

第 2 期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

<計画期間：平成30(2018)年度～令和5(2023)年度>

平成 3 0 年度 事業評価

令和元年11月



芦屋市
Ashiya City

目 次

1. 第2期芦屋市データヘルス計画における健康課題と対策の方向性	1
2. 健康課題の解決に向けた目的・目標及び実施事業	1
3. 事業評価〈総括表〉	2
3-1. 中長期的目標の達成状況	2
3-2. 短期的目標の達成状況	3
4. 事業別調書	4
I. 特定健診受診率向上対策	4
II. 特定保健指導実施率向上対策	8
III. 非肥満者への保健指導	12
IV. 糖尿病性腎症重症化予防事業	16
V. 未治療者支援事業	20
VI. 後発医薬品使用促進事業	23
VII. 適正受診等推進事業	25
5. 医療費等に関する現状分析	27

1. 第2期芦屋市データヘルス計画における健康課題と対策の方向性

第2期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）において、本市の現状分析や健康課題から本市が優先的に取り組むべき健康課題と対策の方向性を以下のとおりまとめました。

健康課題等	対策の方向性
<p>◇医療費等に関する状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費総額のうち生活習慣病が全体の39.3%を占めている。 ・生活習慣病医療費のうち、腎不全の患者一人当たり医療費が突出して高い。 ・高血圧性疾患の患者数が多く、虚血性心疾患等の重篤な生活習慣病の発症要因となり得る。 ・新規透析導入患者は、約9割が糖尿病、約2割が糖尿病性腎症を併発している。 ・要支援・要介護認定者の有病状況は、生活習慣病に起因する心臓病、高血圧性疾患などの割合が高くなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇糖尿病、高血圧性疾患の発症予防 ◇糖尿病性腎症重症化予防 ◇健康意識の向上
<p>◇特定健診・特定保健指導の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診未受診者が6割以上存在し、健康状態が把握できていない。特に40～50歳代の受診率が低い。 ・特定健診の結果、検査値が医療機関受診勧奨値を超えているにもかかわらず医療機関を受診していない人がある。 ・特定保健指導の実施率が全国、兵庫県平均より低い。 ・特定保健指導の対象とならない非肥満者であっても、約4～5割が血圧・血糖・脂質・喫煙の4つのリスク因子のうち、2つ以上のリスク因子を保有している。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇特定健診受診率の向上 ◇ハイリスク者の医療機関受診支援 ◇特定保健指導実施率の向上
<p>◇その他の保健事業の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用率が全国、兵庫県平均より低い。 ・65歳以上の医薬品服用者の約3割は月5種以上の医薬品が処方されている。また重複投与も発生している。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇後発医薬品使用率の向上 ◇適正受診・服薬の推進

2. 健康課題の解決に向けた目的・目標及び実施事業

第2期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）において、上記対策の方向性に基づき、以下のとおり目的・目標及び実施事業を設定しました。

目的	1. 生活習慣病の発症予防と早期発見 2. 生活習慣病の重症化予防 3. 医療費適正化の推進 4. 健康管理の推進
----	--



3. 事業評価<総括表>

3-1. 中長期的目標の達成状況

目的	評価指標		計画策定時	中間評価	最終評価	目標達成状況		
			平成28年度 (2016年度)	令和2年度 (2020年度)	令和5年度 (2023年度)	中間評価 令和2年度	最終評価 令和5年度	
1. 生活習慣病の発症予防と早期発見	特定健診受診者の有所見率減少 (収縮期血圧/130mmHg以上)	男性	目標 実績	44.5% 46.1%	43.0%			
		女性	目標 実績	34.5% 36.2%	33.0%			
	特定健診受診者の有所見率減少 (HbA1c/5.6%以上)	男性	目標 実績	56.5% 57.9%	55.0%			
		女性	目標 実績	52.5% 53.9%	51.0%			
	特定健診受診者の有所見率減少 (LDLコレステロール/ 120mg/dl以上)	男性	目標 実績	51.5% 53.3%	49.0%			
		女性	目標 実績	60.5% 62.8%	59.0%			
	2. 生活習慣病の重症化予防	新規透析導入患者数抑制		目標 実績	抑制 9人	抑制		
		HbA1c8.0%以上の者の割合減少		目標 実績	0.9% 1.1%	0.7%		
		eGFR45ml/分/1.73m ² 未満の者の割合減少		目標 実績	0.9% 1.0%	0.8%		
3. 医療費適正化の推進	後発医薬品の使用率(数量ベース)増加		目標 実績	全国平均 62.6%	全国平均			
	重複投与件数減少		目標 実績	減少 44件	減少			
4. 健康管理の推進	健康意識の向上		目標 実績	77.0% 73.7%	80.0%			
	介護を必要としない65歳以上の高齢者の増加		目標 実績	増加 78.0%	増加			

<目標達成状況の評価基準>

A: 達成 (目標達成率 100%以上)

B: 概ね達成 (目標達成率 80%以上100%未満)

C: 未達 (目標達成率 80%未満)

3-2. 短期的目標の達成状況（アウトプット、アウトカム）

実施事業/評価指標		28年度 (2016年度)	29年度 (2017年度)	30年度 (2018年度)	目標達成状況	1年度 (2019年度)	目標達成状況	2年度 (2020年度)	目標達成状況	3年度 (2021年度)	目標達成状況	4年度 (2022年度)	目標達成状況	5年度 (2023年度)	目標達成状況
I. 特定健診受診率向上対策															
未受診者への受診勧奨	目標	—	—	年3回	A	年3回		年3回		年3回		年3回		年3回	
	実績	年3回	年3回	年3回											
継続受診者数	目標	—	—	5,150人	B	5,300人		5,450人		5,600人		5,850人		6,000人	
	実績	5,020人	4,884人	4,681人											
特定健診受診率	目標	—	—	45.0%	B	48.0%		51.0%		54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	40.5%	40.4%	39.9%											
40～50歳代受診率	目標	—	—	29.0%	B	30.0%		31.0%		32.0%		33.0%		34.0%	
	実績	26.6%	26.4%	26.8%											
II. 特定保健指導実施率向上対策															
健診結果通知の活用による利用啓発	目標	—	—	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%											
健診結果を活用した個別相談参加者数	目標	—	—	80人	B	90人		100人		110人		120人		130人	
	実績	64人	99人	72人											
特定保健指導実施率	目標	—	—	25.0%	B	32.0%		39.0%		46.0%		53.0%		60.0%	
	実績	16.9%	16.9%	23.1%											
特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）	目標	—	—	5.0%	A	9.0%		13.0%		17.0%		21.0%		25.0%	
	実績	27.7%	26.8%	30.9%											
III. 非肥満者への保健指導															
対象者への利用勧奨	目標	—	—	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%											
保健指導参加者数	目標	—	—	30人	A	35人		40人		45人		50人		55人	
	実績	30人	22人	35人											
非肥満者のリスク因子保有率<男性>	目標	—	—	50.5%	A	50.0%		49.5%		49.0%		48.5%		48.0%	
	実績	51.1%	51.7%	49.3%											
非肥満者のリスク因子保有率<女性>	目標	—	—	42.5%	B	42.0%		41.5%		41.0%		40.5%		40.0%	
	実績	43.0%	44.4%	42.9%											
IV. 糖尿病性腎症重症化予防事業															
対象者への受診勧奨	目標	—	—	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%											
事業参加者数	目標	—	—	5人	—	10人		15人		20人		25人		30人	
	実績	—（未実施）	—（未実施）	—（未実施）											
対象者の医療機関受診率	目標	—	—	80.0%	A	82.0%		84.0%		86.0%		88.0%		90.0%	
	実績	77.8%	75.9%	81.8%											
保健指導実施率	目標	—	—	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%											
V. 未治療者支援事業															
対象者への受診勧奨	目標	—	—	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%											
対象者の医療機関受診率	目標	—	—	45.0%	B	48.0%		51.0%		54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	41.5%	50.2%	43.4%											
VI. 後発医薬品使用促進事業															
使用促進通知の送付回数	目標	—	—	年2回	A	年2回		年2回		年2回		年2回		年2回	
	実績	年2回	年2回	年2回											
使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率	目標	—	—	70.0%	A	72.0%		74.0%		76.0%		78.0%		80.0%	
	実績	66.7%	66.8%	71.0%											
VII. 適正受診等推進事業															
通知回数	目標	—	—	年1回	A	年1回		年1回		年1回		年1回		年1回	
	実績	—（未実施）	年1回	年1回											
啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	目標	—	—	10.0%	A	12.0%		14.0%		16.0%		18.0%		20.0%	
	実績	—（未実施）	25.5%	52.1%											
VIII. 個人へのインセンティブ提供															
事業の具体化に併せて検討	目標	—	—	—											
	実績	—	—	—											
IX. 地域包括ケアの推進															
事業の具体化に併せて検討	目標	—	—	—											
	実績	—	—	—											

<目標達成状況の評価基準>
A：達成（目標達成率 100%以上）
B：概ね達成（目標達成率 80%以上100%未満）
C：未達（目標達成率 80%未満）

4. 事業別調書

第2期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）に定めた評価指標に基づき、ストラクチャー（実施体制）、プロセス（実施方法・過程）、アウトプット（事業量）、アウトカム（効果・成果）の4つの視点から事業を評価します。

1. 生活習慣病の発症予防と早期発見

I. 特定健診受診率向上対策

1. 計画内容			
目的	内臓脂肪の蓄積に起因する予防可能な生活習慣病を早期に発見し、生活習慣病の予防につなげる。		
対象者	40～74歳の被保険者		
目標	特定健診受診率向上、40～50歳代特定健診受診率向上		
取組	<受診機会の確保>	<受診率向上>	<予防・健康づくり啓発>
	<ul style="list-style-type: none"> ◇利用しやすい受診環境の整備 ◇休日・巡回健診 ◇がん検診との同時実施 ◇人間ドック検査料助成 	<ul style="list-style-type: none"> ◇当年度未受診者への受診勧奨 ◇診療における検査データ活用 ◇みなし健診 ◇ICTの利活用 ◇受診促進キャンペーン 	<ul style="list-style-type: none"> ◇広報紙・掲示板等を活用した啓発 ◇健康づくりに関するホームページ作成・更新 ◇ちらし作成・配布 ◇地域のイベント等における啓発

2. 評価指標, 実施状況							
ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	<ul style="list-style-type: none"> ●事業実施に必要な予算の確保 ●関係機関との連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ●事業実施に必要な予算を確保した。 ●未受診者の健診受診率向上を図るため、医師会に対して医療機関へ受診している者で特定健診の対象となる健診未受診者への声掛けを協力要請した。また、医療機関掲示用のポスターを作成し、各医療機関に掲示を依頼した。 					
プロセス	評価指標	実施状況					
	<ul style="list-style-type: none"> ●受診しやすい環境の整備 ●様々な媒体を活用した広報、予防・健康づくりに関する啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診の検査料金を無料で実施した。受診方式（個別健診、集団健診）を受診者が選択できるようにし、個別健診は市内53医療機関で実施した。集団健診は受診期間に休日健診の実施日（土・日曜日に各2回）を設けたほか、集会所での巡回健診を実施した。また、がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、乳がん）と同時に実施することにより受診促進を図った。 ●様々な機会を捉え高齢者向けイベントや市民スポーツ大会など各種イベント等において積極的に広報活動を行った。また、予防・健康づくりに関する啓発のため、集団健診会場において高血圧を中心としたポピュレーションアプローチを実施した。 					
アウトプット	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	未受診者への受診勧奨	年3回	年3回	—	年3回	年3回	—
アウトカム	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	特定健診受診率	40.5%	40.4%	0.1 \uparrow 点減	45.0%	39.9%	0.5 \uparrow 点減
	40～50歳代受診率	26.6%	26.4%	0.2 \uparrow 点減	29.0%	26.8%	0.4 \uparrow 点増

3. 考察

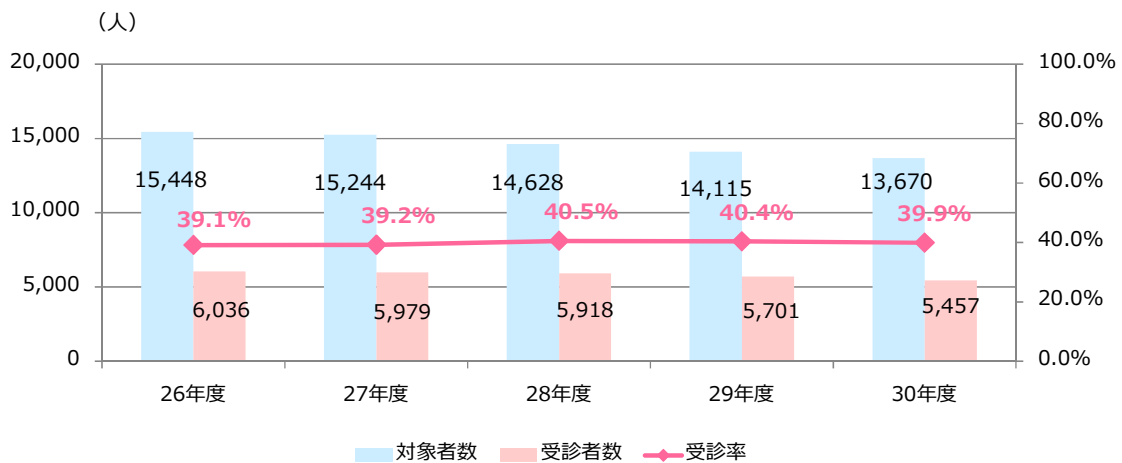
(1) 特定健康診査受診率の推移

単位：人

	対象者数	受診者数	受診率	受診者数内訳※				計
				集団健診	個別健診	人間ドック	健康チェック	
26年度	15,448	6,036	39.1%	2,193	3,896	558	132	6,779
27年度	15,244	5,979	39.2%	2,308	3,770	530	119	6,727
28年度	14,628	5,918	40.5%	2,419	3,643	580	98	6,740
29年度	14,115	5,701	40.4%	2,463	3,340	580	95	6,478
30年度	13,670	5,457	39.9%	2,486	3,084	568	83	6,221

