

穴水町第 2 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

中間評価報告書

令和 3 年 3 月

第1章 データヘルス計画の概要

第2章 中間評価の趣旨、中間評価の方法

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

「目標管理一覧表」

2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」

第4章 特定健診・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

2. 特定健診の実施

3. 特定保健指導の実施

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

2. がん検診の状況

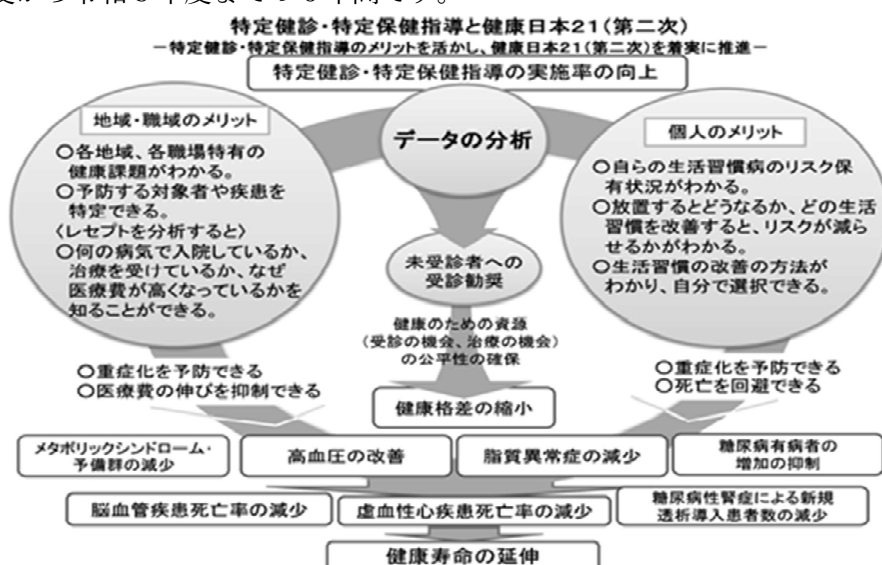
3. 歯科検診（歯周疾患検診を含む）の実施

4. 見直し後の目標管理一覧表

第1章 データヘルス計画の概要

国においては、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P D C Aサイクルに沿った効果的・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。

当町においては、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穴水町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。



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より（図1）

第2章 中間評価の趣旨

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

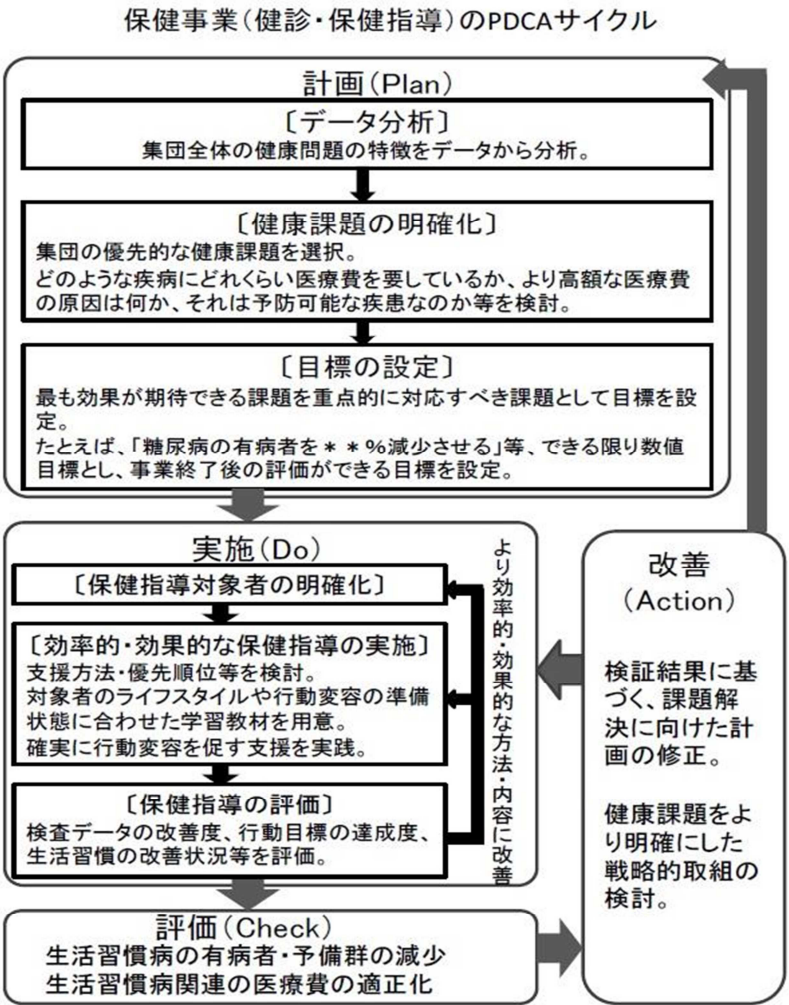
保険者は、健診・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

