

第2期五霞町データヘルス計画

(平成30年度～令和5年度)の中間評価について

五霞町

令和3年2月

目 次

データヘルス計画について

1	データヘルス計画の基本的事項	1
	(1) 計画の背景	1
	(2) 計画の位置づけ	1
	(3) 計画の期間	1
2	これまでの取り組みと中間評価について	2
3	中間の実績・評価及び目標値の修正について	3
	(1) 高血圧	3
	(2) 糖尿病	7
	(3) ジェネリック医薬品	12
4	事業運営上の留意事項	14
5	今後について	14

データヘルス計画について

1 データヘルス計画の基本的事項

(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「第 1 期五霞町データヘルス計画」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ました。

平成 29 年度に第 2 期特定健康診査等実施計画の最終年となったことから、今までの保健事業等を評価し必要な見直しを行い、平成 30 年度から平成 35 年度(令和 5 年度)の「五霞町国民健康保険保健事業総合計画」を策定しました。

(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 21(第二次)に示された基本方針を踏まえるとともに、「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」となっており、6 カ年(平成 30 年度から令和 5 年度まで)の計画です。

2 これまでの取り組みと中間評価について

この中間評価は、平成30年度に策定した第2期五霞町データヘルス計画の重点課題について、中間年である令和2年度に直近3年間の実績を把握・評価を行い令和5年度までの目標値の修正を行うものです。

なお、評価の考え方については、第2期データヘルス計画策定時の評価の考え方と同様に行います。

○評価の考え方

- ・アウトカム指標（検査値の改善等）の評価について

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価は、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）の評価について

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価は、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。

3 中間の実績・評価及び目標値の修正について

(1) 高血圧

○アウトカムについて

【計画策定当初】

アウトカム	直近 (平成 28 年)	目標 (平成 35 年)	備考
収縮期血圧の 平均値	126.27 mmHg	126 mmHg	
Ⅲ度高血圧の 未治療者	2 人	0 人	

【過去の実績及び目標の修正】 ※高血圧教室と糖尿病教室は隔年で開催

アウトカム	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	評価	目標 (令和 5 年)
収縮期血圧 の平均値	124.18 mmHg	123.95 mmHg	126.41 mmHg	B	126mmHg
Ⅲ度高血圧 の未治療者	0 人	0 人	2 人	B	0 人

・収縮期血圧平均値について

収縮期血圧平均値については、平成 29 年は 124.18 mmHg ですが平成 30 年には 123.95 mmHg と下がりました。令和元年は 126.41 mmHg と上昇したため、評価は B (目標には届かなかったが改善が見られる) としました。

令和 5 年度の目標値である収縮期血圧平均値 は 126mmHg のままとします。

・Ⅲ度高血圧の未治療者について

Ⅲ度高血圧の未治療者については、平成 29 年は 0 人、平成 30 年は 0 人でしたが、令和元年度に 2 名増えたため、評価は B (目標には届かなかったが改善が見られる) としました。

令和 5 年度の目標値であるⅢ度高血圧の未治療者は 0 人のままとします。

○アウトプットについて

【計画策定当初】

アウトプット	直近 (平成 29 年)	目 標 (平成 35 年)	備 考
高血圧教室	1 回	1 回	
通知を出した通数	47 通 (対象者全数)	対象者全数	
参加者数	9 人	20 人	
受療勧奨者数	9 人 (対象者全数)	対象者全数	
Ⅲ度高血圧	1 人		
受療した人数	2 人	対象者全数	
Ⅲ度高血圧	0 人	対象者全数	

【過去の実績及び目標の修正】 ※高血圧教室と糖尿病教室は隔年で開催

アウトプット	令和元年	評 価	目 標 (令和 5 年)
高血圧教室	1 回	A	1 回
通知を出した通数	48 通 (対象者全数)	A	対象者全数
参加者数	18 人	B	25 人
受療勧奨者数	対象者全数に対して令和元年度から実施の「生活習慣病重症化予防事業」で対応しました。	A	対象者全数に対して「生活習慣病重症化予防事業」で対応します。
Ⅲ度高血圧			
受療した人数			
Ⅲ度高血圧			

