

安芸市国民健康保険保健事業実施計画
(第2期データヘルス計画)
中間評価報告書

令和3年3月

安芸市

目 次

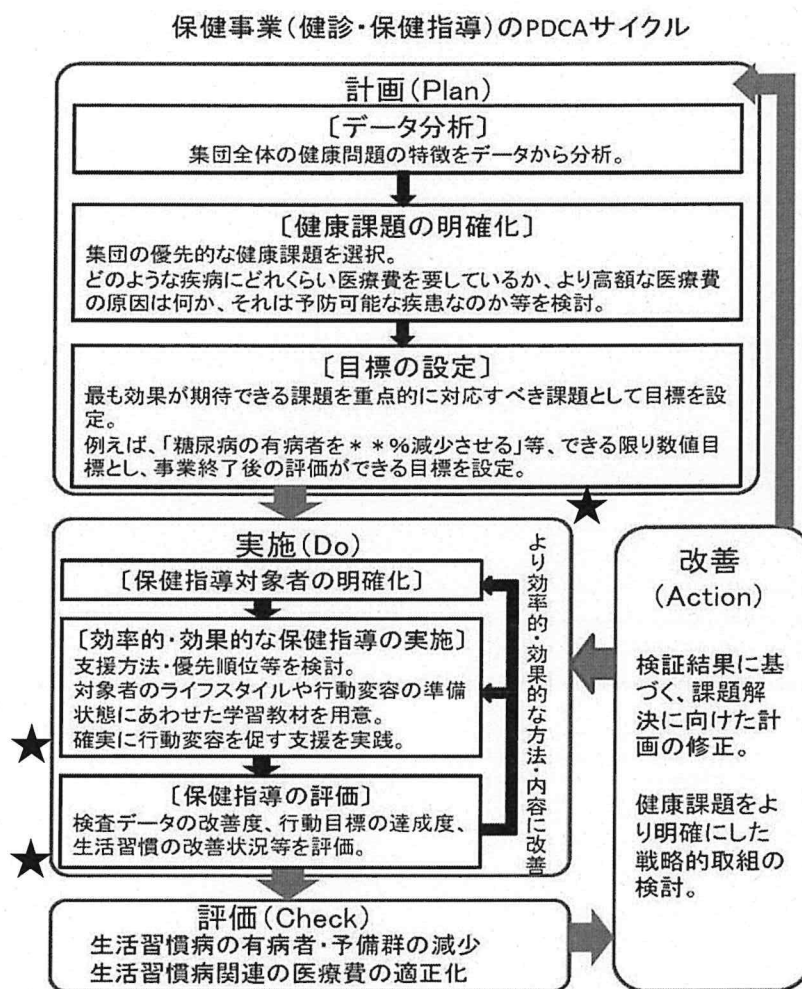
1. 評価・見直しの目的	P. 1
2. 評価方法	P. 1
3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画	
(1) 個別保健事業実施計画	P. 2
(2) 個別保健事業評価計画	
①特定健診受診勧奨	P. 5
②血圧管理の徹底	P. 8
③かかりつけ医との連携強化	P. 11
④糖尿病性腎症重症化予防	P. 14
⑤元気アップ推進事業	P. 17
4. 経年評価指標	P. 20
5. 指標の経年データと判定	P. 35
6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	P. 38
7. 事業体系図・他事業との連動の加筆修正	P. 40
8. 中間評価の結果をふまえた課題整理	P. 41
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. 42
10. 計画全体についての中間評価	P. 44

1. 評価・見直しの目的

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

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

図 1



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】

2. 評価方法

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

3. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画

(1) 個別保健事業実施計画

目的	1) 毎年1回自分の健康状態を正しく知る 2) 健診結果をもとに適切な保健行動(健康管理)ができる
----	--

事業計画	(1)-①40歳への受診勧奨
目標	①40歳の健診受診率を65%にする 現状(平成29年度): 40歳の受診率 20.83%
事業内容	40歳を対象に個別訪問による受診勧奨を行う。 ◇事業の流れ ①対象者名簿を作成する ②対象宅を訪問し健康管理のために特定健診とがん検診を活用されるよう本人に説明する
対象者	当該年度に40歳となる特定健診対象者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 受診率 30%	平成31年度 受診率 40%	令和2年度 受診率 50%	令和3年度 受診率 55%	令和4年度 受診率 60%	令和5年度 受診率 65%
実績値	27.66%	20.90%				

* 受診率=40歳の受診者数/40歳の対象者数 (年度3月末)

事業計画	(1)-②健診未受診かつ医療機関への受療歴がない者への受診勧奨
目標	②41歳から59歳で健診未受診かつ医療機関への受療歴がない者の健診受診を増やす(現状(平成29年度): 対象者数 242人、受診率 8.26%、健診対象者に占める割合 5.30%)
事業内容	41歳から59歳を対象に個別訪問による受診勧奨を行う。 ◇事業の流れ ①対象者名簿を作成する ②対象宅を訪問し健康管理のために特定健診とがん検診を活用されるよう本人に説明する。また、現在の健康状態を把握する。
対象者	当該年度に41歳から59歳となる特定健診対象者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 受診率 10%	平成31年度 受診率 15%	令和2年度 受診率 20%	令和3年度 受診率 25%	令和4年度 受診率 30%	令和5年度 受診率 35%
実績値		5.90%				

* 受診率=②の事業対象者のうち健診受診者数/②の事業対象者数 (3月末)

事業計画	(1)-③みなし健診対象者(健診未受診かつ医療機関へ受療中の者)への受診勧奨
目標	③みなし健診受診者数
事業内容	特定健診対象者のうち未受診者において、医療機関へ受療中の者を対象に、医療機関への協力依頼、及び対象者へのみなし健診の受診(同意)勧奨を行う。 ◇事業の流れ ①対象者名簿を作成する ②医療機関に対して、みなし健診の協力を依頼する。 (医療機関では、医師に加え、受診対応がしやすいよう看護師や受付等スタッフとの面談も実施) ③対象者に対して、みなし健診の受診(同意)勧奨を行う。
対象者	当該年度の特定健診対象者(未受診者)で、医療機関受療中の者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 受診者数 20人	平成31年度 受診者数 30人	令和2年度 受診者数 35人	令和3年度 受診者数 40人	令和4年度 受診者数 45人	令和5年度 受診者数 50人
実績値	1人	9人				

※H31から県事業が開始。

目的	3)わかりやすい健診結果の説明・専門医療機関の紹介・かかりつけ医との連携による
----	---

事業計画	(1) 血圧管理の徹底
目標	①家庭血圧測定者数を増やす 現状(平成29年度): 特定健診受診者のうち高血圧Ⅰ度以上者の割合 27.45% (394/1435) 血圧測定頻度が週1回以上の者の割合 31.89%
事業内容	血圧測定値が収縮期血圧140mmHgをあるいは拡張期血圧90mmHgを越える者を 中心に家庭血圧測定を推奨し普及啓発を行う。 ◇事業の流れ ①家庭血圧測定に関するチラシを集団健診会場での保健指導において受診者全員に配布する。 ②健診受診者の内収縮期血圧140mmHgをあるいは拡張期血圧90mmHgを越える者を対象に 家庭血圧測定について説明し行動化を促す。 ③家庭血圧測定について広報紙等を用いて情報提供する。 ④かかりつけ医と連携して保健指導を実施する。
対象者	特定健診受診者 血圧測定値が収縮期血圧140mmHgをあるいは拡張期血圧90mmHgを越える者 19歳以上の者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加	平成31年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加	令和2年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加	令和3年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加	令和4年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加	令和5年度 高血圧Ⅰ度割合 25% 家庭血圧測定者割合 前年より増加
実績値	高血圧Ⅰ度割合24.77% 家庭血圧測定33.12%	高血圧Ⅰ度割合27.20% 家庭血圧測定33.30%				

* 高血圧Ⅰ度割合＝高血圧Ⅰ度者数／集団特定健診受診者数

* 血圧測定者割合＝週1回以上血圧測定者数／集団特定健診受診者数

事業計画	(2) ①かかりつけ医との連携強化
目標	①特定健診結果をかかりつけ医に報告する者の数を増やす ②精密医療機関からの情報のフィードバックを強化する
事業内容	特定健診結果をかかりつけ医に報告することについての啓発を行う。 ◇事業の流れ ①住民組織・団体等の各種会合時に啓発を行う。 ②特定健診結果をかかりつけ医に報告することのメリットを受診者に伝える広報紙を作成し受診時に配布する。 ③かかりつけ医より精密検査結果通知書を通じて情報提供のあった者に対して保健指導を実施する。
対象者	特定健診受診者及び地域住民
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加	平成31年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加	令和2年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加	令和3年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加	令和4年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加	令和5年度 ①啓発の実施 ②保健指導実施者数の増加
実績値	①実施 ②68人 (積極的13、動機付け55)	①実施 ②66人見込 (積極的16、動機付け50)				

事業計画	(2) ②精密検査を受ける人を増やす
目標	③精密検査を必ず受ける 現状(平成29年度): 119人/435人 要精密、要医療者に占める割合 27.35%
事業内容	精密検査対象者に個別の受診勧奨を行う。 ◇事業の流れ ①対象者名簿を作成する ②健診結果送付の1ヶ月後に電話にて精密検査受診していない場合に受診を促す。
対象者	健診の結果、要精密検査、要医療となった者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 受診率 30%	平成31年度 受診率 40%	令和2年度 受診率 50%	令和3年度 受診率 60%	令和4年度 受診率 70%	令和5年度 受診率 80%
実績値	26.34%	35.40%				

* 受診率＝医療機関受診者数／対象者数

事業計画	(3)－①腎不全対策について
目標	①慢性腎不全を防ぐ 現状(平成29年度):41歳から64歳の特定健診受診者のうち糖尿病性腎症重症化予防対象者数 35人
事業内容	41歳から64歳の特定健診受診者のうち慢性腎不全の重症化予防対象者を選定し保健指導を行う。 ◇事業の流れ ①特定健診結果より対象者名簿を作成する ②集団健診会場や健診結果説明会、個別訪問等にて重症化予防のための保健指導を行う。
対象者	特定健診の結果、41歳から64歳で糖尿病治療中でなくHbA1c6.5%以上の者または尿蛋白(2+)以上またはe-GFR50未満のうちⅠ度高血圧以上の者
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 実施率 100%	平成31年度 実施率 100%	令和2年度 実施率 100%	令和3年度 実施率 100%	令和4年度 実施率 100%	令和5年度 実施率 100%
実績値	47.40%	28.10%				

* 実施率＝保健指導実施者数／対象者数

目的	4)健康管理に必要な知識・技術の提供
----	--------------------

事業計画	(1)元氣アップ推進事業の強化 (2)家庭血圧測定・減塩の普及啓発
目標	①介護予防、家庭血圧測定・減塩の普及啓発に着目し一体的に元氣アップ推進事業を展開する 現状(平成29年度):特定健診受診率 36.62% 要介護(支援)認定率 20.0%
事業内容	医療費や特定健診等のデータ分析結果をまちづくり懇談会で報告し、地域住民に情報提供する ◇事業の流れ ①元氣アップ推進事業説明会を開催する。 ②各地域で家庭血圧測定・減塩の普及啓発を中心に事業企画を行う。 ③地域住民が事業企画に基づく介護予防、家庭血圧測定・減塩の普及啓発などの予防活動を行う。 ④活動報告会を開催し成果と課題を情報共有し次年度の方針について合意形成する。
対象者	元氣・ふれあい会議、介護予防サポーター、地域住民
実施期間	平成30年度から

短期的 目標	平成30年度 ①受診率 46% ②認定率 19.2%	平成31年度 ①受診率 46% ②認定率 19.2%	令和2年度 ①受診率 50% ②認定率 19.2%	令和3年度 ①受診率 55% ②認定率 19.2%	令和4年度 ①受診率 58% ②認定率 19.2%	令和5年度 ①受診率 60%以上 ②認定率 19.2%
実績値	①41.7% ②19.3%	①44.3%見込 ②19.2%				

* ①特定健診受診率＝受診者数／対象者数

* ②要介護(支援)認定率＝要介護(支援)認定者数／65歳以上人口(9月末時点)

(2) 個別保健事業評価計画

① 特定健診受診勧奨

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度 特定健診受診勧奨						
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) 受診勧奨実施者の内、何人受診したか ①40歳 ②新規受診者 2) 受診勧奨実施者の内、何割受診したか ①40歳 ②新規受診者 3) 連続受診者数の増加 4) 特定健診受診率の増加	1) ①②の受診勧奨実施者の内、受診者数 2) ①②の受診勧奨実施者の内、受診割合 3) 連続受診者割合 4) 特定健診受診率	1) ①31人 ②増加 2) ①85% ②増加 3) 連続受診者割合 65% 4) 85%	1) 受診者数を集計 2) 受診率を集計 3) 連続受診者割合を集計 4) 1月調査月齢報告(H28年度と比較)	H30.3 H30.3 H30.3 H30.3	1) ①9人 ②120人 ①①7.65%②2.76% ②昨年度に比べ0.8ポイント減少 ③昨年度に比べ1.4ポイント増加 ④連続受診者数は1330人で、全体の79.31% ⑤29.67%。前年度に比べ1.84ポイント増加。 全体の受診率は増加している。また、個別健診の受診率がH27:7.3%、H28:8.0%、H29:8.2% (同時比較) 増加傾向。
	1) 何人に受診勧奨したか ①40歳 ②新規受診者	1) 受診勧奨者数	1) ①48人 (=対象者数)	受診勧奨者数を集計	H30.3	H29.10 までのこの令保健師への依頼による電話勧奨を実施(75件)。名簿や実施時間を工夫したこと、昨年度より実績は増加した。 H30.1～2月にかけて健康づくり婦人会による個別訪問を実施。同時期に保健師と国保職員で年度40歳の若への個別受診勧奨(電話・訪問)も実施。
事業担当・健康づくり推進チーム						
プロセス	1) 訪問者にとって動きやすい場所をつけたか(時期、様式) 2) 訪問時期は適切であったか 3) 使用媒体は適切だったか 4) 受診者データと名簿の吻合は効率的にできたか	1) 時期、様式はよかったか 2) 訪問時期と所要時間 3) 使用媒体の形状、内容はどうか 4) 作業時期、手順、所要時間 5) 周知方法、時期	1) 時期、様式の確認 2) 訪問結果の確認 3) 使用媒体の確認(担当者の声、対象者の声) 4) 作業状況の確認 5) 全対象者への周知、対象別の周知	評価項目1)～2)は訪問担当者、対象者の意見確認 評価項目4)、5)は担当者間で話し合い	H30.3 H30.3 H30.3 H30.3 H30.3	1、2) 来受診者への受診勧奨については、地区での健診に合わせて実施した後のヒアリングで実施方法を検討し、改善を考えた。特に、電話での受診勧奨は、受診率向上に効果的であると考え、個別健診のチラシも作成し、対象者が選択しやすいように工夫した。 4、5) 全対象者へは地区での健診に合わせて受診券、受診票を送付し、受診勧奨実施。地区で受診しなかった者については、性別・年代別に受診勧奨内容を変えて実施した。
	1) 予算が確保できたか 2) 名簿を作成する事務職員がいたか 3) 訪問勧奨する保健師がいたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 効率的でミスの無い名簿作成 3) 保健師は確保できたか ・保健師の雇用期間、従事できた保健師数 ・一人当たりの対象者数は適当か	アウトカム目標(受診者数) 効率的でミスの無い名簿作成 アウトプット目標(受診勧奨者数)	評価項目1)～3)は担当者間で話し合い	H30.3	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。健診受診者数1677人。 2) 名簿については事業担当保健師と臨時職員で作成。前年の反省を活かし作成した。 3) 41～65歳の対象者(14)については健康づくり婦人会による訪問での受診勧奨を実施。 年度40歳の健診対象者(39名)について、国保部門職員と保健師1名で実施。電話・訪問での受診勧奨を行った。
事業担当						
ストラクチャー						地区担当保健師や健康づくり婦人会と連携して、受診者の傾向からターゲットを絞り込んで受診勧奨を実施し、効果的な受診勧奨につなげられるよう引き続き検討していく。

