

四万十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2年7月

四万十町

国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第2期 中間評価報告書

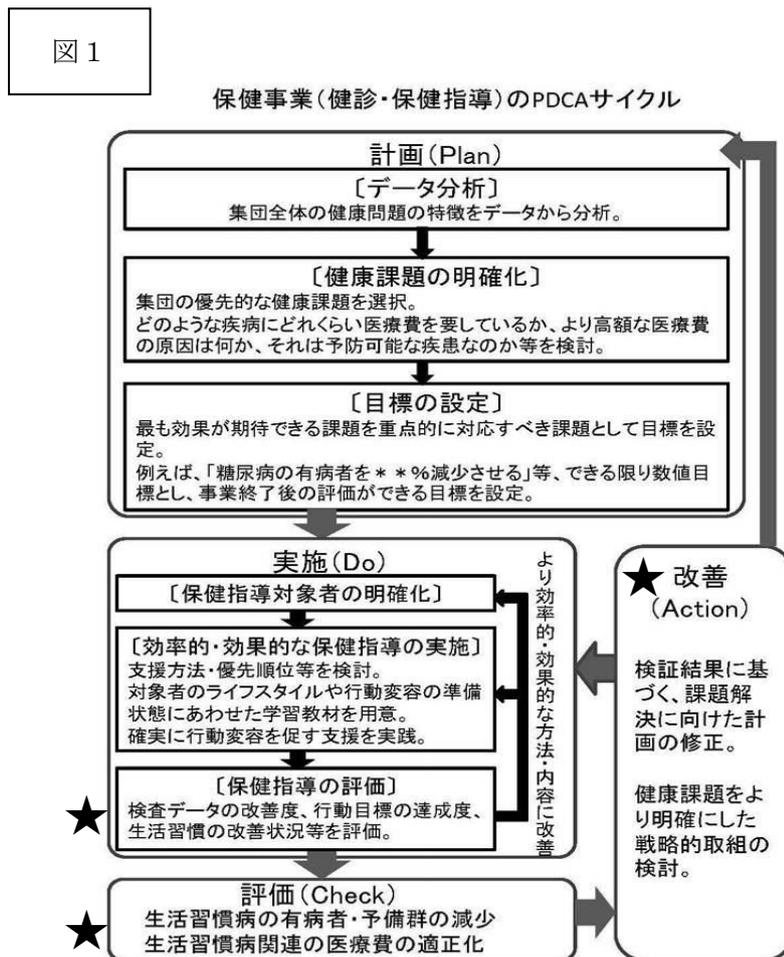
もくじ

1. 評価・見直しの目的	P. 3
2. 評価方法	P. 3
3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成29年度 平成30年度 令和元年度	P. 4 ~15
4. 経年評価指標	P. 16
5. 指標の経年データ（様式1）と判定	P. 29 ~35
6. 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. 36
7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正	P. 38
8. 中間評価の結果をふまえた課題整理、副指標の設定・見直し	P. 39
9. 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第2期 中間見直しにおける概要図	P. 40
10. 計画全体の中間評価	P. 41

1. 評価・見直しの目的

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

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



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】

2. 評価方法

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

3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画

平成29年度 保健事業計画

事業名	事業区分	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
未受診者対策	国保保健指導事業	・自分の健康状態に関心をもち、受診行動がとれる。	1. 特定健診受診率 50%	特定健診未受診者	電話による受診勧奨	・平成27年度の受診意向調査により電話番号を把握した方と、すでに町で電話番号を把握している方について、委託業者の専門職(保健師・管理栄養士)により、一人ひとりの状況に応じた電話受診勧奨を実施。受診勧奨だけでなく、場合によっては、健康相談にも応じる。	ジェイエムシー株式会社	通年(集団健診の日程に合わせて)	—	・特定健診受診率 ・医療費増減(経年比較) ・特定健診地区別受診率
	国保保健指導事業			レセプトにより通院中の方、生活習慣病等で通院中の健診未受診者	かかりつけ医への相談依頼	・受診意向調査で通院中の方、レセプトにより生活習慣病等で通院歴のある方に対し、本人と医師あての文書を送付。本人あてでは、通院時に医師あての手紙を手渡してもらうよう依頼する。医師あての手紙には、医学的判断を踏まえたうえで、健診受診を勧めたいという呼びかけを行う。	ジェイエムシー株式会社	未定 ※27年度は1月より開始	—	
	国保保健指導事業			特定健診未受診者(個別健診申込者は除く)	ハガキ通知による受診勧奨	・ひろい健診(11月・12月)の実施前時点で、未受診の方に対して、ひろい健診の日程を記載したハガキを送付し、受診勧奨を実施する。	町国保担当	ひろい健診前(11月・12月頃)	役場庁舎	
	健康づくり団体連携促進事業			全住民	戸別訪問による受診勧奨	・各地区の集団健診前に健康づくり団体による受診勧奨を実施する。 ・戸別訪問により健診日程表、啓発チラシ等を声かけとともに配布する。	健康づくり婦人会 食生活改善推進協議会	各地区 集団健診前	対象者自宅	
高血圧対策	国保保健指導事業	・医療機関への受診が必要な者が、適切な検査・治療を受けることで脳血管疾患を予防する。	1. 血圧の改善 2. 精密検査受診率: 60% 3. 家庭血圧測定者の増加 4. 生活習慣の改善	1. 血圧 160/95mmHg以上	1. 個別面談による受診勧奨及び保健指導	1. 対象者台帳の作成 2. 結果報告会での個別面談・紹介状の発行 ・結果報告会の案内送付する。 ・治療の必要性について説明し医療機関の情報を提供する。 ・家庭血圧の測定・記録方法を説明する。 ・生活習慣改善を促す。 3. 未受診者に対する医療機関受診勧奨 ・3ヶ月後未受診者に対しハガキによる受診確認する。 ・未受診の場合は再度受診勧奨し、必要時は紹介状を再発行する。 ・家庭血圧測定や生活習慣改善を促す。 ・次年度の健診受診を促す。	町保健師・管理栄養士	通年(集団健診受診後随時)	対象者自宅 または役場庁舎	・高血圧精密検査受診率 ・高血圧予防指導実施率 ・高血圧予防指導後の健診結果 ・高血圧予防指導後の生活習慣の改善
	国保保健指導事業		1. 高血圧の改善 2. 高血圧予防に関する正しい知識の取得 3. 生活習慣の改善	1. 血圧 160/95mmHg以上	2. 高血圧予防教室	1. 対象者台帳の作成 2. 教室1ヶ月前に対象者へ教室案内の送付 3. 高血圧予防教室の実施(内容は下記) ① 医師による高血圧予防の講義 動脈硬化チェック ② 栄養・運動教室 ・減塩食の試食・栄養指導 ・運動指導	医師 健康運動指導士 食生活改善推進協議会 スポーツクラブ 町保健師・管理栄養士 ジェイエムシー株式会社	集団健診終了後	役場庁舎	

事業名	事業区分	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病対策	健康増進事業	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、健診結果から自身の健康状態を正しく把握し、必要な医療を受ける。	1.精密検査受診率:55%	1.「四万十町特定健診等要医療・要精密検査基準値」該当者	1.結果報告会 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	1.対象者台帳の作成 2.報告会の1~2週間前に案内送付 3.結果報告会の実施 4.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 5.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 6.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	町保健師 管理栄養士	通年(集団健診受診後随時)	役場庁舎または対象者自宅	結果報告会参加率 ・要精密検査受診率 ・特定保健指導実施率 ・保健指導後の健診結果改善 ・保健指導後の生活習慣改善 ・健康相談・健康教育実施回数・参加人数
	国保保健指導事業			1.「四万十町特定健診等要医療・要精密検査基準値」該当者	1.ハガキ送付による受診勧奨	1.要精密検査対象者台帳の作成 2.紹介状返信をもとに受診結果を入力 3.要精密検査対象者のうち3ヶ月未受診者を抽出 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	町保健師 管理栄養士	通年(集団健診受診3ヶ月後から随時)	役場庁舎	
	特定保健指導事業	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、自身の生活習慣を振り返り、継続した健康管理を行う。	1.特定保健指導実施率:55% 2.保健指導後の健診結果の改善 3.生活習慣の改善	1.特定保健指導対象者(70歳以上を除く)	1.特定保健指導 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	1.対象者台帳の作成 2.結果報告会にて2週間前二案内送付 3.結果報告会にて初回面談(欠席の場合は来所・訪問で対応) 4.特定保健指導の実施 5.動機づけ支援回数2回(初回+最終) 6.積極的支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自宅または役場庁舎	
	健康増進事業			1.要医療・要精密検査該当者 2.個別ケースのうち生活習慣改善が必要な者 3.事業所などの団体	1.健康相談 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	1.対象者台帳を作成 2.定期的な訪問・来所・電話による生活指導を行う	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自宅または役場庁舎、健康相談実施場所	
30代の健康管理対策	健康増進事業	30代から自分の健康状態に関心をもち、受診行動が取れる。	1.受診者数:50名 2.特定健診への受診継続者率の増加 3.保健指導利用率:55%	30代国保被保険者(50名限定)	1.健康教育 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	1.健康教育を希望する事業所からの依頼 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導	町保健師 管理栄養士	通年	対象事業所または役場庁舎	
	国保保健指導事業	30代から自分の健康状態に関心をもち、受診行動が取れる。 ・健診結果をもとに生活習慣病に役立てる。	1.受診者数:50名 2.特定健診への受診継続者率の増加 3.保健指導利用率:55%	30代国保被保険者(50名限定)	1.健康相談 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 4.未受診者に対し、受診勧奨のハガキを送付(受診勧奨だけでなく受診済みの場合は検査結果を連絡してもらえるよう記載)	1.健康教育を希望する事業所からの依頼 2.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導 3.要精密検査報告書の発行、受診勧奨、生活指導	町保健師 管理栄養士	通年	各健診医療機関	・申込者の健診受診率 ・保健指導実施率 ・特定健診継続受診者数

H29年度 事業評価計画

特定健診未受診者対策（電話・郵便による受診勧奨）

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
ア ウ ト カ ム	特定健診未受診者のうち、何割が受診につながったか。	特定健診対象者のうち、 →未受診者 →受診勧奨対象者 →受診勧奨実施者 →受診者の割合	受診割合 25%	受診者数/受診勧奨者数 により受診率を算出 受診者数の集計方法 →連合各部署ツール(法定報告業務)による被保険者経年集計 加工ツール)にて集計	H30.10	事業担当 事業担当	特定健診受診率 36.95% 電話支援 250名(183名/732名) かかりつけ医相談依頼 8.7%(62名/714名) 電話支援・かかりつけ医への相談依頼 によって490人が受診に至っている。	
ア ウ ト ア プ ラ ット	未受診者のうち何割に受診勧奨できたか。	A 電話番号を把握している人のうち、①本人または家族と通話できた人、②受診の意思が確認できた人、その割合 B 電話番号を把握していない人は郵便による受診勧奨を行い、そのうち受診につながった人の割合	A 受診勧奨実施者のうち ①本人または家族と通話できた人の割合：70% ①のうち、 ②受診の意思が確認できた人の割合：30% B Aが実施できなかった方が全員に実施	受診勧奨対象者を分母としたときの下記の割合 ①本人または家族と通話できた人 ②受診の意思が確認できた人 ③通話不可であった場合、不在と不通の割合	H30.5	事業担当	A. ①通話率 84.2%(732名/870名) ②受診意思あり 31.1%(203名/653名) ③不在 15.9%(138名/870名) 通話率・受診の意思ありの割合ともに目標を上回ることができた。 B. ハガキ 13.1%(11名/84名) 申込していたが、12月末時点で未受診となっていた人を対象にハガキを送付。	電話支援については、今後も継続して行う。電話番号取得に関しては、今後も継続して実施していく。 郵送による受診勧奨については、今年度は対象者を絞って実施。今後は、申し込みのなかつた未受診者へ対象を広げる必要がある。そのため、委託内容の変更など実施できる体制について検討していく。
プロセス	①実施時期 ②①の時期は適切であったか ③実施方法	①各地区中心前での集団健診実施前～2月末 ②前年度同月との受診率の比較 ③実施マニュアルの適切性	①8月～2月 ②受診率の増 ③個々の状況に合わせたきめ細やかな対応	①委託業者からの実施結果報告書により確認 ②連合会の月例報告により確認 ③実施マニュアルの内容は適切で、事業者の説明はわかりやすかつたか、前年の反省点は改善できているか。	H30.6	事業担当	①H29.5～H30.2に実施 ②H30.3月末現在の特定健診受診率 33.4% (0.3ポイント増) ③事業者は報告書をもとに、実績報告を行い、要領に基づき年度の計画を協議することができた。	マニュアルについては、事業者とともに検討し、適宜修正する。
ストラクチャー	①予算の確保 ②専門業者への委託	委託したい業務がすべて解雇できているか 契約内容の履行状況	委託したい業務のすべて 計画どおりの進捗	契約内容 委託業者との密な連絡と報告書による実施時期の確認	H30.6	担当課長 事業担当	委託内容は網羅できていた。業者に よる報告は、H30.6に実施し、実施結果をもとに、H30年度の事業内容の検討を行った。	来年度以降も予算の確保を行う。 業務内容は専門業者へ委託し、受診率向上に向けた取り組みを行う。

H29年度 事業評価計画

要精密者への医療機関受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
ア ウ ト カ ム	① 受診する	医療機関受診率 ② 個別値診 (受診者/要精密検査担当者) それぞれリスクに関係する疾患の有無を確 ハガキ送付後の受診率 (送付した内の受診者/ハガキ送付者)	受診率 55% (昨年度40.6%) 受診率 20%	医療機関からの精検結果 通知書の確認	年度末	事業担当者	①65.0%(69人/106人) ②40.4%(17人/42人) 計:58.1%(66人/148人) 21.4% (12人/56人) 81.4% (70人/86人) 28.0% (4人/18人) 60% (6人/10人) 75% (9人/12人) 28.5%(2人/7人) 40.0%(2人/5人) 53.8%(7人/13人) 37.5%(3人/8人) 【改善事項】 血圧・未治療群 血圧・治療群 HbA1c・未治療群 HbA1c・治療群 LDL・未治療群 LDL・治療群 【リスク因子の悪化】 HbA1c未治療群は、他の項目に比べリスク因子が悪化した割合が高かった。42.8%(9人/7人)	ハガキによる効果を検討するとともに、未受診者への保健指導により把握した未受診理由を元に、今後の対策を協議する。 ③治療継続・④ハザードリスク因子の改善については、翌年度未受診者が多く、改善傾向の評価が難しいため、評価項目の検討を行う。
	② 治療開始	治療開始率 (要経過観察(Hp))・要治療・他院紹介/保健指導 達成率)	-	シセプト情報の確認	年度末	事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	③ 治療継続	翌年の治療中断率(血圧・HbA1cのみ) (最終受診から56か月以上レセのない人/治療継続の必要と判断された患者) 翌年度の再診結果の改善率(血圧・HbA1c・LDL)	中断率 10% (必要な人は100% 受診) リスク因子の減少 目的確認	対症記録・台帳から確認	年度末	事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	④ ハザードリスク因子の改善	リスク因子数値の悪化の有無、リスク因子項目を確認		実施率 80%	対症記録・台帳から確認	年度末	事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)
ア ウ ト プ ラ ン ト	① 集団個別受診者へ結果報告会にて面談を実施する	面談実施率 (実施者/要精密検査対象者・集団)	実施率 80%			事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	② 個別値診受診者へ精検依頼書を送付する	送付率 (送付者/要精密検査対象者・個別)	送付率 100%			事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
ア ウ ト プ ラ ン ト	③ 医療機関未受診者へ、受診勧奨ハガキを送付する。	案内送付率 (送付者/要精密検査未受診者)	案内送付率 100%			事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	④ 案内送付後、返信のない者へ個別値診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ)	個別指導実施率 (実施者/個別指導対象者)	実施率 80%			事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
ア ウ ト プ ラ ン ト	① 対象者の選定を行う。	対象者の選定基準が適切であったか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	② 初回面談の内容	教材・資料等が適切であったか。				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
ア ウ ト プ ラ ン ト	③ 来受診へ受診勧奨ハガキの送付	通知案内の内容・時期が適切であったか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	④ ハガキ送付後の保健指導(血圧要精密検査者のみ)	保健指導の内容が適切であったか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
ア ウ ト プ ラ ン ト	⑤ 精検結果の把握	精検結果の集計方法、結果通知書の様式が適切であったか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	① 対象者選定システム	操作手順がわかりやすいか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
ア ウ ト プ ラ ン ト	② 事業実施人員	専門性の不足がないか				事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。
	③ 予算の確保	保健指導に必要な物品が購入できたか(血圧用/ハザードリスク用/血圧計/ラミネーター)	必要な物品を購入できる			事業担当者	86.8% (92人/106人) 100% (42人/42人) 92.4% (57人/61人) 20.0% (5人/25人)	結果報告会での面談を継続し、文席者には訪問や電話での面談を試みる。

