

第2期室戸市国民健康保険保健事業実施計画

(データヘルス計画)

評価・見直し報告書

令和6年3月

室戸市

国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）
第2期評価・見直し報告書

目次

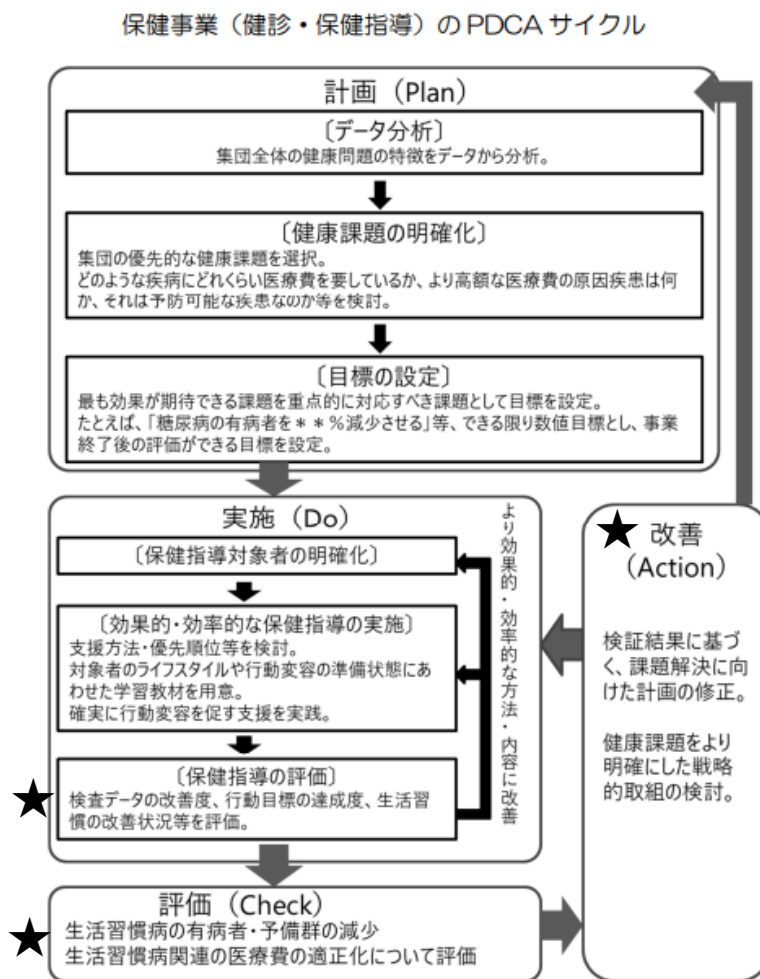
1. 評価・見直しの目的	P. 1
2. 評価方法	P. 1
3. 指標の経年データの判定	P. 2
4. 個別保健事業等の評価	P. 6
5. 第2期データヘルス計画まとめ・考察	P. 17
■ 個別保健事業集 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画 平成29年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 令和4年度 令和5年度	P. 19
■ データ集 経年評価指標 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る介護情報	P. 107

1. 評価・見直しの目的

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

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

図1



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】

2. 評価方法

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

3. 指標の経年データの判定

各指標の経年データについて、判定結果を一覧に示す。

第2期データヘルス計画策定時の平成28年度から令和4年度の実績値をみて下記の5段階で判定する。

A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）、C（変わらない）、D（悪化している）、E（判定不能）のレベルで評価判定し、課題整理を行う。

室戸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 評価→目的・目標・指標の確認、達成状況と判定

目的: 今回の計画の目的は、健康寿命の延伸である。

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

中・長期目標

	目標	対象者	評価経年モニタリング								判定
			指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
データヘルス計画本文より	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の改善について取り組み、それぞれの患者割合を減少させていく	虚血性心疾患	患者数増減率	-	-0.5%	-9.7%	-8.00%	-7.80%	-4.80%	-14.80%	B
		脳血管疾患	患者数増減率	-	-9.9%	-18.5%	-5.40%	-3.00%	-4.90%	-10.60%	B
		糖尿病性腎症	患者数増減率	-	-7.4%	45.8%	1.80%	13.50%	23.40%	16.90%	D
	医療費の伸びを抑える	全被保険者	1人当たり医療費伸び率	-	1.0%	4.0%	0%	-5%	10%	-2%	C

短期目標(毎年評価する)

	目標	対象者	評価経年モニタリング								判定
			指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
データヘルス計画本文より	特定健診受診率の向上	特定健診対象者	受診率	37.3%	37.5%	37.5%	38.1%	37.3%	35.9%	36.2%	C
	高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリック症候群を減らしていく	高血圧	患者数増減率	- (把握できない)	-4.0%	1.0%	-7%	-8%	3%	-14%	C
		脂質異常症	患者数増減率	- (把握できない)	-3.0%	-2.0%	-4%	-11%	7%	-14%	C
		糖尿病	患者数増減率	- (把握できない)	-3.0%	2.0%	-12%	-11%	6%	-12%	C
		メタボリックシンドローム	患者数増減率	23.4%	25.9%	25.4%	25.8%	29.5%	30.8%	29.6%	D

個別保健事業実施計画

事業名	目的	目標	対象者	評価経年モニタリング								判定
				指標	平成28年 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
糖尿病重症化予防	患者の生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化を防ぐ 【目標値】 3名以上の指導 対象者の指導率 20%	特定健診受診データによる院外処方糖尿病患者や	対象者の指導率 (実施人数/対象者人数)	0% (0人)	20% (1人/5人)	20% (1人/5人)	33.3% (1人/3人)	66.7% (2人/3人)	25% (1人/4人)	25% (1人/4人)	C
生活習慣病重症化予防(糖尿病腎症を除く)	疾病リスクの高い者の生活改善と重症化予防	生活習慣病の改善・予防 【目標値】 医師面談利用率 100% * 令和3年度から60%に変更	特定健診の結果、異常値が複数重なっている疾病リスクの高い者	実施率(指導人数/指導対象者人数)	87.5% (14人/16人)	93.3% (14人/15人)	92.3% (11人/12人)	64.7% (11人/17人)	50% (13人/26人)	52.6% (10人/19人)	56.5% (13人/23人)	C
特定健診未受診者対策	受診率向上	受診率40%	特定健診受診者(40~74歳)	健診受診率	37.3%	37.65%	37.67%	37.83%	37.09%	35.40%	35.44%	C

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 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年 (直近の値)	
受診勧奨	放置者への受診勧奨	医療機関受診にて早期治療開始 【目標値】 医療機関への受診率20%	特定健診の結果、要医療判定者の内、医療機関未受診者	通知効果による医療機関への受診率	8.5% (11人/130人)	7.7% (7人/99人)	47.9% (46人/96人)	未実施	未実施	14.0% (15人/100人)	15.0% (15人/100人)	E
ジェネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック医薬品への理解を深める 【目標値】 金額(後発品率)40%以上	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	金額(後発品率)	21.60%	24.8%	26.2%	25.7%	26.7%	28.2%	29.0%	B
重複・頻回受診、重複服薬	医療の適正受診	重複・頻回受診、重複服薬者への指導と意識改革 【目標値】 対象者減少率20%減	レセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	訪問受入率 指導対象者への指導完了率	56人	56人→49人	49人→86人	86人→152人	152人→155人	155人→157人	157人→38人	E (年齢により対象者の集計方法が違っているため)
健康相談	医療や健康への不安を医療専門家に相談することで不安緩和を図る	24時間電話対応による不安の減少、時間外受診の削減、多受診の防止 【目標値】 利用者数 300人以上	国保被保険者	利用者数	276人	291人	288人	315人	181人	- (実施せず)	- (実施せず)	E
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	運動の習慣化	生活習慣病予防改善、水中運動プログラムへの参加者数 10人/回	国保被保険者	参加者数/実施回数(平均人数)	- (把握できない)	2人/1回 (平均2人)	0人/1回 (平均0人)	2人/1回 (平均2人)	- (実施せず)	- (実施せず)	- (実施せず)	E
	運動の習慣化	健康運動教室・健康ウォーキング教室への参加者数 10人/回	国保被保険者	参加者数/実施回数(平均人数)	10.8人 (227人/21回)	5.9人 (206人/35回)	7.2人 (186人/26回)	4.2人 (164人/39回)	5.5人 (131人/24回)	5.6人 (123人/22回)	6.7人 (161人/24回)	C
	疾病に関する知識の普及	医療講座への参加者数 50人/回	国保被保険者	参加者数/実施回数(平均人数)	53.9人 (107人/2回)	116人 (232人/2回)	86人 (86人/1回)	43人 (43人/1回)	- (実施せず)	- (実施せず)	- (実施せず)	E

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 (策定時)	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	令和3年		令和4年 (直近の値)
特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)	健康について関心を促し、継続受診へつなげる。	健診結果説明会への参加者率 20%	要医療、要精密、受療中の者	参加者数/要医療、要精密、受療中の人数	- (把握できない)	16.0% (143人/891人)	48.1% (187人/388人)	31.4% (95人/302人)	40% (111人/277人)	32% (83人/259人)	30.2% (72人/238人)	A
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	若年層への早期介入を行うことで、自分の体の状態を知り、生活習慣を見直すことができる。	30歳代健診の受診率 ～R1:受診率40% R2～:受診率20%	30歳代の国保被保険者	30歳代健診の受診率	- (把握できない)	10.7% (33人/308人)	11.6% (32人/276人)	12% (28人/242人)	15.3% (34人/221人)	9.3% (20人/214人)	13.1% (29人/221人)	C
	メタボ該当者への適切な早期介入指導によるリスク改善	対象者全員への指導 実施率100%	要医療、要精密、受療中の者	保健指導実施率 (医師による健康相談会・健診結果説明会への参加者)/要医療、要精密、受療中)	74.4% (5人/7人)	100% (3人/3人)	100% (3人/3人)	37.5% (6人/16人)	11.1% (1人/9人)	11.1% (1人/9人)	20.0% (2人/10人)	D
特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)	要医療判定者の適切な受療と生活習慣の改善	医療機関受診率(受診者数/紹介状発行数) 50%	特定健診の結果、要医療判定となった者	医療機関受診率	26.2% (11人/42人)	58.3% (28人/48人)	65.9% (29人/44人)	44.4% (20人/45人)	50.0% (18人/36人)	30.9% (13人/42人)	30.2% (13人/43人)	D

4. 個別保健事業等の評価

個別保健事業等の評価

※判定基準
 H29年から直近R4年の実績値を比較して下記の5段階の分類で評価する
 A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）
 C（変わらない）、D（悪化している）E（判定不能）

目的	糖尿病重症化予防 患者の生活改善と意識付け								
事業内容	対象者：特定健診で糖尿病治療薬を使用中と回答した者、またはセプトで糖尿病治療薬の院外処方が確認された者。 実施方法：かかりつけ医と連携しながらプログラムに沿った薬剤師による指導。 実施場所：薬局(委託)、対象者の自宅、保健介護課内。 担当：市民課、保健介護課								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	重症化防止率	50%	1.7%	2.2%	0.0%	3.8%	1.4%	0.0%	C
アウトプット	指導率	20%	20.0%	20.0%	33.3%	66.7%	25.0%	25.0%	C
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく。								
継続等について	<input checked="" type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	委託業者との連携をとり、プログラム利用者への配慮、利用体制の整備を行い、糖尿病に対する啓発、意識改革を図るための環境づくりに取り組む								

個別保健事業等の評価

目的	生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症を除く） 患者の生活改善と意識付け								
事業内容	<p>対象者：特定健診受診者のうち、異常値が複数重なっている疾病リスクの高い者（特定保健指導対象外を除く）。</p> <p>実施方法：地区を限定して3日間、医師による健診結果の説明や生活指導を行い、保健師等が本人と面談し、具体的な行動目標を設定。3～6ヶ月後に目標の達成状況を確認する。</p> <p>実施場所：各地区の健診会場</p> <p>実施者：医師、保健師、管理栄養士</p> <p>担当：保健介護課</p>								
評価	評価指標	目標値						※判定	
			H29	H30	R1	R2	R3		R4
アウトカム	生活習慣改善率 (次年度の検査数値)	60%	- (把握できない)	- (把握できない)	- (把握できない)	60.0%	40.0%	54.5%	B
アウトプット	医師面談利用率	60%	93.3%	92.3%	64.7%	50.0%	52.6%	56.5%	C
成功要因 未達要因	<p>※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください</p> <p>令和元年度までは改善率の評価は未実施であったが、令和2年度より、医師の助言のもと、相談会を利用した翌年度の検査数値と比較して改善率を評価。40～60%の改善率（翌年度は未受診者を除く）であり、医師による直接指導は効果的に実施できている。一方で、翌年度は未受診の者がいるので、継続受診の必要性も伝える必要がある。</p> <p>医師面談利用率は50～56%と低迷しているため、利用動機の方法を検討する必要がある。</p>								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input checked="" type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	<p>医師による直接指導は効果的に行えているので、次年度も同じ方向性で実施する。</p> <p>利用率が低い為、特定健診会場にて、受診者全員に医師による健康相談会のチラシを配布。口頭でも「対象の方は案内八ガキが届くので、自身の体の状態を知るために必ず来てほしい。」と伝え、勧奨の強化を図る。</p>								

個別保健事業等の評価

目的	特定健診未受診者対策 特定健診の受診率向上								
事業内容	<p>対象者：特定健診対象者(40～74歳)。 実施方法： [訪問による受診勧奨] ・集団健診の2週間前に「健康応援団」による戸別訪問を実施。 [ハガキによる受診勧奨] ・集団健診終了後、未受診者にひろい健診と個別健診の受診勧奨ハガキを送付。 [電話による受診勧奨] ・委託業者による電話での受診勧奨。 [集団健診会場への送迎] ・事前に申し込みのあった希望者に集団検診会場への送迎を行う。 [特定健診の周知] ・集団健診前に対象地区(量販店、公民館等)にポスターを掲示。 ・広報掲載・防災行政無線での広報。 ・当日、送迎車にて、健康応援団による勧奨アナウンスを実施。 【脳ドックとセット受診】 脳ドックとセットでの受診勧奨 【みなし健診】 対象者に同意書を提出してもらい、医療機関が保有する診療情報を保険者に提供していただき、その情報を特定健診情報とみなして保険者が活用を行う (担当：保健介護課、市民課)</p>								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健診受診率	40%	37.65%	37.67%	37.83%	37.09%	35.40%	35.44%	C
アウトプット	電話による受診勧奨率(通話率)	100%	- (把握できない)	80.3%	65.0%	82.4%	75.4%	79.3%	B
	ハガキによる受診勧奨率	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
成功要因 未達要因	<p>※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 受診者が後期高齢者へ移行しており、受診率は微減傾向。新たな受診者への勧奨が課題。</p>								
継続等について	<input type="checkbox"/>	継続							
	<input checked="" type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	次期計画においては、ナッジ理論を活用した受診勧奨の方法を検討する。								

個別保健事業等の評価

目的	受診勧奨 放置者への受診勧奨（昨年度健診分）								
事業内容	対象者：特定健診受診データで異常値が見られた方で、その後医療機関受診の無い方。 実施方法：対象者それぞれに個人の健診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す。 実施者：委託業者（H29、H30、R3、R4） 担当：市民課								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	通知発送者の医療機関受診率	20%以上	7.7%	47.9%	未実施	未実施	14.0%	15.0%	E
アウトプット	対象者の通知率	100%	100.0%	100.0%	未実施	未実施	100.0%	100.0%	E
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 6年間の内受診勧奨を行えていない期間があったが、令和3年からは業者委託により行うことにより、目標は達していないが医療機関受診につながっている。								
継続等について	<input checked="" type="checkbox"/> 継続								
	<input type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	通知文書の見やすさを工夫しながら対象者への受診勧奨通知を継続していく								

個別保健事業等の評価

目的	ジェネリック医薬品使用促進 医療費の削減								
事業内容	対象者：全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な者。 実施方法：高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシやHP用等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める。 担当：市民課、保健介護課								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	ジェネリック医薬品普及率	金額 40%以上	24.8%	26.2%	25.7%	26.7%	28.2%	29.0%	B
アウトプット	差額通知書の発送率	90%以上	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 国保連合会への委託により行っており、目標値に達してはいないが、ジェネリック医薬品普及率は増えている。								
継続等について	<input checked="" type="checkbox"/>	継続							
	<input type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	委託業者と連携をとり、引き続き事業を行う								

個別保健事業等の評価

目的	重複・頻回受診、重複服薬 医療の適正な利用								
事業内容	対象者：重複・頻回受診、重複服薬者。 実施方法：対象者への通知ハガキ→訪問→電話による指導。 実施者：委託業者								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	次年度の対象者	20%減	49人	86人	152人	155人	157人	38人	E
	(委託をしている年度は委託業者からの抽出人数、委託していない年度は簡易分析の人数のため比較ができていない)								
アウトプット	指導開始者の指導完了率	100%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	E
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 委託をした年度と、委託をしていない年度で対象者の把握の方法がちがっていたため判定ができなかった。業者に委託をすることにより希望者の確保ができ、医療の適正受診への指導につながっている。								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input checked="" type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	第3期DH計画事業内容では薬剤の適正使用推進として重複投与、多剤投与者への取組が必要となってくるので、重複・頻回受診、重複服薬については継続を検討する								

個別保健事業等の評価

目的	健康相談 医療や健康への不安を医療専門家に相談することで不安緩和を図る								
事業内容	対象者：国保被保険者 実施方法：電話医療相談を行っている業者へ委託 実施者：委託業者 担当：保健介護課								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	未受診件数の割合	20%以上	12.3%	15.5%	15.5%	20.4%	- (実施せず)	- (実施せず)	E
	年間利用者数	300人以上	291人	288人	315人	181人	- (実施せず)	- (実施せず)	E
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 利用件数が激減したため。また、電話健康相談は、本事業以外にも県下で実施されているため、費用対効果を考え、令和3年度からは事業を終了することとした								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input checked="" type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	費用対効果を考え、時期計画では事業を行わないこととする								

個別保健事業等の評価

目的	国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業 生活習慣病の予防と改善を図る。								
事業内容	<p>対象者：国保被保険者(20歳以上)。 実施方法： [生活習慣病予防改善水中運動プログラム] 生活習慣病への知識習得と運動によるメタボ対策。事前測定及び効果測定実施。 成果報告会の実施・週2回運動指導。大学教授による生活習慣病と水中運動との関連性・広報告知 [健康ウォーキング教室] 運動によるメタボ対策。血圧の測定。歩き方・コースの説明。準備体操・歩く。 [健康運動教室] 生活習慣病への知識習得と運動によるメタボ対策。健康運動指導士による運動教室。 [医療講座] 医療への知識習得への意識付け。 医師による医療に関する講話実施場所：ニュー・サンパレス室戸、シレストむろと。 実施者：内田脳神経外科（委託先）、委託業者 担当：保健介護課</p>								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	運動習慣のない人の割合	58%以下	60.9%	61.6%	63.8%	63.1%	62.6%	60.5%	B
	メタボリックシンドローム該当者の割合	20%以下	25.9%	25.4%	25.8%	29.5%	30.8%	29.6%	D
	[生活習慣病予防改善水中運動プログラム]参加者数	10人/回	2人/1回	0人/1回	2人/1回	- (実施せず)	- (実施せず)	- (実施せず)	E
	[健康運動教室・ウォーキング教室]参加者数	10人/回	5.9人 (206人/35回)	7.2人 (186人/26回)	4.2人 (164人/39回)	5.5人 (131人/24回)	5.6人 (123人/22回)	6.7人 (161人/24回)	C
	[医療講座]実施回数	2回	2回	1回	1回	- (実施せず)	- (実施せず)	- (実施せず)	E
	[医療講座]参加者数	50人	232人	86人	43人	- (実施せず)	- (実施せず)	- (実施せず)	E
成功要因 未達要因	<p>※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 医療講座は、感染症蔓延の影響でR2年度より中断。これを機に事業を終了。健康運動教室では、運動習慣のない人やメタボ該当者への受診勧奨が不十分と考える。</p>								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input checked="" type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	運動習慣のない人やメタボ該当者に対し、チラシの配布のみでなく、口頭でも勧奨する。マンネリ化しないように楽しく運動習慣を身につけていけるよう、内容を適宜見直す。								

個別保健事業等の評価

目的	特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策) 特定健診受診者が健康に関心を持ち、健康な生活を送る								
事業内容	対象者：特定健診受診者のうち、要医療、要精密、受療中の者。 実施方法：業者に委託し、保健師による健診結果の説明や管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による体操を実施。 実施場所：各健診会場。 実施者：委託業者								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	対象者の参加率	20%以上	16% (143人/891人)	48.1% (187/388人)	31.4% (95人/302人)	40% (111人/277人)	32% (83人/259人)	30.2% (72人/238人)	A
アウトプット	勧奨者率	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
成功要因 未達要因	※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください 対象者を見直したことで、生活習慣病またはそのリスクの高い人に直接指導が行えている。健診会場でのチラシの配布や案内ハガキの郵送等によって、全員に周知を図ることで、参加率30%以上を維持できている。								
継続等について	<input type="checkbox"/>	継続							
	<input checked="" type="checkbox"/>	多少の見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	大幅な見直しが必要							
	<input type="checkbox"/>	継続要検討							
見直し改善案、次期計画の方向性	健診結果説明会後にアンケートを実施し、説明の理解度や生活習慣改善の意志を把握し、評価する。								

個別保健事業等の評価

目的	生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組 30代の若年層が健診を受診し、自分の健康状態(特に耐糖能異常や肝機能異常など)を正しく把握する								
事業内容	<p>対象者 : 室戸市民の内、30歳代。 実施方法 : 対象者の抽出、台帳作成、案内ハガキを送付。 特定健診と同時に(身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察)を実施。</p> <p>実施場所 : 各健診会場。 実施者 : 保健介護課</p>								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	受診率	H28、H29受診 目標人数に対する 受診者数(目標50人) H30・R1 受診 率40% R2~ 受診率20%	10.7% (33人/308人)	11.6% (32人/276人)	12% (28人/242人)	15.3% (34人/221人)	9.3% (20人/214人)	13.1% (29人/221人)	C
	保健指導率		100%	100%	37.5%	11.1%	11.1%	20.0%	D
アウトプット	実施回数	15回	18回	18回	17回	16回	15回	15回	A
成功要因 未達要因	<p>※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください</p> <p>受診率は10%以上を維持できているが、低い状況。健診・保健指導への受診勧奨方法が課題である。</p>								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input checked="" type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	毎月、広報へ30歳代健診の日程等を掲載し、周知すると共に、ナッジ理論を活用して案内ハガキの内容の見直しを図る。								

個別保健事業等の評価

目的	特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策) 要医療判定者の適切な受療と生活習慣の改善。								
事業内容	<p>対象者：特定健診の結果、要医療判定となった者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最大血圧180以上または最低血圧110以上 ・HbA1c 7.4以上 ・尿酸10.0以上(ただし、問診にて該当項目が「受療中」となっているものは除く) ・GOT100以上またはGPT100以上 ・LDLコレステロール180以上 <p>実施方法：対象者の抽出、台帳作成、紹介状の発行 健診結果説明会・医師による相談会・特定保健指導での面接時、本人へ、数値の内容、生活習慣改善と早期受診の必要性を説明し、紹介状を手渡す。来所困難な者郵送する。 医療機関からの返信、電話で受診結果を確認</p> <p>実施場所：各説明会会場。 実施者：保健介護課</p>								
評価	評価指標	目標値							※判定
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	医療機関受診率(受診者/紹介状発行数)	50%	58.3% (28人/48人)	65.9% (29人/44人)	44.4% (20人/45人)	50.0% (18人/36人)	30.9% (13人/42人)	30.2% (13人/43人)	D
アウトプット	紹介状の発行率	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	A
成功要因 未達要因	<p>※6年間の個別保健事業評価計画のプロセス、ストラクチャーから要因分析をしてください</p> <p>マンパワー不足のため、紹介状発行後のフォロー（電話受診勧奨等）ができていない。</p>								
継続等について	<input type="checkbox"/> 継続								
	<input checked="" type="checkbox"/> 多少の見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 大幅な見直しが必要								
	<input type="checkbox"/> 継続要検討								
見直し改善案、次期計画の方向性	紹介状発行後、半年以内に電話での受診勧奨を全数できるよう、職員の体制を整える。								

5. 第2期データヘルス計画まとめ・考察

個別保健事業まとめ

事業名	現状 (達成・未達要因)	見直し改善案、次期計画の方向性	第3期DH計画事業内容
糖尿病重症化予防	6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく。	委託業者との連携をとり、プログラム利用者への配慮、利用体制の整備を行い、糖尿病に対する啓発、意識改革を図るための環境づくりに取り組む。	糖尿病重症化予防プログラムⅡに該当する治療中ハイリスク者への、医療機関等と連携した市町村による保健指導を行う。
生活習慣病重症化予防 (糖尿病性腎症を除く)	生活習慣病改善率は高く、効果的に実施できているが、利用率は低迷している。	利用率向上のために、特定健診受診者全員に案内チラシの配布と口頭で受診勧奨を行う。	医師と連携し、利用率の向上や指導内容の充実を図りながら、相談会を継続して実施する。
特定健診未受診者対策	受診率は微減傾向。	委託業者との連携を検討したが、委託料が高額であるため、自前でナッジ理論を用いたチラシやポスターを作成。健康応援団による戸別勧奨の強化を図る。	電話、ハガキ、訪問、ポスター掲示による受診勧奨を実施する。
受診勧奨	6年間の内受診勧奨を行っていない期間があったが、令和3年からは業者委託により行うことにより、目標は達していないが医療機関受診につながっている。	通知文書の見やすさを工夫しながら対象者への受診勧奨通知を継続していく。	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し、それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す。
ジェネリック医薬品使用促進	国保連合会への委託により行っており、目標値に達していないが、ジェネリック医薬品普及率は増えている。	委託業者と連携をとり、引き続き事業を行う。	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める。
重複・頻回受診、重複服薬	委託をした年度と、委託をしていない年度で対象者の把握の方法がちがっていたため判定ができなかった。業者に委託をすることにより希望者の確保ができ、医療の適正受診への指導につながっている。	第3期DH計画事業内容では薬剤の適正使用推進として重複投与、多剤投与者への取組が必要となってくるので、重複・頻回受診、重複服薬については継続を検討する。	薬剤の適正使用推進として重複投与、多剤投与者への取組を実施する。
健康相談	利用件数が激減。本事業以外にも県下で同様の電話健康相談があることから、R3年度に事業終了とした。		令和3年度に事業終了。
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	健康運動教室では、運動習慣のない人やメタボ該当者への参加勧奨が不十分である。	運動習慣のない人やメタボ該当者に対し、チラシの配布、口頭での参加勧奨を図る。マンネリ化しないように、内容を適宜見直す。	健康運動教室を継続して実施する。
特定健診受診者へのフォローアップ (特定健診継続受診対策)	生活習慣病のリスクの高い人への直接指導できている。参加率も30%以上を維持できている。	健診会場での周知や案内ハガキによって、参加率30%以上を維持。今後は説明会後のアンケートによって理解度や改善の意思を把握し評価する。	委託業者と連携し、健診結果説明会の評価と指導内容を適宜見直ししながら、継続して実施する。
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	受診率は約10%以上を維持しているが、低い状況。受診後の保健指導率の向上も課題である。	広報・健診会場での周知。案内ハガキの内容の見直し。	30歳代健診・受診後の保健指導率の向上を図りながら継続実施する。
特定健診受診者へのフォローアップ (受診勧奨値を超えている者への対策)	マンパワー不足の為、紹介状発行後の電話受診勧奨が全数できていない。	マンパワー不足が課題。保健師間で分担して担う必要がある。	紹介状発行後の電話受診勧奨を継続する。

考察

室戸市では、健康寿命の延伸を目指し、生活習慣病重症化予防に取り組み、短期目標として特定健診の受診率向上、がん検診の受診率向上、高血圧・脂質異常症・糖尿病・メタボリック症候群の増減率を掲げている。

短期目標である特定健診の受診率向上では、受診勧奨ハガキの送付や電話での受診勧奨を行ったが、男女ともに新型コロナウイルス感染症の影響もあり減少がみられた。高血圧・脂質異常症・糖尿病は新規患者者数に増加がみられた。高血圧・脂質異常症・糖尿病が重症化しておこる虚血性心疾患、脳血管疾患では新規患者者数は増加していないため、引き続き生活習慣病重症化予防事業に取り組んでいく。

医療機関受診勧奨事業では、要医療者に対し、手紙、説明会、個別訪問を行った。医療につながった方の数は増加しなかったが、健康について関心を促し、健診データ悪化の予防、改善のため継続していく。

現在、人工透析の医療費は減少傾向にあるが、糖尿病性腎症の新規患者数は増加している。慢性腎臓病重症化予防事業で、対象者に事業への参加勧奨を行い、同意がいただけた方に委託により指導を行った。対象者の中には、既に医療機関にかかっている方も多く、その対象に合わせ指導を行い、医療機関との連携も図り、悪化防止の為、事業は継続していく。

計画策定時から、医療費は増加している。重症化疾患を減らすため、未治療者への医療機関への受診勧奨を継続して実施し、医療機関への受診勧奨、保健指導を継続して行う。

個別保健事業集

1. 個別保健事業実施計画と個別保健事業評価計画

平成29年度 保健事業の実施内容

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
糖尿病重症化予防	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、ガン・精神疾患を除く院外処方の糖尿病患者	6ヶ月のプログラムによりかかりつけ薬局の薬剤師が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら薬剤師による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けもらえるよう工夫	らいおん堂薬局薬剤師 市民課 榎メディア 榎データホライゾン 医師	6ヶ月間	ライオン堂薬局 ※対象者が受けやすい環境で行う	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防) (生活習慣病重症化予防)	生活習慣病患者の生活習慣を見直し、重症化を防ぐ	①利用率100% ②生活習慣改善率100%	特定健診の結果がハイリスクに該当する特定保健指導対象者以外の方のうち、若年層を中心に「吉良川」「岬」「室戸」地区から選出	特定健診受診結果をもとに生活習慣病患者に対して医師からの直接指導により生活習慣の見直しの強い動機付けとする	地区を限定して4日間医師面談未利用者には管理栄養士による管理保健指導を実施する。 事業後に振り返りを行うこと ※医師との日程調整を工夫	総合保健協会 平井 学先生 保健介護課 管理栄養士	年4回 7月と12月にそれぞれ2回	保健福祉センター 吉良川公民館 岬公民館	利用率 生活習慣改善率
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率を向上する	特定健診の受診率40%を目指す	特定健診受診者(40~74歳)	①-1 特定健診受診勧奨事業 個別勧奨(委託) 広報車での受診勧奨	①-1 集団健診の2週間前に健康応援団からの受診勧奨訪問を実施。また、当日は健診地区を広報車による受診勧奨を実施。	健康応援団 保健介護課	平成29年度 特定健診 2週間前	特定健診 市内7地区 佐喜浜、三津、 岬、室戸、元、 吉良川、 羽根地区	最近受診率が下がっているので、次年度も継続して受診勧奨を実施する。
				①-2 ハガキでの勧奨	①-2 集団健診終了後には、個別健診の受診勧奨ハガキを送付により、受診につなげる。	保健介護課	平成30年3月	全地区 特定健診 未受診者	受診勧奨ハガキ送付
				②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診、対象地区)	②集団健診前に対象地区(公民館、市民館等)に健診ポスターを掲示したり、全地区には個別勧奨の周知徹底を行う。	健康応援団 保健介護課	平成29年度 特定健診 2週間前	特定健診 対象地区7箇所 佐喜浜、三津、 岬、室戸、元、 吉良川、 羽根地区	対象地区へのポスターの掲示 市内7箇所への掲示 実施率
				③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与)	③特定健診の受診する毎に、ポイントを貯める楽しみを持ってもらう	保健介護課	平成29年度 特定健診 実施日 平成29年6月 ~平成30年3 月	特定健診会場 佐喜浜生活改善センター、 高岡漁協、岬公民館、 室戸市保健福祉センター、 脇地集会所、 吉良川公民館、 羽根公民館	希望する方への ポイント付与実施率
				④特定健診送迎事業	④集団健診会場への送迎	保健介護課	平成29年度 特定健診 実施日 平成29年6月 ~平成30年3 月	特定健診会場 佐喜浜生活改善センター、 高岡漁協、岬公民館、 室戸市保健福祉センター、 脇地集会所、 吉良川公民館、 羽根公民館	送迎実施率

平成29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				⑤広報掲載・回覧・防災行政無線での広報	⑤広報掲載・常会への回覧・防災行政無線での広報	保健介護課	平成29年度特定健診実施前日	市内7地区 佐喜浜、三津、岬、室戸、元、吉良川、羽根地区	広報実施率
受診勧奨	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の健診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	㈱データホライゾン 市民課	随時	対象者自宅	受診率
ジェネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)
重複・頻回受診 重複服薬	医療の適正受診への指導 医療費削減	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革 指導受け入れ100% 該当者を20%減らす	レセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	対象者への通知ハガキ一訪問一電話による指導受診・服薬等についての相談 ※気軽に受けてもらえるよう工夫	㈱マティア	随時	対象者自宅	対象者減少率
健康相談	24時間体制で医療専門家による電話相談を実施し、医療や健康面の不安緩和と夜間の受診抑制により適正受診と医療費抑制を図る	1.気軽に相談できる場の提供 2.医療や健康面での不安の減少 3.時間外診療を防ぐ 4.多受診を防ぐ 5.情報提供により未受診となった割合 20%以上	全市民(国保加入者含む)	24時間フリーダイヤルで医師や保健師等有資格者に相談ができる「むろと健康ダイヤル24」を開設	電話医療相談を行っている業者へ委託(ティーベック㈱)	ティーベック㈱ 保健介護課	通年	対象者自宅	1.利用者数・達成率 2.情報提供により未受診となった割合

平成29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
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動習慣のない人の割合が減る メタボリックシンドローム該当者の割合が減る	室戸市に住民票のある成人	①生活習慣病予防改善水中運動プログラム	○委託事業 ・事前測定及び効果測定実施 ・成果報告会の実施 ・週2回運動指導 ・大学教授による生活習慣病と水中運動との関連性 ・広告知	日世通商株式会社 保健介護課(保健師) 高知大学医学部教授	年1回 9月～11月	シレストむろと	動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合
				②健康ウォーキング教室	○委託事業・広報・血圧の測定・歩き方・コースの説明・準備体操・歩く	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年間10回 月1回程度	市内5町での開催を1回以上 (佐喜浜、室戸岬、室戸、吉良川、羽根)	
				③健康運動教室	○委託事業・広報等にて対象者への促し ・受付事業説明 ・講師説明 ・運動(ピラティス年4回、エクササイズ年4回、ズンパ年3回、レッツトレニング教室年7回)	むろとスポーツクラブ 保健介護課	通年	やすらぎ	
				④医療講座	○直営事業(講師謝金)	保健介護課 保健師 医師 看護師	年間2回	やすらぎ 夏季 げんきフェスタ	
特定健診受診者への継続フォローアップ	生活習慣を改善し、糖尿病、高血圧等の生活習慣病の有病者・予備軍を減少させる。	1) 健診結果説明会への参加者の割合(20%) 2) メタボリックシンドローム該当者の割合の減少(20%)	特定健診(集団)・30歳代健診受診者	特定健診結果説明会の開催(委託)	1) 要経過観察・要精密・要医療(ハガキで案内し健診結果を手渡し)、異常なし・受療中(結果にチラシを同封し郵送)、特定保健指導・医師説明会対象者はチラシを手渡し 2) JMCに委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動を実施	委託業者 ((株)JMC)	平成29年7月～1月15日 【12月10日ひろい健診の結果説明会まで】	健診会場 (7会場9日間実施)	1) 健診結果説明会の参加者の割合 2) メタボリックシンドローム該当者の割合

平成29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
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	1)30代の若年層が健診を受診し、自分の健康状態(特に耐糖能異常や肝機能異常など)を正しく知ることができる。	1)事業該当者308人中、受診者50人	1)室戸市住人のうち、国保加入者である30歳代の者308人	1)特定健診(集団)会場で特定健診対象者と同様に30代健診を実施	1)①対象者の抽出、台帳作成 ②30代健診の実施 ・案内ハガキを送付 ・身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察を特定健診と同様に行う ・約1か月後に健診結果の通知	1)2)3) 保健衛生担当	1)2)3) 平成29年5月29日から平成30年3月6日	1)2) 佐喜浜生活改善センター 三津公民館 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 元・脇地集会所 保健福祉センターやすらぎ	1)受診率
	2)生活習慣病予備軍該当者が適切な早期介入指導を受けることでリスクが改善される。	2)保健指導対象者/保健指導を実施できた者100%	2)健診の結果、高血糖・高血圧・高脂血症・肝機能高値など、複数の異常が重なる者3人	2)保健師又は管理栄養士による保健指導	2)①対象者の抽出、台帳作成 ②保健指導の実施 ・健診結果案内ハガキを送付 ・数値、生活習慣改善の必要性を説明 要医療結果の者に対しては紹介状を手渡しし、受診を勧める。その後病院からの報告、または対象者への電話連絡で身体状況と受診結果を確認する				2)保健指導率
	3)受診率向上のため、30代健診の受診啓発を行う	3)市の広報での30代健診受診啓発 2回/年		3)30代健診の実施について広報の記事を作成	3)①健診開始時期の広報で特定健診・がん検診および30代健診の対象、検査内容、持参物について紹介した記事を作成する ②30代健診を実際に受診した対象者の感想を記事内にて紹介する				3)記事作成回数
(特定健診受診者へのフォローアップ)	受診勧奨値を超えている要医療判定者が適切な受療と生活習慣改善を行うことができる	医療機関受診率(受診者/紹介状発行数)50%	特定健診の結果、要医療判定となった者 a)最大血圧180以上または最低血圧110以上 b)HbA1c 7.4以上 c)LDLコレステロール180以上 d)GOT100以上またはGPT100以上 e)尿酸10.0以上 ただし、問診にて該当項目が「受療中」となっているものは除く	特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えていた要医療判定者に紹介状を発行し、適切な受療と生活習慣改善を支援する	①対象者の抽出、台帳作成 ②紹介状の手渡し ・健診結果説明会案内ハガキを送付 ・要医療判定であること、数値の内容、生活習慣改善と早期受診の必要性を説明し、紹介状を手渡しする ・来所困難な者には紹介状と健診結果を郵送する ・電話、面接、医療機関からの報告で受診結果の確認を行う ・未受診者には電話連絡を行い、受診勧奨を行う	保健衛生担当	紹介状発行から6か月後	佐喜浜生活改善センター 三津公民館 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 元・脇地集会所 保健福祉センターやすらぎ または郵送	医療機関への受診率

