

東北町国民健康保険保健事業実施計画
(第2期データヘルス計画)
中間評価

令和3年3月

東北町国民健康保険
(東北町 町民課)
(東北町 保健衛生課)

目 次

第1章 基本的事項

- I 背景
- II 計画期間
- III 目的・目標
- IV 実施体制・関係者連携
- V 中間評価の趣旨

第2章 基本分析による状況把握

- I 被保険者全体の健康水準
- II 個別保健事業

第3章 中間評価と見直し

- I 第2期データヘルス計画の実施状況
- II 保健事業の実施状況
 - (1) 特定健康診査（受診率の向上）
 - (2) 特定保健指導（実施率の向上）
 - (3) 糖尿病性腎症重症化予防
 - (4) 重複・頻回受診及び重複・多剤投与者への保健指導
 - (5) 後発医薬品の使用促進
 - (6) 人間ドック事後指導（出席率の向上）

参考資料

評価・見直しの整理表

第1章 基本的事項

I 背景

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等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）等の整備により、保険者が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の整備が進んでいます。

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

これまでも、東北町特定健診等実施計画等に基づき、レセプト等や統計資料等を活用しながら保健事業を実施してまいりましたが、現在は、被保険者の更なる健康保持増進を図るため、KDBシステムデータを活用するなど、多角・科学的なアプローチを展開することで、事業の実効性を高めていくことが求められています。

当町においては、平成28年から29年度を実施期間とする、東北町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「第1期データヘルス計画」という。）に引き続き平成30年度からの6年間を期間とする「第2期データヘルス計画」を策定し、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示第307号）（以下「保健事業実施指針」という。）に基づき、生活習慣病等の発症及び重症化予防等のための各種保健事業を実施してきました。

II 計画期間

本計画の、計画期間については、保健事業実施指針において「県健康増進計画や町健康増進計画との整合性を図ること。」とされており、東北町特定健診等実施計画との整合性を図るため、計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間としています。（表1-1）

表 1-1 計画期間 (年度)

平成 28	平成 29	平成 30	令和元	令和 2	令和 3	令和 4	令和 5	令和 6
第1期データヘルス計画 (H28~H29)		評価 見直し						
		計画策定	第2期データヘルス計画期間 (H30~R5)					評価 見直し
				中間評価				第3期 計画
		計画策定	第3期特定健診等実施計画期間 (H30~R5)					
第2期特定健診等実施計画 (H27~H29)								

III 目的・目標

本計画における目的・目標を次のとおり設定しています。

(1) 目的

健康寿命の延伸及び健康管理意識の高揚と自主的な健康づくりの促進を基本に、より良い生活習慣の定着の促進と、疾病の発症、重症化等の予防を徹底することで、町民の生涯にわたり健やかで安心できる暮らしの実現を目指します。

(2) 長期的目標

栄養・運動・喫煙等の生活習慣の改善と疾病との関連について、普及啓発を行うとともに、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドロームの予防・改善及び糖尿病等の対策を行い、医療費の適正化を図ります。

(3) 短期目標

長期目標を達成するために、短期目標を定め、本計画終了期間の令和5年度末までの目標を定めます。(表 1-2)

表 1-2 短期目標

項 目		現 状	目標値	根 拠
		平成 28 年度	令和 5 年度	
1	特定健診受診率の向上	46.7 %	62 %	第 3 期東北町特定健診等実施計画
2	特定保健指導実施率の向上	48.5 %	62 %	
3	人間ドック事後指導出席率の向上	53.0 %	80 %	

IV 実施体制・関係者連携

本計画の策定・実施・見直し等については、保健事業の中心的役割を果たしている保健衛生課及び町民課（国民健康保険担当）に属する職員、保健師が行っています。また、必要に応じて、東北町国民健康保険事業の運営に関する協議会、上十三医師会の他、地域の医師及び有識者等で構成される協議会や協力員並びに関係団体等の支援を受けながら実施しています。

V 中間評価の趣旨

本計画では、長期的目標の達成のため、必要な個別保健事業を実施してきました。中間年度にあたる令和2年度においては、平成30年度から令和元年度までに実施した事業実施上の課題を振り返り、体制や具体的な事業内容、実施方法等について、評価し改善に向けた方向性の検討を行います。評価のなかで、「指標判定」「事業判定」については、A～Dの4つの区分により判定します。(判定区分 A：達成できている B：達成できていない・改善が必要 C：事業継続が困難 D：評価不能)

