柳川市国民健康保険 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画) 中間評価

令和3年3月 柳川市健康づくり課

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要及び中間評価の趣旨とその結果	1
1 計画の概要とその背景	1
2 中間評価の趣旨	1
3 中間評価の結果	1
(1) 中長期目標・短期目標の評価と課題	1
第2章 新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定	11
1 中間評価を踏まえた新たな目標の設定	11
(1) 中長期目標の設定	11
(2) 短期目標の設定	11
(3) 保険者努力支援制度における目標の設定	12
2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と個別保健事業の設定	12
(1) 評価指標と目標値の設定	12
(2) 分析結果とそれに基づく課題の明確化	13
(3) 保健事業の内容	14
第3章 計画の運用について	16
1 評価の時期	16
(1) 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画) 第3期特定健康診査等実施計画	16
2 評価方法・体制	16
第4章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	17
1 計画の公表・周知	17
2 個人情報の取扱い	17

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要及び中間評価の趣旨とその結果

1 計画の概要とその背景

我が国は世界トップレベルの長寿社会であり、今後さらに高齢者の大幅な増加が見込まれる中、いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに健康寿命を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

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り、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)を目指すものである。

その中で、人生百年時代を見据え、これまでの国保加入者のみならず、高齢者の健康増進を図ることが求められている。高齢者は、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的だけでなく、精神的、心理的及び社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にある。そこで、市民に身近な市町村が、高齢者一人ひとりにきめ細かに対応するため、高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する体制整備等を規定した「保険医療制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、これまでの国保保健事業から後期高齢者保健事業への接続を効果的に行うことで、健康寿命の延伸を目指していくこととなった。

2 中間評価の趣旨

本市においては、平成27年度に第1期データヘルス計画を策定し、現在は平成30年度から6年間の第2期データヘルス計画に基づいて、保健事業を展開している。

本年は第2期データヘルス計画中間年度であり、より効果的かつ効率的に保健事業を展開するために、 令和2年度に機能改善のために改修が行われた国保データベースシステム(以下「KDBシステム」)の影響を考慮したうえで進捗確認及びデータヘルス計画中間評価を行う。

中間評価では、短期目標・中長期目標の評価を行い、それを基に目標項目の追加を行うとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、現状分析を踏まえ、後期高齢者広域連合の目標値を参考に、個別保健事業で追加実施する内容を盛り込む。

また、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では保険者努力支援制度が創設され、平成30年度から本格実施されている。国は、保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況により発展させるとしており、今回の中間評価では、現時点での評価指標を追加し、取組の充実を図ることとする。

3 中間評価の結果

(1) 中長期目標・短期目標の評価と課題

第2期データヘルス計画では、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、糖尿病・ 高血圧・脂質異常症等の減少を短期目標に、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規発症者数 の減少、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んだ。

<中長期目標>

総医療費(自己負担金含む)の額は平成 29 年度にかけ減少傾向にあったが、平成 30 年度には 65 億

178 万円、令和元年度には 63 億 4,049 万円と推移しており、入院外においては計画時より減少し続けている (図表 1)。医療費全体に占める入院医療費、入院件数の割合は同規模や県等比較しても高く、1 件あたりの在院日数が長い (図表 2)。

図表1 柳川市の総医療費(入院・入院外)の変化

	全位	体	λ	院	入防		データの
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減	把握方法
28年度	64億3221万円		29億5730万円		34億7490万円		
29年度	63億6745万円	△6475万円	29億1939万円	△3791万円	34億4806万円	△2683万円	KDB
30年度	65億0178万円	1億3432万円	31億2906万円	2億0967万円	33億7272万円	△7534万円	システム
31(R1)年度	63億4049万円	△1億6128万円	29億6838万円	△1億6067万円	33億7211万円	△61万円	

図表 2 入院と入院外の件数・費用額の割合比較(令和元年度)

		保険者	同規模平均	県	玉	データの 把握方法
一人	当たり医療費	31,051	27,896	28,030	27,475	
外	費用の割合	53.2	58.9	54.5	59.2	
来	件数の割合	96.6	97.2	96.9	97.3	KDB システム
入	費用の割合	46.8	41.1	45.5	40.8	
院	件数の割合	3.4	2.8	3.1	2.7	
1件あ	たり在院日数	19.1日	16.2日	17.0日	16.0日	

