

第1期那智勝浦町国民健康保険データヘルス計画及び
第3期那智勝浦町特定健康診査等実施計画

令和2年度中間評価

令和3年3月

那智勝浦町 国民健康保険

目次

1	中間評価の目的.	1
2	評価方法.	2
3	評価結果	
	（1）計画全体の目標と実績値の推移.	3
	（2）個別保健事業の目標への到達状況.	4
	（3）個別保健事業の評価と今後の方向性.	5
4	計画全体の今後の方向性.	10
5	資料編	
	（1）計画策定時からのデータの推移.	11
	（2）個別保健事業【評価】シート 中間評価（平成 29 年度～令和元年度）.	14

第1期那智勝浦町国民健康保険データヘルス計画及び第3期那智勝浦町特定健康診査等実施計画

－ 中間評価 －

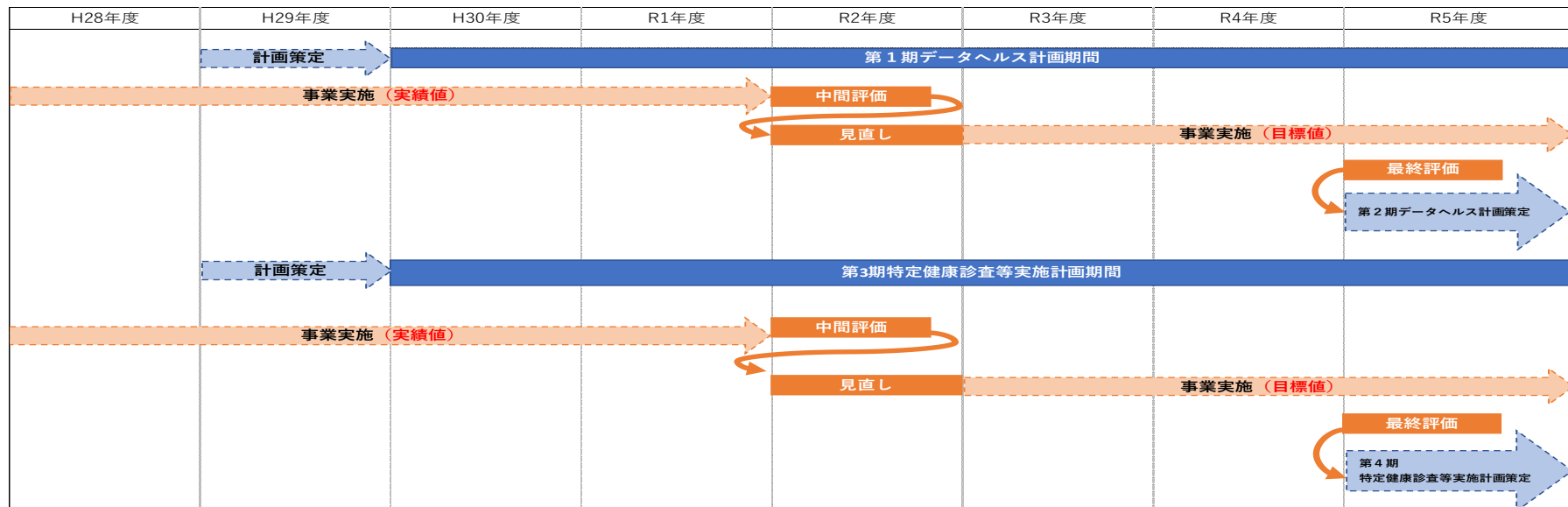
1 中間評価の目的

平成30年3月に策定した第1期那智勝浦町国民健康保険データヘルス計画（平成30年度から令和5年度）に基づき、被保険者の健康保持増進に取り組むため、保健事業を実施してきました。計画の中間時点において、事業の進捗状況を確認するとともに目標の達成状況を評価し、計画期間の後半に向け、事業の方向性と体制や実施方法を検討することを目的に中間評価を実施しました。

また、計画期間を同じくして、データヘルス計画の重点事業である特定健康診査及び特定保健指導については、「第3期 那智勝浦町特定健康診査等実施計画」において実施されており、特定健診受診率及び特定保健指導実施率についてデータヘルス計画と同一の目標値を設定していることから同時に中間評価を実施しました。

なお、計画の最終年度において、計画全体の目的・目標の達成状況を評価し、次期計画策定に向けて保健事業の評価と見直しを実施します。

《第1期データヘルス計画及び第3期特定健康診査等実施計画 評価・見直しスケジュール》



2 評価方法

(1) 計画全体の目標と実績値の推移

計画全体の目的・目標を確認したうえで、計画に記載した評価指標（目標）に基づき実績値を収集し、計画策定時の現状値（平成 28 年度）からこれまでの実績値の推移をみて、以下の 4 段階で評価しました。

a：改善している b：変わらない c：悪化している
d：評価できない ※長期目標のため実績値を毎年度収集できず最終年度のみで評価する場合など

(2) 個別保健事業の目標への到達状況

計画に記載した評価指標に基づき実績値を収集し、目標※への到達状況を確認しました。計画策定時の現状値（平成 28 年度）からこれまでの実績値の推移をみて、最終目標に到達できそうかどうか判断し、以下の 4 段階で評価しました。

※計画では令和 2 年度の目標値を中間評価の目標値として設定していますが、令和 2 年度中に中間評価を実施するため令和元年度の目標値で評価しました。なお、個別保健事業は毎年度目標値を設定し実施しています。

a：目標に到達している
b：目標に到達していないが、最終目標は達成できそう
c：目標に到達しておらず、最終目標も達成できそうにない（平成 28 年度と比べ改善している）
d：平成 28 年度と比べ悪化している

(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性

事業毎に実施状況を整理し、課題と改善点を明らかにしたうえで、計画期間の後半に向け事業の継続、拡充、縮小のいずれかの方向性と、実施体制や方法の工夫や変更を検討しました。これらを踏まえ、最終目標値についても現状維持、上方修正、下方修正のいずれかを検討しました。

(4) 計画全体の今後の方向性

個別保健事業の評価結果と合わせ、計画全体の目標達成のために強化すべき取り組み等を検討しました。その上で制度の改正等の動向を踏まえるとともに、福祉課（保健衛生部門）の保健師・管理栄養士等の専門職と連携を図りながら、また和歌山県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会の支援及び那智勝浦町国民健康保険事業の運営に関する協議会の意見聴取を行い中間評価・見直しを実施しました。

3 評価結果

(1) 計画全体の目標と実績値の推移

≪データヘルス計画の目的≫

保健事業を通して、被保険者が、将来の医療費抑制や生活の質（QOL）の低下防止のために健康管理を行うことの重要性について認識し、特定健診をかかさず受診することで健康状態を把握し、自ら生活習慣の改善に取り組むようになることを目指します。

計画全体の目標		実績値				評価
評価指標	目標	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	
糖尿病 被保険者千人当たり患者数（人）※ ¹	減少	103.3	107.3	105.5	106.1	c
高血圧症 被保険者千人当たり患者数（人）※ ²	減少	246.6	247.9	237.3	241.6	a
脂質異常症 被保険者千人当たり患者数（人）※ ³	減少	195.9	201.2	191.4	192.9	a
評価（4段階） a：改善している， b：変わらない， c：悪化している， d：評価できない						

