芦屋市国民健康保険

芦屋市データヘルス計画

第２期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画

第３期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画

平成 30 年 3 月策定

令和３年３月一部改訂

芦　　屋　　市

目次

第１章　基本的事項 1
１．計画の趣旨 1
（１）背景・目的 1
（２）計画の位置付け 2
２．計画期間 2
３．実施体制・関係者との連携 2

第２章　芦屋市の現状 3
１．芦屋市の概況 3
（１）人口構成 3
（２）医療環境 3
（３）死亡要因 4
（４）介護保険の状況 5
２．国民健康保険の概況 6
（１）国民健康保険被保険者の推移 6
（２）小学校区別加入割合 7
３．保健事業の実施状況 8
（１）保健事業の実施状況 8
（２）第１期データヘルス計画に係る考察 10

第３章　国民健康保険の医療費等に関する現状分析 11
１．医療費の状況 11
（１）医療費の推移 11
（２）年齢階級別の医療費 13
（３）疾病別の医療費 14
（４）高額レセプトの医療費 16
２．生活習慣病の医療費の状況 17
（１）生活習慣病の医療費 17
（２）脳血管疾患及び虚血性心疾患における基礎疾患保有状況 19
（３）人工透析患者の状況 20
（４）悪性新生物の医療費 21
３．がん検診の受診状況 22
４．介護の状況 23
（１）要支援・要介護認定者の医療費 23

（２）認知症の状況.....24

第４章　特定健康診査，特定保健指導に関する現状分析 25

１．特定健診の実施状況.....25

（１）特定健診の受診率の推移 25

（２）男女別年齢階級別受診率 26

（３）小学校区別受診率.....26

（４）月別受診率.....27

（５）継続受診率.....27

（６）特定健診受診者の有所見率 28

（７）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 32

（８）非肥満者のリスク保有状況 33

２．特定保健指導の実施状況 34

（１）特定保健指導の実施率等の推移.....34

（２）特定保健指導レベル別改善状況.....36

第５章　その他の保健事業に関する現状分析 37

１．特定健診における未治療者の状況.....37

（１）高血圧における未治療者の状況.....37

（２）糖尿病における未治療者の状況.....38

（３）脂質異常症における未治療者の状況 39

２．後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用状況.....40

（１）後発医薬品使用率の推移 40

（２）後発医薬品使用促進通知数及び効果額の推移.....40

（３）削減可能薬剤費.....41

３．重複多剤投与の状況.....41

第６章　健康課題と目標設定 43

１．健康課題と対策の方向性 43

（１）分析結果の総評.....43

（２）分析結果から見える健康課題のまとめ 43

２．健康課題に対応した目的及び目標の設定，実施事業.....44

（１）方針 44

（２）目的及び目標の設定，実施事業.....45

第７章　保健事業実施計画.....46

１．生活習慣病の発症予防と早期発見.....46

Ⅰ．特定健診受診率向上対策 46
Ⅱ．特定保健指導実施率向上対策 48
Ⅲ．非肥満者への保健指導 49
２．生活習慣病の重症化予防 50
Ⅳ．糖尿病性腎症重症化予防事業 50
Ⅴ．未治療者支援事業 51
３．医療費適正化の推進 52
Ⅵ．後発医薬品使用促進事業 52
Ⅶ．適正受診等推進事業 53
４．健康管理の推進 54
Ⅷ．個人へのインセンティブ提供 54
Ⅸ．地域包括ケアの推進 55

第８章　特定健康診査・特定保健指導実施計画 56
１．目標値の設定 56
２．対象者数 56
（１）特定健診対象者数 56
（２）特定健診受診者数 57
（３）特定保健指導対象者数及び実施者数 57
３．特定健診から特定保健指導への流れ 58
４．特定健診の実施方法 59
（１）実施体制 59
（２）実施項目 59
（３）案内・周知方法について 60
（４）他の健診を受けた場合の取り扱い 60
５．特定保健指導の実施方法 60
（１）実施体制 60
（２）実施内容 60
（３）案内・周知方法について 61
６．年間スケジュール 61

第９章　計画の推進 62
１．計画の評価・見直し 62
２．計画の公表・周知 62
３．個人情報の保護 62
４．特定健診及び特定保健指導に係るデータ管理・記録の提供 62
５．その他留意事項 62

資　　料.....63
用語の説明 63

第１章　基本的事項

１．計画の趣旨

（１）背景・目的

我が国では国民皆保険制度のもと，誰もが安心して医療を受けることができる医療制度が確立され，質の高い保健・医療サービスが提供されてきました。一方で，急速な少子高齢化の進展，医療技術の高度化，不適切な食生活や運動不足等が要因とされる生活習慣病の増加等により，医療費は増大し，将来の医療保険財政への影響が危惧されています。

このような状況の中，平成20年度から「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)」に基づき，生活習慣病の発症及び重症化に大きく影響している内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目した特定健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定保健指導の実施が義務付けられました。これを受けて本市においても，「芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画［第 1 期：平成 20 年度～平成 24 年度］［第 2 期：平成 25 年度～平成 29 年度］」を策定し，被保険者の健康保持増進を図るための取組を推進してきました。

また，近年，診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展，国保データベース(KDB)システム(以下「KDB システム」という。)等の整備により，保険者等が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析，保健事業の評価等を行うための基盤整備が進み，「日本再興戦略(平成 25 年 6 月 14 日閣議決定)」において，「全ての健康保険組合に対し，レセプト等のデータの分析，それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表，事業実施，評価等の取組を求めるとともに，市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

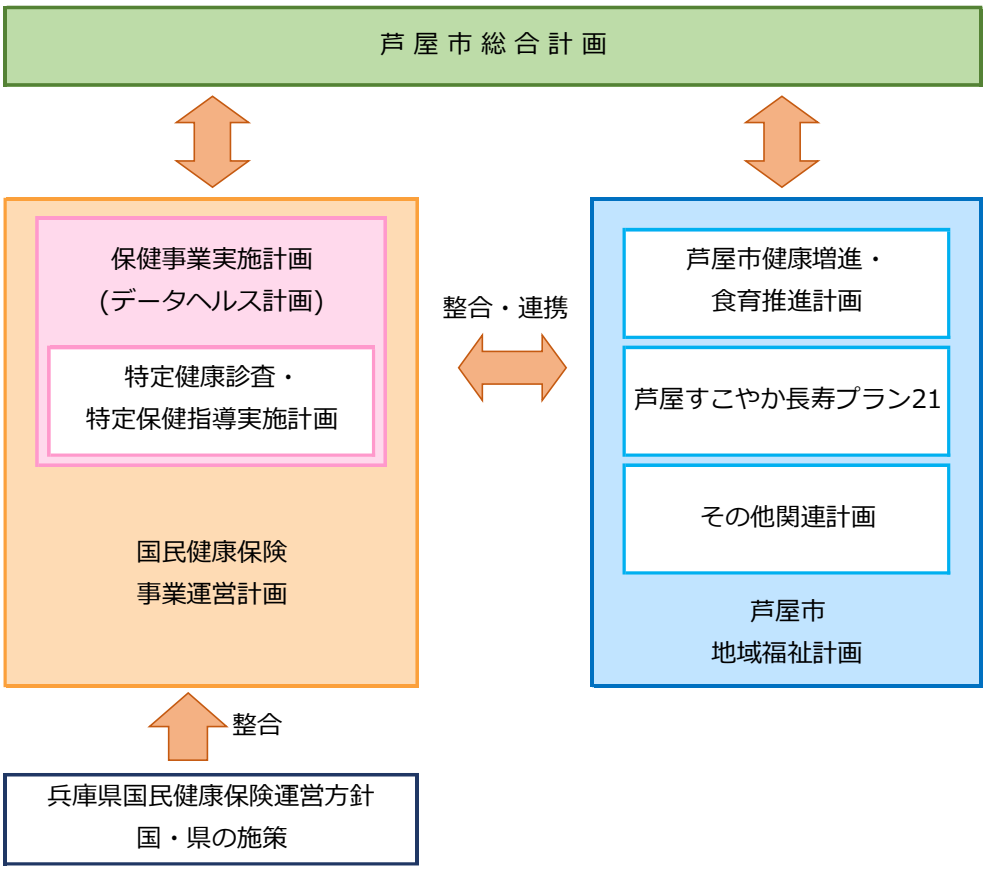
これらの背景を踏まえ，厚生労働省が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成 16 年厚生労働省告示第 307 号)」の一部が改正され，保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定した上で，保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされ，本市においても，「芦屋市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)［第 1 期：平成 28 年度～平成 29 年度］」を策定しました。

このほど，両計画が平成 29 年度をもって終了することに伴い，「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)」及び「第 3 期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画」(以下「本計画」という。)を一体的に策定し，引き続き保有しているデータを活用しながら，被保険者の健康課題を把握し，生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業を効果的かつ効率的に実施していきます。

（２）計画の位置付け

本計画は，「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)」と「第３期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画」を一体的に策定し，被保険者の健康の保持増進に必要な保健事業を総合的に定めるものです。また，本計画は，「芦屋市総合計画」の基本方針を踏まえるとともに，「芦屋市健康増進・食育推進計画」，「芦屋すこやか長寿プラン 21」などの関連計画との整合性を図ります。

図 １　[本計画の位置付け]



２．計画期間

本計画の期間は，平成 30(2018)年度から令和 5(2023)年度までの６年間とします。

３．実施体制・関係者との連携

本計画の策定から事業実施，評価，見直しに至る一連のプロセスにおいて，保険課が主体となり，健康課，高齢介護課等の関係課と連携を図りながら実施します。

また，事業の実施にあたっては，医師会，歯科医師会及び薬剤師会等の関係機関と連携するとともに，兵庫県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会にて専門的知見を有する外部有識者の助言を受け，効果的な保健事業を展開します。

第２章　芦屋市の現状

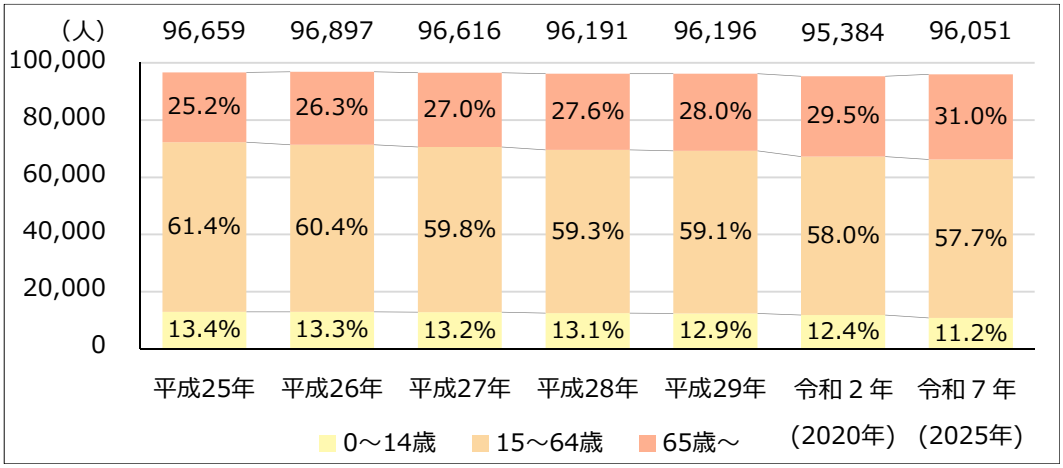
１．芦屋市の概況

（１）人口構成

芦屋市の人口は，ほぼ横ばいで推移していますが，年齢 3 区分別にみると，年少人口(0～14 歳)及び生産年齢人口(15～64 歳)の割合は減少し，高齢者人口(65 歳以上)の割合は増加しています。

今後の推計では，令和 7(2025)年に高齢化率が 31.0%に達すると予測されています。

図 2　[年齢 3 区分別人口割合の推移(令和 2・7 年は推計)]



〔資料：住民基本台帳＜各年 9 月末現在＞，
第 4 次芦屋市総合計画後期基本計画(令和 2・7 年の推計値)〕

（２）医療環境

人口 10 万対施設数は，一般診療所，歯科診療所では，全国，兵庫県，阪神南圏域よりも上回っていますが，病院数は下回っています(表 1)。人口 10 万対病床数の一般病床では，全国，兵庫県の半分程度となっています(表 2)。

表 1　[医療施設数の状況(平成 28 年)]

	人口 10 万対施設数		
	病院	一般診療所	歯科診療所
芦屋市	3.2	142.2	78.0
阪神南圏域	5.0	110.8	58.8
兵庫県	6.3	91.2	54.5
全国	6.7	80.0	54.3

表 2　[病床数の状況(平成 28 年)]

	人口 10 万対病床数						
	病院						一般診療所
		一般病床	療養病床	結核病床	感染症病床	精神病床	
芦屋市	357.1	357.1	—	—	—	—	67.4
阪神南圏域	926.2	616.9	235.2	2.7	0.8	70.7	43.1
兵庫県	1,177.5	701.9	260.7	2.7	1.0	211.1	51.4
全国	1,229.8	702.3	258.5	4.2	1.5	263.3	81.5

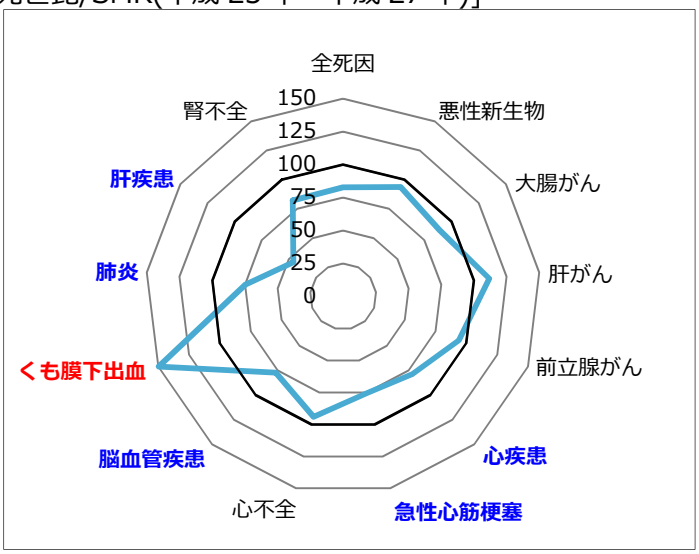
〔資料：平成 28 年医療施設調査(厚生労働省)，平成 28 年医療施設調査(兵庫県)〕

（3）死亡要因

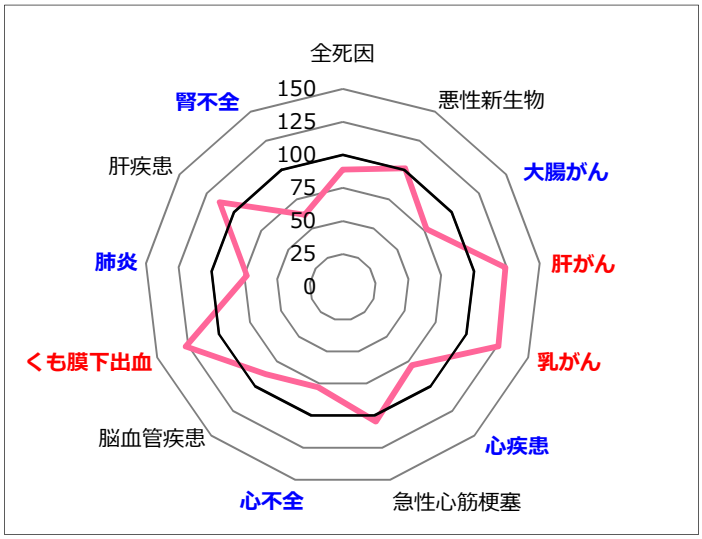
主要死因別標準化死亡比(SMR)では，全国(100.0)に比べ，男女ともに心疾患及び脳血管疾患全体は低くなっているものの，くも膜下出血は突出して高くなっています。また，男性では肝疾患が最も低く，女性では腎不全が最も低く，乳がん，肝がんが高くなっています。

表 3・図 3　[主要死因別標準化死亡比/SMR(平成 23 年～平成 27 年)]

男性	
全死因	82.7
悪性新生物	93.7
大腸がん	88.8
肝がん	111.7
前立腺がん	93.9
心疾患	78.9
急性心筋梗塞	75.7
心不全	94.0
脳血管疾患	77.2
くも膜下出血	149.8
肺炎	74.7
肝疾患	45.8
腎不全	82.4



女性	
全死因	89.0
悪性新生物	101.6
大腸がん	77.1
肝がん	123.8
乳がん	125.8
心疾患	78.9
急性心筋梗塞	104.7
心不全	77.9
脳血管疾患	88.0
くも膜下出血	127.0
肺炎	73.1
肝疾患	113.1
腎不全	62.0



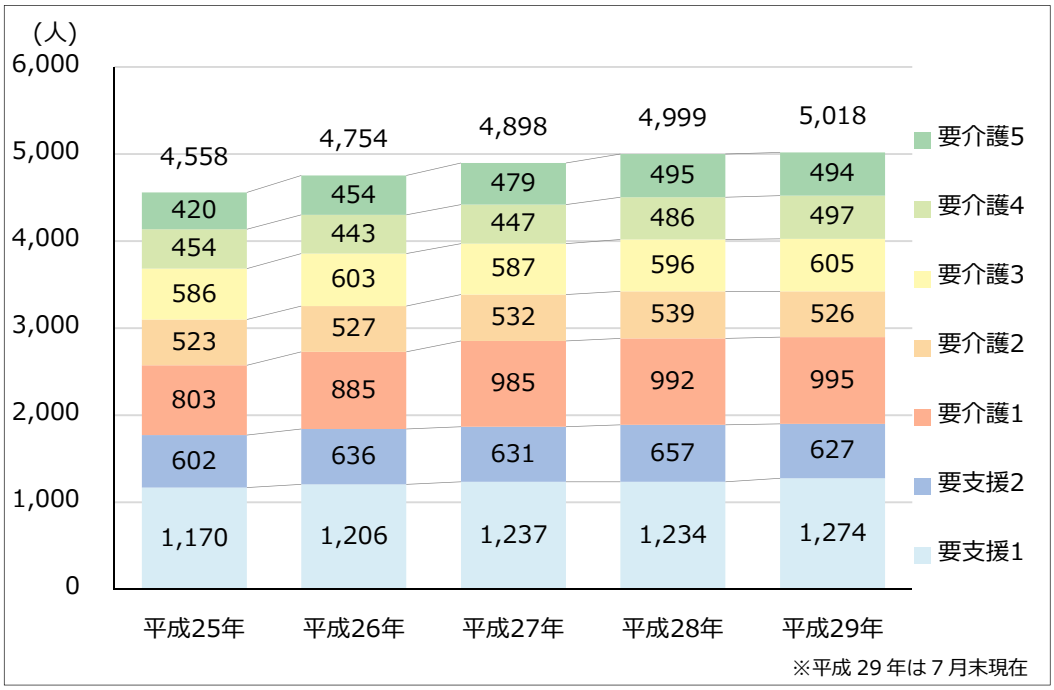
〔資料：兵庫県における死亡統計指標(兵庫県)〕

（４）介護保険の状況

要支援・要介護認定者数は，年々増加傾向にあり，平成 29 年では 5,018 人となっています。要支援・要介護度別にみると，各年ともに要支援 1 が多く，平成 29 年では 1,274 人と要支援・要介護認定者の 25.4%を占めています(図 4)。

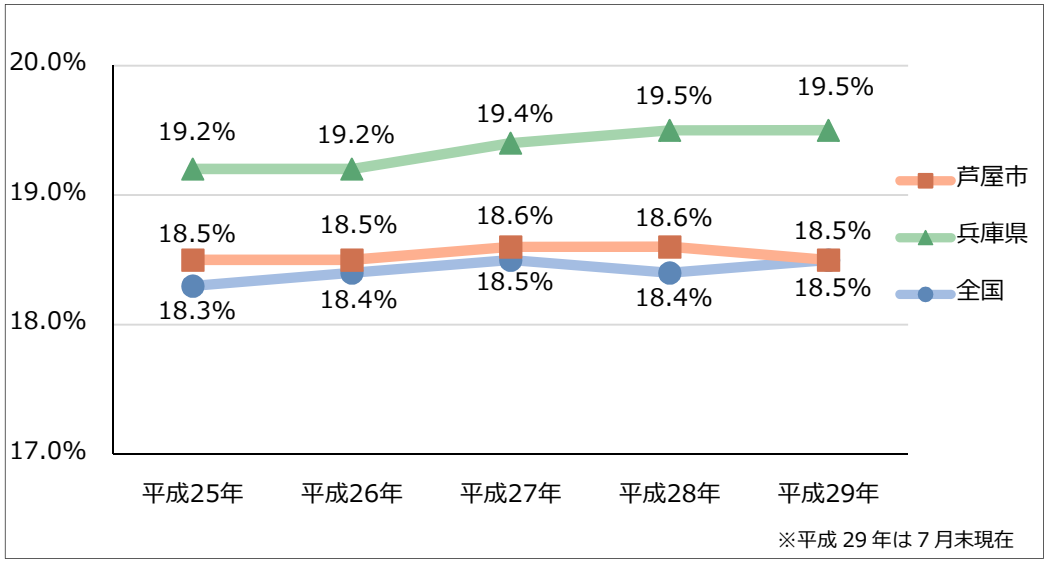
要支援・要介護認定率は，ほぼ横ばいで推移しており，全国，兵庫県平均と比較すると，全国とほぼ同水準で兵庫県より低くなっています(図 5)。

図 4　[要支援・要介護認定者数の推移]



〔資料：介護保険事業状況報告＜各年 9 月末現在＞(厚生労働省)〕

図 5　[要支援・要介護認定率の推移]



