

# 国民健康保険のための

## データヘルス計画 中間評価マニュアル

Ver.1-1

帝京大学大学院公衆衛生学研究科

2020年5月

無断転用禁止

## はじめに

本マニュアルは、主に国民健康保険を対象にした、データヘルス計画の中間評価のためのマニュアルです。国民健康保険を含む保険者において進められているデータヘルス計画は、今年度、第2期の中間評価の時期となります。多くの保険者では、第2期の後半3年間に向けて、中間評価と見直しを行うこととなります。しかし、その意義や方法は必ずしも明確にされているわけではありません。

そこで、中間評価の意義ならびに具体的な方法を示すことを目的として、本マニュアルを作成しました。これまで、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会（国保中央会）や東京都国保連合会保健事業支援評価委員会、関連する研修会等で、データヘルス計画や特定健診・保健指導などの支援や評価に関わった経験をもとに、できるだけ具体的に実践的なマニュアルにしたつもりです。ただ、実際の使用経験はないため、まだまだ不備はあるかと思えます。まずは、現場で使用し、改善すべきところは改善し、皆で経験を共有して、必要に応じてバージョンアップし、中間評価だけでなく、今後の継続的な評価と見直しに役立ててもらえればうれしく思います。

なお、本マニュアルの作成は、帝京大学大学院公衆衛生学研究科における「ヘルスデータ分析入門」の授業での課題と議論をもとにしています。ご協力いただいた学生の皆様に感謝申し上げます。



## 目 次

I. 中間評価の考え方	1
II. 各 論	
1. 全 体	8
2. 特定健康診査	10
3. 特定保健指導	16
4. 受診勧奨	23
5. 糖尿病性腎症等重症化予防	26
6. がん検診	33
7. 歯科健診	37
8. 健康づくり・インセンティブ	40
9. 重複・多剤投与	44
10. 後発医薬品使用促進	47
III. 様 式	51



# I. 中間評価の考え方

## 1. 中間評価の基本的な考え方

多くの医療保険者において、第2期のデータヘルス計画は平成30年度から6年間の計画であり、令和2年度に中間評価を行うこととなっている。しかしながら、中間評価にあたり、何をどのように評価すべきか、どう見直すべきかについての指針などは十分に示されていない。

中間評価では、以下を基本的な考え方とするのがよい。

### 1) 個々の事業(個別保健事業)の評価と見直し

計画策定時は、レセプト等のデータを分析し、優先的な健康問題を検討し、それらの健康問題について保健事業を立案する。中間評価にあたっては、再度、レセプト等の分析を行うことも可能であるが、むしろ、個々の事業(いわゆる個別保健事業)について、より詳しく評価し、見直しすることが望ましい。

多くの保険者では、計画策定時に個別保健事業をしっかりと計画する余裕がないだろう。そのため、毎年度、事業計画を検討することになり、十分に時間をかけて、評価・見直しができない状況がある。そうした状況の中では、まず、この1年をかけて、個々の事業をしっかりと評価し、見直しを行うことが求められている。

### 2) 評価する事業

各保険者ではさまざまな事業が実施されている。もちろん、全ての事業について評価と見直しを実施することが望ましい。しかし、まずは、政策的に重視されている事業、すなわち、保険者努力支援制度の対象となっている事業を中心に評価・見直しを行うことが勧められる。

これらの事業を評価・見直しして、成果をあげることは、保険者努力支援制度において保険者には直接的なメリットがあり、また、保険者が共通して実施している事業であるため、互いに情報共有しながら、共通した指標や視点から評価・見直しができるメリットがある。

もちろん、余力のある保険者は、その他の事業について評価・見直しを行うことが望ましい。

## 2. 評価方法の基本的な考え方と流れ

### ステップ1 アウトカムとアウトプットをまず評価

評価の区分として、「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトプット」、「アウトカム」の4つが一般的に使用される(表1)。評価にあたっては、まずは、アウトカムとアウトプットについて評価することを勧める。

### ステップ2 うまくいっているか、いないかを判定

一般的に、個々の指標について評価していることが多い(例えば、健康日本 21 の評価など)。個々の指標だけでなく、関連するアウトカムとアウトプットの指標をもとに、事業ごとに総合的に判断して評価することが望ましい。

**ステップ 3** その理由を検証:プロセス指標を中心に

その上でプロセスやストラクチャーの指標で、事業がうまくっている、あるいはいっていない理由を検討することで、見直しのヒントを得ることができる。

**ステップ 4** 見直し・改善策の検討

以上を踏まえて、見直しと改善策を検討する。案をもとに、具体的な実行策を詰めていくことになる。

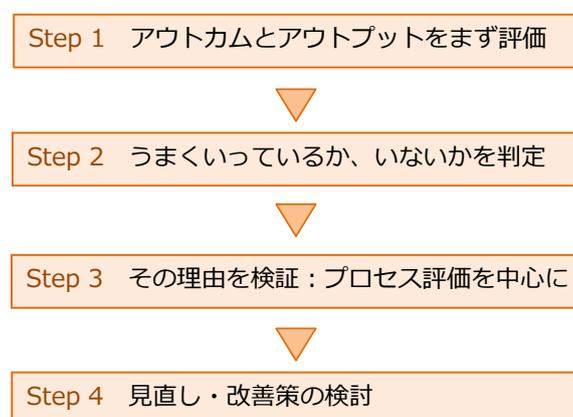


図 1 評価と見直しの流れ

### 3. 評価指標について

#### 1) 評価指標の基本

評価にあたっては、事前に評価指標を設定しておく必要がある。一般的に表1に示すように4つの区分で評価される。個々の事業で、これらを設定することが推奨されている。

しかし、評価指標を設定するのは容易ではなく、また、同様の事業を行っている保険者が個々に設定することは非効率である。そこで、それぞれの事業で標準的な評価指標のセットを設定した(Ⅱ. 各論)。これらを参考に、個々の状況に応じて評価指標を追加、修正などを行うとよい。

本来は、計画策定時に、評価指標とその目標値を設定しておくべきである。特定健康診査や特定保健指導の実施率などでは評価指標および目標値は設定されているものの、他の事業では設定されていないことも多い。事前に評価指標と目標値を設定している場合はそれを

参考に、設定していない場合は、本マニュアルで提示する評価指標を参考に、評価を行うのがよい。

なお、本マニュアルでは、評価の流れを考慮して、上から、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの順に記載する。

表 1 評価の 4 区分

区分	概要	指標の例
アウトカム	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	肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等
アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価	健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価	情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価	職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等

## 2) KPI について

指標を多く設定しすぎると、かえって混乱し、評価が困難となる。そこで、重要な指標となる Key Performance Indicator (KPI: 重要業績評価指標) を設定することが重要である。KPI は、短期的に(できれば毎年)、比較的容易に把握できるもので、各事業でひとつあるいは数個、設定することが望ましい。4 つの指標の区分で言えば、通常、アウトプットである。一方、アウトカムの指標は、Key Goal Indicator (KGI: 重要目標達成指標)と呼ばれる。

本マニュアルでは、各事業において、KPI に相当する重要な指標を示している。

## 4. 具体的な手順

### 1) 事業のまとめ

まず、各事業について、背景、目的、事業内容、評価指標およびその目標値などをまとめる。データヘルス計画では、データ分析の部分は詳細に記載されているものの、各事業の記載は十分に記載されていないことが多い。中間評価を機会に、事業内容を整理するとよい。記載のシートはマニュアルの末、その記載のポイントは表 4 に示した。

## 2) アウトカムとアウトプットの評価

評価の4区分の中では、アウトカムとアウトプットが数値化しやすいこともあり、まずはアウトカムとアウトプットを評価する。これらの指標は通常、法定報告、業務報告、その他の各種統計資料から得ることができる。

その評価方法を表2に示した。目標値が設定されている場合は目標値との比較を行う。設定されていない場合には、経年的変化を観察したり、他との比較を行ったり、あるいは、保険者努力支援制度の配点で示されている基準値を指標にすることもできる。

表2 アウトカムとアウトプットの評価の例

- 
- ① 目標値との比較(目標値がある場合)
  - ② 経年的変化の観察
  - ③ ベンチマーク:他(全国平均、都道府県平均など)との比較
  - ④ 保険者努力支援制度の配点に準じて
- 

## 3) 事業全体の評価

アウトカムとアウトプットを把握したら、指標ごととともに、事業全体の評価を行う。表3に示したように、通常、(1)または(2)の方法で指標ごとに評価されることが多い。しかし、ひとつの事業で複数のアウトプットやアウトカム指標が設定されることもあるため、指標ごと(指標判定)ではなく、事業全体での評価(事業判定)を試みるのがよい。

事業判定において、例えば、表3の(3)では、「うまくいっている」から「まったくうまくいっていない」の4段階で区分し、その判断は必ずしも容易ではなく、主観も入る。担当部署の皆で検討したり、専門家の意見を聞くなどして、判断するとよい。また、評価そのものより、その後の見直しをどうするかが大切であるため、評価にはそれほどの厳密さは要求されないし、見直しのためには少し厳しく評価したほうがよい。

表3 評価方法の種類

	(1) ベースラインとの比較で	(2) 目標値との比較で	(3) 総合評価
判定区分	A 改善している B 変わらない C 悪化している D 評価困難	A すでに目標を達成 B 目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D 目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E 評価困難	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
備考	指標ごとの評価	指標ごとの評価が基本 目標値がない場合は困難	事業全体を評価

#### 4) プロセスとストラクチャーの評価

アウトカムとアウトプットの評価では、うまくいった理由もうまくいかなかった理由もわからない。そこで、プロセスおよびストラクチャーの評価を行うことで、うまくいった理由やうまくいかなかった理由を見つけることができる(かもしれない)。

この手順を通じて、成功した(うまくいった)要因と失敗した(うまくいかなかった)要因を検討する。ひとつの事業の中でも、うまくいった要因とうまくいかなかった要因がある(通常、両方ある)。

なお、アウトカムやアウトプットの評価において、対象者の検査値の変化を詳しく分析したり、属性(性別、年齢別、地域別など)ごとの受診率を算出するなどにより、問題点や見直しのポイントがわかることもある。

#### 5) 見直し・改善策の検討

もしうまくいっていないと判断された場合(目標を達成していない、あるいは、達成が難しい)、2つのケース(あるいはその両方)が考えられる。

- (1) 目標は適切だが、やり方がよくない場合、やり方を見直す
- (2) そもそも目標が不適切な場合、目標を見直す

例えば、特定健康診査・特定保健指導では、多くの保険者で現実的には達成困難な目標値が設定されている。この場合、そもそも目標を見直す必要がある。ただ、適切な数値目標の設定は困難な場合が多く、今回は中間評価でもあることから、原則として、目標よりもやり方を見直すことを主とする方がよい。(図2)