※1～3：KDB：様式3-1 生活習慣病全体のレセプト分析 各年度3月分（5月帳票）

(2) 個別保健事業の目標への到達状況

事業名	評価指標	目標値		実績値				評価
		(中間評価) R1 年度	(最終評価) R5 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	
特定健診未受診者対策事業	特定健診受診率※1	33%	45%	24.6%	27.8%	33.9%	34.1%	a
特定保健指導未利用者対策事業	特定保指導実施率※2	30%	50%	18.2%	8.8%	11.2%	20.8%	c
糖尿病性腎症重症化予防事業	新規透析受療者数※3	4 人	4 人			2 人	3 人	a
生活習慣病重症化予防事業	受診勧奨者の受診率	100%	100%			未実施	未実施	-
若葉健診事業	若葉健診受診率	向上	40%	6.4%	12.3%	13.5%	14.6%	c
脳ドック事業	要受療者の受診率	100%	100%	100%	100%	75%	100%	a
重複服薬者対策事業	保健指導実施 6 カ月後の 重複服薬解消率	100%	100%	未実施 (文書送付のみ)	100%	未実施 (対象者なし)	未実施 (対象者なし)	b
評価（4段階） a：目標に到達している， b：目標に到達していないが、最終目標は達成できそう c：目標に到達しておらず、最終目標も達成できそうにない（平成 28 年度と比べ改善している）， d：平成 28 年度と比べ悪化している								

※ 1, 2：法定報告値 ※ 3：特定疾病（新規）申請者数

(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5 年度)
特定健診未受診者対策事業	・事業実施前に委託業者との打合せでスケジュール確認や必要な作業確認を十分行ったため、1人で効率よく実施することができた。 ・健診経験者は行動科学理論に基づき4グループに、未経験者は3グループに分別し、勧奨文面の調整を複数回行って分かりやすい文面で勧奨することができた。 ・受診勧奨後に集団健診について問い合わせが増加したが、複数の健診日を提示して本人の希望日どおりに受診してもらうことができた。 ・医師会の協力を得て、治療中の対象者に意思表示券付きの勧奨ハガキを送付し、医療機関に提示して受診に結びつけることができた。 ・勧奨対象者の抽出にあたり委託業者と複数回調整を行い、予定とおり対象者全員に送付することができた。	・勧奨後に受診券を再発行してほしいという問い合わせはあったが、昨年に比べると減少した。受診券再発行数：約80件（2018年 約100件） ・健診経験者の受診率は、概ね目標を達成することができたが、健診未経験者の受診率は目標を達成できなかった。引き続き未受診者が受診しやすい環境整備が必要。勧奨文書の送付と併せて健診対象者に直接、特定健診受診を意識づける取組みが必要である。	・特定健診受診率は34.1%で目標を達成できた。最終目標値は現状維持の上、目標達成に向けて取り組む。 ・不定期受診者を連続受診に、また未経験者を受診につなげるため勧奨文書の文面を工夫するとともに、電話勧奨、リーフレット配布など直接特定健診を意識づける取組を行う。 ・勧奨後の受診券の再発行数が、昨年に比べ減少している。引き続き文面を工夫して勧奨文書を送付する。 ・集団健診の実施日をふまえた勧奨を行う。	特定健診受診率 45%

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5 年度)
特定保健指導未利用者 対策事業	・集団健診時の保健指導勧奨については、採血後の待機時間を利用し、保健指導対象者の抽出を住民課、保健指導の勧奨を福祉課と役割分担して取り組むことができた。健康意識が高まっているときに勧奨を行うことで保健指導参加への動機付けを行うことができた。 ・結果説明会出席困難者には、別日を設定するなど個別に保健指導を行うことができた。	・電話勧奨については、福祉課との役割分担について協議が不足していた。また、勧奨マニュアル等がないため、勧奨できる人が限られてしまった。	・R1 年度 特定保健指導実施率 20.8% で目標を達成できなかった。最終目標値は現状維持の上、目標達成に向けて取り組む。 ・電話勧奨については福祉課のみで事業を実施したためマンパワーが不足した。次年度は国保主管課も協力するなど体制を強化する。また、誰でも勧奨できるようマニュアル化する。 ・結果説明会出席困難者には個別に保健指導を行う体制を引き続き整える。 ・集団健診時の保健指導勧奨は健康意識の高まっている時に参加勧奨をすることで参加しやすい環境を作ることができた。次年度も引き続き実施する。	特定保健指導実施率 50%

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5 年度)
糖尿病性腎症重症化予防事業	・保健指導への参加勧奨については事前に委託業者と打ち合わせを3回実施した。目標どおり対象者全員に参加勧奨をすることができた。また、昨年度の課題となっていた無反応者（保健指導の参加の有無について回答が無かった者）については、電話勧奨を行うことにより、確実に反応を得ることができた。 また、参加を希望した人に指導前に連絡し、その後の流れがスムーズに進むよう簡単なスケジュール説明を行ったため年度内に全ての保健指導を終了することができた。 ・医師会に国保として糖尿病重症化予防への取組を強化していく点を伝え協力を依頼したことで、保健指導への参加を主治医から推奨していただくことができた。また、主治医から保健指導指示書を提出いただき連携して保健指導を進めることでできた。 ・医療機関への受診勧奨については、業務システムを使用し、効率よく抽出作業を実施できた。	保健指導実施者数については、目標の6人に対し実績は5人で、目標を達成できなかった。不参加理由の多くが「自己管理ができていないため」である反面、健診数値は改善されていないケースが多いため、保健指導の必要性・重要性をより周知する必要がある	・新規透析受療者数は、3人で目標を達成できた。最終目標値は上方修正する。 保健指導への参加については、無反応者に対し、電話勧奨を行い、確実に反応を得ることができたが、保健指導実施に結びつけることができなかった。保健指導の必要性・重要性をより周知できる勧奨方法に改める。来年度以降は医師会と連携し、かかりつけ医からも勧奨できる体制を整備する。 ・医療機関への受診勧奨については、業務システムを使用し、効率よく対象者の抽出を行えている。特定健診の受診率は依然低いことから重症及び中等症者がいまだ多く存在することも考えられるため継続して事業を行う。 ・新規透析受療者数について、目標を達成し、一定の効果があると確認できたため来年度も継続して事業を行う。	新規透析受療者数3人

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5 年度)
	受診勧奨数は、5 件で、医療機関からの健診結果提供があり次第、順次抽出作業を行い基準超過者には速やかに勧奨を行えるように体制を整え実施することができた。再勧奨については、実際の業務は、対象者がいないため実施しなかったが、対応できる体制を整えていた。			
生活習慣病重症化予防事業		他の事業を重点的に実施したため本事業への人員配置ができなかった。そのため本事業が実施できなかった。	・本事業はこれまで実施できなかった。最終目標値は現状維持とする。 ・特定健診結果分析システムを利用して対象者の抽出等が容易にできることからシステムを活用し、マンパワーが最小限となるような仕組みを作り実施する。	受診勧奨者の受診率 100%
若葉健診事業	・スケジュール確認や必要な作業確認を十分行ったため、1 人で効率よく実施することができた。 ・勧奨時点での未受診者を抽出し対象者に対し予定どおり勧奨することができた。また若葉健診申し込みの流れを記載するなど分かりやすい文面で勧奨することができた。 ・勧奨対象者の抽出にあたり未受診者及び資格確認等を行ったうえで全員に勧奨することができた。	若葉健診受診率 平成 29 年度は 12.3% 平成 30 年度は 13.5% と年々上昇しているが依然として低い。 勧奨による受診忘れ防止や対象者を拡大するなどしてより多くの人に受診を意識づけることが必要である。	・若葉健診受診率は 14.6%で依然として低い。最終目標値は現状維持。 ・若いうちから健診受診を意識づけるため来年度も引き続き事業を実施する。より多くの人に健診受診を意識づけるために受診勧奨対象者の年齢を拡大する。	若葉健診受診率 40%

