

**国見町国民健康保険保健事業実施計画  
(第2期 データヘルス計画)**

**中間評価**

**令和3年3月**

**国見町保健福祉課**

## 目 次

### 第1章 基本的事項

1. 計画策定の背景…………… 1
2. 計画期間…………… 1
3. 目的・目標…………… 1
4. 実施体制・関係者連携…………… 2
5. 中間評価の実施…………… 2

### 第2章 第2期データヘルス計画の中間評価

1. 生活習慣病改善に向けた保健事業計画の評価…………… 5
2. その他の事業の評価……………14

# 第1章 基本的事項

## 1. 計画策定の背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB」という。）等のインフラ整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、国民の健康寿命の延伸を重要な柱として掲げ、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

国見町においては、保健事業実施指針に基づき、平成28年3月に「国見町保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、平成30年3月には6年間を期間とする第2期計画を策定しました。この計画により、健康、医療情報からの現状分析と健康課題を把握、整理し、被保険者の持つ強みや特性を踏まえ、保健事業の実効性を高めるよう実施してきました。

## 2. 計画期間

本計画の計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされ、関係する計画との整合性を図ることとされています。本町においては、第2期 国見町保健実施計画（データヘルス計画）を、特定健康診査等実施計画（第3期）と合わせ、平成30年度から令和5年度までの6年間とします。

## 3. 目的・目標

### （1）目的

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の罹患と死亡を減らし、健康寿命の延伸を図ることを目指します。

また、虚血性心疾患、脳血管疾患の重症化予防に取り組みながら、糖尿病の発症予防及び糖尿病性腎症の重症化予防を優先事項として取り組みます。

### （2）中長期的な目標

糖尿病の発症予防と糖尿病性腎症の重症化予防により新規透析導入患者を増やさないことを目指します。

### （3）短期的な目標

高血圧症、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を減らすことを目指し

ます。特に糖尿病予防は優先事項として取り組みます。あわせて、運動習慣がないと回答した者の減少も目標に加えます。

項目	指標	目標値
特定健康診査	特定健康診査受診率	60%
特定保健指導	特定保健指導利用率	40%
メタリックシンドローム	特定健康診査の結果におけるメタリックシンドローム該当者及びその予備軍	30%
高血圧症	特定健康診査の結果 II度以上の割合	3.5%以下
脂質異常症	特定健康診査の結果 中性脂肪300mg/dl以上の割合 LDL-C160以上の割合	1.3%以下 10%以下
糖尿病	HbA1c 6.5%（治療中7.0%）以上の割合	4%以下
運動習慣	特定健康診査の質問票で運動習慣なしと回答した者の割合	65%以下

#### 4. 実施体制・関係者連携

保健福祉課国保係が主体となり、保健増進を担う保健係、医療保険と保健、介護、福祉担当と十分に連携しながら、保健師や職員など保健福祉課が一体となり計画策定、実施に努めています。

保健事業の実施については、他の医療保険者、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会や県との協力・連携により、被保険者の健康課題を共有します。

また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の開始にともない、介護部門、高齢者部門、保健部門、国保部門が後期広域連合との情報及び課題を共有し、各種事業の実施に努めます。

学識経験者、地域の医師、歯科医師、専門的知見を有する第三者及び被保険者等の代表として、国民健康保険運営委員会委員の意見等を計画策定に反映させ、健康の保持増進の実効性を高めるため連携しています。

#### 5. 中間評価の実施

実施経過の評価は、国保データベース（KDB）システムの情報を活用し、毎年行ってきました。中間年度にあたる令和2年度には、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価と令和3年度から令和5年度の目標の見直し等を行います。

