

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

評価・見直し報告書

令和 6 年 2 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

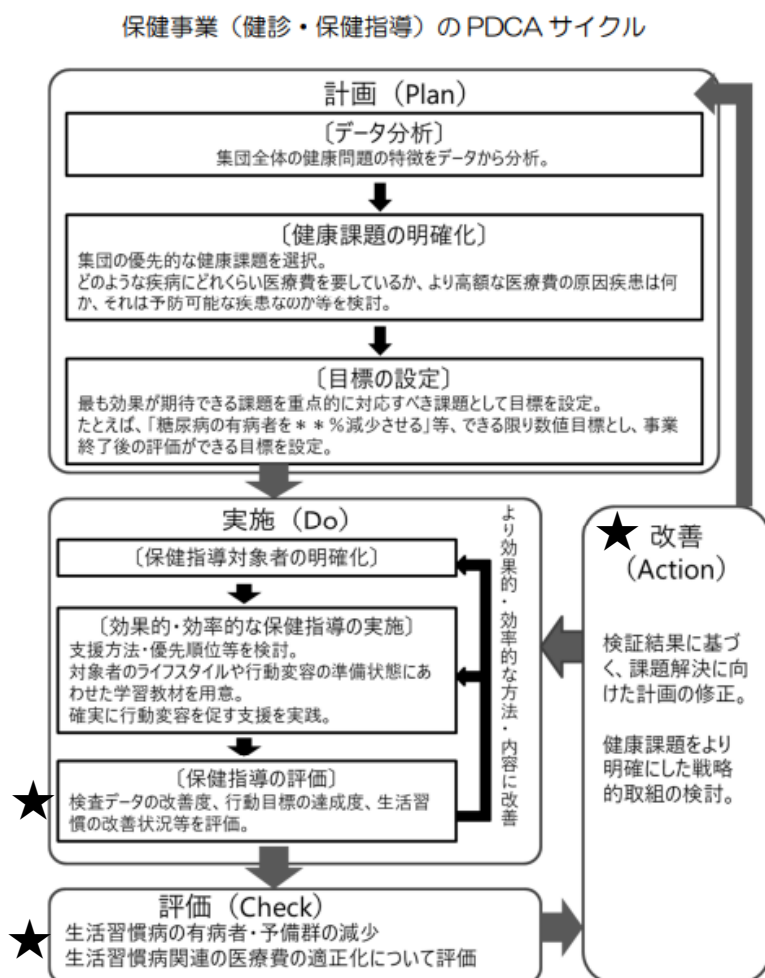
1. 評価・見直しの目的	P. 3
2. 評価方法	P. 3
3. 指標の経年データの判定	P. 4
4. 個別保健事業計画等の評価	P. 7
5. 第 2 期データヘルス計画まとめ・考察	P. 11
■ 個別保健事業集 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成 29 年度 平成 30 年度 令和元年度 令和 2 年度 令和 3 年度 令和 4 年度	P. 13
■ データ集 経年評価指標 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る介護情報	P. 27

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。

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 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)	令和5年度 目標値	
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	2人	2人	1人	3人	A
	脳血管疾患(脳梗塞)患者数の減少			8人	8人	8人	5人	4人	6人	5人	6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	4人	2人	3人	1人	B
	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	2人	1人	0人	0人	A

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)	令和5年度 目標値	
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	132mmHg	138mmHg	134mmHg	135mmHg未 満	C
	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%	60.9%	64.3%	61.9%	前年度比 較	D
		特定健康診査受診者(女性)		73.7%	69.1%	63.2%	71.2%	71.7%	77.4%	73.4%	前年度比 較	C
	尿酸値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	22.1%	17.8%	18.4%	16.6%	20.2%	17.0%	17.7%	前年度比 較	C
		特定健康診査受診者(女性)		5.1%	3.6%	4.8%	3.9%	4.4%	4.8%	4.8%	前年度比 較	C
	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%	48.8%	51.4%	50.9%	55.0%	B
	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%	20.0%	33.3%	30.7%	45.0%	B
	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%	20.0%	16.7%	30.7%	30.0%	B
	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%	30.8%	23.9%	18.2%	45.0%	D
	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%	25.6%	17.4%	15.1%	40.0%	D

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)		
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。	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%	66.6%	66.7%	67.2%		C
		「改善意欲ありかつ始めている」という回答が9%以上	一般住民	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%	5.9%	5.8%	6.6%		C
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%	55.3%	34.5%	39.4%		D
		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%	10.3%	1.4%	4.1%		D
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	特定保健指導終了者の内、翌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)	31.6%	-	26.7%	38.5%	8.3%	50.0%	42.8%		A
		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	特定保健指導終了者の内、翌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%	8.3%	20.0%	0.0%		D

☆事業や評価項目としてないが、データヘルス計画中に「目標とする」などの文言があるもの

事業	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)		

4. 個別保健事業等の評価

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	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。								
事業内容	特定健診受診者や一般住民を対象に特定健診会場や地域の健康相談の場で高血圧に関するチラシやレシピの配布、血圧手帳の配布などを保健師が行う。								
評 価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	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	80%以上	66.6%	67.2%	56.4%	66.6%	66.7%	67.2%	C
	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	9.00%	4.3%	7.4%	4.2%	5.9%	5.8%	6.6%	C
アウトプット									
成功要因 未達要因	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、特定健診問診における「改善意欲ありかつ始めている」の回答の割合ともに目標値の達成には至らなかった。 評価項目として、集団検診における特定健診受診者を対象とした数字としているのに対して、働きかけは成人～高齢者と場を問わず広報周知や健康教育を行っており、評価を行いたいグループと実際に働きかけたグループの層がことなっている。また、評価項目も健康意識を焦点としたものになっており、高血圧予防の理解度との関連性の評価のしにくいものとなっている。								
継続等について	☐	継続							
	☐	多少の見直しが必要							
	☒	大幅な見直しが必要							
	☐	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性		対象集団：特定健診対象者であれば、高血圧の項目に「要精密」「要医療」「受療中」を対象としたハイリスクアプローチ方法の検討 方法：ハイリスク対象者へのチラシや血圧手帳の配布 評価項目：特定健診結果で高血圧のハイリスク対象者数の推移、「要医療」から数字が改善した受診者の数など							

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	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。									
事業内容	特定健診結果において総合判定が「要精密」または「要医療」の受診者へ受診3か月後、6か月後のタイミングで健診後医療機関未受診者へ手紙、電話、訪問などで受診勧奨を実施する。									
評 価	評価指標	目標値							※判定	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4		
	アウトカム	紹介状送付者のうち、受診者数・受診割合	紹介状送付者の受診率50%以上		50.0%	53.2%	55.3%	34.5%	39.4%	D
		受診勧奨実施者のうち、受診数・実施割合	受診勧奨実施者の受診率50%以上		10.0%	11.5%	10.3%	1.4%	4.1%	D
	アウトプット									
成功要因 未達要因	全ての対象者に電話または手紙の発送を実施することで、取り組みができた年度は直接的に働きかけにより一定の受診勧奨者の受診率などが実績としてでているが、令和3年、4年は担当保健師の人員の減少や1件1件電話することへの業務時間の確保の難しさにより受診勧奨者の受診率も減少している。 対象者全員へ直接電話勧奨することは効果はあるが、業務時間や効率が課題となり見直しが必要。									
継続等について	☐	継続								
	☒	多少の見直しが必要								
	☐	大幅な見直しが必要								
	☐	継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性		電話勧奨は総合判定「要医療」の方へは必須とし、「要精密」の場合は手紙勧奨のみにする。また、「要精密」対象者内でも結果数値によって階層化を行い、階層によって受診勧奨の方法を変えることを検討する。								

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	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。									
事業内容	特定保健指導対象者へ特定保健指導を行い、3か月から6か月間の取り組みにより生活習慣及びリスク改善を狙う。									
評 価	評価指標	目標値							※判定	
			H29	H30	R1	R2	R3	R4		
アウトカム	特定保健指導終了者のうち、次年度の健診結果でひとつ以上のリスク改善がみられた割合	特定保健指導実施者のリスク要因の改善率40%以上		26.7%	38.5%	8.3%	50.0%	42.8%	A	
	特定保健指導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ものの割合	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		7.1%	30.8%	8.3%	20.0%	0.0%	D	
アウトプット	初回面接を行った割合	特定保健指導利用率（動機づけ）34%以上	37.0%	39.1%	29.2%	30.8%	23.9%	18.2%	D	
	最終評価まで終了した割合	特定保健指導終了率（動機づけ）32%以上	28.3%	30.4%	16.7%	25.6%	17.4%	15.1%	D	
		特定保健指導終了率（積極的）22%以上	21.1%	6.3%	11.1%	20.0%	16.7%	30.7%	B	
成功要因 未達要因	対象者にピーターが多く、初回年度は保健指導を受け、次年度より拒否される方や、毎年保健指導を受けていた方が後期高齢者健診への移行することにより利用率、終了率ともに低下傾向。 個別指導のみとなっており、指導教材や指導の流れは担当者間で統一していることで最低限の指導は実施できるが、効果的な指導については保健師の技術と対象者の意欲に左右される。 令和元年度より健診結果個別説明会を開始しており、案内を健診会場でを行い、電話でアポ取りすることでピーターの方の確実な初回面接につなげる機会となった。また、健診会場で積極的に周知を行うことで、相談者自ら電話をかけてくる方も増加している。									
継続等について	☒	継続								
	☐	多少の見直しが必要								
	☐	大幅な見直しが必要								
	☐	継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性		個別指導方法の検討（初回面接の取り付け方や指導教材などの見直し） 評価項目の見直し。メタボリックシンドロームではなく、特定保健指導の対象項目に変更するか。 改善の指標の明確化。短期評価（特定保健指導終了時）長期評価（翌年度健診結果）の検討。								

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	④糖尿病治療中の方が、治療継続、生活改善を行うことで重症化予防、透析導入を予防できる。								
事業内容	糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅡ名簿より保健指導対象者を絞り込み、医療機関と連携して対象者へ保健指導を行う。 右記の基準をすべて満たす方を対象とした：①高血圧以外の項目でもリストに該当 ②町内医療機関にて糖尿病治療 ③かかりつけ医の同意が得られる								
評 価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	保健指導を実施された対象者のリスク改善率	50%				0	0	0	E
アウトプット									
成功要因 未達要因	毎年2～3名ほどの対象者が挙がるが、医療機関との連携にあたる同意の段階で拒否があったり、同意を得られても特定の様式を医療機関へ提出しないため次へ進まないといったことにより実績が挙がらない。また、対象者への個別対応は、長年培われてきた生活習慣や個人の考え方により、必要性を感じてもらえず、強く拒否されることもある。								
継続等について	☐ 継続								
	☐ 多少の見直しが必要								
	☒ 大幅な見直しが必要								
	☐ 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性		対象者選定の方法の見直し、アプローチの仕方の見直し。後期高齢者になると、糖尿病の合併症で治療中の方が増加。それ以前のアプローチの仕方が必要。（コロナでできなくなっていた事業所訪問の実施等）							

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
高血圧予防事業	評価対象と実施対象が異なる。 評価項目が健康意識を焦点としたものになっており、高血圧予防の理解度との関連性の評価が困難	対象集団：特定健診にて高血圧の項目で「要精密」「要医療」「受療中」の方をを対象としたハイリスクアプローチ方法の検討 方法：ハイリスク対象者へのチラシや血圧手帳の配布 評価項目：特定健診結果で高血圧のハイリスク対象者数の推移、「要医療」「要精密」から改善した受診者や「受療中」へ移行した受診者の数など	対象：特定健診にて前年度の高血圧の項目で「要精密」または「要医療」の方 実施方法：特定健診問診時に問診票に付随する前年度の血圧データが「要医療」または「要精密」の方へ高血圧に関するチラシの配布 評価項目：翌年度特定健診結果での判定項目の改善がみられたか。
ハイリスク者への受診勧奨事業	対象者すべてにアプローチすることで、取り組みができた年度は受診勧奨者の受診率などが実績としてでている。 反面、保健師の人員の減少や最初に1件1件電話することで業務時間の確保の難しい。	電話勧奨は総合判定「要医療」の方へは必須とし、「要精密」の場合は手紙勧奨のみにする。また、「要精密」対象者内でも結果数値によって階層化を行い、階層によって受診勧奨の方法を変えることを検討する。	対象：特定健診結果にて総合判定が「要医療」または「要精密」の方 実施方法：精密検査依頼書送付3か月後時点で未受診である「要医療」判定者への電話による受診勧奨。「要精密」判定者には手紙にて受診勧奨を行う。 評価項目：精密検査受診率（全体、受診勧奨者）
特定保健指導事業	対象者にリピーターが多。初回年度は保健指導を受け、次年度より拒否される方や、毎年保健指導を受けていた方が後期高齢者健診への移行することにより利用率、終了率ともに低下傾向。 個別指導のみのため、指導教材や指導の流れは担当者間で統一しているが、効果的な指導については保健師の技術と対象者の意欲に左右される。 健診結果個別説明会への案内を健診会場でを行い、アポ取りすることでリピーターの方の確実な初回面接につなげる機会となった。	個別指導方法の検討（初回面接の取り付け方や指導教材などの見直し）	対象：前年度特定保健指導対象者 実施方法：特定健診問診時に前年度特定保健指導対象者へは健診結果個別説明会参加への誘導と予約を行い、スムーズな初回面接の予約を狙う。 評価項目：特定保健指導利用率、特定保健指導終了率、特定保健指導を受けた者が生活改善によって翌年健診結果にて特定保健指導対象外となった率、特定保健指導終了時に体重・腹囲・血圧のうち一つ以上の項目で改善がみられた率
糖尿病性腎症重症化予防	対象者少なく働きかけはしやすいが、医療機関との連携にあたる同意の段階で拒否があったり、同意を得られても特定の様式を医療機関へ提出しないため次へ進まないといったことにより実績が挙がらない。	対象者選定やアプローチ方法の見直し。 後期高齢者になると、糖尿病の合併症で治療中の方が増加。 階層分けによるアプローチを行う段階の検討。	対象：①国保②血圧以外の検査項目で該当③中央西管内医療機関で治療④かかりつけ医の許可が得られる 実施方法：対象者へ電話または手紙で通知を行い、同意を得られた方へプログラムⅡの事業フローに沿って保健指導を行う。 評価項目：利用率、保健指導終了後の検査項目の改善が見られた率

考察

当町では、健康寿命の延伸を目指し、生活習慣病重症化予防に取り組み、短期目標として高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）、糖尿病（Hb A1c）有所見者割合の減少、尿酸値有所見者割合の減少、特定健診受診率の上昇、特定保健指導利用率および終了率の上昇を掲げている。

短期目標である高血圧の改善では、最高血圧の平均値は変化がなく横ばいとなっているが健診有所見者数の割合では、血圧の項目は男女ともに減少傾向である。尿酸値、HbA1c も横ばいから減少傾向となっており、メタボリックシンドローム該当者の項目で、男女ともに改善傾向にあり、この改善を維持できれば腎機能悪化を予防できると考える。しかし、当町は高齢化人口が多く、有所見者割合の多くが 65 歳以上となり、さらに人口割合の多い 75 歳以上の後期高齢者の生活習慣病重症化予防とも連携して取り組む必要がある。

生活習慣病予備軍への働きかけのスタートとなる特定保健指導では、利用率及び終了率ともに低下傾向であり、改善に向け初回面接の連絡方法や指導方法の見直しを行う。

ハイリスク者への受診勧奨事業では、健診結果が要精密・要医療かつ医療機関に未受診の対し、電話、手紙での受診勧奨を行った。電話勧奨を重点的に取り組むことができた年度では、医療機関受診率の上昇がみられた。予防意識の向上や重症化防止の為、事業は継続していく

糖尿病性腎症重症化予防事業は、プログラムⅡ（治療中の方への介入）において町外医療機関との連携や糖尿病の当事者に内服と生活改善の必要性の理解の促進など介入前の課題が多く、対象者の選定基準や通知方法などの見直しが必要である。

現在、糖尿病性腎症の医療費や患者数は減少傾向にあるが、後期高齢者への移行に伴う減少が多く、移行後も継続して介入ができるよう、早期からの関わりが重要である。

個別保健事業集

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 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. 「血圧を知っている」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 家庭血圧測定の手順について、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 自宅味噌汁の塩分濃度測定(持参者に景品を渡す) 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 町広報誌 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. 血圧を知っ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)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、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(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	自宅または事務所未所	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	自宅または事務所未所	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「血圧を知っている」という回答の割合 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)「血圧を知っている」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 管理栄養士不在のため、他の集計結果から評価する 2)68.2% 目標達成したが、目標値が適切でなかった。	・減塩味噌汁試飲アンケートは中止、KDS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込む。
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)各種健診等会場において血圧のスライド上映・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)実施会場での確認 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会場ですライド上映、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込む)
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		アンケートは未実施だが、資料(チラシ)の配布はできた。	継続する
ストラクチャー	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、塩分測定の準備・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	評価結果	今後の対策
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、受診数・受診割合	1) 紹介状送付者の受診率90%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	各地区健康づくり事業担当（保健師）	1) 継続中 2) 継続中	1) 継続して実施 2) 受診勧奨の方法を見直す
	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「要画像」の者へ送付する	1) ①健診システム、対象者名簿より確認・集計。 1) ②紹介状返信票の結果（診断結果、治療の有無）確認 1) ③担当者への聞き取り	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担当者への聞き取りにより、通知文書発送時期の確認 2) ②担当者へ聞き取り確認			各地区、健診後30日前後で送付できた。	方法、手順を見直す （時期、様式の統一を図る）
	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			3) 継続中	
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 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（担当者変時など）。 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) 購入できた	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	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)継続中 2)継続中	継続する
	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)健診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)健診結果送付後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 2)～②担当者への聞き取り	平成30年3月末		1)他業種に追われ、健診結果送付後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 3)～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を行うことができる	3)～①特定保健指導対象者の記録より集計 4)～②担当者への聞き取り				
ストラクチャー	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

