

蒲郡市国保保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第2期

(平成30年度—令和5年度)

中間評価報告書

蒲 郡 市

令和4年3月

第2期蒲郡市国民健康保険事業実施計画中間評価報告書

第1章 計画の概要.....	1
1 第2期蒲郡市国民健康保険保健事業実施計画について.....	1
2 第2期の目的及び目標と対策（本計画P49）.....	1
3 計画の性格（本計画P2）.....	4
4 計画の推進・評価及び見直し（本計画P61）.....	4
第2章 本計画の中間評価.....	5
1 判定方法（目標達成に向けての評価）.....	5
2 基本データ（策定時と中間評価時の比較）（本計画P3）.....	6
3 重点施策及び保健事業の評価（本計画P54～）.....	7
（1）重点施策の評価.....	7
（2）保健事業の評価.....	7
4 本計画全体の評価.....	7

第1章 計画の概要

1 第2期蒲郡市国民健康保険保健事業実施計画について

「第2期蒲郡市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)(以下「本計画」という)は、国民健康保険被保険者の健康の保持増進を目指し、平成30年6月に制定しました。

第1期の計画では、特定健診受診率向上に向けて節目人間ドック及び出張健診を実施するほか、特定保健指導の利用勧奨と保健指導の充実強化をし、特に本市の特徴である「糖尿病」への対策に力を入れて保健事業を展開してきました。

第2期の計画は、「第三期蒲郡市特定健康診査等実施計画」と連係し、平成30年度から令和5年度までの6か年計画とし、蒲郡市国民健康保険被保険者の健康の保持増進を目指し、生活習慣病及び要介護となる疾病予防と医療費適正化を目的に5つの目標を挙げ、関係機関と連携して課題の対策を図っています。

令和3年度は、中間評価として指標をもとに事業評価を行い、保健事業の見直しと連携体制を強化し、令和5年度までの取り組みの充実を図ります。

2 第2期の目的及び目標と対策(本計画P49)

<目的>

「蒲郡市国民健康保険被保険者の健康の保持増進」

- 1 生活習慣病予防及び要介護となる疾病予防
- 2 医療費の適正化

<目標と対策>

- 1 特定健康診査受診率の向上
- 2 特定保健指導終了率の向上
- 3 生活習慣病重症化予防(重点課題)
- 4 若い世代からの健康管理及び健康づくり
- 5 医療費の適正化

第2期における重点施策：地域・他機関と連携した生活習慣病予防と重症化予防

1 特定健康診査の受診の推進

(1) 対象者別の受診勧奨対策

- ア 新規国保加入被保険者への受診勧奨
- イ 連続健診未受診者への受診勧奨の強化
- ウ 連続健診受診者の増加に向けた受診勧奨
- エ 生活習慣病等医療受診中で健診未受診者に対する受診勧奨
- オ 職場及び事業所健診の実施状況の把握と受診勧奨

(2) 地区、性・年齢別の受診率の低い層への健診体制の整備

2 特定保健指導における連携強化

(1) 地区、性・年齢別の特定保健指導実施率の低い層への利用勧奨

(2) 特定健康診査実施機関別の特定保健指導利用勧奨の工夫

3 生活習慣病重症化予防対策の強化

(1) 糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の拡充と医療と連携した取り組み

(2) ハイリスク者（高血糖・高血圧・脂質異常）への保健指導の充実

4 若い世代からの健康管理及び健康づくりの推進

(1) メタボリックシンドロームの予防に向けた体重管理の普及啓発

(2) 健診・検診の受診啓発

(がん検診・ヤングエイジ健康診査・骨粗しょう症検診・歯周病検診)

(3) 喫煙対策の推進と環境整備

(4) 地域における健康づくりの取り組み推進

(5) 地域・職域と連携した健康づくりの体制整備

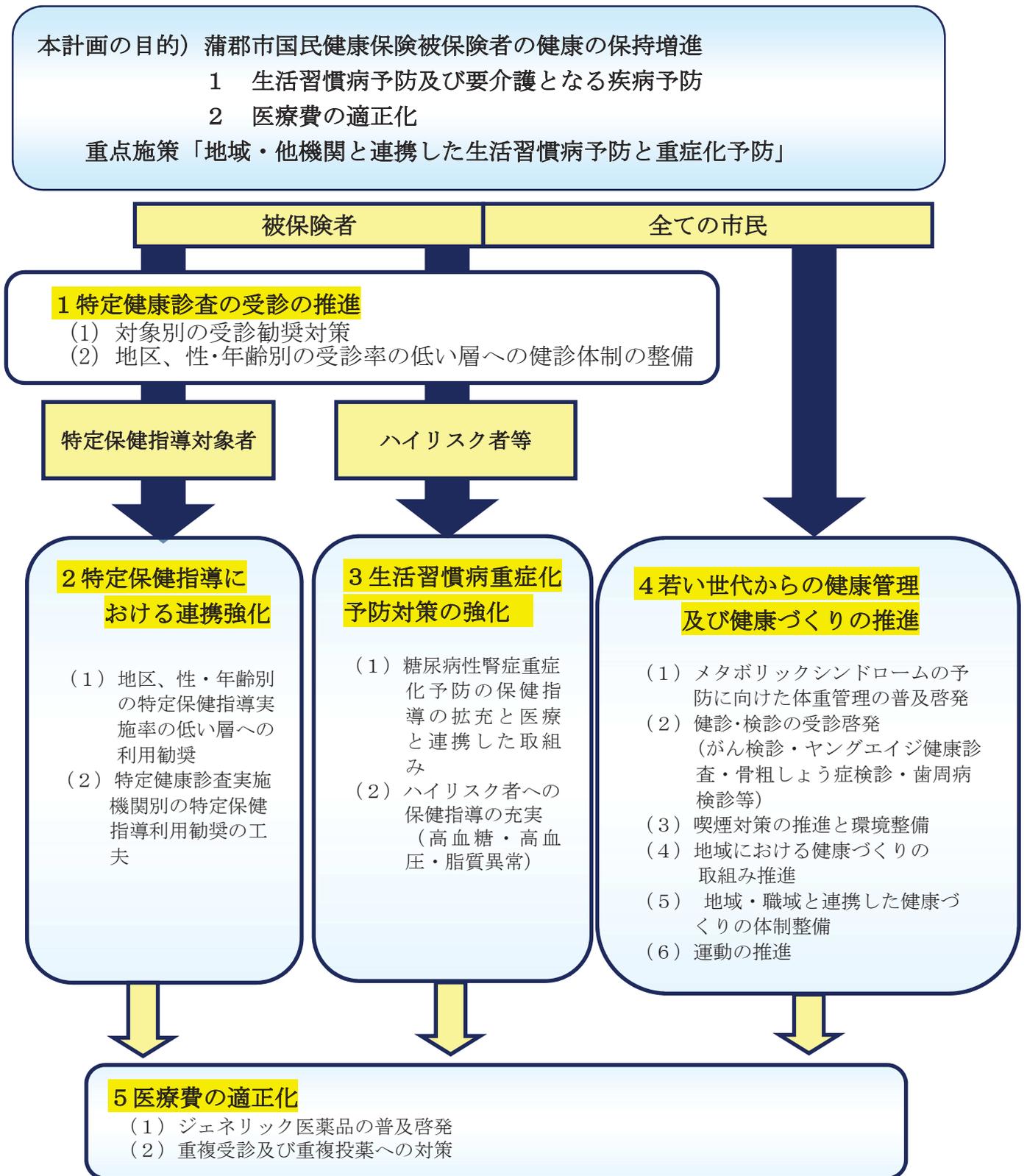
(6) 運動の推進

5 医療費の適正化

(1) ジェネリック医薬品の普及啓発

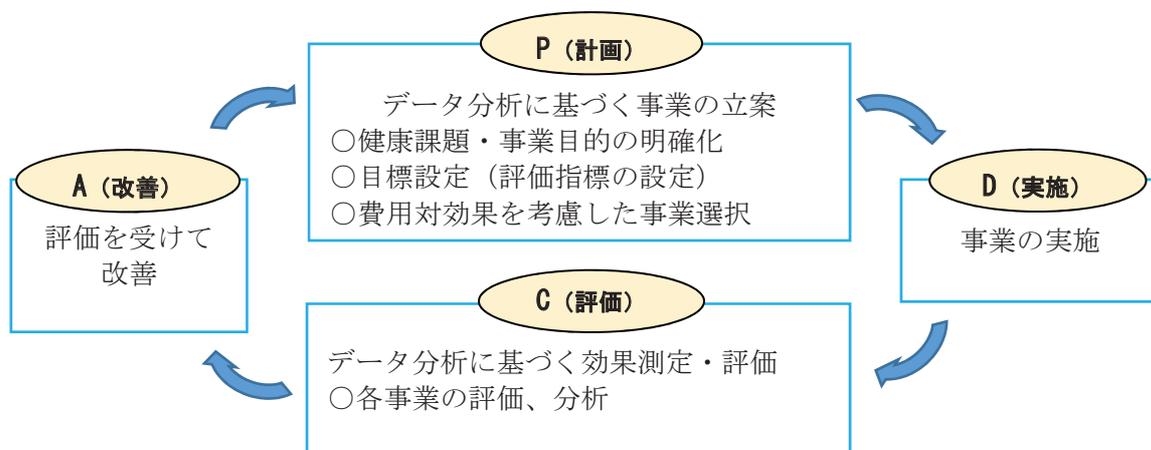
(2) 重複受診及び重複投薬への対策

<推進のイメージ>



3 計画の性格（本計画P2）

計画の実施主体は蒲郡市役所健康福祉部保険年金課とし、保健事業の実施は健康推進課と連携し、計画（P）・実施（D）・評価（C）・改善（A）に沿って運営します。



4 計画の推進・評価及び見直し（本計画P61）

評価については、計画の中間年度と最終年度の目標数値の達成状況をKDBシステムや特定健診法定報告、特定健診の問診等の情報を活用し、まとめます。

また指標の変化については、本市の経年変化とともに、国や県、同規模保険者との比較を行います。保健事業ごとに事業目標から保健事業の改善を図ります。

これらのデータ分析の結果から、PDCAサイクルに沿った保健事業の評価を行い、課題の見直し、優先課題や新たな目標設定を考え、次年度の保健事業に反映します。

第2章 本計画の中間評価

計画の目標及び対策に対する指標を基に、保健事業を評価し、見直しを図ります。

適切な評価及び事業展開を図るため、愛知県国民健康保険団体連合会による支援・評価委員会、国や県の主催する研修会等に参加し、各保健事業の評価を行います。

保健事業について、5つの目標及び対策ごとに各評価指標の推移をまとめ、ストラクチャー（実施体制）、プロセス（実施方法等）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果や成果）の4つの視点から評価します。

