

添田町国民健康保険  
データヘルス計画中間評価

## 1. 背景

わが国は世界トップレベルの長寿社会で「平均寿命」は伸び続け、厚生労働省の発表によれば、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となった。しかし、一方で「健康寿命（日常生活に制限のない期間）」は男性 71.19 歳、女性 74.21 歳で「平均寿命」と「健康寿命」の差、つまり寝たきりや何らかの支援・介護が必要な期間が男性 9.02 年、女性 12.4 年と長期間であることが問題となっている。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いえる。

更に少子高齢化に伴い、年金や医療、介護などの社会保障費は急激に増加する一方で支える世代は減少しており、社会保障制度の重要な柱である医療保険及び介護保険制度を維持するため、国は団塊の世代が後期高齢者になる平成 37 年を目標に社会保障と税の一体改革をはじめとして、社会保障制度改革推進法や医療保険制度改革関連法を整備し、医療と介護の安定的な提供を目指している。

また近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展など、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

これまでも添田町は、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」や第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するため、データを活用しながら、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

### ○計画の目的

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る。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定する。この計画に基づき、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）を目指すものとする。

### ○計画期間

計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成 30(2018)年度から令和 5 (2023)年度の 6 年間とする。

## 2. 第二期データヘルス計画の概要

### ○目的

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、医療適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目的とする。

### ○中期的目標

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院における疾患、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、新規発症の減少を図る。（図表1）

### ○短期目標の設定

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、脂質異常症等の減少を図る。

特に高血圧、糖尿病は本町の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組む。（図表1）

（図表1）目標設定

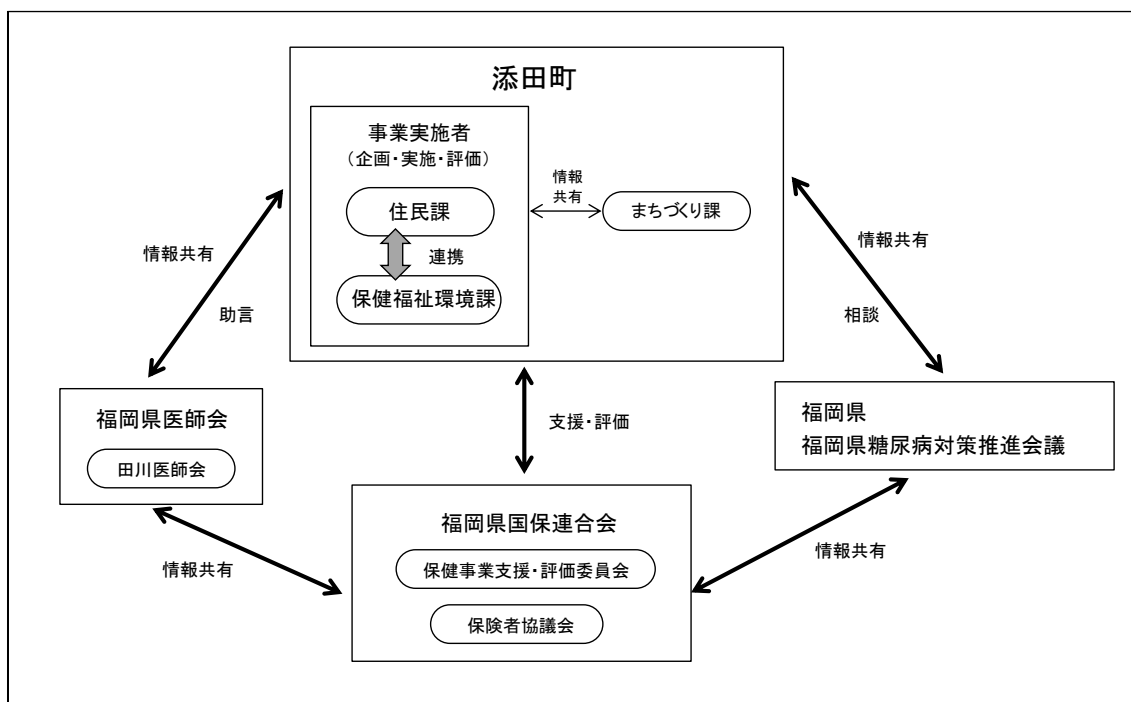
中長期的なもの	NO	短期的なもの					
		30年度	31年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
①入院医療費の伸び率の減少 ②脳血管疾患・虚血性心疾患、 糖尿病性腎症の新規発症の減少	①	特定健診受診率の向上					
		35%	40%	45%	50%	55%	60%
	②	特定保健指導の実施率の向上					
		55%	60%	60%	60%	60%	60%
	③	高血圧の者の割合減少 Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 または拡張期血圧 100 以上)の割合					
		4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%
	④	血糖コントロール不良者の割合の減少 HbA1c7.0 以上の割合					
		5.0%	4.8%	4.6%	4.4%	4.2%	4.0%
	⑤	脂質異常の者の割合の減少 LDL コレステロール 160 以上の割合の減少					
		10%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%

