

第2期南部町国民健康保険保健事業計画（第2期データヘルス計画）の中間評価

（前期：平成30年度～令和2年度）

本計画の計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。評価については、1年ごとの事業評価と中間評価（3年目）、最終評価を行うこととしていることから、令和2年度に中間評価を行うものです。

1. 重点課題（目標）

- (1) 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止
- (2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上
- (3) 生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化）
- (4) 医療費適正化の推進

2. 分野ごとの評価（評価指標）

中間評価を行うにあたり、各種統計、各種事業実施状況及び問診票、KDBシステム等から得られたデータをもとに、4つの重点課題ごとに、「アウトプット指標（事業実施量）」「アウトカム指標（成果）」について、平成30年度～令和元年度の取り組みと令和5年度の目標値と比較し、達成度を確認しました。

評価判定区分に従って、到達目標に対する達成度により、6段階に分け判定しました。

○評価判定区分

	目標値との比較との達成度
評価判定区分	A すでに目標を達成（計画どおり）
	B 計画通り実施していたが、目標値に達していない
	C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある・検討中・状況把握困難
	D 目標の達成は困難で、効果があるとは言えない
	E 当初の計画にない内容・指標
	F 中止（実施できない）

○重点課題（目標）ごとの評価判定

	A	B	C	D	E	F	計	Aの割合
(1) 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止	8	7	1	0	1	2	19	42.1%
(2) 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上	5	7	9	0	5	2	28	17.8%
(3) 生活習慣改善に向けた取り組みの強化 （運動習慣の定着化）	5	3	2	0	0	1	11	45.5%
(4) 医療費適正化の推進	3	2	0	0	0	0	5	60.0%
合計	21	19	12	0	6	5	63	33.3%

全体の達成度を見ると、63項目中Aは21項目であり、33.3%達成しています。内訳で見ると、「(2) 特定健診受診率及び特定保健指導率の向上」は17.8%ですが、それ以外の3つの重点目標は4割以上達成できています。