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度 特定健診受診勧奨

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) 受診勧奨実施者の内、何人受診したか ①40歳 ②新病受診者	1) ①②の受診勧奨実施者の内、受診者数 2) ①②の受診勧奨実施者の内、受診割合 3) 連続受診者割合	1) ①30人 ②増加 2) ①65% ②増加 3) 連続受診者割合 65%	1) 受診者数を集計 2) 受診率を集計 3) 連続受診者割合を集計 4) 1月調査月別報告 (H29年度と比較) 5) みなし健診受診者数を集計	H31.3 H31.3 H31.3 H31.3 H31.3		1) ①13人 ②135人 2) ①27.66% ②7.22% ③昨年年度に比べ4.46%ポイント増加 ④昨年年度に比べ4.46%ポイント増加 3) 連続受診者割合は1531人で、全体の81.83% (年度途中75歳で受診した人も含む) 4) 27.66% (集計・22.27%個別) 5.40% 前年度に比べ2.01ポイント減少。H31.3末受診率41.0%	今年度より、健診の自己負担金を無料としたが、大幅な受診率向上にはつながっていない。しかし、県での受診とならないよう継続して健診を受診する習慣の定着を目指して、受診勧奨の方法の工夫に取り組む。 平成29年11月から始まったみなし健診について受診者はいなかった。今年度、市内医療機関へ巡回説明を実施し、継続して医療機関との連携を進めていく。
	2) 受診勧奨実施者の内、何割受診したか ①40歳 ②新病受診者	4) 特定健診受診率 5) みなし健診受診者の増加	4) 45% 5) ①20人 ②増加					
アウトプット	1) 何人に受診勧奨したか ①40歳 ②新病受診者 ③みなし健診対象者 (特定健診未受診者で医療機関中の者)	1) 受診勧奨者数	1) ①47人 (=対象者数) ③30人	受診勧奨者数を集計	H31.3	事業担当・健康づくり推進チーム	1) なでこの金電話勧奨178実施 (40～69歳末受診者166名中166名につながらず)、健康づくり婦人会電話勧奨178～278実施398名	事業の有効活用や健康づくり団体との連携による受診率向上に向けた取り組みが継続して実施されている。今回は訪問ではなく、電話勧奨を実施、訪問では話すことができて、手こたえを感じていない。今後も、勧奨方法に合わせた対象者の状況に応じた働きかけを行い、より効果的な受診勧奨に取り組んでいく。また、引き続き健康づくり推進チームを中心に多角的な受診勧奨を展開していく。
プロセス	1) 訪問者にとって動きやすい名簿をつけたか (時期、様式) 2) 訪問時期は適切であったか 3) 使用媒体は適切であったか 4) 受診者データと名簿の突合は効率的にできたか	1) 時期、様式はよかったか 2) 訪問時期と所要時間 3) 使用媒体の形状、内容はどうであったか 4) 作業時期、手順、所要時間 5) 周知方法、時期	1) 時期、様式の確認 2) 訪問結果の確認 3) 使用媒体の確認 (担当者の声、対象者の声) 4) 作業状況の確認 5) 全対象者への周知、対象別の周知	評価項目1)～3)は訪問担当者・対象者の意見確認 評価項目4)、5)は担当者間で話し合い	H31.3 H31.3 H31.3 H31.3 H31.3		1, 2) 年度当初から関係団体委員会や農業者等への受診勧奨を行い、さらに未受診者への受診勧奨については、地区での健診が完了した後のレター健診に合わせた実施であり、時期や時間等適切であったと考える。様式についても受診勧奨したその場で健診予約を受け付けることができたよう工夫している。 3) 集団健診だけでなく、わかりやすい個別健診のチラシを作成し、対象者が選択して受診しやすいよう工夫した。 4, 5) 全対象者へは地区での健診に合わせて受診者・受診票を送付し、受診勧奨を実施。地区で受診しなかった者については、性別・年代別に受診勧奨内容を改めて実施した。訪問はマンパワーや時間の関係で行えていない。	集団健診と個別健診で、対象者がそれぞれに合った方法で受診できるように継続した受診勧奨を実施していく。
ストラクチャー	1) 予算が確保できたか 2) 名簿を作成する事務職員がいたか 3) 訪問勧奨する保健師がいたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 効率的でミスの無い受診作成 3) 保健師は確保できたか ・保健師の雇用期間、従事できた保健師数 ・一人当たりの対象者数は適当か	アウトカム目標 (受診者数) 効率的でミスの無い受診作成 アウトプット目標 (受診勧奨者数)	評価項目1)～3)は担当者間で話し合い	H31.3	事業担当	1) 国保ヘルスアップ事業を活用。健診受診者数1677人。 2) 名簿については事業担当保健師と臨時職員で作成。前年の反省を活かし作成した。 3) 41～65歳の対象者 (14については健康づくり婦人会) による訪問での受診勧奨を実施。年度40歳の健診対象者 (39名) について、国保門診職員と保健師1名で実施。電話・訪問での受診勧奨を行った。	1) 国保ヘルスアップ事業を活用。健診受診者数1677人。 2) 担当保健師が受診勧奨訪問を実施することは時間やマンパワー的に限りがあるため、健康づくり婦人会と連携して、受診者の傾向からターゲットを絞り込んで受診勧奨を実施し、効果的な受診勧奨につなげるよう引き続き検討していく。

個別保健事業名 平成31（令和元）年度 特定健診受診勧奨

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) 受診勧奨実施者の内、何人受診したか ①40歳 ②41～59歳未受診者かつ受療歴なし 2) 受診勧奨実施者の内、何割受診したか ①40歳 ②41～59歳未受診者かつ受療歴なし 3) 連続受診者数の増加 4) 特定健診受診率の増加 5) みなし健診受診者の増加	1) ①②の受診勧奨実施者の内、受診者数 2) ①②の受診勧奨実施者の内、受診割合 3) 連続受診者割合 4) 特定健診受診率 5) みなし健診受診者数	1) ①13人 ②38人 2) ①30% ②15% 3) 連続受診者割合 85% 4) 50% 5) ①30人	1) 市民課調べ 2) 受診率を集計 3) 連続受診者割合を集計(市民課調べ) 4) 1月調査月例報告(H30年度と比較) 5) みなし健診受診者数を集計	R2.7	1) 評価体制 2) 評価体制	1) ①9人 ②36人 2) ①20.9% ②5.9% 3) 継続78.8%(3,033ポイント減)、新規21.2%(2.9ポイント増) 4) 27.28%(集団、22.37%個別、4.90%)前年度に比べ0.38ポイント減少。R2.3月例報告36.87% 5) 9人(市外医療機関3人、市外医療機関6人)	目標は達成されていない。 40～50歳の若い世代の受診動向と60歳以降の継続受診動向を、市内医療機関を巡回訪問し、個別健診への協力と推進を行い、受診率向上をめざす。 みなし健診は今年度興事業として取り組むため、足並みをそろえて実施。数人ではあるが、受診者はいる。医療機関の協力を依頼していく。
	1) 何人に受診勧奨したか ①40歳 ②41～59歳未受診者かつ受療歴なし ③みなし健診対象者	1) 受診勧奨者数	1) ① 43人 (＝対象者数：H31.4月現在) 2) 250人 ③ 30人	①受診勧奨者数を集計 ②健診システム ③国保担当者(送付者)	R2.3	1) 健康づくり推進チーム	1) どの年代に受診勧奨をするかを検討する必要がある。委員会の意見にもあったように、40代だけでなく、対象人数が多い層(50,60代)にしっかりと受けてもらえるように、また継続受診してもらえよう工夫が必要。 2) ①43人 ②608人(10月健診までの未受診者数) ③42人(市外19人、市内23人)	
ア ウ ト ア プ ッ ト	1) 訪問者にとつて動きやすい名簿をつくられたか(時期、様式) 2) 訪問時期は適切であったか 3) 使用媒体は適切だったか 4) 受診者データと名簿の突合は効率的にできたか	1) 時期、様式はよかったか 2) 訪問時期と所要時間 3) 使用媒体の形状、内容はどうかであったか 4) 作業時期、手順、所要時間 5) 周知方法、時期	1) 時期、様式の確認 2) 訪問結果の確認 3) 使用媒体の確認(担当者の声、対象者の声) 4) 作業状況の確認 5) 全対象者への周知、対象別の周知	評価項目1)～3)は訪問担当者・対象者の意見確認 評価項目4)、5)は担当者間で話し合い	R2.3	1) 健康づくり推進チーム	1) 名簿は婦人会の意見も取り入れて作成、受診勧奨のタイミングとしては良かった。 2) 1040人訪問実施。婦人会の訪問時期がどうしても冬になり、厳しい時期ではあるが、前向きに協力してくれた。 3) 訪問道具は特に意見はなかったが、受診勧奨チラシに未受診者と受診者との医療費の違いを入れたことでの驚きの反応はあった。 4) 5) 年代別チラシを作成し、配布した。	1) (2) (4) 協力してくれる健康づくり婦人会は次年度どのように受診勧奨するかは要検討。 3) 今年度作成したチラシは引き続き配布をしながら反応を確認していく。 4) 次年度も個別健診勧奨も合わせて引き続き実施していく。
ス ト ラ ク チ ャー	1) 予算が確保できたか 2) 名簿を作成する事務職員がいたか 3) 受診勧奨できる体制が取れたか 4) 国保担当者等も踏まえた関係機関との連携をし、協議できたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 臨時職員を切れ目なく確保できたか 3) 健康づくり婦人会等と連携し、受診勧奨ができたか 4) 国保担当者との定期的な会議を開始。庁内チーム会で協議できたか	1) 国保ヘルスアップ事業を活用 2) 年度当初からの雇用と効率的でミスの無い名簿作成をする 3) 健康づくり婦人会や市内公民館等との連携とでのこの会等の活用 4) 国保担当者との定期的な会議の開催とチーム会での協議	1)～2)は担当者間で話し合い 3) 関係機関との振り返りを実施。 4) 議事等で確認	R2.3	1) 健康づくり推進チーム	1) 国保ヘルスアップ事業を活用できた。 2) 年度当初から臨時職員の活用ができ、その程度必要に応じた名簿を事業担当保健師と協議して作成できた。未受診者リストは前年度の反省を生かし、使いやすいものに修正した。 3) 11月になってこの会による電話、1～3月に健康づくり婦人会による訪問での受診勧奨を実施。年間通して公民館等住民啓発を実施。 4) 今年度から国保事業連絡会を月1回開催し、国保事業に関する事項を協議した。チーム会では受診勧奨のための意見をもとに、委員会の意見を取り入れてチラシを作成、配布した。	1) (2) (4) 引き続き実施していく。 3) 年度当初から臨時職員の活用ができ、その程度必要に応じた名簿を事業担当保健師と協議して作成できた。未受診者リストは前年度の反省を生かし、使いやすいものに修正した。 3) 11月になってこの会による電話、1～3月に健康づくり婦人会による訪問での受診勧奨を実施。年間通して公民館等住民啓発を実施。 4) 今年度から国保事業連絡会を月1回開催し、国保事業に関する事項を協議した。チーム会では受診勧奨のための意見をもとに、委員会の意見を取り入れてチラシを作成、配布した。

②血圧管理の徹底

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度 血圧管理の徹底						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制
アウトカム	1) 特定健診受診者の内、何割が高血圧Ⅰ度以上者か 2) 特定健診受診者の内、何割が週1回以上血圧測定者か * H27データは基本健康診査時代と比較するため、血圧測定頻度と見比べると、H29年度からは家庭血圧測定の実施有無を問診項目とする	1) 高血圧Ⅰ度割合 2) 血圧測定者割合	1) 31.3% 2) 血圧測定者割合の増加	1) 高血圧Ⅰ度数を集計 2) 集団特定健診受診者の問診項目集計	H30.1 H30.3	評価結果 1) 25.8% (H28年度同時期は28.07%であり、2.27%減少)。高血圧Ⅰ度以上の者は減少している。 2) 集計中。 今後の対策 高血圧Ⅰ度以上の者は減少しており、引き続き血圧管理について啓発を実施していく。今後は血圧管理と合わせて減塩についての啓発も行う。
	1) 健診会場で何人に啓発チラシを配布したか 2) 健診会場で何人に保健指導を行なったか 3) 家庭血圧測定について広報等に掲載したか	1) 啓発チラシ配布枚数 2) 保健指導実施者数 3) 広報等への掲載回数	1) 受診者全員に配布する 2) 受診者全員に保健指導を実施する 3) 年一回掲載する	1)～3) 事業担当者、地区担当者との確認 実施記録様式を作成し記録する 3) 掲載回数、時期、内容の確認	H30.1 H30.1 H30.1	事業担当者・健康づくり推進チーム
	プロセス	1) 配布時期は適切であったか 2) 使用媒体は適切であったか	1) 配布の対象、数、時期はどうか 2) 使用媒体の形状と内容はどうか	評価指標1)～4)の確認	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	H30.1
ストラクチャー	1) 予算が確保できたか 2) 媒体を作成する職員がいたか 3) チラシの配布担当者がいたか 4) 保健指導する保健師がいたか	1) 必要な予算を上回っているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が作成したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1)～4)の確認	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	H30.1	事業担当者 1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 昨年度作成したチラシを使用。 3) 事業担当保健師や各地区担当保健師で配布。 4) 各地区担当保健師により保健指導を実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度 血圧管理の徹底

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) 特定健診受診者の内、何割が高血圧Ⅰ度以上者か 2) 特定健診受診者の内、何割が週1回以上血圧測定者か * H27データは基本健康診査時代と比較するため、血圧測定頻度を問診項目としたが、H29年度からは家庭血圧測定の実施有無を問診項目とする	1) 高血圧Ⅰ度割合 2) 血圧測定者割合	1) 25% 2) 血圧測定者割合の増加	1) 高血圧Ⅰ度者数を集計 2) 集団特定健診受診者の問診項目集計 家庭血圧測定頻度が週1回以上の者の割合(40-74歳集団健診受診者のうち)	H31.1 H31.3		1) 24.77% (H29年度同時期は25.8%であり、1.1%減少)、高血圧Ⅰ度以上の者は減少している。 2) 33.12%、H29年度31.89%より増加。	高血圧Ⅰ度以上の者は減少しており、週1回以上家庭血圧を測定する者の割合も増加している。 引き続き続き血圧管理についての啓発を実施していく。今後には血圧管理と合わせて減塩についての啓発も行っていく。
アウトプット	1) 健診会場で何人に啓発チラシを配布したか 2) 健診会場で何人に保健指導を行ったか 3) 家庭血圧測定について広報等に掲載したか	1) 啓発チラシ配布枚数 2) 保健指導実施者数 3) 広報等への掲載回数	1) 受診者全員に配布する 2) 受診者全員に保健指導を実施する 3) 年一回掲載する	1) ~3) 事業担当者、地区担当者との確認 実施記録様式を作成し記録する 3) 掲載回数、時期、内容の確認	H31.1 H31.1 H31.1	事業担当・健康づくり推進チーム	1) 健診会場での保健指導において健診受診者全員に啓発と同時に配布。 2) 全受診者に健診当日特定保健指導(初回)実施(1114人)。特定保健指導利用者(22人)。 3) チラシによる直接の健康啓発を実施したため、広報への掲載は未実施。上記のほか、健康教室実施時や健康づくりに関する講演会等での配布を実施。	健診会場だけではなく、各地区の活動や健康づくり団体の啓発を継続していく。
プロセス	1) 配布時期は適切であったか 2) 使用媒体は適切であったか	1) 配布の対象、数、時期はどうか 2) 使用媒体の形状と内容はどうか	評価指標1) ~4) の確認	1) ~4) 事業担当者、地区担当者との確認	H31.1		1) 健康づくりに関する講演会では血圧測定のポイントについて説明しながらチラシを配布したり、健診会場や健康教室など健康意識が高まっている際に啓発が実施できた。 2) 昨年度作成したチラシを使用。	今後も様々な機会を通して啓発を実施していく。
ストラクチャ	1) 予算が確保できたか 2) 媒体を作成する職員がいたか 3) チラシの配布担当者はいたか 4) 保健指導する保健師がいたか	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が作成したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1) ~4) の確認	1) ~4) 事業担当者、地区担当者との確認	H31.1	事業担当	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 昨年度作成したチラシを使用。 3) 事業担当保健師や各地区担当保健師で配布。 4) 各地区担当保健師により保健指導を実施。	健康づくり推進チーム・担当課で協議を重ねながら実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成31（令和元）年度 血圧管理の徹底						
評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期 体制	評価結果 今後の対策
ア ウ ト カ ム	1) 特定健診受診者の内、何割が高血圧Ⅰ度以上者か 2) 特定健診受診者の内、何割が週1回以上血圧測定者か * H27データは基本健康診査時代と比較するため血圧測定頻度を問診項目としたが、H29年度からは家庭血圧測定の実施有無を問診項目とする。	1) 高血圧Ⅰ度割合 2) 血圧測定者割合	1) 25% 2) 血圧測定者割合の増加	1) 高血圧Ⅰ度者数を集計 2) 集団特定健診受診者の問診項目集計 家庭血圧測定頻度が週1回以上の者の割合 (40~74歳集団健診受診者のうち)	R2.1 R2.3	1) 27.20% (H30年度同時期は24.77%)であり245ポイント増加。目標は達成されていない。高血圧Ⅰ度以上の者はH30は一度減少していたが、R元年度になって増している。 2) 33.30%。H30年度33.12%より0.18ポイント増加。
	1) 健診会場で何人に啓発チラシを配布したか 2) 健診会場で何人に保健指導を行ったか 3) 家庭血圧測定について広報等に掲載したか	1) 啓発チラシ配布枚数 2) 保健指導実施者数 3) 広報等への掲載回数	1) 受診者全員に配布する 2) 受診者全員に保健指導を実施する 3) 年一回掲載する	1) ~3) 事業担当者、地区担当者との確認 実施記録様式を作成し記録する(市民課調べ) 3) 掲載回数、時期、内容の確認	R2.1 R2.1 R2.1	1) 健診会場で保健指導員に同時に配布。今年度は高血圧の基準も変更になり、市内医療機関医師からの情報提供もあり、周知した。 2) 全受診者に健診当日特定保健指導実施(初回)(1376人)。特定保健指導利用者(52人)に実施。 3) チラシによる直接の健康啓発を実施したため、広報への掲載は未実施。上記のほか、健康教室実施時や健康づくりに関する講演会等での配布を実施。
プ ロ セ ス	1) 配布時期は適切であったか 2) 使用媒体は適切であったか	1) 配布の対象、数、時期はどうか 2) 使用媒体の形状と内容はどうか	評価指標1)~4)の確認	1) ~4) 事業担当者、地区担当者との確認	R2.1	1) 健康づくりに関する講演会では血圧測定ポイントについて説明しながらチラシを配布したり、健診会場や健康教室など健康意識が高まっている際に啓発が実施できた。 2) 県が配布してくれた資料を活用。
ス ト ラ ク チ ャ ー	1) 予算が確保できたか 2) 媒体を作成する職員がいたか 3) チラシの配布担当者はいったか 4) 保健指導する保健師がいたか	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が作成したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1)~4)の確認	1) ~4) 事業担当者、地区担当者との確認	R2.1	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 昨年度作成したチラシを使用。 3) 事業担当保健師や各地区担当保健師で配布。 4) 各地区担当保健師5名により保健指導を実施したが、地区割をしているため一人あたりの対象者数に偏りがある。そのため、事業担当者がカバーするが、不十分。

