計画で、チャレンジミッションの名で歩数を競うイベントを開催。スマホアプリ以外に、携帯の歩数計機能や万歩計での参加も可能にしている。

参加を促すために必要な共創体制
 予算確保
 関係部署との連携
 【R1～R3年 このえまちチャレンジミッション】
 九重町健康づくり推進会議
 職域連携（町内の事業所）

ケーブルテレビ担当部署、社会教育・体育担当部署との連携

データヘルス計画（事業） **九重町**

2 特定健康診査事業

(1)

事業の目的・目標	・被保険者の健康状態の把握 ・生活習慣病の発症予防
-----------------	------------------------------

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				特定健診受診率60%	<ベースライン値> 41.9% (H28)	目標値		44.0%	47.0%	50.0%
			実績値	44.1%	45.0%	44.6%				
			目標値							
			実績値							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 国民健康保険被保険者40歳～74歳	
--	--

事業を実施するための方法やプログラム内容 巡回健診、施設健診、個別健診（H30～）	
---	--

事業を実施するために必要な共創体制 予算確保、人員と体制、委託業者との連携、庁内関係部署との連携	
--	--

対象

方法
(プロセス)

体制
(ストラクチャ)

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考			2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
					情報提供回数	目標値				
			実績値							
			目標値							
			実績値							
			目標値							
			実績値							

実施率を上げる

参加を促す対象 国民健康保険被保険者40歳～74歳	
-------------------------------------	--

参加を促す方法、周知方法 自己負担0円 巡回及び施設健診ではがん検診と同時開催 受診券発行及び啓発チラシの送付、広報誌、九重町HP、ケーブルテレビ	
---	--

参加を促すために必要な共創体制 関係部署との連携	
------------------------------------	--

データヘルス計画（事業） **九重町**

3 特定健康診査未受診者対策
(1)

事業の目的・目標 特定健康診査受診率の向上（60%）、特に40～54歳の男性の受診率向上

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				40～54歳の男性の 特定健康診査受診率	<ベースライン値> 28.8%	目標値	30.0%	-	-	-
個別勧奨できた者の 受診率	<ベースライン値> 14.3%	目標値		-	-	-	-	-	-	-
過去3年間未受診 者の割合	健康状態不明者の減少 <ベースライン値> 49.5%	目標値		-	-	-	-	-	-	40%
		実績値		54.6%	57.7%					

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 40～74歳の被保険者 特に、40～54歳の男性未受診者		対象	参加を促す対象 40～74歳の被保険者 特に、40～54歳の男性未受診者
事業を実施するための方法やプログラム内容 40～54歳の男性未受診者は、状況把握できていない者を中心に訪問する。（R1年度までの訪問結果から居住実態が不明な者、未受診理由が把握できている者は優先順位を下げる）		方法 （プロセス）	参加を促す方法、周知方法 勧奨通知：追加健診前に、未受診者を対象に勧奨通知を送付 訪問勧奨：過去3年間未受診者かつ生活習慣病関連の受診もない40～54歳男性を対象に、追加健診前に訪問による受診勧奨訪問の実施
事業を実施するために必要な共創体制 関係部署との連携 在宅保健師に委託しての訪問・電話勧奨 在宅保健師との連絡会議を2回（事前・事後）開催		体制 （ストラクチャー）	参加を促すために必要な共創体制 関係部署との連携 在宅保健師に委託しての訪問・電話勧奨 在宅保健師との連絡会議を2回（事前・事後）開催

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				受診勧奨通知者数	過去3年未受診者で生活習慣病治療中の者、治療歴のない者	目標値			
受診勧奨訪問件数 の内、面会・電話が できた件数		実績値		1475人	864人				
		目標値							
		実績値		26/?件	18/38件				
		目標値							
		実績値							

実施率を上げる

データヘルス計画（事業） **九重町**

4 特定保健指導
(1)

事業の目的・目標 保険指導対象者の減少、生活習慣病の発症予防

目標を達成する

評価指標	備考		目標を達成する							
			H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	
成果を測る評価指標 アウトカム指標	特定保健指導対象者の減少	平成20年度（26.8%）比25%減	目標値	-	-	-	-	-	-	-
			実績値	30.5%	39.5%	35.9%				
	特定保健指導終了率（内、体重が減少した者の割合）	<ベースライン値> 42.8%（54.5%）	目標値	50%	52%	54%	56%	58%	60%	
			実績値	51.1%	55.0%	50.8%				