具体的には、KDBの健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等の評価します。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、石川県や穴水町国保運営協議

会、国保連合会の保健事業支援・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 (保健事業実施体制 ・評価体制)	プロセス (保健事業実施過程)	アウトプット (保健事業の実施量)	アウトカム (成果)
・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	・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	・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	・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)



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より(図3)

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	現状値の把握方法		
データヘルス計画	中長期	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える	脳血管疾患の総医療費に占める割合 0.2%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.2%減少 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少	初期値	実績	中間評価	目標値					KDBシステム		
	短期													
特定健診実施計画等	短期			4.5%	3.7%	4.1%	1.8%				4.3%			
				2.7%	2.4%	1.4%	2.6%				2.5%			
				1人	3人	2人	1人	減少	減少	減少	減少			
				32.6%	35.1%	33.6%	36.2%	30.0%	28.0%	26.0%	25.0%			
				5.6%	5.8%	5.6%	5.0%	4.5%	4.3%	4.2%	4.0%			
特定健診実施計画等	短期			12.3%	7.5%	10.8%	6.1%	11.1%	11.0%	10.8%	10.5%	穴水町		
				8.6%	11.7%	10.6%	12.6%	7.9%	7.8%	7.7%	7.5%			
				34.6%	71.3%	93.1%	83.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%			
				23.7%	19.5%	10.7%	9.8%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			
				44.1%	44.4%	44.6%	46.1%	50.9%	52.6%	54.3%	56.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省公表結果）		
保険者努力支援制度	短期			74.1%	74.2%	80.5%	72.2%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%			
				65.0%	79.3%	50.0%	50.3%	67.5%	68.3%	69.1%	70.0%			
				7.2%	8.6%	8.7%	7.4%	22.0%	28.0%	34.0%	40.0%			
				9.0%	12.4%	11.3%	10.3%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%	地域保健事業報告		
保険者努力支援制度	短期			9.2%	11.2%	10.9%	10.4%	23.0%	28.5%	34.0%	40.0%			
				9.4%	9.7%	10.6%	9.0%	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%			
				8.6%	7.9%	10.9%	8.1%	30.2%	36.8%	43.4%	50.0%			
				367人	393人	411人	383人	475人	500人	525人	550人	穴水町		
				46.3%	48.7%	48.8%	52.9%	53.0%	53.5%	54.0%	55.0%			
後発医薬品の使用による医療費の削減		健康ポイントの取組みを行う実施者の増加（健康マイレージ事業達成者実人数）	後発医薬品の使用割合 55%以上	367人	393人	411人	383人	475人	500人	525人	550人	厚生労働省公表結果		

「目標管理一覧表」を用いて、各指標の進捗状況进行评估します。

中長期目標疾患である脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少がみられますが、虚血性心疾患の割合は横ばいです。

短期目標疾患について、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、血糖異常者（HbA1c6.5以上）の割合は増加しており、引き続きメタボリックシンドローム・肥満を背景とする糖尿病の解決が優先課題です。

2. ストラクチャー、プロセス評価

【穴水町】令和元年度 全体評価(1)