改善策については、プロセスやストラクチャーの評価で問題となったこと、すなわち、うまくいかなかった理由から改善する方法を考えることになる。現時点では、実際にできるかどうかは考えず、アイデアを出すことを重視したい。改善策については、担当者のみならず、できるだけ多くの関係者で検討したり、アイデアを出し合ったり、専門家に意見を求めたり、あるいは、好事例を参考にするのがよい。



図2 うまくいっていない理由と見直しの原則

しかし、中間評価では、目標の見直しよりもやり方の見直しを優先

表 4 事業内容の整理のシートと書き方のポイント

<p>背 景</p>	<p>事業の背景として、国等の政策、データ分析結果、事業が必要な理由などを記載</p>
<p>目 的</p>	<p>事業の目的、ゴール、目指すところを記載</p>
<p>具体的内容</p>	<p>※対象者、実施方法、実施者等</p> <p>対象者、実施方法、実施者等についてできるだけ詳しく記載</p>
<p>評価指標 目標値</p>	<p>設定している評価指標と目標値があれば記載。設定していない場合、その旨記載し、評価に</p>

表 5 評価シートの様式と書き方のポイント

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
	指標 a							
事業A	指標 b							
	指標 c							

ひとつの事業ごとに

ここでの指標は、アウトカムまたはアウトプットとする。

(計画時に設定していれば) 目標値、ベースライン値、直近の値を含めて経年変化を示す。

指標ごとの判定とともに、事業全体の判定も。判定方法は表 3 参照。

プロセスやストラクチャーの評価を参考に、要因を分析する。

見直しと改善の案を検討する。まずはアイデアを出す。

## II-1. 全体の評価

データヘルス計画は、レセプトや健診等のデータの分析をもとに、効果的な保健事業を行い、被保険者の健康の向上と医療費の適正化をはかることを目的としたものである。したがって、その最終的なゴールである被保険者全体の健康水準や医療費および実施体制等についても当然評価すべきである。

### 1. 被保険者全体の健康水準の評価について

現時点の保健事業の実施状況を考えると、例えば、各個別事業への受診や参加が限定され(人数が少ない)、また、計画の実行からまだ十分に期間が経っていないため、被保険者全体の健康水準や医療費への効果は大きくないことが想定される。したがって、データヘルス計画の効果として、死亡率、平均余命・健康寿命、医療費や患者数等を指標として評価するのは無理がある。こうした理由から、中間評価では、あくまで個別事業の評価と見直しに重点を置くべきとした。

一方で、最終的な目的である以上は、モニタリングしておく必要もある。表1に主な指標を示した。これらの指標は、国保データベースシステム(以下、KDB)により把握可能であり、参考指標として経年変化等を観察しておくことが望ましい。

表1-1 全体としての評価指標の例

指標	データソースなど	備考
健康寿命・平均自立期間	KDBにて	
医療費(総、傷病別)(1人当たり含む)	KDBにて 大分類、中分類、細小分類	特に生活習慣病に 焦点を当てる
患者数(総、傷病別)(人口当たり含む)	KDBにて 大分類、中分類、細小分類	特に生活習慣病に 焦点を当てる

(備考)

- ・ 年齢調整は国立保健医療科学院の提供するプログラムで算出可能であるが、ひとつの保険者での経年変化については、年齢調整をしなくてもある程度比較は可能(年による性・年齢構成がほぼ変わらないことが前提)。
- ・ KDB以外でも算出することは可能であるが、算出手法が異なると経年比較できないことや分析の費用がかかること等を考慮すると、KDBを利用することが勧められる。

## 2. 実施体制等についての評価

データヘルス計画の実施体制については保険者によって温度差がある。事業を円滑に、そして、効果的に実施するためには、まず実施体制を充実させる必要がある。事業ごとの評価と見直しにおいても、ストラクチャーとして評価するが、全体的およびすべての事業に共通するものとして、以下の視点を示した。

- 保険者内および区市町村内での体制と連携が整っている。
- マンパワーとして、専門職(保健師等)の他、データヘルス事業を専従する職員が配置されている。
- 医師会、薬剤師会、歯科医師会等との連携(定期的な会議など)が整っている。
- 事業実施にあたっての予算が確保されている。
- 都道府県国保連合会による保健事業支援・評価委員会あるいは他の専門家からの評価を受けている。
- 国保運営協議会等において、事業内容の検討や審議が行われている。
- 年度ごと、あるいは、年度途中等において評価と見直しがされている。
- 健診やレセプトなどのデータ分析を行う体制がある。

## II-2. 特定健康診査

### 1. 事業の概要

特定健康診査(以下、特定健診)および特定保健指導は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく保険者の法定義務である。健診結果より、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげることを目的とする。第三期特定健康診査等実施計画において、国が定める市町村国保の特定健診受診率目標値は、60%以上(全国目標 70%以上)となっている。また、保険者努力支援制度では、受診率に対する配点が高いため、まずは受診率を向上させるための取組みに努める必要がある。その上で、メタボ該当者及び予備群の減少も求められることから、本事業が対象者の行動変容、健康の向上に結び付いているか、短期および中長期的に評価していく。

なお、受診率を必ず向上させるための確実な対策(特効薬)はないことから、ストラクチャーやプロセスもしっかりと評価し、それぞれの地域や保険者に応じた方法により地道に受診率を積み上げていくことが大切である。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

表1に、特定健診に関する主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)を示した。特定健診の最も重要な指標は、受診率であり、法定報告のために各保険者でルーチンに把握できる。しかし、それだけでは、問題点の把握は難しいため、性別、年齢階級別、地域・地区別、健診機会別、医療機関別等で把握する必要がある。

なお、受診勧奨の事業においては、受診率をアウトプットとすることもできるが、ここでは、受診率をアウトカム、勧奨通知数・率、電話の過電数・率などの事業実施量をアウトプットとした。

表2-1 特定健診に関する主な評価指標:太字が重要な指標

指標	把握方法	備考
<b>特定健診受診率(全体)</b> (アウトカム)	特定健診対象者のうち、その年度内に特定健診の該当項目をすべて実施した者の割合 (法定報告やKDBより)	見なし健診を含む 経年変化も
特定健診受診率(詳細) (アウトカム:参考)	属性別の受診者・率:性別、年齢階級別、地域・地区別、健診機会別(集団、個別、みなし、など)、医療機関別(集団検診や個別受診を含む)、受診時期別(月や四半期など)等 (KDBなど、特定健診のデータの分析より)	
<b>受診勧奨数・率</b> (アウトプット)	郵送数、架電率、通知率など	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価)

#### 1) プロセス

- ・ 特定健診対象者への通知(コール)の適切さ(通知時期、ハガキやメールの記載内容、インターネットの利用など)
- ・ 未受診者への通知(リコール)の適切さ(同上)
- ・ 特定健診対象者の把握(年度内対象者数の算出、年度内転出入者への対応)
- ・ 特定健診受診機会の確保状況の把握(受診しやすさの把握、機会回数や時間確保の方法など)
- ・ 他の健診(がん検診等)との効率化状況の把握
- ・ 受診勧奨者の受診率
- ・ 費用対効果(受診勧奨一人当たり費用、受診勧奨による受診者一人当たり費用など)

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算・人員(事業全体、健診補助や特典、健診受診勧奨通知に対して)
- ・ 事業体制(責任の所在、会議回数、会議時間数、担当者数など)
- ・ 委託医療機関数、集団健診実施回数
- ・ 医療機関、健診機関、医師会等の連携状況
- ・ 過去記録(前年度までの受診状況など)の活用状況(全体、個人)

### 4. 見直しのポイント

参考2に、受診率向上のための主な取組として、マーケティングの4Pをもとにまとめた。これに基づき、見直しのポイントを以下に示す。

#### 1) Product: よい健診を

特定健診のProduct(商品)とは、健診の内容のことである。健診が魅力的であれば、受けようと思う人が増える。例えば、健診項目を増やす(例: クレアチニン、尿酸、心電図など)、目新しい検査を加える(例: 血管年齢など)、がん検診との同時実施、人間ドックとしての実施などである。ただし、科学的なエビデンスについては常に考慮する必要がある。

項目や検査だけでなく、結果の説明を詳しくしたり、健診当日に結果を返却したり、結果通知や利用券送付までを素早くするなど、お得感を高めることもよい。

#### 2) Price: 安く、負担なく

Price(価格)は、健診の費用(直接的コスト)だけでなく、時間的あるいは精神的な負担(間接的なコスト)も意味する。これらのコストを減らすことが受診率の向上につながる。

健診の自己負担を少なくしたり、無料にすることは多くの保険者で行われている。この際、単に自己負担額を記載するだけでなく、いくらのもがいくらになるのか、いくら補助があるのかと記載したほうが

お徳感が伝わる。また、最近広く行われるようになった、ポイント制などによるインセンティブも一定の効果が期待できる。

間接的なコストの削減としては、受診のための予約や手間を少なくすることがある。大きな自治体では、数ある健診・医療機関から受診先を選ぶのも大変である。また、特に国保では、提供者(区市町村国保部門)は受診対象者ではないため、実際に受診にあたりどの程度の手間がかかるかわかっていないことが多い。一度、受診者の立場になって、受診するためにどのくらい手間がかかるかを考えてみるとよい。比較的若い層には、QRコードなどを使い、スマートフォンでも簡単に予約できるなどの方法もありうる。

### 3) Place: 多くの機会

できるだけ、健診の機会を増やすのがよい。そのためには、集団健診の回数や委託機関の数を増やしたり、健診期間を延ばしたりすることが勧められる。

一方、健診期間をいわずに延ばすことは、いわゆる“先延ばし効果”による受診抑制になることもある。期間を短くすることによる“限定効果”による受診率向上もありうる。例えば、誕生日により受診期間を限定するというアイデアもある。

### 4) Promotion: 効果的な受診勧奨

さまざまなメディアや方法を使って、効果的な受診勧奨を行うことが求められる。

一般的な広報として、市報やHP、マスメディアやポスターなどを使うことがまず基本となる。その上で、コール(勧奨)とリコール(再勧奨)を戦略的に行う。コールは、まず対象者全体に対して行う受診勧奨で、例えば、受診券とともに郵送するような健診の案内が一般的例である。リコールは、その年度の未受診者に対して行う勧奨である。

コールとリコールともに、対象者、時期、内容(媒体や方法、文面など)を工夫する必要がある。リーフレット等の紙媒体では、わかりやすく、見やすく、とるべき行動が明確であるように、などの観点がある。なお、国保連合会等により、効果的な受診勧奨の方法に関する研修会が開催されることもあるので、そういう機会を利用するとよい。例えば、東京大学の奥原氏による“オクスリシメジのシチュアー”、行動経済学やナッジ理論による“MINDSPACE”などの考え方が参考になる。

業者に委託する場合も多いが、業者に頼りすぎることなく、利用者目線で検討することが求められる。委託の場合に限らず、受診勧奨の効果を検証し、見直すことが必要である。経年変化、月別の受診率、勧奨対象者の受診率など、さらに、費用対効果(勧奨一人当たりあるいは受診一人当たりの費用など)を参考に、効果検証と見直しを行う。