## 第2章 第2期データヘルス計画の中間評価

### 1. 生活習慣病改善に向けた保健事業計画の評価

#### (1) 特定健康診査未受診者対策事業

目的	・特定健診の受診歴のない対象者に対して、受診勧奨を実施することで生活習慣病の早期発見及び重症化予防を図る。				
目標	・特定健診受診率 60.0%				
対象	・40～64歳の未受診者（前年度を含め3年連続未受診者）				
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 健診に関する情報を広報に掲載</li> <li>② 健康推進員等が健診の重要性について周知</li> <li>③ 未受診者に電話などによる受診勧奨</li> <li>④ 医療機関と連携した取り組み</li> <li>⑤ インセンティブ（誘因）による受診勧奨</li> </ul>				
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 町の生活習慣病の現状及び特定健診に係る情報を広報に掲載する。</li> <li>② 健康推進員による受診勧奨チラシの配布と声掛け。</li> <li>③ 委託業者より健診未受診者に対し、受診勧奨及び未受診理由を調査する。</li> <li>④ 医療機関からの受診の声掛けと健診データの提供を受ける。</li> <li>⑤ 健診受診により健康ポイントを付与する。</li> </ul>				
実施体制	・国保担当者、保健師、委託業者 など				
実施状況	【ストラクチャー評価（構造）】				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話勧奨業務を外部事業者に委託し実施した（H30）</li> <li>・町職員1人が未受診者の勧奨（勧奨ハガキの作成・発送）を実施（R1）</li> </ul> ※R2は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施				
	【プロセス評価（過程・手順）】				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前3年未受診者に電話勧奨した（H30）</li> <li>・前3年未受診者に勧奨ハガキを送付した（R1）</li> </ul>				
	【アウトプット評価（事業実施量）】				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話勧奨対象者98人中、64人に架電、うち3人が受診（H30）</li> <li>・勧奨ハガキを186人に送付し、うち12人が受診（R1）</li> </ul>					
【アウトカム評価（数値結果）】					
・特定健康診査受診率					
	平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）
	57.2%	57.4%	57.5%	57.9%	21.3%

評価と 課題	<ul style="list-style-type: none"><li>・電話勧奨による対話から未受診の理由等を確認し、受診の働きかけに活かした。</li><li>・費用対効果を考慮し、勧奨通知の送付に方法変更した結果、受診者増となった。</li><li>・受診率は毎年増加しているが、目標値に達していない。</li><li>・新型コロナウイルス感染症の影響を受け、受診者数、受診率とも大きく低下した。</li><li>・受診率の上昇に向け、受診者数を増やすため、外部委託による受診勧奨等を検討する。</li></ul>
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 特定保健指導未利用者対策事業

目的	・特定保健指導の未利用者に必要性を説明し利用を促すことで、町民の生活習慣病の重症化予防を図る。				
目標	・特定保健指導率 40%				
対象者	・特定保健指導未利用者				
事業内容	① 集団検診会場における初回面接の実施 ② 会場で初回面接できなかつた者への電話勧奨 ③ 保健師・栄養士の訪問による保健指導の実施 ④ インセンティブ（誘因）による利用勧奨				
実施方法	① 集団検診の当日に評価可能なデータをもとに初回面接を実施し、健診結果が出た後に連絡をとり行動計画を作成する。 ② 委託業者による電話での利用勧奨と利用予約の受付。 ③ 保健指導判定値以上の対象者で、会場で初回面談を実施できなかつた者に保健師・栄養士が訪問して保健指導を実施する。 ④ 保健指導の利用により健康ポイントを付与				
実施体制	・国保担当者、保健師、栄養士、委託業者 など				
実施状況	【ストラクチャー評価（構造）】				
	・保健師2人を臨時雇用して対応（H30～R2） ・保健増進係以外の保健師の応援により3人で初回面談を実施した（R1） ・国保係に保健師を1人配置、ほか臨時雇用、会計年度専門職等4人で実施した。（R2）				
	【プロセス評価（過程・手順）】				
	・集団検診当日に健診会場で初回面談を実施した。（H30～R2） ・集団検診当日の対象者抽出基準を拡大（腹囲・体重→高血圧）し、実施した。（R2）				
	【アウトプット評価（事業実施量）】※総合検診受診者				
	・動機付け支援対象者116人中61人、積極的支援対象者25人中4人を保健指導（H30） ・動機付け支援対象者133人中65人、積極的支援対象者29人中2人を保健指導（R1） ・動機付け支援対象者44人中28人、積極的支援対象者19人中7人を保健指導（R2見込）				
	【アウトカム評価（数値結果）】				
	・特定保健指導率				
	平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）
	11.0%	29.9%	44.1%	41.4%	55.6%
評価と課題	・検診当日に初回面接の分割実施が可能となり、臨時雇用で増員し対応した。 ・保健師の臨時雇用や町保健師の協力、専任保健師等の配置により指導体制を強化した結果、指導率が大きく向上し、平成30年度には目標値を達成できた。 ・引き続き指導率の維持向上に努めるとともに、受診率の比較的低い40～50歳代の若い世代への周知啓発が必要である。				