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5 年度)
脳ドック事業	・事前に町立温泉病院及び在宅保健師と打合せを行った。 ・結果説明会案内通知に受付時間を指定して送付するなど、待ち時間を減らし参加しやすい環境を整えることができた ・事前に病気の兆候があった場合には保健師による保健指導があることなど周知していたこともあり、積極的に参加してくれた。 ・保健師による保健指導を行うことで要受療者が必要性を感じ受診につなげることができた。		要受療者の受診率 100%で目標を達成できた。最終目標値は現状維持する。 ・脳ドックは、例年参加希望者多数により抽選による選定を行っている。参加希望者が多数いることが想定されるため引き続き事業を実施する。 また、引き続き保健師による保健指導を行って要受療者を医療機関受診につなげる。	要受療者（すぐに医療機関を受診すべき人）の受診率 100%
重複服薬者対策事業	・年間スケジュールを立て実施したことで対象者抽出を効率よくすることができた。 ・年度当初に福祉課保健師と打ち合わせを行い、協力体制を整えていた。	対象者がおらず未実施。	・保健指導実施 6 カ月後の重複服薬解消率は、対象者がいなかったため未実施である。最終目標値は現状維持する。 ・令和元年度は対象者がいなかったが、例年対象者がいることから事業を継続し、文書による重複服薬の注意喚起を行う。送付後も多剤入手状況に改善が見られない場合は、自宅を訪問して健康被害及び適正服薬について指導する。また、福祉課保健師と年度当初に協議を行い、服薬指導体制を整えておく。	保健指導実施 6 カ月後の重複服薬解消率 100%

4 計画全体の今後の方向性

データヘルス計画策定時の健康課題の推移をみると、平成28年度と比べ被保険者千人当たりの糖尿病患者数は増加し、高血圧症、脂質異常症の患者数は微減にとどまっております。引き続き、特定健診受診率の向上に努め、医師会、関係各課と連携を図り生活習慣病予防に向けた取組みを行っていきます。

生活習慣病予防事業が必要な対象者には、自らの生活習慣の改善に取り組んでもらうことが重要です。そのため、特定健診や若葉健診の受診勧奨、特定保健指導未利用者対策事業を積極的に取り組むとともに、引き続き医師会の協力を得ながら、関係各課と協議し、実施体制を整え、医療機関受診勧奨や保健指導等による重症化予防事業を継続して実施します。

中間評価後の最終目標値 (R5年度)

糖尿病

被保険者千人当たり患者数
(103人)

高血圧症

被保険者千人当たり患者数
(237人)

脂質異常症

被保険者千人当たり患者数
(189人)

資料編_ (1)計画策定時点からのデータの推移

被保険者の年齢構成割合、一人当たり医療費

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b-a
被保険者数 (人)	a	5,568	5,228	4,959	4,769
年齢構成割合 (%)					△799
～39歳	21.1	20.1	19.6	19.2	△1.9
40～64歳	34.5	33.8	33.5	33.2	△1.3
65～74歳	44.5	46.1	46.9	47.6	3.1
一人当たり医療費 (円)					
入院	11,279	13,049	14,147	12,616	1,337
外来	15,270	15,623	15,802	16,794	1,524

* KDB：地域の全体像の把握、市区町村別データ

疾病別医療費細小分類 上位10疾病／医療費全体 ^{*1} に占める割合					
	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	(%)
1 位 統合失調症	11.7	統合失調症	10.1	統合失調症	7.2
2 位 慢性腎不全 ^{*2} (透析あり)	7.0	慢性腎不全 ^{*2} (透析あり)	6.3	慢性腎臓病 (透析あり)	5.8
3 位 高血圧症	5.9	糖尿病	5.5	糖尿病	5.0
4 位 糖尿病	5.0	高血圧症	5.4	関節疾患	4.8
5 位 関節疾患	3.1	関節疾患	4.4	高血圧症	4.5
6 位 脂質異常症	2.9	脂質異常症	2.9	脂質異常症	2.6
7 位 肺がん	2.3	脳梗塞	2.2	不整脈	2.6
8 位 不整脈	2.1	うつ病	2.2	うつ病	2.3
9 位 脳梗塞	2.0	前立腺がん	1.9	脳梗塞	2.1
10位 C型肝炎	1.8	狭心症	1.8	大腸がん	1.9

^{*1} 医療費全体：入院＋外来 ^{*2}慢性腎不全：平成29年度以前は慢性腎不全として集計

* KDB：医療費分析 (2) 大、中、細小分類

被保険者千人当たり患者数					
	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	(人)
	a			b	b-a
脳血管疾患	33.8	33.5	32.3	28.7	△5.1
虚血性心疾患	41.3	43.6	41.9	36.5	△4.8
人工透析	4.1	4.2	4.0	3.6	△0.5
糖尿病	103.3	107.3	105.5	106.1	2.8
〔再掲〕糖尿病性腎症	12.4	13.8	14.3	13.6	1.2
高血圧症	246.6	247.9	237.3	241.6	△5.0
脂質異常症	195.9	201.2	191.4	192.9	△3.0

・被保険者数：H28年度 5,568 人、H29年度 5,228 人、H30年度 4,959 人、R01年度 4,769 人

* KDB：様式-1 生活習慣病全体のレポート分析 各年度3月分 (5月帳票)

介護認定率

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	(%)
	a			b	b-a
2号認定率	0.4	0.4	0.4	0.4	0.0
1号認定率	21.3	20.1	20.5	20.8	△0.5
〔再掲〕65～74歳	5.2	4.5	4.2	4.1	△1.1
75歳以上	35.9	34.2	35.2	35.9	0.0

* KDB：要介護 (支援) 者認定状況

特定健診受診率

(%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b－a
全体	a 24.6	27.8	33.9	b 34.1	9.5
40～49歳	15.5	18.4	21.8	16.1	0.6
50～59歳	15.5	19.8	22.6	24.8	9.3
60～69歳	26.4	28.9	35.8	36.9	10.5
70～74歳	30.3	33.8	41.1	40.9	10.6

・特定健診対象者数： H28年度 4,095 人、 H29年度 3,865 人、 H30年度 3,693 人、 R01年度 3,544 人

* 法定報告値：特定健診受診率

特定保健指導実施率

(%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b－a
全体	a 18.2	8.8	11.2	b 20.8	2.6
積極的支援	16.7	9.5	6.5	12.5	△4.2
動機付け支援	18.6	8.5	13.0	23.8	5.2