1 判定方法（目標達成に向けての評価）

計画における各指標について、策定時（平成28年度）の値と中間評価時（令和元年度）の値を比較し、目標に向けた達成率にて、達成状況を判定します。

$$\text{達成率（\%）} = \frac{\text{令和元年度の値} - \text{平成28年度の値}}{\text{目標値} - \text{平成28年度の値}} \times 100$$

判定区分（5段階評価）	達成率
a 改善している	100%以上
a* 改善しているが目標達成が危ぶい	10%以上100%未満
b 変化なし	-10%以上10%未満
c 悪化している	-10%未満
d 評価困難	判定不能

2 基本データ（策定時と中間評価時の比較）（本計画P3）

全国的に国保の被保険者は減少していますが、一人当たりの医療費は上昇しています。

	策定時 (平成28年度)	中間評価 (令和元年度)	増減	愛知県市町村国保		増減	
				(平成28年度)	(令和元年度)		
人口	80,634 人	80,037 人	▼597 人				
高齢化率	28.8%	29.3%	0.5%				
国保被保険者数 (人口割合)	19,696 人 (24.4%)	16,556 人 (20.7%)	▼3,140 人 (▼3.7%)	1,725,299 人	1,501,926 人	▼223,373 人	
一人当たりの医療費	281,165 円	301,302 円	20,137 円	261,779 円	302,059 円	40,280 円	
一人当たりの 生活習慣病医療費	入院	547,385 円	579,089 円	31,704 円	570,938 円	615,287 円	44,349 円
	外来	33,790 円	35,768 円	1,978 円	34,363 円	37,366 円	3,003 円
一人当たりの 介護給付費	55,620 円	62,176 円	6,556 円	55,416 円	57,752 円	2,336 円	
特定健康診査	対象者数	13,797 人	11,949 人	▼1,848 人			
	受診者数	5,159 人	4,730 人	▼429 人	39.2%	39.5%	0.3%
	受診率	37.4%	39.6%	2.2%			
メタボリックシンドローム 該当率	23.6%	24.0%	0.4%	18.9%	20.4%	1.5%	
メタボリックシンドローム 予備群該当率	9.4%	10.4%	1.0%	10.1%	10.7%	0.6%	
特定保健指導	対象者数	603 人	560 人	▼43 人			
	利用者数	105 人	129 人	24 人	16.4%	18.9%	2.5%
	実施率	17.4%	23.0%	5.6%			

(特定健康診査及び特定保健指導は法定報告データ)

3 重点施策及び保健事業の評価（本計画P54～）

蒲郡市国民健康保険被保険者の健康の保持増進を目指し、生活習慣病及び要介護となる疾病予防と医療費適正化を目的に5つの目標を挙げ、評価指標を設定し、関係機関と連携して保健事業を行ってまいりました。

これらの評価指標と保健事業の取り組みについて、評価を行います。

（1）重点施策の評価

保健事業の実施にあたっては、重点施策として「地域・他機関と連携した生活習慣病予防と重症化予防」を掲げ、評価指標を設定（本計画P54）し、行ってまいりました（表1参照）。

（2）保健事業の評価

重点施策の評価指標は、アウトカム指標（結果や成果）であり、更にこれらの評価の基となったアウトプット指標（実施事業量）、ストラクチャー（実施体制）、プロセス（実施方法等）を交え、保健事業（本計画P57～P59）の取り組みについて評価します（表2-1、2-2参照）。

4 本計画全体の評価

令和5年度の目標値を変更せずに、評価指標と保健事業の評価を踏まえて、今後の方向性を検討し、保健事業を進めていく必要があります（表3参照）。

対策に基づく指標評価

【表1】

【評価判定区分】 a:改善 a*:改善(改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる) b:変わらない c:悪化している d:評価困難		指標	本計画記載	特定時の健康課題	現状時 (平成28年度)	中間評価目標 (令和2年度)	最終評価時目標 (令和5年度)	平成29年度	平成30年度	令和元年度	評価判定
1	特定健康診査の実施の推進	特定健康診査受診率	P54	特定健康診査未受診及び生活習慣病治療なしの人は3,426人(H28年度)で、健診対象者の1/4は健康状態が不明となっている。また生活習慣病なしで健診受診者の26%が特定保健指導該当となった。このため健康診査の受診勧奨を強化し、健診受診率の向上及び特定保健指導率の向上を図り、健診事後の生活習慣病予防に繋げる必要がある。	37.4%	50%	60%	37.9%	39.5%	39.9%	a*
		新規国保被保険者受診率	P54		32.7%	-	50%以上	28.1%	30.5%	34.8%	a*
		3年連続以上未受診者数	P54		5年:4,877人 4年:331人 3年:393人	-	5年連続未受診者2,000人以下	5年:4,822人 4年:330人 3年:319人	5年:4,571人 4年:281人 3年:351人	5年:4,341人 4年:275人 3年:284人	a*
		健診未受診及び医療受診未受診者割合	P54		25%	-	20%以下	14.3%(1,820人)	13.9%(1,725人)	13.9%(1,661人)	a
		生活習慣病医療受診中及び健診未受診者割合	P54		37%	-	20%以下	27.9%	27.6%	27.1%	a*
		地区別受診率	P54		大塚:32.4% 三谷:35.2% 小江・府相:37.9% 蒲郡:34.8% 東西北:36.6% 塩津:33.4% 形原:37.0% 西浦:35.2%	-	全地区 55%以上	大塚:34.7% 三谷:35.2% 小江・府相:40.9% 蒲郡:37.0% 東西北:40.1% 塩津:37.0% 形原:39.9% 西浦:34.7%	大塚:37.4% 三谷:37.3% 小江・府相:42.1% 蒲郡:39.2% 東西北:41.9% 塩津:40.1% 形原:38.4% 西浦:38.5%	大塚:38.9% 三谷:38.0% 小江・府相:42.0% 蒲郡:40.6% 東西北:40.4% 塩津:42.7% 形原:37.3% 西浦:38.0%	a*
40歳代、50歳代の特定健康診査受診率	P54	21.5%	-	40%以上	22.2%	24.6%	23.3%	a*			
2	特定保健指導における連携強化	特定保健指導終了率	P55	平成28年度の死因は、糖尿病による死亡率(2.8%)が国や県(1.6%)より高く、特定健診による非肥満の高血糖(21.2%)も国及び県の9.3%と比較してかなり高い。性・年齢別の高血糖者では、女性は肥満よりも非肥満の高血糖者の割合が高く、男性では45歳以上の高血糖者の3割を非肥満が占めている。健診による糖尿病のフローチャートでは血糖コントロール不良の人が多く、特定保健指導以外の糖尿病予防及び重症化予防への対策と糖尿病予防糖尿病性腎症への対策が重要となる。	17.4%	30%	60%	29.3%	28.3%	23.0%	a*
		地区別特定保健指導実施率	P55		大塚:26.5% 三谷:26.4% 小江・府相:20.0% 蒲郡:13.8% 東西北:24.1% 塩津:23.5% 形原:20.8% 西浦:5.7%	-	全地区 50%以上	大塚:18.6% 三谷:35.0% 小江・府相:32.9% 蒲郡:19.6% 東西北:19.0% 塩津:19.4% 形原:27.8% 西浦:18.8%	大塚:16.7% 三谷:34.7% 小江・府相:29.4% 蒲郡:29.5% 東西北:17.3% 塩津:22.4% 形原:26.6% 西浦:35.4%	大塚:27.9% 三谷:23.0% 小江・府相:25.0% 蒲郡:19.4% 東西北:19.8% 塩津:26.3% 形原:28.6% 西浦:28.9%	a*
		保健指導実施機関ごとの利用者数	P55		初回面談実施数 154人	-	-	169人	189人	206人	-
3	生活習慣病重症化予防の強化	HbA1c7.0%以上の割合の減少	P55	平成28年度の死因は、糖尿病による死亡率(2.8%)が国や県(1.6%)より高く、特定健診による非肥満の高血糖(21.2%)も国及び県の9.3%と比較してかなり高い。性・年齢別の高血糖者では、女性は肥満よりも非肥満の高血糖者の割合が高く、男性では45歳以上の高血糖者の3割を非肥満が占めている。健診による糖尿病のフローチャートでは血糖コントロール不良の人が多く、特定保健指導以外の糖尿病予防及び重症化予防への対策と糖尿病予防糖尿病性腎症への対策が重要となる。	4.9%	-	4%以下	5.1%	4.4%	4.9%	b
		非肥満高血糖の割合の減少	P55		21.2%	-	15%以下	18.8%	13.9%	16.6%	a*
		糖尿病性腎症予防への受診勧奨率	P55		100%	-	100%	100%	100%	100%	a
		国保被保険者の新規人工透析患者数の抑制	P55		9人	-	9人以下	13人	9人	7人	a
		生活習慣病重複リスク者の割合	P55		23.6% (リスク2以上) 10.5% (内リスク3)	-	20%以下 (リスク2以上) 7%以下 (内リスク3)	23.3% (2以上) 10.1% (内3)	23.6% (2以上) 9.2% (内3)	24.6% (2以上) 9.4% (内3)	b
4	若い世代からの健康増進及び健康づくりの推進	体重管理 BMI25%以上の割合	P56	40歳代の特定健康診査受診者の42.2%はメタボリックシンドローム該当及び予備群であり、体重管理を含めた若い頃からの健康づくりを推進する必要がある。死亡率及び一人当たり医療費の高いがんの対策として、がん検診受診率の向上、がんの予防の普及啓発により早期発見・治療へと繋げていく必要がある。介護保険新規申請者の40歳〜74歳の原因疾患は、脳血管疾患が20.7%、がんが19.6%、骨折・関節疾患が14.1%であり、介護予防のため健診事後の生活習慣病予防に向けた保健指導を強化するとともに、骨折・関節疾患予防のため骨粗しょう症検診受診推奨や運動普及の推進の必要がある。	25.4%	-	23.5%以下	26.3%	26.6%	26.2%	c
		20歳からの10kg以上の体重増加者の割合	P56		32.5%	-	28%以下	33.2%	34.2%	34.6%	c
		40歳代男性のメタボ該当の割合	P56		24.4%	-	18%以下	22.1%	16.1%	18.8%	a
		40歳代男性のBMI25以上の割合	P56		41.6%	-	30%以下	38.6%	36.3%	39.0%	b
		日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していない人の割合	P56		53.7%	-	50%以下	53.9%	55.9%	55.6%	c
		40歳代の喫煙率	P56		40~44歳 28.4% 45~49歳 28.0%	-	20%以下	40~44歳 26.8% 45~49歳 27.9%	40~44歳 22.7% 45~49歳 22.3%	40~44歳 21.1% 45~49歳 22.3%	b
5	医療費の適正化	ジェネリック使用率(数量ベース)	P56	一人当たり医療費は増加しており、医療費適正化に向けて、かかりつけ医及びかかりつけ薬局等と連携した生活習慣病重症化予防、ジェネリック医薬品の普及啓発及び重複受診等への対策を図る必要がある。	68.8%	80%	90%	66.3%	69.5%	73.2%	a*
		ジェネリック差額通知	P56		1,937人	-	実1,200人	1,294人	1,141人	931人	a*
		重複受診対策	P56		重複15人/月 多受診50人/月	重複8人/月 多受診40人/月	重複5人/月 多受診30人/月	重複2人/月 多受診6人/月	重複3人/月 多受診5人/月	重複2人/月 多受診4人/月	a
		多受診適正化率	P56		72.2%	-	90%以上	100.0%	98.2%	97.9%	a

