

仁淀川町国民健康保険保健事業実施計画

第 2 期データヘルス計画

中間評価報告書

令和 3 年 3 月

仁淀川町

国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第 2 期 中間評価報告書

もくじ

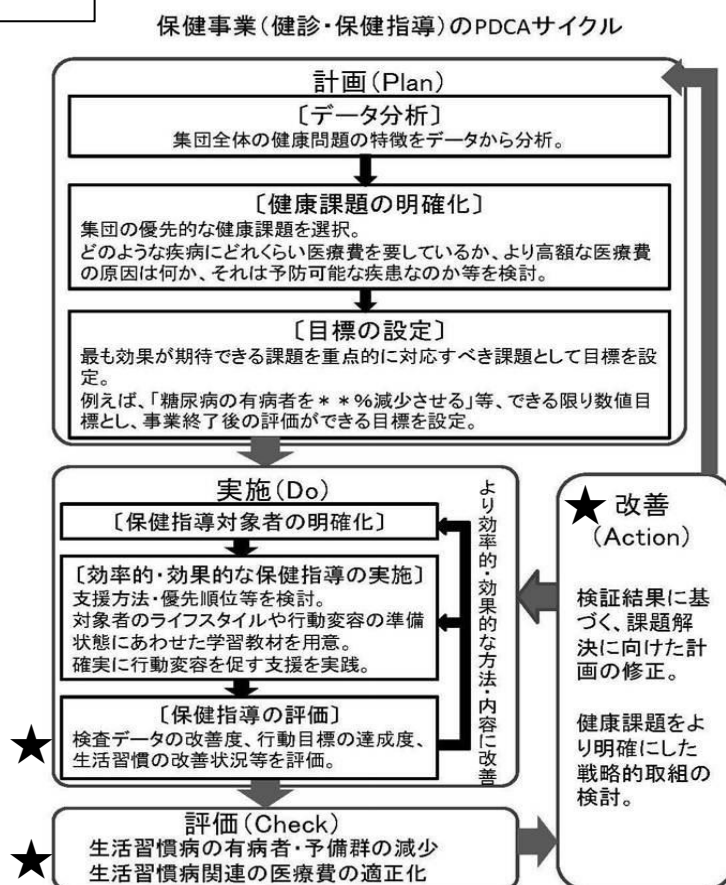
1. 評価・見直しの目的	P. 1
2. 評価方法	P. 1
3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成 29 年度 平成 30 年度 平成 31 年度	P. 2
4. 経年評価指標	P. 14
5. 指標の経年データ（様式 1）と判定	P. 29
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	P. 31
7. 中間評価の結果をふまえた課題整理	P. 33
8. 事業体系図・他事業との連動（様式 2）の加筆修正	P. 34
9. 計画全体の中間評価	P. 35

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【改訂版】

2. 評価方法

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

3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画

平成 29 年度

保健事業 実施計画(平成29年度)

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
高血圧予防事業	①高血圧予防の必要性を理解し、血圧や生活習慣改善を意識する住民が増え、高血圧を予防できる。	1. 健診問診票で関心期以上の回答が50%以上 2. 「血圧を気にしている」という回答が5%以上増加	1. 特定健診 後期高齢者健診受診者 2. 女性ががん検診受診者 3. 一般住民	1. 健康教育 2. 広報啓発	① 家庭血圧測定法の説明について、スライドの上映 ② 減塩味噌汁の試飲 ③ 高血圧に関するチラシ、減塩レシピの配布 ④ 血圧手帳の配布 ⑤ 自宅血圧測定の塩分濃度測定(待参者に景品を渡す) ⑥ 広報啓発 ⑦ 運動教室 ⑧ 健康教育	保健師 健康運動指導士	平成29年4月 ～ 平成30年3月	健診会場 町広報紙 集会所他	1. 生活習慣改善ステージで関心期以上の割合 2. 血圧を気にしているという回答の割合
ハイリスク者への受診勧奨事業	②医療機関への受診が必要な方が、受診、治療することで重症化を予防する。	1. 紹介状返言率(精密検査受診率)50%	1. 特定健診 後期高齢者健診結果において、総合判定が「要精密」または「要医療」である者	1. 精密検査受診勧奨	① 要精密者へ要医療者へ紹介状の送付(健診結果返信時) ② 紹介状返言率(治療開始が経過観察か)の確認 ③ 未受診者に電話や訪問による受診勧奨(個別指導(結果送付後3ヶ月目、6ヶ月目を目安とする)) ④ 最低3回電話をかけ、連絡が取れない場合は、自宅へ訪問または受診勧奨手紙を送付する。訪問時不在の場合は手紙を置いていき連絡終了	保健師	平成29年4月 ～ 平成30年3月	自宅または事務所来所	1. 紹介状返言率(精密検査受診率) 2. 受診勧奨実施者の精密検査受診率
特定保健指導事業	③特定保健指導対象者が、生活習慣の見直しを行い、生活習慣病を予防できる。	1. 特定保健指導実施者のリスク要因の改善率20% 2. 特定保健指導率20%以上 3. 特定保健指導実施者のリスク改善によるメタボリックシンドロームの非該当率10%以上	1. 特定保健指導対象者	1. 特定保健指導	特定保健指導 ① 健診結果送付後10日以内に対象へ初回面接について電話連絡(最低3回電話をかけ、連絡が取れない場合は、自宅へ訪問または手紙を送付する。訪問時不在の場合は手紙を置いていき連絡終了) ② 初回面接 ③ 継続支援 ④ 最終評価	保健師	平成29年4月 ～ 平成30年3月	自宅または事務所来所	1. 翌年度健診時のリスク要因の改善率(血圧、血糖、脂質) 2. 特定保健指導率 3. 初回面接終了率 4. 翌年度健診時のメタボリックシンドローム非該当率

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度高血圧予防事業

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	1)血圧の意識 2)生活習慣改善への意識	1)減塩味噌汁試飲アンケートにおける血圧を気にしているという回答の増加率 2)特定健診・後期高齢者健診における生活改善ステージが「関心期」以上の回答の割合	1)「血圧を気にしている」という回答5%増加 2)関心期以上の回答が50%以上	1)減塩味噌汁試飲アンケートより集計 2)特定健診・後期高齢者健診問診票(健診システム)より集計	平成30年3月末	各 地 区 健 康 づ くり 事 業 担 当 (保 健 師)	1)未実施 2)町健診7会場ですлайド上映、チラシ配布実施。他町イベントの1会場で血圧測定や高血圧予防の呼びかけを行った。 3)継続中	・減塩味噌汁試飲アンケートは中止。KDBシステムからのデータ収集による評価を検討する。 ・関心期の方への行動変容の支援方法を検討する。 ・無関心層への行動変容への意識づけに取り組む。
アウトプット	1)対象者へ広報啓発できたか	1)地区健康相談において高血圧予防・改善に関する健康教育を行った地区数 2)各健診等会場において血圧のスлайド上映・チラシ配布を行った会場数 3)町広報誌(月1回発行)において高血圧予防に関する記事を掲載した回数	1)地区健康教育の実施率100% 2)健診等会場での啓発活動実施率100% 3)広報誌への記事掲載1回/12回	1)地区健康相談記録より集計 2)実施会場数の確認 3)掲載記事回数の確認	平成30年3月末		1)継続中 2)町健診7会場ですлайド上映、チラシ配布実施。他町イベントの1会場で血圧測定や高血圧予防の呼びかけを行った。 3)継続中	1)継続する 2)継続する 3)今後も広報誌等での発信継続(働き盛りの方への受診勧奨に取り組む)
プロセス	1)アンケート、チラシ、健康教育資料等の準備	①アンケート項目は適切であるか ②チラシ等の資料内容は適切であるか	対象者へ血圧の意識づけができるアンケート項目の設置、チラシの配布ができる	1)担当者への聞き取り	平成30年3月末		アンケートは実施したが、資料(チラシ)の配布はできた。	継続する
ストラテジー	1)事業実施人員 2)予算の確保	1)事業実施人員は適切であるか 2)健康教育に必要な物品(チラシなど)を購入できたか。	1)各地区でアンケート、塩分測定の手帳・記録ができる 2)必要時、物品を購入できる。	1)担当者へ聞き取り確認(担当者会時など)。 2)必要時、物品を購入できる。	平成30年3月末		1)管理栄養士が不在となったことで、スタッフ確保が困難となった 2)購入できた	1)必要な人材(管理栄養士)の確保に努めている。 2)継続する

事業評価計画						
個別保健事業名 平成29年度ハイリスク者への受診勧奨事業						
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
アウトカム	1) 受診する	1) 紹介状送付者の内、受診者数・受診割合 2) 受診勧奨実施者の内、受診者数・受診割合	1) 紹介状送付者の受診率50%以上 2) 受診勧奨実施者の受診率50%以上	1、2) 紹介状返信票、対象者名簿より確認・集計	平成30年3月末	1) 継続中 2) 継続中
アウトプット	1) 未受診者へ受診勧奨できたか	1) 紹介状送付者の内、未受診者への受診勧奨回数・割合	1) 未受診者への連絡率100%	1) 対象者名簿より確認・集計	平成30年3月末	1) 継続中 方法、手順を見直す
プロセス	1) 紹介状送付対象者の選定	1) 選定基準は適切であるか	1) 総合判定が「要精密」または「要医療」の者へ送付する	1) ①継続システム、対象者名簿より確認・集計。 1) ②紹介状返信票の集計(診断結果、治療の有無)確認 1) ③担当者への問合取り	平成30年3月末	目標に基づいて選定した。
	2) 紹介状を送付する	2) 通知内容・時期	2) 健診受診後40日以内に通知する	2) ①担当者への問合取りにより、通知文書発送時の確認 2) ②担当者へ聞き取り確認	平成30年3月末	各地区、健診後30日前後で送付できた。
ストラクチャ	3) 未受診者へ受診勧奨を行う	3) 受診勧奨時期・方法	3) 紹介状送付後、3カ月後、6カ月後と未受診者へ電話または訪問で受診勧奨を行う	3) 紹介状返信票、対象者名簿への記録より確認する	平成30年3月末	3) 継続中 方法、手順を見直す(時期、様式の統一を図る)
スタッフ	1) 対象者選定、紹介状発行システム 2) 事業実施人員 3) 予算の確保	1) 操作手順が分かりやすいか 2) 一人あたりの対象者数が適切か。 3) 受診勧奨に必要な物品(チラシなど)を購入できたか。	1) 手順をマニュアル化し、全員が操作できる。 2) 各地区で紹介状送付・受診勧奨の対応ができる。 3) 必要時、物品を購入できる。	1) マニュアルに基づいて操作ができたか、担当者へ聞き取り確認。 2) 対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り確認(担当者会時など)。 3) 必要な物品を購入できたか担当者へ聞き取り。	平成30年3月末	1) できている 2) 継続中 3) 購入してきた 2) 業務配分を見直す

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度特定保健指導						
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
アウトカム	1)リスク要因の改善 2)メタボリックシンドロームからの脱出	1)平成29年度特定保健指導修了者の内、平成30年度特定健康診断結果においてリスク要因の改善がひとつでも見られた者の数、割合（血圧、血糖、脂質、喫煙） 2)1)と同様の対象者で、メタボリックシンドロームがリスク改善により非該当となった者の数	1)リスク要因の改善率20%以上 2)29年度特定保健指導終了者のリスク要因改善によるメタボリックシンドロームの非該当率10%以上	1)特定保健指導対象者の記録・健康システムより集計	平成30年3月末	1)継続中 2)継続中 継続する
アウトプット	1)対象者に連絡できたか 2)対象者に初回面接ができたか 3)対象者を最終評価まで支援できたか	1)特定保健指導対象者の内、初回の連絡をとれた割合 2)特定保健指導対象者の内、初回面接を修了した割合 3)特定保健指導対象者の内、最終評価まで修了した割合	1)対象者への連絡率100% 2)初回面接修了率50%以上 3)特定保健指導率20%以上	1)～3) 特定保健指導対象者の記録より集計	平成30年3月末	1)継続中 2)継続中 3)継続中 1)継続する 2)健康会場からのアプローチに取り組む 3)継続する
プロセス	1)対象者への初回面接の連絡	1)連絡回数、時期	1)健康結果送付後10日以内に対象者へ初回面接の連絡をとる。	1)～①特定保健指導対象者の記録より集計 1)～②担当者への聞き取り	平成30年3月末	1)他業務に追われ、健康結果送付後10～30日で の連絡となっている。 1)連絡がとれない方もいるので10日以内に限らず、1ヶ月以内に連絡をとるようにする 2)継続する 3)継続する
	2)初回面接の実施	2)記録様式、資料、面接時間	2)対象者と目標設定ができる	2)～①特定保健指導対象者の記録より集計 2)～②担当者への聞き取り		2)継続中 3)継続中
	3)特定保健指導の実施	3)指導方法、資料	3)6ヶ月後の最終評価を対象者と行うことができる	3)～①特定保健指導対象者の記録より集計 3)～②担当者への聞き取り		
ストラクチャ	1)事業実施人員 2)予算の確保	1)担当一人あたりの対象者数は適切か。 2)保健指導に必要な資料を購入できたか。	1)各地区で特定保健指導の対応ができる。 2)必要時、資料を購入できる。	1)対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り確認。 2)必要な物品を購入できたか担当者へ聞き取り。	平成30年3月末	1)管理栄養士不在のため、地区担当保健師の負担が増えた 2)できている 1)業務配分の見直しと、管理栄養士の確保に努める

保健事業 実施計画(平成30年度)

