

第3期芦屋町データヘルス計画・第4期芦屋町特定健康診査等実施計画

1. 計画の目的

データヘルス計画とは保健事業の実施計画であり、健康・医療情報を活用して 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るための計画です。

また、特定健康診査等実施計画とは、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下、「実施基準」という。）に基づき、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、効果的かつ効率的に特定健診・特定保健指導を実施するための計画です。

これらの計画に基づき、特定健診の実施や生活習慣病発症予防及び、重症化予防に取り組むことで、国民健康保険加入者の健康保持増進、医療費適正化を図ることを目指します。また、両計画の内容は相互に連携して策定することが望ましいことから、一体的に策定し、運用します。

2. 計画期間

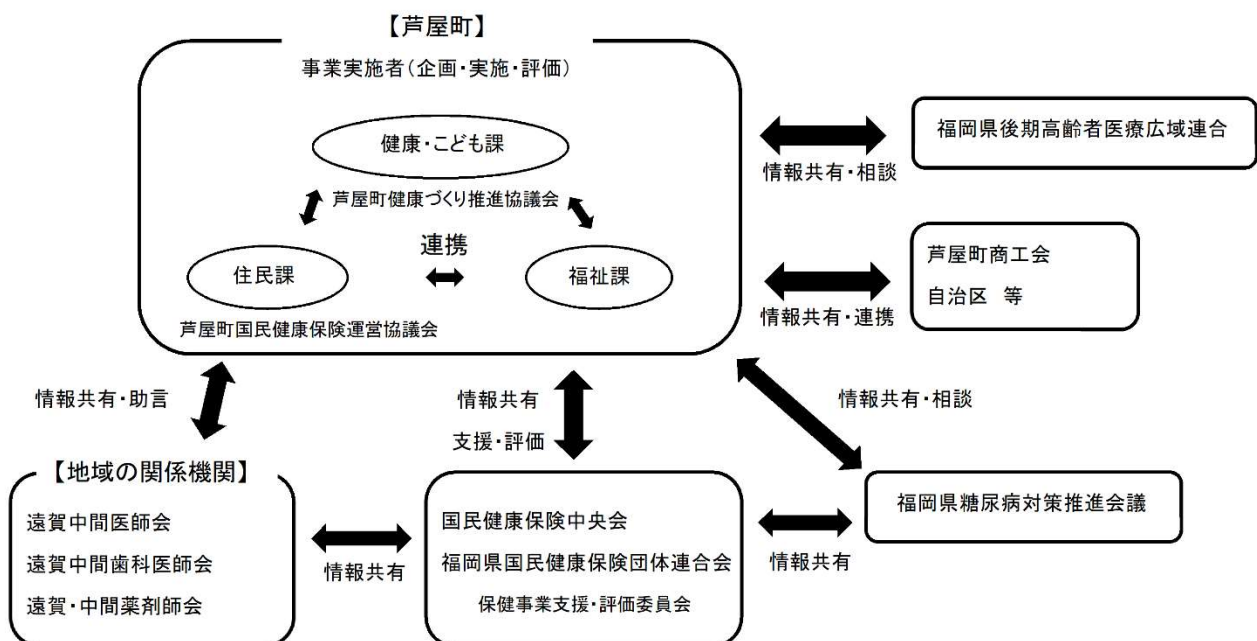
令和6年度から令和11年度の6年間

3. 実施体制・関係者連携

計画の策定及び保健事業の運営については健康・こども課が主体となり関係部局と協議、連携した上で進めます。

また、地域の関係機関とも連携を図ります。

【図1】実施・連携体制（計画P4）



4. 第2期計画等の評価・課題

(1) 評価

- ・平成30年度から令和5年度を計画期間とした第2期計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施しました。
- ・脳血管疾患や虚血性心疾患、新規透析導入患者数は減少傾向にありますが、これらの疾患の原因となる高血圧や脂質異常症などのコントロール不良者は増加傾向にあり、今後増加する恐れがあります。
- ・特定健診受診率は国の目標である60%に届いていません。
- ・生活習慣病の発症予防のために実施している健康教育への参加者が減少傾向にあります。
- ・医療機関受診率は、目標値に届いていませんが、医療機関との連携により改善が図られました。
- ・医療費適正化のためのレセプト点検や後発医薬品の使用割合などは、上昇し効果が出ています。

【図2】全体目標の評価（計画P7）

目標		実績値							評価
指標	目標値 (令和5年度)	ベースライン (平成28年度)	平成 29年度	平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	
1. 特定健診受診率	60%以上	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%	31.4%	37.4%	37.1%	a
2. 特定保健指導実施率	66%以上	60.2%	62.3%	51.9%	63.4%	69.4%	58.4%	70.7%	A
3. 高血圧の者の割合 (Ⅱ度以上)	3%以下	6.3%	7.4%	5.1%	3.9%	3.9%	5.7%	6.3%	C
4. 血糖コントロール不良者の割合 (HbA1c7.0%以上)	5%以下	8.8%	10.2%	10.0%	9.8%	9.1%	9.0%	7.5%	a
5. 脂質異常症の者の割合 (LDLコレステロール160mg/dℓ以上)	9%以下	10.6%	10.2%	10.9%	13.3%	12.7%	13.3%	12.9%	C
6. 一人当たりの医療費(円)	減少	27,497	27,662	27,786	29,079	27,825	30,584	30,740	C
7. 一人当たりの入院費(円)	減少	12,166	11,867	12,503	12,562	12,299	14,222	13,157	C
8. 脳血管疾患の新規発症者の割合	減少	3.2%	2.6%	2.7%	2.2%	2.3%	1.8%	2.2%	A
9. 虚血性心疾患の新規発症者の割合	減少	1.3%	1.0%	1.3%	1.1%	1.2%	1.1%	1.3%	B
10. 新規透析導入患者数	減少	2人	3人	4人	2人	2人	2人	2人	B
11. レセプト点検効果率	0.3%以上	0.11%	0.12%	0.25%	0.25%	0.25%	0.59%	0.18%	A
12. 後発医薬品の普及率向上	78.%以上	65.6%	71.2%	80.7%	80.9%	84.5%	82.5%	83.7%	A

