

西東京市国民健康保険 第2期データヘルス計画の中間評価について

資料 4
令和3年7月27日
第2回運営協議会

- 高齢化の進展や医療の高度化により、被保険者1人あたりの医療費が増加し、国民健康保険財政は厳しい状況が続いている。
- 西東京市が平成30年3月に策定した第2期データヘルス計画は、健診・レセプトデータを活用し、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を進めるための事業計画であり、平成30年度から令和5年度までの6年間を計画期間としている。
- 計画では、令和2年度に実施状況について中間評価を行うこととしており、令和元年度の個別事業の実績を踏まえ、計画に位置付けた主な指標の数値を評価し、令和5年度の目標の達成に向けた取組の方向性を明らかにする。

① 個別事業評価

◆事業判定：A…うまくいっている B…まあ、うまくいっている C…あまりうまくいっていない D…まったくうまくいっていない E…わからない

◆優先度：◎…高 ○…中 △…低

事業名	事業概要	具体的な取組内容	課題	事業評価（アウトカム目標）				今後の方向性	優先度
				主な指標	令和元年度（中間）	事業判定	令和5年度（目標）		
特定健康診査事業	40～74歳の被保険者を対象に、メタ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・脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。 (令和元年度) 対象 27,123人 受診 13,458人	・受診券を年1回対象者に郵送 ・個別健診、集団検診、人間ドック・脳ドックを実施	受診率の向上に向けて、積極的な制度周知や受診勧奨を行う必要がある。	受診率	49.6%	B	60%	健康課と連携し、被保険者へのさらなる周知や効率的・効果的な受診勧奨を行う。	◎
特定保健指導事業	特定健康診査受診者のうち、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して、3～6か月間のプログラムを実施し、生活習慣の改善を支援する。 (令和元年度) 対象 1,631人 動機付け支援実施率 11.9% 積極的支援実施率 6.8%	・10月～翌年9月末まで業務委託先の管理栄養士等が動機付け支援、積極的支援を実施 ・実施率の向上を図るため、受診勧奨通知の発送や電話による参加勧奨等を実施	実施率・対象者の減少率が低い。対象者への制度周知や参加勧奨、最後まで指導を継続するための工夫を検討する必要がある。	実施率	10.5%	C	60%	健康課と連携し、特定健康診査受診券の郵送時にわかりやすいリーフレットを同封するなど、効率的・効果的な参加勧奨を行う。	◎
				対象者の減少率	13.1%		25%		
受診勧奨通知事業	特定健康診査の結果に基づき、生活習慣病に関連する数値に異常が見られる対象者に医療機関への受診勧奨を通知し、生活習慣病等の改善を図る。 (令和元年度) 通知 182通	・8月に個人の疾病の状態を記載した受診勧奨通知を郵送 ・文書、電話による再勧奨を実施	通知発送後の医療機関受診率が低い。対象者へのわかりやすい事業周知とともに、受診につなげる工夫を検討する必要がある。	医療機関受診率	10.3%	C	20%	積極的な事業の周知とともに、健康課と連携し、特定健康診査受診券の郵送時にわかりやすいリーフレットを同封するなど効率的・効果的な受診勧奨を行う。	○
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病で服薬治療を受けており、今後重症化の可能性のある対象者をレセプト・特定健康診査データにより抽出し、生活習慣指導により重症化予防を図る。 (令和元年度) 対象者数 1,172名 参加者数 2人 終了者 1人	・9月から翌年3月までの6か月間事業委託先の保健師・看護師等が個別に指導 ・服薬管理、食事療法、運動指導等を実施	毎年度参加者数が少ないため、参加者の増加に向けて、対象者が多い医療機関の協力を得る必要がある。	検査値（HbA1c）改善者率	100%	A	70%	対象者が多い医療機関と協議・連携し、対象者への生活習慣指導を進め、検査値改善者数の増加を図る。	◎
				アンケートの満足度	100%		100%		
				指導実施後の人工透析移行者	0人		0人		
ジェネリック医薬品利用差額通知事業	ジェネリック医薬品の利用率向上させることにより、自己負担額及び医療費の抑制を図る。 (令和元年度) 通知 3,497件	・20～74歳の被保険者が対象 ・ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が100円以上の対象者に通知を郵送（6月～翌年2月まで計9回）	ジェネリック医薬品に対する理解を深めるとともに、ジェネリック医薬品に切り替えることで薬剤費軽減の効果がどれほどあるのかなど、対象者にわかりやすく示す必要がある。	通知後普及率（数量ベース）	78.7%	B	80%	通知後普及率は目標数値に近付いており、引き続き対象者にわかりやすい通知の作成・送付を継続する。	○
重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	レセプト・特定健康診査データに基づき対象者を抽出し、対象者に医療機関の受診内容を聴き取り、適切な受診行動、服薬管理を指導する。 (令和元年度) 対象者数 66人 参加者数 23人 終了者 22人	①重複受診（1か月間で同系疾病を理由に3医療機関以上受診） ②頻回受診（1か月間で同一医療機関に12回以上受診） ③重複服薬（1か月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える） の対象者を抽出 ・保健師・看護師・管理栄養士が自宅訪問や電話で指導	多受診は医療費高額化の要因となっており、対象者を適正な受診行動に導くため、効果的な指導を行っていく必要がある。	1人あたりの医療費が削減された人の割合	78.3%	A	50%	引き続き対象者・参加者への効率的・効果的なアプローチについて、事業者との協議・調整を行う。	○

② 今後の予定と最終評価について

- 計画に基づく個別事業については、毎年度実績の検証・評価を行った上で、取組の見直しの方向性も含めて、運営協議会に報告する。
- 毎年度の事業の進捗を把握した上で、計画の最終年度に当たる令和5年度に最終評価を行い、評価の結果を踏まえて、第3期データヘルス計画の策定を行う。

<今後のスケジュール>