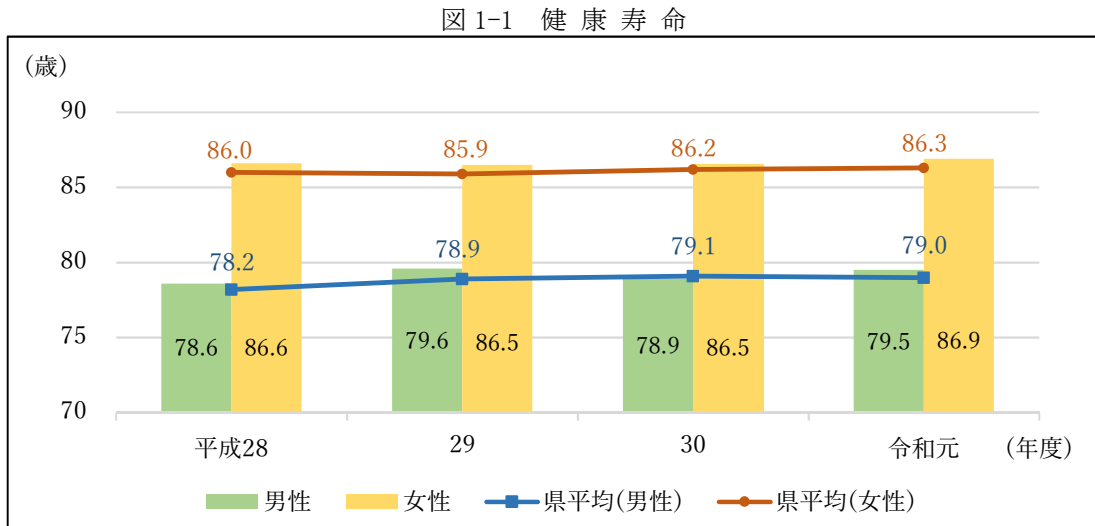
第2章 基本分析による状況把握

I 被保険者全体の健康水準

(1) 健康寿命の延伸

東北町の健康寿命は男女ともに年々伸びており、計画策定時（平成28年度）から令和元年度の期間において、それぞれ男性0.9歳、女性0.3歳の増となりました。

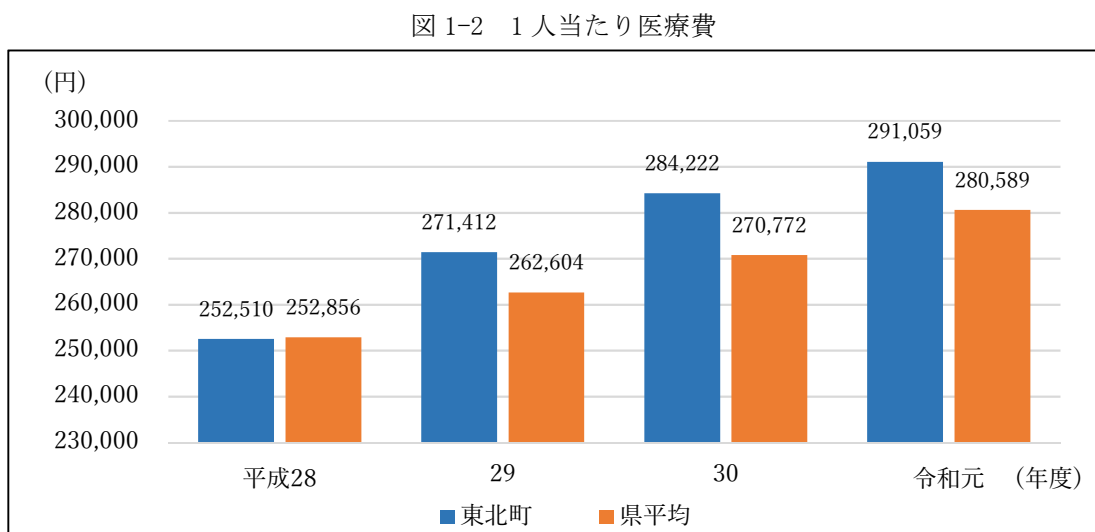
※ 中間評価では、KDBシステムにより集計された平均自立期間（平均余命）を比較対象としています。



資料 KDBシステム 地域の全体像の把握：平均自立期間〔平均余命〕

(2) 医療費の適正化

東北町の国保被保険者数は年々減少しており、年間の医療費総額についても減少しているが、1人当たりの医療費は年々増加傾向にあります。また、平成29年度以降は県平均を上回る状況が続いています。



資料 統計資料 「国民健康保険図鑑」第2表 1人当たり医療費
 ※診療費（入院・入院外・歯科）、被保険者数（一般被保険者 年間平均）

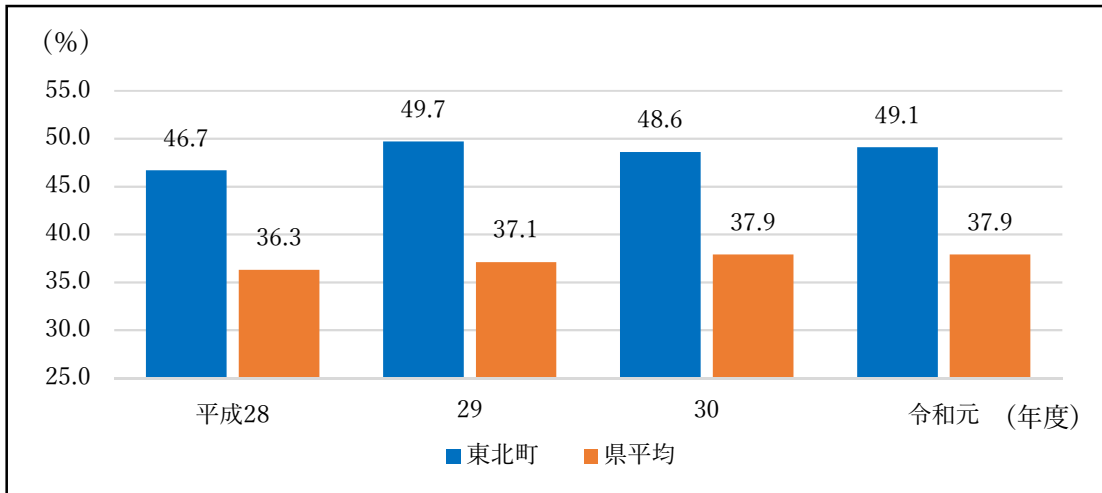
II 個別保健事業

(1) 特定健診・特定保健指導

① 特定健診受診率

東北町の特定健診受診率は平成28年と比較し増加傾向にあり、令和元年度実績では、県平均を11.2%上回っています。

図 2-1-1 特定健診の受診率

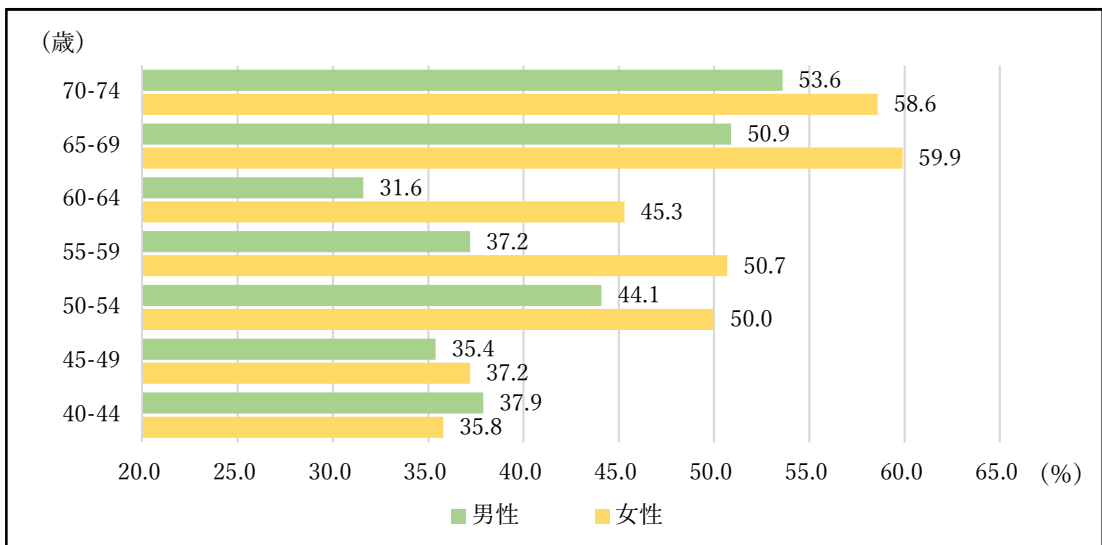


資料 KDBシステム 地域の全体像の把握：健診〔受診率〕
 ※法定報告登録データの集計値（40～74歳の国保被保険者分）

② 特定健診受診率（性別・年代別）

令和元年度における特定健診受診率を男女別で比較すると、全体的に男性の受診率が女性より低い傾向にあり、特に60～64歳の受診率が低くなっています。また、女性では40～49歳台の受診率が低くなっています。

