

第2期データヘルス計画中間評価

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要及び中間評価の趣旨とその結果

- 1 計画の概要とその背景 P 2
- 2 中間評価の趣旨 P 2
- 3 中間評価の結果 P 4
 - (1) 中長期・短期目標(アウトプット・アウトカム評価)の進捗状況
 - (2) 主な保健事業の評価(ストラクチャー・プロセス評価)と課題

第2章 新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定

- 1 中間評価を踏まえた新たな目標値の設定 P 7
 - (1) 中長期目標の設定
 - (2) 短期目標の設定
- 2 新たな課題を踏まえた個別保健事業の設定 P 9
 - (1) 【新規事業】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
 - ① 後期高齢者の医療・介護の実態からみた課題
 - ② 評価指標と目標値の設定
 - ③ 保険事業の内容

第3章 計画の評価・見直し

- 1 評価の時期 P14
- 2 評価方法・体制 P14

第1章

保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要及び中間評価の趣旨とその結果

1 計画と概要とその背景

我が国は世界トップレベルの長寿社会であり、今後さらに高齢者の大幅な増加が見込まれる中、いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに健康寿命を伸ばすかが今日の課題であると言えます。

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸(疾病・障害・早世の予防)を目指すものです。

本村においては、平成26年度にデータヘルス計画を策定し、平成30年度から6年間の第2期データヘルス計画に基づいて、保健事業を展開しています。

2 中間評価の趣旨

本年は第2期データヘルス計画中間年度であり、より効果的かつ効率的に保健事業を展開するために、進捗確認およびデータヘルス中間評価を行います。

中間評価では、短期目標・中長期目標の評価を行い、それを基に、目標項目の追加を行うとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、後期高齢者広域連合の目標値を参考に、現状分析を踏まえ、個別保健事業を追加して実施することを盛り込みます。

また、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では保険者努力支援制度が創設され、平成30年度から本格実施されています。国は、保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況により発展させるとしており、今回の中間評価では、現時点での評価指標を追加し、取り組みの充実を図っていきます。

(図表 1) データヘルス計画とその他法定計画との位置づけ

	「健康日本 21」計画	※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法		
		特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	介護保険（支援） 計画
法律	健康増進法 第 8 条、第 9 条、第 6 条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第 19 条	国民健康保険第 82 条 健康保険法他第 150 条	介護保険法 第 116 条、第 117 条、 第 118 条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 平 31 年 2 月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和 2 年 3 月改正 特定健康診査及び特定保健指導の 適切かつ有効な実施を図るための 基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和 2 年 3 月改正 「国民健康保険法に基づく保健 事業の実施等に関する指針の一 部改正」	厚生労働省 老健局 令和 2 年改正予定 介護保険事業に係る保険給 の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・ 期間	法定 平成 25～34 年（第 2 次）	法定 平成 30～35 年（第 3 期）	指針 平成 30～35 年（第 2 期）	法定 平成 30～32 年（第 7 期）
計画 策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な 考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小 の実現に向けて、生活習慣病の発症 予防や重症化予防を図るとともに、 社会生活を営むために必要な機能の 維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障制度が維持可能なものとな るよう、生活習慣の改善及び社会環 境の整備に取り組むことを目標とし る。	生活習慣の改善による糖尿病等の 生活習慣病の予防対策を進め、糖 尿病等を予防することができれ ば、通院患者を減らすことがで き、さらには重症化や合併症の発 症を抑え、入院患者を減らすこと ができ、この結果、国民の生活の 質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制を実現すること が可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活 習慣病の発症や重症化を予防す ることを目的として、メタボリック シンドロームに着目し、生活習慣 を改善するための特定保健指導を 必要とするものを、的確に抽出す るために行うものである。	生活習慣病対策をはじめ被保険 者の自主的な健康増進、疾病予 防の取組について被保険者の特 性を踏まえた効果的かつ効率的 な保健事業の展開を目指すも の。被保険者の健康の保持増進 により、医療費の適正化及び保 険者の財政基盤強化が図られる ことは保険者自身にとっても重 要である。 保険者協議会等を活用し効果的 に事業を行う。 高確法の高齢者保健事業、介護 法の地域支援事業と一体的に実 施するよう努める（R2 追加）	高齢者がその有する能力に 応じ自立した日常生活を営 むことができるように支援 することや、要介護状態ま たは要支援状態となること の予防又は、要介護状態等 の軽減もしくは悪化の防止 を理念としている。
対象年齢	ライフステージに応じて (乳幼児期、青壮年期、高齢期)	40～74 歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の青年期・壮年 期世代、小児期からの生活習慣づくり	1 号被保険 65 歳以上 2 号被保険 40～64 歳 ※特定疾病
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患 こころの健康	疾病予防・介護予防 (要介護の原因疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全 認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	※特定健診に係る項目 15 項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢 調整死亡率の減少 ②合併症（糖尿病性腎症による年間 新規透析導入患者数） ③（糖尿病）治療継続者の割合減少 ④血糖コントロール不良者の割合 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・保健指導の実施率向上 ⑦メタボ該当者・予備群の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の増加 ⑪適切な量と質の食事をとる者の増 加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量の 飲酒者の割合	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の 減少（国の目標） (特定保健指導代謝者の減少)	健診・医療情報を活用して、費 用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況（特定健診の 質問票を参照する） ・食生活、日常生活における歩 数、アルコール摂取量 ・喫煙の有無 ②健診受診率 ③医療費等 ■中長期目標 医療費の変化、冠動脈疾患・脳 梗塞の発症、費用対効果、薬剤 投与量の変化 ■短期的目標 血圧、血糖値、脂質等検査値の 変化、食習慣、運動習慣の変 化、受療行動の開始	①自立した日常生活支援に 関する指標 ②要介護状態等になること の予防に関する指標 ③要介護状態等の軽減、悪 化の防止に関する指標 ④介護給付の適正化に関す る指標

