

大豊町国民健康保険保健事業実施計画
第2期データヘルス計画
中間評価報告書

令和3年3月

大豊町

国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第2期 中間評価報告書

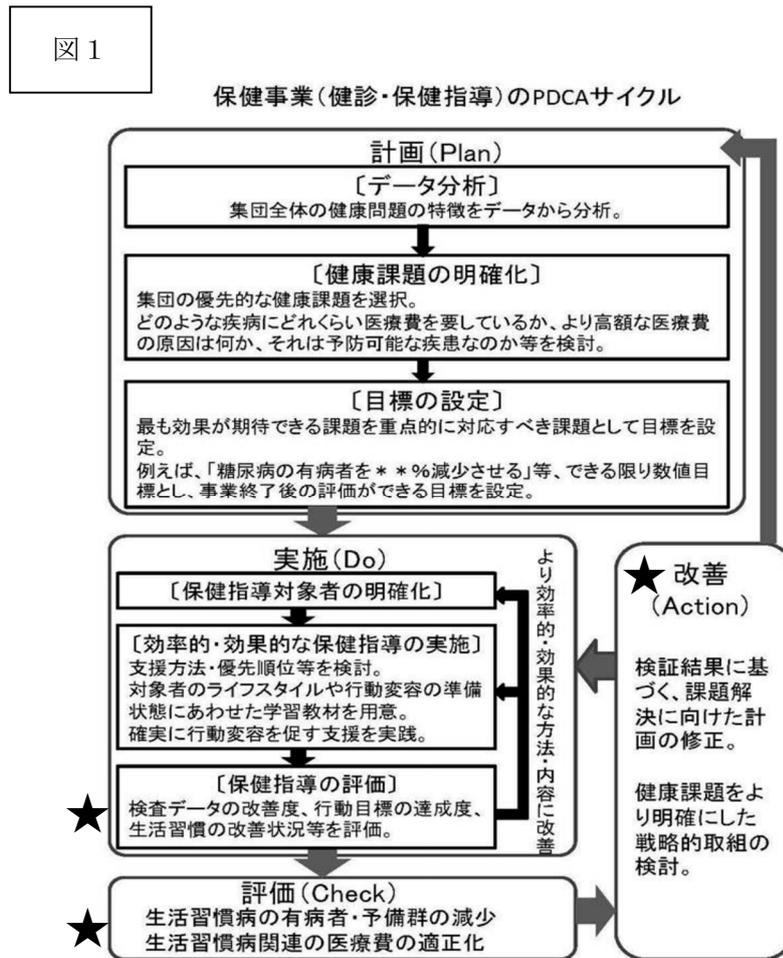
もくじ

1. 評価・見直しの目的	P.3
2. 評価方法	P.3
3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成29年度 平成30年度 令和元年度	P.4
4. 経年評価指標	P.22
5. 指標の経年データ（様式1）と判定	P.40
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	P.42
7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正	P.44
8. 中間評価の結果をふまえた課題整理	P.45
9. 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第2期 中間見直しにおける概要図	P.46
10. 計画全体の中間評価	P.48

1. 評価・見直しの目的

保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間・最終年度における目的・目標の達成状況と評価結果から課題を整理し、次期計画を修正改善することで、PDCA サイクルに沿った保健事業の実施を図ることを目的とする。（図1★印）

また、この中間評価報告書を通じて庁内や関係機関・団体との連携を強化するとともに、共通認識をもって引き続き課題解決に取り組むものとする。



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】

2. 評価方法

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）で用いられた「目標の評価」の方法で行う。策定時と直近値を比較したうえで、A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）、C（変わらない）、D（悪化している）、E（判定不能）といったように複数のレベルで評価する。

3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画

H29年度 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診への受診勧奨	特定健診受診者を増やし、健康意識の向上に努める。	特定健診受診率 60%	特定健診未受診者 ・集団健診合計3回が終了した時点で未受診の者	・広報誌、個別通知により特定健診の受診勧奨	1. 未受診者リストを作成し、はがきを送付して受診勧奨を行う。 2. 未受診者に対して訪問による受診勧奨実施(健康づくり婦人会や食生活改善推進員に委託) 3. 広報やゆとりと放送、町内を巡回する環境班車両による呼びかけ、勧奨 4. 電話による個別受診勧奨	衛生部門担当 国保部門担当	平成29年4月～ 平成29年10月	大豊町役場	・特定健診受診率
特定保健指導利用勧奨	特定保健指導が必要な方が自分の健診結果を理解して生活習慣病の予防する。	・特定保健指導率 60% ・対象者へのアプローチ 80%	特定健診結果で特定保健指導の対象になった方(積極的・動機づけ支援)	・個別通知、電話連絡により特定保健指導の利用勧奨	1. 対象者全数に個別通知を行い、申し込みがない場合、電話連絡を行う。特に40～50歳代の若い層については電話連絡を徹底し利用を勧める。 2. 集団健診受診者のうち動機づけ支援対象者を国保連合会「なでこの会」へ委託、個別受診者のうち積極的支援・動機づけ支援対象者を町内医療機関へ委託し、利用機会を増やす。 3. 面接日の来所が困難な場合は直営で対応する。 4. 全対象者リスト整理。利用に至らなかった場合の理由等をまとめ、振り返りを行う。	衛生部門担当 国保部門担当	平成29年4月～ 平成30年3月末	大豊町役場	・特定保健指導利用率
ハイリスク者への重症化予防対策	医療機関への受診が必要な者が適切な検査・治療を受けることで生活習慣病の重症化(脳血管疾患・心虚血性疾患・人工透析)を予防する。	未治療者、治療中断者の医療機関受診率100%にする。	特定健診結果から①血圧160～100以上②HbA1c 7.0以上③蛋白尿2+以上④eGFR値40未満のいずれかの者	1. 訪問や電話連絡により受療状況を確認 2. 未受診者、治療中断者に対して受診勧奨実施	1. 健診データから対象者を選定する。 2. 訪問や電話により受療状況を確認する。 3. 未治療者や治療中断者には訪問により受診勧奨を徹底する。訪問時リーフレット等の資料を使い治療の必要性を説明する。 4. 受療中のものであっても数値が高値になっている場合、訪問により食生活や運動の必要性等、必要な保健指導を実施する。 5. HbA1c 7.0以上の者を対象に糖尿病予防教室を開催し、糖尿病のリスクを伝え、自己管理できるように働きかける。	衛生部門担当	平成29年4月～ 平成30年3月末	・大豊町住民課 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・ハイリスク対象者の改善率 ・医療機関受診率 ・治療再開率
高血圧予防対策	若い時から自身の血圧に関心をもち、高血圧を予防する。	高血圧が脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血などの原因になることを理解して高血圧予防の行動がとれる。	町内住民(若年世代を対象とするため町内消防団の団員を主たる対象とする)	1. 自身の身体について知る。 ・血圧測定 ・生活習慣アンケート 2. 高血圧予防健康教育 3. 減塩指導	1. 町内の消防団(29年度に3分団)に健康教育を実施する。 ・血圧測定、受療状況の確認 ・生活習慣についてアンケートを実施 ・減塩を中心に高血圧予防に必要な情報を伝える。 2. 特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。 3. 家庭血圧測定の推進 ・インセンティブ事業について周知し、自己の健康づくり対策への取り組みを促す。	衛生部門担当 国保部門担当	平成29年4月～ 平成30年3月末	各消防団屯所	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧未受診者、中断者の受診勧奨数
運動習慣の定着推進	運動習慣の定着	運動の必要性を理解し、運動習慣の定着を図り、メタボリックシンドロームを予防する。	町内住民	1. 年代別体力測定(年2回) 2. はつらつ健康運動教室(毎月) 3. 健康ウォーキング教室(年7回)	1. 年代別体力測定 ・教育委員会と連携し参加者の募集を周知する。 ・会場で運動習慣の定着の必要性を説明する。 2. はつらつ健康運動教室 ・実施日を広報誌、チラシ等にて周知する。 ・特定保健指導対象者へ個別通知や指導時に参加を呼びかける。 3. 健康ウォーキング教室 ①日程を調整し開催日を広報や放送等にて周知する。 ②健康運動指導士による安全な歩行、メタボ予防に効果的な歩行等の指導を受けられるよう調整する。 ③管理栄養士による減塩指導の実施。	衛生部門担当	平成29年4月～ 平成30年3月末	・大豊町農工センター ・総合ふれあいセンター ・町内のウォーキングに適した道路	・各種教室への継続参加率 ・運動習慣の定着

H29年度 事業評価計画

				個別保健事業名 特定健診未受診者への受診勧奨				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者が特定健診を受けることができたか	・特定健診を受けることができたか(集団健診受診者数、個別健診受診者数、全体の受診率) ・集団健診後の個別受診率の伸び	特定健診受診率 60%	・受診率の確認(集団・個別): 国保XRLデータの確認	平成30.3末	国保担当 衛生担当	受診率: 54.7% (H28: 46.3%) ・個別受診率: 20.9% (H28: 13.5%) ・集団受診率: 33.7% (H28: 32.7%)	・特定健診受診の必要性を周知し、継続して受診できるよう働きかける。 ・集団健診後、個別受診に向け、勧奨を徹底する。
アウトプット	特定健診未受診者の受診勧奨ができたか(勧奨人数)	・受診勧奨実施人数	未受診者の50%以上	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・7月のひろい健診の受診勧奨のため、550人にハガキを送付した。 ・10月時点での40～74歳の未受診者全数に電話連絡を実施。(不在者も含む) 一勧奨後95人受診	・ハガキの送付、婦人会の訪問に加え、未受診者世帯に電話にて勧奨を行ったことは効果的であり、受診率向上につながった。今後も継続して実施していく。
プロセス	特定健診未受診者の抽出ができたか	適切な時期に対象者の選定を行う。(健診期間中に2回)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診3回目終了後(6月) ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出(7月)	・集団健診、個別健診へ受診勧奨のための未受診者抽出数。 ・対象者名簿の確認	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・7月9日の拾い健診に向けて、6月3日の健診終了後、未受診者を抽出。 ・9月末に最終の勧奨対象者を抽出。	未受診者の抽出は2回行った。前年度に比べ、受診率が向上した。今後も2回以上の抽出を行う。
	適切な方法で特定健診未受診者への受診勧奨	・受診勧奨の方法(広報誌、放送、訪問、電話等)と勧奨者数 ・住民が集まる場で受診勧奨した回数	・集団健診受診可能な期間内にハガキや訪問による受診勧奨を行う。(6月～7月) ・個別健診受診可能な期間内に放送、電話による受診勧奨を行う。(9～10月)	・ハガキ送付、訪問による勧奨後の申込者増加数 ・婦人会による訪問件数 ・未受診理由が確認できたか			・未受診者全数にハガキ送付(6月) ・健康づくり団体(婦人会と食改)による訪問(6月～9月) 件数200件 一勧奨後55人受診。 ・未受診理由については確認できず。	ハガキや訪問により集団健診受診者は増加しており、次年度も継続する。 個別健診は、未受診世帯に電話連絡することにより受診率上昇しているため次年度も継続する。
ストラクチャー	特定健診受診勧奨に必要な人員が確保できたか	人員の不足はないか	健診受診可能な期間中に対応する人材の確保を行う。	受診勧奨が実施できる人員に不足はなかったか	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・訪問による受診勧奨は婦人会が地区分担をして実施。 ・包括支援センター、集落支援員の協力あり。	・訪問による受診勧奨は婦人会等の組織に協力を依頼し継続する。 ・74歳までの前期高齢者に対する受診勧奨は高齢者部門と集落支援員の協力継続。
	特定健診受診勧奨に必要な予算が確保できたか	財源確保	受診勧奨に必要な予算を確保する。	必要な人材の確保、必要物品の購入ができたか			人件費、購入物品の予算確保は問題なし。	

H29年度 事業評価計画

				個別保健事業名		特定保健指導利用勧奨		
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者が保健指導を利用できたか	・特定保健指導実施率	・特定保健指導利用率 55% ・特定保健指導完了率 50%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	平成30.3末	国保担当	・保健指導参加者：動機づけ22名、積極的6名（参加率47%） ・途中脱落者を除く指導完了者23名（指導完了率39%）	・保健指導向上あり。外部委託は継続し、更に保健指導率向上を図る。
アウトプット	保健指導対象者に利用の必要性を周知し、利用勧奨ができたか	・対象者への通知数 ・電話による勧奨数	・対象者の80%以上に文書や電話で利用勧奨を行う。 （40～50歳代の若い層へは文書、電話による勧奨を100%実施する） ・初回面接者の90%以上が指導を完了する。	・対象者の利用率、継続率 ・40～50歳代の利用数、利用率 ・利用しない場合の理由を確認する（対応を記録に残す）	平成30.3末	衛生担当	・対象者59名中、37名に文書を送付→参加者0名。 ・電話勧奨にて、28名参加。 ・40～50歳代には電話連絡を12名全員に行い、8名が参加。（利用率：66.6%） ・不参加理由を確認し、対応記録を作成した。	・文書と電話による保健指導利用案内は今後も継続。 ・保健指導のみでなく、運動教室やインセンティブ事業についても積極的に参加を勧奨していく。
プロセス	特定保健指導対象者を選定できたか	・動機づけ指導、積極的指導対象者の選定を行う。	・対象者名簿を作成する。（対象者全数） *集団健診：健診終了後1か月後 *個別受診：健診終了後2か月後	・対象者名簿を作成する。 ・利用者の内訳（委託・直営）	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・保健指導委託11名、うち初回のみ個別指導を行った者1名。 ・直営17名（動機づけ11名、積極的6名）うち脱落者5名 ・未利用者理由として、保健指導利用経験あり（3名）、仕事の都合（3名）、基礎疾患性疾患のため指導困難（4名）等 ・保健指導委託面接の日程として、7月、8月、11月、2月を設け、一日5名、一人1時間指導を実施。	・保健指導対象者の中に精神疾患等、基礎疾患のため指導困難な場合もあるため、より個別の対応や医療機関との連携を図る。 ・保健指導委託面接の日程として、農業などの繁忙期と重なることが多く、日程確保をすることが困難な場合があるため調整をしていく。
	特定保健指導対象者が指導に参加できるような支援ができたか	・面接日程を確保する。	対象者が利用しやすい日程で面接に参加できる。	・日程や1日当たりの面接人数、面接時間を確認する。				
ストラクチャー	保健指導が実施できる人員の確保ができたか	・人員の不足はないか ・人員（職員）一人あたりの対象者数は適切か	・特定保健指導が適切に実施できる人員を確保する。	・特定保健指導が実施できる人員が確保できたか	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・動機づけ支援について国保連合会へ面接を委託。（保健師13日、管理栄養士10日） ・直営による指導（動機づけ、積極的）は保健師2名、管理栄養士1名で対応（保健師 58日、管理栄養士6日） ・リーフレット等の購入費用の確保は十分にできた。	・対象者に指導ができるように人材確保は必要。→今後も保健指導の委託を継続。 ・保健指導に必要なリーフレット等の資料は既存の物を購入できるように今後も予算を確保する。
	保健指導が実施できる予算の確保ができたか	・財源確保	・必要な物品（リーフレット等）を購入できる。	・必要な物品を不足なく購入できたか				

H29年度 事業評価計画

				個別保健事業名				
				ハイリスク者への重症化予防対策				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	重症化予防対象者のうち未治療者が医療機関へ受診できたか	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 治療開始率(新規治療開始) 治療再開率(治療中断者が治療再開) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受療継続率) 血圧: 60%以上、HbA1c 80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上 治療中断者の受診率 100% 未治療者の治療再開率 100% 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ) 対象者名簿、対応記録のまとめ 	平成30.3末	国保担当 衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> 対象者(血圧、HbA1c、尿蛋白、e-GFR) 29名中8名に訪問や電話による聞き取りと保健指導を実施。(27.5%) 【受診できている割合】 血圧: 10名(52.6%) HbA1c: 8名(88.8%) eGFR: 1名(100%) 尿たんぱく: 4名(100%) 	<ul style="list-style-type: none"> おむね受診治療ができていますが、本年度の対応により再受診や治療開始につながった事例もあり、今後も対象者の選定、対応は継続が必要。
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチできたか	<ul style="list-style-type: none"> 連絡した人数(連絡した数/対象者) 電話による受診勧奨数 面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする) 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上 リスクの重複がある者へのアプローチ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者名簿を作成し、対応記録を残す。 連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。 	平成30.3末	国保担当 衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧: 19名中6名に面接、電話連絡を実施。 HbA1c: 9人中2名に面接、電話連絡を実施。 eGFR: 面接実施できず。 尿たんぱく: 4名中1名に電話連絡を実施。 対象者名簿を作成し、対応記録を残した。 	<ul style="list-style-type: none"> 全体の27.5%に対応。受診している方についても保健指導が実施できるよう対応を継続する。
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか <ul style="list-style-type: none"> 血圧 160-100以上 HbA1c 7.0以上 尿蛋白 2+以上 e-GFR 40未満 	<ul style="list-style-type: none"> それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認 未受診者を選定 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診終了後、検査データとレセプトデータを確認し対象者名簿を作成する。 	平成30.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、HbA1c、尿たんぱく、eGFRについて基準数値に基づき対象者を選定したが、受診の有無についての確認が不十分で、訪問や連絡後に受診できていることがわかる場合が多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者を優先して対応する 訪問や連絡の前に受診状況を確認する 受診していても生活習慣等の聞き取りや保健指導が必要であるため、アプローチは継続する。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	<ul style="list-style-type: none"> 実施方法(個別、集団)、期間 生活習慣の改善状況 支援内容の振り返り 	<ul style="list-style-type: none"> 対応内容、参加の意向を記録に残す。 指導過程の振り返りを行う。 対象者の70%以上を医療機関につなぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。 電話一面接による受診勧奨 対応記録、指導内容を記録に残す。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者については6か月間の保健指導を実施。 訪問と電話連絡にて支援を実施。 指導の振り返り、事例検討はできていない。 	衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関受診中の方が多く、個別の保健指導のみでは対応が困難な場合がある。健康教室等の集団指導と個別指導を併用することも検討する。 	
ストラクチャー	重症化予防対象者の指導に実施に可能な人員が確保できたか	<ul style="list-style-type: none"> 職員の不足はないか 人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か 	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者の指導が適切に実施できる職員数を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導が実施できる人員が確保できたか確認する。 対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。 	平成30.3末	衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> 個別訪問、電話による連絡については主に衛生部門の保健師2名で対応。 高齢者については包括支援センター保健師の協力あり。 個別訪問、電話連絡開始時期に遅れがあり、対応が不十分であった。 各リスク別に資料の配布を行うが、より詳しい内容のものを検討する必要あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 人員を確保するため、衛生部門以外の保健師や専門職の協力と連携を強化する必要あり。
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> 財源確保 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品(リーフレット等)を購入できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品を不足なく購入できたか 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品を不足なく購入できたか 	国保担当		

H29年度 事業評価計画

				個別保健事業名 高血圧対策（消防団高血圧予防教室）				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	消防団員に対して高血圧予防教室を実施できたか	・高血圧予防教室の実施回数 ・消防団員の参加者数	・町内消防団の3部以上で高血圧予防教室を実施する。	・高血圧予防教室実施日数、参加人数を確認する。	平成30.2末	国保担当 衛生担当	消防団（川口、立川、杉、穴内）4部で延べ2日間、実人数54人に血圧測定、健康教育を実施。	・町内の消防団が14部あり。本年度未実施の分団に対して次年度以降も継続して健康教育を実施する。
アウトプット	高血圧予防教室に消防団員が参加できたか	・消防団員の参加者数	・3分団以上の消防団員が高血圧予防教室に参加する。	・参加人数の確認	平成30.3末	国保担当 衛生担当	実人数54人の内訳 39歳以下24名 40歳代7名 50歳代15名 60歳代6名	・今年度実施した部では若年層が多かったため高血圧予防としての健康教育を実施することができた。次年度以降も継続していく。
プロセス	健康教育に必要な時間が確保できたか(30～40分程度)	・実施時間の妥当性(必要な情報を伝える時間が確保できる)	・健康教育に30～40分程度の時間が確保できる。	・消防団の協力を得て、健康教育に必要な時間を確保する。	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・操法、出初等のイベント時に合わせて実施。十分な時間の確保は難しかったが、消防団の協力があり一通りの健康教育を実施することができた。	・健康教育に時間確保するため人員を確保し、血圧測定やアンケート記入にかかる時間を短縮する。
	高血圧のリスクを伝えることができたか	・動脈硬化、心疾患、脳血管疾患等の発症リスクを具体的に説明できたか ・アンケート調査により高血圧の有無や飲酒、喫煙等を確認できたか ・家庭血圧測定の必要性を説明できたか	・視覚教材を作成する。 ・予防教室会場で血圧測定を行い自分の血圧値を知ることができる。	・視覚教材を作成し提示または配布する。 ・参加者全数の血圧測定を行う。 ・アンケートにて血圧(測定頻度、家族歴、服薬の有無)、飲酒頻度、喫煙の有無について確認する。			・減塩指導：紙面にまとめ配布。 ・会場で測定した血圧値：表へ書込み適正血圧との差を視覚で確認できるようにして配布。 ・飲酒、喫煙：口頭の説明のみ実施。アンケート調査では3～4回/週以上の飲酒者が18.5%、喫煙者28.9%となっている。	・アンケート結果から減塩の他、飲酒や喫煙と高血圧の関連も健康教育の中に盛り込む必要がある。 ・町の健康課題について具体的に説明し、高血圧予防の必要性を説明する。
ストラクチャー	高血圧予防教室に必要な人員が確保できたか	・職員の不足はないか	・高血圧予防教室に必要な人員が確保できる	・高血圧予防教室が実施できる人員が確保できたか確認する。	平成30.3末	国保担当 衛生担当	・教室は3会場(合計2日間、実人数54人を対象)で実施。1会場あたり事務職1名、保健師1名で対応。	・名簿の作成、アンケート回収、血圧測定等役割分担を明確にする。 ・可能な限り、健康教育に時間を伝えるよう時間配分する。
	高血圧予防教室に必要な予算が確保できたか	・財源確保	・必要な物品(リーフレット等)を購入できる。	・健康教育に必要な物品を不足なく購入できたか			国保担当 衛生担当	・保健師が作成したチラシを使用して配布、説明を実施。

