

2. データヘルス計画

(1) 計画の基本的事項

① 計画の背景

「日本再興戦略」(平成 25 年 6 月 14 日閣議決定)において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」とされました。

レセプト等のデータの分析のため、国保データベース(KDB)システム(以下「KDB」という。)等が整備されました。これにより、市町村国保が被保険者・被扶養者(以下「被保険者等」という。)の健康課題を分析したり、保健事業の評価等を行ったりするための基盤が整いました。

五霞町においては、平成 24 年度に第 2 期特定健康診査等実施計画、平成 27 年度にデータヘルス計画を策定し、健康・医療情報を活用しながら PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ってきたところです。本年度は、当該データヘルス計画の最終年度にあたるため、今までの保健事業等を評価し、必要な見直しを行うものです。

② 計画の位置づけ

データヘルス計画は、特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用し、PDCA サイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画です。

本計画は、健康日本 2 1 (第二次)に示された基本方針を踏まえるとともに、第 5 次五霞町総合計画、五霞町健康増進計画等との整合性を図っています。

③ 計画の期間

計画期間については、「特定健診等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」となっていることから、平成 30 年度から平成 35 年度までとします。

(2) これまでの取り組みと評価

①評価の考え方

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

②高血圧

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
収縮期血圧 平均値	125.28 mmHg	125 mmHg	126.27 mmHg	C
Ⅲ度高血圧 の未治療者	2 人	0 人	2 人	C

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 29 年)	評価
高血圧教室	0 回	1 回	1 回	A
個別通知数	0 通	対象者全数	47 通 (対象者全数)	A
参加者数	0 人	20 人	9 人	B
受療勧奨者数	0 人	対象者全数	9 人 (対象者全数)	A
Ⅲ度高血圧	0 人		1 人	B
受療した人数	0 人	対象者全数	2 人	B
Ⅲ度高血圧	0 人	対象者全数	0 人	B

当初計画（平成 27 年）の実施において、平成 29 年度に高血圧対策を重点事業として実施しました。

Ⅱ度高血圧以上の高血圧未治療者 9 名に対し、受療勧奨を行いました。受療された方は 2 名でした。受療しない理由として、「健診会場では血圧が上がってしまう」「自宅で測ると高くない」と答える方もいました。Ⅲ度高血圧 1 名については、勧奨後の受療の有無を確認し、未受診の場合には、さらに受診を勧めていきます。

③糖尿病

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
HbA1c6.5 以上または治療中の者	67 人	67 人	74 人	C
HbA1c8.0 以上の未治療者	5 人	0 人	5 人	C

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
糖尿病教室	0 回	1 回	1 回	A
個別通知数	0 通	対象者全数	167 通 (対象者全数)	A
参加者数	0 人	40 人	12 人	B
受療勧奨者数	0 人	対象者全数	17 人 (対象者全数)	A
8.0 以上	0 人		3 人	
受療した人数	0 人	対象者全数	16 人	B
8.0 以上	0 人	対象者全数	2 人	

平成 28 年度は糖尿病対策を重点的に実施し、HbA1c 6.5 以上の糖尿病治療中を除いた人を対象に受療勧奨を行いました。受療勧奨は対象者全員に行いましたが、HbA1c8.0 以上で受療の確認ができなかった方が 1 名おり、目標値には至りませんでした。しかし、HbA1c8.0 以上 3 名中、2 名は受療勧奨により受療し、平成 29 年度健診結果を確認すると、HbA1c は 6.5 以下に改善し、その他、体重・腹囲共に減少しました。

④ジェネリック医薬品

麻原 謙

アウトカム	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
利用率	54.04%	70.00%	70.11%	A

アウトプット	当初 (平成 26 年)	目標 (平成 29 年)	直近 (平成 28 年)	評価
差額通知を出した通数	0 通	200 通	200 通	A

平成 27 年度からジェネリック差額通知を発送するようになったため、利用率は飛躍的に伸び、平成 29 年 10 月現在では 73.21%、県内 4 位になりました。

順位	利用率	差額通知通数	評価
1	73.21%	200	A
2	70.11%	200	A
3	68.50%	150	B
4	65.00%	100	C
5	60.00%	50	D
6	55.00%	20	E

