

芦屋市国民健康保険芦屋市データヘルス計画
第3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）
第4期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画

＜計画期間：令和6(2024)年度～令和11(2029)年度＞

＜評価期間：令和5(2023)年度～令和10(2028)年度＞

令和5年度 事業評価

令和7年3月



芦屋市

Ashiya City

目次

1	第3期データヘルス計画における健康課題と対策の方向性	1
	（1）第3期データヘルス計画で取り組むべき課題	1
	（2）第3期データヘルス計画で取り組むべき課題（目的）ごとに対応する個別保健事業	2
	（3）個別目的と対応する個別保健事業	2
2	保健事業の内容＜目標・評価＞	3
	（1）特定健康診査	3
	（2）特定保健指導	9
	（3）非肥満者への保健指導	15
	（4）糖尿病性腎症重症化予防事業	19
	（5）未治療者支援事業	23
	（6）後発医薬品使用促進事業	29
	（7）適正受診等推進事業	32
	（8）個人へのインセンティブ提供	38
	（9）地域包括ケアの推進	43
	（10）その他現状分析	49

本資料における留意事項

- 本資料では、『芦屋市国民健康保険芦屋市データヘルス計画 第3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）及び第4期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画』のことを、第3期データヘルス計画と記す。
- 第2期データヘルス計画と同様の評価項目については、平成30年度からの6年分、第3期データヘルス計画から新たに追加した評価項目については、令和4年度・令和5年度の2年分の実績評価としている。
- 特定健診や特定保健指導の評価項目については、実数値で行う評価と法定報告値で行う評価がそれぞれあるため、資料によって対象者数が異なる。

1 第3期データヘルス計画における健康課題と対策の方向性

(1) 第3期データヘルス計画で取り組むべき課題

以下第3期データヘルス計画 P91 第4章抜粋。※記載の参照頁も第3期データヘルス計画

課題	優先度	現状分析からの示唆
生活習慣病のリスク未把握者が多い	大	特定健診受診率を上げることで、メタボリックシンドローム該当者(肥満に加え、血圧、脂質、血糖の項目に複数該当)や糖尿病・高血圧症の疑いのある対象者を把握し、保健指導を実施することで、生活習慣の改善や医療機関の受診等の生活習慣病の発症予防および重症化の予防のために必要な支援を提供できます。第2期の取組により特定健診受診率はH30年度の39.9%からR4年度の41.1%へと増加しているものの、目標値である60%に到達しておらず、40%前後を推移しています。(P57) そのため、引き続き第3期で取組みが必要な健康課題です。
メタボ該当・予備群割合が大きい	大	メタボリックシンドローム該当者や予備群、またはメタボリックシンドロームではないが血圧や脂質、血糖の項目が基準値より高いと脳血管障害・心疾患・腎不全など重篤な疾患の発症の危険性が高まります。それらを予防するには、生活習慣の改善や保健指導・医療の受診が必要な場合があります。 メタボリックシンドロームの該当者割合は、国・県と比べると低くなっていますが、メタボリックシンドローム予備群は県に比べると高くなっています。(P69) また P59 のとおり、メタボリックシンドロームではない非肥満者を含め、健診受診者における有所見者割合をみると、平成30年度と比較して、血糖(空腹時血糖、HbA1c)・血圧(収縮期血圧、拡張期血圧)・腎機能(eGFR)に関する項目の有所見割合が大幅に増加しています。引き続き第3期で取組みが必要な健康課題です。
受診勧奨判定値を超える者が多い	大	高血圧・高血糖・脂質異常などの異常値は、脳血管障害・心疾患・腎不全など重篤な疾患の発症に繋がります。特に受診勧奨判定値を超える場合は適切な医療機関受診が必要です。 P59の有所見割合をみると、平成30年度と比較して、血糖(空腹時血糖、HbA1c)・血圧(収縮期血圧、拡張期血圧)・腎機能(eGFR)に関する項目の有所見割合が増加しています。また、空腹時血糖、LDL コレステロール、eGFR は国・県と比較して有所見割合が高くなっています。さらに、高血糖に関してはそのうち126人が受診を確認できない医療機関未受診者となっています。(P52) 特に、糖尿病が重症化するリスクの高いHbA1c8.0以上で糖尿病及び3疾患の治療をしていない人の該当者は、R4年は12人であり、H30年の8人から増加しています。血圧、脂質も受診勧奨者が3割を占めており、引き続き血糖を含めた血圧、脂質、腎機能を悪化させない取組みが必要な健康課題です。(P68)
後発医薬品の普及率が低い	大	後発医薬品(ジェネリック医薬品)は、先発医薬品と同等ながら安価であるため、後発医薬品の普及は、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものです。後発医薬品の普及率はH30年度の67.1%からR4年度の73.1%へと増加しているものの、県の80.1%と比較して低いいため、引き続き第3期で取組みが必要な健康課題です。(P89)
不適切服薬者が多い	中	服薬(重複服薬、多剤投与、併用禁忌等)は、医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも重要です。 令和4年度における重複処方該当者は172人、多剤処方該当者33人であり、引き続き第3期で取組みが必要な健康課題です。(P87、88)
健康に関心な人が多い	大	自身の健康に関心を持つことで、健康であり続けるために生活習慣の改善や健診・医療受診など必要に応じて主体的に行動することができます。 特定健康診査の質問票の集計結果から生活習慣の改善に関心な人は、R4年は24.5%であり、H30年の24.7%からわずかに改善傾向にありますが、引き続き第3期で取組みが必要な健康課題です。(P80)
有病率および医療費が高い	大	疾病別医療費(大分類)では、「筋骨格系及び結合組織の疾患」は第3位(P28)、疾病別医療費(中分類)でも、「関節症」は第8位、「骨折」は第9位(P30)です。生活習慣病の疾病別レセプト件数においては、その他を除き「筋・骨格」が最も多くなっています。(P40) また、要介護・要支援認定者の有病率においても、「筋・骨格」は第1号被保険者では2番目に、第2号被保険者では最も多くなっています。(P85) 高齢期になるにつれ、骨折を含む「筋・骨格」系疾患のリスクはたかまっています。また、要介護や要支援の原因になり得るとともに、入院での治療や定期的な通院が必要になります。入院や要支援・要介護状態になると、本人の日常生活に影響がでるとともに、医療費も必要になるため、「筋・骨格」系疾患を若い世代から予防する取り組みが必要な健康課題です。

(2) 第3期データヘルス計画で取り組むべき課題(目的)ごとに対応する個別保健事業

課題	個別目的	対応する個別保健事業
生活習慣病のリスク未把握者が多い	生活習慣病の発症予防と早期発見	① 特定健診受診率向上対策
メタボ該当・予備群割合が大きい		② 特定保健指導実施率向上対策
		③ 非肥満者への保健指導
受診勧奨判定値を超える者が多い	生活習慣病の重症化予防	④ 糖尿病性腎症重症化予防事業
		⑤ 未治療者支援事業
後発医薬品の普及率が低い	医療費適正化の推進	⑥ 後発医薬品使用促進事業
不適切服薬者が多い		⑦ 適正受診等推進事業
健康に関心のない人が多い	健康管理の推進	⑧ 個人へのインセンティブ提供
有病率および医療費が高い		⑨ 地域包括ケアの推進

(3) 個別目的と対応する個別保健事業

個別目的	実績・目標(中長期的)				対応する個別保健事業
	指標	現状値(R4)	目標値		
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 (収縮期血圧/130mmHg以上)	男性	48.2%	43.0%	特定健診受診率向上対策 特定保健指導実施率向上対策 非肥満者への保健指導
		女性	37.9%	30.0%	
	特定健診受診者の有所見率 (HbA1c/5.6%以上)	男性	59.8%	55.0%	
		女性	56.1%	51.0%	
	特定健診受診者の有所見率 (LDLコレステロール/120mg/dl以上)	男性	48.3%	44.0%	
		女性	60.8%	59.0%	
生活習慣病の重症化予防	特定健診受診者の有所見率 (収縮期血圧/160mmHg以上)		4.4%	減少	糖尿病性腎症重症化予防事業 未治療者支援事業
	特定健診受診者の有所見率 (LDLコレステロール/180mg/dl以上)		5.1%	減少	
	特定健診受診者の有所見率 (HbA1c 6.5%以上)		7.8%	減少	
	特定健診受診者の有所見率 (eGFR45ml/分/1.73㎡未満)		2.8%	減少	
医療費適正化の推進	【中長期的目標】 後発医薬品の使用率(数量ベース) 『保険者別後発医薬品使用割合3月診療分』		73.1%	75%	後発医薬品使用促進事業
	重複投与件数		172	減少	適正受診等推進事業
	多剤投与件数		33	減少	
健康管理の推進	健康ポイント事業参加者数		512人	940人	個人へのインセンティブ提供
	平均歩数が参加前後で増加した人の割合		60.0% →48.8%	66% →55%	
	咀嚼機能良好者の割合		83.3%	増加	
	筋骨格系及び結合組織の疾患にかかる医療費の総医療費に占める割合		9.1%	減少	地域包括ケアの推進
	要介護・要支援認定者の「筋・骨格」の有病率		1号:56.2% 2号:18.4%	減少	

2 保健事業の内容＜目標・評価＞

(1) 特定健康診査

①計画内容

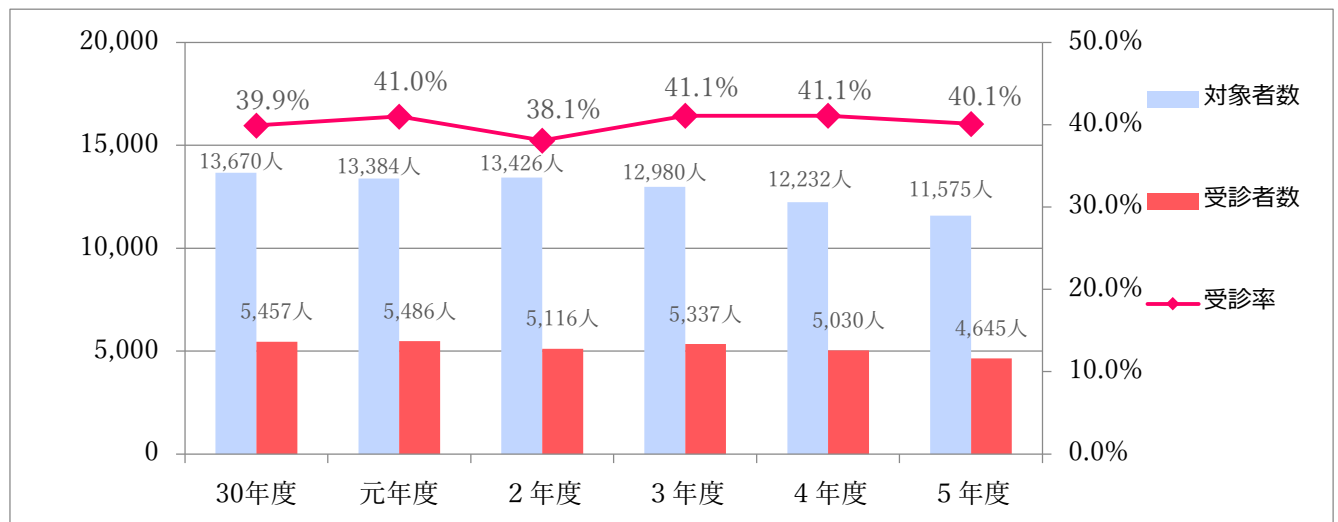
事業名	特定健診・特定健診受診率向上対策事業
事業開始年度	平成 20 年度～
目的	内臓脂肪の蓄積に起因する予防可能な生活習慣病を早期に発見し、生活習慣病の予防につなげる。
事業内容	【実施内容】 1 特定健診の実施 (1) 受診機会の確保 利用しやすい受診環境の整備、休日・巡回健診、がん検診との同時実施、人間ドック検査料助成、健康チェック 2 受診率の向上対策 (1) 受診勧奨事業の実施 ア 当年度未受診者への受診勧奨通知の送付 イ SMS 勧奨の実施 (2) 診療における検査データの活用（みなし健診） ア みなし健診の受付を行い、受診率に計上する。 イ みなし健診提出者へのインセンティブ提供 (3) 予防・健康づくり啓発 ア 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 イ 受診勧奨対象者のうち、みなし健診の可能性のある人に絞った周知啓発 【実施計画】 1 特定健診の実施 2 受診率の向上対策
対象者	40～74 歳の被保険者

② 評価指標・実施状況

事業評価										
組み・実施体制（仕）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	事業運営のための担当職員の配置	100%	100%	100%						
プロセス（過程）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	内容や方法について実施年度中に検討	年2回以上	年2回以上	年4回						
アウトプット（事業実施量）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	受診勧奨実施率	100%	100%	100%						
アウトカム（成果）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	特定健診受診率	60%	50%	40.1%						
	40～50歳代健診受診率		35%	28.3%						
	継続受診率		80%	76.0%						
	リスク保有者の減少 （習慣的に喫煙している人の割合）	10%	7%	8.7%						
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （収縮期血圧／130mmHg以上）		男性：43% 女性：30%	男性：44.5% 女性：36.4%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （HbA1c／5.6%以上）		男性：55% 女性：51%	男性：62% 女性：58%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （LDLコレステロール／120mg/dl以上）		男性：44% 女性：59%	男性：47.8% 女性：62.4%	—		—	—		

③ 考察

1-1 特定健康診査受診率の推移

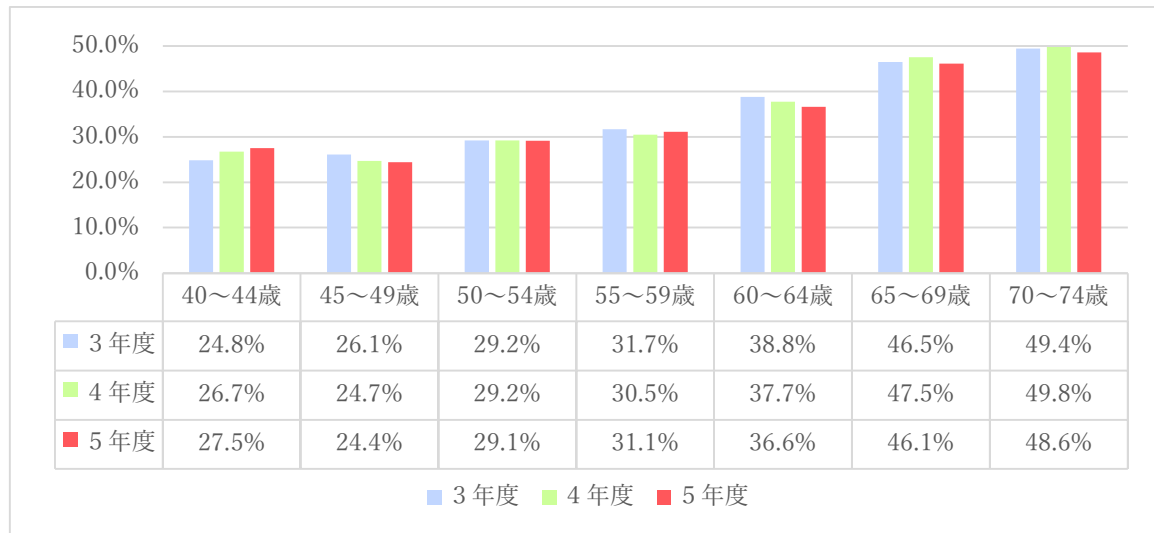


令和5年度	特定健診対象者	特定健診受診者	受診率
芦屋市	11,575人	4,645人	40.1%
兵庫県	740,417人	252,891人	34.2%

出典：法定報告帳票 TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表

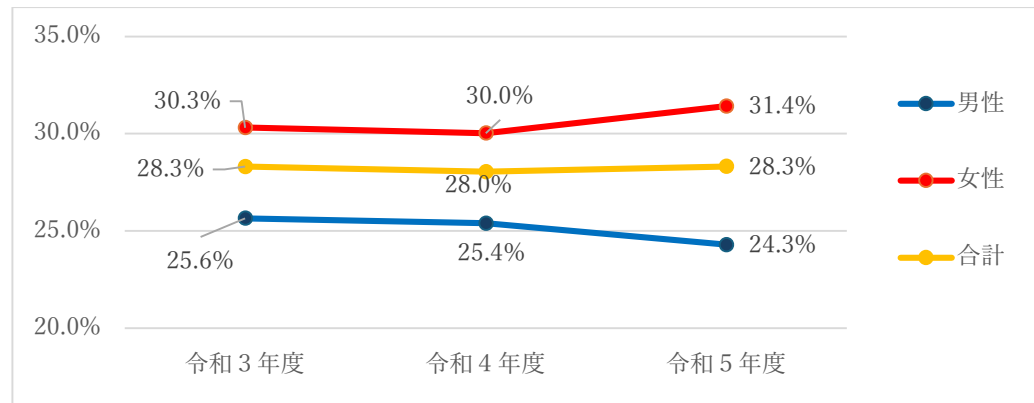
法定報告帳票 TKCA013 特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

1-2 年代別受診率の推移



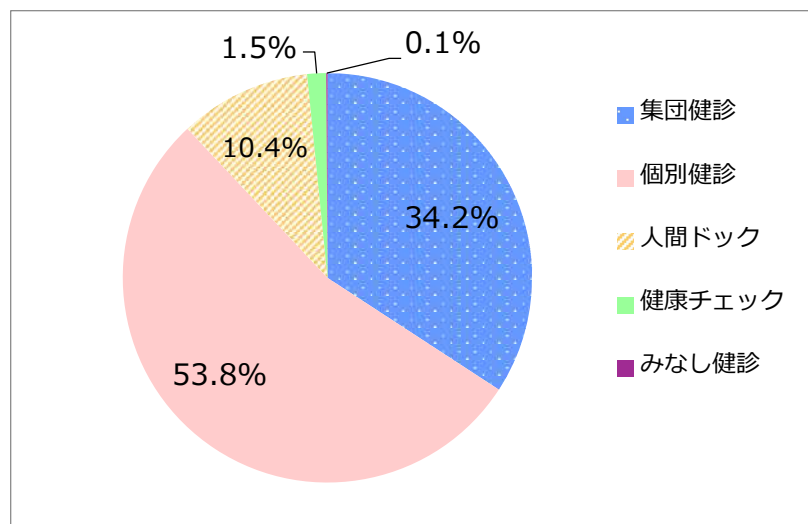
出典：法定報告帳票（TKAC007_特定健診結果総括表） 法定基準 I

1-3 40～50 歳代受診状況



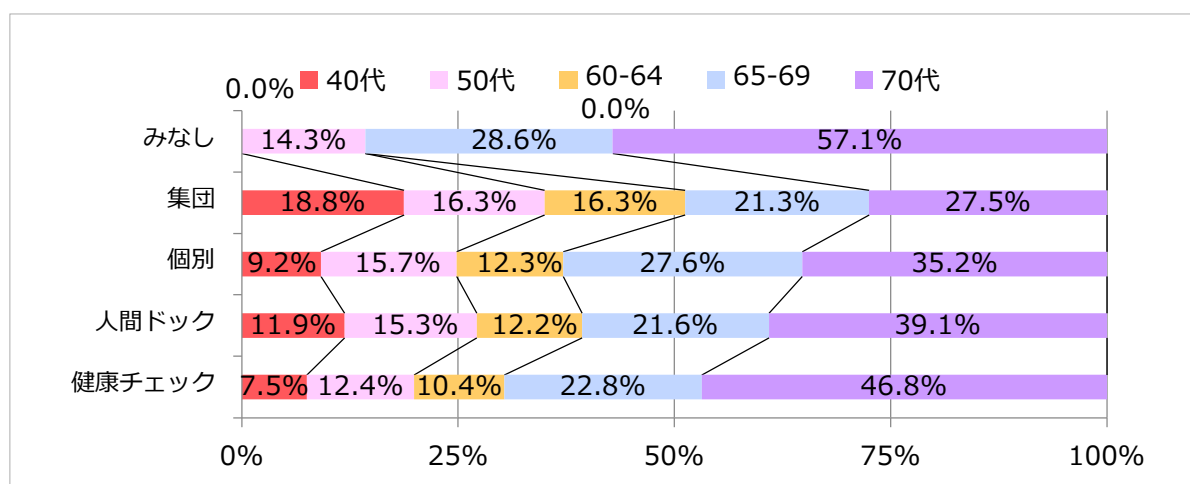
出典：法定報告帳票（TKAC007_特定健診結果総括表） 法定基準 I

1-4 健診形態別受診割合



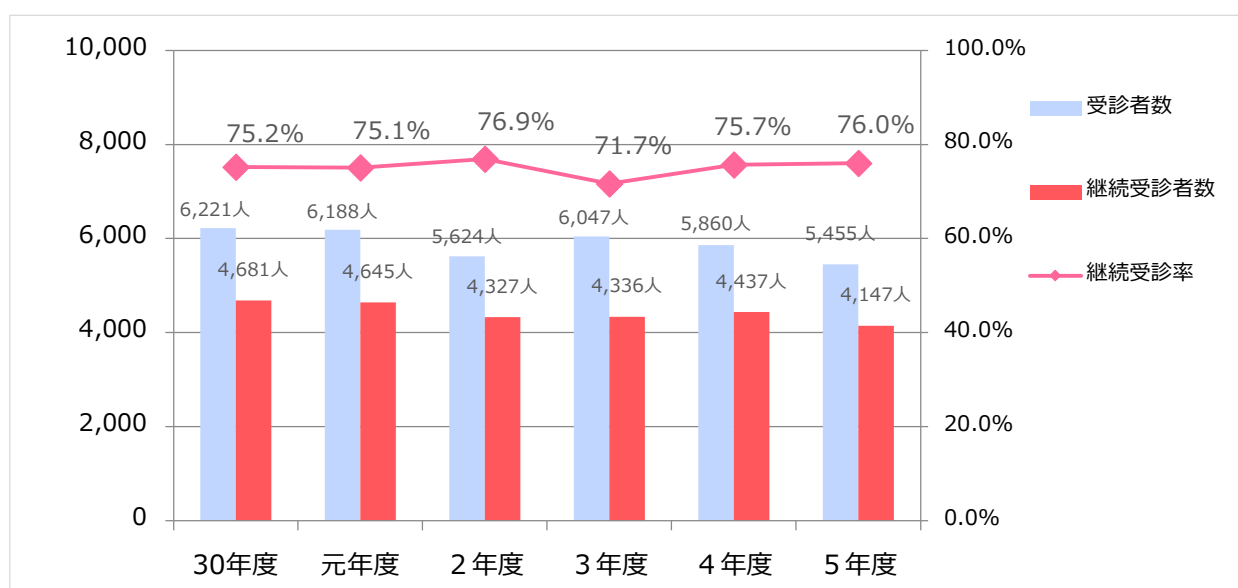
出典：事務報告書

1-5 年代別健診形態別受診状況

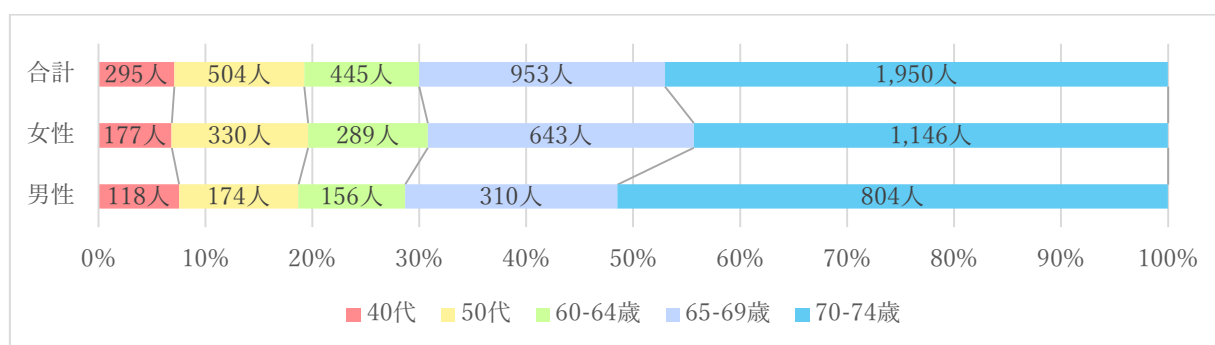


出典：特定健診結果データ FKAC167

1-6 継続受診の状況



1-7 継続受診者の詳細 (令和5年度)