〔資料：介護保険事業状況報告＜各年 9 月末現在＞(厚生労働省)〕

2．国民健康保険の概況

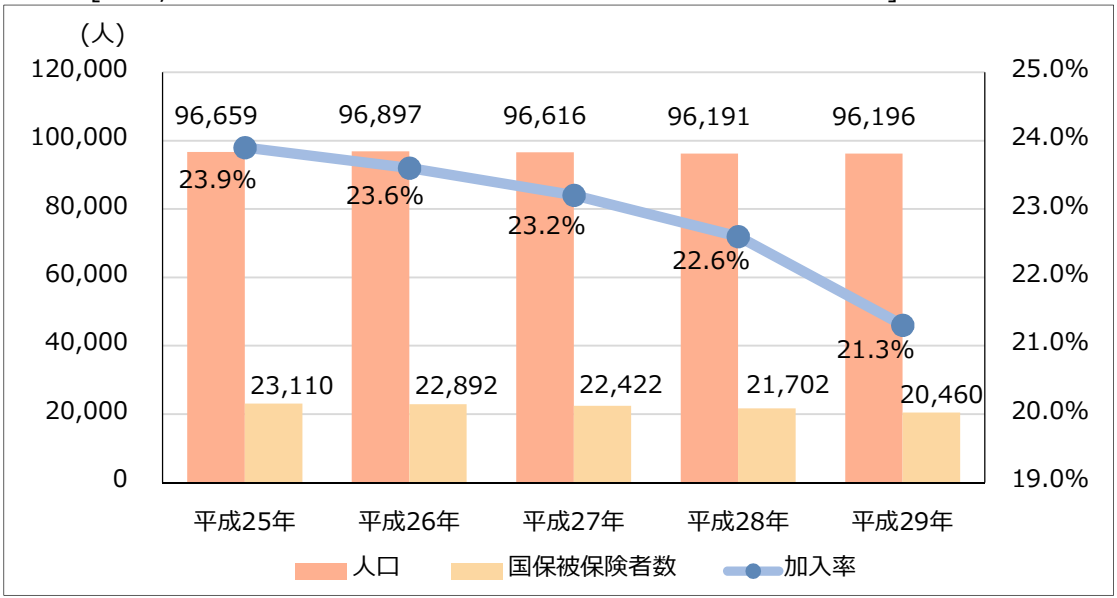
（1）国民健康保険被保険者の推移

被保険者数は減少傾向にあり，平成 29 年では 20,460 人，加入率は 21.3%となっています(図 6)。

年齢 3 区分別にみると，すべての年齢区分において被保険者数は減少傾向にある一方で，65 歳以上の被保険者の加入率は全体の 43.7%(平成 29 年)と増加傾向にあります(図 7)。

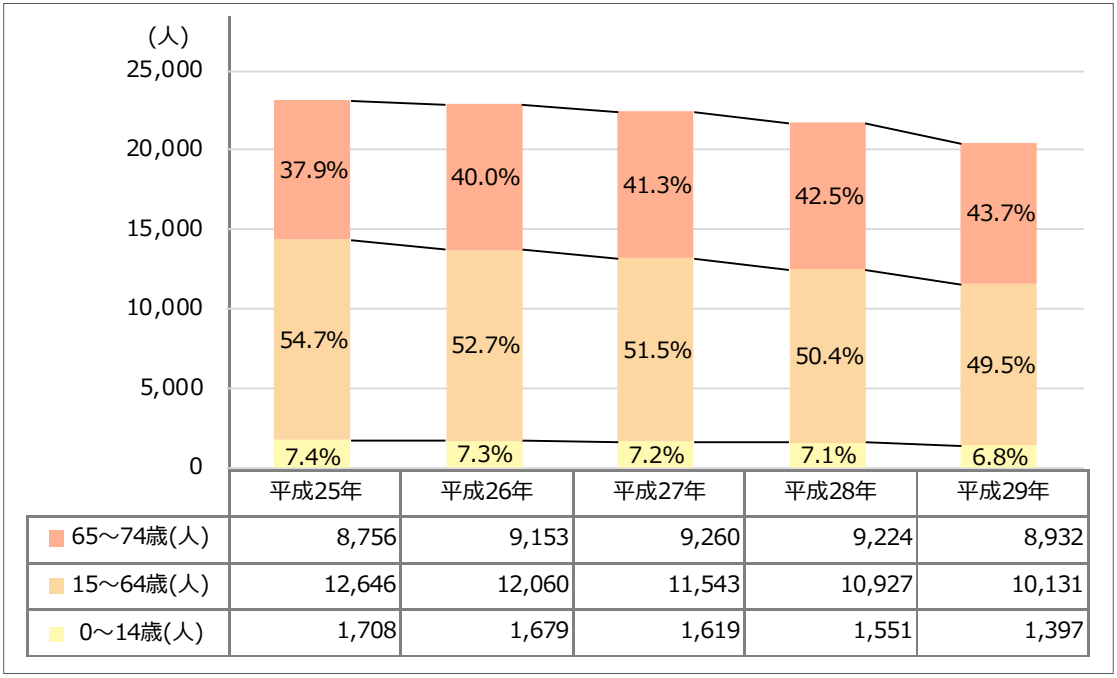
性別年齢階級別にみると，25 歳以上の年齢層において女性の加入者数が多くなっており，特に 60 歳以上の年齢層では，男性の 1.55 倍と他の年齢層よりも女性の割合が高くなっています(図 8)。

図 6　[人口，国民健康保険被保険者数及び国民健康保険加入率の推移]



〔資料：住民基本台帳，芦屋市被保険者台帳＜各年 9 月末現在＞〕

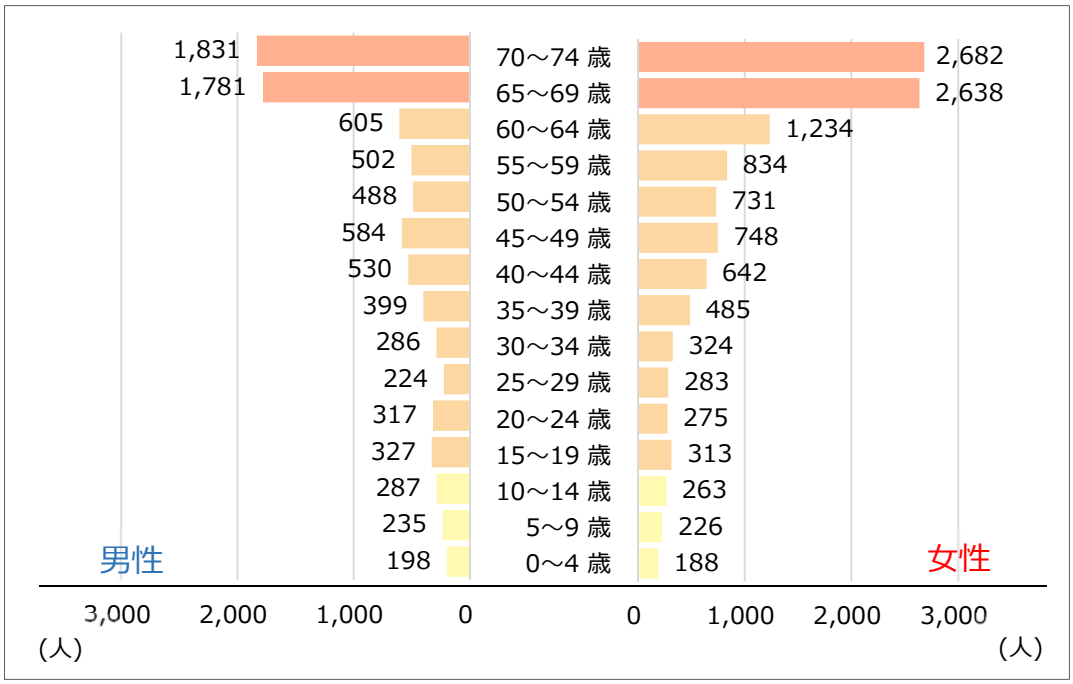
図 7　[年齢 3 区分別被保険者数の推移]



	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
65～74歳(人)	8,756	9,153	9,260	9,224	8,932
15～64歳(人)	12,646	12,060	11,543	10,927	10,131
0～14歳(人)	1,708	1,679	1,619	1,551	1,397

〔資料：芦屋市被保険者台帳＜各年 9 月末現在＞〕

図 8　[性別年齢階級別被保険者数]

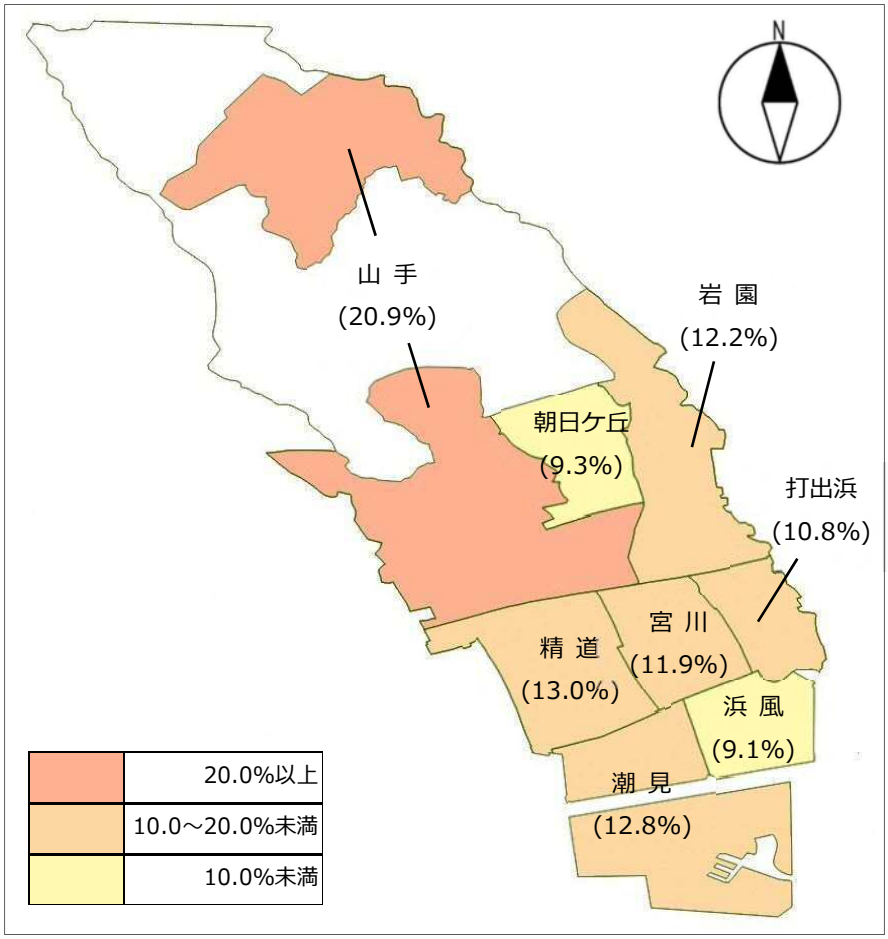


〔資料：芦屋市被保険者台帳＜平成 29 年 9 月末現在＞〕

（2）小学校区別加入割合

小学校区別加入割合では，山手(20.9%)が最も高くなっています。

図 9　[小学校区別加入割合]



〔資料：芦屋市被保険者台帳＜平成 29 年 9 月末現在＞〕

3．保健事業の実施状況

（1）保健事業の実施状況

第１期データヘルス計画等に基づき実施した保健事業の実施状況及び目標の達成状況等について，

表４　[保健事業の実施状況]

事業名		開始年度	目的	概要
健康診査	特定健康診査	平成 20 年度	生活習慣病の早期発見と重症化を予防する	集団健診(芦屋市保健センター及び市内集会所)と個別健診(市内医療機関)を実施
	人間ドック検査料助成	平成 6 年度	疾病の早期発見と重症化を予防する	市立芦屋病院の人間ドックを受診する被保険者に対して検査料の一部を助成
	健康チェック	昭和 56 年度	疾病の早期発見と重症化を予防する	30 歳以上の市内在住・在勤者を対象とした生活習慣病予防(がん検診含む)の健康診査を実施【健康課実施】
特定健診受診率向上対策	がん検診同時実施	平成 20 年度	がん検診と特定健診の同時受診を促す	平成 20 年度から肺がん・大腸がん・前立腺がん検診，平成 22 年度から胃がん・乳がん検診と同時実施
	受診勧奨通知の発送	平成 21 年度	特定健診受診を促す	・特定健診未受診者に対し個別に通知を発送 ・被保険者の特性に応じた個別具体的な通知を発送(平成 25 年度～)
	電話での受診勧奨	平成 22 年度 ※23年度終了	特定健診受診を促す	未受診者に対し電話による受診勧奨(兵庫県国民健康保険団体連合会支援事業を活用し，平成 22・23 年度に実施)
	広報紙等の活用	平成 20 年度	特定健診の普及啓発	広報あしや，広報掲示板，ケーブルテレビ等を活用し普及啓発を実施
	地域のイベント等での周知	平成 25 年度	特定健診の普及啓発	市や地域のイベント等において特定健診の普及啓発を実施
保健指導	特定保健指導	平成 20 年度	生活習慣を改善し，生活習慣病の発症と重症化を予防する	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，生活習慣病予防のための保健指導(動機付け支援，積極的支援)を実施
重症化予防の取組	未治療者支援(通知)	平成 22 年度	生活習慣病の重症化予防のために医療機関受診を促す	特定健診の結果が一定基準値以上の要医療者に個別に受診勧奨通知を発送
	未治療者支援(訪問)	平成 28 年度	生活習慣病の重症化予防のために医療機関受診を促す	特定健診の結果が一定基準値以上の要医療者(特に生活習慣病の重症化リスクの高い人)に訪問指導を実施
医療費適正化事業	後発医薬品(ジェネリック医薬品)普及促進	平成 22 年度	後発医薬品の使用促進を図る	・ジェネリック医薬品の普及啓発 ・後発医薬品への切り替えが可能な被保険者に対し，後発医薬品使用促進通知を個別に発送

下表にまとめました。

<table>
<tr><th>対象者</th><th>成果</th><th>課題</th></tr>
<tr><td>40～74 歳の被保険者
35 歳以上の被保険者
30 歳以上の市内在住・在勤者
40～74 歳の被保険者
当該年度に特定健診未受診の 40～74 歳の被保険者
当該年度に特定健診未受診の 40～74 歳の被保険者
被保険者
被保険者</td><td>・受診者数
<table><tr><th>種別</th><th>27 年度</th><th>28 年度</th></tr><tr><td>対象者数</td><td>17,341 人</td><td>17,085 人</td></tr><tr><td>集団健診</td><td>2,308 人</td><td>2,419 人</td></tr><tr><td>個別健診</td><td>3,770 人</td><td>3,643 人</td></tr><tr><td>人間ドック</td><td>530 人</td><td>580 人</td></tr><tr><td>健康チェック</td><td>119 人</td><td>98 人</td></tr><tr><td>合計</td><td>6,727 人</td><td>6,740 人</td></tr></table>・受診率
<table><tr><th>区分</th><th>目標
(H29 達成)</th><th>27 年度</th><th>28 年度</th></tr><tr><td>全体</td><td>60.0%</td><td>38.8%</td><td>39.4%</td></tr><tr><td>40～50 歳代</td><td>32.0%</td><td>25.7%</td><td>26.0%</td></tr></table>・受診率(全体)は，平成 27 年度との比較では 0.6 ポイント上昇したが，目標達成は難しい。
・集団健診の定員増加や人間ドック受診者の増加により受診率を向上させることができた。
・様々な媒体を活用した広報，啓発ちらし，啓発用品の作成・配布による普及啓発を実施した。</td><td>・特定健診の受診率を向上させることができたが，未だ約 6 割の被保険者の健康状態が不明である。特に 40 歳～50 歳代の受診率が低く，今後も更に取組を強化していく必要がある。
・診療における検査データを特定健診として活用する方法や個人へのインセンティブの提供等，より効果的な取組の検討が必要である。
・地域のイベント等での啓発事業の拡充を図りたい。</td></tr>
<tr><td>40～74 歳の特定保健指導基準該当者</td><td><table><tr><th colspan="3">区分</th><th>27 年度</th><th>28 年度</th></tr><tr><td rowspan="2">動機付け支援</td><td colspan="2">対象者数</td><td>560 人</td><td>499 人</td></tr><tr><td colspan="2">実施者数</td><td>113 人</td><td>120 人</td></tr><tr><td rowspan="2">積極的支援</td><td colspan="2">対象者数</td><td>156 人</td><td>135 人</td></tr><tr><td colspan="2">実施者数</td><td>9 人</td><td>15 人</td></tr><tr><td rowspan="2">全体</td><td colspan="2">対象者数</td><td>716 人</td><td>634 人</td></tr><tr><td colspan="2">実施者数</td><td>122 人</td><td>135 人</td></tr><tr><td>実施率</td><td>目標
(H29 達成)</td><td>60.0%</td><td>17.0%</td><td>21.3%</td></tr></table>・実施率は，平成 27 年度との比較では，4.3 ポイント上昇させることができたが，目標達成は難しい。</td><td>・実施率を向上させることができたものの，対象者の約 2 割と全国，兵庫県平均と比較しても低くなっている。
・対象者が参加しやすい支援の提供や，特定健診受診日における保健指導の実施など実施環境を整備していく必要がある。</td></tr>
<tr><td>集団健診受診者のうち，特定健診結果の値が一定基準値以上の要医療者
集団健診受診者のうち，特定健診結果の値が一定基準値以上の要医療者</td><td><table><tr><th rowspan="2">区分</th><th rowspan="2">27 年度</th><th rowspan="2">28 年度</th><th colspan="2">未治療者割合</th></tr><tr><th>実施前</th><th>実施後</th></tr><tr><td>通知</td><td>264 人</td><td>270 人</td><td>75.5%</td><td>58.5%</td></tr><tr><td>訪問</td><td></td><td>5 人</td><td>100.0%</td><td>22.2%</td></tr></table>・訪問による実施体制を構築することができた。
・取組により医療機関受診につながった。</td><td>・特定健診受診後できるだけ早期の受診勧奨を行い，保健指導が実施できる体制づくりと，医療機関との連携が必要である。</td></tr>
<tr><td>・被保険者
・後発医薬品への切り替えが可能な被保険者</td><td><table><tr><th>区分</th><th>目標
(H29 達成)</th><th>27 年</th><th>28 年</th></tr><tr><td>希望カード配布</td><td></td><td>全世帯</td><td>全世帯</td></tr><tr><td>使用促進通知</td><td></td><td>5,029 件</td><td>4,704 件</td></tr><tr><td>使用率(*)</td><td>60.0%</td><td>58.8%</td><td>62.5%</td></tr></table>・目標を達成することができた。(*)使用率は各年 12 月現在</td><td>・目標は達成できたが，全国，兵庫県平均と比較し低い水準にあるため，引き続き普及啓発が必要である。</td></tr>
</table>

（2）第 1 期データヘルス計画に係る考察

第 1 期データヘルス計画においては，特定健診受診や早期治療等被保険者の健康管理意識の向上を図ることを目的として保健事業に取り組み，前述のとおり特定健診の受診率向上，特定保健指導の実施率向上等一定の成果を上げることができました。

特定健診では，集団健診の定員を拡大する等受診環境の整備や，未受診者に対する受診勧奨通知の発送・市内実施医療機関での啓発ポスター掲示等の事業の普及啓発に取り組みましたが，目標達成は困難な状況であり，今後は，これまでの取組を継続しつつ，更に取組の強化が必要となっています。特に 40 歳から 50 歳代の受診率向上対策や，個人へのインセンティブの提供等新たな取組を検討する必要があります。

特定保健指導においても，実施率の目標達成は困難な状況ですが，一人でも多くの対象者が参加しやすい実施環境を整備していく必要があります。

生活習慣病の重症化予防対策では，特定健診受診の結果，医療機関への受診が必要な人のうち特に重症化するリスクが高い人に対し，新規事業として訪問による保健指導の実施体制を構築し，実施することができました。今後は，高血圧性疾患対策や医療機関と連携した取組を推進し，更なる重症化予防対策を図っていくことが必要です。

また，第２期データヘルス計画における保健事業の選択及び優先順位付けについては，対象者の規模，改善可能性の高さ，費用対効果等に加え，第３期特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準や新たに創設される保険者努力支援制度の評価項目等を踏まえる必要があります。さらに，実施事業の評価が適切にできるよう短期的な目標及び中長期的な目標についてさまざまな視点で評価項目を設定し，評価の手段を明確にしておくことが求められます。

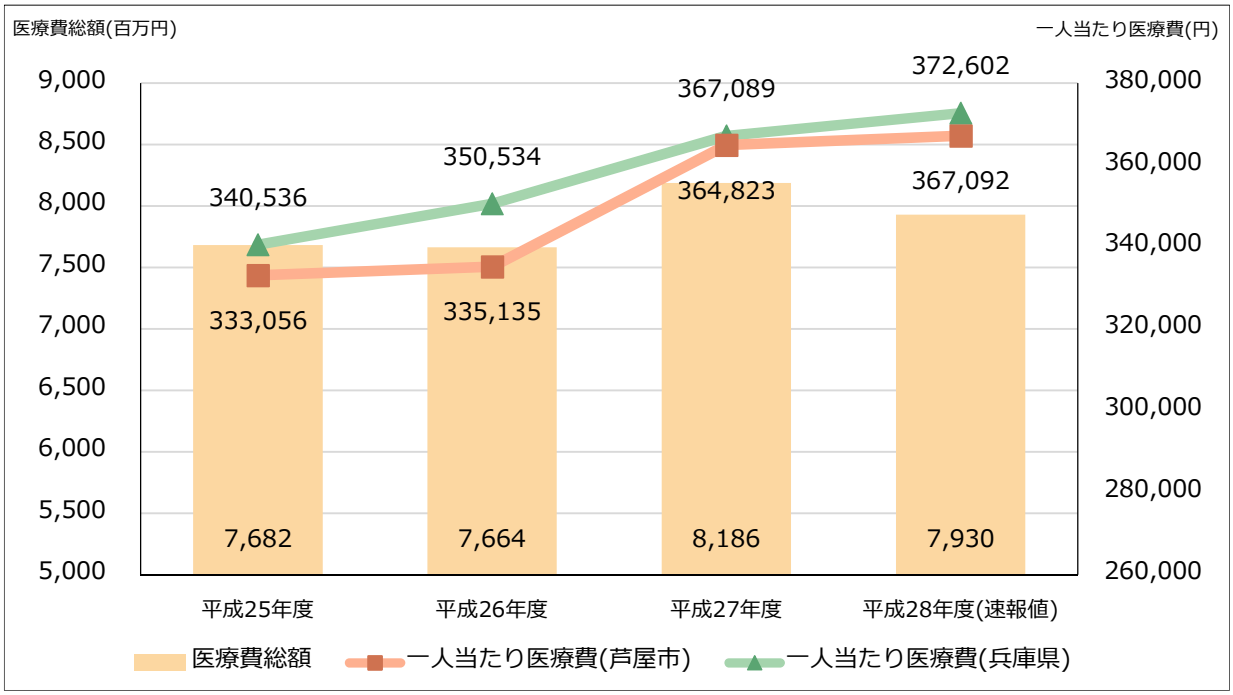
１．医療費の状況

（１）医療費の推移

医療費総額は，平成 27 年度までは増加傾向にありましたが平成 28 年度は減少に転じています。また，被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあるものの，兵庫県より低く推移しています(図 10)。

