
ガイドラインに基づく評価
4つの指標による評価

データヘルス計画全体の評価

1 目的・内容

医療費の抑制、及び生活習慣病が大きく関係する脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の減少

2 データヘルス計画全体 4つの指標による評価

4つの指標	ストラクチャー評価 実施体制・システム	プロセス評価 実施過程	アウトプット評価(※1) 実施量	アウトカム評価(※2) 成果
計画・目標 (P)	①職員の確保 ②予算の確保 ③庁内連携体制の構築 ④K D B環境整備 ⑤外部有識者との連携	(当初) ⑥健康課題の明確化 (各年度) ⑦個別事業の選定 ⑧個別事業1の実施 ⑨個別事業2の実施 ⑩個別事業3の実施 ⑪個別事業4の実施 ⑫その他取組の実施	(各年度) ⑬特定健診受診率 60% (R5) ⑭特定保健指導実施率 82% ⑮若年健診受診者数 300人 ⑯若年保健指導実施率 82% ⑰糖尿病性腎症重症化予防 保健指導実施率 70% ⑱ハイリスク (HbA1c7.0以上) かつ未治療の方のうち、保健指導で治療に結び付いた割合 70% ⑲糖尿病性腎症重症化予防 保健指導実施者の健診結果等の改善・維持 ⑳受診勧奨判定値超えの方への保健指導実施率 100% ㉑上記のうち治療に結び付いた割合60% ㉒受診勧奨判定値超えの方への保健指導保健指導実施者の健診結果等の改善・維持	(中長期) ㉓脳血管疾患患者 5%減 ㉔虚血性心疾患患者 5%減 ㉕糖尿病性腎症患者 5%減 ㉖医療費の伸びの抑制 減少 ㉗脳血管疾患の総医療費割合 10%減 ㉘虚血性心疾患の総医療費割合 10%減 ㉙糖尿病性腎症による透析患者割合10%減 (短期目標) 健診受診者のうち ㉚糖尿病患者割合 10%減 ㉛高血圧患者割合 10%減 ㉜脂質異常症患者割合 10%減 ㉝メタボ・予備群該当割合 減少
実施後 (D) 達成・未達成の 状況	(R4年度) ①国保部門：正規3名、非常勤6名、健康部門：正規6名(兼務)、非常勤1名(兼務) ②概ね要求通り確保(国保ヘルスアップ事業を活用) ③高齢者の保健事業と介護予防の一体実施に合わせ連携 ④2台、国保連研修会参加 ⑤国保連支援評価委員会・国保運営協議会・医師会	(当初) ⑥実施 (各年度) ⑦個別事業を選定 ⑧～⑫実施 このうち⑧～⑪は国保連支援評価委員会の助言を受けた。	(R4年度) ⑬40.0% ⑭70.7% ⑮205人 ⑯82.2% ⑰64.6% (令和3年度) ⑱85.3% (令和3年度) ⑲86.9% (令和3年度 詳細は個別事業3参照) ⑳82.6% (令和3年度) ㉑72.3% (令和3年度) ㉒64.7% (令和3年度 詳細は個別事業4参照)	(R4年度) 対H28 ㉓△29.8% (評価) (H28:1,367人→R4:960人) (a) ㉔△31.5% (同1,414人→969人) (a) ㉕△10.1% (同646人→581人) (c) ㉖総医療費 0.8% (c) ひとりあたり医療費 +24.3% (c) ㉗+10.5% (H28:1.9%→R4:2.1%) (c) ㉘△1.4% (同1.4%→1.2%) (b) ㉙0% (同53.5%→53.5%) (b) ㉚△18.2% (同7.7%→6.2%) (b) ㉛+68.4% (同3.8%→6.4%) (c) ㉜0% (同3.9%→3.9%) (b) ㉝+21.2% (同27.3%→33.1%) (c)
評価(C)	a	個別事業にて評価	個別事業にて評価	c

データヘルス計画全体の評価 概要及び現状確認資料

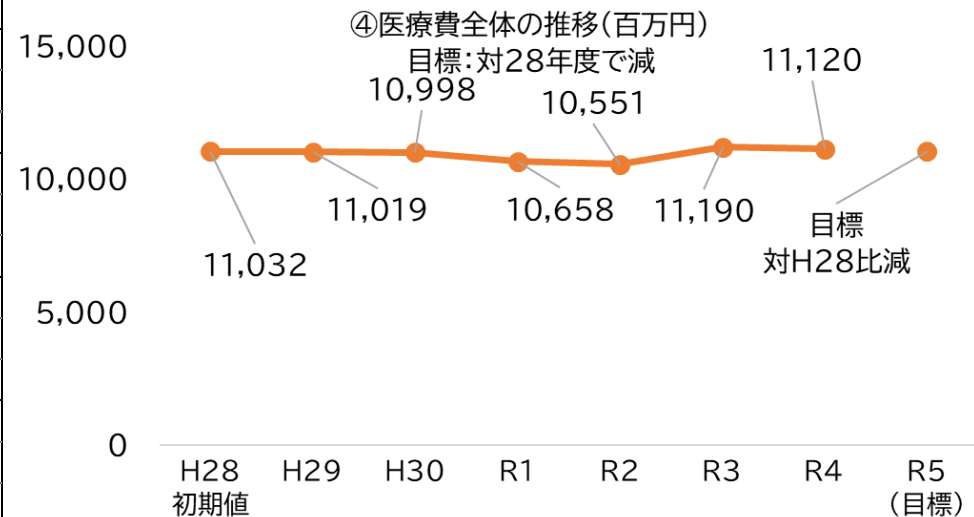
3 最終評価の概要

成功要因	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率は、目標値(82.0%)は未達成だが、国の目標値(60%)は達成している。 ・脳血管疾患、虚血性心疾患の減少率は、被保険者数の減少率(△18.9%、H28:35,740人→R4:28,980人)と比較して大きくなっている。
未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率が県内19市中低い水準(H30~R4は19市中17位~19位)(PII参照)で推移している。 ・総医療費、ひとりあたり医療費は増加している。脳血管疾患・虚血性心疾患の総医療費に占める割合は減少していない。 ・糖尿病性腎症による透析患者割合は減少していない。高血圧患者割合、メタボ・予備群該当割合は増加している。
事業の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率を向上させるとともに、特定保健指導により、糖尿病・高血圧・脂質異常症患者割合、メタボ予備群・該当者割合の減少を図る必要がある。 ・脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める割合、糖尿病性腎症による透析患者割合の減少を図るため、重症化予防の保健指導を強化していく。