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
高血圧予防事業	①高血圧予防の必要性を理解し、血圧や生活習慣改善を意識する住民が増え、高血圧を予防できる。	1. 健診問診票で関心期以上の回答が80%以上 2. 「改善意欲ありかつ始めている」という回答が9.0%以上	1. 特定健診受診者 2. 一般住民	1. 健康教育 2. 広報啓発	① 減塩味増しの試飲 ② 高血圧に関するチラシ、減塩レシピの配布 ③ 血圧手帳の配布(健診会場、地区健康相談) ④ 広報誌への記事掲載 ⑤ 各種団体、関係機関への健康教育	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	健診会場 町広報紙 集会所他	1. 生活習慣改善ステージで関心期以上の割合 2. 「改善意欲ありかつ始めている」という回答の割合
ハイリスク者への受診勧奨事業	②医療機関への受診が必要な方が、受診、治療をすることで重症化を予防する。	1. 紹介状返信率(精密検査受診率)60%以上 2. 受診勧奨実施者の受診割合10%以上	1. 特定健診結果において、総合判定が「要精密」または「要医療」である者 2. 受診勧奨者	1. 精密検査受診勧奨 2. 受診勧奨	① 要精密者、要医療者へ紹介状の送付(健診結果返信時) ② 紹介状返信票の確認(随時) ③ 未受診者に電話や訪問による受診勧奨・個別指導(結果送付後3ヶ月、6ヶ月を目安とする) ④ 電話・訪問で連絡取れない場合は、受診勧奨の手紙を郵送する。	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	自宅または事務所・茶所	1. 紹介状返信率(精密検査受診率) 2. 受診勧奨実施者の精密検査受診率
特定保健指導事業	③特定保健指導対象者が、生活習慣の見直しを行い、生活習慣病を予防できる。	1. 特定保健指導実施者のリスク要因の改善率40%以上 2. 特定保健指導実施者のリスク改善によるメタボリックシンドロームの非該当率50%以上	1. 前年度特定保健指導対象者 2. 特定保健指導対象者	1. 特定健診事後指導 2. 特定保健指導	① 特定健診事後指導で、前年度特定保健指導対象者の経過を確認 ② 特定健診事後指導で、指導対象者に特定保健指導の説明 ③ 健診結果送付後1か月以内に、初回面接について電話連絡(最低3回電話をかけ、連絡が取れない場合は、自宅へ訪問または手紙を送付する。訪問時不在の場合は手紙を置いていき連絡終了) ④ 初回面接 ⑤ 継続支援 ⑥ 最終評価	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	特定健診会場 自宅または事務所・茶所	1. 翌年度健診時のリスク要因の改善率(血圧、血糖、脂質) 2. 特定保健指導利用率 3. 特定保健指導終了率 4. 翌年度健診時のメタボリックシンドローム非該当率

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度高血圧予防事業

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	1)生活習慣改善への意識 2)生活習慣改善の行動変容	1)特定健診問診における生活改善 ステージが「関心期」以上の回答の 割合 2)特定健診問診における「改善意欲 ありかつ始めている」の回答の割合	1. 健診問診票で関心期以上の 回答が80%以上 2. 「改善意欲ありかつ始めている という回答が90%以上	1) 特定健診問診票 (KOBシステム)より集計	平成31年3月末	国 保 担 当 ・ 健 康 づ くり 担 当 係 健 師	1) H30年度 67.2% 2) H30年度 74 %	1) 継続する 2) 継続する
アウトプット	1)対象者への普及啓発できたか	1) 地区健康相談において高血圧予 防・改善に関する健康教育を行った 地区数 2) 健診会場等での啓発活動回数 3) 町広報紙(月1回発行)において 高血圧予防に関する記事を掲載した 回数 4) 各種団体・関係機関への健康教 育を行った回数	1) 地区健康相談での健康教育 の実施率100% 2) 啓発活動実施回数10回 3) 広報紙への記事掲載3回/12 回 4) 各種団体・関係機関への健 康教育を行った回数9回	1) 地区健康相談記録より集計 2) 広報記録・健康回教 3) 担当者への聞き取り	平成31年3月末		1) 100%実施できた。 2) 9回/10回 健診会場が変更になっ たため 3) 1回/12月 周知する機会に制限 があり、高血圧に関する記事は1回 のみとした 4) 食改総会1回 保育所4回 健康 福祉大会 回 運動会1回 事務所 研修3回 事務所訪問4ヶ所 掛水 自動車健診結果説明会1回 全15 回	1) 継続する 2) 継続する 3) 年に1回は広報で周知 4) 継続する
プロセス	1)健康教育資料等の準備	①健康教育の内容は適切であるか	1) 健康教育の資料、内容を統一 する 2) 健康教育を実施できる機関や 機会の情報収集を行う。	1) 担当者への聞き取り	平成31年3月末		1) 健康教育の資料、内容を統一し 実施できた 2) 保健所と共同実施し、町への依頼 があれば適宜実施した	1) 継続する 2) 継続する
スタッフチャイ	1)事業実施人員	1)事業実施人員は適切であるか	1) 各地区健康相談で、1回は実 施できる。 2) 担当保健師で対応できる。	1) 担当者への聞き取り			1) 100%実施できた。 2) 保健師で対応できた	1) 継続する 2) 継続する
	2)予算の確保	2)健康教育に必要な物品(チラシな ど)を購入できたか。	2) 必要時、物品を購入できる。	1) 担当者への聞き取り	平成31年3月末		1) できた	1) 継続して実施

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度ハイリスク者への受診勧奨事業						
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
ア ウ ト カ ム	1) 特定健診結果「要精密」「要医療」の方が受診につながる。	1) 紹介状送付者の返信率 2) 受診勧奨実施者の受診割合	1) 紹介状返信率（精密検査受診率）80%以上 2) 受診割合 10%以上	1) 紹介状返信票集計 2) 対象者名簿、記録より集計	平成31年3月末	1) 50% 2) 10%
	1) 未受診者へ受診勧奨できたか 2) 1) 受診勧奨者が受診できたか	1) 紹介状送付者の内、未受診者への受診勧奨割合	1) 未受診者への連絡率100%	1) 対象者名簿、記録より集計	平成31年3月末	3ヶ月以内に電話と訪問 6ヶ月以内に手紙とシステム管理を行う
ブ ロ セ ス	1) 紹介状送付対象者の選定	1) 選定基準は適切であるか	1) 総合判定が「要精密」または「要医療」の者へ送付する	1) ①健診システム、対象者名簿より集計 1) ②紹介状返信票の集計（診断結果、治療の有無）確認 1) ③担当者への聞き取り		1) 実施した
	2) 紹介状を送付する	2) 通知内容・時期	2) 健診受診後10日以内に通知する	2) 担当者へ聞き取り		2) 実施した
	3) 要精密者・要医療者管理台帳を作成する	3) 台帳は記載しやすかったか	3) 統一した台帳に記載し、管理できる。	3) 担当者への聞き取り	平成31年3月末	3) 対象者一覧表を作成し、記録をとる
	4) 未受診者へ受診勧奨を行う	4) 受診勧奨時期・方法	4) 紹介状送付後3カ月、6カ月に未受診者へ電話または訪問、手紙で受診勧奨を行う	4) 要精密者・要医療者管理台帳より確認する		4) 3ヶ月目に電話と訪問、6ヶ月目に手紙で受診勧奨を行う
ス ト ラ ク チ ャー	1) 対象者選定・紹介状発行システム 2) 事業実施人員	1) 操作手順が分かりやすいか 2) 一人あたりの対象者数が適切か。	1) 手順をマニュアル化し、全員が操作できる。 2) 各地区で紹介状送付・受診勧奨の対応ができる。	1) マニュアルに基づいて操作ができたか、担当者へ聞き取り確認。 2) 対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り。	平成31年3月末	1) 継続する 2) 健康づくりで話し合いをし、状況に応じてスタッフの対応を検討（人数等）

事業評価計画							個別保健事業名 平成30年度特定保健指導			
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	1) リスク要因の改善 2) メタボリックシンドロームからの脱出	1) 平成29年度特定保健指導終了者の内、平成30年度特定健診結果においてリスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合(血圧、血糖、脂質、喫煙) 2) 1)と同様の対象者で、メタボリックシンドロームがリスク改善により非該当となった者の割合	1) 特定保健指導実施者のリスク要因の改善率40%以上 2) 特定保健指導実施者のリスク改善によるメタボリックシンドロームの非該当率50%以上	1) 特定保健指導対象者の記録・健診システムより集計	平成31年3月末		1) 26.7% (4/15) 2) 71% (1/14)	1) 継続する 2) 継続する		
								1) 90.7% (49/54) 2) 助燃付46.2% (18/39) 積極的26.7% (4/15) 3) 助燃付35.9% (14/39) 積極的6.7% (1/15)		
アウトプット	1) 対象者に連絡できたか 2) 対象者に初回面接ができたか 3) 対象者を最終評価まで支援できたか	1) 特定保健指導対象者の内、初回の連絡をどれだけの割合 2) 特定保健指導対象者の内、初回面接を行った割合 3) 特定保健指導対象者の内、最終評価まで終了した割合	1) 対象者への連絡率90% 2) 特定保健指導利用率(動機付け)34.0%以上、(積極的)35.0%以上 3) 特定保健指導終了率(動機付け)32.0%以上、(積極的)22.0%以上	1) 対象者名簿及び担当者への聞き取り	平成31年3月末			1) 継続する 2) 継続する 3) 継続する		
								1) 統一した内容で実施できなかった		
プロセス	1) 特定健診会場での啓発	1) 対象者の選定方法、説明内容	1) 特定保健指導対象者となる方全員に特定保健指導の説明ができる。	1) 対象者名簿及び担当者への聞き取り	平成31年3月末			1) 配布用のチラシを作成し、統一した啓発ができるようにする		
								2) 2ヶ月以内に電話や訪問をし、連絡の無い人については3ヶ月以内に手紙で連絡をする		
	2) 対象者への初回面接の連絡	2) 連絡回数、時期	2) 健診結果送付後1か月以内に対象者へ初回面接の連絡をとる。	2) ① 特定保健指導対象者の記録より集計 2) ② 担当者への聞き取り	平成31年3月末			3) 継続して実施する		
								4) 継続して実施する		
	3) 初回面接の実施	3) 記録様式、資料、面接時間	3) 対象者と目標設定ができる	3) ① 特定保健指導対象者の記録より集計 3) ② 担当者への聞き取り	平成31年3月末			1) 継続する 2) 継続する		
								3) 今後も管理栄養士の雇用を検討していく		
ストラテジー	1) 事業実施人員 2) 予算の確保	1) 担当者一人あたりの対象者数は適切か。 2) 保健指導に必要な資料を購入できたか。 3) 栄養士を雇用できたか	1) 健康づくり担当保健師(3名)で特定保健指導の対応ができる。 2) 必要時、資料を購入できる。 3) 特定保健指導に従事できる栄養士を確保する。	1) 対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り確認。 2) 必要な物品を購入できたか担当者へ聞き取り。 3) 栄養士を雇用できたか担当者への聞き取り	平成31年3月末			1) 継続する 2) 継続する		
								3) 今後も管理栄養士の雇用を検討していく		

保健事業 実施計画(平成31年度)

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
高血圧予防事業	①高血圧予防の必要性を理解し、血圧や生活習慣改善を意識する住民が増え、高血圧を予防できる。	1. 健診問診票で関心期以上の回答が80%以上 2. 「改善意欲ありか」と答えている回答が90%以上	1. 特定健診受診者 2. 一般住民	1. 健康教育 2. 広報啓発	① 減塩味噌汁の試飲 ② 高血圧に関するチラシ、減塩ソビの配布 ③ 血圧手帳の配布(健診会場、地区健康相談) ④ 広報誌への記事掲載 ⑤ 各種団体、関係機関への健康教育	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	健診会場 町広報紙 集会所他	1. 生活習慣改善ステージで関心期以上の割合 2. 「改善意欲ありか」と答えている割合
ハイリスク者への受診勧奨事業	②医療機関への受診が必要な方が、受診、治療をすることで重症化を予防する。	1. 紹介状返信率(精密検査受診率)60%以上 2. 受診勧奨実施者の受診割合10%以上	1. 特定健診結果において、総合判定が「要精密」または「要医療」である者 2. 受診勧奨者	1. 精密検査受診勧奨	① 要精密者、要医療者へ紹介状の送付(健診結果返信時) ② 紹介状返信票の確認(随時) ③ 未受診者に電話や訪問による受診勧奨・個別指導(結果送付後3ヶ月、6ヶ月を目安とする) ④ 電話・訪問で連絡取れない場合は、受診勧奨の手紙を郵送する。	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	自宅または事務所来所	1. 紹介状返信率(精密検査受診率) 2. 受診勧奨実施者の精密検査受診率
特定保健指導事業	③特定保健指導対象者が、生活習慣の見直しを行い、生活習慣病を予防できる。	1. 特定保健指導実施者のリスク要因の改善率40%以上 2. 特定保健指導実施者のリスク改善によるメタボリックシンドロームの非該当率50%以上	1. 前年度特定保健指導対象者 2. 特定保健指導対象者	1. 特定健診事後指導 2. 特定保健指導	① 特定健診事後指導で、前年度特定保健指導対象者の経過を確認 ② 特定健診事後指導で、指導対象者に特定保健指導の説明 ③ 健診結果送付後2か月以内に、初回面接について電話連絡(最低3回電話をかけ、連絡が取れない場合は、自宅へ訪問または手紙を送付する。訪問時不在の場合は手紙を置いていさ連絡終了) ④ 初回面接 ⑤ 継続支援 ⑥ 最終評価	保健師	平成30年4月 ～ 平成35年3月	特定健診会場 自宅または事務所来所	1. 翌年度健診時のリスク要因の改善率(血圧、血糖、脂質) 2. 特定保健指導利用率 3. 特定保健指導終了率 4. 翌年度健診時のメタボリックシンドローム非該当率