参考資料1には、南部町、南部町国保についての現状と課題をまとめました。

【重点課題に対する評価】

<重点課題1> 糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止

※色分け理由...		A すでに目標を達成(計画通り)	B 計画通り実施していたが、達成できていない	C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果あり、検討中・状況把握困難	D 目標達成困難で、効果があるとは言えない	E 当初の計画になかった内容	F 中止(実施できない)	
第2期国保データヘルス計画事業内容		時系列・年次計画						
		2023(H35)到達目標	2018(H30)★年度実績		2019(R1・H31)★年度実績		評価判定区	
(1)糖尿病の早期発見・早期治療、重症化の防止	①町内医療機関との連携	アウトカム(成果)	・血糖コントロール不良者(HbA1c8.4%以上)2.3%以下	★6.0%(特定健診受診者1,732人中、糖尿病治療中250人、うちHbA1c8.4%以上15人)	★3.1%(特定健診受診者1,783人中、糖尿病治療中191人、うちHbA1c8.4%以上6人)		A	
		アウトカム(成果)	・糖尿病標準化死亡率 100以下	★糖尿病標準化死亡率(H25~29)※国、青森県からの発表対象外となった	★糖尿病標準化死亡率(H25~29)※国、青森県からの発表対象外となった		F	
		アウトプット(事業実施量)	・医師会との連携協定	★糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定と八戸市医師会との連携協定締結	★八戸市医師会への活動報告会(3/12開催予定だったが中止のため、文書のみ)年1回		E	
		アウトプット(事業実施量)	・町内医療機関(6ヶ所)との情報交換・実態把握	★6医療機関	★6医療機関		A	
		アウトプット(事業実施量)	・南部町糖尿病対策ネットワーク(仮称)の開催年1回以上	★地域ケア会議等をベースに検討	★地域ケア会議での勉強会2回(主に高齢者の糖尿病について)		A	
		アウトプット(事業実施量)	・訪問指導依頼10件以上訪問指導実施率100%	★6件。訪問指導実施率100%	★13件。訪問指導実施率100%		A	
②血糖コントロール不良者・糖尿病治療中断者への訪問指導		アウトカム(成果)	・選択死因の死亡数(青森県保健統計年報)	★H30年 糖尿病 死亡10人(青森県保健統計年報 第19表 全死亡368人 R3.1.12発表) ○H30年 死亡個票(全死亡数372人。死亡3名の内訳:国保2名、後期1名、過去5年間の健診受診歴なし。2名死亡前は要介護認定あり)	★R1年 未発表(青森県保健統計年報) ○R1年 糖尿病関連疾患が直接死因または原因となっていた死亡数2人(全死亡数322人。直接死因0人・原因2人、内訳:国保名、生保1名。2名とも過去5年間の健診受診歴なし。国保1名は要介護認定有)		C	
		アウトカム(成果)	・糖尿病治療中断者の減少	★治療中断者(H26~29受診歴あり)4人(うち通知による勧奨4人、訪問指導2人、治療再開2人)	★治療中断者(H27~30受診歴あり)7人(通知による受診勧奨人数7人、訪問指導3人、治療再開1人、健診受診申し込み2人、他科通院のため未受診1人)		B	
		アウトカム(成果)	・糖尿病性腎症による新規透析導入患者3人以下	★2人(新規透析患者5人中) H31.3月国保透析患者19人(KDB。うち、レセプトで糖尿病あり8人、高尿酸血症9人)	★2人(新規透析患者3人。うち死亡1件、後期へ保険異動2件) R2.3月国保透析患者15人(KDB。うち、レセプトで糖尿病あり5人、高尿酸血症6人)		A	
		アウトカム(成果)	・特定健診受診率60%	★46.5%	★46.8%		B	
		アウトカム(成果)	・訪問指導実施者で検査数値に改善がみられた者の割合50%	★計48人、割合44.0%(48人/109人中)(H29コントロール不良138名、うちH30年度健診受診109人、うちH30血糖コントロール不良91人。91人の内訳(改善30人、維持11人、悪化50人)。	★計52人、60.5%(52人/86人中)(H30コントロール不良130人、うちR1受診86人、うちR1もコントロール不良66人(内訳:維持8人、改善32人、悪化26人))		A	
		アウトプット(事業実施量)	・簡易血糖測定の導入	★簡易血糖測定の導入についての検討 ※医療廃棄等の関係で保留	★簡易血糖測定の導入についての検討 ※医療廃棄等の関係で保留		F	
③精密検査の受診勧奨		アウトプット(事業実施量)	・血糖コントロール不良者への訪問指導数	★140人(H29対象30人、H30対象者110人)→H30対象者140人中140人へ訪問	★149人(H30対象30人、R1対象122人中119人)→R1対象者129人中126人へ訪問		B	
		アウトプット(事業実施量)	・健康相談での糖尿病に関する延相談件数	・未把握	★1件		B	
		アウトプット(事業実施量)	・治療中断者への訪問指導人数10人	★治療中断者(H26~29受診歴あり)への受診勧奨対象者・実施者数4人(通知4人、うち訪問指導2人→治療再開2人)	★治療中断者(H27~30受診歴あり)への受診勧奨対象者・実施者7人(通知7人、うち訪問指導3人→治療再開1人、健診受診申し込み2人、他科通院のため未受診1人)		B	
		アウトプット(事業実施量)	・糖尿病教室の開催 年5回	★年5回(40人参加)	★年5回(48人参加)		A	
		アウトカム(成果)	・「糖代謝」精密検査受診率83%	★84.8%	★75.3%(85人中64人受診済)		B	
		アウトカム(成果)	・HbA1c高値者への電話連絡100%	★100%(22人中22人)	★29.7%(通知37人中37人、訪問・電話11人)		B	
		アウトプット(事業実施量)	・文書による受診勧奨(年2回)	★年5回	★年3回 ※10月、3月、翌年5月実施予定		A	

<アウトプット・事業実施量>

地域ケア会議での情報交換や勉強会、生活習慣病予防重症化予防としての医療機関からの栄養指導の依頼、各種会議等、町内医療機関等との連携・情報交換を行っています。

第2期データヘルス計画当初にはありませんでしたが、平成30年度に八戸市（国保運営協議会主導のもと、三八地域共通の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、八戸市医師会との連携協定を締結しました。その後、三八市町村の糖尿病性腎症重症化予防の取組状況等について、八戸市医師会と文書での情報交換を行っています。

