

平成30年度～令和5年度
第2期岩泉町国民健康保険
保健事業実施計画（データヘルス計画）

令和2年度中間評価書

令和3年3月

岩 泉 町

目 次

1	データヘルス計画の基本的事項	1 ページ
(1)	計画の背景	1 ページ
(2)	計画の位置付け	1 ページ
(3)	計画の期間	1 ページ
2	中間評価の方法	2 ページ
3	データヘルス計画の中間評価	3 ページ
(1)	データヘルス計画の健康課題の評価	3 ページ
(2)	データヘルス計画の目的・目標の評価	4 ページ
(3)	個別保健事業の評価	9 ページ
(4)	データヘルス計画の実施体制の評価	16 ページ
(5)	総合評価	17 ページ
4	中間評価による目標値の修正	17 ページ
5	まとめ	17 ページ

【別添】資料1 個別保健事業の項目ごとの評価

1 データヘルス計画の基本的事項

(1) 計画の背景

国は、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）で「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「保健事業実施計画（以下、「データヘルス計画」という。）」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」としています。

レセプト等のデータの分析のため、国保データベースシステム（以下、「KDBシステム」という。）等が整備されました。これにより、市町村国保が被保険者・被扶養者（以下、「被保険者等」という。）の健康課題の分析や保健事業の評価等を行うための基盤が整いました。

当町では、平成28年度から平成29年度を期間とする第1期データヘルス計画を策定し、被保険者等の健康の保持増進を図るため特定健康診査及び特定保健指導（以下、「特定健診等」という。）を実施してきました。さらに効果的、効率的な保健事業の実施を図るため、平成30年度から令和5年度を期間とする第2期データヘルス計画を策定し、様々な保健事業を実施しています。

(2) 計画の位置付け

データヘルス計画は、特定健診等の結果やレセプトなどのデータを活用し、PDCAサイクルの考えたに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画です。

この計画では、国の「健康日本21（第二次）」や県の「健康いわて21プラン（第二次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、「岩泉町まちづくり総合計画（現：岩泉町未来づくりプラン（岩泉町総合計画））」及び「健康いわいずみ21プラン」との整合性を図っているものです。

(3) 計画の期間

この計画の期間は、健康保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関し、国及び県が定めている「第3期医療費適正化計画」及び「第2期岩手県保健医療計画」の計画期間との整合性を図るため、平成30年度から令和5年度までの6か年計画としています。

2 中間評価の方法

この中間評価は、平成30年度に策定した第2期データヘルス計画の重点課題について、中間である令和2年度に直近3年間の把握・評価を行い、必要に応じて、令和5年度までの目標値の修正を行うものです。

なお、データヘルス計画では、個別の保健事業は毎年評価することとされていますが、中間評価は、個別保健事業の評価を踏まえ計画全体の評価として、次の方法により行います。

【評価の方法】

- ◇ データヘルス計画の健康課題の評価（プロセス（達成への過程）評価）
目的・目標達成に向けた過程について、データに基づいた現状分析し、課題の抽出や事業選択をしているか評価します。

- ◇ データヘルス計画の目的・目標の評価（アウトカム（事業実施量）評価）
平成28年度実績（ベースライン）と比較して、次の4段階で評価します。
 - A：改善している
 - B：変わらない
 - C：悪化している
 - D：評価困難

- ◇ 個別保健事業の評価（アウトプット（事業成果）評価）
平成28年度実績（ベースライン）と比較して、次の4段階で評価します。
 - A：改善している（目標を達成している）
 - B：変わらない（事業を実施しているが目標を達成していない）
 - C：悪化している（事業を実施しなかった。または、実施したが悪化している）
 - D：評価困難

- ◇ データヘルス計画の実施体制の評価（ストラクチャー（実施体制）評価）
目的・目標を達成するための実施体制等について、人員体制、委員会等の活用、関係機関との連携体制が構築されているか評価します。

- ◇ 総合評価
データヘルス計画全体としての振り返りと今後の方向性を評価します。

3 データヘルス計画の中間評価

(1) データヘルス計画の健康課題の評価（プロセス（達成への過程）評価）

一人当たりの医療費について、平成27年度実績で受診の件数及び日数や医療費等を県と比較すると、町は、入院で1.32～1.45倍となっています。入院外では、一人あたりの件数・日数が、町は0.83～0.92倍となっているのに対し、医療費の額では、町が県の1.12倍となっています。

令和元年度実績ですと、一人当たりの医療費は、県が298,276円に対して、町が311,403円で1.05倍となっております。被保険者の減少により医療費も減少しておりますが、当町においては、入院外等の件数・日数は少ないが、入院の医療費が多くなっていることから、高齢者の社会的入院や疾病が重度化してからの受診や長期入院が要因であると考えられます。

また、医療費について疾病別に分析すると、平成28年度実績では、精神疾患（統合失調症）12%、慢性腎不全（人工透析）6%、糖尿病6%となっております。平成29年度～令和元年度の診療点数の総得点数で見ますと、人工透析、糖尿病及び高血圧症は3年連続で上位の5位以内に入っていることから、生活習慣病対策が重要です。

なお、脳卒中（脳血管疾患）は、平成29年度が7位、平成30年度が16位、令和元年度が27位と総得点数では下がっているものの、依然として脳卒中による死亡率が高い（平成29年度年齢調整死亡率59.2%）状況となっています。

このことから、データヘルス計画の健康課題としては、次のとおりです。

【データヘルス計画の健康課題】

- ◇ 脳卒中死亡率及び発症率が高い。
- ◇ 高血圧者、肥満者、高血糖者が多い。
- ◇ 特定健康診査後の医療機関未受診（未治療）者の割合が国・県と比較して高い。
- ◇ 生活習慣病重症化（人工透析等）による医療費の割合が高い。

町では、この課題を解消するため、次の個別保健事業を実施しています。

【個別保健事業】

- ◇ 特定健康診査事業（受診率の向上含む）
- ◇ 特定保健指導事業
- ◇ 糖尿病重症化予防事業
- ◇ 生活習慣病重症化予防事業（高血圧対策）
- ◇ 生活習慣病予防に関する知識の普及事業
- ◇ 医療費の抑制事業