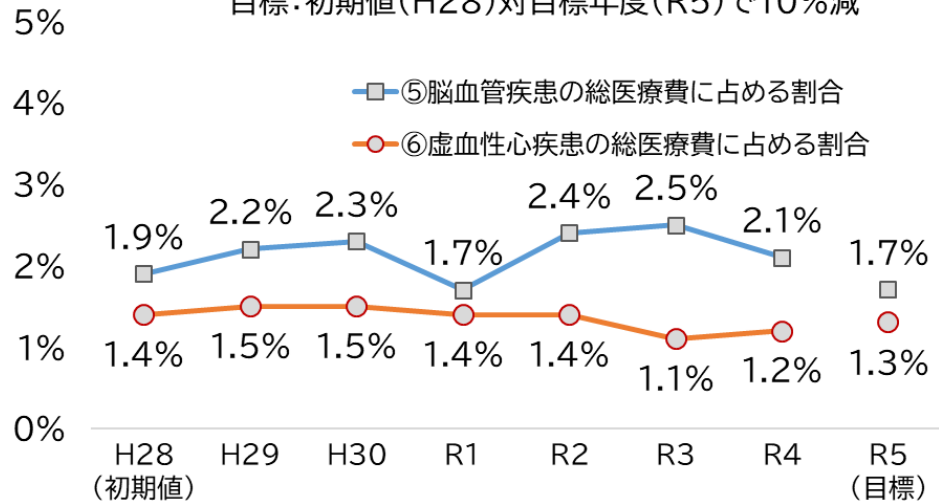
4 データヘルス計画全体の評価 現状確認資料

①脳血管疾患、②虚血性心疾患、③糖尿病性腎症患者数推移

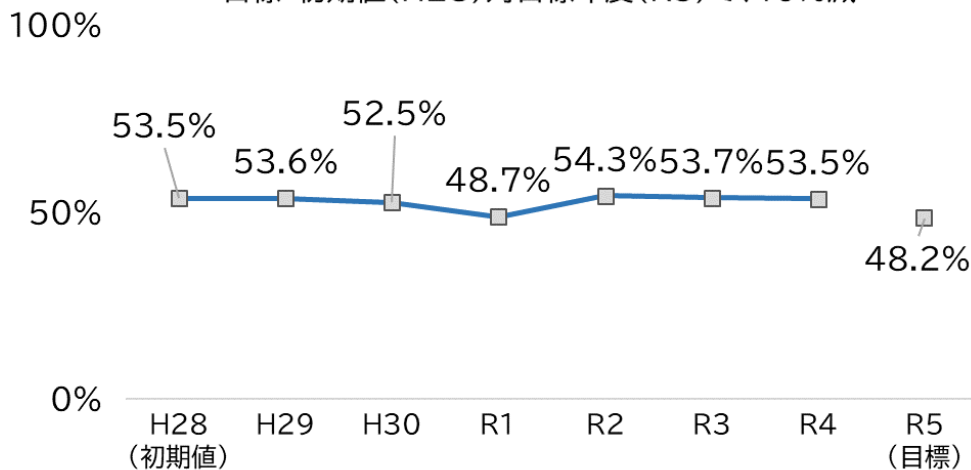
区分	H28.4	H29.4	H30.4	R1.4	R2.4	R3.4	R4.4	R5.4	評価	
①脳血管疾患	患者数	1,367	1,285	1,209	1,190	1,051	1,107	1,066	960	a
	対H28増減		-6.0%	-11.6%	-12.9%	-23.1%	-19.0%	-22.0%	-29.8%	a
	被保険者に占める割合	3.57%	3.52%	3.47%	3.57%	3.26%	3.48%	3.41%	3.23%	b
②虚血性心疾患	患者数	1,414	1,327	1,280	1,240	1,142	1,184	1,080	969	a
	対H28増減		-6.2%	-9.5%	-12.3%	-19.2%	-16.3%	-23.6%	-31.5%	a
	被保険者に占める割合	3.69%	3.63%	3.67%	3.72%	3.55%	3.72%	3.45%	3.26%	b
③-1糖尿病性腎症	患者数	646	629	635	661	604	635	598	581	a
	対H28増減		-2.6%	-1.7%	2.3%	-6.5%	-1.7%	-7.4%	-10.1%	a
	被保険者に占める割合	1.69%	1.72%	1.82%	1.98%	1.88%	1.99%	1.91%	1.95%	c
③-2人工透析	患者数	99	110	122	115	127	123	144	141	c
	対H28増減		11.1%	23.2%	16.2%	28.3%	24.2%	45.5%	42.4%	c
	被保険者に占める割合	0.26%	0.30%	0.35%	0.34%	0.39%	0.39%	0.46%	0.47%	c
被保険者数	38,327	36,543	34,830	33,337	32,209	31,846	31,288	29,746		



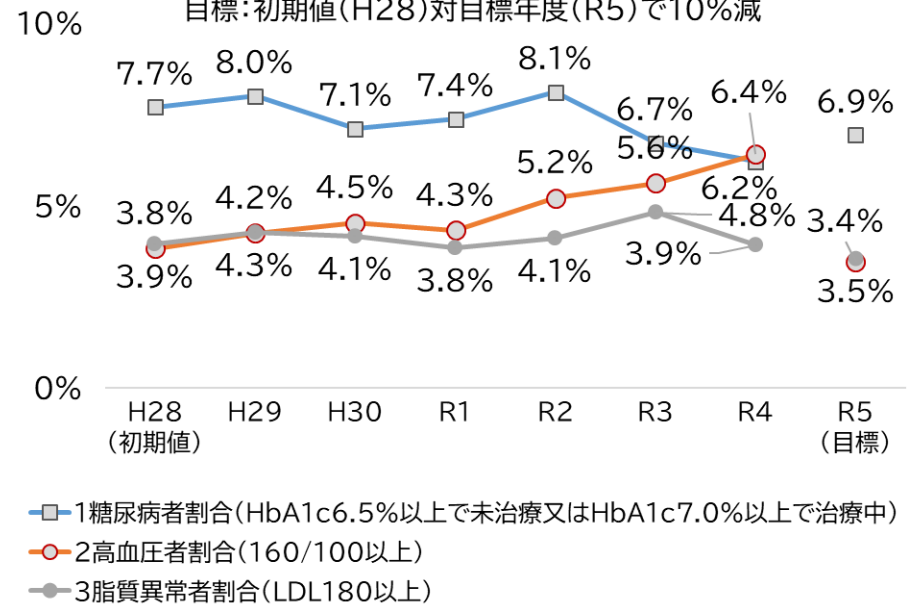
⑤虚血性心疾患の医療費に占める割合
 ⑥脳血管疾患の総医療費に占める割合
 目標：初期値(H28)対目標年度(R5)で10%減