平成30年度 保健事業計画

事業区分	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
国保保健指導事業	自分の健康状態に関心をもち、受診行動がとれる。	特定健診受診率 40%	特定健診未受診者	電話による受診勧奨	平成27年度の受診意向調査により電話番号を把握した方と、すでに町で電話番号を把握している方について、委託業者の専門職(保健師・管理栄養士)により、一人ひとりの状況に応じた電話受診勧奨を実施。受診勧奨だけでなく、場合によっては、健康相談にも応じる。	委託業者	通年(集団健診前)	—	・受診勧奨実施率 ・特定健診受診率 ・特定健診地区別受診率
国保保健指導事業			レポートにより通院中の方、生活習慣病等で通院中の健診未受診者	かかりつけ医への相談依頼	・レポートにより生活習慣病等で通院中の方に対し、本人と医師あての文書を送付。本人あてでは、通院時に医師あての手紙をまわしてもよい依頼する。医師あての手紙には、医学的判断を踏まえたうえで、健診受診を勧めたい方向性を示す。	委託業者	未定	—	
国保保健指導事業			特定健診未受診者(個別健診申込者は除く)	郵便による受診勧奨	・電話番号を把握していない方について、市区の集団健診前に郵便による受診勧奨を実施する。書面により、特定健診の重要性、集団健診の日程などを伝える。	委託業者 町民担当	通年(集団健診前) ひろい健診前	—	
健康づくり団体連携促進事業			全住民	戸別訪問による受診勧奨	・各市区の集団健診前に健康づくり団体による受診勧奨を実施する。 ・戸別訪問により健診日程表、啓発チラシ等を戸かけとともに配布する。	健康づくり個人 会 食生活改善推進協議会	各市区集団健診前	対象者自宅	
国保保健指導事業			国保被保険者	休日健診	各市区集団健診終了後、それぞれ蓮川2回、大正1回、十和1回の休日に健診を実施。	国保	蓮川(12月2月) 大正・十和(10月)	役場庁舎等	
生活習慣病対策	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、健診結果から自身の健康状態を正しく把握し、必要な医療を受ける。	精密検査受診率 30%	!四万十町特定健診等要医療・要精密者基準値該当者	集団健診結果報告会	1.対象者台帳の作成 2.報告会の1~2週間前に案内送付 3.結果報告会の実施 ・要精密検査該当者：紹介状の発行、受診勧奨、生活指導 ・特定保健指導対象者：初回面談の実施	町保健師 管理栄養士	通年(集団健診後随時)	対象者自宅または役場庁舎	・要精密検査受診率= 受診者数/対象者数*100 【参考】 ・結果報告会参加率= 参加者数/対象者数*100 ・報告会以外での面接率= 報告会以外での面接者数/ 対象者数*100 ・電話勧奨での対応率= 電話勧奨での対応者数/ 対象者数*100
				個別健診受診者への紹介状の発行	※「四万十町特定健診等要医療・要精密者基準値」の内容の見直しも実施 ※指導内容の記録様式の統一(保健指導用・要精密者用) 1.個別健診受診者の把握 2.対象者台帳の作成 3.紹介状の発行、受診勧奨の文書、生活指導パンフレットを郵送		役場庁舎		
				要医療・要精密未受診者への受診勧奨	1.要精密検査対象者台帳の作成 2.紹介状返信をもとに受診結果を入力 3.紹介状発行後、3か月末未受診者に対して、受診勧奨のハガキを送付 4.ハガキ送付後、1か月後未受診者に対して、個別対応(電話・訪問等)		対象者自宅または役場庁舎		
				糖尿病(血管病)重症化予防対策抽出ツールによる未治療者ご治癒中患者	1.糖尿病(血管病)重症化予防対策抽出ツールによる未治療者ご治癒中患者を抽出 2.対象者への対応(訪問等個別対応)		2回/年	対象者自宅または役場庁舎	・未治療者の受診率= 受診者数/対象者数*100 ・治療中断者の受診率= 受診者数/対象者数*100

事業名	事業区分	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病対策	国保健康指導事業		特定保健指導実施率の向上	<p>【集団(健診)】 特定保健指導対象者(70歳以上を除く)</p> <p>【個別(健診)】 特定保健指導対象者(70歳以上を除く)で、保健指導利用意向ありの者</p>	<p>特定保健指導</p> <p>1.対象者台帳の作成 2.結果報告会1～2週間前に案内送付 3.結果報告会にて初回面談(欠席の場合は来所・訪問で対応) 4.特定保健指導の実施(3か月～) ・動機づけ 支援回数2回(初回+最終) ・積極的 支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)</p> <p>1.対象者台帳の作成(動機づけ・積極的支援の保健指導希望ありの人) 2.訪問にて初回面談 ・特定保健指導の実施(3か月～) ・動機づけ 支援回数2回(初回+最終) ・積極的 支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)</p>	<p>1.対象者台帳の作成 2.結果報告会1～2週間前に案内送付 3.結果報告会にて初回面談(欠席の場合は来所・訪問で対応) 4.特定保健指導の実施(3か月～) ・動機づけ 支援回数2回(初回+最終) ・積極的 支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)</p>	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自宅	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率 ・特定保健指導利用者数 ・特定保健指導終了者数(法定報告より)
	健康増進事業	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、自身の生活習慣を振り返り、継続した健康管理を行う。	生活習慣の改善	健康相談	四万十町民	健康相談	健康等に対する相談を随時対応。	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自宅または役場庁舎、健康相談実施場所
30代の健康管理対策	国保健康指導事業		1.受診者数:50名 2.継続受診者の増加	<p>・四万十町民 ・事業所等</p> <p>四万十町民</p>	<p>健康教育</p> <p>健康ステージン</p>	<p>1.健康教育を希望する事業所からの依頼 2.実施内容の協議(ニーズの把握) 3.健康教育の実施(各健診会場やあらゆる場面)</p> <p>健康ステージン開設に向けた準備を行う。 1.事業開始に向けた検討会の実施 2.CA TVを活用し、健康ウォーキングの啓発。</p>	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自宅または役場庁舎	<ul style="list-style-type: none"> ・実施回数 ・実施内容 ・実施人数
	国保健康指導事業	30代から自分の健康状態に関心をもち、受診行動が取れる。 ・健診結果をもとに生活習慣病に役立てる。	1.受診者数:50名 2.継続受診者の増加	30代国保被保険者(50名限定)	人間ドック費用助成	<p>・四万十町国保被保険者で年度年齢30代の方に対して、1日人間ドックの案内文書を送付 ・申込時に、町が契約を結んでいる健診機関を選んでもらい、年度末までに受診してもらう。 ・健診の結果、保健指導を希望する方に対して、町保健師による保健指導を実施する。 ・精密検査対象者へ紹介状を発行する。</p>	町保健師 管理栄養士	案内通知(6月頃) 健診期間(年度末まで)	各健診医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・申込者 ・申込者の健診受診率 ・継続受診者数

H30年度 事業評価計画

特定健診未受診者対策（電話・郵便による受診勧奨）

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	特定健診未受診者のうち、何割が受診につなげたか。	特定健診対象者のうち、 →未受診者 →受診勧奨対象者 →受診勧奨実施者 →受診者の割合	受診割合 25% A. 受診勧奨実施者のうち ①本人または家族と通話できた人の割合:70% ②受診の意思が確認できた人の割合:30% B.Aが実施できなかった方全員に実施	受診者数/受診勧奨者数により受診率を集計 受診者の集計方法 連合添付ツール(法定報告実績による被保険者総年集計加工ツール)にて集計	H31.10	事業担当 事業担当	特定健診受診率 37.25% 電話支援 26.7%(166人/621人) かかりつけ医相談依頼 10.2%(55人/538人) 電話支援・かかりつけ医への相談依頼によって、221人が受診に至っている。 ※ 支那別受診率はH31.3.8現在	
アウトプット	未受診者のうち何割に受診勧奨ができたか。 A.電話番号を把握している人のうち、①本人または家族と通話できた人、②受診の意思が確認できた人、 B.電話番号を把握していない人は郵便による受診勧奨を行い、そのうち受診につなげた人の割合			受診勧奨対象者を分母としたときの下記の割合 ①本人または家族と通話できた人 ②受診の意思が確認できた人 ③通話不可であった場合、不在と不通の割合 郵便による勧奨については、受診勧奨対象者のうち、受診した人の割合	H31.5	事業担当	電話支援は、より正確な電話番号を取得し、新規受診者の電話番号も登録する。また、休日・夜間など在宅している時間帯に電話支援を行う。 郵便による勧奨については、全未受診者へ受診勧奨できるよう、事業所と協議し、対象者の抽出や送付を行う。 A ①通話率 63.5%(621人/979人) ②受診意思あり 42.1%(209人/496人) ③不在 26.9%(283人/979人) 不通 6.6%(65人/979人) 通話率は目標達成に至らなかったが、受診の意思確認は目標を上回る42.1%に確認することができた。 B ハガキ 13.8%(314人/2,275人) 再勧奨ハガキ2.5%(35人/1,389人) 受診勧奨対象者への通知することができた。ほか各通知により349人が受診に至っているが、勧奨による受診率は10%前後となっている。 ※ 支那別受診率はH31.3.8現在	
プロセス	①実施時期 ②①の時期は適切であったか ③実施方法	①各地区中心部での集団健診実施前～2月末 ②前年度同月との受診率の比較 ③実施マニュアルの適切性	①8月～2月 ②受診率の増 ③個々の状況に合わせたきめ細やかな対応	①委託業者からの実施結果報告書により確認 ②連合会の月別報告により確認 ③委託マニュアルの内容は適切で、事業者の説明はわかりやすかったか。前年の反省点は改善できているか。	H31.6	事業担当	マニュアルについては、事業者とともに内容を検討し、適宜修正を行う。 ハガキ送付は、より効果的なタイミング・方法で実施するため、前年度の集計を参考に、未受診者を医療機関に委託し、前年受診者3年連続未受診者等にグループ分けし、各グループに応じた受診勧奨を実施する。 ① H30.5～H31.2に実施。 ② 36.95% → 37.25% 目標通り受診勧奨できた。 ③ 事業者は報告書とともに実績報告を行い、実績に基づき次年度の計画を協議することができた。	
ストラクチャー	①予算の確保 ②専門業者への委託	委託したい業務がすべて網羅できているか 契約内容の履行状況	委託したい業務のすべて 計画どおりの進捗	契約内容 委託業者との密な連絡と報告書による実施時期の確認	H31.6	担当課長 事業担当	来年度以降も予算の確保を行う。業務内容は専門業者へ委託し、密に連絡を取り合い、受診率向上に向けた取り組みを実施する。 委託内容は確認できていた。業者による報告はH31.6.21に実施し、実施結果を基にH31年度の事業内容の検討を行った。	

個別保健事業名（要精密者への医療機関受診勧奨）							
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	
アウトカム	① 受診する 医療機関受診率 ① 集団受診 (要精密者/要精密検査対象者) それぞれのリスクに関係する疾患の有無を確認 ハガキ送付後の受診率 (送付した内の受診者/ハガキ送付者) ② 治療開始 治療開始率 (要経過観察(Hp)が要治療+他院紹介/保健指導実施者)	医療機関受診率 ① 集団受診 (要精密者/要精密検査対象者) それぞれのリスクに関係する疾患の有無を確認 ハガキ送付後の受診率 (送付した内の受診者/ハガキ送付者)	受診率 55%	医療機関からの精検結果 通知書の確認	年度末	事業担当者	
		② 治療開始 治療開始率 (要経過観察(Hp)が要治療+他院紹介/保健指導実施者)	受診率 20%				
アウトプリント	① 集団受診受診者へ結果報告会にて面談を実施する ② 個別健診受診者へ精検依頼書を送付する ③ 医療機関未受診者へ、受診勧奨ハガキを送付する。 ④ 案内送付後、返信のない者へ受診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 対象者の選定を行う。 ⑥ 初回面談の内容 ⑦ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ⑧ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑨ 精検結果の把握 ⑩ 対象者選定システム ⑪ 事業実施人員 ⑫ 予算の確保	① 集団受診受診者へ結果報告会にて面談を実施する ② 個別健診受診者へ精検依頼書を送付する ③ 医療機関未受診者へ、受診勧奨ハガキを送付する。 ④ 案内送付後、返信のない者へ受診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 対象者の選定を行う。 ⑥ 初回面談の内容 ⑦ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ⑧ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑨ 精検結果の把握	実施率 80%	対応記録、台帳から確認	年度末	事業担当者	
		② 個別健診受診者へ精検依頼書を送付する ③ 医療機関未受診者へ、受診勧奨ハガキを送付する。 ④ 案内送付後、返信のない者へ受診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 対象者の選定を行う。 ⑥ 初回面談の内容 ⑦ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ⑧ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑨ 精検結果の把握	送付率 100%				
		③ 医療機関未受診者へ、受診勧奨ハガキを送付する。 ④ 案内送付後、返信のない者へ受診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 対象者の選定を行う。 ⑥ 初回面談の内容 ⑦ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ⑧ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑨ 精検結果の把握	案内送付率 100%				
		④ 案内送付後、返信のない者へ受診勧奨を行う。(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 対象者の選定を行う。 ⑥ 初回面談の内容 ⑦ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ⑧ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑨ 精検結果の把握	実施率 20%				
プロセス	① 対象者の選定を行う。 ② 初回面談の内容 ③ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ④ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握 ⑥ 対象者選定システム ⑦ 事業実施人員 ⑧ 予算の確保	① 対象者の選定を行う。 ② 初回面談の内容 ③ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ④ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握		年度末の担当者表で協議	年度末	事業担当者	
		② 初回面談の内容 ③ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ④ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握					
		③ 未受診へ受診勧奨ハガキの送付 ④ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握					
		④ ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握					
		⑤ 精検結果の把握 ⑥ 対象者選定システム ⑦ 事業実施人員 ⑧ 予算の確保					
スタッフ	① 対象者選定システム ② 事業実施人員 ③ 予算の確保	① 対象者選定システム ② 事業実施人員 ③ 予算の確保		対象者の選定は誤りなくできたか 人員の不足がなかったか 必要な物品を購入できたか	年度末	事業担当者	
		② 事業実施人員 ③ 予算の確保					