平成 30 年度

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 減塩味噌汁の試飲 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 町広報誌 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	① 要精密者、要医療者へ紹介状の送付(健診結果返信時) ② 紹介状返信率の確認(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	自宅または事務所未所	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. 特定保健指導事後指導 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 自宅または事務所未所	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9.0%以上	1)特定健診問診票(KDシステム)より集計	平成31年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)H30年度 67.2% 2)H30年度 7.4%	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 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)広報誌掲載記事回数 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)8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)食改協会1回 保研所4回 健康福祉大会1回 運動会1回 事務所研修3回 事務所訪問4ヶ所 排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
ストラクチャー	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)を揃えてきたか。	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。 2)必要時、物品を購入できる。	1)担当者へ聞き取り 1)担当者への聞き取り	平成31年3月末		1)100%実施できた。 2)保健師で対応できた。 1)できた	1)継続する 2)継続する 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				
評価の仕組み	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) 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) 60%以上 2) 受診割合 10%以上	1) 紹介状返信率集計 2) 対象者名簿、記録より集計	平成31年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1) 50% 2) 10%	1) 継続する 2) 継続する
	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		10人/71人(14.1%)	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
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健診システム、対象者名簿より集計 1) ②紹介状送信率の結果(診断結果、治療の有無)確認 1) ③担当者への聞き取り	平成31年3月末		1) 実施した	1) 継続する
	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) 担当者へ聞き取り			2) 実施した	2) 継続する
	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			3) 実施できなかった	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ヵ月、6ヵ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) 実施できていなかった	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) できた 2) 実施できていなかった	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				
評価の仕組み	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1つ以上も見られた者の割合(血圧、血糖、脂質、体重) 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	国保担当 健康づくり担当保健師	1)26.7% (4/15) 2)27.1% (1/14)	1)継続する 2)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、初回の連絡をした割合 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)対象者への連絡率90% 2)特定保健指導利用率(勧奨付)34.0%以上、(積極的)35.0%以上 3)特定保健指導終了率(勧奨付)32.0%以上、(積極的)22.0%以上	1)～3) 特定保健指導対象者の記録より集計	平成31年3月末		1)90.7%(49/54) 2)勧奨付46.2%(16/39) 積極的26.7%(4/15) 3)勧奨付35.9%(14/39) 積極的6.7%(1/15)	1)継続する 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	平成31年3月末		1)統一した内容で実施できなかった	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)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			2)1ヶ月ではできなかった	2)2ヶ月以内に電話や訪問をし、連絡の無い人には3ヶ月以内に手紙で連絡をする
	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			3)できた	3)継続して実施する
	4)特定保健指導の実施	4)指導方法、資料	4)6ヶ月後の最終評価を対象者と行うことができる	4)①特定保健指導対象者の記録より集計 4)②担当者への聞き取り			4)できた	4)継続して実施する
ストラクチャー	1)事業実施人員 2)予算の確保 3)栄養士を雇用できたか	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。 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)保健師、栄養士のペアで実施できた 2)できた 3)管理栄養士は不在、保健師と栄養士のペアで常にあたった	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	

平成 31 年度（令和元年度）

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 減塩味噌汁の試飲 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 町広報誌 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	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	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90%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	国保担当・健康づくり担当保健師	1)令和1年度 56.4% 2)令和1年度 4.2%	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 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)広報誌掲載記事回数 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)食改抱会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	
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	1)継続する。紙芝居の内容が町の現状に即していなかったので、内容を検討する。 2)継続する
ストラクチャ	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。	1)担当者への聞き取り		できた	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	評価結果	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) 受診勧奨者が受診できたか	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) 90%以上 2) 受診割合10%以上	1) 紹介状返信率集計 2) 対象者名簿、記録より集計	平成32年3月末	国保担当 健康づくり担当保健師	1) 53.2% (108/203) 2) 11.5%(11/95)	1) 継続する 2) 継続する	
	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32年3月末		66.7%(70/105) 各地区での管理となり、勧奨時期が統一できなかった。また、受診勧奨のスケジュール管理ができていなかった。	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	
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健診システム、対象者名簿より集計 2) ②紹介状返信結果(診断結果、治療の有無)確認 3) ③担当者への聞き取り	平成32年3月末		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			実施した	継続する	
	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) 担当者への聞き取り			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か月、6か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			実施できていなかった 4、5月の健診は各地区電話と手紙(2x1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。	担当で声を掛け合い、時期を統一。スケジュールをシステムで管理する。	
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32年3月末		1) できた 2) できた	1) 継続する 2) 継続する	

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)	評価指標の検討を怠る。
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(勧奨付)34.0%以上、(積極的)35.0%以上 3)特定保健指導終了率(勧奨付)32.0%以上、(積極的)22.0%以上	1)～3)特定保健指導対象者の記録より集計	平成32年3月末		1)70.8%(34/48) 2)勧奨付 36.1%(13/36) 積極的 41.7%(5/12) 3)勧奨付 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	平成32年3月末		保健会場で資料を用いて、特定保健指導の対象になりやすい方に説明した。また、健診結果交付時、特定保健指導対象者全員に、お知らせの手紙を同封し、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			1)担当保健師より連絡を取ったが、1ヶ月以内は敬遠できていない。	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
	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を行うことができる	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
ストラクチャー	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。 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32年3月末		保健師、栄養士のペアで実施できた。 資料や配布用のファイルなど適宜用意できた。 管理栄養士は不在。保健師と栄養士のペアで指導に当たった。	継続する 継続する 引き続き、管理栄養士の雇用を検討していく。

令和2年度

保健事業の実施内容(令和2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」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 減塩味噌汁の試飲 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	令和2年4月 ～ 令和3年3月	健診会場 町広報誌 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	① 要精密者、要医療者へ紹介状の送付(健診結果返信時) ② 紹介状返信率の確認(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	令和2年4月 ～ 令和3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、初回面談について電話連絡(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初回面談 ⑤継続支援 ⑥最終評価	保健師	令和2年4月 ～ 令和3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
糖尿病性腎症重症化予防	④糖尿病治療中の方が、治療継続、生活改善を行うことで重症化予防、透析導入を予防できる。	1. 保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	(糖尿病性腎症重症化予防プログラムの)リストのうち、以下の条件すべてに該当したものの①国保、②高血圧以外で③メタボリックシンドロームの同意が得られる)	1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	① プログラム対象者の選定(高知県プログラム対象者名簿) ② かかりつけ医を調べる ③ 町内かかりつけ医を選定 ④ 本人に連絡し、同意をもらい、かかりつけ医に持参してもらう ⑤ かかりつけ医に同意の旨連絡 ⑥ 連絡票受理 ⑦ 保険者による保健指導の実施	保健師	令和2年4月 ～ 令和3年3月	自宅または事務所来所	1. 保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合(参考:プログラムⅡの抽出条件 ①HbA1c:8.0%以上②血圧:収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上③尿蛋白:(2+)以上④eGFR:45未満)

事業評価計画

個別保健事業名 令和2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」という回答の割合	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	令和3年3月末		1)66.6% 2)5.9%	1)継続 2)継続
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)取次掲載(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)広報誌掲載記事回数 3)担当者への聞き取り	令和3年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)で別テーマの健康教育内容に統一し、高血圧に特化した健康教育は実施していない。健康相談内の個別相談で必要であれば血圧手帳を配布。 2)健診会場にて高血圧に該当する方や日常的な血圧測定の習慣がない方にチラシや血圧手帳を配布。 3)ヒートショックをテーマに広報へ記事掲載。 4)食改総会1回、事業所訪問1か所	1)個別対応は継続し、健康教育内容検討する。 2)継続 3)継続
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	令和3年3月末	保健師	1)集団健康教育は実施していない。健診会場や健康相談会場で対象者に合わせて適宜チラシ・血圧手帳配布。 2)実施できた	1)継続。健康相談参加者は後期高齢者も多く、既に治療中の方も多。 2)継続する
ストラクチャ	1)事業実施人員	1)事業実施人員は適切であるか	1)担当保健師で対応できる。	1)担当者への聞き取り			1)保健師で対応できた	1)継続
	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。	1)担当者への聞き取り	令和3年3月末		1)必要時購入できた。	1)継続

事業評価計画				個別保健事業名 令和2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	評価結果	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)受診勧奨者が受診できたか	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)60%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	令和3年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)55.3% 2)11.5%	1)継続 2)継続
	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		令和3年3月末	100% 各地区での管理となり、3回御電後、直接勧奨できなかった手紙発送とした。 スケジュール管理をシステムで行うが、各地区別実施もあり電話対応の時間の確保が困難。
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健診システム、対象者名簿より集計 2)-②紹介状送信票の結果(診断結果、治療の有無)確認 3)-③担当者への聞き取り	令和3年3月末		実施した	継続
	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			実施した	継続
	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)担当者への聞き取り			実施した	継続
	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ヵ月、6ヵ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 R2.12月でR2年度精密検査未受診者へ手紙発送にて受診勧奨できた。	担当で声を掛け合い、時期を統一。スケジュールをシステムで管理する。
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。	令和3年3月末		1)できた 2)できた	1)継続 2)継続

事業評価計画				個別保健事業名 令和2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)令和元年度特定保健指導終了者の内、令和2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	令和2年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)38.3% 2)3.3%	評価指標の検討をする。	
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(勧奨付)34.0%以上、(積極的)35.0%以上 3)特定保健指導終了率(勧奨付)32.0%以上、(積極的)22.0%以上	1)～3)特定保健指導対象者の記録より集計	令和2年3月末		1)74.0% 2)勧奨付 30.8% 積極的 20.0% 3)勧奨付 25.6% 積極的 20.0%	1)継続する。電話連絡ができない場合は手紙を送付する。リピーターの可能性が高い方には健診での問診時に健診結果説明会の予約をとり、初回面接へつなげる。 2)継続 3)継続	
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	令和2年3月末		健診会場資料を用いて、特定保健指導の対象になりそうな方に説明した。また、健診結果送付時、特定保健指導対象者全員に、お知らせの手紙を同封し、対象であることを説明した。	継続	
	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			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。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	
	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	
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 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	令和2年3月末		保健師、栄養士のペアで実施できた。 資料や配布用のファイルなど適宜用意できた。 管理栄養士は不在。保健師と栄養士のペアで指導に当たった。	継続 継続 引き続き、管理栄養士の雇用を検討していく。	

事業評価計画				個別保健事業名 令和2年度 糖尿病性腎症重症化予防ハイリスク者への保健指導					
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	【保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 1) リスク要因の改善	1) 保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合 【参考：プログラムⅡの抽出条件① HbA1c: 8.0%以上② 血圧: 収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上③ 尿蛋白: (2+)以上④ eGFR: 45未満】	1) 保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和3年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	利用者がおらず保健指導に至らない。	継続	
アウトプット	【プログラムⅡのうち町独自の基準の対象者へのアプローチ】 1) 対象者に連絡できたか 【町独自の基準の対象者のうち、保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 2) かかりつけ医、または専門医の指示を確認できたか 3) 対象者を最終評価まで支援できたか	1) 対象者に連絡ができた割合 2) かかりつけ医、または専門医の指示確認を行った割合 3) 保健指導対象者の内、初回面談、中間評価、最終評価まで終了した割合	1) 対象者への連絡率100% 2) かかりつけ医、または専門医との連絡率100% 3) 初回面談実施率 100% 中間評価実施率 100% 最終評価実施率 100%	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和3年3月末		1) 100% 2) 0% 3) 0% 1名対象者が等がり、訪問、連絡を行ったが指導拒否があり保健指導にいたらない。	継続	
プロセス	1) 対象者の選定	1) 対象者の選定方法(糖尿病性腎症重症化予防プログラムのリストのうち、以下の条件すべてに該当したもの) ① 尿蛋白、② 血圧以外でもリストに該当、③ 町内医療機関で糖尿病を治療、④ かかりつけ医の同意が得られる)	1) 1年に1回以上レセプトで医療情報を確認する	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和3年3月末		実施できた	継続	
	1) かかりつけ医への確認	1) 上記の町独自の基準①②③に該当する方は、④の確認をかかりつけ医に行う	1) 1) かかりつけ医への確認実施率100% 2) かかりつけ医への確認を国保連合会のリストアップ後3か月以内に行う	1) 保健指導対象者の記録より集計			1) 100% 2) 3か月以内の確認は実施できていない。	継続	
	1) 保健指導の実施	1) 記録様式、資料、面談時間	1) 対象者と目標設定ができる 2) 適切な記録様式、資料が用意できる	1) 保健指導対象者の記録より集計 2) 担当者への聞き取り			利用者がおらず保健指導に至らない。	継続	
	1) 保健指導実施者のスキルアップ	1) 糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー派遣事業を受ける	1) 年に1回以上アドバイザーから保健指導のスキルを学ぶ	1) 担当者への聞き取り			アドバイザー派遣事業を利用。土佐病院卒業士による研修会を1回実施。	継続	
スタッフチャイ	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。 2) 保健指導に必要な資料を準備できたか。	1) 健康づくり担当保健師(4名)で対象者の確認、記録、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 2) 必要な資料を準備できたか担当者へ聞き取り	令和3年3月末	半年に1回程度担当者で集まりミーティングを実施。 特定保健指導の様式や資料を活用。新規教材の購入実施なし。	継続 継続		

令和3年度

保健事業の実施内容(令和3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 減塩味噌汁の試飲 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	令和3年4月 ～ 令和4年3月	健診会場 町広報誌 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)80%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	令和3年4月 ～ 令和4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、初回面談について電話連絡(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 初回面談 ⑤ 継続支援 ⑥ 最終評価	保健師	令和3年4月 ～ 令和4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
糖尿病性腎症重症化予防	④糖尿病治療の方が、治療継続、生活改善を行うことで重症化予防、透析導入を予防できる。	1. 保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	(糖尿病性腎症重症化予防プログラムのリストのうち、以下の条件すべてに該当したもの)① 尿蛋白、② 高血圧以外でもリストに該当、③ 町内医療機関で糖尿病を治療、④ かかりつけ医の同意が得られる)	1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	① プログラム対象者の選定(高知県プログラム対象者名簿) ② かかりつけ医を調べる ③ 町内かかりつけ医を選定 ④ 本人に連絡し、同意をもらい、かかりつけ医に持参してもらう ⑤ かかりつけ医に同意の旨連絡 ⑥ 連絡票受理 ⑦ 保険者による保健指導の実施	保健師	令和3年4月 ～ 令和4年3月	自宅または事務所来所	1. 保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合(参考：プログラムⅡの抽出条件①)HbA1c: 8.0%以上②血圧: 収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上③尿蛋白:(2+)以上④eGFR: 45未満)

事業評価計画				個別保健事業名 令和3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)特定健診開始における生活改善 スリープが「関心期」以上の回答の 割合 2)特定健診開始における「改善意識 ありかつ始めている」の回答の割合	1. 健診開始時点で関心期以上の 回答が80%以上 2. 「改善意識ありかつ始めている」 という回答が9.0%以上	1)特定健診開始票(KDBシステム)より集計	令和4年3月末	国 保 担 当 ・ 健 康 づ く り 担 当 保 健 師	1)67.2% 2)7.4%	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 防に関する健康教育を行った 地区数 2)健診会場等での普及活動回数 3)市広報(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)普及活動実施回数10回 3)広報への記事掲載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)広報記事掲載回数 3)担当者への聞き取り	令和4年3月末		1)別テーマの健康教育内容に統一し、高血圧に特化した健康教育は実施していない。健康相談内の個別相談で必要性があれば血圧手帳を配布。 2)健診会場にて高血圧に該当するかや自覚的な血圧測定の手帳がない方にチラシや血圧手帳を配布。 3)ヒートショックをテーマに広報へ記事掲載。 4)食改給金1回	1)個別対応は継続し、健康教育内容検討する。 2)継続 3)継続
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	令和4年3月末		1)集団健康教育は実施していない。健診会場や健康相談会場で対象者に合わせて適宜チラシ・血圧手帳配布。 2)実施できた	1)継続 2)継続
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)担当保健師で対応できる。	1)担当者へ聞き取り	令和4年3月末		1)保健師で対応できた	1)継続
	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。	1)担当者への聞き取り			1)必要時購入できた。	1)継続

