

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  
評価・見直し報告書（案）

令和6年2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期評価・見直し報告書

目 次

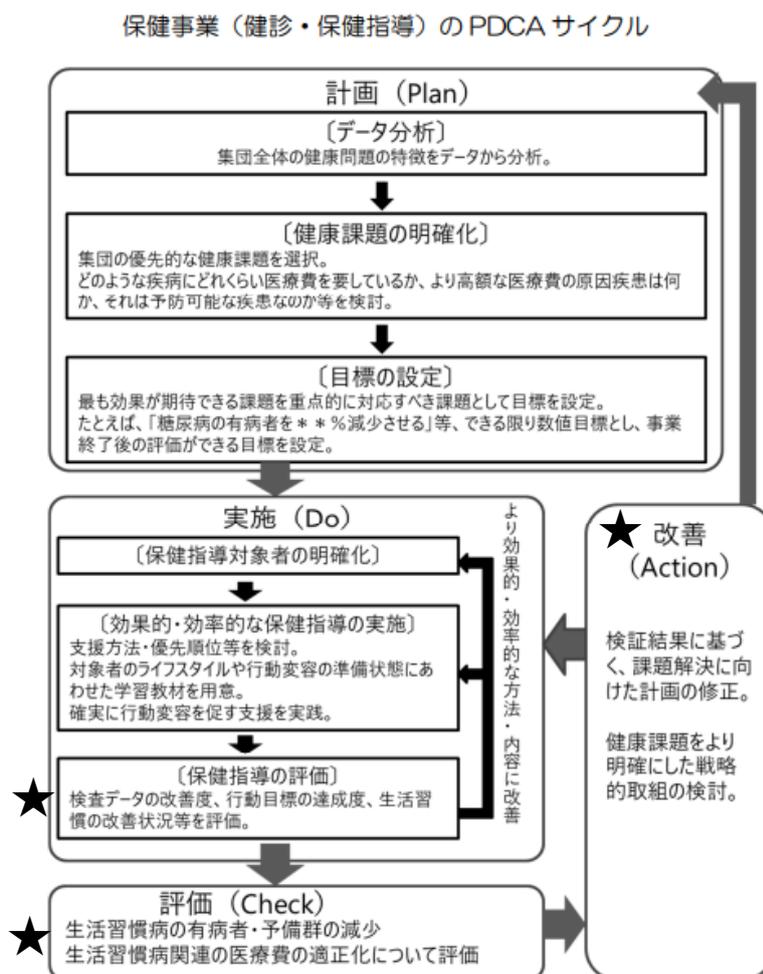
1. 評価・見直しの目的	P. 3
2. 評価方法	P. 3
3. 指標の経年データの判定	P. 4
4. 個別保健事業計画等の評価	P. 6
5. 第2期データヘルス計画まとめ・考察	P. 12
■ 個別保健事業集 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成29年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 令和4年度	P. 13
■ データ集 経年評価指標 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る介護情報	P. 49

## 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。

図1



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】

## 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. 指標の経年データの判定

各指標の経年データについて、判定結果を一覧に示す。

第2期データヘルス計画策定時の平成28年度から令和4年度の実績値をみて下記の5段階で判定する。

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 評価→目的・目標・指標の確認、達成状況と判定

目的: 今回の計画の目的は、健康寿命の延伸である。

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)

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	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4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者を減少させる。②脳血管疾患の新規発症者を減少させる。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	22	20	26	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	39	37	38	A
		国保被保険者	糖尿病性腎症の新規発症患者数	2	5	2	3	0	2	5	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	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4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)	32.2% (129/401)	33.2% (119/357)	36.3% (115/317)	33.7% (114/338)	31.0% (104/336)	C
		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)	48.4% (194/401)	49.9% (178/357)	47.6% (151/317)	58.9% (199/338)	57.4% (193/336)	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71.2% (158/222)	男性64.0% (126/197) 女性63.3% (150/237)	男性62.8% (118/188) 女性64.3% (137/213)	男性67.2% (119/177) 女性67.2% (121/180)	男性70.0% (112/160) 女性67.5% (106/157)	男性71.7% (119/166) 女性64.5% (111/172)	男性70.2% (120/171) 女性63.0% (104/165)	男 D 女 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28年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
特定健診受診者への未受診者への未受診者	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	・特定健診受診率	46.2%	54.7%	51.8%	48.3%	43.5%	46.6%	49.5%	D
特定保健指導未利用	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。	①対象者へのアプローチ 80% ②特定保健指導実施率 60%	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)	①52.8% (28/53) ②39.0% (29/53)	①62.7% (37/59) ②39.0% (23/59)	①65.3% (32/49) ②34.7% (17/49)	①57.4% (35/61) ②36.1% (22/61)	①100% (46/46) ②56.5% (26/46)	①87.7% (50/57) ②43.9% (25/57)	①100% (48/48) ②47.9% (12/48)	①A ②B
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	・ハイリスク対象者の改善率 ①未治療者の受診率100% ②受診継続率70%以上	-	-	-	-	①0.0% ②0.0%	①0.0% ②0.0%	①37.5% ②100%	対象者の分母が少くないため結果が極端になり適切な評価ができないので「E」とした。
				未治療者への受診勧奨人数 ・勧奨率 100% ①血圧 ②HbA1c ③尿蛋白 ④eGFR	-	-	-	-	【対象者人数】 ①1名 0名 ③1名 40名 【受診勧奨率】 ①~④100%	【対象者人数】 ①5名 ②1名 ③1名 ④1名 【受診勧奨率】 ①80% ②100% ③100% ④100%	【対象者人数】 ①8名 ②0名 ③0名 ④0名 【受診勧奨率】 ①100%	A
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R2年度までは町内消防団の団員、R3年度からは農業・商業関係の若年層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	①47人	①54人 ②一人	①21人 ②一人	①33人 ②一人	①7人 ②2人	①12人 ②0人	①40人 ②一人	①は対象者が変わったため、②、③は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。
				③高血圧の者への保健指導数(R2)	-	-	-	-	③5人	③12人	③一人	
運動教室の促進と体力測定	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% ②57.9% ③73.9%	①51.6% ②36.0% ③51.6%	①63.0% ②判定不能 ③55.5%	①30.4%(7/23) ②判定不能 ③68.4%(13/19)	①78.6%(11/14) (8/24) ③66.7%(12/18)	①33.3% (8/24) ②判定不能 ③54.5% (12/22)	D

#### 4. 個別保健事業等の評価

下記様式を個別保健事業ごとに記載し、添付する。

##### 個別保健事業等の評価

※判定基準

H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する

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	特定健診受診者を増やし、健康意識の向上に努める。								
事業内容	国保に加入する40～74歳の町民を対象に、広報誌、個別通知により特定健診の受診勧奨を行う。								
評価	評価指標	目標値	目標値						※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健診を受けることができたか	特定健診受診率 60%	54.7%	51.8%	48.3%	43.5%	46.6%	49.5%	D
	集団健診後の個別受診率		20.9%	17.5%	12.6%	17.6%	14.3%	13.4%	
アウトプット	受診勧奨実施人数	未受診者の50%以上	100%	100%	100%	94.4%	100%	100%	A
成功要因 未達要因	5月の集団健診実施後、未受診者にハガキの送付や電話連絡を実施し、受診勧奨を行い受診率アップに努めてきた。令和3年からは、ヘルスアップ事業を利用してジェイムシー株式会社に委託し、勧奨通知の内容も工夫をした。しかし、H29年の54.7%から次第に受診率は低下傾向となり、R2年からは新型コロナウイルス感染症拡大のため、受診率は約43%まで下がった。集団健診が計画どおり実施できなかったことも、受診率低下の原因と考えられる。R3年、4年は改善が見られたが、目標の60%には到達しなかった。								
継続等について	<input checked="" type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	特定健診の必要性を周知し、受診を促す。令和4年度より特定健診の受診可能期間を5月から翌年3月までとし（令和3年までは5月～10月）、ほぼ1年を通して特定健診が受診できるようになったので、更に周知を徹底し、受診率の向上につなげていく。40～60歳代の受診勧奨に力を入れる。								

個別保健事業等の評価

※判定基準

H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する

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	特定保健指導が必要な方が自分の健診結果を理解して、生活習慣を予防する。								
事業内容	特定健診結果で特定保健指導の対象となった方を対象に、広報誌、個別通知により特定保健指導の利用勧奨を行う。								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	保健指導実施率	保健指導利用率60%	47.5%	38.7%	39.3%	65.2%	64.9%	60.4%	A
		保健指導実施率60%	39.0%	34.7%	36.1%	56.5%	61.4%	50.0%	B
アウトプット	対象者への利用勧奨率	利用勧奨率80%	62.7%	65.3%	57.4%	100%	87.7%	100%	A
成功要因 未達要因	令和3年度より特定保健指導勧奨もヘルスアップ事業を活用し、ジェイエムシー株式会社に委託した。令和3年度は初年度ということで保健指導実施率、完了率も向上したが、令和4年度は集団健診終了後の夏に町内でコロナ感染症が拡大したため、集団で行う予定だった保健指導が延期となり12月に実施したが、健診受診から半年近く経過していたことや、実施日の天候悪化により、集団指導ができず個別に急遽切り替えたため、指導率が下がった。								
継続等について	<input checked="" type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	健診受診後、できるだけ早く保健指導に着手し、年度内に完了できるようにする。 来年度からは保健指導が受けやすい環境作りやシステム作り(初回面接を健診時に分割実施する、特定保健指導に対するイメージを肯定的・身近に感じる広報や働きかけを行う、保健指導に運動メニューを加えるなど)を考えていく。 町独自の事業(生活習慣改善事業や高血圧予防事業)などで活用して特定保健指導が行える取り組みを考えていく。								

個別保健事業等の評価

※判定基準

H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する

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	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・虚血性心疾患・人工透析）を予防する。								
事業内容	健診結果が①血圧160-100以上、②HbA1c7.0以上、③尿蛋白2+以上、④eGFR値40未満のいずれかの者を対象に、生活習慣病予防・重症化予防の働きかけを行う。								
評価	評価指標	目標値	H29	H30	R1	R2	R3	R4	※判定
			アウトカム	治療開始率 医療機関の受診継続率	未治療者の受診率 100%	-	-	-	
成功要因 未達要因	令和2年度より対象者（ハイリスク者の中から未治療と判断した者）への連絡、受診勧奨率を評価に加え、受診勧奨率100%に設定を行った。未治療者はほとんどが①血圧160-100以上の者で、電話や訪問での状況確認を行うと、病院は受診していないが家庭血圧測定を行っている者もあり、未治療者の受診率での評価が難しい部分もあると思われる。対象者の母数も少なく、未治療者の受診率100%という指標では評価できない部分があるため指標の再検討が必要。また、高知県重症化プログラムと重複している部分もあるため事業の継続について検討が必要と考える。								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input checked="" type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	次期計画では、高知県糖尿病重症化プログラムと平行して、生活習慣改善事業・高血圧予防事業にてハイリスク者への介入を行っていく方向で検討する。								

個別保健事業等の評価

※判定基準  
 H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する  
 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	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。								
事業内容	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								
評価	評価指標	目標値	実績値						※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	消防団員への高血圧予防教室実施回数(連絡回数)	3部以上参加	4	2	4	1	1	1	E
	消防団員への高血圧者への保健指導数		100%	100%	100%	5人	12人	0人	E
	高血圧未受診者(血圧160-100以上)の受診勧奨数	受診勧奨率100%				2人	0人	0人	E
アウトプット	高血圧予防教室参加人数	通知者のうち50%以上の参加	100%	100%	100%	7人	12人	40人	E
成功要因 未達要因	平成29年～令和2年まではすべての町内消防団(11部隊)を対象に高血圧予防教室を実施することができ、令和2年度にはまともを消防団員に向けて発表することが出来た。令和3年からは商工会に向けての高血圧予防教室を行う予定であったが、新型コロナウイルス感染症の拡大のため実施することができず、個別で商工会の方からの女性部・青年部内で保健師のお話を受けていただける方をつくり保健指導を全員に実施することができた。令和4年は商工会に向けての再アプローチを試みたが、コロナ感染症がまだ落ち着いておらず昨年と同様個別対応となるため商工会へのアプローチは一旦中止し、コロナ感染症が少し落ち着いた時期をみて文化祭(11月3日)に高血圧予防教室を開催した。減塩クイズを行い血圧と塩分摂取量の関係や減塩の工夫、タバコの影響などを配布資料として用意し血圧に関する知識の普及を行った。参加数は確保はできたものの、保健指導や高血圧未受診者への受診勧奨まではつながらなかった。								
継続等について	<input type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input checked="" type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	若年のときから血圧への関心を持てる機会として、高血圧予防教室は引き続き行っていく必要はあるが、高血圧予防教室を行っての効果や評価の指標や環境が変わっても事業を継続できるようなやり方を検討する必要がある。 文化祭会場等での高血圧予防教室の開催など、高血圧予防の重要性を周知する機会をもうけるほか、家庭血圧測定の推進などにも取り組んでいく。また、若年層で血圧が一定以上の住民には保健指導を実施するようにしていく。								

個別保健事業等の評価

※判定基準  
 H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する  
 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	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。								
事業内容	①年代別体力測定（年2回）R1～年1回へ変更 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）R1～年3回、R4～年2回へ変更								
評価	評価指標	目標値	実績値						※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	各教室の実施率	各100%	①100% ②100% ③100%	①100% ②100% ③57.1%	①100% ②100% ③100%	①0% ②91.6% ③50%	①0% ②83.3% ③100%	①0% ②81.8% ③100%	E
アウトプット	各教室の参加のべ人数		①31名 ②121名 ③144名	①35名 ②107名 ③67名	①27名 ②61名 ③66名	①0名 ②30名 ③89名	①0名 ②31名 ③53名	①0名 ②33名 ③65名	E
	②の教室継続参加率		73.9%	85.0%	55.6%	68.4%	66.7%	54.5%	D
成功要因 未達要因	年代別体力測定は新型コロナウイルス拡大により中止となり、実施できなかったが他2教室はコロナ禍で人数が減っても継続してすることができた。教室のマンネリ化も見られるが継続して教室に参加する人もいるため実施は継続していきたい。しかし、高齢化と参加者が固定されたり、各健康教室で重複したりして参加者の固定化も見られるため新規で運動を始められるような取り組みなど、ターゲットの年齢層を広げて内容や開催を検討していく必要がある。								
継続等について	<input type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input checked="" type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	今回、メタボリックシンドロームの予防のため運動習慣の定着を図る取り組みを行ってきたが評価があいまいな部分も多く、運動だけではメタボリックシンドロームの予防につながったかは評価できない部分が多い。 令和4年度最終評価では特定健診者のBMI・腹囲ともに増加傾向のためメタボリックシンドロームの予防は疾病の予防の観点から早急に取り組む必要がある課題である。次期計画ではメタボリックシンドローム該当者の減少を目標に、運動だけではなく、生活習慣全体の改善につながる保健事業を展開し、継続的に評価できるよう計画を立てる。								

## 5. 第2期データヘルス計画まとめ・考察

### 個別保健事業まとめ

事業名	現状 (達成・未達要因)	見直し改善案、次期計画の方向性	第3期DH計画事業内容
特定健診未受診者への受診勧奨	評価D 新型コロナ感染拡大で受診率が下がり、徐々に持ち直す傾向であるが、目標には届いていない。	特定健診の必要性を周知し、受診を促す。令和4年度より特定健診の受診可能期間を5月から翌年3月までとし（令和3年までは5月～10月）、ほぼ1年を通して特定健診が受診できるようにしたので、更に周知を徹底し、受診率の向上につなげていく。40～60歳代の受診勧奨に力を入れる。	集団健診実施後の未受診者に広報誌、個別通知、電話により特定健診の受診勧奨
特定保健指導利用勧奨	対象者へのアプローチ＝評価A 特定保健指導実施率＝評価B R3年度までは利用率も順調に上がっていたが、R4年度の保健指導開始時にコロナ感染症が拡大し、開始が遅れたため、実施率が下がった。	健診受診後、できるだけ早く保健指導に着手し、年度内に完了できるようにする。 来年度からは保健指導が受けやすい環境作りやシステム作り(初回面接を健診時に分割実施する、特定保健指導に対するイメージを肯定的・身近に感じる広報や働きかけを行う、保健指導に運動メニューを加えるなど)を考えていく。 町独自の事業(生活習慣改善事業や高血圧予防事業)などを活用して特定保健指導が行える取り組みを考えていく。	・特定保健指導対象者に個別通知、電話連絡により特定保健指導の利用勧奨を行う。 ・集団健診会場で初回面接の分割実施を検討中。
ハイリスク者への重症化予防対策	未治療者への受診勧奨率 評価＝A 個別対応ができている。	次期計画では、高知県糖尿病重症化プログラムと平行して、生活習慣改善事業・高血圧予防事業にてハイリスク者への介入を行っていく方向で検討する。	第3期は県の重症化予防プログラムで対応し、保健事業としては、高血圧予防対策に焦点を当て取り組む。
高血圧予防対策	評価E 町内消防団員対象の高血圧予防教室がR2年で終了し、商工会会員を対象に新たな教室実施を計画していたが、新型コロナ感染症拡大のため人を集めて高血圧予防教室を実施することが困難となった。	若年のときから血圧への関心を持てる機会として、高血圧予防教室は引き続き行っていく必要があるが、高血圧予防教室を行っての効果や評価の指標や環境が変わっても事業を継続できるようなやり方を検討する必要がある。 文化祭会場等で高血圧予防教室の開催など、高血圧予防の重要性を周知する機会をもつけるほか、家庭血圧測定の推進などにも取り組んでいく。また、若年層で血圧が一定以上の住民には保健指導を実施するようにしていく。	・健診結果が血圧140-90以上であった40～60歳代の住民を対象に家庭血圧測定を推奨する。 ・文化祭等町民が集まる場に出向き高血圧予防教室を実施 ・インセンティブ事業での家庭血圧測定の推進  上記の取組で高血圧かつ未受診者には保健指導を実施する。
運動教室の促進と体力測定	評価D 各運動教室は、コロナ対策しながら実施してきたが、継続率が徐々に下がっている。参加者の高齢化や教室のマンネリ化が原因と思われる。	今回、メタボリックシンドロームの予防のため運動習慣の定着を図る取り組みを行ってきたが評価があいまいな部分も多く、運動だけではメタボリックシンドロームの予防につながったかは評価できない部分が多い。 令和4年度最終評価では特定健診者のBMI・腹囲ともに増加傾向のためメタボリックシンドロームの予防は疾病の予防の観点から早急に取り組む必要がある課題である。次期計画ではメタボリックシンドローム該当者の減少を目標に、運動だけではなく、生活習慣全体の改善につながる保健事業を展開し、継続的に評価できるように計画を立てる。	・各種運動教室を開催し運動習慣の定着を図る。 ・インセンティブ事業（大豊健康チャレンジ）への参加促進で生活習慣の改善を目指す。 ・事業者委託や県の事業を活用し、糖尿病予防教室を開催。未治療者でHbA1c5.6%以上の者には個別案内をする。

## 考察

大豊町では、健康寿命の延伸を目指し、中・長期目標として虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性疾患、短期目標として肥満者の減少、血圧の改善、糖尿病有所見者の増加の抑制を掲げている。

短期目標である肥満者の減少では、特定健診受診者のうち BMI25 以上の者の割合では、計画策定時（H28 年）30.0%から直近（R4 年）31.0%と横ばいであったが、男女で見ると、男性が 25.7%（H28）から 36.3%（R4）と増加、女性は 33.3%（H28）から 25.5%（R4）と減少しており、男性の肥満傾向が顕著である。次に血圧の改善については、収縮期血圧 130 以上の者が計画策定時

（H28 年）47.8%から直近（R4 年）57.4%と約 10 ポイントの増加となった。最後に、糖尿病有所見者の増加抑制については、HbA1c6.5 以上の者で見ると、男性が 64.9%（H28）が 70.2%（R4）と増加する一方で、女性は 71.2%

（R28）が 63.0%（R4）と減少し、やはり男性の増加傾向がみられる。特定健診の結果に基づく短期目標は男女を総合すると目標には到達しておらず、継続して取り組む必要がある。中・長期目標の新規患者数の減少については、虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者数は減少しており、目標を達成しているが、糖尿病性腎症の新規患者数は増加しており、計画策定時よりも悪化していた。

