

西都市国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

中間評価

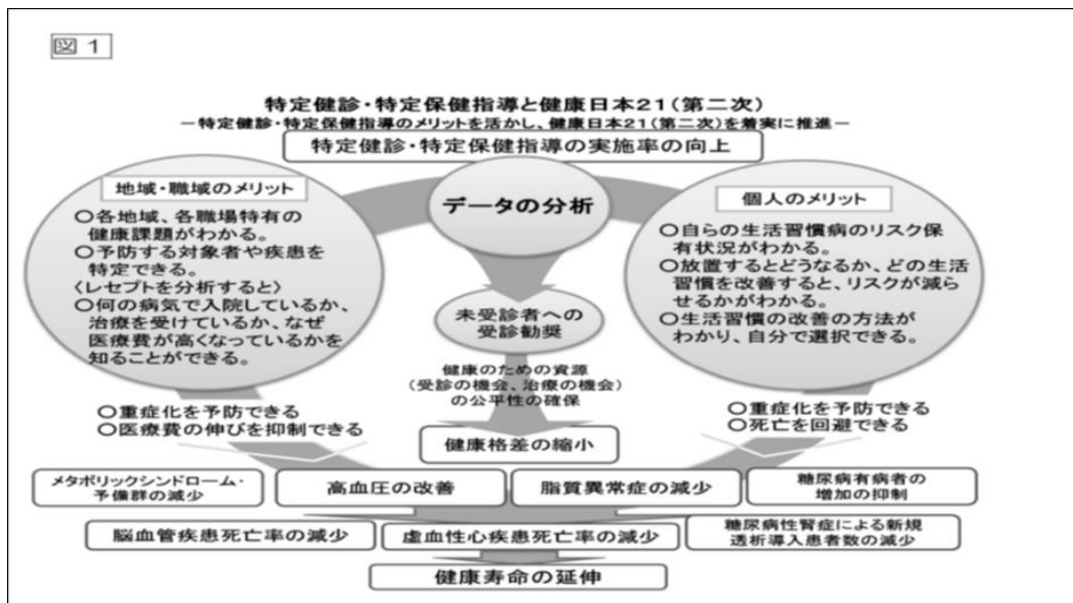
令和3年3月
西都市

第1章 データヘルス計画の概要

厚生労働省においては、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国の指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・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(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしております。

本市においては、国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び西都市国保の財政基盤強化を図ることを目的として「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成30年3月に策定しました。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。

【図表1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第2章 中間評価の趣旨

第2期データヘルス計画では、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価します。計画の最終年度(令和5年度)において次期計画の策定を円滑に行うため上半期に限り、中間評価を行います。

1 中間評価の方法

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健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においても4つの指標での評価が求められています。

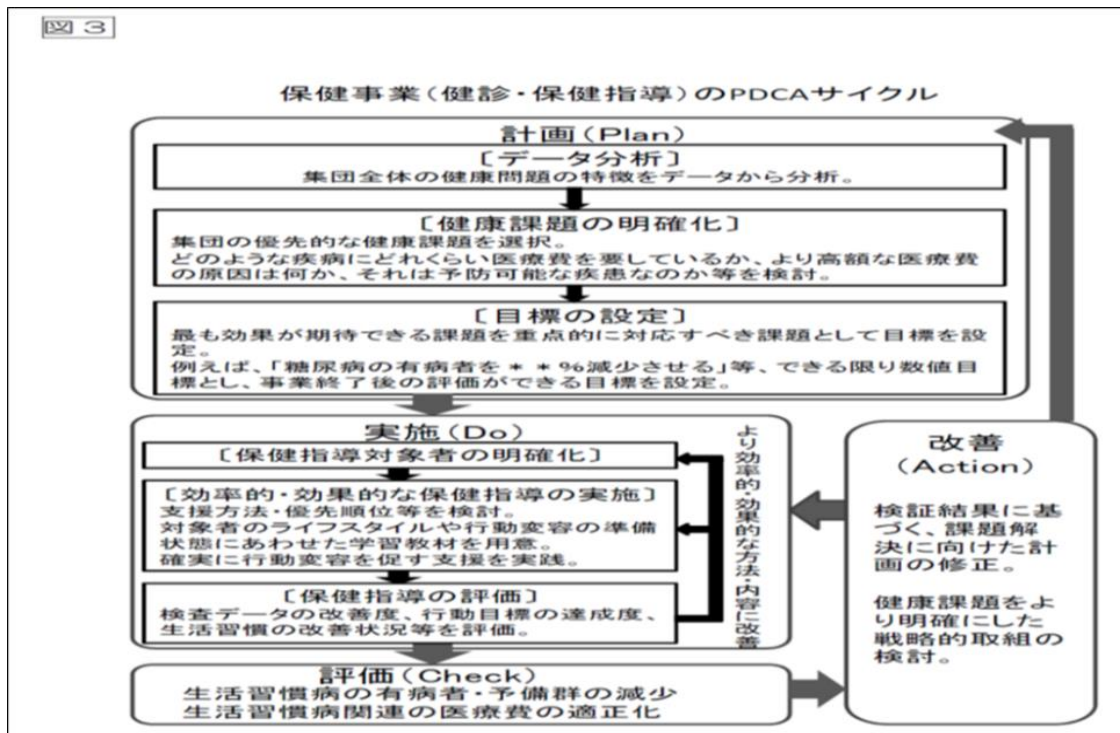
具体的には、KDBに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等々を評価します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に優先すべき課題である重症化予防事業実施状況は、毎年とりまとめ評価します。中間評価については、宮崎県や西都市国保運

営協議会、国保連合会に設置し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。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第3章 中間評価の結果