被保険者一人当たり医療費を入院・入院外・調剤別にみると，入院は増加傾向にありますが，全国，兵庫県より低く推移しています。一方で，入院外及び調剤は，全国，兵庫県より高く推移しています(図 11)。

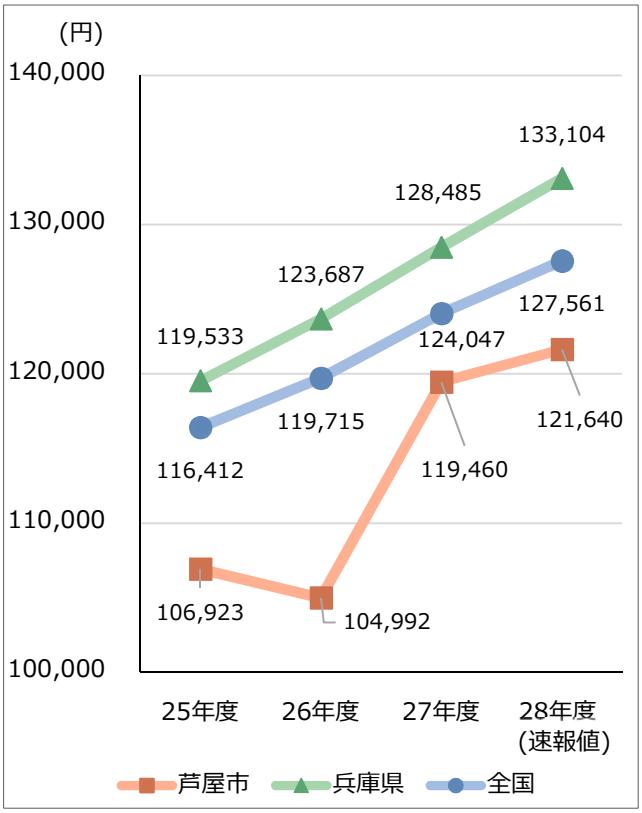
図 10　[医療費総額及び被保険者一人当たり医療費の推移]



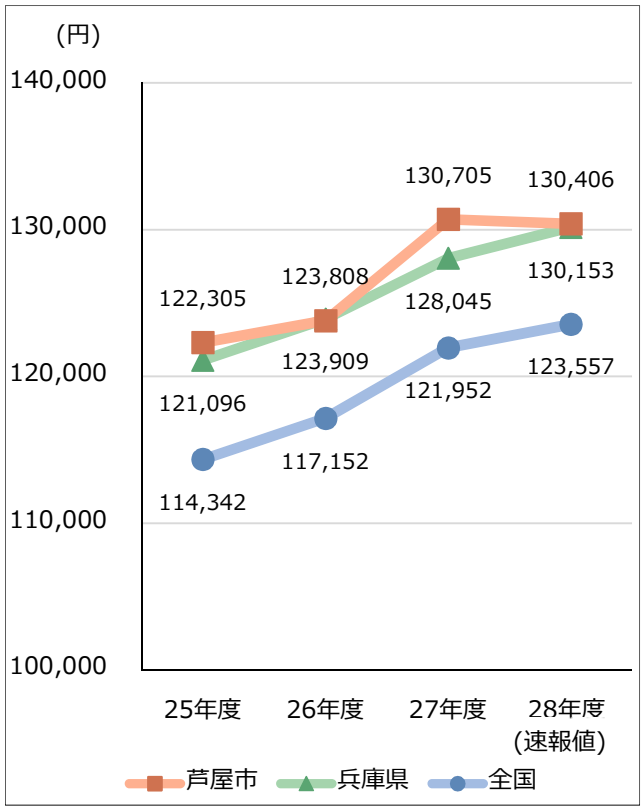
〔資料：事務報告書，兵庫の国保(兵庫県)〕

図 11　[被保険者一人当たり医療費の推移]

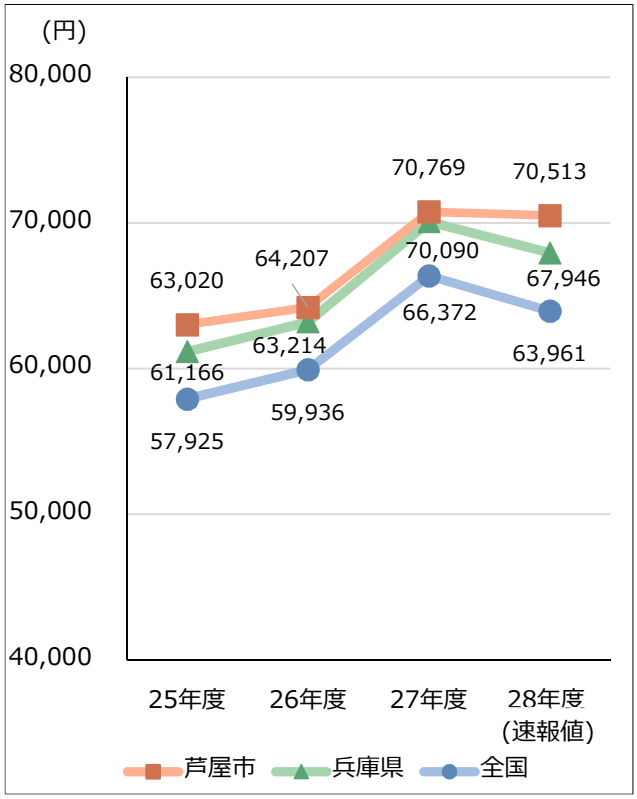
○入院



○入院外



○調剤

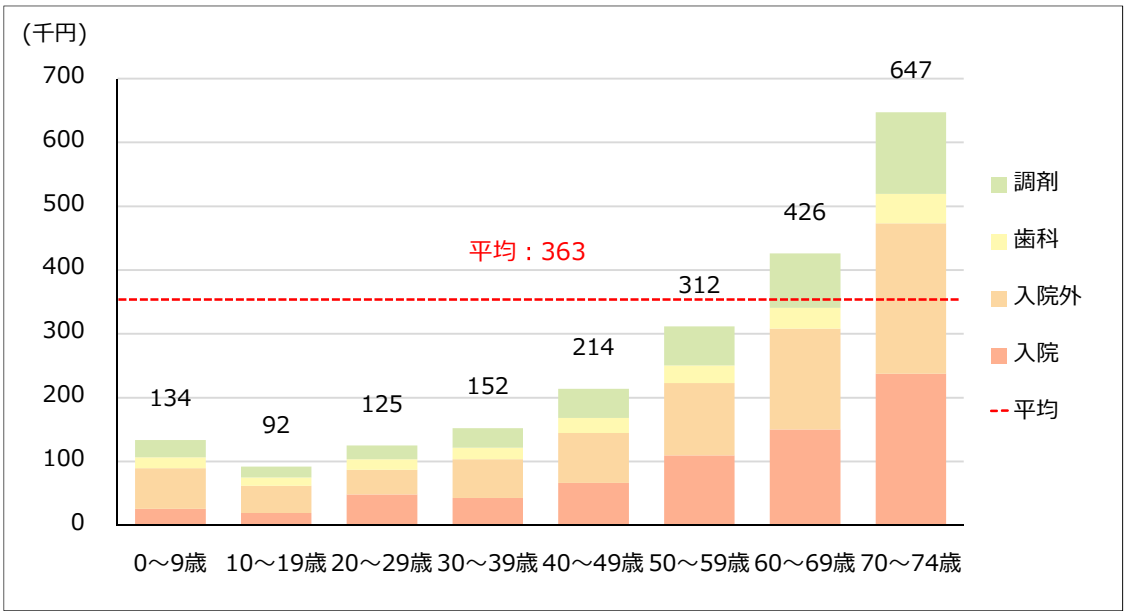


〔資料：事務報告書，兵庫の国保(兵庫県)，医療費速報(国民健康保険中央会)，
国民健康保険事業年報(厚生労働省)〕

（２）年齢階級別の医療費

年齢階級別の被保険者一人当たり医療費では，10～19 歳の区分が最も少なく，20 歳以降では年齢とともに増加しており，70 歳～74 歳の区分で大幅に増加しています。

図 12　[年齢階級別被保険者一人当たり医療費(平成 28 年度)]



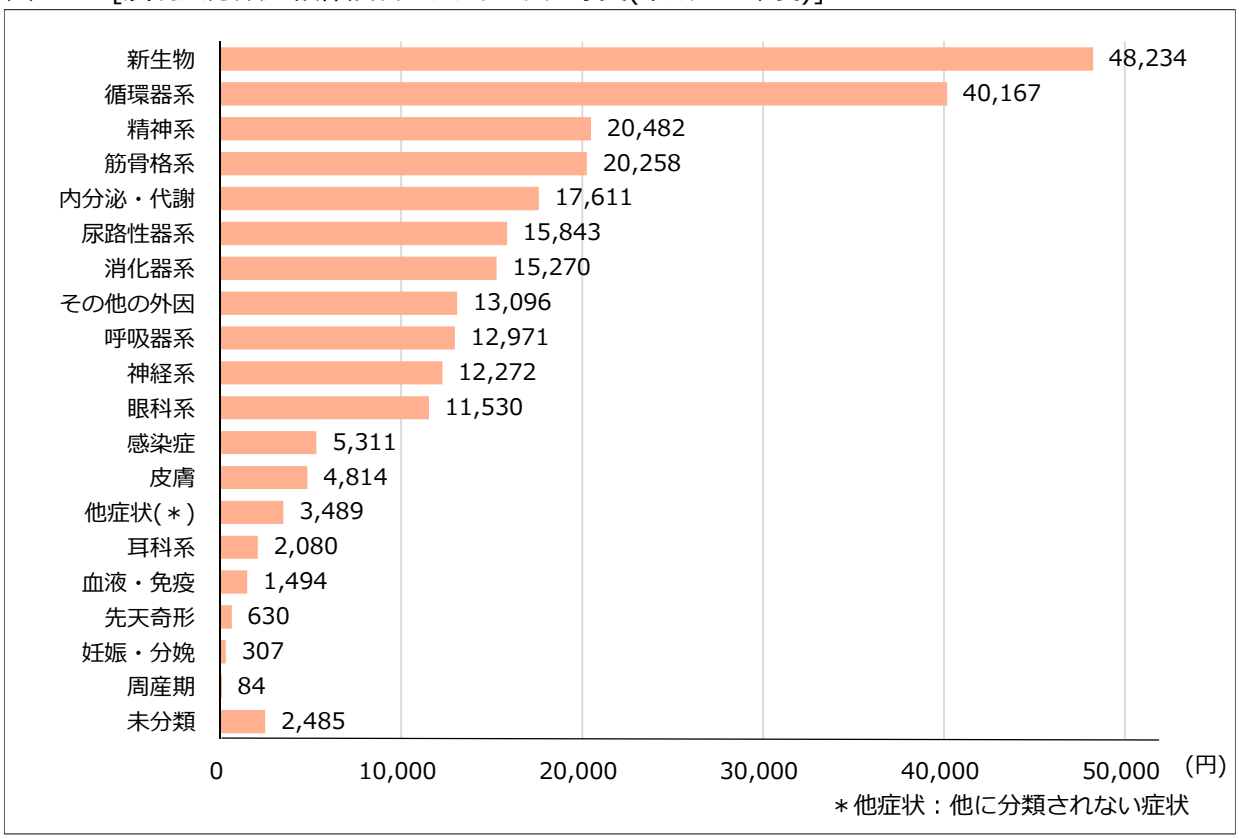
〔資料：レセプトデータ(医科，歯科，調剤)〕

（3）疾病別の医療費

疾病大分類別の被保険者一人当たり医療費のうち，最も高額となっているのは「新生物」であり，次に高血圧性疾患，虚血性心疾患，脳血管疾患などを含む「循環器系」が高くなっています(図 13)。

疾病中分類別の有病率では，「高血圧性疾患」が高くなっており，患者一人当たり医療費では，「腎不全」が突出して高くなっています(表 5)。

図 13　[疾病大分類別被保険者一人当たり医療費(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科)〕

表 5　[疾病中分類別医療費及び患者数＜中分類医療費上位 15 疾病＞(平成 28 年度)]

順位	疾病中分類名	医療費(千円)	患者数(人)	有病率(＊7)	患者一人当たり医療費(円)
1	その他の悪性新生物(＊1)	364,640	771	3.7%	472,944
2	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	252,055	319	1.5%	790,140
3	高血圧性疾患	234,752	3,026	14.6%	77,578
4	腎不全	225,769	85	0.4%	2,656,100
5	その他の心疾患(＊2)	203,970	538	2.6%	379,127
6	糖尿病	193,126	1,158	5.6%	166,776
7	その他の消化器系の疾患(＊3)	164,491	1,538	7.4%	106,951
8	その他の内分泌，栄養及び代謝疾患(＊4)	157,300	2,154	10.4%	73,027
9	虚血性心疾患	153,553	560	2.7%	274,202
10	その他の神経系の疾患(＊5)	151,552	1,034	5.0%	146,569
11	骨折	146,977	553	2.7%	265,781
12	気管，気管支及び肺の悪性新生物	130,158	153	0.7%	850,704
13	その他の損傷及びその他の外因の影響(＊6)	120,218	1,984	9.6%	60,594
14	良性新生物及びその他の新生物	119,896	1,539	7.4%	77,905
15	乳房の悪性新生物	104,715	356	1.7%	294,144
上位15位以外		2,667,494			
合計		5,390,666			

〔資料:レセプトデータ(医科)〕

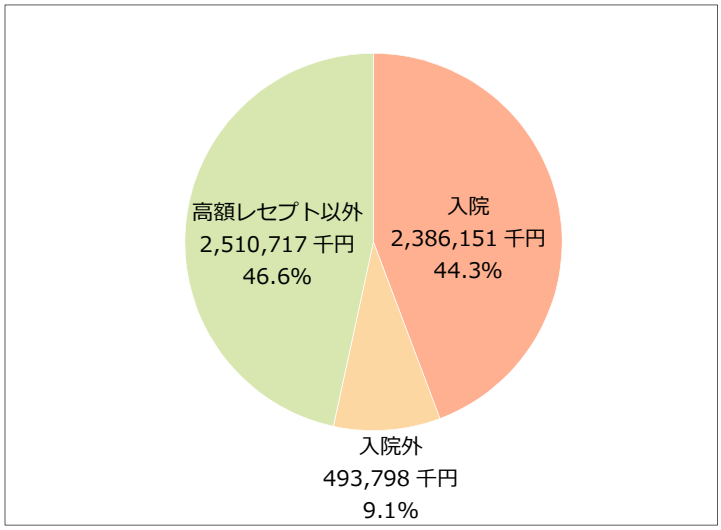
＊1　その他の悪性新生物：膵臓がん，前立腺がんなど
＊2　その他の心疾患：心不全，心筋症など
＊3　その他の消化器系の疾患：大腸ポリープ，腸閉塞など
＊4　その他の内分泌，栄養及び代謝疾患：低血糖症，肥満症など
＊5　その他の神経系の疾患：脳炎，睡眠障害など
＊6　その他の損傷及びその他の外因の影響：脱臼，捻挫など
＊7　有病率：患者数 ÷ 被保険者数

（4）高額レセプトの医療費

医療費総額に占める高額レセプト(1 件 30 万円以上のレセプト)の割合をみると，高額レセプトが 53.4%を占めており，そのうち 44.3%は入院医療費が占めています(図 14)。

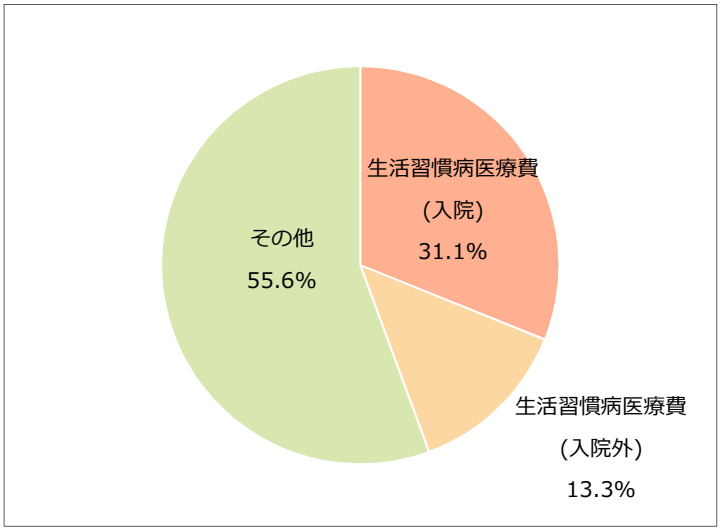
また，高額レセプトのうち生活習慣病医療費が 44.4%を占めています(図 15)。

図 14　[医療費総額に占める高額レセプトの割合(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科)〕

図 15　[高額レセプトに占める生活習慣病医療費の割合(平成 28 年度)]



生活習慣病対象医療費(疾病中分類別)

- ■高血圧性疾患
- ■糖尿病(I 型糖尿病除く)
- ■脂質異常症
- ■肝疾患
- ■高尿酸血症及び痛風
- ■動脈疾患
- ■脳血管疾患
- ■虚血性心疾患
- ■腎不全
- ■COPD(慢性閉塞性肺疾患)
- ■悪性新生物

〔資料：レセプトデータ(医科)〕

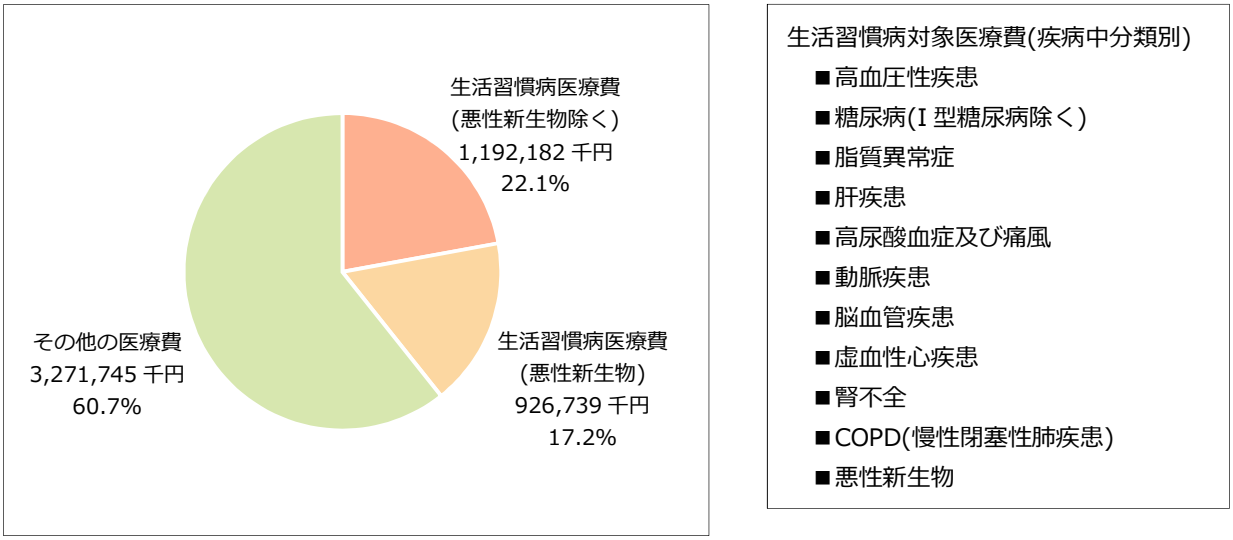
2．生活習慣病の医療費の状況

（1）生活習慣病の医療費

医療費総額のうち生活習慣病医療費が 39.3%を占めています(図 16)。

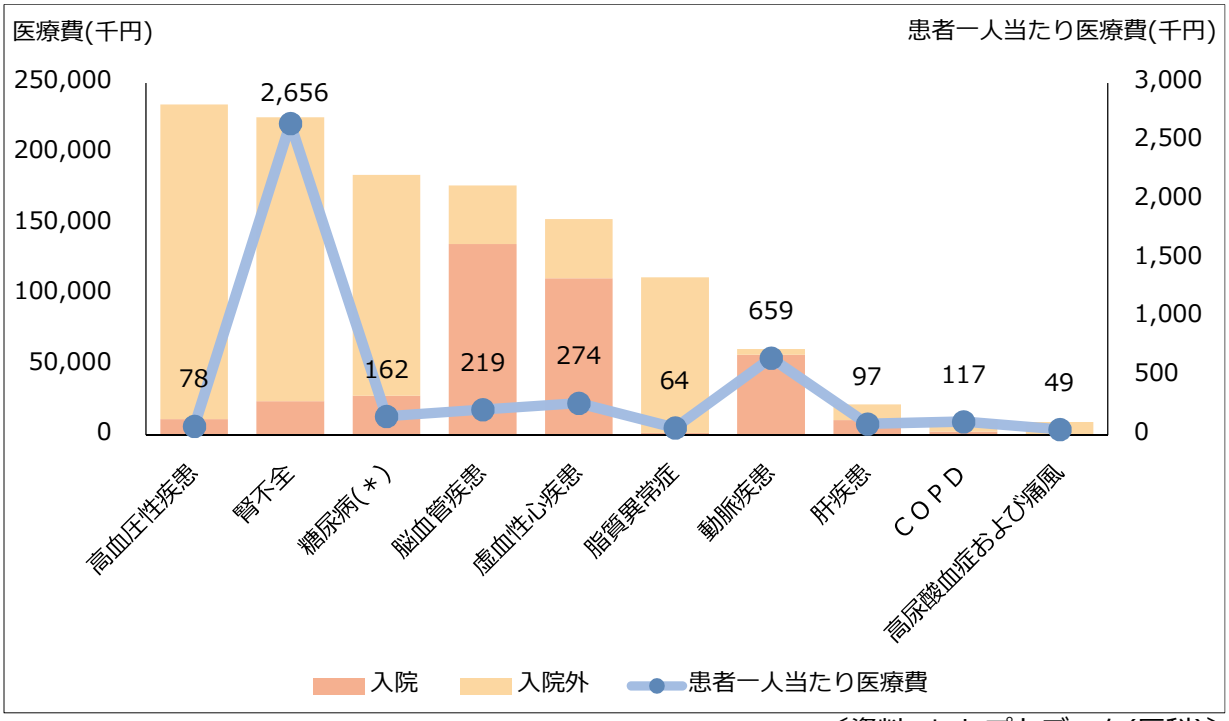
悪性新生物を除いた生活習慣病医療費は医療費総額の 22.1%を占めており，中でも「高血圧性疾患」の医療費総額，患者数が最も多くなっています。「高血圧性疾患」に続き医療費が高額な疾患は，「腎不全」,「糖尿病」です。特に「腎不全」は，患者一人当たり医療費が突出して高く，透析療法により高額になっていることが考えられます。また，生活習慣病が重症化した疾患である脳血管疾患及び虚血性心疾患の入院医療費が高額になっています (図 17，表 6)。

