

平成30年度保険者データヘルス 全数調査 事例集

Ver.1



事業概要

- 平成27年1月から「奈良市ポイント制度」を開始。市の指定するポイント対象事業への参加や、市が指定する加盟店で買い物をすることで、ポイントを貯められる制度で、貯まったポイントは市の特産品との交換や、奈良交通バスのチャージ券、加盟店での買い物をする際の支払いなどに利用することができる。ポイントを貯めるデバイスとしてICカードを利用している。70歳以上には郵送で案内個人案内を行い交付し、7割が所持。69歳以下は「交通系のICカード」を利用することで参加が可能に。ポイント制度の導入時に市長の決断で、ICTを活用したポイント制度が導入された
- ポイント加算の対象は健康増進ポイントだけではなくボランティアポイント・長寿健康ポイント・多世帯支援ポイント・健康スポーツポイントの5種。ポイント制度の開始に伴い、平成27年4月から既存の健康教育関連事業を、運動習慣づくりや食生活改善に継続して取り組む健康プロジェクト「SmaNARA健康プロジェクト」としてリニューアル。SmaNARA健康6か月チャレンジ（個別支援）と「SmaNARA健康プロジェクト」とを関連付け、一体的な事業展開を行っている



事業の流れ

平成25年10月

高齢者の入浴補助に変わる制度として長寿福祉課がポイント制度の検討を開始

平成25年11月

市長マニフェストの施策に基づき協働推進課が検討。当初はスタンプカード等でのポイント付与を検討

平成27年

市長による記者発表で開始。同年10月プレミアム商品券と連動

平成29年

キャラクター誕生  ななぼん  ららぼん

事業のポイント

自治体全体が連携するポイント制度と連携することによる継続プログラムにおける着実な事業効果

- ・平成27年から3か年の事業成果として、70歳以上はプログラムへの参加数が1.5倍になり、6か月の継続取組の返送率が69歳以下で1.5倍、70歳以上で2.6倍となった
- ・取り組みへのモチベーション維持にポイント付与が効果をもたらしていると考えられ、生活習慣病の改善に加え、閉じこもり予防にも効果的であったと考えられる

■ 年度別返送率

| 年度 | 登録者数 | 1か月後返送数 | 返送率 | 6か月後返送数 | 返送率 |
|-----|------|---------|-------|---------|-------|
| H26 | 584人 | 227人 | 38.9% | 138人 | 23.6% |
| H27 | 807人 | 318人 | 39.4% | 241人 | 29.9% |
| H28 | 625人 | 324人 | 51.8% | 269人 | 43.0% |
| H29 | 446人 | 178人 | 39.9% | 168人 | 37.6% |

効果検証のKPI

● 事業全体

カード発行数 70歳以上 現在7割が所持
 カード利用率 アクティブ率が3割。
 加盟店数 「加盟店」を300店舗まで広げる目標

● 健康増進ポイント

「6か月チャレンジ」参加者数、返送数
 各施策の参加者数

使用ツール

● ICカード

ポイントを貯めるツールとしてICカードの所持が必要となる

● 外部委託事業者として、一般社団法人地域づくり支援機構に業務を委託

奈良市内の事業者であり、市内での事業展開のノウハウ・ネットワークに長けており、制度の立ち上げ当時から運営を担っている

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

- 奈良市協働推進課（ポイント制度の主体）
- 長寿福祉課
- 健康増進課
- スポーツ振興課
- 子ども政策課

協働推進課が主体となりポイント制度を構築・運用。ポイント対象となる事業については、それぞれの主管部署が施策を設計・運用。毎月1度会議があり、委託先と共に検討会を開催