今後の対策	評価結果
ハガキによる効果を検討するとともに、未受診者への保健指導により把握した未受診理由を元に、今後の対策を協議する。	① 63.3% (67人/90人) ② 42.1% (10人/38人) 計: 57.0% (73人/128人)
結果報告会での面談を継続し、欠席者には訪問や電話での面談を試みる。	27.3% (9人/33人)
継続して実施する。	87.7% (64人/73人)
昨年年度に比べ、送付率が低下している。ハガキ送付せず、電話対応したケースもあるため、業務方法の見直しを行う。未受診者すべてに受診勧奨できるように、月1回の台帳確認を行う。	77.7% (70人/90人)
昨年年度に比べ、やや改善がみられているが、まだ十分に実施できていない。対応方法や体制について検討を行う。	100% (38人/38人)
国保診療所医師との協議および国の基準等を参考に、適宜基準の見直しを行う。	36.0% (27人/75人)
初回面談(精検依頼書送付)後、約3か月を目途に未受診者へ受診勧奨の送付を行った。	25.0% (2人/8人)
初回面談(精検依頼書送付)後、約3か月を目途に未受診者へ受診勧奨の送付を行った。	
生活習慣の変化や受診理由について聞き取りを行い、受診勧奨や生活指導を行った。	
精検検査対象者は台帳を作成し、集計している。結果通知書の内容は適切であった。	
対象者の選定は誤りなくできた。	
人員が不足する場合は、本庁・支所で応援能力をどう活用するかを協議した。また、嘱託管理栄養士が業務の補助を行った。	
ハガキ送付後の受診勧奨(血圧要精密検査対象者のみ) ⑤ 精検結果の把握	

令和元年度 保健事業計画										
事業名	事業区分	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
未受診者対策	国保保健指導事業	自分の健康状態に関心をもち、受診行動がとれる。	特定健診受診率 40%	特定健診未受診者	電話による受診勧奨	平成27年度の受診意向調査を把握した方と、すでに町で電話番号を把握している方について、委託業者の専門職(保健師・管理栄養士)により、一人ひとりの状況に応じた電話受診勧奨を実施。受診勧奨だけでなく、場合によっては、健康相談にも応じる。	委託業者	通年(集団健診前)	—	・受診勧奨実施率 ・特定健診受診率
	国保保健指導事業			レポートにより通院中の生活習慣病等で通院中の健診未受診者	かかりつけ医への相談依頼	・レポートにより生活習慣病等で通院中の方に対し、本人と医師あての文書を送付。本人あてでは、通院時に医師あての手紙を手渡してもらう依頼する。医師あての手紙には、医学的判断を踏まえたうえで、健診受診を勧めていただくよう呼びかける。	委託業者	未定	—	
	国保保健指導事業			特定健診未受診者(個別健診申込者は除く)	郵便による受診勧奨	・対象者のグループの特性に合わせた通知を作成し、グループの特性に合わせた時期に送付。通知物はナッジ理論を活用し、わかりやすく対象者の行動変容を促す内容とした。	委託業者 町国保担当	通年(集団健診前) ひろい健診前	—	
	健康づくり団体連携促進事業			全住民	戸別訪問による受診勧奨	・各地区の集団健診前に健康づくり団体による受診勧奨を実施する。 ・戸別訪問により健診日程表、啓発チラシ等を声かけとともに配布する。	健康づくり婦人会 食生活改善推進協議会	各地区集団健診前	対象者自宅	
	国保保健指導事業			国保被保険者	休日健診	各地区集団健診終了後、それぞれ窪川2回、大正1回、十和1回の休日に健診を実施。	国保	窪川(12月2月) 大正・十和(10月)	役場庁舎等	
生活習慣病対策	健康増進事業	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、健診結果から自身の健康状態を正しく把握し、必要な医療を受ける。	精密検査受診率 55%	「四万十町特定健診等要医療・要精密者基準値」該当者	集団健診結果報告会	1.対象者台帳の作成 2.報告会の1～2週間前に案内送付 3.結果報告会の実施 ・要精密検査該当者：紹介状の発行、受診勧奨、生活指導 ・特定保健指導対象者：初回面談の実施	町保健師 管理栄養士	通年(集団健診受診後随時)	対象者自宅または役場庁舎	・要精密検査受診率＝ 受診者数/対象者数*100 【参考】 ・結果報告会参加率＝ 参加者数/対象者数*100 ・報告会以外での面接率＝ 報告会以外での面接者数/ 対象者数*100 ・電話郵送での対応率＝ 電話郵送での対応者数/ 対象者数*100
					個別健診受診者への紹介状の発行	1.個別健診受診者の把握 2.対象者台帳の作成 3.紹介状の発行、受診勧奨の文書、生活指導用プレットを郵送		役場庁舎	通年(月に1回把握)	役場庁舎
					要医療・要精密未受診者への受診勧奨	1.要精密検査対象者台帳の作成 2.紹介状返信をもとに受診結果を入力 3.紹介状発行後、3か月未受診者に対して、受診勧奨のハガキを送付 4.ハガキ送付後、1か月後未受診者に対して、個別対応(電話、訪問等)		対象者自宅または役場庁舎	通年(集団健診受診後随時)	対象者自宅または役場庁舎
					糖尿病(血管病)重症化予防対策抽出ツールによる未治療者と治療中断者	1.糖尿病(血管病)重症化予防対策抽出ツールによる未治療者と治療中断者を抽出 2.対象者への対応(訪問等個別対応)		対象者自宅または役場庁舎	2回/年	対象者自宅または役場庁舎

国保保健指導 事業	特定保健指導実施 率の向上	特定保健指導対象者 (70歳以上を除く)	特定保健指導 特定保健指導	1.対象者台帳の作成 2.結果報告会1～2週間前に案内送付 3.結果報告会にて初回面談(欠席の場合は来所・訪問で対応) 4.特定保健指導の実施(3か月～) ・動機づけ 支援回数2回(初回+最終) ・積極的 支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)	町保健師 管理栄養士	通年	対象者自 宅 または役場 庁舎	・特定保健指導実施率 ・特定保健指導利用者数 ・特定保健指導終了者数 (法定報告より)
	生活習慣病等の発症 や重症化予防のため、 自身の生活習慣を振り返り、継続した健康管 理を行う。	(個別健診) 特定保健指導対象者 (70歳以上を除く)、 保健指導利用意向あ りの者	特定保健指導 特定保健指導	1.対象者台帳の作成(動機づけ・積極的支援の保健指導希望ありの 人) 2.訪問にて初回面談 ・特定保健指導の実施(3か月～) ・動機づけ 支援回数2回(初回+最終) ・積極的 支援回数5回(初回+Tel+中間+Tel+最終)	委託事業所 (アクトワン) 町保健師 管理栄養士	通年	対象事業 所または役 場庁舎等	・事業参加の効果(体重、腹囲、 筋肉量、体脂肪率等) ・参加者数
生活習慣病対策	生活習慣の改善	しまんと健康ステーション 利用者 特定保健指導対象者	健康チャレンジ90	1.チラシの配布や結果報告会等で広報し、希望者募集 2.参加希望者は身体活動量計の貸し出しを行い、インボディ測定と保 健指導は民間事業所(アクトワン)に委託 3.3～4か月間、毎月、身体活動量計のデータの取り込みとインボディ測 定、保健指導の実施 ※特定保健指導対象者には必要に応じて保健師(管理栄養士)が同 席 3人1組で3か月間活動量計をつけて、ウォーキングを行う取り組み。 1.活動量計の貸し出しを行う。 2.各月ごとに歩数を抽出、3か月の3人の総合得点で順位を決定。 3.最終結果の上位3チームを表彰する。	町	10月～1月	チーム数	
	30代からの自分の健康 状態に関心をもち、変 化行動が取れる。 ・健診結果をもとに生活 習慣病に役立てる。	しまんと健康ステーション 利用者(町内事業 者)	しまんと健康ステー ション	1.健康ウォーキング(活動量計の貸出、データの出力) 2.健康ウォーキングに関する講演会の開催 3.健康ウォーキングの普及啓発と参加者のモチベーションの維持を目 的として、健康教室を開催 4.健康ハズポスターの配布 5.健康ステーションの普及啓発(CATV、CM撮影、のぼり、ポスターの作 成)	町	通年	役場内 ホール及び アクトワン	・活動量計貸し出し数 ・健康教室・講演会の実施回 数、参加者数 ・健康ハズポスターの配布数 ・普及啓発グッズ作成数
30代 の健康 管理 対策	1.受診者数:50名 2.継続受診者の増加 3.保健指導利用率: 55%	30代国保被保険者 (50名限定)	人間ドック費用助成	・四万十町国保被保険者で年度年齢30代の方に対して、1日人間ドッ クの案内文書を送付 ・申込時に、町が契約を結んでいる健診機関を選んでもらい、年度末ま でに受診してもらう。 ・健診の結果、保健指導が必要な方に対しては、町保健師による保健指 導を実施する。 ・精密検査対象者へ紹介状を発行する。	町国保担当	案内通知(6月頃) 健診期間(年度末 まで)	各健診医 療機関	・申込者 ・申込者の健診受診率 ・保健指導実施率 ・継続受診者数

令和元年度事業評価計画		個別保健事業名 特定健診未受診者対策（電話・郵便による受診勧奨）					
評価の枠組み	評価項目	評価指標	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	特定健診未受診者のうち、何割が受診につながったか。	特定健診対象者のうち、何割が受診につながったか。	受診割合 25%	R2.10	事業担当	特定健診受診率38.43% (R2.6月時点)	受診勧奨による受診割合は、電話・通知と目標値に開いていない。受診勧奨方法や委託先を検討し、より効果のある受診勧奨方法について検討していく。
	→受診勧奨対象者 →受診勧奨実施者 →受診者	→受診勧奨対象者 →受診勧奨実施者 →受診者	受診者数の集計方法 連合会記憶ツール(法定報告実績による被保険者経年集計加工ツール)にて集計			12.1% 通知勧奨 (333人/2,742人) 電話勧奨 17.5% (115人/656人) かかりつけ医相談依頼 9.9% (20人/202人) ※通知勧奨を含む。 電話支援・通知勧奨によって、448人が受診に至っているが、目標値には達していない。	
ア ウ ト ア ン ト	未受診者のうち何割に受診勧奨できたか。	A.電話番号を把握している人のうち、①本人または家族と通話できた人、②受診の意思が確認できた人、とその割合 B.グループの特性に合わせた受診勧奨を行い、そのうち受診につながった人の割合 ・A.連絡未受診者 ・B.隔年受診者 ・C.レセプトにより生活習慣病で通院している者 ・D.毎年個別健診で受診し、前年の受診月を過ぎても未受診の者 ・E.職後の集団健診前の未受診者 ・F.受診期限前の未受診者	A.受診勧奨対象者を分母としたときの下記の割合 ①本人または家族と通話できた人 ②受診の意思が確認できた人 ③通話不可であった場合、不在と不通の割合 B.郵便による勧奨については、受診勧奨対象者のうち、受診した人の割合	R2.5	事業担当	A ①72.2% (656人/908件) ②30.1% (148人/492人) ③不在22.5% (204件/908人) 不通5.9% (48人/908人) 通車率及び受診の意思確認者とも目標値を達成することができた。 B 全体受診率12.1% (333人/2,742人) A4.4% (67人/1,506人) B36.0% (163人/453人) C34.2% (271人/791人) D6.4% (144人/2,248人) E1.1% (23人/2,033人) Fグループ別では、隔年受診者のBが最も受診につながった。	電話支援は、より正確な電話番号を取得し、新規受診者の電話番号も登録する。また、休日・夜間などに在室している時間帯に電話支援を行う。 郵便による勧奨については、全未受診者へ受診勧奨できるよう、事業所と協議し、対象者の抽出や送付を行う。
	①実施時期 ②①の時期は適切であったか ③実施方法	①各地区中心部での集団健診実施前～2月末 ②前年度同月との受診率の比較 ③実施マニュアルの適切性	①8月～2月 ②受診率の増 ③個々の状況に合わせてきめ細やかな対応	①委託業者からの実施結果報告書により確認 ②連合会の月別報告により確認		R2.6	事業担当
スト ラ ク チ ャ ー	①予算の確保 ②専門業者への委託	委託したい業務がすべて網羅できているか 契約内容の履行状況	契約内容 委託業者との密な連絡と報告書による実施時期の確認	R2.6	担当部長 事業担当	委託内容は網羅できていた。業者による報告はR2.3月に実施し、実施結果を基にR2年度の事業内容の検討を行った。	

令和元年度事業評価計画		要精密者への医療機関受診勧奨						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	①受診する	医療機関受診率 ①集団健診 ②個別健診 (受診者/要精密検査対象者) それぞれのリスクに関係する疾患の有無を 確認	受診率55% (昨年度57.0%)	医療機関からの精検結果通知書の 確認	事業担当者	①50.0% (60人/120人) ②46.8% (15人/32人) 計49.3% (75人/152人)	ハガキによる効果を検討するとともに、未受診者 への保健指導により把握した未受診理由をもと に、今後の対策を協議する。	
	②治療開始	ハガキ送付後の受診率 (送付した内の受診者/ハガキ送付者) 治療開始率 (要経過観察(Hp)・要治療/保健指導実施 者)	受診率20%	—	事業担当者	16.9% (8人/49人) 72.0% (69人/75人)	結果報告会での面談を継続して行い、欠席者に は訪問や電話などで面談を試みる。 継続して実施する。	
アウトプット	①集団健診受診者へ結果報告会にて面談を 実施する	面談実施率 (実施者/要精密検査対象者・集団)	実施率90%	—	事業担当者	76.6% (105人/137人)	結果報告会にて受診勧奨/ハガキが送付できるように 月1回の台帳確認を行っている。	
	②個別健診受診者へ精検依頼書を送付する	送付率 (送付者/要精密検査対象者・個別)	送付率 100%	対応記録・台帳から確認	事業担当者	100% (15人/15人)	対象者全てに受診勧奨/ハガキが送付できるように 月1回の台帳確認を行っている。	
プロセス	③医療機関未受診者へ、受診勧奨はかきを送 付する。	案内送付率 (送付者/要精密検査未受診者)	案内送付率100%	—	事業担当者	100% (49人/49人)	目標値には大幅に届いていないため、台帳管理を確 実にし、地区担当が確実に経過を追うようにする。	
	④案内送付後、返信のない者へ電話で受診勧 奨を行う。	個別指導実施率 (実施者/個別指導対象者)	実施率20%	—	事業担当者	12.2% (6人/49人)	国保診療所医師との協議及び国の基準等を参考 に適宜基準値の見直しを行っている。	
ストロークチャート	①対象者の選定を行う。	対象者の選定基準が適切であったか。	—	—	事業担当者	—	選定基準は適切であった。	
	②初回面談の内容	教材・資料等が適切であったか。	—	—	事業担当者	—	初回面談では食事・運動などの生活習慣の聞き 取りを行い、生活習慣改善にむけた指導や受診 勧奨を行った。	
	③未受診者へ受診勧奨ハガキの送付	通知案内の内容・時期が適切であったか	—	—	事業担当者	—	初回面談(精検依頼書送付)後、約3か月を目途 に未受診者へ受診勧奨の送付を行った。	
	④ハガキ送付後の受診勧奨	受診勧奨の内容が適切であったか	—	—	事業担当者	—	生活習慣の変化や未受診理由について聞き取 りを行い、受診勧奨や生活指導を行った。	
	⑤精検結果の把握	精密検査の集計方法・結果通知書の様式 が適切であったか。	—	—	事業担当者	—	精密検査対象者は台帳を作成し、集計してい る。結果通知書の内容は適切であった。	
①対象者選定手順	操作手順がわかりやすいか	—	—	事業担当者	—	対象者の選定は限りなくできた。		
②事業実施人員	専門職の不足がないか	—	—	事業担当者	—	人員が不足する場合は、本庁・支所で応援体制 をとって実施した。また、嘱託管理栄養士が業務 の補助を行った。		
③予算の確保	保健指導に必要な物品が購入できたか	—	—	事業担当者	—	ハンフレットやフードモデルを購入し、対象者に合 わせて物品を活用した。		

