

京丹波町国民健康保険  
第2期データヘルス計画

中間評価 報告書

令和3年3月  
京丹波町

## 目次

第1章	はじめに	1
第2章	データヘルス計画の概要	2
1.	実施体制・関係者連携	2
2.	第2期データヘルス計画策定時の課題と目的	2
3.	個別事業の実施状況	3
第3章	中間評価の方法	4
第4章	全体評価	5
1.	全体評価指標の設定と意義	5
2.	データヘルス計画の全体像	5
3.	計画全体の評価	6
第5章	個別事業評価	8
(1)	特定健康診査	8
(2)	特定健康診査未受診者対策	11
(3)	人間ドック助成	13
(4)	特定保健指導	14
(5)	健診結果説明会	16
(6)	要精密検査未受診者対策	18
(7)	糖尿病性腎症重症化予防	20
(8)	健康講座	23
(9)	子どもを通じた子育て世代への対策	25
(10)	血管リフレッシュ教室	27
(11)	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進	29
(12)	服薬情報通知	30
(13)	重複・頻回受診者への訪問指導	32
(14)	医療費通知	33
(15)	地域包括ケア推進・一体的実施	34
第6章	マイナンバーカードの活用による健康管理について	35
第7章	今後の予定と最終評価について	35
第8章	計画の公表と周知	35
第9章	個人情報保護	35

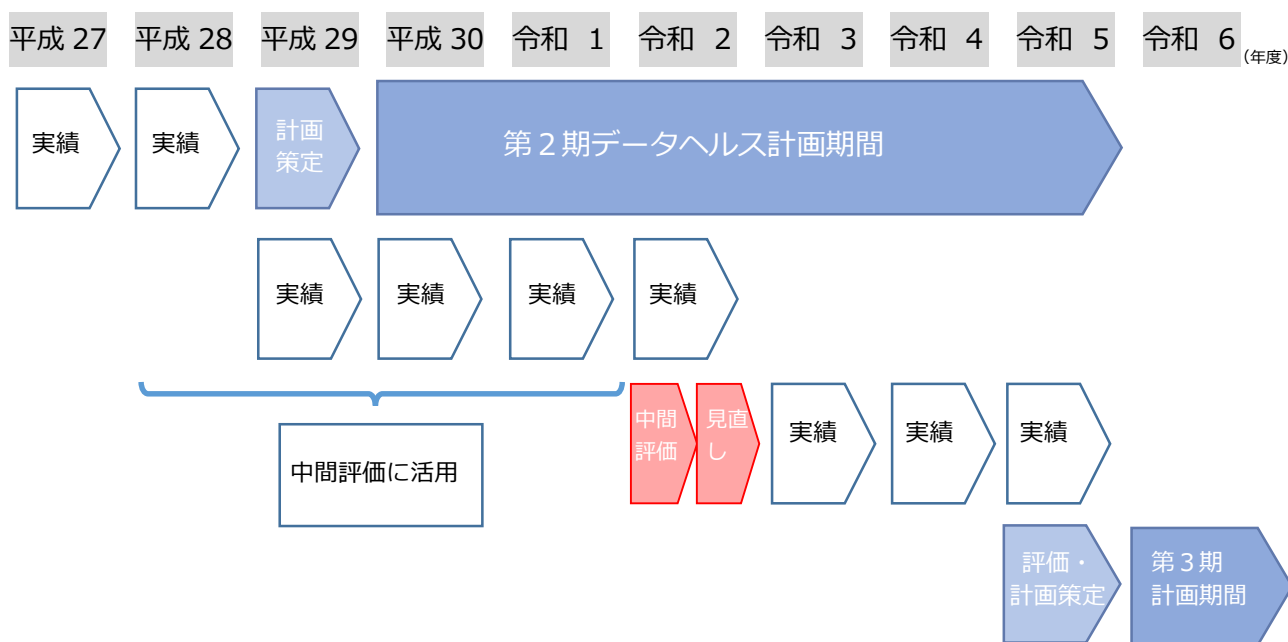
## 第1章 はじめに

京丹波町国民健康保険では、被保険者の健康増進及びメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病の予防、また、健康・医療情報を活用し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、「京丹波町国民健康保険第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画」（平成30年度～令和5年度）を平成30年3月に策定しています。計画では、令和2年度に中間評価・見直し、令和5年度に実績評価を行うこととしています。

データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、計画の進捗状況を確認し、事業効果を高めていくにはどのような改善を行うべきか等を検討し、目標達成に向けて第2期の後半3カ年の方向性を見いだすことです。

本報告書では、データヘルス計画の概要を整理したうえで、計画の全体評価と個別事業評価、今後の取組について考察します。

図表1 第2期データヘルス計画スケジュール



参考：第2期データヘルス計画の中間評価・見直しに向けての考え方(国民健康保険中央会)

## **第2章 データヘルス計画の概要**

### **1. 実施体制・関係者連携**

データヘルス計画に掲げる各種保健事業は、町国保部門と保健衛生部門が主体となって実施し、必要に応じて町内医療機関等と連携して実施します。また、計画の策定、見直しには、京都府国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の助言等を有効に活用し、効果的かつ効率的に事業を進めます。

### **2. 第2期データヘルス計画策定時の課題と目的**

第2期データヘルス計画の策定時において、前期計画（平成27～29年度）の考察を行った結果、主に、①HbA1c5.6%以上の有所見率の増加、②糖尿病の重症化、③働き盛り世代の生活習慣の乱れ、という健康課題が挙げられました。第2期データヘルス計画では、これらの課題解決に重点を置いて各種保健事業を実施していくこととしています。

### 3. 個別事業の実施状況

図表2 事業実施状況のまとめ

No.	事業名	事業概要	第1期	H30年度	R1年度	R2年度
(1)	特定健康診査	第3期特定健康診査等実施計画に基づき、各種健診を実施	開始			
(2)	特定健康診査未受診者対策	健診の申込みがない者に対し、受診勧奨を実施	開始			
(3)	人間ドック助成	契約医療機関での人間ドック受診者に対し、費用の一部を助成	開始			
(4)	特定保健指導	第3期特定健康診査等実施計画に基づき、特定保健指導を実施	開始			
(5)	健診結果説明会	地域の公民館等を巡回し面談を行うことを基本として開催	開始			中止
(6)	要精密検査未受診者対策	医療機関への受診勧奨後も結果を放置している者に受診勧奨を実施	開始			
(7)	糖尿病性腎症重症化予防	ハイリスク者・未受診者・治療中断者に対し、医療機関と連携し必要な指導を実施		開始		
(8)	健康講座	健診結果や日常の保健指導業務から適切なテーマを設定し、講座を実施	開始			中止
(9)	子どもを通じた子育て世代への対策	乳幼児健診等の場を活用し、保護者への保健指導を実施	H28年度			
(10)	血管リフレッシュ教室	対象者に対し、医師・栄養士などによる講話のほか、実践的な教室を開催		開始		
(11)	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進	後発医薬品差額通知を送付するとともに、効果測定を実施	開始			
(12)	服薬情報通知	服薬情報通知を送付し、服薬指導の利用を促進	H29年度			
(13)	重複・頻回受診者への訪問指導	対象者に訪問・電話等により指導を実施	開始			
(14)	医療費通知	適切な時期に医療費通知を送付	開始			
(15)	地域包括ケア推進・一体的実施	国保と後期の保健事業を接続することで、継続的な疾病予防とフレイル予防を図る				開始

※補足：新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、令和2年度の健診結果説明会と健康講座は中止した。

### 第3章 中間評価の方法

中間評価では、事業や計画の最終的な目的・目標を達成するための体制づくりに向け、データヘルス計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施した事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況や指標の在り方について、データ分析等をもとに4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）で整理・評価を行います（図表3）。

なお、整理・評価にあたっては、平成28年度実績をベースラインとして設定したうえで、以降の実績を図表4の基準を用いて検証します。

図表3 評価の4区分

区分	概要	指標の例
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価	職員の体制、予算、施設・整備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等
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	情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等
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	健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等
アウトカム	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標を評価	肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等

図表4 評価方法の種類

	ベースラインとの比較	目標値との比較	総合評価
判定区分	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	a すでに目標を達成 b 目標は達成できていないが、達成の可能性が高い c 目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある d 目標の達成は困難で、効果があるとは言えない e 評価困難	A うまくいっている B まあ、うまくいっている C あまりうまくいっていない D まったくうまくいっていない E わからない