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 国が示す基準通り		対象	参加を促す対象 国が示す基準通り
事業を実施するための方法やプログラム内容 生活習慣改善度（食事・運動・喫煙等） 目標達成率（行動目標は適切だったか） 対象者自己評価平均点		方法（プロセス）	参加を促す方法、周知方法 一部を委託 初回面接において、施設健診受診者は当日、巡回健診受診者は町施設等で実施。 対象者へは個別に案内通知を出す。
事業を実施するために必要な共創体制 関係機関との連携体制（評価の共有、事例検討）		体制（ストラクチャー）	参加を促すために必要な共創体制 ・委託先の健診機関保健師との連携体制 ・在宅保健師に事業実施のための手順・スケジュールをわかりやすく伝える体制（事前研修会）

実施率を上げる

評価指標	備考		実施率を上げる							
			H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	
実施量(率)を測る アウトプット指標	特定保健指導利用率60%以上	<ベースライン値> 45.2%	目標値	-	-	-	-	-	-	60%
			実績値	67.5%	66.4%					
利用動員方法の工夫	ヘルスチェック実施者数H30～ (特定保健指導対象者)		目標値							
			実績値	30人	48人					

			平成30年度より、巡回健診受診者のうち、腹囲+血圧で特定保健指導対象と判定される者には、当日健診会場で生活習慣の聞き取りを行っている。 ※令和2年度より新型コロナウイルス感染症の影響で集団での説明会が説明会を中止、結果の郵送が主な方法となっている中で初回面接に来所してもらう工夫が必要
			特定保健指導を実施する専門職の確保

データヘルス計画（事業） **九重町**

5 健診異常値放置者動奨

事業の目的・目標 糖尿病異常値放置者の減少、高血圧異常値放置者の減少

目標を達成する

評価指標	備考	目標値	実績値	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
				(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
成果を測る評価指標 アウトカム指標	医療機関受診率 糖：75.0%以上 血圧：60.0%	<ベースライン値> 糖 63.9%以上 血圧 55.0%		-	-	-	-	-	-	75%
				糖 58.6%	47.1%	46.4%				60%
			糖 31.0%	49.0%	52.6%					
			糖 31.0%	49.0%	52.6%					
糖尿病一人当たり 費用増加の抑制	<ベースライン値> 1,647円(5月分→年間分)	目標値		-	-	-	-	-	-	-
		実績値		18,684円	19,702円	20,688円				

実施率を上げる

評価指標	備考	目標値	実績値	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
				(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
実施量(率)を測る アウトプット指標	文書勧奨実施率 100%	糖		100.0%	100.0%					
		血圧		100.0%	100.0%					
訪問勧奨件数	巡回健診分	目標値								
		実績値								

成果を上げる

実際に事業を提供する対象	対象	参加を促す対象	実施率を上げる
・健診結果において糖尿病及び高血圧「要医療」判定者	※平成30年度より巡回健診委託先の血圧の判定基準が変更となった。収縮期血圧130以上または拡張期血圧85以上の場合は、原則2回計測した数値の良い方の値で判定していたものを、1回目と2回目の収縮期・拡張期の平均値を判定数値とすることとなった。そのため、基準値を超えて「要医療」と判定されるものの割合が増加したことが考えられる。 血糖についても、平成30年度より空腹時(随時)血糖検査が取り入れられたため、HbA1cのみで判定していた時よりも、要医療判定者数に影響が出ていることが考えられる。	・健診結果において糖尿病及び高血圧「要医療」判定者	
事業を実施するための方法やプログラム内容 ・紹介状の発行と合わせて受診勧奨（健診結果返却時） ・紹介状発行後医療機関の受診が確認できない者に対しては、継続して受診勧奨や生活習慣改善等の状況の確認を訪問等で行う		参加を促す方法、周知方法 ・適切な時期に対象者への通知を実施（精密管理台帳で管理）	健診受診から3～4か月後に通知発送（6月健診者と追加健診者2回に分けて実施している） 鑑に関しては、訪問勧奨実施
事業を実施するために必要な共創体制 ・適切な保健指導教材 ・医療機関との連携体制		体制（ストラクチャー） 参加を促すために必要な共創体制 ・必要な予算、人員を確保する ・医療機関との連携体制	

データヘルス計画（事業） **九重町**

6 生活習慣病治療者重症化予防事業

(1)

事業の目的・目標	糖尿病一人当たり費用額の増加の抑制
-----------------	-------------------

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				糖尿病一人当たり費用額の増加の抑制	<ベースライン値> 1,647円(5月分→年間分)	目標値	/	-	-	-
			実績値	18,684円	19,702円	20,688円				
糖尿病治療中のコントロール不良者の減少	<ベースライン値> 治療中でHbA1c7.0以上 26.7%	目標値	/	-	-	-	-	-	-	-
		実績値		39.2%	32.9%	32.8%				