保険者努力支援制度・事業費連動分

3 中間評価の結果

(1) 中長期目標・短期目標(アウトプット・アウトカム評価)の進捗状況

第2期データヘルス計画では、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の減少を短期目標に、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んでいます。

① 中長期目標

目的: 医療費が高額となる疾患、要介護の原因疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減少させる。

(図表 2) 目標管理一覧【中長期目標】

項番	中長期目標	実績				目標値	達成状況
		初期値 H28	H29	H30	中間評価 R01		
1	入院医療費の伸びの減少	23.8%	29.8%	30.4%	33.9%	減少	未達成
2	脳血管疾患の新規患者数の減少	12 人	19 人	10 人	11 人	減少	不十分
3	虚血性心疾患の新規患者数の減少	9 人	15 人	7 人	12 人	減少	未達成
4	糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	0 人	0 人	0 人	0 人	減少	達成

入院医療費は年々伸びており、目標は達成できていません。実際にかかった医療費を見てみると、H28 年度と比較して R01 年度は、以下の通り、外来医療費は減少しているものの、入院医療費が約 3400 万円増えてきています。(図表 3)

(図表 3) 入院・外来別の医療費推移

年度	入院・外来合計		入院		外来	
	医療費	差額	医療費	差額	医療費	差額
H28	2 億 2733 万円	2926 万円	1 億 0266 万円	3395 万円	1 億 2467 万円	△469 万円
R01	2 億 5659 万円		1 億 3660 万円		1 億 1999 万円	

一方で、図表 4 の通り、中長期目標のうち、脳血管疾患・虚血性心疾患の新規患者数が横ばいまたは増加しているものの、データヘルス計画の対象としている生活習慣病が医療費全体に占める割合は 21.2%から 12.6%に減少しており、福岡県平均と比較しても、その割合は下回っています。

(図表 4) データヘルス計画の対象疾患が医療費に占める割合

	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患 医療費の合計		がん	精神疾患	筋・骨疾患
	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
	腎不全 (透析有)	腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H28	1.9%	1.2%	0.6%	3.0%	6.1%	5.6%	2.9%	4812 万円	21.2%	12.4%	10.5%	6.5%
R01	0%	0.2%	0.9%	1.1%	5.0%	3.4%	2.0%	3229 万円	12.6%	24.7%	8.5%	9.8%
(参考) 福岡県	2.7%	0.3%	2.3%	1.7%	5.0%	3.5%	2.8%	—	18.3%	15.9%	9.9%	9.2%

脳血管疾患や虚血性心疾患の発症も早期に発見し、対応すれば、医療費は抑えられ、QOL(生活の質)も維持することができます。また、これらの疾患を発症したあとも、治療や保健指導により再発を予防することが可能です。

今後、2025年に向かって段階の世代が後期高齢者へ移行する一方で、国保加入者の加入が減少することにより、医療費全体も減少傾向になることが予測されます。そのため、今後、保健事業が費用対効果の観点からも効果的に予防できているか評価するためにも「入院医療費の減少」に加え、それを補完する成果指標として、予防可能な疾患に着目し、「医療費全体に占める生活習慣病の割合」を経年的に把握します。

また、生活習慣病の医療費の割合が減っている一方で、がんの医療費が増加傾向にあります。がんは、発生する部位によって食生活や喫煙などの生活習慣が強く影響していますが、早期発見・早期治療することで、死亡するリスクを減少し、医療費を抑えることにもつながります。がん検診受診率の向上は、保険者努力支援制度の指標にも盛り込まれており、医療保険者としても重要な取り組みであることから、毎年度評価する短期目標に「がん検診受診率」の向上を追加し、対策を強化します。(第2章参照)

② 短期目標

目的: 特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上させ、血管変化における共通リスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を減少させる。

(図表 5) 目標管理一覧【短期目標】

項番	短期目標	実績				目標値	達成状況
		初期値 H28	H29	H30	中間評価 R01		
1	特定健診受診率の向上	35.4%	39.8%	42.8%	52.1%	48%	達成
2	特定保健指導実施率の向上	63.4%	72.0%	84.0%	85.7%	80%	達成
3	特定保健指導対象者割合の減少	30.0%	30.4%	14.3%	30.4%	25%	達成
4	メタボリックシンドロームの割合の減少	16.8%	32.6%	33.3%	21.1%	25%	未達成
5	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	12.1%	30.0%	7.4%	26.7%	29%	未達成
6	健診受診者の高血圧者の割合の減少 (血圧 160/100 以上)	5.4%	5.8%	8.4%	9.5%	5.0%	未達成
7	健診受診者の血糖コントロール不良者の割合 の減少(HbA1c7.0 以上)	5.9%	3.1%	4.2%	5.6%	5.0%	未達成
8	健診受診者の脂質異常者の割合の減少 (LDL160 以上)	13.2%	13.1%	11.5%	13.4%	10.1%	未達成