③かかりつけ医との連携強化

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度 生活習慣病 疾病管理かかりつけ医制度事業						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制
アウトカム	1) 医療機関 ①登録する ②精密検査結果票を返信する 2) 特定健診受診者 ①医療機関を受診する ②治療を開始する ③治療を継続する ④リスク因子が改善する	1) 医療機関 ①登録医療機関数/市内内科医療機関数 ②登録医師数/市内内科医師数 ③精密検査結果票数/対象者数 2) 特定健診受診者 ①登録医療機関受診者数/対象者数 ②治療開始者数/対象者数 ③翌年の治療継続者数/対象者数 ④翌年度の健診結果の改善率	1) ①100% ②100% ③ $(a+b)\%$ 、 $a=44.99$ 、 $b=h27$ 実績 2) ①90% (1割は市外受診) ②100% ③100% ④50% (半数は改善してもらいたい)	1) ①②建具、方法の検討完了 ①②登録申込数 ③年度末時点の返信数	1) 年度末 ①②	1) ①②100% ③129人/424人(30.42%) 昨年度同時期で21.33%と増加している。 2)①23.82% ②③④については来年度評価。
	1) 医療機関 ①医療機関への説明 ②医師への説明 2) 特定健診受診者 ①対象者への通知 ②対象者への電話動員	1) 医療機関 ①説明実施数/市内内科医療機関数 ②説明実施数/市内内科医師数 2) 特定健診受診者 ①対象者への通知数/対象者数 ②電話の件数/対象者数	①100% ②100% ①100% ②100%	①②説明実施状況 ①通知数を確認 ②電話件数を確認	年度末	1) ①100% ②100% 2)①100%
プロセス	1) 医療機関 ①制度設計、連携の手引きを作成 ②市との連携が必要な対象者が市が行う保健指導につながったか 2) 特定健診受診者 ①対象者の名簿を作成できたか	①作成完了 ②市との連携が必要な対象者が市が行う保健指導を受ける参加者数/紹介者数 ①効果的でミスのない名簿作成	①作成完了 ②100% ①効果的でミスのない名簿	①作成状況 ②医療機関から紹介があったヘルスアップ教室参加者数 ①担当者間で話し合い	年度末	1)①作成完了 ②現在アンケートにて把握中。 2) 事業担当と臨時職員とで作成。
ストラクチャー	1) 予算は確保できたか 2) 制度設計、連携の手引きを作成する担当職員がいたか 3) 連携が必要な対象者に対して支援できたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 担当者は確保できたか 3) 医療機関から連絡があった対象者が参加できたか	評価指標1)～3)の確認	担当者間で話し合い	年度末	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 糖尿病専門部会担当保健師が関係機関と連携して作成。 3) 医療機関から連絡のあった対象者はなし。広報期間が短かったことも、参加につながりづらかったと考える。
				今後の対策		
				精密検査が必要にも関わらず、受診していない者が多く、引き続き精密検査受診の必要性を啓発していく。		
				精密検査が必要な者が確実に精密検査を受診するよう、今後も医療機関と連携して保健指導を実施していく。		
				市との連携が必要な対象者がヘルスアップ教室を利用してもらったことで生活習慣改善の動機付けとなるよう医療機関への周知を徹底する。		
				次年度は、計画的に広報を行い、主治医から対象者に勧めてもらおう期間を十分に確保する。		

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度 かかりつけ医との連携強化

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) 医療機関 ①受診する ②精密検査結果票を返信する 2) 特定健診受診者 ①医療機関を受診する	1) 医療機関 ①登録医療機関数/市内内科医療機関数 ②登録医師数/市内内科医師数 ③精密検査結果票数/対象者数 2) 特定健診受診者 ①登録医療機関受診者数/対象者数	1) ①100% ②100% ③昨年度より増加(H29年度30.42%) 2) ①90%(1割は市外受診)	1) ①②建言、方法の検討完了 ①②登録申込数 ③年度末時点の返信数	1) 年度末 ①②	事業担当	1) ①②100% ③26.34% 昨年度同時期で4.08ポイント減。 2) ①②84.8%	精密検査が必要にも関わらず、受診していない者が多く、30%にも届いていない。引き続き精密検査受診の必要性を啓発していく。
	1) 医療機関 ①医療機関・医師への説明(疾病管理かかりつけ医制度等) 2) 特定健診受診者 ①対象者への結果通知 ②対象者への電話動奨	1) 医療機関 ①説明実施数/市内内科医療機関数 2) 特定健診受診者 ①対象者への通知数/対象者数 ②電話の件数/対象者数	①100% ①100% ②100%	①説明実施状況 ①通知数を確認 ②電話件数を確認	年度末	事業担当	1) ①0% 医療機関へ巡回訪問し、説明はマンパワー不足等のため実施できず。 2) ①100% 電話動奨をしたの ②100% 電話動奨をしたの ワー不足のため経過を追っての再動奨ができなかった。	1) 医療機関への巡回説明を実施。国保担当者と一緒に回る。 2) 精密検査への受診動奨の方法を検討する必要がある。電話では時間等限界がある。
プロセス	1) 医療機関 ①医療機関への巡回説明の時期が適切か ②市との連携が必要な対象者が市が行う保健指導につながったか 2) 特定健診受診者 ①対象者の名簿を作成できたか	①年度当初で、医療機関の多忙期を除いた時期に実施 ②市との連携が必要な対象者が市が行う保健指導を受ける参加者数/紹介者数 ③効果的にミスのない名簿作成	①100% ②昨年度より増加傾向 ③効果的にミスのない名簿	①訪問状況 ②医療機関から紹介があった合同米穀教室参加者数 ③担当者間で話し合い	年度末	事業担当	1) ①実施できていない。 ②26人中医療機関からの紹介2人 2) 事業担当と臨時職員とで作成。	市との連携が必要な対象者がヘルスアップ教室を利用してもらうことで生活習慣改善の動機付けとなるよう医療機関への周知を徹底する。
	1) 予算は確保できたか 2) 制度設計、連携の手引きを作成する担当職員がいたか 3) 連携が必要な対象者に対して支援できたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 担当者は確保できたか 3) 医療機関から連絡があった対象者が参加できたか	評価指標1)～3)の確認	担当者間で話し合い	年度末	事業担当	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 事業担当と他保健師と国保で協議した。 3) 広報期間が十分とれたため、医療機関紹介の参加者、新規参加者ともにあった。	次年度も、計画的に広報を行い、主治医から対象者に勧めてもらえる期間を十分に確保する。新規参加者の参加が増えるよう周知していく。

事業評価計画

個別保健事業名 平成31（令和元）年度 かかりつけ医との連携強化					
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期
1) 医療機関 ①精密検査結果票を返信する ②かかりつけ医制度を利用する。 2) 特定健診受診者 ①医療機関を受診する ②医療機関から相談がある	1) 医療機関 ①精密検査結果票を返信する ②かかりつけ医制度を利用する。 2) 特定健診受診者 ①医療機関を受診する ②医療機関から相談がある	1) 医療機関 ①精密検査結果票/対象者数 ②医療機関からの情報提供等連携相談数 2) 特定健診受診者 ①受診医療機関受診者数/精密受診対象者数 ②医療機関からの情報提供等連携相談数	1) ①昨年度より増加(+29年度30.42%) ②5件 2) ①90%(1割は市外受診) ②5件	1) ①精密検査受診者数(年度末時点) ②情報提供台帳で確認 ③情報提供等相談件数 2) ①精密検査結果通知書の確認	1)2) 年度末
アウトカム					今後の対策
1) 再勧奨通知に効果があつたと考 える。今後も引き続き精密検査 受診再勧奨を行う。 2) 受診を忘れていた住民にとって 再勧奨することによって声も聞 けた。 3) 市が行う保健事業や教育事業等 への参加の呼びかけに医療機関 への周知を行っていく。					
アウトプット	1) 医療機関 ①説明実施・医師への説明(疾病管理から つけ医制度等) ②医療機関への巡回訪問を実施 2) 特定健診受診者 ①対象者への結果通知 ②対象者への再通知ができたか	1) 医療機関 ①説明実施数/市内内科医療機関数 ②医療機関巡回訪問等で医師とつながる 2) 特定健診受診者 ①対象者への通知数/対象者数 ②再通知の実施	①100% ②市内医療機関100% ①100% ②実施	①説明実施状況 ②医療機関訪問時は説明内容等 作成し確認 ①通知数を確認 ②再通知	1) ①100% ②国保担当者と訪問目的と 説明内容を確認し、次第を 作成した。 2) ①100% ②100% ③100% 地区特定健診を一巡後に再 通知を行うことで、受診勧奨 になった。
プロセス	1) 医療機関 ①年度当初で、医療機関の多忙期を除いた時 期に実施 ②情報連携台帳を作成 2) 特定健診受診者 ①対象者の名簿を作成できたか ②精密検査対象者のリストの作成と通知	①年度当初で、医療機関の多忙期を除いた時 期に実施 ②情報連携台帳を作成 ①効率的でミスのない名簿作成 ②11月下旬ごろにリストを作成し、再通知	①100% ②昨年度より増加傾向 ①効率的でミスのない名簿 ②リスト者全員に通知	①訪問状況 ②情報連携台帳の活用状況 ①担当者間で話し合い ②結果、リスト確認	1)①100% 4月に合同医師会で説明を突 施。さらに国保担当者や医療機 関へ7月に巡回訪問を実施。 ②連携情報を一元化できた。 2) ①事業担当と臨時職員とで作 成。 ②180名に再通知を実施した。
ストロークチャート	1) 予算は確保できたか 2) 国保担当者との連携が図れたか 3) 連携が必要な対象者に対して支援 できたか	1) 必要な経費を予算化できたか 2) 国保事業連絡会を月1回開催 3) 健診会場等で健診結果を主治医に報告する よう啓発できたか	評価指標1)～3)の確認	担当者間(国保含め)で話し合い 結果、リスト確認	1)国保ヘルスアップ事業の予 算を定用。 2)国保事業連絡会を月1回程 度開催した。 3)健診会場等で主治医に結 果報告するよう啓発を行った。 住民からも「先生に言われて いる」等の声が聞かれている。
					継続実施。 国保事業連絡会はその都度確認で きる有意義な会であり、継続する必 要がある。

④糖尿病性腎症重症化予防

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度 糖尿病性腎症重症化予防						
評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価 時期	評価 体制	評価結果
アウトカム	1) 受診する 2) 治療開始 3) 治療継続 4) リスク因子の改善	1) 対象者数・保健指導実施率 2) 治療継続率	1) 100% 2) 100%	H30.3 H30.8 H31.2	1) 市民課調べ 2) 市民課調べ・対象者への確認 事業担当・健康づくり推進チーム	1) 100%、対象者77名、前年度同時期は39名であり、対象者は増加している。 2) 今後評価していく。
	1) 対象者に連絡できる (面談・電話)	1) 保健指導内容	1) 保健指導内容の確認	H30.1 H30.8	1) 保健指導実施者への聞き取り	1) 保健指導内容については、記録にて確認を行う。また、月に1度地区担当保健師と連絡会を開催し、進捗状況等の確認を行っている。
アウトプット	1) 充実した支援を行なう 2) 対象者を選定する 3) 訪問通知を送る 4) 事例検討を行う	1) 介入時期が適切であったか 2) 指導方法と内容はどうか	1) 担当者間での確認 2) 実施状況の確認	H30.1 H30.8	事業担当者、地区担当者との確認	1) 特定健診会場を初回介入とすること で、健診後にアプローチができない方にも介入できている。 2) 対象者の選定は健診結果処理時に実施。H29年度はH28年度と同じ基準で抽出した。 3) 対象者には健診結果に糖尿病性腎症重症化予防の保健指導について通知する文書を送付。健診結果説明会の通知を行い、特定保健指導と同時に保健指導を実施した。 4) 事例検討は実施できず。
	1) 対象者選定方法 2) 事業実施人員 3) 予算の確保	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が説明したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は 適当か	評価指標1)～4)の確認	H30.1 H30.8	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	1) 特定健診会場にて保健指導を実施することで、早期からの介入を持つことができた。 今後早期からの介入を持つことで、重症化予防の取り組みを実施していく。保健指導内容を充実させていくため、他保険者の取り組み等も参考にしながら、協議・実施をしていく。
ストロークチャート				H30.1 H30.8	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2) 既存資料を活用。 3) 各地区担当保健師が実施 4) 各地区担当保健師により特定保健指導と合わせて保健指導を実施	健康づくり推進チーム・当該課で協議を重ねながら実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度 糖尿病性腎症重症化予防

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 2) 治療開始 3) 治療継続 4) リスク因子の改善	1) 対象者数・保健指導実施率 2) 治療継続率	1) 100% 2) 100%	1) 市民課調べ 2) 市民課調べ・対象者への確認	H31.3 H31.8 H31.2	事業担当・健康づくり推進チーム	1) 対象者19人、実施率47.4% 2) 今後評価していく。	対象者の基連について は、第2期計画より変更し て、H30年度は初年度とな る。対象者抽出条件が変 更されたことで、対象者数 は減少。県の実症化予防 の取り組みについても実 施できるよう地区担当保健 師と連絡会での確認を 行っていく。
	アウトプット	1) 保健指導内容	1) 保健指導内容の確認	1) 保健指導実施者への聞き取り	H31.1 H31.8		1) 保健指導内容につい ては、記録にて確認を行 う。また、月に1度地区担 当保健師と連絡会を開催 し、進捗状況等の確認を 行っている。	今後も地区担当保健師と 連絡会を実施し、保健指 導内容について検討して いく。
プロセス	1) 充実した支援を行なう 2) 対象者を選定する 3) 訪問通知を送る 4) 事例検討を行う	1) 介入時期が適切であったか 2) 指導方法と内容はどうか	1) 担当者間での確認 2) 実施状況の確認	事業担当者、地区担当者との確認	H31.1 H31.8		1) 特定健診会場を初回介入と することで、健診後にアプ ロウすることができた。今 後も早期からの介入を持 つこととする。重症化予 防の介入を待つことで、 重症化予防の取り組みを 実施していく。し ながら、保健指導の活用 までつな が れ ない事例もあり、指導 レ ットや啓発媒体について 今後とも検討していく。 保健指導内容も充 実させていくため、他 保健師の取 り組み等も参考にしな がら、臨 場・実施していく。	特定健診会場にて保健指 導を実施すること、早期 からの介入を持つこと で、重症化予防の取 組みを実施していく。 し ながら、保健指導の活 用までつな が れ ない事例もあり、指 導 レ ットや啓発媒体につ いて今後とも検討して いく。保健指導内容 も充実させていくた め、他保健師の取 り組み等も参考にし ながら、臨 場・実施していく。
	1) 対象者選定方法 2) 事業実施人員 3) 予算の確保	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が説明したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は 適当か	評価指標1)～4)の確認	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	H31.1 H31.8		1) 国保ヘルスアップ事業 の予算を活用。 2) 既存資料を活用。 3) 各地区担当保健師が 実施 4) 各地区担当保健師に より特定保健指導と合 わせて保健指導を実 施。	健康づくり推進チ ーム・担 当 課 で協議を重ねながら 実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成31(令和元)年度 糖尿病性腎症重症化予防						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価結果
アウトカム	1) 対象者の検査値の改善 2) 対象者の行動変容がある 3) 新規透析患者数(国保)	1) 対象者のHbA1cやeGFRの改善 2) 対象者の食事・運動・生活等の行動変容や改善維持等がある人 3) 新規透析患者(国保)数	1) 100% 2) 1人以上 3) 1人以上 4) 0人	1) 2) 3) 糖尿病管理台帳や記録で確認 5) 市民課調べ	R2.3	1) 12人が昨年度健康診断結果より改善があった。 2) 4人が何らかの改善があった。 3) 2人
	1) 保健指導実施率 2) 医療機関と連携した事例数 3) 連携した医療機関数	1) 実施率 2) 事例数 3) 医療機関数(市内9か所)	1) 100% 2) 1件以上 3) 1件以上	1) 2) 3) 糖尿病管理台帳や記録で確認 5) 市民課調べ	R2.3	1) 28.1%(28人中9人に実施) 2) 7件(医療中断、県糖尿病性腎症重症化予防プログラムケース) 3) 2か所
プロセス	1) 対象者を選定する 2) 保健指導の案内を通知。 3) 保健指導を実施する。 4) 記録等を行う 5) 事例検討を実施 6) 医療機関との連携	1) 対象者の選定はできたか 2) 案内通知を送れたか 3) 保健指導が適切に実施されたか 4) 記録ができたか(個別と台帳) 5) 事例検討をしたか 6) 医療機関と連携した事例がいくつか	1) 2) 3) 6) 担当者間での確認 4) 5) 実施状況の確認	事業担当者、地区担当者等との確認	R2.3	1) 特定健康診断結果処理時に一緒に対象者リストを作成した。 2) 特定保健指導対象者以外の重症化予防対象者に保健指導の案内通知を送付した。 3) 健康診断で初回介入とすることで、健康診後アプローチができないう方にも介入できているが、他業務もあり、最後まで全員に実施ができなかった。 4) 個別の対応記録をし、地区ごとのファイルへ保存、台帳への記入を事業担当者が実施した。 5) 県事業を活用し、保健師と栄養士が事例を通して学習を実施した。 6) 重症化予防対象者ではないが、医療中断者等医療機関からの連絡があり、対応した。県版プログラムでの対応において、対象者の選定であつたり、日頃から病診連携ができている医療機関の患者を対象にしたため、説明を要することがあった。
	1) 対象者選定方法の確認 2) 事業実施人員 3) 予算の確保 4) 対象者管理体制	1) データヘルス計画に基づいているか 2) 保健師の人員は対応可能か 3) 必要な予算を計上しているか 4) 全体的な事業把握ができたか	評価指標1)～4)の確認	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	R2.3	1) データヘルス計画に基づいて、対象者を健康システムより抽出 2) 事業担当者を含め保健師が5名で対応したが、特定保健指導と合わせて保健指導を実施。なかなか業務量が多く、十分に対応できていなかった。 3) 国保ヘルスアップ事業を活用 4) 研修と委員会の意見を参考に「糖尿病管理台帳」(5年間経過がみれるもの)を作成。訪問等個別の記録はファイル管理とした。
今後の対策						
委員会の意見を聞き、評価指標等を変更し、しばらく(5年程度)は事業を実施しながら経過を見ていく必要がある。						
引き続き、地区担当保健師と保健指導内容や記録管理等について検討し、実施していく。						
健診会場にて保健指導を実施することで、早期からの介入を持つことができた。今後、早期からの介入を持つことで、重症化予防の取り組みを落とさず実施していく。しかし、保健指導の利用までつながらない事例もあるため、魅力的な指導パンフレットや啓発媒体について今後検討していく必要がある。また、困難事例等について、医療機関との連携を強化していく必要がある。						
糖尿病管理台帳は活用しながら、必要に応じて修正をしていく必要がある。						
引き続き、医療機関への説明や連携を図る必要がある。						
糖尿病性腎症重症化予防の一環として腎不全予防を主としたデータヘルス計画に基づいた事業を推進していたため、今年度は県版プログラムへの取組が不十分であった。来年度は腎不全予防(重症化予防)の取組を別事業として実施しつつ、県版プログラムをこの事業に位置付けて取り組んでいく。また、人員不足もあり、事業担当者が中心となつて進捗管理等もしていかなければならないが、臨時職員等も活用し、進めたい。また、糖尿病管理台帳と個別の記録の活用が不十分であり、運用を進めていく必要がある。						