課 題 ・ 目 標	評価(良くなったところ)
	①プロセス (やってきた実践の過程)
目 標 ◆特定健診受診率 H31年度目標 47.5% ◆特定保健指導実施率 H31年度目標 76% ◆中長期目標 虚血性心疾患、脳血管疾患、 糖尿病性腎症について 平成28年度と比較して5%減 (新規患者数、1人あたり医療費、 入院医療費、等) ◆短期目標 健診受診者の検査結果の改善 (血圧・脂質・血糖、CKD) 内臓脂肪症候群の 該当者・予備群の者を25%以下	未受診者対策 ○5月下旬に特定健診の対象者に対して受診券送付。 9月・11月に今年度の健診未受診者へ受診勧奨ハガキ送付した。 →糖尿病管理台帳を活用し、できるだけ早期に健診未受診者への家庭訪問を実施できるよう計画を立てる。 ○未受診者への電話勧奨時の際に未受診理由の把握 [健康のため・時間がない・医療機関受診中・費用が高い・その他]より選択してもらい、確認した。 →勧奨方法について、対象者に合わせて勧奨する手段・内容を変える等の検討が必要。 ○健診未受診の方に治療中の方の割合が多いことから、町内の医療機関をまわり、かかりつけ医からの受診勧奨を実施してもらえるよう依頼。また、かかりつけ医からの診療情報を提供してもらえるような体制を整備した。 ○事業所健診(会社で受けている健診)等の結果を提供してもらう。データ提供を受ける際は、不足項目確認表を用いて確実に受領できるようにした。 →毎年受領できるように提出者名簿を作成し、同時期に情報提供依頼を実施する等計画的な取組が必要。 ○町まで出て来にくい方も健診を受けやすい環境を整備するために、地区会場を再検討。 重症化予防対策 ○糖尿病管理台帳を用いて、対象者の管理を行った。保健指導の優先順位を決める際や、実施にあたっては、KDBを活用しながらレセプトによる既往歴・通院状況・服薬内容等の確認を行った。 →単年度の健診結果のみではなく、経年変化や治療状況等を見ることが出来るようになった。 今後、地区担当者が台帳を活用し、経年変化から優先順位を付けて関わって行けるような体制を整備していくことが必要。 →CKD管理台帳や心房細動管理台帳については、まだ十分に活用出来ていないため、今後糖尿病以外の重症化予防対象者についても台帳管理していく体制を整備する必要がある。 ○保健指導の標準化(指導の方向性の統一)を目的に、事前に関係者が集まり保健指導検討を行った。指導用教材は共通ファイルを作成し活用する事で共通認識を図った。保健指導検討会を定期的に実施した。 →効果的な保健指導を実施するために、事例を通してメカニズムを理解したり、共通認識を持つことが重要であることから、今後も継続して実施していく。 ○重症化予防対象者として、未治療者・治療中断者を優先的にアプローチした。また、治療中であつても、コントロール不良者など、ハイリスクに該当する者にも出来るだけ訪問指導を実施した。 ○若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がおり、他保険者で保健指導が受けられないような対象者に対しては、健診結果を持参してもらい、保健指導を実施していく等対策について体制整備を検討する必要がある。 ○現在は事業実施量が中心の評価となっているが、重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。 医療とのつながり ○あなみず地域医療ネットワークの会・糖尿病重症化予防連携部会などを通して、医療とのつながりを図ることができた。 ○特定健診結果受診勧奨連絡票、糖尿病性腎症重症化予防連携様式の作成を行い、対象者が医療機関へ持参した後、受診結果が町に返信されるというシステムを構築。 →主治医からの返信で、治療方針や町保健師・栄養士へ依頼する指導内容が分かるため、その後の訪問指導に役立っている。 →しかし、専門医のいる医療機関まで距離が遠いこともあってか、なかなか主治医から専門医への紹介は難しく、住民もかかりつけ医に全てを任せているからと、専門医療機関への受診を拒むケースもある。 未受診者対策を含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。 現状や健康課題を共有していく中で、協力体制を築いていく。 ○糖尿病に限らず受診勧奨対象者等に交付した連絡票の交換で連携を図っている。
未受診者対策の課題 ◆受診率が伸びない (H30 44.6%、県内ワースト4位) 特に若い世代の受診率が低い。 ◆効果的な受診勧奨の アプローチ方法等検討が必要。 ◆医療機関の情報提供等による 取り組みの推進。	
重症化予防対策の課題 ◆KDBやレセプトを用いて分析し、 PDCAサイクルをもとに計画を立案。 ◆治療中であつても、 コントロール不良者が多い。 ◆訪問指導、予防事業の目標や 評価の方法等を検討。 ◆体制の整備 小規模のため業務担当制	
医療との連携に関する課題 ◆糖尿病重症化予防連携部会で 作成した糖尿病連携体制は 定着しつつある。 ◆個々の医療機関との具体的な 連携となると、十分ではない。 ◆未受診者対策、重症化予防事業 等個々の事例を通して、医療機関 との連携強化を図っていく。	