### ○実施体制

国民健康保険課が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータヘルス計画を策定し、事業の実施にあたっては、それぞれの担当課が計画に基づき実施に努める。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、図表2の実施体制図を構築している。

(図表2) 実施体制図



## 3. 第二期データヘルス計画の中間評価の方法

### ○中間評価の趣旨及び方法

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別保険事業の実施を行ってきた。

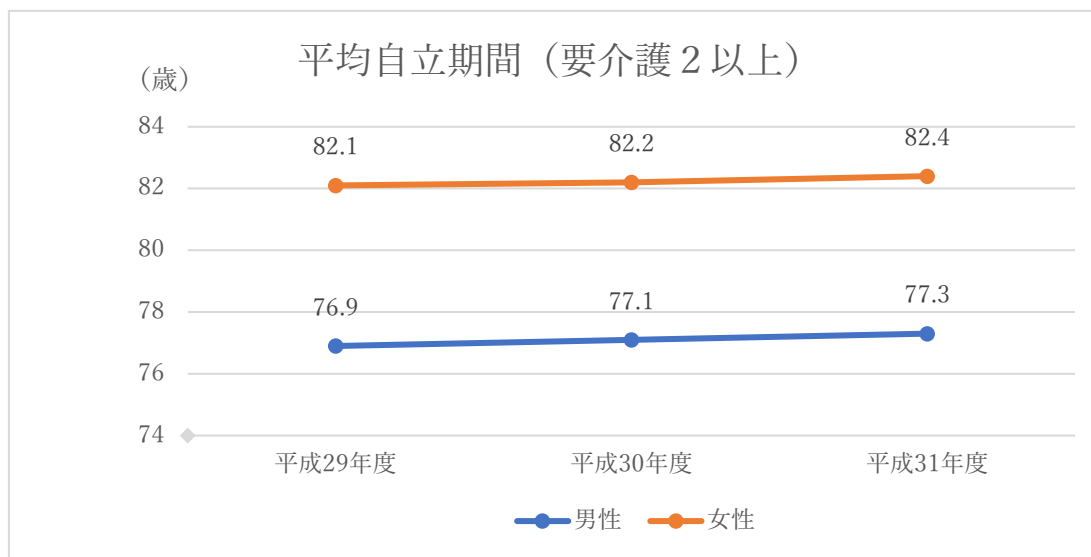
中間年度にあたる令和2年度は、図表2の体制に基づき、短期的な目標である、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上、糖尿病性腎症重症化予防（高血圧・血糖コントロール・脂質異常）に対して行った平成30年度から平成31年度までの事業の自己評価を福岡県国保連合会に提出し保険事業支援・評価委員会からの助言等をもとに中間評価と令和3年度から5年度の目標の見直しを行う。