H29年度 事業評価計画

個別保健事業名

運動習慣の定着促進

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	定期的に運動教室を開催することができたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の実施回数、実施率。	・年代別体力測定(2回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(7回/年)を実施し、住民の運動機会を確保する。	・各教室ごとの実施回数と実施率の確認。	平成30.3末	衛生担当	・年代別体力測定:2回実施 ・はつらつ健康運動教室:毎月第3木曜日(12回/年)実施 ・ウォーキング教室:7回実施(雨天時、室内メニューへ変更)	年代別体力測定は自身の体力年齢を知り、運動習慣を継続する目的で次年度以降も継続する。 はつらつ運動教室は毎月1回定期開催が定着しており今後も継続。 ・ウォーキング教室は雨天時のメニューを検討しながら今後も実施継続の必要あり。
アウトプット	住民が運動(教室)に参加できたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数	・住民が継続して運動教室に参加する。	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数を把握する。	平成30.3末	衛生担当	・年代別体力測定:延べ31名、継続参加は11名 ・はつらつ健康運動教室:延べ121名参加。 ・ウォーキング教室:延べ144名参加。	継続参加者も多く、今後も継続して運動する必要性を啓発していく必要あり。新規参加者への啓発も促していく。
プロセス	住民に運動教室の周知ができたか	・広報や放送、配布チラシなどを活用し継続して周知する。	・広報、放送、配布チラシ等を活用して住民に周知する。	・広報や放送等の周知回数 ・参加者に参加のきっかけをききとる。	平成30.3末	衛生担当	・各運動教室前に、広報誌への掲載、ゆとりずと放送による周知を実施。 はつらつ健康運動教室については案内チラシを保健指導や来庁者に配布した。 ・各教室ともに参加者同士の声かけにて新規に参加した方があった。	各種運動教室全てについて広報誌による周知は実施できた。保健指導対象者には個別文書による案内も行ったが配布用のチラシを作成する等の工夫が必要。
	運動習慣の定着が必要な者(保健指導対象者)を選定し参加の勧奨ができたか	・保健指導対象者が各種の運動教室に参加できるよう各参加者数や参加回数	・特定保健指導対象者が各種の運動教室に継続して参加できる。	・各運動教室の参加者数のうち、保健指導対象者の数を確認する。			・はつらつ健康運動教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名 ・ウォーキング教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名	保健指導対象者の参加は少なく今後の課題である。運動の必要性について周知が必要。
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・運動習慣が定着する。	・各教室ごとに実人数と継続参加者数と継続者の割合を確認する。 ・日常生活の運動頻度をアンケートによりききとる。			・年代別体力測定:実19名(延31名)参加。継続参加は11名(57.8%) ・はつらつ健康運動教室:実23名(延名)継続参加は17人(73.9%) ・ウォーキング教室:春3回、秋4回の参加者は実39名(延144名)継続参加は29名(74.3%)	はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室ともに7割が継続参加できている。 今後も継続参加ができるよう健康マイレージ事業とも関連させ周知を図る必要がある。
ストラクチャー	事業に必要な人員が確保できたか	・人員の不足はないか	・各種の運動教室が継続して実施できる人材を確保する。	・各種運動教室が継続して実施できる人材(健康運動指導士を含む)を確保できたか	平成30.3末	衛生担当	・年代別体力測定は教育委員会と協力して実施。 ・はつらつ健康運動教室は健康運動指導士に委託して実施。 ・ウォーキング教室は健康づくり班職員(保健師、管理栄養士、事務職)と健康運動指導士が対応。 管理栄養士による減塩指導を7回とも実施。人材確保、必要物品や材料の購入は問題なかった。	運動の技術指導は健康運動指導士に委託、管理栄養士による減塩指導など専門職を確保できた。運動教室の質を担保し、住民に安全に参加してもらえるよう今後も人員、予算の確保は必要である。
	必要な財源が確保できたか	・事業継続に必要な財源を確保する。	・必要な物品を購入できる。	・必要な物品を購入できたか				

平成30年度 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診への受診勧奨	特定健診受診者を増やし、健康意識の向上に努める。	特定健診受診率 60%	特定健診未受診者 ・集団健診合計3回が終了した時点で未受診者	・広報誌、個別通知により特定健診の受診勧奨	1. 未受診者リストを作成し、はがきを送付して受診勧奨を行う。 2. 未受診者に対して訪問による受診勧奨実施(健康づくり婦人会や食生活改善推進員に委託) 3. 広報やゆとりすと放送、町内を巡回する環境班車両による呼びかけ、勧奨 4. 電話による個別受診勧奨	衛生部門担当 国保部門担当	平成30年4月～平成30年10月	大豊町役場	・特定健診受診率
特定保健指導利用勧奨	特定保健指導が必要な方が自分の健診結果を理解して生活習慣病の予防する。	・特定保健指導率 60% ・対象者へのアプローチ 80%	特定健診結果で特定保健指導の対象になった方(積極的・動機づけ支援)	・個別通知、電話連絡により特定保健指導の利用勧奨	1. 対象者全数に個別通知を行い、申し込みがない場合、電話連絡を行う。特に40～50歳代の若い層については電話連絡を徹底し利用を勧める。 2. 集団健診受診者のうち動機付け支援対象者を国保連合会「なでしこの会」へ委託、個別受診者のうち積極的支援・動機付け支援対象者を町内医療機関へ委託し、利用機会を増やす。 3. 面接日の来所が困難な場合は直営で対応する。 4. 全対象者リスト整理。利用に至らなかった場合の理由等をまとめ、振り返りを行う。	衛生部門担当 国保部門担当	平成30年4月～平成31年3月末	大豊町役場	・特定保健指導利用率
ハイリスク者への重症化予防対策	医療機関への受診が必要な者が適切な検査・治療を受けることで生活習慣病の重症化(脳血管疾患・心虚血性疾患・人工透析)を予防する。	未治療者、治療中断者の医療機関受診率100%にする。	特定健診結果から①血圧160-100以上②HbA1c 7.0以上③蛋白尿2+以上④eGFR値40未満のいずれかの者	1. 訪問や電話連絡により受療状況を確認 2. 未受診者、治療中断者に対して受診勧奨実施	1. 健診データから対象者を選定する。 2. 訪問や電話により受療状況を確認する。 3. 未治療者や治療中断者には訪問により受診勧奨を徹底する。訪問時リーフレット等の資料を使い治療の必要性を説明する。 4. 受療中のものであっても数値が高値になっている場合、訪問により食生活や運動の必要性等、必要な保健指導を実施する。 5. HbA1c 7.0以上の者を対象に糖尿病予防教室を開催し、糖尿病のリスクを伝え、自己管理できるように働きかける。	衛生部門担当	平成30年4月～平成31年3月末	・大豊町住民課 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・ハイリスク対象者の改善率 ・総合ふれあいセンター ・医療機関受診率 ・治療再開率
高血圧予防対策	若い時から自身の血圧に関心をもち、高血圧を予防する。	高血圧が脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血などの原因になることを理解して高血圧予防の行動がとれる。	町内住民(若年世代を対象とするため町内消防団の団員を主たる対象とする)	1. 自身の身体について知る。 ・血圧測定 ・生活習慣アンケート 2. 高血圧予防健康教育 3. 減塩指導	1. 町内の消防団(30年度に3分団)に健康教育を実施する。 ・血圧測定、受療状況の確認 ・生活習慣についてアンケートを実施 ・減塩を中心に高血圧予防に必要な情報を伝える。 2. 特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。 3. 家庭血圧測定の推進 ・インセンティブ事業について周知し、自己の健康づくり対策への取り組みを促す。	衛生部門担当 国保部門担当	平成30年4月～平成31年3月末	各消防団屯所	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧未受診者、中断者の受診勧奨数
運動習慣の定着推進	運動習慣の定着	運動の必要性を理解し、運動習慣の定着を図り、メタボリックシンドロームを予防する。	町内住民	1. 年代別体力測定(年2回) 2. はつらつ健康運動教室(毎月) 3. 健康ウォーキング教室(年7回)	1. 年代別体力測定 ・教育委員会と連携し参加者の募集を周知する。 ・会場で運動習慣の定着の必要性を説明する。 2. はつらつ健康運動教室 ・実施日を広報誌、チラシ等にて周知する。 ・特定保健指導対象者へ個別通知や指導時に参加を呼びかける。 3. 健康ウォーキング教室 ①日程を調整し開催日を広報や放送等にて周知する。 ②健康運動指導士による安全な歩行、メタボ予防に効果的な歩行等の指導を受けられるよう調整する。 ③管理栄養士による減塩指導の実施。	衛生部門担当	平成30年4月～平成31年3月末	・大豊町農工センター ・総合ふれあいセンター ・町内のウォーキングに適した道路	・各種教室への継続参加率 ・運動習慣の定着

H30年度 事業評価計画

				個別保健事業名	特定健診未受診者への受診勧奨			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者が特定健診を受けることができたか	・特定健診を受けることができたか(集団健診受診者数、個別健診受診者数、全体の受診率) ・集団健診後の個別受診率の伸び	特定健診受診率 55%	・受診率の確認(集団・個別): 国保XRLデータの確認	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	受診率: 51.8% (H29: 54.7%) ・個別受診率: 17.5% (H29: 20.9%) ・集団受診率: 34.2% (H29: 33.7%)	・特定健診受診の必要性を周知し、継続して受診できるよう働きかける。 ・集団健診後、個別受診に向け、勧奨を徹底する。
アウトプット	特定健診未受診者の受診勧奨ができたか(勧奨人数)	・受診勧奨実施人数	未受診者の50%以上	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・7月のひろい健診の受診勧奨のため、660人にハガキを送付した。 ・10月時点で40～74歳の未受診者全数に電話連絡を実施。(不在者も含む)	・ハガキの送付、婦人会の訪問に加え、未受診者世帯に電話にて勧奨を行ったことは効果的であり、受診率向上につながると考えられる。しかし、婦人会の高齢化に伴い、対策を考える必要がある。
プロセス	特定健診未受診者の抽出ができたか	適切な時期に対象者の選定を行う。(健診期間中に2回)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診3回目終了後(6月) ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出(7月)	・集団健診、個別健診へ受診勧奨のための未受診者抽出数。 ・対象者名簿の確認	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・7月14日の拾い健診に向けて、5月19日の健診終了後、未受診者を抽出。 ・9月末に最終の勧奨対象者を抽出。	未受診者の抽出は2回行った。前年度に比べ、受診率が低下したものの、受診率向上には効果的である。今後も2回以上の抽出を行う。
	適切な方法で特定健診未受診者への受診勧奨	・受診勧奨の方法(広報誌、放送、訪問、電話等)と勧奨者数 ・住民が集まる場で受診勧奨した回数	・集団健診受診可能な期間内にハガキや訪問による受診勧奨を行う。(6月～7月) ・個別健診受診可能な期間内に放送、電話による受診勧奨を行う。(9～10月)	・ハガキ送付、訪問による勧奨後の申込者増加数 ・婦人会による訪問件数 ・未受診理由が確認できたか			・未受診者全数にハガキ送付(6月) ・健康づくり団体(婦人会と食改)による訪問(6月～9月) 件数100件 ・未受診理由については確認できず。	ハガキや訪問により集団健診受診者は増加しており、次年度も継続する。 個別健診は、未受診世帯に電話連絡することにより受診率上昇しているため次年度も継続する。
ストラクチャー	特定健診受診勧奨に必要な人員が確保できたか	人員の不足はないか	健診受診可能な期間中に対応する人材の確保を行う。	受診勧奨が実施できる人員に不足はなかったか	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・訪問による受診勧奨は婦人会が地区分担をして実施。 ・包括支援センター、集落支援員の協力あり。	・訪問による受診勧奨は婦人会等の組織に協力を依頼し継続する。 ・74歳までの前期高齢者に対する受診勧奨は高齢者部門と集落支援員の協力継続。
	特定健診受診勧奨に必要な予算が確保できたか	財源確保	受診勧奨に必要な予算を確保する。	必要な人材の確保、必要物品の購入ができたか			人件費、購入物品の予算確保は問題なし。	

H30年度 事業評価計画

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	個別保健事業名		特定保健指導利用勧奨		
				評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者が保健指導を利用できたか	・特定保健指導実施率	・特定保健指導利用率 55% ・特定保健指導完了率 50%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	平成31.3末	国保担当	・保健指導参加者19名:動機づけ16名、積極的3名(参加率38.7%) ・途中脱落者を除く指導完了者17名:動機づけ14名、積極的3名(指導完了率89.4%)	保健指導参加率低下。マンパワー不足、災害等のため予定通りに実施できなかった。各部署の保健師にも協力を仰ぐ体制をとる。
アウトプット	保健指導対象者に利用の必要性を周知し、利用勧奨ができたか	・対象者への通知数 ・電話による勧奨数	・対象者の80%以上に文書や電話で利用勧奨を行う。 (40～50歳代の若い層へは文書、電話による勧奨を100%実施する) ・初回面接者の90%以上が指導を完了する。	・対象者の利用率、継続率 ・40～50歳代の利用数、利用率 ・利用しない場合の理由を確認する(対応を記録に残す)	平成31.3末	健康づくり担当	・対象者49名中、32名に文書を送付→参加者0名。 ・電話勧奨にて、19名参加。 ・40～50歳には電話連絡を10名中9名に行い、3名が参加。(利用率:33.3%) ・不参加理由を確認し、対応記録を作成した。	・文書と電話による保健指導利用案内は今後も継続。 ・保健指導のみでなく、運動教室やインセンティブ事業についても積極的に参加を勧奨していく。 ・健診結果説明会や広報等を利用し、より多くの方へ保健指導の必要性を知ってもらう。
プロセス	特定保健指導対象者を選定できたか	・動機づけ指導、積極的指導対象者の選定を行う。	・対象者名簿を作成する。(対象者全数) *集団健診:健診終了後1か月後 *個別受診:健診終了後2か月後	・対象者名簿を作成する。 ・利用者の内訳(委託・直営)	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・保健指導委託9名、うち初回のみ個別指導を行った者1名。 ・直営10名(動機づけ8名、積極的3名)うち脱落者1名 ・未利用者理由として、保健指導利用経験あり(3名)、仕事の都合(3名)、基礎疾患性疾患のため指導困難(2名)等 ・保健指導委託面接の日程として、7月、8月、11月、2月を設けていたが、災害により7月実施が困難となり、9月に急遽実施。一日5名、一人1時間指導を実施。	・保健指導対象者の中に精神疾患等、基礎疾患のため指導困難な場合もあるため、より個別の対応や医療機関との連携を図る。 ・保健指導委託面接の日程として、今年度は災害が多く、予定通りに実施できなかった。急遽別日を設けるなどの対応をしたが、参加される方は少なかった。災害などの状況に臨機応変に対応できるよう個別訪問の強化が必要。または、休日などの保健指導を実施する方向を検討していく。
	特定保健指導対象者が指導に参加できるような支援ができたか	・面接日程を確保する。	対象者が利用しやすい日程で面接に参加できる。	・日程や1日当たりの面接人数、面接時間を確認する。				
ストラクチャー	保健指導が実施できる人員の確保ができたか	・人員の不足はないか ・人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か	・特定保健指導が適切に実施できる人員を確保する。	・特定保健指導が実施できる人員が確保できたか	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・動機づけ支援について国保連合会へ面接を委託。(保健師10日、管理栄養士8日) ・直営による指導(動機づけ、積極的)は保健師1名、管理栄養士1名で対応(保健師 29日、管理栄養士6日) ・リーフレット等の購入費用の確保は十分にできた。	・なでこの会への委託事業は、保健師の人員確保により、来年度は不要と考える。状況に応じて継続するか検討していく。 ・保健指導に必要なリーフレット等の資料は既存の物を購入できるように今後も予算を確保。内容については、3年間同じ物を使用したため、変更を考える。
	保健指導が実施できる予算の確保ができたか	・財源確保	・必要な物品(リーフレット等)を購入できる。	・必要な物品を不足なく購入できたか				

H30年度 事業評価計画

				個別保健事業名				
				ハイリスク者への重症化予防対策				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	重症化予防対象者のうち未治療者が医療機関へ受診できたか	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 治療開始率(新規治療開始) 治療再開率(治療中断者が治療再開) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受療継続率) 血圧:60%以上、HbA1c80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上 治療中断者の受診率 100% 未治療者の治療再開率 100% 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ) 対象者名簿、対応記録のまとめ 	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 対象者(血圧、HbA1c、尿蛋白、e-GFR)のべ57名中6名に訪問や電話による聞き取りと保健指導を実施。(10.5%) 	重症化予防の対応ができた数が少ない。来年度は、糖尿病性腎症を予防するための重症化予防事業を実施予定。医師等と協力しながら実施していく。
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチできたか	<ul style="list-style-type: none"> 連絡した人数(連絡した数/対象者) 電話による受診勧奨数 面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする) 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上 リスクの重複がある者へのアプローチ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者名簿を作成し、対応記録を残す。 連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。 	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧:28名中3名に面接、電話連絡を実施。 HbA1c:15人中2名に面接、電話連絡を実施。 eGFR:対象者5名に面接、電話連絡できなかった。 尿たんばく:9名中1名に電話連絡を実施。 対象者名簿を作成し、対応記録を残した。 	<ul style="list-style-type: none"> 全体の10.5%に対応。受診している方についても保健指導が実施できるよう対応を継続する。
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか	<ul style="list-style-type: none"> それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認 未受診者を選定 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診終了後、検査データとレセプトデータを確認し対象者名簿を作成する。 	平成31.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、HbA1c、尿たんばく、eGFRについて基準数値に基づき対象者を選定。リスク別に対象者名簿を作成した。豪雨災害等が多く、対応が遅れてしまい、確認が不十分であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者を優先して対応する 訪問や連絡の前に受診状況を確認する 受診していても生活習慣等の聞き取りや保健指導が必要であるため、アプローチは継続する。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	<ul style="list-style-type: none"> 実施方法(個別、集団)、期間 生活習慣の改善状況 支援内容の振り返り 	<ul style="list-style-type: none"> 対応内容、参加の意向を記録に残す。 指導過程の振り返りを行う。 対象者の70%以上を医療機関につなぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。 電話→面接による受診勧奨 対応記録、指導内容を記録に残す。 	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者については6か月間の保健指導を実施。 訪問と電話連絡にて支援を実施。 指導の振り返り、事例検討はできていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別の保健指導のみでは対応が困難な場合がある。健康教室等の集団指導と個別指導を併用することも検討する。また、来年度は糖尿病性腎症の重症化予防プログラム始動予定。 	
ストラクチャー	重症化予防対象者の指導に実施に可能な人員が確保できたか	<ul style="list-style-type: none"> 職員の不足はないか 人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か 	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者の指導が適切に実施できる職員数を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導が実施できる人員が確保できたか確認する。 対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。 	平成31.3末	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 個別訪問、電話による連絡については主に衛生部門の保健師1名で対応。 個別訪問、電話連絡開始時期が遅れがあり、対応が不十分であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 人員を確保するため、衛生部門以外の保健師や専門職の協力と連携を強化する必要あり。
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> 財源確保 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品(リーフレット等)を購入できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品を不足なく購入できたか 	国保担当			

H30年度 事業評価計画

				個別保健事業名 高血圧対策（消防団高血圧予防教室）				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	消防団員に対して高血圧予防教室を実施できたか	・高血圧予防教室の実施回数 ・消防団員の参加者数	・町内消防団の3分団以上で高血圧予防教室を実施する。	・高血圧予防教室実施日数、参加人数を確認する。	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	消防団（大田口、川戸）2部で延べ1日間、実人数21人に血圧測定、健康教育を実施。	・町内の消防団が14部あり（残り5部）。今年度は災害により夏の実施ができなかった。 来年度には全部に健康教育を実施する。その結果から次の対応を考えていく必要あり。
アウトプット	高血圧予防教室に消防団員が参加できたか	・消防団員の参加者数	・3分団以上の消防団員が高血圧予防教室に参加する。	・参加人数の確認	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	実人数21人の内訳 39歳以下5名 40歳代5名 50歳代3名 60歳代8名	・今回は、2部に合同で健康教育を実施したため、事務職員に協力を得て実施できた。20代～60代まで各年代の方がそろっていたため、少しでも多くの年代の方に、高血圧等について聞いてもらうことができた。
プロセス	健康教育に必要な時間が確保できたか（30～40分程度）	・実施時間の妥当性（必要な情報を伝える時間が確保できる）	・健康教育に30～40分程度の時間が確保できる。	・消防団の協力を得て、健康教育に必要な時間を確保する。	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・出初等のイベント時に合わせて実施。十分な時間の確保は難しかったが、消防団の協力があり一通りの健康教育を実施することができた。	・健康教育に時間確保するため人員を確保し、血圧測定やアンケート記入にかかる時間を短縮する。
	高血圧のリスクを伝えることができたか	・動脈硬化、心疾患、脳血管疾患等の発症リスクを具体的に説明できたか ・アンケート調査により高血圧の有無や飲酒、喫煙等を確認できたか ・家庭血圧測定の必要性を説明できたか	・視覚教材を作成する。 ・予防教室会場で血圧測定を行い自分の血圧値を知ることができる。	・視覚教材を作成し提示または配布する。 ・参加者全数の血圧測定を行う。 ・アンケートにて血圧（測定頻度、家族歴、服薬の有無）、飲酒頻度、喫煙の有無について確認する。			・減塩指導：紙面にまとめ配布。 ・会場で測定した血圧値：表へ書込み適正血圧との差を視覚で確認できるようにして配布。 ・飲酒、喫煙：口頭の説明のみ実施。アンケート調査では毎日飲酒者が38.1%、喫煙者42.9%となっている。	・アンケート結果から減塩の他、飲酒や喫煙と高血圧の関連も健康教育の中に盛り込む必要がある。 ・町の健康課題について具体的に説明し、高血圧予防の必要性を説明する。
ストラクチャー	高血圧予防教室に必要な人員が確保できたか	・職員の不足はないか	・高血圧予防教室に必要な人員が確保できる	・高血圧予防教室が実施できる人員が確保できたか確認する。	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	・教室は1会場（合計1日間、実人数21人を対象）で実施。1会場あたり事務職2名、保健師1名で対応。	・名簿の作成、アンケート回収、血圧測定等役割分担を明確にする。 ・時間が限られているため、短い時間を有効に活用できる方法を考える。
	高血圧予防教室に必要な予算が確保できたか	・財源確保	・必要な物品（リーフレット等）を購入できる。	・健康教育に必要な物品を不足なく購入できたか			国保担当 健康づくり担当	・保健師が作成したチラシと市販のチラシを使用して配布、説明を実施。

