

(1) 協会けんぽ熊本支部 第2期データヘルス計画の中間評価

令和3年3月9日(火)



全国健康保険協会 熊本支部
協会けんぽ

データヘルス計画について

データヘルスとは

保険者が持つ健診・レセプトデータ(診療報酬明細書)を効果的に活用し、保険者機能を発揮する(有効な保健事業の実施、医療費適正化の実施)ことにより、加入者の健康を維持・増進する。

- 第1期データヘルス計画・・・平成27年度～平成29年度(3年間)
- 第2期データヘルス計画・・・平成30年度～令和5年度(6年間)

第2期データヘルス計画の作成

第2期データヘルス計画を立てるにあたっては、まずは第1期データヘルス計画で取組んだ保健事業の実施状況、課題等について、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価し、成功・促進要因、阻害要因について整理した上で、方法・内容の見直しが必要か、新たな事業化が必要か、等について検討する。

また、健診・医療費データ等の分析を行い、生活習慣の状況、健康状態、受診状況、医療費の状況等の更なる課題を洗い出し、優先順位等を整理した上で、第2期データヘルス計画の目標を設定する。

上位目標

・ 重大な疾病の発症を防ぐ(10年程度先に成果を評価する目標)

中位目標

・ 検査値の改善を目指す目標(6年後に達成すべき目標)

下位目標

・ 生活習慣の改善、実施率の向上など、上位目標を達成するための下位の目標

第2期データヘルス計画は令和2年度に中間評価を行うこととされている

熊本支部 第2期データヘルス計画（令和元年度事業内容）

【上位目標】

（10年以上経過後に達成する目標）

新規透析患者が減少

〔数値目標：被保険者10万人当たりの新規導入者7.5人（平成27年度8.8人）〕



【中位目標】

（6年後に達成する目標）

被保険者の糖尿病領域者（空腹時血糖値126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上）の割合の減少

〔数値目標：男性9.6% 女性3.1%（平成27年度男性9.9% 女性3.4%）〕

被保険者全体に占める慢性腎臓病（CKD）対象者の増加の抑止

〔CKD重症度分類2012年版（未治療者）8.3%（平成28年度6.9%、平成29年度7.7%、平成30年度8.3%）〕



【下位目標】

中位目標達成に向けた令和元年度事業

1. 健診受診率向上	2. 特定保健指導実施率向上	3. 特定保健指導対象者の改善率	4. 重症化予防対策	5. コラボヘルス健康づくり事業
＜事業内容＞ ・生活習慣病予防健診 ・事業者健診データ取得 ・被扶養者の特定健診	＜事業内容＞ ・協会保健師・管理栄養士による特定保健指導 ・委託機関による特定保健指導 ・被扶養者に対する特定保健指導	＜事業内容＞ ・特定保健指導の質の向上に向けた取り組み（事例検討会・研修会など） ・特定保健指導対象者の喫煙割合の減少	＜事業内容＞ ・要治療領域者への受診勧奨 ・CKD重症度分類（2012版）の尿蛋白・eGFRの値の維持・改善	＜事業内容＞ ・健康宣言事業所のサポート ・関係団体との連携 ・健康経営の普及および健康増進に関する情報発信

第2期データヘルス計画 中間評価 アウトプット評価

■アウトプット評価(事業実施量評価)

・目的や目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価。健診受診率、特定保健指導実施率など。

アウトプット評価					
項目		中間評価時目標	令和元年度実績	達成状況	目標を下回る場合の要因考察
1	生活習慣病予防健診受診率	59.0%	59.2%	○	
2	事業者健診データ取得率	8.0%	8.0%	○	
3	被扶養者特定健診受診率	30.0%	23.4%	×	協会けんぽ主催集団健診の実施方式の見直しなど、実施率向上の対策強化が必要。
4	被保険者特定保健指導実施率(支部実施)	13.0%	12.3%	×	令和元年度に実施した事業所訪問によるコラボヘルスへの対応の影響で実施件数が伸びなかった。
5	被保険者特定保健指導実施率(委託機関実施)	17.0%	19.7%	○	
6	被扶養者特定保健指導実施率	10.5%	5.8%	×	目標達成に必要な事業が数・内容ともに不足していた。
7	特定保健指導対象者の減少率	30.0%	26.0%	×	重度のメタボリックリスクを有する対象者が多く、特定保健指導の対象外までの改善に結び付けることが十分にできなかった。
8	特定保健指導実施者の改善率	33.0%	34.8%	○	
9	特定保健指導実施者のうち空腹時血糖100mg/dl以上の割合が減少	対前年度比アップ	0.3ポイント減少	×	代謝リスクが保有者が増え、空腹時血糖100mg/dl以上者の割合の減少に至らなかった。
10	特定保健指導対象者の喫煙者の割合の減少	6.1%	6.1%	○	
11	医療機関受診勧奨後3か月以内の受診率	12.5%	10.2%	×	行動変容に結び付けられる内容の勧奨文書への改善、また電話勧奨接触率の向上が求められる。