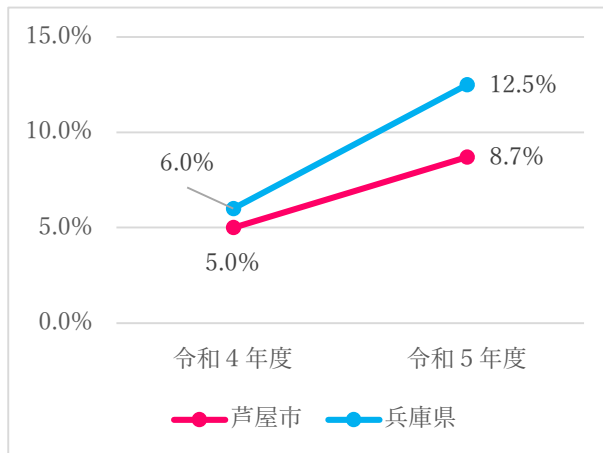


出典：特定健診結果データ FKAC167 (令和4年度・令和5年度)

1-8 リスク保有者の減少（喫煙割合）

分母：特定健診問診票回答者数

分子：特定健診質問票において「たばこを習慣的に吸っていますか」という問に「はい」で答えた人数



年度	芦屋市	兵庫県
令和4年度	5.0%	6.0%
令和5年度	8.7%	12.5%

出典：KDB システム S 2 5 _ 0 0 1 質問票調査の経年比較

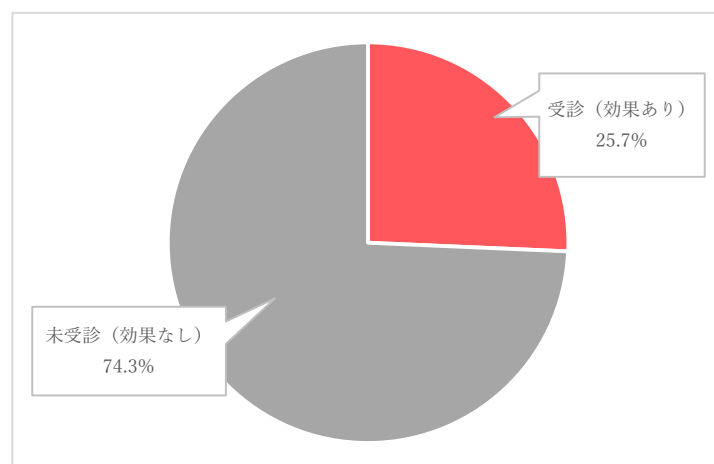
1-9 受診勧奨業務（通知）実施効果

【事業実施内容】（令和5年度）

業務内容	実施時期	実施件数	実施対象
通知勧奨	令和5年8月	11,341件	発送時点で健診未受診者・集団健診・健康チェック・人間ドックの予約をしていない人
電話勧奨	令和5年9月	5,815件	実施時点で健診未受診者・集団健診・健康チェック・人間ドックの予約をしていない人

【事業実施（通知勧奨）実施状況】

受診勧奨通知発送後の受診状況



1-10 受診勧奨業務（電話）の実施結果

【電話勧奨件数】

合計	調査あり	伝言	不在	拒否	番号相違	その他
5,815 人	2,556 人	488 人	2,439 人	82 人	218 人	32 人



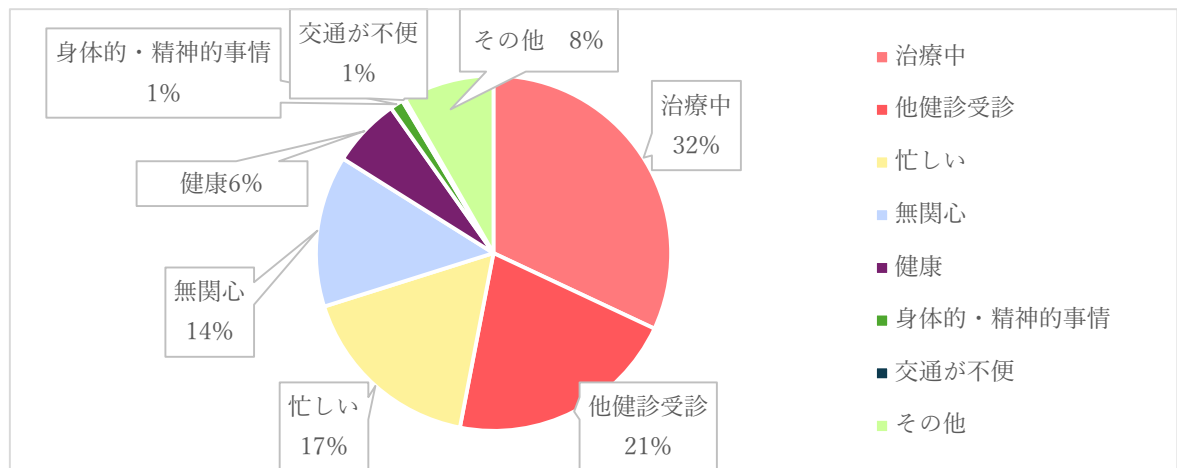
【電話調査結果（応対できた者＝調査あり）】

受診予定	受診予定なし	受診済	合計
1,186 人	1,160 人	210 人	2,556 人



【未受診の理由（受診予定なしの者に聞き取り）】

治療中 32%・他健診受診 21% の計 53% **616 人**は、みなし健診が提出できる可能性がある。



出典：令和 5 年度特定健診受診勧奨事業効果分析結果

④ 総合評価・課題

・特定健診受診率は、前年比 1 ポイント減の 40.1%となり、被保険者数の減少及び受診者数の減少がみられた。40・50 代の受診率は、前年比 0.3%増である。しかし、男女別でみると女性が前年比 1.4%増に対し、男性は、前年比 1.1%減であり、男性の 40・50 代の受診率の低迷が課題である。

・年代別・健診形態別受診率をみると、60 代以上に比べ、40・50 代の個別健診の受診率が低い。

・継続受診率については、増加傾向にあり、受診勧奨の効果があるものと考えられる。継続者の内訳をみると、男性に比べ女性の方が 65 歳以下の若年世代の受診者が多く、男性は令和 5 年度の受診率と同様に継続者も若年世代の受診率が低い。

・受診率向上対策として、令和 5 年度から通知勧奨に加え、電話勧奨を新たに実施した。令和 5 年度は初年度であったため、5,815 人と多くの方へ電話勧奨を実施し、特定健診受診に至らない理由等の分析に努めた。電話勧奨ができた者の内とはなるが、616 人は治療中・他健診受診者であることが判明した。そのため、職場の健診や通院による検査結果の提出を行う『みなし健診』の取り組みを拡大することで受診率向上が見込めると考える。令和 5 年度から、みなし健診を開始したところであるが、1.5%（7 人）と少なく、次年度以降も様々なインセンティブを検討し拡大していきたい。受診勧奨業務については、未受診理由の把握ができたため、次年度以降は特に受診率の低い 40・50 代を中心に実施するなど実施対象を検討していく。また SMS 勧奨の実施等、他の受診勧奨方法も検討する。

(2) 特定保健指導

① 計画内容

事業名	特定保健指導受診率向上対策事業
事業開始年度	平成 20 年度～
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、生活習慣病の発症と重症化を予防する。
事業内容	【実施内容】 1 利用機会の確保 (1) 運用方法見直し (2) 健診結果を活用した個別相談の実施 (3) 特定健診当日の保健指導（集団健診）の実施 (4) 出張健診会場での当日保健指導の実施 (5) 人間ドック受診者の特定保健指導の実施 2 実施率向上 (1) 電話による利用勧奨 (2) 健診結果通知の活用による利用啓発（集団健診） (3) 医療機関からの利用勧奨（個別健診） (4) 人間ドック医療機関からの利用勧奨 (5) 対象者への利用勧奨を早期に実施 【実施計画】 1 効果的な保健指導プログラムの実施 2 特定保健指導勧奨通知デザインの工夫 3 特定保健指導参加者へのインセンティブ提供の検討
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

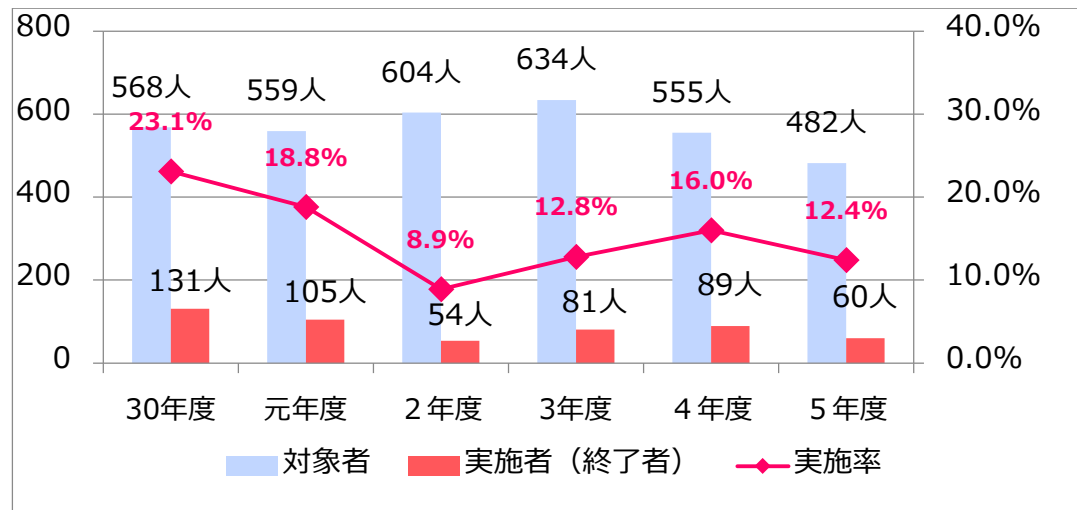
② 評価指標・実施状況

事業評価										
(仕組み・実施体制)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	事業運営のための担当職員の配置	100%	100%	実施						
(プロセス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	内容や方法について実施年度中に検討	年2回以上	年2回以上	2回						
(事業実施量)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	利用勧奨実施率	100%	100%	100%						
	未利用者への再勧奨		2回以上	2回						
(アウトカム)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	特定保健指導実施率	45%	35%	12.4%						
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%	25%	20.1%						
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (収縮期血圧/130mmHg以上)		男性：43% 女性：30%	男性：44.5% 女性：36.4%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (HbA1c/5.6%以上)		男性：55% 女性：51%	男性：62% 女性：58%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (LDLコレステロール/120mg/dl以上)		男性：44% 女性：59%	男性：47.8% 女性：62.4%	—		—	—		