【穴水町】令和元年度 全体評価(2)

②アウトプット
(事業実施量)

未受診者対策

○はがきによる受診勧奨
9月・11月時点での未受診者へDMを発送
○電話による受診勧奨
・3年連続未受診者、要介護3～5の者除くH30特定健診未受診 (240名)
・H31特定健診未受診者 (177名)
○健診実施の周知
健診の前日・当日に町内防災無線、広報あなみずを用いて健診周知
○データ受領件数
H30：4件
R1：38件
(うち5件データ欠損)

重症化予防対策

○保健指導実施率

H27	H28	H29	H30	R1
60.4%	74.1%	74.2%	80.5%	

○保健指導検討 年9回
○糖尿病管理台帳の管理
記載した台帳の作成
→受診勧奨に活用
12月：レセプトや面接で得た情報を整理
→関わっていない重症化予防対象者へ介入

医療とのつながり

○受診勧奨連絡票の活用状況

	発行数	返信数	返信率
H 29	96	66	68.8%
H30	34	19	55.9%
R1	47	36	76.6%

○協力体制づくりに向けて事例をもとに町内医療機関へ訪問

③アウトカム
(結 果)

未受診者対策

○特定健診受診率

H26	H27	H28	H29	H30	R1
41.2%	44.5%	44.1%	44.4%	44.6%	

○健診結果データの提供件数 なし
○継続受診状況

H26	H27	H28	H29	H30	R1
66.5%	75.7%	77.8%	71.9%	76.6%	75.4%

※昨年度受診した者のうち、今年度も継続受診した者の割合
○健診・治療なし(G層)の者の割合

H27	H28	H29	H30	R1
19.9%	20.5%	18.8%	18.5%	19.2%

重症化予防対策

○保健指導後の医療機関受診状況

糖尿病受診勧奨結果			
対象者	実施者	受診者	受診率
12	12	10	83.0%

○データヘルス計画評価項目

メタボ	予備群		該当者	
	人数	割合	人数	割合
H30	85	10.9%	116	14.9%
R1	87	11.2%	182	23.5%

血圧	Ⅱ度以上		(再)Ⅲ度以上	
	人数	割合	人数	割合
H30	43	5.5%	6	0.8%
R1	39	5.0%	7	0.9%

LDL	160以上		(再)180以上	
	人数	割合	人数	割合
H30	78	10.0%	33	4.2%
R1	47	6.1%	14	1.8%

HbA1c	6.5以上		(再)7.0以上	
	人数	割合	人数	割合
H30	90	11.6%	47	6.0%
R1	98	12.6%	48	6.2%

医療とのつながり

○連携結果

	返信数	治療開始	治療中治療方針検討	専門医紹介	定期検査	次年度健診
H29	66	24	7	0	15	20
H30	19	5	3	0	5	6
R1	36	19	5	0	6	6

④ストラクチャー
(構 造)

○業務分担制
未受診者対策、重症化予防対策を検討する国保担当と保健衛生担当が2課に分かれており、また、本庁と保健センターに配置されているため、連携が取りにくい環境にある。

両課の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案や事業評価の実施等は協力して実施しているが、担当者同士の共通認識が十分に図りにくい。