図表3、図表4 参考：国民健康保険のためのデータヘルス計画 中間評価マニュアル Ver.2(帝京大学大学院公衆衛生学研究所)

## 第4章 全体評価

### 1. 全体評価指標の設定と意義

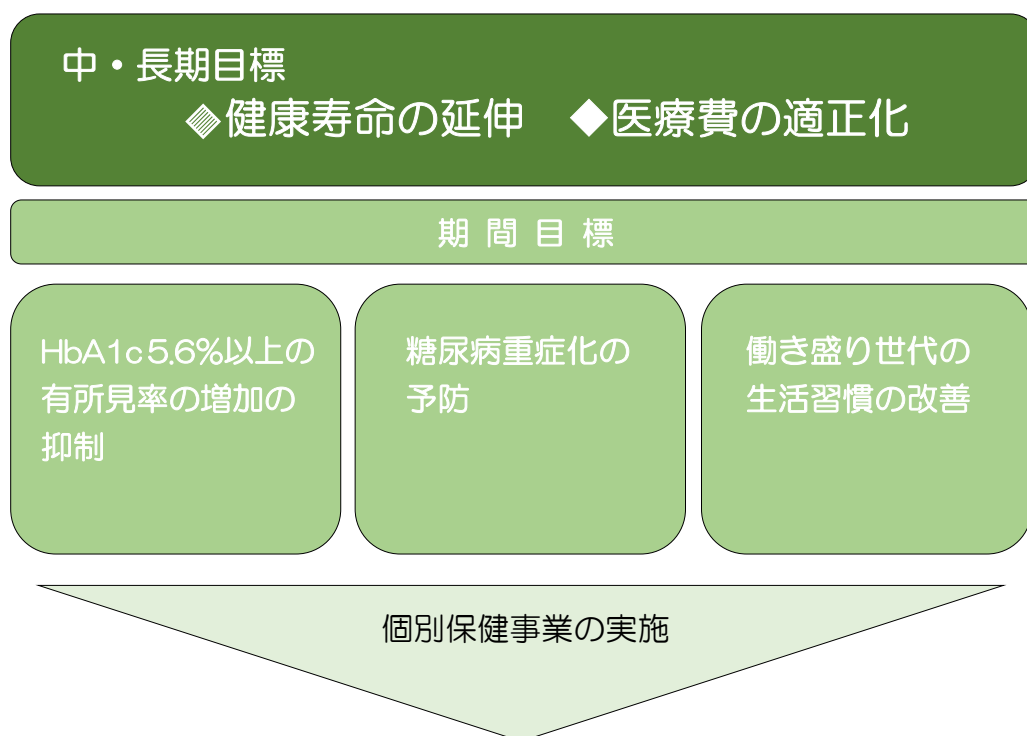
第2期データヘルス計画においては、第2章で前述した3つの健康課題に基づき個別保健事業を実施することとしています。今般、これらの課題解決を『期間目標』として位置づけます。

また、予防・健康づくりを推進するにあたり、被保険者の健康の向上と医療費の適正化を図ることを目的としているため、新たに『中・長期目標（目指すべき将来像）』として、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を掲げます。目標を明確化し、それらをモニタリングすることで、計画の全体評価を行います。

### 2. データヘルス計画の全体像

データヘルス計画の全体像は、以下のとおりです。

図表5 第2期データヘルス計画の全体像



### 3. 計画全体の評価

データヘルス計画の全体像に基づき、計画全体の評価を行います。

図表6 第2期データヘルス計画の全体評価

計画の方向性・目的	各種保健事業を効果的かつ効率的に実施することで、生活習慣病等の予防ならびに重症化予防等を通じて、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を推進する。																			
中・長期目標																				
指標	目標値	ベースライン	経年変化		考察等															
平均自立期間 (男性) <small>(要介護2以上) ※1</small>	—	79.4歳 (H28年度)	H28年度 79.4歳 (府：79.8歳) H29年度 79.4歳 (府：80.0歳) H30年度 79.5歳 (府：80.2歳)	中・長期目標の「健康寿命の延伸」を測る指標として、平均自立期間を確認。 男性は0.1歳延伸していますが、女性は0.4歳短縮しています。																
平均自立期間 (女性) <small>(要介護2以上) ※1</small>	—	84.0歳 (H28年度)	H28年度 84.0歳 (府：83.5歳) H29年度 83.5歳 (府：83.6歳) H30年度 83.6歳 (府：83.8歳)	男女とも京都府を下回っており、国保、保健衛生、介護部門の連携をより深めていくとともに、各種事業の展開により、健康寿命延伸を目指します。																
総医療費 ※2	—	1,615,137千円 (H28年度)	H28年度 1,615,137千円 H29年度 1,588,252千円 H30年度 1,531,358千円	「医療費の適正化」を測る指標として、総医療費と一人当たりの医療費を確認。																
一人当たりの医療費 ※2	—	381,829円 (H28年度)	H28年度 381,829円 (府：365,150円) H29年度 397,460円 (府：374,854円) H30年度 401,931円 (府：378,252円)	被保険者数の減少などにより総医療費は減少していますが、一人当たりの医療費は増加しており、京都府より高くなっています。																
期間目標																				
指標	目標値	ベースライン	経年変化		考察等															
【期間目標①】 HbA1c5.6%以上の 有所見率の増加の 抑制  【指標】 有所見者率 ※3	男性 女性 とも 50% 以下	男性 72.3% (H28年度)  女性 72.7% (H28年度)	<table border="1"> <caption>期間目標①の有所見者率の経年変化</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>男性 (%)</th> <th>女性 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>72.3%</td> <td>72.7%</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>71.8%</td> <td>73.1%</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>77.9%</td> <td>84.0%</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>74.5%</td> <td>79.3%</td> </tr> </tbody> </table>		年度	男性 (%)	女性 (%)	H28	72.3%	72.7%	H29	71.8%	73.1%	H30	77.9%	84.0%	R1	74.5%	79.3%	第1期データヘルス計画期間の分析から見た健康課題の一つとして、「HbA1c5.6%以上の有所見率の増加」がありました。 年度ごとの推移を見ると、男女とも平成28年度から有所見率が増加しています。 増加を抑え、有所見率50%以下という目標を達成していくためには、若い年代からのライフステージごとの健康教育の強化が必要です。
年度	男性 (%)	女性 (%)																		
H28	72.3%	72.7%																		
H29	71.8%	73.1%																		
H30	77.9%	84.0%																		
R1	74.5%	79.3%																		



指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察等																						
<b>【期間目標②】</b> 糖尿病重症化の 予防  <b>【指標】</b> 新規透析者数0人 (転入・保険異動によらない)	0人	1人 (H28年度)	H28年度 1人 H29年度 1人 H30年度 1人 R1年度 0人	平成30年度から新たに、「糖尿病性腎症重症化予防事業」を展開。国保被保険者の新規透析者数は左記のとおりですが、社保・後期高齢者も含めると、毎年5～8人の透析開始が見られます。 糖尿病・高血圧症対策を柱とした事業展開を継続していく必要があります。																						
<b>【期間目標③】</b> 働き盛り世代の 生活習慣の改善  <b>【指標】</b> 特定保健指導 実施率(40歳代・ 50歳代 総計) (終了者数/対象者数) ※4	30% 以上	12.0% (H28年度)	H28年度 12.0% (6人 / 50人) H29年度 23.3% (14人 / 60人) H30年度 10.3% (7人 / 68人) R1年度 6.3% (4人 / 63人)	働き盛り世代(40歳代・50歳代)の特定保健指導実施率は高いとは言えない状況にあります。若いうちからの保健指導の必要性を伝えていく必要があります。 併せて、個別事業の「子どもを通じた子育て世代への対策」の強化も図ります。																						
<b>その他の評価指標</b>																										
指標	目標値	ベースライン	経年変化	考察等																						
<b>【その他の目標】</b> 住民健診での 尿中塩分測定結果 の改善  <b>【指標】</b> ①推定食塩摂取量 (1日あたりg) ②ナトリウムカリウム比 Na / K ※5 (mEq比)	① 男性 8.0 g 未満  女性 7.0 g 未満  ② 男性 女性 とも 4.0 未満	①男性 9.4 g 女性 9.1 g  ②男性 5.3 女性 5.0  ※ベースラインは 平成26年度値。	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">① 推定食塩摂取量</th> </tr> <tr> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>9.4 g</td> <td>9.1 g</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>9.5 g</td> <td>8.9 g</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">② Na / K</th> </tr> <tr> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H26</td> <td>5.3</td> <td>5.0</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>5.2</td> <td>4.7</td> </tr> </tbody> </table> ※対象は19～74歳。 H26年度:男性n=748,女性n=1,030 R1年度:男性n=618,女性n=758		① 推定食塩摂取量		男性	女性	H26	9.4 g	9.1 g	R1	9.5 g	8.9 g		② Na / K		男性	女性	H26	5.3	5.0	R1	5.2	4.7	京丹波町では将来の脳血管疾患予防、慢性腎臓病予防のための高血圧症対策として、摂取塩分の「見える化」を実施。尿中塩分測定検査を行い、減塩対策を積極的に推進しています。令和元年度には平成26年度に引き続いて検査を実施しました。 その結果、5年前と比較すると男女ともにナトリウムカリウム比が改善しただけでなく、女性の食塩摂取量も改善しました。 今後も考察に基づく保健事業の実施に継続して取り組むとともに、減塩を意識してもらおうきっかけづくりを推進します。
	① 推定食塩摂取量																									
	男性	女性																								
H26	9.4 g	9.1 g																								
R1	9.5 g	8.9 g																								
	② Na / K																									
	男性	女性																								
H26	5.3	5.0																								
R1	5.2	4.7																								