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、減少傾向である。しかし一人当たりの入院費については増加傾向にあり、伸び率で見ると、策定時の平成 29 年度から 5 %も増加し、医療費適正化への取組効果が得られていない。(表 1)

疾病別医療費分析では、標準化医療費で見ると、男性は、入院において脳出血、脳梗塞、筋・骨格に医療費が増加傾向にあり、初年度と比べると、糖尿病、高血圧症、慢性腎不全（透析あり）が増加している。外来においてはがんが増加し、初年度と比べると、脳梗塞とがんが増加している。

一方女性は、入院において、がん、筋・骨格、精神に医療費がかかっており、初年度と比べると、動脈硬化症、脳梗塞、慢性腎不全（透析あり）が増加している。外来では、がん、筋・骨格が増加傾向にあり、初年度と比べると、糖尿病、脳出血が増加傾向にある。(図 2)

表 1

表14) 医療費の変化
医療費分析の経年比較

(1) 総医療費

項目	総医療費【円】								
	全体			入院			入院外		
	件数	費用額	増減	件数	費用額	増減	件数	費用額	増減
平成28年度	43,155	1,814,847,770		1,649	866,181,530		44,804	948,666,240	
平成29年度	41,172	1,860,157,870	45,310,100	1,583	879,509,910	13,328,380	42,755	980,647,960	31,981,720
平成30年度	40,110	1,801,475,650	-58,682,220	1,630	920,751,580	41,241,670	41,740	880,724,070	-99,923,890
令和01年度	38,366	1,758,987,180	-42,488,470	1,556	883,931,500	-36,820,080	39,922	875,055,680	-5,668,390
令和02年度									
令和03年度									

KDB帳票No.1 令和2年6月30日抽出

表14) 医療費の変化

(2) 1人あたり医療費

KDB帳票No.1 令和2年6月5日抽出

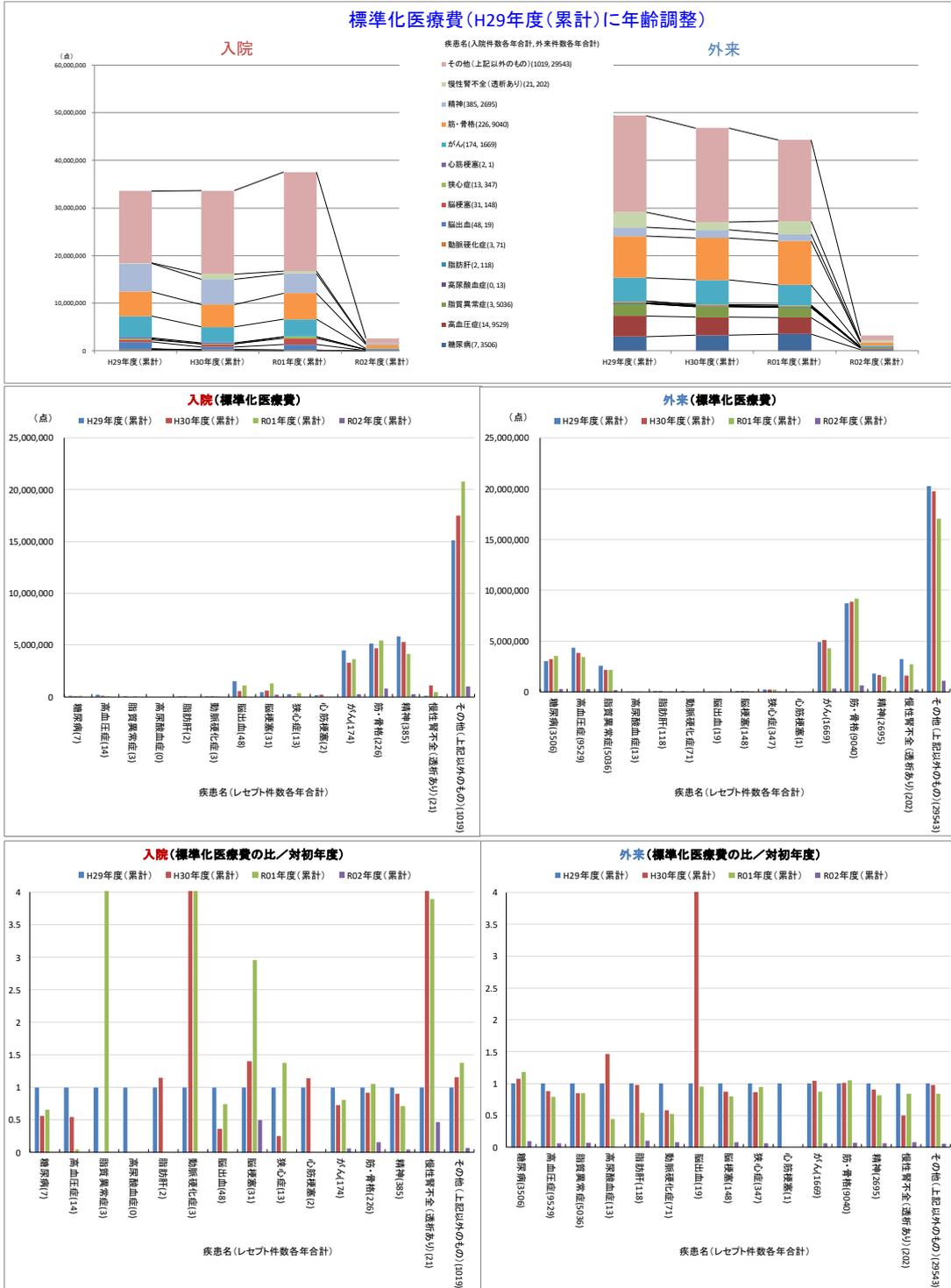
項目		1人あたり医療費【円】※			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H28年度	保険者【地区】	31,660	13,650	18,010			
	同規模	27,830	12,000	15,820			
	高知県	29,280	13,400	15,880			
	国	25,280	10,170	15,110			
H29年度	保険者【地区】	31,050	13,050	18,000	-2%	-4%	-0%
	同規模	28,730	12,490	16,230	3%	4%	3%
	高知県	30,370	14,050	16,310	4%	5%	3%
	国	26,150	10,580	15,560	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	32,090	13,910	18,180	3%	7%	1%
	同規模	29,300	13,020	16,280	2%	4%	0%
	高知県	30,840	14,550	16,280	2%	4%	-0%
	国	26,500	10,890	15,600	1%	3%	0%
R01年度	保険者【地区】	32,030	14,000	18,030	-0%	1%	-1%
	同規模	30,270	13,390	16,870	3%	3%	4%
	高知県	31,500	14,700	16,790	2%	1%	3%
	国	27,410	11,240	16,160	3%	3%	4%
R02年度	保険者【地区】						
	同規模						
	高知県						
	国						
R03年度	保険者【地区】						
	同規模						
	高知県						
	国						

※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

疾病別医療費分析(生活習慣病)

四万十町 H29年度(累計)~R02年度(累計) 女性 0~74歳

2020年6月30日



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

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が多く、平成28年度から新規患者数は毎年25名程度発生している。人工透析については、合計金額は減少傾向であるが、患者数は横ばいである。(表3)

また基礎疾患としては、新規患者数は、糖尿病と高尿酸血症は横ばいで同規模と比べても同程度あるが、高血圧と脂質異常症は増加傾向にあり、同規模と比べても多い。(表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		心筋梗塞				狭心症			
	新規患者数※1	増減	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	3		8.8		0		142.8		3,333,920	
H29年度	15	12.0	11	2.2	5,407,570		139.9	-2.9	15,293,790	358.7%
H30年度	16	1.0	10.8	-0.2	6,596,980	22.0%	128.1	-11.8	14,999,870	-1.9%
R1年度	9	-7.0	7.4	-3.4	2,818,850	-57.3%	118.2	-9.9	6,975,610	-53.5%
R2年度										

	脳血管疾患		脳梗塞				脳出血							
	新規患者数※1	増減	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	24		16		120.7		30,877,190		8		21,000		33,815,580	
H29年度	25	1.0	17	1.0	111.5	-9.2	35,769,890	15.8%	8	0.0	19,800	-1.2	30,700,730	-9.2%
H30年度	21	-4.0	16	-1.0	97.1	-14.4	18,669,960	-47.8%	5	-3.0	20,700	0.9	18,331,400	-40.3%
R1年度	26	5.0	21	5.0	95.2	-1.9	40,555,350	117.2%	5	0.0	19,900	-0.8	27,669,150	50.9%
R2年度														

※1: 新規患者は費用額30万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番号をカウントする

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	253	24人	4人	14人	118,925,770円
H29年度	215	19人	2人	11人	91,833,530円
H30年度	154	16人	4人	7人	79,461,840円
R1年度	181	21人	5人	11人	79,474,260円
R2年度					

表4

【基礎疾患】

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

KDB帳票No40 令和2年6月30日抽出

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)						
				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	562			70.19	87.15	1,363			81.29	88.23	945			62.49	73.29	326			22.92	17.85
平成29年	564	3	1%	69.01	90.92	1,311	-52	-4%	88.09	91.77	925	-20	-2%	68.82	74.98	314	-13	-4%	23.75	19.05
平成30年	551	-13	-2%	66.89	93.24	1,251	-59	-5%	91.85	92.76	884	-40	-4%	60.26	78.04	305	-9	-3%	27.50	19.48
令和01年	527	-24	-4%	70.40	94.28	1,210	-42	-3%	100.57	96.16	846	-38	-4%	78.25	79.61	288	-17	-6%	22.73	20.13
令和02年																				
令和03年																				

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

【健診情報】

経年的に特徴的変化のある項目について記載する。

有所見では、男性は HbA1c と尿酸、LDL コレステロールにおいて 40-64 歳が増加している。血圧は、65-74 歳において、収縮期は横ばい、拡張期は減少しているが、40-64 歳は収縮期・拡張期ともに増加している。

女性は、BMI、腹囲、LDL コレステロールが全体的に増加傾向である。HbA1c は 40-64 歳は減少傾向にあるが、65-74 歳は増加しており 7 割が該当している。また収縮期血圧は、40-64 歳は横ばいであるが、65-74 歳は増加している。(表 5)

男性はメタボ予備軍が増加傾向にある。リスク別にみると、男性の予備軍は「血糖」「脂質」が増加傾向、該当者は「血糖+血圧」「血圧+脂質」が増加傾向にある。

女性はメタボ予備軍が減少しており、リスク別にみても横ばいか減少傾向にある。一方で、該当者は増加傾向にあり、リスク別にみると「血糖+脂質」「3 項目全て」が増加している。(表 6)

男女ともに HbA1C は横ばいである。また、収縮期血圧、拡張期血圧、腹囲は横ばいだが、国を下回っている。

男性は、尿酸・LDL コレステロールは増加傾向にあるが、その他の項目は横ばい状態である。BMI・HDL コレステロール・LDL コレステロールは国を下回っている。

女性は、尿酸のみ増加傾向にあり、その他の項目は横ばいか減少傾向にあり、ALT は国を下回っている。(図 7・8)

飲酒・間食は、時々は減少傾向にあるが、毎日増加傾向にある。20 歳時の体重から 10 kg 体重が増加している人は年々増えてきている。(表 9)

特定健診受診率の経年比較では男女ともに受診率は横ばいであるが、男女とも 40～45 歳の若年層は低下している。(表 10)

特定保健指導の積極的支援・動機付け支援は利用率、終了率ともに低下している。(表 12)

【有所見】

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

KDB帳票No23 令和2年6月30日抽出

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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(%)
H28	合計	180	25.3	303	42.6	196	27.5	139	19.5	60	8.4	0	0.0	447	62.8	108	15.2	329	46.2	157	22.1	281	39.5	11	1.5
	40-64	60	24.4	94	38.2	80	32.5	62	25.2	23	9.3	0	0.0	132	53.7	37	15.0	97	39.4	63	25.6	102	41.5	0	0.0
	65-74	120	25.8	209	44.8	116	24.9	77	16.5	37	7.9	0	0.0	315	67.6	71	15.2	232	49.8	94	20.2	179	38.4	11	2.4
H29	合計	173	25.6	296	43.9	178	26.4	138	20.4	58	8.6	0	0.0	423	62.7	116	17.2	299	44.3	153	22.7	264	39.1	13	1.9
	40-64	58	25.4	88	38.6	78	34.2	48	21.1	22	9.6	0	0.0	123	53.9	42	18.4	96	42.1	68	29.8	87	38.2	3	1.3
	65-74	115	25.7	208	46.5	100	22.4	90	20.1	36	8.1	0	0.0	300	67.1	74	16.6	203	45.4	85	19.0	177	39.6	10	2.2
H30	合計	172	26.0	320	48.4	189	28.6	153	23.1	45	6.8	0	0.0	375	56.7	106	16.0	303	45.8	137	20.7	287	43.4	15	2.3
	40-64	59	28.5	98	47.3	73	35.3	59	28.5	15	7.2	0	0.0	100	48.3	36	17.4	84	40.6	58	28.0	88	42.5	2	1.0
	65-74	113	24.9	222	48.9	116	25.6	94	20.7	30	6.6	0	0.0	275	60.6	70	15.4	219	48.2	79	17.4	199	43.8	13	2.9
R01	合計	179	26.9	293	44.0	167	25.1	130	19.5	44	6.6	0	0.0	414	62.2	126	18.9	304	45.6	137	20.6	296	44.4	15	2.3
	40-64	48	26.1	78	42.4	63	34.2	49	26.6	13	7.1	0	0.0	105	57.1	51	27.7	84	45.7	54	29.3	86	46.7	1	0.5
	65-74	131	27.2	215	44.6	104	21.6	81	16.8	31	6.4	0	0.0	309	64.1	75	15.6	220	45.6	83	17.2	210	43.6	14	2.9
R02	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R03	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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(%)
H28	合計	145	18.0	112	13.9	138	17.2	62	7.7	18	2.2	0	0.0	533	66.3	13	1.6	324	40.3	112	13.9	449	55.8	4	0.5
	40-64	48	18.2	27	10.2	41	15.5	22	8.3	3	1.1	0	0.0	153	58.0	0	0.0	85	32.2	47	17.8	146	55.3	0	0.0
	65-74	97	18.0	85	15.7	97	18.0	40	7.4	15	2.8	0	0.0	380	70.4	13	2.4	239	44.3	65	12.0	303	56.1	4	0.7
H29	合計	155	19.7	112	14.3	125	15.9	60	7.6	15	1.9	0	0.0	521	66.4	12	1.5	312	39.7	97	12.4	428	54.5	1	0.1
	40-64	52	21.0	22	8.9	38	15.3	21	8.5	4	1.6	0	0.0	139	56.0	3	1.2	76	30.6	33	13.3	136	54.8	0	0.0
	65-74	103	19.2	90	16.8	87	16.2	39	7.3	11	2.0	0	0.0	382	71.1	9	1.7	236	43.9	64	11.9	292	54.4	1	0.2
H30	合計	165	22.2	132	17.7	118	15.9	57	7.7	9	1.2	0	0.0	444	59.7	9	1.2	295	39.7	89	12.0	428	57.5	3	0.4
	40-64	51	24.2	34	16.1	29	13.7	23	10.9	3	1.4	0	0.0	103	48.8	3	1.4	61	28.9	27	12.8	123	58.3	0	0.0
	65-74	114	21.4	98	18.4	89	16.7	34	6.4	6	1.1	0	0.0	341	64.0	6	1.1	234	43.9	62	11.6	305	57.2	3	0.6
R01	合計	166	22.3	118	15.8	120	16.1	57	7.6	11	1.5	1	0.1	499	66.9	13	1.7	317	42.5	93	12.5	455	61.0	7	0.9
	40-64	42	21.3	29	14.7	27	13.7	20	10.2	2	1.0	0	0.0	102	51.8	3	1.5	58	29.4	26	13.2	123	62.4	0	0.0
	65-74	124	22.6	89	16.2	93	16.9	37	6.7	9	1.6	1	0.2	397	72.3	10	1.8	259	47.2	67	12.2	332	60.5	7	1.3
R02	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R03	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