○地区担当制
平成29年度より始めたが、十分に機能していない。地区担当者が地区の重症化予防対象者を経年的に把握しながら、フォロー対象者を見落とさないような仕組みを検討する必要がある。

○重症化予防対策
保健事業の優先事業であるが、継続した対象者への訪問・面接のため体制を検討する必要がある。また、重症化予防対策を実施するうえで、管理栄養士の役割は重要である。今後の対象者数の把握とともに栄養指導体制の整備が必要。

○医師会との会議等
連携は進んできている。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との関わりを活用していく。)

○糖尿病連携手帳
手帳の活用を勧めてはいるが、実際に活用出来ている事例は少なく、歯科や眼科への受診勧奨が中心。定着が進むような、取組を工夫する必要がある。

⑤残っている課題

全 体

○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。
○地区担当制の活用
地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区の状況に合わせて、保健活動を行っていく。
○事業実施等ばらばらにならないように、特定保健指導担当者が中心となり、スタッフ間で密に話し合いをし、共通認識を図っていく必要がある。

未受診者対策
○効果的な勧奨の方法について検討を行う。
○かかりつけ医からの診療情報提供体制を整えたが、情報提供件数が少なく、住民への周知・医療機関への協力依頼を徹底する必要がある。
○未受診者対策の評価が不十分である。

重症化予防対策
○糖尿病管理台帳をもとに対象者の継続治療、治療中断者への支援を行う。
○保健指導後の評価指標の検討。健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討。
○メタボリックシンドロームの課題解決も併せて行う。

医療とのつながり
○連携様式の活用や連携部会など会議・研修会等を積み重ねて、協力体制を広げていく。
○個々の事例で実践を繰り返しながら、地域の先生方と共有していく。

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、ほぼ横ばいで推移しています。

特定保健指導実施率は目標値80%に近い割合で実施できています。特定保健指導対象者も減少しています。（「目標管理一覧表」参照）。

2. 特定健診の実施

40代50代の健診受診率が低いこと、継続受診率も約7割で低いことから、健診で把握した重症化予防対象者の台帳を活用し、台帳掲載者で前年度未受診者への受診勧奨を強化していきます。

3. 特定保健指導の実施

特定保健指導該当者は減少、保健指導実施率は目標に近い割合で実施しているが、メタボリックシンドローム該当者と予備群は増加しているため（「目標管理一覧表」参照）、服薬中などの管理中で肥満症を含めたメタボリックシンドロームの解決に向けて保健指導を実施していきます。

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「5つのがん検診の平均受診率」、「歯科検診（歯周病検診含む）」「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の3つの目標値について追加し、目標値の再設定を行いました。

当町においては、後期高齢者広域連合委託事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施を検討しています。

[illegible]

(KDB システム等を活用したデータから町の実態をみる)