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を防げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ DHからの事業実施報告による	H29.3月	㈱データホライゾン 市民課	1.7%(1人/59人) Ⅲ期～Ⅳ期 97人→85人 (うち優先順位が高い患者) 70人→59人	糖尿病に対する啓発、意識改革を図るため環境づくりに取り組む
アウトプット	*対象者の何%にプログラムを実施できたか *プログラムどおりの指導が出来るか	実施率(5人対象) プログラム実施により対象者本人の意識が変わったか	3人以上(60%以上) 適切なプログラム実施で指導を行うことにより病状進行を防ぐ	何人の利用につながるか DH、薬剤師からの報告 対象者本人に、プログラムを受けてどう変わったか聞き取りをする	H29.3月	㈱データホライゾン 市民課 *対象者本人	*20%(1人/5人)	かかりつけ薬局が、指導できる薬局でなかったため、プログラムを受けたいが別の薬局まで行けないという方がいた。他の薬剤師でも出来るようにならないか検討すること。 新しい指導者の養成、直営での指導が出来ないか
プロセス	*医師、薬剤師との連携 *薬剤師への指導、協力が出来たか	連絡、会議を何回実施したか	医師、薬剤師、市担当者間で協力し、情報共有を行う	市民課、薬剤師、医師による	H29.3月	市民課、薬剤師、医師 ㈱データホライゾン	イベント時(元気フェスタ)や電話にて、指導状況や対象者の状態について相談が出来た	薬剤師が日中多忙なためなかなか時間が取れない。協議できる方法を検討する
ストラクチャー	市、DH、メディア、薬剤師、医師との連携。プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	市、DH、メディア、薬剤師、医師との連携が出来たか	情報の共有、相互理解	市民課、薬剤師、医師による	H29.3月	市民課、薬剤師、医師 ㈱データホライゾン	委託業者からは月次報告有り。 薬剤師とはかかりつけ医閉院による対象者の今後について話し合った	もっと早期にプログラムが開始できるように契約を早急にし、対象者を探しやすい体制づくりに努める

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

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医師からの直接指導によりどれだけ生活習慣の見直しに繋がるか ②管理栄養士・保健師による面談によりどれだけ生活習慣の見直しに繋がるか	①生活習慣改善率:生活習慣改善につながった割合 ②生活習慣改善率:生活習慣改善につながった割合	①利用率100% ②生活習慣改善率100%	①2回目の面談後のアンケート調査 ②2回目の面談後のアンケート調査	①1月 ②1月	医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師)	生活習慣改善率100% (14人/14人)医師からの直接指導により生活習慣見直しの強い動機付けとなったと考えられる。 より多くの方に生活習慣の見直しの動機付けとなるよう医師による直接指導の利用者を増やす取組を追加して継続して行う。 若年者を中心に重症化する前の生活習慣の改善となるよう意識改革に努める。	医師による直接指導を受けた対象者は生活習慣見直しの強い動機付けとなったと考えられる。 より多くの方に生活習慣の見直しの動機付けとなるよう医師による直接指導の利用者を増やす取組を追加して継続して行う。 若年者を中心に重症化する前の生活習慣の改善となるよう意識改革に努める。
アウトプット	①何%の対象者に直接指導を行ったか(医師による面談) ②何%の対象者(医師面談未実施の地区、医師相談会欠席者)に直接指導を行ったか(管理栄養士による面談) ①何回直接指導を行ったか(医師による面談) ②何回(医師面談未利用者)に直接指導を行ったか(管理栄養士による面談)	①医師面談利用率(医師面談者/対象者分) ②管理栄養士・保健師による面談利用率(面談者/医師面談未利用者) ①実施回数 ②実施回数	①利用率100% ②利用率100% ①9月と10月と12月それぞれ1回ずつ全3回 ②医師面談未利用者に対して実施できる回数	①面談者管理台帳より医師から保健指導を受けた人数を集計 ②面談者管理台帳より管理栄養士から保健指導を受けた人数を集計 ①面談記録 ②面談記録	①8月と1月 ②指導実施時	①医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師) ②管理栄養士・保健師	①医師面談利用率93.3%(14/15) ②面談者数9名/医師相談会未実施の4地区の対象者9人+医師相談会欠席者1地区1人30名(9/10) ③3回(医師による面談) ②7地区の内、医師相談会未実施の4地区+医師相談会欠席者のいた1地区の計5地区(管理栄養士による面談)	対象者全員に保健指導を受けようとして、指導が可能な日程を予備日を追加して確保する ②栄養士による保健指導は対象者の都合に合わせて来所型から訪問型に変更する
プロセス	*医師相談会の対象者の選択は適切だったか(特定健診の結果が、ハイリスクに該当する特定保健指導対象者以外の方のうち、若年層から抽出) *利用動機方法は適切であったか? *対象者への説明は適切だったか ①医師面談 ②栄養士による指導(医師面談未利用者)未利用者には、医師からアドバイスをもらい、管理栄養士・保健師が保健指導を行う *担当者で指導内容など共有できたか *指導回数は適切だったか	若年者の生活習慣病発症にに沿った選定基準となっているか(有所見とみなす検査項目と基準、年代) 未利用理由について明らかにしているか ①指導内容に対する理解度 ②指導内容に対する理解度 共通指導内容により担当者で指導できる 医師、対象者にとって適切な回数であったか	面談開始前(9月と10月と12月)以下の台帳が作成できる ①市の中でも特に有所見割合が多い地区を選定する ②30歳代、40~74歳の要精密・要医療のリストを作成(特定保健指導対象者を除く) ③30歳代の若年層を中心に、異常値が複数ありかつ高値の者を選定未利用者ゼロへ ①未利用者数 ②未利用者への聞き取り ①指導内容が理解できる ②指導内容が理解できる 担当者共有のマニュアル作成できる 対応可能で効果的な指導回数	作成した台帳から各選定基準の選定人数と有所見状況を確認 ①未利用者数 ②未利用者への聞き取り ①アンケート 説明内容について5段階評価 ②アンケート 説明内容について5段階評価 マニュアルについて検討会開催、担当者より聞き取り 医師・対象者への聞き取り	6月と11月 ①指導実施時 ②指導実施時 指導開始前6月 1月	医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師) ①保健介護課 (管理栄養士・保健師) ②保健介護課 (管理栄養士・保健師) 医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師)	①吉良川・室戸岬・室戸地区 ②3地区のリスト対象者数108人 ③有所見状況 詳細な糖・脂質の内、2つ以上の異常があり、かつ高値の者を選定(24人、内30歳代3名) ①未利用者数 ②未利用者への聞き取り ①医師面談利用者14人 ②管理栄養士・保健師による指導利用者9人 事後カンファレンスにて医師・管理栄養士・保健師間で情報共有を図ったが、マニュアル完成に至らなかった。今後については評価基準が担当ごとで相違の無いよう、共通のマニュアル作りが必要 担当の医師や指導後の対象者への意見聴取が必要	①②生活習慣病である対象者は多いので、対象地区を広げながらより多くの方に指導していく 来所できなかった場合は、対応できる人数であれば、管理栄養士による訪問など、対象者の都合に合わせて設定を追加する。 対応できない人数であった場合は文書による生活習慣の改善方法の情報提供を行う。 ①②直接指導を受けることで、生活習慣病に対する理解が深まり、生活習慣見直しの強い動機付けとなった。 指導者共通の評価内容と、指導対象者の理解度を参考に作成していく 事業終了後に対象者にTEL等で、指導を受けてもらったか、その後の経過等を聴取り、評価していく 個人情報に関してはメール以外の連携方法検討 医師との日程調整が課題
ストラクチャー	*医師と市の連携体制は良好か *対象者ごとのデータ分析と指導に関わるメンバーが確保できたか *保健指導予算の確保	情報共有が出来たか 担当者人数 国保会計保健事業予算	充分な協議、情報共有 対象者ごとのデータ作成と指導が予定通り実施できる 充分な予算確保	市と医師と対象者の連携 担当者打合せにて事業の振り返りを行う 充分な予算確保が出来たか	H29.9月、10月、12月 H29.9月、10月、12月 H29.3月	医師・管理栄養士・保健師 保健介護課 事務職・管理栄養士・保健師 保健介護課 事務職・管理栄養士・保健師	メールと事後カンファレンスにて情報共有を図った医師と管理栄養士で対応 予算確保出来た。	個人情報に関してはメール以外の連携方法検討 医師との日程調整が課題

事業評価計画(H29)

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	どれだけ受診につながったか	受診率	受診率 40%以上	受診勧奨実施者数	H30年6月	保健介護課	平成27年度 38.90% 平成28年度 37.3%に減少 H29年度 37.65%	健診受診への啓発を 今後も継続実施
アウトプット	①健康応援団による受診勧奨訪問 ②勧奨ハガキ送付 ③ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区) ④健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与) ⑤特定健診送迎事業 ⑥広報掲載・常会への回覧、 防災行政無線	①受診勧奨訪問数 ②ハガキの送付の有無 ③ポスター掲示の有無 ④健康マイレージのポイント付与 ⑤送迎利用の有無 ⑥広報掲載・常会への回覧、 防災行政無線での啓発の有無	①3,000人/3,800人 ②ハガキの送付 ハガキの見やすさはどうか ③ポスター掲示 ポスターの見やすさはどうか ④健康マイレージのポイント付与の有無 健康マイレージポイント 交換数(10人交換) ⑤送迎利用実数 ⑥広報・回覧 (7回地区での実施予定) 防災行政無線 (5月～12月)	①受診勧奨訪問数 ②ハガキの送付の有無 ③ポスター掲示の有無 市内7地区 ④健康マイレージのポイント付与の有無 確認 健康マイレージポイント交換数 ⑤送迎利用の有無 ⑥広報掲載・常会への回覧、 防災行政無線での啓発の有無	H30年3月	保健介護課	2,030人訪問 健康応援団内で 訪問活動できる 方が減少 ハガキ送付 有り(100%) ハガキの文面の 工夫を実施 全地域のポスター 市内7箇所掲示有 り 希望者に健診全 会場ポイント付 与実施 ポイント交換9人 送迎利用有り 25名利用 広報掲載・常会へ の回覧、防災行政 無線での啓発 7地区実施	受診勧奨、利便性向上 への取り組みを継続実 施 健康マイレージ事業の 周知を継続実施
プロセス	*健康応援団への説明内容は 適切であったか *説明時期、配布パンフレットへの 健診具体的な内容記入 *ポスターの掲示場所の確認	受診勧奨方法 利便性向上について紹介	健診受診方法 (集団、個別)送迎の紹介	受診勧奨方法 利便性向上について紹介	H30年3月	保健介護課	健診受診方法の 紹介 送迎の紹介	健診受診への啓発を 今後も継続実施
ストラクチャー	1. 市内医療機関との連携 2. 受診できる医療機関数 3. 予算措置は十分であったか	1. 個別健診の実施状況把握 の有無	1. 個別健診の実施状況の 把握 市内医療機関10箇所中、 実施7箇所	1. 個別健診の実施状況把握の有無	H30年3月	保健介護課	個別健診の実施 有り 市内医療機関10箇 所中、実施7箇所 H30.3月月例報告 359人受診	市内医療機関との連 携を継続 個別健診の周知を継 続

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診につながったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか 20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、DHからの事業実施報告による	H29.3月	市民課 機データホライゾン	7名(7.7%) 対象者 99名 自発的受診者 8名 通知後の受診者 7名 未受診者 84名	今後も受診勧奨を継続 することが必要である が、あまり関心を持っ てくれない方も多 く勧奨の工夫が必要 と考える
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付 対象への対応	100名への勧奨通知送付 勧誘により受診に繋げる	DHからの事業実施報告による	H29.3月	市民課 機データホライゾン	99人 ほぼ予定通りの送 付が出来た	引き続き出来るだけ多 くの対象者に通知して 受診を促す
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容は どうだったか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく受診 を促すような内容であること	DHからの事業実施報告による	計画当初	市民課 機データホライゾン	通知内容について は問題なかった 特に苦情等なし	文書送付前に内容の 確認を十分行い、対象 者に分かりやすい内 容にする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出 と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	H29.11	市民課 機データホライゾン	委託によりヘルス ケアやまとのプロ グラムを使ってい る	引き続き予算の確保 事業の実施

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進

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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:H29.4~H30.3)	H30.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 24.8%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:H29.4~H30.3)	H30.5	市民課 国保連合会	通知書数 2,618通/年 発送率100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託 対象者選定 差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委 託により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算 の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか 費用対効果	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬 対象者20%減少	レセプト、月次報告による	H29.3月	市民課 樹データホライゾン	指導受け入れ 9名 訪問受け入れ率 90% 指導対象者以外では *重複・頻回・重複服薬 56名→49名 <small>(データホライゾンからの抽出対象者)</small>	引き続き指導を続けていく 重複服薬については効果が上がっていないことから、お薬手帳の周知や啓発活動を強化する
アウトプット	対象者中何%が指導を受けてくれたか 全段階の指導が出来たか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率 100%の指導 全行程指導完了	DHからの事業実施報告による	H29.3月	市民課 樹データホライゾン	指導受け入れ 9名 拒否の1名については事業の趣旨に賛同できないとのこと 前年度辞退の対象者が今年度は受けてくれていた 9名/9名(100%)	丁寧な対応により安心して指導が受けられるよう、市もサポートできることは無いか検討してみる
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	DHからの事業実施報告による	H29.3月	市民課 樹データホライゾン	案内を不審に思っている市民課に相談に来ていた方がおり、受けてもらえるようサポートできた	対象者が相談しやすい体制、環境づくりをすること。 例えば「相談先」として明記するなど
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	H29.3月	市民課 樹データホライゾン	委託によりヘルスケアやまどのプログラムを使っている 改善必要事項や今後の方向性なども検討できている	対象者が抵抗無くプログラムを受け入れられるよう、通知文書の作成を行う

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 健康相談								
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	利用者数の把握により、どれだけ不安解消につながっているか	未受診件数の割合	20%以上	月例報告等により、利用者数を集計	年度末	事業担当	利用者数 291人 相談により未受診となった者36人 (12.3%)	利用者の拡大に向け、市広報等により周知する
アウトプット	何人の利用者があったか	利用者数	利用者数 300人	月例報告等により、利用者数を集計	年度末	事業担当	利用者数 291人	利用者の拡大に向け、市広報等により周知する
プロセス	市民への広報活動は適切であったか	広報等による周知	広報等による周知	広報等での周知は何回行ったか	年度末	事業担当	1回	広報回数を増やす
ストラクチャー	委託業者との情報共有はできたか	月例報告等による実施状況把握の有無	月例報告等による実施状況が把握できている	市と委託業者(ティーベック)との連携はとれているか	年度末	事業担当	月例報告により、実施状況の把握はできている	継続

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業								
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	運動教室や健康教育による生活習慣病の予防、改善	運動習慣のない人の割合 メタボリックシンドローム該当者の割合	58%以下(県平均以下) 20%以下	KDB KDB	H30. 3月	保健介護課	60.9% 25.9%	更なる啓発の充実に努める 生活習慣の中に健康への意識付けや習慣が、根付くような内容で行う
アウトプット	健康講座や教室への参加者数 実施回数 実施時期	参加者数 ①医療講座 ②水中運動プログラム参加者数 ③ウォーキング教室参加数 ④健康運動教室参加者数 ⑤健康運動教室(レッツトレーニング) ⑥トレーニング教室	①100人年2回 ②10人 ③ウォーキング教室参加数125人/年10回 ④健康運動教室参加者数100人/11回 ⑤健康運動教室(レッツトレーニング)9月～3月まで7回	委託業者からの報告書 委託業者からの報告書	事業終了時	保健介護課 医師 健康運動指導士等	①232人/2回 ②13人中、国保2人/1回 ③56人/10回 ④ピラティス・エクササイズ・ズンバ102人/11回 ⑤28人/7回 ⑥20人/7回 ③～⑦ 計206人、35回(5.9人/回)	ケーブルテレビ活用・ポスター掲示場所の拡大等事業の周知に努める。 事業後にアンケート調査等の実施を追加し、啓発効果の数値評価を行う。
プロセス	委託内容調整(会場、内容、日程、人員配置等) 委託 広報掲載 実施	委託内容どおりか。 参加者数 委託内容時期は適切か 広報内容部数は適量か 広報掲載は効果的か 実施内容が、個々の健康課題に対応しているか	委託内容どおりか。 参加者数が、見込み数を上回っているか	事業担当職員による確認 参加者数の把握	事業終了時	保健介護課	委託内容と実施内容については、仕様書に沿って実施できていた	参加者数を増やすためにも年間計画をしっかりと立ててスムーズな運営が行えるようにする
ストラクチャー	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か 適切な人員配置が来ているか	会場、内容、日程、人員配置等について決定 各健康教育に関する専門家及び関係スタッフの確保ができていますか	会場、内容、日程、人員配置等について打ち合わせ(TEL等) 全事業、各専門家と日程調整	話し合いによる。 スムーズな事業実施	事業前	保健介護課	委託業者と随時、内容や日程などを話し合うことによりスムーズに事業を実施できた	事業目的に合致した講師の依頼が可能となるような予算を獲得する

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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) 特定健診結果説明会の参加状況【直近 12月終了までの集計結果】	結果説明会の参加者数 参加者数/特定健診(集団)・30歳代健診受診者数	190人 20% (H28年度)23.4%→20%	参加人数の把握 特定健診結果(KDBより抜粋)	平成29年 7月5日から 平成30年 1月15日まで	事業担当	143人 16% (143人/891人中) (内訳) 30歳代 7人/45人中 40~74歳 136人/846人中 H29年度 25.9%	
	2) メタボリックシンドローム該当者の減少	メタボリックシンドローム該当者の割合	(H28年度)23.4%→20%	特定健診結果(KDBより抜粋)				
アウトプット	1) 何人に参加勸奨を行ったか		特定健診(集団)・30歳代健診受診者全員に勸奨	1) 勸奨者数:891人	平成29年 7月5日から 平成30年 1月15日まで	事業担当	891通 (100.0%) 全体:120人/248枚 (内訳) 30歳代 7人/30枚 40~74歳 113人/218枚 0人/23枚 21人/477枚 2人/129枚 0人/14枚 7会場9日間実施	特定健診受診者全員に勸奨できているが、健診結果がすでに手元に渡っている方は、参加が少ない。
	①委託業者より案内ハガキを送付し、健診結果は当日に手渡し(要経過観察、要精密、要医療の対象者) ②ハイリスク保健指導対象者にチラシを手渡し ③健診結果にチラシを同封し郵送(異常なし・受療中) ④特定保健指導対象者にチラシを手渡し ⑤医師による相談会でチラシを手渡し 2) 何回実施したか	ハガキの送付数 チラシの配布枚数 チラシの郵送枚数 チラシの配布枚数 チラシの配布枚数 実施回数	ハガキの送付(結果説明会の約1週間前までに送付) チラシの郵送または配布 チラシの郵送または配布 チラシの郵送または配布 チラシの郵送または配布	参加者数/ハガキの送付数の確認 参加者数/チラシの郵送枚数 参加者数/チラシの郵送枚数 参加者数/チラシの配布枚数 参加者数/チラシの配布枚数	2) 実施回数:9回			
プロセス	1) 結果説明会の内容は適切だったか				平成29年 7月5日から 平成30年 1月15日まで	事業担当	内容はパワーポイントや配布資料を使って市民にわかりやすく説明。特に運動の実技は好評で、市民も積極的に参加していた。健康マイレージも市民に周知されてきている	
	2) 対象者の選定は適切だったか	特定健診受診者の結果の内訳	フォローが必要な対象者にアプローチができる。	特定健診受診者の結果の内訳と参加人数			異常なし 2/57人 受療中 15/445人 要経過観察 188 要精密 221 126人 要医療 40 希望なし以外全員	受療中の方へのアプローチができていない。説明会への受診勸奨の優先順位を絞って対象者の再検討が必要。
ストラクチャー	3) 健康マイレージ付与	参加者に健康マイレージの付与	健康マイレージの付与	付与した人数の把握				
	1) 委託業者に委託するための予算を確保できたか	国民健康保険特別会計予算	予算を確保できたか	予算の確保	平成29年 7月5日から	事業担当	予算の確保はできた	

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組

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)30代健診受診者の増加 2)生活習慣病予備軍該当者への保健指導と結果通知による、リスク改善	1)30代健診の受診目標に対する受診者数 2)保健指導対象者に対する、実際に指導を実施できた者の割合と保健指導終了時の改善率	1)対象者 308人中 50人 2)保健指導実施率 100% 保健指導終了時の改善率 60%	1)受診者数の確認 2)保健指導実施数と保健指導結果の確認	平成29年 5月29日から 平成30年 3月6日まで	保健介護課	1)受診者33人 (目標値の66%) 対象者数は308人 2)保健指導実施率 3名中3名(100%) 改善率は未把握	昨年よりも受診率は減少。若年層への啓発を充実させる。
アウトプット	1)30代健診実施日数を複数確保する 2)30代健診対象者への案内ハガキでの連絡 3)市の広報での30代健診受診啓発	1)各健診会場において30代健診を実施した回数 2)案内ハガキ送付率 対象者/案内ハガキ発送数 3)広報での30代健診受診啓発回数	1)健診予定17日間全て 2)送付率100% 3)記事作成回数 2回/年	1)30代健診実施回数の確認 2)案内ハガキ送付数の確認 3)記事作成回数の確認	平成29年 5月29日から 平成30年 3月6日まで	保健介護課	1)延べ18日間 2) 308通/308人 3)2回/2回	受診率向上のため、30代健診のPR、受診勧奨を引き続き市の広報で行う
プロセス	1)受診者の約半数がメタボ、またはその予備軍である40代となる前の段階で早期介入を行う 2)対象者を選定する 3)健診案内ハガキを送付 4)保健指導対象者を選定する 5)保健指導終了後、改善・維持・悪化の評価を行う	1)生活習慣病リスクの高い者に対して早期介入が行えたか 2)4)職員が対応可能な人数であるか 3)通知内容・時期 5)保健指導実施者/対象者		1)実施内容と受診者数の確認 5)保健指導実施者数の確認	平成29年 5月29日から 平成30年 3月6日まで	保健介護課	1)受診者 33人 3)各地区健診日の2週間前 5)3人/3人	
ストラクチャー	1)対象者選定方法 2)事業実施人員 3)予算の確保	1)対象者選定方法の手順、分かりやすいか 2)専門職の不足はないか、1人当たりの対象者数が適切か			平成29年 5月29日から 平成30年 3月6日まで	保健介護課	2)保健指導対象者 3名に対して保健指導にあたることのできる専門職6人	

事業評価計画(H29)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)

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)要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率が向上する 2)治療開始 3)治療継続 4)リスク因子の改善	1)医療機関受診率 (受診者/紹介状発行数)	1)50%(48名中24名)	1)医療機関からの報告数確認 2)電話連絡による受診者数確認	1)紹介状発行から 6か月後	保健介護課	1) 医療機関から報告あったもの 22件 2)電話連絡で受診済であることが判明した者 6件 合計受診者数 28名/48名 達成率58.3%	1)医療機関を受診したが、報告が来ない場合も考えられるため、医療機関への周知徹底を行う また、対象者へは保健指導時および電話連絡で受診勧奨を行い、未受診者には受診の必要性を再度説明する
アウトプット	1)対象者への案内ハガキでの連絡	1)案内ハガキ送付率 対象者/案内ハガキ発送数	1)100%(48通)	1)案内ハガキ送付数の確認		保健介護課	2)48通/48人	
プロセス	1)受診勧奨値を超えている要医療判定者の適切な受療と生活習慣改善を支援する 2)対象者を選定する 3)結果説明会案内ハガキを送付 4)紹介状の手渡し (来所困難な者には郵送) 5)医療機関からの報告内容を確認	1)要医療判定者に適切な受診勧奨が行えたか 2)4)職員が対応可能な人数であるか 3)通知内容・時期 5)医療機関からの報告数/紹介状発行数		1)面接または電話での受診勧奨回数 の確認 5)医療機関からの報告数を確認		保健介護課	1)面接:実34回 :延34回 電話:実14回 :延14回 未受診者への再度の受診勧奨 電話:実26回 延43回 5)報告数22人/ 48人	
ストラクチャー	1)対象者選定方法 2)事業実施人員 3)予算の確保	1)対象者選定方法の手順、 分かりやすいか 2)専門職の不足はないか、 1人当たりの対象者数が 適切か		2)対象者48名に対して保健指導 にあたることのできる専門職6人		保健介護課		

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
糖尿病重症化予防	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、ガン・精神疾患を除く院外処方糖尿病患者	6ヶ月のプログラムによりかかりつけ薬局の薬剤師が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら薬剤師による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けてもらえるよう工夫	らいおん堂薬局薬剤師 市民課 榊マティア 榊データホライゾン 医師	6ヶ月間	ライオン堂薬局 ※対象者が受けやすい環境で行う	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防) (糖尿病性腎症を除く)	生活習慣病患者の生活習慣を見直し、重症化を防ぐ	①利用率100% ②年3回の実施	特定健診の結果がハイリスクに該当する特定保健指導対象者以外の方のうち、若年層を中心に選出	特定健診受診結果をもとに生活習慣病患者に対して医師からの直接指導により生活習慣の見直しの強い動機付けとする	地域を限定して、3日間医師による保健指導を行う。	総合保健協会 平井 学先生 保健介護課	年3回 8月、9月、 12月	脇地集会所 羽根公民館 保健福祉センター	利用率 生活習慣改善率
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	特定健診の受診率40%を目指す	特定健診受診者(40~74歳)	①-1 特定健診受診 勸奨事業 個別勸奨 (委託) 広報車での受診勸奨	①の1 集団健診の2週間前に健康応援団からの受診勸奨訪問を実施 市民からの声を整理し、記録に残すとともに班内で情報共有し、改善策に役立てる。 また、当日は広報車による受診勸奨を実施	健康応援団 保健介護課	特定健診 2週間前	特定健診 対象地区	受診率
				①-2 ハガキでの勸奨	①-2 集団健診終了後には、未受診の方に個別健診の受診勸奨ハガキ送付	保健介護課	平成31年3月	全地区 特定健診 未受診者	実施率
				②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区)	②集団健診前に対象地区(公民館、市民館等)に健診ポスターを掲示したり、全地区には個別勸奨の周知徹底を行う。 また、薬局とも連携を図り、健診の呼びかけや健診スターの掲示の協力を図る。	健康応援団 保健介護課	特定健診 2週間前	特定健診 対象地区	実施率
				③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与)	③特定健診を受診する毎に、ポイント(受診者へのポイント付与)	保健介護課	特定健診 6月~12月	特定健診会場 保健福祉センター	ポイント付与実施率
				④特定健診 送迎事業	④集団健診会場への送迎	保健介護課	特定健診 実施日	特定健診会場	送迎実施率
				⑤広報掲載・回覧・防災行政無線での広報	⑤広報掲載・常会への回覧・防災行政無線での広報	保健介護課	特定健診 実施月 実施日	市内全域	広報実施率
				新⑥電話での直接的な受診勸奨	⑥なでこの会やJMCによる電話での受診勸奨	保健介護課	特定健診 2週間前	なでこの会は保健福祉センターやすらぎにて。 JMCは会社にて	受診率
				新⑦脳ドックとセット受診	⑦脳ドックとセットでの受診勸奨	市民課	6月~3月	田野病院	受診率

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
受診勧奨	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	㈱データオンライン 市民課	随時	対象者自宅	通知後による医療機関への受診率
ジェネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)
重複・頻回受診	医療の適正受診への指導 医療費削減	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革 指導受け入れ100% 該当者を20%減らす	レセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	対象者への通知ハガキ→訪問→電話による指導受診・服薬等についての相談 ※気軽に受けてもらえるよう工夫	㈱メディア	随時	対象者自宅他	対象者減少率
健康相談	24時間体制で医療専門家による電話相談を実施することにより、市民が気軽に相談できる場を提供し、医療不安の解消や重複受診を防ぐ	1.気軽に相談できる場の提供 2.医療や健康面での不安の減少 3.時間外診療を防ぐ 4.多受診を防ぐ 5.利用人数(300人)	全市民(国保加入者含む)	24時間フリーダイヤルで医師や保健師等有資格者に相談ができる「むろと健康ダイヤル24」を開設	電話医療相談を行っている業者へ委託(ティーベック㈱)	ティーベック㈱ 保健介護課	通年	対象者自宅	利用者数

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
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動の習慣のない人の割合が減る。 メタボ該当者の割合が減る。	室戸市に住民票のある成人	①生活習慣病予防改善水中運動プログラム	○委託事業 ・事前測定及び効果測定実施 ・成果報告会の実施 ・週2回運動指導 ・大学教授による生活習慣病と水中運動との関連性 ・広報告知	日世通商株式会社 保健介護課 高知大学医学部教授	9月～12月	シレストむろと	運動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合
				②健康ウォーキング教室	○委託事業 ・広報 ・血圧の測定 ・歩き方 ・コースの説明 ・準備体操・歩く	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年10回	市内5町での開催を1回以上 (佐喜浜、室戸岬、室戸、吉良川、羽根)	
				③健康運動教室	○委託事業 ・広報等にて対象者への促し ・受付事業説明 ・講師説明 ・運動(ピラティス年4回、エクササイズ年4回、ズンパ年3回、わくわくトレーニング教室年6回)	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年17回	やすらぎ 勤労者体育センター	
				④医療講座	○直営事業(講師謝金) ・広報等にて対象者への促し ・司会 ・講師による講演	保健介護課保健師 医師	6月30日	やすらぎ 夏季	開催回数、参加者数

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
策ア(特定健診受診者へのフォローアップ) (特定健診受診者への継続受診へのフォローアップ)	保健師及び管理栄養士による特定健診受診者へ健診結果説明会を開催する。併せて食事や健康運動指導士による体操などを実施することにより、健康について関心を促し継続受診へ繋げる	特定健診受診者への結果説明会への参加率20%	特定健診の結果、要精密・要医療判定となった者	特定健診結果説明会の開催(委託)	1) 要精密・要医療・受療中(ハガキで案内し健診結果を手渡し)、異常なし(結果にチラシを同封し郵送)、特定保健指導・医師説明会対象者はチラシを手渡し 2) JMCIに委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動を実施	委託業者 ((株)JMC)	集団健診終了後(約1ヶ月後に開催)年9回	健診会場 (7会場で計9回開催)	1) 健診結果説明会の参加者の割合
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	1) 40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行う	1) 事業該当者966人中、事業対象者276人 30代の室戸市国保加入者	1) 室戸市住人のうち、国保加入者である30歳代の者276人	1) 特定健診(集団)会場で特定健診対象者と同様に30代健診を実施	1) ①対象者の抽出、台帳作成 ②30代健診の実施 ・案内ハガキを送付 ・身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察を特定健診と同様に行う ・約1か月後に健診結果の通知	保健介護課	6月～12月	佐喜浜生活改善センター 三津公民館 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 元・脇地集会所 保健福祉センターやすらぎ	1) 受診率
	2) 生活習慣病予備軍該当者が適切な早期介入指導を受けることでリスクが改善される。	2) 保健指導対象者/保健指導を実施できた者100%	2) 健診の結果、高血糖・高血圧・高脂血症・肝機能高値など、複数の異常が重なる者	2) 保健師又は管理栄養士による保健指導	2) ①対象者の抽出、台帳作成 ②保健指導の実施 ・健診結果案内ハガキを送付 ・数値、生活習慣改善の必要性を説明 要医療結果の者に対しては紹介状を手渡しし、受診を勧める。その後病院からの報告、または対象者への電話連絡で身体状況と受診結果を確認する	保健介護課	6月～12月	佐喜浜生活改善センター 三津公民館 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 元・脇地集会所 保健福祉センターやすらぎ	2) 保健指導実施率
	3) 受診率向上のため、30代健診の受診啓発を行う	3) 市の広報での30代健診受診啓発 2回/年	3) 30代健診の実施について広報の記事を作成	3) 30代健診の実施について広報の記事を作成	3) ①健診開始時期の広報で特定健診・がん検診および30代健診の対象、検査内容、持参物について紹介した記事を作成する ②30代健診を実際に受診した対象者の感想を記事内にて紹介する	保健介護課	6月～12月		3) 記事作成回数
要医療判定者の適切な受療と生活習慣の改善	医療機関受診率(受診者/紹介状発行数)50%	特定健診の結果、要医療判定となった者 a) 最大血圧180以上または最低血圧110以上 b) HbA1c 7.4以上 c) LDLコレステロール180以上 d) GOT100以上またはGPT100以上 e) 尿酸10.0以上 ただし、問診にて該当項目が「受療中」となっているものは除く	特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えていた要医療判定者に紹介状を発行し、適切な受療と生活習慣改善を支援する	①対象者の抽出、台帳作成 ②紹介状の手渡し ・健診結果説明会案内ハガキを送付 ・要医療判定であること、数値の内容、生活習慣改善と早期受診の必要性を説明し、紹介状を手渡しする ・来所困難な者には紹介状と健診結果を郵送する ・電話、面接、医療機関からの報告で受診結果の確認を行う ③委託業者との契約の際、なるべく同じ地区で同じ方を担当してもらえような働きかけを行い、関係を踏まえて行動内容に結びつける指導ができるような環境にしていく。	保健介護課	紹介状発行から6か月後	各説明会会場	医療機関への受診率	

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を防げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ、DHからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	2.2%(1人/45人) Ⅲ期～Ⅳ期 85人→57人 (うち優先順位が高い患者) 59人→45人	糖尿病に対する啓発、意識改革を図るため環境づくりに取り組む
アウトプット	対象者の何%にプログラムを実施できたか プログラムどおりの指導が出来ているか	実施率(5人対象) プログラム実施により対象者本人の意識が変わったか	3人以上(60%以上) 適切なプログラム実施で指導を行うことにより病状進行を防ぐ	何人の利用につながるか DH、薬剤師からの報告 対象者本人に、プログラムを受けてどう変わったか聞き取りをする	3月	㈱データホライゾン 市民課 対象者本人	20%(1人/5人)	対象者意識が薄くプログラムへの参加自体が低迷しているので、意識付けへのアプローチも必要
プロセス	医師、薬剤師との連携 薬剤師への指導、協力が出来たか	連絡、会議を何回実施したか	医師、薬剤師、市担当者間で協力し、情報共有を行う	市民課、薬剤師、医師による	3月	市民課、薬剤師、医師 ㈱データホライゾン	医師からの協力をいただき、糖尿病手帳を利用して、薬剤師と医師との連携が行えた	指導できる薬局が1店舗だけなので、対象者が限られてくるが、新規薬局への勧誘が難しい
ストラクチャー	市、DH、メディア、薬剤師、医師との連携。プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	市、DH、メディア、薬剤師、医師との連携が出来たか	情報の共有、相互理解	市民課、薬剤師、医師による	3月	市民課、薬剤師、医師 ㈱データホライゾン	委託業者からは月次報告有り。薬剤師とも新規勧誘について話し合う場を設けた	もっと早期にプログラムを開始できるように契約を早急にし、対象者を探しやすい体制作りに努める

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

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	医師からの直接指導によりどれだけ生活習慣の見直しに繋がるか	生活習慣改善率	生活習慣改善率100%	面談後のアンケート調査	1月	保健介護課	未実施 医師による面談後、保健師等が面接し、感想を伺うと「生命への危機感」は感じており、生活を見直す目標設定はできているが、アンケート調査等による評価は行えていない	医師による直接指導を受けた対象者は生活習慣見直しの強い動機づけとなったと考えられる。しかし、実際に生活習慣改善のための行動変容につながったのかは、不明なままであるため、今後は評価方法(次年度の生活習慣に関する問診項目、検査数値の比較、事後フォローの為の面接)などから検証が必要。
アウトプット	何%の対象者に直接指導を行ったか(医師による面談) 何回の指導を行ったか	医師面談利用者/医師面談対象者■3回	面談利用率100%■3回	面談者管理台帳より医師から保健指導を受けた人数を集計 実施回数の確認	8月、9月、12月	医師	92.3% 疾病リスクの高い者を選定し、要医療の内6名、要精密の内8名の計12名に面談実施。要精密の1名が当日欠席 年3回実施	年3回実施しているで、いずれかの日程で面接に来られるよう動員していく
プロセス	医師相談会の対象者の選択は適切だったか(特定健診の結果が、ハイリスクに該当する特定保健指導対象者以外の方のうち、若年層から抽出) 利用勧奨方法は適切であったか 対象者への説明は適切だったか	疾病リスクの高い者を優先的に対象者として選定できているか 未利用の理由について明らかにしているか 指導内容の理解度	疾病リスクの高い若年層を中心に選定 未利用者の割合0% 指導内容が理解できる	作成した台帳から各選定基準の選定人数と有所見状況を確認 未利用者の割合、理由の聴き取り 保健師等による面接時に医師による説明の理解ができたかを確認	8月、9月、12月	医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師)	選定した対象者13名の内4名は、ハイリスク対象者が足りず、数値の異常は軽度であり疾病リスクの低い60歳後半～70歳の方だった 未利用者1名(7.7%)、理由は未把握 全員「理解できた」と返答	これまでは特定保健指導対象者を除外していたが、特定保健指導対象者からも疾病リスクの高い者の選定について医師と協議が必要。また、未利用の理由を明確にする必要がある 理解度について明確な指標がないため、アンケートの実施を検討
ストラクチャー	医師と市の連携体制は良好か	医師との情報共有はできたか	十分な協議、情報共有ができる	市と医師との間でメールや事後カンファレンスによる情報共有	8月、9月、12月	医師 保健介護課 (管理栄養士・保健師)	予定どおり実施	個人情報に関してはメール以外の連携方法検討

事業評価計画(H30)