(2) データヘルス計画の目的・目標の評価（アウトカム（事業実施量）評価）

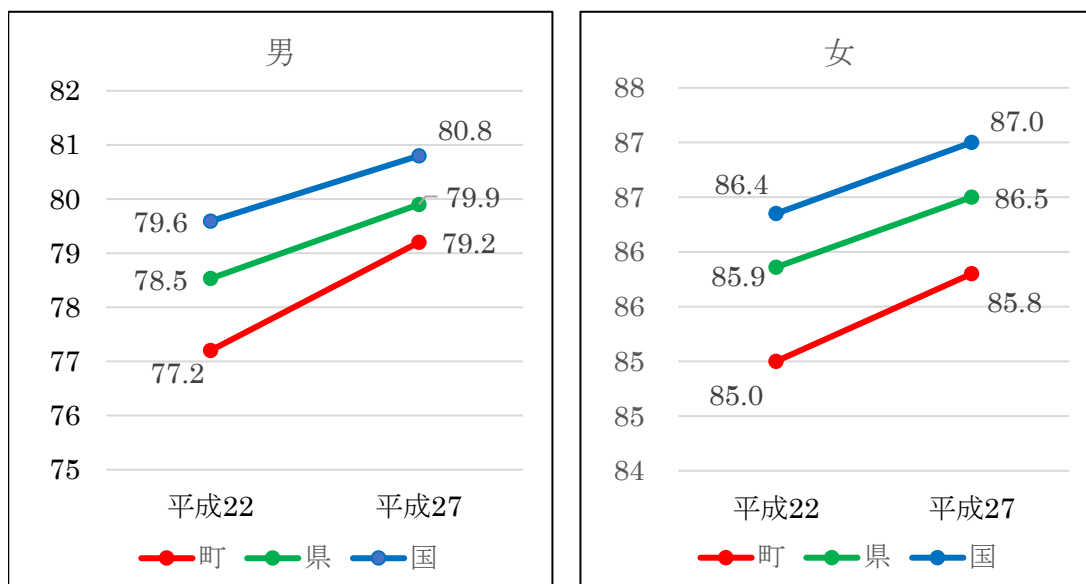
データヘルス計画における目的・目標の評価は、次のとおりです。

項目 (目的)	目標		ベースライン (H28)	実績値			評価 (ベースラインとの比較)	最終 目標値
	評価指標	目標値 (達成時期 : R05)		H29	H30	R01		
健康寿命 の延伸	・平均寿命	延伸	平均寿命 (H22) 男性 77.2歳 女性 85.0歳	—	—	平均寿命 (H27) 男性 79.2歳 女性 85.8歳	A	延伸
	・平均自立期間 (要介護2以上)	延伸	男性 73.9歳 女性 81.6歳	男性 75.4歳 女性 82.4歳	男性 76.6歳 女性 82.5歳	男性 78.1歳 女性 82.4歳	A	延伸
脳卒中死 亡率の減 少	・脳卒中年齢調整死 亡率 ※5年間平均値	減少	75.6% (H27)	70.0% (H28)	59.2% (H29)	未発表	A	減少
生活習慣 病による 医療費の 伸び率の 抑制	・生活習慣病におけ る医療費	—	1人当たりの 点数 148,032 (外来)	156,932	161,302	165,878	C	抑制
		—	1人当たりの 点数 156,758 (入院)	149,220	126,739	130,547	A	抑制

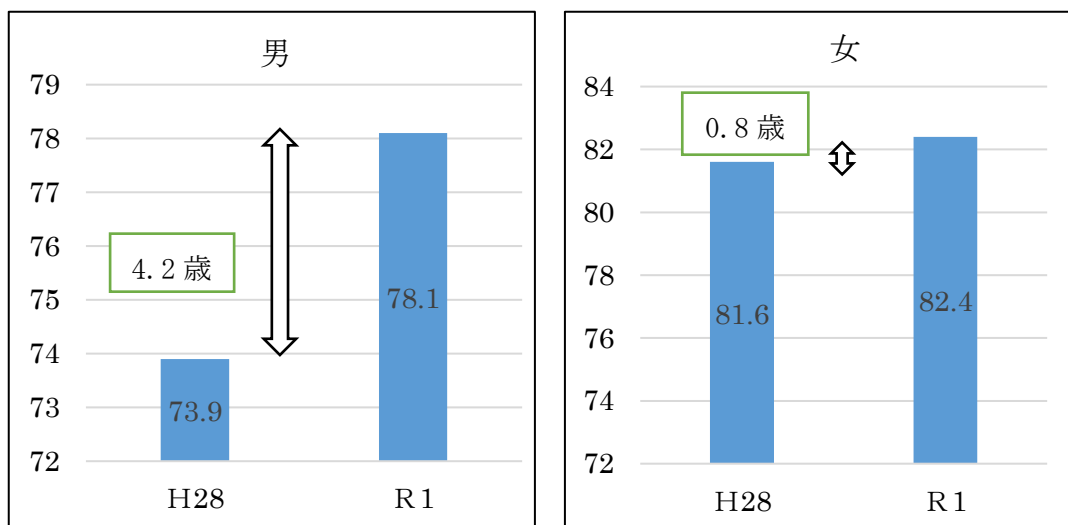
【現状と課題】

- ◇ 平均寿命は、平成 22 年と平成 27 年と比較し、男性で 2.0 歳、女性で 0.8 歳の伸びが見られました。また、平均自立期間においても、平成 28 年と比較し、男性で 4.2 歳、女性で 0.8 歳と伸び、特に男性で大幅な伸びが見られました。
- ◇ 脳卒中死亡率は、最も高かった平成 26 年 (95.4%) 以降減少しています。しかし、国や県と比較すると平均自立期間も短く、脳卒中死亡率もまだまだ高いのが現状です。

