

土佐清水市国民健康保険
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間評価報告書

令和3年3月

土佐清水市

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
中間評価報告書

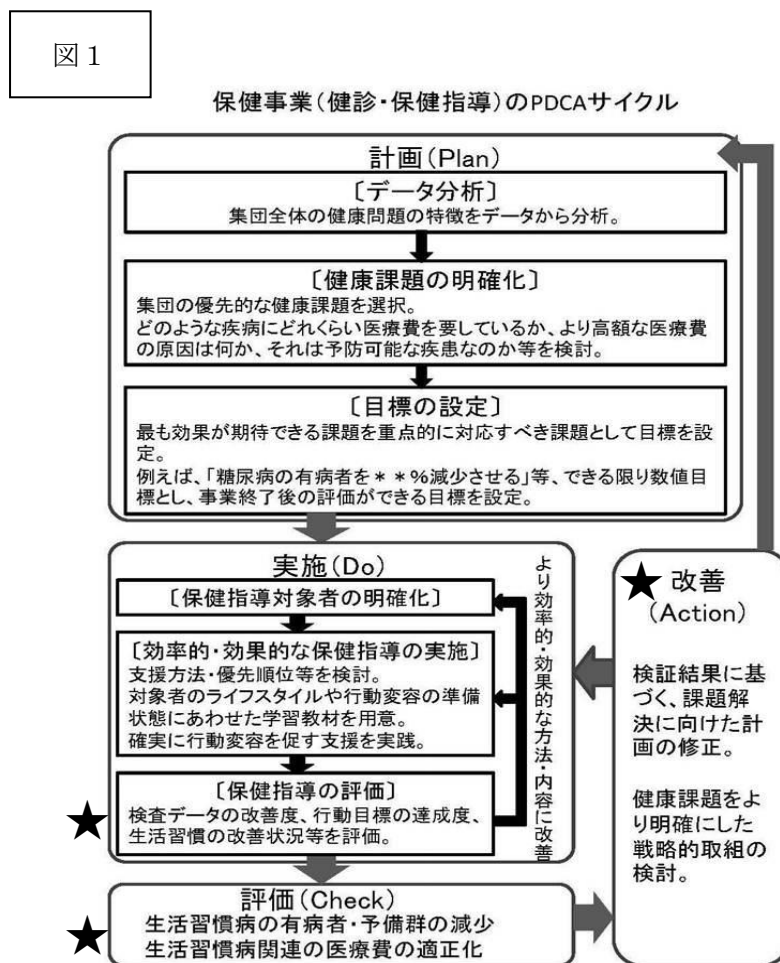
もくじ

1. 評価・見直しの目的	P.1
2. 評価方法	P.2
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.2
4. 経年評価指標	P.34
5. 指標の経年データ（様式1）と判定	P.52
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.54
7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正	P.56
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.57
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.58
10. 計画全体についての中間評価	P.60

1. 評価・見直しの目的

第2期保健事業実施計画（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

2

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診者対策	生活習慣病予防 適切な医療受診	特定健診の重要性が市民に浸透し、受診する人が増える 目標受診率 38.0% (土佐清水市国民健康保険保健事業実施計画より)	40歳から74歳までの土佐清水市国保加入者	1 ハガキ・電話による受診勧奨	各地区の集団健診前に、ハガキを送付した後に電話受診勧奨を実施。 電話受診勧奨については、マニュアルを策定し、受診状況・通院状況・受診意向の聞取りを行う	委託業者 (保健師・看護師・管理栄養士)	平成29年4月～11月 (11月26日にある市内全域を対象とした“ひろい”健診まで)	委託先	特定健診受診率
				2 訪問受診活動	健康づくり推進員及び食生活改善推進員が各地区の集団健診の約3週間前を目途に、対象者に対して、訪問受診勧奨を行う。 訪問受診勧奨での資料については、特定健診の案内だけでなく、市が独自で実施しているインセンティブ事業及びジェネリック医薬品の紹介を行う。 (訪問受診勧奨に際して必要な訪問対象者のリスト及び地図については、委託業者が実施し、訪問対象者の割振りは、市担当者が行う)	「訪問活動」 健康づくり推進員 食生活改善推進員 「事務作業」 委託業者 市担当者	平成29年4月～11月 (11月26日にある市内全域を対象とした“ひろい”健診まで)	市役所 委託先	
				3 受診意向調査	特定健診の内容も合わせて記載したアンケート用紙を作成し、市民ニーズを拾うことにより下半期並びに次年度の受診環境改善を図る。 また、電話受診勧奨を実施する際に問題となっていた新たに電話番号を取得する。	委託業者	平成29年5月10日～6月7日	委託先	

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 特定健診未受診者対策

評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期	評価 体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1 特定健診未受診者対策実施者の内、何人が受診したか	1 受診率	1 受診率(月例報告)38.0%	1 受診者数を集計 受診率を集計	1 翌年度法定報告後	1 事業担当	1 受診率:35%	1 市内医療機関の1つが平成30年度に閉院予定であることから、受診率低下を防ぐため、集団健診向上の施策を考える
アウトプット	1 何人に電話及びハガキ受診勧奨したか	1 受診勧奨者数	1 電話番号を把握している対象者のうち、90%	1 受診勧奨者数を集計	1 年度末	1 事業担当	1 受診勧奨者数:3,293人	1 継続して実施
	2 何人に訪問受診勧奨をしたか	2 受診勧奨者数	2 住所を把握している対象者のうち、90%	2 受診勧奨者数を集計	2 年度末	2 事業担当	2 訪問受診勧奨数:2,403人	2 継続して実施
	3 何人にアンケートを実施したか	3 回答率	3 対象者のうち、30%	3 回答者集を集計	3 7月末	3 事業担当	3 送付者数:2562人 回答者数:721人 回答率:28.14% 目標には僅かながら、届かなかったものの、未受診者対策として重要な未受診理由並びに電話番号を取得することができた。	3 今年度においては、未受診者のみを対象として行ったが、継続受診を勧奨していく必要や受診環境の改善についても行っていく必要がある。
プロセス	1 電話及びハガキの勧奨内容及び時期は適切であったか	1 勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	1 アウトカムの1の目標	1 (1)対象者リストから、受診した人の数を割り出す	1 (1)年度末	1 (1)事業担当	1 受診者数:746人	1 継続して実施
	2 訪問受診勧奨の内容は適切であったか	2 訪問受診勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	2 アウトカムの1の目標	2 (2)訪問員から、訪問対象者の反響を聞き取る	2 (2)訪問後	2 (1)事業担当	2 受診者数:234人 訪問する負担が年々重くなってきているとの反響が多々あった。	2 訪問員数が減少及び高齢化により、実際に訪問可能な人が少なくなっている。訪問員の負担が少なく、効率的にできる工夫する。
	3 アンケート内容は市民ニーズを把握するのに、適切な内容であったか	3 アンケート結果による、改善によって受診した人の数	3 アウトカムの1の目標	3 改善策と設問の内容を照らし合わせて、回答者リストと比較し、受診に繋がった数を割り出す	3 年度末	3 事業担当	3 改善施策として、みなし健診の運用を市内医療機関においてのみ実施したが、受診率には反映されなかった。	3 市内医療機関の健診への理解が必要であるが、本市の現状を考慮すると、医療機関への協力は望めないと考える。県下全体の取り組みとして実施できるよう、関係機関に働きかけていく。
ストラクチャー	1 予算は確保できたか	1 予算額は足りているか	1 流用等を行わない	1 支出状況を確認する。	1 年度末	1 事業担当	1 適切に執行できた。	1 継続して実施
	2 事業に実施をするにあたり、人員は足りているか	2 1人当たりの仕事量は適切であるか	2 超過勤務を行わない	2 勤務状況等の把握	2 年度末	2 事業担当	2 超過勤務が多々、発生した。	2 特定健診担当者は新規採用職員又は採用されて間もない若手職員が従事することが近年、続いており、また若手職員も3年を待たずして、異動するケースが多い。よって、事務マニュアルを新たに作成し、効率向上を図る。

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定保健指導	合併症発症予防・重症化予防	特定保健指導終了率の向上	特定健診を受診した対象者の内、動機付け支援・積極的支援の対象者を抽出し、報告会形式又は、個別訪問等対象者の状況に合わせた場所で市直営にて、特定保健指導を実施	特定保健指導対象者	1.集団健診結果から地区担当保健師が対象者を抽出し、報告会の準備、日程調整を行い報告会の案内を郵送する。 2.報告会に参加できなかった対象者については後日戸別訪問にて特定保健指導を実施する。 個別健診受診者については業務担当で対象者を抽出・保健指導資料の準備を行い、地区担当保健師に保健指導資料を配布。訪問にて保健指導を実施する。 3.保健指導対応台帳を作成し、初回最終対応月を業務担当が入力。最終対応月までに対応入力がない場合は業務担当より係の打合せで声掛けを行う。 4.動機付け支援 保健師、管理栄養士により面接による支援を行う。面接から6ヶ月経過以降に身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認を行う。 5.積極的支援 支援開始時に動機付け支援と同様の内容の面接を行う。その後3ヶ月以上の継続的な支援として、面接や電話等により支援を実施。また3ヶ月経過以降、身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認	1.管理栄養士 保健師 2.地区担当保健師	平成29年度	1.市役所 2.3.4.5各市民センター、区長場、対象者自宅	特定保健指導終了率 特定保健指導動機づけ・積極的支援終了率 昨年度特定保健指導利用者の内今年度特定保健指導対象ではなくなった者の割合

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 特定保健指導

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)合併症発症予防・重症化予防	1)特定保健指導終了率 積極的支援・動機づけ支援終了者率 昨年度特定保健指導の内今年度特定保健指導対象者でなくなった人の割合	1)特定保健指導終了率 35% 積極的支援終了率 34.9% 動機づけ支援終了率 35.3% 保健指導対象外の割合24%	1)保健指導を保健師・管理栄養士で実施 保健指導実施結果を特定保健指導データ管理システムに入力 保健指導終了者を集計 法定報告にて結果確認	年度末	地区担当 事業担当	H29年度分法定報告より 特定保健指導終了率50.2% 積極的支援 52.4% 動機的支援 49.3% 保健指導対象外の割合 15.7% (8人)	特定保健指導終了率の向上について施策を考える
アウトプット	1)特定保健指導を何名の人に実施したか	1)特定保健指導実施者数	1)前年度より保健指導終了率が7%増える H28年 保健指導終了率28.1% 対象者 積極46人 動機125人 利用者 積極14人 動機42人 終了者 積極11人 動機37人	1)保健指導終了者数の確認	年度末	事業担当	保健指導終了率50.2% 対前年比+22.1% 対象者 積極63人 動機140人 利用者 積極38人 動機84人 終了者 積極33人 動機69人	継続実施
プロセス	1)特定保健指導対象者選定 個別健診含む 資料準備 名簿作成 2)報告会資料準備 案内を送る	1)職員が対応可能な対象者であるか 2)通知内容・時期	1)職員が対応できる対象者数 2)健診後1ヶ月半以内に報告会を実施	1)対応時期の確認 (対応設定時期で対応できているか確認) 2)通知発送時期の確認	年度末 集団健診	事業担当 地区担当	訪問対応では対象者が不在の場合が多く、対応できていない。 期間内に案内を郵送実施できた。	保健師、管理栄養士での実施体制とする。 継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム 2)事業実施人員 3)予算確保	1)作業手順はわかりやすいか 2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か 3)必要な予算は確保	1)手順を理解し担当者が操作できる 2)対象者全員の対応ができる 3)必要な物品が購入できる	1)職員への聞き取り確認 2)対応可能な人数であったか職員への聞き取り確認 3)必要な物品購入ができたか職員に聞き取り確認	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	システムで抽出する方法は手順資料を作成した。 他業務と重複している時期は係内で業務を振り分けた。 必要な備品については、準備ができた。	継続実施 保健師、管理栄養士での実施体制とする。 継続実施

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
要医療者受診勧奨事業	特定健診要医療判定者が、医療機関に受診し適切な検査、治療を受け、生活習慣病の改善を図ることで、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になることを予防できる。	要医療者の60%が医療機関を受診する。	特定健診結果を受け要医療者を選定。受診勧奨文書、健診結果を郵送。後日、受診状況の確認を必要時保健指導を実施し、医療受診に繋げる。	特定健診結果で要医療の判定になった者。	1.特定健診結果より要医療判定の者を抽出し、要医療者台帳を作成する。 2.健診結果と医療機関受診勧奨文書を対象者に郵送 3.対象者より受診後の連絡がない者に対して、結果郵送3ヶ月後に、訪問・電話にて地区担当保健師が医療機関受診状況を確認する。 ※必要時再度受診勧奨、保健指導を実施する。 4.対象者からの連絡、訪問時の状況については要医療者台帳に入力し管理する。	地区担当保健師	平成29年度	市役所、対象者自宅	医療機関受診率

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 要医療者受診勧奨事業

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)受診する	1)医療機関受診率	1) 医療機関受診率60%	1)本人電話連絡、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当 事業担当	要医療対象者50人 内医療機関受診者31人 (内服開始者10人) 医療機関受診率62%	継続実施
アウトプット	1)対象者に連絡できる(面談・電話)	1)保健指導実施率	1)実施率100%	1)要医療台帳に対応状況を入力する。	年度末	地区担当	対象者全員に対し健診結果郵送時に受診勧奨を依頼する文書を送付 41名の対象者に対して電話又は面談にて受診勧奨、受診状況の確認。 保健指導を実施。 実施率82%	継続実施
プロセス	1)対象者を選定する。	1)職員が対応可能な対象者数であるか	1)職員が対応できる対象者数	1)対応時期の確認	年度末	事業担当	対応可能な人数ではあるが、対象者が不在の場合は再度連絡等を行うため時間を要した。	すべての対象者へ受診勧奨を実施する
	2)受診勧奨通知を郵送する	2)通知内容・時期	2)健診受診後1ヶ月	2)通知文書時期の確認 職員への聞き取りで確認	集団健診	地区担当	期限内での郵送が出来ている。	継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム	1)作業手順はわかりやすいか	1)手順を理解し担当者が操作できる	1)職員への聞き取り確認	年度末	事業担当	システムを導入し、トラブルなく操作出来ている。	継続実施
	2)事業実施人員	2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か	2)対象者全員の対応ができる	2)対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認	年度末	事業担当	他業務と重複している時期は係内で業務を振り分けた。	継続実施
	3)予算確保	3)必要な予算は確保	3)必要な物品が購入できる	3)必要な物品購入ができたか 職員に聞き取り確認(パンフレット等)	年度末	事業担当	予算を確保しパンフレットを購入済み。	継続実施

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	事業内容	対象者	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病予備軍対策	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防 ・医療費の適正化	健診有所見者が減少する 異常なし割合が前年比より各項目で増加する	1.特定健診結果返却時に個別に保健指導を実施し生活習慣・栄養指導、糖尿病予防教室へつなげる。	・特定健診の結果特定保健指導対象者以外(70歳未満) ・HbA1c5.6～7.3%の者 ・血圧(収縮期130～179mmHg、拡張期85～109mmHg)の者 ・HDL(35以下) ・LDL(120～179)の者 ・中性脂肪(空腹時150以上、食後4時間200以上)	1.対象者に報告会の案内を郵送する。 回数:年間9回 2.事前の申し込み制とし、対象人数からスタッフ、資料数を決定 3.各地区担当保健師、管理栄養士による報告会を開催 ・生活状況を確認し、保健指導を実施 ・翌年度の健診受診勧奨 ・HbA1c5.6%以上の者については、糖尿病予防教室の紹介を行い、希望者に糖尿病予防教室のお知らせを郵送 ・家庭血圧の紹介 ・健康パスポートの紹介発行	1.各地区担当保健師 2.各地区担当保健師 3.管理栄養士、保健師	令和元年度	1.2.市役所 3.市民センター、区長場、市役所	・保健指導実施率 ・次回受診時に前回所見があった項目が異常なしになった者の割合(血圧・脂質・HbA1c)

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 生活習慣病予備軍対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1) 有所見者割合の減少	1) 次回健診血圧・脂質・耐糖有所見→異常なし割合 人数	次回健診有所見者割合の減少 異常なし血圧・脂質耐糖前年比より各2名増 異常なしの割合前年比より増加	1) 次年度の健診結果を確認	次回健診	事業担当	・血圧有所見者54人(10人減) 異常なし12人(前年比より変化なし) 異常なしの割合22.2%(前年比より3.4%増) ・脂質有所見者110人(9人増) 異常なし7人(前年比より1人減) 異常なしの割合6.4%(前年比より0.6%減) ・耐糖有所見者111人(1人増) 異常なし9人(前年比より2人減) 異常なしの割合8.1%(前年比より1.9%減)	継続実施
アウトプット	1) 健診結果報告会実施	1) 対象者に対して保健指導を実施する	1) 保健指導実施率60%	1) 保健指導名簿の確認	年度末	地区担当 保健指導対象者	保健指導実施率 71.60% H29対象者 155人 保健指導実施者 111人	継続実施
プロセス	1) 対象者を選定する 2) 報告会案内通知を送る 3) 保健指導スタッフの指導力向上	1) 選定方法は明確だったか 2) 報告会案内通知の時期 3) 研修会に参加しスタッフが知識を身につける	1) 保健指導対象者を漏れなく抽出できる。 2) 健診後2ヶ月以内に対象者全員に案内通知を郵送する。 3) 研修会に参加する	1) システムで対象者を抽出し保健指導名簿と比較して確認。 2) 対応時期の確認 地区担当保健師に確認する 3) 研修会に参加したか確認	年度末 年度末 年度末	地区担当 事業担当 地区担当 事業担当 事業担当	対象者は漏れなく抽出できた。 案内通知は期限内に郵送できた。 初任者研修会へ参加した。	継続実施 継続実施 初任者研修会以外にも参加し、知識を身につける。
ストラクチャー	1) 対象選定システム 2) 事業実施人員 3) 予算確保	1) 作業手順はわかりやすいか 2) 専門職の不足はないか一人当たりの対象者人数は適切か 3) 保健指導に必要な物品が購入できたか。	1) 作業手順をマニュアル化し全員が操作できる。 2) 対象者全員の対応ができる。 3) 必要な物品が購入できる。	1) マニュアルを作成できたか。 2) 対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認 3) 必要な物品が購入できたか、地区担当保健師・管理栄養士に聞き取りで確認	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	マニュアル未作成 システムが導入されたため業務の効率化が図れた。 必要物品は購入できた。	次年度作業手順確認資料を作成 継続実施 継続実施

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
血管病重症化予防対策		1.医療機関未受診者が受診する。 2.治療中断者が受診を再開する。 3.医療機関通院中で血糖コントロール不良の対象者のHbA1c値が7.9以下に改善する。	1.特定健診結果要医療者に対し受診勧奨を実施する。未治療者支援ツールを利用し、もれがないようにしていく。 2.治療中断者ツールを利用し、訪問にて生活状況の確認。必要時受診勧奨を行い、必要な治療が受けられるように支援していく。 3.医療機関受診中ではあるが、糖尿病重症化リスクが高いものに対してかかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定、地区担当保健師・管理栄養士が訪問して保健指導を実施。食生活、生活状況の改善を図りHbA1c値が改善する。	1.特定健診結果が要医療の者。未治療者支援ツールを利用し、対象者となった者 2.治療中断者ツールを利用し、前年度レセプト履歴があるが、今年度レセプト履歴が確認できない者 3.医療機関受診中で栄養・生活指導を受けも血糖コントロールが悪く悪化している者(HbA1c8.0値以上の者) ・生活状況が不明で医療機関での聞き取りでは不明確なことが多く、適切な治療に支障をきたしている者 ・治療中断を繰り返している者	1.特定健診結果が要医療の者に対し、受診勧奨の通知を郵送する。 医療機関受診後結果を連絡してもらう。 未治療者支援ツールを利用し、対象者には地区担当保健師が訪問、受診勧奨を行う。 2.治療中断者ツールを利用し、対象者の生活状況の確認、受診勧奨を行い、適切な治療につなげる。 * 地区担当保健師が訪問記録をパソコンに入力し、事業担当が集計する。 3.重症化リスクの高い者に対して、かかりつけ医の判断で保健指導対象者を選定。 ①かかりつけ医は保健指導指示書を作成し、健康推進課宛てに提出。 ②保健指導指示書を受けて、地区担当保健師又は、管理栄養士が訪問。保健指導を実施。 ③市町村は保健指導実施報告書を作成し、かかりつけ医に提出。 保健指導係内で実施前、実施後で事例検討を実施。 ③医療機関は保健指導終了後、対象者が受診し検査した際には糖尿病連携手帳を対象者に渡す。対象者の医療機関受診後、再度自宅訪問し結果改善が認められれば、保健指導終了とする。 生活状況の改善が認められず、血糖コントロールが引き続き不良の場合は保健指導を継続する。 * 一度検査結果が改善し保健指導が終了した者が、再びコントロール不良となった場合は、再度保健指導指示書をかかりつけ医が提出し上記の内容を実施する。	1.地区担当保健師 2.地区担当保健師 3.かかりつけ医療機関 ・管理栄養士 地区担当保健師	平成29年度中	市役所、市民センター、対象者自宅等 医療機関については市内医療機関	1.未治療者受診勧奨率・医療機関受診率 2)治療中断者医療機関受診率・受診勧奨率 3)保健指導実施率・保健指導後のHbA1c値改善率

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 血管病重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関への受診状況 治療開始 治療継続	1)未治療者受診勧奨率 医療機関受診率 治療中断者受診勧奨率 医療機関受診率	1)未治療者受診勧奨率100% 医療機関受診率30% 治療中断者受診勧奨率100% 治療中断者受診率60%	1)未治療者、治療中断者ツールによって受診確認。	年度末	事業担当	未治療対象者49人 医療機関受診者16人 受診率32.6% 治療中断者7人 医療機関受診者6人 受診率85.7%	高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムとの整合性を取りながら評価していく。
	2)対象者への保健指導状況	2)保健指導実施者の改善率	2)保健指導実施者のうち30%以上HbA1C検査データ改善	2)対象者の医療機関受診後の血液検査データ確認。	年度末	事業担当	保健指導対象者1人 検査データ改善率 100%	継続実施
アウトプット	1)対象者に訪問し受診勧奨が実施できたか	1)受診勧奨・保健指導実施率	1)対応率80% 訪問時、不在対応困難な場合は電話対応	1)訪問記録にて確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	対象者、未治療者、中断者合わせて56人 実施者48人 不在受診勧奨未実施者8人 (内2人は生活実態なし) 実施率 85.7%	継続実施 不在者には連絡表を残す。
	2)かかりつけ医からの指示書どおり保健指導が対象者に実施できたか	2)保健指導実施率	2)保健指導実施率100%	2)保健指導実施報告書を確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	医療機関からの依頼者1人 実施者 1人 実施率 100%	プログラムとの整合性をとる。
プロセス	1)対象者を選定する	1)職員が対応可能な対象人数であるか	1)職員が対応できる対象者数	1)対応時期の確認 未治療、治療中断対象者6か月以内対応 保健指導対象者 2ヶ月以内対応 対応記録にて確認する		事業担当	未治療者、治療中断者は期限内に訪問、電話対応できた。 保健指導対象者の1人に対しては、保健指導を実施した。	継続実施
	2)医療機関と連携した対応が取れる	2)指示書・報告書のやり取りができる	2)医療機関と話し合いを持ち対象者を選定、指示書もらい保健指導を実施する	2)医療機関で打ち合わせを行い対象者を選定。指示書、報告書のコピーを確認する。		事業担当	医療機関と話し合いは実施したが、対象者の抽出に課題が残る。	対象者の抽出方法については検討が必要。
	3)係内で事例検討を実施する	3)保健指導実施前、後で対象者が出た時点で実施	3)業務担当が進行して事例検討を行う	3)事例検討記録を集計する(件数、時期)	毎月	事業担当	事例検討は実施できていない。	業務調整を行い実施できる体制を整える。
ストラクチャー	1)対象者選定システム	1)作業手順はわかりやすいか 医療機関と話し合いが持て対象者が選定できる	1)手順マニュアルをみて業務担当以外も必要時使用できるようになる 医療機関と対象者についてすり合わせができる	1)手順マニュアルを作成		事業担当	国保連合会提供のマニュアルをもとに未治療中断者の抽出を行った。 医療機関と話し合いを行い、対象者の選定を実施した。	今後も国保連合会のマニュアルを参考にしていく。 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの抽出条件に合わせる。

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
CKD重症化予防対策	CKDの早期発見、早期治療を行い、腎不全、人工透析への移行を防止する、または、遅らせることを目的とする。	CKDの早期発見・早期治療	特定健診の結果から対象者に対し、かかりつけ医への紹介状を作成。 地区担当保健師が、報告会または、個別訪問にて、保健指導を実施し、医療機関へつなげる。	特定健診にてe-GFR(70歳未満50未満 70歳以上40未満)の者 以前に紹介状配布、返信済みの対象者については、通院状況の確認を行う。治療・経過観察が継続中の場合は紹介状配布せず。	・対象者に健診結果報告会のお知らせを郵送(欠席の場合は連絡して訪問) ・個別に現在の身体状況、生活状況、医療機関への受診状況を確認し受診勧奨を実施する。かかりつけ医への紹介状を渡す。 ・以前に紹介状の配布を受け、受診結果が返信されている対象者については、現在の治療状況等を確認する。医療機関で適切に対応している場合には紹介状は渡さず状況確認の記録を残す。 ・集団健診受診者の場合は地区担当保健師が対象者を選別し名簿、紹介状を作成する。 ・個別健診受診者については業務担当の保健師が対象者を選別し名簿、紹介状を作成し、各地区担当が訪問にて受診状況の確認、必要時紹介状を渡す。 ・紹介状の結果入力については、地区担当保健師が名簿に結果を入力。紹介状の返信がない場合はレセプトにて受診状況を確認する。 ・全体の集計は、業務担当保健師が実施する。 ・未受診者へ連絡し受診勧奨を実施する。	地区担当保健師	年度末	市役所 各市民センター 自宅	1.対象者医療機関受診率 2.対象者医療機関継続率

