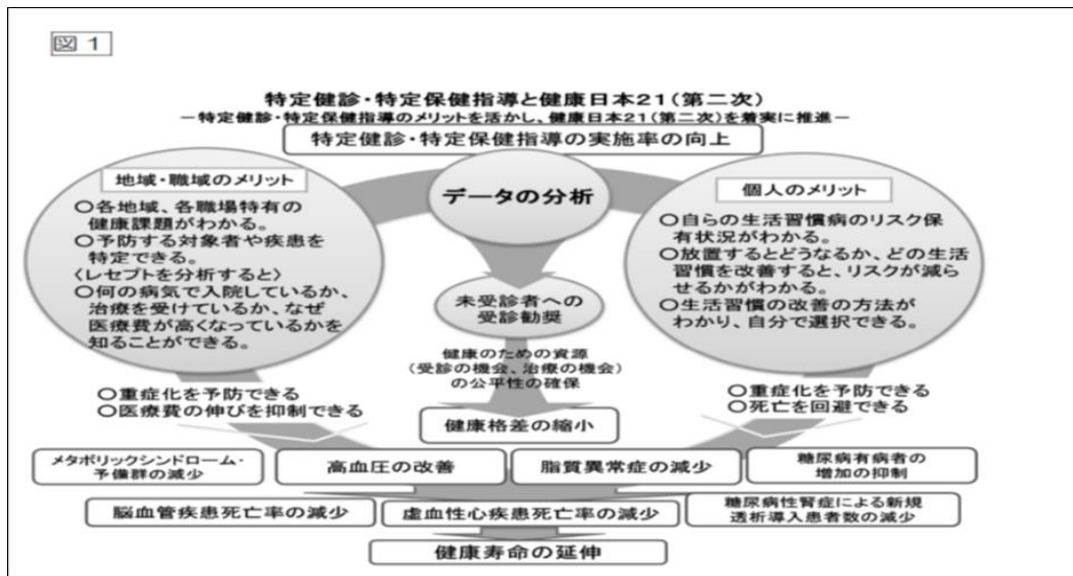


中標津町国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）中間評価

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PDC 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中標津町国民健康保険の財政基盤強化を図ることを目的として「中標津町国民健康保険 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」より抜粋

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。

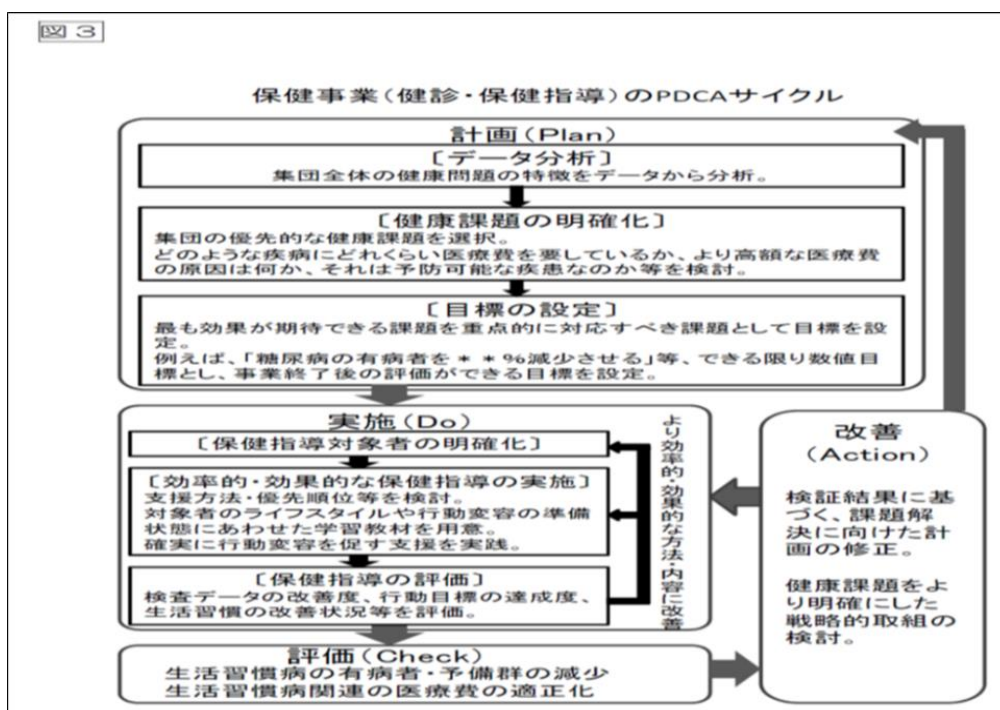
1 中間評価の方法

保険者は、健診・医療情報を活用してPDC 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。中間評価については、北海道や中標津町国保運営協議会、北海道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)



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、短期目標の進捗状況

計画で示した中長期目標・短期目標について、平成28年度（計画策定時に使用したデータ）から令和2年度までの経過を評価しました。

単年度での評価が難しいものに関しては、計画期間前の平成28年度～平成29年度の平均値と計画期間である平成30年度～令和2年度の平均値で評価をしました。

※1 改善状況：H28からR2が改善しているものは↑、悪化しているものは↓（改善率±5%以上の変動は太文字）

※2 達成状況：A（目標を達成）、B（目標を達成していないが、H28からR2の改善率が5%以上改善）、C（H28からR2の改善率が5%未満、横ばい）、D（H28からR2の改善率が悪化）