事業評価計画				個別保健事業名 令和3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	評価結果	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)受診勧奨者が受診できたか	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)60%以上 2)受診割合10%以上	1)紹介状返信集計 2)対象者名簿、記録より集計	令和4年3月末	国保 担当 ・ 健康 づく り 担 当 保 健 師	1)34.5% 2)1.4%	1)継続 2)継続
	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	令和4年3月末		100% 各地区での管理となり、3回家電 後、直接勧奨できなかった手紙発 送とした。 スケジュール管理をシステムで行 うが、各地区別業務もあり電話対 応の時間の確保が困難。	継続
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健診システム、対象者名簿より集計 2)②紹介状返信集計の結果(診断結果、治療の有 無)確認 3)③担当者への聞き取り	令和4年3月末		実施した	継続
	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			実施した	継続
	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)担当者への聞き取り			実施した	継続
	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か月、6か月に 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 10月で春の健診後精密検査未受 診者へ手紙発送にて受診勧奨でき た。 秋のひろい健診の対象者へは発 送対応ができていない。	担当で声を掛け合い、時期を統一、スケ ジュールをシステムで管理する。
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。	令和4年3月末		1)できた 2)できた	1)継続 2)継続

事業評価計画				個別保健事業名 令和3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)令和2年度特定保健指導終了者の内、令和3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	令和4年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)50.0% 2)20.0%	評価指標の検討をする。
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)～3)特定保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末		1)69.5% 2)動機付け 30.8% 積極的 20.0% 3)動機付け 25.6% 積極的 20.0%	1)継続 2)継続 3)継続
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	令和4年3月末		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な方に説明した。また、健診結果送付時、特定保健指導対象者全員に、お知らせの手紙を同封し、対象であることを説明した。	継続
	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			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。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
	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
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きか。	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。	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。	令和4年3月末	保健師、栄養士のペアで実施できた。 資料や配布用のファイルなど適宜用意できた。	継続 継続	
		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。保健師と栄養士のペアで指導に当たった。	栄養士がいることで栄養指導につながっている。項目削除する。	

事業評価計画				個別保健事業名 令和3年度 糖尿病性腎症重症化予防ハイリスク者への保健指導					
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	【保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 1)リスク要因の改善	1)保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合 (参考：プログラムⅡの抽出条件：①HbA1c：8.0%以上②血圧：収縮期150mmHg以上③尿蛋白：(2+)以上④eGFR：45未満)	1)保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	1)保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	利用者がおらず保健指導に至らない。	継続	
アウトプット	【プログラムⅡのうち町独自の基準の対象者へのアプローチ】 1)対象者に連絡できたか 【町独自の基準の対象者のうち、保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 2)かかりつけ医、または専門医の指示を確認できたか 3)対象者を最終評価まで支援できたか	1)対象者に連絡ができた割合 2)かかりつけ医、または専門医の指示確認を行った割合 3)保健指導対象者の内、初回面談、中間評価、最終評価まで終了した割合	1)対象者への連絡率100% 2)かかりつけ医、または専門医との連絡率100% 3)初回面談実施率 100% 中間評価実施率 100% 最終評価実施率 100%	1)保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末		1)0% 2)0% 3)0% 町独自基準に該当する対象者は0名であった。	継続	
プロセス	1)対象者の選定	1)対象者の選定方法(糖尿病性腎症重症化予防プログラムのリストのうち、以下の条件すべてに該当したもの ①血保、②高血圧以外でもリストに該当、③町内医療機関で糖尿病を治療、④かかりつけ医の同意が得られる)	1)1年に1回以上レセプトで医療情報を確認する	1)保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末		実施できた	継続	
	1)かかりつけ医への確認	1)上記の町独自の基準①②③に該当する方は、④の確認をかかりつけ医に行う	1)かかりつけ医への確認実施率100% 2)かかりつけ医への確認を国保連合会のリストアップ後3か月以内に行う	1)保健指導対象者の記録より集計			1)0% 2)3か月以内の確認は実施できていない。	継続	
	1)保健指導の実施	1)記録様式、資料、面接時間	1)対象者と目標設定ができる 2)適切な記録様式、資料が用意できる	1)保健指導対象者の記録より集計 2)担当者への聞き取り			利用者がおらず保健指導に至らない。	継続	
	1)保健指導実施者のスキルアップ	1)糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー派遣事業を受ける	1)1年に1回以上アドバイザーから保健指導のスキルを学ぶ	1)担当者への聞き取り			アドバイザー派遣事業を利用。土佐病院看護師による研修会を1回実施。	継続	
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準備できたか。	1)健康づくり担当保健師(4名)で対象者の確認、記録、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。 2)必要な資料を準備できたか担当者へ聞き取り。	令和4年3月末		半年に1回程度担当者で集まりミーティングを実施。 特定保健指導の様式や資料を活用。新教材の購入実施なし。	継続 継続	

令和4年度

保健事業の実施内容(令和4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 減塩味噌汁の試飲 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	令和4年4月 ～ 令和5年3月	健診会場 町広報誌 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	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	令和4年4月 ～ 令和5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き連絡終了) ④初回面接 ⑤継続支援 ⑥最終評価	保健師	令和4年4月 ～ 令和5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
糖尿病性腎症重症化予防	④糖尿病治療中の方が、治療継続、生活改善を行うことで重症化予防、透析導入を予防できる。	1. 保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	(糖尿病性腎症重症化予防プログラムのリストのうち、以下の条件すべてに該当したもの)①国保、②高血圧以外でもリストに該当、③町内医療機関で糖尿病を治療、④かかりつけ医の同意が得られる)	1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム	① プログラム対象者の選定(高知県プログラム対象者名簿) ② かかりつけ医を調べる ③ 町内かかりつけ医を選定 ④ 本人に連絡し、同意をもらい、かかりつけ医に持参してもらう ⑤ かかりつけ医に同意の旨連絡 ⑥ 連絡票受理 ⑦ 保険者による保健指導の実施	保健師	令和4年4月 ～ 令和5年3月	自宅または事務所来所	1. 保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合(参考:プログラムⅡの抽出条件 ①HbA1c:8.0%以上②血圧:収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上③尿蛋白:(2+)以上④eGFR:45未満)

事業評価計画

個別保健事業名 令和4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9.0%以上	1)特定健診問診票(KDBシステム)より集計	令和5年3月末		1)67.2% 2)6.6%	1)継続 2)継続	
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 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8回	1)地区健康相談記録より集計 2)広報記事掲載回数 3)担当者への聞き取り	令和5年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)別テーマの健康教育内容に統一し、高血圧に特化した健康教育は実施していない。健康相談内での健康相談内の個別相談で必要性があれば血圧手帳を配布。 2)健診会場にて高血圧に該当する方や日常的な血圧測定の実績がない方にチラシや血圧手帳を配布。その他)来年度より健診会場や事業所訪問での減塩味噌汁の試飲を再開予定 3)ヒートショックをテーマに広報へ協同での減塩味噌汁の試飲を再開予定 4)食改総会1回	1)個別対応は継続し、健康教育内容検討する。 2)継続 3)継続 4)目標回数の見直しを行う	
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協会の情報収集を行う。	1)担当者への聞き取り	令和5年3月末	保健師	1)集団健康教育は実施していない。健診会場や健康相談会場を対象者に合わせて適宜チラシ・血圧手帳配布。 2)実施できた	1)継続 2)継続	
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)担当保健師で対応できる。	1)担当者へ聞き取り	令和5年3月末		1)保健師で対応できた	1)継続	
	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。	1)担当者への聞き取り			1)今年度購入実績なし	1)継続	

事業評価計画			個別保健事業名 令和4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	評価結果	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) 受診勧奨者が受診できたか	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)40%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	令和5年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1) 39.4% 2) 4.1%	1) 継続 2) 継続
	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	令和5年3月末		100% 人員の減少があり、保健師1名が主担当となり対応。要電対応困難のため手紙対応とした。	継続
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健診システム、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	令和5年3月末		実施した	継続
	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			実施した	継続
	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) 担当者への聞き取り			実施した	継続
	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 R5.1月で健診後精密検査未受診者へ手紙発送にて受診勧奨できた。 秋のひらき健診の対象者へは先送対応ができていない。	今年度より全地区の精密検査結果や受診勧奨を保健師1名が主担当となる。要電対応は困難なため、「要精密者」へは手紙対応へ来年度より変更
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。	令和5年3月末		1) できた 2) できた	1) 継続 2) 受診勧奨の要電対応は対象者数に応じ地区での分担を検討する。

事業評価計画				個別保健事業名 令和4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)令和3年度特定保健指導終了者の内、令和4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	令和5年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	1)42.6% 2)0.0%	評価指標の検討をする。
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)～3) 特定保健指導対象者の記録より集計	令和5年3月末		1)34.6% 2)動機付け 18.2% 積極的 30.7% 3)動機付け 15.1% 積極的 30.7%	1)継続 2)継続 3)継続
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	令和5年3月末		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な方に説明した。また、健診結果送付時、特定保健指導対象者全員に、お知らせの手紙を同封し、対象であることを説明した。	継続
	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			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、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
	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を行うことができる	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
ストラクチャー	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)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。	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。	令和5年3月末	保健師、栄養士のペアで実施できた。 資料や配布用のファイルなど適宜用意できた。	継続 継続	

事業評価計画				個別保健事業名 令和3年度 糖尿病性腎症重症化予防ハイリスク者への保健指導				
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	【保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 1) リスク要因の改善	1) 保健指導終了後、本人または医療機関より検査結果を確認し、リスク要因の改善がひとつでも見られた者の割合 (参考: プログラムⅡの抽出条件① HbA1c: 8.0%以上② 血圧: 収縮期150mmHg以上または拡張期90mmHg以上③尿蛋白(2+)以上④ eGFR: 45未満)	1) 保健指導実施者のリスク要因の改善率50%以上	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末	国保担当・健康づくり担当保健師	利用者がおらず保健指導に至らない。	継続
	【プログラムⅡのうち町独自の基準の対象者へのアプローチ】 1) 対象者に連絡できたか 【町独自の基準の対象者のうち、保険者による保健指導になった方へのアプローチ】 2) かかりつけ医、または専門医の指示を確認できたか 3) 対象者を最終評価まで支援できたか	1) 対象者に連絡ができた割合 2) かかりつけ医、または専門医の指示確認を行った割合 3) 保健指導対象者の内、初回面談、中間評価、最終評価まで終了した割合	1) 対象者への連絡率100% 2) かかりつけ医、または専門医との連絡率100% 3) 初回面談実施率 100% 中間評価実施率 100% 最終評価実施率 100%	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末		1) 0% 2) 0% 3) 0% 町独自の基準の場合、例年対象者が非常に少なく実績が挙がらない状態。絞り込み項目を見直し、アプローチ対象の拡大を図る。	町独自の基準に該当する対象者は0名であった。
プロセス	1) 対象者の選定	1) 対象者の選定方法(糖尿病性腎症重症化予防プログラムのリストのうち、以下の条件すべてに該当したものの①国保、②血圧以外でもリストに該当、③町内医療機関で糖尿病を治療、④かかりつけ医の同意が得られる)	1) 1年に1回以上セプトで医療情報を確認する	1) 保健指導対象者の記録より集計	令和4年3月末		実施できた	継続
	1) かかりつけ医への確認	1) 上記の町独自の基準①②③に該当する方は、④の確認をかかりつけ医に行う	1) かかりつけ医への確認実施率100% 2) かかりつけ医への確認を国保連合会のリストアップ後3か月以内に行う	1) 保健指導対象者の記録より集計			1) 0% 2) 3か月以内の確認は実施できていない。	継続
	1) 保健指導の実施	1) 記録様式、資料、面談時間	1) 対象者と目標設定ができる 2) 適切な記録様式、資料が用意できる	1) 保健指導対象者の記録より集計 2) 担当者への聞き取り			利用者がおらず保健指導に至らない。	継続
	1) 保健指導実施者のスキルアップ	1) 糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー派遣事業を受ける	1) 年に1回以上アドバイザーから保健指導のスキルを学ぶ	1) 担当者への聞き取り			アドバイザー派遣事業の利用実績なし。	必要時事業を利用していく。
ストラクチャー	1) 事業実施人員	1) 担当者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(4名)で対象者の確認、記録、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	令和4年3月末		半年に1回程度担当者で集まりミーティングを実施。	継続
	2) 予算の確保	2) 保健指導に必要な資料を準備できたか。	2) 必要時、資料を購入できる。	2) 必要な資料を準備できたか担当者へ聞き取り。			特定保健指導の様式や資料を活用、新規教材の購入実績なし。	継続

データ集

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	14,903		662,098,300		690		350,801,820		14,213		311,296,480	
平成29年度	13,727	-1,176	569,563,270	-92,535,030	548	-142	269,448,860	-81,352,960	13,179	-1,034	300,114,410	-11,182,070
平成30年度	12,939	-788	548,277,220	-21,286,050	492	-56	279,394,290	9,945,430	12,447	-732	268,882,930	-31,231,480
令和01年度	12,230	-709	518,175,620	-30,101,600	426	-66	218,107,870	-61,286,420	11,804	-643	300,067,750	31,184,820
令和02年度	10,906	-1,324	577,097,950	58,922,330	518	92	277,543,010	59,435,140	10,388	-1,416	299,554,940	-512,810
令和03年度	10,951	45	582,775,320	5,677,370	558	40	297,012,660	19,469,650	10,393	5	285,762,660	-13,792,280
令和04年度	10,382	-569	527,391,440	-55,383,880	477	-81	245,984,010	-51,028,650	9,905	-488	281,407,430	-4,355,230

表 2

(2) 1人あたり医療費

KDB帳票No1 令和5年8月7日抽出

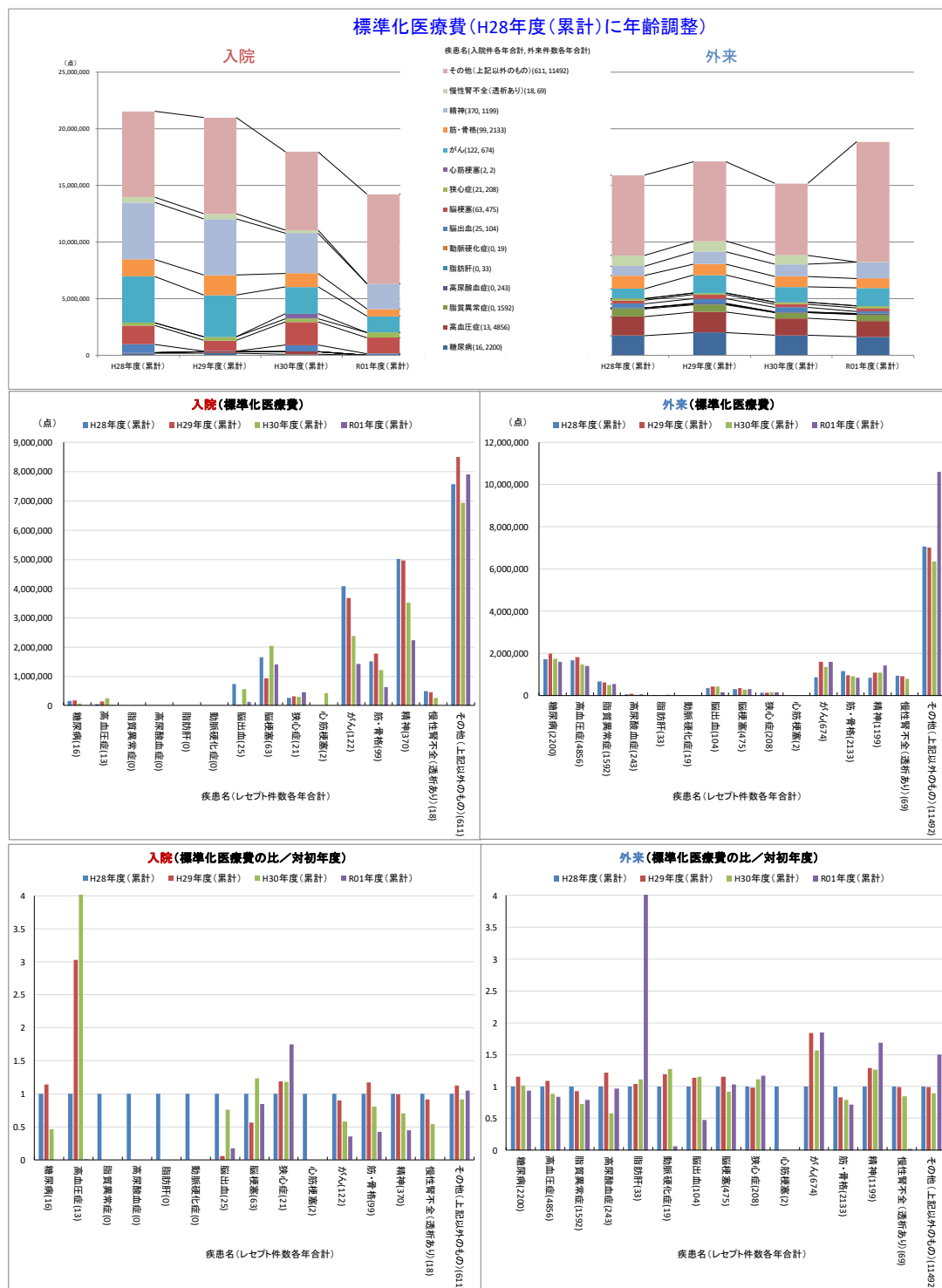
項目		1人あたり医療費【円】※			伸び率（％）		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H28年度	保険者【地区】	34,410	18,230	16,180			
	同規模	26,590	11,510	15,080			
	高知県	29,350	13,370	15,980			
	国	25,340	10,150	15,190			
H29年度	保険者【地区】	31,690	14,990	16,700	-8%	-18%	3%
	同規模	27,510	12,050	15,460	3%	5%	3%
	高知県	30,450	14,020	16,430	4%	5%	3%
	国	26,210	10,560	15,650	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	32,100	16,360	15,740	1%	9%	-6%
	同規模	27,990	12,450	15,540	2%	3%	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】	32,170	13,540	18,630	0%	-17%	18%
	同規模	29,020	12,900	16,120	4%	4%	4%
	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】	37,930	18,240	19,690	18%	35%	6%
	同規模	28,570	12,600	15,970	-2%	-2%	-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】	39,480	20,120	19,360	4%	10%	-2%
	同規模	29,970	13,180	16,790	5%	5%	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】	37,670	17,570	20,100	-5%	-13%	4%
	同規模	30,580	13,360	17,220	2%	1%	3%
	高知県	32,440	15,040	17,400	-0%	-1%	0%
	国	29,050	11,650	17,400	2%	1%	2%