図表 1 男女別平均寿命の比較



図表 2 男女別平均自立期間（要介護 2 以上）の比較



KDB システムより

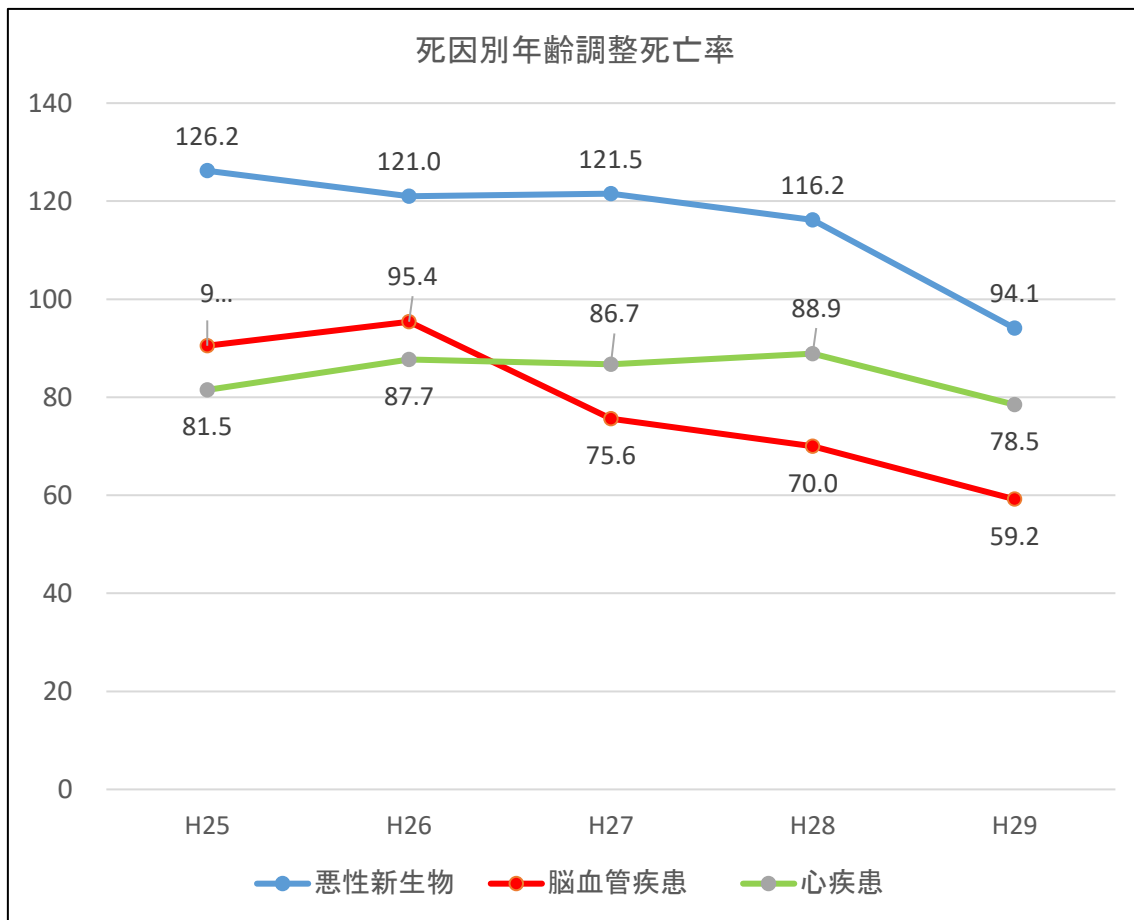
※平均寿命

出生直後における平均余命のこと。

※平均自立期間

日常生活動作が自立している期間の平均。要介護2以上を「不健康」とし、平均余命から不健康期間を除いて算出。

図表3 死因別年齢調整死亡率推移

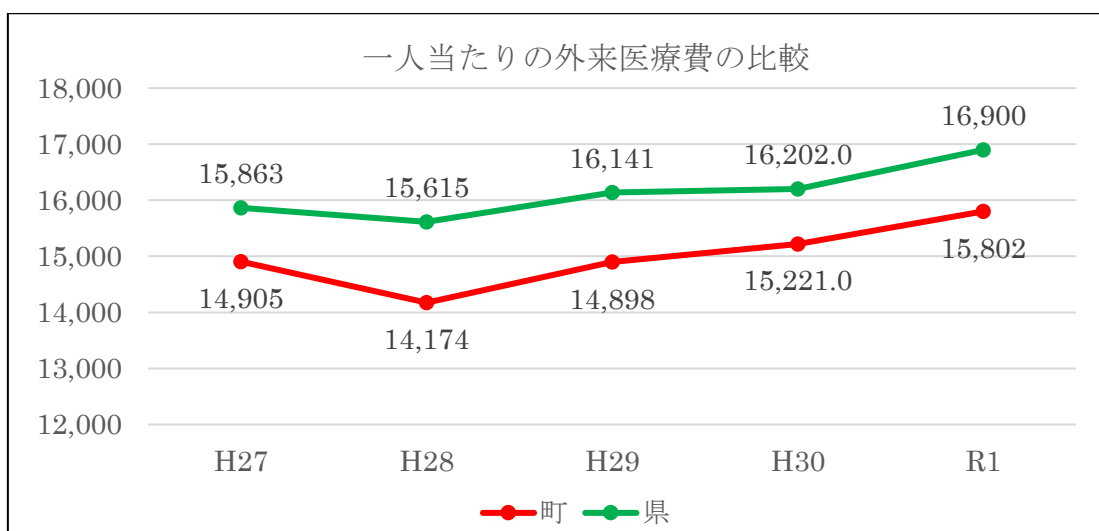
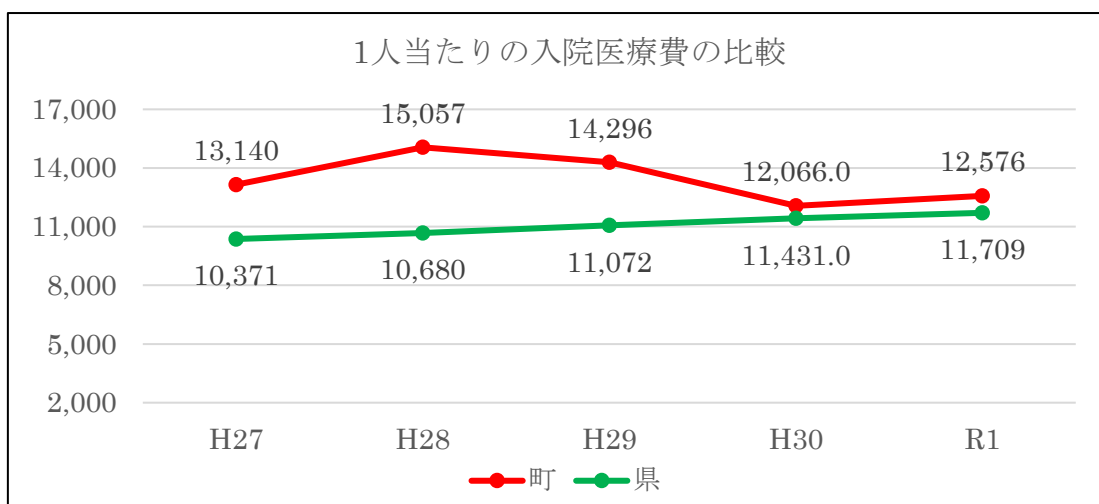
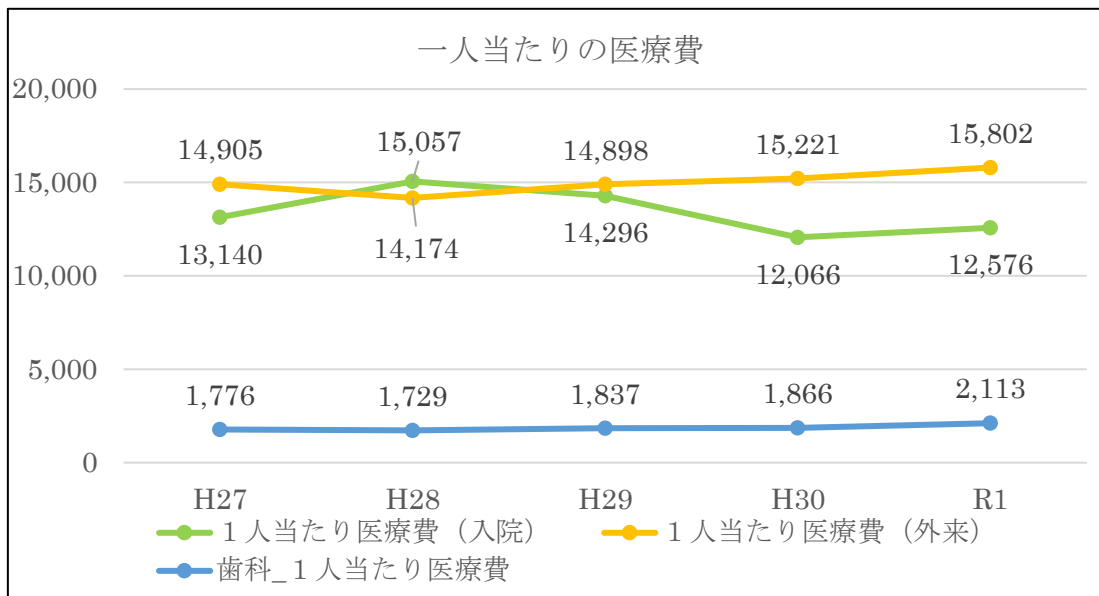


保健福祉年報 (5年間の平均値)

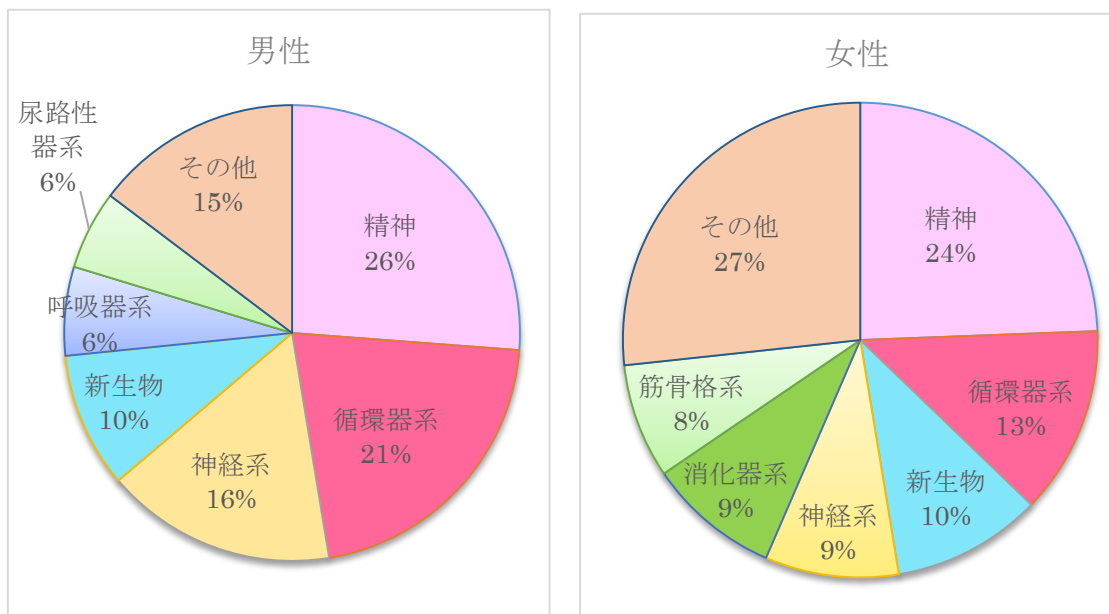
※年齢調整死亡率とは

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、年齢構成の差により高齢者が多いと高くなり若年者が多いと低くなる傾向があることから、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように調整した死亡率。