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 CKD重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関を受診する。	1)医療機関への受診率	1)医療機関受診率90%	1)紹介状返信結果の確認	年度末	地区担当	紹介状対象者 29人 医療機関受診者 24人 医療機関受診率 82.7%	継続実施 確実に医療受診につなげていく。
	2)経過観察・治療継続	2)医療機関継続受診率	2)医療機関継続受診率100%	2)本人に電話、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当	対象者33人 医療機関継続受診確認者30人 継続受診率90.9% (3名については不在のため受診状況確認できず)	継続実施
アウトプット	1)対象者の受診勧奨必要時紹介状配布の実施	1)受診勧奨・保健指導実施率	1)報告会・訪問にて受診勧奨100%	1)訪問記録にて確認 訪問後、訪問記録を入力する。 紹介状返信結果入力 業務担当者が集計	毎月	地区担当	訪問、報告会にて100% 受診勧奨は実施できている。 訪問記録台帳への入力が遅くなることもある。 紹介状の返信入力は業務担当が実施した。	業務担当が適宜声掛けを行っていく。 集計方法の検討
プロセス	1)対象者を選定する	1)職員が対応可能な対象者数であるか。	1)職員が対応できる対象者数	1)対応時期の確認 (対応記録に実施日が対象選定から2~3ヶ月以内であるか確認)	毎月	業務担当	対応時期内に連絡がつかない対象者がおり、受診勧奨までに時間を要した。	対象者は不在等で連絡が取れない場合の対応方法について検討する。
	2)名簿を作成し 対応記録を入力する	2)名簿作成 対応記録が適切に入力できているか。	2)対応記録 集団 2ヶ月以内 個別 3ヶ月以内 に对应状況を入力	2)業務担当が入力状況を確認	毎月	業務担当	毎月、確実に入力状況の確認ができていない。	入力確認を行う日を定める。
ストラクチャー	1)対象選定システム	1)作業手順はわかりやすいか。	1)作業手順をマニュアル化し全員が操作できる。	1)マニュアルを作成できたか。	年度末	事業担当	マニュアルは未作成。	マニュアルを作成する。
	2)事業実施人員	2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者人数は適切か	2)対象者全員の対応ができる	2)対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認	年度末	事業担当	地区担当としては対応可能な人数であった。	継続実施
	3)予算確保	3)保健指導に必要な物品が購入できたか。	3)必要な物品が購入できる。	3)必要な物品が購入できたか、地区担当保健師に聞き取りにて確認	年度末	事業担当	必要な事務用品は購入できた。	継続実施

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
糖尿病予防教室	糖尿病予防・悪化予防	1血液検査結果の改善維持 糖尿病・合併症を発生しない	・糖尿病予防教室を実施 (血液検査、身体測定、血圧測定、糖尿病、栄養、口腔等)	1.特定健診にて65歳以下、HbA1c6.0%以上のもの ・糖尿病治療者のもの	1、H29年度6回教室実施 ・教室参加意向が確認できた対象者に各教室ごとにお知らせを郵送し、申込みをしてもらう。 ・年3回身体計測・血圧測定・血液検査を行い、生活状況の確認を行いながら、話し合いをする。 ・年3回血液検査結果をグラフに参加者が記入する。 ・糖尿病、歯科、栄養、運動の話調理実習を実施する。 ・6回目の教室終了時にアンケートを実施する。 ・広報にて糖尿病予防教室の日程を教室開催月に掲載する	1.管理栄養士 歯科衛生士 保健師	平成29年度	1.市役所会議室・社協調理実習室	・血液検査結果 ・糖尿病発症者数 ・糖尿病合併症発症者数 ・教室参加者数

平成29年度 事業評価計画

個別保健事業名 糖尿病予防

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)糖尿病予防・悪化予防	1)糖尿病予防教室血液検査結果	1)糖尿病・合併症を発生しない。 教室参加者で治療中の方がHbA1c7.0未満に全員がなる 教室参加者で予備軍の方がHbA1c6.4未満に全員がなる	1)糖尿病治療中の内合併症発症者数 糖尿病予備軍の内糖尿病発症者数 血液検査結果	年度末 年度末	事業担当 事業担当	糖尿病治療中の内、合併症発症者数 0名 予備軍の内、糖尿病発症者数 0名 HbA1c7.0未満者 4名 HbA1c7.0以上者 2名 全員が7.0未満の目標を達成することはできなかったが、それぞれの治療状況について確認を行った。 年度内血液検査結果平均が HbA1c6.4未満者 11名 HbA1c6.4以上者 4名 6.4以上者全員がH29年度からの新規参加者。	継続して発症者がいないよう健康教育を行っていく。 7.0未満の者がコントロール状況を維持できることを目標に継続7.0以上の者については治療状況の確認を継続。 6.4未満者は現状維持・6.4以上者は新規参加者であるため、H30年度の状況を確認する。
	2)教室参加者の満足	2)参加者満足度	2)参加者の教室満足度70%	2)糖尿病予防教室最終回にアンケートを実施。参加者の満足度・今後の教室内容への要望を確認	年度末	事業担当	満足度 教室に参加した生活の変化に、「間食をしなくなった」「運動を継続している」等の感想が聞かれた。 参加者より、今後は食事内容や睡眠と糖尿病について学びたいという要望があった。	要望については管理栄養士や歯科衛生士と連携し健康教育を行う。
アウトプット	1)糖尿病予防教室開催 教室案内郵送	1)糖尿病予防教室参加者数	1)新規参加者が5名増える	1)参加人数の確認	年度末	事業担当	通常の教室の新規参加者3名。 H29年度から開始した、運動教室での新規参加者のうち、案内通知希望者10名。	今後も特定健診の保健指導時に教室への参加を促す。
プロセス	1)教室案内通知	1)通知内容・時期	1)教室2週間前には通知	1)通知発送時期の確認	教室ごと 年6回	事業担当	2週間前に通知文書を郵送できた。	継続
	2)報告会で声掛け 広報での周知	2)新規糖尿病予防教室参加者数	2)新規の教室参加がある	2)教室を案内するチラシ作成 ・広報へ毎月開催周知掲載する	年度末	事業担当	教室開催月に広報に掲載を行った。	継続
	3)健診結果通知	3)通知文書・時期	3)健診結果後1～2ヶ月	3)要医療者健診結果通知を郵送確認	2ヶ月に1回	地区担当	健診結果後2ヶ月以内に郵送できた。	継続
ストラクチャ	1)事業実施人員	1)事業人員は適切か	1)スタッフが確保できる	1)対応可能な人数であったかを職員と協議	教室ごと 年6回	事業担当	各回終了後にスタッフ間で振り返りを実施。十分なスタッフが確保できた。	継続
	2)予算確保	2)必要な予算は確保	2)必要な物品が購入できる 検査委託料支払	2)必要な物品購入、検査委託料の支払いが出来たのか確認	年度末	事業担当	必要な物品購入、検査委託料の支払が出来ている。	継続

平成29年度保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価																								
がん重症化予防対策	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率の向上 目標受診率 胃がん 20.0% 子宮頸がん 35.0% 乳がん 48.0% 大腸がん 25.0% 肺がん 41.0% (土佐清水市健康増進計画より)	がん検診対象者	1 希望調査未回答者に再希望調査を行う。	前年度中(H29年2月)に行ったがん検診の希望調査で未回答者に対して、再度受診希望調査及び受診勧奨を行う。 ①40～69歳(子宮頸がん検診は20～38歳)に返信用封筒を付けて郵送。 ②検診希望日を記入できる等内容に受診に向けての利便性を図る。 回収場所は、担当課窓口・各市民センターに設ける。	健康推進課がん検診担当者	平成29年8月～平成30年2月	健康推進課 各市民センター	各がん検診の受診率 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H29年度実績</th> <th>H28年度実績</th> <th>前年度比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃がん</td> <td>9.7%</td> <td>9.3%</td> <td>0.4%</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん</td> <td>23.6%</td> <td>26.8%</td> <td>-3.2%</td> </tr> <tr> <td>乳がん</td> <td>32.3%</td> <td>36.0%</td> <td>-3.7%</td> </tr> <tr> <td>大腸がん</td> <td>18.6%</td> <td>18.7%</td> <td>-0.1%</td> </tr> <tr> <td>肺がん</td> <td>34.6%</td> <td>34.3%</td> <td>0.3%</td> </tr> </tbody> </table>		H29年度実績	H28年度実績	前年度比	胃がん	9.7%	9.3%	0.4%	子宮頸がん	23.6%	26.8%	-3.2%	乳がん	32.3%	36.0%	-3.7%	大腸がん	18.6%	18.7%	-0.1%	肺がん	34.6%	34.3%	0.3%
					H29年度実績	H28年度実績	前年度比																										
				胃がん	9.7%	9.3%	0.4%																										
				子宮頸がん	23.6%	26.8%	-3.2%																										
				乳がん	32.3%	36.0%	-3.7%																										
				大腸がん	18.6%	18.7%	-0.1%																										
肺がん	34.6%	34.3%	0.3%																														
2 はがきによる未受診者勧奨を行う。	がん検診未受診者に対し、検診ごとに複数回受診勧奨はがきを送付する。 その際、新規受診者の開拓のため希望調査未回答者に対して重点的に取り組む。 送付時の工夫として、 ①集団検診実施会場により送付対象地域を分ける。 ②がん検診別に対象者を分けて受診勧奨を行う。 ③集団検診後に大腸がん検診郵送検診の受診勧奨を行う。 ④乳がん・子宮頸がん検診の医療機関個別検診の受診勧奨を行う。 などの、地域性・利便性に応じて効果的な勧奨方法を行う。	健康推進課がん検診担当者	平成29年5月～平成30年1月	健康推進課	再希望調査の回収率及び再希望調査の対象者のうち受診した人数 再希望調査送付数 4280枚 1 回収率 9.5% 再希望調査対象のうち受診者数計 6036人 胃がん 741人 子宮頸がん 522人 乳がん 710人 大腸がん 1421人 肺がん 2642人																												
3 訪問受診勧奨	健康づくり推進員及び食生活改善推進員が地区の集団検診の3週間前に特定健診の受診勧奨と併せてがん検診の受診勧奨を行う。 周知文書をわかりやすく工夫する。	健康づくり推進員 食生活改善推進員	平成29年4月～11月	検診対象地区	● 集団健診受診者計 5846人 胃がん 741人 子宮頸がん 466人 乳がん 681人 大腸がん 1316人 肺がん 2642人																												
4 検診ポスターの掲示等による周知や地区の放送による受診勧奨を行う。	①毎月、集団検診実施地区で両面に強い材質の検診ポスターにより掲示し、回覧・広報でも併せて周知を実施する。 ②検診対象地区長に、検診日前日に地区放送による周知を依頼し受診勧奨を行う。	健康推進課がん検診担当者 区長	平成29年4月～平成30年1月	健康推進課 検診対象地区	● 個別検診受診者数計 85人 子宮頸がん 56人 乳がん 29人																												
5 検診送迎バスによる利便性の向上を図る。	セツト検診による検診会場の集合化に伴い、受診会場が遠方で受診が困難になった者に対して送迎バスを運行する。 検診会場の変更に伴い、バスの運行順路の変更及び停車所を増やす等を行う。	健康推進課がん検診担当者	平成29年5月～平成29年12月	検診会場																													
6 次年度のがん検診の希望調査を行う。	平成30年度のがん検診対象者に対して、郵送・回覧・電話等により受診希望調査及び受診勧奨を行う。 また、がん検診受診促進事業(県補助金)を利用し、郵送で回答できる年齢を拡充する。 (H29年度は補助対象年齢が40～69歳に拡充された【H28年度は40～62歳】) ①40～69歳(子宮頸がん検診は20～38歳)に返信用封筒を付けて郵送。 ②70～88歳偶数年齢女性(女性のがん検診対象者)に郵送にて送付。 ③広報と併せて行う希望調査により、世帯毎に配布。 回収場所は、担当課窓口・各市民センター・区長場に設ける。	健康推進課がん検診担当者	平成30年2月～3月	健康推進課 各市民センター 区長場																													

個別保健事業名 がん検診重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	がん検診の未受診者対策により、何人が受診行動につながったか。	がん検診受診率	がん検診受診率の向上 胃がん 20.0% 子宮頸がん 35.0% 乳がん 48.0% 大腸がん 25.0% 肺がん 41.0% (土佐清水市健康増進計画より)	受診率を集計	年度末	事業担当	胃がん 9.7% 子宮頸がん 23.6% 乳がん 32.3% 大腸がん 18.6% 肺がん 34.6%	再希望調査後に受診勧奨を実施することにより、受診率の向上を図る。
アウトプット	1.何人に再希望調査を行ったか。 ・40～69歳男女 ・子宮頸がん検診は20～38歳女性	1.再希望調査対象者数	1.希望調査未回答者全員に実施。	1.再希望調査実施数を集計	年度末	事業担当	再希望調査送付数 ※ 複数の検診に対しての再希望調査を実施したため、各がん検診の未受診者勧奨数と差異がある	4280枚
	2.何人にはがきによる未受診者勧奨を行ったか。 ・40～69歳男女、子宮頸がんは20～38歳(未受診者) ・検診希望者であって未受診者の者(集団検診ひろい個別検診を勧奨)	2.未受診者勧奨対象者数	2.各がん検診ごとの未受診者に実施。	2.各がん検診の未受診者勧奨数を集計	年度末	事業担当	胃がん 5683人 子宮頸がん 1123人 乳がん 1223人 大腸がん 4399人 肺がん 9345人	再希望調査は継続実施。また、40～69歳及び無回答者など、カテゴリー化した上で、優先度を分析して実施する。
	3.何人に訪問受診勧奨を行ったか。 ・特定健診対象者の受診勧奨時に併せて実施。	3.受診勧奨者数	3.特定健診対象者とその世帯のがん検診対象者への実施。	3.受診勧奨者数を集計	年度末	事業担当	受診勧奨者数	2432人
プロセス	1.再希望調査の内容・郵送するタイミング・対象者は適切であったか。	1.回収率	1.市街地の大型の集団検診実施前に再希望調査を実施できる。	1 再希望調査の回収率 再希望調査対象者の受診者数を集計	年度末	事業担当	1 回収率 再希望調査対象のうち受診者数計 胃がん 9.5% 子宮頸がん 6036人 乳がん 741人 大腸がん 522人 肺がん 710人 1421人 2642人	1 継続実施より、回収率を向上させるため、返信用封筒を同封するなどの工夫を図る。
	2.はがきの内容・郵送するタイミング・対象者は適切であったか。	2.年間実施スケジュールの作成	2.検診の1週間前に勧奨はがきが届くよう実施する等 効果的な実施時期についてスケジュールを作成し実施。 対象者を把握できている。	2.集団検診の受診者数を集計 個別検診の受診者数を集計 郵送検診の受診者数を集計	年度末	事業担当	2 集団検診受診者計 胃がん 5846人 子宮頸がん 741人 乳がん 466人 大腸がん 681人 肺がん 1316人 2642人 2 個別検診受診者数計 子宮頸がん 85人 乳がん 56人 29人 2 郵送健診受診者数計 ※ 郵送健診は大腸がんのみ 105人	2 集団健診前に、対象地区ごとに受診勧奨をピンポイントで実施する。 2 個別健診の周知を継続して行う。 2 利便性の周知や集団健診時における未回収者に対しても周知の徹底を図る
ストラクチャー	1.実施目的を係で共有できたか。	1.係の協力体制の構築	1.係が協力し、発送に向けての作業・発送後の問い合わせに対応ができる。	1.事業実施の都度打ち合わせを行い確認をする。	事業実施の都度	事業担当	1 実施できた	1 継続実施
	2.係で実施スケジュールを共有できていたか。	2.事業実施状況	2.スケジュールに沿って実施できる。	2.実施状況の確認	H29年12月	事業担当	2 実施できた	2 継続実施
	3.補助事業を利用し予算運営ができたか。	3.補助金の利用状況	3.がん検診受診促進事業(県補助金)・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業(国補助金)を利用して事業実施できる。	3.補助事業利用状況の確認	年度末	事業担当	3 策定時において報告中のため未掲載	

平成30年度

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診者対策	生活習慣病予防 適切な医療受診	特定健診の重要性が市民に浸透し、受診する人が増える 目標受診率 37.0%	40歳から74歳までの土佐清水市国保加入者	1 ハガキ・電話による受診勧奨	各地区の集団健診前に、ハガキを送付した後に電話受診勧奨を実施。 電話受診勧奨については、マニュアルを策定し、受診状況・通院状況・受診意向の聞き取りを行う	委託業者 (保健師・看護師・管理栄養士) 《訪問活動》 健康づくり推進員 食生活改善推進員 《事務作業》 委託業者 市担当者	平成30年4月～平成31年1月	委託先 市役所委託先	特定健診受診率
				2 訪問受診活動	健康づくり推進員及び食生活改善推進員が各地区の集団健診の約3週間前を目途に、対象者に対して、訪問受診勧奨を行う。 訪問受診勧奨での資料については、特定健診の案内だけでなく、市が独自で実施しているインセンティブ事業及びジェネリック医薬品の紹介を行う。 (訪問受診勧奨に際して必要な訪問対象者のリスト及び地図については、委託業者が実施し、訪問対象者の割振りや、市担当者が行う)		平成30年4月～11月		

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 特定健診未受診者対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1 特定健診未受診者対策実施者の内、何人が受診したか	1 受診率	1 受診率(法定報告)37.0%	1 受診者数を集計 受診率を集計	1 翌年度法定報告後	1 事業担当	1 33.4%(-16%)	1 受診率低下の要因としては、市内健診実施機関(個別健診最多受診者数)が閉院したことや集団健診当日の悪天候が考えられる。また、最大の要因としては、受診率を支えてきた高齢者層が後期高齢者へと異動することで、特定健診受診率低下の要因を招いている。 なお、H29対象者かつH30対象者の受診者数は若干向上しているため、後期高齢者へと異動する受診者数以上に新規受診者の開拓及び継続受診者層を強固にしておく必要がある。
	2 何人に電話及びハガキ受診勧奨したか	2 受診勧奨者数	2 住所を把握している対象者のうち、90%	2 受診勧奨者数を集計	2 年度末	2 事業担当	2 訪問受診勧奨数:1,782人	2 継続して実施 健診対象者全員を訪問勧奨の対象とするのではなく、次年度以降も訪問対象者に一定の基準を設けることで、費用対効果の高い受診勧奨にする必要がある。
プロセス	1 電話及びハガキの勧奨内容及び時期は適切であったか	1 勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	1 アウトカムの1の目標	1 (1)対象者リストから、受診した人の数を割り出す	1 (1)年度末	1 (1)事業担当	1 受診者数:635人	1 継続して実施
	2 訪問受診勧奨の内容は適切であったか	2 訪問受診勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	2 アウトカムの1の目標	2 (2)訪問員から、訪問対象者の反響を聞き取る	2 (2)訪問後	2 (1)事業担当	2 受診者数:180人	2 訪問員数が減少及び高齢化が深刻化している。また、地区によっても推進員人数に偏りがあり、推進員の訪問内容にも差異がある。H31は訪問方法の聞き取り方法を再考する。 ※ 電話と訪問が重複しており、正確な効果測定ができないため、H31は対象者を重複しないように調整する。
ストラクチャー	1 予算は確保できたか	1 予算額は足りているか	1 流用等を行わない	1 支出状況を確認する。	1 年度末	1 事業担当	1 適切に執行できた。	1 継続して実施
	2 事業に実施をするにあたり、人員は足りているか	2 1人当たりの仕事量は適切であるか	2 超過勤務を行わない	2 勤務状況等の把握	2 年度末	2 事業担当	2 人員削減により、超過勤務が発生した。	2 超過勤務については、次年度以降も発生する可能性が高いことから、委託内容を精査し、業務再構築をする必要がある。

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定保健指導	合併症発症予防・重症化予防	特定保健指導終了率の向上	特定保健指導対象者	特定保健指導対象者	1.集団健診結果から地区担当保健師が対象者を抽出し、報告会の準備、日程調整を行い報告会の案内を郵送する。 2.報告会に参加できなかった対象者については後日戸別訪問にて特定保健指導を実施する。 個別健診受診者については業務担当で対象者を抽出・保健指導資料の準備を行い、地区担当保健師に保健指導資料を配布。訪問にて保健指導を実施する。 3.保健指導対応台帳を作成し、初回最終対応月を業務担当が入力。最終対応月までに対応入力がない場合は業務担当より係の打合せで声掛けを行う。 4.動機付け支援 保健師、管理栄養士により面接による支援を行う。面接から6ヶ月経過以降に身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認を行う。 5.積極的支援 支援開始時に動機付け支援と同様の内容の面接を行う。その後3ヶ月以上の継続的な支援として、面接や電話等により支援を実施。また3ヶ月経過以降、身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認	1.管理栄養士 保健師 2.地区担当保健師	平成30年度	1.市役所 2.3.4.5.各市民センター、区長場、対象者自宅	特定保健指導終了率 特定保健指導動機づけ・積極的支援終了率 昨年度特定保健指導利用者の内今年度特定保健指導対象ではなくなった者の割合

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 特定保健指導

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	合併症発症予防・重症化予防	1)特定保健指導終了率 積極的支援・動機づけ支援終了者率 昨年度特定保健指導の内今年度特定保健指導対象者でなくなった人の割合	1)特定保健指導終了率 35% 積極的支援終了率 34.9% 動機づけ支援終了率 35.3% 保健指導対象外の割合24%	1)保健指導を保健師管理栄養士で実施 保健指導実施結果を特定保健指導データ管理システムに入力 保健指導終了者を集計 法廷報告にて結果確認	年度末	地区担当 事業担当	H30年度分法定報告結果より 特定保健指導終了率60.5% 積極的支援終了率 57% 動機づけ支援終了率 61% 保健指導対象者の減少率に関する事項29で確認 減少率 18.1%	継続実施 継続実施
アウトプット	特定保健指導を何名の人に実施したか	1)特定保健指導実施者数	1)前年度より保健指導終了率が7%増える H29保健指導終了率50.2% 対象者 積極 63人 動機140人 利用者 積極 38人 動機84人 終了者 積極 33人 動機 69人	1)保健指導終了者数の確認	年度末	事業担当	H30年度保健指導終了率60.5% 対前年比+10.3% 対象者 積極35人 動機127人 利用者 積極26人 動機82人 終了者 積極20人 動機78人	継続実施 保健指導実施率の目標値60%を維持できるように継続実施していく。
プロセス	1)特定保健指導対象者選定 個別健診含む 資料準備 名簿作成 2)報告会資料準備 案内を送る	1)職員が対応可能な対象者であるか 2)通知内容・時期	1)職員が対応できる対象者数 2)健診後1ヶ月半以内に報告会を実施	1)対応時期の確認 (対応設定時期で対応できているか確認) 2)通知発送時期の確認	年度末 集団健診	事業担当 地区担当	管理栄養士に個別健診への保健指導の協力をもらい、効率的に実施できた。 各地区担当が日程調整を行い期間内に実施できた。	継続実施 継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム 2)事業実施人員 3)予算確保	1)作業手順はわかりやすいか 2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か 3)必要な予算は確保	1)手順を理解し担当者が操作できる 2)対象者全員の対応ができる 3)必要な物品が購入できる	1)職員への聞き取り確認 2)対応可能な人数であったか職員への聞き取りで確認 3)必要な物品購入ができたか職員に聞き取り確認	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	名簿にて対象者管理をしているためスムーズに確認できた。 人員は不足している。 必要な備品については、準備ができた。	継続実施 専門職の配置を求めていく。 継続実施

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
要医療者受診勧奨事業	特定健診要医療判定者が、医療機関に受診し適切な検査、治療を受け、生活習慣病の改善を図ることで、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になることを予防できる。	・要医療者の60%が医療機関を受診する。	・特定健診結果を受け要医療者を選定。受診勧奨文書、健診結果を郵送。 後日、受診状況の確認 必要時保健指導を実施し、医療受診を予防できる。	特定健診結果で要医療の判定になった者。	1.特定健診結果より要医療判定の者を抽出し、要医療者台帳を作成する。 業務担当の保健師は名簿に対応月を入力する。 2.健診結果と医療機関受診勧奨文章を対象者に郵送（対象者より受診後結果連絡してもらうよう文章に記載する。） 3.対象者より受診後の連絡がない者に対して、結果郵送3ヶ月後に、訪問・電話にて地区担当保健師が医療機関受診状況を確認する。 ※必要時再度受診勧奨、保健指導を実施する。 4.対象者からの連絡、訪問時の状況については要医療者台帳に入力し管理する。	地区担当保健師	平成30年度	市役所、対象者自宅	医療機関受診率

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 要医療者受診勧奨事業

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)受診する	1)医療機関受診率	1) 医療機関受診率60%	1)本人電話連絡、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当	要医療対象者 38人 医療機関受診者 18人 受診率47.3%	継続実施 医療機関への受診の検討。
アウトプット	1)対象者に連絡できる（面談・電話）	1)保健指導実施率	1)実施率100%	1)要医療台帳に対応状況を入力する。	年度末	地区担当	受診勧奨・受診確認者 36人 実施率94.7%	継続実施 台帳の未記入項目については、対応状況の確認を行う。
プロセス	1)対象者を選定する。	1)職員が対応可能な対象者数であるか	1)職員が対応できる対象者数	1)対応時期の確認	年度末	事業担当	対応可能な人数ではあるが、連絡がつかない対象者もあり、時間を要した。	継続実施 文書の掲載方法の検討。
	2)受診勧奨通知を郵送する	2)通知内容・時期	2)健診受診後1ヶ月	2)通知文書時期の確認 職員への聞き取りで確認	集団健診	地区担当	期限内に郵送できた。	継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム	1)作業手順はわかりやすいか	1)手順を理解し担当者が操作できる	1)職員への聞き取り確認	年度末	事業担当	システムを利用し トラブルなく抽出できる。	継続実施
	2)事業実施人員	2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か	2)対象者全員の対応ができる	2)対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認	年度末	事業担当	対応可能な人数ではあるが、対応時期が遅れてしまっていた。	対応できる人数について検討する。
	3)予算確保	3)必要な予算は確保	3)必要な物品が購入できる	3)必要な物品購入ができたか 職員に聞き取り確認（パンフレット等）	年度末	事業担当	予算を確保パンフレット購入済み	継続実施

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病予備軍対策	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防 ・医療費の適正化	健診有所見者が減少する 異常なし割合が前年比より各項目で増加する	1. 特定健診結果返却時に個別に保健指導を実施し生活習慣・栄養指導、糖尿病予防教室へつなげる。 ・ HDL(35以下) ・ LDL120(120~179) の者 ・ 中性脂肪(空腹時150以上、食後4時間200以上)	・ 特定健診の結果特定保健指導対象者以外(70歳未満) ・ Hb A 1c 5.6~7.3%の者 ・ 血圧(収縮期130~179mmHg、拡張期85~109mmHg)の者	1. 対象者に報告会の案内を郵送する。 回数:年間9回 2. 事前の申し込み制とし、対象人数からスタッフ、資料数を決定 3. 各地区担当保健師、管理栄養士による報告会を開催 ・ 生活状況を確認し、保健指導を実施 ・ 翌年度の健診受診勧奨 ・ HbA1c5.6%以上の者については、糖尿病予防教室の紹介を行い、希望者に糖尿病予防教室のお知らせを郵送 ・ 家庭血圧の紹介 ・ 健康パスポートの紹介発行	1. 各地区担当保健師 2. 各地区担当保健師 3. 管理栄養士、保健師	令和元年度	1. 2. 市役所 3. 市民センター、区長場、市役所	・ 保健指導実施率 ・ 次回受診時に前回所見があった項目が異常になつた者の割合(血圧・脂質・Hb A 1c)