次に、医療費の変化を見ると、被保険者数の減少に伴い総医療費は年々減少しており、令和 4 年度の総医療費は平成 28 年度の約 86%となっている。疾病別医療費分析で平成 28 年度からの増減をみると、男性の入院では、脳出血、狭心症、がんが増加し、脳梗塞、精神は減少傾向にある。女性の入院では脳梗塞、その他の疾病が増加し、狭心症やがんは減少している。男性の外来では慢性腎不全（透析あり）、その他の疾病が増加し、女性の外来では、脂肪肝、高尿酸血症、動脈硬化症、精神が増加傾向にある。糖尿病性腎症の新規患者数も増加傾向にあることから、引き続き、生活習慣の改善、運動教室などの各健康教室を実施することで、健康意識を高め、高血圧予防、重症化予防対策に取り組んでいく必要がある。

また、目標値の基礎となる特定健診の受診率は、令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症拡大のため、集団健診の中止や受診控えのため下がり、令和 3 年度、4 年度と回復傾向にあるが、計画策定時の基準にまでは達していない。

特定保健指導についても、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、令和 4 年度は保健指導のスタートが遅れたこともあり、完了率が目標達成しなかった。今後も未受診者への受診勧奨を徹底し、将来の新規患者減少を目指して、特定健診受診率の向上と特定保健指導の利用勧奨に努めていく必要がある。

# 1. 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 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. 受療中の者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. 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公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

平成29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。	

平成29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				

平成29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"> <li>受診率</li> <li>治療開始率(新規治療開始)</li> <li>治療再開率(治療中断者が治療再開)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受療継続率)</li> <li>血圧:60%以上、HbA1c80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上</li> <li>治療中断者の受診率 100%</li> <li>未治療者の治療再開率 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ)</li> <li>対象者名簿、対応記録のまとめ</li> </ul>	平成30.3末	国保担当 衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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%)</li> <li>【受診できている割合】</li> <li>血圧:10名(52.6%)</li> <li>HbA1c:8名(88.8%)</li> <li>eGFR:1名(100%)</li> <li>尿たんぱく:4名(100%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>お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。</li> </ul>
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"> <li>連絡した人数(連絡した数/対象者)</li> <li>電話による受診勧奨数</li> <li>面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上</li> <li>リスクの重複がある者へのアプローチ 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者名簿を作成し、対応記録を残す。</li> <li>連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。</li> </ul>	平成30.3末	国保担当 衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧:19名中6名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>HbA1c:9名中2名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>eGFR:面接実施できず。</li> <li>尿たんぱく:4名中1名に電話連絡を実施。</li> <li>対象者名簿を作成し、対応記録を残した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
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"> <li>それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認</li> <li>未受診者を選定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	平成30.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未受診者を優先して対応する</li> <li>訪問や連絡の前に受診状況を確認する</li> <li>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。</li> </ul>
	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"> <li>実施方法(個別、集団)、期間</li> <li>生活習慣の改善状況</li> <li>支援内容の振り返り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対応内容、参加の意向を記録に残す。</li> <li>指導過程の振り返りを行う。</li> <li>対象者の70%以上を医療機関につなぐ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。</li> <li>電話→面接による受診勧奨</li> <li>対応記録、指導内容を記録に残す。</li> </ul>	衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>訪問と電話連絡にて支援を実施。</li> <li>指導の振り返り、事例検討はできていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
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"> <li>職員の不足はないか</li> <li>人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。</li> </ul>	平成30.3末	衛生担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>高齢者については包括支援センター保健師の協力あり。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>財源確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品(リース等)を購入できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品を不足なく購入できたか</li> </ul>	国保担当			

平成29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：表へ書き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。

平成29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づ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. 受療中の者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 ・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. 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公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

平成30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)	・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。	

平成30年度 事業評価計画

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率内は今後も継続。 ・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				

平成30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"> <li>受診率</li> <li>治療開始率(新規治療開始)</li> <li>治療再開率(治療中断者が治療再開)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受診継続率)</li> <li>血圧:60%以上、HbA1c80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上</li> <li>治療中断者の受診率 100%</li> <li>未治療者の治療再開率 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ)</li> <li>対象者名簿、対応記録のまとめ</li> </ul>	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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%)</li> </ul>	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"> <li>連絡した人数(連絡した数/対象者)</li> <li>電話による受診勧奨数</li> <li>面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上</li> <li>リスクの重複がある者へのアプローチ 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者名簿を作成し、対応記録を残す。</li> <li>連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。</li> </ul>	平成31.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧:28名中3名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>HbA1c:15人中2名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>eGFR:対象者5名に面接、電話連絡できなかった。</li> <li>尿たんぱく:9名中1名に電話連絡を実施。</li> <li>対象者名簿を作成し、対応記録を残した。</li> </ul>	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"> <li>それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認</li> <li>未受診者を選定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	平成31.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>未受診者を優先して対応する</li> <li>訪問や連絡の前に受診状況を確認する</li> <li>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。</li> </ul>
	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"> <li>実施方法(個別、集団)、期間</li> <li>生活習慣の改善状況</li> <li>支援内容の振り返り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対応内容、参加の意向を記録に残す。</li> <li>指導過程の振り返りを行う。</li> <li>対象者の70%以上を医療機関につなぐ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。</li> <li>電話一面接による受診勧奨</li> <li>対応記録、指導内容を記録に残す。</li> </ul>	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>訪問と電話連絡にて支援を実施。</li> <li>指導の振り返り、事例検討はできていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
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"> <li>職員の不足はないか</li> <li>人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。</li> </ul>	平成31.3末	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>財源確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品(リーフレット等)を購入できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品を不足なく購入できたか</li> </ul>	国保担当			

平成30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。その結果から次回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：表へ書き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。

平成30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)を選定し参加の動機ができたか	・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人(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メ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	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	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. 受療中の者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、広報誌やゆとりず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。広報誌やゆとりず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。 自主参加者：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に支援ができたか	・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"> <li>受診率</li> <li>治療開始率(新規治療開始)</li> <li>治療再開率(治療中断者が治療再開)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の受診継続率 70%以上(リスク別受診継続率)                      血圧:60%以上、HbA1c80%以上、尿蛋白80%以上、eGFR90%以上</li> <li>治療中断者の受診率 100%</li> <li>未治療者の治療再開率 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別に受診状況の確認(レセプトデータ)</li> <li>対象者名簿、対応記録のまとめ</li> </ul>	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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%)</li> </ul>	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。
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"> <li>連絡した人数(連絡した数/対象者)</li> <li>電話による受診勧奨数</li> <li>面接による受診勧奨数(リスク別にカウントする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への連絡、受診勧奨数 80%以上</li> <li>リスクの重複がある者へのアプローチ 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者名簿を作成し、対応記録を残す。</li> <li>連絡方法、面接の有無、指導内容を記録する。</li> </ul>	令和2.3末	国保担当 健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧:13名中4名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>HbA1c:13名中5名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>e-GFR:対象者4名に電話連絡等ができなかった</li> <li>尿蛋白:10名中2名に面接、電話連絡を実施。</li> <li>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、それ以外は残していない。</li> </ul>	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。
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"> <li>血圧 160-100以上</li> <li>HbA1c 7.0以上</li> <li>尿蛋白 2+以上</li> <li>e-GFR 40未満</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無確認</li> <li>未受診者を選定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	令和2.3末	国保担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問や連絡の前に受診状況を確認する。</li> <li>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。</li> </ul>
	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"> <li>実施方法(個別、集団)、期間</li> <li>生活習慣の改善状況</li> <li>支援内容の振り返り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対応内容、参加の意向を記録に残す。</li> <li>指導過程の振り返りを行う。</li> <li>対象者の70%以上を医療機関につなぐ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果を郵送する際に受診勧奨のコメントをつける。</li> <li>電話一面接による受診勧奨</li> <li>対応記録、指導内容を記録に残す。</li> </ul>	令和2.3末	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>訪問と電話連絡にて支援を実施。</li> <li>指導の振り返り、事例検討はできていない。</li> </ul>	この項目に関しては、今後は特定保健指導にて対応する。
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"> <li>職員の不足はないか</li> <li>人員(職員)一人あたりの対象者数は適切か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>対応に遅れが生じないように実施できたか確認する。</li> </ul>	令和2.3末	健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
	資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>財源確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品(リーフレット等)を購入できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な物品を不足なく購入できたか</li> </ul>	令和2.3末	国保担当		

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。 ・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(リース等)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、ポ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、新規参加者も増えたと予想される。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。運動に興味を持たれている対象者にもいたため、来年度も継続していく。	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にもいたため、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)を選定し参加の動機ができたか	・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			・必要な物品を購入できたか	

令和2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 57%	特定健診未受診者 ・集団健診(5月・7月)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	令和2年4月～ 令和2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。	・対象者への利用勧奨率 80% ・特定保健指導実施率 57%	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、個別受診者のうち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. 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	令和2年4月～ 令和3年8月末	大豊町役場	・特定保健指導利用勧奨率 ・特定保健指導実施率
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。	未受診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. 健診結果、レセプトにより受療状況を確認 2. 未受診者に対して受診勧奨実施	1. 健診結果、レセプト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. 未治療者には治療の必要性を説明し受診勧奨を行う。 4. 受診勧奨後、受診に繋がっていないかどうかレセプトや本人への聞き取りにより確認する。受診していない場合は、再度勧奨する。 5. 未受診かつ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	令和2年4月～ 令和3年6月末	・大豊町役場 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・未受診者への受診勧奨率 ・医療機関受診率
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. 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	1. 町内の消防団(令和2年度は1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 ・特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。	衛生部門担当 国保部門担当	令和2年4月～ 令和3年3月末	消防団屯所	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧の者への保健指導数
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指導時に参加を呼びかける。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。 3. 健康ウォーキング教室 ・日程を調整し開催日を公報や放送等にて周知する。 ・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。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。	衛生部門担当	令和2年4月～ 令和3年3月末	・大豊町役場 ・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2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 57 %	・受診率の確認(集団・個別)：国保XRLデータの確認	令和3.3末	国保担当 健康づくり担当	特定健診受診率：43.5% 集団健診受診率：26% 個別健診受診率：17.6%	新型コロナウイルスの影響により受診率低下。感染対策を十分に実施して受診者を募っていく。
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 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	令和3.3末	国保担当 健康づくり担当	集団健診終了後未受診者：573人 ハガキ送付：541人 訪問：コロナのため実施せず 電話：87人(ハガキ送付者に再度電話にて勧奨) 合計：541人に勧奨 受診勧奨率：94.4%	未受診者の9割以上に勧奨することができた。令和3年度は新型コロナウイルスの感染状況を見ながら、訪問による受診勧奨等を行っていく。
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。 (7月健診後)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診1回目(5月)終了後 ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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3.3末	国保担当 健康づくり担当	ログヘルスを使用し、未受診者全数を抽出した。 対象者名簿を作成し、受診勧奨を行った。	感染対策を入念に実施していることを周知したうえで、受診勧奨を行っていく。引き続き、未受診者への受診勧奨を行う。
	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	・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。 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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			・541人に勧奨を行い、約20人参加者増加。 ・新型コロナウイルスの影響により、婦人会による訪問は実施しなかった。 ・全員の未受診理由は確認できなかった。	状況により婦人会への受診勧奨依頼をして受診率向上に努めていく。
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3.3末	国保担当 健康づくり担当	新型コロナ感染症対策のため、健康づくり婦人会による受診勧奨活動の委託契約はできなかった。	新型コロナ感染症の状況を考慮しながら展開する。 予算の確保等いつでも開始できる状況は作る。
	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			財源の確保はできていたが、新型コロナ感染症対策のため、健康づくり婦人会による受診勧奨のための戸別訪問は中止となった。	

令和2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 57% ・特定保健指導完了率 60%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	令和3.8末	国保担当	対象者46人(積極的8人、動機づけ38人) ・特定保健指導利用率: 65.2% (30/46) ・特定保健指導実施率: 56.5% (26/46)	前年度から利用率が大きく伸びた。特定保健指導完了率も上がるよう令和3年からは委託先のジェイエムシーと協同していく。
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	・対象者への利用勧奨率 ・特定保健指導実施率	・対象者の80%以上に文書や電話で利用勧奨 ・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3.8末	健康づくり担当	・利用勧奨率: 100% ・利用者(30名)のうち初回面接修了者26名(86.7%) ・脱落者への対応記録、脱落理由を記録に記載した。 ・40～50代の利用者: 11人中5人が利用。(45.5%)	対象者全員への勧奨を行い初回面接者のうち完了したものが90%にとどまらなかったものの実施率は向上した。対象者全員に利用勧奨を行うことが出来た。40～50代の利用は半分も満たなかった。令和3年から委託先のジェイエムシーと協力し若年層の利用勧奨に努める。
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。	令和3.8末	国保担当 健康づくり担当	動機づけ・積極的指導対象者の選定を保健師2名で行った。結果が届き次第すぐに対象者名簿を作成した。	対象者の選定は保健師2名で実施する。保健指導は令和3年度からジェイエムシー(株)へ委託し協同して行う予定。対象者が参加しやすいように早めの勧奨を行う。
	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。			対象者が参加しやすいように時間や日程を調節し、来庁や訪問等で面接を行った。保健師2名で1日最大2名に面接を行った。	
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3.8末	国保担当 健康づくり担当	特定保健指導は保健師2名で実施。ミニデイ等に参加している対象者に対しては包括保健師に協力を依頼し指導を実施。保健指導に必要な物品は十分購入できる予算を確保することができた。	保健指導はJMCへ委託。個別指導は保健師2名で対応する。必要なパンフレットは適宜購入できるよう予算を確保する。
	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				

令和2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	・治療開始率(新規治療開始) ・医療機関の受診継続率	・未治療者の受診率 100% ・医療機関の受診継続率 70%以上	・リスク別に受診状況の確認(受診勧奨後12月に一度レセプトと本人への聞き取りで受診状況の確認、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) ・対象者名簿、対応記録のまとめ	令和3.6末	国保担当 健康づくり担当	新規治療開始率:0% 受診継続率 ・血圧:0% ・HbA1c:0% ・尿蛋白:0% ・eGFR:0%	対象者の分母が少ないため、1人受診できていないと0%になってしまう。評価が困難だが、対象者への定期的なコンタクトを継続していく。
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチができたか	連絡した人数(連絡した数/対象者)(リスク別にカウントする)	・対象者(ハイリスク者の中から未治療と判断した者)への連絡、受診勧奨率100%	・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3.6末	国保担当 健康づくり担当	【対象者人数(未受診者)】 ・血圧:1名 ・HbA1c:0名(リウマチ治療のため1名除外) ・尿蛋白:1名(血圧でも対象) ・eGFR:0名(服薬による腎機能低下のため1名除外) 【受診勧奨率】 ・血圧:100% ・HbA1c:100% ・尿蛋白:100% ・eGFR:100%	対象者の名簿を作成し、対応記録作成は継続する。対象者全員への連絡を行っていく。
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか  ・血圧160-100以上 ・HbA1c7.0%以上 ・尿蛋白2+以上 ・eGFR値40未満	・それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無を確認 ・未受診者を選定	・リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。	・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3.6末	国保担当	ログヘルスを使用し、リスクごとに対象者を抽出した。 12月にレセプト、本人への連絡を行い受診状況を確認した。	対象者への連絡と、レセプト確認を一連の流れとして継続し、確実に医療など必要な処置につなげていく。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	・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	・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。	・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。	健康づくり担当	医療が必要な対象者の健診結果には受診を促すコメントを記載した。対応記録を適宜残した。	健診結果確認時に、対象者への医療機関受診勧奨は継続していく。	
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	・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	・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。	・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3.6末	健康づくり担当	保健師1名で対応した。必要な物を購入する予算も確保できた。	引き続き、予算を確保していく。
	資源の活用	・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	国保担当			

令和2年度 事業評価計画

令和2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 ・高血圧の者に保健指導できたか ・高血圧未受診者への受診勧奨ができたか	・高血圧予防教室の実施回数 ・消防団員の参加者数 ・高血圧の者への保健指導数 ・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数	・町内すべての消防団に高血圧予防教室を実施する。(今年度大久保分団での実施をもって町内すべての消防団での実施が終了予定)	・高血圧予防教室実施回数、参加人数を確認する。 高血圧の者への指導と未受診者(160-100以上)への受診勧奨を行う。	令和3.3末	国保担当 健康づくり担当	R2年度(大久保分団) ・高血圧予防教室実施回数 1回 ・消防団員参加者数 7人 ・高血圧者への保健指導数 5人 ・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数 2人  ★H28～R2年度の予防教室をまとめて、消防団に結果報告、広報誌を通じて町民に結果報告を行う。	・消防団高血圧教室は、令和2年度を持って終了 今後は、消防団に代わり若い集団への予防教室実施
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	・分団員の半数以上が参加。	・参加人数の確認	令和3.3末	国保担当 健康づくり担当	・消防団員参加者数7人/団員数19人 参加率36.8%	・参加率は半数以下であったため今後取り組むのであれば参加を促すように広報や高血圧予防の必要性を伝える工夫を行って行く必要がある。
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3.3末	国保担当 健康づくり担当	・無線訓練後に実施 健康教育30分	血圧測定、アンケートも行いながら健康教育30分の時間の確保ができた。
	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。			・血圧測定時に個別相談・健康指導 ・参観者全体へのアンケート実施 ・参加者全体に対し、健康教育(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、家庭血圧測定の説明)	パンフレットを活用して高血圧による疾病のリスクについて説明することができた。
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3.3末	国保担当 健康づくり担当	参加者7人に対し、職員4人(PHN2人、事務職2人) 十分な職員の確保を行った。	・教室を行うにあたり人員の確保はできた。
	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	・財源確保はできていたが、PHNで自作の教育資料も活用した。

令和2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	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・年代別体力測定(1回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(2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3.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:新型コロナウイルス拡大予防のため中止(教委) ・ウォーキング教室:2回実施し(実施率100%)、のべ30名の参加(継続参加者:7名)、実23名参加 ・はつらつ運動教室:11回実施。新型コロナウイルス感染拡大予防のため1回中止、1か月に2回実施して予定回数分実施に努めた(実施率:91.7%)。参加者:19名(うち町外1名)。継続参加者:13名	R3年度も新型コロナウイルス感染拡大に注意しながら実施していく。年代別体力測定は教育委員会と協力して実施。ウォーキング教室は2回、はつらつ運動教室12回実施する。	
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3.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:新型コロナウイルス拡大予防のため中止(教委) ・ウォーキング教室:のべ30名、実23名 ・はつらつ運動教室:のべ89名、実19名	参加者数を維持、新規参加者が増加するように周知をしていく。	
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。	令和3.3末	健康づくり担当	はつらつ運動教室は月1回放送、チラシの配布による周知を行っている。(12回実施) ウォーキング教室は広報誌と放送により周知をしている(2回)	実施前には広報を継続する。	
	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。			・ウォーキング教室 23名中、指導対象者1名 ・はつらつ運動教室 19名中、指導対象者0名	特定保健指導対象者への声掛けも充実させていく。	
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・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。	・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。			・ウォーキング教室:継続参加者7名、継続率30.4% ・はつらつ運動教室:継続参加者13名、継続率68.4% 運動頻度についてアンケート実施なし。	運動習慣を身に着けることができるように、継続参加者の数を確認していく。	
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3.3末	健康づくり担当	運動指導士1名に委託をして教室を実施した。足りない物は購入できるだけの予算は確保できた。	必要な予算を確保し、事業を円滑に実施できるようにしていく。	
	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3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58%	特定健診未受診者・集団健診(5月・7月)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	令和3年4月～ 令和3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を予防する。	・対象者への利用勧奨率80% ・特定保健指導実施率58%	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、個別受診者のうち動機付け支援対象者を町の医療機関へ委託し、利用機会を増やす。 3. 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	令和3年4月～ 令和4年8月末	・大豊町役場 ・大豊町総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・特定保健指導利用勧奨率 ・特定保健指導実施率
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。	未受診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. 健診結果、レセプトにより受療状況を確認 2. 未受診者に対して受診勧奨実施	1. 健診結果、レセプト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. 未治療者には治療の必要性を説明し受診勧奨を行う。 4. 受診勧奨後、受診に繋がっていないかどうかレセプトや本人への聞き取りにより確認する。受診していない場合は、再度勧奨する。 5. 未受診かつ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	令和3年4月～ 令和4年6月末	・大豊町役場 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・未受診者への受診勧奨率 ・医療機関受診率
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(町内の農業・商業関係の若年層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	1. 町内の農業・商業関係の若年層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 ・特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。	衛生部門担当 国保部門担当	令和3年4月～ 令和4年3月末	町内会議室	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧者への保健指導数
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指導時に参加を呼びかける。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。 3. 健康ウォーキング教室 ・日程を調整し開催日を広報や放送等にて周知する。 ・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。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。	衛生部門担当	令和3年4月～ 令和4年3月末	・大豊町役場 ・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3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 58 %	・受診率の確認(集団・個別)：国保XRLデータの確認	令和4.3末	国保担当 健康づくり担当	特定健診受診率：46.6% 集団健診受診率：32.3% 個別健診受診率：14.3%	適宜XRLによる受診率の確認を行った。引き続き、法定報告まで経過を追っていく。
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 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	令和4.3末	国保担当 健康づくり担当	集団健診終了後未受診者：388人 ハガキ送付：388人(JMC) 健康づくり婦人会訪問：100人 職員による電話2回実施(5月健診終了後、個別健診終了前) 合計：388人に勧奨 受診勧奨率：100%	JMCへの委託により、未受診者全員への勧奨を実施できた。電話や婦人会による勧奨も行うことで、受診者数が増加につながった。来年度も引き続きJMCによる受診勧奨を実施予定。
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。 (7月健診後)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診1回目終了後 ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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4.3末	国保担当 健康づくり担当	ログヘルスを使用し、未受診者全数を抽出した。(未受診者：388人) 対象者名簿を作成し、JMCからハガキによる通知、職員による電話勧奨を行い、受診勧奨を行った。	ログヘルスを使用して名簿を抽出し、それをもとに受診勧奨を行った。引き続き、ログヘルスを活用した名簿の抽出を行う。
	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	・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。 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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			・388人に勧奨を行い、約101人参加者増加。 ・健康づくり婦人会訪問：100人 ・未受診理由はコロナ感染を恐れている方が多くいた。また、病院にかかっていることを理由に受診しないという理由も多くいた。 未受診者受診率：26%	引き続き、JMC、職員による電話、婦人会による訪問にて受診勧奨を行っていく。
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4.3末	国保担当 健康づくり担当	今年度は、婦人会による受診勧奨訪問を再開することができた。	新型コロナウイルスの感染拡大に注意しながら、引き続き婦人会による受診勧奨を行う。
	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			財源の確保はできていた。	