1 中長期目標、短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況

※数字の定義:H28=第2期データヘルス計画 R1:評価(R)法定報告値

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	現状値の把握方法
特定健診等 データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定健診受診率60%以上	29.1%	36.5%	35.5%	36.6%						特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	84.1%	81.1%	94.9%	84.5%						
データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	22.5%	18.8%	13.5%	17.0%						
			脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.75%	1.70%	2.12%	2.46%						
データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.98%	1.67%	1.72%	1.28%						KDBシステム
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10% ※1	34.5%	36.0%	54.0%	44.4%						
データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	メタボリックシンドローム該当者の割合減少(減少率)25%	23.0%	22.8%	19.1%	20.0%						
			健診受診者の高血圧者の割合減少20%(160/100以上)	5.0%	5.9%	4.8%	5.2%						
データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL160以上) ※2	8.9%	8.4%	9.5%	9.7%						
			健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	9.1%	10.5%	9.5%	8.9%						
データヘルス計画	健康課題 ・高血糖者の割合が増加している。 ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の26%を占めている。	達成すべき目的 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	健診受診者の糖尿病未治療者の割合減少(HbA1c6.5以上)	29.8%	34.7%	34.3%	35.5%						
			糖尿病の保健指導を実施した割合100%以上	92.3%	92.5%	96.0%	100.0%						
データヘルス計画	健康課題 ・がんによる死亡率が47.9%で県、同規模と比較して高い。	達成すべき目的 がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	7.0%	6.9%	6.4%	6.9%						
			肺がん検診 10%以上	3.3%	3.5%	3.8%	3.2%						
データヘルス計画	健康課題 ・がんによる死亡率が47.9%で県、同規模と比較して高い。	達成すべき目的 がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 25%以上	10.6%	11.0%	12.8%	11.0%						健康日本21(第2次)西部市計画
			子宮頸がん検診 25%以上	14.4%	14.9%	14.5%	14.9%						
データヘルス計画			乳がん検診 25%以上	10.0%	10.9%	11.6%	12.3%						

※1 糖尿病性腎症による透析導入者の割合について、策定時の初期値(H28)を誤って算出していたため、5.48%から34.5%に修正

※2 脂質異常者の割合について、策定時の初期値(H28)がLDL160以上の数値のため、目標項目をLDL140以上から160以上に修正

「目標管理一覧表」を用いて、各指標の進捗状況を評価します。

中長期目標疾患である虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少がみられますが、脳血管疾患、慢性腎不全(透析あり)の割合は増加しています。

短期目標疾患について、糖尿病(HbA1c6.5以上)の割合は減少していますが、未治療者の割合は増加しています。高血圧Ⅱ度以上及び脂質異常症(LDL160以上)、メタボリックシンドローム該当者の割合も増加しており、引き続きメタボを含めた肥満症の解決が優先課題です。

(1) 医療費の状況

総医療費に占める狭心症・心筋梗塞は、2.98%から 1.28%に減少していますが、慢性腎不全及び脳梗塞・脳出血は増加しており、国・県より高い割合となっています。特に、慢性腎不全(透析有)は 5.48%から 6.89%と増加し、国平均の 1.5 倍という状況です。

短期目標疾患については、高血圧及び脂質異常症は減少していますが、糖尿病は 4.70%から 5.61%と増加しており、国・県より高い割合となっています。

【図表 3】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【出典】KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

		総医療費		一人あたり医療費(円)		(中長期・短期)目標疾患医療費計		中長期目標疾患							
				金額	順位			腎		脳		心			
					同規模			県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
西都市	H28	33億2916万円	26,230	176位	19位	7億4824万円	22.48%	1億8250万円	5.48%	896万円	0.27%	5812万円	1.75%	9909万円	2.98%
	R1	33億4227万円	29,605	168位	17位	7億3311万円	21.93%	2億3014万円	6.89%	1157万円	0.35%	8209万円	2.46%	4290万円	1.28%
県	R1	955億3189万円	29,603	--	--	190億4824万円	19.94%	48億3159万円	5.06%	2億2721万円	0.24%	21億1005万円	2.21%	15億5514万円	1.63%
国	R1	9兆0795億円	27,475	--	--	1兆8390億円	20.26%	4127億円	4.55%	284億円	0.31%	1952億円	2.15%	1541億円	1.70%

		短期目標疾患						新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
		糖尿病		高血圧		脂質異常症							
西都市	H28	1億5643万円	4.70%	1億7808万円	5.35%	6503万円	1.95%	4億1088万円	12.34%	3億9455万円	11.85%	3億2805万円	9.85%
	R1	1億8765万円	5.61%	1億2114万円	3.62%	5759万円	1.72%	4億5810万円	13.71%	3億1485万円	9.42%	3億4860万円	10.43%
県	R1	49億4372万円	5.17%	35億8540万円	3.75%	17億9508万円	1.88%	131億6887万円	13.78%	98億1924万円	10.28%	85億4356万円	8.94%
国	R1	4939億円	5.44%	3195億円	3.52%	2349億円	2.59%	1兆4553億円	16.03%	7461億円	8.22%	7990億円	8.80%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