健診・医療・介護の一体的分析 E表(40～64歳、65歳～74歳、75歳～)						
			穴水町	同規模K町	同規模M町	石川県
人口			8,762	6,339	12,904	1,138,038
高齢化率			48.3	21.5	33.1	28.9
①被保険者数		40～64	566	271	1,063	69,168
		65～74	1,170	519	1,474	112,241
		75～	2,186	693	2,408	166,287
国保65歳以上の割合			59.2	51.5		49
②健診受診率	特定健診	40～74	44.6	53.0	67.5	46.1
	長寿健診	75～	7.9	33.2	14.8	30.5
③医療機関受診		40～64	85.5	87.8	84.4	82.2
		65～74	90.9	92.7	92.5	92.8
		75～	95.2	98.0	96.8	96.0
④介護認定率75～		75～	32.3	32.0	23.8	31.1
③生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）		40～64	39.6	28.8	27.6	31.1
		65～74	65.1	60.3	58.1	62.7
		75～	86.0	84.3	81.8	82.2
⑥ 短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)	高血圧	40～64	74.6	82.1	74.1	69.8
		65～74	78.5	79.2	78.9	79.3
		75～	84.8	82.2	84.8	83.2
	糖尿病	40～64	45.5	38.5	30.4	51.2
		65～74	46.6	46.0	31.3	52.9
		75～	45.1	41.3	26.8	49.7
	C' 糖尿病+高血圧	40～64	31.3	26.9	17.7	30.8
		65～74	34.3	30.7	22.1	38.6
		75～	38.6	34.2	22.2	40.8
⑦ 短期目標の疾患とする合併症	高血圧＋合併症	40～64	64.7	39.1	37.3	42.4
		65～74	73.1	45.2	51.6	50.7
		75～	89.6	72.1	74.0	71.3
	糖尿病＋合併症	40～64	58.8	43.3	43.8	45.3
		65～74	71.3	51.4	51.9	56.3
		75～	89.7	78.8	73.1	75.7
⑧ 中長期目標の疾患 (被保険者割)	脳血管疾患	40～64	8.7	1.8	5.8	4.2
		65～74	15.4	9.1	14.6	11.4
		75～	39.2	25.4	36.0	27.0
	心不全	40～64	19.3	6.6	4.2	6.9
		65～74	36.3	13.9	15.4	17.2
		75～	65.9	41.3	38.7	37.6
	虚血性心疾患	40～64	7.6	4.4	2.5	4.9
		65～74	16.1	13.1	9.5	13.5
		75～	36.8	29.4	20.7	27.2
	腎不全	40～64	4.2	4.4	4.0	4.1
		65～74	5.0	5.0	5.5	7.3
		75～	13.6	12.3	10.5	13.3
⑨ 中長期疾患のうち介護認定者	脳血管疾患	40～64	6.1	40.0	9.2	12.1
		65～74	5.0	10.6	7.4	10.5
		75～	46.4	42.6	33.0	46.4
	心不全	40～64	3.7	5.6	6.7	2.9
		65～74	3.1	9.7	4.0	5.1
		75～	38.7	40.6	29.5	41.0
	虚血性心疾患	40～64	2.3	0.0	7.4	2.4
		65～74	2.1	4.4	5.7	4.2
		75～	40.2	31.9	32.3	36.0
	腎不全	40～64	8.3	0.0	4.8	3.6
		65～74	10.2	11.5	4.9	6.7
		75～	51.3	27.1	32.9	43.7

健診・医療・介護の一体的分析 E表(40～64歳、65歳～74歳、75歳～)						
			穴水町	同規模K町	同規模M町	石川県
⑩加齢によるその他の疾患(被保険者割)	骨折	65～74	2.7	5.2	3.2	4.1
		75～	9.6	16.7	9.5	14.8
	認知症	65～74	2.2	2.1	1.2	1.5
		75～	24.7	16.2	13.2	16.3
⑪加齢による疾患のうち要介護認定者	骨折	65～74	6.3	7.4	8.5	9.2
		75～	70.3	55.2	53.7	53.8
	認知症	65～74	42.3	36.4	35.3	55.4
		75～	75.2	72.3	70.0	82.2
⑬生活習慣病との重なり(高血圧・糖尿病)	骨折	65～74	65.6	85.2	53.2	63.8
		75～	85.6	80.2	81.2	81.9
	認知	65～74	57.7	63.6	58.8	68.8
		75～	86.5	75.9	72.2	80.0
⑯体格(健診結果)	BMI18.5未満	40～64	4.4	8.0	9.5	8.7
		65～74	3.0	6.3	8.3	6.5
		75～	5.7	10.0	14.0	7.4
	BMI25以上	40～64	31.0	25.0	22.9	27.0
		65～74	29.5	21.2	21.5	25.6
		75～	28.7	22.6	14.3	26.1
A 健康状態不明者		40～64	13.3	10.7	10.8	16.1
		65～74	8.1	4.6	3.9	5.9
		75～	3.8	1.3	2.8	3.1
B 未治療者・臓器障害あり		40～64	0.5	0.7	2.3	1.0
		65～74	1.8	2.7	3.5	2.3
		75～	0.1	3.0	0.8	2.3
C 重症化予防		40～64	14.0	17.3	15.1	17.0
		65～74	17.4	32.2	25.7	29.8
		75～	9.0	22.1	19.8	22.5
D 介護予防(再発予防)		40～64	24.9	10.7	11.9	13.6
		65～74	46.5	26.2	31.3	31.2
		75～	48.3	39.5	43.8	36.5
医療費(地域差指数)		国保	1.17	1.09	0.80	1.08
		後期	0.96	1.14	0.84	1.03
平均自立期間(要介護2以上)		男	77.0	81.3	80.4	79.7
		女	80.8	86.6	83.9	84.1
平均余命		男	78.1	82.5	81.9	81.2
		女	83.7	90.8	86.4	87.3