健診受診率・保健指導実施率は目標を達成できているものの、アウトカム指標であるメタボリックシンドロームや重症化予防対象者の減少は目標を達成できていません。生活習慣病は自覚症状に乏しく、未治療のまま放置されていたり、医療機関受診につながっても治療中断してしまうケースも少なくありません。今後も健診結果とレセプト情報から緊急性や重症度に応じて対象者を明確にし、個別性の高い保健指導を実施していきます。

(2) 主な保健事業の評価(ストラクチャー、プロセス評価)と課題

目標	評価				課題																														
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)																															
全体																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診未受診率の向上 	<p>KDBシステム等を活用して情報分析を行い、本市の課題を抽出し、必要な目標設定を行うことで、効果的な事業実施を行うことができた。</p>	<p>・データヘルス計画に記載する保健事業についてPROMサイクルに基づき、事業展開することができた。</p>	<p>・入浴障害者の伸び率は、中間評価時点で前の伸び率より抑えることができた。 脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数に関しては、平成28年度より減少傾向にある。</p>	<p>・関係機関との連携 事業関係者の関係性や、資料収集、業務内容の交換など多職種連携を推進することができた。</p>	<p>●特定健診未受診率の伸び率 ●評価方法の見直し</p>																														
健康教育の実施（生活習慣病の一次予防事業に重点を置いた取組）																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診未受診率の向上 	<p>特定健診の対象者に限らず、妊婦、子ども、成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康教室を村居に身近な地域で実施する。</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊婦訪問・二ヶ月訪問・乳幼児健診・各保育園での講話 ・地域（運動者）サロン 	<table border="1"> <tr> <th>実施期間</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>58</td> <td>126</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>48</td> <td>68</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>38</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>144</td> <td>332</td> </tr> <tr> <td>参加率</td> <td>58%</td> <td>52%</td> </tr> </table>	実施期間	H30	R1	10月	58	126	11月	48	68	12月	38	38	合計	144	332	参加率	58%	52%	<table border="1"> <tr> <th>特定健診未受診率(第2期)</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>未受診率</td> <td>42.8%</td> <td>52.1%</td> </tr> </table>	特定健診未受診率(第2期)	H30	R1	未受診率	42.8%	52.1%	<p>●健康教育実施回数 ●地域（運動者）サロンの運営方法</p>							
実施期間	H30	R1																																	
10月	58	126																																	
11月	48	68																																	
12月	38	38																																	
合計	144	332																																	
参加率	58%	52%																																	
特定健診未受診率(第2期)	H30	R1																																	
未受診率	42.8%	52.1%																																	
特定健診未受診者対策																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診未受診率の向上 	<p>未受診者への対応方法について、対象者の抽出内容（年代、新規加入、過去受診歴など）により、適宜内容を変えるなど対象者に合わせた通知を送付、また、担当が電話による受診勧奨も併せて実施した。</p> <p>事業内容上の点、40歳及び過去5年特定健診未受診者へ特定健診無料クーポン券を郵送している。</p> <p>特定健診対象者のうち、保険診療で特定健診指導の機会をかりつけ医で行っている者に対しては、指導の結果を特定健診としてみせる体制を整えている。</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 40歳以上の未受診者調査（業者委託） ② 40歳及び過去5年特定健診未受診者へ特定健診無料クーポン券郵送 ③ かかりつけ医を通じた個別受診勧奨 ④ 専門員による電話での受診勧奨 ⑤ 受診勧奨がきまの送付 ⑥ 医療情報収集事業 	<table border="1"> <tr> <th>特定健診未受診率(第2期)</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>未受診率</td> <td>42.8%</td> <td>52.1%</td> </tr> </table> <p>【前提】 医療情報収集事業 実施期間：10月～2月 【実施】 対象者：特定健診未受診または未受診者 実施時期：通年 【通知・送付】 対象者：未受診者の多い新規加入者 実施時期：1回目 7月 2回目 10月 【通知】市役所 対象者：未受診者</p> <table border="1"> <tr> <th>医療情報収集事業</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>未受診率</td> <td>7.0%</td> <td>75.0%</td> </tr> </table>	特定健診未受診率(第2期)	H30	R1	未受診率	42.8%	52.1%	医療情報収集事業	H30	R1	未受診率	7.0%	75.0%	<p>・集団健診 令和5年 ・個別健診 5月～3月 ・健康相談受診期間への要約動画提供 1回/年</p> <p>・システムの活用 国保データベースシステム 保健指導支援ツール 保健事業管理・分析システム マルチマーケティングシステム</p>	<p>●電話、訪問による受診勧奨は本人に届かないことも多いため、より効果的な受診勧奨方法を検討する。 ●若年層の受診者の伸び ●個人からのデータ受取体制の拡充を行う。 ●関係機関との連携強化</p>																			
特定健診未受診率(第2期)	H30	R1																																	
未受診率	42.8%	52.1%																																	
医療情報収集事業	H30	R1																																	
未受診率	7.0%	75.0%																																	
特定保健指導事業																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定保健指導実施率の向上 	<p>特定健診後の特定保健指導の実施により、特定保健指導の実施率向上を図る。</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 個人へのわかりやすい情報提供 ② 受診勧奨がきまを届えている者へのフォローアップ事業 	<table border="1"> <tr> <th>特定保健指導実施率</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>19%</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>未実施</td> <td>81%</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>参加率</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> <p>【前提】 対象者：特定健診後の要約動画加入者 実施時期：1回目 7月 2回目 10月 【通知】市役所 対象者：未受診者</p> <table border="1"> <tr> <th>医療情報収集事業</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>未受診率</td> <td>7.0%</td> <td>75.0%</td> </tr> </table>	特定保健指導実施率	H30	R1	実施率	19%	21%	未実施	81%	79%	参加率	100%	100%	医療情報収集事業	H30	R1	未受診率	7.0%	75.0%	<table border="1"> <tr> <th>特定保健指導実施率</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>19%</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>未実施</td> <td>81%</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>参加率</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>	特定保健指導実施率	H30	R1	実施率	19%	21%	未実施	81%	79%	参加率	100%	100%	<p>・システムの活用 国保データベースシステム 保健指導支援ツール 保健事業管理・分析システム マルチマーケティングシステム</p>	<p>●特定の受診勧奨者への継続実施方法の検討 ●個別健診未受診者への特定保健指導利用促進方法の検討</p>
特定保健指導実施率	H30	R1																																	
実施率	19%	21%																																	
未実施	81%	79%																																	
参加率	100%	100%																																	
医療情報収集事業	H30	R1																																	
未受診率	7.0%	75.0%																																	
特定保健指導実施率	H30	R1																																	
実施率	19%	21%																																	
未実施	81%	79%																																	
参加率	100%	100%																																	