・特定保健指導対象者数：H28年度 132 人、 H29年度 136 人、 H30年度 169 人、 R01年度 178 人

・積極的支援対象者数：H28年度 30 人、 H29年度 42 人、 H30年度 46 人、 R01年度 48 人

・動機付け支援対象者数：H28年度 102 人、 H29年度 94 人、 H30年度 123 人、 R01年度 130 人

* 法定報告値：特定保健指導実施率

メタボ該当者・予備群の割合

(%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b－a
メタボ該当者	a 16.0	16.5	19.4	b 20.9	4.9
メタボ予備群	9.1	9.4	9.4	10.9	1.8

・特定健診受診者数： H28年度 1,008 人、 H29年度 1,074 人、 H30年度 1,251 人、 R01年度 1,208 人 (法定報告値)

* KDB：地域の全体像の把握（メタボ該当者・予備群の割合）

特定健診受診者のリスク保有※割合（保健指導値以上）

(%)

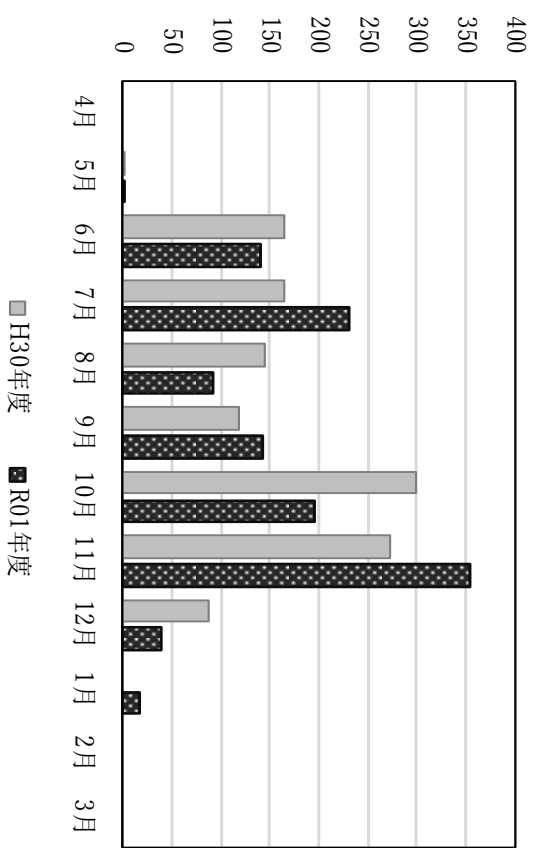
	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b－a
受診勧奨判定値	a 63.3	62.5	64.7	b 64.8	1.5
保健指導判定値	36.7	37.5	35.3	35.2	△1.5
[再掲] 服薬なしの者					
受診勧奨判定値	34.2	33.4	35.6	32.1	△2.1
保健指導判定値	21.7	21.5	19.7	20.1	△1.6
血糖・血圧・脂質	17.9	19.0	20.6	21.3	3.4
血糖・血圧	15.9	14.4	13.8	13.1	△2.8
血糖・脂質	4.6	4.1	4.6	5.0	0.4
血圧・脂質	13.4	15.4	13.9	14.6	1.2
血糖のみ	6.2	5.8	5.6	5.9	△0.3
血圧のみ	17.8	17.6	19.3	19.7	1.9
脂質のみ	7.1	6.7	6.1	6.1	△1.0

※ リスク保有：血糖、血圧、脂質のいずれか1つ、あるいは2つ以上保有

・特定健診受診者数： H28年度 1,008 人、 H29年度 1,074 人、 H30年度 1,251 人、 R01年度 1,208 人 (法定報告値)

* KDB：健診ツリー図（CSV）特定健診受診者のリスク保有割合（保健指導値以上）

(人) 特定健診 月別受診者数



若葉健診事業 (%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b-a
	a			b	b-a
若葉健診受診率	6.4	12.3	13.5	14.6	8.2

・若葉健診対象者数： H28年度 405 人, H29年度 357 人, H30年度 303 人, R01年度 273 人

* 若葉健診データ (若葉健診受診者数/若葉健診対象者数)

脳ドック事業 (%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b-a
	a			b	b-a
要受療者の受診率	100.0	100.0	75.0	100.0	0.0

・要精検者数： H28年度 4 人, H29年度 2 人, H30年度 8 人, R01年度 1 人

* 脳ドック受診者名簿 (要精検者のうち医療機関受診者数/要精検者数)

重複服薬者対策事業 (%)

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度	b-a
	a			b	b-a
保健指導実施6ヵ月後の重複服薬解消率	未実施 (文書送付のみ)	100.0	未実施 (対象者なし)	未実施 (対象者なし)	0.0

・重複服薬対象者数 H28年度 2 人, H29年度 2 人, H30年度 0 人, R01年度 0 人

個別保健事業【評価】

中間評価 (平成 29 年度～令和元年度)

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 特定健診未受診者対策事業

事業と健康課題の関係			事業企画			
※データヘルス計画から抜粋			対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
現状	課題	事業目的・目標				
・疾病別では慢性腎不全（透析あり）や高血圧症、糖尿病等の生活習慣病の医療費が高い。 ・糖尿病や高血圧症、脂質異常症の受療者が 40 歳代から増加し、脳血管疾患や虚血性心疾患の受療者は 50 歳代から増加している。 ・特定健診受診率が 24.6%と和歌山県や国より低い。 ・受診者の半数以上が収縮期血圧や HbA1c、LDL コレステロールの所見ありとなっている。	生活習慣病の医療費が高く、それらの対象者は 40 歳代から増加傾向にある。自身の健康状態を把握し生活習慣病予防につなげる必要があるが、特定健診受診率が低いため、受診率を向上する必要がある。	【目的】 特定健診の受診忘れの防止及び経年未受診者の受診への動機づけを行うことで、特定健診を確実に受診するようになる。 【目標】 自身の健康状態を把握してもらうため、特定健診受診率の向上を図る。 【数値目標】 H29 年度： 向上 H30 年度： 30% R1 年度： 33% * H28 年度（実績） 24.6%	特定健診の未受診者（勸奨実施時点で未受診となっている者） ① 特定健診の未受診者 ② 特定健診の経年未受診者	1 回目 7 月 2 回目 9 月 R1 年度から変更 1 回目 6 月下旬 2 回目 9 月中旬 3 回目 11 月初旬	未受診者の過去の受診歴や健康意識を分析し、未受診者の行動変容に最も効果的な勸奨文書を送付する。	【実施体制】（役割分担） ・住民課担当者 1 名（事業者選定・契約、問合せ対応） ・業者委託（対象者分析、勸奨文書作成・送付、結果報告作成） 【方法】 特定健診データ等を分析し、未受診者を受診歴や健康意識によって行動科学理論に基づき、次のグループに分別した。 ①健診経験者（健診を受けた事がある人） を次の 4 グループ（AI による自動解析） ・頑張り屋・心配性 ・甘えん坊・面倒くさがり ②健診未経験者（過去 6 年間健診を受けた事がない人） 1 回目は分別したグループごとにデザインを変更した文書を送付し、2 回目は一律同じ内容の文書を送付した。 ※今年度 75 歳に到達する者は受診率に算定されないため除外した。 R1 年度から変更 ① 健診経験者（連続受診者を除く）を次の 4 グループ ・頑張り屋・心配性 ・甘えん坊・面倒くさがり ② 健診未経験者（過去 3 年間健診を受けた事がない人） を次の 3 グループ ・通院履歴有・通院履歴無 ・前年度国保加入者 通院履歴がある検診未経験者に意思表示カード付文書を送付する。