予算額 / 経費額

ポイント制度システム運営業務委託費

平成29年度 12,572,000円 平成30年度 12,572,000円
 ※ポイント管理業務委託費用含まず

事業概要

- NTTドコモと連携し、無料で歩数計を貸し出し、歩いた歩数により商品券等に交換できる取り組み。東峰村民または在勤者であれば誰でも参加可能。
- 検討当初は少人数での検証を行おうとしていたが、現在ではICTデバイスを利用し315名（人口の10%以上）が参加する大きな取組になっている。
- **平成28年からは、「バーチャル村民」として、村外の方も参加可能とし、村内の消費活動活性化にも貢献。**週間歩数ランキングだけではモチベーションが保てないので、月間ランキングを発行し、村の庁舎に設置するようにしている。高齢者の方はこの月間ランキングをとめたのしみにしている。
- その他、**参加者のモチベーションを上げるため、歩数増加啓発イベント等を行っている。**検討当初「○○教室」というような健康イベントをやっても70・80代の方しか集まらず、夜間など時間を工夫しても特に男性は一切来ない、という状況でありデバイスを活用した取組をやってみようということになり、**福岡県のまち・ひと・しごと創生事業の予算を利用し、実施を行うこととなった。**



事業の流れ

- 平成26年時点にて、「10名程度の小規模想定にて、無料でアプリを活用して費用をかけずに実現する構想があった」
- 平成27年度にまち・ひと・しごと創生事業の予算を利用し事業実施を行うことを決定
- プロポーザルにより委託事業者をNTTドコモに決定

事業のポイント

- **参加者がマンネリ化しないように絶え間ない工夫を実施**
参加者すべてに個人の目標歩数を明示して通知して、歩数を増加させる。目標を達成できている人にはポイントの追加付与を行う。ずっと参加しているとマンネリ化してしまうので、「意欲的に歩く」ということを促進していく。歩数が増加した方にバスツアー等を企画。バスツアーでもさらに歩かせるような設計にするなど、年に2回くらいの工夫をしている
- **「バーチャル村民」制度**
バーチャル村民として村外から200名ほどの登録を受けている。29年度の終わりに募集し、災害の復興支援という形式で参加される方がいる。インセンティブとして交換できる商品券を村内利用のものにしており、「村の中で消費活動をしてもらう」という流れをつくっている



効果検証の KPI

- 利用者数をKPIとしている。毎年100人ずつ利用者を増やす設計。平成30年度は315名が参加。65歳以上が半数、65歳未満が半数であり若年層も参加している
- 特定健診の問診票における「運動習慣があるか」の項目を検証

使用ツール

- **NTTドコモのシステム**
ICTデバイスもドコモを経由して購入している
- ドコモ：システム導入、機器類の対応
東峰村：データ集計対応、ポイント付与

イベントの企画、集計、ポイント付与は村職員で行っている。歩数からの自動付与はシステムでできるが、歩数以外のイベントでの付与とポイント交付は手動

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

- 東峰村企画政策課
- 東峰村商工会
- 東峰村農協も連携

予算額 / 経費額

事業実施に必要な経費額

平成28年度 1,296万円（システム構築費がかかった）
平成29年度 1,053万円
平成30年度 450万円

事業概要

- 平成28年度から実施している取り組み。大牟田市民と市内に通勤・通学している人を対象としたポイント制度。健康マイレージカードを発行し健康行動を促進。ポイント対象事業に参加したり私のチャレンジポイントに取り組んで3ポイントためると、健康マイレージカードに交換できる
- 平成30年度より健康マイレージカード5枚と交換できる健康マイレージゴールドカード（通称「ジャー坊カード」）を発行し、継続的に健康づくりに取り組む人の意欲向上に寄与している。健康マイレージカードに交換した人は抽選会の「一般コース」、ジャー坊カードに交換した人は「ジャー坊コース」に参加することができ、賞品があたる
- 平成31年2月末現在、マイレージカードの累計発行枚数は約12,500枚（30年度のみは約5,200枚）、ジャー坊カードの累計発行枚数は約360枚。個別・集団健康診断もポイント対象事業となっており、個別の医療機関の協力を得ている。また、民間が行う健康づくり事業もポイント対象事業として登録しており、民間事業のPRにつながっている。**平成30年10月よりウォーキングアプリ「おおむた+ Walking」を運用しており、マイレージ事業と+ Walkingアプリとの連携を深める予定**