一人あたりの医療費では、計画策定時の平成28年度と比較して令和元年度は8.7%増加しており、国や県と比較しても本市の方が高い。しかしながら、データヘルス計画の対象疾患である生活習慣病の重症化疾患(脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全等)の総計が医療費に占める割合は計画時より減少しており、新たに新生物(がん)では増加していることが分かった。

(図表 3)

図表3 データヘルス計画の対象疾患である生活習慣病の重症化疾患が医療費に占める割合

		一人	あたり医療	秦費		中長期	目標疾患		失	豆期目標疾患	ŧ.								
市町	±+⊅		順位	ҵ	E F	Z I	脳	心				(中長期・短期)	(中長期・短期)		期) ***		精神	肺·	データの
η η μ	בי ניז	全額	同規模	県内	慢性腎	不全	脳梗塞	狭心症	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	目標疾患医療費系	Ŕ	新生物		骨疾患	把握方法		
			 印	乐內	(透析有)	(透析無)	脳出血	心筋梗塞											
柳川市	H28	28,560	52位	20位	4.10%	0.31%	2.41%	1.95%	5.00%	4.59%	2.63%	13億4,980万円	20.99%	12.13%	15.66%	8.65%			
13471111	R1 (31,051	44位	11位	2.99%	0.30%	2.53%	1.56%	5.18%	3.34%	2.26%	11億5,120万円	18.16%	15.15%	12.33%	8.54%	KDB		
国	D1	27,475			4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%	1兆9,155億7,077万円	20.07%	15.99%	7.98%	8.79%	システム		
県	1/1	28,030			2.64%	0.33%	2.27%	1.65%	4.99%	3.51%	2.85%	686億2112万円	18.22%	15.94%	9.78%	9.15%			

中長期目標疾患における新規発症患者数のうち、脳血管疾患及び虚血性心疾患については、経年でみると増減はあるものの中間評価の時点では目標は達成していると言える。糖尿病による人工透析については、平成30年度にかけ減少していたが、令和元年度には87.5%と計画策定時と変わらない状況となっている。(図表4)

このため人工透析の新規導入患者の多くが糖尿病を多く併せ持っているため、糖尿病性腎症からの新規導入患者数の減少を目標に引き続き重点課題として取り組む必要がある。

図表 4 中長期目標の新規発症患者数

	人工透析 患者数	新規患者	皆数	糖尿病も	50	脳血管疾患 患者数		新規患者 数		虚血性心疾患 患者数		新規患者数		データの 把握方法
	Α	В	B/A	С	C/B	Α		В	B/A	А		В	B/A	
28年度	46人	9人	19.6%	8人	88.9%	971人		385人	39.6%	838人		320人	38.2%	KDBシステム
29年度	48人	8人	16.7%	6人	75.0%	930人		430人	46.2%	808人		270人	33.4%	保健事業等
30年度	45人	8人	17.8%	5人	62.5%	958人		348人	36.3%	778人		270人	34.7%	評価・分析 システム
令和元年度	47人	8人	17.0%	7人	87.5%	848人	1	262人	30.9%	732人	ŧ	266人	36.3%	ンステム

<短期目標>

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無症状のまま重症化するケースが少なくないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた特定保健指導による早期発見・早期介入が必要不可欠となる。そのため、健診の受診率及び保健指導の実施率向上と、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを目標とした。特に高血圧、糖尿病は本市の課題でもある脳血管疾患と糖尿病性腎症の危険因子でもあるため、優先的に取り組んだ。

■ 特定健診・特定保健指導

(1) これまでの取組と評価

内臓脂肪型肥満に着目した健診を実施し、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する。健診、指導を行うことにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病を予防することを目的とする。