⑤元気アップ推進事業

事業評価計画

個別保健事業名 平成29年度 元気アップ推進事業					
評価の 仕組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期 体制
	1) 特定健診受診率 2) 要介護認定率 3) 元気アップ推進事業利用率	1) 特定健診受診率 2) 要介護認定率 3) 元気アップ推進事業利用率	1) 63% 2) 19.5% 3) 増加	1) 11月調査月齢報告(H28年度と比較) 2) 介護保険関係調べ 3) H28年度末、市民課調べ	H30.1 H30.3 H30.3
アウトカム					1) ①9人②120人 2) ①17.69%②2.76% ③昨年度に比べ0.8ポイント減少 ④昨年度に比べ1.4ポイント増加 3) 継続受診者数は1330人で、全体の79.31% 4) 29.67%、前年度に比べ1.84ポイント増加。 全体の受診率は増加している。また、個別健診の受診率がH27:7.3%、H28:8.0%、H29:8.2%(同時期比較)増加傾向。
アウトプット	1) 特定健診受診勧奨 2) 介護予防との連携 3) 各地区への説明会の実施	1) 各地区での特定健診受診勧奨内容 2) 介護予防との連携内容 3) 各地区での説明会実施回数	1) 各地区において受診勧奨実施 2) 介護予防担当者会議実施 3) 各地区1回上	1) 各地区での取り組み内容集計 2) 介護予防担当者会議 3) 各地区での取り組み内容集計	1) 各地区において、のほり旗や垂れ幕を使用し、受診勧奨を実施。その他、地区の取り組みとして、個別訪問や公民館等への記事掲載、チラシの折込など受診勧奨を実施。 2) 介護予防担当者とも協議を重ね、連携した取り組みを実施。地区での健康教室などにおいても介護予防に視点を置いた内容(認知症予防、ロコモ予防など)を実施した。 3) 全体説明会を実施。
プロセス	1) 各地区説明会開催時期は適切であったか 2) 使用媒体は適切であったか	1) 各地区の申請時期、実施計画期間 2) 説明方法と内容はどうか	1) 申請書の確認 2) 実施状況の確認	事業担当者、地区担当者との確認 1) 各地区申請の一覧表を作成し傾向を見る 実施主体、申請者、各地区での説明状況 2) 地域からの問い合わせや質問事項の確認	1) 各地区の希望を確認した上で、打合せの日程、内容、参加者の呼びかけを行った。打ち合わせについては事業実施前に余裕をもって実施すること、各地域の現状とニーズに合わせた内容を実施することができた。 2) まちおにおいて各地区の現状を把握し、より地区の現状に合った事業の実施につながるよう、推進していく。
ストーリーチャート	1) 予算が確保できたか 2) 媒体を作成する職員がいたか 3) 説明会担当者はいったか 4) 事業を実施する保健師がいたか	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が説明したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1)～4)の確認	1)～4)事業担当者、地区担当者との確認	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2-3) 健康づくり推進チーム・担当で協議し、事業担当職員が作成。 4) 各地区担当保健師が地域に Outreach、事業を展開。
					来年度から、健診の自己負担金を無料とする予定であり、受診率向上につながると思われる。しかし、単年度の受診とならないよう継続して健診を受診する習慣の定着を目指して、受診勧奨の方法の工夫や医療機関との連携を強化して、取り組んでいく。
					1・3) 全体説明会に加え、保健師が積極的に地域に出向き、地域について話し合う機会・事業について説明をする機会を持つ。 2) 担当者間や住民と協議を重ね、介護予防に視点を置いた事業を展開していく。
					より住民主体の事業、事業実施後に地域の健康づくり内容に展開できるよう、各地区での話し合いの場を積極的に持つ。
					健康づくり推進チーム・担当で協議を重ねながら、実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成30年度 元氣アップ推進事業

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) 特定健診受診率 2) 要介護認定率 3) 元氣アップ推進事業利用率	1) 特定健診受診率 2) 要介護認定率 3) 元氣アップ推進事業利用率	1) 45% 2) 19.2% 3) 増加	1) 1月調査月例報告(H29年度と比較) 2) 介護保険係調べ 3) H30年度末、市民課調べ	H31.1 H31.3 H31.3		1) 27.69%(H29年度より29.67%)、H29年度より2.01%。 2) 19.3% 3) 18公民館中5か所で教室開催。(1か所増)	今年度から健診受診料が無料となったが、受診率の大きな伸びが見られない。無料化の周知、広報の工夫が必要で、受診する習慣の定着を目標として、受診勧奨の方法の工夫が必要。個別健診の受診率は増加しているが、医療機関との連携を強化して、取り組んでいく。
	1) 特定健診受診勧奨 2) 介護予防との連携 3) 各地区への説明会の実施	1) 各地区での特定健診受診勧奨内容 2) 介護予防との連携内容 3) 各地区での説明会実施回数	1) 各地区において受診勧奨実施 2) 介護予防担当者会議実施 3) 各地区1回上	1) 各地区での取り組み内容集計 2) 介護予防担当者会議 3) 各地区での取り組み内容集計	H31.3 H31.3 H31.1	事業担当・健康づくり推進チーム	1) 各地区において、のぼり旗や重し書を使用し、受診勧奨を実施。その他、地区の取り組みとして、個別訪問や公民館便りへの記事掲載、チラシの所達など受診勧奨を実施。 2) 介護予防担当者も協力を重ね、連携した取り組みを実施。地区での健康教室などにおいても介護予防に視点を置いた内容(認知症予防、ロコモ予防など)を実施した。 3) 全体説明会を実施。	1・3) 全体説明会に加え、保健師が積極的に地域に出向き、地域について話し合う機会・事業について説明をする機会を持つ。 2) 担当者間や住民と協力を重ね、介護予防に視点を置いた事業を展開していく。
プロセス	1) 各地区説明会開催時期は適切であったか 2) 使用媒体は適切であったか	1) 各地区の申請時期、実施計画期間 2) 説明方法と内容はどうか	1) 申請書の確認 2) 実施状況の確認	事業担当者、地区担当者との確認 1) 各地区申請の一覧表を作成し傾向を見る 実施主体、申請者、各地区での説明状況 2) 地域からの問い合わせや質問事項の確認	H31.1 H31.1		1) 前年度同様7月に説明会を開催したが、参加者から、健診開始がよいのかとの意見があったため、次年度は5～6月初旬での説明会の開催を予定していく。 2) より地区の現状に合った事業実施につながるような支援が必要。チーム会としてもまちづくり懇談会への情報提供を予定していたが、日程が合わず実施できなかった。次年度早い段階での情報提供予定となっている。	より住民主体の事業、事業実施後に地域の健康づくり内容に展開できるよう、各地区での話し合いの場を積極的に持つ。
	1) 予算が確保できたか 2) 媒体を作成する職員がいたか 3) 説明会担当者はいたか 4) 事業を実施する保健師がいたか	1) 必要な予算を計上しているか 2) 誰が作成したか 3) 誰が説明したか 4) 従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1)～4)の確認	1)～4) 事業担当者、地区担当者との確認	H31.1 H31.1 H31.1 H31.1	事業担当	1) 国保ヘルスアップ事業の予算を活用。 2・3) 健康づくり推進チーム・担当課で協議し、事業担当職員が作成。 4) 各地区担当保健師が地域に出向き、事業を展開。	健康づくり推進チーム・担当課で協議を重ねながら、実施。

事業評価計画

個別保健事業名 平成31(令和元)年度 元気アツプ推進事業

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)特定健診受診率 2)要介護認定率 3)元気アツプ推進事業利用率	1)特定健診受診率 2)要介護認定率 3)元気アツプ推進事業利用率	1)50% 2)19.2% 3)増加	1)1月調査月例報告(H30年度と比較) 2)介護保険関係調べ 3)H31年度末、市民課調べ	R2.1 R2.3 R2.3		1)27.28%(H30年度27.66%)。H30年度より0.38ポイント減 2)19.2% 目標達成 3)新規に運動教室を開始した地区2地区(18公民館中)	健診無料化の周知・広報の工夫が必要。受診する習慣の定着を目指して、受診勧奨繰り返し啓発が必要。個別健診の受診率は増加しているが、医療機関との連携を強化して、今後も取り組んでいく。 保健師が住民へアプローチし、元気アツプ推進事業を活用を勧める。
	1)特定健診受診勧奨 2)介護予防との連携 3)各地区への説明会の実施	1)各地区での特定健診受診勧奨内容 2)介護予防との連携内容 3)各地区での説明会実施回数	1)各地区において受診勧奨実施 2)介護予防担当者会議実施 3)各地区1回上	1)各地区での取り組み内容集計 2)介護予防担当者会議 3)各地区での取り組み内容集計	R2.3 R2.3 R2.1	事業担当・健康づくり推進チーム	1)各地区において、のぼり旗や垂れ幕を使用し、受診勧奨を実施。その他、地区の取り組みとして、個別訪問や公民館便りへの記事掲載、チラシの折込など受診勧奨を実施。 2)介護予防担当者とも協議を重ね、連携した取り組みを実施。地区での健康教室などにおいても介護予防に重点を置いた内容やいきいき百歳体操などへの支援などを実施した。 3)全体説明会を実施。	1・3)全体説明会に加え、保健師が積極的に地域に出向き、地域について話し合う機会、事業について説明をする機会を持つ。 2)担当者間や住民と協議を重ね、介護予防に重点を置いていく。
プロセス	1)各地区説明会開催時期は適切であったか 2)使用媒体は適切であったか	1)各地区の申請時期、実施計画期間 2)説明方法と内容はどうか	1)申請書の確認 2)実施状況の確認	事業担当者、地区担当者との確認 1)各地区申請の一覧表を作成し傾向を見る 実施主体、申請者、各地区での説明状況 2)地域からの問い合わせや質問事項の確認	R2.1 R2.1		1)5月に全体への事業と健診啓発の説明会の開催を実施した。 2)より地区の現状に合った事業実施につながるような支援が必要。チーム会としてもまろつくり懇談会への情報提供を実施。住民への健康啓発となっている。	今後もより住民主体の事業、事業実施後に地域の健康づくり内容に展開できるよう、各地区での話し合いの場を積極的に持つ。
	1)予算が確保できたか 2)媒体を作成する職員がいたか 3)説明会担当者はいたか 4)事業を実施する保健師がいたか	1)必要な予算を計上しているか 2)誰が作成したか 3)誰が説明したか 4)従事できる保健師数 一人当たりの対象者数は適当か	評価指標1)～4)の確認	1)～4)事業担当者、地区担当者との確認	R2.1 R2.1 R2.1 R2.1	事業担当	1)国保ヘルスアツプ事業の予算を活用。 2・3)健康づくり推進チーム・担当課で協議し、事業担当職員が作成。 4)各地区担当保健師が地域に出向き、事業を展開。	健康づくり推進チーム・担当課で協議を重ねながら、実施。

4. 経年評価指標

【医療情報】

① 医療費について

R2. 3. 31 現在の国保被保険者数は 5,546 人であり、毎年約 3 % ずつ減少している。総医療費についても毎年減少しているが、一人当たりの医療費は、横ばいである。医療の高度化により、一人当たりの単価が増えていることもあるが、医療費適正化への取組効果が目に見えるものになっていない。(表 1)

疾病別医療費分析、標準化医療費では、男性の入院ではがん、精神に、外来ではがん、慢性腎不全に医療費がかかっている。疾患別にみると、がん、脂肪肝、筋・骨格は増加傾向であるが、高血圧、脳梗塞、狭心症は低下傾向である。

一方、女性の入院では、筋・骨格、精神に、外来では筋・骨格、慢性腎不全に医療費がかかっている。疾患別にみると、筋・骨格、精神が増加しており、外来では高血圧、筋・骨格、精神は横ばいであるが、がんは年々増加している。

全体的に、男性の方の入院費が多く、女性は外来医療費が減少傾向である。(図 2)

表 1

医療費の変化
(1)総件数・医療費

項目	総件数・医療費【円】											
	全体				入院				入院外			
	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減
H28年度	54,883		2,409,912,100		1,965		1,039,000,820		52,918		1,370,911,280	
H29年度	53,904	-979	2,283,339,900	-126,572,200	1,880	-85	959,815,070	-79,185,750	52,024	-894	1,323,524,830	-47,386,450
H30年度	52,241	-1,663	2,283,307,820	-32,080	1,895	15	989,856,560	30,041,490	50,346	-1,678	1,293,451,260	-30,073,570
R1年度	49,942	-2,299	2,186,311,560	-96,996,260	1,767	-128	955,663,060	-34,193,500	48,175	-2,171	1,230,648,500	-62,802,760
R2年度												

(2)1人あたり医療費

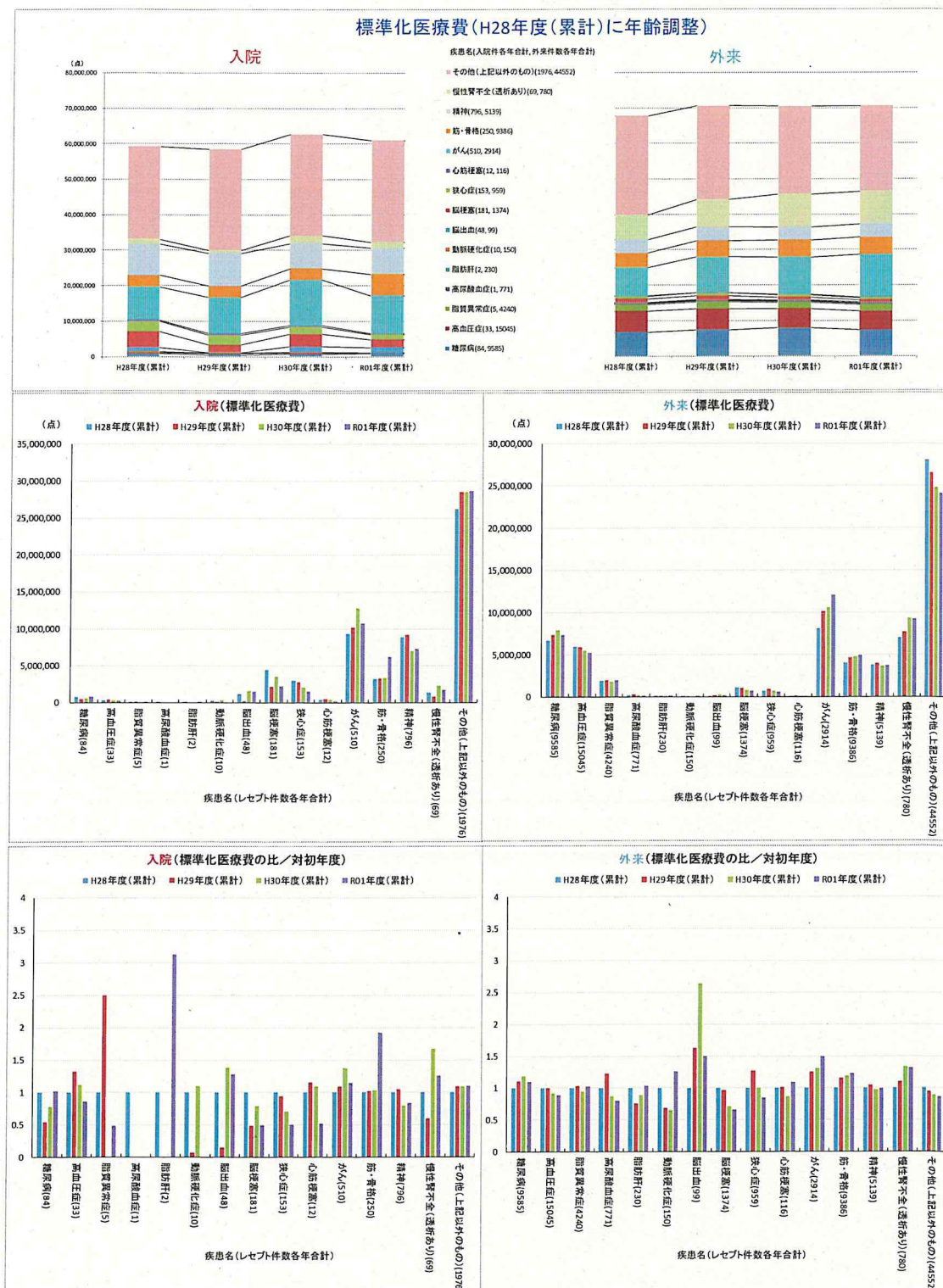
項目		1人あたり医療費【円】※			増減		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H28年度	保険者【地区】	31,590	13,620	17,970			
	同規模	27,770	11,980	15,790			
	高知県	29,220	13,370	15,850			
	国	25,230	10,150	15,080			
H29年度	保険者【地区】	30,980	13,020	17,960	-2%	-4%	-0%
	同規模	28,670	12,470	16,200	3%	4%	3%
	高知県	30,300	14,020	16,280	4%	5%	3%
	国	26,090	10,560	15,530	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	32,020	13,880	18,140	3%	7%	1%
	同規模	29,240	12,990	16,250	2%	4%	0%
	高知県	30,770	14,520	16,250	2%	4%	-0%
	国	26,440	10,870	15,570	1%	3%	0%
R1年度	保険者【地区】	31,960	13,970	17,990	-0%	1%	-1%
	同規模	30,200	13,360	16,840	3%	3%	4%
	高知県	31,430	14,670	16,760	2%	1%	3%
	国	27,350	11,220	16,130	3%	3%	4%
R2年度	保険者【地区】						
	同規模						
	高知県						
	国						