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） 仁淀川町 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)

仁淀川町 R01年度(累計)～R04年度(累計) 男性 0～74歳

2023年7月24日

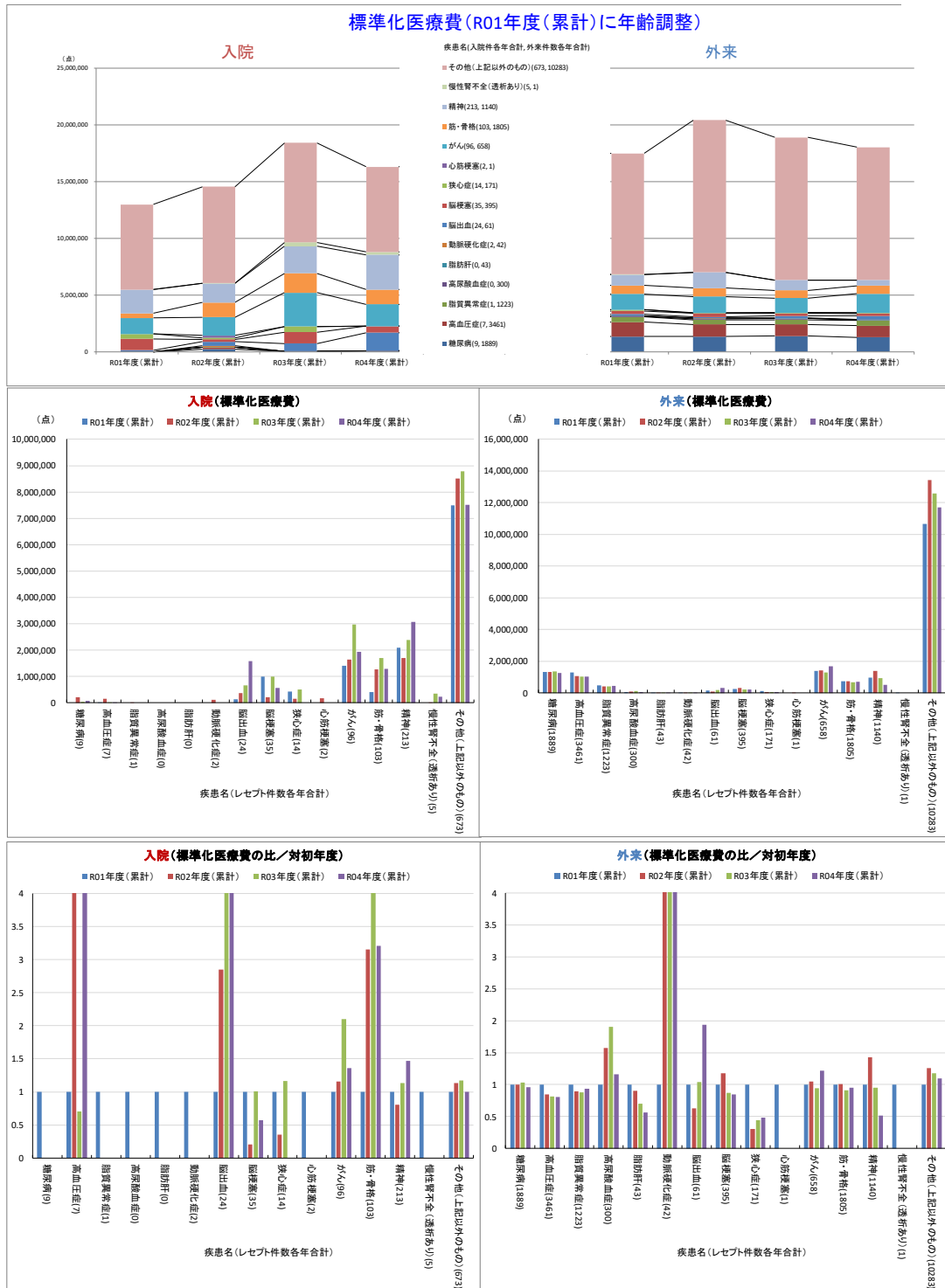
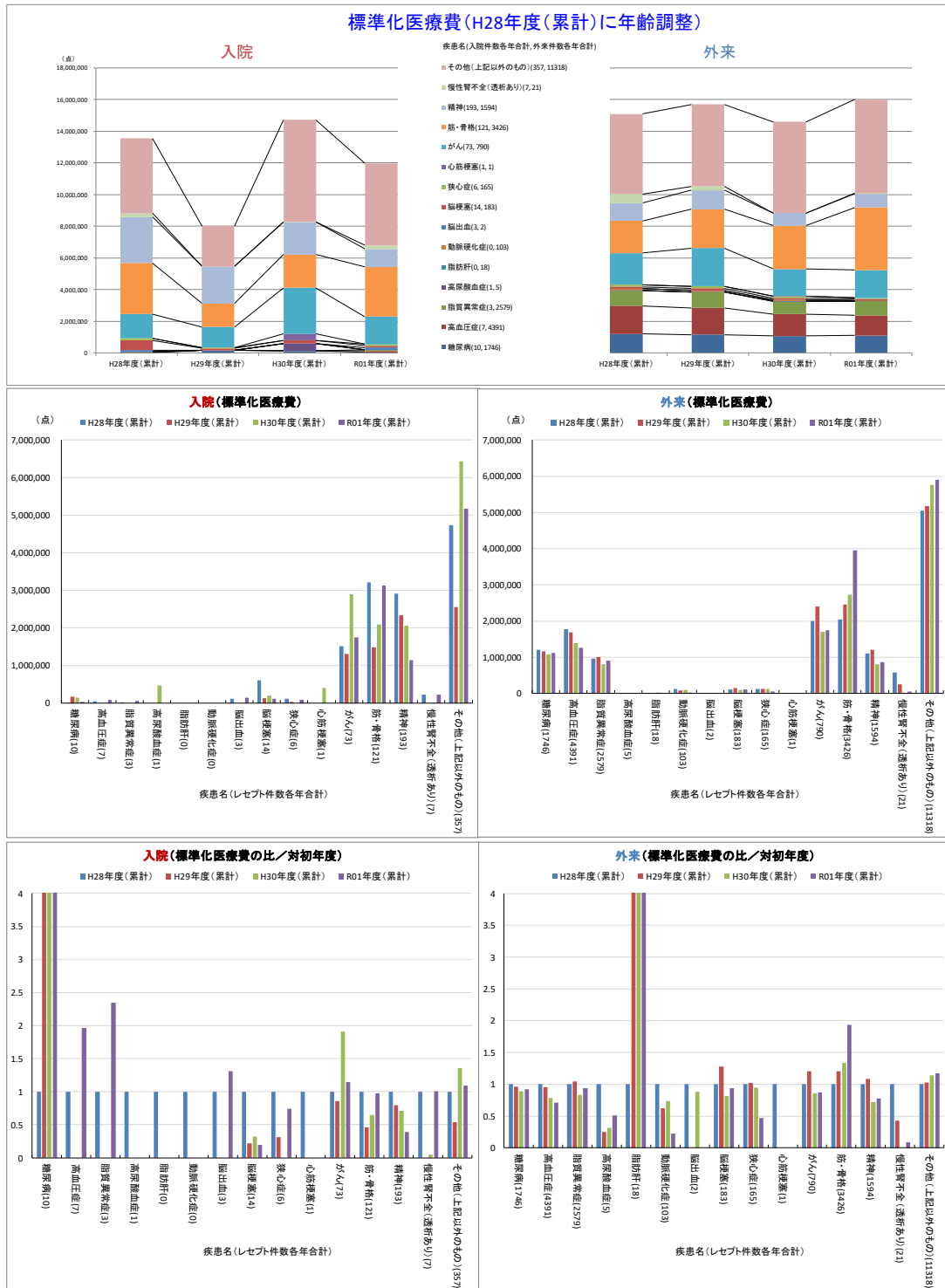


図 4

疾病別医療費分析(生活習慣病)

仁淀川町 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳



疾病別医療費分析(生活習慣病)

仁淀川町 R01年度(累計)～R04年度(累計) 女性 0～74歳

2023年7月24日

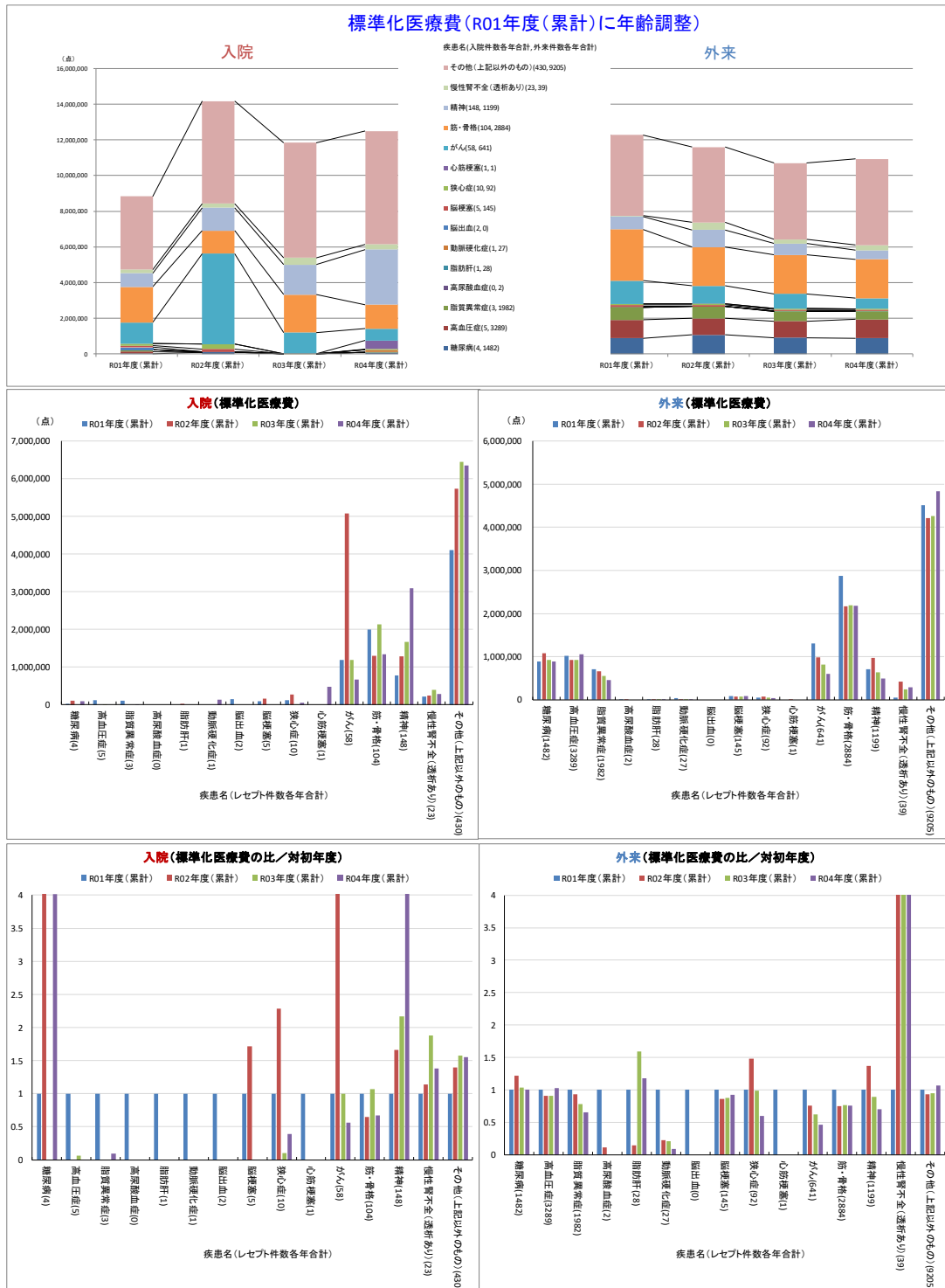
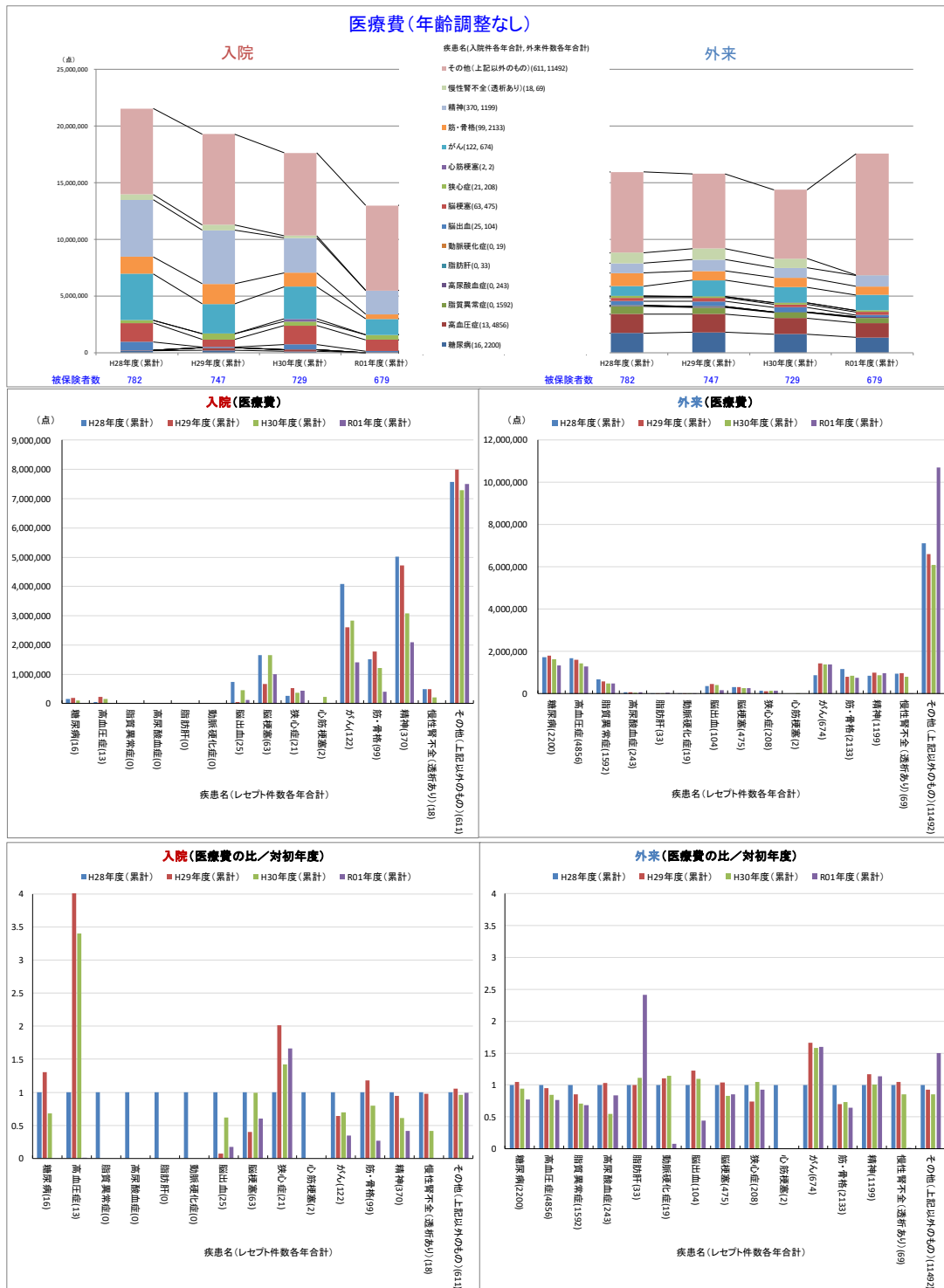