### 5) その他

参考2の下段に、4P以外の内容を示した。最近では、いわゆるみなし健診として、医療機関での検査や勤務先(アルバイト等)などでの健診結果などの提出も少なからず受診率を上げることに寄与できている。提出者や医療機関へのインセンティブをどうするかという問題もあるが、積極的に進めていくのがよい。

## 指標のまとめ

区 分	指 標	備 考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>健診受診数(率)</u></li> </ul> (参考) メタボリックシンドローム該当者率、有所見率などをアウトカムとすることもできる。	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>受診勧奨数・率(郵送数、架電率、通知率など)</u></li> </ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 特定健診対象者への通知(コール)の適切さ</li> <li>▪ 未受診者への通知(リコール)の適切さ</li> <li>▪ 特定健診対象者の把握</li> <li>▪ 特定健診受診機会の確保状況の把握</li> <li>▪ 他の健診(がん検診等)との効率化状況の把握</li> <li>▪ 受診勧奨者の受診率</li> <li>▪ 費用対効果</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 予算・人員</li> <li>▪ 事業体制</li> <li>▪ 委託医療機関数、集団健診実施回数</li> <li>▪ 医療機関、健診機関、医師会等の連携状況</li> <li>▪ 過去記録の活用状況</li> </ul>	

下線が重要な指標

(参考1) 保険者努力支援制度(2020年度)

特定健康診査の受診率(2017年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	50点
② ①の基準を達成し、かつ受診率が2016年度以上の値となっている場合	20点
③ ①の基準は達成していないが、受診率が市町村規模別の2017年度の全自治体上位3割に当たる受診率を達成している場合	20点
④ ③に該当し、かつ2016年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上している場合	35点
⑤ 受診率が20%以上30%未満の値となっている場合	-10点
⑥ 受診率が20%未満の値となっている場合	-25点
⑦ ①及び③の基準は達成していないが、2016年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上している場合	25点
⑧ ①、③及び⑦の基準は達成していないが、2015年度以降3年連続で受診率が向上している場合	10点
⑨ ①の基準は満たさず、かつ2016年度以降2年連続で受診率が低下している場合	-10点

(参考2) 受診率向上のための主な取組:マーケティングの4P+4P以外

	具体例
4 P	
Product (よい健診を)	健診の内容を充実させる <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診項目を増やす</li> <li>・目新しい検査を加える</li> <li>・がん検診との同時実施、人間ドック</li> <li>・結果の説明を詳しく</li> <li>・健診当日に結果を</li> <li>・結果通知や利用券送付までを素早く</li> </ul>
Price (安く、負担なく)	負担を減らす <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己負担を減らす(無料化)</li> <li>・予約の手間を少なく</li> <li>・ポイント制などのインセンティブ</li> </ul>
Place (多くの機会)	機会を増やす <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診の回数や委託機関の数を増やす</li> <li>・健診期間を延ばす</li> </ul>
Promotion (効果的な受診勧奨を)	普及啓発を工夫する <ul style="list-style-type: none"> <li>・市報やHP等で広報</li> <li>・マスメディアやポスター</li> <li>・媒体を工夫し、わかりやすく、魅力的に</li> </ul> 未受診者への受診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診状況の把握</li> <li>・郵送や電話、訪問での勧奨(リコール)</li> </ul>
4P以外	
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会と連携を図り、医師の理解を得る</li> <li>・研修会などを開催し、委託機関との連携を図る</li> <li>・大学等の専門家からの助言をもらう</li> <li>・保険者協議会を活用する</li> </ul>
住民組織との協働	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の住民組織の協力を得る</li> <li>・新しい組織を作る(健診推進員など)</li> </ul>
現状把握や調査・データ分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データを分析する</li> <li>・未受診者等に対する調査を行う</li> <li>・他の自治体・保険者と情報交換を行う</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関での検査や職場での健診データを活用する(みなし健診)</li> <li>・組織的な推進体制を構築する</li> </ul>

(成果につなげる特定健診・保健指導ガイドブック. 2014. 中央法規出版より)

## II-3. 特定保健指導

### 1. 事業の概要

特定健診・特定保健指導は、保険者の法定義務であり、健診結果より、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて、専門職が個別に介入することで、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善につなげることを目的とする。

第三期特定健康診査等実施計画において、国が定める市町村国保の特定保健指導の実施率(受診率、以下、実施率とする)の目標値は、60%以上となっている。しかし、多くの保険者の実施率は、この数字に遠く及ばない。健診を受けたまま放置せず、本事業の目的を達成するためにも、まずは実施率(アウトプット)を向上させることが急務である。保険者努力支援制度でも、実施率に対する配点は高い。また、検査値への改善効果(アウトカム)を、短期及び中長期的に評価していくことも必要。

なお、平成30年度より特定保健指導の運用について柔軟に見直されたため、まだ取り入れていない場合は、中間評価にあわせて検討するとよい。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

特定保健指導の目的は、メタボリックシンドローム(メタボ)の割合を減少させ、生活習慣病の有病者や関連医療費を適正化することである。したがって、メタボの割合や生活習慣病有病率、医療費がアウトカムになる。ただし、特定保健指導が生活習慣病の有病率や医療費にどの程度効果があるかは明確ではなく、また、短期での効果はあまり期待できないことから、これらはいくまで参考とする。メタボの割合についても、メタボの定義は複数ある(学会基準、厚労省基準、保健指導対象者)ため、指標としてはあくまで参考値となる。以上から、アウトカムとしては、利用者のメタボ区分、生活習慣、検査値の変化を確認するとよい(できれば、特定保健指導の利用者と未利用者の比較を)。

アウトプットは、実施数・率が主であるが、見直しのためには、実施数・率の詳細、参加率や脱落率の把握が重要である。

表 3-1 特定保健指導に関する主な評価指標: 太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
<b>メタボ割合・減少率 (アウトカム)</b>	メタボリックシンドローム(特定保健指導対象者含む)の割合とその減少率	
有病率・医療費 (アウトカム:参考)	レセプト等を用いて、関連する傷病(生活習慣病)の有病率や医療費を把握	KDB にてある程度の把握は可
利用者の改善状況 (アウトカム:参考)	特定保健指導利用者の生活習慣(食事運動習慣、喫煙等)や検査値(体重、BMI、血液検査値等)の変化(平均値の変化等)、メタボ区分の改善率	特定保健指導利用者と未利用者の比較も重要

実施数・率 (アウトプット)	法定報告やKDBより	参加者数・率、継続率も参考に
実施数・率(詳細) (アウトプット:参考)	属性(性、年齢階級、機関等)別に実施数・率を算出	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

- ・ 利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ
- ・ 特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ
- ・ 利用者と実施者の満足度
- ・ データ分析の実施の有無(利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など)
- ・ 医療費分析の実施の有無(生活習慣病医療費の推移など)
- ・ 費用対効果等の分析の実施の有無

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算額、人員、体制
- ・ 連携会議(行政内、医師会等)
- ・ 委託医療機関、委託業者(アウトソーシング機関)
- ・ 教材や指導記録の有無
- ・ 事業手順書・マニュアルの有無
- ・ 特定保健指導実施者の研修

### 4. 見直しのポイント

特定保健指導の実施率を向上させるために、保険者はいろいろな工夫をしている。表2に、事例の分析から得られた10の工夫を示した。また、図1には、特定保健指導の流れを示し、その中で見直しのポイントをあげた。

#### 1) 健診から初回面談まで

特定健診から特定保健指導を利用するまで、一般的な流れでは、かなりの時間を有し、健診受診から数か月後に利用券が届くこともある。これでは、対象者の特定保健指導の参加へのモチベーションを高めることは難しい。利用までの期間を短縮するための工夫が必要である。

理想的には、健診の当日に、結果を返却し、その場で対象者へは初回面談を行うのがよい。例えば、自施設で検査が可能な大きな医療機関や健診機関は可能である。そうでない場合でも、できるだけ短くする工夫はできる。例えば、委託の医療機関において特定健診の結果の返却の際に初回面談を行う、結果説明会の際に集団で行う、利用券をできるだけ早く郵送する、などである。

なお、健診の時に得られる情報(例えば、腹囲、BMI、血圧など)をもとに、初回面談を行い、後日、健診結果がそろい、確定したのちに再度保健指導を行うこともできる(初回面談の分割実施)。

## 2)利用勧奨・再勧奨

特定健診と同様に、利用勧奨(コール)および再勧奨(リコール:対象者のうち未利用者への勧奨)を効果的に行うことが重要である。

利用勧奨の機会や場はさまざまである。特定健診の案内とともに特定保健指導の案内(対象者かどうかは問わず)を送る、健診当日、医師の結果説明時、利用券送付時等に広報や案内を行う、などである。文書だけでなく、電話や訪問による勧奨、もしくは、対象者のうち特定保健指導未利用者への再勧奨を行うことも可能である。

リーフレット等の文書で利用勧奨・再勧奨することが多いが、意外とわかりにくかったり、見にくかったりする。特定健診と同様に、利用者目線で、リーフレット等の見直しを検討するとよい。

## 3)利用しやすさ

利用しやすさ(利便性)は、利用者を増やし、継続させるためには重要な要素である。端的には特定保健指導の実施場所と時間である。場所としては、保健センター、委託医療機関・健診機関、近隣の公民館、あるいは自宅(訪問)などが考えられる。時間としては、平日の夕方や夜間、土日や休日などが考えられる。遠隔面談も利便性を高める手段のひとつである。

## 4)指導内容

特定保健指導の内容は、利用への動機を高めたり、保健指導の継続率を高めたり、あるいは、翌年度の利用を高めたりする。特定保健指導に求めることは人それぞれで、厳しい指導を望む人もいれば、緩い指導を望む人も、時間をかけた指導で満足する人もいれば、短い時間ですませたい人も、記録をしつかりつけたい人もいれば、ずぼらな人もいる。保健指導の実施者の力量が試されるところである。

歩数計の配布やレンタル、魅力的な指導マテリアルの活用、ジムなどの利用、健康ポイントの付与など、お得感を感じる内容をするのも効果的であろう。

## 5)実施体制と関係機関との連携

上記のような、利用を高めるための特定保健指導を実施するためには、医療機関、健診機関、医師会、アウトソーシング機関などと連携しながら、実施体制を整えることが必要である。

特定保健指導を行政が直営で行ったり、アウトソーシング機関に委託することが多いが、実施率を高めるために、地域の医療機関の協力は欠かせない。実施率を目標値(60%)に近づけるためには、医療機関でも特定保健指導を行うことが必要条件となろう。地域の医療機関、医師会と連携し、委託医療機関数を増やし、そうした医療機関の保健指導実施者に向けた研修会の開催も必要となろう。

## 6)その他

### (1)データの分析や評価について

特定保健指導の効果について、少なくとも利用者の健診結果の前後比較は行ったほうがよい。また、利用者の特性(対象者のうちでどのような人が利用しているか)、医療機関別の対象者・利用者数(結果