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	どれだけ受診につながったか	受診率	受診率 40%以上	受診勧奨実施者数	6月	保健介護課	37.67%	新規事業で行った電話での受診勧奨が効果に繋がり、今後も実施していく
アウトプット	①-1健康応援団による受診勧奨訪問	①-1 受診勧奨訪問数	①-1 3,000人/3,800人	①-1 受診勧奨訪問数	3月	保健介護課	①-1 1,692件	①-1健康応援団の高齢化が問題となってきているが、今後も継続していく
	①-2勧奨ハガキ送付 ②ポスター掲示事業(市内全域、集団健診対象地区) ③健康マイレージ事業(受診者へのポイント付与)	①-2ハガキの送付の有無 ②ポスター掲示の有無 ③健康マイレージのポイント付与	①-2ハガキの送付ハガキの見やすさはどうか ②ポスター掲示ポスターの見やすさはどうか ③健康マイレージのポイント付与の有無 健康マイレージポイント交換数(10人交換)	①-2ハガキの送付の有無 ②ポスター掲示の有無 市内7地区 ③健康マイレージのポイント付与の有無 健康マイレージポイント交換数	①-2、②課内で回覧、協議し見やすさを工夫を行った	①-2、②住民の意見を取入れ、見やすさを工夫していく ③ 23人	①-2、②住民の意見を取入れ、見やすさを工夫していく ③ 23人	③周知を継続していく
	④特定健診送迎事業 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線 新⑥電話での直接的な受診勧奨	④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無 新⑥なでしこ会やJMCIによる電話での受診勧奨	④送迎利用 実数 ⑤広報・回覧(7回地区での実施予定) 防災行政無線(6月~2月) 新⑥電話での呼びかけによる受診率 35%	④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無 新⑥電話勧奨対象者から実際に受診に繋がった数	④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無	2月	保健介護課	新⑥なでしこの会による受診勧奨 96名→27名(受診率28.1%) JMCIによる受診勧奨 321名→120人(受診率37.4%) 新⑦205名の受診受診率 82.2%
新⑦脳ドックとセット受診	新⑦脳ドックとセットでの受診勧奨	新⑦受診者数 定員 250名 目標数 100%	新⑦受診者数	2月	市民課			新⑦反省として周知が弱かったため、周知を強化する
プロセス	健康応援団への説明内容は適切であったか ・説明時期、配布パンフレットへの健診具体的な内容記入 ・ポスターの掲示場所の確認	受診勧奨方法 利便性向上について紹介	健診受診方法(集団、個別) 送迎の紹介	受診勧奨方法 利便性向上について紹介	3月	保健介護課	7地区すべてと事業所にて実施	説明会で出た意見を反映し、今後も継続していく
ストラクチャー	①市内医療機関との連携 ②受診できる医療機関数 ③予算措置は十分であったか	個別健診の実施状況把握の有無	①個別健診の実施状況の把握 ②市内医療機関7箇所中実施6箇所(松本医院、三宅医院、むろとびあ医院、室戸岬診療所、室戸中央病院、佐喜浜診療所) ③予算の確保	個別健診の実施状況把握の有無 予算の確保の有無	3月	保健介護課	6か所すべての医療機関に出向き、周知を呼び掛けた(松本医院、三宅医院、むろとびあ医院、室戸岬診療所、室戸中央病院、佐喜浜診療所) 予算は確保できている	市内医療機関との連携を継続していく 個別健診の周知を継続していく

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診に繋がったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか 20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、DHからの事業実施報告による	3月	市民課 機データホライゾン	46人/96人 (受診率47.9%)	受診勧奨通知の見やすさを工夫しながら継続していく
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付 対象への対応	97名への勧奨通知送付 勧誘により受診に繋げる	DHからの事業実施報告による	3月	市民課 機データホライゾン	96人 ほぼ予定通りの送付が出来た	引き続き出来るだけ多くの対象者に通知して受診を促す
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容はどうか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく受診を促すような内容であること	DHからの事業実施報告による	計画当初	市民課 機データホライゾン	通知内容については問題なかった 苦情等もなし	文書送付前に内容の確認を十分行い、対象者に分かりやすい内容にする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	11月	市民課 機データホライゾン	委託によりヘルスケアやまとのプログラムを使っている	引き続き予算の確保事業の実施

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進

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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:H30.4~H31.3)	R元.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 26.2%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:H30.4~H31.3)	R元.5	市民課 国保連合会	通知書数 2,082通/年 発送率100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託 対象者選定 差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委託により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか 費用対効果	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬 対象者20%減少	レセプト、月次報告による	12月	市民課 糊データホライゾン	指導受け入れ 8人 訪問受け入れ率 80% 訪問指導実施実施率 100% *重複・頻回・重複服薬 49名→86名 <small>(データホライゾンからの抽出対象者)</small>	引き続き指導を続けて行く。 重複服薬については効果が上がっていないことから、お薬手帳の周知や啓発活動を強化する。
アウトプット	対象者中何%が指導を受けたか 前段階の指導が出来たか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率 100%の指導 全行程指導完了	DHからの事業実施報告による	12月	市民課 糊データホライゾン	対象者 10名 訪問指導実施 8名 辞退 1名 連絡先不明 1名 指導完了率 8名/8名(100%)	丁寧な対応により安心して指導が受けられるよう、市と委託業者が連絡を密にし、対象者のニーズに合った指導が受けられるような体制づくり
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	DHからの事業実施報告による	12月	市民課 糊データホライゾン	指導により、疾病の重篤化防止に関する改善の可能性や改善の見通しがある方が多くみられた	対象者が相談しやすい体制、環境づくりをすること
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	12月	市民課 糊データホライゾン	委託によりヘルスケアやまとのプログラムを使っている 改善必要事項や今後の方向性なども検討できている	対象者が抵抗無くプログラムを受け入れられるよう、通知文書等の工夫を行う

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 健康相談

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	相談件数のうち、何%が未受診となったか	未受診件数の割合	20%以上	月例報告等により、利用者数を集計	年度末	事業担当	未受診率15.5% 51件	利用者が少なく知らない市民も多いので、周知の工夫をしていき、利用者を増加させていく必要がある
	相談件数のうち、何%が多受診の防止につながったか	多受診の防止(適正科病院案内と重複検査の軽減/相談件数)	20%以上				適正科病院案内等 18.7% 54件	
	相談件数のうち、何%が時間外受診の削減につながったか	時間外受診の削減(平日一般外来へ受診案内/相談件数)	20%以上				平日一般外来へ受診案内 0.2% 7件	
アウトプット	何件の利用があったか	利用件数	利用件数 300件	月例報告等により、利用件数を集計	年度末	事業担当	平成29年度291件 平成30年度288件 前年度より減少	継続して今後も周知に努める
プロセス	市民への広報活動は適切であったか	広報等による周知	広報等による周知	広報等での周知は何回行ったか	年度末	事業担当	広報への掲載 12回 チラシを複製し、 広報・元気フェスタ・人権教育研修にてパンフレットを配布	今後も各種のイベントへ出向き周知を行っていく
ストラクチャー	委託業者との情報共有は	月例報告等による実施状況の把握の有無	月例報告等による実施状況の把握できる	市と委託業者(ティーベック)との連携は取れているのか	年度末	事業担当	月齢報告等により実施状況を把握できた	継続

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業								
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	運動教室や健康教育による生活習慣予防、改善	運動習慣のない人の割合 メタボリックシンドローム該当者の割合	58%以下(県平均以下) 20%以下	KDB KDB	H30. 3月	保健介護課	61.6% 25.4%	メタボ対象者の参加の有無の把握が行えていない。KDBシステム若しくは受付にて参加者の特定健診受診歴の有無の確認をするなど、評価の基準を明確にする必要がある。
アウトプット	参加者数 開催数	参加者数・開催数は適切か	参加者数10人/回 開催率100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握	3月	保健介護課 保健師 医師 運動専門家 大学教授	(運動教室) 17回/17回 延142人(8.5人/回) ○エクササイズ 4回、延24人 ○ズンバ 3回、延18人 ○ピラティス 4回、延41人 ○わくわくトレーニング 6回、延59人 (ウォーキング教室) 9回/10回中(90%) 延44人(4.8人/回) 計186人/26回 (水中運動プログラム) 1回 0名 (医療講座) 1回 86人(国保以外含)	レットトレーニング教室(個別トレーニング)の参加者数が少ない為、内容を見直し、「わくわくトレーニング(体操、筋膜ストレッチ、トレーニング講習会)」といった誰でも参加しやすい内容に変更した。参加人数は平均9.8人と好評なので継続実施健康運動教室は、若者の運動のきっかけや趣味としては好評だが、月3回なので、日々の運動習慣づくりが課題。参加者のうち、希望者にはシレストの割安利用券を配布しており、殆どの方が希望していることから、シレストの継続利用には効果的である。しかし、参加者が固定しており、運動習慣のない方へのメタボ対策の効果が少ない。また、水中運動に関しても参加者がおらず、今後これらの教室の見直し、スクラップ&ビルドを行う
プロセス	委託内容の調整は適切に行えているか(会場、内容、日程、人員配置等) 広報活動は効果的か	委託内容どおりに実施できているか 広報への掲載 メタボリック症候群の対象者へのチラシの配布(特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会)	委託内容どおりに実施 毎月広報へ掲載 特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会でのチラシの配布率	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握 広報へ掲載の有無の確認 チラシの配布の有無の確認	事業終了時 毎月 事業実施後	保健介護課 特定保健指導・健診結果説明会の委託業者	委託業務完了報告書にて、予定どおり実施できている 毎月広報へ掲載できている チラシを配布したりしなかったりで統一できていない	事業ごとに趣旨目的がわかるような広報の工夫を検討
チャート	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か	資源(人材、財源等)の確保・活用について:委託業者	実施率100%	連絡調整によるスムーズな事業実施	事業前	保健介護課 勤労者体育センター	毎月、委託先からの報告書の提出や日程の連絡調整は図られている	継続

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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	特定健診結果説明会の参加状況 メタボリックシンドローム該当者の割合	結果説明会の参加者数の割合 (参加者数/特定健診(集団)・30代健診受診者の内、要請密・受療中の対象者) メタボリックシンドローム該当者の割合	20% (H28年度)23.4%→20%	参加人数の把握 KDBシステムにて確認	3月 次年度 4月～6月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	187人/388人 48.10% H29年度 25.9% H30年度 25.4% R1年度 25.8%	対象者を見直した結果、要請密・受療中の方を対象者にした。しかし、受療中の方でも検査数値は良好(晴れマーク)の方もいるため、次年度はその方を除外し、更にメタボ対策に特化した説明会を実施する
アウトプット	何人に参加勧奨を行ったか 何回実施したか	案内ハガキの送付数 実施回数	委託先からの実績報告書で参加人数を確認 特定健診終了後、1ヶ月以内に実施。年間9回	委託先からの実績報告書で確認 委託先からの実績報告書で確認	3月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	全数送付できている(100%) 7会場9回実施	継続
プロセス	結果説明会の内容は適切だったか 対象者の選定は適切だったか	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者(要請密、受療中、要医療)へのアプローチができていますか	疾病リスクの高いメタボ該当者に向けた説明内容 優先順位の高いフォローが必要な対象者にアプローチができる	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者(要請密、受療中、要医療)へのアプローチ方法の確認	3月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	運動の実技と基本的な検査数値の見方、メタボの概念、食や飲酒習慣の見直しについて網羅した内容であるが、行動変容の動機付けになっているかは不明 特定保健指導医師の相談会要医療・直営で紹介状手渡し、要請密を対象に説明会を実施し、全員アプローチできている	毎年ほぼ同じ説明内容なので、リピーター向けに疾病リスクへの危機感をもってもらえるよう、内容の見直し強化が必要 次年度も要請密の方を対象に、それ以外のメタボ該当者へもチラシを配布し周知を図る
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算を確保できたか	国民健康保険特別会計予算	十分な予算を確保できる	予算の確保	随時	事業担当	予算は確保できている	継続

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組

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	30代健診の受診率 メタボリックシンドローム該当者(要請密・要医療)への保健指導率 保健指導実施後の改善率	30代健診の受診率 医師の相談会後の保健師・管理栄養士による保健指導の実施率 健診結果説明会への参加率 保健指導実施後の改善率	受診率40% 保健指導の実施率50% 健診結果説明会への参加率80% ハイリスク(要医療)への保健指導100% 改善率60%	健診受診者台帳で確認 保健指導実施人数/要医療、要請密対象者 参加者数/30代健診受診者の要請密者数 実施人数/要医療者数 保健指導結果の確認	3月	保健介護課	受診率11.6% 受診者 32人 対象者数 276人 3人 6人 4人 合計13人 改善率未把握	受診率は少ない割に、要請密、要医療の割合が高く、医師の相談会、健診結果説明会などにつなげている
アウトプット	何日実施したか	実施回数	実施率100%	実施回数の確認	3月	保健介護課	18回	
プロセス	案内ハガキの内容は見やすいか 保健指導対象者の選定は適切か	通知内容、時期 疾病リスクの高い者を選定できているか	各地区健診日の2週間前に通知 疾病リスクの高い者への保健指導の実施率80%	通知内容と時期の確認 要請密、要医療者への保健指導実施率	3月	保健介護課	内容は例年通り2週間前に発送できている	内容の工夫を検討
ストラクチャー	対象者選定方法の手順はわかりやすいか 事業実施人員の不足はないか	保健指導対象者の選定方法は十分か 専門職の人数	保健指導対象者の選定方法の明確化 専門職の不足はないか、1人あたりの対象者数は適切か	保健指導対象者の選定の手順の確認 専門職の人数	3月	保健介護課	①ハイリスク(異常値2~3つ以上)は医師の相談会 ②①以外の「要医療」:直営で保健指導実施 ③①以外の「要請密」:健診結果説明会 専門職 6人	30歳代健診、健診結果説明会、医師の説明会の担当同士の連携を図り、指導漏れをなくす

事業評価計画(H30)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)

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	要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率	要医療対象者の医療機関への受診率	受診率50%	医療機関からの報告数確認 電話連絡による受診者数確認	紹介状発行から6か月後および3月	保健介護課	21名/44名 47.7% 未受診者の23件TELにて受診勧奨を実施 そのうち8名が受診 合計29名受診 受診率65.9%	紹介状の返信がなくても受診済の方がいるのでTELで確認が必要
アウトプット	何件紹介状を発行したか	紹介状発行率	発行率100%	紹介状送付数の確認	3月	保健介護課	100% 44名 至急訪問対応の3名、既を受診済1名を除く全員に紹介状を発行	来場されなかった方へは郵送にて対応
プロセス	1)要医療対象者に適切な受診勧奨が行えたか	紹介状の案内方法は適切か	手渡しにて受診勧奨率 80%	案内方法の確認	3月	保健介護課	34件/44件 77.2% 保健師等による手渡し 22件 業者による手渡し 12件 郵送 8件	
ストラクチャー	各担当との連携体制	関係者との連携について :保健師と管理栄養士との連携	100%	対象者44名に対し面談による手渡しまたは未受診者へのTELにあたることのできる専門職員数	紹介状発行から6か月後および3月	保健介護課	6名 地区分担制で面談 未受診者へのTEL連絡が未対応	未受診者へのTEL連絡も地区分担制で対応

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
予糖尿病重症化	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、トガン・精神疾患を除く院外処方糖尿病患者	6ヶ月のプログラムにより専門職(保健師・栄養士等)が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら専門職員による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けてもらえるよう工夫	市民課 株データホライゾン 株ベネフィットワン 医師	6ヶ月間	対象者の自宅他 ※対象者が受けやすい環境で	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く))	特定健診受診者の内、生活習慣病による疾病リスクのある者の生活習慣を改善し、重症化を防ぐ	1)生活習慣の改善率100% (運動・食生活・飲酒習慣を見直す) 2)次年度の検査データの改善率100% (体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)	特定健診の結果、数値の悪化が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定(佐喜浜、岬、室戸地区の3か所)	「医師による健康相談会」を実施。 医師から対象者に、検査データの見方や将来の疾病リスク、生活習慣の見直しの必要性を提示 相談後、保健師や管理栄養士からは、医師の説明に対する感想や理解の確認と共に、具体的な運動・食生活の見直し・禁酒の目標を設定し、行動変容を促す	1)健診受診者の検査データの一覧を作成し、対象者を選定 2)喫煙・飲酒などの生活習慣と過去の血液検査のデータを基に経年表を作成。医師の指導の下、素因なのか、生活習慣によるものなのか、若しくは両方による悪化なのかを分析し、将来の疾病リスクを予測。 3)相談当日、医師からは経年表と本人のからだの状態をグラフにして示し、将来の疾病リスクと生活習慣の改善、または医療機関への受診の必要性を説明。併せて、体重減少や休肝日の設定など、無理なく達成可能な目標を提示。	総合保健協会 平井医師	年3回 10月～12月	佐喜浜生活改善センター 室戸岬公民館 保健福祉センターやすらぎ	1)生活習慣(運動・食生活・飲酒行動)の改善率 2)次年度の検査データの改善率(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	特定健診の受診率40%を目指す	特定健診受診者(40～74歳)	①-1特定健診受診勧奨事業 個別勧奨(委託) 広報車での受診勧奨 ①-2ハガキでの勧奨 ②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区) ③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与) ④特定健診送迎事業 ⑤広報掲載・回覧・防災行政無線での広報 ⑥電話での直接的な受診勧奨 ⑦脳ドックとセットでの受診勧奨 新⑧⑨みなし健診	①-1集団健診の2週間前に健康応援団からの受診勧奨訪問を実施 また、当日は広報車による受診勧奨を実施 ①-2集団健診終了後には、未受診の方に個別健診の受診勧奨ハガキ送付 ②集団健診前に対象地区(公民館、市民館等)に健診ポスターを掲示したり、全地区には個別勧奨の周知徹底を行う。 ③特定健診を受診する毎に、ポイントを貯める楽しみを持ってもらう ④集団健診会場への送迎 ⑤広報掲載・常会への回覧・防災行政無線での広報 ⑥なでしこの会やJMJCによる電話での受診勧奨 ・過去5年間で受診履歴のある者 ・受診履歴関係なく、40～45歳を対象に受診勧奨も行う ⑦脳ドックを自己負担1,000円で受ける機会を設け、申込者は必須として必ず特定健診を受けてもらうことを条件とする ⑧特定健診未受診者に同意をもらい医療機関へ健診データの提供を求める	健康応援団 保健介護課 保健介護課 健康応援団 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 市民課 市民課	特定健診2週間前 R2年1月 特定健診2週間前 6月～11月 特定健診各実施日 特定健診各実施月各実施日 特定健診2週間前 7月～1月 12月～3月	特定健診対象地区 全地区 特定健診未受診者 特定健診対象地区 特定健診会場 保健福祉センター 特定健診会場 市内全域 なでしこの会は保健福祉センターやすらぎにて。 JMJCは会社にて 田野病院 対象医療機関	受診率 実施率 実施率 ポイント付与実施率 送迎実施率 広報実施率 受診率 受診率 受診率

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
受診勧奨	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	市民課 保健介護課	随時	対象者自宅	通知後による医療機関への受診率
ジェネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)
重複・頻回受診 重複・頻回受診 医療費削減	医療の適正受診への指導	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革	KDB及びレセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	受診・服薬等についての相談 ※気軽に受けもらえるよう工夫	市民課(対象者の選定) 保健師(訪問指導)	随時	対象者自宅	対象者減少率
健康相談	24時間体制で医療専門家による電話相談を実施することにより、市民が気軽に相談できる場を提供し、医療不安の解消や重複受診を防ぐ	1.気軽に相談できる場の提供 2.医療や健康面での不安の減少 3.時間外診療を防ぐ 4.多受診を防ぐ 5.利用人数300人以上	全市民	24時間フリーダイヤルで医師や保健師等有資格者に相談ができる「むろと健康ダイヤル24」を開設	電話医療相談を行っている業者へ委託(ティーベック株)	ティーベック株 保健介護課	通年	対象者自宅	利用者数

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
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動の習慣のない人の割合が減る。 メタボ該当者の割合が減る。	室戸市に住民票のある成人	①生活習慣病予防改善水中運動プログラム	○委託事業 ・事前測定及び効果測定実施 ・成果報告会の実施 ・週2回運動指導 ・大学教授による生活習慣病と水中運動との関連性 ・広報告知	日世通商株式会社 保健介護課 高知大学医学部教授	9月～12月	シレストむろと	運動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合
				②健康ウォーキング教室	○委託事業 ・事前測定及び効果測定実施 ・成果報告会の実施 ・週2回運動指導 ・大学教授による生活習慣病と水中運動との関連性 ・広報 ・血圧測定 ・歩き方、コース説明 ・準備体操、歩く	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年間10回	市内5町での開催を1回以上 (佐喜浜、室戸岬、室戸、吉良川、羽根)	
				③健康運動教室	○委託事業 ・広報等にて対象者への促し ・受付事業説明 ・講師説明・運動(ピラティス年6回、エクササイズ年4回、ズンパ3回、わくわくトレーニング教室年6回)	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年17回	やすらぎ 勤労者体育センター	
				④医療講座	○直営事業(講師謝金) ・広報等にて対象者への促し ・司会 ・講師による講演	保健介護課保健師 医師	7月6日	やすらぎ 夏季	
ブ(特定健診受診者継続へのフォローアップ)	保健師及び管理栄養士による特定健診受診者へ健診結果説明会を開催する。併せて食事や健康運動指導士による体操などを実施することにより、健康について関心を促し継続受診へ繋げる	特定健診受診者への結果説明会への参加率 20%	特定健診の結果、要精密・要医療受療中判定となった者	特定健診結果説明会の開催(委託)	1)要精密・要医療(ハガキで案内し健診結果を手渡し)、異常なし・受療中(結果にチラシを同封し郵送)、特定保健指導・医師説明会対象者はチラシを手渡し 2)JMCIに委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動を実施	委託業者 (株)JMC	集団健診終了後(約1ヶ月後に開催)年9回	健診会場	1)健診結果説明会の参加者の割合

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
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	1) 40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行う	1) 事業該当者30代の室戸市国保加入者	1) 室戸市住人のうち、国保加入者である30歳代の者350人	1) 特定健診(集団)会場で特定健診対象者と同様に30代健診を実施	① ①対象者の抽出、台帳作成 ② 30代健診の実施 ・案内ハガキを送付 ・身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察を特定健診と同様に行う ・約1か月後に健診結果の通知	保健介護課	集団健診と同時実施 (6月～11月、2月)	佐喜浜生活改善センター 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 やすらぎ	1) 受診率
	2) 生活習慣病予備軍該当者が適切な早期介入指導を受けることでリスクが改善される。	2) 保健指導対象者/保健指導を実施できた者100%	2) 健診の結果、高血糖・高血圧・高脂血症・肝機能高値など、複数の異常が重なる者3人	2) 保健師又は管理栄養士による保健指導	① ①対象者の抽出、台帳作成 ② 保健指導の実施 ・健診結果案内ハガキを送付 ・数値、生活習慣改善の必要性を説明 要医療結果の者に対しては紹介状を手渡しし、受診を勧める。その後病院からの報告、または対象者への電話連絡で身体状況と受診結果を確認する	保健介護課	集団健診と同時実施 (6月～11月、2月)	佐喜浜生活改善センター 吉良川公民館 室戸岬公民館 羽根公民館 やすらぎ	2) 保健指導実施率
	3) 受診率向上のため、30代健診の受診啓発を行う	3) 市の広報での30代健診受診啓発 2回/年		3) 30代健診の実施について広報の記事を作成	① ①健診開始時期の広報で特定健診・がん検診および30代健診の対象、検査内容、持参物について紹介した記事を作成する ② 30代健診を実際に受診した対象者の感想を記事内にて紹介する	保健介護課	集団健診と同時実施 (6月～11月、2月)		3) 受診率
策(特定受診者) 要医療判定者の適切な受療と生活習慣の改善	医療機関受診率(受診者/紹介状発行数) 50%	特定健診の結果、要医療判定となった者 a) 最大血圧180以上または最低血圧110以上 b) HbA1c 7.4以上 c) LDLコレステロール180以上 d) GOT100以上またはGPT100以上 e) 尿酸10.0以上 ただし、問診にて該当項目が「受療中」となっているものは除く	特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えていた要医療判定者に紹介状を発行し、適切な受療と生活習慣改善を支援する	① 対象者の抽出、台帳作成 ② 紹介状の手渡し ・健診結果説明会案内ハガキを送付 ・要医療判定であること、数値の内容、生活習慣改善と早期受診の必要性を説明し、紹介状を手渡しする ・来所困難な者には紹介状と健診結果を郵送する ・電話、面接、医療機関からの報告で受診結果の確認を行う ③ 委託業者との契約の際、なるべく同じ地区で同じ方を担当してもらえような働きかけを行い、関係を踏まえて行動内容に結びつける指導ができるような環境にしてい	保健介護課	紹介状発行から6か月後	各説明会会場	医療機関への受診率	

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防								
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を防げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ、DHからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	0%(0名/58名) 1名の参加希望があったが、初回面談で辞退した。 個人に電話や通知で勧奨を行うも、拒否された。	透析につながらないよう今後も啓発していく
アウトプット	対象者の何%にプログラムを実施できたか 対象者の満足度	実施率(3人対象) 対象者の変化について :対象者の満足度	プログラム利用率100%	DHからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	33.3%(1人/3人)	6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく
プロセス	参加者に満足されるプログラムか	実施やニーズの把握について :対象者の満足度	対象者の満足度80%	DHからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	対象者自ら進んで、このプロセスに参加してくれたが、自分一人のできるということで初回面談後、辞退された	プログラムの重要性を周知していく
ストラクチャー	市、DHとの連携。 プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	関係者との連携について :委託業者との連携体制	実施率100%	市民課、DHIによる	3月	㈱データホライゾン 市民課	委託業者と連携をとり、対象者の選択からプログラムの内容についての再確認を行った	医師にプログラムの説明をし、受診勧奨への協力を行う

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

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) 医師からの直接指導により、どれだけ生活習慣の改善につながったか 2) 生活習慣の改善によって、次年度の検査数値が改善したか	1) 生活習慣の改善率 2) 次年度の検査数値(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなど)の改善率	1) 100% 2) 100%	1) R2年度 特定健診の間診票の内、「運動」、「身体活動」、「間食」、「飲酒」、「生活改善の予定」項目の改善の有無を確認 2) R2年度 特定健診の検査データと比較(佐喜浜、岬、室戸地区)	R2年度(7月、10月、12月)	保健師	1) 生活改善率0% (R2.7時点) 佐喜浜地区のみ利用者4名中、R2年は3名受診、3名中、3名変化なし 2) R2年度 検査数値改善率0% 佐喜浜地区 受診者3名、3名中2名変化なし、1名悪化	医師の相談会当日、対象者は医師から直接指導を受けることで危機感を持ち、保健師と話し合い、生活習慣を見直す意思も確認できたが、その後の行動変容に至っていない 対象者の選定の見直し、相談会後のフォローが必要と思われる
アウトプット	1) 何人に直接指導を行ったか 2) 何回相談会を実施したか 3) 受け入れ可能人数に対し、利用率はどうか	特定健診受診者数 利用人数/対象者(特保以外の要医療・要精密で、疾病リスクの高い者) 実施回数 半日4名の受け入れ可能人数に対し、4名利用につながっているか。	疾病リスクの高い対象者の内、相談会の利用率100% 3回 利用率100%	1) 疾病リスクの高い者の相談利用率(利用人数/異常値が3つ以上重なっているハイリスクの人数) 面談記録 利用人数の割合	R元年10月、11月、12月の相談会実施後 随時	保健師	特定健診受診者1226名(内集団839名)、(受診者)佐喜浜67名、岬99名、室戸287名 1) 対象者の医師相談利用率 合計: 11名/17名中(64.7%) (内訳) ○佐喜浜地区 4名/5名 80% ①のリスト10名 ②ハイリスク10名中3名、3名中、相談利用者2名 ※対象者が少ない為、②以外で特定保健指導対象者から2名追加で選定し2名参加 ○室戸岬地区 4名/4名 ○室戸地区 3名/8名 プラス特保の内高値の4名選定、10名の内優先順位の高い者8名を選定3回 12名中11名の参加(91.6%)。1名は当日キャンセル	保健師のマンパワー不足、医師との連携体制を考えると、年3回が限度。受け入れ可能な12名枠は効果的に利用できている
プロセス	1) 対象者の選定は適切だったか(特定健診の結果、特定保健指導対象者以外の、基準値を超えている数値が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定) 2) 利用勧奨方法は適切であったか 3) 対象者への説明は適切だったか ① 医師の面談(検査数値の経年変化、疾病リスクの説明) ② 保健師、管理栄養士による保健指導 4) 医師の相談会後のフォローはできているか	1) 市の課題に沿った選定基準となっているか。(若年層の生活習慣病による疾病リスクの高い者) 2) 未利用の理由について明らかにしているか ① 指導内容に対する理解度 ② 生活習慣を見直す必要性を理解し、実行可能な目標を設定できているか 4) 相談利用者へのフォローができているか	① 30歳代、40～74歳の要精密・要医療のリストを作成(特定保健指導対象者を除く) ② 30歳～50歳の若年層を中心に、異常値が複数(3つ以上または高値が2つ以上)ある者を選定できる。 ③ 医師の指導の下、②のデータを分析し、経年表を作成 未利用者の割合0% 指導内容が理解できる 保健指導、目標設定率100% 相談利用者のフォロー率100%	① のリストから、有所見状況を確認 ① 未利用者の割合 ② 未利用理由の聴き取り ① アンケートによる評価(説明内容について5段階評価) ② 保健指導で理解できたか確認 保健指導・目標設定した割合 相談利用者へのその他のE、訪問対応の有無(E、訪問) 予算の確保	R元年10月、11月、12月	医師 保健師 事務職	全地区は未把握、3地区の利用者11名(年齢別の内訳) ・30歳代 : 2名/4名 ・40～50代: 3名/3名 ・60～74歳: 6名/10名 若年層から順に選定できている。30歳代の4名は、BMI30以上+血圧+肝機能+TGまたはLDLが高値であり、脳血管疾患などを起こす危険性が極めて高い ① 未実施 ② やや医師の説明の難しさを感じているが、危機感も伝わっている 保健指導・目標設定率100% (運動、間食を減らす、休肝日など)	
ストラクチャー	1) 医師による相談会のための予算を確保できたか 2) 医師と市の連携体制は良好か 3) 対象者ごとのデータ分析と指導、評価に関わるマンパワーが確保できたか	国民健康保険特別会計予算 情報共有ができたか 担当者人数	予算を確保できたか 十分な協議、情報共有ができたか 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	医師と市と対象者の連携 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	随時	保健師	予算の確保はできた メールと事後カンファレンスにて情報共有を図った 担当1名、他保健師3名。 対象者のデータ作成～保健指導までは実施しているが、評価は未実施	市のマンパワー不足が課題

事業評価計画(R1)

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	どれだけ受診に口ながったか	受診率	受診率 40%以上	受診勧奨実施者数	6月	保健介護課	(全体) R元年度:37.83% H30年度:37.67% H29年度:37.65% (集団) R元年度:25.89% H30年度:25.83% H29年度:26.22% (個別) R元年度:11.94% H30年度:11.84% H29年度:11.44%	受診率の経年変化をみると、わずかに増加している。特に、個別健診が伸びてきているので、今後も引き続き、個別健診の周知とともに、医療機関との連携を図る
アウトプット	何回開催したか ①-1健康応援団による園診勧奨訪問 ①-2勧奨ハガキ送付 ②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区) ③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与) ④特定健診送迎事業 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無 ⑥なでしこの会やJMCIによる電話での受診勧奨 ⑦脳ドックとのセット園診 新⑧みなし健診	開催数 ①-1受診勧奨訪問数 ①-2ハガキの送付の有無 ②ポスター掲示による周知 ③健康マイレージのポイント付与 ④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無 ⑥電話による受診者数	開催場所、回数の確保 ①-1 1,520人/3,800人 ①-2ハガキの送付 受診勧奨ハガキを見て健診を受診してもらう ②ポスター掲示数 ポスター掲示による特定健診実施日の周知 ③健康マイレージのポイント付与の有無 健康マイレージポイント交換数(20人交換) ④送迎利用口実数 ⑤広報・回覧(7地区での実施 予定) 防災行政無線(6月~11月) ⑥受診者数 実数	健診受診者台帳で確認 ①-1受診勧奨訪問数 ①-2ハガキの送付数 ②ポスター掲示数 市内7地区 事業所等 ③健康マイレージのポイント付与の有無確認 健康マイレージポイント交換数 ④送迎利用者数 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無 ⑥電話で受診勧奨者の受診追跡	3月 3月 3月 3月 3月 3月 3月	保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課	5会場、17回 ①-1 1672人/3241人(51.6%) ①-2E来受診者へのひろい個別健診受診勧奨: 1924人 ②市内7地区 ③健康マイレージ付与有交換数29枚 ④22人 ⑤7地区の広報・回覧・ 防災行政無線での啓発有 ⑥E来受診勧奨者の受診率 (対象者) 前年度未受診者のうち、 過去5年間に受診歴のある 者+40歳~45歳全員 ○なでしこの会 (佐喜浜地区) 12人/85人中(14.1%) (羽根地区) 10人/56人中(17.8%) ○JMCI(3地区) 421人中、 未通知を除く274人 72人/274人(26.3%) ※274人中、伝言を除く 人数は208人 (208人中、受診しないと 答えた46人の内訳) ・理由:治療中(63%) ・割合が高い年代:50- 60歳の男性(30.6%) ⑦定員枠250人中、受診 者232人(93%) 定員に達していたが、 MRIの不具合や台風等 で当日キャンセル有。 ⑧2名/47名中	R2年度は感染症対策のため、 戸別訪問は中止となったが、 E来受診勧奨は引き続き実施 E来受診勧奨では、働き盛りの 50~60歳代男性が受診の意 向がない割合が高いので、 受診の必要性の周知や個別 健診の推奨が必要 効果的に受診勧奨するため、 ハガキの内容の見直しを検討。 R2年度は、ナッジ理論に基づ いて、圧着ハガキによる受診 行動を促す内容のものを業者 委託で実施予定
プロセス	健康応援団への説明内容は適切であったか 説明時期、配布パンフレットへの健診具体的な内容記入	受診勧奨方法 利便性向上について紹介	健診受診方法 (集団、個別) 送迎の紹介	受診勧奨方法 利便性向上・昨年度の受診率の説明について紹介	3月	保健介護課		個別健診を知らない人が多いので、そのメリットについて更にPRが必要
ストラクチャー	1. 市内医療機関との連携 2. 受診できる医療機関数 3. 予算措置は十分であったか	1. 個別健診の実施状況把握の有無 2. 受診できる医療機関数の把握 3. 予算の確保	1. 個別健診の実施状況の把握 2. 市内医療機関6箇所中、実施5か所 3. 十分な予算の確保	1. 個別健診の実施状況把握の有無 2. 受診できる医療機関数 3. 予算の確保状況の確認	3月	保健介護課	1.医療機関5か所へ訪問し、受診勧奨を依頼した	継続

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診に繋がったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、委託業者からの事業実施報告による	3月	市民課 委託業者	未実施	令和2年度には委託により事業の実施が出来るようにする
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付対象への対応	97名への勧奨通知送付勧誘により受診に繋げる	委託業者からの事業実施報告による	3月	市民課 委託業者	未実施	令和2年度には委託により事業の実施が出来るようにする
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容はどうだったか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく受診を促すような内容であること	委託業者からの事業実施報告による	計画当初	市民課 委託業者	未実施	令和2年度には委託により事業の実施が出来るようにする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	委託業者からの事業実施報告による	11月	市民課 委託業者	未実施	引き続き予算の確保 令和2年度には委託により事業の実施が出来るようにする

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進

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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:R1.4~R2.3)	R2.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 25.7%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:R1.4~R2.3)	R2.5	市民課 国保連合会	通知書数 1,663通/年 発送率100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託 対象者選定 差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委託 により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算 の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬 対象者20%減少	レセプト、KDBによる	3月	市民課 保健介護課	指導受け入れ 0人 対象者 1人 訪問受け入れ率 0% 訪問指導実施率 0% 指導対象者以外では *重複・頻回・重複服薬 86名→152名 (データホライゾンから の抽出対象者→医療 分析による対象者)	レセプトやKDBで毎月 確認をし、対象者には その都度指導していく
アウトプット	対象者中何%が指導を受けてくれたか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率 100%の指導 全行程指導完了	保健師からの報告による	3月	市民課 保健介護課	対象者のほとんどが、がんや精神病の方で指導には繋がる方がいなかったが、重複受診と重複服薬ともに多い方へ訪問を行ったが留守等で指導に至らなかった。指導完了率 0名/0名(0%)	関係機関の情報連携を密にし指導にあたる
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	市民課、保健介護課による	3月	市民課 保健介護課	対象者のほとんどが、がんや精神病の方で指導には繋がる方がいなかったが、重複受診と重複服薬ともに多い方へ訪問を行ったが留守等で指導に至らなかった。	関係機関の方向性の確認を行い事業を行っていく
ストラクチャー	レセプト及びKDBによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	市民課による	通年	市民課 保健介護課	対象者のほとんどが、がんや精神病の方で指導には繋がる方がいなかったが、重複受診と重複服薬ともに多い方へ訪問を行ったが留守等で指導に至らなかった。	対象者が抵抗無くプログラムを受け入れられるよう、通知文書の作成を行う

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 健康相談

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	相談件数のうち、何%が未受診となったか	未受診件数の割合	20%以上	月例報告等により、利用者数を集計	年度末	事業担当	未受診率15.5% 49件 適正科病院案内等22.8% 72件 平日一般外来へ受診案内 3.4% 11件	利用者が少なく知らない市民も多いので、周知の工夫をしていき、利用者を増加させていく必要がある
	相談件数のうち、何%が多受診の防止につながったか	多受診の防止(適正科病院案内と重複検査の軽減/相談件数)	20%以上					
	相談件数のうち、何%が時間外受診の削減につながったか	時間外受診の削減(平日一般外来へ受診案内/相談件数)	20%以上					
アウトプット	何件の利用があったか	利用件数	利用件数 300件	月例報告等により、利用件数を集計	年度末	事業担当	平成29年度 291件 平成30年度 288件 令和1年度 315件 前年度より9%増	目標達成
プロセス	市民への広報活動は適切であったか	広報等による周知	広報等による周知	広報等での周知は何回行ったか	年度末	事業担当	広報12回 健診年間予定表掲載 1回	市民全員が対象であるため、広報や妊産婦訪問での周知等の工夫を行い、利用率を上げていく
ストラクチャー	委託業者との情報共有はできたか	月例報告等による実施状況の把握の有無	月例報告等による実施状況の把握できる	市と委託業者(ティーベック)との連携は取れているか	年度末	事業担当	月齢報告等により実施状況を把握できた	委託業者と連携を行い、目標を達成した