令和3年度 事業評価計画

令和3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
カムアウト	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 58% ・特定保健指導実施率 60%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	令和4.8末	国保担当	・特定保健指導利用率:64.9%(37/57) ・特定保健指導実施率:61.4%(35/57)	令和3年度～JMCへ委託し集団での保健指導を開始した。指導率は上昇しており、令和5年度も引き続き委託する予定。
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	・対象者への利用勧奨率 ・特定保健指導実施率	・対象者80%に文書や電話で利用勧奨 ・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4.8末	健康づくり担当	・利用勧奨率:87.7%(57人中50人へ勧奨) 【全体(直営+JMC)】 ・初回面接者完了率・継続率:94.6%(初回面接実施者37人中35人が完了) ・40～50代の利用者:15人中10人が利用。(66.6%) 【直営のみ】 ・初回面接者完了率・継続率:94.6%(初回面接実施者37人中35人が完了) ・40～50代の利用者:15人中10人が利用。(66.7%) 【JMCのみ】 ・初回面接者完了率・継続率:100%(初回面接実施者14人中14人が完了) ・40～50代の利用者:15人中1人が利用。(6.7%)	令和3年度～JMCへ委託し集団での保健指導を開始した。指導率は上昇しており、令和4年度も引き続き委託する予定。 個別指導では、JMCへ参加しなかった者へアプローチをし、指導を実施した。拒否する者も多いが、優先順位を決めながら指導することができた。
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。	令和4.8末	国保担当 健康づくり担当	動機付け・積極的指導対象者の選定を保健師2名で行った。結果が届き次第すぐに対象者名簿を作成した。 【直営】 対象者が参加しやすいように時間や日程を調節し、来庁や訪問等で面接を行った。保健師2名で1日最大2名に30分～1時間程度の面接を行った。 【JMC】 日程を3日(9月、10月、1月)設けた。1回1時間半～2時間。 9月:12名、10月7名、1月3名参加。(延べ人数)	JMCとの打ち合わせで、町民の繁忙期を避けるように日程調整を行うことができたが、コロナ感染拡大のため参加者が思うように増えなかった。来年度はコロナの状況を踏まえながら参加者を募るようになっている。
	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4.8末	国保担当 健康づくり担当	特定保健指導は保健師2名で実施。保健指導に必要な物品は十分購入できる予算を確保することができた。	来年度も必要物品が購入できるだけの予算を確保した。保健師も会計任用職員が配属となり2名での指導が可能となる予定。
	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3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	・治療開始率(新規治療開始) ・医療機関の受診継続率	・未治療者の受診率 100% ・医療機関の受診継続率 70%以上	・リスク別に受診状況の確認(受診勧奨後12月に一度レセプトと本人への聞き取りで受診状況の確認、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) ・対象者名簿、対応記録のまとめ	令和4.6末	国保担当 健康づくり担当	新規治療開始率:0% 受診継続率 ・血圧:0% ・HbA1c:0% ・尿蛋白:0% ・eGFR:0%	未治療者に対して受診促すが、治療につながる者は0%であった。受診の必要性について根気よく説明する必要がある。
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチができたか	連絡した人数(連絡した数/対象者)(リスク別にカウントする)	・対象者(ハイリスク者の中から未治療と判断した者)への連絡、受診勧奨率100%	・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4.6末	国保担当 健康づくり担当	【対象者人数(未受診者)】 ・血圧:5名 ・HbA1c:1名(通院するも内服無) ・尿蛋白:1名 ・eGFR:1名 【受診勧奨率】 ・血圧:80%(5名中4名) ・HbA1c:100% ・尿蛋白:100% ・eGFR:100%	新規治療につながる者はいなかったが、新たに内服を開始することができたケースがあった。継続した治療もできている。来年度は、受診勧奨率100%を目指す。
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか	・それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無を確認 ・未受診者を選定	・リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。	・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4.6末	国保担当	ログヘルスを使用し、リスクごとに対象者を抽出した。12月は実施できず、2月にレセプト、本人への連絡を行い受診状況を確認した。	対象者名簿を作成し、レセプト確認時に使用することができた。対応に遅れが生じたため保健師2名で対応する必要がある。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	・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	・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。	・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。	健康づくり担当	医療が必要な対象者の健診結果には受診を促すコメントを記載した。対応記録を適宜残した。	対応記録、指導内容を記録することができた。引き続き記録に残すようにする。	
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	・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	・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。	・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4.6末	健康づくり担当	保健師1名で対応した。12月の確認作業では、対応に遅れが生じてしまった。必要な物を購入する予算の確保はできた。	対応の遅れが生じることがあるため、保健師2名で対応する必要がある。配布物等を購入することができ、必要な予算を確保することができた。来年度も必要な予算は確保している。
	資源の活用	・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	国保担当			

令和3年度 事業評価計画

				個別保健事業名		高血圧対策（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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商工会・農業部会に対して個別高血圧予防教室を実施できたか</li> <li>・高血圧の者に保健指導できたか</li> <li>・高血圧未受診者への受診勧奨ができたか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧予防教室の実施回数（連絡回数）</li> <li>・参加者数</li> <li>・高血圧の者への保健指導数</li> <li>・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商業・農業にかかわる若年層に対して高血圧予防について周知する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧予防教室実施回数（連絡回数）、参加人数を確認する。</li> <li>・高血圧の者への指導と未受診者(160-100以上)への受診勧奨を行う。</li> </ul>	令和4.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商工会（女性部、青年部）に個別指導を実施した。</li> <li>【女性部】</li> <li>・参加人数：4人（高血圧者：0人）</li> <li>・高血圧者への保健指導数：4人（参加者全員に指導実施）</li> <li>・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数 0人</li> <li>【青年部】</li> <li>・参加者：8人</li> <li>・高血圧者への保健指導数：8人（参加者全員に指導実施）</li> <li>・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数 0人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナ感染拡大に伴い、集団でおこなわれれる事業がすべて中止となり、集団支援が実施できなかった。今年度に限り、対象者に個別訪問、指導を実施した。一人一人に高血圧のリスク、予防方法について説明することができた。</li> <li>・来年度は、女性部、青年部で集う場があれば、集団へのアプローチを行う。</li> </ul>
アウトプット	個別高血圧予防教室に対象者が参加できたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・農業・商業にかかわる若年層の参加者数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通知をした半数以上が参加。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加人数の確認</li> </ul>	令和4.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>【女性部】</li> <li>・参加者数4人/紹介者数：6人</li> <li>・参加率 66.7%</li> <li>【青年部】</li> <li>・参加者：8人/紹介者数：5人</li> <li>・参加率：100%（参加者の配偶者にも参加してもらったため紹介者より多くなっている）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代表者から紹介していただいた方の半数以上が参加してくれた。対象者は高血圧ではなく標準血圧だったが、今後の予防について話することができた。</li> </ul>
プロセス	個別健康教育に必要な期間が確保できたか(1～2か月程度)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施期間の妥当性（必要な情報や血圧について考える期間が確保できる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健康教育に1～2か月程度の期間が確保できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の協力を得て、個別健康教育に必要な期間を確保する。</li> </ul>	令和4.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別訪問を実施。各家庭で自宅血圧測定を記録してもらい、記録用紙を提出する。訪問時に保健指導の実施。必要時病院受診について説明。訪問時間1件約20分×2回</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8月～10月にかけて依頼、訪問指導を実施することができた。</li> </ul>
	高血圧のリスクを伝えることができたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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（わかりやすい資料の提供）</li> <li>・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</li> <li>・家庭血圧測定の必要性を説明できたか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚教材を作成する。</li> <li>・自宅で血圧測定を行い自分の血圧値を知ることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚教材を作成し提示または配布する。</li> <li>・参加者全数の血圧測定を行う。</li> <li>・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。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時に個別相談・健康指導</li> <li>・参観者全員へのアンケート実施</li> <li>・参加者全員に対し、健康教育（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、家庭血圧測定の説明）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレットを利用して、高血圧による疾病リスクについて説明することができた。改めて自宅で測定することによって、自分の血圧について知ることができたという意見も聞かれた。</li> <li>・パンフレットや資料については、適切だった。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の不足はないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧予防教室に必要な人員が確保できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	令和4.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者12人に対し、職員1人（PHN1人）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別に訪問するため、保健師1名でも問題なく実施することができた。</li> </ul>
	高血圧予防教室に必要な予算が確保できたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・財源確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な物品（リーフレット等）を購入できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教育に必要な物品を不足なく購入できたか。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・財源確保はできていたが、PHNで自作の教育資料も活用した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・財源は十分であった。</li> </ul>

令和3年度 事業評価計画

令和3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	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・年代別体力測定(1回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(2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4.3末	健康づくり担当	【年代別体力測定】 新型コロナウイルス拡大予防のため中止(教委) 【ウォーキング教室】 3回実施(実施率100%)、のべ31名参加(継続参加者:11名) 実14名参加 【はつらつ運動教室】 10回実施(新型コロナウイルス感染拡大予防のため2回中止) 実施率:83.3% 実参加者:18名(うち町外0名) 継続参加者(2回以上参加):12名 新規参加者:5名	ウォーキング教室は3回実施し、すべて野外でのウォーキングができた。令和4年度は2回の教室を予定。  はつらつ運動教室は新規参加者も多かった。コロナの影響により中止をすることもあったが、継続して参加される方もおり令和4年度も引き続き実施予定。
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4.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:新型コロナウイルス拡大予防のため中止(教委) ・ウォーキング教室:のべ31名、実14名 ・はつらつ運動教室:のべ53名、実18名	参加者数は今年並みだが、新規参加者や継続参加の方が増加する等運動習慣の定着にはなっている。
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。	令和4.3末	健康づくり担当	はつらつ運動教室は月1回放送、チラシの配布による周知を行っている。(12回) ウォーキング教室は広報誌と放送により周知している(2回×3)	周知を徹底して行うことができ、新規参加者を募ることができた。 参加のきっかけについては、次回からアンケートにて聞き取りを行う。
	運動習慣の定着が必要な者(特定保健指導対象者)を選定し参加の動員ができたか	・特定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、特定保健指導対象者の数を確認する。			・ウォーキング教室 14名中、指導対象者0名 ・はつらつ運動教室18名中、指導対象者1名	特定保健指導対象者の参加が少なく、参加者が高齢化していることが課題。若い世代に参加してもらえよう周知を徹底する。
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・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。	・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。			・ウォーキング教室:継続参加者11名、継続率78.6%(継続11名/実14名) ・はつらつ運動教室:継続参加者12名、継続率66.7%(継続12名/実18名) 【運動頻度についてアンケート結果(延べ)】 ウォーキング教室3回分で実施 ・毎日:11名 ・週に1〜2回:14名 ・月に1回:1名 ・ほとんどしない:4名	継続して参加される方が半数以上いた。 ウォーキング教室とはつらつ運動教室に参加される方は、7名重複している。同じ方が参加される傾向にあるが、運動習慣定着については効果があると考ええる。 運動頻度についてのアンケートをはつらつ運動教室でも実施する。
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	令和4.3末	健康づくり担当	運動指導士1名に委託をして教室を実施した。足りない物は購入できるだけの予算は確保できた。	人材、予算の確保は十分であった。
	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4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 59%	特定健診未受診者 ・集団健診合計(5月・7月)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、JMCから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	令和4年4月 ～ 令和4年12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を予防する。	・対象者への利用勧奨率 80% ・特定保健指導実施率 59%	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. 保健指導の一部をジェイエムシー(株)に委託し、保健師による直営と合わせて効率よく実施する。 3. 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	令和4年4月 ～ 令和5年8月末	・大豊町役場 ・大豊町総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・特定保健指導利用勧奨率 ・特定保健指導実施率
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。	未受診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. 健診結果、レセプトにより受療状況を確認 2. 未受診者に対して受診勧奨実施	1. 健診結果、レセプト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. 未治療者には治療の必要性を説明し受診勧奨を行う。 4. 受診勧奨後、受診に繋がっているかどうかレセプトや本人への聞き取りにより確認する。受診していない場合は、再度勧奨する。 5. 未受診者かつHbA1c 5.6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	令和4年4月 ～ 令和5年6月末	・大豊町役場 ・総合ふれあいセンター ・対象者自宅	・未受診者への受診勧奨率 ・医療機関受診率 ・糖尿病予防教室参加人数
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 (町内の農業・商業関係の若年層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	1. 町内の農業・商業関係の若年層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 ・特に高血圧症のリスクと予防の必要性を伝える。	衛生部門担当 国保部門担当	令和4年4月 ～ 令和5年3月末	町内会議室	・血圧測定数、健康教育参加人数 ・高血圧者への保健指導数
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指導時に参加を呼びかける。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。 3. 健康ウォーキング教室 ・日程を調整し開催日を公報や放送等にて周知する。 ・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。 ・運動教室終了後にアンケートを実施し、運動の定着度について調査する。	衛生部門担当	令和4年4月 ～ 令和5年3月末	・大豊町役場 ・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4年度 事業評価計画

令和4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 59 %	・受診率の確認(集団・個別): 国保XRLデータの確認	令和5.3末	国保担当 健康づくり担当	特定健診受診率: 49.5% 集団健診受診率: 36.1% 個別健診受診率: 13.4% R5.6月現在	適宜XRLによる受診率の確認を行った。引き続き、法定報告まで経過を追っていく。
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 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	ハガキ送付や訪問、電話による受診勧奨の総数	令和5.3末	国保担当 健康づくり担当	集団健診終了後未受診者: 434人 ハガキ送付: 434人(JMC) 健康づくり婦人会訪問: 100人 職員による電話2回実施(5月健診終了後、個別健診終了前) 合計: 434人に勧奨 受診勧奨率: 100%	JMCへの委託により、未受診者全員への勧奨を実施できた。電話や婦人会による勧奨も行うことで、受診者数が増加につながった。来年度も引き続きJMCによる受診勧奨を実施予定。
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。 (7月健診後)	未受診者の全数を抽出する。 ・集団健診1回目終了後 ・個別健診受診勧奨に向けて集団健診最終日後に抽出 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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5.3末	国保担当 健康づくり担当	ログヘルスを使用し、未受診者全数を抽出した。(未受診者: 434人) 対象者名簿を作成し、JMCからハガキによる通知、職員による電話勧奨を行い、受診勧奨を行った。	ログヘルスを使用して名簿を抽出し、それをもとに受診勧奨を行った。引き続き、ログヘルスを活用した名簿の抽出を行う。
	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	・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。 (コロナウイルス感染症対策のため縮小の可能性あり)	・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			・434人に勧奨を行い、約114人参加者増加。 ・健康づくり婦人会訪問: 100人 ・未受診理由はコロナ感染を恐れている方が多くいた。また、病院にかかっていることを理由に受診しないという理由も多くいた。 未受診者受診率: 26.3%	引き続き、JMC、職員による電話、婦人会による訪問にて受診勧奨を行っていく。通院者への特定健診受診勧奨の方法など検討する。
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5.3末	国保担当 健康づくり担当	婦人会による受診勧奨ができた。	新型コロナウイルスの感染拡大に注意しながら、引き続き婦人会による受診勧奨を行う。来年度もJMC委託予定のため財源の確保を行う。
	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			前年に引き続きJMCによる勧奨を行う予定であったため、財源の確保はできていた。	

令和4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 59% ・特定保健指導実施率 60%	・初回面接実施数、最終面接実施数を確認する。	令和5.8末	国保担当	・特定保健指導利用率: 60.4% (29/48) ・特定保健指導完了率: 47.9% (23/48)  R5.8月現在	令和3年度～JMCへ委託し集団での保健指導を開始した。今年度は利用率は維持したが実施率が低い結果であった。令和5年度も引き続き委託する予定だが方法やタイミングなどを再検討する必要がある。	
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	・対象者への利用勧奨率 ・特定保健指導実施率	・対象者80%に文書や電話で利用勧奨 ・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5.8末	健康づくり担当	・特定保健指導実施率: 47.9% ・利用勧奨率: 100%(48名中JMC利用勧奨19名) 【全体(直営+JMC)】 ・初回面接者完了率100%(初回面接実施者29人中29人が完了) ・40～50代の利用者: 15人中10人が利用。(66.6%) 【直営のみ】 ・初回面接者完了率100%(初回面接実施者24名中24名が完了)、継続率100% 脱落者への対応記録、脱落理由を記録に記載した。 ・40～50代の利用者: 24名中7名が利用。(29.1%) 【JMCのみ】 ・初回面接者完了率・継続率: 100%(初回面接実施者5名中5名が完了) ・40～50代の利用者: 5名中2名が利用。(40%)	令和3年度～JMCへ委託し集団での保健指導を開始し今年度も行う予定であったがコロナ感染のため対象者へのアプローチが難しい状態だった。また、初めてJMCによる電話での保健指導利用勧奨を行ったが、断られることが多くその後町保健師でひろい保健指導利用勧奨を行う流れとなり介入時期に遅れが生じた。来年度からは適時に保健指導を行うため町保健師が保健指導の利用勧奨を行うようにし、JMCの保健指導体制も相談する必要がある。健診期間が伸びた関係で保健指導対象者は年度内の保健指導実施が難しくなっているが引き続き利用勧奨を行い保健指導への意欲を高められるような働きかけをしていく。	
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。	令和5.8末	国保担当 健康づくり担当	動機付け・積極的指導対象者の選定を保健師2名で行った。結果が届き次第すぐに対象者名簿を作成した。 【直営】 対象者が参加しやすいように時間や日程を調節し、来庁や訪問等で面接を行った。保健師2名で1日最大2名に30分～1時間程度の面接を行った。 【JMC】 ①9/9(参加者: 2名)・12/16(参加者: 2名)…完了者2名 ②12/9(参加者: 2名)…完了者2名 1回90分前後。コロナ感染のため12月は参加者が少なかったが電話でのフォローを行った。	JMCとの打ち合わせで、町民の繁忙期を避けるように日程調整を行ったがコロナ感染拡大のため参加者が思うように増えなかった。前年の集団保健指導参加者が今回の対象者と重なり、「2年連続は控える」という返事もあった。来年度は開催にあたりコロナの状況見ながら工夫していく必要がある。	
	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5.8末	国保担当 健康づくり担当	特定保健指導は保健師2名で実施。JMCに個別でも保健指導を依頼した。来年度もJMCに保健指導を依頼する予定のため、保健指導に必要な物品は十分購入できる予算を確保することができた。	来年度も必要物品が購入できるだけの予算を確保した。来年度もJMCに保健指導を依頼する予定のため、適時に行うため町保健師2名が中心となりJMCを活用しながら行っていく。	
	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4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	・治療開始率(新規治療開始) ・医療機関の受診継続率	・未治療者の受診率 100% ・医療機関の受診継続率 70%以上	・リスク別に受診状況の確認(受診勧奨後12月に一度レセプトと本人への聞き取りで受診状況の確認、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) ・対象者名簿、対応記録のまとめ	令和5.6末	国保担当 健康づくり担当	新規治療開始率:37.5%(3/8) ・血圧:8名 ■そのうち家庭血圧測定者4名 受診継続率 ・血圧:100% ・HbA1c:0% ・尿蛋白:0% ・eGFR:0%	未治療者(血圧)の半分が家庭血圧測定をしており、高いときは病院への受診・受診検討を行っている状況であった。受診の必要性は本人の話の内容をもとに、意識が薄い方には詳しく説明していく必要がある。
アウトプット	重症化予防対象者へのアプローチができたか	連絡した人数(連絡した数/対象者)(リスク別にカウントする) ★HbA1c5.6%以上で生活習慣病予防教室へ参加した人数(勧奨数/対象者)	・対象者(ハイリスク者の中から未治療と判断した者)への連絡、受診勧奨率100% ・対象者(未受診・HbA1c5.6%以上)の連絡、教室参加への勧奨率100%	・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。 ・ログヘルスにてHbA1c5.6%以上の対象者を抽出しレセプトを確認。対象者名簿を作成、参加状況の記録を残す。	令和5.6末	国保担当 健康づくり担当	<ハイリスク者> 【対象者人数(未受診者)】 ・血圧:8名 ■そのうち家庭血圧測定者4名 ・HbA1c:0名 ・尿蛋白:0名 ・eGFR:0名 【受診勧奨率】 ・血圧:100% <糖尿病予備群> ・対象者26名、教室参加者5名(参加率19.2%) ・教室勧奨率100%)	未治療者(血圧)へ受診勧奨率100%が達成。来年度も引き続き受診勧奨率100%を目指す。 未受診でHbA1c5.6%以上の者の糖尿病予防教室参加率は低かった。今後、糖尿病の知識について啓発し、予防の必要性を伝えていく。広報の仕方も再検討する。
プロセス	リスク別に対象者を選定できたか	・それぞれのリスク別対象者のうち、受診の有無を確認 ・未受診者を選定	・リスク別ごとに対象者全数の名簿を作成する。	・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5.6末	国保担当	ログヘルスを使用し、リスクごとに対象者を抽出した。 9～10月に対象者を抽出し、健診後半年以内に本人への連絡を行った。	対象者名簿を作成し、レセプト確認時に使用することができた。健診期間が伸びたため、令和5年度は抽出時期を9月・2月にしよう試みる。
	対象者が病状改善につながる支援ができたか	・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	・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。	・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。		健康づくり担当	医療が必要な対象者の健診結果には受診を促すコメントを記載した。対応記録を適宜残した。	対応記録、指導内容を記録することができた。引き続き記録に残すようにする。
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	・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	・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。	・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5.6末	健康づくり担当	適時に対応を行うために集団健診終了後、主な対象者が抽出できる時期(9～10月)に受診状況の確認をレセプトと本人への電話・面談(フクチン会場)で聞き取りを実施した。対応や対象者の抽出は主に保健師1名で行ったが、他1名の保健師と共有しながら実施した。	適時に対応できるようにいつもより早めのタイミングで対象者を抽出し、保健師2名が共有して実施することができた。健診期間が伸びたため、令和5年度は9月・2月に抽出するように試みる。 配布物等を購入することができ、必要な予算を確保することができた。来年度も必要な予算は確保している。
	資源の活用	・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		国保担当		