参考：加入者のメタボリックリスク保有者の割合

加入者のメタボリックリスク保有割合

（腹囲リスク該当かつ血圧、代謝、脂質のうち2つ以上のリスクに該当する者）

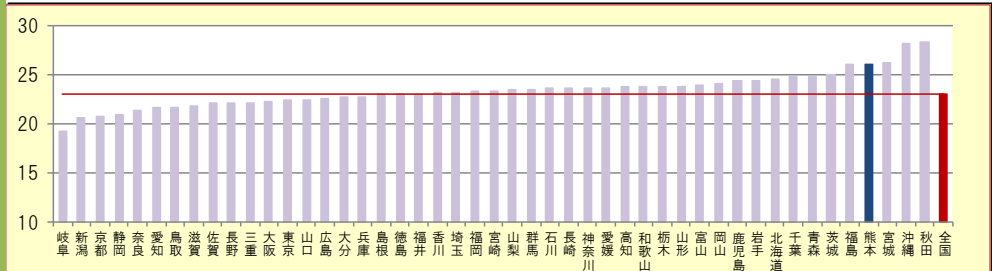
《腹囲リスク》男性85cm以上、女性90cm以上
 《血圧リスク》収縮期130mmHg以上 又は 拡張期85mmHg以上 又は服薬
 《代謝リスク》空腹時血糖100mg/dl以上
 《脂質リスク》中性脂肪150mg/dl以上



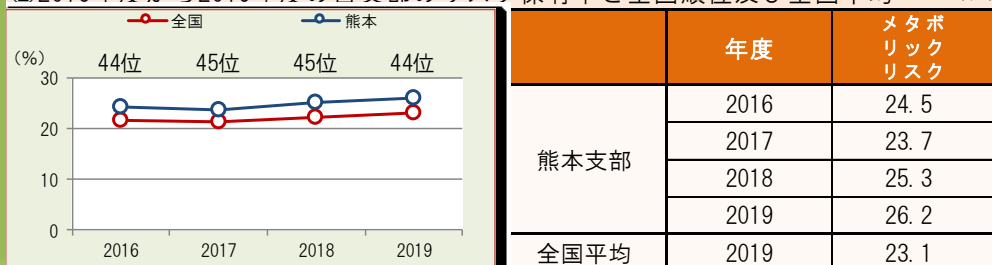
男性・女性ともに増加傾向

男性

①2019年度の全支部のリスク保有率と全国平均 (%)

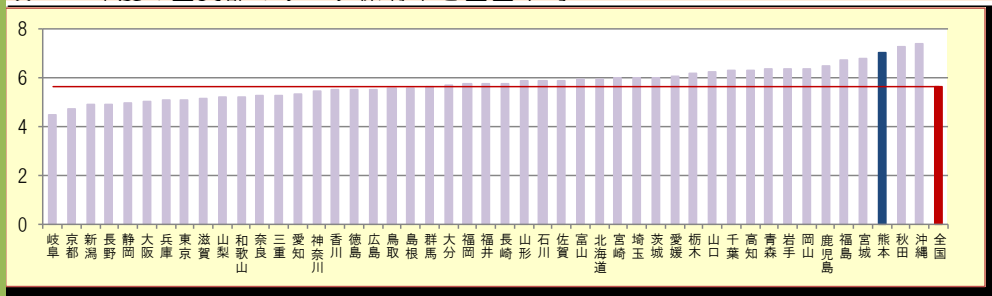


②2016年度から2019年度の自支部のリスク保有率と全国順位及び全国平均 (%)