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 生活習慣病予備軍対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1) 有所見者割合の減少	1) 次回健診血圧・脂質・耐糖有所見→異常なし割合 人数	次回健診有所見者割合の減少 異常なし血圧・脂質耐糖前年比より各2名増 異常なしの割合前年比より増加	1) 次年度の健診結果を確認	次回健診	事業担当	・血圧有所見者54人(変化なし) 異常なし17人(前年比より5人増) 異常なしの割合31.5%(前年比より9.3%増) ・脂質有所見者104人(6人減) 異常なし10人(前年比より3人増) 異常なしの割合9.6%(前年比より3.2%増) ・耐糖有所見者105人(6人減) 異常なし9人(前年比より変化なし) 異常なしの割合8.6%(前年比より0.5%増)	継続実施
アウトプット	1) 健診結果報告会実施	1) 対象者に対して保健指導を実施する	1) 保健指導実施率60%	1) 保健指導名簿の確認	年度末	業務担当	対象者148人 保健指導実施者98人 郵送 50人 保健指導実施率66.2%	継続実施
プロセス	1) 対象者を選定する 2) 報告会案内通知を送る 3) 保健指導スタッフの指導力向上	1) 職員が対応可能な人数だったか。 2) 報告会案内通知の時期 3) 研修会に参加しスタッフが知識を身につける	1) 職員が対応できる人数 2) 健診後2ヶ月以内に対象者全員に案内通知を郵送する。 3) 研修会に参加する	1) システムで対象者を抽出し保健指導名簿と比較して確認。 2) 対応時期の確認 地区担当保健師に確認する 3) 研修会に参加したか確認	年度末 年度末 年度末	地区担当 事業担当 地区担当 事業担当 事業担当	対象者抽出はトラブルなく抽出できた。 期限内に案内を通知できた。 保健指導スキルアップ研修会に3名参加した。	継続実施 継続実施 研修会を欠席していたスタッフへ参加の呼びかけを行う。
ストラクチャー	1) 対象選定システム 2) 事業実施人員 3) 予算確保	1) 作業手順はわかりやすいか 2) 専門職の不足はないか一人当たりの対象者人数は適切か 3) 保健指導に必要な物品が購入できたか。	1) 作業手順をマニュアル化し全員が操作できる。 2) 対象者全員の対応ができる。 3) 必要な物品が購入できる。	1) マニュアルを作成できたか。 2) 対応可能人数であったか職員への聞きとりで確認 3) 必要な物品が購入できたか、地区担当保健師・管理栄養士に聞き取りにて確認	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	作業手順確認資料を作成。 対応可能な人数だった。 必要物品は購入できた。	継続実施 継続実施 継続実施

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
血管病重症化予防対策	血管病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・治療中断者について関係機関からの適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病の重症化リスクの高い者に対して医療機関と連携し保健指導を実施。糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する。または、遅らせることを目的とする。	1.医療機関未受診者が受診する。 2.治療中断者が受診を再開する。 3.医療機関通院中で血糖コントロール不良の対象者のHbA1c値が7.9以下に改善する。	<p>血管病重症化予防の事業実施にあたり、高知県糖尿病重症化予防プログラムについて医療機関の事業内容について説明、事業協力を依頼し連携する。</p> <p>未治療者、治療中断者については地区担当保健師が自宅訪問し生活状況、受診状況の確認を行い受診勧奨実施。</p> <p>治療中で重症化リスクの大きい者に対してはかかりつけ医の指示のもと保健指導を実施し、実施した指導内容については、文書にて医療機関への情報提供を行う。</p>	<p>● 医療機関未治療者保健事業：対象者①血糖：いずれかに該当・空腹時血糖126mg/dl以上・随時 200mg/dl以上・HbA1c6.5%以上②血圧：40～74歳収縮期140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上・75歳以上収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期95mmHg以上③いずれかに該当・尿蛋白(+)以上・eGFR45ml/分1.73㎡未満上記の①②、①③、①②③の組み合わせいずれかに該当</p> <p>● 治療中断者保健事業：下記①②の両方に該当する者が対象 ①6ヶ月以上の治療歴なしの者 ②糖尿病合併症と診断又は治療履歴がある者</p> <p>●治療中で重症化リスクの大きい者への保健指導事業：①HbA1c(NGSP)：8.0%以上②血圧150/90以上③尿蛋白：(2+)以上④eGFR:45ml/分/1.73㎡未満</p>	<p>国保連合会提供の未治療者、治療中断者リストをもとに、業務担当が台帳を作成する。</p> <p>1.未治療者には地区担当保健師が訪問、受診勧奨を行う。</p> <p>2.治療中断者には地区担当保健師が訪問、生活状況の確認、受診勧奨を行い、適切な治療につなげる。 *地区担当保健師が訪問記録をパソコンに入力し、事業担当が集計する。</p> <p>3.重症化リスクの高い者に対して保健師が自宅に訪問し、現在の身体状況におけるリスクについて、重症化予防プログラム説明、プログラム参加の有無を確認。</p> <p>国保連合会より提供されたリストの内、対象者を市内医療機関に限定し対応。市内の専門医療機関通院中の対象者も除外する。</p> <p>業務担当が国保連合会より提供されたリストからセプトにてかかりつけ医療機関を確認し、介入台帳を作成する。 介入対象者に対して、地区担当保健師が訪問を行いプログラムへの参加同意を取る。 プログラム参加の同意が得られた対象者は、かかりつけ医に同意書を持参しかかりつけ医が治療方針を決定する。</p> <p>保険者による保健指導との治療方針が決定した場合は、情報提供書で指示を受けて、地区担当保健師、管理栄養士が訪問。保健指導を実施。</p> <p>保健指導終了後、かかりつけ医療機関に保健指導結果の情報提供を行う。</p> <p>必要時係内で事例検討を実施する。</p>	<p>1.地区担当保健師</p> <p>2.地区担当保健師</p> <p>3.かかりつけ医療機関 ・管理栄養士 ・地区担当保健師</p>	平成30年度中	<p>市役所、市民センター、対象者自宅等</p> <p>医療機関については市内医療機関</p> <p>対象者自宅</p>	<p>1.未治療者受診勧奨率・医療機関受診率</p> <p>2)治療中断者医療機関受診率・受診勧奨率</p> <p>3)保健指導実施率・保健指導後のHbA1c値改善率</p>

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 血管病重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関への受診状況 治療開始 治療継続	1)未治療者受診勧奨率 医療機関受診率 治療中断者受診勧奨率 医療機関受診率	1)未治療者受診勧奨率100% 医療機関受診率30% 治療中断者受診勧奨率100% 治療中断者受診率60%	1)未治療者、治療中断者 に対して、 訪問にて受診状況の確認を行う。	年度末	事業担当	未治療対象者9名 1名内科医療受診につながる 受診率11% 受診勧奨率78% 治療中断者3名 受診率100%	継続実施
	2)対象者への保健指導状況	2)保健指導実施者の改善率	2)保健指導実施者のうち 30%以上HbA1C検査データ 改善	2)対象者の保健指導終了時の血液 検査データ確認。	年度末	事業担当	保健指導実施者1名 保健指導改善率100%	継続実施
アウトプット	1)対象者に訪問し受診勧奨が 実施できたか	1)受診勧奨実施率	1)訪問にて対応率80% 訪問時、不在対応困難 な場合は電話対応	1)台帳訪問記録にて確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	未治療対象者9名中7名 受診勧奨実施率78% 治療中断者3名中3名 受診勧奨実施率100%	継続実施
	2)プログラムⅡの対象者を訪問し プログラム参加への同意が取れた か	2)プログラム参加同意率	2)プログラム参加同意率 70%	2)台帳訪問記録にて確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	プログラム参加同意率37% 対象者27名中16名に介入 同意者10名	対象者への説明方 法について、再度検 討を行う。
	3)かかりつけ医からの指示書どおり 保健指導が対象者に実施できたか	3)保健指導実施率	3)保健指導実施率100%	3)保健指導実施報告書を確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	医療機関からの指示書 1件	医療機関との連携 を図る。
プロセス	1)対象者を選定する	1)職員が対応可能な対象人数 であるか	1)職員が対応できる対象者 数	1)対応時期の確認 未治療、治療中断対象者6か月以内 対応。保健指導対象者 2ヶ月以内対応 対応記録にて確認する	年度末	事業担当	未治療、治療中断とも に対応時期が遅れてしま うことがあった。	対応期間内に対象 者へ受診勧奨を実 施する。
	2)医療機関と連携した対応が取れ る	2)指示書・報告書のやり取りが できる	2)指示書・報告書、打合せ ができる。	2)指示書、報告書の文書の確認	年度末	事業担当	医療機関へのプログラム 説明は実施したが、保健指導 依頼は1件のみであった。	プログラムの周知 方法について再 度検討を行う。
	3)係内で事例検討を実施する	3)保健指導実施前、後で対象 者が出た時点で実施	3)業務担当が進行して 事例検討を行う	3)事例検討記録を集計する(件数、時期)	毎月	事業担当	事例検討なし	継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム	1)作業手順はわかりやすいか	1)手順マニュアルをみて 業務担当以外も必要時 使用できるようになる	1)手順マニュアルを作成		事業担当	高知県糖尿病重症化予防 プログラムを活用し対応 を実施。	今後、係内での 動きがわかる マニュアルの作成 を検討していく。

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
CKD重症化予防対策	CKDの早期発見、早期治療を行い、腎不全、人工透析への移行を防止するまたは、遅らせることを目的とする。	・CKDの早期発見・早期治療	・特定健診の結果から対象者に対し、かかりつけ医への紹介状を作成。 地区担当保健師が、報告会または、個別訪問にて、保健指導を実施し、医療機関へつなげる。	特定健診にてe-GFR(70歳未満50未満 70歳以上40未満)の者 以前に紹介状配布、返信済みの対象者については、通院状況の確認を行う。治療・経過観察が継続中の場合は紹介状配布せず。	・対象者に健診結果報告会のお知らせを郵送(欠席の場合は連絡して訪問) ・個別に現在の身体状況、生活状況、医療機関への受診状況を確認し受診勧奨を実施する。かかりつけ医への紹介状を渡す。 ・以前に紹介状の配布を受け、受診結果が返信されている対象者については、現在の治療状況等を確認する。医療機関で適切に対応している場合には紹介状は渡さず状況確認の記録を残す。 * 集団健診受診者の場合は地区担当保健師が対象者を選別し名簿、紹介状を作成する。 * 個別健診受診者については業務担当の保健師が対象者を選別し名簿・紹介状を作成し、3か月以内に訪問し受診状況の確認、必要時紹介状を渡す。 紹介状の結果入力については、地区担当保健師が名簿に結果を入力。紹介状の返信がない場合にはレセプトにて受診状況の確認。 ・全体の集計は、業務担当保健師が実施する。 ・係打ち合わせ時に業務担当より対応月に声掛けを行い対応に抜けがないようにする。 ・未受診者へ連絡し受診勧奨を実施する。	地区担当保健師	年度末	市役所 各市民センター 自宅	1.対象者医療機関受診率 2.対象者医療機関継続率

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 CKD重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関を受診する。	1) 医療機関への受診率	医療機関受診率90%	1) 紹介状返信結果の確認	年度末	地区担当	紹介状対象者15名 返信7名 未返信3名 受診率87%	継続実施 次年度の健診にて結果確認後再勧奨を実施する。
	2)経過観察・治療継続	2) 医療機関継続受診率	2) 医療機関継続受診率100%	2) 本人に電話、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当	訪問、電話連絡にて継続受診確認。100%	継続実施
アウトプット	1)対象者の受診勧奨 必要時紹介状配布の実施	1) 受診勧奨・保健指導実施率	1) 報告会・訪問にて受診勧奨100%	1) 訪問記録にて確認 訪問後、訪問記録を入力する。 紹介状返信結果入力 業務担当者が集計	毎月	地区担当	報告会、訪問にて継続受診の確認、必要時受診勧奨は100%実施できた。 紹介状の入力は、健康管理システム、エクセルの2か所の入力を行った。	継続実施
プロセス	1)対象者を選定する	1)職員が対応可能な対象者数であるか	1) 職員が対応できる対象者数	1) 対応時期の確認 (対応記録に実施日が対象選定から2~3ヶ月以内であるか確認)	毎月	業務担当	対応時期より遅れてしまうことがあったが、対象者全員の対応は実施できた。	継続実施 CKDの判定基準の変更があったためシステムについて条件変更を行う。
	2)名簿を作成し 対応記録を入力する	2) 対応記録が適切に入力できているか	2) 対応記録 集団 2ヶ月以内 個別 3ヶ月以内 に対応状況を入力	2) 業務担当が入力状況を確認	毎月	業務担当	対応記録について入力できている	継続実施
ストラクチャー	1) 対象選定システム	1) 作業手順はわかりやすいか	1) 作業手順をマニュアル化し全員が操作できる	1) マニュアルを作成できたか	年度末	事業担当	マニュアルは未作成	マニュアルを作成し入力方法の統一を図る。
	2) 事業実施人員	2) 専門職の不足はないか 一人当たりの対象者人数は適切か	2) 対象者全員の対応ができる	2) 対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認	年度末	事業担当	地区担当で対応したため対応可能人数であった。	継続実施
	3) 予算確保	3) 保健指導に必要な物品が購入できたか	3) 必要な物品が購入できる	3) 必要な物品が購入できたか、地区担当保健師に聞き取りにて確認	年度末	事業担当	事務用品の購入はできた。	継続実施

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
糖尿病予防教室	糖尿病予防・悪化予防	1血液検査結果の改善維持 糖尿病・合併症を発生しない	・ 糖尿病予防教室を実施 (血液検査、身体測定、血圧測定、血糖測定、糖尿病、栄養、口腔等)	1. 特定健診にて65歳以下、HbA1c 6.0%以上のもの ・ 糖尿病治療者のもの	1. H30年度7回教室実施 ・ 教室参加意向が確認できた対象者に各教室ごとにお知らせを郵送し、申込みをもらう。 ・ 年3回身体計測・血圧測定・血液検査を行い、生活状況の確認を行いながら、話し合いをする。 ・ 糖尿病、歯科、栄養、運動教室・調理実習実施する。 ・ 6回目の血液検査結果確認の時にアンケートを実施する。 ・ 広報にて糖尿病予防教室の日程を教室開催月に掲載する	1. 管理栄養士 歯科衛生士 保健師	平成30年度	1. 市役所会議室 社協調理実習室	・ 血液検査結果 ・ 糖尿病発症者数 ・ 糖尿病合併症発症者数 ・ 教室参加者数

平成30年度 事業評価計画

個別保健事業名 糖尿病予防

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)糖尿病予防・悪化予防	1)糖尿病予防教室血液検査結果	1)糖尿病・合併症を発生しない。 教室参加者で治療中の方がHbA1c7.0未満に全員がなる 教室参加者で予備軍の方がHbA1c6.4未満に全員がなる	1)糖尿病治療中の内合併症発症者数 糖尿病予備軍の内糖尿病発症者数 血液検査結果	年度末 年度末	事業担当 事業担当	糖尿病治療中の内、合併症発症者数 0名 予備軍の内、糖尿病発症者数 1名 HbA1c7.0未満者 5名 HbA1c7.0以上者 1名 全員が7.0未満の目標を達成することはできなかったが、それぞれの治療状況の確認を行った。 年度内血液検査結果平均が HbA1c6.4未満者 11名 HbA1c6.4以上者 5名 H29年度6.4以上者4名の内1名が治療開始、他3名が6.4以上7.3未満の状況を維持している。	継続して合併症の発症を予防する健康教育を行う。 継続して発症者がないよう健康教育を行っていく。 7.0未満の者がコントロール状況を維持できることを目標に継続 7.0以上の者については治療状況の確認を継続。 6.4未満者は現状維持・6.4以上の内1名は75歳以上で卒業となった2名に対しては教室内で生活状況を確立し生活習慣の改善や必要があれば医療機関受診の勧奨を行う。
	2)教室参加者の満足	2)参加者満足度	2)参加者の教室満足度70%	2)糖尿病予防教室最終回にアンケートを実施。参加者の満足度・今後の教室内容への要望を確認	年度末	事業担当	満足度 教室に参加した生活の変化に、間食が減った、食事・運動を気をつけているという回答があった。分かっているが実施は難しいという意見も聞かれた。運動教室を個別で実施していたが、参加者数6名と少なく回数を増やすと参加が負担と感じる者もいることが考えられる。 今後の要望としては、食事内容や食事のカロリーについて聞きたいという回答が多く見られた。	運動・食事の改善の重要性について周知できている。継続して生活習慣を改善できるような内容の検討が必要。 教室の満足度について数値化した評価を行うため、アンケートに満足度に関する項目を追加する。 H31年度は運動教室を開催する。 食事に関する内容を充実し献立やカロリー計算の時間を増やす。
アウトプット	1)糖尿病予防教室開催教室案内郵送	1)糖尿病予防教室参加者数	1)新規参加者が5名増える	1)参加人数の確認	年度末	事業担当	通常の教室の新規参加者4名。運動教室のみの新規参加者1名。H29年度新規参加者からの口コミや広報、特定保健指導時に声をかけ参加があった。	今後も声かけを行い、参加者を増やす。
プロセス	1)教室案内通知	1)通知内容・時期	1)教室2週間前には通知	1)通知発送時期の確認	教室ごと 年6回	事業担当	2週間前に通知文書を郵送できた。	広報での通知も4年目となり、参加者も定着してきていること、案内送付者79名のうち、各回平均参加者数は16.5名と少ないため郵送での案内は中止を検討する。
	2)報告会で声掛け広報での周知	2)新規糖尿病予防教室参加者数	2)新規の教室参加がある	2)教室を案内するチラシ作成・広報へ毎月開催周知掲載する	年度末	事業担当	教室開催月に広報に掲載を行った。	継続実施
	3)健診結果通知	3)通知文書・時期	3)健診結果後1～2ヶ月	3)要医療者健診結果通知を郵送確認	2ヶ月に1回	地区担当	健診結果後2ヶ月以内に郵送できた。	継続実施
ストラクチャー	1)事業実施人員	1)事業人員は適切か	1)スタッフが確保できる	1)対応可能な人数であったかを職員と協議	教室ごと 年6回	事業担当	各回終了後にスタッフ間で振り返りを実施。十分なスタッフが確保できた。	継続実施
	2)予算確保	2)必要な予算は確保	2)必要な物品が購入できる 検査委託料支払	2)必要な物品購入、検査委託料の支払いが出来たか確認	年度末	事業担当	必要な物品購入、検査委託料の支払が出来ている。	継続実施

平成30年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価																								
がん重症化予防対策	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率の向上 目標受診率 胃がん 12.0% 子宮頸がん 29.0% 乳がん 38.0% 大腸がん 21.0% 肺がん 34.0% (土佐清水市健康づくり推進計画より)	がん検診対象者	1 はがきによる未受診者勧奨を行う。	がん検診未受診者に対し、検診ごとに複数回受診勧奨はがきを送付する。その際に、新規受診者の開拓のため希望調査未回答者に対して重点的に取り組む。送付時の工夫として、 ①集団検診実施会場により送付対象地域を分ける。 ②がん検診別に対象者を分けて受診勧奨を行う。 ③集団検診後に大腸がん検診郵送検診の受診勧奨を行う。 ④乳がん・子宮頸がん検診の医療機関個別検診の受診勧奨を行う。などの、地域性・利便性に応じて効果的な勧奨方法を行う。	健康推進課がん検診担当者	平成30年5月～平成31年1月	健康推進課	各がん検診の受診率 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H30年度実績</th> <th>H29年度実績</th> <th>前年度比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃がん</td> <td>9.50%</td> <td>9.70%</td> <td>-0.20%</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん</td> <td>25.60%</td> <td>23.60%</td> <td>2.00%</td> </tr> <tr> <td>乳がん</td> <td>32.90%</td> <td>32.30%</td> <td>0.60%</td> </tr> <tr> <td>大腸がん</td> <td>21.20%</td> <td>18.60%</td> <td>2.60%</td> </tr> <tr> <td>肺がん</td> <td>33.80%</td> <td>34.60%</td> <td>-0.80%</td> </tr> </tbody> </table>		H30年度実績	H29年度実績	前年度比	胃がん	9.50%	9.70%	-0.20%	子宮頸がん	25.60%	23.60%	2.00%	乳がん	32.90%	32.30%	0.60%	大腸がん	21.20%	18.60%	2.60%	肺がん	33.80%	34.60%	-0.80%
					H30年度実績	H29年度実績	前年度比																										
				胃がん	9.50%	9.70%	-0.20%																										
				子宮頸がん	25.60%	23.60%	2.00%																										
				乳がん	32.90%	32.30%	0.60%																										
大腸がん	21.20%	18.60%	2.60%																														
肺がん	33.80%	34.60%	-0.80%																														
2 訪問受診勧奨	健康づくり推進員及び食生活改善推進員が地区の集団検診の3週間前に特定健診の受診勧奨と併せてがん検診の受診勧奨を行う。周知文書をわかりやすく工夫する。	健康づくり推進員 食生活改善推進員	平成30年4月～11月	検診対象地区																													
3 検診ポスターの掲示等による周知や地区の放送による受診勧奨を行う。	①毎月、集団検診実施地区で雨風に強い材質の検診ポスターにより掲示し、回覧・広報でも併せて周知を実施する。 ②検診対象地区長に、検診日前日に地区放送による周知を依頼し受診勧奨を行う。	健康推進課がん検診担当者 区長	平成30年4月～平成31年1月	健康推進課 検診対象地区																													
4 検診送迎バスによる利便性の向上を図る。	セット検診による検診会場の集合化に伴い、受診会場が遠方で受診が困難になった者に対して送迎バスを運行する。 検診会場の変更に伴い、バスの運行順路の変更及び停車所を増やす等行う。	健康推進課がん検診担当者	平成30年5月～平成30年12月	検診会場																													
5 次年度のがん検診の希望調査を行う。	平成31年度のがん検診対象者に対して、郵送・広報チラシ・電話等により受診希望調査及び受診勧奨を行う。 50歳以上の男女(子宮頸がん検診は20～48歳の偶数年齢の女性)に返信用封筒を付けて郵送。 回収場所は、担当課窓口・各市民センター・区長場に設ける。	健康推進課がん検診担当者	平成31年2月～3月	健康推進課 各市民センター 区長場																													

個別保健事業名 **がん検診重症化予防対策**

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	がん検診の未受診者対策により、何人が受診行動につながったか。	がん検診受診率	がん検診受診率の向上 胃がん 12.0% 子宮頸がん 29.0% 乳がん 38.0% 大腸がん 21.0% 肺がん 34.0% (第3期土佐清水市健康づくり推進計画より)	受診率を集計	年度末	事業担当	胃がん 9.7% 子宮頸がん 25.6% 乳がん 32.9% 大腸がん 21.2% 肺がん 33.8%	郵送や電話での受診勧奨を実施することにより、受診率の向上を図る。
アウトプット	1.何人にはがきによる未受診者勧奨を行ったか。 ・40～69歳男女、子宮頸がんは20～38歳(未受診者) ・検診希望者であって未受診者の者(集団検診ひろい・個別検診を勧奨) 2.何人に訪問受診勧奨を行ったか。 ・特定健診対象者の受診勧奨時に併せて実施。	1.未受診者勧奨対象者数 2.受診勧奨者数	1.各がん検診ごとの未受診者に実施。 2.特定健診対象者とその世帯のがん検診対象者への実施。	1.各がん検診の未受診者勧奨数を集計 2.受診勧奨者数を集計	年度末 年度末	事業担当 事業担当	胃がん 8401人 子宮頸がん 1046人 乳がん 1397人 大腸がん 8287人 肺がん 8719人 受診勧奨者数 1782人	40～69歳及び無回答者など、カテゴリー化した上で優先度を分析して実施する。
プロセス	はがきの内容・郵送するタイミング・対象者は適切であったか。	年間実施スケジュールの作成	検診の1週間前に勧奨はがきが届くよう実施する等、効果的な実施時期についてスケジュールを作成し実施。 対象者を把握できている。	集団検診の受診者数を集計 個別検診の受診者数を集計 郵送検診の受診者数を集計	年度末	事業担当	集団検診受診者計 5934人 胃がん 684人 子宮頸がん 488人 乳がん 675人 大腸がん 1590人 肺がん 2527人 個別検診受診者計 101人 子宮頸がん 65人 乳がん 36人 郵送検診受診者数計 ※郵送検診は大腸がんのみ	集団検診前に対象地区ごとに受診勧奨をポイントで実施する。 個別検診の周知を継続して行う。 利便性の周知や集団検診時における未回収者に対しても周知の徹底を図る。
ストラクチャー	1.実施目的を係で共有できたか。 2.係で実施スケジュールを共有できていたか。 3.補助事業を利用し予算運営ができたか。	1.係の協力体制の構築 2.事業実施状況 3.補助金の利用状況	1.係が協力し、発送に向けての作業・発送後の問い合わせに対応ができる。 2.スケジュールに沿って実施できる。 3.がん検診受診促進事業(県補助金)・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業(国補助金)を利用して事業実施できる。	1.事業実施の都度打ち合わせを行い確認をする。 2.実施状況の確認 3.補助事業利用状況の確認	事業実施の都度 H30年12月 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	1.実施できた 2.実施できた 3.補助事業を利用し、予算範囲内で実施できた。	1.継続実施 2.継続実施 3.事業継続 今後も予算編成を慎重に行うとともに、補助金を活用し予算内の事業運営を行う。

令和元年度

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定健診未受診者対策	生活習慣病予防 適切な医療受診	特定健診の重要性が市民に浸透し、受診する人が増える 目標受診率 42.0%	40歳から74歳までの土佐清水市国保加入者	1 ハガキ・電話による受診勧奨を実施。	各地区の集団健診前に、ハガキを送付した後に電話受診勧奨を行う。	委託業者 (保健師・看護師・管理栄養士)	平成31年4月～令和2年1月	委託先	特定健診受診率
				2 訪問受診活動	健康づくり推進員及び食生活改善推進員が各地区の集団健診の約2～3週間前を目途に、対象者に対して、訪問受診勧奨を行う。	健康づくり推進員 健康づくり推進員 食生活改善推進員 《事務作業》 委託業者 市担当者	平成31年4月～令和元年11月	市役所委託先	
				3 データ分析	特定健診対象者を健診結果データや問診データ等を活用して、データ分析を実施。分析によって、算出した対象者の健康意識を分類わけし、分類毎に効果的なハガキ勧奨を実施する。	委託業者	令和元年度中	委託先	

