

福智町国民健康保険保健事業実施計画 (第2期データヘルス計画)

中間評価

令和2年度

令和3年4月
福智町国民健康保険

目次

第1章 第2期データヘルス計画に係る基本的事項	
1 背景	…1
2 計画の目的と位置づけ	…1
3 計画期間	…2
4 実施体制・関係者連携	…2
5 第2期データヘルス計画に係る課題と取組(当初)	…3
第2章 第2期データヘルス計画の中間評価について	
1 趣旨	…4
2 方法	…4
第3章 全体評価	
1 福智町の概要	…5
2 計画全体の評価	…7
第4章 個別事業評価	
1 特定健康診査	…8
2 特定保健指導	…10
3 保健指導事業	…12
4 糖尿病性腎症重症化予防事業	…14
第5章 保険者努力支援制度について	…16
第6章 地域包括ケアに係る取組	…18
第7章 今後の予定と最終評価について	
1 評価時期	…18
2 計画の公表	…18

第1章 第2期データヘルス計画に係る基本的事項

1. 背景

近年、特定健康診査(以下「特定健診」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展など、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、「日本再興戦略」(平成 25 年 6 月 14 日閣議決定)においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と示された。

本町においては、平成 27 年度から平成 29 年度を計画期間とする「福智町国民健康保険保健事業実施計画」(以下「データヘルス計画」という。)を策定後、平成 30 年度から令和 5 年度を計画期間とする第 2 期データヘルス計画を策定し、保健事業を実施してきた。

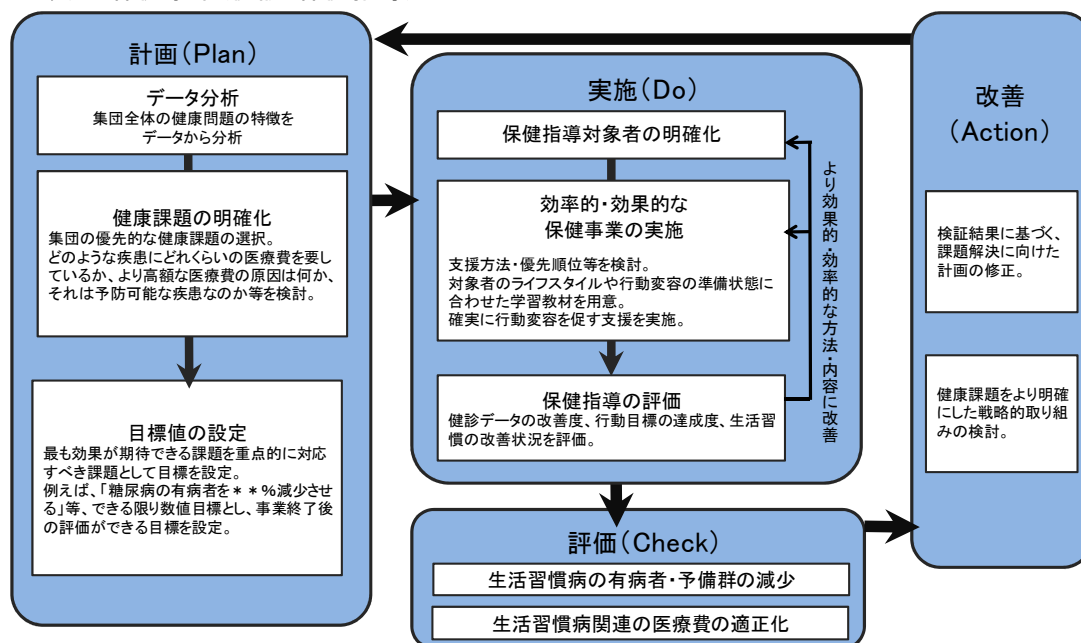
2. 計画の目的と位置づけ

福智町保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、健康・医療情報を活用して 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の保健事業の実施計画である。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者にわかりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定する。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸(疾病・障害・早世の予防)を目指すものとする。

またこの計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、福岡県健康増進計画や福智町健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業計画との調和を図る。(図表 1)