(2)糖尿病性腎症による透析導入の状況

糖尿病性腎症による透析導入者の割合は 34.5%から 44.4%に増加しており、新規透析導入の割合はばらつきがあるものの半数を超えています。

【図表 4】

糖尿病性腎症による透析導入者の状況 様式2-2、3-7 人工透析患者(長期化する疾患)の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
H28	H28年5月 診療分	人数	55人	19人 34.5%	12人 21.8%	13人 23.6%
	H28年度 累計	件数	667件	236件 35.4%	147件 22.0%	142件 21.3%
		費用額	2億8197万円	9708万円 34.4%	6136万円 21.8%	5943万円 21.1%
H29	H29年5月 診療分	人数	50人	18人 36.0%	13人 26.0%	10人 20.0%
	H29年度 累計	件数	635件	231件 36.4%	132件 20.8%	104件 16.4%
		費用額	2億6565万円	9620万円 36.2%	5611万円 21.1%	4184万円 15.7%
H30	H30年5月 診療分	人数	50人	27人 54.0%	14人 28.0%	12人 24.0%
	H30年度 累計	件数	618件	287件 46.4%	173件 28.0%	145件 23.5%
		費用額	2億7727万円	1億4094万円 50.8%	8658万円 31.2%	6451万円 23.3%
R1	R01年5月 診療分	人数	45人	20人 44.4%	12人 26.7%	11人 24.4%
	R01年度 累計	件数	613件	287件 46.8%	157件 25.6%	157件 25.6%
		費用額	2億7117万円	1億3899万円 51.3%	7806万円 28.8%	7163万円 26.4%

* 糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

【図表 5】

新規透析導入者の状況

特定疾病認定申請より

年度	H28	H29	H30	R1
新規透析数	5	6	10	8
糖尿病性腎症	3	4	4	4
割合	60.0%	66.7%	40.0%	50.0%
(再掲) 国保加入前からの透析者	2	3	2	3

(3) 短期目標の状況(高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況)

平成 28 年度と令和元年度を比べると、HbA1c6.5 以上の割合は減少し、Ⅱ度高血圧以上及び LDL160 以上の割合は増加しています。メタボリックシンドローム該当者の割合も増加しており、男性は 26.5%から 28.8%となっています。メタボを含めた肥満症は、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症だけでなく、虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全のハイリスク要因であり、肥満症及びメタボの解決に向けた保健指導が課題となっています。

健診受診者の血圧の状況

【図表 6】

	受診者数 血圧測定者	正常				保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	2,129	552	25.9%	445	20.9%	596	28.0%	430	20.2%	89	4.2%	17	0.8%
H29	2,591	742	28.6%	514	19.8%	673	26.0%	510	19.7%	128	4.9%	24	0.9%
H30	2,451	677	27.6%	512	20.9%	643	26.2%	502	20.5%	95	3.9%	22	0.9%
R1	2,453	719	29.3%	462	18.8%	635	25.9%	509	20.8%	106	4.3%	22	0.9%

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

【図表 7】

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	割合
					再)Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
H26	1,857	847 45.6%	505 27.2%	425 22.9%	80 4.3%	45 56.3%	35 43.8%	0.4%	4.3%
H27	2,031	948 46.7%	540 26.6%	442 21.8%	101 5.0%	58 57.4%	43 42.6%	0.7%	5.0%
H28	2,129	997 46.8%	596 28.0%	430 20.2%	106 5.0%	54 50.9%	52 49.1%	0.8%	5.0%
H29	2,591	1,256 48.5%	673 26.0%	510 19.7%	152 5.9%	85 55.9%	67 44.1%	0.9%	5.9%
H30	2,451	1,189 48.5%	643 26.2%	502 20.5%	117 4.8%	68 58.1%	49 41.9%	0.9%	4.8%
R1	2,453	1,181 48.1%	635 25.9%	509 20.8%	128 5.2%	77 60.2%	51 39.8%	0.9%	5.2%

健診受診者の HbA1c(血糖値)の状況

【図表 8】

	受診者数 HbA1c測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	2,101	955	45.5%	685	32.6%	270	12.9%	100	4.8%	68	3.2%	23	1.1%
H29	2,533	1,073	42.4%	827	32.6%	368	14.5%	146	5.8%	88	3.5%	31	1.2%
H30	2,432	991	40.7%	864	35.5%	347	14.3%	116	4.8%	84	3.5%	30	1.2%
R1	2,436	1,050	43.1%	806	33.1%	364	14.9%	115	4.7%	82	3.4%	19	0.8%

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

【図表 9】

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		再掲 7.0以上	割合
					再)7.0以上	再掲					
						未治療	治療				
H26	1,857	1,037 55.8%	518 27.9%	195 10.5%	107	56	51	5.8%	2.7%	5.8%	
					51	26	25				
H27	2,030	1,054 51.9%	604 29.8%	249 12.3%	123	69	54	6.1%	2.9%	6.1%	
					59	27	32				
H28	2,101	955 45.5%	685 32.6%	270 12.9%	191	67	124	9.1%	4.3%	9.1%	
					91	28	63				
H29	2,533	1,073 42.4%	827 32.6%	368 14.5%	265	109	156	10.5%	4.7%	10.5%	
					119	42	77				
H30	2,432	991 40.7%	864 35.5%	347 14.3%	230	90	140	9.5%	4.7%	9.5%	
					114	29	85				
R1	2,436	1,050 43.1%	806 33.1%	364 14.9%	216	84	132	8.9%	4.1%	8.9%	
					101	29	72				

健診受診者の LDL コレステロール(脂質)の状況

【図表 10】

	受診者 LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	2,129	1,155	54.3%	490	23.0%	296	13.9%	133	6.2%	55	2.6%
H29	2,591	1,339	51.7%	650	25.1%	385	14.9%	149	5.8%	68	2.6%
H30	2,451	1,217	49.7%	621	25.3%	379	15.5%	158	6.4%	76	3.1%
R1	2,453	1,246	50.8%	577	23.5%	391	15.9%	175	7.1%	64	2.6%