図表4 医療費の状況

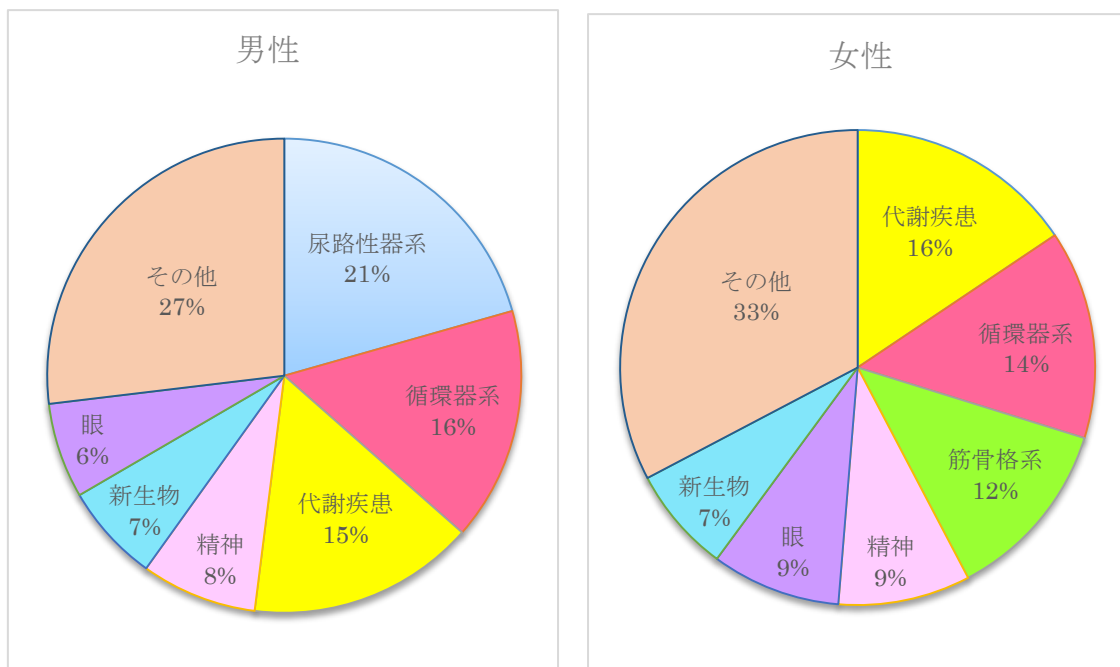


図表5 男女別1人当たりの入院点数割合



入院点数は男女ともに精神（統合失調症、気分障害など）が高く、次に循環器系（高血圧、心疾患など）が高い状況となっています。

図表6 男女別1人当たりの外来点数割合



外来点数では、男性では泌尿器系（腎不全、前立腺疾患など）が最も高く、次に循環器系が高くなっています。女性では代謝疾患（糖尿病、脂質異常症、甲状腺疾患など）が最も高く、次に循環器系、筋骨格系（関節炎など）が高い状況となっています。

(3) 個別保健事業の評価（アウトプット（事業成果）評価）

各事業の目的及び現状と課題（今後の対応）は次のとおりです。

① 特定健康診査事業（受診率の向上対策含む）

ア 目的

特定健康診査の受診により疾病の早期発見を行い、生活改善による生活習慣病予防を図る。

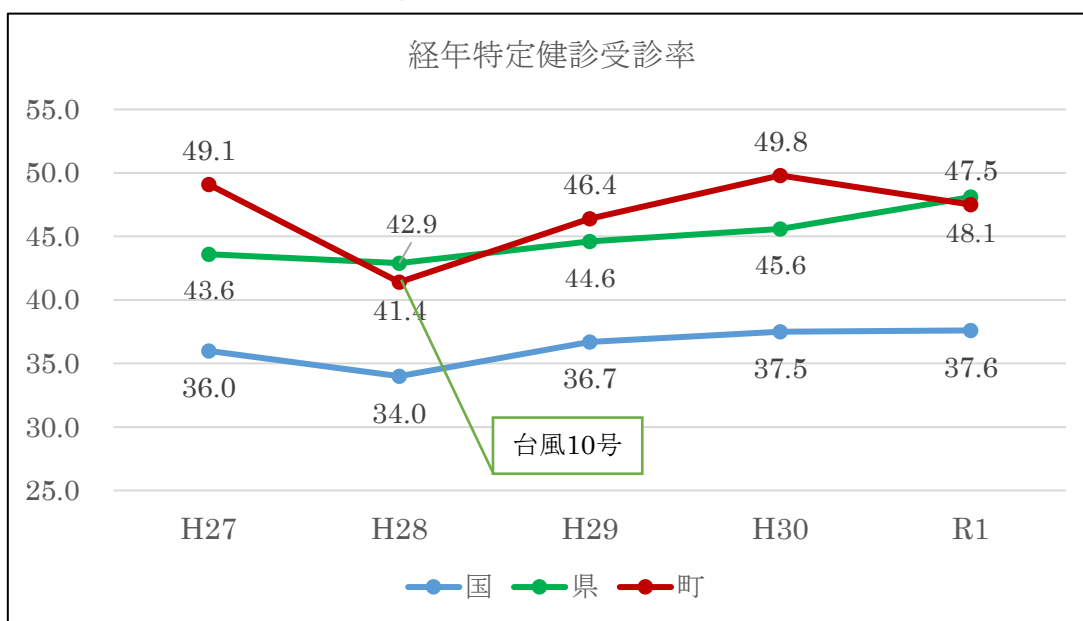
イ 現状と課題（今後の対応）

集団健診では、休日、夜間、がん検診との併設で開催し、通院者に対しては、個別健診を実施するなど様々な受診機会の確保を行ってきました。職場健診等での健診結果提出者（みなし健診）は増加傾向にあります。平成28年の台風第10号豪雨災害で大幅に受診率が低下して以降、受診率も回復傾向にありましたが、令和元年度は台風第19号災害の影響も受け減少となりました。

受診率の向上の取り組みは、未受診者への再勧奨通知の実施と併せて、3年間医療機関及び健診未受診者に対し訪問指導（令和2年度は訪問による未受診者調査は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から中止としました。）を実施してきましたが、さらに効果のある受診勧奨を行うため、令和2年度から対象者の分析と分析データに基づいた受診勧奨通知事業を委託により実施しました。