※受診者数内訳については、法定報告の対象とならない中途加入者等も含めているため合計が一致しない。

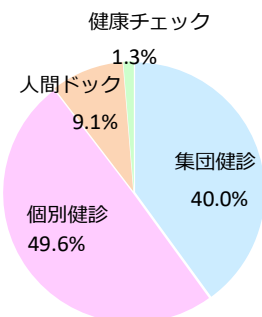
〔資料：法定報告、事務報告書〕



(2) 健診形態別受診割合の推移

	集団健診		個別健診		人間ドック		健康チェック	
	割合	前年度差 (※%)	割合	前年度差 (※%)	割合	前年度差 (※%)	割合	前年度差 (※%)
26年度	32.3%	—	57.5%	—	8.2%	—	2.0%	—
27年度	34.3%	2.0	56.0%	-1.5	7.9%	-0.3	1.8%	-0.2
28年度	35.9%	1.6	54.1%	-1.9	8.6%	0.7	1.4%	-0.4
29年度	38.0%	2.1	51.6%	-2.5	9.0%	0.4	1.4%	—
30年度	40.0%	2.0	49.6%	-2.0	9.1%	0.1	1.3%	-0.1

〔資料：特定健診データ〕

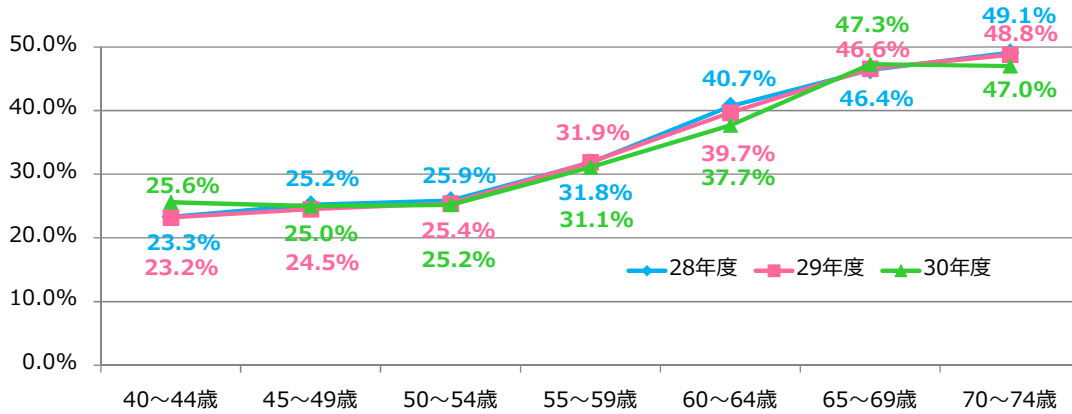


(3) 40～50歳代受診状況

	28年度	29年度	30年度	
	受診率	受診率	前年度差 (※%)	前年度差 (※%)
受診率	26.6%	26.4%	-0.2	26.8%
男性	24.2%	23.3%	-0.9	22.6%
女性	28.4%	28.6%	0.2	29.9%

〔資料：法定報告〕

(4) 年代別受診率の推移



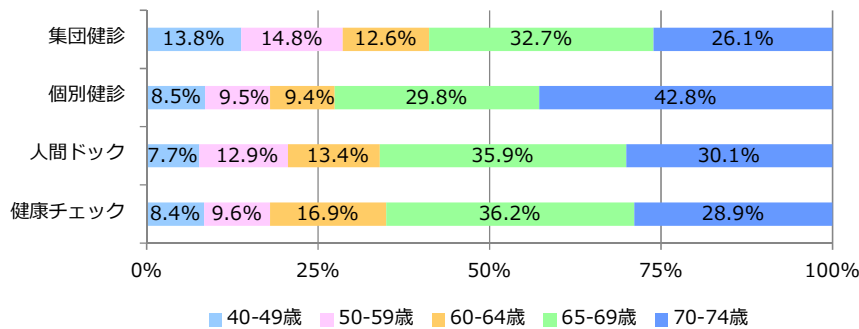
〔資料：法定報告〕

(5) 年代別健診形態別受診状況（平成30年度）

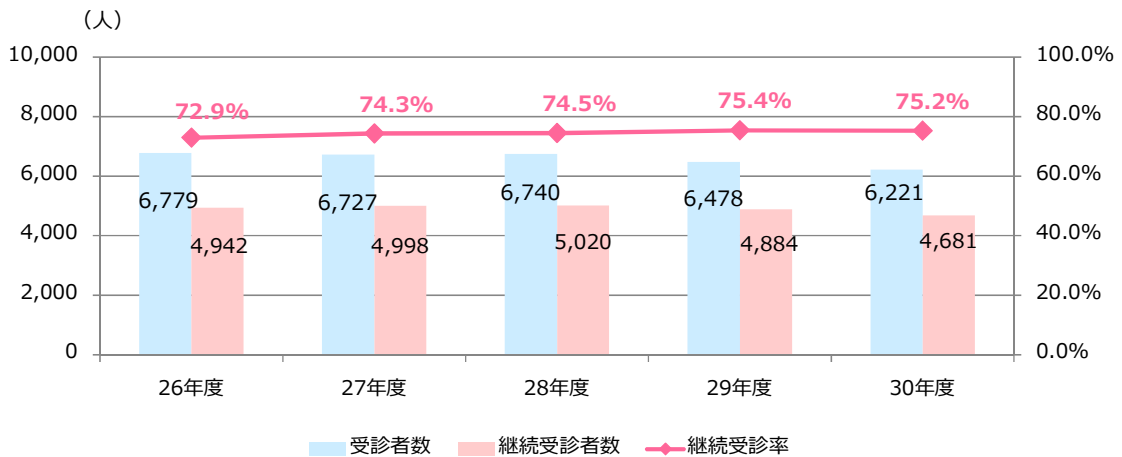
単位：人

内訳	40-49歳		50-59歳		60-64歳		65-69歳		70-74歳		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
対象者数	2,651	16.8%	2,535	16.0%	1,753	11.1%	4,209	26.7%	4,638	29.4%	15,786
受診者数	654	10.5%	740	11.9%	695	11.2%	1,967	31.6%	2,165	34.8%	6,221
集団健診	342	13.8%	367	14.8%	314	12.6%	814	32.7%	649	26.1%	2,486
個別健診	261	8.5%	292	9.5%	291	9.4%	919	29.8%	1,321	42.8%	3,084
人間ドック	44	7.7%	73	12.9%	76	13.4%	204	35.9%	171	30.1%	568
健康チェック	7	8.4%	8	9.6%	14	16.9%	30	36.2%	24	28.9%	83

〔資料：特定健診データ〕

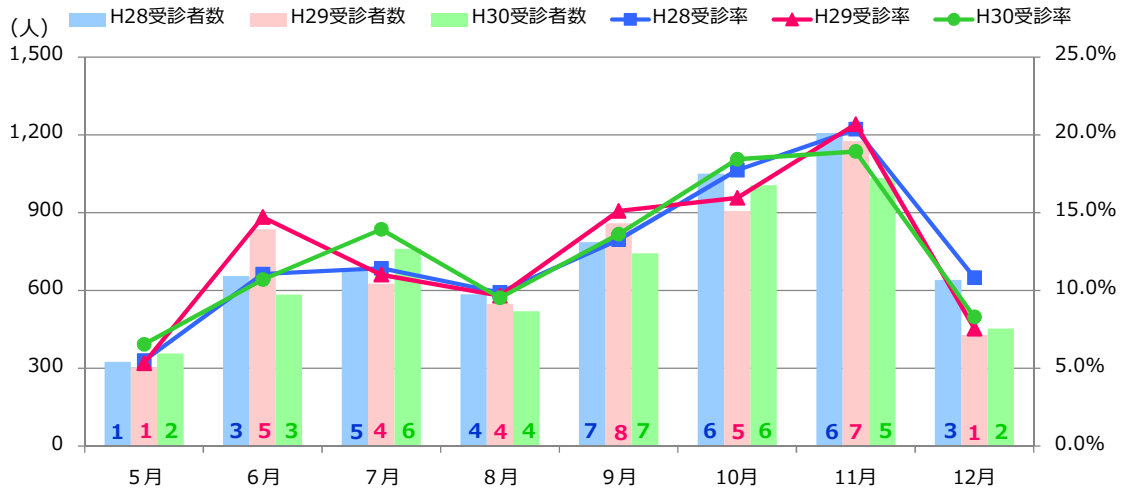


(6) 継続受診率の推移



〔資料：特定健診データ〕

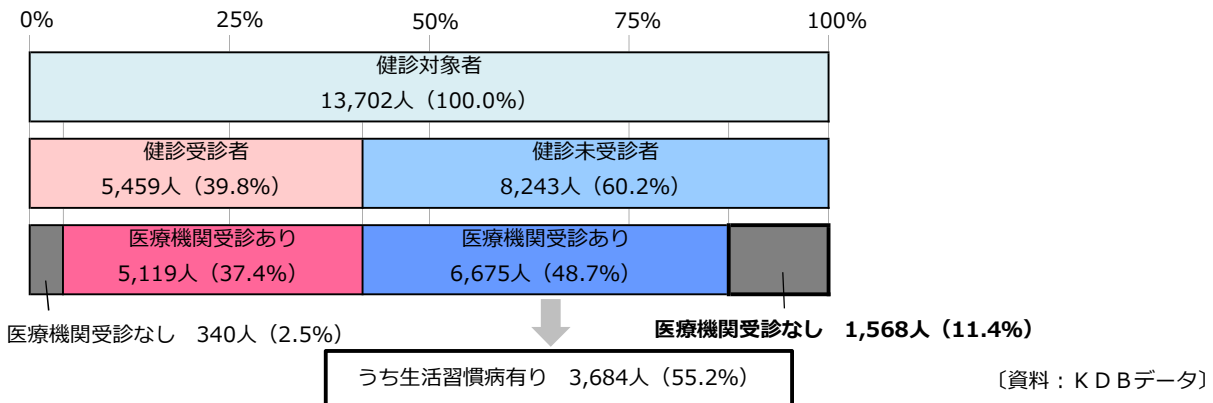
(7) 月別受診者数, 受診率の推移 (集団健診, 個別健診)



※グラフ内の数字は集団健診の開催回数

〔資料：特定健診データ〕

(8) 健診受診有無と医療機関受診の状況 (平成30年度)



〔資料：K D Bデータ〕

4. 総合評価・課題

- ・特定健診受診率は39.9%と2年連続で減少しており、目標の45.0%を達成することができなかった。60～64歳, 70～74歳代の受診率が約2ポイントずつ減少していることが受診率減少の要因と考えられるため、インセンティブの活用による特定健診の受診率向上策を検討する必要がある。一方で、40～50歳代受診率は、26.8%と目標の29.0%は達成することができなかったが、前年度より0.4ポイント増加させることができた。
- ・継続受診者数 (前年度と当年度の2年連続健診を受診した者の数) は目標の5,150人には届かなかった。人数は減少傾向にあるものの、受診者数に占める継続受診者の割合ではほぼ横ばいで推移している。全体的な受診率向上には対象者の継続利用が欠かせないため、対象者への効果的な受診勧奨を検討する必要がある。
- ・集団健診の受診者数が年々増加傾向にあるため、健診実施回数を増やすなど定員確保のための方策を検討する必要がある。
- ・健診未受診者の2割は医療機関受診もしておらず健康状態が把握できていないため、ナッジ理論等を用いた対象者の特性に応じた受診勧奨を実施し、健診受診を促す必要がある。また、健診未受診者の8割は医療機関を受診しており、その半数は生活習慣病の治療を行っていることから医療機関からの積極的な受診勧奨や診療における検査データを活用した特定健診等の実施について更に検討が必要である。

II. 特定保健指導実施率向上対策

1. 計画内容	
目的	特定健診の結果から生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して保健指導を実施し、生活習慣病の発症と重症化を予防する。
対象者	特定健診の結果から、生活習慣病の改善が必要と判断される被保険者
目標	特定保健指導実施率向上, 特定保健指導対象者の減少
取組	<利用機会の確保>
	<実施率向上>
	<ul style="list-style-type: none"> ◇運用方法見直し ◇健診結果を活用した個別相談の実施 ◇特定健診当日の保健指導（集団健診）
	<ul style="list-style-type: none"> ◇電話による利用勧奨 ◇健診結果通知の活用による利用啓発（集団健診） ◇医療機関からの利用勧奨（個別健診）

2. 評価指標, 実施状況																												
ストラクチャー	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施に必要な予算の確保</td> <td>●事業実施に必要な予算を確保した。</td> </tr> <tr> <td>●関係機関との連携体制の構築</td> <td>●集団健診実施機関と連携し、集団健診会場にて健診当日に分かる結果の説明を行うとともに、特定保健指導該当者へ利用勧奨を行った。</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。	●関係機関との連携体制の構築	●集団健診実施機関と連携し、集団健診会場にて健診当日に分かる結果の説明を行うとともに、特定保健指導該当者へ利用勧奨を行った。																					
	評価指標	実施状況																										
●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。																											
●関係機関との連携体制の構築	●集団健診実施機関と連携し、集団健診会場にて健診当日に分かる結果の説明を行うとともに、特定保健指導該当者へ利用勧奨を行った。																											
プロセス	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●利用しやすい環境の整備</td> <td>●特定健診当日の結果説明において、特定保健指導対象者に特定保健指導の利用勧奨を行った。また、特定健診結果相談会に参加した保健指導該当者に対し同時に初回面接を実施した。このほか、一定期間経過後も特定保健指導が未利用の者に対し、個別に電話勧奨を行い利用促進を図った。</td> </tr> <tr> <td>●効果的な保健指導プログラムの実施</td> <td>●動機付け支援において血圧、体組成、腹囲などの測定会を新たに設け、自身で健康管理行動を促す内容に改め、利用者に取り組みやすいプログラム内容とした。</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●利用しやすい環境の整備	●特定健診当日の結果説明において、特定保健指導対象者に特定保健指導の利用勧奨を行った。また、特定健診結果相談会に参加した保健指導該当者に対し同時に初回面接を実施した。このほか、一定期間経過後も特定保健指導が未利用の者に対し、個別に電話勧奨を行い利用促進を図った。	●効果的な保健指導プログラムの実施	●動機付け支援において血圧、体組成、腹囲などの測定会を新たに設け、自身で健康管理行動を促す内容に改め、利用者に取り組みやすいプログラム内容とした。																					
評価指標	実施状況																											
●利用しやすい環境の整備	●特定健診当日の結果説明において、特定保健指導対象者に特定保健指導の利用勧奨を行った。また、特定健診結果相談会に参加した保健指導該当者に対し同時に初回面接を実施した。このほか、一定期間経過後も特定保健指導が未利用の者に対し、個別に電話勧奨を行い利用促進を図った。																											
●効果的な保健指導プログラムの実施	●動機付け支援において血圧、体組成、腹囲などの測定会を新たに設け、自身で健康管理行動を促す内容に改め、利用者に取り組みやすいプログラム内容とした。																											
アウトプット	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健診結果通知の活用による利用啓発</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>健診結果を活用した個別相談参加者数</td> <td>64人</td> <td>99人</td> <td>35人増</td> <td>80人</td> <td>72人</td> <td>27人減</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	健診結果通知の活用による利用啓発	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—	健診結果を活用した個別相談参加者数	64人	99人	35人増	80人	72人	27人減
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
健診結果通知の活用による利用啓発	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—																						
健診結果を活用した個別相談参加者数	64人	99人	35人増	80人	72人	27人減																						
アウトカム	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定保健指導実施率</td> <td>16.9%</td> <td>16.9%</td> <td>—</td> <td>25.0%</td> <td>23.1%</td> <td>6.2ポイント増</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）（*）</td> <td>27.7%</td> <td>26.8%</td> <td>0.9ポイント減</td> <td>5.0%</td> <td>30.9%</td> <td>4.1ポイント増</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	特定保健指導実施率	16.9%	16.9%	—	25.0%	23.1%	6.2ポイント増	特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）（*）	27.7%	26.8%	0.9ポイント減	5.0%	30.9%	4.1ポイント増
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
特定保健指導実施率	16.9%	16.9%	—	25.0%	23.1%	6.2ポイント増																						
特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）（*）	27.7%	26.8%	0.9ポイント減	5.0%	30.9%	4.1ポイント増																						