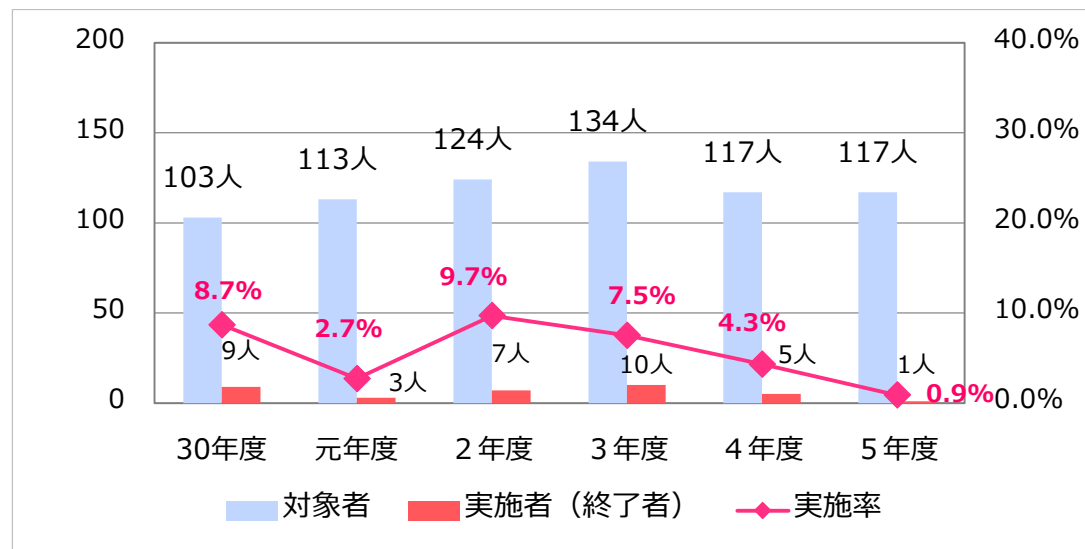
③ 考察

2-1 特定保健指導実施率の推移

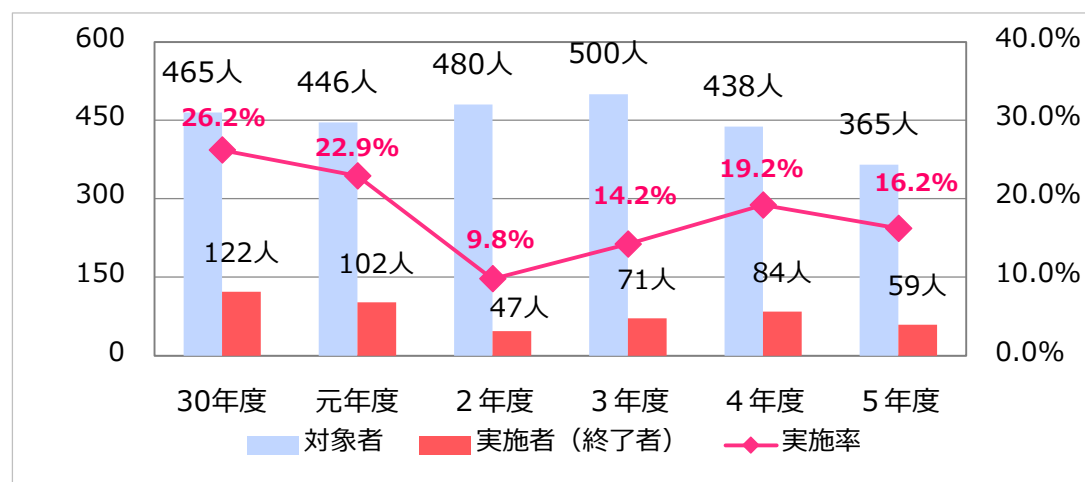
◆全体



◆積極的

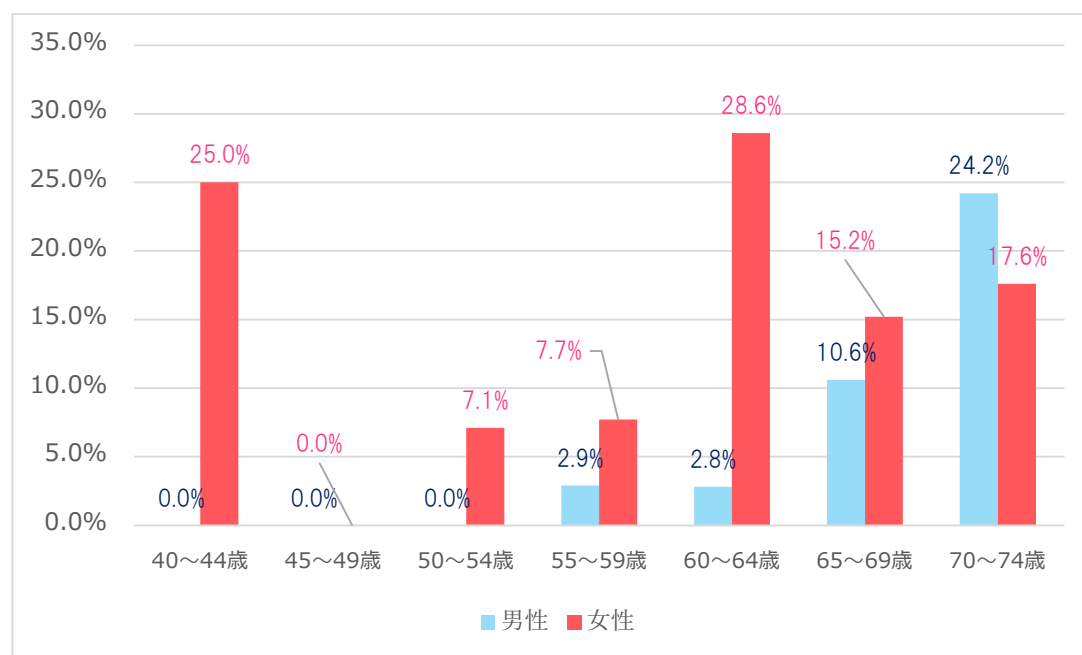


◆動機付け



出典：法定報告帳票 TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表

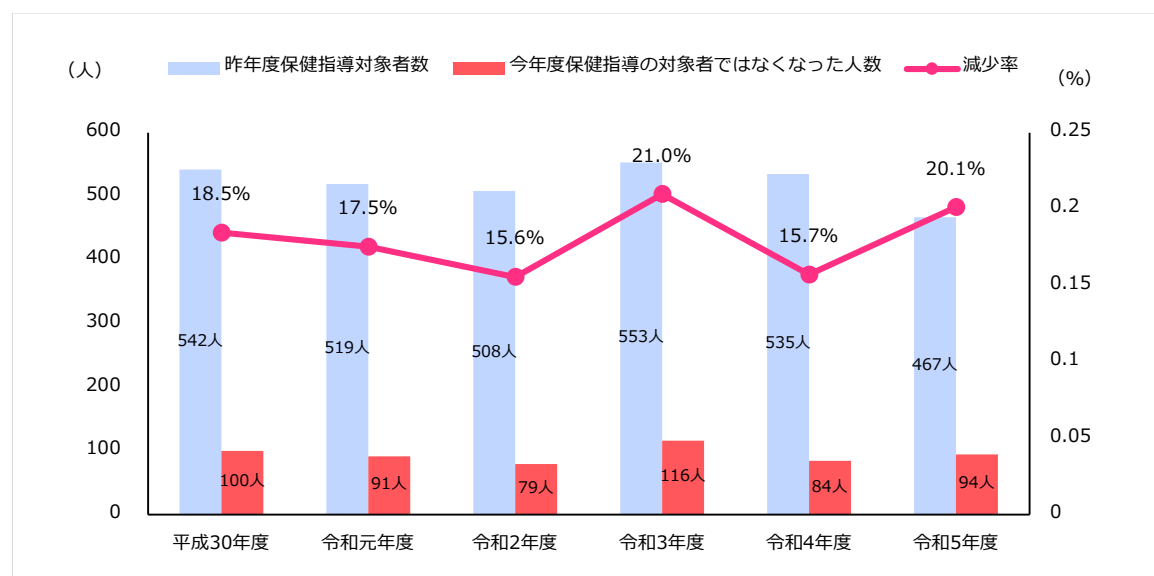
2-2 年代別男女別実施率



※0%については、対象者はいるが、実施者が0人

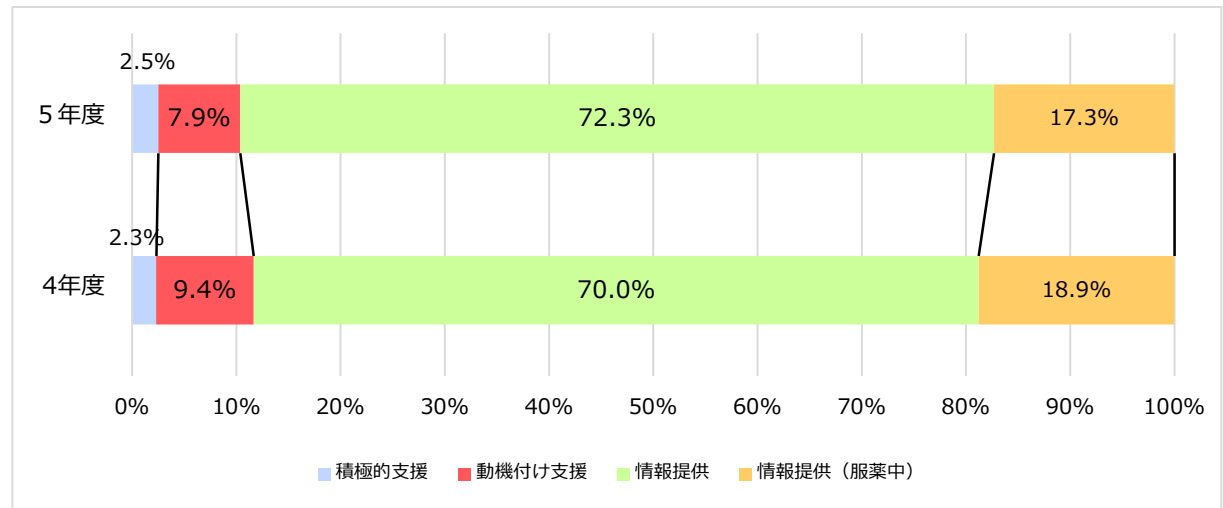
出典：法定報告帳票 TKCA011_特定健診・特定保健指導実施結果表

2-3 保健指導減少率



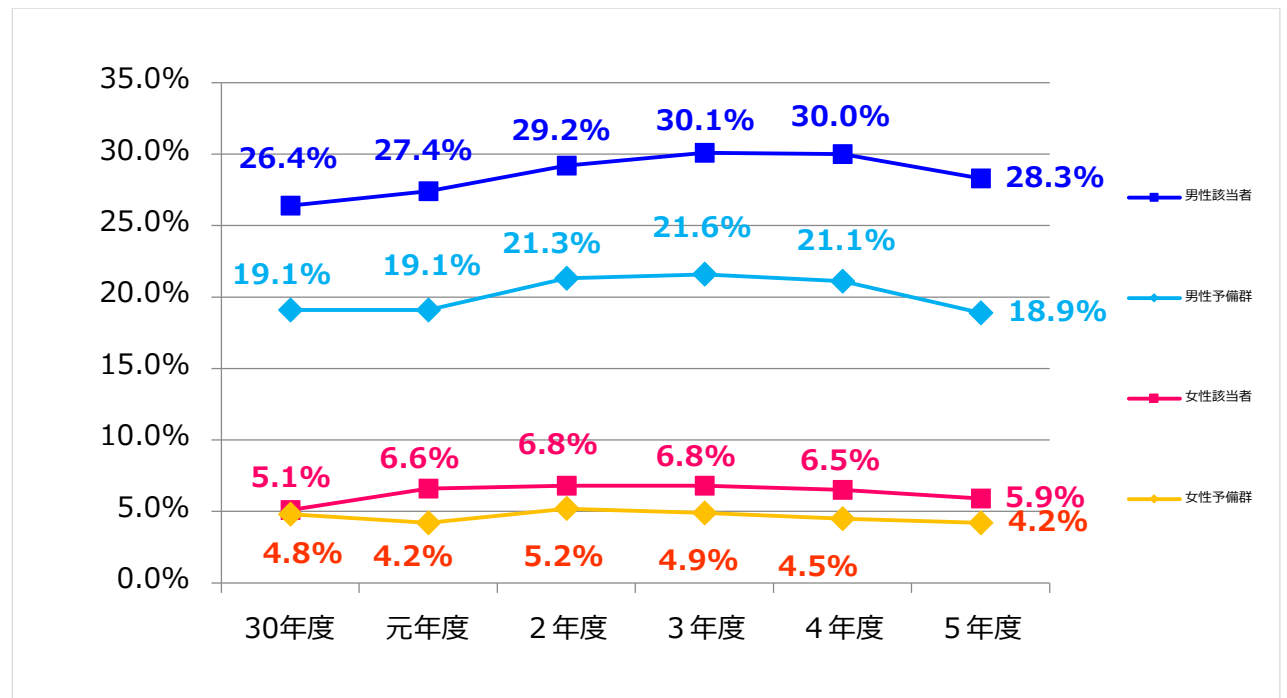
出典：法定報告帳票 TKCA014

2-4 特定保健指導レベルの状況



出典：法定報告帳票 TKAC003

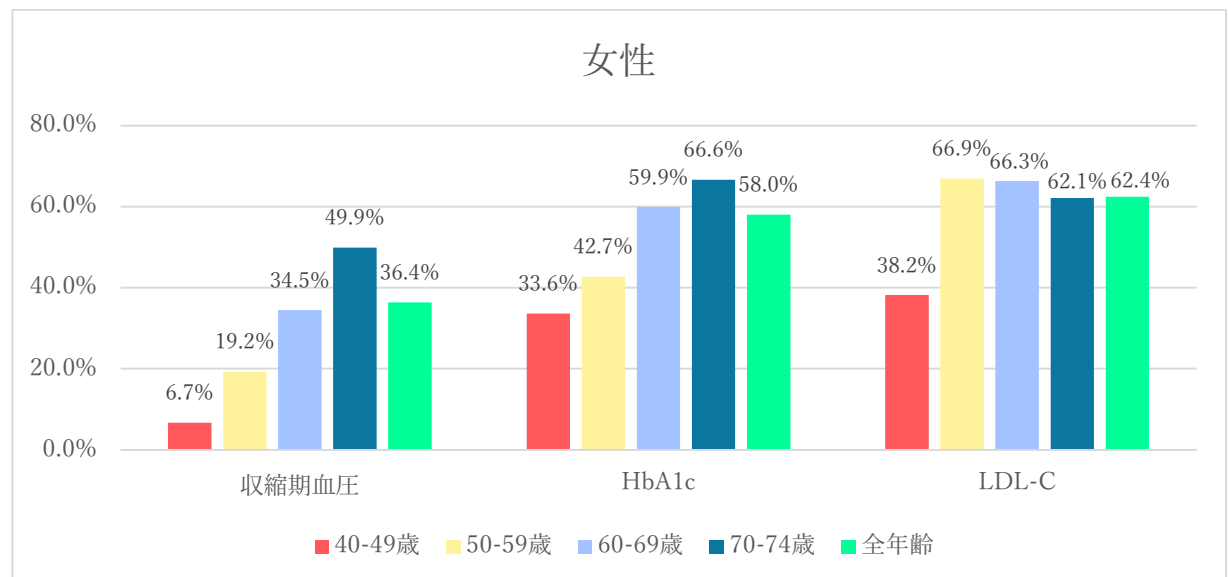
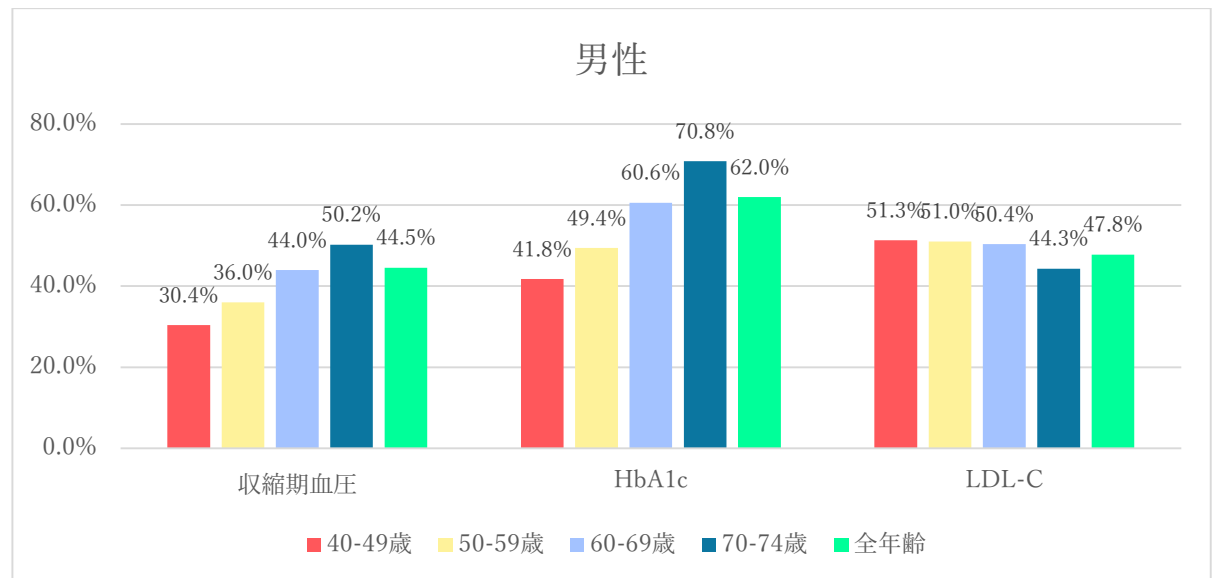
2-5 メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の推移



出典：法定報告帳票 TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表

2-6 特定健診受診者の有所見率の推移

性別	年代別	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	eGFR
男性	40-49歳	31.6%	43.7%	25.9%	27.8%	10.8%	22.8%	41.8%	19.0%	30.4%	17.7%	51.3%	1.9%
	50-59歳	35.6%	54.4%	30.1%	33.5%	7.1%	30.5%	49.4%	15.9%	36.0%	26.4%	51.0%	10.9%
	60-69歳	32.1%	55.3%	21.2%	19.2%	3.8%	42.0%	60.6%	17.7%	44.0%	24.5%	50.4%	27.7%
	70-74歳	26.1%	57.8%	22.1%	13.3%	5.3%	45.9%	70.8%	15.2%	50.2%	18.7%	44.3%	37.1%
	合計	29.8%	55.3%	23.2%	19.2%	5.6%	40.5%	62.0%	16.4%	44.5%	21.5%	47.8%	27.4%
性別	年代別	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	eGFR
女性	40-49歳	15.5%	12.2%	8.0%	5.0%	0.8%	10.1%	33.6%	2.1%	6.7%	5.0%	38.2%	3.4%
	50-59歳	9.6%	8.5%	11.3%	7.7%	0.9%	15.3%	42.7%	1.6%	19.2%	12.0%	66.9%	14.8%
	60-69歳	11.3%	10.8%	9.7%	9.8%	0.8%	21.8%	59.9%	2.3%	34.5%	14.3%	66.3%	27.5%
	70-74歳	13.2%	14.5%	13.1%	6.9%	0.7%	30.1%	66.6%	2.8%	49.9%	15.9%	62.1%	31.0%
	合計	12.2%	12.1%	11.2%	7.9%	0.8%	23.4%	58.0%	2.4%	36.4%	13.8%	62.4%	25.1%

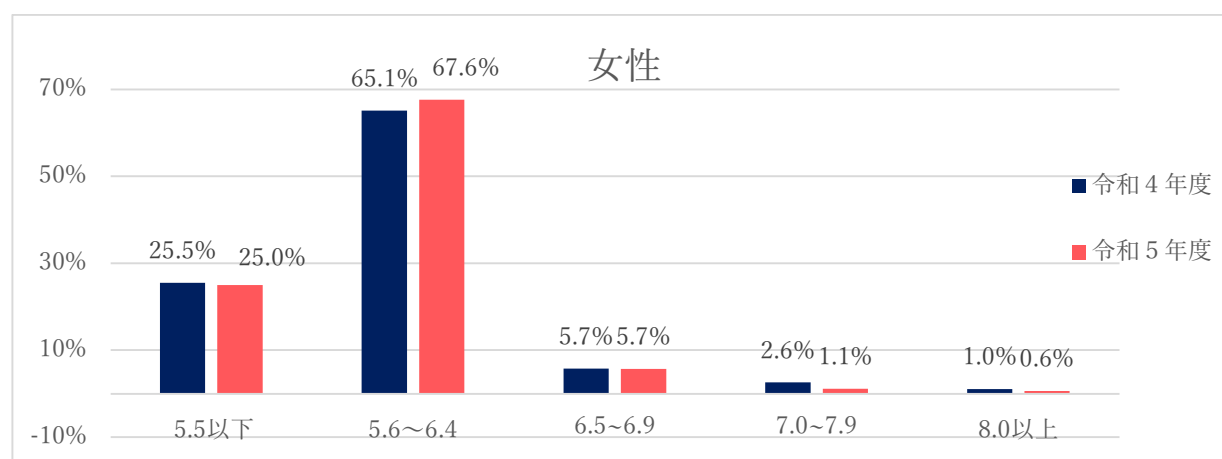
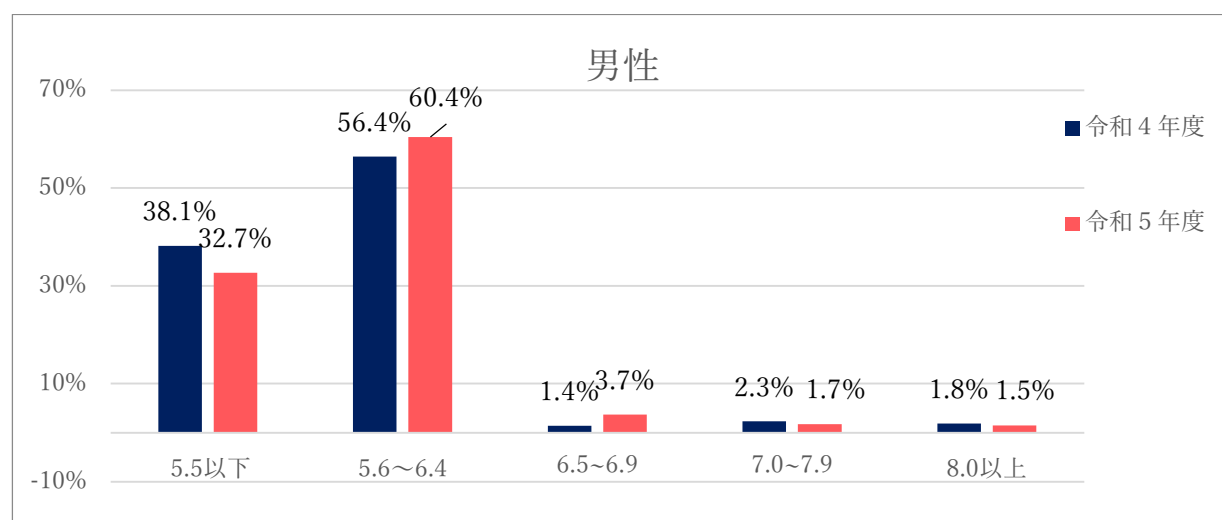


出典：KDB システム S21__024 厚労省様式（様式5－2）健診有所見者状況（男女別・年代別）

2-7 特定保健指導対象者の HbA1C の割合 (令和5年度)

男性	5.5 以下	5.6～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0 以上	6.5 以上合計
令和4年度	38.1%	56.4%	1.4%	2.3%	1.8%	5.5%
令和5年度	32.7%	60.4%	3.7%	1.7%	1.5%	6.9%

女性	5.5 以下	5.6～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0 以上	6.5 以上合計
令和4年度	25.5%	65.1%	5.7%	2.6%	1.0%	9.4%
令和5年度	25.0%	67.6%	5.7%	1.1%	0.6%	7.4%



④ 総合評価・課題

特定保健指導実施率は 12.4%であり、前年比 3.6 ポイント減であり、目標値である 46.0%を達成することはできなかった。

・減少率は、20.1%で前年比 4.4 ポイント増であり、昨年度保健指導であった者が当該事業により今年度保健指導対象者にならなかった者が増えていることを示しており、事業の効果があったものとする。またメタボリックシンドローム予備群も男女ともに減少している。

・事業の効果は一定あるが、実施人数が低いことが課題であり、特定健康診査受診後早期に特定保健指導の利用申し込みにつなげる仕組みや、利用勧奨通知の工夫を実施し、実施率の向上に努める必要がある。利用勧奨だけでなく、どの世代の人も利用しやすい事業内容を検討していく必要がある。

(3) 非肥満者への保健指導

① 計画内容

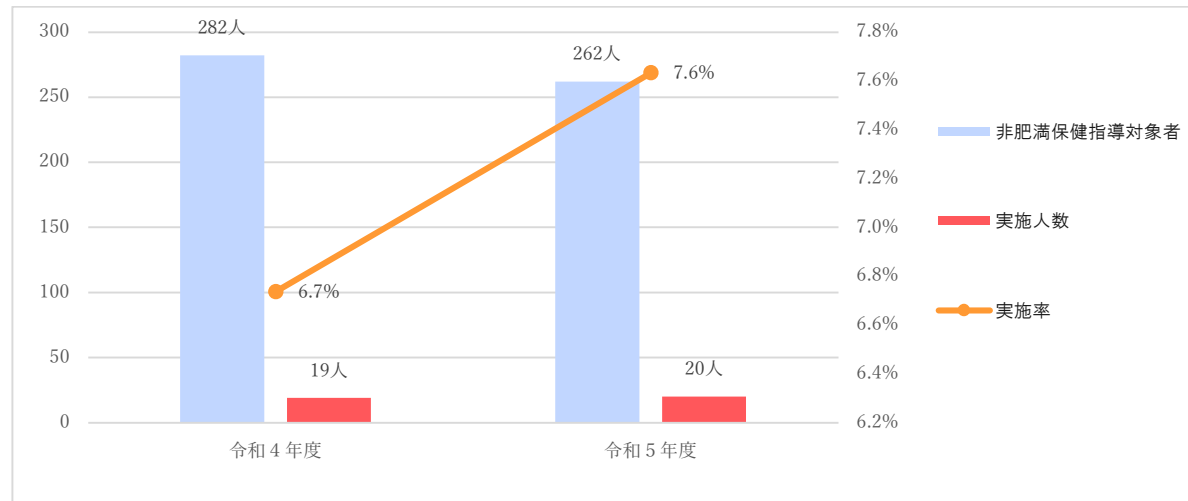
事業名	非肥満者への保健指導
事業開始年度	平成 11 年度～
目的	特定保健指導の対象とならない生活習慣病の発症リスクが高い被保険者（非肥満リスク保有者）に対し保健指導を実施し、生活習慣病の発症を予防する。
事業内容	【実施内容】 1 保健指導の実施 (1) 6か月1クールとし、4回の面接と2回の検査を実施し支援を行う。 2 利用勧奨通知の送付 (1) 特定保健指導の勧奨と同じタイミングで対象者（糖・脂質・血圧）の階層化を行い、月1回勧奨はがきを対象者に送付。 【実施計画】 1 効果的な保健指導プログラムの実施 2 勧奨通知デザインの工夫 3 運用方法の見直し 4 健診結果を活用した個別相談の実施
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

② 評価指標・実施状況

事業評価										
(スト ラ ク チ ャ ー 実 施)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	事業運営のための担当職員の配置		100%	実施						
(プ ロ セ ス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	内容や方法について実施年度中に検討		年2回以上	実施						
(ア ウ ト プ ツ ト)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	利用勧奨実施率		100%	100%						
(ア ウ ト カ ム)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	保健指導実施率		10%	7.6%						
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (収縮期血圧/130mmHg以上)		男性：43% 女性：30%	男性： 44.5% 女性： 36.4%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (HbA1c/5.6%以上)		男性：55% 女性：51%	男性： 62% 女性： 58%	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (LDLコレステロール/120mg/dl以上)		男性：44% 女性：59%	男性： 47.8% 女性： 62.4%	—		—	—		

③ 考察

3-1 非肥満者の保健指導の実施人数の推移

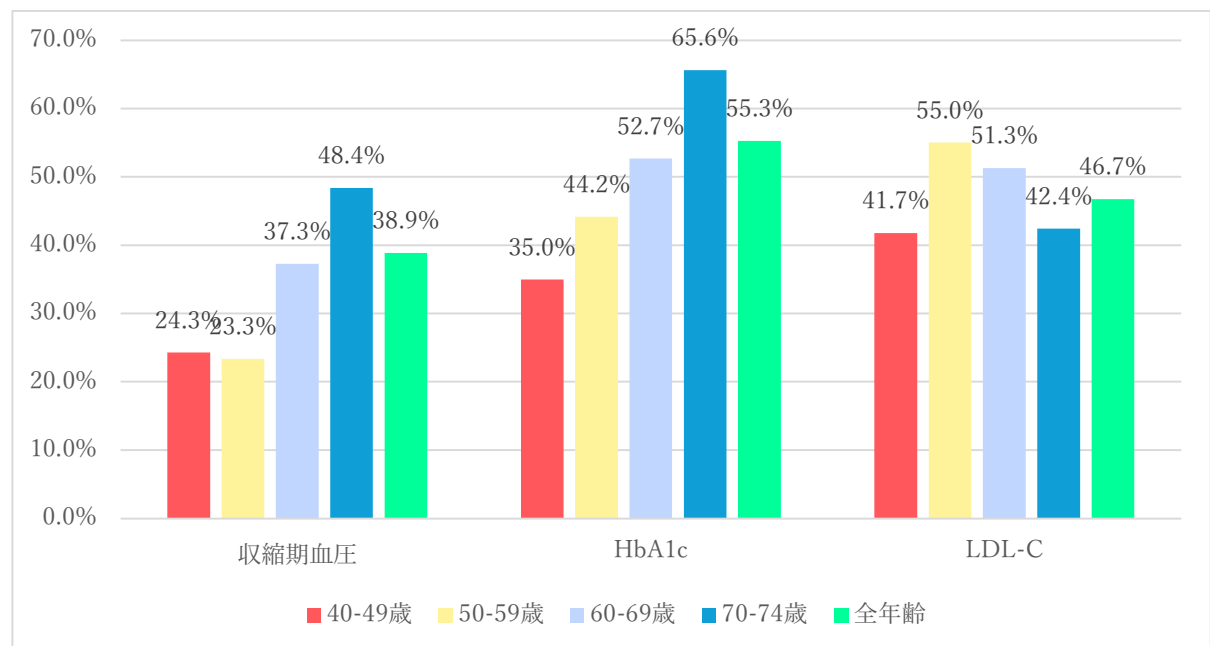


出典：令和4年度・令和5年度個別健康教育報告用名簿

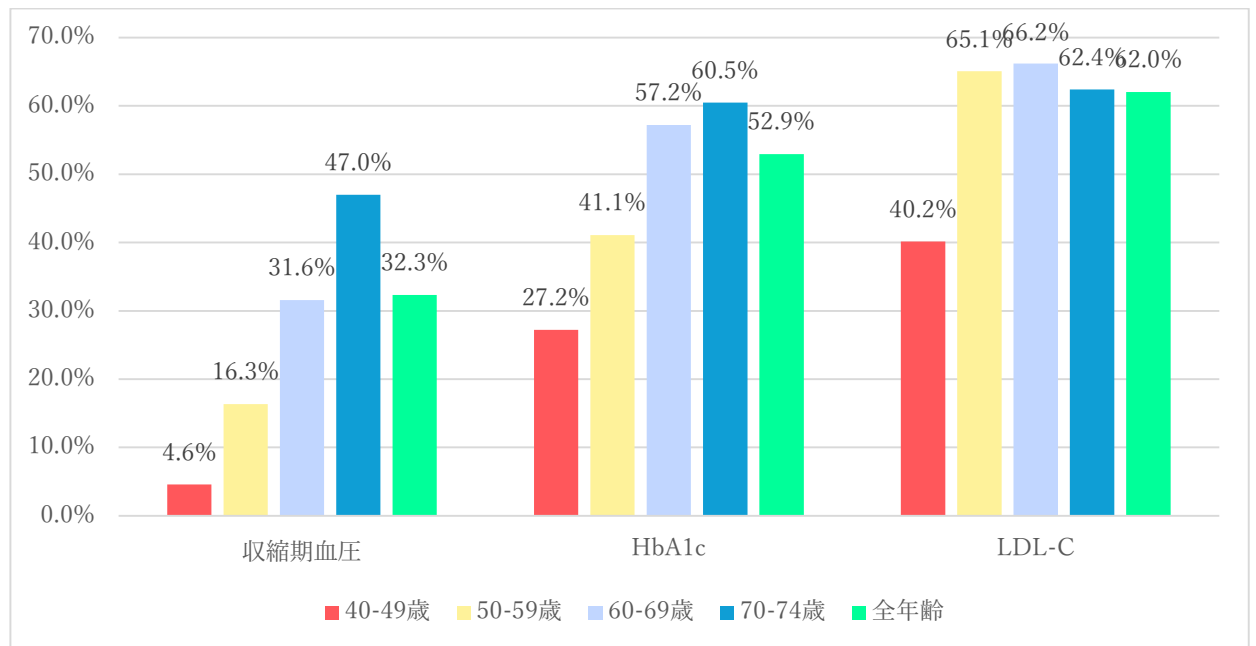
3-2 非肥満者の有所見率

有所見の条件：血圧（収縮期）130 以上 ・ 脂質（LDL）120 以上 ・ HbA1c 5.6%以上

◆男性



◆女性

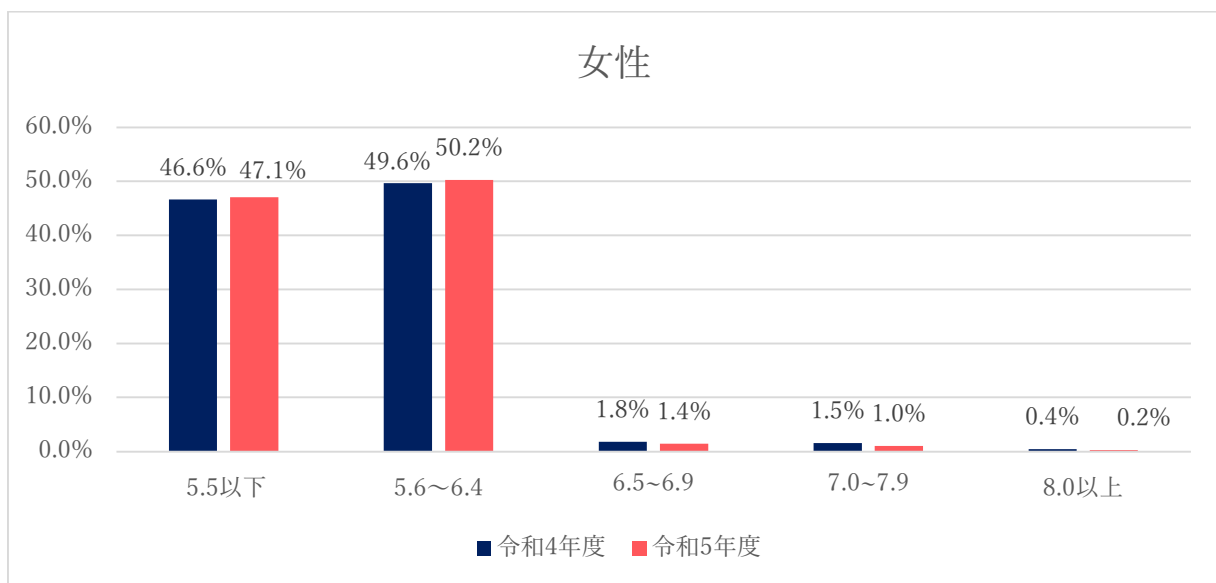
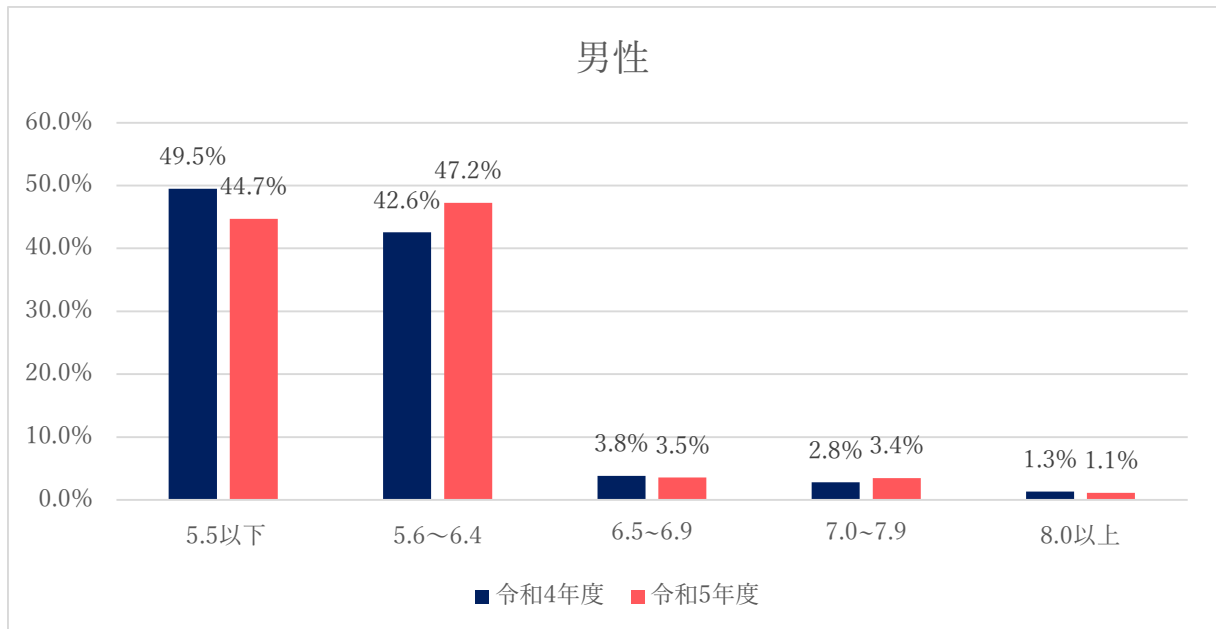