※ 上記、H30～R1 年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 〔事業目標の達成状況 考察・課題と改善点〕
目標	数値目標 評価指標	・業務に携わる人員：1人	・勧奨時点の未受診者に対し、受診率向上を図るため実施する 勧奨回数 健診経験者2回・健診未経験者2回	・受診勧奨文書送付数(率) 【1回目】 連続受診者を除く未受診者全員 想定：3,200人(100%) その内 ①健診経験者：1,000人 ②健診未経験者：2,200人 【2回目】 未受診者のうち通院履歴があり健診未経験者全員(100%) 想定：1,500人 【3回目】 未受診者のうち2回目送付者以外全員(100%) 想定：1,600人	・健診経験者の受診率：70% (平成30年度：73.7%) 受診者906人/健診経験者1,230人 ・健診未経験者の受診率：15% (平成30年度：12.8%) 受診者338人/健診未経験者2,636人 ・特定健診受診率：33% (平成30年度：受診率33.9%)	【事業目標の達成状況】 特定健診受診率は34.1%で目標を達成できた。 最終目標値は現状維持の上、目標達成に向けて取り組む。 【事業内容毎の評価】 ・不定期受診者を連続受診に、また未経験者を受診につなげるため勧奨文書の文面を工夫するとともに、電話勧奨、リーフレット配布など直接特定健診を意識づける取組を行う。
	結果の内訳 数値目標の達成状況	・業務に携わる人員1人 →達成できた。	・6月 健診経験者・未経験者 ・9月 未経験者のうち通院履歴あり ・11月 健診経験者・未経験者 (9月送付者を除く) →達成できた。	・【1回目】6月26日 3,104人／3,104人 (100%) →達成できた ① 849人 ②2,255人 【2回目】9月11日 1,338人／1,338人 (100%) →達成できた。 【3回目】11月6日 1,729人/1,729人 (100%) →達成できた。	・健診経験者受診率：69.6% 997人／1,433人→未達成 ・健診未経験者受診率：9.9% 237人／2,386人→未達成 (受診率向上事業期末報告書) ・特定健診受診率(法定報告) 34.1%→達成	・勧奨後の受診券の再発行数が、昨年に比べ減少している。引き続き文面を工夫して勧奨文書を送付する。 ・集団健診の実施日をふまえた勧奨を行う。
	結果・達成状況					
自己評価(振り返り)		工夫した点 上手くいった点	・健診経験者は行動科学理論に基づき4グループに、未経験者は3グループに分別し、勧奨文面の調整を複数回行って分かりやすい文面で勧奨することができた。 ・受診勧奨後に集団健診について問い合わせが増したが、複数の健診日を提示して本人の希望日どおりに受診してもらうことができた。 ・医師会の協力を得て、治療中の対象者に意思表示券付きの勧奨ハガキを送付し、医療機関に提示して受診に結びつけることができるようにした。	勧奨対象者の抽出にあたり委託業者と複数回調整を行い、予定とおり対象者全員に送付することができた。	健診経験者の受診率は、概ね目標を達成することができたが、健診未経験者の受診率は目標を達成できなかった。引き続き未受診者が受診しやすい環境整備が必要。勧奨文書の送付と併せて健診対象者に直接、特定健診受診を意識づける取組が必要である。	
理由 計画通り進まなかった点				勧奨後に受診券を再発行してほしいという問い合わせはあったが、昨年に比べると減少した。受診券再発行数：約80件 (平成30年度 約100件)		

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 特定保健指導未利用者対策事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋				事業企画		
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・男性のメタボ該当者、予備群の割合が和歌山県や国より高い。 ・受診者の半数以上が収縮期血圧やHbA1c、LDL コレステロールの所見ありとなっている。 ・収縮期血圧や拡張期血圧、血糖、中性脂肪の有所見率が和歌山県や国より高く、特に50歳代から急増している。 ・受診者の半数以上は運動習慣がない。 ・特定保健指導実施率が低下し、和歌山県や国を下回っている。	男性のメタボ該当者・予備群の人が多く、収縮期血圧などのリスク保有者も多いため生活習慣の改善を図る必要があるが、特定保健指導実施率が低い ため、実施率を向上 する必要がある。	【目的】 特定保健指導の未利用者に利用動機を行うことで、保健指導の重要性を認識し、確実に保健指導を利用するようになる。 【目標】 特定保健指導の利用者を増加させる ことで、保健指導対象者の生活習慣改善を図る。 【数値目標】 特定保健指導実施率 H29年度：向上 H30年度：25% R1年度：30% * H28年度（実績） 18.2%	①特定保健指導の未利用者（保健指導案内はがきの返送が無かった人） ※参考 特定保健指導対象者見込136人（実施計画より） R1年度 ※参考 特定保健指導対象者見込146人（実施計画より）	8月～3月	未利用者に電話勧奨を実施することで行なう。	【実施体制】 福祉課健康対策係 【方法】 特定保健指導の対象者に参加案内を送付した後、返答のなかった人に電話による参加勧奨を実施
			②特定保健指導対象者で集団健診の結果説明会出席困難者（結果説明会に出席できない人） 対象者見込10人	集団健診結果説明会の都度（6月～12月）	特定保健指導対象者で集団健診の結果説明会に出席困難な人に個別対応することで行なう。	【実施体制】 福祉課健康対策係 【方法】 集団健診の出席困難者に対し、別日で対応することで行なう結果説明及び初回面接につなげる。
			③R1年度から追加 集団健診受診者で特定保健指導対象者 対象見込30人	集団健診の都度（6月～12月）	集団健診日に特定保健指導対象者を抽出して勧奨することで行なう。	【実施体制】 福祉課健康対策係及び住民課保険年金係 【方法】 健康意識の高まっている集団健診当日に保健指導への参加勧奨を行うことで行なう結果説明会及び初回面接につなげる。 （役割分担） 住民課・・・対象者抽出 福祉課・・・保健指導勧奨