* 特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）：特定保健指導対象者は、年度毎の健診実施率による影響を受けるため、基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者の推定数から当該年度の特定保健指導対象者の推定数を減し、基準年度（平成20年度）の特定保健指導対象者の推定数で除して算出。

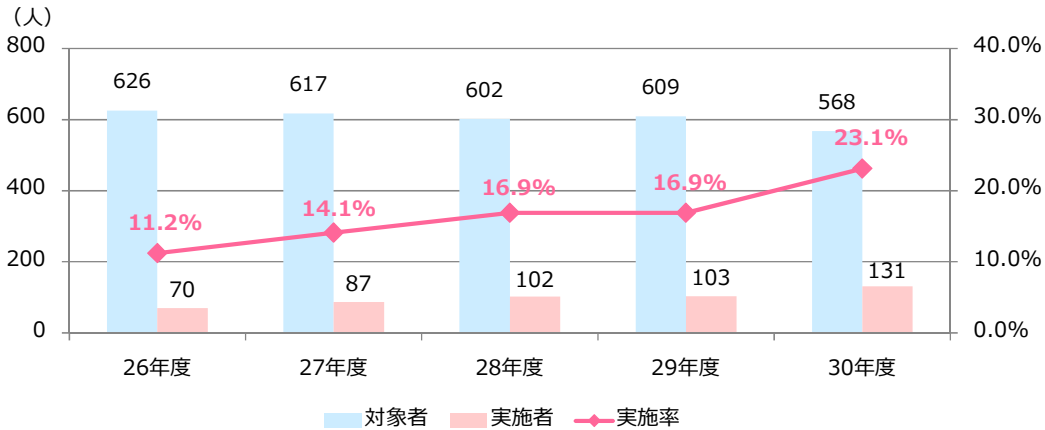
3. 考察

(1) 特定保健指導実施率の推移

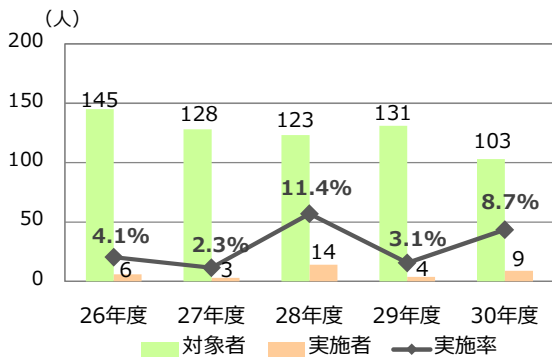
単位：人

	積極的支援			動機付け支援			合計		
	対象者	終了者	実施率	対象者	終了者	実施率	対象者	終了者	実施率
26年度	145	6	4.1%	481	64	13.3%	626	70	11.2%
27年度	128	3	2.3%	489	84	17.2%	617	87	14.1%
28年度	123	14	11.4%	479	88	18.4%	602	102	16.9%
29年度	131	4	3.1%	478	99	20.7%	609	103	16.9%
30年度	103	9	8.7%	465	122	26.2%	568	131	23.1%

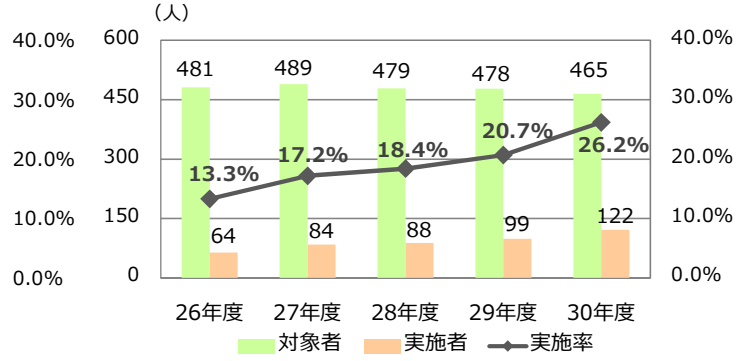
[資料：法定報告]



■ 積極的支援

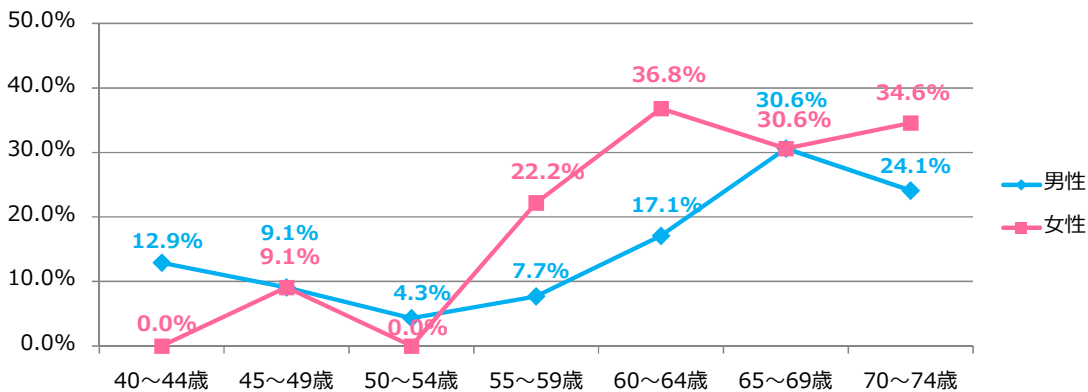


■ 動機付け支援



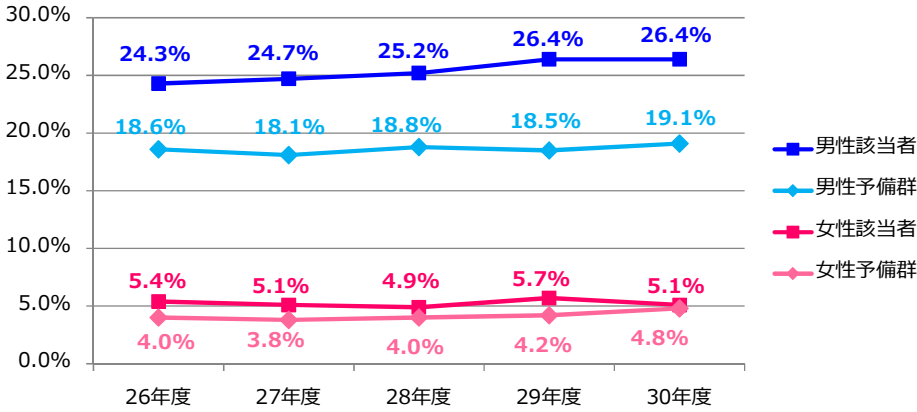
[資料：法定報告]

(2) 年代別男女別実施率 (平成30年度)



[資料：法定報告]

(3) 男女別メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の推移



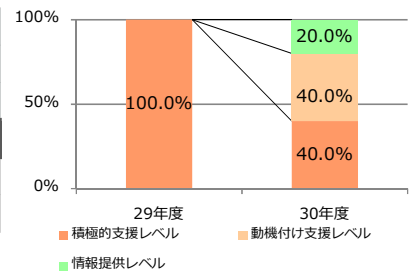
[資料：法定報告]

(4) 特定保健指導レベルの改善状況（平成29年度－平成30年度）

①積極的支援

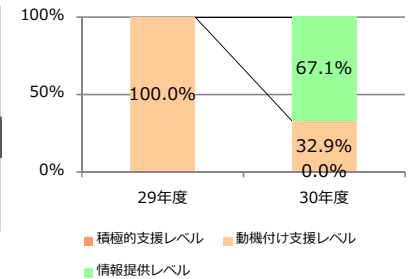
29年度の状況	30年度階層化結果						
	改善		やや改善		現状維持		
	情報提供レベル	積極的支援レベル	動機付け支援	積極的支援	動機付け支援	情報提供レベル	
介入群（※1）	5	1	20.0%	2	40.0%	2	40.0%
対照群（※2）	78	30	38.5%	10	12.8%	38	48.7%
計	83	31	37.3%	12	14.5%	40	48.2%

<保健指導実施後の改善状況（介入群）>



②動機付け支援

29年度の状況	30年度階層化結果						
	改善		現状維持		悪化		
	情報提供レベル	積極的支援レベル	動機付け支援	積極的支援	動機付け支援	情報提供レベル	
介入群（※1）	82	55	67.1%	27	32.9%	0	0.0%
対照群（※2）	278	146	52.5%	126	45.3%	6	2.2%
計	360	201	55.8%	153	42.5%	6	1.7%



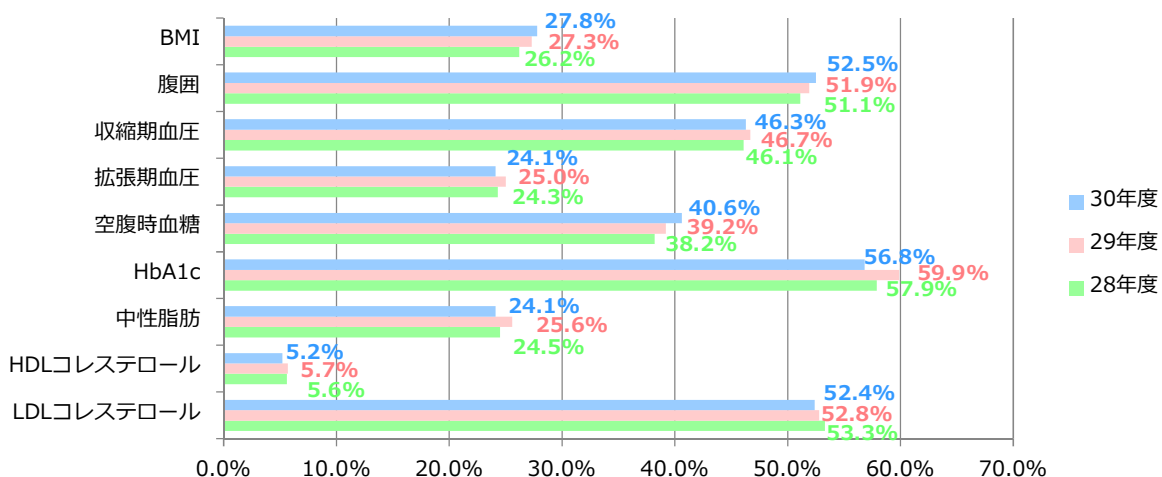
※1 29年度に特定保健指導の支援を受けた者のうち、30年度に特定健診を受診した者

※2 29年度に特定保健指導の支援を受けていない者のうち、30年度に特定健診を受診した者

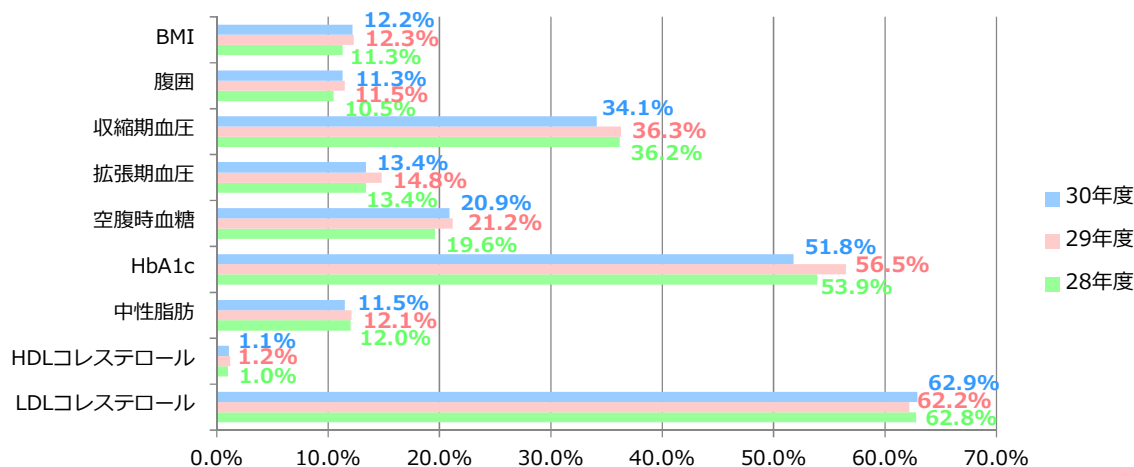
[資料：特定保健指導データ]

(5) 特定健診受診者の有所見率の推移

■男性



■女性



〔資料：KDBデータ〕

<参考>

判定項目	判定基準値
BMI	25kg/m ² 以上
腹囲	男性：85cm以上 女性：90cm以上
収縮期血圧	130mmHg以上
拡張期血圧	85mmHg以上
空腹時血糖	100mg/dL以上
HbA1c	5.6%以上
中性脂肪	150mg/dL以上
HDLコレステロール	40mg/dL未満
LDLコレステロール	120mg/dL以上