事業評価計画						
個別保健事業名 平成31年度高血圧予防事業						
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
ア ウ ト カ ム	1)生活習慣改善への意識 2)生活習慣改善の行動変容	1)特定健診問診における生活改善ステージが「関心期」以上の回答の割合 2)特定健診問診における「改善意欲ありかつ始めている」の回答の割合	1. 健診問診票で関心期以上の回答が80%以上 2. 「改善意欲ありかつ始めている」という回答が9.0%以上	1)特定健診問診票(KDBシステム)より集計	平成32年3月末	1)継続する 2)継続する
						1)令和1年度 56.4% 2)令和1年度 4.2%
ア ウ ト ブ ッ ト	1)対象者への普及啓発できたか	1)地区健康相談において高血圧予防・改善に関する健康教育を行った地区数 2)健診会場等での啓発活動回数 3)町広報誌(月1回発行)において高血圧予防に関する記事掲載した回数 4)各種団体・関係機関への健康教育を行った回数	1)地区健康相談での健康教育の実施率100% 2)啓発活動実施回数10回 3)広報誌への記事掲載1回/12回 4)各種団体・関係機関への健康教育を行った回数9回	1)地区健康相談記録より集計 2)広報記掲載記事回数 3)担当者への聞き取り	平成32年3月末	1)100%実施できた。紙芝居を使用した。 2)事業所健診、事業所訪問で健康教育を実施した。 3)？/12月 4)食改総会1回、保育所4回、地区防災訓練1回、事業所健診3回、事業所訪問 全？回
						1)継続する 2)継続する
ブ ロ セ ス	1)健康教育資料等の準備	1)健康教育の内容は適切であるか	1)健康教育の資料、内容を統一する 2)健康教育を実施できる機関や協会の情報収集を行う。	1)担当者への聞き取り	平成32年3月末	1)健康教育の内容は全地区で統一して実施できた。 2)実施できた
ス ト ラ ク チャ ー	1)事業実施人員	1)事業実施人員は適切であるか	1)各地区健康相談で、1回は実施できる。 2)担当保健師で対応できる。	1)担当者へ聞き取り	平成32年3月末	1)100%実施できた 2)保健師で対応できた
	1)予算の確保	1)健康教育に必要な物品(チラシなど)を購入できたか。	1)必要時、物品を購入できる。 2)担当者への聞き取り			継続する

事業評価計画						
個別保健事業名 平成31年度ハイリスク者への受診勧奨事業						
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 今後の対策
アウトカム	1) 特定健診結果「要精密」「要医療」の方が受診につながる 2) 受診勧奨要者が受診できたか	1) 紹介状送付者の返信率 2) 受診勧奨要患者の受診割合	1) 紹介状返信率(精密検査受診率)90%以上 2) 受診割合 10%以上	1) 紹介状返信票集計 2) 対象者名簿、記録より集計	平成22年3月末	1) 53.2% (109/203) 2) 11.5% (11/95)
	1) 未受診者へ受診勧奨できたか	1) 紹介状送付者の内、未受診者への受診勧奨割合	1) 未受診者への連絡率100%	1) 対象者名簿、記録より集計	平成22年3月末	3か月以内に電話と訪問 6か月以内に手紙送付 スケジュール管理をシステムで行う
アウトプット	1) 紹介状送付対象者の選定	1) 選定基準は適切であるか	1) 総合判定が「要精密」または「要医療」の者へ送付する	1) ①補診システム、対象者名簿より集計 2) ②紹介状返信票の結果(診断結果、治療の有無)確認 3) ③担当者への聞き取り		実施した 継続する
	1) 紹介状を送付する	1) 通知内容・時期	1) 健診受診後40日以内に通知する	1) 担当者へ聞き取り	平成22年3月末	実施した 継続する
プロセス	1) 要精密者・要医療者管理台帳を作成する	1) 台帳は記載しやすかったか	1) 統一した台帳に記載し、管理できる。	1) 要精密者・要医療者管理台帳より確認する		実施した 継続する
	1) 未受診者へ受診勧奨を行う	1) 受診勧奨時期・方法	1) 紹介状送付後3カ月、6カ月に未受診者へ電話または訪問、手紙で受診勧奨を行う	1) 要精密者・要医療者管理台帳より確認する		実施した 継続する
ステークホルダー	1) 対象者選定・紹介状発行システム	1) 操作手順が分かりやすいか	1) 手順をマニュアル化し、全員が操作できる。	1) アニュアルに基づいて操作ができたか。担当者へ聞き取り確認。		4、5月の健診は各地区電話と手紙(P21送付)で受診勧奨できた。秋の健診の受診勧奨ができなかった。
	2) 事業実施人員	2) 一人あたりの対象者数が適切か。	2) 各地区で紹介状送付・受診勧奨の対応ができる。	2) 対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り。	平成22年3月末	1) できた 2) できた

事業評価計画						個別保健事業名 平成31年度特定保健指導			
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	1) リスク要因の改善 2) メタボリックシンドロームからの脱出	1) 平成30年度特定保健指導終了者の内、平成31年度特定保健指導結果においてリスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合(血圧、血糖、脂質、喫煙) 2) 1)と同様の対象者で、メタボリックシンドロームがリスク改善により非該当となった者の割合	1) 特定保健指導対象者の内、初回の連絡をとれた割合 2) 特定保健指導対象者の内、初回面接を行った割合 3) 特定保健指導対象者の内、最終評価まで終了した割合	1) 特定保健指導対象者の記録・健診システムより集計	平成32年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1) 38.5% (5/13) 2) 30.8% (4/13)	評価指標の検討をする。	
							1) 70.8%(34/48) 2) 動機付 36.1%(13/36) 積極的 41.7%(5/12) 3) 動機付 13.9%(5/36) 積極的 8.3%(1/12)	1) 継続する。電話連絡ができない場合は手紙を送付する。 2) 継続する 3) 継続する	
プロセス	1) 特定健診会場での啓発	1) 対象者の選定方法、説明内容	1) 特定保健指導対象者となる方全員に特定保健指導の説明ができる。	1) 対象者名簿及び担当者への聞き取り			健診会場で資料を用いて、特定保健指導の対象になりそう集送付時、特定保健指導対象者全員に、おおよその「健康診断」し、対象であることを説明した。	継続する	
	1) 対象者への初回面接の連絡	1) 連絡回数、時期	1) 健診結果送付後1か月以内に対象者へ初回面接の連絡をとる。	1) ①特定保健指導対象者の記録より集計 2) ②担当者への聞き取り	平成32年3月末		1) 担当保健師より連絡を取ったが、1ヶ月以内は徹底できていない。	継続する。なるべく早い時期に連絡を取るよう徹底する。	
	1) 初回面接の実施	1) 記録様式、資料、面接時間	1) 対象者と目標設定ができる	1) ①特定保健指導対象者の記録より集計 2) ②担当者への聞き取り			できた	継続する	
ストラテジー	1) 特定保健指導の実施	1) 指導方法、資料	1) 6ヶ月後の最終評価を対象者と行うことができる	1) ①特定保健指導対象者の記録より集計 2) ②担当者への聞き取り			同意があった方にはできた。	継続する	
	1) 事業実施人員	1) 担当一人あたりの対象者数は適切か。	1) 健康づくり担当保健師(3名)で特定保健指導の対応ができる。	1) 対応可能な人数であったか担当者へ聞き取り確認。			保健師、栄養士のベアで実施できた。	継続する	
	2) 予算の確保	2) 保健指導に必要な資料を購入できたか。	2) 必要時、資料を購入できる。	2) 必要な物品を購入できたか担当者へ聞き取り。	平成32年3月末		資料や配布用のファイルなど適宜用意できた。	継続する	
		3) 栄養士を雇用できたか	3) 特定保健指導に従事できる栄養士を確保する。	3) 栄養士を雇用できたか担当者への聞き取り			管理栄養士は不在。保健師と栄養士のベアで指導に当たった。	引き続き、管理栄養士の雇用を検討していく。	

4. 経年評価指標

【医療情報】

①医療費について

総医療費については、被保険者数の減少の影響もあり減ってきており、入院外来件数とも減少傾向にある。

一人当たり医療費は高く、全国、同規模と比較しても高い。入院では年度により増減があり、高額となる疾病による入院件数の影響が考えられるが、外来医療費は増加している。(表 1)

疾病別医療費分析、標準化医療費では、男性の入院費用は減少傾向にあり、外来は増加傾向にある。入院では精神、がん、脳梗塞に医療費がかかっており、狭心症の伸び率が高くなっている。外来では、がん、精神の伸び率が高く、令和元年度は脂肪肝の伸びが高い。疾患別にみると、男性の入院では基礎疾患である高血圧症や狭心症が増加傾向である。一方男性の外来では脂肪肝、精神、がんが増加している。

女性は入院、外来でも、筋・骨格系が増加している。女性の入院では基礎疾患である糖尿病、脂質異常症が増加傾向にある。外来では脂肪肝、筋・骨格系が増加傾向にある(図 2)

年齢調整をかけずに医療費の推移を見た場合も同様である。

表 1

医療費の変化

(1)総件数・医療費

項目	総件数・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
H28年度	14,903		661,020,370		690		350,801,820		14,213		310,218,550	
H29年度	13,727	-1,176	567,789,540	-93,230,830	548	-142	269,448,860	-81,352,960	13,179	-1,034	298,340,680	-11,877,870
H30年度	12,939	-788	546,351,030	-21,438,510	492	-56	279,394,290	9,945,430	12,447	-732	266,956,740	-31,383,940
R元年度	12,230	-709	516,281,590	-30,069,440	426	-66	218,107,870	-61,286,420	11,804	-643	298,173,720	31,216,980

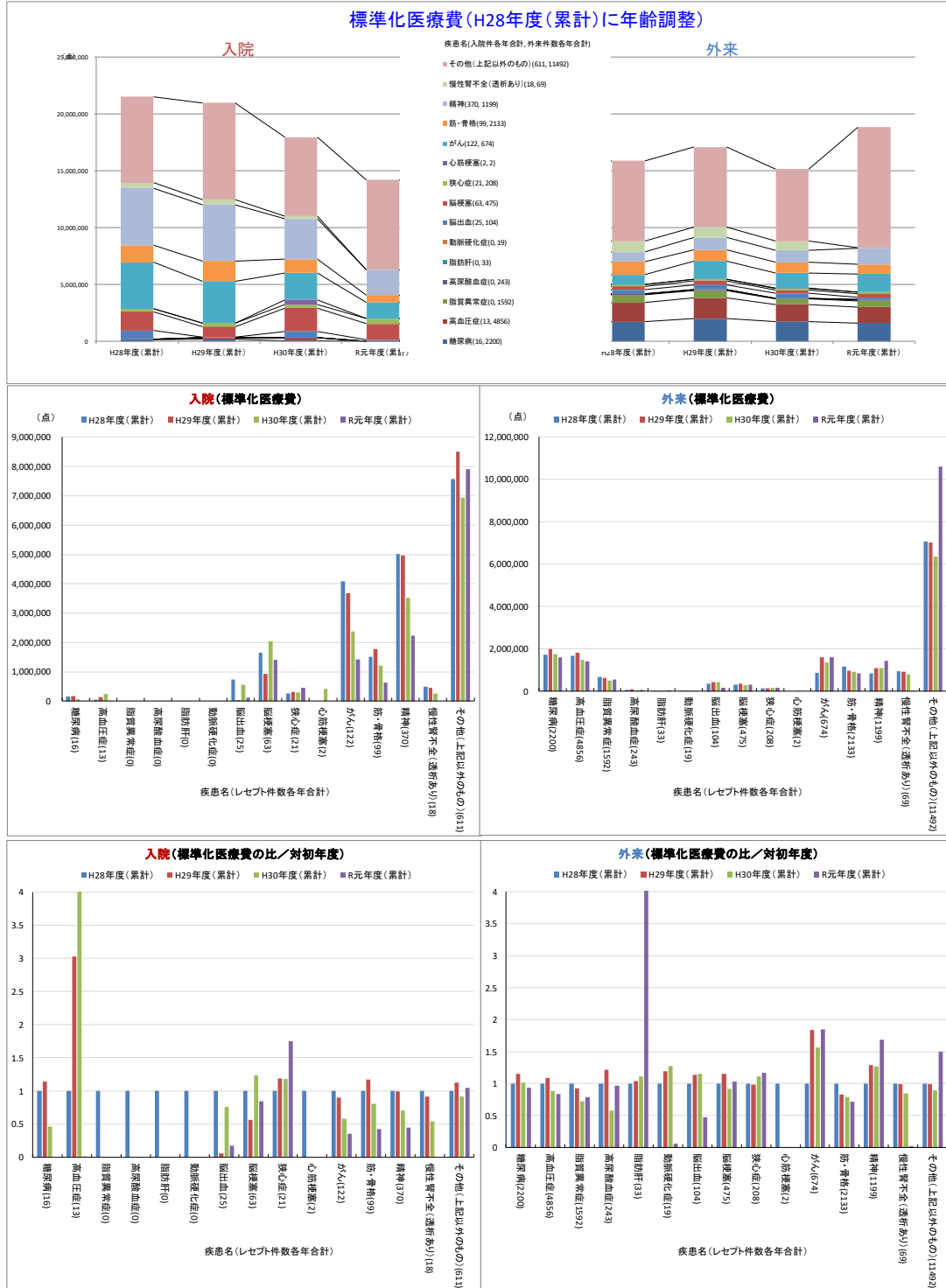
※歯科、食事・生活療養費、訪問看護療養費、療養費は含まない

(2)1人あたり医療費

項目		1人あたり医療費【円】※			増減		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H28年度	保険者【地区】	34,350	18,230	16,120			
	同規模	26,490	11,510	14,980			
	高知県	29,220	13,370	15,850			
	国	25,230	10,150	15,080			
H29年度	保険者【地区】	31,590	14,990	16,600	-8%	-18%	3%
	同規模	27,410	12,050	15,360	3%	5%	3%
	高知県	30,300	14,020	16,280	4%	5%	3%
	国	26,090	10,560	15,530	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	31,990	16,360	15,630	1%	9%	-6%
	同規模	27,880	12,450	15,430	2%	3%	0%
	高知県	30,770	14,520	16,250	2%	4%	-0%
	国	26,440	10,870	15,570	1%	3%	0%
R元年度	保険者【地区】	32,060	13,540	18,520	0%	-17%	18%
	同規模	28,910	12,900	16,010	4%	4%	4%
	高知県	31,430	14,670	16,760	2%	1%	3%
	国	27,350	11,220	16,130	3%	3%	4%