をもとに、対象者の多い医療機関へは個別に保健指導の協力を求めることもできる)などの把握が見直しに役立つ。

#### (2) アウトソーシング先との連携とマネジメント

特定保健指導を専門とする機関等へアウトソーシングしているケースも多々ある。アウトソーシング先と密に連携を図り、実施状況を把握し、時に実際の特定保健指導の場に同行するなどして、マネジメントを行わなければならない。また、あらかじめ効果検証も行ってもらおうよう契約をしておくがよい。

#### (3) 柔軟な運用

平成 30 年度(第三期)から、いくつか柔軟な運用が可能となった。先に述べた、初回面談の分割実施、3 か月後の評価、2 年連続積極的支援の場合の動機付け支援の実施、モデルプログラムの実施などである。これらを応用することでより効率的な実施が可能となる。

#### (4) 利用者の満足度調査

利用者の満足度は、プロセスとともにアウトカムともいえる。利用者の満足度は、アンケート等で把握し、見直しの材料として活用するのがよい。

#### (5) 費用対効果

特定保健指導に関わる人でもその費用がいくらなのか知らない場合も少なくない。国庫補助額を参考にすると、積極的支援は約 22,000 円、動機付け支援は約 7,000 円となる。医療機関やアウトソーシング先との契約ではいくらになっているのか(一人当たりの額など)、あるいは、体重や腹囲の前後比較から、1 kg (1 cm) 減当たりの費用なども計算できる。

表 2 特定保健指導実施率向上に役立つ好事例集より 10 のポイント

- ① 特定保健指導対象者の特性を知る工夫:対象者の個人及び集団の特性を把握し、指導の幅を広げる。
- ② 特定健診・特定保健指導の実施体制の工夫:保険者と事業所の協力体制の強化。他の人材や社会の仕組みを生かして実施体制を整備する。
- ③ 特定健診を受ける機会を増やす工夫:特定健診の受診者を増やし、特定保健指導の実行性を高める。
- ④ 特定健診の結果への関心を喚起する工夫:特定健診を受けるだけではなく、その結果への関心を喚起する。
- ⑤ 特定保健指導の利用を促す工夫:特定保健指導を利用しやすい環境をつくる(時間の確保、訪問型指導等)。
- ⑥ 特定保健指導の実施上の工夫:途中で支援を中断しないようにするための工夫を行う。
- ⑦ 特定保健指導を複数回受ける人等への工夫:数年にわたり対象者となる人等へ、支援の効果を高めるために独自の工夫を行う。
- ⑧ 研修を通じた特定保健指導の質の向上:特定保健指導実施者の技術向上のために組織として研修体制を強化する。
- ⑨ 他部門・外部組織との連携:直営の場合は担当部署以外の他部門との、委託の場合は委託機関など外部組織との連携が必要。
- ⑩ 新たな取組:保険者によるさらなる充実に向けた取組を行う。

(特定保健指導実施率向上に役立つ好事例集、日本公衆衛生協会より)

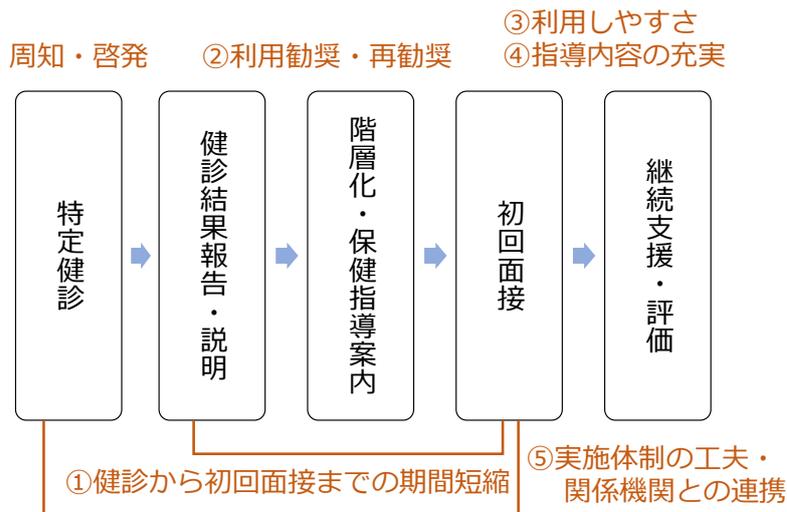


図 1 特定保健指導の流れと見直しの 5 つのポイント

## 指標のまとめ

区 分	指 標	備 考
アウトカム	(短期) ・ <u>利用者のメタボ改善割合</u> ・ 利用者の生活習慣・検査値(特に体重・BMI)の改善割合・平均値の変化 (中長期) ・ <u>健診受診者のメタボ該当者・予備群の割合</u> ・ 被保険者全体の生活習慣病の有病率や医療費	
アウトプット	・ <u>実施数・率</u> ・ 参加数・率 ・ 継続率(中途脱落率)	
プロセス	・ 利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・ 特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・ 利用者の実施者の満足度 ・ データ分析の実施の有無(利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など) ・ 医療費分析の実施の有無(生活習慣病医療費の推移など) ・ 費用対効果等の分析の実施の有無	
ストラクチャー	・ 予算額、人員、体制 ・ 連携会議(行政内、医師会等) ・ 委託医療機関、委託業者(アウトソーシング機関) ・ 教材や指導記録の有無 ・ 事業手順書・マニュアルの有無 ・ 特定保健指導実施者の研修	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

特定保健指導の受診率(2017年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値(60%)を達成している場合	50点
② ①の基準を達成し、かつ受診率が2016年度以上の値となっている場合	20点
③ ①の基準は達成していないが、受診率が市町村規模別の2017年度の全自治体上位3割に当たる受診率を達成している場合	20点
④ ③に該当し、かつ2016年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上している場合	35点
⑤ 受診率が10%以上15%未満の値となっている場合	-10点
⑥ 受診率が10%未満の値となっている場合	-25点
⑦ ①及び③の基準は達成していないが、2016年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上している場合	25点
⑧ ①、③及び⑦の基準は達成していないが、2015年度以降3年連続で受診率が向上している場合	10点
⑨ ①の基準は満たさず、かつ2016年度以降2年連続で受診率が低下している場合	-10点

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(2017年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値(25%)を達成している場合	40点
② ①の基準を達成している場合、減少率が2016年度以上の値となっている場合	10点
③ ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる〇〇%を達成している場合	20点
④ ③の基準を達成し、かつ2016年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上している場合	25点
⑤ ①及び②の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位5割に当たる〇〇%達成している場合	15点
⑥ ⑤の基準を達成し、かつ2016年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上している場合	23点
⑦ ①、③及び⑤の基準は達成していないが、2016年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上している場合	20点

## II-4. 受診勧奨(受診勧奨域者等に対して)

### 1. 事業の概要

特定健診においては受診勧奨判定値が定められ、その基準を満たす者は医療機関への受診が望ましいとされている。保険者では、さまざまな方法で受診勧奨が行われており、受診につながったか、その結果として必要な治療を受けている者が増加したか等について評価する必要がある。

なお、受診勧奨判定値は、治療の必要性ではなく、あくまで、治療の有無を判断するために医療機関への受診が勧められる値である。そのため、この値を超えている人すべてが治療の対象ではない。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

受診勧奨の目的は、必要な人が医療機関を受診し、さらに治療が必要な人が治療を受けることである。そのため、医療機関の受診の割合がアウトカムになる。受診勧奨を行った人数や割合がアウトプットに相当する。

表 4-1 受診勧奨に関する主な評価指標:太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
<b>医療機関受診率(1)</b> (アウトカム)	受診勧奨判定値を超える者のうち、その年度内に医療機関を受診した者の割合 ※健診とレセプトを用いて、受診勧奨判定値を超える者(健診時未受診者)のうち、その年度内に医療機関を特定の傷病名で受診した者の割合を算出	血圧、血糖、脂質等の項目別が望ましい レセプト以外での把握方法も検討(ハガキ等による連絡)
<b>医療機関受診率(2)</b> (アウトカム)	特定の対象(例:糖尿病、高血圧など)へ受診勧奨を行った場合に、医療機関を受診した者の割合 ※健診とレセプトを用いて、対象者のうち、その年度内に医療機関を特定の傷病名で受診した者の割合を算出	
受診勧奨判定値を超える者のうち治療中の者 (アウトカム:参考)	健診データを用いて、受診勧奨判定値以上(あるいは独自の基準)の者のうち、治療中の者の割合	例:HbA1c>=8.0%
<b>受診勧奨の実施数・率</b> (アウトプット)	受診勧奨の必要な者のうち(受診勧奨判定値もしくは独自の基準)、受診勧奨を実施した人数・割合	ハガキ、電話等の勧奨方法別に

### 3. 問題把握等の方法（プロセス・ストラクチャー評価含む）

#### 1) プロセス

- ・ 受診勧奨の方法の適切さ(時期、リーフレットの内容など)
- ・ 対象者の人数の把握の実施
- ・ 勧奨後の受診状況の把握の有無
- ・ 勧奨対象基準の妥当性の検討の有無
- ・ セグメンテーション(層化)等による受診勧奨の優先順位付(受勧奨判定値以上の者をさらに層化し、重症の人に重点的に勧奨を行っているか)

#### 2) ストラクチャー

- ・ 医師会や医療機関との連携(会議や打ち合わせ開催など)
- ・ 実施に必要な予算
- ・ マンパワー
- ・ アウトソーシング(外部業者の活用)

### 4. 見直しのポイント

#### 1) 受診勧奨対象者について

受診勧奨判定値は要治療ではなく、あくまで、治療が必要かどうかを含めて、医療機関にて判断をしてもらう必要があるものである。したがって、中には、医療機関にて厳密なコントロールが必要なものから、経過観察のものまで重症度の異なる者が含まれる。

より効果的、効率的に受診勧奨を行うためには、対象者を層化したり、優先度をつけて、受診勧奨する必要がある。そのためには、層化した対象者の人数の把握なども行う必要がある。

#### 2) 受診勧奨の方法について

受診勧奨の時期、リーフレット(勧奨物)の内容などを吟味する必要がある。時期については、健診後できるだけ早めの勧奨が望ましい。レセプトと突合し、対象者を抽出したりすると時間がかかるため、健診の問診項目からの抽出も検討するとよい。リーフレット(勧奨物)は、対象者にわかりやすく、また、受診行動がとりやすいように、などの工夫をするとよい。疾病リスクや健康年齢のような数値を示したり、レーダーチャートを表示したりするものもあるが、対象者が、どの検査項目が該当するのか、なぜ必要なのかなど、きちんと理解できる内容になっているか検討することが大切である。

#### 3) 医療機関等との連携について

対象者の基準の設定、勧奨の方法などについて、医師会や医療機関等と連携して進めるとよい。国民健康保険運営協議会の委員、医師会の地域保健の担当者、糖尿病等の専門医などとは日常的に協力を得られる体制を整えておく。

