

第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)評価シート(令和4年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和4年度)				事業実施後の評価	次年度以降の取り組みについて
				実績アウトプット評価(事業実施量)		アウトカム評価(成果)			
				目標	実績(R5.3月末)	目標	実績(R5.3月末)		
1 特定健康診査	糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、生活習慣病予防が必要な人を確実に把握し、保健指導や医療につなげる。	個別健診と集団検診を併せて実施するとともに、がん検診を同時に受診できる体制や、休日健診の機会を増やすなど、被保険者のニーズを踏まえ、利便性に配慮した受けやすい体制を整備する。 また、魅力ある健診サービスとして、引き続き国保人間ドックを実施する。	40歳から74歳までの被保険者	・特定健診実施率を年次的に上昇させる。 R4年度:55.0%	・特定健診実施率 R3年度:33.8% R4年度:33.9%(見込)	・生活習慣病に特化した医療費を減少させる	上段:R3年度 下段:R4年度 高血圧 416,160千円 395,408千円 糖尿病 743,243千円 713,187千円 脂質異常 249,965千円 224,385千円	特定健康診査の実施率は年々増加傾向であったが、R2、R3年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えも影響したためか実施率(受診率)は減少、R4年度も目標値に達しなかった。	インターネット予約枠の拡充、休日健診の実施やがん検診との同時実施など、特定健診を受診しやすい環境や積極的な受診を促す取組みに引き続き努める。また、対象者が継続して受診することが大切であることから、経年的な受診の必要性を周知する。
2 特定保健指導	特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うことでメタボリックシンドロームの該当者及びその予備群を減少させ、生活習慣病予防とともに中・長期的な医療費適正化を図る。	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、動機付け支援及び積極的支援を実施する。	高齢者の医療の確保に関する法律第24条及び「特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、動機づけ支援・積極的支援とされた人	・特定保健指導実施率を年次的に上昇させる。 R4年度:55.0%	・特定保健指導実施率 R3年度:31.3% R4年度:29.2%(見込)	・特定保健指導利用者の各種検査値(利用者の健診結果平均値)の改善を図る。	・特定保健指導対象者の出現率 R3年度:9.5% R4年度:9.9%(見込) ・特定保健指導利用者の検査値(メタボ判定)改善率 指導年度(R2)23.4% 指導年度(R3)26.7%	コロナ禍ではあったが、前年度より訪問や電話勧奨に力を入れて取り組んだ。利用者は前年度より増えたものの目標値には達しない見込みである。またオンライン相談案内したが希望者は少なく、実績としては1名の利用だった。	利用券チラシ内容や案内方法を工夫すると共に、オンライン相談については利用勧奨時に改めてニーズを把握し、より対象者にあった方法を見極めながら、利用率向上に努める。