保健事業の評価

【評価判定区分】 a: 改善 a*: 改善(改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる) b: 変わらない c: 悪化している d: 評価困難

【表2-1】

No.	事業名	アウトプット指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度	29年度	30年度	R1年度	アウトカム指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度 (ベースライン)	29年度	30年度	R1年度	評価判定 (A~D)		
														アウトカム	アウトカム	
1	特定健康診査	特定健康診査受診者数 (法定報告)	R2:50% R5:60%	5,159人	4,856人	5,549人	5,132人	特定健康診査受診率 (法定報告)	R2:50% R5:60%	37.4%	37.9%	39.5%	39.9%	b	a*	
		①個別委託医療機関 受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	受診者 6,728人以上 (受診者の87.6%)	4,949人	4,586人	4,540人	4,336人	健診未受診・生活習慣病医療受診者 割合の減少 (KDB: 医療機関受診と健診受診 の関係表)	20%以下	37%	27.9%	27.6%	27.1%	b	a*	
		②JA集団人間ドック受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	受診者 307人以上 (受診者の4%)	220人	186人	178人	200人	健診未受診・医療受診未受診者割合 の減少 (KDB: 医療機関受診と健診受診 の関係表)	20%以下	25%	14.3% (1,820人)	13.9% (1,725人)	13.9% (1,661人)	a*	a	
		③集団出張健診受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	123人以上 (受診者の1.6%)	94人	120人	175人	197人								a	a
		④人間ドック受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	600人 (受診者の6.4%)	354人	393人	555人	598人	新規国保被保険者 受診率	50%以上	32.7%	28.1%	30.5%	34.8%	a	a*	
		⑤前日人間ドック受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	30人 (受診者の0.4%)	21人	76人	64人	77人	40歳代、50歳代の受診率 (KDB: 医療機関受診と健診受診 の関係表)	40%以上	21.5%	22.2%	24.6%	23.4%	a	a*	
		⑥職場健診持ち込み受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	計画設定無し	22人	21人	37人	31人								a	a
2	特定健康診査未受診者対策事業	⑦健診受診率向上周知 ★健康年齢通知 (H30年度～) 受診者数 受診割合 (各健診機関受診者数/全体 受診者数)	計画設定無し	—	—	5,240人	4,916人	地区別 特定健康診査受診率 (KDB: 地域の全体像の把握)	全地区 55%以上	大塚: 32.4% 三谷: 35.2% 小江・府相: 37.9% 蒲郡: 34.8% 東西北: 36.6% 塩津: 33.4% 形原: 37.0% 西浦: 35.2%	大塚: 34.7% 三谷: 35.2% 小江・府相: 40.9% 蒲郡: 37.0% 東西北: 40.1% 塩津: 37.0% 形原: 39.9% 西浦: 34.7%	大塚: 37.5% 三谷: 37.3% 小江・府相: 42.3% 蒲郡: 39.4% 東西北: 42.0% 塩津: 40.3% 形原: 38.5% 西浦: 38.5%	大塚: 38.9% 三谷: 38.0% 小江・府相: 42.2% 蒲郡: 40.5% 東西北: 40.5% 塩津: 42.8% 形原: 37.4% 西浦: 38.1%	—	a*	
		①当年度特定健康診査未受診者へのは がき通知数	計画設定無し	9月: 12,419通 1月: 10,068通	9月: 11,525通 1月: 9,154通	9月: 10,463通 1月: 8,661通	9月: 10,312通 1月: 8,362通	3年連続以上未受診者数の減少 (AICube: 特定健康診査状況一 覧過去5年間)	5年連続未受診者 2,000人以下	5年: 4,877人 4年: 331人 3年: 393人	5年: 4,822人 4年: 330人 3年: 319人	5年: 4,571人 4年: 281人 3年: 351人	5年: 4,341人 4年: 275人 3年: 284人	—	a*	
		②過去3年度中2回特定健康診査又は 前年度受診で当年度未受診者へのは がき通知数	計画設定無し	1,871通	1,579通	1,347通	1,474通								—	a*
		③過去5年連続未受診者 (H30年 度は過去5年中3年未受診) への受診 勧奨はがき数 (出張健診会場付近住 民)	計画設定無し	903通	1,522通	2,958通	4,369通	健診未受診・医療受診未受診者割合 の減少 (KDB: 医療機関受診と健診受診 の関係表)	20%以下	25%	14.3% (1,820人)	13.9% (1,725人)	13.9% (1,661人)	—	a	
		④過去5年連続以上未受診者 (H30 年度は過去5年中3年未受診者) への 電話受診勧奨回数 (出張健診会場付 近住民)	計画設定無し	649回	2,109回	3,118回	3,154回	新規国保被保険者 受診率	50%以上	32.7%	28.1%	30.5%	34.8%	—	a*	
		⑤健康推進課・保険年金課 集団特定健康指導 (初回実施数)	40人以上	35人	36人	16人	8人	特定健康指導による特定健康指導対 象者の減少率 (法定報告)	未設定	26.3% (参考: 市町村国保 25.2%)	17.4% (参考: 市町村国保 23.3%)	22.2% (22.9%) 男性: 20.3% 女性: 24.6%	16.9% (17.6%) 男性: 14.4% 女性: 21.1%	—	b	—
		⑥JA厚生連委託集団特定健康指導 健康指導人数 (初回実施数)	—	—	—	16人	15人								—	—
3	特定健康指導	③健康推進課・保険年金課 個別特定 健康指導 (初回実施数)	130人	76人	87人	117人	78人	地区別特定健康指導実施率 の上昇 (KDB: 地域の全体像の把握)	R5 各地区 50%以上	大塚: 26.5% 三谷: 26.4% 小江・府相: 20.0% 蒲郡: 13.8% 東西北: 24.1% 塩津: 23.5% 形原: 20.8% 西浦: 5.7%	大塚: 18.6% 三谷: 35.0% 小江・府相: 32.9% 蒲郡: 19.6% 東西北: 19.0% 塩津: 19.4% 形原: 27.8% 西浦: 18.8%	大塚: 16.7% 三谷: 34.7% 小江・府相: 29.4% 蒲郡: 29.5% 東西北: 17.3% 塩津: 22.4% 形原: 26.6% 西浦: 35.4%	大塚: 27.9% 三谷: 23.0% 小江・府相: 25.0% 蒲郡: 19.4% 東西北: 19.8% 塩津: 26.3% 形原: 28.3% 西浦: 28.9%	b	a*	
		④出張健診結果説明会 同時特定 健康指導 健康指導人数 (初回実施 数)	—	—	26人 (89.7%)	35人 (76.1%)	21人 (84.0%)								b	—
		⑤愛知県健康づくり振興事業団委託 集団特定健康指導 (初回実施数)	90人以上 (1会16人定員)	34人	34人	31人	9人	メタボリックシンドローム該当人 数・該当率の減少 (AICube法定報告)	R5 目標設定なし (市町村国保平均)	1,219人 23.6% (18.9%)	1,128人 23.2% (19.4%)	1,153人 23.6% (19.8%)	1,135人 24.0% (20.4%)	c	—	
		⑥JA厚生連委託集団特定健康指導 健康指導人数 (初回実施数)	30人以上 (JAドック特保該当者の 90%)	7人	18人	8人	4人	メタボリックシンドローム予備群人 数・該当率の減少 (AICube法定報告)	R5 目標設定なし (市町村国保平均)	487人 9.4% (10.1%)	470人 9.7% (10.3%)	535人 11.0% (10.5%)	492人 10.4% (10.7%)	b	—	
		⑦医療機関委託 (4機関) 個別特定 健康指導 (初回実施数)	10人以上	2人	0人	1人	0人	メタボリックシンドローム該当 減少率 (AICube法定報告)・ 該当者が予備群になった割合・ 該当でなくなった割合	R5 目標設定なし (市町村国保平均)	20.6% (20.9%) 6.4% (8.8%) 14.3% (12.1%)	17.5% (20.4%) 6.3% (9.0%) 11.2% (11.5%)	20.1% (20.1%) 6.4% (8.9%) 10.8% (11.2%)	16.7% (19.6%) 6.3% (8.7%) 10.3% (11.0%)	—	—	
		⑧★市民病院委託 (H30～) ドック受 診時同時個別特定健康指導 (初回実 施数)	※ドック特保該当者の70% 以上	—	—	0人	71人 (該当者82人にて 86.6%実施)	メタボリックシンドローム予備群率 (AICube法定報告) 予備群でなくなった割合	R5 目標設定なし (市町村国保平均)	18.6% (20.5%)	19.8% (20.2%)	18.1% (19.4%)	20.5% (19.5%)	—	—	
		特定健康指導地区別利用動員率	利用動員率 全地区90%以上	—	86.50%	大塚: 61.9% 三谷: 89.2% 三谷北: 79.2% 東部: 78.9% 北部: 58.3% 府相: 68.2% 南部: 79.5% 西部・中央: 69.3% 塩津: 69.1% 形原北: 71.4% 形原: 51.1% 西浦: 87.5%	大塚: 80.5% 三谷: 85.7% 三谷北: 72.2% 東部: 76.8% 北部: 76.0% 府相: 93.3% 南部: 74.3% 西部・中央: 90.4% 塩津: 82.7% 形原北: 100% 形原: 78% 西浦: 74.9%	地区別特定健康指導実施率 の上昇 (KDB: 地域の全体像の把握)	R5 各地区 50%以上	大塚: 26.5% 三谷: 26.4% 小江・府相: 20.0% 蒲郡: 13.8% 東西北: 24.1% 塩津: 23.5% 形原: 20.8% 西浦: 5.7%	大塚: 18.6% 三谷: 35.0% 小江・府相: 32.9% 蒲郡: 19.6% 東西北: 19.0% 塩津: 19.4% 形原: 27.8% 西浦: 18.8%	大塚: 16.7% 三谷: 34.7% 小江・府相: 29.4% 蒲郡: 29.5% 東西北: 17.3% 塩津: 22.4% 形原: 26.6% 西浦: 35.4%	大塚: 27.9% 三谷: 23.0% 小江・府相: 25.0% 蒲郡: 19.4% 東西北: 19.8% 塩津: 26.3% 形原: 28.6% 西浦: 28.9%	—	—	
利用動員電話による健康指導利用者 数・率: 健康指導実施者/健康指導該 当者	—	—	—	—	—	—	R5 目標設定なし	111人 (18.0%)	126人 (21.8%)	94人 (15.8%)	83人 (13.6%)	—	—			