- ・高血圧教室について

当町において一番人が集まる「五霞ふれあい祭り」に同時開催として、高血圧教室（奇数年）と糖尿病教室（偶数年）を隔年開催しています。

令和元年度に対する評価は A（実施目標を達成している）とし、令和 5 年度の目標の教室の開催回数は 1 回のままとします。

なお、令和 2 年度は新型コロナウイルスのため「五霞ふれあい祭り」が開催されず、令和 3 年度の「五霞ふれあい祭り」も開催できるか不透明な状況です。

令和 3 年度及び令和 5 年度に高血圧教室を開催する場合は、ソーシャルディスタンスを守りつつ、より多くの該当者に参加してもらえるよう周知や声かけに努めます。

- ・通知を出した通数について

令和元年度は対象者全数である 48 人に通知を送付しました。

評価は A（実施目標を達成している）とし、令和 5 年度の目標値は対象者全数のままとします。

- ・参加者数について

令和元年度は 18 人の参加者のため、評価は B（実施目標には届かなかったが実施した）とします。

理由としては、住民に健康教室の認識が図られたともあり、令和元年の教室参加者は平成 29 年の 9 名から 18 名と倍増したものの、目標値の 20 名に達しなかったためです。

令和 5 年度の教室参加者の目標値は、5 人増の 25 人とします。

- ・受療勧奨者数等について

計画策定当時は、健康福祉課健康支援室の保健師が受診勧奨等を実施していましたが、令和元年度から実施を始めた「生活習慣病重症化予防事業」（業者委託）において、全対象者に受診勧奨をして対応しています。

この「生活習慣病重症化予防事業」は、特定健康診査の結果から、空腹時血糖値 126mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上、最高血圧 140mmHg 以上、最低血圧 90mmHg 以上、中性脂肪 300mg/dl 以上、HDL コレステロール 34mg/dl 未満、LDL コレステロール 140mg/dl 以上の住民（予定）（以下「対象者」という。）を抽出します。

診療報酬明細書から医療機関の受診状況を確認した上で、未受診者及び治療中断者に対して医療機関への受診勧奨通知を送付しました。

令和元年度は6月（31名）と12月（39名）に2回、実施しました。

なお、受診勧奨実施者や実施方法に変更が生じましたが、対象者全数に対応していることもあり、評価はA（実施目標を達成している）とします。

目標は、対象者全数とするものの「生活習慣病重症化予防事業」（業者委託）を継続して行い、より細やかな受診勧奨を実施することにより、該当者の数値の改善が図られるようにしていきます。

(2) 糖尿病

○アウトカムについて

【計画策定当初】

アウトカム	直近 (平成 28 年)	目 標 (平成 35 年)	備 考
HbA1c6.5%以上 または治療中の者	74 人	74 人	
HbA1c8.0%以上 の未治療者	5 人	0 人	

【過去 3 カ年の実績及び目標の修正】

アウトカム	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	評 価	目 標 (令和 5 年)
HbA1c6.5%以上 または治療中の者	354 人	405 人	434 人	—	400 人
HbA1c8.0%以上 の未治療者	0 人	1 人	1 人	B	0 人

・ HbA1c6.5%以上または治療中の者について

数値の算出方法に変更が生じたため、人数が大幅に上昇したことから数値の幅が大きいため評価なしとしました。

平成 29 年から令和元年度の数値の推移を見ると、対象者は増加しているため令和 5 年度の目標値を 74 人から 400 人にしました。

・ HbA1c8.0%以上の未治療者について

平成 29 年は 0 人だったものの、平成 30 年度、令和元年度とも 1 人でした。

平成 28 年の 5 人と比較すると大幅に人数が減少していることから、評価は B（目標には届かなかったが改善が見られる）とします。

令和 5 年度の目標については、計画当初の数値を達成していない年があることから、0 人のままとします。

○アウトプットについて

【計画策定当初】

アウトプット	直近 (平成28年)	目標 (平成35年)	備考
糖尿病教室	1回	1回	*糖尿病教室は平成34年度実施予定です。
通知を出した通数	167通	対象者全数	
参加者数	12人	40人	
受療勧奨者数	17人 (対象者全数)	対象者全数	
HbA1c 8.0%以上	3人		
受療した人数	16人	対象者全数	
HbA1c 8.0%以上	2人	対象者全数	

【過去の実績及び目標の修正】 ※高血圧教室と糖尿病教室は隔年で開催

アウトプット	平成 30 年	令和 2 年	評 価	目 標 (令和 5 年)
糖尿病教室	1 回	0 回 (実施せず)	A	*糖尿病教室は平成 34 年度に実施予定でしたが、令和 4 年度実施予定とします。
通知を出した通数	355 通 (対象者数)	0 通	A	対象者全数
参加者数	29 人	0 人	B	40 人
受療勧奨者数 HbA1c 8.0%以上	「糖尿病性腎症重症化予防事業」実施を検討していたため実施しませんでした。	対象者全数に対して「糖尿病性腎症重症化予防事業」の実施で対応します。	A	対象者全数に対して「糖尿病性腎症重症化予防事業」の実施で対応します。
受療した人数 HbA1c 8.0%以上				