図 16　[医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科)〕

図 17　[生活習慣病別(悪性新生物除く)の医療費及び患者一人当たり医療費(平成 28 年度)]



＊　糖尿病：「Ⅰ型糖尿病」に係る医療費は除く

〔資料：レセプトデータ(医科)〕

表 6　[生活習慣病別(悪性新生物除く)の医療費及び患者一人当たり医療費(平成 28 年度)]

	医療費(千円)	入院(千円)	入院外(千円)	医療費割合(%)	患者数(人)	患者一人当たり医療費(円)
高血圧性疾患	234,752	11,405	223,347	19.7%	3,026	77,578
腎不全	225,769	24,083	201,686	19.0%	85	2,656,100
糖尿病(＊)	184,914	28,162	156,752	15.5%	1,138	162,490
脳血管疾患	177,416	135,863	41,554	14.9%	809	219,303
虚血性心疾患	153,553	111,440	42,113	12.9%	560	274,202
脂質異常症	112,185	1,619	110,566	9.4%	1,765	63,561
動脈疾患	61,281	57,042	4,239	5.1%	93	658,940
肝疾患	21,937	10,732	11,205	1.8%	225	97,497
ＣＯＰＤ	10,995	2,683	8,312	0.9%	94	116,966
高尿酸血症および痛風	9,380	0	9,380	0.8%	190	49,371
合計	1,192,182	383,028	809,154	100.0%		

＊　糖尿病：「Ⅰ型糖尿病」に係る医療費は除く

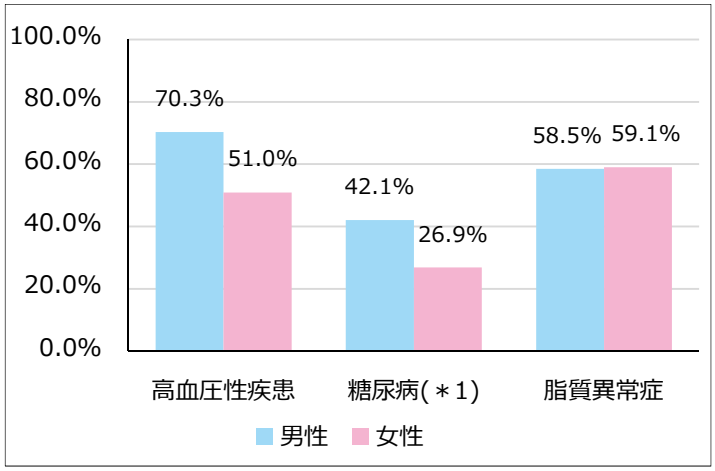
〔資料：レセプトデータ(医科)〕

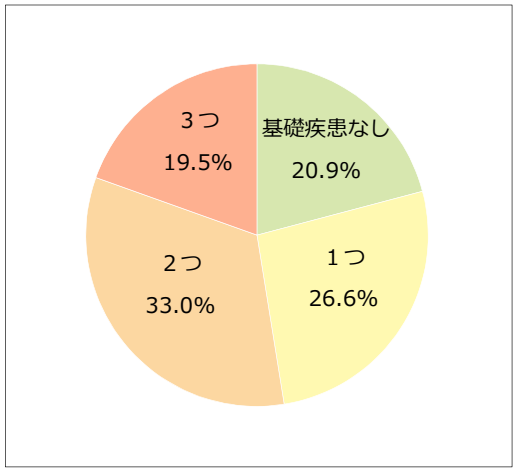
（２）脳血管疾患及び虚血性心疾患における基礎疾患保有状況

生活習慣病の重症化により発症しやすくなる脳血管疾患や虚血性心疾患では，約 5～8 割が高血圧性疾患，約 3～7 割が糖尿病，約 6～8 割が脂質異常症などの基礎疾患を保有しています。

また，脳血管疾患及び虚血性心疾患の基礎疾患の重なりの状況をみると，基礎疾患を 2 つ以上保有している人の割合は，脳血管疾患で約 5 割，虚血性心疾患で約 7 割となっています。基礎疾患が重なると重症化するリスクが高くなるため，脳血管疾患及び虚血性心疾患は基礎疾患の重なりと関連性が高いと考えられます(図 18，19)。

図 18　[脳血管疾患における基礎疾患保有割合及び基礎疾患保有数(＊2)(平成 28 年度)]



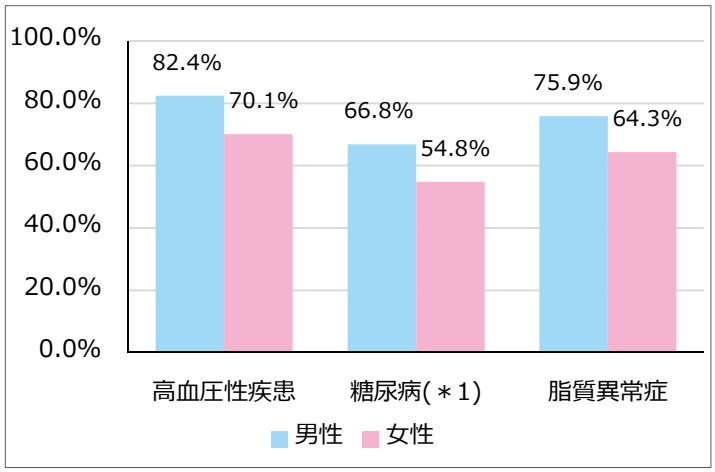


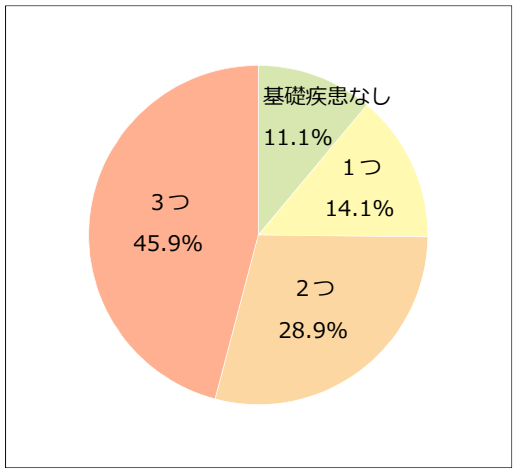
＊1　糖尿病：「Ⅰ型糖尿病」に係る医療費は除く

〔資料：レセプトデータ(医科)〕

＊2　基礎疾患保有数：高血圧性疾患，糖尿病，脂質異常症の保有数

図 19　[虚血性心疾患における基礎疾患保有割合及び基礎疾患保有数(＊2)(平成 28 年度)]





＊1　糖尿病：「Ⅰ型糖尿病」に係る医療費は除く

〔資料：レセプトデータ(医科)〕

＊2　基礎疾患保有数：高血圧性疾患，糖尿病，脂質異常症の保有数

（3）人工透析患者の状況

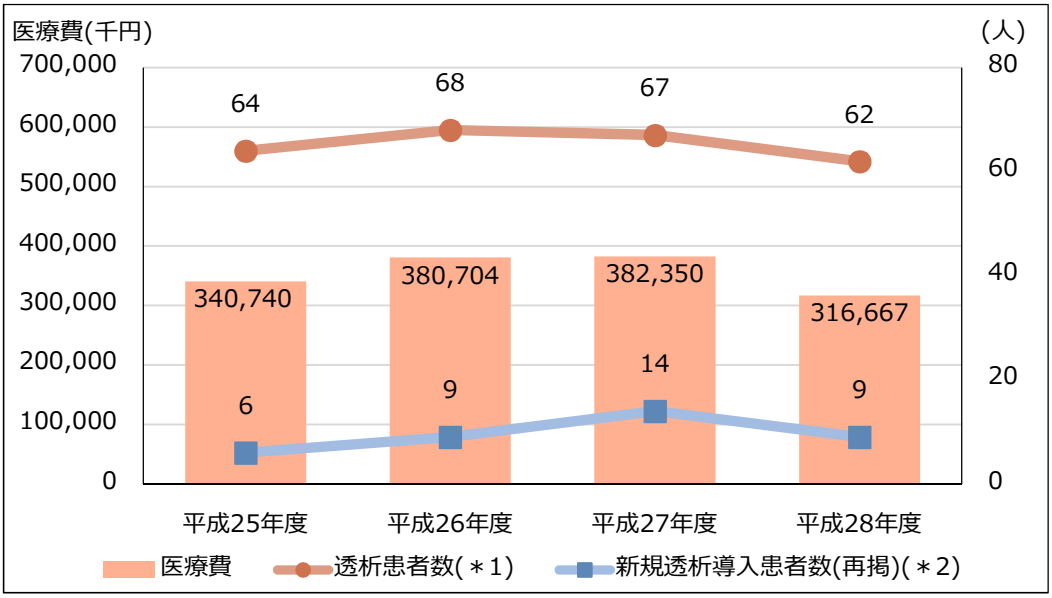
人工透析患者数と医療費は，ほぼ横ばいで推移しています(図 20)。

一般社団法人日本透析医学会が公表している統計資料によると，我が国の人工透析患者の主要原疾患の割合は，糖尿病性腎症が最も多く約 4 割を占めています。本市では人工透析患者の約 9 割が糖尿病，約 2 割が糖尿病性腎症を併発しています(図 21)。

また，糖尿病有病者に占める糖尿病性腎症患者数は，ほぼ横ばいで推移しています(図 22)。

糖尿病性腎症は糖尿病の進行に伴って生じる合併症の一つであり，人工透析導入の主な要因であることから，糖尿病性腎症重症化予防に優先的に取り組む必要があります。

図 20　[人工透析患者数及び医療費の推移]

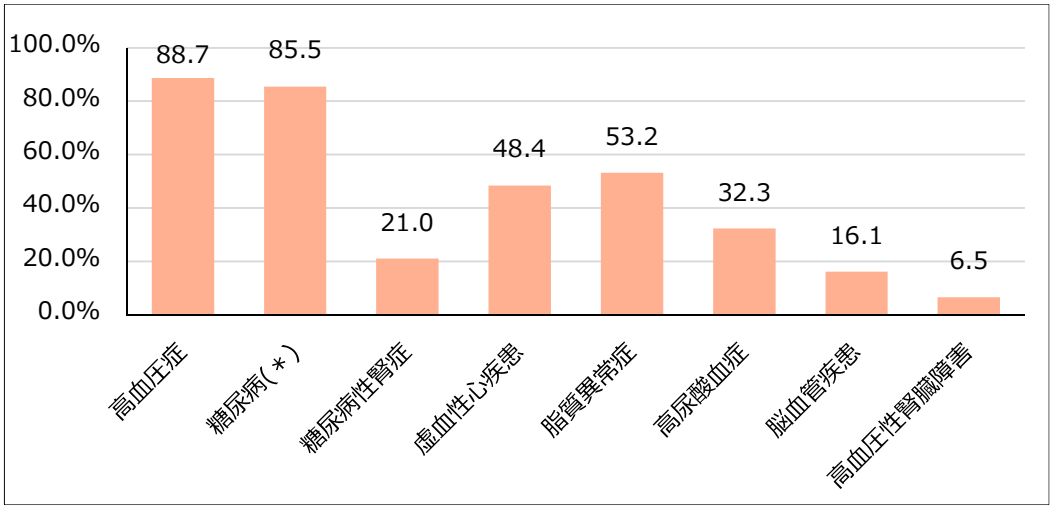


〔資料：レセプトデータ(医科)，KDB データ〕

＊1　透析患者数：レセプトデータ(医科)において，人工透析(血液透析，腹膜透析)が必要な「慢性腎不全」で継続した受診が確認できる者(緊急透析を除く)

＊2　新規透析導入患者数：当該年度に新たに人工透析(血液透析)を導入した者

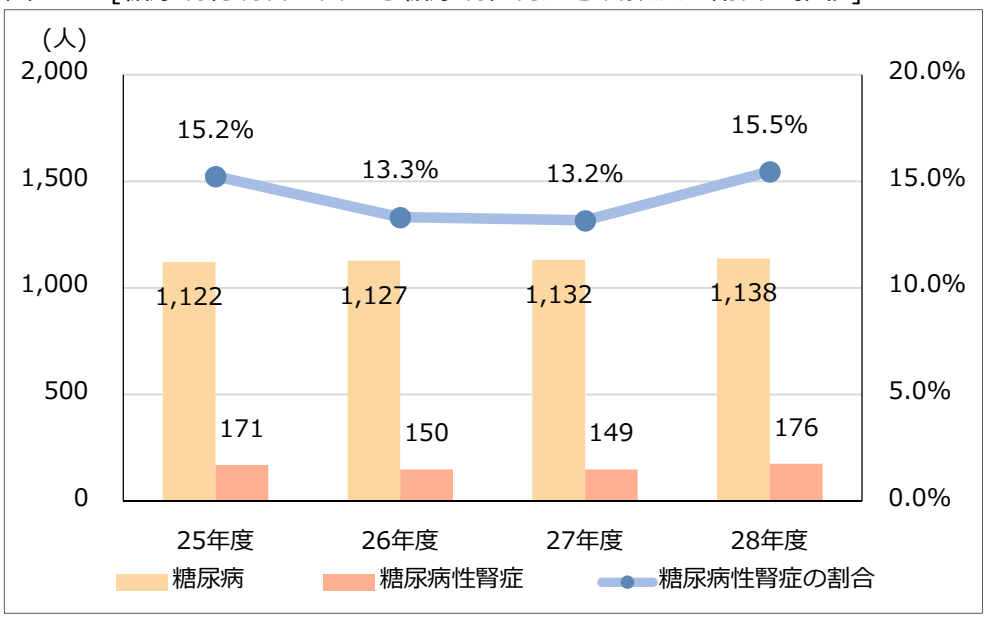
図 21　[人工透析患者の併発疾患割合(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科)〕

＊　糖尿病：「Ⅰ型糖尿病」に係る医療費は除き，糖尿病性腎症を含む

図 22　[糖尿病有病者に占める糖尿病性腎症患者数及び割合の推移]

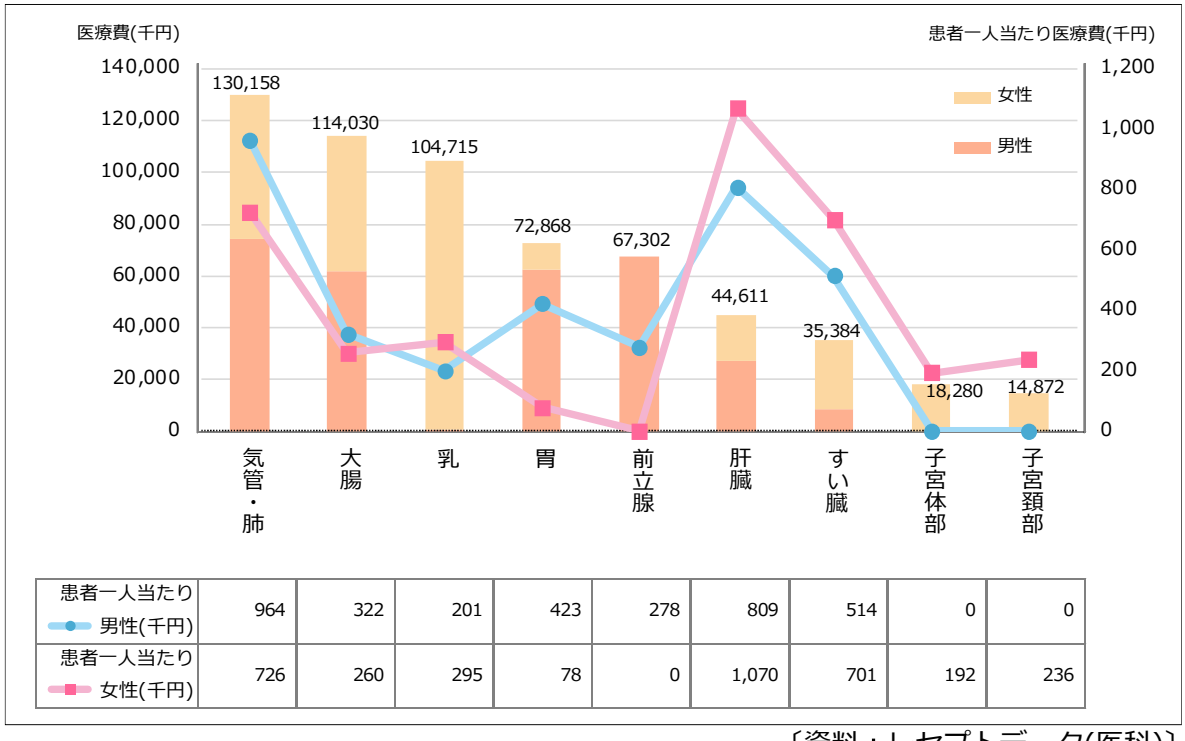


〔資料：レセプトデータ(医科)〕

（4）悪性新生物の医療費

悪性新生物の医療費は，「気管・肺」の医療費が最も高くなっています。

図 23　[男女別部位別悪性新生物医療費及び患者一人当たり医療費(平成 28 年度)]



患者一人当たり 男性(千円)	964	322	201	423	278	809	514	0	0
患者一人当たり 女性(千円)	726	260	295	78	0	1,070	701	192	236

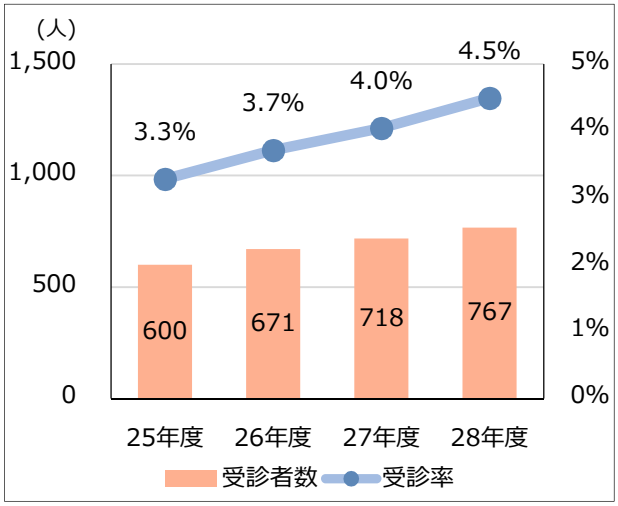
〔資料：レセプトデータ(医科)〕

3．がん検診の受診状況

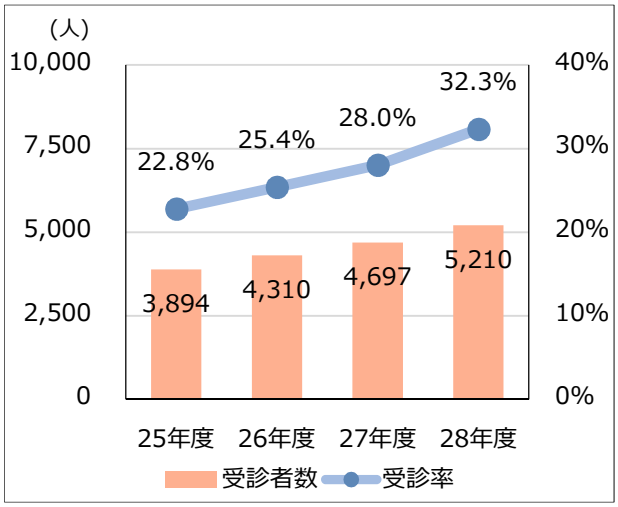
国民健康保険被保険者における子宮頸がんの受診者数は横ばいですが，その他の各がん検診の受診者数及び受診率は増加傾向にあります。

図 24　[国民健康保険被保険者におけるがん検診受診者数及び受診率の推移]

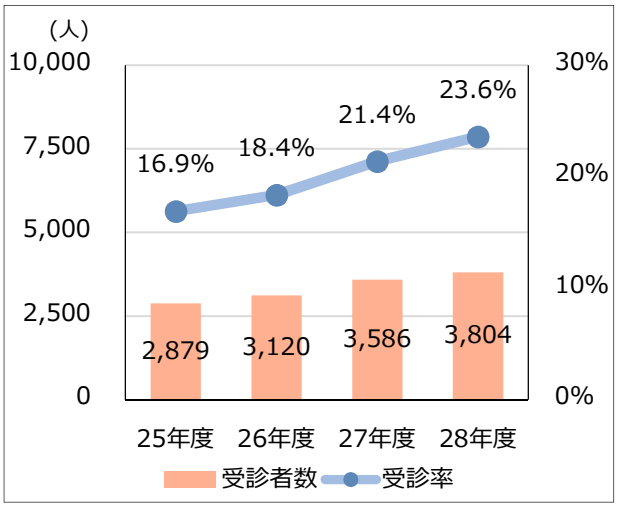
○胃がん



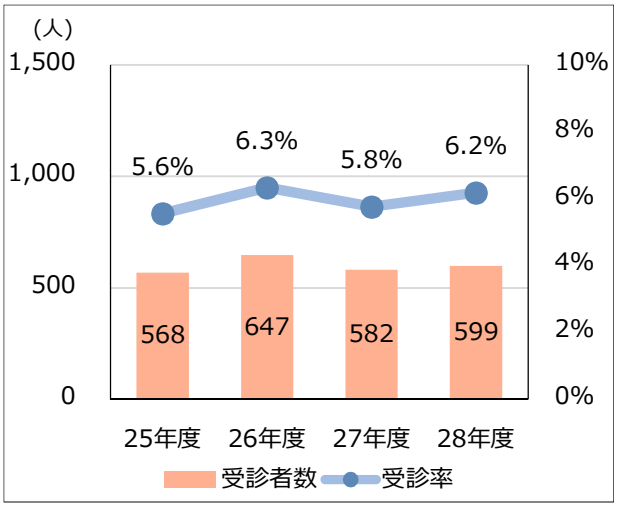
○肺がん



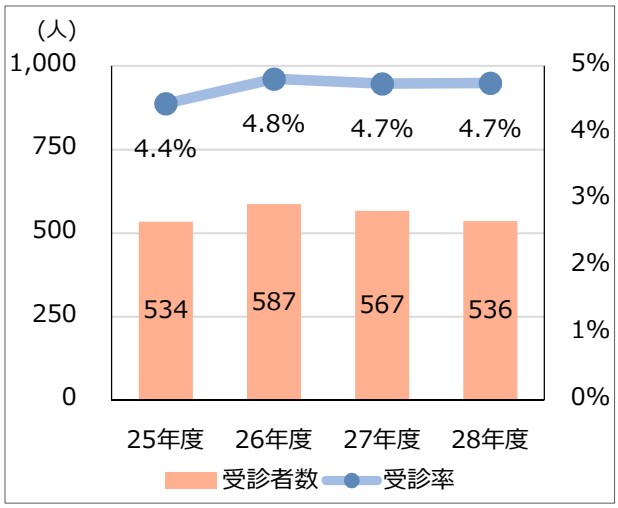
○大腸がん



○乳がん



○子宮頸がん



〔資料：各がん検診データ〕

４．介護の状況

（１）要支援・要介護認定者の医療費

介護保険にて要支援・要介護認定を受けている国民健康保険被保険者の一人当たり医療費は，要支援・要介護認定を受けていない被保険者の約４倍～9 倍となっています(図 25)。