4. 総合評価・課題

- ・特定保健指導実施率は23.1%で目標値である25%を達成することができなかったが、前年度から6.2ポイント増加させることができた。平成30年度から未利用者への利用勧奨を強化したことや電話による利用勧奨時に対象者の服薬等の状況を適切に把握することにより実施率向上につなげることができた。他方で、60歳未満の実施率が低いため、インセンティブを活用した効果的な利用勧奨や働く世代にとって魅力的な対象者ニーズに応じた保健指導プログラムの開発を検討する必要がある。
- ・保健指導対象者の減少率（対20年度比）では、30.9%と目標の5.0%を達成することができた。
- ・HbA1cの有所見率が依然として高いため、効果的なポピュレーションアプローチを検討する必要がある。

Ⅲ. 非肥満者への保健指導

1. 計画内容	
目的	特定保健指導の対象とならない生活習慣病の発症リスクが高い被保険者（非肥満リスク保有者）に対し保健指導を実施し、生活習慣病の発症を予防する。
対象者	特定健診の結果から、生活習慣の改善が必要と判断される被保険者
目標	非肥満者のリスク因子保有率減少
取組	◇保健指導の実施 ◇利用勧奨通知の送付

2. 評価指標, 実施状況																												
ストラクチャー	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施に必要な予算の確保</td> <td>●事業実施に必要な予算を確保した。</td> </tr> <tr> <td>●関係機関との連携体制の構築</td> <td>●保健指導を実施し、必要な者には医療機関への受診勧奨を行った。</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。	●関係機関との連携体制の構築	●保健指導を実施し、必要な者には医療機関への受診勧奨を行った。																					
	評価指標	実施状況																										
●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。																											
●関係機関との連携体制の構築	●保健指導を実施し、必要な者には医療機関への受診勧奨を行った。																											
プロセス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●効果的な対象者の抽出及び保健指導プログラムの実施</td> <td> <p>●優先順位の高い生活習慣の改善方法を把握するため、食事診断や該当項目の検査を行い、医師、保健師、管理栄養士による保健指導を実施するプログラム内容とした。</p> <p><対象者> 特定保健指導の対象とならない下記基準に該当する被保険者</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●効果的な対象者の抽出及び保健指導プログラムの実施	<p>●優先順位の高い生活習慣の改善方法を把握するため、食事診断や該当項目の検査を行い、医師、保健師、管理栄養士による保健指導を実施するプログラム内容とした。</p> <p><対象者> 特定保健指導の対象とならない下記基準に該当する被保険者</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満</td> </tr> </tbody> </table>	血 圧	収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満	血 糖	HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満	脂 質	LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満																	
	評価指標	実施状況																										
●効果的な対象者の抽出及び保健指導プログラムの実施	<p>●優先順位の高い生活習慣の改善方法を把握するため、食事診断や該当項目の検査を行い、医師、保健師、管理栄養士による保健指導を実施するプログラム内容とした。</p> <p><対象者> 特定保健指導の対象とならない下記基準に該当する被保険者</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満</td> </tr> </tbody> </table>	血 圧	収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満	血 糖	HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満	脂 質	LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満																					
血 圧	収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満																											
血 糖	HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満																											
脂 質	LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満																											
アウトプット	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への利用勧奨</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>保健指導参加者数</td> <td>30人</td> <td>22人</td> <td>8人減</td> <td>30人</td> <td>35人</td> <td>13人増</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	対象者への利用勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—	保健指導参加者数	30人	22人	8人減	30人	35人	13人増
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
対象者への利用勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—																						
保健指導参加者数	30人	22人	8人減	30人	35人	13人増																						
アウトカム	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>非肥満者のリスク因子保有率 (*) 男性</td> <td>51.1%</td> <td>51.7%</td> <td>0.6[※] ㊦増</td> <td>50.5%</td> <td>49.3%</td> <td>2.4[※] ㊦減</td> </tr> <tr> <td>非肥満者のリスク因子保有率 (*) 女性</td> <td>43.0%</td> <td>44.4%</td> <td>1.4[※] ㊦増</td> <td>42.5%</td> <td>42.9%</td> <td>1.5[※] ㊦減</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	非肥満者のリスク因子保有率 (*) 男性	51.1%	51.7%	0.6 [※] ㊦増	50.5%	49.3%	2.4 [※] ㊦減	非肥満者のリスク因子保有率 (*) 女性	43.0%	44.4%	1.4 [※] ㊦増	42.5%	42.9%	1.5 [※] ㊦減
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
非肥満者のリスク因子保有率 (*) 男性	51.1%	51.7%	0.6 [※] ㊦増	50.5%	49.3%	2.4 [※] ㊦減																						
非肥満者のリスク因子保有率 (*) 女性	43.0%	44.4%	1.4 [※] ㊦増	42.5%	42.9%	1.5 [※] ㊦減																						

* 非肥満者のリスク因子保有率：特定保健指導の対象とならない非肥満（*1）者のうち血糖・血圧・脂質・喫煙の4つのリスク因子（*2）のうち2つ以上保有している者の割合

*1 非肥満	腹囲	男性：85cm未満 女性：90cm未満
	B M I	25kg/m ² 未満
*2 リスク因子	血圧	収縮期血圧：130mmHg以上 または 拡張期血圧：85mmHg以上
	血糖	HbA1c：5.6%以上 または 空腹時血糖：100mg/dL以上
	脂質	LDLコレステロール：140mg/dL以上 または HDLコレステロール：40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上
	喫煙	有

3. 考察

(1) 肥満・非肥満リスク分布状況（平成30年度）

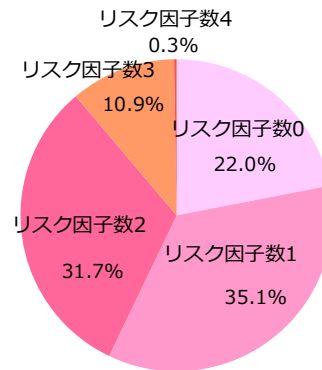
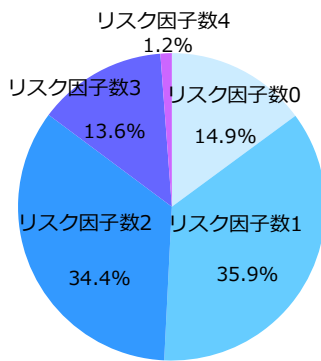
リスクなし(39.0%)	リスクなし(10.7%)
	リスク1個(19.0%)
	リスク2個以上(16.0%)
リスク1個(22.2%)	服薬有り(54.3%)
リスク2個以上(7.7%)	
服薬有り(31.1%)	
非肥満 (70.2%)	肥満 (29.8%)

〔資料：KDBデータ〕

(2) 非肥満者の男女別リスク因子保有数割合（平成30年度）

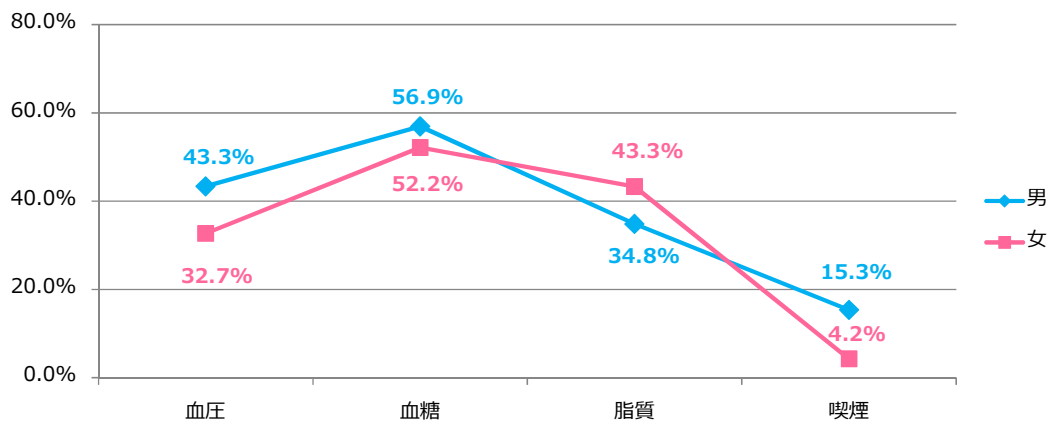
■男性

■女性



〔資料：特定健診データ〕

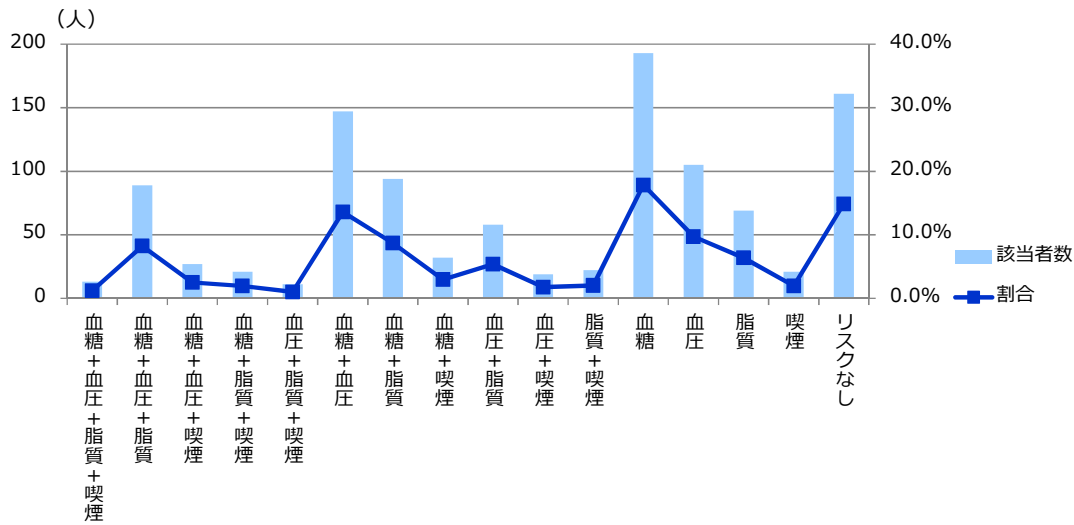
(3) 非肥満者の男女別リスク因子保有状況（平成30年度）



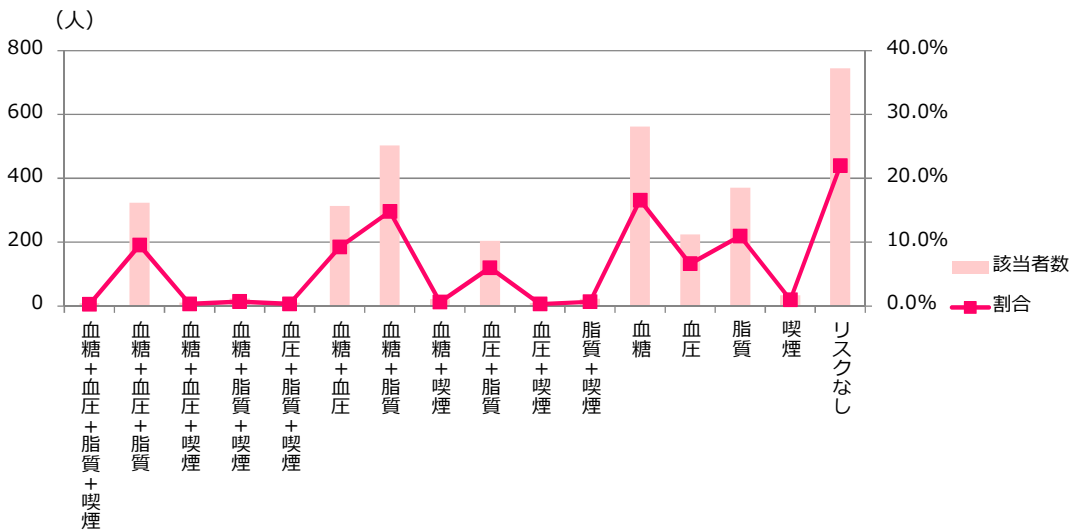
〔資料：特定健診データ〕

(4) 非肥満者のリスク因子の該当状況 (平成30年度)

■ 男性



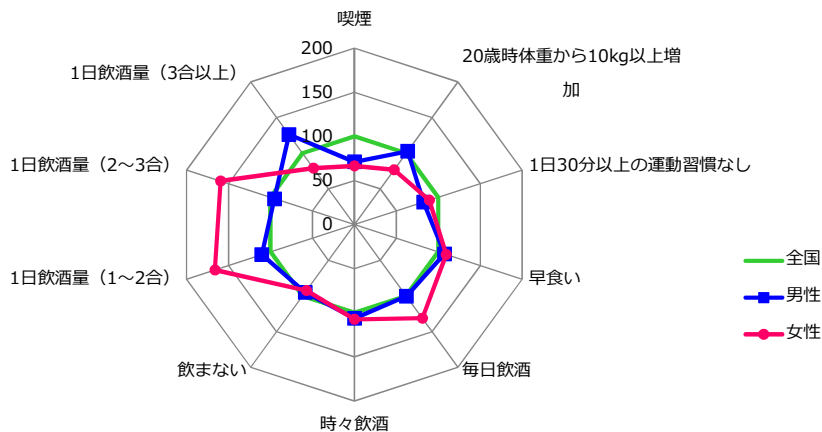
■ 女性



[資料：特定健診データ]

(5) 質問調査状況標準化比 (平成30年度)

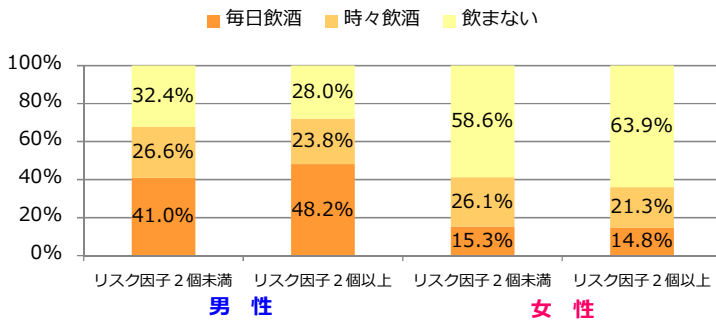
※全国を100として表示



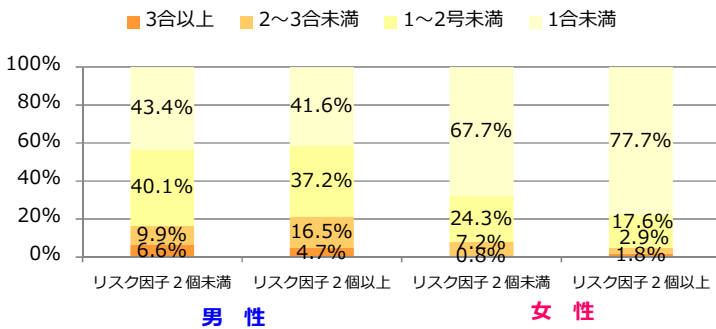
[資料：KDBデータ]

