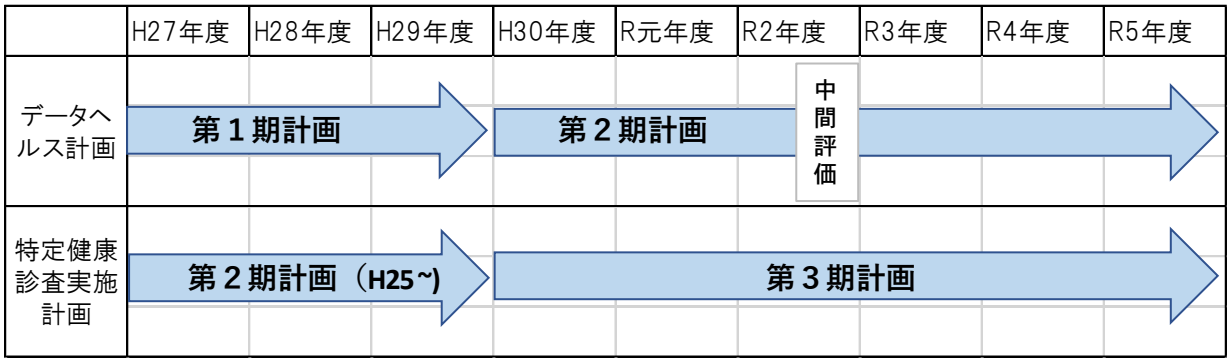
1　総論

1. データヘルス計画について

データヘルス計画は、国の成長戦略として診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）及び特定健康診査等のデータ分析に基づき、保健事業を PDCA サイクルで効果的・効率的に実施するための事業計画であり、平成 27 年度からすべての医療保険者に実施が義務付けられています。

本町では本計画の実施により、松島町国民健康保険の被保険者の健康保持・増進ともに、松島町国民健康保険の健全運営を図り、「心も体もすこやかに笑顔あふれる町づくり」並びに「健康で互いに助け合う心かよいあう温かいまちづくり」に資することを目指します。

（1）計画期間 《平成 30 年度～令和5年度》



（2）計画の位置づけ

政府が金融政策、財政政策に続く“第 3 の矢”として発表した「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）で国民の健康寿命の延伸を重要な柱として掲げ、全ての健康保険組合に対しデータヘルス計画の作成、公表、事業実施、評価等の取組を行うことを求めました。

本計画は、超高齢化の進展で健康づくりの重要性が高まる中、保険者がデータヘルス計画のしくみを活用して効果的な保健事業に取り組むことを期待し策定するものです。

（3）特定健康診査等実施計画との関係

平成20年度に開始した特定健診制度は、健診データを電子的に標準化し、データに基づき保健事業のＰ（計画）Ｄ（実施）Ｃ（評価）Ａ（改善）を回すことをねらいとしています。

特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定める計画であることから、効果的・効率的に事業が実施できるよう、データヘルス計画と特定健康診査等実施計画とは相互に連携して策定することが望ましいとされています。

２　松島町データヘルス計画の概要

１．松島町第 2 期データヘルス計画の概要

（1）松島町の健康課題と目標

健康課題	①疾病大分類別 医療費が多い疾病（1 位:循環器疾患　2 位:内分泌栄養代謝疾患　3 位:腎尿路疾患） 患者が多い疾病（1 位:消化器疾患　2 位:循環器疾患　3 位:内分泌栄養代謝疾患） ②疾病中分類 医療費が多い疾病（1 位:腎不全　2 位:高血圧疾患　3 位:その他の心疾患） 患者が多い疾病（1 位:高血圧疾患　2 位:屈折及び調節障害　3 位:糖尿病） ③健診異常値放置者　265 人（H27 年） ④生活習慣病治療中断者　15 人（H27 年） ⑤重複受診者　29 名、 頻回受診者　32 名、 重複服薬者　91 名（H27 年）
課題整理	■生活習慣病患者が多数存在し、医療費も多額である。特定健診・特定保健指導の受診率向上を図り、生活習慣病予防を図る必要がある。 ■Ⅱ型糖尿病を起因とする透析患者が多数存在する。糖尿病性腎症の予防・発症遅延のためハイリスク者に早期介入する必要がある。 ■健診異常値放置者、治療中断者が多数いる。医療機関への受診勧奨を行い適切な医療につなげることで重症化を予防する必要がある。 ■ジェネリック医薬品普及率は国が定める目標（80％以上）と比較して低いため、医療費適正化のために切り替え勧奨を行う必要がある。
目　　標	①特定健康診査実施率　【60％以上】 ②特定保健指導実施率　【60％以上】 ③特定健診結果 HbA1c保健指導判定以上の対象者　【6％減少】 ④糖尿病性腎症重症化予防事業の実施者　【5 人/年間】 ④肥満者（BMI25 以上）の割合　【男性 30％以下、女性 25％以下】 ⑤メタボリックシンドローム該当者　【26％以下】 ⑥運動習慣のある人の割合　【男性 45％以上、女性 35％以上】 ⑦生活習慣の改善に取り組んでいる人の割合　【30％以上】 ⑧地域で健康づくりの活動をする人の割合　【50％以上】 ⑨健診異常値放置者受診勧奨により医療機関につながった割合【50％以上】 ⑩重複・頻回受診者、重複服薬者の改善率　【50％以上】 ⑪ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）　【80％以上】
計画に記載している個別保健事業	①特定健康診査・特定保健指導受診率向上事業 ②糖尿病重症化予防事業 ③生活習慣病予防事業 ④健診異常値放置者受診勧奨事業 ⑤医療費適正化事業

