



小樽市国民健康保険 データヘルス計画【第2期】 中間評価

令和3年3月
小樽市国民健康保険

目 次

I 基本的事項	1
1 データヘルス計画の流れ	1
2 中間評価の目的	2
3 他の計画との関係等	2
4 実施体制・関係者連携	3
II 小樽市国民健康保険の健康課題及び目標	4
1 小樽市国民健康保険の健康課題と目的	4
2 目標及び指標の設定	4
III 個別保健事業	6
1 目標を設定し優先的に取り組む保健事業（重点事業）	6
(1) 特定健診	6
(2) 特定保健指導	7
(3) 生活習慣病の重症化予防事業	7
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業	8
2 その他の保健事業	8
(1) 健康教育事業・健康相談事業	8
(2) レセプト点検等	8
(3) 普及啓発事業及び疾病予防事業	9
(4) 適正受診・適正服薬等促進事業	9
IV 中間評価	10
1 計画の評価方法	10
(1) 評価の考え方	10
(2) 評価の視点	10

(3) 評価の流れ	11
2 重点事業の評価	11
(1) 特定健診	12
(2) 特定保健指導事業	13
(3) 生活習慣病の重症化予防事業	14
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業(令和元年度より実施)	15
3 重点事業の改善や工夫の検討	16
(1) 特定健診	16
(2) 特定保健指導	17
(3) 生活習慣病重症化予防事業	17
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業	17
V 今後のデータヘルス計画の方向性	19
1 データヘルス計画の目的及び目標値の見直し(中長期・短期)	19
2 評価指標の見直しと整理(課題・目的・目標に照らして)	20
(1) 課題1 自らの生活習慣と、健康課題の関連についての認識が不十分である	20
(2) 課題2 適切な治療につながっていないことで、重大疾病を発症している可能性がある	21
(3) 課題3 予防ができる生活習慣病の悪化により、糖尿病性腎症が重症化している可能性があり、心血管疾患、脳卒中、腎不全のリスクとなっている	22
VI さいごに	24
これからの保健事業	24
(1) 見えてきた課題への対応	24
(2) 保険者努力支援制度の活用	24
(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	25

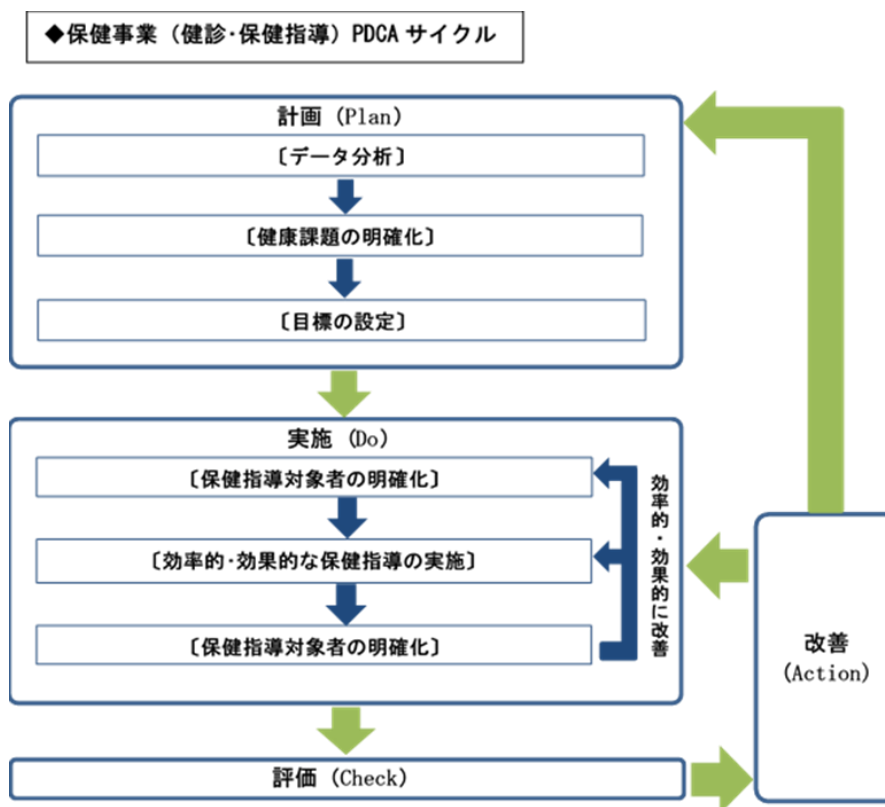
I 基本的事項

1 データヘルス計画の流れ

小樽市国民健康保険では、「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」に基づき、平成27年に「被保険者の健康保持増進（健康寿命の延伸）」及び「医療費の適正化」を目的に、「小樽市国民健康保険データヘルス計画【第1期】」の策定を行いました。この計画は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（事業を継続的に改善するため、Plan(計画)—Do(実施)—Check(評価)—Act(改善)の段階を繰り返すこと。）に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図り、費用対効果の観点も考慮することをねらいとしています。

さらに、平成30年に「小樽市国民健康保険データヘルス計画【第2期】」（以下「第2期計画」という。）を策定し（Plan）、KDB等を活用したデータを活用しながら保健事業を推進してきました（Do）。

この計画の評価・見直しについては、第2期計画の「VI計画の評価・見直し」に毎年度評価の実施及び計画最終年度の総合評価に加え、平成32年度（令和2年度）は中間評価を行うと明示されているところです。令和5年度の目標達成に向け、また、次期計画も見据えた保健事業を推進するため、これまでの取組を分析・評価する中間評価を行い（Check）、令和3年度から5年度の事業の実施予定内容等の改善見直しを行います（Action）。



参考：標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)

2 中間評価の目的

データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、進捗が滞っているようであれば、事業効果を高めるにはどのような改善を行うべきか等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことです。