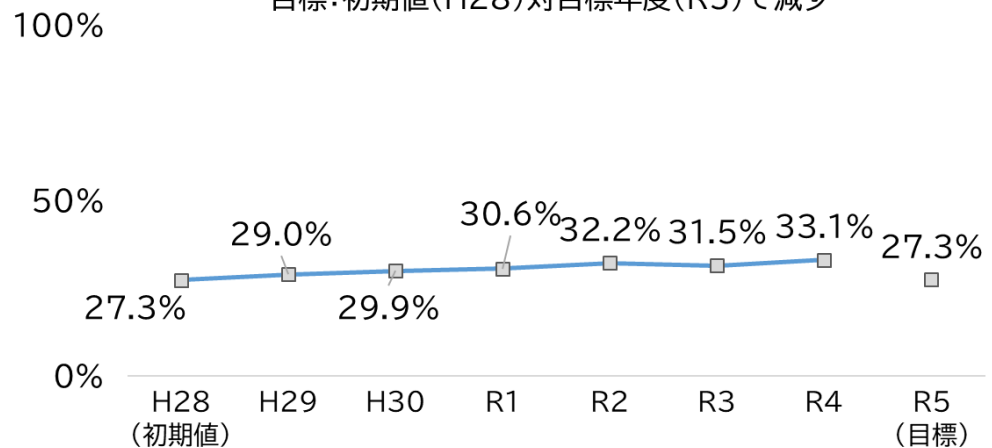
⑦糖尿病性腎症による新規透析患者の割合
 目標：初期値(H28)対目標年度(R5)で、10%減



⑧健診受診者に占める
 糖尿病患者、高血圧者、脂質異常者の割合の減少
 目標：初期値(H28)対目標年度(R5)で10%減



⑨メタボ該当・予備群該当の割合
 目標：初期値(H28)対目標年度(R5)で減少



個別事業Ⅰ 特定健診未受診者対策（特定健診・特定保健指導）

1 目的・内容

法定義務である特定健診の受診率向上と特定保健指導実施率向上

2 特定健診未受診者対策 4つの指標による評価

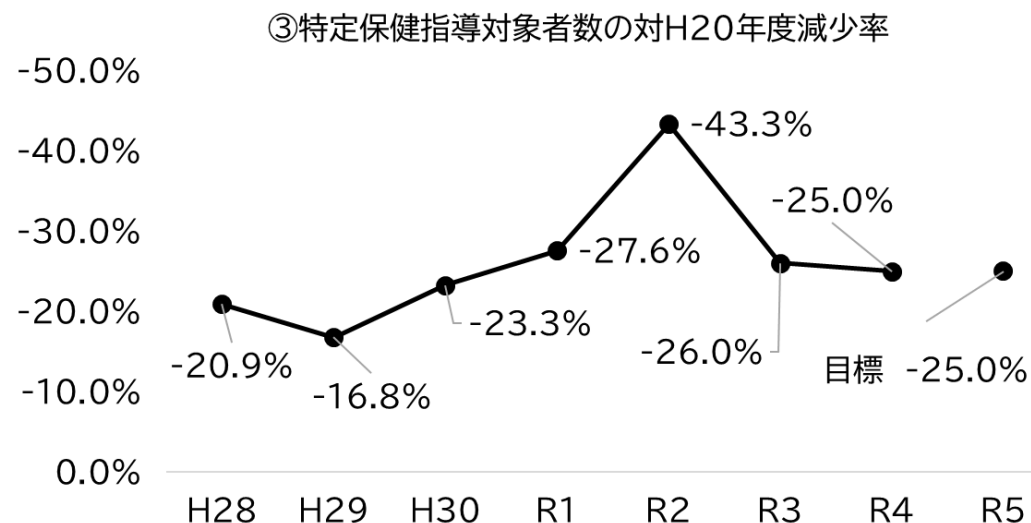
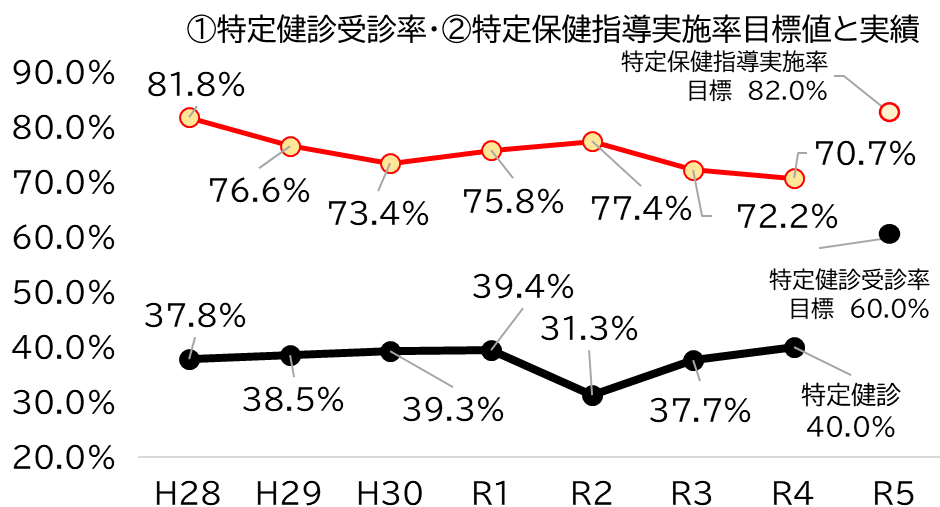
指標	ストラクチャー評価 実施体制・システム	プロセス評価 実施過程	アウトプット評価 実施量	アウトカム評価 成果
計画・目標 (P)	データヘルス計画 全体で評価	(各年度) ①対象者抽出・受診券発送 ②実施医療機関へ促進依頼 ③受診勧奨 電話・ハガキ・訪問 ④集団健診実施 ⑤人間ドック・診療情報提供 職場健診の結果提供依頼 (R元年度) ⑥未受診理由の把握	(各年度) ⑦特定健診実施者数 (A) 個別健診、(B) 集団・JA健診、 (C) 人間ドック等 ⑧特定健診受診率 60% ⑨特定保健指導実施率 82% ⑩特定保健指導対象者の減少率 対H20年度で25%減少 ⑪受診者レポート率 ⑫保健指導対象者数	(各年度) ⑬内臓脂肪症候群該当者の減少率 前年度増(※1) ⑭保健指導による保健指導対象者減少率 前年度増(※2) (※1) 国保連合会帳票(TKCA011)のNo.20 (※2) 同上のNo.29
実施後 (D) 達成・未達成の 状況	データヘルス計画 全体で評価	(R4年度) ①5月 22,000件 ②5月全実施医療機関依頼 ③電話・訪問…「新規国保加入者」対象者 300件、受診勧奨兼休日集団健診等案内 16,400件 ④延べ28日間 特定1,613人 ⑤随時依頼 ⑥未実施	(R4年度) ⑦ (A)4,624(B)1,613(C)2,153 ⑧40.0% ⑨70.7% ⑩△25.0%(H20:1,389人 →R3:1,042人) ⑪80.0% ⑫1,042人	(R4年度) ⑬R3 22.6%減少 →R4 18.6%減少 (内臓脂肪症候群該当者割合 R3 20.4% → R4 21.5%) ⑭R3 20.8%減少 →R4 18.5%減少 (特定保健指導対象者の割合 R3 12.4% → R4 12.4%)
評価(C)	—	b 十分に取り組んではいるが、決め手を欠いている。集団健診は引き続き拡充していきたい。	特定健診c 保健指導b 集団健診受診者数は増加しているが、個別健診は減少している。	c 内臓脂肪症候群該当率は増加、特定保健指導対象者の割合は横ばいとなっている。