3　第 2 期松島町データヘルス計画の評価

1. 個別保健事業の評価

（1）特定健康診査・特定保健指導受診率向上事業

a　現状

背　景	人口減少に伴い、松島町国民健康保険被保険者も最近の5年間で約2割減少しているが、総医療費は増加しており、一人当たり医療費は外来、入院、歯科とも国・県平均に比べて高い。疾病の早期発見、重症化予防の取組を推進するため、特定健康診査・特定保健指導の受診率向上を図り、疾病予防のアプローチを早期に行う必要性が増している。
目　的	生活習慣病及びメタボリックシンドロームリスク者を早期に発見し介入することで、健康意識の向上を図り、生活習慣病の発症や重症化を予防する
具体的内容	①未受診者対策:受診勧奨ハガキの送付、受けやすい健診の工夫 ②医療機関からの情報提供事業の実施 ③特定健康診査・特定保健指導に関するわかりやすい啓発の実施 ④特定健康診査早期介入保健指導事業（青年健康診査）の実施 （18 歳～39 歳対象健診）により若年期からの健康意識の向上を図る ⑤特定健診当日（健診会場での）の特定保健指導分割実施
評価指標 目標値	**【アウトプット（行動目標）】** ①未受診者対策：休日追加健診の実施　【年 1 回】 ②受診率の低い地区への啓発の実施　【100%】 ③未受診者への電話やハガキでの受診勧奨の実施　【100%】 ④特定保健指導対象者への電話・通知等による勧奨の実施　【100%】 ⑤特定保健指導（初回面接）の分割実施　【毎年実施】 ⑥情報提供事業同意者への結果通知、保健指導の実施　【100%】 ⑦青年健康（18 歳～39 歳）診査の実施　【毎年実施】 **【アウトカム（成果目標）】** ◎特定健診の実施率　【60%以上】 ◎特定保健指導実施率　【60%以上】

b　評価

評価指標	目標値	ベースライン	指標判定	事業判定	要因
（アウトカム） ①特定健診の受診率の変化	60%以上	（H28 年度） 52.2%	C	B	■特定健診受診率は目標には達していないが、毎年1%上昇。対象者全員に受診票を送付し、なお未受診者へは追加健診の案内ハガキ送付しているため受診率が向上している。
②特定保健指導実施率	60%以上	（H27 年度） 12.5%	C		■特定保健指導は、健診会場での分割実施を行ったことで受診率が向上した。

（アウトプット） ①健診未受診者への通知率 ②休日・追加健診実施 ③情報提供事業同意者への保健指導	100% 2日間 100%	（第１期計画期間から） 全て 100%	A A A	B	■特定保健指導の実施率が目標値の半分程度にとどまっているが、そもそも目標値が現状に即しておらず計画期間での達成は不可能。 ■情報提供事業は医用期間への周知の結果少しずつ定着してきている。 同意者数 H29 年度　121人 H30 年度　102人 R1　年度　108人 ※特定健康診査受診者の8%を占める

※指標判定・事業判定について

指標判定	事業判定
A：すでに目標を達成	A:うまくいっている
B：目標は達成できていないが達成の可能性が高い	B:まあうまくいっている
C:目標の達成は難しいがある程度効果はある	C:あまりうまくいっていない
D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない	D:まったくうまくいっていない

C　改善策

●特定健診受診状況を見ると、40 歳代～50 歳代の男性で特に受診率が低い。
レセプト分析では、この年代で3割近い人がすでに生活習慣病で受診していることがわかった。
健診を受診してもらうことで、医療受診や生活習慣改善が必要な人にはじめて介入の取りかかりが持てることから、受診率が低い年齢層に重点的に受診啓発する。

（評価指標の変更）

【アウトカム】

①特定健診の受診率は、65 歳以上では目標達成している。
指標を「40 歳～64 歳の特定健診受診率」とし、目標値を 50%以上に変更する。

【アウトプット】

①若年層の受診率向上のため、職域を通じた（商工会・漁協・農協等）受診勧奨の実施を追加する

●特定保健指導の実施率の目標値は、同規模自治体平均（40%以上）に変更し、目標達成を目指せる数値に変更する。
医療受診や生活習慣改善が必要な対象者の半数に保健指導介入ができれば町全体として、生活習慣病の発症を遅らせる可能性がある。

●情報提供事業利用者数は、特定健診受診者の 1 割を占め、少しずつ増加しているが、今後もわかりやすい周知に努め、かかりつけ医がいる町民の当該事業の活用を促し、受診率向上を図る。

〇中間評価のポイント〇

特定健康診査の受診率が低い年齢層にターゲットを絞って受診率向上の取組を強化することで、早期の受診勧奨・保健指導につながり、疾病の発症予防・重症化予防を目指すことができるようになる。

（2）糖尿病重症化予防事業

a 現状

背　景	松島町は特定健診結果で、血糖値異常者の割合が宮城県平均、全国平均と比較して20ポイント以上高い状態が続いている。また、人工透析患者のうちⅡ型糖尿病起因の患者が約半数存在する。糖尿病は進行すると腎症に至り透析が必要になる。そこで早期に保健指導を行い生活習慣を改善することで、腎症の悪化を遅延させることが必要である。
目　的	特定健診の結果、HbA1cの保健指導判定以上が受診者の80%を以上を占めており、多くの町民が糖尿病予備群である。そこで、生活習慣改善の見直しの気づきを促すとともに、生活習慣改善の継続的な取組、適切な医療受診を支援し、糖尿病の発症や重症化を予防することを目的に事業を実施する。
具体的内容	（1）ポピュレーションアプローチ ①糖尿病予防のための情報発信（子ども～大人まで） ②地区組織を対象とした講話、研修会の実施 （2）ハイリスクアプローチ ①HbA1c6.0～6.5%未満の対象者への保健指導の実施 ②HbA1c6.5 以上の医療未受診者への受診勧奨の実施 （3）糖尿病性腎症重症化予防事業 ※実施主体は町だが、ほとんどのプロセスを業者委託している
評価指標 目標値	【アウトプット（行動目標）】 ①広報・SNS・保険証更新時の啓発実施　【年5回全世帯対象】 ②地区組織を対象とした講話、研修会の実施　【年6回実施】 ③保健指導対象者への支援レターの送付　【対象者全員】 ④HbA1c6.5 以上の要医療者に対する受診勧奨　【100%実施】 【アウトカム（成果目標）】 ①HbA1cが保健指導判定以上（5.6%以上）の該当者　【6%減少する】 ②糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者　【年間5人】

b 評価

評価指標	目標値	ベースライン	指標判定	事業判定	要因
（アウトカム） ①HbA1c要指導以上判定者割合の変化	6%減少	（H29 年度） 80.4%	D	C	■本町は高齢化が進み、国保被保険者の平均年齢も高いため、現行の指標・目標値では 80%以上の方が HbA1c異常値であり、対象者が多すぎて効果的な介入が困難だった。 不特定多数に向けての広報・啓発活動だけでは定量的な変化につながらなかった。
②糖尿病性腎症重症化予防事業の参加者数	5 人	（H31 年度） 事業開始 3 人	E		■業者委託により実施しているが、事業者が参加勧奨しても参加者が集まらない（住民が警戒したり、危機感が伝わっていない、医療機関との連携不