3 特定健診未受診者対策事業	特定健診未受診であり、生活習慣病の治療中断を生じているなど自己の健康管理が難しい方の健康観を呼び戻し、特定健診または医療機関の受診勧奨をすることで一次予防の徹底と重症化の予防を図る。	特定健診未受診者を抽出し、通知による受診勧奨や看護師等の訪問で生活習慣病の怖さなどを具体的に説明し、健診が必要な理由を加えながら勧奨を行う。また、生活習慣病治療中断者訪問指導事業と並行して、治療中断中でかつ特定健診未受診者に対しては、保健師の訪問によって治療再開の勧奨及び生活改善指導にあわせて特定健診の受診勧奨を行う。	特定健康診査未受診者	・受診勧奨者の特定健診実施率 R5年度:30%	・受診勧奨者の特定健診実施率 R3年度:16.3% R4年度:32.5%	・特定健診実施率60%に繋げる。(R5年度)	・特定健診実施率 R3年度:33.8% R4年度:33.9%(見込)	民間企業と協働で比較的受診行動に繋がりがやすいと考えられる5,000人に、受診歴や質問票からナッジ理論を用いた勧奨はがきを送付。受診勧奨者の特定健診実施率は目標値を上回ったが、特定健診実施率はR3年度と比べ横ばいだった。看護師による未受診者訪問で271人に訪問し、訪問後受診確認できた方25人。健診未経験者が半数近く含まれていた。健診未経験者には訪問による直接的な受診勧奨の効果があったと考えられる。	今後も、対象者の選定や勧奨資材の工夫等、検討していく必要がある。訪問による受診勧奨では、未受診理由「通院中のため」と挙げられる方が多く、かかりつけ医からの健診受診勧奨や特定健診情報提供事業の周知等実施し、実施率(受診率)向上に努める。
4 特定保健指導未利用者対策事業(特定健康診査受診者へのフォローアップ)	特定保健指導の未利用者に対して利用勧奨することで自己の健康観を呼び戻し、健康管理に積極的に取り組んでいただくことで、一次予防の徹底と重症化の予防を図る。	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、保健師・看護師・管理栄養士による利用勧奨及び食事・運動等の生活習慣改善のための訪問や電話による指導を行う。	特定健診受診者であり、受診勧奨判定値未満であったメタボ判定(腹囲又はBMI)に該当する者。	・利用勧奨者の特定保健指導利用率 R5年度:30%	・利用勧奨者の特定保健指導利用率 R3年度:24.8% R4年度:29.0%	・特定保健指導実施率60%に繋げる。(R5年度)	・特定保健指導実施率 R3年度:31.3% R4年度:29.2% (見込み)	利用勧奨を目標としてR4年度も訪問および日中や夜間電話によるアプローチを実施した。過去拒否的だった人や複数回連絡しても不在の場合等を除き、約9割(89.9%)の対象者に利用勧奨を実施し、29.0%の人が保健指導につながった。しかし目標の30%にあと一歩及ばなかった。	今後も教室や来所・オンライン相談利用を優先して勧奨するが、参加・来所等が難しい場合は訪問時にその場で指導につなげていく。利用を断られた対象者へも生活改善のために必要な助言もしながら、健康への意識向上につながる支援を実施する。
5 生活習慣病重症化予防訪問指導事業	有用な情報及び知識等の習得によりセルフマネジメント力を身につけ、自らの力で生活習慣病の重症化を予防する。また、脳卒中・心筋梗塞の患者においては、基礎疾患として糖尿病や高血圧症といった生活習慣病の有病者が多くいることから、生活習慣病の予防により、脳卒中等の発症及び再発の防止を図る。	生活習慣病要治療者またはその予備群の被保険者に対して、保健師・看護師・管理栄養士による受診勧奨及び食事・運動等の生活習慣改善のための訪問指導を行う。	特定健診受診者で、受診勧奨判定値未満であるが生活習慣不良と推測される者。受診勧奨判定値未満であったメタボ判定が非該当の者等。	・面談実施者の医療機関への受診率 R5年度:30%	・面談実施者の医療機関への受診率 R4年度:30.5% (R4.1~12月受診分)	・脳卒中、心筋梗塞等の疾患で生活習慣病を基礎疾患とする患者数を減少させる。	・生活習慣病による脳卒中、心筋梗塞等の疾患患者数 上段:R3年度 下段:R4年度 脳卒中 2,431人 2,403人 虚血性心疾患 2,128人 2,054人	面談実施者の受診率は、昨年度より減少したが30.5%で目標を上回った。長年の生活習慣を変える行動変容に至るまでが難しい現状があるため、様々な事例を通じて、効果的な保健指導方法について研修を継続して実施し、研修を重ね、確実に受診行動に結びつけることが必要である。	困難事例を用いた効果的な保健指導方法について研修を重ね、保健指導のスキル向上に努める。また、「健康管理システム」を活用して、庁内の情報共有や連携を図り時期を捉えた面談の実施に努める。