二次検査事業																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診未受診率の向上 	<p>二次検査対象者の抽出条件を設定し、二次検査実施体制の構築や保健指導材料を作成し、対象者が二次検査を受診しやすい体制整備を行った。</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 個人へのわかりやすい情報提供 ② 受診勧奨がきまを届えている者へのフォローアップ事業（受診勧奨） 	<table border="1"> <tr> <th>二次検査実施率</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>45%</td> <td>47%</td> </tr> <tr> <td>未実施</td> <td>55%</td> <td>53%</td> </tr> </table>	二次検査実施率	H30	R1	実施率	45%	47%	未実施	55%	53%	<table border="1"> <tr> <th>二次検査実施率</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>54%</td> <td>40%</td> </tr> </table> <p>75g糖負試験実施率の増進率B1c改善状況</p> <table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>改善</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>33%</td> </tr> </table> <p>糖化ヘモグロビン値の増進率DLA1c改善状況</p> <table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>改善</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>20%</td> </tr> </table>	二次検査実施率	H30	R1	実施率	54%	40%	H30	R1	改善	57%	悪化	33%	H30	R1	改善	80%	悪化	20%	<p>・システムの活用 国保データベースシステム 保健指導支援ツール 保健事業管理・分析システム マルチマーケティングシステム</p>	<p>●評価方法の構築 ●二次検査対象者抽出条件の見直しを検討</p>			
二次検査実施率	H30	R1																																	
実施率	45%	47%																																	
未実施	55%	53%																																	
二次検査実施率	H30	R1																																	
実施率	54%	40%																																	
H30	R1																																		
改善	57%																																		
悪化	33%																																		
H30	R1																																		
改善	80%																																		
悪化	20%																																		
生活習慣病薬性化予防（糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患等）																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入浴障害者の伸び率の減少 ②脳血管障害者の新規患者数の減少 ③虚血性心疾患の新規患者数の減少 ④糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少 <p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診未受診率の向上 	<p>薬性化予防事業の課題を重点化し、医薬品管理として、特定健診の開始から重症化リスクの高い者を優先し保健指導を行った。</p> <p>保健指導の実地にあたっては、KDBを活用したレポートによる高リスクや薬性化の傾向を把握し、適切な指導を実施し、定期的にレポート送付を行い治療状況の確認を行っている。</p> <p>●糖尿病性腎症3期・4期該当者の名簿を作成し、優先的に保健指導を実施して来た（糖尿病性腎症）。</p> <p>●糖尿病性腎症3期・4期該当者への保健指導実施率</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 個人へのわかりやすい情報提供 ② 受診勧奨がきまを届えている者へのフォローアップ事業（受診勧奨） ③ コントロール不良者の保健指導事業（治療中） 	<table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>59人</td> <td>84人</td> </tr> <tr> <td>利用者数</td> <td>85.7%</td> <td>79.2%</td> </tr> </table>	H30	R1	対象者数	59人	84人	利用者数	85.7%	79.2%	<table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>1人</td> <td>4人</td> </tr> <tr> <td>利用者数</td> <td>100%</td> <td>75%</td> </tr> </table>	H30	R1	対象者数	1人	4人	利用者数	100%	75%	<p>HA1c7.0以上の生活習慣病患者の減少</p> <table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>3人 (3.9%)</td> <td>4人 (4.4%)</td> </tr> </table> <p>糖尿病性腎症3期・4期該当者の減少</p> <table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>3人 (11.5%)</td> <td>1人 (3.8%)</td> </tr> </table> <p>LDL180mg/dL以上の生活習慣病患者の減少</p> <table border="1"> <tr> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>3人 (3.9%)</td> <td>4人 (4.4%)</td> </tr> </table>	H30	R1	3人 (3.9%)	4人 (4.4%)	H30	R1	3人 (11.5%)	1人 (3.8%)	H30	R1	3人 (3.9%)	4人 (4.4%)	<p>●糖尿病性腎症3期・4期該当者への保健指導実施率</p>		
H30	R1																																		
対象者数	59人	84人																																	
利用者数	85.7%	79.2%																																	
H30	R1																																		
対象者数	1人	4人																																	
利用者数	100%	75%																																	
H30	R1																																		
3人 (3.9%)	4人 (4.4%)																																		
H30	R1																																		
3人 (11.5%)	1人 (3.8%)																																		
H30	R1																																		
3人 (3.9%)	4人 (4.4%)																																		
ウォーキングマイレージ事業（まち・ひと・しごと創生事業）																																			
<p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①歩数増加の向上 ②歩数増加の標準的な質問項目10及び11の回答率の向上 	<p>村民皆運動へ運動量計を贈与し、定期的に測定した数値を保健指導につながる内容（特定健診、がん検診受診勧奨、糖尿病検診受診勧奨など）とした場合にポイント（ランセンティブ）が獲得でき、歩数増加に応じて町内上乗金品券と交換できるもので、楽しみながら健康づくり継続を図る。</p> <p>【対象事業名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① ウォーキングマイレージ事業（まち・ひと・しごと創生事業） 	<ul style="list-style-type: none"> ●貸し出し実施 ●山崎・支倉駅にて会員募集チラシを掲載 ●最終TVにて月間ランキング放送 ●イベント実施 	<table border="1"> <tr> <th>歩数増加の標準的な質問項目10及び11</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>回答率</td> <td>85%</td> <td>82%</td> </tr> </table>	歩数増加の標準的な質問項目10及び11	H30	R1	回答率	85%	82%	<p>●歩数計・Fitbitの貸し出し</p>																									
歩数増加の標準的な質問項目10及び11	H30	R1																																	
回答率	85%	82%																																	
【R2新規事業】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業																																			
<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①高齢者の認知症予防 ②認知症予防の標準的な質問項目10及び11の回答率の向上 ③一人当たりの入浴障害者の伸び率の減少 ④一人当たりの介護給付費の減少 ⑤介護予防率の増加 	<p>【ハイリスク】 対象者を決定し、保健師・管理栄養士による健診受診勧奨・保健指導を実施。必要時、かかりつけ医等に治療方針を連絡する等、医療と連携した保健指導を実施する。ハイリスクの継続・健診受診勧奨を行う。</p> <p>【認知症予防】 各市区サロンにおける健康相談（フレイルを含む生活習慣病の発症予防・薬性化予防）を行う。</p>	<table border="1"> <tr> <th>ハイリスク</th> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>23%</td> <td></td> </tr> </table> <p>・認知症予防 ・認知症予防 ・認知症予防</p> <table border="1"> <tr> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td></td> </tr> </table>	ハイリスク	R2	R3	保健指導実施率	23%		R2	R3	保健指導実施率		<table border="1"> <tr> <th>健診受診率</th> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> <tr> <td>受診率</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>●健診、必要サービスへの受診勧奨</p> <table border="1"> <tr> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> <tr> <td>行動</td> <td></td> </tr> </table>	健診受診率	R2	R3	受診率			R2	R3	行動		<p>●企画型訪問者の配置 ●内閣府との連携 ●システムの活用 国保データベースシステム 保健指導支援ツール 保健事業管理・分析システム 二次加工システム 他</p>	<p>●健診受診率の向上 ●保健師・管理栄養士との連携 ●評価方法の構築</p>										
ハイリスク	R2	R3																																	
保健指導実施率	23%																																		
R2	R3																																		
保健指導実施率																																			
健診受診率	R2	R3																																	
受診率																																			
R2	R3																																		
行動																																			