令和4年度 事業評価計画

				個別保健事業名 高血圧対策（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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商工会・農業部会に対して個別高血圧予防教室を実施できたか</li> <li>・高血圧の者に保健指導できたか</li> <li>・高血圧未受診者への受診勧奨ができたか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧予防教室の実施回数（連絡回数）</li> <li>・参加者数</li> <li>・高血圧の者への保健指導数</li> <li>・高血圧未受診者(160-100以上)への受診勧奨数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商業・農業にかかわる若年層に対して高血圧予防について周知する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧予防教室実施回数（連絡回数）、参加人数を確認する。</li> <li>・高血圧の者への指導と未受診者(160-100以上)への受診勧奨を行う。</li> </ul>	令和5.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>★R4～文化祭時に高血圧予防教室を実施(商工会への介入困難のため) 血圧測定ブースでの血圧測定にて、血圧160-100以上:8名</li> <li>対象者の名前を確認しておらず個別対応者0名</li> <li>アンケート・減塩クイズ回答率:100%</li> </ul>	<p>今後は血圧が高い未受診者の抽出のため会場が高い人は聞き取りを行い、個別対応ができる体制作りを行う。クイズなどを行い高血圧の関心度や減塩の意識付けなどはできたと思われる。</p>
プアット	個別高血圧予防教室に対象者が参加できたか	・農業・商業にかかわる若年層の参加者数	・通知をした半数以上が参加。	・参加人数の確認	令和5.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>★R4～文化祭時に高血圧予防教室を実施(商工会への介入困難のため) 参加者:40人、うち国保参加者17名(42.5%)</li> </ul>	国保参加率もよいため、来年度も高血圧予防教室を文化祭(健康づくりコーナー)に紐つけて実施する。
プロセス	個別健康教育に必要な期間が確保できたか(1～2か月程度)	・実施期間の妥当性(必要な情報や血圧について考える期間が確保できる)	・個別健康教育に1～2か月程度の期間が確保できる。	・対象者の協力を得て、個別健康教育に必要な期間を確保する。	令和5.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>★R4～文化祭時に高血圧予防教室を実施(商工会への介入困難のため) 健康づくりコーナー血圧測定ブースにて、PHNが血圧を測定。アンケート、減塩クイズに回答してもらいクイズの解答を渡す際に簡単に問診を行い高血圧への関心度を高めるよう助言した。所要時間:5～10分</li> </ul>	文化祭(健康づくりコーナー)の流れでの高血圧予防教室だったためあまり時間が取れない状況だった。アンケート・クイズにも時間を要したため、内容や教室の配置などの検討が必要。
	高血圧のリスクを伝えることができたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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(わかりやすい資料の提供)</li> <li>・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</li> <li>・家庭血圧測定の必要性を説明できたか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚教材を作成する。</li> <li>・自宅で血圧測定を行い自分の血圧値を知ることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚教材を作成し提示または配布する。</li> <li>・参加者全数の血圧測定を行う。</li> <li>・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。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>★R4～文化祭時に高血圧予防教室を実施(商工会への介入困難のため) ・(健康づくりコーナー)参加者全員へ減塩クイズ、アンケートを実施。</li> <li>・減塩クイズの回答とともに、高血圧・タバコについてのPHN自作資料配布</li> <li>・PHN自作の動脈硬化に関するポスターの掲示</li> <li>・国保連合会からの機器借入にてメタボリンクを設置</li> <li>・子供連れ世代の参加を促すためくじ引き・景品を用意。</li> </ul>	資料やポスター、機器など様々な教材を使用し高血圧予防の啓発を図れた。また、高血圧予防の理解度・関心度をアンケート・減塩クイズで知ることができた。時間的に個別対応が難しい状況だったため、血圧が高い高血圧者への介入もできるようなやり方について関心を持ってもらえるような取り組みを今後も検討していく。
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5.3末	国保担当健康づくり担当	<ul style="list-style-type: none"> <li>★R4～文化祭時に高血圧予防教室を実施(商工会への介入困難のため) 参加者44人(成人40名、小児4名)に対し、職員3人(PHN2名、庶務1名)</li> </ul>	文化祭(健康づくりコーナー)の流れでの高血圧予防教室だったため個別対応が行き届かない部分もあった。
	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。			<ul style="list-style-type: none"> <li>・財源確保はできていたが、PHNで資料を作成し、教育資料も活用した。</li> <li>・子供連れでも参加しやすいようにくじ引き・景品を用意した。</li> </ul>	財源は十分であった。来年度も引き続き教室の予算確保を行う。

令和4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	・各種運動教室の参加実人数、継続して参加できている数	・年代別体力測定(1回/年)、はつらつ健康運動教室(12回/年)、ウォーキング教室(2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5.3末	健康づくり担当	【年代別体力測定】 新型コロナ拡大予防のため中止(教委) 【ウォーキング教室】 2回実施(実施率:100%) のべ33名参加(継続参加者:8名) 実24名参加 【はつらつ運動教室】 9回実施(新型コロナウイルス感染拡大予防のため2回中止) 実施率:90.0% 実参加者:22名(うち町外0名) 継続参加者(2回以上参加):12名 新規参加者:13名	ウォーキング教室は2回実施し、すべて野外でのウォーキングができた。令和5年度も引き続き2回開催予定。  はつらつ運動教室は新規参加者も多かった。コロナの影響により中止をすることもあったが、継続して参加される方もおり令和5年度も引き続き実施予定。
	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5.3末	健康づくり担当	・年代別体力測定:新型コロナウイルス拡大予防のため中止(教委) ・ウォーキング教室:のべ33名、実24名 ・はつらつ運動教室:のべ65名、実22名	ウォーキング参加者は平年並みだったが、はつらつ運動教室の新規参加者の増加がみられた。新規参加者や継続参加の方が増加し運動習慣の定着につながるよう今後も運動教室の周知や運動の必要性について働きかけを行う。
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。			はつらつ運動教室は月1回放送、チラシの配布による周知を行っている。(12回) ウォーキング教室は広報誌と放送により周知している(2回×3) 民生委員協議会で45名に対して運動教室の周知実施。 はつらつ運動教室新規参加者のアンケートより、参加のきっかけは「健康に気を付けたいから」が最も多かった(8/10)	周知を徹底して行うことができ、新規参加者を募ることができた。 今回健康意識の変化による教室の参加が最も多かった。今後も引き続きアンケートでの参加のきっかけについて確認していく。
	運動習慣の定着が必要な者(保健指導対象者)を選定し参加の動機ができたか	・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。	令和5.3末	健康づくり担当	・ウォーキング教室 14名中、指導対象者0名 ・はつらつ運動教室18名中、指導対象者2名(特定保健指導終了後、はつらつ運動教室への参加)	参加者が高齢化していることが課題。若い世代に参加してもらえよう周知を徹底する。今回特定保健指導を行った2名が運動教室への参加をされ行動変容につながっている可能性があり、保健指導の際に運動教室をすすめるのは効果的と考える。保健指導対象者には引き続き教室参加を促す働きかけを行う。
	教室に継続して参加し運動習慣の定着ができたか	・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。	・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。			・ウォーキング教室:継続参加者8名、継続率33.3%(継続8名/実24名) ・はつらつ運動教室:継続参加者12名、継続率54.5%(継続12名/実22名) 【運動頻度についてアンケート結果(延べ)】 ウォーキング教室2回分で実施 ・毎日:14名 ・週に1~2回:11名 ・月に1回:1名 ・ほとんどしない:7名	ウォーキング教室とはつらつ運動教室に参加される方は、7名重複している。同じ方が参加される傾向にあるが、運動習慣定着については効果があると思われる。運動頻度についてのアンケートをはつらつ運動教室でも実施する。
チャック	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5.3末	健康づくり担当	はつらつ運動教室:運動指導士1名に委託をして教室を実施した。 ウォーキング教室:運動療法士1名、保健師2名、庶務2名で実施。 足りない物は購入できるだけの予算は確保できた。	人材、予算の確保は十分であった。
	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				

# 1. 医療情報

## ①医療費について

表 1

(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		547,214,330		576		307,957,090		10,176		239,257,240	
平成29年度	9,939	-813	538,222,990	-8,991,340	634	58	327,641,980	19,684,890	9,305	-871	210,581,010	-28,676,230
平成30年度	9,596	-343	554,627,390	16,404,400	615	-19	345,059,120	17,417,140	8,981	-324	209,568,270	-1,012,740
令和01年度	9,040	-556	519,063,960	-35,563,430	612	-3	324,561,950	-20,497,170	8,428	-553	194,502,010	-15,066,260
令和02年度	8,210	-830	516,010,620	-3,053,340	579	-33	345,653,900	21,091,950	7,631	-797	170,356,720	-24,145,290
令和03年度	8,367	157	495,862,240	-20,148,380	560	-19	309,310,760	-36,343,140	7,807	176	186,551,480	16,194,760
令和04年度	8,261	-106	473,726,700	-22,135,540	469	-91	279,281,060	-30,029,700	7,792	-15	194,445,640	7,894,160

KDB帳票No.1 令和5年8月7日抽出

表 2

(2)1人あたり医療費

KDB帳票No.1 令和5年8月7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】	39,870	22,440	17,430			
	同規模	26,930	11,990	14,940			
	高知県	29,350	13,370	15,980			
	国	25,340	10,150	15,190			
H29年度	保険者【地区】	41,990	25,560	16,430	5%	14%	-6%
	同規模	27,800	12,370	15,430	3%	3%	3%
	高知県	30,450	14,020	16,430	4%	5%	3%
	国	26,210	10,560	15,650	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	44,590	27,740	16,850	6%	9%	3%
	同規模	28,310	12,990	15,320	2%	5%	-1%
	高知県	30,930	14,520	16,410	2%	4%	-0%
	国	26,560	10,870	15,690	1%	3%	0%
R01年度	保険者【地区】	43,830	27,410	16,420	-2%	-1%	-3%
	同規模	29,090	13,300	15,790	3%	2%	3%
	高知県	31,620	14,670	16,950	2%	1%	3%
	国	27,470	11,220	16,250	3%	3%	4%
R02年度	保険者【地区】	46,590	31,210	15,380	6%	14%	-6%
	同規模	28,500	12,930	15,570	-2%	-3%	-1%
	高知県	31,500	14,790	16,710	-0%	1%	-1%
	国	26,960	10,990	15,970	-2%	-2%	-2%
R03年度	保険者【地区】	44,830	27,960	16,870	-4%	-10%	10%
	同規模	29,440	13,140	16,300	3%	2%	5%
	高知県	32,570	15,230	17,340	3%	3%	4%
	国	28,470	11,480	16,990	6%	4%	6%
R04年度	保険者【地区】	43,750	25,790	17,960	-2%	-8%	6%
	同規模	29,990	13,460	16,530	2%	2%	1%
	高知県	32,440	15,040	17,400	-0%	-1%	0%
	国	29,050	11,650	17,400	2%	1%	2%

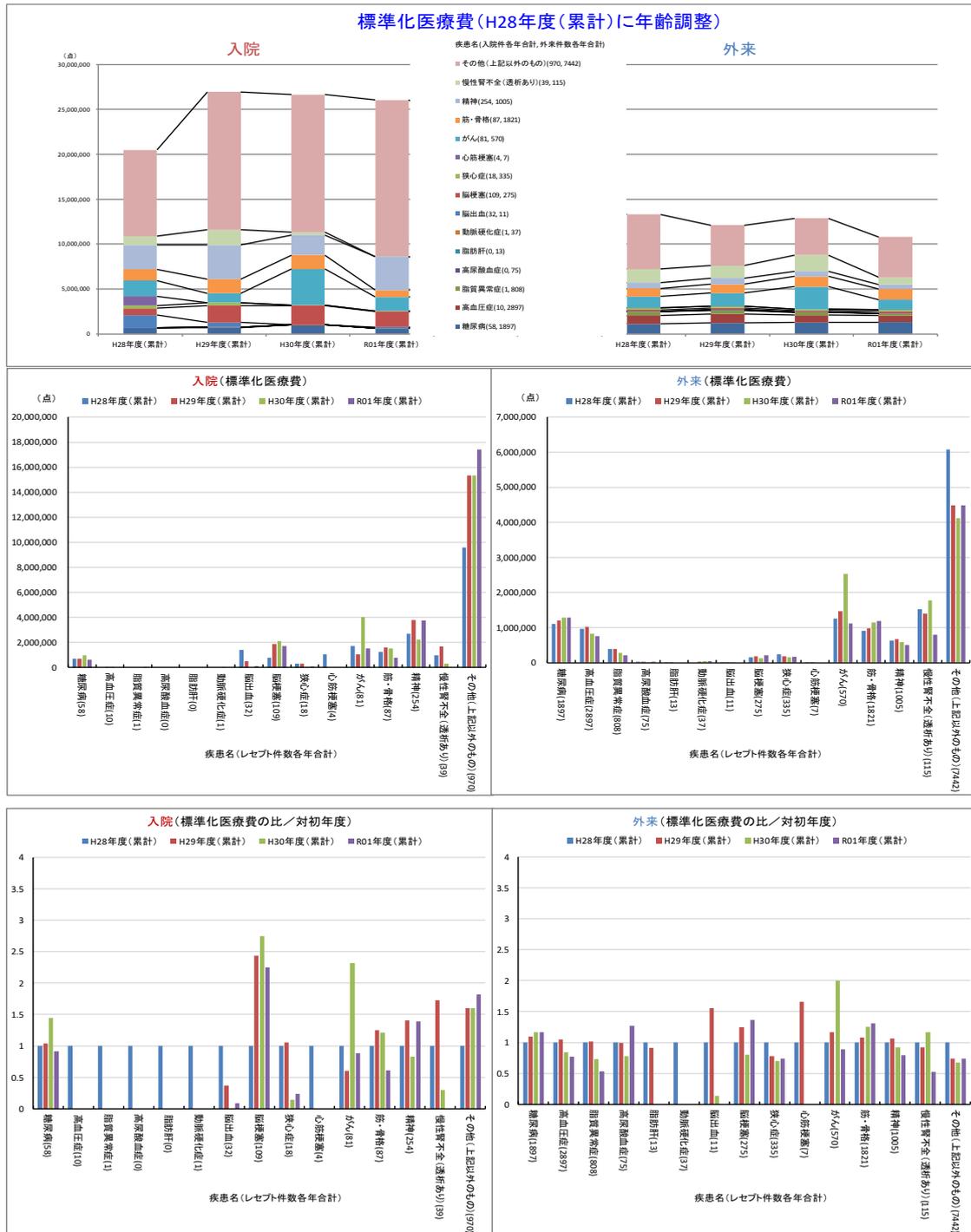
※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

## ②疾病別医療費分析（生活習慣病）

図 2

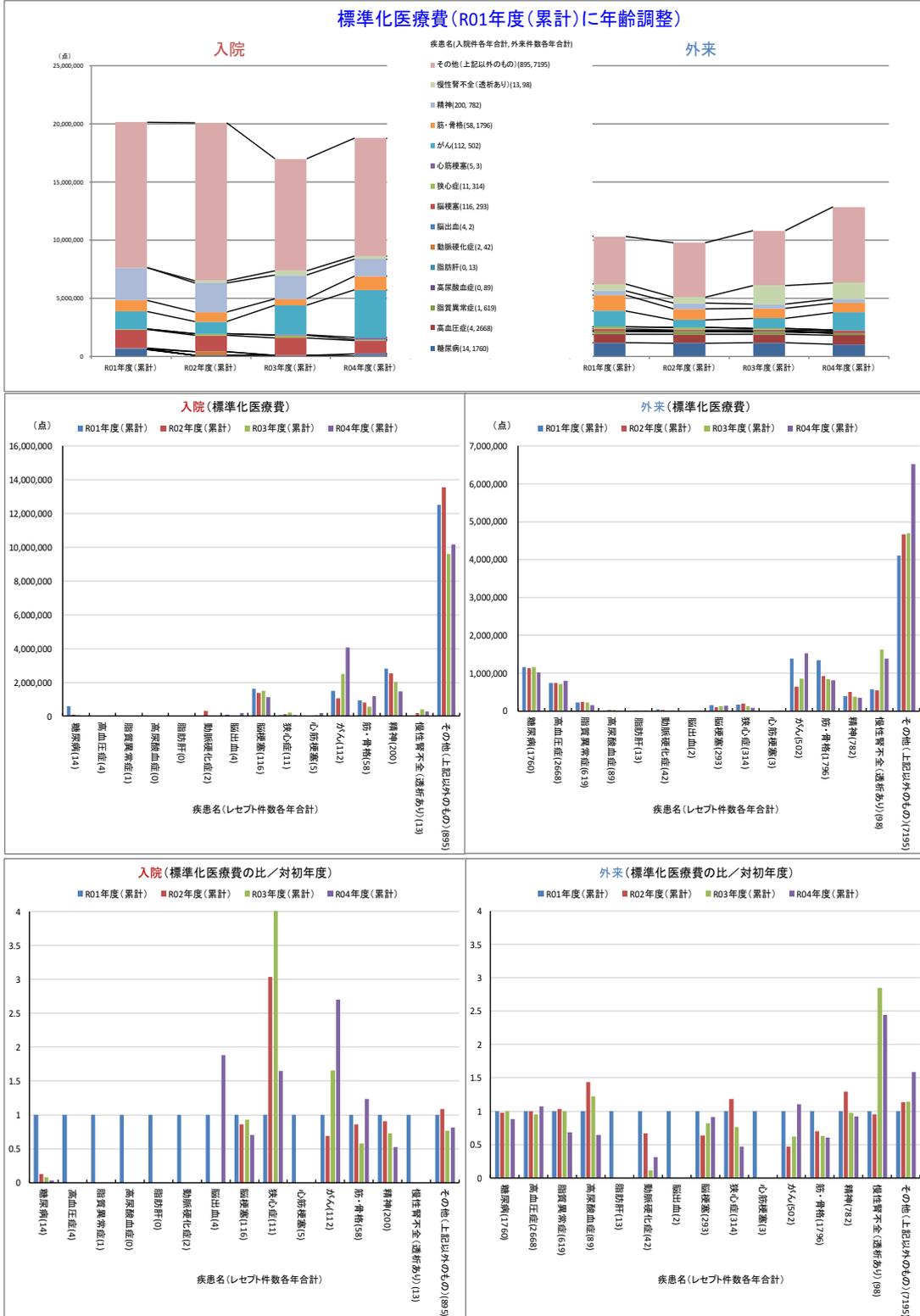
### 疾病別医療費分析(生活習慣病) 大豊町 H28年度(累計)～R01年度(累計) 男性 0～74歳

