

朝日町国民健康保険データヘルス計画 (第2期・中間見直し)

令和4(2022)年3月

朝 日 町

**朝日町国民健康保険データヘルス計画
(第2期・中間見直し)**

この計画は、平成 31 (2019) 年度から令和 5 (2023) 年度までの 5 か年計画である「朝日町国民健康保険データヘルス計画（第 2 期）」について、中間年度に当たる令和 3 (2021) 年度に PDCA サイクルに基づく中間評価を行った結果を踏まえ、「中間見直し」として指標や実施内容を一部見直したものです。

なお、中間見直しの「2 目的及び目標の設定」については原計画の「5」に、また、「3 保健事業の内容」については原計画の「6」に、それぞれ相当するものです。

目 次

1 第 2 期計画の中間評価

- (1) 中間評価総括表..... 1
- (2) 各事業の中間評価..... 8

2 目的及び目標の設定

- 23

3 保健事業の内容

- (1) 健康に関する関心を高める..... 29
- (2) 特定健康診査の受診率を高める..... 30
- (3) 保健指導により行動変容につなげる..... 31
- (4) 早期受療を勧める..... 36
- (5) がんなどの病気を早期に発見する..... 39
- (6) 医療の適正受診を促す..... 40
- (7) こころの健康づくりを進める..... 42
- (8) 地域包括ケアの推進・後期高齢医療等との連携・協働を図る..... 43

資料編

- 各保健事業の詳細..... 44

1 第2期計画の中間評価

(1) 中間評価総括表

目標1 健康に関する関心を高める

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

指標名	あさひ健康マイレージの参加率（三重とこわか健康応援カードの普及率）	現状							評価
		2017年	2018年	2019年	2020年	中間2021年	2022年	最終2023年	
		計画値	—	—	—	—	15%	—	
実績値	—	—	0.0%	12.4%	50.0%	—	—		

※「朝日町保健事業のまとめ」により把握

① とこわか健康マイレージ事業

〔※事業①の中間評価は8ページに記載〕

総括評価	A	評価の検証	見直し・改善の方向
		「あさひ健康マイレージ（ポイントカード）」の周知を図り、事業への参加を促した結果、中間目標である15%を大きく上回り、令和3年度で50%（見込み）の事業参加率を得ることができた。	特に若年層の参加を促すため、成人基本健康診査や乳幼児検診の機会を捉えて事業の周知、参加促進を行っていくとともに、事業の目的である「健康に関する関心を高める」につなげられるよう、事業を活用していくことが求められる。

※総括評価については、各事業のストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標による評価を総括したものです。各指標の評価については、各事業の中間評価ページをご覧ください。

目標2 特定健康診査の受診率を高める

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

指標名	特定健診受診率	現状							評価
		2017年	2018年	2019年	2020年	中間2021年	2022年	最終2023年	
		計画値	47.0%	—	—	—	55.6%	—	
実績値	—	44.2%	47.3%	39.2%	—	—	—		

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	40歳代・50歳代の特定健診受診率	現状							評価
		2017年	2018年	2019年	2020年	中間2021年	2022年	最終2023年	
		計画値	18.6%	—	—	—	20.0%	—	
実績値	—	16.2%	32.0%	20.3%	—	—	—		
	男性 50歳代	計画値	30.3%	—	—	—	32.5%	35.0%	C どちらとも言えない
		実績値	—	27.7%	33.9%	29.5%	—	—	
	女性 40歳代	計画値	25.6%	—	—	—	27.5%	30.0%	B 改善方向に向かっている
		実績値	—	20.0%	33.8%	27.1%	—	—	
	女性 50歳代	計画値	41.3%	—	—	—	42.5%	45.0%	C どちらとも言えない
		実績値	—	29.4%	43.8%	36.5%	—	—	

※KDBデータ「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」により把握

② 特定健診未受診者対策

〔※事業②の中間評価は9ページに記載〕

総括評価	B	評価の検証	見直し・改善の方向
		令和元(2019)年度は目標以上の受診勧奨を行うことができ、全体及びターゲットとする若年層の受診率向上について効果がみられたものの、令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、積極的な勧奨は実施しなかった。そのため令和2年度は特定健診の受診率が伸び悩んだ。	令和元(2019)年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、若年層の受診率の向上につながっており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。

目標3 保健指導により行動変容につなげる

表中「-」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

指標名	特定保健指導終了率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	40.0%				52.0%	60.0%	
	実績値		46.7%	47.6%	0.0%				

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	特定健診質問項目「1日1時間以上の運動なし」	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	56.4%				現状より減	中間より減	
	実績値		56.0%	56.7%	54.6%				

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	メタボリックシンドローム		現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価		
			2017年				2021年	2023年				
			該当者（全体）	計画値	19.8%				現状より減		中間より減	B 改善方向に向かっている
				実績値		20.0%	20.4%	18.6%				
			予備群者（女性）	計画値	9.0%				現状より減		中間より減	A 常に目標を達成している
実績値		7.8%		7.6%	4.7%							

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	特定健診検査値（血圧・脂質）	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	12.6%				現状より減	中間より減	
	実績値		9.0%	10.9%	9.5%				

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	41.2%				42.0%	43.0%	
	実績値		11.8%	16.0%	15.8%				

※「法定報告特定健診・特定保健指導実施結果総括表」により把握

指標名	非肥満高血糖	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	7.5%				現状より減	中間より減	
	実績値		6.7%	7.0%	9.2%				

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標削除
(事業⑤へ)

指標名	内臓脂肪症候群該当者の減少率（*平成20年度と比較し、減少率25%以上）	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	17.4%				前年比減	前年比減	
	実績値		22.6%	17.9%	18.1%				

※「法定報告特定健診・特定保健指導実施結果総括表」により把握

③ 特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）

〔※事業③の中間評価は10ページに記載〕

総括評価	B	評価の検証	平成30(2018)年度及び令和元(2019)年度は対象者の健診結果を精査し、勸奨チラシの送付後、勸奨訪問を行うことで、特定保健指導終了率は上昇傾向にあったものの、令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、特定保健指導事業を中止としたため、勸奨事業も行わなかった。
		見直し・改善の方向	令和元(2019)年度は通知勸奨と訪問勸奨を実施し、特定保健指導の終了率の向上につながっており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。

④ 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取り組み（早期介入保健指導事業）

〔※事業④の中間評価は11ページに記載〕

総括評価	C	評価の検証	平成30(2018)年度は15人、令和元(2019)年度は12人の参加とやや減少した。改善率・変化割合も平成30年度に比べて令和元年度はやや低下している。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、集団健康教室を中止とした。
		見直し・改善の方向	平成30(2018)年度については事業参加者の食生活、運動習慣の改善がみられたが、近年の参加率や新型コロナウイルス感染症の影響を判断し、集団は難しく、今後は個別で事業を展開していくことが求められる。 今回の中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、次年度から事業⑤で展開していた目標を本事業④として実施していく。事業目標を”当町は積極的支援や動機付け支援対象者の特定保健指導終了率が低く、訪問勸奨（事業③）などを実施しても積極的支援の対象者ほど拒否が強い傾向です。そのため、肥満のみもしくは非肥満高血糖や非肥満高脂血症の判定時から、生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や健康行動への促し等、メタボ対象者の減少を目指して実施するものです。”と変更する。

⑤ 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症は除く）

〔※事業⑤の中間評価は13ページに記載〕

総括評価	C	評価の検証	対象者の健診結果を精査し、勸奨チラシの送付後、勸奨訪問を行った。特定保健指導・積極的支援の対象者は減少がみられたが、動機付け支援の対象者は増加している。また非肥満高血糖者の比率も徐々に上昇傾向にある。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で、保健指導事業を中止としたため、勸奨事業も行わなかった。
		見直し・改善の方向	当事業の該当者は依然として勸奨しても拒否する人が多いが、訪問勸奨を続け、丁寧に説明することを通じて、地道に保健指導を続けていくことが必要である。 今回の中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、次年度から事業④で展開していた目標を本事業⑤として実施していく。事業目標を”健診結果を個々に精査すると、服薬者であってもコントロール不良な方もおり、今後病状の悪化も予測されます。そのため医療機関受診を根底に、服薬の再確認など正しい知識の普及や健康行動への促し等、生活習慣病重症化予防に重点を置いて実施するものです。”と変更する。

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業

〔※事業⑦の中間評価は16ページに記載〕

総括評価	C	評価の検証	令和元(2019)年度より近隣市町とともに郡市医師会と協働で事業を実施し、受診勸奨及び郡市医師会への委託による保健指導を行った。令和元(2019)年度は事業対象者2人のうち1人に保健指導を実施したが、令和2(2020)年度は対象者1人に対して保健指導を実施できなかった。医療機関受診率については目標を上回った。
		見直し・改善の方向	対象者は少人数であるものの、人工透析の導入を防ぐためにも、早期治療と生活習慣の改善が求められることから、事業の継続は必要である。今後も近隣市町と郡市医師会と協働して実施していく。

目標 4

早期受療を勧める

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

指標名	医療機関受診率及び保健指導利用率（糖尿病性腎症重症化予防事業）	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価	
		2017年					2021年	2023年		
		計画値	—				25%			50%
		実績値								
		計画値（受診率）					前年比増			前年比増
		実績値（受診率）	—	50.0%	54.5%					
計画値（利用率）					前年比増		前年比増			
実績値（利用率）	—	50.0%	0.0%							

※「朝日町保健事業のまとめ」により把握

指標変更
指標変更
指標変更
指標変更

指標名	未治療者率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年					2021年	2023年	
		計画値	4.9%				4.5%		
実績値		4.6%	4.6%	0.5%					

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	受診勧奨者率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年					2021年	2023年	
		計画値	48.1%				46.5%		
実績値		57.0%	51.4%	52.7%					

※KDBデータ「地域の全体像の把握」により把握

指標名	人工透析患者数	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年					2021年	2023年	
		計画値	5人				5人		
実績値		8人	8人	10人					

※特定疾病医療証の発行者数により把握

⑥ 特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策） 〔※事業⑥の中間評価は15ページに記載〕

総括評価	B	評価の検証	対象者の健診結果を精査し、受診勧奨域の方は医療機関への受診勧奨（訪問等）を行った。訪問時、病態別のパンフレット等を利用することによって病態理解を深めてもらい治療につなげることができた。令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で通知勧奨のみ実施した。
		見直し・改善の方向	令和元（2019）年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、保健指導率の向上につながっているが、受診勧奨者率は横ばいであり、フォローアップの強化を図る必要がある。引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業（再掲） 〔※事業⑦の中間評価は16ページに記載〕

総括評価	C	評価の検証	令和元（2019）年度より近隣市町とともに郡市医師会と協働で事業を実施し、受診勧奨及び郡市医師会への委託による保健指導を行った。令和元（2019）年度は事業対象者2人のうち1人に保健指導を実施したが、令和2（2020）年度は対象者1人に対して保健指導を実施できなかった。医療機関受診率については目標を上回った。
		見直し・改善の方向	対象者は少人数であるものの、人工透析の導入を防ぐためにも、早期治療と生活習慣の改善が求められることから、事業の継続は必要である。今後も近隣市町と郡市医師会と協働して実施していく。

⑧ その他保健指導 〔※事業⑧の中間評価は17ページに記載〕

総括評価	B	評価の検証	対象者の健診結果を精査し、勧奨チラシの送付後、勧奨訪問を行うことで、個別健康相談の実施率は目標の20%を上回ったものの、令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、特定保健指導事業を中止としたため、勧奨事業も行わなかった。
		見直し・改善の方向	令和元（2019）年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、個別健康相談の実施率や翌年の特定健診血液検査改善率が目標を上回っており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。

目標5 がんなどの病気を早期に発見する

表中「一」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）
表中「*」は事業対象者なし

指標名	国保日帰り人間ドック受診率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年		2023年	
		計画値	92%				100%		
実績値		98.0%	99.2%	53.6%					

※「朝日町保健事業のまとめ」により把握

指標削除
(事業⑨へ)

指標名	精密検査受診勧奨率	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年		2023年	
		計画値	93.3%				100%		
実績値		97.7%	93.2%	100.0%					

※「朝日町保健事業のまとめ」により把握

指標削除
(事業⑨へ)

指標名	がん検診受診率		現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
			2017年				2021年		2023年	
			計画値	8.9%				12.0%		
実績値		15.0%	13.6%	中止						
	胃がん検診	計画値	10.5%			12.0%		15.0%	B 改善方向に向かっている	
		実績値		7.6%	7.5%	9.2%				
	大腸がん検診	計画値	9.1%			12.0%		15.0%	B 改善方向に向かっている	
		実績値		5.3%	5.1%	6.7%				
	肺がん検診	計画値	23.4%			27.0%		30.0%	D 悪化方向に向かっている	
		実績値		23.5%	21.4%	18.0%				
	乳がん検診	計画値	19.0%			22.0%		25.0%	D 悪化方向に向かっている	
		実績値		21.0%	23.8%	18.7%				
	子宮頸がん検診	計画値	8.1%			12.0%		15.0%	D 悪化方向に向かっている	
		実績値		7.4%	7.4%	7.6%				

※2017年及び前立腺がん検診は「朝日町保健事業のまとめ」、2018年～は「地域保健・健康増進事業報告」により把握

指標追加

指標名	がん検診精密検査受診率		現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
			2017年				2021年		2023年	
			計画値	*				80.0%		
実績値		83.3%	84.6%	60.0%						
	胃がん検診	計画値	80.6%			81.0%		85.0%	D 悪化方向に向かっている	
		実績値		87.1%	80.6%	77.8%				
	大腸がん検診	計画値	*			70.0%		70.0%	B 改善方向に向かっている	
		実績値		71.4%	*	*				
	肺がん検診	計画値	92.3%			93.0%		95.0%	D 悪化方向に向かっている	
		実績値		94.4%	92.3%	90.9%				
	乳がん検診	計画値	87.5%			100.0%		100.0%	B 改善方向に向かっている	
		実績値		100.0%	87.5%	100.0%				

※「地域保健・健康増進事業報告」により把握（計算方法：精検受診率＝精検受診者数/要精検者数×100）

⑨ がん検診対策

[※事業⑨の中間評価は18ページに記載]

総括評価	B	評価の検証	検診案内での受診勧奨については計画どおり実施したものの、コロナ禍で、検診を中止や延期したものもあり、がん検診受診率は全体的に低下した。
		見直し・改善の方向	引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことに加え、特に受診率の低い検診について受診勧奨を積極的に実施していく。

目標6 医療の適正受診を促す

表中「―」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）
表中「*」は事業対象者なし

指標名 変更	翌年の後発医薬品の利用割合 ↓ 後発医薬品の使用割合	現状	2017年	2018年	2019年	2020年	中間	2021年	2022年	最終	2023年	評価	
		計画値	63.0%					70%			80%		A 常に目標を達成している
		実績値		74.3%	78.0%	79.7%							

※後発医薬品の使用割合 該当年度3月診療分（努力者支援制度市町村分報告又は厚生労働省HP保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について）により把握

指標名 変更	重複・多剤投与者へのアプローチ率 ↓ 重複・多剤投与者への取組の実施率	現状	2017年	2018年	2019年	2020年	中間	2021年	2022年	最終	2023年	評価	
		計画値	100%					100%			100%		A 常に目標を達成している
		実績値		*	*	100%							

※朝日町重複・多剤投与者対策事業（重複・多受診レセプト点検実施状況）報告書により把握

⑩ 適正受診・適正服薬を促す取組事業（重複・多剤投与者に対する取り組み） 〔※事業⑩の中間評価は19ページに記載〕

総括評価	A	評価の検証	看護師によるレセプト詳細検討を実施し、アプローチ訪問の対象者を抽出しているが、当町に対象者はいない。対象者がいた場合、アプローチ訪問を行う体制は整っている。なお、令和2(2020)年度はポリファーマシー等に関するチラシの作成、令和3(2021)年度はかかりつけ薬局やお薬手帳の一元化に向けた知識の普及を図り、対象者の抑制を目指した。
		見直し・改善の方向	今後も、郡市薬剤師会と連携し、重複・多剤投与者対策会議を開催し、アプローチ訪問ができる体制を引き続き構築しておくことが求められる。また、重複・多剤投与防止に関する知識普及を引き続き行い、対象者の増加を防ぐ必要がある。

⑪ 適正受診・適正服薬を促す取組事業（後発医薬品の使用促進） 〔※事業⑪の中間評価は20ページに記載〕

総括評価	A	評価の検証	後発医薬品の使用割合は前年を上回って推移している。差額通知によって切り替えが徐々に進んでおり、リーフレット等を活用した使用促進により後発医薬品の使用割合も上昇傾向にある。
		見直し・改善の方向	後発医薬品の使用割合は上昇傾向にあることから、引き続き、同様の方法によって切り替えを進め、使用割合を高めていくことが求められる。

目標7 こころの健康づくりを進める

表中「―」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）
表中「*」は事業対象者なし

指標名	こころの健康づくりに関する事業参加者の理解状況	現状	2017年	2018年	2019年	2020年	中間	2021年	2022年	最終	2023年	評価	
		計画値	―					25%			50%		A 常に目標を達成している
		実績値		―	76.0%	80.4%	87.7%						

※「朝日町保健事業のまとめ」により把握

⑫ メンタルヘルス対策 〔※事業⑫の中間評価は21ページに記載〕

総括評価	A	評価の検証	令和元(2019)年度から「朝日町こころの健康づくり対策協議会」を設置し、事業を開始した。啓発事業や健康相談を開催し、事業参加者の理解度も目標値を大きく上回っている。
		見直し・改善の方向	事業参加者の理解度も次第に高まっており、高い水準で推移していることから、今後も同様の方法により事業を推進していくことが求められる。

目標 8 地域包括ケアの推進・後期高齢医療等との連携・協働を図る

表中「一」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）
 表中「*」は事業対象者なし

指標名	地域包括ケア推進部局との連携状況	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	100%				100%	100%	
実績値		100%	100%	100%					

※厚生労働省報告 国民健康保険努力者支援制度資料により把握

指標名	関係機関と協働した事業推進状況	現状	2018年	2019年	2020年	中間	2022年	最終	評価
		2017年				2021年	2023年		
		計画値	100%				100%	100%	
実績値		100%	100%	100%					

※厚生労働省報告 国民健康保険努力者支援制度資料により把握

⑬ 地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働

[※事業⑬の中間評価は22ページに記載]

総括評価	A	評価の検証	KDBデータや介護予防アンケートにより対象者データを抽出し、介護保険担当部局と共有するとともに、「こころの健康づくり対策協議会」に参画し、メンタルヘルス対策について関係部局との共有を図った。また、郡市薬剤師会と介護部門が協働しているブラウンバック事業（おくすり相談袋）に対して、国保及び後期高齢者医療の調剤レセプトデータ（経年）をグラフ化し、情報共有を行った。
		見直し・改善の方向	今後とも、介護予防と保健事業の一体化にかかる国の動向を見ながら、引き続き、関係部局間の連携、共有を密にしていくことが求められる。また、国保重複多剤投与者対策として、国保部門も協働して服薬に関する事業（おくすり相談袋啓発やかかりつけ薬局の推進）等を検討していく予定である。

(2) 各事業の中間評価

① とこわか健康マイレージ事業

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	町民の健康づくりを地域全体で応援する環境づくりを進めるため、三重県が事業化した「とこわか健康マイレージ事業」に参画します。 町民は、健康づくりに取り組むことや「マイレージ取組協力事業所」の提供メニューに参加することでポイントを獲得し、一定のポイントで「三重とこわか健康応援カード」が交付され、このカードを「マイレージ特典協力店」で提示することで、特典を受けられるというものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた
関係機関との連携は図れたか	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業対象者への勧奨は適切か	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業周知回数は適切か	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標を達成できた

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業参加者理解状況	100%	—	—	—	—	E 評価不可
事業参加率	30%	不明	0.02%	12.4%	50.0%	A 目標を達成できた



総括評価
A

評価の検証	「あさひ健康マイレージ（ポイントカード）」の周知を図り、事業への参加を促した結果、中間目標である15%を大きく上回り、令和3年度で50%（見込み）の事業参加率を得ることができた。
-------	---



見直し・改善の方向	特に若年層の参加を促すため、成人基本健康診査や乳幼児検診の機会を捉えて事業の周知、参加促進を行っていくとともに、事業の目的である「健康に関する関心を高める」につなげられるよう、事業を活用していくことが求められる。
-----------	--

② 特定健診未受診者対策

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	当町では男性40歳～54歳と女性40歳～44歳及び50歳～54歳の低迷が全体の受診率の伸びを低調にしている状況であり、受診対象者の特徴も考慮しつつ、特定健診受診率の向上をめざして実施するものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内会議数(対象者の選定)	1回以上	5回	5回	7回		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算が確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
受診勧奨内容や勧奨時期は適切か(検討回数)	1回以上	1回	2回	3回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
受診勧奨実施回数	1回以上	1回	2回	1回		A 目標を達成できた

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
特定健診受診率	前年比増	44.2%	47.3%	39.2%		C やや目標を下回った
勧奨者の健診受診者割合	10%	26.6%	30.2%	—		B 概ね目標を達成できた
男性の若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率	前年比増	24.3%	38.1%	31.5%		B 概ね目標を達成できた
女性の若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率	前年比増	47.2%	53.1%	45.1%		B 概ね目標を達成できた



総括評価
B

評価の検証	令和元(2019)年度は目標以上の受診勧奨を行うことができ、全体及びターゲットとする若年層の受診率向上について効果がみられたものの、令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、積極的な勧奨は実施しなかった。そのため令和2年度は特定健診の受診率が伸び悩んだ。
-------	--



見直し・改善の方向	令和元(2019)年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、若年層の受診率の向上につながっており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。
-----------	---

③ 特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	当町では未利用者が多く、全体の保健指導利用率の低迷につながっています。このため、対象者の有所見状況の改善をめざし、特定保健指導の利用率の向上を図るものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内会議の開催数(対象者の選定)	年間クール毎	5回	5回	6回		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算が確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業内容や勧奨時期や勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者への事業勧奨回数	1回以上	各1回	1回	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	78.5%	80.4%	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%	54.7%	38.7%	—		D かなり目標を下回った

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
特定保健指導終了率	前年比増	46.7%	47.6%	—		B 概ね目標を達成できた



総括評価	B
------	---

評価の検証	平成30(2018)年度及び令和元(2019)年度は対象者の健診結果を精査し、勧奨チラシの送付後、勧奨訪問を行うことで、特定保健指導終了率は上昇傾向にあったものの、令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、特定保健指導事業を中止としたため、勧奨事業も行わなかった。
-------	---



見直し・改善の方向	令和元(2019)年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、特定保健指導の終了率の向上につながっており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。
-----------	--

④ 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取り組み（早期介入保健指導事業）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	特定健康診査の有所見状況において脂質項目のみの有所見者及び血圧と脂質項目が重複している有所見者が増加傾向にあるため、早期介入(食生活や運動の正しい基礎知識の習得や健康行動継続への支援など)を行うことにより、メタボ該当者の減少につなげたり、事業利用者周囲への健康行動啓発など波及効果を目的として実施するものです。
------------------	---



【ストラクチャー指標の評価】		目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
指標削除	関係者との連携数	3回	3回	3回	6回		A 目標どおりに実施できた
指標追加	庁舎内の会議の開催数	年間ケール毎	5回	6回	6回		A 目標どおりに実施できた
	啓発や事業実施に係る予算の確保ができたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
	専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】		目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
指標削除	支援方法を話し合い、支援計画を立案しているか(検討回数)	1回以上	3回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた
指標削除	啓発方法や実施時期は適切か(検討回数)	1回以上	1回	1回	—		B 概ね目標どおりに実施できた
指標削除	相談や教室内容、時期、回数は適切か(検討回数)	1回以上	1回	1回	—		B 概ね目標どおりに実施できた
指標追加	対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
指標追加	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】		目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
指標削除	事業参加人数	前年比増	15人	12人	—		C やや目標を下回った
指標削除	事業開催数	前年比同または増	13回	10回	—		C やや目標を下回った
指標追加	対象者への事業勧奨回数	1回以上	—	—	—		—
指標追加	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	—	—	—		—
指標追加	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%	—	—	—		—