	T									
	実施に関する目標	was to the	vo. ee	1100 F F	was to the	110.4 Fr	1105 F F			
	at the first of the transfer of the	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度			
	特定健診実施率	42.0%	46.0%	50.0%	54.0%	57.0%	60.0%			
	(再掲)継続受診率	78.0%	81.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%			
	(再掲)40~50代の	27.0%	32.0%	37.0%	42.0%	46.0%	50.0%			
目 標	受診率									
	特定保健指導実施率	48.5%	51.0%	53.0%	55. 5%	57.5%	60.0%			
	成果に関する目標	1	I	l	1	l	T 1			
		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度			
	特保対象者の減少率	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			
+4 # + *	健 診:国民健康	E保険加入	のうち 40	歳~74歳	į					
対象者	保健指導:特定健診を受診した者のうち、特定保健指導対象者に該当する者									
	健診									
	実 施期間:6月~12月									
	実施方法:個別健診、集団健診									
	実施内容:特定健診項目、詳細な健診の項目									
	費 用:500円、節目の年齢層(年度末年齢40歳と63歳)は無料									
	受診勧奨:個人通知	5月下	旬に受診券	 ド同封案内	、電話及7	び戸別訪問	別訪問			
	ポピュレーション ポスター (実施医療機関、図書館、コミュニテ									
	ィーセンター等の市内公共施設)、チラシやパンフレット(全戸配									
	布や行政	布や行政区回覧、国保窓口等への設置)、広報、ホームページ								
*************************************	保健指導									
実施内容	実施期間:8月~3	月								
	実施方法:施設健診	受診者に	ついては個	固別に保領	指導案内	の通知後、	主に訪問			
	により初	7回面接を	実施。保健	建指導が翼	難しい場合	には、電話	舌や手紙に			
	より再度	要案内をし	ている。利	責極的支援	受対象者の	場合は初口	可面接後3			
	~6ヶ月以内に 180pt に到達する支援を実施し評価を行う。動機付									
	け支援対象者に関しては、初回面接実施から3~6 か月後に評価を									
	行う。集団健診受診者については受診した会場ごとに結果説明会を 実施し結果返却時に初回支援実施。その後の指導評価については、 訪問または来所での実施。初回支援を本人に実施できなかった場合 等は、翌月以降に再訪問する。									
実施体制等	国民健康保険係事	下務職、看	護師							
シングロゴエルは 7	健康係保健師、管	神子美士		※ [[古时:	情報共有	1) 由推1 ~	イ中状			

	実施に関する実績(法	に定報告値より)						
		H28 年度 (計画策定時)	H29 年度	H30 年度	H31 (R1) 年度			
	特定健診実施率	39. 7%	40. 7%	40.8%	39.8%			
	(再掲)継続受診率	74. 8%	75. 4%	74.0%	72. 5%			
評価(実績)	(再掲)40~50代の 受診率	23. 8%	24. 6%	23. 2%	22. 7%			
	特定保健指導実施率	46. 6%	50.3%	50. 1%	44. 1%			
	成果に関する実績		1					
		H28 年度	H29 年度	H30 年度	H31(R1)年度			
		(計画策定時)						
	特保対象者の減少率	18. 7%	19.8%	19.1%	18.0%			
_	116 4 - 413844	^ 1. ~ - ^		b == 15\ -	- 424			
課題等	V.	・対象者の6割が健診未受診。特に若年層(40代~50代)の健診受診率が低い。 ・積極的支援対象者について、初回指導実施後、手紙・電話など対象者に応じ						
	た対応を行っているか	ぶ、継続した支援	が困難。					

(2) 目標実現に向けた取組・改善

健診

特定健診受診率を効果的に上げることは難しいため、案内を全体に向けた内容でなく受診率が低い属性に届くような改善を行っていくことが必要。また、多方面からの受診勧奨を行うため、各医療機関や地域医師会との連携強化を図るとともに、農協や商工会など関連する地域組織と連携した啓発活動について検討する。

保健指導

特定健診受診の約8割が施設健診受診のため、地元の医療機関からの声かけ等の協力を得ながら訪問を中心に特定保健指導に取り組んでいるが、評価指標の目標値には達していない。健康づくりポイント事業を活用し、市の保健指導を受けた対象者に対し、やなぽポイントを付与し、継続した支援や健康意識の向上につなげることを検討する。

◆実績値を基に、目標値を見直した。

	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
特定健診実施率	42.0%	47.0%	53.0%	60.0%
特定保健指導実施率	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