受診勧奨を委託する場合には、委託業者とうまく連携し、効果的かつ効率的な方法を相談しながら進めることが望ましい。

#### 4)データ管理や評価について

対象者の抽出や評価等において、KDB やレセプトなどを用いて、保険者内でデータ管理を行える体制を整えるのが望ましい。また、評価においては、KDB やレセプトのみに限定することなく、健診の間診項目、医療機関受診を確認するハガキ等を用いることも検討することができる。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨の必要な者のうち(受診勧奨判定値もしくは独自の基準)、医療機関を受診した者の割合</li> <li>受診勧奨判定値以上(あるいは独自の基準)の者のうち、治療中の者の割合</li> </ul>	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨の必要な者のうち(受診勧奨判定値もしくは独自の基準)、受診勧奨を実施した人数・割合</li> </ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨の方法の適切さ</li> <li>対象者の人数の把握の実施</li> <li>勧奨後の受診状況の把握の有無</li> <li>受診勧奨基準の妥当性の検討</li> <li>セグメンテーション(層化)等による受診勧奨の優先順位付</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会や医療機関等との連携</li> <li>予算</li> <li>マンパワー</li> <li>アウトソーシング</li> </ul>	

#### (参考) 受診勧奨判定値

項目	判定値
収縮期血圧	140mHg
拡張期血圧	90mmHg
中性脂肪	300mg/dl
HDL-C	34mg/dl
LDL-C	140mg/dl
nonHDL-C	170mg/dl

項目	判定値
血糖値	126mg/dl
HbA1c	6.5%
AST/ALT	51U/L
γ GTP	101U/L
eGFR	45ml/分/1.73m <sup>2</sup>

## II-5. 糖尿病性腎症等重症化予防

### 1. 事業の概要

糖尿病性腎症重症化予防は、データヘルス計画の保健事業の柱のひとつである。高額な医療費がかかる人工透析の原疾患として糖尿病が多くを占めることから、医療費適正化の点でも重要となる。多くの保険者で本事業が行われているが、参加者が少なかったり、効果が見えなかったりと課題は多い。

保険者努力支援制度の配点基準では、取組の有無とその内容が配点条件となっており、アウトカムやアウトプットの基準はない。したがって、現時点では、まずは保険者努力支援制度に沿った事業の実施を目指しつつ、参加者を増やすための取組みを進め、短期的および中長期的なアウトカムの評価を実施することが望ましい。アウトカム評価については、中長期的な視点が必要であることから、中間評価においては参考としての位置づけとし、ストラクチャー評価・プロセス評価を主とした評価検討を行う。

なお、「糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」等でガイドラインが示されているものの、地域や保険者等により、利用できる資源等が異なるため、それぞれの地域や保険者に応じた方法が求められる。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

最終的なアウトカムとしては、人工透析の患者数や関連医療費となるが、すぐの達成は難しいため、参加者の検査値の変化を指標とするのがよい。参加数・率が主なアウトプットとなる。

表 5-1 糖尿病性腎症等重症化予防に関する主な評価指標:太字が重要な指標

評価指標	定義・把握方法	備考
<b>検査値等の変化</b> (アウトカム)	参加者の検査値の変化(HbA1c など)	KDB や事業内でのデータによる
人工透析(新規含む) 患者数 (アウトカム:参考)	人工透析患者数および新規透析導入患者数	KDB
医療費に占める透析関連の割合 (アウトカム:参考)	医療費全体に対する透析関連の医療費(中分類=腎不全など)の割合	KDB
<b>参加数(率)</b> (アウトプット)	プログラムに参加した人数とその割合(参加数/対象者・勧奨者数)	KDB・事業実施報告
<b>勧奨数</b> (アウトプット)	参加を勧奨した人数	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

- ・ 対象者の選定基準の明確化(例:腎症病期・治療の有無・HbA1c・eGFR の値など)
- ・ 勧奨方法の適切さ(方法、時期、内容など)
- ・ 参加者の属性等の把握
- ・ 保健指導マニュアルに基づく実施(対象者・病期にあった指導の実施の有無)とその適切さ
- ・ 参加者の次年度の健診受診状況
- ・ 参加者あるいは保健指導実施者の満足度

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算、人員配置、事業委託の状況
- ・ 医療機関や委託業者からのデータの収集と管理の体制
- ・ 健診データやレセプトデータの活用、現状の分析や対象者数の把握の有無
- ・ 医師会・医療機関・かかりつけ医、薬剤師会、歯科医師会、委託機関等との連携
- ・ 運営マニュアル、保健指導マニュアルの作成
- ・ 費用分析の実施の有無
- ・ 長期的なフォローの仕組みの有無

### 4. 見直しのポイント

#### 1) 対象者の選定について

各保険者において、地域の現状・健康課題を分析した上で、設定することが望ましい。単独事業として実施するだけでなく、特定保健指導や受診勧奨などの既存事業も考慮しながら対象者を選定していくこともよい。

##### (1) 基準値について

対象者の基準については、血糖、HbA1c、尿タンパク、eGFR など、糖代謝および腎機能の検査値、ならびに治療状況から設定する。マニュアル等では、腎症のステージによる対象者を設定することが勧められているが、eGFR を計算するための血清クレアチニン値が測定されていない場合もあり、腎症のステージを正確に把握することは難しい。

そうした状況では、糖代謝異常の程度、すなわち、HbA1c の値から対象者を抽出するのがひとつの現実的な対応である。しかし、この場合の基準も容易ではなく、低く設定すると(例えば、6.5%以上)、対象者が多くなり、また、効果が見えにくいなどの問題がある。私見では、低くとも 7.0 以上を基準とするなどして、重症な人を確実に拾い上げる方がよい。

したがって、まずは、特定健診のデータを分析し、HbA1c の分布、異なる基準値ごとの対象者数などを把握し、利用できるサービス量(人数のキャパ)などを考慮し、基準を検討するのがよい。

基準の設定に当たっては、医師会等の専門家から必ず意見をもらうこと。重症化予防では、かかりつけ医の理解と協力が不可欠で、医師会等の意見を聞いておくことで、その後の事業も円滑に行える。

## (2) eGFR 等について

腎機能を評価するためには、尿タンパク、尿アルブミン、糸球体濾過量(GFR)などが用いられる。特定健診においては、尿タンパクに加えて、血清クレアチニンから算出できる eGFR を用いられ、糖尿病性腎症重症化予防の対象者の抽出には、血糖、HbA1c とともに、尿タンパクや eGFR が使用されるのが一般的である。また、プログラムの腎機能への効果を評価する際も、これらの指標に頼らざるを得ない。

そこで、eGFR の課題を理解しておく必要がある。eGFR は、血清クレアチニン値、年齢、性別から推算されるおよその GFR である。血清クレアチニン値は筋肉量の使用であること、eGFR の推算には体表面積が考慮されていることから、体型の影響を受けやすい。筋肉量の少ない人(痩せ)では血清クレアチニン値が低くなる(=eGFR は高くなる)などの傾向がある。

また、一般的に、腎機能はいったん悪化すると改善するのは難しいことから、プログラムによる腎機能の改善はさほど望めない。

## (3) 対象者の抽出方法について

対象者の抽出を業者に依頼している保険者も多いが、特定健診のデータを KDB からダウンロードするなどして、データベース化し、自分たちで抽出することも可能である。

なお、対象者の選定においては、一部疾患(精神疾患やがんなど)を対象から外していることもあるが、その妥当性についての検討も必要である。私見としては、レセプトの傷病名の信頼性には問題があること、参加の可否は主治医の判断によることから、最初の時点で除く必要はないと考えている。

また、本プログラムは、治療中が基本となるが、保健事業全体を考えた場合、治療すべき者が適切に受診していることが重要である。したがって、治療者に特化するのには、未治療者への適切な受診勧奨があることが前提である。

## 2) 参加勧奨について

本プログラムの参加者は必ずしも多くないの実状である。したがって、参加勧奨の方法が重要となる。

一般的にリーフレット(紙媒体)の郵送による勧奨が行われている。しかし、その内容は、参加を申し込むには、情報量が多すぎたり(あるいは少なすぎたり)、送られてきた理由やプログラムの目的がわかりにくかったりする。現在使用しているリーフレット等を、担当者以外、一般住民、専門家等の意見を聞きながら、見直してみるとよい。その他、電話や訪問による勧奨などがあり、それぞれの勧奨の対象者数、その参加率、費用なども見直してみるとよい。

その他の勧奨として、主治医からの勧めは有効であろう。また、参加に当たり一般に必要とされる主治医からの指示書についても、より簡便にして、主治医の手間をとらせないようにする工夫も必要である。医師会等の関係者とよく連携して事業を進めるとよい。

### 3) 指導について

実際の指導内容は実施者によって異なる。保険者としては、その内容をきちんと把握しておく必要がある。特に委託の場合には、指導者、指導内容、スケジュールなどを把握し、必要に応じて、指導に同席するなどして、管理する責任がある。

指導内容が適切かどうかの判断は難しいが、検査値の変化などから効果の評価、専門家からの助言などを踏まえて、見直す必要がある。しばしば、糖尿病性腎症重症化予防が特定保健指導と同程度のものも見られるが、対象の重症度からして、本プログラムの方がより“濃い”プログラムが求められる。

継続的、かつ効果的な指導を実施していく上で、保健指導マニュアルを作成することが望ましい。その際、保健指導のフローチャートを作成し、対象に応じた指導ができるよう整理していくことが必要である。それにより、効果測定も容易になり成果や課題も見えやすくなる。

### 4) 医療機関等との連携について

本事業は、医療機関等との連携が必要不可欠であり、地域の現状も踏まえながら、対象者選定から具体的な取り組み方法(連携方法等も含む)を医療機関と相談しながら進める環境整備をすることが望ましい。受療後の対応等について医療機関側のニーズも聞きながら取り組みを進めていくことが医療機関との連携を図るきっかけにもつながる。

地域医療計画の5疾病5事業のひとつに糖尿病がある。都道府県や二次医療圏の仕組み、あるいは地域の医師会によっては糖尿病連携の仕組みができていることもある。こうしたすでにある仕組みやネットワークを活用するのがよい。また、糖尿病専門医の把握も重要で、個別にこうした専門医からアドバイスをもらうこともできる。

### 5) 外部委託業者との調整について

事業の運営にあたり、委託業者を入れている場合は、委託業者との連携調整についても現状の確認を行い、課題がないか確認を行う。業者に委託した場合も、実施内容等を把握していることが望ましい。例:データ解析を委託している場合は、保険者側も解析内容等について把握しているか、など