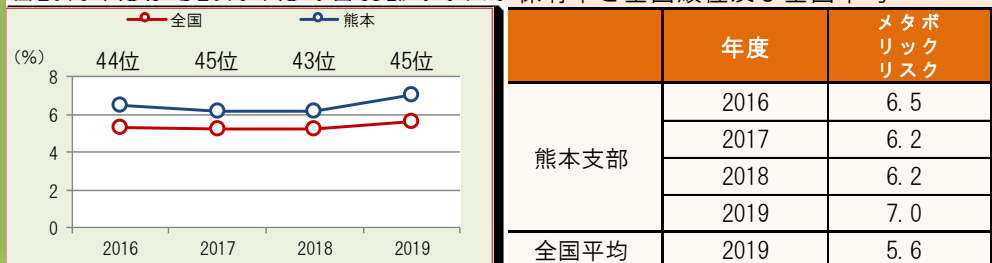


女性

①2019年度の全支部のリスク保有率と全国平均 (%)



②2016年度から2019年度の自支部のリスク保有率と全国順位及び全国平均 (%)



参考：加入者の糖尿病領域者（空腹時血糖値100mg/dl以上）

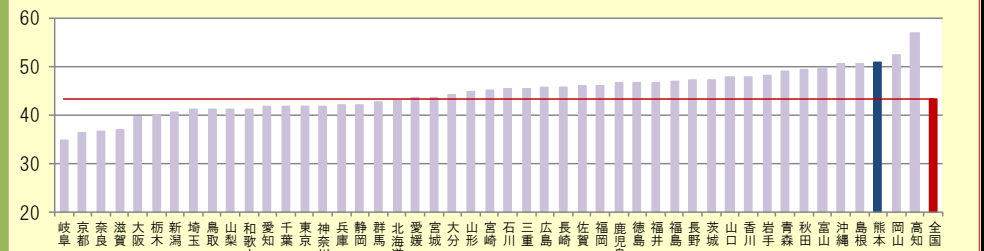
加入者の代謝リ
スク保有割合
（空腹時血糖
100mg/dl以上）



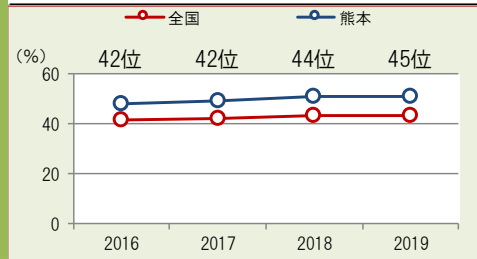
男性・女性とも
に増加傾向

男性

①2019年度の全支部のリスク保有率と全国平均 (%)



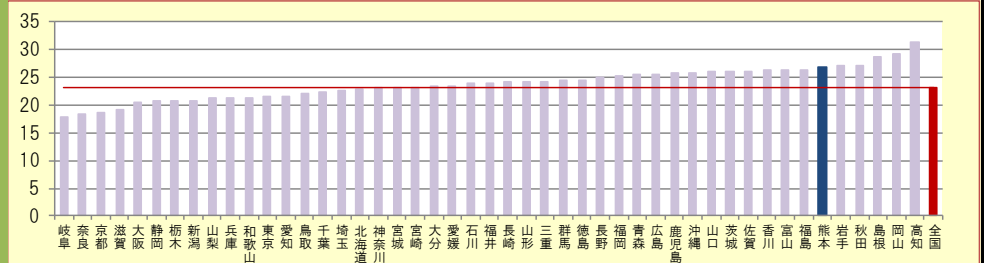
②2016年度から2019年度の自支部のリスク保有率と全国順位及び全国平均 (%)



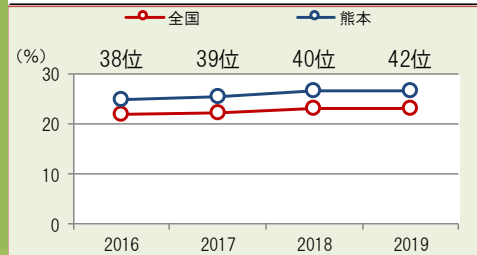
	年度	代謝 (血糖) リスク
熊本支部	2016	48.0
	2017	49.0
	2018	51.1
	2019	50.9
全国平均	2019	43.6

女性

①2019年度の全支部のリスク保有率と全国平均 (%)



②2016年度から2019年度の自支部のリスク保有率と全国順位及び全国平均 (%)



	年度	代謝 (血糖) リスク
熊本支部	2016	25.0
	2017	25.4
	2018	26.6
	2019	26.8
全国平均	2019	23.1

第2期データヘルス計画 中間評価 アウトカム評価

■アウトカム評価(結果)

・事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価。糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備軍の変化など。