■ 特定健診未受診者対策

(1) これまでの取組と評価

目 的		健康状態が不明である特定健診未受診者を受診に繋げることで、特定健康診査の 受診率向上を目指し、生活習慣病の発症や重症化予防を図る。										
目 標	受診勧奨後の健認	受診勧奨後の健診受診状況										
対象者	特定健診未受診	特定健診未受診者										
実施内容	勧奨は一律的な受診勧奨を行うのではなく、年度毎に重点的に勧奨する対象者を設定した上で実施。 R1 については、次のとおり。 ・受診券発送時に過去5年分の健診結果を同封。(健診歴のある人のみ) ・電話や訪問による受診勧奨は、必ず同一世帯の家族にも併せて実施し、①健診及び医療機関両方の受診歴のない人、②医療機関の受診はあるが健診歴がなく、検査結果等の提出がない人③自己負担額無料の人、④自己負担額一般の人のように順位づけして行った。 ・通知による勧奨は、11月に医療情報収集事業に該当する人(695人)及び給与所得がある人(1,552人)に健診、検査の結果提供について依頼文書を送付。その他の未受診者(一般5,826人、無料277人)には、ハガキを送付。											
実施体制等	国民健康保険係	-	1 事務職、	看護師 『訪問 看護	養師							
	 性・年齢別特定例	建診受診状況	L (R1)									
	対象者数	40代	50代	60代	70代	全体						
	7.12.113.1	1,601人	1,914人	4,397人	3,584人	11,496人						
	受診者数	338 人	461 人	1,931人	1,848人	4,578人						
		21.1%	24.1%	43.9%	51.6%	39.8%						
評価(実績)	受診率 男	18.8%	22.4%	38.6%	47.3%	34. 9%						
	女	24. 4%	26.2%	48.5%	55.4%	44. 7%						
	受診勧奨後の健診受診率											
	H28 年度 (計画策定時)	H29 年度	E H30 年	F度 H31	(R1)年度							
	17. 0% 8. 2% 32. 2% 25. 9%											
課題等				未受診者の中でも、若年層(40代~50代)は日中不在や電話不通が多い。 対象者に分かりやすく、関心が持てる様な通知内容の検討が必要。								

(2) 目標実現に向けた取組・改善

案内を全体に向けた内容でなく男女別や年齢別、地域毎の受診率の比較を載せる等、受診率が低い属性に届くような改善を行っていくことが必要。また、未受診者アンケートを実施し未受診の理由について情報収集を行い、対策に反映させる。その他、医療情報収集事業の活用や脳ドック検診、人間ドックデータ活用事業等みなし健診での情報収集の定着のため、各医療機関や医師会との連携強化に努める。

■ 糖尿病性腎症重症化予防事業

(1) これまでの取組と評価

目的	特定健診結果やレセプト情報から重症化リスクの高い者を抽出し、医療機関との連携を図りながら、保健指導・受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症の重症 化予防を行い、新規透析患者の増加を防ぐことを目的とする。								
目標	血糖コントロール不良者 (HbA1c7.0以上) の割合の減少 H30年度 H31 (R1)年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度 4.7% 4.6% 4.6% 4.5% 4.5%								
対象者	特定健診を受診した者のうち、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき抽出したもの(第4・第3期・第2期の糖尿病未治療者)								
実施内容	出したもの(第4・第3期・第2期の糖尿病未治療者) 実施期間:通年 実施内容:対象者を抽出後、保健指導及び医療機関の受診勧奨を行っている。 保健指導の実施にあたっては、KDBを活用してレセプトによる既 往歴や服薬内容を確認している。 また、糖尿病管理台帳(健診で HbA1c6.5 以上の者)を作成し、治療状況を確認。過去1年間に糖尿病受療歴がない者(中断者等)を優先的に訪問及び電話で受診勧奨を行っている。 福岡県南筑後保健福祉環境事務所を実施主体とし、医師会と連携し生活習慣病重症化予防事業に取組んでいる。具体的には、特定健診後の受診勧奨や治療継続、生活習慣が必要な者に対する保健指導を実施する際に、医療機関と主治医連絡票や糖尿病連携手帳を使用しての連携や、会議、研修等を行っている。								
実施体制等	健康係 保健師、管理栄養士								