出典：特定健診データ FKAC167

3-3 非肥満者の HbA1C の割合

男性	5.5 以下	5.6～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0 以上	6.5 以上合計
令和4年度	49.5%	42.6%	3.8%	2.8%	1.3%	7.9%
令和5年度	44.7%	47.2%	3.5%	3.4%	1.1%	8.1%

女性	5.5 以下	5.6～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0 以上	6.5 以上合計
令和4年度	46.6%	49.6%	1.8%	1.5%	0.4%	3.8%
令和5年度	47.1%	50.2%	1.4%	1.0%	0.2%	2.7%



出典：特定健診データ FKAC167

④ 総合評価・課題

- ・非肥満者への保健指導率は前年比 0.9 ポイントの増加だが目標の 10%を達成することができなかった。
- ・指導率が向上する取り組みの検討が必要である。
- ・メタボリックシンドローム対象となる特定保健指導（2-7 参照）と比べて、HbA1c 6.5%以上の合計の割合は、男性は多い（非肥満者 男性 8.1%・特定保健指導 男性 6.9%）。
- 男女ともに要医療となる HbA1c 6.5%以上の手前である 5.6～6.4%は、約半数を占めている。
- ・非肥満者の有所見率では、60 歳以上が高い傾向にはあるが、60 歳以上と比べて LDL コレステロールについては、50 歳代の女性で特に高くなっている。40 歳代から保健指導を行うことで将来的に生活習慣病の発症を予防できると考えられ、早期からの保健指導は非肥満者においても重要である。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

① 計画内容

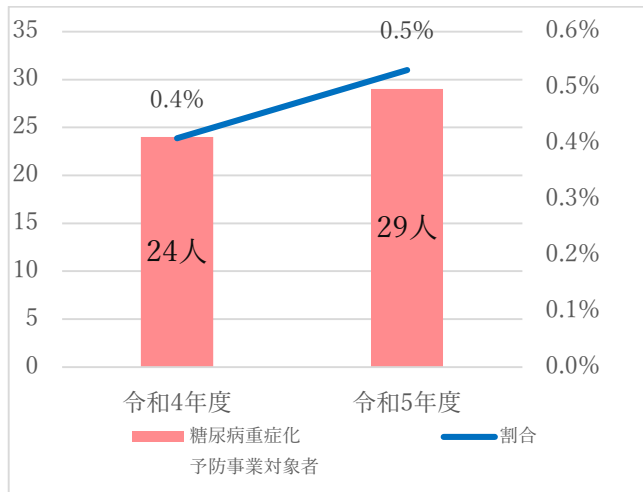
事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業
事業開始年度	平成 28 年度～
目的	糖尿病が重症化するリスクの高い被保険者（未治療者，治療中断者）に対して，医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導を行い，腎不全，人工透析への移行を防止する。
事業内容	【実施内容】 1 対象者への電話・訪問等による保健指導 2 治療中断者への受診勧奨 【実施計画】 1 未治療者支援との一体的な事業実施の検討 2 治療中断者の対象者拡充 3 当該事業協力医療機関への一部業務委託を検討
対象者	糖尿病の重症化リスクが高い被保険者（未治療者，治療中断者）

② 評価指標・実施状況

事業評価										
(仕組み・実施体制)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	関係機関の理解を得る等連携の構築・準備	100%	100%	100%						
(プロセス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	内容や方法について実施年度中に検討	年2回以上	年2回以上	年2回以上						
(事業実施量)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	受診勧奨率	100%	100%	100%						
	受診勧奨率（未治療者）	100%	100%	100%						
	受診勧奨率（中断者）	100%	100%	100%						
アウトカム（成果）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	医療機関受診率	50%	75%	58.3%						
	医療機関受診率（未治療者）		75%	61.1%						
	医療機関受診率（中断者）		60%	50.0%						
	健診受診者のHbA1c 8.0以上の者の割合	減少	減少	0.9% （減少）						
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （収縮期血圧／160mmHg以上）		減少	4.2% （減少）	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （LDL コレステロール／180mg/dl 以上）		減少	5.0% （減少）	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （HbA1c／6.5以上）		減少	7.7% （減少）	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 （eGFR45ml/分/1.73㎡未満）		減少	2.6% （減少）	—		—	—		

③ 考察

4-1 特定健診受診者における糖尿病重症化予防事業対象者数



	令和4年度	令和5年度
糖尿病重症化予防事業対象者	24人	29人
特定健診対象者	5,860人	5,455人
割合	0.4%	0.5%



内訳

	令和4年度	令和5年度
未治療	16人	23人
中断者	8人	6人
合計（対象者）	24人	29人

【糖尿病重症化予防事業対象者基準】

特定健診の結果が基準Ⅰ ①に該当し、かつ、②又は③のいずれかに該当する者（除外基準Ⅰ～Ⅲを除く）

① 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl 以上）または HbA1c 6.5%以上の者

② 尿蛋白（+）以上、③ eGFR 60ml/分/1.73 m²未満

基準Ⅱ HbA1c 7.0%以上の者（除外基準Ⅰ～Ⅲを除く）

除外基準Ⅰ 1型糖尿病の者

除外基準Ⅱ 糖尿病透析指導予防管理料または生活習慣病指導料の算定対象となっている者

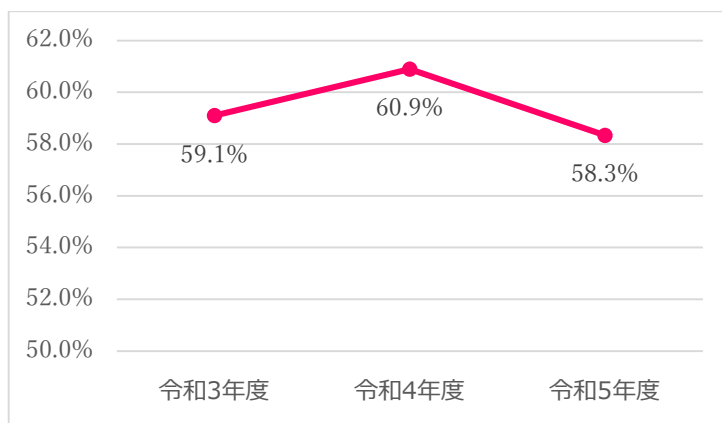
除外基準Ⅲ 健診受診翌月から過去6か月間に糖尿病又は慢性腎臓病などの腎疾患に係るレセプトがある者

【治療中断者】

平成28年度以降の糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、過去に糖尿病治療歴があり、最終の受診から6か月を経過しても受診した記録（レセプトデータ）がない者

出典：糖尿病重症化予防事業対象者経過表、特定健診 ③考察 1-5、1-6

4-2 医療機関受診率の推移



令和5年度受診率

未治療者 受診率	61.1%
中断者 受診率	50.0%
合計 受診率	58.3%

出典：糖尿病重症化予防事業対象者経過表

4-3 健診受診者の HbA1c6.5 以上の該当者数と治療歴

【令和 5 年度】

HbA1c	該当者数	3 疾患（血糖、血圧、脂質いずれか）				3 疾患治療なし	
		糖尿病治療歴あり		糖尿病治療歴なし			
	人数（人）	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
6.5-6.9	161	78	48.4%	42	26.1%	41	25.5%
7.0-7.9	136	109	80.1%	12	8.8%	15	11.0%
8.0-	43	35	81.4%	1	2.3%	7	16.3%
合計	340	222	65.3%	55	16.2%	63	18.5%

【令和 4 年度】

HbA1c	該当者数	3 疾患（血糖、血圧、脂質いずれか）				3 疾患治療なし	
		糖尿病治療歴あり		糖尿病治療歴なし			
	人数（人）	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
6.5-6.9	178	91	51.1%	53	29.8%	34	19.1%
7.0-7.9	143	116	81.1%	10	7.0%	17	11.9%
8.0-	60	48	80.0%	4	6.7%	8	13.3%
合計	381	255	66.9%	67	17.6%	59	15.5%

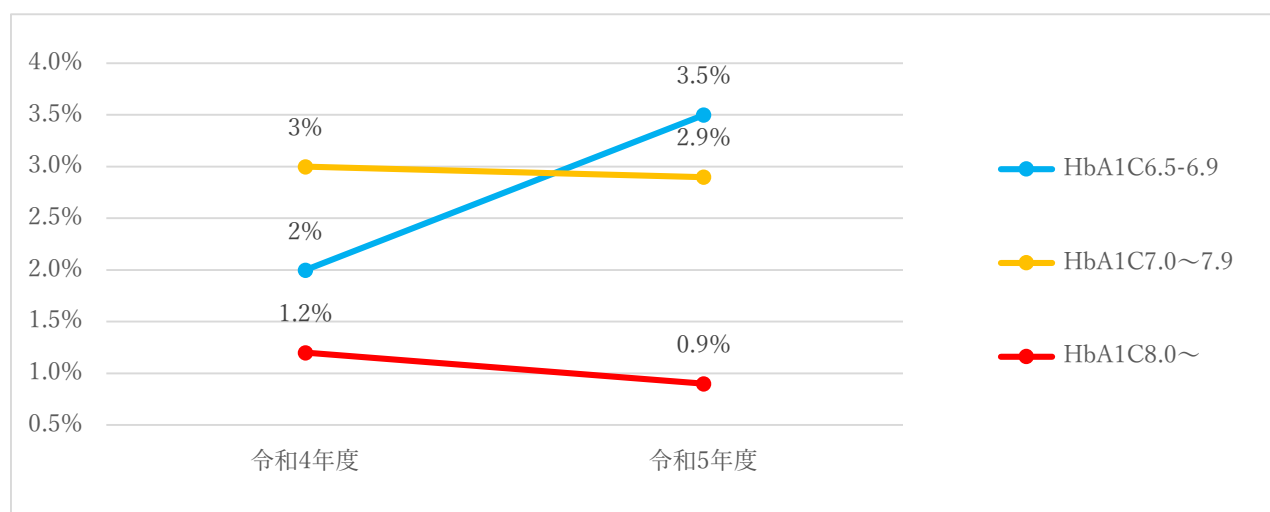
※ 3 疾患…服薬歴（医療情報）から血圧・脂質・血糖にかかる疾患のいずれか

出典：国保連合会ツール（高血圧フローチャート作成ツール）を使用。

KDB 帳票 S26_004-保健指導対象者一覧（保健指導判定値の者）令和 4・5 年度 累計

KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者）令和 4・5 年度 累計

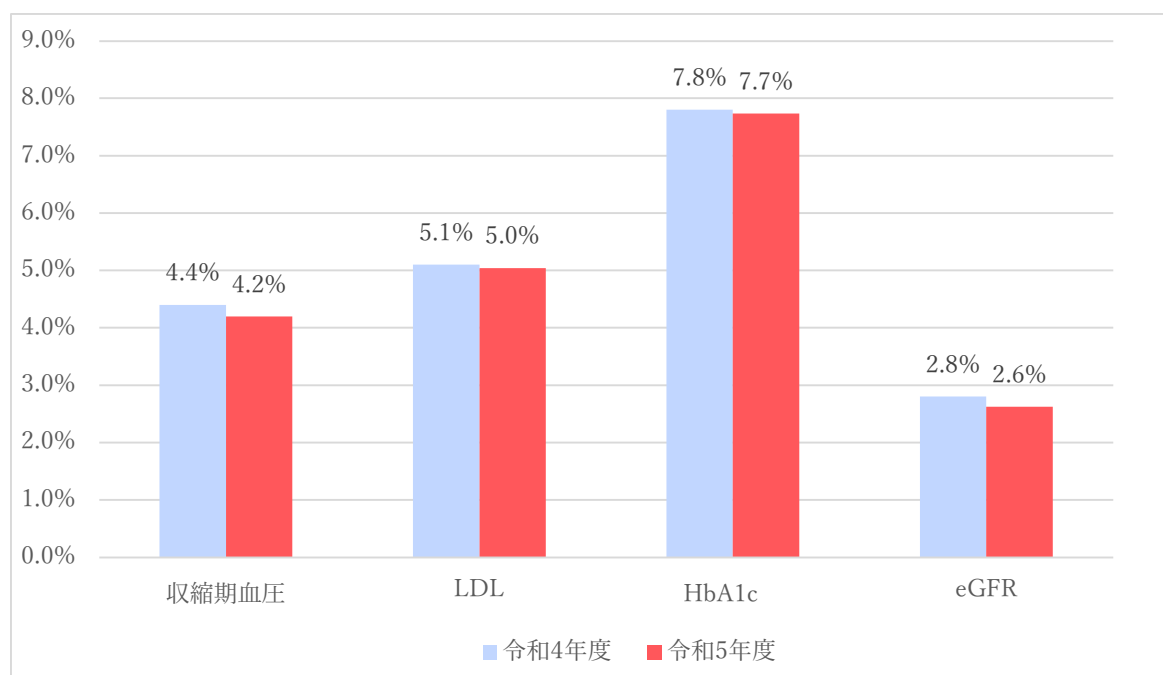
4-4 健診受診者の HbA1c6.5%以上の割合



出典：国保連合会ツール（高血圧フローチャート作成ツール）

4-5 特定健診受診者の有所見率の推移

有所見の条件：血圧（収縮期）160 以上 ・脂質（LDL）180 以上・HbA1c 6.5%以上・eGFR45ml/分/1.73 m²未満



出典：特定健診データ FKAC167

③ 総合評価・課題

・対象者の医療機関受診率は、前年比 2.6 ポイント減少しており、目標の 86.0%を達成することができなかった。

・特定健診受診者全体でみると、血圧・脂質・HbA1c・eGFR が基準を超える有所見者の割合は微減しているが、糖尿病やその他生活習慣病の治療を受けていない者における HbA1c 6.5%以上の割合は 18.5%で、前年比 3 ポイント増加している。未治療者の重症化を予防するため、通知勧奨以外の方法による受診勧奨を検討している。

(5) 未治療者支援事業

① 計画内容

事業名	未治療者支援事業
事業開始年度	平成 22 年度～
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。
事業内容	【実施内容】 1 受診勧奨通知の送付 【実施計画】 1 対象者への電話・訪問・面談等による保健指導の実施 (1) 既存の特定保健指導または個別健康教育と重複する対象者への保健指導の同時実施 (2) 委託または直営における電話、対面による保健指導の検討
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

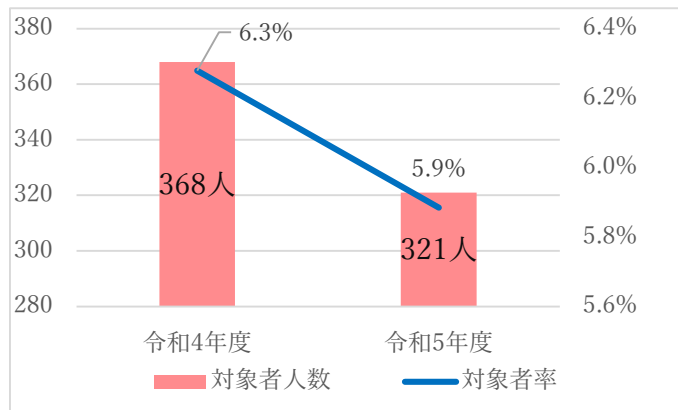
② 評価指標・実施状況

事業評価										
ストラクチャ (実施体制・仕組)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	必要な資源（施設・人材）・予算の確保		確保	確保						
	関係機関との連携体制の構築		連携体制の構築	構築実施						
プロセス (過程)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	事業実施体制の整備		体制の整備	整備実施						
	効果的な対象者の抽出		対象者の抽出	実施						
アウトプット (事業実施量)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	対象者への受診勧奨		100%	100%						
アウトカム (成果)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	対象者の医療機関受診率		55%	30.2%						
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (収縮期血圧/160mmHg以上)		減少	4.2% (減少)	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (LDLコレステロール/180mg/dl以上)		減少	5.0% (減少)	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (HbA1c/6.5以上)		減少	7.7% (減少)	—		—	—		
	【中長期目標】 特定健診受診者の有所見率 (eGFR45ml/分/1.73㎡未満)		減少	2.6% (減少)	—		—	—		

③ 考察

5-1 特定健診受診者における生活習慣病重症化リスク者の分布

未治療者受診勧奨事業対象者数



	令和4年度	令和5年度
対象者人数	368 人	321 人
健診対象者	5,860 人	5,455 人
対象者率	6.3%	5.9%

未治療者受診勧奨基準

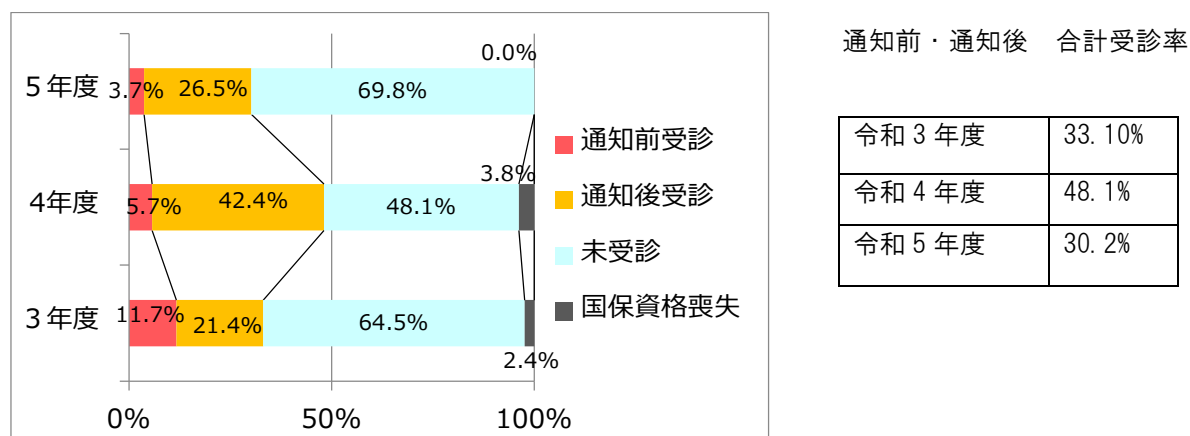
特定健診結果が下記の基準以上の者で、高血圧症・脂質異常症・糖尿病・慢性腎臓病などの腎疾患による受診が確認できない者（ただし除外基準１・２を除く）

検査項目	結果値
① 収縮期血圧	160mmHg 以上
② 拡張期血圧	100mmHg 以上
③ 空腹時中性脂肪 （随時中性脂肪）	500 mg/dl 以上
④ LDL コレステロール	180mg/dl 以上
⑤ 空腹時血糖（随時血糖）	126mg/dl 以上
⑥ HbA1c	6.5%以上
⑦ eGFR	45ml/分/1.73/m ² 未満
⑧ 尿蛋白	（＋）以上
⑨ eGFR	60ml/分/1.73/m ² 未満かつ①～⑧に該当する

除外基準１：糖尿病透析指導予防管理料または生活習慣病指導料の算定対象となっている者

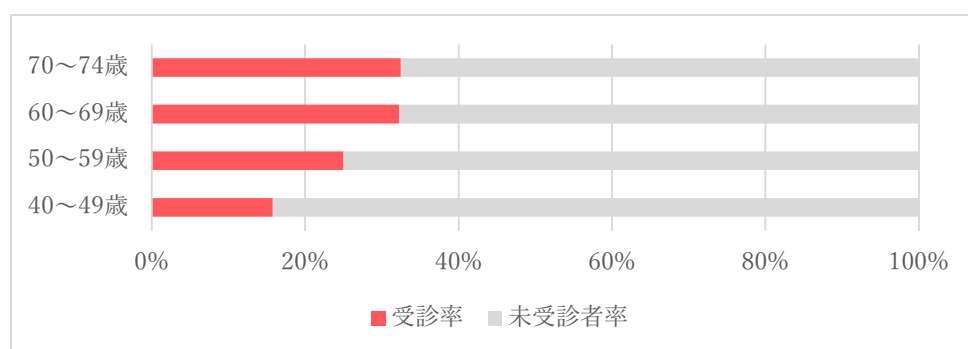
除外基準２：がん等配慮すべき疾患の診療が確認できる場合

5-2 医療機関受診率



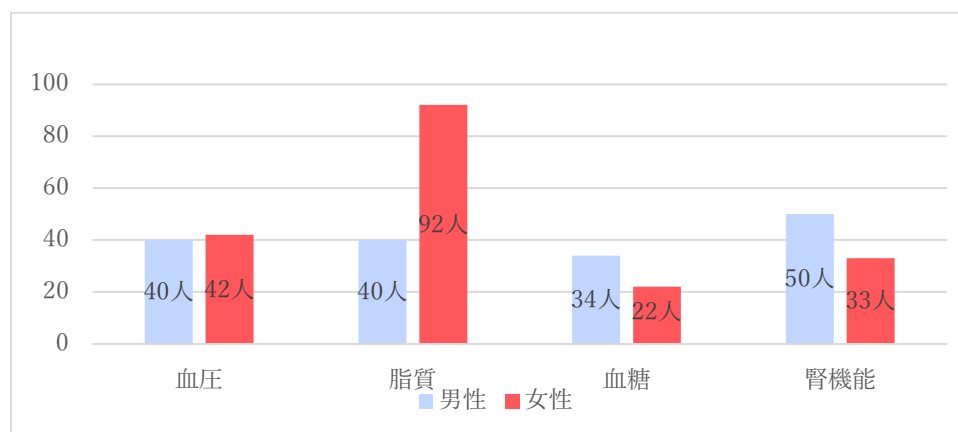
出典：令和 5 年度未治療者受診勧奨業務委託効果分析報告書（以下同様）

5-3 年齢別医療機関受診率（令和 5 年度）

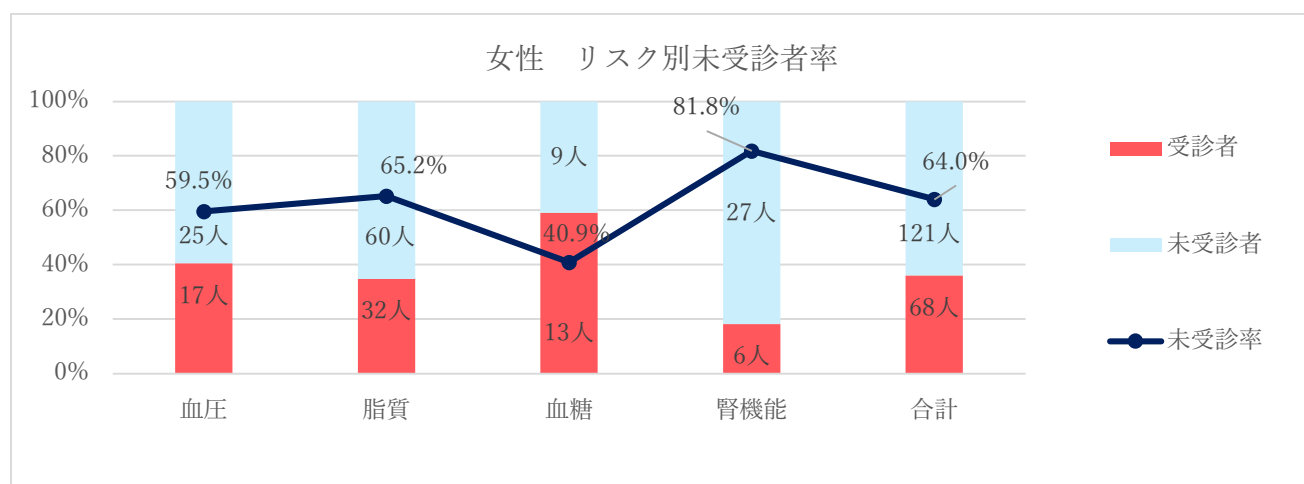
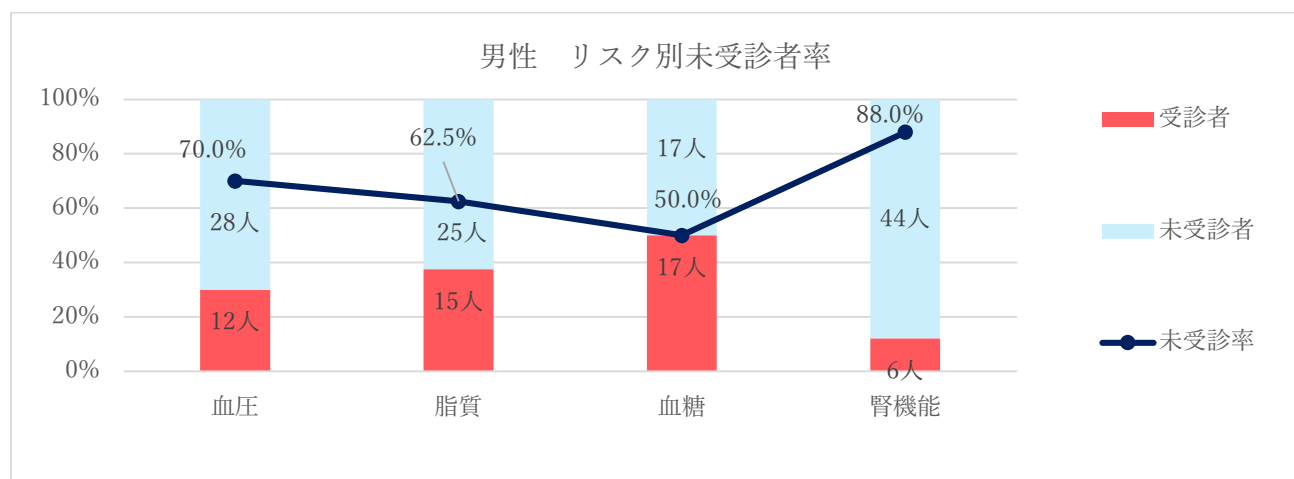