表 6

【メタボ】

表18)メタボリック該当者・予備群の経年変化

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

KDB帳票No24 令和2年6月30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(%)
H28	合計	712	33.9	30	4.2	98	13.8	6	0.8	77	10.8	15	2.1	175	24.6	41	5.8	18	2.5	59	8.3	57	8.0
	40-64	246	24.9	13	5.3	36	14.6	1	0.4	24	9.8	11	4.5	45	18.3	6	2.4	9	3.7	17	6.9	13	5.3
	65-74	466	41.9	17	3.6	62	13.3	5	1.1	53	11.4	4	0.9	130	27.9	35	7.5	9	1.9	42	9.0	44	9.4
H29	合計	675	33.0	29	4.3	106	15.7	14	2.1	72	10.7	20	3.0	161	23.9	31	4.6	18	2.7	66	9.8	46	6.8
	40-64	228	25.2	12	5.3	35	15.4	2	0.9	19	8.3	14	6.1	41	18.0	4	1.8	9	3.9	21	9.2	7	3.1
	65-74	447	39.2	17	3.8	71	15.9	12	2.7	53	11.9	6	1.3	120	26.8	27	6.0	9	2.0	45	10.1	39	8.7
H30	合計	661	34.0	29	4.4	117	17.7	11	1.7	82	12.4	24	3.6	174	26.3	30	4.5	10	1.5	79	12.0	55	8.3
	40-64	207	25.0	14	6.8	32	15.5	3	1.4	16	7.7	13	6.3	52	25.1	5	2.4	6	2.9	26	12.6	15	7.2
	65-74	454	40.8	15	3.3	85	18.7	8	1.8	66	14.5	11	2.4	122	26.9	25	5.5	4	0.9	53	11.7	40	8.8
R01	合計	666	35.2	33	5.0	95	14.3	7	1.1	70	10.5	18	2.7	165	24.8	41	6.2	9	1.4	64	9.6	51	7.7
	40-64	184	23.3	13	7.1	26	14.1	0	0.0	16	8.7	10	5.4	39	21.2	6	3.3	3	1.6	20	10.9	10	5.4
	65-74	482	43.8	20	4.1	69	14.3	7	1.5	54	11.2	8	1.7	126	26.1	35	7.3	6	1.2	44	9.1	41	8.5
R02	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R03	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H28	合計	804	40.9	6	0.7	43	5.3	3	0.4	26	3.2	14	1.7	63	7.8	16	2.0	1	0.1	21	2.6	25	3.1
	40-64	264	33.6	2	0.8	14	5.3	1	0.4	6	2.3	7	2.7	11	4.2	4	1.5	1	0.4	3	1.1	3	1.1
	65-74	540	45.7	4	0.7	29	5.4	2	0.4	20	3.7	7	1.3	52	9.6	12	2.2	0	0.0	18	3.3	22	4.1
H29	合計	785	41.0	9	1.1	42	5.4	2	0.3	32	4.1	8	1.0	61	7.8	13	1.7	3	0.4	21	2.7	24	3.1
	40-64	248	33.9	4	1.6	10	4.0	0	0.0	7	2.8	3	1.2	8	3.2	3	1.2	0	0.0	1	0.4	4	1.6
	65-74	537	45.4	5	0.9	32	6.0	2	0.4	25	4.7	5	0.9	53	9.9	10	1.9	3	0.6	20	3.7	20	3.7
H30	合計	744	40.7	15	2.0	54	7.3	5	0.7	37	5.0	12	1.6	63	8.5	14	1.9	3	0.4	24	3.2	22	3.0
	40-64	211	31.4	5	2.4	14	6.6	1	0.5	10	4.7	3	1.4	15	7.1	3	1.4	1	0.5	8	3.8	3	1.4
	65-74	533	46.1	10	1.9	40	7.5	4	0.8	27	5.1	9	1.7	48	9.0	11	2.1	2	0.4	16	3.0	19	3.6
R01	合計	746	42.1	13	1.7	34	4.6	4	0.5	24	3.2	6	0.8	71	9.5	16	2.1	4	0.5	20	2.7	31	4.2
	40-64	197	31.1	5	2.5	10	5.1	0	0.0	8	4.1	2	1.0	14	7.1	4	2.0	1	0.5	6	3.0	3	1.5
	65-74	549	48.2	8	1.5	24	4.4	4	0.7	16	2.9	4	0.7	57	10.4	12	2.2	3	0.5	14	2.6	28	5.1
R02	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R03	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

- 尿酸・HbA1c・血糖については、全国一律の検査項目ではないため全国比較はできない。この3項目については自保険者の経年変化をみる

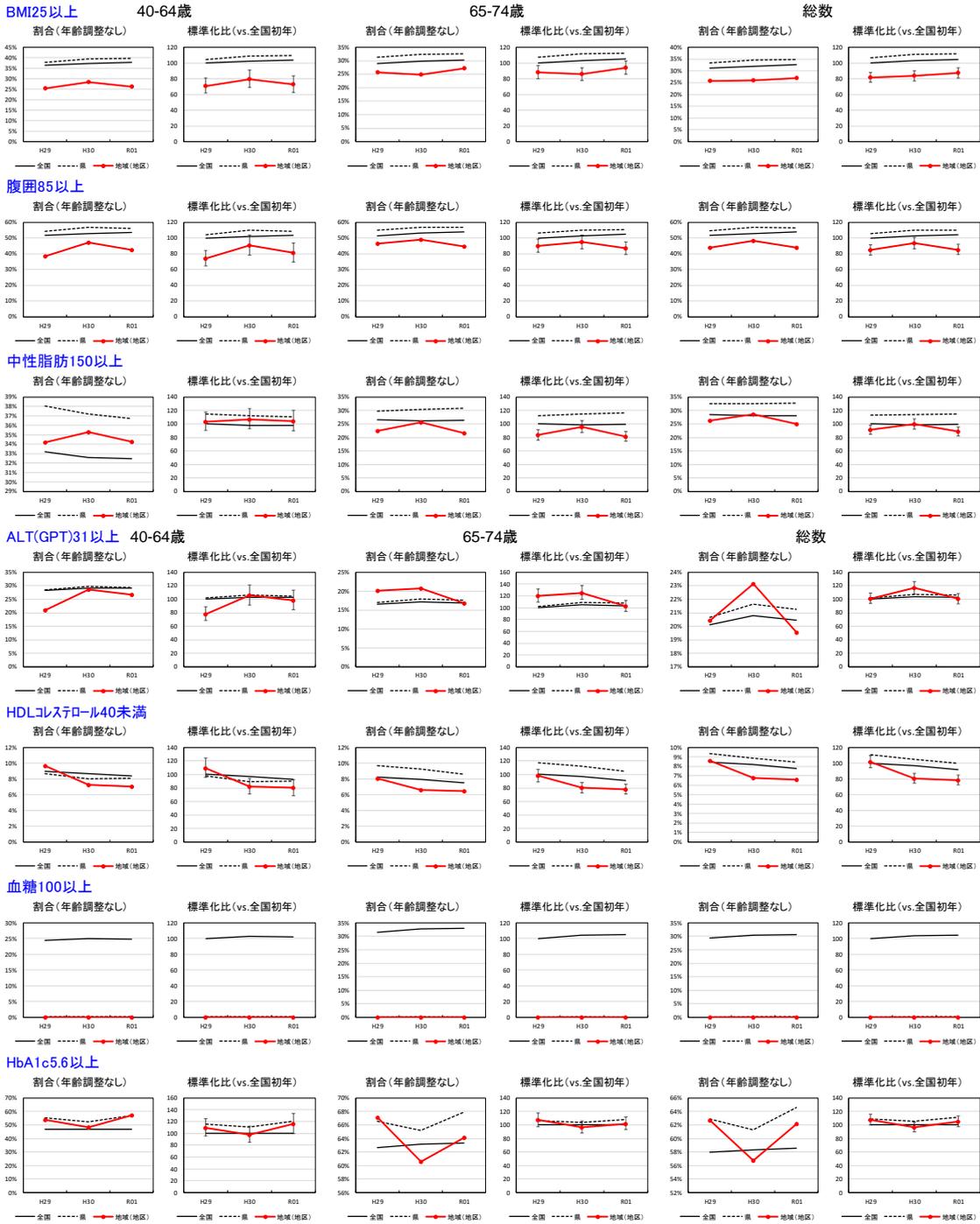
図 7

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】

検査対象者数	H29	H30	R01	R02
40-64歳	936531	904925	844616	1883
全国	6599	6564	6293	2
地域(地区)	2292	207	184	0
65-74歳	2181981	2160522	2057442	4533
全国	14104	14504	14171	2
地域(地区)	447	454	402	0
総数	3118512	3065447	2902058	6416
全国	20703	21068	20464	4
地域(地区)	675	661	666	0

作成日: 2020/9/14
 調査番号: 301037
 調査期: 西暦10期
 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。
 標準化は全全国(初年度)を基準とした間接法による。調整値は3%未満区間。
 Ver.1.2(2019.12.20)厚生労働省健康科学研究所疫学助産(管理医療・健康増進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立案を
 中心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-健康増進(生活)一附-014)(研究代表:横山健爾)



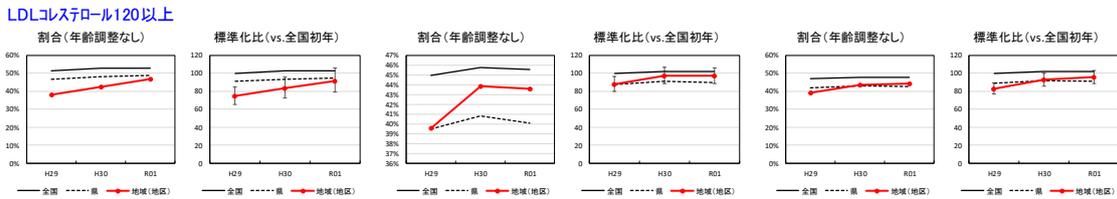
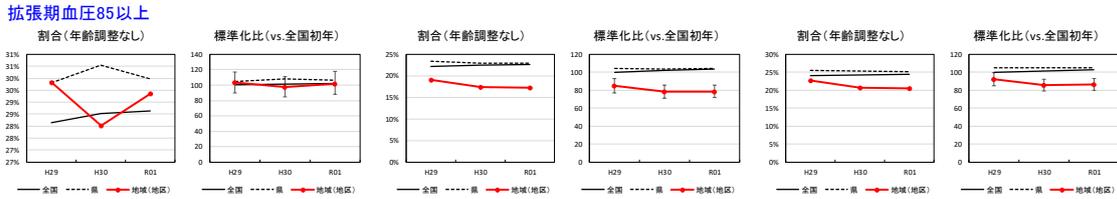
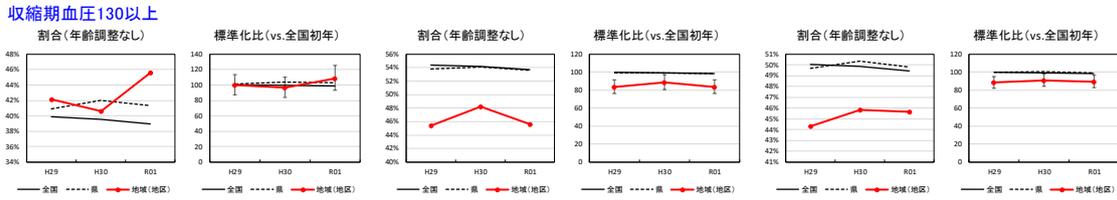
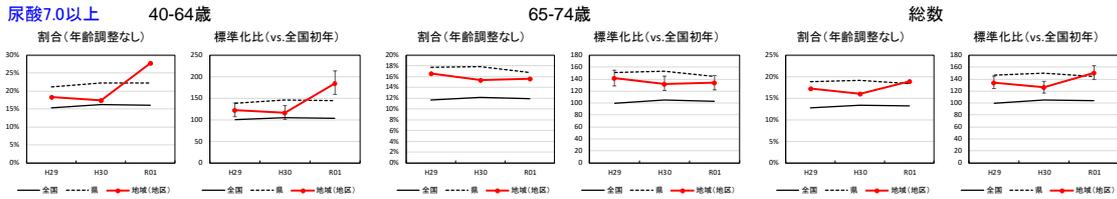


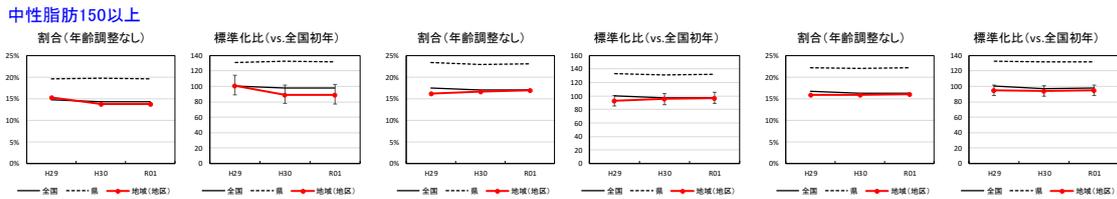
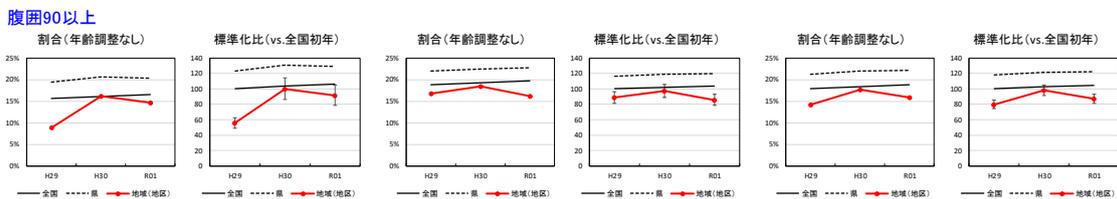
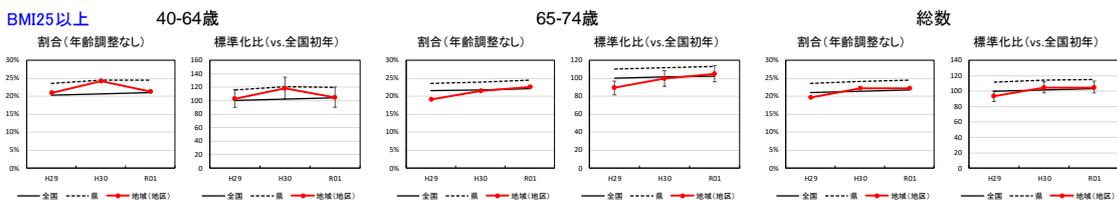
図 8