評価基準 (4段階) a…改善・十分 b…不変・普通 c…悪化・不十分 d…評価困難
a'…改善しているが現状のままでは最終目標達成は困難

3 最終評価の概要

<p>成功要因</p>	<p>【特定健診】 受診勧奨、(休日)集団健診、診療情報等提供票の活用などを幅広く実施。直接的に効果を見込めるものとしては集団健診が有効であり、近年は集団健診受診者数が増加。</p> <p>【特定保健指導】 市が設定した目標(82%)には届かないものの、国が示す目標(60%)は達成。特定保健指導対象者の結果報告書を初回の保健指導実施時に返却していることと、個別による丁寧な保健指導の実施によることが要因。</p> <p>【共通】 集団健診・特定保健指導は全て予約制で実施しており、待ち時間がなく実施できるため、継続受診率が高くなっていると考えられる。</p>
<p>未達要因</p>	<p>【特定健診】 電話・ハガキ・訪問による勧奨や、診療情報等提供票の活用の依頼などの実施、職場健診や人間ドックの結果提供依頼等、様々な対策を進めてきたが、受診率向上には至っていない。</p>
<p>事業の方向性</p>	<p>【特定健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別健診は大きなウェイトを占めているため、医療機関通院者には引き続き、医師会・医療機関に受診勧奨を依頼する。 ・ 集団健診の拡充や、未受診理由に応じた受診勧奨を実施する。 <p>【特定保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者には、引き続き、初回の保健指導実施時に結果報告書を返却するとともに、個別性を踏まえた資料、情報の提供を行う。

4 個別事業Ⅰの現状確認資料



特定健診実施率 県内19市推移

R4年度特定健康診査実施率

対象者20,958人中受診者8,390人(個別健診のほか、集団健診、人間ドック等を含む)、県内19市中18位

順位	H23(%)		H24(%)		H25(%)		H26(%)		H27(%)		H28(%)		H29(%)		H30(%)		R1(%)		R2(%)		R3(%)		R4(%)		
	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名
1	諏訪市	52.2	諏訪市	54.5	諏訪市	53.7	諏訪市	53.9	諏訪市	54.6	諏訪市	54.3	諏訪市	54.4	諏訪市	54.5	伊那市	55.4	伊那市	51.5	伊那市	52.0	伊那市	54.0	
2	長野市	46.7	長野市	46.5	伊那市	48.1	伊那市	50.8	伊那市	50.5	伊那市	52.8	伊那市	53.5	伊那市	53.5	諏訪市	54.9	諏訪市	50.3	諏訪市	50.2	千曲市	50.8	
3	須坂市	45.2	須坂市	46.3	長野市	46.4	須坂市	48.0	須坂市	49.7	中野市	50.2	中野市	50.7	茅野市	50.7	茅野市	51.0	大田市	45.4	千曲市	48.7	諏訪市	48.8	
4	中野市	44.0	伊那市	46.2	須坂市	46.3	中野市	47.6	中野市	49.6	須坂市	49.3	茅野市	50.3	須坂市	49.2	大田市	49.0	千曲市	44.7	佐久市	47.3	安曇野市	47.5	
5	松本市	43.8	茅野市	45.5	茅野市	45.7	長野市	47.0	長野市	47.9	茅野市	48.4	須坂市	49.1	安曇野市	49.2	安曇野市	47.9	茅野市	44.1	駒ヶ根市	46.6	中野市	47.5	
6	塩尻市	41.9	中野市	45.3	中野市	45.3	茅野市	45.8	茅野市	46.4	長野市	47.3	安曇野市	48.2	大田市	48.9	須坂市	47.7	長野市	43.8	飯山市	46.1	大田市	46.9	
7	駒ヶ根市	40.7	東御市	43.2	東御市	43.7	松本市	44.7	大田市	45.6	安曇野市	47.0	長野市	47.6	中野市	48.6	長野市	47.2	飯山市	42.6	大田市	45.8	茅野市	45.7	
8	東御市	38.6	塩尻市	42.3	松本市	43.2	東御市	44.0	東御市	45.4	大田市	45.8	東御市	46.3	長野市	47.2	千曲市	45.5	駒ヶ根市	41.2	安曇野市	45.7	長野市	45.6	
9	安曇野市	36.4	松本市	41.0	塩尻市	41.8	大田市	43.8	千曲市	43.7	松本市	44.8	大田市	46.0	東御市	46.1	塩尻市	45.4	須坂市	41.0	長野市	44.4	佐久市	44.8	
10	千曲市	35.7	駒ヶ根市	37.6	千曲市	39.6	塩尻市	42.0	松本市	43.7	東御市	44.3	松本市	45.1	松本市	45.1	中野市	44.6	東御市	40.8	松本市	43.0	飯山市	44.8	
11	伊那市	35.3	千曲市	37.4	大田市	39.4	安曇野市	41.4	安曇野市	42.4	塩尻市	42.7	塩尻市	44.8	塩尻市	45.1	飯山市	44.2	安曇野市	40.8	東御市	42.6	須坂市	44.6	
12	小諸市	34.2	佐久市	37.1	安曇野市	38.0	千曲市	41.0	塩尻市	42.3	千曲市	42.5	飯山市	42.9	飯山市	45.0	東御市	43.7	小諸市	40.3	茅野市	42.4	東御市	43.9	
13	岡谷市	33.5	岡谷市	37.0	飯山市	37.7	駒ヶ根市	38.2	飯山市	41.6	飯山市	41.1	佐久市	41.4	小諸市	44.8	小諸市	42.7	佐久市	40.3	須坂市	41.6	駒ヶ根市	43.8	
14	佐久市	33.4	安曇野市	36.6	駒ヶ根市	37.6	飯山市	38.0	佐久市	39.9	佐久市	40.3	千曲市	41.3	千曲市	44.0	松本市	42.3	松本市	38.0	小諸市	41.5	松本市	42.8	
15	上田市	33.3	飯田市	35.3	佐久市	37.1	上田市	37.5	小諸市	39.1	小諸市	38.7	小諸市	39.7	佐久市	41.1	飯田市	42.3	中野市	34.6	中野市	41.1	塩尻市	42.8	
16	飯田市	33.0	大田市	35.2	岡谷市	35.4	小諸市	37.1	駒ヶ根市	37.6	上田市	37.8	飯田市	38.7	飯田市	40.0	佐久市	41.0	岡谷市	33.3	飯田市	41.0	飯田市	42.5	
17	茅野市	32.6	飯山市	34.2	飯田市	34.9	岡谷市	36.9	上田市	37.6	駒ヶ根市	37.2	上田市	38.5	上田市	39.3	駒ヶ根市	40.1	塩尻市	32.5	塩尻市	40.1	小諸市	41.9	
18	大田市	30.8	小諸市	34.1	上田市	34.8	佐久市	35.9	岡谷市	36.8	岡谷市	37.0	駒ヶ根市	38.3	駒ヶ根市	37.0	上田市	39.4	飯田市	31.7	上田市	37.7	上田市	40.0	
19	飯山市	29.7	上田市	34.0	小諸市	34.5	飯田市	33.7	飯田市	33.8	飯田市	36.7	岡谷市	36.4	岡谷市	36.6	岡谷市	37.2	上田市	31.3	岡谷市	36.4	岡谷市	40.0	
県内		41.5		42.7		43.2		44.9		45.8		46.5		47.1		47.7		47.6		42.5		45.6		47.4	