事業の流れ

- 平成26年度事業実施検討開始
- 平成28年10月事業開始。以降、継続

事業のポイント

- **参加者のモチベーションを保つ**
マイレージ参加者のモチベーションを保つために、平成30年度よりジャー坊カードを発行している。また、抽選会の賞品は毎年見直し、市内特産品に加え、健康マイレージ協力店で使用できる共通商品券や人気のあるレストランでの御食事券等、魅力あるインセンティブを設定できるように努力している
- **健康マイレージ事業協力店の拡充**
健康マイレージカードを協力店に掲示すると特典を受けることができる。協力店を拡充していくことで参加者の増加を図っている（平成31年2月末現在、50事業所57店舗）
- **ウォーキングアプリ「おおむた+ Walking」との連携**
現在ウォーキングアプリを運用しており、アプリを使って300ポイントためると健康マイレージカードをアプリ上で交換でき、アプリ上のカードでも協力店で特典を受けることができる



効果検証の KPI

- **健康マイレージカード**
発行実数（実参加者数）を KPI としている。平成29年度末の実参加者が約3,000人
- 発行対象では65歳以上の方が85%



使用ツール

- 健康マイレージ事業チラシ（ポイント対象事業一覧含む）
- 紙のスタンプシートとポイント対象事業ごとのスタンプを作成して使用（民間団体にも貸与）
- 健康マイレージカード（3ポイントで発行）
- ジャー坊カード（健康マイレージカード5枚と交換、ジャー坊カード交換申請書）
- 健康マイレージ事業協力店一覧表
- ウォーキングアプリ「おおむた+ Walking」で歩数等で300ポイントためると、健康マイレージカードを発行（アプリ上で交換・表示）

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

- 大牟田商工会議所や、大牟田全市商店連合会と一緒に実行委員会を組織している
- 市内医療機関の協力のもと、個別健診受診についてもポイント対象事業とし、民間団体の健康づくり事業もポイント対象事業としている
- 市内事業者健康マイレージ協力店として登録してもらい、さまざまな特典を提供してもらっている

予算額 / 経費額

事業実施に必要な経費額

平成28・29年度 550万円

平成30年度 500万円(各年度共、うち半額が外部事業委託費)

事業概要

- 特定健康診査の結果により、糖尿病性腎症の疑いがあるにもかかわらず、未治療の方を対象に専門知識を有する看護師や管理栄養士による受診勧奨指導および希望者への生活習慣病改善のための指導を行い重症化を予防する
- 外部委託事業者へ、自治体職員が研修を行うことで個人への指導のレベルを一定にすることや、受診対象者の抽出・検証までを市職員が一貫して行うことで、高いレベルの事業を低コストで実現している
- 平成27年度からの継続事業。平成26年度検討委員会を開催し、医師等の有識者との議論・助言により、人工透析手前の方ではなく、腎症予防が必要な未治療の方を対象としている
- 市職員による有識者との連携や、データ集計等における事業クオリティ維持・向上の結果、有意に改善効果がみられる結果を残す事業となっている

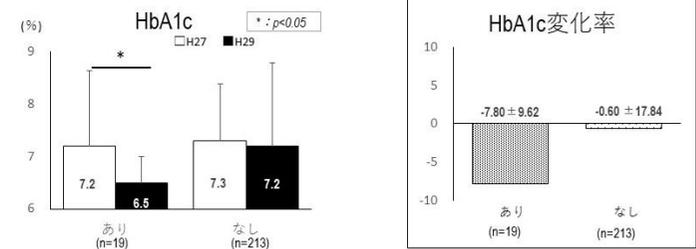
事業の流れ

平成26年度より大阪府医師会と連携。糖尿病連携推進会議とも連携。大阪市の中にある専門医と連携。5回の検討委員会を実施し、平成27年度から事業開始。継続して行っている事業だが、平成29年度より年3回事業の評価検討会議を開催し、専門医等との連携により基準改定等事業の改善を行っている

事業のポイント

市職員による丁寧な対象者抽出と事業検証による成果
 対象者の抽出は市職員で行い、委託事業実施の前に市役所から研修を実施し、大阪市でのやり方を外部委託事業者の保健師・管理栄養士に研修。糖尿病推進会議の医師に相談し、糖尿病療養指導士の資格を持っている管理栄養士からの指導も組み込んだ。平成29年度でのHbA1Cは有意に減少しているだけでなく、平成27年度からの追跡調査を行った結果、再度悪化している方はおらず、改善を維持している方がほとんどになっていた