6 生活習慣病治療中断者訪問指導事業	生活習慣病に必要な治療を行っていたが、自覚症状がない、症状は進行していないなどの自己判断で治療中断した人は、気づいた時には重症化し、高額な医療費を負担しなければならない状況に陥ると同時に国保会計にも影響が生じることが懸念される。このような状況を未然に防ぐため、訪問による治療再開の働きかけを行うことにより健康観を呼び戻し、積極的な健康管理への取り組みを促すとともに重症化を予防する。	レセプトデータをもとに、生活習慣病の治療中断者を抽出し、保健師の訪問により、現在の症状や中断経過等の聞き取りを行った上で各種パンフレット等も活用したリスク説明を行う。最終的には、かかりつけ医療機関等への再受診を促すとともに特定健診未受診者には受診勧奨を行い、受診行動の変容による継続した治療に繋げる。	生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常)のある被保険者で、毎月通院又は2~3カ月間隔で治療していたが途中で中断したと疑われる者。	・面談実施者の受診または生活改善実行率 R5年度:30%	・面談実施者の受診または生活改善実行率 R3年度:38.3% R4年度:49.3%	・生活習慣病治療中断者数を令和5年度までに15%減少させる。	・生活習慣病治療中断者減少率 R3年度:8.6% R4年度:5.6% (治療中断者数) H29年度:197人 R4年度:186人	H29年度に比べR4年度の治療中断者数は減少しているものの、R3年度より増加した。また、面談ができたのは半数を下回った。(面談実施率38%)面談実施率の向上は治療再開や健診受診などの行動変容につながる事が期待されることから引き続き面談実施率の向上に努める。	引き続き適切なタイミングで訪問を実施し、面談実施率の向上及び治療再開や健診受診などの行動変容につなげる。保健指導も実施するため、極力面談が望ましいが、不在が重なる場合は、後日勧奨通知を送るなど治療再開を促す。
7 糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病患者が増加する状況にある中で、合併症の一つである糖尿病性腎症に着目し、腎不全による透析療法ステージに移行する前の糖尿病患者に対し、医師の指示のもと、個別の保健・生活指導を実施することで重症化(進行)を予防し、QOLの維持・向上を図る。	糖尿病性腎症の患者に対して事業参加を募る。その後、臨床試験及び保健指導プログラムのノウハウを有する民間企業に業務を委託し、かかりつけ医の指示のもと、6カ月間の効果的な保健指導を実施する。また、保健指導を修了した者に対しては、市独自の12か月のフォローアッププログラムにより、身に付けられたセルフマネジメント力の維持を図る。	糖尿病性腎症病期ステージ2期~4期の者	・生活改善実行率 R5年度:70% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 R5年度:50%	・生活改善実行率 R3年度:100% R4年度:100% ・検査値(e-GFR、HbA1c等)改善率 R3年度:38.9% R4年度:57.9%	・支援実施者(利用者)における人工透析移行者数 R4年度末時点で2人移行 出現率 1% (R4年度までの参加者数 206人)	全ての参加者(17人)において、食事療法または運動療法の行動目標1つ以上に継続して取り組むことができ、生活改善実行率は100%となった。検査値(HbA1c、e-GFR)においては57.9%の参加者が数値改善につながった。病期段階にあわせて、セルフマネジメントが習慣として身につくことが、人工透析等の病期ステージ進行を食い止める有効な手段となるが、参加勧奨では、医療機関を受診している、自覚症状がない等の理由で断られるケースが多く課題である。	自発的参加者は事業に取り組む姿勢も前向きであり、生活改善実行率も高いことから、自発的参加者が増えるよう、事業案内等の工夫に努め、実施方法の改善につなげる。	