保健事業の評価

【評価判定区分】 a: 改善 a*: 改善(改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる) b: 変わらない e: 悪化している d: 評価困難

【表2-1】

No.	事業名	アウトプット指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度	29年度	30年度	R1年度	アウトカム指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度 (ベースライン)	29年度	30年度	R1年度	評価判定 (A~D)		
														アウトプット	アウトカム	
4	糖尿病予防事業 糖尿病重症化	受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	受診勧奨者の受診率	100%	42.9%	75%	100%	100%	-	-	
		情報提供率	100%	100%	100%	100%	100%									
		保健指導率	-	20.3%	22.7%	36.7%	25.9%		検査数値改善率	70%	個々のバラつきが大きく各検査数値について個別に評価している					-
5	生活習慣病重症化予防 医療受診勧奨	①慢性腎臓病重症化予防プログラム 個別・病院通知実施率	-	-	-	100%	100%	国保被保険者の新規人工透析患者数の抑制 (KDB透析患者数・各:年度3月比較)	R5 9人以下	9人	13人	9人	7人	-	a	
		①慢性腎臓病重症化予防プログラム 受診勧奨率 (DKD含む)	-	-	-	100%	100%	受診率 (DKD含む)	-	-	-	-	80.8%	-	-	
		② CKD (慢性腎臓病) を知ろう啓発 キャンペーン 参加者数	-	-	-	95人	90人	参加者の満足度 (5段階: 満足・やや満足)	-	-	-	72.5%	64.3%	-	-	
		③ 蒲郡腎臓病ネットワーク多職種 研修会 参加者数	-	-	-	49人	38人	参加者の満足度 (4段階: 参加したい・都合がつけば参加したい)	-	-	-	82.8%	86.7%	-	-	
		④ 蒲郡腎臓病ネットワーク協議会 実施回数	-	-	-	3回	3回		-	-	-	-	-	-	-	
		①血糖コントロール塾7.0会	-	実14人 延47人	実37人 延144人	実27人 延170人	実20人 (新規4) 延145人	HbA1c7.0%以上の割合の減少 (KDB: 糖尿病フローチャート)	4%以下	4.9%	5.1%	4.4%	4.9%	a	b	
		②からだ&血管若返りセミナー (高血圧重症化予防)	カバー率15% 定員80名	11.2% 65人 (81.3%)	7.5% 63人 (78.8%)	8.7% 78人 (97.5%)	6.9% 48人 (60%)	HbA1c8.0%以上の割合の減少 (KDB: 糖尿病フローチャート) 140/90mmHg以上の割合の減少 (KDB: 高血圧フローチャート)	1.2%未満	1.0%	1.2%	1.1%	1.2%	b	-	
		③ハイリスク者個別保健指導 保健指導 HbA1c7.0以上保健指導 多重リスク者への保健指導 その他	-	52人 1人 0人	70人 2人 0人	85人 5人 0人	57人 2人 4人	参加者の満足度 (5段階: 満足・やや満足)	-	86%	87%	86%	86%	a*	-	
		③ハイリスク者個別保健指導 保健指導 HbA1c7.0以上保健指導 多重リスク者への保健指導 その他	-	52人 1人 0人	70人 2人 0人	85人 5人 0人	57人 2人 4人	非肥満高血糖の割合 (KDB: 全体像の把握)	15%以下	21.2%	18.8%	13.9%	16.6%	a*	a*	
		③ハイリスク者個別保健指導 保健指導 HbA1c7.0以上保健指導 多重リスク者への保健指導 その他	-	52人 1人 0人	70人 2人 0人	85人 5人 0人	57人 2人 4人	生活習慣病重複リスク者の割合	20%以下 (リスク2以上)	23.6% (リスク2以上)	23.3% (2以上)	23.6% (2以上)	24.6% (2以上)	a*	b	
④-1 通学コース 入学者数	-	13人	28人	19人	14人	改善率 (食生活・運動・その他) 3段階で改善	-	36.4% 77.3% 54.5%	68.7% 81.2% 81.2%	68.7% 56.3% 56.3%	68.7% 56.3% 56.3%	45.5% 36.4% 36.4%	-	-		
④-2 専門コース 入学者数	-	21人	14人	23人	21人	改善率 (食生活・運動・その他) 3段階で改善	-	55.6% 77.8% 55.6%	52.3% 42.1% 42.1%	52.3% 42.1% 42.1%	52.3% 42.1% 42.1%	50.0% 43.8% 50.0%	-	-		
6	若いころからの健康づくり	①体重測定100日チャレンジ参加者数	R5 目標設定なし	1,382人	1,236人	1,337人	1,288人	BMI25%以上の割合 (KDB: 健診有所見者状況)	R5 23.5%以下	25.4%	26.3%	26.6%	26.2%	-	c	
		②ヤングエイジ健診受診者数	健康がまごおり 2 1300人	250人	205人	294人	498人	20歳からの10kg以上の体重増加の割合 (KDB: 地域の全体像の把握)	R5 28%以下	32.5%	33.2%	34.2%	34.6%	-	c	
		②参考) ヤングエイジ健診受診者数 健診男性のBMI25以上の割合	目標なし	20.4%	27.3%	14.8%	17.3%	40歳代男性のメタボ該当の割合 (KDB: メタボ該当者・予備群)	R5 18%以下	24.4%	22.1%	16.1%	18.8%	-	a	
		③禁煙サポート (集団・個別) 参加者数	設定なし	実12人	実8人	実23人	実23人	40歳代男性のBMI25以上の割合 (KDB: 健診有所見者状況)	R5 30%以下	41.6%	38.6%	36.3%	39.0%	-	b	
		④禁煙外来治療費助成事業	募集20人	-	-	-	2人	40歳代の喫煙率 (KDB: 質問票調査の経年比較)	R5 20%以下	40~44歳 28.4% 45~49歳 28.0%	40~44歳 26.8% 45~49歳 27.9%	40~44歳 22.7% 45~49歳 22.3%	40~44歳 21.1% 45~49歳 22.3%	-	b	
⑤運動サポートセンターの利用者数	目標なし	-	182人	227人	158人	日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していない人の割合 (KDB: 質問票調査の経年比較)	R5 50%以下	53.7%	53.9%	55.9%	55.6%	-	c			
7	医療費適正化推進事業	ジェネリック差額通知数	1,200人以上	1,937人	1,294人	1,141人	931人	ジェネリック使用率 (数量ベース)	90%以上	68.8%	66.3%	69.5%	73.2%	b	a*	
8	高齢者生活支援事業	①重複服薬・多受診等への訪問指導 (在宅保健師委託)	計画設定無し	88件	90件	86件	79件							-	-	
		②委託による服薬通知 (日本医薬総合研究所)	計画設定無し	実施なし	実施なし	実施なし	56人	多受診適正化率	90%以上	72.2%	100.0%	98.2%	97.9%	-	a	

保健事業の評価

【評価判定区分】 a: 改善 a*: 改善(改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる) b: 変わらない e: 悪化している d: 評価困難

【表2-1】

No.	事業名	アウトプット指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度	29年度	30年度	R1年度	アウトカム指標	R5目標値	計画策定時の基準値 28年度 (ベースライン)	29年度	30年度	R1年度	評価判定 (A~D)	
														アウトプット	アウトカム
9	がん検診	各種がん検診受診率 胃がん 肺がん 大腸がん 前立腺がん 乳がん 子宮がん	健康がまごおり21 第2次計画目標 胃・肺・大腸がん検診 受診率 20%以上 乳: 25%以上 子宮: 30%以上	胃: 7.7% 肺: 13.9% 大腸: 12.1% 前立腺: 12.3% 乳: 10.6% 子宮: 11.9%	胃: 6.6% 肺: 13.6% 大腸: 11.6% 前立腺: 13.3% 乳: 9.1% 子宮: 10.8%	胃: 7.4% 肺: 14.6% 大腸: 12.3% 前立腺: 13.3% 乳: 9.7% 子宮: 11.0%	胃: 8.3% 肺: 14.6% 大腸: 12.3% 前立腺: 13.8% 乳: 10.4% 子宮: 11.7%	発見率 胃がん 肺がん 大腸がん 前立腺がん 乳がん 子宮がん	目標なし (参考: 県平均)	胃: 0.28% (0.157%) 肺: 0.10% (0.049%) 大腸: 0.15% (0.226%) 前立腺: 12.3% (県なし) 乳: 0.46% (0.29%) 子宮: 0.00% (0.02%)	胃: 0.36% 肺: 0.09% 大腸: 0.16% 前立腺: 0.95% 乳: 0.18% 子宮: 0.00%	胃: 0.71% 肺: 0.03% 大腸: 0.20% 前立腺: 0.86% 乳: 0.68% 子宮: 0.10%	胃: 0.34% 肺: 0.05% 大腸: 0.16% 前立腺: 0.82% 乳: 0.24% 子宮: 0.00%	-	-
		胃がんリスク	目標なし	757人	727人	730人	687人	がん発見数 胃がん 肺がん 大腸がん 前立腺がん 乳がん 子宮がん	目標なし (参考: 県平均)	胃: 8人 肺: 7人 大腸: 9人 前立腺: 11人 乳: 6人 子宮: 0人	胃: 9人 肺: 6人 大腸: 9人 前立腺: 11人 乳: 2人 子宮: 0人	胃: 20人 肺: 2人 大腸: 12人 前立腺: 10人 乳: 10人 子宮: 2人	胃: 11人 肺: 4人 大腸: 10人 前立腺: 10人 乳: 3人 子宮: 0人	-	-
		B型・C型肝炎ウイルス	目標なし	40歳: 118人 41歳以上: 836人	40歳: 96人 41歳以上: 618人	40歳: 106人 41歳以上: 553人	40歳: 93人 41歳以上: 547人	がんによる死因の割合 (KDB: 地域の全体像の把握)	目標なし (参考: 県平均)	51.8% (52.6%)	49.7% (53.3%)	52.4% (54.6%)	51.1% (53.8%)	-	-
		HPV検査 (ヒトパピローマウイルス)	目標なし	実施なし	実施なし	731人	848人	がんによる医療費の割合 医療費分析 (KDB: 地域の全体像の把握)	目標なし (参考: 県平均)	25.4% (27.3%)	27.7% (28.4%)	28.1% (30.45%)	32.2% (32.1%)	-	-
10	がん検診	まいかカード発行数	800枚 (健康がまごおり21計 画)	78件	451件	541件	602件	特定健診問診票「生活習慣改善意欲 なし」の減少	目標なし (参考: 県平均)	32.6% (34.8%)	31.2% (34.7%)	31.2% (32.9%)	30.3% (32.7%)	-	-
11	歯科健康診査	歯周病健診受診率 20歳～75歳 (5歳刻み)	健康がまごおり21 第2次計画	18.9%	19.0%	18.3%	18.4%	歯科受診率 (KDB: 医療分析の経年比較)	目標なし	174,354	181,494	176,459	179,823	-	-
		歯周病健診受診者数 20歳～75歳 (5歳刻み)	目標設定なし	2,237人	2,297人	2,383人	2,179人							-	-
		20歳の歯周病健診受診率	健康がまごおり21目標 15%以上	11.30%	9.90%	10.80%	5.90%	歯科一人当たり医療費 (KDB: 市町村別データ)	目標なし	2,194	2,199	2,134	2,193	-	-
		40歳代の歯周病健診受診率	健康がまごおり21目標 23%以上	17.00%	14.90%	17.30%	19.30%							-	-