■プログラム参加有無別の特定健診結果比較 (HbA1c)



効果検証の KPI

- 受療率
- プログラム参加率
- 行動変容評価
- 追跡調査

■行動変容ステージ定義 (大阪市国民健康保険)

| 項目 | 現状 | 目標 | 現状 | 目標 | 現状 | 目標 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 受療率 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| プログラム参加率 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 行動変容評価 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 追跡調査 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

使用ツール

- KDB
- 特定健診データ管理システム
- エクセルにて分析
- 外部委託事業者としてJMCに委託 (H30)
 事業開始時にJMC側の保健師・管理栄養士に研修を実施

組織体制 (事業実施に関わる組織・団体)

- 大阪府医師会
- 大阪府糖尿病対策推進会議
- 専門医との連携
 糖尿病学会の専門医 (大阪市)
 * 事業案内を市役所から医師に送付、アンケートをとり、許諾がとれた医師は受診勧奨の際に紹介する医師・病院として名簿化

予算額 / 経費額

事業実施に必要な経費額

平成29年度 約350万円 (外部委託事業者への経費)

事業概要

- 国及び東京都の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則り、糖尿病治療中かつ腎機能低下を来たしている患者への保健指導を実施し、人工透析の新規導入を予防し、Q O Lの維持向上と医療費の適正化に寄与する
- 本事業は「人工透析新規導入を予防すること」に重点を置いた事業展開。「5年以内の透析導入0」を目指している
- 主に糖尿病性腎症病期分類第Ⅲ3・4期又はC K D重症度分類3a,3bの方を対象としている。さらに健診結果の経年変化とレセプトで治療状況を確認し、最終的に対象者を選定している。
- 健診結果の事実に基づくプログラム参加の案内と、わかりやすいプログラムとアフターケアで、参加者自身の学習による生活習慣の改善とアドヒアランスの向上を支援している

事業の流れ

平成27年度から実施。実施から毎年事業検証を重ねている

事業のポイント

● わかりやすいプログラム設計と参加への勧奨による脱落者防止

プログラム：面接3回・電話3回・文書1回の保健指導を委託事業者の保健師・管理栄養士が実施する。初回面接は委託事業者の保健師が実施。

プログラム参加案内には対象者の腎症のステージを明示するなどにより、自分自身の腎臓の状態をイメージでき、事業の対象になった理由をできるような工夫をしている。また、プログラム実施中は区の保健師も利用者と同様顔合わせをするなど、脱落を防止している。

● ていねいなアフターケアの実施

面接の後、事業者と区保健師で、プログラム参加者の情報共有を行う。6カ月のプログラムで終わらない方もいる。様々な問題がある場合など、地域内の保健センターの保健師とも連携し、フォローを続けていく。

効果検証の KPI

- プログラム参加中は、体重減少、血圧、eGFR等を指標にしている
- 「5年以内の透析導入0」を目指し、参加者の状況を経年で追っている
- レセプト確認による合併症の発症状況、重症化状況
- 服薬アドヒアランスや、行動変容の変化
- 特定健診結果による検査値の経年変化

使用ツール

- KDBのほか、健診結果の「データ分析用のツール」を活用して、対象者の抽出を行っている。
- Accessや「データ分析用のツール」活用し、区の保健師が対象者ひとりひとりの健診結果の10年分の経年表や、腎症の重症度を見える化した資料を作成している。

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

● 医師会との連携

事業開始前には医師会の理事会に協力依頼を行い、かかりつけ医との連携を重要視してすすめている

- 外部委託事業者複数職種に医療専門職がいる場合、連携のみならず、助言を得るなど、事業の質の向上に資する取り組みを行いやすいという認識がある

予算額 / 経費額

平成27年度から腎症重症化予防を開始。外部委託事業者を活用した事業実施を行い、平成27年度はDPPヘルスパートナーズ、平成28・29年度はメディヴァ。それぞれ1年間で約500万円ほどを委託