図 6

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



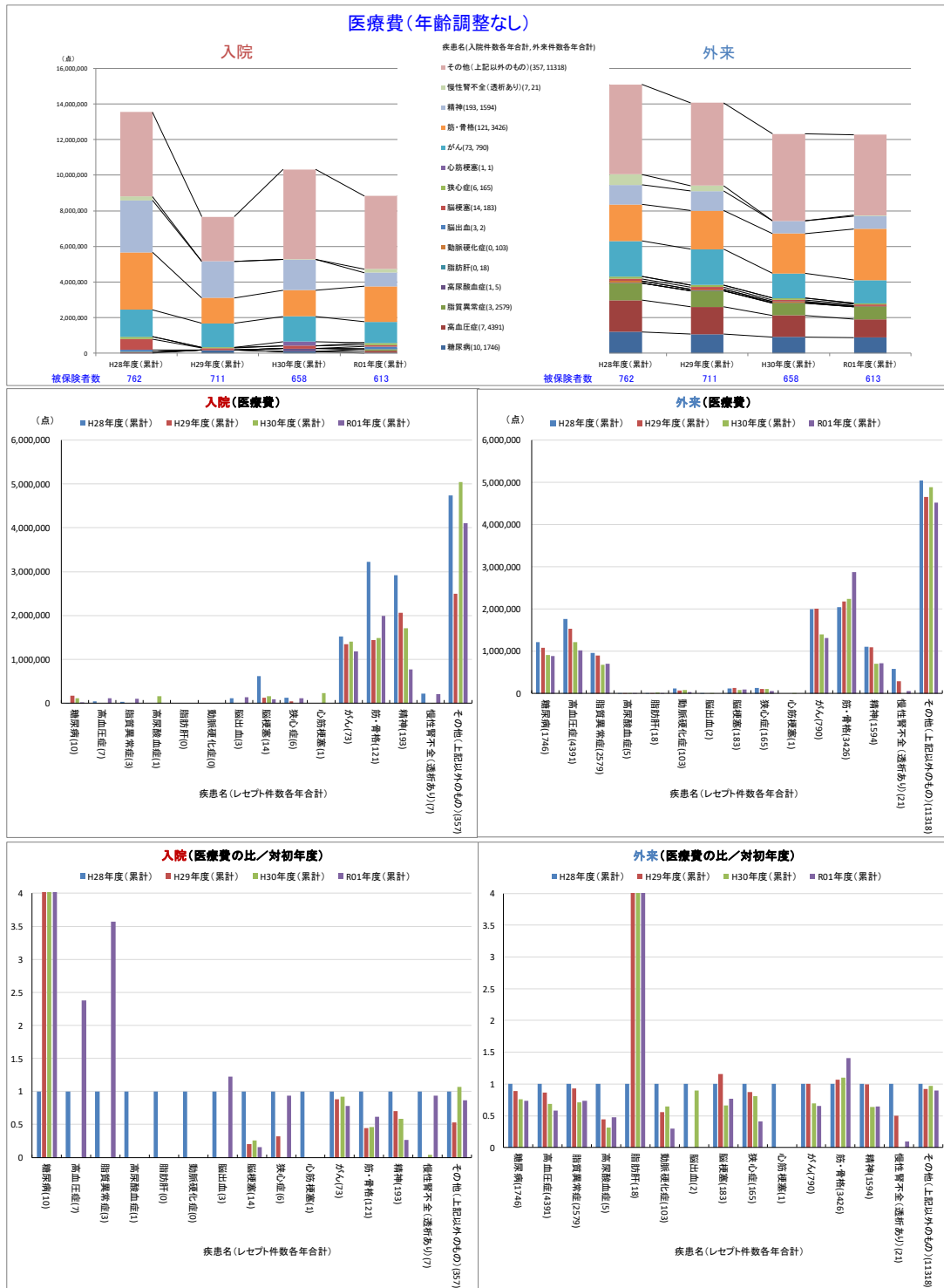
疾病別医療費分析(生活習慣病)
 仁淀川町 R01年度(累計)～R04年度(累計) 男性 0～74歳

2



疾病別医療費分析(生活習慣病)

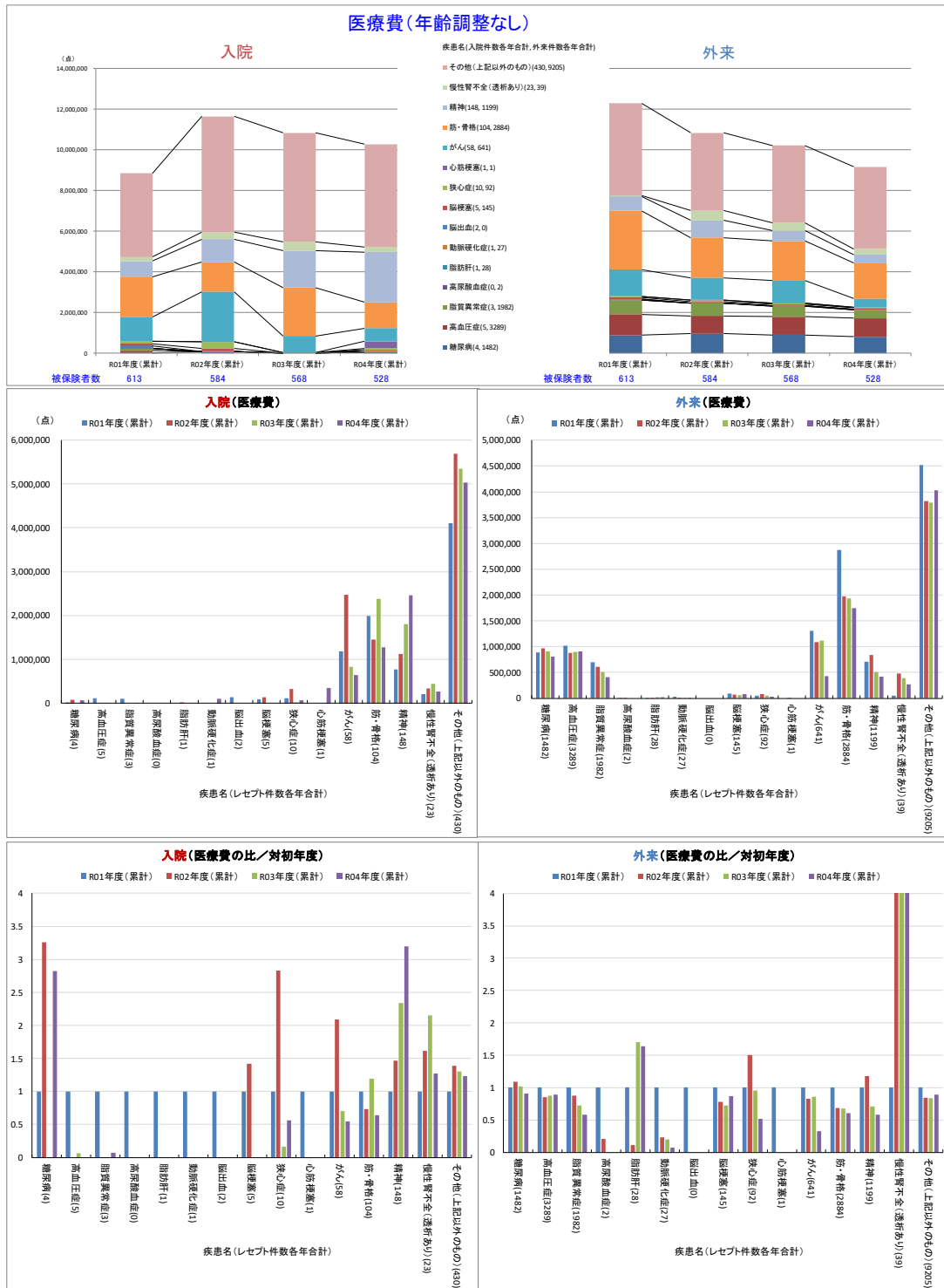
仁淀川町 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳



疾病別医療費分析(生活習慣病)

仁淀川町 R01年度(累計)～R04年度(累計) 女性 0～74歳

3



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	入院患者数(※2)	伸び率	患者数	増減	入院患者数(※2)	伸び率	
平成28年	2		2.4		0		63.8		3,843,620		
平成29年	3	1.0	1.8	-0.6	0		58.5	-5.3	5,625,950	46.4	
平成30年	5	2.0	2.5	0.7	4,681,740		53.0	-5.5	3,686,070	-34.5	
令和01年	5	0.0	3.1	0.6	0	-100.0	45.6	-7.4	5,475,860	48.6	
令和02年	4	-1.0	4.3	1.2	1,947,110		36.9	-8.7	4,510,180	-17.6	
令和03年	2	-2.0	2.8	-1.5	0	-100.0	38.0	1.1	7,458,590	65.4	
令和04年	3	1.0	2.7	-1.6	3,479,340		35.8	-1.2	651,700	-91.3	

	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	入院患者数(※2)	伸び率	新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院患者数(※2)	伸び率
平成28年	13		8		72.1		22,736,710		5		8,518,560			
平成29年	8	-5.0	8	0.0	64.0	-8.1	7,896,590	-65.3	0	-5.0	9.4	0.9	559,350	-93.4
平成30年	10	2.0	8	0.0	56.2	-7.8	18,138,450	129.7	2	2.0	9.8	0.4	4,554,910	714.3
令和01年	8	-2.0	5	-3.0	49.6	-6.6	10,880,180	-40.0	3	1.0	7.4	-2.4	2,676,200	-41.2
令和02年	6	-2.0	4	-1.0	51.7	2.1	3,325,270	-69.4	2	-1.0	6.8	-0.7	4,223,180	57.8
令和03年	8	2.0	6	2.0	50.8	-0.9	7,815,890	135.0	2	0.0	6.3	-0.5	4,139,380	-2.0
令和04年	6	-2.0	5	-1.0	50.3	-0.4	5,109,490	-34.6	1	-1.0	6.3	0.1	7,677,510	85.5

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

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
平成28年	47	6人	2人	3人	23,352,040 円
平成29年	52	8人	1人	5人	32,046,220 円
平成30年	35	4人	0人	2人	15,517,860 円
令和01年	13	4人	2人	2人	8,146,770 円
令和02年	28	3人	2人	1人	9,600,830 円
令和03年	33	6人	1人	4人	26,946,120 円
令和04年	20	5人	0人	3人	11,472,390 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)																仁淀川町					
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 (※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 (※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 (※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 (※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	196			70.47	99.07	464			113.50	99.35	327			83.57	83.46	105			22.45	19.85	
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	-3	-3%	28.04	21.06	
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	-4	-4%	29.51	22.35	
令和01年	175	3	2%	71.54	105.79	381	-16	-4%	93.15	105.95	281	-9	-3%	85.70	86.54	101	3	3%	31.30	22.42	
令和02年	148	-27	-15%	66.25	102.06	337	-44	-12%	96.23	103.36	253	-29	-10%	73.35	83.93	94	-7	-7%	40.23	21.89	
令和03年	144	-4	-3%	73.97	104.44	326	-11	-3%	87.79	104.43	243	-10	-4%	66.65	85.33	94	0	0%	30.08	21.77	
令和04年	129	-15	-11%	58.29	104.56	313	-13	-4%	97.73	104.13	227	-16	-6%	59.15	82.21	87	-6	-7%	24.00	20.49	
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			

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

仁済川町
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）
K06帳票No23 令和5年8月7日抽出

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 0 1	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
R 0 2	合計	66	26.6	99	39.9	58	23.4	46	18.5	9	3.6	0	0.0	151	60.9	50	20.2	130	52.4	63	25.4	101	40.7	11	4.4
	40-64	19	32.8	24	41.4	18	31.0	18	31.0	1	1.7	0	0.0	24	41.4	15	25.9	20	34.5	15	25.9	30	51.7	2	3.4
	65-74	47	24.7	75	39.5	40	21.1	28	14.7	8	4.2	0	0.0	127	66.8	35	18.4	110	57.9	48	25.3	71	37.4	9	4.7
R 0 3	合計	74	31.5	99	42.1	42	17.9	42	17.9	10	4.3	0	0.0	151	64.3	40	17.0	156	66.4	87	37.0	104	44.3	8	3.4
	40-64	18	33.3	24	44.4	15	27.8	19	35.2	3	5.6	0	0.0	30	55.6	12	22.2	24	44.4	19	35.2	31	57.4	1	1.9
	65-74	56	30.9	75	41.4	27	14.9	23	12.7	7	3.9	0	0.0	121	66.9	28	15.5	132	72.9	68	37.6	73	40.3	7	3.9
R 0 4	合計	71	30.7	93	40.3	36	15.6	44	19.0	8	3.5	0	0.0	143	61.9	41	17.7	131	56.7	68	29.4	92	39.8	6	2.6
	40-64	19	31.7	25	41.7	13	21.7	16	26.7	3	5.0	0	0.0	28	46.7	10	16.7	25	41.7	22	36.7	31	51.7	1	1.7
	65-74	52	30.4	68	39.8	23	13.5	28	16.4	5	2.9	0	0.0	115	67.3	31	18.1	106	62.0	46	26.9	61	35.7	5	2.9

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		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	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 0 1	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
R 0 2	合計	62	24.7	51	20.3	44	17.5	22	8.8	2	0.8	0	0.0	180	71.7	11	4.4	120	47.8	47	18.7	128	51.0	1	0.4
	40-64	18	28.1	17	26.6	10	15.6	3	4.7	0	0.0	0	0.0	35	54.7	2	3.1	28	43.8	14	21.9	35	54.7	0	0.0
	65-74	44	23.5	34	18.2	34	18.2	19	10.2	2	1.1	0	0.0	145	77.5	9	4.8	92	49.2	33	17.6	93	49.7	1	0.5
R 0 3	合計	70	27.8	41	16.3	39	15.5	23	9.1	5	2.0	0	0.0	195	77.4	12	4.8	155	61.5	49	19.4	134	53.2	3	1.2
	40-64	20	33.3	14	23.3	6	10.0	8	13.3	1	1.7	0	0.0	37	61.7	3	5.0	26	43.3	9	15.0	32	53.3	0	0.0
	65-74	50	26.0	27	14.1	33	17.2	15	7.8	4	2.1	0	0.0	158	82.3	9	4.7	129	67.2	40	20.8	102	53.1	3	1.6
R 0 4	合計	67	29.3	39	17.0	36	15.7	17	7.4	2	0.9	0	0.0	168	73.4	11	4.8	122	53.3	49	21.4	112	48.9	2	0.9
	40-64	17	31.5	11	20.4	7	13.0	4	7.4	0	0.0	0	0.0	29	53.7	5	9.3	21	38.9	13	24.1	25	46.3	0	0.0
	65-74	50	28.6	28	16.0	29	16.6	13	7.4	2	1.1	0	0.0	139	79.4	6	3.4	101	57.7	36	20.6	87	49.7	2	1.1

②メタボリックシンドローム

表 6

仁淀川町

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	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
男性	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
	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
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
	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
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
	合計	283	50.8	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
R 0 1	合計	283	50.8	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	39.4	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
	合計	248	45.8	9	3.6	37	14.9	6	2.4	27	10.9	4	1.6	53	21.4	8	3.2	2	0.8	24	9.7	19	7.7
R 0 2	合計	248	45.8	9	3.6	37	14.9	6	2.4	27	10.9	4	1.6	53	21.4	8	3.2	2	0.8	24	9.7	19	7.7
	40-64	58	35.8	3	5.2	12	20.7	2	3.4	8	13.8	2	3.4	9	15.5	0	0.0	1	1.7	5	8.6	3	5.2
	65-74	190	50.1	6	3.2	25	13.2	4	2.1	19	10.0	2	1.1	44	23.2	8	4.2	1	0.5	19	10.0	16	8.4
	合計	235	48.2	10	4.3	32	13.6	3	1.3	27	11.5	2	0.9	57	24.3	14	6.0	1	0.4	19	8.1	23	9.8
R 0 3	合計	235	48.2	10	4.3	32	13.6	3	1.3	27	11.5	2	0.9	57	24.3	14	6.0	1	0.4	19	8.1	23	9.8
	40-64	54	37.0	4	7.4	9	16.7	2	3.7	6	11.1	1	1.9	11	20.4	3	5.6	0	0.0	4	7.4	4	7.4
	65-74	181	52.9	6	3.3	23	12.7	1	0.6	21	11.6	1	0.6	46	25.4	11	6.1	1	0.6	15	8.3	19	10.5
	合計	231	48.7	12	5.2	32	13.9	2	0.9	29	12.6	1	0.4	49	21.2	14	6.1	1	0.4	21	9.1	13	5.6
R 0 4	合計	231	48.7	12	5.2	32	13.9	2	0.9	29	12.6	1	0.4	49	21.2	14	6.1	1	0.4	21	9.1	13	5.6
	40-64	60	39.7	6	10.0	10	16.7	1	1.7	8	13.3	1	1.7	9	15.0	0	0.0	1	1.7	7	11.7	1	1.7
	65-74	171	52.9	6	3.5	22	12.9	1	0.6	21	12.3	0	0.0	40	23.4	14	8.2	0	0.0	14	8.2	12	7.0
	合計	171	52.9	6	3.5	22	12.9	1	0.6	21	12.3	0	0.0	40	23.4	14	8.2	0	0.0	14	8.2	12	7.0