上田市
19市中18位
40.0%
対象者20,958人中
受診者8,390人

特定保健指導実施率 県内19市推移

R4年度特定保健指導実施率

対象者1,042人中実施者(終了者)737人、県内19市中5位

順位	H23(%)		H24(%)		H25(%)		H26(%)		H27(%)		H28(%)		H29(%)		H30(%)		R1(%)		R2(%)		R3(%)		R4(%)	
	市名	実施率	市名	実施率	市名	実施率	市名	実施率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率	市名	受診率
1	飯田市	74.3	千曲市	88.4	千曲市	92.0	千曲市	91.6	千曲市	91.2	千曲市	92.6	千曲市	91.6	千曲市	92.1	千曲市	91.5	千曲市	89.4	千曲市	87.6	千曲市	88.3
2	伊那市	73.7	飯田市	79.6	飯田市	80.1	飯田市	79.7	駒ヶ根市	89.2	伊那市	91.7	伊那市	88.1	伊那市	81.8	伊那市	86.4	伊那市	81.6	伊那市	80.0	伊那市	79.4
3	千曲市	66.5	大町市	64.7	伊那市	72.5	伊那市	77.6	伊那市	84.2	上田市	81.8	飯田市	76.8	飯田市	78.9	飯田市	79.4	上田市	77.4	飯田市	76.0	茅野市	74.1
4	岡谷市	62.8	伊那市	60.2	東御市	61.5	上田市	66.9	飯田市	81.4	飯田市	78.5	上田市	76.6	上田市	73.4	上田市	75.8	飯田市	72.2	茅野市	72.8	飯田市	72.3
5	茅野市	59.0	中野市	57.9	中野市	52.3	東御市	59.1	上田市	73.6	駒ヶ根市	73.5	駒ヶ根市	71.6	駒ヶ根市	61.3	塩尻市	67.7	茅野市	70.7	上田市	72.2	上田市	70.7
6	中野市	53.3	茅野市	50.9	大町市	50.6	茅野市	49.2	東御市	65.4	塩尻市	72.8	東御市	66.3	東御市	53.1	茅野市	67.4	駒ヶ根市	66.5	安曇野市	62.8	小諸市	67.8
7	諏訪市	44.4	諏訪市	47.6	須坂市	50.4	大町市	48.3	塩尻市	57.4	東御市	65.2	塩尻市	66.2	塩尻市	67.7	大町市	64.4	大町市	66.2	塩尻市	62.0	安曇野市	65.5
8	安曇野市	42.0	岡谷市	47.5	茅野市	50.1	塩尻市	47.5	佐久市	56.1	大町市	63.4	佐久市	61.9	佐久市	61.1	佐久市	63.5	安曇野市	63.9	東御市	59.1	東御市	62.8
9	塩尻市	39.9	安曇野市	47.1	佐久市	48.1	岡谷市	47.5	岡谷市	53.8	佐久市	59.4	茅野市	61.6	茅野市	63.6	東御市	60.3	東御市	60.3	小諸市	58.7	須坂市	61.7
10	上田市	37.4	東御市	46.1	諏訪市	47.7	諏訪市	46.5	茅野市	50.0	茅野市	54.8	諏訪市	61.2	諏訪市	56.8	駒ヶ根市	58.5	塩尻市	56.3	駒ヶ根市	56.9	諏訪市	61.6
10	佐久市	37.4	佐久市	44.0	安曇野市	47.4	須坂市	46.5	大町市	50.0	諏訪市	54.7	大町市	56.5	大町市	62.7	安曇野市	54.6	佐久市	55.4	大町市	52.6	大町市	57.2
12	小諸市	34.9	塩尻市	43.4	岡谷市	46.9	安曇野市	40.0	須坂市	45.1	岡谷市	54.1	須坂市	49.2	須坂市	41.6	須坂市	52.6	中野市	52.8	諏訪市	52.3	駒ヶ根市	56.1
13	須坂市	30.9	須坂市	41.6	塩尻市	44.1	中野市	37.1	諏訪市	44.4	須坂市	50.7	安曇野市	46.3	安曇野市	52.3	岡谷市	51.5	諏訪市	52.0	中野市	48.7	塩尻市	56.0
14	大町市	28.3	上田市	38.1	上田市	44.0	小諸市	35.5	安曇野市	41.6	安曇野市	49.5	岡谷市	45.3	岡谷市	51.4	諏訪市	50.6	岡谷市	51.0	岡谷市	48.5	中野市	47.4
15	駒ヶ根市	27.8	駒ヶ根市	34.4	小諸市	31.0	佐久市	35.4	小諸市	36.3	松本市	46.1	小諸市	44.1	小諸市	48.8	中野市	48.1	須坂市	48.1	佐久市	45.8	岡谷市	45.7
16	東御市	23.7	小諸市	32.1	長野市	25.0	駒ヶ根市	34.4	松本市	35.4	中野市	38.4	中野市	42.7	中野市	50.6	小諸市	46.1	松本市	47.3	松本市	42.2	長野市	45.2
17	長野市	20.6	松本市	18.4	駒ヶ根市	23.8	飯山市	28.7	中野市	35.1	小諸市	35.8	松本市	41.4	松本市	40.3	松本市	43.0	長野市	43.5	長野市	42.0	佐久市	45.0
18	松本市	18.2	飯山市	14.4	飯山市	19.4	松本市	23.6	長野市	22.0	飯山市	24.5	飯山市	34.2	飯山市	41.2	長野市	37.9	飯山市	39.4	須坂市	38.9	松本市	45.0
19	飯山市	14.6	長野市	12.2	松本市	18.3	長野市	23.3	飯山市	20.9	長野市	20.4	長野市	26.2	長野市	34.8	飯山市	34.5	小諸市	15.1	飯山市	38.1	飯山市	42.8
県内		36.6		42.5		46.0		43.5		47		50		50.4		52.2		53.7		54.2		53.8		54.3