※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

図 2

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

2020年7月13日



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

疾病別医療費分析(生活習慣病)
安芸市 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳

2020年7月13日

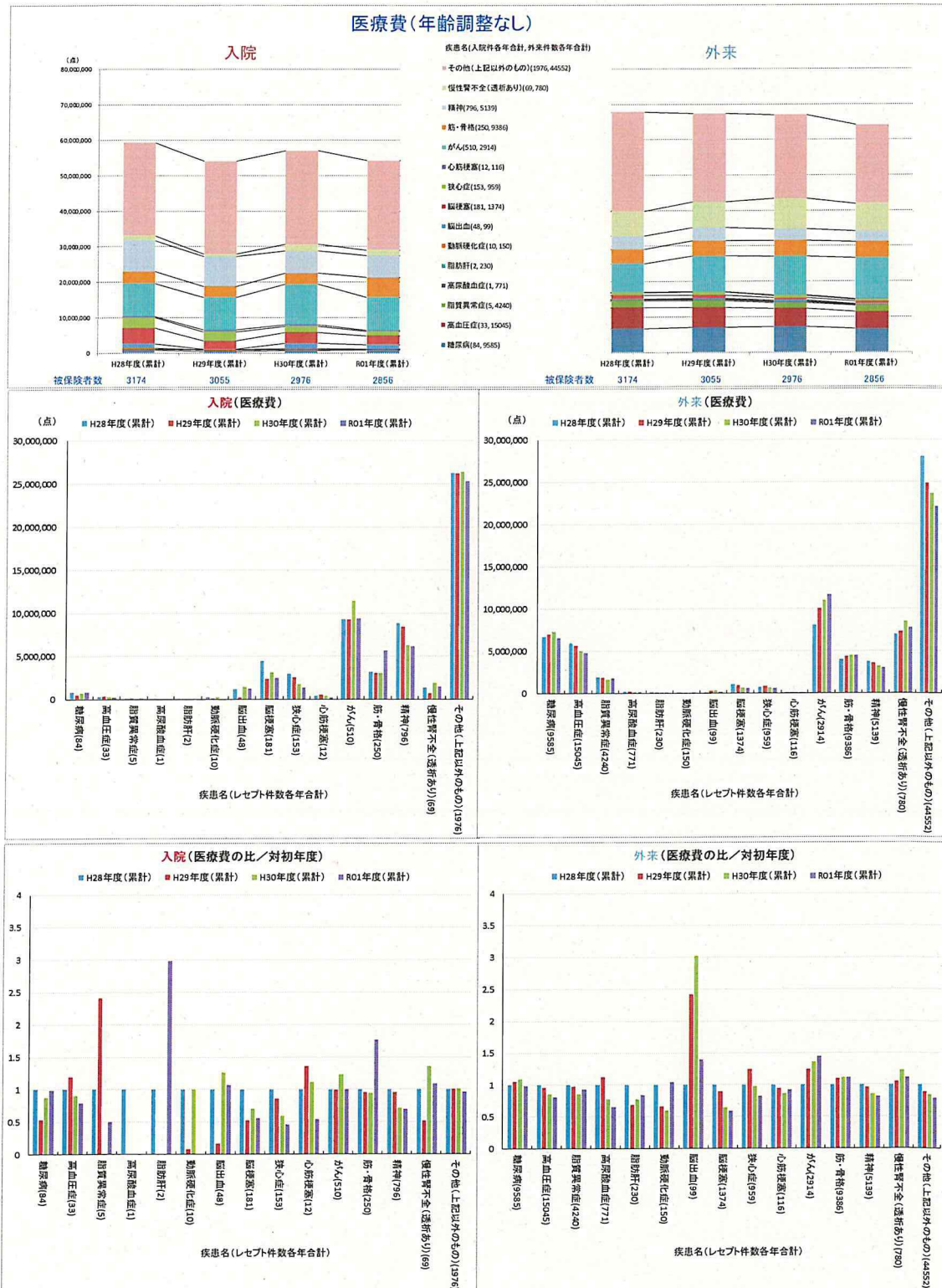


国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。

Ver. 1.0 (2017.12.7) 平成29年度厚生労働科学研究補助金(臨床科学研究事業)「都道府県医療費適正化計画推進のための健康・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 横山徹郎)

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

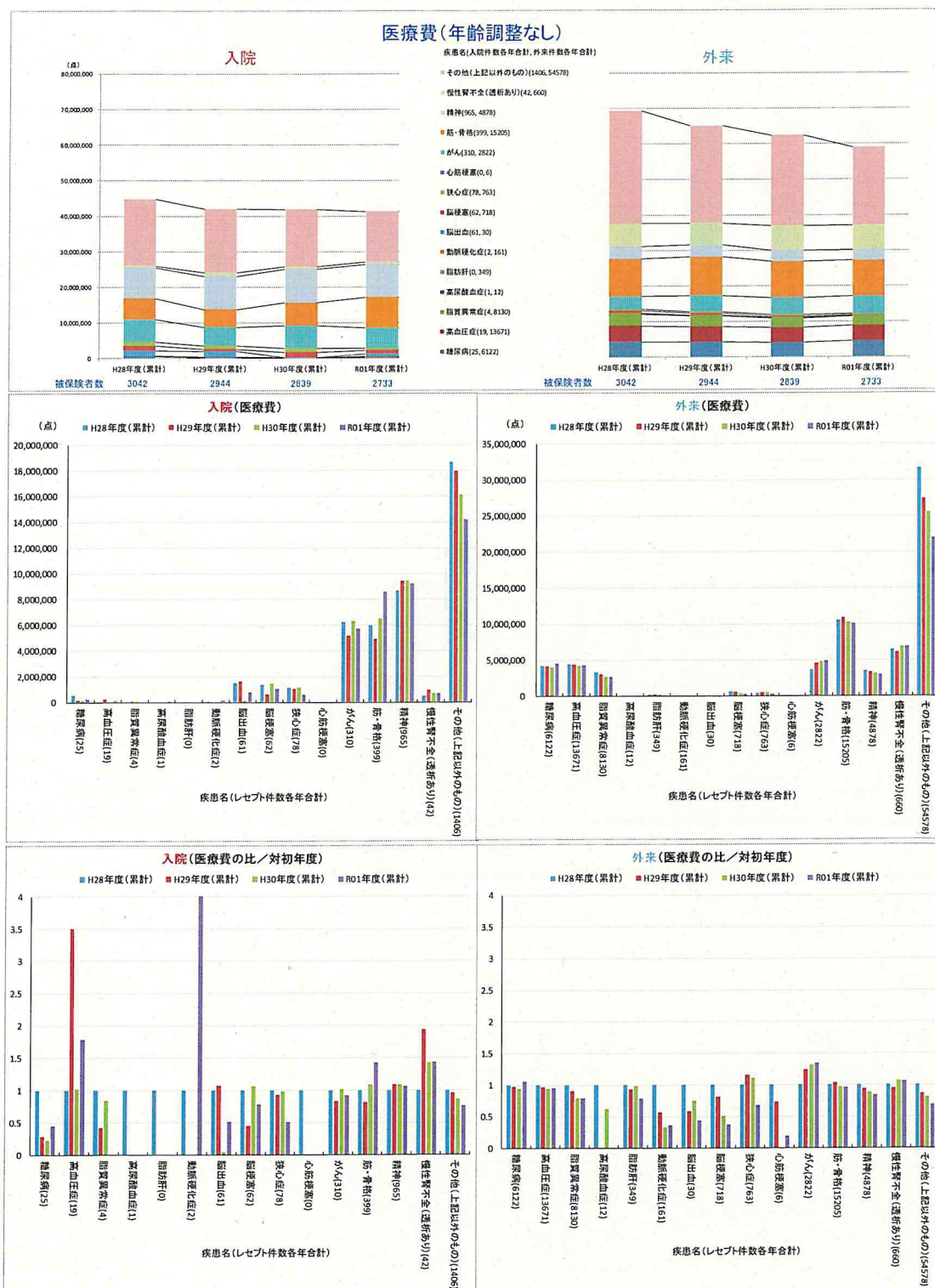
2020年7月12日



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

疾病別医療費分析(生活習慣病)
安芸市 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳

2020年7月13日



国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。

Ver. 1.0 (2017.12.1) 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「創薬医療医療費適正化計画推進のための診療・医療等の情報活用を担う地域の医療医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 徳山敬爾)

②生活習慣病

重症疾患の新規患者数について、虚血性心疾患は減少しているが、脳血管疾患は H29 年度に大きく減少したものの、その後再び増加している。

基礎疾患として、高尿酸血症以外の疾患では、患者数の減少となっている。また人工透析については、H30 年度に新規患者数とともに合計金額が増加したが、R 元年度では再び減少している。(表 3・4)

表 3

【重症疾患】

疾病の発生状況の経年変化
疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

	虚血性心疾患									
	新規患者数 ※1	増減	心筋梗塞				狭心症			
			患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率
H28年度	30.0		15.9		3,717,500		212.9		40,856,390	
H29年度	27.0	-3.0	19.3	3.3	5,054,670	36.0%	198.1	-14.8	35,701,210	-12.6%
H30年度	22.0	-5.0	17.3	-2.0	4,143,010	-18.0%	196.2	-1.9	28,650,660	-19.7%
R1年度	17.0	-5.0	16.5	-0.8	2,018,460	-51.3%	183.3	-12.8	19,230,320	-32.9%
R2年度										

	脳血管疾患													
	新規患者数 ※1	増減	脳梗塞						脳出血					
			新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率
H28年度	34.0		25.0		245.7		57,959,550		9.0		26.1		26,422,820	
H29年度	20.0	-14.0	12.0	-13.0	225.3	-20.4	29,508,500	-49.1%	8.0	-1.0	27.8	1.8	17,859,390	-32.4%
H30年度	29.0	9.0	24.0	12.0	209.4	-15.8	45,743,480	55.0%	5.0	-3.0	29.3	1.4	15,100,910	-15.4%
R1年度	30.0	1.0	20.0	-4.0	199.4	-10.0	35,253,000	-22.9%	10.0	5.0	32.5	3.3	19,965,180	32.2%
R2年度														

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

人工透析を算定しているレセプト集計

	件数	患者数	新規患者数	糖尿病 有病者数	合計金額
H28年度	394	35人	2人	21人	163,539,730円
H29年度	392	34人	4人	20人	157,673,450円
H30年度	441	39人	7人	23人	190,683,010円
R1年度	416	38人	2人	23人	182,604,880円
R2年度					

表 4

【基礎疾患】

疾病の発生状況と経年変化
共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

疾患	糖尿病					高血圧					脂質異常症					高尿酸血症				
	患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数※ (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	823			96.09	85.85	1,548			114.33	85.15	1,232			96.09	72.87	365			23.43	17.73
平成29年	797	-26	-3%	79.47	89.16	1,529	-19	-1%	104.38	86.96	1,220	-12	-1%	85.49	73.29	372	7	2%	23.29	18.11
平成30年	787	-10	-1%	84.65	90.48	1,514	-15	-1%	102.32	87.63	1,206	-14	-1%	79.27	75.23	391	19	5%	25.41	18.92
令和01年	747	-40	-5%	75.08	91.09	1,472	-42	-3%	99.64	89.37	1,168	-38	-3%	75.96	76.36	392	1	0%	26.84	18.88
令和02年																				
令和03年																				

年間集計

※新規患者数は診療開始日=診療年月の場合に新規とカウントしている
※同規模は直接法で保険者の性・年齢構成に調整している

【健診情報】

男性の HbA1c は、H30 年度に大きく低下したが、R 元年度に上昇、また収縮期血圧、拡張期血圧は横ばいである。女性は、中性脂肪、GPT、HbA1c が上昇している。男女ともその 40% が、収縮期血圧が高い状況である。(表 5)

男性はメタボ予備群が減少しているが、該当者は増加。女性は、予備群・該当者とも増加傾向にある。(表 6)

男性は、BMI、腹囲、HbA1c が増加しているが、HDL コレステロール、ALT が減少している。また、40-64 歳の拡張期血圧と LDL コレステロールは増加傾向である。(図 7)

女性は、BMI、腹囲、中性脂肪が増加傾向であり、全国・県に比べて高くなっている。特に 40-64 歳の収縮期血圧、拡張期血圧が増加傾向であり、LDL コレステロールは全国・県と比べて低い。(図 8)

週 3 回以上朝食を抜く割合は減少傾向にあるが、週 3 回以上就寝前夕食は増加傾向にある。1 日 30 分以上運動なしは 60% 台と高く、1 日 1 時間以上運動なしは増加傾向である。間食については、横ばい傾向である。(表 9)

男性の受診率が毎年女性より低く、年齢が上がるにしたがって、年々低下している。また、50 代男女の受診率が減少傾向である。(表 10)

特定保健指導では、積極的支援の利用率は低下傾向であるが、終了率は上昇している。動機づけ支援は、利用率・終了率とも年々上昇している。(表 12)

表 5

【有所見】

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

令和2年7月3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		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H28	合計	303	36.1	439	52.3	328	39.1	171	20.4	113	13.5	3	0.4	526	62.7	174	20.7	396	47.2	225	26.8	303	36.1	23	2.7
	40-64	146	39.4	188	50.7	165	44.5	103	27.8	45	12.1	1	0.3	221	59.6	80	21.6	149	40.2	113	30.5	158	42.6	6	1.6
	65-74	157	33.5	251	53.6	163	34.8	68	14.5	68	14.5	2	0.4	305	65.2	94	20.1	247	52.8	112	23.9	145	31.0	17	3.6
H29	合計	288	34.5	396	47.4	324	38.8	196	23.5	87	10.4	2	0.2	522	62.5	178	21.3	380	45.5	210	25.1	315	37.7	30	3.6
	40-64	137	37.6	168	46.2	156	42.9	121	33.2	34	9.3	1	0.3	200	54.9	81	22.3	149	40.9	98	26.9	157	43.1	8	2.2
	65-74	151	32.1	228	48.4	168	35.7	75	15.9	53	11.3	1	0.2	322	68.4	97	20.6	231	49.0	112	23.8	158	33.5	22	4.7
H30	合計	256	33.2	409	53.0	312	40.4	172	22.3	67	8.7	1	0.1	450	58.3	187	24.2	370	47.9	191	24.7	308	39.9	30	3.9
	40-64	120	36.6	174	53.0	156	47.6	107	32.6	22	6.7	0	0.0	159	48.5	90	27.4	140	42.7	94	28.7	157	47.9	8	2.4
	65-74	136	30.6	235	52.9	156	35.1	65	14.6	45	10.1	1	0.2	291	65.5	97	21.8	230	51.8	97	21.8	151	34.0	22	5.0
R01	合計	288	35.3	444	54.3	315	38.6	175	21.4	69	8.4	2	0.2	546	66.8	158	19.3	377	46.1	198	24.2	314	38.4	26	3.2
	40-64	136	39.8	176	51.5	144	42.1	97	28.4	20	5.8	0	0.0	209	61.1	75	21.9	145	42.4	99	28.9	162	47.4	6	1.8
	65-74	152	32.0	268	56.4	171	36.0	78	16.4	49	10.3	2	0.4	337	70.9	83	17.5	232	48.8	99	20.8	152	32.0	20	4.2
R02	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R03	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

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		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
H28	合計	300	28.0	227	21.2	277	25.9	92	8.6	24	2.2	0	0.0	724	67.7	21	2.0	442	41.3	170	15.9	558	52.1	4	0.4
	40-64	128	29.9	92	21.5	106	24.8	46	10.7	8	1.9	0	0.0	281	65.7	6	1.4	147	34.3	73	17.1	224	52.3	0	0.0
	65-74	172	26.8	135	21.0	171	26.6	46	7.2	16	2.5	0	0.0	443	69.0	15	2.3	295	46.0	97	15.1	334	52.0	4	0.6
H29	合計	308	29.1	247	23.4	283	26.8	90	8.5	18	1.7	0	0.0	723	68.4	36	3.4	442	41.8	177	16.7	564	53.4	4	0.4
	40-64	134	32.1	96	23.0	89	21.3	50	12.0	3	0.7	0	0.0	262	62.8	13	3.1	137	32.9	64	15.3	215	51.6	1	0.2
	65-74	174	27.2	151	23.6	194	30.3	40	6.3	15	2.3	0	0.0	461	72.0	23	3.6	305	47.7	113	17.7	349	54.5	3	0.5
H30	合計	293	29.3	228	22.8	279	27.9	79	7.9	21	2.1	0	0.0	643	64.3	29	2.9	432	43.2	165	16.5	537	53.7	3	0.3
	40-64	110	30.4	85	23.5	92	25.4	37	10.2	5	1.4	0	0.0	211	58.3	13	3.6	113	31.2	54	14.9	200	55.2	1	0.3
	65-74	183	28.7	143	22.4	187	29.3	42	6.6	16	2.5	0	0.0	432	67.7	16	2.5	319	50.0	111	17.4	337	52.8	2	0.3
R01	合計	311	30.4	241	23.6	298	29.2	99	9.7	24	2.3	0	0.0	726	71.0	32	3.1	433	42.4	160	15.7	544	53.2	3	0.3
	40-64	117	33.5	90	25.8	91	26.1	32	9.2	6	1.7	0	0.0	228	65.3	9	2.6	120	34.4	66	18.9	188	53.9	1	0.3
	65-74	194	28.8	151	22.4	207	30.8	67	10.0	18	2.7	0	0.0	498	74.0	23	3.4	313	46.5	94	14.0	356	52.9	2	0.3
R02	合計																								
	40-64																								
	65-74																								
R03	合計																								
	40-64																								
	65-74																								