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

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 特定健診未受診者対策実施者の内、何人が受診したか	1 受診率	1 受診率(法定報告)42.0%	1 受診者数を集計 受診率を集計	1 翌年度における法定報告時期	1 事業担当	1 受診率:33.0% (対前年度:-0.4%)	1 対前年度と比較して、0.4%受診率が低下している。 受診者数が多い高齢層が後期高齢者へと異動することによって、特定健診受診率が向上しづらだけでなく、減少しやすい状況にある。よって、今後については、より効果的な勧奨をすることが急務である。 また、年度末にかけて、新型コロナウイルスの感染が流行したことにより、駆け込み受診に一定の抑制がかかった可能性が大きい。 ※ 実際に窓口又は電話等に当該感染症が流行しているため、受診しないという市民意見を受けた。
	1 何人に電話及びハガキ受診勧奨したか	1 受診勧奨者数	1 電話番号を把握している対象者のうち、	1 受診勧奨者数を集計	1 年度末	1 事業担当	1 対象者:1,027 勧奨実施:1,027 結果:100% ※【勧奨対象者】 ハガキ:全体対象者 電話:健診対象者のうち、電話番号を保有し、かつ訪問勧奨の対象者以外の者	1 継続して実施 電話番号については、健診質問票のものを活用するなどして、絶えず更新管理が必要であると考える。 また、訪問受診勧奨時においても、可能な範囲で電話番号聞き取りを訪問員へ依頼してはいるが、昨今の個人情報保護の意識向上により、困難であり、訪問員も聞き取りすることに躊躇している。 電話番号の取得方法について、精査を行う必要があることに加え、電話受診勧奨に関する理解を対象者から得る必要がある。
アウトプット	2 何人に訪問受診勧奨をしたか	2 受診勧奨者数	2 住所を把握している対象者のうち、90%	2 受診勧奨者数を集計	2 年度末	2 事業担当	2 対象者:1,267人 勧奨実施:1,151人 結果:90.8% ※【勧奨対象者】 40～50代健診対象者 H29受診者かつH30未受診者	2 継続して実施 訪問協力者が高齢化・後継者不足により、人的資源の確保が難しい状況が続いている。 よって、訪問者不在地区等をカバーするため、他地域から訪問者を募って実施しており、一人あたりの負担が増加傾向にある。 効果的な対象者選定を引続き行い、協力者の負担軽減を行うとともに、委嘱・認定に際して、要件が少ない健康づくり推進員の拡充を図るため、現推進員の知人等の紹介・勧誘をする必要があると考える。
	3 データ分析による受診勧奨を、何人に実施したか	3 受診勧奨者数	3 勧奨対象者の90%	3 受診勧奨者数を集計	3 2月末日	3 事業担当	3 対象者:2,291人 勧奨実施:2,291人 結果:100%	3 方法を変えて実施 データ分析による受診勧奨の特許を委託先企業の競合他社が取得したため、次年度以降については実施が当該競合他社しかできない状況になった。 次年度以降は、特許法に抵触しない範囲で、対象者の分析を行い効果的な受診勧奨を実施する。 また、他自治体が当該競合他社を利用しているかどうかを把握し、必要に応じて委託先企業の選定を協議していく。

プロセス	1 電話及びハガキの勧奨内容及び時期は適切であったか	1 勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	1 アウトカムの1の目標	1 対象者リストから、受診した人の数を割り出す	1 年度末	1 事業担当	1 対象者:1,027 受診者数:382 結果:37.2%	
	2 訪問受診勧奨の内容は適切であったか	2 訪問受診勧奨をした人の数のうち、受診に繋がった人の数	2 アウトカムの1の目標	2 対象者リストから、11月末日までに受診した人の数を割り出す	2 12月末日	2 事業担当	2 対象者:1,151人 受診者数:161人 結果:約14%	2 前年度よりは訪問勧奨対象者の受診者数が一定数増加している。 今後も人的資源等の有効範囲内にて、効率的な勧奨を実施できるよう、方法改善を行っていく。 ※ 前年度以前については、電話・訪問の勧奨が重複している場合があるため、正確な比較対象とはならない。
	3 データ分析による受診勧奨確率の算出により実施した勧奨方法は効果があったか	3 勧奨した人の数のうち、受診に繋がった人の数	3 アウトカムの1の目標	3 対象者リストから、受診した人の数を割り出す	3 2月末日	3 事業担当	3 対象者:2,291人 受診者数:149人 受診率:6.5% ※ 発出した12月5日から次に勧奨文書を出した令和2年1月31日までの受診者数を、この分析に基づく受診勧奨で行動変容があり、受診に繋がったものとして、分析する。 ※ 発送対象者を以下のとおり分類わけて、それぞれデザインの違いハガキを送付した。 ① 健康意識・改善意図が高い 対象者数:261人 受診者数:66人 受診率:25.2% ② 健康意識が高いが、改善意図は低い 対象者数:149人 受診者数:34人 受診率:22.8% ③ 健康意識が低いだが、改善意図は高い 対象者数:1,371人 受診者数:39人 受診率:2.8% ※ 分析できなかった健診対象者及び60~70歳代の④に該当した者も含む ④ 健康意識・改善意図が低い 対象者数:506人 受診者数:11人 受診率:2.2%	3 「アウトプット 今後の対策 3」にて記載のとおり、実施の必要がある。 今回の勧奨により、最も効果的であったと考えられるのは、左記の①「健康意識・改善意図が高い」層であり、次年度についても該当の対象者については、今後も重点的に受診勧奨を実施していく必要がある。 また、①の対象者については、過去に特定健診を受診した経歴がある者が殆どである。 データ分析に基づく、次年度の実施方法については、前述記載のとおり、特許法に抵触しない範囲内で実施する。 また、特許を取得した企業へ委託している自治体の受診率を注視し、必要に応じて本市についても、当該企業への委託先変更を検討する。 ※ 集団健診実施前にハガキを対象者へ送付など、一部受診勧奨が重複しているため、勧奨効果分析の精度については、あくまでも参考値として取り扱う必要がある。
ストラクチャー	1 予算は確保できたか	1 予算額は足りているか	1 流用等を行わない	1 支出状況を確認する。	1 年度末	1 事業担当	1 適切に実施できた	1 次年度以降についても適切に行う。
	2 事業に実施をするにあたり、人員は足りているか	2 1人当たりの仕事量は適切であるか	2 超過勤務を行わない	2 勤務状況等の把握	2 年度末	2 事業担当	2 一時超過勤務が発生した	2 人員削減に伴い、他業務を特定健診担当者が持つことになったことから、超過勤務が発生しやすい状況にある。また、令和2年度についてはデータヘルス計画中間評価年度かつ他計画も中間評価にあたることから、同様の状況下では、より超過勤務が発生しやすい状況であると推測される。 また、特定健診関係業務に限った超過勤務をした内容については、関連補助・交付金等の業務が主であり、これは県・国の通知が遅延し短期間の指定期日に要因がある。

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
特定保健指導	合併症発症予防・重症化予防	特定保健指導終了率の向上	特定健診を受診した対象者の内、動機付け支援・積極的支援の対象者を抽出し、報告会形式又は、個別訪問等対象者の状況に合わせた場所で市直営にて、特定保健指導を実施	特定保健指導対象者	<p>1.集団健診結果から地区担当保健師が対象者を抽出し、報告会の準備、日程調整を行い報告会の案内を郵送する。</p> <p>2.報告会に参加できなかった対象者については後日戸別訪問にて特定保健指導を実施する。</p> <p>個別健診受診者については業務担当で対象者を抽出・保健指導資料の準備を行い、地区担当保健師に保健指導資料を配布、訪問にて保健指導を実施する。</p> <p>3.保健指導対応台帳を作成し、初回最終対応月を業務担当が入力。最終対応月までに対応入力がない場合は業務担当より係の打合せで声掛けを行う。</p> <p>4.動機付け支援 保健師、管理栄養士により面接による支援を行う。面接から6ヶ月経過以降に身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認を行う。</p> <p>5.積極的支援 支援開始時に動機付け支援と同様の内容の面接を行う。その後3ヶ月以上の継続的な支援として、面接や電話等により支援を実施。また3ヶ月経過以降、身体状況や生活習慣の変化等について面接や電話等で確認</p>	<p>1.管理栄養士 保健師</p> <p>2.地区担当保健師</p>	令和元年度	<p>1.市役所</p> <p>2.3.4.5.各市民センター、区長場、対象者自宅</p>	<p>特定保健指導終了率</p> <p>特定保健指導動機づけ・積極的支援終了率</p> <p>昨年度特定保健指導利用者の内今年度特定保健指導対象ではなくなった者の割合</p>

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 特定保健指導

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)合併症発症予防・重症化予防	<p>1)特定保健指導終了率</p> <p>積極的支援・動機づけ支援終了者率</p> <p>2)昨年度特定保健指導の内今年度特定保健指導対象者でなくなった人の割合</p>	<p>1)特定保健指導終了率 40%</p> <p>積極的支援終了率 39.6%</p> <p>動機づけ支援終了率 40.3%</p> <p>2)保健指導対象外の割合24.5%</p>	<p>保健指導を保健師管理栄養士で実施</p> <p>保健指導実施結果を特定保健指導データ管理システムに入力</p> <p>保健指導終了者を集計</p> <p>法定報告にて結果確認</p>	年度末	<p>地区担当</p> <p>事業担当</p>	<p>R元年度分法定報告結果より</p> <p>特定保健指導終了率 55.9%</p> <p>積極的支援終了率 36.7%</p> <p>動機づけ支援終了率 60.7%</p> <p>保健指導対象者の減少率に関する事項29で確認</p> <p>減少率 13.4%</p>	継続実施
アウトプット	1)特定保健指導を何名の人に実施したか	1)特定保健指導実施者数	<p>1)前年度より保健指導終了率が7%増える</p> <p>H30保健指導終了率60.5%</p> <p>対象者 積極35人 動機127人</p> <p>利用者 積極26人 動機82人</p> <p>終了者 積極20人 動機78人</p>	1)保健指導終了者数の確認	年度末	事業担当	<p>前年度保健指導終了率 60.5%</p> <p>当年度 55.9% 対前年比 -4.6%</p> <p>R元年度保健指導終了率 55.9%</p> <p>対象者 積極30人 動機122人</p> <p>利用者 積極11人 動機80人</p> <p>終了者 積極11人 動機74人</p>	継続実施
プロセス	<p>1)特定保健指導対象者選定 個別健診含む 資料準備 名簿作成</p> <p>2)報告会資料準備 案内を送る</p>	<p>1)職員が対応可能な対象者であるか</p> <p>2)通知内容・時期</p>	<p>1)職員が対応できる対象者数</p> <p>2)健診後1ヶ月半以内に報告会を実施</p>	<p>1)対応時期の確認 (対応設定時期で対応できているか確認)</p> <p>2)通知発送時期の確認</p>	<p>年度末</p> <p>集団健診</p>	<p>事業担当</p> <p>地区担当</p>	<p>設定期間内に実施できた。</p> <p>各地区担当が日程調整を行い期間内に実施できた。</p>	<p>継続実施</p> <p>継続実施</p>
ストラクチャー	<p>1)対象者選定システム</p> <p>2)事業実施人員</p> <p>3)予算確保</p>	<p>1)作業手順はわかりやすいか</p> <p>2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か</p> <p>3)必要な予算は確保</p>	<p>1)手順を理解し担当者が操作できる</p> <p>2)対象者全員の対応ができる</p> <p>3)必要な物品が購入できる</p>	<p>1)職員への聞き取り確認</p> <p>2)対応可能な人数であったか職員への聞き取りで確認</p> <p>3)必要な物品購入ができたか職員に聞き取り確認</p>	<p>年度末</p> <p>年度末</p> <p>年度末</p>	<p>事業担当</p> <p>事業担当</p> <p>事業担当</p>	<p>名簿にて対象者管理をしているためスムーズに確認できた。</p> <p>人員は不足している。</p> <p>必要な備品については、準備ができた。</p>	<p>継続実施</p> <p>専門職の配置を要求していく。</p> <p>継続実施</p>

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
要医療者受診勧奨事業	特定健診要医療判定者が、医療機関に受診し適切な検査、治療を受け、生活習慣病の改善を図ること、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になることを予防できる。	要医療者の60%が医療機関を受診する。	・特定健診結果を受け要医療者を選定。受診勧奨文章、健診結果を郵送。 後日、受診状況の確認 必要時保健指導を実施し、医療受診に繋げる。	特定健診結果で要医療の判定になった者。	1.特定健診結果より要医療判定の者を抽出し、要医療者台帳を作成する。 業務担当の保健師は名簿に対応月を入力する。 2.健診結果と医療機関受診勧奨文書を対象者に郵送（対象者より受診後結果連絡してもらうよう文書に記載する。） 医療機関受診勧奨動機づけパンフレットを同封する。 3.対象者より受診後の連絡がない者に対して、結果郵送3ヶ月後に、訪問・電話にて地区担当保健師が医療機関受診状況を確認する。 ※必要時再度受診勧奨、保健指導を実施する。 4.対象者からの連絡、訪問時の状況については要医療者台帳に入力し管理する。	地区担当保健師	令和元年度	市役所、対象者自宅	医療機関受診率

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 要医療者受診勧奨事業

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)受診する	1)医療機関受診率	1) 医療機関受診率60%	1)本人電話連絡、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当 事業担当	要医療対象者 36人 医療機関受診者 11人 受診率30.5%	継続実施
アウトプット	1)対象者に連絡できる (面談・電話)	1)保健指導実施率	1)実施率100%	1)要医療台帳に対応状況を入力する。	年度末	地区担当	入力方法に統一性がなく 集計に時間を要した。 文書での受診勧奨率 100% 受診勧奨、再勧奨率 86.10%	入力方法が統一されるよう様式を変更する。
プロセス	1)対象者を選定する。 2)受診勧奨通知を郵送する	1)職員が対応可能な対象者数であるか 2)通知内容・時期	1)職員が対応できる対象者数 2)健診受診後1ヶ月	1)対応時期の確認 2)通知文書時期の確認 職員への聞き取りで確認	年度末 集団健診	事業担当 地区担当	対応時期を過ぎてしま うことがあった。 期限内に郵送で できた。	対応時期内に訪問できる人数について検討する。 継続実施
ストラクチャー	1)対象者選定システム 2)事業実施人員 3)予算確保	1)作業手順はわかりやすいか 2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者数は適切か 3)必要な予算は確保	1)手順を理解し担当者が操作できる 2)対象者全員の対応ができる 3)必要な物品が購入できる	1)職員への聞き取り確認 2)対応可能人数であったか職員への聞き取りで確認 3)必要な物品購入ができたか 職員に聞き取り確認(パンフレット等)	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	対象者の選定は 問題なく実施できた。 スタッフの退職等があり、 1人あたりの対応人数が 増加した。 3)予算を確保パンフレット 購入済み	継続実施 専門職の配置を要求していく。 継続実施

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
生活習慣病予備軍対策	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防 ・医療費の適正化	健診有所見者が減少する 異常なし割合が前年より各項目で増加する	特定健診結果返却時に個別に保健指導を実施し生活習慣・栄養指導、糖尿病予防教室へつなげる。	・特定健診の結果特定保健指導対象者以外(70歳未満) ・HbA1c5.6～7.3%の者 ・血圧(収縮期130～179mmHg、拡張期85～109mmHg)の者 ・HDL(35以下) ・LDL120(120～179)の者 ・中性脂肪(空腹時150以上、食後4時間200以上)	1.対象者に報告会の案内を郵送する。 回数：年間9回 2.事前の申し込み制とし、対象人数からスタッフ、資料数を決定 3.各地区担当保健師、管理栄養士による報告会を開催 ・生活状況を確認し、保健指導を実施 ・翌年度の健診受診勧奨 ・HbA1c5.6%以上の者については、糖尿病予防教室の紹介を行い、希望者に糖尿病予防教室のお知らせを郵送 ・家庭血圧の紹介 ・健康パスポートの紹介発行	1.各地区担当保健師 2.各地区担当保健師 3.管理栄養士、保健師	令和元年度	1.2.市役所 3.市民センター、区長場、市役所	・保健指導実施率 ・次回受診時に前回所見があった項目が異常なしになった者の割合(血圧・脂質・HbA1c)

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 生活習慣病予備軍対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1) 有所見者割合の減少	1) 次回健診血圧・脂質・耐糖有所見→異常なし割合 人数	1) 次回健診有所見者割合の減少 異常なし血圧・脂質耐糖前年比より各2名増 異常なしの割合前年比より増加	1) 次年度の健診結果を確認	次回健診	事業担当		
アウトプット	1) 健診結果報告会実施	1) 対象者に対して保健指導を実施する	1) 保健指導実施率60%	1) 保健指導名簿の確認	年度末	地区担当 保健指導対象者	保健指導実施率65.0% R1対象者117名 保健指導76名 郵送 41名	継続実施
プロセス	1) 対象者を選定する 2) 報告会案内通知を送る 3) 保健指導スタッフの指導力向上	1) 職員が対応可能な人数だったか 2) 報告会案内通知の時期 3) 研修会に参加しスタッフが知識を身につける	1) 職員が対応できる人数 2) 健診後2ヶ月以内に対象者全員に案内通知を郵送する 3) 研修会に参加する	1) 保健指導名簿で実施状況を確認 2) 対応時期の確認 地区担当保健師に確認する 3) 研修会に参加したか確認	年度末 年度末 年度末	地区担当 事業担当 事業担当	対応できる人数であった。 報告会の通知実施は2か月以内にできた。 保健指導スキルアップ研修会に3名参加した。	継続実施 継続実施 継続して研修会へ参加する。
ストラクチャー	1) 対象選定システム 2) 事業実施人員 3) 予算確保	1) 作業手順はわかりやすいか 2) 専門職の不足はないか 一人当たりの対象者人数は適切か 3) 保健指導に必要な物品が購入できたか	1) 作業手順をマニュアル化し全員が操作できる 2) 対象者全員の対応ができる 3) 必要な物品が購入できる	1) マニュアルを作成できたか。 2) 対応可能人数であったか職員への聞きとりで確認 3) 必要な物品が購入できたか、地区担当保健師・管理栄養士に聞き取りにて確認	年度末 年度末 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	手順の資料を利用した。 対応可能であった。 必要物品は購入できた。	継続実施 継続実施 継続実施

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
血管病重症化予防対策	血管病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者・治療中断者について関係機関からの適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病の重症化リスクの高い者に対して医療機関と連携し保健指導を実施。糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止するまたは、遅らせることを目的とする。	1.医療機関未治療者が受診する。 2.治療中断者が受診を再開する。 3.医療機関通院中で血糖コントロール不良の対象者のHbA1c値が7.9以下に改善する。	血管病重症化予防の事業実施にあたり、高知県糖尿病重症化予防プログラムについて医療機関の事業内容について説明、事業協力を依頼し連携する。 未治療者、治療中断者については地区担当保健師が自宅訪問し生活状況、受診状況の確認を行い受診勧奨実施。 治療中で重症化リスクの大きい者に対してはかかりつけ医の指示のもと保健指導を実施し、実施した指導内容については、文書にて医療機関への情報提供を行う。	●医療機関未治療者保健事業： 対象者①血糖：いずれかに該当・空腹時血糖126mg/dl以上・随時200mg/dl以上・HbA1C：5%以上②血圧・40～74歳収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上・75歳以上収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期95mmHg以上③いずれかに該当・尿蛋白(+)以上・eGFR45ml/分1.73㎡未満上記の①②、①③、①②③の組み合わせいずれかに該当 ●治療中断者保健事業： 下記①②の両方に該当する者が対象 ①6ヶ月以上の治療歴なしの者 ②糖尿病合併症と診断又は治療履歴がある者 ●治療中で重症化リスクの大きい者への保健指導事業：①HbA1C(NGSP)：8.0%以上②血圧150/90以上③尿蛋白：(2+)以上④eGFR:45ml/分/1.73㎡未満	国保連合会提供の未治療者、治療中断者リストをもとに、業務担当が台帳を作成する。 1.未治療者には地区担当保健師が訪問、受診勧奨を行う。 2.治療中断者には地区担当保健師が訪問、生活状況の確認、受診勧奨を行い、適切な治療につなげる。 *地区担当保健師が訪問記録をパソコンに入力し、事業担当が集計する。 3.重症化リスクの高いものに対して保健師が自宅に訪問し、現在の身体状況におけるリスクについて、重症化予防プログラム説明、プログラム参加の有無を確認。 国保連合会より提供されたリストの内、対象者を市内医療機関に限定し対応。市内の専門医療機関通院中の対象者も除外する。 業務担当が国保連合会より提供されたリストからレセプトにてかかりつけ医療機関を確認し、介入台帳を作成する。 介入対象者に対して、地区担当保健師が訪問を行いプログラムへの参加同意を取る。 プログラム参加の同意が得られた対象者は、かかりつけ医に同意書を持参しかかりつけ医が治療方針を決定する。 保険者による保健指導との治療方針がけついていた場合は、情報提供書で指示を受けて、地区担当保健師、管理栄養士が訪問。保健指導を実施。 保健指導終了後、かかりつけ医療機関に保健指導結果の情報提供を行う。 必要時係り内で事例検討を実施する。	1.地区担当保健師 2.地区担当保健師 3.かかりつけ医療機関 ・管理栄養士 ・地区担当保健師	令和元年度中	市役所、市民センター、対象者自宅等 医療機関については市内医療機関 対象者自宅	1.未治療者受診勧奨率・医療機関受診率 2)治療中断者医療機関受診率・受診勧奨率 3)保健指導実施率・保健指導後のHbA1c値改善率

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 血管病重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関への受診状況 治療開始 治療継続	1)未医療者受診勧奨率 医療機関受診率 治療中断者受診勧奨率 医療機関受診率	1)未治療者受診勧奨率100% 医療機関受診率30% 治療中断者受診勧奨率100% 治療中断者受診率60%	1)未治療者、治療中断者 に対して、 訪問にて受診状況の確認を行う。	年度末	事業担当	未治療対象者6名 1名内科医療受診につながる 受診率16% 受診勧奨率100% 治療中断者5名 4名受診 受診率80%	継続実施
	2)対象者への保健指導状況	2)保健指導実施者の改善率	2)保健指導実施者のうち 30%以上HbA1C検査データ 改善	2)対象者の保健指導終了時の血液 検査データ確認。	年度末	事業担当	保健指導該当者なし	
アウトプット	1)対象者に訪問し受診勧奨が 実施できたか	1)受診勧奨実施率	1) 訪問にて対応率80% 訪問時、不在対応困難 な場合は電話対応	1)台帳訪問記録にて確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	未治療対象者6名中6名 受診勧奨実施率100% 治療中断者5名中4名 受診勧奨実施率80%	継続実施
	2)プログラムⅡの対象者を訪問し プログラム参加への同意が取れた か	2)プログラム参加同意率	2)プログラム参加同意率 70%	2)台帳訪問記録にて確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	プログラム参加同意率33% 対象者3名中2名に介入 同意者1名	継続実施 プログラムの利用 方法について医療 機関への周知を 進めていく 継続実施
	3)かかりつけ医からの指示書どおり 保健指導が対象者に実施できたか	3)保健指導実施率	3)保健指導実施率100%	3)保健指導実施報告書を確認 事業担当者が集計	年度末	事業担当	医療機関からの指示書 0件	継続実施
プロセス	1)対象者を選定する	1)職員が対応可能な対象人数 であるか	1)職員が対応できる対象者 数	1)対応時期の確認 未治療、治療中断対象者6か月以内 対応。保健指導対象者 2ヶ月以内対応 対応記録にて確認する	年度末	事業担当	未治療、治療中断対象者に 対して訪問を実施したが、中に は市外で生活している対象者 もあり、対応に時間を要した。	継続実施
	2)医療機関と連携した対応が取れ る	2)指示書・報告書のやり取りが できる	2)指示書・報告書、打合せ ができる。	2)指示書、報告書の文書の確認	年度末	事業担当	医療機関より、1件受診状況 について報告を受けた。	継続して医療機関 と連携を図る。
	3)係内で事例検討を実施する	3)保健指導実施前、後で対象者 が出た時点で実施	3)業務担当が進行して 事例検討を行う	3)事例検討記録を集計する(件数、時期)	毎月	事業担当	事例検討なし	事例検討の時間を 設ける
チャート ラク	1)対象者選定システム	1)作業手順はわかりやすいか	1)手順マニュアルをみて 業務担当以外も必要時 使用できるようになる	1)手順マニュアルを作成	年度末	事業担当	高知県糖尿病重症化予防 プログラムを活用し対応 を実施。	継続実施 対象者については 状況に合わせて 検討していく。

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
CKD重症化予防対策	CKDの早期発見、早期治療を行い、腎不全、人工透析への移行を防止するまたは、遅らせることを目的とする。	・CKDの早期発見・早期治療	・特定健診の結果から対象者に対し、かかりつけ医への紹介状を作成。 地区担当保健師が、報告会または、個別訪問にて、保健指導を実施し、医療機関へつなげる。	特定健診にてeGFR 44.9以下又は尿蛋白2+以上の者 以前に紹介状配布、返信済みの対象者については、通院状況の確認を行う。治療・経過観察が継続中の場合は紹介状配布せず。	・対象者に健診結果報告会のお知らせを郵送（欠席の場合は連絡して訪問） ・個別に現在の身体状況、生活状況、医療機関への受診状況を確認し受診勧奨を実施する。かかりつけ医への紹介状を渡す。 ・以前に紹介状の配布を受け、受診結果が返信されている対象者については、現在の治療状況等を確認する。医療機関で適切に対応している場合には紹介状は渡さず状況確認の記録を残す。 *集団健診受診者の場合は地区担当保健師が対象者を選別し名簿、紹介状を作成する。 *個別健診受診者については業務担当の保健師が対象者を選別し名簿・紹介状を作成し、3か月以内に訪問し受診状況の確認、必要時紹介状を渡す。 ・紹介状の結果入力については、地区担当保健師が名簿に結果を入力。紹介状の返信がない場合にはレセプトにて受診状況を確認する。 ・全体の集計は、業務担当保健師が実施する。 ・係り打ち合わせ時に業務担当より対応月に声掛けを行い対応がかりがないようにする。 ・未受診者へ連絡し受診勧奨を実施する。	1. 地区担当保健師	年度末	1.市役所 2.各市民センター 3.自宅	1.対象者医療機関受診率 2.対象者医療機関継続率