【評価】

A：目標達成 a：改善 B：変化なし C：悪化 D：その他（評価不能）

(2) 課題

- ・特定健診受診率は37.1%と国の目標である60%に届いていません。
- ・メタボ減少率は20.5%と低く、メタボ該当者率も国・県と比較して高い状況です。
- ・糖尿病合併症予防のコントロール目標値（HbA1c7.0%未満）を上回る人は、特定健診受診者の7.2%と高い状況です。また、糖尿病以外でも動脈硬化を引き起こす高血圧、脂質異常症も県平均より高くなっています。
- ・介護認定率は県と同程度ですが、平均自立期間が県よりも1年短くなっています。
- ・医療費は感染症など様々な要因の影響を受けやすいものですが、疾病の早期発見、早期治療などにより、医療費の伸び率を抑えていく必要があります。

5. 計画全体の目標等

健康課題を解決するため、下のとおり目標値などを設定します。

(1) 生活習慣病の発症予防

早期の生活習慣改善により生活習慣病の発症を予防することができることから、特定健診の受診率及び特定保健指導率の向上、特定保健指導対象者の減少を目指します。

(2) 生活習慣病の重症化予防

すでに生活習慣病を発症している人が重症化すると、人工透析や要介護状態などを招き、医療費も増加します。重症化予防に取り組むことによって、HbA1c8.0%以上の人の割合の減少及び、新規透析導入者数の減少を目指します。

(3) 平均自立期間の延伸

自立した生活を長く続けることで、健康寿命の延伸にもつながります。また、健康寿命が延びることで、医療費の抑制にもつながります。生活習慣病予防及び重症化予防に取り組むことにより、平均自立期間の延伸を目指します。

(4) 医療費の適正化

特定健診受診率の向上及び重症化予防に取り組むことにより、生活習慣病だけでなく様々な疾病を予防できます。この取り組みにより、医療費の伸び率の抑制を目指します。

【図3】計画全体の目標/評価指標/現状値/目標値（計画P23）

計画全体の目標	評価指標	指標の定義	現状値	目標値	
			令和4年度	令和8年度	令和11年度
1.生活習慣病の発症予防	①特定健診受診率	特定健診対象者に対する受診者の割合【県共通指標】	37.1%	50%	60%
	②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者のうち保健指導が終了した人の割合【県共通指標】	70.7%	65%	70%
	③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度、特定保健指導対象者であった者のうち、今年度対象とならなかった人の割合【県共通指標】	20.5%	20%	25%
2.生活習慣病の重症化予防	④HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健診受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合【県共通指標】	2.2% (15人)	1.8%	1.5%
	⑤新規透析導入者数	計画期間中(6年間)の透析導入患者数	15人 (H29-R4)	-	12人 (R6-R11)
3.平均自立期間の延伸	⑥平均自立期間(要介護2以上)	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の値	(男)79.1年 (女)83.1年	(男)80.1年 (女)84.6年	(男)80.1年 (女)84.6年
4.医療費の適正化	⑦一人当たり医療費の伸び率	当該年度医療費/前年度医療費	0.5%	0.5%	0.5%

※ 第3期計画より標準化が進められ、「県共通指標」を新たに設定

6. 個別保健事業計画(事業概要)

目標を達成するために、以下の個別保健事業を実施します。

(1) 特定健康診査事業

特定健診については、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下、「実施基準」）第1条に定められた「基本的な健診項目」と「詳細な健診項目」に加え、糖尿病性腎症重症化予防のためにHbA1c及び腎不全の進行状態を把握する血清クレアチニンや、腎機能低下因子と言われている、尿酸値・尿潜血も追加します。

また受診率向上のため、個別勧奨の実施や受けやすい体制の確保などに取り組みます。

(2) 特定保健指導事業

実施基準第4条に基づき、特定保健指導対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行い、積極的支援、動機付け支援とされた人に対して、特定保健指導を実施します。

特定保健指導率の向上のため、健診結果説明会の開催や個別通知を行います。またメタボ減少率を向上させるため保健師・管理栄養士のスキルアップを図ります。

(3) 生活習慣病の発症予防

各学会のガイドラインに基づき、受診勧奨判定値以上の人に対して紹介状を発行し医療機関への受診勧奨を行います。また紹介状にて、医療機関と連携を図り重症化予防のための保健指導、栄養指導を行います。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防

遠賀・中間地域で策定した行政とかかりつけ医、専門医、歯科医、薬剤師などが連携を図るプログラムに基づき、糖尿病性腎症のリスク保有者に対して保健指導・栄養指導を行います。

(5) 後発医療費の促進

医療費の適正化、被保険者の自己負担額減額のため、被保険者への通知などにより、後発医薬品の使用促進を図ります。

(6) 重複・頻回受診、多剤処方防止

レセプト点検や訪問健康相談システムで把握した頻回または重複受診をしている者、重複・多剤投与を受けている者に対し、適正受診・適正服薬を促すための訪問などを行い、医療費の適正化を図ります。

7. 計画の評価・見直し

(1) 評価

個別保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成情報を確認します。事業評価はKDBデータなどの健康・医療情報を活用して定量的に行います。

(2) 見直し

設定した評価指標に基づき、計画期間の途中で進捗確認・中間評価（令和8年度）を行い、計画の最終年度（令和11年度）は次期計画の策定を見据えて最終評価を行います。