表 6

【メタボ】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

令和2年7月3日抽出

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数	
		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	839	36.7	39	4.6	122	14.5	9	1.1	78	9.3	35	4.2	278	33.1	48	5.7	29	3.5	124	14.8	77	9.2
	40-64	371	32.2	23	6.2	47	12.7	4	1.1	23	6.2	20	5.4	118	31.8	15	4.0	18	4.9	56	15.1	29	7.8
	65-74	468	41.2	16	3.4	75	16.0	5	1.1	55	11.8	15	3.2	160	34.2	33	7.1	11	2.4	68	14.5	48	10.3
H 2 9	合計	835	37.3	30	3.6	141	16.9	12	1.4	84	10.1	45	5.4	225	26.9	34	4.1	20	2.4	98	11.7	73	8.7
	40-64	364	33.5	14	3.8	60	16.5	7	1.9	26	7.1	27	7.4	94	25.8	11	3.0	9	2.5	46	12.6	28	7.7
	65-74	471	41.0	16	3.4	81	17.2	5	1.1	58	12.3	18	3.8	131	27.8	23	4.9	11	2.3	52	11.0	45	9.6
H 3 0	合計	772	35.8	30	3.9	127	16.5	7	0.9	75	9.7	45	5.8	252	32.6	40	5.2	23	3.0	121	15.7	68	8.8
	40-64	328	32.0	14	4.3	55	16.8	3	0.9	24	7.3	28	8.5	105	32.0	14	4.3	10	3.0	53	16.2	28	8.5
	65-74	444	39.3	16	3.6	72	16.2	4	0.9	51	11.5	17	3.8	147	33.1	26	5.9	13	2.9	68	15.3	40	9.0
R 0 1	合計	817	39.4	35	4.3	121	14.8	6	0.7	84	10.3	31	3.8	288	35.3	58	7.1	27	3.3	110	13.5	93	11.4
	40-64	342	34.4	17	5.0	50	14.6	3	0.9	29	8.5	18	5.3	109	31.9	20	5.8	11	3.2	44	12.9	34	9.9
	65-74	475	43.9	18	3.8	71	14.9	3	0.6	55	11.6	13	2.7	179	37.7	38	8.0	16	3.4	66	13.9	59	12.4
R 0 2	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R 0 3	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数		割合(%)		人数	
		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	1,070	47.8	23	2.1	66	6.2	6	0.6	43	4.0	17	1.6	138	12.9	24	2.2	12	1.1	49	4.6	53	5.0
	40-64	428	43.0	15	3.5	38	8.9	4	0.9	24	5.6	10	2.3	39	9.1	9	2.1	6	1.4	7	1.6	17	4.0
	65-74	642	51.7	8	1.2	28	4.4	2	0.3	19	3.0	7	1.1	99	15.4	15	2.3	6	0.9	42	6.5	36	5.6
H 2 9	合計	1,057	48.1	26	2.5	67	6.3	1	0.1	51	4.8	15	1.4	154	14.6	28	2.6	8	0.8	61	5.8	57	5.4
	40-64	417	44.0	15	3.6	31	7.4	1	0.2	22	5.3	8	1.9	50	12.0	16	3.8	4	1.0	15	3.6	15	3.6
	65-74	640	51.3	11	1.7	36	5.6	0	0.0	29	4.5	7	1.1	104	16.3	12	1.9	4	0.6	46	7.2	42	6.6
H 3 0	合計	1,000	47.6	20	2.0	63	6.3	8	0.8	44	4.4	11	1.1	145	14.5	20	2.0	12	1.2	63	6.3	50	5.0
	40-64	362	41.5	14	3.9	26	7.2	2	0.6	18	5.0	6	1.7	45	12.4	9	2.5	4	1.1	16	4.4	16	4.4
	65-74	638	51.9	6	0.9	37	5.8	6	0.9	26	4.1	5	0.8	100	15.7	11	1.7	8	1.3	47	7.4	34	5.3
R 0 1	合計	1,022	50.3	18	1.8	71	6.9	8	0.8	50	4.9	13	1.3	152	14.9	28	2.7	9	0.9	51	5.0	64	6.3
	40-64	349	43.1	11	3.2	34	9.7	4	1.1	25	7.2	5	1.4	45	12.9	9	2.6	4	1.1	16	4.6	16	4.6
	65-74	673	55.1	7	1.0	37	5.5	4	0.6	25	3.7	8	1.2	107	15.9	19	2.8	5	0.7	35	5.2	48	7.1
R 0 2	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R 0 3	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

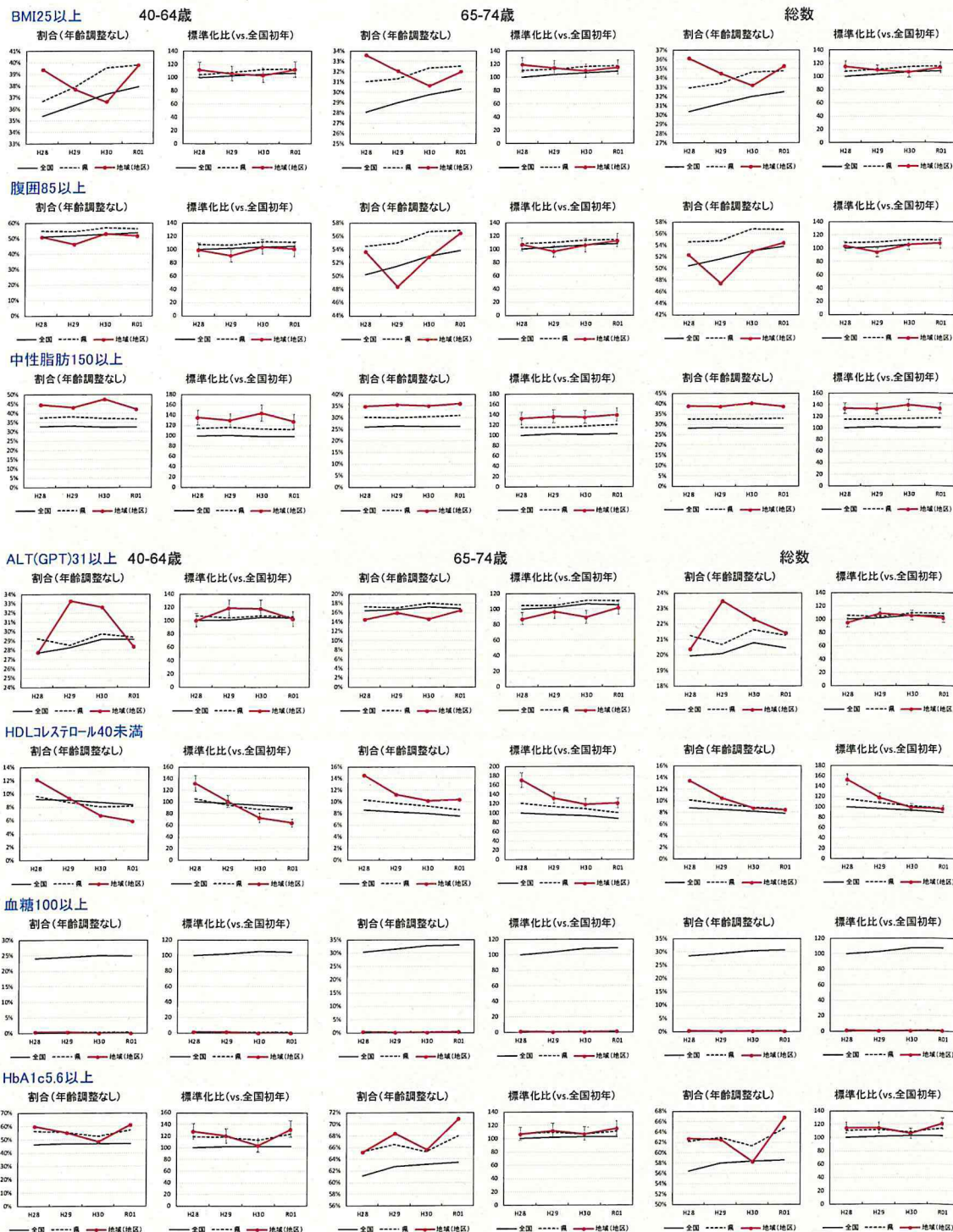
図 7

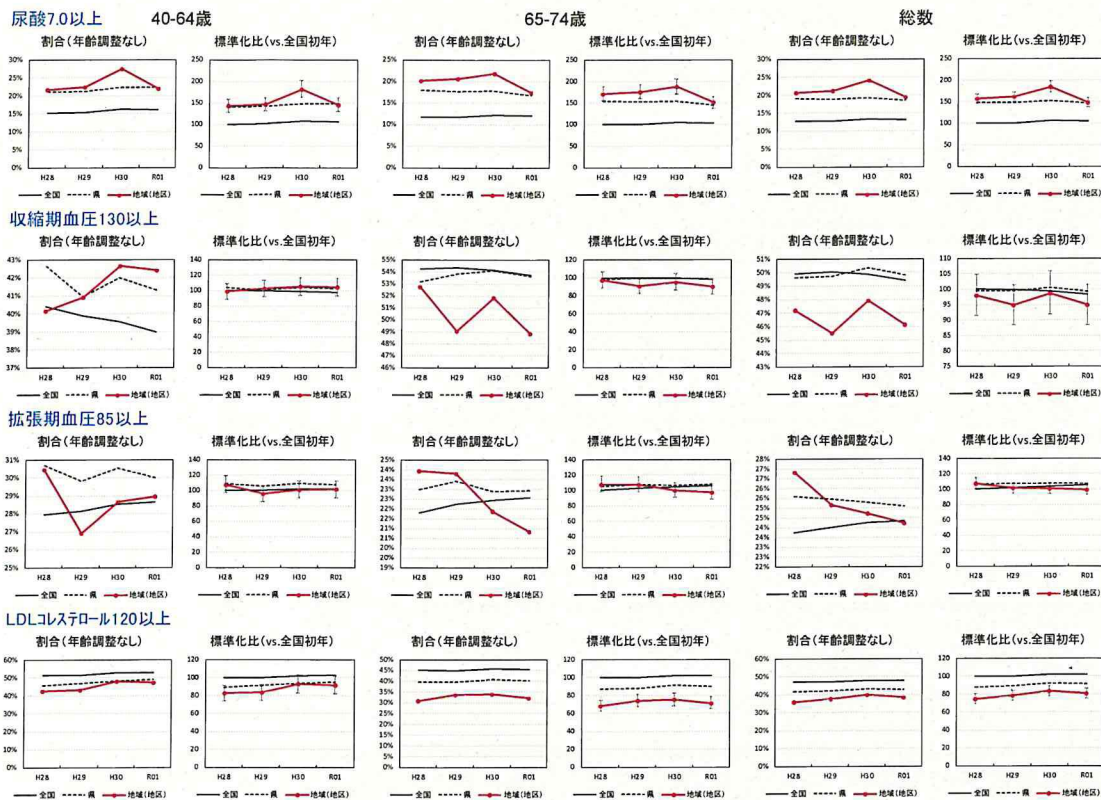
厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢調整)の経年推移【男性】

健診受診者数	H28	H29	H30	R01
40-64歳				
全国	978147	938531	904925	844816
県	6094	6599	6564	6293
地域(地区)	371	364	328	342
65-74歳				
全国	2154913	2181981	2160522	2057442
県	13849	14104	14504	14171
地域(地区)	468	471	444	475
総数				
全国	3134060	3116512	3069447	2902058
県	20843	20703	21068	20464
地域(地区)	639	635	772	817

作成日: 2020/7/14
保険者番号: 390039
保険者名: 安芸市
地区:

国民データベース(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(前年度)を基準とした簡便法による。標準比は95%信頼区間。
Ver. 1.2 (2019.12.20) 平成29年度厚生労働科学研究補助金(国民健康調査・健康増進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立案を含む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(H25-一度調査等(全国))-一般-014」(研究代表: 徳山健爾)



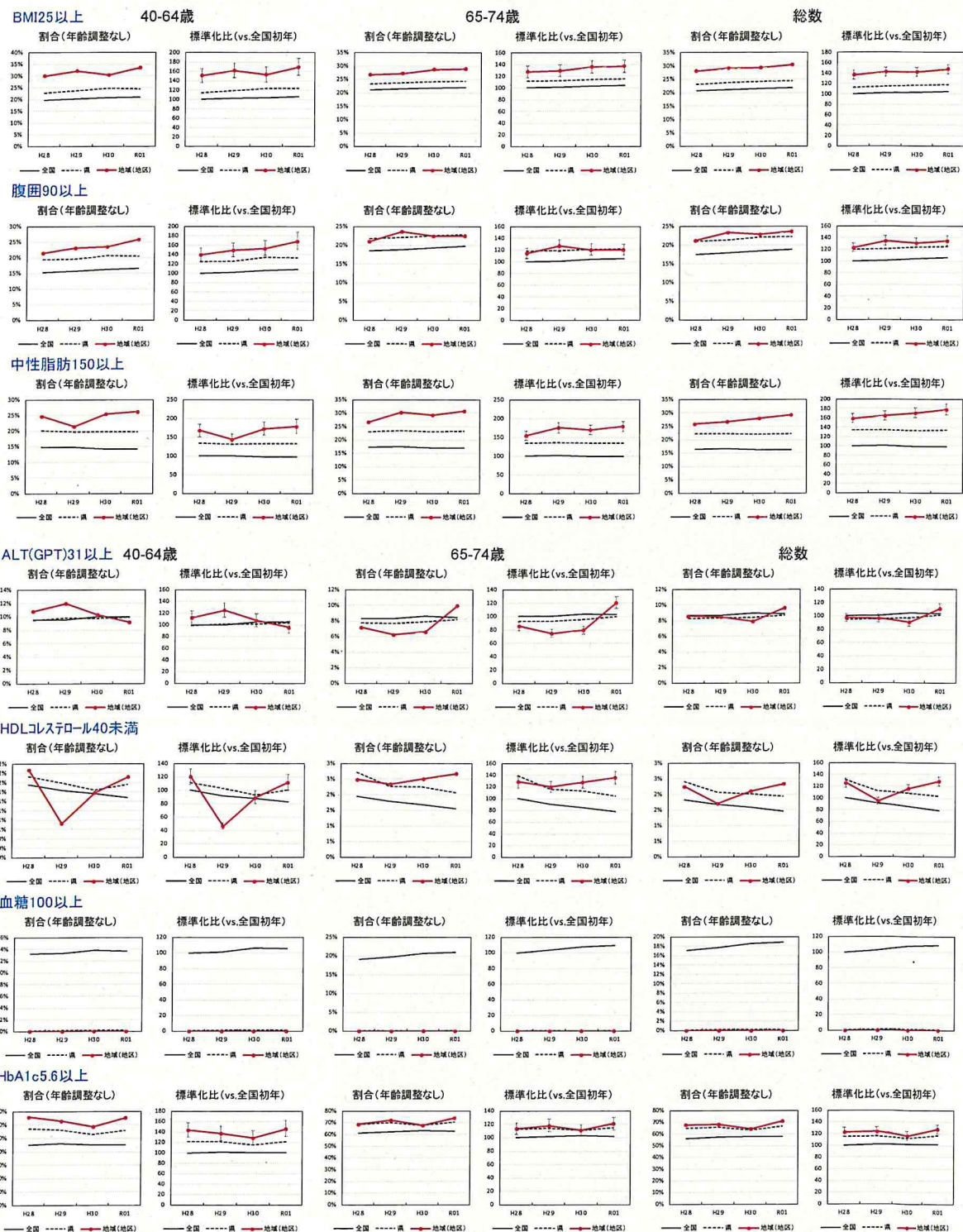


厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年齢調整)の経年推移 **【女性】**

統計受診者数	H28	H29	H30	R01
40~64歳	1368623	1294708	1233141	1122275
全国	8547	7872	7875	7015
地域(地区)	428	417	362	349
65~74歳	2897959	2932440	2906926	2768214
全国	18825	18844	19321	18521
地域(地区)	842	840	838	873
総数	4284522	4227118	4140067	3890489
全国	27372	26716	26996	25536
地域(地区)	1070	1057	1000	1022

作成日: 2020/7/17
 保険者番号: 390039
 保険者名: 安芸市
 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。該差線は95%信頼区間。



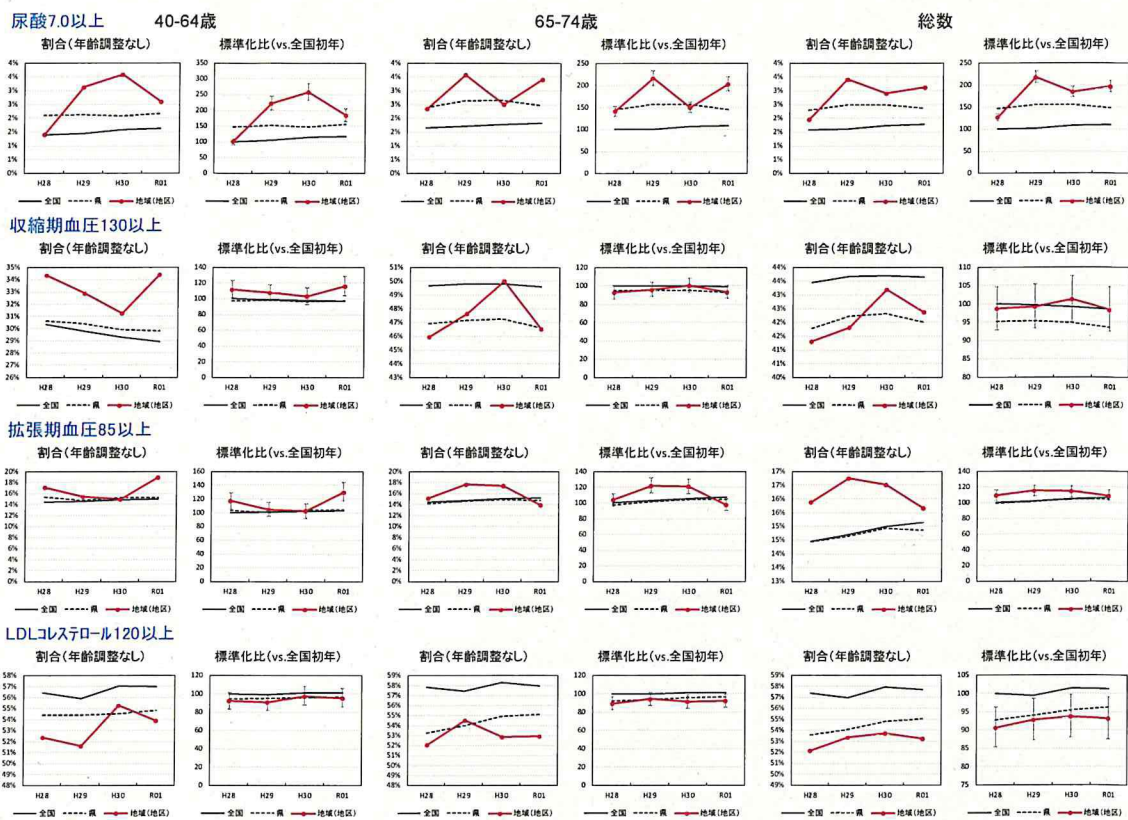


表 9
【質問票】

生活習慣の変化

項目	① 肥満			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬ 咀嚼		⑭ 間食	
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	喫煙	酒3回以上朝食を抜く	酒3回以上夕食後間食	酒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	噛みにくい	ほとんど噛めない	毎日	時々
平成28年	33.5%	9.0%	18.2%	14.1%	10.4%	15.9%	15.6%	29.4%	35.4%	57.8%	30.1%	26.8%	26.0%	18.9%				
平成29年	33.4%	8.5%	18.2%	14.4%	9.6%	14.4%	14.1%	28.4%	34.7%	61.2%	27.4%	26.9%	27.2%	18.7%				
平成30年	35.3%	8.1%	20.2%	13.4%	9.2%	—	16.3%	29.5%	34.1%	61.8%	29.3%	28.1%	26.2%	20.0%	22.1%	1.0%	21.3%	56.7%
令和01年	37.1%	9.1%	19.7%	13.4%	9.1%	—	17.5%	29.8%	36.7%	61.5%	31.2%	27.1%	26.5%	19.2%	23.6%	1.4%	22.2%	55.9%
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ある。