(3) 重点課題

本計画の目的は、住民の健康格差を縮小することにあります。住民が生き生きと健康に暮らし続けるためにも、病気の予防・早期発見が重要です。

特定健診有所見率においても血糖＋血圧が高く、1件当たり入院費用額においても高血圧と糖尿病が高いことから、今後も高血圧や糖尿病に関連する疾患の入院医療費が増えることが予測されます。高血圧・糖尿病予防の啓発事業を実施し、高血圧・高血糖の有所見者の参加を促すことで、生活習慣の見直しや医療機関受診の必要性を含め、高血圧・高血糖の状態の改善を図ります。

長期的には、特定健診の結果において、受診者の収縮期血圧の平均値について126.27 mm Hgであるものを126 mm Hgに下げること、HbA1c*の有所見者(HbA1c6.5以上または治療中)を増やさないこと、また、Ⅲ度高血圧*の未治療者、HbA1c8.0以上の未治療者を減らすことを目標とします。

(4) 対策の方針

本計画の目標を達成するため次のことに取り組みます。

①ポピュレーション・アプローチ*として

町の健康福祉祭りやふれあい祭りにおいて、高血圧・糖尿病予防をテーマとしたコーナーを設け、啓発を行います。

また、「生活習慣病予防教室」において、高血圧・糖尿病をテーマとし1年ごとに開催していますが、今後も、引き続き実施します。データヘルス計画により明らかになった、高血圧＋高血糖の有所見率が高く、1件あたり入院費用額においても高血圧、糖尿病が高いという町の健康課題を住民に知らせると共に、広報紙やホームページ、健診会場等において生活習慣病予防教室の参加者を募ります。

②ハイリスク・アプローチ*として

1) 高血圧対策

生活習慣病予防教室の周知において、特定健診受診者のうち、Ⅰ度高血圧*以

上であり、高血圧治療中を除いた人を対象に個別通知をします。

また、Ⅱ度高血圧*以上の高血圧治療中を除いた人を対象に、医療機関受診の有無を把握し、訪問や面接、電話等により生活習慣等を確認し、医療機関受診を勧めます。また、高血圧治療ガイドライン*によると、「診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する」とあるように、家庭血圧も重要です。家庭血圧の正しい測定の仕方、診断基準等についても説明し、家庭血圧の診断基準を超える場合には受診を勧めます。

Ⅲ度高血圧に対しては、医療機関受診が確認できない場合、治療の必要性を説明し、さらに受診を勧めます。

2) 糖尿病対策

生活習慣病予防教室の周知において、特定健診受診者のうち、HbA1c5.6以上であり、糖尿病治療中を除いた人を対象に個別通知をします。

また、HbA1c6.5以上の糖尿病治療中を除いた人を対象に、医療機関受診の有無を把握し、訪問や面接、電話等により生活習慣等を確認し、医療機関受診を勧めます。

HbA1c8.0以上に対しては、受診が確認できない場合、治療の必要性を説明し、さらに受診を勧めます。

* HbA1c

赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1~2か月間の平均血糖値を表す。本計画におけるHbA1cについてはNGSP値(国際評価値)で示している。

* ポピュレーション・アプローチ

対象を一部に限定しないで集団全体へ働きかけをして病気を予防する考え方

* ハイリスク・アプローチ

健康障害を引き起こす危険因子を持つ集団のうち、危険度がより高い者に対して、その危険度を下げるよう働きかけをして病気を予防する考え方

* I度高血圧

収縮期血圧が140~159mmHgまたは、拡張期血圧が90~99mmHgであること。

* II度高血圧

収縮期血圧が160~179mmHgまたは、拡張期血圧が100~109mmHgであること。

* III度高血圧

収縮期血圧が180mmHg以上または、拡張期血圧が110mmHg以上であること。

* 高血圧ガイドライン(日本高血圧学会)

2014年改訂。上腕カフ・オシロメトリック装置を用い、1機会原則2回測定し、その平均をその機会の血圧値として用いる。測定環境・条件を整え、朝・晩それぞれの平均値が $\geq 135/85$ mmHgを高血圧とする。