【アウトカム指標の評価】		目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
指標削除	翌年度特定健診血液検査改善率(個別健康相談利用者)	利用者の50%	25%	20%	—		D かなり目標を下回った
指標削除	事業参加後の食生活の変化の割合(個別健康相談利用者)	利用者の50%	77%	33%	—		D かなり目標を下回った
指標削除	事業参加後の運動習慣の変化の割合(個別健康相談利用者)	利用者の50%	77%	50%	—		A 目標を達成できた
指標削除	翌年度特定健診の体重減少率(個別健康相談利用者)	利用者の25%	—	—	—		E 評価不可
指標削除	事業参加後、肯定的な意見が聞かれた割合	利用者の50%	50%	100%	—		A 目標を達成できた
指標追加	内臓脂肪症候群該当者の減少率(※)	前年比増	22.6%	17.9%	18.1%		B 概ね目標を達成できた
指標追加	特定健診検査値(血圧・脂質)の割合(※)	前年比減	12.6%	9.0%	10.9%		B 概ね目標を達成できた

※は「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より



		総括評価
評価の検証	平成30(2018)年度は15人、令和元(2019)年度は12人の参加とやや減少した。改善率・変化割合も平成30年度に比べて令和元年度はやや低下している。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、集団健康教室を中止とした。	C
↓		
見直し・改善の方向	平成30(2018)年度については事業参加者の食生活、運動習慣の改善がみられたが、近年の参加率や新型コロナウイルス感染症の影響を判断し、集団は難しく、今後は個別で事業を展開していくことが求められる。 今回の中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、次年度から事業⑤で展開していた目標を本事業④として実施していく。事業目標を”当町は積極的支援や動機付け支援対象者の特定保健指導終了率が低く、訪問勧奨(事業③)などを実施しても積極的支援の対象者ほど拒否が強い傾向です。そのため、肥満のみもしくは非肥満高血糖や非肥満高脂血症の判定時から、生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や健康行動への促し等、メタボ対象者の減少を目指して実施するものです。”と変更する。	

⑤ 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症は除く）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	当町は積極的や動機付け対象者の特定保健指導終了率は低く、訪問勧奨（事業③）などを実施しても積極的支援の対象者ほど拒否が強い傾向です。そのため、非肥満者高血糖や非肥満者高脂血症時から、生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や健康行動への促し等、メタボ対象者の減少をめざして実施するものです。
------------------	---

【ストラクチャー指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内の会議の開催数	年間クール毎	5回	6回	6回		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算が確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か (検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者への事業勧奨回数	1回以上	各1回	各1回	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	74.4%	80.4%	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%	31.9%	21.2%	—		D かなり目標を下回った

【アウトカム指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
翌年度の特定保健指導（積極的支援及び動機付け支援）対象者への転化率	0%	—	—	—		E 評価不可
翌年度特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）	利用者の20%	53.8%	59.6%	0.0%		—
非肥満高血糖率（KDB）	前年比減	6.7%	7.0%	9.2%		D かなり目標を下回った
特定保健指導（積極的支援）の対象者人数（※）	前年比減	10人	4人	6人		B 概ね目標を達成できた
特定保健指導（動機付け支援）の対象者人数（※）	前年比減	32人	36人	25人		B 概ね目標を達成できた

※は「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

指標削除

指標名変更

指標削除

	総括評価
評価の検証	C

対象者の健診結果を精査し、勧奨チラシの送付後、勧奨訪問を行った。特定保健指導・積極的支援の対象者は減少がみられたが、動機付け支援の対象者は増加している。また非肥満高血糖者の比率も徐々に上昇傾向にある。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で、保健指導事業を中止としたため、勧奨事業も行わなかった。

見直し・改善の方向	<p>当事業の該当者は依然として勸奨しても拒否する人が多いが、訪問勸奨を続け、丁寧に説明することを通じて、地道に保健指導を続けていく必要がある。</p> <p>今回の中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、次年度から事業④で展開していた目標を本事業⑤として実施していく。事業目標を”健診結果を個々に精査すると、服薬者であってもコントロール不良な方もおり、今後病状の悪化も予測されます。そのため医療機関受診を根底に、服薬の再確認など正しい知識の普及や健康行動への促し等、生活習慣病重症化予防に重点を置いて実施するものです。”と変更する。</p>
-----------	---

⑥ 特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	健診結果を個々に精査すると今後身体症状が現れる可能性の高い方もおり、未治療者の重症化予防をめざし、早期の適切な受療を目的として実施するものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内会議の開催数(対象者の選定)	年間クール毎	5回	6回	6回		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算が確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者への事業勧奨回数	1回以上	各1回	1回	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	70.5%	80.4%	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%	23.5%	33.3%	—		D かなり目標を下回った

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
未治療者率 (KDB)	前年比減	4.6%	4.6%	0.5%		A 目標を達成できた
受診勧奨者率 (KDB)	前年比減	57.0%	51.4%	52.7%		C やや目標を下回った



総括評価
B



評価の検証	対象者の健診結果を精査し、受診勧奨域の方は医療機関への受診勧奨（訪問等）を行った。訪問時、病態別のパンフレット等を利用することによって病態理解を深めてもらい治療につなげることができた。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で通知勧奨のみ実施した。
-------	--



見直し・改善の方向	令和元(2019)年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、保健指導率の向上につながっているが、受診勧奨者率は横ばいであり、フォローアップの強化を図る必要がある。引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。
-----------	---

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防事業

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	糖尿病が重症化するリスクの高い医療未受診者・受診中断者等に対して、受診及び適切な加療勧奨を行うものです。また通院する患者のうち、重症化するリスクの高い対象者に対して、主治医の判断により保健指導受託医療機関とも連携して、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的として実施するものです。
------------------	---



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
関係者会議の実施	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
対象者のレセプト内容の精査率	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か (検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

指標削除

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の事業勧奨率	100%	—	100%	100%		A 目標を達成できた
既事業勧奨者の再勧奨率	100%	—	100%	—		B 概ね目標を達成できた
保健指導受託医療機関からの依頼内容の返信率	100%	—	—	—		E 評価不可

指標名変更

指標削除

指標追加

指標追加

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の医療機関受診率	50%	—	50.0%	54.5%		A 目標を達成できた
既事業勧奨者の受診率	50%	—	—	—		E 評価不可
対象者の保健指導利用率	50%	—	50.0%	0.0%		D かなり目標を下回った
翌年度特定健診結果血液検査改善率	50%	—	*	*		E 評価不可



総括評価
C



評価の検証	令和元(2019)年度より近隣市町とともに郡市医師会と協働で事業を実施し、受診勧奨及び郡市医師会への委託による保健指導を行った。令和元(2019)年度は事業対象者2人のうち1人に保健指導を実施したが、令和2(2020)年度は対象者1人に対して保健指導を実施できなかった。医療機関受診率については目標を上回った。
-------	---



見直し・改善の方向	対象者は少人数であるものの、人工透析の導入を防ぐためにも、早期治療と生活習慣の改善が求められることから、事業の継続は必要である。今後も近隣市町と郡市医師会と協働して実施していく。
-----------	---

⑧ その他保健指導

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	健診結果を個々に精査すると服薬者であってもコントロール不良な方もおり、今後病状の悪化も予測されます。そのため医療機関受診を根底に、服薬の再確認など正しい知識の普及や健康行動への促し等、生活習慣病重症化予防に重点を置いて実施するものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内の会議の回数	年間クール毎	5回	6回	6回		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算が確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
専門職の人員は足りているか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か (検討回数)	1回以上	1回	1回	1回		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者への事業勧奨回数	1回以上	各1回	1回	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	80.9%	80.4%	—		B 概ね目標を達成できた
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	20%	40.4%	32.6%	—		B 概ね目標を達成できた

指標名変更

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
翌年度特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）	20%	53.8%	59.6%	0.0%		B 概ね目標を達成できた



評価の検証	対象者の健診結果を精査し、勧奨チラシの送付後、勧奨訪問を行うことで、個別健康相談の実施率は目標の20%を上回ったものの、令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、特定保健指導事業を中止としたため、勧奨事業も行わなかった。
-------	---

総括評価	B
------	---

見直し・改善の方向	令和元(2019)年度は通知勧奨と訪問勧奨を実施し、個別健康相談の実施率や翌年の特定健診血液検査改善率が目標を上回っており、引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことが求められる。
-----------	--

⑨ がん検診対策

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	当町における死因の第一位は依然としてがんとなっています。がんは早期発見することによって生存率が高められつつあることから、早期発見に向けて、がん検診受診者の増加を図り、異常の早期発見によってがん罹患者の早期治療につなげることを目的に実施するものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内検討数（掲載内容の精査）	1回以上	1回	1回	1回	1回	B 概ね目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握はできたか	100%	—	—	—	—	E 評価不可
受診勧奨の発送時期は適切か（検討回数）	1回以上	1回	1回	1回	1回	B 概ね目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
通知による受診勧奨回数	1回以上	1回	1回	1回	1回	B 概ね目標を達成できた
精密検査受診勧奨率	100%	97.7%	93.2%	100.0%	100.0%	A 目標を達成できた

指標追加
(目標5より)

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
がん検診受診率	前年比 1%増	—	—	—	—	E 評価不可
がん検診受診率（胃がん検診）	15.0%	15.0%	13.6%	中止	14.0%	B 概ね目標を達成できた
（大腸がん検診）	15.0%	7.6%	7.5%	9.2%	10.0%	C やや目標を下回った
（肺がん検診）	15.0%	5.3%	5.1%	6.7%	6.8%	C やや目標を下回った
（乳がん検診）	30.0%	23.5%	21.4%	18.0%	19.0%	C やや目標を下回った
（子宮頸がん検診）	25.0%	21.0%	23.8%	18.7%	19.0%	B 概ね目標を達成できた

指標削除

指標追加
(目標5より)

指標追加
(目標5より)

指標追加
(目標5より)

指標追加
(目標5より)

指標追加
(目標5より)

※地域保健・健康増進事業報告より。



総括評価
B

評価の検証	検診案内での受診勧奨については計画どおり実施したものの、コロナ禍で、検診を中止や延期したのもあり、がん検診受診率は全体的に低下した。
-------	--



見直し・改善の方向	引き続き、同様の方向性により取組を継続していくことに加え、特に受診率の低い検診について受診勧奨を積極的に実施していく。
-----------	---

⑩ 適正受診・適正服薬を促す取組事業（重複・多剤投与者に対する取り組み）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	医療費適正化を図るため、重複受診、頻回受診、重複投薬などの被保険者を抽出し、適正受診を促進することを目的に実施するものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な専門職は確保できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
対象者のレセプト内容は精査できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
レセプト精査回数	毎月1回 (12回)	12回	12回	12回		A 目標を達成できた
薬剤師との検討回数	年1回	—	—	6回		—

指標追加
(下から)

指標追加

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施回数→レセプト精査回数	毎月1回 (12回)	12回	12回	12回		A 目標を達成できた
訪問指導対象者へのアプローチ率	50%	—	—	—		E 評価不可

指標削除
(上へ)

指標追加
(下から)

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者のレセプトによる精査率 ↓ 訪問対象者のレセプトによる事業効果検証率	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた
訪問指導対象者へのアプローチ率	50%	—	—	—		E 評価不可
訪問指導対象者の改善状況	50%	*	*	0%		D かなり目標を下回った
重複・多剤投与者の数（被保険者全体からの出現率）	10%	0%	0%	0%		D かなり目標を下回った

指標名変更

指標削除
(上へ)

指標追加

指標追加



総括評価
A

評価の検証	看護師によるレセプト詳細検討を実施し、アプローチ訪問の対象者を抽出しているが、当町に対象者はいない。対象者がいた場合、アプローチ訪問を行う体制は整っている。なお、令和2(2020)年度はポリファーマシー等に関するチラシの作成、令和3(2021)年度はかかりつけ薬局やお薬手帳の一元化に向けた知識の普及を図り、対象者の抑制を目指した。
-------	--



見直し・改善の方向	今後も、郡市薬剤師会と連携し、重複・多剤投与者対策会議を開催し、アプローチ訪問ができる体制を引き続き構築しておくことが求められる。また、重複・多剤投与防止に関する知識普及を引き続き行い、対象者の増加を防ぐ必要がある。
-----------	--

⑪ 適正受診・適正服薬を促す取組事業（後発医薬品の使用促進）

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	医療費適正化を図るため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を促すことを目的に実施するものです。
------------------	---



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な条件の設定はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
対象者のレセプト内容は精査できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施回数	2回	2回	2回	2回		A 目標を達成できた

指標名変更

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
後発医薬品の使用割合は前年に比べて向上しているか	前年比増	2.6%	3.7%	1.7%		A 目標を達成できた
後発医薬品の差額通知事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替わりが行われているか確認できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた
対象者へ後発医薬品使用に対する情報提供はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた

指標名変更



総括評価
A



評価の検証	後発医薬品の使用割合は前年を上回って推移している。差額通知によって切り替えが徐々に進んでおり、リーフレット等を活用した使用促進により後発医薬品の使用割合も上昇傾向にある。
-------	---



見直し・改善の方向	後発医薬品の使用割合は上昇傾向にあることから、引き続き、同様の方法によって切り替えを進め、使用割合を高めていくことが求められる。
-----------	--

⑫ メンタルヘルス対策

表中「—」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）

表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	当町は統合失調症やうつ病の医療費が高く、自殺による死亡率も国や県に比べて高い状況にあります。このことから、町民のこころの健康づくりを進めることを目的に、関係者による協議組織を設置し、対策を講じていくものです。
------------------	--



【ストラクチャー指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
庁舎内検討数	1回以上	4回	4回	4回	4回	A 目標どおりに実施できた
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
対象者の把握はできたか	100%	100%	100%	100%	100%	A 目標どおりに実施できた
事業勧奨通知の内容や発送時期は適切か (検討回数)	1回以上	0回	1回	1回	1回	A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施回数	1回以上	0回	1回	1回	1回	A 目標を達成できた

【アウトカム指標の評価】	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業参加者の理解状況（事業参加者アンケート回答）	50%	—	76.0%	80.4%	87.7%	A 目標を達成できた



総括評価
A



評価の検証	令和元(2019)年度から「朝日町こころの健康づくり対策協議会」を設置し、事業を開始した。啓発事業や健康相談を開催し、事業参加者の理解度も目標値を大きく上回っている。
-------	---



見直し・改善の方向	事業参加者の理解度も次第に高まっており、高い水準で推移していることから、今後も同様の方法により事業を推進していくことが求められる。
-----------	---

⑬ 地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働

表中「―」は事業未実施（コロナ禍で実施できなかったものも含む）
表中「*」は事業対象者なし

事業目標 (目的・背景等)	地域包括ケアの推進の一環として、健康寿命の延伸と身体機能の維持・向上をめざした自立支援を行うため、町民の健康づくり推進事業が一貫性のある切れ目のない取り組みになることを目的として、関係部局や制度・事業間の連携・支援を強化するものです。
------------------	---

【ストラクチャー指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業実施に必要な予算確保はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
地域包括ケアの推進部局との連携は図れたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【プロセス指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
事業対象者の把握は適切か	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた
事業実施に向けた地域包括ケア推進部局との情報共有や協力はできたか	100%	100%	100%	100%		A 目標どおりに実施できた

【アウトプット指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
地域包括ケア推進部局と連携した事業の実施や支援は行えたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた
地域包括ケア推進部局との会議等に参画できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた

【アウトカム指標の評価】

	目標値	実績 2018年	実績 2019年	実績 2020年	見込み 2021年	中間評価
地域包括ケア推進部局と事業利用者の状況や結果について情報共有・報告ができたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた
地域包括ケア推進部局との連携内容が次年度の事業計画に反映できたか	100%	100%	100%	100%		A 目標を達成できた

		総括評価
評価の検証	KDBデータや介護予防アンケートにより対象者データを抽出し、介護保険担当部局と共有するとともに、「こころの健康づくり対策協議会」に参画し、メンタルヘルス対策について関係部局との共有を図った。また、郡市薬剤師会と介護部門が協働しているブラウンバック事業(おくすり相談袋)に対して、国保及び後期高齢者医療の調剤レセプトデータ(経年)をグラフ化し、情報共有を行った。	A

見直し・改善の方向

今後とも、介護予防と保健事業の一体化にかかる国の動向を見ながら、引き続き、関係部局間の連携、共有を密にすることが求められる。また、国保重複多剤投与者対策として、国保部門も協働して服薬に関する事業(おくすり相談袋啓発やかかりつけ薬局の推進)等を検討していく予定である。

2 目的及び目標の設定

本計画においては、データからの現状認識と問題の構造分析に基づき抽出された健康課題に対し、効果的にアプローチできるよう保健事業を展開していくことを目的として、次のとおり目標を設定します。

目標1 健康に関する関心を高める

指標名	あさひ健康マイレージの参加率 (三重とこわか健康応援カードの普及率)	現 状 (2017 年)	中間目標 (2021 年)	最終目標 (2023 年)
		—	15%	30%
指標の説明	町民向けに健康の維持増進を図るため、ポイントカードや応援カードの普及率を高めることを目指すものです。 ※「朝日町保健事業のまとめ」により把握 2017 年は事業未実施のためデータなし			

【主な取組】 ●とこわか健康マイレージ事業

目標2 特定健康診査の受診率を高める

指標名	特定健診受診率	現 状 (2017 年)	中間目標 (2021 年)	最終目標 (2023 年)
		47.0%	55.6%	60.0%
指標の説明	疾病の早期発見・健康維持を図るため、特定健診の受診率の向上を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	40 歳代・50 歳代の特定健診受診率	現 状 (2017 年)	中間目標 (2021 年)	最終目標 (2023 年)
	男性 40 歳代	18.6%	20.0%	22.0%
	男性 50 歳代	30.3%	32.5%	35.0%
	女性 40 歳代	25.6%	27.5%	30.0%
	女性 50 歳代	41.3%	42.5%	45.0%
指標の説明	疾病の早期発見・健康維持を図るため、特に 40 歳代、50 歳代の受診率の向上を目指すものです。 ※KDB データ「健診・医療・介護からみる地域の健康課題」により把握			

【主な取組】 ●特定健診未受診者対策

目標3 保健指導により行動変容につなげる

指標名	特定保健指導終了率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		40.0%	52.0%	60.0%
指標の説明	健康の維持・増進を図るため、保健指導終了率の向上を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	特定健診質問項目「1日1時間以上の運動なし」	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		56.4%	現状年度 より減	中間目標年 度より減
指標の説明	健康の維持・増進を図るため、当該質問項目の改善を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	メタボリックシンドローム該当者（全体）・ 予備群者（女性）	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		該当者 19.8% 予備群者 9.0%	現状年度 より減	中間目標年 度より減
指標の説明	健康の維持・増進を図るため、該当者及び予備群の減少を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	特定健診検査値（血圧・脂質）	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		12.6%	現状年度 より減	中間目標年 度より減
指標の説明	健康の維持・増進を図るため、血圧・脂質検査値の減少を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	特定保健指導による特定保健指導対象者の 減少率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		41.2%	42.0%	43.0%
指標の説明	健康の維持・増進を図るため、対象者の減少率の向上を目指すものです。 ※「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」により把握			
指標名	非肥満高血糖	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		7.5%	現状年度 より減	中間目標年 度より減
指標の説明	糖尿病性腎症重症化予防を図るため、非肥満高血糖該当者の減少を目指す ものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			

- 【主な取組】
- 特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）
 - 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）
 - 生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症は除く）
 - 糖尿病性腎症重症化予防事業

目標4 早期受療を勧める

指標名	医療機関受診率及び保健指導利用率（糖尿病性腎症重症化予防事業）	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		—	前年比増	前年比増
指標の説明	疾病の早期発見・健康維持を図るため、糖尿病未治療者の医療機関の受診率または保健指導の利用率の向上を目指すものです。 ※「朝日町保健事業のまとめ」により把握 2017年は事業未実施のためデータなし			
指標名	未治療者率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		4.9%	4.5%	4.0%
指標の説明	疾病の早期発見・健康維持を図るため、未治療者率の低下を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	受診勧奨者率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		48.1%	46.5%	45.0%
指標の説明	未治療者の疾病の早期発見・健康維持を図るため、受診勧奨者率の低下を目指すものです。 ※KDB データ「地域の全体像の把握」により把握			
指標名	人工透析患者数	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		5人	5人 (現状維持)	5人 (現状維持)
指標の説明	糖尿病未治療者の疾病重症化の防止を図るため、人工透析患者数の増加を防ぐことを目指すものです。 ※特定疾病医療証の発行者数により把握			

- 【主な取組】
- 特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策）
 - 糖尿病性腎症重症化予防事業
 - その他保健指導

目標5 がんなどの病気を早期に発見する

指標名	国保日帰り人間ドック受診率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		92%	100%	100%
指標の説明	がんの早期発見を図るため、日帰り人間ドックの受診率向上を目指すものです。 ※「朝日町保健事業のまとめ」により把握			
指標名	がん検診精密検査受診率	現 状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
	胃がん検診	—	80.0%	80.0%
	大腸がん検診	80.6%	81.0%	85.0%
	肺がん検診	—	70.0%	70.0%
	乳がん検診	92.3%	93.0%	95.0%
	子宮頸がん検診	87.5%	100.0%	100.0%
指標の説明	がんの早期発見を図るため、各がん検診精密検査の受診率向上を目指すものです。 ※「地域保健・健康増進事業報告」により把握 胃がん及び肺がんの2017年は該当者がいなかったためデータなし			

【主な取組】 ●がん検診対策（がん検診受診勧奨、日帰り人間ドック）

目標6 医療の適正受診を促す

指標名	後発医薬品の使用割合	現状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		63.0%	70%	80%
指標の説明	<p>適正な医療受診を図るため、後発医薬品の使用割合の向上を目指すものです。</p> <p>※後発医薬品の使用割合 該当年度 3 月診療分（努力者支援制度市町村分報告又は厚生労働省 HP 保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について）により把握</p>			
指標名	重複・多剤投与者への取組の実施率	現状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		100%	100%	100%
指標の説明	<p>適正な医療受診を図るため、重複・多剤投与者へのアプローチ率の向上を目指すものです。</p> <p>※朝日町重複・多剤投与者対策事業（重複・多受診レセプト点検実施状況）報告書により把握</p>			

【主な取組】 ●適正受診・適正服薬を促す取組事業（重複・多剤投与者に対する取組、後発医薬品の使用促進）

目標7 こころの健康づくりを進める

指標名	こころの健康づくりに関する事業参加者の理解状況	現状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		—	25%	50%
指標の説明	<p>こころの健康づくりに関する啓発を図るため、町民向け事業における参加者の理解度を高めることを目指すものです。</p> <p>※「朝日町保健事業のまとめ」により把握 2017年は事業未実施のためデータなし</p>			

【主な取組】 ●メンタルヘルス対策

目標8 地域包括ケアの推進・後期高齢医療等との連携・協働を図る

指標名	地域包括ケア推進部局との連携状況	現状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		100%	100%	100%
指標の説明	地域包括ケアの推進を図るため、常に各関係機関と連携することを目指すものです。 ※厚生労働省報告 国民健康保険努力者支援制度資料により把握			
指標名	関係機関と協働した事業推進状況	現状 (2017年)	中間目標 (2021年)	最終目標 (2023年)
		100%	100%	100%
指標の説明	切れ目のない健康づくり事業の推進を図るため、常に各関係機関と協働することを目指すものです。 ※厚生労働省報告 国民健康保険努力者支援制度資料により把握			