図 2-1-2 特定健診の受診率（性別・年代別）

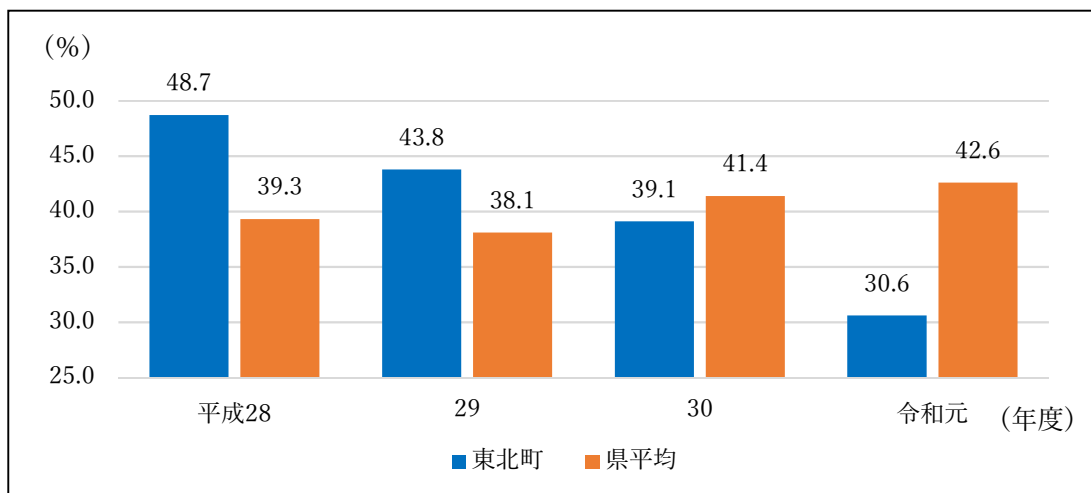


資料 KDBシステム 厚生労働省様式（様式 5-4）：健診受診状況 令和元年度実績

③ 特定保健指導実施率

東北町の特定保健指導実施率は年々減少しており、平成30年度以降は県の平均を下回っています。

図 2-1-3 特定保健指導の実施率

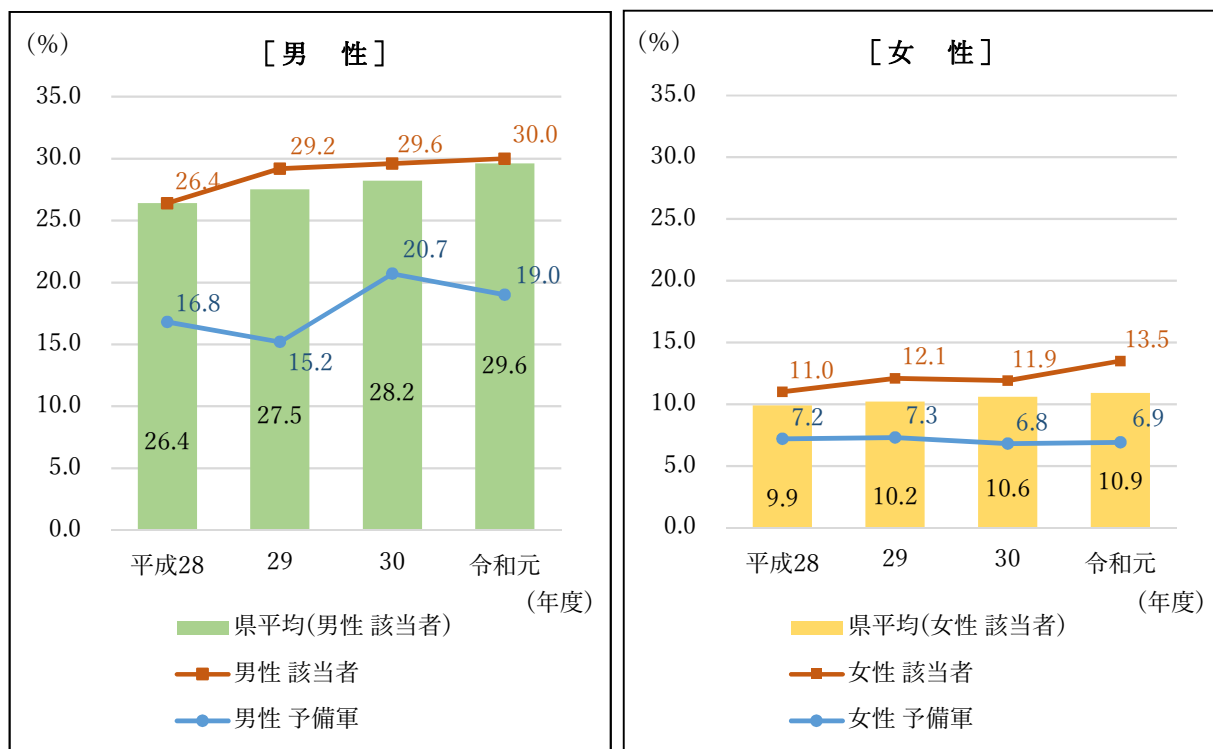


資料 KDBシステム 地域の全体像の把握：健診〔特定保健指導実施率〕
 ※法定報告登録データの集計値（健診受診者のうち、動機づけ・積極的支援該当者分）

(2) 内臓脂肪該当者及び予備軍の減少

東北町の特定健診受診者のうち内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の割合は女性より男性の方が多く、令和元年度における内臓脂肪症候群該当者については、男女ともに県平均を上回っています。