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 コントロール不良の糖尿病患者（治療中でHbA1c7.0以上）	
---	--

事業を実施するための方法やプログラム内容 ・健診結果返却と次回健診時までの間に、受診や生活習慣改善等の状況の確認を訪問等で行う ・必要に応じて、医療機関との調整も行う	
--	--

事業を実施するために必要な共創体制 ・適切な保健指導教材 ・医療機関との連携体制	
---	--

対象

方法
(プロセス)

体制
(ストラクチャー)

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	
				保健指導実施率(50%)	目標値	/				
			実績値							
医療機関と情報共有件数	目標値	/								
		実績値								

実施率を上げる

参加を促す対象 コントロール不良の糖尿病患者（治療中でHbA1c7.0以上）	
--	--

参加を促す方法、周知方法 ・健診結果返却と次回健診時までの間に、受診や生活習慣改善等の状況の確認を訪問等で行う ・必要に応じて、医療機関との調整も行う	
--	--

参加を促すために必要な共創体制 ・対象者選定の手順をわかりやすく ・必要な予算、人員を確保する ・医療機関との連携体制	
---	--

データヘルス計画（事業） **九重町**

7 健康教育・健康相談

(1)

事業の目的・目標	健康自己管理能力の向上、食生活改善（減塩）の推進
-----------------	--------------------------

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				糖尿病要医療判定者の割合の減少	<ベースライン値> 4.0%	目標値	3.19%	3.78%	3.23%	
生活習慣治療中でコントロールが良い割合の増加	<ベースライン値> 44.9%	目標値	43.0%	40.0%	44.0%					
		実績値								

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 国民健康保険被保険者	
-----------------------------------	--

対象

事業を実施するための方法やプログラム内容 ・健診結果説明会 ・糖尿病教室、減塩教室等 ・食生活改善推進事業委託	
---	--

方法
(プロセス)

事業を実施するために必要な共創体制 ・適切な専門職や保健指導教材 ・関係機関との連携体制	
---	--

体制
(ストラクチャ)

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				事業実施回数	健診結果説明会 糖尿病予防教室 減塩教室（腎臓）	目標値	19回	22回	0回
参加者数、参加率	健診結果説明会 糖尿病予防教室 減塩教室（腎臓）	目標値							
		実績値							

実施率を上げる

参加を促す対象 国民健康保険被保険者	
------------------------------	--

参加を促す方法、周知方法 ・適切な時期に対象者への通知を実施 健診結果説明会⇒健診受診時に日程・内容を書いたチラシを配布 糖尿病教室⇒健診結果返却時に対象者にはチラシを配布、また9月上旬に対象者を抽出し通知を発送	※令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で集団での指導を中止している
--	--------------------------------------

参加を促すために必要な共創体制 ・対象者選定の手順をわかりやすく ・必要な予算、人員を確保する ・関係機関との連携体制	糖尿病予防教室では、郡内の糖尿病相談医、健康運動指導士、笑いが講師などを講師として招き、そのために必要な予算を確保している。 血糖の数値を見える化し、評価を行うために、血糖の検査を取り入れている（委託）。
---	---

データヘルス計画（事業） **九重町**

8 糖尿病性腎症重症化予防

(1)

事業の目的・目標 人工透析有病の増加の抑制

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		H29	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				人工透析導入件数 (うち糖尿病による 導入件数)	<ベースライン値> 14人 (うち10人)	目標値	16人の 内、12人	15人の 内、11人	15人の 内、11人	
糖尿病のうち人工透 析有病率増加率の 抑制	<ベースライン値> 1.37%⇒有病率に0.32%	目標値	0.43%	0.38%	0.43%					
		実績値								

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
糖尿病性腎症2期・3期
郡内で統一した対象者

**対
象**

参加を促す対象
糖尿病性腎症2期・3期
郡内で統一した対象者

事業を実施するための方法やプログラム内容
・対象候補者の選定について適切か、対応が可能な件数か
・6か月間、面談や電話等による月1回程度の個別支援および集団支援
・改善につながる支援を行う

**方
法
(
プ
ロ
セ
ス)**

参加を促す方法、周知方法
・適切な時期に対象者への通知を実施

※令和2年度から集団指導を取り入れ事業を進めていく計画であったが、新型コロナウイルス感染症の影響で集団での指導を中止し、医療機関との体制整備と個別指導に切り替えて実施した。