- 【主な取組】 ●地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働

3 保健事業の内容

(1) 健康に関する関心を高める

① あさひ健康マイレージ事業

事業目標 (目的・背景等)	<p>町民の健康づくりを地域全体で応援する環境づくりを進めるため、三重県が事業化した「とこわか健康マイレージ事業」に参画します。</p> <p>町民は、健康づくりに取り組むことや「マイレージ取組協力事業所」の提供メニューに参加することでポイントを獲得し、一定のポイントで「三重とこわか健康応援カード」が交付され、このカードを「マイレージ特典協力店」で提示することで、特典を受けられるというものです。</p>																				
事業内容 ・ 実施方法	<p>「あさひ健康マイレージ（ポイントカード）」を作成・配布し、健康づくり（運動や減塩など）に取り組んだり、健康診査の受診など、自己申告によってポイントを貯めた町民に対し、「三重とこわか健康応援カード」を交付します。</p>																				
実施計画 (人数・時期)	<p>2018(H30)年11月より開始し、順次、「あさひ健康マイレージ」及び「三重とこわか健康応援カード」を発行します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>健康に関する関心を高められるよう、「あさひ健康マイレージ」及び「三重とこわか健康応援カード」を発行します。特に若年層の参加を促すため、成人基本健康診査や乳幼児検診の機会を捉えて事業の周知、参加促進を行います。</p>																				
評価計画	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標の説明</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td>関係機関との連携は図れたか</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標の説明</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業対象者への勧奨は適切か</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標の説明</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業周知回数は適切か</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価指標の説明</th> <th style="text-align: center;">目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業参加者理解状況</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td>事業参加率</td> <td style="text-align: center;">30%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標の説明	目標値	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	関係機関との連携は図れたか	100%	評価指標の説明	目標値	事業対象者への勧奨は適切か	100%	評価指標の説明	目標値	事業周知回数は適切か	100%	評価指標の説明	目標値	事業参加者理解状況	100%	事業参加率	30%
評価指標の説明	目標値																				
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																				
関係機関との連携は図れたか	100%																				
評価指標の説明	目標値																				
事業対象者への勧奨は適切か	100%																				
評価指標の説明	目標値																				
事業周知回数は適切か	100%																				
評価指標の説明	目標値																				
事業参加者理解状況	100%																				
事業参加率	30%																				

(2) 特定健康診査の受診率を高める

② 特定健診未受診者対策

事業目標 (目的・背景等)	当町では男性 40 歳～54 歳と女性 40 歳～44 歳及び 50 歳～54 歳の低迷が全体の受診率の伸びを低調にしている状況であり、受診対象者の特徴も考慮しつつ、特定健診受診率の向上を目指して実施するものです。	
事業内容 ・ 実施方法	当町で受診率の低い 40 歳～59 歳の未受診者を精査し、勧奨対象とします。 勧奨通知では過去の健診受診歴に応じた個別性のある受診勧奨パンフレットを作成・送付します。	
実施計画 (人数・時期)	実施年度内の未受診者に対して、健診期間内に郵送勧奨等を実施します。受診率の低い性別や年代を重点的に対象とします。	
評価計画	【ストラクチャー指標】	
	評価指標の説明	目標値
	庁舎内会議の開催数(対象者の選定)	1 回以上
	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%
	専門職の人員は足りているか	100%
	【プロセス指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者の把握率	100%
	受診勧奨内容や勧奨時期は適切か(検討回数)	1 回以上
	【アウトプット指標】	
	評価指標の説明	目標値
	受診勧奨実施回数	1 回以上
	【アウトカム指標】	
	評価指標の説明	目標値
	特定健診受診率 ※	前年比増
	勧奨者の健診受診者割合	10%
	男性の若年層(40 歳代・50 歳代)特定健診受診率 ※	前年比増
女性の若年層(40 歳代・50 歳代)特定健診受診率 ※	前年比増	
※「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より		

(3) 保健指導により行動変容につなげる

③ 特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）

事業目標 (目的・背景等)	当町では未利用者が多く、全体の保健指導利用率の低迷につながっています。このため、対象者の有所見状況の改善を目指し、特定保健指導の利用率の向上を図るものです。	
事業内容 ・ 実施方法	当町にて個々の健診結果のデータを精査し、健診結果を反映した事前訪問通知を作成・送付します。その後、対象者宅へ専門職が訪問し、本人及び家族と対話し、健康感や健康行動を聞き取り、特定保健指導利用に向けて勧奨します。その他、開催している町実施の健康講座等への参加勧奨も実施します。	
実施計画 (人数・時期)	<p>特定健診受診者より抽出し、実施します。</p> <p>9月から翌年3月までの間に国保連から健診結果が届き次第、年間数クールにて専門職が実施します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>通知勧奨・・・9月～翌年3月 2回程度 訪問勧奨・・・9月～翌年3月 年6期間程度 (年6クール開催予定の個別健康相談実施前)</p>	
評価計画	【ストラクチャー指標】	
	評価指標の説明	目標値
	庁舎内会議の開催数(対象者の選定)	年間クール毎
	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%
	専門職の人員は足りているか	100%
	【プロセス指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者の把握率	100%
	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上
	【アウトプット指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者への事業勧奨回数	1回以上
	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%
	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%
	【アウトカム指標】	
	評価指標の説明	目標値
特定保健指導終了率 ※	前年比増	
※「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より		

④生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）

※中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、原計画において事業⑤で展開していた目標を本事業④として実施することとします。

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>特定健康診査の有所見状況において脂質項目のみの有所見者及び血圧と脂質項目が重複している有所見者が増加傾向にあるため、早期介入（食生活や運動の正しい基礎知識の習得や健康行動継続への支援など）を行うことにより、メタボ該当者の減少につなげたり、事業利用者周囲への健康行動啓発など波及効果を目的として実施するものです。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>当町は積極的支援や動機付け支援対象者の特定保健指導終了率が低く、訪問勧奨（事業③）などを実施しても積極的支援の対象者ほど拒否が強い傾向です。そのため、肥満のみもしくは非肥満高血糖や非肥満高脂血症の判定時から、生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や健康行動への促し等、メタボ対象者の減少を目指して実施するものです。</p>																						
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>当町にて個々の健診結果のデータを精査し、健診結果を反映した事前訪問通知を作成・送付します。その後、対象者宅へ専門職が訪問し、健康相談または来所型個別健康相談を勧奨します。対象者の健康感や健康行動を聞き取りつつ、生活習慣病の基礎知識及び重篤化予防の重要性も含めて保健指導を実施します。</p>																						
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>特定健診受診者より抽出し、実施します。 9月から翌年3月までの間に健診結果が国保連から届き次第、年間数クールにて専門職が実施します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>通知勧奨・・・9月～翌年3月　2回程度 訪問勧奨・・・9月～翌年3月　年6期間程度 （年6クール開催予定の個別健康相談実施前）</p> <p>来所型個別健康相談 ・・・9月～翌年3月　年6クール（1クール2～3日）</p>																						
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="464 1406 1422 1570"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>庁舎内会議の開催数</td> <td>年間クール毎</td> </tr> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>専門職の人員は足りているか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="464 1626 1422 1744"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="464 1800 1422 1964"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への事業勧奨回数</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標の説明	目標値	庁舎内会議の開催数	年間クール毎	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	専門職の人員は足りているか	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）	1回以上	評価指標の説明	目標値	対象者への事業勧奨回数	1回以上	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%
評価指標の説明	目標値																						
庁舎内会議の開催数	年間クール毎																						
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																						
専門職の人員は足りているか	100%																						
評価指標の説明	目標値																						
対象者の把握率	100%																						
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）	1回以上																						
評価指標の説明	目標値																						
対象者への事業勧奨回数	1回以上																						
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%																						
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%																						

【アウトカム指標】	
評価指標の説明	目標値
翌年度特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）	利用者の20%
特定保健指導（積極的支援）の対象者人数 ※	前年比減
特定保健指導（動機付け支援）の対象者人数 ※	前年比減

※「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

⑤生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症は除く）

※中間評価を経て、事業の見直し及び厚生労働省「保険者努力支援交付金事業」の申請事業項目に合わせるため、原計画において事業④で展開していた目標を本事業⑤として実施することとします。

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>当町は積極的や動機付け対象者の特定保健指導終了率は低く、訪問勧奨（事業③）などを実施しても積極的支援の対象者ほど拒否が強い傾向です。そのため、非肥満者高血糖や非肥満者高脂血症時から、生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や健康行動への促し等、メタボ対象者の減少をめざして実施するものです。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>健診結果を個々に精査すると、服薬者であってもコントロール不良な方もおり、今後病状の悪化も予測されます。そのため医療機関受診を根底に、服薬の再確認など正しい知識の普及や健康行動への促し等、生活習慣病重症化予防に重点を置いて実施するものです。</p>																						
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>個別健康相談や運動教室・栄養教室を実施し、健康維持・増進していくために、基礎知識の普及や実践による行動変容につなげます。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>当町にて個々の健診結果のデータを精査し、健診結果を反映した事前訪問通知を作成・送付します。その後、対象者宅へ専門職が訪問し、健康相談または来所型個別健康相談を勧奨します。対象者の受診状況や健康行動を聞き取りつつ、生活習慣病の基礎知識及び重篤化予防の重要性も含めて保健指導を実施します。</p>																						
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>特定健診受診者より抽出し、実施します。 9月から翌年3月までの間に、個別健康相談、運動教室、栄養教室などを実施します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>通知勧奨・・・9月～翌年3月 2回程度 訪問勧奨・・・9月～翌年3月 年6期間程度 (年6クール開催予定の個別健康相談実施前) 来所型個別健康相談 ・・・9月～翌年3月 年6クール(1クール2～3日)</p>																						
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1485 1426 1644"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>庁舎内会議の開催数</td> <td>年間クール毎</td> </tr> <tr> <td>啓発や事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>専門職の人員は足りているか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1704 1426 1823"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1883 1426 2040"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への事業勧奨回数</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標の説明	目標値	庁舎内会議の開催数	年間クール毎	啓発や事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	専門職の人員は足りているか	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上	評価指標の説明	目標値	対象者への事業勧奨回数	1回以上	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%
評価指標の説明	目標値																						
庁舎内会議の開催数	年間クール毎																						
啓発や事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																						
専門職の人員は足りているか	100%																						
評価指標の説明	目標値																						
対象者の把握率	100%																						
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上																						
評価指標の説明	目標値																						
対象者への事業勧奨回数	1回以上																						
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%																						
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%																						

【アウトカム指標】	
評価指標の説明	目標値
翌年度特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）	利用者の50%
内臓脂肪症候群該当者の減少率 ※	前年比増
特定健診検査値（血圧・脂質）の割合 ※	前年比減

※は「法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表」より

(4) 早期受療を勧める

⑥ 特定健診受診者のフォローアップ(受診勧奨判定値を超えている者への対策)

事業目標 (目的・背景等)	健診結果を個々に精査すると今後身体症状が現れる可能性の高い方もおり、未治療者の重症化予防を目指し、早期の適切な受療を目的として実施するものです。	
事業内容 ・ 実施方法	当町にて個々の健診結果のデータを精査し、健診結果を反映した事前訪問通知を作成・送付します。その後、対象者宅へ専門職が訪問し、本人及び家族と対話して健康感や受診行動を聞き取り、検査数値に対する丁寧な説明を実施し、受診勧奨します。	
実施計画 (人数・時期)	<p>特定健診受診者より抽出し、実施します。 9月から翌年3月までの間に健診結果が国保連から届き次第、年間数クールにて専門職が実施します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>通知勧奨・・・9月～翌年3月 2回程度 訪問勧奨・・・9月～翌年3月 年6期間程度 (年6クール開催予定の個別健康相談実施前) 来所型個別健康相談 ・・・9月～翌年3月 年6クール(1クール2～3日)</p>	
評価計画	【ストラクチャー指標】	
	評価指標の説明	目標値
	庁舎内会議の開催数(対象者の選定)	年間クール毎
	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%
	専門職の人員は足りているか	100%
	【プロセス指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者の把握率	100%
	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上
	【アウトプット指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者への事業勧奨回数	1回以上
	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%
	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	50%
	【アウトカム指標】	
	評価指標の説明	目標値
未治療者率 ※	前年比減	
受診勧奨者率 ※	前年比減	
※KDB データ「地域の全体像の把握」より		

⑦糖尿病性腎症重症化予防事業

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い医療未受診者・受診中断者等に対して、受診及び適切な加療勧奨を行うものです。また通院する患者のうち、重症化するリスクの高い対象者に対して、主治医の判断により保健指導受託医療機関とも連携して、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的として実施するものです。</p>																													
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>四日市医師会と同管内市町（朝日町、川越町、菰野町、四日市市）が協働して受診勧奨・保健指導事業プログラムを検討します。</p> <p>【検討内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者基準の統一 ・かかりつけ医及び保健指導医療機関の事業説明や養成 など ・行政及び各医療機関との連携 <p>↓</p> <p>四日市医師会と同管内市町（朝日町、川越町、菰野町、四日市市）が協働して保健指導受託医療機関の養成や三泗DMプログラム（受診勧奨及び三泗DM保健指導マニュアルに基づく保健指導事業）を実施していきます。年2回糖尿病対策会議や担当者部会等により連携していきます。</p>																													
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>2019(H31)年度より実施予定ですが、具体的には今後の検討により決定していきます。</p> <p>↓</p> <p>2019(H31)年度より近隣市町とともに郡市医師会と協働で事業を実施し、受診勧奨及び郡市医師会への委託による保健指導を行います。</p>																													
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1122 1426 1240"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>関係者会議の実施</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1301 1426 1458"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>対象者のレセプト内容の精査率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1518 1426 1637"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の事業勧奨率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>既事業勧奨者の再勧奨率</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1697 1426 1854"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の医療機関受診率</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>対象者の保健指導利用率</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>翌年度特定健診結果血液検査改善率</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標の説明	目標値	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	関係者会議の実施	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	対象者のレセプト内容の精査率	100%	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）	1回以上	評価指標の説明	目標値	対象者の事業勧奨率	100%	既事業勧奨者の再勧奨率	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の医療機関受診率	50%	対象者の保健指導利用率	50%	翌年度特定健診結果血液検査改善率	50%
評価指標の説明	目標値																													
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																													
関係者会議の実施	100%																													
評価指標の説明	目標値																													
対象者の把握率	100%																													
対象者のレセプト内容の精査率	100%																													
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か（検討回数）	1回以上																													
評価指標の説明	目標値																													
対象者の事業勧奨率	100%																													
既事業勧奨者の再勧奨率	100%																													
評価指標の説明	目標値																													
対象者の医療機関受診率	50%																													
対象者の保健指導利用率	50%																													
翌年度特定健診結果血液検査改善率	50%																													

⑧その他保健指導

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>健診結果を個々に精査すると服薬者であってもコントロール不良な方もおり、今後病状の悪化も予測されます。そのため医療機関受診を根底に、服薬の再確認など正しい知識の普及や健康行動への促し等、生活習慣病重症化予防に重点を置いて実施するものです。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>健診結果を経年的にみると腎機能（eGFR や尿蛋白等）の悪化がみられますが、内科及び腎臓専門の医療機関は未受診者が多い状況です。そのため生活習慣病予防に重点を置いた正しい知識の普及や受診等を促し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的として実施するものです。</p>																										
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>当町にて個々の健診結果のデータを精査し、健診結果を反映した事前訪問通知を作成・送付します。その後、対象者宅へ専門職が訪問し、健康相談の実施や来所型個別健康相談を勧奨します。対象者の健康感や受診状況を聞き取りつつ、検査結果の基礎知識及び重篤化予防の重要性も含めて、受診勧奨や保健指導を実施します。</p>																										
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>特定健診受診者より抽出し、実施します。 9月から翌年3月までの間に健診結果が国保連から届き次第、年間数クールにて専門職が実施します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>通知勧奨・・・9月～翌年3月 2回程度 訪問勧奨・・・9月～翌年3月 年6期間程度 (年6クール開催予定の個別健康相談実施前) 来所型個別健康相談 ・・・9月～翌年3月 年6クール(1クール2～3日)</p>																										
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1196 1426 1361"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>庁舎内会議の開催回数</td> <td>年間クール毎</td> </tr> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>専門職の人員は足りているか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1420 1426 1541"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1599 1426 1765"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への事業勧奨回数</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1823 1426 1944"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>翌年度特定健診結果血液検査改善率(個別健康相談利用者)</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標の説明	目標値	庁舎内会議の開催回数	年間クール毎	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	専門職の人員は足りているか	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上	評価指標の説明	目標値	対象者への事業勧奨回数	1回以上	訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%	訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	20%	評価指標の説明	目標値	翌年度特定健診結果血液検査改善率(個別健康相談利用者)	20%
評価指標の説明	目標値																										
庁舎内会議の開催回数	年間クール毎																										
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																										
専門職の人員は足りているか	100%																										
評価指標の説明	目標値																										
対象者の把握率	100%																										
事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か(検討回数)	1回以上																										
評価指標の説明	目標値																										
対象者への事業勧奨回数	1回以上																										
訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合	50%																										
訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合	20%																										
評価指標の説明	目標値																										
翌年度特定健診結果血液検査改善率(個別健康相談利用者)	20%																										

(5) がんなどの病気を早期に発見する

⑨がん検診対策

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>当町における死因の第一位は依然としてがんとなっています。がんは早期発見することによって生存率が高められつつあることから、早期発見に向けて、がん検診受診者の増加を図り、異常の早期発見によってがん罹患者の早期治療につなげることを目的に実施するものです。</p>																															
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>国保特定健康診査受診券に町のがん検診 PR チラシを同封し、がん検診の受診を勧奨します。 国保日帰り人間ドック（大腸がん検診・胃がん検診・胸部検診・腹部超音波など）の継続実施とともに、2022（R03）年度より国保個人人間ドック（特定健診検査項目を必須とし、各種がん検診は希望により追加可能。受診料の助成）を実施していきます。</p>																															
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>特定健診対象者全員に対し、特定健康診査通知時期（6月末）に合わせて通知し、受診を促します。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>特定健診対象者全員に対し、4月初旬国保人間ドック事業の勧奨通知を実施。また特定健康診査受診券発送時（6月末）に町の各種がん検診案内を同封し受診を促します。特に、受診率の低い検診について、積極的に受診勧奨を行います。</p>																															
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1032 1433 1155"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>庁舎内検討数（掲載内容の精査）</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1211 1433 1335"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨の発送時期は適切か（検討回数）</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1391 1433 1514"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通知による受診勧奨回数</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>精密検査受診勧奨率</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" data-bbox="472 1570 1433 1805"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>がん検診受診率（胃がん検診）</td> <td>15.0%</td> </tr> <tr> <td>（大腸がん検診）</td> <td>15.0%</td> </tr> <tr> <td>（肺がん検診）</td> <td>15.0%</td> </tr> <tr> <td>（乳がん検診）</td> <td>30.0%</td> </tr> <tr> <td>（子宮頸がん検診）</td> <td>25.0%</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標の説明	目標値	庁舎内検討数（掲載内容の精査）	1回以上	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	受診勧奨の発送時期は適切か（検討回数）	1回以上	評価指標の説明	目標値	通知による受診勧奨回数	1回以上	精密検査受診勧奨率	100%	評価指標の説明	目標値	がん検診受診率（胃がん検診）	15.0%	（大腸がん検診）	15.0%	（肺がん検診）	15.0%	（乳がん検診）	30.0%	（子宮頸がん検診）	25.0%
評価指標の説明	目標値																															
庁舎内検討数（掲載内容の精査）	1回以上																															
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																															
評価指標の説明	目標値																															
対象者の把握率	100%																															
受診勧奨の発送時期は適切か（検討回数）	1回以上																															
評価指標の説明	目標値																															
通知による受診勧奨回数	1回以上																															
精密検査受診勧奨率	100%																															
評価指標の説明	目標値																															
がん検診受診率（胃がん検診）	15.0%																															
（大腸がん検診）	15.0%																															
（肺がん検診）	15.0%																															
（乳がん検診）	30.0%																															
（子宮頸がん検診）	25.0%																															

(6) 医療の適正受診を促す

⑩適正受診・適正服薬を促す取組事業（重複・多剤投与者に対する取組）

事業目標 (目的・背景等)	医療費適正化を図るため、重複受診、頻回受診、重複投薬などの被保険者を抽出し、適正受診を促進することを目的に実施するものです。	
事業内容 ・ 実施方法	重複・多剤投与者の抽出基準を設定し、国保連データ（重複・多剤投与者リスト）をもとに、専門職がレセプト内容を精査します。対象者を把握・選定し、専門職が訪問などによる指導を行うことにより、適正受診の促進を図ります。	
実施計画 (人数・時期)	対象者の中から選定し、専門職が毎月実施します。	
評価計画	【ストラクチャー指標】	
	評価指標の説明	目標値
	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%
	事業実施に必要な専門職は確保できたか	100%
	【プロセス指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者の把握率	100%
	対象者のレセプト内容は精査できたか	100%
	レセプト精査回数	毎月1回 (12回)
	薬剤師との検討回数	年1回
	【アウトプット指標】	
	評価指標の説明	目標値
	訪問指導対象者へのアプローチ率	50%
	【アウトカム指標】	
	評価指標の説明	目標値
	訪問対象者のレセプトによる事業効果検証率	100%
訪問指導対象者の改善状況	50%	
重複・多剤投与者の数（被保険者全体からの出現率）	10%	

⑪ 適正受診・適正服薬を促す取組事業（後発医薬品の使用促進）

事業目標 (目的・背景等)	医療費適正化を図るため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を促すことを目的に実施するものです。	
事業内容 ・ 実施方法	国保連と連携して5月・11月診療分のレセプトを対象に精査し、20歳以上で、後発医薬品に替えることで200円以上安価となる方を抽出し、圧着ハガキにて後発医薬品の使用について勧奨します。 併せて、被保険者に後発医薬品の更なる理解促進を図るため、パンフレットなどによる情報提供を行います。	
実施計画 (人数・時期)	対象者全員に対し、年2回通知します。	
評価計画	【ストラクチャー指標】	
	評価指標の説明	目標値
	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%
	事業実施に必要な条件の設定はできたか	100%
	【プロセス指標】	
	評価指標の説明	目標値
	対象者の把握率	100%
	対象者のレセプト内容は精査できたか	100%
	【アウトプット指標】	
	評価指標の説明	目標値
	事業実施回数	2回
	【アウトカム指標】	
	評価指標の説明	目標値
	後発医薬品の使用割合は前年に比べて向上しているか	前年比増
	後発医薬品の差額通知事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認できたか	100%
	対象者へ後発医薬品使用に対する情報提供はできたか	100%

(7) こころの健康づくりを進める

⑫メンタルヘルス対策

<p>事業目標 (目的・背景等)</p>	<p>当町は統合失調症やうつ病の医療費が高く、自殺による死亡率も国や県に比べて高い状況にあります。このことから、町民のこころの健康づくりを進めることを目的に、関係者による協議組織を設置し、対策を講じていくものです。</p>																					
<p>事業内容 ・ 実施方法</p>	<p>2019(H31)年度より「朝日町こころの健康づくり対策協議会」を設置します。 2019(H31)年度より事業計画を策定し、実施していきます。</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学童期における“こころの健康に対する啓発事業” ・広報あさひによるこころの健康づくり対策事業のPR ・健康相談の開催 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2019(H31)年度より「朝日町こころの健康づくり対策協議会」を設置。広報あさひへの「朝日町こころの健康づくり対策協議会だより」の掲載、保健福祉センターにおける専門相談の開催、中学3年生へのこころの健康づくり研修会の開催、こころの健康づくり対策協議会の開催を行います。</p>																					
<p>実施計画 (人数・時期)</p>	<p>2019(H31)年度より実施予定ですが、具体的には今後の検討により決定していきます。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>こころの健康づくり対策協議会における進捗管理のもと、事業計画に基づき各事業を実施します。</p>																					
<p>評価計画</p>	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="470 1227 1426 1346"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>庁舎内検討数</td> <td>1回以上</td> </tr> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="470 1402 1426 1520"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の把握率</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業勧奨通知の内容や発送時期は適切か（検討回数）</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="470 1576 1426 1659"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業実施回数</td> <td>1回以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" data-bbox="470 1715 1426 1798"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業参加者の理解状況（事業参加者アンケート回答）</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標の説明	目標値	庁舎内検討数	1回以上	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	評価指標の説明	目標値	対象者の把握率	100%	事業勧奨通知の内容や発送時期は適切か（検討回数）	1回以上	評価指標の説明	目標値	事業実施回数	1回以上	評価指標の説明	目標値	事業参加者の理解状況（事業参加者アンケート回答）	50%
評価指標の説明	目標値																					
庁舎内検討数	1回以上																					
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																					
評価指標の説明	目標値																					
対象者の把握率	100%																					
事業勧奨通知の内容や発送時期は適切か（検討回数）	1回以上																					
評価指標の説明	目標値																					
事業実施回数	1回以上																					
評価指標の説明	目標値																					
事業参加者の理解状況（事業参加者アンケート回答）	50%																					