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

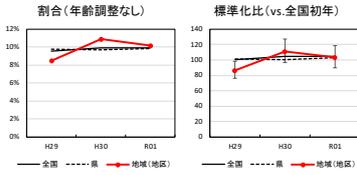
年齢	項目	H29	H30	R01
40-64歳	全国	1294708	1233141	1122275
	県	7872	7675	7015
	地域(地区)	246	211	197
65-74歳	全国	2932440	2908926	2768214
	県	18844	19321	18521
	地域(地区)	537	533	549
総数	全国	4227148	4140067	3890489
	県	26716	26996	25536
	地域(地区)	785	744	748

作成日: 2020/9/14
 調査番号: 391037
 調査名: 県民10年
 地区

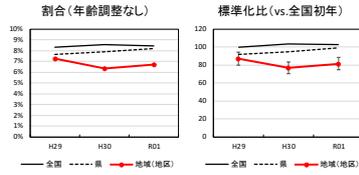
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢調整))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差は95%信頼区間。



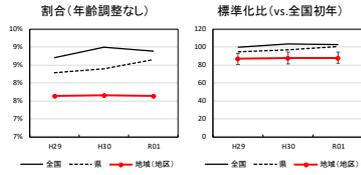
ALT(GPT)31以上 40-64歳



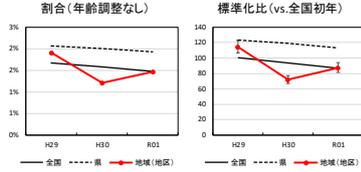
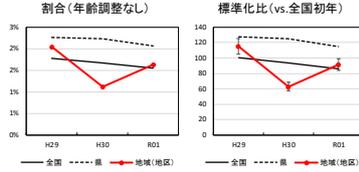
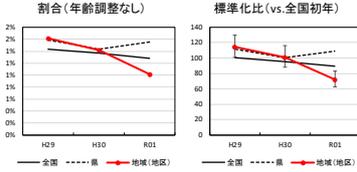
65-74歳



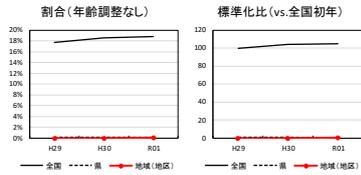
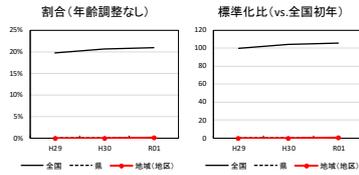
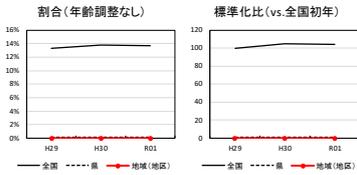
総数



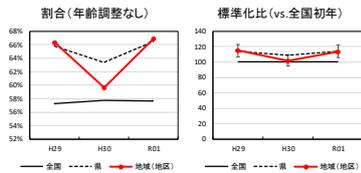
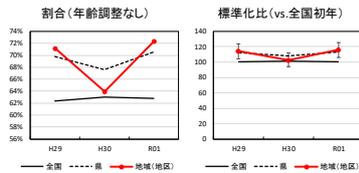
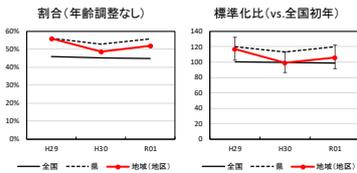
HDLコレステロール40未満



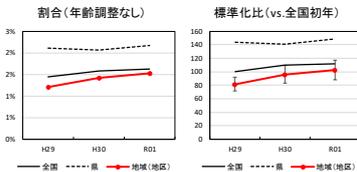
血糖100以上



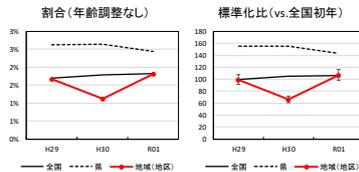
HbA1c5.6以上



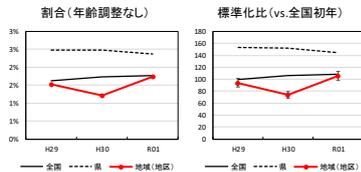
尿酸7.0以上 40-64歳



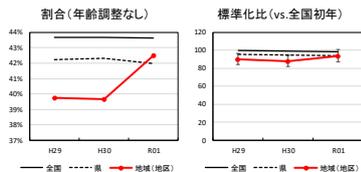
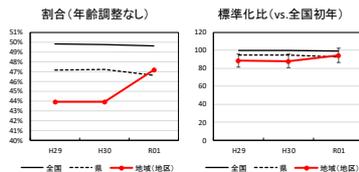
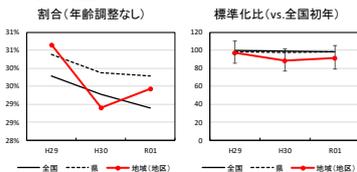
65-74歳



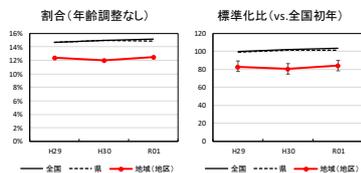
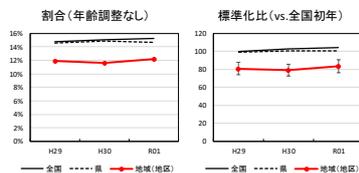
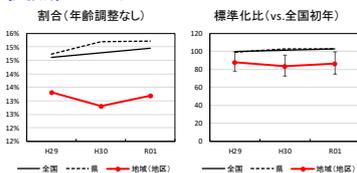
総数



収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上

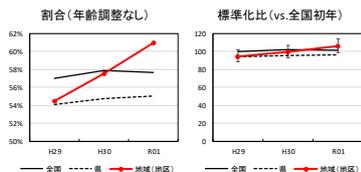
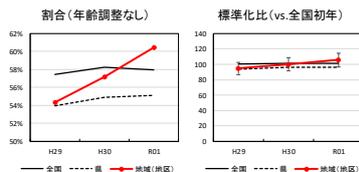
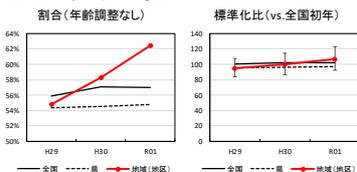


表 9

【質問票】

表19) 質問票調査の経年変化
生活習慣の変化

KDB様票№1 令和2年6月30日抽出

項目	① 服薬			② 喫煙	③ 週3回以上朝食を抜く	④ 週3回以上夕食後間食	⑤ 週3回以上就寝前夕食	⑥ 食べる速度が遅い	⑦ 20歳時体重から10kg体重増加	⑧ 1日30分以上運動なし	⑨ 1日1時間以上運動なし	⑩ 睡眠不足	⑪ 毎日飲酒	⑫ 時々飲酒	⑬ 咀嚼		⑭ 間食	
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症												噛みにくい	ほとんど噛めない	毎日	時々
平成28年	33.2%	7.5%	17.2%	15.4%	6.3%	13.3%	17.1%	28.6%	29.6%	64.8%	41.2%	26.5%	33.5%	19.2%				
平成29年	34.4%	7.1%	17.3%	15.2%	6.4%	12.9%	18.6%	28.4%	29.5%	64.5%	39.3%	29.6%	32.9%	19.3%				
平成30年	34.7%	8.0%	17.7%	15.5%	5.1%	—	17.9%	28.1%	32.2%	66.2%	38.7%	29.3%	34.2%	17.8%	22.9%	0.6%	22.5%	57.3%
令和01年	36.2%	8.6%	17.9%	15.8%	6.5%	—	17.4%	28.7%	33.1%	63.3%	36.8%	26.6%	35.8%	15.9%	21.4%	1.1%	24.3%	54.0%
令和02年																		
令和03年																		

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す。

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	H27			H28			H29			H30			R01		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率									
40~44歳	121	26	21.5%	126	30	23.8%	112	22	19.6%	98	18	18.4%			
45~49歳	124	21	16.9%	125	20	16.0%	128	21	16.4%	122	26	21.3%			
50~54歳	162	34	21.0%	139	34	24.5%	134	33	24.6%	122	26	21.3%			
55~59歳	241	66	27.4%	226	54	23.9%	196	52	26.5%	179	41	22.9%			
60~64歳	401	119	29.7%	369	108	29.3%	331	100	30.2%	309	95	30.7%			
65~69歳	638	270	42.3%	638	256	40.1%	602	226	37.5%	540	206	38.1%			
70~74歳	463	194	41.9%	476	210	44.1%	539	221	41.0%	575	249	43.3%			
合計	2150	730	34.0%	2099	712	33.9%	2042	675	33.1%	1945	661	34.0%	0	0	#DIV/0!

女	H27			H28			H29			H30			R01		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率									
40~44歳	80	12	15.0%	85	19	22.4%	74	14	18.9%	65	11	16.9%			
45~49歳	91	18	19.8%	84	16	19.0%	92	27	29.3%	86	18	20.9%			
50~54歳	107	29	27.1%	95	23	24.2%	92	27	29.3%	81	18	22.2%			
55~59歳	189	61	32.3%	180	65	36.1%	154	55	35.7%	133	40	30.1%			
60~64歳	362	152	42.0%	340	140	41.2%	315	125	39.7%	303	124	40.9%			
65~69歳	650	289	44.5%	653	301	46.1%	604	264	43.7%	563	250	44.4%			
70~74歳	561	251	44.7%	528	239	45.3%	579	273	47.2%	592	282	47.6%			
合計	2040	812	39.8%	1965	803	40.9%	1910	785	41.1%	1823	743	40.8%	0	0	#DIV/0!

図 11

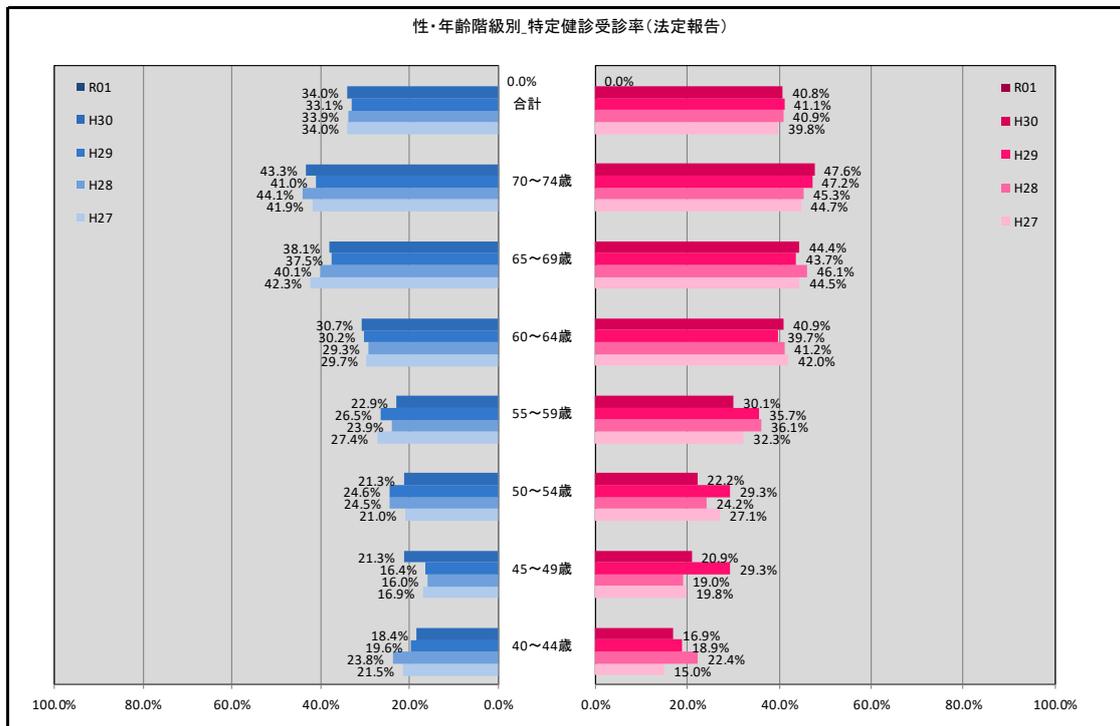
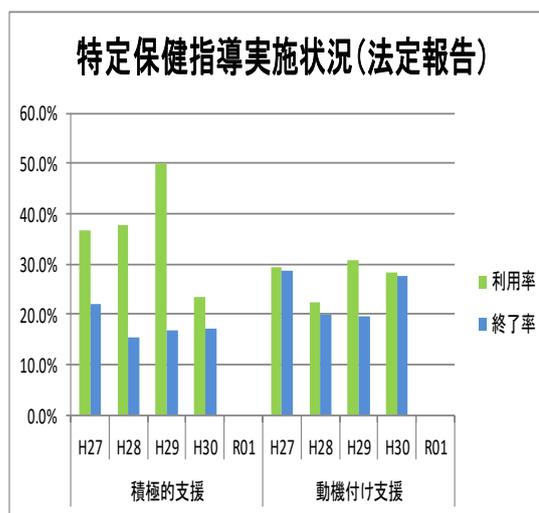


表 12

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	H27	41	15	9	36.6%	22.0%
	H28	45	17	7	37.8%	15.6%
	H29	36	18	6	50.0%	16.7%
	H30	47	11	8	23.4%	17.0%
	R01				#DIV/0!	#DIV/0!
動機付け支援	H27	140	41	40	29.3%	28.6%
	H28	126	28	25	22.2%	19.8%
	H29	159	49	31	30.8%	19.5%
	H30	145	41	40	28.3%	27.6%
	R01				#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。

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)

四万十町国民健康保険健康増進計画(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・健康格差の縮小

中・長期目標

目標	対象者	指標	期間経年モニタリング					判定	
			平成26年 (策定時)	平成27年	平成28年	令和元年 (直近の値)	判定		
①-1 病院人工透析導入患者の減少 (H26 6人⇒ H27 4人)	国民健康保険者	新規人工透析導入患者数	4	2	4	5	C		
		(参考) 増減	-	-2	2	1	C		
①-2 人工透析患者数の割合の減少 (H26 0.44% ⇒ H27 0.31%)	国民健康保険者	患者数	20	17	17	12	A		
		4歳以上の国民健康保険者数	4,545	4,374	4,214	4,091	A		
		患者数/4歳以上の国民健康保険者数	0.44	0.39	0.40	0.29	A		
		増減	-	-0.05	0.01	-0.11	A		
① 野不生の減少	慢性腎臓病	慢性腎臓病 (※:クリアランス13以上) (※:カルアチニン19以上)	患者数	11	13	15	15	D	
			率	1.50%	1.90%	2.20%	2.20%	D	
		慢性腎臓病	患者数	10	1	3	7	C	
			率	1.30%	0.10%	0.40%	0.90%	C	
		慢性腎臓病	患者数	159	143	155	159	C	
			率	23.90%	21.20%	22.40%	23.80%	C	
		慢性腎臓病 (GFR 60未満)	患者数	157	142	143	316	D	
			率	21.00%	18.10%	19.20%	24.40%	D	
		新規患者数の減少	慢性腎臓病	新規患者数	10	18	24	22	D
				(参考)患者数(年度の月平均) (参考)患者数(年度の月平均)伸び率	20.6	25.1	28.9	29.8	D
人工透析者のうち慢性腎臓病患者数の減少	人工透析者のうち慢性腎臓病患者数	慢性腎臓病患者数	28.8%	21.9%	15.3%	2.9%	D		
		14人/26人 (53.8%)	11人/19人 (57.9%)	7人/16人 (43.8%)	11人/21人 (52.4%)	C			