※1 資料：KDBシステム（地域の全体像の把握）

補足：KDBシステムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。

※2 資料：京都府国民健康保険事業概要

補足：京丹波町の平均被保険者数は、H28年度4,230人、H29年度3,996人、H30年度3,810人。

※3 資料：KDBシステム（厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況）

※4 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

※5 補足：ナトリウムをカリウムで割った比率。推奨比率は4.0未満。数値が大ききことは塩分の摂りすぎ、野菜や果物の摂取不足を示す。

## 第5章 個別事業評価

第2章に記載の個別事業について、評価・考察を行います。

### (1) 特定健康診査

#### ①事業の概要

[目的]

自らのからだの状態を把握することで、生活習慣病の予防、病気の早期発見、早期治療によるQOLの維持、健康寿命の延伸等を図ります。

[対象者] 40～74歳の京丹波町国民健康保険加入者

[実施体制] 第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

[方法、内容] 第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

[評価指標・目標値]

(ストラクチャー) 受診しやすい環境の整備（日曜健診を年2回以上実施）

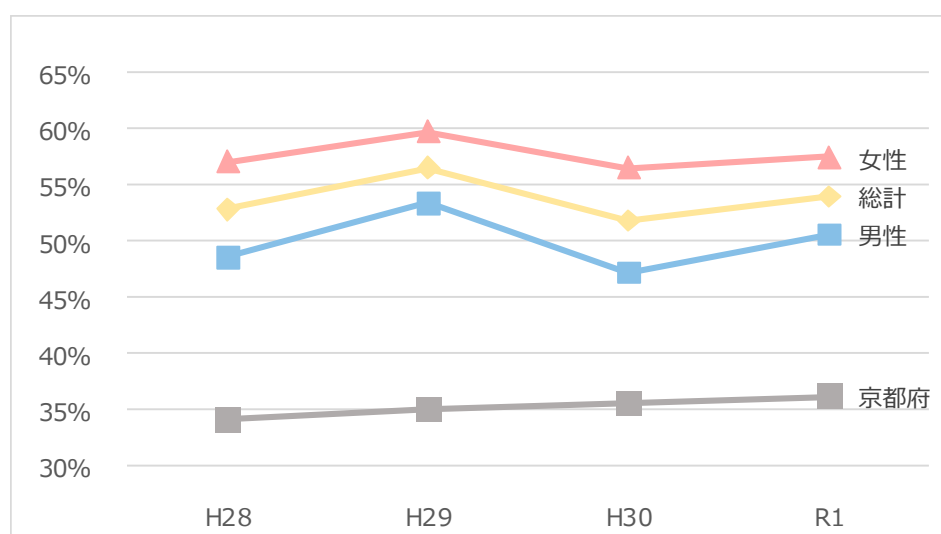
(アウトプット) 特定健康診査受診率（※目標値は特定健康診査等実施計画による）

#### ②事業実績

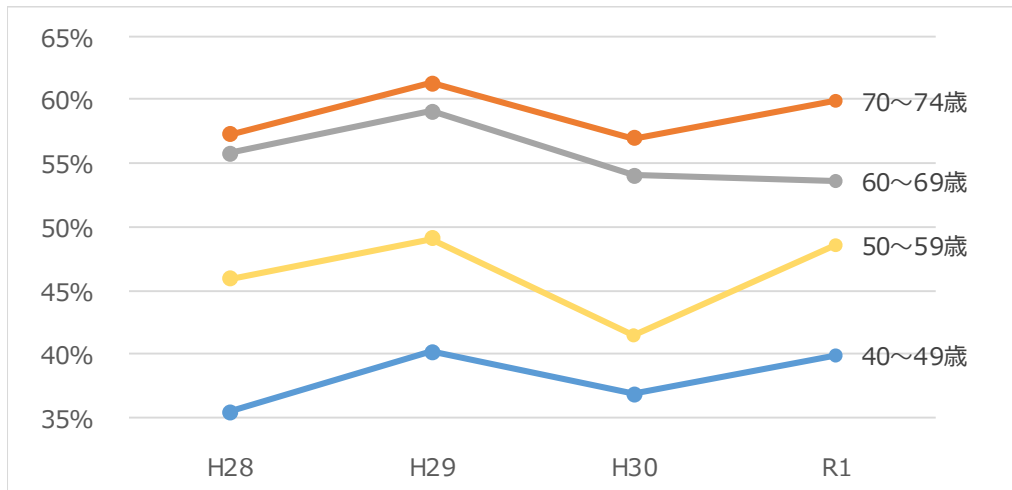
図表7 特定健康診査受診率

	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
特定健康診査受診率 (受診者数/対象者数)	<b>52.9%</b> (1,597人 /3,019人)	<b>56.6%</b> (1,641人 /2,897人)	<b>51.9%</b> (1,462人 /2,818人)	<b>54.0%</b> (1,474人 /2,731人)	—
目標値	59%	60%	55%	56%	57%

図表8 特定健康診査受診率の推移（男女別・府）



図表 9 年齢層別の特定健康診査受診率



図表 7、図表 8、図表 9 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果

図表 10 特定健康診査の実施体制

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度
集団健診	24 会場・ 22 日 (6~7 月)	26 会場・ 23 日 (6~7 月) ※秋に追加健診 実施	26 会場・ 23 日 (6~7 月)	26 会場・ 22 日 (6~7 月)	15 会場・ 15 日 (10~12 月) ※新型コロナウイルス 感染症拡大防 止の観点から体制 を変更
	※日曜健診 受診者数 91 人・1 日	※日曜健診 受診者数 224 人・2 日	※日曜健診 受診者数 123 人・2 日	※日曜健診 受診者数 122 人・2 日	※日曜健診 受診者数 0 人・0 日
個別健診	2 町立 医療機関 (10~12 月)	2 町立 医療機関 (10~12 月)	2 町立 医療機関 (10~12 月)	2 町立 医療機関 (10~12 月)	4 町内 医療機関 (10~2 月)
	※自己負担 1,000 円	※自己負担 1,000 円	※自己負担 1,000 円	※自己負担 1,000 円	※自己負担 1,000 円

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(ストラクチャー) 受診しやすい環境の整備 (日曜健診を年2回以上実施)

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【a】

(アウトプット) 特定健康診査受診率 (法定報告値)

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【b】

#### 2) 考察

特定健康診査受診率は、府平均を大きく上回り、府内1位または2位で推移しています。受診者の大部分を占める集団健診は、①健診受診料の無料化、②がん検診と合わせた総合健診の推進、③日曜健診の実施、を柱に受診しやすい体制づくりに取り組んでいます。特に日曜健診について、平成29年度から2日間実施することとし、働き盛り世代のニーズに合わせることで受診率の向上を図っています。