(3) 特定保健指導による生活習慣病等の予防及び改善

目的	・特定保健指導対象者が自分の身体の状態を理解し生活習慣を見直すことができ、医療機関につなげることで、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図る。																								
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導（動機づけ、積極的支援）対象者の保健指導実施率 40%</li> <li>・特定保健指導実施者の翌年度の検査データの改善者数、率</li> <li>・特定保健指導実施者で受診勧奨判定値の対象の医療受診の状況受診者数、率</li> </ul>																								
対象	・特定保健指導（動機づけ支援、積極的支援）対象者																								
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 集団検診会場における初回面接の実施</li> <li>② 人間ドック受診者の保健指導を外部委託</li> <li>③ 町保健師等による健診結果説明会、からだの相談会による個別の保健指導を実施</li> </ul>																								
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診会場における初回面接の実施</li> <li>・対象者の状況に合わせて「標準的な保健指導プログラム【改訂版】」に則り、保健指導を実施する。保健指導終了後は、対象者の健康状況を把握するため翌年度の健診状況や、受診勧奨をした対象者には、医療機関受診の有無を確認する。</li> </ul>																								
実施体制	・保健師、管理栄養士、委託業者																								
実施状況	<p>【ストラクチャー評価（構造）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師の増員（臨時雇用、他系の保健師の協力、会計年度職員の採用等）（H30～R2）</li> <li>・人間ドック受診者の保健指導を外部委託（R1～R2）</li> </ul> <hr/> <p>【プロセス評価（過程・手順）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団検診当日に健診会場で初回面談を実施した。（H30～R2）</li> <li>・集団検診当日の対象者抽出基準を拡大（腹囲・体重→高血圧）し、実施した。（R2）</li> </ul> <hr/> <p>【アウトプット評価（事業実施量）】※人間ドック受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・動機付け支援対象者 116 人中 61 人、積極的支援対象者 25 人中 4 人を保健指導（H30）</li> <li>・動機付け支援対象者 133 人中 65 人、積極的支援対象者 29 人中 2 人を保健指導（R1）</li> <li>・動機付け支援対象者 44 人中 28 人、積極的支援対象者 19 人中 7 人を保健指導（R2 見込）</li> <li>・検診結果説明会参加者 47 人、からだの説明会参加者 14 人</li> </ul> <hr/> <p>【アウトカム評価（数値結果）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導率</li> </ul> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>平成 28 年度 (計画策定時)</td> <td>平成 29 年度</td> <td>平成 30 年度</td> <td>令和元年度</td> <td>令和 2 年度 (見込み)</td> </tr> <tr> <td>11.0%</td> <td>29.9%</td> <td>44.1%</td> <td>41.4%</td> <td>55.6%</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施者の翌年度の検査データの改善者数（改善率）</li> </ul> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>平成 28 年度 (計画策定時)</td> <td>平成 29 年度</td> <td>平成 30 年度</td> <td>令和元年度</td> <td>令和 2 年度 (見込み)</td> </tr> <tr> <td>27 人/150 人中 (18.0%)</td> <td>23 人/154 人中 (14.9%)</td> <td>29 人/135 人中 (21.5%)</td> <td>25 人/135 人中 (18.5%)</td> <td>32 人/162 人中 (20.0%)</td> </tr> </table> <p>※前年度の特定保健指導対象者のうち、当年度に対象でなくなった者の数、減少率</p>					平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (見込み)	11.0%	29.9%	44.1%	41.4%	55.6%	平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (見込み)	27 人/150 人中 (18.0%)	23 人/154 人中 (14.9%)	29 人/135 人中 (21.5%)	25 人/135 人中 (18.5%)	32 人/162 人中 (20.0%)
平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (見込み)																					
11.0%	29.9%	44.1%	41.4%	55.6%																					
平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (見込み)																					
27 人/150 人中 (18.0%)	23 人/154 人中 (14.9%)	29 人/135 人中 (21.5%)	25 人/135 人中 (18.5%)	32 人/162 人中 (20.0%)																					