（アウトプット） ①広報・SNS・保険証更新時等の啓発の実施回数 ②地区組織等を対象とした講話、研修会の実施回数 ③HbA1c6.5 以上のハイリスク者への受診勧奨実施率	年3回 年6回 100%	H28 年度 全て実施	A		足が要因と考えられる。） ■アウトプットは目標値以上に達成できている。しかし、それがアウトカム（成果）につながらなかった。 事業の参加者が一部の健康に関心がある層に限られており、町民全体への広がりに欠けていた。健康への関心が低い層（ハイリスク者）へのアプローチができなかった。 ■HbA1c6.5 以上の対象者は年間 200 人を超えており、文書指導を実施したが、効果的な介入とはならず、非受診率は 8.4%、未治療者率が 9.9%と高いままであった。

C 改善策

●評価指標の変更
（アウトカム）
指標を「HbA1c8.0 以上の未治療者の割合」 とし、目標値を 30%以下とする。
※R1 は 17 人中 8 人（47%）が未治療である。
指標変更することで、介入対象者は年間 10 人以下となるが、介入対象者を絞ることで、ハイリスクの方に確実にアプローチする方法に見直す。

●評価指標の変更
（アウトカム）
指標を「糖尿病性腎症重症化予防事業参加者が透析導入する割合」 とし、目標値を0とする。参加者の事後フォローを継続し長期的に透析にならないための介入を行うよう見直す。

●評価指標の変更
（アウトプット）
指標を「HbA1c8.0 以上のハイリスク者への受診勧奨実施率（電話・訪問）」 とし、目標値は 100%とする。
放置することで重症化することが確実な人に対し、個別に徹底した受診勧奨を実施するよう取組を見直す。

〇中間評価のポイント〇

ハイリスクアプローチの取組が不明確で、効果判定が困難であった。
保健指導介入する対象者を明確にし、ハイリスク者にもれなくアプローチすることで重症化予防を図れる可能性がある。

（3）生活習慣病予防事業

a 現状

背　景	医療費分析において、循環器系の疾患、内分泌、腎尿路生殖器系の疾病の医療費が多く、高血圧疾患、糖尿病で患者数が多い。また、数年前から大腸がんの増加が顕著である。死因では心臓病、脳血管疾患、腎不全が国・県平均にくらべ有意に多く、生活習慣病予防が本町の健康課題であり、対策を強化することで医療費の適正化につながる。
目　的	各種保健指導（健康教育・健康相談）等により個人の保健行動のきっかけづくりをすることで、町民の健康増進及び生活習慣の改善を図り、生活習慣病の発症、重症化を予防する。町民の多くが健康になることで、将来的に高血圧や糖尿病、脳血管疾患、心疾患に係る医療費の上昇を抑制する。
具体的内容	①生活習慣病予防をテーマとした健康教育・健康相談等の実施 （地区栄養教室：各地区年2回、健康まつりの開催、健診結果説明会、健康講話等） ②地域における運動普及の推進 （E-Style クラブ、ノルディックウォーキング、ウォーキングマップの配布等） ③地区組織やボランティアを活用した普及啓発 （運動サポーター・食生活改善推進員・心の健康サポーターの育成）
評価指標 目標値	【アウトプット（行動目標）】 ①生活習慣病予防に関する健康教育・健康相談の実施　【年間 100 回】 ②健康診査受診者に対する事後指導の実施　（100%　※文書指導含む） ③食生活改善推進員育成事業の実施　【年間 5 回】 ④運動サポーター養成事業の実施　【年間 2 回以上】 【アウトカム（成果目標）】 ①特定健診の肥満者（BMI25 以上）の割合　【男性 30%未満、女性 25%未満】 ②メタボリックシンドローム該当者の割合　【26%未満】 ③運動習慣のある人の割合　【男性 45%以上、女性 35%以上】 ④生活習慣の改善に取り組んでいる人の割合　【30%以上】 ⑤地域で健康づくりの活動をする人の割合　【50%以上】

b 評価

評価指標	目標値	ベースライン	指標判定	事業判定	要因
（アウトカム） ①肥満者（BMI25 以上）割合の変化	男性 30%以下 女性 25%以下	（H28 年度） メタボ判定 30.9%	D	C	■BMI25 以上の肥満者が多数存在し、個別の介入はできず、ポピュレーションアプローチのみの実施だったため、定量的な数値の改善にはつながらなかった。
②メタボ該当率の変化	26%以下		D C		■特定保健指導実施率は(H29)14.8%、(H30) 18.7%、(R1) 32.6%で、対象者のうち介入できていない人の方が多い。特定保健指導実施率を上げ、個別保健指導によって行動変容を促さないと数値は改善しないと思われる。

③生活習慣改善に取り組んでいる人の割合の変化 （アウトプット） ①健康相談・健康教育実施 ②健診受診者への事後指導実施 ③食生活改善推進員育成事業の実施	30%以上 年間 100 回 100% 年間　5回	（H28 年度） 全て実施 達成済	A	C	■アウトプット指標は全て達成しているが、アウトカムの成果が出ていない。 メインターゲットを絞らずに、広く浅い介入を頻回に行っても、医療費適正化につながる成果を得るのは難しい。 対象者を絞り込み、より強い介入をする必要がある。 ■ポピュレーションアプローチの対象者が広がりを欠いている。健康に少し関心があるが、行動に移せていない層へのアプローチが必要。

C　改善策

●評価指標の変更

（アウトカム）

指標を「運動なしの人の割合が減少する」とする。

※現状 49.8%が運動なしで県平均より 9 ポイント多い

指標を「大腸がん検診受診率向上」とする。

（アウトプット）

指標を「肥満（Ⅱ度　BMI30）以上の人への保健指導実施率」とし、目標値を 100%とする。

※年間 80 人程度が該当

より健康リスクの高い人に対象を絞り、確実に保健指導を行うよう見直す

●取組内容の追加

健康ポイントを導入し、インセンティブを付与しながら、個人の健康増進の取組を促す。

（アウトカム）

指標を「健康ポイント目標達成者数」とする

（アウトプット）

指標を「健康ポイントカード配布数」とする

○中間評価のポイント○

ハイリスクアプローチの拡充により、生活習慣病の早期保健指導・早期受診を図る必要がある。
ポピュレーションアプローチは、インセンティブの付与で個人の保健行動への取組を後押しし、楽しみながら継続して実践できる機会を提供する。