図 2-2 内臓脂肪症候群の割合（性別）

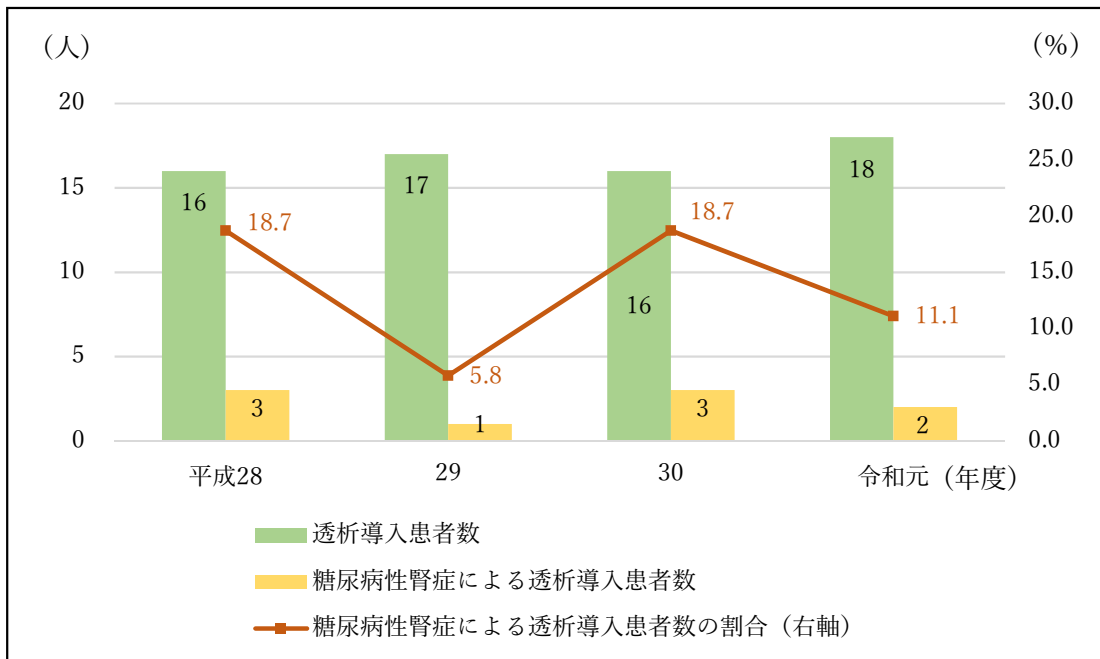


資料 KDBシステム 地域の全体像の把握：健診〔メタボ・予備軍該当者〕

(3) 糖尿病性腎症の重症化予防

東北町の透析導入患者数は、毎年 17 人前後で推移しており、このうち、糖尿病性腎症による透析導入患者数は、毎年 2 人前後となっています。透析導入患者数に占める糖尿病性腎症による透析導入患者数の割合は、概ね 5～18%の割合で推移しており、令和元年度実績では、前年度に比べ 1 人（7.6%）減少しています。町では、平成 30 年度より「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を作成し、重症化による合併症への移行を防止することを目的としながら、重症化の予防に努めています。

図 2-3 透析導入患者数の推移



資料 KDBシステム 厚生労働省様式（様式 3-7）：人工透析のレセプト分析

(4) 重複・頻回受診者等に対する訪問指導

① 重複・頻回受診者等の訪問指導実施状況

東北町の重複・頻回受診者及び多剤投与者に対する訪問指導については、保健師が主体となり実施しています。令和元年度における重複受診者に対する訪問指導を実施したのは 1 人、頻回受診者に対する訪問指導を実施したのは 3 人です。また、重複・多剤投与者に対しては、令和 2 年度より訪問指導を実施しています。

図 2-4-1 重複・頻回受診者等の訪問指導実施状況

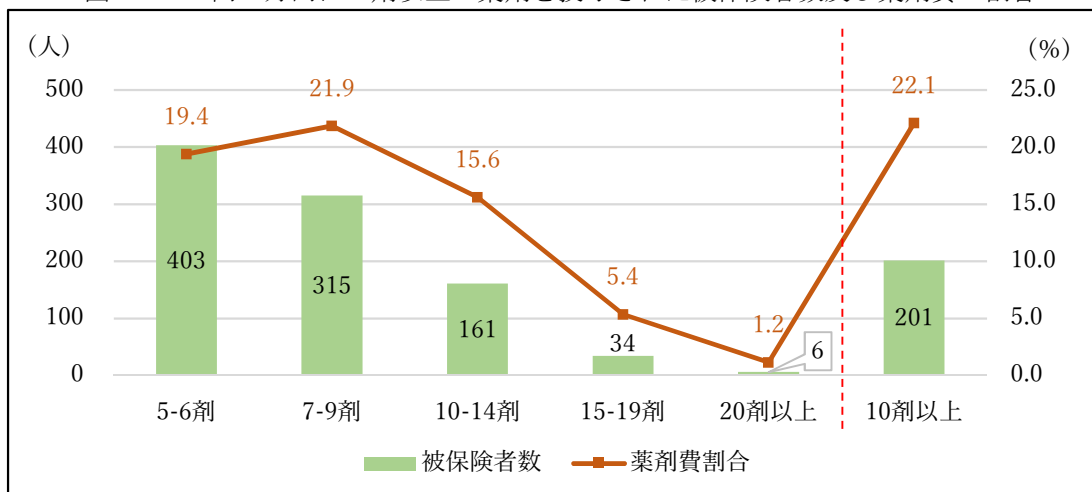
区 分	重複受診	頻回受診	重複・多剤投与
対 象 者 数	12	24	—
訪問指導実施人数	1	3	—

資料 重複・頻回受診者、重複・多剤投与者訪問指導実施状況調 令和元年度実績
 ※法定報告登録データの集計値（県健康福祉部高齢福祉保険課様式「東北厚生局による国民健康保険及び後期高齢者医療制度事務打合せに係る参考資料」）

② 重複服薬・多剤投与に対する被保険者数及び薬剤費の割合

東北町の同一月内に10剤以上の薬剤を投与された被保険者(多剤投与者)の数は201人で、医療費(調剤)総額に対する薬剤費の割合は22.1%です。また、本集計時点における複数の医療機関から同一成分の薬剤を投与された被保険者(重複服薬)の該当はありませんでした。

図 2-4-2 同一月内に5剤以上の薬剤を投与された被保険者数及び薬剤費の割合



資料 KDBシステム 重複・多剤処方状況：令和2年2月診療分

(5) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

東北町における後発医薬品の使用割合は、県平均を上回って推移しており、令和元年度には、県の医療費適正化計画(第3期)において設定した令和5年度までに達成すべき目標値(80.0%)を上回っている。