(6) 非肥満者の男女別生活習慣の状況 (平成30年度)

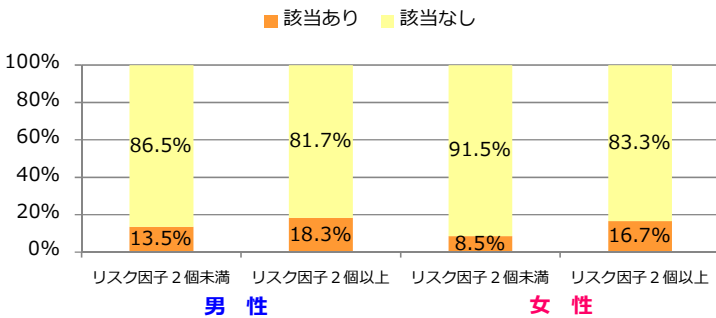
①飲酒



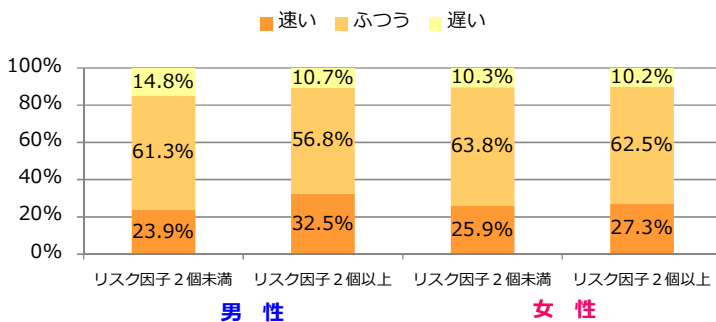
②飲酒量



③20歳から体重10kg以上増加



④食事の速さ



[資料：特定健診データ]

4. 総合評価・課題

- ・非肥満者のリスク因子保有率では、男性は49.3%で目標を達成したが、女性は42.9%と目標達成に至らなかった。
- ・特定健診受診者の7割は非肥満者であるが、その半数以上は血糖・血圧・脂質・喫煙のうちいずれかのリスクを保有している状態であり、非肥満者であっても危険因子が集積すると心血管疾患発症のリスクになり得る。また、代謝異常促進要因とされている飲酒習慣、20歳の時から10kg以上の体重増加、早食いについて、リスク因子2個以上の者の該当率が高いため、エビデンスに基づく効果的な保健指導プログラムの実施が必要である。

2. 生活習慣病の重症化予防

IV. 糖尿病性腎症重症化予防事業

1. 計画内容	
目的	糖尿病が重症化するリスクの高い被保険者（未治療者、治療中断者）に対して、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を防止する。
対象者	糖尿病の重症化リスクが高い被保険者（未治療者、治療中断者）
目標	未治療者・治療中断者の医療機関受診率向上、保健指導実施率向上
取組	◇対象者への保健指導（訪問指導） ◇治療中断者への受診勧奨

2. 評価指標、実施状況																												
ストラクチャー	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施に必要な予算の確保</td> <td>●事業実施に必要な予算を確保した。</td> </tr> <tr> <td>●関係機関との連携体制の構築</td> <td>●市内医療機関を対象とした説明会において、本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。対象者の医療機関受診状況等について、「主治医連絡書」及び「受診結果報告書」にてかかりつけ医と連携した。</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。	●関係機関との連携体制の構築	●市内医療機関を対象とした説明会において、本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。対象者の医療機関受診状況等について、「主治医連絡書」及び「受診結果報告書」にてかかりつけ医と連携した。																					
	評価指標	実施状況																										
●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。																											
●関係機関との連携体制の構築	●市内医療機関を対象とした説明会において、本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。対象者の医療機関受診状況等について、「主治医連絡書」及び「受診結果報告書」にてかかりつけ医と連携した。																											
プロセス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施体制の整備</td> <td>●個人ごとの個人記録表を作成し、関係者と情報共有を図った。</td> </tr> <tr> <td>●効果的な対象者の抽出、実施方法等について医師会と協議</td> <td>●対象者基準の変更にあたり医師会と協議した他、兵庫県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会において、効果的な対象者の抽出、事業運営について専門的知見を有する有識者の助言を受け事業実施した。 <対象者（平成30年度）> 特定健診（集団健診、個別健診）受診者のうちHbA1c8.0%以上の未治療者</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施体制の整備	●個人ごとの個人記録表を作成し、関係者と情報共有を図った。	●効果的な対象者の抽出、実施方法等について医師会と協議	●対象者基準の変更にあたり医師会と協議した他、兵庫県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会において、効果的な対象者の抽出、事業運営について専門的知見を有する有識者の助言を受け事業実施した。 <対象者（平成30年度）> 特定健診（集団健診、個別健診）受診者のうちHbA1c8.0%以上の未治療者																					
評価指標	実施状況																											
●事業実施体制の整備	●個人ごとの個人記録表を作成し、関係者と情報共有を図った。																											
●効果的な対象者の抽出、実施方法等について医師会と協議	●対象者基準の変更にあたり医師会と協議した他、兵庫県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会において、効果的な対象者の抽出、事業運営について専門的知見を有する有識者の助言を受け事業実施した。 <対象者（平成30年度）> 特定健診（集団健診、個別健診）受診者のうちHbA1c8.0%以上の未治療者																											
アウトプット	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への受診勧奨</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>事業参加者数</td> <td>— (未実施)</td> <td>— (未実施)</td> <td>—</td> <td>5人</td> <td>— (未実施)</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—	事業参加者数	— (未実施)	— (未実施)	—	5人	— (未実施)	—
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—																						
事業参加者数	— (未実施)	— (未実施)	—	5人	— (未実施)	—																						
アウトカム	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の医療機関受診率</td> <td>77.8%</td> <td>75.9%</td> <td>1.9ポイント減</td> <td>80.0%</td> <td>81.8%</td> <td>5.9ポイント増</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施率</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	対象者の医療機関受診率	77.8%	75.9%	1.9ポイント減	80.0%	81.8%	5.9ポイント増	保健指導実施率	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度																						
		実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差																					
対象者の医療機関受診率	77.8%	75.9%	1.9ポイント減	80.0%	81.8%	5.9ポイント増																						
保健指導実施率	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—																						

3. 考察

(1) 訪問指導対象者の受診状況

単位：人

	28年度	29年度	30年度	
対象者	9 (100.0%)	29 (100.0%)	11 (100.0%)	
内訳	受診	7 (77.8%)	22 (75.9%)	9 (81.8%)
	訪問前受診	5 (55.6%)	17 (58.6%)	7 (63.6%)
	訪問後受診	2 (22.2%)	5 (17.2%)	2 (18.2%)
	未受診	2 (22.2%)	6 (20.7%)	2 (18.2%)
	国保資格喪失	0 (0.0%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)

◇訪問指導対象者

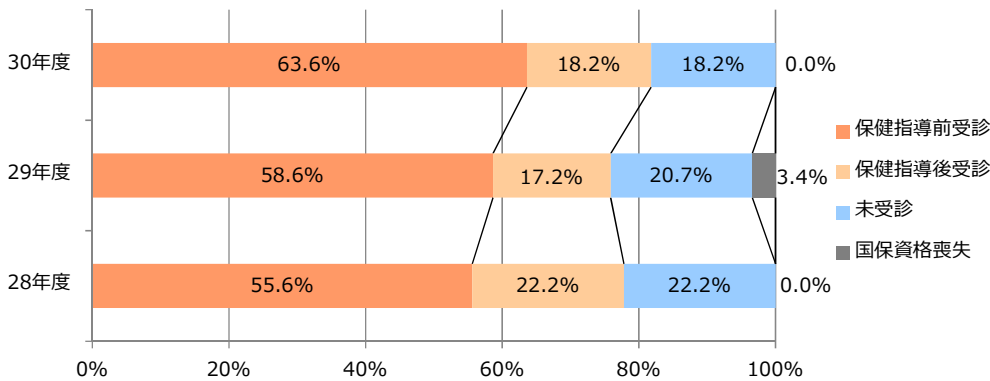
28年度：HbA1c 8.0%以上の集団健診受診者

29年度：HbA1c 7.0%以上の集団健診受診者

30年度：HbA1c 8.0%以上の特定健診受診者

※未受診者については、訪問・文書等により指導を行ったが受診につながらなかった。

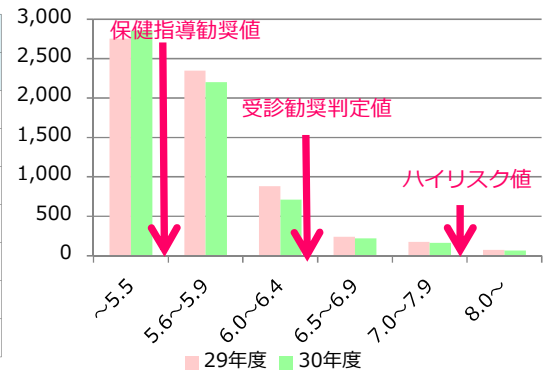
[資料：特定健診データ等]



(2) 特定健診受診者のHbA1cの分布状況

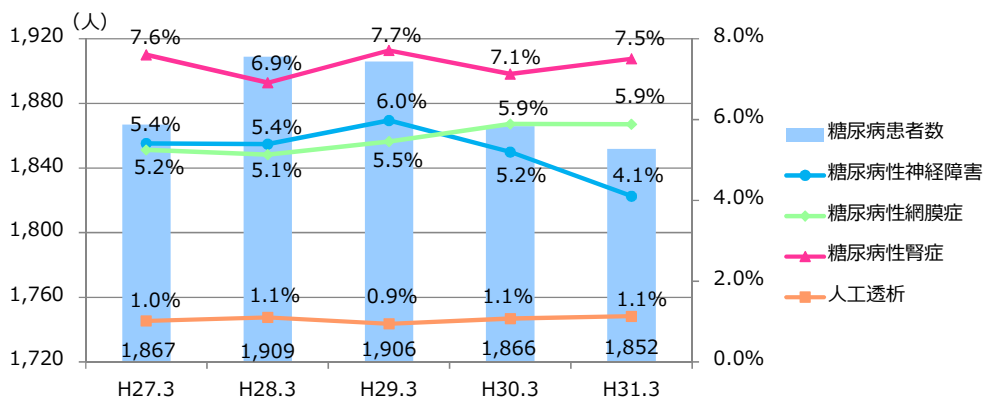
単位：人

HbA1c	定義	29年度		30年度	
		該当者数	構成比	該当者数	構成比
～5.5	基準範囲	2,752	42.5%	2,856	45.9%
5.6～5.9	保健指導勧奨値	2,348	36.3%	2,201	35.4%
6.0～6.4	血糖正常化目標	881	13.6%	710	11.4%
6.5～6.9	受診勧奨判定値	242	3.8%	221	3.6%
7.0～7.9	合併症予防目標	177	2.7%	166	2.7%
8.0～	治療強化が困難な際の目標	72	1.1%	63	1.0%
	うち10.0以上 (再掲)	11	0.2%	8	0.1%



[資料：特定健診データ]

(3) 糖尿病有病者の合併症等の状況



[資料：KDBデータ]

(4) 特定健診受診者のCKD（慢性腎臓病）重症度分類（平成30年度）

【全体】

単位：人

eGFR区分			尿蛋白 区分	A 1	A 2	A 3
				(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
			5,557	5,267	233	57
G1	90以上	正常または高値	554	526	24	4
G2	60~90未満	正常または軽度低下	4,017	3,840	155	22
G3 a	45~60未満	軽度~中等度低下	904	842	45	17
G3 b	30~45未満	中等度~高度低下	69	54	7	8
G4	15~30未満	高度低下	9	5	1	3
G5	15未満	末期腎不全	4	0	1	3

※緑が最もリスクが低い状態で，黄，オレンジ，赤となるほど，末期腎不全や心血管疾患のリスクが高まる。

〔資料：特定健診データ〕

【上記のうち治療なし（問診による血圧・血糖・脂質の服薬がなく，腎不全の既往がない人） 単位：人

eGFR区分			尿蛋白 区分	A 1	A 2	A 3
				(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
			3,445	3,316	112	17
G1	90以上	正常または高値	384	367	16	1
G2	60~90未満	正常または軽度低下	2,573	2,490	75	8
G3 a	45~60未満	軽度~中等度低下	463	437	18	8
G3 b	30~45未満	中等度~高度低下	23	20	3	0
G4	15~30未満	高度低下	2	2	0	0
G5	15未満	末期腎不全	0	0	0	0