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業								
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	運動教室や健康教育による生活習慣病予防、改善	運動習慣のない人の割合 メタボリックシンドローム該当者の割合	58%以下(県平均以下) 20%以下	KDB KDB	H30. 3月	保健介護課	63.8% 25.8%	メタボ対象者の参加の有無の把握が行えていない。KDBシステム若し者の特定健診受診歴の有無の確認をするなど、評価の基準を明確にする必要がある
アウトプット	参加者数 開催数	参加者数・開催数は適切か	参加者数10回/人 開催率100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握	3月	保健介護課 保健師 医師 運動専門家 大学教授	(運動教室) 感染症対策のため 1回中止。31回/32回 延128人 ○エクササイズ 4回、延18人 ○ズンバ 3回、延14人 ○ピラティス 3回、延18人 ○ピラティス・ラフター・リズムミック 3回、延22人 ○わくわくトレーニング 6回、延59人 ①610体操 延20人 平均3人 ②筋膜ストレッチ 延13人 平均2人 ③トレーニング講習 延23人平均3.8人 (ウォーキング教室) 8回/9回中(88%) 延36人 平均4.5人/回 計164人/39回(4.2人) (水中運動プログラム) 1回2名 (医療講座)1回 43人(国保以外含む)	前年度より参加率を上げるよう、新たなメニュー(ピラティス・ラフター・リズムミック)を増やす等工夫を行ったが、予定より参加者が伸びなかった健康教室は、若者の運動のきっかけや趣味としては好評だが、月3回なので、日々の運動習慣づくりが課題。参加者のうち、希望者にはシレストの割安利用券を配布しており、殆どの方が希望していることから、シレストの継続利用には効果的である。しかし、参加者が固定しており、運動習慣のない方へのメタボ対策の効果が少ない水中運動に関しても参加人数が少なく、シレストの継続利用にもつながっていないため、これらのプログラムの見直しや整理が必要
プロセス	委託内容の調整は適切に行えているか (会場、内容、日程、人員配置等) 広報活動は効果的か	委託内容どおりに実施できているか 広報への掲載 メタボリック症候群の対象者へのチラシの配布(特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会)	委託内容どおりに実施 毎月広報へ掲載 特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会でのチラシの配布率100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握 広報へ掲載の有無の確認 チラシの配布の有無の確認	事業終了時 毎月 事業実施後	保健介護課 特定保健指導・健診結果説明会の委託業者	委託業務完了報告書にて、予定どおり実施できている毎月広報へ掲載できている チラシを配布したりしなかったりして統一できていない	参加者が固定しており、新たな参加者を確保するため、市内量販店等に案内ポスターを掲示する等工夫が必要。メタボ対象者の参加につながるよう、チラシの全員配布を目指す
ストラクチャー	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か	資源(人材、財源等)の確保、活用について、委託業者	実施率100%	連絡調整によるスムーズな事業実施	事業前	保健介護課 勤労者体育センター	毎月、委託先からの報告書の提出や日程の連絡調整は図られている	継続

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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	特定健診結果説明会の参加状況 メタボリックシンドローム該当者の割合	結果説明会の参加者数の割合(参加者数/特定健診(集団)・30代健診受診者の内、要請密(受療中含む)対象者) メタボリックシンドローム該当者の割合	20% (H28年度)23.4%→20%	委託先からの実績報告書で参加人数を確認 KDBシステムにて確認	3月 次年度4~6月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	95人/302人 31% (平成30年度51%) H29年度 25.9% H30年度 25.4% R1年度 25.8%	メタボ対策に特化するため、対象者を要請密の方に絞ったが、参加率は減少傾向にある また、説明会のみ効果の指標がないため、他の取り組みと併せての結果になるが、メタボ該当者の割合は増加傾向にある 説明会への参加率を上げることや、説明会内容の強化が必要
アウトプット	何人に参加勧奨を行ったか 何回実施したか	案内ハガキの送付数 実施回数	対象者への全数送付 特定健診終了後、1ヶ月以内に実施。年間9回。	委託先からの実績報告書で確認 委託先からの実績報告書で確認	3月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	全数送付できていない(100%) 7会場9回実施	継続
プロセス	結果説明会の内容は適切だったか 対象者の選定は適切だったか	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者(要請密、受療中、要医療)へのアプローチができていますか	疾病リスクの高いメタボ該当者に向けた説明内容 優先順位の高いフォローが必要な対象者にアプローチができる	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者(要請密、受療中、要医療)へのアプローチ方法の確認	3月	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	運動の実技と基本的な検査数値の見方、メタボの概念、食や飲酒習慣の見直しについて網羅した内容であるが、行動変容の動機付けになっているかは不明 特定保健指導医師の相談会要医療:直営で紹介状手渡し 要請密を対象に説明会を実施し、全員アプローチできている	毎年ほぼ同じ説明内容
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算を確保できたか	国民健康保険特別会計予算	十分な予算を確保できる	予算の確保	随時	事業担当	予算は確保できている	継続受診者を増やすことによって全体の受診率向上にも繋がるため、結果説明会では継続受診をする有益性伝えていくとともに説明会内容の見直しを行い、受診率を向上していく

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組

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	30代健診の受診率 メタボリックシンドローム該当者(要請密・要医療)への保健指導率 保健指導実施後の改善率	30代健診の受診率 医師の相談会後の保健師・管理栄養士による保健指導の実施率 健診結果説明会への参加率 保健指導実施後の改善率	受診率40% 保健指導の実施率50% 健診結果説明会への参加率80% ハイリスク(要医療)への保健指導100% 改善率60%	健診受診者台帳で確認 保健指導実施人数/要医療、要請密対象者 参加者数/30代健診受診者の要請密者数 実施人数/要医療者数 実施人数/要医療者数 保健指導結果の確認	3月	保健介護課	受診率12% 28人/242人中 2人/16人中 2人/13人中 2人/3人中 合計 6人/16人 実施率 37.5% 未把握	受診率は12%を維持。受診率は少ない割に、要請密、要医療の割合が高く、医師の相談会、健診結果説明会などにつなげることができている
アウトプット	何日実施したか	実施回数	実施率100%	実施回数の確認	3月	保健介護課	17回	
プロセス	案内ハガキの内容は見やすいか 保健指導対象者の選定は適切か	通知内容、時期 疾病リスクの高い者を選定できているか	各地区健診日の2週間前に通知 疾病リスクの高い者への保健指導の実施率80%	通知内容と時期の確認 要請密、要医療者への保健指導実施率	3月	保健介護課	内容は例年通り2週間前に発送できている	内容の工夫を検討
ストラクチャー	対象者選定方法の手順はわかりやすいか 事業実施人員の不足はないか	保健指導対象者の選定方法は十分か 専門職の人数	保健指導対象者の選定方法の明確化 専門職の不足はないか、1人あたりの対象者数は適切か	保健指導対象者の選定の手順の確認 専門職の人数	3月	保健介護課	①ハイリスク(異常値2~3つ以上)は医師の相談会 ②①以外の「要医療」:直営で保健指導実施 ③①以外の「要請密」:健診結果説明会 専門職 6人	30歳代健診、健診結果説明会、医師の説明会の担当同士の連携を図り、指導漏れをなくす

事業評価計画(R1)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)

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	要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率	要医療対象者の医療機関への受診率	受診率50%	医療機関からの報告数確認 電話連絡による受診者数確認	紹介状発行から6か月後および3月	保健介護課	20名/45名(44.4%) 未受診者の25件中15件は、内9件はつながったが、多忙や生活習慣改善に取り組んでいるとの理由で受診につながらず	未受診者への全数対応が課題
アウトプット	何件紹介状を発行したか	紹介状発行率	発行率100%	紹介状送付数の確認	3月	保健介護課	100% 53名 至急訪問対応の2名を除く全員に紹介状を発行	来場されなかった方へは郵送にて対応
プロセス	1)要医療対象者に適切な受診勧奨が行えたか	紹介状の案内方法は適切か	手渡しにて受診勧奨率80%	案内方法の確認	3月	保健介護課	36件/45件 77.30% 保健師等による手渡し27件 業者による手渡し9件 郵送9件	
ストラクチャー	各担当との連携体制	関係者との連携について :保健師と管理栄養士との連携	100%	対象者44名に対し面談による手渡しまたは未受診者へのはたに当たることのできる専門職員数	業者による手渡し10件	保健介護課	6名。 地区分担制で面談 未受診者へのはた連絡が未対応	未受診者へのはた連絡も地区分担制で対応

令和2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
予糖尿病 病 重症化	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、ガン・精神疾患を除く院外処方 の糖尿病患者	6ヶ月のプログラムにより専門職(保健師・栄養士等)が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら専門職員による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けてもらえるよう工夫	市民課 ㈱データホライゾン(株)ベネフィットワン 医師	6ヶ月間	対象者の自宅他 ※対象者が受けやすい環境で	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防 糖尿病性腎症を除く)	特定健診受診者の内、生活習慣病による疾病リスクのある者の生活習慣を改善し、重症化を防ぐ	1)生活習慣の改善率100% (運動・食生活・飲酒習慣を見直す) 2)次年度の検査データの改善率100% (体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)	特定健診の結果、数値の悪化が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定(佐喜浜、岬、室戸地区の3か所)	「医師による健康相談会」を実施。 医師から対象者に、検査データの見方や将来の疾病リスク、生活習慣の見直しの必要性を提示。 相談後、保健師や管理栄養士からは、医師の説明に対する理解の確認と共に、具体的な運動・食生活の見直し、禁酒の目標を設定し、行動変容を促す	1)健診受診者の検査データの一覧を作成し、対象者を選定 2)喫煙・飲酒などの生活習慣と過去の血液検査のデータを基に経年表を作成。医師の指導の下、素因なのか、生活習慣によるものなのか、両方による悪化なのかを分析し、将来の疾病リスクを予測。 3)相談当日、医師からは経年表と本人のからだの状態をグラフにして示し、将来の疾病リスクと生活習慣の改善、または医療機関への受診の必要性を説明。併せて、体重減少や休肝日の設定など、無理なく達成可能な目標を提示。	総合保健協会 平井医師 保健師 管理栄養士	年3回 8月～12月	吉良川公民館 室戸岬公民館 保健福祉センターやすらぎ	1)生活習慣(運動・食生活・飲酒行動)の改善率 2)次年度の検査データの改善率(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	特定健診の受診率40%を目指す	特定健診対象者(40～74歳)	①-1特定健診受診勧奨事業 健康応援団による戸別訪問 広報車での受診勧奨	①-1集団健診の2週間前に健康応援団による受診勧奨訪問を実施 また、当日は広報車による受診勧奨を実施	健康応援団 保健介護課	特定健診 2週間前	特定健診 対象地区	受診率
				①-2ハガキでの勧奨	①-2集団健診終了後、未受診の方にひろい健診・個別健診の受診勧奨ハガキ送付	保健介護課	R2年1月	全地区 特定健診 未受診者	実施率 ひろい健診受診率
				②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区)	②集団健診前に対象地区(公民館、市民館等)に健診ポスターを掲示したり、全地区には個別勧奨の周知徹底を行う。	健康応援団 保健介護課	特定健診 2週間前	特定健診 対象地区	実施率
				③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与)	③特定健診を受診する毎に、ポイントを貯める楽しみを持ってもらう	保健介護課	6月～12月	特定健診会場	ポイント付与実施率
				④特定健診送迎事業	④集団健診会場への送迎	保健介護課	特定健診 各実施日	特定健診会場	送迎実施率
				⑤広報掲載・回覧・防災行政無線での広報	⑤広報掲載・常会への回覧・防災行政無線での広報	保健介護課	特定健診 各実施月 各実施日	市内全域	広報実施率
				⑥電話での受診勧奨	⑥なでしこの会やJMCによる電話での受診勧奨 ・過去5年間で受診履歴のある者 ・40～45歳を対象	保健介護課	特定健診 2週間前	なでしこの会は保健福祉センターやすらぎにて JMCは会社にて	Ⅱ受診勧奨した者の内、受診につながった率
				⑦シレスト室戸利用券の交付	特定健診受診者へ、シレスト室戸を割安で利用できる利用券を交付	保健介護課	特定健診 各実施日	特定健診会場	発行率
				⑧脳ドックとセットでの受診勧奨	⑧脳ドックを自己負担1,000円で受ける機会を設け、申込者は必須として必ず特定健診を受けてもらうことを条件とする	市民課	7月～1月	田野病院	受診率
⑨みなし健診	⑨特定健診未受診者に同意をもらい医療機関へ健診データの提供を求める	市民課	12月～3月	対象医療機関	受診率				

令和2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
受診勧奨	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	市民課 保健介護課	随時	対象者自宅	通知後による医療機関への受診率
ジェネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)
重複・頻回受診	医療の適正受診への指導 医療費削減	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革	KDB及びレセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	受診・服薬等についての相談	市民課 (株)データホライゾン	随時	対象者自宅	対象者減少率
健康相談	24時間体制で医療専門家による電話相談を実施することにより、市民が気軽に相談できる場を提供し、医療不安の解消や重複受診を防ぐ	1.気軽に相談できる場の提供 2.医療や健康面での不安の減少 3.時間外診療を防ぐ 4.多受診を防ぐ 5.利用人数300人以上	全市民	24時間フリーダイヤルで医師や保健師等有資格者に相談ができる「むろと健康ダイヤル24」を開設	電話医療相談を行っている業者へ委託(ティーベック株)	ティーベック株 保健介護課	通年	対象者自宅	利用者数

令和2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
国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動の習慣のない人の割合が減る。 メタボ該当者の割合が減る。	室戸市に住民票のある成人	①医療講座	○直営事業（講師謝金） ・広報等にて対象者への周知 ・司会	保健介護課保健師 医師	7月～8月	やすらぎ 夏季	運動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合
				②ウォーキング教室（日替わり） ・健康ウォーキング ・ノルディックウォーキング ・リズムウォーキング	○委託事業 ・広報 ・血圧の測定・ウォーキングの効果を高める歩き方の説明 ・準備体操 ・実技	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年9回	市内5町での開催を1回以上 （佐喜浜、室戸岬、室戸、吉良川、羽根）	
				③エクササイズ教室（日替わり） ・リフレッシュヨガ ・ポールで体幹トレーニング ・ボクシング&筋膜リリース ・代謝アップエクササイズ	○委託事業 ・広報等にて対象者への周知 ・受付事業説明 ・講師説明、実技4種類を年3回ずつ 計12回	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年12回	やすらぎ 勤労者体育センター	
				④太極舞	○委託事業 ・広報等にて対象者への周知 ・受付事業説明 ・講師説明、実技ゆったりとした音楽に合わせて軽く筋力・体幹バランスを鍛える 年3回	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年3回	やすらぎ 勤労者体育センター	
				⑤わくわくトレーニング教室（同日に時間差） ・610体操 ・筋膜ストレッチ ・トレーニング講習	○委託事業 ・広報等にて対象者への周知 ・受付事業説明 ・講師説明 年4回	むろとスポーツクラブ 保健介護課	年4回	やすらぎ 勤労者体育センター	
ブ（特定健診受診者へのフォローアップ）	保健師及び管理栄養士による特定健診受診者へ健診結果説明会を開催する。併せて食事や健康運動指導士による体操などを実施することにより、健康について関心を促し継続受診へ繋げる	特定健診受診者への結果説明会への参加率20%	主に特定健診の結果、要医療・要精密（受療中含む）判定となった者	特定健診結果説明会の開催（委託）	1) 対象者には、ハガキで案内し健診結果説明会にて結果を手渡す。その他の者は健診結果にチラシを同封して案内 2) JMCへ委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動の実技を実施	委託業者 （株）JMC	集団健診終了後（約1ヶ月後に開催） 年9回	各健診会場	・健診結果説明会の参加者の割合 ・メタボ該当者の割合

令和2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
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	1)40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行う	1)事業該当者30代の室戸市国保加入者	1)室戸市民のうち、30歳代の者	1)特定健診(集団)会場にて特定健診と同様に30代健診を実施	1)①対象者の抽出、台帳作成 ②30代健診の実施 ・案内ハガキを送付 ・身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察を特定健診と同様に行う ・約1か月後に健診結果の通知	保健介護課	集団健診と同時実施 (6月～12月、2月)	特定健診会場	1)受診率
	2)生活習慣病予備軍該当者が適切な早期介入指導を受けることでリスクが改善される。	2)保健指導対象者/保健指導を実施できた者100%	2)健診の結果、複数の異常が重なる者	2)保健師又は管理栄養士による保健指導	2)①対象者の抽出、台帳作成 ②保健指導の実施 ・健診結果説明会 ・医師による健康相談会	保健介護課	集団健診と同時実施 (6月～12月、2月)	特定健診会場	2)保健指導実施率
(特定健診受診者を超えている者へのフォローアップ)	要医療判定者の適切な受療と生活習慣の改善	医療機関受診率(受診者/紹介状発行数)50%	特定健診の結果、要医療判定となった者 a)最大血圧180以上または最低血圧110以上 b)HbA1c 7.4以上 c)LDLコレステロール180以上 d)GOT100以上またはGPT100以上 e)尿酸10.0以上	特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えていた要医療判定者に紹介状を発行し、適切な受療と生活習慣改善を支援する	①対象者の抽出、台帳作成 ②紹介状の手渡し・郵送 ・健診結果説明会 ・特定保健指導 ・医師による健康相談会 ・未参加者には郵送 ③至急対応者へは保健師が訪問し紹介状を手渡し	保健介護課	紹介状発行から6か月後	各健診会場	医療機関への受診率

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を防げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ、(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	3.8%(2名/53名)3名の参加希望があり、内1名は初回面談で「通院しているため」を理由に辞退した。個人に電話や通知で勧奨を行うも、拒否された。	透析につながらないように今後も啓発していく
アウトプット	対象者の何%にプログラムを実施できたか対象者の満足度	実施率(3人対象)対象者の変化について :対象者の満足度	プログラム利用率100%	(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	66.7%(2人/3人)	6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく
プロセス	参加者に満足されるプログラムか	実施やニーズの把握について:対象者の満足度	対象者の満足度80%	㈱データホライゾンからの事業実施報告による	3月	㈱データホライゾン 市民課	3名の参加希望があり、内1名は初回面談で「通院しているため」を理由に辞退した。2名は最後までプログラムを終えることができた。	プログラムの重要性を周知していく
ストラクチャー	市、㈱データホライゾンとの連携。プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	関係者との連携について:委託業者との連携体制	実施率100%	市民課、㈱データホライゾンによる	3月	㈱データホライゾン 市民課	委託業者と連携をとり、対象者の選択からプログラムの内容についての再確認を行った	医師にプログラムの説明をし、受診勧奨への協力を行う

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

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)医師からの直接指導により、どれだけ生活習慣の改善につながったか。 2)生活習慣の改善によって、次年度の検査数値が改善したか。	1)生活習慣の改善率 2)次年度の検査数値(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなど)の改善率	100% 100%	電話にて、本人と共に立てた生活習慣改善のための目標の達成度を確認。 R2年度 特定健診の間診票の内、「運動」、「身体活動」、「朝食」、「飲酒」、「生活改善の予定」項目の改善の有無を確認 R3年度 特定健診の検査データと比較(吉良川、岬、室戸地区)	事業の3か月後 R3年度(8月、10月、12月)	保健師口	※昨年度、相談会に参加した13名中、2名はメタボ以外の理由で数値悪化のため評価から除外し、11名を対象に評価を実施。(3ヶ月後の評価) Ⅱ、7名に実施生活改善に取り組んでいる。4名(次年度の受診者数) 受診:10名/11名中 Ⅲ、生活改善した人数6人(80%) (次年度の検査データ結果) 改善:6名/10名中(60%) 悪化なし・悪化:3名・1名	100%は難しいが、6割が行動変容及び検査データの改善につながった。
アウトプット	1)何人に直接指導を行ったか 2)何回相談会を実施したか 3)受け入れ可能人数に対し、利用率はどうか	ハイリスク者の内、相談会の利用人数(利用人数/疾病リスクの高い者) 実施回数 半日4名の受け入れ可能人数に対し、4名利用につながっているか。	疾病リスクの高い対象者の内、相談会の利用率100% 3回 利用率100%	疾病リスクの高い者の相談利用率(利用人数/異常値が3つ以上重なっているハイリスクの人数) 面談記録 利用人数の割合	R2年(8月、10月、12月) 随時 随時	保健師口	13名/28名中(50%) 計3回(利用人数の割合) 吉良川2名/4名中(ハイリスク候補者数) 室戸岬0名/9名中 室戸9名/13名中 他キャンセル2名 吉良川、室戸岬地区は仕事や日にちの不都合を理由に利用人数が少なく、4名に満たなかった。 室戸地区は受診人数が一番多し上、ハイリスク者も多いので、人数がそろいやすく2人以上の集団指導を行うことでより多くの人を利用につなげた	目標100%は困難であるため、60%に変更 ハイリスク者の半数は利用につながったが、2地区は利用人数可能枠を下回っていた。来年度も対象地区の見直しが必要。
プロセス	1)対象者の選定は適切だったか。(特定健診の結果、基準値を超えている数値が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定) 2)利用動機方法は適切であったか。 3)対象者への説明は適切だったか。(①医師の面談(検査数値の経年変化、疾病リスクの説明) ②保健師、管理栄養士による保健指導 4)医師の相談会後のフォローはできているか。	1)市の課題に沿った選定基準となっているか。(若年層の生活習慣病による疾病リスクの高い者) 2)未利用の理由について明らかにしているか 3)指導内容に対する理解度 生活習慣を見直す必要性を理解し、実行可能な目標を設定できているか 4)相談利用者へのフォローができていくか	1)①30歳代、40～74歳の受診者リストを作成(受療中、特定健診保健指導対象者も含む) ②30歳～50歳代の若年層を中心に、異常値が複数(3つ以上または高値が2つ以上)ある者を選定できる。 ③医師の指導の下、②のデータを分析し、経年表を作成 2)未利用者の割合0% 3)指導内容が理解できる 保健指導、目標設定率100% 4)相談利用者へのフォロー率100%	1)年代別・利用人数/ハイリスク候補者 総合判定結果別の人数 2)①未利用者の割合 ②未利用理由の聞き取り 3)①アンケートによる評価①説明内容について5段階評価 ②保健指導で理解できたか確認 保健指導・目標設定した割合 4)相談利用者へのその後のⅡ、訪問対応の有無(Ⅱ、訪問)	R2年(8月、10月、12月) 相談会の3ヶ月後 R2年(11月、1月、3月)	医師 保健師 事務職	1)(利用人数/ハイリスク候補者) 30歳代 :0名/2名 40歳代 :1名/3名 50歳代 :4名/8名 60歳代 :6名/12名 70～74歳 :2名/3名 (総合判定別の人数) 要経観 :2 要精密 :4 要医療 :0 受療中 :12 積極的・動機付け :2 ①未利用者:13名(50%) ②理由-全員、仕事又は日にちの都合が悪い 当日キャンセル1名仕事、1名体調不良 3)①アンケート未実施 ②自分の体の状態を理解し、医師の助言どおりの行動目標を立てることができた。 13名全員に保健指導を実施し、医師の指導に沿った目標を設定した(100%) 4)11名中、7名にⅡでその後の取り組み状況を確認した。	R2年までは、受療中は除外していたが、受療中の中にハイリスクの方が多いことから、今年度より対象者に含んでいる。ハイリスクの選定は適切と考え、30代・40代の若年者は仕事を理由に利用につながりにくい。 医師に説明に対するアンケートは未実施であるが、保健指導にて理解度を確認できたので、アンケートは評価から外す。 来年度も引き続き、3か月後のフォローを行い、本人の意欲の維持向上を目指す。
チャート	1)医師による相談会のための予算を確保できたか 2)医師と市の連携体制は良好か 3)対象者ごとのデータ分析と指導、評価に関わるメンバーが確保できたか	国民健康保険特別会計予算 情報共有ができたか 担当者人数	予算を確保できたか 十分な協議、情報共有ができたか 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	予算の確保 医師と市と対象者の連携 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	随時	保健師	3回分の予算の確保は可能 随時医師とメールでやり取りし、情報共有ができて 予定通り可	例年通り可

事業評価計画(R2)

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	どれだけ受診に口ながったか	受診率	受診率 40%以上	法定報告	次年度6月	保健介護課	(受診券発行数) 3,308人 (受診率:全体) R2年度:37.09% R元年度:38.29% H30年度:37.67% H29年度:37.65% (集団) R2年度:23.74% R元年度:25.89% H30年度:25.83% H29年度:26.22% (個別) R2年度:13.34% R元年度:11.94% H30年度:11.84% H29年度:11.44%	R2年度の集団健診の受診率が減少。 一方、個別健診は増加しており、新型コロナウイルス感染症の影響で集団健診を控えていることが考えられる。
アウトプット	何回健診を開催したか ①-1健康応援団による健診動員訪問 ①-2動員ハガキ送付	開催数 ①-1受診動員訪問数 ①-2ハガキの送付の有無	開催場所、回数の確保 ①-1 50%以上 ①-2ハガキの送付 受診動員ハガキを見て 健診を受診してもらう	健診受診者台帳で確認 ①-1受診動員訪問数 ①-2ハガキの送付数	3月末 3月末 3月末	保健介護課 保健介護課 保健介護課	5会場、17回 新型コロナウイルス感染 拡大のため訪問中止 ①-2 ひろい健診の受診動員 ハガキの送付(JMCへ 委託し、ナッジ理論に基 づいた内容) 未受診者:1468人 且や健診会場に持参する数名 程度であり、受診率への影響 も不明であるため、今年度の みとする。	R2年度は感染症対策のため、 戸別訪問は中止 効果的に受診動員するため、 ハガキの内容の見直し、R2年 度は、ナッジ理論に基づいて、 圧着ハガキによる受診行動を 促す内容のもの事業者委託で 実施。しかし、ハガキの反響は 内、ひろい健診会場に持参する数名 程度であり、受診率への影響 も不明であるため、今年度の みとする。 継続
	②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区)	②ポスター掲示による周知	②ポスター掲示数 ポスター掲示による特定健診実施 日の周知	②ポスター掲示数 市内7地区 事業所等	3月末	保健介護課	②市内7地区	
	③健康マイレージ事業 (受診者へのポイント付与)	③健康マイレージのポイント付与	③健康マイレージの付与数口	③健康マイレージの付与数口	3月末	保健介護課	未把握	健康マイレージ事業による健 診受診率向上への影響は不 明。別事業にて健診受診者 へのポイント加算が始まるた め、本事業は終了とする。
	④特定健診送迎事業 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線	④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無	④送迎利用実数 ⑤広報・回覧(7地区での実施予定) 防災行政無線での啓発の有無	④送迎利用者数 ⑤広報掲載・常会への回覧 防災行政無線での啓発の有無	3月末 3月	保健介護課 保健介護課	④7人 ⑤7地区の広報・回覧・ 防災行政無線での啓発 有	常会への回覧と広報内容が 重複するため、来年度は常会 への回覧は中止。 なでしこの会は事業実施後の 評価は市で行う必要があり、 業務が重複であることから、 今年度より全てJMCに委託。 未受診理由である、「治療中」 の方への受診動員が課題。
	⑥なでしこの会やJMCによる電話での受診 動員	⑥且受診動員者内、受診につなが った人数	40%以上	JMCからの実施結果報告書	次年度6月	保健介護課	(対象者) ・40～45歳 ・過去5年間で受診歴有 (46～74歳)延べ602人 内、通話実績有461人中 110人が受診につなが った(23.9%) (未受診理由) 「受診しない」との回答 110人 ・治療中65.5% ・コロナ5人 74人/742人(9.9%) 24人/417人(5.7%)	
	⑦シレスト室戸利用券の発行	⑦シレスト室戸利用券の発行数	発行数/集団健診受診者数	シレスト利用券交付簿より 40～74歳を抜粋	次年度6月	保健介護課	74人/742人(9.9%) 24人/417人(5.7%)	約1割の方が利用券を活用 していた。
	⑧脳ドックとセット健診	⑧脳ドックとセットでの健診動員	⑧昨年度以上(232人)以上の実施 者数	⑧実施率	3月	市民課	⑧定員枠250人中、 受診者236人(94.4%) 新型コロナウイルス感染症 の心配からキャンセル や延期が例年以上に あった。	個別健診(主に電話動員)で 定員枠をクリアできたことよ り、目標を達成できたので今 後も続けていく
	⑨みなし健診	⑨同意の有無	⑨30%	⑨対象者に対して、同意者数	3月	市民課	⑨10名/55名中	通知後の問い合わせ等の反 応はあったが、判定基準に合 わなかったケースが多く、同 意者数に繋がらなかった。今 後も分り次第早めの動員 をしていく
	セブ スロ	健康応援団への説明内容は適切であったか 説明時期、配布パンフレットへの健診具体 的な内容記入	受診動員方法 利便性向上について紹介	健診受診方法 (集団、個別) 送迎の紹介	受診動員方法 利便性向上・昨年度の受診率の説明について紹介	3月末	保健介護課	中止
ス トラ ク チャ ー	1. 市内医療機関との連携 2. 受診できる医療機関数 3. 予算措置は十分であったか	1. 個別健診の実施状況把握の有無 2. 受診できる医療機関数の把握 3. 予算の確保	1. 個別健診の実施状況把握 2. 市内医療機関6箇所中、実施5か所 3. 十分な予算の確保	1. 個別健診の実施状況把握の有無 2. 受診できる医療機関数 3. 予算の確保状況の確認	4月	保健介護課	1. 医療機関5か所へ訪問し、 受診動員を依頼した 2. 市内5か所の医療機関 で個別健診を実施(松本 医院、むろとびあ医院、 室戸岬診療所、室戸中 央病院、佐喜浜診療所) 3. 予算は確保できている	継続

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の 枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価 時期	評価 体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診に繋がったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、委託業者からの事業実施報告による	3月	市民課 委託業者	未実施	令和3年度には委託により事業の実施が出来るようにする
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付 対象への対応	97名への勧奨通知送付 勧誘により受診に繋げる	委託業者からの事業実施報告による	3月	市民課 委託業者	未実施	令和3年度には委託により事業の実施が出来るようにする
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容はどうだったか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく 受診を促すような内容 であること	委託業者からの事業実施報告による	計画当初	市民課 委託業者	未実施	令和3年度には委託により事業の実施が出来るようにする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	委託業者からの事業実施報告による	11月	市民課 委託業者	未実施	引き続き予算の確保 令和3年度には委託により事業の実施が出来るようにする

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進								
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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:R2.4~R3.3)	R3.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 26.7%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:R2.4~R3.3)	R3.5	市民課 国保連合会	通知書数 1,835通/年 発送率100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託 対象者選定 差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委託により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬 対象者20%減少	レセプト、KDBIによる	3月	市民課 保健介護課	指導受け入れ 0人 対象者 1人 訪問受け入れ率 0% 訪問指導実施率 0% 指導対象者以外では *重複・頻回・重複服薬 152名→155名 (医療分析による対象者)	レセプトやKDBIで毎月確認をし、12月に保健介護課(保健師)と協議していく。
アウトプット	対象者中何%が指導を受けてくれたか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率 100%の指導 全行程指導完了	保健師からの報告による	3月	市民課 保健介護課	全ての対象者が、 がんや精神病の 方で指導には繋 がる方がいなかっ たため、指導に至 らなかった。 指導完了率 0名/0名(0%)	関係機関の情報連携 を密にし指導にあたる
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	市民課、保健介護課による	3月	市民課 保健介護課	全ての対象者が、 がんや精神病の 方で指導には繋 がる方がいなかっ たため、指導に至 らなかった。	関係機関の方向性の 確認を行い事業を 行っていく
ストラクチャー	レセプト及びKDBIによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	市民課による	1月	市民課 保健介護課	全ての対象者が、 がんや精神病の 方で指導には繋 がる方がいなかっ たため、指導に至 らなかった。	対象者が抵抗無くプロ グラムを受け入れられ るよう、事前に電話勧 奨等を行う

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 健康相談								
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	むろと健康ダイヤル24のTEL相談件数のうち、何%が未受診となったか 相談件数のうち、何%が多受診の防止につながったか 相談件数のうち、何%が時間外受診の削減につながったか	未受診件数の割合 多受診の防止(適正科病院案内と重複検査の軽減/相談件数) 時間外受診の削減(平日一般外来へ受診案内/相談件数)	20%以上 20%以上 20%以上	月例報告等により、利用者数を集計	年度末	事業担当 保健介護課	未受診率(医療費削減効果) 37件(20.4%) 家庭看護14件 適正科病院案内等 34件 平日一般外来へ受診案内 3件	利用件数が激減。また、電話健康相談は、本事業以外にも県下で実施されているため、費用対効果を考えると今年度で本事業は終了することとする。
アウトプット	何件の利用があったか	利用件数	利用件数 300件	月例報告等により、利用件数を集計	年度末	事業担当 保健介護課	平成29年度 291件 平成30年度 288件 令和1年度 315件 令和2年度 181件	利用件数が激減。また、電話健康相談は、本事業以外にも県下で実施されているため、費用対効果を考えると今年度で本事業は終了することとする。
プロセス	市民への広報活動は適切であったか	広報等による周知	広報等による周知	広報等での周知は何回行ったか	年度末	事業担当 保健介護課	広報12回 健診年間予定表 掲載 1回	利用件数が激減。また、電話健康相談は、本事業以外にも県下で実施されているため、費用対効果を考えると今年度で本事業は終了することとする。
ストラクチャー	予算は確保できたか 委託業者との情報共有はできたか	予算の費用対効果は得られたか 月例報告等による実施状況の把握の有無	利用件数 300件以上 月例報告等による実施状況の把握できる	1人当たりの相談金額 市と委託業者(ティーパック)との連携は取れているか	年度末 年度末	事業担当 保健介護課	契約金額÷181件 =12,193円 月齢報告等により実施状況を把握できた	利用件数が激減。また、電話健康相談は、本事業以外にも県下で実施されているため、費用対効果を考えると今年度で本事業は終了することとする。

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業

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	運動教室や健康教育による生活習慣病の予防、改善	特定健診受診者の内、運動習慣のない人の割合 特定健診受診者の内、メタボリックシンドローム該当者	58%以下(県平均以下) 20%以下	KDB KDB	H30. 3月	保健介護課	63.1% 29.5%	メタボ対象者の参加の有無の把握が行えていない。KDBシステム若しくは受付にて参加者の特定健診受診歴の有無の確認をするなど、評価の基準を明確にする必要がある。 また、国保対象者の内、実人数と新規利用者の割合も評価として必要。 更に、年度末に事業参加後のアンケートを実施し、運動教室参加によるメタボ改善の評価を実施。
アウトプット	参加者数 開催数	参加者数・開催数は適切か	参加者数10人/回 開催率100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握	3月	保健介護課 保健師 医師 運動専門家 大学教授 運動専門家	【健康運動教室】 24回/28回(85.7%) 感染症蔓延のため4回中止。 延131人/24回 (5.4人/回) ○エクササイズ (4種類) 10回/12回 延47人 平均4.7人/回 ○わくわくトレーニング 4回/4回中 (①～③は同日) ①610体操 延12人 平均3人 ②筋膜ストレッチ 延15人 平均3.8人 ③トレーニング講習 延9人 平均2.2人 ○ウォーキング教室 (3種類) 7回/9回(5地区) 延27人 平均3.8人/回 ○太極舞 3回 延21人 平均7人/回 【医療講座】 感染症蔓延のため中止	・健康運動教室のメニューが増えて煩雑になっていたため、一部のメニュー(ズンバ、ピラティス、ピラティス・ラフター)を止めて、大きく3つの教室を実施。R元年度と比較して、開催回数は7人の利用で一番多く、継続実施を予定。 ・水中運動に関してはR元年1回2名の利用のため中止とした。 ・R3年度、室戸独自のウォーキング事業を開催するにあたり、国保ヘルスアップ事業のウォーキング教室の回数を3回に変更する。
プロセス	委託内容の調整は適切に行えているか(会場、内容、日程、人員配置等) 広報活動は効果的か	委託内容どおりに実施できているか 広報への掲載 メタボリック症候群の対象者へのチラシの配布(特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会)	委託内容どおりに実施 毎月広報へ掲載 特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会でのチラシの配布率100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握 広報へ掲載の有無の確認 チラシの配布の有無の確認	事業終了時口 毎月 事業実施後	保健介護課 特定保健指導・健診結果説明会の委託業者	委託業務完了報告書にて、予定どおり実施できている。 毎月広報へ掲載できている チラシを配布したりしなかったりして統一できていない。	参加者が固定しており、新たな参加者を確保するため、市内量販店等に案内ポスターを掲示する等工夫が必要。特定保健指導対象者の参加につながるよう、チラシの全員配布を目指す。
ストラクチャー	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か	資源(人材、財源等)の確保、活用について:委託業者	実施率100%	連絡調整によるスムーズな事業実施	事業前	保健介護課 勤労者体育センター	毎月、委託先からの報告書の提出や日程の連絡調整は図れている。	継続

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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	特定健診結果説明会の参加状況 メタボリックシンドローム該当者の割合	結果説明会の参加者数の割合(参加者数/対象者) メタボリックシンドローム該当者の割合	20% 20%	委託先からの実績報告書で参加人数を確認 KDBシステムにて確認	3月 次年度4~6月	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	111人/277人 (要医療、要精密(受療中含む)) 40% (令和元年度31.4%) 参加者数/異常なし・要経過観察・特定保健指導対象者 10人/418人 (メタボ該当者の割合) H29年度 25.9% H30年度 25.4% R1年度 25.8% R2年度 29.5% (県23.1%)	主な対象者を、メタボのハイリスク者(要医療、要精密(受療中含む))とし、参加率はやや上昇。来年度も引き続き対象者とする。しかし、メタボ該当者の割合は増加傾向にある。説明会への参加率を上げることや、説明会の内容の強化が必要
アウトプット	何人に参加勧奨を行ったか 何回実施したか	案内ハガキの送付数 実施回数	対象者への全数配布 特定健診終了後、1ヶ月以内に実施。年間9回。	案内方法、人数内訳を確認 委託先からの実績報告書で確認		保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	要医療、要精密(受療中)の方には、ハガキで案内し、健診結果は手渡しにすることで、できる限り説明会に参加につなげている。その他は、健診結果にチラシを同封または特定保健指導対象者にはチラシを手渡しで配布。 ハガキ:277人、 チラシ418人 全数配布できている。(100%) 更に、特定健診会場でも全員にチラシを配布し口頭で参加を促した。 7会場9回実施	継続。 室戸地区は3回だが、受診人数が分散するので、R3年度は2回に変更。
プロセス	結果説明会の内容は適切だったか 対象者の選定は適切だったか	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者へのアプローチができているか	疾病リスクの高いメタボ該当者に向けた説明内容 優先順位の高いフォローが必要な対象者にアプローチができる。	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査 ハイリスク対象者(特定保健指導・要医療、要精密、受療中)へのアプローチ方法の確認	3月	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	(内容) 運動の実技、基本的な検査数値の見方、メタボの概念、食生活に関する内容に加え、自分の体の状態を理解するために、検査数値をシートへ記載するワークを実施。(対象者) 要精密 受療中(医師の相談対象者含む) 要医療:業者より紹介状手渡し ハイリスク対象者には、全員にアプローチできている	一方的に説明のみではなく、今年度は自身の検査数値を評価することで疾病リスクへの理解を深めることができたと思われる。次年度も要精密の方を対象に、それ以外のメタボ該当者へもチラシを配布し周知を図る。
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算を確保できたか	国民健康保険特別会計予算	十分な予算を確保できる	予算の確保	随時	保健介護課 事業担当	予算は確保できている	継続受診者を増やすことにより全体の受診率向上にも繋がるため、結果説明会では継続受診をする有益性伝えていくとともに説明会の内容の見直しを行い、受診率を向上していく