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

【図表 11】

年度	健診 受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲
					再)180以上	未治療	治療	
H26	1,857	887 47.8%	521 28.1%	256 13.8%	193 10.4%	178 92.2%	15 7.8%	10.4%
					65 3.5%	60 92.3%	5 7.7%	
H27	2,031	976 48.1%	507 25.0%	305 15.0%	243 12.0%	230 94.7%	13 5.3%	12.0%
					99 4.9%	94 94.9%	5 5.1%	
H28	2,129	1,155 54.3%	490 23.0%	296 13.9%	188 8.8%	174 92.6%	14 7.4%	8.8%
					55 2.6%	54 98.2%	1 1.8%	
H29	2,591	1,339 51.7%	650 25.1%	385 14.9%	217 8.4%	206 94.9%	11 5.1%	8.4%
					68 2.6%	64 94.1%	4 5.9%	
H30	2,451	1,217 49.7%	621 25.3%	379 15.5%	234 9.5%	211 90.2%	23 9.8%	9.5%
					76 3.1%	66 86.8%	10 13.2%	
R1	2,453	1,246 50.8%	577 23.5%	391 15.9%	239 9.7%	219 91.6%	20 8.4%	9.7%
					64 2.6%	59 92.2%	5 7.8%	

健診受診者のメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

【図表 12】

		受診者数	メタボリック 該当者		メタボリック 予備群	
H28	総数	2,128	363	17.1%	254	11.9%
	男性	937	248	26.5%	158	16.9%
	女性	1,191	115	9.7%	96	8.1%
H29	総数	2,591	483	18.6%	342	13.2%
	男性	1,138	320	28.1%	227	19.9%
	女性	1,453	163	11.2%	115	7.9%
H30	総数	2,451	492	20.1%	357	14.6%
	男性	1,108	323	29.2%	222	20.0%
	女性	1,343	169	12.6%	135	10.1%
R1	総数	2,453	465	19.0%	343	14.0%
	男性	1,087	313	28.8%	214	19.7%
	女性	1,366	152	11.1%	129	9.4%