No.	事業名	内容	成功要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	未達成要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	今後の事業の方向性 (判定、ストラクチャー・プロセス評価から)
1	<p>特定健康診査</p>	<p>【目的】生活習慣病リスク者の発見 健康の自己管理と生活習慣改善への動機付け</p> <p>【対象】40以上75歳未満の国保被保険者</p> <p>【内容】腹囲測定及び体重から内臓脂肪の蓄積を把握し、血圧や血糖、脂質、尿検査、肝機能検査、腎臓機能検査等の結果から生活習慣病の要因となるメタボリックシンドロームのレベルを判定する。また健診結果及び生活習慣についての問診をもとに保健指導につなげ、生活習慣病予防・重症化予防を図る。</p> <p>【事業】 ①個別委託医療機関（市内27機関 6月～翌年2月末日） ②JA集団人間ドック（5月～7月：地区会場8箇所 全10回） ③集団出張健診（年5回⇒令和元年度年6回） ④人間ドック（医師会委託⇒市民病院委託） ⑤節目人間ドック（40、45、50、55歳） ⑥その他 職場健診 ⑦啓発事業 健康年齢通知</p> <p><データヘルス計画第2期における健診事業の拡充> （1）受診率向上に向けた健診体制の整備 ・集団出張健診（年5回⇒令和元年度年6回）の拡充 目的：データヘルス計画第1期より、かかりつけ医がない健診未受診者を対象に受診勧奨し、健診受診につなげるため実施している。 また身近な公民館等を会場とし、日曜日の開催も実施するなど、交通手段や有職者へ配慮し、企画している。 ・節目人間ドック（40、45、50、55歳）の受診勧奨の強化 目的：データヘルス計画第1期より生活習慣病の早期予防を図るため、40～59歳の特定健診受診率を向上させるため、人間ドック受診後に結果説明及び保健指導を受けることを必須に、1,000円で人間ドックを受診できる体制にしている。（定員100人） ・職場健診の持ち込み推奨 目的：国保被保険者の中にはパート勤務等で職場健診で受診している者が多く、健診結果の持ち込みを推奨するとともに、健診後の生活習慣病予防に向けて健康相談及び保健指導の実施につなげている。 （2）健診・健康づくり無関心層に向けた啓発 ・健康年齢通知（平成30年度～）</p> <p>【目的】健診受診者の健康づくりの意識向上を図るとともに、毎年健診を受ける意識をつけることを目的に、健診データをもとに算出された自己の体の健康度合（健康年齢）を通知する。</p> <p>【対象】4月～12月に特定健診を受診した者</p>	<p>受診率は令和元年度の目標45%に近づき、わずかであるが向上している。健診未受診・医療機関未受診者は20%以下と達成しており、対象別の健診体制を整えることができています。 健診の機会の確保として、かかりつけ医での個別健診、連続健診未受診者を主に受診率の低い地域を中心に出張健診を実施し、若い世代には節目人間ドックとして結果説明及び保健指導を受けることを必須に実施しており、対象者の年齢や健康意識に合わせた健診体制は整っている。</p> <p>令和元年度から市民病院に人間ドックを委託することができ、市民病院に医療受診している人が健診受診につながった。また土曜も実施しているため、働いている世代の人が受診しやすい体制となっている。</p> <p>健康年齢の通知は、健診受診通知の封筒に記載しており、地元テレビ等での報道により、市民の健診への関心を高めることができた。</p>	<p>①医療機関での受診者数は減少しており、各医療機関の患者が健診を受診する仕組みづくりが必要である。 平成30年度より医師会と課題共有し、「医療受診者で健診未受診者」が医療受診での検査時に健診を同時に受けれる方法を実現に向けて詳細設定し、今後実施していく予定である。</p> <p>②JA人間ドックは広報等で周知しているが、受診者数は平成29年度より減少しており、JAと連携してJA組合員への周知方法を検討する必要がある。</p> <p>③出張健診・④人間ドック・⑤節目人間ドック 各事業、定員を満たしておらず、健診事業周知、受診勧奨をさらに強化していく必要がある。 出張健診の受診勧奨は、保険年金課職員及びパート職員にて行っているが、業務負担が大きい。 人間ドック、節目人間ドックについては募集期間があり、新規国保加入者等、随時対応できない状況にあることが影響していると考えられる。</p>	<p><健診全体> 健診対象者数は年々減少傾向にあるが、全体の健診受診者数は維持していることから、受診率はわずかに上昇していると考えられる。 健診体制を整え、未受診勧奨を実施したことで、健診未受診・医療受診未受診率は減少した。 各健診機関ごとに健診啓発等の改善を図り、受診率向上を目指す。 「健診未受診・生活習慣病医療受診者割合の減少」の最終目標20%以下の達成は厳しい状況にあるが、受診率の最終目標60%達成のためには、必要不可欠と考えられるため、目標は変更せずに、①個別委託医療機関での受診推奨を強化していく。</p> <p><健診機関ごとの方向性> ①個別委託医療機関 医療を定期受診しているが健診未受診の人が、健診受診につなげるよう、医療機関と連携し、かかりつけ医での定期検査に加えて問診等の特定健診に必要な項目を追加し、健診として取り扱えるように平成30年度から医師会に相談をしながら進めている。医療受診者の中には、血糖コントロール不良の方も多いため、医療機関受診中のデータが特定健診として反映されるような体制を整え、必要に応じて保健指導につなげ生活習慣病の重症化を予防する取り組みをしていく。</p> <p>②JA集団人間ドック受診者 JA人間ドック受診者数は増加しておらず、JA組合員への個別周知等を検討する。</p> <p>③出張健診 令和2年度より受診勧奨電話を委託し、マンパワーの確保を図る。また受診勧奨時期等を検討し、改善を図る。</p> <p>④人間ドック・⑤節目人間ドック 令和2年度より、広報に掲載する募集期間に加え、期間を限定せず定員まで受けられる体制を整え受診者数の向上を図る。</p>
2	<p>特定健診未受診者対策事業</p>	<p>【目的】健康状態を把握し、健康状態に合わせて受診勧奨及び保健指導を実施するため、健診未受診者に受診勧奨を行い、特定健診受診につなげる。</p> <p>【対象】40以上75歳未満の国保被保険者（未受診者）</p> <p>【内容】 ①当年度特定健診未受診者への健診受診勧奨はがきの通知を9月と1月に実施する。 ②過去3年度中2回特定健診受診又は前年度受診で当年度未受診者への健診受診勧奨はがきの通知を2月に実施する。 ③過去5年連続以上未受診者（平成30年度は過去5年中3年未受診者）へのはがきと電話による受診勧奨を出張健診実施場所付近住民に実施。年間出張健診回数（28年：3回 29年：5回 30年：5回 元年：6回）</p>	<p><特定健診未受診者対策事業> はがきによる受診勧奨の通知数が毎年概ね増加しており、電話による受診勧奨の件数も毎年増加している。毎年実施することで、3年連続以上未受診者数は毎年、減少しており、健診未受診・医療受診未受診者割合も減少している。また、新規国保被保険者の受診率は毎年増加している。</p>	<p><電話受診勧奨> 過去5年連続以上未受診者（平成30年度は過去5年中3年未受診者）への電話による受診勧奨（対象：出張健診実施会場付近の住民）については保険年金課・健康推進課共同で実施。保険年金課・健康推進課共同で実施の部分については勧奨件数については年々増加しているが、マンパワー不足から電話受診勧奨の件数が少ないのが現状である。</p>	<p><電話受診勧奨> 未達成要因であるマンパワー不足の問題を改善する必要があることから、令和2年度から電話受診勧奨を業者に委託、電話受診勧奨を年間合計6,000件実施の予定。件数としては平成28年度からすると約10倍、令和元年度からすると約2倍の電話受診勧奨を実施する。今後、毎年業者による受診勧奨を実施し、特定健診未受診者の減少につなげていく。</p>
3	<p>特定保健指導</p>	<p>【目的】①生活習慣病の発症予防と重症化防止 ②生活習慣改善への動機付けと実践 ③メタボリックシンドローム該当及び予備群を対象に特定健診後の生活習慣の改善を図り、生活習慣病予防へと導くため、特定保健指導の利用率の向上を図る</p> <p>【対象】40以上75歳未満の国保被保険者</p> <p>【内容】①・②特定健診の結果および質問票の結果をもとに各自のライフスタイルを考慮し、メタボリックシンドロームのリスクに応じた情報提供や、それぞれに合わせた保健指導を行い、生活習慣改善を支援していく。 ③特定保健指導利用券発行時に特定保健指導の案内を郵送する。</p> <p>【事業】 ①スタイルアップ教室（初回集団：健康推進課） 平成28年度7回 平成29年度7回 平成30年度9回 令和元年度9回 ②その他保健事業での特定保健指導 結果活用セミナー 健康相談 宿泊型保健指導 運動サポートセンター（平成29年度11月～） ③個別特定保健指導（地区保健師・事業担当保健師・管理栄養士） ④出張健診事後結果説明会による特定保健指導 平成28年度5回 平成29年度5回 平成30年度5回 令和元年度4回（※2回コロナによる中止） ⑤愛知県健康づくり振興事業団委託特定保健指導（初回 平成28年度：34回 平成29年度：34回 平成30年度：31回 令和元年度：9回） ⑥JA厚生連委託特定保健指導 平成28年度：7回 平成29年度：19回 平成30年度：8回 令和元年度：4回 ⑦医療機関委託特定保健指導（4医療機関） ⑧市民病院委託特定保健指導（平成30年度から実施） 人間ドック受診当日に、検査結果・問診をもとに階層化し、管理栄養士による初回面接を実施 ⑨保健指導利用勧奨地区担当保健師により、電話にて特定保健指導利用の推奨と初回予約地区担当保健師が利用勧奨電話をできなかった人を対象に、事業担当者及びパート管理栄養士等が再度利用勧奨電話を実施。 利用勧奨電話の繋がらなかった人に、特定健診の結果に合わせ、特定保健指導の案内を再度同封し、通知する。</p>	<p>平成28年度から地区担当保健師による受診勧奨電話を実施し、平成29年度から地区担当保健師による特定保健指導動機づけ支援を実施、平成30年度から地区担当保健師による積極的支援を実施し、徐々に地区担当制による実施を拡充してきた。また年3回、保健指導検討会を行い、保健指導による運営や実績を踏まえた検討、研修伝達などを行い保健指導の質の向上に努めることができた。</p> <p>その結果、特定保健指導率は向上し、メタボリックシンドロームの該当率の上昇を抑制することができている。 また特定保健指導につながらなかった人でも、特定保健指導の利用勧奨電話にて生活習慣について聞き取り、改善へのポイントを伝えるなど、電話での保健指導ができています。</p> <p>個別面談及び訪問を拡充したことで、夫婦で面談し、食事や運動等家族とともに取り組み、成果を出す人が増えている。</p> <p>平成30年度は、市民病院の人間ドック受診時に特定保健指導の実施をすることができ、保健指導実施率の向上につながった。</p>	<p>利用勧奨電話により、健康意識が低い人の特定保健指導につなげているが、初回面接等で意識改善につながっていないことや、最初の3か月は実施できていたが後半の3か月で元に戻ったという人もおり、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の低下がみられる。</p> <p>地区担当保健師による保健指導利用勧奨電話にて、運動サポートセンターや個別面談、訪問につなげるケースが多くなり、集団の特定保健指導者数は減少している。対象者に合わせた集団指導の周知、対応が必要である。</p> <p>特定保健指導の案内は年代や性別にかかわらず、一律に一覧にしているが、愛知県健康づくり振興事業団委託の保健指導ではPCやメールを活用した保健指導の企画となっていることを考慮し、40～65の世代に向けて周知するなど、工夫していく必要がある。</p> <p>特定保健指導利用勧奨では「受診した医療機関で問題ないと言われた」という人も多い。健診受診医療機関と連携し、保健指導につなげられるよう体制を整える必要がある。</p> <p>保健センターまで来られないが訪問は拒否という人もいるため、公民館での結果説明会の機会を活用し、地区での開催を検討する。</p> <p>特定保健指導終了率は、支援期間中に国保脱退となる方や、40歳・50歳の積極的支援の方は、面接困難となり中断する人もいる。積極的支援では、3か月時の評価で保健指導を終了できる制度を利用し終了率を上げる工夫が必要がある。</p> <p>特定保健指導の結果は事業担当者と管理者で確認し、保健指導の内容について助言、指導しているが、全体的な質の向上につなげにくい。</p>	<p>特定保健指導該当者の生活習慣改善への意識向上を図るため、健診医療機関と連携し、医療機関における結果説明時に、特定保健指導につなげてもらえるよう体制を整えていく。</p> <p>特定保健指導該当者の年齢に合わせた保健指導の周知をしていく。</p> <p>地区での出張健診後の結果説明会を活用し、特定保健指導利用再勧奨にて地区の保健指導の機会を周知していく。</p> <p>特定保健指導の進捗管理を行い、積極的支援については3か月で終了するかどうか評価し、終了率を上げる取り組みを行う。</p> <p>特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率やメタボリックシンドローム該当・予備群の減少率を事業評価に追加し、特定保健指導の質の向上を目指す。またそのために、保健指導検討会でのロールプレイを実施する。</p>