上田市
19市中5位
70.7%
対象者
1,042人中
実施者737人



個別事業2 早期介入保健指導事業

1 目的・内容

特定健診受診年齢未満（30～39歳）の方を対象とする健診事業により、生活習慣病の予防や若いうちからの健康意識の向上、及び健診受診の習慣化を図る。

2 早期介入保健指導事業 4つの指標による評価

指標	ストラクチャー評価 実施体制・システム	プロセス評価 実施過程	アウトプット評価 実施量	アウトカム評価 成果
計画・目標 (P)	データヘルス計画 全体で評価	(各年度) ①申込者へ受診券発送 ②実施医療機関へ促進依頼 ③集団健診受診勧奨 ④休日集団健診実施 ⑤健診環境の把握	(対H28年度) ⑥実施者数 300人 ⑦健診受診率 15% ⑧継続受診率 対H28 増加 ⑨保健指導基準該当者数 対H28 減少 ⑩保健指導実施率 82% ⑪アンケート回収 実施	(対H28年度) ⑫実施者 増加 ⑬受診率 増加 ⑭継続受診率 増加 ⑮特定保健指導基準 該当者数 減少
実施後 (D)	データヘルス計画 全体で評価	(R4年度) ①5月発送 310件 ②5月実施全医療機関に周知 ③11月休日集団健診等案内 1,986件(未受診者全員) ④延べ4日 若年国保74人 ⑤未実施	(R4年度) ⑥205人 ⑦10.2% ⑧△54.6%(H28:30.2%→R4:13.7%) ⑨△18人(H28:63人→R4:45人)(OPのみ) ⑩82.2% ⑪未実施	(R4年度) ⑫H28:288人→R4:205人 (△83人) ⑬H28:10.3%→R4:10.2% (△0.1%) ⑭H28:30.2%→R4:13.7% (△16.5%) ⑮H28:63人→R4:45人 (△18人)
評価(C)	—	b 継続的な受診勧奨が必要だが、 更なる工夫が求められる。	c 健診受診率は目標に大きく届いていない。	c 継続受診率の向上が課題。

評価基準
(4段階)

a…改善・十分 b…不変・普通 c…悪化・不十分 d…評価困難
a'…改善しているが現状のままでは最終目標達成は困難

3 最終評価の概要

成功要因	<ul style="list-style-type: none"> ・若年健診初受診者全員、及び特定健診保健指導基準該当者を対象に結果報告会で保健指導を実施したことにより、保健指導実施率は目標値を超えた。 ・若年層でも受診しやすいよう、医療機関での個別健診に加えて、土日の集団健診も開催。
未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率は対象者の15%(約300人)を目標として設定しているが、この目標には及んでおらず、継続受診率も低い水準で推移している。 ・個別に受診券の発送をしているが、健診の必要性の理解が進んでいないと考えられる。
事業の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・目標には届かないものの、特定健診の導入的健診と位置付けているため、継続的な実施が必要。 ・引き続き、若年健診初受診者も含めて、特定保健指導基準該当者に保健指導を実施することにより、若いうちからの健康意識の向上を図る。 ・例年、対象者全員に集団健診勧奨通知を発送しており、一定の周知はできているものの、受診率が伸びていないため、更なる存在周知や、土日の集団健診の拡充などが必要。 ・他保険者との転出入も多いため、他保険者との連携が必要。

4 個別事業2の現状確認資料

指標	第一期期間		第二期データヘルス計画期間					
	初期値						最終評価	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
対象者数	2,800	2,584	2,357	2,212	2,122	2,024	2,001	約2,000人
①若年健診受診者数	288	245	262	269	116	247	205	300
①受診率	10.3%	9.5%	11.1%	12.2%	5.5%	12.2%	10.2%	15.0%
②特定保健指導基準該当者数	63	57	54	60	22	57	45	対28年度減
②の該当率	21.9%	23.3%	20.6%	22.3%	19.0%	23.1%	22.0%	対28年度減
保健指導実施者数	56	55	53	54	17	51	37	なし
③保健指導実施率(1回でも実施)	88.9%	96.5%	98.1%	90.0%	77.3%	89.5%	82.2%	82.0%
継続受診者数	87	86	104	102	53	44	28	対28年度増
継続受診率	30.2%	35.1%	39.7%	37.9%	45.7%	17.8%	13.7%	なし