(1) 中長期目標

① 虚血性心疾患、脳血管疾患を発症する人の減少

虚血性心疾患により高額な医療費がかかる人、そのうち70歳未満の患者数については、平成28年度と比較しともに増加しておりますが、経年で平均してみると、減少しているといえます。

脳血管疾患により高額な医療費がかかる人の数は平成28年度と比較し減少していますが、70歳未満は増加傾向です。

（様式1-1 KDB_No.10）

指標	経過					改善状況 ※1	達成状況 ※2	目標値 R5
	H28	H29	H30	R1	R2			
虚血性心疾患で高額な医療となる患者数 【70歳未満の件数】	9人 【7件】	14人 【16件】	9人 【10件】	3人 【4件】	14人 【15件】	↑ 【↑】	A 【A】	減少
平均値	11.5人 【11.5件】		8.7人 【9.7件】					
脳血管疾患で高額な医療となる患者数 【70歳未満の件数】	12人 【9件】	6人 【6件】	4人 【9件】	4人 【5件】	7人 【11件】	↑ 【↓】	A 【D】	減少
平均値	9人 【7.5件】		5人 【8.3件】					

② 慢性腎臓病が重症化する人の減少

糖尿病性腎症の新規患者数は平成 28 年度と比較し減少しておりますが、人工透析新規患者数については増加傾向です。

(KDB 医療費分析(1) 細小分類)

指標	経過					改善 状況 ※1	達成 状況 ※2	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
患者千人あたりの糖尿病性腎症新規患者数	0.335 人	0.424 人	0.372 人	0.350 人	0.298 人	↑	A	減少
平均値	0.38 人		0.34 人					
患者千人あたりの人工透析新規患者数	0.067 人	0.071 人	0.112 人	0.117 人	0.255 人	↓	D	減少
平均値	0.069 人		0.484 人					

下記の人工透析患者の状況を経年的に見てみると、ばらつきはあるものの、人工透析における費用額は減少傾向にあります。透析患者の合併症では、糖尿病性腎症と脳血管疾患が半数を占めています。

(様式 3-7 KDB_No.19、様式 2-2 KDB_No.12、医療費分析(1) 細小分類)

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28	人数	14人	8人 57.1%	6人 42.9%	9人 64.3%
	件数	192件	101件 52.6%	73件 36.3%	107件 53.2%
	費用額	7,757万円	4,053万円 52.2%	2,044万円 26.4%	4,145万円 53.4%
H29	人数	14人	8人 57.1%	3人 21.4%	7人 50.0%
	件数	153件	84件 54.9%	41件 26.8%	75件 49.0%
	費用額	7,182万円	3,547万円 49.4%	2,148万円 29.9%	3,594万円 50.0%
H30	人数	11人	7人 63.6%	2人 18.2%	4人 36.4%
	件数	137件	73件 53.3%	35件 25.5%	54件 39.4%
	費用額	5,359万円	3,278万円 61.2%	1,428万円 26.6%	2,483万円 46.3%
R1	人数	10人	5人 50.0%	5人 50.0%	4人 40.0%
	件数	137件	65件 47.4%	74件 54.0%	52件 38.0%
	費用額	5,364万円	2,601万円 48.5%	3,024万円 56.4%	1,904万円 35.5%
R2	人数	11人	6人 54.5%	5人 45.5%	4人 36.4%
	件数	126件	65件 51.6%	63件 50.0%	47件 37.3%
	費用額	6,525万円	3,625万円 55.6%	2,668万円 40.9%	2,358万円 36.1%

③ 入院費用の減少

入院費用については、平成 28 年度と比較し減少傾向にあります。

(KDB 同規模保険者比較)

指標	経過					改善 状況	達成 状況	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
入院医療費	6 億 7,695 万円	7 億 5,804 万円	6 億 9,473 万円	6 億 9,100 万円	6 億 6,391 万円	↑	A	減少
平均値	7 億 1,750 万円		6 億 8,321 万円					

④ 生活習慣病で亡くなる人の減少

心疾患の SMR について、女性は若干減少していますが、男性は増加傾向です。

脳血管疾患の SMR については、男女とも増加傾向であり、生活習慣病で亡くなる人は依然として多いといえます。

(北海道における主要死因の概要)

指標	経過		改善 状況	達成 状況	目標値
	H18~H27	H22~R1			R5
心疾患の SMR(標準化死亡比)	男性 106.4 女性 124.8	男性 117.7 女性 120.3	↓ ↑	D C	低下
脳血管疾患の SMR(標準化死亡比)	男性 103.6 女性 119.1	男性 115.0 女性 128.5	↓ ↓	D D	低下

(2) 短期的な目標

① 高血圧の重症化予防対象者の割合の減少

令和元年度までは減少傾向にありましたが、令和 2 年度は 7.4%と増加しています。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症に伴う健診受診控え等もあり大きく受診数が減少しているため、評価は難しいですが、高血圧の重症化予防を引き続き強化して実施していく必要があります。

(ヘルスラボツール 集計ツール 法定報告値と異なる)