表 10

【健診_法定報告】

・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	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	163	52	31.9%	154	39	25.3%	148	39	26.4%	151	31	20.5%	138	27	19.6%
45～49歳	202	68	33.7%	202	65	32.2%	192	74	38.5%	195	62	31.8%	177	64	36.2%
50～54歳	202	79	39.1%	185	63	34.1%	183	56	30.6%	165	48	29.1%	185	58	31.4%
55～59歳	257	103	40.1%	248	73	29.4%	237	87	36.7%	220	74	33.6%	206	85	41.3%
60～64歳	388	138	35.6%	360	130	36.1%	325	108	33.2%	290	113	39.0%	288	107	37.2%
65～69歳	658	277	42.1%	635	262	41.3%	602	253	42.0%	568	219	38.6%	496	199	40.1%
70～74歳	477	195	40.9%	502	206	41.0%	547	218	39.9%	561	225	40.1%	586	275	46.9%
合計	2347	912	38.9%	2286	838	36.7%	2234	835	37.4%	2150	772	35.9%	2076	815	39.3%

女	H27			H28			H29			H30			R01		
	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	118	47	39.8%	116	39	33.6%	95	30	31.6%	83	26	31.3%	81	28	34.6%
45～49歳	138	49	35.5%	138	49	35.5%	149	56	37.6%	137	55	40.1%	125	48	38.4%
50～54歳	163	65	39.9%	141	58	41.1%	132	52	39.4%	130	46	35.4%	131	56	42.7%
55～59歳	207	104	50.2%	200	77	38.5%	196	86	43.9%	187	77	41.2%	178	82	46.1%
60～64歳	450	218	48.4%	401	204	50.9%	375	191	50.9%	333	158	47.4%	299	134	44.8%
65～69歳	711	376	52.9%	695	363	52.2%	645	339	52.6%	604	317	52.5%	554	307	55.4%
70～74歳	551	280	50.8%	548	279	50.9%	602	300	49.8%	624	321	51.4%	669	367	54.9%
合計	2338	1139	48.7%	2239	1069	47.7%	2194	1054	48.0%	2098	1000	47.7%	2037	1022	50.2%

図 11

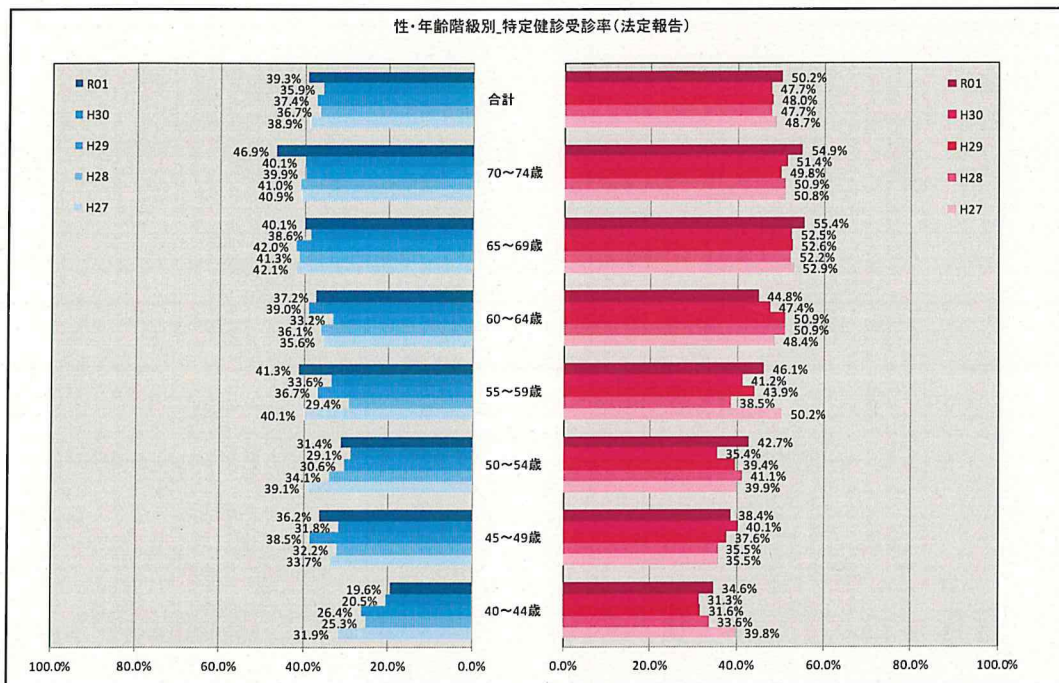
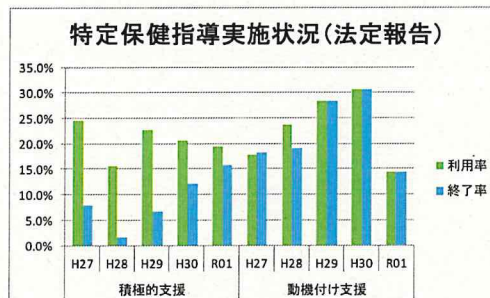


表 12

特定保健指導実施状況(法定報告)

		対象者	利用者	終了者	利用率	終了率
積極的支援	H27	139	34	11	24.5%	7.9%
	H28	115	18	2	15.7%	1.7%
	H29	119	27	8	22.7%	6.7%
	H30	106	22	13	20.8%	12.3%
	R01	108	21	17	19.4%	15.7%
動機付け支援	H27	180	32	33	17.8%	18.3%
	H28	194	46	37	23.7%	19.1%
	H29	190	54	54	28.4%	28.4%
	H30	180	55	55	30.6%	30.6%
	R01	195	28	28	14.4%	14.4%



5. 指標の経年データと判定

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。

（1）長期目標

目 標		対象者	評価経年モニタリング				判定	
			指標	策定時	平成29年	平成30年		令和元年 (直近の値)
健康寿命の延伸 医療費の適正化 健康格差の縮小	※健康増進計画より 5つの健康水準評価指標	市民	①健康寿命	男性78.21歳 女性82.93歳 (2014/H26)				
	①健康寿命 ②介護認定率		19.6% (2015/H27)	18.70%	18.90%	18.70%	A	
	③国保医療費 一人当たり医療費		466,661円 (2015/H27)	425,549円	435,209円	441,368円	C	
	④標準化死亡比		男性107.28 女性105.72 (2016/H28)					
	⑤特定健診受診率		43.1% (2016/H28)	42.70%	41.70%	44.34%	B	

※①・④は該当年のデータがない。②介護認定率は、各年度末。③は一人当たりの年間医療費。

（2）中期目標

第3期健康増進計画「ひとが元気 まちが元気 健康一番・安芸」

目標項目一覧表より抜粋

項目	目標項目	評価経年モニタリング				判定
		平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	
食育(栄養と食生活)	2) 栄養バランスの良い食事をする 野菜を毎日食べている人の割合	59.8%				E
	3) 適正体重を維持する 男性の肥満(*BMI25以上)の割合	36.2%	34.5%	33.2%	35.5%	B
	女性の肥満(*BMI25以上)の割合	28.0%	29.1%	29.3%	30.0%	D
身体活動・運動	2) 習慣的に運動(1回30分以上の運動を週2回)をする 習慣的に運動する人の割合					
	男性	19.8%	40.6%	36.5%	40.3%	A
	女性	21.8%	37.4%	39.5%	37.0%	A
	3) 日常生活における歩行時間を増やす 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上 実施している人の割合					
休養生活リズム・心の健康	男性	29.4%	72.8%	69.9%	68.5%	A
	女性	38.4%	72.4%	71.6%	69.1%	A
喫煙	2) 睡眠による休養を充分とれていない者の割合					
	男性	23.2%	24.1%	25.6%	24.6%	D
飲酒	女性	27.7%	29.1%	30.0%	29.1%	D
	3) うつ状態に気づいたら早期に受診する 自殺者の減少 年齢調整死亡率(人口10万人対)	3.2%	5.6%	28.2%		D
喫煙	1) 喫煙者を減らす					
	男性喫煙率	28.0%	26.9%	25.4%	24.6%	B
飲酒	女性喫煙率	5.7%	4.4%	4.1%	4.5%	B
	2) アルコール性の疾患を減らす 健康診査結果 肝機能判定「異常ありの者」の割合					
飲酒	男性	5.0%	6.3%	5.8%	5.5%	D
	女性	1.0%	2.2%	1.8%	2.7%	D
飲酒	3) お酒を多量に飲まない 多量飲酒者の割合					
	男性	5.8%	14.6%	15.0%	11.9%	D
	女性	2.1%	1.5%	1.3%	1.5%	D

項目	目標項目	評価経年モニタリング				判定
		平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	
歯と口の健康	2) 年に1回以上は歯科健診を受ける 1年間に歯の健康診査を受けた人の割合	44.6%	38.2%	39.1%	41.8%	B
生活習慣病予防	3) 肥満者を減らす(BMI $\geq$ 25の肥満者の減少) 男性の肥満(BMI $\geq$ 25以上)の割合	36.2%	34.5%	33.2%	35.5%	B
	女性の肥満(BMI $\geq$ 25以上)の割合	28.0%	29.1%	29.3%	30.0%	D
	4) 年に1回、各種健(検)診を受ける 各種健(検)診の受診者数を増やす 特定健康診査(国保40～74歳)	42.1%	42.7%	41.7%	44.3%	B
	胃がん検診(40～69歳)					
	男性	4.2%	4.6%	4.3%	3.6%	D
	女性	6.8%	6.7%	6.9%	6.1%	D
	大腸がん検診(40～69歳)					
	男性	4.3%	4.0%	3.6%	3.6%	D
	女性	6.7%	6.4%	6.2%	5.9%	D
	肺がん検診(40～69歳)					
	男性	17.3%	17.3%	14.3%	13.9%	D
	女性	20.1%	20.3%	17.1%	16.8%	D
	子宮頸がん検診(20～69歳)	13.0%	11.4%	12.1%	11.9%	D
	乳がん検診(40～69歳)	7.8%	13.9%	17.1%	16.2%	B
	前立腺がん検診	6.3%	6.3%	4.9%	4.5%	D
	5) 健診結果が動機づけ支援、積極的支援の人を減らす 動機づけ支援の割合	10.0%	10.1%	10.2%		C
	積極的支援の割合	6.0%	6.3%	6.0%		C
感染症予防	6) 特定保健指導を受ける人を増やす 保健指導実施率	12.6%	20.1%	23.8%		B
	7) 慢性腎臓病精検者割合を減らす 40～64歳	6.0%				
	70歳以上	3.1%				
	40～74歳(年齢区分なし)	5.2%	3.4%	2.0%	2.5%	A
	8) 新規腎不全患者数を減らす 慢性腎症患者数	7人				E
介護予防(リハビリテーション)	3) 肝炎ウイルス検査、結核検診等を受診する 肝炎ウイルス検査受診率(40歳の受診率)	0.0%	6.7%	5.3%	4.1%	B
	結核一般住民受診率(65歳以上)	21.6%	23.2%	21.0%	21.0%	B
介護予防(リハビリテーション)	1) 寝たきりや閉じこもりにならない 要支援・要介護認定者数	1,321人	1,290人	1,323人	1,297人	A

※「食育(栄養と食生活 2)」、「休養生活リズム・心の健康 3) 令和元年度実績」、「生活習慣病予防 8)」は、健康増進計画の見直し時期と異なることもあり、現段階では数値の把握ができない。なお、8)については他に、人工透析新規患者数(H29: 4人、H30: 7人、R元: 2人)、糖尿病性腎症の新規患者数(H29: 21人、H30: 45人、R元: 22人)を参考値とする。

※「生活習慣病予防 5)・6)」は法定報告の数値。

(3) 短期目標

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	評価経年モニタリング				判定
				指標	平成29年	平成30年	令和元年 (直近の値)	
特定健診受診勧奨	1) 毎年1回自分の健康状態を正しく知る 2) 健診結果をもとに適切な保健行動(健康管理)ができる	①40歳の健診受診率を65%にする ②41歳から64歳で健診未受診かつ医療機関への受診歴がない者の健診受診を増やす(35%) (現状: 242人。健診対象者に占める割合5.30%) ③みなし健診での受診者数を増やす(50人)	当該年度に40歳となる特定健診対象者 当該年度に41歳から64歳となる特定健診対象者 当該年度の特定健診対象者のうち未受診者で医療機関に受診中の者	当該年度40歳の特定健診受診率	20.83%	27.66%	20.90%	C
				当該年度41歳から64歳で健診未受診かつ医療機関への受診歴がない者の健診受診率	5.30%	—	5.90%	B
				みなし健診受診者数	3人	1人	9人	B
血圧管理の徹底		①家庭血圧測定者数を増やす(前年度より増加) ②高血圧Ⅰ度以上の者の割合を減らす(25%)	特定健診受診者 血圧測定値が収縮期血圧140mmHgをあるいは拡張期血圧90mmHgを越える者	①家庭血圧測定者割合(週1回以上) ②高血圧Ⅰ度割合	①週1回以上: 31.89% ②27.45%	①週1回以上: 33.12% ②24.77%	①週1回以上: 33.30% ②27.20%	B
主治医との連携強化	3) わかりやすい健診結果の説明・専門医療機関の紹介・主治医との連携による健康支援	①特定健診結果をわかりつけ医に報告する者の数を増やす ②精密医療機関からの情報のフィードバックを強化する	①特定健診受診者及び地域住民 ②安芸地区医師会	①啓発 ②協力医療機関の登録、精密医療機関からの情報提供による保健指導数	①健診会場での保健指導等において全受診者に啓発実施 ②2件	①健診会場での保健指導等において全受診者に啓発実施 ②1件	①健診会場での保健指導等において全受診者に啓発実施 ②1件	C
精密検査を受ける人を増やす		③精密検査を必ず受ける	健診の結果、要精密検査・要医療となった者	要精密検査・要医療の者のうち医療機関を受診した割合	27.35%	26.34%	35.40%	B
腎不全対策		①慢性腎不全を防ぐ	特定健診の結果、41歳から64歳まで①糖尿病治療中でなくHbA1c6.5%以上の者 ②尿たんぱく(2+)以上またはe-GFR50未満のうちⅠ度高血圧以上の者	保健指導実施率	20.1%	47.40%	28.10%	D
元氣アップ推進事業の強化	4) 健康管理に必要な知識・技術の提供	介護予防、家測定・減塩の普及啓発に着目し一体的に元氣アップ推進事業を展開する	元氣・ふれあい芸鑑、介護予防サポーター、地域住民	特定健診受診率	42.66%	41.70%	44.34%	B
がん、骨関節疾患対策の強化				要介護(支援)認定率	20.00%	18.90%	18.70%	A

※要介護(支援)認定率は、年度末の数値に置き換えているため、個別保健事業評価計画の数値と相違する。

6. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

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

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

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

循環器疾患に着目すると 75 歳以上の腎不全が H28 年度から有意に増加している。腎不全となる基礎疾患を把握することで、その疾患を予防すれば、腎不全への移行等を防止することができると考えられる。