アウトカム評価				
項目	中間評価時目標	令和元年度実績	達成状況	要因考察
被保険者の糖尿病領域者(空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上)の割合の減少	男性9.8% 女性3.3%	男性10.09% 女性3.43%	×	・加入者における代謝リスク保有割合(空腹時血糖100mg/dl以上)の協会けんぽ内における全国順位は47都道府県中、男性45位(50.9%)、女性42位(26.8%)。代謝リスク保有率は全国的に見て高い状況。 ・リスクを有する個人向けのアプローチだけでなく、加入者に対して広く、食事や運動など生活習慣のあり方について訴求していくことが必要。
被保険者全体に占める慢性腎臓病(CKD)対象者の増加の抑止	33.0%	34.8%	×	・中軽度の慢性腎臓病対象者は増加傾向にあるが、人工透析が必要になるような最重症化は抑止されている。 ・支部保健師・管理栄養士の基本的業務は特定保健指導であり、それ以外に充てられるマンパワーは限られている。余力を作り、慢性腎臓病対象者に保健指導や食事指導に対応することができるか検討が必要。 ・最大の目標は新規人工透析患者を増やさないこと。

糖尿病領域者を増やさないための周知広報

■支部の媒体等を使用した広報

- ・糖尿病にかかる問題意識を広げるため、事業所及び加入者への広報を強化する。

納入告知書チラシ、メールマガジン、ホームページ、研修会など、各種な広報機会において「糖尿病予防」について周知。

■関係機関との連携による広報

- ・「熊本県」、「県内市町村」など自治体との連携による広報
- ・「熊本県保険者協議会（※1）」、「人生100年くまもとコンソーシアム（※2）」など各種会議体との連携による広報

自治体及び各種会議体と連携し、県下で統一した項目を周知する必要がある。協会けんぽ単独ではなく、地域と連携することで広報の効果を高めたい。

※1・・・健康保険組合、共済組合、市町村国保など、保険者による協議体

※2・・・令和2年8月に発足。オール熊本で地域の健康課題の見える化や、対策を検討するために設立。学識経験者、専門機関、保険者代表、県で構成。事務局は熊本県総合保健センター。

支部保健師・管理栄養士の業務の在り方

■現在

- ・主業務・・・特定保健指導の実施
- ・重症化予防業務

保健師・・・①慢性腎臓病が疑われる者へ、②非肥満者で特定保健指導対象外の高血圧・高血糖状態にある者へ、受診勧奨及び保健指導の実施。

管理栄養士・・・35歳から45歳の若年者層への栄養相談

課題①重症化予防業務を行う十分な時間がない
課題②初回面談実施件数を増やす必要がある



■今後

業務の一部を外部委託し、余力を捻出したい。具体的には特定保健指導の初回面談までを支部で行い、その後の継続支援を外部委託することを検討。

- ・主業務・・・特定保健指導の実施(初回面談)→実施規模拡大
ICTによる遠隔方式による初回面談の推進。
- ・重症化予防業務(糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防対応の強化)
保健師・・・重症化予防事業→実施規模拡大
管理栄養士・・・若年者層への発症予防(栄養相談)→実施規模拡大