H30年度 事業評価計画

				個別保健事業名	運動習慣の定着促進			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	定期的に運動教室を開催することができたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の実施回数、実施率。	・年代別体力測定(2回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(7回/年)を実施し、住民の運動機会を確保する。	・各教室ごとの実施回数と実施率の確認。	平成31.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:2回実施 ・はつらつ健康運動教室:毎月第3木曜日(12回/年)実施 ・ウォーキング教室:4回実施(雨天時、室内メニューへ変更)	年代別体力測定は自身の体力年齢を知り、運動習慣を継続する目的で次年度以降の継続するが、教育委員会での実施のみとし、年1回の実施とする。 はつらつ運動教室は毎月1回定期開催が定着しており今後も継続。 ・ウォーキング教室は雨天時のメニューを検討しながら今後も実施継続の必要あり。
アウトプット	住民が運動(教室)に参加できたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数	・住民が継続して運動教室に参加する。	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数を把握する。	平成31.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:延べ35名、継続参加は9名 ・はつらつ健康運動教室:延べ107名参加。 ・ウォーキング教室:延べ67名参加。	継続参加者が昨年度に比べ低下している、今後も継続して運動する必要性を啓発していく必要あり。新規参加者への啓発も促していく。新しい運動方法を検討する。
プロセス	住民に運動教室の周知ができたか	・広報や放送、配布チラシなどを活用し継続して周知する。	・広報、放送、配布チラシ等を活用して住民に周知する。	・広報や放送等の周知回数 ・参加者に参加のきっかけをききとる。	平成31.3末	健康づくり担当	・各運動教室前に、広報誌への掲載、ゆとりすと放送による周知を実施。 はつらつ健康運動教室については案内チラシを保健指導や来庁者に配布した。 ・各教室ともに参加者同士の声かけにて参加した方があった。	各種運動教室全てについて広報誌による周知は実施できた。保健指導対象者には個別文書による案内も行ったが配布用のチラシを作成する等の工夫が必要。
	運動習慣の定着が必要な者(保健指導対象者)を選定し参加の勧奨ができたか	・保健指導対象者が各種の運動教室に参加できるよう各参加者数や参加回数	・特定保健指導対象者が各種の運動教室に継続して参加できる。	・各運動教室の参加者数のうち、保健指導対象者の数を確認する。			・はつらつ健康運動教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名 ・ウォーキング教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名	保健指導対象者の参加は少なく今後の課題である。運動の必要性について周知が必要。
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・運動習慣が定着する。	・各教室ごとに実人数と継続参加者数と継続者の割合を確認する。 ・日常生活の運動頻度をアンケートによりききとる。			・年代別体力測定:実25名(延35名)参加。継続参加は9名(36%) ・はつらつ健康運動教室:実20名(延107名)継続参加は17名(85%) ・ウォーキング教室:春2回、秋2回の参加者は実31名(延67名)継続参加は16名(51.6%)	はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室ともに継続参加率が低下。健康パスポート事業と並行し、周知していく必要あり。
ストラクチャー	事業に必要な人員が確保できたか	・人員の不足はないか	・各種の運動教室が継続して実施できる人材を確保する。	・各種運動教室が継続して実施できる人材(健康運動指導士を含む)を確保できたか	平成31.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定は教育委員会と協力して実施。 ・はつらつ健康運動教室は健康運動指導士に委託して実施。 ・ウォーキング教室は健康づくり班職員(保健師、管理栄養士、事務職)と健康運動指導士が対応。 管理栄養士とヘルスマイトによる減塩指導を4回とも実施。人材確保、必要物品や材料の購入は問題なかった。	運動の技術指導は健康運動指導士に委託。管理栄養士による減塩指導など専門職を確保できた。運動教室の質を担保し、住民に安全に参加してもらえるよう今後も人員、予算の確保は必要である。
	必要な財源が確保できたか	・事業継続に必要な財源を確保する。	・必要な物品を購入できる。	・必要な物品を購入できたか				

令和元年度 保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診への受診勧奨	特定健診受診者を増やし、健康意識の向上に努める。	特定健診受診率 60%	特定健診未受診者 ・集団健診合計3回が終了した時点で未受診の者	・広報誌、個別通知により特定健診の受診勧奨	1. 未受診者リストを作成し、はがきを送付して受診勧奨を行う。 2. 未受診者に対して訪問による受診勧奨実施(健康づくり婦人会や食生活改善推進員に委託) 3. 広報やゆとりと放送、町内を巡回する環境班車両による呼びかけ、勧奨 4. 電話による個別受診勧奨	衛生部門担当 国保部門担当	2019年4月 ～ 2019年10月	大豊町役場	・特定健診受診率
特定保健指導利用勧奨	特定保健指導が必要な方が自分の健診結果を理解して生活習慣病の予防する。	・特定保健指導率 60% ・対象者へのアプローチ 80%	特定健診結果で特定保健指導の対象になった方(積極的・動機づけ支援)	・個別通知、電話連絡により特定保健指導の利用勧奨	1. 対象者全数に個別通知を行い、申し込みがない場合、電話連絡を行う。特に40～50歳代の若い層については電話連絡を徹底し利用を勧める。 2. 集団健診受診者のうち動機付け支援対象者を国保連合会「なでこの会」へ委託、個別受診者のうち積極的支援・動機付け支援対象者を町内医療機関へ委託し、利用機会を増やす。 3. 面接日の来所が困難な場合は直営で対応する。 4. 全対象者リスト整理。利用に至らなかった場合の理由等をまとめ、振り返りを行う。	衛生部門担当 国保部門担当	2019年4月 ～ 2020年3月末	大豊町役場	・特定保健指導利用率 ・特定保健指導完了率
ハイリスク者への重症化予防対策	医療機関への受診が必要な者が適切な検査・治療を受けることで生活習慣病の重症化(脳血管疾患・心虚血性疾患・人工透析)を予防する。	未治療者、治療中断者の医療機関受診率100%にする。	特定健診結果から①血圧160-100以上②HbA1c 7.0以上③蛋白尿2+以上④eGFR値40未満のいずれかの者	1. 訪問や電話連絡により受療状況を確認 2. 未受診者、治療中断者に対して受診勧奨実施	1. 健診データから対象者を選定する。 2. 訪問や電話により受療状況を確認する。 3. 未治療者や治療中断者には訪問により受診勧奨を徹底する。訪問時リーフレット等の資料を使い治療の必要性を説明する。 4. 受療中のものであっても数値が高値になっている場合、訪問により食生活や運動の必要性等、必要な保健指導を実施する。 5. HbA1c 7.0以上の者を対象に糖尿病予防教室を開催し、糖尿病のリスクを伝え、自己管理できるように働きかける。	衛生部門担当	2019年4月 ～ 2020年3月末	・大豊町住民課 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・ハイリスク対象者の改善率 ・医療機関受診率 ・治療再開率
高血圧予防対策	若い時から自身の血圧に関心をもち、高血圧を予防する。	高血圧が脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血などの原因になることを理解して高血圧予防の行動がとれる。	町内住民(若年世代を対象とするため町内消防団の団員を主たる対象とする)	1. 自身の身体について知る。 ・血圧測定 ・生活習慣アンケート 2. 高血圧予防健康教育 3. 減塩指導	1. 町内の消防団(令和元年度は5分団)に健康教育を実施する。 ・血圧測定、受療状況の確認 ・生活習慣についてアンケートを実施 ・減塩を中心に高血圧予防に必要な情報を伝える。 2. 特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。 3. 家庭血圧測定の推進 ・インセンティブ事業について周知し、自己の健康づくり対策への取り組みを促す。	衛生部門担当 国保部門担当	2019年4月 ～ 2020年3月末	各消防団屯所	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧未受診者、中断者の受診勧奨数
運動習慣の定着推進	運動習慣の定着	運動の必要性を理解し、運動習慣の定着を図り、メタボリックシンドロームを予防する。	町内住民	1. 年代別体力測定(年1回) 2. はつらつ健康運動教室(毎月) 3. 健康ウォーキング教室(年3回)	1. 年代別体力測定 ・教育委員会と連携し参加者の募集を周知する。 ・会場で運動習慣の定着の必要性を説明する。 2. はつらつ健康運動教室 ・実施日を広報誌、チラシ等にて周知する。 ・特定保健指導対象者へ個別通知や指導時に参加を呼びかける。 3. 健康ウォーキング教室 ①日程を調整し開催日を広報や放送等にて周知する。 ②健康運動指導士による安全な歩行、メタボ予防に効果的な歩行等の指導を受けられるよう調整する。 ③管理栄養士による減塩指導の実施。	衛生部門担当	2019年4月 ～ 2020年3月末	・大豊町農工センター ・総合ふれあいセンター ・町内のウォーキングに適した道路	・各種教室への継続参加率 ・運動習慣の定着

令和元年度事業評価計画

				個別保健事業名	特定健診未受診者への受診勧奨				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策	
アウトカム	対象者が特定健診を受けることができたか	・特定健診を受けることができたか(集団健診受診者数、個別健診受診者数、全体の受診率) ・集団健診後の個別受診率の伸び	特定健診受診率 55%	・受診率の確認(集団・個別): 国保XRLデータの確認	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	受診率: 48.3%(H30:51.8%) ・個別受診率: 12.6%(H30:17.5%) ・集団受診率: 35.6%(H30:34.2%)	・特定健診受診の必要性を周知し、継続して受診できるよう働きかける。 ・集団健診後、個別受診に向け、勧奨を徹底する。	
アウトプット	特定健診未受診者の受診勧奨ができたか(勧奨人数)	・受診勧奨実施人数	未受診者の50%以上	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・7月のひろい健診の受診勧奨のため、591人にハガキを送付した。 9月～10月にかけて、広報誌やゆとりすと放送で勧奨を行った。 ・ひろい健診(7月28日)前に、婦人会による訪問の実施(100件)	・ハガキの送付、婦人会の訪問を実施した。広報誌やゆとりすと放送をすることで、申し込みが増加。ただし、婦人会の高齢化に伴い、対策を考える必要がある。	
プロセス	特定健診未受診者の抽出ができたか	適切な時期に対象者の選定を行う。(健診期間中に2回)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診3回目終了後(6月) ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出(7月)	・集団健診、個別健診へ受診勧奨のための未受診者抽出数。 ・対象者名簿の確認	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・7月28日のひろい健診に向けて、5月18日の健診終了後、未受診者を抽出。	未受診者の抽出は1回行った。前年度は2回抽出を行ったが、今年度は1回しかできていない。受診率向上のためにも担当者以外にも協力を仰ぎ、来年度は2回抽出を行う。	
	適切な方法で特定健診未受診者への受診勧奨	・受診勧奨の方法(広報誌、放送、訪問、電話等)と勧奨者数 ・住民が集まる場で受診勧奨した回数	・集団健診受診可能な期間内にハガキや訪問による受診勧奨を行う。(6月) ・個別健診受診可能な期間内に放送、電話による受診勧奨を行う。(9月)	・ハガキ送付、訪問による勧奨後の申込者増加数 ・婦人会による訪問件数 ・未受診理由が確認できたか			・未受診者全数にハガキの送付(6月) ・健康づくり団体(婦人会と食改)による訪問(6月～7月)件数100件 ・未受診理由については確認できず。	ハガキや訪問により集団健診受診者は増加しており、次年度も継続する。個別健診は、未受診世帯に電話連絡できなかったため来年度は実施する。	
ストラクチャー	特定健診受診勧奨に必要な人員が確保できたか	人員の不足はないか	健診受診可能な期間中に対応する人材の確保を行う。	受診勧奨が実施できる人員に不足はなかったか	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・訪問による受診勧奨は婦人会が地区分担をして実施。 ・包括支援センター、集落支援員の協力あり。	・訪問による受診勧奨は婦人会等の組織に協力を依頼し継続する。個人情報管理を徹底する。 ・74歳までの前期高齢者に対する受診勧奨は高齢者部門と集落支援員の協力継続。	
	特定健診受診勧奨に必要な予算が確保できたか	財源確保	受診勧奨に必要な予算を確保する。	必要な人材の確保、必要物品の購入ができたか			人件費、購入物品の予算確保は問題なし。		

令和元年度事業評価計画

				個別保健事業名 特定保健指導利用勧奨				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者が保健指導を利用できたか	・特定保健指導実施率	・特定保健指導利用率 55 % ・特定保健指導完了率 50%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	令和2.3末	国保担当	・保健指導参加者24名：動機づけ16名、積極的8名(参加率39.3%) ・途中脱落者を除く指導完了者22名：動機づけ14名、積極的8名(指導完了率91.7%)	昨年度に比べ参加率上昇するも目標には届かなかった。指導完了率は上昇した。来年度はなでしこによる保健指導を利用しないため、直営での指導となる。各部署の保健師にも依頼し、参加率上昇を目指す。来年度は、年度末の健診受診者にも保健指導ができるよう評価時期を5月末とする。
アウトプット	保健指導対象者に利用の必要性を周知し、利用勧奨ができたか	・対象者への通知数 ・電話による勧奨数	・対象者の80%以上に文書や電話で利用勧奨を行う。 (40～50歳代の若い層へは文書、電話による勧奨を100%実施する) ・初回面接者の90%以上が指導を完了する。	・対象者の利用率、継続率 ・40～50歳代の利用数、利用率 ・利用しない場合の理由を確認する(対応を記録に残す)	令和2.3末	健康づくり担当	・対象者61名中、35名に文書を送付→参加者15名。 ・40～50歳には電話連絡を15名中10名に行い、6名が参加。(利用率：40%) ・不参加理由を確認し、対応記録を作成した。 ・不参加者：2名	・文書と電話による保健指導利用案内は今後も継続。 ・保健指導のみでなく、運動教室やインセンティブ事業についても積極的に参加を勧奨していく。 ・今年度は健診会場、健診結果説明会、広報での周知を行った。来年度も継続していく。
プロセス	特定保健指導対象者を選定できたか	・動機づけ指導、積極的指導対象者の選定を行う。	・対象者名簿を作成する。(対象者全数) *集団健診：健診終了後1か月後 *個別受診：健診終了後2か月後	・対象者名簿を作成する。 ・利用者の内訳(委託・直営)	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・保健指導委託13名、うち初回のみ個別指導を行った者3名。 ・直営13名(動機づけ7名、積極的6名)うち脱落者2名 ・未利用者理由として、保健指導利用経験あり(2名)、仕事の都合(6名)、基礎疾患性疾患のため指導困難(3名)等 ・保健指導委託面接の日程として、7月、9月、11月、2月に実施。1日5名、1人1時間指導を実施。	・保健指導対象者の中に精神疾患等、基礎疾患のため指導困難な場合もあるため、より個別の対応や医療機関との連携を図る。 ・保健指導委託面接の日程として繁忙期を避けることが難しく欠席する方もいたが、参加者は確保できた。休日などの保健指導を実施する方向を検討していく。
	特定保健指導対象者が指導に参加できるような支援ができたか	・面接日程を確保する。	対象者が利用しやすい日程で面接に参加できる。	・日程や1日当たりの面接人数、面接時間を確認する。				
ストラクチャー	保健指導が実施できる人員の確保ができたか	・人員の不足はないか ・人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か	・特定保健指導が適切に実施できる人員を確保する。	・特定保健指導が実施できる人員が確保できたか	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・動機づけ支援について国保連合会へ面接を委託。(保健師14日、管理栄養士9日) ・直営による指導(動機づけ、積極的)は保健師2名、管理栄養士1名で対応(保健師30日、管理栄養士6日) ・リーフレット等の購入費用の確保は十分にできた。	・なでしこの会への委託事業は、保健師の人員確保により来年度から直営での指導を行う。 ・保健指導に必要なリーフレット等の資料は既存の物を購入できるように今後も予算を確保。内容については、3年間同じ物を使用したため、変更を考える。
	保健指導が実施できる予算の確保ができたか	・財源確保	・必要な物品(リーフレット等)を購入できる。	・必要な物品を不足なく購入できたか				

令和元年度事業評価計画

				個別保健事業名	ハイリスク者への重症化予防対策			
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	重症化予防対象者のうち未治療者が医療機関へ受診できたか	<ul style="list-style-type: none"> 受診率 治療開始率(新規治療開始) 治療再開率(治療中断者が治療再開) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受療継続率) 血圧:60%以上、HbA1c80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上 治療中断者の受診率 100% 未治療者の治療再開率 100% 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ) 対象者名簿、対応記録のまとめ 	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 対象者(血圧、HbA1c、尿蛋白、e-GFR)のべ40名中11名に訪問や電話による聞き取りと保健指導を実施。(27.5%) 	<p>評価指標に対する適切な評価結果が出せていなかった。来年度に関しては、受診勧奨した人がどれだけ受診できたかを評価指標とし、目標は未治療者の受診率100%とする。評価手段は、受診勧奨後12月に一度レセプトと本人への聞き取りにより実施、受診できていない場合は再度受診勧奨し、翌年5月にもう一度確認する。また、治療中断者については、現在未治療者と重複するので項目から削除する。</p>
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチできたか	<ul style="list-style-type: none"> 連絡した人数(連絡した数/対象者) 電話による受診勧奨数 面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする) 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上 リスクの重複がある者へのアプローチ 100% 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者名簿を作成し、対応記録を残す。 連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。 	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧:13名中4名に面接、電話連絡を実施。 HbA1c:13名中5名に面接、電話連絡を実施。 e-GFR:対象者4名に電話連絡等ができなかった 尿蛋白:10名中2名に面接、電話連絡を実施。 対象者名簿を作成し、対応記録は保健指導対象者は残したが、それ以外は残せていない。 	<p>全体の27.5%に対応。受診している方についても保健指導が実施できるよう対応を継続する。評価指標に対する適切な評価結果が出せていなかった。来年度に関しては、未治療者への受診勧奨実施人数を評価指標として、目標は100%とする。リスクの重複がある者へのアプローチについては高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムで対応する。</p>
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか	<ul style="list-style-type: none"> それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認 未受診者を選定 	<ul style="list-style-type: none"> リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診終了後、検査データとレセプトデータを確認し対象者名簿を作成する。 	令和2.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、HbA1c、尿蛋白、e-GFRについて基準数値に基づき対象者を選定。リスク別に対象者名簿を作成した。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問や連絡の前に受診状況を確認する。 受診していても生活習慣等の聞き取りや保健指導が必要であるため、アプローチは継続する。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	<ul style="list-style-type: none"> 実施方法(個別、集団)、期間 生活習慣の改善状況 支援内容の振り返り 	<ul style="list-style-type: none"> 対応内容、参加の意向を記録に残す。 指導過程の振り返りを行う。 対象者の70%以上を医療機関につなぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。 電話一対面による受診勧奨 対応記録、指導内容を記録に残す。 	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者については6か月～3か月間の保健指導を実施。 訪問と電話連絡にて支援を実施。 指導の振り返り、事例検討はできていない。 	<p>この項目に関しては、今後は特定保健指導にて対応する。</p>	
ストラクチャー	重症化予防対象者の指導に実施に可能な人員が確保できたか	<ul style="list-style-type: none"> 職員の不足はないか 人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か 	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者の指導が適切に実施できる職員数を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導が実施できる人員が確保できたか確認する。 対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。 	令和2.3末	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> 個別訪問、電話による連絡については主に衛生部門の保健師1名で対応。糖尿病性腎症重症化予防事業と並行して実施(他保健師1名)。 	<ul style="list-style-type: none"> 人員を確保するため、衛生部門以外の保健師や専門職の協力と連携を強化する必要あり。
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> 財源確保 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品(リーフレット等)を購入できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な物品を不足なく購入できたか 	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> 個別訪問、電話連絡開始時期に遅れがあり、対応が不十分であった。 		