図表 1 保健事業(健診・保健指導)の PDCA サイクル



3. 計画期間

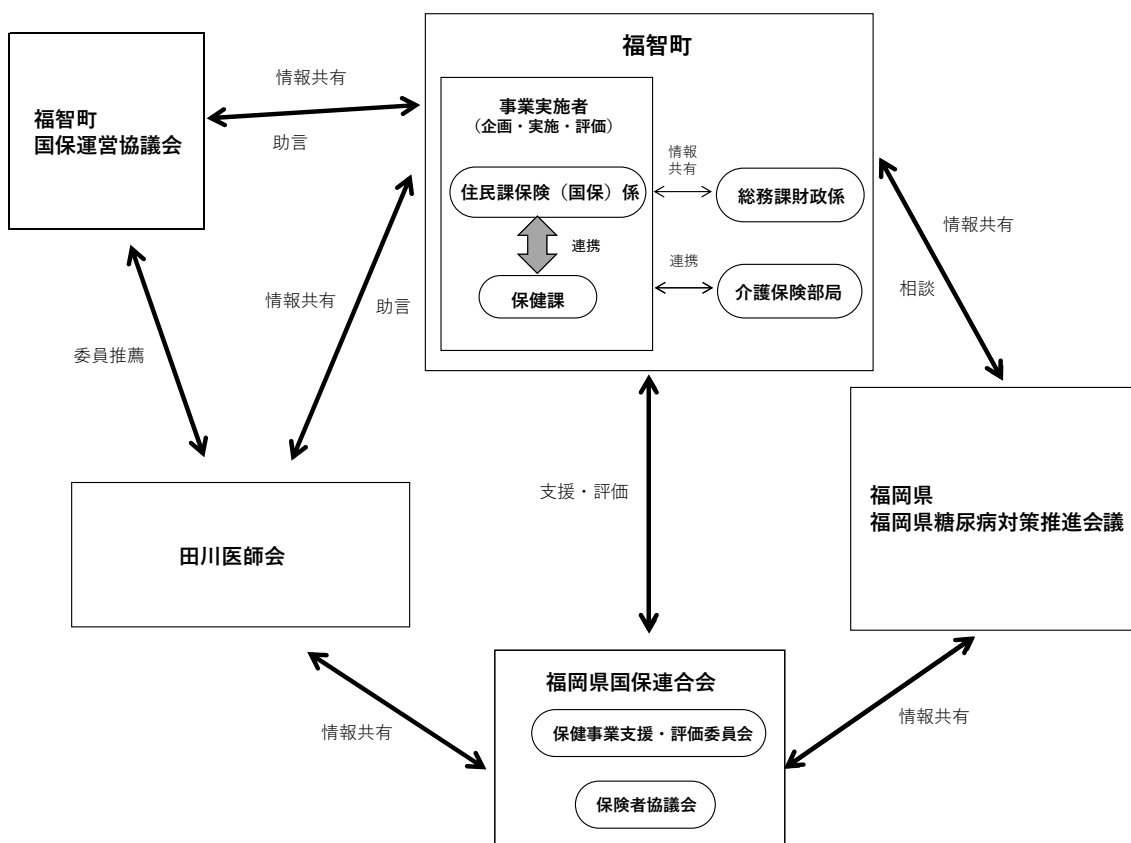
計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成 30 年度から令和 5 年度の 6 年間とする。

4. 実施体制・関係者連携

国民健康保険主管課が主体となり、関係部局と協議・連携した上でデータヘルス計画を策定する。事業の実施にあたっては、各担当課が計画に基づき実施する。

また、田川医師会・田川歯科医師会・福岡県国保連合会・福智町国保運営協議会等からの助言を求め、意見反映に努める。

図表 2 福智町の実施体制図



5. 第2期データヘルス計画に係る課題と取組(当初)

【健診】

- ① 特定健診の受診率が低く、特定健診の受診率を向上させる必要がある。
- ② 治療中の者の中にも重症化予防対象者が多く、健診未受診者の半数近くが生活習慣病治療中である。重症化予防のためにかかりつけ医との連携により受診率向上を向上させる必要がある。
- ③ メタボリックシンドローム該当者の割合や、高血圧・糖尿病の有所見率が高く、特定保健指導の向上に努めていく必要がある。
- ④ 健診結果で糖尿病(型)と判断される者の約27.5%に既に腎機能の所見があるため、医療との連携により、重症化を予防していく必要がある。

【医療】

- ⑤ 同規模市町村と比べ、医療費全体に占める入院(件数・費用額)の割合が高く、1件当たりの在院日数も長い。重症化している状況がうかがえるとともに、一人当たり医療費も高い。そのため、受診勧奨や保健指導等の重症化予防対策が必要である。
- ⑥ 人工透析患者に占める糖尿病の割合が高く、早期からの糖尿病の発症予防と血圧のコントロールも含めた重症化予防対策が重要となる。
- ⑦ 長期入院の件数・費用のうち、統合失調症等の精神疾患患者の割合が大きく、重症化予防や長期入院を防ぐことに加え、精神障害者の地域移行等福祉施策が必要である。

【介護】

- ⑧ 要介護認定率は増加傾向であり、介護認定者の有病状況を見ると脳血管疾患が多くを占めている。また、要介護認定者の糖尿病等の血管疾患の有病状況が9割以上と非常に高い。これらの発症予防及び重症化予防の対策が重要である。

第2章 第2期データヘルス計画の中間評価について

1. 趣旨

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別事業の実施を行ってきた。中間年度にあたる令和2年度においては、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価を行い、効果的な取り組みを推進するため、令和3年度から5年度の取り組み内容・目標の設定方法などを整理した。

2. 方法

中間評価に当たって、被保険者の年齢構成など本町の特性を踏まえた健康課題をさらに明確にするため、経年比較やKDB等を活用して全国や福岡県等との比較を行った。

保険者は、健診・医療情報を活用して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ことが求められており、以下の4つの指標を用いて評価を行った。

※評価における4つの指標

ストラクチャー …誰が？どういう体制で？	事業を実施するための仕組みや体制を評価
プロセス …どのように？	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状態を評価
アウトプット …どれだけやったか？	目的や目標の達成のために行われる事業の結果を評価
アウトカム …その結果どうだったか？	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

第3章 全体評価

1. 福智町の概要

福智町国民健康保険被保険者数は 5,613 人(令和元年度)で、被保険者率は 24.6%となっており、県や国と比較して高い割合である。(図表 3)

