

保険者基本情報及び実施率

【基本情報】	令和7年4月1日時点										
保険者名	板橋区										
保険者種別	区市町村国保										
被保険者・被扶養者の人数／平均年齢	①-1 被保険者数 (全体)	104,201	人	①-2 被保険者数 (40～74歳)	66,933	人	①-3 被保険者 平均年齢 (全体)	48.1	歳		
	②-1 被扶養者数 (全体)	—	人	②-2 被扶養者数 (40～74歳)	—	人	②-3 被扶養者 平均年齢 (全体)	—	歳		
事業所数／自治体数											
特徴 (業種・業態・職種)	【業種・業態】					【職種】					

【実施率】	(*R6法定報告)令和7年11月5日時点					
特定健康診査	被保険者	46.0	%	被扶養者	—	%
特定保健指導	被保険者	10.0	%	被扶養者	—	%

板橋区		保健事業カルテ	
事業名		重症化予防	
背景となる健康課題		令和5年度の標準化医療費を疾病別に東京都と比較すると、外来は「糖尿病」、「高血圧症」はレセプト件数も多く、男女ともに高くなっている。入院は「脳梗塞」が男女ともに、「脳出血」が男性で高くなっている。細小分類による全体の医療費（入院＋外来）は「慢性腎臓病」が最も多く、次いで「糖尿病」の順に多くなっている。令和5年度の健診結果による血圧値から「高血圧」の重症化リスクを見ると、治療なしで受診勧奨判定値以上の方が12.1%以上おり、HbA1cから「糖尿病」の重症化リスクを見ると、治療なしで受診勧奨判定値以上の方が1.1%いる。また、治療中でも血糖コントロール不良者は1.2%いる。リスク保有者を適正受診や重症化予防につなげていく必要がある。	
事業目的・目標		【生活習慣病受診勧奨】生活習慣病に関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者への受診勧奨を行うことで、生活習慣病の疾病管理の促進を目的とする。【糖尿病性腎症重症化予防事業】「糖尿病性腎症」及び関連する医療費の削減をめざし、ハイリスク者へ保健指導を実施することで「糖尿病性腎症」の重症化の予防を目的とする。	

健康課題が明確に捉えられています。板橋区の第3期データヘルス計画を拝見すると、標準化死亡率は虚血性心疾患が1.5倍で、高血圧の外来医療費は低い一方、脳血管疾患の入院医療費は相対的に高い状況で、高血圧の有所見者が医療機関を受診せず、重症化が進んでいる構造がうかがえます。今後、糖尿病や高血圧の背景にある生活習慣の特徴を明記すると、事業内容をより具体的に検討しやすくなります。

事業の成果 (アウトカム評価指標)	評価指標の定義			実績値							
	項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	
共通 アウトカム	病態（例、血糖）のコントロール割合【保健指導】※計画アウトカム	コントロール者数	指導終了時のHbA1c値が維持・改善している人の数（A）	参加者の指導終了時の検査値	12	10	11	5	6	1	5
		実施者数	重症化予防を受けた人数（B）※保健指導終了者		18	14	14	10	12	9	5
		コントロール割合	コントロール割合（A/B）		66.7%	71.4%	78.6%	50.0%	50.0%	11.1%	100.0%
独自 アウトカム	データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標（1）	高血圧のコントロール割合をアウトカム指標に設定する場合、（翌年度の健診結果による評価前に）プログラムの終了時に血圧測定することも有用です。今後、高血糖や高血圧の背景にある食生活などアウトカム指標に設定することで効果的な保健指導につながります。									
	データヘルス計画で設定しているアウトカム評価指標（2）										

	実施年度							工夫								
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題	
成果を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	その他	d.環境整備	東京都区西北部糖尿病医療連携推進検討会議やCKD地域医療連携会議で事業の報告をし、助言をいただいている。	区内医療機関の医師や大学教授などの糖尿病やCKD専門医の立場から助言をいただき、事業の見直しや検討ができる。	区内医療機関の医師や大学教授などの糖尿病やCKD専門医の立場から助言をいただくことができた。	形式的で、具体的な助言が少ない。	
	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	指導実施	c.プログラムの工夫	実績や個票ベースでの進捗・課題を確認することで、短期間での事業の改善や委託事業者の質向上につながっていることがうかがえます。この毎月の連絡会の運営とそこの情報共有事項は価値のあるノウハウです。	委託事業者との定期的な連絡会の実施。月に1回程度、定期的な連絡会を実施。	定期的に連絡会を実施することで、委託事業者と連携し事業を効果的・効率的に運営している。	日々の事業の反省を踏まえて、案内通知、保健指導などの改善を図っている。	ほぼ毎年、委託事業者が変わるため、質を保つ必要がある。
	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	実施後のフォロー	b.行動変容・継続支援	継続支援を翌年に実施。（電話2回）指導から半年後を目安に、継続支援の案内通知を送り、その後電話にて継続支援を実施。	前年度に設定した目標の達成状況と、指導した内容が継続できているかを確認し、目標の見直し、継続を促す。	生活習慣改善の継続につながっている。	継続支援だが、保健指導事業者が毎年、変わることで多く、前回の事業者ではない事業者に継続支援をしてもらっている。	