#### 4. 第二期データヘルス計画の中間評価（全体評価）

##### ○健康寿命の延伸

添田町の平均自立期間（要介護2以上）については、男女ともに年々伸びており、それぞれ男性が0.4歳、女性が0.3歳の増となった。

図表 3-1 平均自立期間（要介護2以上）

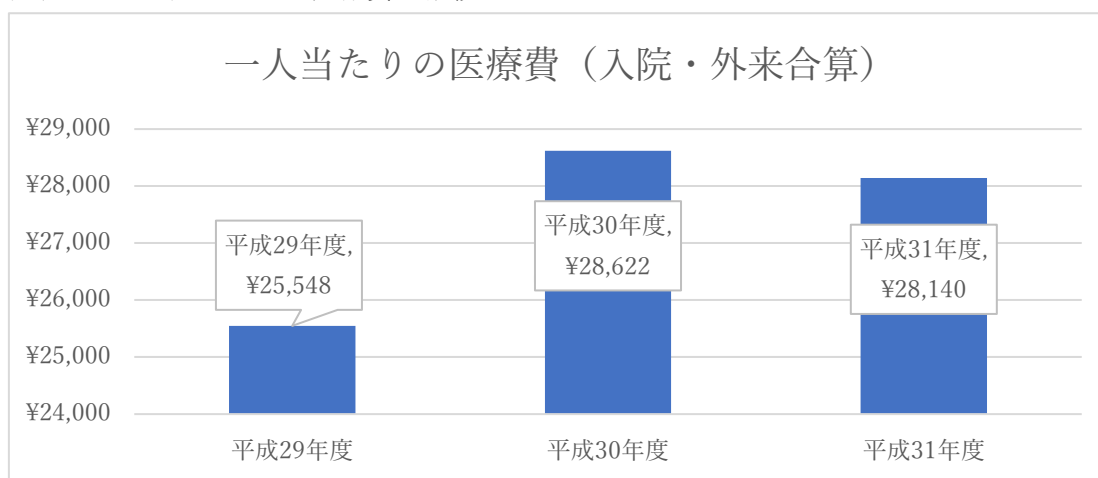


資料 KDB 健康スコアリング（健診）

##### ○医療費の推移

添田町国民健康保険の年間一人あたりの医療費は減少傾向にあり、平成30年に県内33位となったが、平成31年には45位となっている。

図表 3-2 一人あたりの医療費の推移

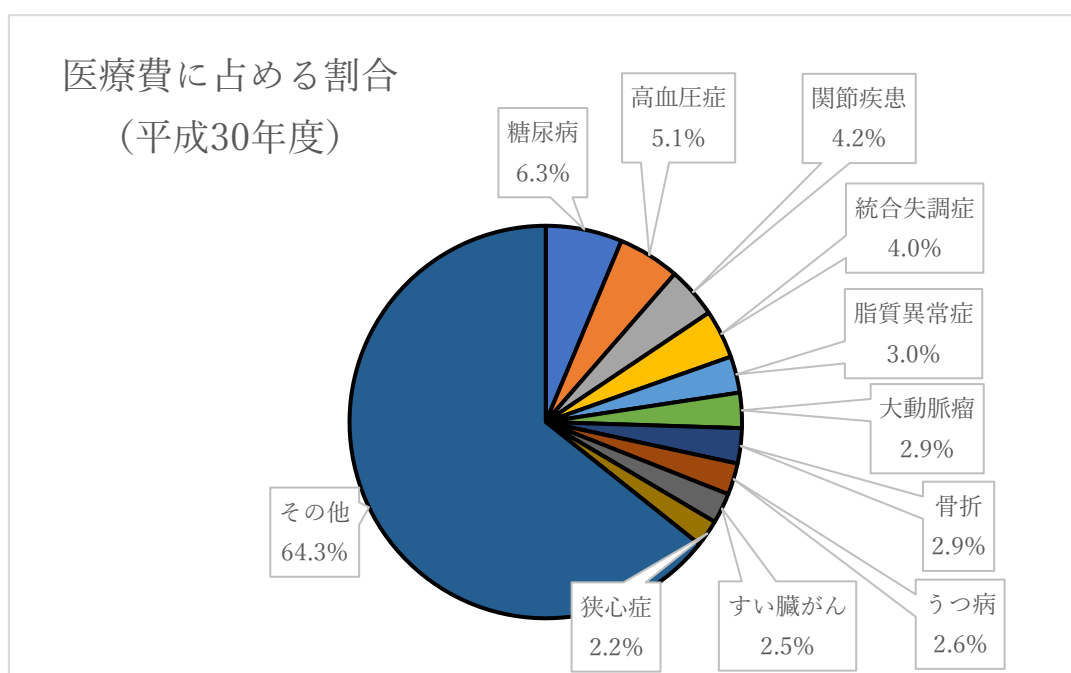
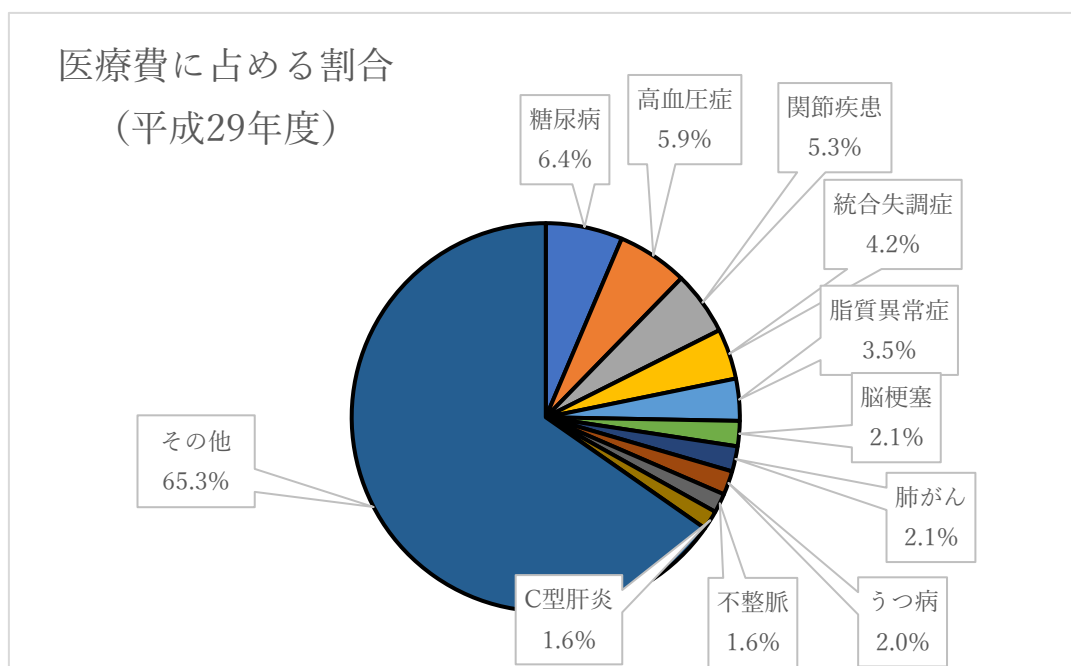