指標	経過					改善 状況	達成 状況	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧 以上となる者の割合	6.6%	6.2%	5.3%	5.7%	7.4%	↑	B	5%
平均値	6.4%		6.1%					

② 喫煙率の減少

喫煙率は平成 28 年度と比較し減少傾向ではありますが、目標値に達してはならず引き続き禁煙対策は必要です。

(KDB 質問票調査の状況)

指標	経過					改善 状況	達成 状況	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
特定健診質問票調査の 喫煙率	19.3%	16.9%	16.8%	16.4%	16.1%	↑	B	15%
平均値	18.1%		16.4%					

③ 特定健診受診率の向上

令和元年度まで受診率は向上しており、令和元年度の目標値を達成しています。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、受診率は低下しています。引き続き未受診者対策を実施し受診率の向上を目指します。

(法定報告)

指標	経過					改善 状況	達成 状況	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
特定健診受診率	23.7%	26.4%	29.6%	30.8%	24.1%	↑	B	60%
平均値	25.1%		28.2%					

④ 特定保健指導率の向上

平成 28 年度と比較すると特定保健指導の対象者の減少率は改善傾向にありますが、特定保健指導終了率は減少しており目標値には達してならず、今後も特定保健指導実施体制の強化が必要です。

(法定報告)

指標	経過					改善 状況	達成 状況	目標値
	H28	H29	H30	R1	R2			R5
特定保健指導終了率	17.4%	21.8%	19.3%	19.7%	14.7%	↓	D	60%
平均値	19.6%		17.9%					
特定保健指導の対象者の減少率	17.1%	18.1%	17.7%	21.9%	19.4%	↑	B	25%
平均値	17.6%		19.7%					

2 保健事業の評価と課題

保健事業について、プロセス・アウトプット・アウトカム・ストラクチャーの視点に基づき評価を行いました。

(1) 受診率向上対策

取組状況(プロセス)			
平成 30 年度	<ul style="list-style-type: none"> ● みなし健診(町立中標津病院内科通院中の方を対象)の実施開始 特定健診に必須となる内容が受診時の採血等で実施されている場合、その結果を受け取ることで特定健康診査を実施したとみなす、みなし健診を実施。 ● 特定健診と 5 がん検診を 1 日で受診可能な日数を 3 日間に増加 ● 人間ドック委託機関の拡大 新たに釧路がん検診センターでの受け入れを開始。 ● 自動予約制度開始 集団健診受診者に対し、次年度の健診申し込みを受け付ける体制を構築。 ● 特定健診受診券封筒を目立たせる工夫 「無料受診券」の印鑑を作成し、受診券を見てもらえるような工夫を行う。 		
令和元年度	<ul style="list-style-type: none"> ● なかなか健康なかしべつポイント事業の開始 検診の受診や運動施設の利用等の健康づくりへの取り組みに対してポイント付与をする。 ● 特定健診と 5 がん検診を 1 日で受診可能な日数を 4 日間に増加 		
令和 2 年度	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診受診率向上支援等共同事業の参加 北海道国保連合会が行う共同事業に参加し、株式会社キャンサーズキャンによるAIに基づく健診勧奨ハガキを未受診者に送付する。 		
体制・システムの構築(ストラクチャー)			
<ul style="list-style-type: none"> ● 健康かるて(地域健康支援システム)の導入・結核予防会問診票発送委託(R2 年度～) 地域健康支援システムを導入・問診票発送業務を委託することで、事務量の軽減につながり人員の確保につながった。 ● 感染症対策を強化したうえでの健診実施(R2 年度～) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、下記の通り感染症対策を強化。 			
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>感染症対策実施内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診に係る新型コロナウイルス感染防止対策実施指針の作成 ・ 健診に従事するスタッフの体調管理・感染症対策の徹底 ・ 健診予約人数の制限 ・ 健診中の消毒・換気の実施、健診受診者への体調確認 </td> </tr> </tbody> </table>		感染症対策実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診に係る新型コロナウイルス感染防止対策実施指針の作成 ・ 健診に従事するスタッフの体調管理・感染症対策の徹底 ・ 健診予約人数の制限 ・ 健診中の消毒・換気の実施、健診受診者への体調確認
感染症対策実施内容			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診に係る新型コロナウイルス感染防止対策実施指針の作成 ・ 健診に従事するスタッフの体調管理・感染症対策の徹底 ・ 健診予約人数の制限 ・ 健診中の消毒・換気の実施、健診受診者への体調確認 			
事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)			
<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診受診率(特定健診受診率については、6 ページ③参照) 令和元年度まで年々上昇しており 30%を超えたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えや健診中止等が影響し、受診率は低下。感染症対策を実施し、安心・安全して受診できる体制の構築が必要。 			

●特定健診専門員による健診電話勧奨

平成 30 年度には自動予約制度の開始・令和 2 年度には特定健診受診率向上支援等共同事業の開始に伴い、対象者は減少しているが勧奨したうち約半数の方から申し込みがあり、一定の効果が得られている。

	対象者	勧奨実施状況	実施率
H30年度	648 人	648 名のうち、304 名 (46.9%) から申し込みあり (在宅 329 名、不在 159 名、家族へ説明 160 名)	100%
R1年度	277 人	277 名のうち、130 名 (46.9%) から申し込みあり (在宅 86 名、不在 8 名、家族へ説明 36 名)	100%
R2年度	152 人	105 名のうち、78 名 (74.3%) から申し込みあり (在宅 42 名、不在 10 名、家族へ説明 26 名)	69.1%