※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

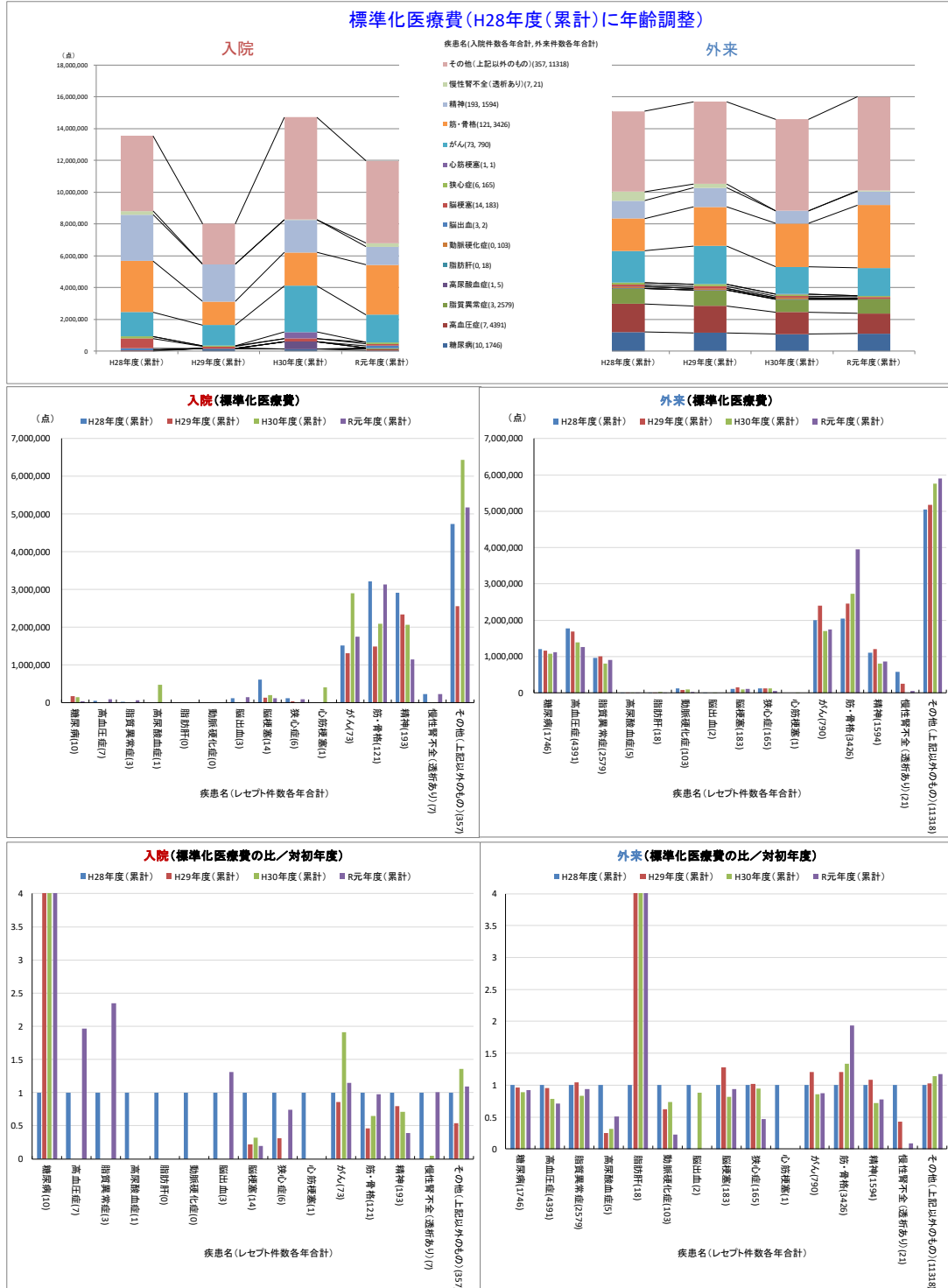
疾病別医療費分析(生活習慣病)
仁淀川町 H28年度(累計)～R元年度(累計) 男性 0～74歳



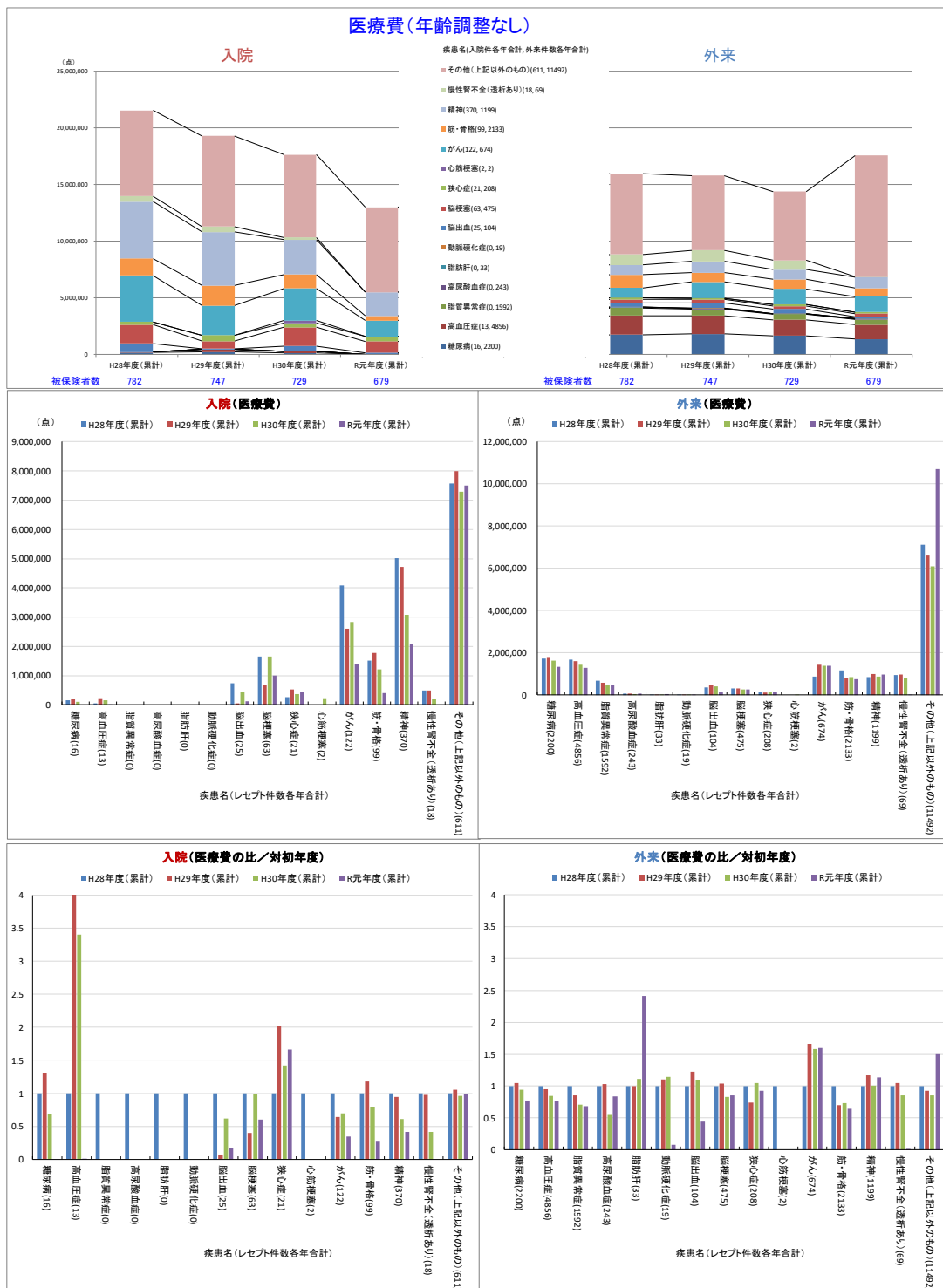
疾病別医療費分析(生活習慣病)

仁淀川町 H28年度(累計)～R元年度(累計) 女性 0～74歳

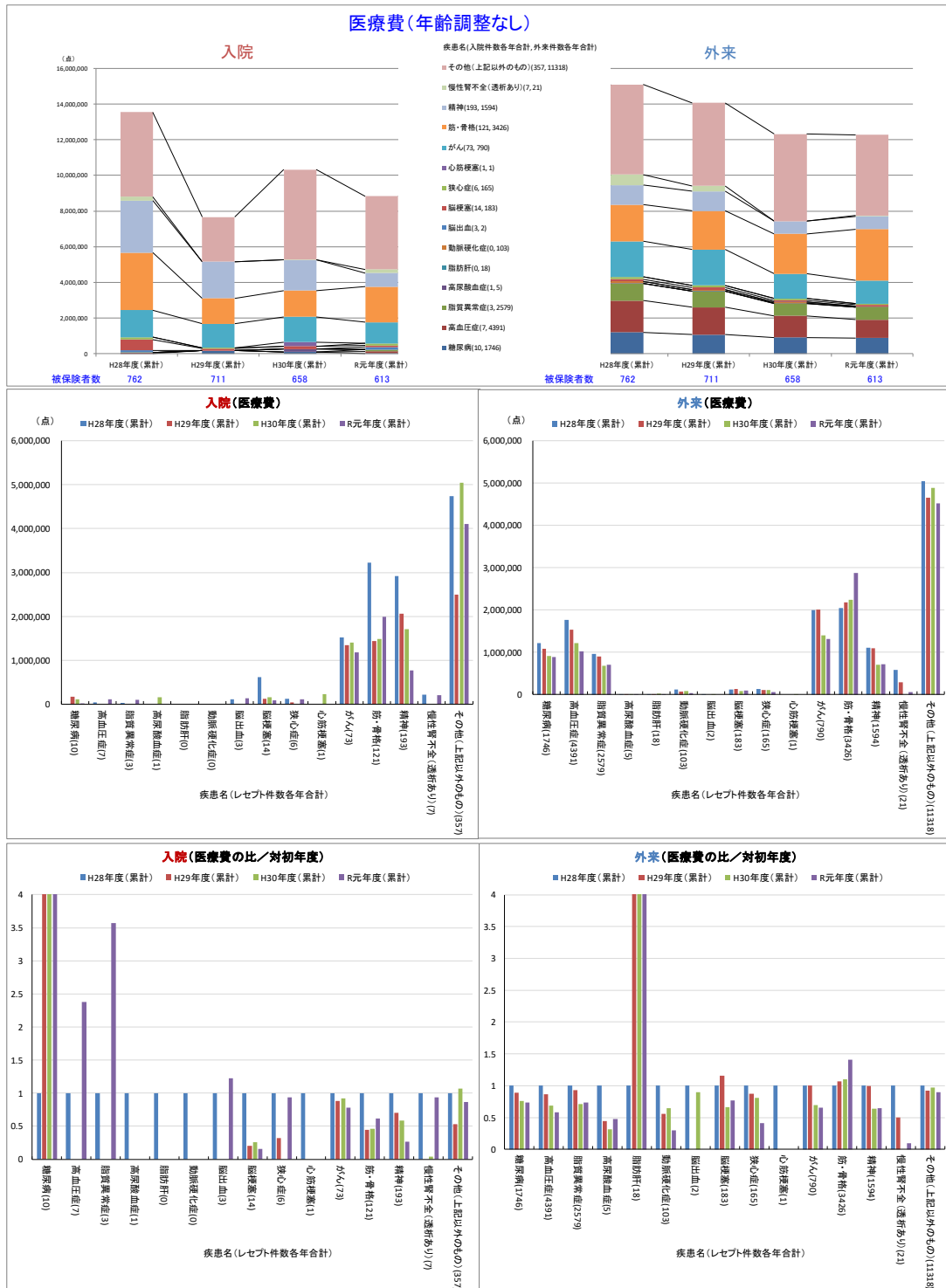
標準化医療費(H28年度(累計)に年齢調整)



疾病別医療費分析(生活習慣病)
 仁淀川町 H28年度(累計)～R元年度(累計) 男性 0～74歳



疾病別医療費分析(生活習慣病)
仁淀川町 H28年度(累計)～R元年度(累計) 女性 0～74歳



②生活習慣病

重症疾患の発生状況において、虚血性心疾患よりも脳血管疾患の新規患者数が多く、新規患者数は脳出血より脳梗塞が多い。

基礎疾患として、糖尿病、高尿酸血症以外の疾患では、患者数が減少しているが、被保険者数の減少の影響が大きいと考えられる。また、人工透析については、年度ごとの患者数の増減により、合計金額が大きく左右されている。患者数の半数は糖尿病の有病者が占めている。(表3、4)

表 3

【重症疾患】

疾病の発生状況の経年変化
疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

	虚血性心疾患									
	新規患者数 ※1	増減	心筋梗塞				狭心症			
			患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率
H28年度	2		2.4		0		63.8		3,843,620	
H29年度	3	1	1.8	-0.6	0		58.5	-5.3	5,625,950	46.4%
H30年度	5	2	2.5	0.7	4,681,740		53.0	-5.5	3,686,070	-34.5%
R元年度	5	0	3.1	0.6	0	-100.0%	45.6	-7.4	5,475,860	48.6%