第2章

新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定

1 中間評価を踏まえた新たな目標値の設定

(1) 中長期目標の設定

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であるため、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先します。

近年、団塊の世代が後期高齢者に異動していることもあり、被保険者数の減少が著しく、それに伴い、医療費総額については減少傾向にあります。

入院医療費も同様であり、入院医療費の減少は、被保険者減少による影響も大きいと考えられるため、目標の「入院医療費の減少」を補完する指標として、予防可能な疾患に着目し、「医療費全体に占める生活習慣病の割合」を追加します。

(図表 6) 課題を解決するための目標【中長期目標】

項番	中長期目標	実績				最終目標 R05	データの 把握方法
		初期値 H28	H29	H30	中間評価 R01		
1	入院医療費の伸びの減少	23.8%	29.8%	30.4%	33.9%	減少	KDB システム
2	脳血管疾患の新規患者数の減少	12人	19人	10人	11人	減少	
3	虚血性心疾患の新規患者数の減少	9人	15人	7人	12人	減少	
4	糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	0人	0人	0人	0人	減少	
5	医療費全体に占める生活習慣病の割合	21.2%	--	--	12.6%	減少	

(2) 短期目標の設定

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施計画に基づき、特定健診受診率、保健指導実施率の向上を目標とします。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とします。

令和3年度保険者努力支援制度より、疾病予防・健康づくりの促進の観点から、成果指標が導入され、「健診受診者のうち、HbA1c8.0以上の未治療者の割合」が追加されたことから、短期目標にも同項目を追加します。また厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議より公表された糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成31年4月改訂版）において、病期分類別の対象者の優先順位等示されたことから「健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合」を追加します。

