

第5章 中間評価のまとめ

1. まとめ

データヘルス計画中間評価の結果、入院医療費の伸びの抑制・特定保健指導率の上昇など改善している点もありましたが、特定健診の受診率やメタボ該当者の割合・有所見者率など改善できていない点もあります。

加入者の医療費や罹患状況等は、短期間での改善は難しく、中長期的に見ていく必要がありますが、計画目標達成のためには、実施している各保健事業について毎年度 PDCA サイクルを回しながら、的確な評価を行い、効果的・効率的な事業を実施していく必要があると考え、第4章で評価を実施した各事業の改善点を第5章2にまとめました。

また、令和5年度の最終評価・第3期データヘルス計画策定時には今年度開始の「高齢者の保健事業と介護予防の一体実施について」や保険者努力支援制度の視点も必要であることから第5章3・4としてまとめました。これらも踏まえ、計画の最終年度である令和5年度に向け、より効果的な保健事業の実施を目指したいと考えています。

2. 個別事業の改善点

(1) 特定保健指導事業

- ・委託業者と連携し、これまで利用に結びつかなかった若い世代の利用者率の向上や、感染症拡大などの影響を受けることなく実施体制を維持できるツールとして、ICTを用いた保健指導（初回面談）を実施します。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業

- ・かかりつけ医と連携した保健事業において、これまで限られた申込期間・指導期間・方法で行ってきた委託による指導に加えて、直営での指導体制を拡充することで、個別のニーズに応じた保健指導を実施し、指導数の増加を図ります。

(3) 生活習慣病重症化予防のための医療機関受診勧奨事業

- ・勧奨対象者として新たに以下の者を追加し、脳心血管疾患の発症防止に努めます。
 - Ⅱ度高血圧に該当し、以下のいずれかがある者
 - 65歳以上 男性 脂質異常症 喫煙
 - 脳心血管病既往 非弁膜性心房細動 糖尿病 尿蛋白
 - LDL-C180mg/dl 以上で肥満があり、生活習慣改善のための保健指導を利用していない者
- ・脳心血管疾患の発症及び要介護への移行阻止のため、高齢者の保健事業と介護予防事業と連携しながら、ハイリスク層へのアプローチや継続支援を行います。

(4) 重複・頻回受診者等指導事業

・対象者として新たに以下の者を追加し、更なる受診行動の適正化と医療費抑制に努めます。

○重複・多剤服用者 65歳以上で以下のいずれかに該当し、改善が必要と認められる者

①月15種類以上の処方を受けている者

②月6種類以上服用している者のうち、薬物相互作用を起こす可能性があると考えられる者

・重複処方を未然に防ぐべく、加入者のみならず院内処方を採用している医療機関などへもお薬手帳の活用を啓発していきます。また、医療機関・薬局等の関係機関とも連携しながら取り組みます。

(5) 後発医薬品普及啓発事業

・定期的に処方されている医薬品に対して、前もって後発医薬品への切り替えを促すような周知方法を検討し、実施します。

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する事業

高齢者の特性を踏まえた事業展開については、「医療保険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」が令和2年度から施行となり、各市町の国保・介護・後期担当をはじめ、庁内関係部局が一体となった実施が求められています。このことから、本市でも、令和2年度からKDBシステムを活用したデータ分析を行い、以下について実施しています。

(1) 「健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握（以下、E表）」によるデータ分析 【表13参照】

○本市では、65～74歳の加入者のうち約8割（78.9%）が高血圧を、約半数（47.8%）が糖尿病を治療しています。また、高血圧治療者の約半数（51.9%）、糖尿病治療者の約6割（57.4%）が、既に脳血管疾患・虚血性心疾患等血管病変に起因した合併症を併せ持っています。

○65～74歳加入者で脳血管疾患を治療している者の約1割（13.7%）は、既に要介護（支援）認定を受けています。

本市では、国や同規模市と比べ要介護（支援）認定率が高いことや要支援認定者の割合が高いことから、要介護への移行防止や介護予防に関する対策は重要と考えます。また、要介護と生活習慣病は深い関連があり、中でも筋骨格系疾患や脳血管疾患は、要介護（支援）被認定者全体の中でも有病率が高い疾患であることから、これらの疾病の契機となる高血圧症・糖尿病・脂質異常症などの基礎疾患を含む各疾患の発症予防及び重症化（再発）防止にも取り組む必要があります。