2 ストラクチャー、プロセス評価

R元年度実績を踏まえ今後の取り組み 全体評価

課題・目標		評価			⑤ 残っている課題																																																
目標	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)																																																	
<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 R元年度 40% ●特定保健指導実施率 R元年度 60% ●中長期的目標 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する ●短期的目標 高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らす 	<ul style="list-style-type: none"> ●効果的な事業運営 データヘルス計画の目標管理一貫により事業の進捗を把握 ●事業のプロセス計画、年間スケジュールを策定 ●地区担当の機能強化 地区ごとに糖尿病管理台帳を整理し、継続支援を実施。地域づくり協議会等と連携し、健診受診勧奨や健康教育を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ●健診受診勧奨通知数 <table border="1"> <tr><td>1回目 (6月)</td><td>4</td></tr> <tr><td>2回目 (9月)</td><td>5</td></tr> <tr><td>3回目 (1月)</td><td>347</td></tr> <tr><td>受診履歴</td><td>連続 1,096</td></tr> <tr><td>不定期受診者</td><td>1,566</td></tr> <tr><td>1,215</td><td></td></tr> <tr><td>未実施者</td><td>0</td></tr> <tr><td>合計</td><td>3,446</td></tr> <tr><td></td><td>5,017</td></tr> <tr><td></td><td>3,609</td></tr> </table> ●業者委託による受診勧奨通知 対象者の健診受診履歴等による個別具体的な受診勧奨の通知を年3回実施。 ●嘱託看護師による未受診者訪問 対象者：①43～49歳で直近3年未受診者 ②糖尿病治療中断歴のある者 ③60～69歳で2年連続健診なし/レセプトなしの者 ●H30年度受診者へ電話での受診勧奨 ●高齢受診者証交付式での保健師による受診勧奨講話 ●地区担当保健師・管理栄養士による地域づくり協議会と連携した受診勧奨 	1回目 (6月)	4	2回目 (9月)	5	3回目 (1月)	347	受診履歴	連続 1,096	不定期受診者	1,566	1,215		未実施者	0	合計	3,446		5,017		3,609	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 36.6% ●継続受診率 70.6% ●年代別受診率 <table border="1"> <tr><td>40代</td><td>22.9%</td><td>50代</td><td>60代</td><td>70代</td></tr> <tr><td>受診率</td><td>27.0%</td><td>37.8%</td><td>45.8%</td><td></td></tr> </table> ●結果提供者数 22件 	40代	22.9%	50代	60代	70代	受診率	27.0%	37.8%	45.8%		<ul style="list-style-type: none"> ○地区担当 市内7地区を保健師5名(国保係2名、健康推進係3名)、管理栄養士1名(健康推進係)、嘱託管理栄養士1名で分担 ○KDBシステムの設置 	<ul style="list-style-type: none"> ●健診受診率が低い ●リヒーター率が低い ●40代、50代の受診率が低い ●治療中の未受診者が多い ●効果的な勧奨対象者、方法の検討 ●医療機関との連携 																		
1回目 (6月)	4																																																				
2回目 (9月)	5																																																				
3回目 (1月)	347																																																				
受診履歴	連続 1,096																																																				
不定期受診者	1,566																																																				
1,215																																																					
未実施者	0																																																				
合計	3,446																																																				
	5,017																																																				
	3,609																																																				
40代	22.9%	50代	60代	70代																																																	
受診率	27.0%	37.8%	45.8%																																																		
<ul style="list-style-type: none"> ●受診率が低い ●受診勧奨の効果的かつ効果的な対象者、アプローチの方法の検討 ●医療機関への協力依頼 ●被保険者個人からの健診データ受領の取り組み 	<ul style="list-style-type: none"> ●H30年度受診者へ電話での受診勧奨 ●高齢受診者証交付式での保健師による受診勧奨講話 ●地区担当保健師・管理栄養士による地域づくり協議会と連携した受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ●未受診者訪問実施数 <table border="1"> <tr><td>①</td><td>②</td><td>③</td><td>合計</td></tr> <tr><td>対象者</td><td>53</td><td>59</td><td>148</td></tr> <tr><td>実施者</td><td>35</td><td>40</td><td>90</td></tr> <tr><td>実施率</td><td>66.0%</td><td>67.8%</td><td>60.8%</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>63.5%</td></tr> </table> ●未治療者への受診勧奨 <table border="1"> <tr><td>対象者</td><td>84</td></tr> <tr><td>HbA1c6.5以上</td><td>17</td></tr> <tr><td>血圧Ⅲ度以上</td><td>59</td></tr> <tr><td>LDL180以上</td><td>2</td></tr> <tr><td>心腎細動</td><td>2</td></tr> </table> ●治療中コントロール不良者及び腎機能低下者への保健指導 <table border="1"> <tr><td>対象者</td><td>72</td></tr> <tr><td>HbA1c7.0以上</td><td>70</td></tr> <tr><td>腎機能低下者</td><td></td></tr> </table> 	①	②	③	合計	対象者	53	59	148	実施者	35	40	90	実施率	66.0%	67.8%	60.8%				63.5%	対象者	84	HbA1c6.5以上	17	血圧Ⅲ度以上	59	LDL180以上	2	心腎細動	2	対象者	72	HbA1c7.0以上	70	腎機能低下者		<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳の作成 ●個人に合わせた保健指導資料の作成 ●心電図検査・尿蛋白定量検査の予算確保 	<ul style="list-style-type: none"> ●受診につながらない人、治療につながらない人、治療継続支援 ●糖尿病管理台帳を活用した継続支援 ●ポピュレーションアプローチの方法や内容について検討。 ●医療機関との連携強化 													
①	②	③	合計																																																		
対象者	53	59	148																																																		
実施者	35	40	90																																																		
実施率	66.0%	67.8%	60.8%																																																		
			63.5%																																																		
対象者	84																																																				
HbA1c6.5以上	17																																																				
血圧Ⅲ度以上	59																																																				
LDL180以上	2																																																				
心腎細動	2																																																				
対象者	72																																																				
HbA1c7.0以上	70																																																				
腎機能低下者																																																					
<ul style="list-style-type: none"> ●対象者、方法の検討 ●糖尿病台帳の活用 ●医療受診につながらない ●継続支援のためのマンパワー不足 ●医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ●H30年度受診者への受診勧奨 <table border="1"> <tr><td>対象者</td><td>84</td></tr> <tr><td>HbA1c6.5以上</td><td>17</td></tr> <tr><td>血圧Ⅲ度以上</td><td>59</td></tr> <tr><td>LDL180以上</td><td>2</td></tr> <tr><td>心腎細動</td><td>2</td></tr> </table> ●治療中コントロール不良者及び腎機能低下者への保健指導 <table border="1"> <tr><td>対象者</td><td>72</td></tr> <tr><td>HbA1c7.0以上</td><td>70</td></tr> <tr><td>腎機能低下者</td><td></td></tr> </table> 	対象者	84	HbA1c6.5以上	17	血圧Ⅲ度以上	59	LDL180以上	2	心腎細動	2	対象者	72	HbA1c7.0以上	70	腎機能低下者		<ul style="list-style-type: none"> ●内服開始となった割合 <table border="1"> <tr><td>対象者</td><td>84</td></tr> <tr><td>HbA1c6.5以上</td><td>30</td></tr> <tr><td>高血圧Ⅲ度以上</td><td>9</td></tr> <tr><td>LDL180以上</td><td>30</td></tr> <tr><td>心腎細動</td><td>2</td></tr> <tr><td>内服開始</td><td>35.7%</td></tr> <tr><td></td><td>52.9%</td></tr> <tr><td></td><td>50.8%</td></tr> <tr><td></td><td>50.0%</td></tr> </table> ●HbA1c6.5以上未治療者で医療機関を受診した者(以前より糖尿病の診断があり定期的に受診している者を含む) 58人 69.0% ●H30R1年度の比較 <table border="1"> <tr><td>H30対象者</td><td>改善者</td><td>改善率</td></tr> <tr><td>HbA1c6.5以上</td><td>230</td><td>56</td><td>24.3%</td></tr> <tr><td>血圧Ⅲ度以上</td><td>22</td><td>12</td><td>54.5%</td></tr> <tr><td>LDL180以上</td><td>76</td><td>34</td><td>44.7%</td></tr> </table> 	対象者	84	HbA1c6.5以上	30	高血圧Ⅲ度以上	9	LDL180以上	30	心腎細動	2	内服開始	35.7%		52.9%		50.8%		50.0%	H30対象者	改善者	改善率	HbA1c6.5以上	230	56	24.3%	血圧Ⅲ度以上	22	12	54.5%	LDL180以上	76	34	44.7%	<ul style="list-style-type: none"> ●糖尿病管理台帳の作成 ●個人に合わせた保健指導資料の作成 ●心電図検査・尿蛋白定量検査の予算確保 	
対象者	84																																																				
HbA1c6.5以上	17																																																				
血圧Ⅲ度以上	59																																																				
LDL180以上	2																																																				
心腎細動	2																																																				
対象者	72																																																				
HbA1c7.0以上	70																																																				
腎機能低下者																																																					
対象者	84																																																				
HbA1c6.5以上	30																																																				
高血圧Ⅲ度以上	9																																																				
LDL180以上	30																																																				
心腎細動	2																																																				
内服開始	35.7%																																																				
	52.9%																																																				
	50.8%																																																				
	50.0%																																																				
H30対象者	改善者	改善率																																																			
HbA1c6.5以上	230	56	24.3%																																																		
血圧Ⅲ度以上	22	12	54.5%																																																		
LDL180以上	76	34	44.7%																																																		

3 主な個別事業の評価と課題

(1) 未受診者対策

未受診者対策については、業者委託による個別具体的な受診勧奨通知を年 3 回延べ 3,609 名の方に実施しました。また、年代等対象者を絞った看護師等による未受診者訪問を 165 名の方に実施しました。その他様々な方法を実施しましたが、受診率は 29.1%から 36.6%と伸びたものの、目標値には達しておらず、今後もさまざまな取組の継続により健診受診率の向上に努めていきます。