	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
H28年度	13		8		72.1		22,736,710		5		8.5		8,518,560	
H29年度	8	-5	8	0	64.0	-8.1	7,896,590	-65.3%	0	-5	9.4	0.9	559,350	-93.4%
H30年度	10	2	8	0	56.2	-7.8	18,138,450	129.7%	2	2	9.8	0.4	4,554,910	714.3%
R元年度	8	-2	5	-3	49.6	-6.6	10,880,180	-40.0%	3	1	7.4	-2.4	2,676,200	-41.2%

※1:新規患者は費用額300,000円以上のレセプトを新規とみなし患者数をカウントする
※2:入院医療費については最大医療資源傷病名をカウントする

人工透析を算定しているレセプト集計

	件数	患者数	新規患者数	糖尿病 有病者数	合計金額
H28年度	47	6人	3人	3人	23,352,040 円
H29年度	52	8人	1人	5人	32,046,220 円
H30年度	35	4人	0人	2人	15,517,860 円
R元年度	13	4人	2人	2人	8,146,770 円

表 4【基礎疾患】

疾病の発症状況と経年変化
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)		患者数 (月平均)
				保険者	同規模※				保険者	同規模※				保険者	同規模※	
平成28年	196			70.47	99.07	464			113.50	99.35	327			83.57	83.46	105
平成29年	180	-16	-8%	66.10	102.54	425	-39	-8%	96.14	103.75	303	-24	-7%	62.09	83.97	103
平成30年	172	-8	-5%	70.97	105.58	396	-29	-7%	100.48	104.84	290	-14	-4%	68.86	86.43	98
令和元年	175	3	2%	71.54	105.79	381	-16	-4%	93.15	105.95	281	-9	-3%	85.70	86.54	101

年間集計

※新規患者数は診療開始日＝診療年月の場合に新規とカウントしている

※同規模は直接法で保険者の性・年齢構成に調整している

【健診情報】

男性の収縮期血圧、拡張期血圧ともに、どの年代も上昇傾向にあり、収縮期血圧では6割、拡張期血圧では4割程度に有所見となっている。収縮期血圧では65～74歳の有所見割合が70%となっているが、拡張期血圧では40～64歳の有所見割合が65～74歳に比べ高い。(表5)

メタボ該当者及び予備軍は、男性は変わらないが、女性では該当者が減少している。リスク別にみても血圧に有所見ある割合が多い傾向に変わらない。(表6)

男性は収縮期血圧、拡張期血圧ともに多い傾向が続き、依然として国、県より高い。ALT値についても増加傾向にある。(図7)

女性はBMI、腹囲が高い傾向にあり、特に40～64歳では国、県よりも高い。ALT、尿酸は高い傾向が続いている。中性脂肪、HDL40未満、LDLなど全国、県を下回っており、治療によるコントロールの影響が考えられる。収縮期、拡張期血圧が全国、県より高い傾向がある。(図8)

質問票の経年変化については変化が見られない。(表9)

特定健診受診率の経年比較では男女ともに横ばいが続いているが、どの年代も県の平均値は上回っている。男女とも特に65歳以上の受診率が高い傾向にある。男女とも40～44歳の受診率が低く、女性は50～54歳が次に低くなっている。45歳以降では受診率が横ばいであり、受診が習慣となれば継続しており、40歳での意識づけと定着が必要と考える。(表10)

特定保健指導では利用率も低くまた終了率も低い状態である。特に積極的支援について低く、毎年対象となる方が、改善につながらず、終了につながらない傾向があると考え。(表12)

表 5
【有所見】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する

厚生労働省様式6-2～6-7																									
男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	84	30.0	128	45.7	63	22.5	44	15.7	14	5.0	0	0.0	166	59.3	62	22.1	159	56.8	85	30.4	116	41.4	7	2.5
	40-64	25	31.3	38	47.5	25	31.3	18	22.5	3	3.8	0	0.0	40	50.0	23	28.8	32	40.0	24	30.0	38	47.5	0	0.0
	65-74	59	29.5	90	45.0	38	19.0	26	13.0	11	5.5	0	0.0	126	63.0	39	19.5	127	63.5	61	30.5	78	39.0	7	3.5
H 2 9	合計	82	29.8	125	45.5	50	18.2	48	17.5	13	4.7	0	0.0	154	56.0	49	17.8	158	57.5	93	33.8	114	41.5	7	2.5
	40-64	24	31.2	40	51.9	17	22.1	20	26.0	2	2.6	0	0.0	39	50.6	13	16.9	28	36.4	24	31.2	40	51.9	0	0.0
	65-74	58	29.3	85	42.9	33	16.7	28	14.1	11	5.6	0	0.0	115	58.1	36	18.2	130	65.7	69	34.8	74	37.4	7	3.5
H 3 0	合計	80	30.1	114	42.9	53	19.9	58	21.8	7	2.6	0	0.0	143	53.8	49	18.4	158	59.4	91	34.2	116	43.6	8	3.0
	40-64	26	36.1	35	48.6	22	30.6	20	27.8	0	0.0	0	0.0	31	43.1	14	19.4	33	45.8	28	38.9	39	54.2	0	0.0
	65-74	54	27.8	79	40.7	31	16.0	38	19.6	7	3.6	0	0.0	112	57.7	35	18.0	125	64.4	63	32.5	77	39.7	8	4.1
R 元	合計	86	30.4	121	42.8	55	19.4	65	23.0	14	4.9	0	0.0	174	61.5	47	16.6	185	65.4	107	37.8	134	47.3	8	2.8
	40-64	26	36.6	35	49.3	15	21.1	24	33.8	5	7.0	0	0.0	40	56.3	14	19.7	36	50.7	31	43.7	43	60.6	0	0.0
	65-74	60	28.3	86	40.6	40	18.9	41	19.3	9	4.2	0	0.0	134	63.2	33	15.6	149	70.3	76	35.8	91	42.9	8	3.8

厚生労働省様式6-2～6-7																									
女性		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		クレアチン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H 2 8	合計	79	25.0	68	21.5	44	13.9	22	7.0	6	1.9	0	0.0	233	73.7	16	5.1	159	50.3	53	16.8	160	50.6	1	0.3
	40-64	24	27.0	24	27.0	10	11.2	10	11.2	3	3.4	0	0.0	61	68.5	7	7.9	32	36.0	19	21.3	51	57.3	0	0.0
	65-74	55	24.2	44	19.4	34	15.0	12	5.3	3	1.3	0	0.0	172	75.8	9	4.0	127	55.9	34	15.0	109	48.0	1	0.4
H 2 9	合計	72	23.7	58	19.1	45	14.8	30	9.9	5	1.6	0	0.0	210	69.1	11	3.6	159	52.3	51	16.8	158	52.0	2	0.7
	40-64	24	30.0	19	23.8	9	11.3	10	12.5	1	1.3	0	0.0	48	60.0	2	2.5	30	37.5	16	20.0	46	57.5	0	0.0
	65-74	48	21.4	39	17.4	36	16.1	20	8.9	4	1.8	0	0.0	162	72.3	9	4.0	129	57.6	35	15.6	112	50.0	2	0.9
H 3 0	合計	71	24.4	46	15.8	36	12.4	29	10.0	4	1.4	0	0.0	184	63.2	14	4.8	149	51.2	55	18.9	156	53.6	3	1.0
	40-64	26	32.1	19	23.5	11	13.6	8	9.9	1	1.2	0	0.0	44	54.3	4	4.9	36	44.4	15	18.5	46	56.8	1	1.2
	65-74	45	21.4	27	12.9	25	11.9	21	10.0	3	1.4	0	0.0	140	66.7	10	4.8	113	53.8	40	19.0	110	52.4	2	1.0
R 元	合計	76	26.7	48	16.8	35	12.3	34	11.9	2	0.7	0	0.0	203	71.2	11	3.9	150	52.6	44	15.4	151	53.0	1	0.4
	40-64	21	28.8	18	24.7	6	8.2	10	13.7	1	1.4	0	0.0	40	54.8	2	2.7	33	45.2	14	19.2	41	56.2	0	0.0
	65-74	55	25.9	30	14.2	29	13.7	24	11.3	1	0.5	0	0.0	163	76.9	9	4.2	117	55.2	30	14.2	110	51.9	1	0.5

表 6

【メタボ】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

男性		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(%)
H 2 8	合計	280	45.0	15	5.4	49	17.5	3	1.1	36	12.9	10	3.6	64	22.9	13	4.6	3	1.1	29	10.4	19	6.8
	40-64	80	33.8	7	8.8	11	13.8	0	0.0	6	7.5	5	6.3	20	25.0	2	2.5	1	1.3	12	15.0	5	6.3
	65-74	200	51.9	8	4.0	38	19.0	3	1.5	30	15.0	5	2.5	44	22.0	11	5.5	2	1.0	17	8.5	14	7.0
H 2 9	合計	275	45.8	12	4.4	50	18.2	0	0.0	40	14.5	10	3.6	63	22.9	14	5.1	3	1.1	26	9.5	20	7.3
	40-64	77	35.2	8	10.4	16	20.8	0	0.0	11	14.3	5	6.5	16	20.8	2	2.6	2	2.6	8	10.4	4	5.2
	65-74	198	52.0	4	2.0	34	17.2	0	0.0	29	14.6	5	2.5	47	23.7	12	6.1	1	0.5	18	9.1	16	8.1
H 3 0	合計	266	45.2	8	3.0	50	18.8	1	0.4	39	14.7	10	3.8	56	21.1	11	4.1	2	0.8	30	11.3	13	4.9
	40-64	72	37.5	4	5.6	19	26.4	1	1.4	11	15.3	7	9.7	12	16.7	1	1.4	0	0.0	9	12.5	2	2.8
	65-74	194	49.0	4	2.1	31	16.0	0	0.0	28	14.4	3	1.5	44	22.7	10	5.2	2	1.0	21	10.8	11	5.7
R 元	合計	283	51.0	14	4.9	39	13.8	3	1.1	35	12.4	1	0.4	68	24.0	15	5.3	3	1.1	27	9.5	23	8.1
	40-64	71	39.9	7	9.9	11	15.5	1	1.4	10	14.1	0	0.0	17	23.9	2	2.8	1	1.4	9	12.7	5	7.0
	65-74	212	56.2	7	3.3	28	13.2	2	0.9	25	11.8	1	0.5	51	24.1	13	6.1	2	0.9	18	8.5	18	8.5

女性		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 (%)
H 2 8	合計	316	51.4	6	1.9	21	6.6	0	0.0	16	5.1	5	1.6	41	13.0	10	3.2	2	0.6	16	5.1	13	4.1
	40-64	89	48.1	5	5.6	6	6.7	0	0.0	5	5.6	1	1.1	13	14.6	4	4.5	0	0.0	3	3.4	6	6.7
	65-74	227	52.8	1	0.4	15	6.6	0	0.0	11	4.8	4	1.8	28	12.3	6	2.6	2	0.9	13	5.7	7	3.1
H 2 9	合計	304	53.1	5	1.6	12	3.9	0	0.0	9	3.0	3	1.0	41	13.5	4	1.3	2	0.7	20	6.6	15	4.9
	40-64	80	47.6	4	5.0	4	5.0	0	0.0	4	5.0	0	0.0	11	13.8	2	2.5	0	0.0	5	6.3	4	5.0
	65-74	224	55.3	1	0.4	8	3.6	0	0.0	5	2.2	3	1.3	30	13.4	2	0.9	2	0.9	15	6.7	11	4.9
H 3 0	合計	291	53.0	4	1.4	21	7.2	1	0.3	16	5.5	4	1.4	21	7.2	0	0.0	0	0.0	15	5.2	6	2.1
	40-64	81	50.0	2	2.5	12	14.8	1	1.2	10	12.3	1	1.2	5	6.2	0	0.0	0	0.0	4	4.9	1	1.2
	65-74	210	54.3	2	1.0	9	4.3	0	0.0	6	2.9	3	1.4	16	7.6	0	0.0	0	0.0	11	5.2	5	2.4
R 元	合計	285	56.2	7	2.5	17	6.0	1	0.4	12	4.2	4	1.4	24	8.4	3	1.1	1	0.4	9	3.2	11	3.9
	40-64	73	51.0	4	5.5	7	9.6	1	1.4	6	8.2	0	0.0	7	9.6	2	2.7	0	0.0	2	2.7	3	4.1
	65-74	212	58.2	3	1.4	10	4.7	0	0.0	6	2.8	4	1.9	17	8.0	1	0.5	1	0.5	7	3.3	8	3.8

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

國際航空貨運		H28	H29	H30	R01	H29
40~64歲	全國	979147	936531	904925	844616	1395000918
	東京	6994	6599	6564	6293	246973
	地域(地域)	80	77	72	71	1168
65~74歲	全國	2154913	2181981	2160522	2057442	265591816
	東京	13849	14104	14504	14171	281977
	地域(地域)	200	198	194	212	2331
總數	全國	3134060	3118512	3065447	2902058	4050923
	東京	20683	20703	21289	204624	528905
	地域(地域)	735	725	688	705	1189