評価と 課題	<ul style="list-style-type: none"><li>・指導体制の強化により平成30年度には目標値を達成できた。</li><li>・今後も特定保健指導率の向上が見込まれるため、目標値の見直しの検討が必要。</li><li>・指導実施者の改善者数、改善率、医療機関の受診状況等を継続的に観察していく。</li></ul>
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(4) 慢性腎臓病（CKD）・糖尿病性腎症重症化予防対策

目的	<p>① 慢性腎臓病は無症状がほとんどで、症状が出現したときには腎機能が低下している場合が多く、放置すると重症化や死に至る危険性がある。重症化のリスクが高い者に対し医療機関と連携を図り、保健指導を実施し生活習慣の改善を図ることで重症化を予防する。</p> <p>② 糖尿病性腎症については、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者、治療中であってもコントロール不良なものに対し受診勧奨、保健指導を実施することで糖尿病性腎症、人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。</p>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から連絡があった者に対して1か月以内に全員に家庭訪問を行う</li> <li>・治療中断者を減らす</li> </ul>
対象	<p>①-1 かかりつけ医へ受診勧奨基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・蛋白尿1+以上もしくは推算糸球体濾過量が60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者</li> </ul> <p>①-2 かかりつけ医から専門医への紹介基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Cr比0.5g/gCr以上または尿蛋白2+以上、尿蛋白と血尿がともに1+以上、推算糸球体濾過量が50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満のいずれかに該当する者</li> </ul> <p>②-1 医療機関未受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上</li> <li>・上記該当者で尿蛋白(+)以上又は推算糸球体濾過量が60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者</li> </ul> <p>②-2 糖尿病治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に糖尿病治療歴があるが6か月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者</li> </ul>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防改善指導と医療機関に受診勧奨</li> <li>・医療機関と連携した保健指導の実施と切れ目のない支援</li> </ul>
事業方法	<p>①-1 医療機関からの報告があった対象者へ事業説明に出向く。あわせて医師の指示のもと保健指導を実施する。必要な場合は継続的に支援していく。</p> <p>①-2 保健指導内容を医療機関へ報告する。</p> <p>①-3 特定健診結果により、かかりつけ医へ受診勧奨基準に当てはまる者への受診勧奨を行う。</p> <p>②-1 健診結果等から対象者を抽出</p> <p>②-2 医療機関と連携した腎症改善を重点においた保健指導及び栄養指導の実施</p> <p>③-3 医療機関と連携した治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導の実施</p>
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師、栄養士、委託事業者</li> </ul>
実施状況	<p>【ストラクチャー評価（構造）】</p> <p>① ・町職員（保健師2人、管理栄養士1人、会計年度職員1人）（R1～R2）</p> <p>② ・外部事業者へ保健指導を委託</p> <hr/> <p>【プロセス評価（過程・手順）】</p> <p>① ・伊達医師会、薬剤師会、近隣市町と連携体制を構築</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医からの紹介者を訪問指導、専門医への連絡</li> </ul> <p>② ・平成31年3月に町糖尿病成人症重症化予防プログラムを策定し、試行（H30）</p>