●特定健診受診率向上支援等共同事業(令和 2 年度 新規事業)

北海道国保連合会が実施主体となる特定健診受診率向上支援等共同事業に参加し、特定健診受診勧奨業務を行っている。AI を活用し対象者の特定に合わせた受診勧奨内容の送り分けなど、近年受診していない方からの反応もあり効果が見られている。

実施内容	発送数
健診案内チラシの送付(特定健診受診券送付時)	3,887 通
特定健診未受診者ハガキの送付(10 月) ※当初 2 回送付予定であったが、新型コロナウイルスの影響により 1 回へ変更	2,864 通

(2) 特定保健指導

取組状況(プロセス)	
平成 30 年度	●健診当日の特定保健指導の実施
事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)	
●特定保健指導終了率(6 ページ④参照)	
●特定保健指導の対象者の減少率(6 ページ④参照)	

(3) 一般保健指導

取組状況(プロセス)	
平成 30 年度	<p>●禁煙教室の実施 平成 30 年度のみ実施。その後は喫煙者に対する個別の禁煙指導に取り組んでいる。</p> <p>●特定健診と 5 がん検診を 1 日で受診可能な日数を 3 日間に増加(再掲)</p> <p>●5 がん検診個別勧奨 初年度は 42~45 歳の男女を対象に勧奨文書を送付。肝炎クーポンを除く 40~69 歳までを対象に毎年 4 学年ごとに勧奨実施している。(令和 3 年度は 57~60 歳)</p>

令和 2 年度

●個別健診でもがん検診を受けられる体制の構築

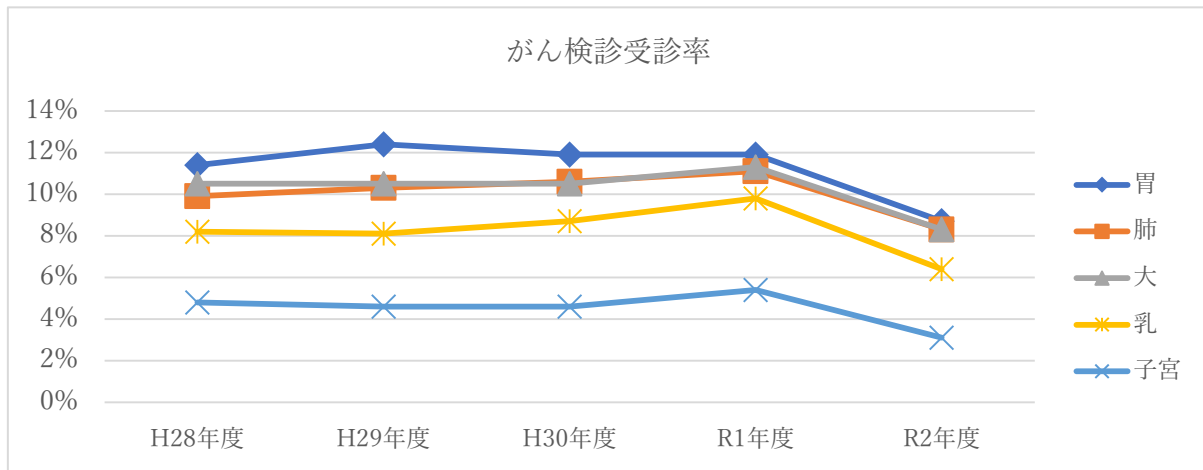
町立中標津病院で胃・肺・大腸がん検診の受診が可能となる。

事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)

●喫煙率(6 ページ②参照)

●がん検診受診率

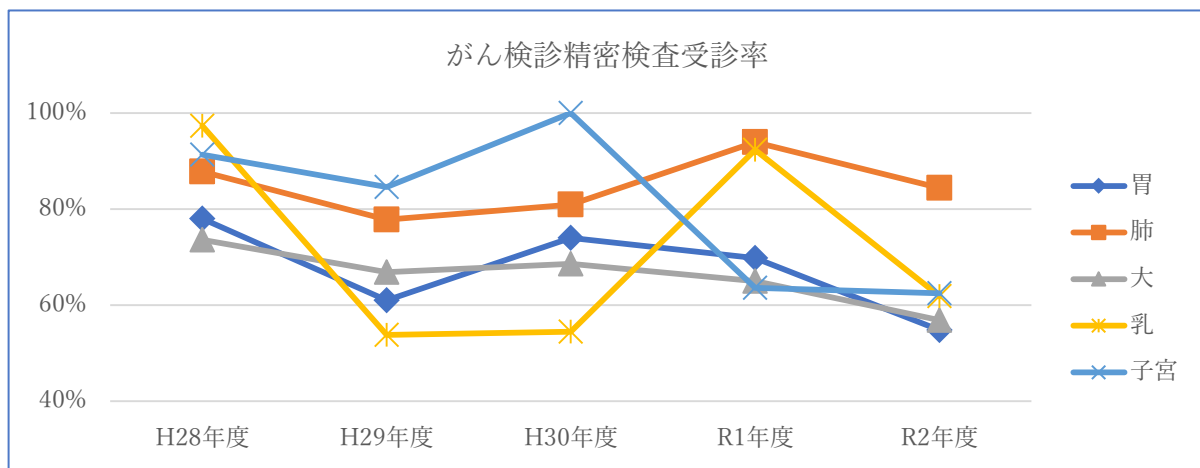
がん検診については、平成 28 年度以降 5 がんとも横ばいとなっていたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の流行による受診を控えたり健診中止等が影響し、受診率は低下。