8 がん検診受診率向上事業	がんによる医療費は、疾病統計順位(大分類)において1位、全体医療費の17.8%を占めており、死因別においても1位となっている。がん死亡率減少に有効ながん検診は、早期発見・早期治療につながる大切な手段であることから、受診率向上に向けて啓発に取り組み、がん患者の減少に努める。	健康づくり推進員との共催による健康講演会等の実施で正しい知識の啓発を行うとともに、地域イベントや地区回覧版での受診の呼びかけや医療機関や薬剤師会、協会けんぽ等と連携した啓発、及び大型商業施設等でのがん検診の実施や受診の呼びかけを行う。また、精密検査未受診者へ個別のアプローチを実施する。	【胃がん・肺がん・大腸がん検診】 40歳以上 【子宮頸がん】 20歳以上女性 【乳がん検診】 40歳以上の女性	・個別事業の達成度 R5年度:80%以上	・個別事業の達成度 R4年度:100%	・年間平均受診率の増	・年間平均受診率(69歳以下 かつ 国保以外の者を含む) R3年度:40.8% R4年度:47.9% * 令和4年度より受診者数の算定に使用する対象者数の変更あり	医師会、協会けんぽ、市内企業等の関係機関の協力を得て、ポスター掲示やチラシ設置等の啓発を行ったほか、ダイレクトメールによる未受診者受診勧奨等を実施した。国勢調査に基づく対象者数の見直しに伴い、昨年に比較し全がんにおいて受診率が向上したものの、受診者数としては伸び悩んでおり、引き続き受診勧奨に努める必要がある。精密検査未受診者へは、定期的に電話し受診勧奨に努めた。	特に受診率の低い働き盛り世代へは、関係機関・団体や市内の企業等の協力を得て啓発を継続して実施する。集団検診のインターネット予約等利便性を図る。未受診者に対しては、受診勧奨通知の内容を精査するとともに、対象者を選定することで効果的なアプローチを行う。がん検診要精密検査者への受診勧奨については早期の受診につながるような個別勧奨に努める。

第2期鳥取市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)評価シート(令和4年度年間評価)

事業名	事業目的	事業内容(概要)	対象	事業実績(令和4年度)				事業実施後の評価	次年度以降の取り組みについて	
				実績アウトプット評価(事業実施量)		アウトカム評価(成果)				
				目標	実績(R5.3月末)	目標	実績(R5.3月末)			
9 糖尿病予防啓発キャンペーン(血糖値測定、健康相談)	国民健康・栄養調査では、国民の6人に1人が糖尿病又はその予備群であると推計されており、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病とともに増加の傾向にある。このことは医療費の増加を招き、診療費の自己負担や保険料の増額の要因となることが懸念されることから、キャンペーンと銘打ち広く啓発を行うことで、糖尿病の一次予防の徹底、さらには国保事業の安定運営を図ることを目的とする。	鳥取市立病院及び鳥取県臨床検査技師会に協力いただき、市内商業施設やイベントなど市民が多く訪れる場所において血糖値測定・健康相談を行うとともに、啓発チラシ等を配布し、糖尿病の予防について啓発を行う。	市民 (国保被保険者等)	・実施回数達成率 12/12回 ・啓発対象数達成率 600/600人	・実施回数達成率 R3年度 58.0%(7/12回) R4年度 92.0%(11/12回) ・啓発対象数達成率 R3年度 48% (290/600人) R4年度 68.2% (409/600人)	・生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の患者数の減少	・生活習慣病患者数 (年度累計ではなく3月診療分) R3年度: 15,475人 R4年度: 14,773人	市の保健衛生部門と連携し、庁舎や商業施設や地区公民館でのイベントにおいて簡易血糖値測定を実施した。新型コロナウイルス感染症の影響もあり、計画どおりに実施できなかった面もあるが、徐々に実施率も回復してきており、啓発対象者数達成率は前年度の48%から68.2%となった。	引き続き、糖尿病の一次予防事業として、市の保健衛生部門と連携し、商業施設や各地区公民館におけるイベント等で簡易血糖値測定を実施し、保健指導を行う。市の公式ラインの活用など広報に努め、働き盛り世代が参加しやすい環境を整備する。	