また，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心臓病，高血圧性疾患や筋・骨格系疾患などの割合が高くなっています(図 26)。

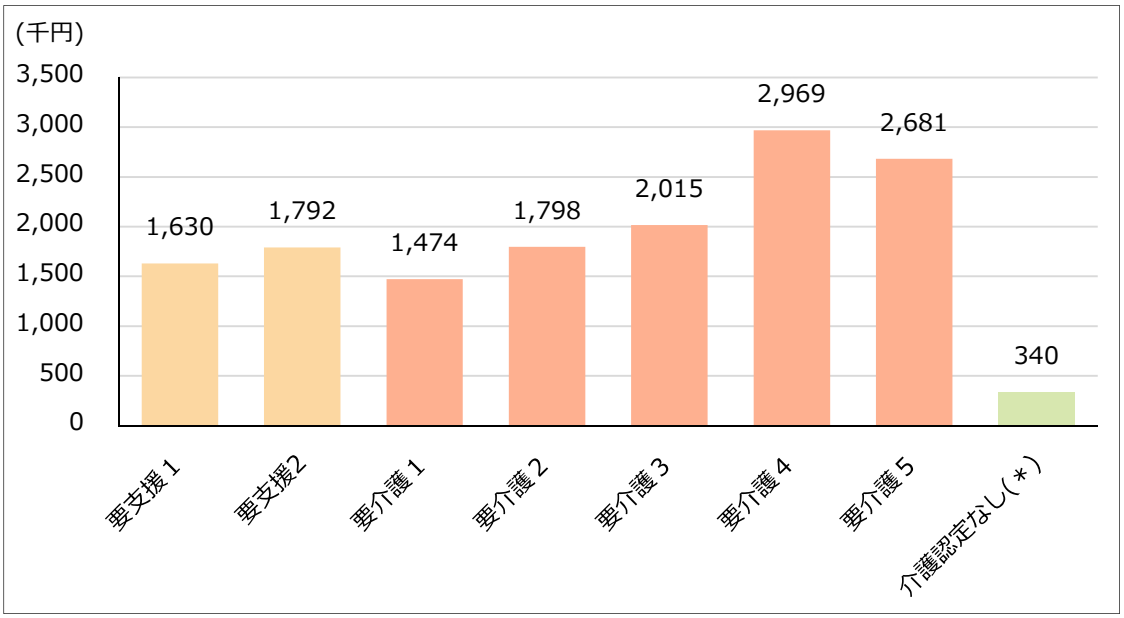
表 7　[国民健康保険被保険者に占める要支援・要介護認定者数(平成 28 年度)]

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	介護認定なし(＊)
該当者数	77 人	57 人	68 人	37 人	32 人	27 人	32 人	15,609 人

〔資料：KDB データ〕

＊　介護認定なし：要支援・要介護認定を受けていない 40 歳以上の国民健康保険被保険者

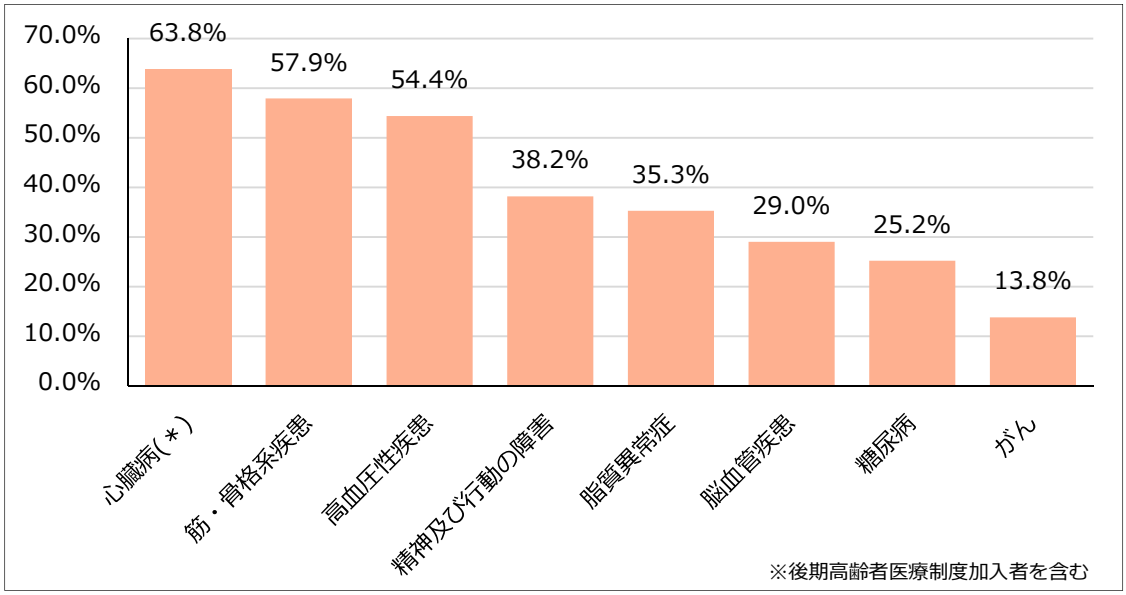
図 25　[要支援・要介護認定有無別一人当たり医療費(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科，歯科，調剤)，KDB データ〕

＊　介護認定なし：要支援・要介護認定を受けていない 40 歳以上の国民健康保険被保険者

図 26　[要支援・要介護認定者の有病状況(平成 28 年度)]



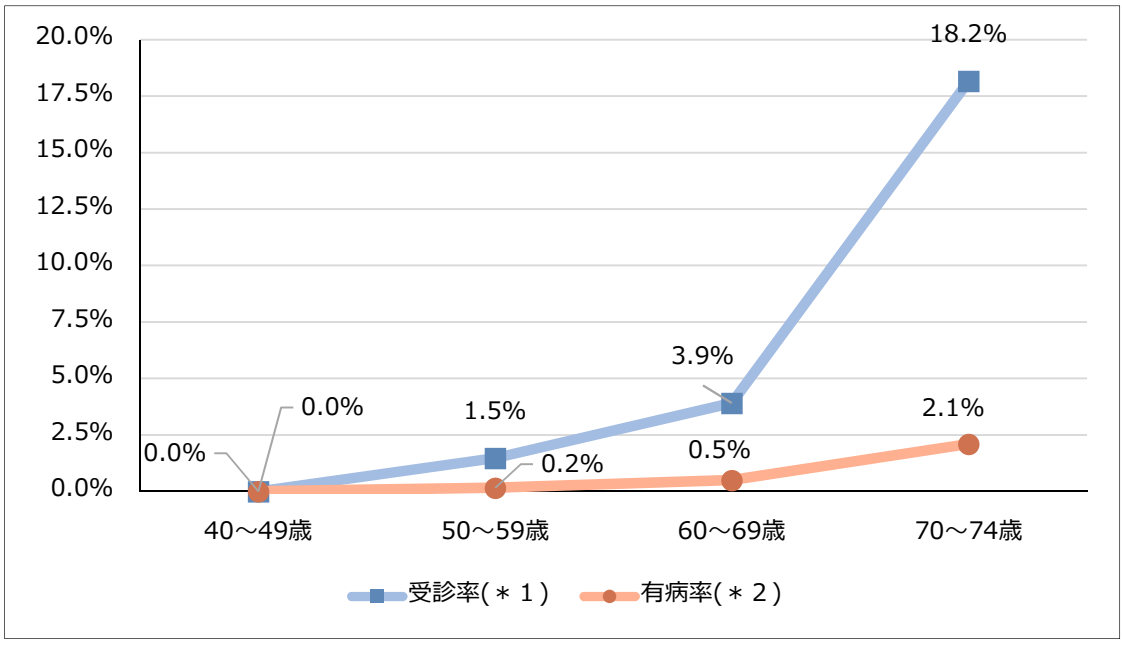
〔資料：KDB データ〕

＊　心臓病：虚血性心疾患，その他の循環器系の疾患

（２）認知症の状況

国民健康保険被保険者における認知症の受診率及び有病率をみると，70 歳から増加しています。

図 27　[認知症の受診率及び有病率(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(医科)〕

＊1　受診率：認知症レセプト件数 ÷ 国民健康保険被保険者数

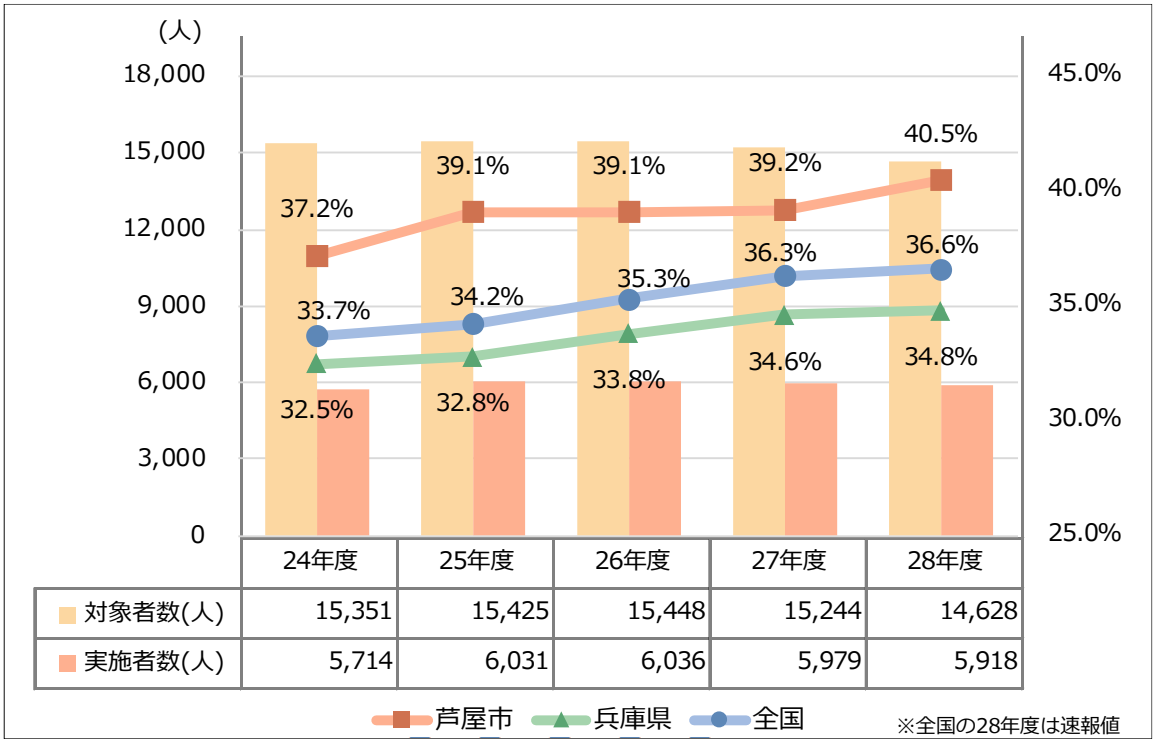
＊2　有病率：認知症患者数 ÷ 国民健康保険被保険者数

１．特定健診の実施状況

（１）特定健診の受診率の推移

特定健診の受診率は増加傾向にあり，各年度とも全国，兵庫県平均を上回っています。

図 28　[特定健診受診率及び受診者数の推移]



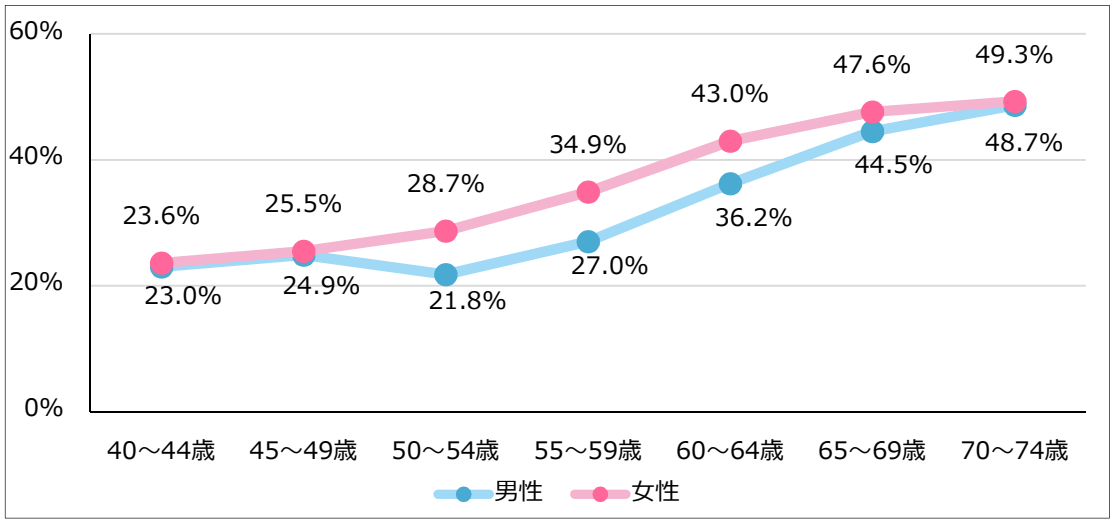
	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
対象者数(人)	15,351	15,425	15,448	15,244	14,628
実施者数(人)	5,714	6,031	6,036	5,979	5,918

〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告＜法定報告＞(厚生労働省)〕

（２）男女別年齢階級別受診率

男女別の受診率をみると，女性の受診率が高い傾向にあります。また，年齢階級別では，40～50歳代の受診率が男女ともに 30%前後にとどまっています。

図 29　[特定健診男女別年齢階級別受診率(平成 28 年度)]

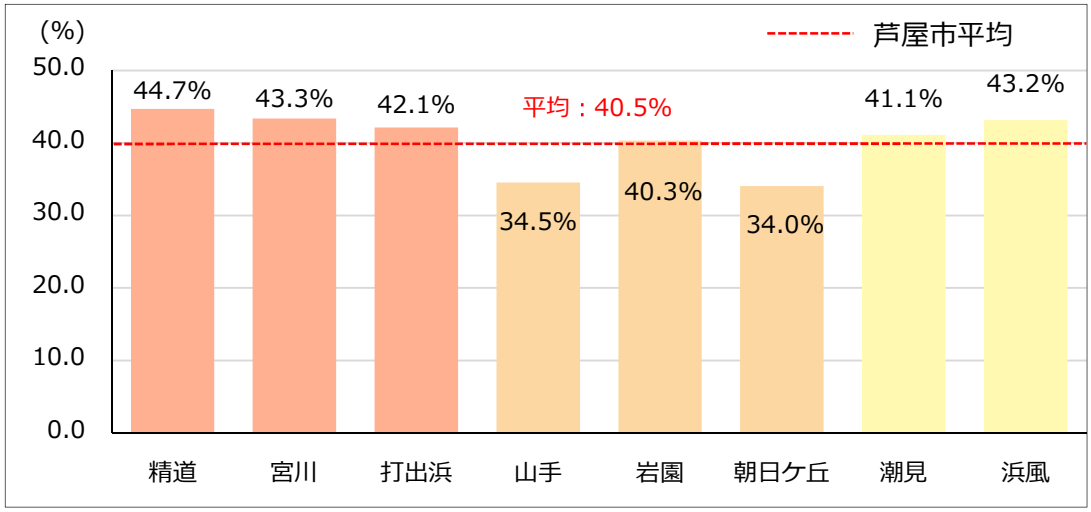


〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告＜法定報告＞(厚生労働省)〕

（３）小学校区別受診率

小学校区別受診率をみると，山手圏域(山手，岩園，朝日ケ丘)の受診率が平均を下回っています。

図 30　[特定健診小学校区別受診率(平成 28 年度)]

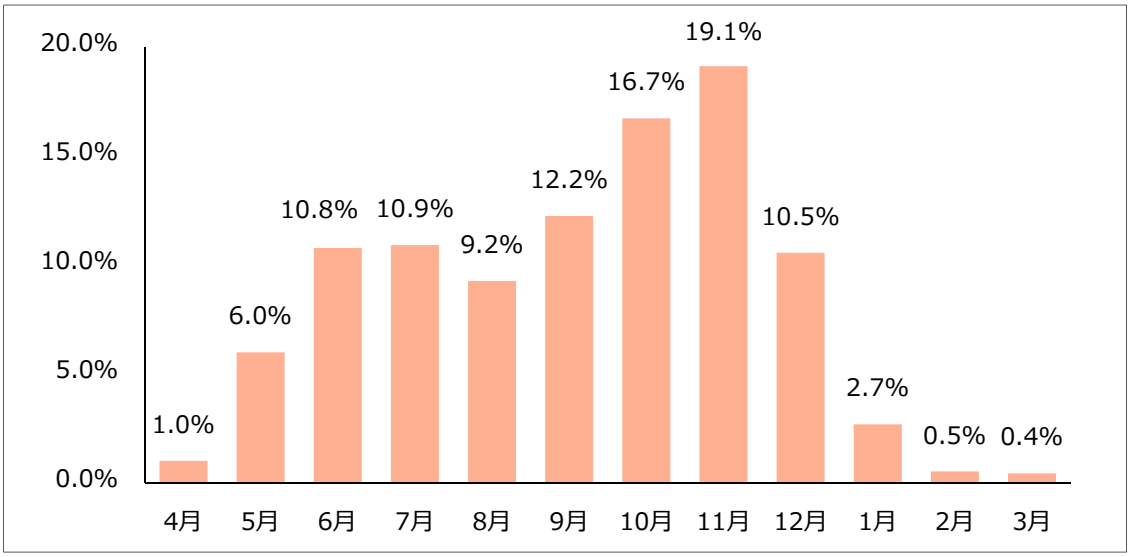


〔資料：特定健診データ〕

（4）月別受診率

月別受診率をみると，9 月から 11 月の受診率が高く，全体の約 5 割を占めています。これは，7 月から 10 月にかけて，特定健診未受診者に対し受診勧奨通知を送付しており，受診勧奨の効果があったものと考えられます。

図 31　[特定健診月別受診率(平成 28 年度)]



〔資料：特定健診データ〕

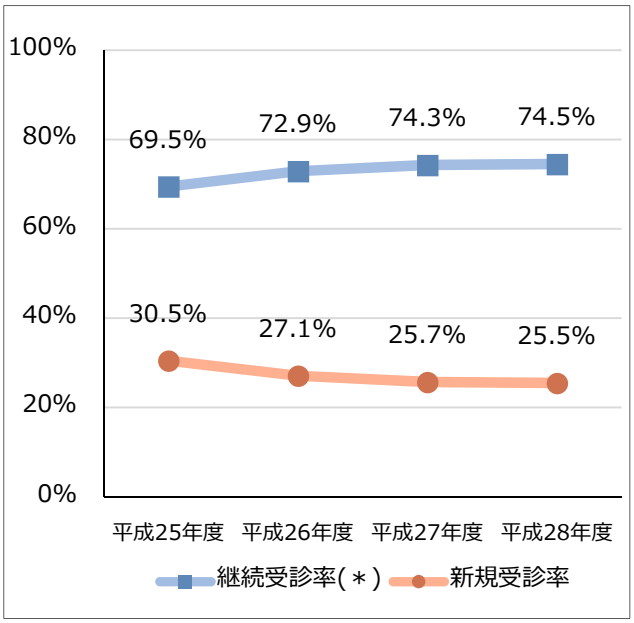
＊　特定健診(集団健診・個別健診)の実施期間：5 月 13 日から 12 月 10 日

（5）継続受診率

継続受診率をみると，各年度とも全体の約 7 割が継続して受診しています(図 32)。

また，未受診者の状況では，平成 28 年度の未受診者のうち 85.1%が 3 年連続未受診となっています(表 8)。

図 32　[継続受診率及び新規受診率の推移]



＊　継続受診率：前年度と当該年度に継続して受診している者の割合

表 8　[未受診者の状況(平成 28 年度)]