※緑が最もリスクが低い状態で，黄，オレンジ，赤となるほど，末期腎不全や心血管疾患のリスクが高まる。

〔資料：特定健診データ〕

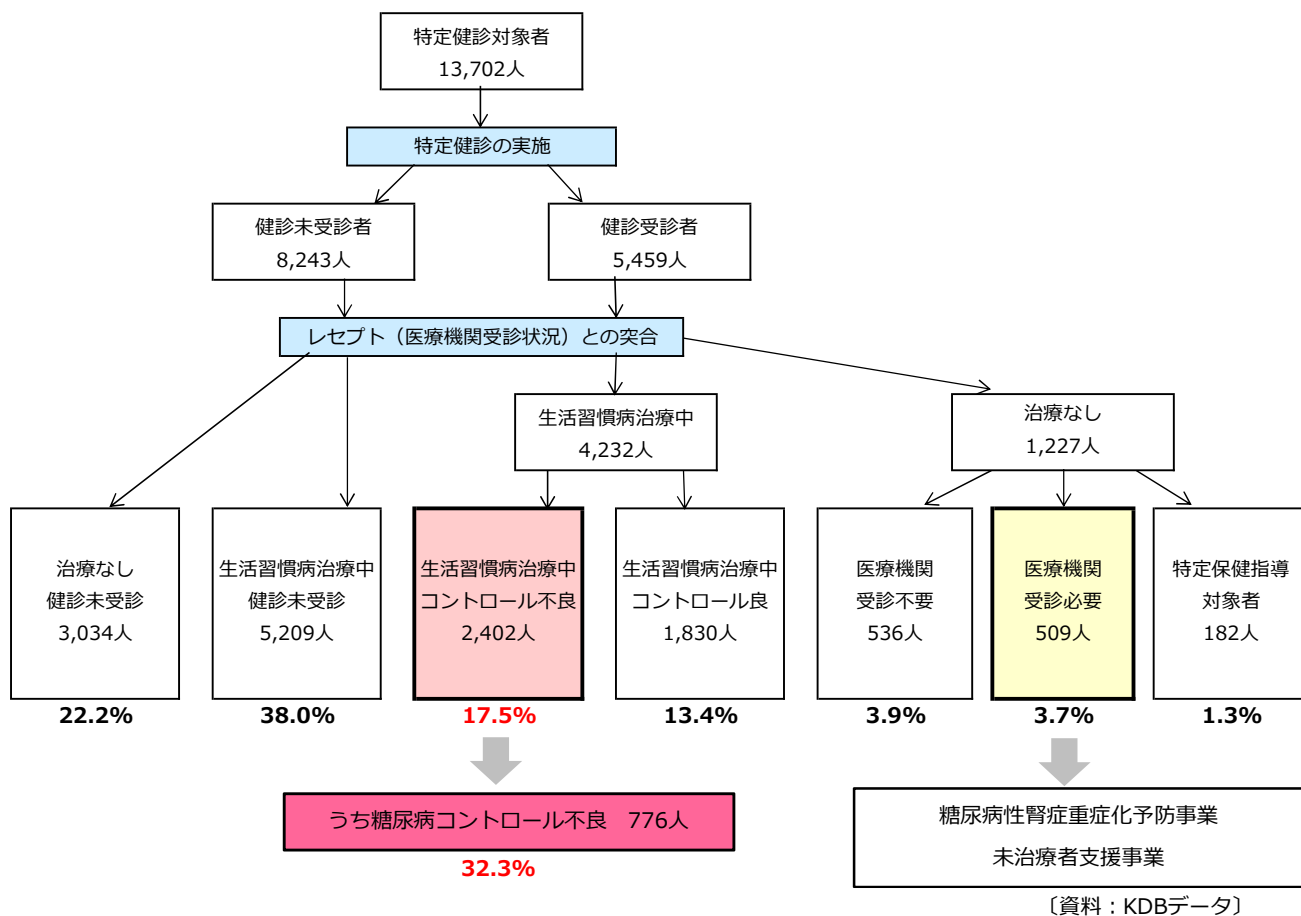
(5) 性年齢別の腎機能状況（平成30年度）

単位：人

区分	男性	女性	40~49歳		50~59歳		60~64歳		65~69歳		70~74歳	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
G1	189	365	158	26.2%	93	14.1%	53	8.8%	132	7.7%	118	6.0%
G2	1,411	2,606	425	70.6%	505	76.6%	460	76.0%	1,252	72.5%	1,375	70.0%
G3 a	359	545	19	3.2%	57	8.6%	84	13.9%	308	17.9%	436	22.2%
G3 b	43	26	0	—	3	0.5%	7	1.1%	28	1.6%	31	1.6%
G4	6	3	0	—	0	—	0	—	4	0.2%	5	0.2%
G5	4	0	0	—	1	0.2%	1	0.2%	2	0.1%	0	—

〔資料：特定健診データ〕

(6) 特定健診対象者の治療状況（平成30年度）



4. 総合評価・課題

- ・対象者の医療機関受診率は、平成29年度より5.9ポイント増加し、目標の80.0%を達成することができた。医療機関受診へつなぐことができなかつた人の中には特別な事情がある人もいたため、対象者の状況に応じたきめ細やかなサポートを検討していきたい。
- ・HbA1cの分布状況では、平成29年度に比べ基準範囲内の割合が増加したものの、健診受診者の半数以上（54.1%）は基準範囲外のため、引き続き集団健診会場における糖尿病の予防啓発など効果的なポピュレーションアプローチを実施していく必要がある。
- ・これまで糖尿病を主原因としたHbA1cに着目した未治療者を対象にしてきたが、国においては「糖尿病かつ腎機能が低下している状態」としてDKDの概念が提唱されているところである。本市においても、健診受診者の5人に1人（21.4%）は、慢性腎臓病（CKD）のリスクが有り、生活習慣病等の治療を受けていない人についても、軽度以上の慢性腎臓病（CKD）のリスクが有る人が17.1%存在するため、透析予防の観点から腎機能の低下を早期に発見するため腎機能に着目した対象者の抽出が必要である。
- ・生活習慣病治療中であってもコントロール不良の者が健診対象者の17.5%存在し、その3割は糖尿病コントロール不良であることから、重症化予防のため治療中断者や治療中コントロール不良者に対しかかりつけ医と連携した保健指導の実施を検討していく必要がある。

V. 未治療者支援事業

1. 計画内容	
目的	特定健診の結果が一定基準値以上の要医療者を適切に医療機関につなげ、生活習慣病の重症化を予防する。
対象者	特定健診の結果から健診結果が一定基準値以上の要医療者のうち未治療の被保険者
目標	未治療者の医療機関受診率向上
取組	◇受診勧奨通知の送付

2. 評価指標, 実施状況																					
ストラクチャー	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施に必要な予算の確保</td> <td>●事業実施に必要な予算, 通知発送業務に必要な人員を確保した。</td> </tr> <tr> <td>●関係機関との連携体制の構築</td> <td>●市内医療機関を対象とした説明会において, 本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算, 通知発送業務に必要な人員を確保した。	●関係機関との連携体制の構築	●市内医療機関を対象とした説明会において, 本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。														
	評価指標	実施状況																			
●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算, 通知発送業務に必要な人員を確保した。																				
●関係機関との連携体制の構築	●市内医療機関を対象とした説明会において, 本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。																				
プロセス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施体制の整備</td> <td>●概ね健診から2ヶ月後のレセプトを確認し, 未治療者へ受診の必要性を記載した受診勧奨通知を送付した。また, リスクが重複する者には, 健診結果が分かり次第, 電話勧奨により受診の必要性を説明した。</td> </tr> <tr> <td>●効果的な対象者の抽出, 通知内容の工夫</td> <td>●対象者を集団健診受診者だけでなく個別健診受診者へも拡充し, より多くの未治療者へ早期治療の必要性について通知した。 <対象者> 特定健診(集団健診, 個別健診)の結果が下記基準に該当する者のうち未治療の被保険者 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td>尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m²未満</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施体制の整備	●概ね健診から2ヶ月後のレセプトを確認し, 未治療者へ受診の必要性を記載した受診勧奨通知を送付した。また, リスクが重複する者には, 健診結果が分かり次第, 電話勧奨により受診の必要性を説明した。	●効果的な対象者の抽出, 通知内容の工夫	●対象者を集団健診受診者だけでなく個別健診受診者へも拡充し, より多くの未治療者へ早期治療の必要性について通知した。 <対象者> 特定健診(集団健診, 個別健診)の結果が下記基準に該当する者のうち未治療の被保険者 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td>尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m²未満</td> </tr> </tbody> </table>	血 圧	収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)	血 糖	HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上	脂 質	LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上	腎機能	尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m ² 未満						
評価指標	実施状況																				
●事業実施体制の整備	●概ね健診から2ヶ月後のレセプトを確認し, 未治療者へ受診の必要性を記載した受診勧奨通知を送付した。また, リスクが重複する者には, 健診結果が分かり次第, 電話勧奨により受診の必要性を説明した。																				
●効果的な対象者の抽出, 通知内容の工夫	●対象者を集団健診受診者だけでなく個別健診受診者へも拡充し, より多くの未治療者へ早期治療の必要性について通知した。 <対象者> 特定健診(集団健診, 個別健診)の結果が下記基準に該当する者のうち未治療の被保険者 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tbody> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>脂 質</td> <td>LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上</td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td>尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m²未満</td> </tr> </tbody> </table>	血 圧	収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)	血 糖	HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上	脂 質	LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上	腎機能	尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m ² 未満												
血 圧	収縮期血圧: 160mmHg以上 または 拡張期血圧: 100mmHg以上 (Ⅱ度高血圧以上)																				
血 糖	HbA1c: 6.5%以上 または 空腹時血糖: 126mg/dL以上																				
脂 質	LDLコレステロール: 180mg/dL以上 または 中性脂肪: 500mg/dL以上																				
腎機能	尿蛋白: (+)以上 かつ eGFR: 45mL/分/1.73m ² 未満																				
アウトプット	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度 実績</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th></th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者への受診勧奨</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度				実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
	評価指標		28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度															
		実績	前年度差	目標値	実績	前年度差															
対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—															
アウトカム	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度 実績</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th></th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者の医療機関受診率</td> <td>41.5%</td> <td>50.2%</td> <td>8.7ポイント増</td> <td>45.0%</td> <td>43.4%</td> <td>6.8ポイント減</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度				実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	対象者の医療機関受診率	41.5%	50.2%	8.7ポイント増	45.0%	43.4%	6.8ポイント減
	評価指標		28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度															
		実績	前年度差	目標値	実績	前年度差															
対象者の医療機関受診率	41.5%	50.2%	8.7ポイント増	45.0%	43.4%	6.8ポイント減															

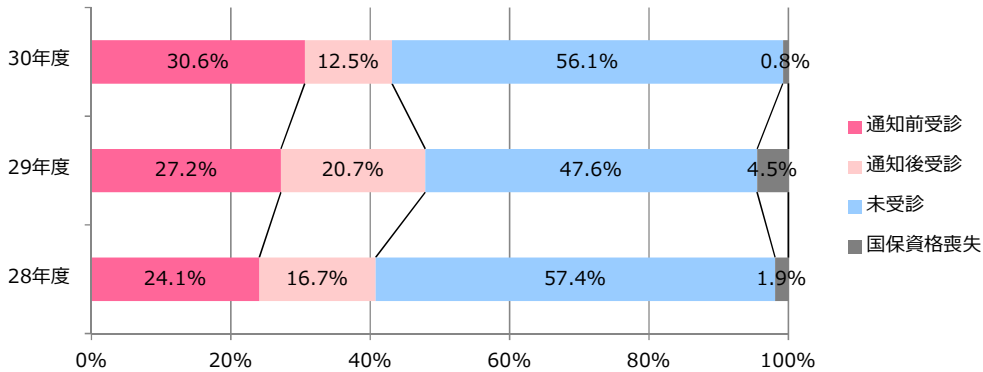
3. 考察

(1) 受診勧奨通知対象者の受診状況

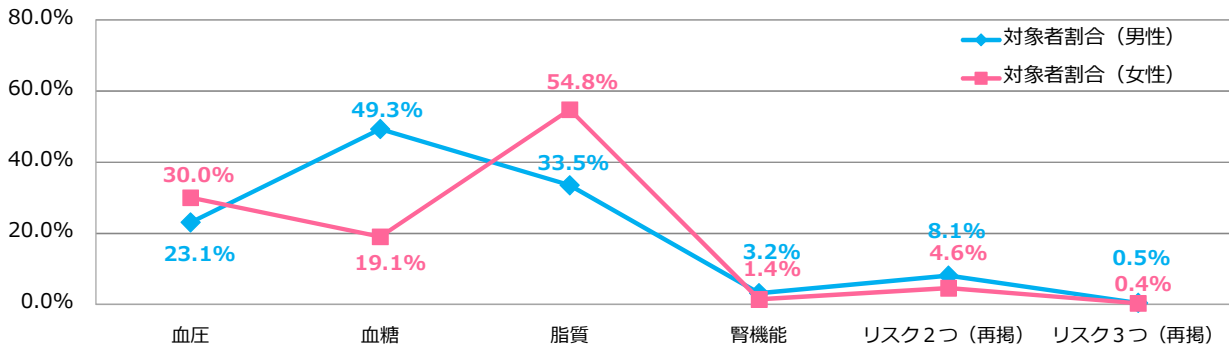
単位：人

	28年度	29年度	30年度	
対象者	270 (100.0%)	290 (100.0%)	504 (100.0%)	
内訳	受診	110 (40.7%)	139 (47.9%)	217 (43.1%)
	通知前受診	65 (24.1%)	79 (27.2%)	154 (30.6%)
	通知後受診	45 (16.7%)	60 (20.7%)	63 (12.5%)
	未受診	155 (57.4%)	138 (47.6%)	283 (56.1%)
	国保資格喪失	5 (1.9%)	13 (4.5%)	4 (0.8%)

〔資料：特定健診データ等〕



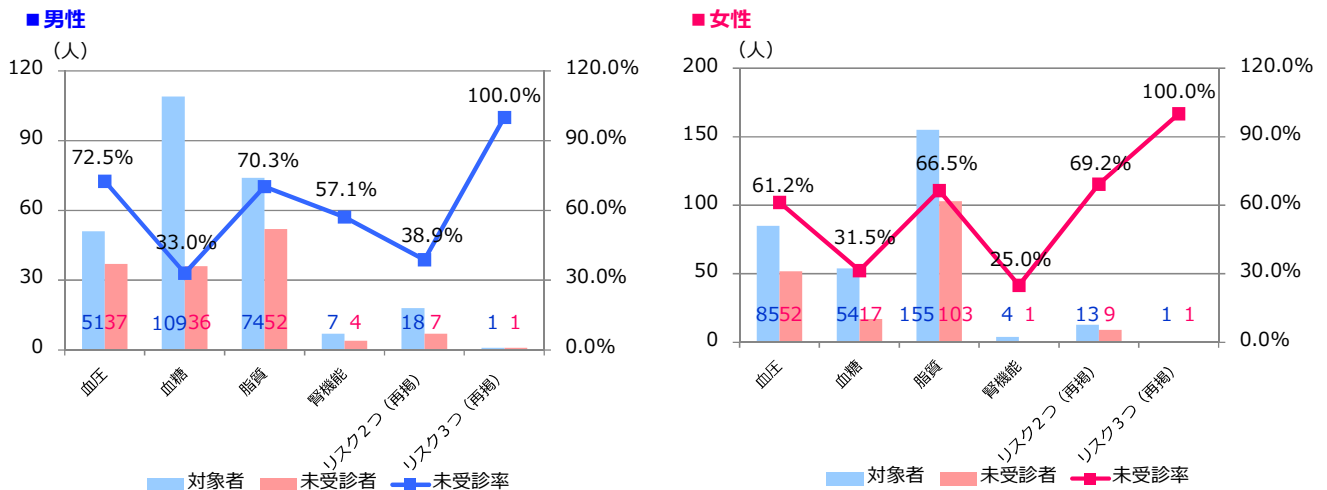
(2) 受診勧奨通知対象者の男女別項目別内訳 (平成30年度)