(8) 地域包括ケアの推進・後期高齢医療等との連携・協働を図る

⑬ 地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働

事業目標 (目的・背景等)	地域包括ケアの推進の一環として、健康寿命の延伸と身体機能の維持・向上を目指した自立支援を行うため、町民の健康づくり推進事業が一貫性のある切れ目のない取組になることを目的として、関係部局や制度・事業間の連携・支援を強化するものです。																									
事業内容 ・ 実施方法	ア. 地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム、健康増進担当部局、及び後期高齢者医療担当部局、介護保険担当部局等との連携や相互参画を図ります。 イ. 関係機関と協働し、介護予防や保健福祉事業等（地域ケア会議、介護予防に向けた口腔機能向上・運動機能向上・認知症予防等の各教室、後期高齢者健診・歯科検診など）に取り組みます。																									
実施計画 (人数・時期)	各関係機関と連携して、それぞれ開催時期を計画し、実施します。 介護予防と保健事業の一体化に係る国の動向を見ながら、引き続き、関係部局間の連携、共有を密にして各事業に取り組みます。また、国保重複多剤投与者対策として、国保部門も協働して服薬に関する事業等を検討します。																									
評価計画	<p>【ストラクチャー指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1043 1426 1164"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業実施に必要な予算は確保できたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>地域包括ケアの推進部局との連携は図れたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【プロセス指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1223 1426 1379"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業対象者の把握は適切か</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>事業実施に向けた地域包括ケア推進部局との情報共有や協力はできたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1438 1426 1594"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域包括ケア推進部局と連携した事業の実施や支援は行えたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>地域包括ケア推進部局との会議等に参画できたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトカム指標】</p> <table border="1" data-bbox="469 1653 1426 1850"> <thead> <tr> <th>評価指標の説明</th> <th>目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域包括ケア推進部局と事業利用者の状況や結果について情報共有・報告ができたか</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>地域包括ケア推進部局との連携内容が次年度の事業計画に反映できたか</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		評価指標の説明	目標値	事業実施に必要な予算は確保できたか	100%	地域包括ケアの推進部局との連携は図れたか	100%	評価指標の説明	目標値	事業対象者の把握は適切か	100%	事業実施に向けた地域包括ケア推進部局との情報共有や協力はできたか	100%	評価指標の説明	目標値	地域包括ケア推進部局と連携した事業の実施や支援は行えたか	100%	地域包括ケア推進部局との会議等に参画できたか	100%	評価指標の説明	目標値	地域包括ケア推進部局と事業利用者の状況や結果について情報共有・報告ができたか	100%	地域包括ケア推進部局との連携内容が次年度の事業計画に反映できたか	100%
評価指標の説明	目標値																									
事業実施に必要な予算は確保できたか	100%																									
地域包括ケアの推進部局との連携は図れたか	100%																									
評価指標の説明	目標値																									
事業対象者の把握は適切か	100%																									
事業実施に向けた地域包括ケア推進部局との情報共有や協力はできたか	100%																									
評価指標の説明	目標値																									
地域包括ケア推進部局と連携した事業の実施や支援は行えたか	100%																									
地域包括ケア推進部局との会議等に参画できたか	100%																									
評価指標の説明	目標値																									
地域包括ケア推進部局と事業利用者の状況や結果について情報共有・報告ができたか	100%																									
地域包括ケア推進部局との連携内容が次年度の事業計画に反映できたか	100%																									

資 料 編

①あさひ健康マイレージ事業

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	〇とこわかカード配布数					2枚	3枚
課 題	〇あさひ健康マイレージの周知が十分でなく、事業参加数が少ない。						

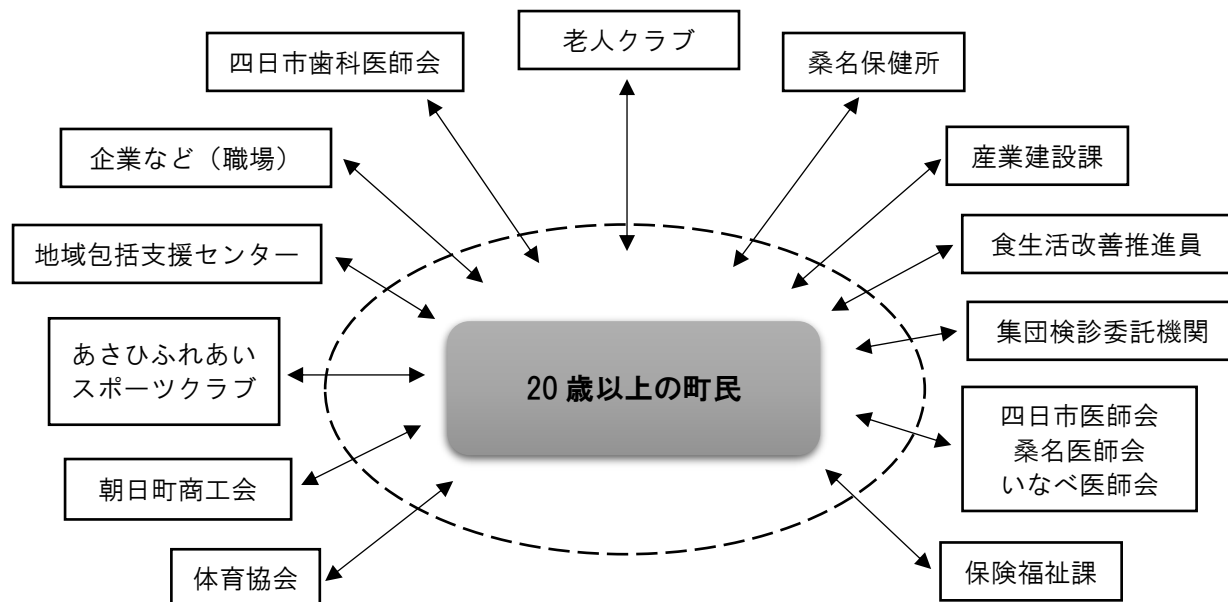
事業目的		
〇町民が町民自身で自己の健康づくりができるようになることを目指す。また、朝日町第6次総合計画の中で、「地域や関係機関と協働した健康づくりの推進」を主要施策として掲げており、『毎日朝食摂取率の向上』や『運動習慣のある人の割合の増加』などの目標達成に寄与することを目指す。		
事業企画		
対象者	20歳以上の町民	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
5月～翌年2月末まで	<4月> 〇あさひ健康マイレージチラシの作成 <5月> 〇チラシを5月号広報に折り込み全戸配布 <5月～翌年2月末> 〇老人クラブや介護予防事業等、人が多く集まる場所で普及啓発 〇駅や店舗など、チラシを置いてもらえる場所へ設置 〇体育協会や食改、商工会などに啓発協力を依頼（健康づくり推進協議会などにて） 〇明治安田生命との健康づくり協定を活用し、健康づくりイベントや啓発を実施 〇6月～翌年2月までを応募期間とし、健康ポイントを貯めた方から順次子育て健康課へ応募カードを提出してもらう 〇提出箱の設置 <11月> 〇次年度、インセンティブ（町の特産品など）の検討 〇予算（チラシ作成費、インセンティブ購入費）の確保 <翌年3月> 〇当選者を選定し、インセンティブ（参加特典）を送付	<4月> 〇チラシ作成 <5月> 〇広報折込にて、チラシ配布 〇老人クラブや介護予防事業時に啓発を実施（健康マイレージの趣旨・参加方法・インセンティブ（参加特典）などについて説明し、チラシを配布する） 〇がん検診案内時に、チラシを同封して普及啓発を実施 <11月> 〇町民の声を反映しながら、インセンティブを決定 <翌年3月> 〇当選者を無作為に選出し、対象者へインセンティブ（参加特典）を郵送にて送付

評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	○事業参加者理解状況－100% ○事業参加率－30%
評価体制 ・方法	○参加者数の確認 ○「保健事業のまとめ」実績値の把握
実施時期	翌年3月

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○関係機関との連携は図れたか－100%	○日程や時期は適切か ○啓発・周知方法は適切か	○健康マイレージチラシ配布枚数－全世帯数
評価体制 ・方法	○予算の確保状況の確認	○実施状況の確認 ○広報折込での啓発状況の確認	○配布枚数の確認
実施時期	翌年3月	翌年3月	7月

あさひ健康マイレージ事業

【事業対象者と実施体制】



【朝日町健康マイレージ事業 根拠法令】

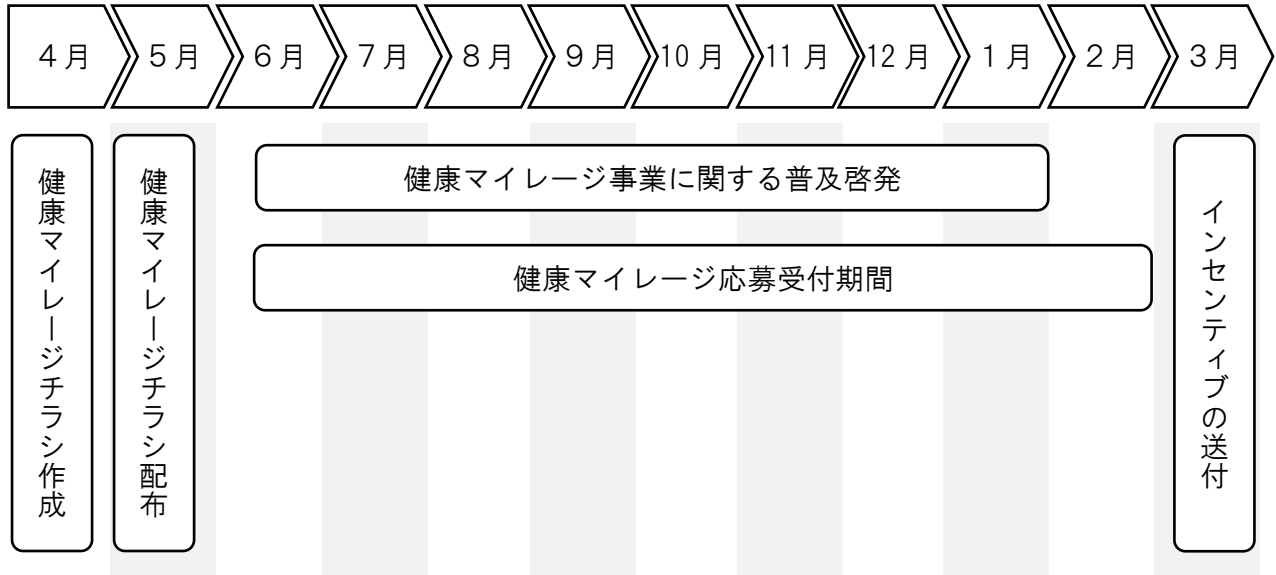
- ・健康増進法 第8条の2
- ・朝日町第6次総合計画 第1章
- ・朝日町健康増進計画 第4章

【事業詳細】

- ・町民が町民自身で自己の健康づくりができるようになることを目指す
- ・朝日町第6次総合計画の中で、「地域や関係機関と協働した健康づくりの推進」を主要施策として掲げており、『毎日朝食摂取率の向上』や『運動習慣のある人の割合の増加』などの目標達成に寄与することを目指す

【補助金等】

【年間スケジュール】



②特定健診未受診者対策事業

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）									
現 状			2015	2016	2017	2018	2019	2020	
	○特定健診受診率			49.7%	47.6%	47.0%	44.2%	47.3%	39.2%
	年齢別内訳	男性 40歳代				18.6%	16.2%	32.0%	20.3%
		男性 50歳代				30.3%	27.7%	33.9%	29.5%
		女性 40歳代				25.6%	20.0%	33.8%	27.1%
女性 50歳代					41.3%	29.4%	43.8%	36.5%	
課 題	○特定健診：国の目標値（60%）に到達していない、かつ健診受診率が低下している。 ○男女とも40歳～54歳の受診率が低迷（30%台程度）している。								

事業目的		
○特定健診未受診者に受診勧奨し受診率の向上を目指す。更に、翌年の継続受診を促す。		
事業企画		
対象者	特定健診対象者	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
○年内に4回実施 1回目 4月 2回目 8月 3回目 9月～翌年3月 4回目 11月 5回目 翌年1月～2月	【1回目】 ○対象者に圧着ハガキ（特定健診及び指定医療機関日帰り人間ドック事業と新規個人人間ドック補助事業のPR）を送付 ○糖尿病性腎症重症化予防事業と併用で、郡市医師会から受診勧奨について特定健診受託医療機関へ依頼 【2回目】 ○受診状況別（過去5年間全くの未受診者には健診受診者と未受診者の医療費差額グラフを記載）のチラシを配布 【3回目】 ○個別健康相談勧奨時または個別健康相談時、その他文書にて翌年の継続受診を勧奨する。 ① 9月下旬～10月中旬 ② 10月下旬～11月中旬 ③ 11月下旬～12月中旬 ④ 翌年1月上旬～中旬 ⑤ 翌年1月中旬～2月中旬 ⑥ 翌年2月下旬～3月中旬 【4回目】 ○11月上旬から中旬 未受診者（10月中旬時点）に、専門職（委託業者）による訪問受診勧奨を実施（平日日中のみならず訪問勧奨、不在2回目時に受診勧奨パンフを投函） 職場健診や自己負担健診受診者には結果送付について依頼 ○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、随時実施 【5回目】 ○がん検診併用の集団健康診査の実施	【1回目】 ○町保健師等でハガキ内容を検討 ○郡市医師会との会議にて依頼 【2回目】 ○町保健師等で対象者の受診状況を選択 ○チラシ内容の検討 【3・4回目】 ○町保健師等で訪問対象者の選択 ○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ ○委託業者による訪問勧奨の実施 ○事業成果の検証（勧奨者と健診受診者の照合等） 【5回目】 ○他部署と協働で、町のがん検診（前立腺がん検診、乳がん、子宮がん）時に集団特定健診を実施

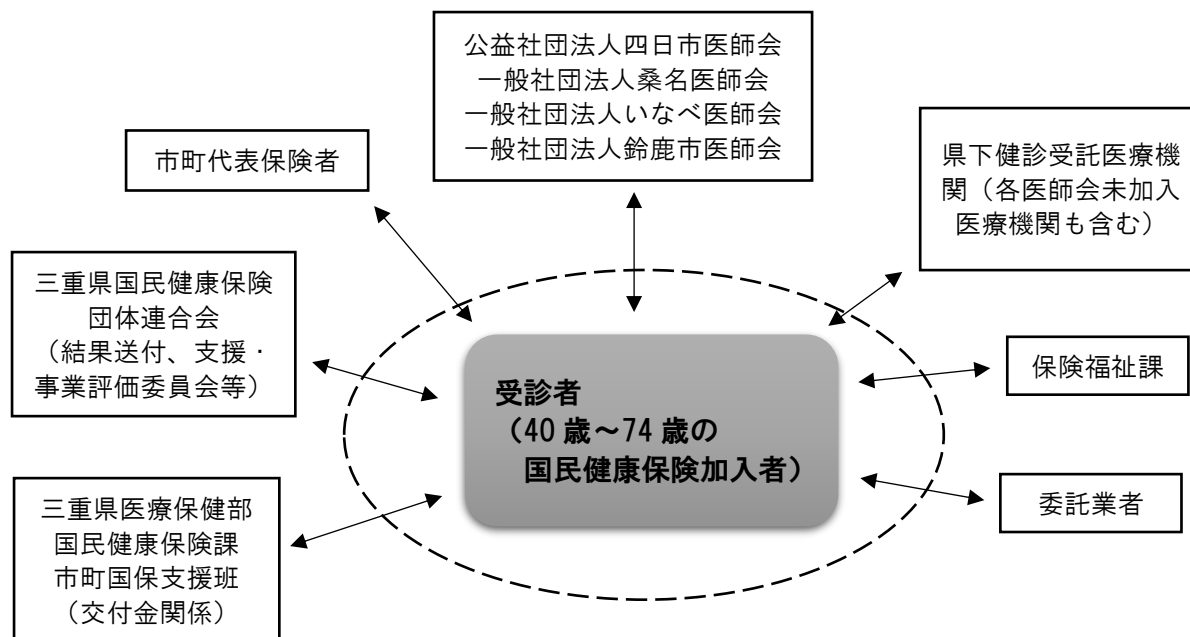
評価計画	
	アウトカム評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○法定報告 特定健診・特定保健指導結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率－前年比増 ●男性若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率－前年比増 ●女性若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率－前年比増 ○勧奨者の健診受診者割合(特定健診未受診者対策事業の対象者における受診者数)－10%
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○2つの人間ドック申込み状況の把握(町管理システム) ○法定報告 特定健診・特定保健指導結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率の確認 ●男性若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率の確認 ●女性若年層(40歳代・50歳代)特定健診受診率の確認 ○KDB 特定健診・保健指導集計 <ul style="list-style-type: none"> ●厚生労働省様式(様式5-4)健診受診状況(健診対象者及び健診受診者のピラミッド)の確認 ○特定健診未受診者対策事業の報告書を確認
実施時期	1回目 11月 2回目～5回目 翌年3月

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)－1回以上 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○受診勧奨内容や勧奨時期は適切か－1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○受診勧奨実施回数－1回以上
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者への発送状況の確認(対象者全員に認識される) ○訪問勧奨状況の確認(対象者全員に認識される) 	<ul style="list-style-type: none"> ○通知回数及び訪問回数の確認 ○通知枚数の確認 ○訪問勧奨者数の確認(訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数)
実施時期	1回目 4月 2回目 6月～8月 3回目 8月～翌年3月 4回目 10月～11月 5回目 12月～翌年2月	1回目 4月 2回目 8月 3回目 8月～翌年3月 4回目 10月中旬～11月 5回目 12月～翌年2月	1回目 4月 2回目 8月 3回目 8月～翌年3月 4回目 11月 5回目 12月～翌年2月

特定健診未受診者対策事業

(国保特定健診事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

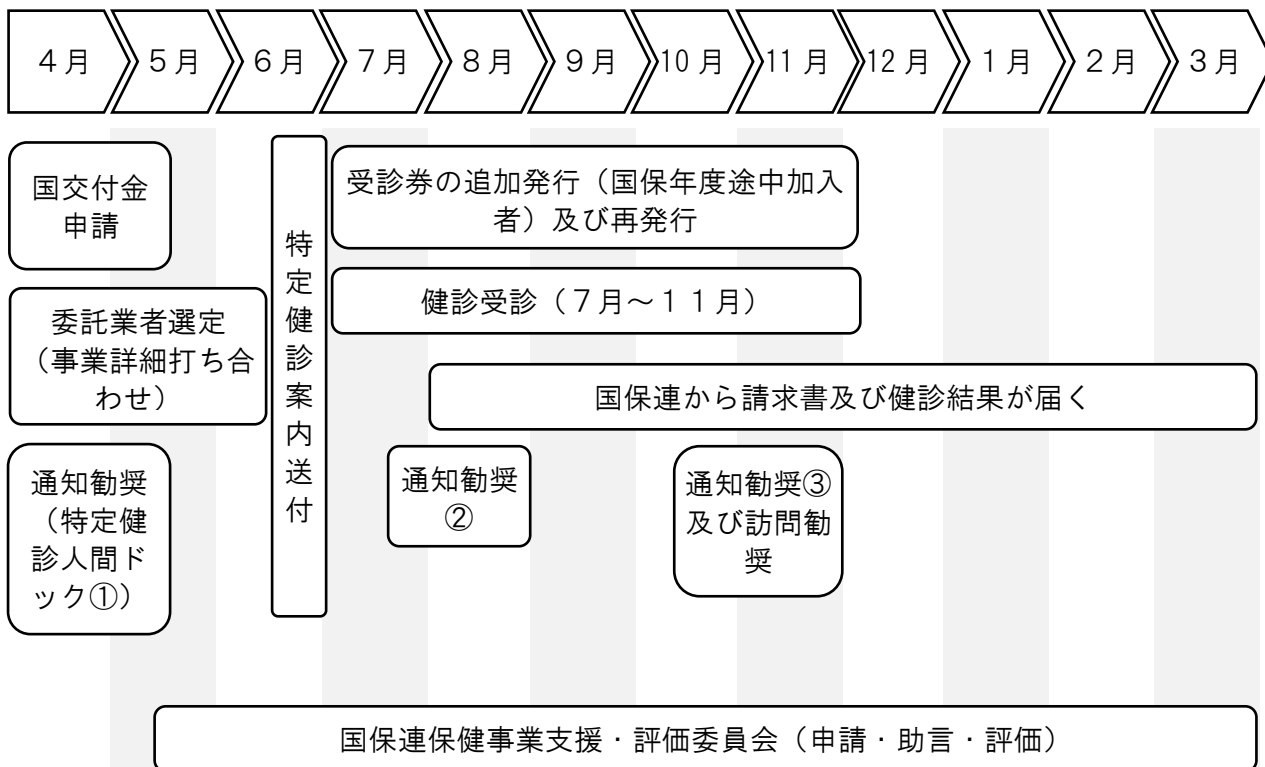
【事業詳細】

- ・ 特定健診未受診者対策…糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とした特定健診の受診に向けて、全くの未受診者及び隔年受診者等受診状況に見合った勧奨を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（a 特定健診未受診者対策事業）を含む

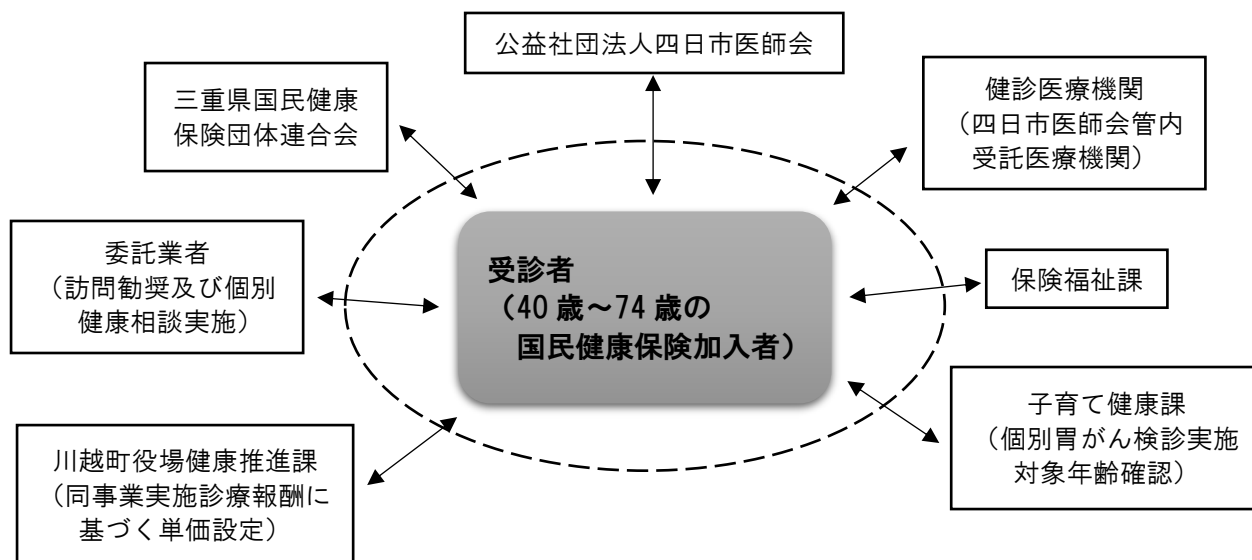
【年間スケジュール】



特定健診未受診者対策事業

(国保指定医療機関日帰り人間ドック事業)