図 2-5 後発医薬品の使用割合

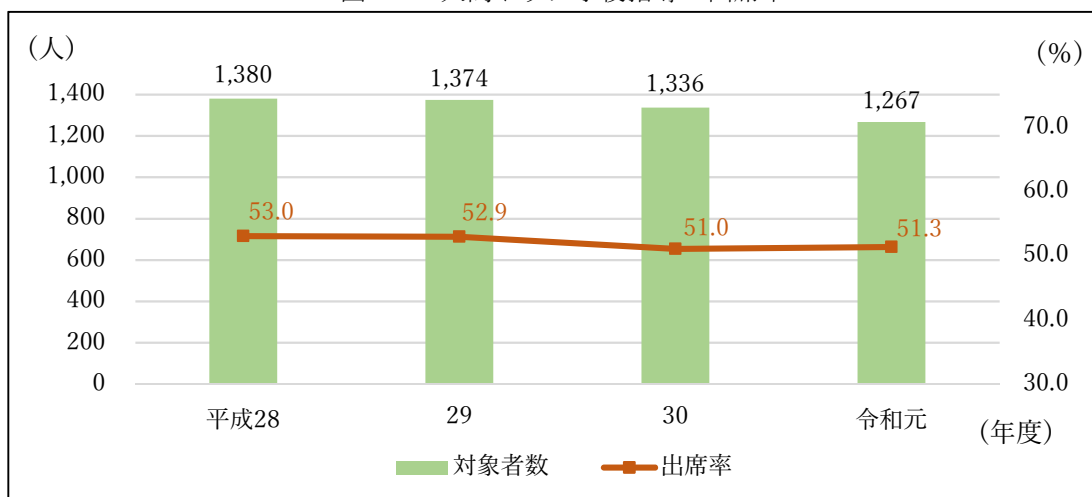
区 分	使用割合 (%)			
	平成 28	29	30	令和元
東 北 町	72.1	75.3	78.1	80.2
(通知件数)	(462 件)	(725 件)	(412 件)	(365 件)
(県 平 均)	69.4	72.0	76.4	79.0

資料 国保総合システム ジェネリック医薬品利用割合(数量シェア)市町村別集計表 一般+退職

(6) 人間ドック事後指導の実施

東北町の人間ドック事後指導への出席率は概ね5割程度に留まっており、平成29年度以降減少傾向にあります。

図 2-6 人間ドック事後指導の出席率



資料 七戸病院人間ドック事後指導結果集計表

(7) 医療費通知等の実施

東北町では、健康に対する意識を深めてもらうとともに、国保事業の円滑かつ健全な運営に資することを目的として、受診年月、受診者名、医療機関名、医療費の額等の記載された通知書の発送を年 6 回実施しています。また、ジェネリック医薬品差額通知書の発送についても、年 2 回実施しています。

(8) その他予防・健康づくり

東北町では、生活習慣に関する正しい知識の普及啓発、住民に対する予防・健康づくりに向けたインセンティブの提供及びがん検診、肝炎ウイルス検診等の特定健診以外の健診・検診に関する取り組みを行っています。また、疾病予防及び住民の健康保持の観点から、予防接種等を適正に実施するための取り組みも行っています。

第3章 中間評価と見直し

I 第2期データヘルス計画の実施状況

(1) 「第2期データヘルス計画」の全体評価概要

評価視点	評価指標
アウトカム	事業の目的や目標の達成度、又は成果の数値目標を評価
アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価
ストラクチャー	保健事業等を実施するための仕組みや体制を評価

(2) 評価と見直し・改善案

アウトカム	
評価指標	事業の目的や目標の達成度、又は成果の数値目標を評価
現状分析	(イ) ベースラインと比較し健康寿命は延伸できている。 ※健康寿命…平均自立期間(平均余命)
	【中間評価時点】 令和元年度 男性 79.5歳 女性 86.9歳 【ベースライン】 平成28年度 男性 78.6歳 女性 86.6歳
	(ロ) 1人当たり医療費は年々増加傾向にあり、県平均と比較しても高い傾向にある。
	【中間評価時点】 令和元年度 291,059円(県平均 280,589円) 【ベースライン】 平成28年度 252,510円(県平均 252,856円)
指標判定	(イ) A (ロ) B
アウトプット	
評価指標	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価
現状分析	データヘルス計画において設定した事業は全て実施している。
指標判定	A
プロセス	
評価指標	事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価
現状分析	特定健診の受診結果、レセプト情報、KDBシステム等から抽出した統計情報を活用した現状分析を行い、課題抽出するなど事業活動に反映している。
指標判定	A
ストラクチャー	
評価指標	保健事業等を実施するための仕組みや体制を評価

現状分析	計画達成に向けた体制が確保され、関係機関等との連携が図れている。
	【体制】 町民課 国民健康保険係 4名 保健衛生課 担当者 保健師 4名、管理栄養士 2名 【関係機関との連携】 東北町国民健康保険事業の運営に関する協議会、青森県国民健康保険団体連合会、 上十三医師会及び高齢者支援関係部署等との連携
指標判定	A
事業判定	B
今後の方向性	特定健康診査の受診率向上などを含めた各保健事業等の目標達成及び実績の向上を目指し、引き続き取り組みを推進する。特に事業判定が「B」以下となった個別保健事業については、事業の見直しを図り、改善策等を検討、実施する。

II 保健事業の実施状況

(1) 特定健康診査（受診率の向上）

① 事業内容（現状）

背景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目的	生活習慣病の早期発見 特定健診や各種健診により、生活習慣や健康状態を把握し、生活習慣の改善が必要な対象者や医療機関への通院が必要な対象者に、適切に情報提供を行う。
具体的内容	【対象者】 東北町国民健康保険に加入している 40 歳～74 歳以下の者 【実施方法】 ①集団健診： 全ての対象者に対し、集団健診申込通知を発送する。 申込者に対して、指定医療機関及び健診センター等で実施する 集団形式の特定健康診査を受診させる。 ②人間ドック： 全ての対象者に対し、人間ドック申込通知を発送する。 申込者に対して、公立七戸病院で実施する集団形式の人間ドックを受診させる。 【実施者】 ①集団健診： 指定医療機関及び健診センター（委託契約） ②人間ドック： 指定医療機関（委託契約）

評価・目標値	<p>【事業実施量（アウトプット）】※令和元年度実績 受診勧奨数 13,179 件 通知率 99.0% 対象件数 13,179 件の内、文書通知 13,179 件（年 1 回）、その他（未受診者勧奨）2,433 件（年 1 回）</p> <p>【結果（アウトカム）】 特定健康診査受診率（目標値） 平成 30 年度 60%、令和元年度 60%、令和 2 年度 61%、令和 3 年度 61%、令和 4 年度 62%、令和 5 年度 62%</p>
--------	---

② 評価と見直し・改善案

評価指標	特定健康診査受診率
目標値	令和 5 年度 62 % （ベースライン：平成 28 年度 46.7 %）
経年変化	平成 29 年度 49.7%、平成 30 年度 48.6%、令和元年度 49.1%
指標判定	B
事業判定	B
要因	<p>【達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員へ申込通知を発送した。 ・未受診者全員へ再勧奨通知を発送した。 ・受診勧奨通知文書について、内容の見直しを行った。 ・若い世代でも受診しやすいように、土日に受診日を設けた。 ・遠方の方のために、送迎用のバスを手配した。 ・早朝健診を実施した。 ・特定健診とがん検診の同時実施を行った。
	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40 歳代の若年層の受診率が低い。 ・未受診者に対する勧奨不足が考えられる。 ・健診の重要性にかかる啓発、周知が不足している。 ・職域や個人で予約しての健診受診の状況把握が難しい。
見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・若年層（40 歳代）の受診率向上につながるよう通知文書等の内容を検討する。 ・未受診者に対する効果的な勧奨手段を検討する。 ・各種媒体を利用した手段を検討する。 ・かかりつけの病院で健診を受けられるように町内医療機関との連携を図る。 ・集団健診受診者が、特定健診期間内に受診するよう周知方法を検討し、対象者が余裕をもって受診できる期間確保に努める。