No.	事業名	内容	成功要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	未達成要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	今後の事業の方向性 (判定、ストラクチャー・プロセス評価から)
4	糖尿病性腎症重症化予防事業	<p>【目的】糖尿病性腎症重症化予防の保健指導と医療と連携した取り組み</p> <p>【対象】特定健診の結果①か②に当てはまる者 ①40-64歳：HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白+以上、②65-74歳：HbA1c 7.0%以上かつ尿蛋白+以上</p> <p>【内容】</p> <p>①事業対象者全員へ本人と健診受診医療機関へ事業対象となった旨の通知と保健指導実施の可否確認を行い、可能な方へは保健指導を行う。</p> <p>②レセプト確認の結果、定期受診が確認できない者へは受診勧奨</p>	<p>受診勧奨の方で、未受診が続く方へは、リコールを実施し受診を促している。また、保健指導を実施した者へは、各種保健事業を紹介し、他の事業へつなげ、手厚いフォローを行っている。</p>	<p>複数年名簿にあがる方は、精神疾患があるなど、生活面での課題を持っている方が多く改善が難しい。</p> <p>未治療者・治療中断者にまでは手が回っていない状況にあり、書面通知など介入できる方法を探し実施する必要がある。</p>	<p>プログラム対象者数は、減少傾向にあり特定健診受診者については、このまま事業を継続する</p> <p>令和元年度の治療中断者に対し、郵送による受診勧奨を開始した。</p>
5	生活習慣病重症化予防 医療受診勧奨	<p>【目的】国保の特定健診結果から、受診勧奨と保健指導を行い健康の自己管理と生活習慣病を予防する。また、医療と連携して取り組み体制構築を行い、加入者の健康を保持増進することで健康寿命の延伸と医療費を抑制する。</p> <p>【対象】特定健診の結果、慢性腎臓病重症化予防プログラムの対象となった者</p> <p>【内容】</p> <p>①慢性腎臓病重症化予防プログラム</p> <p>1 事業対象者全員へ、本人と健診受診医療機関へ事業対象となった旨の通知と保健指導実施の可否確認を行い、可能な方へ保健指導を行う。</p> <p>2 レセプト確認の結果、定期受診が確認できない者へ受診勧奨</p> <p>②CKD（慢性腎臓病）を知らず啓発キャンペーン 市民を対象とし、CKDの知識を普及啓発し、早期から生活改善し予防する人を増やす</p> <p>③蒲郡腎臓病ネットワーク多職種研修会 保健医療関係者が蒲郡市の現状を共通認識し、課題解決に向けて取り組むことにより健康寿命の延伸と医療費をはかる</p> <p>④蒲郡腎臓病ネットワーク協議会 市民の透析者数を減らし、健康寿命の延伸と医療費適正化をはかるための協議を行い、対策を検討する</p>	<p><慢性腎臓病重症化予防></p> <p>医師会との連携体制の拡充：平成28年度糖尿病重症化予防プログラムの実施から医師会との連携が強くなり、令和元年8月には「蒲郡腎臓病ネットワーク協議会」が発足し、医師会、栄養士会などの関係機関の連携が取れる体制が整った。</p> <p>啓発キャンペーンで市民へ知識普及と多職種研修会で保健医療関係者への情報共有をはかっており、蒲郡の現状を共有する機会となっている。</p>	<p><慢性腎臓病重症化予防></p> <p>特定保健指導対象かつ慢性腎臓病重症化予防プログラム該当者は、地区担当保健師より連絡してもらっているが、保健指導になかなかつながらっていない。また、指導内容の標準化を図り、誰が行っても同レベルの指導になるよう取り組む必要がある。</p>	<p><慢性腎臓病重症化予防></p> <p>新規透析患者は10人前後で推移しているが、出入りを追跡するとほかの保険から健康状態が悪くなって国保に加入される方や透析となったため後期高齢へ移動される方も多いため、社会保険・後期高齢者医療とのつながり、若い頃から高齢者まで一体的な取り組みが必要。</p> <p>体制は整い、協議会で取り組み内容について相談できるようになったことから、今後も取り組みを継続する。</p>
		<p>【目的】ハイリスク者への受診勧奨と保健指導を行い、健康の自己管理と生活習慣病を予防し加入者の健康を保持増進することで健康寿命の延伸と医療費を抑制する</p> <p>【対象】特定健診の結果、受診勧奨判定値となった者及びリスクが重複しており、生活習慣病の重症化が心配な者</p> <p>【内容】</p> <p>①血糖コントロール塾7.0会</p> <p>血糖コントロールの必要な方が、自主的に取り組む生活改善を支援する</p> <p>②からだ&血管若返りセミナー（高血圧症重症化予防）</p> <p>血圧が高めの方を対象とし、知識の普及と生活改善のポイントを体験しながら学び、生活改善を促す</p> <p>③ハイリスク者個別保健指導</p> <p>③-1 情報提供</p> <p>③-2 保健指導</p> <p>a) 特定健診の結果、HbA1c7.0%以上の方</p> <p>b) 特定健診の結果、服薬のため特定保健指導対象外だが、リスクが重なり将来的に重症化が心配な方</p> <p>④蒲郡健康大学糖尿病予防学部（健康推進課）</p> <p>④-1 通学コース：市内在住在勤で糖尿病の治療をしていない</p> <p>④-2 専門コース：市内在住在勤で糖尿病の重症化予防や血糖コントロールの生活改善が必要と思われる方</p>	<p><重症化予防全体></p> <p>健診結果を元に介入方法や受診勧奨方法を系統立っている。結果は随時確認し重要度に応じた情報提供及び保健指導、受診勧奨を行う体制が整った。また保健指導対象者は名簿を作成し進捗管理できている</p> <p>糖尿病の予防や重症化予防に関する教室をいくつか設置し、各種保健事業でフォローしている。様々な教室に参加する中で、生活改善に取り組むコントロールできている方が増えている。</p>	<p><重症化予防全体></p> <p>職員体制：保険年金課・健康推進課共同で実施。保険年金課 予算でパート保健師・管理栄養士・事務を雇っているが勤務時間が短くマンパワー不足。</p> <p>施設：個別面談を行う場所の調整が難しい。</p> <p>未治療者・治療中断者にまでは手が回っていない状況にあり、手紙通知など介入できる方法を探し実施する必要がある。</p> <p>やせや貧血の人へリーフレットを同封しているが、保健事業の提供はできておらず、フレイル等介護予防としての啓発を新たに検討していく必要がある。</p>	<p><重症化予防全体></p> <p>健診受診をきっかけとした健康づくり体制が整ったことから効果検証を行いながら取り組みを継続する。</p> <p>平成28～30年度でのHbA1c5.6%未満の割合は19.2%→31.7%と増加し、HbA1c7%以上の割合は4.8→4.4%と減少しており、結果が数字に表れつつある。HbA1c5.6%以上の方へ入っていたチラシは内容を見直した。</p> <p>ハイリスク者個別保健指導は、慢性腎臓病重症化予防プログラムの開始に伴い対象者を見直す。</p>
6	若いころからの健康づくり	<p>【目的】若いころからの健康づくり、生活習慣病を予防するため健診受診後の健康管理及び体重管理を推進する。</p> <p>【事業内容・対象】</p> <p>①体重測定100日チャレンジ</p> <p>②ヤングエイジ健診</p> <p>③禁煙サポート</p> <p>④禁煙外来治療費助成事業</p> <p>⑤運動サポートセンター</p> <p>⑥健康宣言（協会けんぽ）</p>	<p>ヤングエイジ健診は20・25・30・35歳の市民へ受診票を送付し周知を行ったことで、受診者数が伸び受診者の41%を、新規受診者は77.7%を占めた。</p> <p>体重測定100日チャレンジ及びヤングエイジ健診事後の指導等、体重管理の重要性を啓発できている。</p> <p>また、参加者の健康意識や健康状態の改善がみられる。</p>	<p>体重測定100日チャレンジの参加人数は増加していないため、周知、啓発していく必要がある。</p> <p>ヤングエイジ健診の結果では、要指導・要医療となった者が65%を占めており、受診勧奨や保健指導を行っているが連絡がとれない等の理由から約26%にしか指導が行えていない。</p>	<p>自己の健康について意識し、体重の変化から生活習慣の気づきや改善につながることから啓発を続け、無関心層への働きかけの方法を模索してゆく。</p> <p>ヤングエイジ健診の結果で肥満やメタボ、メタボ予備群判定になった者へ保健指導を行う。</p> <p>禁煙サポート、禁煙外来治療費助成事業は継続する。</p> <p>協会けんぽと協力し健康宣言企業を増やし、会社ぐるみで健康づくりを行う企業を増やす。</p>
		<p>禁煙外来治療補助事業にて禁煙治療を最後まで継続し、禁煙できた人や禁煙サポートに参加し禁煙に成功する人も毎年2～3人いた。</p>	<p>禁煙サポートの集団の参加者が年々減少している。</p>	<p>母子保健事業に合わせ、親世代の禁煙の推進をする。</p> <p>禁煙サポートについては、周知方法や実施方法を検討する。</p>	
		<p>特定健診の結果に合わせ運動サポートセンターを周知し、生活習慣病のリスクの高い人を運動サポートセンターにつなげることができた。</p>	<p>活動量計の貸し出し等で、日常生活動作を意識する人は増えつつあるが、健診受診者への啓発ができていない状況にある。</p>	<p>健診の問診票を活用し、事業周知においてターゲットを絞った個別通知を検討していく。</p>	
7	使用医薬品適正化地域医薬品	<p>【目的】医療費の抑制</p> <p>【対象】平成28年度：20歳以上の対象服用日数14日以上で1保険者当たりの差額が300円以上 平成29年度：16歳以上の対象服用日数7日以上で1保険者当たりの差額が200円以上 平成30、令和元年度：16歳以上の対象服用日数5日以上で1保険者当たりの差額が200円以上</p> <p>【内容】現在先発医薬品を服用している被保険者に対して、後発医薬品に変更した場合の差額を示した通知をする。</p>	<p>国保連合会からの通知及び令和元年度の薬剤通知により、ジェネリック医薬品による削減率は啓発できた。</p> <p>また健康イベントで歯科医師会と共同でジェネリックの相談及び啓発を実施することができた。</p> <p>健診を受けた方にジェネリック希望の保険証入れを配布し、啓発することができた。</p>	<p>令和元年度の医療分析によりジェネリック率が低いのは、院内処方や門前薬局が多い。医療機関及び薬局の傾向を把握することができたが、医師会や薬剤師会への還元ができていない。</p>	<p>令和元年度の薬剤分析とKDBの結果をまとめ、医師会や薬剤師会と現状を共有し、対策を検討していく。</p>
8	重複処方薬の削減	<p>【目的】重複受診及び重複投薬への対策を実施し、生活習慣改善や健康づくりの動機付けをする。</p> <p>【対象】</p> <p>①2ヶ月（又は3ヶ月）連続して、1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている者。</p> <p>②前年度の1月～3月医療受診者のうちを2以上の医療機関から10種類以上の薬剤処方をされた者、または同成分の医薬品を同月中に2医療機関以上で処方されている方で3月に重複がされている者、併用禁忌を処方されている者（腫瘍用薬該当者、中枢神経用薬該当者、アルカロイド系、検査用薬での多剤重複の薬効除外者は除く）</p> <p>【内容】</p> <p>①国保連合会が抽出した対象者に対し、保健師が訪問し指導を行う。</p> <p>対象疾患：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、睡眠障害（睡眠薬のみ）。</p> <p>②委託により医薬品分析をし、重複薬剤数、薬の種類数、ジェネリック医薬品変更による削減金額を個別通知。</p> <p>通知後、6剤以上多剤、重複服薬、禁忌服薬のケースに対し、保健師より電話による指導実施し、かかりつけ医、かかりつけ薬局、薬剤師への相談の推奨、また希望者には薬剤師によるお薬相談を紹介し、薬剤師会連携のもとお薬相談（個別面談）を実施。</p>	<p>パート保健師による訪問により、整形外科や内科の多受診の状況を把握し、定期的な指導ができています。</p> <p>令和元年度の薬剤通知から、通知した方へ保健師から電話にて状況確認とお薬手帳について保健指導できた。</p>	<p>重複投薬の多くは睡眠導入剤が多く、精神疾患のある方が多い傾向にあり、薬剤指導の介入が難しい傾向にある。</p> <p>毎回、多剤として名簿に挙がる人は決まっており、介入困難な人が多い。</p> <p>かかりつけ医と専門医のいる内科（総合病院）、耳鼻科、眼科、整形外科と多くの医療機関に受診している人が重複・多剤投与者となっており、かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の普及と薬の調整、指導できる体制が必要である。</p>	<p>令和元年度の薬剤分析とKDBを使い、多剤及び重複服薬の傾向を把握し、対策を検討していく。</p> <p>医師会や薬剤師会と現状や課題を共有し、連携体制を整える。</p> <p>お薬手帳の一本化の普及とかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師の制度の普及を行う。</p> <p>※中間評価では、指標は変更せず、状況分析と課題を明確にし、第3期に向けた体制を考えていく。</p>