個別事業3 糖尿病性腎症重症化予防

1 目的・内容

糖尿病の重症化予防、人工透析への移行防止による、医療費の増加抑制

2 糖尿病性腎症重症化予防 4つの指標による評価

指標	ストラクチャー評価 実施体制・システム	プロセス評価実施過程	アウトプット評価実施量	アウトカム評価成果
計画・目標 (P)	データヘルス計画 全体で評価	(各年度) ①保健指導対象者設定・優先順位設定 ②保健指導時期・内容確認 ③進捗管理・評価 ④透析患者の把握	(各年度) ⑤対象者のうち保健指導を実施した割合 70% ⑥糖尿病連絡票を活用した医療連携 20%	(短期目標(1年以内)) ⑦HbA1c6.5%以上の未治療者が受診につながる割合 70% ⑧HbA1c8.0%以上未治療者の割合 0% (中期目標(2~4年)) ⑨保健指導実施者のHbA1c値 翌年度で「改善」又は「変化なし」 ⑩糖尿病性腎症病期の変化 翌年度で「維持」又は「改善」 (長期目標(5~10年)) ⑪過去の保健指導実施者で新規透析導入者 0人
実施後 (D) 達成・未達成の状況	データヘルス計画 全体で評価	(R3年度) ①保健指導対象者設定 実施 優先順位設定 実施 糖尿病管理台帳掲載者(1395人)のうち、 優先1 健診受診あり、HbA1c7.0% 以上、かつ未治療 81人 優先2 尿蛋白(+)以上 67人 優先3 健診受診あり、HbA1c7.5% 以上、かつ治療中 112人 上記以外 1135人 ②進捗管理用名簿作成 実施 スケジュール作成 実施 担当割り振り 実施 ③カルテ作成・管理 実施 保健指導入力名簿作成・管理 実施 ④ H28:99人、H29:110人、H30:122人、 R元:115人、R2:127人、R3:124人 (KDB 各年6月作成分)	(R3年度) ⑤保健指導の実施者、実施率 左記①の優先1~3合計260人中168人実施 実施率64.6% ※中間評価と算出方法異なる ⑥83人中7人実施、実施率8.4%	(R3年度) ⑦ 226人中175人治療 77.4% ※服薬なしも含む ⑧ 108人中31人未治療 28.7% ⑨525人中 改善+変化なし456人(86.9%) ⑩680人中 維持+改善530人(77.9%) ⑪ 1人 ※⑦⑧中間評価と算出方法異なる
評価(C)	—	a	c	b

⑨保健指導実施者のHbA1c値の翌年度変化

HbA1c	当該年度 実施人数	翌年度 改善	翌年度 変化なし	翌年度 悪化
6.5以上		209	247	69
合計	525	39.8%	47.0%	13.1%
6.5~6.9	291	114	127	50
		39.2%	43.6%	17.2%
7.0~7.9	183	65	99	19
		35.5%	54.1%	10.4%
8.0以上	51	30	21	
		58.8%	41.2%	

⑩保健指導実施者の糖尿病性腎症病期の翌年度変化

病期	該当 人数	改善	維持	悪化	糖尿病 非該当
合計	680	51 7.5%	479 70.4%	46 6.8%	104 15.3%
第1期	582		449 77.1%	36 6.2%	97 16.7%
第2期	52	27 51.9%	12 23.1%	10 19.2%	3 5.8%
第3期	46	24 52.2%	18 39.1%	0 0.0%	4 8.7%
第4期	0	0 0.0	0 0.0		

評価基準
(4段階)

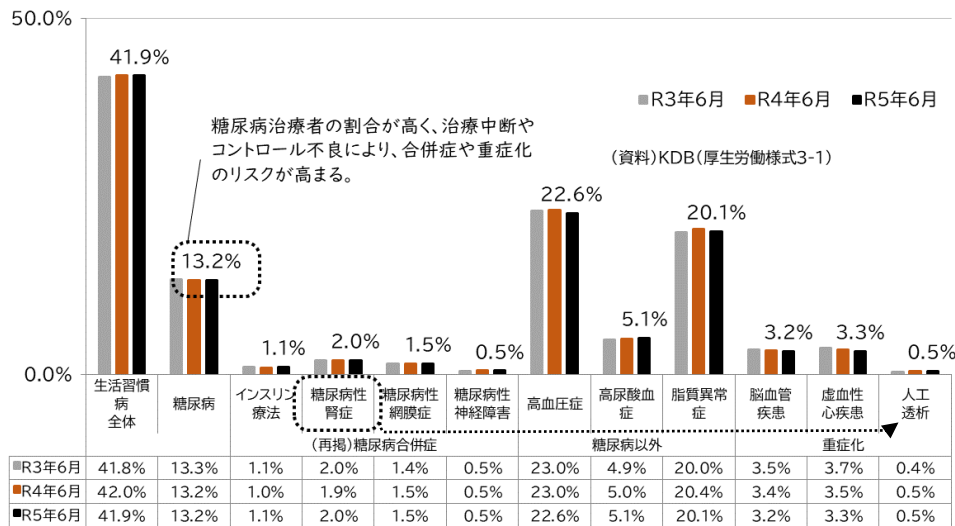
a…改善・十分 b…不変・普通 c…悪化・不十分 d…評価困難
a'…改善しているが現状のままでは最終目標達成は困難

3 最終評価の概要

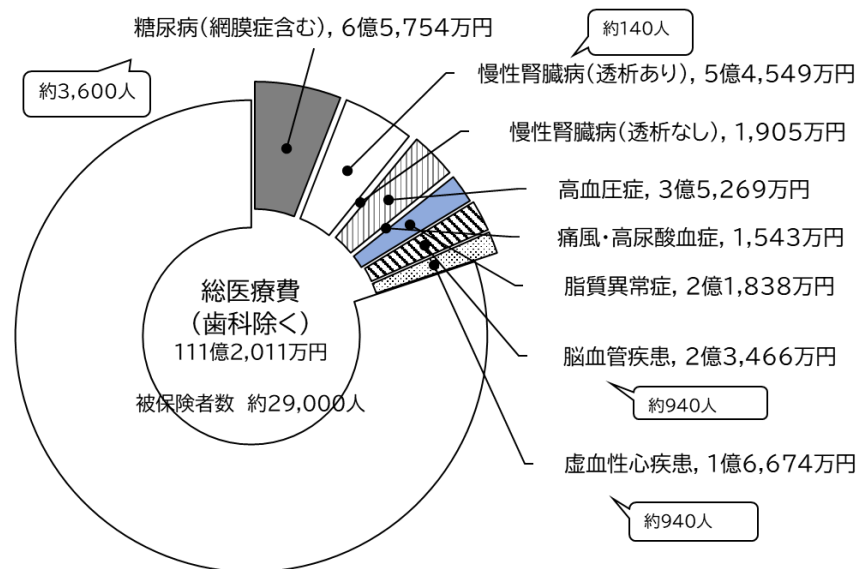
成功要因	対象者の関心度に応じて資料・テキストを使い分け、糖尿病について正しく知ることができ、医療受診につながったと考えられる。
未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病管理台帳に基づく訪問指導等は、コロナ禍であまり訪問に行けなかったことが保健指導実施率が目標達成できなかった一つの要因と考えられる。 ・ 医療連携については、引き続き対象者への働きかけが必要である。 ・ HbA1c8.0%以上の未治療者の割合が高い。その中には次年度服薬開始になった人もいるが、一定数は医療受診しない人もいるためである。
事業の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単に階層化に基づくだけでなく、より重症度・緊急性の高い層に対し、優先的に保健指導を実施する必要がある。 ・ HbA1c8.0以上の方は合併症・重症化予防のため早めに医療につなげることが課題となる。 ・ 引き続き糖尿病連絡票を活用し、医師の指示・連携のもと保健指導を実施し、重症化予防につなげていく。