	<p>・対象者の保健指導を外部事業者に委託して実施</p>																								
	<p>【アウトプット評価（事業実施量）】※人間ドック受診者</p> <p>① ・紹介者1人について、保健指導を実施（R2）※H30～R1は該当者なし</p> <p>② ・指導対象者33人中5人に保健指導を実施（H30）</p> <p>・指導対象者28人中16人に保健指導を実施（R1）</p>																								
	<p>【アウトカム評価（数値結果）】</p> <p>① 医療機関等からの連絡者に対する訪問指導数（CKDネットワーク活用分）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>平成28年度 （計画策定時）</th> <th>平成29年度</th> <th>平成30年度</th> <th>令和元年度</th> <th>令和2年度 （見込み）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>該当者なし</td> <td>1人</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 糖尿病性腎症重症化予防対策（委託事業者分）の保健指導実施率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>平成28年度 （計画策定時）</th> <th>平成29年度</th> <th>平成30年度</th> <th>令和元年度</th> <th>令和2年度 （見込み）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>57.1%</td> <td>0.0%</td> </tr> </tbody> </table>					平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）	未実施	未実施	未実施	該当者なし	1人	平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）	未実施	未実施	未実施	57.1%	0.0%
平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）																					
未実施	未実施	未実施	該当者なし	1人																					
平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 （見込み）																					
未実施	未実施	未実施	57.1%	0.0%																					
評価と課題	<p>・平成31年3月に糖尿病腎症重症化予防プログラムを策定し、平成31年度から基準値以上の対象者に受診勧奨及び訪問指導等を実施している。</p> <p>・令和2年度は糖尿病性腎症対象者の同意が得られず、委託事業者の保健指導につなげられなかった。</p> <p>・令和元年度までは該当者はいなかったが、令和2年度に1名の該当者照会があり、保健指導を実施している。今後もすぐに保健指導ができる体制を準備するとともに、CKDネットワーク制度の活用について周知を図る。</p>																								

(5) ポピュレーションアプローチ事業

目的	・生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。	
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率 60%</li> <li>・各事業の実施状況、参加率</li> <li>・参加者の健康状況または意識の変化</li> </ul>	※ポピュレーションアプローチとは、まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり、病気を予防したりできるようにすること。
対象	・町民	
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 特定健診、生活習慣病に関する啓発事業</li> <li>② 肥満予防対策</li> <li>③ 子どもの生活習慣病予防</li> <li>④ 健康推進員等への状況提供を実施</li> <li>⑤ 健康ポイント制度</li> <li>⑥ 健康教室の開催</li> </ul>	
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 特定健診や生活習慣に関する情報を広報に掲載する。</li> <li>② 妊婦健診や母子手帳交付時、乳幼児健診、訪問における保健指導や栄養指導</li> <li>③ 乳幼児を持つ世帯へのパンフレット配布</li> <li>④ 健康推進員等に町の医療費の現状や健診関係を説明し、地区住民への声掛け</li> <li>⑤ 住民の運動習慣や教室への参加、健診の受診等によるポイント付与</li> <li>⑥ 栄養や運動に関する教室の開催</li> </ul>	
実施体制	・国保担当者、保健師、栄養士 など	
実施状況	<p>【ストラクチャー評価（構造）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①～③ 各健診等の機会に町保健師が対応</li> <li>④ 健康推進員に協力を依頼し、啓発を推進</li> <li>⑤ 町職員が事業等への参加を呼びかけ、</li> <li>⑥ 外部事業者に運動指導を委託し実施、町職員が各種数値の測定を実施した</li> </ul> <p>【プロセス評価（過程・手順）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①～③各健診等の機会にパンフレット等を使用して参加者に指導・説明</li> <li>④ 健康推進員の総会等で説明し、声掛け等をお願いした</li> <li>⑤ 保健福祉課の事業で随時受付。参加者に随時ポイントを付与し、カード配布を実施</li> <li>⑥ 運動教室の参加者を広く募集し、実施した</li> </ul> <p>【アウトプット評価（事業実施量）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 町広報誌の「保健だより」コーナーに毎月記事を掲載した。</li> <li>②～⑤ 各種健診、会議、広報等を利用し、各種指導や周知等を実施した。</li> <li>⑥ 運動教室の実施回数 H30：6回、R1：昼夜各12回、R2：昼夜各20回</li> </ul>	