2023年7月24日



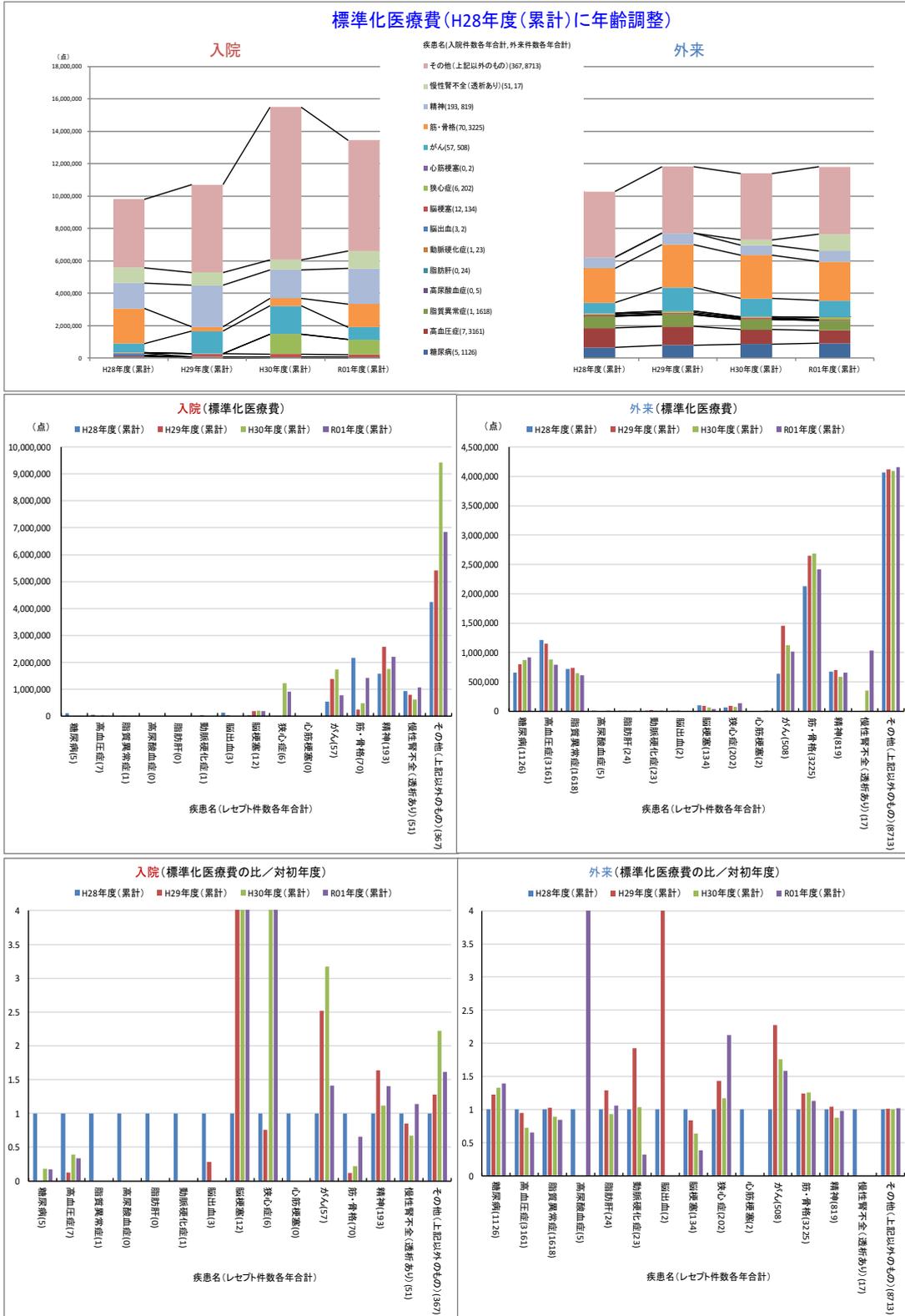
疾病別医療費分析(生活習慣病)  
大豊町 R01年度(累計)~R04年度(累計) 男性 0~74歳

2023年7月24日



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

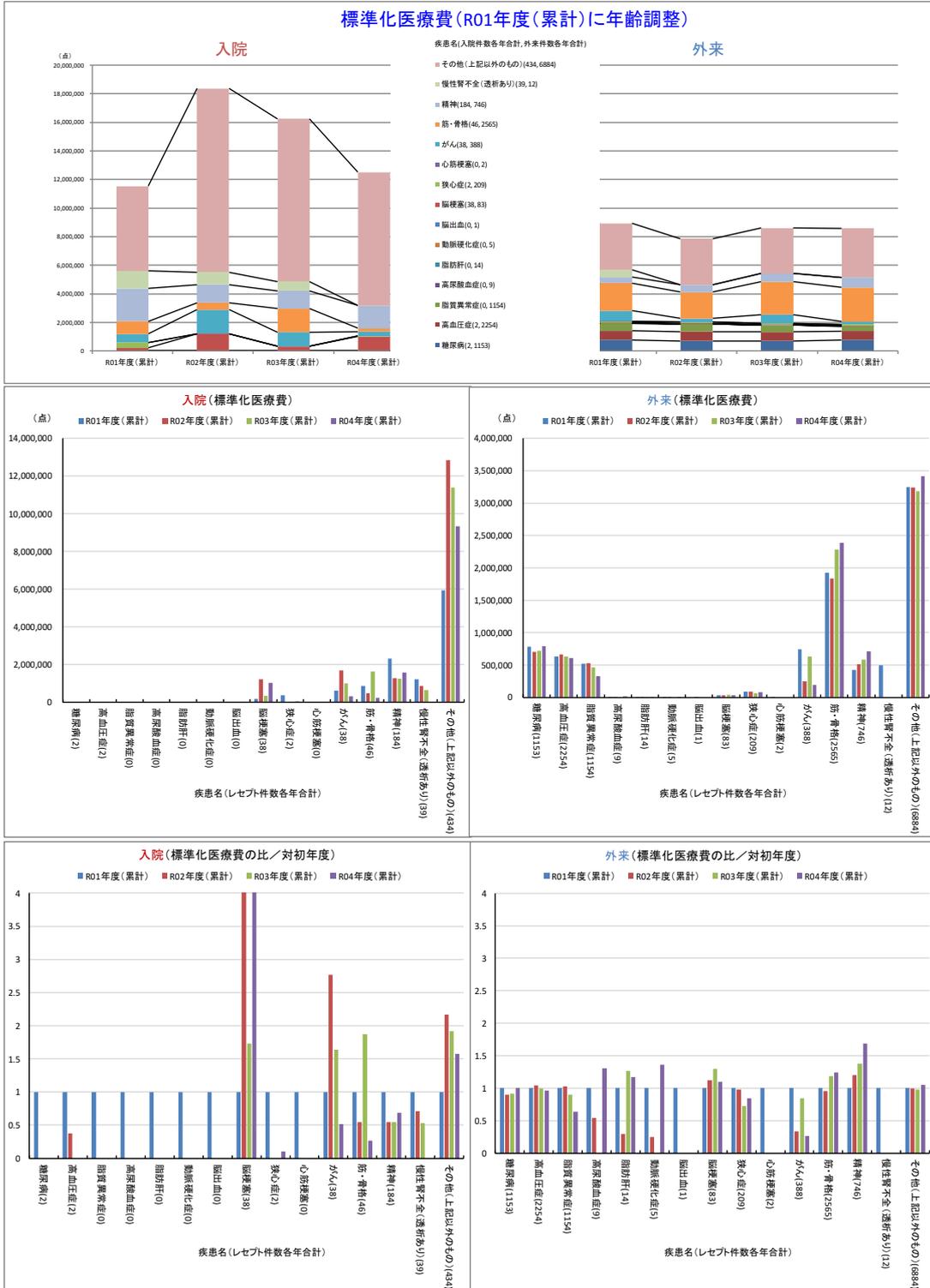
2023年7月24日



疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 R01年度(累計)~R04年度(累計) 女性 0~74歳

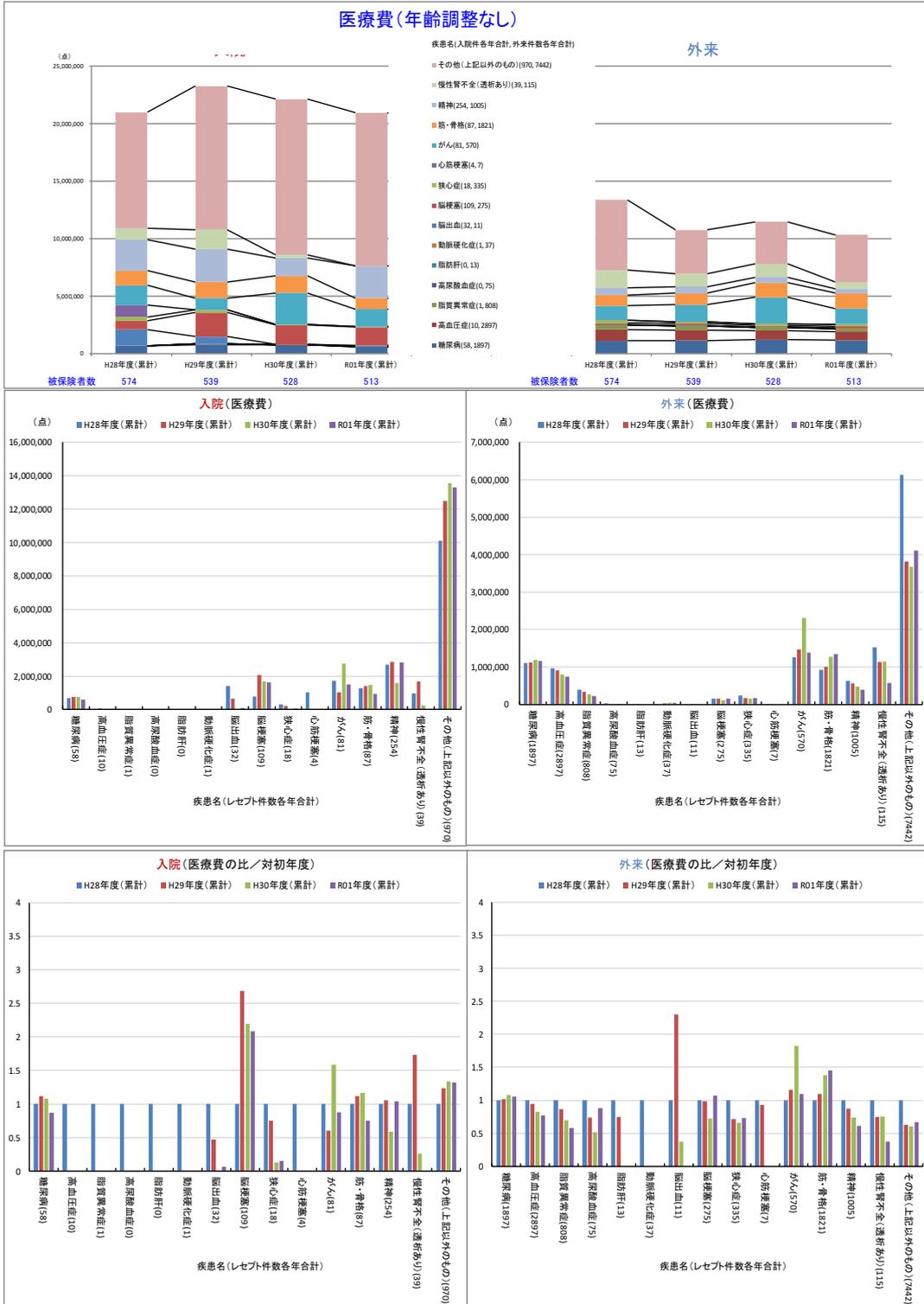
2023年7月24日



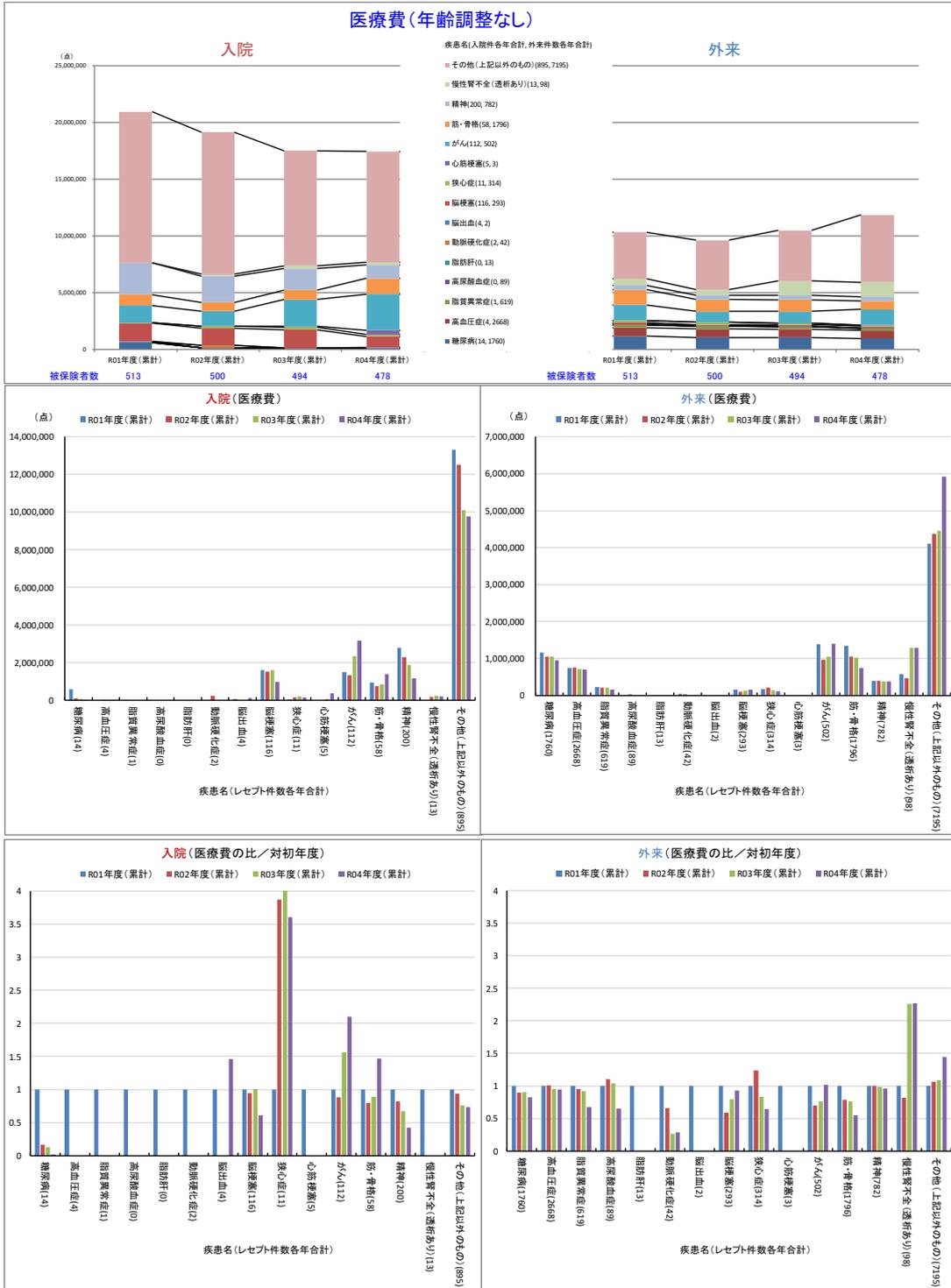
疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 H28年度(累計)~R01年度(累計) 男性 0~74歳