今後は、委託事業の効果検証を踏まえ、未受診者への受診勧奨を継続して実施します。

図表7 特定健診受診率の状況



法定報告値

② 特定保健指導事業

ア 目的

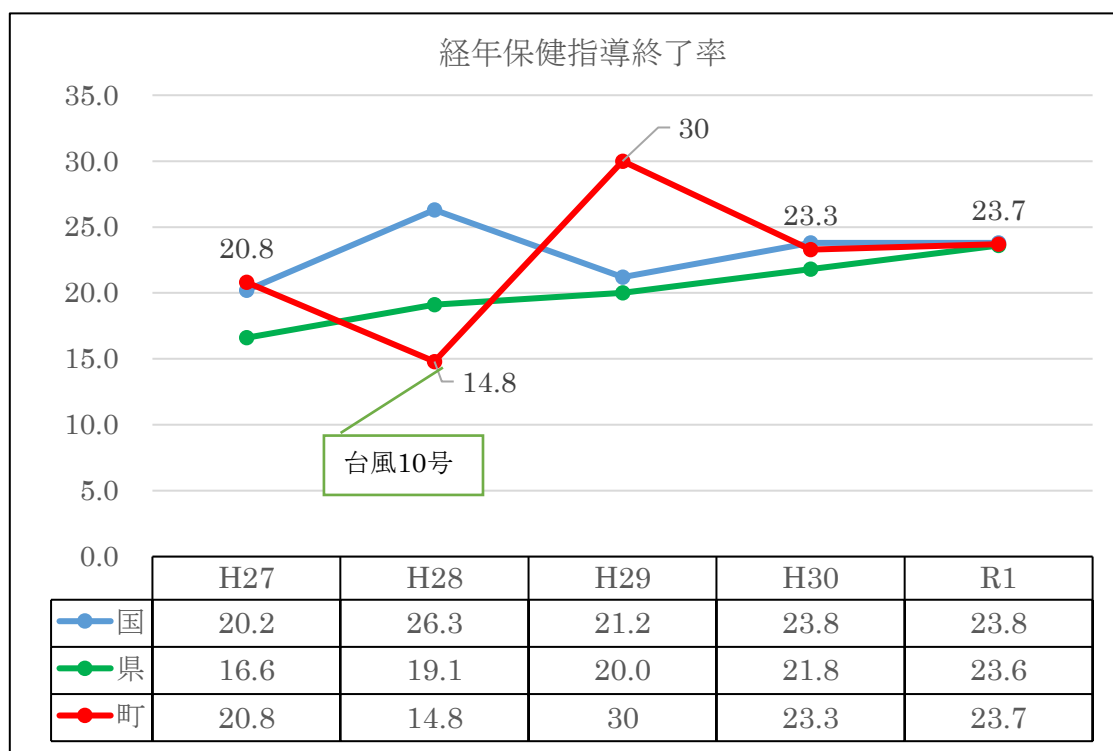
メタボリックシンドローム対象者を抽出し、生活改善指導を行うことで将来の生活習慣病の発症を予防する。

イ 現状と課題（今後の対応）

健診結果説明会の場や訪問指導で、個別に特定保健指導を実施してきました。近年、対象者の固定化が見られ、保健指導を希望しない者も多くなっています。

今後は、訪問やビデオ通話が可能な情報通信機器（ぴーちゃんねつとなど）を用いて利用勧奨を強化するとともに、マンパワー不足や効果的な保健指導を考慮し、委託・健診との併用実施を検討します。

図表 8 特定保健指導終了率の状況



法定報告値

③ 糖尿病重症化予防事業

ア 目的

糖尿病による合併症を予防し、人工透析等の重症化を防ぐ。

イ 現状と課題（今後の対応）

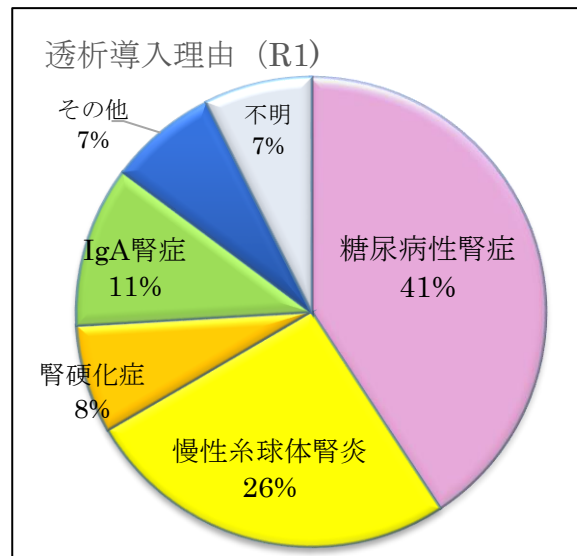
健診結果を基に糖尿病の可能性の高い者を抽出し、文書による受診勧奨や訪問指導、電話での受診確認などの生活改善指導を行ってきました。

健診結果においては、血糖値高値者の割合は減少傾向にあります。しかし、医療機関受診が必要な者でも未受診である者も見られることから、医

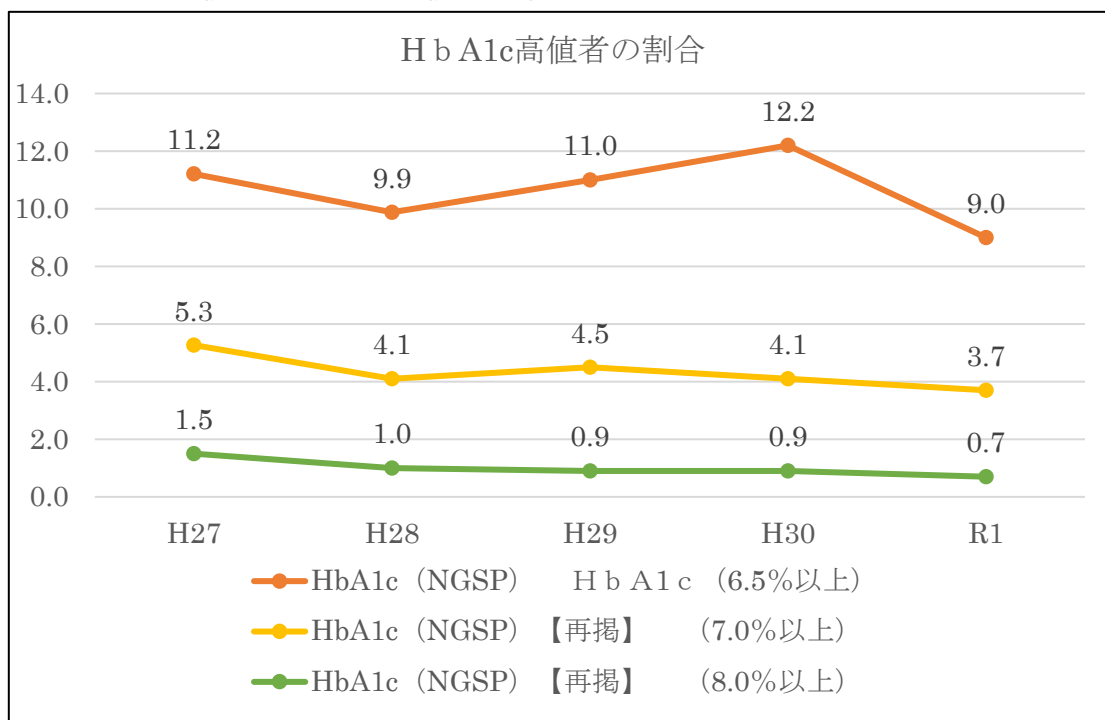
療機関との連携を図りながら、生活習慣改善指導や医療機関への受診勧奨を強化し、重症化による透析者を防ぎます。

図表9 人工透析者数の推移

	H 27	H 28	H 29	H 30	R 1
透析者数 (町全体)	32	32	27	28	27
再掲(国保 被保険者)	12	12	12	13	13



図表10 血糖値 (HbA1c) 高値者の状況



KDBシステムより

④ 生活習慣病重症化予防事業

ア 目的

ハイリスク者は、脳血管疾患や心疾患等を発症する可能性が高いことから、早期に生活改善及び受診を行うことで重症化を予防する。また、減塩等の生活習慣改善による高血圧予防を図る。