【事業対象者と実施体制】



【国保人間ドック 根拠法令】

- ・健康増進法 第4章 第17条
- ・国民健康保険法 第6章 第82条 1節
- ・高齢者の医療の確保に関する法律 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条

*人間ドック他その他の法令に基づき行われる健康診査は、特定健康診査と検査項目が同じであれば、特定健康診査に読み替えが可能（高齢者の医療の確保に関する法律より）

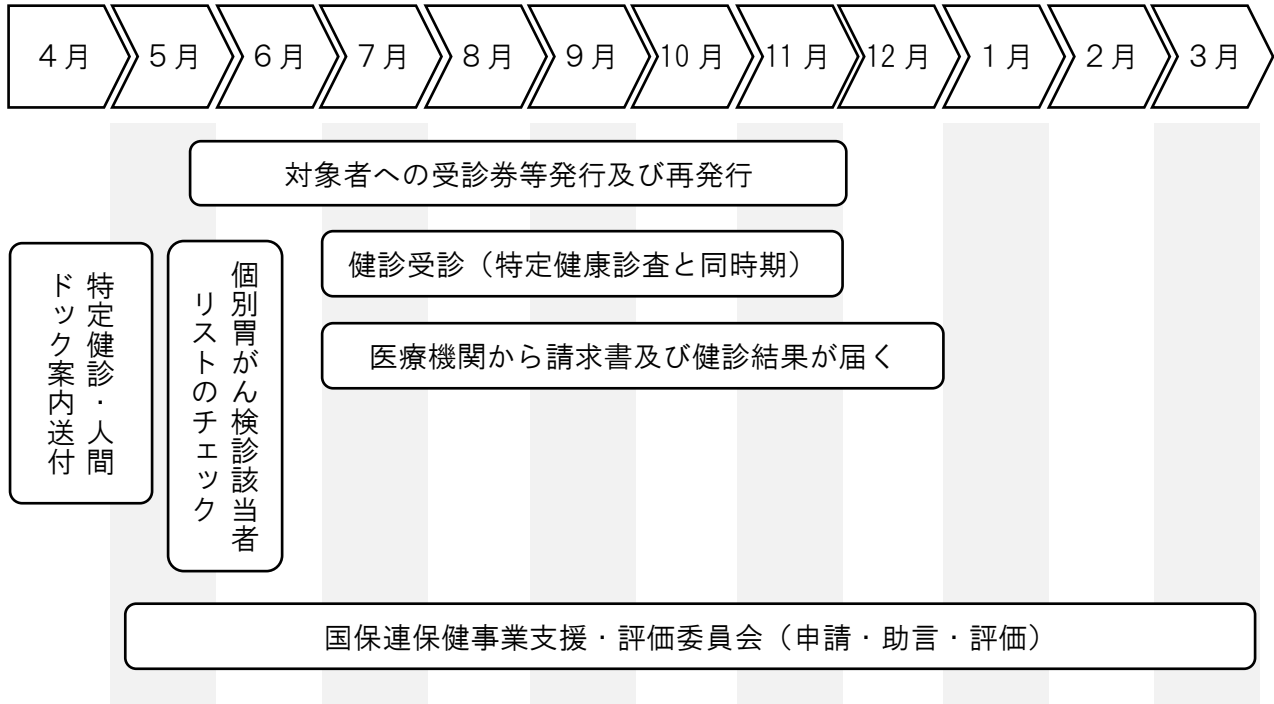
【事業詳細】

- ・人間ドック事業…特定健診（生活習慣病予防）以外に各種がん検診を同時実施し、健康の維持増進や疾病の発見の機会の拡大を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（a 特定健診未受診者対策事業）を含む

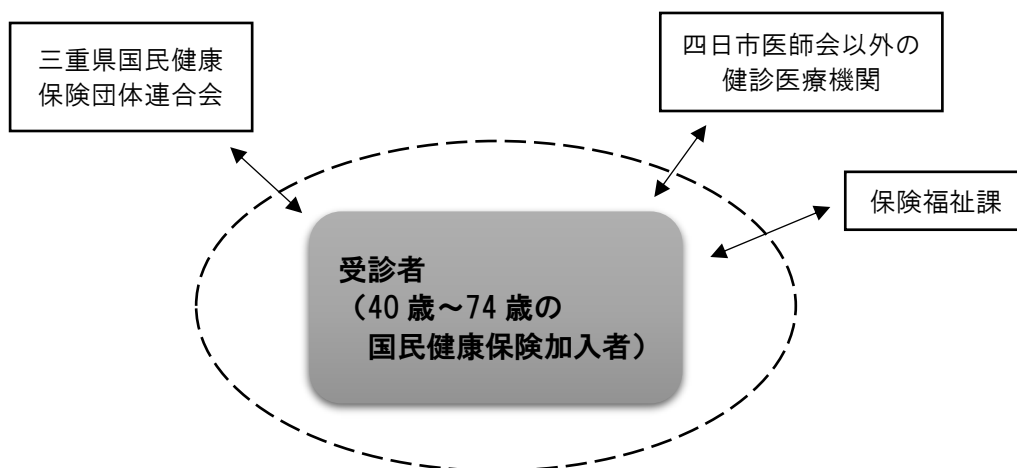
【年間スケジュール】



特定健診未受診者対策事業

(国保個人人間ドック事業)

【事業対象者と実施体制】



【国保人間ドック 根拠法令】

- ・健康増進法 第4章 第17条
- ・国民健康保険法 第6章 第82条 1節
- ・高齢者の医療の確保に関する法律 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条

*人間ドック他その他の法令に基づき行われる健康診査は、特定健康診査と検査項目が同じであれば、特定健康診査に読み替えが可能（高齢者の医療の確保に関する法律より）

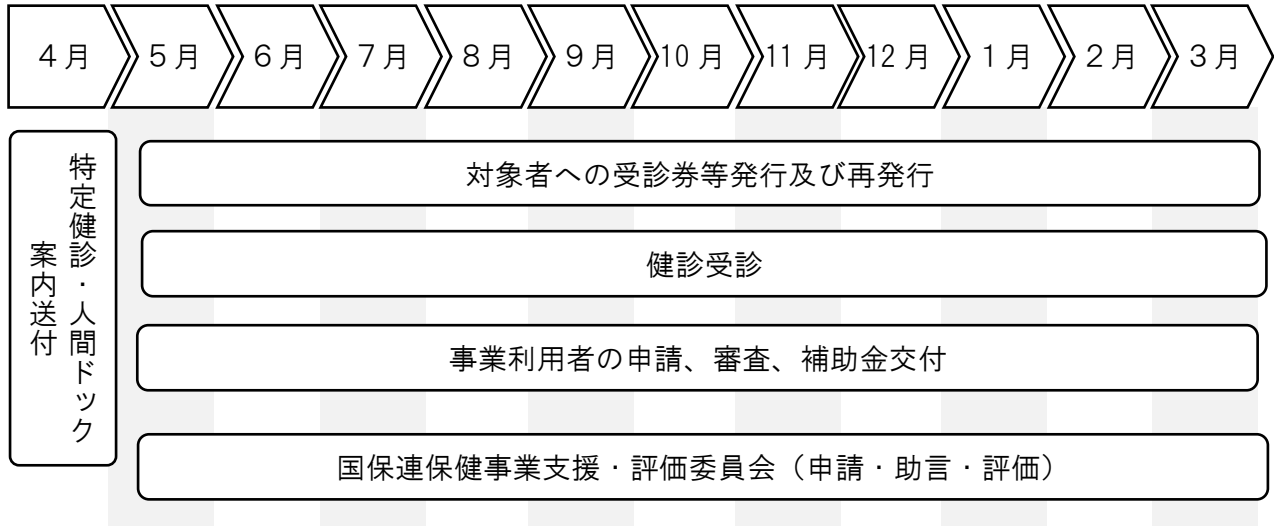
【事業詳細】

- ・人間ドック事業…特定健診（生活習慣病予防）以外に各種がん検診を同時実施し、健康の維持増進や疾病の発見の機会を拡大
- *朝日町国保日帰り人間ドック事業（町指定医療機関）以外における健診機会の拡大

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（a特定健診未受診者対策事業）を含む

【年間スケジュール】



③特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○特定保健指導終了率	11.9%	36.4%	40.0%	46.7%	47.6%	0.0%
	○特定保健指導予備群（女性）	5.4%	8.9%	9.0%	7.8%	7.6%	4.7%
	○特定保健指導該当者（全体）			19.8%	20.0%	20.4%	18.6%
	○特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率			41.2%	11.8%	16.0%	15.8%
課 題	<p>○特定保健指導：国の目標値（60％）に到達していない。</p> <p>○予備群・該当者の状況：県と比較すると、平成28(2016)年度以降から多い状況である。</p> <p>○特定保健指導対象者の減少率が横ばいである。</p>						

事業目的		
○特定保健指導利用率の向上を目指す。		
事業企画		
対象者	特定保健指導対象者	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、随時勧奨実施</p> <p>1回目 9月下旬～10月中旬 2回目 10月下旬～11月中旬 3回目 11月下旬～12月中旬 4回目 翌年1月上旬～中旬 5回目 翌年1月中旬～2月中旬 6回目 翌年2月下旬～3月中旬</p> <p>○個別健康相談</p> <p>1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬</p> <p>*いずれも土曜日を含む</p>	<p>○1回目～6回目とも保健指導対象者を選出し、保健指導利用勧奨通知、及び訪問勧奨を実施</p> <p>○勧奨後、個別健康相談6回（1回2日）の開催</p> <p>○栄養指導の開催（年3回）</p>	<p>○町保健師等が対象者の経年の健診結果状況を把握</p> <p>○勧奨通知内容の検討</p> <p>○勧奨通知の配布</p> <p>○町保健師等による訪問対象者の選択</p> <p>○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ</p> <p>○委託業者による訪問勧奨の実施</p> <p>○個別健康相談の実施</p> <p>○実施内容のデータ入力（健康かるて）</p>

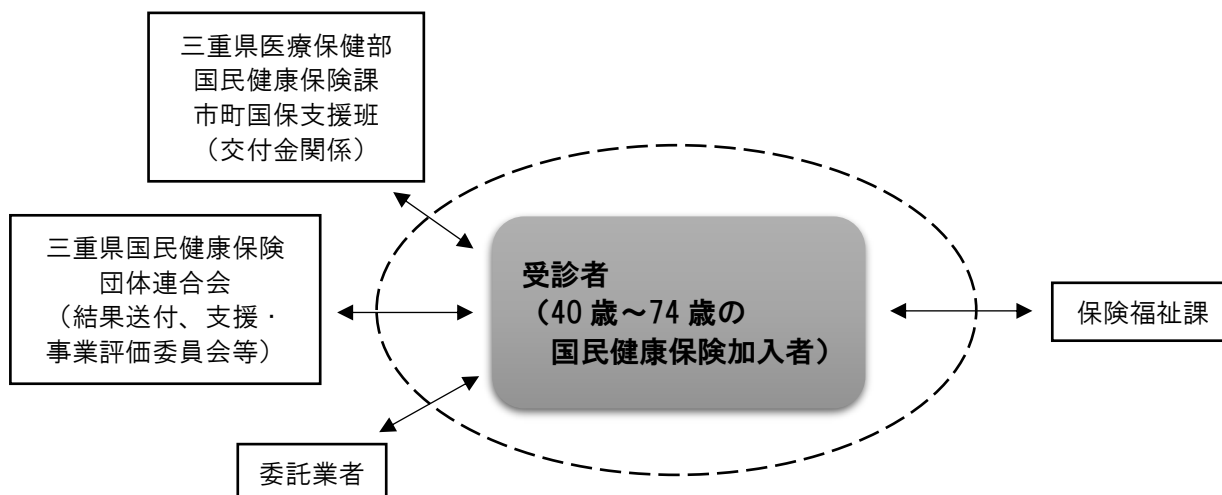
評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○法定報告 特定健診・特定保健指導結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導終了率－前年比増 ●特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率－前年比減 ○KDB 地域の全体像の把握 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導予備群率－前年比減 ●特定保健指導該当者率－前年比減
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○法定報告 特定健診・特定保健指導結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導利用率の確認 ●特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の確認 ○KDB 地域の全体像の把握 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導予備群率の確認 ●特定保健指導該当者率の確認
実施時期	翌年 3 月 (暫定値) 翌年 11 月 (法定報告値)

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)一年間クール毎 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か－1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者への事業勧奨回数－1回以上 ○訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合－50% ○訪問勧奨等による個別健康相談の実施割合－50%
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者発送後及び訪問勧奨時の反応(問い合わせ、ご意見など)について担当者間で状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問勧奨者数の確認(訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数)
実施時期	1回目 9月上旬 2回目 10月上旬 3回目 11月上旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月上旬 6回目 翌年2月上旬	1回目 9月中旬 2回目 10月中旬 3回目 11月下旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月中旬 6回目 翌年2月中旬	1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬

特定保健指導事業

(特定保健指導未利用者対策事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

【事業詳細】

- ・ 対象者自らの特定健診の結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定し、それを実践できるように支援することにより、生活習慣病を予防することを目的に実施
- ・ 厚生労働省が行う医療制度改革のなかで、将来の医療費の適正化を図るにあたり、生活習慣病の予防が重要であるとの観点から、平成20年より特定健康診査・特定保健指導が開始
→健康診査はメタボリックシンドロームに着目

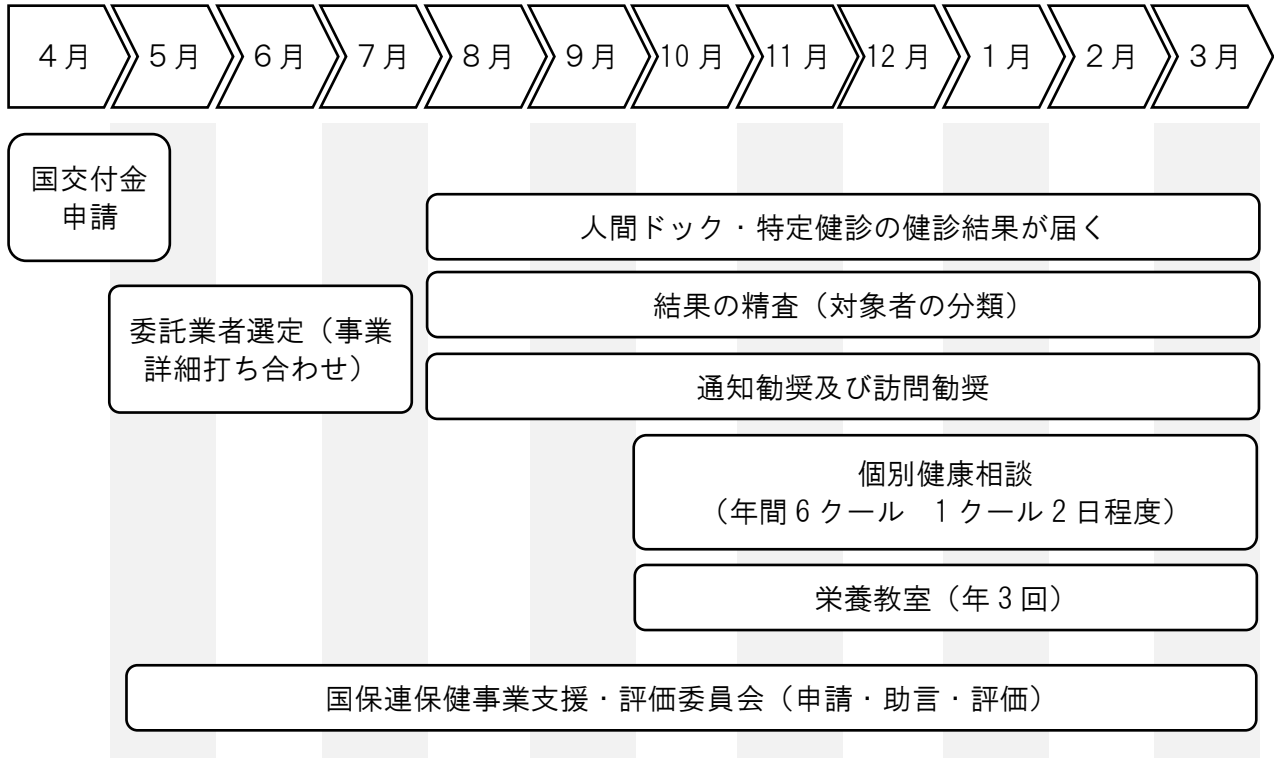
参考：*メタボリックシンドローム…内臓脂肪の蓄積を基盤とし、高血圧、高血糖、脂質代謝異常といった動脈硬化の危険因子が複数重積している状態

*メタボリックシンドローム診断の目的…動脈硬化疾患の予防

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（b特定保健指導未利用者対策事業）を含む

【年間スケジュール】



④生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○血糖・脂質/血圧・脂質の状況（KDBより）	1.1% /11.3%	1.0% /9.8%	0.6% /12.6%	1.8% /9.0%	2.8% /10.9%	
	○非肥満高血糖者の割合（KDBより）	7.6%	8.8%	7.5%	6.7%	7.0%	
	○特定健診質問項目「1日1時間以上の運動なし」			56.0%	56.7%	54.6%	
	○特定保健指導（積極的支援）／（動機付け支援）の対象者人数				10人 /32人	4人 /36人	6人 /25人
	○内臓脂肪症候群該当者の減少率		17.4%	22.6%	17.9%	18.1%	
	○翌年の特定健診結果改善率（個別健康相談利用者）				25%	20%	
課 題	<p>○血圧・脂質の状況：県と比較すると平成27(2015)年度、平成29(2017)年度～令和元(2019)年度は多く、血糖・脂質は平成30(2018)年度～令和2(2020)年度も多い状態である。</p> <p>○非肥満高血糖の状況：経年的にみると県より低い为非肥満高血糖が存在する。</p> <p>○「1日1時間以上の運動なし」が県・国平均より多い。</p> <p>○内臓脂肪症候群該当者減少率が横ばいである。</p>						

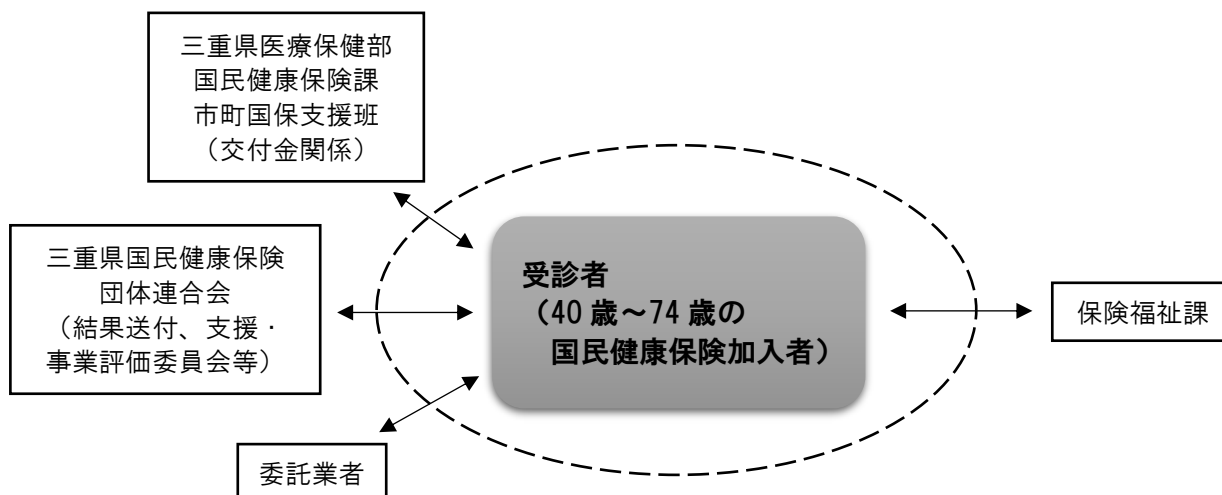
事業目的		
<p>○特定健診受診者中の非肥満高血糖や特定保健指導の予備群減少、及び血糖・脂質/血圧・脂質の減少を目指す。</p> <p>○生活習慣の改善(運動習慣等の実施)を目指す。</p>		
事業企画		
対象者	腹囲のみ指導域及び非肥満高血糖者・高血圧者・高脂血症者	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、勧奨を実施</p> <p>1回目 9月下旬～10月中旬 2回目 10月下旬～11月中旬 3回目 11月下旬～12月中旬 4回目 翌年1月上旬～中旬 5回目 翌年1月中旬～2月中旬 6回目 翌年2月下旬～3月中旬</p> <p>○個別健康相談</p> <p>1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬 *いずれも土曜日を含む</p>	<p>○1回目～6回目とも 特定健診結果（検査値及び医師所見等）とレセプト情報を精査し、対象者を選出 個別健康相談利用通知を送付、及び訪問勧奨を実施</p> <p>○勧奨後、個別健康相談6回（1回2日程度）の開催</p> <p>○栄養指導教室の開催（年3回）</p>	<p>○町保健師等が対象者の経年の健診結果状況を把握</p> <p>○勧奨通知内容の検討</p> <p>○勧奨通知の配布</p> <p>○町保健師等による訪問対象者の選択</p> <p>○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ</p> <p>○委託業者による訪問勧奨の実施</p> <p>○個別健康相談の実施</p> <p>○実施内容のデータ入力（健康かるて）</p>

評価計画	
	アウトカム評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○KDB 地域の全体像の把握（特定健診受診者有所見者、質問票） <ul style="list-style-type: none"> ●血糖・脂質の割合－前年比減 ●血圧・脂質の割合－前年比減 ●非肥満高血糖者率－前年比減 ●1日1時間以上の運動なし－前年比減 ○法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導（積極的支援）の対象者人数－前年比減 ●特定保健指導（動機付け支援）の対象者人数－前年比減 ●内臓脂肪症候群該当者率－前年比減 ○翌年の特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）－前年比増
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○KDB 地域の全体像の把握（特定健診受診者有所見者、質問票） <ul style="list-style-type: none"> ●血糖・脂質の割合の確認 ●血圧・脂質の割合の確認 ●非肥満高血糖者率の確認 ●1日1時間以上の運動なしの確認 ○法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●特定保健指導（積極的支援）の対象者人数の確認 ●特定保健指導（動機付け支援）の対象者人数の確認 ●内臓脂肪症候群該当者率の確認 ○翌年の特定健診結果の確認（個別健康相談利用者）
実施時期	翌年11月頃～該当年度末

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)－年間クール毎 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か－1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者への事業勧奨回数－1回以上 ○訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合－50% ○個別健康相談の実施割合－50%
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者発送後及び訪問勧奨時の反応（問い合わせ、ご意見など）について担当者間で状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問勧奨者数の確認（訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数）
実施時期	<ul style="list-style-type: none"> 1回目 9月上旬 2回目 10月上旬 3回目 11月上旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月上旬 6回目 翌年2月上旬 	<ul style="list-style-type: none"> 1回目 9月中旬 2回目 10月中旬 3回目 11月下旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月中旬 6回目 翌年2月中旬 	<ul style="list-style-type: none"> 1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬

特定保健指導事業 (早期介入保健指導事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

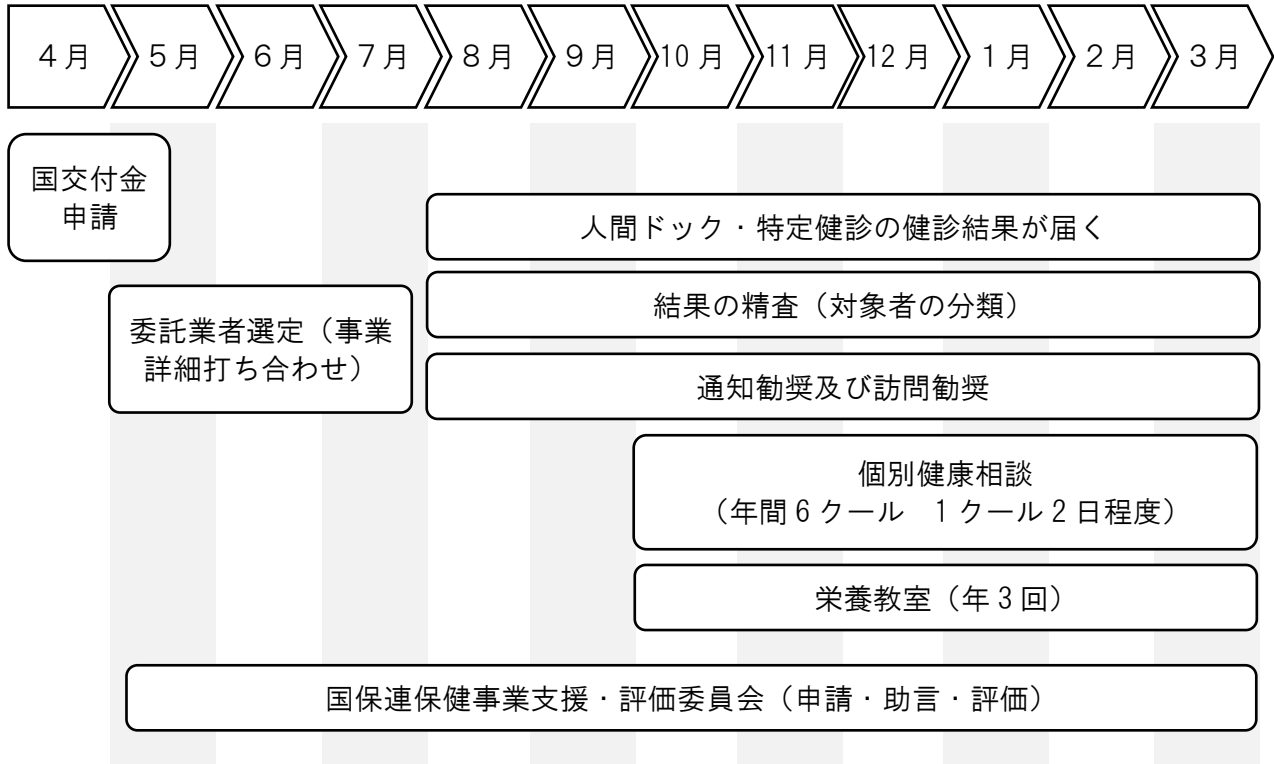
【事業詳細】

- ・ 特定保健指導以外で、腹囲のみ指導域及び非肥満高血糖者、非肥満高血圧者、非肥満高脂血症者に対し、特定健診の結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定し、それを実践できるように支援することにより、特定保健指導対象や生活習慣病予防を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（e早期介入保健指導事業（腹囲のみ指導域及び非肥満高血糖、非肥満高血圧、非肥満高脂血症）を含む

【年間スケジュール】



⑤生活習慣病重症化予防における保健指導

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○血糖・脂質/血圧・脂質の状況（KDBより）	1.1% /11.3%	1.0% /9.8%	0.6% /12.6%	1.8% /9.0%	2.8% /10.9%	
	○特定健診質問項目「1日1時間以上の運動なし」			56.4%	56.0%	56.7%	54.6%
	○内臓脂肪症候群該当者の減少率			17.4%	22.6%	17.9%	18.1%
	○翌年の特定健診結果改善率（個別健康相談利用者）				53.8%	59.6%	
課 題	<p>○血圧・脂質の状況：県と比較すると平成27(2015)年度、平成29(2017)年度～令和元(2019)年度は多く、血糖・脂質は平成30(2018)年度～令和2(2020)年度も多い状態である。</p> <p>○「1日1時間以上の運動なし」が県・国平均より多い。</p> <p>○内臓脂肪症候群該当者減少率が横ばいである。</p>						

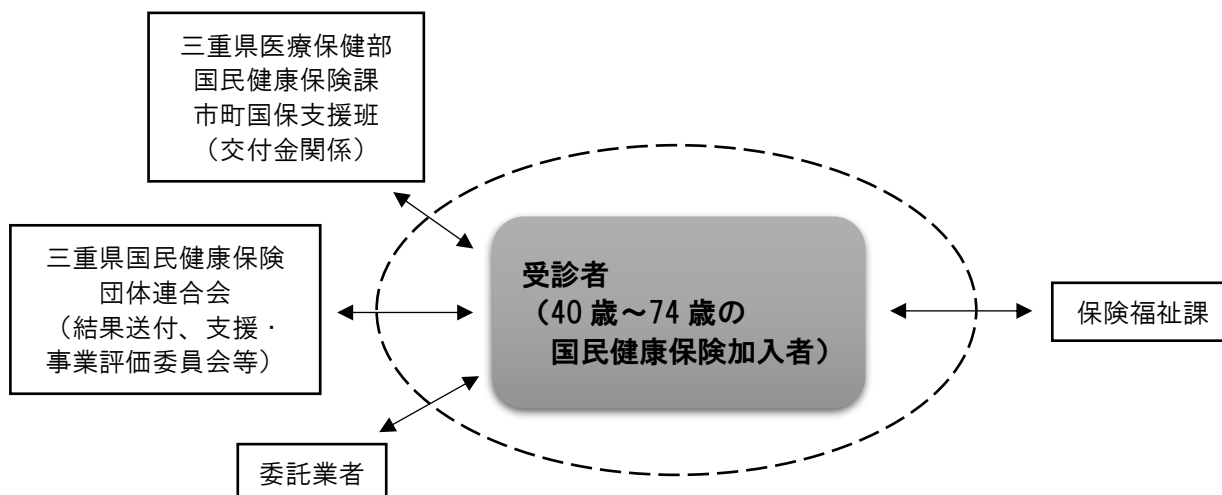
事業目的		
<p>○特定健診受診者中の血糖・脂質/血圧・脂質の減少を目指す。</p> <p>○生活習慣の改善（運動習慣等の実施）を目指す。</p>		
事業企画		
対象者	特定健診受診者（治療中断者等）	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、勧奨を実施</p> <p>1回目 9月下旬～10月中旬 2回目 10月下旬～11月中旬 3回目 11月下旬～12月中旬 4回目 翌年1月上旬～中旬 5回目 翌年1月下旬～2月中旬 6回目 翌年2月下旬～3月中旬</p> <p>○個別健康相談</p> <p>1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬 *いずれも土曜日を含む</p>	<p>○1回目～6回目とも 特定健診結果（検査値及び医師所見等）とレセプト情報を精査し、対象者を選出 個別健康相談利用通知の送付、及び訪問勧奨を実施</p> <p>○勧奨後、個別健康相談6回（1回2日程度）の開催</p> <p>○栄養指導教室の開催（年3回）</p>	<p>○町保健師等が対象者の経年の健診結果状況を把握</p> <p>○勧奨通知内容の検討</p> <p>○勧奨通知の配布</p> <p>○町保健師等による訪問対象者の選択</p> <p>○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ</p> <p>○委託業者による訪問勧奨の実施</p> <p>○個別健康相談の実施</p> <p>○実施内容のデータ入力（健康かるて）</p>

評価計画	
	アウトカム評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○KDB 地域の全体像の把握（特定健診受診者有所見者、質問票） <ul style="list-style-type: none"> ●血糖・脂質の割合－前年比減 ●血圧・脂質の割合－前年比減 ●1日1時間以上の運動なし－前年比減 ○法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●内臓脂肪症候群該当者の減少率－前年比増 ○翌年の特定健診結果 <ul style="list-style-type: none"> ●翌年の特定健診結果血液検査改善率（個別健康相談利用者）－前年比増
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○KDB 地域の全体像の把握（特定健診受診者有所見者、質問票） <ul style="list-style-type: none"> ●血糖・脂質の割合の確認 ●血圧・脂質の割合の確認 ●1日1時間以上の運動なしの確認 ○法定報告 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 <ul style="list-style-type: none"> ●内臓脂肪症候群該当者の割合の確認 ○翌年の特定健診結果 <ul style="list-style-type: none"> ●翌年の特定健診結果（個別健康相談利用者）の確認
実施時期	翌年11月頃～該当年度末

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○庁舎内会議数（事業起案や対象者の選定など）－年間クール毎 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○事業内容や勤奨時期、勤奨内容は適切か－1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者への事業勤奨回数－1回以上 ○訪問勤奨等による本人及び家族との対話割合－50% ○個別健康相談の実施割合－50%
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者発送後及び訪問勤奨時の反応（問い合わせ、ご意見など）について担当者間で状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問勤奨者数の確認（訪問勤奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数）
実施時期	1回目 9月上旬 2回目 10月上旬 3回目 11月上旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月上旬 6回目 翌年2月上旬	1回目 9月中旬 2回目 10月中旬 3回目 11月下旬 4回目 12月上旬 5回目 翌年1月中旬 6回目 翌年2月中旬	1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬

特定保健指導事業 (生活習慣病重症化予防事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

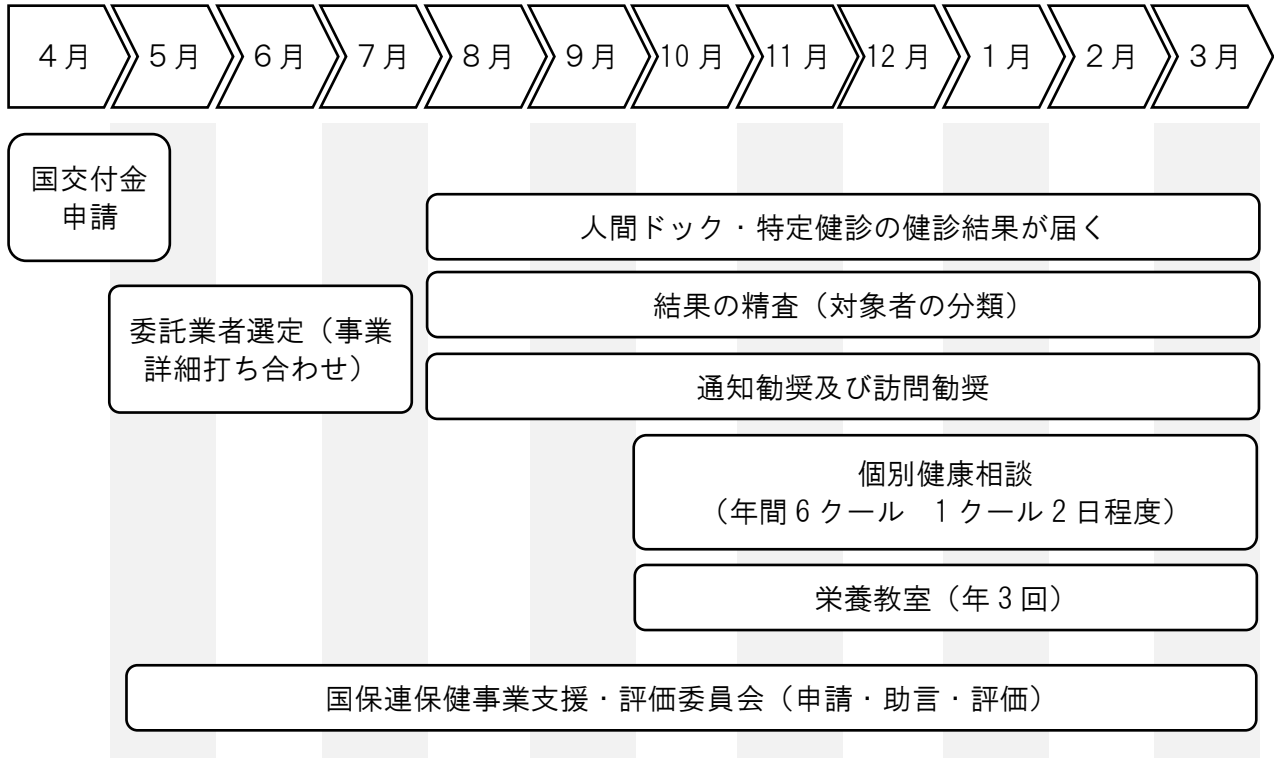
【事業詳細】

- ・ 受療しているが服薬中断及びコントロール不良の方に対し、対象者自らの特定健診の結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定し、それを実践できるように支援することにより、生活習慣病の悪化予防を目指して、保健指導事業を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（g生活習慣病重症化予防における保健指導事業）を含む

【年間スケジュール】



⑥特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策）

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○特定健診受診者中未治療者の割合	4.5%	3.8%	4.9%	4.6%	4.6%	0.5%
	○受診勧奨者率			48.1%	57.0%	51.4%	52.7%
課 題	○経年的にみると県より低い未治療者が存在する。 ○受診勧奨者が横ばいの状況である。						

事業目的		
○特定健診受診者中の未治療者率の低下を目指す。		
事業企画		
対象者	特定健診受診中受診勧奨判定値を超えている人	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、勧奨を実施 1回目 9月下旬～10月中旬 2回目 10月下旬～11月中旬 3回目 11月下旬～12月中旬 4回目 翌年1月上旬～中旬 5回目 翌年1月中旬～2月中旬 6回目 翌年2月下旬～3月中旬 ○個別健康相談 1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬 *いずれも土曜日を含む	○1回目～6回目とも対象者を選出し、個別健康相談利用勧奨通知、及び訪問勧奨を実施 ○勧奨後、個別健康相談6回（1回2日）を実施	○町保健師等が対象者の経年の健診結果状況を把握 ○勧奨通知内容の検討 ○勧奨通知の配布 ○町保健師等による訪問対象者の選択 ○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ ○委託業者による訪問勧奨の実施 ○個別健康相談の実施 ○実施内容のデータ入力（健康かるて）

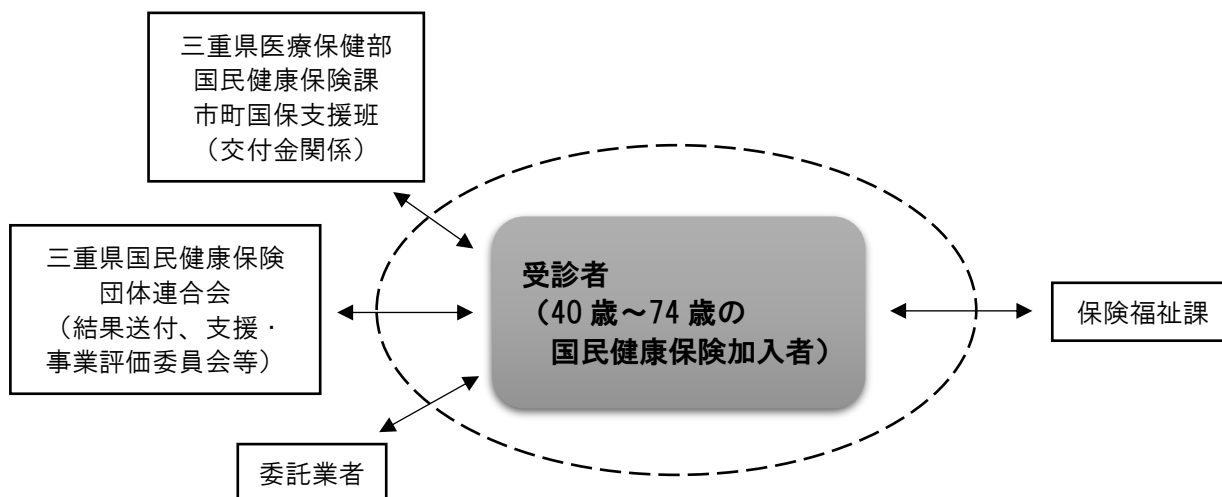
評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	○KDB 地域の全体像の把握 ●未治療者率－前年比減 ●受診勧奨者率－前年比減
評価体制 ・方法	○KDB 地域の全体像の把握 ●未治療者率の確認 ●受診勧奨者率の確認
実施時期	翌年 11 月頃～該当年度末

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)一年間クール毎 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100%	○対象者の把握率－100% ○事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か－1 回以上	○対象者への事業勧奨回数－1 回以上 ○訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合－50% ○個別健康相談の実施割合－50%
評価体制 ・方法	○対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認	○対象者発送後及び訪問勧奨時の反応(問い合わせ、ご意見など)について担当者間で状況確認	○訪問勧奨者数の確認(訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数)
実施時期	1 回目 9 月上旬 2 回目 10 月上旬 3 回目 11 月上旬 4 回目 12 月上旬 5 回目 翌年 1 月上旬 6 回目 翌年 2 月上旬	1 回目 9 月中旬 2 回目 10 月中旬 3 回目 11 月下旬 4 回目 12 月上旬 5 回目 翌年 1 月中旬 6 回目 翌年 2 月中旬	1 回目 10 月下旬 2 回目 11 月下旬 3 回目 12 月中旬 4 回目 翌年 1 月下旬 5 回目 翌年 2 月下旬 6 回目 翌年 3 月中旬

特定保健指導事業

(受診勧奨判定値を超えている者への対策事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

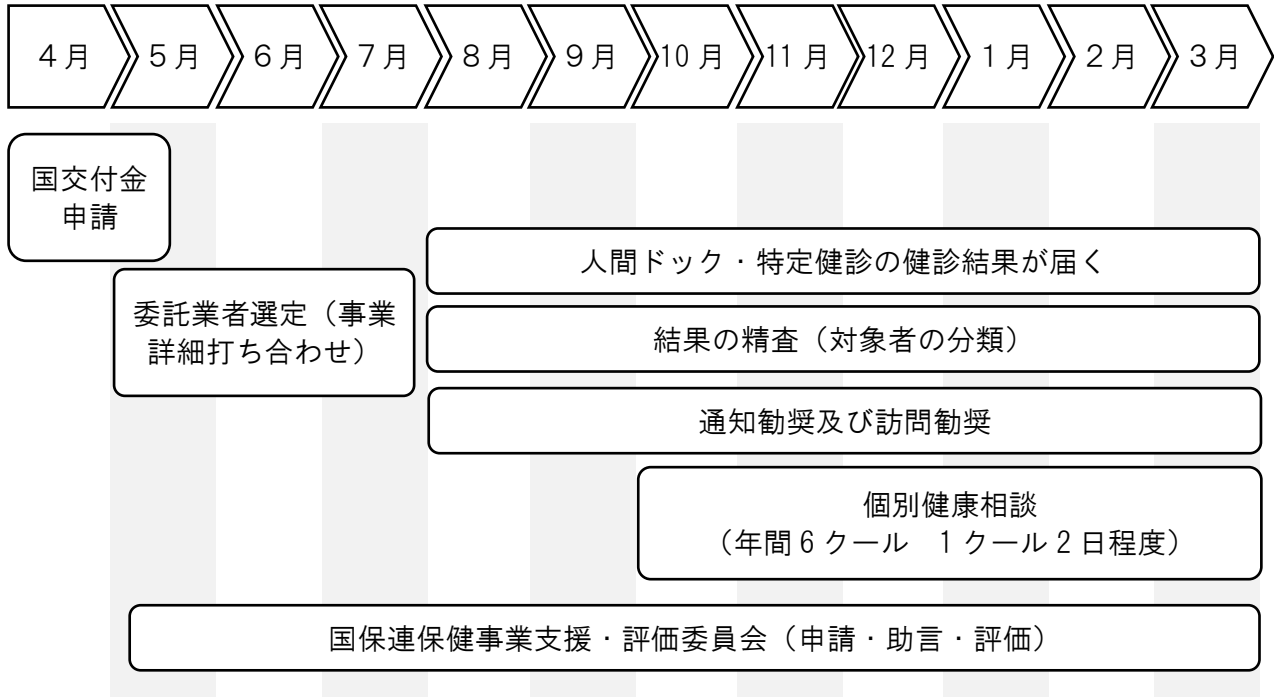
【事業詳細】

- ・ 受診勧奨判定値を超えており、未受療の方に自らの特定健診の結果を理解して身体の変化に気づき、適切な医療機関に受診するよう支援することにより、生活習慣病の悪化予防を目指して、保健指導事業を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（c 受診勧奨判定値を超えている者への対策事業）含む

【年間スケジュール】



⑦糖尿病性腎症重症化予防事業

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
		○KDB 厚生労働省様式（様式 2-2）人工透析患者一覧表より（糖尿病の有無）		2人 （透析者 3人） 66.6%	3人 （透析者 3人） 100%	6人 （透析者 6人） 100%	5人 （透析者 7人） 71.4%
課 題	○糖尿病性腎症による透析者の増加がみられる。						

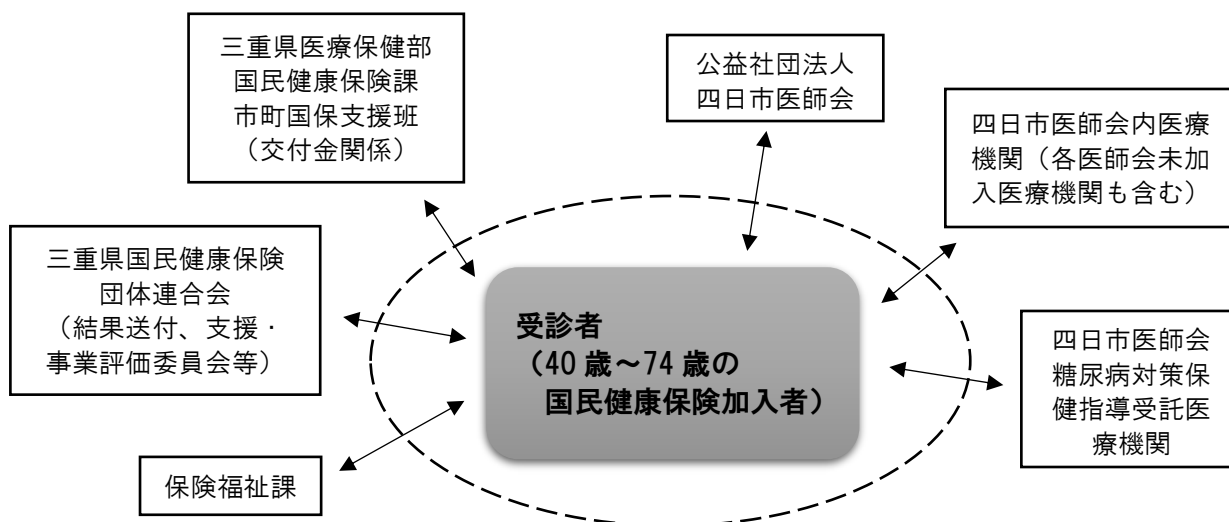
事業目的		
○糖尿病性腎症の重症化予防（透析移行時期の遅延）を目指す。		
事業企画		
対象者	医療機関受診勧奨 ①前々年度朝日町国保特定健康診査にて ・空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上 上記に加え、前年度朝日町国保特定健康診査未受診で糖尿病のレセプトがない人 ②前年度朝日町国保特定健康診査にて ・空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上 ・かつ健診結果が要治療・要医療で、6か月間未受療の人 ③前年度朝日町国保特定健康診査にて ・空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上 ・糖尿病のレセプトがない、もしくは治療を中断している人 郡市医師会受託医療機関による保健指導利用 ○前年度朝日町国保特定健康診査にて ・空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上かつ尿蛋白 1+以上 ・かつ、糖尿病のレセプトがある人、または糖尿病のレセプトは無いが他の内科系のレセプトがある人	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
○受診・保健指導利用勧奨時期 7月～12月 ○保健指導実施時期 7月～翌年3月	○受診勧奨（文書、訪問） ○保健指導勧奨（文書、訪問） ↓ ○受診又は保健指導受託医療機関による三泗DMマニュアルを使用した4回の保健指導実施 ↓ ○市町への文書報告及び保健指導料の請求	○受診勧奨及び保健指導対象者の選定、文書発送 ○郡市医師会に事業運営委託 ○随時、郡市医師会及び管内市町との協議 ○保健指導受託医療機関の養成 ○事業周知及び医療機関からの特定健診受診勧奨依頼