(2) 重症化予防の取り組み

①心電図検査

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的とした心電図検査を、詳細健診対象者だけでなく、結果提供者を除く受診者全員に実施しています。

心房細動の有所見者のうち未治療者の全ての方に受診勧奨を実施していますが、医療機関受診はしているが心房細動の治療に繋がっていない方 1 名と医療機関に繋がっていない方が 1 名いるので、今後も引き続き受診勧奨及び保健指導を実施していきます。

心房細動有所見者の状況

【図表 13】

	H28	H29	H30	R1
健診受診者	2,128	2,591	2,451	2,453
心電図受診者	2,011	2,388	2,428	2,433
心電図受診率	94.5%	92.2%	99.1%	99.2%
心房細動有所見者	16	26	28	20
心房細動有所見率	0.8%	1.1%	1.2%	0.8%
うち心房細動未治療者	2	6	4	2
治療開始	1	6	4	1

②糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者の HbA1c6.5%以上及び 8.0%以上の割合は減少しており、令和元年度における保健指導実施率は 100%となっています。HbA1c8.0%以上で治療に繋がっていない方が 1 名いますが、令和 2 年度には生活改善のみで基準値内に改善しています。しかし、平成 30 年度健診で HbA1c8.0%以上の方のうち、令和元年度健診未受診者が半数近くおられますので、糖尿病管理台帳による継続支援及び医療機関との連携の強化に努めていきます。

また、当市では尿蛋白定量検査を平成 30 年度より実施しています。令和元年度の結果をみると、尿蛋白定性検査では発見できなかった高度蛋白尿者の発見が出来ており、受診勧奨及び保健指導を実施しています。

血糖値有所見者(HbA1c6.5以上)

【図表 14】

		H28	H29	H30	R1
健診受診者 HbA1c測定者	人(a)	2,101	2,533	2,432	2,436
	血糖値有所見者 (HbA1c6.5以上)	191	265	230	216
治療あり	割合(b/a)	9.1%	10.5%	9.5%	8.9%
	人(c)	124	156	140	132
治療なし	割合(c/b)	64.9%	58.9%	60.9%	61.1%
	人(d)	67	109	90	84
受診した者 ※1	割合(d/b)	35.1%	41.1%	39.1%	38.9%
	人(c)			73	58
内服開始	割合(c/b)			81.1%	69.0%
	人(d)			39	30
	割合(d/b)			43.3%	35.7%

※1 受診した者には、以前より糖尿病の診断があり、定期的に通院している者を含む

糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導実施状況

【図表 15】

		H28	H29	H30	R1
HbA1c6.5以上の 未治療者・治療中断者 ※1	人(a)	67	109	90	84
	保健指導実施者①		106	87	84
HbA1c7.0以上の治療者	割合(b/a)		97.2%	96.7%	100.0%
	人(c)	63	77	85	72
保健指導実施者②	人(d)		66	81	72
	割合(d/c)		85.7%	95.3%	100.0%
①②保健指導実施率	割合	92.3%	92.5%	96.0%	100.0%

※1 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

HbA1c8.0%以上アウトカム指標

【図表 16】

		H28	H29	H30	R1
特定健診受診者 (HbA1c測定)	(a)	2,101	2,533	2,432	2,436
	人数(b)	23	31	30	19
HbA1c8.0以上	割合(b/a)	1.09%	1.22%	1.23%	0.78%
	保健指導実施		28	30	19
	割合(c/b)		90.3%	100%	100%

HbA1c8.0%以上未治療者のアウトカム指標

【図表 17】

		H28	H29	H30	R1
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人数(d)	11	13	6	10
	割合(d/a)	0.52%	0.51%	0.25%	0.41%
				↓	↓
		元々治療中		0	1
		内服治療開始		5	8

H30・R1年度の比較

【図表 18】

H30年度	R1年度の結果をみる										
	継続受診者 149人 64.8%				未受診 (中断)	75歳 到達者					
HbA1c6.5%以上	6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上			改善	変化なし	0.1以上の		悪化
230人 9.5%	37 16.1%	50 21.7%	53 23.0%	9 3.9%	81 35.2%	8 3.5%			改善	悪化	
6.5~6.9	116	28 24.1%	37 31.9%	18 15.5%	0 0.0%	33 28.4%	4 3.4%	26 11.3%	33 14.3%	20 8.7%	81 35.2%
7.0~7.9	84	7 8.3%	12 14.3%	29 34.5%	2 2.4%	34 40.5%	3 3.6%	11 9.5%	16 13.8%	18 15.5%	33 28.4%
8.0以上	30	2 6.7%	1 3.3%	6 20.0%	7 23.3%	14 46.7%	1 3.3%	12 14.3%	13 15.5%	2 2.4%	34 40.5%
8.0以上	30	2 6.7%	1 3.3%	6 20.0%	7 23.3%	14 46.7%	1 3.3%	3 10.0%	4 13.3%		14 46.7%

令和元年度 尿蛋白定量検査の結果

【図表 19】

	尿蛋白定量検査				未実施 ※1	計
	A1	A2	A3			
	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿			
	0.15未満	0.15-0.49	0.50以上			
-	1,972	101	7	22	2,102	
±	178	32	7	0	217	
+	48	32	17	1	98	
2+以上	3	11	22	0	36	
計	2,201	176	53	23	2,453	