出典：保健活動事業報告

●がん検診精密検査受診率推移

がん検診受診率と同様にがん検診精密検査受診率も低下。がんによる死亡を防ぐためにも受診率・精密検査受診率の向上につながる対策が必要。



出典：保健活動事業報告

●がん検診個別勧奨実施状況

	H30 年度	R1 年度	R2 年度
勧奨対象者 ※肝炎無料受診券対象者は除く	40～45 歳の方	47～50 歳の方	52～55 歳の方
勧奨発送数	1,342 通	1,295 通	1,094 通

(4) 重症化予防対策・医療機関との連携

取組状況(プロセス)																																															
令和元年度	<p>●糖尿病連携手帳の活用</p> <p>糖尿病重症化リスクの高い方を対象に糖尿病連携手帳を活用し、他機関との連携体制を構築。</p>																																														
令和2年度	<p>●糖尿病性腎症重症化予防対策の実施</p> <p>本町の実態を踏まえ糖尿病・高血圧に重点をおいて保健指導を実施。</p> <p>●血圧手帳の活用</p> <p>適切な血圧値を把握、保健指導を実施し必要な治療を受けられるような体制を構築。</p>																																														
体制・システムの構築(ストラクチャー)																																															
<p>●保健指導実施体制の構築</p> <p>担当者間で本町の実態と重症化予防対策の方向性の共有、保健指導マニュアルを作成し、統一した保健指導を実施できる体制の構築。</p>																																															
事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)																																															
<p>●重症化予防対象者の支援状況</p>																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">重症化予防対象者(令和2年度)</th> <th>R2 実績</th> <th>ガイドライン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">★糖尿病</td> <td>対象者</td> <td>①糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上 ②糖尿病治療中で、HbA1c 7.0%以上</td> <td rowspan="2">対象者69人 支援実施数 29人 (42.0%)</td> <td rowspan="2">糖尿病治療 ガイド 2016～2017</td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>①受診勧奨の手紙送付。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。 ②受診状況を確認。糖尿病連携手帳を活用し医療機関との連携を図る。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">★高血圧</td> <td>対象者</td> <td>Ⅱ度高血圧以上(160～/100～mmHg)</td> <td rowspan="2">対象者83人 支援実施数 37人 (44.6%)</td> <td rowspan="2">高血圧治療 ガイドライン 2019</td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>血圧手帳を配布し、家庭血圧測定をすすめる。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">慢性 腎臓病</td> <td>対象者</td> <td>CKD専門医基準(ヘルスラポソールの取扱いに準ずる) ①尿蛋白(+)以上 ②尿蛋白(±)かつeGFR60未満 ③eGFR45未満(40歳未満は60未満) ④尿蛋白(±)かつ尿潜血(+)以上</td> <td rowspan="2">対象者49人 支援実施数 13人 (26.5%)</td> <td rowspan="2">CKD診療 ガイド 2018</td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">心電図</td> <td>対象者</td> <td>心房細動</td> <td rowspan="2">対象者13人 支援実施数 5人 (38.5%)</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">脂質 異常症</td> <td>対象者</td> <td>LDL 180mg/dl以上 中性脂肪 300mg/dl以上</td> <td rowspan="2">対象者71人 支援実施数 25人 (35.2%)</td> <td rowspan="2">動脈硬化性疾患 予防ガイドライン 2017年版</td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">メタボ</td> <td>対象者</td> <td>下記の内容が2項目以上該当 ①中性脂肪 150mg/dl以上またはHDL 40mg/dl以下 または内服 ②血圧 収縮期130mmHg以上、拡張期85mmHg以上 または内服 ③空腹時血糖値 110mg/dl以上 または内服</td> <td rowspan="2">対象者149人 支援実施数 46人 (30.9%)</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>アプローチ</td> <td>精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。</td> </tr> </tbody> </table>		重症化予防対象者(令和2年度)		R2 実績	ガイドライン	★糖尿病	対象者	①糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上 ②糖尿病治療中で、HbA1c 7.0%以上	対象者69人 支援実施数 29人 (42.0%)	糖尿病治療 ガイド 2016～2017	アプローチ	①受診勧奨の手紙送付。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。 ②受診状況を確認。糖尿病連携手帳を活用し医療機関との連携を図る。	★高血圧	対象者	Ⅱ度高血圧以上(160～/100～mmHg)	対象者83人 支援実施数 37人 (44.6%)	高血圧治療 ガイドライン 2019	アプローチ	血圧手帳を配布し、家庭血圧測定をすすめる。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。	慢性 腎臓病	対象者	CKD専門医基準(ヘルスラポソールの取扱いに準ずる) ①尿蛋白(+)以上 ②尿蛋白(±)かつeGFR60未満 ③eGFR45未満(40歳未満は60未満) ④尿蛋白(±)かつ尿潜血(+)以上	対象者49人 支援実施数 13人 (26.5%)	CKD診療 ガイド 2018	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。	心電図	対象者	心房細動	対象者13人 支援実施数 5人 (38.5%)		アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。	脂質 異常症	対象者	LDL 180mg/dl以上 中性脂肪 300mg/dl以上	対象者71人 支援実施数 25人 (35.2%)	動脈硬化性疾患 予防ガイドライン 2017年版	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。	メタボ	対象者	下記の内容が2項目以上該当 ①中性脂肪 150mg/dl以上またはHDL 40mg/dl以下 または内服 ②血圧 収縮期130mmHg以上、拡張期85mmHg以上 または内服 ③空腹時血糖値 110mg/dl以上 または内服	対象者149人 支援実施数 46人 (30.9%)		アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。
重症化予防対象者(令和2年度)		R2 実績	ガイドライン																																												
★糖尿病	対象者	①糖尿病未治療で、HbA1c 6.5%以上 ②糖尿病治療中で、HbA1c 7.0%以上	対象者69人 支援実施数 29人 (42.0%)	糖尿病治療 ガイド 2016～2017																																											
	アプローチ	①受診勧奨の手紙送付。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。 ②受診状況を確認。糖尿病連携手帳を活用し医療機関との連携を図る。																																													
★高血圧	対象者	Ⅱ度高血圧以上(160～/100～mmHg)	対象者83人 支援実施数 37人 (44.6%)	高血圧治療 ガイドライン 2019																																											
	アプローチ	血圧手帳を配布し、家庭血圧測定をすすめる。 精密検査受診した方に電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 健診結果2か月後精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。																																													
慢性 腎臓病	対象者	CKD専門医基準(ヘルスラポソールの取扱いに準ずる) ①尿蛋白(+)以上 ②尿蛋白(±)かつeGFR60未満 ③eGFR45未満(40歳未満は60未満) ④尿蛋白(±)かつ尿潜血(+)以上	対象者49人 支援実施数 13人 (26.5%)	CKD診療 ガイド 2018																																											
	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。																																													
心電図	対象者	心房細動	対象者13人 支援実施数 5人 (38.5%)																																												
	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。																																													
脂質 異常症	対象者	LDL 180mg/dl以上 中性脂肪 300mg/dl以上	対象者71人 支援実施数 25人 (35.2%)	動脈硬化性疾患 予防ガイドライン 2017年版																																											
	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。																																													
メタボ	対象者	下記の内容が2項目以上該当 ①中性脂肪 150mg/dl以上またはHDL 40mg/dl以下 または内服 ②血圧 収縮期130mmHg以上、拡張期85mmHg以上 または内服 ③空腹時血糖値 110mg/dl以上 または内服	対象者149人 支援実施数 46人 (30.9%)																																												
	アプローチ	精密検査受診した方や治療中の方の場合、電話や訪問等で受診状況など確認、保健指導実施。 精密検査未受診の場合は受診勧奨実施。																																													