訪問指導依頼件数は、令和元年度13件であり、うち国保は半数です。一人当たりの指導回数・期間は1年間かけて計4回であることから、事業効果の検証はこれからです。

また、健診結果において、糖尿病治療中ですが、空腹時血糖及びHbA1cが受診勧奨判定値以上の方に対し、管理栄養士による個別指導をほぼ全員に行っています。

糖代謝精検未受診者に対し、特定保健指導等での受診勧奨の他、再勧奨通知年3回、再々勧奨通知を2回行っています。他、糖尿病予防教室を年5回実施し、糖尿病についての広報掲載等、予防についての取組も行っています。

簡易血糖測定の導入についてですが、検討の結果、医療廃棄物の問題、感染症対策、糖尿病治療中断対策への事業効果が見込めない等の問題から中止とし、今後も、医療機関との連携、受診勧奨に力を入れていきます。

<アウトカム・成果指標>

糖尿病治療者の健診結果において、HbA1c8.4%以上の者の割合は、平成30年度6.0%（250人中15人）、令和元年度3.1%（191人中6人）と減少しています。目標2.3%以下に向け、事業継続していきます。訪問指導実施者で翌年度の糖代謝の健診結果の改善が見られた割合は、平成30年度44.0%、令和元年度60.5%と改善した方の割合が増えています。

糖尿病の標準化死亡率（平成25年～29年）は、厚生労働省「人口動態統計特殊報告」の対象外となり、評価指標として利用できなくなりました。代わりに死亡率（人口10万人対）、1年間の医療費（入院+外来）における糖尿病が占める割合で事業効果を判断することになります。糖尿病の人口10万人対の死亡率は、平成28年は22.3であり、平成30年は57.9と年々上昇がみられます。

平成30年1年間の医療費（入院+外来）における糖尿病の占める割合は、平成29年度から令和元年度まで糖尿病が1位となっていました。7.2%から6.5%へと低下しつつあります。