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 CKD重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1)医療機関を受診する。	1)医療機関への受診率	1)医療機関受診率90%	1)紹介状返信結果の確認	年度末	地区担当	紹介状対象者40名 返信25名 未返信15名 受診率87.5 %	継続実施 未返信者については次回健診受診を促していく。
	2)経過観察・治療継続	2)医療機関継続受診率	2)医療機関継続受診率100%	2)本人に電話、訪問にて受診状況の確認	年度末	地区担当	訪問、電話連絡にて継続受診確認。対象者28名中医療機関継続100%	継続実施
アウトプット	1)対象者の受診勧奨 必要時紹介状配布の実施	1)受診勧奨・保健指導実施率	1)報告会・訪問にて受診勧奨100%	1)訪問記録にて確認 訪問後、訪問記録を入力する。 紹介状返信結果入力 業務担当者が集計	毎月	地区担当	受診勧奨、保健指導については全対象者62名中4名未対応となっている。 紹介状の入力は、健康管理システムとエクセルの2か所入力を実施	年度末の対応となり新型コロナウイルス感染症予防のため訪問対応できず。R2年度に対応する。 入力方法について再検討が必要
	2)名簿を作成し 対応記録を入力する	2)名簿作成 対応記録が適切に入力できているか。	2)対応記録 集団 2ヶ月以内 個別 3ヶ月以内 に 対応状況を入力	1)対応時期の確認 (対応記録に実施日が対象選定から2~3ヶ月以内であるか確認) 2)業務担当が入力状況を確認	毎月 毎月	業務担当 業務担当	システムにて対象者を抽出 対象者62名 前年度の2倍の 対象者となっているため期間内に対応できていない。 対応記録入力できている。	対応可能な人数を明確にする。 継続実施
ストラクチャー	1)対象選定システム	1)作業手順はわかりやすいか。	1)作業手順をマニュアル化し全員が操作できる。	1)マニュアルを作成できたか。	年度末	事業担当	マニュアルは未作成 簡単な操作方法の用紙を作成し対応している。	継続実施
	2)事業実施人員	2)専門職の不足はないか 一人当たりの対象者人数は適切か	2)対象者全員の対応ができる。	2)対応可能人数であったか職員への聞きとりで確認	年度末	事業担当	スタッフが退職したため、 マンパワー不足であった。	専門職の配置を要望していく。
	3)予算確保	3)保健指導に必要な物品が購入できたか。	3)必要な物品が購入できる。	3)必要な物品が購入できたか、地区担当保健師に聞き取りにて確認	年度末	事業担当	事務用品の購入はできた。	継続実施

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
糖尿病予防教室	糖尿病予防・悪化予防	1血液検査結果の改善維持 糖尿病・合併症を発症しない	・糖尿病予防教室を実施 (血液検査、身体測定、血圧測定、糖尿病、栄養、口腔等)	1.特定健診にて65歳以下、HbA1c6.0%以上のもの ・糖尿病治療者のもの	1、R元年度6回教室実施 ・広報にて糖尿病予防教室の日程を教室開催月に掲載し、申込みをもらう。 ・年3回身体計測・血圧測定・血液検査を行い、生活状況の確認を行いながら、話し合いをする。 ・糖尿病、歯科、栄養、運動の話調理実習実施する。 ・6回目の教室終了時にアンケートを実施する。	1.管理栄養士 歯科衛生士 保健師	令和元年度	1.市役所会議室・社協調理実習室	・血液検査結果 ・糖尿病発症者数 ・糖尿病合併症発症者数 ・教室参加者数

令和元年度 事業評価計画

個別保健事業名 糖尿病予防

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)糖尿病予防・悪化予防	1)糖尿病予防教室血液検査結果	1)糖尿病・合併症を発症しない。 教室参加者で治療中の方がHbA1C7.0未満に全員になる 教室参加者で予備軍の方がHbA1C6.4未満に全員になる	1)糖尿病治療中の内合併症発症者数 糖尿病予備軍の内糖尿病発症者数 血液検査結果	年度末 年度末	事業担当 事業担当	糖尿病治療中の内、合併症発症者数0名 予備軍の内、糖尿病発症者数 0名 教室への参加者の中には、体重の減量やHbA1c値が改善した方がいた。 HbA1c7.0未満者 11名 HbA1c7.0以上者 1名 全員が7.0未満の目標を達成することはできなかったが、それぞれの治療状況の確認を行った。 年度内血液検査結果平均が HbA1c6.4未満者 9名 HbA1c6.4以上者 3名	今後は、専門職の不足により、教室型での開催を終了し、特定健診後の保健指導や高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等に重点をおき実施していく。
	2)教室参加者の満足度	2)参加者満足度	2)参加者の教室満足度70%	2)糖尿病予防教室最終回にアンケートを実施参加者の満足度・今後の教室内容への要望を確認	年度末	事業担当	糖尿病予防教室最終回にアンケート実施 「参加してとてもよかった」と回答した方:8人/12人(66.7%)	
アウトプット	1)糖尿病予防教室開催	1)糖尿病予防教室参加者数	1)新規参加者が5名増える	1)参加人数の確認	年度末	事業担当	新規参加者2人 広報での新規参加者はなし 報告会で教室に誘い1人参加 以前の参加者が広報で申し込み3人 メンバーが固定化している	
プロセス	1)教室案内通知	1)通知内容・時期	1)教室1回目2週間前には通知	1)通知発送時期の確認	年間案内年1回	事業担当	H30年度の参加者に対して、教室1回目の3週間前に年間案内を発送した。	
	2)報告会で声掛け 広報での周知	2)新規糖尿病予防教室参加者数	2)新規の教室参加者がある	2)教室を案内するチラシ作成 ・広報へ毎月開催周知掲載する	年度末	事業担当	教室案内チラシ作成 ・広報へ毎回開催周知を掲載した ・報告会でのチラシ配布は教室の開催日程によって配布できない時もあった。 健診結果後2ヶ月以内に郵送できた。	
	3)健診結果通知	3)通知文章・時期	3)健診結果後1～2ヶ月	3)要医療者健診結果通知を郵送確認	2ヶ月に1回	地区担当		
ストラクチャー	1)事業実施人員	1)事業人員は適切か	1)スタッフが確保できる	1)対応可能な人数であったかを職員と協議	教室ごと年6回	事業担当	計測の回は、スタッフを増員した。 教室終了後スタッフで話し合いを持った。	
	2)予算確保	2)必要な予算は確保	2)必要な物品が購入できる 検査委託料支払	2)必要な物品購入、検査委託料の支払いが出来たか確認	年度末	事業担当	必要な物品購入、検査委託料の支払いができています。	

令和元年度保健事業の実施内容

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価																								
がん重症化予防対策	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率の向上	がん検診対象者	1 はがきによる未受診者勧奨を行う。	がん検診未受診者に対し、検診ごとに複数回受診勧奨はがきを送付する。 その際に、新規受診者の開拓のため希望調査未回答者に対して重点的に取り組む。 送付時の工夫として、 ①集団検診実施会場より送付対象地域を分ける。 ②がん検診別に対象者を分けて受診勧奨を行う。 ③集団検診後に大腸がん検診郵送検診の受診勧奨を行う。 ④乳がん・子宮頸がん検診の医療機関個別検診の受診勧奨を行う。 などの、地域性・利便性に応じて効果的な勧奨方法を行う。	健康推進課がん検診担当者	令和元年5月～令和2年1月	健康推進課	<p>各がん検診の受診率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R1年度実績</th> <th>H30年度実績</th> <th>前年度比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃がん</td> <td>8.90%</td> <td>9.50%</td> <td>-0.60%</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん</td> <td>23.50%</td> <td>25.60%</td> <td>-2.10%</td> </tr> <tr> <td>乳がん</td> <td>33.00%</td> <td>32.90%</td> <td>0.10%</td> </tr> <tr> <td>大腸がん</td> <td>19.80%</td> <td>21.20%</td> <td>-1.40%</td> </tr> <tr> <td>肺がん</td> <td>32.00%</td> <td>33.80%</td> <td>-1.80%</td> </tr> </tbody> </table>		R1年度実績	H30年度実績	前年度比	胃がん	8.90%	9.50%	-0.60%	子宮頸がん	23.50%	25.60%	-2.10%	乳がん	33.00%	32.90%	0.10%	大腸がん	19.80%	21.20%	-1.40%	肺がん	32.00%	33.80%	-1.80%
				R1年度実績	H30年度実績	前年度比																											
		胃がん		8.90%	9.50%	-0.60%																											
		子宮頸がん		23.50%	25.60%	-2.10%																											
乳がん	33.00%	32.90%	0.10%																														
大腸がん	19.80%	21.20%	-1.40%																														
肺がん	32.00%	33.80%	-1.80%																														
2 検診ポスターの掲示等による周知や地区の放送による受診勧奨を行う。	①毎月、集団検診実施地区で雨風に強い材質の検診ポスターにより掲示し、回覧・広報でも併せて周知を実施する。 ②検診対象地区長に、検診日前日に地区放送による周知を依頼し受診勧奨を行う。	健康推進課がん検診担当者 区長	平成31年4月～令和2年1月	健康推進課 検診対象地区																													
3 検診送迎バスによる利便性の向上を図る。	セット検診による検診会場の集合化に伴い、受診会場が遠方で受診が困難になった者に対して送迎バスを運行する。 検診会場の変更に伴い、バスの運行順路の変更及び停車所を増やす等行う。	健康推進課がん検診担当者	令和元年5月～令和元年12月	検診会場																													
4 次年度のがん検診の希望調査を行う。	令和2年度のがん検診対象者に対して、郵送・電話等により受診希望調査及び受診勧奨を行う。 回収場所は、担当課窓口・各市民センターに設ける。	健康推進課がん検診担当者	令和2年1月～3月	健康推進課 各市民センター																													

令和元年度事業評価計画

個別保健事業名 がん検診重症化予防対策

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	がん検診の未受診者対策により、何人が受診行動につながったか。	がん検診受診率	がん検診受診率の向上 胃がん 14.0% 子宮頸がん 31.0% 乳がん 40.0% 大腸がん 23.0% 肺がん 36.0% (第3期土佐清水市健康づくり推進計画より)	受診率を集計	年度末	事業担当	胃がん 8.9% 子宮頸がん 23.5% 乳がん 33.0% 大腸がん 19.8% 肺がん 32.0%	郵送や電話での受診勧奨を実施することにより、受診率の向上を図る。
アウトプット	1.何人にはがきによる未受診者勧奨を行ったか。 ・40～69歳男女、子宮頸がんは20～38歳(未受診者) ・検診希望者であって未受診者の者(集団検診ひろい・個別検診を勧奨)	1.未受診者勧奨対象者数	1.各がん検診ごとの未受診者に実施。	1.各がん検診の未受診者勧奨数を集計	年度末	事業担当	胃がん 5961人 子宮頸がん 1593人 乳がん 1508人 大腸がん 8517人 肺がん 5819人	40～69歳及び無回答者など、カテゴリ分けした上で優先度を分析して実施する。
プロセス	はがきの内容・郵送するタイミング・対象者は適切であったか。	年間実施スケジュールの作成	検診の1週間前に勧奨はがきが届くよう実施する等、効果的な実施時期についてスケジュールを作成し実施。 対象者を把握できている。	集団検診の受診者数を集計 個別検診の受診者数を集計 郵送検診の受診者数を集計	年度末	事業担当	集団検診受診者計 5538人 胃がん 614人 子宮頸がん 441人 乳がん 646人 大腸がん 1465人 肺がん 2372人 個別検診受診者計 105人 子宮頸がん 66人 乳がん 39人 郵送検診受診者数計 ※郵送検診は大腸がんのみ	集団検診前に対象地区ごとに受診勧奨をピンポイントで実施する。 個別検診の周知を継続して行う。 利便性の周知や集団検診時における未回収者に対しても周知の徹底を図る。
ストラクチャー	1.実施目的を係で共有できたか。 2.係で実施スケジュールを共有できていたか。 3.補助事業を利用し予算運営ができたか。	1.係の協力体制の構築 2.事業実施状況 3.補助金の利用状況	1.係が協力し、発送に向けての作業・発送後の問い合わせに対応ができる。 2.スケジュールに沿って実施できる。 3.がん検診受診促進事業(県補助金)・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業(国補助金)を利用して事業実施できる。	1.事業実施の都度打ち合わせを行い確認をする。 2.実施状況の確認 3.補助事業利用状況の確認	事業実施の都度 R1年12月 年度末	事業担当 事業担当 事業担当	1. 実施できた 2. 実施できた 3. 補助事業を利用し、予算範囲内で実施できた。	1. 継続実施 2. 継続実施 3. 事業継続 今後も予算編成を慎重に行うとともに、補助金を活用し予算内の事業運営を行う。

4. 経年評価指標

【医療情報】

① 医療費について

医療費について、入院外医療費は毎年減少しているが、入院医療費を見ると、策定時の平成 28 年度から平成 29 年度にかけては増加しているものの、平成 30 年度に大きく減少している。

一人あたり医療費について、入院外の伸び率に大きな変化はなくほぼ横ばいであるが、同規模や高知県、国と比較しても、伸び率が高くなってはいないので、医療費適正化への取組効果が一定得られていると考えられる。しかし、入院医療費を高知県と比較すると、策定時の平成 28 年度は低いが、令和元年度には高くなっている。

疾患別医療費分析、標準化医療費を全体的にみると、がん、筋・骨格、精神に多く医療費がかかっている。男性の場合、年齢に関係なく、入院が隔年で増加していることから病状が慢性化及び長期化していること、もしくは再入院の方が多きことも考えられる。疾患別でみると、入院では男性の脳梗塞や筋・骨格・精神、女性のがんや筋・骨格が増加している。外来では男性のがんが増加しているが、高血圧症や慢性腎不全(透析あり)は男性と女性、共通して減少している。

女性の糖尿病については、年々微増傾向にある。

年齢調整をかけずに医療費の推移を見た場合も同様である。

表 1

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	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
平成28年度	1,723,208,710		771,311,270		951,897,440	
平成29年度	1,760,145,070	36,936,360	846,960,870	75,649,600	913,184,200	-38,713,240
平成30年度	1,635,601,640	-124,543,430	755,753,590	-91,207,280	879,848,050	-33,336,150
令和元年度	1,647,315,350	11,713,710	815,516,040	59,762,450	831,799,310	-48,048,740
令和02年度						
令和03年度						

KDB帳票No.1 令和2年7月9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7月9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】	28,350	12,690	15,660			
	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】	30,170	14,520	15,650	6%	14%	-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】	29,540	13,650	15,890	-2%	-6%	2%
	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%
R元年度	保険者【地区】	30,890	15,290	15,600	5%	12%	-2%
	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%
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

図 2

疾病別医療費分析(生活習慣病)
土佐清水市 H28年度(累計)~R01年度(累計) 男性 0~74歳

2020年7月14日

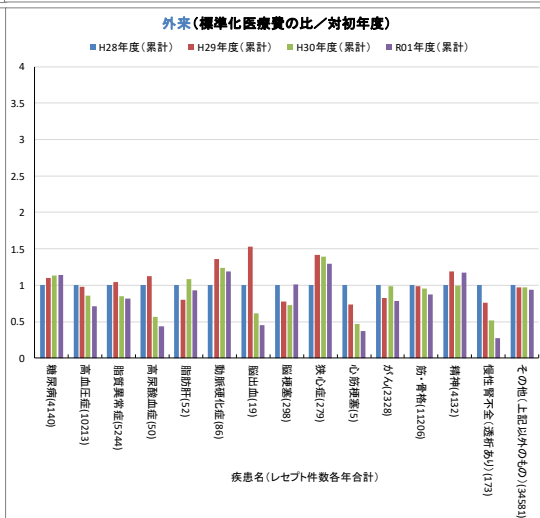
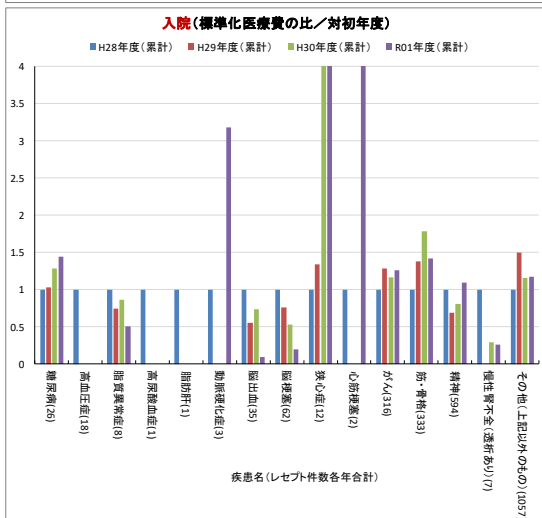
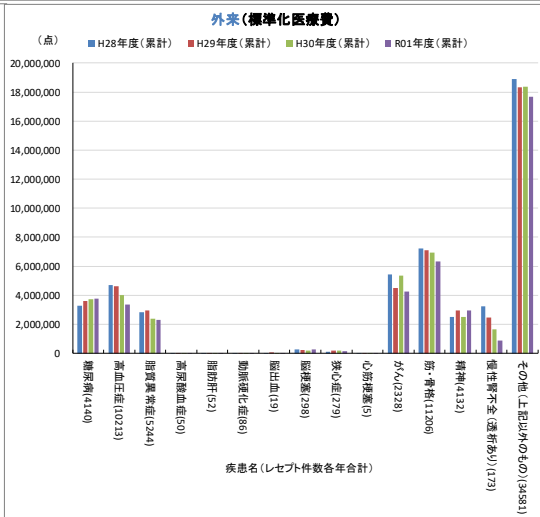
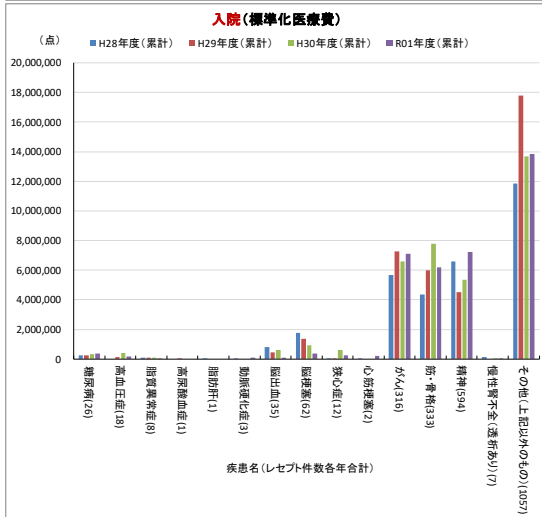
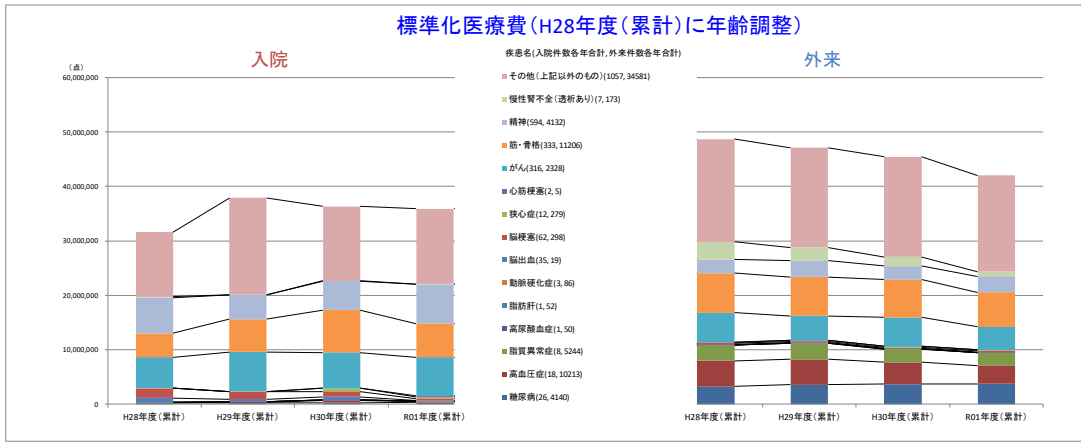


国保データベース(KDB)のCSVファイル(疾病別医療費分析(生活習慣病))より計算。
Ver. 1.0 (2017.12.7) 平成28年度厚生労働科学研究補助金(政策科学推進研究事業)「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を拓く地域の保健医療人材の育成に関する研究」(研究代表: 横山徹爾)

疾病別医療費分析(生活習慣病)

土佐清水市 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳

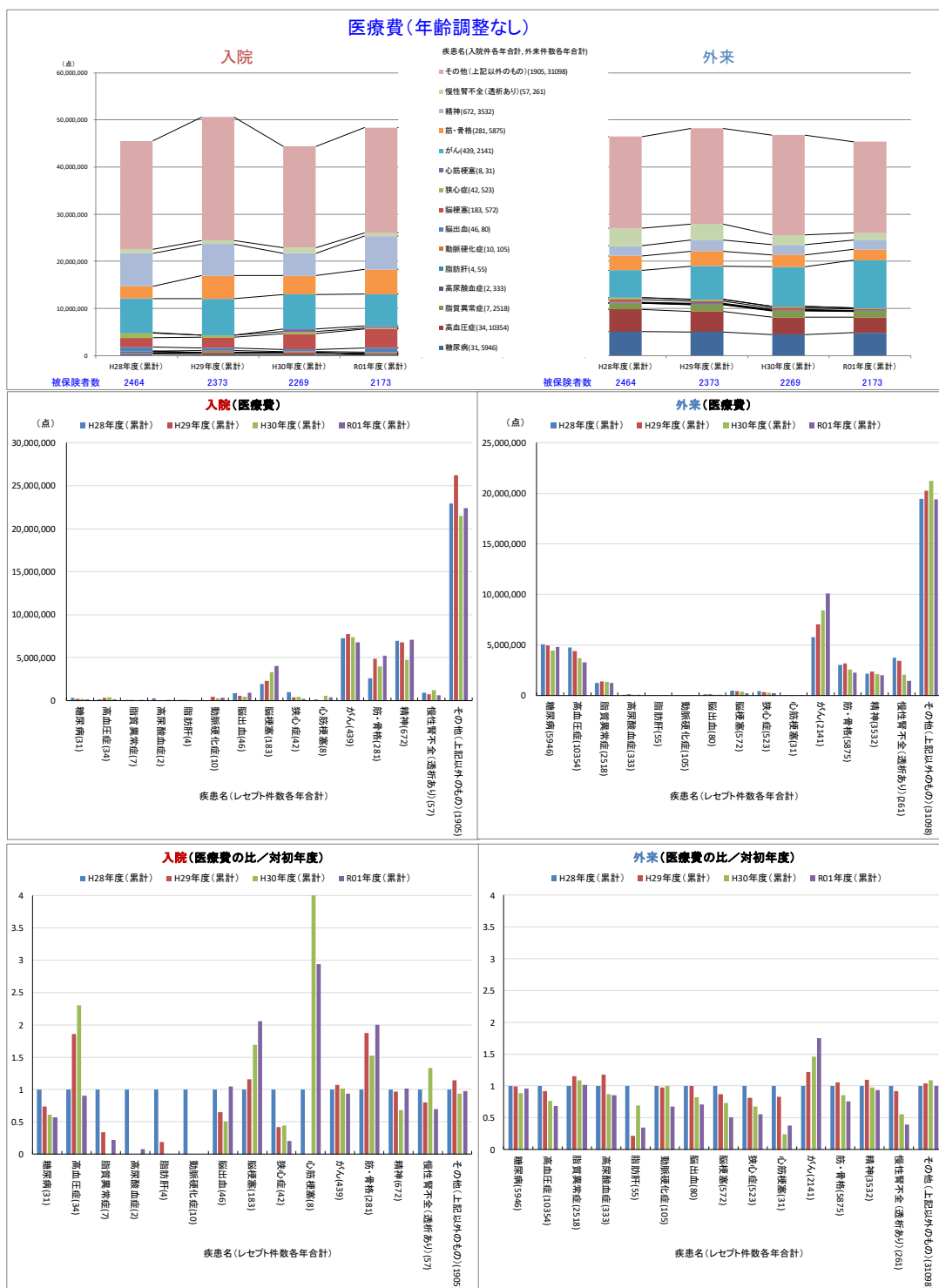
2020年7月14日



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) 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福祉・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:横山龍爾)

疾病別医療費分析(生活習慣病)
土佐清水市 H28年度(累計)～R01年度(累計) 男性 0～74歳

2020年7月14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(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: 横山徹爾)

疾病別医療費分析(生活習慣病)

土佐清水市 H28年度(累計)～R01年度(累計) 女性 0～74歳

2020年7月14日



国保データベース(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: 横山龍爾)

② 生活習慣病

重症疾患の発生状況において、虚血性心疾患の心筋梗塞、狭心症の患者数は減少しているが、新規患者数は増加している。脳血管疾患については新規患者数が増えているため、入院医療費も増加している。人工透析を算定しているレセプトの件数が減少しているため、医療費も減少している。

基礎疾患においては、平成28年度と令和元年度で比べてみると、全ての疾患で患者数が減少している。(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		心筋梗塞				狭心症			
	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	8.0	11.1		1,319,890		147,000		10,305,900		
H29年度	6.0	-2.0	11.3	0.2	0	-100.0%	134,900	-12.1	4,547,780	-55.9%
H30年度	10.0	4.0	9.3	-2.0	5,485,190		121,800	-13.1	8,837,420	94.3%
R1年度	10.0	0.0	8.6	-0.7	5,952,100	8.5%	112,800	-9.0	4,118,270	-53.4%
R2年度										

	脳血管疾患													
	新規患者数 ※1		脳梗塞						脳出血					
	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	19.0	15		153.1		37,406,760		4.0		19.7		16,867,400		
H29年度	21.0	2.0	19	4.0	143.1	-10.0	34,262,190	-8.4%	2.0	-2.0	19.8	0.1	11,547,130	-31.5%
H30年度	21.0	0.0	15	-4.0	128.6	-14.5	41,029,180	19.8%	6.0	4.0	22.3	2.5	7,526,110	-34.8%
R1年度	23.0	2.0	15	0.0	118.3	-10.3	44,017,110	7.3%	8.0	2.0	22.1	-0.2	10,011,740	33.0%
R2年度														

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

人工透析を算定しているレセプト集計

	件数	患者数	新規患者数	糖尿病有病者数	合計金額
H28年度	206	22人	4人	9人	91,011,910円
H29年度	185	17人	2人	8人	82,228,670円
H30年度	197	23人	8人	13人	87,591,270円
R1年度	163	17人	1人	11人	66,974,490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7月9日抽出