定期的な会議での報告・情報共有に加えて、事業の設計や運営に関して聞きたいことを専門医などに個別に確認していること、その関係性を構築していることが素晴らしいです。

事業の実施率・実施量 (アウトプット評価指標)	評価指標の定義			実績値						
	項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
共通 アウトプット	受診者数	医療機関受診者数（A）	アンケートや電話勧奨による聞き取りで受診を確認できた数	①80 ②235	①68 ②167	①64 ②277	①148 ②318	①134 ②350	①81 ②320	①99 ②56
	受診勧奨対象者の医療機関受診率【受診勧奨】 ①糖尿病（H30～委託） ②高血圧（H30～直営、R6～委託）	対象者数	受診勧奨対象者数（B）※計画アウトプット（＝受診勧奨者数）	①109 ②821	①177 ②780	①199 ②1195	①715 ②913	①362 ②946	①288 ②973	①377 ②612
	受診率	(A/B) ※計画アウトカム	対象者へのアンケートで受診を確認する際に、未受診の理由（自己管理する、医師から必要性を伝えられていない）も把握しており、今後の工夫の検討につながります。	①73.4% ②28.6%	①38.4% ②21.4%	①32.2% ②23.2%	①20.7% ②34.8%	①37.0% ②37.0%	①28.1% ②32.9%	①26.3% ②9.2%
独自 アウトプット	データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標（1）【保健指導】	参加者数（率）	選定した対象者のうち保健指導を実施した人の割合	7.7%	6.0%	6.0%	2.5%	5.7%	4.5%	2.5%
	データヘルス計画で設定しているアウトプット評価指標（2）【保健指導】	勧奨数	対象者の抽出した数	234	233	234	404	211	202	200

	実施年度							工夫								
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題	
実施率・率を上げる工夫	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	疾病別に受診勧奨通知を工夫。委託事業者と協議の上、高血圧、糖尿病未受診、糖尿病中断の対象者別に、受診勧奨と注意喚起を促す案内通知を送付。	疾病、対象別のため、受診勧奨通知の内容がわかりやすい。	送付に対するクレームは年々減少している。	保健指導の参加率が減少しているため、参加しやすくなるようなわかりやすい勧奨通知の工夫が必要。	
	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	a.意識付け	受診勧奨に相談・助言機能が含まれている優れた方法です！（約900名に電話、54.4%がつながり、182名の相談を受ける）この方法による受診を含む行動変容の効果を含めてノウハウとして蓄積されることが期待されます。（令和6年度実績）	医療専門職による電話での受診勧奨と健康相談を実施。	医療専門職より架電することで、健康相談も実施し、受診を促す。	医療専門職による架電のため、未受診理由を伺い、その際に健康相談もしやすくなる。	健診結果データの無い、糖尿病中断者は国保資格より電話番号データが取得したが、電話番号データがない方には架電できなかった。
	●	●	●	●	●	●	●	●	一部対象者	その他	e.その他	委託事業者との定期的な連絡会の実施。月に1回程度、定期的な連絡会を実施。	定期的に連絡会を実施することで、委託事業者と連携し効果的・効率的な事業の運営をしている。	日々の事業の反省を踏まえて、案内通知、保健指導などの改善を図っている。	ほぼ毎年、委託事業者が変わるため、質を保つ必要がある。保健指導に関しては参加者が減少している。	
独自 アウトプット	●	●	●	●	●	●	●	●	対象者全員	周知・勧奨	e.その他	医師会を通じて区内医療機関へ協力依頼。	毎年、事業開始時に通知をすることで、事業を理解していただき、かかりつけ医との連携を図る。	かかりつけ医に、区の事業の取組を理解していただいている。	かかりつけ医に認知されていない。指示書料が対象者自己負担となっているため、指示書書もらう段階で申込後、断念する方が若干名いる。	
	参加検討中を含む参加希望者は16名だったが実際の参加数は3名であった状況の背景として、指示書料（医療機関により料金の有無・金額は異なる）の自己負担があること、かかりつけ医が参加NGの意向を示すことが把握されており、今後の事業設計に有用な素材と考えられる。（令和7年度の状況）															

評価指標の設定、実績値についてのコメント
 ・板橋区の健康課題が構造的に整理されており、高リスク者（高血糖、高血圧）への重症化予防事業はその健康課題に応じた有意義な取り組みとなっています。
 ・アウトカム、アウトプットに関しても毎年度、実績値が把握されています。なお、レセプトを用いて評価していた場合には、KDBの「評価ツール」に対象者のチェックを入れることで受診を確認していたとのこと。
 ・アウトカム指標の基準（コントロール基準がかかりつけ医で異なる）やアウトプット指標の基準（年度によって対象者の基準が異なる）についても、留意事項として明記しておくこと今後の標準化の検討や引継ぎに有用です。
 ・今後はさらに高血糖、高血圧の背景にある食生活などを意識した保健指導の工夫が期待されます。

工夫についてのコメント
 ・対象者の選定から受診勧奨、保健指導の実施に至るまで、試行錯誤を繰り返しながら事業運営やプログラムの質を高めていることが素晴らしいです。例えば、受診勧奨や保健指導の対象に関しては、対象者が理解しやすく、かかりつけ医の賛同が得られやすいよう除外基準を探り、毎年度、試行を続けています。
 ・そういった事業の実施及び評価・改善を可能にしている要素が、医師会や委託事業者といった社会資源の活用です。事業の設計や運営にあたって、医学的な知見を要する際には、専門医などに個別に問い合わせができる関係を定例の会議体を通じて構築したり、委託事業者とは定期的な打ち合わせを通じて、事業全体の進捗に加えて、個別ケースを通じて具体的な方法・体制の工夫を促しています。それぞれの機関・事業者の特長に応じた役割を担ってもらうことで、区の事業に協力しやすいう配慮されており、これは有用なノウハウです。
 ・また、板橋区では国保から保健衛生に国保被保険者の健康課題を共有したり、保健衛生の施策（健康イベント、出産・子育て教室等）で国保被保険者を含む市民へ働きかけをするといった庁内の協力により、区民の健康課題解決という共通の目標に向けて最適な施策の運営が図られています。