【評価及び今後の方向】

令和元年度時点での達成数・率（達成A）は19項目中8項目の42.1%です。19項目中16項目、実施しております（未達成B、予定外E含める）。

糖尿病の精密検査未受診者対策、治療中断対策、重症化予防対策に向けて、今後も事業の継続をしていきます。

<重点課題2> 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

第2期国保データヘルス計画事業内容	※色分け理由…	A すでに目標を達成(計画通り)	B 計画通り実施していたが、達成できていない	C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果あり、検討中・状況把握困難	D 目標達成困難で、効果があるとは言えない	E 当初の計画になかった内容	F 中止(実施できない)	時系列・年次計画			評価判定区分
								2023(H35)到達目標	2018(H30)★年度実績	2019(R1・H31)★年度実績	
①特定健診受診体制整備 30代の郵送血液検査の検討	アウトカム(成果)	30代特定健診受診率	・30代特定健診受診率	★18.7% (299人中56人受診)	★15.9% (289人中 46人)	B					
			・30代の郵送血液検査	・医師の診察がないことで、健診としてカウントできないので実施は見送る。	・医師の診察がないことで、健診としてカウントできないので実施は見送る。	F					
			・30代の郵送血液検査(事業実施量)	・対象者の検討・絞り込み	南部地区	F					
			・委託機関の検討	★南部病院との打ち合わせ1回	★南部地区1ヶ所追加 南部病院との打ち合わせ1回、翌年度への持越し	C					
			・特定健診委託機関の増	委託機関として、南部病院に打診→平成31年度は困難と回答あり	委託機関として、南部病院に打診→平成31年度は困難と回答あり	C					
			・委託機関(健診機関に国保人間ドックを委託する)	★1ヶ所 (八戸市総合健診センター)	★2ヶ所 (八戸市総合健診センター、南部町医療センター)	A					
			・国保ドック受診者の増加	★46人	★70人	E					
			・40歳～50歳(男性)特定健診受診率40%	★31.6% (KDB 247人中78人)	★28.1% (KDB 242人中68人)	B					
			・特定健診受診率60%	★46.5%	★46.8%	B					
			・南部地区の特定健診受診率50%	★42.18%(統計集計)	★37.28%(統計集計)	B					
①特定健診受診体制整備 特定健診自己負担費用についての検討	アウトカム(成果)	特定健診自己負担費用についての検討	・健康マイレージ事業の実施(町事業 インセンティブ)	★健康マイレージ事業開始後の状況により検討(マイレージポイント獲得必須条件に特定健診を入れるため)	★健康マイレージ ポイント達成者 国保 23人 63.8% (社保3人、後期10人 全体計36人)★マイレージポイント交付のべ人数(6～11月)1,141人 うち757人に健診受診分として交付	E					
			・健診受診者への記念品贈呈(町事業 インセンティブ H28～R2の5年間予定)	★1,730人	★1,645人	E					
			・特定健診自己負担費用についての検討	特定健診自己負担費用についての検討	特定健診自己負担費用の変更についての検討	C					
			・特定健診受診動員の工夫	・健診案内チラシの工夫	健診案内動画の製作	C					
			・特定健診受診動員の工夫		★集団健診実施前日に町内放送をかける	E					
			・新規特定健診受診者30名	★H29未受診でH30受診 174名 (2年連続国保加入者3,394人中) H29受診しH30未受診205人	★H30未受診でR1受診180名 (2年連続国保加入者3,417人中) H30受診しR1未受診225人	B					
			・特定健診メール申し込み5件	・社保の人からの特定健診申込は受けられない等の問題から見送り	・社保の人からの特定健診申込は受けられない等の問題から見送り	C					
			・特定健診案内・メール申し込みについて広報掲載年2回	・メールでの健診申込み検討	・特定健診案内・メール申し込みについて広報掲載年2回	C					
			・特定健診案内・メール申し込みについて広報掲載年2回	★広報掲載年2回	★特定健診案内 広報掲載年5・6・11月年3回	A					
			・特定健診案内チラシ 毎月配布	・特定健診案内チラシ 毎月配布2回、回覧3回	毎月配布2回、回覧3回	A					
③商工会及びパート勤務者などの健診データ連携	アウトプット(事業実施量)	・職場健診を受ける特定健診対象者への健診結果提出依頼(みなし健診)	・健康マイレージ事業開始後の状況により検討(マイレージポイント獲得必須条件に特定健診を入れるため)	みなし健診(職場健診を受けた国保被保険者から健診結果を提出してもらい、問診することで、特定健診を受けたとみなす) ※周知方法…保健推進員訪問、町広報2月号、健診申込で「職場で受ける」と回答した方への個別通知等	E						
			・職場での健診を受診しているが、特定健診の健診項目を満たしていない被保険者のデータ取り込み件数	★1件	★21件 (健診意向確認時に「職場で受ける」という人に対し、職場健診結果提出依頼した結果。)	B					
			・連携体制の検討、整備 ・データ連携開始	★職場健診結果の本人からの提出 1件(みなし健診) ※連携体制の検討、整備	★職場健診結果の本人からの提出 21件 ※データ連携開始(商工会から健診結果データをもらうことは、個人情報保護の観点から不可能と回答あったが、被保険者本人から直接データ提供を受けることは問題なし、との事)	C					
			④特定保健指導実施率・質の向上	アウトカム(成果)	・メタボリックシンドローム予備群・該当者該当率25%	★29.6%	★28.9%(KDB)	B			
アウトカム(成果)	・メタボリックシンドローム予備群・該当者減少率25%	★24.8%	・メタボリックシンドローム予備群・該当者減少率	C							
アウトカム(成果)	・特定保健指導実施率65%	★52.5% ○51.5%(2月見込み)	★67.1%	A							
アウトプット(事業実施量)	・特定保健指導に関する事例検討会の開催	未	未	C							
アウトプット(事業実施量)	・保健師の特定保健指導に関する研修会への参加	★3人参加(仙台市)	★4人参加(青森市2回3人、東京1回1人)	A							

<アウトプット・事業実施量>

特定健診受診体制の整備について、健診委託機関を増やすことを検討していますが、昨今の新型コロナウイルス流行の影響もあり、調整が延期となっています。また、30代の郵送による血液検査についてですが、医師の診察がないと特定健診として認められないことから実施を見送ることとしました。