(図表 7)課題を解決するための目標【短期目標】

項番	短期目標	実績				目標値				達成状況
		初期値 H28	H29	H30	中間評価 R01	R02	R03	R04	最終評価 R05	
1	特定健診受診率の向上	35.4%	39.8%	42.8%	52.1%	51%	54%	57%	60%	特定健診・ 特定保健指 導法定報告 国保中央会
2	特定保健指導実施率の向上	63.4%	72.0%	84.0%	85.7%	80%	80%	80%	80%	
3	特定保健指導対象者割合の減少	30.0%	30.4%	14.3%	30.4%	25%	25%	25%	25%	
4	メタボリックシンドロームの割合の減少	16.8%	32.6%	33.3%	21.1%	25%	25%	25%	25%	
5	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少	12.1%	30.0%	7.4%	26.7%	25%	25%	25%	25%	
6	健診受診者の高血圧者の割合の減少(血圧 160/100 以上)	5.4%	5.8%	8.4%	9.5%	減少	減少	減少	減少	特定健診 結果
7	健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c7.0 以上)	5.9%	3.1%	4.2%	5.6%	減少	減少	減少	減少	
8	【新規】 健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合	1 人	1 人	1 人	2 人	減少	減少	減少	減少	
9	【新規】 健診結果からみた糖尿病性腎症第 3 期以降の未治療者の割合の減少	5.3%	18.2%	12.5%	15.3%	減少	減少	減少	減少	
10	健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160 以上)	13.2%	13.1%	11.5%	13.4%	減少	減少	減少	減少	

また、レセプト分析の結果から、近年、がんによる医療費が増加していること、またがん検診受診率については下がっていることから、がんの早期発見、早期治療を目指し、保険者努力支援制度の指標にも取り入れられているがん検診受診率向上を図ります。

(図表 8)課題を解決するための目標【新規・短期目標】

項番	短期目標	実績				目標値				達成状況
		H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	最終評価 R05	
1	胃がん検診の受診率向上	17.6%	17.7%	17.6%	16.9%	17%	18%	19%	20%	特定健診・ 特定保健指 導法定報告 国保中央会
2	肺がん検診の受診率向上	23.1%	20.3%	20.4%	20.8%	21%	22%	23%	24%	
3	大腸がん検診の受診率向上	14.0%	11.8%	12.8%	11.7%	12%	13%	14%	15%	
4	子宮頸がん健診の受診率の向上	25.6%	23.3%	21.8%	21.9%	22%	23%	24%	25%	
5	乳がん検診の受診率の項目	34.3%	38.6%	28.3%	30.2%	31%	32%	33%	34%	

2 新たな課題を踏まえた個別保健事業の設定

(1)【新規事業】高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

[東峰村国民健康保険 第2期保健事業計画 第5章 地域包括ケアに係る取組]

人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対する、きめ細かな高齢者保健事業と介護予防の実施の重要性は益々高まっています。高齢者については、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的な脆弱性のみならず、精神的、心理的又は社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にあります。そこで、高齢者保健事業と介護予防の実施に当たっては、高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的で、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが必要です。

こうした状況を踏まえ、市民に身近な立場からきめ細かな住民サービスを提供することができる市町村が高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施(以下「一体的実施」という。)を推進するための体制整備等を規定した「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立しました。

そこで本村は、国保保健事業の包括ケアに係る取組の一環として、後期高齢者の健診・医療・介護データから課題を分析し、保健事業の実施にあたっては、国から公表されている「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版(令和元年10月公表)」を参照して、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に組み合わせた事業を実施します。

① 後期高齢者の医療・介護の実態からみた課題

本村のレセプトから、後期高齢者の84.3%には、高血圧や糖尿病等の生活習慣病があることがわかっています。後期高齢者の医療費はここ数年は減少している(図表9)。

(図表9)入院・外来別の医療費推移

制度	年度	入院・外来合計		入院		外来	
		医療費	差額	医療費	差額	医療費	差額
後期 医療費	H28	5億5482万円	△1億	3億4090万円	△6360万円	2億1392万円	△3815万円
	R01	4億5307万円	175万円	2億7730万円		1億7577万円	

後期高齢者が何の疾患によって医療費が高くなっているのか、疾病別に国保と比較したところ、予防可能な生活習慣病では、脳血管疾患及び腎不全の割合が特に大きくなっていました。

これらの疾患には、高血圧・糖尿病等の基礎疾患が重なっており、これらの早期介入及び受診勧奨、治療中断を防ぐ保健指導が重要です。

また後期高齢者においては、骨折に関する医療費も大きく伸びています。近年の研究結果から生活習慣病に共通する病態が骨代謝に影響を与え、骨脆弱化を招いている可能性が明らかになっています。このような背景から、骨折予防対策を積極的に講ずる対象者を効率よく絞り込むためにも、生活習慣病を骨折危険因子であることを理解し、国保で行っている保健事業を後期高齢者にも継続的に行っていくことが、重要であると考えられます。