2023年7月24日

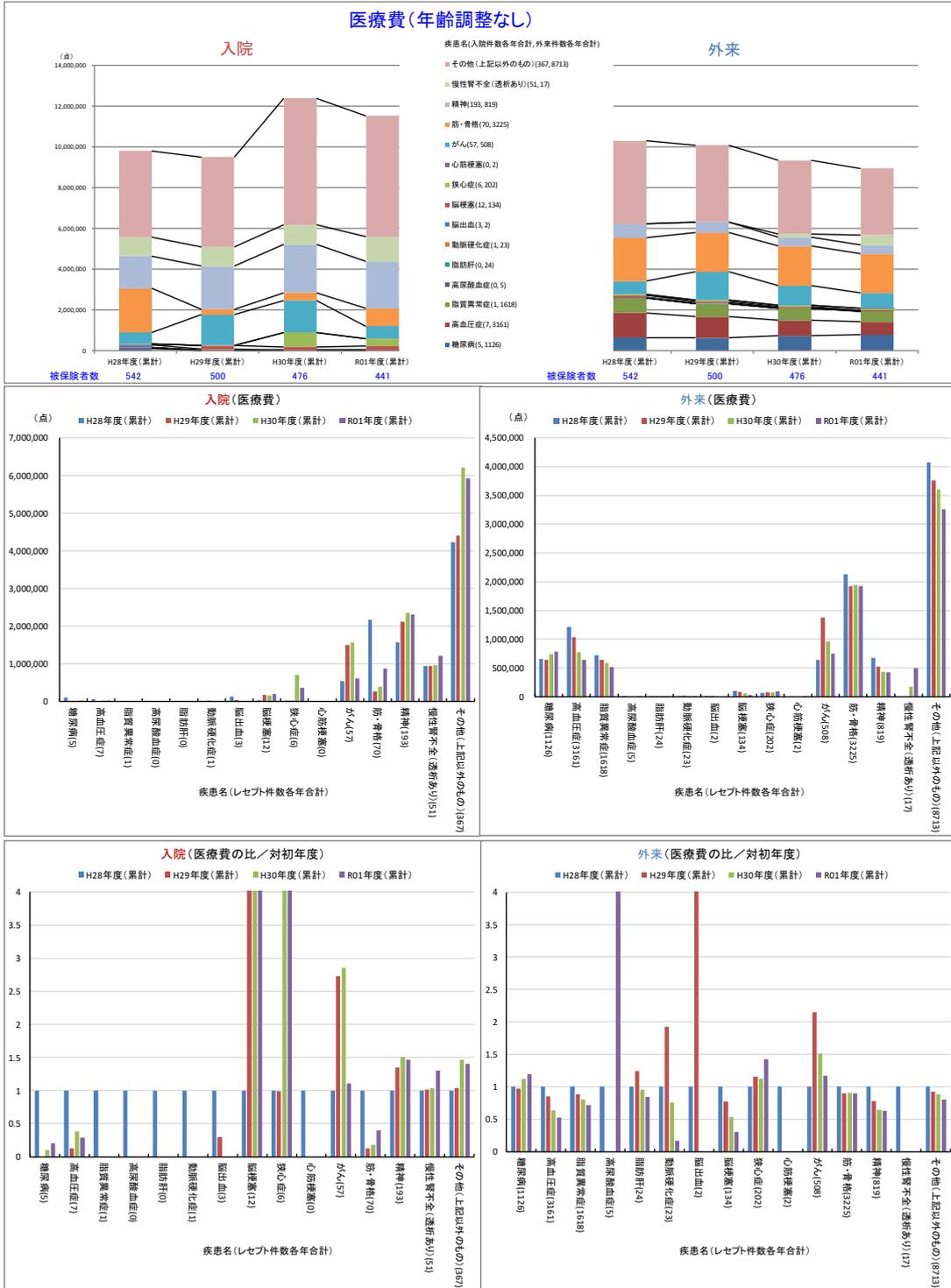


疾病別医療費分析(生活習慣病)  
大豊町 R01年度(累計)~R04年度(累計) 男性 0~74歳



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

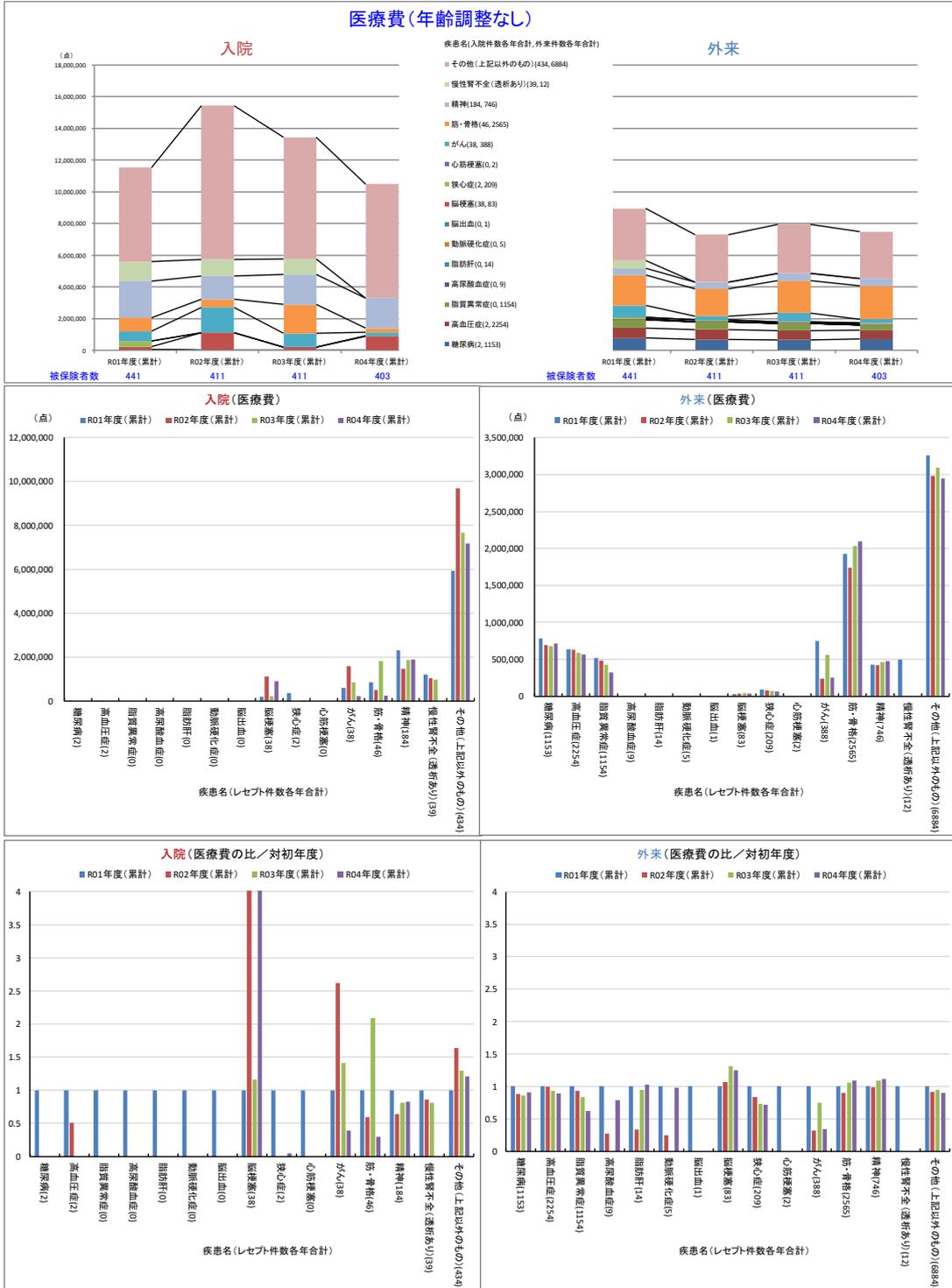
2023年7月24日



疾病別医療費分析(生活習慣病)

大豊町 R01年度(累計)~R04年度(累計) 女性 0~74歳

2023年7月24日



### ③生活習慣病 重症疾患

表 3

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	
平成28年	6		3.4		10,379,620		59.8		3,228,590		
平成29年	4	-2.0	2.3	-1.1	0	-100.0%	51.7	-8.1	2,463,860	-23.7%	
平成30年	3	-1.0	2.0	-0.3	0		51.3	-0.4	7,473,780	203.3%	
令和01年	2	-1.0	2.1	0.1	0		49.3	-1.9	4,116,420	-44.9%	
令和02年	2	0.0	0.9	-1.2	0		45.8	-3.5	1,729,330	-58.0%	
令和03年	3	1.0	1.3	0.3	664,590		42.0	-3.8	2,176,270	25.8%	
令和04年	3	0.0	1.1	0.2	3,813,370	473.8%	33.5	-12.3	1,770,610	-18.6%	

	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
平成28年	7		4		68.3		8,079,680		3		10.8		15,345,430	
平成29年	9	2.0	6	2.0	57.8	-10.4	22,501,480	178.5%	3	0.0	11.4	0.6	6,944,880	-54.7%
平成30年	8	-1.0	8	2.0	56.4	-1.4	18,540,250	-17.6%	0	-3.0	6.3	-5.2	0	-100.0%
令和01年	12	4.0	11	3.0	53.2	-3.3	18,054,850	-2.6%	1	1.0	6.5	0.3	911,210	
令和02年	11	-1.0	11	0.0	49.5	-3.7	26,345,750	45.9%	0	-1.0	6.1	-0.4	0	-100.0%
令和03年	9	-2.0	9	-2.0	47.2	-2.3	18,476,230	-29.9%	0	0.0	5.3	-0.8	0	
令和04年	12	3.0	11	2.0	40.9	-6.3	18,769,010	1.6%	1	1.0	4.7	-0.6	1,333,960	

※1:新規患者は費用額0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費課税額をカウントする

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
平成28年	69	8人	1人	4人	45,454,470円
平成29年	79	7人	2人	5人	55,611,890円
平成30年	83	7人	0人	4人	52,018,430円
令和01年	76	7人	1人	4人	43,030,670円
令和02年	53	6人	2人	3人	29,668,940円
令和03年	65	5人	0人	3人	31,926,210円
令和04年	49	5人	1人	3人	19,745,670円

### ④生活習慣病 基礎疾患

表 4

共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

疾患	糖尿病				高血圧				脂質異常症				高尿酸血症							
	患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (被保険者千人当たり) (年度内合計)		患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (被保険者千人当たり) (年度内合計)		患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (被保険者千人当たり) (年度内合計)						
				保険者	同規模※				保険者	同規模※				保険者	同規模※	保険者	同規模※			
平成28年	139			71.69	104.81	358			124.15	102.24	256			79.56	79.37	73			26.23	20.84
平成29年	136	-3	-2%	90.80	107.25	319	-39	-11%	117.95	103.04	240	-15	-6%	86.12	77.13	70	-3	-4%	23.40	20.76
平成30年	135	-1	-1%	93.59	110.33	309	-11	-3%	113.85	107.95	230	-10	-4%	71.40	84.38	72	1	2%	25.09	22.71
令和01年	134	-1	-1%	84.11	111.80	290	-19	-6%	115.52	110.21	218	-13	-5%	56.75	81.18	73	2	2%	35.47	22.82
令和02年	123	-11	-8%	73.67	107.24	277	-13	-4%	111.59	109.20	204	-14	-6%	79.09	80.86	70	-4	-5%	21.67	23.58
令和03年	124	0	0%	82.45	110.15	279	2	1%	98.73	108.53	195	-9	-4%	70.52	82.59	71	1	2%	29.29	23.80
令和04年	118	-6	-5%	84.22	109.33	253	-26	-9%	107.49	104.93	185	-9	-5%	73.14	78.43	64	-7	-9%	19.95	23.24

年間集計

※同規模は直接法で保険者の性・年齢構成に調整している

## 2. 健診情報

### ① 有所見者割合

表 5

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5年8月7日抽出

性別		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(%)
男性	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
H28	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
H30	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
R01	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
R02	合計	66	41.3	77	48.1	50	31.3	37	23.1	14	8.8	0	0.0	112	70.0	39	24.4	84	52.5	43	26.9	61	38.1	4	2.5
	40-64	16	37.2	16	37.2	22	51.2	12	27.9	7	16.3	0	0.0	23	53.5	11	25.6	21	48.8	15	34.9	15	34.9	0	0.0
	65-74	50	42.7	61	52.1	28	23.9	25	21.4	7	6.0	0	0.0	89	76.1	28	23.9	63	53.8	28	23.9	46	39.3	4	3.4
R03	合計	63	38.0	96	57.8	50	30.1	39	23.5	13	7.8	0	0.0	119	71.7	32	19.3	109	65.7	52	31.3	71	42.8	5	3.0
	40-64	14	35.0	21	52.5	19	47.5	13	32.5	4	10.0	0	0.0	19	47.5	9	22.5	19	47.5	14	35.0	17	42.5	0	0.0
	65-74	49	38.9	75	59.5	31	24.6	26	20.6	9	7.1	0	0.0	100	79.4	23	18.3	90	71.4	38	30.2	54	42.9	5	4.0
R04	合計	62	36.3	96	56.1	38	22.2	39	22.8	14	8.2	0	0.0	120	70.2	31	18.1	111	64.9	49	28.7	62	36.3	8	4.7
	40-64	17	37.0	22	47.8	13	28.3	11	23.9	6	13.0	0	0.0	25	54.3	10	21.7	23	50.0	15	32.6	18	39.1	1	2.2
	65-74	45	36.0	74	59.2	25	20.0	28	22.4	8	6.4	0	0.0	95	76.0	21	16.8	88	70.4	34	27.2	44	35.2	7	5.6

性別		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(%)
女性	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
H28	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
H30	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
R01	合計	54	30.0	27	15.0	29	16.1	16	8.9	1	0.6	0	0.0	121	67.2	6	3.3	81	45.0	27	15.0	108	60.0	1	0.6
	40-64	13	33.3	5	12.8	3	7.7	5	12.8	0	0.0	0	0.0	22	56.4	2	5.1	13	33.3	7	17.9	22	56.4	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
R02	合計	49	31.2	37	23.6	36	22.9	19	12.1	2	1.3	0	0.0	106	67.5	3	1.9	67	42.7	26	16.6	88	56.1	0	0.0
	40-64	11	30.6	9	25.0	6	16.7	9	25.0	0	0.0	0	0.0	20	55.6	0	0.0	9	25.0	7	19.4	21	58.3	0	0.0
	65-74	38	31.4	28	23.1	30	24.8	10	8.3	2	1.7	0	0.0	86	71.1	3	2.5	58	47.9	19	15.7	67	55.4	0	0.0
R03	合計	51	29.7	45	26.2	41	23.8	19	11.0	2	1.2	0	0.0	111	64.5	3	1.7	90	52.3	24	14.0	97	56.4	1	0.6
	40-64	5	12.2	4	9.8	9	22.0	5	12.2	0	0.0	0	0.0	18	43.9	0	0.0	12	29.3	5	12.2	25	61.0	0	0.0
	65-74	46	35.1	41	31.3	32	24.4	14	10.7	2	1.5	0	0.0	93	71.0	3	2.3	78	59.5	19	14.5	72	55.0	1	0.8
R04	合計	42	25.5	41	24.8	29	17.6	21	12.7	3	1.8	0	0.0	104	63.0	4	2.4	82	49.7	29	17.6	77	46.7	0	0.0
	40-64	11	27.5	9	22.5	6	15.0	5	12.5	1	2.5	0	0.0	20	50.0	1	2.5	11	27.5	5	12.5	16	40.0	0	0.0
	65-74	31	24.8	32	25.6	23	18.4	16	12.8	2	1.6	0	0.0	84	67.2	3	2.4	71	56.8	24	19.2	61	48.8	0	0.0

## ②メタボリックシンドローム

表 6

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5年8月7日抽出

性別		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(%)		
男性	H28	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					
	H29	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				
	H30	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				
	R01	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				
R02	合計	160	39.1	6	3.8	28	17.5	0	0.0	23	14.4	5	3.1	43	26.9	10	6.3	2	1.3	14	8.8	17	10.6						
		40-64	43	32.1	0	0.0	6	14.0	0	0.0	3	7.0	3	7.0	10	23.3	0	0.0	0	0.0	5	11.6	5	11.6					
		65-74	117	42.5	6	5.1	22	18.8	0	0.0	20	17.1	2	1.7	33	28.2	10	8.5	2	1.7	9	7.7	12	10.3					
R03	合計	166	41.4	6	3.6	33	19.9	3	1.8	26	15.7	4	2.4	57	34.3	18	10.8	3	1.8	16	9.6	20	12.0						
		40-64	40	31.3	2	5.0	9	22.5	1	2.5	6	15.0	2	5.0	10	25.0	2	5.0	0	0.0	5	12.5	3	7.5					
		65-74	126	46.2	4	3.2	24	19.0	2	1.6	20	15.9	2	1.6	47	37.3	16	12.7	3	2.4	11	8.7	17	13.5					
R04	合計	171	46.2	6	3.5	41	24.0	2	1.2	36	21.1	3	1.8	49	28.7	15	8.8	3	1.8	14	8.2	17	9.9						
		40-64	46	39.0	3	6.5	10	21.7	0	0.0	7	15.2	3	6.5	9	19.6	2	4.3	1	2.2	4	8.7	2	4.3					
		65-74	125	49.6	3	2.4	31	24.8	2	1.6	29	23.2	0	0.0	40	32.0	13	10.4	2	1.6	10	8.0	15	12.0					

性別		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(%)			
女性	H28	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	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						
	H29	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					
	H30	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					
	R01	合計	180	54.1	3	1.7	10	5.6	3	1.7	6	3.3	1	0.6	14	7.8	5	2.8	1	0.6	4	2.2	4	2.2						
			40-64	39	44.3	0	0.0	3	7.7	1	2.6	1	2.6	1	2.6	2	5.1	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	2.6					
			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					
R02	合計	157	49.5	6	3.8	12	7.6	3	1.9	6	3.8	3	1.9	19	12.1	3	1.9	0	0.0	6	3.8	10	6.4							
		40-64	36	43.4	2	5.6	4	11.1	1	2.8	0	0.0	3	8.3	3	8.3	0	0.0	0	0.0	1	2.8	2	5.6						
		65-74	121	51.7	4	3.3	8	6.6	2	1.7	6	5.0	0	0.0	16	13.2	3	2.5	0	0.0	5	4.1	8	6.6						
R03	合計	172	55.7	4	2.3	12	7.0	1	0.6	7	4.1	4	2.3	29	16.9	11	6.4	1	0.6	6	3.5	11	6.4							
		40-64	41	50.6	1	2.4	2	4.9	0	0.0	0	0.0	2	4.9	1	2.4	0	0.0	1	2.4	0	0.0	0	0.0						
		65-74	131	57.5	3	2.3	10	7.6	1	0.8	7	5.3	2	1.5	28	21.4	11	8.4	0	0.0	6	4.6	11	8.4						
R04	合計	165	54.5	5	3.0	16	9.7	0	0.0	11	6.7	5	3.0	20	12.1	4	2.4	1	0.6	7	4.2	8	4.8							
		40-64	40	47.6	4	10.0	2	5.0	0	0.0	1	2.5	1	2.5	3	7.5	0	0.0	1	2.5	1	2.5	1	2.5						
		65-74	125	57.1	1	0.8	14	11.2	0	0.0	10	8.0	4	3.2	17	13.6	4	3.2	0	0.0	6	4.8	7	5.6						

### ③厚生労働省様式(様式5-2)健診受診者所見の推移

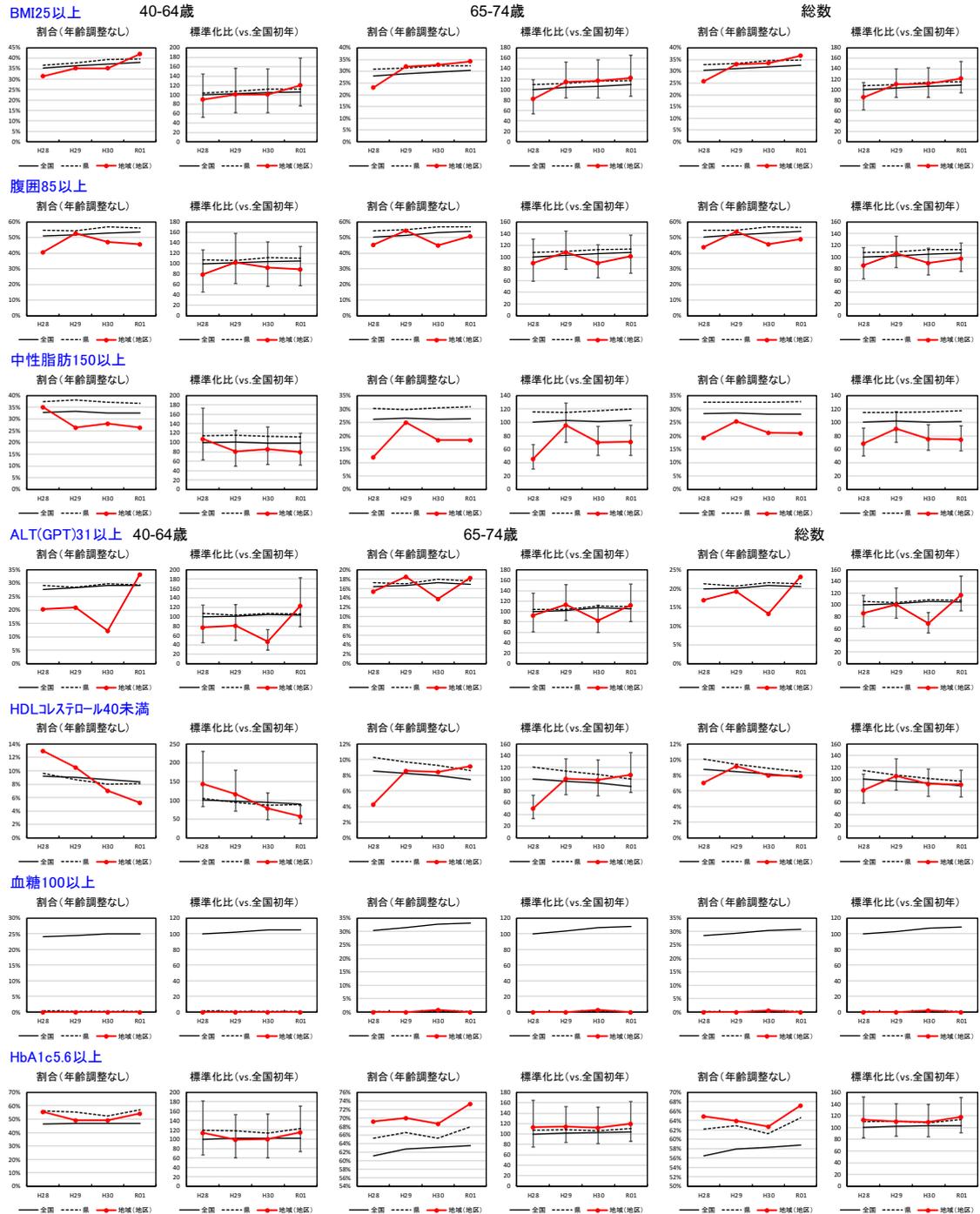
図 10

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【男性】

健診年齢者数	H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳	979147	936531	904925	875102	1395009
全国	6994	6599	6564	6298	246973
地域(地区)	54	57	57	57	1166
65-74歳	2154913	2181981	2160522	2128521	2655916
全国	13849	14104	14504	14169	281977
地域(地区)	117	140	131	120	2331
総数	3134060	3118512	3065447	3003623	4050925
全国	20843	20703	21068	20467	528950
地域(地区)	171	197	188	177	3497

作成日: 2023/7/24  
 採録者番号: 390518  
 採録者名: 大里町  
 地区

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)を基準とした簡易法による。調整軸は95%信頼区間。  
 Ver. 1.2(2018.12.20)平成29年度厚生労働科学研究補助金(循環器疾患・腫瘍疾患等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の充実と若年生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25-標準調査(生活)-一般-014)(研究代表:横山健爾)