第2期計画策定時は、レセプト等のデータを分析し、優先的な健康課題を明確化して保健事業を立案しました。中間評価にあたっては、個別保健事業についてより詳しく見直すための評価を行い、計画策定時に設定できなかった指標の設定や新たに見えてきた傾向を踏まえた保健事業のブラッシュアップを目指します。計画策定時に設定した目標が具体的でなかったり、評価しにくい曖昧な指標が含まれていたりしないか、あるいは指標の設定が身の丈に合っていたかという検証や、社会情勢等の変化などに伴い、計画全体の目標や事業の評価と見直しを実施し、最終的な事業や計画の目的・目標の達成に向けた体制づくりを進めていくことを目的に実施します。

3 他の計画との関係等

第2期計画は、関連計画との整合性を勘案し、計画期間を平成30年度から平成35年度（令和5年度）までの6年間としています。

令和3年度からスタートする「第8期小樽市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」では、一層の介護予防・地域健康づくりの取組が重要視されており、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進とも連動することから、整合性を図ることが重要です。

さらに、保健事業の中核をなす特定健康診査（以下本文では「特定健診」という。）等の、具体的な実施方法等を定める「小樽市特定健康診査・特定保健指導実施計画【第3期計画】」が、本計画と同年度をもって計画満了となることから、令和5年度に策定予定の「小樽市国民健康保険データヘルス計画【第3期】」においては、これら二つの計画を統合し、両計画の連動した運用を目指します。

策 定 計 画 名		計 画 期 間		
本計画	小樽市国民健康保険 データヘルス計画	平成 27～29 年度 (第1期計画)	平成 30～35(令和5)年度 (第2期計画)	
関連計画	小樽市特定健康診査・特定保健指導 実施計画	平成 25～29 年度 (第2期計画)	平成 30～35(令和5)年度 (第3期計画)	
	小樽市高齢者保健福祉計画 小樽市介護保険事業計画	平成 27～29 年度 (第6期計画)	平成 30～32 年度 (第7期計画)	令和3～5年度 (第8期計画)
	小樽市健康増進計画 「第2次健康おたる21」	平成 25～34 年度(令和4年度)		

4 実施体制・関係者連携

第2期計画の中間評価は、国民健康保険を所管する小樽市医療保険部国保年金課が、保健事業を所管する衛生部門である小樽市保健所健康増進課や、地域支援事業実施主体である介護保険課の意見を求め、共通認識のもと計画の評価・見直しに取り組むこととしています。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のため、今後も連携体制を強化していくことが求められているところです。

計画の進捗状況の確認や事業評価にあたって、北海道国民健康保険団体連合会に設置されている「保健事業支援・評価委員会」の助言を得て実施しました。平成30年度から北海道が市町村国保の運営主体となり共同保険者となったことから、北海道へも事業報告などを行い連携・協同しています。

また、保健事業の実施にあたり、小樽市国民健康保険運営協議会（被保険者代表、保険医又は保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険等保険者代表）で随時報告し、意見聴取を行うほか、医療機関等の関係機関・団体、庁内関係部署との連携を強化し、事業の推進体制を構築しています。

Ⅱ 小樽市国民健康保険の健康課題及び目標

1 小樽市国民健康保険の健康課題と目的

第2期計画策定にあたり、小樽市国民健康保険の「被保険者の健康保持増進（健康寿命の延伸）」及び「医療費の適正化」を目指すために、本市における健康課題と目指すべき姿（改善された状態や、期待する変化＝「目的」）を設定しました。

健康課題と目的の設定にあたっては、「小樽市国民健康保険データヘルス計画【第1期】」に基づいて実施した保健事業の実施結果及びKDB等の健康・医療情報（健康診査の結果やレセプト等から得られる情報）を活用、特性把握や生活習慣・介護情報等の分析を行い、以下の3点としました。

課 題		目 的
1	自らの生活習慣と、健康課題の関連についての認識が不十分である	被保険者が、自らの健康に関心を持ち、特定健診・特定保健指導を通じ生活習慣を改善することにより、生活習慣病につながるリスクが減少する
2	適切な治療につながっていないことで、重大疾病を発症している可能性がある	被保険者が、生活習慣病の適切な治療を受けることで、将来の重大疾病（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の発症を予防する
3	予防ができる生活習慣病の悪化により、糖尿病性腎症が重症化している可能性があり、心血管疾患、脳卒中、腎不全のリスクとなっている	被保険者を含む市民の糖尿病性腎症の重症化を予防し、将来的に人工透析新規導入患者を減らす

2 目標及び指標の設定

第2期計画策定において、次ページのとおり計画の最終年度である令和5年度までに達成すべき「中長期的な目標」と、必要な各保健事業における、実施状況や達成度合を見るための「短期目標」を設定しました。多角的に評価できるよう可能な限り具体的な数値で指標を定め、それぞれの保健事業においても毎年度評価を行い、PDCA サイクルを展開してきました。

課題1	自らの生活習慣と、健康課題の関連についての認識が不十分である	
中心となる保健事業	特定健診、特定保健指導	
中 長 期 目 標 (平成 35(令和5)年度までの目標)		短 期 目 標 (平成 32(令和2)年度までの目標)
・自らの健康に関心を持つ方の増加 ・生活習慣病のリスクを持つ方の減少 【目標値】 特定健診受診率 30% 特定保健指導利用率 30%		・自らの健康に関心を持つ方の増加 ・生活習慣病のリスクを持つ方の減少 【目標値】 特定健診受診率 23% 特定保健指導利用率 23%
課題 2	適切な治療につながっていないことで、重大疾病を発症している可能性がある	
中心となる保健事業	生活習慣病重症化予防事業	
中 長 期 目 標 (平成 35(令和5)年度までの目標)		短 期 目 標 (平成 32(令和2)年度までの目標)
・生活習慣病の疑いのある方の、未治療割合の 10 ポイントの改善 【目標値】 「HbA1c」6.5 以上の未治療者割合 40% 「LDL」140 以上の未治療者割合 80% 「血圧」140/90 以上の未治療者割合 55%		・生活習慣病の疑いのある方の、未治療割合の 5ポイントの改善 【目標値】 「HbA1c」6.5 以上の未治療者割合 45% 「LDL」140 以上の未治療者割合 85% 「血圧」140/90 以上の未治療者割合 60%
課題 3	予防ができる生活習慣病の悪化により、糖尿病性腎症が重症化している可能性があり、心血管疾患、脳卒中、腎不全のリスクとなっている	
中心となる保健事業	糖尿病性腎症重症化予防事業	
中 長 期 目 標 (平成 35(令和5)年度までの目標)		短 期 目 標 (平成 32(令和2)年度までの目標)
・慢性腎臓病を重症化させる方の減少 【目標値】 (中間評価で数値目標を設定)		・人工透析患者の現状把握 ・糖尿病性腎症重症化予防の基盤体制整備