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 〔事業目標の達成状況 考察・課題と改善点〕
評価の観点	数値目標	①業務に携わる人員：2人 ②③業務に携わる人員：3人	①電話での勧奨者数：60人 ②出席困難者の個別対応率 (出席困難者で個別に対応した人÷出席困難者数)：100% ③参加勧奨実施率 (参加勧奨した人数÷保健指導対象者数)：100%	①電話勧奨による保健指導参加率(勧奨により保健指導を受けた人数÷勧奨者数)：30%(60人×30%=18人) ②③保健指導参加率(集団健診受診者のうち保健指導を受けた人数÷集団健診受診者のうち保健指導の対象者数)：30%(30人×30%=9人)	特定保健指導実施率：30% H30年度：11.2%(法定報告値) (19人/169人) 【目標達成の実施量算出】 保健指導対象者見込146人 (A) 目標実施者 A×30%=43人 前年受診者 A×11.2%=16人 目標達成に必要な人数 43人-16人=27人	【事業目標の達成状況】 R1年度 特定保健指導実施率20.8%で目標を達成できなかった。最終目標値は現状維持の上、目標達成に向けて取り組む。 【事業内容毎の評価】 ①福祉課のみで事業を実施したためマンパワーが不足した。次年度は国保主管課も協力するなど体制を強化する。 ①誰でも勧奨できるようマニュアル化する。 ②結果説明会出席困難者には個別に保健指導を行う体制を引き続き整える。 ③健康意識の高まっている健診の時に参加勧奨をすることで参加しやすい環境を作ることができた。次年度も引き続き実施する。
	結果・達成状況	結果の内訳 数値目標の達成状況	①勧奨者数：0人 →達成できなかった ②個別対応率：100%(3人/3人) →達成できた。 ③参加勧奨実施率：100%(34人/34人) →達成できた。	①参加率：0%→達成できなかった。 ②③参加率：76%(26人/34人) →達成できた。		
自己評価 (振り返り)	工夫した点	上手くいった点	③保健指導対象者の抽出を住民課、保健指導勸奨を福祉課が役割分担して取り組むことができた。 ②結果説明会出席困難者には、別日を設定するなど個別に保健指導を行うことができた。 ③採血後の待機時間を活用して対象者の確認と保健指導の勸奨をすることができた。	③健康意識が高まっているときに勧奨を行うことで保健指導参加への動機付けを行うことができた。		
	理由	計画通り進まなかった点	①福祉課との役割分担について協議が不足していた ①勧奨マニュアル等がなかったため、勧奨できる人が限られてしまった。			

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業と健康課題の関係				事業企画		
※データヘルス計画から抜粋				対象者	実施期間	事業内容
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・疾病別では慢性腎不全（透析あり）や高血圧症、糖尿病等の生活習慣病の医療費が高い。 ・人工透析の新規受療者が5年間で21人いる。 ・平成29年9月現在で22人が人工透析を受療しており、そのうち、約7割が糖尿病を受療している。	慢性腎不全（人工透析あり）の医療費が高く、透析受療者も多数いることから、透析移行リスクの高い者に対し保健指導を行うことで、透析受療者の増加を抑制する必要がある。	【目的】 糖尿病重症化のハイリスク者等に対して、受診勧奨や保健指導を行うことで、重症化防止に取り組むようになる。 糖尿病性腎症重症化リスクの高い者に保健指導を行うことで、透析受療者の増加を防ぐ。 【目標】 糖尿病性腎症重症化リスクの高い者に保健指導を行うことで、透析受療者の増加を防ぐ。 【数値目標】 H29年度：事業未実施 H30年度：4人 R1年度：4人 * H28年度（実績） 事業未実施	レセプト、健診データより抽出した重症化リスクの高い者及び医師が保健指導を必要と判断した者 ＜判定基準＞ 前年度データが(1)、(2)のいずれにも該当 (1)2型糖尿病患者(次のいずれかに該当) ・空腹時血糖 126mg/dl 以上 または HbA1c6.5%以上 R1年度削除 →糖尿病治療中 →過去に糖尿病薬使用歴 または 糖尿病治療歴あり (2)腎機能障害者 尿蛋白(+)以上 または eGFR 45未満 ＜対象者見込＞100人 R1年度から変更 ＜対象者見込＞ 50人	5月：業者決定 6月～：データ分析・対象者選定 9月：保健指導参加動員実施 9月～年度末：保健指導実施 R1年度から変更 4月：業者決定 4月～10月：保健指導実施(前年申込者) 6月～：データ分析・対象者選定 7月：保健指導参加動員実施 8月～2月：保健指導実施	①糖尿病性腎症重症化リスクの高い者への保健指導 ②医療機関への受診勧奨	【実施体制】 ・住民課（事業全体の業務） ・業者委託（データ分析、対象者の選定、保健指導の参加動員・指導業務、結果分析・報告書作成） 【方法】（役割分担） 委託業者においてレセプトデータ、健診データを分析し、対象者を抽出。 抽出した対象者に文書で保健指導の参加動員を実施した。 かかりつけ医が作成した保健指導指示書をもとに6ヶ月間の保健指導（面談2回、電話10回）を実施している。 R1年度から変更 【実施体制】 （役割分担） ・住民課（事業全体の業務、データ分析、対象者の選定） ・業者委託（保健指導の参加動員・指導業務、結果分析・報告書作成） 【方法】 マルチマーカーを使用して昨年度の健診データを分析し、対象者を選定する。対象者には文書及び電話により保健指導への参加動員を実施。 【実施体制】 住民課 【方法】 当該年度特定健診データから対象者を抽出。文書による受診勧奨を実施する。 その2カ月後にレセプトで受診状況を確認する。受診が無い場合は、重症度に応じて次のとおり再勧奨を行う。 ・軽症 (HbA1c6.5 以上) …再勧奨なし ・中等症 (HbA1c7.0 以上) …電話による再勧奨 ・重症 (HbA1c8.0 以上 または eGFR45 未満) …電話・訪問による再勧奨 R1年度から変更 【方法】 3 カ月後にレセプトで受診状況を確認する。

※ 上記、H30～R1 年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点	ストラクチャー評価 （しくみ、実施体制づくり）	プロセス評価 （準備、手順、支援内容）	アウトプット評価 （実施人数、実施率）	アウトカム評価 （保健事業の成果目標）	総合評価 （事業目標の達成状況 〔 考察・課題と改善点 〕
数値目標 評価指標	①-1 保健指導への参加勸奨に携わる人員：1人 ①-2 保健指導に係る人員：1人 ②業務に携わる人員：勸奨1人、再勸奨2人	①-1 保健指導への参加勸奨を実施する人数：100%（想定40人） （抽出基準…腎症の病期の重い方から優先する） ①-2 保健指導を実施する人数：6人 ②医療機関への受診を勸奨する人数：対象者全員（100%）	①保健指導の終了率 （保健指導を最後まで実施した人数÷保健指導の実施人数） ：100% ②受診勸奨者の医療機関受診率 （糖尿病又は腎疾患で医療機関を受診した人数÷勸奨を実施した人数） ：軽症者 50% ：中等症者 80% ：重症者 100%	・新規透析受療者数：4人 （H24-H28年度平均：4.2人）	【事業目標の達成状況】 ・新規透析受療者数は、3人で目標を達成できた。 最終目標値は上方修正する。 【事業内容毎の評価】 ①無反応者に対し、電話勸奨を行い、確実に反応を得ることができたが、保健指導実施に結びつけることができなかった。保健指導の必要性・重要性をより周知できる勸奨方法に改める。来年度以降は医師会と連携し、かかりつけ医からも勸奨できる体制を整備する。 目標は達成でき一定の効果があると確認できたため来年度も継続して事業を行う。 ②業務システムを使用し、効率よく対象者の抽出を行えている。特定健診の受診率は依然低いことから重症及び中等症者がいまだ多く存在することとも考えられるため継続して事業を行う。
	結果の内訳 数値目標の達成状況	①-1：1人 →達成できた。 ①-2：1人 →達成できた。 ②：勸奨1人、再勸奨2人 →達成できた。	①-1：34人（100%） →達成できた。 ①-2：5人 →達成できなかった。 ②：5人（100%） 軽症2人、中症1人、重症2人 →達成できた。	①：100%（離脱者なし） →達成できた。 ②受診勸奨者の医療機関受診率 ：軽症者 50% ：中等症者 100% ：重症者 100%	
結果・達成状況	①-1、①-2：1人で対応できるよう事前に委託業者と打合せを3回実施した。 ②：勸奨業務については、業務システムを使用することで効率よく作業ができた。再勸奨については、実際の業務は、対象者がいないため実施しなかったが、いつでも対応できる体制を整えていた。	①-1：目標どおり対象者全員に参加勸奨をすることができた。また、昨年度の課題となっていた無反応者（保健指導の参加の有無について回答が無かった者）については、電話勸奨を行うことにより、確実に反応を得ることができた。 ②医療機関への受診勸奨業務システムを使用し、効率よく抽出作業を実施できた。受診勸奨数は、5件で、医療機関からの健診結果提供があり次第、順次抽出作業を行い基準超過者には速やかに勸奨を行うるように体制を整え実施することができた。	①：参加を希望した人への指導前に連絡し、その後の流れがスムーズに進むよう簡単なスケジュール説明を行った。年度内に全ての保健指導を終了した。	医師会に国保として糖尿病重症化予防への取組を強化していく点を伝え協力を依頼したことで、保健指導への参加を主治医から推奨していたことができた。 主治医から保健指導指示書を提出いただき連携して保健指導を進めることでできた。	
工夫した点 上手くいった点					
理由	計画通り進まなかった点	①-2：保健指導実施者数については、目標の6人に対し実績は5人で、目標を達成できなかった。不参加理由の多くが「自己管理ができていたため」である反面、健診数値は改善されていないケースが多いため、保健指導の必要性・重要性をより周知する必要がある			
自己評価（振り返り）					