(2) 特定保健指導（実施率の向上）

① 事業内容（現状）

背 景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目 的	生活習慣病の重症化予防 生活習慣を改善し、健診の結果値の改善や生活習慣病の発生予防、重症化予防、医療費適正化を目指す。
具体的内容	<p>【対象者】 特定健診受診者で受診結果が、特定保健指導の判定基準「積極的支援」、「動機付け支援」に該当する者</p> <p>【実施方法】 「積極的支援」、「動機付け支援」に該当した者に、特定保健指導利用勧奨を行い、申込者に対して特定保健指導を実施する。</p> <p>【実施者】 平成30年度：東北町保健衛生課（保健師・管理栄養士） 令和元年度：東北町保健衛生課（保健師・管理栄養士）</p>
評 価 ・ 目 標 値	<p>【事業実施量（アウトプット）】 ※令和元年度実績 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者数 352人 実施者数 108人 実施率 30.6%</p> <p>【結果（アウトカム）】 特定保健指導実施率（目標値） 平成30年度 60%、令和元年度 60%、令和2年度 61%、令和3年度 61%、令和4年度 62%、令和5年度 62%</p> <p>内臓脂肪症候群該当者及び予備軍の減少率：令和5年度 25%（平成28年度比）</p>

② 評価と見直し・改善案

評価指標	特定保健指導実施率(法定報告値)
目標値	令和5年度 62% （ベースライン：平成28年度 48.7%）
経年変化	平成29年度 43.8%、平成30年度 39.1%、令和元年度 30.6%
指標判定	B
事業判定	B

要 因	<p>【達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者には健診結果説明会、人間ドック事後指導時に初回面接を実施した。 ・若い年代の方も利用できるように、健診結果説明会を夜間にも開催した。 ・内臓脂肪症候群についてのパンフレット等を活用し、早期予防の必要性の周知に努めた。 ・食事指導が必要な方へは、管理栄養士による初回面接、継続支援を実施した。 ・初回面接は対象者の都合に合わせ、後日の面接でも可能とした。 ・支援期間中、面接が難しい方へは電話での指導回数を増やし実施した。
	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会に来所しない方も多いため、初回面接を実施できていない。 ・初回面接の来所を促す通知発送や電話連絡等を実施しているが、断られる場合も多数ある。 ・「面倒」「自分で取り組みたい」といった理由で断る方も多く、利用を促すのが難しい。
見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接の実施体制について工夫が必要である。 ・健診からあまり期間を置かず支援が実施できる体制、仕組みの整備を図る必要がある。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防

① 事業内容（現状）

背 景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目 的	生活習慣病の重症化予防 糖尿病が重症化するリスクの高い方を対象に、腎不全、人工透析への移行を防止することを含め重症化予防を図る。
具体的内容	<p>【対象者】 特定健康診査結果及びレセプト情報より抽出された糖尿病の患者であって、重症化リスクが高い人工透析導入前段階の被保険者（糖尿病重症度 3～4 期）及び治療を中断している者、並びに過去の健診結果において空腹時血糖値、HbA1c 値が一定以上の者で受診記録がない者</p> <p>【実施方法】 対象者に対して受診勧奨通知を送付し、電話・面接等による保健指導を実施している。保健指導については、主として保健師、管理栄養士等の専門職が行うが、主治医及び町内 4 医療機関とも連携を図りながら事業を実施している。</p> <p>【実施者】 平成 30 年度：東北町保健衛生課（保健師・管理栄養士）、主治医、町内医療機関 令和 元 年度：東北町保健衛生課（保健師・管理栄養士）、主治医、町内医療機関</p>

評 価 指 標 値	<p>【事業実施量（アウトプット）】 ※令和元年度実績 受診勧奨数 10件 通知率 100% (対象件数 10件の内、文書通知 10件、電話等通知 3件、面接 5件)</p> <p>医療機関未受診者及び受診中断者の受診率 平成30年度：54.3% (対象者数 35人、受診者数 19人) 令和元年度：60.0% (対象者数 10人、受診者数 6人)</p> <p>ハイリスク者への保健指導実施率 平成30年度：100% (対象者数 2人、受診者数 2人) 令和元年度：100% (対象者数 1人、受診者数 1人)</p> <p>【結果（アウトカム）】 HbA1cの値の減少（目標値）：男性 60%、女性 58%</p>
-----------	--

② 評価と見直し・改善案

評価指標	指導実施者数、糖尿病性腎症による人工透析新規患者数、HbA1c 有所見者率
目標値	指導実施者数 令和5年度 20人（ベースライン：平成30年度 5人） 糖尿病性腎症による人工透析新規患者数 令和5年度 0人（ベースライン：平成30年度 3人） HbA1c 有所見者率（5.6%以上） 令和5年度 40%（ベースライン：平成30年度 男性 60.1%、女性 59.5%）
経年変化	指導実施者数 平成30年度 5人、令和元年度 11人 糖尿病性腎症による人工透析新規患者数 平成30年度 3人、令和元年度 2人 HbA1c 有所見者率（5.6%以上） 平成30年度 男性 60.1%、女性 59.5%、令和元年度 男性 60.7%、女性 58.0%
指標判定	B
事業判定	B
要因	【達成要因】 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関未受診・受診中断中の対象者を抽出し、受診勧奨通知や電話、面接などの対応をとることができた。 ・医療機関受診中断者については、医療機関側で診療情報等を把握していることから指導効率が図られた。 ・医療機関より指導依頼のあったハイリスク者へは、保健師及び管理栄養士で定期的に指導にあたることができた。

	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関未受診者の受診率が低い理由として、「時間がなく受診できない」「来年まで様子をみたい」等の意見も多く、又費用負担の面での意見もあった。 ・医療機関におけるハイリスク者への対応では、該当者に保健指導を勧めるも、本人が望まないことが多く、実施まで繋がった者が少なかった。
見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者対策として、電話や訪問での受診勧奨の体制の整備に努める。 ・対象者への受診勧奨や保健指導として、血糖値の経年変化を提示しながら受診に繋げていく必要がある。 ・受診勧奨と合わせ、各事業等への参加者の拡充を図る。 ・対象者の事情に対応するため、必要に応じ他部署との連携、支援策を検討する。