Ⅲ 個別保健事業

第2期計画の保健事業は、計画の目的・目標を達成するための手段・方法として、抽出した健康課題に対応した事業を検討し実施してきました。一方で、人材や財源等は限られているため、健康課題や設定した目標を踏まえ、優先順位をつけて事業展開を行っています。

1 目標を設定し優先的に取り組む保健事業（重点事業）

（1）特定健診

◆メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した検査項目での健康診査

【事業目標】

健診を受診することで、被保険者が自らの健康状態を知る。

【対象】

40～74 歳の小樽市国民健康保険被保険者（国で定める除外者を除く）

【概要】

- ・実施方法：個別健診のほか、がん検診と同時に受診可能な集団健診（地域のけんしん、バスツアーけんしん、セットけんしん、日曜けんしん等）を実施
- ・実施機関：市内医療機関、対がん協会等に委託
- ・実施時期：5月～3月実施
- ・料金：800 円（非課税世帯無料）
- ・みなし健診：平成 29 年度より実施

【未受診者対策】

- ・平成 30～令和元年度は 3,500 人に受診勧奨はがき送付、電話による受診勧奨実施。令和 2 年度は受診勧奨はがき送付回数及び対象者数を拡大し、1 回目 18,000 人、2 回目 13,000 人に送付、その他電話による受診勧奨
- ・受診促進キャンペーン：受診者インセンティブとして、令和元年度までは年間 100 名へ 健康グッズや脳ドック受診券等の贈呈を実施。令和 2 年度は 3 年連続受診者 5 名へ PET-CT 検査受診券贈呈を新規に開始。また、10 月までの早期受診者全員（年度後半の受診者には抽選で毎月 20 名）へ QUO カードを贈呈。年間受診者 100 名へのインセンティブも継続。

(2) 特定保健指導

◆特定健診の結果に基づき、計画的に実施される保健指導

【事業目標】

健診（特定保健指導利用）の結果、生活習慣を見直し、疾病に対する適切な予防行動をとることができる。

【対象】

- ・ 特定健診受診後階層化により特定保健指導対象となった者

【概要】

- ・ 実施機関：小樽市保健所
- ・ 実施時期：通年実施
- ・ 料金：無料
- ・ 平成 30 年度～市立病院のセット健診時に該当者へ実施(年間 30 回程度)

【未利用者対策】

- ・ 利用券発送後、1 か月を経過しても申込のない者に利用勧奨通知送付
- ・ その後も申込のない者に電話による勧奨、臨戸訪問による利用勧奨

(3) 生活習慣病の重症化予防事業

◆異常値放置者受診勧奨（特定健診の結果、受診勧奨値を超えた方への保健指導）

◆特定健康相談（特定保健指導に至らないが、検査値が基準を超える方への健康相談）

【事業目標】

自らの健康状態を自覚し、早期に受診・治療を行うことで重症化を予防する。

【対象】

- ①前年度特定健診受診者中、受診判定値を超えているが医療機関受診に結びついていない者のうち、がん患者等の勧奨対象にそぐわない者や通知効果の低い者を除外後、リスクの高い者から 100 名を抽出
- ②特定保健指導の対象者を除く、血圧・脂質・血糖のいずれかに保健指導の必要な方

【概要】

- ①上記対象への受診勧奨はがき送付
- ②個別保健指導の実施

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

◆糖尿病性腎症重症化予防推進（糖尿病性腎症重症化予防事業の体制整備）【新規】

【事業目標】

早期受診及び適切な治療により、糖尿病の重症化を防ぎ、人工透析の適用となることを防ぐ。

【対象】

- ①糖尿病未治療者・治療中断者
- ②本人・主治医に同意を得られた糖尿病治療継続者

【概要】

「小樽市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防対策協議会」から助言をいただき、協力体制を発展させながら実施

- ①医療につながっていない対象者へ受診勧奨はがきを送付、保健指導を実施
- ②治療継続中の者へ生活習慣に関する個別保健指導を実施

2 その他の保健事業

(1) 健康教育事業・健康相談事業

◆各種健康教育・健康相談の実施

【概要】

生活習慣の改善や、健康に関する正しい知識の普及、啓発のため、各種健康教室・健康相談等を実施し、健康についての理解を深めてもらう。

(2) レセプト点検等

- ◆レセプト点検の充実、強化
- ◆医療費分析の推進
- ◆医療費通知の送付
- ◆後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進、利用差額の通知

【概要】

国民健康保険事業を安定的に進めていくため、医療費の抑制を目的とした「医療費適正化推進計画」を策定し、レセプト点検をはじめとした各種事業の推進を図る。

(3) 普及啓発事業及び疾病予防事業

- ◆「おたるの国保」の発行
- ◆「健康セミナー」の開催
- ◆健康づくり支援事業、スポーツ振興支援事業の実施（スポーツ大会、学校開放、スポーツ教室等）
- ◆高齢者等インフルエンザ予防接種事業の実施（65 歳以上）
- ◆高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種事業の実施（65 歳以上5歳刻み）