なお、事業の実施にあたっては、企画・調整等を担当する保健師を配置している保健福祉政策課や保健福祉部内の関係課（高齢福祉課、介護保険課、健康づくり推進課及び国保・年金課、以下、「関係5課」）と連携し、高齢者の保健事業や介護予防事業と一体的に取り組みます。

(2) 事業の方向性

①重症化予防の取り組み（ハイリスクアプローチ）

- 糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導を、国保・年金課と高齢福祉課で実施します。また、75歳を過ぎても関わりが途切れないう、対象者の共有方法について検討していきます。
- 健診結果が医療機関受診勧奨判定値以上の未治療者（または治療中断者）に対する医療機関への受診勧奨を、国保・年金課と高齢福祉課で実施します。
- E表から抽出した「健診結果から適切な治療につなげるための保健指導・受診勧奨や医療と連携した保健指導が必要な対象者（区分B）」について、脳心血管疾患や腎不全発症のハイリスク者として、適切な治療へつなげる取り組みを、関係5課と連携して実施します。

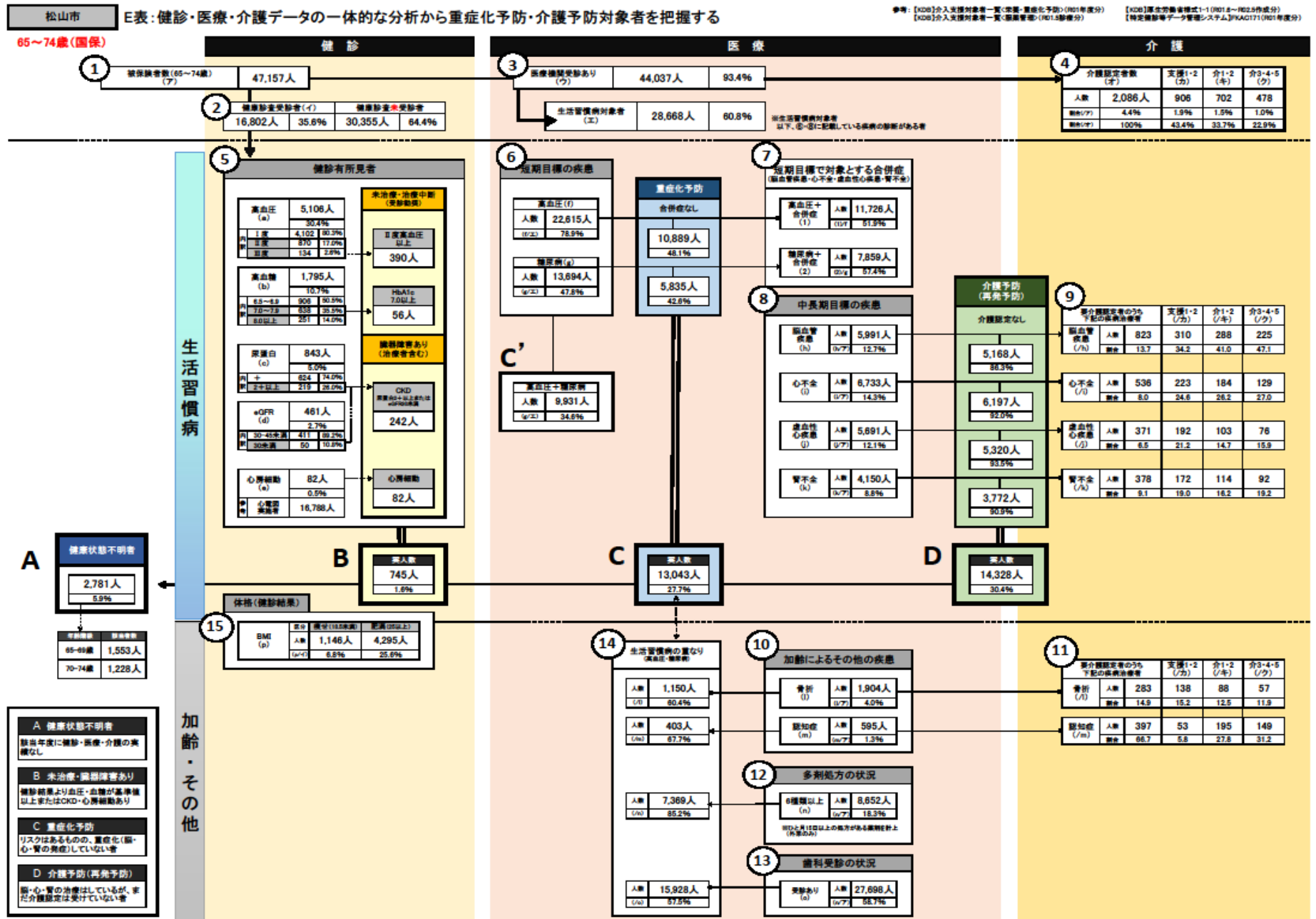
②健康状態が不明な高齢者の状態把握（ハイリスクアプローチ）

- E表から抽出した「当該年度に健診・医療・介護の実績なし（区分A）」について、高齢福祉課と介護保険課が、健康状態が不明な高齢者の状態を把握し、適切なサービスへつなぐ取り組みを実施します。

③通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

- 関係5課で連携し、「ふれあいいきいきサロン」などの高齢者が集う場でフレイル予防や地域の健康課題に応じた内容の健康教育を行うほか、参加者の健康状況等を聞き取り、必要に応じて適切なサービスにつなぎます。

表 1 3 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握 (E 表)



4. 保険者努力支援制度について

保険者努力支援制度は、保険者の保健事業等の取組みの成果を評価し、国の交付金を配分する仕組みで平成30年度から本格実施されています。現在配点が高くなっているのは、特定健康診査・特定保健指導、糖尿病等の重症化予防の取組み、後発医薬品の取組となっています。