※1 結果提供等により尿蛋白定量検査未実施

③要医療者支援対策

i) 血圧Ⅱ度以上の状況

血圧Ⅱ度以上の割合は5.2%と増加し、60.2%が未治療となっています。Ⅲ度以上は0.9%で、そのうち52.9%が未治療となっています。当市では、血圧Ⅲ度以上の未治療者に対して、地区担当の保健師・管理栄養士が訪問等で受診勧奨を実施し、その後も未治療の方には再勧奨を実施しています。未治療の方の中には、家庭血圧を実施していない方、家庭血圧は高くないという理由で未受診の方もおられます。高血圧は脳心血管疾患において最大の危険因子です。脳血管疾患は要介護認定の主な原因のひとつでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。これまで、血圧Ⅲ度以上の未治療者を優先的に受診勧奨及び保健指導を実施してきましたが、今後はⅡ度以上高リスク者にも支援できる体制づくりをしていく必要があります。

血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者 【図表20】

		H28	H29	H30	R1	
健診受診者		人(a)	2,129	2,591	2,451	2,453
血圧Ⅱ度以上の者	人(b)	106	152	117	128	
	割合(b/a)	5.0%	5.9%	4.8%	5.2%	
	治療あり	人(c)	52	67	49	51
		割合(c/b)	49.1%	44.1%	41.9%	39.8%
	治療なし	人(d)	54	85	68	77
		割合(d/b)	50.9%	55.9%	58.1%	60.2%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(e)	17	24	22	22
		割合(e/a)	0.80%	0.93%	0.90%	0.90%
	治療あり	人(f)	8	8	9	5
		治療なし	人(g)	9	16	13
	治療開始	人(h)			11	9
		割合(h/g)			84.6%	52.9%

H30・R1年度の比較

H30年度		H30年度の結果をみる					
		継続受診者 455人 73.5%				未受診 (中断)	75歳 到達者
I度高血圧以上 619人 25.3%		正常高値 以下	I度	Ⅱ度	Ⅲ度		
		211 34.1%	181 29.2%	54 8.7%	9 1.5%	26.5%	5.0%
I度	502	185 36.9%	145 28.9%	35 7.0%	3 0.6%	134 26.7%	27 5.4%
Ⅱ度	95	21 22.1%	34 35.8%	14 14.7%	6 6.3%	20 21.1%	2 2.1%
Ⅲ度	22	5 22.7%	2 9.1%	5 22.7%	0 0.0%	10 45.5%	2 9.1%

【図表21】

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	252 40.7%	159 25.7%	44 7.1%	164 26.5%
I度	185 36.9%	145 28.9%	38 7.6%	134 26.7%
Ⅱ度	55 57.9%	14 14.7%	6 6.3%	20 21.1%
Ⅲ度	12 54.5%	0 0.0%		10 45.5%

【図表 22】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク第1層 予後影響因子がない	668	340	251	60	17
		50.9%	37.6%	9.0%	2.5%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	35	C 19	B 14	B 1	A 1
		5.2%	5.6%	5.6%	1.7%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	372	C 185	B 144	A 35	A 8
		55.7%	54.4%	57.4%	58.3%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	261	B 136	A 93	A 24	A 8
		39.1%	40.0%	37.1%	40.0%

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

区分	該当者数	
A	ただちに薬物療法を開始	169 25.3%
B	概ね1カ月後に再評価	295 44.2%
C	概ね3カ月後に再評価	204 30.5%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、心筋梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

ii) LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の状況

LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の割合は増加しており、令和元年度は9.7%で、そのうち91.6%の方が未治療です。当市では、LDLコレステロール 180 mg/dl 以上の未治療者に対して、地区担当の保健師・管理栄養士が訪問等で受診勧奨を実施し、その後も未治療の方には再勧奨を実施しています。脂質異常症も脳心血管疾患のリスクであり、重症化予防のために内服治療へつながるよう支援していきます。

LDLコレステロール160mg/dl以上の者

【図表 23】

		H28	H29	H30	R1	
健診受診者	人(a)	2,129	2,591	2,451	2,453	
	LDL160以上の者	188	217	234	239	
	割合(b/a)	8.8%	8.4%	9.5%	9.7%	
治療あり	人(c)	14	11	23	20	
	割合(c/b)	7.4%	5.1%	9.8%	8.4%	
治療なし	人(d)	174	206	211	219	
	割合(d/b)	92.6%	94.9%	90.2%	91.6%	
(再掲)	LDL180以上の者	人(e)	55	68	76	64
		割合(e/b)	2.58%	2.62%	3.10%	2.61%
	治療あり	人	1	4	10	5
	治療なし	人(f)	54	64	66	59
	治療開始	人(g)			39	30
		割合(g/f)			59.1%	50.8%

H30・R1年度の比較

H30年度		R1年度の結果をみる					未受診 (中断)	75歳 到達者
		継続受診者 447人 72.9%						
140以上 613人 25.0%		140未満	140~159	160~179	180以上	166 27.1%	24 3.9%	
		159 25.9%	160 26.1%	88 14.4%	40 6.5%			
140~159	379	113 29.8%	112 29.6%	44 11.6%	7 1.8%	103 27.2%	23 6.1%	
160~179	158	28 17.7%	41 25.9%	35 22.2%	12 7.6%	42 26.6%	1 0.6%	
180以上	76	18 23.7%	7 9.2%	9 11.8%	21 27.6%	21 27.6%	0 0.0%	

【図表 24】

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	216 35.2%	168 27.4%	63 10.3%	166 27.1%
140~159	113 29.8%	112 29.6%	51 13.5%	103 27.2%
160~179	69 43.7%	35 22.2%	12 7.6%	42 26.6%
180以上	34 44.7%	21 27.6%		21 27.6%

(3) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病に関する普及啓発活動を、各保健事業の中や広報誌等をとおして積極的に実施していきます。また、各地区の地域づくり協議会や JA 等とも連携し、より効果的な取り組みとなるよう努めていきます。