【概要】

医療費の適正化や健康に対する認識等の普及啓発を行うため、「おたるの国保」の発行や「健康セミナー」の開催のほか、保健所、地域福祉課、生涯スポーツ課や関係機関・団体と連携し、健康づくりの啓発や高齢者の活動支援、体力づくりや軽スポーツの励行等を実施し、被保険者の健康の保持増進を図る。

(4) 適正受診・適正服薬等促進事業

- ◆重複受診・頻回受診・重複服薬者への保健指導

【実施の概要】

被保険者から重複受診者、頻回受診者、重複服薬者を抽出して保健指導を行い、受診の適正化を図る。

Ⅳ 中間評価

1 計画の評価方法

中間評価・見直しにあたり、データヘルス計画全体としての評価を行うため、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された事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに整理、評価を行います。

(1) 評価の考え方

第2期計画策定時は、レセプト等のデータを分析、健康課題を検討し、それらの課題について目標を設定し優先的に取り組む保健事業（重点事業）を立案しました。しかし、策定時には6年後の目標達成に向けた個別保健事業の有効な計画の策定に至らず、そのため、毎年度事業計画を検討することになり、十分に時間をかけて評価・見直しができていない状況がありました。そうした状況の中で、中間評価では重点事業を中心に評価し、計画後半の見直しを実施することで、3年後の第2期計画の目標達成を目指すこととしました。

(2) 評価の視点

重点事業の評価は、下表に示すように事業構成や実施体制（ストラクチャー）、実施過程（プロセス）、事業実施量（アウトプット）、目標に対する成果（アウトカム）の、4つの区分の観点から行います。

ストラクチャー (計画立案体制・ 実施構成・評価体制)	保健事業を実施するためのしくみや実施体制のこと。 事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。
プロセス (保健事業の実施過程)	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)のこと。 保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。
アウトプット (保健事業の実施 状況・実施量)	事業実施量に関すること。 勧奨ハガキ配布数、回数や参加者数、など。
アウトカム(成果)	事業による成果のこと。 特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか、など。

(3) 評価の流れ

評価にあたって、まずは、アウトカムとアウトプットについて過去3年間における実績値の推移から、目的・目標を確認し、実績の確認を行います。

個々の指標だけでなく、関連するアウトカムとアウトプットの指標をもとに、事業ごとに総合的に判断して評価をした上で、達成・未達成要因を明らかにし、軌道修正や改善すべき点を明確化するため、プロセスやストラクチャーの指標へフィードバックしていきます。

その上で、第2期計画における健康課題や目標を踏まえ、設定された指標が適切であるかを確認し、目標を達成している場合は、目標値の現状維持、あるいは、さらに高い目標値の設定の検討を、目標を下回っている場合は、プロセスやストラクチャーの観点から事業実施上の課題を振り返り、体制や具体的な事業内容、事業実施方法、個別保健事業の指標の見直しや再設定について、具体的に改善に向けた検討を行うこととします。

なお、この中間評価については、北海道国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会委員会等より助言・指導を受けており、最終的な計画内容の見直しについて、小樽市国民健康保険運営協議会より意見を徴しました。

2 重点事業の評価

評価判定区分については、実績値とベースラインとの比較により「改善」「悪化」などを判定する方法と、実績値と目標の比較により「すでに目標を達成」「目標の達成は困難で、効果があるとは言えない」などを判定する方法がありますが、いずれも指標ごとに評価されます。当市においては計画策定当初の指標設定が適切であったか判断がつかないため、実績値とベースラインからの判定を行いました。

また、一つの事業で複数のアウトプットやアウトカム指標が設定されているため、指標ごとだけでなく、その重点事業全体での評価（事業判定）を実施しました。

	指標評価判定 (ベースラインと実績値を比較)	事業判定
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: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

(1) 特定健診

評価指標 (OP:アウトプット OC:アウトカム)	目標値 (R5年度)	ベースライン (H28年度)	H29年度	H30年度	R1年度	評価判定区分	
健診受診者数(OP)	5,470人	3,408人	3,577人	3,817人	3,587人	A	B
受診促進キャンペーンの実施数(OP)	100人	100人	100人	100人	100人	A ※1	
未受診者に対する受診勧奨(OP)	2,000人	1,859人	2,624人	3,486人	3,500人	A	
新規加入者に対する受診勧奨(OP)	40歳以上の対象者全員	1,072人	1,034人	1,471人	1,287人	A	
町内会回覧板による受診啓発実施(OP)	全町会等	152町会 その他	152町会 その他	152町会 その他	152町会 その他	A ※1	
特定健診受診率(OC)	30%	16.5%	18.0%	20.0%	19.6%	A	
リピート率(OC) (毎年度受診者/経年対象者)	15%	8.4%	8.5%	9.1%	9.1%	A	
カバー率(OC) (累積受診者/経年対象者)	50%	23.7%	28.0%	30.0%	28.8%	A	
その他	・みなし健診データ受領件数(受診者に占める割合) →H29年度50件1.4%、H30年度181件4.8%、R1年度380件10.6% ・特定健診受診率向上対策を実施してきた結果、新型コロナウイルスの影響により、年度末の駆け込み受診数が落ち込んだ令和元年度を除き、受診率は向上してきており、効果がみられていると考えられるが、依然として北海道や国の受診率平均からは乖離しているため、一層の対策強化が求められる。 ・コロナ禍においても、特定健診の意義について周知し、感染予防を行いながら事業を進めていくための対策を実施する。 ・※1について、実施数に変化はないが、必要対象者への取組が行えていることから、Aと評価した。						
成功要因	・みなし健診の実施(H29はモデル実施、H30より本格実施)						
未達要因	・医療機関受診者の受診及びデータ受領がまだまだ足りない(対象者の意識・医療機関の理解) ・コロナ禍での利用停滞						
改善案 (継続・強化・修正する内容)	・インセンティブ強化及び周知(プロセスの見直し) ・勧奨資材の工夫(プロセスの見直し) ・効果的な情報提供(プロセスの見直し) ・データ受領の強化(医療機関との協同＝ストラクチャーの見直し) ・健診無料化とその周知(プロセスの見直し)						