受診勧奨方法の工夫として、広報やチラシ等、計画通り行ったもの、延期したものもありますが、みなし健診（職場健診の結果の提出）の実施、集団健診実施前日の町内放送等、計画になかった内容も実施しました。

<アウトカム・成果指標>

特定健診受診率は平成29年度に47.2%となっていました。平成30年度に0.7%減少、令和元年度は46.8%となりました。平成30年度と令和元年度を比較し、目標値には達していないものの、微増はしています。しかし、受診率の低い年代を見ると、40代男性の平成30年度31.6%→令和元年度28.1%と減少していました。また、受診率の低い地区である南部地区の受診率をみると、平成30年度42.18%→令和元年度37.28%と減少しています。

【評価及び今後の方向】

令和元年度時点での達成数・率（判定A）は28項目中5項目の17.8%となっています。28項目中17項目実施しております（未達成B、予定外E含める）。

みなし健診・集団健診前日の町内放送等、計画になかった事業も実施し、平成30年度より令和元年度の方が特定健診受診率が増加していることから、効果があると考えられます。

30代、40代の健診受診率は未だ低いままです。しかし、節目健診受診者の翌年度の受診者数は増える傾向にあること、60代以上は会社等で働いていたところからの健診が習慣づいていると考えられることから、南部町国保も、20代から特定健診の対象とし、健診を受ける習慣づけ、自らの健康・生活習慣に対する関心を高める機会とすることを、次回の計画に向けて検討してみる必要があると考えられます。

計画になかった事業も評価の対象に加え、今後も感染予防に留意しながら、事業を実施していきます。

<重点課題3>生活習慣改善に向けた取り組みの強化（運動習慣の定着化）

※色分け理由…	A すでに目標を達成(計画通り)	B 計画通り実施していたが、達成できていない	C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果あり、検討中・状況把握困難	D 目標達成困難で、効果があるとは言えない	E 当初の計画になかった内容	F 中止(実施できない)	時系列・年次計画			評価判定区
							2023(H35)到達目標	2018(H30) ☆年度実績	2019(R1・H31) ☆年度実績	
第2期国保データヘルス計画事業内容										
(3)生活習慣改善に向けた取り組みの強化(運動習慣の定着化)		アウトカム(成果)	・1日30分以上の運動習慣がある人50%以上(KDB)	☆27.3%		☆32.5%				B
		アウトカム(成果)	・身体活動時間60分以上の人50%以上	☆45.1%(KDB)		☆46.7%(KDB)				B
		アウトカム(成果)	・糖尿病 標準化死亡率 100以下	☆糖尿病 標準化死亡率(H25~29) ※国、青森県からの発表対象外となった		☆糖尿病 標準化死亡率(H25~29) ※国、青森県からの発表対象外となった				F
		アウトプット(事業実施量)	・健康教育の媒体の作成・活用	・健康教育の媒体の作成・活用		・健康教育の媒体の活用 ※フードモデル、動脈硬化血管モデル等				A
		アウトプット(事業実施量)	・健康講話依頼件数の増加	☆5件		☆11件				A
		アウトプット(事業実施量)	・広報への掲載年2回	☆2回		☆6回 (6月号健康マイレージ、12月号身体活動・運動)、6月号歯科口腔、8月号飲酒・喫煙、11月号糖尿病、1月号栄養・食生活)				A
		アウトプット(事業実施量)	・他課主催の教室の紹介	・他課主催の教室の紹介 ※紹介することはあるが、何人に実施したか未把握		・他課主催の教室の紹介 ※紹介することはあるが、何人に実施したか未把握				C
		アウトプット(事業実施量)	・他課主催運動教室参加者10名	☆B&G 転倒寝たきり予防教室95人(のべ734人) ※社会教育課 公民館活動・趣味グループ(自主グループ化しており、担当課は参加者を把握していないと回答あり)		☆B&G 転倒寝たきり予防教室89人(のべ646人) ※社会教育課 公民館活動・趣味グループ(自主グループ化しており、担当課は参加者を把握していないと回答あり)				C
		アウトプット(事業実施量)	・他課内の運動事業の把握	・他課内の運動事業の把握		・他課内の運動事業の把握				B
		アウトプット(事業実施量)	・地区健康教室	・地区健康教室の内容の検討		☆24か所				A
		アウトプット(事業実施量)	・保健師以外の講師活用回数5回	☆5回		☆24回(歯科衛生士 地区健康教室)				A