目 標		対 象 者	評価経年モニタリング					判定
			指 標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年 (直近の値)	
②脳血管疾患の減少	②脳血管疾患患者の割合の減少 (H28 0.46% → R1 0.4%)	国保被保険者	患者数	21	21	17	32	D
			40歳以上の国保被保険者数	4,545	4,374	4,214	4,091	D
			患者数/40歳以上の国保被保険者数	0.46	0.48	0.4	0.78	D
			増 減	—	0.02	-0.08	0.38	D
②脳血管疾患の減少	新規患者数の減少	脳血管疾患(脳出血)	新規患者数	16	10	9	16	C
			(参考)患者数(年度内月平均)	21	19.8	20.7	19.9	C
			(参考)患者数(年度内月平均)伸び率	-1.2%	-5.6%	4.2%	-3.6%	C
			新規患者数	95	85	82	83	A
			(参考)患者数(年度内月平均)	120.7	111.5	97.1	95.2	A
			(参考)患者数(年度内月平均)伸び率	-6.7%	-7.8%	-12.8%	-2.0%	A

評価する

目 標		対 象 者	評価経年モニタリング					判定	
			指 標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年 (直近の値)		
特定健診受診者の収縮期血圧の平均値を 平成28年度より低下させる (H28 127mmHg → R1 126mmHg)	国保被保険者	収縮期血圧平均値		127.3	127.4	127.8	128.1	D	
		(参考) 増 減		—	0.1	0.4	0.3	D	
①高血圧の改善	高血圧	健診有所見率 (収縮期血圧 130以上)	男	実数	329	299	303	304	C
			率	46.20%	44.30%	45.80%	45.60%	C	
		健診有所見率 (拡張期血圧 85以上)	女	実数	324	312	285	317	C
			率	40.30%	39.70%	39.70%	42.50%	C	
		男	実数	157	153	137	137	B	
			率	22.10%	22.70%	20.70%	20.60%	B	
		女	実数	112	97	89	83	B	
			率	13.90%	12.40%	12.00%	12.50%	B	

目 標		対象者	評価経年モニタリング						判定	
			指 標		平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年 (直近の値)		
②糖尿病有病者の増加の抑制	特定健診受診者のHbA1c有所見率の減少 (H28 男性 62.9% 女性 66.2%)	血糖	健診有所見率 (HbA1c 5.6以上)	男	実数	447	423	375	414	C
					率	62.80%	62.70%	56.70%	62.20%	
					増減	-	-0.1	-6	5.5	
			女	実数	533	521	444	499	D	
				率	66.30%	66.40%	59.70%	66.90%		
				増減	-	0.1	-6.7	7.2		
②脂質異常症の減少	特定健診受診者の脂質(LDL)有所見率の減少 (H28 男性 39.4% 女性 55.6%)	脂質	健診有所見率 (中性脂肪 150以上)	男	実数	196	178	189	167	B
					率	27.50%	26.40%	26.60%	25.10%	
					実数	138	125	118	120	
			女	率	17.20%	15.90%	15.90%	16.10%		
				実数	281	264	287	296	D	
				男	率	39.50%	39.10%	43.40%		44.40%
女	実数	449	428		428	455	D			
	率	55.80%	54.50%		57.50%	61.00%				

1. 特定健診未受診者対策：保健事業評価計画より

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	経年モニタリング					判定	
					評価項目	評価指標	目標	平成28年 (実定時)	平成29年		平成30年
特定健診			国民健康保険者	特定健診	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	窪川地域	37.3	36.9	37.3	38.5
							大正地域	35.9	35.6	36	35.4
電話による受診勧奨	自分の健康状態に関心を持ち、受診行動がとれる	特定健診受診率の向上 (H28:37.3% ⇒ R1:50%)	国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	十和地域	39.5	40.3	40.7	42.4	
						集団健診	41.1	39.4	40.3	39.2	
かかりつけ医への相談依頼			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	集団健診	1,063	1,030	980	941	
						個別健診	648	637	595	577	
郵便による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	大正地域	174	158	153	150	
						十和地域	241	235	232	214	
戸別訪問による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	窪川地域	569	582	581	574	
						大正地域	428	444	446	438	
休日健診			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	十和地域	66	77	70	73	
						集団健診	75	61	65	63	
電話による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	電話未受診率	-	84.10%	63.50%	72.20%	
						受診意向	-	31.10%	42.10%	30.10%	
かかりつけ医への相談依頼			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	不在・不遇	-	15.90%	36.50%	27.80%	
						受診率	-	25.00%	26.70%	17.50%	
郵便による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	かかりつけ医への相談依頼実績	820件	714件	538件	202件	
						受診率	-	8.7%	10.2%	9.9%	
戸別訪問による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	受診率	-	(82人/714人)	(55人/538人)	(20人/202人)	
						かかりつけ医への相談依頼実績	1,841人	84人	2,275人	2,248人	
休日健診			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	連続未受診者	-	-	-	1,506人	
						隔年受診者	-	-	-	429人	
電話による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	毎年個別健診を受診し、前年の受診月を過ぎても未受診の者	-	-	-	79人	
						受診忘れ防止のための再勧奨通知	-	-	-	2,033人	
戸別訪問による受診勧奨			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	受診率	-	-	9.50%	12.10%	
						訪問件数実績	3,092件	1,560件	1,326件	1,462件	
休日健診			国民健康保険者	特定健診未受診者(専門職電話受診勧奨(即ち電話番手を保有している方))	特定健診地区別別受診率	実施箇所数	3か所	3か所	3か所	3か所	
						受診者数	99	117	98	137	

2. 生活習慣病対策 事業計画(計画より)

事業名	目的	対象者	事業内容	評価項目	評価指標 (実施者/業務担当者/集団)	目標	平成24年 (集計時)	平成25年	平成26年	令和1年 (直近の値)	判定
集団検診結果報告	生活習慣病の発症や重症化予防のため、集団検診から自身の健康状態を正しく把握し、必要に応じて適切な生活習慣改善や、継続した健康管理を行える。	「四万十町特定健診受診者」 要精密検査標準該当者	1. 対象者名簿の作成 2. 検診票の1～2週間前に案内送付 3. 結果報告書の発送、紹介状の発行、受診勧奨 4. 特定健診保健指導対象者: 初回結果報告	① 受診率 ② 治療開始率(参考値) ③ 治療継続率(参考値)	集団検診率 (実施者/業務担当者/集団)	集団検診率80%	—	86.8% (106人/121人)	77.7% (70人/90人)	76.6% (105人/137人)	D
個別健診結果報告	生活習慣病の発症や重症化予防のため、集団検診から自身の健康状態を正しく把握し、必要に応じて適切な生活習慣改善や、継続した健康管理を行える。	「四万十町特定健診受診者」 要精密検査標準該当者	1. 個別健診結果報告の把握 2. 対象者名簿の作成 3. 紹介状の発行、受診勧奨の文書、生活指導パンフレットを郵送	① 受診率	個別健診率 (実施者/業務担当者/集団)	受診率55%	0.99.9% (40人/103人) ② 48.0% (12人/25人) 計: 40.9% (52人/128人)	0.65.9% (62人/106人) ② 40.4% (17人/42人) 計: 38.1% (69人/181人)	0.55.9% (57人/90人) ② 42.1% (16人/38人) 計: 49.5% (73人/148人)	0.65.9% (69人/120人) ② 46.8% (15人/32人) 計: 49.5% (73人/152人)	D
個別健診結果報告への紹介状の発行				④ハハリスク因子の改善	リスク因子の減少 血圧 空腹血糖 HDLコレステロール LDLコレステロール 尿酸値 HbA1c 要精密検査判定基準値に近づいたものを改善とする	—	76.9% (40人/92人)	81.4% (70人/86人)	87.7% (64人/73人)	72.0% (69人/79人)	—
要精密検査標準該当者への紹介状の発行				① 受診率	要精密検査標準該当者 (実施者/業務担当者/集団)	要精密検査率20%	—	100% (42人/42人)	100% (38人/38人)	100% (15人/15人)	A
要精密検査標準該当者への紹介状の発行				① 受診率	要精密検査標準該当者 (実施者/業務担当者/集団)	要精密検査率20%	16.6% (4人/25人)	21.4% (12人/56人)	27.8% (9人/33人)	16.9% (8人/49人)	C
要精密検査標準該当者への紹介状の発行				① 受診率	要精密検査標準該当者 (実施者/業務担当者/集団)	要精密検査率20%	—	20% (5人/25人)	25% (2人/8人)	12.9% (6人/49人)	D

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	評価年モニタリング					判定
					指標	平成28年 (算定値)	平成29年	平成30年	令和1年 (直近の値)	
健康チャレンジ200		事業対象者改善率80%	・特定医療指導対象者 ・要精密・要医療対象者 ・健康ステーション利用者	1. 結果報告会、健康ステーション等でチラシを配布し、希望者募集 2. 参加希望者には活動量計の貸出を行う 3. 委託事業所にて、専門職によるNBQBV測定、保健指導などを1か月に1回受ける(3~4か月間)	参加者数	-	-	-	2人	-
個別面談による 受診動機及び保 健指導	生活習慣病等の発症や重症化予防のため、自身の生活習慣を振り返り、継続した健康管理を行う。	1. 高血圧の改善 2. 精密検査受診率 60% 3. 家庭血圧測定受診者の増加 4. 生活習慣の改善	特定健診受診者のうち血圧 160/95mmHg以上の者	結果報告会において、血圧に関する重点個別指導を実施。紹介状の発行し、治療の必要性について説明。家庭血圧の測定・記録方法なども説明(血圧計の貸出しし、生活習慣改善を促す。 1. 医師による高血圧予防の講義 動脈硬化チェック 2. 栄養・運動教室 ・減塩食の試食、栄養指導 ・運動指導	高血圧精密検査受診率 高血圧予防指導実施率	40.8% (20人/49人)	57.4% (31/54人)	45.7% (16/35人)	-	-
高血圧予防教室	1. 高血圧の改善 2. 高血圧予防に関する正しい知識の取得 3. 生活習慣の改善	1. 高血圧の改善 2. 高血圧予防に関する正しい知識の取得 3. 生活習慣の改善	特定健診受診者のうち血圧 160/95mmHg以上の者	1. 医師による高血圧予防の講義 動脈硬化チェック 2. 栄養・運動教室 ・減塩食の試食、栄養指導 ・運動指導	教室受講者数 教室受講者の翌年の血圧値 の改善率	67.3% (35人/49人)	72.2% (39/54人)	58.3% (21/36人)	-	-
						-	44.80%	17.40%	-	C

3. 30代の健康管理対策 事業評価計画より

30代の健康管理 対策事業	30代から自分の健康状態に関心をもち、受診行動がとれる。 健診結果をもとに生活習慣病予防に役立てる。	・受診者数 50名 ・特定健診への受診継続率の増加	30代国保被保険者 (50名限定)	1. 30代人間ドックの周知 2. 人間ドック費用助成	利用率(受診者/50名)	49名/50名 (98.0%)	27名/50名 (54%)	25名/50名 (50%)	38名/50名 (76%)	C
					特定健診受診継続者数	3名/9名 (33.3%)	1名/3名 (33.3%)	0名/0名 (0%)	1名/0名 (0%)	C

本事業や関連項目としてないが、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	指標	評価年モニタリング					判定
					平成28年 (算定値)	平成29年	平成30年	令和1年 (直近の値)		
その他の疾病 事業COPD	「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン(第4版(日本呼吸器学会 2018年4月発行))による」と、タバコ類はCOPDの最大の危険因子で、COPD患者の約90%に喫煙歴がある。COPDの発症予防にはタバコ類の暴露からの回避が重要であり、現在の青年期・壮年期の世代への生活習慣病の改善に向けた働きかけを重点的に行うことが大切	・喫煙率の低下 ・特定健診への受診継続率の増加	特定健診受診者のうち喫煙者 国保被保険者	特定健診受診者のうち喫煙者の割合	四万十町 国	15.4	15.2	15.5	15.8	D
				レセプト件数 保険者 同病棟 入院 入院	0.179 0.466	0.995 0.49	0.39 0.513	0.402 0.517		D
				レセプト件数 保険者 入院外 同病棟	9.48 13.465	8.603 15.14	10.336 16.674	12.471 17.257		D

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。

医療保険が四万十町の国保と後期である介護認定者のみを集計し、レセプトの診断名より重複して計上している。赤色は血管疾患、重症化した疾患として循環器疾患と生活習慣病の基礎疾患を表示している。他、フレイル関連疾患として認知症、筋・骨格疾患、歯肉炎歯周病を表示する。

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

循環器疾患に着目すると 75 歳以上の虚血性心疾患、腎不全では平成 28 年から有意に増加している。また腎不全では全年齢の合計も有意に増加している。

基礎疾患では、75 歳以上の糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症が有意に増加。血管疾患合計においても有意に増加している。

認知症、筋・骨格系、歯肉炎歯周病においても 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することが可能な疾患である。

表 13

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

		年 齢	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度		
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40～64歳	1,960	1,840	1,710	1,537			
	65～74歳	2,800	2,695	2,655	2,780			
	75歳以上	3,381	3,402	3,434	3,465			
	合 計	8,141	7,937	7,799	7,782			
認定者数	40～64歳	15	10	11	14			
	65～74歳	100	98	96	109			
	75歳以上	1,010	1,000	1,001	1,005			
	合 計	1,125	1,108	1,108	1,128			
認定率(認定者数/被保険者数)	40～64歳	0.8%	0.5%	0.6%	0.9%			
	65～74歳	3.6%	3.6%	3.6%	3.9%			
	75歳以上	29.9%	29.4%	29.1%	29.0%			
	合 計	13.8%	14.0%	14.2%	14.5%			