事業評価計画(R2)

事業評価計画(R2)		個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組						
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	30代健診の受診率 メタボリックシンドローム該当者(要請密・要医療)への保健指導率 保健指導実施後の改善率(医師の相談会後の保健指導)	30代健診の受診率 医師の相談会後の保健師・管理栄養士による保健指導の実施率 健診結果説明会への参加率 保健指導実施後の改善率	受診率40% 保健指導の実施率50% 健診結果説明会への参加率80% 改善率60%	健診受診者台帳で確認 保健指導実施人数/要医療、要請密対象者 参加者数/要医療、要請密者数 参加者数/異常なし、要経過観察者数(結果にチラシを同封) 保健指導利用者の次年度の健診結果の確認	3月 次年度末	保健介護課	受診率15.3% 34人/221人中 0人/要医療、要請密9名中 1人/9人中 0人/21人中 (R2年度の結果) 1人/2人(R元年) 改善率 50%	受診率は昨年の12%よりも少し上昇。しかし要請密・要医療の内、ハイリスク者を対象とした医師の相談会や健診結果説明会の利用がないため、健診会場にてチラシを配布し、周知を図る。
アウトプット	何日実施したか	実施日数	実施率100%	実施日数の確認	3月	保健介護課	16日間	羽根地区の受診人数が減少傾向にあるため、2日間⇒1日間に変更。
プロセス	案内ハガキの内容は見やすいか 医師による相談会の対象者の選定は適切か	通知内容、時期 疾病リスクの高い者を選定できているか	各地区健診日の2週間前に通知 疾病リスクの高い者への保健指導の実施率80%	通知内容と時期の確認 要請密、要医療者への保健指導実施率	3月	保健介護課	内容は例年通り2週間前に発送できている ハイリスク者2名を選定したが相談会は仕事のため不参加	案内内容は例年通りとする。 健診会場にてチラシを配布する際、できる限り参加を促す
ストラクチャー	対象者選定方法の手順はわかりやすいか 事業実施人員の不足はないか	保健指導対象者の選定方法は十分か 専門職の人数	保健指導対象者の選定方法の明確化 専門職の不足はないか、1人あたりの対象者数は適切か	保健指導対象者の選定手順の確認 専門職の人数	3月	保健介護課	①ハイリスク(異常値2~3つ以上)は医師の相談会 ②①以外の「要医療・要精密者」は保健指導実施 ③①以外の「要請密」:健診結果説明会 専門職 4人	30歳代健診、健診結果説明会、医師の説明会の担当同士連携を図り、指導漏れをなくす

事業評価計画(R2)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)								
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	要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率	要医療対象者の医療機関への受診率	受診率50%	医療機関からの紹介状の返信数	紹介状発行から6か月後および3月	保健介護課	16名/34名(47.9%) R元年度 44.4%	医療機関への受診率が低い為、紹介状の返信がない人への受診勧奨方法を要検討
	至急対応者が医療機関を受診したか	至急対応者の医療機関への受診率	100%	受診人数/至急対応者訪問数			2名/2名(100%)	
アウトプット	何件紹介状を発行したか	紹介状発行率	発行率100%	紹介状送付数の確認	3月	保健介護課	100% 34名 至急訪問対応の2名を除く全員に紹介状を発行	全数対応できている。継続。
プロセス	1)要医療対象者に適切な受診勧奨が行えたか	紹介状の案内方法は適切か 紹介状の返信がない人へのTEL受診勧奨	受診勧奨率100% 100%	案内方法の確認 TEL連絡した人数/紹介状の返信がない人	3月	保健介護課	・特定保健指導の際、業者による手し14件 ・健診結果説明会4件 ・郵送16件 6名/16名	今年度は保健師による来所での紹介状の手渡しは行わず、健診結果説明会への参加時に紹介状を業者から渡すことにしたが、欠席者が多かった為、郵送対応が増えた。
ストラクチャー	受診勧奨できる職員の確保	地区分担をしてTEL受診勧奨できる人数の確保	マンパワーの確保	未受診者へのTELにあたることのできる専門職員数	3月	保健介護課	6名⇒3名。 マンパワー不足のため未受診者へのTEL連絡が未対応の地区がある。	マンパワー不足のため、事務職でも受診勧奨できるような体制を検討。

令和3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
特定健診受診者へのフォローアップ（特定健診継続受診へ繋げる）	健康について関心を促し継続受診へ繋げる	結果説明会への参加率20%	特定健診の結果、要医療・要精密（受療中含む）判定となった者	特定健診結果説明会の開催（委託）	1) 対象者には、ハガキで案内し健診結果説明会にて健診結果を手渡す。その他の者は健診結果にチラシを同封して案内。 2) JMCへ委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動の実技を実施	委託業者 ((株)JMC)	集団健診終了後(約1ヶ月後)年8回	各地区の健診会場	健診結果説明会の参加者の割合
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行うことで、生活習慣病の予防・改善を図る。	30代から健康に関心を持ち、自分の体の状態を知ることができる。	30歳代の市民	30代健診を実施	特定健診と同様の方法で実施 (身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察)	保健介護課	特定健診と同時実施 (6月～11月、1月)	特定健診会場	1)受診率
		メタボ予備軍または該当者が保健指導を受けることで生活習慣を見直すことができる。	要医療・要精密者または複数の異常値が重なっている疾病リスクの高い者	健診結果説明会 医師による健康相談会	個別または集団による健診結果の説明、食事・運動・飲酒に関する保健指導	医師、保健師、看護師、管理栄養士 委託業者(JMC)	集団健診終了後(6月～1月)	特定健診会場	2)保健指導実施率
(受診勧奨契機を超過しているフォローアップの対象)	要医療判定者の適切な受療	医療機関受診率50% (受診者/紹介状発行数)	特定健診の結果、要医療判定となった者 a)最大血圧180以上または最低血圧110以上 b)HbA1c 7.4以上 c)LDLコレステロール180以上 d)GOT100以上またはGPT100以上 e)尿酸10.0以上	受診勧奨契機を超過していた要医療判定者へ紹介状を発行。	①紹介状を発行し、手渡しまたは郵送する。 ・健診結果説明会 ・特定保健指導 ・医師による健康相談会 ・未参加者には郵送 ②至急対応者へは保健師が訪問し、紹介状を手渡しして受診を促す。 ③約半年後に、紹介状の未返信者へ函にて受診勧奨する。	保健介護課	7月～年度末まで	特定健診会場	医療機関への受診率

令和3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
糖尿病重症化予防	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、ガン・精神疾患を除く院外処方糖尿病患者	6ヶ月のプログラムにより専門職(保健師・栄養士等)が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら専門職員による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けてもらえるよう工夫	市民課 糊データホライゾン 糊ベネフィットワン 医師	6ヶ月間	対象者の自宅他 ※対象者が受けやすい環境で	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防 (糖尿病性腎症を除く))	特定健診受診者の内、疾病リスクの高い者の生活習慣を改善し、重症化を防ぐ	1)生活習慣の改善率60% (運動・食生活・飲酒習慣を見直す) 2)次年度の検査データの改善率60% (体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)	特定健診の結果、異常値が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定	「医師による健康相談会」を実施。医師から対象者に、検査データの見方や将来の疾病リスク、生活習慣の見直しの必要性を提示。相談後、保健師や管理栄養士からは、医師の説明に対する理解の確認と共に、具体的な運動・食生活の見直し・禁酒の目標を設定し、行動変容を促す	1)健診受診者の検査データの一覧を作成し、対象者を選定 2)喫煙・飲酒などの生活習慣と過去の血液検査のデータを基に経年表を作成。医師の指導の下、素因なのか、生活習慣によるものなのか、両方による悪化なのかを分析し、将来の疾病リスクを予測。 3)相談当日、医師からは経年表と本人のからだの状態をグラフにして示し、将来の疾病リスクと生活習慣の改善、または医療機関への受診の必要性を説明。併せて、体重減少や休肝日の設定など、無理なく達成可能な目標を提示。	総合保健協会 平井医師 保健師 管理栄養士	年3回 8月～12月	吉良川公民館 羽根公民館 保健福祉センターやすらぎ	1)生活習慣の改善率 2)次年度の検査データの改善率
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	受診率 40%	特定健診対象者(40～74歳)	①-1健康応援団による戸別訪問と広報車での受診勧奨 ①-2ハガキでの勧奨 ②ポスター掲示事業(市内量販店、健診対象地区) ③送迎事業 ④広報掲載・防災行政無線 ⑤シレスト室戸利用券の交付 ⑥電話での受診勧奨 ⑦脳ドックとセットでの受診勧奨 ⑧みなし健診	集団健診の2週間前に健康応援団による受診勧奨訪問を実施 また、健診当日は広報車による勧奨アナウンスを実施 集団健診終了後、未受診者にひろい健診・個別健診の受診勧奨ハガキを送付 集団健診前に、対象地区の量販店や公共機関に健診ポスターを掲示。 集団健診会場への送迎 広報掲載・防災行政無線での広報 特定健診受診者へ、シレスト室戸を割安で利用できる利用券を交付 JMCIによる電話での受診勧奨 ・過去5年間で受診履歴のある者 ・40～45歳を対象 ⑦脳ドックを自己負担1,000円で受ける機会を設け、申込者は必須として必ず特定健診を受けてもらうことを条件とする ⑧特定健診未受診者に同意をもらい医療機関へ健診データの提供を求める	健康応援団 事業担当 保健師 事業担当 保健師 保健介護課 JMC 市民課 市民課	6月～1月 1月 特定健診の2週間前 6月～1月 毎月・健診当日 健診当日 特定健診の2週間前 7月～1月 12月～3月	健診対象地区 全地区 特定健診の対象地区 特定健診会場 市内全地区 特定健診会場 JMCIは会社にて 田野病院 対象医療機関	受診率 受診率 受診率

令和3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
へ受診勧奨異常値放置者)	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	機データホライゾン 市民課	随時	対象者自宅	通知後による医療機関への受診率
ジエネリック医薬品促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)40%以上
重複服薬・頻回受診	医療の適正受診への指導 医療費削減	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革	KDB及びレセプトデータによる重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	受診・服薬等についての相談	市民課 機データホライゾン	随時	対象者自宅	対象者減少率
健康相談	令和2年度で事業終了								
国保ヘルスマップ事業・国保保健指導事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動の習慣のない人の割合が減る。 メタボ該当者の割合が減る。	室戸市民の成人	①ウォーキング教室	○委託事業 ・広報 ・血圧の測定 ・ウォーキングの効果をも高める歩き方の説明 ・準備体操・実技	むろとスポーツクラブ	年5回	市内5地区	運動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合
				②むろと健康運動教室 ・わくわくトレーニング ・エクササイズ教室 ・太極舞	○委託事業 ・講師を呼んで運動の実技を行う。				

令和3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
策ア アップ （特定健診受診者へのフォローアップ）	健康について関心を促し継続受診へ繋げる	結果説明会への参加率20%	特定健診の結果、要医療・要精密(受療中含む)判定となった者	特定健診結果説明会の開催(委託)	1)対象者には、ハガキで案内し健診結果説明会にて健診結果を手渡す。その他の者は健診結果にチラシを同封して案内。 2)JMCへ委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動の実技を実施	委託業者(株JMC)	集団健診終了後(約1ヶ月後)年8回	各地区の健診会場	健診結果説明会の参加者の割合
生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組	40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行うことで、生活習慣病の予防・改善を図る。	30代から健康に関心を持ち、自分の体の状態を知ることができる。	30歳代の市民	30代健診を実施	特定健診と同様の方法で実施(身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察)	保健介護課	特定健診と同時実施(6月～11月、1月)	特定健診会場	1)受診率
		メタボ予備軍または該当者が保健指導を受けることで生活習慣を見直すことができる。	要医療・要精密者または複数の異常値が重なっている疾病リスクの高い者	健診結果説明会 医師による健康相談会	個別または集団による健診結果の説明、食事・運動・飲酒に関する保健指導	医師、保健師、看護師、管理栄養士委託業者(株JMC)	集団健診終了後(6月～1月)	特定健診会場	2)保健指導実施率
(要特定健診受診者を超えている者へのフォローアップ)	要医療判定者の適切な受療	医療機関受診率50%(受診者/紹介状発行数)	特定健診の結果、要医療判定となった者 a)最大血圧180以上または最低血圧110以上 b)HbA1c 7.4以上 c)LDLコレステロール180以上 d)GOT100以上またはGPT100以上 e)尿酸10.0以上	受診勧奨値を超えていた要医療判定者へ紹介状を発行。	①紹介状を発行し、手渡しまたは郵送する。 ・健診結果説明会 ・特定保健指導 ・医師による健康相談会 ・未参加者には郵送 ②至急対応者へは保健師が訪問し、紹介状を手渡しして受診を促す。 ③約半年後に、紹介状の未返信者へlaにて受診勧奨する。	保健介護課	7月～年度末まで	特定健診会場	医療機関への受診率

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を下げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ、(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	1.4%(1名/71名) 参加者1名は最後までプログラムを終えることができた。	透析につながらないように今後も啓発していく
アウトプット	対象者の何%にプログラムを実施できたか対象者の満足度	実施率(4人対象)対象者の変化について:対象者の満足度	プログラム利用率100%	(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	25%(1人/4人)	6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく
プロセス	参加者に満足されるプログラムか	実施やニーズの把握について:対象者の満足度	対象者の満足度80%	(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	71名に通知を送付、1名の参加があり、委託により電話または面接での保健支援事業を行った	プログラムの重要性を周知していく
ストラクチャー	市、(株)データホライゾンとの連携。プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	関係者との連携について:委託業者との連携体制	実施率100%	市民課、(株)データホライゾンによる	3月	(株)データホライゾン 市民課	委託業者と連携をとり、対象者の選択からプログラムの内容についての再確認を行った	医師にプログラムの説明をし、受診勧奨への協力を行う

事業評価計画(R3)

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	どれだけ受診につながったか	受診率	受診率40%以上	月例報告 6月調分	次年度6月	保健介護課	(受診率:全体) R3年度:35.40% R2年度:37.09% R元年度:38.2% H30年度:37.67% H29年度:37.65% (集団) R3年度:23.09% R2年度:23.74% R元年度:25.89% H30年度:25.83% H29年度:26.22% (個別) R3年度:12.31% R2年度:13.34% R元年度:11.94% H30年度:11.84% H29年度:11.44%	受診率は微減。コロナによる受診控えの影響も考えられる。
アウトプット	何回健診を開催したか	開催数	開催場所、回数の確保	健診受診者台帳で確認	3月	保健介護課	7地区、15日間(内ひろい健診1日)	次年度は、7地区はそのまま、受診率の低い吉良川地区を3日⇒2日に変更。その他、午後の受診率が低い地区は一日⇒半日に変更し、業務の効率化を図る。
	①-1健康応援団による受診勧奨	①-1受診勧奨訪問地区数	①-1 50%以上	①-1受診勧奨訪問数	3月	保健介護課	健康応援団を対象 70地区/129地区(54%) 計733人分を訪問	健康応援団の不足、高齢化に伴う負担感があり、全地区の訪問が難しい。次年度は、ポスター掲示や各地区のイベントでチラシ配布を行う。
	①-2勧奨ハガキ送付	①-2ハガキの送付の有無	①-2ハガキの送付 受診勧奨ハガキを見て健診を受診してもらう	①-2ハガキの送付数	3月	保健介護課	①-2ひろい健診の受診勧奨ハガキの送付 未受診者:1916人(内、ひろい健診受診者数61人)	53人⇒61人と微増。ハガキのみ持参して受診した方が多かったので、ハガキの反響は大きい。
	②ポスター掲示事業 (市内全域、集団健診対象地区)	②ポスター掲示による周知	②ポスター掲示数	②ポスター掲示数	3月	保健介護課	②市内7地区	継続
	④特定健診送迎事業	④送迎利用の有無	④送迎利用者数	④送迎利用者数	3月	保健介護課	④4人	継続
	⑤広報掲載・ 防災行政無線	⑤広報掲載・ 防災行政無線での啓発の有無	⑤広報(7地区での実施予定) 防災行政無線(6月～12月)	⑤広報掲載・防災行政無線での啓発の有無	3月	保健介護課	⑤7地区の広報・防災行政無線での啓発有	継続 次年度はひろい健診の防災無線での啓発も行う。
	⑥JMCIによる電話での受診勧奨	⑥JMCI受診勧奨者の内、受診につながった人数	40%以上	JMCIからの実施結果報告書	6月	保健介護課	(対象者) ・40～45歳 ・過去5年間で受診歴有(46～74歳) 実541人、延べ631人 内、通話実績有408人中171人が受診につながった(41.9%) (未受診理由) 「受診しない」、回答101人 ・治療中59.4%	今年度より全てJMCIに委託。
	⑦シレスト室戸利用券の発行	⑦シレスト室戸利用券の発行数	発行数/集団健診受診者数	シレスト利用券交付簿より40～74歳を抜粋	次年度6月	保健介護課	88/688人(12.8%) 12/412人(2.9%)	
⑦脳ドックとのセット健診	⑦脳ドックとセットでの健診勧奨	⑦受診者数口実数	⑦定員枠内での実施率	3月	市民課	⑧定員枠250人中、 受診者210人(84.0%)	広報への掲載、個別勧奨(主に電話勧奨)を行ったが、定数をクリアできなかった。目標を達成できるように今後も続けていく	
⑧みなし健診	⑧同意の有無	⑧30%	⑧対象者に対して、同意者数	3月	市民課	⑨19名/70名中	通知後の問い合わせ等の反応はあったが、判定基準に合わなかったケースが多く、同意者数に繋がらなかった。今後もしっかり次第の勧奨をしていく	
プロセス	健康応援団による訪問の際、受診勧奨内容は適切であったか 配布するチラシへ具体的な内容記入ができていますか	受診勧奨内容が適切か	チラシに健診の受診方法・個別健診の利便性・送迎の案内を記載	受診勧奨方法	3月	保健介護課	健康応援団による訪問にてチラシを配布し健診の受診勧奨は行えた。	・個別健診を知らない人が多いので、そのメリットについて更にPRが必要。 ・新たに圏内になる方へ、窓口で健診に関するチラシを配布し受診勧奨を行う。
ストラクチャー	1. 市内医療機関との連携	1. 市内の個別健診の実施状況の把握	1. 市内全医療機関での個別健診の実施	1. 市内医療機関5カ所へ訪問し、個別健診の継続実施の把握	4月	保健介護課	1. 市内医療機関5カ所へ訪問し、受診勧奨を依頼。全医療機関で継続して個別健診を実施できた。	R4年度は新たに「室戸市立室戸診療所」開所予定。 受診率向上に向けた取り組みについて要協議。
	2. 受診できる医療機関数	2. 受診できる医療機関数の把握	2. 市内医療機関6箇所中、実施5カ所	2. 受診できる医療機関数			2. 市内5⇒4カ所の医療機関で個別健診を実施。(松本医院、むろとびあ医院、室戸岬診療所、室戸中央病院、佐善浜診療所⇒年度途中～閉鎖)	「治療中」を理由に未受診者が多いので、引き続き医療機関での受診勧奨を強化する。
	3. 予算措置は十分であったか	3. 予算の確保	3. 十分な予算の確保	3. 予算の確保状況の確認			3. 予算は確保できている	

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診に繋がったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、DHからの事業実施報告による	3月	市民課 ㈱データホライゾン	14人/100人 (受診率14.0%)	受診勧奨通知の見やすさを工夫しながら継続していく
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付 対象への対応	97名への勧奨通知送付 勧誘により受診に繋げる	DHからの事業実施報告による	3月	市民課 ㈱データホライゾン	100人 ほぼ予定通りの送付が出来た	引き続き出来るだけ多くの対象者に通知して受診を促す
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容はどうだったか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく受診を促すような内容であること	DHからの事業実施報告による	計画当初	市民課 ㈱データホライゾン	通知内容については問題なかった苦情等もなし	文書送付前に内容の確認を十分行い、対象者に分かりやすい内容にする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	11月	市民課 ㈱データホライゾン	委託により行っている	引き続き予算の確保事業の実施

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進								
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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:R3.4~R4.3)	R4.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 28.2%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:R3.4~R4.3)	R4.5	市民課 国保連合会	通知書数 1,461通/年 発送率100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託対象者選定差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委託により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬対象者20% 減少	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	対象者 15名 指導実施 1名 辞退 12名 連絡先不明 2名 参加者1名は最後まで指導を終えることができた。 訪問受け入れ率 *重複・頻回・重複服薬 155名→157名 (医療分析による対象者) 6.7%	(株)データホライゾンと情報を密にし、対象に受け入れられる指導方法を工夫していく
アウトプット	対象者中何%が指導を受けてくれたか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率 100%の指導 全行程指導完了	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	指導完了率 1名/1名(100%)	関係機関の情報連携を密にし指導にあたる
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	15名に通知を送付、1名の参加があり、対面面談や電話指導等を行った	プログラムの重要さを周知していく
ストラクチャー	対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	市民課 (株)データホライゾン	3月	市民課 (株)データホライゾン	特定健診データ管理システムにより対象者を抽出し、委託により通知文書作成等を行っている。改善必要事項や今後の方向性なども検討できている	対象者が抵抗無くプログラムを受け入れられるよう、通知文書の作成を行う

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業

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	運動教室や健康教育による生活習慣病の予防、改善	①運動習慣のない人の割合 ②健康運動教室参加者の実人数/国保保険者数 ③今年度、新規利用者の人数 ④健康運動教室の内、生活習慣病又は予備軍に該当者の参加人数 ⑤事後アンケートによるメタボ改善率(体重の変化、運動習慣の改善・維持率など)及び運動習慣の意義についての理解度、運動習慣後のリフレッシュ感	R2年度63.1%⇒58%(県平均)20% 10人 生活習慣病又は予備軍該当者の参加率10% ・メタボ改善率50%	KDBシステム 委託業務完了報告書による実人数の把握 委託業務完了報告書による新規利用人数の把握 参加者に対するアンケート結果を集計。 参加者に対するアンケート結果を集計。	次年度6月 年度末 年度末	保健介護課	R3年度 62.6% 123人/3,908人(3.%) 34人/123人中(27.6%) 未確認 ⑤34人回答/123人中 (R3年12月～R4年1月末実施) アンケート集計結果 ・教室以外の運動習慣あり 22名(64.7%) ・生活習慣病で受診中 19名(56%) ・体重減少 7名(21%) ・運動の習慣化の必要性を理解 23名(67%) しいえ0名 ・リフレッシュ感有 26名(76%)、しいえ0名 体重減少(メタボ改善率)は低い、運動習慣の理解や心身の変化は100%現れている。	継続
	メタボリックシンドローム該当者の状況	⑦メタボリックシンドローム該当者の割合	20%以下	KDBシステム	年度末		30.8%	
アウトプット	運動習慣のない人でも参加しやすい内容や時間設定になっているか	・新規利用者の数 ・運動習慣のない人の参加率 ・参加者の年代別の集計	・10人 ・50% ・参加者の傾向を知ることができる	委託業務完了報告書にて把握 ・参加者数・年代・男女別集計 ・運動習慣の有無についてアンケート結果 ・開催回数	年度末	保健介護課 (委託先) 勤労者体育保健師 医師 運動専門家 大学教授 運動専門家	・34人/123人中(27.6%) ・12人/34人回答中(35%) ～39歳(6人)、40歳～(63人)、65歳～(54人) 【むろと健康運動教室(ウオーキング含む)】 開催回数 計22回(100%) 123人/22回(5.6%)	健康ウオーキング教室は継続実施。リズミックウオーキングを中止し、R4年度より新しく「椅子ボックス」に変更。「浜ビクス」を予定。
	開催回数・参加者数	開催回数は適切か 参加者数/開催回数	開催率100% 参加者数10人/回					
プロセス	委託内容の調整は適切に行えているか(会場、内容、日程、人員配置等)	委託内容どおりに実施できているか	委託内容どおりに実施	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握	事業終了時	保健介護課	委託内容どおりに実施できている。	R4年度に量販店、郵便局、特定健診会場にてポスター掲示。
	広報活動は効果的か	広報への掲載 市内量販店、郵便局等にポスターを掲示できたか メタボリック症候群の対象者へのチラシの配布(特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会) 健診会場に運動不足を実感してもらったためのポスター掲示 広報のチラシを参加しやすい内容に工夫できているか	毎月広報へ掲載 市内量販店、郵便局等へのポスター掲示 特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会でのチラシの配布率100% ポスター掲示率100% チラシの内容の見直し 新規利用者の増加	広報へ掲載の有無の確認 市内量販店、郵便局へのポスター掲示 チラシの配布の有無の確認 ポスター掲示の確認 ・チラシに運動のメリットの記載や、写真・イラストを使った内容に工夫できたか。 ・新規利用者の人数の確認	毎月 10月 事業実施後	特定保健指導・健診結果説明会の委託業者	4月号の広報にてチラシを配布、毎月記事に掲載。 チラシの配布100% R3年度中にポスター作成し、R4年度以降に掲示する。 文字のみのチラシを、写真付きのカラーにして運動のメリットも記載し、若い人にも興味を持ってもらえるように工夫した。R4年度より掲示予定。	
	事後アンケートを全員に実施できたか	事後アンケート実施率	100%	アンケート回収率を確認	年度末	(委託先) 勤労者体育センター・保健介護課	34人/54人中。回収率62.9%。	
チャイ	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か	資源(人材、財源等)の確保、活用について委託業者	実施率100%	連絡調整によるスムーズな事業実施	事業前	保健介護課 勤労者体育センター	委託業者と連携して事業実施できている。	継続

事業評価計画 (R3)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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	特定健診結果説明会の参加状況	結果説明会の参加者数の割合(参加者数/集団健診・30代健診受診者の内、要医療、要精密(受療中含む)対象者)	20%	委託先からの実績報告書で参加人数を確認	2月末	保健介護課	83人/259人(要医療、要精密(受療中含む)(32.0%)(令和2年度40%) 参加者数/異常なし・要経過観察・特定保健指導対象者 16人/401人	昨年よりも参加率は低下。未参加の方へ健診結果を送付する際、教室の資料を送付してはどうか。
	要医療、要精密者の割合	要医療、要精密者の割合/集団健診・30代健診受診者数(ひろい健診を除く)	割合の減少	前年度と比較	2月末	管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	R3年度 259人/637人中(40.6%) R2年度 277人/764人中(36.5%)	割合は増加。指導内容の充実が必要。
	メタボリックシンドローム該当者の割合	メタボリックシンドローム該当者の割合	20%	KDBシステムにて確認	次年度4~6月		(メタボ該当者の割合) 29年度 25.9% H30年度 25.4% R1年度 25.8% R2年度 29.5% R3年度 30.8% (県比較 22.9%)	メタボ該当者の割合が増加傾向。
アウトプット	何人に参加勧奨を行ったか	案内ハガキの送付数	対象者への全数配布	案内方法、人数内訳を確認	2月末	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	要医療、要精密(受療中)の方にはハガキで案内し、健診結果は手渡しにすることで、できる限り説明会に参加につなげている。 その他は、健診結果にチラシを同封または特定保健指導対象者にはチラシを手渡しで配布。 ハガキ:252人、チラシ389人 全数配布できている。 更に、特定健診会場でも全員にチラシを配布し口頭で参加を促した。 7会場8回実施	継続
	何回実施したか	実施回数	特定健診終了後、1ヶ月以内に実施。年間8回。	委託先からの実績報告書で確認				
プロセス	結果説明会の内容は適切だったか	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査	疾病リスクの高いメタボ該当者に向けた説明内容	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査	2月末	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	(内容) 検査結果の見方、生活習慣改善のポイント、バランスの良い食事、適正食事量、間食、減塩、運動実技。 (対象者) 要精密 受療中(医師の相談会対象者含む) 要医療:業者より紹介状手渡し ハイリスク対象者には、全員にアプローチできている	一般的に知られている内容なので、本市の課題である飲酒・運動不足によるTG、肝機能が高値のハイリスク者が多いことに対する、飲酒・運動に関する指導を充実させる。
	対象者の選定は適切だったか	ハイリスク対象者へのアプローチができているか	優先順位の高いフォローが必要な対象者にアプローチができる。	ハイリスク対象者(特定保健指導・要医療、要精密、受療中)へのアプローチ方法の確認				
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算を確保できたか 委託先と協議ができているか	国民健康保険特別会計予算	十分な予算を確保できる 内容・方法など見直しの協議ができる。	予算の確保 委託先と協議ができる	随時 年度初め	保健介護課 事業担当	予算は確保できている 年度当初に委託先と担当間で時期・方法・内容の話し合いを行った。 年度当初に委託先と担当間で時期・方法・内容の話し合いを行った。	継続

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組

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	30代健診の受診率 メタボリックシンドローム該当者(要請密・要医療)への保健指導率 保健指導実施後の改善率(医師の相談会後の保健指導)	30代健診の受診率 医師の相談会後の保健師・管理栄養士による保健指導の実施率 健診結果説明会への参加率 保健指導実施後の改善率	受診率40% 保健指導の実施率50% 健診結果説明会への参加率80% 改善率60%	健診結果説明会文書綴(健診結果)及び30歳代健診受診者名簿で確認 保健指導実施人数/要医療、要請密、受療中対象者のうちハイリスク者 参加者数/要医療、要請密者数 参加者数/異常なし、要経過観察者数(結果にチラシを同封) 保健指導利用者の次年度の健診結果の確認	1月末 次年度末	保健介護課	20人/214人中(9.3%) R2年度:15.3% 0人/要医療、要請密、受療中9名中、ハイリスク者0名 1人/8人中 0人/11人中 R2年度の保健指導実施者0人	受診率が減少。新型コロナウイルス感染症の影響も考えられる。今年度はハイリスクによる保健指導対象者は0名であった。未受診にハイリスク者がいることも考えられるので、受診率向上が課題。各目標率が高い為、下げて達成を目指す。
アウトプット	何日実施したか	実施日数	実施率100%	実施日数の確認	1月末	保健介護課	7地区、15日間(内ひろい健診1日)	特定健診の時間、回数を見直しているため、その内容に準ずる。
プロセス	案内ハガキの内容は見やすいか 医師による相談会の対象者の選定は適切か	通知内容、時期 疾病リスクの高い者を選定できているか	各地区健診日の2週間前に通知 疾病リスクの高い者への保健指導の実施率80%	通知内容と時期の確認 要請密、要医療者、要医療への保健指導実施率	1月末	保健介護課	内容は例年通り2週間前に発送できている 要医療、要請密、受療中の内、ハイリスク者(数値が3つ以上高値)はいなかった。	案内内容は例年通りとする。
ストラクチャー	対象者選定方法の手順はわかりやすいか 事業実施人員の不足はないか	保健指導対象者の選定方法は十分か 専門職の人数	保健指導対象者の選定方法の明確化 専門職の不足はないか、1人あたりの対象者数は適切か	保健指導対象者の選定手順の確認 専門職の人数	1月末	保健介護課	①ハイリスク(異常値2~3つ以上)は医師の相談会 ②①以外の「要医療・要請密者」は保健指導実施 ③①以外の「要請密」:健診結果説明会 専門職 4人	30歳代健診、健診結果説明会、医師の説明会の担当同士の間連携を図り、指導漏れをなく実施できている

事業評価計画(R3)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)

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	要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率 至急対応者が医療機関を受診したか	要医療対象者の医療機関への受診率 至急対応者の医療機関への受診率	受診率50% 100%	医療機関からの紹介状の返信数 受診人数/至急対応者訪問数	ひろい健診後より3か月後(次年度4月)	保健介護課	12名/41名 (29.2%) R2年度 47% 1名/1名(100%)	医療機関への受診率は低下。TEL受診勧奨によって受診済の人数が追加されなかっていないことも影響している。
アウトプット	何件紹介状を発行したか	紹介状発行率	発行率100%	紹介状送付数の確認	ひろい健診より1か月後	保健介護課	42名 至急訪問対応の1名を除く全員に紹介状を発行	継続
プロセス	要医療対象者に適切な受診勧奨が行えたか	紹介状の案内方法は適切か 紹介状の返信がない人へのTEL受診勧奨	受診勧奨率100% 100%	案内方法の確認 TEL連絡した人数/紹介状の返信がない人	3月末	保健介護課	・特定保健指導+健診結果説明会で手渡し 15件 ・医師による健康相談会で手渡し 4件 ・郵送 22件 0名/29名	今年度は、TEL連絡は未実施
ストラクチャー	受診勧奨できる職員の確保	地区分担をしてTEL受診勧奨できる人数の確保	マンパワーの確保	未受診者へのTELにあたることのできる専門職員数	4月	保健介護課	3名	マンパワーの確保が課題

令和4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
糖尿病重症化予防	糖尿病患者の食生活改善と意識付け	糖尿病患者の重症化(ステージの進行)を防ぐ	特定健診受診データ、レセプトデータによる糖尿病患者で、ガン・精神疾患を除く院外処方糖尿病患者	6ヶ月のプログラムにより専門職(保健師・栄養士等)が服薬、栄養、生活指導を行い糖尿病患者の病状進行を防ぐ	かかりつけ医と連携しながら専門職員による重症化予防プログラムに沿った指導 日々の食事や生活習慣等についての改善に向けて指導を行う ※気軽に受けてもらえるよう工夫	市民課 株データホライゾン 株ベネフィットワン 医師	6ヶ月間	対象者の自宅他 ※対象者が受けやすい環境で	対象者の重症化(ステージの進行)が防げたかどうか
(生活習慣病重症化予防 糖尿病性腎症を除く)	特定健診受診者の内、疾病リスクの高い者の生活習慣を改善し、重症化を防ぐ	1)生活習慣の改善率60%(運動・食生活・飲酒習慣を見直す) 2)次年度の検査データの改善率60%(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなどの数値の改善)	特定健診の結果、異常値が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定	「医師による健康相談会」を実施。医師から対象者に、検査データの見方や将来の疾病リスク、生活習慣の見直しの必要性を提示。 相談後、保健師や管理栄養士からは、医師の説明に対する理解の確認と共に、具体的な運動・食生活の見直し、禁酒の目標を設定し、行動変容を促す	1)健診受診者の検査データの一覧を作成し、対象者を選定 2)喫煙・飲酒などの生活習慣と過去の血液検査のデータを基に経年表を作成。医師の指導の下、素因なのか、生活習慣によるものなのか、両方による悪化なのかを分析し、将来の疾病リスクを予測。 3)相談当日、医師からは経年表と本人のからだの状態をグラフにして示し、将来の疾病リスクと生活習慣の改善、または医療機関への受診の必要性を説明。併せて、体重減少や休肝日の設定など、無理なく達成可能な目標を提示。	総合保健協会 平井医師 保健師 管理栄養士	年3回 8月～12月	室戸岬公民館 保健福祉センターやすらぎ(元・室戸地区対象)	1)生活習慣の改善率 2)次年度の検査データの改善率
特定健診未受診者対策	特定健診の受診率向上	受診率 40%	特定健診対象者(40～74歳)	①-1健康応援団による戸別訪問と広報車での受診勧奨	集団健診の2週間前に健康応援団による受診勧奨訪問を実施 また、健診当日は広報車による勧奨アナウンスを実施	健康応援団	6月～1月	健診対象地区	受診率
				①-2ハガキでの勧奨	集団健診終了後、未受診者にひろい健診・個別健診の受診勧奨ハガキを送付	事業担当	1月	全地区	
				②ポスター掲示事業(市内量販店、健診対象地区)	集団健診前に、対象地区の量販店や公共機関に健診ポスターを掲示。	保健師	特定健診の2週間前	特定健診の対象地区	
				③送迎事業	集団健診会場への送迎	事業担当	6月～1月	特定健診会場	
				④広報掲載・防災行政無線	広報掲載・防災行政無線での広報	保健師	毎月・健診当日	市内全地区	
				⑤シレスト室戸利用券の交付	特定健診受診者へ、シレスト室戸を割安で利用できる利用券を交付	保健介護課	健診当日	特定健診会場	
				⑥電話での受診勧奨	JMCIによる電話での受診勧奨 ・過去5年間で受診履歴のある者 ・40～45歳を対象	株JMC	特定健診の2週間前	JMCIは会社にて	
				⑦脳ドックとセットでの受診勧奨	⑦脳ドックを自己負担1,000円で受ける機会を設け、申込者は必須として必ず特定健診を受けてもらうことを条件とする	市民課	7月～1月	田野病院	
⑧みなし健診	⑧特定健診未受診者に同意をもらい医療機関へ健診データの提供を求める	市民課	12月～3月	対象医療機関	受診率				

令和4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
置受診勧奨（健診異常値放）	特定健診で数値の悪い結果を放置している者に対し受診・治療を開始してもらう	医療機関受診にて早期治療開始	特定健診受診データとその後医療機関受診のない方	対象者それぞれに個人の検診データをわかりやすい図にして送付し、受診を促す	個人のデータを掲載したお便りを送付	㈱データホライゾン 市民課	随時	対象者自宅	通知後による医療機関への受診率
品ジエネリック医薬品使用促進	医療費の削減	ジェネリック差額通知、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	①ジェネリック差額通知の発送 ②保険証送付時に啓発チラシを同封 ③広報、ホームページ等で周知を図る	高知県国民健康保険団体連合会からの差額通知を送付し、チラシ等を利用してジェネリック医薬品への理解を深める	全被保険者のうちジェネリック医薬品に切替可能な方	通年実施	対象者自宅	金額(後発品率)40%以上
重複・頻回受診	医療の適正受診への指導 医療費削減	重複・頻回、重複服薬者への指導と意識改革	KDB及びレセプトデータによる 重複・頻回、重複服薬者	対象者の現状把握と適正受診への指導	受診・服薬等についての相談	市民課 ㈱データホライゾン	随時	対象者自宅	対象者減少率
健康相談	令和2年度で事業終了								
健康管理ヘルスアップ等健康・関係管理事業	生活習慣病に関する知識の普及、及び運動による生活習慣病の予防・改善	運動の習慣のない人の割合が減る。 メタボ該当者の割合が減る。	室戸市民の成人	①ウォーキング教室 ②むろと健康運動教室 ・わくわくトレーニング ・エクササイズ教室 ・太極舞 ・いすピクス ・浜ピクス	○委託事業 ・広報 ・血圧の測定 ・ウォーキングの効果を高める歩き方の説明 ・準備体操・実技 ○委託事業 ・講師を呼んで運動の実技を行う。	むろとスポーツクラブ むろとスポーツクラブ 健康運動指導士等の講師	年5回 毎月実施	市内5地区 やすらぎ 勤労者体育センター	運動習慣のない人の割合 メタボ該当者の割合