保健事業・評価分析システム

	H28 年度 (計画策定時)	H29 年度	H30 年度	H31 (R1) 年度
血糖コントロール不	4.8%	5.7%	6.8%	6.8%
良者(HbA1c7.0以	(234 人)	(277 人)	(319 人)	(299 人)
上)の割合	(204 /()	(211)()	(013 /८)	(299 /()

	H28 年度 (計画策定時)	H29 年度	H30 年度	H31 (R1) 年度
HbA1c7.0以上の未				
治療者で保健指導・	82.3%	88.9%	87.1%	78.1%
受診勧奨を行った	(62 人中 51 人)	(90 人中80 人)	(62人中54人)	(64人中50人)
割合				

評価 (実績)

※保健指導・受診勧奨を行った割合は、本人に直接、指導・受診勧奨できた者だけを計上している。日中、仕事等で会えなかった場合は、本人に合わせた資料を 郵送し受診勧奨を行っている。

・平成29年度まで年度末に行っていた治療状況等の評価を、早期に受診へつなぐように、平成30年度から保健指導・受診勧奨の3か月後にレセプトで確認するように見直した。

	H28 年度 (計画策定時)	H29 年度	H30 年度	H31(R1)年度
血糖コントロール不				
良者(HbA1c7.0以	28.2%	35.0%	25.1%	26.1%
上)の未治療者の割	(66人)	(97人)	(80人)	(73人)
合減少				

課題等

・自覚症状が乏しく、受診勧奨しても医療機関受診に結びつかない場合がある。また、薬は飲まれているが、食生活・運動等の生活習慣の改善がみられず、コントロールが悪い人がいる。

・医療機関と主治医連絡票を使用し、医師の指示のもと指導を実施しているが、本 人の同意が得られないことが多い。

(2) 目標実現に向けた取組・改善

今後も、引き続き更なる受診勧奨や継続支援を行っていく。さらに、地元の医療機関の協力のもと主治 医連絡票・糖尿病連携手帳を活用した連携を図っていく。

◆実績値を基に、目標値を見直した。

	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
血糖コントロール不良者 (HbA1c7.0以上)の割合の減少	4.6%	4.6%	4.5%	4.5%

■ 重症化予防事業

(1) これまでの取組と評価

(1) これまでの取組	10円Щ						
目 的	脳血管疾患、虚血性心疾患等の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、 脂質異常症等の有所見者を減らすことを目的とする。						
	高血圧者(Ⅱ度以	上 160/100	以上)の割	削合の減少	>		
	H30 年度 H31	(R1) 年度	R2 年度	R3 年度	E R4	年度 R5 年	度
	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.	0% 2.0%	%
目 標 	脂質異常者(LDL	160 以上)の	割合の減少	.			
	H30 年度 H31	(R1) 年度	R2 年度	R3 年度	R4	年度 R5年	度
	10.0%	9.0%	8.0%	7.5%	7.	0% 6.5%	%
対 象 者	特定健診受診者の 血圧:治療中の者 未治療者に 脂質:LDL180以	がは血圧Ⅲ度 は血圧Ⅱ度以	以上(180 上(160/1	/110mm	_		
実施内容	実施期間:通年 実施内容:対象者を抽出後、保健指導及び医療機関の受診勧奨を行っている。 保健指導の実施にあたっては、KDBを活用してレセプトによる既 往歴や服薬内容を確認している。必要に応じて保健指導等を実施す る際に、医療機関と主治医連絡票を使用して連携を図っている。 高血圧管理理台帳(健診でⅢ度高血圧だった者)を作成し、治療状 況を確認。過去1年間に高血圧受療歴がない者(中断者等)を優先 的に訪問及び電話で受診勧奨を行っている。						
実施体制等	健康係 保健師、	管理栄養士					
	保健事業・評価分	分析システム					
		H28 年,(計画策定	H29	年度	30 年度	H31 (R1) 年度	
	高血圧者(Ⅱ度以上	4.8%	4.	9%	4.4%	4. 2%	
	160/100 以上)の割 合の減少	(238 人	(244	4人) (214人)	(194人)	
評価(実績)	н	<u> </u>				l	
		H28 年,(計画策定	H29	年度 H	30 年度	H31(R1)年度	
	脂質異常者(LDL160	10.7%	6 11.	2%	11.6%	12. 2%	
	以上)の割合の減少	(534 人	(555	5人) (560人)	(559人)	
						l	