### 6) データ管理や評価について

対象者の抽出や評価のためにデータを用いるにあたり、保険者内でデータが管理できる体制を整えることが望ましい。

- (1) 短期的な評価: プログラム前後の検査値の変化として、特定健診、医療機関や保健指導機関からのデータを収集し、評価を行う。少なくとも特定健診の前後比較は必ず行うのがよい。
- (2) 中長期的なフォローアップ: 本プログラムは、数か月や1, 2年で効果が表れるものではなく、また、長期にわたりフォローが必要な者がほとんどである。プログラム参加者を長期にわたりフォローするための情報管理体制が必要となる。例えば、プログラム参加者の登録制度を構築するなど。
- (3) 透析患者数、医療費等のモニタリング: 現時点では短期間であることや参加人数が限定されていることから、保険者全体の透析患者やそれに伴う医療費にすぐに影響が表れることは考えられない。しかしながら、本事業の目的が透析患者およびその医療費を削減することであることを考えれば、透析患者数(新規含む)やその医療費をモニタリングする必要性は大きい。

## 7) 予算

費用については、本プログラムに係る費用や参加者 1 人あたりの費用は把握しておくのがよい。委託の場合でも、事業額を知らなかったり、他の事業とまとめているために事業額が一緒であるために分からなかったりすることも多い。

なお、いわゆる費用便益分析、すなわち、プログラムにかかった費用とそれによる削減額(例えば、透析による医療費の削減)は現実的には算出は困難である。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	(短期) ・ <u>血液検査等のデータの変化(1～2年)</u> (中長期) ・ 人工透析(新規含む)患者数 ・ 透析関連(腎不全)の医療費(全医療費に占める割合含む)	
アウトプット	・ <u>参加数(率)</u> ・ <u>勸奨数</u>	
プロセス	・ 対象者の選定基準の明確化(例:腎症病期・治療の有無・HbA1c・eGFRの値など) ・ 勸奨方法の適切さ(方法、時期、内容など) ・ 参加者の属性等の把握 ・ 保健指導マニュアルに基づく実施(対象者・病期にあった指導の実施の有無)とその適切さ ・ 参加者の次年度の健診受診状況 ・ 参加者あるいは保健指導実施者の満足度	
ストラクチャー	・ 予算、人員配置、事業委託の状況 ・ 医療機関や委託業者からのデータの収集と管理の体制 ・ 健診データやレセプトデータの活用、現状の分析や対象者数の把握の有無 ・ 医師会・医療機関・かかりつけ医、薬剤師会、歯科医師会、委託機関等との連携 ・ 運営マニュアル、保健指導マニュアルの作成 ・ 費用分析の実施の有無 ・ 長期的なフォローの仕組みの有無	

下線は重要な指標

(参考1) 保険者努力支援制度(2020年度)

重症化予防の取組の実施状況(2019年度の実施状況を評価)

評価指標	配点
<p>以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している場合</p> <p>※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択すること。</p> <p>①対象者の抽出基準が明確、②かかりつけ医と連携した取組、③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わる、④事業の評価を実施、⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図る</p>	30点
<p>以上の基準を全て満たす取組を実施する場合であって、以下を満たす取組を実施している場合</p> <p>⑥健診結果のみならず、レセプトの請求情報(薬剤や疾患名)も活用し、被保険者の全体像を把握したうえで、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出していること。その上で、抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文言の送付等により受診勧奨を実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。</p> <p>⑦アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施していること。その際、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後で評価していること。</p>	40点

(参考2) 検査値を用いた評価方法について

1)前後で平均を比較:結果の例(仮想データ)

	人数	前	後	統計学的有意差
HbA1c(%)	15	7.0(1.4)	6.7(1.3)	P=0.03
eGFR	15	50.5(15.0)	48.9(14.8)	P=0.35
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	15	24.0(3.5)	23.2(3.4)	P=0.04
腹囲(cm)	15	87.4(12.0)	85.6(11.5)	P=0.04

2)前後で区分を比較:結果の例(仮想データ):HbA1cの区分

	前	後	統計学的有意差
8.0~(%)	2(17%)	1(7%)	P=0.07
7.0~7.9(%)	5(33%)	4(27%)	
6.5~6.9(%)	8(53%)	7(27%)	
~6.4(%)	0(0%)	3(20%)	

## 参考資料

- ・ 厚生労働省．糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き．  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/tebiki.pdf>
- ・ 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省．糖尿病性腎症重症化予防プログラム．  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf>

## II-6. がん検診

### 1. 事業の概要

がん検診は、自治体の行う保健事業の中では重要なもので、国もその推進を図っている。自治体におけるがん検診は、通常、いわゆる衛生部門が担当し、国保部門が積極的に関わることは多くなかった。しかし、医療費等の観点からも、がん対策は保険者にとって重要であり、保険者努力支援制度にもがん検診が含まれることから、より積極的な関わりが求められる。

がん検診については、受診率の向上だけではなく、エビデンスに基づくがん検診(今のところ、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5種類)の推進、受診者や受診後のフォローを含めた情報管理、精度管理の推進など、保険者としての関わる上での課題は少なくない。

まずは、がん検診を行っている衛生部門等と連携し、がん検診の受診率向上に努めながら、精度管理等について、できる範囲で進めていくのがよい。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

がん検診受診率が主な指標(アウトプット)である。アウトカムとしては、がん検診によるがん発見数、がんの死亡数・率、がん関連の医療費が挙げられるが、これらの把握は容易ではなかったり、がん検診以外の要因の影響を受ける。

表 6-1 がん検診に関する主な評価指標:太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
がん発見数 (アウトカム)	がん検診によるがんの発見数	
がんによる死亡数・ 率 (アウトカム:参考)	人口動態統計より	
医療費の推移 (アウトカム:参考)	がん(悪性新生物)に関する医療費をレセプトデータを用いて把握 ※KDBより算出可	傷病名等の問題もあり、正確な把握は困難
<b>がん検診受診率</b> (アウトプット)	対象集団のうち、がん検診を受診した人の割合 ※通常、地域保健・健康増進事業報告による	胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん
がん精検受診率 (アウトプット)	要精検者のうち、精密検査を受けた人の割合	(同上)

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

- ・ 受診勧奨(コール)および未受診者へ再勧奨(リコール)は行われているか
- ・ 受診勧奨、再勧奨の方法は適切か(内容、発送時期、対象者など)
- ・ 精度管理は行われているか

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算やマンパワー
- ・ エビデンスに基づいたがん検診のみが実施されているか
- ・ がん検診の機会(集団健診、特定健診との同時実施、人間ドックなど)
- ・ 衛生部門との連携

(注意) 精度管理について

がん検診は、適切な精度管理のもとに実施する必要がある。精度管理には以下のような指標がある。

指標	概要
精検受診率	精検を受けた人の割合(/要精検者数)
精検未把握率	精検を受けたかどうか不明の人の割合(/要精検者数)
精検未受診率	精検を受けていない人の割合(/要精検者数)
要精検率	陽性(要精査)となった人の割合(/受診者数)
がん発見率	がんが発見された人の割合(/検診受診者数)
陽性反応適中度	がん発見者数/要精検者数

※各がん検診で許容値・目標値が示されている。

※詳細については、「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル」

([https://ganjoho.jp/med\\_pro/pre\\_scr/screening/screening\\_manual.html](https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/screening_manual.html))などを参照すること。

### 4. 見直しのポイント

#### 1) エビデンスに基づいたがん検診の実施

国が推進しているがん検診は上述した5つのがんである。これらのがん検診は、受診することで有意にがん死亡率が下がるというエビデンスに基づいて実施されている。それ以外のがんにおいてはそのエビデンスは十分ではなく、導入は慎重に判断しなければならない。

#### 2) 受診率向上について

一般的に、がん検診は、国保部門ではなく、衛生部門が担当している。国保加入者は、区市町村の行っているがん検診を受けるのが一般的で、その受診勧奨も通常衛生部門が担当している。受診勧奨にあたっては、「特定健診」の項目を参照すること。以下に、主なポイントを示す。

- ・ 負担を減らす: 自己負担の軽減や無料化、予約や受診等の手間を減らすなど

- ・ 機会を増やす:委託機関や集団検診の開催を増やすなど
- ・ 普及啓発:わかりやすい勧奨チラシ等の作成、未受診者への再勧奨(リコール)

※わかりやすさと動機づけを考慮したリーフレットの作成を検討(参照:受診率向上施策ハンドブック  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/handbook\\_tanP\\_180113.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/handbook_tanP_180113.pdf))

### 3) 特定健診とがん検診の同時受診の推進

特定健診との同時受診は対象者にとっての利便性が増す。特定健診との同時受診を実施することでがん検診の受診率が向上するという報告もある。衛生部門や他の組織(医師会、健診事業者、区市町村等)と連携して取り組むこと。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	(短期) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん発見数、率</li> </ul> (中長期) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がんに関連した医療費</li> <li>・ がんによる死亡者数、率</li> </ul>	5年生存率等も指標となるが、保険者での把握は困難
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>がん検診受診率</u></li> <li>・ 精密検査受診率</li> </ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診勧奨(コール)および未受診者へ再勧奨(リコール)は行われているか</li> <li>・ 受診勧奨、再勧奨の方法は適切か(内容、発送時期、対象者など)</li> <li>・ 精度管理は行われているか</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エビデンスに基づいたがん検診のみが実施されているか</li> <li>・ がん検診の機会(集団健診、特定健診との同時実施、人間ドックなど)</li> <li>・ 予算やマンパワー</li> <li>・ 衛生部門との連携</li> </ul>	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

がん検診受診率(2017年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が25%を達成している場合	20点
② ①の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位3割に当たる〇%を達成している場合	10点
③ ①及び②の基準は達成していないが、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上5割に当たる〇%を達成している場合	5点
④ 2016年度の実績と比較して、平均受診率が1%以上向上している場合	20点

※地域保健・健康増進事業報告に基づく

## II-7. 歯科健診

### 1. 事業の概要

歯科は、歯・口腔状態が全身へ及ぼす影響を考慮すれば、その重要性が高まっている。また、医療費の点からも、歯科医療費は全体の医療費の多くを占めることから、歯科に関連する対策は保険者としても取り組むべき事業であることは言うまでもない。

一方で、保険者努力支援制度の配点の項目からわかるように、保険者でどのように取り組むべきなのか、その効果はどのように評価すべきなのかは難しい。また、通常、歯科健診(歯周疾患検診)は保険者としてではなく、衛生部門の事業として実施されている。したがって、まずは、衛生部門と連携しながら、歯科健診を実施し、その受診率を少しでも高めることがデータヘルス計画での当面の目標となる。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

本事業では、歯科健診の受診率が主な指標である。歯科に関する医療費はアウトカムの指標であるが、歯科健診以外の要因も影響するため、参考として把握する。

表 7-1 歯科健診に関する主な評価指標:太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
<b>歯科健診受診率</b> (アウトプット)	地域保健・健康増進事業報告による	
医療費の推移 (アウトカム:参考)	歯科関連の医療費をレセプトデータを用いて把握 ※KDBより算出可	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

- ・ 受診勧奨(コール)は行われているか
- ・ 受診勧奨の方法は適切か(内容、発送時期、対象者など)

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算やマンパワー
- ・ 関連部署・組織等との連携(衛生部門、歯科医師会など)
- ・ 歯科健診の機会(委託医療機関、集団健診の実施の有無・回数など)