令和元年度事業評価計画

				個別保健事業名 高血圧対策（消防団高血圧予防教室）				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	消防団員に対して高血圧予防教室を実施できたか	・高血圧予防教室の実施回数 ・消防団員の参加者数	・町内消防団の5分団で高血圧予防教室を実施する。	・高血圧予防教室実施日数、参加人数を確認する。	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	消防団(船戸、豊永、北川、馬瀬)4部で延べ2日間、実人数33人に血圧測定、健康教育を実施。	・町内の消防団が14部あり(残り1部)。今年度は新型コロナウイルスの流行により最後の1分団に実施することができなかった。来年度には消防団への健康教育を完了し集計し、その結果から次回の対応を考えていく必要あり。また来年度は、高血圧の方への保健指導数と未受診者への受診勧奨数を評価指標に追加する。
アウトプット	高血圧予防教室に消防団員が参加できたか	・消防団員の参加者数	・消防団員の参加者数	・参加人数の確認	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	実人数33人の内訳 39歳以下11名 40歳代7名 50歳代12名 60歳代2名	・今回は、4部に健康教育を実施した。20代～60代まで各年代の方がそろっていたため、少しでも多くの年代の方に、高血圧等について聞いてもらうことができた。
プロセス	健康教育に必要な時間が確保できたか(30～40分程度)	・実施時間の妥当性(必要な情報を伝える時間が確保できる)	・健康教育に30～40分程度の時間が確保できる。	・消防団の協力を得て、健康教育に必要な時間を確保する。	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・出初等のイベント時に合わせて実施。十分な時間の確保は難しかったが、消防団の協力があり通りの健康教育を実施することができた。	・健康教育に時間確保するため人員を確保し、血圧測定やアンケート記入にかかる時間を短縮する。
	高血圧のリスクを伝えることができたか	・動脈硬化、心疾患、脳血管疾患等の発症リスクを具体的に説明できたか ・アンケート調査により高血圧の有無や飲酒、喫煙等を確認できたか ・家庭血圧測定の必要性を説明できたか	・視覚教材を作成する。 ・健康教育中に血圧測定を行い自分の血圧値を知ることができる。	・視覚教材を作成し提示または配布する。 ・参加者全数の血圧測定を行う。 ・アンケートにて血圧(測定頻度、家族歴、服薬の有無)、飲酒頻度、喫煙の有無について確認する。			・減塩指導：紙面にまとめ配布。 ・会場で測定した血圧値：表へ書込み適正血圧との差を視覚で確認できるようにして配布。 ・飲酒、喫煙：口頭の説明のみ実施。アンケート調査では毎日飲酒者が36.4%、喫煙者54.5%となっている。	・アンケート結果から減塩の他、飲酒や喫煙と高血圧の関連も健康教育の中に盛り込む必要がある。 ・町の健康課題について具体的に説明し、高血圧予防の必要性を説明する。
ストラクチャー	高血圧予防教室に必要な人員が確保できたか	・職員の不足はないか	・高血圧予防教室に必要な人員が確保できる	・高血圧予防教室が実施できる人員が確保できたか確認する。	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	・教室は1会場(合計2日間、実人数33人を対象)で実施。1会場あたり事務職2名、保健師3名で対応。	・引き続き、名簿の作成、アンケート回収、血圧測定等役割分担を明確にする。 ・時間が限られているため、短い時間を有効に活用できるよう、事前に打ち合わせをしっかりと行う。
	高血圧予防教室に必要な予算が確保できたか	・財源確保	・必要な物品(リーフレット等)を購入できる。	・健康教育に必要な物品を不足なく購入できたか。			国保担当 健康づくり担当	・保健師が作成したチラシと市販のチラシを使用して配布、説明を実施。

令和元年度事業評価計画

				個別保健事業名 運動習慣の定着促進				
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	定期的に運動教室を開催することができたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の実施回数、実施率。	・年代別体力測定(2回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(3回/年)を実施し、住民の運動機会を確保する。	・各教室ごとの実施回数と実施率の確認。	令和2.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:1回実施 ・はつらつ健康運動教室:毎月第3木曜日(12回/年)実施 ・ウォーキング教室:3回実施(雨天時、室内メニューへ変更)	・年代別体力測定は今年度から教育委員会実施分の1回となった。 ・はつらつ健康運動教室は毎月1回定期開催が定着しており今後も継続。来年度から、参加層拡大のため土曜日の午前中に開催することとなった。 ・ウォーキング教室は雨天時のメニューは、ボールウォーキングをしているが、マンネリ化しつつあるため、内容を検討する必要あり。
アウトプット	住民が運動(教室)に参加できたか	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数	・住民が継続して運動教室に参加する。	・年代別体力測定、はつらつ健康運動教室、ウォーキング教室の各参加者数を把握する。	令和2.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:27名 ・はつらつ健康運動教室:延べ66名 ・ウォーキング教室:延べ61名参加	継続参加者が昨年度に比べ低下している。特にはつらつ健康運動教室は例年人数減少している。来年度は実施日を土曜日とするため、新規参加者も増えると予想される。健診等で周知を行っていく。
プロセス	住民に運動教室の周知ができたか	・広報や放送、配布チラシなどを活用し継続して周知する。	・広報、放送、配布チラシ等を活用して住民に周知する。	・広報や放送等の周知回数 ・参加者に参加のきっかけをききとる。	令和2.3末	健康づくり担当	・各運動教室前に、広報誌への掲載、ゆとりずと放送による周知を実施。はつらつ健康運動教室については案内チラシを保健指導や来庁者に配布した。 ・各教室ともに参加者同士の声かけにて参加した方があった。	各種運動教室全てについて広報誌による周知は実施できた。保健指導対象者には、保健指導実施時に個別にチラシの手渡しを行った。運動に興味を持たれている対象者もいたため、来年度も継続していく。
	運動習慣の定着が必要な者(保健指導対象者)を選定し参加の勧奨ができたか	・保健指導対象者が各種の運動教室に参加できるよう各参加者数や参加回数	・特定保健指導対象者が各種の運動教室に継続して参加できる。	・各運動教室の参加者数のうち、保健指導対象者の数を確認する。			・はつらつ健康運動教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名 ・ウォーキング教室の参加者に保健指導対象者1名、重症化予防対象者1名	保健指導対象者の参加は少なく今後の課題である。運動の必要性について周知が必要。
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・運動習慣が定着する。	・各教室ごとに実人数と継続参加者数と継続者の割合を確認する。 ・日常生活の運動頻度をアンケートによりききとる。			・年代別体力測定:27名参加。 はつらつ健康運動教室:実18名(延66名)継続参加は10名(55.6%) ・ウォーキング教室:秋3回の参加者は実27名(延61名)継続参加17名(62.9%)	はつらつ健康運動教室の継続参加率が低下。ウォーキング教室の継続参加は上昇している。健康パスポート事業と並行し、周知していく必要あり。 来年度は、運動習慣の定着度を評価出来る指標としてアンケートを実施。
ストラクチャー	事業に必要な人員が確保できたか	・人員の不足はないか	・各種の運動教室が継続して実施できる人材を確保する。	・各種運動教室が継続して実施できる人材(健康運動指導士を含む)を確保できたか	令和2.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定は教育委員会と協力して実施。 ・はつらつ健康運動教室は健康運動指導士に委託して実施。 ・ウォーキング教室は健康づくり班職員(保健師、管理栄養士、事務職)と健康運動指導士が対応。 管理栄養士とヘルスメイトによる減塩指導を3回とも実施。人材確保、必要物品や材料の購入は問題なかった。	運動の技術指導は健康運動指導士に委託、管理栄養士による減塩指導など専門職を確保できた。運動教室の質を担保し、住民に安全に参加してもらえるよう今後も人員、予算の確保は必要である。
	必要な財源が確保できたか	・事業継続に必要な財源を確保する。	・必要な物品を購入できる。	・必要な物品を購入できたか				

4. 経年評価指標

【医療情報】

①医療費について

被保険者の減少に伴い総医療費については、減少しつつある。1人当たり医療費については、H29年度から入院外の減少がみられ、入院、全体の伸び率は鈍化し、R1年度は減少に至った。(表1)

疾患別医療費分析、標準化医療費では、男性の入院では脳梗塞、精神、糖尿病に医療費がかかっている。外来では、筋・骨格が増加、糖尿病、脳梗塞、高尿酸血症が増加傾向にある。一方女性の外来では、筋・骨格、糖尿病、高尿酸血症が増加、脳梗塞、脂質異常症と高血圧が減少。入院では、慢性腎不全、脳梗塞、狭心症が増加している。

重症化した疾患では、男性が腎・心疾患が減少、基礎疾患である糖尿病と高尿酸血症が増加、高血圧、脂質異常症が減少、脳疾患では、脳出血が減少。女性は腎・心疾患、脳疾患が増加、基礎疾患である糖尿病、高尿酸血症が増加、脂質異常症、高血圧が減少という特徴がみられる。(図2)

年齢調整をかけずに医療費の推移を見た場合も同様である。

表 1

表14) 医療費の変化
医療費分析の経年比較

(1) 総医療費

項目	総医療費【円】											
	全体				入院				入院外			
	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減
平成28年度	10,752		544,629,740		576		307,957,090		10,176		236,672,650	
平成29年度	9,939	-813	536,023,360	-8,606,380	634	58	327,641,980	19,684,890	9,305	-871	208,381,380	-28,291,270
平成30年度	9,596	-343	553,078,710	17,055,350	615	-19	345,059,120	17,417,140	8,981	-324	208,019,590	-361,790
令和01年度	9,040	-556	517,072,650	-36,006,060	612	-3	324,561,950	-20,497,170	8,428	-553	192,510,700	-15,508,890
令和02年度												
令和03年度												

KDB帳票No.1 令和2年7月1日抽出

表14) 医療費の変化

(2) 1人あたり医療費

KDB帳票No.1 令和2年7月1日抽出

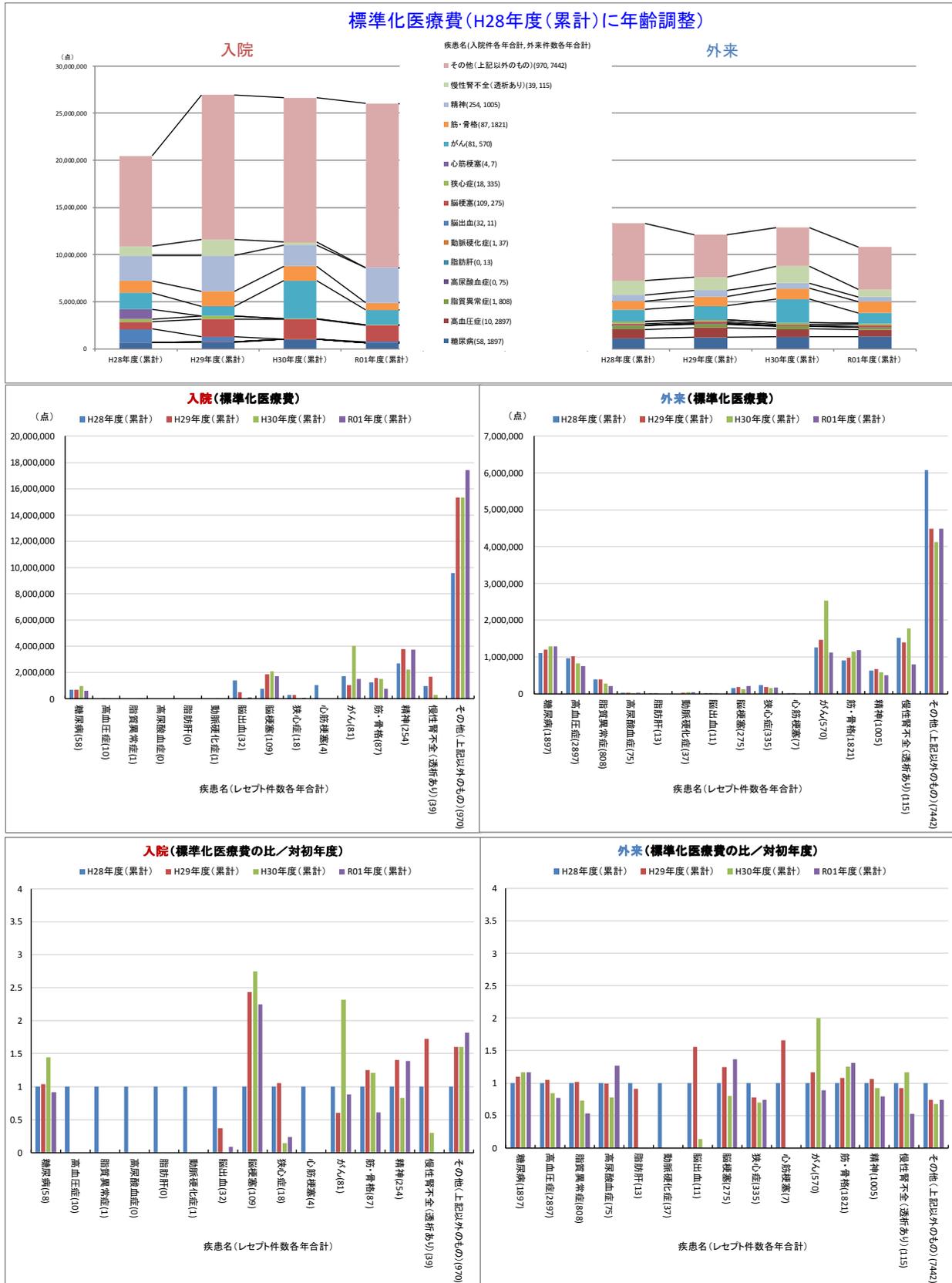
項目		1人あたり医療費【円】※			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H28年度	保険者【地区】	39,680	22,440	17,240			
	同規模	26,820	11,990	14,830			
	高知県	29,220	13,370	15,850			
	国	25,230	10,150	15,080			
H29年度	保険者【地区】	41,820	25,560	16,260	5%	14%	-6%
	同規模	27,680	12,370	15,310	3%	3%	3%
	高知県	30,300	14,020	16,280	4%	5%	3%
	国	26,090	10,560	15,530	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	44,470	27,740	16,730	6%	9%	3%
	同規模	28,190	12,990	15,200	2%	5%	-1%
	高知県	30,770	14,520	16,250	2%	4%	-0%
	国	26,440	10,870	15,570	1%	3%	0%
R01年度	保険者【地区】	43,670	27,410	16,260	-2%	-1%	-3%
	同規模	28,970	13,300	15,670	3%	2%	3%
	高知県	31,430	14,670	16,760	2%	1%	3%
	国	27,350	11,220	16,130	3%	3%	4%
R02年度	保険者【地区】						
	同規模						
	高知県						
	国						
R03年度	保険者【地区】						
	同規模						
	高知県						
	国						

※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

図 2

疾病別医療費分析(生活習慣病)
大豊町 H28年度(累計)~R01年度(累計) 男性 0~74歳

2020年7月13日

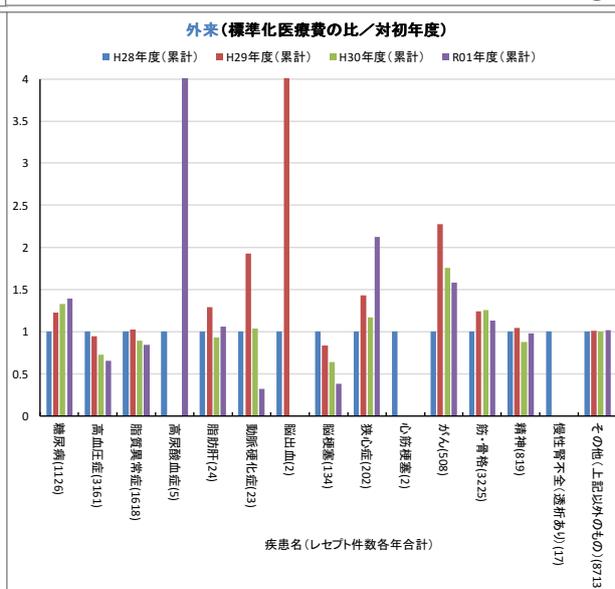
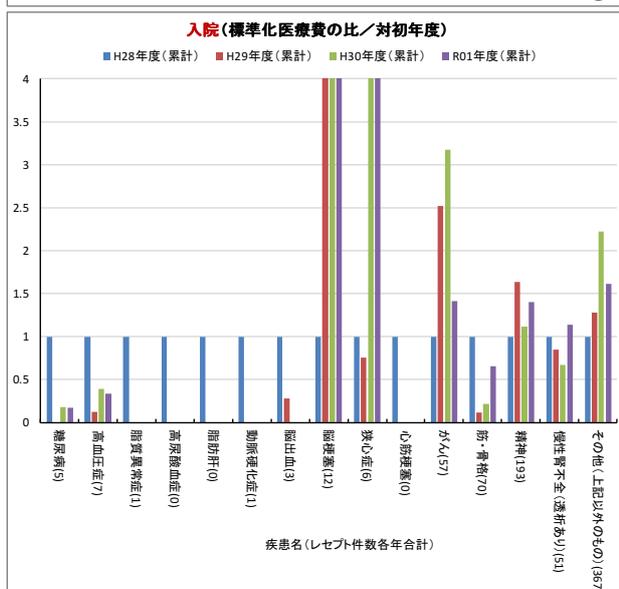
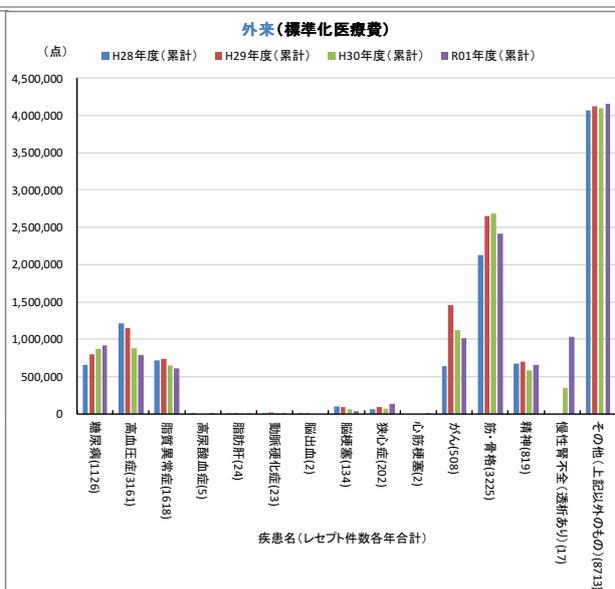
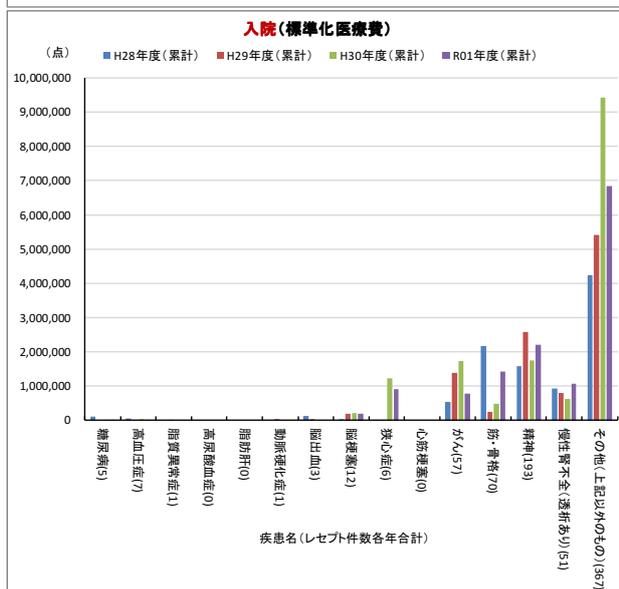
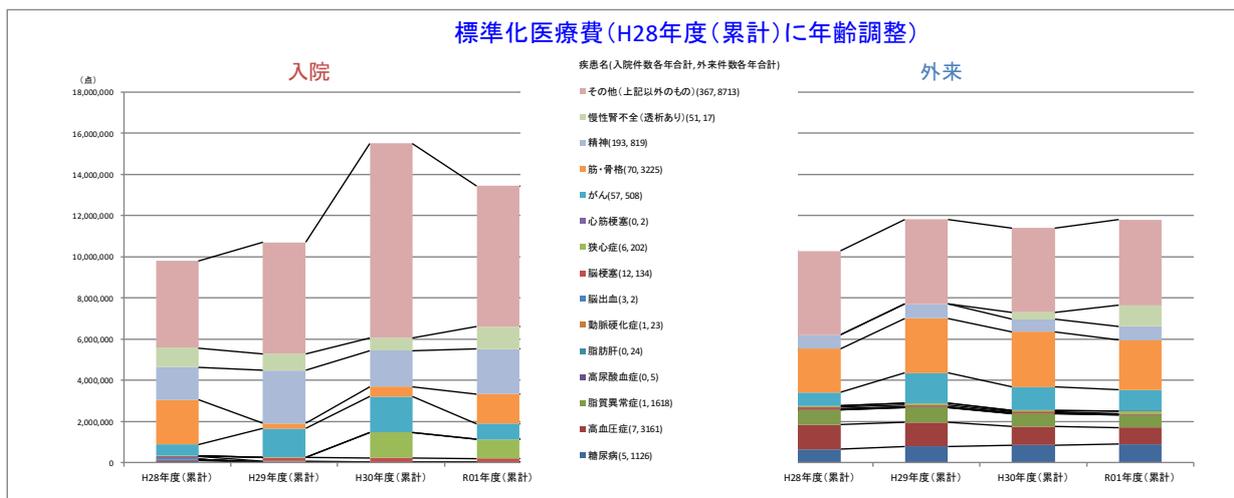


国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。
 Ver. 1.0 (2017.12) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「都道府県医療費適正化計画推進のための健康・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 横山徹爾)

疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳

2020年7月13日

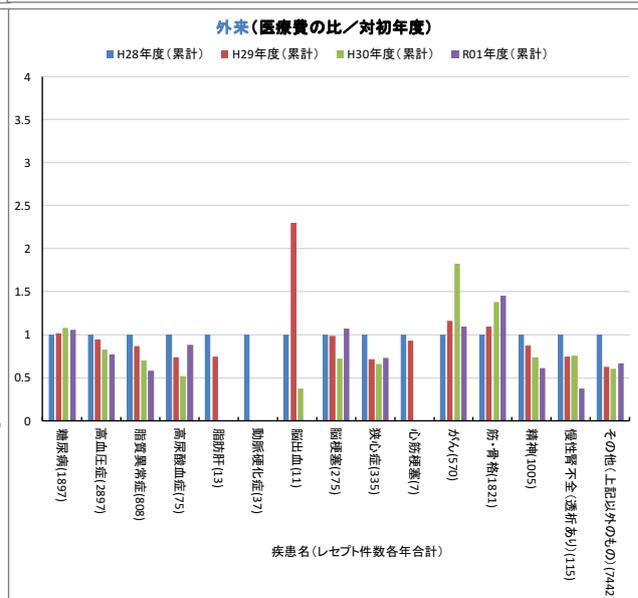
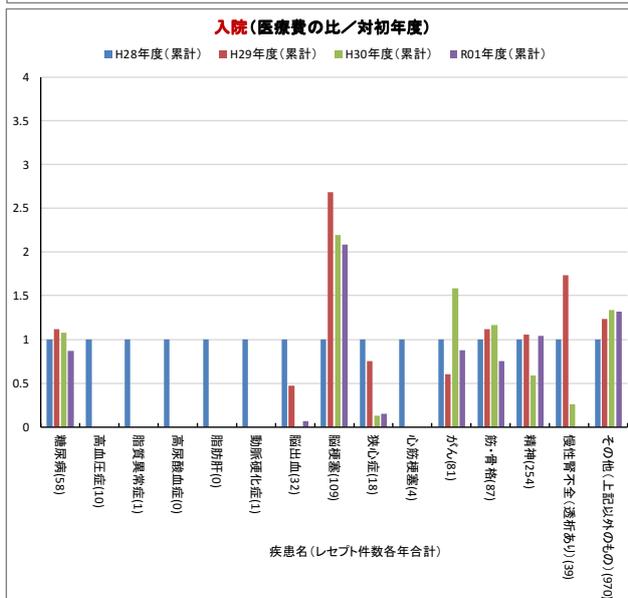
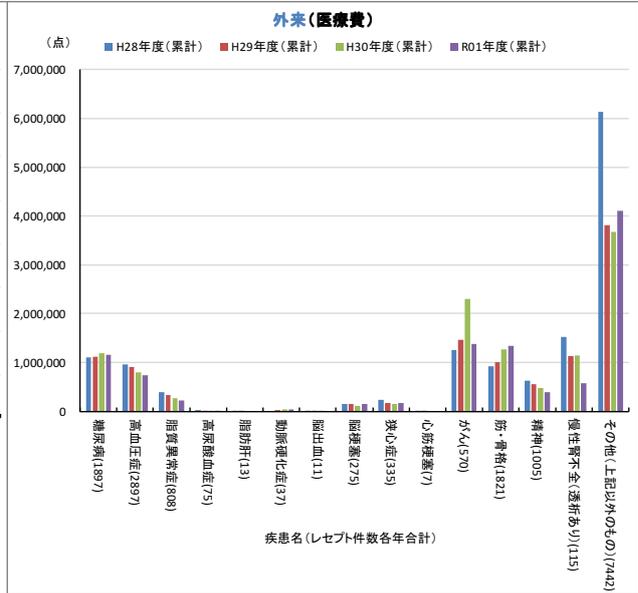
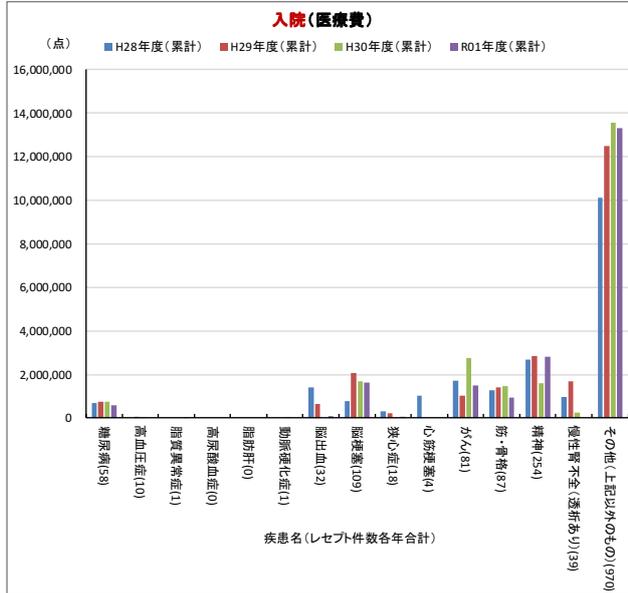
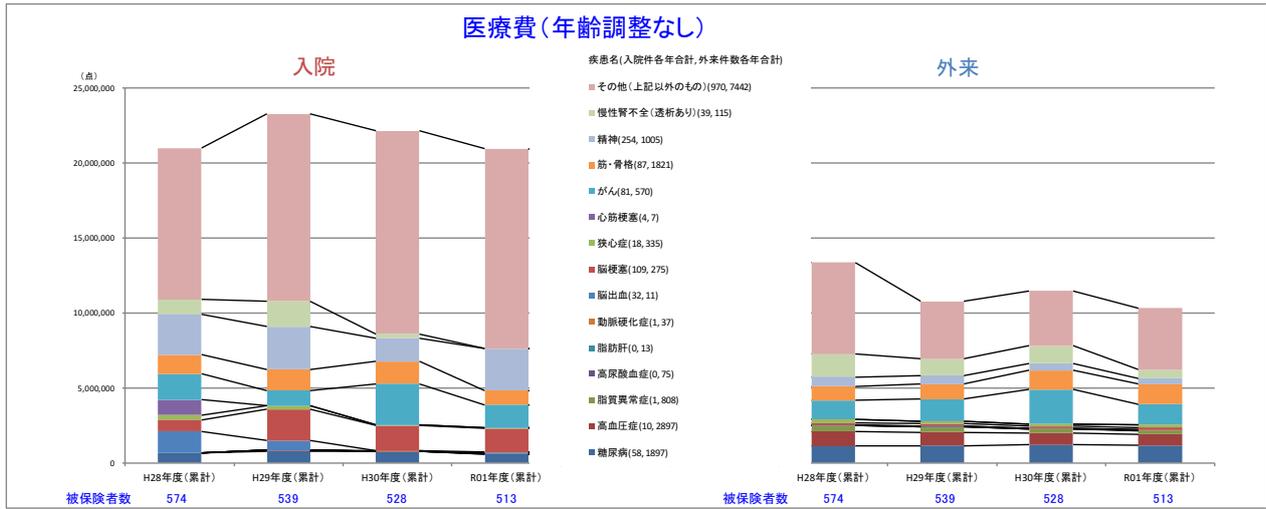


国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。
 Ver. 1.0 (2017.12.7) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「創造府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 横山徹爾)

疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 H28年度(累計)~R01年度(累計) 男性 0~74歳

2020年7月13日

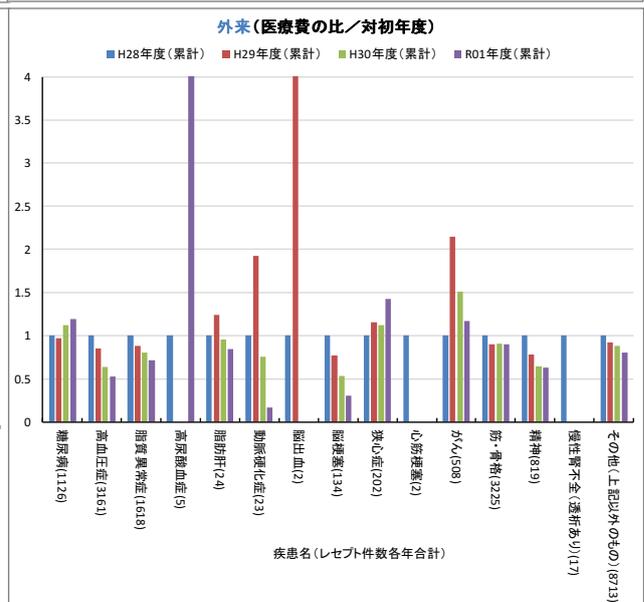
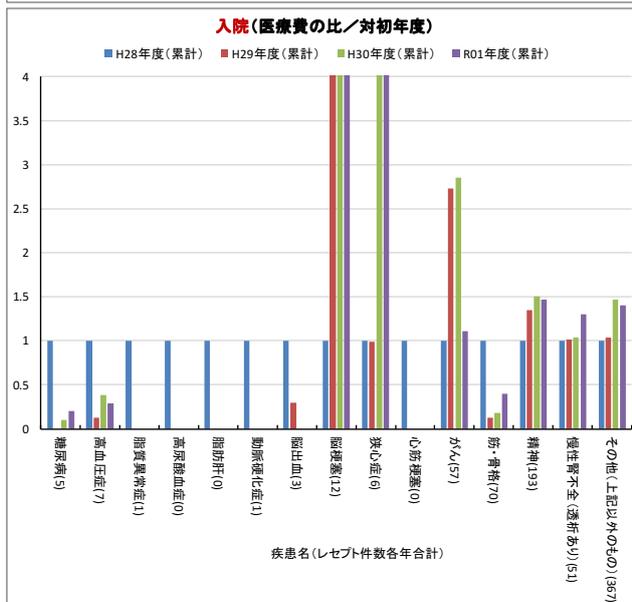
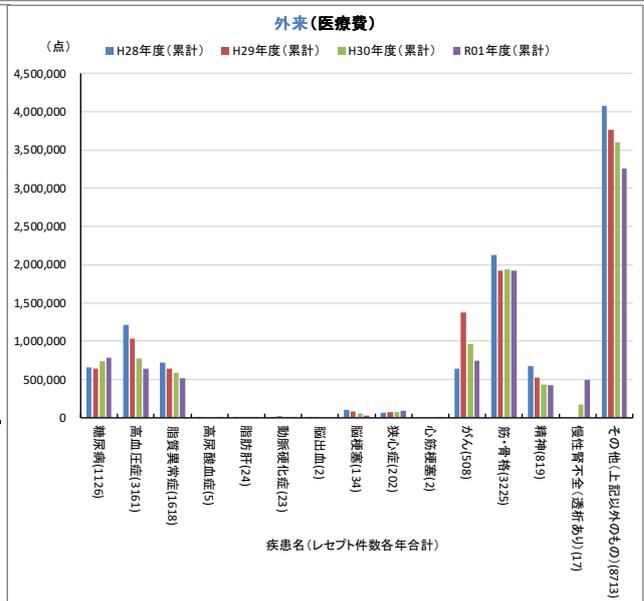
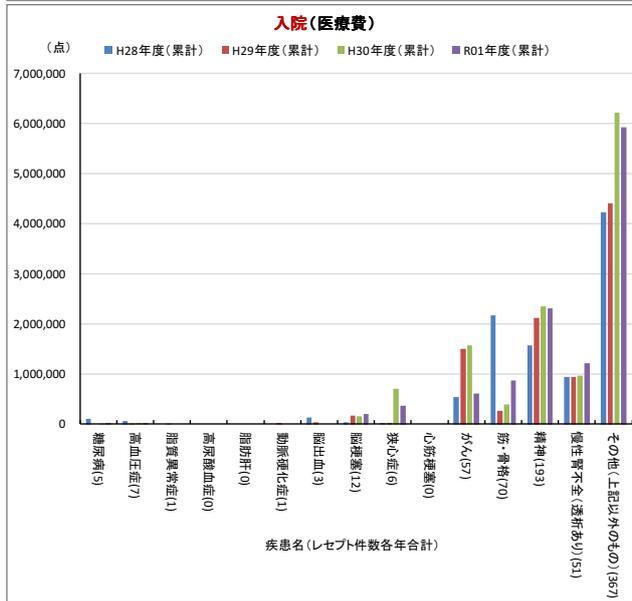
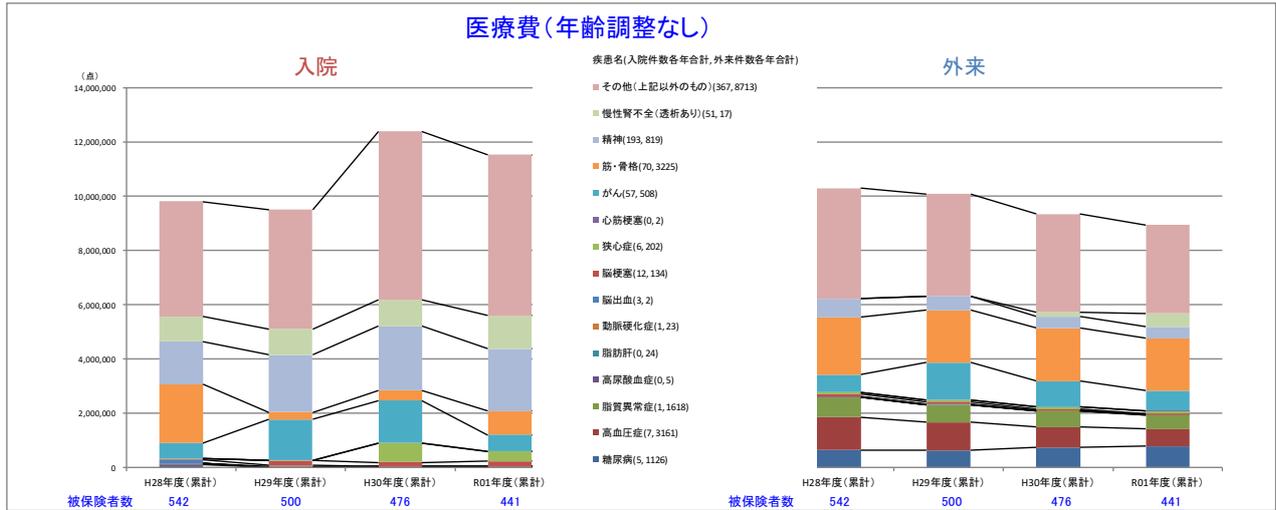


国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。
 Ver. 1.0 (2017.12.7) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「都道府県医療費適正化計画推進のための健康・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表:横山徹南)

疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 H28年度(累計)~R01年度(累計) 女性 0~74歳

2020年7月13日



国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。
 Ver. 1.0 (2017.12.7) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 横山徹爾)

②生活習慣病

重症疾患の発生状況において、虚血性心疾患よりも脳血管疾患、特に令和元年度では新規の脳梗塞患者数が11名発生している。

基礎疾患として、高血圧、脂質異常症の患者数の減少となっている。高尿酸血症、糖尿病は、年度による増減はあるが減少傾向にある。また人工透析については、患者数はほぼ横ばいである。(表3, 4)

表3

【重症疾患】

疾病の発生状況の経年変化
疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

	虚血性心疾患									
	新規患者数※1	増減	心筋梗塞				狭心症			
			患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率
H28年度	6.0		3.4		10,379,620		59,800		3,228,580	
H29年度	4.0	-2.0	2.3	-1.1	0	-100.0%	51,700	-8.1	2,463,860	-23.7%
H30年度	3.0	-1.0	2.0	-0.3	0		51,300	-0.4	7,473,780	203.3%
R1年度	2.0	-1.0	2.1	0.1	0		49,300	-2.0	4,116,420	-44.9%
R2年度										
R3年度										

	脳血管疾患													
	新規患者数※1	増減	脳梗塞						脳出血					
			新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率
H28年度	7.0		4		68.3		8,079,680		3.0		10.8		15,345,430	
H29年度	9.0	2.0	6	2.0	57.8	-10.5	22,501,480	178.5%	3.0	0.0	11.4	0.6	6,944,880	-54.7%
H30年度	8.0	-1.0	8	2.0	56.4	-1.4	18,540,250	-17.6%	0.0	-3.0	6.3	-5.1	0	-100.0%
R1年度	12.0	4.0	11	3.0	53.2	-3.2	18,054,850	-2.6%	1.0	1.0	6.5	0.2	911,210	
R2年度														
R3年度														

※1: 新規患者は費用額〇円以上のレセプトを新規とみなし患者数をカウントする
※2: 入院医療費については最大医療資源傷病名をカウントする

人工透析を算定しているレセプト集計

	件数	患者数	新規患者数	糖尿病有病者数	合計金額
H28年度	69	8人	0人	4人	45,454,470円
H29年度	79	7人	1人	5人	55,611,890円
H30年度	83	7人	1人	4人	52,018,430円
R1年度	76	7人	0人	4人	43,030,670円
R2年度					
R3年度					

表4

【基礎疾患】

表16) 疾病の発症状況と経年変化(2)
共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

KDB帳票No40 令和2年7月1日抽出

疾患	糖尿病				高血圧				脂質異常症				高尿酸血症							
	患者数	増減	増減率	新規患者数(患者千人当たり)		患者数	増減	増減率	新規患者数(患者千人当たり)		患者数	増減	増減率	新規患者数(患者千人当たり)						
				保険者	同規模				保険者	同規模				保険者	同規模					
平成28年	138			9.12	15.42	366			24.32	15.98	247			15.20	11.37	77			1.52	3.19
平成29年	126	-12	-9%	16.98	16.59	322	-44	-12%	25.47	15.64	230	-17	-7%	11.88	10.85	73	-4	-5%	5.09	2.91
平成30年	125	-1	-1%	8.62	17.32	305	-17	-5%	27.59	16.28	223	-7	-3%	10.34	12.37	62	-11	-15%	1.72	3.50
令和01年	134	9	7%	14.49	16.17	290	-15	-5%	9.06	15.87	222	-1	-0%	7.25	10.62	71	9	15%	7.25	3.18
令和02年																				
令和03年																				

【健診情報】

男女共に HbA1c は 5 割以上が有所見となっており、65~74 歳の有所見割合が 40~64 歳に比べ高い。また男性では、腹囲が増加。収縮期血圧は横ばいで、特に 65~74 歳で 5 割以上が有所見となっている。女性は、LDL-C 有所見が 5 割以上、特に 65~74 歳の有所見割合が 40~64 歳に比べ高い。(表 5)

男性は、メタボ予備軍は H29 年度から徐々に減少はしつつあるが H28 年度に比べると増加している。リスク別にみると高血糖は増減あるがほぼ横ばい、高血圧、脂質異常症は H29 年度増加するがそれ以降は減少傾向。メタボ該当者は増減を繰り返している。リスク別にみると血圧+脂質について増加している。女性は、メタボ予備軍、該当者共に減少傾向、リスク別にみても減少している。(表 6)

男性 BMI25 以上、HbA1c、収縮期・拡張期血圧は横ばいであるが、依然として国に比べ高くなっている。ALT31 以上は増減しつつ増加傾向、尿酸 7.0 以上は増加、国より高い。(図 7)

女性 BMI25 以上、HbA1c、収縮期血圧、LDL-C は横ばいであるが、国より高い。ALT31 以上は増加傾向、国より高い。腹囲 90 以上は徐々に減少、R1 年は国より低くなっている。(図 8)

生活習慣の変化については、1 日 30 分以上運動なしの人の割合が増減あるが初年度より減少。毎日飲酒が増減あるが初年度より増加。その他はほぼ横ばいである。(表 9)

男女共に年齢別では若年層の受診率が低い。男女別にみると女性の受診率が高い。全体の受診率は、多少増減はあるが、増加傾向にある。(表 10、図 11)

特定保健指導では、利用率は積極的が H26 から 29 年までは増加、H30 年は減少、動機づけが H26 から 28 年までが増加、H29 から減少している。終了率は、積極的が H29 から低下、動機づけも H28 からやや低下している。(表 12)

表 5

【有所見】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

KDB帳票No23 令和2年7月1日抽出

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	44	25.7	75	43.9	33	19.3	29	17.0	12	7.0	0	0.0	111	64.9	33	19.3	92	53.8	48	28.1	70	40.9	7	4.1
	40-64	17	31.5	22	40.7	19	35.2	11	20.4	7	13.0	0	0.0	30	55.6	12	22.2	29	53.7	18	33.3	23	42.6	0	0.0
	65-74	27	23.1	53	45.3	14	12.0	18	15.4	5	4.3	0	0.0	81	69.2	21	17.9	63	53.8	30	25.6	47	40.2	7	6.0
H 2 9	合計	65	33.0	106	53.8	50	25.4	38	19.3	18	9.1	0	0.0	126	64.0	28	14.2	100	50.8	48	24.4	80	40.6	3	1.5
	40-64	20	35.1	30	52.6	15	26.3	12	21.1	6	10.5	0	0.0	28	49.1	9	15.8	23	40.4	16	28.1	27	47.4	0	0.0
	65-74	45	32.1	76	54.3	35	25.0	26	18.6	12	8.6	0	0.0	98	70.0	19	13.6	77	55.0	32	22.9	53	37.9	3	2.1
H 3 0	合計	63	33.5	86	45.7	40	21.3	25	13.3	15	8.0	1	0.5	118	62.8	50	26.6	95	50.5	53	28.2	88	46.8	9	4.8
	40-64	20	35.1	27	47.4	16	28.1	7	12.3	4	7.0	0	0.0	28	49.1	19	33.3	26	45.6	20	35.1	32	56.1	1	1.8
	65-74	43	32.8	59	45.0	24	18.3	18	13.7	11	8.4	1	0.8	90	68.7	31	23.7	69	52.7	33	25.2	56	42.7	8	6.1
R 0 1	合計	65	36.7	87	49.2	37	20.9	41	23.2	14	7.9	0	0.0	119	67.2	42	23.7	97	54.8	46	26.0	68	38.4	6	3.4
	40-64	24	42.1	26	45.6	15	26.3	19	33.3	3	5.3	0	0.0	31	54.4	15	26.3	25	43.9	16	28.1	21	36.8	0	0.0
	65-74	41	34.2	61	50.8	22	18.3	22	18.3	11	9.2	0	0.0	88	73.3	27	22.5	72	60.0	30	25.0	47	39.2	6	5.0
R 0 2	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R 0 3	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	74	33.3	54	24.3	40	18.0	22	9.9	6	2.7	0	0.0	158	71.2	3	1.4	96	43.2	24	10.8	119	53.6	1	0.5
	40-64	15	28.3	9	17.0	2	3.8	6	11.3	0	0.0	0	0.0	30	56.6	0	0.0	11	20.8	4	7.5	25	47.2	0	0.0
	65-74	59	34.9	45	26.6	38	22.5	16	9.5	6	3.6	0	0.0	128	75.7	3	1.8	85	50.3	20	11.8	94	55.6	1	0.6
H 2 9	合計	78	32.9	54	22.8	53	22.4	22	9.3	4	1.7	0	0.0	150	63.3	6	2.5	120	50.6	34	14.3	124	52.3	0	0.0
	40-64	19	34.5	9	16.4	8	14.5	6	10.9	0	0.0	0	0.0	25	45.5	1	1.8	13	23.6	8	14.5	27	49.1	0	0.0
	65-74	59	32.4	45	24.7	45	24.7	16	8.8	4	2.2	0	0.0	125	68.7	5	2.7	107	58.8	26	14.3	97	53.3	0	0.0
H 3 0	合計	66	31.0	39	18.3	45	21.1	23	10.8	5	2.3	0	0.0	137	64.3	5	2.3	99	46.5	26	12.2	125	58.7	1	0.5
	40-64	19	43.2	8	18.2	5	11.4	5	11.4	0	0.0	0	0.0	21	47.7	0	0.0	12	27.3	7	15.9	24	54.5	0	0.0
	65-74	47	27.8	31	18.3	40	23.7	18	10.7	5	3.0	0	0.0	116	68.6	5	3.0	87	51.5	19	11.2	101	59.8	1	0.6
R 0 1	合計	54	29.8	27	14.9	29	16.0	16	8.8	1	0.6	0	0.0	122	67.4	6	3.3	82	45.3	28	15.5	109	60.2	1	0.6
	40-64	13	32.5	5	12.5	3	7.5	5	12.5	0	0.0	0	0.0	23	57.5	2	5.0	14	35.0	8	20.0	23	57.5	0	0.0
	65-74	41	29.1	22	15.6	26	18.4	11	7.8	1	0.7	0	0.0	99	70.2	4	2.8	68	48.2	20	14.2	86	61.0	1	0.7
R 0 2	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R 0 3	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