（4）健診異常値放置者受診勧奨事業

a 現状

背　景	生活習慣病は一度発症すると治癒することは少ないため、病状の維持が重要となるが、患者の中には服薬を適切に行わないケース、自己判断で受診を止めてしまう方がおり、脳卒中や心筋梗塞等の重篤な疾病を引き起こす可能性が高まる。第 2 期計画策定時の分析では265人が健診異常値を放置し、15人が生活習慣病の治療を中断しており、糖尿病性腎症や脳疾患が多い要因となっている可能性がある。
目　的	特定健康診査の結果から、受診勧奨値（異常値）であるにもかかわらず放置している対象者に医療受診を促し、生活習慣病の重症化予防を図ることで、医療費適正化を図る。
具体的内容	①血圧異常値放置者への受診勧奨 （健診会場での個別保健指導、通知・電話による受診勧奨を行う） ②至急受診連絡者への受診勧奨 （訪問により説明、勧奨を行う） ③e-GFR 異常値放置者への受診勧奨 （50ml/1.73m³未満で治療につながっていない方に対して受診勧奨を行う）
評価指標 目標値	【アウトプット（行動目標）】 ①血圧異常値放置者への受診勧奨 （健診会場での個別保健指導、通知・電話による受診勧奨　100%） ②至急受診連絡者への受診勧奨 （訪問により説明、勧奨を実施　100%　） ③e-GFR 異常値放置者への受診勧奨 （50ml/1.73m³未満で治療につながっていない方への介入　100%） ④ポスター掲示等の啓発を年間を通じて実施する 【アウトカム（成果目標）】 ①対象者の 50%以上が医療機関につながる

b 評価

評価指標	目標値	ベースライン	指標判定	事業判定	要因
（アウトカム） 対象者が医療機関につながる割合	50%以上	H27 放置者 265 人	A	A	■対象者全員に電話で受診勧奨を実施した。（保健師雇い上げで対応） 受診勧奨対象者が多いため、複数項目で要指導・要医療と判定された人に電話で保健指導を実施した。対象者抽出の基準が明確化されておらず、評価ができにくい。

（アウトプット） ①血圧異常値放置者への受診勧奨実施率 ②至急受診連絡者への受診勧奨実施率 ③e-GFR 異常値放置者への受診勧奨実施率	100% 100% 100%	計画策定当初から100% 計画策定当初から100%	A A A	A	■至急受診連絡者は保健師が直接訪問し健診結果を説明、受診勧奨したことによりほぼ全員受診につながっている。 訪問による受診勧奨は、対象者の行動変容につながっていることがわかった。

C 改善策

●評価指標の明確化

（アウトカム）

指標を「健診異常値放置者のうち、血圧、e-GFR、血糖値のうち2項目で要医療の者で治療につながった割合（医療機関受診率）」とし、目標値を 100%に設定する。

（アウトプット）

指標を「対象者への受診勧奨実施率※」とし、目標値を 100%とする。

※対象者の定義は下記のとおり

①血圧異常値→160mmHg 以上の未治療者

②HbA1c→8.0 以上

③e-GFR→要医療判定者

上記に対象者を絞り、確実に重症化予防の介入を行う。

〇中間評価のポイント〇

健診異常値放置者については、特に受診・治療が必要なハイリスク者者に確実に早期受診を促し、疾病の発症予防・重症化予防につなげることが大切である。

（5）医療費適正化事業

a 現状

背　景	重複受診者、頻回受診者、重複服薬者が多数存在し、特に長期多剤服用は副作用が起こりやすくなる等体調への悪影響が出る可能性がある。中には薬剤併用禁忌対象者も含まれ、正しい受診・服薬行動を指導することが必要である。 ジェネリック医薬品の使用については、本町では国が定める目標（80％以上）と比較して使用率が低いため、切り替えを勧奨する必要がある。
目　的	不必要な重複・頻回受診の回避、ジェネリック医薬品の使用勧奨等により、医療費適正化に努め、国民健康保険財政の健全化を図る。
具体的内容	①重複・頻回受診者等訪問指導事業 （年2回） （同一疾患で3医療機関以上、月12回以上受診、また、同系医薬品が複数医療機関から処方されている方への個別指導を実施） ②ジェネリック医薬品差額通知事業 （年2回） ③医療費通知事業 （年4回） ④普及啓発事業 （通年）
評価指標 目標値	【アウトカム（成果目標）】 ①重複・頻回受診者、重複服薬者の改善率【50％以上】 ②ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）【80％以上】 【アウトプット（行動目標）】 ①重複・頻回受診者への保健指導 【100％実施】 ②ジェネリック医薬品差額通知の送付 【100％実施】 ③医療費通知 【全世帯に年4回送付】 ④普及啓発・健康教育の実施 【広報・ホームページ】

b 評価

評価指標	目標値	ベースライン	指標判定	事業判定	要因
（アウトカム） ①重複・頻回受診・重複服薬の改善率	被指導者の50％以上		A		■対象者抽出し、電話で個別に確認した結果、各々事情があっての受診行動であり、指導不要であることがわかった。
②ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）	80％以上	H28 70.3％	A	A	■ジェネリック医薬品への切り替えは順調に進んでおり、R2 年 12 月時点普及率 83.0％で目標値は達成している。 今後も被保険者、医療者双方の理解が必要であるため、取組を継続する必要がある。
（アウトプット） ①重複・頻回受診者への保健指導	100％				
②ジェネリック医薬品差額通知	100％				
③医療費通知の送付	年4回	計画策定当初から100％	A	A	