(図表 11) 疾病別医療費 国民健康保険と後期高齢者医療の比較

内訳		国保		国保の医療費を 1としたとき(倍)	後期高齢者	
		医療費	割合		医療費	割合
(全)生活習慣病		1億4309万円	100%		1億9518万円	100%
予 防 可 能 な 疾 患 ↓ 軽 症 ↓ 重 症 化	高血圧	878万円	6.1%	2.0倍	1743万円	8.9%
	糖尿病	1287万円	9.0%	1.3倍	1655万円	8.5%
	脂質異常症	505万円	3.5%	0.7倍	345万円	1.8%
	脳梗塞・脳出血	228万円	1.6%	7.1倍	1613万円	8.3%
	虚血性心疾患	284万円	2.0%	1.6倍	451万円	2.3%
	慢性腎不全 (透析なし)	47万円	0.3%	8.0倍	376万円	1.9%
	慢性腎不全 (透析あり)		--		1089万円	5.6%
	計	3229万円		2.3倍	7272万円	
老 化 に 伴 う 疾 患	骨折	473万円	3.3%	6.1倍	2879万円	14.8%
	脊椎障害	447万円	3.1%	2.6倍	1163万円	6.0%
	関節症	926万円	6.5%	1.9倍	1769万円	9.1%
そ の 他	がん	6339万円	44.3%	0.3倍	2202万円	11.3%
	歯	169万円		0.9倍	158万円	

本村の75歳以上の要介護認定率は36.1%ですが、今後、後期高齢者が増えることにより、同じ認定率を維持できても介護給付費全体は大きく伸びていくことが予想されます。

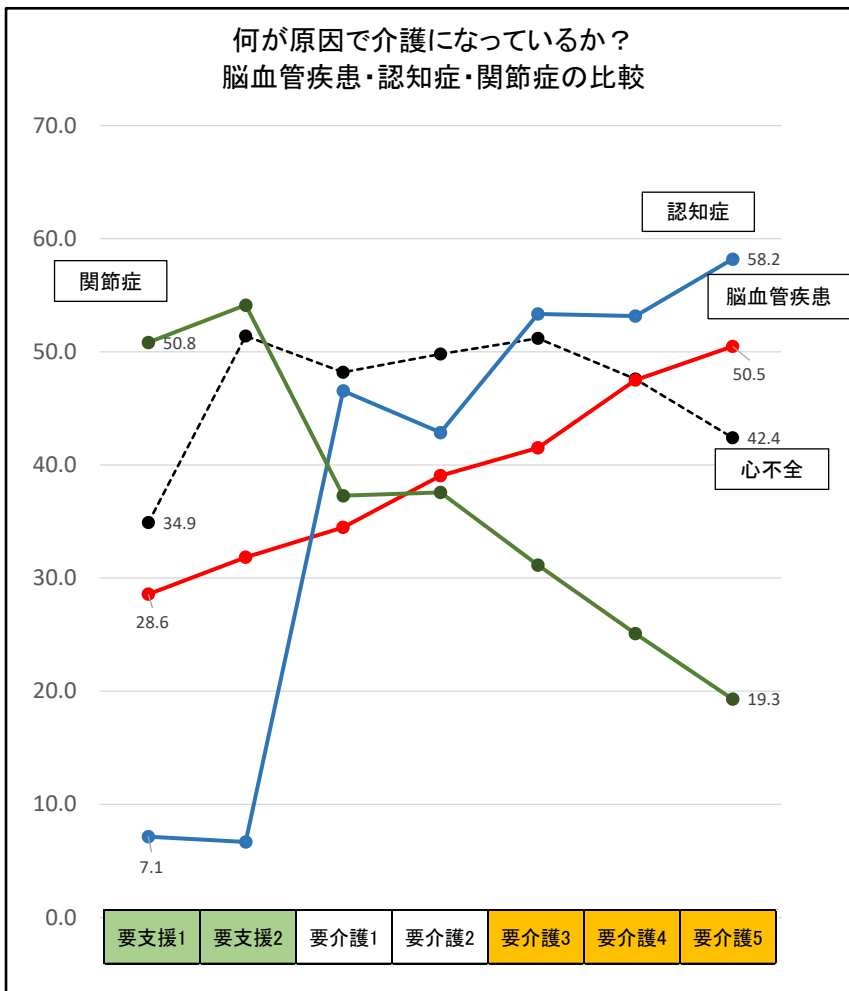
H28年度とR01年度を比較しても介護給付費は2570万円伸びており、独居高齢者も増加傾向にあることから、介護サービスの内訳をみても施設給付費が6割を占めています(図表10)。

(図表 12) 入院・外来別の医療費推移

制度	年度	介護給付費合計		施設		居宅	
		給付費	差額	給付費	差額	給付費	差額
介護 給付費	H28	3億3101万円	2570万円	1億7589万円	4033万円	1億5512万円	△1463万円
	R01	3億5671万円		2億1622万円		1億4049万円	

また、要介護と疾病の関係では、要介護度が上がるにつれて、認知症・脳血管疾患が大きく伸びており、要介護5においては、その半数以上にこれらの疾患があることがわかります(図表12)。

(図表 12) 要介護度別にみた疾病の状況



高血圧や脂質異常症などがあると、血管が硬くなり、血管内が狭くなります。すると、血管性の認知症のリスクが高まるだけでなく、酸素や栄養素が十分行き届かなくなり、神経細胞も障害されます。また糖尿病は血管障害を招くだけでなく、アミロイドβやタウタンパクの蓄積を促し、高血圧等と併せて、アルツハイマー型認知症の発症を促進することが証明されています。