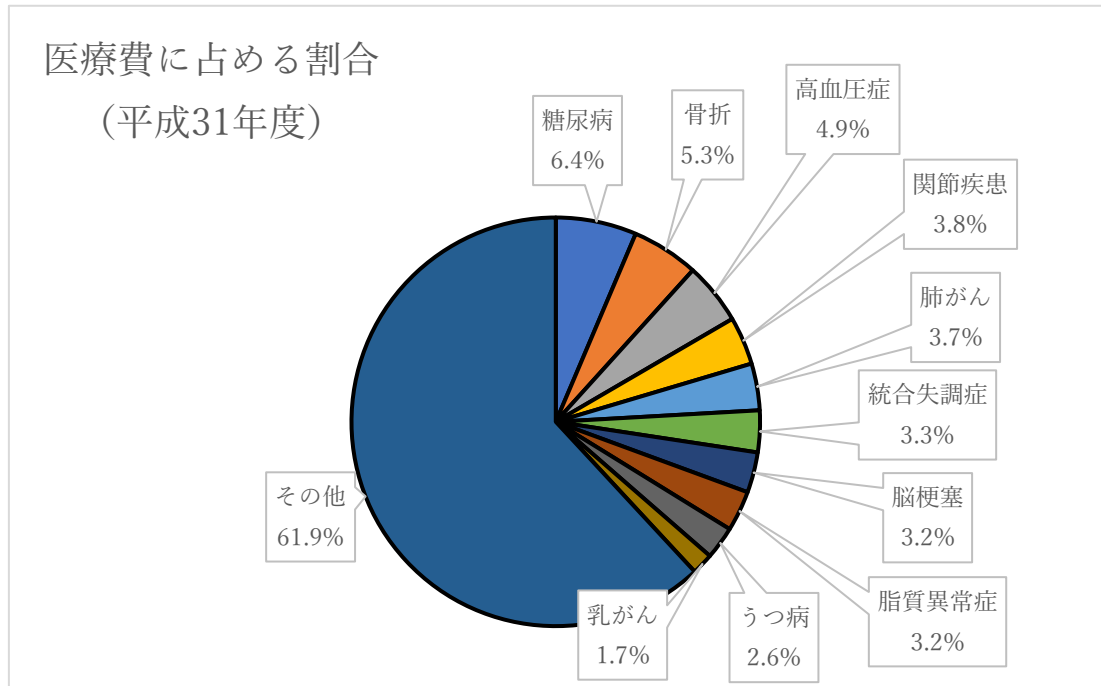
資料 KDB 市区町村別データ

### ○医療費に占める割合

添田町国民健康保険における、特定の疾病が医療費に占める割合については図表 3-3 のようになっており、1 位から 3 位までの間に生活習慣病が必ず入ってきている状態になっている。特に 1 位の糖尿病については、3 か年連続で首位となっており、占める割合も 6% 台を維持している。