男女別に受診率を見ると、令和元年度の女性の受診率は57.5%と受診意識が高いことがうかがえます。年代別では年齢が低くなるにつれ、受診率が低くなっています。

#### ④見直しと今後の予定

毎年目標値にはわずかに届いていません。第3期特定健康診査等実施計画では、受診率の目標を令和5年度に60%としています。

受診意識の向上を図る取組を進めるとともに、補完的役割を果たす医療機関での個別健診の拡充、追加健診の実施も検討します。

## (2) 特定健康診査未受診者対策

### ①事業の概要

#### [目的]

未受診者に対して勧奨通知を行うことで、健診の必要性の理解を促し、受診につなげます。

#### [対象者] 特定健康診査未受診者

[実施体制] 保健衛生部門と対象者の情報共有を図りながら、国保部門が実施します。

#### [方法、内容]

健診の申込みがない者に対し、文書・電話等で受診を促します。対象者については検討して選定するものとします。対象者の特性に応じた勧奨を実施します。

#### [評価指標・目標値] (※計画時より変更)

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

(アウトカム) 対象者の受診率 10%以上

### ②事業実績

図表 11 未受診者対策の実績

実施年度	対象者	実施方法	勧奨人数	成果：受診率	目標値
H28	①過去4カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H27年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付	①145人 ②9人 (全員通知)	①4人 ②2人 <b>計 3.9%</b>	対象者の受診率  5%以上
H29	①過去3カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H28年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月、秋の追加健診前の8月に勧奨通知を送付	①154人 ②4人 (全員通知)	①5人 ②0% <b>計 3.2%</b>	
H30	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H29年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付。併せて電話勧奨も実施	①191人 ②4人 (全員通知)	①4人 ②0人 <b>計 2.1%</b>	
R1	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②H30年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	集団健診実施前の5月に勧奨通知を送付	①173人 ②4人 (全員通知)	①1人 ②3人 <b>計 2.3%</b>	
R2	①過去2カ年で特定健康診査、人間ドック及び医療機関を受診していない経年未受診者 ②R1年度の特定健康診査において受診勧奨値を超え医療機関への紹介状を発行した者で、その後、健診、医療を受診していない結果放置者	個別健診実施期間の1月に勧奨通知を送付	①169人 ②5人 (全員通知)	①一人 ②一人 <b>計 一%</b>	

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【C】

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

ベースラインとの比較【b】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 対象者の受診率 10%以上

ベースラインとの比較【c】、目標値との比較【c】

#### 2) 考察

勧奨対象者の受診率は目標値に対して下回っています。平成 30 年度には前期の課題から受診勧奨通知の送付のほか、重点勧奨先の 40 代前半と 60 代の方に電話での勧奨を行いました (39 人)。対象者本人と直接話げできたケースは少なく、電話勧奨した方の受診はありませんでしたが、受診しない理由として、「忙しくて時間が取れない」「自分は健康だから受診しなくても大丈夫」「職場健診を受けている」などがありました。

受診率は低いものの、通知をきっかけに受診する方もあり、事業実施の効果はあると言えます。また、受診された方の健診結果を見ると多くが有所見者であり、重症化予防という観点からも未受診者対策は重要です。

### ④見直しと今後の予定

令和 2 年度までの目標であった受診率 10%が未達成であるため、令和 5 年度までの目標に据え置いて取り組むこととします。

保健衛生部門と連携を深め、健診の必要性や日曜健診の実施をより PR するなどして、未受診者数自体を減らしていく取組も並行して行います。

### (3) 人間ドック助成

#### ①事業の概要

##### [目的]

経済的な負担の軽減を図り受診を容易にすることで、病気の早期発見、早期治療を図ります。

##### [対象者]

京丹波町国民健康保険に加入して1年以上経過している者で、国民健康保険税の滞納がない世帯の者、かつ、町が実施する各種健診（がん検診を含む）を受診していない者

##### [方法、内容]

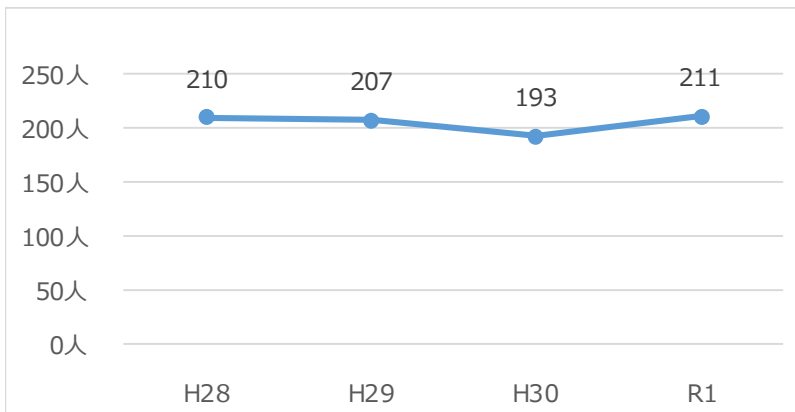
契約医療機関での人間ドック受診者に対し、費用の一部を助成します。助成の割合は毎年見直すものとします。

##### [評価指標・目標値]（※計画時より変更）

（ストラクチャー）助成の実施

#### ②事業実績

図表 12 人間ドック受診者数の推移



#### ③評価結果と考察

##### 1) 評価結果

総合評価：【A】

（ストラクチャー）助成の実施

目標値との比較【a】

##### 2) 考察

主に広報紙を活用して周知を行い、受診者数は年間200人前後で推移しています。疾病の早期発見と特定健康診査受診率の向上を図っていますが、受診者数の目標は設けずに実施しています。

#### ④見直しと今後の予定

継続して事業を行うこととします。

#### (4) 特定保健指導

##### ①事業の概要

###### [目的]

一定のリスクがある者に対し、生活習慣の改善を指導することで疾病を予防し、重症化を防ぎます。

[対象者] 高齢者の医療の確保に関する法律で定められた動機付け支援・積極的支援対象者

[実施体制] 第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

[方法、内容] 第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施します。

[評価指標・目標値] (※計画時より変更)

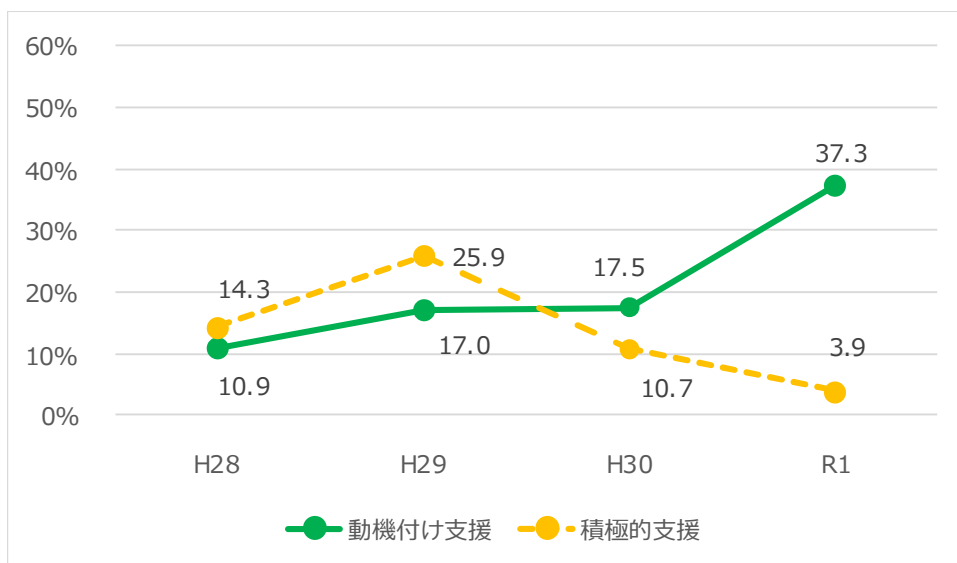
(アウトプット) 特定保健指導実施率 (※目標値は特定健康診査等実施計画による)

##### ②事業実績

図表 13 特定保健指導実施率

	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
特定保健指導実施率 (終了者数/対象者数)	<b>11.7%</b> (24人 / 205人)	<b>19.1%</b> (43人 / 225人)	<b>15.7%</b> (33人 / 210人)	<b>28.1%</b> (52人 / 185人)	—
目標値	50%	60%	35%	40%	45%
(参考) 京都府	17.2%	17.9%	19.1%	21.2%	—