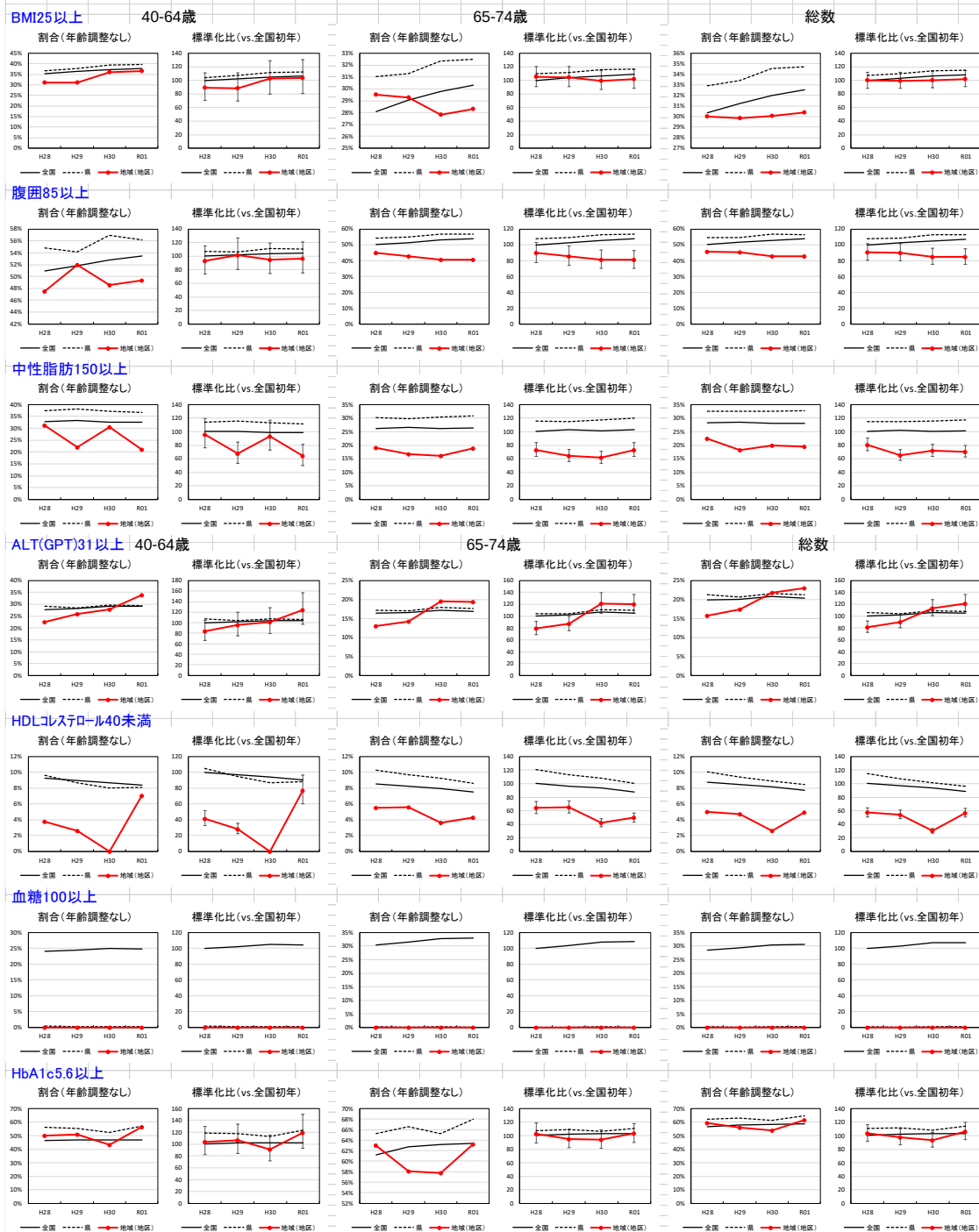
計算開始

作成日: 2020/9/4
 保険者番号: 391029
 保険者名: 仁徳川町

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。

標準化率は全国(初年度)を基準とした間接法による。仮差線は95%信頼区間。

Ver. 1.2 (2019.12.20) 平成26年度厚生労働省研究費補助金(循環器疾患・糖尿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を
 支援する地域診断支援事業」(担当地区)徳島県村の育成に関する研究(M05・循環器疾患(仮)) - 04 - 01 (研究費助成) (徳島県)



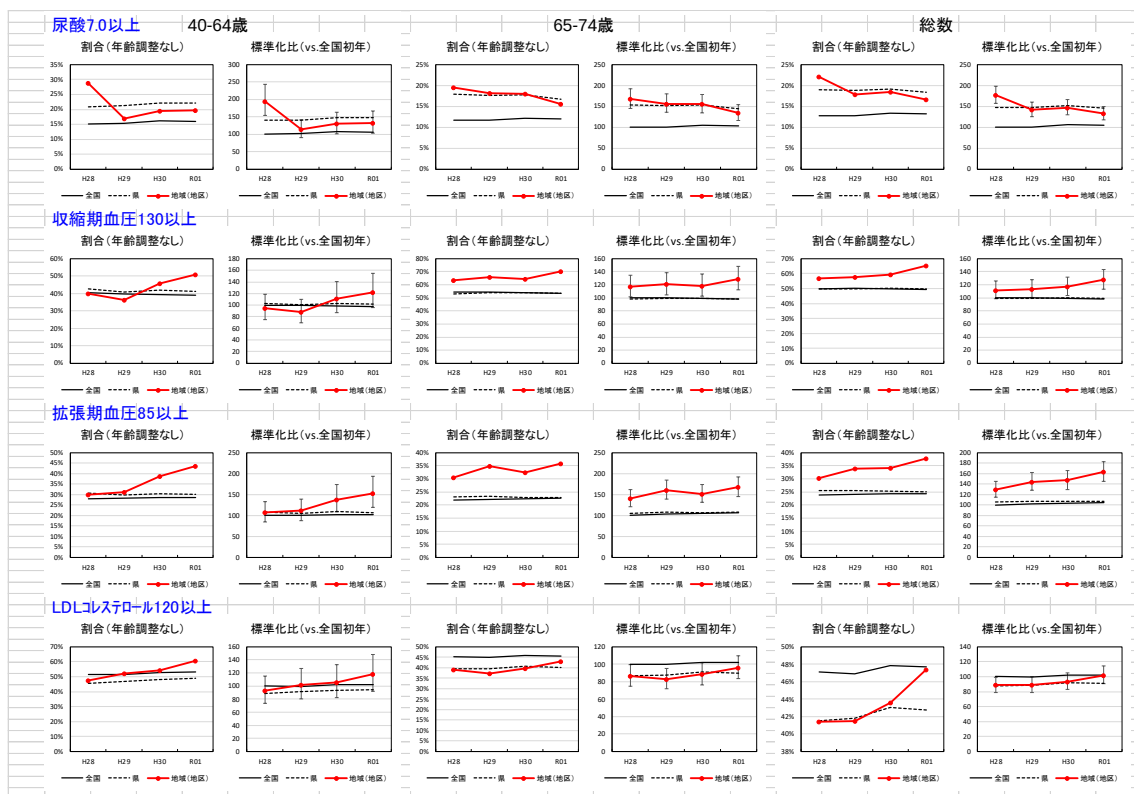
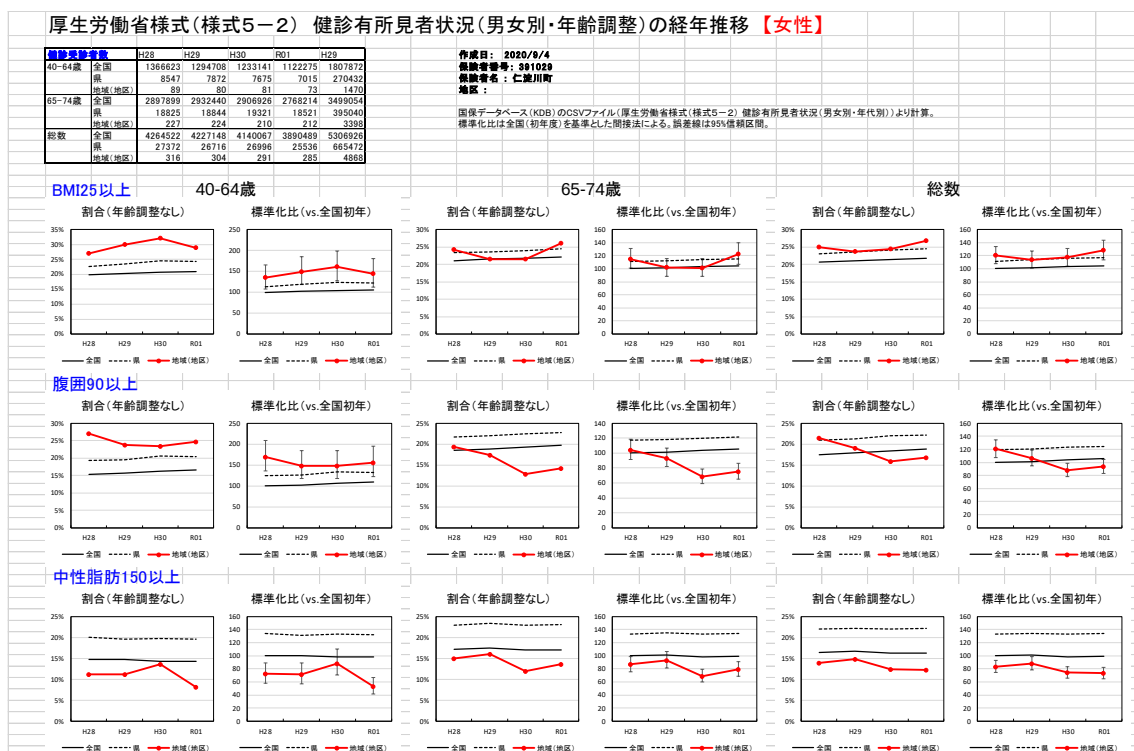


図 8



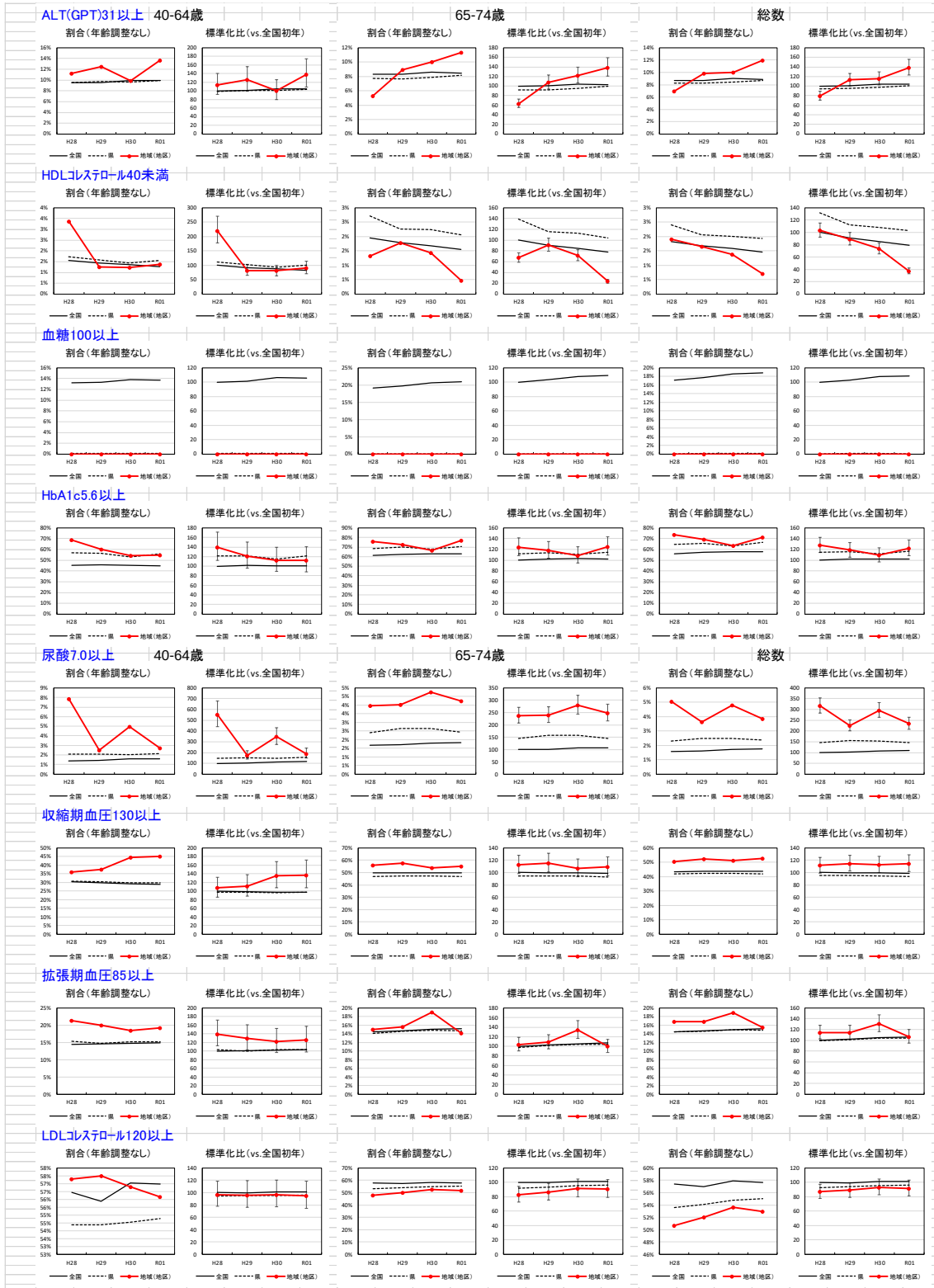


表 9

【質問票】

質問票調査の経年変化

生活習慣の変化

項目	①			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬		⑭	
	服薬			喫煙	週3回以上 朝食を抜く	週3回以上 夕食後間食	週3回以上 就寝前夕食	食べる速度 が遅い	20歳時体重 から10kg体 重増加	1日30分以 上運動なし	1日1時間以 上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒	咀嚼		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	37.9%	6.9%	21.6%	14.9%	5.9%	13.9%	17.4%	27.7%	35.4%	58.9%	41.1%	27.7%	34.7%	20.0%	-	-	-	-
平成29年	38.9%	7.4%	21.9%	15.9%	6.0%	13.6%	17.8%	29.4%	33.3%	63.2%	48.9%	26.3%	34.9%	19.9%	-	-	-	-
平成30年	37.7%	8.6%	22.6%	15.6%	6.8%	-	18.7%	26.9%	33.6%	60.0%	46.7%	22.3%	37.0%	19.6%	21.2%	0.2%	12.7%	60.0%
令和元年	38.2%	8.8%	19.9%	16.2%	4.9%	-	16.0%	27.5%	34.0%	61.1%	48.2%	23.9%	36.9%	20.5%	22.5%	1.1%	18.3%	56.5%