(2) 特定保健指導事業

評価指標 (OP:アウトプット OC:アウトカム)		目標値 (R5年度)	ベースライン (H28年度)	H29年度	H30年度	R1年度	評価判定区分	
対象者に対する手紙等による 利用勧奨実施数(OP)		全対象者	432人	428人	453人	386人	A ※1	A
利用数(終了数)(OP)		212人	46人 (動機41/347 積極5/76)	62人 (動機54/356 積極8/72)	107人 (動機98/370 積極9/79)	85人 (動機73/301、 積極12/89)	A	
未利用者に対する 再勧奨実施数 (OP)	通 知	全対象者	412人	360人	411人	222人	A ※1	
	電 話	未設定	未集計	352人	144人	106人	A	
	訪 問	未設定	0人	39人	108人	102人	A	
特定保健指導利用率 (終了率)(OC)		30%	10.9% (動機11.8%、 積極6.6%)	14.0% (動機15.2%、 積極11.1%)	23.8% (動機26.5%、 積極11.4%)	21.8% (動機24.3%、 積極13.5%)	A	
そ の 他		・市立病院におけるセット健診会場における保健指導の即日実施 →H29年度未実施、H30年度モデル実施26件、R1年度47件 ・H29年度より、通知勧奨後未利用者に対し、訪問による利用勧奨のモデル実施を開始 ・R3年度より、特定保健指導の実施を担っていた衛生部門の保健所健康増進課保健師による実施が困難となるため、保健福祉部保険年金課において会計年度任用職員の確保など、実施体制の整備が必要となる。 ・※1について、実施数に変動はあるが、目標とする全対象者に実施できていることから、Aと評価した。						
成 功 要 因		・市立病院当日実施により、初回面接の実施数を上げることが可能となった ・訪問による利用勧奨の実施により、消極的な利用希望者を初回面接に結びつけることが可能となった						
未 達 要 因		・R1年度、コロナ禍での利用停滞 ・恒常的なマンパワー不足により効果的な利用勧奨(当日実施や訪問による利用勧奨)を行うことが困難となってきた ・このままでは通常実施を行うことも困難になる可能性あり(R2年11月～R3年3月現在まで、コロナ禍による保健所健康増進課保健師の業務過多により、特定保健指導は中止中)						
改 善 案 (継続・強化・修正する内容)		・コロナ禍においても特定保健指導利用意義について周知を行う(プロセスの見直し) ・マンパワー不足による利用対象者への不利益と利用率の低下を最小限に食い止めるため、業者委託等の利用についても検討が必要(ストラクチャーの見直し)						

(3) 生活習慣病の重症化予防事業

評価指標 (OP:アウトプット OC:アウトカム)		目標値 (R5年度)	ベースライン (H28年度)	H29年度	H30年度	R1年度	評価判定区分		
生活習慣に関する普及啓発 (OP)		イベント等での周知	健康セミナー (参加150名)	健康セミナー (参加80名)	健康セミナー (参加80名)	健康セミナー (参加60名)	C	C	
健康相談・指導実施率 (OP)※1	ハイリスク者 100名に対し	100%	100%	100%	100%	100%	D		
	対象者に対し	—	—	—	—	28.6%			
生活習慣病の未治療者割合 (OC)※2	HbA1c 6.5以上	40.0%	51.2%	52.6%					
		—	35.3%	36.6%	34.6%	31.3%	A		
	LDL 140以上	80.0%	89.7%	91.2%					
		—	81.1%	83.7%	85.7%	87.1%	C		
	血圧 140/90以上:	55.0%	63.3%	63.1%					
		—	56.4%	60.2%	58.6%	59.4%	C		
健康相談・指導(受診勧奨)後の治療開始者割合(OC)		20%	10.6%	10.6%	9.1%	6.3%	C		
その他		・※1について、「対象者」を100名のハイリスク者に絞り、健康相談・指導実施率を100%と評価していた ・※2について、H29年度まで指標に使用していた国保連合会帳票が、出力方法の誤りがあり、H30年度以降公表されなくなったため、KDBを利用して割合を計算したことにより、第2期計画の目標値は未設定（上記の表の各指標2段目が新指数） ・コロナ禍での受診控えによる重症化の防止対策のため、強化が必要 ・HbA1c指標は、R1年度より本事業から独立させた糖尿病性腎症重症化予防事業に移行する							
成功要因		・特記すべきことなし							
未達要因		・未治療者の介入後の受診率が伸びていないのは、受診勧奨時期が年度末にかかり効果が見えなかったため、あるいは効果的なかわりができていないため ・介入に効果的な対象者の優先順位が絞り込めていない ・対象者をハイリスク者100名に絞っており、対象者全体をカバーできていない							
改善案 (継続・強化・修正する内容)		・効果的な介入方法の検討(プロセスの見直し) ・介入人数の拡大の検討(プロセスの見直し)							

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業（令和元年度より実施）

評価指標 (OP:アウトプット OC:アウトカム)	目標値 (R5年度)	ベースライン (H28年度)	H29年度	H30年度	R1年度	評価判定区分
会議開催数(OP) (ストラクチャーとして、事業開始に向けた関係機関との段階的な取り組みの進捗があるか ＝①糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定 ②協議会設置)	会議開催数 年1回以上	未実施		医師会と協議 会前身の世話 人会開催 プログラム(案) 策定	プログラムの 策定 事業開始 協議会設立 (会議は未開 催)	A
事業対象者数(OP)	中間評価後 に設定	対象者介入 なし			・未治療・中 断者受診勧 奨346人(全 対象者) ・治療中の者 への保健指 導6人	D
慢性腎臓病を重症化させる方 の数(OC)	減少	20人	15人	27人	21人	C
健康相談・指導(受診勧奨)後 の治療開始者割合(OC)	中間評価後 に設定	対象者介入 なし			介入後治療 開始者82.7%	D
その他の	・糖尿病性腎症重症化予防対策協議会委員を、医師会だけでなく、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士等関係職種団体に広げて設置 ・R1年度開催予定だった協議会は新型コロナウイルス感染症まん延の影響により中止となった ・R2年度においては、委員11名中10名が参加し開催					
成功要因	・市医師会との協力体制の構築 ・関係団体との協力体制の構築					
未達要因	・対象者抽出精度が悪い(疾患名だけで未受診者を拾ったため、確定診断を受けない検査のみの者や、傷病名上「腎症」中断者が「糖尿病」で治療継続していた等) ・治療中の者への保健指導について、利用を希望する者が少ない					
改善案 (継続・強化・修正する内容)	・傷病名だけでなく、治療内容も勘案したうえで中断者を抽出する等、対象者抽出精度を上げる(プロセスの見直し) ・治療中の者への保健指導において、勧奨方法の工夫や医療機関との連携の強化により利用者の増加をめざす(プロセスの見直し、ストラクチャーの強化)					