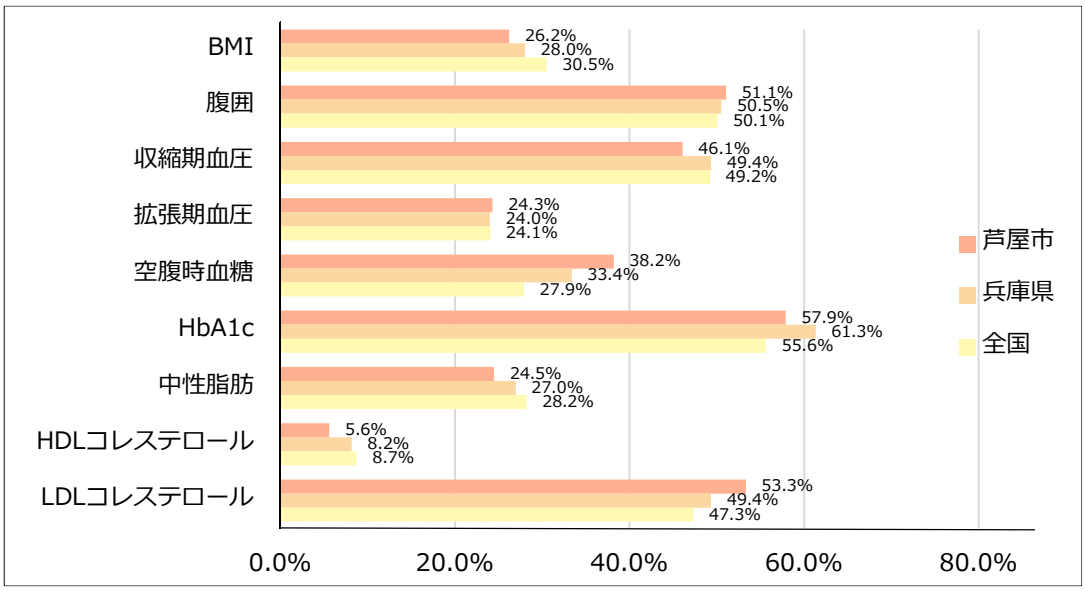
	3 年連続未受診者	2 年連続未受診者	平成 28 年度未受診者
未受診者数	7,263 人	7,712 人	8,536 人
未受診率	85.1%	90.3%	100.0%

〔資料：特定健診データ〕

（６）特定健診受診者の有所見率

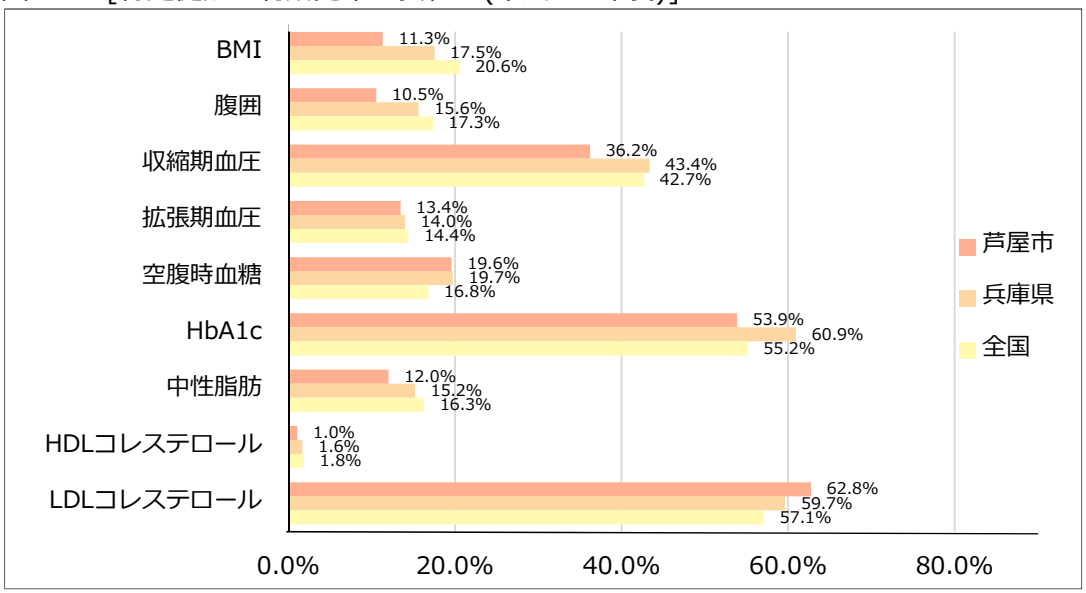
特定健診における有所見率を男女別に比較すると，男性では，腹囲，拡張期血圧，空腹時血糖，LDL コレステロールが全国，兵庫県を上回っています。女性では，LDL コレステロールのみ全国，兵庫県を上回っています(図 33，34)。また，有所見率の推移をみると，HbA1c と LDL コレステロールが男女とも増加傾向にあります(図 35)。

図 33　[特定健診の有所見率＜男性＞(平成 28 年度)]



〔資料：KDB データ〕

図 34　[特定健診の有所見率＜女性＞(平成 28 年度)]

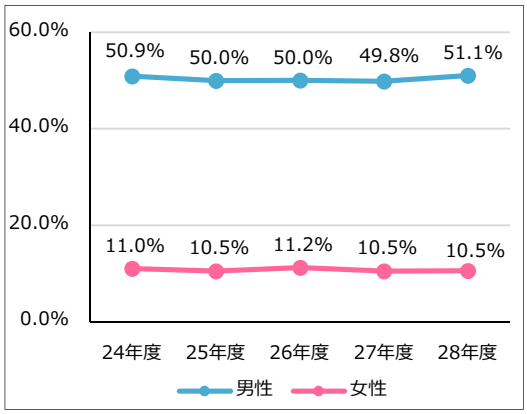


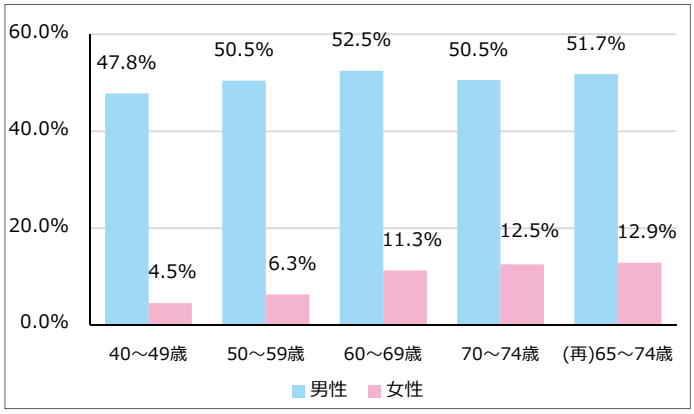
〔資料：KDB データ〕

判定項目名	判定基準値
BMI	25kg/㎡ 以上
腹囲	男性：85 ㎝ 以上　女性：90 ㎝ 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

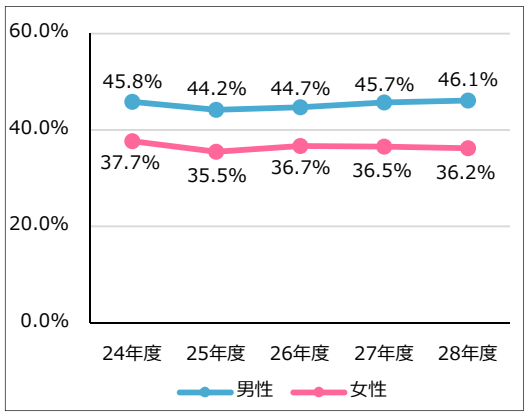
図 35　[有所見率の推移及び性別年齢階級別有所見率(平成 28 年度)]

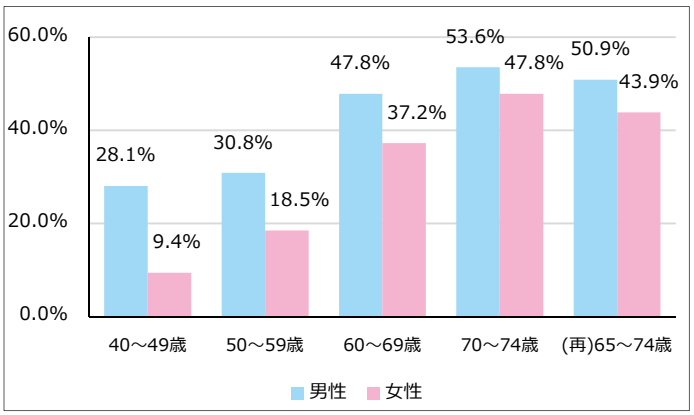
○腹囲



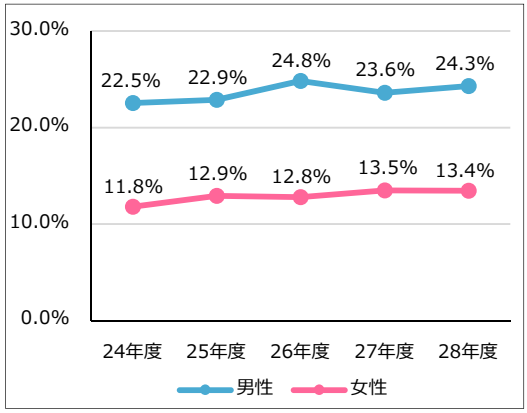


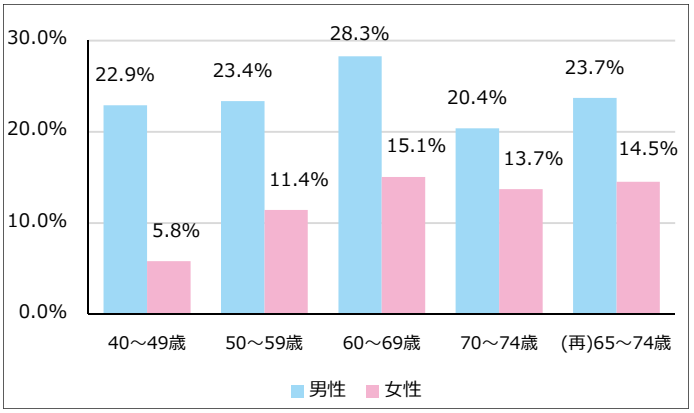
○収縮期血圧



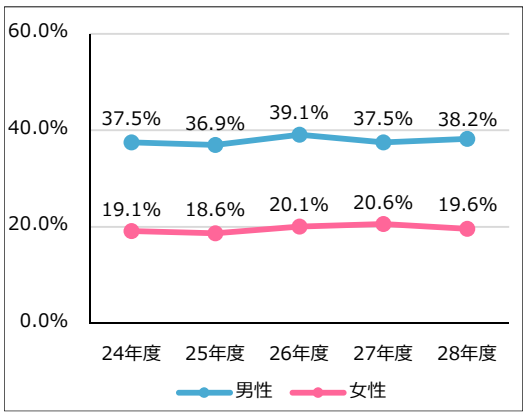


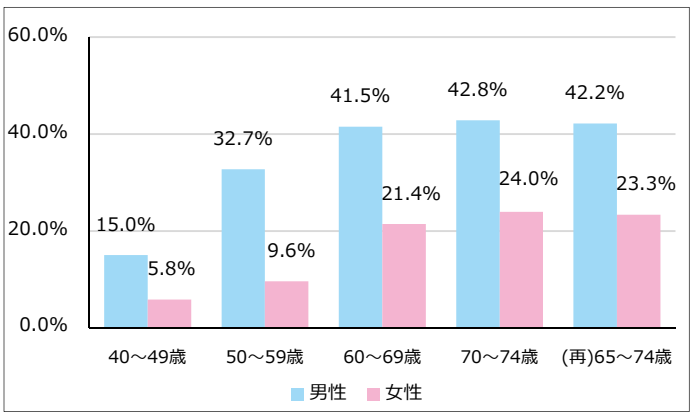
○拡張期血圧



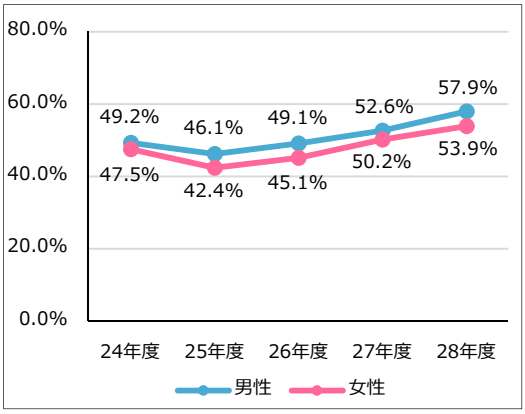


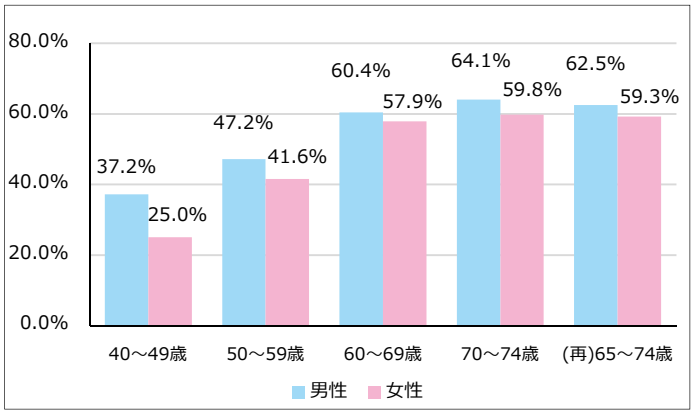
○空腹時血糖



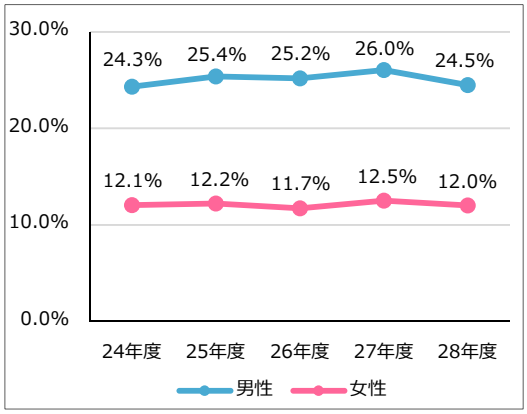


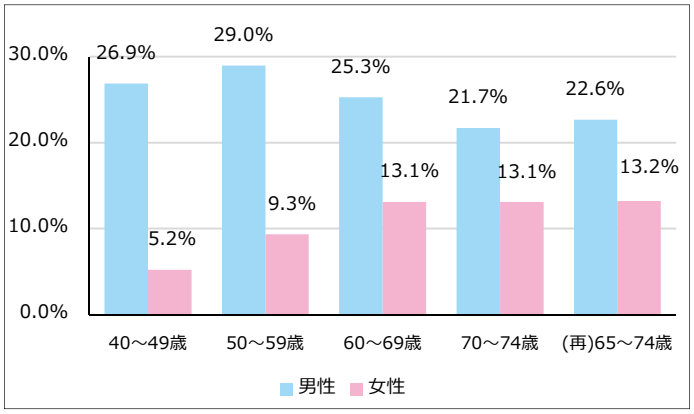
○HbA1c



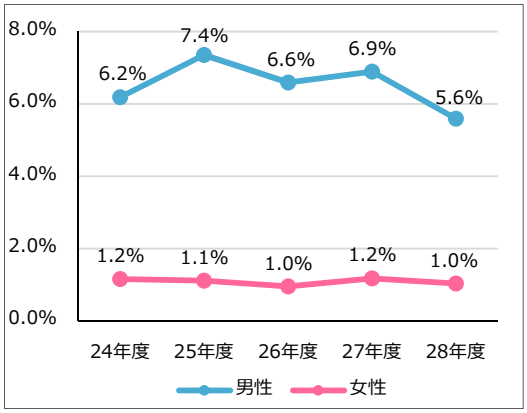


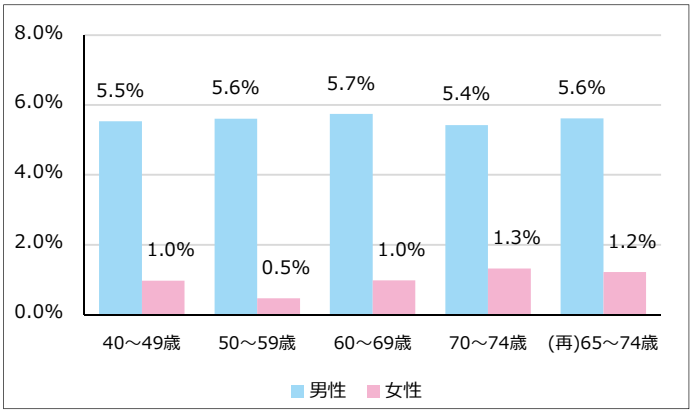
○中性脂肪



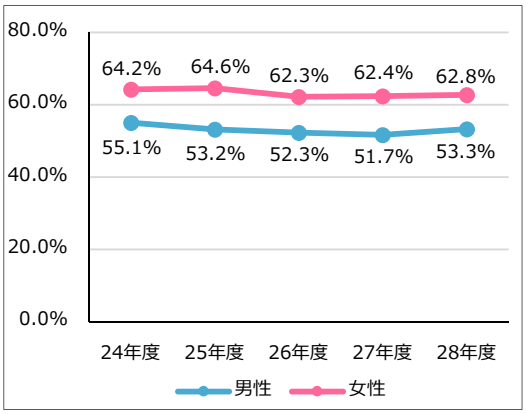


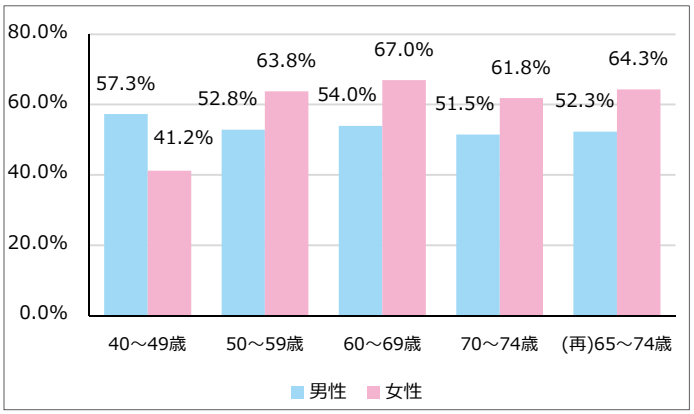
○HDL コレステロール





○LDL コレステロール



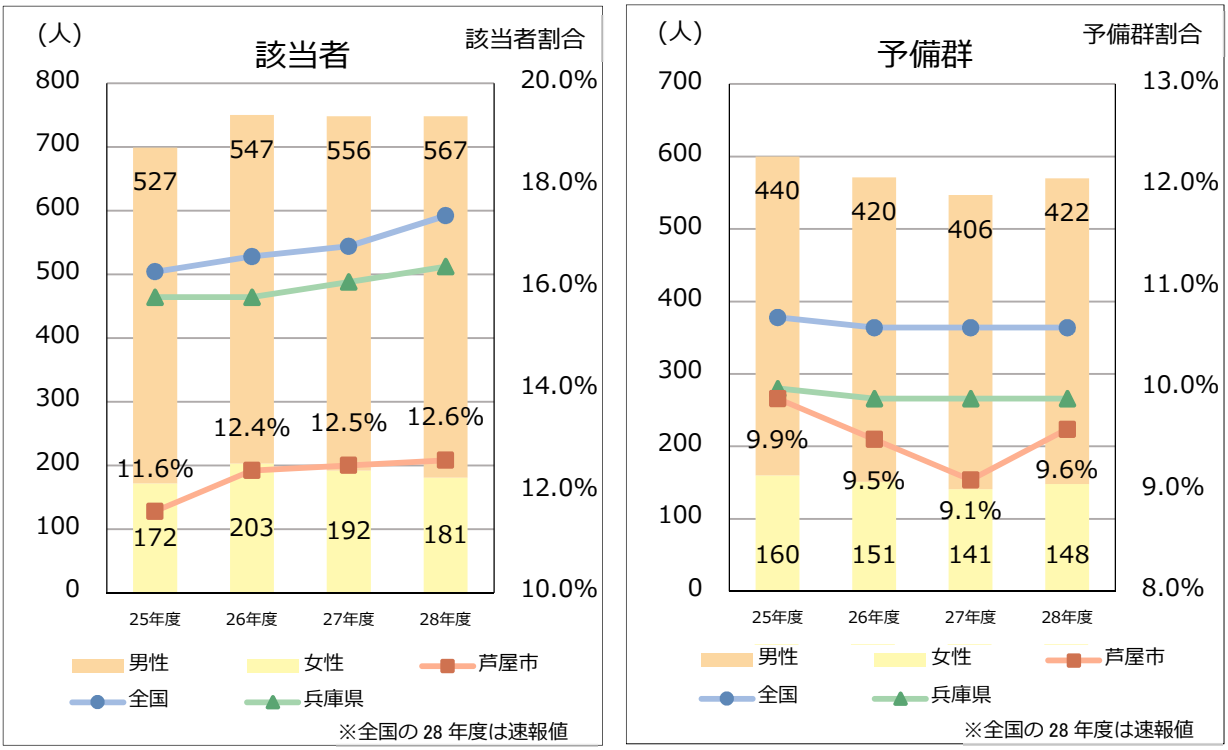


〔資料：KDB データ〕

（7）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

特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者(＊1)及び予備群(＊2)の割合は，男女ともに全国，兵庫県平均より低く推移しています。

図 36 [メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移]



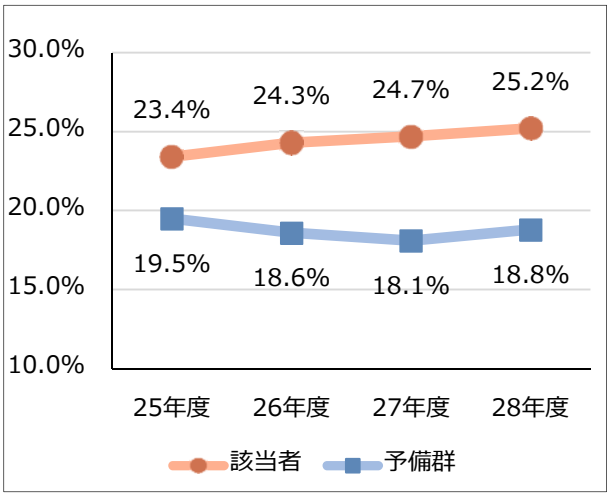
〔資料:特定健康診査･特定保健指導の実施状況報告 <法定報告> (厚生労働省)〕

＊1 メタボリックシンドローム該当者：内臓脂肪型肥満(腹囲：男性 85 ㎝以上，女性 90 ㎝以上)に該当し，血圧，血糖，脂質の 3 つのリスクのうち 2 つ以上に該当する者

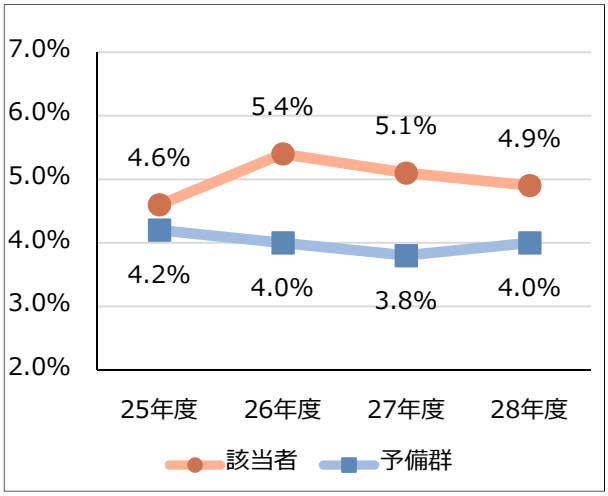
＊2 メタボリックシンドローム予備群：内臓脂肪型肥満に該当し，血圧，血糖，脂質の 3 つのリスクのうち 1 つに該当する者