図表 3-3 医療費に占める割合





資料 KDB 医療費分析 大、中、細小分類

#### ○第二期データヘルス計画における課題等

医療費の占める割合において糖尿病が1位という結果より、医療費の適正化や兼子寿命の延伸を達成するために、早急に行うべき事業は糖尿病性腎症重症化予防であると思われる。そのためには、対象者を選定し、適切な事業勧奨を行い事業の効果を上げなければならない。

そのためにも、特定健康診査及び保健指導については、受診率を向上させる必要がある。特に特定健康診査においては、町内で行う集団健診は受診率が高く、個人が田川医師会に所属する医療機関で受診する個別健診の受診率が伸び悩んでいるためその差を埋めることが課題としてあげられる。

また、受診者の年齢別においては40～50代の若年層における健診受診率が低いいため適切な勧奨を行い受診率の向上を図る必要がある。保健指導については、直営になったことにより受診率は向上したが、個別健診対象者の保健指導の受診率を上げるのが喫緊の課題となっている。

このことから、全体的な目標や中期的目標及び短期的目標を達成するためにも、実施体制に組み込まれている田川医師会との連携をさらに深めることが課題になってくると思われる。さらに、現状の短期的目標の一つである特定健康診査受診率については、医師会との連携や受診勧奨等を活用し目標達成に向けて努めるつもりではあるが目標数値の見直しをする必要があると思われる。

## 5. 第二期データヘルス計画の中間評価（個別事業の評価）

○事業名 特定健康診断

○事業内容（現状）

背景	<p>当町は、令和5年度における特定健診の受診率60%達成を目標としている。平成30年は38%、令和元年は40%と受診率自体は伸びているが、この伸び率では、令和5年度までに目標値の60%を達成することは困難だと思われる。令和元年度に行った、特定健診受診率向上対策の未受診者勧奨事業において、添田町が行っている特定健診の受診者について、集団健診は40歳代の受診率が低く、個別健診は受診数が少ないとの結果がでているため、今後被保険者の健康維持増進を図るためにも集団、個別健診ともに受診者数の増加するような施策を講じて受診率を高める必要がある。</p>
目的	<p>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目的とし、さらにメタボリックシンドロームに着目して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ことを目的として行うものである。</p>
具体的内容	<p>対象者：添田町国民健康保険加入の40歳～74歳          対象者数：1900人前後          実施方法：集団健診、個別健診、          未受診者情報収集事業（国保連と契約 2月ごろに同意書の送付）          実施期間：集団健診 6月、10月          個別健診 12月～1月（集団健診後未受診者に対して受診券送付）          費用：自己負担有 500円          受診勧奨：個別周知受診券同封案内、未受診者勧奨通知（年2回程度）          集団健診予約開始通知          ：ポピュレーション 広報による周知</p>
事業担当者	<p>保健師・事務職・その他（ 集団健診及び未受診者勧奨事業 すこやか健康事業団 個別健診 田川医師会）</p>
評価指標 目標値	<p>特定健診受診率          令和2年度：45%、令和3年度50%、令和4年度55%、令和5年度60%</p>



○事業実績

事業名	評価指標 (アウトカム・ アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標 判定	事業 判定
特定健康診査	(アウトカム) 特定健診 受診率目 標達成	60%	34.6%	平成 29 年度:34.2% 平成 30 年度:38.7% 令和元年度:40.9%	a	a
	(アウトプッ ト) 特定健診 受診率	25%増加 (毎年5% の増加)	0.1%	1 年目:4.5% 2 年目:2.2%	a	

○事業評価

要 因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
<p>平成 30 年度は、未受診者のパターン別に適した内容に変更したため効果が顕著に現れた。</p> <p>令和元年度も同じ内容の事業を行ったが初年度より効果が現れなかった</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40 歳代の若年層の集団健診の受診率が低迷しているのでその受診率を上げるためにどうすればよいかを検討する。</li> <li>・個別健診期間が近隣自治体より短いので期間延長を検討する。</li> </ul>

○事業評価に対する講評（国保連合会）

特定健康診断	アウトプット	・ 特定健診の受診率は上昇しているようです。個別健診の課題についての検討をすすめてください。田川医師会に働きかけ、連携を図ることも重要だと考えます。
	アウトカム	・ 仕事を退職して国保へ加入する新規加入者に対し、丁寧に受診勧奨することをお勧めします。
	総評	課題に「40～50 歳代の受診率が低い」ことが挙げられており、若年者の受診率を上げていくことは生活習慣病予防の観点から非常に重要なことではありますが、国保の特定健診対象者の60代以上は40代・50代に比べて2倍以上存在し、受診率全体への影響も大きいことを考慮すると、仕事を退職して国保へ新規加入する際に受診勧奨を徹底するなど、関係部署と連携して、チラシ配布のみに留まらない効率的な手法も検討されると良いのではないのでしょうか。