課題等

高血圧者 (Ⅱ度以上 160/100 以上) の割合は年々減少しているが、脂質異常者 (LDL160 以上) の割合は計画策定時より増えている。

(2) 目標実現に向けた取組・改善

医療機関受診が必要な者については、今後も受診勧奨を継続していくとともに、重症化予防の重要性について理解をしてもらい、生活習慣が改善できるように医療機関と連携し保健指導の実施を継続していく。

◆実績値を基に、目標値を見直した。

	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
高血圧者(II 度以上 160/100 以上) の割合の減少	4.0%	3.8%	3.8%	3. 5%

	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
脂質異常者 (LDL160 以上) の割合の 減少	9.0%	8.5%	8.5%	8.0%

第2章 新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定

1 中間評価を踏まえた新たな目標の設定

(1) 中長期目標の設定

医療費が高額となる疾患、6 ケ月以上入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であり、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先とする。

近年、団塊の世代が後期高齢者に異動していることもあり、被保険者数の減少が著しく、それに伴い、医療費総額については減少傾向にある。

入院医療費は、被保険者数による影響も大きいと考えられるため、目標の「入院医療費の減少」を補 完する指標として、脳血管疾患、虚血性心疾患を主病とする「高額になる疾患の医療費の割合の減少」 を追加する。(図表 5)

図表 5 新たな中長期目標

	中長期目標	データの把握方法
1	入院医療費の伸びの減少	KDBシステム
2	脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の新規発症割合の減少	保健事業等評価・分析システム
3	高額になる疾患 脳血管疾患の医療費の割合の減少	KDBシステム
4	高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費の割合の減少	NUUVA)A

(2) 短期目標の設定

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施 計画に基づき、特定健診受診率、保健指導実施率の向上を目標とする。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とする。

令和3年度保険者努力支援制度より、疾病予防・健康づくりの促進の観点から、成果指標が導入され、「健診受診者のうち、HbA1c8.0以上の未治療者の割合」が追加されたことから、短期目標にも同項目を追加する。((図表6)

図表6 新たな短期目標

	中長期目標	データの把握方法
1	特定健診受診率の向上	特定健診・特定保健指導法定報告
② 特定保健指導実施率の向上 (国保中央会)		(国保中央会)
3	健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/100以上)	
4	④ 健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c7.0以上) 保健事業等評価・分析シス	
⑤ 健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上)		
6	健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	

(3) 保険者努力支援制度における目標の設定

国は保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況により発展させるとしている。 今回「後発医薬品の使用割合の増加」を追加し、福岡県第3期医療費適正化計画と同様に本市において も令和5年に数量ベースの普及率80%以上を目指す。

	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
後発医薬品の使用割合の増加 (数量ベースでの普及率)	75.0%	78.0%	80.0%	80.0%

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と個別保健事業の設定

保険者である後期高齢者広域連合の目標値を参考に数値目標を設定した。また本市の後期高齢者の健診・医療・介護データから課題を分析し、保健事業の実施にあたっては、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、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に組み合わせた事業を実施する。

(1) 評価指標と目標値の設定

福岡県後期高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県の数値目標について、同じ項目で市の推 移を見ていくことにする。(図表 7)