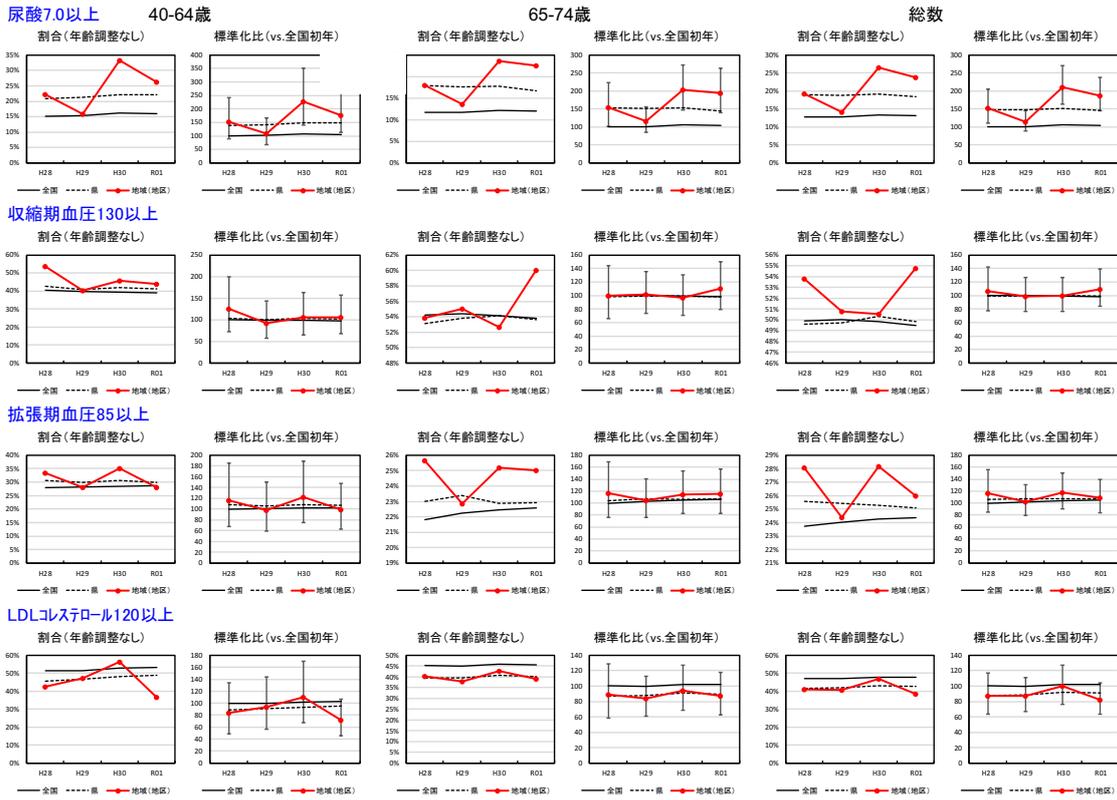


図 11

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【男性】

健診年齢帯	R02	R03	R04	H28	H29
40-64歳					
全国	728556	811090	901501	1,395501	1,395009
県	5434	5600	5785	247294	246973
地域(地区)	43	40	46	1160	1166
65-74歳					
全国	1912229	1975493	1871129	2649150	2655916
県	13176	12051	12260	200596	201977
地域(地区)	117	126	125	2339	2331
総数					
全国	2650785	2786583	2672630	4044651	4050925
県	18612	18451	18045	528190	528950
地域(地区)	160	166	171	3489	3487

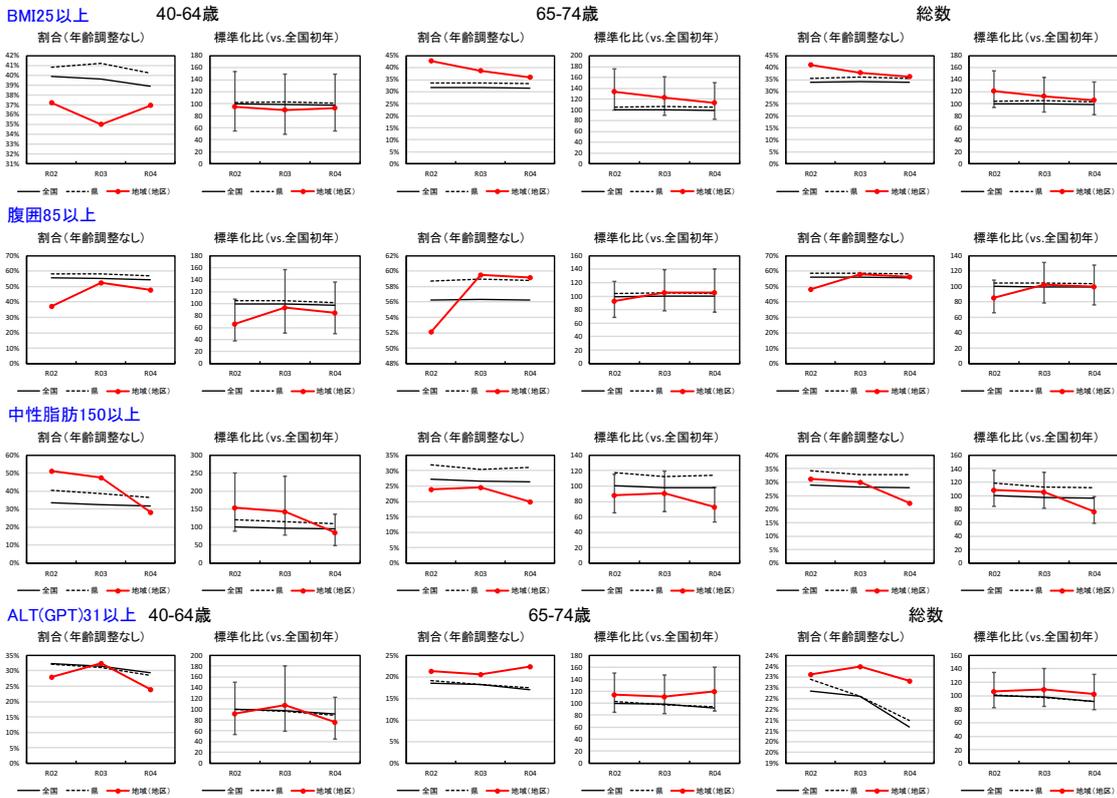
作成日: 2023/7/24

保健番号: 290518

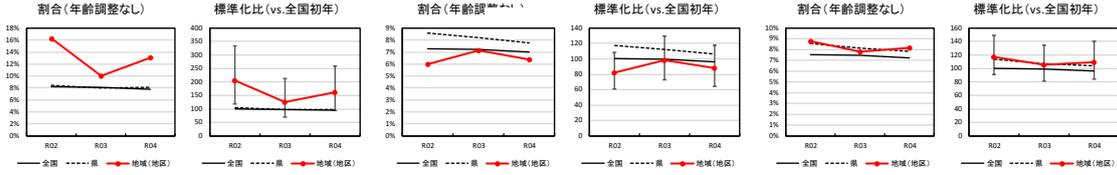
保健者名: 大豊町

地区:

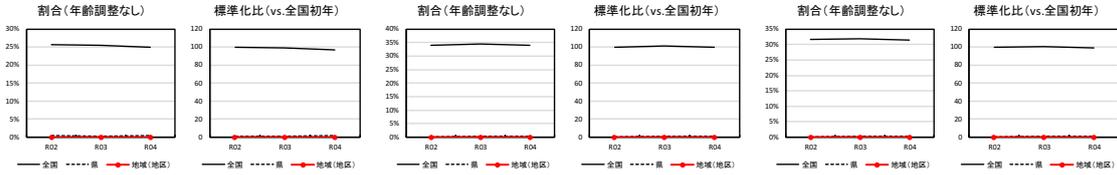
国庫データベース(KDB)OCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別))より計算。  
標準化比は全国(初年度)を基準とし7期法による。誤差は95%信頼区間。  
Ver. 1.2 (2018.12.20) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(慢性疾患・難病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案・評価・生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25-保健研等(主官)-一般-014) (研究代表: 横山慎爾)



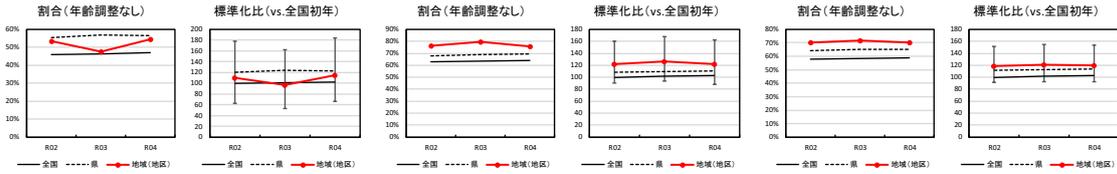
**HDLコレステロール40未満**



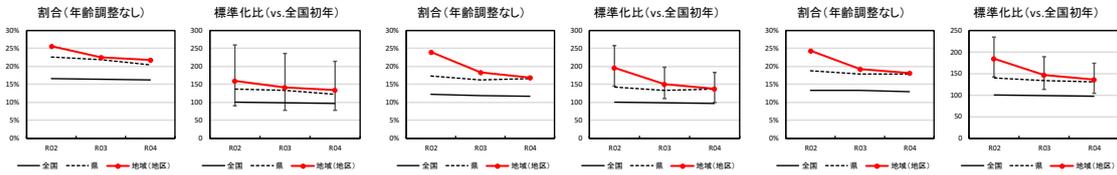
**血糖100以上**



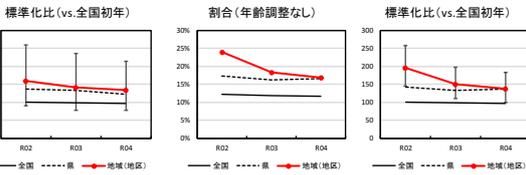
**HbA1c5.6以上**



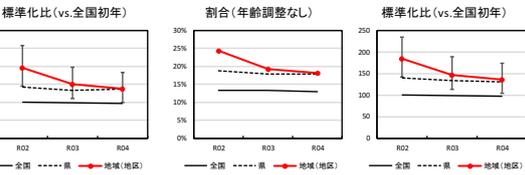
**尿酸7.0以上**



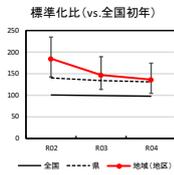
**40-64歳**



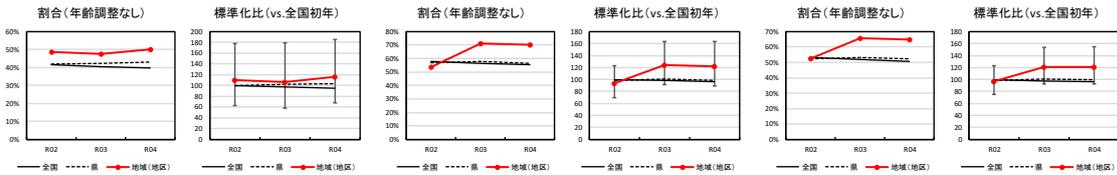
**65-74歳**



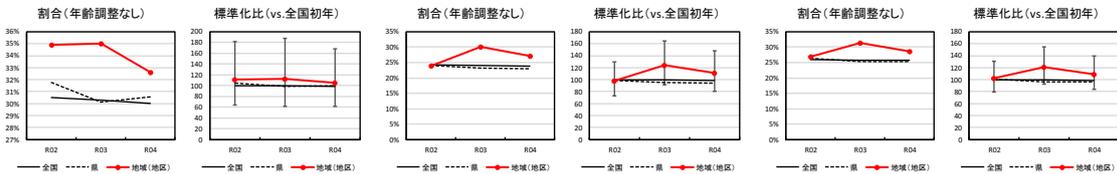
**総数**



**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**

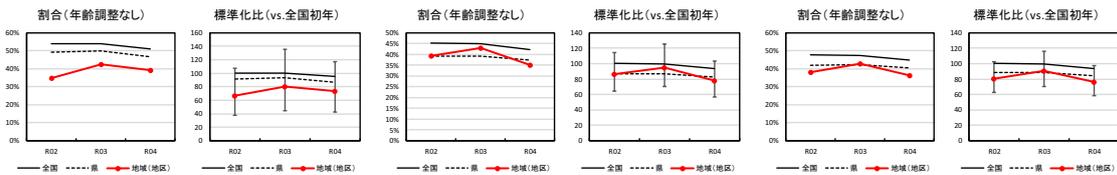


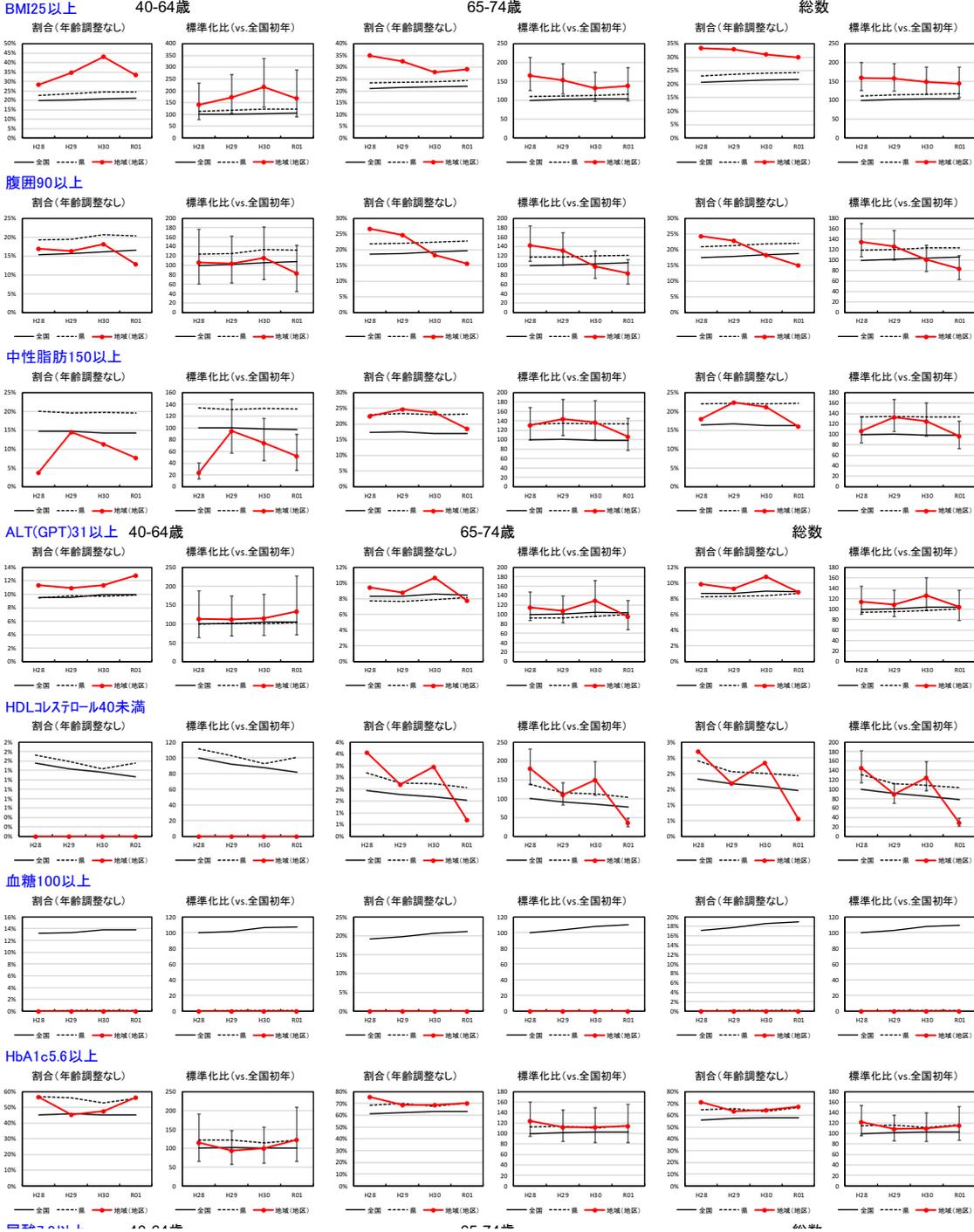
図 12

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	H29
40-64歳	1366623	1294708	1233141	1162995	1807872
全国	8547	7872	7675	7012	270432
地域(地区)	53	55	44	38	1470
65-74歳	2897899	2932440	2908928	2868007	3499054
全国	18825	18844	19321	18526	385040
地域(地区)	169	122	169	141	3300
総数	4264522	4227148	4140067	4023802	5306926
全国	27372	26716	26996	25538	665472
地域(地区)	222	237	213	180	4868

作成日: 2023/7/24  
 保険者番号: 390518  
 保険者名: 大豊町  
 地区:

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・年代別))より計算。  
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差線は95%信頼区間。



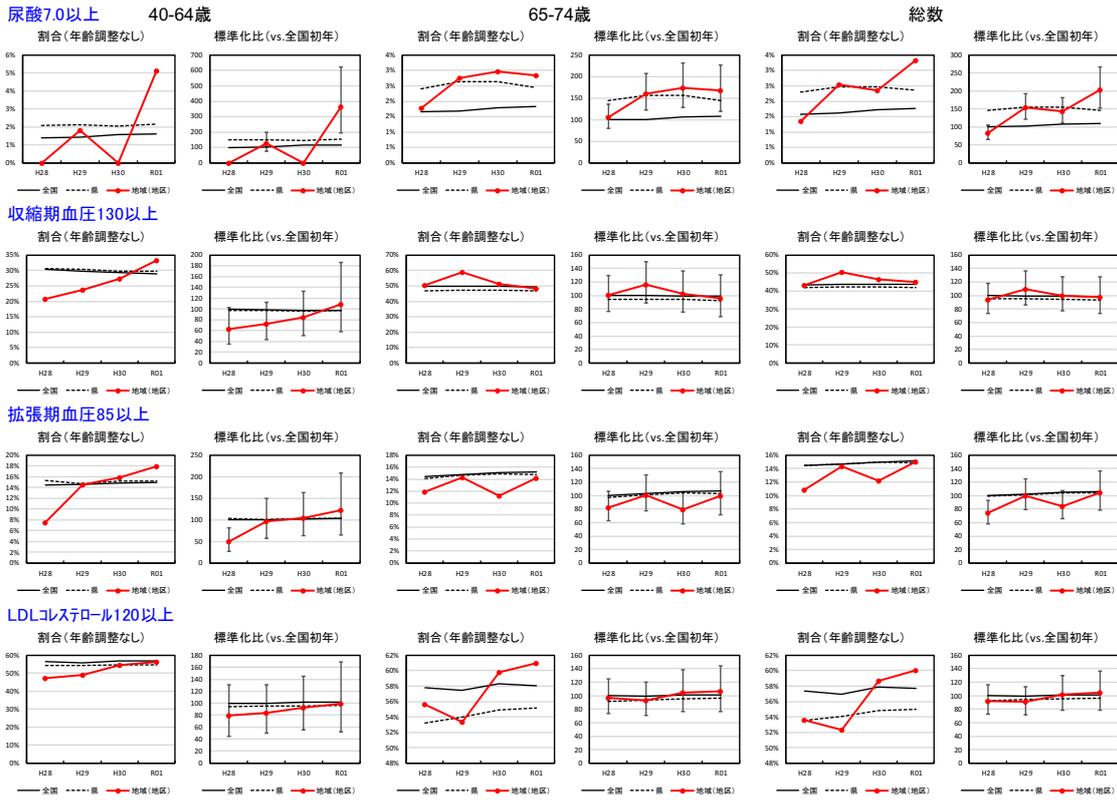


図 13

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

健診年齢	R02	R03	R04	H28	H29	
40-64歳	全国	966132	1043198	1007290	1302062	13001872
	県	6253	6102	6128	270322	270432
	地域(地区)	36	41	40	1474	1470
65-74歳	全国	2577924	2671482	2531700	3495352	3499054
	県	17522	16923	16010	294658	295040
	地域(地区)	121	131	125	3375	3398
総数	全国	3544056	3714681	3538990	5297414	5306926
	県	23785	23025	22138	664980	665472
	地域(地区)	157	172	165	4849	4868