2 がん検診の状況

がん検診受診率をみると、5つのがん検診で8～10%台と低い状況で推移しています。集団健診では、特定健診とがん検診の同時実施を行い、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(歯周病検診含む)の実施

継続的な実施に向けて、対象者の選定、町内歯科医院との調整等に取り組みます。

4 見直し後の目標管理一覧表

データヘルス計画の目標管理一覧表														
関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標			H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	現状値の把握方法
				初期値	実績				中間評価		目標値		最終目標値	
データヘルス計画	中長期	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 0.2%減少	4.5%	3.7%	4.1%	1.8%						4.3%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.2%減少	2.7%	2.4%	1.4%	2.6%					2.5%		
	糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	1人	3人	2人	1人	減少	減少	減少	減少	減少	減少			
	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少 25%以下	32.1%	33.2%	32.2%	30.7%	30.0%	28.0%	26.0%	25.0%	25.0%				
	健診受診者の高血圧者の割合 1.4%減少 (160/100以上)	5.6%	5.8%	5.6%	5.0%	4.5%	4.3%	4.2%	4.0%	4.0%				
特定保健指導計画等	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	健診受診者の脂質異常者の割合 1.8%減少 (LDL160以上)	12.3%	7.5%	10.8%	6.1%	11.1%	11.0%	10.8%	10.5%	10.5%	穴水町	
			健診受診者の糖尿病者の割合 1.1%減少 (HbA1c6.5以上)	8.6%	11.7%	10.6%	12.6%	7.9%	7.8%	7.7%	7.5%	7.5%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 80%	34.6%	71.3%	93.1%	83.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%		
			特定保健指導対象者の減少率 25%	23.7%	19.5%	10.7%	9.8%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%		
			特定健診受診率 56%以上	44.1%	44.4%	44.6%	46.1%	50.9%	52.6%	54.3%	56.0%	56.0%		
保険者努力支援制度	短期	がんの早期発見、早期治療	特定保健指導実施率 80%以上	74.1%	74.2%	80.5%	72.2%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省公表結果)	
			糖尿病の保健指導を実施した割合 70%	65.0%	79.3%	50.0%	50.3%	67.5%	68.3%	69.1%	70.0%	70.0%		
			がん検診受診率 胃がん検診 30.0%以上	7.2%	8.6%	8.7%	7.4%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%		
			肺がん検診 30.0%以上	9.0%	12.4%	11.3%	10.3%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%		
			大腸がん検診 30.0%以上	9.2%	11.2%	10.9%	10.4%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%		
アウトプット	短期	がんの早期発見、早期治療	子宮頸がん検診 30.0%以上	9.4%	9.7%	10.6%	9.0%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%	地域保健事業報告	
			乳がん検診 30.0%以上	8.6%	7.9%	10.9%	8.1%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%		
			5つのがん検診の平均受診率の増加(追加)	8.6%	9.9%	10.4%	9.0%	10.0%	15.0%	20.0%	30.0%	30.0%		
			歯科検診(歯周病検診)	-	-	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施		穴水町
			自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の増加(健康マイレージ事業達成者実人数)	367人	393人	411人	383人	475人	500人	525人	550人		
アウトプット	短期	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	後発医薬品の使用により医療費の削減	46.3%	48.7%	48.8%	52.9%	53.0%	53.5%	54.0%	55.0%	55.0%	厚生労働省公表結果	
			高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	-	-	-	-	-	実施	実施	実施	実施		KDBシステム