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 0 1	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
R 0 2	合計	251	52.0	9	3.6	13	5.2	1	0.4	8	3.2	4	1.6	29	11.6	3	1.2	2	0.8	17	6.8	7	2.8
	40-64	64	48.1	6	9.4	4	6.3	0	0.0	3	4.7	1	1.6	7	10.9	1	1.6	1	1.6	3	4.7	2	3.1
	65-74	187	53.4	3	1.6	9	4.8	1	0.5	5	2.7	3	1.6	22	11.8	2	1.1	1	0.5	14	7.5	5	2.7
R 0 3	合計	252	54.5	5	2.0	15	6.0	1	0.4	14	5.6	0	0.0	21	8.3	3	1.2	2	0.8	4	1.6	12	4.8
	40-64	60	50.8	4	6.7	6	10.0	1	1.7	5	8.3	0	0.0	4	6.7	1	1.7	1	1.7	1	1.7	1	1.7
	65-74	192	55.8	1	0.5	9	4.7	0	0.0	9	4.7	0	0.0	17	8.9	2	1.0	1	0.5	3	1.6	11	5.7
R 0 4	合計	229	53.4	3	1.3	10	4.4	0	0.0	9	3.9	1	0.4	26	11.4	6	2.6	2	0.9	12	5.2	6	2.6
	40-64	54	51.4	0	0.0	5	9.3	0	0.0	4	7.4	1	1.9	6	11.1	2	3.7	1	1.9	2	3.7	1	1.9
	65-74	175	54.0	3	1.7	5	2.9	0	0.0	5	2.9	0	0.0	20	11.4	4	2.3	1	0.6	10	5.7	5	2.9

③厚生労働省様式(様式 5-2)健診受診者所見の推移

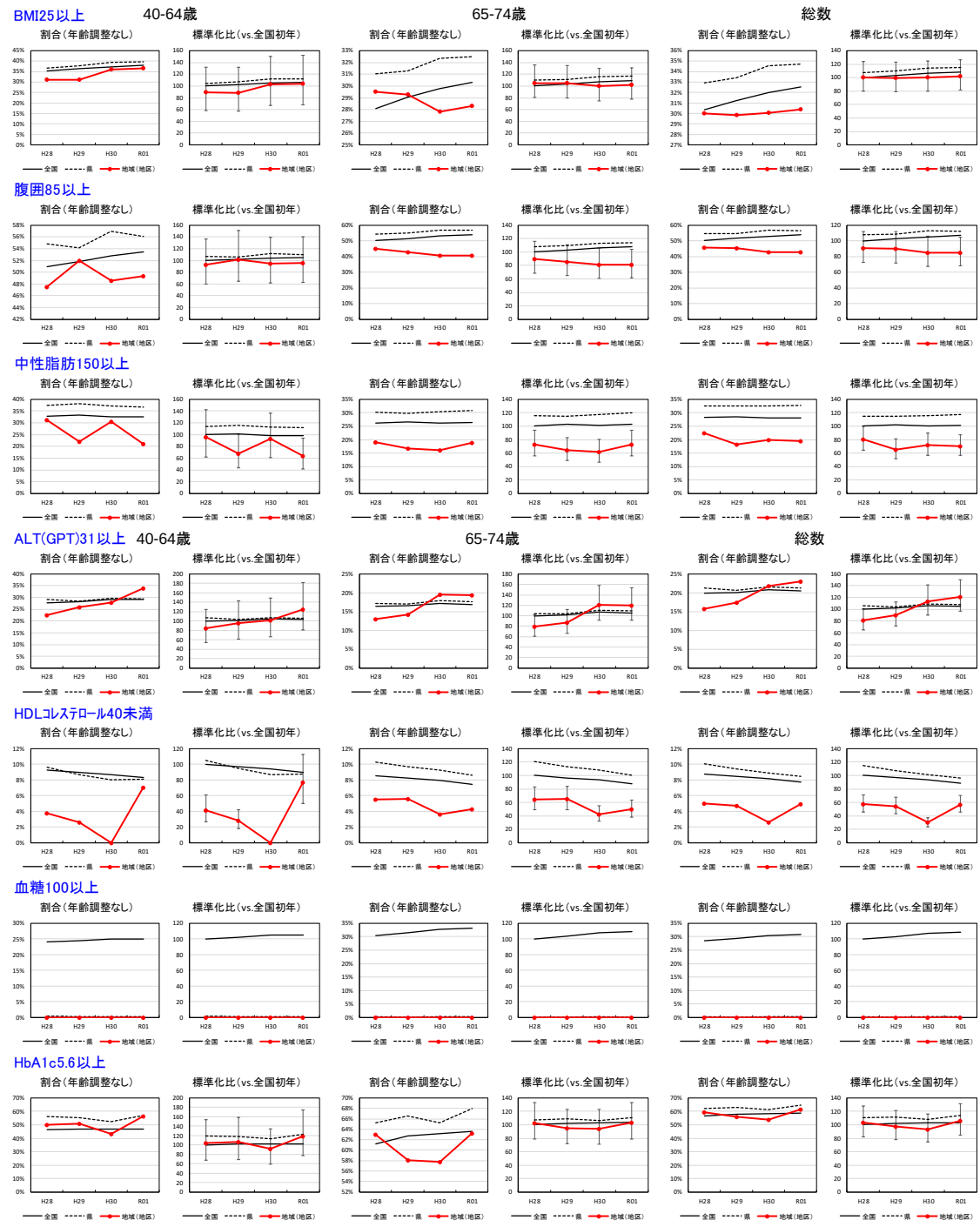
図 10

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】

健診受診者数	H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳					
全国	979147	936531	904925	875102	13950
県	6994	6599	6564	6298	2469
地域(地区)	80	77	72	71	11
65-74歳					
全国	2154913	2181981	2160522	2128521	2655916
県	13849	14104	14504	14189	281977
地域(地区)	200	198	194	212	2331
総数					
全国	3134060	3118512	3065447	3003823	4050925
県	20843	20703	21068	20467	528950
地域(地区)	280	275	268	283	3497

作成日: 2023/7/24
保健番号: 381029
保健所名: 仁徳川町
地区: 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・年齢別))より計算。
標準化比は全国(初年度)を基準とした国保法による。調整率は20%調整区間。
Ver. 1.2 (2018.12.20) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策研究事業) 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を
若く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-循環器等(生活)一般-014) (研究代表: 横山健爾)



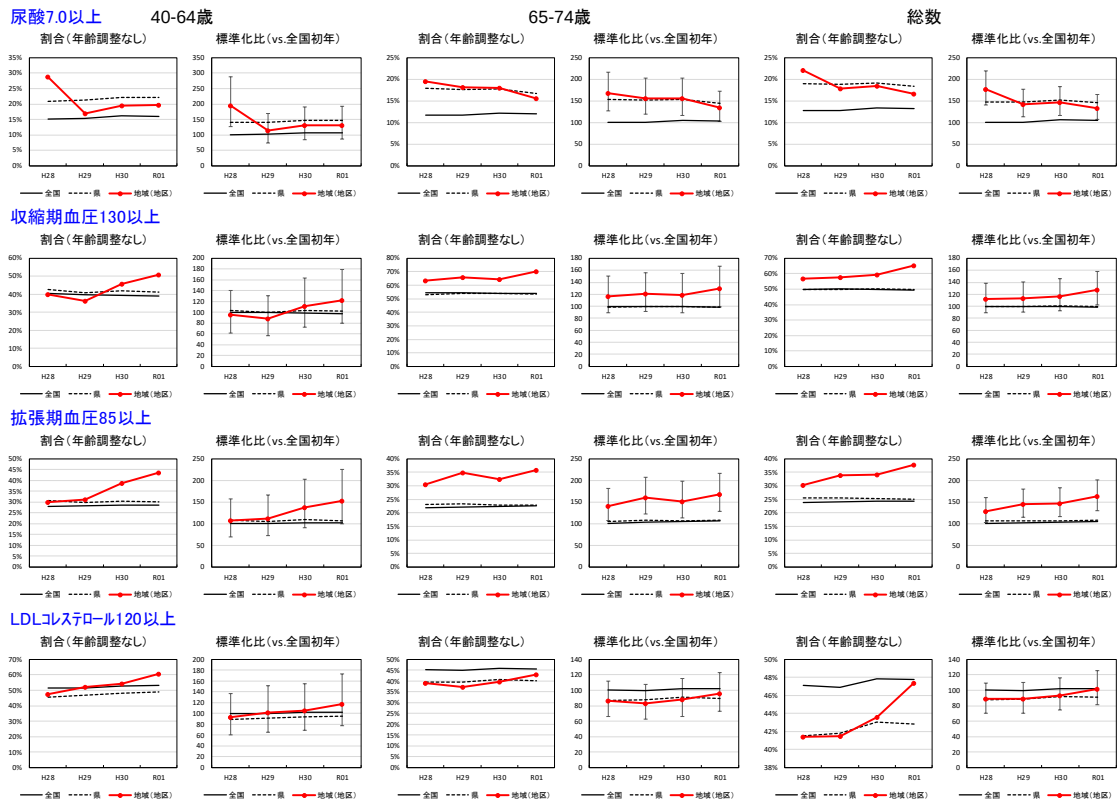


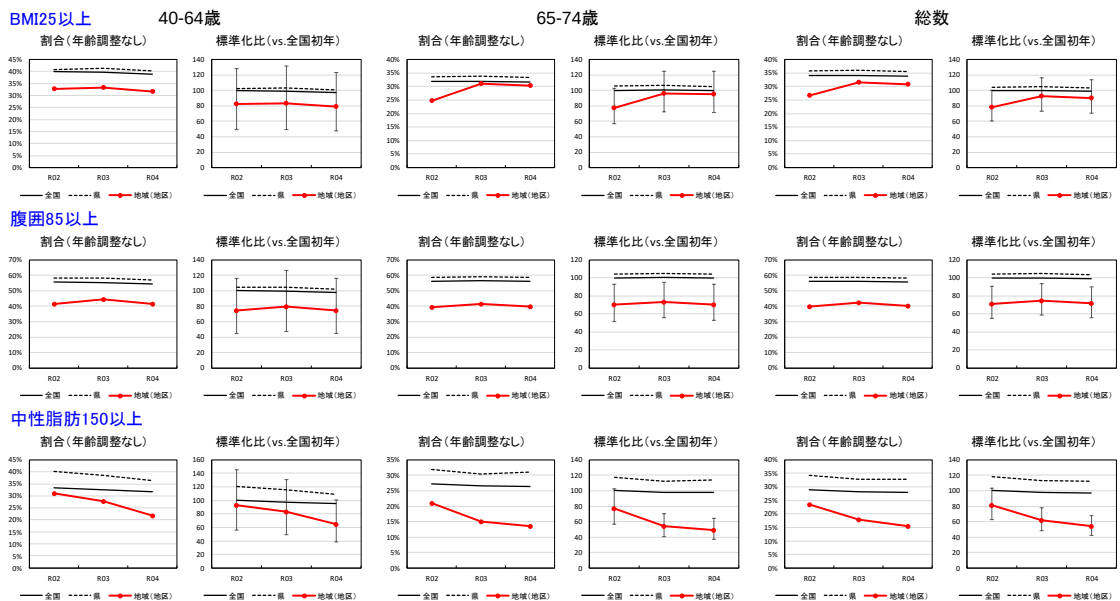
図 11

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】

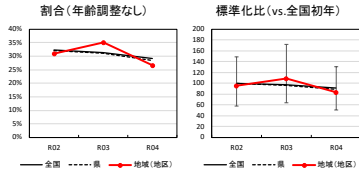
健診年齢層	R02	R03	R04	H28	H29
40-64歳					
全国	738556	811090	801501	1395501	1395009
県	5434	5600	5785	247294	246973
地域(地区)	58	54	60	1160	1166
65-74歳					
全国	1912229	1975493	1871129	2649150	2655916
県	13178	12851	12260	280896	281977
地域(地区)	190	181	171	2339	2331
総数					
全国	2650785	2786583	2672630	4044651	4050925
県	18612	18451	18045	528190	528950
地域(地区)	248	235	231	3499	3497

作成日: 2023/7/24
 保健番号: 381029
 保健所名: 仁徳川町
 施設:

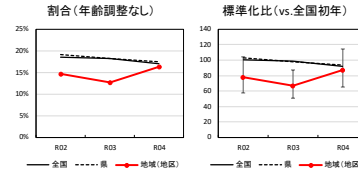
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。調整数は95%信頼区間。
 Ver. 1.2 (2018.12.20) 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・腫瘍疾患等生活習慣病対策総合研究事業) 健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を
 含む生活習慣病対策事業と併せて地域保健人材の育成に関する研究(H25-標準器等(主査) 一般-014) (研究代表: 横山徹郎)



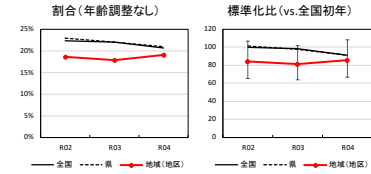
ALT(GPT)31以上 40-64歳



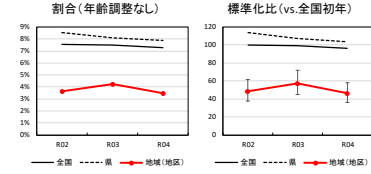
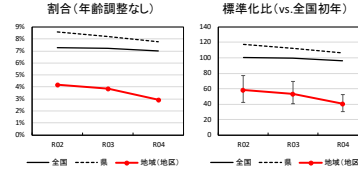
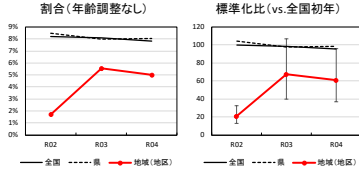
65-74歳



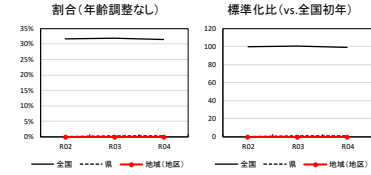
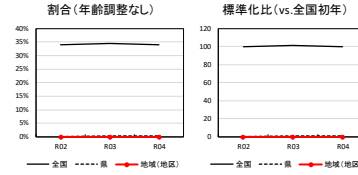
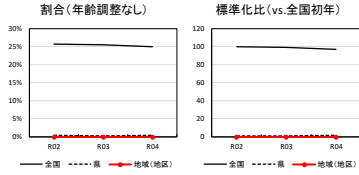
総数



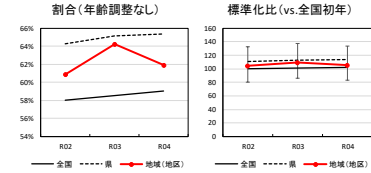
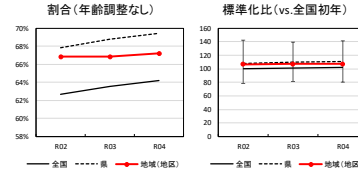
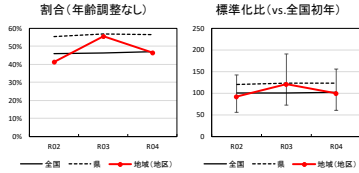
HDLコレステロール40未満



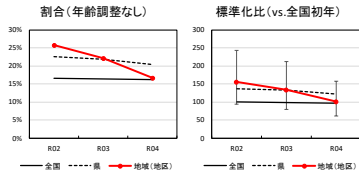
血糖100以上



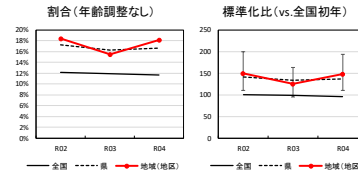
HbA1c5.6以上



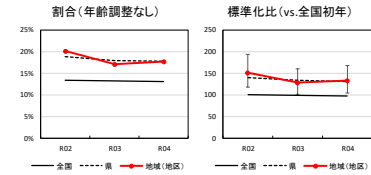
尿酸7.0以上 40-64歳



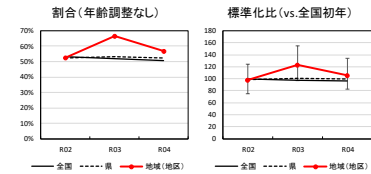
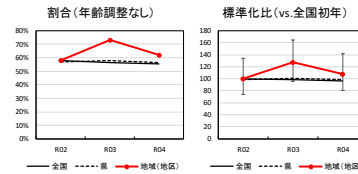
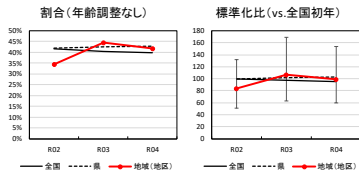
65-74歳



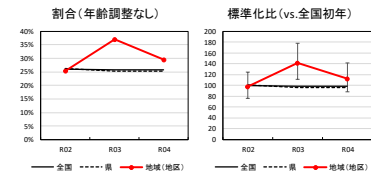
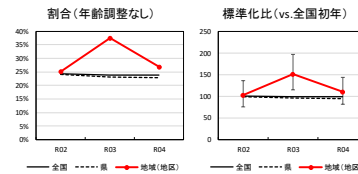
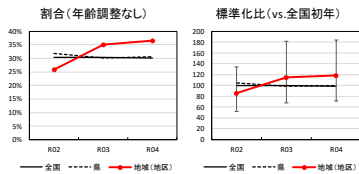
総数



収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上

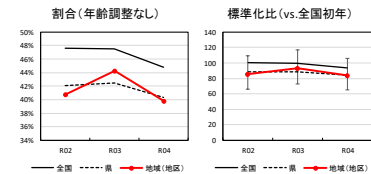
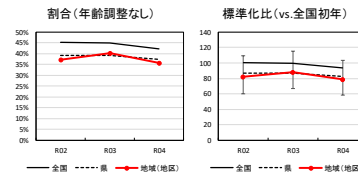
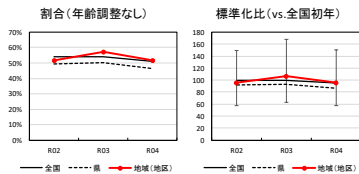