	【アウトカム評価（数値結果）】					
	・特定健康診査受診率					
	平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度 (見込み)	
	57.2%	57.4%	57.5%	57.9%	21.3%	
	⑥ 健康運動教室の開催					
	年度	平成 28 年度 (計画策定時)	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
	参加者数 (延べ人数)	26 人 (延べ 48 人)	25 人 (延べ 45 人)	14 人 (延べ 81 人)	28 人 (延べ 280 人)	27 人 (延べ 405 人)
	数値の 改善率	数値評価なし	数値評価なし	84.6%	84.2%	89.5%
評価と 課題	<p>運動教室は高い参加率を維持でき、終了後も自主的に運動を続けるなど運動の習慣化に一定の効果が見られた。</p> <p>一方、健康ポイント制度を活用した取り組みは、発行枚数の減少が顕著で、事業の周知方法等の検討が必要である。</p>					

## 2. その他の事業の評価

### (6) ジェネリック医薬品普及啓発事業

目的	・ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の伸びの抑制を図る。					
目標	・ジェネリック医薬品の普及率 80.0%					
対象	・国保被保険者					
事業内容	・医療費の差額に関する通知 ・ジェネリック医薬品普及への広報					
事業方法	・被保険者に対し、診療報酬等情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う。 ・ジェネリック医薬品普及に関する内容を広報紙に掲載。					
実施体制	・国保担当者					
実施状況	【ストラクチャー評価（構造）】 国保系の資格及び給付担当2人が随時対応					
	【プロセス評価（過程・手順）】 ・医療費の差額に関する通知を発送 ・被保険者証更新時にパンフレットや希望シールを同封して周知 ・加入手続き時に窓口でパンフレットや希望シールを配布し周知					
	【アウトプット評価（事業実施量）】 ・医療費差額通知等の発送件数					
	年度	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)
	差額通知枚数	538枚	530枚	450通	394通	346枚
希望シール数	1,554枚	1,505枚	1,454枚	1,415枚	1,404枚	
評価と課題	【アウトカム評価（数値結果）】 ・ジェネリック医薬品の普及率					
	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	
	73.4%	75.6%	79.7%	81.6%	83.9%	
評価と課題	・ジェネリック医薬品の普及率は、令和元年度に目標値を達成したが、更なる普及率の向上に努めるため、目標値の見直しを検討する。 ・医療費差額通知の対象者を個別にみると医療費抑制の効果が見られるが、全体的に医療費は増加傾向にあり、抑制までは至っていない。					