○今後の見直しと事業計画

現状	令和元年は40%と前年度と比較して受診率自体は伸びているが、令和5年度の目標値である60%とは20%の乖離がある。集団健診は40歳代の受診率が低く、個別健診は受診数が少ないため特定健診受診率全体が低い状況となっている。
具体的内容	<p>【受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・40代未受診者を対象とした、勧奨回数の増加の検討</li> </ul> <p>【個人向けインセンティブ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診とがん健診をセットで受診した場合の自己負担額軽減などの検討</li> </ul> <p>【個別健診】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診受診期間の延長を検討</li> </ul>
評価指標 目標値	<p>特定健診受診率</p> <p>令和2年度:38% (コロナウィルスの関係で受診率が低下する見込み)</p> <p>令和3年度:43%、令和4年度:47%、令和5年度:50%</p>
年度計画	<p>令和3年度</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 7月:集団健診受診後に未受診者勧奨</li> <li>② 10月:個別健診未受診者勧奨通知発送、町内医療機関個別健診受診案内の協力依頼</li> <li>③ 11月:個別健診開始</li> </ol>

#### ○見直し等について

まず、受診率については、毎年5%増は達成できてはいないが、年々上昇はしている。そのため、受診率維持向上のために受診勧奨は引き続き行う予定である。さらに、国保連合会からの指摘にあったとおり、退職時の国保加入者に対しての窓口での受診勧奨に努め、最も受診率増加が見込めそうな個別健診については、田川医師会や町内の医療機関と連携を図ることにより受診率が上昇するように努める。また、個別健診の受診期間を延ばすことにより個別健診を受けやすい環境を整備することを目指す。

しかしながら、現状のままでは、令和5年度の目標である60%を達成するのは困難であると思われるので、目標の見直しを行い、受診率を50%に設定したいと考えている。

#### ※指標などの判定について

A・・・改善している

a・・・改善しているが、最終評価では目標達成が難しい

B・・・変化なし

C・・・悪化している

D・・・評価困難

○事業名 特定健康保健指導

○事業内容（現状）

<p>背景</p>	<p>本町は直営実施で、令和5年度における特定保健指導の受診率は60%としている。平成30年度の受診率は51.4%であり、令和元年度は暫定値ではあるが50.0%に留まっており、目標値との乖離は10%となっている。</p> <p>個別健診受診者には動機付け支援レベル対象者のみ、受診した医師等が実施(田川医師会と契約)。</p> <p>集団健診受診者には本町保健師が実施しており、初回面接(結果説明含む)は、健診日と同数もしくは数日多く設定し、土日・時間外の開催など対象者が面接を受けやすいように対応している。対象者の抽出方法は健診機関が集計した階層化リストを基に優先順位はつけずに全対象者に個別案内通知を郵送し、対象者からの予約制にしている。予約がない対象者にはこちらから電話連絡を行う。積極的支援レベル対象者及び動機付け支援相当の対象者には初回面接時に結果説明および保健指導と今後の目標設定を行い、ひと月ごとの面接・電話連絡ののち、3～6か月頃に評価を行っている。動機付け支援レベル対象者には初回面接時に結果説明および保健指導を行い、3か月頃を目安に評価を行っている。</p>
<p>目的</p>	<p>メタボリックシンドロームの対象者に対し、内臓脂肪を減らすことで糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を行うことを目的とする。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>※対象者、方法、実施者等</p> <p>対象者:国民健康保険加入の40～74歳 対象者数:個別健診12人、集団健診65人前後</p> <p>実施方法:個別健診受診者;受診医療機関の医師等、集団健診;町保健師による面接・電話連絡による個別指導</p> <p>実施期間:春;7月～11月頃、夏;9月～1月頃、秋;11月～3月頃</p> <p>実施内容:個別による特定保健指導</p> <p>費用:無料</p> <p>受診勧奨:集団健診受診者には個別案内通知及び電話連絡</p> <p>実施場所:個別健診受診者;各医療機関、集団健診受診者;添田人材開発センター1階(健康対策係)多目的ルーム内</p>
<p>事業担当者</p>	<p>保健師・栄養士・その他(医師(個別健診受診者のみ))</p>
<p>評価指標 目標値</p>	<p>特定保健指導実施率 令和2年度:60%、令和3年度60%、令和4年度60%、令和5年度60%</p>