3 重点事業の改善や工夫の検討

重点事業の評価で明らかになった成功要因や未達要因をふまえ、令和３年度以降の事業実施に生かすための改善点（良かった取組の継続や更に強化する内容等）について、評価の視点の四つの区分も押さえた上で、事業ごとにまとめました。

(1) 特定健診

- ◆令和２年度実施において受診券や勧奨資材にナッジ理論や委託事業者の AI を活用したセグメント分けによる効果的な資材を活用することで、受診率向上傾向がみられていることから、令和３年度も内容のブラッシュアップを図りながら継続実施を行う（ストラクチャー、プロセス）
- ◆受診者へのインセンティブについて、令和２年度に実施している早期受診キャンペーンによりコロナ禍においても受診率向上傾向がみられていることから、対象者の受診行動の定着に向け、費用対効果を考えながら、最終年度までは継続して実施したい（プロセス）
- ◆みなし健診の増加は、医療による治療継続者が多い特徴を持つ小樽市国保において受診率向上に非常に有効な手段と考えられるため、委託医療機関（データ提供医療機関）数の拡大を目指し、健診受診状況等のフィードバックなどを行い、見える化による共通認識を深め、医療機関との連携を強化する（ストラクチャー）
- ◆自己申告健診の増加のために、対象者へ周知を行うとともに、早期受診キャンペーン等のインセンティブを継続し、データ提出を促進する（プロセス）
- ◆現在 800 円である課税対象者の健診受診自己負担額を無料化し、さらなる受診行動の促進を図る（プロセス）
- ◆生活習慣病のリスクを持つ方の減少を評価するための評価指標の設定（アウトカム）
- ◆自らの健康にどれだけ関心を持っているかを評価するため、受診率だけでなく、特定健診質問票等の回答と受診者の傾向や経年による健康に対する意識の変化等を評価指標に加えることを検討（アウトカム）

(2) 特定保健指導

- ◆保健所健康増進課から福祉保険部保険年金課（旧医療保険部国保年金課）へ実施主体が移管されることから、保健指導実施専門職の確保及び委託事業者の選定を行い、連携方法の整備や実施体制の構築を行う（ストラクチャー）
- ◆マンパワー不足による利用対象者への不利益と利用率の低下を最小限に食い止め、質の高い保健指導を提供するため、遠隔面接の実施やモデル実施などの実施方法について、可能性を検討していく（プロセス）
- ◆昨今のコロナ禍におけるさらなる生活習慣病の予防のため、特定保健指導利用意義について効果的な資材を用いて周知を行っていく（プロセス）

(3) 生活習慣病重症化予防事業

- ◆特定健診の結果、受診勧奨値に該当するが医療機関未受診だった者 100 名に対し実施していた受診勧奨の対象人数を拡大し、分析業者を活用した抽出により、介入に効果的な対象者の優先順位を考慮し保健指導を実施する（ストラクチャー、プロセス）
- ◆年度における集計可能な時期に効果的な資材を使用し受診勧奨を実施する（プロセス）
- ◆第2期計画策定時から新たに計算しなおした指標を使用するにあたって、目標値の再設定を行う（アウトカム）

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

- ◆医師のほか、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など、多職種によって構成される「小樽市糖尿病性腎症重症化予防対策協議会」を有効に活用し、事業の方向性や目標について共

有し、さらなる協力体制を構築することで、対象者へのきめ細かなかわりを実施していく
(ストラクチャー、プロセス)

◆分析事業者を活用し、対象者の抽出精度を上げ、適切な対象者への介入を実施する(ストラクチャー、プロセス)

◆治療中の者への保健指導において、勧奨方法の工夫や医療機関との連携の強化により利用者の増加をめざす(ストラクチャー、プロセス)

◆事業の評価のための目標値の設定

- ・受診勧奨・保健指導対象者数(アウトプット)
- ・糖尿病治療中の者への保健指導参加数(アウトプット)
- ・受診勧奨介入後の医療機関受診率(アウトカム)
- ・保健指導前後の検査値の変化(アウトカム)
- ・保健指導前後の生活習慣改善の有無(アウトカム)

V 今後のデータヘルス計画の方向性

1 データヘルス計画の目的及び目標値の見直し(中長期・短期)

データヘルス計画推進のための中間評価として、重点事業を中心に個別保健事業を評価し、改めて健康課題、目標、目標のつながり、整合性について再確認を行ってきました。現状においてはさらなる工夫が必要であるものの、課題に対する目標や実際の個別事業においては、方向性に間違いはなく、軌道に乗っていることが確認できました。

第2期計画の課題に対する目的は、本来「被保険者がこのようにあったらよい」「よりよい生活を送るためにこうなってほしい」という長期的、理想的な表現とすべきところを、「生活習慣病につながるリスクが減少する」「人工透析新規導入患者を減らす」といった、どちらかという目標よりの表現としていたため、目的と目標が混同しがちで評価しにくい部分もありました。中長期目標には、大きく健康寿命の変化や医療費の変化についての視点も必要でした。