図 37 [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]

○男性



○女性

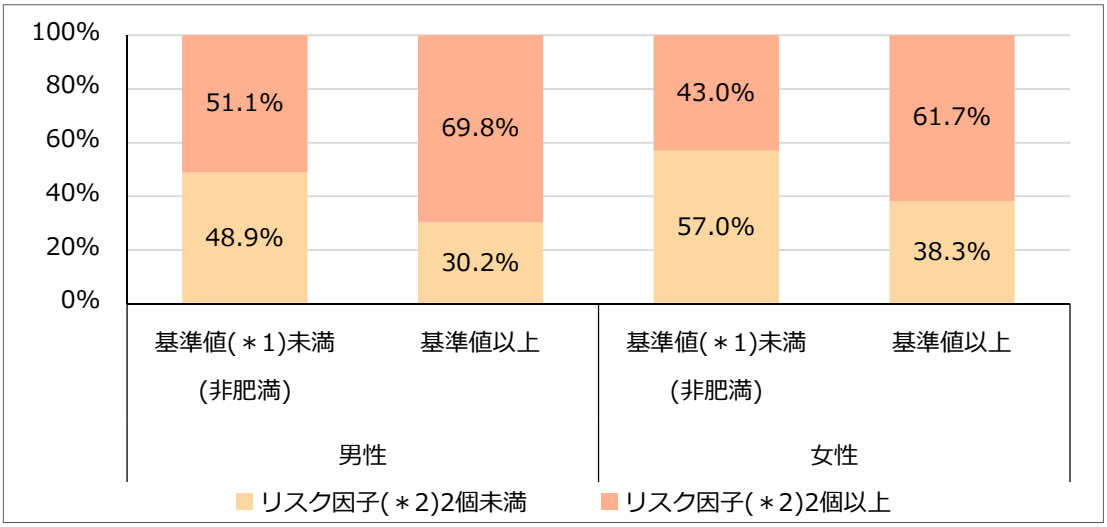


〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告 <法定報告> (厚生労働省)〕

（８）非肥満者のリスク保有状況

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割から５割が血圧・血糖・脂質・喫煙の４つの生活習慣病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ます。

図 38　[非肥満者のリスク保有状況(平成 28 年度)]



〔資料：特定健診データ〕

＊1　基準値	腹囲	男性：85 ㎝ 女性：90 ㎝
	BMI	25kg/㎡
＊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	空腹時血糖：100mg/dL 以上 または HbA1c：5.6%以上
	脂質	中性脂肪：150mg/dL 以上 または HDL コレステロール：40mg/dL 未満 または LDL コレステロール：140mg/dL 以上
	喫煙	有

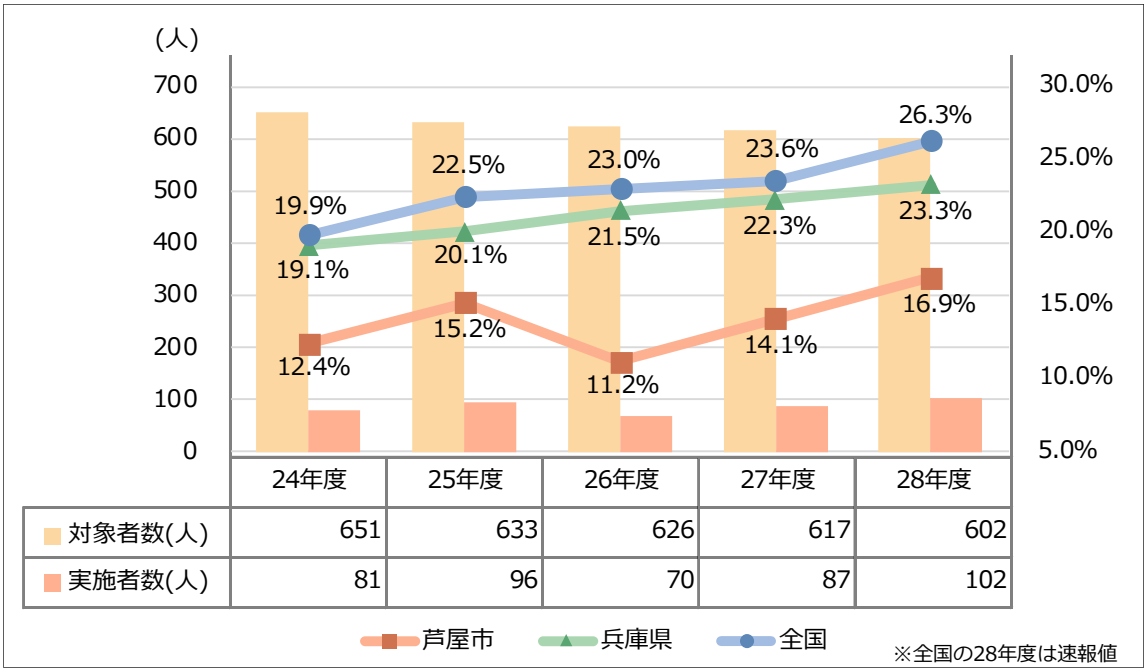
2．特定保健指導の実施状況

（1）特定保健指導の実施率等の推移

特定保健指導の実施率は，平成 26 年度以降増加傾向にあるものの，全国，兵庫県平均を下回っています(図 39)。

保健指導のレベル別にみると，平成 28 年度は積極的支援，動機付け支援ともに実施率は増加傾向にあるものの，利用率は減少しています(図 40，41)。

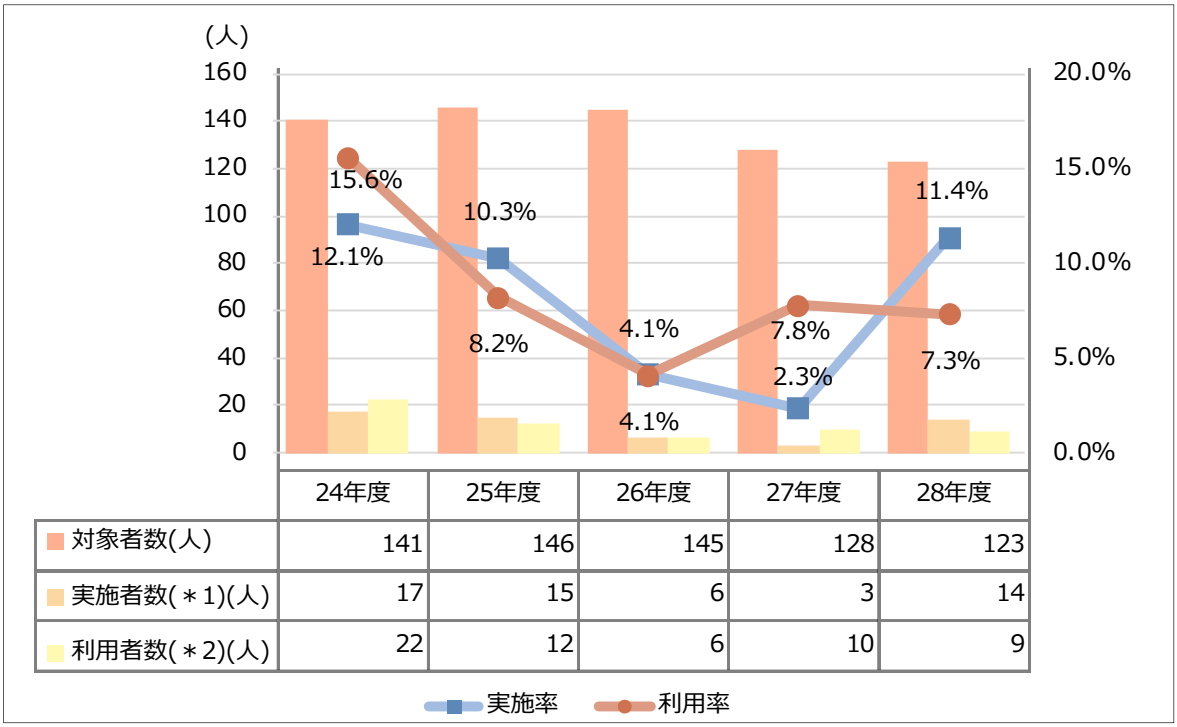
図 39　[特定保健指導実施率及び実施者数の推移]



	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
対象者数(人)	651	633	626	617	602
実施者数(人)	81	96	70	87	102

〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告 <法定報告> (厚生労働省)〕

図 40　[積極的支援の実施率及び利用率の推移]

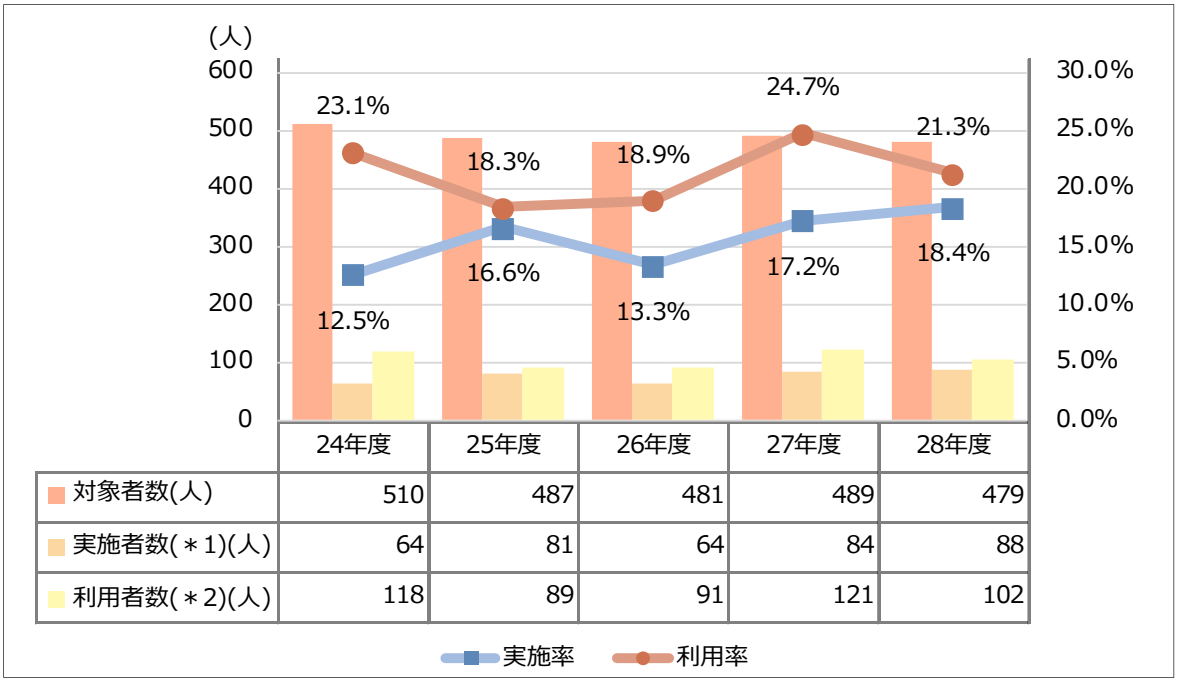


	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
対象者数(人)	141	146	145	128	123
実施者数(＊1)(人)	17	15	6	3	14
利用者数(＊2)(人)	22	12	6	10	9

〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告 <法定報告> (厚生労働省)〕

＊1　実施者数：積極的支援を終えた人数
＊2　利用者数：初回面接を利用した人数

図 41　[動機付け支援の実施率及び利用率の推移]



	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
対象者数(人)	510	487	481	489	479
実施者数(＊1)(人)	64	81	64	84	88
利用者数(＊2)(人)	118	89	91	121	102

〔資料：特定健康診査・特定保健指導の実施状況報告 <法定報告> (厚生労働省)〕

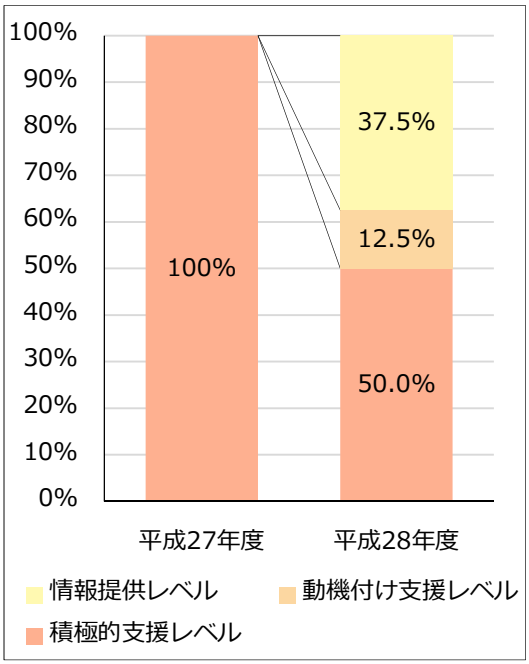
＊1　実施者数：動機付け支援を終えた人数
＊2　利用者数：初回面接を利用した人数

（２）特定保健指導レベル別改善状況

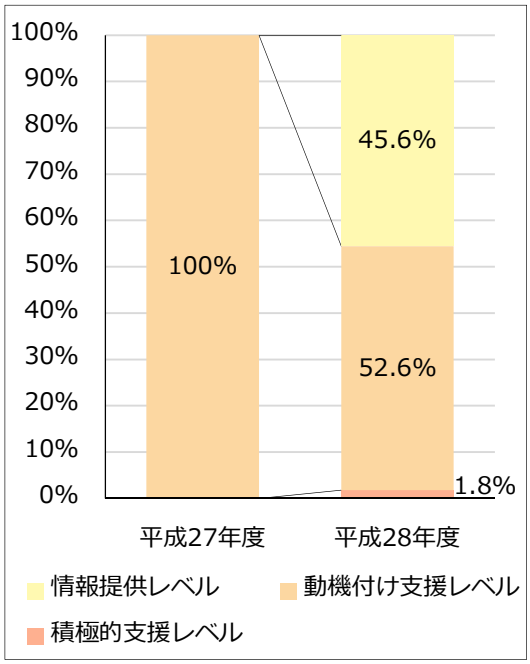
平成 27 年度の特定保健指導実施者について，平成 28 年度の特定健診結果から保健指導レベルの変化をみると，保健指導レベルの改善率は，積極的支援対象者では 50.0%，動機付け支援対象者では 45.6%となっており，特定保健指導の実施が健康状態改善に効果があることがわかります。

図 42　[特定保健指導支援レベル別改善状況(平成 27－28 年度)]

○積極的支援レベル



○動機付け支援レベル



〔資料：特定健診データ，特定保健指導データ〕

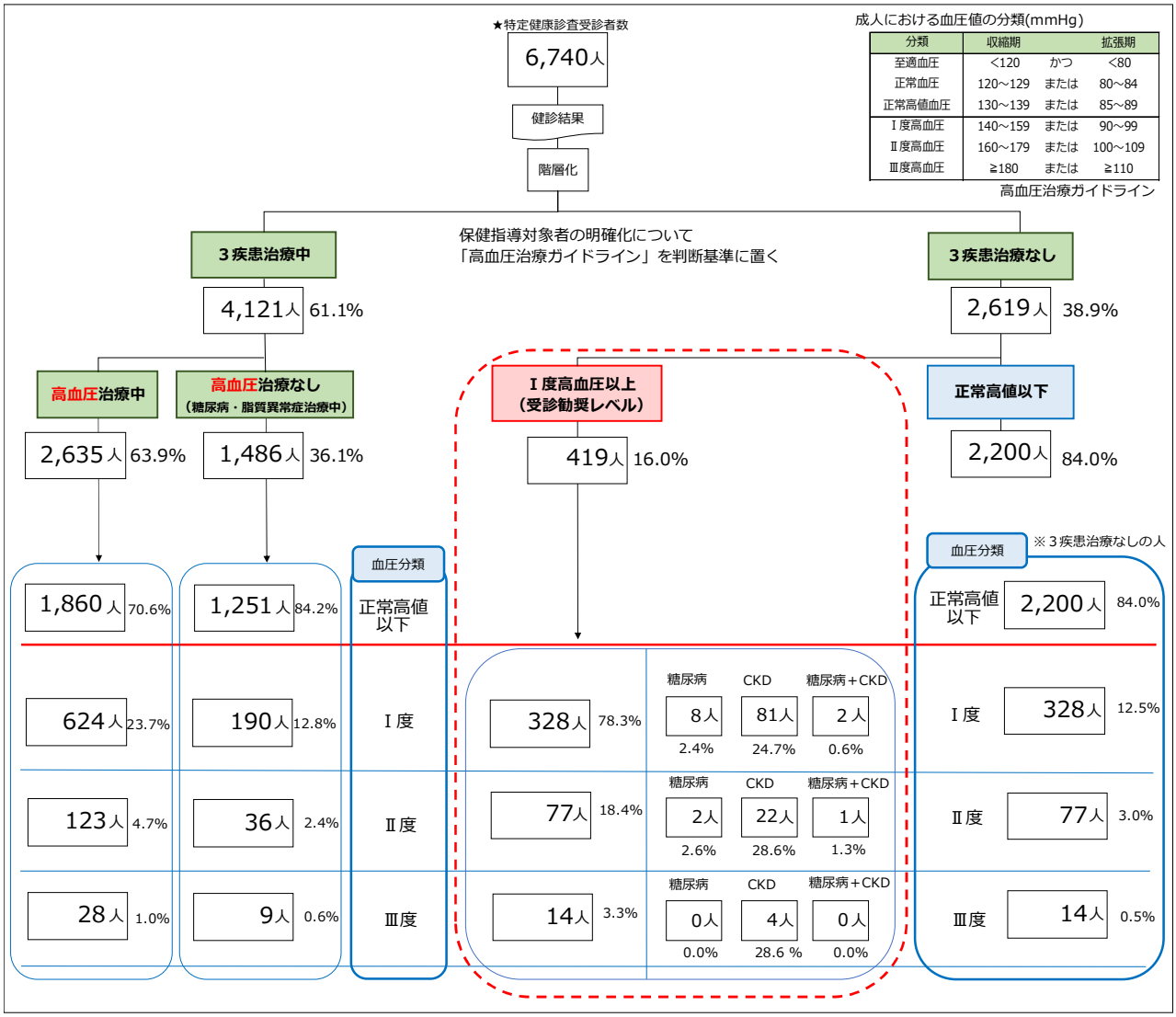
１．特定健診における未治療者の状況

平成 28 年度の特定健診の結果とレセプトデータから，生活習慣病の基礎疾患となる３疾患(高血圧，糖尿病，脂質異常症)の未治療者の状況をフローチャートにしました。

（１）高血圧における未治療者の状況

特定健診受診者のうち，３疾患の治療がなくⅠ度高血圧以上(受診勧奨値)の人が 419 人います。

図 43　[高血圧のフローチャート(平成 28 年度)]



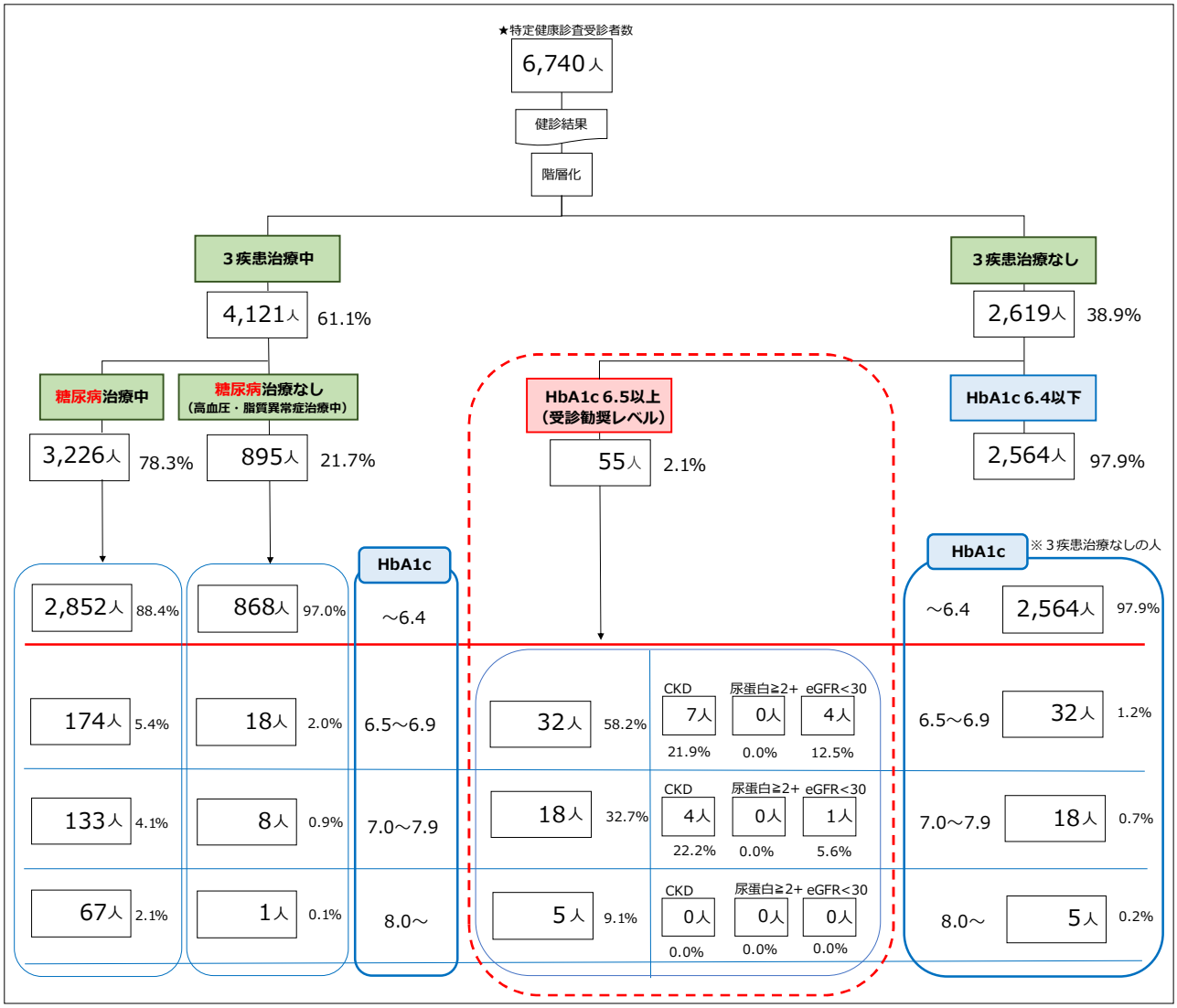
３疾患治療中	３疾患治療中は，４月～３月の服薬歴(レセプトデータ)の血圧・脂質・血糖を抽出
糖尿病	下記の(１)～(２)の１項目以上が該当 (１)空腹時血糖≧126mg/dL (２)HbA1c≧6.5%
CKD (慢性腎臓病)	下記の(１)～(２)の１項目以上が該当 (１)eGFR(<60mL/分/1.73 ㎡) (２)尿蛋白(+以上)