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 生活習慣病重症化予防事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋				事業企画		
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・死因では悪性新生物（第1位）や心疾患（高血圧性を除く）（第2位）、脳血管疾患（第4位）等の生活習慣病が多くなっている。 ・死因別標準化死亡比では、特に男性の肝及び肝内胆管や気管、気管支及び肺の悪性新生物が、和歌山県や国より高くなっている。 ・介護認定率が年々上昇している。 ・第2号被保険者の認定理由は末期がん（第1位）、脳血管疾患（第2位）、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症（第3位）等の生活習慣病が多くなっている。	死因では悪性新生物や心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患が多く、介護認定理由では末期がんや脳血管疾患、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症と、いずれも生活習慣病が多くなっている。また、健診結果が受診勧奨判定値で医療機関未受診となっている者も多いため、医療機関への受診に結び付けることで、生活習慣病の重症化を防ぐ必要がある。	【目的】 生活習慣病重症化のハイリスク者で、医療機関を受診していない者に受診勧奨を行うことで、受診の必要性を認識し、確実に医療機関を受診するようになる。 【目標】 健診結果において、受診勧奨域となった者を確実に医療機関への受診に結び付けることで、生活習慣病の重症化を防ぐ。	生活習慣病重症化のハイリスク者で医療機関を受診していない者 ＜選定基準＞ 当該年度の健診結果で血圧、脂質の項目の両方又はいずれかが「標準的な健診・保健指導プログラム」の受診勧奨判定値を超えており、過去1年間当該項目を原疾患とするしセプトがな い人 ※糖尿病性腎症重症化予防事業の対象となった人を除く ＜対象者見込＞50人	11月頃：対象者選定 12月頃：勧奨 送付 3月～年度末：再勧奨	手紙や電話により医療機関への受診勧奨を実施する。	【実施体制】 住民課 【方法】（役割分担） 健診結果より医療機関受診勧奨値を超えているが、しセプトより過去1年間受診がない人に文書による受診勧奨を実施。 勧奨実施の3カ月後にしセプトで受診状況を確認。受診がない場合、電話による再勧奨を実施。

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 〔事業目標の達成状況 考察・課題と改善点〕
数値目標 評価指標	目標	・業務に携わる人員：2人	・医療機関への受診勧奨実施率（受診勧奨文書を送付した人数÷対象者数）：100% ・電話による再勧奨実施率（架電人数÷再勧奨対象者数）：100%	・電話による再勧奨の応答率（応答した人数÷架電人数）：100%	・受診勧奨者の受診率（医療機関を受診した人数÷勧奨を実施した人数）：100%	【事業目標の達成状況】 本事業はこれまで実施できなかった。 最終目標値は現状維持とする。 【事業内容毎の評価】 特定健診結果分析システムを利用して対象者の抽出等が容易にできることからシステムを活用し、マンパワーが最小限となるような仕組みを作り実施する。
	結果・達成状況 結果の内訳 数値目標の達成状況	・業務に携わる人員：0人 →事業の実施ができなかった	・受診勧奨実施率：－ ・再勧奨実施率：－ →事業の実施ができなかった	応答率：－ →事業の実施ができなかった	受診率：－ →事業の実施ができなかった	
自己評価（振り返り）	工夫した点 上手くいった点					
	理由 計画通り進まなかった点	・糖尿病等の事業を重点的に実施したため本事業への人員配置ができなかった				

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 若葉健診事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋				事業企画		
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・疾病別では慢性腎不全（透析あり）や高血圧症、糖尿病等の生活習慣病の医療費が高い。 ・糖尿病や高血圧症、脂質異常症の受療者が40歳代から増加し、脳血管疾患や虚血性心疾患の受療者は50歳代から増加している。 ・特定健診受診率が24.6%と和歌山県や国より低い。 ・受診者の半数以上が収縮期血圧やHbA1c、LDLコレステロールの所見ありとなっている。	生活習慣病の医療費が高く、それらの対象者は40歳代から増加傾向にある。自身の健康状態を把握し生活習慣病予防につなげる必要があるが、特定健診受診率が低いため、受診率を向上する必要がある。	【目的】 若いうちから健診受診を習慣づけることで生活習慣病予防に対する理解を深め、生活習慣病改善に努めるようになる。 【目標】 若葉健診受診率向上 【数値目標】 H29年度：向上 H30年度：向上 R1年度：向上 * H28年度（実績） 6.4%	30歳以上40歳未満の被保険者	医療機関（健診期間：6月～11月） 集団検診	① 30歳以上40歳未満の被保険者を対象に受診券を送付し、次のいずれかによる健診を実施。 ・医療機関で受診（健診期間：6月～11月） ・集団検診で受診	【実施体制】 ・住民課担当者1名（対象者抽出、勸奨文書作成及び送付） 【方法】 対象者を抽出し、受診券を作成して5月に送付する。
					② 38歳と39歳の未受診者に対し年1回受診勧奨通知書を送付。	【実施体制】 ・住民課担当者1名（対象者抽出、勸奨文書作成及び送付） 【方法】 対象者を抽出し、勸奨文書を作成し9月に送付する。