表 6

【メタボ】

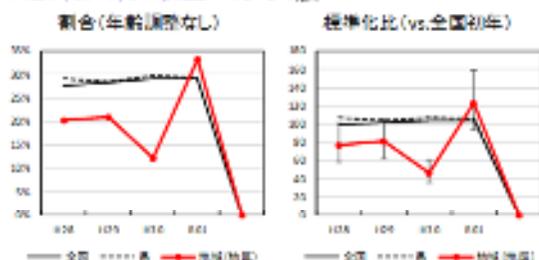
メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

KDB帳票No24 令和2年7月1日抽出

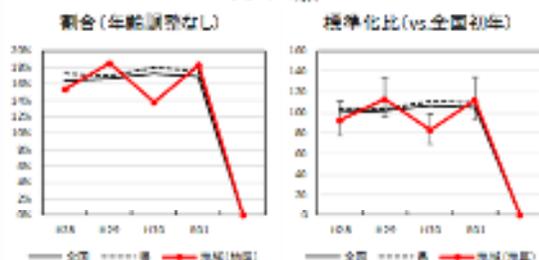
性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	171	38.8	13	7.6	26	15.2	4	2.3	19	11.1	3	1.8	36	21.1	14	8.2	3	1.8	12	7.0	7	4.1				
	40-64	54	30.7	5	9.3	8	14.8	0	0.0	6	11.1	2	3.7	9	16.7	1	1.9	2	3.7	6	11.1	0	0.0				
	65-74	117	44.2	8	6.8	18	15.4	4	3.4	13	11.1	1	0.9	27	23.1	13	11.1	1	0.9	6	5.1	7	6.0				
H 2 9	合計	197	48.0	16	8.1	39	19.8	2	1.0	29	14.7	8	4.1	51	25.9	18	9.1	4	2.0	13	6.6	16	8.1				
	40-64	57	36.1	6	10.5	13	22.8	0	0.0	10	17.5	3	5.3	11	19.3	4	7.0	0	0.0	4	7.0	3	5.3				
	65-74	140	55.6	10	7.1	26	18.6	2	1.4	19	13.6	5	3.6	40	28.6	14	10.0	4	2.9	9	6.4	13	9.3				
H 3 0	合計	188	45.6	12	6.4	34	18.1	4	2.1	25	13.3	5	2.7	40	21.3	14	7.4	1	0.5	13	6.9	12	6.4				
	40-64	57	38.3	7	12.3	6	10.5	0	0.0	4	7.0	2	3.5	14	24.6	6	10.5	1	1.8	5	8.8	2	3.5				
	65-74	131	49.8	5	3.8	28	21.4	4	3.1	21	16.0	3	2.3	26	19.8	8	6.1	0	0.0	8	6.1	10	7.6				
R 0 1	合計	177	43.3	15	8.5	30	16.9	5	2.8	21	11.9	4	2.3	42	23.7	13	7.3	2	1.1	16	9.0	11	6.2				
	40-64	57	41.9	5	8.8	9	15.8	2	3.5	5	8.8	2	3.5	12	21.1	4	7.0	0	0.0	4	7.0	4	7.0				
	65-74	120	44.0	10	8.3	21	17.5	3	2.5	16	13.3	2	1.7	30	25.0	9	7.5	2	1.7	12	10.0	7	5.8				
R 0 2	合計																										
	40-64																										
	65-74																										
R 0 3	合計																										
	40-64																										
	65-74																										

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖			高血圧			脂質異常症			該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	222	54.1	6	2.7	16	7.2	2	0.9	12	5.4	2	0.9	32	14.4	12	5.4	0	0.0	10	4.5	10	4.5				
	40-64	53	46.5	5	9.4	4	7.5	0	0.0	3	5.7	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	65-74	169	57.1	1	0.6	12	7.1	2	1.2	9	5.3	1	0.6	32	18.9	12	7.1	0	0.0	10	5.9	10	5.9				
H 2 9	合計	237	61.7	7	3.0	12	5.1	0	0.0	9	3.8	3	1.3	35	14.8	6	2.5	1	0.4	11	4.6	17	7.2				
	40-64	55	52.4	4	7.3	2	3.6	0	0.0	1	1.8	1	1.8	3	5.5	0	0.0	0	0.0	1	1.8	2	3.6				
	65-74	182	65.2	3	1.6	10	5.5	0	0.0	8	4.4	2	1.1	32	17.6	6	3.3	1	0.5	10	5.5	15	8.2				
H 3 0	合計	213	59.0	6	2.8	10	4.7	3	1.4	5	2.3	2	0.9	23	10.8	6	2.8	1	0.5	9	4.2	7	3.3				
	40-64	44	47.3	4	9.1	2	4.5	1	2.3	1	2.3	0	0.0	2	4.5	1	2.3	0	0.0	0	0.0	1	2.3				
	65-74	169	63.1	2	1.2	8	4.7	2	1.2	4	2.4	2	1.2	21	12.4	5	3.0	1	0.6	9	5.3	6	3.6				
R 0 1	合計	181	54.2	3	1.7	10	5.5	3	1.7	6	3.3	1	0.6	14	7.7	5	2.8	1	0.6	4	2.2	4	2.2				
	40-64	40	44.9	0	0.0	3	7.5	1	2.5	1	2.5	1	2.5	2	5.0	1	2.5	0	0.0	0	0.0	1	2.5				
	65-74	141	57.6	3	2.1	7	5.0	2	1.4	5	3.5	0	0.0	12	8.5	4	2.8	1	0.7	4	2.8	3	2.1				
R 0 2	合計																										
	40-64																										
	65-74																										
R 0 3	合計																										
	40-64																										
	65-74																										

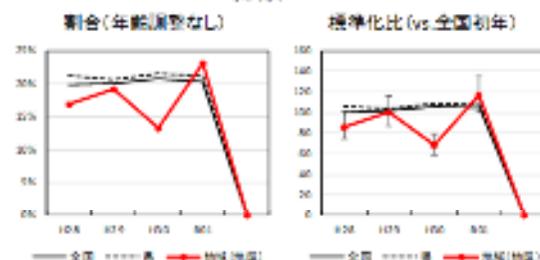
ALT(GPT)31以上 40-64歳



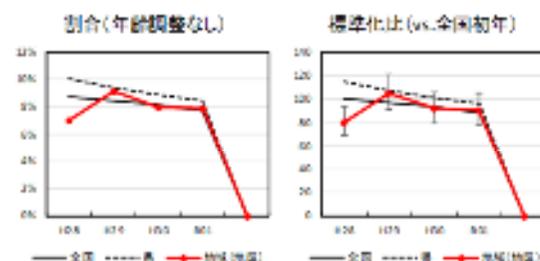
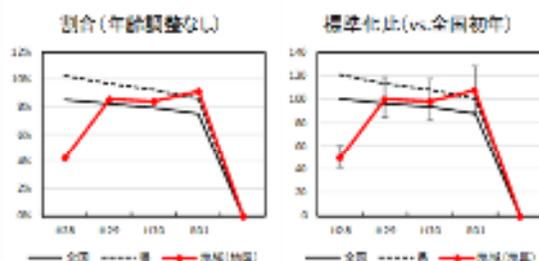
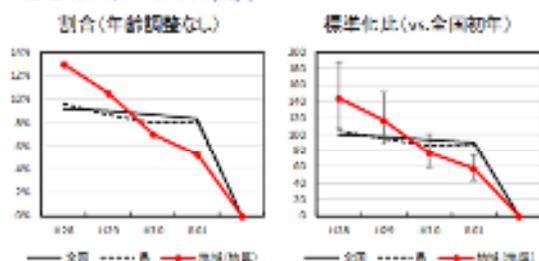
65-74歳



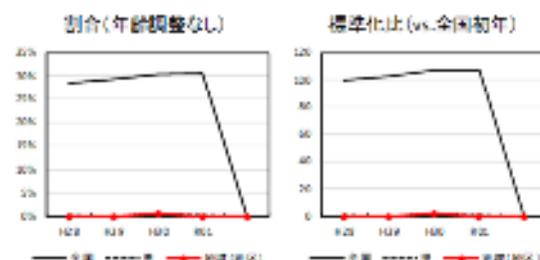
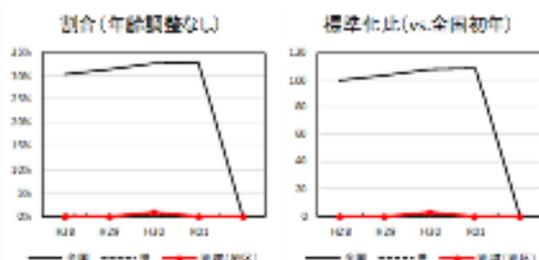
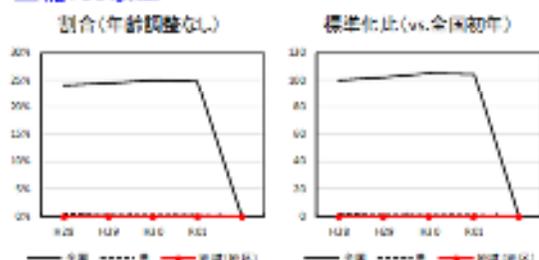
総数



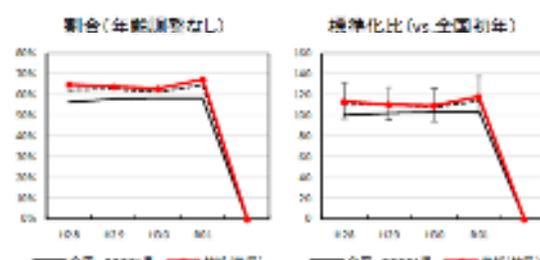
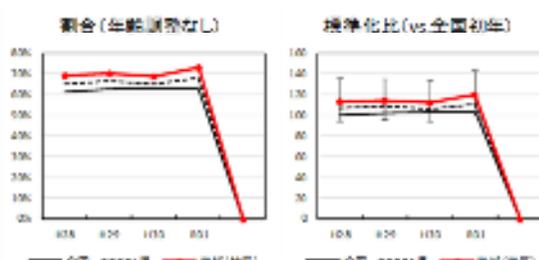
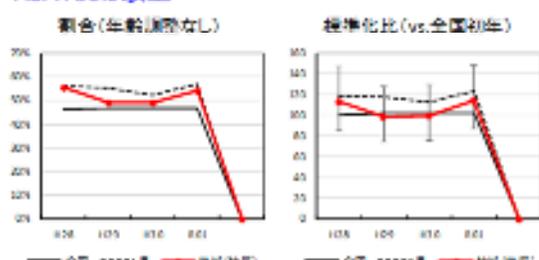
HDLコレステロール40未満



血糖100以上



HbA1c5.6以上

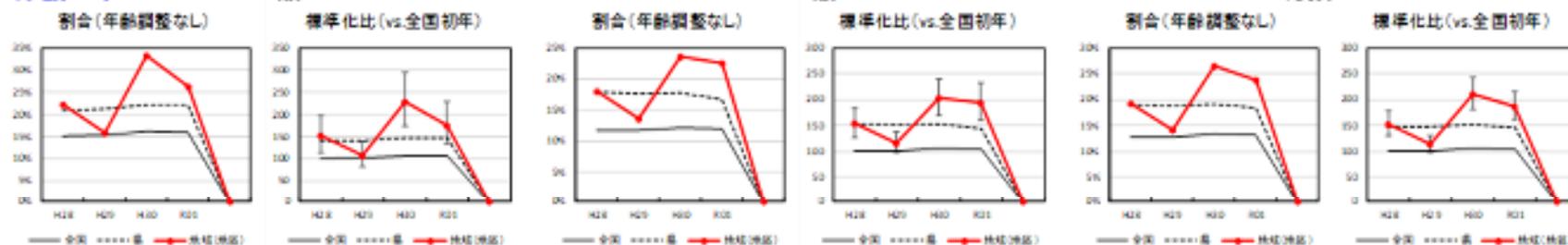


尿酸7.0以上

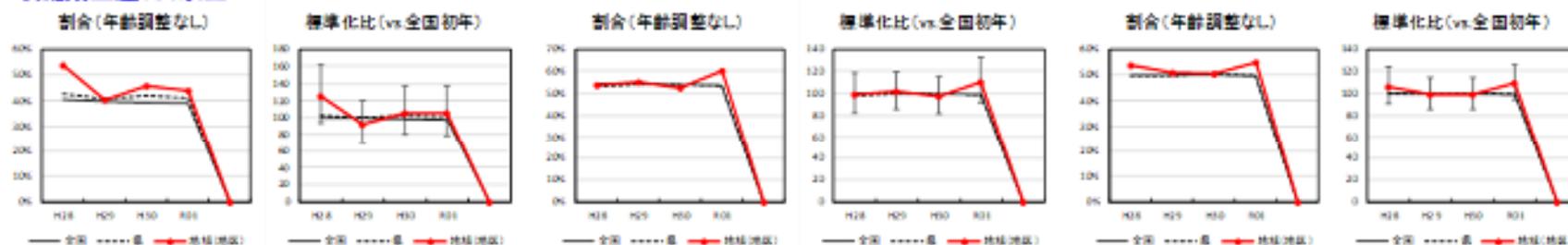
40-64歳

65-74歳

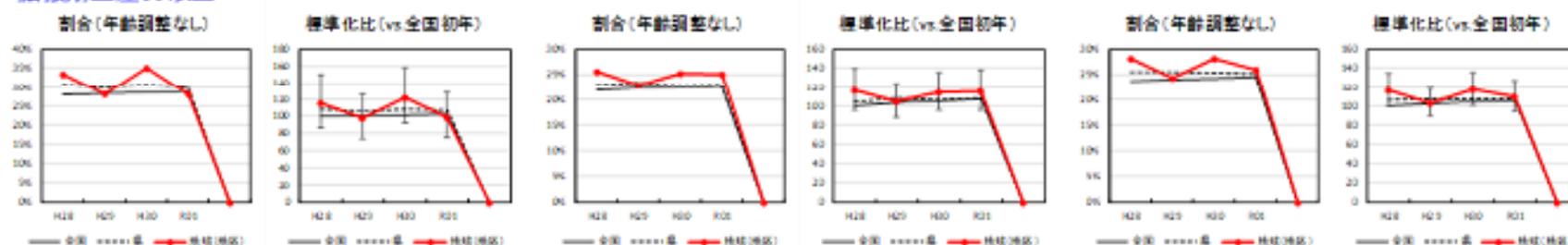
総数



収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上

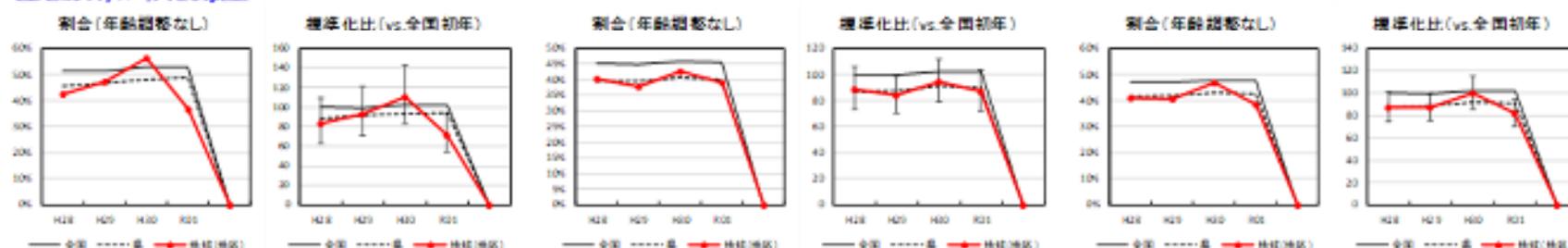


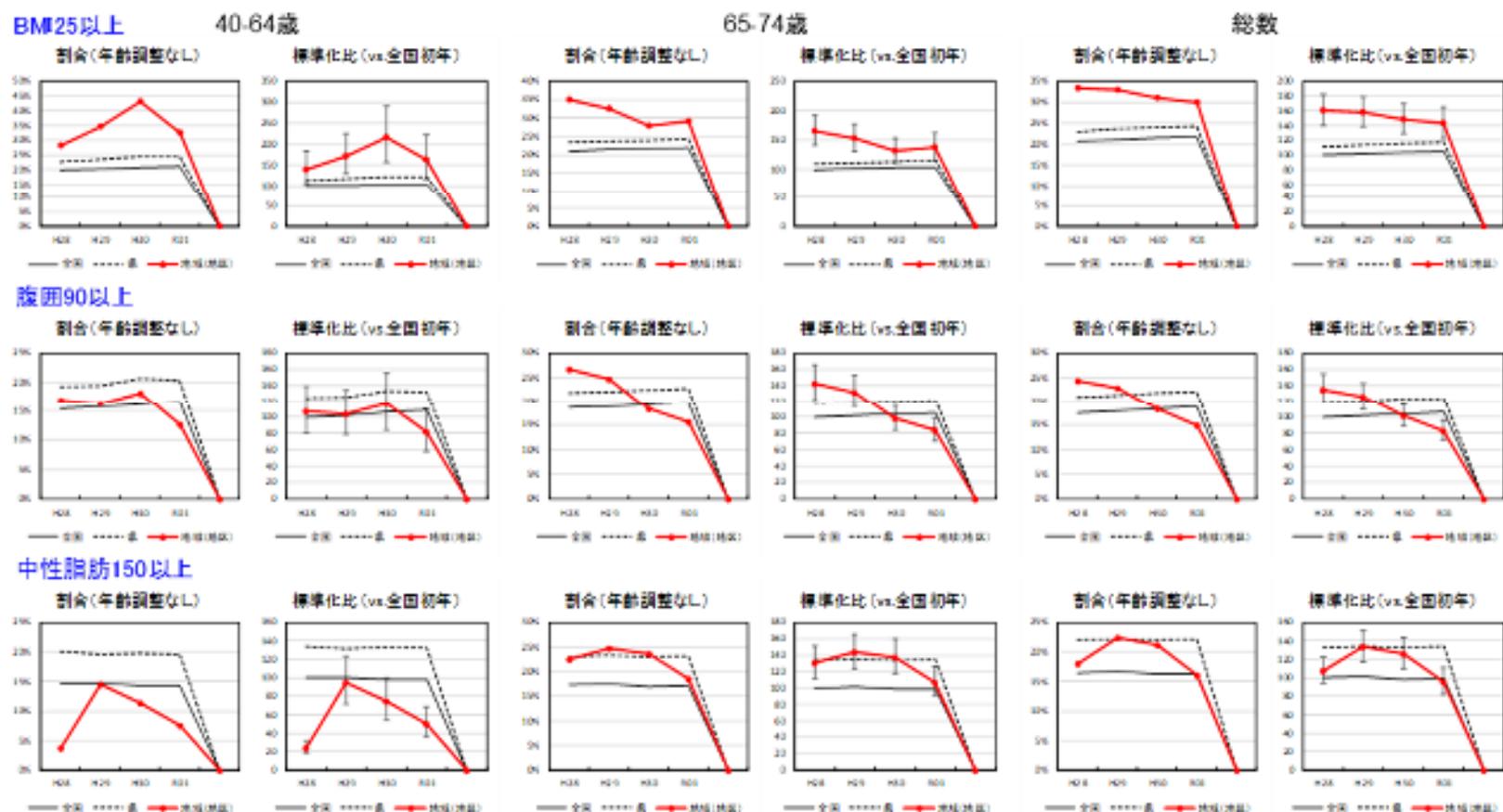
図 8

厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢調整)の経年推移【女性】

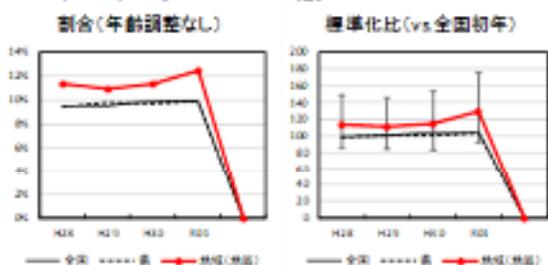
健診受診者数	H28	H29	H30	R01
40-64歳				
全国	1386623	1294798	1233141	1122276
県	6647	1672	7675	7016
地域(地区)	33	55	84	40
65-74歳				
全国	2087899	2932440	2999929	2768214
県	16625	16844	19321	18521
地域(地区)	169	182	189	181
総数				
全国	4264522	4227148	4140070	3890490
県	27372	26718	26996	25536
地域(地区)	202	237	212	181