※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

(3) 受診勧奨通知対象者の男女別項目別未受診率 (平成30年度)



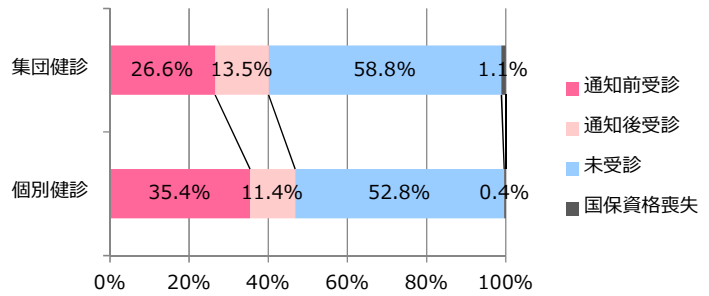
※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

(4) 受診勧奨通知対象者の健診形態別受診状況（平成30年度）

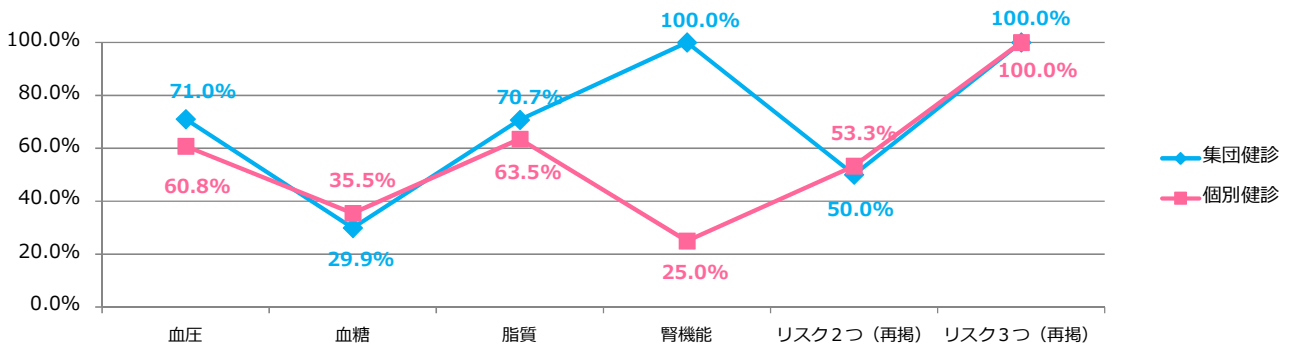
単位：人

		集団健診	個別健診
対象者		267 (100.0%)	237 (100.0%)
内訳	受診	107 (40.1%)	111 (46.8%)
	通知前受診	71 (26.6%)	84 (35.4%)
	通知後受診	36 (13.5%)	27 (11.4%)
	未受診	157 (58.8%)	125 (52.8%)
	国保資格喪失	3 (1.1%)	1 (0.4%)



〔資料：特定健診データ等〕

(5) 受診勧奨通知対象者の健診形態別リスク別未受診率（平成30年度）



※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

4. 総合評価・課題

- 対象者の医療機関受診率は、平成29年度より6.8ポイント減少の43.4%で目標の45.0%を達成することができなかった。集団健診受診者、個別健診受診者いずれも受診勧奨通知後に受診する者が少ないため、通知内容を見直す必要がある。特に男女共に血圧、脂質の項目における未受診率が高いため、疾患の重大性を理解し、医療機関受診の必要性を認識しやすいよう通知内容の見直しが必要である。また、集団健診受診者については、健診当日に分かる結果（血圧、尿蛋白）をもとに医療機関受診の必要性等を含めた保健指導を行い、個別健診受診者については、健診結果返却時に医療機関より説明してもらうこと等により健診受診後の速やかな受診につなげるための工夫が必要である。
- リスクが3つ以上重複する者には、健診結果が分かり次第、電話勧奨により受診の必要性を説明したが受診行動につながらなかった。リスク重複者は重篤な生活習慣病等を発症するリスクが高いため、対象者の状況に応じた更なるアプローチを検討する必要がある。

3. 医療費適正化の推進

VI. 後発医薬品使用促進事業

1. 計画内容	
目的	後発医薬品の使用を促進することにより、被保険者負担の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	被保険者
目標	後発医薬品への切替率向上
取組	◇使用促進通知の送付 ◇啓発用品の配布

2. 評価指標, 実施状況							
ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。 <通知実績（平成30年度）>					
		通知月	通知対象診療月	軽減効果額	通知対象者数		
プロセス	●使用促進通知の見直し	●使用促進通知に後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を掲載したほか、お薬手帳の普及や残薬に関する啓発文を掲載した。					
	●啓発用品の選定	●保険証年次更新時に後発医薬品使用促進保険証ケースを全被保険者に配布し、後発医薬品の使用促進を図った。					
	評価指標	実施状況					
アウトプット	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	使用促進通知の送付回数	年2回	年2回	—	年2回	年2回	—
アウトカム	評価指標	28(2016)年度 実績	29(2017)年度		30(2018)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率	66.7%	66.8%	0.1ポイント増	70.0%	71.0%	4.2ポイント増

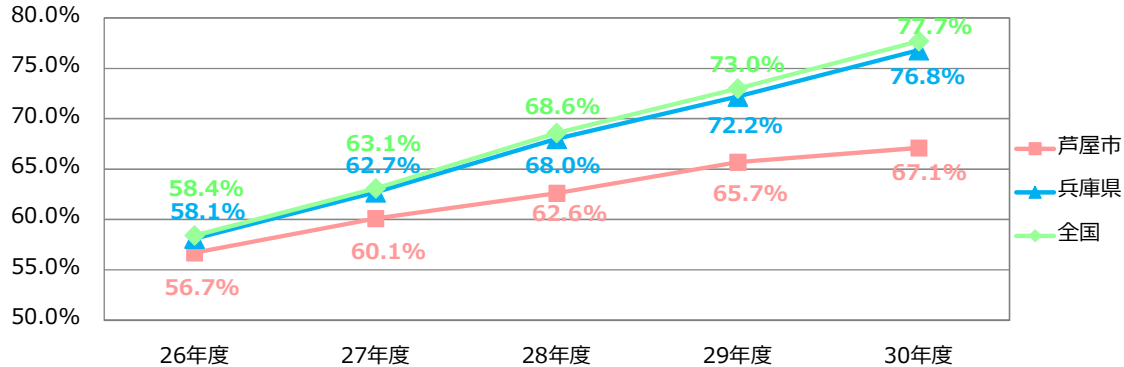
3. 考察

(1) 後発医薬品使用促進通知効果額と通知対象者数の推移

通知送付年度	通知対象者数	効果測定診療月	削減効果額
27年度	5,029人	平成28年1月～平成28年12月	8,134,530円
28年度	4,704人	平成29年1月～平成29年12月	5,505,910円
29年度	4,497人	平成30年1月～平成30年12月	5,567,080円
30年度	4,289人	平成31年1月～令和元年12月	8,001,300円

〔資料：事務報告書〕

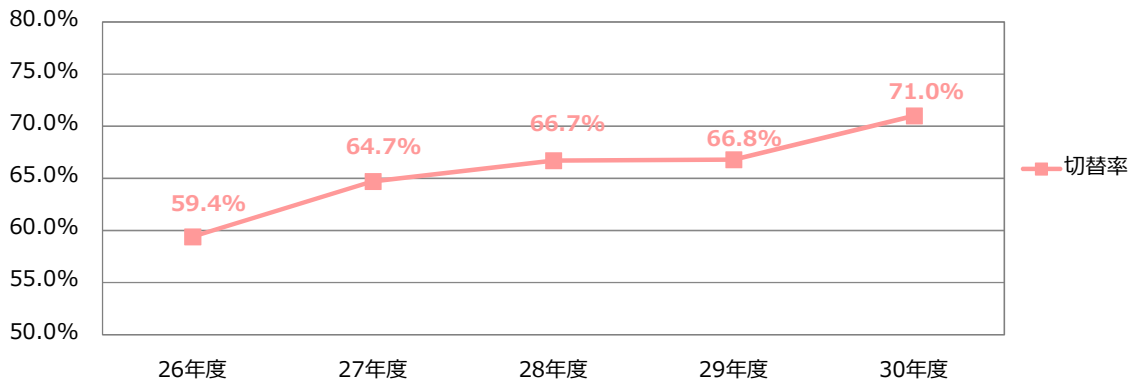
(2) 後発医薬品使用率の推移（各年3月末現在）



※平成30年度より保険者別後発医薬品使用割合（厚生労働省）が公表されたことに伴い、平成30年度以降の芦屋市の数値は、厚生労働省公表数値により作成。

〔資料：レセプトデータ（調剤），保険者別後発医薬品使用割合（厚生労働省），調剤医療費の動向調査（厚生労働省）〕

(3) 後発医薬品使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率の推移



〔資料：レセプトデータ（調剤）〕

4. 総合評価・課題

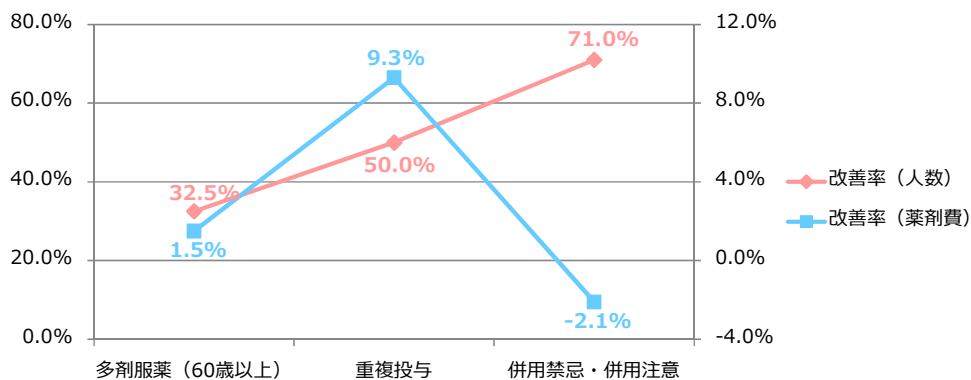
- ・後発医薬品使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率は71.0%で、短期的目標の70.0%を達成した。
- ・中長期的目標に掲げている後発医薬品使用率は、67.1%（H31.3末現在）と全国、兵庫県平均よりも低く推移している。
- ・短期的目標は達成したものの後発医薬品使用率は、全国、兵庫県平均よりも低く一定の水準で留まっていることから、医療機関等の医療従事者へ積極的に働きかけていく必要がある。

Ⅶ. 適正受診等推進事業

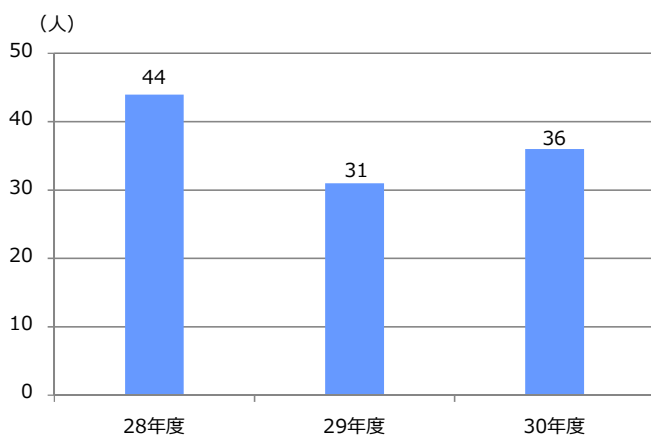
1. 計画内容	
目的	医薬品の重複投与による健康被害の防止や医療費の適正化を図るため、適正な受診や服薬を促すための普及・啓発を行う。
対象者	被保険者
目標	受診・服薬行動の改善率向上
取組	◇啓発通知の送付 ◇啓発ちらしの作成・配布