年齢	対象者	通知前受診	通知後受診	受診者合計	未受診者	受診率
40～49 歳	19 人	1 人	2 人	3 人	16 人	15.8%
50～59 歳	52 人	3 人	10 人	13 人	39 人	25.0%
60～69 歳	93 人	4 人	26 人	30 人	63 人	32.3%
70～74 歳	157 人	4 人	47 人	51 人	106 人	32.5%
合計	321 人	12 人	85 人	97 人	224 人	30.2%

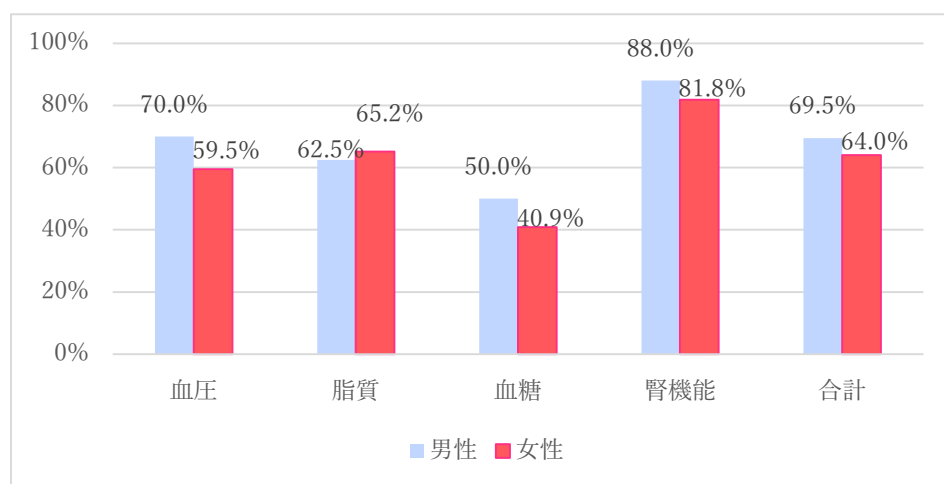
5-4 男女別通知理由（リスク因子）内訳（令和 5 年度）



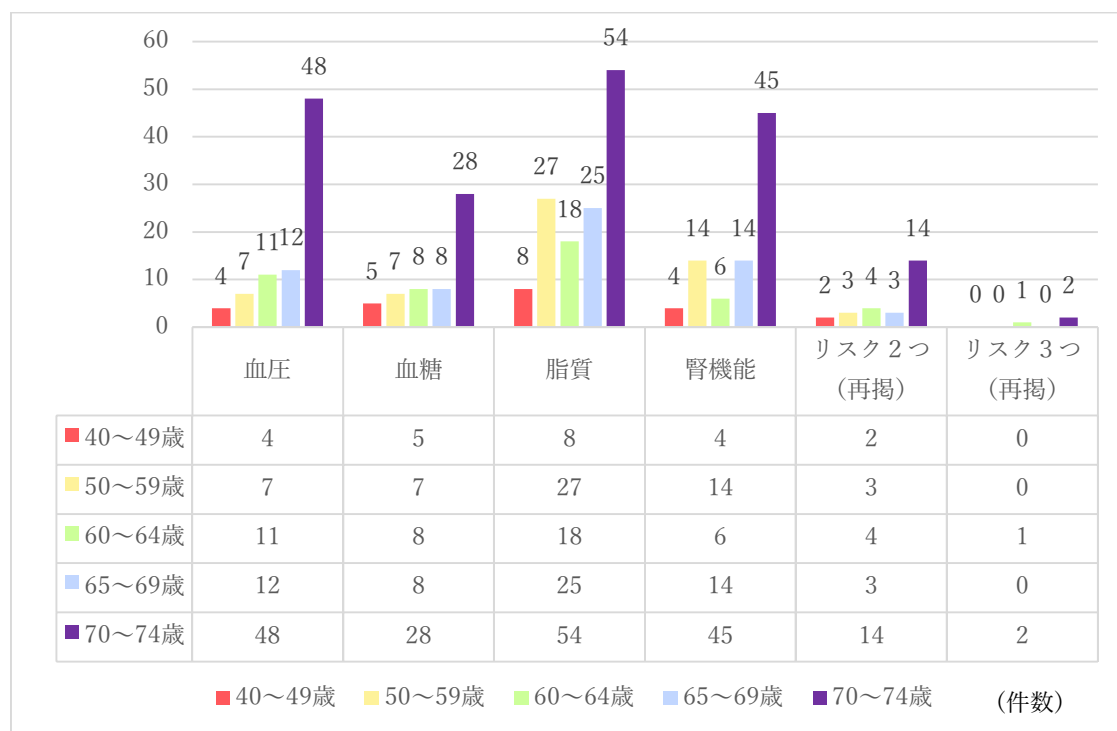
5-5 男女別通知理由（リスク因子）別 未受診率（令和5年度）



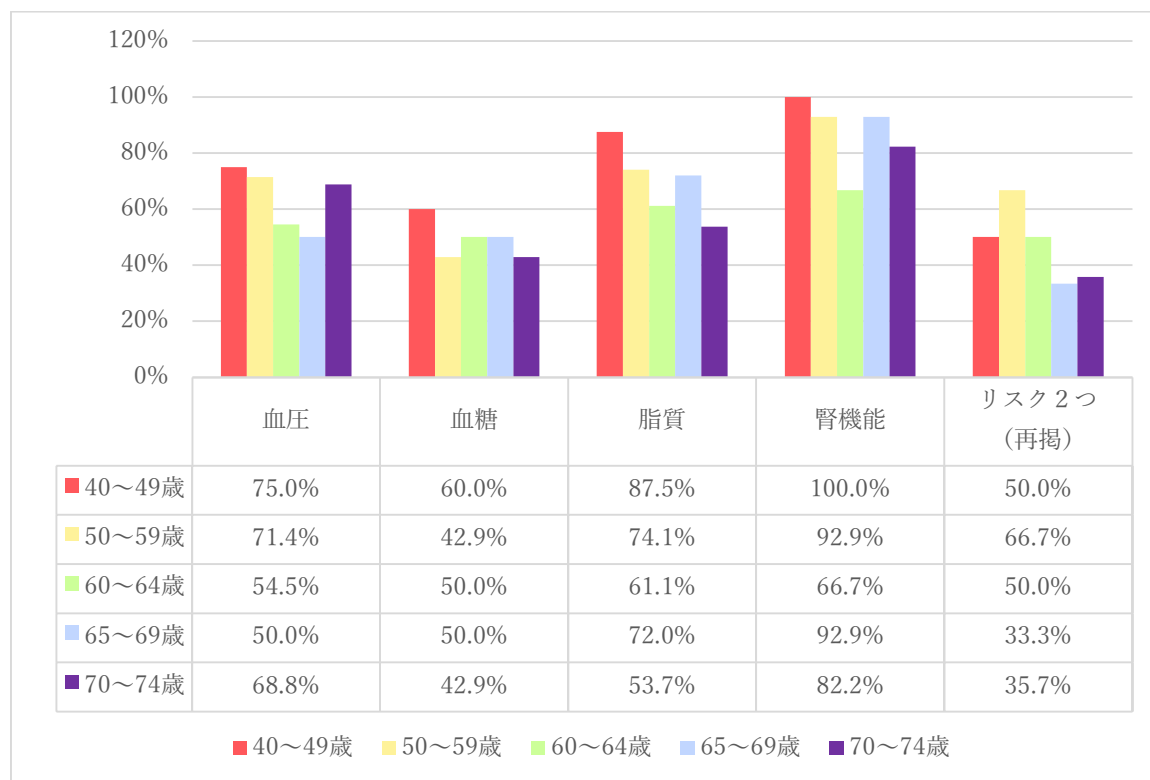
5-6 通知理由（リスク因子）別 未受診者率 男女比較（令和5年度）



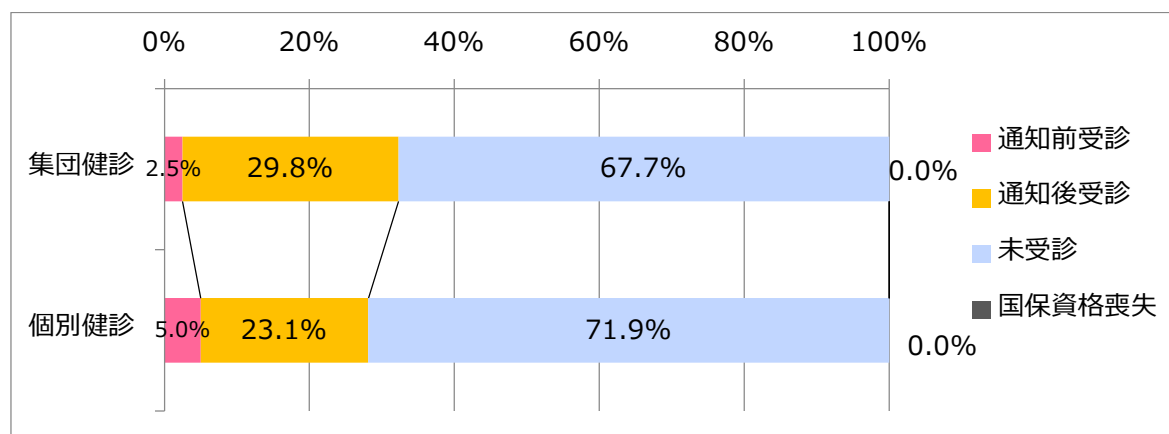
5-7 年代別通知理由（リスク因子）（令和5年度）



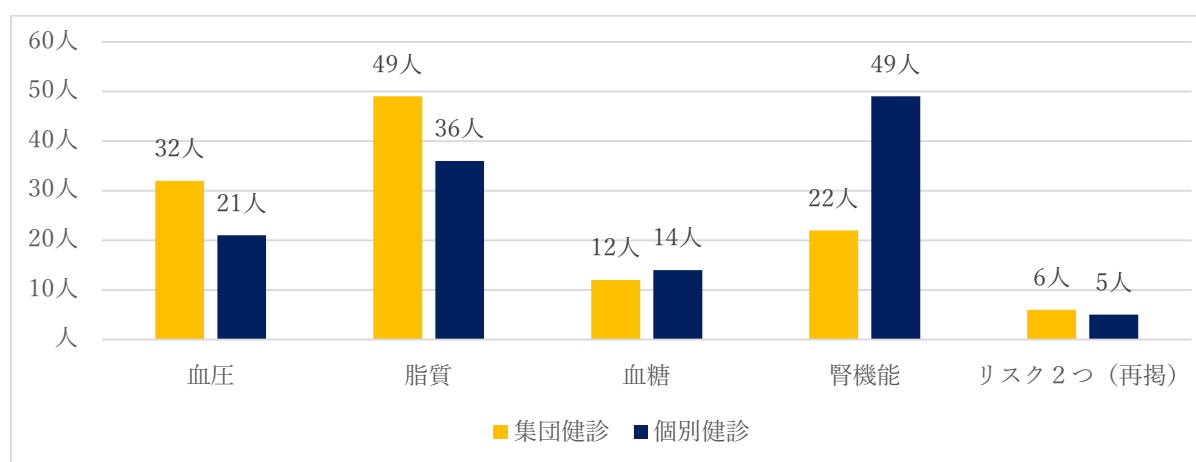
5-8 年代別 リスク因子別 未受診者率（令和5年度）



5-9 健診形態別受診率（令和5年度）



5-10 健診形態別リスク別未受診者数（令和5年度）



④ 総合評価・課題

- ・対象者の医療機関受診率は30.2%と低迷しており、目標の54.0%を達成することができなかった。
- ・40代は15.8%、50代は25.0%と、特に40・50代の受診率が低いことが課題である。
- ・男女別通知理由（リスク因子）をみると、特に女性の中で脂質について、基準超えとなる人が多く、また未受診者の割合も脂質が高い。
- ・現在の基準では、受診の判定をリスクの種別に対応する疾病のみに限定しており、実際には健診後受診している人も一定数いると思われるため、今後医師会等の協力関係先と連携し、基準の見直しも含めて検討する。
- ・通知勧奨だけでなく、電話勧奨等の実施ができるよう業務委託等を検討する。

(6) 後発医薬品使用促進事業

① 計画内容

事業名	医療費適正化の推進 後発医薬品使用促進事業
事業開始年度	平成 22 年度～
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。
事業内容	【実施内容】 1 使用促進通知の送付 2 啓発用品の配布 3 啓発チラシの配布 【実施計画】 1 広報媒体等によるジェネリック医薬品周知啓発 2 窓口でのジェネリック医薬品の周知・啓発
対象者	被保険者

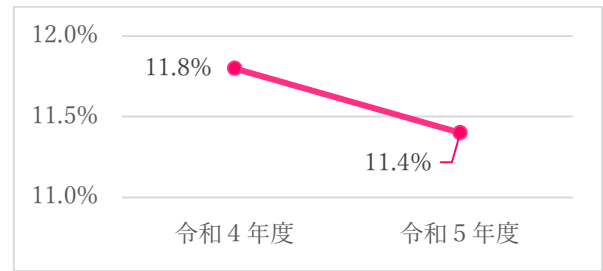
② 評価指標・実施状況

事業評価										
(仕組み・実施体制)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	必要な予算の確保		確保	確保						
(プロセス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	啓発用品の選定		実施	実施						
(アウトプット)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	使用促進通知の送付回数		年3回	年3回						
アウトカム(成果)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	使用促進通知送付後6か月後の切替え率(3回分の平均値)		増加	11.4%(R4比減)						
	【中長期的目標】 後発医薬品の使用率(数量ベース) 『保険者別後発医薬品使用割合3月診療分』		75%	73.8%	—		—	—		

③ 考察

6-1 使用促進通知送付後6か月後の切り替え率（3回分の平均値）

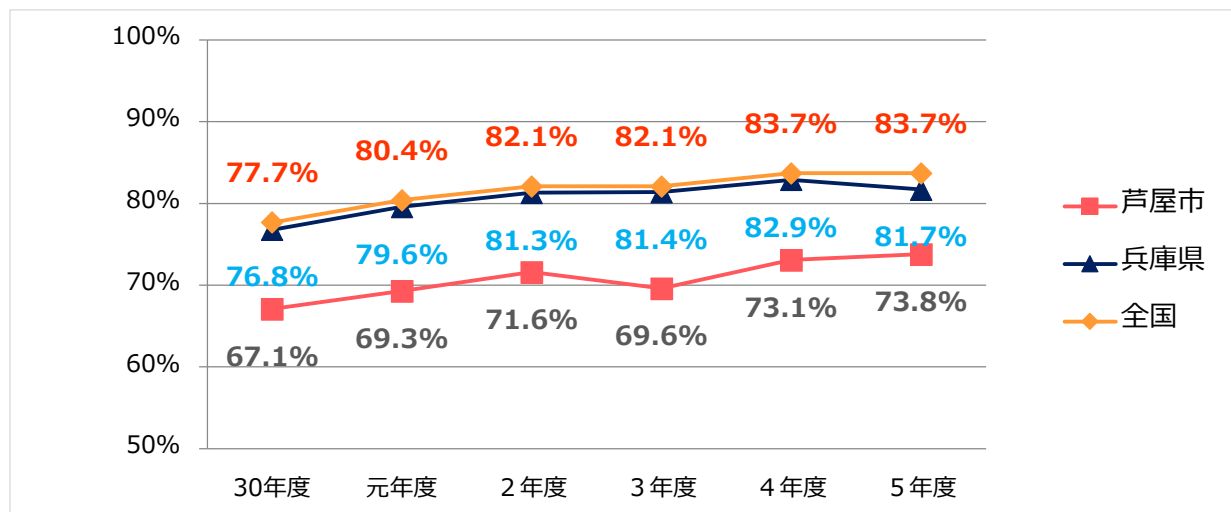
通知月	令和4年度	令和5年度
6月	11.4%	9.2%
9月	14.4%	11.0%
12月	9.6%	13.9%
平均（3回）	11.8%	11.4%



出典：（保険者別統計資料）差額通知書別集計表 KDKI0039 表2－6

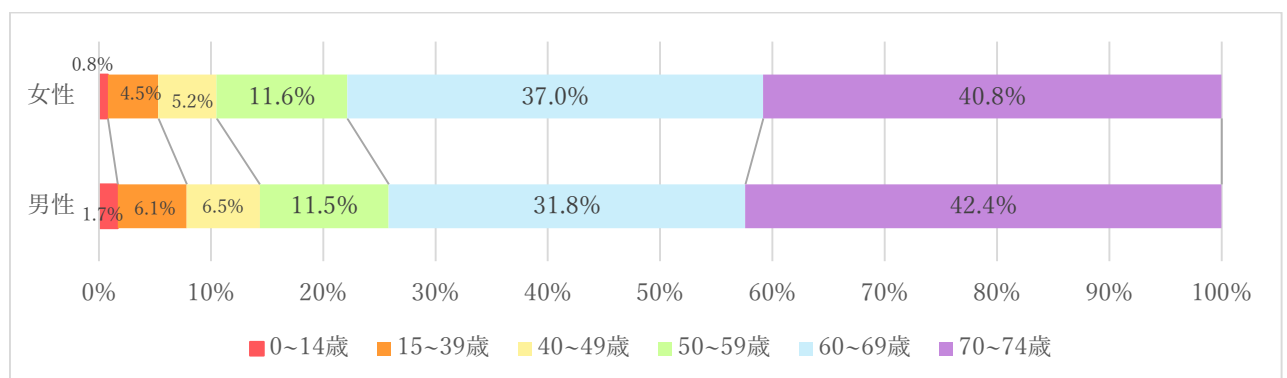
6-2 ジェネリック医薬品使用率

保険者別後発医薬品使用割合 3月診療分

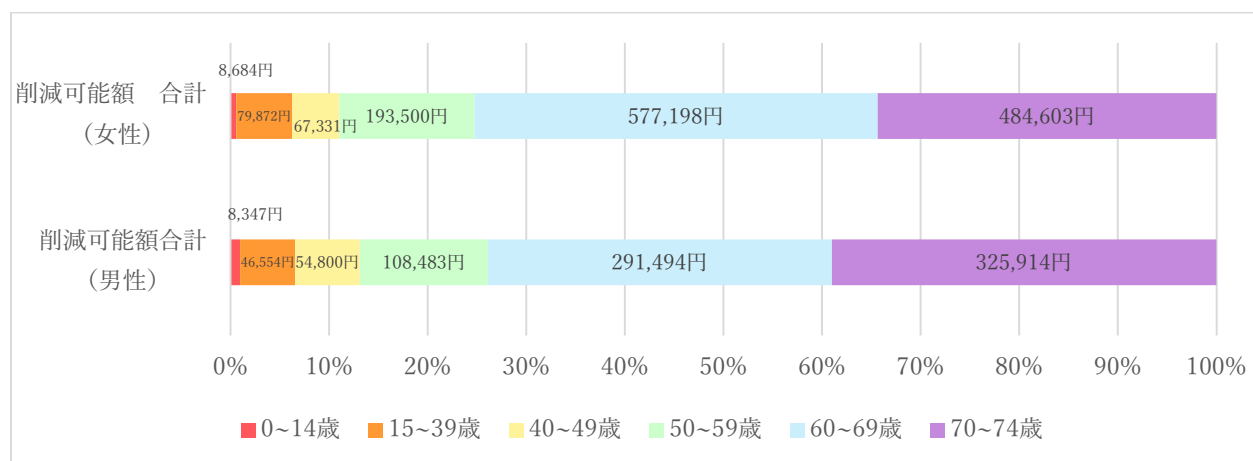


出典：厚生労働省ホームページ 最近の調剤医療費（電算処理分）の動向

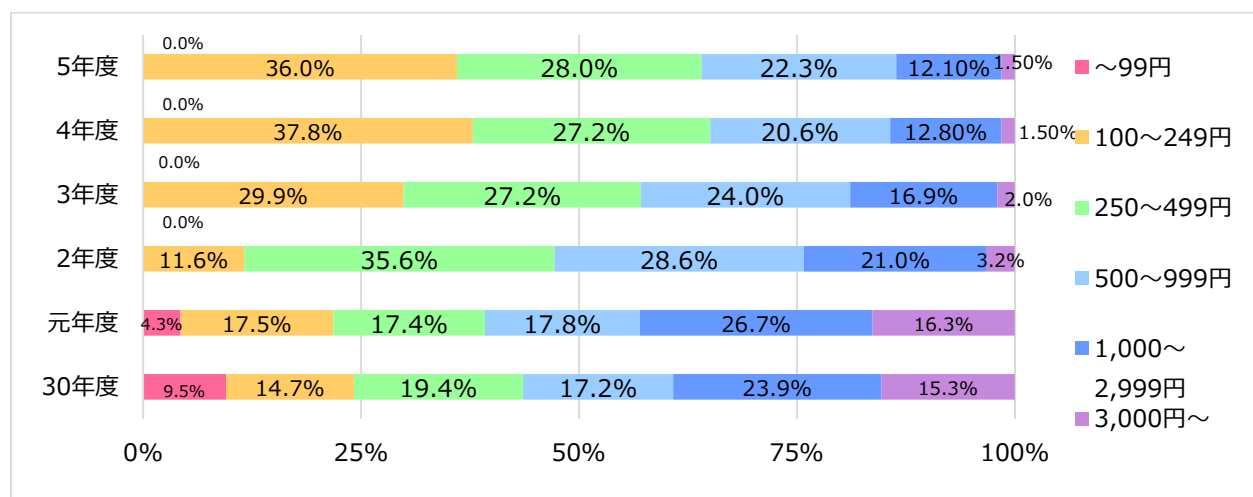
6-3 男女別年齢別使用促進通知発送割合



6-4 年齢別使用促進通知対象者の削減可能額合計



6-5 使用促進通知対象者の削減可能額の分布状況



出典：国保連差額通知対象者データ

④ 総合評価・課題

- ・ジェネリック医薬品使用率は、前年比 0.7% 増となっており、過去 6 年の推移をみると徐々に増加している。しかし国や兵庫県に比べ 10% 以上低いため、使用率向上に向けたより効果的な普及・啓発方法を検討する必要がある。
- ・後発医薬品差額通知を送付した人の、先発医薬品から後発医薬品への切り替え率が伸び悩んでおり、上記のとおり全体の使用率は増加していることを考えると、すでに先発医薬品を使用している人の後発医薬品の切り替えが芳しくないものと思われる。
- ・後発医薬品差額通知対象者の男女別年代別割合・削減可能額については、男女ともに 60 歳以上の該当者割合が多く、削減可能額も多いため、60 歳以上への効果的なアプローチを検討していく必要がある。