(図表 3)

	福智町		福岡県	国
	実数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
被保険者数	5,613 人			
65～74 歳	2,233	39.8	40.9	43.5
40～64 歳	1,663	29.6	30.9	31.7
39 歳以下	1,717	30.6	28.2	24.8
加入率	24.6		21.7	21.6

出典：KDB 様式 5-1

【健康寿命の延伸】

本町の要介護認定率は第 1 号(65 歳以上)被保険者で 23.0%、第 2 号(40～64 歳)被保険者で 0.7%と県・同規模保険者より高い。また、介護給付費は約 27 億円で、経年的にみると増加傾向にある。

要介護認定別医療費では、「認定なし」は「認定あり」と比較し、医療費が約 1/2 となっている。

有病状況をみると、筋・骨格系が約半数を占めているが、生活習慣病関連の疾患では、心臓病・高血圧症・脂質異常症が上位を占めている。(図表 4)

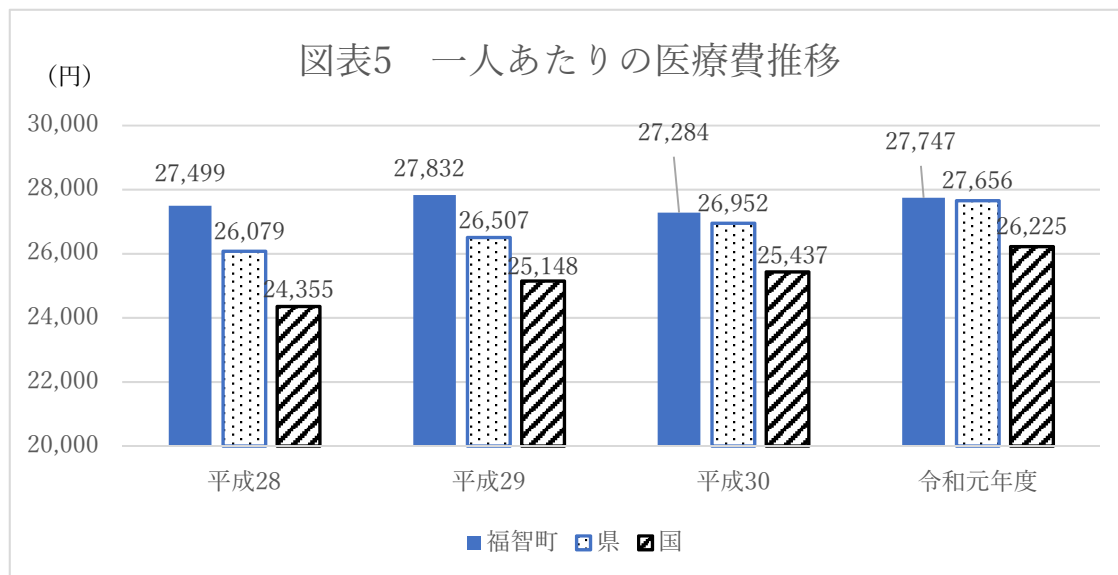
(図表 4)

項目	28年度	29年度	30年度	令和元年度	(参考) 令和元年度		
	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	同規模平均	福岡県	
	26億5064万円	26億5919万円	26億8871万円	26億6492万円	--	--	
1号認定者数(認定率)	26.3	24.3	23.6	23.0	17.6	20.7	
新規認定者	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	
2号認定者	0.6	0.7	0.7	0.7	0.3	0.4	
1件当たり給付費(全体)	69,969	69,118	68,688	68,184	65,358	61,437	
居宅サービス	51,057	51,410	51,127	51,329	42,280	42,007	
施設サービス	266,598	269,561	274,822	275,783	289,330	297,105	
有病状況	糖尿病	21.6	21.5	22.2	21.7	23.3	22.7
	高血圧症	48.7	49.1	48.4	47.1	52.1	54.3
	脂質異常症	24.1	24.8	24.8	24.7	29.2	31.4
	心臓病	53.8	54.3	54.0	52.2	59.4	61.2
	脳疾患	23.0	22.9	22.2	22.1	24.9	25.7
	がん	8.7	9.6	9.5	9.7	10.5	12.1
	筋・骨格	47.4	47.8	47.9	47.2	51.4	55.1
	精神	32.4	33.3	33.6	33.5	36.6	38.5
要介護認定別医療費(40歳以上・医科)	認定あり	7,680	8,385	8,787	8,581	8,839	9,049
	認定なし	4,353	4,321	4,326	4,458	3,965	4,188

出典：KDB 地域の全体像の把握

【医療費適正化】

福智町の被保険者 1 人あたり医療費は、平成 28 年度から令和元年度にかけてほぼ横ばいであるが、県・国と比較すると高額である。(図表 5)