・糖尿病教室について

当町において一番人が集まる「五霞ふれあい祭り」に同時開催として高血圧教室（奇数年）と糖尿病教室（偶数年）を隔年開催しています。

平成 30 年度に対する評価は A（実施目標を達成している）とし、令和 4 年度の教室の開催回数は 1 回のままとします。

なお、令和 2 年度は新型コロナウイルスのため「五霞ふれあい祭り」が開催されず、令和 4 年の「五霞ふれあい祭り」も開催できるか不透明な状況です。

令和 4 年度に糖尿病教室を開催する場合は、ソーシャルディスタンスを守りつつ、より多くの該当者に参加してもらえよう周知や声かけに努めます。

・通知を出した通数について

平成 30 年度は対象者全数である 355 人に通知を送付しました。評価は A（実施目標を達成している）とし、令和 5 年度の目標値は対象者全数のままとします。

・参加者数について

平成 30 年度は 29 人の参加者のため、評価は B（実施目標には届かなかったが実施した）とします。

理由としては、住民に健康教室の認識が図られたともあり、平成 30 年の教室参加者は平成 28 年の 12 名から 29 名と大幅増加したものの、目標値の 40 名に達しなかったためです。

令和 5 年度の目標値は、当初と同じく 40 人とします。

・受療勧奨者数等について

計画策定当時は、健康福祉課健康支援室の保健師が受診勧奨等を実施していましたが、令和元年度に実施を検討し、令和 2 年度から実施を始めた「糖尿病性腎症重症化予防事業」（業者委託）において全対象者に受診勧奨をし、対応しています。委託業者から実施した事業評価を受けることとなっていますが、町としてもこの事業評価の内容・状況を受け、評価を行っていききたいと思います。

※令和元年度は実施開始が不透明であったため、保健師の受診勧奨等は実施しませんでした。

この「糖尿病性腎症重症化予防事業」は、五霞町国民健康保険の被保険者のうち、前年度の特健康診査の結果及び診療報酬明細書から、次の①から③までの条件を満たし、「糖尿病性腎症の病期が第 2 期以上相当」として抽出された者のうち、「参加同意書」及び「糖尿病性腎症保健指導指示書」の提出があった者を対象とします。

① 特定健康診査の結果、空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c(NGSP 値))

6.5 %以上を満たす者のうち、次のいずれかに該当する者

- ・尿蛋白（±）以上
- ・血清クレアチニン検査を行った場合、eGFR60ml/分/ 1.73 未満

- ② 診療報酬明細書の内容において、最近 1 年間に糖尿病受療歴がある者
なお、次のいずれかに該当する者は除く。
- ・ 1 型糖尿病の者
 - ・ がん等で終末期にある者
 - ・ 認知機能障害がある者
 - ・ 糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者
- ③ その他、次の条件に該当する者は除く。
- ・ すでに透析療法を開始している者又は透析療法を開始することが予定されている者
 - ・ 糖尿病性腎症第 4 期で、保健指導により病状の維持または改善が見込めない者
 - ・ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

※令和 2 年度は該当者 79 名であり、面接等、3 名に実施しています。

なお、受診勧奨実施者や実施方法に変更が生じましたが、対象者全数に対応していることもあり、評価は A（実施目標を達成している）とします。

令和 5 年度の目標は、対象者全数とするものの、「糖尿病性腎症重症化予防事業」（業者委託）を継続して行い、該当者へ細やかな受診勧奨を実施し、多くの該当者が事業の参加を希望して、数値の改善が図られるようにしていきます。

(3) ジェネリック医薬品

○アウトカムについて

【計画策定当初】

アウトカム	直近 (平成 28 年)	目標 (平成 35 年)	備考
利用率	70.11%	80%	

【過去 3 カ年の実績及び目標の修正】 ※各年の 10 月実績数

アウトカム	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	評価	目標 (令和 5 年)
利用率	73.21%	77.50%	80.60%	A	88%

・利用率について

保険証切り替え時にジェネリック医薬品利用シールを同封していることや差額通知の発送（「ジェネリック医薬品差額通知」）等により被保険者のジェネリック医薬品の利用意識が向上しているため利用率は順調に上昇しているため、評価は A（目標を達成している）とします。

目標については、令和元年に 80.60%と目標値を超え、直近の令和 2 年 4 月現在の利用率が 84.74%であることから、令和 5 年の目標を 88%と上方修正をします。