(7) 適正受診等推進事業

① 計画内容

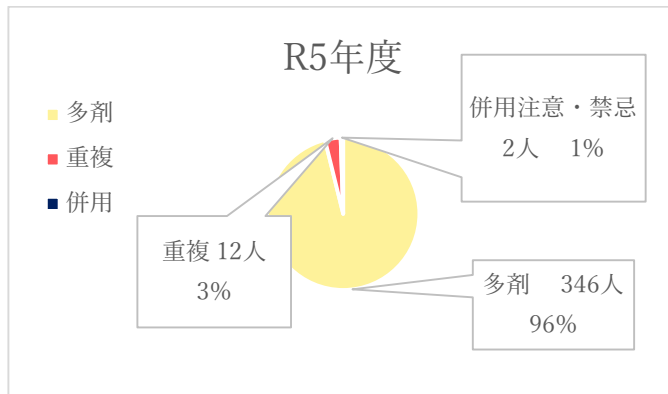
事業名	医療費適正化の推進 適正受診等推進事業
事業開始年度	平成 29 年度～
目的	医薬品の重複投与や多剤投与による健康被害の防止や医療費の適正化を図るため、適正な受診や服薬を促すための普及・啓発を行う。
事業内容	【実施内容】 1 重複服薬 (1) 啓発通知の送付 (2) 啓発ちらしの作成・配布 2 多剤服薬 (1) 啓発通知の送付 (2) 啓発ちらしの作成・配布 【事業計画】 1 事業内容の検討 (1) 対象者抽出条件 (2) 啓発方法
対象者	被保険者

② 評価指標・実施状況

事業評価										
(仕組 み・実 施体 制)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	必要な予算の確保		確保	確保						
(プ ロセ ス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	対象者及び通知内容の見直し		見直しを実施	実施						
(事 業実 施量)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	通知回数		年1回	年1回						
(成 果)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率		55%	42.9%						
	【中長期的目標】 [重複服薬]重複投与件数 (2医療機関以上かつ薬効分類数2以上と3医療機関以上かつ薬効分類数1以上の合計)		減少	222人 (増加)	—		—	—		
	【中長期的目標】 [多剤服薬]多剤投与件数 (処方日数1日以上かつ同一処方薬効数15以上)		減少	46人 (増加)	—		—	—		

③ 考察

7-1 重複・多剤服薬者適正服薬通知 発送内訳



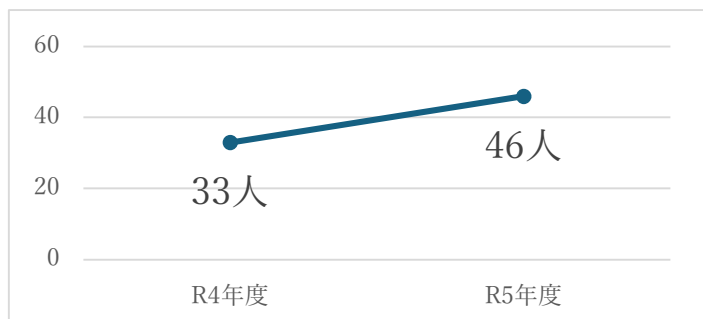
7-2 重複・多剤服薬者適正服薬通知対象者の受診・服薬行動の改善率（令和5年度）

対象者（送付前）	評価対象者	送付後	増減	改善率
360 人	352 人	201 人	-151 人	42.9%

7-3 多剤投与件数

条件：処方日数1日以上かつ同一処方薬効数15以上（各年度の5月実績）

多剤投与件数推移



年度	人数
R4 年度	33 人
R5 年度	46 人

令和5年度（令和5年5月診療分）

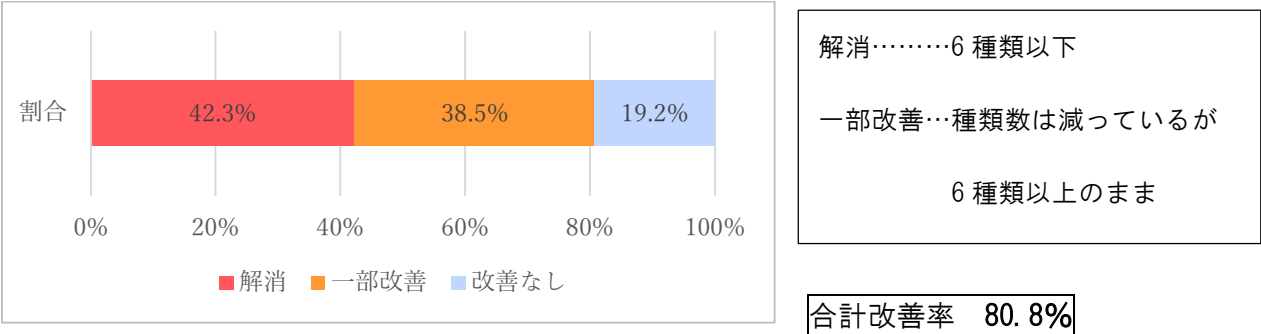
処方日数	処方薬効数（同一月内）											
	1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上	15 以上	20 以上
1 日以上	8,383	6,740	5,192	3,855	2,727	1,912	1,305	886	600	414	46	12
15 日以上	6,449	5,637	4,534	3,495	2,542	1,822	1,269	871	597	413	46	12
30 日以上	5,254	4,637	3,798	2,996	2,220	1,610	1,142	802	558	393	43	12
60 日以上	2,758	2,468	2,099	1,723	1,313	992	735	534	379	274	38	12
90 日以上	1,329	1,187	1,038	854	659	513	384	286	200	153	26	10
120 日以上	565	532	480	410	334	260	194	156	113	86	14	7
150 日以上	330	307	285	248	201	161	120	99	72	53	9	4
180 日以上	238	220	206	179	145	116	88	72	55	41	7	3

令和 4 年度（令和 4 年 5 月診療分）

処方日数	処方薬効数（同一月内）											
	1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上	15 以上	20 以上
1 日以上	8,180	6,377	4,791	3,446	2,419	1,652	1,151	778	520	335	33	4
15 日以上	6,278	5,380	4,229	3,147	2,268	1,584	1,116	765	514	332	33	4
30 日以上	4,929	4,309	3,485	2,657	1,955	1,408	1,005	695	471	312	31	4
60 日以上	2,364	2,104	1,729	1,380	1,048	783	571	404	284	203	24	4
90 日以上	1,069	952	784	636	488	370	277	192	142	100	17	4
120 日以上	442	404	344	291	240	189	143	99	75	53	9	2
150 日以上	239	216	182	160	129	95	75	51	41	30	2	0
180 日以上	166	149	127	112	87	63	52	35	28	21	2	0

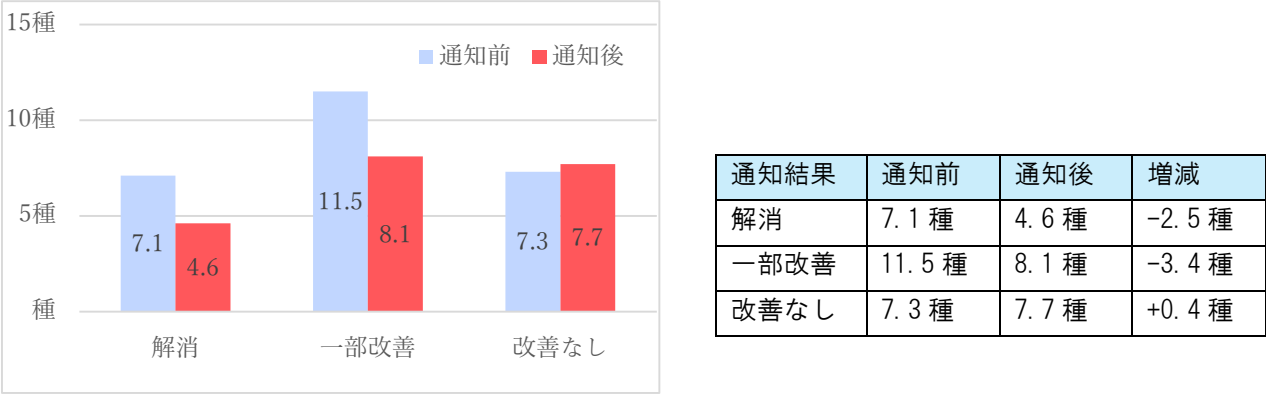
出典：KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況（各年度 5 月分）

7-4 多剤服薬者の通知発送後の服薬改善状況（改善者数）



出典：令和 5 年度 重複・多剤服薬者適正等通知業務効果分析報告書 4 多剤服薬者の評価分析

7-5 多剤服薬者の通知発送後の服薬改善状況（服薬種類）

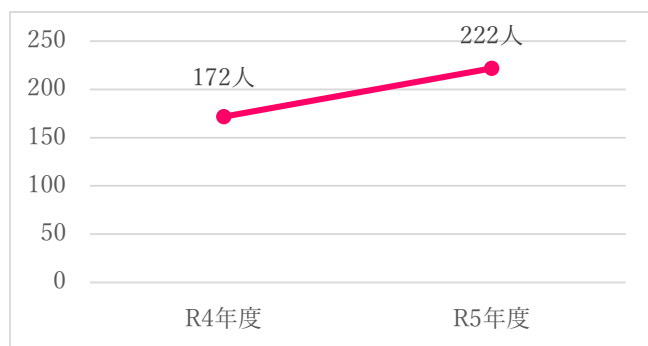


出典：令和 5 年度 重複・多剤服薬者適正等通知業務効果分析報告書 4 多剤服薬者の評価分析

7-6 重複投与件数

条件：「2 医療機関以上かつ薬効分類数 2 以上」と「3 医療機関以上かつ薬効分類数 1 以上」の合計
(各年度 5 月診療分)

重複投与件数の推移



年度	実人数
R4 年度	172 人
R5 年度	222 人

令和 5 年度（令和 5 年 5 月分）

他医療機関との重複 処方が発生した医療 機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上
重複 処方 を受け た人	2 医療機関以上	651	185	73	31	10	5	2	1	1	1
	3 医療機関以上	37	27	22	14	6	4	2	1	1	1
	4 医療機関以上	5	5	4	3	2	1	1	1	1	1
	5 医療機関以上	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0

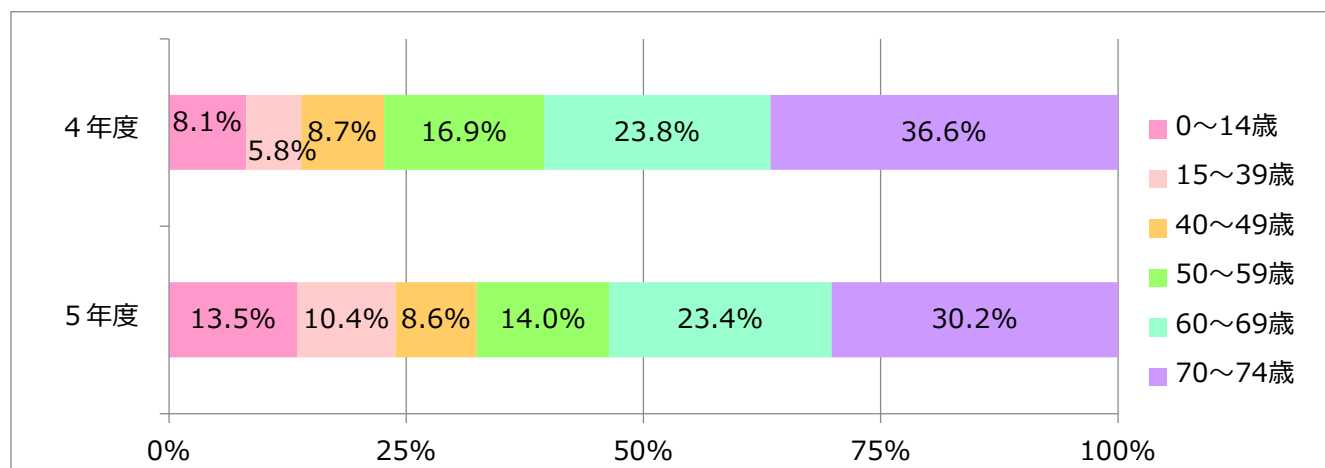
令和 4 年度（令和 4 年 5 月分）

他医療機関との重複 処方が発生した医療 機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1 以上	2 以上	3 以上	4 以上	5 以上	6 以上	7 以上	8 以上	9 以上	10 以上
重複 処方 を受け た人	2 医療機関以上	474	139	53	17	10	6	4	2	2	0
	3 医療機関以上	33	22	12	5	3	2	2	1	1	0
	4 医療機関以上	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0
	5 医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

出典：KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況（5 月分）

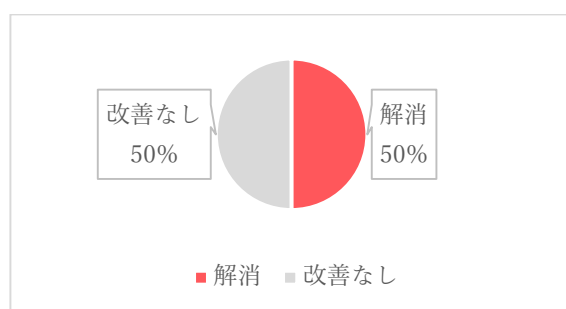
7-7 重複投与者 年齢区分別重複投与該当割合

条件：2 医療機関以上かつ薬効分類数 2 以上と 3 医療機関以上かつ薬効分類数 1 以上の合計



出典：KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況（令和 4 年 5 月分）・（令和 5 年 5 月分）

7-8 重複服薬者の通知発送後の服薬改善状況（改善率）



令和 5 年度 **改善率 50.0%**

評価結果	人数
対象者	12 人
解消	6 人
改善なし	6 人
評価不能	0 人

出典：令和 5 年度 重複・多剤服薬者適正等通知業務効果分析報告書 5 重複服薬者の評価分析

7-9 重複服薬者の通知発送後の服薬改善状況（処方医療機関数）（令和 5 年度）

評価結果	通知前	通知後	増減
解消	1.8 件	1.2 件	-0.6 件
改善なし	2.7 件	3.1 件	+0.4 件

出典：令和 5 年度 重複・多剤服薬者適正等通知業務効果分析報告書 5 重複服薬者の評価分析

7-10 併用禁忌・併用注意の通知発送後の服薬改善状況（改善者数）



令和5年度 改善率 100.0%

評価結果	通知後
解消	2人
改善なし	0人

出典：令和5年度 重複・多剤服薬者適正等通知業務効果分析報告書 6 併用禁忌者の評価分析

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、42.9%の改善率となり、目標を達成できなかった。通知だけの効果には限界があるため、通知以外の勧奨方法を考える必要がある。
- ・多剤投与者件数、重複投与者件数ともに前年比増となっている。改善率でみると多剤投与者の改善率は80.8%となっており、当該事業による効果があるといえる。重複服薬者については、改善率が50%となっており、通知以外の方法で改善に至らない経緯等を分析していく必要があると考える。
- ・本事業による効果等を医師会、薬剤師会にフィードバックすることにより、引き続き医薬品の適正服薬の推進を図っていく必要がある。

(8) 個人へのインセンティブ提供

① 計画内容

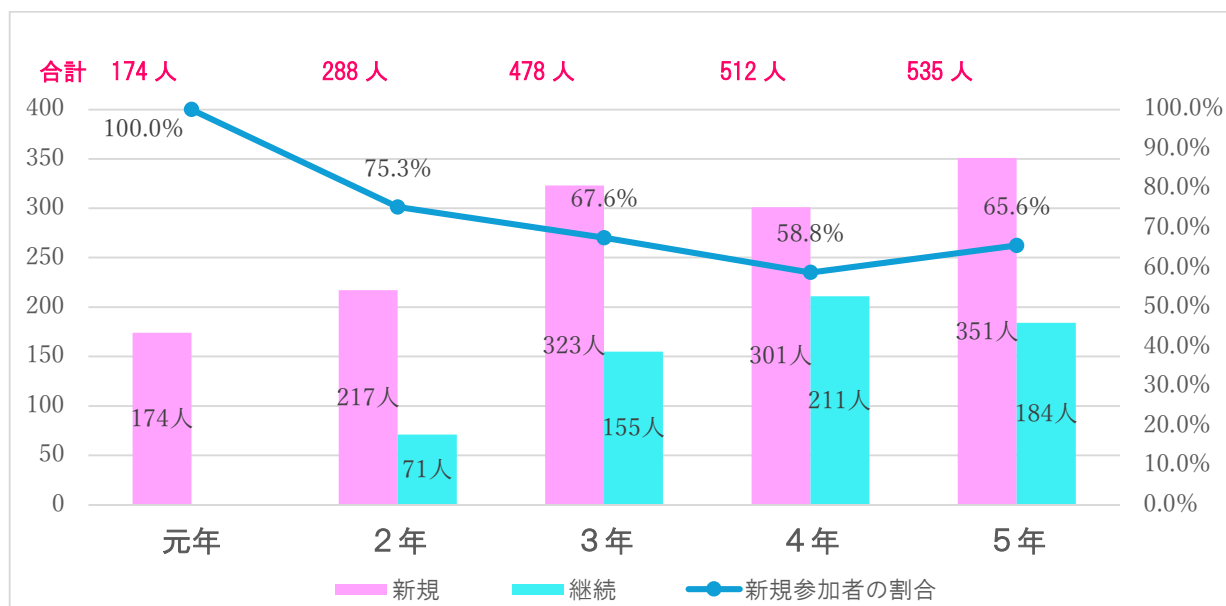
事業名	健康管理の推進 個人へのインセンティブ提供
事業開始年度	令和元年度～
目的	自ら健康づくりに取り組む個人や健康無関心層への働きかけとして、多様なインセンティブの提供による健康づくりへの参加や継続を促す。
事業内容	【実施内容】 1 ヘルスアップ事業「あしや健康ポイント」の実施 健康ポイント事業に参加申し込みした市民を対象に下記の方法でポイント付与を行い、たまったポイントに応じて抽選で記念品を進呈する。事業の前後で効果測定を行う。また、中間支援を行う。 ・健（検）診の受診、からだ測定会への参加 ・市が実施している事業への参加 ・健康目標を立て実施する ・健康に関するクイズに答える ・ウォーキングコースを歩く ・参加前後の歩数の回答 【実施計画】 1 参加者数拡大の検討 2 効率的な事業運営の検討
対象者	18 歳以上の市民（R3 年度までは 20 歳以上の市民）

② 評価指標・実施状況

事業評価										
スト ラ ク チ ャ ー （ 実 施 体 制 ） （ 仕 組 ）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	必要な予算の確保		確保	確保						
	関係機関との連携体制の構築		連携体制の構築	構築						
（ プ ロ セ ス ） （ 過 程 ）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	効率的、効果的な事業実施		事業実施	実施						
ア ウ ト プ ッ ト （ 施 量 ） （ 事 業 実 施 ）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	新規参加者の割合		参加者の70%	65.6%						
	【中長期的目標】 健康ポイント事業参加者数		940人	535人						
（ ア ウ ト カ ム ） （ 成 果 ）	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	【中長期的目標】平均歩数が 参加前後で増加した人の割合		55.0%	55.9%	—		—	—		

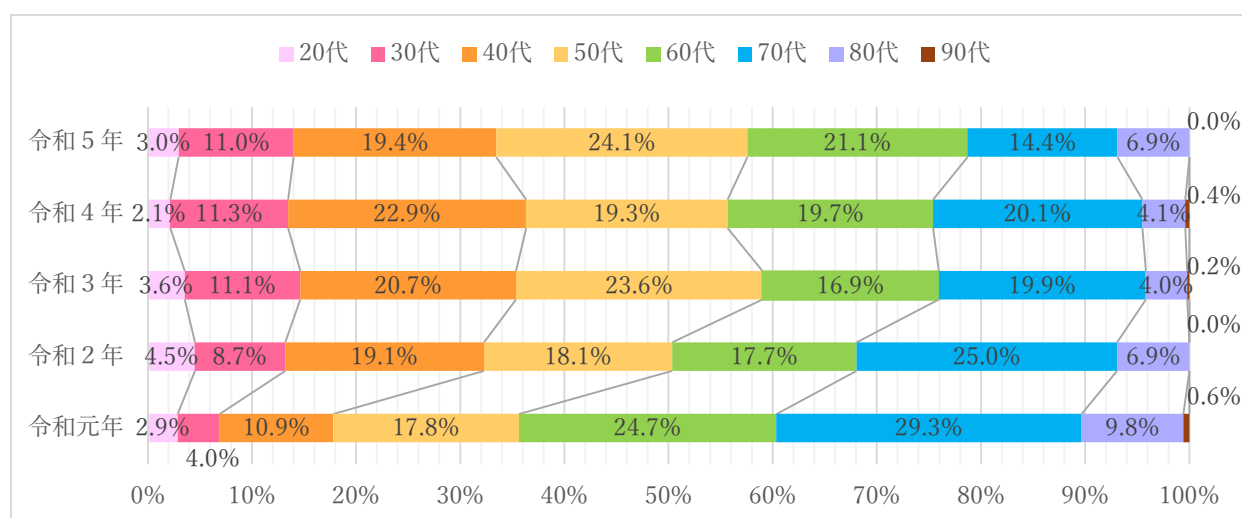
③ 考察

8-1 健康ポイント事業参加者数 ・ 新規参加者の割合



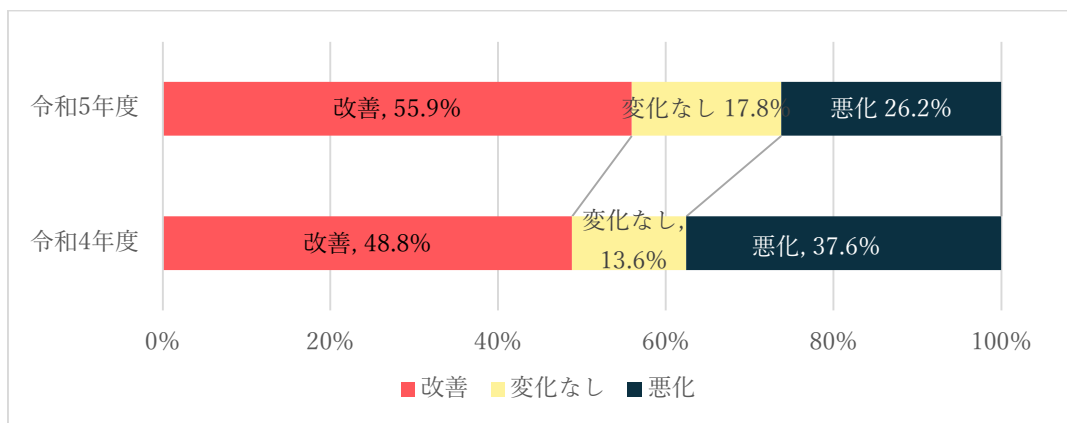
出典： 以下同様

8-2 健康ポイント事業参加者の年代割合

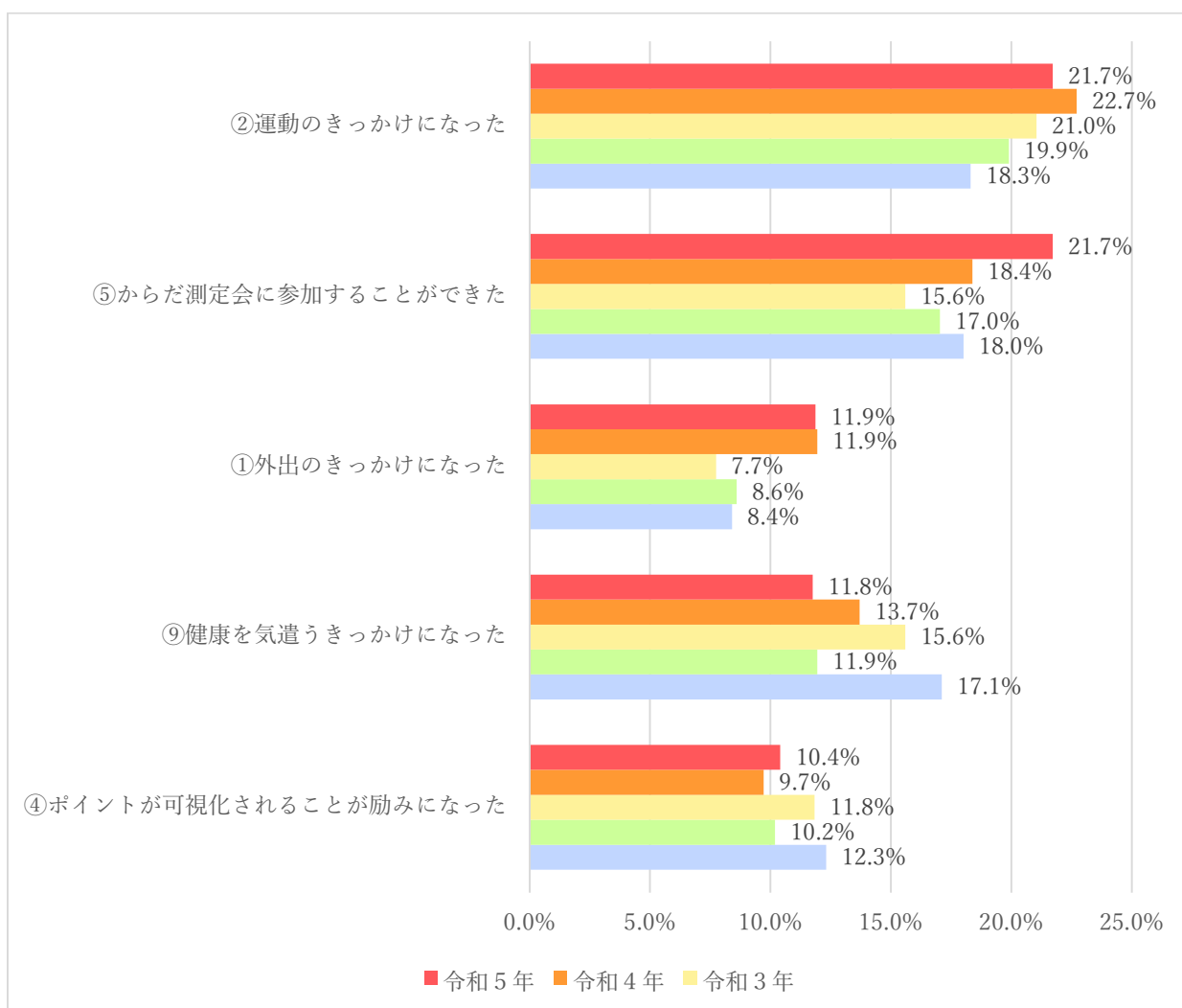


年代	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
20代	5人	13人	17人	11人	16人
30代	7人	25人	53人	58人	59人
40代	19人	55人	99人	117人	104人
50代	31人	52人	113人	99人	129人
60代	43人	51人	81人	101人	113人
70代	51人	72人	95人	103人	77人
80代	17人	20人	19人	21人	37人
90代	1人	0人	1人	2人	0人
計	174人	288人	478人	512人	535人