C 改善策

評価指標の変更なし。現状の取組を継続する

2. 個別保健事業の主要な課題のまとめ

個別保健事業名	評価結果と課題のまとめ	見直し内容
特定健康診査受診率向上事業	目標は達していないが、受診率は上がってきている。啓発を繰り返し、メリットを周知する必要があり、特に 40 歳～64 歳男性は受診率が 38％程度とかなり低いため、年齢・性別を絞った受診率向上の取組が課題となる。	メリットが伝わる、わかりやすい啓発を繰り返し実施する。 職域（農協・漁協・商工会）を通じた受診勧奨の取組を実施する。
特定保健指導実施率向上事業	改善はしているが目標値との開きが大きい。 ハイリスク者を発見し早期介入することによる重症化予防効果が大きいと推測され、本町の疾病分析で見られる特徴（脳血管疾患、糖尿病）の重症化予防ができる。	健診会場での保健指導実施の徹底により、ハイリスク者への個別指導を行う。健診当日に対象者の4割以上に保健指導を実施することを目指す。
糖尿病重症化予防事業	ポピュレーションアプローチをかなり行っているが成果が出ていないため、今後はハイリスクアプローチを適切に実施していくことが必要。R1 年より糖尿病性重症化予防事業を開始している。毎年 5 名程度のハイリスク者に介入できれば重症化を予防でき、医療費適正化にもつながる。	対象を HbA1c8．0以上のハイリスク者に絞り受診勧奨を徹底する。放置することで重症化することが確実な人に対して、確実に個別受診勧奨を実施するよう取組を見直す。
糖尿病性腎症重症化予防事業	多額の委託料をかけているが、参加者を集めることに苦労しており、R1 年度は3名、R2 年度は2名のみの指導実施であった。事業対象者（ハイリスク者）は毎年70名程度存在するため参加意欲を高めることが課題である。	主治医との連携を強化し参加者を増やす。 事業参加のメリットをわかりやすく提示する。
生活習慣病予防事業	多くの取組を行っているが、アウトカムの成果が出ていない。町主催事業では参加者が限定的であり、感染症の不安も続くことから、住民が自分の都合で個別に楽しみながら取り組めるような支援にシフトするが必要がある。	健康ポイントを実施し、インセンティブを付与して個人の健康増進の取組を後押しする。 集団指導→個の取組支援にシフトし、健康事業参加を促進する。
健診異常値放置者受診勧奨事業	目標値を達成し、成果も出ているので、今後も継続し適切な医療受診・重症化予防につなげることで医療費適正化を図る。	特にハイリスク者へのアプローチを強化。指導対象を絞って個別に介入する。
医療費適正化事業	様々な啓発を行った結果、ジェネリック医薬品への切り替えは進んでいる。医療機関や薬局とも協力し、今後も切り替えの取組を進める。	現状維持

3. 計画の全体評価

指　標	目標値	判断等	評価・見直し
●医療費指標 ※2 期計画中には指標がない	不明	第 2 期データヘルス計画では、個別事業の実施について指標が定められているが、計画全体が目指すものについての記載がなく、取組の最終的な目的・目標が不明確であった。 そのため、中間評価をふまえ、右記のとおり新たに計画の方向性を示す指標を明記することとした。	医療費の推移については、医療費総額では一見減少しているようにみえるが、H27 年からの3年間で被保険者が17%減少しており、被保険者一人当たりの医療費は 112%で増加している。本町では循環器疾患と糖尿病の患者が多いが、40 歳代で 4 人に 1 人、50 歳代では 3 人に 1 人がすでに生活習慣病の診断を受けている現状がある。一方、この年代の特定健診の受診率は 30%代と低く、保健行動意識は低い。今後 3 年間で青年健診受診率向上と合わせて青年期からの生活習慣改善、適切な医療受診を進め、重症化予防をすることで医療費適正化を図ることが重要である。 【今後の指標】 指　標:医療費(04 内分泌、09 循環器、14 泌尿器)の推移 目標値:維持する 現　状:H30 年度/H27 年度比(内分泌 96.1%、循環器 86.3%、尿路性器 100.3%)
●平均自立期間 ※2 期計画中には指標がない	不明	第 2 期データヘルス計画では、個別事業の実施について指標が定められているが、計画全体が目指すものについての記載がなく、取組の最終的な目的・目標が不明確であった。 そのため、中間評価をふまえ、右記のとおり新たに計画の方向性を示す指標を明記することとした。	平均自立期間は(H30 年)男性 80.2 歳、女性 85.6 歳であり、優秀であるが、不健康期間は男性が 1.5 年、女性が 3.7 年となり、女性の不健康期間が年々伸びていて圏域平均に較べても長い。要介護認定者の有病率で本町で特に多い糖尿病、脳血管疾患、高血圧の重症化予防を強化し、今後 3 年間の取組によりは不健康期間を短縮できる可能性がある。 【今後の指標】 指　標:不健康期間 目標値:短縮 現　状:男性 1.5 年、女性 3.7 年
●糖尿病重症化予防事業(糖尿病性腎症重症化予防事業含む) ※2 期計画中には指標がない	不明	第 2 期データヘルス計画では、個別事業の実施について指標が定められているが、計画全体が目指すものについての記載がなく、取組の最終的な目的・目標が不明確であった。 そのため、中間評価をふまえ、右記のとおり新たに計画の方向性を示す指標を明記することとした。	糖尿病重症化予防に関して本町ではこれまで、ポピュレーションアプローチを重点的に実施してきたが、人工透析患者を減らすという目標に対しては、ハイリスク者に重点的に介入する方が効果的であるとの判断から、今後は個別の介入対象者を HbA1c8.0 以上の未治療者に絞り、ハイリスク者に確実に介入を行っていくこととする。 【今後の指標】 指　標:Ⅱ型糖尿病に起因する人工透析者割合 目標値:減らす 現　状:R1 年　人工透析患者 19 人(そのうち、47%がⅡ型糖尿病が起因)

4　計画の見直しと今後の方向性のまとめ

1　特定健診受診率向上事業

①見直し

指標：特定健診受診率
（目標値 60%以上）

↓

変更：40 歳～64 歳の特定健診受診率
（目標値 50%以上）

特定健診の受診率は、65 歳以上ではすでに 60%を超えており、目標は達成された。
64 歳以下の年齢では依然として受診率が低い（R1 年度の受診率：男性 38.5%、女性 51.8%）ことから、R3年度以降本事業のターゲットをこの年齢層に絞り、受診率向上に取り組む。

②方向性

40 歳～50 歳代の 3 割がすでに生活習慣病で受診歴が有る
特定健診を受診することで、保健指導の取り掛かりができる。
40 歳～64 歳の健診受診率を上げる取組を強化する

2　特定保健指導の実施率向上事業

①見直し

指標：特定保健指導実施率
（目標値 60%以上）

↓

変更：特定保健指導実施率
（目標値 40%以上）

本町の特定保健指導実施率は、国・県平均に較べると高いが、同規模自治体平均（43%）に較べると低い。
※H30 年度実施率 18.7%、R1 年度 32.4%
自治体規模に合わせた目標値を再設定し、介入方法を工夫して、実施率向上を目指す。