10 お気軽健康チェック	データヘルス計画で対策が必要であることが明らかとなった、糖尿病やCOPD(慢性閉塞性肺疾患)などの生活習慣病対策への取り組みを一体的に進めるために実施するものとする。 また、健康に関心を持っていただくために、気軽に健康チェックを行う機会を提供し、セルフコントロール力を高めることで自身の生活改善への意欲を醸成するとともに、健康寿命を延伸させ、医療費の適正化に繋げる事をねらいとする。	複数の健康チェック項目を通して、健康管理に取り組む。 1)身体計測(身長、体重、握力、BMI、体脂肪率、基礎代謝、筋肉量、アクティブ度) 2)HbA1c 3)肺年齢 4)血圧 5)フレイルチェック 6)集団指導として、測定項目の基礎知識、運動指導、栄養指導等を実施	市民 (国保被保険者等) ※糖尿病治療中及び健診で糖尿病予備群の判定を受けた者は除く	・実施回数達成率 12回/年 ・啓発対象者数達成率 12回×10人/回=120人	・実施回数達成率 R3年度: 25.0%(3/12回) R4年度: 41.7%(5/12回) ・啓発対象者数達成率 R3年度: 37.5%(45/120人) R4年度: 45.0%(54/120人)	・生活習慣病患者数の減少	R3年度: 15,475人 R4年度: 14,773人	生活習慣病患者数については、昨年度より4.6%の減。R3から血糖値測定をHbA1cから簡易血糖値測定へ見直して募集人員を10人から15人に増やしたが、各回の平均参加者は10人であった。参加された方からは良い評価をいただいた。糖尿病予防啓発キャンペーン参加者への案内やさらに相談したい方には市保健衛生部門へつなぐなど連携に努めた。	引き続き、地域の健康づくり地区推進員との連携や、広報に努め、働き盛り世代が参加しやすい環境を整備する。近年は糖尿病予防を重視した内容で実施しているが、生活習慣病に対して様々な角度から関心を高めたいいただけるような内容とする。	
11 COPD(慢性閉塞性肺疾患)の早期発見に向けた啓発事業	日本では、平成26年に1万5千人以上の者がCOPDの発症により死亡し、年々増加傾向にある。その中で、日本における40歳以上のCOPD患者は、530万人と推定されているが、実際に治療を行っている患者は約26万1千人に過ぎず、その理由としては、極端に認知度が低いことが考えられ、医療機関への受診につながらず、重症化した段階で判明するケースが大半であることから、認知度向上に向けた被保険者に対する啓発活動に取り組むことで、早期発見早期治療につなげる。	市役所、公民館、ショッピングモール等において肺年齢測定・健康相談会等を実施し啓発を行う。 1)街頭啓発(肺の日、世界COPDデー) 2)肺年齢測定・健康相談会 ハイテクカーにより肺年齢を測定し啓発 3)地域出前講座	市民 (国保被保険者等)	・COPD認知度 R5年度: 50%	・COPD認知度 R3年度: 29.7% R4年度: 30.2%	・COPD患者数を減少させる。	【COPD】 R3年度: 1,691人 R4年度: 1,678人	R4年度は新型コロナウイルス感染症対策のため、肺年齢測定が実施できず、展示やクイズによる啓発事業となった。COPD認知度アンケートでは認知度30.2%と目標には達しなかった。肺関連の患者数も横ばいで、更なる啓発が必要である。	今後も市の保健衛生部門と連携し、商業施設や市役所等における啓発活動を継続実施するとともに、地区担当保健師とも連携し、地域での啓発活動に努める。広報や展示の更なる工夫、COPDや肺について、より理解を深めていただくための講座等を関係機関と連携し開催する。	