(4) 重複・頻回受診及び重複・多剤投与者への保健指導

① 事業内容（現状）

背景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目的	医療機関への早期受診、適正受診 医療機関への早期受診、適正受診により、疾病の重症化及び医療費適正化を目指します。
具体的内容	<p>【対象者】</p> <p>特定健康診査結果及びレセプト情報より、以下基準の対象者を抽出する。</p> <p>選定基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 重複受診者：同一月内に同一疾病で3箇所以上の医療機関を受診 2) 頻回受診者：同一月内に同一医療機関で15日以上受診 3) 重複投薬者：同一月内に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を3以上の医療機関から処方 4) 多剤投与者：同一月内に10種類以上の医薬品を処方 5) 長期・頻回受診者（柔道整復並びにはり、きゅう及びあん摩マッサージ）：三ヶ月続けて同一の整骨院等で16日以上施術 <p>【実施方法】</p> <p>対象者に対して、訪問等健康相談の案内文を送付し、保健師等専門職が訪問並びに電話等で保健指導を実施する。</p> <p>【実施者】</p> <p>平成30年度：東北町町民課・保健衛生課（保健師・管理栄養士） 令和元年度：東北町町民課・保健衛生課（保健師・管理栄養士）</p>

評価・目標値	<p>【事業実施量（アウトプット）】※令和元年度実績</p> <p>保健指導実施者数 5人</p> <p>(対象人数 36人の内、訪問指導 4人、電話等指導 1人)</p> <p>※その他 パンフレット送付 17人</p> <p>【結果（アウトカム）】</p> <p>保健指導後の受診行動適正化率 61%</p>
--------	--

② 評価と見直し・改善案

評価指標	指導実施者数、保健指導後の受診行動適正化率
目標値	<p>指導実施者数</p> <p>令和5年度 10人 維持（ベースライン：平成28年度 10人）</p> <p>保健指導後の受診行動適正化率</p> <p>令和5年度 80%</p>
経年変化	<p>指導実施者数</p> <p>1)重複受診者：平成29年度 5人、平成30年度 0人、令和元年度 1人</p> <p>2)頻回受診者：平成29年度 1人、平成30年度 2人、令和元年度 3人</p> <p>3)重複投薬者：平成29年度 0人、平成30年度 0人、令和元年度 1人</p> <p>4)多剤投与者：平成29年度 0人、平成30年度 0人、令和元年度 17人</p> <p>5)長期・頻回受診者(柔整等)：</p> <p>平成29年度 0人、平成30年度 0人、令和元年度 0人</p>
指標判定	B
事業判定	B
要因	<p>【達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保、保健衛生部署が連携し、対象者の抽出から訪問指導まで効率的な事業実施ができた。 ・重複投薬者への指導では、医療機関との調整なども行い継続的な支援を実施した。
	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導後において、受診行動が適正化されているかの確認や事後指導ができていない。
見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・事業に関する周知チラシ等を配布するなど、対象者以外を含め広く受診行動の適正化が促されるよう方法を検討する。 ・受診行動の適正化が図られていない実施者に対して、必要に応じて保健師等による事後指導を実施する。

(5) 後発医薬品の使用促進

① 事業内容（現状）

背 景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目 的	医療機関への早期受診、適正受診 医療機関への早期受診、適正受診により、疾病の重症化及び医療費適正化を目指します。
具体的内容	<p>【対象者】 レセプト情報より、以下基準の対象者を抽出する。 選定基準 1) 生活習慣病及び慢性疾患等用剤が長期投与(14日(回)以上)されている者 2) 年齢35歳以上 3) 自己負担額200円以上</p> <p>【実施方法】 対象者に対して、年2回通知ハガキを送付する。</p> <p>【実施者】 平成30年度：東北町町民課、委託機関：青森県国民健康保険団体連合会 令和元年度：東北町町民課、委託機関：青森県国民健康保険団体連合会</p>
評 価 ・ 目 標 値	<p>【事業実施量（アウトプット）】 ※令和元年度実績 通知件数 365件 (通知件数の内、1回目(7月)送付 187件、2回目(1月)送付 178件)</p> <p>【結果（アウトカム）】 後発医薬品使用割合 80% ※県医療費適正化計画（第3期）における令和5年度までに達成すべき目標値</p>

② 評価と見直し・改善案

評 価 指 標	後発医薬品使用割合
目 標 値	令和5年度 80%（ベースライン：平成28年度 72.1%）
経 年 変 化	平成29年度 75.3%、平成30年度 78.1%、令和元年度 80.2%
指 標 判 定	A
事 業 判 定	A
要 因	<p>【達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通知件数は年々減少傾向にあり、切替え効果が認められる。 差額通知に加え、保険証一斉更新時など、周知パンフ及び希望シールを配布している。
	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> 先発医薬品を希望する者が一定程度いると判断され、効果が認められないケースもある。

見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> 切替えへの意識を高めるため、制度の認知率向上を図る。特に、ジェネリック医薬品の安全性に疑問を抱く被保険者も少なからずいることから、安全性を含めた説明チラシなどによる窓口での配布や町イベントを活用するなど啓発活動を行う。
---------	---

(6) 人間ドック事後指導（出席率の向上）

① 事業内容（現状）

背景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。
目的	生活習慣病の重症化予防 自身の健康状態を知り、生活習慣病予防の意識を向上させることを目指す。
具体的内容	<p>【対象者】 人間ドック受診者（特定健診受診者）</p> <p>【実施方法】 事後指導来所の案内をし、受診した健診結果票の説明および保健指導を実施。</p> <p>【実施者】 東北町保健衛生課（保健師・管理栄養士）、七戸病院医師</p>
評価・目標値	<p>【事業実施量（アウトプット）】 ※令和元年度実績 事後指導出席者数 650人（対象者数 1,267人、出席率 51.3%）</p> <p>【結果（アウトカム）】 事後指導出席率 平成30年度 51.0%、令和元年度 51.3%、令和2年度 60%、令和3年度 65%、令和4年度 75%、令和5年度 80%</p>

② 評価と見直し・改善案

評価指標	人間ドック事後指導出席率
目標値	事後指導出席率 令和5年度 80%（ベースライン：平成28年度 53.0%）
経年変化	事後指導出席率 平成29年度 52.9%、平成30年度 51.0%、令和元年度 51.3%
指標判定	B
事業判定	B

要 因	<p>【達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者への事後指導の日程連絡等について個別に対応できた。 ・食事指導が必要な方など、相談内容に対応できるよう管理栄養士による指導も実施した。 ・スタッフを多く配置するなど時間短縮を図り、相談者への負担を軽減するための体制を整備した。
	<p>【未達成要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中は就労により参加できない方が多くいる。 ・「行くのが面倒」といった意見も少なくない。
見直し・改善案	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診の際にも、受診後の結果説明を受けることの必要性を伝える必要がある。 ・結果説明の方法（電話対応等）を検討する。