令和4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
～特定健診継続受診者へのフォローアップ	健康について関心を促し継続受診へ繋げる	結果説明会への参加率20%	特定健診の結果、要医療・要精密(受療中含む)判定となった者	特定健診結果説明会の開催(委託)	1)対象者には、ハガキで案内し健診結果説明会にて健診結果を手渡す。その他の者は健診結果にチラシを同封して案内。 2)JMCへ委託し、保健師による健診結果の見方の説明、管理栄養士による食事指導、健康運動指導士による運動の実技を実施	委託業者(株JMC)	集団健診終了後(約1ヶ月後)年8回	各地区の健診会場	健診結果説明会の参加者の割合
い生活習慣病の一次予防に重点を置く	40代受診者の約半数がメタボやその予備軍であることから、若年層への早期介入を行うことで、生活習慣病の予防・改善を図る。	30代から健康に関心を持ち、自分の体の状態を知ることができる。	30歳代の市民	30代健診を実施	特定健診と同様の方法で実施(身長、体重、腹囲、血圧測定、尿検査、問診、採血、診察)	保健介護課	集団健診と同時実施(6月～11月、1月)	特定健診会場	1)受診率
		メタボ予備軍または該当者が保健指導を受けることで生活習慣を見直すことができる。	要医療・要精密者または複数の異常値が重なっている疾病リスクの高い者	健診結果説明会 医師による健康相談会	個別または集団による健診結果の説明、食事・運動・飲酒に関する保健指導	医師、保健師、看護師、管理栄養士 委託業者(株JMC)	集団健診終了後(6月～1月)	特定健診会場	2)保健指導実施率
～(受診勧奨値を超えている者へのフォローアップ)	要医療判定者の適切な受療	医療機関受診率50%(受診者/紹介状発行数)	特定健診の結果、要医療判定となった者 a)最大血圧180以上または最低血圧110以上 b)HbA1c 7.4以上 c)LDLコレステロール180以上 d)GOT100以上またはGPT100以上 e)尿酸10.0以上	受診勧奨値を超えていた要医療判定者へ紹介状を発行。	①紹介状を発行し、手渡しまたは郵送する。 ・健診結果説明会 ・特定保健指導 ・医師による健康相談会 ・未参加者には郵送 ②至急対応者へは保健師が訪問し、紹介状を手渡して受診を促す。 ③約半年後に、紹介状の未返信者へ改めて受診勧奨する。	保健介護課	7月～年度末まで	特定健診会場	医療機関への受診率

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 糖尿病重症化予防

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	対象者の何%の重症化を防げたか	事業の評価と事業に係る費用対効果	対象者の50%の重症化を防ぐ	レセプトデータ、(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	0%(0人/75人) 参加者1名は「多忙により」という理由で途中辞退	透析につながらないように今後も啓発していく
アウトプット	対象者の何%にプログラムを実施できたか 対象者の満足度	実施率(4人対象) 対象者の変化について:対象者の満足度	プログラム利用率100%	(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	25%(1人/4人)	6か月のプログラムが対象者の参加を妨げているが、大事なプログラムであるため、この事業の重要性を周知していく
プロセス	参加者に満足されるプログラムか	実施やニーズの把握について:対象者の満足度	対象者の満足度80%	(株)データホライゾンからの事業実施報告による	3月	(株)データホライゾン 市民課	75名に通知を送付、1名の参加があり、委託により電話または面接での保健支援事業を行ったが、「多忙により」という理由で途中辞退	プログラムの重要性を周知していく
ストラクチャー	市、(株)データホライゾンとの連携。プログラム利用者への配慮、利用体制の整備	関係者との連携について:委託業者との連携体制	実施率100%	市民課、(株)データホライゾンによる	3月	(株)データホライゾン 市民課	委託業者と連携をとり、対象者の選択からプログラムの内容についての再確認を行った	医師にプログラムの説明をし、受診勧奨への協力をを行う

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

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)医師からの直接指導により、どれだけ生活習慣の改善につながったか。 2)生活習慣の改善によって、次年度の検査数値が改善したか。	1)生活習慣の改善率 2)次年度の検査数値(体重、HbA1C、血圧、肝機能、LDLなど)の改善率	60% 60%	電話にて、本人と共に立てた生活習慣改善のための目標の達成を確認。 次年度の 特定健診の問診票の内、「運動」、「身体活動」、「間食」、「飲酒」、「生活改善の予定」項目の改善の有無を確認 次年度の 特定健診の検査データと比較(吉良川、羽根、室戸地区)	事業の3か月後 R4年度	保健師 R5年度に評価	3ヶ月後Ⅱ:13名中8名	継続
アウトプット	1)何人に直接指導を行ったか 2)何回相談会を実施したか 3)受け入れ可能人数に対し、利用率はどうか	ハイリスク者の内、相談会の利用人数 (利用人数/疾病リスクの高い者) 実施回数 半日4名の受け入れ可能人数に対し、4名利用につながっているか。	疾病リスクの高い対象者の内、相談会の利用率60% 3回 利用率100%	1)疾病リスクの高い者の相談利用率 (利用人数/異常値が3つ以上重なっているハイリスクの人数) 面談記録 利用人数の割合	(8月、10月、12月) 随時	保健師	1)13名/23名中(56.5%) 計3回 (利用人数の割合) 元 3名/8名中(ハイリスク候補者数) 室戸 5名/8名中 室戸 5名/7名中	元地区は利用率は低かったが、他は高かった。次年度は佐喜浜・吉良川・室戸地区を予定。
プロセス	1)対象者の選定は適切だったか。 (特定健診の結果、基準値を超えている数値が複数重なっている疾病リスクの高い者の内、若年層から選定) 2)利用勧奨方法は適切であったか。 3)対象者への説明は適切だったか。 ①医師の面談 (検査数値の経年変化、疾病リスクの説明) ②保健師、管理栄養士による保健指導 4)医師の相談会後のフォローはできているか。	1)市の課題に沿った選定基準となっているか。(若年層の生活習慣病による疾病リスクの高い者) 2)未利用の理由について明らかにしているか 3) ①指導内容に対する理解度 ②生活習慣を見直す必要性を理解し、実行可能な目標を設定できているか 4)相談利用者へのフォローができていますか	①30歳代、40～74歳の受診者リストを作成 (受療中、特定健診保健指導対象者も含む) ②30歳～50歳代の若年層を中心に、異常値が複数(3つ以上または高値が2つ以上)ある者を選定できる。 ③医師の指導の下、②のデータを分析し、経年表を作成 未利用者の割合0% 指導内容が理解できる 保健指導、目標設定率100% 相談利用者のフォロー率100%	①年代別:利用人数/ハイリスク候補者 総合判定結果別の人数 ①未利用者の割合 ②未利用理由の聴き取り 保健指導で理解できたか確認 保健指導・目標設定した割合 相談利用者へのその後のⅡ、訪問対応の有無(Ⅱ、訪問)	R2年 相談会の3ヶ月後 次年度(12月、1月、3月)	医師 保健師 事務職	(利用人数/ハイリスク候補者) 30歳代 :2名/3名 40歳代 :2名/3名 50歳代 :2名/4名 60歳代 :5名/9名 70～74歳 :2名/4名 (ハイリスク候補者の総合判定別の人数) 要経親 :0 要精密 :3 要医療 :2 受療中 :16 積極的・動機付け :2 ○受療中でハイリスク者が多い ①未利用者:10名 ②理由:全員、仕事又は日にちの都合が悪い 当日キャンセル2名:体調不良、不明 自分の体の状態を理解し、医師の助言どおりの行動目標を立てることができた。 全員に保健指導を実施し、医師の指導に沿った目標を設定した(100%) 13名中8名(61.5%)	ハイリスクの選定は適切と考える。今年度は30.40歳代の利用者が多かった。引き続き、広報とチラシで医師の相談会の周知を図る マンパワー不足のため、全員への3ヶ月後のⅡは難しかった。
ストラクチャー	1)医師による相談会のための予算を確保できたか 2)医師と市の連携体制は良好か 3)対象者ごとのデータ分析と指導、評価に関わるマンパワーが確保できたか	国民健康保険特別会計予算 情報共有ができたか 担当者人数	予算を確保できたか 十分な協議、情報共有ができたか 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	予算の確保 医師と市と対象者の連携 対象者のデータ作成と指導、評価を予定どおりできたか	随時	保健師	3回分の予算の確保は可 随時医師とメールでやり取りし、情報共有できている 予定通り可	継続

事業評価計画(R4)

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 主体	評価結果	今後の対策
アウトカム	どれだけ受診につながったか	受診率	受診率 40%以上	月例報告6月調査分	次年度6月	保健介護課	(月例報R4年6月調査分) (受診率:全体) R4年度:35.44%、R3年度:35.40% R2年度:37.09%、R元年度:38.2% H30年度:37.67%、H29年度:37.65% (集団) R4年度:24.02%、R3年度:23.09% R2年度:23.74%、R元年度:25.89% H30年度:25.83%、H29年度:26.22% (個別) R4年度:11.42%、R3年度:12.31% R2年度:13.34%、R元年度:11.94% H30年度:11.84%、H29年度:11.44%	受診率向上のノウハウのある業者への委託を検討。
アウトプット	何回健診を開催したか ①-1健康応援団による受診勧奨訪問 ①-2勧奨ハガキ送付 ②ポスター掲示事業(市内全域、集団健診対象地区) ④特定健診送迎事業 ⑤広報掲載・防災行政無線 ⑥JMCIによる電話での受診勧奨 ⑦シレスト室戸利用券の発行 ⑦脳ドックとのセット健診 ⑧みなし健診	開催数 ①-1受診勧奨訪問地区数 ①-2ハガキの送付の有無 ②ポスター掲示による周知 ④送迎利用の有無 ⑤広報掲載・防災行政無線での啓発の有無 ⑥JMCIによる電話での受診勧奨した人数 ⑦シレスト室戸利用券の発行数 ⑦脳ドックとセットでの健診勧奨 ⑧同意の有無	開催場所、回数の確保 ①-1 50%以上 ①-2ハガキの送付 受診勧奨ハガキを見て健診を受診してもらう ②ポスター掲示数 ポスター掲示による 特定健診実施日の周知 ④送迎利用者数 ⑤広報(7地区での実施予定) 防災行政無線(6月~12月) 40%以上	健診受診者台帳で確認 ①-1受診勧奨訪問数 ①-2ハガキの送付数 ②ポスター掲示数 市内7地区 事業所等 ④送迎利用者数 ⑤広報掲載・防災行政無線での啓発の有無 JMCIからの実施結果報告書 シレスト利用券交付簿より 40~74歳を抜粋 ⑦定員枠内での実施率 ⑧対象者に対して、同意者数	3月 3月 3月 3月 3月 6月 次年度6月 3月 3月	保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 保健介護課 市民課 市民課	7地区、15日間(内ひろい健診1日) 50~60歳代を対象 70地区/129地区(54%) 計733人分を訪問 ①-2ひろい健診の受診勧奨ハガキの送付 未受診者:1916人(内、ひろい健診受診者数61人) ②市内7地区の量販店や公共機関等へポスターを掲示 ④4人 ⑤7地区の広報・防災行政無線での啓発有 (対象者) ・40~45歳 ・過去5年間で受診歴有(46~74歳) 実541人、延べ631人 内、通話実績有 171人中408人が受診につながった(41.9%) (未受診理由) 「受診しない」との回答101人 ・治療中59.4% 88/688人(12.8%) 12/412人(2.9%) ⑧定員枠150人中 受診者129人(86.0%) ⑨20名/85名中	次年度は、7地区はそのままで、受診率の低い首長地区を3日⇒2日に変更。その他、午後の受診率が低い地区は一日⇒半日に変更し、スリム化を図る。 健康応援団の不足、高齢化に伴う負担感があり、全地区の訪問が難しい。健康応援団の確保が課題。 53人⇒61人と微増、ハガキのみ持参して受診した方が多くいたため、ハガキの反響は大きい。 継続 継続 継続 今年度より全てJMCIに委託。継続 継続 広報への掲載等勧奨を行ったが、定数をクリアできなかった。目標を達成できるように今後も続けていく 通知後の問い合わせ等の反応はあったが、判定基準に合わなかったケースが多く、同意者数に繋がらなかった。今後も分り次第早めの勧奨をしていく
プロセス	健康応援団による訪問の際、受診勧奨内容は適切であったか 配布するチラシへ具体的な内容記入がされているか	受診勧奨内容が適切か	チラシに健診の受診方法・個別健診の利便性・送迎の案内を記載	受診勧奨方法	3月	保健介護課	健康応援団による訪問にてチラシを配布し健診の受診勧奨は行えた。チラシの内容はナッジ理論を参考に作成。	継続
ストラクチャ	1. 市内医療機関との連携 2. 受診できる医療機関数 3. 予算措置は十分であったか	1. 市内の個別健診の実施状況の把握 2. 受診できる医療機関数の把握 3. 予算の確保	1. 市内全医療機関での個別健診の実施 2. 市内医療機関6箇所中、実施5箇所 3. 十分な予算の確保	1. 市内医療機関4か所へ訪問し、個別健診の継続実施の把握 2. 受診できる医療機関数 3. 予算の確保状況の確認	4月	保健介護課	1. 市内医療機関4か所へ訪問し、受診勧奨とみなし健診、ポスター掲示を依頼。全医療機関で個別健診を実施できていた。 2. 市内4か所+新たに室戸診療所が個別健診を実施。 (松本医院、むろとびあ医院、室戸診療所、室戸中央病院、室戸診療所) 3. 予算は確保できている	個別健診のできる医療機関は確保できている。

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 受診勧奨

評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	何%の対象者が医療機関受診に繋がったか	受診率向上(100名対象)	未受診の方が受診したか20名以上(20%以上)の受診	健診受診者データ、DHからの事業実施報告による	3月	市民課 ㈱データホライゾン	15人/100人 (受診率15.0%)	受診勧奨通知の見やすさを工夫しながら継続していく
アウトプット	何人に勧奨通知が出来たか	対象者への勧奨通知送付対象への対応	97名への勧奨通知送付勧誘により受診に繋げる	DHからの事業実施報告による	3月	市民課 ㈱データホライゾン	100人 ほぼ予定通りの送付が出来た	引き続き出来るだけ多くの対象者に通知して受診を促す
プロセス	受診勧奨対象者への通知内容はどうだったか	対象者の医療機関受診状況	対象者に分かりやすく受診を促すような内容であること	DHからの事業実施報告による	計画当初	市民課 ㈱データホライゾン	通知内容については問題なかった苦情等もなし	文書送付前に内容の確認を十分行い、対象者に分かりやすい内容にする
ストラクチャー	レセプトデータによる対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況	効果的な対象者抽出と指導	DHからの事業実施報告による	11月	市民課 ㈱データホライゾン	委託により行っている	引き続き予算の確保事業の実施

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 ジェネリック医薬品使用促進

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	薬剤効果の算出	ジェネリック医薬品普及率	金額40%以上	月次報告書(診療月:R4.4~R5.3)	R5.5	市民課 国保連合会	金額(後発品率) 29%	今後も継続実施
アウトプット	差額通知書作成及び発送	差額通知書の発送枚数	発送率90%以上	月次報告書(診療月:R4.4~R5.3)	R5.5	市民課 国保連合会	通知書数 1,133通/年 発送率 100%	今後も継続実施
プロセス	委託業者への委託 対象者選定 差額通知書作成及び発送 薬剤効果の算出	差額通知書の発送枚数 ジェネリック医薬品普及率	発送率90%以上 金額40%以上	月次報告書		市民課 国保連合会	委託業者への委託により行った	今後も継続実施
ストラクチャー	委託業者に委託するための予算 の確保		予算の確保状況	予算の確保		市民課	予算の確保できた	引き続き予算の確保

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 重複・頻回受診、重複服薬

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	訪問受け入れ率が何%か 重複・頻回者が何%減少したか	実施率(10名対象) 対象者減少率	10名全行程指導完了 適切な受診、服薬対象者20%減少	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	対象者 20名 指導実施 5名 辞退 9名 連絡先不明 6名 参加者5名は最後まで指導を終えることができた。 訪問受け入れ率25%(5名/20名) *重複・頻回・重複服薬 157名→38名 (医療分析による対象者→データホライゾンからの抽出対象者)	(株)データホライゾンと情報を密にし、対象に受け入れられる指導方法を工夫していく
アウトプット	対象者中何%が指導を受けてくれたか	指導開始者の指導完了率	指導開始者の指導完了率100%の指導 全行程指導完了	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	指導完了率 5名/5名(100%)	関係機関の情報連携を密にし指導にあたる
プロセス	対象者選択と指導に入るまでの流れが良かったか	対象者の指導状況	段階を追って対象者を指導	(株)データホライゾンからの実施報告による	3月	市民課 (株)データホライゾン	20名に通知を送付、5名の参加があり、対面談や電話指導等を行った	プログラムの重要性を周知していく
ストラクチャー	対象者抽出と通知文書の作成ができたか	対象者の抽出状況 スムーズな実施	効果的な対象者抽出と指導	市民課 (株)データホライゾン	3月	市民課 (株)データホライゾン	特定健診データ管理システムにより対象者を抽出し、委託により通知文書作成等を行っている。 改善必要事項や今後の方向性なども検討できている	対象者が抵抗無くプログラムを受け入れられるよう、通知文書の作成を行う

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業・健康管理センター等健康管理事業

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	運動教室や健康教育による生活習慣病の予防・改善	①運動習慣のない人の割合 ②健康運動教室参加者の実人数/国保保険者数 ③新規利用者の人数 ④健康運動教室の内、生活習慣病又は予備軍に該当者の参加人数 ⑤事後アンケートによるメタボ改善率(体重の変化、運動習慣の改善・維持率など)及び運動習慣の意義についての理解度、運動習慣後のリフレッシュ感、	R2年度63.1%⇒58%(県平均) 2% 10人 生活習慣病又は予備軍該当者の参加率10% ・メタボ改善率50% ・運動の意義について理解した人、気持ちが変わった人の割合60%	KDBシステム 委託業務完了報告書による実人数の把握 委託業務完了報告書による新規利用人数の把握 参加者に対するアンケート結果を集計。 参加者に対するアンケート結果を集計。	次年度6月 年度末 年度末	保健介護課	60.5% (R3年度 62.6%) 161人/3,620人(4.4%) (R3年度 123人(3%)) 26人/161人中(16%) 9人/9人中 ⑤9人回答(内、新規3名) アンケート集計結果 -教室以外の運動習慣あり 4名(44.4%) -生活習慣病で受診中 4名(44.4%) (新規3名は初回で未継続のため未記入) -体重減少 0名(0%) -運動の習慣化の必要性を認識 6名(100%) -リフレッシュ感有 5名(83%) 体重減少(メタボ改善率)は低いが、運動習慣の理解や心身の変化はほぼ100%現れている。	参加者数は昨年度よりも38人(1%)増加。 アンケートを全員とれなかったが、体重減少に至る人がいない。 運動メニューの内容や回数を要検討。
	メタボリックシンドローム該当者の状況	⑥メタボリックシンドローム該当者の割合	20%以下	KDBシステム	年度末	保健介護課	29.6%	
アウトプット	運動習慣のない人も参加しやすい内容や時間設定になっているか 開催回数、参加者数	・新規利用者数 ・運動習慣のない人の参加率 ・参加者の年代別の集計 開催回数は適切か 参加者数/開催回数	・10人 ・50% ・参加者の傾向を知ることができる 開催率100% 50人/回	委託業務完了報告書にて把握 ・参加者数・年代・男女別集計 ・運動習慣の有無についてアンケート結果 ・開催回数	年度末	保健介護課 (委託先) 勤労者体育センター 保健師 医師 運動専門家 大学教授 運動専門家	・26人/161人中(16%) ・5人/9人回答中(55%) ～39歳(2人) 40歳～(77人)、65歳～(82人) 【むろと健康運動教室(ウォーキング含む)】 開催回数 計24回(100%) 161人/24回(6.7人/回)	健康ウォーキング教室は継続実施。「本極舞」がゆったりとした動きなので、R5年度より「ディスコワールド」に変更し、筋力アップにつながる運動に変更する。 『わくわくトレーニング』の内、2つの運動事業が昼間にあり、参加者が少ない為夕方の「トレーニング講習会」のみとする。 利用者の動きがこないように、「ピラティス」を「ポディケアウィットネス」に変更予定。
プロセス	委託内容の調整は適切に行えているか(会場、内容、日程、人員配置等) 広報活動は効果的か 事後アンケートを全員に実施できたか	委託内容どおりに実施できているか 広報への掲載 市内量販店、郵便局等にポスターを掲示できたか メタボリック症候群の対象者へのチラシの配布(特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会) 健診会場に運動不足を実感してもらったためのポスター掲示 広報のチラシを参加しやすい内容に工夫できているか 事後アンケート実施率	委託内容どおりに実施 毎月広報へ掲載 市内量販店、郵便局等へのポスター掲示 特定保健指導、健診結果説明会、医師の相談会でのチラシの配布率100% ポスター掲示率100% チラシの内容の見直し 新規利用者の増加 100%	委託業務完了報告書による参加者数・開催回数の把握 広報へ掲載の有無の確認 市内量販店、郵便局へのポスター掲示 チラシの配布の有無の確認 ポスター掲示の確認 ・チラシに運動のメリットの記載や、写真・イラストを使った内容に工夫できたか。 ・新規利用者の人数の確認 アンケート回収率を確認	事業終了時 毎月 10月 事業実施後 年度末	保健介護課 特定保健指導・健診結果説明会の委託業者 (委託先) 勤労者体育センター・保健介護課	委託内容どおりに実施できている。 4月号の広報にてチラシを配布、毎月記事に掲載。 市内量販店、郵便局、健診会場にてポスターを掲示。 チラシの配布100% 未実施 文字のみのチラシを、写真付きのカラーにして運動のメリットも記載し、若い人にも興味を持ってもらえるように工夫した。R4年度より掲示予定。 委託先がアンケートを忘れていたため年度末の教室参加者のみ実施。	継続
	チャート	委託業者との連携は、良好か 委託業者と講師との連携は良好か	資源(人材、財源等)の確保、活用について:委託業者	実施率100%	連絡調整によるスムーズな事業実施	事業前	保健介護課 勤労者体育センター	委託業者と連携して事業実施できている。

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(特定健診継続受診対策)

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	特定健診結果説明会の参加状況	結果説明会の参加者数の割合 (参加者数/集団健診・30代健診受診者の内、要医療、要精密(受療中含む)対象者)	20%	委託先からの実績報告書で参加人数を確認	2月末	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	72人/238人(要医療、要精密(受療中含む) (30.2%) (令和3年度32.0%) 参加者数/異常なし・要経過観察・特定保健指導対象者 10人/395人	3割以上の参加率を維持できている。
	要医療、要精密者の割合	要医療、要精密者の割合/集団健診・30代健診受診者数(ひろい健診を除く)	割合の減少	前年度と比較	2月末		R4年度 238人/622人中(38.2%) R3年度 259人/637人中(40.6%) R2年度 277人/764人中(36.5%)	
	メタボリック症候群該当者の割合	メタボリック症候群該当者の割合	20%	KDBシステムにて確認	次年度4~6月		(メタボ該当者の割合) 29年度 25.9% H30年度 25.4% R1年度 25.8% R2年度 29.5% R3年度 30.8% R4年度 29.6% (県比較 22.7%)	あまり変化なし。県平均よりも高めのため、メタボ対策の強化が必要。
アウトプット	何人に参加勧奨を行ったか	案内ハガキの送付数	対象者への全数配布	案内方法、人数内訳を確認	2月末	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	要医療、要精密(受療中)の方にはハガキで案内し、健診結果は手渡しにすることで、できる限り説明会に参加につなげている。 その他は、健診結果にチラシを同封または特定保健指導対象者にはチラシを手渡しで配布。 ハガキ: 238人、チラシ 395人 全数配布できている。 更に、特定健診会場でも全員にチラシを配布し口頭で参加を促した。 7会場8回実施	継続
	何回実施したか	実施回数	特定健診終了後、1ヶ月以内に実施。年間8回。	委託先からの実績報告書で確認				
プロセス	結果説明会の内容は適切だったか	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査	疾病リスクの高いメタボ該当者に向けた説明内容	健診結果説明会で配布するチラシの内容の精査	2月末	保健介護課 管理栄養士 事業担当 委託業者(JMC)	(内容) 保健師より業者へ、飲酒の影響で生活習慣病のリスクが高い人が多いので、「お酒の飲み方の工夫」についてを、内容に含めてほしいと伝え、説明に追加してもらった。 (対象者) 要精密 受療中(医師の相談会対象者含む) 要医療:業者より紹介状手渡し	参加者の内容の理解について、アンケートを実施する。
チャート	対象者の選定は適切だったか	ハイリスク対象者へのアプローチができていくか	優先順位の高いフォローが必要な対象者にアプローチができる。	ハイリスク対象者(特定保健指導・要医療、要精密、受療中)へのアプローチ方法の確認				
	委託業者に委託するための予算を確保できたか 委託先と協議ができていくか	国民健康保険特別会計予算	十分な予算を確保できる 内容・方法など見直しの協議ができる。	予算の確保 委託先と協議ができる	随時 年度初め	保健介護課 事業担当	予算は確保できている 年度当初に委託先と担当間で時期・方法・内容の話し合いを行った。	継続

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 生活習慣病の一次予防に重点を置いた取組

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	30代健診の受診率 メタボリックシンドローム該当者(要精密・要医療)への保健指導率 保健指導実施後の改善率(医師の相談会後の保健指導)	30代健診の受診率 医師の相談会後の保健師・管理栄養士による保健指導の実施率 健診結果説明会への参加率 保健指導実施後の改善率	受診率20% 保健指導の実施率50% 健診結果説明会への参加率50% 改善率60%	健診結果説明会文書綴(健診結果)及び30歳代健診受診者名簿で確認 保健指導実施人数/要医療、要精密、受療中対象者のうちハイリスク者 参加者数/要医療、要精密受療中者数 参加者数/異常なし、要経過観察者数(結果にチラシを同封) 保健指導利用者の次年度の健診結果の確認	3月	保健介護課	29人/221人(13.1%) (R3年度:20人、9.3%) 2人/ハイリスク者3名 0人/10人中 0人/19人中 R3年度の保健指導実施者0人	昨年度よりは微増。ハイリスク者への保健指導は3名中2名に実施できている。 しかし、健診結果説明会への参加率が低い為、参加勧奨方法について要検討。また、目標値が高い為、20%に変更する。
アウトプット	何日実施したか	実施日数	実施率100%	実施日数の確認	1月末	保健介護課	7地区、15日間(内ひろい健診1日)	特定健診の時間、回数を見直しているため、その内容に準ずる。
プロセス	案内ハガキの内容は見やすいか 医師による相談会の対象者の選定は適切か	通知内容、時期 疾病リスクの高い者を選定できているか	各地区健診日の2週間前に通知 疾病リスクの高い者への保健指導の実施率80%	通知内容と時期の確認 要精密、要医療者、要医療への保健指導実施率	1月末	保健介護課	内容は例年通り2週間前に発送できている 要医療、要精密、受療中の内、ハイリスク者(数値が3つ以上高値)は3名を選定できている。	案内内容は例年通りとする。
ストラクチャー	対象者選定方法の手順はわかりやすいか 事業実施人員の不足はないか	保健指導対象者の選定方法は十分か 専門職の人数	保健指導対象者の選定方法の明確化 専門職の不足はないか、1人あたりの対象者数は適切か	保健指導対象者の選定の手順の確認 専門職の人数	1月末	保健介護課	①ハイリスク(異常値2~3つ以上)は医師の相談会 ②①以外の「要医療・要精密者」は保健指導実施 ③①以外の「要精密」:健診結果説明会 専門職 4人	30歳代健診、健診結果説明会、医師の説明会の担当同士の連携を図り、指導漏れをなく実施できている

事業評価計画(R4)

個別保健事業名 特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨値を超えている者への対策)

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	要医療対象者で紹介状を発行した者の医療機関受診率	要医療対象者の医療機関への受診率	受診率50%	医療機関からの紹介状の返信数	ひろい健診後より3か月後(次年度4月)	保健介護課	10名40名 (25.0%) (R3年度 29.2%)	継続
	至急対応者が医療機関を受診したか	至急対応者の医療機関への受診率	100%	受診人数/至急対応者訪問数			3名/3名(100%)	
アウトプット	何件紹介状を発行したか	紹介状発行率	発行率100%	紹介状送付数の確認	ひろい健診より1か月後	保健介護課	39名 至急訪問対応の3名を除く全員に紹介状を発行	継続
プロセス	1)要医療対象者に適切な受診勧奨が行えたか	紹介状の案内方法は適切か	受診勧奨率100%	案内方法の確認	3月末	保健介護課	・特定保健指導、健診結果説明会、医師による健康相談会にて手渡し ・郵送	受診の必要性を伝える資料を作成し、健診にて配布
		紹介状の返信がない人への受診勧奨	100%	受診した人数/紹介状の返信がない人			9名/29名 未受診理由: 服薬拒否、自分で気を付ける等	
ストラクチャー	受診勧奨できる職員の確保	地区分担をして受診勧奨できる人数の確保	マンパワーの確保	未受診者へのフォローにあたることのできる専門職員数	4月	保健介護課	3名	

データ集

1. 医療情報

①医療費について

表 1

総医療費

項目	総医療費【円】											
	全体				入院				入院外			
	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減	件数	増減	費用額	増減
平成28年度	46,958		2,191,490,760		2,198		1,053,905,490		44,760		1,137,585,270	
平成29年度	44,242	-2,716	2,131,281,880	-60,208,880	2,012	-186	988,495,990	-65,409,500	42,230	-2,530	1,142,785,890	5,200,620
平成30年度	42,527	-1,715	2,111,984,750	-19,297,130	1,995	-17	1,041,928,670	53,432,680	40,532	-1,698	1,070,056,080	-72,729,810
令和01年度	40,604	-1,923	1,992,176,830	-119,807,920	1,800	-195	954,205,660	-87,723,010	38,804	-1,728	1,037,971,170	-32,084,910
令和02年度	37,401	-3,203	1,798,991,810	-193,185,020	1,591	-209	816,560,500	-137,645,160	35,810	-2,994	982,431,310	-55,539,860
令和03年度	36,874	-527	1,908,854,460	109,862,650	1,677	86	928,188,480	111,627,980	35,197	-613	980,665,980	-1,765,330
令和04年度	34,793	-2,081	1,754,537,940	-154,316,520	1,587	-90	846,535,340	-81,653,140	33,206	-1,991	908,002,600	-72,663,380

表 2

1人あたり医療費

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】	35,850	17,240	18,610			
	同規模	27,870	11,980	15,890			
	高知県	29,350	13,370	15,980			
	国	25,340	10,150	15,190			
H29年度	保険者【地区】	36,290	16,830	19,460	1%	-2%	5%
	同規模	28,780	12,470	16,310	3%	4%	3%
	高知県	30,450	14,020	16,430	4%	5%	3%
	国	26,210	10,560	15,650	3%	4%	3%
H30年度	保険者【地区】	37,840	18,670	19,170	4%	11%	-1%
	同規模	29,350	12,990	16,360	2%	4%	0%
	高知県	30,930	14,520	16,410	2%	4%	-0%
	国	26,560	10,870	15,690	1%	3%	0%
R01年度	保険者【地区】	37,850	18,130	19,720	0%	-3%	3%
	同規模	30,310	13,360	16,950	3%	3%	4%
	高知県	31,620	14,670	16,950	2%	1%	3%
	国	27,470	11,220	16,250	3%	3%	4%
R02年度	保険者【地区】	35,950	16,320	19,630	-5%	-10%	-0%
	同規模	29,960	13,220	16,740	-1%	-1%	-1%
	高知県	31,500	14,790	16,710	-0%	1%	-1%
	国	26,960	10,990	15,970	-2%	-2%	-2%
R03年度	保険者【地区】	39,530	19,220	20,310	10%	18%	3%
	同規模	31,260	13,600	17,660	4%	3%	5%
	高知県	32,570	15,230	17,340	3%	3%	4%
	国	28,470	11,480	16,990	6%	4%	6%
R04年度	保険者【地区】	38,760	18,700	20,060	-2%	-3%	-1%
	同規模	31,920	13,820	18,100	2%	2%	2%
	高知県	32,440	15,040	17,400	-0%	-1%	0%
	国	29,050	11,650	17,400	2%	1%	2%

※1ヶ月医療費の年度内平均を表示

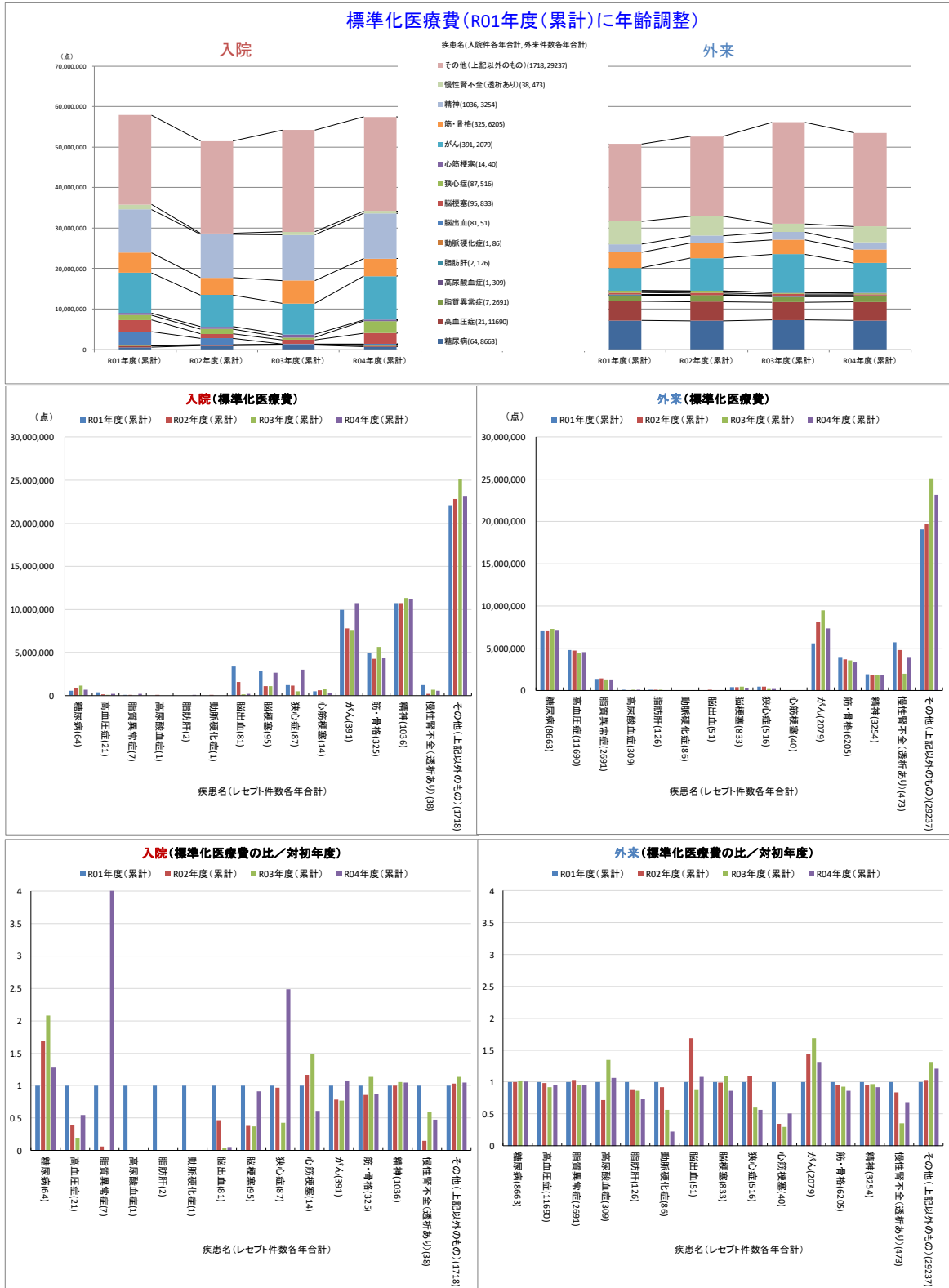
②疾病別医療費分析（生活習慣病）

図 2

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



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



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



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

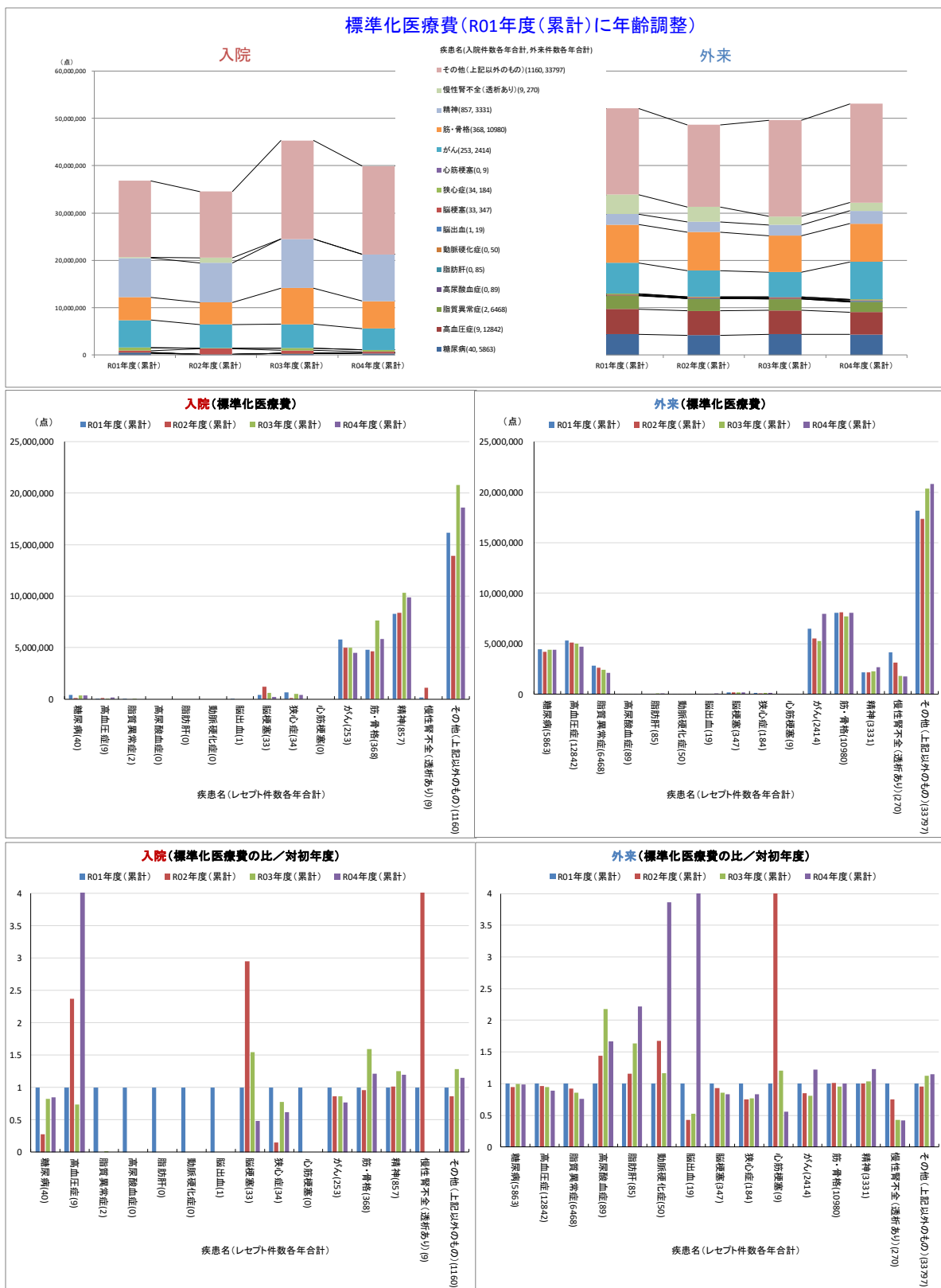


図 6

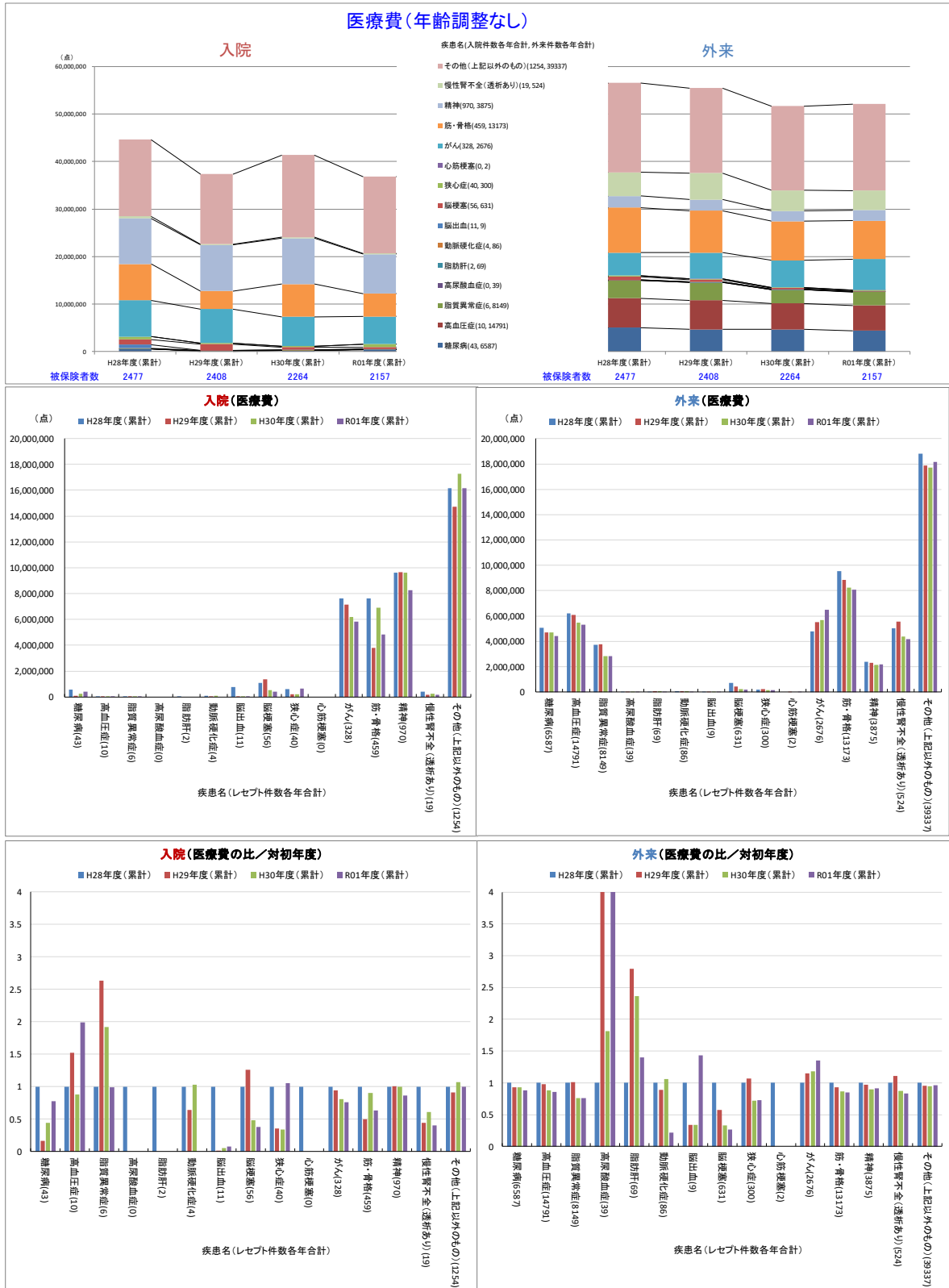
疾病別医療費分析(生活習慣病)
H28年度(累計)~R01年度(累計) 男性 0~74歳