疾患	糖尿病						高血圧						脂質異常症						高尿酸血症					
	患者数		増減率		新規患者数(患者千人あたり)		患者数		増減率		新規患者数(患者千人あたり)		患者数		増減率		新規患者数(患者千人あたり)		患者数		増減率		新規患者数(患者千人あたり)	
	増減	増減率	保険者	同規模	増減	増減率	保険者	同規模	増減	増減率	保険者	同規模	増減	増減率	保険者	同規模	増減	増減率	保険者	同規模	増減	増減率	保険者	同規模
平成28年	472		10.01	14.32	1,129		10.85	14.07	767		13.35	11.51	204		3.75	2.82								
平成29年	487	15	3%	14.47	14.76	1,124	-5	-0%	10.21	13.80	754	-13	-2%	9.36	11.30	201	-3	-1%	3.83	2.92				
平成30年	447	-40	-8%	16.33	15.30	1,046	-78	-7%	11.79	14.40	712	-42	-6%	10.88	11.97	208	7	3%	4.08	3.07				
令和01年	446	-1	-0%	12.87	15.06	986	-60	-6%	13.82	14.51	675	-37	-5%	10.49	11.59	200	-8	-4%	4.29	2.99				
令和02年																								
令和03年																								

毎年5月診療分 (KDB7月作成)

【健診情報】

男性の収縮期血圧は、平成 29 年から 65~74 歳で 5 割の有所見となっており、拡張期血圧では 40~64 歳の有所見割合は減少しているが、65~74 歳の有所見割合が増加している。女性の拡張期血圧は全ての年齢において増加している。(表 5)

男性のメタボ予備軍の割合が増加傾向にあるが、女性のメタボ予備軍の割合は横ばいである。その他については男女ともに増減はあるものの、ほぼ横ばいの割合となっている。(表 6)

男性・女性ともに ALT (GPT) 31 以上と、HDL コレステロール 40 未満の割合は減少傾向にあるが、HDL コレステロール 40 未満の割合は依然として国より高い。拡張期血圧は増加しており国より高くなっている。(図 7) (図 8)

喫煙の割合は減少傾向にある。20 歳時体重から 10 kg 体重増加・1 日 30 分以上運動なしの割合は増加傾向である。咀嚼については 2 年間の推移ではあるが、噛みにくい、ほとんど噛めない者の割合が減少している。(表 9)

特定健診受診率について、40 歳~59 歳の受診率が少し上昇しているが、60 歳~74 歳受診率が低下している。受診率の低下の要因としては、健康意識の高い高齢者層が後期高齢者へ移行したためと考えられる。(表 10)。

特定保健指導の積極的支援について、平成 30 年度までは利用率が増加していたが、令和元年度はマンパワー不足により利用率が減少している。動機づけ支援については、年々利用率が増加している。(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）

KDB帳票No23 令和2年7月9日抽出

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		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		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(%)
H 2 8	合計	162	31.0	279	53.3	185	35.4	110	21.0	83	15.9	321	61.4	93	17.8	252	48.2	113	21.6	228	43.6	13	2.5
	40-64	53	35.1	86	57.0	70	46.4	44	29.1	25	16.6	82	54.3	31	20.5	65	43.0	50	33.1	74	49.0	3	2.0
	65-74	109	29.3	193	51.9	115	30.9	66	17.7	58	15.6	239	64.2	62	16.7	187	50.3	63	16.9	154	41.4	10	2.7
H 2 9	合計	184	34.6	298	56.0	200	37.6	105	19.7	72	13.5	356	66.9	105	19.7	291	54.7	129	24.2	228	42.9	11	2.1
	40-64	62	40.0	91	58.7	66	42.6	45	29.0	21	13.5	96	61.9	35	22.6	70	45.2	46	29.7	77	49.7	2	1.3
	65-74	122	32.4	207	54.9	134	35.5	60	15.9	51	13.5	260	69.0	70	18.6	221	58.6	83	22.0	151	40.1	9	2.4
H 3 0	合計	164	35.0	242	51.6	158	33.7	89	19.0	45	9.6	314	67.0	83	17.7	245	52.2	126	26.9	197	42.0	11	2.3
	40-64	46	39.3	66	56.4	43	36.8	31	26.5	14	12.0	68	58.1	25	21.4	55	47.0	37	31.6	49	41.9	0	0.0
	65-74	118	33.5	176	50.0	115	32.7	58	16.5	31	8.8	246	69.9	58	16.5	190	54.0	89	25.3	148	42.0	11	3.1
R 0 1	合計	165	35.2	254	54.2	171	36.5	90	19.2	50	10.7	301	64.2	84	17.9	251	53.5	127	27.1	210	44.8	10	2.1
	40-64	49	38.0	70	54.3	60	46.5	30	23.3	14	10.9	73	56.6	24	18.6	48	37.2	40	31.0	65	50.4	0	0.0
	65-74	116	34.1	184	54.1	111	32.6	60	17.6	36	10.6	228	67.1	60	17.6	203	59.7	87	25.6	145	42.6	10	2.9
R 0 2	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R 0 3	合計																						
	40-64																						
	65-74																						

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		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		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(%)
H 2 8	合計	177	24.0	128	17.4	208	28.2	60	8.1	32	4.3	477	64.7	18	2.4	290	39.3	89	12.1	411	55.8	3	0.4
	40-64	60	28.0	42	19.6	57	26.6	21	9.8	3	1.4	135	63.1	5	2.3	64	29.9	32	15.0	114	53.3	1	0.5
	65-74	117	22.4	86	16.4	151	28.9	39	7.5	29	5.5	342	65.4	13	2.5	226	43.2	57	10.9	297	56.8	2	0.4
H 2 9	合計	199	27.5	140	19.4	213	29.5	54	7.5	22	3.0	471	65.1	13	1.8	313	43.3	105	14.5	430	59.5	4	0.6
	40-64	61	29.5	43	20.8	52	25.1	18	8.7	2	1.0	128	61.8	5	2.4	75	36.2	38	18.4	130	62.8	0	0.0
	65-74	138	26.7	97	18.8	161	31.2	36	7.0	20	3.9	343	66.5	8	1.6	238	46.1	67	13.0	300	58.1	4	0.8
H 3 0	合計	168	24.7	129	18.9	166	24.4	52	7.6	17	2.5	464	68.1	16	2.3	268	39.4	106	15.6	394	57.9	3	0.4
	40-64	63	32.3	46	23.6	38	19.5	17	8.7	1	0.5	125	64.1	3	1.5	65	33.3	38	19.5	117	60.0	0	0.0
	65-74	105	21.6	83	17.1	128	26.3	35	7.2	16	3.3	339	69.8	13	2.7	203	41.8	68	14.0	277	57.0	3	0.6
R 0 1	合計	155	24.6	116	18.4	169	26.8	36	5.7	16	2.5	419	66.4	11	1.7	256	40.6	97	15.4	366	58.0	4	0.6
	40-64	43	26.2	32	19.5	33	20.1	10	6.1	1	0.6	100	61.0	2	1.2	49	29.9	34	20.7	99	60.4	1	0.6
	65-74	112	24.0	84	18.0	136	29.1	26	5.6	15	3.2	319	68.3	9	1.9	207	44.3	63	13.5	267	57.2	3	0.6
R 0 2	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R 0 3	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）

KDB帳票No24 令和2年7月9日抽出

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
H28	合計	523	28.8	33	6.3	88	16.8	7	1.3	50	9.6	31	5.9	158	30.2	34	6.5	6	1.1	69	13.2	49	9.4
	40-64	151	19.3	16	10.6	32	21.2	1	0.7	13	8.6	18	11.9	38	25.2	9	6.0	2	1.3	19	12.6	8	5.3
	65-74	372	36.0	17	4.6	56	15.1	6	1.6	37	9.9	13	3.5	120	32.3	25	6.7	4	1.1	50	13.4	41	11.0
H29	合計	532	30.2	29	5.5	86	16.2	6	1.1	53	10.0	27	5.1	183	34.4	40	7.5	9	1.7	79	14.8	55	10.3
	40-64	155	21.7	14	9.0	29	18.7	1	0.6	12	7.7	16	10.3	48	31.0	11	7.1	2	1.3	25	16.1	10	6.5
	65-74	377	36.0	15	4.0	57	15.1	5	1.3	41	10.9	11	2.9	135	35.8	29	7.7	7	1.9	54	14.3	45	11.9
H30	合計	469	27.7	18	3.8	89	19.0	10	2.1	52	11.1	27	5.8	135	28.8	30	6.4	6	1.3	56	11.9	43	9.2
	40-64	117	17.4	9	7.7	32	27.4	4	3.4	15	12.8	13	11.1	25	21.4	6	5.1	1	0.9	12	10.3	6	5.1
	65-74	352	34.4	9	2.6	57	16.2	6	1.7	37	10.5	14	4.0	110	31.3	24	6.8	5	1.4	44	12.5	37	10.5
R01	合計	469	28.5	20	4.3	85	18.1	8	1.7	47	10.0	30	6.4	149	31.8	29	6.2	8	1.7	67	14.3	45	9.6
	40-64	129	20.0	7	5.4	31	24.0	4	3.1	11	8.5	16	12.4	32	24.8	3	2.3	3	2.3	17	13.2	9	7.0
	65-74	340	34.0	13	3.8	54	15.9	4	1.2	36	10.6	14	4.1	117	34.4	26	7.6	5	1.5	50	14.7	36	10.6
R02	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R03	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	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	737	38.1	10	1.4	43	5.8	6	0.8	26	3.5	11	1.5	75	10.2	13	1.8	6	0.8	29	3.9	27	3.7
	40-64	214	28.4	2	0.9	18	8.4	3	1.4	8	3.7	7	3.3	22	10.3	5	2.3	3	1.4	7	3.3	7	3.3
	65-74	523	44.3	8	1.5	25	4.8	3	0.6	18	3.4	4	0.8	53	10.1	8	1.5	3	0.6	22	4.2	20	3.8
H29	合計	723	39.6	11	1.5	44	6.1	6	0.8	28	3.9	10	1.4	85	11.8	13	1.8	9	1.2	23	3.2	40	5.5
	40-64	207	30.7	2	1.0	15	7.2	2	1.0	9	4.3	4	1.9	26	12.6	3	1.4	2	1.0	8	3.9	13	6.3
	65-74	516	44.8	9	1.7	29	5.6	4	0.8	19	3.7	6	1.2	59	11.4	10	1.9	7	1.4	15	2.9	27	5.2
H30	合計	681	38.8	14	2.1	44	6.5	3	0.4	31	4.6	10	1.5	71	10.4	11	1.6	5	0.7	22	3.2	33	4.8
	40-64	195	30.8	7	3.6	15	7.7	0	0.0	13	6.7	2	1.0	24	12.3	5	2.6	4	2.1	5	2.6	10	5.1
	65-74	486	43.4	7	1.4	29	6.0	3	0.6	18	3.7	8	1.6	47	9.7	6	1.2	1	0.2	17	3.5	23	4.7
R01	合計	631	36.9	8	1.3	36	5.7	3	0.5	28	4.4	5	0.8	72	11.4	14	2.2	7	1.1	22	3.5	29	4.6
	40-64	164	27.6	2	1.2	11	6.7	1	0.6	10	6.1	0	0.0	19	11.6	5	3.0	4	2.4	3	1.8	7	4.3
	65-74	467	41.9	6	1.3	25	5.4	2	0.4	18	3.9	5	1.1	53	11.3	9	1.9	3	0.6	19	4.1	22	4.7
R02	合計																						
	40-64																						
	65-74																						
R03	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	H29
40-64歳					
全国	1184726	1145176	1139093	1049653	1395009
県	7065	6667	6632	6356	246973
地域(地区)	151	155	117	129	1166
65-74歳					
全国	2232094	2260890	2245529	2134793	2655916
県	13885	14138	14544	14210	281977
地域(地区)	372	377	352	340	2331
総数					
全国	3416820	3406066	3384622	3184446	4050925
県	20950	20805	21176	20566	528950
地域(地区)	523	532	469	469	3497

作成日: 2020/7/16
 保険者番号: 390088
 保険者名: 土佐清水市
 地域:

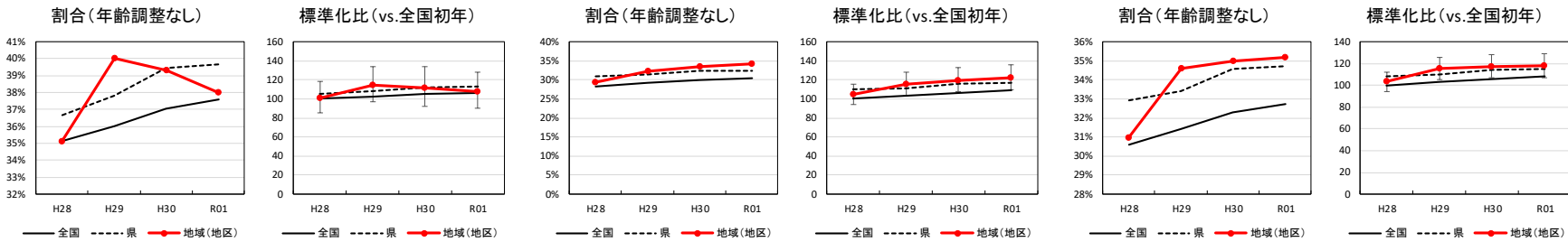
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差線は95%信頼区間。
 Ver. 1.2 (2019.12.20) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(H25-循環器等(生習)-一般-014)(研究代表: 横山徹爾)

BMI25以上

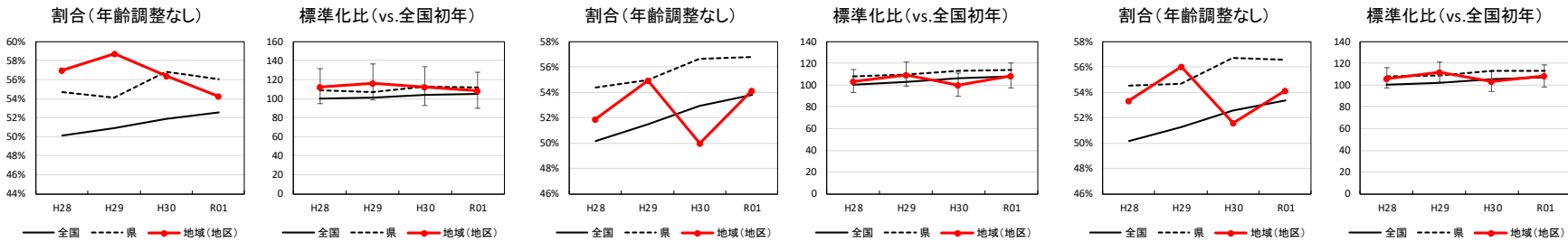
40-64歳

65-74歳

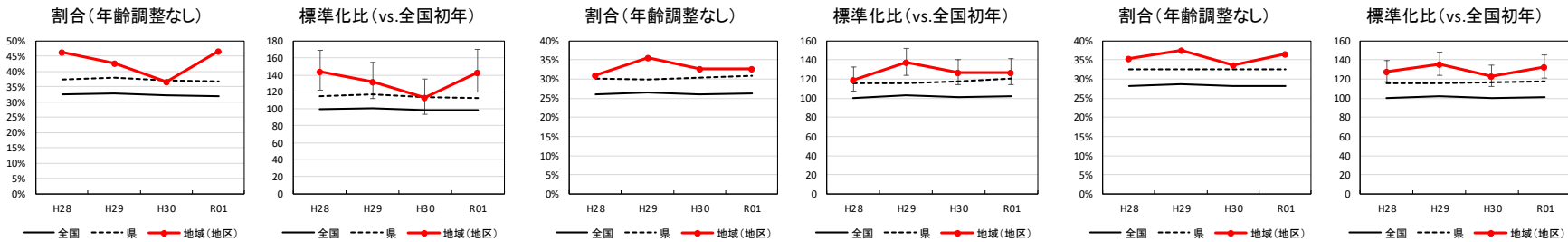
総数



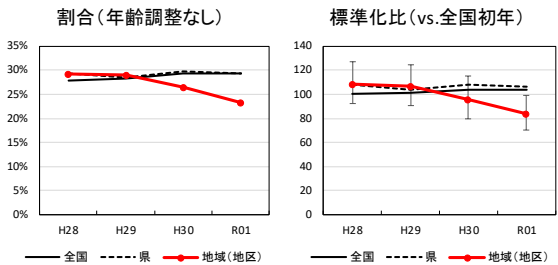
腹囲85以上



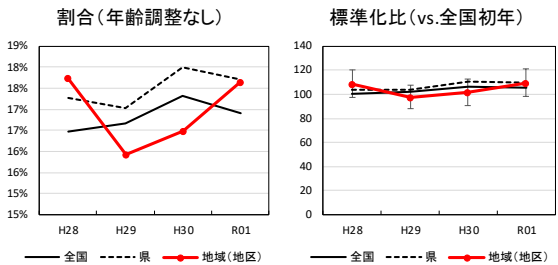
中性脂肪150以上



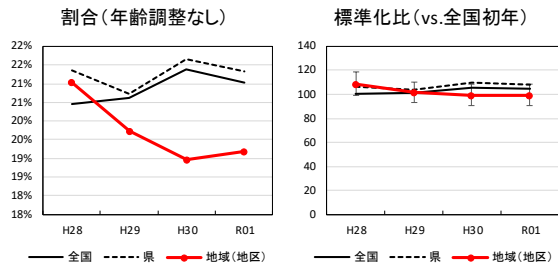
ALT(GPT)31以上 40-64歳



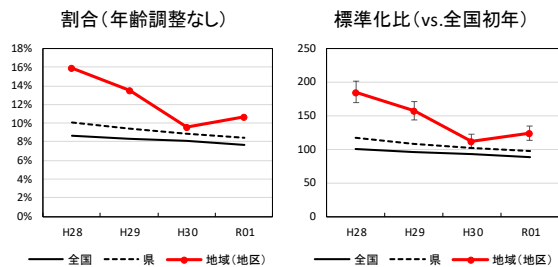
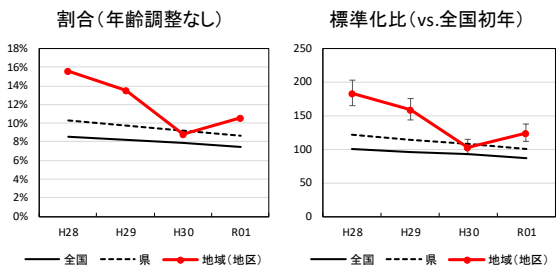
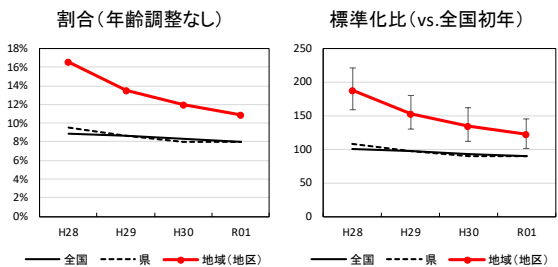
65-74歳



総数

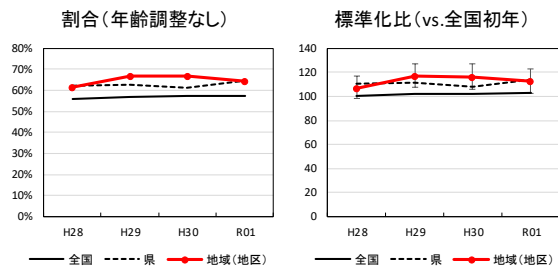
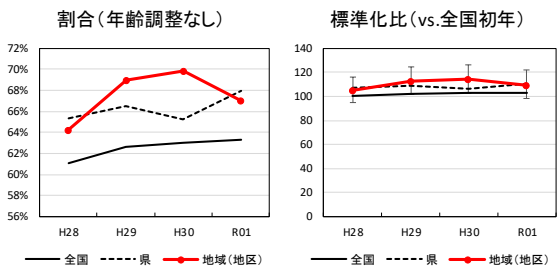
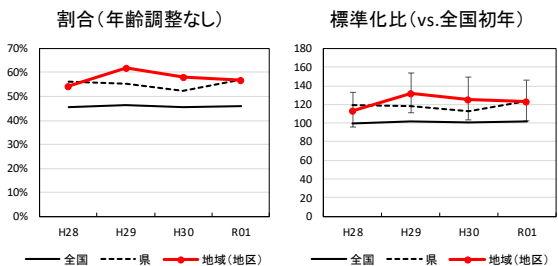


HDLコレステロール40未満

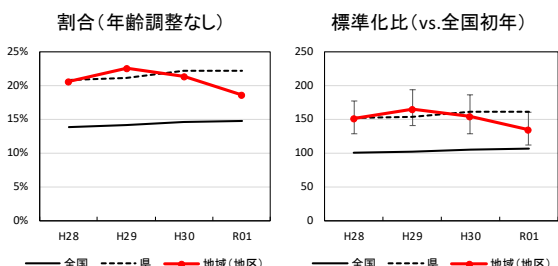


45

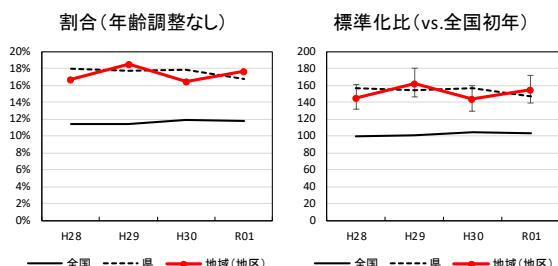
HbA1c5.6以上



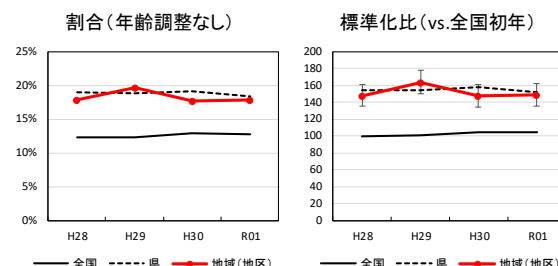
尿酸7.0以上 40-64歳



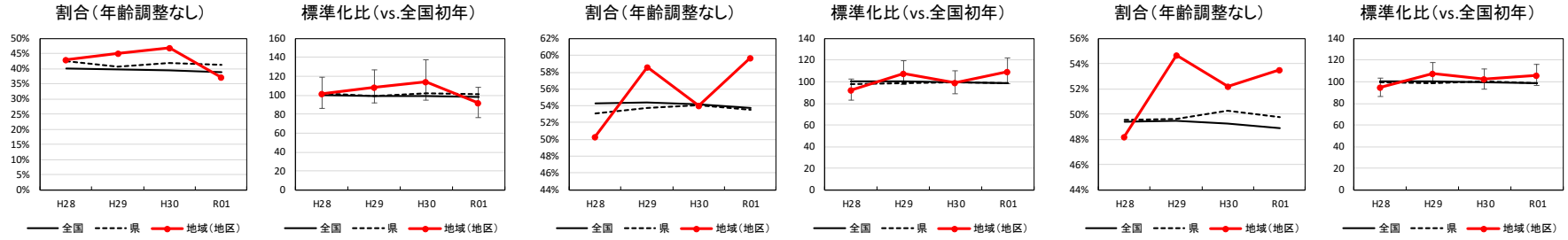
65-74歳



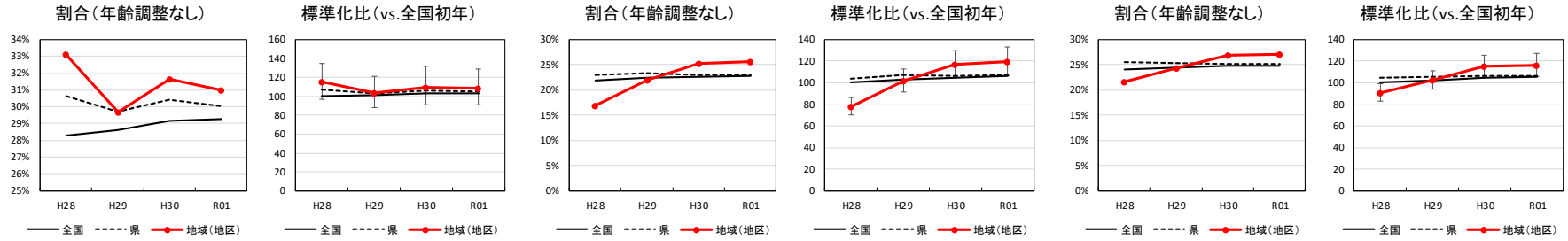
総数



収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上

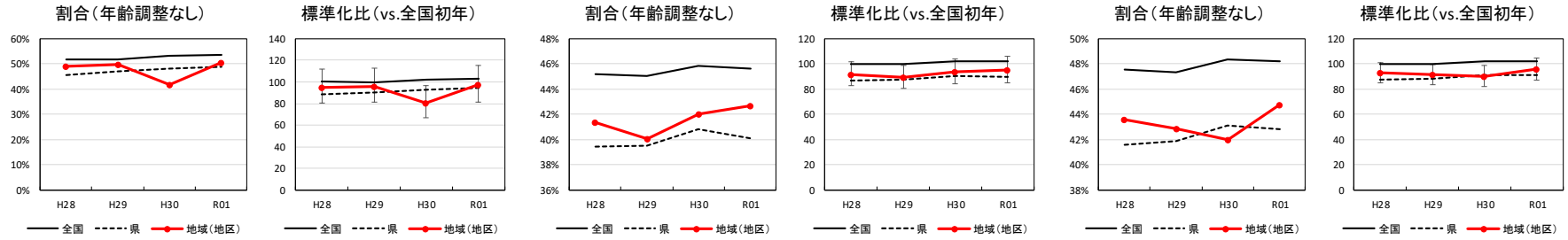


図 8

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】

健診受診者数	H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳	1531823	1462383	1408678	1280067	1807872
全国	8640	7968	7767	7106	270432
県	214	207	195	164	1470
地域(地区)					
65-74歳	2949777	2984732	2961751	2818183	3499054
全国	18858	18884	19358	18553	395040
県	523	516	486	467	3398
地域(地区)					
総数	4481600	4447115	4370429	4098250	5306926
全国	27498	26852	27125	25659	665472
県	737	723	681	631	4868
地域(地区)					

作成日: 2020/7/16
 保険者番号: 390088
 保険者名: 土佐清水市
 地区:

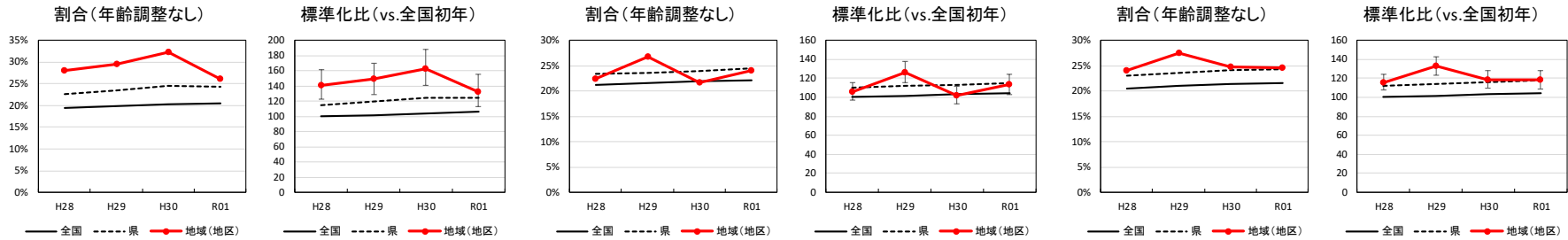
国保データベース(KDB)のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診有所見者状況(男女別・年代別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差線は95%信頼区間。

BMI25以上

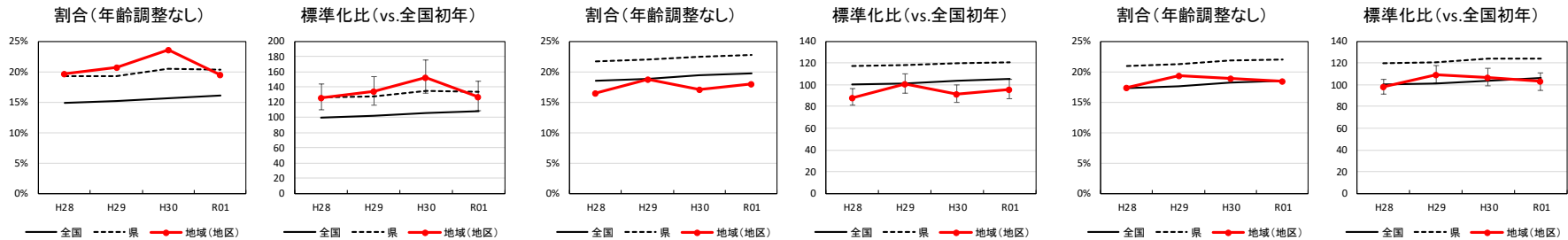
40-64歳

65-74歳

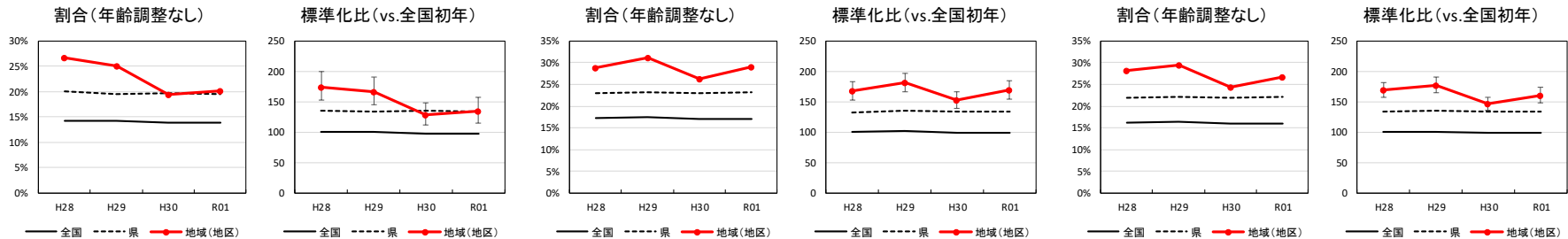
総数



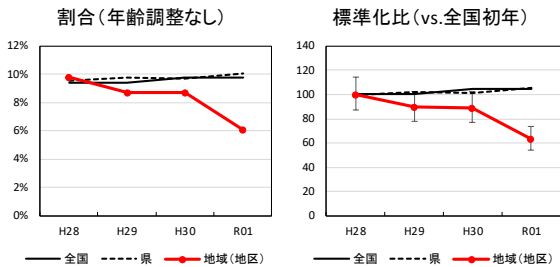
腹囲90以上



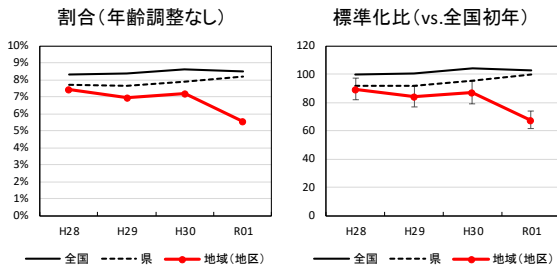
中性脂肪150以上



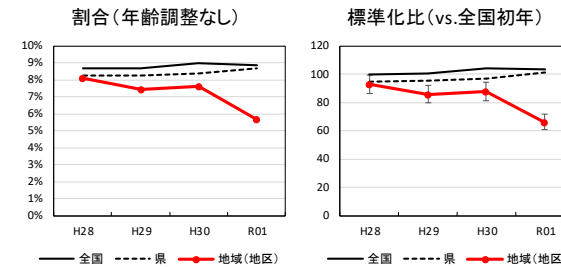
ALT(GPT)31以上 40-64歳



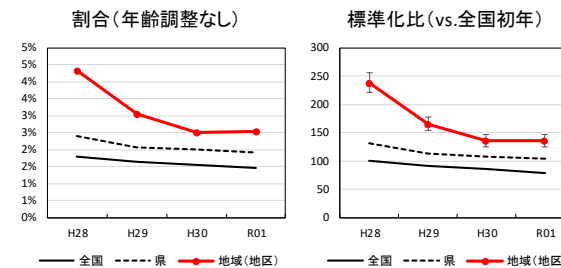
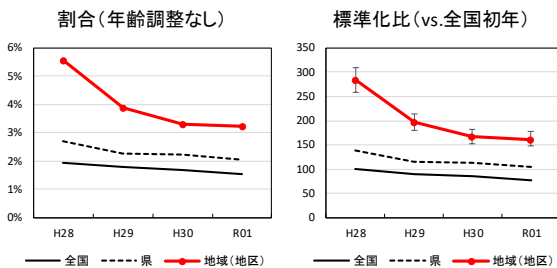
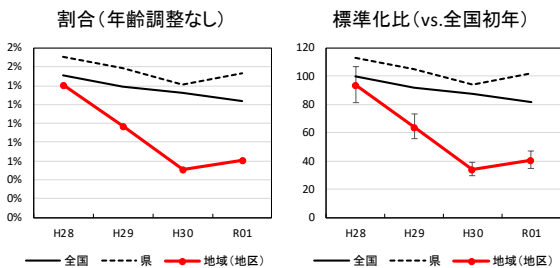
65-74歳



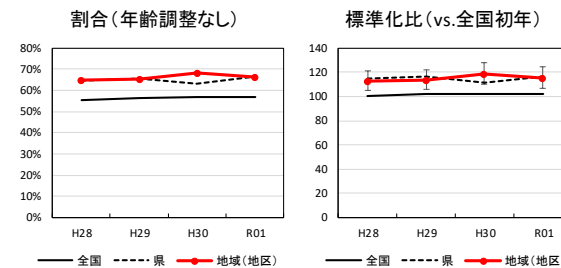
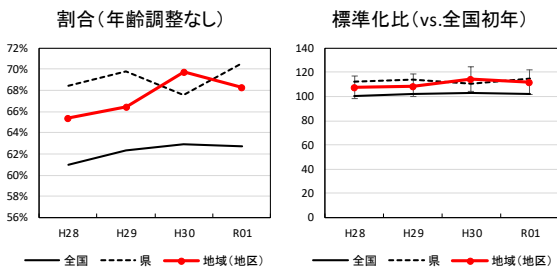
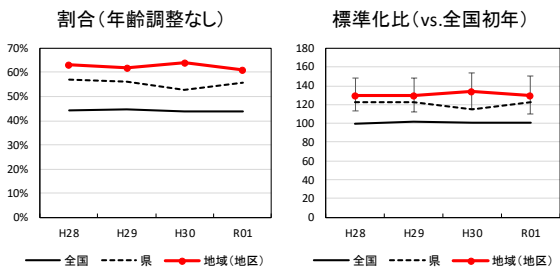
総数



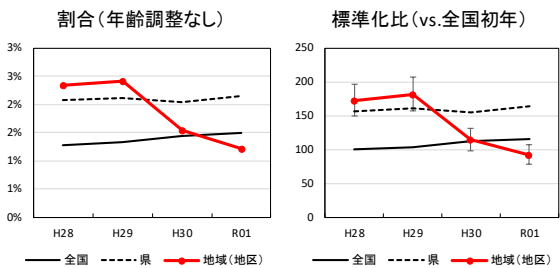
HDLコレステロール40未満



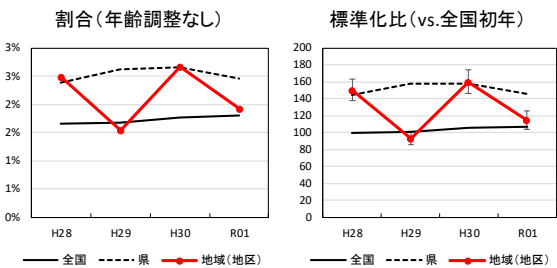
HbA1c5.6以上



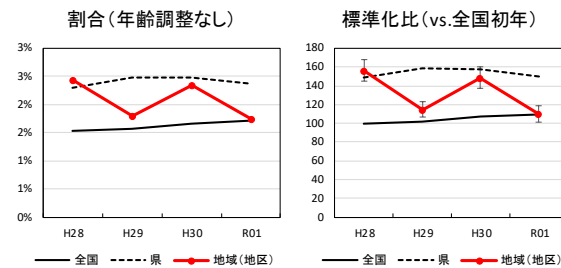
尿酸7.0以上 40-64歳



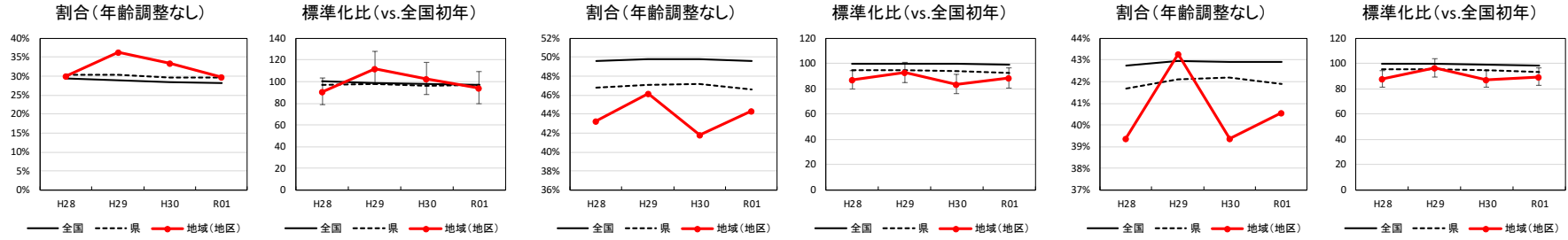
65-74歳



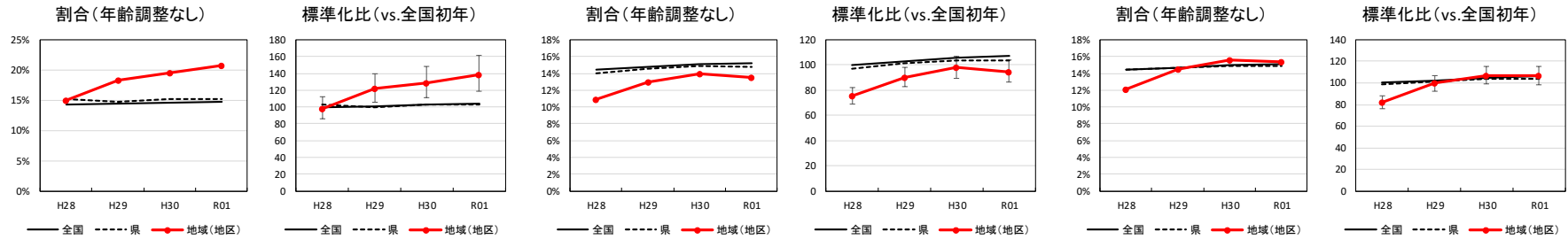
総数



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

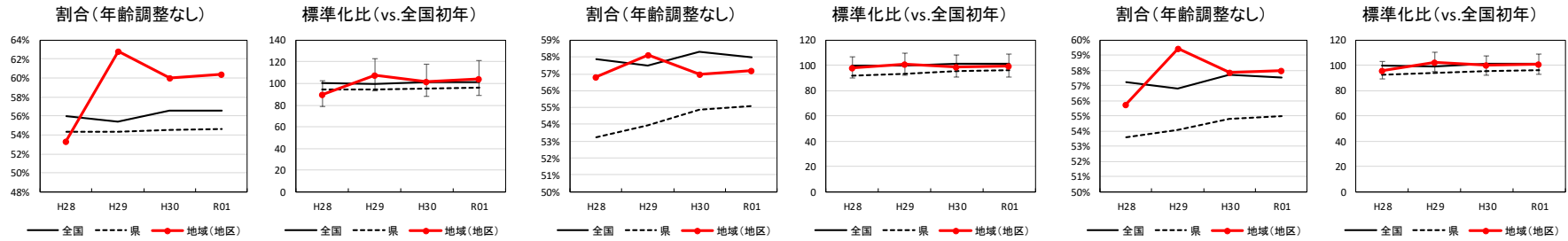


表 9

【質問票】

表19) 質問票調査の経年変化
生活習慣の変化

KDB帳票№1 令和2年7月9日抽出

項目	① 服薬			② 喫煙	③ 酒3回以上朝食を抜く	④ 酒3回以上夕食後間食	⑤ 酒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	36.3%	8.6%	15.6%	10.7%	5.6%	14.6%	15.3%	30.2%	32.7%	50.4%	36.6%	24.2%	26.4%	19.4%				
平成29年	35.8%	7.9%	16.5%	9.6%	6.8%	15.6%	15.8%	29.5%	36.0%	51.6%	38.2%	25.3%	27.5%	18.1%				
平成30年	35.5%	8.0%	17.8%	9.7%	5.8%	-	15.7%	29.9%	36.1%	52.3%	36.9%	27.6%	28.0%	16.8%	21.8%	1.0%	25.7%	53.1%
令和01年	36.4%	8.9%	17.2%	9.3%	6.4%	-	15.8%	29.9%	37.0%	52.9%	38.2%	26.2%	27.4%	17.8%	20.9%	0.8%	25.0%	54.1%
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】

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	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	129	18	14.0%	117	12	10.3%	98	14	14.3%	96	11	11.5%	92	15	16.3%
45~49歳	108	19	17.6%	120	26	21.7%	129	30	23.3%	124	21	16.9%	127	25	19.7%
50~54歳	123	20	16.3%	114	19	16.7%	110	21	19.1%	122	22	18.0%	107	18	16.8%
55~59歳	154	22	14.3%	144	23	16.0%	138	23	16.7%	120	20	16.7%	118	26	22.0%
60~64歳	333	88	26.4%	284	72	25.4%	238	67	28.2%	206	43	20.9%	193	45	23.3%
65~69歳	555	184	33.2%	542	176	32.5%	520	173	33.3%	496	157	31.7%	453	143	31.6%
70~74歳	509	201	39.5%	492	197	40.0%	524	204	38.9%	526	194	36.9%	539	197	36.5%
合計	1911	552	28.9%	1813	525	29.0%	1757	532	30.3%	1690	468	27.7%	1629	469	28.8%

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	87	16	18.4%	77	12	15.6%	75	11	14.7%	67	11	16.4%	62	12	19.4%
45~49歳	86	15	17.4%	91	15	16.5%	74	21	28.4%	75	14	18.7%	81	14	17.3%
50~54歳	102	28	27.5%	87	19	21.8%	95	23	24.2%	83	26	31.3%	74	20	27.0%
55~59歳	175	45	25.7%	144	39	27.1%	124	32	25.8%	112	29	25.9%	101	28	27.7%
60~64歳	362	141	39.0%	355	128	36.1%	304	120	39.5%	292	114	39.0%	271	90	33.2%
65~69歳	667	269	40.3%	632	269	42.6%	568	252	44.4%	523	221	42.3%	463	199	43.0%
70~74歳	558	247	44.3%	552	255	46.2%	584	264	45.2%	599	265	44.2%	652	268	41.1%
合計	2037	761	37.4%	1938	737	38.0%	1824	723	39.6%	1751	680	38.8%	1704	631	37.0%

図 11

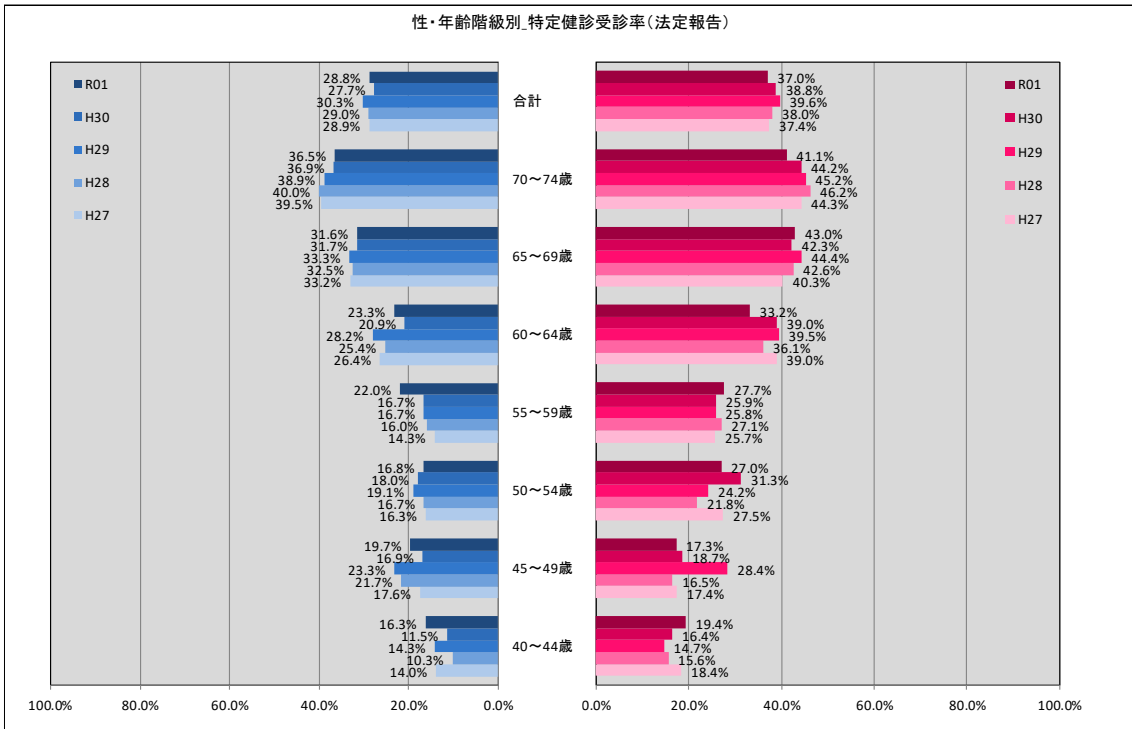
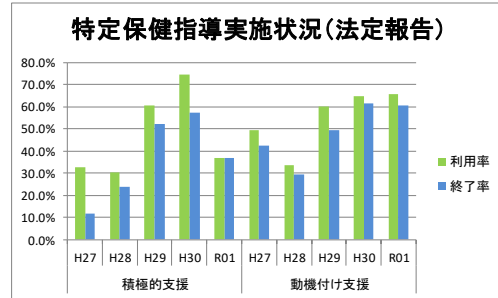


表 12

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	43	14	5	32.6%	11.6%
	H28	46	14	11	30.4%	23.9%
	H29	63	38	33	60.3%	52.4%
	H30	35	26	20	74.3%	57.1%
動機付け支援	R01	30	11	11	36.7%	36.7%
	H27	144	71	61	49.3%	42.4%
	H28	125	42	37	33.6%	29.6%
	H29	140	84	69	60.0%	49.3%
	H30	127	82	78	64.6%	61.4%
	R01	122	80	74	65.6%	60.7%



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。

土佐清水市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）第2期 中間評価→目的・目標・指標の確認、達成状況と判定

A	（目標に達した）
B	（目標値に達していないが、改善傾向にある）
C	（変わらない）
D	（悪化している）
E	（判定不能）

中・長期目標

目標	対象者	評価経年モニタリング				判定	
		指標	平成28年度 （策定時）	平成29年度	平成30年度 令和元年 （直近の値）		
脳血管疾患患者の減少	40～74歳の脳血管疾患発症者	40～74歳の男女で、主病名が脳梗塞または脳出血である30万以上のレセプト該当者数 （うち、40～74歳の国保被保険者数分の割合）	18 (0.445%)	21 (0.537%)	21 (0.556%)	23 (0.629%)	D
		<参考> 40～74歳の男女で、主病名が脳梗塞である30万以上のレセプト該当者数 （うち、40～74歳の国保被保険者数分の割合）	14 (0.346%)	19 (0.485%)	15 (0.397%)	15 (0.410%)	C
		<参考> 40～74歳の男女で、主病名が脳出血である30万以上のレセプト該当者数 （うち、40～74歳の国保被保険者数分の割合）	4 (0.099%)	2 (0.051%)	6 (0.159%)	8 (0.219%)	D
虚血性心疾患患者の減少	40～74歳の虚血性心疾患発症者	40～74歳の男女で、主病名が虚血性心疾患である30万以上のレセプト該当者数 （うち、40～74歳の国保被保険者数分の割合）	8 (0.198%)	6 (0.153%)	10 (0.265%)	10 (0.273%)	D
糖尿病性腎症による新規透析患者の減少	新規透析患者のうち糖尿病性腎症患者	新規透析患者のうち糖尿病性腎症患者	1	1	4	1	C
		<参考> 新規透析患者数	4	2	8	1	B

短期目標

目標	対象者	評価経年モニタリング				判定		
		指標	平成28年度 （策定時）	平成29年度	平成30年度 令和元年 （直近の値）			
高血圧の改善 収縮期血圧の平均値4mmHg低下	特定健診受診者	収縮期血圧の平均値	男性 133.1	133.4	132.5	132.4	B	
			女性 128	128.5	127	127.2	B	
脂質異常症の減少 （前年比減）	特定健診受診者	中性脂肪有所見の割合	男性	35.4%	37.6%	33.7%	36.5%	C
			女性	28.3%	29.5%	24.4%	26.8%	B
		LDL有所見者の割合	男性	43.6%	42.9%	42.0%	44.8%	C
			女性	55.7%	59.5%	57.9%	58.0%	D
糖尿病有所見者の増加抑制 （前年比減）	特定健診受診者	HbA1C有所見者の割合	男性	61.4%	66.9%	67.0%	64.2%	D
			女性	64.7%	65.1%	68.1%	66.4%	D

【補足】

「収縮期血圧の平均値の女性の目標値について」

正常値は120～129であるが、医療機関に受診が必要な者（受診勧奨判定値140以上）が生活習慣病の改善や内服開始などで正常値となった場合、集団の収縮期血圧が4mmHg下がることから、目標値を124と設定。