②方向性

健診受診時の特定保健指導実施率を向上させ、対象者の4割以上に
継続した保健指導を行うことを目指す。それにより、生活習慣病の発症予防、
重症化予防を図り、不健康期間の短縮を目指す。

3　糖尿病重症化予防事業

①見直し

指標：HbA1c5.6 以上の割合
（目標値　－6%）

↓

変更：HbA1c8.0 以上の未治療者割合
（目標値 30%以下）

特定健診受診者の8割以上が HbA1c5.6 以上、6.5 以上でも年間 200 名を超える。文書指導や広報での啓発では効果的な介入にならず、未治療者率は 9.9%と高いままであった。
HbA1c8.0 以上を放置すれば重症化リスクが高く、確実に医療受診が必要な状態である。対象者は年間 10 人以下であり、個別介入が可能である。

②方向性

ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチに転換
保健指導対象を、重症化リスクが高い人に絞り、個別保健指導を確実に実施。
重症化予防につなげる。

4　生活習慣病予防事業

①見直し

あらたな指標の追加
　①健康ポイント個人目標達成者数
　②健康ポイントカード配布数

↓

目標値
　①年間50人
　②6,000 枚（町内全世帯に配付）

町主催で行う保健事業の参加者のほとんどは、65歳以上である。一方、30 歳代で 13%、40 歳代で 26%の町民がすでに生活習慣病を発症しているが、40 歳代～50 歳代は仕事や育児などで忙しい世代でもあり、日程が固定された事業への参加率は低かった。
新型コロナウイルス感染症の影響もあり、多くの人を一カ所に集めて行う保健事業からの転換も必要である。
健康ポイント事業の導入で、これまで健康増進事業に関心の薄かった層に対しても動機付けができることを期待してる。

②方向性

「自分の都合にあわせて」「楽しみながら」「継続して」行うことができる
新しいかたちの健康増進の取組を推進する。

5　健診異常値放置者受診勧奨事業

①見直し

指標：対象者が医療機関につながる
　　割合　（100%）

↓

変更：血圧、e-GFR、血糖値のうち、2 項目以上で要医療の者で、治療につながっていない人が
　医療機関につながる割合
　（100%）
　※血圧異常値→160mmHg 以上
　　HbA1c→8.0 以上
　　e-GFR→要医療判定

健診異常値放置者の「対象者」が明確でなく、健診の全項目を対象とすると、保健指導対象者は膨大であった。
この事業は、生活習慣病発症予防・重症化予防を目標にする事業である。
該当となる項目や基準値を明確化し、放置すれば悪化するリスクがより高い人に絞って、対象者を抽出し、個別介入を丁寧に行うこと、治療中断をふせぎ、確実に受診につなげることが目標達成につながる。

②方向性

ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチに転換
保健指導対象を、重症化リスクが高い人に絞り、個別保健指導を確実に実施。重症化予防につなげる。

5　中間評価方法と最終評価について

1　中間評価方法

第 2 期データヘルス計画の評価は上記の各指標に基づいて、健康長寿課健康づくり班及び、町民福祉課町民サービス班において行い、他保険者と連携の上、国民健康保険団体連合会に設置される支援・評価委員会の指導・助言をうけて実施しました。

方　法	①KDB システムを活用した分析の実施 ②レセプトによる受診状況確認 ③特定健康診査結果の分析 ④保健事業実績評価 ⑤宮城県国保連合会による中間評価助言指導 ⑥宮城県評価委員会による助言・指導 ⑦松島町国民健康保険運営協議会による助言・指導 ⑧最終評価見直し作業 ⑨公表	毎年 10 月 年間2回 毎年 2 月～3 月 毎年 5 月 R2 年 12 月 R3 年1月 R3 年2月 R3 年 3 月
組　織	松島町町民福祉課（国民健康保険担当） 松島町健康長寿課（健康づくり担当） 宮城県国民健康保険連合会（アドバイス）	

また、本計画の評価については、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

2　今後の予定と最終評価

後半のスケジュール	令和2年	令和3年	令和 4 年	令和 5 年	令和 6 年
	中間評価	実績を踏まえた個別事業評価	実績を踏まえた個別事業評価	実績を踏まえた個別事業評価	第 3 期計画開始