更にフレイルのリスクでもある心不全は、要介護の軽度の時期から割合も高く、高血圧や糖尿病のコントロールを良好に保つことによって、再発を防ぐことが重要です。

生活習慣病は予防可能な疾患であるにも関わらず、ほとんど症状がないことから放置されていることが少なくありません。健診を受診することで、生活習慣病のリスクが高まっていないかを判断することができますが、後期高齢者の受診率は、国保と比較しても極めて低く、十分な予防対策ができていないのが実情です。多くの高齢者が通院中であることから、レセプト情報を活用しつつ、健診・医療・介護データの全くない「健康状態不明者」については、個別に把握し、健診や地域のサービス等につなぐことで、生活習慣病の発症・重症化予防、ひいては介護予防を図ることを目指します。

② 評価指標と目標値の設定

取り組みの評価にあたっては、保険者である後期高齢者広域連合の目標値を参考に数値目標を設定します。

(図表 13)福岡県広域高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県と市町村の数値目標

項番	評価指標	データ基	福岡県の現状	東峰村の現状	目標
1	後期高齢者健康診査・ 歯科健診の受診率向上	福岡県後期高齢者医療 広域連合報告	健康診査 9.75% 歯科健診 7.62% (R01 年度)	18.63(R01 年度) 6.67%	前年度より 向上
2	通いの場への参加率の 上昇	介護予防・日常生活 支援総合事業の実施 状況調査	8.23% (H30 年度)	0.79%(H30 年度)	前年度より 向上
3	健康状態不明者の割合 の減少	KDB システム	4.18% (H30 年度)	2.7%(H30 年度)	減少
4	低栄養(BMI≤20)の減 少	後期高齢者健康診査	男性 16.1% 女性 29.9% (H30 年度)	男性 67.6% 女性 64.7%	減少 本村目標:増加
5	多剤処方の減少	KDB システム	ひと月 15 日以上の 6 種類処方 46.8%(H30 年度)	ひと月 15 日以上の 6 種類処方 44.3%(H30 年度)	減少
6	人工透析患者率の低下	健康スコアリング	1.43% (H30 年度)	1.0% (H30 年度)	減少
7	一人当たり医療費の減 少	後期高齢者医療事業 年報	後期高齢者一人当 たり医療費 1,178,616 円 (H29 年度)	後期高齢者一人当 たり医療費 1,093,962 円 (H30 年度)	減少
8	一人当たり介護給付費 の減少	介護保険事業状況報 告	第 1 号被保険者一人 当たり給付費 264.2 千円(H30 年 度)	第 1 号被保険者一 人当たり給付費 165,600.4 千円(H30 年度)	減少
9	健康寿命の延伸	国民生活基礎調査	男性 71.49 歳 女性 74.66 歳 (H28 年)	—	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加

③ 保健事業の内容

脳血管疾患、慢性腎臓病、アルツハイマー病を含む認知症、骨折を予防するため、その危険因子である糖尿病および高血圧の重症化予防を重点的に実施します。

なお保健事業の実施にあたっては、国民健康保険における保健事業との連動を念頭に国から公表されている「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版(令和 元年 10 月公表)」を参照して、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ を効果的に組み合わせた事業を実施します。

また、費用対効果等から優先順位を考慮し、医療保健係(国保部門)のみでなく、健康増進事業担当係や関係機関等と連携し、特に対象者への受診勧奨や保健指導は、これまでの取り組みにおいて効果を挙げている個別アプローチを中心に実施します。

ハイリスクアプローチ

国保加入者に対する重症化予防の取り組みとして、特定健診結果やレセプト情報から重症化するリスクの高い対象者を抽出し、福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び関係学会ガイドライン等に基づいて、医療機関との連携のもと重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を実施しています。

対象者を後期高齢者にも拡大し、加齢による影響も考慮した上で、個別保健指導を実施します。

目標	検査データの改善
対象者	高齢者
実施方法	ア 重点的対象者を決定し、抽出する。 イ 保健師・管理栄養士による健診受診勧奨・保健指導 ウ 必要時、かかりつけ医等に治療方針を確認する等、医療と連携した保健指導 エ 必要なサービスへの接続
実施時期	通年
評価方法	ア 対象者への保健指導実施率 イ 医療機関受療率 ウ 各種検査値の変化(改善)

ポピュレーションアプローチ

これまでの本村では、特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てでの生活習慣病予防につながる健康学習を村民に身近な地域で実施してきました。

今後、後期高齢者の分析結果を基に高齢者の通いの場を利用して、生活習慣病予防に加え、介護予防の視点も踏まえた内容も追加して実施していきます。

目標	生活習慣病、フレイル予防に関心を持ち、予防の第一歩として健診の重要性を周知する。
対象者	高齢者
実施方法	ア)各集いの場で専門職の講話・指導を計画 イ)参加者の血圧測定や受診状況を確認
実施時期	通年
評価方法	ア)健診受診率 イ)集いの場参加率

第3章

計画の評価・見直し

1 評価の時期

KDB等の情報を活用し、毎年、評価を行います。また、本計画の最終年度である令和5年度には、時期計画の策定に向けた評価を行います。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保険事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度でも示されている4つの観点(ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム)での評価を実施しています。

KDBシステムの健診・医療・介護のデータを基に保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療状況等について定期的に評価を行います。

また特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特にタダ日に取り組むべき課題の解決として重症化予防事業の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保連合会に設置されている保健事業・支援評価委員会の指導・助言を受けるものとします。