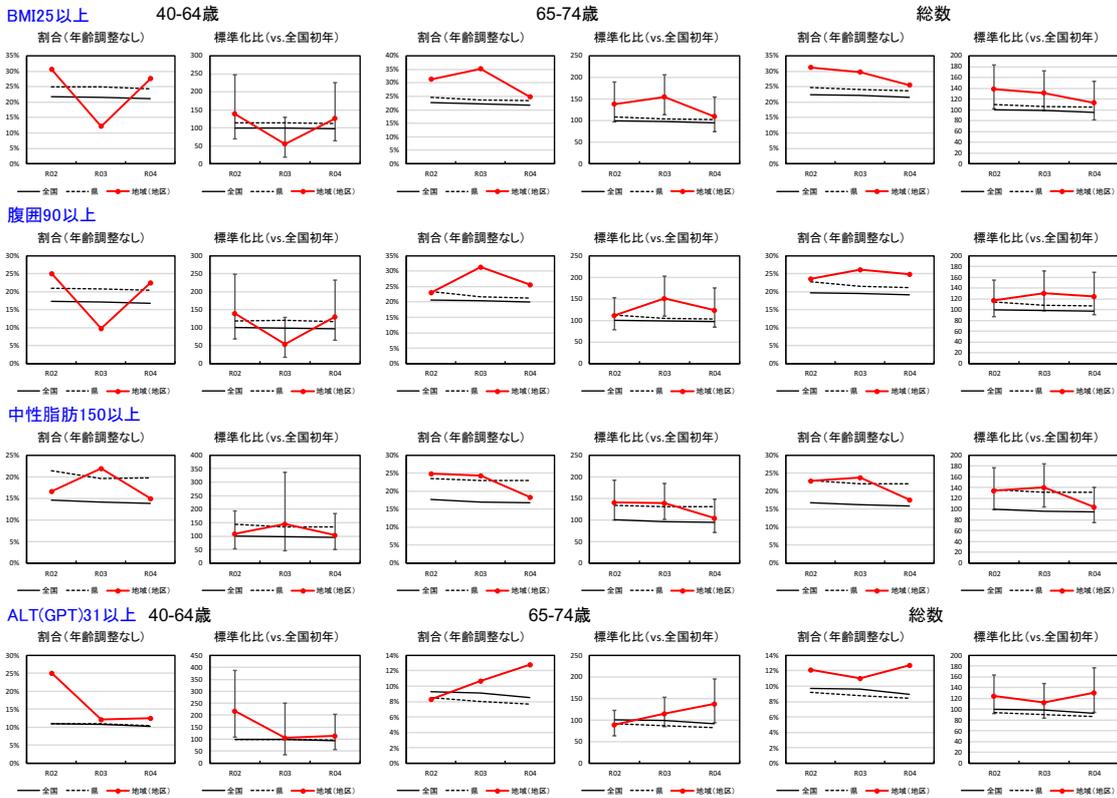
作成日: 2023/7/24

保健番号: 290518

保健者名: 大豊町

地区:

国庫データベース(KDB)OCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診所見者状況(男女別・年代別))より計算。  
標準化比は全国(初年度)を基準とした相対法による。誤差幅は95%信頼区間。





## ④質問票

表 7

表19) 質問票調査の経年変化  
生活習慣の変化

大豊町

KDB様票№1 令和5年8月7日抽出

項目	① 服薬			② 喫煙	③ 週3回以上朝食を抜く	④ 週3回以上夕食後間食	⑤ 週3回以上朝食前夕食	⑥ 食べる速度が速い	⑦ 20歳時体重から10kg体重増加	⑧ 1日30分以上運動なし	⑨ 1日1時間以上運動なし	⑩ 睡眠不足	⑪ 毎日飲酒	⑫ 時々飲酒	⑬ 咀嚼		⑭ 間食	
	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	37.0%	8.1%	16.0%	15.1%	7.3%	0.0%	19.3%	29.1%	38.4%	61.6%	38.1%	26.9%	30.8%	19.3%	19.0%	0.8%	19.6%	55.7%
令和02年	41.3%	12.0%	15.5%	15.1%	8.9%	0.0%	21.3%	30.3%	34.7%	65.6%	38.9%	21.3%	32.2%	20.4%	22.6%	2.2%	15.3%	56.7%
令和03年	39.3%	11.8%	18.3%	13.6%	6.4%	0.0%	15.2%	25.8%	37.3%	65.8%	37.3%	26.7%	29.7%	19.1%	23.6%	0.9%	19.1%	54.5%
令和04年	39.0%	10.4%	15.5%	13.4%	7.5%	0.0%	19.9%	28.3%	38.0%	63.3%	33.7%	25.6%	31.6%	19.3%	24.4%	0.9%	21.7%	53.0%

## 補足

平成30年特定健康診査制度改正により「④週3回以上夕食後間食」は削除項目になっている。新たに「⑬咀嚼」「⑭間食」が追加された項目である。

## ⑤特定健診受診率

表 8

性・年齢階級別 特定健診受診率(法定報告)

大豊町

男	H29			H30			R01			R02			R03		
	対象者	受診者	受診率												
40~44歳	14	5	35.7%	18	5	27.8%	20	8	40.0%	20	5	25.0%	13	4	30.8%
45~49歳	21	3	14.3%	16	5	31.3%	15	5	33.3%	15	3	20.0%	17	4	23.5%
50~54歳	23	9	39.1%	23	7	30.4%	18	7	38.9%	18	4	22.2%	23	4	17.4%
55~59歳	26	9	34.6%	29	11	37.9%	29	15	51.7%	30	11	36.7%	30	8	26.7%
60~64歳	72	31	43.1%	62	29	46.8%	53	23	43.4%	50	20	40.0%	42	20	47.6%
65~69歳	135	70	51.9%	131	68	51.9%	127	56	44.1%	107	46	43.0%	102	46	45.1%
70~74歳	118	71	60.2%	131	61	46.6%	146	63	43.2%	167	71	42.5%	171	80	46.8%
合計	409	198	48.4%	410	186	45.4%	408	177	43.4%	407	160	39.3%	398	166	41.7%

女	H29			H30			R01			R02			R03		
	対象者	受診者	受診率												
40~44歳	9	3	33.3%	11	3	27.3%	11	5	45.5%	13	1	7.7%	13	2	15.4%
45~49歳	8	4	50.0%	11	2	18.2%	13	2	15.4%	9	3	33.3%	9	3	33.3%
50~54歳	14	8	57.1%	11	6	54.5%	7	4	57.1%	9	2	22.2%	12	7	58.3%
55~59歳	19	7	36.8%	18	12	66.7%	18	11	61.1%	18	12	66.7%	16	10	62.5%
60~64歳	55	33	60.0%	41	21	51.2%	40	18	45.0%	34	18	52.9%	31	19	61.3%
65~69歳	126	69	54.8%	121	72	59.5%	96	59	61.5%	85	41	48.2%	79	52	65.8%
70~74歳	153	113	73.9%	147	97	66.0%	149	82	55.0%	147	80	54.4%	148	79	53.4%
合計	384	237	61.7%	360	213	59.2%	334	181	54.2%	315	157	49.8%	308	172	55.8%

図 14

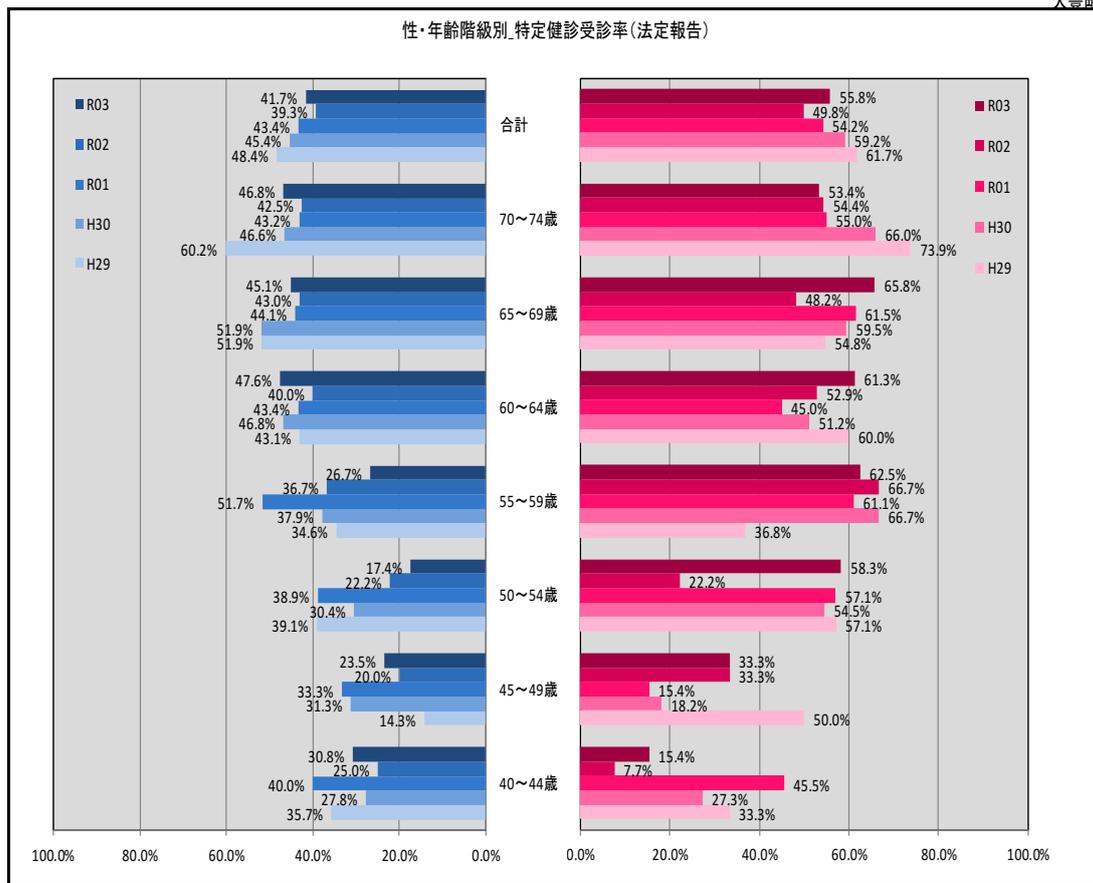
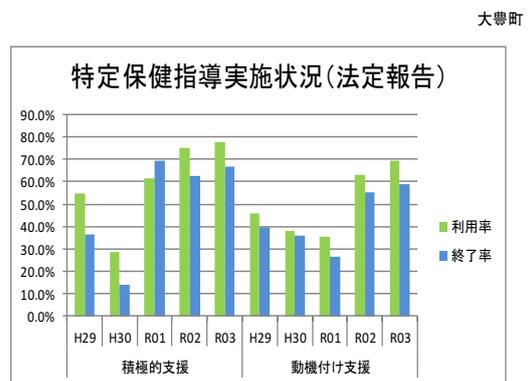


表 9

特定保健指導実施状況(法定報告) 大豊町

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極的支援	H29	11	6	4	54.5%	36.4%
	H30	7	2	1	28.6%	14.3%
	R01	13	8	9	61.5%	69.2%
	R02	8	6	5	75.0%	62.5%
	R03	9	7	6	77.8%	66.7%
動機付け支援	H29	48	22	19	45.8%	39.6%
	H30	42	16	15	38.1%	35.7%
	R01	45	16	12	35.6%	26.7%
	R02	38	24	21	63.2%	55.3%
	R03	46	32	27	69.6%	58.7%

図 15



## 2. 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。

### 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関わる介護情報 表 10

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

大豊町

		年 齢		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度				
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	トレンド検定		
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40~64歳	385		356		328		300		283		267		267		267				
	65~74歳	691		653		639		638		622		608		603		603				
	75歳以上	1609		1482		1439		1399		1351		1317		1310		1310				
	合 計	2685		2491		2406		2337		2256		2192		2180		2180				
認定者数	40~64歳	7		6		5		6		5		3		3		3				
	65~74歳	35		29		28		36		34		33		35		35				
	75歳以上	337		354		377		344		355		378		361		361				
	合 計	379		389		410		386		394		414		399		399				
認定率(認定者数/被保険者数)	40~64歳	1.8%		1.7%		1.5%		2.0%		1.8%		1.1%		1.1%		1.1%				
	65~74歳	5.1%		4.4%		4.4%		5.6%		5.5%		5.4%		5.8%		5.8%				
	75歳以上	20.9%		23.9%		26.2%		24.6%		26.3%		28.7%		27.6%		27.6%				
	合 計	14.1%		15.6%		17.0%		16.5%		17.5%		18.9%		18.3%		18.3%				
再掲 循環器疾患	脳血管疾患	40~64歳	5	71.4%	4	66.7%	4	80.0%	4	66.7%	4	80.0%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	P値(減少)	0.978
		65~74歳	20	57.1%	19	65.5%	20	71.4%	25	69.4%	19	55.9%	21	63.6%	19	54.3%	19	54.3%	P値(減少)	0.559
		75歳以上	184	54.6%	197	55.6%	214	56.8%	190	55.2%	202	56.9%	226	59.8%	209	57.9%	209	57.9%	P値(増加)	0.186
		合 計	209	55.1%	220	56.6%	238	58.0%	219	56.7%	225	57.1%	249	60.1%	230	57.6%	230	57.6%	P値(増加)	0.298
	脳出血	40~64歳	4	57.1%	3	50.0%	2	40.0%	2	33.3%	2	40.0%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	P値(増加)	0.896
		65~74歳	4	11.4%	3	10.3%	3	10.7%	5	13.9%	5	14.7%	5	15.2%	5	14.3%	5	14.3%	P値(増加)	0.488
		75歳以上	20	5.9%	23	6.5%	30	8.0%	29	8.4%	30	8.5%	28	7.4%	28	7.8%	28	7.8%	P値(増加)	0.310
	合 計	28	7.4%	29	7.5%	35	8.5%	36	9.3%	37	9.4%	35	8.5%	35	8.8%	35	8.8%	P値(増加)	0.355	
	脳梗塞	40~64歳	1	14.3%	2	33.3%	2	40.0%	2	33.3%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.635
		65~74歳	18	51.4%	17	58.6%	18	64.3%	23	63.9%	18	52.9%	20	60.9%	19	54.3%	19	54.3%	P値(増加)	0.952
75歳以上		174	51.6%	188	53.1%	204	54.1%	180	52.3%	191	53.8%	215	56.9%	199	55.1%	199	55.1%	P値(増加)	0.204	
合 計	193	50.9%	207	53.2%	224	54.6%	205	53.1%	211	53.6%	235	56.8%	218	54.6%	218	54.6%	P値(増加)	0.198		
虚血性心疾患	40~64歳	1	14.3%	1	16.7%	1	20.0%	1	16.7%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.543	
	65~74歳	6	17.1%	7	24.1%	8	28.6%	12	33.3%	12	35.3%	13	39.4%	13	37.1%	13	37.1%	P値(増加)	* 0.021	
	75歳以上	176	52.2%	195	55.1%	211	56.0%	196	57.0%	196	55.2%	202	53.4%	202	56.0%	202	56.0%	P値(増加)	0.641	
	合 計	183	48.3%	203	52.2%	220	53.7%	209	54.1%	209	53.0%	215	51.9%	215	53.9%	215	53.9%	P値(増加)	0.255	
腎不全	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	3	60.0%	3	60.0%	2	66.7%	2	66.7%	2	66.7%	P値(増加)	* 0.001	
	65~74歳	1	2.9%	2	6.9%	3	10.7%	3	8.3%	4	11.8%	4	12.1%	5	14.3%	5	14.3%	P値(増加)	0.083	
	75歳以上	34	10.1%	42	11.9%	62	16.4%	60	17.4%	64	18.0%	76	20.1%	71	19.7%	71	19.7%	P値(増加)	* 0.000	
	合 計	35	9.2%	44	11.3%	66	16.1%	66	17.1%	71	18.0%	82	19.8%	78	19.5%	78	19.5%	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.787	
	65~74歳	0	0.0%	1	3.4%	2	7.1%	1	2.8%	1	2.8%	2	6.1%	3	8.6%	3	8.6%	P値(増加)	0.134	
	75歳以上	2	0.6%	0	0.0%	3	0.8%	1	0.3%	2	0.6%	2	0.5%	2	0.6%	2	0.6%	P値(増加)	0.713	
	合 計	2	0.5%	1	0.3%	5	1.2%	3	0.8%	3	0.8%	4	1.0%	5	1.3%	5	1.3%	P値(増加)	0.199	
再掲合併症 基礎疾患	糖尿病	40~64歳	3	42.9%	2	33.3%	3	60.0%	4	66.7%	2	40.0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	P値(減少)	0.892
		65~74歳	10	28.6%	10	34.5%	8	28.6%	10	27.8%	9	26.5%	13	39.4%	12	34.3%	12	34.3%	P値(増加)	0.545
		75歳以上	116	34.4%	126	35.6%	138	36.6%	139	40.4%	153	43.1%	159	42.1%	152	42.1%	152	42.1%	P値(増加)	* 0.002
		合 計	129	34.0%	138	35.5%	149	36.3%	153	39.6%	164	41.6%	173	41.8%	165	41.4%	165	41.4%	P値(増加)	* 0.002
	腎症	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	2	33.3%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.571
		65~74歳	1	2.9%	2	6.9%	1	3.6%	1	2.8%	1	2.9%	4	12.1%	3	8.6%	3	8.6%	P値(増加)	0.194
		75歳以上	6	1.8%	4	1.1%	10	2.7%	10	2.9%	13	3.7%	9	2.4%	10	2.8%	10	2.8%	P値(増加)	0.145
	合 計	7	1.8%	6	1.5%	12	2.9%	13	3.4%	15	3.8%	13	3.1%	13	3.3%	13	3.3%	P値(増加)	0.064	
	網膜症	40~64歳	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	1	20.0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	P値(増加)	0.157
		65~74歳	1	2.9%	1	3.4%	2	7.1%	2	5.6%	2	5.9%	2	6.1%	3	8.6%	3	8.6%	P値(増加)	0.309
75歳以上		10	3.0%	11	3.1%	11	2.9%	13	3.8%	15	4.2%	19	5.0%	18	5.0%	18	5.0%	P値(増加)	* 0.037	
合 計	12	3.2%	12	3.1%	13	3.2%	17	4.4%	18	4.6%	22	5.3%	22	5.5%	22	5.5%	P値(増加)	* 0.015		
神経障害	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)		
	65~74歳	1	2.9%	0	0.0%	1	3.6%	1	2.8%	1	2.9%	1	3.0%	1	2.9%	1	2.9%	P値(増加)	0.738	
	75歳以上	3	0.9%	2	0.6%	3	0.8%	1	0.3%	1	0.3%	2	0.5%	3	0.8%	3	0.8%	P値(減少)	0.737	
合 計	4	1.1%	2	0.5%	4	1.0%	2	0.5%	2	0.5%	3	0.7%	4	1.0%	4	1.0%	P値(減少)	0.938		
高血圧	40~64歳	6	85.7%	5	83.3%	5	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	P値(増加)	0.134	
	65~74歳	28	80.0%	23	79.3%	22	78.6%	28	77.8%	29	83.3%	26	78.8%	27	77.1%	27	77.1%	P値(減少)	0.927	
	75歳以上	289	85.8%	305	86.2%	322	85.4%	301	87.5%	311	87.6%	332	87.8%	326	90.3%	326	90.3%	P値(増加)	* 0.040	
	合 計	323	85.2%	333	85.5%	349	85.1%	335	86.8%	345	87.6%	361	87.2%	356	89.2%	356	89.2%	P値(増加)	0.051	
脂質異常症	40~64歳	2	28.6%	2	33.3%	2	40.0%	4	66.7%	3	60.0%	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	P値(増加)	* 0.006	
	65~74歳	20	57.1%	13	44.8%	12	42.9%	17	47.2%	20	58.8%	19	57.6%	21	60.0%	21	60.0%	P値(増加)	0.310	
	75歳以上	198	58.8%	228	64.4%	244	64.7%	235	68.3%	246	69.3%	265	70.1%	269	74.5%	269	74.5%	P値(増加)	* 0.000	
合 計	220	58.0%	243	62.5%	258	62.9%	256	66.3%	269	68.3%	287	69.3%	293	73.4%	293	73.4%	P値(増加)	* 0.000		
高尿酸血症	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	2	33.3%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	0.372	
	65~74歳	6	17.1%	5	17.2%	5	17.9%	5	13.9%	6	17.6%	6	18.2%	7	20.0%	7	20.0%	P値(増加)	0.759	
	75歳以上	74	22.0%	85	24.0%	93	24.7%	90	26.2%	88	24.8%	92	24.3%	84	23.3%	84	23.3%	P値(増加)	0.720	
合 計	80	21.1%	90	23.1%	99	24.1%	97	25.1%	96	24.4%	98	23.7%	91	22.8%	91	22.8%	P値(増加)	0.591		
血管疾患合計	40~64歳	7	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	6	100.0%	5	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	P値(増加)		
	65~74歳	30	85.7%	25	86.2%	26	92.9%	34	94.4%	33	97.1%	31	93.9%	33	94.3%	33	94.3%	P値(増加)	0.067	
	75歳以上	325	96.4%	346	97.7%	364	96.6%	334	97.1%	347	97.7%	369	97.6%	354	98.1%	354	98.1%	P値(増加)	0.200	
	合 計	362	95.5%	377	96.9%	395	96.3%	374	96.9%	385	97.7%	403	97.3%	390	97.7%	390	97.7%	P値(増加)	0.054	
認知症	40~64歳	1	14.3%	1																