○事業実績（現状）

要 因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診会場で特定保健指導について説明をしていたため、個別案内通知後の予約がスムーズに行えた。</li> <li>・全く連絡取れず未受診となる者がいた。また、連絡が取れても指導拒否の者がいた。</li> <li>・初回面接の受診率は良いが、継続した面接は仕事の都合等で断られることがあり脱落者が一定数いた。</li> <li>・内服を開始した者には継続指導の可否について医師に伺いの通知を行ったため、評価まで保健指導を実施することができた。</li> <li>・個別健診受診者は特定健診を受診した医療機関の医師等が指導を行うため実施率が低い傾向にあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2年以上連続して特定保健指導未受診の者がいるため、直接会うことができる健診当日に前年度の結果を基に指導を行い、特定保健指導もしくは医療機関受診につなげる。</li> <li>・仕事の都合等で脱落する者に対して、電話連絡をこまめに行ったり、土日・時間外の日程を提案するなどの工夫を検討する。</li> <li>・個別健診契約医療機関に特定保健指導の実施について協力をお願いをする。</li> </ul>

○事業評価

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定
特定保健指導	(アウトカム)メタボ減少率	25%		平成 29 年度:0% 平成 30 年度:17%増加 令和元年度:0.9%減少	C	B
	(アウトプット)特定保健指導実施率	60%	48.7%	平成 29 年度:51.3% 平成 30 年度:51.4% 令和元年度:50.0%	B	

○事業評価に対する講評（国保連合会）

特 定	プロセス	・特定保健指導の脱落者の原因を分析し、減少させる工夫を図られてください。
保 健 指 導	総評	・保健指導を充実することで、健診受診の重要性を理解し、受診率向上につながると思われます。 特定保健指導の脱落者を減少させる工夫が必要です。また、メタボ減少率から医療機関や医師会との連携等も考えられます。

○今後の見直しと事業計画

現 状	令和元年度は暫定値ではあるが 50.0%に留まっており、目標値との乖離は10%となっている。個別健診受診者の特定保健指導受診率が低い傾向にあり、集団健診受診者の特定保健指導実施率は拒否者・脱落者が複数いる傾向にある。
具 体 的 内 容	<p>※新たな取り組み</p> <p>【連続した特定保健指導未受診者への対策】 健診当日に前年度の結果を基に指導を行い、特定保健指導の受診もしくは医療機関の受診を促す。</p> <p>【脱落者への対策】 継続した指導を土日・時間外に行う提案やこまめな電話連絡で継続の意欲を高めてもらう。</p> <p>【個別健診受診者の特定保健指導未受診への対策】 個別健診契約医療機関に特定保健指導の実施について協力をお願いをする。</p>
評 価 指 標 目 標 値	<p>特定保健指導実施率</p> <p>令和2年度:60%、令和3年度 60%、令和4年度 60%、令和5年度 60%</p>
年 度 計 画	<p>【令和3年度】</p> <p>①6月・10月:健診当日に連続して特定保健指導未受診の者に前年度の結果を基に指導を行う。</p> <p>②7～8月及び11～12月:特定保健指導対象者へ保健指導実施日の案内通知</p> <p>③7～3月:特定保健指導の実施・評価</p> <p>④11月頃:個別健診契約医療機関に特定保健指導の実施についてお願いの挨拶回りをを行う。</p>

○見直し等について

- ・ 集団健診受診者には、健診当日面談を行い特定保健指導について説明する。
- ・ 対象者が来所しやすい時間帯や曜日に設定できるようにする。
- ・ 来所できない方には、訪問で行う。