12 服薬健康管理促進事業【R3~】	医薬品の適正使用の向上につなげるため、処方が多剤多量の患者への重複投与や相互作用の危険回避、過量投与、不適切な薬剤使用などを防止し健康管理に役立てていただくとともに、服薬に対する不安の解消や日常の薬の管理、飲み合わせなどの相談を受け、コミュニケーションを図りながら適切なアプローチを行うことを目的とする。	【鳥取県薬剤師会東部支部や東部医師会、庁内関係機関との事業調整会に基づき体制整備を行い、平成33年度を目途に事業開始する。】 多剤多量の処方がある国保被保険者を抽出し、訪問または来庁により処方薬の種類、服用状況、使用期間、保管場所や保管方法等の確認を行い、重複投与、相互作用の危険性をチェックして不適切な薬剤使用を防止する。	1)国保の被保険者で複数の医療機関に通院し、通院日数が多く処方が多剤多量の者 2)服薬において不安を感じているなど処方薬の取り扱いについて相談を行いたい者	・指導実施者数 R3年度 36人(3人/月)+14人=50人	・実施率 R3年度: 24% (12人/50人) R4年度: 30% (15人/50人)	・調剤費の減少	・事業参加者の調剤費 R3年度 実施前: 99,227円(16,538円/人) 実施後: 106,723円(17,787円/人) R4年度 実施前: 84,383円(9,376円/人) 実施後: 95,190円(10,577円/人) (R4実施後の額は見込み)	重複・頻回受診者訪問事業対象者及び令和4年度に鳥取県が実施した服薬通知事業対象者を中心に広く一般の方も対象として服薬相談会を実施した。参加率を上げるため、糖尿病予防啓発キャンペーンと同時開催した。課題としては、重複・頻回受診者訪問事業対象者は訪問しても会えないことが多く、相談会への参加もなく接触が難しい。問題意識を持っていただけのような事業案内とともに啓発パンフレット等を送付するなど行動変容に繋がる工夫に努めた。	R4年度と同様に県事業の服薬通知対象者に服薬相談事業を実施予定。広く一般も対象とする。その他、服薬に関する啓発展示を実施し、医薬品の適正使用の向上につなげる。	
13 重複・頻回受診者訪問指導事業	同一の疾病で複数の医療機関を転々と受診する「重複受診」や1か月の通院回数が多い「頻回受診」は、行く先々で同じ治療・検査を受けることで医療費増大や薬の重複による副作用などの危険もあり、被保険者への経済的・身体的負担等が増すことから国保会計にも影響が生じることが懸念されることから、重複・頻回受診者に対する訪問による働きかけを行うことにより、被保険者の行動変容を促し、健康保持と医療費の適正化を図る。	被保険者のレセプトデータや保健支援事業システムをベースに、指導となる者の抽出及び受診状況の把握を行い、保健師の訪問により、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発(重複検査・重複服薬等)や食事・運動等生活改善の指導を行う。	同一の疾病で3医療機関以上かつ3か月以上継続受診している被保険者(重複受診)または1か月の通院日数が15日以上かつ3か月以上継続受診している被保険者(頻回受診)	・対象者との面談実施率。	・面談実施率 R3年度: 33.3% (面談者数 6人/対象者数 18人) R4年度: 16.7% (面談者数 3人/対象者数 18人)	・対象者の医療費減少率 50% (指導前との比較)	・対象者の医療費減少率 R3年度: 21.2% R3年度医療費(指導前) 411,950円(指導後) 324,470円 R4年度: 10.3% R4年度医療費(指導前) 763,160円(指導後) 663,160円	R3年度: 21.2% R3年度医療費(指導前) 411,950円(指導後) 324,470円 R4年度: 10.3% R4年度医療費(指導前) 763,160円(指導後) 663,160円	年2回(8月、2月)、対象者を抽出して訪問指導を実施した。面談実施率は16.6%(3/18人)となった。面談実施者の指導後の医療費は10.3%減少しており、今後も適切な保健指導が必要である。	今後も年2回(8月、2月)、対象者を抽出して訪問指導を実施し、重複・頻回受診が及ぼす弊害の啓発(重複検査・重複服薬等)を行う。また、服薬状況通知や服薬相談会の実施等、訪問以外でも行動変容につながるよう努める。