イ 現状と課題（今後の対応）

健診終了後に、各地区での健診結果説明会や訪問指導等で、ハイリスク者を重点に受診勧奨及び生活改善指導を行ってきました。

血糖値高値者の割合は減少していますが、肥満は横ばい、尿酸値、LDLコレステロール値は微減、血圧値は平成30年以降増加しています。

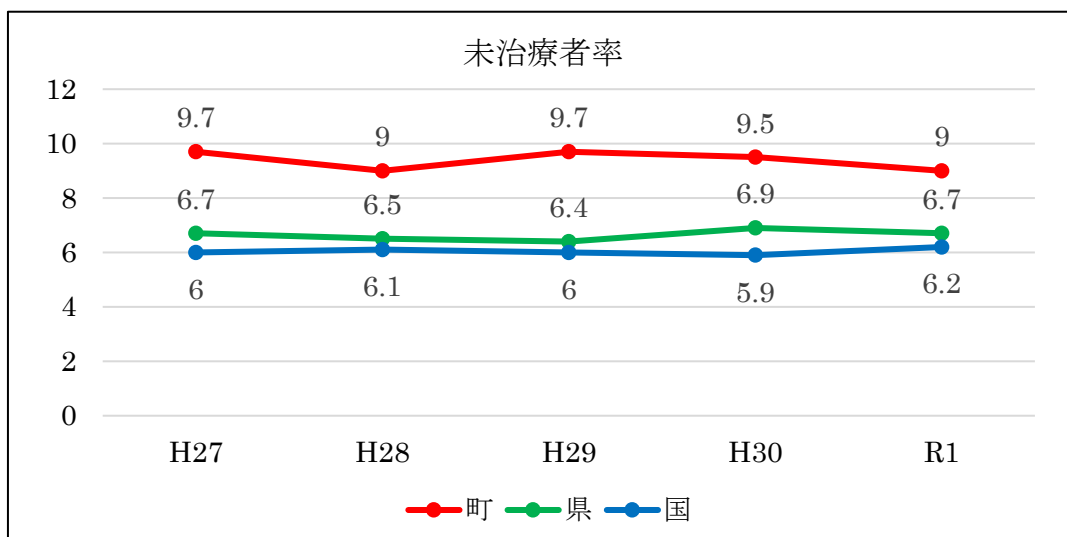
今後においては、高血圧予防、肥満予防に重点項目とし、家庭での血圧測定を推奨し、塩分摂取量などの食生活改善指導を継続して実施します。