評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の医療機関受診率－前年比増 ○対象者の受託医療機関保健指導利用率－前年比増 ○KDB 厚生労働省様式（様式 2-2）人工透析患者一覧表より（糖尿病の有無） <ul style="list-style-type: none"> ●人工透析者数－前年比同様もしくは前年比減 ○翌年の特定健診結果血液検査改善率（当事業利用者）－前年比増
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関からの受診報告返送数の確認 ○保健指導受託医療機関からの保健指導実施報告返送数の確認 ○KDB 厚生労働省様式（様式 2-2）人工透析患者一覧表より（糖尿病の有無） <ul style="list-style-type: none"> ●人工透析者数の確認 ○特定疾病医療証の発行者数の確認 ○翌年の特定健診結果の確認（当事業利用者）
実施時期	翌年 11 月頃～該当年度末

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○郡市医師会と管内市町との会議は実施されたか ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% ○事業実施に向けた体制の人員は足りているか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○対象者のレセプト内容の精査率－100% ○事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切か－1 回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者への事業勧奨率－100% ○既事業勧奨者の再勧奨率－100%
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○他市町等との連携状況や対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者発送後及び訪問勧奨時の反応（問い合わせ、ご意見など）について担当者間で状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○通知数及び訪問数の確認 ○再勧奨者数の確認（訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数）
実施時期	当年 4 月～翌年 3 月	当年 4 月～翌年 3 月	当年 4 月～翌年 3 月

糖尿病性腎症重症化予防事業

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・国民健康保険法 第6章 第82条～

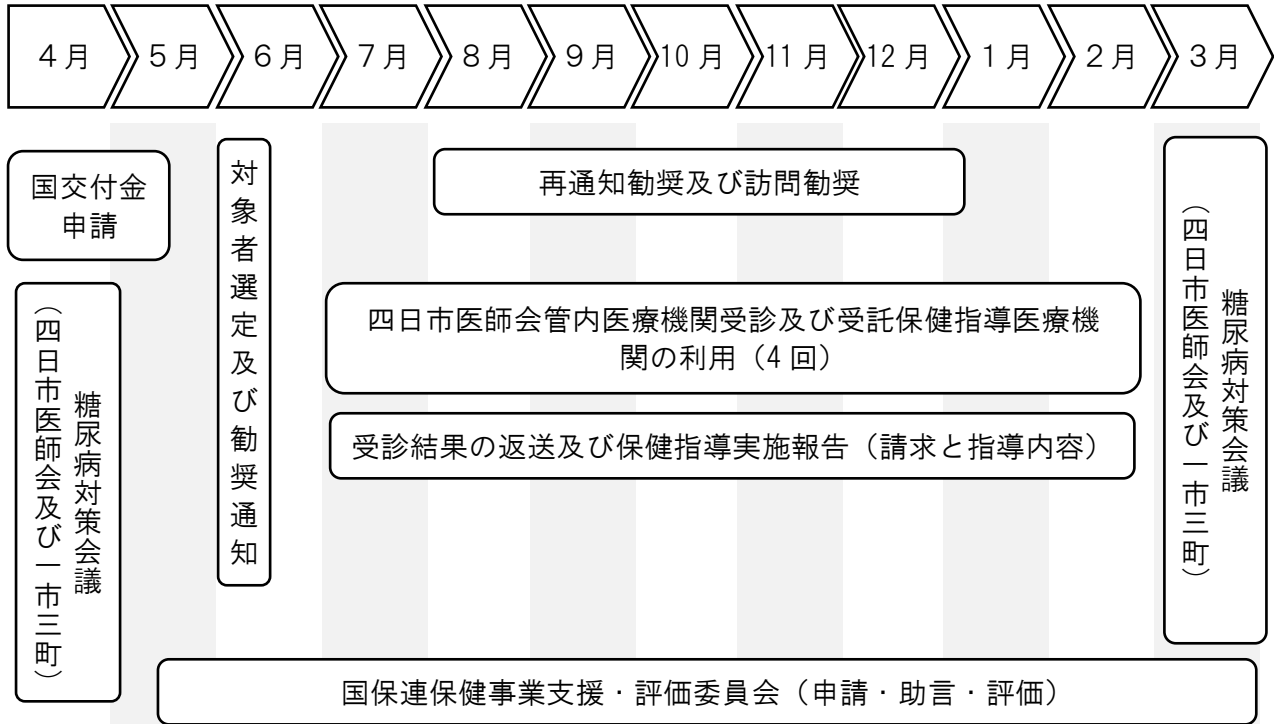
【事業詳細】

- ・糖尿病性腎症重症化予防事業…四日市管内及び郡市医師会（公益社団法人四日市医師会）と協働で実施（通称 三泗DM）
糖尿病対策会議で運営方針などを決定し、郡市医師会の協力を得て、受診勧奨と保健指導を実施
対象者の基準は会議で統一しており、特定健康診査の結果及びレセプトなどを精査し、対象者を選定
市町から対象者への通知を行い、受診時は”医療機関受診報告書“が市町へ返送される仕組み
保健指導は郡市医師会の協力を得て、事業参加希望医療機関が養成講座への受講を必須とし、保健指導受託医療機関として対象者に周知
保健指導は統一したマニュアル（三泗DM保健指導マニュアル）に基づき、4回シリーズで実施
指導後は市町へ請求書及び指導内容報告書が送付される仕組み

【補助金等】

- 国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
- 市町村国保ヘルスアップ事業（h糖尿病性腎症重症化予防事業）を含む

【年間スケジュール】



⑧その他の保健指導（腎機能低下者への保健指導）

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）						
現 状	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○平成30(2018)年度～令和2(2020)年度の eGFR 低下及び尿蛋白陽性の経年的変化がみられる人(糖尿病性腎症重症化予防対象者は除く)					
課 題	○健診結果を経年的にみると検査所見の悪化がみられるが、内科及び腎臓専門医療には未受診者が多い。					

事業目的		
○検査数値の意味を理解し、メタボ対策や減塩等生活習慣や健康行動の知識普及を目指す。		
事業企画		
対象者	経年的に腎機能が低下している人	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
○9月～翌年3月頃 健診結果（特定健診及び朝日町国保日帰り人間ドック結果票）が届き次第、勧奨を実施。 1回目 9月下旬～10月中旬 2回目 10月下旬～11月中旬 3回目 11月下旬～12月中旬 4回目 翌年1月上旬～中旬 5回目 翌年1月中旬～2月中旬 6回目 翌年2月下旬～3月中旬 ○個別健康相談 1回目 10月下旬 2回目 11月下旬 3回目 12月中旬 4回目 翌年1月下旬 5回目 翌年2月下旬 6回目 翌年3月中旬 *いずれも土曜日を含む	○1回目～6回目とも 対象者を選出し、個別健康相談利用勧奨通知、及び訪問勧奨を実施 ○勧奨後、個別健康相談6回（1回2日程度）の実施 ○栄養指導の実施（年3回）	○町保健師等が対象者の経年の健診結果状況を把握 ○勧奨通知内容の検討 ○勧奨通知の配布 ○町保健師等による訪問対象者の選択 ○訪問勧奨対象者に関する委託業者との打ち合わせ ○委託業者による訪問勧奨の実施 ○個別健康相談の実施 ○実施内容のデータ入力（健康かるて）

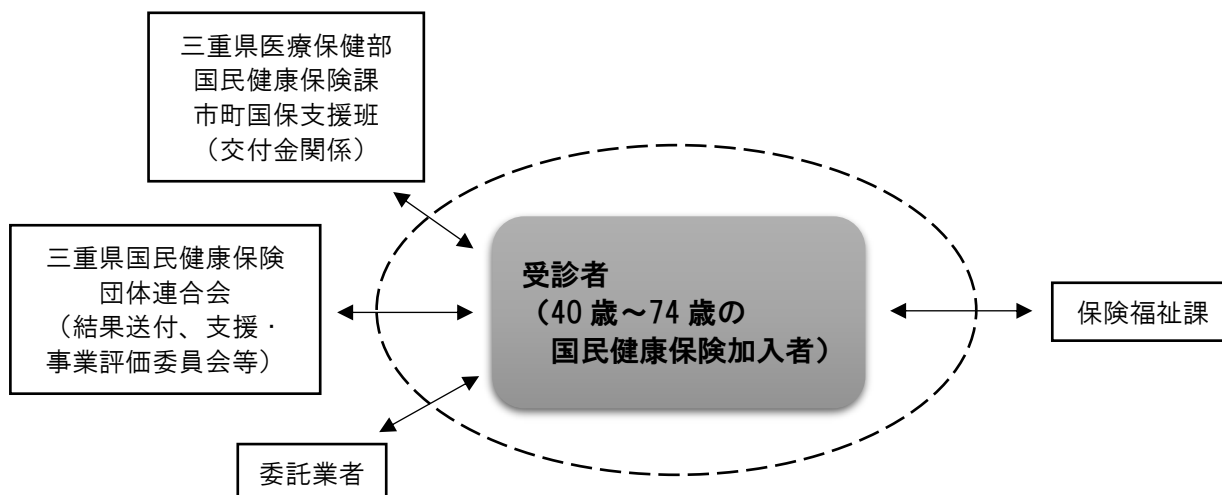
評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	○KDB 厚生労働省様式(様式 2-2) 人工透析患者一覧表より(糖尿病の有無) ●人工透析者数ー前年比同様もしくは前年比減 ○翌年の特定健診結果血液検査改善率(個別健康相談利用者)ー前年比増
評価体制 ・方法	○KDB 厚生労働省様式(様式 2-2) 人工透析患者一覧表より(糖尿病の有無) ●人工透析者数の確認 ○特定疾病医療証の発行者数 ○翌年の特定健診結果の確認(個別健康相談利用者)
実施時期	翌年 5 月頃 翌年 11 月頃～該当年度末

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)ー年間クール毎 ○事業実施に必要な予算は確保できたかー100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているかー100%	○対象者の把握率ー100% ○事業内容や勧奨時期、勧奨内容は適切かー1 回以上	○対象者への事業勧奨回数ー1 回以上 ○訪問勧奨等による本人及び家族との対話割合ー50% ○個別健康相談の実施割合ー20%
評価体制 ・方法	○対象者の選定状況の確認 ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認	○対象者発送後のパンフに関する反応(問い合わせ、ご意見など)について担当者間で情報共有	○訪問勧奨者数の確認(訪問勧奨時の対象者対話数及び不在時パンフの投函数)
実施時期	1 回目 9 月上旬 2 回目 10 月上旬 3 回目 11 月上旬 4 回目 12 月上旬 5 回目 翌年 1 月上旬 6 回目 翌年 2 月上旬	当年 4 月～翌年 3 月	1 回目 10 月下旬 2 回目 11 月下旬 3 回目 12 月中旬 4 回目 翌年 1 月下旬 5 回目 翌年 2 月下旬 6 回目 翌年 3 月中旬

特定保健指導事業

(腎機能低下者への保健指導事業)

【事業対象者と実施体制】



【特定健康診査 根拠法令】

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 第1章 第5条、第18条～、第20条、第24条
- ・ 国民健康保険法 第6章 第82条～

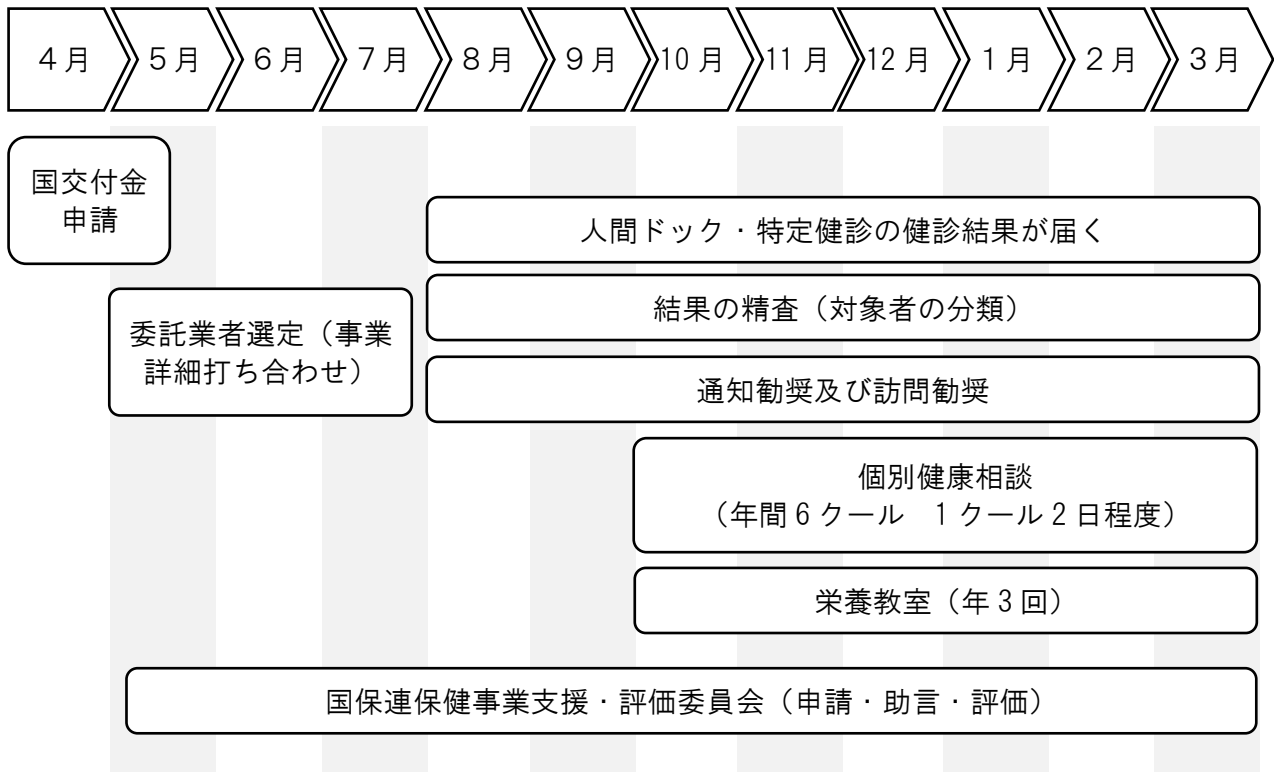
【事業詳細】

- ・ 腎機能低下者への保健指導…特定健診検査項目（eGFR）の経年低下者に対し、自らの特定健診の結果を理解して身体の変化に気づき、適切な医療機関に受診又は、生活習慣を改善するよう支援することにより、eGFRの悪化を予防することを目的に実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）
市町村国保ヘルスアップ事業（K-④保健指導事業(腎機能低下者への保健指導)）を含む

【年間スケジュール】



⑨がん検診事業

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）		2015	2016	2017	2018	2019	2020
現 状	○がん検診受診率 胃がん			8.9%	15.0%	13.6%	
	大腸がん			10.5%	7.6%	7.5%	9.2%
	肺がん			9.1%	5.3%	5.1%	6.7%
	乳がん			23.4%	23.5%	21.4%	18.0%
	子宮頸がん			19.0%	21.0%	23.8%	18.7%
課 題	①受診率が低下している。 ②朝日町国民健康保険データヘルス計画では「がんなどの病気を早期に発見する」ことを目標の一つとして掲げており、「各がん検診の受診率向上」及び「精密検査の受診率向上」を目標達成のための施策としているため、朝日町国民健康保険データヘルス計画の数値目標である「胃がん検診受診率 15.0%、大腸がん検診受診率 15.0%、肺がん検診受診率 15.0%、乳がん検診受診率 30.0%、子宮頸がん検診受診率 25.0%」の達成に寄与できるよう、検診や精密検査の受診勧奨を行うことが求められる。						

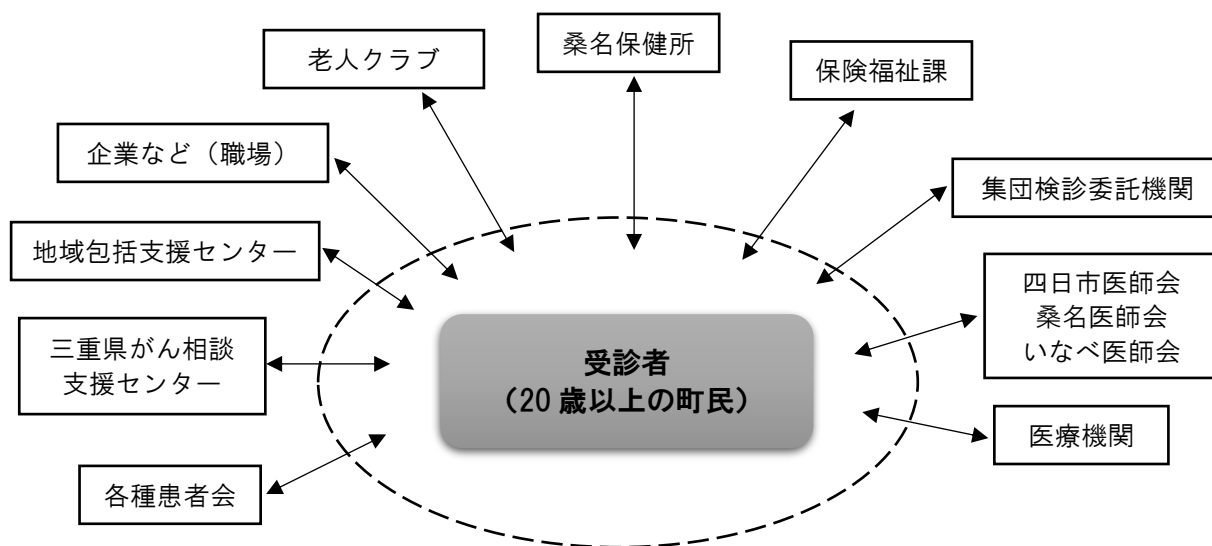
事業目的	
○がんなどの病気を早期に発見し、早期治療へつなげることで、町民の健康増進を目指す。併せて、町全体の医療費の軽減を目指す。	
事業企画	
対象者	20歳以上の町民
実施期間	6月1日～翌年2月
事業内容	実施体制・方法
<4月> ○集団検診委託業務契約締結 ○新規検診申込受付開始（4月末まで） ○精密検査受診勧奨（電話・訪問・手紙） ○個別検診問診票・請求書作成 <5月> ○決定通知書発送（初旬～中旬） ○個別検診契約書作成 ○個別検診の実施要領・請求書を受託医療機関へ送付 ○個別検診受診券、問診票、案内を対象者へ送付 <6月～翌年2月> ○検（健）診のご案内発送 ○検診実施 ○委託料支払い ○検診結果入力 <11月> ○次年度の集団検診の日程調整 ○次年度検診分の予算確保 ○集団検診の入札準備 ○個別検診についての一市三町での打合せ <1月> ○集団検診委託事業の入札 <2月> ○次年度の検診受付入力作業委託契約締結 ○個別がん検診問診票様式完成 ○検診申込用紙・封筒など作成 <3月> ○集団検診契約書作成 ○次年度検診受付入力作業 ○新規検診申込用紙を送付（過去2年間に検診受診歴のない人） ○集団検診決定通知書を送付（過去2年間に検診受診歴のある人）	<4月> ○契約書作成 ○申込用紙回収 ○昨年度精密検査未受診者に対して、電話・訪問・手紙にて受診勧奨を実施 ○個別検診の問診票作成 <5月> ○新規申込者の決定通知書及び、継続受診者の追加・変更決定通知書を送付 ○個別検診の契約書を作成し、受託医療機関へ送付 ○個別検診の受診券を作成し、対象者へ送付 <6月～翌年2月> ○検診の1か月前を目安に、検診案内を送付 ○集団検診会場の準備 ○検診実施 <11月中旬> ○利用者の利用しやすい曜日・時期を考慮して日時を設定 ○実施場所の予約等、実施場所の確実な確保 ○実施スタッフや検診業者との日程調整を実施 <1月> ○入札を実施 <2月> ○次年度の検診申込用紙を作成 <3月> ○今年度・昨年度受診歴をもとに、次年度申込入力を実施

評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○各がん検診受診率－前年比増 ○要精検受診率－前年比増
評価体制 ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○3月請求分で受診者数が集計出来次第、評価を実施 ○地域保健・健康増進報告の確認
実施時期	翌年3月

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているか－100% ○庁舎内検討数－1回以上 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率－100% ○受診勧奨に関する対象者の選定、勧奨方法、受診勧奨の発送時期は適切か－1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○通知による受診勧奨回数－1回以上 ○精密検査受診勧奨率－100%
評価体制 ・方法	○予算、人員の確保状況の確認	○担当課での検討会を開催して対象者の選定状況等の確認	○受診勧奨回数確認
実施時期	翌年3月	翌年3月	翌年3月

がん検診事業

【事業対象者と実施体制】



【がん検診 根拠法令】

- ・健康増進法 第19条の2

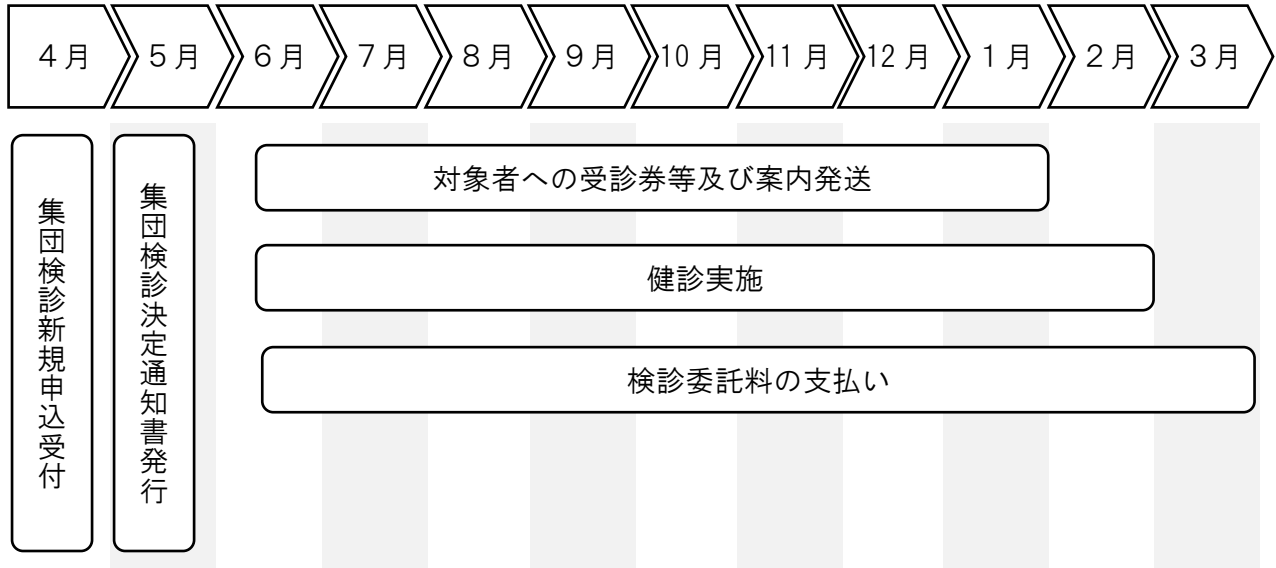
【事業詳細】

- ・がんなどの病気を早期に発見し、早期治療へつなげることによる町民の健康増進ならびに町全体の医療費の軽減

【補助金等】

感染症予防事業費等国庫負担（補助）金 疾病予防対策事業費補助金

【年間スケジュール】



⑩適正受診・適正服薬を促す取組事業(重複・多剤投与者に対する取組)