●重症化予防対象者の年次変化

重症化予防対象者は増加傾向のため、さらなる重症化予防対策の強化が必要。

糖尿病においては、糖尿病型に該当している未治療の方、治療中ではあるがコントロール不良の方が増加傾向である。

高血圧においては、依然としてⅡ度高血圧以上の人の割合が高い現状がある。その他、重症化予防対象者の割合が多い脂質異常症（LDL-C）やメタボリックシンドローム該当の方に対しての保健指導も重要。

ガイドライン	健康課題	健診結果	重症化予防対象者 (受診者中の割合)			未治療者 (未治療者に占める割合)					
			H28	R1	R2	H28	未治療者	R1	未治療者	R2	未治療者
高血圧治療ガイドライン (日本高血圧学会)	高血圧症	Ⅱ度高血圧症以上	64人 (6.7%)	63人 (5.7%)	62人 (7.3%)	34人 (4.7%)	717人	37人 (4.8%)	764人	30人 (5.0%)	606人
脳卒中治療ガイドライン (脳卒中合同ガイドライン委員会)	心房細動	心房細動	8人 (0.8%)	10人 (0.9%)	9人 (1.1%)	1人 (0.2%)	643人	4人 (0.6%)	649人	5人 (0.7%)	714人
動脈硬化性疾患予防ガイドライン (日本動脈硬化学会)	脂質異常症	LDL-C 180mg/dl	61人 (6.4%)	68人 (6.2%)	56人 (6.6%)	56人 (7.0%)	804人	65人 (7.2%)	901人	53人 (7.8%)	680人
		中性脂肪 300mg/dl	19人 (2.0%)	17人 (1.5%)	6人 (0.7%)	13人 (1.6%)		15人 (1.7%)		4人 (0.6%)	
メタボリックシンドロームの定義と診断基準	メタボリックシンドローム	メタボ該当者 (2項目以上)	129人 (13.4%)	143人 (13.0%)	122人 (14.3%)	45人 (7.0%)	643人	28人 (4.3%)	649人	20人 (2.8%)	714人
糖尿病治療ガイド (日本糖尿病学会)	糖尿病	HbA1c 6.5%以上 (治療者7.0%以上)	28人 (2.9%)	59人 (5.4%)	58人 (6.8%)	12人 (1.3%)	909人	29人 (2.8%)	1,019人	27人 (3.4%)	786人
CKD診療ガイド (日本腎臓学会)	慢性腎臓病	専門医紹介基準対象	30人 (3.1%)	46人 (4.2%)	37人 (4.3%)	16人 (2.5%)	643人	13人 (2.0%)	649人	8人 (1.1%)	714人
重症化予防対象者合計 (実人数)			254人 (26.5%)	319人 (29.1%)	266人 (31.3%)	123人 (19.1%)	643人	132人 (20.3%)	649人	103人 (14.4%)	714人