疾患	年齢	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和1年度		トレンド検定 有意差あり(P値<0.05)			
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	P値	傾向		
循環器疾患	脳血管疾患	40～64歳	10	66.7%	6	60.0%	6	54.5%	7	50.0%	P値(減少)	0.349	
		65～74歳	60	60.0%	60	61.2%	60	62.5%	56	51.4%	P値(減少)	0.236	
		75歳以上	630	62.4%	640	64.0%	640	63.9%	640	63.7%	P値(増加)	0.569	
		合 計	700	62.2%	706	63.7%	706	63.7%	703	62.3%	P値(増加)	0.963	
	脳出血	40～64歳	3	20.0%	0	0.0%	1	9.1%	3	21.4%	P値(増加)	0.828	
		65～74歳	15	15.0%	14	14.3%	10	10.4%	16	14.7%	P値(減少)	0.236	
		75歳以上	40	4.0%	40	4.0%	50	5.0%	55	5.5%	P値(増加)	0.061	
		合 計	58	5.2%	54	4.9%	61	5.5%	74	6.6%	P値(増加)	0.112	
	脳梗塞	40～64歳	7	46.7%	6	60.0%	4	36.4%	4	28.6%	P値(減少)	0.225	
		65～74歳	50	50.0%	54	55.1%	50	52.1%	48	44.0%	P値(減少)	0.323	
		75歳以上	616	61.0%	620	62.0%	620	61.9%	630	62.7%	P値(増加)	0.462	
		合 計	673	59.8%	680	61.4%	674	60.8%	682	60.5%	P値(増加)	0.832	
虚血性心疾患	40～64歳	5	33.3%	3	30.0%	3	27.3%	7	50.0%	P値(増加)	0.409		
	65～74歳	30	30.0%	26	26.5%	20	20.8%	22	20.2%	P値(減少)	0.065		
	75歳以上	370	36.6%	400	40.0%	400	40.0%	417	41.5%	P値(増加)	* 0.035		
	合 計	405	36.0%	429	38.7%	423	38.2%	446	39.5%	P値(増加)	0.119		
腎不全	40～64歳	1	6.7%	2	20.0%	3	27.3%	2	14.3%	P値(増加)	0.487		
	65～74歳	25	25.0%	21	21.4%	20	20.8%	20	18.3%	P値(減少)	0.253		
	75歳以上	270	26.7%	300	30.0%	350	35.0%	356	35.4%	P値(増加)	* 0.000		
	合 計	296	26.3%	323	29.2%	373	33.7%	378	33.5%	P値(増加)	* 0.000		
人工透析	40～64歳	1	6.7%	2	20.0%	3	27.3%	2	14.3%	P値(増加)	0.487		
	65～74歳	10	10.0%	6	6.1%	6	6.3%	11	10.1%	P値(増加)	0.939		
	75歳以上	15	1.5%	20	2.0%	20	2.0%	19	1.9%	P値(増加)	0.521		
	合 計	26	2.3%	28	2.5%	29	2.6%	32	2.8%	P値(増加)	0.429		
血管疾患	糖尿病	40～64歳	8	53.3%	4	40.0%	4	36.4%	10	71.4%	P値(増加)	0.406	
		65～74歳	60	60.0%	62	63.3%	50	52.1%	62	56.9%	P値(減少)	0.362	
		75歳以上	530	52.5%	530	53.0%	550	54.9%	577	57.4%	P値(増加)	* 0.017	
		合 計	598	53.2%	596	53.8%	604	54.5%	649	57.5%	P値(増加)	* 0.037	
	腎症	40～64歳	0	0.0%	1	10.0%	1	9.1%	1	7.1%	P値(増加)	0.439	
		65～74歳	8	8.0%	9	9.2%	10	10.4%	11	10.1%	P値(増加)	0.566	
		75歳以上	27	2.7%	28	2.8%	30	3.0%	31	3.1%	P値(増加)	0.545	
		合 計	35	3.1%	38	3.4%	41	3.7%	43	3.8%	P値(増加)	0.334	
	再掲合併症	網膜症	40～64歳	3	20.0%	2	20.0%	1	9.1%	1	7.1%	P値(減少)	0.254
			65～74歳	16	16.0%	18	18.4%	15	15.6%	19	17.4%	P値(増加)	0.917
		75歳以上	70	6.9%	63	6.3%	60	6.0%	76	7.6%	P値(増加)	0.653	
		合 計	89	7.9%	83	7.5%	76	6.9%	96	8.5%	P値(増加)	0.739	
神経障害	40～64歳	1	6.7%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少)	0.238		
	65～74歳	8	8.0%	8	8.2%	9	9.4%	15	13.8%	P値(増加)	0.152		
合 計	29	2.6%	23	2.1%	29	2.6%	31	2.7%	P値(増加)	0.616			
高血圧	40～64歳	10	66.7%	6	60.0%	8	72.7%	13	92.9%	P値(増加)	0.093		
	65～74歳	76	76.0%	85	86.7%	80	83.3%	88	80.7%	P値(増加)	0.549		
	75歳以上	890	88.1%	870	87.0%	880	87.9%	907	90.2%	P値(増加)	0.107		
	合 計	976	88.8%	961	86.7%	968	87.4%	1,008	89.4%	P値(増加)	0.055		
脂質異常症	40～64歳	6	40.0%	3	30.0%	5	45.5%	6	42.9%	P値(増加)	0.736		
	65～74歳	60	60.0%	64	65.3%	65	67.7%	67	61.5%	P値(増加)	0.780		
	75歳以上	620	61.4%	640	64.0%	670	66.9%	697	69.4%	P値(増加)	* 0.000		
	合 計	686	61.0%	707	63.8%	740	66.8%	770	68.3%	P値(増加)	* 0.000		
高尿酸血症	40～64歳	2	13.3%	2	20.0%	2	18.2%	5	35.7%	P値(増加)	0.179		
	65～74歳	26	26.0%	33	33.7%	34	35.4%	31	28.4%	P値(増加)	0.693		
	75歳以上	253	25.0%	280	28.0%	293	29.3%	294	29.3%	P値(増加)	* 0.028		
	合 計	281	25.0%	315	28.4%	329	29.7%	330	29.3%	P値(増加)	* 0.019		
血管疾患合計	40～64歳	11	73.3%	9	90.0%	10	90.9%	15	107.1%	P値(増加)	* 0.004		
	65～74歳	86	86.0%	95	96.9%	93	96.9%	104	95.4%	P値(増加)	* 0.009		
	75歳以上	971	96.1%	960	96.0%	972	97.1%	977	97.2%	P値(増加)	0.090		
	合 計	1,068	94.4%	1,064	96.0%	1,075	97.0%	1,096	97.2%	P値(増加)	* 0.002		
認知症	40～64歳	4	26.7%	3	30.0%	4	36.4%	5	35.7%	P値(増加)	0.558		
	65～74歳	20	20.0%	26	26.5%	20	20.8%	23	21.1%	P値(減少)	0.894		
	75歳以上	430	42.6%	456	45.6%	457	45.7%	500	49.8%	P値(増加)	* 0.002		
	合 計	454	40.4%	485	43.8%	481	43.4%	528	46.8%	P値(増加)	* 0.004		
筋・骨格疾患	40～64歳	10	66.7%	7	70.0%	10	90.9%	12	85.7%	P値(増加)	0.133		
	65～74歳	90	90.0%	90	91.8%	90	93.8%	94	86.2%	P値(減少)	0.432		
	75歳以上	900	89.1%	950	95.0%	940	93.9%	960	95.5%	P値(増加)	* 0.000		
	合 計	1,000	89.9%	1,047	94.5%	1,040	93.9%	1,066	94.5%	P値(増加)	* 0.000		
歯肉炎歯周病	40～64歳	6	40.0%	2	20.0%	4	36.4%	9	64.3%	P値(増加)	0.157		
	65～74歳	34	34.0%	40	40.8%	45	46.9%	48	44.0%	P値(増加)	0.103		
	75歳以上	302	29.9%	350	35.0%	382	38.2%	420	41.8%	P値(増加)	* 0.000		
	合 計	342	30.4%	392	35.4%	431	38.9%	477	42.3%	P値(増加)	* 0.000		

*医療保険が〇〇市の国保又は後期である介護認定者のみ集計

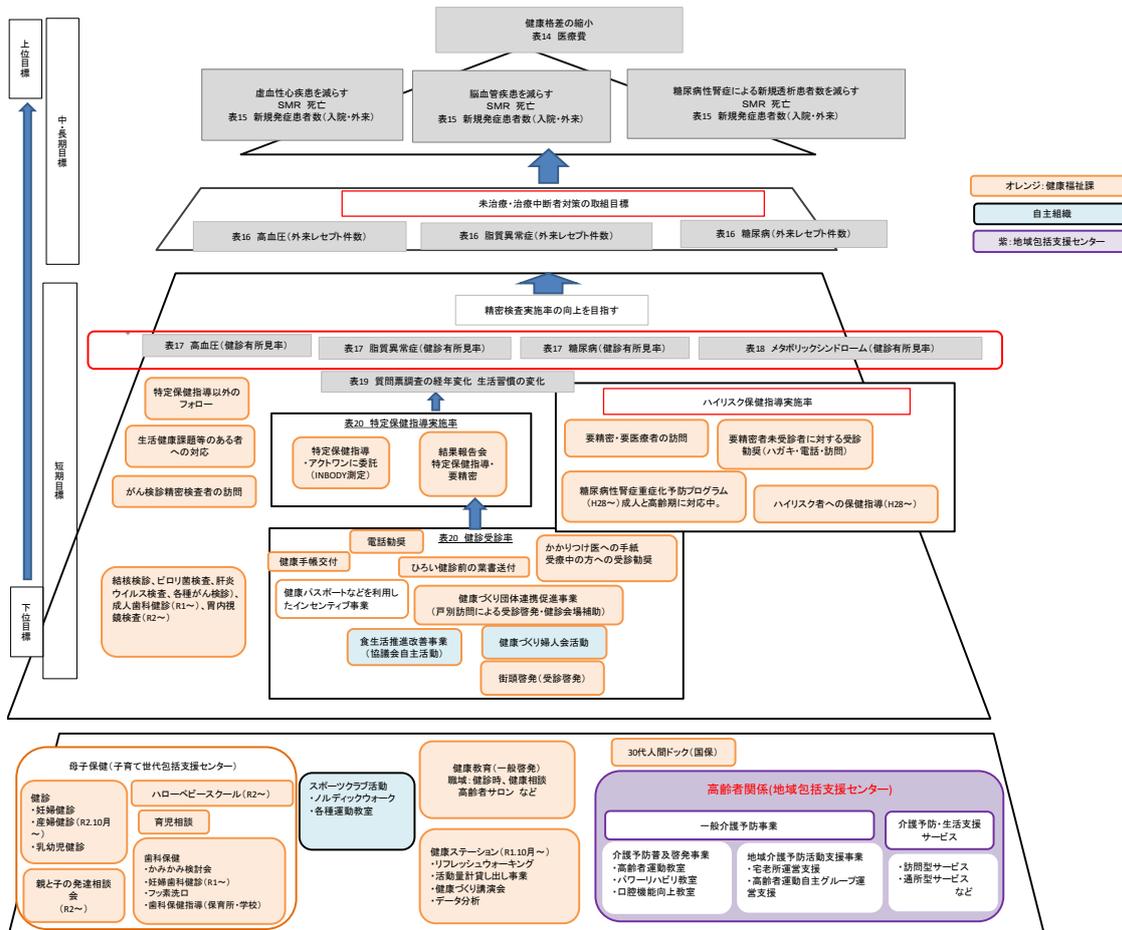
7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正

国保保健事業以外の四万十町の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

- ・ H28年から糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業を開始。
- ・ 令和2年4月から成人歯科健診、妊婦歯科健診事業を開始。
- ・ 胃内視鏡検査を令和元年度から開始。
- ・ 令和2年10月から子育て世代包括支援センターの立ち上げ。
- ・ 令和2年10月から母子保健事業（ハローベビースクール、産婦健診、親と子の発達相談会）の開始。
- ・ 令和元年10月から健康ステーション事業の開始。

データヘルス計画から上位目標を達成するために下位目標の確認



8. 中間評価の結果をふまえた課題整理

課題	対策
糖尿病性腎症、人工透析の新規患者数が増加し、健診有所見率(HbA1c)も悪化している。	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施 ・病院との糖尿病重症化予防に関する連絡会の実施 ・健康ステーションの継続(ポピュレーション) ・要精密、特定保健指導(積極的・動機付け)対象者に対してしまんと健康チャレンジ 90 の実施(ハイリスク)
脳血管疾患の新規患者数は減少傾向であるが、健診受診者の収縮期血圧の平均値は上昇している。	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ステーションの継続(ポピュレーション) ・しまんと健康日記(血圧・体重測定)の実施 ・要精密、特定保健指導(積極的・動機付け)対象者に対してしまんと健康チャレンジ 90 の実施(ハイリスク)
特定健診有所見率(LDL)は、女性が悪化している。メタボリックシンドロームは、男性は予備軍が増え、女性は該当者が増えている。	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ステーションの継続(ポピュレーション) ・要精密、特定保健指導(積極的・動機付け)対象者に対してしまんと健康チャレンジ 90 の実施(ハイリスク)
要精密検査受診率は 5 割程度になっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果報告会の実施 ・要精密・要医療未受診者への受診勧奨
特定保健指導実施率(H28 18.7%→R1 20.4%)は上昇しているが、目標値(60%)に達していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・実施対象者の年齢(70 歳以下→75 歳未満) ・教材等の見直し ・特定保健指導の委託の検討
特定健診受診率(H28 37.3%→R1 38.5%)は年々上昇してきているが、目標値(60%)に達していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり団体と共同での受診勧奨の取組の継続 ・未受診者に対する電話・はがきによる受診勧奨

※しまんと健康ステーションとは、活動量計を使った健康ウォーキング、健康相談、健康教室など楽しみながら健康になれる事業を行っています。

※しまんと健康チャレンジ 90 とは、専門家から月 1 回カウンセリングを受け、血圧の低下や肥満解消など健康的な生活習慣の獲得を目指します。(期間は 3 か月)

※しまんと健康日記とは、血圧または体重の 1 か月の記録を役場に提出すると、達成状況に応じて健康パスポートシールを進呈。(健康パスポート対象事業)

10. 計画全体についての中間評価

ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
<p>計画の目標に向かって、国保担当課と健康福祉課で連携して事業の確認を行い、必要な事業予算の確保を毎年行えた。</p> <p>特に優先順位の高い受診勧奨事業においては、平成 27 年度から外部委託をしたことで、受診率が約 4%伸びたことから、引き続き効果的な受診勧奨方法を検討し、予算確保を行う。</p> <p>また、各個別保健事業における人員体制についても毎年確認していく。</p>	<p>KDB データや日々の保健活動を基とし、データを分析し、計画後期に向けての課題を抽出した。</p> <p>課題の解決に向けて、糖尿病重症化予防プログラムやしまんと健康ステーション事業等の推進を図っていくよう検討した。</p> <p>また、事業内容として修正箇所については、支援評価委員会の助言を得て修正を行った。</p>	<p>特定健診未受診者対策と 30 代の健康管理対策については計画通り実施した。生活習慣病予防対策については、糖尿病重症化予防プログラム I から実施し、昨年度より健康ステーション事業を開始した。</p>	<p>計画策定時からの経年経過では、糖尿病性腎症、人工透析の新規患者数が増加し、健診有所見者（HbA1c）も悪化しているため、目標値を現状のままとし、糖尿病重症化予防プログラム等の取組を継続していく。</p> <p>脳血管疾患の新規患者数については減少傾向であるが、健診受診者の収縮期血圧の平均値は上昇しているため、健康ステーション事業と特定保健指導事業を行い、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両方を実施していく。</p> <p>特定健診有所見率（LDL）は、女性が悪化しており、メタボリックシンドロームは、男性は予備軍が増加し、女性は該当者が増加しているため、全体的に肥満傾向となっている。改善に向けて、健康ステーション事業と特定保健指導事業を行い、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両方を実施していく。</p> <p>また、特定健診受診率及び特定保健指導実施率とも年々上昇しているが目標値には届いていないため、受診率向上に向けて取り組みを継続していく。</p>