表14 R2年度保険者努力支援制度の本市の取組み状況

	評価項目	満点	松山市		愛媛県	全国
			得点	得点率	得点率	得点率
共通①	(1)特定健康診査受診率	70	0点	-5.3%	16.7%	20.4%
	(2)特定保健指導実施率	70	-25点			
	(3)メタリック該当率及び予備軍の減少率	50	15点			
共通②	(1)がん検診受診率	40	0点	35.7%	33.3%	39.6%
	(2)歯科検診受診率	30	25点			
共通③	重症化予防の取組み実施状況	120	120点	100.0%	89.2%	84.9%
共通④	個人へのインセンティブの提供	90	90点	100.0%	65.9%	68.5%
	個人への分かりやすい情報提供	20	20点			
共通⑤	重複・多剤投薬者に対する取組	50	50点	100.0%	83.0%	82.1%
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	130	55点	42.3%	29.2%	42.0%
	後発医薬品の使用割合					
固有①	保険料（税）収納率	100	85点	85.0%	61.8%	40.0%
固有②	データヘルス計画の取組	40	40点	100.0%	99.5%	95.0%
固有③	医療費通知の取組	25	25点	100.0%	94.0%	94.1%
固有④	地域包括ケアの推進	25	20点	80.0%	84.0%	66.4%
固有⑤	第三者求償の取組	40	30点	75.0%	76.9%	78.0%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	95	72点	75.8%	71.8%	70.1%
合計		995	622点	62.5%	56.2%	55.8%

* 得点率 = 満点に占める割合

特定健診・特定保健指導については、H29年度の実績が評価対象となっているため、得点率が低くなっています。後発医薬品使用促進も得点率が低い状況で、特定健診・保健指導率とともに実施率の向上が課題となっています。その他の項目についても、アウトカム指標の拡大や結果や数値の見える化促進など、国の動向や情勢に合わせて年々評価項目が強化される傾向にあることから、医療費適正化や加入者の健康課題の改善等の成果に結びついているかも見極めながら、個々の事業を実施していきたいと考えます。