出典：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

2. 計画全体の評価

計画策定時の計画の方向性・目的	生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指す。					
主な指標	目標値	ベースライン	経年変化			判断等
			H29	H30	R1	
①特定健診受診率	60%	25.4%	25.50%	22.30%	23.5%	C
②特定保健指導実施率	60%	60%	56.80%	52.80%	47.50%	C
③メタボリックシンドローム該当者の減少率	25%	19.8%	24.80%	12.60%	18.90%	C
④ 高血圧の者の割合 (Ⅱ度以上)	10%	4.7%	5.40%	2.30%	13.20%	C
⑤ 血糖コントロール 不良者の割合	1.7%	2.1%	3.10%	3.90%	3.00%	C
⑥ 脂質異常症の者の割合 (LDL160 mg/dl 以上)	14%	12.2%	10.40%	12.90%	16.30%	C
⑦年間新規透析患者数	3人	3人	3人	2人	3人	B
計画全体でうまくできている点	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診当日のアンケートにより、対象者の都合に合わせた保健指導の機会(日時等)が把握できた ・Ⅲ度高血圧該当者への健診当日の保健指導の実施 ・架電による受診勧奨 					
計画全体でうまくいっていない点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との連携不足 ・保健指導従事者の資質不足 ・保健指導にかかる魅力的な教材の不足 ・若い世代等の無関心層への積極的な受診勧奨不足 ・被保険者の健康意識向上への対策 					
主な見直しと今後の方向性	<p>【指標①～③、⑤について】 設定していた目標値を達成した指標もあったが、達成できなかったものが多かった。生活習慣病重症化予防や医療費適正化のために、医療機関等との連携強化及び受診勧奨方法の見直しや保健指導内容の充実を図り、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上を目指す。</p> <p>【指標④、⑥について】 「高血圧の者の割合」、「脂質異常の者の割合」については、見込んでいた目標値と実績値の間に大きな乖離があるため現実可能な目標値へ見直しを行った。</p>					

評価 A:改善している B:変化なし C:悪化している

第4章 個別事業評価

1. 事業名 特定健康診査

●事業の概要

背景	本町は令和5年度における特定健診受診率目標値を60%としているが、令和元年度の受診率は23.5%と依然として低く、目標到達は困難である。年代別で見ると40歳代～64歳は男女共に受診率が低く、65歳～74歳の男女の受診率と約38%の差があり若年層の受診率が低い。また、継続受診の継続率は平成30-令和元年度では76.6%と高く推移している。データを活用しながら被保険者に応じてターゲットを絞った事業の展開等、若年層や特定健診未受診者の受診勧奨を行い特定健診の受診率を高める必要がある。
目的	メタボリックシンドロームに着目し内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病・高血圧症・脂質異常等の生活習慣病の予防を図る。
具体的内容	<p>対象者：国民健康保険の被保険者であって、40～74歳の者</p> <p>実施方法：集団健診・個別健診 人間ドック受診時の検査</p> <p>実施期間：集団健診9月～12月 個別健診及び人間ドック受診時の検査 6月～1月</p> <p>実施内容：特定健診項目の他、医師の判断による追加項目：貧血検査・心電図検査・眼底検査・クレアチニン尿検査：尿潜血 血液検査：尿酸・ヘモグロビン A1c</p> <p>費用：無料</p> <p>受診勧奨：未受診者への個別受診勧奨通知送付。電話による受診勧奨。</p> <p>実施医療機関へ啓発ポスターの配付 広報（健診申込みハガキ付き）年2回掲載 医療情報収集事業の該当者へ依頼書類送付</p>
実施体制	保健師・管理栄養士・国民健康保険担当課・医療情報収集事業協力医療機関
評価指標 目標値	<p>特定健診受診率の向上</p> <p>令和2年度 25% 令和3年度 35% 令和4年度 50% 令和5年度 60%</p>

●評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベース ライン	経年変化			指標 判定	事業 判定	要 因 (うまくいった・うまくいかなかった 要因)	見直しと改善の案
				29 年度	30 年度	R 元年度				
特定健康 診査及び (未受診 者対策)	特定健診 受診率	60%	H29 年度 25.5%	男性 23.3%	男性 19.6%	男性 21.5%	C	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の健診受診済み、医療機関受診中、隔年の受診等で集団健診の受診にはつながらなかった。 ・集団健診が終了した時期に未受診者へ受診勧奨通知しているため、個別健診への案内しかできていない。 ・集団健診を休日に実施することで、若年層の受診率向上につながった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知の送付時期を見直し、当該年度の集団健診へ間に合うよう対応する必要がある。また、通知＋訪問、通知＋架電等、複数の方法を組み合わせる等、勧奨のやり方について見直しを行う。 ・架電した際に未受診理由や特定健診への意見を聞き対策に生かす。 	
	架電による 特定健診 受診率	R3 60%	104 人 (58.1%)	104 人 (58.1%)	159 人 (34.6%)	226 人 (42.6%)				C