作成日: 2020/7/13
 保険者番号: 390918
 保険者名: 大田町
 業種:

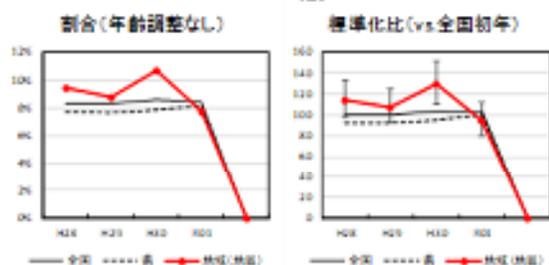
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢別)より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした簡便法による。調整値は95%信頼区間。



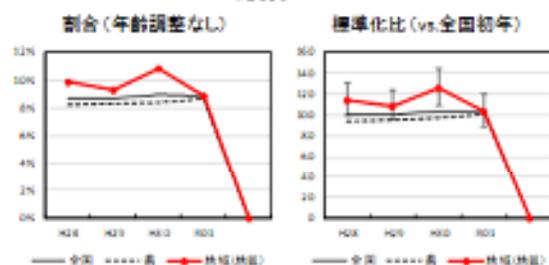
ALT(GPT)31以上 40-64歳



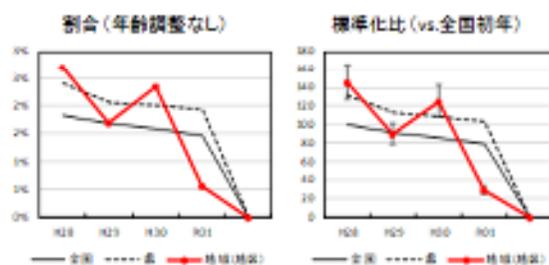
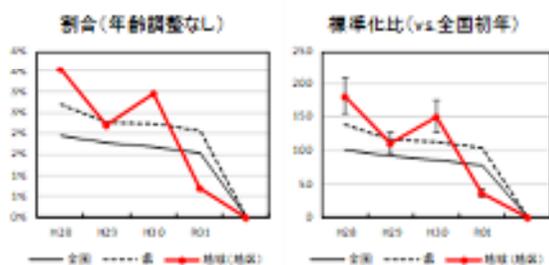
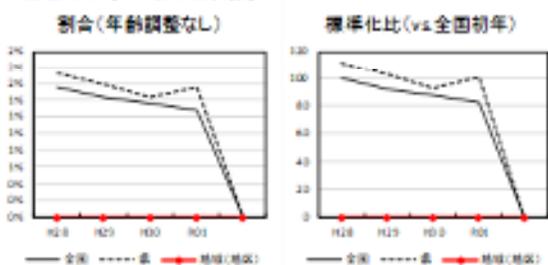
65-74歳



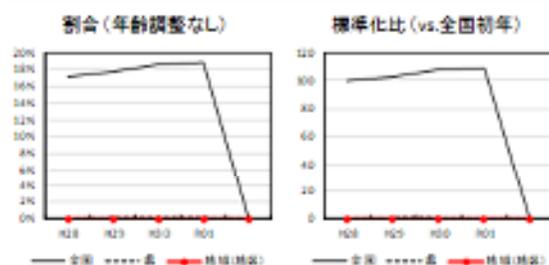
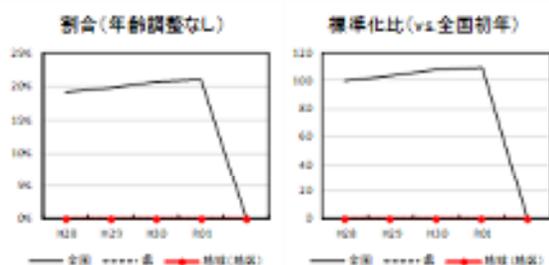
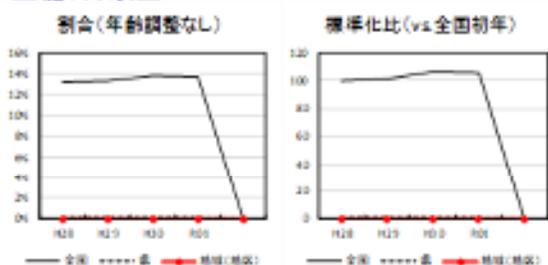
総数



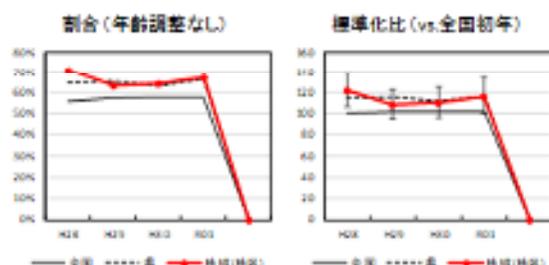
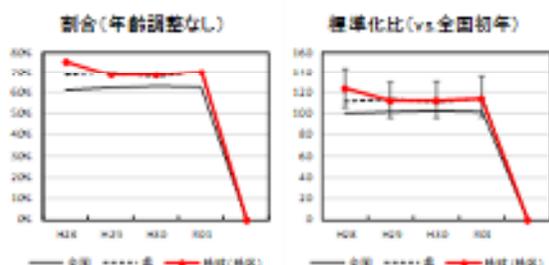
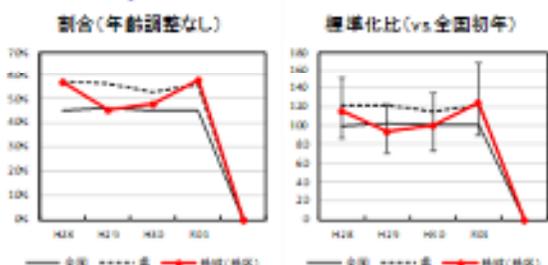
HDLコレステロール40未満



血糖100以上



HbA1c5.6以上

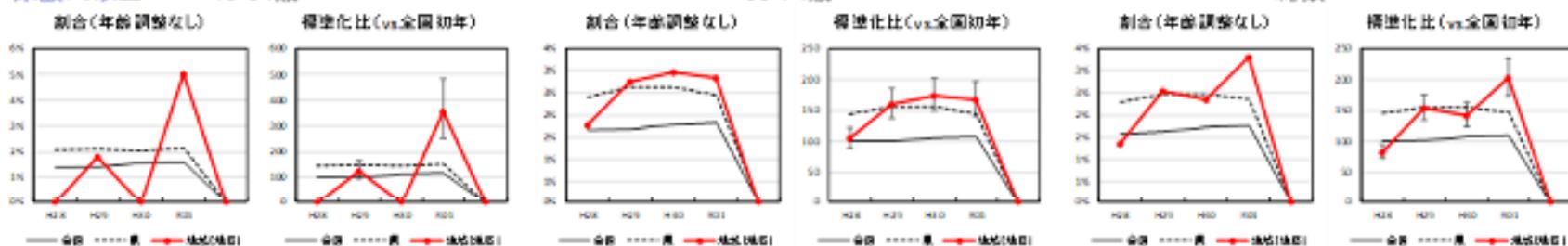


尿酸7.0以上

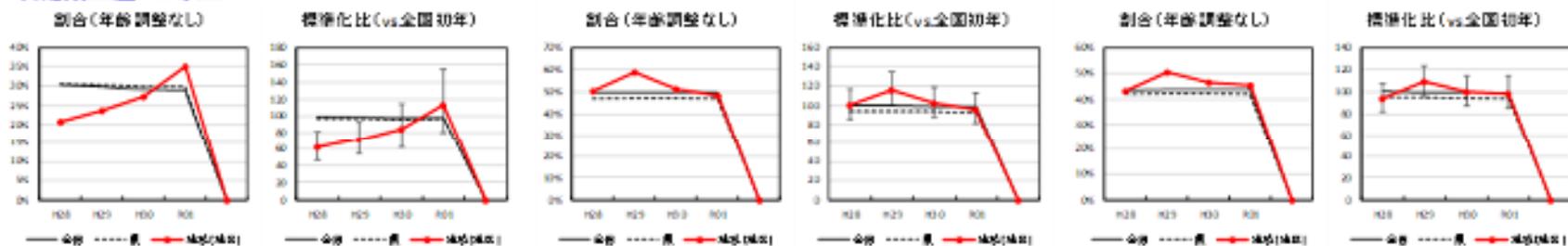
40-64歳

65-74歳

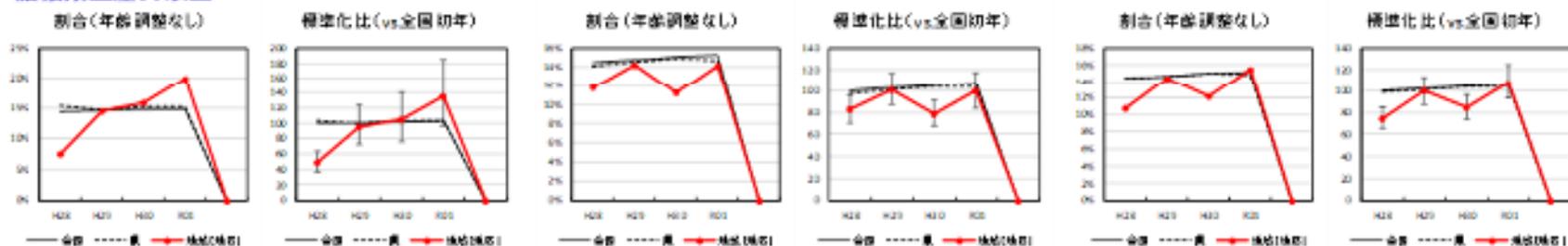
総数



収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上

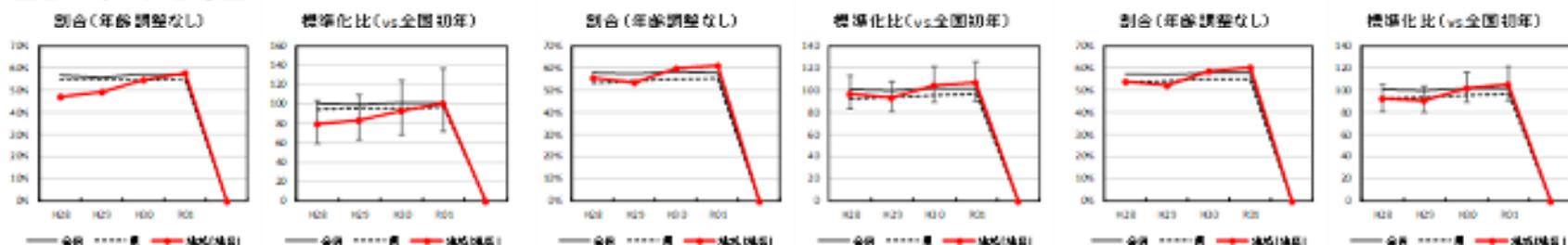


表 9
【質問票】

生活習慣の変化

KDB帳票№1 令和2年7月1日抽出

項目	①			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬		⑭	
	服薬														喫煙	週3回以上朝食を抜く	週3回以上夕食後間食	週3回以上就寝前夕食
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	噛みにくい	ほとんど噛めない	毎日	時々											
平成28年	38.9%	10.2%	12.0%	14.0%	8.1%	12.5%	19.1%	30.8%	35.1%	65.1%	38.9%	27.7%	28.8%	21.6%				
平成29年	39.4%	12.7%	14.3%	15.7%	6.7%	14.1%	20.7%	32.0%	38.7%	63.4%	40.6%	24.7%	29.7%	18.0%				
平成30年	39.2%	10.0%	16.2%	16.0%	9.5%	0.0%	20.8%	31.7%	35.2%	59.9%	39.7%	25.4%	28.4%	20.4%	24.4%	0.0%	16.5%	57.9%
令和01年	36.9%	8.1%	15.9%	15.1%	7.3%	0.0%	19.3%	29.1%	38.5%	61.5%	38.0%	26.8%	30.7%	19.6%	19.0%	0.8%	19.6%	55.6%
令和02年																		
令和03年																		

表 10
【健診 法定報告】

性・年齢階級別 特定健診受診率(法定報告)

男	H26			H27			H28			H29			H30		
	対象者	受診者	受診率												
40～44歳	19	2	10.5%	14	3	21.4%	15	4	26.7%	14	5	35.7%	18	5	27.8%
45～49歳	18	4	22.2%	19	4	21.1%	24	6	25.0%	21	3	14.3%	16	5	31.3%
50～54歳	31	10	32.3%	30	12	40.0%	24	6	25.0%	23	9	39.1%	23	7	30.4%
55～59歳	43	9	20.9%	42	8	19.0%	34	12	35.3%	26	9	34.6%	29	11	37.9%
60～64歳	96	35	36.5%	82	40	48.8%	77	26	33.8%	72	31	43.1%	62	29	46.8%
65～69歳	123	41	33.3%	143	58	40.6%	158	63	39.9%	135	70	51.9%	131	68	51.9%
70～74歳	125	55	44.0%	111	58	52.3%	107	54	50.5%	118	71	60.2%	131	61	46.6%
合計	455	156	34.3%	441	183	41.5%	439	171	39.0%	409	198	48.4%	410	186	45.4%

女	H26			H27			H28			H29			H30		
	対象者	受診者	受診率												
40～44歳	13	1	7.7%	10	3	30.0%	10	2	20.0%	9	3	33.3%	11	3	27.3%
45～49歳	9	3	33.3%	9	3	33.3%	9	3	33.3%	8	4	50.0%	11	2	18.2%
50～54歳	15	6	40.0%	17	9	52.9%	13	7	53.8%	14	8	57.1%	11	6	54.5%
55～59歳	30	14	46.7%	22	10	45.5%	23	10	43.5%	19	7	36.8%	18	12	66.7%
60～64歳	68	32	47.1%	69	36	52.2%	58	31	53.4%	55	33	60.0%	41	21	51.2%
65～69歳	134	75	56.0%	134	77	57.5%	134	78	58.2%	126	69	54.8%	121	72	59.5%
70～74歳	191	91	47.6%	186	92	49.5%	162	91	56.2%	153	113	73.9%	147	97	66.0%
合計	460	222	48.3%	447	230	51.5%	409	222	54.3%	384	237	61.7%	360	213	59.2%

図 11

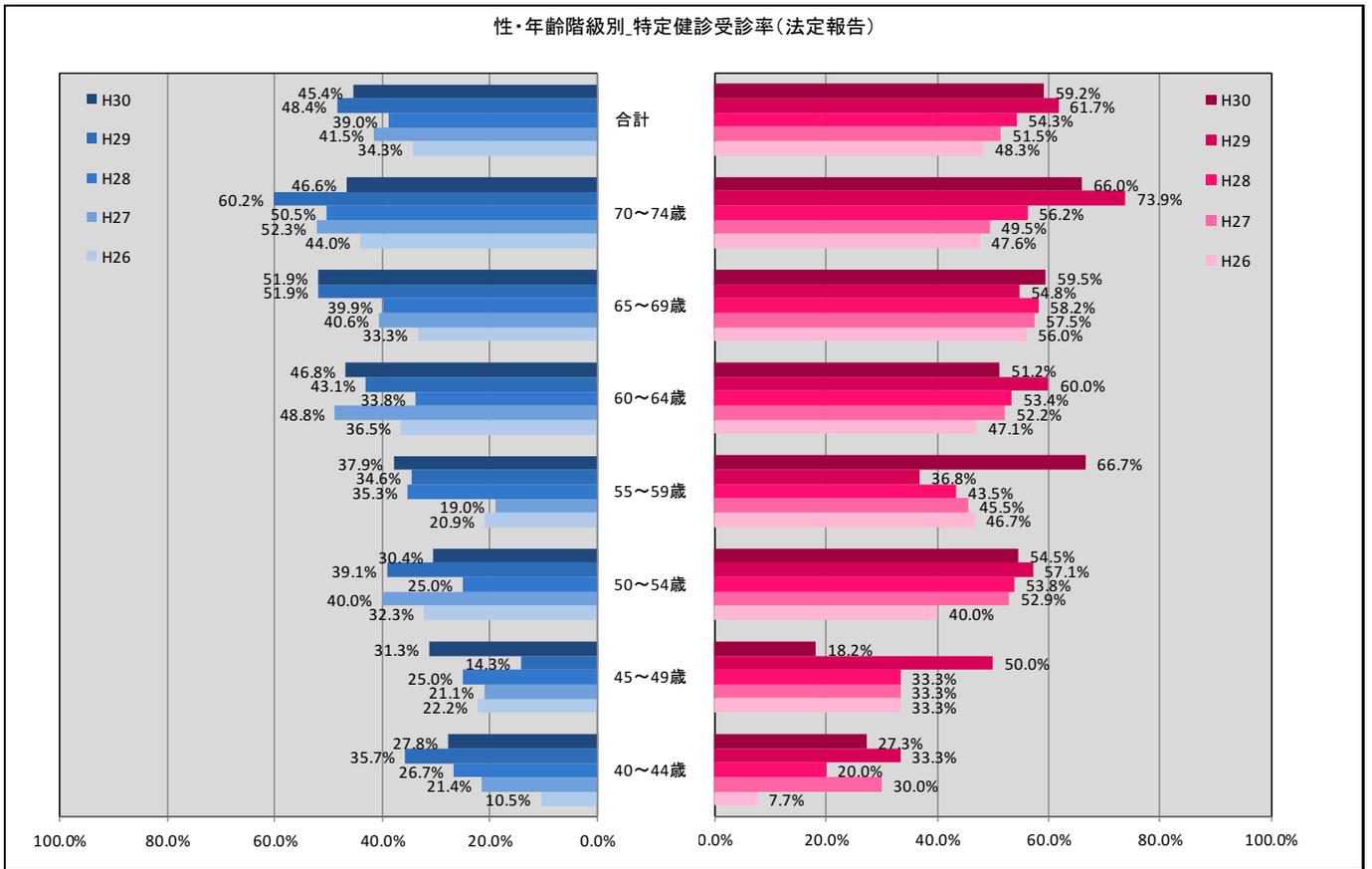
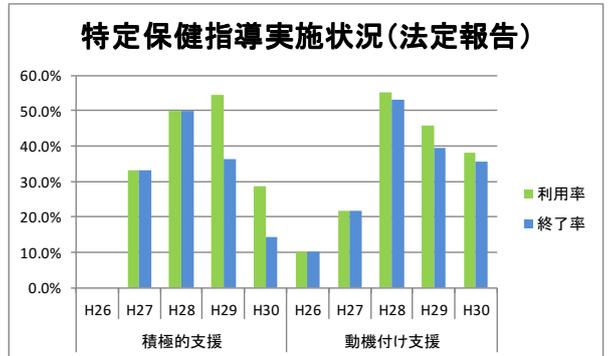


表 12

特定保健指導実施状況(法定報告)

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極の支援	H26	9	0	0	0.0%	0.0%
	H27	6	2	2	33.3%	33.3%
	H28	6	3	3	50.0%	50.0%
	H29	11	6	4	54.5%	36.4%
	H30	7	2	1	28.6%	14.3%
動機付け支援	H26	40	4	4	10.0%	10.0%
	H27	46	10	10	21.7%	21.7%
	H28	47	26	25	55.3%	53.2%
	H29	48	22	19	45.8%	39.6%
	H30	42	16	15	38.1%	35.7%



5. 指標の経年データ（様式1）と判定

各指標の経年データについて、策定時と直近値を比較した判定結果を一覧に示す。A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）、C（変わらない）、D（悪化している）、E（判定不能）のレベルで評価判定し、課題整理を行う。

大豊町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第2期 中間評価→目的・目標・指標の確認、達成状況と判定

A(目標値に達した)
B(目標値に達していないが、改善傾向にある)
C(変わらない)
D(悪化している)
E(判定不能)

目的: 今回の計画の目的は、健康寿命の延伸である。

中・長期目標

	目標	対象者	評価経年モニタリング				判定	
			指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年		令和元年 (直近の値)
データヘルス計画 本文より	健診結果・医療情報の分析から虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性疾患による入院が多く、要介護認定者の有病率としても高い割合にある。 大豊町では①虚血性心疾患の新規発症患者を減少させる。②脳血管疾患の新規発症患者数を減少させる。③糖尿病性腎症の新規患者数を減少させることを目標とする。	国保被保険者	狭心症・心筋梗塞の新規発症患者数	29	27	18	23	A
		国保被保険者	脳梗塞・脳出血の新規発症患者数	56	46	43	55	B
		国保被保険者	糖尿病性腎症の新規発症患者数	2	5	2	3	D