## 4. 見直しのポイント

### 1) 実施の有無

2017年度では、実施している区市町村は全体の68%であり、未実施の自治体も少なくない。したがって、実施していない保険者は、まず、衛生部門と連携して、何らかの形で実施することが肝要である。

### 2) 歯科医師会との連携について

歯科健診の実施に当たっては、地域の歯科医師会との連携が不可欠である。歯科医師会と相談しながら、個別あるいは集団での健診を委託して、地域に応じた歯科健診の実施および受診勧奨を進めたい。

### 3) 特定健診等との同時実施の推進

集団健診にあたっては、特定健診やがん検診と同時に実施することが利用者の利便性を高め、受診率を高めることが期待される。

### 4) 医療費等への影響について

歯科健診の実施によって、関連する医療費が適正化できるかは明確になっていない。例えば、歯科健診を実施することによって、一時的に歯科への受診の増加に伴い、医療費が増加することも予想できる。一方、定期的な歯科を受診すること(特に予防的)により、中長期的な歯科医療費は抑制されることも推測できる。したがって、歯科健診の目標は、定期的な予防歯科受診を推進する手段として位置付けるのが適当であろう。

## 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 歯科に関連した医療費</li><li>・ 歯科に関連した傷病患者数</li><li>・ 定期的に予防的歯科ケアを受ける者の割合</li></ul>	あくまで参考として
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"><li>・ <u>歯科健診受診率</u></li></ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 受診勧奨は行われているか</li><li>・ 受診勧奨方法は適切か(内容、発送時期、対象者など)</li></ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 予算やマンパワー</li><li>・ 関連部署・組織等との連携(衛生部門、歯科医師会など)</li><li>・ 歯科健診の機会(委託医療機関、集団健診、特定健診との同時実施、人間ドックなど)</li></ul>	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

歯科健診受診率(2019年度の実施状況、2018年度の実績を評価)

評価指標	配点
① 歯科健診を実施している場合 ※ 歯周疾患(病)検診、歯科疾患(病)検診を含む。	20点
② 2018年度の歯科健診の受診率が全自治体の上位3割に当たる〇〇%を達成している場合	5点
③ ②の基準は達成していないが、2018年度の歯科健診の受診率が全自治体の上位5割に当たる〇〇%を達成している場合	3点
④ 2017年度の実績と比較し、受診率が1ポイント以上向上している場合	5点

※地域保健・健康増進事業報告に基づく

## II-8. 健康づくり・インセンティブ

### 1. 事業の概要

健康づくり・インセンティブとして、いわゆる健康ポイント制度が自治体、保険者、企業等で実施されるようになった。日本健康会議では、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とすることが目標とされ、2019年にはすでにその目標が達成され、約半数の自治体が行っている(823/1716)。

多くの自治体で取り組むのは望ましいが、本事業の効果については、必ずしもきちんと検証されていない。保険者努力支援制度あるいは国の方針上、実施することは必要ではあるが、その効果を検証する段階にある。例えば、費用の点では、かなりのコストをかけてシステムを導入している場合もある。利用者数や生活習慣の改善、健診受診率等への影響を評価することが望ましい。また、いわゆる健康無関心層にも有効とされているが、実際は、健康に関心のある人が多く参加しているという印象もあり、参加者の属性等の検討も必要となっている。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

本事業では、利用者等が生活習慣や健康状態が改善したか、あるいは、健康診断の受診率等が増加したかがアウトカムとなる。ただし、健診データと突合しなければならなかったり、本事業以外で健康診断の受診率等が変化したりすることもあり、評価は難しい。アウトプットとしては、本事業の利用者数・率となる。

表 8-1 健康づくり・インセンティブに関する主な評価指標: 太字が重要な指標

指標	把握方法等	備考
<b>利用者等の生活習慣や健康状態の割合</b> (アウトカム)	利用者の生活習慣や健康状態(健診結果)の変化 (健診結果あるいはシステムのデータを用いて前後の変化を比較)	健診データを使用する場合、利用者と健診結果を突合する必要あり
<b>健康診断受診者数・率、健康教室参加者数 など</b> (アウトカム)	事業実施により、ポイント付与の対象である健康診断、健康教室等の参加者数・率が高くなったかを検討	できれば、そのうちの事業利用者の割合などがわかるとよい
<b>登録・利用者数(率)</b> (アウトプット)	事業の登録・利用者数(率)	
<b>ポイント交換・インセンティブ利用者数(率)</b> (アウトプット)	ポイントをインセンティブ(報奨)に交換した数・率	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

- ・ 利用者・登録者の推移や特性の分析
- ・ 対象事業参加者のうちポイント利用割合
- ・ 評価検証やデータ活用の有無（評価できるデータの活用、健診データとの突合など）
- ・ メディア等での掲載・露出等の回数
- ・ 協力機関での用紙の設置状況と配布枚数
- ・ 住民の周知度

#### 2) ストラクチャー

- ・ 予算額
- ・ 協力機関数
- ・ マンパワー
- ・ 連携会議の実施

### 4. 見直しのポイント

#### 1) 実施について

まず、実施できていない保険者は、実施するかどうか重要な意思決定となる。保険者努力支援制度的には実施した方がよく、国保の補助金も使用できる。しかしながら、予算的に高額になることもあり、また、その効果も十分に検証されているわけではないため、実施を見送るという選択肢もありうる。

#### 2) 利用状況について

実施している保険者は、まず利用状況を把握することが見直しの第一歩となる。登録者や利用の経年的な変化、年間の月別登録状況、登録者の属性(性、年齢など)の情報を収集し、評価と見直しの材料とする。

#### 3) ポイントやインセンティブについて

どのような取組に、どのような(いくつの)ポイントを付与し、どのようなインセンティブ(報酬)があるかは常に見直す必要がある。そのためには、上記の利用状況や下記の評価検証の結果が参考になる。

#### 4) 評価検証について

本事業の目的は、健康診断等の個人の取組を促し、その結果、生活習慣あるいは健康状態が改善することである。したがって、これらの効果について、できるだけ評価検証を行うことが求められる。

しかしながら、もともと評価検証のためのデータを収集できるシステムでなかったり、健診のデータと突合できないなどの問題があることが予想される。現在実施中の保険者は、そうした評価検証ができるか

どうかを確認し、可能な範囲で評価検証してみる。これから導入を考えている場合は、評価検証ができるようなシステムをあらかじめ構築しておく必要がある。

#### 5) 費用について

本事業は、多くの費用がかかる場合が多い。特に、ウェブやアプリを使ったシステムはかなりの額になる。それに見合った成果があるのかは上記の評価検証の結果によるが、おそらく、費用に見合った効果を数値で算出するのは困難と思われる。事業の継続性を考えた場合、常により費用のかからない方法を模索する必要がある。

#### 6) 健康格差の視点

インセンティブ制度は、健康格差あるいは健康無関心層との関連で述べられることがある。すなわち、これまであまり健康に関心のなかった人も、本事業により健康的な生活習慣を持つようになったり、健診を受けたりするようになるというものである。そのような期待はあるが、実際には、もともと健康に関心のある方が多く参加している印象もある。この点を検証する意味でも、参加者の属性の把握、健診データとの突合などの分析が必要となってくる。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康診断受診者数・率、健康教室参加者数 など</li> <li>利用者(や住民全体)の生活習慣の変化</li> </ul>	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用・登録者数</li> <li>ポイント交換人数、インセンティブ利用者数</li> </ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者・登録者の推移や特性の分析</li> <li>対象事業参加者のうちポイント利用割合</li> <li>評価検証やデータ活用の有無</li> <li>メディア等での掲載・露出等の回数</li> <li>協力機関での用紙の設置状況と配布枚数</li> <li>住民の周知度</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>予算額</li> <li>協力機関数</li> <li>マンパワー</li> <li>連携会議の実施</li> </ul>	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

個人へのインセンティブの提供の実施(2019年度の実施状況の評価)

評価指標		配点
① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対してポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施している場合		30点
② PDCA サイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、評価検証を行い、検証に基づき必要な改善を行っている場合		
①および②の基準を満たす事業を実施する場合であって、以下を満たす事業を実施している場合		
③ 個人のインセンティブの提供にあたり、プログラム等の中で本人の取組を評価していること		15点
④ 個人のインセンティブの提供にあたり、本人の取組の成果としての健康指標の改善を評価している		15点
⑤ 事業の参加者が自身の健康データ等を把握できる仕組みとなっている		15点
⑥ 商工部局との連携、地域の商店街との連携等の「健康なまちづくり」の視点を含めた事業を実施している		15点

個人への分かりやすい情報提供の実施(2019年度の実施状況の評価)

評価指標		配点
以下の基準を全てみならず個人へのわかりやすい情報提供の取組を実施している場合		15点
① 受診者に、ICT等(通信技術)を活用して健診結果を提供していること		
② 検査の数値の持つ意味について、経年表・グラフ等を用いて視覚的に分かりやすく説明していること		
③ 医療機関を受診することが必要な場合には、確実に受診勧奨を実施していること		
④ 検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣についてのアドバイスも提供していること		
⑤ 国保加入時や納入通知書の発送時に、市町村が実施する保健事業についてリーフレット等を用いて広く情報提供している場合		5点

## II-9. 重複・多剤投与

### 1. 事業の概要

重複・多剤投与者(ポリファーマシー)は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要である。特に、高齢者では多剤投与になりやすく、また、その副作用も起こりやすい。

レセプトを使用することで、重複・多剤投与の状況が把握できるため、多くの保険者でこの取組は行われるようになってきている。また、医療者の意識も高くなり、お薬手帳の活用などにより、重複・多剤投与は改善されつつある。

一方、処方に関する医師の考え、本人の意向などにより、重複・多剤投与が改善しにくい場合もある。また、一部には対応が困難な重複・多剤投与(例えば、向精神薬など)もありうる。

後発医薬品の取組と同様に、医師会や薬剤師会と連携し、かつ、被保険者の意識や知識を向上させながら、事業を展開していくことが求められる。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

本事業の目的は、重複・多剤投与を減らすことであるため、アウトカムは、取組(通知など)によるその減少や保険者全体での患者数となり、これらの指標の把握に努める。アウトプットは、通知数となる。ただし、重複・多剤投与の明確な定義はないため、各保険者で設定する必要がある。

表 9-1 重複・多剤投与に関する主な評価指標: 太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
対象者の改善状況 (アウトカム)	対象者の重複・多剤投与の改善状況 ※KDB で前後比較	重複・多剤投与の定義は各保険者で設定(例:KDBから3ヵ月連続で6剤以上処方されている者など)
重複・多剤投与者数・率 (アウトカム:参考)	被保険者全体で重複・多剤投与者数・率の減少 ※KDB で変化を観察	(同上)
<b>重複・多剤投与者への通知数</b> (アウトプット)	通知数	