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。

表 10

【健診_法定報告】

性・年齢階級別 特定健診受診率(法定報告)

男	H28			H29			H30			R元		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	25	8	32.0%	24	8	33.3%	28	8	28.6%	20	6	30.0%
45～49歳	30	14	46.7%	29	16	55.2%	24	11	45.8%	32	11	34.4%
50～54歳	26	7	26.9%	27	7	25.9%	28	12	42.9%	29	13	44.8%
55～59歳	45	10	22.2%	38	9	23.7%	31	10	32.3%	28	12	42.9%
60～64歳	111	41	36.9%	99	37	37.4%	80	31	38.8%	67	28	41.8%
65～69歳	194	97	50.0%	180	94	52.2%	182	85	46.7%	163	91	55.8%
70～74歳	190	103	54.2%	201	104	51.7%	213	109	51.2%	214	121	56.5%
合計	621	280	45.1%	598	275	46.0%	586	266	45.4%	553	282	51.0%

女	H28			H29			H30			R元		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	11	5	45.5%	14	3	21.4%	18	5	27.8%	14	4	28.6%
45～49歳	12	6	50.0%	9	5	55.6%	11	7	63.6%	12	4	33.3%
50～54歳	21	5	23.8%	15	5	33.3%	14	4	28.6%	13	7	53.8%
55～59歳	40	20	50.0%	36	19	52.8%	35	20	57.1%	31	17	54.8%
60～64歳	101	53	52.5%	93	48	51.6%	83	45	54.2%	72	41	56.9%
65～69歳	215	115	53.5%	197	110	55.8%	172	83	48.3%	153	81	52.9%
70～74歳	214	112	52.3%	207	113	54.6%	215	127	59.1%	211	131	62.1%
合計	614	316	51.5%	571	303	53.1%	548	291	53.1%	506	285	56.3%

図 11

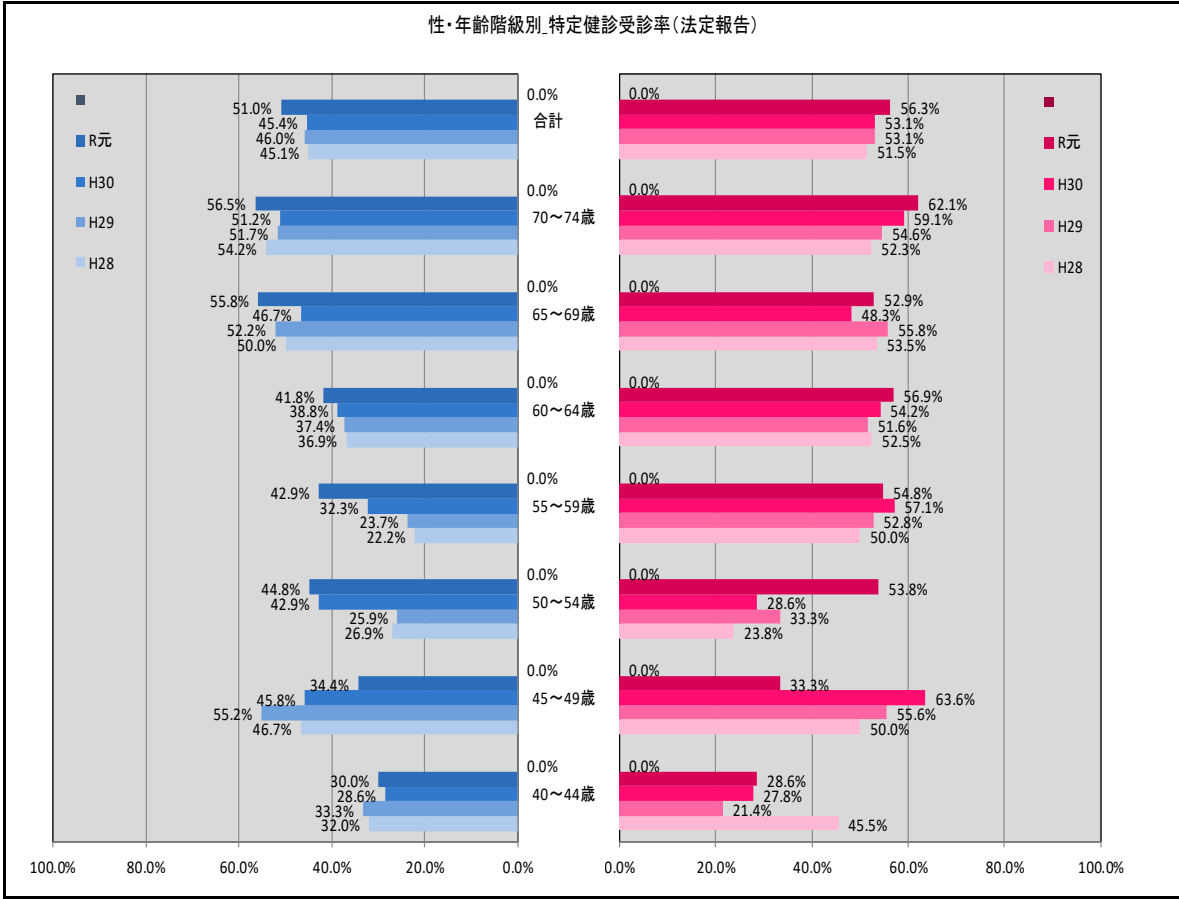
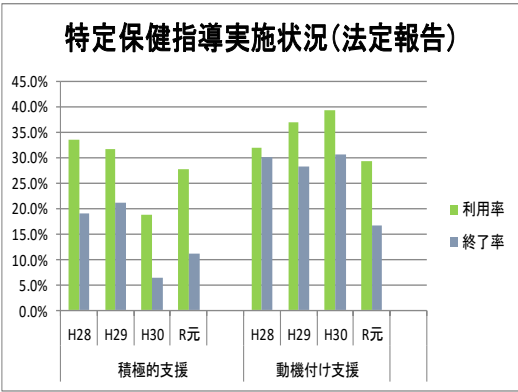


表 12

特定保健指導実施状況 (法定報告)

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極的支援	H28	21	7	4	33.3%	19.0%
	H29	19	6	4	31.6%	21.1%
	H30	16	3	1	18.8%	6.3%
	R元	18	5	2	27.8%	11.1%
					#DIV/0!	#DIV/0!
動機付け支援	H28	63	20	19	31.7%	30.2%
	H29	46	17	13	37.0%	28.3%
	H30	46	18	14	39.1%	30.4%
	R元	48	14	8	29.2%	16.7%
					#DIV/0!	#DIV/0!



5. 指標の経年データ（様式 1）と判定

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

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

目的：健康寿命の延伸

中・長期目標			評価経年モニタリング					判定
	目標	対象者	指標	H28データ (策定時)	H29年度	H30年度	R元年度	
データヘルス計画 本文より	脳血管疾患(脳出血)患者数の減少	脳血管疾患患者	1件あたり医療費30万円以上レセプト数	5人	0人	2人	3人	A
	脳血管疾患(脳梗塞)患者数の減少	脳血管疾患患者	1件あたり医療費30万円以上レセプト数	8人	8人	8人	5人	A
	虚血性心疾患患者数の減少	虚血性心疾患患者	1件あたり医療費30万円以上レセプト数	2人	3人	5人	5人	D
	糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	新規透析患者	新規透析患者数	2人	1人	0人	2人	C

短期目標(毎年評価する)			評価経年モニタリング					判定
	目標	対象者	指標	H28データ (策定時)	H29年度	H30年度	R元年度	
データヘルス計画 本文より	高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	特定健康診査受診者	収縮期血圧の平均値	133mmHg	134mmHg	135mmHg	137mmHg	D
	糖尿病(HbA1c)有所見者割合の減少	特定健康診査受診者(男性)	HbA1cの有所見者(5.6以上)の割合	59.3%	56.0%	53.8%	61.5%	D
	糖尿病(HbA1c)有所見者割合の減少	特定健康診査受診者(女性)	HbA1cの有所見者(5.6以上)の割合	73.7%	69.1%	63.2%	71.2%	C
	尿酸有所見者割合の減少	特定健康診査受診者(男性)	尿酸値の有所見者(7.0以上)の割合	23.6%	17.8%	18.4%	16.6%	A
	尿酸値有所見者割合の減少	特定健康診査受診者(女性)	尿酸値の有所見者(7.0以上)の割合	6.0%	3.6%	4.8%	3.9%	A
	特定健診受診率の上昇	国保被保険者	受診率(法定報告)	48.3%	49.4%	49.1%	53.5	A
	特定保健指導利用率(積極的支援)の上昇	国保被保険者	実施率(法定報告)	33.3%	31.6%	18.8%	27.8	C
	特定保健指導終了率(積極的支援)の上昇	国保被保険者	終了率(法定報告)	19.0%	21.1%	6.3%	11.1	C
	特定保健指導利用率(動機付け支援)の上昇	国保被保険者	実施率(法定報告)	31.7%	37.0%	39.1%	29.2	C
	特定保健指導終了率(動機付け支援)の上昇	国保被保険者	終了率(法定報告)	30.2%	28.3%	30.4%	16.7	C

個別保健事業実施計画				評価経年モニタリング					判定
事業名	目的	目標	対象者	指標	H28データ (策定時)	H29年度	H30年度	R元年度	
高血圧予防事業	高血圧予防の必要性を理解し、血圧や生活習慣改善を意識する住民が増え、高血圧を予防できる。	「血圧を気にしている」という回答が5%以上	特定健診・後期高齢者受診者	減塩味噌汁試飲アンケートにおける「血圧を気にしている」という回答の増加率	—	未実施			
		関心期以上の回答が50%以上	特定健診・後期高齢者受診者	特定健診・後期高齢者健診における生活改善ステージが「関心期」以上の回答の割合	—	66.2%			
		健診問診票で関心期以上の回答が80%以上	特定健診受診者	特定健診問診における生活改善ステージが「関心期」以上の回答の割合	67.4%		67.2%	56.4%	D
		「改善意欲ありかつ始めている」という回答が9%以上	特定健診受診者	特定健診問診における「改善意欲ありかつ始めている」の回答の割合	7.4%		7.4%	4.2%	D
ハイリスク者への受診勧奨事業	医療機関への受診が必要な方が、受診、治療をすることで重症化を予防する。	紹介状返信率(精密検査受診率)60%以上	特定健診結果において、総合判定が「要精密」または「要医療」である者	紹介状送付者の受診割合	55.1%	—	50.0%	53.2%	C
		受診勧奨実施者の受診割合10%以上	紹介状の返信のない者	受診勧奨実施者の受診割合	0.0%	—	10.0%	11.5%	A
特定保健指導事業	特定保健指導対象者が、生活習慣の見直しを行い、生活習慣病を予防できる。	特定保健指導実施者のリスク要因の改善率40%以上	前年度特定保健指導対象者	平成29年度特定保健指導終了者の内、平成30年度特定健診結果においてリスク要因の改善がひとつも見られた者の割合(血圧、血糖、脂質、喫煙)	31.6%	—	26.7%	38.5%	B
		特定保健指導実施者のリスク改善によるメタボリックシンドロームの非該当率50%以上	特定保健指導対象者	平成29年度特定保健指導終了者の内、平成30年度特定健診結果において、メタボリックシンドロームがリスク改善により非該当となった者の割合	47.4%	—	7.1%	30.8%	D

※高血圧予防事業の目標については、管理栄養士が不在になったことおよび目標値が適切でなかったことにより平成30年度から変更をしている。

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

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

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

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

- ・循環器疾患に有意な差はみられていない。
- ・基礎疾患では、75 歳以上の糖尿病、脂質異常症が有意に増加している。
- ・認知症、歯肉炎歯周病においては 75 歳以上、全年齢の合計で有意に増加している。これらの疾患は、若い世代からのアプローチやフレイル予防が可能な疾患である。
- ・KDB システムにおいて、平成 30 年度より腎不全の集計に慢性腎臓病が追加されたことにより、腎不全の有病者が増加したことに留意する必要がある。