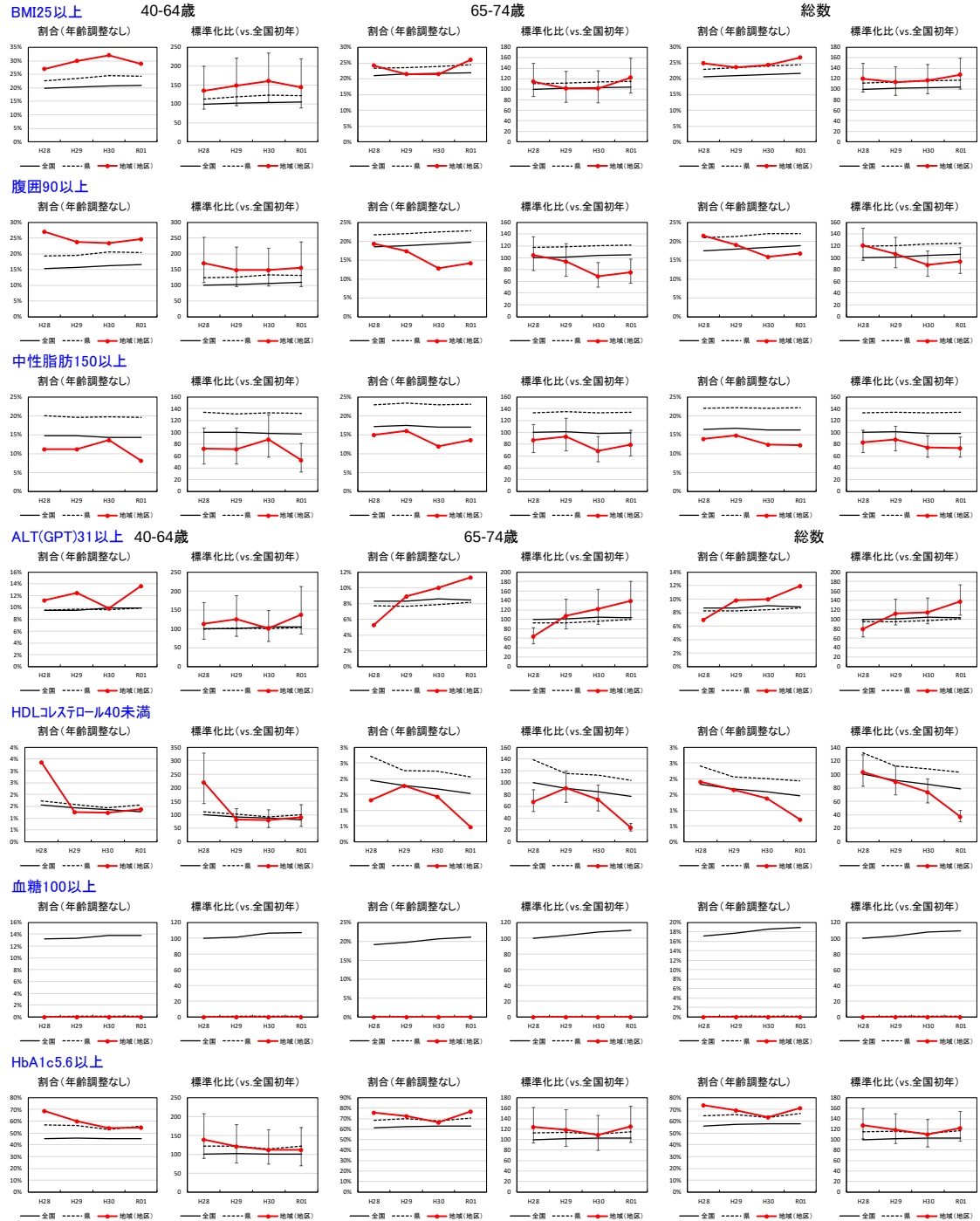
図 12

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】

検査対象者数	H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳					
全国	1366623	1294708	1233141	1162995	1807872
県	8547	7872	7875	7012	270432
地域(地区)	89	80	81	73	1470
65-74歳					
全国	2897899	2932440	2908926	2860807	3499054
県	18825	18844	19321	18526	395040
地域(地区)	227	224	210	212	3389
総数					
全国	4264522	4227148	4140067	4023802	5306926
県	27372	26716	26996	25538	665472
地域(地区)	316	304	291	285	4888

作成日: 2023/7/24
保健番号: 381029
保健所名: 仁徳町
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。誤差幅は95%信頼区間。



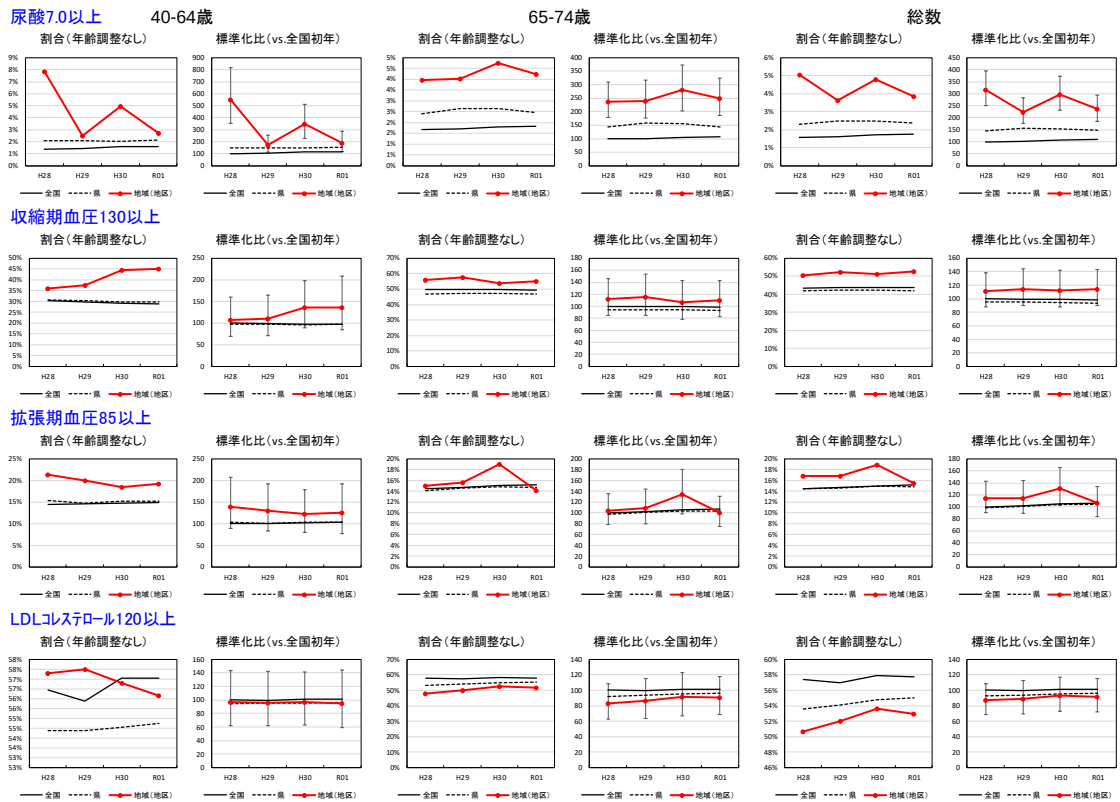


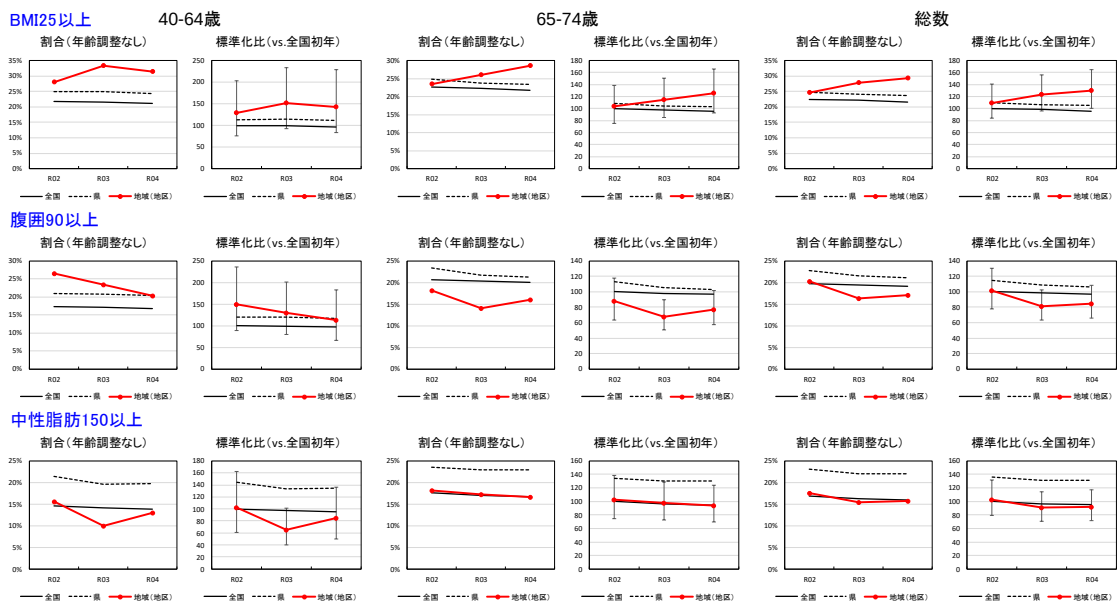
図 13

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】

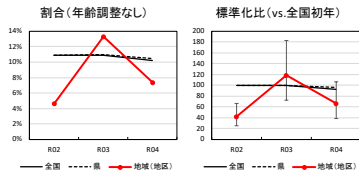
健診実施年度	R02	R03	R04	H28	H29
40-64歳					
全国	966132	1043199	1007290	1802062	1807872
県	6253	6102	6128	270322	270432
地域(地区)	64	60	54	1474	1470
65-74歳					
全国	2577924	2671482	2531700	3495352	3499054
県	17532	16923	16010	394658	395040
地域(地区)	187	192	175	2375	2398
総数					
全国	3544056	3714681	3538990	5297414	5306926
県	23785	23025	22138	664980	665472
地域(地区)	251	252	229	4849	4888

作成日: 2023/7/24
 保健番号: 381029
 保健所長: 仁徳川町
 施設:

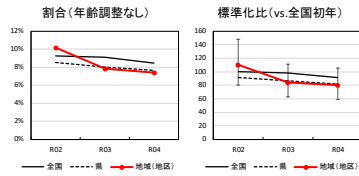
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差幅は95%信頼区間。



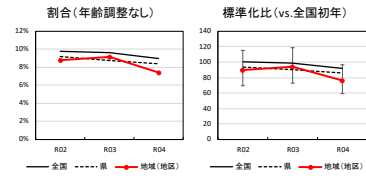
ALT(GPT)31以上 40-64歳



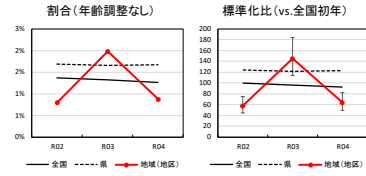
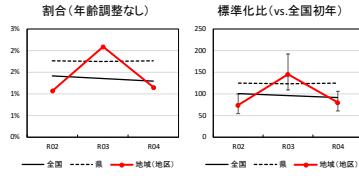
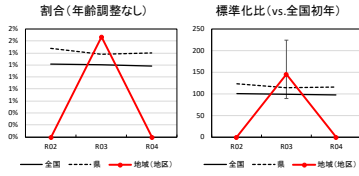
65-74歳



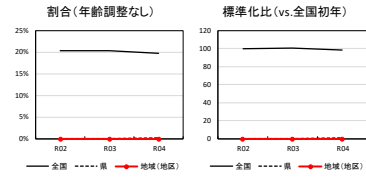
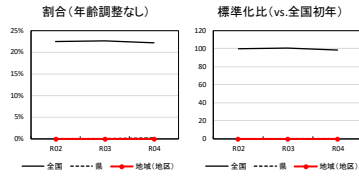
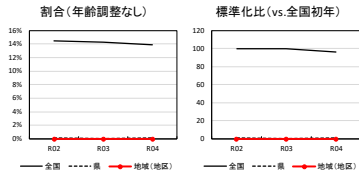
総数



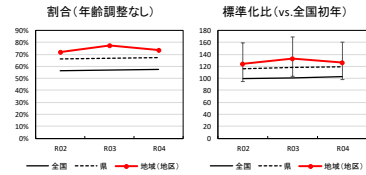
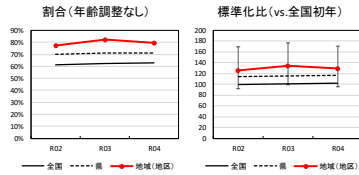
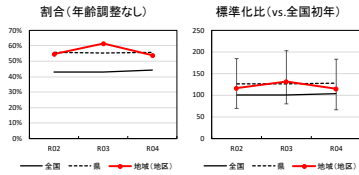
HDLコレステロール40未満



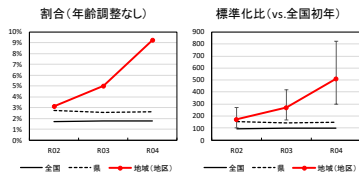
血糖100以上



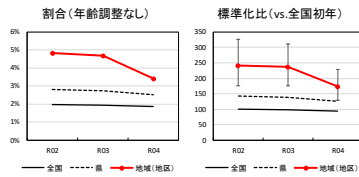
HbA1c5.6以上



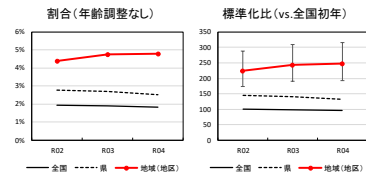
尿酸7.0以上



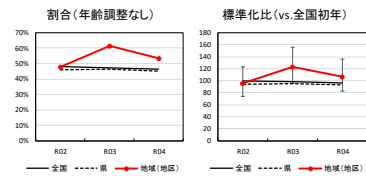
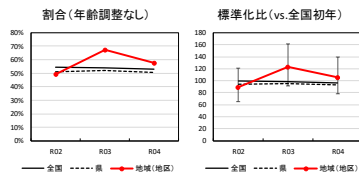
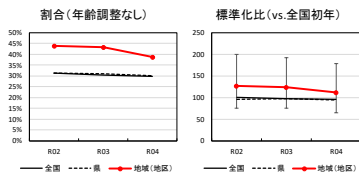
65-74歳



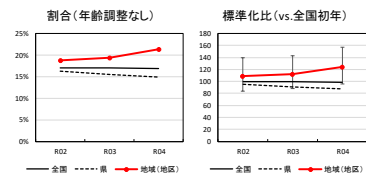
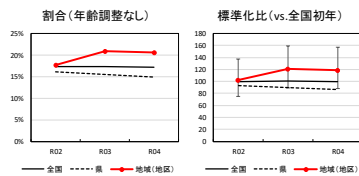
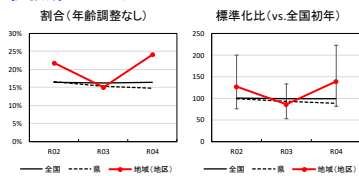
総数



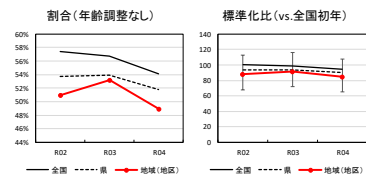
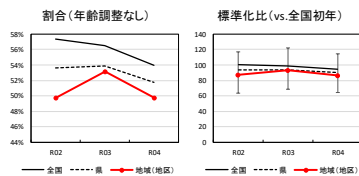
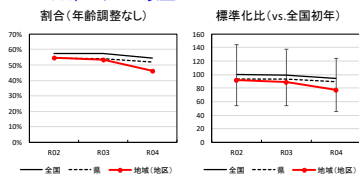
収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上



④質問票

表 7

生活習慣の変化

KDB概算№1 令和5年4月7日抽出

仁淀川町

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%	0.0%	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01年	38.2%	8.8%	19.9%	16.2%	4.9%	0.0%	16.0%	27.5%	34.0%	61.1%	48.2%	23.9%	36.9%	20.5%	22.5%	1.1%	18.3%	56.5%
令和02年	40.5%	9.4%	22.8%	15.0%	5.6%	0.0%	15.9%	30.1%	33.3%	52.0%	43.6%	23.5%	37.8%	19.3%	20.5%	0.8%	19.5%	56.0%
令和03年	39.8%	7.2%	22.6%	14.2%	5.3%	0.0%	15.8%	29.4%	32.6%	57.1%	46.6%	22.2%	36.1%	17.9%	20.7%	2.1%	18.9%	57.7%
令和04年	40.7%	8.5%	20.0%	15.9%	6.3%	0.0%	19.6%	32.4%	36.7%	59.1%	43.7%	27.4%	36.3%	18.7%	18.0%	1.3%	17.8%	58.5%

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。

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)