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 〔事業目標の達成状況 考察・課題と改善点〕
目標	数値目標 評価指標	① 業務に携わる人員：1人 ② 業務に携わる人員：1人	① 対象者を抽出し5月に受診券送付する。 ② 勧奨時点の未受診者に対し、受診率向上を図るため実施する勧奨回数1回	① 受診券送付数 対象者全員 (100%) ② 受診勧奨文書送付数(率) 38歳及び39歳対象者全員 (100%)	・若葉健診受診率	
	結果の内訳 数値目標の達成状況	① 業務に携わる人員1人 →達成できた。 ① 業務に携わる人員1人 →達成できた。	① 受診券送付 →達成できた。 ② 9月勧奨時点での未受診者 →達成できた。	① 受診券送付数 273人 (100%) →達成できた ② 勧奨文書送付数 69人 (100%) →達成できた。	・若葉健診受診率 →14.6% 40人／273人	
結果・達成状況		①②スケジュール確認や必要な作業確認を十分行ったため、1人で効率よく実施することができた。	① 勧奨時点での未受診者を抽出し対象者に対し予定どおり勧奨することができた。 また若葉健診申し込みの流れを記載するなど分かりやすい文面で勧奨することができた。	② 勧奨対象者の抽出にあたり未受診者及び資格確認等を行ったうえで全員に勧奨することができた。		
自己評価 (振り返り)		工夫した点 上手くいった点			若葉健診受診率 平成29年度は12.3% 平成30年度は13.5% と年々上昇しているが依然として低い。 勧奨による受診忘れ防止や対象者を拡大するなどにより多くの人に受診を意識づけることが必要である。	
理由 計画通り進まなかった点						

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 脳ドック事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋				事業企画		
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・死因では悪性新生物（第1位）や心疾患（高血圧性を除く）（第2位）、脳血管疾患（第4位）等の生活習慣病が多くなっている。 ・介護認定率が年々上昇している。 ・第2号被保険者の認定理由は末期がん（第1位）、脳血管疾患（第2位）、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症（第3位）等の生活習慣病が多くなっている。	死因では悪性新生物や心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患が多く、介護認定理由では末期がんや脳血管疾患、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症と、いずれも生活習慣病が多くなっている。健康診断結果が受診勧奨未受診となっている者も多いため、医療機関への受診に結び付けることで、生活習慣病の重症化を防ぐ必要がある。	【目的】 脳血管障害の早期発見により重症化を防ぐとともに、保健指導を通して自ら発症予防に努めるようになる。 【目標】 要受療者の受診率（100%） 【数値目標】 H29年度：向上 H30年度：100% R1年度：100% * H28年度（実績） 要受療者の受診率100%	特定健診対象者で国保税に未納がない被保険者（定員40名）	7月～8月（申込受付） 10月～11月（受診） 12月（結果説明）	年1回特定健診の対象者に脳ドックの申込案内をし、希望者（申込多数の場合は抽選）に脳ドックを実施。その結果をもとに受診者全員に保健師等による結果説明、保健指導を実施。	【実施体制】 ・住民課（申込案内、対象者選定、委託機関等との調整） ・町立温泉病院委託（検査実施、結果報告書作成） ・在宅保健師（結果説明会での保健指導） 【方法】（役割分担） 住民課にて回覧等による申込案内を実施、申込多数の場合は抽選により対象者を選定する。 町立温泉病院と委託契約を結びスクジュールに確認の上対象者に検査を実施する。町立温泉病院が作成した結果報告書をもとに在宅保健師による結果説明および保健指導を実施する。

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 (事業目標の達成状況 〔考察・課題と改善点〕)
目標 数値目標 評価指標	業務に携わる人員：１人	保健指導対象者への結果説明 会案内通知 対象者全員（100%）	保健指導対象者のうち要精 検者への保健指導の実施率 （保健指導実施人数（要精 検者）÷保健指導の対象人 数（要精検者） ：100%）	・要受療者（すぐに医療機 関を受診すべき人）の受診 率 100%	【事業目標の達成状況】 ・要受療者の受診率 100%で目 標を達成できた。 最終目標値は現状維持する。	【事業内容毎の評価】 脳ボックスは、例年参加希望者 多数により抽選による選定を 行っている。参加希望者が多 数いることが想定されるため 引き続き事業を実施する。 また、引き続き保健師による 保健指導を行って要受療者を 医療機関受診につなげる。
	結果の内訳 数値目標の達成状況	業務に携わる人員：１人 →達成できた。	案内通知：20人(100%) →達成できた。	① １人（100%） 保健指導実施人数（要精検 者１人）÷保健指導対象者 人数（要精検者１人） →達成できた。	・１人 →達成できた。	
自己評価（振り返り）	工夫した点 上手くいった点	１人で対応できるよう事前に 町立温泉病院及び在宅保健師 と打合せを行った。	結果説明会案内通知に受付時 間を指定して送付するなど、 待ち時間を減らし参加しやす い環境を整えることができ た。	病気の兆候があった場合に は保健師による保健指導が あることなど事前に周知し ていたこともあり、積極的 に参加してくれた。	保健師による保健指導を行う ことで要受療者が必要性を感 じ受診につなげることができ た。	
	理由 計画通り進まなかった点					

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 那智勝浦町

事業名： 重複服薬者対策事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋				事業企画		
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
・1人当たりの医療費が増加傾向にあり、和歌山県や国より高い。 ・糖尿病や高血圧症、脂質異常症の受療者が40歳代から増加し、脳血管疾患や虚血性心疾患の受療者は50歳代から増加している。	生活習慣病の医療費が高く、それらの対象者は40歳代から増加傾向にある。自身の健康状態を把握し生活習慣病予防につなげる必要がある。	【目的】 重複服薬による健康被害について理解を深めることで、自発的に服薬管理できるようになる。 【目標】 保健指導実施6カ月後の重複服薬消滅率100% 【数値目標】 H29年度：向上 H30年度：100% R1年度：100% *H28年度（実績） 対象者に文書を送付したが受診傾向に改善なし	① 同一傷病により3以上の医療機関を受診している被保険者で恒常的（6カ月以上）に投薬量が著しく多い者	年1回 (9月)	注意喚起文書を送付する。	【実施体制】 住民課（対象者抽出、文書送付） 【方法】 国民健康保険重複多受診一覧により対象者を抽出し文書送付。
			② 注意喚起文書送付後、改善が見られない者	文書送付後1回 (4カ月後)	改善が見られない場合、訪問指導を実施。	【実施体制】（役割分担） 住民課（対象者抽出、訪問指導） 福祉課（保健師）（訪問指導） 【方法】 文書送付後、レセプトデータを確認し改善が見られない場合、訪問指導を行う。

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点		ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 〔事業目標の達成状況 考察・課題と改善点〕
目標	数値目標 評価指標	① 業務に携わる人員：1人 ② 業務に携わる人員：2人	① 文書送付回数1回 ② 訪問指導回数1回	① 対象者全員（100%） ② 対象者全員（100%）	・保健指導実施6カ月後の 重複服薬解消率 100%	【事業目標の達成状況】 ・保健指導実施6カ月後の重複服薬解消率は対象者がいなかったため未実施である。最終目標値は現状維持する。 【事業内容毎の評価】 令和元年度は対象者がいなかったが、例年対象者がいることから事業を継続し、文書による重複服薬の注意喚起を行うとともに、送付後も多利入手状況に改善が見られない場合は、自宅を訪問して健康被害及び適正服薬について指導する。また、福祉課保健師と年度当初に協議を行い、服薬指導体制を整えておく。
	結果・達成状況 結果の内訳 数値目標の達成状況	①：1人 →達成できた。 ②未実施	① 未実施 ② 未実施	① 未実施 ② 未実施	未実施	
自己評価（振り返り）		工夫した点 上手くいった点	③		対象者がおらず、①②とも未実施。	
		理由 計画通り進まなかった点				