2. 事業名:特定保健指導

●事業の概要

背景	本町の令和 5 年度の特定保健指導実施率の目標値は、60%としている。平成 30 年度の実施率は 52.8%であったが、令和元年度の実施率は 47.5%であり、目標値との乖離は 12.5%である。保健指導を受けない対象者からは、「主治医の指導を受けている」「以前保健指導を受けたのでわかっている」「自分なりに気をつけている」等の理由が多かった。
目的	メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。
具体的内容	<p>対象者:福智町の特定健診受診者のうち、健診結果が階層化により積極的支援及び動機づけ支援と選定された者</p> <p>実施方法</p> <p>集団健診受診者:年間 5 回の結果説明会で保健師・栄養士が面談。説明会欠席者へは電話勧奨を行い、同意が得られたものへ面談・訪問を実施。電話連絡が取れない場合は、結果郵送時に特定保健指導勧奨案内を同封し再度電話勧奨。</p> <p>個別健診受診者:田川医師会の特定保健指導を受託している医療機関にて実施。受託していない医療機関での個別健診受診者へは、結果受領後に保健課から電話勧奨を行い、同意が得られた者へ面談・訪問を実施。</p> <p>実施期間:健診実施期間中。初回面談後 6 か月間、電話や面談・訪問により支援継続。</p> <p>費用:無料</p>
実施体制	保健師・管理栄養士・田川医師会特定保健指導受託医療機関
評価指標 目標値	<p>特定保健指導の実施率 令和 2 年度 60%、令和3年度 60%、令和 4 年度 60%、令和 5 年度 60%</p> <p>メタボリックシンドローム該当者の減少率 令和 2 年度 22%、令和3年度 23%、令和 4 年度 24%、令和 5 年度 25%</p>

●評価と見直し・改善案

事業名	評価指標(アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因(うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
特定保健指導	(アウトカム) メタボリックシンドローム該当者の減少率	25%	H28 19.8%	H29 24.8% H30 12.6%	C	C	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診受診者は、健診当日に連絡可能な時間帯や曜日・連絡先を把握することで保健指導の実施につながるケースもあった。 ・個別健診受診者は、健診結果は受領済であり、架電するも連絡が取れない場合が多かった。また、医療機関受診中であることを理由に保健指導を断られることが多い。 ・継続して特定保健指導対象となる場合は「以前も話を聞いて分かっているから」と保健指導を避けるケースもあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡可能な時間帯については引き続き把握し、対象者の都合の良い日時に実施する。また、健診当日の初回面接の実施を検討予定。 ・個別健診受診者の特定保健指導実施率向上のために、医療機関との連携強化に努め、個別健診受診者や医療機関の現状把握から課題を明確化し、解決方法を検討する。 ・受けたいと思ってもらえるよう特定保健指導の内容について実施担当で改善点等を見直すとともに、特定保健指導について周知啓発を図る。
	(アウトプット) 特定保健指導の実施率	60%	H28 60%	H29 56.8% H30 52.8% R1 47.5%	C			

3. 事業名:保健指導事業（受診勧奨及び生活習慣病重症化予防事業）

●事業の概要

背景	<p>本町の平成 30 年度の一人当たり医療費は 27,227 円であり、同規模平均 26,760 円・県平均 26,795 円と比較して高い。平成 30 年度の最大医療資源傷病名の内訳を見ると高血圧症 8.4%、糖尿病 11.3%であり、県の高血圧 7%・糖尿病 9.2%と比較するといずれも高い。令和元年度の集団健診受診者の受診勧奨対象者を見ると、LDL コレステロール 180mg/dl 以上の 55 人中医療機関受診者は 27 人であり、Ⅲ度高血圧該当者 33 人のうち未治療の 22 人中医療機関受診者は 11 人と受診勧奨対象者の約半数が医療機関の受診に繋がっていない。脳血管疾患や虚血性心疾患等の医療費が高額になる疾患の要因となる生活習慣病に対して受診勧奨及び保健指導を実施することで重症化予防・医療費適正化に寄与できると思われる。</p>
目的	<p>特定保健指導の対象外だが、受診勧奨及び保健指導を積極的に行う必要がある者を健診結果から選定し、生活習慣病の重症化予防及び医療費適正化に寄与することを目的とする。</p>
具体的内容	<p>対象者:福智町の特定健診受診者のうち次のいずれかの該当者:LDL180mg/dl 以上・Ⅲ度高血圧・eGFR60 未満・尿蛋白±以上・尿潜血+以上・HbA1C 6.5 以上。(ただし、糖尿病重症化予防プログラム基準該当者を除く)</p> <p>方法:特定健診結果から対象者を選定し、結果説明会で保健師・栄養士が面談。欠席者へは電話勧奨を行い、同意が得られた者に面談・訪問を実施。面談や訪問が困難な場合は電話での保健指導を実施。電話連絡が取れない場合は、結果郵送時に紹介状と受診勧奨案内を同封し再度電話勧奨。</p> <p>田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムも活用し、医療機関と連携し受診勧奨及び保健指導を実施。紹介状の返書で受診状況を把握するとともに、主治医の治療方針等を確認し保健指導の参考とする。受診勧奨後の医療機関未受診者へは、再度電話・面談・訪問により受診勧奨を実施。</p> <p>実施時期:通年</p>
実施体制	<p>保健師 ・ 管理栄養士 ・ CKD システム協力医療機関</p>
評価指標目標値	<p>・高血圧(Ⅱ度以上)の者の割合 令和3年度 12%、令和4年度 11%、令和5年度 10%</p> <p>・脂質異常の者(LDL160以上)の割合 令和3年度 15.5%、令和4年度 15%、令和5年度 14%</p> <p>※高血圧・脂質異常症の割合については、見込んでいた目標値と実績値の間に大きな乖離があるため現実的な目標値へ見直しを行った。</p>