4 個別事業3の現状確認資料

【被保険者のうち、主な生活習慣病で治療のある方の割合】



【主な生活習慣病にかかる年間治療費】



N=33,095人(0-74歳)

資料:KDB(厚生労働省様式3-1)

資料:長野県国保連国保データベースシステム (R4年度集計分、医科のみ)

個別事業 4 受診勧奨判定値超えの方への指導

1 目的・内容

健診受診者のうち受診勧奨判定値を超えている者(血圧Ⅱ度(160/100)以上、LDL-c180以上、HbA1c6.5%以上)に対し、医療機関への適切な受診(治療)勧奨を行うことで重症化を予防する。

2 受診勧奨判定値超えの方への指導 4つの指標による評価

指標	ストラクチャー評価 実施体制・システム	プロセス評価 実施過程	アウトプット評価 実施量	アウトカム評価 成果																																																				
計画・目標 (P)	データヘルス計画 全体で評価	(各年度) ①対象者抽出・名簿作成 ②保健指導実施 ③保健指導実施後の医療 機関受診状況把握	(各年度) ④保健指導実施率 100% ⑤未治療者の医療機関受診率 60% * 未治療者=保健指導開始時服薬なしの者 ⑥郵送による健診結果提供 100%	(各年度) ⑦対象者のうち、未治療者割合の減少(保健指導 後) ⑧対象者の翌年健診データの維持・改善																																																				
実施後 (D) 達成・未達成の状 況	データヘルス計画 全体で評価	(R3年度) ①月約3回×12カ月作成 対象者777人 ②結果報告会140回 ③初回面接担当者が、電話、 訪問、KDB等で確認。確認 率100%	(R3年度) ④保健指導実施者642人 実施率 82.6% ⑤未治療者573人(保健指導開始時)中、 414人受診(保健指導後) 受診率 72.3% 内訳下表のとおり <table border="1" data-bbox="915 835 1392 1149"> <thead> <tr> <th>受診勧奨 判定値項 目</th> <th>対象者数</th> <th>受診者数</th> <th>割合%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血圧 Ⅱ度以上</td> <td>150</td> <td>97</td> <td>64.7%</td> </tr> <tr> <td>LDL-C 180以上</td> <td>243</td> <td>169</td> <td>69.5%</td> </tr> <tr> <td>HbA1c 6.5以上</td> <td>180</td> <td>148</td> <td>82.2%</td> </tr> </tbody> </table> ⑥ 100%実施	受診勧奨 判定値項 目	対象者数	受診者数	割合%	血圧 Ⅱ度以上	150	97	64.7%	LDL-C 180以上	243	169	69.5%	HbA1c 6.5以上	180	148	82.2%	(R3年度) ⑦H28:19.6%→H29:19.2%→H30:20.3%→R 元:19.4%→R3:20.5% ⑧4795人中維持・改善3,101人(64.7%)。内訳 下表のとおり <table border="1" data-bbox="1440 871 2020 1185"> <thead> <tr> <th rowspan="2">受診勧奨判 定値項目</th> <th rowspan="2">受診 年度</th> <th rowspan="2">該当 者数</th> <th colspan="3">翌年度の数値 (R3年度)</th> </tr> <tr> <th>改善</th> <th>変化なし</th> <th>悪化</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Ⅰ度以上</td> <td rowspan="2">R3</td> <td rowspan="2">1,400</td> <td>740</td> <td>550</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>38.4%</td> <td>28.5%</td> <td>5.7%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LDL-c 140以上</td> <td rowspan="2">R3</td> <td rowspan="2">1,598</td> <td>777</td> <td>578</td> <td>243</td> </tr> <tr> <td>37.1%</td> <td>27.6%</td> <td>11.6%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">HbA1c 6.5以上</td> <td rowspan="2">R3</td> <td rowspan="2">525</td> <td>209</td> <td>247</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>27.0%</td> <td>31.9%</td> <td>8.9%</td> </tr> </tbody> </table>	受診勧奨判 定値項目	受診 年度	該当 者数	翌年度の数値 (R3年度)			改善	変化なし	悪化	Ⅰ度以上	R3	1,400	740	550	110	38.4%	28.5%	5.7%	LDL-c 140以上	R3	1,598	777	578	243	37.1%	27.6%	11.6%	HbA1c 6.5以上	R3	525	209	247	69	27.0%	31.9%	8.9%
受診勧奨 判定値項 目	対象者数	受診者数	割合%																																																					
血圧 Ⅱ度以上	150	97	64.7%																																																					
LDL-C 180以上	243	169	69.5%																																																					
HbA1c 6.5以上	180	148	82.2%																																																					
受診勧奨判 定値項目	受診 年度	該当 者数	翌年度の数値 (R3年度)																																																					
			改善	変化なし	悪化																																																			
Ⅰ度以上	R3	1,400	740	550	110																																																			
			38.4%	28.5%	5.7%																																																			
LDL-c 140以上	R3	1,598	777	578	243																																																			
			37.1%	27.6%	11.6%																																																			
HbA1c 6.5以上	R3	525	209	247	69																																																			
			27.0%	31.9%	8.9%																																																			
評価(C)	—	a	c	b																																																				

評価基準 (4段階) a…改善・十分 b…不変・普通 c…悪化・不十分 d…評価困難
a'…改善しているが現状のままでは最終目標達成は困難

3 最終評価の概要

成功要因	保健指導後に受診につながった方は3疾患で(血糖・血圧・脂質)いずれも6割を超えており、個々に合わせた資料を使用しその必要性について丁寧なアプローチを行ったことで受診につながったと考えられる。
未達要因	各年度によりばらつきはあるが、保健指導後の未治療者割合については横ばい傾向である。受診・服薬に対しその必要性の認識が低い方も一定数いるため、引き続き行動変容に向けた実効性のある保健指導が課題である。
事業の方向性	重症判定値を超えている者に対し医療機関への適切な受診を促していくことは、将来的な重症化予防のために重要である。受診に結び付かない方については、その後のフォローアップと次年度の健診継続受診勧奨と共に、行動変容に向け個々に合わせた保健指導を実施していく。