出典：ヘルスラボツール 健診結果集計ツール（法定報告値で集計）を使用して作成

※未治療者に関しては、問診結果より抽出。高血圧・脂質異常症・糖尿病以外の項目は、3疾患いずれも治療していない人数とするため重複あり

・特定健診受診者で糖尿病治療中の方のコントロール状況

	A.受診者	B.糖尿病型(B/A)	C.治療中(C/B)	D.治療中でコントロール不良(D/C)
H28	960人	73人(7.6%)	51人(69.9%)	27人(52.9%)
R1	1,098人	116人(10.6%)	79人(68.1%)	41人(51.9%)
R2	851人	103人(12.1%)	65人(63.1%)	38人(58.5%)

出典：ヘルスラボツール 健診結果集計ツール（法定報告値で集計）を使用して作成

(5) 重複・多受診者、重複投与者に対する取り組み

取組状況(プロセス)				
<p>●対象者抽出・訪問指導</p> <p>国保連合会から提供される重複受診・多受診者リストからレセプトを確認して対象者を抽出。文書通知後、保健師・看護師による訪問指導を実施。</p>				
事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)				
<p>●訪問指導実施数</p> <p>リストよりレセプトを確認して対象者を抽出しているが、実際は診療科が異なり重複受診ではなかったり、一時的な受診であったりなどのケースが多く、5名程度の対象となっている。実際に訪問指導をした際もレセプトとは異なる診療科であることもあり、より効果が得られるための対象抽出が必要。</p>				
	実績	H30 年度	R1 年度	R2 年度
	訪問数	5 人	5 人	5 人
	効果が得られた数	4 人	1 人	1 人
	内容 ※複数該当あり	重複受診 1 人 多受診 4 人	重複受診 5 人 多受診 1 人 重複投薬 4 人	多受診 4 人

(6) 後発医薬品の促進

取組状況(プロセス)				
<p>●ジェネリック医薬品利用促進・差額通知の実施</p> <p>被保険者証一斉更新時にジェネリック医薬品の希望シール、パンフレットを同封。 ジェネリック医薬品利用差額通知を年 2 回対象者へ送付</p>				
事業の実施・成果(アウトプット・アウトカム)				
<p>●対象者への差額通知発送件数</p> <p>国保連合会にてレセプトより対象者を抽出し年 2 回(10 月・2 月)差額通知書は発送</p>				
	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度
通知件数	346 通	375 通	331 通	333 通
<p>●ジェネリック医薬品普及率</p>				
	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度
普及率 (数量ベース)	71.3%	71.6%	75.1%	76.8%

(7) その他

取組状況(プロセス)	
<p>●健診受診者の対象拡大(平成 30 年度～)</p> <p>20 歳以上から 18 歳以上に変更となった。</p>	
体制・システムの構築(ストラクチャー)	
<p>●高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携</p>	

第4章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1 成果目標の設定

中間評価の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標・中長期目標の達成を目指します。また、短期目標においては、保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、新たに「糖尿病の重症化予防対象者の割合の減少」の目標を追加しました。

目 標		初期値 平成 28 年度	現状値 令和 2 年度	目標値 令和 5 年度
【データの把握方法】 指標				
中 長 期 的 目 標	① 虚血性心疾患、脳血管疾患を発症する人の減少 【様式 1-1 KDB_No.10】 ・虚血性心疾患で高額な医療となる患者数 （70歳未満の件数） ・脳血管疾患で高額な医療となる患者数 （70歳未満の件数）	9 人 （7 件） 12 人 （9 件）	14 人 （15 件） 7 人 （11 件）	減少
	② 慢性腎臓病が重症化する人の減少 【KDB 医療費分析(1)細小分類】 ・患者千人あたりの糖尿病性腎症新規患者数 ・患者千人あたりの人工透析新規患者数	0.335 人 0.067 人	0.298 人 0.255 人	減少
	③ 入院費用の減少 【KDB 同規模保険者比較】 ・入院医療費	6 億 7,695 万円	6 億 6,391 万円	減少
	④ 生活習慣病で亡くなる人の減少 【北海道における主要死因の概要】 ・心疾患の SMR(標準化死亡比) ・脳血管疾患の SMR(標準化死亡比)	男性 106.4 女性 124.8 男性 103.6 女性 119.1	男性 117.7 女性 120.3 男性 115.0 女性 128.5	低下
短 期 的 な 目 標	① 高血圧の重症化予防対象者の割合の減少 【ヘルスラボ集計ツール】 ・特定健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上となる者の割合	6.6%	7.4%	5%
	② 喫煙率の減少 【KDB 質問票調査の状況】 ・特定健診質問票調査の喫煙率	19.3%	16.1%	15%
	③ 健診を受けて、自分の健康状態を把握している人の増加 【法定報告】 ・特定健診受診率	23.7%	24.1%	60%