●評価と見直し・改善案

事業名	評価指標	目標値	ペースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因	見直しと改善の案
保健指導事業	(アウトカム) 高血圧(Ⅱ度以上)の者の割合	R5 3.5%	H28 4.7%	H29 5.4% H30 2.3% R1 13.2%	C	C	<p>・Ⅲ度高血圧該当者は、健診当日に面談することで全員へ保健指導が実施できた。</p> <p>・受診勧奨対象者で紹介状の返書が未提出の場合は、再度面談や電話による受診勧奨を実施したが、「症状がない」「忙しい」等の未受診の理由が聞かれ、受診勧奨の必要性が理解されていない現状が伺えた。</p> <p>・健診当日に受診者の連絡可能な曜日や時間帯を把握することで、結果説明会の欠席者へ電話勧奨が実施できた。</p>	<p>・受診勧奨対象者が受診につながるよう、受診勧奨時に使用する教材等の内容の見直し及び受診の必要性に関する啓発が必要と思われる。</p> <p>・脳血管疾患・虚血性心疾患の実態及び重症化予防について、広報やホームページを活用した周知啓発方法を検討。</p>
	(アウトカム) 医療機関受診率(Ⅲ度高血圧)	R2 10人 (70%)	H28 6人 (66.7%)	H29 7人(50%) H30 1人(50%) R1 11人(50%)	C			
	(アウトカム) 脂質異常(LDL160以上)の者の割合	R5 3.5%	H28 10.4%	H29 10.4% H30 12.9% R1 16.3%	C			
	(アウトカム) 医療機関受診率(LDL180以上)	R2 30人 (54%)	H28 8人 (26.8%)	H29 14人(42.4%) H30 8人(38.1%) R1 27人(49.1%)	A			
	(アウトプット) 受診勧奨及び保健指導実施率	R2 150人 (75%)	H28 95人 (44.2%)	H29 100人(45.5%) H30 93人(52.5%) R1 132人(62.3%)	A			

4. 事業名:糖尿病性腎症重症化予防事業

●事業の概要

背景	本町のH30の人工透析にかかる医療費を見ると、国民健康保険では総医療費の2.8%で県平均の3.5%より低い、後期高齢者医療では9.7%であり県平均の8.0%より高い。早期からの保健指導及び受診勧奨等の介入を行うことで医療費適正化に繋がると考えられる。またH30特定健診受診者のうち福岡県糖尿病重症化予防プログラム対象者の割合は6.8%で県平均の6.1%より高い。R1の糖尿病重症化予防プログラム該当者で未治療者6人に保健指導及び受診勧奨を行ったが、6人中4人は医療機関受診にはつながらず、医療機関と連携するとともに保健指導体制の整備が必要と思われる。
目的	人工透析のリスクである糖尿病性腎症が疑われる高血糖及び腎機能低下者に対して、受診勧奨・保健指導を実施することにより、重症化を防ぐ。
具体的内容	<p>対象者:①②のいずれにも該当かつ、保健指導に関心を示し同意する者 対象者数:33人(令和元年度)</p> <p>①2型糖尿病でありa～cのいずれかに該当</p> <p>a:空腹時血糖126(随時血糖200)mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上</p> <p>b:糖尿病治療中</p> <p>c:過去に糖尿病薬使用又は糖尿病治療歴あり</p> <p>②腎障害を有していることeGFR60未満または尿蛋白±以上</p> <p>方法:特定健診結果から対象者を選定し、保健師・栄養士による保健センターでの面談または訪問を実施</p> <p>実施期間:健診実施期間中</p> <p>実施内容:保健指導・受診勧奨(田川地区CKD・糖尿病予防連携システムを活用)</p> <p>連携システムの協力医療機関数:一次医療機関64 二次医療機関…糖尿病専門医3(うち1医療機関は腎専門医を兼ねる)</p>
実施体制	保健師・管理栄養士・田川地区CKD・糖尿病予防連携システム協力医療機関
評価指標 目標値	<p>・血糖コントロール不良者の割合 R2年度:1.9% R3年度:1.8% R4年度:1.8% R5年度:1.7%</p> <p>・年間新規透析患者数 R2年度:3人 R3年度:3人 R4年度:3人 R5年度:3人</p>