図表 14 特定保健指導における支援形態別の実施率



図表 13、図表 14 資料：特定健診・特定保健指導法定報告結果



### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【C】

(アウトプット) 特定保健指導実施率

ベースラインとの比較（動機付け支援）【a】、（積極的支援）【c】

目標値との比較【c】

#### 2) 考察

特定保健指導実施率は、令和元年度については府平均を上回ったとはいえ、目標値に対して大きく下回っています。健診結果説明会の場で初回面接を実施していますが、最終評価までつながらないことが多くなっています。面接日の設定が困難な方が多いことや若年層への実施率が低いことが原因です。また、個別健診・人間ドック受診の対象者への指導率も低くなっています。結果として、実施者が毎年同じような顔ぶれとなっています。

このような中、平成30年度からは、より意識を高めてもらうため、初回面接時に体重を測ることを提案。令和元年度には、動機付け支援対象者に行う最終評価のためのアンケート未回答者に電話での聞き取りを行い、実施率が大幅に改善しました。また、令和2年度には勧奨リーフレットを保健指導の必要性が伝わりやすいものに改定。そのほか、個別健診と人間ドック受診者に関して、保健指導希望の有無など、詳細な情報を国保部門から保健衛生部門に提供することとしました。

保健指導実施者の声（令和元年度）として、改善目標設定は「適当であった」「ほぼ適当であった」と回答された方が82%でした。今後も適切な目標設定と親身な指導に努めることとします。

#### ④見直しと今後の予定

第3期特定健康診査等実施計画では、実施率の目標を令和5年度に60%としています。令和2年度に改善を図った点などは効果を検証するなどして、より効果的かつ効率的に保健指導を実施していきます。

## (5) 健診結果説明会

### ①事業の概要

#### [目的]

健診結果を丁寧に説明することで、自らの体の状態を正確に把握し、生活習慣を振り返ってもらう機会とするとともに、次年度の目標を設定することで、継続受診につなげます。また、受診勧奨対象者への働きかけや各種保健指導の糸口とする重要な場として活用します。

#### [対象者] 健診受診者

[実施体制] 保健衛生部門が実施します。

#### [方法、内容]

地域の公民館等を巡回し、面談を行うことを基本とします。全員に「健康手帳」を交付し健診結果を添付することで、健康状態を経年的に把握できるようにします。訪問や窓口での説明も柔軟に実施します。

#### [評価指標・目標値] (※計画時より変更)

(アウトプット) 実施回数 98 回

(アウトカム) 本人・家族への結果手渡し率 95%以上

### ②事業実績

図表 15 健診結果説明会の実績

実施年度	実施方法・内容	結果説明会実施回数 うち()内夜間実施回数	本人 手渡し率	家族 手渡し率	郵送による 返却率	本人・家族への結果手渡し率 (小計)	目標値
H28	例年、7～9月まで実施。町内各公民館の巡回を基本とし、その他、訪問・窓口	98回(3回)	76.2%	16.6%	7.2%	<b>92.8%</b> (1,406人/1,515人)	本人・家族 への結果 手渡し率  95% 以上
H29	でも対応。面談のうえ、事後指導を行う。面談では「健康手帳」を活用し、過去の健診結果と比較。生活習慣や運動習慣の振り返り、来年	106回(8回) ※秋の追加健診の結果 返し含む	73.7%	17.2%	9.1%	<b>90.9%</b> (1,439人/1,583人)	
H30	までの目標設定を行い、翌年確認する作業を繰り返し、結果を蓄積する。	98回(3回)	72.6%	17.6%	9.8%	<b>90.2%</b> (1,247人/1,382人)	
R1		98回(4回)	73.6%	16.3%	10.1%	<b>89.9%</b> (1,232人/1,370人)	
R2	※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から開催中止						

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(アウトプット) 実施回数 98 回

ベースラインとの比較【b】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 本人・家族への結果手渡し率 95%以上

ベースラインとの比較【c】、目標値との比較【b】

#### 2) 考察

本人・家族への結果手渡し率はわずかに低下していますが、高い水準を維持しています。被保険者の健康意識の高さに加えて、①公民館を拠点とした会場の設定、②働き盛りの方が参加しやすい夜間の開催、③精密検査が必要な方への電話等での参加勧奨、④結果返しの待ち時間を活用した集団保健指導の充実、などが要因です。

#### ④見直しと今後の予定

本人・家族手渡し率の目標値である 95%を達成するため、①瑞穂地区での夜間開催の再実施（平成 30 年度まで実施していたが、参加者が少なく令和元年度から中止している）、②日曜開催の実施（働き盛り世代の参加率上昇のため）、③効果的な周知方法、などを検討します。

また、手渡し率の低下傾向が続いた場合、年齢層別の手渡し率などを検証することで改善につなげます。



## (6) 要精密検査未受診者対策

### ①事業の概要

#### [目的]

健康リスクの高い要精密検査者に医療機関への受診勧奨を行うことで、早期治療を促進し、重症化を防ぎます。

[対象者] 要精密検査者のうち、一定期間内に医療機関の受診がない者

[実施体制] 保健衛生部門が実施します。

#### [方法、内容]

医療機関への受診勧奨（紹介状発行）後も、結果を放置している者へ文書・電話等により受診を促します。

[評価指標・目標値]（※計画時より変更）

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

(アウトカム) 精密検査受診率 80%以上

### ②事業実績

図表 16 精密検査受診率の実績

実施年度	受診勧奨前受診者数/ 紹介状発行者数	受診者数/ 対象者数	精密検査受診率	目標値
H28	45.7% (69人/151人)	23.2% (19人/82人) 全員通知	<b>58.3%</b> (88人/151人)	精密検査 受診率 80%以上
H29	51.2% (87人/170人)	41.0% (34人/83人) 全員通知	<b>71.2%</b> (121人/170人)	
H30	29.7% (74人/249人)	65.1% (114人/175人) 全員通知	<b>75.5%</b> (188人/249人)	
R1	46.0% (91人/198人)	43.0% (46人/107人) 全員通知	<b>69.2%</b> (137人/198人)	

※補足：平成30年度は糖尿病専用の単独紹介状を発行したため、発行者数が例年より多い。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(アウトプット) 対象者への通知率 100%

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 精密検査受診率 80%以上

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【c】

## 2) 考察

要精密検査未受診者への通知は全員にできています。精密検査受診率の目標値である80%は達成できていませんが、受診勧奨を行うことで確実に受診率が向上しており、事業実施の効果は高いと言えます。

より優先度の高い糖尿病の疑いのある要精密検査者については、「糖尿病性腎症重症化予防事業」で対応しています。

## ④見直しと今後の予定

治療が必要かどうか医療機関で早めに判断してもらい、必要な場合は早期に治療を開始することで重症化を防ぐことができるため、今後も精密検査受診率80%を目指して取り組みます。

## (7) 糖尿病性腎症重症化予防

### ①事業の概要

#### [背景]

本町の特定健康診査の結果を見ると、男女ともに血糖値リスクが高く、また、腎不全の割合も高くなっています。このような状況下において、京都府が平成 29 年度に策定した「京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、平成 30 年度から新たな事業として展開しています。

#### [目的]

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対し、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止します。

#### [対象者]

##### ■ハイリスク者

特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療中の者で①または②の条件を満たす者

①尿蛋白(+) ②eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 ※70 歳以上は 40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

##### ■未受診者

特定健康診査受診者のうち、HbA1c が 6.5%以上で医療機関未受診の者

##### ■治療中断者

過去 1 年間（※H30 年度は過去 5 年間で実施）に糖尿病の治療をしており、直近 6 カ月以内に糖尿病治療薬剤名等で治療をしていない者

#### [実施体制]

保健衛生部門及び国保部門が医療機関と連携して実施します。また、「糖尿病重症化予防南丹地域戦略会議」等の場で、関係団体と情報を共有しながら事業を進めます。

#### [方法、内容]

##### ■ハイリスク者対策

同意者に対し、かかりつけ医との連携のうえで保健師・栄養士が個別指導を行います。

##### ■未受診者対策

郵送で受診勧奨を行い、受診のない HbA1c7.0%以上の者には電話等で勧奨を行います。

##### ■治療中断者対策

郵送で受診勧奨を行い、受診のない者には電話で確認します。

#### [評価指標・目標値]

(アウトプット) 実施率の増加

(アウトカム) ハイリスク対策実施者における次年度検査値の改善 (HbA1c、尿蛋白、eGFR)