また、評価にあたって中長期的な目標を達成するための短期目標が設定されておらず、個別事業から何を根拠に評価すると良いのか指標が紐づけられていなかったり、集計方法の修正により、計画策定時のベースラインや指標がそのまま使用できないものもありました。

これを踏まえた上で、今回の中間評価においては目的や目標の修正ではなく、課題解決のために重点事業をはじめとする個別保健事業が目的に沿ったものか、あるいはきちんと評価が可能な指標が紐づけられているかの確認を中心に考え、目的表現の修正については、第3期に向けての課題として整理していくこととします。

2 評価指標の見直しと整理（課題・目的・目標に照らして）

重点事業の評価過程で明らかになった、目標を評価する上での指標の未設定、基準値の変更による修正、そして新たに中間評価からの設定を予定していた指標について、事業ごとではなく、紐づけが明らかになるよう課題、目的及び中長期（短期）目標と照らしてアウトカムを整理しました。

また、課題3に関しては、糖尿病性腎症重症化予防事業が中心となり、中間評価において指標を定めるとなっていることから、現時点におけるストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの、四つの区分の観点から改めて事業についての指標を整理しました。

(1) 課題1 自らの生活習慣と、健康課題の関連についての認識が不十分である

自らの健康に関心を持つ方の増加として、特定健診・特定保健指導利用率の向上に加え、特定健診の際に記載する質問項目から読み取れる意識について、指標の追加を行うこととしました。また、生活習慣病のリスクを持つ方の評価をするための指標がなかったことから、令和元年度をベースとした内臓脂肪症候群該当者（メタボ該当者及びメタボ予備群該当者）の減少について指標に追加しました。

目的：被保険者が、自らの健康に関心を持ち、特定健診・特定保健指導を通じ生活習慣を改善することにより、生活習慣病につながるリスクが減少する

◆ 中長期目標：自らの健康に関心を持つ方の増加

◆ 中長期目標：生活習慣病のリスクを持つ方の減少

評価指標	ベースライン	R3年度	R4年度	R5年度 (目標値)	中心となる 保健事業
「生活習慣を改善するつもりがない」と回答する人の割合の減少(特定健診質問票)	32.6%	31.5%	31%	30.5%	特定健診
「保健指導を利用しない」と回答する人の割合の減少(特定健診質問票)	61.5%	60%	59.5%	59%	特定健診
メタボ該当者＋メタボ予備軍該当者の割合	男性51.9% 女性16.0%	維持			特定健診

(2) 課題 2 適切な治療につながっていないことで、重大疾病を発症している可能性がある

生活習慣病の未治療者割合について、基準値の計算方法を改めたため、指標を修正し、短期（年度）目標を設定する。指標の項目は変更せず、計算方法は KDB の保健指導対象者一覧より受診勧奨判定値の者を抽出し、医療機関において治療している者（服薬のある者）を除き、未治療者とした。

ベースラインは令和元年度とし、3 年後の目標値を、6 年間で 10%とした第 2 期計画の半分の 5 ポイントの改善と定めましたが、今回の計算方法の変更及び、各指標のベースラインに大きな差があることから、一律の設定は困難と考えますが、第 3 期計画に向けた課題として今後検討していく予定です。

なお、生活習慣病未治療の対象は、これまでハイリスク 100 名としていましたが、令和 3 年度以降は、原則特定健診受診勧奨判定値となった者全員を対象に実施していく予定です。

目的：被保険者が、生活習慣病の適切な治療を受けることで、将来の重大疾病（脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全）の発症を予防する

◆ 中長期目標：生活習慣病の疑いのある方の、未治療割合の 10 ポイントの改善

評 価 指 標	ベース ライン	R3年度	R4年度	R5年度 (目標値)	中心となる 保健事業
血糖検査で受診対象となった者(HbA1c6.5 以上)の未治療割合	31.3%	31%	30%	29%	糖尿病性 腎症重症化 予防事業
脂質検査で受診対象となった者(LDL140以上)の未治療割合	87.1%	86%	85%	84%	生活習慣病 重症化予防 事業
血圧測定で受診対象となった者(140/90以上)の未治療割合	59.4%	58.5%	57.5%	56.5%	生活習慣病 重症化予防 事業

(3) 課題3 予防ができる生活習慣病の悪化により、糖尿病性腎症が重症化している可能性があり、心血管疾患、脳卒中、腎不全のリスクとなっている

糖尿病性腎症重症化予防事業は、平成31年度（令和元年度）からの実施に向け、平成30年度は準備期間として、第2期計画の策定時には数値目標を設定していなかったため、中間評価を踏まえて指標を設定しました。

平成31年度は保健指導実施者が少なく、その少数データによる評価にとどまりましたが、令和2年度からは「数的データによる変化」だけでなく、対象者の行動変容などの「質的变化」に着目して評価する方法をとることとしました。保健指導を受けた個々人の状況を丁寧に分析し、各年度の対象者を経年的にみていくことも検討し、評価の幅を広げてまいります。

目的：被保険者を含む市民の糖尿病性腎症の重症化を予防し、将来的に人工透析新規導入患者を減らす。

- ◆ 中長期目標：慢性腎臓病を重症化させる方の減少
- ◆ 中心となる保健事業：糖尿病性腎症重症化予防事業

評価指標	ベースライン	R3年度	R4年度	R5年度 (目標値)
【ストラクチャー】 事業推進を目的とした組織・場があること	協議会の 発足	「糖尿病性腎症重症化予防対策協議会」 の開催 年1回以上		
【ストラクチャー】 対象者抽出や質の良い保健指導を行える体制を整備する	質の良い 委託事業者 の確保	毎年精査の上 1社以上		
【プロセス】 プログラムに即した未受診者勧奨、保健指導を実施するが、効果的な事業推進に向け、協議会で協議し、毎年ブラッシュアップを図る	受診勧奨 対象者の 見直し	通院者に対する保健指導実施にあたり、 利用勧奨アプローチ方法の検討		
【プロセス】 通院中者への保健指導において、対象者すべての方について医療機関と連携し、目標設定及び定期的な報告を実施する	100%	保健指導実施者全員に対する連携による 目標設定100%		