(7) 重複、頻回受診対策事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一疾患で複数の医療機関を重複し、またはひと月に多数回受診している国保加入者に対して、電話及び訪問指導により適正受診を促し、医療費の伸びを抑制する。また、医療費の状況をお知らせする。</li> </ul>				
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者を把握して通知する。</li> <li>・医療費適正化につながる受診指導を実施する。</li> <li>・対象者の受診行動の変化を目指す。</li> </ul>				
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保被保険者のうち重複、頻回受診対象者</li> </ul>				
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費通知の発送</li> <li>・対象者の抽出及び電話及び訪問による受診指導</li> </ul>				
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診した医療機関や医療費の総額を通知することで受診状況を確認してもらう。</li> <li>・地域のかかりつけ医師、薬剤師等の連携のもと、重複、頻回受診への訪問による残薬確認、指導等を行う。</li> </ul>				
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保担当者など</li> </ul>				
実施状況	<b>【ストラクチャー評価（構造）】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会計年度職員1人を配置し実施</li> <li>・医療費通知の作成を国保連合会に委託</li> </ul>				
	<b>【プロセス評価（過程・手順）】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話及び訪問により指導により適正受診を指導</li> <li>・医療費通知を作成、発送</li> </ul>				
	<b>【アウトプット評価（事業実施量）】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費通知発送件数</li> </ul>				
	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)
	7,827 件	7,604 件	7,333 件	8,163 件	6,912 件
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への指導実施件数</li> </ul>				
年度	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)
対象者	未実施	未実施	20 人	9 人	5 人
指導実施者数	---	---	10 人	9 人	5 人
指導実施率	---	---	50.0%	100.0%	100.0%

	【アウトカム評価（数値結果）】				
	・対象者の指導後の変化（目標値未設定）				
	年度	平成28年度 （計画策定時）	平成29年度	平成30年度	令和元年度
行動の変化 （回数減）	---	---	10人／10人中	9人／9人中	5人／5人中
評価と 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成30年度から対象者の把握、訪問指導等を実施。</li> <li>・令和元年度は、すべての対象者に訪問指導等を実施し、その結果、すべての対象者について重複、頻回受診が改善されていることを確認した。</li> <li>・目標値が設定されていないため、目標値を設定する。</li> <li>・重複服薬者についても項目を追加し、目標値を設定する。</li> </ul>				

(8) COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策事業

目的	・禁煙、分煙、防煙対策を進め、COPD及び生活習慣病の発症及び重症化予防を図る。					
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙者の割合 10%以下</li> <li>・受動喫煙者の割合 0%</li> <li>・COPDの認知度 80%</li> </ul>					
対象	・町民					
事業内容	・喫煙が健康に与える影響について情報提供					
事業方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母子保健事業等様々な機会を通じて家庭内での受動喫煙防止など情報提供</li> <li>・事業者や飲食店等に対し、分煙に向けた情報提供</li> <li>・特定健診受診者、がん検診の機会に喫煙者に対する情報提供</li> </ul>					
実施体制	・衛生担当者					
実績状況	【ストラクチャー評価（構造）】					
	・町保健師等が健診等の機会を利用し情報提供					
	【プロセス評価（過程・手順）】					
	・健診等の機会にわかりやすいパンフレット等を作成し配布					
	【アウトプット評価（事業実施量）】					
	・パンフレットの配布枚数（受診者のうち喫煙ありと回答した者へ配布）					
	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)	
	61枚	62枚	53枚	55枚	17枚	
評価と課題	【アウトカム評価（数値結果）】					
	・喫煙者の割合等					
	年度	平成28年度 (計画策定時)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込み)
	喫煙者の割合	15.4%	14.8%	13.9%	14.0%	14.2%
	受動喫煙者の割合	(H25) 10.9%	データなし	データなし	データなし	データなし
COPDの認知度	(H25) 23.4%	データなし	60.1%	データなし	データなし	
(喫煙者の割合：KDB、受動喫煙者、COPD：アンケート)						
評価と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙による弊害等について、パンフレットを作成し周知に努めた。</li> <li>・喫煙単独での個別相談や指導までは人員が足りず実施できていない。</li> <li>・他の保健指導等に合わせて、喫煙者への相談や指導を実施したい。</li> <li>・受動喫煙者の割合及びCOPDの認知度は、毎年の調査ではないため評価ができない。</li> </ul>					