No.	事業名	内容	成功要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	未達成要因 (ストラクチャー・プロセスを踏まえて)	今後の事業の方向性 (判定、ストラクチャー・プロセス評価から)
9	がん検診	<p>【目的】死因第1位であるがんを早期発見、早期治療をし、また発症リスクの予防を図るため、がん検診及びリスク検査、予防接種等の受診率の向上を図る。</p> <p>【事業内容・対象】市内委託医療機関で個別検診（乳がん・子宮頸がんは集団あり） 胃がん：50歳以上の市民（年2回）40歳以上で前年度受診歴がない方は希望により受診可 胃がんリスク：40歳以上で過去市の胃がんリスク検査を受診したことがない市民 肺がん・大腸がん：40歳以上の市民 前立腺がん：51歳以上の奇数年齢の男性市民 B型・C型肝炎ウイルス：40歳以上で過去に受診歴のない人 ※40歳は無料 乳がん：40歳以上の女性市民（2年に1回） ※41歳のクーポン対象者は無料 子宮頸がん：20歳以上の女性市民（2年に1回） ※21歳のクーポン対象者は無料 HPV：25～54の女性市民 ※子宮頸がん検診と同時実施に限り受診可能 ※平成30年度より実施</p> <p>【費用】各500円 市民税非課税世帯、生活保護受給者は無料 【事業実施主体】健康推進課</p>	<p>特定健診・後期高齢者健診の受診券とセットでがん検診受診券を郵送しており、医療機関での健診時には同時に実施できる体制となっている。健康推進課では、平成28年度から胃がんリスク検査を実施し、平成29年度から中学生ピロリ菌検査及び肝炎ウイルス健診陽性者のフォローアップ事業を開始した。平成30年度にはHPV検査と肝炎ウイルス健診の満40歳の無料化を開始し、がん検診等の健診体制を整備し拡充できている。令和元年度より、国保の人間ドック受診者のがん検診内容を把握し、精密検査の追跡フォローを実施しており、がんの早期発見に向けてサポートしている。</p>	<p>がん検診の事業が市民に広く周知できていない。国保及び後期高齢者医療保険加入者以外の対象者への周知を図り、がん検診の受診率の向上を図る必要がある。</p>	<p>市の安心ひろメールを活用し、市民に広くがん検診について周知していく。また健康宣言企業等を通して、働く世代へがん検診について周知する。</p>
10	健康づくり・インセンティブ	<p>【目的】愛知県健康マイレージを啓発し、健診を受け健康づくりに取り組む人を増やす</p> <p>【対象】18歳以上の市内在住・市内在勤の人</p> <p>【内容】健診を受け、健康づくりに取り組み、100ポイント貯めるとお店でお得に使える「まいかカード」を発行し、粗品をプレゼント。</p>	<p>体重測定100日チャレンジに合わせ啓発することで、健診後の健康管理の実践につながり、まいかカードの発行対象とすることができている。また事前事後のアンケートでも食事や運動に気を付けるようになった人が増えている。</p>	<p>健康無関心層の方が健康づくりに取り組む動機として啓発することは難しく、体重測定や特定保健指導での実践の継続への意識付けとなっている。愛知県のアプリを導入していないため、市民申請の数が市と県のアプリに分かれてしまう傾向にある。</p>	<p>健康無関心層への啓発事業となるよう、インセンティブの在り方を検討する。</p>
11	歯科健康診査	<p>【目的】自己の口腔内の状態を知り、歯の喪失を予防し、生涯自分の歯で食べる人を増やす</p> <p>【対象】歯周病検診（20歳～75歳 5歳刻み年齢・無料）80歳（8020検診）</p> <p>【内容】市内受託歯科医院にて実施（口腔内検査）無料</p>	<p>歯科検診においては、保育園や学校と連携し、歯磨き・フッ素の教室を実施しており、子ども達への啓発は充実している。65歳の歯周病検診受診率は向上がみられた。</p>	<p>再通知等にて受診を促していく必要がある。</p>	<p>がん検診等の啓発と同時に歯周病検診の受診勧奨を行い、歯周病が全身の疾病に関係することを伝えていけるよう取り組む。</p>