つづき

評価指標		ベースライン	R3年度	R4年度	R5年度 (目標値)
【アウトプット】 中断者・未受診者への受診勧奨実施率		通知100%	対象者への通知100% なおも未受診の者への介入100%		
【アウトプット】 保健指導実施数		6人	10人	12人	15人
【アウトカム】 新規の人工透析移行者の減少		21人	19人	18人	17人
【アウトカム】 受診勧奨者介入後の受診率		— ※1	30%	30%	30%
【アウトカム】 保健指導利用 者の状況改善	身体データのうち2項目以上	80% (5人中4人)	80%	80%	80%
	健康意識(終了時アンケート) 2項目以上	—	80%	80%	80%

※1 令和元年度において、糖尿病及び糖尿病性腎症の中断者について抽出したが、レセプトのみの抽出では糖尿病疑いの者や1度きりの検査対象者が含まれていたり、糖尿病性腎症としてではなく糖尿病として適切に治療継続できている者が多かったりと、対象者抽出が適切ではなかったため、ベースラインは示さないこととした

Ⅵ さいごに

これからの保健事業

(1) 見えてきた課題への対応

先に述べたように、今回の中間評価は、課題や目的に紐づいた重点保健事業の年度評価をもとに行ってきましたが、毎年PDCAサイクルを用いて行う評価に、KDBデータ等を照らして考察したところ、現状の事業の方向性を修正する必要はないが、新たな課題として将来的に追加すべき要素があることも見えてきました。

「糖尿病」がKDBの医療費分析において上位となっている小樽市国保では、糖尿病性腎症重症化予防事業を優先して展開することが必要と考えてきました。しかし、実際にはその背景に、国や北海道、他市町村と比べ、高血圧の割合が高いという現状がありました。小樽市国保のメタボリックシンドローム該当者率は、突出して高いわけではありませんが、そのメタボの要因として高血圧と脂質異常を重複して含む割合が高い傾向も見られます。

これを踏まえ、高血圧や脂質異常の対策について、第2期計画後半において新たな目標を掲げて内容を強化し、優先順位を繰り上げて実施するべきかを検討しましたが、まずは現在行っている事業を丁寧に分析の上、それぞれの事業の対象者抽出の際に、高血圧や脂質異常のある方をハイリスク者、あるいは優先順位の高い者とし、柔軟に対応していくこととしました。

また、今後さらに課題の明確化を行っていく上で、分析を行うための基本データとなるのは特定健診です。本市において特定健診受診率は、全国・全道平均とかなり乖離があり、全国順位で下位1パーセント内という非常に低い現状にあることから、この受診率を上げていくことが早急に求められています。

第3期計画に向けては、さらに根拠となるデータ分析を行い、継続して見える課題や新たな課題を踏まえ、個別の保健事業を行ってまいります。

(2) 保険者努力支援制度の活用

平成30年度から、保険者の医療費適正化に向けた取組に対する支援として、保険者努力支援制度が実施されています。保健事業をはじめとする保険者の適正な国保運営実施状況等が、年度ごとに制定される指標に対し評価され、それぞれ点数化された総合点数に応じて国が保険者に対

し交付金を交付し財政支援を行うものです。これにより、市町村間の取組状況の比較が容易になるとともに、国保として保健事業に積極的に取り組むことのメリットが明確化されることとなりました。また、この努力支援制度の配点を見ると、国がどのような方向性で保健事業を進めていきたいと考えているのかが見えてきます。

令和2年度には、この保険者努力支援制度が抜本的に強化され、従来の都道府県・市町村国保に割り当てられていた分とは別途、新規に大規模な予算措置がされることになりました（国保ヘルスアップ事業の統合）。人材の確保や育成、データ活用の強化、モデル事業実施による具体的な取組の推進等、予防・健康づくりの強化が進められています。

小樽市国保として、第2期計画で推進する保健事業の整合性や優先順位を踏まえた上で、国の動向と照らし合わせ、柔軟に保健事業を実施していくことが求められています。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

令和7年（2025年）には、団塊の世代が全て後期高齢者となり、多数の国保被保険者が後期高齢者医療制度へと移行します。高齢化に伴い医療ニーズの高い被保険者が増えることから、さらなる医療や介護などの社会保障費増大が予測されるところです（2025年問題）。

このような背景の中、高齢者の保健事業については、介護予防との一体的な実施の必要性が唱えられるようになりました（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、以下「一体的実施」という。）。一体的実施では、データを活用しながらPDCA サイクルに沿ったポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチを展開するにあたり、現状分析をもとに、費用対効果も踏まえながら、疾病の発症予防・重症化予防を展開することが求められています。これは、単に後期高齢者医療制度と介護保険との間の一体的な実施だけではなく、国保から後期高齢者の保健事業の連続性も重視したものであり、庁内関係部署間の連携体制整備、各関係者と連携を図りながらの事業展開が必要となります。

これまで本市では、国保の被保険者を対象として、糖尿病性腎症をはじめとした生活習慣病の重症化予防事業等の保健事業や服薬適正化等の医療費適正化事業などを実施していましたが、後期高齢者に対する保健事業は、健康診査や歯科健診など一部の実施にとどまっていました。一体的実施が令和2年度から本格的に全国展開され、令和6年度までに全ての市町村において実施することとされた中、本市においても令和3年度の組織機構改革において国保と後期高齢者の保健事業を連携して行えるよう課を統合するほか、一体的実施の企画や他部局との調整のために保健師を主幹として配置する等、体制を整備する予定であり、次年度以降の開始に向けて準備を進めているところです。

2025年問題を見据えた施策の方向性としては、国保と後期高齢者医療制度の円滑な接続と、地域包括ケアとの連携を推進するとともに、データヘルス計画を基調とした取組を推進してまいります。