事業概要

糖尿病性腎症重症化予防事業

本市国保加入者のレセプト情報等を活用した医療費分析を行い、生活習慣の改善により糖尿病性腎症の重症化予防が期待される方をデータ抽出し、国保加入者の糖尿病性腎症の重症化予防と重症化（人工透析への移行）を遅延させることを目的として、専門のプログラムに基づいた日常生活支援・保健指導を実施することにより、人工透析への移行防止による国保加入者の「生活機能の維持」及び人工透析移行による「高額な医療費の抑制」を図る

- 対象者…… CKD重症度分類3a期以上に該当又はe-GFRが15～60ml/分/1.73m²未満に該当し、かつ、主治医が必要と認め、支援プログラムへの参加に同意した方
- 実施方法……主治医から受け取った生活指導確認書を基に、食事・運動・内服等に関する行動目標を設定し、日常生活にどのように組み込むかを専門の知識と経験を有した看護師等と話し合いながら、6カ月間全12回（面談支援2回＋電話支援10回）の保健指導を実施

事業の流れ

●実施決定に至るまでのPDCA検証の有無

健康課題の把握、予算、人員配置、プログラム参加率・終了率、各検査値の改善率等で検証を実施

●事業実施における外部委託、実施事項における重要ポイント等

レセプトデータから傷病名だけでなく、病名ごとに医療費を集計し、事業対象者を的確に抽出することができる医療費グルーピング技術（特許取得済）の導入効果がある

事業のポイント

●健康課題の抽出、PDCAサイクルの設計

主治医の十分な理解・連携が必要な事業であることから、プログラム参加者募集開始前に、参加条件に該当する方が多い市内医療機関を訪問し、本市事業に対する対象者の参加を促してもらえるよう直接協力を依頼し、プログラム参加者数の増加を図っていく

●事業実施における工夫

プログラム事業の参加条件に該当する方が多い市内の医療機関を直接訪問し、事業に対する理解・協力を得ながら、主治医からの紹介などによりプログラムへの参加による定員充足率を高めている

●現時点の効果・改善状況、未来への見込み

人工透析移行へのハイリスク者を対象とした事業であったが、プログラム途中で透析移行がなく参加者全員がプログラムを終了した。主治医への事前説明により、本市プログラムへの一定の理解及び連携を図ることができた

効果検証のKPI

●事業効果測定における指標

H30（糖尿病性腎症重症化予防）／H29
選定基準対象者……176人／164人
プログラム定員……10人／10人
プログラム開始者……7人／8人
プログラム終了者（見込み）7人／8人
プログラム終了率（見込み）100％／100％

使用ツール

- 特定健診等データ管理システム（健診データ）
- 電子帳票システム（レセプトデータ）
- 外部委託事業者による分析、ソリューション（株式会社データホライゾン、医療費分解技術（特許第4312757号）、傷病管理システム（特許第5203481号））を使用し対象者を抽出）

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

●実施主体

岩出市生活福祉部保険年金課

●関係部署との連携

那賀医師会
医療機関
和歌山県国民健康保険団体連合会

予算額 / 経費額

事業実施に必要な経費額

岩出市国民健康保険保健事業支援業務委託料
H30予算額／H30実績額（見込み）
5,586,000円／5,585,760円

事業概要

- レセプト解析と合わせた委託事業によって「対象者データの抽出」にこだわりをもった事業実施を行っている
- 平成25年からジェネリックの差額を通知し医療費を適正化していこうという流れがあり、大阪府内の平均に追いつくためにも工夫を行おうと考えていた
- 当初差額500円で開始したが、切替率があがるに従い、対象者が徐々に減ったため、現在は差額300円で実施している。また、通知に関する苦情はほとんどない

事業の流れ

- 平成24年度より対象数の精査、近隣保険者の実施状況把握等を行い、地区医師会、薬剤師会と協議。25年度より実施。
- 年3回の通知時期と効果判定時期が重なるように事業計画
- 委託先にてリスト化された差額通知内容を確認し、発送。通知に関するコールセンターも同時委託
- 通知後レセプトにて効果判定