既存事業と健康課題の関係 (データヘルス計画との関係性)							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○重複・多剤投与者			実人数 0人	実人数 0人	実人数 0人	実人数 1人
課 題	○重複・多剤投与者がいる。						

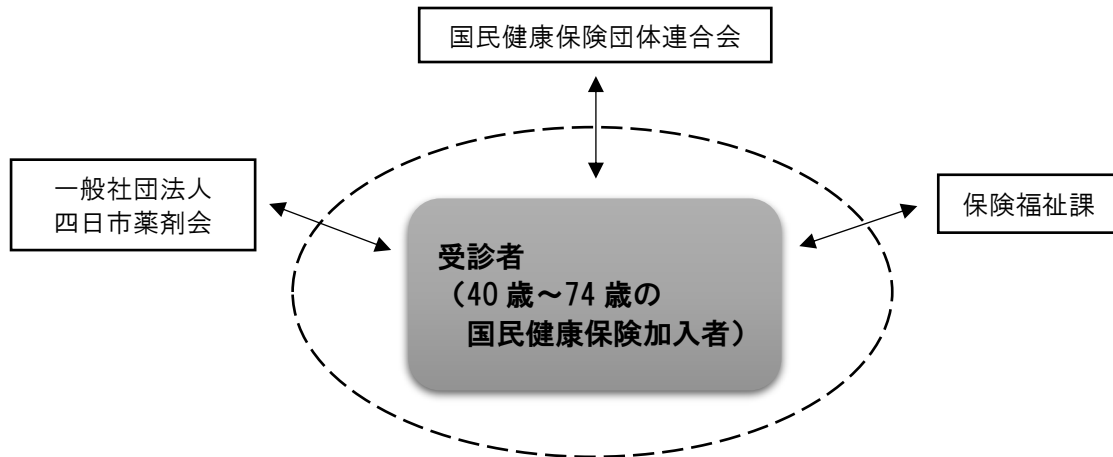
事業目的		
○医療費適正化を目指す。		
事業企画		
対象者	重複・多剤投与者	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
当年4月～翌年3月	<ul style="list-style-type: none"> ○レセプト精査及び検討 ○郡市薬剤師会との検討会議 ○アプローチ後の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ○事業対象者の抽出 ○検討会議にて事業対象者の選定及びアプローチ方法の検討等 ○実施結果の確認(レセプト確認等)

評価計画			
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○事業実施に必要な予算は確保できたかー100% ○事業実施に向けた専門職の人員は足りているかー100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率ー100% ○対象者のレセプト内容は精査できたかー100% ○レセプト精査回数一年12回 ○薬剤師との検討回数一年1回 	<ul style="list-style-type: none"> ○郡市薬剤師会との会議一年6回 ○訪問指導対象者へのアプローチ率ー前年比増
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○会議開催状況及び予算、人員の確保状況の確認 ○連携状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の選定状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門職による対象者の選定(国保連による抽出者を精査する) ○訪問指導対象者等へのアプローチ検討の実施
実施時期	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月

アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○朝日町重複・多剤投与者対策事業(重複・多受診レセプト点検実施状況)報告書 <ul style="list-style-type: none"> ●訪問指導対象者のレセプトによる事業効果検証率ー前年比増 ●訪問対象者の改善状況ー前年比増 ●重複・多剤投与者数(被保険者全体からの出現率)ー前年比減
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ○朝日町重複・多剤投与者対策事業(重複・多受診レセプト点検実施状況)報告書 <ul style="list-style-type: none"> ●訪問指導等実施数の確認 ●アプローチ後のレセプト内容の確認 ●訪問対象者の改善状況の確認(レセプト等) ●重複・多剤投与者数(被保険者全体からの出現率 年総計等)の確認
実施時期	当年4月～翌年5月頃

重複・多剤投与者対策事業

【事業対象者と実施体制】



【国民健康保険事業 根拠法令】

・ 国民健康保険法 第7章 第82条

【事業詳細】

- ・ 診療報酬明細書等情報等を活用して複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、関係機関が連携して指導等を行い、適切な受診行動がとれるように実施
- ・ 診療報酬明細書（レセプト）点検事業…三重県国民健康保険団体連合会による重複・多受診リスト等をもとに、一人一人の診療報酬明細書（レセプト）を精査し、詳細を把握の上、対象者を選定
- ・ 重複・多剤投与者対策会議…一般社団法人四日市薬剤師会に委員委嘱し、年6回（不定期）会議にてレセプト点検による選定された対象者について協議し、指導等対象の決定、及び指導後の行動変容（レセプト等による）把握等でアプローチのフィードバックを実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援制度

【年間スケジュール】



⑪適正受診・適正服薬を促す取組事業(後発医薬品の使用促進)

既存事業と健康課題の関係(データヘルス計画との関係性)							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○後発医薬品の使用割合				74.3%	78.0%	79.7%
課 題	○国の目標値(80%)に達していない。						

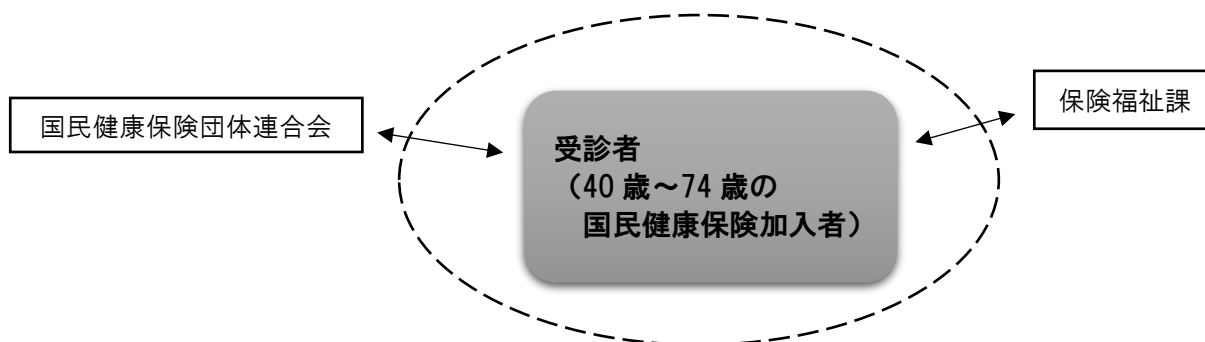
事業目的		
○医療費適正化を目指す。		
事業企画		
対象者	国保加入者	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
4月～翌年3月	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品 PR ○リーフレットと希望シールの配布 ○差額通知の発送一年2回 	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品 PR ○国保加入時窓口でリーフレット等を配布 ○新しい国保保険証送付時にリーフレット等を同封。 ○差額通知の発送-9月、翌年2月(年2回)

評価計画			
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○事業実施に必要な予算は確保できたか-100% ○事業実施に必要な条件は設定できたか-100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の把握率-100% ○対象者のレセプト内容は精査できたか-100% 	<ul style="list-style-type: none"> ○事業実施(差額通知発送)回数-2回 ○差額通知数-2回
評価体制 ・方法	○対象者の選定状況の確認	○対象者発送後の反応(問い合わせ、ご意見など)について担当者間で状況確認	<ul style="list-style-type: none"> ○通知対象者の確認 ○差額通知の発送回数の確認 ○差額通知の発送数の確認
実施時期	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月

アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	<ul style="list-style-type: none"> ○厚生労働省 HP「保険者別の後発医薬品の使用割合の公表についてより」(該当年度の3月診療分) <ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合-前年比増 ●後発医薬品の差額通知事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替わりが行われているか確認できたか-100% ●対象者へ後発医薬品使用に対する情報提供はできたか-100%
評価体制 ・方法	○厚生労働省 HP「保険者別の後発医薬品の使用割合の公表についてより」(該当年度の3月診療分) <ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合の確認
実施時期	翌年5月頃

後発医薬品の使用促進事業

【事業対象者と実施体制】



【国民健康保険事業 根拠法令】

- ・国民健康保険法 第7章 第82条

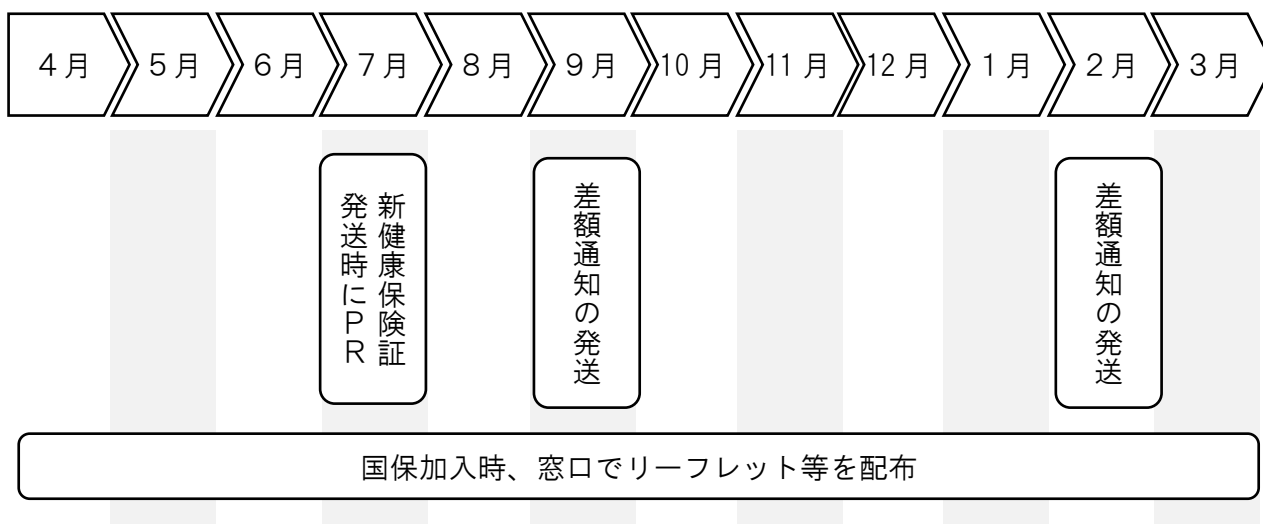
【事業詳細】

- ・国保加入者に後発医薬品に関する知識普及や、現状の理解を求めて医療費差額通知を実施

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援制度

【年間スケジュール】



⑫メンタルヘルス対策（こころの健康づくり対策事業）

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状	○自殺者数	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		1名	0名	0名	0名	4名	0名
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
		2名	3名	0名	2名	2名	0名
課 題	○近年、当町において自殺による死亡者数が高い事や、国民健康保険の疾病分類からも精神疾患が多い状況にある。特に、青年期・壮年期での自殺割合が高い。						

事業目的		
○町の自殺対策行動計画との整合性を図りながら、町民が心身共に健康で生きがいをもって暮らすことのできるまちづくりの実現に寄与することを目指す。		
事業企画		
対象者	①②全町民 ③朝日中学校3年生の生徒 ④こころの健康づくり対策協議会委員	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
①4月～翌年3月	①毎月、広報あさひへの【朝日町こころの健康づくり対策】関連記事の掲載にて啓発を実施	①「こころの健康づくり対策協議会だより」の作成（原稿案については、掲載月ごとに子育て健康課・保険福祉課・包括支援センター・教育課など、こころの健康づくり協議会メンバーでそれぞれ案を出しあい、様々な年代のこころの健康について掲載できるよう工夫）
②4月～翌年3月	②年4回、保健福祉センターにて専門相談の開催	②年4回の専門相談を、保健福祉センターにて開催
③10月頃（朝日中学校と日程調整を行う）	③朝日中学校3年生へのこころの健康づくり研修会の開催	③講師及び中学校と研修会の日程調整を実施 ・研修会前に生徒へ事前アンケートを配布、記入後回収 ・授業の実施方法・授業内容について、講師及び中学校と事前打ち合わせ（オンライン研修会にするかなど） ・学校カウンセラーやこころの相談員に、当日の研修会へ参加してもらえよう日程などを伝達 ・美術部生徒にこころの健康づくり啓発クリアファイルのイラスト案の作成依頼を行い、啓発クリアファイルを作成 ・こころの健康づくり対策協議会メンバーも研修会を参観し、講義内容や生徒たちの反応を確認 ・研修会の最後に啓発クリアファイルを配布し、講義内容の家族間で情報共有 ・研修会后、生徒へ事後アンケートを配布、記入後回収 ・アンケート内容から、生徒たちの感想だけでなく、ストレスコーピング特性とソーシャルキャピタルについて分析 ・こころの健康づくり対策協議会メンバーと講師にて研修会の振り返りを実施
④9月頃、翌年2月頃	④年2回、こころの健康づくり対策協議会の開催	④こころの健康づくり対策協議会庁舎内メンバーで、庁舎内会議を行い、協議会で話し合う内容について情報共有 ・こころの健康づくり対策協議会を開催し、関係各課で情報共有

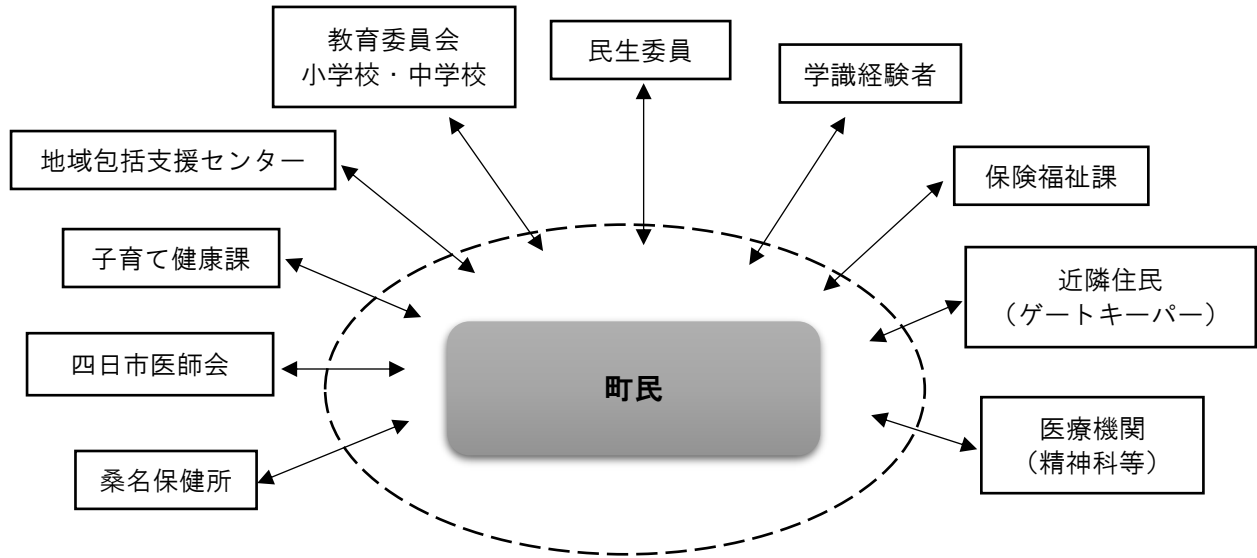
評価計画	
アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	○事業参加者の理解状況（事業参加者アンケート回答）－50%
評価体制 ・方法	○厚生労働省HP「自殺の統計：地域における自殺の基礎資料」より、年間自殺者数の確認 ○事業参加者アンケートにより確認
実施時期	翌年3月

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○庁舎内会議数(事業起案や対象者の選定など)－2回 ○事業実施に必要な予算は確保できたか－100%	○日程や時間は適切か ○実施回数は適切か ○実施場所は適切か ○啓発・周知方法は適切か	○広報あさひへの「こころの健康づくり対策協議会」の掲載回数－12回 ○専門相談の開催回数－4回 ○朝日中学校でのこころの健康づくり授業の開催回数－1回 ○朝日町こころの健康づくり対策協議会の開催回数－2回
評価体制 ・方法	○予算の確保状況の確認	○事業実施状況の確認(計画通りに実施できているか) ○広報での啓発状況の確認	○啓発回数の確認 ○会議の開催回数の確認
実施時期	翌年3月	10月、翌年3月	10月、翌年3月

メンタルヘルス対策

(こころの健康づくり対策事業)

【事業対象者と実施体制】



【こころの健康づくり対策事業 根拠法令】

- ・自殺対策基本法 第19条
- ・労働安全衛生法 第70条の2 第1項
- ・子ども・若者育成支援推進法 第3章
- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第6章 第2節 第46条
- ・朝日町自殺対策行動計画 第5章

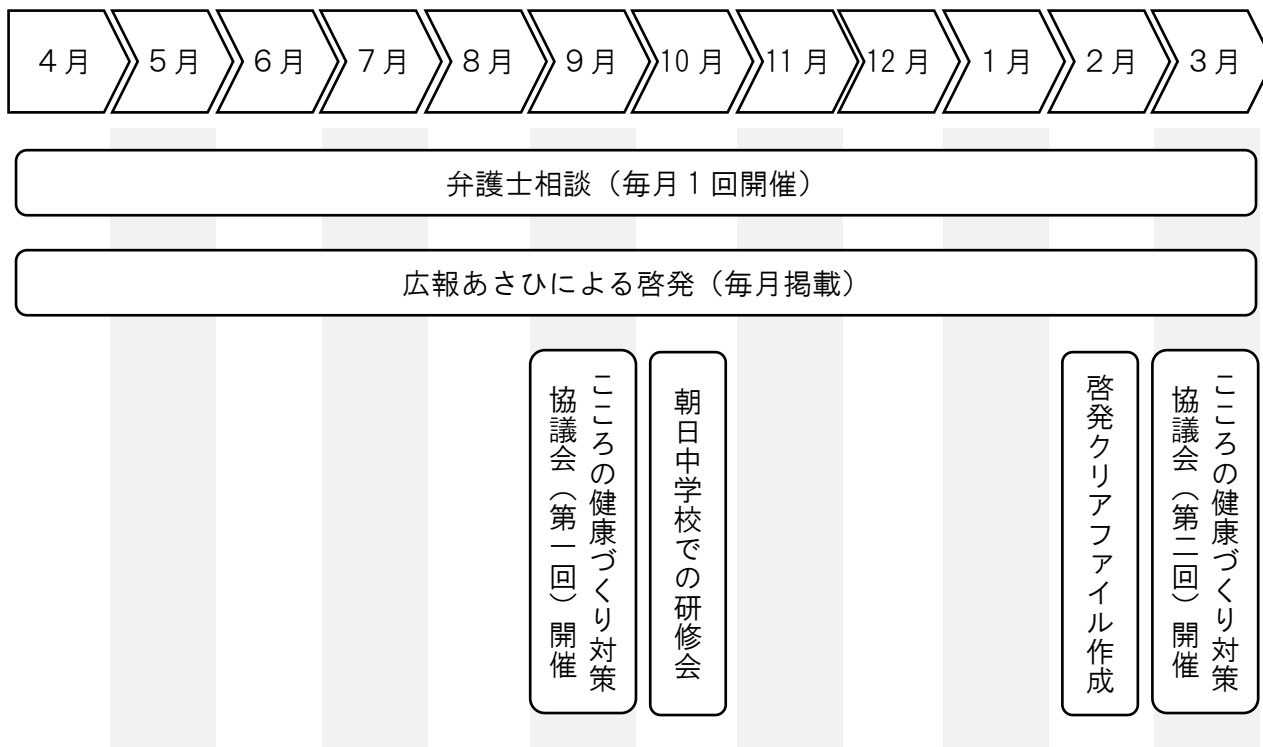
【事業詳細】

- ・町の自殺対策行動計画との整合性を図りながら、町民が心身共に健康で生きがいをもって暮らすことのできるまちづくりの実現

【補助金等】

地域自殺対策強化補助金

【年間スケジュール】



⑬地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働

既存事業と健康課題の関係（データヘルス計画との関係性）							
現 状		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	○月1回地域包括ケア会議への参画	年12回	年12回	年12回	年12回	年12回	年12回
課 題	○部署ごとに事業を展開している。						

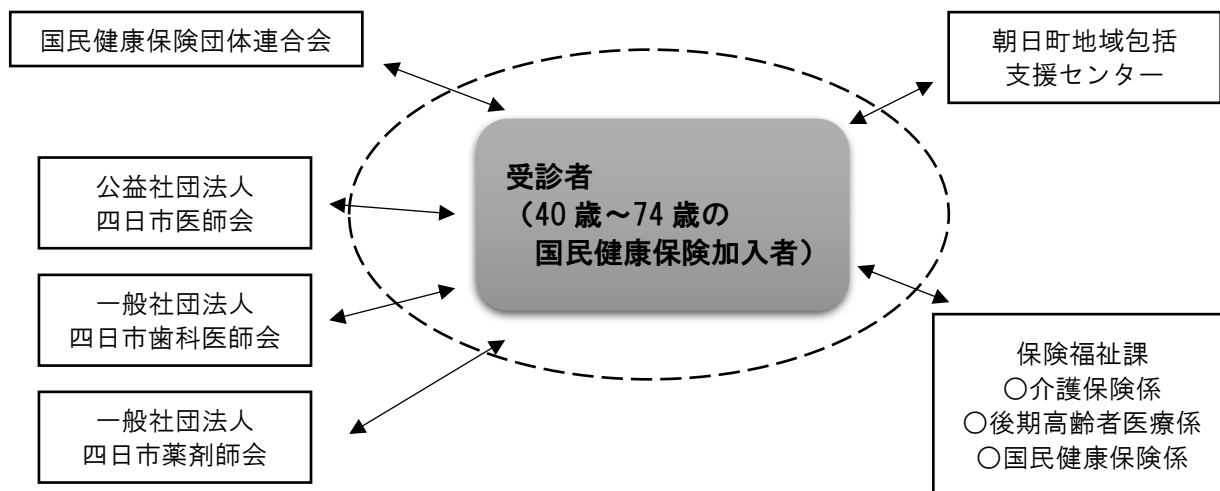
事業目的		
○地域包括ケアの推進（一貫性のある切れ目のない健康づくり推進事業）を目指す。		
事業企画		
対象者	関係部署	
実施期間	事業内容	実施体制・方法
当年4月～翌年3月	○地域包括ケア会議への継続参画	○KDBや健診結果（有所見や質問票）の情報共有及び事業計画や事業実施状況の報告

評価計画			
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○事業実施に必要な予算は確保できたかー100% ○地域包括ケアの推進部局との連携は図れたかー100%	○事業対象者の把握率ー100% ○事業実施に地域包括ケア推進部局との情報共有や協力はできたかー100%	○地域包括ケア推進部局と連携した事業の実施や支援は行えたかー100% ○地域包括ケア推進部局との会議等に参画できたかー100%
評価体制・方法	○予算の確保状況、及び連携状況の確認	○対象者の把握状況、及び情報共有・連携状況の確認	○事業実施状況の確認
実施時期	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月	当年4月～翌年3月

アウトカム評価	
目標値 (評価項目・評価指標)	○地域包括ケア推進部局と事業利用者の状況や結果について情報共有・報告ができたかー100% ○地域包括ケア推進部局との連携内容が次年度の事業計画に反映できたかー100%
評価体制・方法	○情報共有・報告内容の合意（決裁等で明文化していく）状況の確認
実施時期	翌年3月頃

地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携）、及び健康増進事業や後期高齢者医療制度・介護保険制度等との連携・協働事業

【事業対象者と実施体制】



【国民健康保険事業 根拠法令】

・ 国民健康保険法 第7章 第82条

【事業詳細】

・ 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場に国保部局として参画し、KDB等を活用したデータ提供等により地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに地域支援事業に国保部局として参画

【補助金等】

国民健康保険保険者努力支援制度

**朝日町国民健康保険データヘルス計画
(第2期・中間見直し)**

発行／朝日町

発行年月／2022(令和4)年3月

編集／朝日町保険福祉課

〒510-8522

三重県三重郡朝日町大字小向 893 番地

Tel 059-377-5659

Fax 059-377-2790

E-mail hoken@town.asahi.mie.jp