短期目標（毎年評価する）

	目標	対象者	評価経年モニタリング				判定	
			指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年		令和元年 (直近の値)
データヘルス計画 本文より	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性疾患の発症をもたらす共通リスクである肥満、高血圧、糖尿病の有所見者の減少を短期目標とする。	特定健診受診者	BMI25以上の者の割合	30% (118/393)	32.9% (143/434)	32.1% (129/401)	33.2% (119/358)	D
		特定健診受診者	収縮期血圧130mmHg以上の者の割合	47.8% (188/393)	50.7% (220/434)	48.3% (194/401)	50.0% (179/358)	D
		特定健診受診者	HbA1c5.6以上の者の割合	男性64.9% (111/171) 女性70.2% (158/222)	男性64.0% (126/197) 女性63.3% (137/213)	男性62.8% (118/188) 女性64.3% (137/213)	男性67.2% (119/177) 女性67.4% (122/181)	男性 D 女性 A

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	評価経年モニタリング				判定
				指標	平成29年	平成30年	令和元年	
特定健診受診者への健康意識の向上に努める。	特定健診受診率 60%	特定健診未受診者 ・集団健診合計3回が終了した時点で未受診の者	・特定健診受診率	54.9% (435/793)	51.8% (399/770)	48.3%	D	
特定保健指導が必要な方が自分の健診結果を理解して生活習慣病の予防する。	・特定保健指導率 60% ・対象者へのアプローチ 80%	特定健診結果で特定保健指導の対象になった方(積極的・動機づけ支援)	①対象者へのアプローチ ②特定保健指導利用率(完了者)	①62.7% (37/59) ②39.0% (23/59)	①65.3% (32/49) ②34.7% (17/49)	①57.4% (35/61) ②36.1% (22/61)	D	
重症化リスク予防対策への	医療機関への受診が必要な者が適切な検査・治療を受けることで生活習慣病の重症化(脳血管疾患・心虚血性疾患・人工透析)を予防する。	未治療者、治療中断者の医療機関受診率100%にする。	特定健診結果から①血圧160-100以上②HbA1c 7.0以上③蛋白尿2+以上④eGFR値40未満のいずれかの者	・ハイリスク対象者の改善率 ・医療機関受診率 ・治療再開率			評価指標に対する適切な評価結果が出せていなかったため「E」とする	
高血圧予防対策	若い時から自身の血圧に関心を持ち、高血圧を予防する。	高血圧が脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血などの原因になることを理解して高血圧予防の行動がとれる。	町内住民 (若年世代を対象とするため町内消防団の団員を主たる対象とする)	①血圧測定数、健康教育参加人数 ②高血圧未受診者、中断者の受診勧奨数	①54人 ② —	①21人 ② —	①33人 ② —	①については、対象者数が年度によって違うため、②については、適切な評価結果が出せていないため「E」とする。
運動教室の促進と体力	運動習慣の定着	運動の必要性を理解し、運動習慣の定着を図り、メタボリックシンドロームを予防する。	町内住民	・各種教室への継続参加率 ・運動習慣の定着 ①ウォーキング教室 ②体力測定 ③はつらつ運動教室	①74.4% (29/39) ②57.9% (11/19) ③73.9% (17/23)	①51.6% (16/31) ②36.0% (9/25) ③51.6% (17/20)	①63.0% (17/27) ②判定不能 ③55.5% (10/18)	C

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を踏まえて、関係機関と共有するために介護の有病状況を経年的に表示する。

医療保険が大豊町の国保と後期である介護認定者のみを集計し、レセプトの診断名より重複して計上している。赤色は血管疾患、重症化した疾患として循環器疾患と生活習慣病の基礎疾患を表示している。他、フレイル関連疾患として認知症、筋・骨格疾患、歯肉炎歯周病を表示する。

- ※ 認知症とは ICD10 コードにおける F00:アルツハイマー病の認知症、F01:血管性認知症及び詳細不明の認知症、F02:その他の疾患の認知症、F03:詳細不明の認知症。
- ※ 筋・骨格系とは ICD10 コードにおける M00～99:筋骨格系及び結合組織の疾患であり、M00～25:関節障害、M30～36:全身性結合組織障害、M40～54:脊柱障害、M60～79:軟部組織障害、M80～94:骨障害及び軟骨障害、M95～99:筋骨格系及び結合組織のその他の障害。

循環器疾患に着目すると、75 歳以上の腎不全が有意に増加、また全年齢の合計も有意に増加。基礎疾患では、75 歳以上の脂質異常症が有意に増加、また全年齢の合計も有意に増加している。

その他、75 歳以上の歯肉炎歯周病が、有意に増加、全年齢の合計も有意に増加している。認知症、筋・骨格系においても 75 歳以上と全年齢の合計でも増加している。これらの疾患は若い世代からアプローチすることが可能である。

表 13

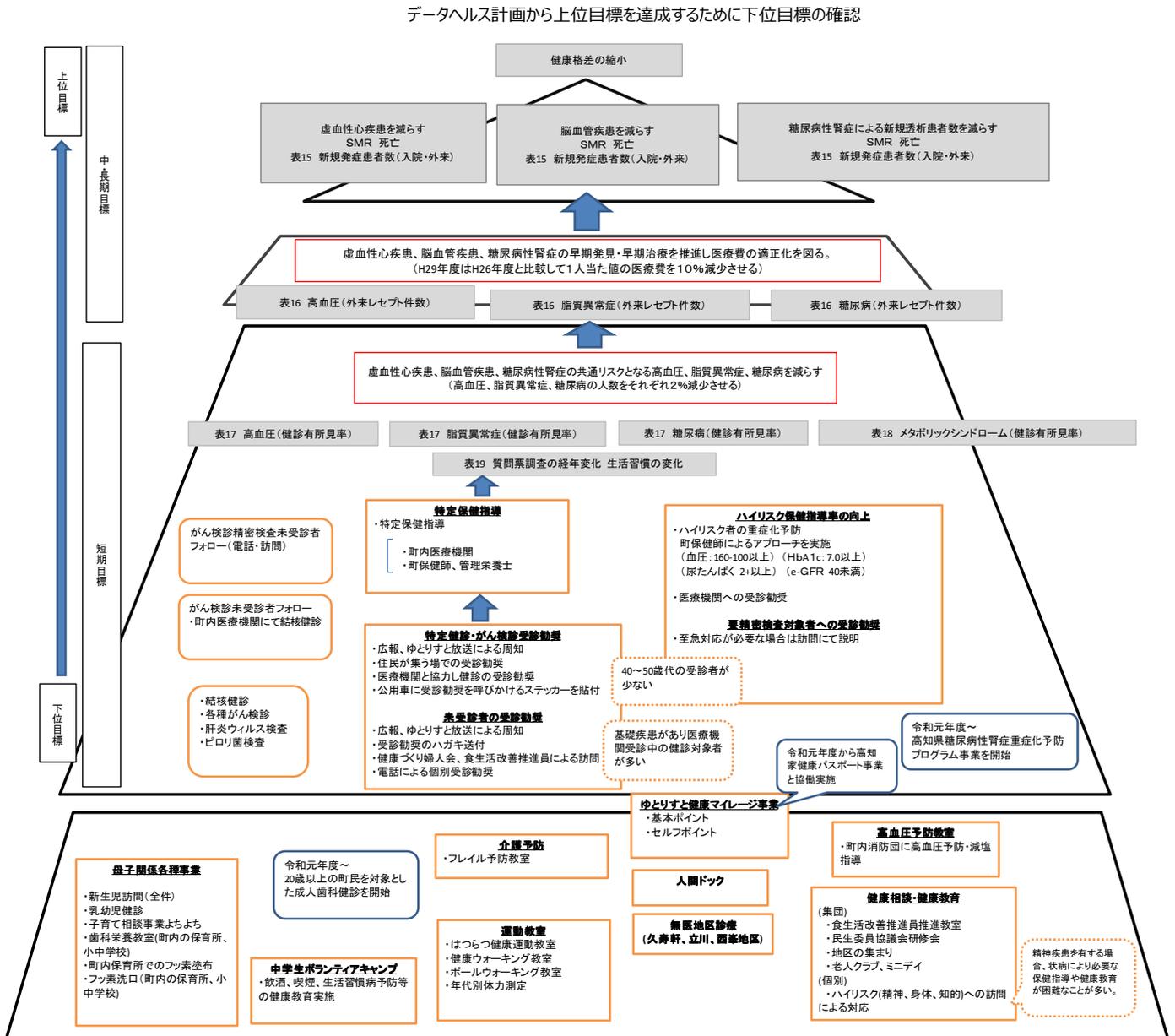
介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

		年 齢	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度						
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40～64歳		348	313	292	270						
	65～74歳		601	569	574	563						
	75歳以上		1,420	1,380	1,329	1,303						
	合 計		2,369	2,262	2,195	2,136						
認定者数	40～64歳		7	6	5	6						
	65～74歳		35	29	28	36						
	75歳以上		337	354	377	344						
	合 計		379	389	410	386						
認定率(認定者数/被保険者数)	40～64歳		2.0%	1.9%	1.7%	2.2%						
	65～74歳		5.8%	5.1%	4.9%	6.4%						
	75歳以上		23.7%	25.7%	28.4%	26.4%						
	合 計		16.0%	17.2%	18.7%	18.1%						
		疾患	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	トレンド検定 *有意差あり(P値<0.05)	
循環器疾患	再掲	脳血管疾患	40～64歳	5	71.4%	4	66.7%	4	80.0%	4	66.7%	P値(減少) 0.975
			65～74歳	20	57.1%	19	65.5%	20	71.4%	25	69.4%	P値(増加) 0.243
			75歳以上	184	54.6%	197	55.6%	214	56.8%	190	55.2%	P値(増加) 0.798
			合 計	209	55.1%	220	56.6%	238	58.0%	219	56.7%	P値(増加) 0.577
		脳出血	40～64歳	4	57.1%	3	50.0%	2	40.0%	2	33.3%	P値(減少) 0.368
			65～74歳	4	11.4%	3	10.3%	3	10.7%	5	13.9%	P値(増加) 0.243
			75歳以上	20	5.9%	23	6.5%	30	8.0%	29	8.4%	P値(増加) 0.151
		合 計	28	7.4%	29	7.5%	35	8.5%	36	9.3%	P値(増加) 0.269	
		脳梗塞	40～64歳	1	14.3%	2	33.3%	2	40.0%	2	33.3%	P値(増加) 0.426
			65～74歳	18	51.4%	17	58.6%	18	64.3%	23	63.9%	P値(増加) 0.255
			75歳以上	174	51.6%	188	53.1%	204	54.1%	180	52.3%	P値(増加) 0.795
		合 計	193	50.9%	207	53.2%	224	54.6%	205	53.1%	P値(増加) 0.482	
虚血性心疾患	40～64歳	1	14.3%	1	16.7%	1	20.0%	1	16.7%	P値(増加) 0.877		
	65～74歳	6	17.1%	7	24.1%	8	28.6%	12	33.3%	P値(増加) 0.111		
	75歳以上	176	52.2%	195	55.1%	211	56.0%	196	57.0%	P値(増加) 0.209		
	合 計	183	48.3%	203	52.2%	220	53.7%	209	54.1%	P値(増加) 0.095		
腎不全	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	3	50.0%	P値(増加) * 0.013		
	65～74歳	1	2.9%	2	6.9%	3	10.7%	3	8.3%	P値(増加) 0.311		
	75歳以上	34	10.1%	42	11.9%	62	16.4%	60	17.4%	P値(増加) * 0.001		
	合 計	35	9.2%	44	11.3%	66	16.1%	66	17.1%	P値(増加) * 0.000		
人工透析	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	P値(増加) 0.169		
	65～74歳	0	0.0%	1	3.4%	2	7.1%	1	2.8%	P値(増加) 0.393		
	75歳以上	2	0.6%	0	0.0%	3	0.8%	1	0.3%	P値(減少) 0.972		
	合 計	2	0.5%	1	0.3%	5	1.2%	3	0.8%	P値(増加) 0.360		
基礎疾患	糖尿病	40～64歳	3	42.9%	2	33.3%	3	60.0%	4	66.7%	P値(増加) 0.298	
		65～74歳	10	28.6%	10	34.5%	8	28.6%	10	27.8%	P値(減少) 0.830	
		75歳以上	116	34.4%	126	35.6%	138	36.6%	139	40.4%	P値(増加) 0.105	
		合 計	129	34.0%	138	35.5%	149	38.3%	153	39.6%	P値(増加) 0.108	
	腎症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	2	33.3%	P値(増加) * 0.049	
		65～74歳	1	2.9%	2	6.9%	1	3.6%	1	2.8%	P値(減少) 0.834	
		75歳以上	6	1.8%	4	1.1%	10	2.7%	10	2.9%	P値(増加) 0.153	
		合 計	7	1.8%	6	1.5%	12	2.9%	13	3.4%	P値(増加) 0.089	
	網膜症	40～64歳	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	P値(増加) 0.359	
		65～74歳	1	2.9%	1	3.4%	2	7.1%	2	5.6%	P値(増加) 0.485	
		75歳以上	10	3.0%	11	3.1%	11	2.9%	13	3.8%	P値(増加) 0.602	
		合 計	12	3.2%	12	3.1%	13	3.2%	17	4.4%	P値(増加) 0.363	
神経障害	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	#DIV/0!		
	65～74歳	1	2.9%	0	0.0%	1	3.6%	1	2.8%	P値(増加) 0.812		
	75歳以上	3	0.9%	2	0.6%	3	0.8%	1	0.3%	P値(減少) 0.423		
	合 計	4	1.1%	2	0.5%	4	1.0%	2	0.5%	P値(減少) 0.572		
高血圧	40～64歳	6	85.7%	5	83.3%	5	100.0%	6	100.0%	P値(増加) 0.250		
	65～74歳	28	80.0%	23	79.3%	22	78.6%	28	77.8%	P値(減少) 0.811		
	75歳以上	289	85.8%	305	86.2%	322	85.4%	301	87.5%	P値(増加) 0.598		
	合 計	323	85.2%	333	85.6%	349	85.1%	335	86.8%	P値(増加) 0.602		
脂質異常症	40～64歳	2	28.6%	2	33.3%	2	40.0%	4	66.7%	P値(増加) 0.177		
	65～74歳	20	57.1%	13	44.8%	12	42.9%	17	47.2%	P値(減少) 0.407		
	75歳以上	198	58.8%	228	64.4%	244	64.7%	235	68.3%	P値(増加) * 0.013		
	合 計	220	58.0%	243	62.5%	258	62.9%	256	66.3%	P値(増加) * 0.023		
高尿酸血症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	2	33.3%	P値(増加) * 0.049		
	65～74歳	6	17.1%	5	17.2%	5	17.9%	5	13.9%	P値(減少) 0.734		
	75歳以上	74	22.0%	85	24.0%	93	24.7%	90	26.2%	P値(増加) 0.201		
	合 計	80	21.1%	90	23.1%	99	24.1%	97	25.1%	P値(増加) 0.177		
血管疾患合計	40～64歳	7	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	6	100.0%	#DIV/0!		
	65～74歳	30	85.7%	25	86.2%	26	92.9%	34	94.4%	P値(増加) 0.161		
	75歳以上	325	96.4%	346	97.7%	364	96.6%	334	97.1%	P値(増加) 0.869		
	合 計	362	95.5%	377	96.9%	395	96.3%	374	96.9%	P値(増加) 0.407		
認知症	40～64歳	1	14.3%	1	16.7%	2	40.0%	1	16.7%	P値(増加) 0.695		
	65～74歳	6	17.1%	6	20.7%	7	25.0%	11	30.6%	P値(増加) 0.166		
	75歳以上	157	46.6%	169	47.7%	169	44.8%	170	49.4%	P値(増加) 0.658		
	合 計	164	43.3%	176	45.2%	178	43.4%	182	47.2%	P値(増加) 0.393		
筋・骨格疾患	40～64歳	4	57.1%	4	66.7%	4	80.0%	5	83.3%	P値(増加) 0.266		
	65～74歳	31	88.6%	23	79.3%	23	82.1%	33	91.7%	P値(増加) 0.642		
	75歳以上	320	95.0%	338	95.5%	362	96.0%	334	97.1%	P値(増加) 0.148		
	合 計	355	93.7%	365	93.8%	389	94.9%	372	96.4%	P値(増加) 0.073		
歯肉炎歯周病	40～64歳	3	42.9%	3	50.0%	3	60.0%	4	66.7%	P値(増加) 0.368		
	65～74歳	12	34.3%	11	37.9%	13	46.4%	19	52.8%	P値(増加) 0.091		
	75歳以上	75	22.3%	89	25.1%	111	29.4%	107	31.1%	P値(増加) * 0.004		
	合 計	90	23.7%	103	26.5%	127	31.0%	130	33.7%	P値(増加) * 0.001		

※医療保険が大豊町の国保又は後期である介護認定者のみ集計

7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正

国保保健事業以外の大豊町のお事業との連動を体系図として示す。庁内や関係機関・団体との連携を強化・共通認識を持つための資料とする。



8. 中間評価の結果をふまえた課題整理

進捗管理・中間評価の結果をふまえた課題と対策について下記の一覧に示す。

課題	対策
血管疾患の有病率が高い	基礎疾患がある者へのアプローチを強化(保健指導・重症化予防実施率を上げる) 保健指導対象者、ハイリスク者への重症化予防に係る教室等を外部委託で実施する。
全体の健診受診率は H28 年度に比べると R2 年度の健診受診率は上がっているが、H29 年度をピークに年々減少している。	個別受診ができることを周知。町内の医療機関との連携をさらに強化。
筋・骨格疾患の増加	ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチの実施(実態把握、各保険分野の連携、集団の場を活用した健康教育、健康相談) 各保険分野との連携は、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業とともに実施していく。
75 歳以上の歯肉炎歯周病数が年々増加している。	成人歯科健診の周知と受診勧奨
(E 判定項目について)ハイリスク者への重症化予防事業において、目標と評価指標に対する適切な実施、評価が出来ていなかった。	目標に合った評価指標に変更する。 評価指標を未治療者の治療開始率(受診率)と受診継続率とする。方法については、リスク別に抽出した対象者に受診勧奨を実施後、12 月にレセプトと本人聞き取りにより状況を確認し、翌年 5 月に再度同様に確認する。

9. 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第2期中間見直しにおける概要図
（別紙）

①2 期中間評価の現状

- ・健診結果から男女ともに BMI25 以上、HbA1c5.6 以上の者の割合が高い。さらに、男性は収縮期・拡張期血圧が高く、女性は収縮期血圧、LDL-C が高い。これは、計画策定当初と比較して改善されていない。
- ・疾患別医療費分析、標準化医療費では、男性の入院では脳梗塞、精神、糖尿病に医療費がかかっている。外来では、筋・骨格が増加、糖尿病、脳梗塞、高尿酸血症が増加傾向にある。
- 一方女性の外来では、筋・骨格、糖尿病、高尿酸血症が増加、脳梗塞、脂質異常症と高血圧が減少。入院では、慢性腎不全、脳梗塞、狭心症が増加している。
- ・健診受診率をみると男女共に年齢別では若年層の受診率が低い。男女別にみると女性の受診率が高い。
- ・75 歳以上の歯肉炎歯周病が増加、全年齢の合計でも増加している。

②2 期中間評価の課題

- ・血管疾患の有病率が高い。
- ・健診受診率が H29 年度をピークに年々減少している。
- ・筋・骨格疾患が増加している。
- ・75 歳以上の歯肉炎歯周病数が年々増加している。

③2 期中間評価から取組

- ・健診等で、BMI、HbA1c、血圧、脂質等の高い方に対して保健指導、重症化予防事業を通して早期からの介入を行い、重症化した疾患への移行を予防する。
- ・若年層の受診率を上げるため広報に力を入れ、個別受診ができることを周知していく。また、町内の医療機関との連携をさらに強化していく。
- ・各保険分野と連携して、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を実施していく。取組として、各種運動教室への参加呼びかけ、広報を活用した運動習慣の普及を目指す。
- ・早期からの歯肉炎歯周病予防のため、20 歳以上の町民を対象に、成人歯科健診の周知と受診勧奨を行っていく。

10. 計画全体についての中間評価

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
<p>毎年度、国保部門、衛生部門で目標に向かっての全体の事業体の確認(P44.7 事業体系図・他事業との連動(様式 2))を行い、必要な事業予算や人員配置などの確保を毎年行った。</p> <p>特に、特定健診の受診勧奨については、平成 29 年度をピークに年々受診率が減少しているため、効果的な勧奨方法について検討する必要がある。</p> <p>また、各種保健事業の実施には、予算や人員の確保が必須のため、毎年確認していく。</p>	<p>計画作成における健診・医療・介護データの集計については、KDB データを活用し、関係機関や事業担当者間で経年結果(P40.5 指標の経年データ(様式 1)と判定)を確認、要因分析(P45.8 中間評価の結果をふまえた課題整理)を行い、今後の対策として既存事業の見直しを行った。</p> <p>また、事業内容として修正箇所については、支援評価委員会の助言を得て修正を行った。</p>	<p>計画策定時の個別保健事業は全て実施できている。</p> <p>ハイリスク者への重症化予防対策は、評価指標に対する適切な評価結果が出せるように指標の見直しを行った。</p> <p>(P40.5 指標の経年データ(様式 1)と判定個別保健事業の実施計画の経年結果より)</p>	<p>計画策定時からの経年経過では、狭心症・心筋梗塞の新規発症患者数は、目標値に達していないが、改善傾向にあるため最終評価までこの目標値を継続する。</p> <p>脳梗塞・脳出血の新規発症患者数は、策定時の翌年から減少していたが、令和元年度は増加した。疾病別医療費でみると、女性の外来で脳梗塞が減少しているものの、男性の入院、外来、女性の入院で増加している。健診結果からハイリスク者への保健指導や医療機関受診勧奨を実施する。</p> <p>糖尿病性腎症の新規発症患者数については、策定翌年に増加したが、その後減少傾向にある。ただ、抽出対象者が少なく評価困難であるため、副指標の検討をする。</p> <p>(P40.5 指標の経年データ(様式 1)と判定中・長期目標の経年結果より)</p>