②事業実績

図表 17 糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況

	H30 年度	R 1 年度
ハイリスク者 対策実施率 (指導者数/対象者数)	<b>66.7%</b> (2人/3人)	<b>0%</b> (0人/3人)
未受診者 対策実施率 (受診者数/対象者数)	<b>74.1%</b> (20人/27人)	<b>57.1%</b> (16人/28人)
治療中断者 対策実施率 (受診者数/対象者数)	<b>0%</b> (0人/4人)	<b>20.0%</b> (1人/5人)

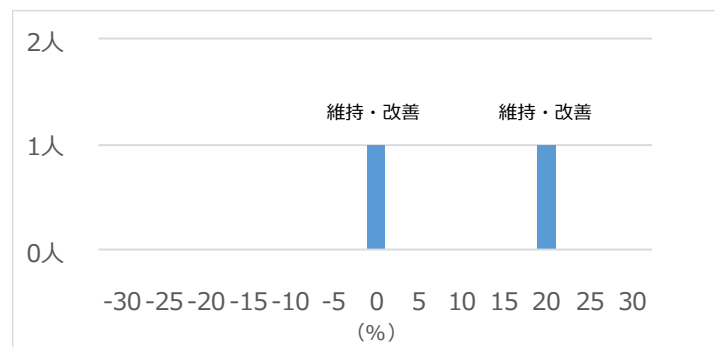
図表 18 ハイリスク者の HbA1c のカテゴリ変化

	介入後					合計(人)
	6.5 未満	6.5 以上 7 未満	7 以上 8 未満	8 以上		
介入前	6.5 未満	維持 0	悪化 0	0	0	0
	6.5 以上 7 未満	改善 0	1	1	0	2
	7 以上 8 未満	0	0	0	0	0
	8 以上	0	0	0	0	0
	合計(人)	0	1	1	0	2

図表 19 ハイリスク者の尿蛋白の変化

変化	人数
(-) → (-)	2人

図表 20 ハイリスク者の eGFR の変化率の分布※1



※補足：図表 18、図表 19、図表 20 について、介入前（H30 年度健診結果）と介入後（R1 年度の健診結果）を比較した。

※1 eGFR の変化率 = (介入後 eGFR - 介入前 eGFR) / (介入前 eGFR) × 100。今回は 1 年間の評価につき、15% の低下を悪化とした。通常は 2 年間で 30% の低下を悪化とする。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【E】

(アウトプット) 実施率の増加

ベースライン (※H30年度) との比較【c】

(アウトカム) ハイリスク対策実施者における次年度検査値の改善 (HbA1c、尿蛋白、eGFR)

目標値の達成状況【c】

#### 2) 考察

平成30年度から事業を開始。町立病院と連携するなど、それぞれの対象者に合わせた事業を展開することで、一定程度保健指導や受診につながっています。アウトカム指標であるハイリスク者の介入前と介入後の検査データからも数値が改善した項目が見られます。

対象者が医療機関等で治療している場合に保健指導へ勧誘していくことが課題ですが、医師と連携を深めながら重症化予防を進めていくこととします。

令和2年度には、「ICT（情報通信技術）を活用した京都府版糖尿病保健指導モデル構築事業」のための試験導入に南丹地域3市町で参加。ハイリスク者に対してのスマホアプリ等を活用した保健指導体制の構築に向けた準備を進めています。令和4年度中には3カ年の効果を検証し、継続の検討を行います。

### ④見直しと今後の予定

この事業は数カ月や1、2年で効果が表れるものではなく、また、長期にわたりフォローが必要な方がほとんどです。年度を越えて長期にわたってフォローする重要性を認識しながら事業を進めます。

長期的視点においては、全体評価指標である「転入・保険異動によらない新規透析者0人」を目指します。



## (8) 健康講座

### ①事業の概要

#### [目的]

健康に対する正しい知識を普及し、「自らの健康は自らが守る」という認識を高め、行動変容を促します。

[対象者] 京丹波町国民健康保険加入者

[実施体制] 保健衛生部門が実施します。必要により外部から講師を招きます。

#### [方法、内容]

健診結果や日常の保健指導業務から、年度ごとに適切なテーマを設定し、講座を実施します。関連のある健診結果の数値が基準値以上である者に対し、別途参加案内を行います。

[評価指標・目標値] (※計画時より変更)

(アウトプット) 実施回数年3回、参加者数の増加

### ②事業実績

図表 21 健康講座の開催実績

実施年度	実施時期	講座回数・内容	成果：参加者数
H28	9月～ 3月	全3回 ①健康寿命をのばそう！血管をいつまでも若々しく②頑張りすぎる女性に贈るお話～これって更年期かしら③こころの健康について～しなやかに折れない心を作しましょう	①49人②7人 ③26人 <b>計82人</b>
H29		全3回 ①こころの健康について～こころ豊かに過ごすためのリラクゼーション～②血管美人のおはなし～血管を健康に保つ秘訣～③カラダ見直しエクササイズセミナー	①18人②58人 ③10人 <b>計86人</b>
H30		全3回 ①「あなたの腎臓を大切に～腎臓を守るためにできること～」②「悩みの聴き方とセルフケア～相手も自分も大切に～」③「糖尿病及び高血圧症と上手に付き合うために」	①48人②15人 ③18人 <b>計81人</b>
R1		全3回 ①「心の健康～みんなで心健やかに過ごすために～」②「塩分の取り方～子どもから高齢者まで全ての世代に伝えたい塩分と健康の話～」③「筋肉の若返り～楽しく動いて心とカラダすっきり～」	①31人②38人 ③21人 <b>計90人</b>
R2	※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から開催中止		

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(アウトプット) 実施回数年3回

ベースラインとの比較【b】、目標値との比較【a】

(アウトプット) 参加者数の増加

ベースラインとの比較【a】

## 2) 考察

個別通知のほか、広報紙やケーブルテレビでの案内、健康相談等でのチラシ配布など、広く周知を図っています。毎年、「減塩」「心の健康」のテーマは必ず入れることとし、体験型講座も取り入れ工夫しています。毎回実施しているアンケートの結果を見ても、参加者の満足度が高くなっています。

## ④見直しと今後の予定

今後も参加者数が増えるよう関心の高いテーマを考え、実施していきます。



(9) 子どもを通じた子育て世代への対策

①事業の概要

[目的]

子育て世代及び働き盛り世代の生活習慣の改善を図る取組を強化します。

[対象者] 子育て世代及び働き盛り世代

[実施体制] 保健衛生部門が実施。必要に応じて、食生活改善推進委員等の協力を受けます。

[方法、内容]

乳幼児健診時等の子どもに対する食育事業を通じ、保護者の生活習慣の改善を促すために、尿中塩分測定を実施。改善が必要な者へは保健指導を実施します。

[評価指標・目標値] (※計画時より変更)

(アウトプット) 乳幼児健診に参加した保護者への尿中塩分測定の実施 (年6回)、  
離乳食教室等を通じた保健指導の実施 (年3回)

(アウトカム) 保護者の尿中塩分測定結果の改善

②事業実績

乳児前期健診時に保護者への尿中塩分測定の実施を年6回、離乳食教室等を通じて保健指導を年3回以上、毎年実施しています。

図表 22 乳児前期健診対象者の保護者への尿中塩分測定結果

	男性		女性	
	推定食塩摂取量 (1日あたりg)	Na / K (mEq比)	推定食塩摂取量 (1日あたりg)	Na / K (mEq比)
H28	8.0	4.7	8.5	4.2
H29	10.7	4.5	9.4	4.1
H30	10.0	4.4	9.1	3.8
R 1	9.7	4.1	9.7	4.4
目標値	8.0g未満	4.0未満	7.0g未満	4.0未満

※補足 :H28年度：男性 n=49,女性 n=57、H29年度：男性 n=42,女性 n=46、  
H30年度：男性 n=44,女性 n=56、R 1年度：男性 n=23,女性 n=27。