実施体制と見直しの方法

町民福祉課【国保担当】
①予算・決算の評価
②実施体制の評価
③KDB　分析による個別事業評価（医療費適正化分析）

健康長寿課【健康づくり担当】
①特定健診結果による評価
②KDB データ分析による評価
③保健事業実施状況（実施時期・回数等）の評価

国保運営協議会での評価　　国保運営協議会での助言　　保健事業概要を作成・公表

町民福祉課・健康長寿課で評価結果を見直し、計画の見直しを行う

6　資料編

Ⅰ　統計

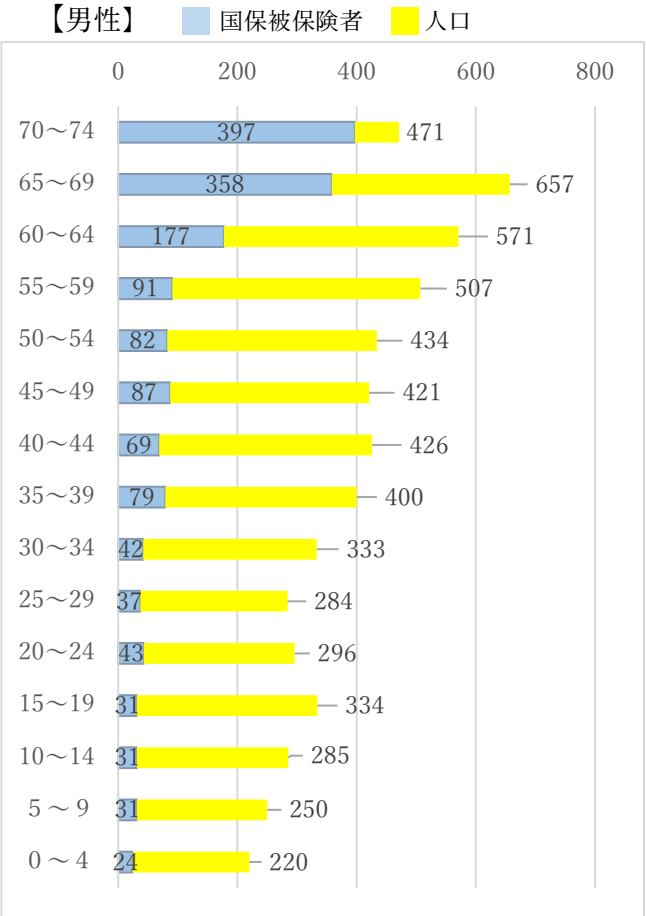
（１）松島町国民健康保険の概要

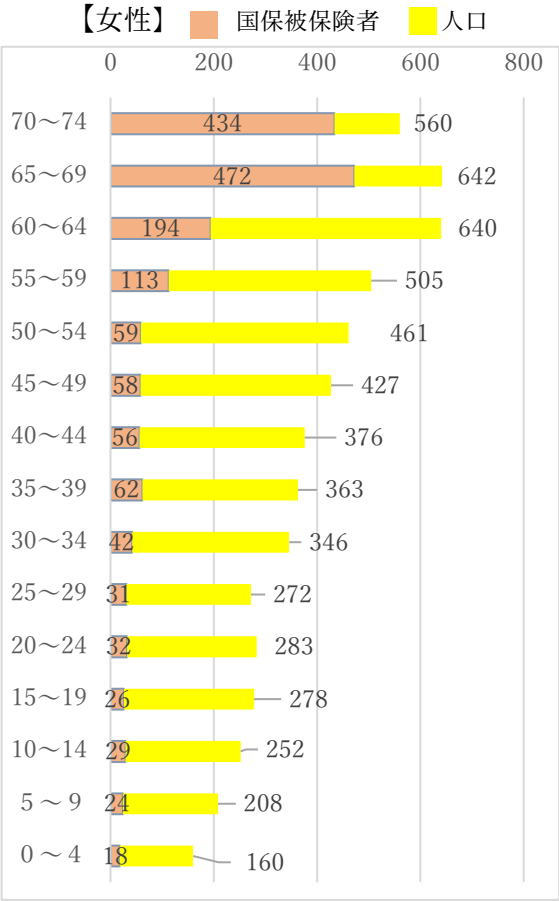
出典：KDB システム

①被保険者数及び加入世帯数

	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
世帯数	2, 357	2, 258	2, 158	2, 063	2, 026
被保険者（人）	3, 974	3, 726	3, 487	3, 301	3, 202

②松島町の人口と国民健康保険被保険者の構成（H31 年 3 月末時点）



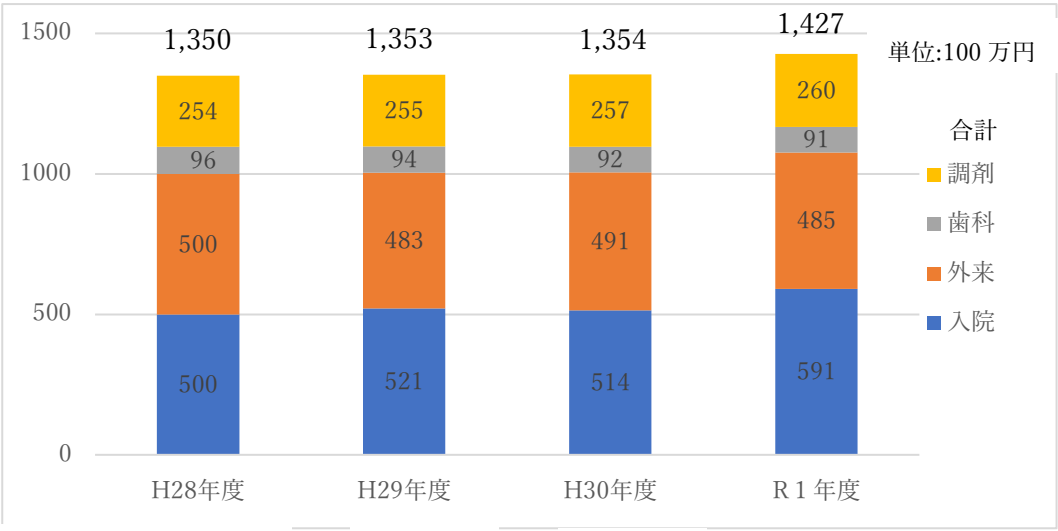


③一人当たり医療費の推移（年度累計）

区分	H28年度	H29年度	H30年度	H30年度/H28年度比
入院	139,010	153,369	159,034	114.4%
入院外	209,275	217,293	231,358	110.5%
入院・入院外計	348,285	370,662	390,393	112.1%

④総医療費の推移

KGB 健康スコアリングより



被保険者数	3,726 人	3,487 人	3,301 人	3,202 人

⑤医療費分析

外来・入院毎に医療費全体を 100%として計算。大分類上位 4 位までの疾患を表示

〈外来〉 H30 年度 （単位%）

内分泌 15.8	糖尿病	9.5
	脂質異常症	3.9
	その他の内分泌障害	1.7
循環器 15.0	その他の心疾患	5.9
	高血圧性疾患	5.6
	虚血性心疾患	1.3
尿路性器 13.5	腎不全	11.2
	前立腺肥大	1.0
	その他の腎・尿路系疾患	0.7
新生物 12.5	その他の悪性新生物	7.3
	乳房の悪性新生物	1.9
	気管支・肺の悪性新生物	0.9

R1 年度 （単位%）

新生物 15.1	その他の悪性新生物	8.1
	乳房の悪性新生物	2.1
	胃の悪性新生物	1.3
内分泌 15.0	糖尿病	9.9
	脂質異常症	3.6
	その他の内分泌障害	0.8
循環器 14.5	その他の心疾患	6.2
	高血圧性疾患	5.4
	その他の脳血管疾患	1.0
尿路性器 14.0	腎不全	11.6
	前立腺肥大	1.1
	その他の腎尿路系疾患	0.7

〈入院〉 H30 年度 （単位%）

循環器 22.2	その他の心疾患	7.6
	虚血性心疾患	5.9
	脳梗塞	5.3
新生物 17.9	その他の悪性新生物	7.1
	胃の悪性新生物	2.6
	良性新生物	2.5
精神 10.7	統合失調症、妄想性障害	6.7
	気分障害（躁うつ病含む）	2.3
	血管性、詳細不明の認知症	0.7
消化器 7.7	その他の消化器系疾患	4.7
	胆石症及び胆のう炎	1.2
	膵疾患	0.8