8-3 平均歩数が参加前後で増加した人の割合



8-4 健康ポイント事業終了時アンケート（健康ポイント事業に参加して良かった点上位5位）



8-5 運動習慣の事業参加前後の年代別変化

運動習慣ありの割合…分子：運動習慣あり…アンケートの回答が①期間（運動習慣の継続が1年以上）かつ

②運動頻度（運動の実施頻度が週3回以上）かつ③運動時間（1回の運動時間が30分以上）の人

分母：①～③の回答がある人（無回答は除く）

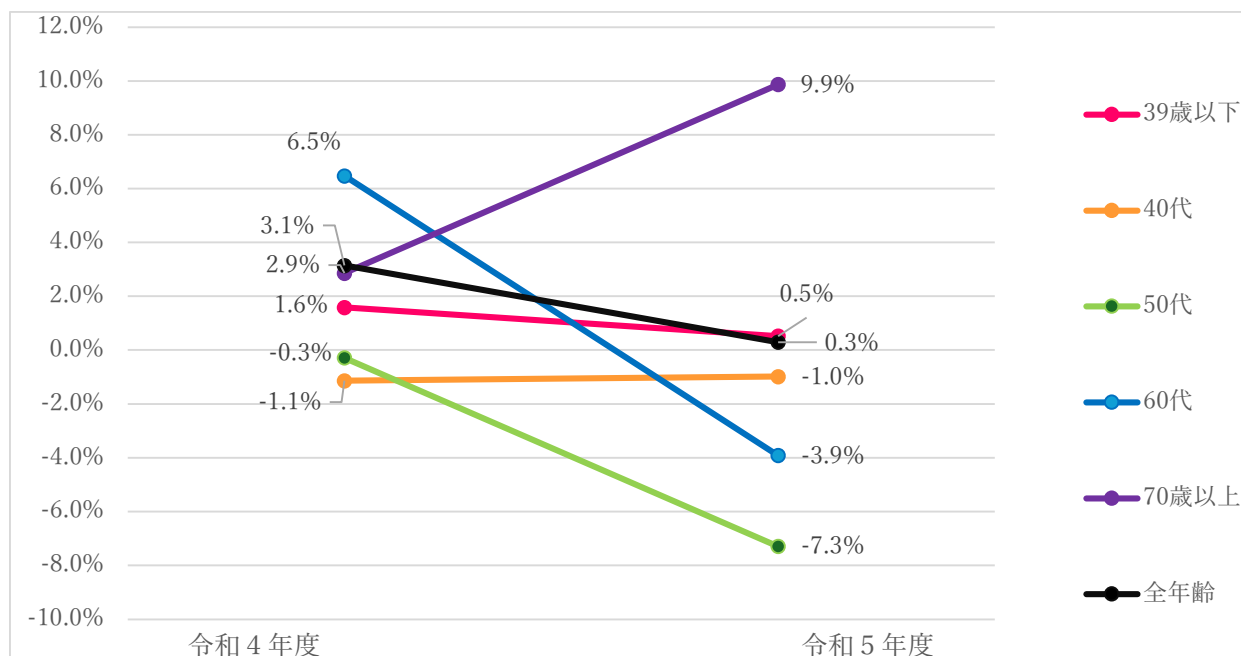
令和4年度	（参加時） 運動習慣	（終了時） 運動習慣	事業前後 増減
39歳以下	3.2%	4.8%	1.6%
40代	12.7%	11.6%	-1.1%
50代	12.6%	12.3%	-0.3%
60代	30.3%	36.8%	6.5%
70歳以上	42.5%	45.4%	2.9%
全年齢	22.4%	25.5%	3.1%

[令和4年度 回答有効数 参加時 487人 終了時 376人]

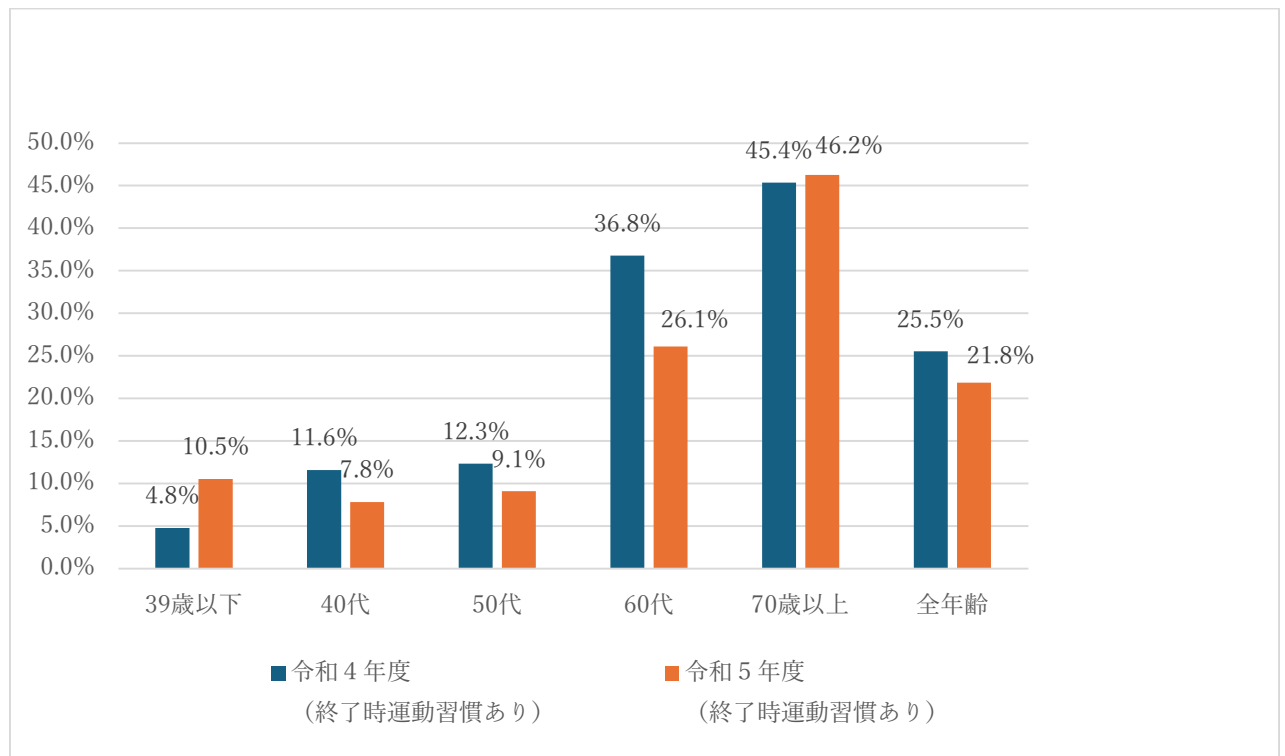
令和5年度	（参加時） 運動習慣	（終了時） 運動習慣	事業前後 増減
39歳以下	10.0%	10.5%	0.5%
40代	8.8%	7.8%	-1.0%
50代	16.4%	9.1%	-7.3%
60代	30.0%	26.1%	-3.9%
70歳以上	36.4%	46.2%	9.9%
全年齢	21.5%	21.8%	0.3%

[令和5年度 回答有効数 参加時 497人 終了時 394人]

事業参加前後の運動習慣の増減の推移



年代別 事業終了時 運動習慣ありの人の割合



④ 総合評価・課題

- ・新規参加者割合については、目標には未達ではあるが、前年度からは6.8ポイント増加している。また、参加者年代の内訳は、運動習慣がない人が多い20歳代～50歳代が過半数をしめている。
- ・事業参加により平均歩数が増えた方は、令和4年度から7.1ポイント増加した。
- ・事業参加により、運動、外出や健康を気遣うきっかけになる等、健康づくりにつながる一定の効果が見受けられる。
- ・運動習慣の変化については、令和5年度については、参加前後での運動習慣の変化は大きく見られなかったが、年代別にみると70歳以上は9.9ポイント増加しており、運動習慣に変化が見られた一方、50歳代・60歳代は終了時に運動習慣が改善した人が少なかった。今後は特に70歳代未満の方の運動習慣の確立のきっかけとなるような取り組みを検討したい。

(9) 地域包括ケアの推進

① 計画内容

事業名	健康管理の推進 地域包括ケアの推進
事業開始年度	令和2年度～
目的	住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民健康保険の保険者として、医療・介護・予防の視点から取組を行うことにより、加入者の健康寿命の延伸を図る
事業内容	【実施内容・計画】 1 多職種・他分野との協同による介護予防の推進 (1) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施推進連絡会議への参加及び参画 (2) 各介護予防事業の啓発 ア 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施（ポピュレーションアプローチ） 通いの場における健康教育・健康無関心層への立ち寄り型教室の実施 イ フレイル予防 ウ オーラルフレイル予防 エ 骨折・骨粗しょう症予防・骨粗しょう症健診の普及・啓発
対象者	被保険者

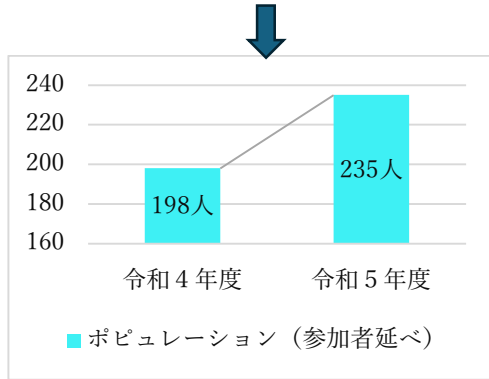
② 評価指標・実施状況

事業評価										
(仕組み・実施体制)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	必要な予算の確保		確保	確保						
	関係機関との連携体制の構築		構築	確保						
(プロセス)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	効率的、効果的な事業実施		事業実施	実施						
(事業実施量)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施推進連絡会議の実施・参加		年3回	2回						
	フレイル予防や骨粗しょう症検診受診等の啓発回数		年1回以上	1回						
(成果)	評価指標	県目標	市町目標	R5	R6	R7	R8	R9	R10	達成度
	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）の参加者延べ人数（年間） ※他実施計画において設定したR8年度達成目標値としているため、R8年度中間評価にて目標を見直す。		390人	235人						
	骨粗しょう症検診の受診者（国保）		200人	103人						
	【中長期的目標】 咀嚼機能良好者の割合 ※ KDB帳票「特定健診問票の経年比較」より「咀嚼」が良好である（「なんでも」に該当）と認められる者		増加	84.46%	—		—	—		
	【中長期的目標】 筋骨格系及び結合組織の疾患にかかる医療費の総医療費に占める割合		減少	9.0%	—		—	—		
	【中長期的目標】 要介護・要支援認定者の「筋・骨格」の有病率		減少	1号56.5% (R4比増) 2号17.8% (R4比減)	—		—	—		

③ 考察

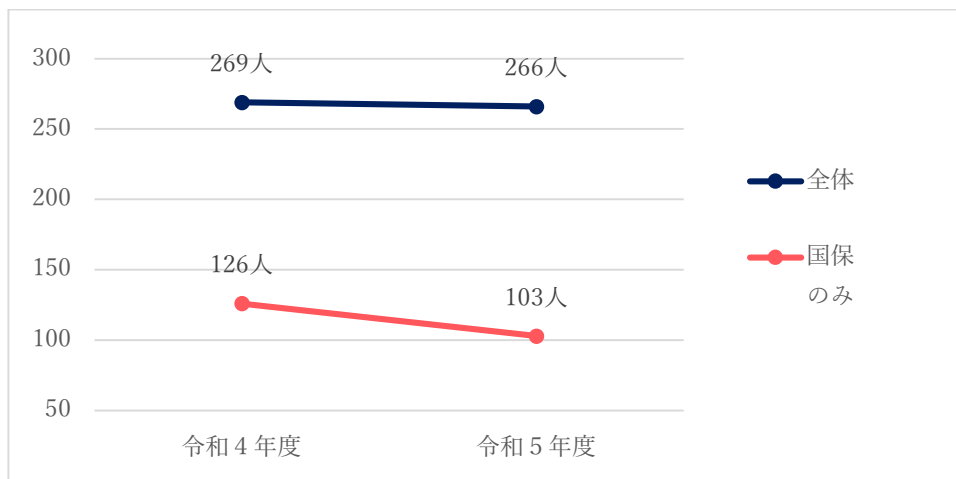
9-1 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）の参加者延べ人数

年度	ポピュレーション （参加者延べ）	ハイリスク （重症化）	ハイリスク （その他）	合計
令和4年度	198人	5人	90人	293人
令和5年度	235人	4人	77人	316人