●評価と見直し・改善案

事業名	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因	見直しと改善の案
糖尿病性腎症重症化予防	(アウトカム) 受診勧奨対象者の医療機関受診者数	R2 年度 5 人 (83%)	H30 年度 9 人(90%)	H30 年度 9 人(90%) R元年度 2 人(20%)	C	C	<p>・受診勧奨を行った際の反応として、「症状がないから大丈夫」、「毎年同じ結果だから病院には行かない」などの声が聞かれ、受診の必要性について理解を得られない現状があった。</p> <p>・田川地区 CKD・糖尿病予防連携システムを活用する中で、医療機関により受診者への結果説明や特定健診継続受診の必要性等について説明が異なるケースがあった。</p> <p>・医療機関から町へ保健指導の依頼があり対象者へ連絡しても、本人の同意が得られないなどの現状があった。</p> <p>・食生活などの生活習慣改善を促しても経済的な理由で困難な場合があり、医療機関の受診に関しても同様の理由で未受診や治療中断になるケースがあった。</p>	<p>・受診につながるよう分かりやすい保健指導資料の作成、保健指導者の資質向上のための面談や保健指導に関する勉強会の実施、研修への参加が必要。</p> <p>・令和 2 年度から田川市郡市町村・保健福祉事務所・医師会等の関係機関で新たに作成した、医療機関から受診者へ結果説明及び保健指導の必要性を説明する資料を使用開始しており、今後は効果的な活用に向けて検討予定。</p> <p>・受診勧奨方法や保健指導実施方法・評価方法等については、糖尿病重症化予防プログラムを参考にしながら福岡県・国保連合会・自主学習会の研修により、保健指導従事者の資質向上に努める。</p> <p>・経済的問題については、家庭の状況に応じて、受診勧奨だけでなく安定した生活が継続できるよう関係部署や関係機関との連携を図り支援を行う。</p>
	(アウトプット) 糖尿病性腎症が疑われる者への保健指導実施人数(率)	R2 年度 30 人 (100%)	H30 年度 22 人 (100%)	H30 年度 22 人(100%) R元年度 26 人(87%)	C			
	(アウトカム) 人工透析(糖尿病成人症)による医療費の伸び率	R5 年度 0.0%	H28 年度 △7.59%	H28 年度(計画当初) △7.59% H30 年度 △10.15%	B			
	(アウトカム) 年間新規透析患者数	R5 年度 3 人	H28 年度 3 人	H28 年度(計画当初) 3 人 H30 年度 2 人	A			
	(アウトカム) 血糖コントロール不良者(HbA1c7.0 以上)の割合	R5 年度 1.7%	H28 年度 2.1%	H30 年度 3.9% R元年度 3.0%	C			

第5章 保険者努力支援制度について

保険者努力支援制度とは、予防・健康づくりや保険料の収納率向上など、保険者の取り組みや成果を点数付けし、国からの交付金を配分する仕組みとして、平成 30 年度から本格実施された制度である。

国は、保険者努力支援制度の評価指標を毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させるとし、現在は「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」や「後発医薬品に関する取組状況」の配点が高くなっている。(図表 6)

令和 2 年度からは、評価項目のうち「特定健診受診率」と「特定保健指導実施率」について、基準値に達しない場合は減点とする制度が導入された。本町の「特定健診受診率」と「特定保健指導実施率」は基準値に達していないことから、特定健診受診率の向上及び特定保健指導実施率の向上を目指し、令和 3 年度から未受診者対策に重点的に取り組む予定である。

また、「がん検診受診率・歯疾患検診受診率」に関しては、県と比較し低い得点状況であるという現状を受け、令和 3 年度から新たに歯科検診実施体制を整備するとともに、がん検診受診率向上に向けて取組の充実を図る予定である。

「個人へのインセンティブ・分かりやすい情報提供」についても未実施の事業であったが、予防・健康づくりに取り組む被保険者に対してインセンティブを提供することが保険者の努力義務と位置付けられており、令和 3 年度から予防・健康づくりに努める被保険者に対して報酬を設けるとともに、健康管理等の自助努力の支援、成果の評価を行い健康保持、増進に繋げる取組を行う予定である。

(図表 6)

		平成30年度		令和元年度		令和2年度	
		配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合
共通①	(1) 特定健診受診率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%
	(2) 特定保健指導実施率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	50	5.9%	50	5.4%	50	5.0%
共通②	(1) がん検診受診率	30	3.5%	30	3.3%	40	4.0%
	(2) 歯科健診	25	2.9%	25	2.7%	30	3.0%
共通③	重症化予防の取組	100	11.8%	100	10.9%	120	12.0%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	70	8.2%	70	7.6%	90	9.0%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	25	2.9%	20	2.2%	20	2.0%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	4.1%	50	5.4%	50	5.0%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	4.1%	35	3.8%	130	13.0%
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	4.7%	100	10.9%	100	10.0%
固有①	収納率向上	100	11.8%	100	10.9%	100	10.0%
固有②	データヘルス計画の取組	40	4.7%	50	5.4%	40	4.0%
固有③	医療費通知の取組	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%
固有④	地域包括ケアの推進	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%
固有⑤	第三者求償の取組	40	4.7%	40	4.3%	40	4.0%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	5.9%	60	6.5%	95	9.5%
	体制構築加点	60	7%	40	4.3%	—	—
全体	体制構築加点含む	850	100%	920	100%	995	100%

令和2年度 保険者努力支援制度（市町村分）分析資料

都道府県名	福岡県
市町村名	福智町
被保険者数 (201.6.1現在)	5,693 人

1. 総合実績

	満点	福智町	(得点率)	福岡県	(得点率)	全国	(得点率)
合計得点	995 点	390 点	39.2%	556.22 点	55.9%	555.30 点	55.8%
順位 (都道府県内・全国)	(都道府県内) 56	/	60 位	(全国)	1,574 /	1,741 位	