14 ジェネリック医薬品利用促進事業	近年医療の高度化に伴い、家計に占める医療費の割合や国保財政の負担が年々大きくなっている中で、ジェネリック医薬品の使用を促すことで、被保険者の治療に係る費用負担を軽減するとともに国保運営の安定化を図る。	毎月の個々のレセプトから、先発医薬品を一般的なジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を計算し、300円以上の差額が発生し削減効果が見込まれる者に対して「お薬代負担軽減のご案内」として通知書を作成し軽減額を通知する。一度通知した者について4か月間は通知しないが、5か月後効果測定を行い、切り替えが行われていない場合は再度通知する。	国保被保険者	・ジェネリック医薬品普及率(厚労省公表数値) R3年度: 80.6% R4年度: 81.2% (R4.9暫定数値) (増加率+0.6%)	・ジェネリック医薬品普及率が前年度と比較して5%向上する。 【参考/通知数】 R3年度: 3,237通 R4年度: 2,502通	・ジェネリック医薬品普及率80%を達成する。 (R5年度)	・ジェネリック医薬品普及率(厚労省公表数値) R3年度: 80.6%(R4.3) R4年度: 81.2%(R4.9)暫定	ジェネリック医薬品に切り替えた場合に300円以上の差額が発生し削減効果が見込まれる者に対して、年間2,502通の差額通知を発送した。また、普及率は、R3年度末で80.6%(厚労省公表数値)で目標の80%を達成した。R3年度より新たに第11次鳥取市総合計画評価指標にも位置づけ、7年度に85%の目標達成を目指す。R4年9月末時点では81.2%とわずかながら増加した。	引き続き差額通知書を送付し、利用勧奨を行う。また、薬剤師会の協力を得て服薬相談事業やジェネリック医薬品普及啓発展示等を通して普及促進する。	
15 生活習慣病食事指導事業【R2~】	生活習慣病は、「食事」「運動」「喫煙」などの生活習慣が主な原因となり発症するため、規則正しい食生活や適度の運動を行い、発症や重症化することを食い止めることが大切となる。また、口腔と生活習慣病の研究などから歯周病が心筋梗塞や糖尿病、高血圧症の発症に関連があるとの指摘がされている。これらのことから、食事と口腔ケアを関連付けて生活習慣病対策に取り組むこととする。	調理体験、実食を通して毎日の規則正しい食生活につなげる。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔保健の立場から保健指導を実施する。	国保被保険者で特定健診の結果やレセプト情報から、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの疾病が疑われる人。	・指導実施者数 30人(5人×6回)+20人=50人	・実施率 R3年度: 48%(24人) R4年度: 58%(29人)	・生活習慣病医療費の減少	・事業参加者の医療費 R3年度 実施前: 602,615円(25,109円/人) 実施後: 582,390円(24,266円/人) R4年度 実施前: 701,905円(24,204円/人) 実施後: 655,317円(22,597円/人)	前年度まで糖尿病性腎症重症化予防支援サービス事業(6か月プログラム)に参加したことのある74歳以下の国保被保険者を対象に実施した。参加者は29人。歯周病が生活習慣病と関連があることから、口腔ケア指導と食事指導を中心に実施した。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業と連携し、事業対象地域の方で、後期高齢者医療へ移行された方に対しても実施した。(参加者2人)	引き続き、口腔ケアと生活習慣病予防・重症化予防との関連に重点をおいた事業内容とする。対象者についても前年度と同様とする予定だが、当初計画とは異なるので、次期計画の策定にあたっては見直しを行う必要がある。一体的実施事業との連携についてはR5年度も対象地域を広げて実施する。	