事業を実施するために必要な共創体制
・適切な保健指導教材
・関係機関との連携体制

**体
制
(
ヘ
ス
ト
ラ
ク
チ)**

参加を促すために必要な共創体制
・対象者選定の手順をわかりやすく
・必要な予算、人員を確保する
・関係機関との連携体制

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
				対象候補者への初 回指導実施率	目標値				
事業参加数	目標値			2人	2人	10人			
	実績値			1人	1人	1人			

実施率を上げる

データヘルス計画（事業） **九重町**

9 多受診者等への訪問指導事業/医療費通知事業

(1)

事業の目的・目標	受診行動、医療費の適正化を図る
-----------------	-----------------

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考			2018	2019	2020	2021	2022	2023
					(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
	対象者の不安の軽減・受診行動、医療費の適正化		目標値		-	-	-	-	-	-
			実績値							
	医療費適正化への意識を高める		目標値		-	-	-	-	-	-
			実績値							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 多受診者/診療を受けた国民健康保険被保険者の属する世帯		対象
事業を実施するための方法やプログラム内容 大分県国保連合会作成の帳票などから、多受診者・重複服薬の対象者を抽出して、訪問による保健指導及び、お薬手帳の利用促進等を行う 医療機関名や費用額などをきさいした医療費通知を年6回送付		
事業を実施するために必要な共創体制 ・適切な保健指導教材 ・地域の資源の活用、関係機関との連携体制		

実施率(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考			2018	2019	2020	2021	2022	2023
					(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
	対象者への初回指導実施率80%	重複服薬・重複多受診者への訪問事業	目標値		-	-	-	-	-	80%
			実績値		6%	0%				
	医療費通知回数 年6回	医療費通知	目標値		6回	6回	6回	6回	6回	6回
			実績値		6回	6回	6回	6回	6回	6回

実施率を上げる

参加を促す対象		対象
参加を促す方法、周知方法 多受診者に対して訪問による保健指導及び、お薬手帳の利用促進等 大分県国保連合会に作成委託し、医療費通知年6回行う		
参加を促すために必要な共創体制 ・対象者選定の手順をわかりやすく ・必要な予算、人員を確保する ・関係機関との連携体制		

データヘルス計画（事業） **九重町**

10 後発医薬品普及促進事業

(1)

事業の目的・目標 後発医薬品の利用を促進し、医療費の適正化を図る

目標を達成する

評価指標	備考			2018	2019	2020	2021	2022	2023
				(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
成果を測る評価指標 アウトカム指標	後発医薬品使用率 <ベースライン値> 56%	目標値	△	-	-	-	-	-	70%
		実績値	年間平均	66.2%	71.3%	12月77.5%			
		目標値	△						
		実績値							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
調剤を受けた国民健康保険被保険者

後発医薬品差額通知の対象者への通知率 100%

対象

事業を実施するための方法やプログラム内容
医療機関名や費用、差額を記載した通知を送付する
啓発パンフレットの配布

後発医薬品差額通知 年3回
国保健康ゲートボール大会や総合健診会場、被保険者証更新時にパンフレットの配布

方法
(プロセス)

事業を実施するために必要な共創体制
予算確保
医師会
大分県国保連合会との協力体制
大分県

大分県国保連合会へ差額通知書の作成委託 大分県下18市町村が全て委託しているため、費用が安く抑えられ、事務の軽減も図られている。また、使用割合や費用効果、対象者などの分析資料も作成されている。

体制
(ストラクチャ)

実施率を上げる

評価指標	備考			2018	2019	2020	2021	2022	2023
				(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
実施量(率)を測る アウトプット指標	差額通知年3回	目標値	△	3回	3回	3回	3回	3回	3回
		実績値		3回	3回	3回	3回	3回	3回
	対象者への通知率 100%	目標値	△	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値		100%	100%	100%	100%	100%	100%

実施率を上げる

参加を促す対象
調剤を受けた国民健康保険被保険者

後発医薬品差額通知の対象者への通知率 100%

参加を促す方法、周知方法
医療機関名や費用、差額を記載した通知を送付する

後発医薬品差額通知 年3回
国保健康ゲートボール大会や総合健診会場、被保険者証更新時にパンフレットの配布

参加を促すために必要な共創体制
予算確保
大分県国保連合会との協力体制
大分県

大分県国民健康保険連携会議医療費適正化作業部会で通知書様式等について協議、大分県国保医療課や他市町村とも連携している。