また、未治療者率は減少傾向にありますが、県や国と比較し高い状況であることから、適切な受診に繋がるよう継続して勧奨します。

※未治療者率とは

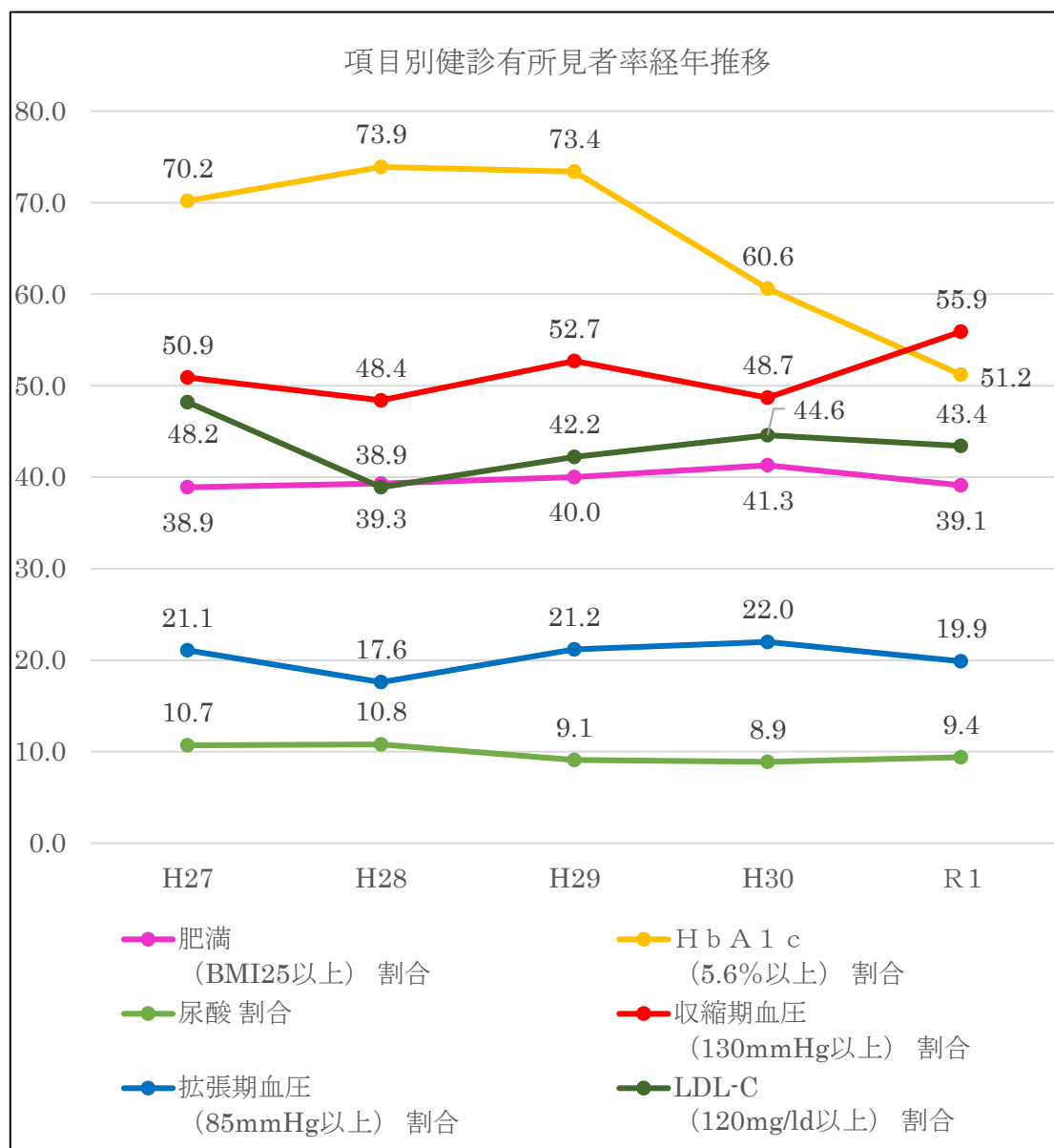
健診受診者かつ受診勧奨者が6か月以内に医療機関を受診していない割合。

図表 11 未治療者の状況



KDB システムより

図表12 健診有所見者の状況



KDBシステムより

⑤ 生活習慣病予防に関する知識の普及事業

ア 目的

町民全体に生活習慣病予防のための知識の普及を行い、健康意識の向上及び行動変容に繋げる。

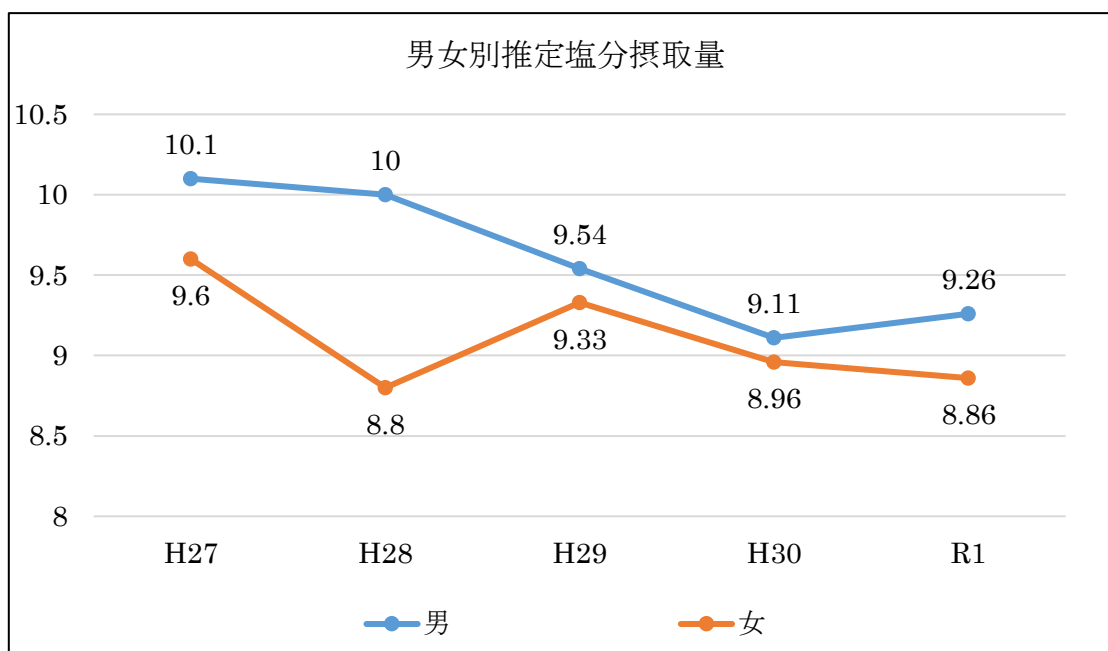
イ 現状と課題（今後の対応）

がん検診時を活用し、喫煙・COPD（慢性閉塞性肺疾患）の知識の普及や、各種健康教室、健康相談等で減塩をはじめとする食生活指導や運動の推奨を実施してきました。

塩分摂取量、運動習慣等は改善傾向にあるものの、喫煙、就寝前の食事摂取は横ばい状態です。平成27年度から実施している推定塩分摂取量測定によって、減塩の意識付けは高まっていますが、令和2年4月に適正食塩摂取量が男性7.5g、女性6.5gと改正になったため、さらなる減塩への取り組みを強化していきます。

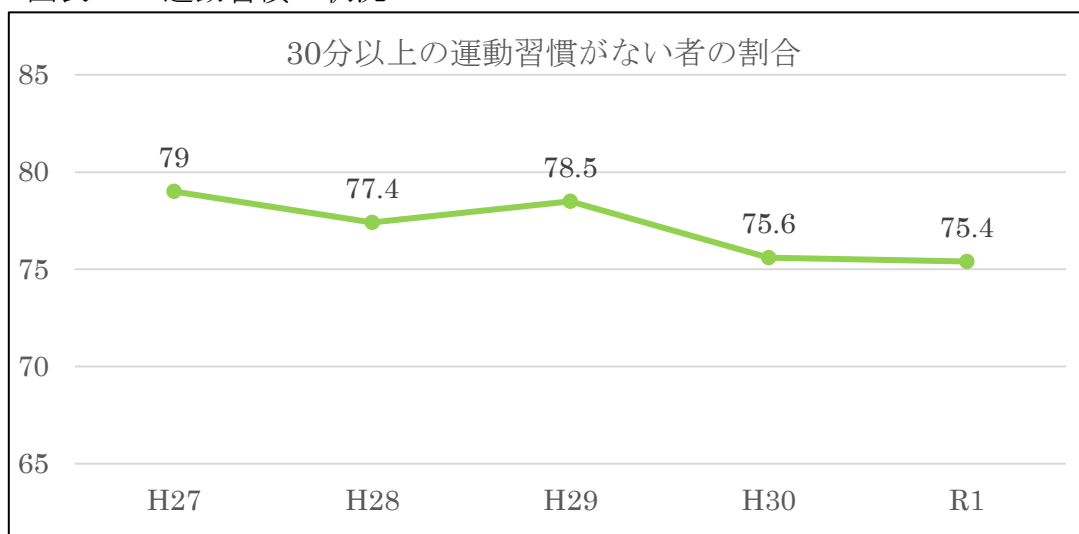
健康相談と健康教室は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、実施方法や実施回数に影響がありますが、今後も町広報紙やぴーちゃんねつとを活用し、生活改善指導及び知識の普及を実施し、地域全体で健康意識の底上げに取り組みます。

図表 13 塩分摂取量の状況



特定健診等健診結果より

図表 14 運動習慣の状況



KDB システムより

⑥ 医療費の抑制

ア 目的

医療費に係る経費額を通知することで、被保険者等の健康や国保制度に対する意識の高揚及び医療費の抑制を図る。

イ 現状と課題（今後の対応）

医療費通知は、これまで年6回実施しているが、費用対効果等を考慮して、令和3年度から通知回数を年1回に変更し今後も継続する。

ジェネリック医薬品の利用促進は、数量ベースでの比較で見ると、利用割合は年々増加している。

【個別保健事業の項目ごとの評価】

個別保健事業の項目ごとの評価は、別紙、資料1のとおりです。

(4) データヘルス計画の実施体制の評価（ストラクチャー（実施体制）評価）

データヘルス計画の実施に当たっては、庁内関係課（町民課、保健福祉課、地域包括支援センター等）及び関係団体と協力、連携して進めることとしています。

特定健診等の実施に係る体制等は、次のとおりです。

【事業実施体制等】

◇ 事業実施主担当

- ・町民課国保年金室：事務職1名
- ・保健福祉課健康推進室：保健師1名

◇ 事業実施従事者

- ・保健福祉課健康推進室：保健師6名
管理栄養士1名（令和2年度から2名）
支所駐在保健師3名

◇ 連携体制

- ・岩泉町国民健康保険運営協議会
- ・岩手県国民健康保険団体連合会支援・評価委員会

【現状と課題】

特定健診等の結果、レセプトデータ、KDBシステムを活用し、現状の分析を行い、健康課題の抽出及び評価を実施しています。

特定健康診査の実施にあたっては、町民課国保担当が健診受付を担当するなど、関係課が協力して実施しています。

令和元年度は、岩手県国民健康保険団体連合会支援・評価委員会を活用し、個別保健事業の評価を実施しました。

令和2年度においては、健康課題及び事業の中間評価に当たり、外部有識者として、岩泉町国民健康保険運営協議会委員から評価に対する助言（意見等）を得ています。

課題として、人員体制は充実しているように見えますが、他事業との兼ね合いから、個別保健事業を深く掘り下げた事業展開が難しい状況であります。国保運営担当課と保健事業担当課が別であるため、連絡調整体制が弱いと感じています。

今後、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を視野に入れると、地域包括支援センターとの連携も強化していく必要があることから、人事担当課も含めて、実施体制の見直しについて、検討する必要があります。

(5) 総合評価（計画全体としての振り返りと今後の方向性）

◇ 特定健康診査受診率の向上に向けた取り組み、また、特定保健指導や糖尿病や高血圧を中心とした生活習慣病重症化予防の取り組み、ハイリスク者のみならず町民全体への生活習慣病予防のための、知識の普及啓発等が目標値の達成に繋がっていると考えます。

今後についても、生活習慣病予防及び重症化予防に重点をおいた取り組みを継続し、町民全体へ健康づくりに対する知識の普及啓発を推進します。

4 中間評価による目標値の修正

個別保健事業のうち、医療費の抑制に係る医療費通知の実施について、令和3年度から実施回数を、年6回から年1回に変更して今後も継続します。

その他の事業については、中間目標に達していない事業もありますが、目標値の修正は行わず、毎年度事業の評価を行いながら、必要に応じて課題と対応策を再検討していきます。

5 まとめ

平成30年度から令和5年までの第2期データヘルス計画も残り3年となりました。中間評価の総合評価にもありますが、計画策定当時と比べて、脳卒中死亡率は減少しておりますが、国や県と比較するとまだまだ高い率となっております。これは、地域の食文化（濃い味のものを好むなど）によるところもありますが、減塩や運動習慣等に係る知識の普及が重要であると捉えておりますので、今後も生活習慣病予防に重点を置いた保健事業の拡大に取り組めます。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大は、未だ収束の気配はなく、今後の状況によっては、保健事業の実施に支障を来す恐れがありますが、感染予防対策をしっかりと行い、環境の変化に適宜対応し、国保被保険者等の健康増進を保つため、より一層保健事業を推進します。