第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題

1 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は平成28年度に比べて令和元年度では7.5ポイント上昇しました。未受診者対策として平成29年度より業者委託による未受診者への受診勧奨通知を開始したところ、29.1%から36.5%と大幅に上昇し、その後は増減しながらほぼ横ばいで推移していますが、目標には達していない状況です。

特定保健指導実施率は目標値60%を達成していますが、特定保健指導対象者の減少率は低下しています。

(「目標管理一覧表」参照)。

2 特定健診の実施

今後も、がん検診等との同時実施、各地区館での集団健診や土日健診の実施、未受診者への受診勧奨を実施し、受診率向上に努めます。

平成30年度から40歳～74歳国保受診者全員に尿蛋白定量検査を実施しています。尿の濃縮状態によらず正確な尿蛋白量がわかるため、慢性腎臓病(CKD)重症化予防の対象者を把握して早期の介入に努めます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導実施率は目標達成していますが、メタボリックシンドローム該当者は増加しているため(p8参照)、引き続きメタボ解決に向けて保健指導を実施していきます。

特定健診・特定保健指導の実施状況(法定報告)

【図表25】

	H28	H29	H30	R1	
特定健診の対象者数	7,177	6,934	6,710	6,595	
特定健診の受診者数	2,085	2,530	2,380	2,413	
特定健診の受診率	29.1%	36.5%	35.5%	36.6%	
(再掲)	40歳代	17.5%	22.1%	24.1%	22.9%
	50歳代	22.6%	28.4%	25.3%	27.0%
	60歳代	31.2%	38.9%	36.9%	37.8%
	70歳代	36.3%	44.6%	44.0%	45.8%
特定保健指導対象者数	245	312	295	304	
特定保健指導の実施者数	206	253	280	257	
(再掲)	積極的支援	51	64	77	61
	動機付け支援	155	189	203	196
特定保健指導の実施率	84.1%	81.1%	94.9%	84.5%	

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合減少」(第3章3(2)②を参照)、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」、「5つのがん検診の平均受診率」、「歯科検診(歯周疾患等検診)」、「後発医薬品の使用割合」の5つの目標値を追加しました。また、国の第3期特定健診等実施計画における市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値を60%以上と設定していますが、本市の現状を踏まえて目標値の再設定を行いました。特定健診受診率については、引き続き長期目標として60%以上を目指します。がん検診受診率については、平成30年度に健康日本21(第2次)西都市計画の中間評価を実施し、目標値を再設定しています。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

令和4年度からの「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の開始に向けて、令和3年度に高齢者医療係・健康推進係・地域包括ケア推進係等関係部署との健康課題の共有を行い、必要な対策を連携して実施するための体制整備を進めていきます。

2 がん検診の状況

がん検診受診率をみると、子宮がん・乳がん検診は20%台で推移していますが、胃がん・大腸がん・肺がん検診は10%前後と低い状況です。市では、国保及び農協による検診料金の助成や、特定健診とがん検診の同時実施及び土日検診の実施などがん検診受診率向上を図っていますが、更なる未受診者対策が必要です。

3 歯科検診(歯周疾患等検診)の実施

歯科検診(歯周疾患等検診)は、生活習慣病施策、介護予防施策において重要です。当市の歯周疾患等検診の割合は大変低く、令和元年度は3.5%という状況ですので、目標の10%を目指して積極的に取り組んでいきます。

4 見直し後の目標管理一覧表

※数字の定義：H28＝第2期データヘルス計画 R1：評価(R)法定報告値)

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績					目標値					データの把握方法
			初期値 H28	中間評価 R1	R2	R3	R4	最終評価 R5					
特定 計 画 等	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率45%以上	29.1%	36.6%	38%	40%	42%	45%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)				
		特定保健指導実施率80%以上	84.1%	84.5%	80%	80%	80%	80%					
		特定保健指導対象者の減少率25%	22.5%	17.0%	19%	21%	23%	25%					
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.75%	2.46%				1.58%	KDBシステム				
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.98%	1.28%				2.68%					
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	34.5%	44.4%				31.1%					
		メタボリックシンドローム該当者の割合減少(減少率)25%	23.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	25.0%					
		健診受診者の高血圧者の割合減少20%(160/100以上)	5.0%	5.2%	4.9%	4.6%	4.3%	4.0%					
		健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL160以上)	8.9%	9.7%	9.0%	8.3%	7.6%	7.0%					
		健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	9.1%	8.9%	減少	減少	減少	減少	特定健診				
		健診受診者の糖尿病未治療者の割合減少(HbA1c6.5以上)	29.8%	35.5%	減少	減少	減少	減少					
		(新)健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少		初期値0.41%	減少	減少	減少	減少					
		糖尿病の保健指導を実施した割合100%	92.3%	100%	100%	100%	100%	100%					
短期	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 17%以上	7.0%	6.9%	9.4%	11.9%	14.4%	17%					
		肺がん検診 14%以上	3.3%	3.2%	5.9%	8.6%	11.3%	14%					
		大腸がん検診 16%以上	10.6%	11.0%	12.3%	13.6%	14.9%	16%					
		子宮頸がん検診 19%以上	14.4%	14.9%	15.9%	16.9%	17.9%	19%	健康日本21(第2次)西都市計画				
		乳がん検診 18%以上	10.0%	12.3%	13.7%	15.1%	16.5%	18%					
		(新)5つのがん検診の平均受診率		初期値9.7%	11.4%	13.2%	15.0%	16.8%					
		(新)歯周疾患等検診受診率10%以上		初期値3.5%	3.5%	5.0%	7.5%	10%					
		(新)後発医薬品の使用割合80%以上		初期値78.3%	80%	80%	80%	80%	厚生労働省(9月診療分)				
		(新)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施		未実施					実施				

見直し後の目標管理一覧表