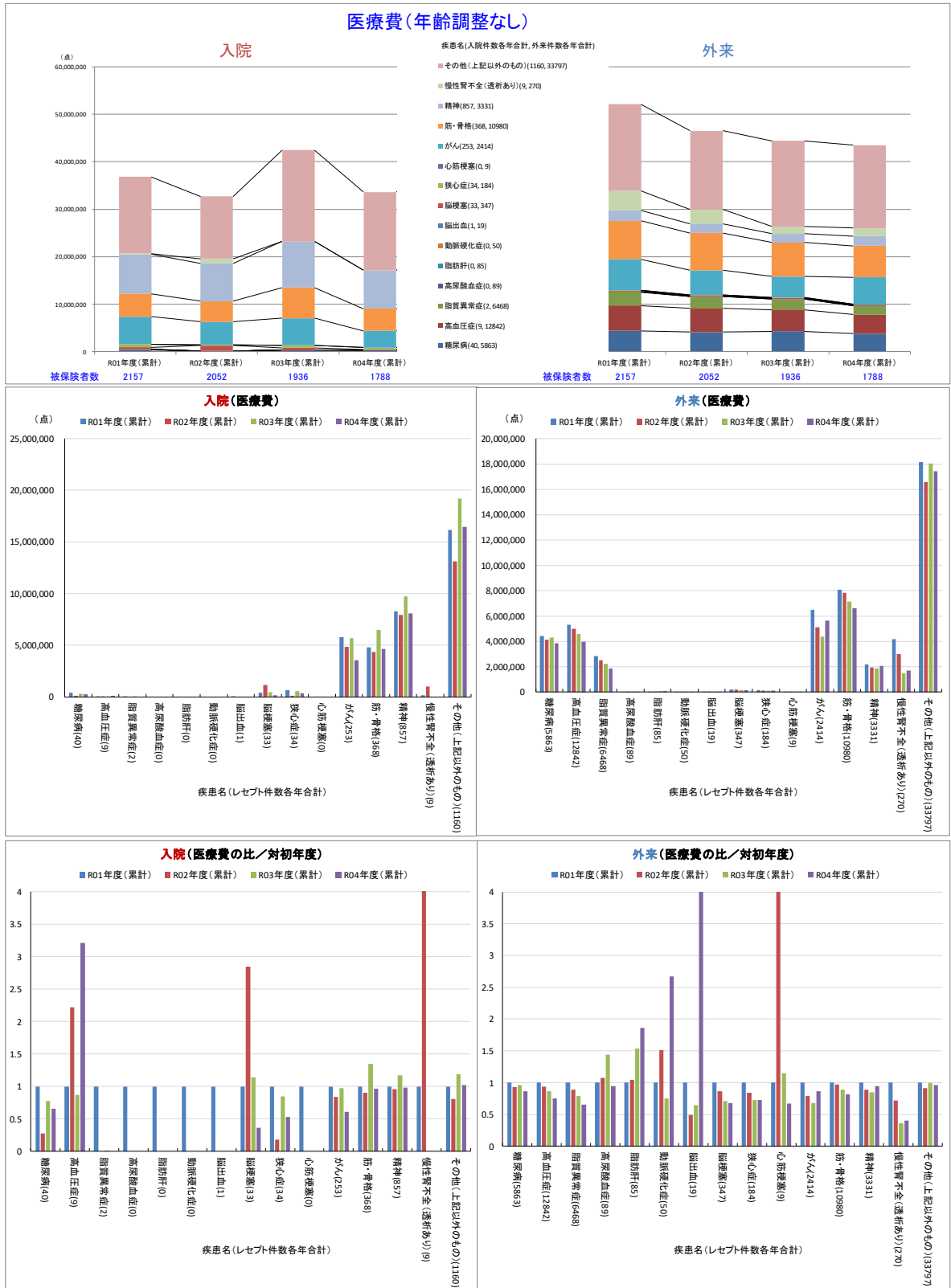
疾病別医療費分析(生活習慣病)
R01年度(累計)~R04年度(累計) 男性 0~74歳



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



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



③生活習慣病 重症疾患

表 3

疾病の発生状況の経年変化

疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

	虚血性心疾患										
	新規患者数 ※1	増減	心筋梗塞				狭心症				
			患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	
平成28年	15		9.3		3,227,810			189.0		20,352,300	
平成29年	18	3.0	10.3	1.1	4,288,050	32.8%		187.0	-2.0	25,229,250	24.0%
平成30年	19	1.0	8.9	-1.4	2,167,460	-49.5%		169.3	-17.7	27,584,400	9.3%
令和01年	19	0.0	10.3	1.4	5,176,410	138.8%		153.7	-15.7	18,583,950	-32.6%
令和02年	11	-8.0	11.5	1.2	4,893,350	-5.5%		139.8	-13.9	11,644,390	-37.3%
令和03年	13	2.0	10.4	-1.1	6,308,340	28.9%		133.5	-6.3	9,951,410	-14.5%
令和04年	13	0.0	11.3	-0.2	2,160,000	-65.8%		117.6	-22.2	31,964,320	221.2%

	脳血管疾患																
	新規患者数 ※1	増減	脳梗塞						脳出血								
			新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率	新規患者数※1	増減	患者数	増減	入院医療費(※2)	伸び率			
平成28年	27		24		265.5			36,559,490				3		13.6		11,959,630	
平成29年	16	-11.0	12	-12.0	238.7	-26.8		31,102,550	-14.9%			4	1.0	12.8	-0.8	16,173,030	35.2%
平成30年	19	3.0	14	2.0	193.7	-45.0		28,520,740	-8.3%			5	1.0	11.3	-1.4	8,868,210	-45.2%
令和01年	33	14.0	24	10.0	179.1	-14.6		32,831,250	15.1%			9	4.0	14.8	3.4	34,458,000	288.6%
令和02年	20	-13.0	15	-9.0	173.8	-5.3		22,139,660	-32.6%			5	-4.0	14.3	-0.5	15,210,750	-55.9%
令和03年	12	-8.0	11	-4.0	166.8	-6.9		14,255,020	-35.6%			1	-4.0	11.9	-2.3	2,493,860	-83.6%
令和04年	10	-2.0	9	-2.0	148.6	-18.3		23,425,180	64.3%			1	0.0	11.3	-0.7	1,262,590	-49.4%

※1: 新規患者は費用額〇円以上のレセプトを新規とみなし患者数をカウントする
 ※2: 入院医療費については最大医療費超過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
平成28年	364	31人	4人	16人	147,934,230円
平成29年	365	32人	2人	17人	141,096,770円
平成30年	306	29人	6人	18人	121,331,540円
令和01年	307	26人	1人	15人	126,891,400円
令和02年	266	22人	2人	13人	107,172,050円
令和03年	267	26人	4人	17人	109,583,840円
令和04年	249	26人	7人	16人	108,790,290円

④生活習慣病 基礎疾患

表 4

共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

疾患	糖尿病				高血圧				脂質異常症				高尿酸血症							
	患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (保険者千人当たり) (年度内合計)		患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (保険者千人当たり) (年度内合計)		患者数 (月平均)	増減	増減率	新規患者数 (保険者千人当たり) (年度内合計)						
				保険者	同規模※				保険者	同規模※				保険者	同規模※	保険者	同規模※			
平成28年	731			84.01	89.41	1,448			114.83	88.92	1,146			96.77	75.97	288			29.25	18.15
平成29年	694	-37	-5%	106.46	92.41	1,369	-79	-5%	173.07	90.36	1,085	-60	-5%	108.09	76.00	288	0	0%	34.33	18.47
平成30年	646	-48	-7%	96.95	94.48	1,320	-49	-4%	122.96	91.72	1,032	-53	-5%	92.44	78.44	292	4	1%	30.10	19.39
令和01年	630	-16	-2%	95.30	95.10	1,293	-27	-2%	128.58	93.56	1,011	-21	-2%	91.19	79.67	293	1	0%	30.09	19.34
令和02年	614	-15	-2%	95.45	92.50	1,252	-41	-3%	111.52	91.98	983	-28	-3%	93.05	77.58	287	-6	-2%	31.42	19.30
令和03年	607	-7	-1%	85.00	94.32	1,213	-40	-3%	119.54	94.04	974	-10	-1%	93.20	78.54	278	-9	-3%	27.34	19.83
令和04年	561	-46	-8%	93.32	93.33	1,102	-111	-9%	120.89	92.14	883	-90	-9%	98.62	75.45	254	-24	-9%	33.93	19.39

年間集計

※同規模は直接法で保険者の性・年齢構成に調整している

2. 健診情報

①有所見者割合

表 5

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）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
男性	合計	260	46.1	364	64.5	213	37.8	150	26.6	65	11.5	0	0.0	369	65.4	110	19.5	251	44.5	136	24.1	222	39.4	13	2.3
	40-64	94	51.6	126	69.2	81	44.5	66	36.3	15	8.2	0	0.0	110	60.4	43	23.6	76	41.8	53	29.1	91	50.0	3	1.6
	65-74	166	43.5	238	62.3	132	34.6	84	22.0	50	13.1	0	0.0	259	67.8	67	17.5	175	45.8	83	21.7	131	34.3	10	2.6
H28	合計	230	42.4	342	63.0	218	40.1	133	24.5	67	12.3	0	0.0	355	65.4	100	18.4	275	50.6	132	24.3	202	37.2	15	2.8
	40-64	77	44.8	104	60.5	81	47.1	62	36.0	17	9.9	0	0.0	94	54.7	42	24.4	80	46.5	55	32.0	80	46.5	3	1.7
	65-74	153	41.2	238	64.2	137	36.9	71	19.1	50	13.5	0	0.0	261	70.4	58	15.6	195	52.6	77	20.8	122	32.9	12	3.2
H29	合計	238	43.8	340	62.6	208	38.3	132	24.3	59	10.9	0	0.0	341	62.8	103	19.0	276	50.8	126	23.2	223	41.1	18	3.3
	40-64	84	50.6	111	66.9	79	47.6	54	32.5	15	9.0	0	0.0	94	56.6	39	23.5	77	46.4	52	31.3	82	49.4	2	1.2
	65-74	154	40.8	229	60.7	129	34.2	78	20.7	44	11.7	0	0.0	247	65.5	64	17.0	199	52.8	74	19.6	141	37.4	16	4.2
H30	合計	232	45.7	325	64.0	199	39.2	134	26.4	57	11.2	0	0.0	344	67.7	103	20.3	252	49.6	132	26.0	221	43.5	12	2.4
	40-64	81	51.6	105	66.9	78	49.7	52	33.1	16	10.2	0	0.0	95	60.5	39	24.8	68	43.3	50	31.8	92	56.6	0	0.0
	65-74	151	43.0	220	62.7	121	34.5	82	23.4	41	11.7	0	0.0	249	70.9	64	18.2	184	52.4	82	23.4	129	36.8	12	3.4
R01	合計	230	48.1	326	68.2	204	42.7	118	24.7	43	9.0	0	0.0	340	71.1	96	20.1	255	53.3	139	29.1	194	40.6	23	4.8
	40-64	79	55.2	98	68.5	75	52.4	39	27.3	11	7.7	0	0.0	99	69.2	40	28.0	75	52.4	56	39.2	80	55.9	5	3.5
	65-74	151	45.1	228	68.1	129	38.5	79	23.6	32	9.6	0	0.0	241	71.9	56	16.7	180	53.7	83	24.8	114	34.0	18	5.4
R02	合計	207	46.1	300	66.8	179	39.9	121	26.9	47	10.5	1	0.2	319	71.0	89	19.8	269	59.9	127	28.3	174	38.8	15	3.3
	40-64	74	51.4	94	65.3	68	47.2	54	37.5	19	13.2	1	0.7	90	62.5	33	22.9	71	49.3	50	34.7	69	47.9	3	2.1
	65-74	133	43.6	206	67.5	111	36.4	67	22.0	28	9.2	0	0.0	229	75.1	56	18.4	198	64.9	77	25.2	105	34.4	12	3.9
R03	合計	196	45.2	298	68.7	167	38.5	95	21.9	48	11.1	1	0.2	309	71.2	90	20.7	247	56.9	125	28.8	176	40.6	11	2.5
	40-64	74	52.9	98	70.0	64	45.7	37	26.4	13	9.3	0	0.0	97	69.3	35	25.0	61	43.6	43	30.7	65	46.4	2	1.4
	65-74	122	41.5	200	68.0	103	35.0	58	19.7	35	11.9	1	0.3	212	72.1	55	18.7	186	63.3	82	27.9	111	37.8	9	3.1

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
女性	合計	258	31.3	214	26.0	220	26.7	76	9.2	29	3.5	0	0.0	567	68.8	29	3.5	342	41.5	137	16.6	381	46.2	3	0.4
	40-64	65	24.7	58	22.1	60	22.8	25	9.5	7	2.7	0	0.0	158	60.1	1	0.4	81	30.8	38	14.4	139	52.9	0	0.0
	65-74	193	34.4	156	27.8	160	28.5	51	9.1	22	3.9	0	0.0	409	72.9	28	5.0	261	46.5	99	17.6	242	43.1	3	0.5
H28	合計	260	32.5	200	25.0	211	26.4	91	11.4	21	2.6	0	0.0	545	68.2	23	2.9	348	43.6	134	16.8	398	49.8	2	0.3
	40-64	72	27.8	50	19.3	61	23.6	34	13.1	4	1.5	0	0.0	151	58.3	5	1.9	81	31.3	47	18.1	128	49.4	1	0.4
	65-74	188	34.8	150	27.8	150	27.8	57	10.6	17	3.1	0	0.0	394	73.0	18	3.3	267	49.4	87	16.1	270	50.0	1	0.2
H29	合計	228	30.6	188	25.2	216	29.0	75	10.1	18	2.4	0	0.0	473	63.5	20	2.7	327	43.9	127	17.0	364	48.9	2	0.3
	40-64	60	27.8	45	20.8	51	23.6	19	8.8	1	0.5	0	0.0	115	53.2	2	0.9	75	34.7	37	17.1	124	57.4	0	0.0
	65-74	168	31.8	143	27.0	165	31.2	56	10.6	17	3.2	0	0.0	358	67.7	18	3.4	252	47.6	90	17.0	240	45.4	2	0.4
H30	合計	234	32.1	198	27.1	230	31.5	77	10.5	23	3.2	0	0.0	479	65.6	17	2.3	321	44.0	138	18.9	370	50.7	4	0.5
	40-64	47	25.1	38	20.3	59	31.6	22	11.8	4	2.1	0	0.0	95	50.8	5	2.7	57	30.5	31	16.6	97	51.9	2	1.1
	65-74	187	34.4	160	29.5	171	31.5	55	10.1	19	3.5	0	0.0	384	70.7	12	2.2	264	48.6	107	19.7	273	50.3	2	0.4
R01	合計	229	33.2	198	28.7	205	29.7	101	14.6	15	2.2	0	0.0	477	69.1	20	2.9	347	50.3	141	20.4	334	48.4	3	0.4
	40-64	54	29.8	44	24.3	54	29.8	26	14.4	3	1.7	0	0.0	104	57.5	6	3.3	66	36.5	37	20.4	92	50.8	2	1.1
	65-74	175	34.4	154	30.3	151	29.7	75	14.7	12	2.4	0	0.0	373	73.3	14	2.8	281	55.2	104	20.4	242	47.5	1	0.2
R02	合計	203	32.9	183	29.7	190	30.8	78	12.6	20	3.2	0	0.0	452	73.3	22	3.6	345	55.9	118	19.1	289	46.8	0	0.0
	40-64	49	36.6	40	29.9	41	30.6	22	16.4	5	3.7	0	0.0	83	61.9	6	4.5	49	36.6	28	20.9	67	50.0	0	0.0
	65-74	154	31.9	143	29.6	149	30.8	56	11.6	15	3.1	0	0.0	369	76.4	16	3.3	296	61.3	90	18.6	222	46.0	0	0.0
R03	合計	173	31.3	152	27.5	150	27.2	56	10.1	14	2.5	1	0.2	397	71.9	13	2.4	261	47.3	70	12.7	269	48.7	1	0.2
	40-64	38	29.7	34	26.6	29	22.7	17	13.3	4	3.1	0	0.0	73	57.0	4	3.1	42	32.8	17	13.3	72	56.3	1	0.8
	65-74	135	31.8	118	27.8	121	28.5	39	9.2	10	2.4	1	0.2	324	76.4	9	2.1	219	51.7	53	12.5	197	46.5	0	0.0

②メタボリックシンドローム

表 6

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）

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
		男性	合計	564	30.9	31	5.5	128	22.7	16	2.8	87	15.4	25	4.4	205	36.3	40	7.1	16	2.8	91	16.1
H28	40-64	182	22.6	14	7.7	42	23.1	4	2.2	24	13.2	14	7.7	70	38.5	10	5.5	10	5.5	35	19.2	15	8.2
	65-74	382	37.5	17	4.5	86	22.5	12	3.1	63	16.5	11	2.9	135	35.3	30	7.9	6	1.6	56	14.7	43	11.3
	合計	543	31.1	23	4.2	105	19.3	4	0.7	79	14.5	22	4.1	214	39.4	36	6.6	17	3.1	87	16.0	74	13.6
H29	40-64	172	23.4	9	5.2	35	20.3	1	0.6	24	14.0	10	5.8	60	34.9	4	2.3	8	4.7	23	13.4	25	14.5
	65-74	371	36.7	14	3.8	70	18.9	3	0.8	55	14.8	12	3.2	154	41.5	32	8.6	9	2.4	64	17.3	49	13.2
	合計	543	32.3	25	4.6	111	20.4	9	1.7	77	14.2	25	4.6	204	37.6	31	5.7	19	3.5	91	16.8	63	11.6
H30	40-64	166	23.9	11	6.6	36	21.7	3	1.8	20	12.0	13	7.8	64	38.6	6	3.6	4	2.4	36	21.7	18	10.8
	65-74	377	38.1	14	3.7	75	19.9	6	1.6	57	15.1	12	3.2	140	37.1	25	6.6	15	4.0	55	14.6	45	11.9
	合計	508	32.1	16	3.1	111	21.9	8	1.6	71	14.0	32	6.3	198	39.0	36	7.1	17	3.3	77	15.2	68	13.4
R01	40-64	157	24.3	9	5.7	39	24.8	2	1.3	15	9.6	22	14.0	57	36.3	9	5.7	4	2.5	24	15.3	20	12.7
	65-74	351	37.5	7	2.0	72	20.5	6	1.7	56	16.0	10	2.8	141	40.2	27	7.7	13	3.7	53	15.1	48	13.7
	合計	478	31.3	20	4.2	87	18.2	11	2.3	57	11.9	19	4.0	219	45.8	33	6.9	17	3.6	88	18.4	81	16.9
R02	40-64	143	23.0	9	6.3	22	15.4	3	2.1	10	7.0	9	6.3	67	46.9	7	4.9	5	3.5	27	18.9	28	19.6
	65-74	335	37.1	11	3.3	65	19.4	8	2.4	47	14.0	10	3.0	152	45.4	26	7.8	12	3.6	61	18.2	53	15.8
	合計	449	30.5	15	3.3	83	18.5	8	1.8	57	12.7	18	4.0	202	45.0	34	7.6	15	3.3	79	17.6	74	16.5
R03	40-64	144	24.0	12	8.3	25	17.4	2	1.4	12	8.3	11	7.6	57	39.6	5	3.5	5	3.5	24	16.7	23	16.0
	65-74	305	35.1	3	1.0	58	19.0	6	2.0	45	14.8	7	2.3	145	47.5	29	9.5	10	3.3	55	18.0	51	16.7
	合計	434	32.0	15	3.5	91	21.0	13	3.0	59	13.6	19	4.4	192	44.2	37	8.5	12	2.8	77	17.7	66	15.2
R04	40-64	140	23.7	10	7.1	34	24.3	6	4.3	18	12.9	10	7.1	54	38.6	7	5.0	5	3.6	24	17.1	18	12.9
	65-74	294	38.4	5	1.7	57	19.4	7	2.4	41	13.9	9	3.1	138	46.9	30	10.2	7	2.4	53	18.0	48	16.3

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
		女性	合計	824	43.5	19	2.3	75	9.1	5	0.6	47	5.7	23	2.8	120	14.6	19	2.3	12	1.5	41	5.0
H28	40-64	263	35.6	11	4.2	28	10.6	3	1.1	16	6.1	9	3.4	19	7.2	0	0.0	5	1.9	6	2.3	8	3.0
	65-74	561	48.6	8	1.4	47	8.4	2	0.4	31	5.5	14	2.5	101	18.0	19	3.4	7	1.2	35	6.2	40	7.1
	合計	799	43.7	15	1.9	51	6.4	5	0.6	38	4.8	8	1.0	134	16.8	16	2.0	11	1.4	51	6.4	56	7.0
H29	40-64	259	37.3	9	3.5	13	5.0	3	1.2	9	3.5	1	0.4	28	10.8	2	0.8	5	1.9	13	5.0	8	3.1
	65-74	540	47.6	6	1.1	38	7.0	2	0.4	29	5.4	7	1.3	106	19.6	14	2.6	6	1.1	38	7.0	48	8.9
	合計	745	42.6	14	1.9	51	6.8	4	0.5	37	5.0	10	1.3	123	16.5	17	2.3	6	0.8	53	7.1	47	6.3
H30	40-64	216	33.8	8	3.7	16	7.4	2	0.9	11	5.1	3	1.4	21	9.7	3	1.4	1	0.5	11	5.1	6	2.8
	65-74	529	47.7	6	1.1	35	6.6	2	0.4	26	4.9	7	1.3	102	19.3	14	2.6	5	0.9	42	7.9	41	7.8
	合計	730	43.7	17	2.3	59	8.1	7	1.0	36	4.9	16	2.2	122	16.7	13	1.8	8	1.1	54	7.4	47	6.4
R01	40-64	187	32.6	7	3.7	13	7.0	4	2.1	4	2.1	5	2.7	18	9.6	1	0.5	3	1.6	6	3.2	8	4.3
	65-74	543	49.5	10	1.8	46	8.5	3	0.6	32	5.9	11	2.0	104	19.2	12	2.2	5	0.9	48	8.8	39	7.2
	合計	690	43.0	12	1.7	60	8.7	6	0.9	37	5.4	17	2.5	126	18.3	25	3.6	7	1.0	50	7.2	44	6.4
R02	40-64	181	34.4	4	2.2	18	9.9	2	1.1	8	4.4	8	4.4	22	12.2	4	2.2	0	0.0	9	5.0	9	5.0
	65-74	509	47.2	8	1.6	42	8.3	4	0.8	29	5.7	9	1.8	104	20.4	21	4.1	7	1.4	41	8.1	35	6.9
	合計	617	41.1	10	1.6	47	7.6	2	0.3	31	5.0	14	2.3	126	20.4	21	3.4	7	1.1	52	8.4	46	7.5
R03	40-64	134	27.9	4	3.0	11	8.2	0	0.0	7	5.2	4	3.0	25	18.7	4	3.0	2	1.5	10	7.5	9	6.7
	65-74	483	47.3	6	1.2	36	7.5	2	0.4	24	5.0	10	2.1	101	20.9	17	3.5	5	1.0	42	8.7	37	7.7
	合計	552	40.3	6	1.1	46	8.3	2	0.4	32	5.8	12	2.2	100	18.1	18	3.3	7	1.3	37	6.7	38	6.9
R04	40-64	128	28.7	2	1.6	15	11.7	0	0.0	8	6.3	7	5.5	17	13.3	5	3.9	1	0.8	5	3.9	6	4.7
	65-74	424	45.8	4	0.9	31	7.3	2	0.5	24	5.7	5	1.2	83	19.6	13	3.1	6	1.4	32	7.5	32	7.5

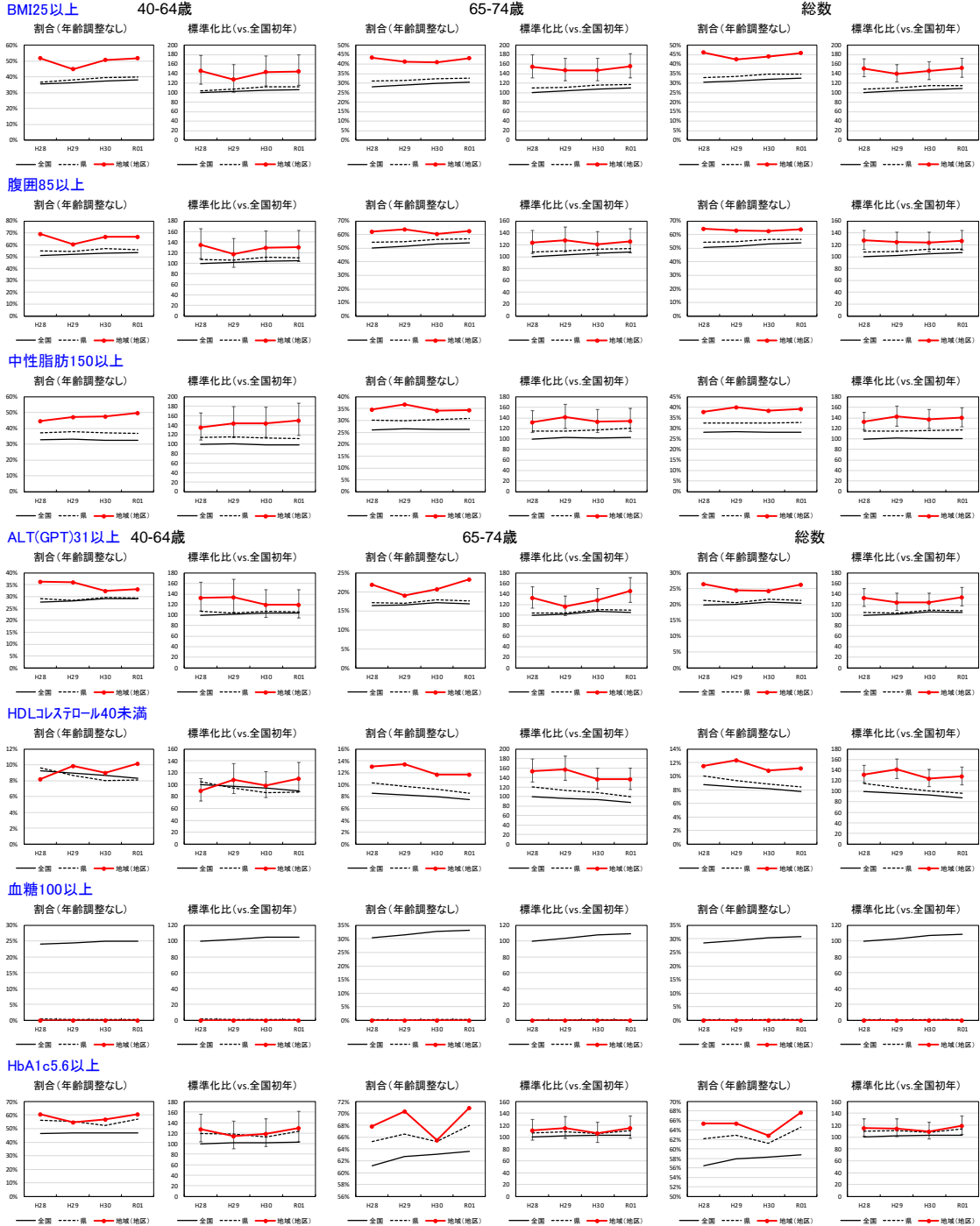
③厚生労働省様式(様式5-2)健診受診者所見の推移

図 10

健診受診者数		H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳	全国	979147	936531	904925	875102	1395009
	県	8994	8599	8564	8298	246973
	地域(地区)	182	172	166	157	1166
65-74歳	全国	2154913	2181981	2160522	2128521	2655916
	県	13849	14104	14504	14169	281977
	地域(地区)	382	371	377	351	2331
総数	全国	3134060	3118512	3065447	3003623	4050925
	県	20843	20703	21088	20467	528950
	地域(地区)	564	543	543	508	3497

作成日：2023/7/20
 保健番号：390021
 保健者名：重戸市
 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) 健診受診者所見状況(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。誤差は95%信頼区間。
 注：1. 2019(12/31)年度厚生労働省研究費補助金(保健増進) 健康増進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-標準器等(全)) / 一般-014) (研究代表: 横山肇)



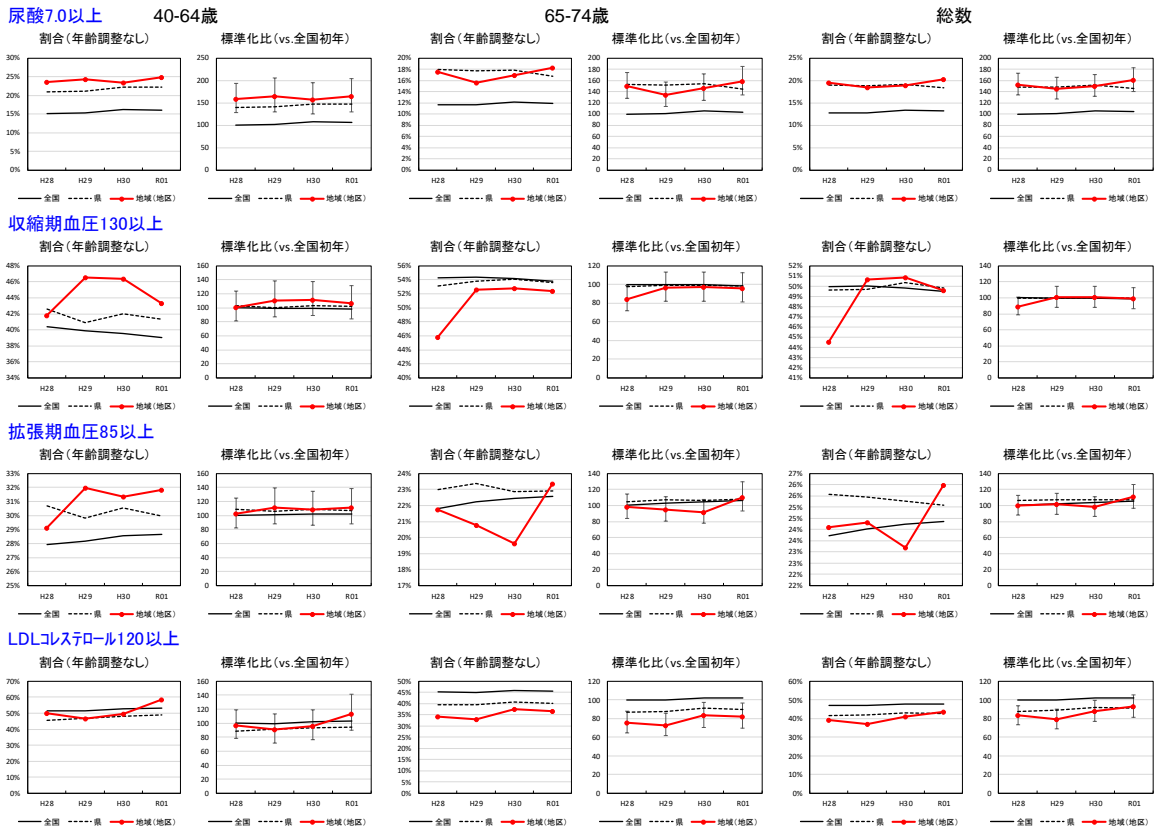


図 11

年齢	RD2	RD3	RD4	H28	H29	
40-64歳	全国	738556	811090	801501	1395501	1395009
	県	54344	56600	5785	247204	246974
65-74歳	全国	1912229	1975493	1871129	2649156	
	県	13178	12851	12260	290894	
総数	全国	2850785	2786583	2672630	4044651	4050925
	県	18612	18451	18045	528190	528950
	地域	478	449	434	3499	3497

作成日: 2023/7/20
 保健番号: 390021
 保健所名: 瀬戸市
 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) 健診所見者状況(男女別・年代別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差幅は95%信頼区間。
 Ver. 1.2 (2018.12.20) 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(国民健康・医療政策推進事業) 健康・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-雇理研等(左部)-一般-014)(研究代表: 横山博爾)