図表 7 福岡県広域高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県と市町村の数値目標

	評価指標	福岡県の現状	柳川市の現状	目標
1	後期高齢者健康診査・歯科健診 の受診率向上	健康診査 9.49% (令和元年度)	健康診査 14.7% (令和元年度)	前年度より向上
'	(福岡県後期高齢者医療広域連合 報告)	歯科健診 7.62% (令和元年度)	歯科健診 5.57% (令和元年度)	前年度より向上
2	健康状態不明者の割合の減少 (KDBシステム)	4.18% (平成30年度 福岡県)	3.2%(令和元年度)	減少
3	低栄養者(BMI≦20)の減少 (後期高齢者健康診査)	男性 16.0% · 女性 27.9% (平成30年度 福岡県)	適正体重(BMI18.5~24.9)の者の増加 67.7%	減少(市目標 増加)
4	多剤処方の減少 (KDBシステム)	ひと月15日以上の6種類処方 46.1% (平成30年度 福岡県)	ひと月15日以上の6種類処方 47.4% (令和元年度)	減少
5	人工透析患者率の低下 (健康スコアリング)	1.43% (平成30年度 福岡県)	新規人工透析患者数の減少 15人 (令和元年度保健事業評価分析システム)	減少
6	一人当たり医療費の減少 (後期高齢者医療事業年報)	後期高齢者一人あたり医療費 1,178,616円(平成30年度 福岡県)	後期高齢者一人あたり医療費 99,9万円(令和元年度保健事業評価分析システム)	減少
7	人当たり介護給付費の減少 (介護保険事業状況報告)	第1号被保険者一人あたり給付費 261.2千円(平成30年度 福岡県)	第1号被保険者一人あたり給付費 254.1千円(令和元年度) *1	減少
8	健康寿命の延伸 (国民生活基礎調査)	男性 71.49歳 (平成28年) 女性 74.66歳 (平成28年)	_	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加

^{*1} KDBシステム他 (KDB要介護者突合状況→年度累計→65歳以上で絞込み→CSV出力→介護費計を10/1現在の65歳以上人口で割る)

(2) 分析結果とそれに基づく課題の明確化

KDBや健診結果等の分析結果から、後期高齢者の95.9%が医療機関に受診しており、うち78.6%が生活習慣病で受診中、健診受診率は14.7%。また、健診・医療・介護の実績がない、いわゆる健康状態不明者が3.2%。(図表8)本市では、国民健康被保険者に対しては、健康寿命の延伸、医療費の伸びの抑制のため各種保健事業を展開してきたが、後期高齢者の保健事業については、健康相談や健康診査フォローアップ事業等、単発事業での実施となっていた。そのため、令和3年度からは、後期高齢者の保健事業を充実させるため、地域支援事業・国保保健事業と連携して実施していく。

75歳以上(參期) 3 医療機関受診あり (ウ) 11,403人 10,976人 96.3%
 2
 健康診査受診者(イ)
 健康診査★受診者

 1,679人
 14.7%
 9,724人
 85.3%
 人数 3,604人 1,038 1,430 1,136 生活習慣病対象者 8,953人 78.5% ※生活習慣病対象者 以下、⑥・但に記載している疾病の診断がある者 <u>5</u> 6 短期目標の疾患 7 短期目標で対象とする合併症 (編血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全) 高血圧(f) 人数 7,170人 (t/エ) 80.1% 高血圧+ 合併症 (1) (1)/7 71.796 合併症なし 高血圧 т II 度高血圧 以上 2,031人 | 1度 | 394 | 83.7% | 1度 | 73 | 15.5% | 1度 | 4 | 0.8% 競尿病+ 合併症 (2) 人数 2,481人 (2)/g 74.1% 26人 869人 8 中長期目標の疾患 HbA1c 8.0以上 展血管 疾患 (h) (h/7) 31.196 c' 生活習慣病 2,062人 pp + 109 68.696 駅 2+以上 50 31.496 心不全 人版 3,404人 (i) 29,996 2,010人 59.0% eGFR 142人 64人 虚血性 心疾患 (j) (j/7) 23.4% | 座血性 | 心疾患 | (分) 割余 35.9 30.7 27.9 21.2 1,713人 75-79歳 963人 80-84歳 803人 85歳以上 844人 賢不全 人取 653 192 277 184 (/k) 割会 42.1 18.5 19.4 16.2 3人 897人 年齢指数 放保者数 真血圧+糖尿 2,349人 20.6% D В 92人 体格(健診結果) BMI (p) 模性(18.5余高) 影賞(2502上 人歌 148人 394人 (64-0) 8.8% 23.5% 加齢によるその他の疾患 (14 生活習慣病の重なり (英血圧・糖尿病) 要介護認定者のうち 下記の病薬治療者 (/力) 対1・2 介3・4・5 下記の病薬治療者 (/力) 対1・2 (/キ) (/ウ) (/ウ) 番折 (/1) 新会 55.1 30.8 31.0 26.5 ■質問票による健康状態の総合的な把握 (R2年度 類型名 質問内容 A数 1,476人 (n) 76,4% 骨折 人類 1,932人 (i) 16,996 A 健康状態不明者 AR 1,444人 認知症 人数 1,948人 (m) (n/7) 17.196 B 未治療・臓器障害あり 体重変化 A数 4,387人 (n) 85.5% 6種類以上 人衆 5,128人 リニ比べて多く速度が遅くなっ 31年間に飲んだことがある ーキング等の運動を週1回日 運動・転倒 C 重症化予防 リスクはあるものの、重症化(脳・心・ の発症)していない者 (13) 歯科受診の状況 D 介護予防(再発予防) 社会参加 AM 3,502人 71.696 受診あり 人数 4,891人 (o) (a/ブ) 42.996