2. 評価指標, 実施状況																					
ストラクチャー	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●事業実施に必要な予算の確保</td> <td>●事業実施に必要な予算を確保した。 <通知実績（平成30年度）> <table border="1"> <thead> <tr> <th>通知月</th> <th>通知対象診療月</th> <th>通知対象者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成30年11月</td> <td>平成30年3月～8月診療分</td> <td>630名</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。 <通知実績（平成30年度）> <table border="1"> <thead> <tr> <th>通知月</th> <th>通知対象診療月</th> <th>通知対象者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成30年11月</td> <td>平成30年3月～8月診療分</td> <td>630名</td> </tr> </tbody> </table>	通知月	通知対象診療月	通知対象者数	平成30年11月	平成30年3月～8月診療分	630名										
	評価指標	実施状況																			
●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。 <通知実績（平成30年度）> <table border="1"> <thead> <tr> <th>通知月</th> <th>通知対象診療月</th> <th>通知対象者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成30年11月</td> <td>平成30年3月～8月診療分</td> <td>630名</td> </tr> </tbody> </table>	通知月	通知対象診療月	通知対象者数	平成30年11月	平成30年3月～8月診療分	630名														
通知月	通知対象診療月	通知対象者数																			
平成30年11月	平成30年3月～8月診療分	630名																			
プロセス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>実施状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●対象者及び通知内容の見直し</td> <td>●医師会，薬剤師会と調整の上，近年のポリファーマシーに関するエビデンスをもとに事業対象者を選定した。また，通知内容の見直しを行い，通知者に不安を与えることのないよう配慮した。 <対象者選定基準（平成30年度）> 【多剤服薬】医薬品種類数が6種類以上で服薬日数が14日以上かつ2か月分以上発生している60歳以上の被保険者 【重複投与】同一月に3以上の医療機関から同一薬効の薬剤が14日以上処方されている被保険者 【併用禁忌・併用注意】異なる医療機関から併用禁忌，併用注意となる薬の組み合わせを処方されている被保険者 </td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	実施状況	●対象者及び通知内容の見直し	●医師会，薬剤師会と調整の上，近年のポリファーマシーに関するエビデンスをもとに事業対象者を選定した。また，通知内容の見直しを行い，通知者に不安を与えることのないよう配慮した。 <対象者選定基準（平成30年度）> 【多剤服薬】医薬品種類数が6種類以上で服薬日数が14日以上かつ2か月分以上発生している60歳以上の被保険者 【重複投与】同一月に3以上の医療機関から同一薬効の薬剤が14日以上処方されている被保険者 【併用禁忌・併用注意】異なる医療機関から併用禁忌，併用注意となる薬の組み合わせを処方されている被保険者																
	評価指標	実施状況																			
●対象者及び通知内容の見直し	●医師会，薬剤師会と調整の上，近年のポリファーマシーに関するエビデンスをもとに事業対象者を選定した。また，通知内容の見直しを行い，通知者に不安を与えることのないよう配慮した。 <対象者選定基準（平成30年度）> 【多剤服薬】医薬品種類数が6種類以上で服薬日数が14日以上かつ2か月分以上発生している60歳以上の被保険者 【重複投与】同一月に3以上の医療機関から同一薬効の薬剤が14日以上処方されている被保険者 【併用禁忌・併用注意】異なる医療機関から併用禁忌，併用注意となる薬の組み合わせを処方されている被保険者																				
アウトプット	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通知回数</td> <td>— (未実施)</td> <td>年1回</td> <td>1回増</td> <td>年1回</td> <td>年1回</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	通知回数	— (未実施)	年1回	1回増	年1回	年1回	—
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度															
実績		実績	前年度差	目標値	実績	前年度差															
通知回数	— (未実施)	年1回	1回増	年1回	年1回	—															
アウトカム	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評価指標</th> <th>28(2016)年度</th> <th colspan="2">29(2017)年度</th> <th colspan="3">30(2018)年度</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> <th>目標値</th> <th>実績</th> <th>前年度差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率</td> <td>— (未実施)</td> <td>25.5%</td> <td>—</td> <td>10.0%</td> <td>52.1%</td> <td>26.6%¹⁾増</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度			実績	実績	前年度差	目標値	実績	前年度差	啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	— (未実施)	25.5%	—	10.0%	52.1%	26.6% ¹⁾ 増
	評価指標		28(2016)年度	29(2017)年度		30(2018)年度															
実績		実績	前年度差	目標値	実績	前年度差															
啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	— (未実施)	25.5%	—	10.0%	52.1%	26.6% ¹⁾ 増															

3. 考察									
(1) 対象者選定基準ごとの改善状況（平成30年度）									
対象者選定基準	人数（人）			改善率（人数）	1人1か月あたり薬剤費（円）			改善率（薬剤費）	
	通知前	通知後	増減		通知前	通知後	増減		
多剤服薬（60歳以上）	332	224	-108	32.5%	17,646	17,379	-267	1.5%	
重複投与	8	4	-4	50.0%	19,474	17,662	-1812	9.3%	
併用禁忌・併用注意	359	104	-255	71.0%	14,450	14,754	304	-2.1%	
計	699	332	-367	52.5%	17,190	16,598	-592	3.4%	
※複数の選定基準に該当する者は，それぞれの選定基準ごとにカウントしている。〔資料：レセプトデータ（入院外，調剤）〕									

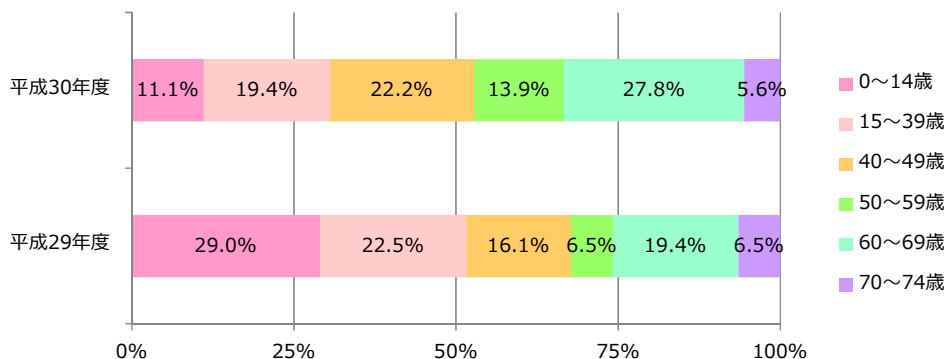


(2) 重複投与者数の推移



〔資料：レセプトデータ (入院外, 調剤), K D Bデータ〕

(3) 年齢区分別重複投与該当者割合



〔資料：K D Bデータ〕

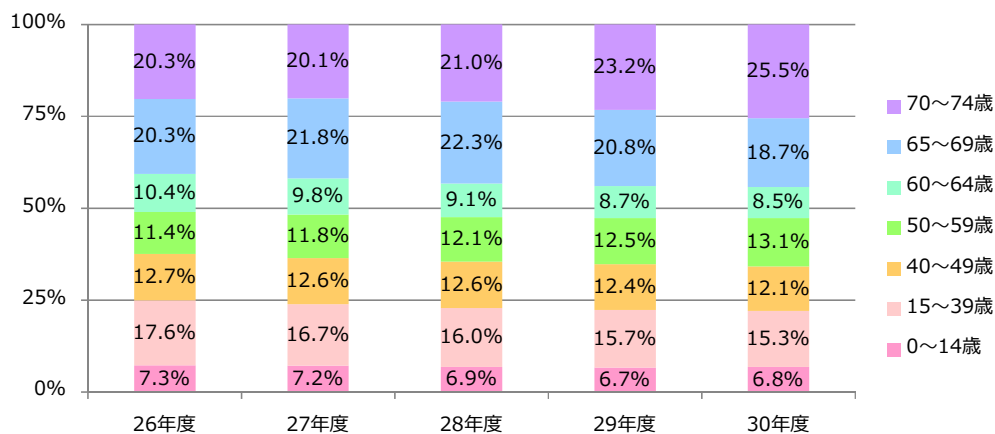
4. 総合評価・課題

- ・啓発通知送付者の受診・服薬行動改善率は、短期的目標の10.0%を大幅に上回り52.1%の改善が見られ目標を達成した。
- ・中長期的目標に掲げている重複投与者数の減少については、29年度は減少したものの30年度は該当者が増加していることから、重複投与者に対する通知内容の見直しを検討する必要がある。

5. 医療費等に関する現状分析

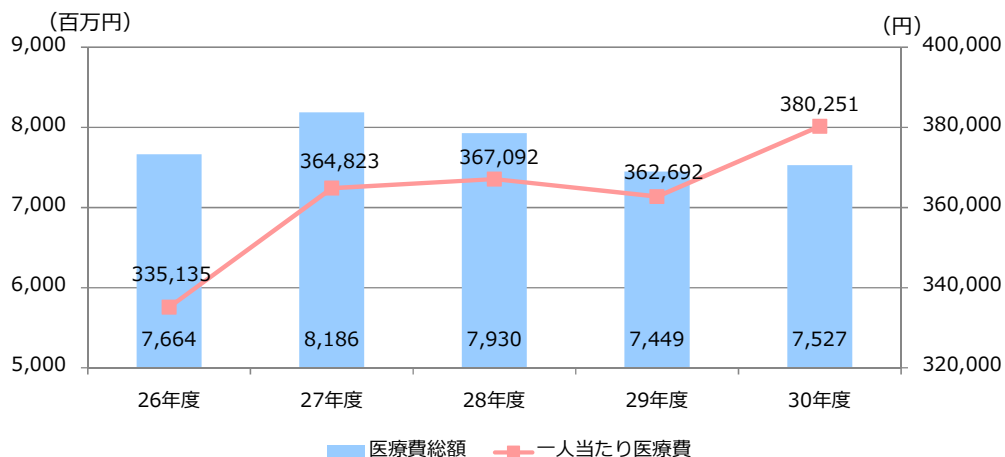
1. 現状分析

(1) 年齢区分別被保険者割合の推移



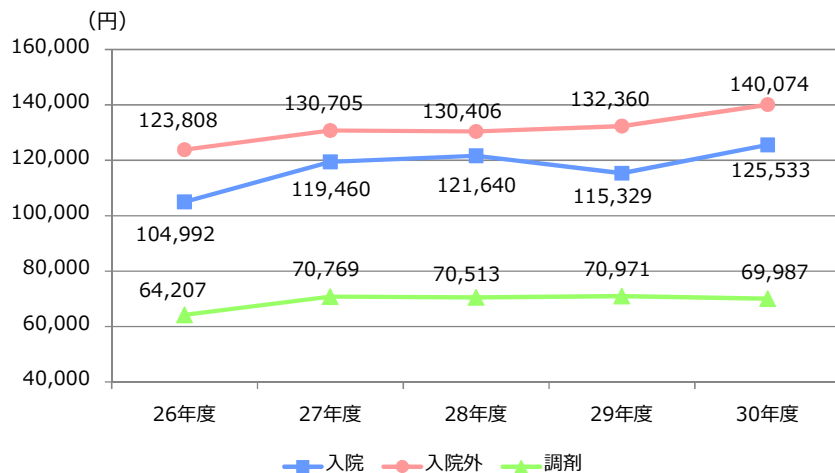
〔資料：被保険者データ〕

(2) 医療費総額及び被保険者一人当たり医療費の推移



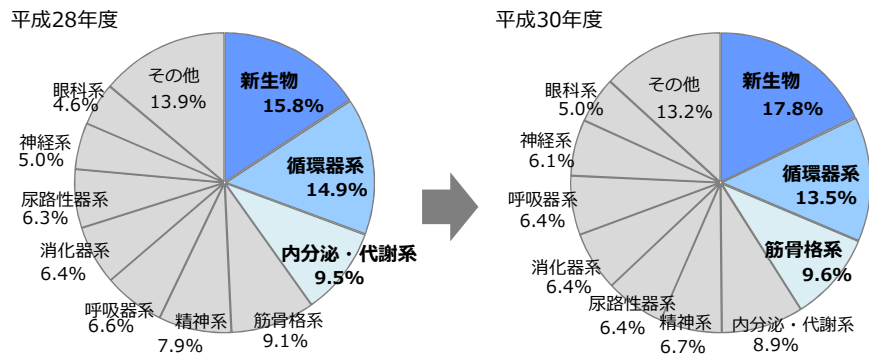
〔資料：事務報告書〕

(3) 被保険者一人当たり医療費の推移



〔資料：事務報告書〕

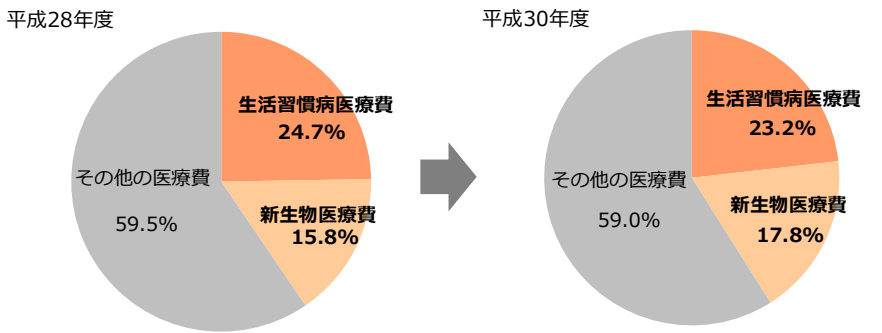
(4) 疾病大分類別医療費の構成の変化 (平成28年度－平成30年度)



[資料：KDBデータ]

- <大分類の主な疾病具体例>
- * 循環器系
高血圧症, 脳梗塞, 心筋梗塞等
 - * 新生物
悪性新生物, 良性の腫瘍等
 - * 内分泌・代謝系
糖尿病, 脂質異常症等
 - * 筋骨格系
骨折, 関節障害, リウマチ等
 - * 精神系
認知症, 統合失調症, うつ病等

(5) 医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合の変化 (平成28年度－平成30年度)



[資料：KDBデータ]

- <生活習慣病対象医療費>
- 糖尿病
 - 脂質異常症
 - 脂肪肝
 - 脳出血
 - 狭心症
 - 筋骨格
 - 高血圧症
 - 高尿酸血症
 - 動脈硬化症
 - 脳梗塞
 - 心筋梗塞

(6) 要介護認定者の有病状況の変化 (平成28年度－平成30年度)

疾病名	有病率			
	平成28年度		平成30年度	
	全体	40～64歳 (再掲)	全体	40～64歳 (再掲)
心臓病	64.1%	20.5%	63.7%	19.7%
筋・骨格	58.0%	34.2%	58.7%	21.1%
精神疾患	38.1%	15.1%	39.6%	9.9%
脳血管疾患	28.7%	12.3%	27.4%	16.9%
糖尿病	26.2%	12.3%	28.2%	11.3%
糖尿病合併症 (再掲)	3.6%	1.4%	3.7%	4.2%
新生物	13.9%	13.7%	14.3%	12.7%
難病	4.1%	6.8%	4.4%	5.6%
その他	64.9%	23.3%	64.6%	23.9%

※心臓病：虚血性心疾患，その他の循環器系の疾患

[資料：KDBデータ]

2. 総合評価・課題

- ・医療費総額、被保険者一人当たり医療費が増加したが、これは高齢化に伴う被保険者の年齢構成の変化によるものが要因と考えられる。平成26年度には被保険者の5人に1人が70歳以上であったが、平成30年度は4人に1人が70歳以上となっており、将来推計人口を踏まえると今後も医療費が増加していくことが予測される。引き続き生活習慣病の早期発見、重症化予防に取り組むとともに、効果的な医療費適正化対策を講じていく必要がある。
- ・疾病大分類別医療費では、依然として新生物、循環器系の割合が高く推移している。
- ・医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合では、平成28年度に比べ生活習慣病医療費割合は減少しているものの、新生物に係る医療費割合が増加しているため、がん検診の受診率向上と合わせた保健事業の実施が必要である。
- ・要支援・要介護認定者の有病状況では、生活習慣病に起因する脳血管疾患、糖尿病合併症の有病率が増加傾向にある。

第2期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成30年度 事業評価

令和元年11月

発行 芦屋市 市民生活部 保険課

〒659-8501 兵庫県芦屋市精道町7番6号

T E L 0797-38-2035

F A X 0797-38-2158