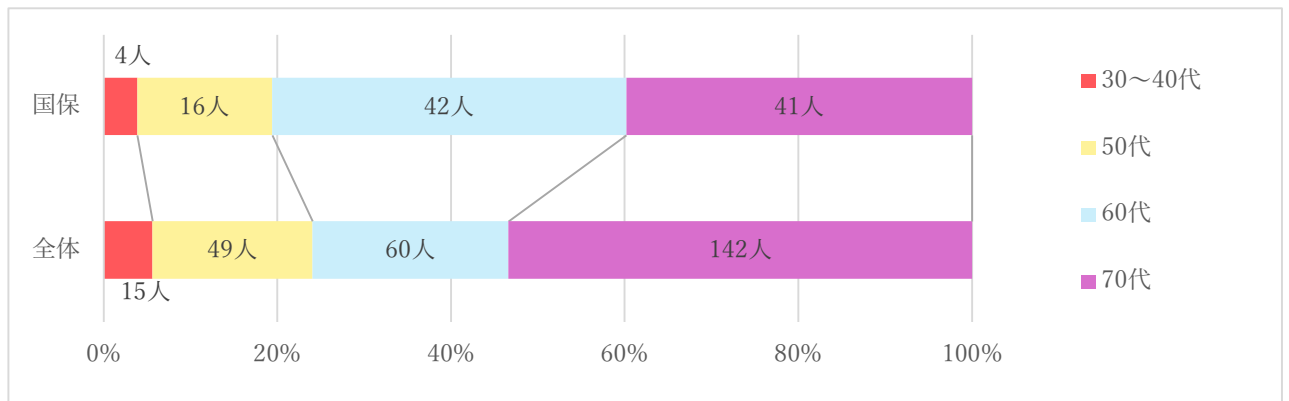


出典：特別調整交付金 様式2 圏域別事業実施報告書

9-2 骨粗しょう症検診の受診者

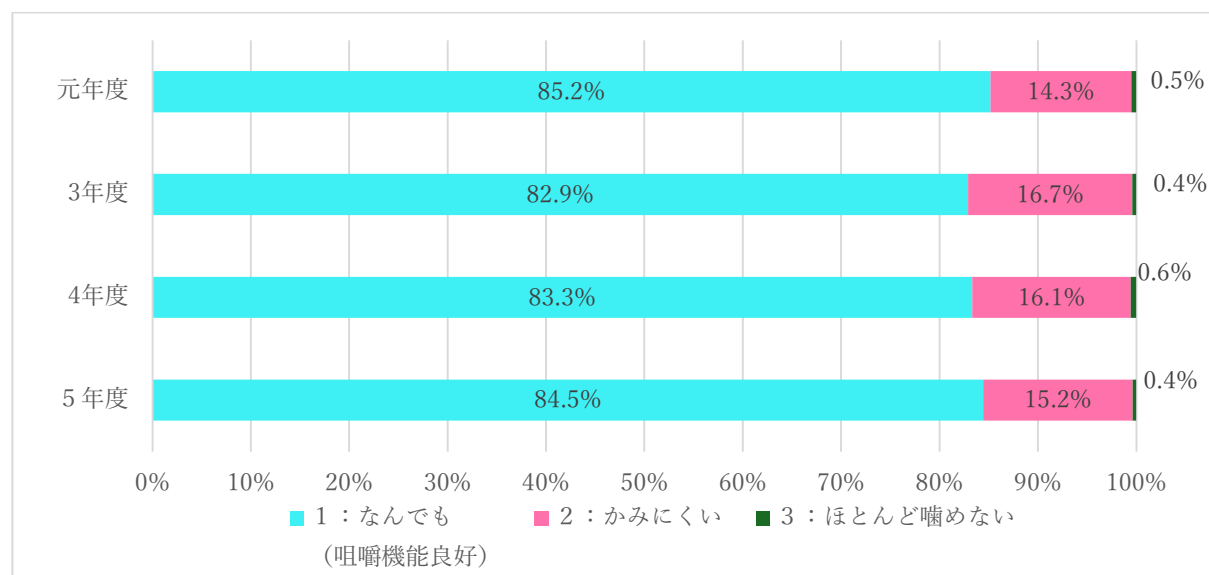


9-3 年齢別 骨粗しょう症受診者



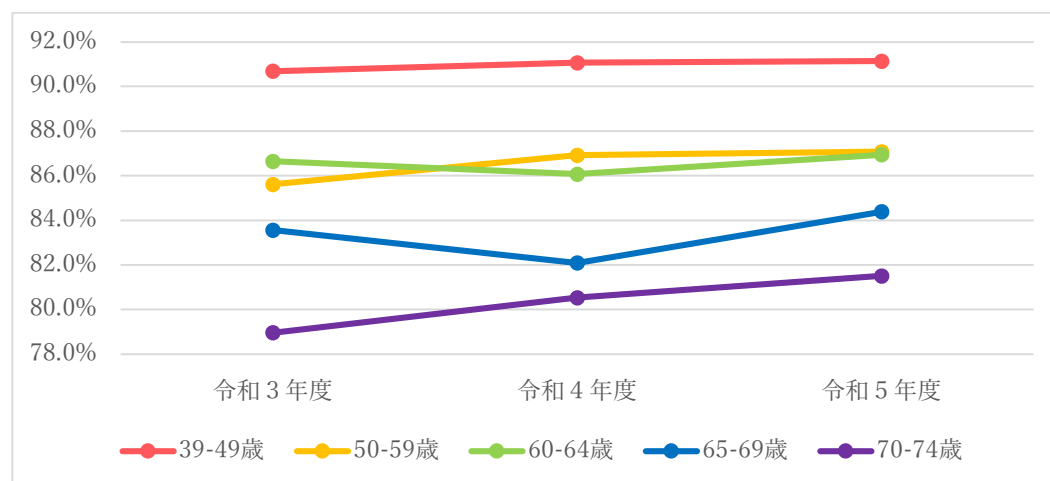
出典：骨粗しょう症健診受診者リスト

9-4 咀嚼機能良好者の割合（全体）

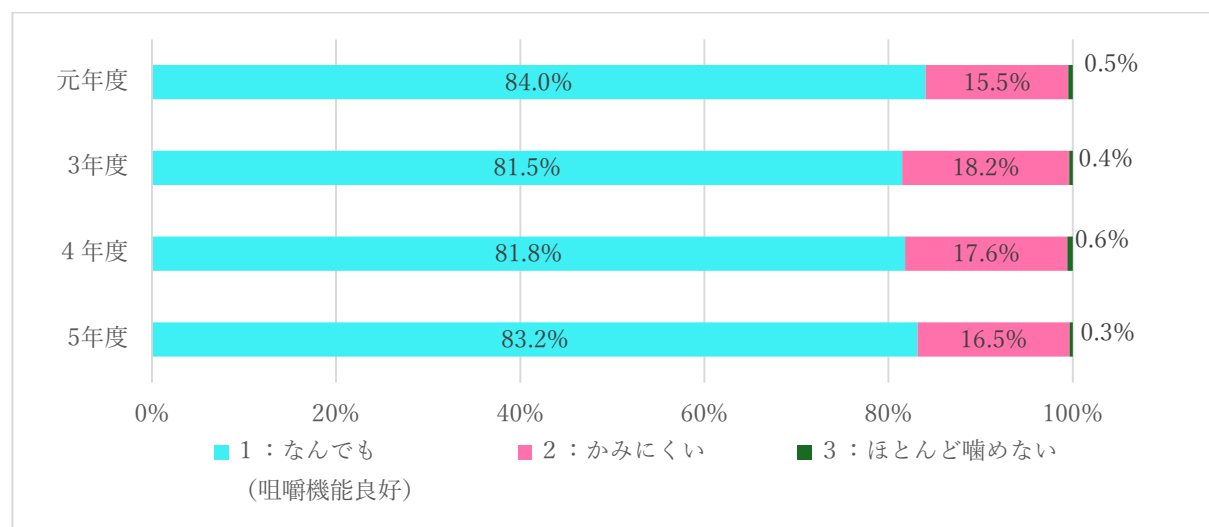


9-5 年齢別咀嚼良好者の割合

◆ 全体

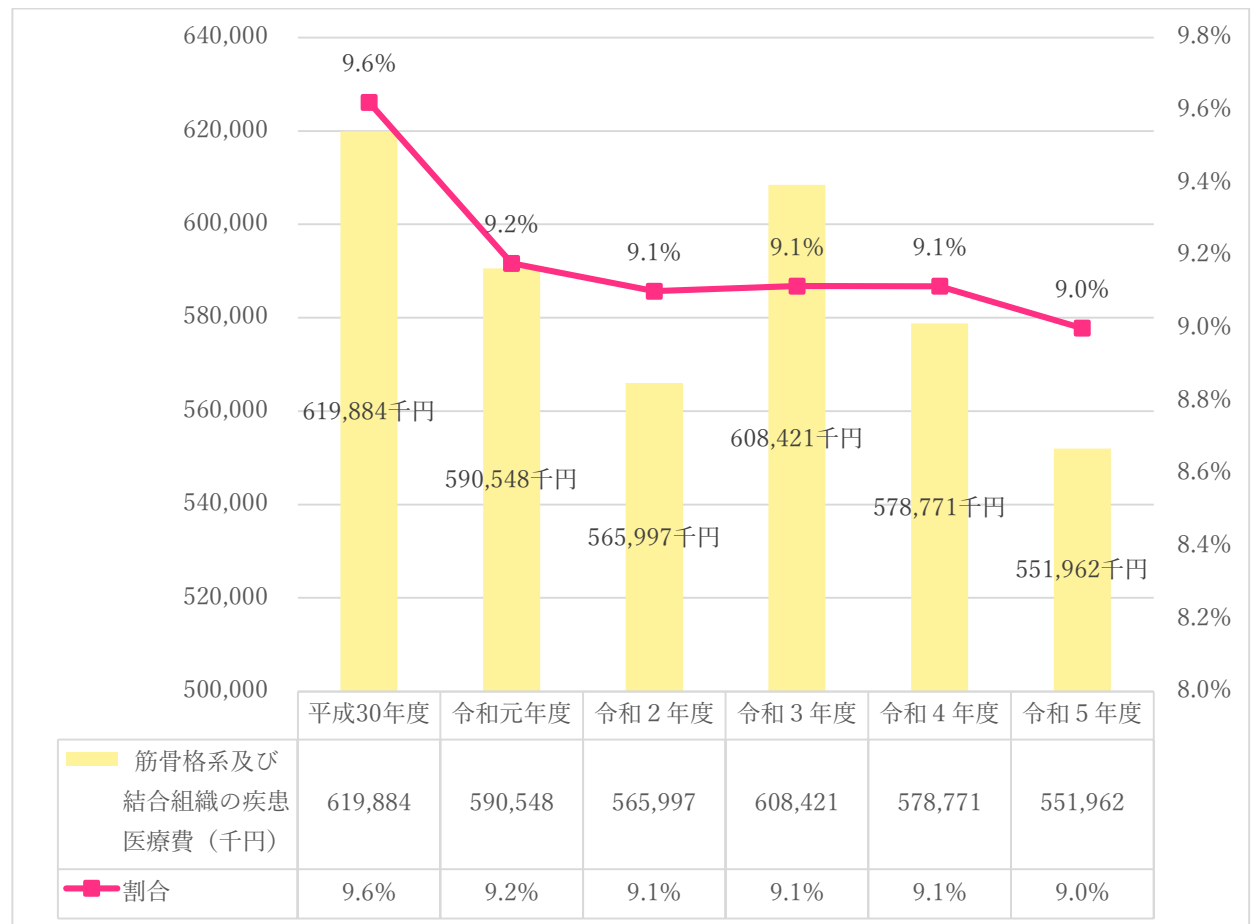


◆ 60歳以上



出典：特定健診データ FKAC167

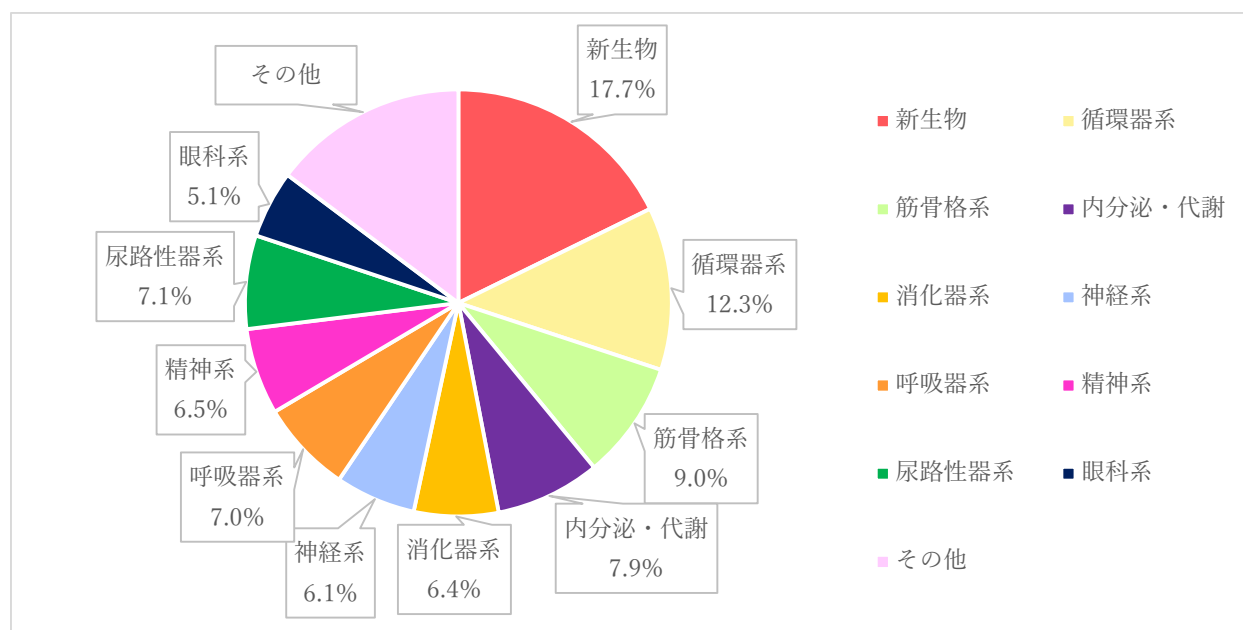
9-6 筋骨格系及び結合組織の疾患にかかる医療費の総医療費に占める割合



出典： KDB 帳票 S 23__003 疾病別医療費分析（大分類）

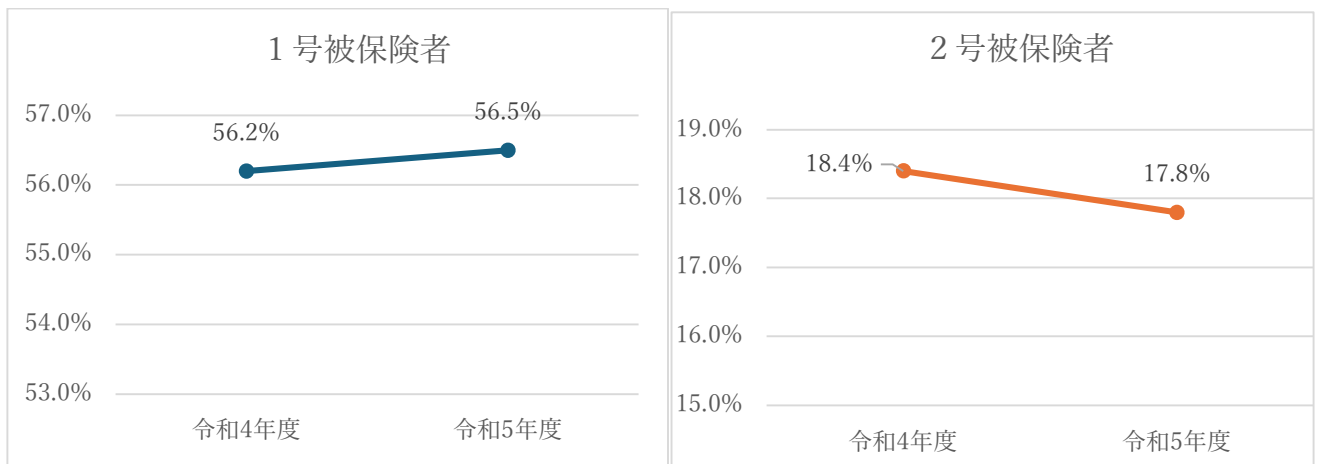
9-7 疾病大分類医療費 順位

順位	疾病名	医療費 (千円)	割合 (医療費)	レセプト 件数	割合 (レセプト件数)	千人当たり レセプト件数	レセプト一件 当たり医療費 (円)
1位	新生物	1,093,168	17.7%	6,821	4.1%	413.9	160,265
2位	循環器系の疾患	760,288	12.3%	18,695	11.1%	1134.5	40,668
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	551,962	9.0%	18,281	10.9%	1109.4	30,193
4位	内分泌、栄養及び代謝疾患	489,584	7.9%	20,462	12.2%	1241.7	23,927
5位	尿路性器系の疾患	436,073	7.1%	7,532	4.5%	457.1	57,896
6位	呼吸器系の疾患	433,513	7.0%	17,857	10.6%	1083.6	24,277
7位	精神及び行動の障害	403,493	6.5%	9,571	5.7%	580.8	42,158
8位	消化器系の疾患	394,061	6.4%	10,750	6.4%	652.3	36,657
9位	神経系の疾患	375,882	6.1%	7,883	4.7%	478.4	47,683
10位	眼及び付属器の疾患	314,926	5.1%	17,162	10.2%	1041.4	18,350
11位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	207,087	3.4%	3,881	2.3%	235.5	53,359
12位	皮膚及び皮下組織の疾患	169,456	2.7%	11,242	6.7%	682.2	15,073
13位	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	126,894	2.1%	255	0.2%	15.5	497,623
14位	感染症及び寄生虫症	95,874	1.6%	3,775	2.3%	229.1	25,397
15位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	69,199	1.1%	2,691	1.6%	163.3	25,715
16位	耳及び乳様突起の疾患	34,631	0.6%	2,052	1.2%	124.5	16,877
17位	妊娠、分娩及び産じょく	7,440	0.1%	148	0.1%	9.0	50,270
18位	先天奇形、変形及び染色体異常	7,386	0.1%	105	0.1%	6.4	70,344
19位	周産期に発生した病態	3,312	0.1%	15	0.0%	0.9	220,811
-	その他	189,642	3.1%	8,543	5.1%	518.4	22,199
-	総計	6,163,870	-	-	-	-	-



出典：KDB 帳票 S23_003 大分類疾病別医療費

9-8 要介護・要支援認定者の「筋・骨格」の有病率



1号被保険者

疾病	令和4年度	令和5年度
糖尿病	26.9%	26.3%
高血圧症	53.3%	53.1%
脂質異常症	36.6%	36.2%
心臓病	61.4%	61.4%
脳疾患	23.1%	22.3%
筋・骨格	56.2%	56.5%
精神	35.4%	35.7%

2号被保険者

疾病	令和4年度	令和5年度
糖尿病	11.1%	7.7%
高血圧症	14.7%	13.3%
脂質異常症	8.0%	8.4%
心臓病	17.6%	15.6%
脳疾患	10.2%	11.6%
筋・骨格	18.4%	17.8%
精神	11.7%	9.9%

出典：KDB 帳票 S25__006 医療介護の突合（有病状況）

④ 総合評価・課題

令和3年度から開始した高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施は、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施し高齢者を包括的に支援するため、生活習慣病対策や社会的孤立の予防などの保健事業と介護予防を一体的に取り組んでいる。

特にポピュレーションアプローチにおいては多職種の医療専門職（保健師・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士等）が通いの場に出向き、高齢者の健康状態やフレイル予防への関心を高めることを目的とし、フレイル予防やオーラルフレイルに関する健康教育等を実施している。延べ参加者人数は、令和4年度から5年度にかけて、増加しているが目標人数には至っていない。

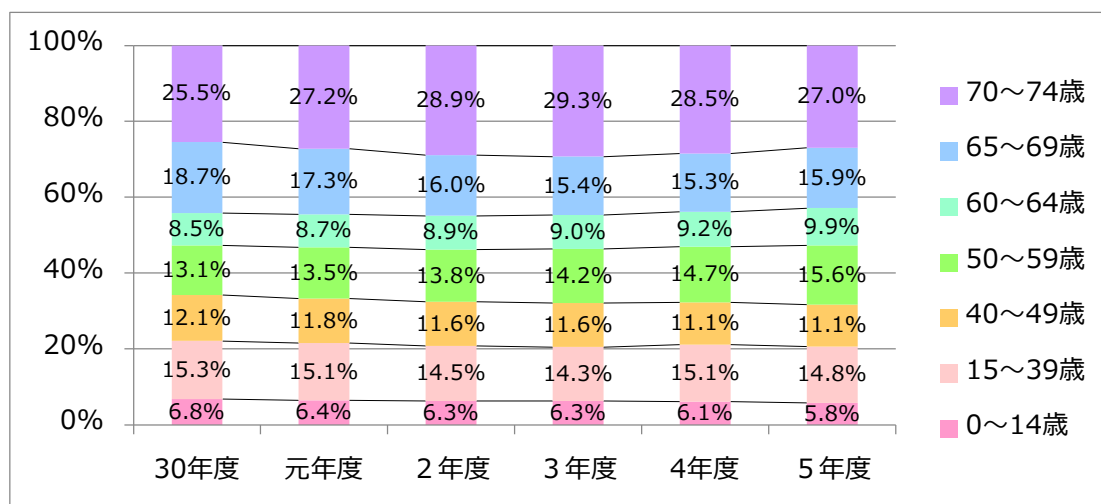
咀嚼機能良好者の割合は84.46%となり、令和4年度と比べると1.13ポイント増加した。60歳以上についても令和4年度比1.4ポイント増加した。

筋骨格系および結合組織の疾患は、要介護・要支援認定者の有病率において1号被保険者では2番目に、2号被保険者では1番目に多くなっており、また疾病別医療費では筋骨格系結合組織の疾患は、第3位と高くなっている。若い世代から筋骨格系疾患を予防する取り組みを検討する必要があると考える。

骨粗しょう症健診の受診者については、微減であり、今後も普及啓発を積極的に行うよう事業の内容を見直したい。

(10) その他現状分析

10-1 年齢区分別被保険者数の推移（各年度3月末現在）



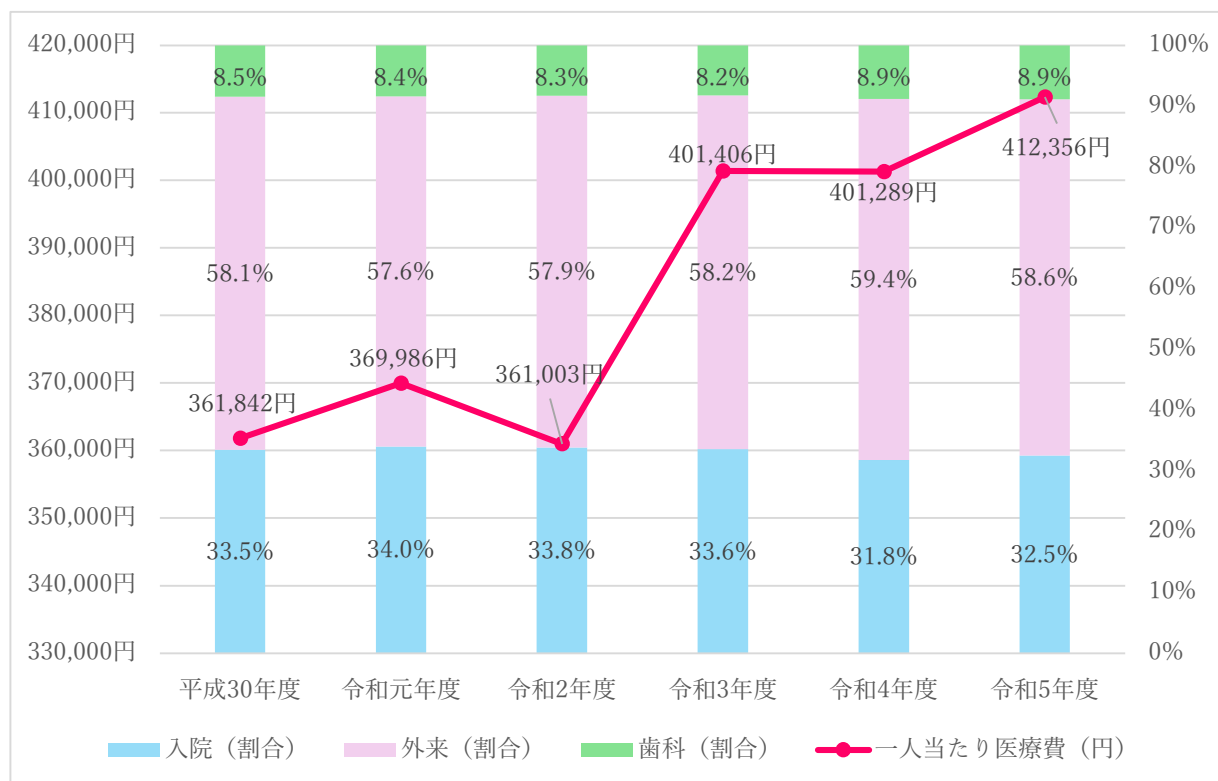
年齢区分	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
0~14歳	1,313	1,219	1,169	1,125	1,041	936
15~39歳	2,960	2,840	2,699	2,566	2,589	2,404
40~49歳	2,346	2,220	2,166	2,085	1,909	1,802
50~59歳	2,532	2,547	2,580	2,554	2,523	2,527
60~64歳	1,644	1,643	1,655	1,618	1,585	1,601
65~69歳	3,603	3,271	2,982	2,773	2,625	2,575
70~74歳	4,935	5,127	5,381	5,265	4,898	4,380
合計	19,333	18,867	18,634	17,986	17,170	16,225

出典：事業月報データ『年齢段階別被保険者数内訳』

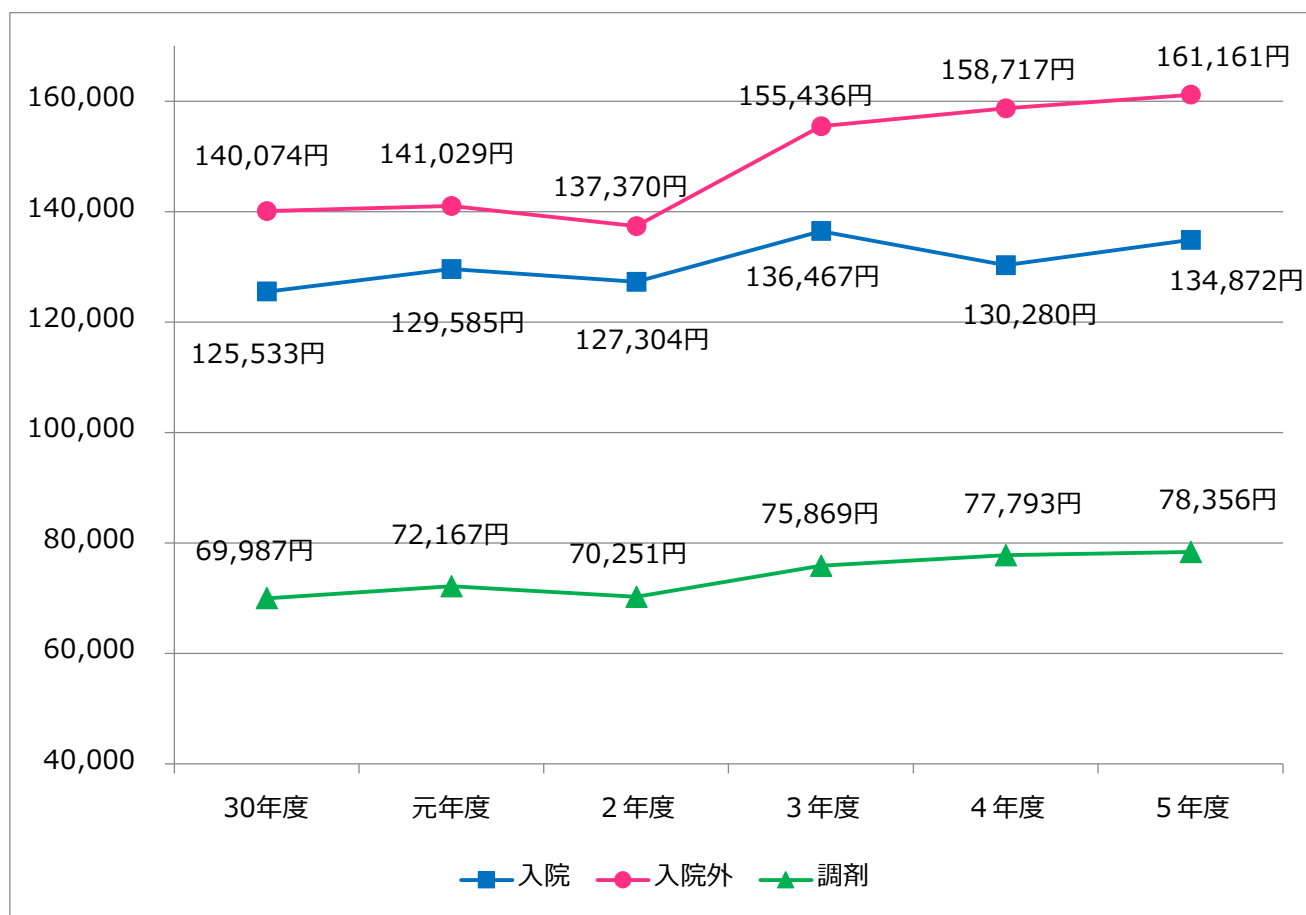
10-2 医療費総額及び被保険者一人当たり医療費の推移（令和5年度）

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療費(千円)	総額	7,083,426	7,061,549	6,805,630	7,306,396	7,006,502	6,795,222
	入院	2,370,332	2,401,607	2,301,268	2,451,491	2,225,163	2,209,760
	外来	4,112,909	4,066,424	3,940,737	4,253,611	4,160,967	3,983,346
	歯科	600,185	593,518	563,625	601,294	620,372	602,115
一人当たり医療費(円)	芦屋市	361,842	369,986	361,003	401,406	401,289	412,356
	兵庫県	371,655	381,491	370,863	396,880	409,854	419,519
	国	350,272	360,110	350,944	374,029	385,812	395,352

出典：令和5年度版事業概要

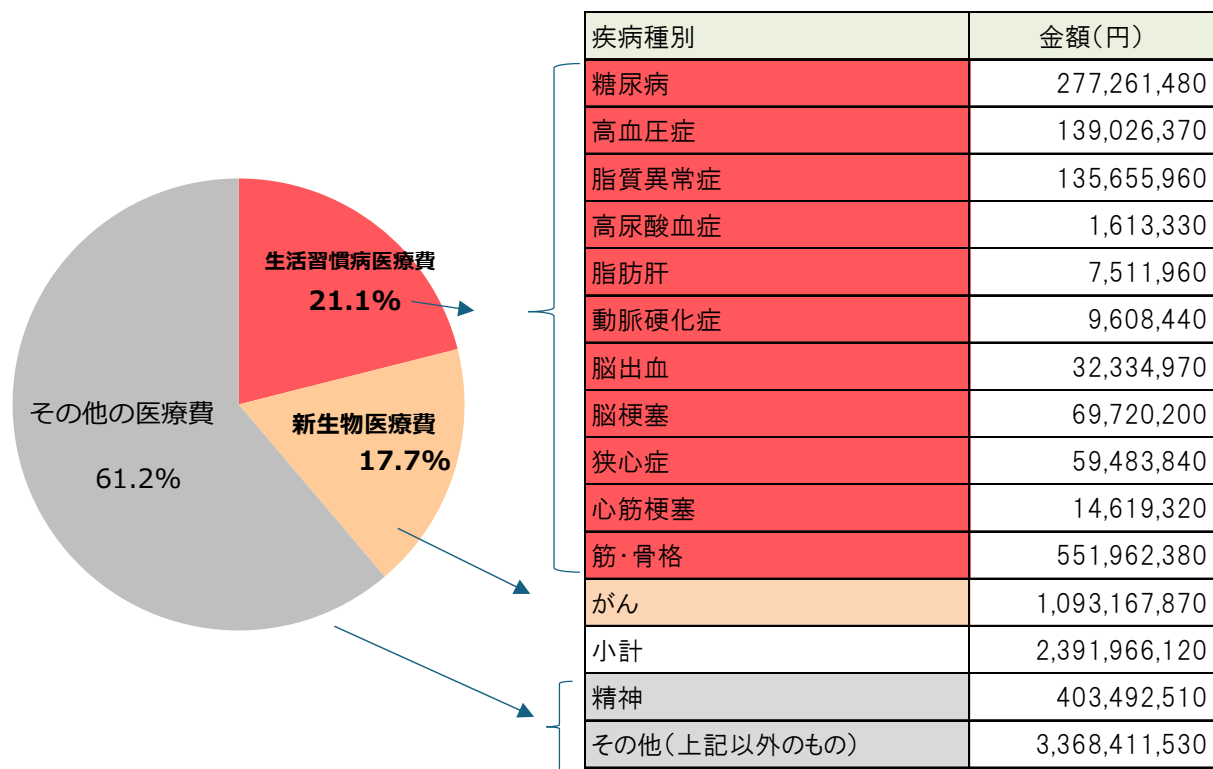


10-3 被保険者一人当たり診療費の推移（令和5年度）



出典：令和5年度版 事務報告書

10-4 医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合（令和5年度）



出典：KDB データ（疾病別医療費分析（生活習慣病））令和5年度