目 標		初期値	現状値	目標値	
【データの把握方法】		平成 28 年度	令和 2 年度	令和 5 年度	
指標					
短期的な目標	④	健診結果から、メタボリックシンドロームの改善に取り組む人の増加			
		【法定報告】			
		・特定保健指導終了率	17.4%	14.7%	60%
		・特定保健指導の対象者の減少率	17.1%	19.4%	25%以上
新規		糖尿病の重症化予防対象者の割合の減少			
		【ヘルスラボ健診結果集計ツール 脳・心・腎を守るために】			
		・特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上(治療者7.0%以上)の割合	2.9%	6.7%	5%
	【ヘルスラボ評価ツール HbA1cの年次比較】				
	・特定健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の未治療者の割合	0.7%	1.4%	0.5%	

2 今後の保健事業の取り組み

(1) 受診率向上対策

今後の取組内容(プロセス・ストラクチャー)
●特定健診受診率向上支援等共同事業の継続 ●感染症対策を徹底した健診実施と周知 ●特定健診と5がん検診を1日で受診可能な日数の増加 ●みなし健診対象者抽出委託
今後の課題
新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え等により受診率が低下している現状があります。 今後も受診控え等が影響すると考えられるため、中止になった場合は健診予約者を自動的に振替えるなど安心・安全に受診できる体制を整えながら受診率向上を目指していきます。

(2) 特定保健指導

今後の取組内容(プロセス・ストラクチャー)
●健診当日の特定保健指導の再開(令和4年度～) ●特定保健指導該当者へ案内送付 特定保健指導に該当した方で、問診票に保健指導の希望を利用すると記入した方に対し、特定保健指導日時のご案内を行う。
今後の課題
特定保健指導終了率は目標を大きく下回っている現状があり、特定保健指導の利用しやすい体制づくりが必要です。感染症対策をした中で積極的な特定保健指導の利用をすすめていく必要があります。

(3) 一般保健指導

今後の取組内容(プロセス・ストラクチャー)
●特定健診と5がん検診を1日で受診可能な日数増加(再掲) ●感染症対策を徹底した健診実施と周知
今後の課題
特定健診受診率同様、がん検診受診率も新型コロナウイルス感染症の影響による受診控え等により受診率が低下している現状があります。特定健診と同時受診できる環境を今後も整え、安心・安全に受診できるよう取り組んでいきます。 また、がん検診精密検査受診率も低下しています。精密検査を受診する必要性を伝えていき、受診勧奨体制を強化していきます。

(4) 重症化予防対策・医療機関との連携

今後の取組内容(プロセス・ストラクチャー)
●糖尿病性腎症重症化予防対策の推進 健診未受診者に対して健診勧奨を実施する。特に治療中断者に優先的にアプローチをしていく。
●医療機関連携体制の構築
今後の課題
重症化予防対象者は増加傾向にあり、さらなる重症化予防対策の強化が必要です。 新たに評価指標として加えた糖尿病等の重症化予防対象者の割合の減少については、特に重点を置いて取り組んでいきます。また、当町の実態を踏まえて高血圧を重点に置いた保健指導に取り組んでいくとともに、重症化予防対象者の割合が多い脂質異常症(LDL-C)やメタボリックシンドローム該当の方に対する保健指導も取り組んでいきます。

(5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

「医療保険制度の適切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」が成立し国民健康保険法において「市町村は国民健康保険の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとする」とされたことを受け、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を新規事業として取り組んでいく必要があります。「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組むにあたり、医療機関連携体制を構築し実施していきます。

(6) 重複・多受診者、重複投与者に対する取り組み

より効果的な対象者を抽出するため、新たに KDB も活用し優先度をつけてレセプト確認を実施していきます。

(7) 後発医薬品の促進

現在行っている事業を継続し、使用状況について年代別等階層化し効果を検証のうえ、普及率80%以上となるよう新たな取り組みを検討していきます。

(8) 評価

計画の最終年度である令和 5 年度に上記の取組（プロセス・ストラクチャー）のほか、下記のアウトプット・アウトカムの視点に基づき評価を行います。

事業	アウトプット (実施量)	アウトカム (成果)
受診率向上	● 特定健診受診率 ● 未受診者勧奨数（発送数など）	● 勧奨後の特定健診受診率
特定保健指導	● 特定保健指導終了率	● 特定保健指導の対象者の減少率 （昨年度特保対象者のうち、今年度は対象ではなくなった者の割合） ● 特定保健指導の利用者の減少率 （昨年度特定保健指導利用者のうち、今年度は対象ではなくなった者の割合）
一般保健指導	● 5 がん検診受診率 ● 5 がん精密検査受診率 ● 喫煙率 ● 保健指導実施数（重症化予防対象者以外）	● 受診勧奨後のがん検診受診率 ● 精密検査受診勧奨後の精密検査受診率
重症化予防対策	● 重症化予防対象者の保健指導実施数（率）	● 対象者検査結果の変化（血圧・HbA1c） ヘルスラボ評価ツールで実施