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	評価経年モニタリング				判定		
				指標	平成28年度 (策定時)	平成29年度	平成30年度		令和元年 (直近の値)	
未特定受診者 策定者診	生活習慣病予防	健診受診率向上	特定健診未受診者	特定健診受診率	33.6%	35.0%	33.4%	33.0%	C	
特定保健指導	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防 ・医療費の適正化	特定保健指導終了率向上	特定保健指導対象者	特定保健指導終了率(全体)	28.1%	50.2%	60.5%	55.9%	A	
				特定保健指導(積極的支援)終了率	23.9%	52.4%	57.1%	36.7%	B	
				特定保健指導(動機づけ支援)終了率	29.6%	49.3%	61.4%	60.7%	A	
				昨年度内臓脂肪症候群の内今年度内臓脂肪症候群予備軍の割合	12.5%	6.3%	11.2%	5.5%	C	
				昨年度内臓脂肪症候群の内今年度内臓脂肪症候群該当者・予備軍でなくなった人の割合	11.8%	8.7%	10.8%	12.6%	B	
				昨年度内臓脂肪症候群予備軍のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備軍でなくなった人の割合	23.4%	21.0%	24.8%	19.8%	C	
				昨年度特定保健指導利用者の内今年度特定保健指導対象者でなくなった人の割合	23.5%	15.7%	21.4%	14.0%	D	
受要事診医療者 業勧奨者	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防	要医療者が医療機関を受診する	特定健診結果で要医療者	医療機関受診率		62.0%	47.3%	30.5%	D	
				受診勧奨実施率		100.0%	100.0%	100.0%	A	
生活診習結果 病報告 防会	・糖尿病予防 ・脳血管疾患予防 ・虚血性心疾患予防 ・医療費の適正化	健診有所見者を改善させる。異常なし割合が各項目で前年比より増加する。	特定健診の結果特定保健指導対象者以外(70歳未満) ・HbA1c5.6~7.3%の者 ・血圧(収縮期130~179mmHg、拡張期85~109mmHg)の者 ・中性脂肪(空腹時150以上食後4時間200以上) ・HDL(35以下) ・LDL120(120~179)の者	保健指導実施率	157人→93人 59.2%	155人→111人 71.6%	148人→98人 66.2%	117人→78人 65.0%	B	
				次回健診血圧有所見→異常なし 割合 ()人数は保健指導実施者	64人→12(7)人 18.8%	54人→12(8)人 22.2%	54人→17(11)人 31.5%		A	
				次回健診脂質有所見→異常なし 割合 ()人数は保健指導実施者	101人→8(6)人 7.9%	110人→7(7)人 6.4%	104人→10(7)人 9.6%		B	
				次回健診HbA1c有所見→異常なし 割合 ()人数は保健指導実施者	110人→11(7)人 10%	111人→9(7)人 8.1%	105人→9(5)人 8.6%		B	
血管病重症化 予防対策	・糖尿病の重症化予防 ・適切な受診、治療の継続 ・人工透析への移行を防止	・医療機関未治療者が受診する ・治療中断者が受診を再開する ・医療機関通院中でコントロール不良者のHbA1cが7.9以下に改善する	・特定健診の結果糖尿病要医療者の者 ・未治療者支援ツールを利用し、対象となった者 ・治療中断者ツールを利用し前年度レセプト履歴があるが、今年度レセプト履歴がない者 ・3.医療機関受診中で栄養・生活指導を受けるも血糖コントロールが悪く悪化している者(HbA1c8.0以上の者) ・生活状況が不明で医療機関での聞き取りでは不明確なことが多く、適切な治療に支援をきたしている者 ・治療中断を繰り返している者	未治療者受診勧奨率	100% 35人対象	100% 48人対象	78% 7人対象	100% 8人対象	A	
				治療中断者受診勧奨率	100% 9人対象	100% 7人対象	100% 3人対象	80% 4人対象	D	
				未治療者医療機関受診率	24.3% レセプト歴9人	32.6% レセプト歴16人	11.1% レセプト歴1人	16.7% レセプト歴1人	D	
				治療中断者受診率	44% レセプト歴4人	85.7% レセプト歴8人	100% レセプト歴3人	80% レセプト歴4人	A	
				医療機関連携保健指導実施者数		1	1	0	A	
				保健指導実施者HbA1c改善率		100%	100%	0%	A	
				CKD重症化 予防	・CKDの早期発見・早期治療 ・腎不全・人工透析への移行を防止	・CKDの早期発見、医療機関へ確実に受診する。	特定健診にてe-GFR(70歳未満50未満 70歳以上40未満)の者 以前に紹介状配布、返信済みの対象者については、通院状況の確認。治療・経過観察が継続中の場合は紹介状を渡さない	対象者医療機関受診率100%	79.0%	87.0%
対象者医療機関継続受診率100%	100.0%	88.2%	100%					100%	A	
参考値 紹介状返信結果 0→5人 1→1人 2→0人 返信無し→3人	参考値 紹介状返信結果 2→5人 3→7人 4→8人 返信無し→8人	参考値 紹介状返信結果 0→1人 1→6人 2→4人 3→1人 4→1人 返信無し→1人	参考値 紹介状返信結果 0→1人 1→13人 2→4人 3→5人 4→2人 返信無し→15人					C		
糖尿病 予防教室	糖尿病予防・悪化予防	・血液検査結果の改善維持、糖尿病・合併症を発生しない 治療中HbA1c7.0未満 予備軍HbA1c6.4未満	特定健診にて65歳以上、HbA1c6.0%以上のもの ・糖尿病治療者のもの	血液検査結果 糖尿病治療ガイドラインより 糖尿病治療中 HbA1c 血糖を正常化を目指す際の目標6.0未満 合併症予防のための目標7.0未満 治療強化が困難な際の目標8.0未満	6.0未満→0人 7.0未満→5人 8.0未満→1人 8.0以上→0人	6.0未満→0人 7.0未満→4人 8.0未満→3人 8.0以上→0人	6.0未満→2人 7.0未満→4人 8.0未満→3人 8.0以上→1人	6.0未満→7人 7.0未満→4人 8.0未満→0人 8.0以上→1人	C	
				糖尿病治療なし 異常なし→5 要経過観察→6 要精密検査6.5~7.3 要医療7.4以上	異常なし→1人 要経過観察→6人 要精密検査→1人 要医療→0人	異常なし→0人 要経過観察→11人 要精密検査→3人 要医療→0人	異常なし→0人 要経過観察→8人 要精密検査→8人 要医療→2人	異常なし→2人 要経過観察→3人 要精密検査→1人 要医療→1人	C	
				・糖尿病予備軍の人の糖尿病発症数	0人	0人	1人	0人	A	
				・糖尿病治療中の人の合併症を発生数	0人	0人	0人	0人	A	
				・教室参加者が増える	3人	3人	4人	2人	A	
がん重症化 予防対策	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率向上	がん検診対象者	がん検診受診率	胃がん		9.7%	9.7%	8.9%	C
					子宮頸がん		23.6%	25.6%	23.5%	C
					乳がん		32.3%	32.9%	33.0%	B
					大腸がん		18.6%	21.2%	19.8%	C
			肺がん		34.6%	33.8%	32.0%	D		
の後発費用 促進品	医療費抑制	数量ベース(年平均)の前年度増 (参考:国目標値) H29年度中=70%以上 H30~R2年度末=80%以上	被保険者(0~74歳)	後発医薬品普及率 2月診療分数量ベース(1年移動平均) ※6月末に把握可能	56.88%	60.07%	64.86%	70.49%	B	

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。

医療保険が土佐清水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。

(表 13 内の*のみに着目)

75 歳以上の血管疾患において、特に糖尿病、脂質異常症の増加がみられ、血管疾患合計を見ても他の年代よりも増加している。筋・骨格系、歯肉炎歯周病においては全年齢の合計で増加している。

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		トレンド検定	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	*有意差あり(P値<0.05)	
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40~64歳	1,756		1,608		1,517		1,427			
	65~74歳	2,320		2,306		2,257		2,232			
	75歳以上	3,568		3,601		3,628		3,619			
	合計	7,644		7,515		7,402		7,278			
認定者数	40~64歳	12		10		10		11			
	65~74歳	78		75		76		75			
	75歳以上	860		915		901		931			
	合計	950		1,000		987		1,017			
認定率(認定者数/被保険者数)	40~64歳	0.7%		0.6%		0.7%		0.8%			
	65~74歳	3.4%		3.3%		3.4%		3.4%			
	75歳以上	24.1%		25.4%		24.8%		25.7%			
	合計	12.4%		13.3%		13.3%		14.0%			
循環器疾患	脳血管疾患	40~64歳	8	66.7%	8	80.0%	7	70.0%	7	63.6%	P値(減少) 0.785
		65~74歳	33	42.3%	36	48.0%	33	43.4%	29	38.7%	P値(減少) 0.551
		75歳以上	395	45.9%	413	45.1%	413	45.8%	412	44.3%	P値(減少) 0.558
		合計	436	45.9%	457	45.7%	453	45.9%	448	44.1%	P値(減少) 0.445
	脳出血	40~64歳	6	50.0%	5	50.0%	4	40.0%	4	36.4%	P値(減少) 0.453
		65~74歳	5	6.4%	7	9.3%	6	7.9%	9	12.0%	P値(増加) 0.551
		75歳以上	43	5.0%	47	5.1%	50	5.5%	52	5.6%	P値(増加) 0.519
		合計	54	5.7%	59	5.9%	60	6.1%	65	6.4%	P値(増加) 0.497
	脳梗塞	40~64歳	3	25.0%	4	40.0%	5	50.0%	4	36.4%	P値(増加) 0.487
		65~74歳	31	39.7%	33	44.0%	32	42.1%	25	33.3%	P値(減少) 0.409
75歳以上		370	43.0%	387	42.3%	388	43.1%	385	41.4%	P値(減少) 0.562	
合計		404	42.5%	424	42.4%	425	43.1%	414	40.7%	P値(減少) 0.486	
虚血性心疾患	40~64歳	1	8.3%	1	10.0%	1	10.0%	1	9.1%	P値(増加) 0.950	
	65~74歳	10	12.8%	13	17.3%	16	21.1%	14	18.7%	P値(増加) 0.270	
	75歳以上	249	29.0%	291	31.8%	280	31.1%	296	31.8%	P値(増加) 0.269	
	合計	260	27.4%	305	30.5%	297	30.1%	311	30.6%	P値(増加) 0.164	
腎不全	40~64歳	2	16.7%	2	20.0%	2	20.0%	1	9.1%	P値(減少) 0.655	
	65~74歳	3	3.8%	3	4.0%	11	14.5%	7	9.3%	P値(増加) 0.051	
	75歳以上	81	9.4%	86	9.4%	95	10.5%	98	10.5%	P値(増加) 0.317	
	合計	86	9.1%	91	9.1%	108	10.9%	106	10.4%	P値(増加) 0.163	
人工透析	40~64歳	2	16.7%	2	20.0%	2	20.0%	1	9.1%	P値(減少) 0.655	
	65~74歳	0	0.0%	2	2.7%	3	3.9%	2	2.7%	P値(増加) 0.221	
	75歳以上	7	0.8%	6	0.7%	5	0.6%	9	1.0%	P値(増加) 0.761	
	合計	9	0.9%	10	1.0%	10	1.0%	12	1.2%	P値(増加) 0.620	
血管疾患	糖尿病	40~64歳	5	41.7%	5	50.0%	6	60.0%	6	54.5%	P値(増加) 0.467
		65~74歳	33	42.3%	30	40.0%	31	40.8%	32	42.7%	P値(増加) 0.946
		75歳以上	239	27.8%	284	31.0%	281	31.2%	310	33.3%	P値(増加) * 0.016
		合計	277	29.2%	319	31.9%	318	32.2%	348	34.2%	P値(増加) * 0.020
	腎症	40~64歳	1	8.3%	1	10.0%	1	10.0%	1	9.1%	P値(増加) 0.950
		65~74歳	1	1.3%	2	2.7%	2	2.6%	4	5.3%	P値(増加) 0.164
		75歳以上	11	1.3%	15	1.6%	18	2.0%	21	2.3%	P値(増加) 0.099
		合計	13	1.4%	18	1.8%	21	2.1%	26	2.6%	P値(増加) * 0.050
	網膜症	40~64歳	1	8.3%	2	20.0%	2	20.0%	2	18.2%	P値(増加) 0.535
		65~74歳	4	5.1%	6	8.0%	5	6.6%	7	9.3%	P値(増加) 0.398
75歳以上		15	1.7%	21	2.3%	21	2.3%	26	2.8%	P値(増加) 0.157	
合計		20	2.1%	29	2.9%	28	2.8%	35	3.4%	P値(増加) 0.097	
神経障害	40~64歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-	
	65~74歳	2	2.6%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少) 0.074	
	75歳以上	12	1.4%	13	1.4%	15	1.7%	20	2.1%	P値(増加) 0.185	
	合計	14	1.5%	14	1.4%	15	1.5%	20	2.0%	P値(増加) 0.362	
高血圧	40~64歳	8	66.7%	7	70.0%	7	70.0%	8	72.7%	P値(増加) 0.765	
	65~74歳	53	67.9%	53	70.7%	51	67.1%	51	68.0%	P値(減少) 0.890	
	75歳以上	724	84.2%	760	83.1%	777	86.2%	804	86.4%	P値(増加) 0.066	
	合計	785	82.6%	820	82.0%	835	84.6%	863	84.9%	P値(増加) 0.077	
脂質異常症	40~64歳	6	50.0%	5	50.0%	5	50.0%	3	27.3%	P値(減少) 0.311	
	65~74歳	25	32.1%	29	38.7%	30	39.5%	34	45.3%	P値(増加) 0.103	
	75歳以上	350	40.7%	397	43.4%	411	45.6%	466	50.1%	P値(増加) * 0.000	
	合計	381	40.1%	431	43.1%	446	45.2%	503	49.5%	P値(増加) * 0.000	
高尿酸血症	40~64歳	2	16.7%	2	20.0%	3	30.0%	3	27.3%	P値(増加) 0.466	
	65~74歳	6	7.7%	10	13.3%	12	15.8%	13	17.3%	P値(増加) 0.072	
	75歳以上	119	13.8%	133	14.5%	140	15.5%	146	15.7%	P値(増加) 0.221	
	合計	127	13.4%	145	14.5%	155	15.7%	162	15.9%	P値(増加) 0.082	
血管疾患合計	40~64歳	11	91.7%	10	100.0%	10	100.0%	10	90.9%	P値(減少) 0.965	
	65~74歳	63	80.8%	64	85.3%	65	85.5%	65	86.7%	P値(増加) 0.331	
	75歳以上	798	92.8%	847	92.6%	855	94.9%	885	95.1%	P値(増加) * 0.011	
	合計	872	91.8%	921	92.1%	930	94.2%	960	94.4%	P値(増加) * 0.006	
認知症	40~64歳	2	16.7%	1	10.0%	2	20.0%	2	18.2%	P値(増加) 0.791	
	65~74歳	20	25.6%	21	28.0%	17	22.4%	14	18.7%	P値(減少) 0.227	
	75歳以上	434	50.5%	453	49.5%	463	51.4%	483	51.9%	P値(増加) 0.404	
	合計	456	48.0%	475	47.5%	482	48.8%	499	49.1%	P値(増加) 0.520	
筋・骨格疾患	40~64歳	8	66.7%	6	60.0%	6	60.0%	7	63.6%	P値(減少) 0.880	
	65~74歳	61	78.2%	60	80.0%	58	76.3%	62	82.7%	P値(増加) 0.644	
	75歳以上	787	91.5%	846	92.5%	843	93.6%	882	94.7%	P値(増加) * 0.004	
	合計	856	90.1%	912	91.2%	907	91.9%	951	93.5%	P値(増加) * 0.005	
歯肉炎歯周病	40~64歳	2	16.7%	5	50.0%	5	50.0%	6	54.5%	P値(増加) 0.078	
	65~74歳	29	37.2%	34	45.3%	35	46.1%	40	53.3%	P値(増加) 0.054	
	75歳以上	249	29.0%	304	33.2%	356	39.5%	406	43.6%	P値(増加) * 0.000	
	合計	280	29.5%	343	34.3%	396	40.1%	452	44.4%	P値(増加) * 0.000	

※医療保険が土佐清水市の国保又は後期である介護認定者のみ集計

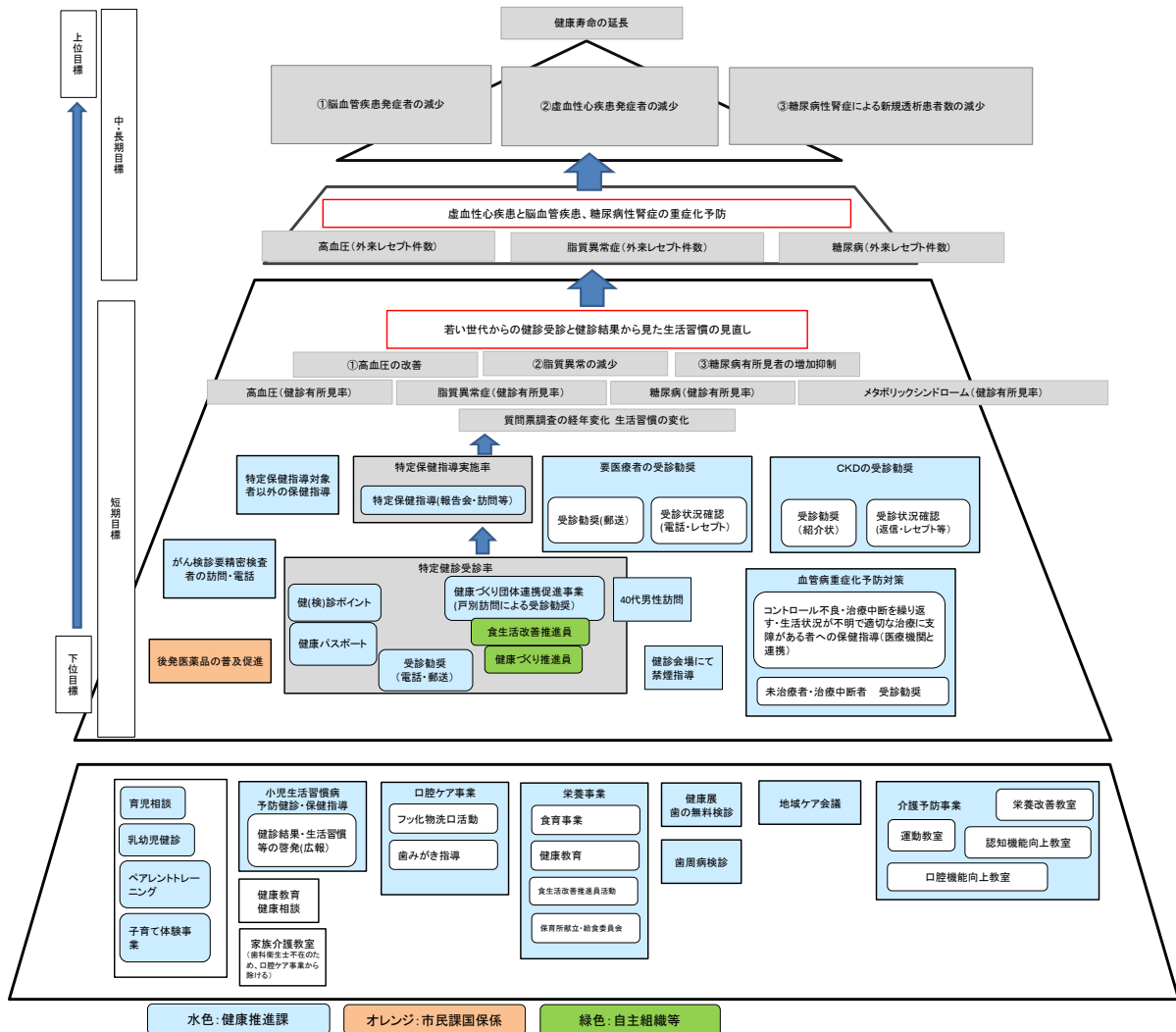
7. 事業体系図・他事業との連動（様式2）の加筆修正

国保保健事業以外の土佐清水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。

【事業廃止】

- ・ 歯科衛生士の不在により、後期高齢者歯科相談事業を令和2年3月にて廃止。
- ・ 特定健診受診率向上事業の見直しにより、脂肪燃焼運動教室を令和2年3月にて廃止。
- ・ 専門職の不足や、参加者の固定化により、糖尿病予防教室を令和2年3月にて廃止。

【土佐清水市】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

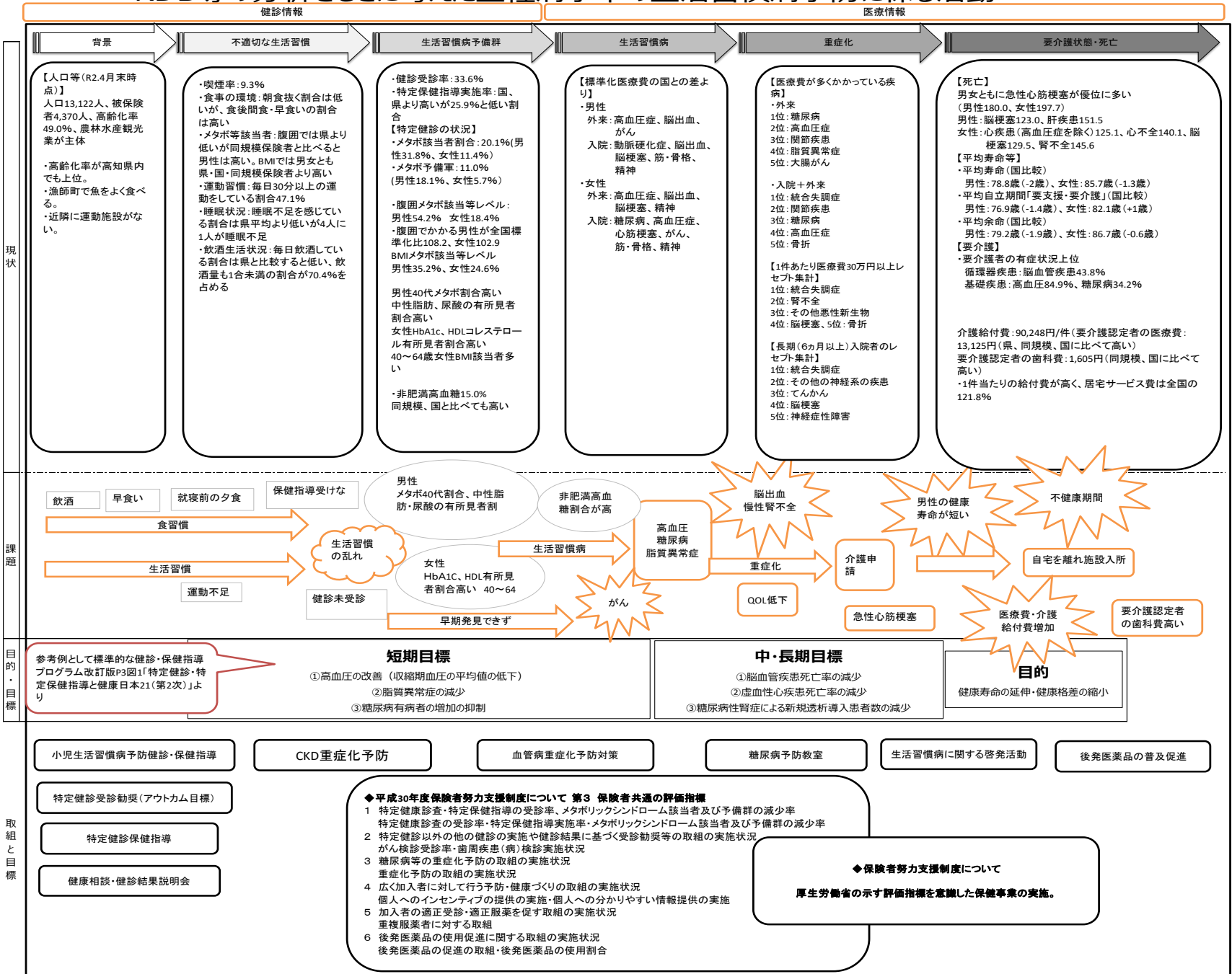


8. 中間評価の結果をふまえた課題整理

進捗管理・中間評価の結果をふまえた課題と対策について下記の一覧に示す。

課題	対策
特定健診受診率の低下	市内医療機関の閉院や、受診者数が多い高齢者層が後期高齢者へと移行することで、受診率の低下を招いている。全世代の受診率向上を図るため、幡多福祉保健所とも協議し、受診率向上に向けた取組を検討し、実行する必要がある。
がんによる医療費の増加	疾病別医療費にてがんによる医療費が増加している。がん検診の受診率を上げるため、郵送や電話での受診勧奨を実施していく。
脳血管疾患の新規患者数の増加	生活習慣病により脳血管疾患の新規患者数や、脳梗塞による入院医療費の増加が見られる。特定保健指導実施率の目標値 60%を維持できるよう継続していくことと、特定健診受診率を上げていく必要がある。
糖尿病予防事業の見直し	糖尿病有所見者の割合が増加傾向にあるため、事業の見直しが必要。糖尿病予防教室については、参加者の固定化や、専門職の不足により、令和元年度末に教室型の事業を終了したため、今後は、特定健診後の保健指導や、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用に重点をおいて、糖尿病予防事業を実施していく。
要医療者の医療機関受診率の低下	健診結果にて要医療者と判定された者に対して、健診結果の郵送時に医療機関受診勧奨を依頼する文書を送付。文書へは医療機関受診後、結果を連絡してもらおうよう記載しているが、対象者からの連絡は少なく、連絡がない者に対しての個別対応も対応時期を超えて行うことがあるため、今後は、受診勧奨文書の工夫や対応時期の確認に係の打合わせで行っていく。
介護認定者の割合の増加	65 歳以上の高齢者層の被保険者の割合が増加していることから、介護認定者の割合も増加している。なかでも、KDB より 75 歳以上の介護認定者の経年有病状況有意差があると分かった筋・骨格系、歯肉炎歯周病に関してはフレイル予防への取組を進め、糖尿病・脂質異常症に関しては KDB やレセプトを活用し、地域や個人の状況を把握したうえで、必要な介護予防事業を行っていく。

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 KDB等の分析をもとに考えた土佐清水市の生活習慣病予防に係る活動



① 2 期中間評価の現状

国保被保険者数は減少しているが、がん、脳血管疾患については医療費が増加しており、一人当たり医療費も増加傾向にある。医療費の抑制・適正化や重症化予防を継続して行い、特定健診やがん検診の受診率を上げていく必要がある。しかし、特定健診受診率は平成 30 年度以降減少傾向となっており、その要因としては市内医療機関の閉院等が挙げられるが、医療費の抑制・適正化として行っている、特定保健指導の終了率は目標値に達成し、ジェネリック医薬品の使用率も増加していることから、目標を達成している部分は現状を維持していく必要がある。

② 2 期中間評価の課題

脳血管疾患の新規患者数が増加していることについては、生活習慣病によるものであり、早期発見するには特定健診を受診してもらう必要がある。しかし平成 30 年度から特定健診受診率が低下しており、市内医療機関の閉院や新型コロナウイルスの影響により令和 2 年度も受診率が下がる見込となっているため、特定健診受診率向上に向けた取組を継続して進め、受診率を上げていく必要がある。また、がんによる医療費も増加しており、がん検診を受診してもらい早期発見に繋げることが重要であるため、がん検診の受診率も上げていく必要がある。

③ 2 期中間評価からの取組

詳細は個別保健事業一覧・個別保健事業評価計画参照

特定健診受診勧奨事業については引き続き、電話連絡・郵送・訪問など様々な方法にて受診勧奨を実施するとともに、幡多福祉保健所とも随時協議を行いながら、効果的な受診勧奨を検討していく。

特定保健指導事業については、目標値を達成しているが、維持向上を目指して取組を継続していく。

要医療者受診勧奨事業について、医療機関受診率を向上させるため、効果的な勧奨文書や、早期の電話・訪問による勧奨を実施していく。

生活習慣病予備軍対策については保健指導実施時に行っているため、今後も継続的な実施を行う。

血管病重症化予防対策については、医療機関へ血管病重症化予防プログラムの利用方法についての周知を進め、連携が取れる医療機関を増やしていく。

CKD 重症化予防対策について、電話連絡や訪問にて受診勧奨を行い、医療機関受診率 100%を継続させる。

糖尿病予防教室については参加者の固定化や、専門職の不足により、令和元年度末にて教室型の事業を終了したため、今後は、特定健診後の保健指導や、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用において、糖尿病予防事業を実施していく。

がん重症化予防対策について、がん検診の受診率を上げるため、郵送や電話での受診勧奨を実施していく。

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	アウトカム結果
<p>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(P56.7 事業体系図・他事業との連動(様式 2))を行い、必要な事業予算や人員配置などの確保を行った。</p> <p>特定健診受診勧奨においては、平成 30 年度から医療機関の閉院や、新型コロナウイルスの影響もあり、受診率が 2%下がっている。引き続き継続した受診勧奨事業を行うとともに、効果的な方法を幡多福祉保健所の助言を受けながら検討していく。</p>	<p>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(P52.5 指標の経年データ(様式 1)と判定)を確認、要因分析(P57.8 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。</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>計画策定時の個別保健事業は全て実施できている。</p> <p>しかし、糖尿病予防教室について、参加者の固定化や、専門職の不足により、令和元年度末にて教室型の事業を終了したため、今後は、特定健診後の保健指導や、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用に重点をおいて、糖尿病予防事業を実施していく。</p> <p>(P53.5 指標の経年データ(様式 1)と判定 個別保健事業の実施計画の経年結果より)</p>	<p>計画策定時から現在まで、脳血管疾患発症者及び虚血性心疾患発症者については増加傾向にある。生活習慣病によるものであるため健診受診と医療機関受診への勧奨を優先的に実施していく。</p> <p>(P52.5 指標の経年データ(様式 1)と判定 中・長期目標の経年結果より)</p>