R1 年度 （単位%）

循環器 25.0	その他の心疾患	9.3
	脳梗塞	5.3
	虚血性心疾患	3.7
新生物 20.8	その他の悪性新生物	7.3
	気管支・肺の悪性新生物	3.2
	胃の悪性新生物	2.4
精神 9.5	統合失調症、妄想性障害	5.6
	その他の精神・行動障害	1.8
	気分障害（躁うつ病含む）	1.5
消化器 7.4	その他の消化器系の疾患	5.4
	胆石症及び胆のう炎	1.1
	膵疾患	0.2

（２）平均自立期間及び平均寿命の推移

（単位：歳）

区分	松島町						塩釜圏域全体	
	平成２８年度		平成29年度		平成30年度		平成30年度	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平均自立期間	78.7	84.5	79.3	84.4	80.2	85.6	79.9	84.2
平均余命	80.0	87.8	80.9	87.8	81.7	89.3	81.4	87.4
不健康期間	1.3	3.3	1.6	3.4	1.5	3.7	1.5	3.2

※平均自立期間は、「要介護２以上の認定者数」を基に宮城県が独自に算出しているもので、健康寿命（日常生活に制限のない期間）とは比較できない。不健康期間＝「平均余命」－「平均自立期間」

（３）死因

項目	平成30年度			令和元年度		
	松島町	県平均	国平均	松島町	県平均	国平均
がん	42.2%	48.7%	50.5%	48.3%	48.0%	49.9%
心臓病	31.2%	26.8%	26.8%	28.0%	27.8%	27.4%
脳疾患	22.0%	16.9%	16.9%	17.5%	16.9%	14.7%
糖尿病	0.9%	1.6%	1.6%	2.1%	1.6%	1.9%
腎不全	2.8%	2.9%	3.3%	4.2%	2.8%	3.4%
自殺	0.9%	3.0%	2.4%	0.0%	2.8%	2.7%

は国・県平均に較べ明らかに高値の疾患

（４）介護

出典：松島町介護保険事業報告

①認定率の推移（１号認定率）

	平成２９年	平成３０年	令和元年
松島町	17.7%	18.4%	18.6%
宮城県	17.9%	18.3%	18.4%
全国	18.0%	18.3%	18.8%

②認定者の有病率（R1 年度）

有病状況	松島町	宮城県	国
糖尿病	31.2%	24.9%	23.0%
高血圧症	55.5%	53.7%	51.7%
脂質異常症	32.2%	32.6%	30.1%
心臓病	60.7%	60.1%	58.7%
脳疾患	33.6%	22.8%	24.0%
がん	12.8%	10.8%	11.0%
筋・骨格	44.9%	48.7%	51.6%
精神（認知症再掲）	35.1%(24.5%)	35.6%(21.5%)	36.4%(23.6%)
アルツハイマー病	19.5%	17.5%	18.5%

③認定率の比較

県内順位	自治体名	認定率
1	七ヶ宿町	29.0%
2	丸森町	22.4%
3	栗原市	21.9%
4	女川町	21.8%
5	登米市	21.2%
6	大崎市	20.1%
7	石巻市	20.0%
8	大衡村	19.9%
9	山元町	19.5%
10	大郷町	19.3%
11	加美町	19.1%
12	気仙沼市	18.9%
	全国平均	**18.8%**
13	松島町	18.6%
14	東松島市	18.5%
	宮城県平均	**18.4%**
15	色麻町	18.3%
16	仙台市	18.1%
17	川崎町	18.1%
18	美里町	18.1%
19	南三陸町	17.9%
20	大和町	17.8%
21	名取市	17.7%
22	塩竈市	17.6%
23	亘理町	17.5%
24	角田市	17.3%
25	涌谷町	17.1%
26	白石市	17.1%
27	岩沼市	17.0%
28	七ヶ浜町	17.0%
29	蔵王町	16.6%
30	村田町	15.9%
31	多賀城市	15.7%
32	柴田町	15.1%
33	利府町	14.3%
34	富谷市	13.5%
35	大河原町	12.0%

第一号被保険者の性・年齢別人口構成の影響を除外した調整済み認定率では県内自治体の中で9番目に低い。介護度別では要支援認定者が低い。

④調整済み認定率の比較

県内順位	自治体名	認定率
1	女川町	20.0%
2	東松島市	19.5%
3	七ヶ浜町	19.1%
4	石巻市	19.0%
5	名取市	18.8%
6	大崎市	18.8%
7	仙台市	18.7%
8	山元町	18.6%
	全国平均	**18.5%**
9	丸森町	18.5%
10	亘理町	18.5%
11	大衡村	18.5%
12	栗原市	18.2%
	宮城県平均	**18.1%**
13	登米市	18.1%
14	富谷市	17.9%
15	大郷町	17.9%
16	岩沼市	17.8%
17	七ヶ宿町	17.8%
18	気仙沼市	17.6%
19	多賀城市	17.6%
20	川崎町	17.5%
21	塩竈市	17.4%
22	美里町	17.1%
23	利府町	16.9%
24	加美町	16.8%
25	柴田町	16.7%
26	大和町	16.7%
27	松島町	16.4%
28	色麻町	16.4%
29	角田市	15.9%
30	涌谷町	15.6%
31	白石市	15.5%
32	南三陸町	15.5%
33	蔵王町	15.2%
34	村田町	14.7%
35	大河原町	11.7%

Ⅱ　実施体制

H29 年度		H30 年度		R1 年度	
町民福祉課	国保担当職員　２名	町民福祉課	国保担当職員　２名	町民福祉課	国保担当職員　２名
健康長寿課	保健担当職員　５名 健診団体職員　２名 （特定保健指導委託）	健康長寿課	保健担当職員　４名 臨時職員　１名 健診団体職員　２名 （特定保健指導委託）	健康長寿課	保健担当職員　４名 臨時職員　１名 健診団体職員　２名 （特定保健指導委託）

国保担当職員の当該業務投入工数は、常勤換算で 0.4 人(H29 年度)、0.3 人(H30 年度)、0.5 人(R1 年度)

保健担当職員の当該業務投入工数は、常勤換算で 0.52 人(H29 年度)、0.64 人(H30 年度)、0.44 人(R1 年度)