仁淀川町

男	H29			H30			R01			R02			R03		
	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	対象者	受診者	受診率
40～44歳	24	8	33.3%	28	8	28.6%	20	6	30.0%	20	9	45.0%	16	6	37.5%
45～49歳	29	16	55.2%	24	11	45.8%	32	11	34.4%	29	11	37.9%	22	10	45.5%
50～54歳	27	7	25.9%	28	12	42.9%	29	13	44.8%	30	10	33.3%	27	10	37.0%
55～59歳	38	9	23.7%	31	10	32.3%	28	12	42.9%	27	9	33.3%	31	12	38.7%
60～64歳	99	37	37.4%	80	31	38.8%	67	28	41.8%	55	19	34.5%	49	16	32.7%
65～69歳	180	94	52.2%	182	85	46.7%	163	91	55.8%	161	81	50.3%	150	83	55.3%
70～74歳	201	104	51.7%	213	109	51.2%	214	121	56.5%	218	109	50.0%	193	99	51.3%
合計	598	275	46.0%	586	266	45.4%	553	282	51.0%	540	248	45.9%	488	236	48.4%

女	H29			H30			R01			R02			R03		
	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	対象者	受診者	受診率
40～44歳	14	3	21.4%	18	5	27.8%	14	4	28.6%	11	5	45.5%	12	4	33.3%
45～49歳	9	5	55.6%	11	7	63.6%	12	4	33.3%	12	4	33.3%	9	3	33.3%
50～54歳	15	5	33.3%	14	4	28.6%	13	7	53.8%	13	5	38.5%	17	8	47.1%
55～59歳	36	19	52.8%	35	20	57.1%	31	17	54.8%	27	14	51.9%	22	10	45.5%
60～64歳	93	48	51.6%	83	45	54.2%	72	41	56.9%	70	36	51.4%	58	35	60.3%
65～69歳	197	110	55.8%	172	83	48.3%	153	81	52.9%	132	63	47.7%	133	67	50.4%
70～74歳	207	113	54.6%	215	127	59.1%	211	131	62.1%	218	124	56.9%	212	126	59.4%
合計	571	303	53.1%	548	291	53.1%	506	285	56.3%	483	251	52.0%	463	253	54.6%

図 14

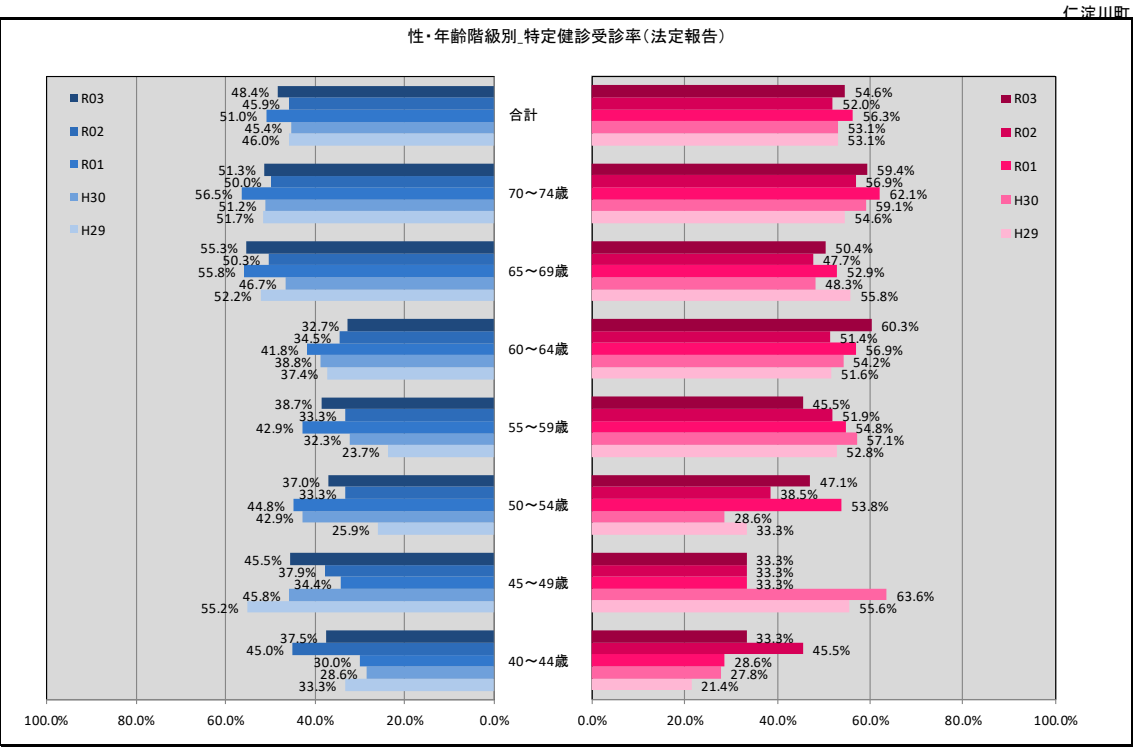


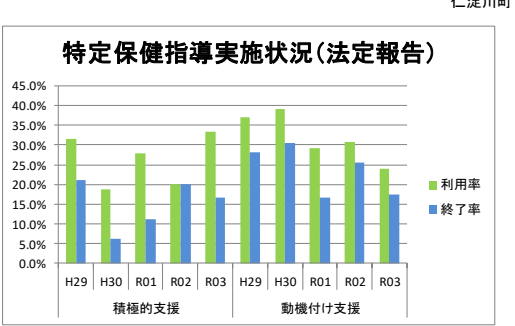
表 9

特定保健指導実施状況(法定報告)

仁淀川町

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極的支援	H29	19	6	4	31.6%	21.1%
	H30	16	3	1	18.8%	6.3%
	R01	18	5	2	27.8%	11.1%
	R02	10	2	2	20.0%	20.0%
	R03	12	4	2	33.3%	16.7%
動機付け支援	H29	46	17	13	37.0%	28.3%
	H30	46	18	14	39.1%	30.4%
	R01	48	14	8	29.2%	16.7%
	R02	39	12	10	30.8%	25.6%
	R03	46	11	8	23.9%	17.4%

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。

医療保険が当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である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。

- ・循環器疾患では、65～74 歳において脳血管疾患、虚血性心疾患が有意に増加している。
- ・基礎疾患では、65 歳～74 歳、75 歳以上の糖尿病、高血圧が有意に増加している。
- ・認知症では 40～74 歳、75 歳以上、歯肉炎歯周病においては 40～64 歳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。

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】

仁淀川町

		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				
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40～64歳		550		521		459		412		386		372		357				
	65～74歳		984		946		933		921		855		861		836				
	75歳以上		2129		2066		1989		1968		1901		1886		1873				
	合 計		3663		3533		3381		3301		3142		3119		3066				
	40～64歳		9		7		6		4		5		7		6				
認定者数	65～74歳		36		31		35		25		24		26		28				
	75歳以上		673		615		595		564		556		548		528				
	合 計		718		653		636		593		585		581		562				
	40～64歳		1.6%		1.3%		1.3%		1.0%		1.3%		1.9%		1.7%				
	65～74歳		3.7%		3.3%		3.8%		2.7%		2.8%		3.0%		3.3%				
認定率(認定者数/被保険者数)	75歳以上		31.6%		29.8%		29.9%		28.7%		29.2%		29.1%		28.2%				
合 計		19.6%		18.5%		18.8%		18.0%		18.6%		18.6%		18.3%					
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	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				
		40～64歳	6	66.7%	5	71.4%	4	66.7%	3	75.0%	3	60.0%	2	28.6%	2	33.3%	P値(減少)	0.060	
		65～74歳	12	33.3%	8	25.8%	13	37.1%	10	40.0%	10	41.7%	15	57.7%	14	50.0%	P値(増加)	* 0.015	
		75歳以上	426	63.3%	402	65.4%	406	68.2%	376	66.7%	369	66.4%	369	67.3%	354	67.0%	P値(増加)	0.168	
		合 計	444	61.8%	415	63.6%	423	66.5%	389	65.6%	382	65.3%	386	66.4%	370	65.8%	P値(増加)	0.084	
	再掲	脳出血	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	2	33.3%	1	25.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.345
		65～74歳	4	11.1%	3	9.7%	3	8.6%	4	16.0%	3	12.5%	3	11.5%	1	3.6%	P値(減少)	0.621	
		75歳以上	34	5.1%	31	5.0%	31	5.2%	27	4.8%	30	5.4%	41	7.5%	28	5.3%	P値(増加)	0.242	
		合 計	39	5.4%	35	5.4%	36	5.7%	32	5.4%	34	5.8%	44	7.6%	29	5.2%	P値(増加)	0.434	
	脳梗塞	40～64歳	6	66.7%	5	71.4%	4	66.7%	3	75.0%	3	60.0%	2	28.6%	2	33.3%	P値(減少)	0.060	
		65～74歳	11	30.6%	7	22.6%	12	34.3%	9	36.0%	10	41.7%	15	57.7%	14	50.0%	P値(増加)	* 0.005	
		75歳以上	421	62.6%	395	64.2%	400	67.2%	372	66.0%	365	65.6%	359	65.5%	349	66.1%	P値(増加)	0.229	
		合 計	438	61.0%	407	62.3%	416	65.4%	384	64.8%	378	64.6%	376	64.7%	365	64.9%	P値(増加)	0.101	
	虚血性心疾患	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	P値(増加)	0.296	
		65～74歳	5	13.9%	4	12.9%	7	20.0%	5	20.0%	6	25.0%	8	30.8%	9	32.1%	P値(増加)	* 0.017	
		75歳以上	207	30.8%	202	32.8%	198	33.3%	194	34.4%	190	34.2%	183	33.4%	168	31.8%	P値(増加)	0.540	
		合 計	212	29.6%	206	31.5%	205	32.2%	199	33.6%	196	33.5%	192	33.0%	177	31.5%	P値(増加)	0.255	
	腎不全	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.140	
		65～74歳	5	13.9%	5	16.1%	4	11.4%	2	8.0%	4	16.7%	6	23.1%	4	14.3%	P値(増加)	0.589	
		75歳以上	79	11.7%	89	14.5%	104	17.5%	108	19.1%	107	19.2%	109	19.9%	107	20.3%	P値(増加)	* 0.000	
		合 計	85	11.8%	95	14.5%	109	17.1%	110	18.5%	111	19.0%	115	19.8%	111	19.8%	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(増加)	* 0.026	
		65～74歳	2	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	2	8.3%	4	15.4%	3	10.7%	P値(減少)	0.497	
		75歳以上	6	0.9%	7	1.1%	5	0.8%	5	0.9%	3	0.5%	3	0.5%	5	0.9%	P値(増加)	0.600	
		合 計	8	1.1%	7	1.1%	5	0.8%	7	1.2%	5	0.9%	7	1.2%	8	1.4%	P値(増加)	0.743	
	糖尿病	40～64歳	4	44.4%	2	28.6%	3	50.0%	2	50.0%	2	40.0%	3	42.9%	3	50.0%	P値(増加)	* 0.011	
		65～74歳	9	25.0%	6	19.4%	11	31.4%	9	36.0%	8	33.3%	13	50.0%	12	42.9%	P値(増加)	* 0.008	
		75歳以上	202	30.0%	195	31.7%	207	34.8%	200	35.5%	189	34.0%	206	37.6%	186	35.2%	P値(増加)	* 0.001	
		合 計	215	29.9%	203	31.1%	221	34.7%	211	35.6%	199	34.0%	222	38.2%	201	35.8%	P値(増加)	* 0.001	
	腎症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.717	
		65～74歳	2	5.6%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	1	4.2%	2	7.7%	2	7.1%	P値(増加)	0.506	
		75歳以上	24	3.6%	23	3.7%	27	4.5%	31	5.5%	28	5.0%	29	5.3%	20	4.0%	P値(増加)	0.240	
		合 計	26	3.6%	24	3.7%	29	4.6%	32	5.4%	29	5.0%	31	5.3%	23	4.1%	P値(増加)	0.206	
	再掲合併症	網膜症	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	0	0.0%	1	20.0%	2	28.6%	1	16.7%	P値(増加)	0.073
		65～74歳	3	8.3%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	2	8.3%	4	15.4%	4	14.3%	P値(増加)	0.085	
		75歳以上	33	4.9%	32	5.2%	39	6.6%	39	6.9%	33	5.9%	30	5.5%	23	4.4%	P値(減少)	0.843	
		合 計	36	5.0%	33	5.1%	41	6.4%	40	6.7%	36	6.2%	36	6.2%	28	5.0%	P値(増加)	0.621	
	神経障害	40～64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	P値(増加)	0.296	
		65～74歳	1	2.8%	1	3.2%	1	2.9%	1	4.0%	1	4.2%	2	7.7%	3	10.7%	P値(増加)	0.106	
		75歳以上	9	1.3%	8	1.3%	8	1.3%	10	1.8%	9	1.6%	9	1.6%	9	1.7%	P値(増加)	0.436	
		合 計	10	1.4%	9	1.4%	9	1.4%	11	1.9%	10	1.7%	12	2.1%	12	2.1%	P値(増加)	0.157	
	高血圧	40～64歳	5	55.6%	4	57.1%	4	66.7%	3	75.0%	3	60.0%	4	57.1%	2	33.3%	P値(減少)	0.542	
		65～74歳	21	58.3%	13	41.9%	22	62.9%	14	56.0%	17	70.8%	20	76.9%	21	75.0%	P値(増加)	* 0.009	
		75歳以上	561	83.4%	506	82.3%	502	84.4%	478	84.8%	468	84.2%	475	86.7%	459	86.9%	P値(増加)	* 0.016	
		合 計	587	81.8%	523	80.1%	528	83.0%	495	83.5%	488	83.4%	499	85.9%	482	85.8%	P値(増加)	* 0.003	
	脂質異常症	40～64歳	4	44.4%	3	42.9%	3	50.0%	3	75.0%	3	60.0%	4	57.1%	2	33.3%	P値(増加)	0.889	
		65～74歳	17	47.2%	16	51.6%	20	57.1%	15	60.0%	12	50.0%	17	65.4%	19	67.9%	P値(増加)	0.079	
		75歳以上	312	46.4%	293	47.6%	302	50.8%	293	52.0%	300	54.0%	299	54.6%	302	57.2%	P値(増加)	* 0.000	
		合 計	333	46.4%	312	47.8%	325	51.1%	311	52.4%	315	53.8%	320	55.1%	323	57.5%	P値(増加)	* 0.000	
	高尿酸血症	40～64歳	3	33.3%	3	42.9%	3	50.0%	1	25.0%	1	20.0%	1	14.3%	1	16.7%	P値(減少)	0.165	
		65～74歳	8	22.2%	7	22.6%	8	22.9%	5	20.0%	7	29.2%	8	30.8%	8	28.6%	P値(増加)	0.335	
		75歳以上	155	23.0%	147	23.9%	136	22.9%	128	22.7%	125	22.5%	133	24.3%	135	25.6%	P値(増加)	0.420	
		合 計	166	23.1%	157	24.0%	147	23.1%	134	22.6%	133	22.7%	142	24.4%	144	25.6%	P値(増加)	0.407	
	血管疾患合計	40～64歳	9	100.0%	7	100.0%	6	100.0%	4	100.0%	5	100.0%	6	85.7%	5	83.3%	P値(減少)	0.067	
		65～74歳	27	75.0%	20	64.5%	28	80.0%	20	80.0%	20	83.3%	24	92.3%	27	96.4%	P値(増加)	* 0.002	
		75歳以上	640	95.1%	583	94.8%	574	95.5%	540	95.7%	533	95.9%	529	96.5%	509	96.4%	P値(増加)	* 0.116	
		合 計	676	94.2%	610	93.4%	608	95.6%	564	95.1%	558	95.4%	559	96.2%	541	96.3%	P値(増加)	* 0.010	
	認知症	40～64歳	1	11.1%	1	14.3%	1	16.7%	0	0.0%	1	20.0%	2	28.6%	4	66.7%	P値(増加)	* 0.027	
		65～74歳	7	19.4%	5	16.1%	8	22.9%	8	32.0%	9	37.5%	10	38.5%	11	39.3%	P値(増加)	* 0.007	
		75歳以上	325	48.3%	350	56.9%	341	57.3%	330	58.5%	325	58.5%	320	58.4%	305	57.8%	P値(増加)	* 0.001	
合 計		333	46.4%	356	54.5%	350	55.8%	338	57.0%	335	57.3%	332	57.1%	320	56.9%	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%	2	40.0%	2	28.6%	3	50.0%	P値(減少)	0.110		
	65～74歳	25	69.4%	21	67.7%	26	74.3%	17	68.0%	19	79.2%	25	96.2%	25	89.3%	P値(増加)	* 0.004		
	75歳以上	642	95.4%	589	95.8%	573	96.3%	544	96.5%	537	96.6%	526	96.0%	508	96.2%	P値(増加)	* 0.019		
	合 計	673	93.7%	615	94.2%	603	94.8%	564	95.1%	558	95.4%	553	95.2%	536	95.4%	P値(増加)	0.101		
歯内炎歯周病	40～64歳	2	22.2%	2	28.6%	3	50.0%	2	50.0%	4	80.0%	5	71.4%	4	66.7%	P値(減少)	* 0.012		
	65～74歳	19	52.8%	16	51.6%	19	54.3%	12	48.0%	10	41.7%	12	46.2%	14	50.0%	P値(減少)	0.512		
	75歳以上	296	44.0%	290	47.2%	304	51.1%	294	52.1%	289	52.0%	297	54.2%	290	54.9%	P値(増加)	* 0.000		
	合 計	317	44.2%	308	47.2%	326	51.3%	308	51.9%	303	51.8%	314	54.0%	308	54.8%	P値(増加)	* 0.000		