表 13

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

		年 齢	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度						
(国保と後期の各年齢区分被保険者数)	被保険者数	40～64歳	479		450		403		367						
		65～74歳	862		833		844		795						
		75歳以上	1,956		1,901		1,842		1,812						
		合 計	3,297		3,184		3,089		2,974						
認定者数	40～64歳	9		7		6		4							
	65～74歳	36		31		35		25							
	75歳以上	673		615		595		564							
	合 計	718		653		636		593							
認定率(認定者数/被保険者数)	40～64歳	1.9%		1.6%		1.5%		1.1%							
	65～74歳	4.2%		3.7%		4.1%		3.1%							
	75歳以上	34.4%		32.4%		32.3%		31.1%							
	合 計	21.8%		20.5%		20.6%		19.9%							
		疾患	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	トレンド検定 *有意差あり(P値<0.05)				
(レセプトの診断名より重複して計上)	有病状況	循環器疾患	再掲	脳血管疾患	40～64歳	6	66.7%	5	71.4%	4	66.7%	3	75.0%	P値(増加)	0.835
					65～74歳	12	33.3%	8	25.8%	13	37.1%	10	40.0%	P値(増加)	0.452
					75歳以上	426	63.3%	402	65.4%	406	68.2%	376	66.7%	P値(増加)	0.118
					合 計	444	61.8%	415	63.6%	423	66.5%	389	65.6%	P値(増加)	0.083
				脳出血	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	2	33.3%	1	25.0%	P値(増加)	0.355
					65～74歳	4	11.1%	3	9.7%	3	8.6%	4	16.0%	P値(増加)	0.452
					75歳以上	34	5.1%	31	5.0%	31	5.2%	27	4.8%	P値(減少)	0.883
					合 計	39	5.4%	35	5.4%	36	5.7%	32	5.4%	P値(増加)	0.957
				脳梗塞	40～64歳	6	66.7%	5	71.4%	4	66.7%	3	75.0%	P値(増加)	0.835
					65～74歳	11	30.6%	7	22.6%	12	34.3%	9	36.0%	P値(増加)	0.489
					75歳以上	421	62.6%	395	64.2%	400	67.2%	372	66.0%	P値(増加)	0.116
					合 計	438	61.0%	407	62.3%	416	65.4%	384	64.8%	P値(増加)	0.084
			虚血性心疾患	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	
				65～74歳	5	13.9%	4	12.9%	7	20.0%	5	20.0%	P値(増加)	0.397	
				75歳以上	207	30.8%	202	32.8%	198	33.3%	194	34.4%	P値(増加)	0.175	
				合 計	212	29.5%	206	31.5%	205	32.2%	199	33.6%	P値(増加)	0.114	
			腎不全	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	1	16.7%	0	0.0%	P値(減少)	0.747	
				65～74歳	5	13.9%	5	16.1%	4	11.4%	2	8.0%	P値(減少)	0.440	
				75歳以上	79	11.7%	89	14.5%	104	17.5%	108	19.1%	P値(増加)	* 0.000	
				合 計	85	11.8%	95	14.5%	109	17.1%	110	18.5%	P値(増加)	* 0.000	
			人工透析	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	
				65～74歳	2	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	P値(増加)	0.833	
				75歳以上	6	0.9%	7	1.1%	5	0.8%	5	0.9%	P値(減少)	0.871	
				合 計	8	1.1%	7	1.1%	5	0.8%	7	1.2%	P値(減少)	0.936	
		基礎疾患	再掲合併症	糖尿病	40～64歳	4	44.4%	2	28.6%	3	50.0%	2	50.0%	P値(増加)	0.749
					65～74歳	9	25.0%	6	19.4%	11	31.4%	9	36.0%	P値(増加)	0.240
					75歳以上	202	30.0%	195	31.7%	207	34.8%	200	35.5%	P値(増加)	* 0.021
					合 計	215	29.9%	203	31.1%	221	34.7%	211	35.6%	P値(増加)	* 0.012
				腎症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	P値(増加)	0.452
					65～74歳	2	5.6%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	P値(減少)	0.700
					75歳以上	24	3.6%	23	3.7%	27	4.5%	31	5.5%	P値(増加)	0.076
					合 計	26	3.6%	24	3.7%	29	4.6%	32	5.4%	P値(増加)	0.085
				網膜症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	P値(増加)	0.452
					65～74歳	3	8.3%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	P値(減少)	0.378
					75歳以上	33	4.9%	32	5.2%	39	6.6%	39	6.9%	P値(増加)	0.082
					合 計	36	5.0%	33	5.1%	41	6.4%	40	6.7%	P値(増加)	0.109
			神経障害	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	#DIV/0!	#DIV/0!	
				65～74歳	1	2.8%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	P値(増加)	0.833	
				75歳以上	9	1.3%	8	1.3%	8	1.3%	10	1.8%	P値(増加)	0.545	
				合 計	10	1.4%	9	1.4%	9	1.4%	11	1.9%	P値(増加)	0.522	
			再掲合併症	高血圧	40～64歳	5	55.6%	4	57.1%	4	66.7%	3	75.0%	P値(増加)	0.479
					65～74歳	21	58.3%	13	41.9%	22	62.9%	14	56.0%	P値(増加)	0.746
					75歳以上	561	83.4%	506	82.3%	502	84.4%	478	84.8%	P値(増加)	0.363
					合 計	587	81.8%	523	80.1%	528	83.0%	495	83.5%	P値(増加)	0.248
			再掲合併症	脂質異常症	40～64歳	4	44.4%	3	42.9%	3	50.0%	3	75.0%	P値(増加)	0.371
					65～74歳	17	47.2%	16	51.6%	20	57.1%	15	60.0%	P値(増加)	0.273
					75歳以上	312	46.4%	293	47.6%	302	50.8%	293	52.0%	P値(増加)	* 0.028
					合 計	333	46.4%	312	47.8%	325	51.1%	311	52.4%	P値(増加)	* 0.014
		再掲合併症	高尿酸血症	40～64歳	3	33.3%	3	42.9%	3	50.0%	1	25.0%	P値(増加)	0.977	
				65～74歳	8	22.2%	7	22.6%	8	22.9%	5	20.0%	P値(減少)	0.876	
				75歳以上	155	23.0%	147	23.9%	136	22.9%	128	22.7%	P値(減少)	0.802	
				合 計	166	23.1%	157	24.0%	147	23.1%	134	22.6%	P値(減少)	0.757	
		血管疾患合計	40～64歳	9	100.0%	7	100.0%	6	100.0%	4	100.0%	#DIV/0!	#DIV/0!		
			65～74歳	27	75.0%	20	64.5%	28	80.0%	20	80.0%	P値(増加)	0.419		
			75歳以上	640	95.1%	583	94.8%	574	96.5%	540	95.7%	P値(増加)	0.330		
			合 計	676	94.2%	610	93.4%	608	95.6%	564	95.1%	P値(増加)	0.209		
		認知症	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	1	16.7%	0	0.0%	P値(減少)	0.747		
			65～74歳	7	19.4%	5	16.1%	8	22.9%	8	32.0%	P値(増加)	0.227		
			75歳以上	325	48.3%	350	56.9%	341	57.3%	330	58.5%	P値(増加)	* 0.000		
			合 計	333	46.4%	356	54.5%	350	55.0%	338	57.0%	P値(増加)	* 0.000		
		筋・骨格疾患	40～64歳	6	66.7%	5	71.4%	4	66.7%	3	75.0%	P値(増加)	0.835		
			65～74歳	25	69.4%	21	67.7%	26	74.3%	17	68.0%	P値(増加)	0.907		
			75歳以上	642	95.4%	589	95.8%	573	96.3%	544	96.5%	P値(増加)	0.293		
			合 計	673	93.7%	615	94.2%	603	94.8%	564	95.1%	P値(増加)	0.235		
		歯肉炎歯周病	40～64歳	2	22.2%	2	28.6%	3	50.0%	2	50.0%	P値(増加)	0.219		
			65～74歳	19	52.8%	16	51.6%	19	54.3%	12	48.0%	P値(減少)	0.813		
			75歳以上	296	44.0%	290	47.2%	304	51.1%	294	52.1%	P値(増加)	* 0.002		
			合 計	317	44.2%	308	47.2%	326	51.3%	308	51.9%	P値(増加)	* 0.002		

※医療保険が仁淀川町の国保又は後期である介護認定者のみ集計

7. 中間評価の結果をふまえた課題整理

進捗管理・中間評価の結果をふまえた課題と対策について下記の一覧に示す。

課題	対策
生活習慣改善意欲のある方は増えたが、行動変容に繋がっていない方が多い	全世代を対象とする健康意識向上に向けたポピュレーションアプローチ 具体的な行動に繋がっていくための取り組みの継続（健康パスポート事業、健康チャレンジ事業他）
要精密者、ハイリスク者が保健指導や受診に繋がっていない	個別対応の継続
働き盛り世代の健診受診率が低い	40歳から50歳の未受診者への個別受診勧奨 健診の習慣化と継続受診のための働きかけ

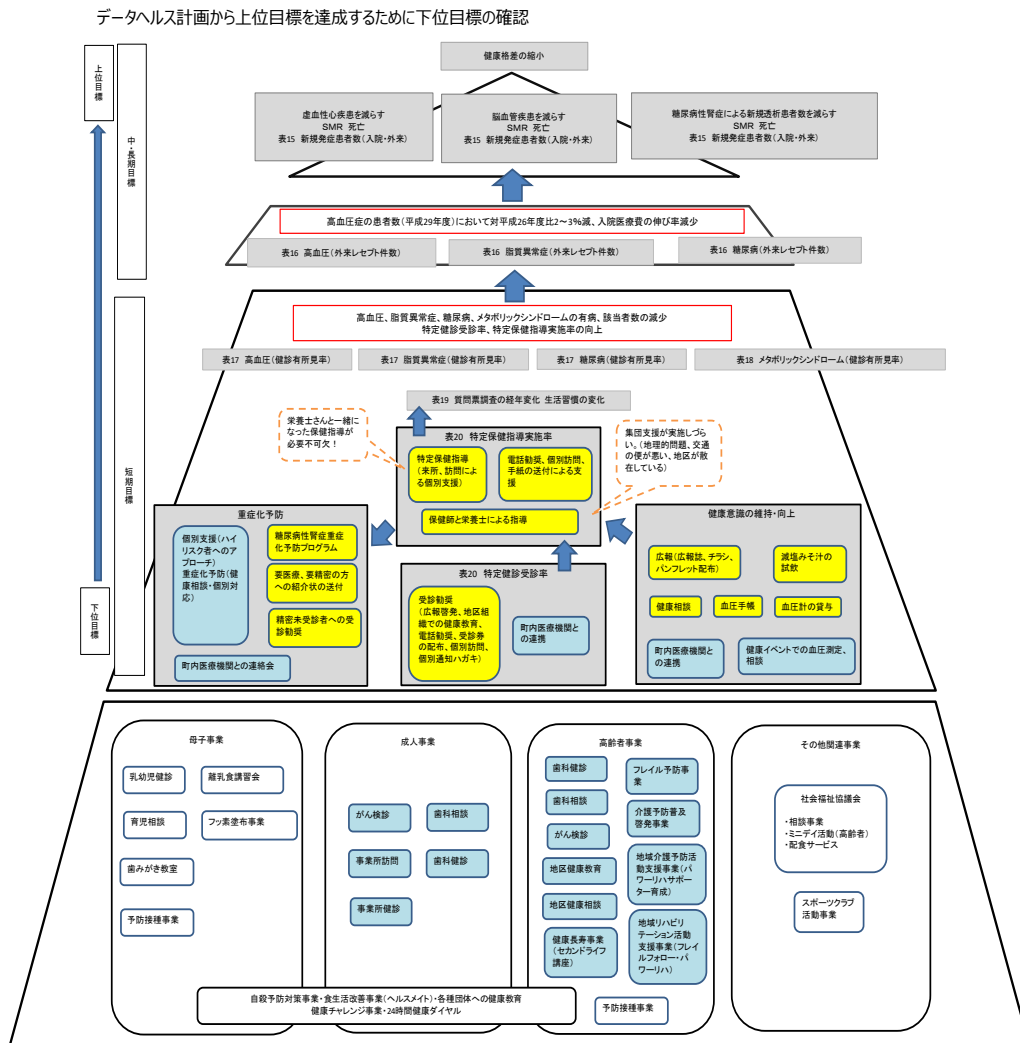
第2期データヘルス計画において、令和3年度に中間評価を行うこととしていたが、国が定めるデータヘルス計画の計画期間との整合性を図る観点から、令和2年度に中間評価を行う。

8. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正

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

追加事業

- ・ H30 年から糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業を開始。
働きざかりへの健康づくり事業
健康チャレンジ事業
- ・ H31 年から歯科健診
フレイル予防
24時間健康ダイヤル



9. 計画全体についての中間評価

ストラクチャー	毎年度、国保部門、衛生部門で目標に向かったの全体の事業体の確認(P34. 8 事業体系図・他事業との連動(様式 2))を行い、必要な事業予算や人員配置などの確保を毎年行えた。 特に健康づくりの第一歩であり、優先順位の高い受診勧奨事業においては、令和元年度に外部委託したこともあり、受診率が 4.4 ポイント伸びた。(月例報告による) 今後もハガキ等での継続した受診勧奨を検討していく。 また、今後受診率アップや働きざかり世代へのアプローチに伴い、保健事業対象者の増加が見込まれることから各個別保健事業における人員体制・確保についても毎年確認していく。
プロセス	計画作成における健診・医療・介護データの集計については、KDB データを活用し、関係機関や事業担当者間で経年結果(P29. 5 指標の経年データ(様式 1)と判定)を確認、要因分析(P33. 7 中間評価の結果をふまえた課題整理)を行い、今後の対策として既存事業の見直しを行った。 また、事業内容として修正箇所については、支援評価委員会の助言を得て修正を行った。
アウトプット	計画策定時の個別保健事業は全て実施できている。 ハイリスク者への受診勧奨事業や特定保健指導では、多くの対象者へアプローチ出来るよう人員や方法、体制を見直しながら実施した。 平成 30 年度より始まった糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、未受診者・治療中断者には全数対応している。腎症が重症化するリスクの高い方には、独自の基準を設定しかかりつけ医と連携しながら取り組んでいる。 (P29.5 指標の経年データ(様式 1)と判定 個別保健事業の実施計画の経年結果より)
アウトカム	計画策定時からの経年経過では、虚血性心疾患の患者数は増加傾向にあり、脳血管疾患全体については、経年で見ると減少傾向である。目標値を達成できているので、最終評価までこの目標値を継続する。 人工透析導入患者については、抽出対象者が少なく評価困難ではあるが、現在は横ばい傾向。しかし、透析患者が国保外に流出したり死亡したりする事例も多くみられ、今後も継続した取り組みが必要である。 (P29.5 指標の経年データ(様式 1)と判定 中・長期目標の経年結果より)