※補足：目標値は厚生労働省「日本人の食事摂取基準」による。令和2年度からの目標値は、男性  
7.5g未満、女性6.5g未満に改定。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(アウトプット) 乳幼児健診に参加した保護者への尿中塩分測定の実施 (年6回)、  
離乳食教室等を通じた保健指導の実施 (年3回)

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 保護者の尿中塩分測定結果の改善

ベースラインとの比較【c】、目標値との比較【c】

#### 2) 考察

尿中塩分測定は、個人の塩分摂取量を「見える化」することを目的に実施。子育て世代に減塩を意識してもらおうきっかけとしています。

特に食塩摂取量とナトリウムカリウム比に着目。結果を見ると、食塩摂取量は、男性は平成29年をピークに減少しているものの4年間では1.7g増加、女性は増加傾向にあります。ナトリウムカリウム比については、男性は年々減少していますが、女性は令和元年度に増加しています。また、アンケート結果からは、果物を食べる機会の少なさが見られます。

尿中塩分測定の結果を受けて、乳児後期健診と1歳6カ月健診時に個別に栄養指導を行っています。栄養指導では、体内の塩分を効率よく排出するカリウムを多く含む野菜や果物、豆類・豆製品の摂取を推奨しています。

離乳食教室では、調理実習を通して保護者の食生活の改善を図っています。

#### ④見直しと今後の予定

令和2年度から食塩摂取量の基準値が0.5g引き下げられました。目標値を達成するため、日々の食事から意識を変える取組を進めます。

(10) 血管リフレッシュ教室

①事業の概要

[背景]

平成29年度まで別々に実施していた糖尿病予防教室とCKD（慢性腎臓病）予防教室を平成30年度に統合。糖尿病・高血圧症・慢性腎臓病の3病態を対象とした「血管リフレッシュ教室」を実施しています。

[目的]

教室に参加してもらうことで行動変容を促し、各数値の改善を図ることで動脈硬化を防ぎます。

[対象者]

特定健康診査受診者のうち、①HbA1c6.1%以上、②高血圧症（Ⅰ度またはⅡ度）、③eGFR50以上60未満のいずれかに該当する者

[実施体制] 保健衛生部門が実施。必要に応じて外部から講師を招きます。

[方法、内容]

医師や栄養士などによる講話を実施。また、数値の「見える化」による減塩への意識づけのため、参加者に器具を貸し出し、各家庭で尿中塩分・血圧・汁物の塩分濃度の測定を行います。

[評価指標・目標値]

(アウトプット) 対象者への通知率100%、参加率の上昇

(アウトカム) 教室参加者の数値の改善

②事業実績

図表 23 血管リフレッシュ教室の実績

実施年度	実施時期・内容	参加率 (参加者数/対象者数)	成果
H30	10月：医師の講演、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計) 12月：栄養講話と試食、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計)	4.9% (19人/385人) 全員通知	●尿中塩分測定結果 =平均推定食塩摂取量(1日あたりg) 7.9g → 8.2g ※12人中4人が減少 ●血圧値の変化 収縮期 124mmHg → 122mmHg 拡張期 71mmHg → 70mmHg ※12人中8人が低下
R1	10月：医師の講演、栄養講話、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計) 11月：栄養講話と試食、尿検査、器具貸出(減塩モニタ、血圧計、塩分濃度計)	5.5% (20人/361人) 全員通知	●尿中塩分測定結果 =平均推定食塩摂取量(1日あたりg) 8.1g → 7.6g ※18人中12人が減少 ●血圧値の変化 収縮期 129mmHg → 125mmHg 拡張期 80mmHg → 78mmHg ※7人中4人が低下

補足：数値は1回目教室後の2週間と2回目教室後の2週間を比較。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【B】

(アウトプット) 対象者への通知率 100%、参加率の上昇  
ベースライン (H30 年度) との比較【a】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 教室参加者の数値の改善  
ベースライン (H30 年度) との比較【a】

#### 2) 考察

平成 30 年度に統合した理由は、糖尿病・高血圧症・慢性腎臓病は、重複して要指導である方が多いこと、動脈硬化予防と透析への移行を防ぐという目的が同じであることに加えて、参加者数を増やしていくためです。対象者に興味を持ってもらうため、名称を「血管リフレッシュ教室」としました。

内容も実習を取り入れた塩分指導や運動を行うなど、より生活に即した内容に改善し参加者の増加を図っています。対象者は毎年大幅に変わるわけではないため、参加したいと思えるような内容や通知の工夫は継続していく必要があります。

測定結果から、平均推定食塩摂取量、血圧値とも改善が見られ、教室の効果が表れています。

令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、対象者を絞っての個別教室 (3 月実施) としています。また、令和元年度の対象者のうち希望者に減塩モニタの貸出も行いました。

#### ④見直しと今後の予定

特に数値の改善が必要な 3 病態重複者により参加してもらえる内容や勧奨方法の検討を行いながら、充実させていくこととします。

## (11) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

### ①事業の概要

[目的] 後発医薬品の普及を促進することで、医療費の削減につなげます。

[対象者] 京丹波町ジェネリック医薬品利用促進通知基準で対象者と定める者

[実施体制] 差額通知については委託して実施します。

[方法、内容]

上記基準で定める対象者に1年に2回程度、後発医薬品差額通知を送付します。基準月のレセプトをもとに通知を送付し、送付した翌月のレセプトを分析することで効果を測ります。そのほか、広報紙等を利用して啓発活動を実施します。被保険者証の更新等に併せ、全世帯へのジェネリック希望カード・シール等の配布も行います。

[評価指標・目標値]

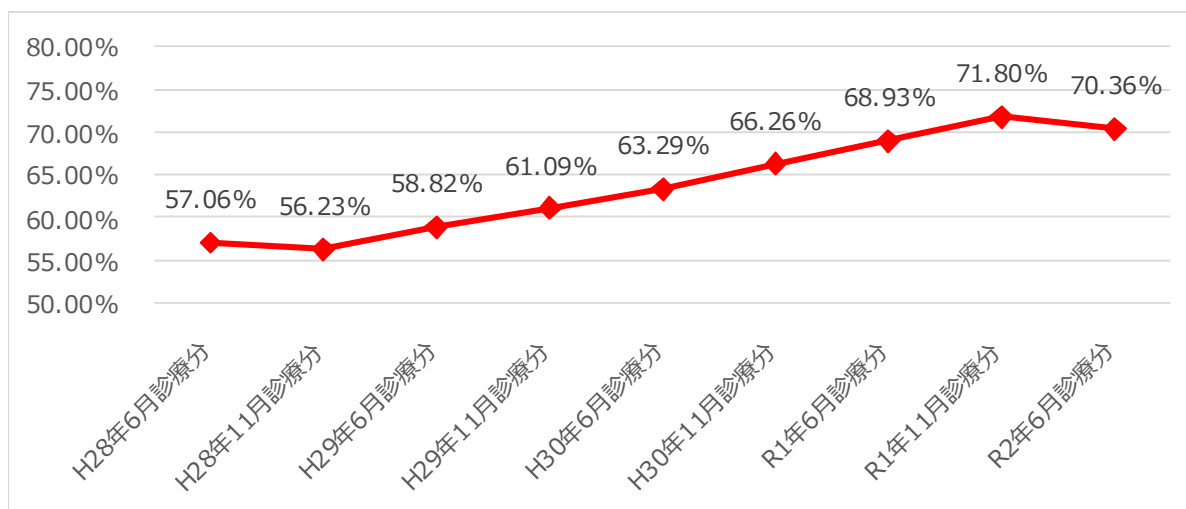
(アウトプット) 差額通知年2回実施

(アウトカム) 普及率数量ベース 80%以上

### ②事業実績

差額通知については年2回毎年実施しています。

図表 24 後発医薬品普及率（数量ベース）



資料：(株) データホライゾン効果計算結果報告書

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【C】

(アウトプット) 差額通知年2回実施

ベースラインとの比較【b】、目標値との比較【a】

(アウトカム) 普及率数量ベース 80%以上

ベースラインとの比較【a】、目標値との比較【c】

## 2) 考察

後発医薬品の認知度や需要は急激に高まり、後発医薬品メーカーごとの価格もある一定の割合に収束し、銘柄変更による複雑さや製剤間での質の差は少なくなってきました。

平成30年度と令和2年度には、被保険者証の更新に合わせて国保加入世帯へジェネリック医薬品希望カード・シール等を配布し啓発を行いました。そのほか、広報紙での周知啓発、窓口での案内を行っています。