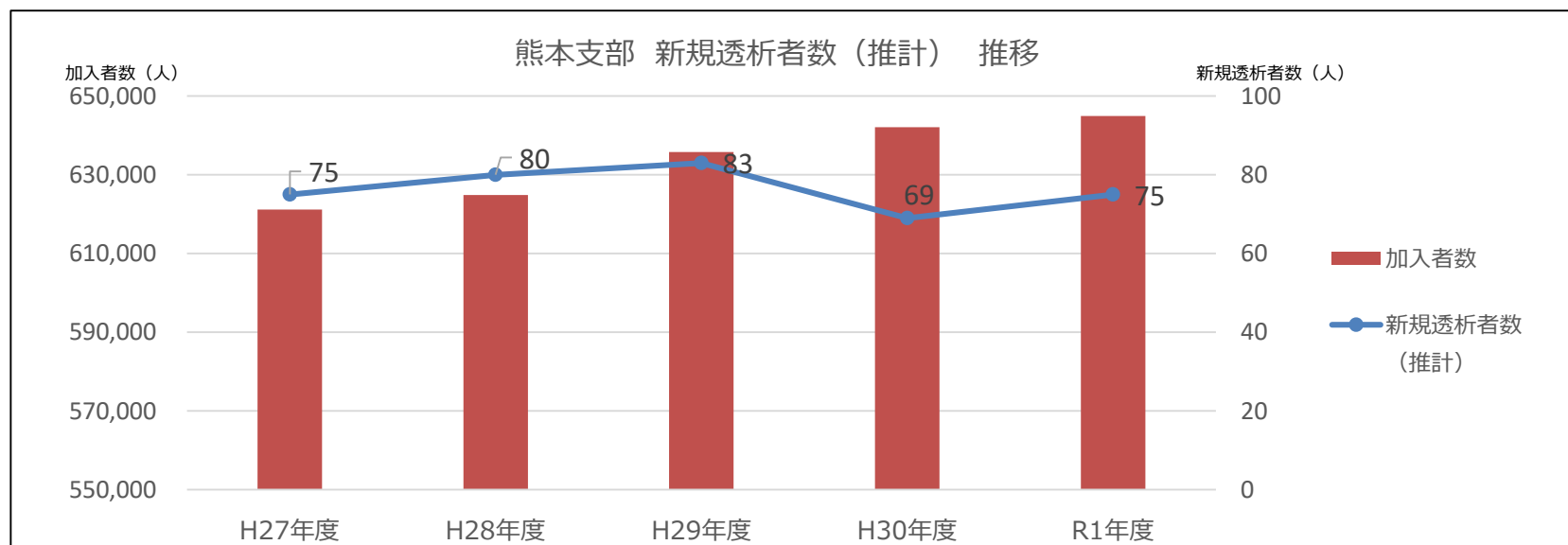
外部委託・・・特定保健指導(継続支援) ※導入予定:令和3年5月

新規透析者数（推計）の推移

●レセプトデータにおいて、人工透析導入月1か月に加算される導入期加算※が算定された患者を新規の人工透析患者と位置づけ、おおよその新規透析患者数の推移を把握。

※導入期加算とは、継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合に、人工透析の開始日から1月だけ加算される点数（単位：人）

	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
加算対象者 （新規透析者数）	75	80	83	69	75
加入者数（年度末時点）	621,182	624,867	635,786	642,137	644,964



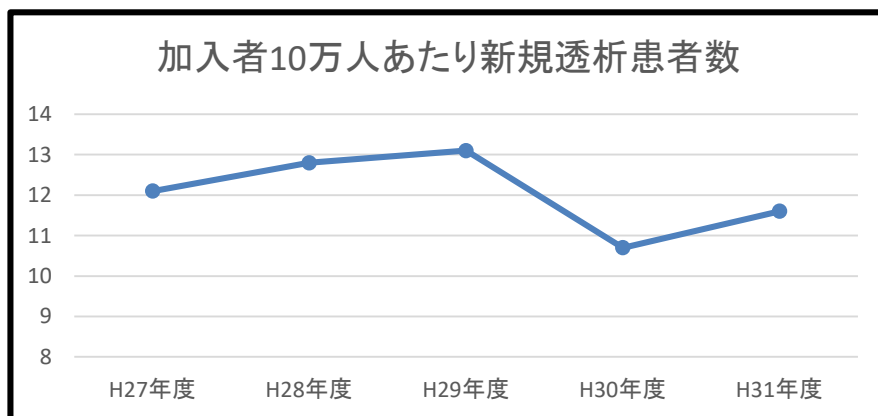
*「人工腎臓（導入期）加算」（平成30年4月診療からは「導入期加算1（人工腎臓）」「導入期加算2（人工腎臓）」）、「腹膜灌流導入期加算」の診療行為コードをもとに協会けんぽシステム（レセプトメインメニュー）より抽出。

- ・加入者数は増加傾向
- ・新規透析者数は平成30年度に一旦減少。平成29年度に開始した、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った生活指導の効果と考える。

第2期データヘルス計画 中間評価

■ 加入者10万人あたりの新規透析患者数（推計）の推移

	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
加入者10万人あたりの新規透析患者数	12.1	12.8	13.1	10.7	11.6



・加入者10万人あたり新規透析患者数も平成30年度に一旦減少

■ 被保険者10万人あたりの新規透析患者数（推計）の推移

	H30年度	R1年度
被保険者10万人あたりの新規透析患者数	11.7	13.1

※第2期データヘルス計画の上位目標（令和9年度末時点の達成目標）被保険者10万人あたり7.5人

令和3年度以降、令和5年度の第2期データヘルス計画終了時における目標の達成に向け、事業の結果検証を行いながら各種事業に取り組む。