◇個別保健事業の項目ごとの評価

項目(事業名)	目的	内容	短期目標	指標	H28 (ベースライン)	H29	H30	R1	中間目標	達成率	評価 (ベースラインとの比較) ※1	今後の方向性	R5年目標				
			(評価指標)						R1								
特定健診	生活習慣病の予防	・集団健診 ・個別健診	特定健診受診率の向上 (法定報告)	受診率	41.4%	46.2%	49.8%	47.5%	50.0%	95.2	A	継続	60.0%				
			(参考) 受診者/対象者	829人/2,003人	882人/1,908人	904人/1,823人	826人/1,736人	—	—	—							
特定健診受診率の向上	健診の受診により早期発見、早期予防をする	・3年未受診者への訪問調査 ・未受診者へのハガキによる再勧奨通知	事業の実施	訪問実施	実施	実施済	実施済	実施済	事業実施	—	A	継続	事業実施				
			(参考) 受診者/訪問実施数	0人/1人	3人/37人	9人/100人	5人/49人	—	—	—	事業実施		—	A	事業実施		
特定保健指導	生活習慣病リスクの高い方に生活改善指導を行うことにより、疾病の発症を予防する	・特定保健指導対象者への指導	特定保健指導終了率の向上 (法定報告)	終了率	14.8%	30.0%	23.3%	23.7%	35.0%	67.7	A	継続	60.0%				
			(参考) 実施数/対象者	—	36人/120人	28人/120人	22人/93人	—	—	—	特定保健指導対象者の減少 (法定報告)		特定保健指導対象者	115人 (13.9%)	120人 (13.6%)	120人 (13.3%)	93人 (11.3%)
糖尿病重症化予防事業	糖尿病による合併症を予防し、人工透析等重症化を防ぐ	・糖尿病重症化の可能性の高い方を抽出し、生活改善指導及び受診勧奨を行う。	血糖値高値者の減少 (HbA1c 7.0以上の総数・割合) (KDB受診者抽出データ集計)	全体	4.1%	4.5%	4.1%	3.6%	4.0%	111.1	A	継続	3.0%				
			人工透析者数の減少 (県人工透析統計)	全体数	27人	27人	28人	27人	新規導入者の減少	—	A		(糖尿病性による)新規導入者の減少				
			新規導入者	4人	2人	1人	0人	—									
			うち 国保再掲	12人	12人	13人	13人	—									
生活習慣病重症化予防	ハイリスク者は脳血管疾患や心疾患等を発症する可能性が高いことから、早期に生活改善及び受診を行うことで重症化を防ぐ	・受診勧奨値以上の方に対し、生活改善指導及び受診勧奨を行う。	血圧高値者の減少(収縮期血圧130以上の割合) (KDB様式5-2)	全体	49.3% (409人)	52.7% (465人)	48.6% (443人)	55.9% (460人)	48.0%	85.9	C	継続	46%以下				
			(参考) 男	47.3%	50.8%	43.8%	57.2%	—	—	—							
			(参考) 女	49.4%	54.2%	52.7%	54.8%	—	—	—							
			血糖値高値者の減少 (HbA1c 5.6以上の割合) (KDB様式5-2)	全体	73.9% (613人)	73.4% (648人)	60.1% (547人)	51.2% (421人)	73.0%	142.6	A		目標値変更 50%以下				
			(参考) 男	69.7%	69.2%	56.3%	47.4%	—	—	—							
			(参考) 女	76.7%	76.7%	63.4%	54.2%	—	—	—							
			BMI高値者(25以上)の減少 (KDB様式5-2)	全体	39.2% (326人)	40.0% (353人)	41.3% (376人)	39.1% (322人)	—	—	B		35.0%				
			男	40.0%	45.4%	42.3%	38.7%	37.0%	95.6	A	男性30.0%						
			女	38.9%	35.7%	40.5%	39.5%	35.0%	88.6	C	女性29.0%						

◇個別保健事業の項目ごとの評価

項目(事業名)	目的	内容	短期目標	指標	H28 (ベースライン)	H29	H30	R1	中間目標	達成率	評価 (ベースラインとの比較) ※1	今後の方向性	R5年目標
			(評価指標)						R1				
生活習慣病予防に関する知識の普及	町民全体に生活習慣病予防のための知識の普及を行い健康意識の向上及び行動変容につなげる	<ul style="list-style-type: none"> ・広報等による周知 ・各種健康教室等の開催 ・健康相談、健診結果説明会の開催 ・減塩 ・野菜摂取量350gの推奨 ・食生活改善推進員の養成 	広報誌への健康情報の掲載	回数	年12回	年12回	年12回	年12回	事業実施	—	A	継続	事業実施
			喫煙率 (KDB質問票調査の経年比較)	男 40-49歳	45.5%	55.2%	44.6%	47.1%	40-49歳 40.0%	82.30%	C		40-49歳 30.0%
				男 50-59歳	39.1%	40.0%	40.4%	33.3%	50-59歳 35.0%	105.7	A		50-59歳 25.0%
				(参考) 男	21.3%	24.4%	23.0%	22.3%	—	—	—		—
				(参考) 女	1.9%	3.0%	3.1%	2.2%	—	—	—		—
			週3回以上就寝前の夕食摂取者 (KDB質問票調査の経年比較)	全体	25.4%	23.0%	28.9%	26.7%	—	—	B		23.0%
				男	31.3%	29.3%	32.2%	33.1%	30.0%	90.6	C		男性 28.0%
				女	21.2%	18.0%	26.1%	21.6%	20.0%	92.6	B		女性 18.0%
			1日30分以上の運動習慣がない者 (KDB質問票調査の経年比較)	全体	76.2%	78.5%	75.5%	75.4%	—	—	A		74.0%
				男	76.2%	74.9%	72.1%	73.1%	男性 74.0%	101.2	A		男性 70.0%
				女	78.2%	81.4%	78.3%	77.2%	女性 76.0%	98.4	A		女性 72.0%
			塩分摂取量 (健診結果集計)	全体	9.8g	9.52g	9.03g	9.04g	—	—	A		—
				男	10g	9.54g	9.11g	9.26g	9	97.2	A		男性 8.0g
				女	8.8g	9.33g	8.96g	8.86g	8.5	95.9	B		女性 7.0g
			Na/K比 (健診結果集計)	全体	3.24	3.32	2.98	2.87	3.2	111.5	A		3.0
				(参考) 男	3.36	3.36	2.99	2.95	—	—	—		
(参考) 女	3.19	3.19		2.97	2.81	—	—	—					
野菜摂取量	全体	294.4g	294.4	—	—	310g ※R3年度調査予定	—	D	350g				
健康相談・健康教育の実施	実施回数・参加者数	健康相談 13回・143人	45回・411人	204回・1224人	172回・903人	事業実施	—	A	継続	事業実施			
		健康教室 97回・2416人	18回・427人	101回・1531人	49回・1473人		—	A					
		事後指導 0回	11回・144人	11回・125人	7回・103人		—	A					
医療費の抑制	医療費に係る経費額を通知することで、健康や国保制度に対する意識の高揚及び医療費の抑制を図る	医療費通知	医療費通知の実施	実施回数	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	—	A	継続	年1回
		ジェネリック医薬品の利用促進	ジェネリック医薬品の割合	利用割合	—	52.30%	53.80%	56.70%	—	—	A	継続	年3回

※1 「ベースライン」と実績値を見比べて4段階評価(A:改善している B:変わらない C:悪化している D:評価困難)