データヘルス計画全体の評価

【評価判定区分】
 a：改善
 a*：改善(改善しているが、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる)
 b：変わらない
 c：悪化している
 d：評価困難

【表3】

策定時の健康課題	策定時の目標	目標		実績値				評価判定	目的・目標の達成状況		
		指標	目標値	計画策定時 基準値 平成28年度 (ベースライン)	平成29年度	平成30年度	令和元年度		達成に繋がる取組・ 要素	未達成に繋がる背景・要因	今後の方向性 (保険事業の評価結果を踏まえて)
特定健診未受診及び生活習慣病治療なしの人は3,426人(平成28年度)で、健診対象者の1/4は健康状態が不明です。また生活習慣病なして健診受診者の26%が特定保健指導該当です。このため健康診査の受診勧奨を強化し、健診受診率の向上及び特定保健指導率の向上を図り、健診事後の生活習慣病予防に繋げる必要があります。	(1)特定健康診査受診率の向上 ①対象者別の受診勧奨対策 ②地区、性・年代別の受診率の低い層への健診体制の整備 (2)特定保健指導終了率の向上 ①地区、性・年代別の特定保健指導実施率の低い層への利用勧奨 ②特定健康診査実施期間別の特定保健指導利用勧奨の工夫	特定健診受診率(法定報告)	H30 40% R1 45% R2 50% R3 55% R4 57% R5 60%	37.4%	37.9%	39.5%	39.7% (KDB全体像の把握より)	a*	3年以上の連続未受診の受診勧奨を強化したことで、受診率は向上し、医療未受診・健診未受診の割合は低下した。	医療機関での健診受診率が低下しており、医療機関受診・健診未受診率が増加している。	医療機関で定期的を受診している人を健診につなげ、コントロール不良の方に対する生活改善への啓発、保健指導を実施する。
		特定保健指導終了率(法定報告)	H30 20% R1 25% R2 30% R3 40% R4 50% R5 60%	17.4%	29.3%	28.3%	初回実績	a*	地区担当保健師による利用勧奨電話を強化し、利用率の向上が図れた。市民病院人間ドック当日の特定保健指導により効率よく保健指導につなげることができた。	集団の特定保健指導につなげることができず、個別指導が中心となっている。医療機関から健診結果について「問題ない」と言われた方の保健指導への意識が低い。	健診医療機関に保健指導の必要性を伝えてもらえるよう連携していく。保健指導の周知内容及び効果を啓発を工夫し、意識を高める。地区担当保健師の勉強会を開催し、質の向上を図る。
平成28年度の死因は、糖尿病による死亡率(2.8%)が国や県(1.6%)より高く、特定健診による非肥満の高血糖(21.2%)も国及び県の9.3%と比較してかなり高いです。性・年齢別の高血糖者では、女性は肥満よりも非肥満の高血糖者の割合の方が高く、男性では45歳以上の高血糖者の3割が非肥満です。健診による糖尿病のフローチャートでは血糖コントロール不良の人が多く、特定保健指導以外の糖尿病予防及び重症化予防への対策と糖尿病予防糖尿病性腎症への対策が重要となります。	(3)生活習慣病重症化予防(重点課題) ①糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の拡充と医療と連携した取り組み ②ハイリスク者(高血糖・高血圧・脂質異常)への保健指導の充実	HbA1c7.0%以上の割合の減少(AICube)	R5 4%以下	4.8%	5.1%	4.4%	4.9%	b	健診結果を元に介入方法や受診勧奨方法を系統立っている。結果は随時確認し重要度に応じた情報提供及び保健指導、受診勧奨を行う体制が整った。また保健指導対象者は名簿を作成し進捗管理できている。	特定健診未受診かつ未治療者・治療中断者にはまだ手が回っていない。社会保険・後期高齢者医療とつながり、若い頃から高齢者まで一体的な取り組みが必要。	ヤングエイジ健診・後期高齢者医療健診など、他の医療保険と保健事業を連動させて、早期の段階から健康づくり取り組みを増やすように調整しながら進める。
		非肥満高血糖の割合(KDB：全体像の把握)	R5 15%以下	21.2%	18.8%	13.9%	16.6%	a*	各種保健事業を色々な場面で紹介し、多くの人に参加を促している。	健康に対する意識が薄い無関心層へのアプローチが必要。若い時期からの生活改善や重症化予防の取り組みが必要。	ヤングエイジ健診やレディースミニドックなど若い時から健康管理を促す取り組みを継続する。
		国保被保険者の新規人工透析患者数の抑制(KDB透析患者数・各：年度3月比較)	R5 9人以下	9人	13人	9人	7人	a			
		生活習慣病重複リスク者の割合	R5 20%以下(リスク2以上) 7%以下(内リスク3)	23.6%(リスク2以上) 10.5%(内リスク3)	23.3%(2以上) 10.1%(内3)	23.6%(2以上) 9.2%(内3)	24.6%(2以上) 9.4%(内3)	b			
40歳代の特健健診受診者の42.2%はメタボリックシンドローム該当及び予備群であり、体重管理を含めた若い頃からの健康づくりを推進する必要があります。死亡率及び一人当たり医療費の高いがんの対策として、がん検診受診率の向上、がんの予防の普及啓発により早期発見・治療へと繋げていく必要があります。介護保険新規申請者の40歳～74歳の原因疾患は、脳血管疾患が20.7%、がんが19.6%、骨折・関節疾患が14.1%であり、介護予防のため健診事後の生活習慣病予防に向けた保健指導を強化するとともに、骨折・関節疾患予防のため骨粗しょう症検診受診推奨や運動普及の推進が必要です。	(4)若い世代からの健康管理及び健康づくり ①メタボリックシンドロームの予防に向けた体重管理の普及啓発 ②健診、検診受診啓発(がん・ヤングエイジ・骨粗しょう症・歯周病) ③喫煙対策の推進と環境整備 ④地域における健康づくりの取り組みの推進 ⑤地域、職域と連携した健康づくりの体制整備 ⑥運動の推進	BMI25%以上の割合(KDB：健診有所見者状況)	R5 23.5%以下	25.4%	26.3%	26.6%	26.2%	c			
20歳からの10kg以上の体重増加の割合(KDB：地域の全体像の把握)		R5 28%以下	32.5%	33.2%	34.2%	34.6%	c				
40歳代男性のメタボ該当の割合(KDB：メタボ該当者・予備軍)		R5 18%以下	24.4%	22.1%	16.1%	18.8%	a				
40歳代男性のBMI25以上の割合(KDB：健診有所見者状況)		R5 30%以下	41.6%	38.6%	36.3%	39.0%	a*				
日常生活で歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していない人の割合(KDB：質問票調査の経年比較)	R5 50%以下	53.7%	53.9%	55.9%	55.6%	c	健康推進課にて平成29年度に運動サポートセンターを開設し、特定健診にて該当する人に周知し、運動習慣化を推進している。	仕事により活動量が少ない人もおり、こまめに動く工夫を伝えているが、改善が難しい人もいた。	活動量を増やすことの大切さとその健康への効果を周知啓発する。		
40歳代の喫煙率(KDB：質問票調査の経年比較)	R5 20%以下	40～44歳 28.4% 45～49歳 28.0%	40～44歳 26.8% 45～49歳 27.9%	40～44歳 22.7% 45～49歳 22.3%	40～44歳 21.1% 45～49歳 22.3%	a	健康増進法の改正により受動喫煙の防止も進み、市でも受動喫煙防止条例を制定し、啓発している。令和元年度から禁煙外来医療費の補助をし、禁煙につなげている	禁煙サポート(集団)の参加者は年々減少しており、周知方法や開催方法を検討していく必要がある。	母子保健事業の中で喫煙している親への啓発を強化する。また40歳までに禁煙することの健康への効果を伝え、啓発していく。禁煙サポートの周知方法を検討する。		
一人当たり医療費は増加しており、医療費適正化に向けて、かかりつけ医及びかかりつけ薬局等と連携した生活習慣病重症化予防、ジェネリック薬品の普及啓発及び重複受診等への対策を図る必要があります。	(5)医療費の適正化 ①ジェネリック医薬品の普及啓発 ②重複受診及び重複投薬への対策	ジェネリック利用率(数量ベース)	R2 80% R5 90%	68.8%	66.3%	69.5%	73.2%	a*	R元年の医療分析による薬剤通知でジェネリックの変更による削減率を啓発することができた。	医療分析の結果を医師会や薬剤師会と共有することができなかった。	医師会、薬剤師会と薬剤分析の結果を共有し、今後の対策を検討する。
		重複受診数 多受診者数 多受診適正化率	R5 重複受診月15人多受診月50人90%以上	72.2%	100.0%	98.2%	97.9%	a	パート保健師による定期的な訪問で、多受診の状況を把握し、加入することができた。	整形の電気治療による多受診者が多い傾向にあり、疾病予防及び症状の緩和への対応についての保健指導ができていない状況にある。	多受診となる疾病の状況を把握し、訪問で保健指導で切るよう体制を整える。

**蒲郡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(平成30年度～平成35年度)
中間評価報告書**

令和4年3月発行

**蒲郡市 健康福祉部 保険年金課
〒443-8601 蒲郡市旭町17番1号
TEL : (0533) 66-1103
FAX : (0533) 66-1181**