基礎疾患では 75 歳以上の高血圧、脂質異常症、が有意に増加している。

歯肉炎歯周病においても 65 歳以上から有意に増加しており、口腔ケアの取組を若年世代から行う必要がある。

表 13

介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】

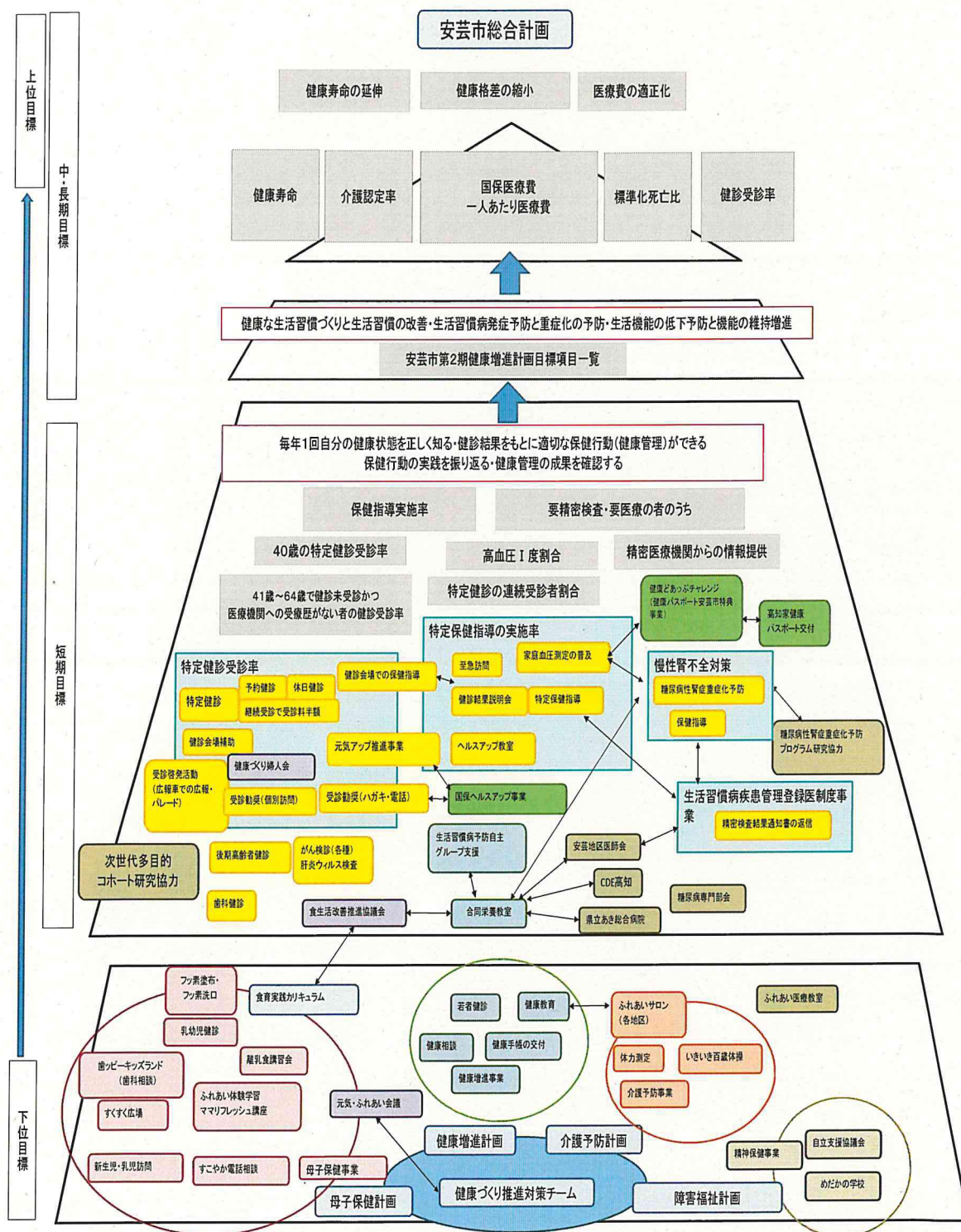
介護認定者の経年有病状況【年齢区分別】														
		年 齢	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和1年度					
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)		40～64歳	2,369		2,213		2,097		1,995					
		65～74歳	2,545		2,546		2,503		2,449					
		75歳以上	3,737		3,782		3,820		3,844					
		合 計	8,651		8,541		8,420		8,288					
認定者数		40～64歳	14		14		17		17					
		65～74歳	112		122		119		116					
		75歳以上	1,086		1,065		1,099		1,079					
		合 計	1,212		1,201		1,235		1,212					
認定率(認定者数/被保険者数)		40～64歳	0.6%		0.6%		0.8%		0.9%					
		65～74歳	4.4%		4.6%		4.6%		4.7%					
		75歳以上	29.1%		28.2%		28.8%		28.1%					
		合 計	14.0%		14.1%		14.7%		14.6%					
トレンド検定 *有意差あり(P値<0.05)														
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	脳血管疾患	40～64歳	10	71.4%	6	42.9%	8	47.1%	6	35.3%	P値(減少)	0.074	
			65～74歳	72	64.3%	76	62.3%	70	58.8%	63	54.3%	P値(減少)	0.102	
			75歳以上	720	66.3%	696	65.4%	720	65.5%	728	67.5%	P値(増加)	0.571	
			合 計	802	66.2%	778	64.8%	798	64.6%	797	65.8%	P値(減少)	0.816	
		脳出血	40～64歳	5	35.7%	3	21.4%	4	23.5%	4	23.5%	P値(減少)	0.510	
			65～74歳	14	12.5%	18	14.8%	14	11.8%	12	10.3%	P値(減少)	0.102	
			75歳以上	70	6.4%	65	6.1%	71	6.5%	73	6.8%	P値(増加)	0.695	
			合 計	89	7.3%	86	7.2%	89	7.2%	89	7.3%	P値(増加)	0.990	
		脳梗塞	40～64歳	7	50.0%	4	28.6%	5	29.4%	4	23.5%	P値(減少)	0.151	
			65～74歳	66	58.9%	68	55.7%	65	54.6%	57	49.1%	P値(減少)	0.144	
			75歳以上	701	64.5%	682	64.0%	706	64.2%	713	66.1%	P値(増加)	0.463	
			合 計	774	63.9%	754	62.8%	776	62.8%	774	63.9%	P値(増加)	0.995	
		虚血性心疾患	40～64歳	1	7.1%	2	14.3%	3	17.6%	4	23.5%	P値(増加)	0.215	
			65～74歳	27	24.1%	27	22.1%	29	24.4%	25	21.6%	P値(減少)	0.763	
			75歳以上	385	35.5%	380	35.7%	400	36.4%	409	37.9%	P値(増加)	0.218	
			合 計	413	34.1%	409	34.1%	432	35.0%	438	36.1%	P値(増加)	0.246	
		腎不全	40～64歳	2	14.3%	3	21.4%	3	17.6%	5	29.4%	P値(増加)	0.368	
			65～74歳	12	10.7%	17	13.9%	23	19.3%	23	19.8%	P値(増加)	* 0.033	
			75歳以上	181	16.7%	176	16.5%	259	23.6%	315	29.2%	P値(増加)	* 0.000	
			合 計	195	16.1%	196	16.3%	285	23.1%	343	28.3%	P値(増加)	* 0.000	
		人工透析	40～64歳	1	7.1%	2	14.3%	2	11.8%	3	17.6%	P値(増加)	0.453	
			65～74歳	3	2.7%	6	4.9%	8	6.7%	7	6.0%	P値(増加)	0.200	
			75歳以上	10	0.9%	10	0.9%	9	0.8%	9	0.8%	P値(減少)	0.764	
			合 計	14	1.2%	18	1.5%	19	1.5%	19	1.6%	P値(増加)	0.403	
		基礎疾患	糖尿病	40～64歳	10	71.4%	10	71.4%	14	82.4%	13	76.5%	P値(増加)	0.606
				65～74歳	69	61.6%	75	61.5%	74	62.2%	64	55.2%	P値(減少)	0.362
				75歳以上	621	57.2%	623	58.5%	649	59.1%	652	60.4%	P値(増加)	0.124
				合 計	700	57.8%	708	59.0%	737	59.7%	729	60.1%	P値(増加)	0.210
			腎症	40～64歳	2	14.3%	2	14.3%	3	17.6%	4	23.5%	P値(増加)	0.471
				65～74歳	6	5.4%	9	7.4%	8	6.7%	9	7.8%	P値(増加)	0.541
				75歳以上	43	4.0%	46	4.3%	56	5.1%	59	5.5%	P値(増加)	0.066
				合 計	51	4.2%	57	4.7%	67	5.4%	72	5.9%	P値(増加)	* 0.037
			網膜症	40～64歳	1	7.1%	2	14.3%	2	11.8%	2	11.8%	P値(増加)	0.769
				65～74歳	17	15.2%	18	14.8%	22	18.5%	18	15.5%	P値(増加)	0.752
				75歳以上	65	6.0%	70	6.6%	78	7.1%	86	8.0%	P値(増加)	0.060
				合 計	83	6.8%	90	7.5%	102	8.3%	106	8.7%	P値(増加)	0.061
			神経障害	40～64歳	0	0.0%	1	7.1%	1	5.9%	1	5.9%	P値(増加)	0.524
				65～74歳	6	5.4%	6	4.9%	7	5.9%	7	6.0%	P値(増加)	0.750
				75歳以上	23	2.1%	19	1.8%	19	1.7%	18	1.7%	P値(減少)	0.439
				合 計	29	2.4%	26	2.2%	27	2.2%	26	2.1%	P値(減少)	0.703
	高血圧		40～64歳	10	71.4%	11	78.6%	11	64.7%	10	58.8%	P値(減少)	0.325	
			65～74歳	90	80.4%	96	78.7%	93	78.2%	87	75.0%	P値(減少)	0.338	
			75歳以上	927	85.4%	921	86.5%	956	87.0%	961	89.1%	P値(増加)	* 0.011	
			合 計	1,027	84.7%	1,028	85.6%	1,060	85.8%	1,058	87.3%	P値(増加)	0.077	
	脂質異常症		40～64歳	8	57.1%	8	57.1%	9	52.9%	6	35.3%	P値(減少)	0.213	
			65～74歳	67	59.8%	77	63.1%	79	66.4%	70	60.3%	P値(増加)	0.817	
			75歳以上	655	60.3%	658	61.8%	715	65.1%	717	66.5%	P値(増加)	* 0.001	
			合 計	730	60.2%	743	61.9%	803	65.0%	793	65.4%	P値(増加)	* 0.002	
	高尿酸血症		40～64歳	3	21.4%	4	28.6%	4	23.5%	5	29.4%	P値(増加)	0.708	
			65～74歳	22	19.6%	22	18.0%	25	21.0%	28	24.1%	P値(増加)	0.324	
			75歳以上	287	26.4%	281	26.4%	299	27.2%	314	29.1%	P値(増加)	0.145	
			合 計	312	25.7%	307	25.6%	328	26.6%	347	28.6%	P値(増加)	0.089	
	血管疾患合計		40～64歳	14	100.0%	14	100.0%	17	100.0%	15	88.2%	P値(減少)	0.072	
			65～74歳	106	94.6%	115	94.3%	110	92.4%	106	91.4%	P値(減少)	0.268	
			75歳以上	1,043	96.0%	1,015	95.3%	1,057	96.2%	1,053	97.6%	P値(増加)	* 0.033	
			合 計	1,163	96.0%	1,144	95.3%	1,184	95.9%	1,174	96.9%	P値(増加)	* 0.187	
	認知症		40～64歳	4	28.6%	1	7.1%	3	17.6%	1	5.9%	P値(減少)	0.161	
			65～74歳	28	25.0%	35	28.7%	30	25.2%	27	23.3%	P値(減少)	0.622	
			75歳以上	497	45.8%	511	48.0%	536	48.8%	538	49.9%	P値(増加)	0.054	
			合 計	529	43.6%	547	45.5%	569	46.1%	566	46.7%	P値(増加)	0.130	
	筋・骨格疾患		40～64歳	11	78.6%	13	92.9%	17	100.0%	15	88.2%	P値(増加)	0.324	
			65～74歳	91	81.3%	101	82.8%	98	82.4%	98	84.5%	P値(増加)	0.560	
			75歳以上	1,010	93.0%	999	93.8%	1,036	94.3%	1,029	95.4%	P値(増加)	* 0.018	
			合 計	1,112	91.7%	1,113	92.7%	1,151	93.2%	1,142	94.2%	P値(増加)	* 0.016	
	歯肉炎歯周病	40～64歳	9	64.3%	10	71.4%	13	76.5%	12	70.6%	P値(増加)	0.664		
		65～74歳	49	43.8%	67	54.9%	67	56.3%	68	58.6%	P値(増加)	* 0.029		
		75歳以上	397	36.6%	429	40.3%	518	47.1%	535	49.6%	P値(増加)	* 0.000		
		合 計	455	37.5%	506	42.1%	598	48.4%	615	50.7%	P値(増加)	* 0.000		

※医療保険が安芸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・他事業との連動の加筆修正

国保保健事業以外の安芸市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。

【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
特定健診等受診率の向上	① 40 - 44 歳、50 歳代の受診勧奨 ② 若い世代の受診勧奨と受診行動の定着化 ③ 60 歳以上の継続受診勧奨と定着 ④ 個別健診の継続実施 ⑤ がん検診の受診勧奨の強化
慢性腎不全の予防	① 糖尿病性腎症、慢性腎不全の重症化予防のための対象者抽出と保健指導の継続実施 ② 高血圧対策として健診会場等での保健指導や健康パスポート特典事業を活用した家庭血圧測定の啓発強化を継続実施、減塩対策
メタボ該当者の抑制、生活習慣病発症予防	① 特定保健指導対象者への保健指導利用促進と保健指導の実施(特に 40-44 歳と 50 歳代) ② 健診当日の保健指導での啓発 ③ 運動の習慣化と定着対策、食事摂取時間等生活習慣の見直しを強化(特に 40-64 歳女性)
医療機関受診が必要な者への受診勧奨(重症化予防)	① 必要な人を早期医療へつなげ、重症化予防も含めた医療機関との連携(医療中断、精密未受診者対策) ② 市内すべての医療機関で生活習慣病管理かかりつけ医制度事業の継続した実施

※医療費分析を引き続き実施し、被保険者の疾病予防に資する予防的介入方法の検討に取り組む。

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



① 2期中間評価の現状

医療費を見ると、男性は、入院医療費では、脂肪肝、筋・骨格系、脳出血、慢性腎不全が、外来医療費ではがんが増加している。女性は、入院医療費では、動脈硬化症、慢性腎不全、筋・骨格系が、外来医療費では、がん、慢性腎不全が増加している。高血圧や脳血管疾患、狭心症は減少傾向にあり、家庭血圧測定や減塩対策を行ってきたことで効果が得られていると考えられる。

特定健診受診率は低下傾向にあり、特に40～44歳、50歳代が低い。特定保健指導は、動機づけ支援の利用率・終了率と積極的支援の終了率は年々増加傾向であるも積極的支援の利用率は低下傾向にある。特定健診結果は、週3回以上朝食の欠食割合は減少傾向だが、週3回以上就寝前の夕食が増加。1日30分以上運動なしは60%台と高く、1日1時間以上運動なしは増加傾向。男女ともBMI、HbA1cの有所見者の割合が増加傾向にある。

② 2 期中間評価の課題

高血圧や脳血管疾患、狭心症は減少傾向にあり、家庭血圧測定や減塩対策を行ってきたことで効果が得られていると考えられる。一方、75 歳以上の介護認定者において筋・骨格系、腎不全の増加と高血圧の有病者が多く、74 歳までの医療費においても慢性腎不全が増加傾向にある。また、特定健診結果から男女ともに BMI、HbA1c が増加傾向、特に男性は拡張期血圧、LDL-C、女性は 40～64 歳の中性脂肪や血圧の有所見者割合が増加している。さらに、週 3 回以上就寝前の夕食が増加。1 日 30 分以上運動なしは 60% 台と高く、1 日 1 時間以上運動なしが増加傾向にあることから、これまでの特定健診、がん検診の受診勧奨をはじめとする生活習慣病の発症予防及び重症化予防対策に加えて、運動習慣と食事摂取時間を見直し適正な保健行動を身に付ける対策を強化する必要がある。

あわせて、増加傾向にある疾病について医療レセプトを点検し、患者の健診や医療の受診歴等を明らかにし疾病予防に資する予防的介入方法を検討する必要がある。

③ 2 期中間評価の取組み

住民や地域の支え合いのもと、家庭血圧測定の徹底強化と食生活の改善（減塩）対策に加えて、運動習慣と食事摂取時間を見直し適正な保健行動を身に付ける対策は 40～64 歳の女性をターゲットとして強化して行く。特定健診、がん検診、特定保健指導の実施については特に実施率が低い 40～44 歳と 50 歳代をターゲットとして受診勧奨の強化に取り組む。

また、医療費分析を引き続き実施し、増加傾向にある疾病について医療レセプトを点検し、患者の健診や医療の受診歴等を明らかにし疾病予防に資する予防的介入方法の検討に取り組む。

10. 計画全体についての中間評価

ストラクチャー	毎年度、国保部門、衛生部門で目標に向かっての全体の事業体の確認（P40 7. 事業体系図・他事業との連動）を行い、必要な事業予算や人員配置などに努めてきた。特に、健康づくりの第一歩であり、優先順位の高い特定健診受診勧奨においては、なでしこの会や健康づくり婦人会の電話勧奨等により、受診へ結びついている事例が多く見られ、効果が出ている年度がある。今後も引き続き、予算確保を行い、委託継続していく。 また、今後受診率のアップに伴い、保健事業対象者の増加が見込まれることから、個別保健事業における人員体制・確保に努めるとともに事業運営にも工夫をしてスムーズに進めていく。
プロセス	計画作成における健診・医療・介護データの集計については、KDBデータを活用し、関係機関や事業担当者間で経年結果（P35 5. 指標の経年データと判定）を確認、要因分析（P41 8. 中間評価の結果をふまえた課題整理）を行い、今後の対策として既存事業の見直しを行った。また、事業内容として修正箇所については、支援評価委員会の助言を得て修正を行った。
アウトプット	計画策定時の個別保健事業は、すべて実施できている。安芸市では、かねてから糖尿病性腎症重症化予防に独自の基準を設けて取り組んできたが、R元年度からは高知県の基準に基づいて対象者を抽出し、特定健診時に接触して介入に努めている。R元年度からは、糖尿病管理台帳を作成し、個別の健診結果や保健指導内容を記録して、継続して把握していくことを開始した。
アウトカム	計画策定時からの経年経過では、特定健診受診率がH30年度に下降したが、R元年度は再び上昇した。ただ、毎年度、目標値には達していないため、元年度で上昇した傾向を分析し、より効果的な受診率向上を目指した取り組みを行い、予算も確保しながら、継続して目標値まで目指していく。 また、高血圧や脳梗塞、狭心症などの医療費が減少傾向であることは、家庭血圧測定や減塩対策への取組への効果ではないかと考える。しかし、目標までは達成できていないので、最終評価までこの目標値を継続し、取組を続ける。また、人工透析については、抽出対象者が少なく評価の困難さはあるが新規透析患者0人を目指しつつ、継続した糖尿病性腎症重症化予防と腎不全予防への取組を継続していく（副指標としてレセプトからの慢性腎臓病患者数を評価指標に設定する）。