参考資料

評価・見直しの整理表

被保険者全体の健康水準

指標	目標	目標値	実績値			評価	達成要因	未達要因	今後の方向性	最終目標値
			平成28年度 (計画策定時)	平成30年度	令和元年度					
健康寿命	平均自立期間 (平均余命)	延 伸	男性:78.6歳 女性:86.6歳	男性:78.9歳 女性:86.5歳	男性:79.5歳 女性:86.9歳	A	疾病の発症、重症化等の予防につながる取組の推進が必要	— (中間評価時点での評価困難)	特定健診、保健指導等の実施率向上を図りつつ、適宜関係機関との連携を執りながら取組を進める	延 伸
医療費	適 正 化		1人当たり医療費 252,510円	1人当たり医療費 284,222円	1人当たり医療費 291,059円	B	生活習慣病に起因する疾病予防に対する取組の推進が必要	— (中間評価時点での評価困難)	県内水準を踏まえ、分析結果等を活用した取組を進める	適正化

個別保健事業

項目	指標	目標値	実績値			評価	達成要因	未達要因	今後の方向性	最終目標値
			平成28年度 (計画策定時)	平成30年度	令和元年度					
特定健診	受診率	62%(達成時期 令和5年度)	46.7%	48.6%	49.1%	B	効果的な受診勧奨や健診体制の整備・拡充が必要	低年齢層の受診率の低下	受診率は増加しているため、継続した事業展開を図る	62%
特定保健指導	実施率	62%(達成時期 令和5年度)	48.5%	39.1%	30.6%	B	業務委託を活用するなど、実施方法等の整備が必要	指導日が限定されていること等による参加者の減少	実施率が低下しているため、取組内容等の検討、改善が必要	62%

項目	目標		実績値			評価	達成要因	未達要因	今後の方向性	最終目標値
	指標	目標値	平成28年度 (計画策定時)	平成30年度	令和元年度					
糖尿病性腎症 重症化予防	糖尿病性腎症に よる人工透析新 規患者数	新規透析患者数 0人	3人	3人	2人	B	データ分析、糖尿 病性腎症重症化 予防プログラムを 活用した取組が 必要	医療機関未受診 者、ハイリスク 者に対する保健 指導実施率の低 下	新たな取組を検 討するなど、事 業は継続して行 っていく	新規透 析患者 数 0人
重複・頻回 受診等	訪問等指導者数	—	10人 (全対象者30人)	2人 (全対象者36人)	5人 (全対象者36人)	B	全対象者への訪 問指導の実施	—	事業は継続して 行っていく	—
後発医薬品	数量シェア	80%以上	72.1%	78.1%	80.2%	A	年2回の通知及 び周知用パンフ 等の配布	—	目標値を維持し ながら事業は継 続して行ってい く	80%

判定区分 A：達成できている B：達成できていない・改善が必要 C：事業継続が困難 D：評価不能

※ 参考値

内臓脂肪症候群、生活習慣病

項目	目標値（ベースライン）	経年変化
内臓脂肪症候群 該当者・予備軍 の割合	令和5年度 29%（28年度 29.9%）	29年度 31.1%、30年度 33.8%、令和元年度 34.0%
関連傷病（生活 習慣病）有病率	— （28年度 39.6%）	29年度 41.8%、30年度 42.1%、令和元年度 41.2%

資料 KDBシステム(健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、「厚生労働省様式 3-1」生活習慣病全体のレポート分析)

特定健診有所見値

項目	目標値（ベースライン）	経年変化
腹 囲 (男性 85・女性 90 以上)	令和5年度 男性 45% 女性 20% (28年度 男性 47.9% 女性 21.3%)	29年度 男性 50.8% 女性 22.3%、30年度 男性 55.4% 女性 21.9%、令和元年度 男性 54.3% 女性 23.3%
B M I (25 以上)	令和5年度 男性 30% 女性 25% (28年度 男性 36.7% 女性 30.9%)	29年度 男性 38.0% 女性 31.1%、30年度 男性 38.6% 女性 32.2%、令和元年度 男性 38.3% 女性 31.9%
中 性 脂 肪 (150 以上)	令和5年度 男性 15% 女性 7% (28年度 男性 21.4% 女性 9.3%)	29年度 男性 22.4% 女性 10.8%、30年度 男性 19.4% 女性 9.2%、令和元年度 男性 22.4% 女性 8.2%
血 糖 値 (空腹時 100 以上)	令和5年度 男性 59% 女性 34% (28年度 男性 60.0% 女性 36.0%)	29年度 男性 64.0% 女性 41.8%、30年度 男性 65.0% 女性 45.8%、令和元年度 男性 65.7% 女性 41.2%
H b A 1 c (5.6 以上)	令和5年度 男性 60% 女性 58% (28年度 男性 62.7% 女性 60.4%)	29年度 男性 61.4% 女性 58.9%、30年度 男性 60.1% 女性 59.5%、令和元年度 男性 60.7% 女性 58.0%
L D L コレステロール (120 以上)	令和5年度 男性 48% 女性 50% (28年度 男性 49.3% 女性 51.4%)	29年度 男性 50.2% 女性 49.3%、30年度 男性 50.6% 女性 49.5%、令和元年度 男性 50.1% 女性 50.6%
A L T (G P T) (31 以上)	令和5年度 男性 25% 女性 11% (28年度 男性 26.6% 女性 12.5%)	29年度 男性 28.8% 女性 14.5%、30年度 男性 29.0% 女性 11.6%、令和元年度 男性 27.9% 女性 15.7%
高 血 圧 〔収縮期・拡張期〕 (収縮期 130 以上・ 拡張期 85 以上)	収縮期 令和5年度 男性 39% 女性 35% (28年度 男性 39.8% 女性 36.2%) 拡張期 令和5年度 男性 15% 女性 10% (28年度 男性 16.7% 女性 10.7%)	収縮期 29年度 男性 40.6% 女性 36.0%、30年度 男性 40.0% 女性 33.1%、令和元年度 男性 40.4% 女性 35.6% 拡張期 29年度 男性 18.5% 女性 12.7%、30年度 男性 17.9% 女性 14.8%、令和元年度 男性 20.2% 女性 15.0%

資料 KDBシステム(「厚生労働省様式 5-2」健診有所見者状況)

東北町国民健康保険保健事業実施計画

(第2期データヘルス計画) 中間評価

令和2年度

令和3年3月 発行

編集発行 東北町 町民課 (国民健康保険)

〒039-2696 青森県上北郡東北町字塔ノ沢山 1-94

Tel : 0175-63-2111 Fax : 0175-63-2036