＜アウトプット・事業実施量＞

地区の健康教室を令和元年度から開催し、24 回実施しました。健康教室でフードモデルや血管モデル等を活用する、運動や生活習慣関連の記事を広報に掲載する等、周知活動を行いました。他課主催の教室の把握・紹介については、担当課により、公民館活動・趣味グループ等、広報で定期的に周知されています。

＜アウトカム・成果指標＞

特定健診の質問票の集計では、平成 30 年度と令和元年度を比較すると、「1 日 30 分以上の運動習慣がある人の割合」27.3%→32.5%、「1 日身体活動 60 分以上の人」45.1%→46.7%と増加がみられたことから、運動に取り組む人が微増ではありますが、増えてきていると考えられます。

【評価及び今後の方向】

令和元年度時点での達成数・率（判定 A）は 11 項目中 5 項目の 45.5%です。11 項目中 8 項目実施しております（未達成 B 含める）。

運動習慣がある人の割合が以前より増加しつつあることから、今後も事業継続を続けていくことが必要と考えられます。

<重点課題4> 医療費適正化の推進

		A すでに目標を達成(計画通り)	B 計画通り実施していたが、達成できていない	C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果あり、検討中・状況把握困難	D 目標達成困難で、効果があるとは言えない	E 当初の計画になかった内容	F 中止(実施できない)		
第2期国保データヘルス計画事業内容		時系列・年次計画							
		2023(H35)到達目標		2018(H30) ☆年度実績		2019(R1・H31) ☆年度実績		評価判定区分	
(4)医療費適正化の推進	①ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及・啓発	アウトカム(成果)	・ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用割合80%以上	☆80.8%		☆83.8%		A	
		アウトプット(事業実施量)	・ジェネリック医薬品(後発医薬品)の差額通知(年2回)	☆年2回(7月、1月)		☆年2回(7月、1月)		A	
		アウトプット(事業実施量)	・ジェネリック医薬品(後発医薬品)該当者への差額通知数260通以下	・226通		・152通		A	
	②重複・多受診者等訪問指導	アウトカム(成果)	・前年度対象者数と比較した対象者の減少	☆H29 重複2人、多受診5人 H30 重複5人、多受診5人		☆H30 重複2人、多受診5人 R1 重複11人、多受診0人 ※重複は前年度から増加したが、多受診者は減少した。		B	
		アウトプット(事業実施量)	・重複・多受診者等への訪問指導	☆重複4人、多受診者2人(70.0%)		☆重複9人、多受診者0人(81.8%)		B	

<アウトプット・事業実施量>

年2回、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用勧奨を行っていますが、平成29年度は422人に通知していたものが、令和元年度には197人と半数に減っています。

差額通知の対象となる人数が減っていることから、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及・啓発が進んできていると考えられます。

重複・多受診者への訪問指導は、平成30年度は10人中7人、令和元年度は11人中9人となっており、仕事等で本人不在の場合の対策について、対応の検討が必要です。

<アウトカム・成果指標>

ジェネリック医薬品（後発医薬品）の普及率（使用割合）は、平成29年度は75.3%、令和元年度は83.8%と8.5%使用割合が上がっており、目標値の80%を達成しました。今後も更なる普及率の向上を目指し、取り組みの継続を行います。

重複・多受診者については、平成30年度と令和元年度を比較すると、多受診者は減少しましたが、重複受診者は増加しました。多受診・重複理由ともに、骨・関節関係の理由が多くみられ、特に秋～冬季に多くなる傾向にあります。今後とも訪問指導等の実施が必要と考えられます。

【評価及び今後の方向】

令和元年度時点での達成数・率（判定A）は5項目中3項目の60.0%です。5項目中5項目実施しております（未達成B含める）。

今後も事業を継続し、医療費の適正化を目指していきます。