事業のポイント

- 実施効果を把握し、PDCAサイクルをまわすことで、通知回数・タイミング等を検証**
1回約1,000通で年間3回 年間3,000通を通知。平成30年度は2カ月連続（7・8月）での通知を行って見たところ、9月の切り替え率が高かった。住民にインパクトがあったのではないかと推察している
- 「服薬適正化」の意識を加える**
・本事業を行うことで、処方状況の分析を行い、同一薬効の薬を複数医療機関で処方されている方を可視化できたことから、重複服薬による健康被害を予防するため、本事業と同時に服薬適正化事業を開始した。
・地区医師会、薬剤師会と連携して対象者選定を行い、現在の送付数は年間30～50通と少なくなっている。対象者の減少は、経年実施の効果と考えている

効果検証の KPI

- 後発医薬品普及率及び薬剤費削減状況
- 通知する対象者の減少率

使用ツール

外部委託事業者として（株）データホライズンに委託

レセプトデータの解析により、通知対象薬剤を細やかに設定。
例：先発医薬品と剤形や規格単位が一致するものに限る。
短期処方薬及び注射薬は除外すること

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

- 保険者としての目的のひとつに「医療費適正化」があるが、差額通知により、必要な医療に対する誤解や治療に向き合っている医師・薬剤師等医療者と患者さんの関係をこわすことのないよう、医師会、薬剤師会との相談・連携し事業を進めている
- 服薬適正化事業においては、必要時高齢者福祉及び障害者福祉担当部署とも連携し、個別フォローを実施

予算額 / 経費額

事業実施に必要な経費額

- 解析（レセプト1枚で11円）33,000枚（紙レセ）
- 通知（1通200円＊予算4,500通（実績払）・コールセンター含む
- 報告書を作成60万円 上記の総額が年間経費額となる

事業概要

- ジェネリック医薬品（後発医薬品）数量ベースの普及率向上を目的として、レセプトデータからジェネリック医薬品（後発医薬品）へ切り替えることで、お薬代が軽減される被保険者に対して差額通知を送付し、ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切り替えを促す。
- ジェネリック医薬品に切り替えた際の差額を「ユニバーサルデザイン」を意識し、わかりやすく通知するための事業を実施
- 平成29年度は1-5月診療分に基づいて削減効果が高い対象者へ通知し、平成30年度からは複数の月の診療レセプトを確認し、トータルでの削減効果が高い方を対象とした。
- 効果額は平成28年度 200円以上、平成29年度は100円以上とした。

事業の流れ

従来は白黒の通知を行っていたが、通知の対象者が高齢者という点を考慮し、平成28年度から外部委託事業者を一般入札で募集するとともに、仕様書にカラー刷りで見やすさを重視する項目を入れた。

事業のポイント

- レセプト分析を別途で委託し、そのデータを利用して通知を行っている。
- ジェネリック医薬品に切り替えることで、どのぐらい負担が軽減できるのかや、対象となる薬の品名を通知しているため、「わかりやすい」、「見やすい」という声をいただいている。
- 診療レセプトを基に対象者を分析し通知を作成しているが、診療月から発送までに時間がかかるため、期間の短縮が課題となる。



効果検証の KPI

- 切り替え率15.1%（平成29年度実績）
※通知送付対象者のうち、通知翌月のレセプトを確認（例年15～20%で推移）

使用ツール

- 対象者の分析、通知の作成、封入・封緘を外部に委託し、事業を行っている。

組織体制（事業実施に関わる組織・団体）

- 広報・告知に使用するリーフレット、お薬手帳の普及については茨城県薬剤師会と調整しながら、事業を実施している。また、年度ごとに事業の実施状況を会議の場で茨城県医師会等へ報告し、意見等をいただいている。
- 後期高齢者医療保険に加入して初めて医療費通知書が送付される被保険者に、ジェネリック医薬品希望シールを同封し、普及率向上を図っている。

予算額 / 経費額

- 委託業者：平成29年度・30年度はニチイ学館に委託
- 経費：1通あたり141.48円（平成29年度）
※分析、通知作成、封入、封緘こみ