図表 8 健診・医療・介護データの一体的な分析からみる重症化予防・介護予防対象者数

(3) 保健事業の内容

・ハイリスクアプローチ

目 的	生活習慣病等の重症化が予防され、心身機能の低下が防止されることにより、 高齢者が住み慣れた自宅で社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活ができ る期間を延ばす。
目標	後期高齢者の健康診査を実施し、健康診査の結果をもとに、医療機関受診が必要な者を早期に医療につなげ、生活習慣病の重症化予防、心身の機能低下防止を図る。
対 象 者	後期高齢者健康診査の結果をもとに、医療機関受診が必要な者を抽出 健康状態不明者(健診・医療・介護の実績がない人)から抽出
実施内容	実施期間:通年 実施内容:後期高齢者健康診査の結果から対象者を抽出後、保健指導及び医療 機関の受診勧奨を行う。保健指導の実施にあたっては、KDBを活 用してレセプトによる既往歴や服薬内容を確認する。必要に応じて 保健指導等を実施する際に、医療機関と主治医連絡票を使用して連 携を図っていく。 健康状態不明者を抽出後、高齢者福祉係とも連携を図りながら、健 康状態を把握し、健診受診や適切な医療機関受診に結びつけてい く。
実施体制等	医療年金係 事務職 健康係 保健師、管理栄養士 高齢者福祉係 事務職、看護師
評価方法	・後期高齢者健康診査の健診受診率 ・後期高齢者健康診査の結果で抽出した受診勧奨対象者への介入率

・ポピュレーションアプローチ

目 的	高齢者が住み慣れた自宅で社会とのつながりを保ちつつ、自立した生活ができる期間を延ばす。
目 標	フレイルに至る生活習慣病のリスクについて理解し、生活習慣病等の重症化が 予防され、心身の機能低下防止を図る。
対象者	通いの場に参加する高齢者

実施内容	実施期間:通いの場が実施される期間 実施内容:高齢者福祉係が実施する通いの場で、フレイルに至る生活習慣病な ど地域の課題に対応した健康教育や健康相談等を行う。
実施体制等	医療年金係 事務職 健康係 保健師、管理栄養士 高齢者福祉係 事務職、看護師
評価方法	・平均自立期間(要介護2以上)・後期高齢者一人あたり医療費

第3章 計画の運用について

1 評価の時期

(1) 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)、第3期特定健康診査等実施計画 両計画の最終評価は、3年後の令和5年度に行う。最終評価時には、次期計画策定を円滑に行うた めの準備も考慮に入れた評価を行う必要がある。

2 評価方法・体制

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、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を
(保健事業実施のための体制・システムを	整備しているか。(予算等も含む)
整えているか)	・保健指導実施のための専門職の配置
	・KDB 活用環境の確保
プロセス	・保健指導等の手順・教材はそろっているか
(保健事業の実施過程)	・必要なデータは入手できているか。
	スケジュールどおり行われているか。
アウトプット	・特定健診受診率、特定保健指導実施率
(保健事業の実施量)	・計画した保健事業を実施したか。
	・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム	・設定した目標に達することができたか
(成果)	(検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等
	生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、被保険者の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、福岡県国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会等の指導・助言を受けるものとする。

第4章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとすることが重要であるため、ホームページや広報誌等で公表する。

2 個人情報の取扱い

保健事業、特定健診等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。