国では、後発医薬品普及率について、「令和2年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、さらなる使用促進策を検討する」と定めています。

京丹波町国民健康保険の後発医薬品普及率は上昇傾向にあるものの、令和2年6月診療時点で70.36%となっており、国が示す基準に達していません。

### ④見直しと今後の予定

窓口での提案や広報紙を活用した普及推進の取組を強化していきます。また、差額通知の対象者の要件、通知方法や内容を検討します。

## (12) 服薬情報通知

### ①事業の概要

[目的]

多くの薬剤を服用している、または同じ効能の薬剤を複数服用している被保険者に対し、適切な服薬を促し、医療費の削減につなげます。

[対象者] 60歳以上の被保険者

[実施体制] 適正な事業者へ外部委託し実施します。

[方法、内容]

調剤の処方状況から、基準月に6種類以上の内服薬を2医療機関以上から処方されている者へ、1年に1回程度服薬情報通知を送付し、かかりつけ薬剤師等による服薬指導の利用を促します。

[評価指標・目標値] (※計画時より変更)

(アウトプット) 通知回数年1回

(アウトカム) 60歳以上の被保険者数に対する重複・多剤対象者割合の減少



## ②事業実績

図表 25 服薬情報通知の実績

実施年度	実施時期	被保険者数 (60歳以上)	通知発送者数	重複・多剤 対象者割合	目標
H29	11月	2,447人	116人	<b>4.7%</b>	60歳以上の被保険者数に対する 重複・多剤対象者割合の減少
H30		2,370人	112人	<b>4.7%</b>	
R1		2,286人	91人	<b>4.0%</b>	
R2		2,231人	92人	<b>4.1%</b>	

※補足：H29・30年度は2か月、R1・2年度は3か月分のレセプトより実施。被保険者数（60歳以上）は通知発送月の月末集計値。

## ③評価結果と考察

### 1) 評価結果

総合評価：【B】

（アウトプット）通知回数年1回

ベースラインとの比較【b】、目標値との比較【a】

（アウトカム）60歳以上の被保険者数に対する重複・多剤対象者割合の減少

ベースライン（R1年度）との比較【c】

### 2) 考察

平成29年度から事業を実施。処方箋の種類や服用履歴は「お薬手帳」で管理できますが、複数の病院を受診していると、重複して手帳が作成される場合もあります。その結果、一元管理できずと同じ効能の薬剤を服用していたり、飲み合わせで副作用が起きたりする場合があります。服薬情報を通知することで、通知を受け取った被保険者はかかりつけ医や薬局に相談し、適切な服薬管理を受けることができます。

令和元年度からは通知発送時期に合わせて、船井医師会・船井薬剤師会に協力依頼を行っています。

通知事業のほか、広報紙等を通じてお薬手帳を一元的かつ継続的に活用することや、ポリファーマシー（多剤併用）についても周知を図っています。

## ④見直しと今後の予定

被保険者が服薬情報通知を医療機関に持参しているかまでは確認できていないのが現状です。新たに医療機関との連絡票などを用いて持参の有無や対応結果の確認を行うかどうかについては、令和3年度に検討することとします。

### (13) 重複・頻回受診者への訪問指導

#### ①事業の概要

[目的] 適切な受診を指導することで本人の負担を軽減し、医療費の削減につなげます。

[対象者] 国保連合会から提供される対象者名簿にある者

[実施体制] 保健衛生部門が実施します。

[方法、内容] 国保連合会から提供される対象者名簿を用いて訪問指導を実施します。

[評価指標・目標値]

(アウトカム) 対象者数の減少

#### ②事業実績

図表 26 重複・頻回受診者への指導実績

年度	対象者数			重複・頻回受診者 訪問指導者数
	重複受診	頻回受診	計	
H28	13	3	<b>16</b>	<b>0</b> ※レセプト等の分析により訪問指導の必要なしのため。訪問以外に巡回健康相談や電話相談により指導を実施。
H29	18	3	<b>21</b>	
H30	18	1	<b>19</b>	
R 1	20	5	<b>25</b>	

#### ③評価結果と考察

##### 1) 評価結果

総合評価：【C】

(アウトカム) 対象者数の減少

ベースラインとの比較【c】

##### 2) 考察

国保連合会が提供する対象者名簿から受診状況を確認し対象者を選定。電話等により指導を実施しています。

精神疾患のある方は他科受診が多くなる傾向があります。また、身体的障害のある方は、透析やリハビリのための他院受診のほか、整骨院・鍼灸院への並行受診も多く見られ、訪問指導での介入が難しい状況です。

#### ④見直しと今後の予定

対象の方へ早期に介入できるよう、令和3年度からは早い時期に確認を行うことでよりタイムリーに情報を取得し、指導へつなげることにします。

## (14) 医療費通知

### ①事業の概要

[目的]

入院・通院別表示等の要件を満たした通知を送付することで、被保険者の健康に対する意識を高めます。

[対象者] 京丹波町国民健康保険加入者

[実施体制] 国保部門の所管とし、国保連合会の一部委託して実施します。

[方法、内容] 適切な時期に医療費通知を送付するとともに、広報紙等を通じて周知を図ります。

[評価指標・目標値]

(ストラクチャー) 事業の実施

### ②事業実績

毎年事業を実施しています。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【A】

(ストラクチャー) 事業の実施

目標値との比較【a】

#### 2) 考察

令和2年分から送付月を変更して実施しています。

### ④見直しと今後の予定

継続して事業を行うこととします。

## (15) 地域包括ケア推進・一体的実施

### ①事業の概要

#### [背景]

疾病予防とともにフレイル（※）を予防することが重要であるとの認識が高まっていることから、京都府後期高齢者医療広域連合の委託を受けて、令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組んでいます。

※フレイルとは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

#### [目的]

国民健康保険と後期高齢者の保健事業を接続することで、被保険者に対し継続的な支援を行い、疾病予防とフレイル予防を図ります。

[対象者] 京丹波町国民健康保険加入者

#### [実施体制]

国保、保健衛生、介護部門で実施します。必要に応じて、関係機関、医療機関等と連携を行います。

#### [方法、内容]

国保部門として「地域ケア会議」等に参画するとともに、KDB システムを活用して地域の健康課題の分析、対象者の把握等を行います。

#### [評価指標・目標値]

評価指標及び目標値は設けない

### ②事業実績

令和2年度については、「個別的支援（ハイリスクアプローチ）」、「通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）」の実施に参画しました。

また、糖尿病や高血圧が地域の健康課題であることのほか、要介護（支援）有病状況では、心臓病や筋・骨疾患が多いことなどを共有し、課題解決を図っています。

### ③評価結果と考察

#### 1) 評価結果

総合評価：【E】

#### 2) 考察

事業実績と同。

### ④見直しと今後の予定

連携会議等を通じてさらなる参画を図ります。

## **第6章 マイナンバーカードの活用による健康管理について**

マイナンバーカードが健康保険証として利用できるオンライン資格確認等システムの本格運用により、被保険者が薬剤情報や特定健診情報等を確認できるようになります（令和3年秋ごろ予定）。保険者として被保険者に利用を促すことで、予防・健康づくりへの意識づけの向上に努めます。

## **第7章 今後の予定と最終評価について**

今回の中間評価は、第2期データヘルス計画スケジュールに沿って個別事業の評価を中心に行いました。令和5年度に迎える最終評価では、事業評価に加えて医療費分析等も行い、京丹波町の健康課題を明確化したうえで、次期計画を策定することとします。

なお、数値に基づく考察に加えて、被保険者の声も取り入れながら事業を展開することとします。

## **第8章 計画の公表と周知**

本計画については、京丹波町ホームページを通じて公表します。

## **第9章 個人情報の保護**

本計画の実施にあたっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等に定める役員、職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従事者の監督、委託先の監督）について、周知及び遵守の徹底を図るとともに、京丹波町個人情報保護条例、同施行規則に定める情報セキュリティポリシーについても周知及び遵守の徹底を図り、個人情報漏えい防止に細心の注意を払うものとしてします。

本計画に定める保険事業を外部に委託する際には、秘密保持義務の遵守、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を把握します。