より一層のジェネリック医薬品の利用率の向上を目指し、今後もジェネリック医薬品利用の普及推進に努めます。

○アウトプットについて

【計画策定当初】

アウトプット	直 近 (平成 28 年)	目 標 (平成 35 年)	備 考
差額通知を出した通数	200 通	200 通	

【過去 3 カ年の実績及び目標の修正】 ※各年の 10 月実績数

アウトプット	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	評 価	目 標 (令和 5 年)
差額通知を出した通数	200 通	200 通	400 通	A	400 通

・差額通知を出した通数

診療報酬支払明細書（レセプト）から差額効果のある被保険者の抽出を行い、ジェネリック医薬品の利用促進を図るため、平成 30 年度まで 7 月と 11 月の年 2 回に 100 名ずつ（計 200 名）発送していた差額通知を、令和元年度から年 2 回 200 名ずつ発送しています。

そのため、評価は A（実施目標を達成している）とします。

なお、この差額通知には、ジェネリック医薬品の品質や使用促進の意義について説明をし、健康保険証に貼ることの出来るジェネリック医薬品利用希望シールを同封しています。

今後も、差額効果のある被保険者に年間 400 通の差額通知の発送を継続していくことから、令和 5 年度の目標を 200 通から 400 通に上方修正します。

また、令和 3 年度以降は差額通知を年齢別に送付することを検討し、実施していきたいと思えます。

4 事業運営上の留意事項

五霞町では、国保部門に保健師がおらず特定健診事業開始時から健康づくり部門の保健師・管理栄養士と連携して保健事業を実施してきました。

今後も引き続きデータヘルス計画の実践と事業評価を通じて、連携を強化するとともに関係機関・部署とも情報を共有し問題解決に取り組んでいきます。

5 今後について

平成 30 年度から平成 35 年度（令和 5 年度）の五霞町国民健康保険保健事業総合計画及び第 2 期五霞町データヘルス計画も残り 3 年弱となりました。

計画策定時と比べると、平成 30 年度に「歯周病予防検診事業」、令和元年度に「生活習慣病重症化予防事業」及び「受診行動適正化事業」、令和 2 年度には「糖尿病性腎症重症化予防事業」を開始し、予防に重点を置いた五霞町国民健康保険の保健事業の拡大に取り組んでいます。

こういった新規事業の中で、「受診行動適正化事業」については、実施後の改善状況を確認し、評価していきたいと思えます。

また、高血圧・糖尿病のアウトプットにおいて、計画当初は目標値に健康福祉課健康支援室の保健師による受療勧奨等を設定していましたが、高血圧は「生活習慣病重症化予防事業」、糖尿病は「糖尿病性腎症重症化予防事業」を活用することにより、より専門的・具体的な支援ができるようになりました。

そのような中、令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響により、被保険者の受診控えや特定健診（主に集団健診）の実施方法が変更となったため受診者は減少の見込みです。

令和 2 年度は糖尿病教室を開催する予定でしたが、五霞ふれあい祭り開催時に開催していたため、五霞ふれあい祭り自体が中止となったため糖尿病教室を開催することができませんでした。来年度以降も新型コロナウイルスの余波で、保健事業の実施に支障きたす恐れがあります。

新型コロナウイルスを含めた環境の変化に適宜対応し、国民健康保険の被保険者の健康を保つため、より一層保健事業を推進していきたいと思えます。

【参 考】

○歯周病予防検診事業実績 **【平成 30 年度から実施】**

- ・平成 30 年度：事業対象年齢 50 歳～69 歳
受診者 126 名（対象者 1,029 名・受診率 12.24%）
- ・令和元年度：事業対象年齢 54 歳～74 歳
受診者 157 名（対象者 1,379 名・受診率 11.39%）

※令和 2 年度は 1 月末まで

○生活習慣病重症化予防事業実績 **【令和元年度から実施】**

- ・令和元年度通知発送対象者
第 1 回（6 月）31 名、第 2 回（12 月）39 名
- ・令和 2 年度通知発送対象者
第 1 回（6 月）44 名、第 2 回（12 月）48 名

○受診行動適正化事業実績 **【令和元年度から実施】**

- ・令和元年度通知発送対象者
第 1 回（5 月）30 名、第 2 回（9 月）25 名
- ・令和 2 年度通知発送対象者
第 1 回（5 月）16 名、第 2 回（9 月）13 名

○重複・頻回受診者に対する訪問 **【令和元年度から実施】**

※茨城県国民健康保険団体連合会の支援事業により実施

- ・実施日 2 日（令和 2 年 1 月 22 日、1 月 31 日）
- ・訪問者 町職員 1 名
国保連合会派遣の在宅保健師 各日 1 名
- ・訪問指導件数 8 件（実績 7 件、不在 1 件）