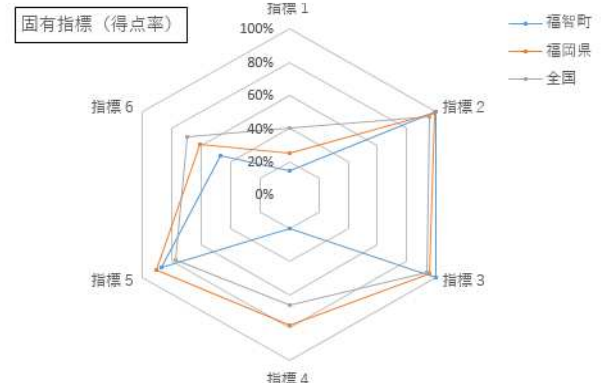
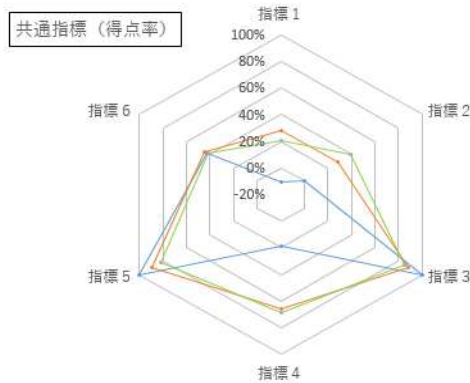
2. 共通指標の実績

	満点	福智町	(得点率)	福岡県	(得点率)	全国	(得点率)
指標1 特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備群の減少率	190	-20 点	-10.5%	53.67 点	28.2%	38.75 点	20.4%
指標2 がん検診受診率・畜周疾患(病)検診受診率	70	0 点	0.0%	20.05 点	28.6%	27.69 点	39.6%
指標3 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	120	120 点	100.0%	106.33 点	88.6%	101.93 点	84.9%
指標4 個人インセンティブ・分かりやすい情報提供	110	20 点	18.2%	72.33 点	65.8%	75.36 点	68.5%
指標5 重複服薬者に対する取組の実施状況	50	50 点	100.0%	44.67 点	89.3%	41.07 点	82.1%
指標6 後発医薬品の促進の取組・使用割合	130	55 点	42.3%	57.67 点	44.4%	54.56 点	42.0%
合計	670	225 点	33.6%	354.72 点	52.9%	339.35 点	50.6%

3. 固有指標の実績

	配点	福智町	(得点率)	福岡県	(得点率)	全国	(得点率)
指標1 収納率向上に関する取組の実施状況	100	15 点	15.0%	24.92 点	24.9%	40.02 点	40.0%
指標2 データヘルス計画策定状況	40	40 点	100.0%	39.43 点	98.6%	38.02 点	95.0%
指標3 医療費通知の取組の実施状況	25	25 点	100.0%	23.83 点	95.3%	23.52 点	94.1%
指標4 地域包括ケア推進の取組の実施状況	25	5 点	20.0%	19.58 点	78.3%	16.59 点	66.4%
指標5 第三者求償の取組の実施状況	40	35 点	87.5%	36.17 点	90.4%	31.21 点	78.0%
指標6 適正かつ健全な事業運営の実施状況	95	45 点	47.4%	57.57 点	60.6%	66.59 点	70.1%
合計	325	165 点	50.8%	201.50 点	62.0%	215.95 点	66.4%

※得点率とは、各指標の満点に対して占める割合である。



項目	福智町	全国	項目	福智町	全国
特定健診受診率(H29実績)	25.46%	37.16%	がん検診平均受診率(H29実績)	13.35%	11.57%
特定健診受診率の向上(H28→H29)	0.09%	0.60%	がん検診平均受診率の向上(H28→H29)	0.29%	-0.37%
特定保健指導受診率(H29実績)	56.78%	25.56%	がん検診受診率(胃がん)(H29実績)	10.81%	8.59%
特定保健指導受診率の向上(H28→H29)	-3.22%	0.89%	がん検診受診率(肺がん)(H29実績)	6.31%	7.39%
メタボリック減少率(H29実績)	-20.76%	-0.77%	がん検診受診率(大腸がん)(H29実績)	10.16%	8.36%
メタボリック減少率の向上(H28→H29)	-4.47%	-2.04%	がん検診受診率(子宮頸がん)(H29実績)	17.39%	16.18%
後発医薬品使用割合(H30実績)	75.42%	77.84%	がん検診受診率(乳がん)(H29実績)	22.10%	17.35%
後発医薬品使用割合の向上(H29→H30)	6.40%	4.14%			

第 6 章 地域包括ケアに係る取組

地域包括ケア研究会の報告書では「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と公表されており、要介護状態を引き起こす脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症・重症化予防が重要である。

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、本町では後期高齢者の健診・医療・介護データから課題を分析し、国から公表されている「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版(令和元年 10 月公表)」を参照しての実施体制を検討中であり、令和 4 年度からの「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に向け、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、国民健康保険保健事業と後期高齢者保健事業での連続的な取り組みが実施できるよう体制を整えていく。

第 7 章 今後の予定と最終評価について

1. 評価時期

データヘルス計画第 2 期(平成 30 年度～令和 5 年度)は、最終年度である令和 5 年度に最終評価を行う。

個別事業計画はデータヘルス計画を達成するための単年度の保健事業計画として毎年策定し、データヘルス計画の進捗状況等を評価する。

2. 計画の公表

策定したデータヘルス計画は、本町ホームページに掲載し、より多くの被保険者の皆様に対し効果的に周知するよう努める。