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

## 1) プロセス

- ・ 対象者の抽出は適切か(抽出基準、人数など)
- ・ 通知物の内容は適切か
- ・ 評価検証はなされているか
- ・ お薬手帳の利用率(薬局では把握可能)
- ・ かかりつけ薬局、かかりつけ医をもつ人数・率(地域薬剤師会で把握)

## 2) ストラクチャー

- ・ 予算、マンパワー
- ・ 医師会、薬剤師会等との連携
- ・ 委託業者との連携
- ・ 協力薬局数

## 4. 見直しのポイント

### 1) 対象者の抽出

重複・多剤投与の定義は決まっているわけではない。一般的に、多剤投与(ポリファーマシー)の研究では、5・6剤以上薬剤を基準としている。しかし、5・6剤以上使用している者が必ずしもポリファーマシーの対象ではない。各自治体の特性に合わせて、基準を設定し対象者を抽出する必要がある。その際、医師会や薬剤師会ともよく連携、相談する。

### 2) 医師会や薬剤師会との連携と協力

本事業は、医師会や薬剤師会との連携そして協力が不可欠である。事業の計画の段階から関わり、専門的な助言や理解を得ておく。薬の処方は医師の裁量によるところも大きいため、医師会との連携は非常に重要である。医師会や薬剤師会と連携した先駆的な取り組みを行っている保険者・自治体もある。

### 3) 通知方法・内容

わかりやすさと動機づけを考慮したリーフレットの作成が必要である。また、重複・多剤投与についての基本的な知識を高めることも重要なので、通知の際あるいは他の機会を利用して、広報をすることを心がける。

通知に加えて、電話や訪問を行う場合もある。ただし、処方については医師や患者の考え方もあるため、それほどの無理強いをすることは難しい。最終的には本人と処方医との判断にゆだねることになる。

### 4) お薬手帳、かかりつけ医・薬剤師等の活用

お薬手帳を利用すること、かかりつけ医やかかりつけ薬局を持つことは、重複・多剤投与を予防する重要な手段である。これらの取組も積極的に進めること。

## 5) 評価・検証

取組による効果を検証する必要がある。まず、対象者へ通知等を行うことによって重複・多剤投与が改善されたかをみることができる。ただし、そのためにはレセプトを分析し、継続的に比較する必要がある。また、被保険者全体での重複・多剤投与の人数や率なども評価の指標となりうる。

## 6) 社会的問題者への対応

重複・多剤投与者等の中には、社会的に問題を抱える者も含まれる。通知や電話あるいは訪問での指導を行うことで、苦情等の問題が生じることがあり、慎重な対応が求められる。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の重複・多剤投与の改善状況</li> <li>被保険者全体で重複・多剤投与者数・率</li> </ul>	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>重複・多剤投与者への通知数</u></li> </ul>	
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出は適切か(抽出基準、人数など)</li> <li>通知物の内容は適切か</li> <li>評価検証はなされているか</li> <li>お薬手帳の利用率(薬局では把握可能)</li> <li>かかりつけ薬局、かかりつけ医をもつ人数・率(地域薬剤師会で把握)</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>予算、マンパワー</li> <li>医師会、薬剤師会等との連携</li> <li>委託業者との連携</li> <li>協力薬局数</li> </ul>	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

重複・多剤投与者に対する取組(2019年度の実施状況の評価)

評価指標	配点
① 重複・多剤投与者の抽出基準を設定し、レセプト等の活用により、対象者を抽出した上で、その者に対して服薬情報の通知や個別に訪問・指導するなどの取組を実施している場合	20点
② ①の基準を満たす取組の実施後、対象者の服薬状況や副作用の改善状況等を確認し、実施前後で評価している場合	30点

## II-10. 後発医薬品使用促進

### 1. 事業の概要

国は、後発(ジェネリック)医薬品の数量シェアの目標値を80%に掲げ、後発医薬品の使用促進を図っている。各保険者では、後発医薬品の使用促進のため以下のような取組を行っている。

- ・ 後発医薬品利用差額通知:後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知
- ・ 後発医薬品希望シールやカード:後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は区市町村窓口を設置

多くの保険者で、すでにさまざまな取り組みがなされており、使用率は年々上昇しているものの、伸び悩んでいる保険者が多いのが現状である。

### 2. 主な評価指標(アウトカム、アウトプットを中心に)

本事業のアウトカムは、後発医薬品使用率である。事業の効果については、差額通知により切り替えた人数(割合)を把握することも重要である。主なアウトプットの指標は差額通知数となる。

表 10-1 後発医薬品使用促進に関する主な評価指標:太字が重要な指標

評価指標	把握方法	備考
<b>後発医薬品使用率</b> (アウトカム)	使用率、使用率の伸び、全自治体での順位 (厚労省におけるNDBまたは国保総合(CB)システムより抽出)	
切り替え割合 (アウトカム)	差額通知により後発医薬品への切り替えた人数(割合) (レセプトを用いて把握可能)	通常、業者に委託して算出
<b>差額通知数</b> (アウトプット)	差額通知の発送数	
差額通知事業の実施 (アウトプット)	実施の有無	
情報提供等の実施 (アウトプット)	実施の有無	差額通知、その他の機会を通じて

### 3. 問題把握等の方法(プロセス・ストラクチャー評価含む)

#### 1) プロセス

#### (1) 会議等の実施状況

- ・ 連携会議等の開催状況
- ・ 専門家からの助言の有無とそれに基づく協議の有無

#### (2) データ分析

- ・ 後発医薬品の使用状況等のデータ分析の実施の有無
- ・ 差額通知による切り替え状況の把握

#### (3) 適切さの検討

- ・ 差額通知対象者等の適切さの検討と見直しの有無
- ・ 差額通知等での情報提供の内容などの適切さについての検討と見直しの有無

#### (4) その他

- ・ 後発医薬品希望シール・カード等の実施の有無とその実施状況
- ・ 費用対効果の検討の有無
- ・ 被保険者等を対象にした後発医薬品に関する意識調査の実施の有無

### 2) ストラクチャー

- ・ 医師会、薬剤師会等を含む連携会議などの設置
- ・ 非公的を含む専門家との協議、助言等の機会の有無
- ・ 後発医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制
- ・ 事業実施できる予算の確保

## 4. 見直しのポイント

### 1) 体制の整備

後発医薬品に関しては多くの関係者が存在する。特に、医師会や薬剤師会等である。本事業を円滑に実施するためには、こうした関係者を巻き込み、事業に対して理解を得る必要がある。運営協議会、データヘルス計画に関連した委員会等で、本事業をよく検討することが求められる。また、非公的でも、専門家から助言を受けるなども事業を効果的に進めるのに役立つ。

### 2) データ分析や評価

保険者努力支援制度の配点にもあるように、後発医薬品の使用状況に関して、年齢階級別等の分析が効果的な事業の実施には必要である。レセプトを利用することでこうした分析が可能であるが、分析にあたっては、専門家からの助言やサポートを得ることが望ましい。

また、事業実施後の評価として、差額通知対象者における後発医薬品の切り替え状況、全体の利用率、さらには費用に関する評価(切り替えによる医療費の削減、事業費との差など)を行うことも求められる。ただし、切り替え状況など把握は容易ではないため、都道府県国保連合会、外部の専門家等と相談して進める必要がある。

### 3) 外部業者の活用

外部業者に委託して事業を実施している保険者も多い。保険者自身の負担をかけずに事業を実施することができる利点はあるが、実施状況や効果については検証する必要がある。差額通知等の対象者の適切さ、通知の方法や内容、その効果などについて、関係者や専門家とともに検討し、必要に応じて見直す必要がある。

#### 4)その他

後発医薬品の認知度や需要は急激に高まり、後発医薬品メーカーごとの価格もある一定の割合に収束し、銘柄変更による複雑さや製剤間での質の差は少なくなってきた。また報酬改定などのインセンティブに基づき後発医薬品使用率は年々増える傾向にある。国の目標である使用率80%達成も間近にせまりつつあり、その伸び率は頭打ちに近い。今後、後発医薬品を使用しない何らかの理由(自己負担金が生じない医療機関利用者、先発メーカーと病院・クリニックとの関係性による先発医薬品の使用推進、メディアによる市民が誤解を生じる偏った報道など)へ新たな対応策を考案し、そこへの投資をすることは保険者としては困難があることも想定される。

関係者や専門家を交え、現状を適切に把握し、事業効果の見込みや費用対効果も考えながら、対象や方法の適切さを検証し、事業を実施することが求められる。

### 指標のまとめ

区分	指標	備考
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>使用率(使用率の伸び、全自治体での順位含む)</u></li> <li>・ 差額通知による後発医薬品への切り替えた人数(割合)</li> </ul>	
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>差額通知数</u></li> <li>・ 差額通知事業の実施の有無</li> <li>・ 情報提供等の実施の有無</li> </ul>	
プロセス	(1)会議等の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携会議等の開催状況</li> <li>・ 専門家からの助言の有無とそれに基づく協議の有無</li> </ul> (2)データ分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の使用状況等のデータ分析の実施の有無</li> <li>・ 差額通知による切り替え状況の把握</li> </ul> (3)適切さの検討 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 差額通知対象者等の適切さの検討と見直しの有無</li> <li>・ 差額通知等での情報提供の内容などの適切さについての検討と見直しの有無</li> </ul> (4)その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品希望シール・カード等の実施の有無とその実施状況</li> <li>・ 費用対効果の検討の有無</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者等を対象にした後発医薬品に関する意識調査の実施の有無</li> </ul>	
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会、薬剤師会等を含む連携会議などの設置</li> <li>非公的を含む専門家との協議、助言等の機会の有無</li> <li>後発医薬品の使用状況、事業の評価等のデータ分析を実施できる体制</li> <li>事業実施できる予算の確保</li> </ul>	

下線は重要な指標

(参考) 保険者努力支援制度(2020年度)

(1) 後発医薬品の促進の取組(2019年度の実施状況を評価)

評価指標	配点
① 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てている場合	4点
② 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしている場合	3点
③ 被保険者に対し、後発医薬品についてのさらなる理解の促進を図るため、被保険者への差額通知等において、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載している場合	3点

(2) 後発医薬品の使用割合(2018年度の実績を評価)

割合やその向上の程度に応じて配点される。(10～80点)

### Ⅲ. データヘルス計画 個別保健事業 評価シート(案)

#### 1. 事業名

#### 2. 事業内容(現状)

背景	
目的	
具体的内容	※対象者、方法、実施者等
評価指標 目標値	

### 3. 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

#### 4. 今後の事業計画

背景	
目的	
具体的内容	※対象者、方法、実施者等
評価指標 目標値	
年度計画	

【作 成】

帝京大学大学院公衆衛生学研究科 福田 吉治、渋谷 克彦

【協 力】

小笠原 佑吏、佐藤 佳代、濱口 純、黒田 藍、野中 祐希、

野村 洋介、池田 奈緒美、岩井 裕美、渡邊 元

【問合せ】

173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1

電話 03-3964-1211 (内線 46147)