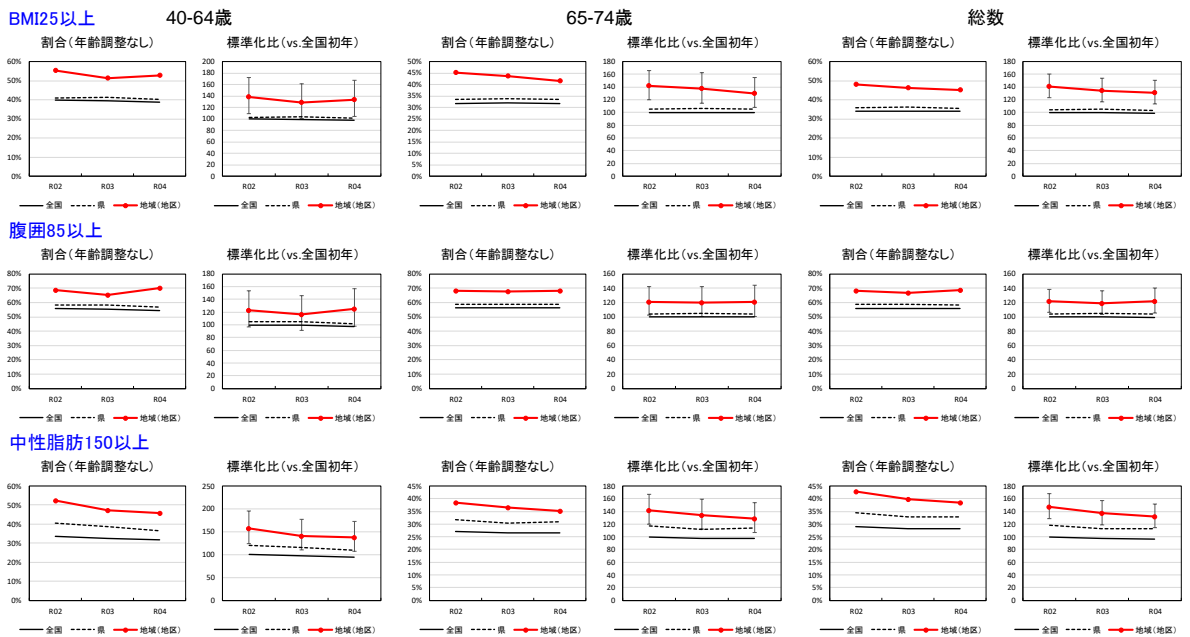
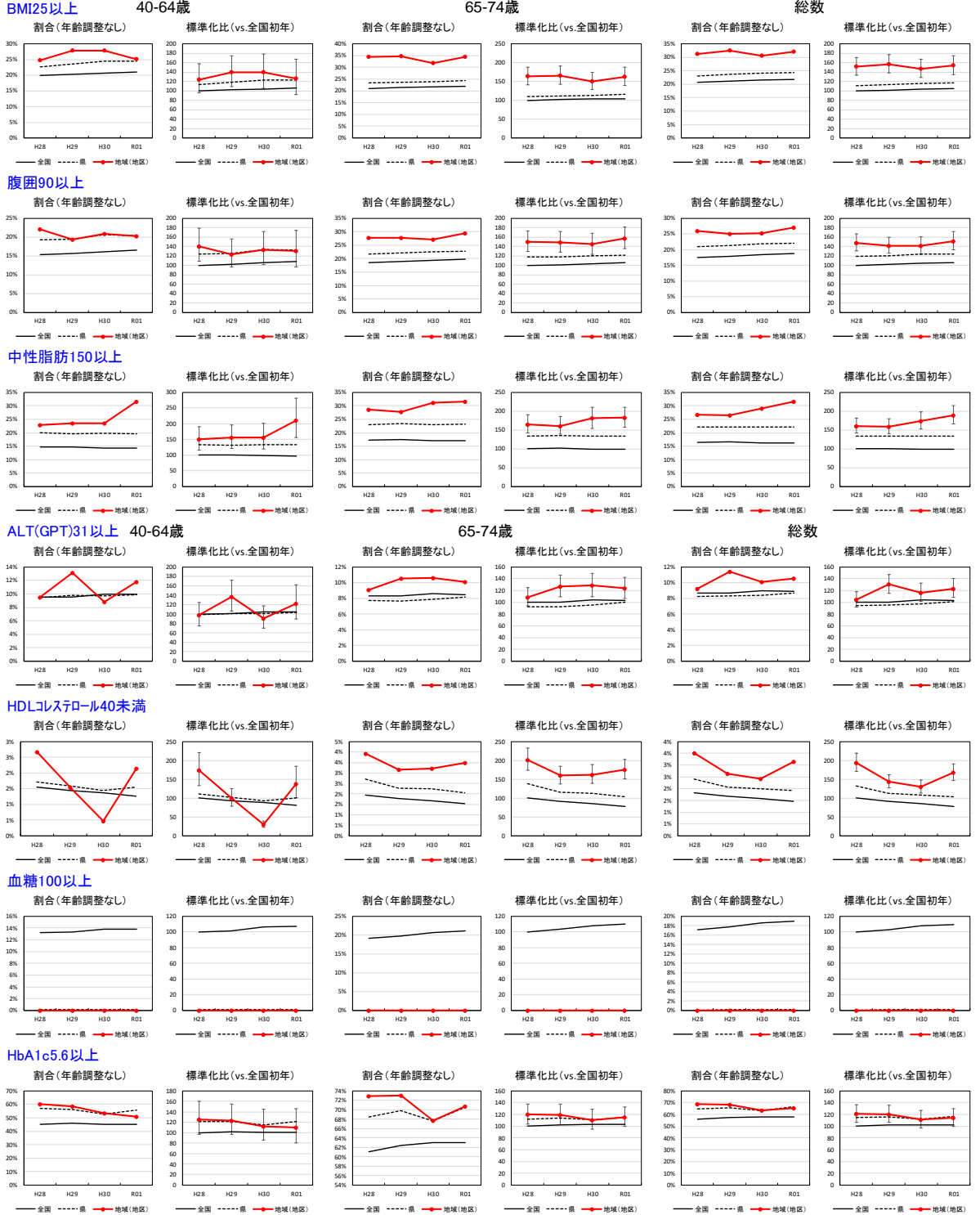


図 12

健診受診者数		H28	H29	H30	R01	H29
40-64歳	全国	1366623	1294708	1233141	1162995	1807872
	県	8547	7872	7675	7012	270432
	地域(地区)	263	259	216	187	1470
65-74歳	全国	2897899	2932440	2906926	2860807	3499054
	県	18825	18844	19321	18526	395040
	地域(地区)	561	540	529	543	3398
総数	全国	4264522	4227148	4140067	4023802	5306926
	県	27372	26716	26996	25536	655472
	地域(地区)	824	799	745	730	4868

作成日: 2023/7/20
 保険者番号: 390021
 保険者名: 重戸市
 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。



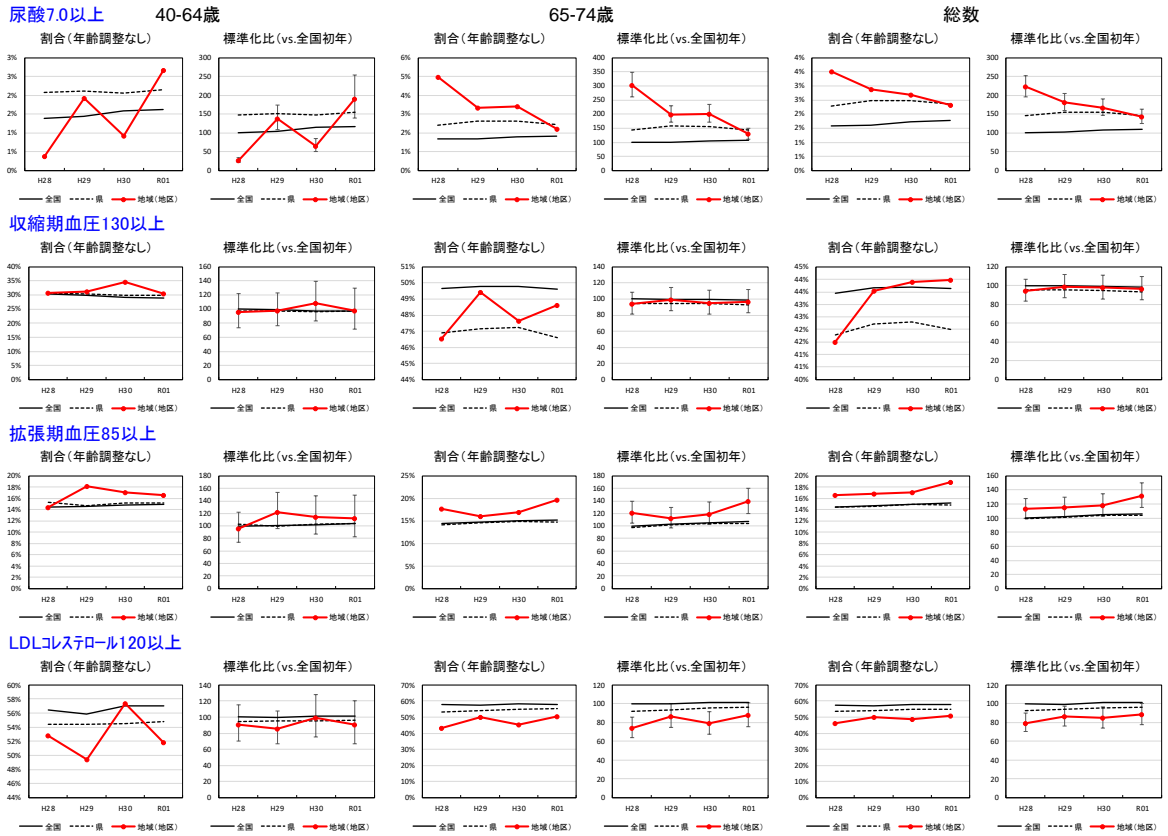
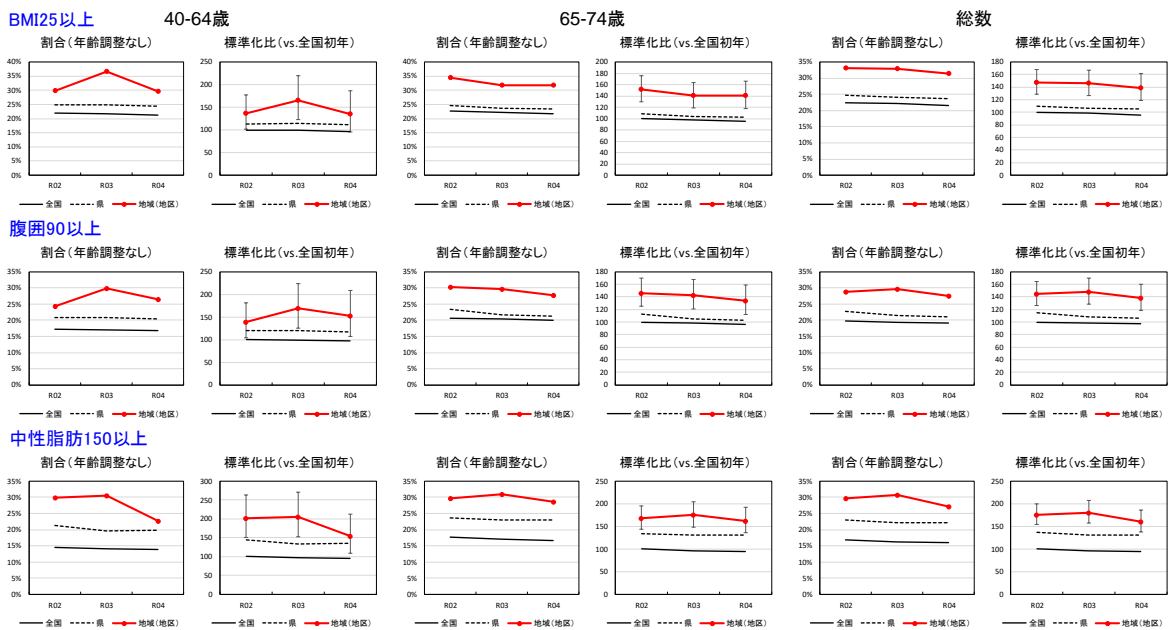


図 13

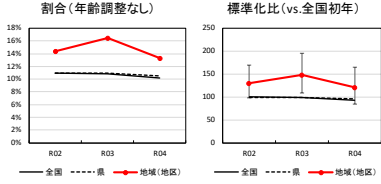
健康診断対象者数	R02	R03	R04	H28	H29
40-64歳					
全国	966132	1043199	1007290	1802062	1807872
県	6253	6102	6128	270322	270432
地域(地区)	181	134	128	1474	1470
65-74歳					
全国	2577924	2671482	2531700	3495352	3499054
県	17532	16923	16010	394658	395040
地域(地区)	509	483	424	3375	3398
総数					
全国	3544056	3714681	3538990	5297414	5306926
県	23785	23025	22138	664980	665472
地域(地区)	690	617	552	4849	4888

作成日: 2023/7/20
 保健番号: 390021
 保健番号: 豊芦市
 地区:

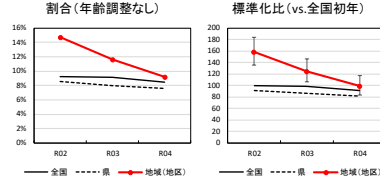
国保データベース (KDB) のCSVファイル(厚生労働省様式(様式5-2) 健診所見者状況(男女別・年代別))より計算。
 標準化比は全国(初年度)を基準とした間接法による。誤差は95%信頼区間。



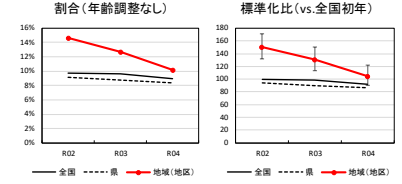
ALT(GPT)31以上 40-64歳



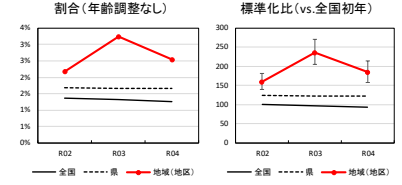
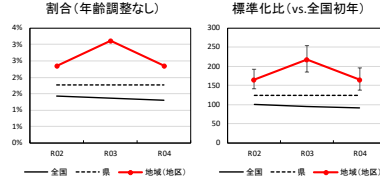
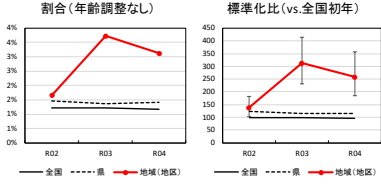
65-74歳



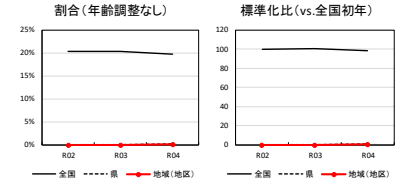
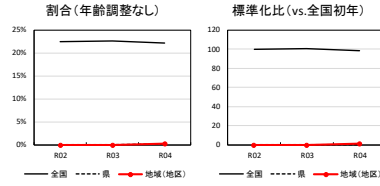
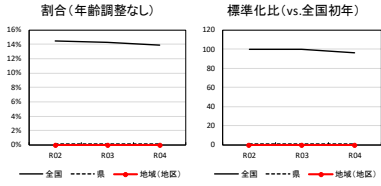
総数



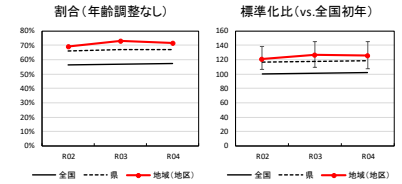
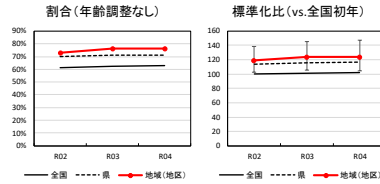
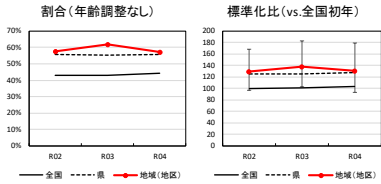
HDLコレステロール40未満



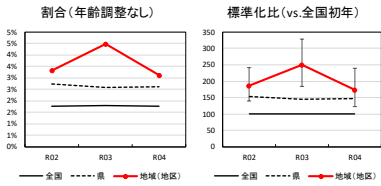
血糖100以上



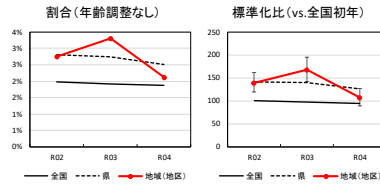
HbA1c5.6以上



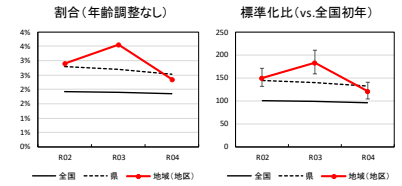
尿酸7.0以上 40-64歳



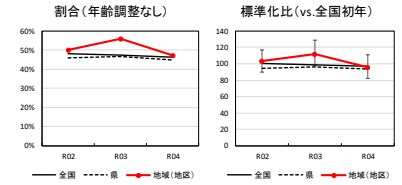
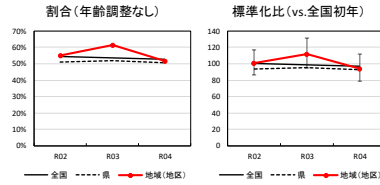
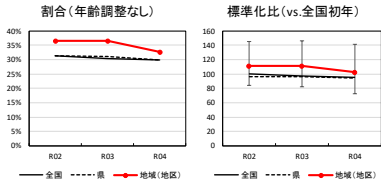
65-74歳



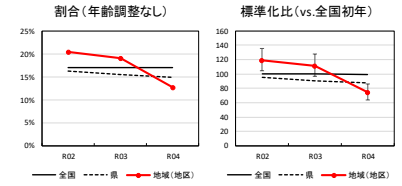
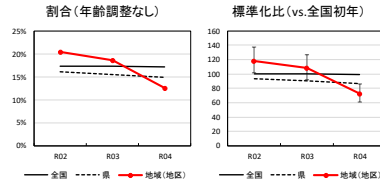
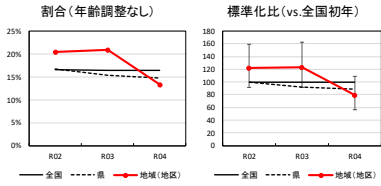
総数



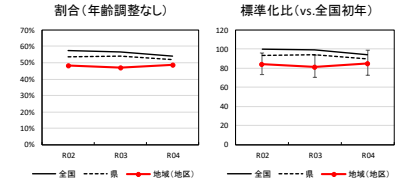
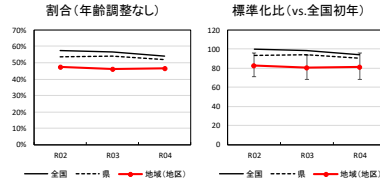
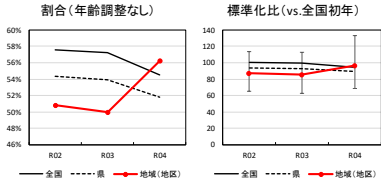
収縮期血圧130以上



拡張期血圧85以上



LDLコレステロール120以上



④質問票

表 7

生活習慣の変化

項目	①			②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬		⑭	
	服薬			喫煙	週3回以上朝食を抜く	週3回以上夕食後間食	週3回以上就寝前夕食	食べる速度が速い	20歳時体重から10kg体重増加	1日30分以上運動なし	1日1時間以上運動なし	睡眠不足	毎日飲酒	時々飲酒	咀嚼		間食	
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症												噛みにくい	ほとんど噛めない	毎日	時々
平成28年	40.7%	10.2%	22.6%	11.7%	8.1%	12.3%	15.1%	31.4%	38.3%	62.2%	53.5%	30.1%	25.1%	17.8%	-	-	-	-
平成29年	40.4%	10.3%	23.2%	11.5%	7.7%	12.6%	17.8%	31.4%	38.2%	60.9%	50.7%	29.6%	24.8%	16.3%	-	-	-	-
平成30年	39.8%	10.2%	22.7%	13.1%	8.3%	0.0%	16.9%	29.6%	38.6%	61.6%	48.4%	28.6%	24.2%	15.8%	26.1%	1.1%	20.0%	57.5%
令和01年	41.9%	11.5%	23.3%	12.6%	7.3%	0.0%	17.1%	31.8%	38.7%	63.8%	50.9%	27.8%	24.0%	16.7%	27.5%	1.0%	19.3%	59.1%
令和02年	42.3%	11.6%	24.7%	13.4%	8.6%	0.0%	17.3%	28.2%	41.8%	63.1%	52.5%	28.5%	25.1%	16.8%	28.2%	1.6%	21.7%	57.9%
令和03年	41.2%	13.2%	26.4%	13.1%	7.4%	0.0%	16.7%	30.5%	41.1%	62.6%	53.2%	27.8%	25.2%	17.4%	27.5%	1.8%	21.8%	59.7%
令和04年	41.8%	13.2%	24.7%	14.4%	9.3%	0.0%	17.3%	29.3%	41.5%	60.5%	50.0%	29.3%	25.9%	17.1%	27.6%	1.7%	21.7%	58.6%

補足

平成30年特定健康診査制度改正により「④週3回以上夕食後間食」は削除項目になっている。新たに「⑬咀嚼」「⑭間食」が追加された項目である。

⑤特定健診受診率

表 8

性・年齢階級別 特定健診受診率（法定報告）

男	H29			H30			R01			R02			R03		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	95	13	13.7%	83	7	8.4%	89	13	14.6%	87	18	20.7%	78	15	19.2%
45～49歳	125	24	19.2%	128	32	25.0%	116	28	24.1%	117	24	20.5%	109	18	16.5%
50～54歳	158	29	18.4%	144	27	18.8%	136	25	18.4%	125	19	15.2%	133	30	22.6%
55～59歳	130	33	25.4%	147	37	25.2%	132	44	33.3%	144	37	25.7%	138	32	23.2%
60～64歳	221	72	32.6%	186	62	33.3%	167	47	28.1%	146	45	30.8%	138	49	35.5%
65～69歳	529	187	35.3%	452	160	35.4%	388	136	35.1%	325	113	34.8%	290	102	35.2%
70～74歳	477	184	38.6%	534	217	40.6%	546	215	39.4%	578	222	38.4%	576	203	35.2%
合計	1735	542	31.2%	1674	542	32.4%	1574	508	32.3%	1522	478	31.4%	1462	449	30.7%

女	H29			H30			R01			R02			R03		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44歳	80	17	21.3%	78	13	16.7%	70	14	20.0%	63	17	27.0%	52	8	15.4%
45～49歳	91	31	34.1%	84	25	29.8%	76	23	30.3%	70	18	25.7%	66	16	24.2%
50～54歳	95	20	21.1%	87	21	24.1%	87	21	24.1%	94	26	27.7%	96	23	24.0%
55～59歳	124	47	37.9%	125	39	31.2%	125	38	30.4%	108	32	29.6%	96	21	21.9%
60～64歳	300	143	47.7%	256	116	45.3%	212	92	43.4%	187	88	47.1%	165	64	38.8%
65～69歳	560	268	47.9%	514	234	45.5%	464	218	47.0%	414	190	45.9%	364	174	47.8%
70～74歳	573	272	47.5%	593	295	49.7%	633	325	51.3%	664	319	48.0%	655	308	47.0%
合計	1823	798	43.8%	1737	743	42.8%	1667	731	43.9%	1600	690	43.1%	1494	614	41.1%

図 14

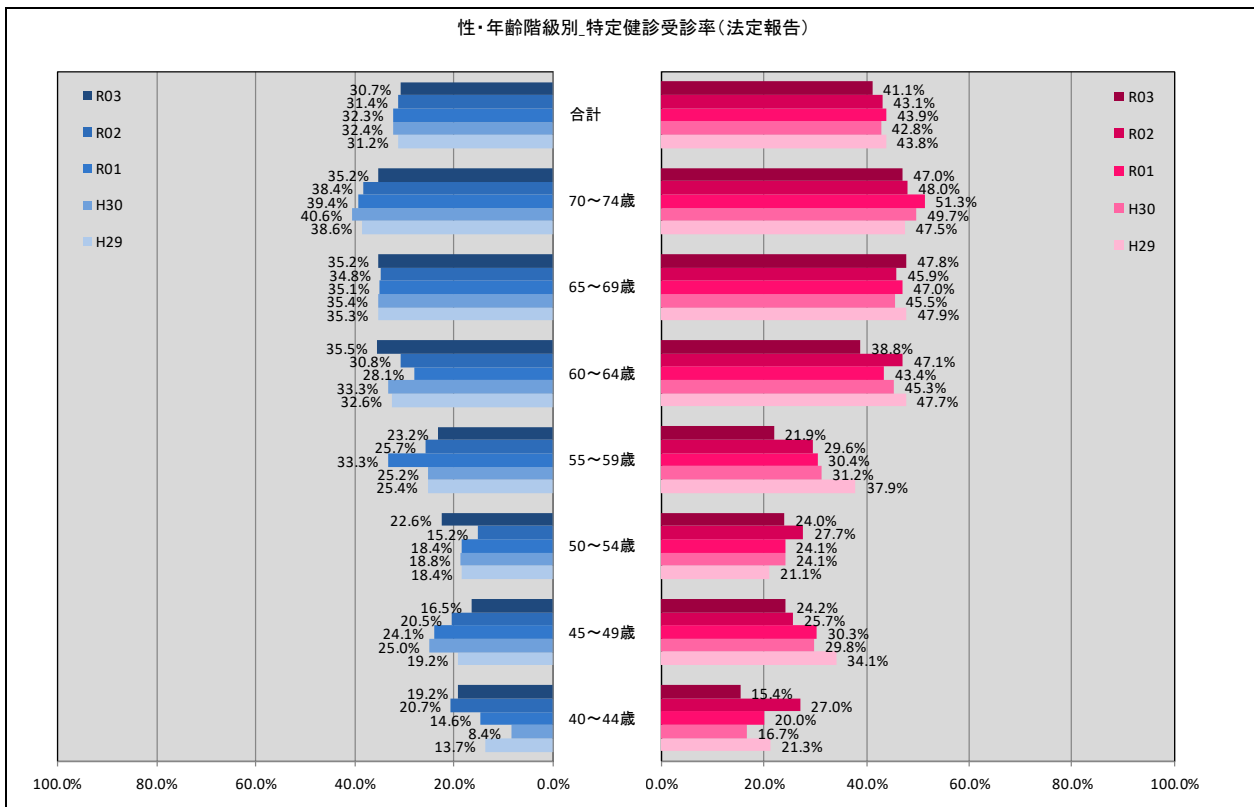
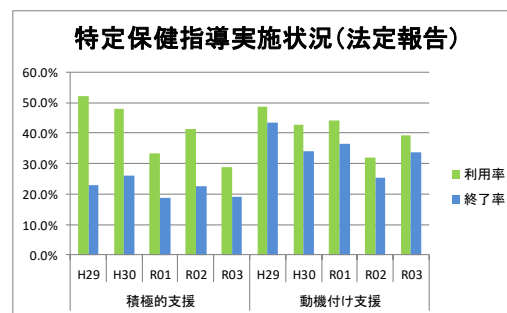


表 9

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	H29	48	25	11	52.1%	22.9%
	H30	50	24	13	48.0%	26.0%
	R01	48	16	9	33.3%	18.8%
	R02	58	24	13	41.4%	22.4%
	R03	52	15	10	28.8%	19.2%
動機付け支援	H29	150	73	65	48.7%	43.3%
	H30	152	65	52	42.8%	34.2%
	R01	150	66	55	44.0%	36.7%
	R02	138	44	35	31.9%	25.4%
	R03	140	55	47	39.3%	33.6%

図 15



2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

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

医療保険が室戸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。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関わる介護情報

表 10

介護認定者の終年有病状況【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		令和2年度		令和3年度		令和4年度		トレンド検定 *有意差あり(P値<0.05)		
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合			
被保険者数 (国保と後期の各年齢区分被保険者数)	40~64歳	1,939		1,852		1,663		1,554		1,453		1,394		1,336				
	65~74歳	2,640		2,577		2,563		2,473		2,397		2,347		2,216				
	75歳以上	3,381		3,402		3,434		3,465		3,431		3,478		3,579				
	合計	7,960		7,831		7,660		7,492		7,281		7,219		7,131				
認定者数	40~64歳	11		9		10		15		16		14		12				
	65~74歳	99		106		105		110		112		101		103				
	75歳以上	1,007		993		991		1,002		1,039		1,076		1,055				
	合計	1,117		1,108		1,106		1,127		1,167		1,191		1,170				
認定率(認定者数/被保険者数)	40~64歳	0.6%		0.5%		0.6%		1.0%		1.1%		1.0%		0.9%				
	65~74歳	3.8%		4.1%		4.1%		4.4%		4.7%		4.3%		4.6%				
	75歳以上	29.8%		29.2%		28.9%		28.9%		30.3%		30.9%		29.5%				
	合計	14.0%		14.1%		14.4%		15.0%		16.0%		16.5%		16.4%				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	脳血管疾患	40~64歳	8	72.7%	6	66.7%	5	50.0%	6	40.0%	7	43.8%	7	50.0%	8	66.7%	P値(減少) 0.485
			65~74歳	57	57.6%	62	58.5%	57	54.3%	54	49.1%	58	51.8%	49	48.5%	45	43.7%	P値(減少) * 0.014
			75歳以上	626	62.2%	634	63.8%	633	63.9%	638	63.7%	639	61.5%	641	59.6%	630	59.7%	P値(減少) * 0.021
			合計	691	61.9%	702	63.4%	695	62.8%	698	61.9%	704	60.3%	697	58.5%	683	58.4%	P値(減少) * 0.003
			再掲	40~64歳	2	18.2%	0	0.0%	1	10.0%	2	13.3%	3	18.8%	2	14.3%	2	16.7%
		脳出血	65~74歳	11	11.1%	14	13.2%	11	10.5%	15	13.6%	14	12.5%	12	11.9%	13	12.6%	P値(増加) 0.824
			75歳以上	39	3.9%	42	4.2%	48	4.8%	53	5.3%	50	4.8%	53	4.9%	54	5.1%	P値(増加) 0.149
			合計	52	4.7%	56	5.1%	60	5.4%	70	6.2%	67	5.7%	67	5.6%	69	5.9%	P値(増加) 0.151
		脳梗塞	40~64歳	7	63.6%	6	66.7%	4	40.0%	4	26.7%	4	25.0%	5	35.7%	6	50.0%	P値(減少) 0.147
			65~74歳	50	50.5%	55	51.9%	51	48.6%	46	41.8%	51	45.5%	42	41.6%	37	35.9%	P値(減少) * 0.010
			75歳以上	616	61.2%	624	62.8%	619	62.5%	627	62.6%	629	60.5%	633	58.8%	618	58.6%	P値(減少) * 0.026
		合計	673	60.3%	685	61.8%	674	60.9%	677	60.1%	684	58.6%	680	57.1%	661	56.5%	P値(減少) * 0.003	
		虚血性心疾患	40~64歳	3	27.3%	3	33.3%	2	20.0%	6	40.0%	8	50.0%	5	35.7%	4	33.3%	P値(増加) 0.470
			65~74歳	28	28.3%	25	23.6%	22	21.0%	21	19.1%	20	17.9%	19	18.8%	19	18.4%	P値(減少) * 0.049
			75歳以上	369	36.6%	380	38.3%	404	40.8%	415	41.4%	427	41.1%	450	41.8%	445	42.2%	P値(増加) * 0.003
	合計	400	35.8%	408	36.8%	428	38.7%	442	39.2%	455	39.0%	474	39.8%	468	40.0%	P値(増加) * 0.014		
	腎不全	40~64歳	1	9.1%	2	22.2%	3	30.0%	2	13.3%	3	18.8%	1	7.1%	1	8.3%	P値(減少) 0.451	
		65~74歳	22	22.2%	20	18.9%	20	19.0%	19	17.3%	21	18.8%	21	20.8%	21	20.4%	P値(減少) 0.934	
		75歳以上	264	26.2%	310	31.2%	344	34.7%	354	35.3%	408	39.3%	435	40.4%	427	40.5%	P値(増加) * 0.000	
		合計	287	25.7%	332	30.0%	367	33.2%	375	33.3%	432	37.0%	457	38.4%	449	38.4%	P値(増加) * 0.000	
		人工透析	40~64歳	1	9.1%	2	22.2%	2	20.0%	2	13.3%	3	18.8%	0	0.0%	0	0.0%	P値(減少) 0.154
	65~74歳	8	8.1%	5	4.7%	6	5.7%	9	8.2%	4	3.6%	5	5.0%	5	4.9%	P値(減少) 0.354		
	75歳以上	16	1.6%	18	1.8%	17	1.7%	17	1.7%	19	1.8%	18	1.7%	20	1.9%	P値(増加) 0.727		
	合計	25	2.2%	25	2.3%	25	2.3%	28	2.5%	26	2.2%	23	1.9%	25	2.1%	P値(減少) 0.661		
	血管疾患	糖尿病	40~64歳	6	54.5%	4	44.4%	3	30.0%	9	60.0%	12	75.0%	10	71.4%	10	83.3%	P値(増加) * 0.015
			65~74歳	52	52.5%	61	57.5%	60	57.1%	61	55.5%	60	53.6%	50	49.5%	54	52.4%	P値(減少) 0.434
			75歳以上	520	51.6%	531	53.5%	547	55.2%	575	57.4%	594	57.2%	622	57.8%	618	58.6%	P値(増加) * 0.000
			合計	578	61.7%	596	53.8%	610	55.2%	645	57.4%	666	57.1%	682	57.3%	682	58.8%	P値(増加) * 0.000
			再掲	40~64歳	0	0.0%	1	11.1%	1	10.0%	1	6.7%	2	12.5%	1	7.1%	1	8.3%
		腎症	65~74歳	8	8.1%	8	7.5%	9	8.6%	9	8.2%	10	8.9%	10	9.9%	13	12.6%	P値(増加) 0.213
			75歳以上	27	2.7%	26	2.6%	29	2.9%	29	2.9%	41	3.9%	40	3.7%	58	5.5%	P値(増加) * 0.000
			合計	35	3.1%	35	3.2%	39	3.5%	39	3.5%	53	4.5%	51	4.3%	72	6.2%	P値(増加) * 0.000
		網膜症	40~64歳	2	18.2%	2	22.2%	1	10.0%	1	6.7%	2	12.5%	1	7.1%	1	8.3%	P値(減少) 0.282
			65~74歳	14	14.1%	17	16.0%	17	16.2%	17	15.5%	16	14.3%	14	13.9%	16	15.5%	P値(減少) 0.902
			75歳以上	63	6.3%	60	6.0%	63	6.4%	74	7.4%	81	7.8%	91	8.5%	92	8.7%	P値(増加) * 0.001
		合計	79	7.1%	79	7.1%	81	7.3%	92	8.2%	99	8.5%	106	8.9%	109	9.3%	P値(増加) * 0.007	
		神経障害	40~64歳	1	9.1%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.3%	1	7.1%	1	8.3%	P値(減少) 0.983
			65~74歳	9	9.1%	7	6.6%	8	7.6%	10	9.1%	7	6.3%	7	6.9%	9	8.7%	P値(減少) 0.906
			75歳以上	13	1.3%	13	1.3%	16	1.6%	15	1.5%	21	2.0%	22	2.0%	25	2.4%	P値(増加) * 0.018
	合計	23	2.1%	21	1.9%	24	2.2%	25	2.2%	29	2.5%	30	2.5%	35	3.0%	P値(増加) 0.065		
	高血圧	40~64歳	9	81.8%	6	66.7%	7	70.0%	12	80.0%	12	75.0%	11	78.6%	11	91.7%	P値(増加) 0.409	
		65~74歳	74	74.7%	80	75.5%	77	73.3%	86	78.2%	86	76.8%	75	74.3%	76	73.8%	P値(減少) 0.939	
		75歳以上	878	87.2%	871	87.7%	880	88.8%	905	90.3%	944	90.9%	993	92.3%	975	92.4%	P値(増加) * 0.000	
		合計	961	86.0%	957	86.4%	964	87.2%	1,003	89.0%	1,042	89.3%	1,079	90.6%	1,062	90.8%	P値(増加) * 0.000	
		再掲	40~64歳	5	45.5%	3	33.3%	4	40.0%	5	33.3%	7	43.8%	7	50.0%	5	41.7%	P値(増加) 0.724
脂質異常症	65~74歳	55	55.6%	63	59.4%	62	59.0%	65	59.1%	65	58.0%	59	58.4%	63	61.2%	P値(増加) 0.603		
	75歳以上	611	60.7%	640	64.5%	664	67.0%	695	69.4%	745	71.7%	798	74.2%	800	75.8%	P値(増加) * 0.000		
	合計	671	60.1%	706	63.7%	730	66.0%	765	67.9%	817	70.0%	864	72.5%	868	74.2%	P値(増加) * 0.000		
高尿酸血症	40~64歳	2	18.2%	2	22.2%	1	10.0%	4	26.7%	6	37.5%	6	42.9%	6	50.0%	P値(増加) * 0.022		
	65~74歳	26	26.3%	32	30.2%	30	28.6%	29	26.4%	29	25.9%	26	25.7%	30	29.1%	P値(減少) 0.885		
	75歳以上	253	25.1%	279	28.1%	273	27.5%	292	29.1%	327	31.5%	353	32.8%	329	31.2%	P値(増加) * 0.000		
合計	281	25.2%	313	28.2%	304	27.5%	325	28.8%	362	31.0%	385	32.3%	365	31.2%	P値(増加) * 0.000			
血管疾患合計	40~64歳	11	100.0%	9	100.0%	9	90.0%	14	93.3%	15	93.8%	13	92.9%	12	100.0%	P値(減少) 0.765		
	65~74歳	86	86.9%	94	88.7%	91	86.7%	102	92.7%	101	90.2%	89	88.1%	93	90.3%	P値(増加) 0.436		
	75歳以上	971	96.4%	962	96.9%	962	97.1%	975	97.3%	1,017	97.9%	1,056	98.1%	1,034	98.0%	P値(増加) * 0.002		
	合計	1,068	95.6%	1,065	96.1%	1,062	96.0%	1,091	96.8%	1,133	97.1%	1,158	97.2%	1,139	97.4%	P値(増加) * 0.003		
認知症	40~64歳	3	27.3%	3	33.3%	3	30.0%	5	33.3%	5	31.3%	5	35.7%	3	25.0%	P値(増加) 0.990		
	65~74歳	21	21.2%	24	22.8%	18	17.1%	21	19.1%	19	17.0%	17	16.8%	19	18.4%	P値(減少) 0.323		
	75歳以上	434	43.1%	455	45.8%	467	47.1%	499	49.8%	473	45.5%	496	46.1%	471	44.6%	P値(増加) 0.685		
合計	458	41.0%	482	43.5%	488	44.1%	525	46.6%	497	42.6%	518	43.5%	493	42.1%	P値(増加) 0.833			
筋・骨格疾患	40~64歳	9	81.8%	7	77.8%	9	90.0%	13	86.7%	14	87.5%	12	85.7%	11	91.7%	P値(増加) 0.457		
	65~74歳	83	83.8%	91	85.8%	88	83.8%	92	83.6%	96	85.7%	86	85.1%	87	84.5%	P値(増加) 0.902		
	75歳以上	940	93.3%	948	95.5%	944	95.3%	958	95.6%	997	96.0%	1,035	96.2%	1,025	97.2%	P値(増加) * 0.000		
合計	1,032	92.4%	1,046	94.4%	1,041													