○事業名 糖尿病性腎症重症化予防

○事業内容（現状）

背景	<p>本町の平成30年度人工透析患者数は1名、平成31年度も1名と増加はしていないが、糖尿病性腎症である。令和元年度の健診結果では、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・腎症2期以下で糖尿病あり 184名</li> <li>・腎症3期で糖尿病あり 8名</li> <li>・腎症4期で糖尿病あり 1名 であった。</li> </ul> <p>また健診未受診でレセプトに糖尿病ありは327人、その内治療中断者は14人であった。</p> <p>健診有所見のHbA1c7.0%以上の割合は、平成30年度4.9%、平成31年度8.8%と増加しており、合併症などの重症化予防を図る必要がある。</p>
目的	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対して、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化リスクの高い者に対して、主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。</p>
具体的内容	<p>※対象者、方法、実施者等          〈田川地区CKD・糖尿病予防システム〉          対象者：健診結果のHbA1c6.5以上、eGFR60未満、尿たんぱく（+）以上、尿潜血（2+）以上が1つでも該当した者          方法：個別面談、電話等</p> <p>① 対象者へCKD・糖尿病予防連携システム連絡票について説明し1次医療機関（かかりつけ医）への受診勧奨、保健指導を行う。H30年度：179人 R元年度：184人</p> <p>② 受診した連絡票は、医療機関から町へ返書され、保健指導項目の必要に<input checked="" type="checkbox"/>の人に再度保健指導を実施する。          H30年度：8人 R元年度：4人</p>
事業担当者	<p>保健師 ・ 栄養士 ・ 事務職</p>
評価指標目標値	<p>新規人工透析患者数          令和2年度：0人、令和3年度：0人、令和4年度0人、令和5年度0人</p> <p>健診受診者のHbA1c8.0以上の減少          令和2年度：2.0%、令和3年度：1.8%、令和4年度1.6%、令和5年度1.4%</p>



○事業実績（現状）

事業名	評価指標（アウトカム・アウトプット）	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定
糖尿病性腎症重症化予防	（アウトカム） 新規人工透析患者数	0人	平成29年度 1人	29年度：1人 30年度：1人 31年度：1人	B	B
	（アウトカム） 受診につながった割合	90%	平成30年度 56%	30年度：56% 31年度：64%	B	
	（アウトプット） 受診勧奨割合	100%	平成30年度 61%	30年度：61% 31年度：84%	B	

○事業評価

要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨を集団健診だけでなく個別健診対象者にも実施したことで受診勧奨割合は伸びた。</li> <li>・受診勧奨をおこなった人の中で連絡票を持って受診はしているものの返信につながっていない人がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨を行った後1か月経っても連絡票の返信がない人に連絡し受診の有無と連絡票を持参したか確認をとる。受診してない人には、再度受診勧奨を行う。</li> </ul>

○事業評価に対する講評（国保連合会）

糖 尿 病 性 腎 症 重 症 化 予 防	ストラクチャー	健診未受診者で糖尿病の既往歴がある方については、田川医師会とも連携し、治療中断とならないようにすすめて下さい。
	アウトカム	・医療機関とも連携を図り、糖尿病治療者の方の状況把握することが必要だと感じます。
	総評	・健診未受診者で糖尿病の既往歴がある方の、治療中断者には、関係機関との連携が必要ではないでしょうか。 ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者に対して、まず、医療機関を受診していただくことが目標だと考えられます。

○今後の見直しと事業計画

現 状	平成 31 年度新規人工透析患者数は 1 名であった。新規患者のほとんどが基礎疾患として糖尿病を持っており、健診受診歴がない。
具体的内容	〈田川地区 CKD・糖尿病予防システム〉 対象者:健診結果、HbA1c6.5 以上、eGFR60 未満、尿たんぱく(+)以上、尿潜血(2+)以上 方 法:個別面談、電話等 実施者:保健師、管理栄養士 ① 対象者へ CKD・糖尿尿予防連携システム連絡票について説明し 1 次医療機関(かかりつけ医)への受診勧奨、保健指導を行う。 ② 受診した連絡票は、医療機関から町へ返書され、保健指導項目の必要に☑の人に再度保健指導を実施する。
評価指標 目標値	新規人工透析患者数 令和 2 年度:0人、令和 3 年度:0人、令和 4 年度 0 人、令和 5 年度 0 人 健診受診者の HbA1c8.0 以上の減少 令和 2 年度:2.0%、令和 3 年度:1.8%、令和 4 年度 1.6%、令和 5 年度 1.4%
年度計画	【令和 3 年度】 ① 6月下旬 :6月健診の結果から対象者抽出 ② 7月、8月 :結果説明会(受診勧奨) ③ 9月～11月 :受診確認及び保健指導 ④ 10月下旬 :10月健診の結果から対象者抽出 ⑤ 11月、12月 :結果説明会(受診勧奨)

	⑥ 1月～3月 :保健指導
	⑦ 2月 :個別健診から対象者抽出
	⑧ 2月下旬 :個別に受診勧奨

○見直し等について

- ・連絡票の返信が1か月以上経ってもない場合は、電話・文書・訪問等による再受診勧奨を行う
- ・KDB や糖尿病管理台帳を活用し治療中断者や未受診者を抽出し受診勧奨を行う