〔資料：レセプトデータ(医科，調剤)，特定健診データ〕

（２）糖尿病における未治療者の状況

特定健診受診者のうち，３疾患の治療がなく HbA1c6.5%以上(受診勧奨値)の人が 55 人います。そのうち５人は HbA1c8.0%以上で糖尿病の合併症が進行しやすい状態にあります。

図 44　[糖尿病のフローチャート(平成 28 年度)]



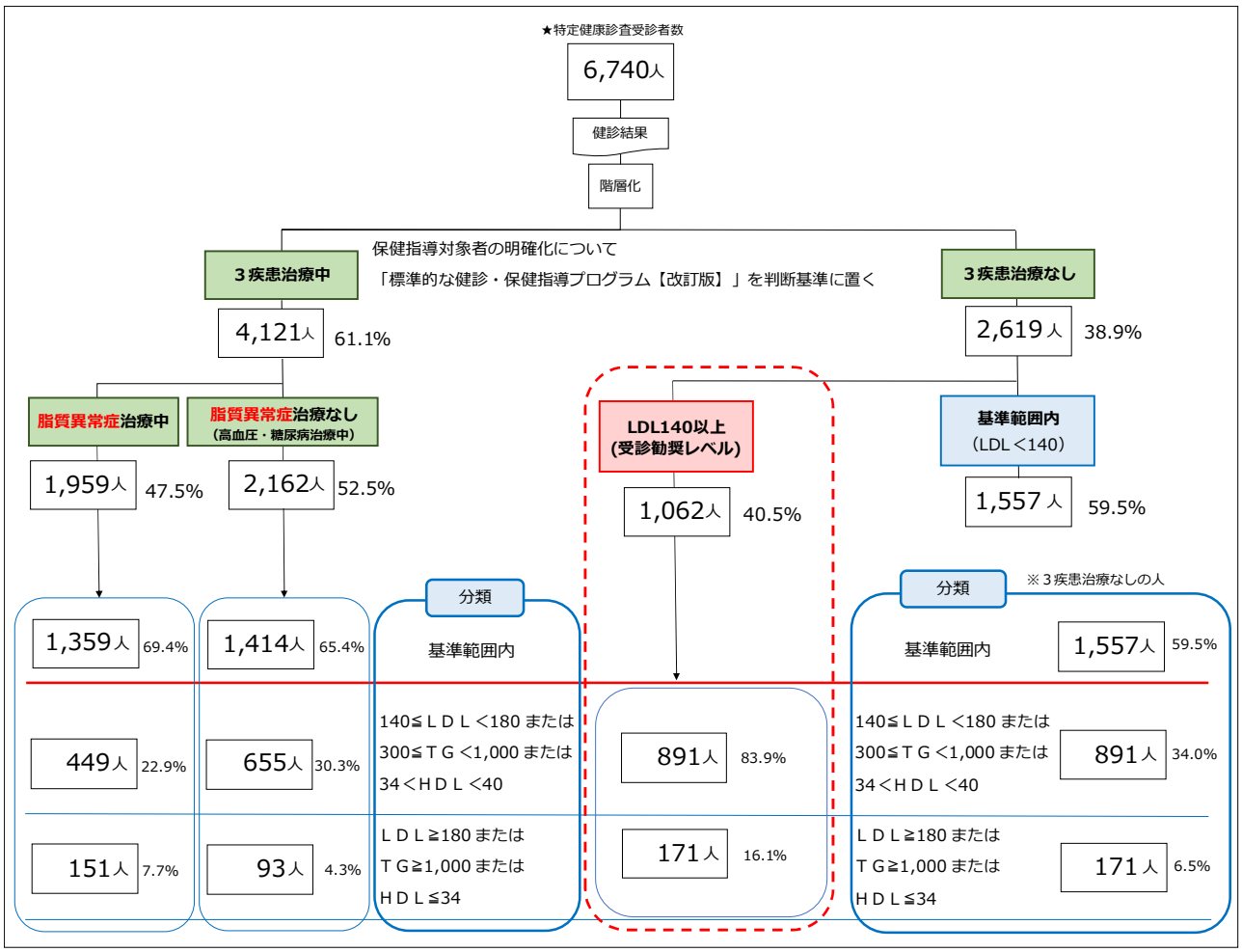
３疾患治療中	３疾患治療中は，４月～３月の服薬歴(レセプトデータ)の血圧・脂質・血糖を抽出
CKD (慢性腎臓病)	下記の(１)～(２)の１項目以上が該当 (１)eGFR(<60mL/分/1.73 ㎡) (２)尿蛋白(+以上)

〔資料：レセプトデータ(医科，調剤)，特定健診データ〕

（3）脂質異常症における未治療者の状況

特定健診受診者のうち，3 疾患の治療がなく LDL コレステロール 140mg/dL 以上(受診勧奨値)の人が 1,062 人います。

図 45　[脂質異常症のフローチャート(平成 28 年度)]



3 疾患治療中	3 疾患治療中は，4 月～3 月の服薬歴(レセプトデータ)の血圧・脂質・血糖を抽出

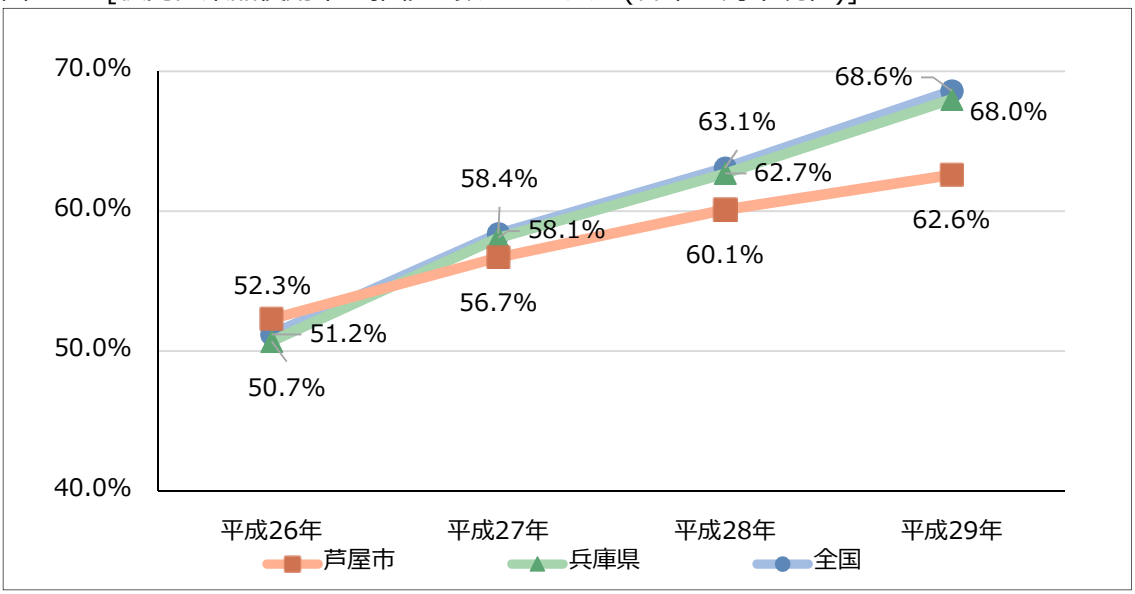
〔資料：レセプトデータ(医科，調剤)，特定健診データ〕

2．後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用状況

（1）後発医薬品使用率の推移

後発医薬品の使用率は年々増加していますが，全国，兵庫県平均を下回っています。

図 46　[後発医薬品使用率の推移＜数量ベース＞(各年 3 月末現在)]



〔資料：レセプトデータ(調剤)，調剤医療費の動向調査(厚生労働省)〕

（2）後発医薬品使用促進通知数及び効果額の推移

後発医薬品使用促進通知による年間効果額は，8,000 千円から 9,000 千円の間を推移しており，一定の効果が得られています。

表 9　[後発医薬品使用促進通知数及び効果額の推移]

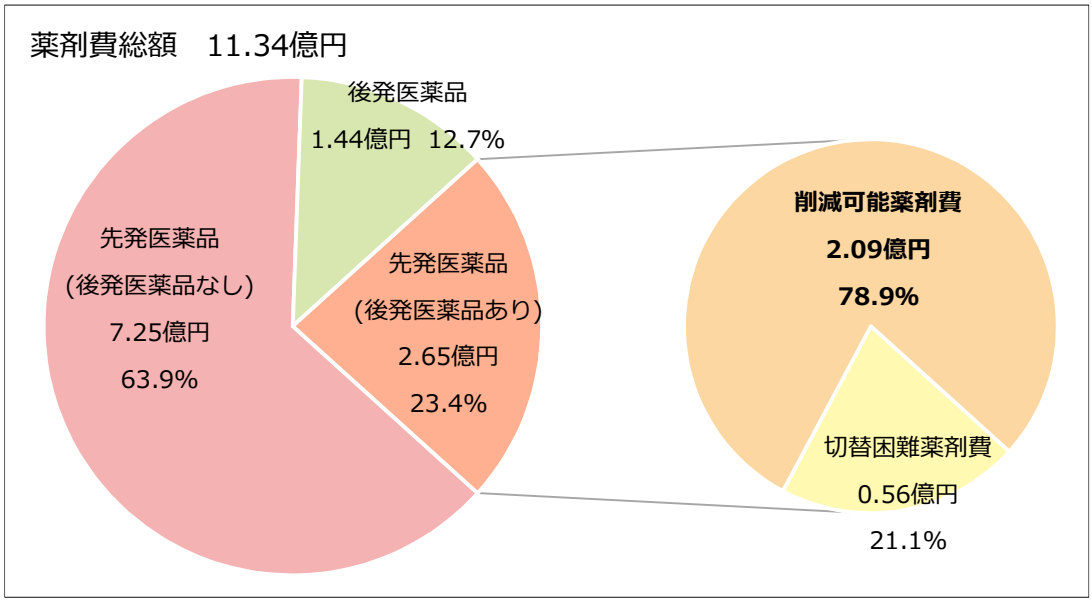
通知送付年度	通知数(件)	効果測定診療月	削減効果額(円)
平成 25 年度	5,048	平成 26 年 1 月～平成 26 年 12 月	8,726,260
平成 26 年度	5,011	平成 27 年 1 月～平成 27 年 12 月	8,009,580
平成 27 年度	5,029	平成 28 年 1 月～平成 28 年 12 月	8,134,530

〔資料：事務報告書〕

（3）削減可能薬剤費

平成 28 年度のレセプトデータより，後発医薬品に切り替えた場合の削減可能薬剤費を集計したところ，薬剤費総額のうち後発医薬品が存在する先発医薬品は 2 億 6,500 万円あり，そのうち後発医薬品への切り替えが困難な薬剤費を除いた 2 億 900 万円は削減可能な薬剤費となっています。

図 47　[後発医薬品に切り替えた場合の削減可能薬剤費(平成 28 年度)]

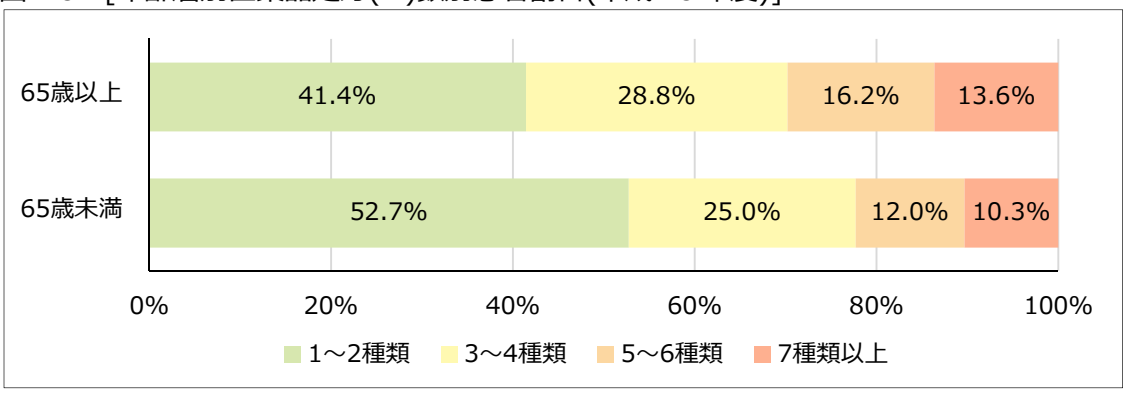


〔資料：レセプトデータ(医科，調剤)〕

3．重複多剤投与の状況

65 歳以上の医薬品服用者の約 3 割は月 5 種以上の医薬品の処方となっています(図 48)。また，重複投与は 44 件あり，向精神薬が多く占めています(表 10)。

図 48　[年齢層別医薬品処方(＊)数別患者割合(平成 28 年度)]



〔資料：レセプトデータ(入院外，調剤)〕

＊　医薬品処方：入院外及び調剤レセプトデータにおいて，1 ヶ月間に同種の薬効の医薬品を 14 日以上かつ 2 ヶ月以上処方

表 10　[重複投与医薬品上位 5 位(平成 28 年度)]

順位	医薬品名	薬効分類名	患者数	重複投与(＊)	
				件数	割合
1	マイスリー	催眠鎮静剤，抗不安薬	1,228 人	11 件	0.9%
2	デパス	精神神経用剤	895 人	7 件	0.8%
3	ロヒプノール	催眠鎮静剤，抗不安薬	361 人	7 件	1.9%
4	レンドルミンD	催眠鎮静剤，抗不安薬	902 人	5 件	0.6%
5	リリカ	その他の中枢神経用剤	615 人	2 件	0.3%
上位 5 医薬品以外			2,987 人	12 件	0.4%
合計(延べ)			6,988 人	44 件	0.6%

〔資料：レセプトデータ(入院外，調剤)〕

＊　重複投与：同一月に 3 以上の医療機関から同種の薬効の医薬品を 14 日以上処方

第６章　健康課題と目標設定

１．健康課題と対策の方向性

（１）分析結果の総評

被保険者一人当たりの医療費は年々増加傾向にあり，その要因として，高齢化や医療の高度化による入院外医療費や調剤費の増加が考えられます。また，医療費総額の約 4 割を生活習慣病に係る医療費が占めており，今後も高齢化の進展により生活習慣病患者数は増加し，医療に係る負担が一層増すことが予測されます。このため，生活習慣の改善により予防できる生活習慣病対策に重点を置き，生活習慣病の発症予防や重症化予防等の対策を講じることが重要であり，被保険者全体に働きかけるポピュレーションアプローチと重症化を予防するハイリスクアプローチの両面からなる保健事業を効果的かつ効率的に実施していく必要があります。

（２）分析結果から見える健康課題のまとめ

これまでの分析結果から，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
医療費等に関する状況	● 疾病大分類別医療費では,「新生物」,「循環器系」などの生活習慣病関連医療費が高くなっています(図 13)。また，医療費総額のうち生活習慣病医療費(悪性新生物を除く)が 22.1%，悪性新生物が 17.2%を占めています(図 16)。 ● 生活習慣病(悪性新生物を除く)医療費のうち，「腎不全」の患者一人当たりの医療費が突出して高くなっています(図 17)。 ● 生活習慣病(悪性新生物を除く)医療費のうち，最も患者数が多く，医療費が高いのは「高血圧性疾患」であり，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ます(表 6)。 ● 透析患者 62 人のうち新規透析導入患者は，9 人となっています(図 20)。また，新規透析導入患者は，他の生活習慣病を併発している場合が多く，約 9 割が「糖尿病」，約 2 割が「糖尿病性腎症」を併発しています(図 21)。 ● 要支援・要介護認定者の医療費は，要支援・要介護認定を受けていない 40 歳以上の医療費の約 4～9 倍になっています(図 25)。また，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「心臓病」,「高血圧性疾患」などの割合が高くなっています(図 26)。	➢ 生活習慣病関連医療費が高くなっていることから，生活習慣病の基礎疾患である「糖尿病」,「高血圧性疾患」の発症予防に取り組む必要があります。 ➢ 「糖尿病性腎症」は我が国の透析患者の主要原疾患の約 4 割を占めていることから，糖尿病の重症化を予防し，新規透析導入患者数を抑制するために，糖尿病性腎症重症化予防に取り組む必要があります。 ➢ 生活習慣病の早期発見，発症予防に向けて，被保険者が自身の健康状態を知り，健康管理に取り組む必要があります。また，壮中年期から健康意識の向上を図り，生活習慣改善を促す仕組みを検討する必要があります。

健康課題等		対策の方向性
特定健診・特定保健指導の状況	● 特定健診未受診者が約 6 割を占めており，被保険者の健康状態が把握できていません(図 28)。特に 40～50 歳代の受診率が低くなっています(図 29)。 ● 特定保健指導の実施率が全国，兵庫県平均より低く，対象者の約 2 割しか実施できていません(図 39)。 ● 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ます(図 38)。 ● 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います(図 43～45)。	➢ 特定健診の受診率向上を図るため，未受診者への受診勧奨や啓発を継続的に実施するほか，継続受診者を効果的に増やす取組を検討する必要があります。生活習慣病の予防効果がより期待できる 40～50 歳代への受診率向上対策を検討する必要があります。 ➢ 特定保健指導の利用勧奨や保健指導の実施体制の見直しが必要です。 ➢ 検査値が医療機関受診勧奨値を超えているハイリスク者には，自身の健康状態を把握し，生活習慣の改善を促す保健指導を実施するとともに，医療機関と連携し受診につなげる取組が必要です。
その他の保健事業の状況	● 後発医薬品の使用率が，全国，兵庫県平均より低く，削減可能な薬剤費が多く存在しています(図 46，47)。 ● 65 歳以上の医薬品服用者の約 3 割は月 5 種以上の医薬品の処方となっており，重複投与は 44 件あります(図 48，表 10)。	➢ 医療費適正化の観点から，医療機関や薬局等との連携のもと後発医薬品の更なる普及啓発を図り，適正な受診や服薬を促す取組が必要です。

2．健康課題に対応した目的及び目標の設定，実施事業

（1）方針

守ろう　健康　見直そう　生活習慣

生活習慣病は，食生活や身体活動等の日常の生活習慣を見直すことにより，その発症や進行を未然に防ぐことが可能です。一方で，本人に自覚症状がないまま症状が悪化することが多いため，日ごろから自分自身の健康状態に関心を持ち，自ら健康管理を行っていくことが大切です。このような生活習慣の改善に向けた取組は,個々の被保険者の生涯にわたる生活の質(ＱＯＬ)の向上に大きく影響し，ひいては医療費全体の適正化につながります。

これらを踏まえ，被保険者一人ひとりが自身の健康状態に関心を持つとともに，自ら健康管理に取り組むことができるための支援に重点を置き，前述の対策の方向性に基づき保健事業に取り組みます。

（2）目的及び目標の設定，実施事業

前述の方針を踏まえ，以下のとおり事業目的と目標を設定し，健康課題の解決に向けた事業を実施していきます。

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

1 生活習慣病の発症予防と早期発見

＜中長期的目標＞
- 有所見率の減少

＜短期的目標＞
- 特定健診受診率向上
- 40～50 歳代特定健診受診率向上
- 特定保健指導実施率向上
- 特定保健指導対象者の減少
- 非肥満者のリスク因子保有率減少

実施事業

Ⅰ.特定健診受診率向上対策
Ⅱ.特定保健指導実施率向上対策
Ⅲ.非肥満者への保健指導

2 生活習慣病の重症化予防

＜中長期的目標＞
- 新規透析導入患者数の抑制
- 血糖コントロール不良者の減少
- 腎機能低下者の減少

＜短期的目標＞
- 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

実施事業

Ⅳ.糖尿病性腎症重症化予防事業
Ⅴ.未治療者支援事業

3 医療費適正化の推進

＜中長期的目標＞
- 後発医薬品使用率の向上
- 重複投与の減少

＜短期的目標＞
- 後発医薬品への切替率向上
- 受診・服薬行動の改善率向上

実施事業

Ⅵ.後発医薬品使用促進事業
Ⅶ.適正受診等推進事業

4 健康管理の推進

＜中長期的目標＞
- 健康意識の向上
- 介護を必要としない高齢者の増加

＜短期的目標＞
- 健康状態が維持・改善した者の割合向上
- 咀嚼機能良好者の割合向上

実施事業

Ⅷ.個人へのインセンティブ提供
Ⅸ.地域包括ケアの推進

「第 6 章　健康課題と目標設定」で掲げた重点施策の目標達成に向けて，以下のとおり事業を実施します。また，KDB システム等を活用し，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 つの視点から多角的に事業を評価します。

１．生活習慣病の発症予防と早期発見

＜中長期的目標＞　有所見率の減少(収縮期血圧・HbA1c・LDL コレステロール)

評価指標			■特定健診受診者の有所見率(収縮期血圧・HbA1c・LDL コレステロール)の減少		
評価時期			現状値 28(2016)年度	中間評価 2(2020)年度	最終評価 5(2023)年度
目標値	収縮期血圧 (130mmHg 以上)	男性	46.1%	44.5%	44.5%（＊）
		女性	36.2%	34.5%	34.5%（＊）
	HbA1c (5.6%以上)	男性	57.9%	56.5%	56.5%（＊）
		女性	53.9%	52.5%	52.5%（＊）
	LDL コレステロール (120mg/dL 以上)	男性	53.3%	51.5%	49.0%
		女性	62.8%	60.5%	59.0%
実施事業			Ⅰ．特定健診受診率向上対策 Ⅱ．特定保健指導実施率向上対策 Ⅲ．非肥満者への保健指導		

＊　最終評価の目標値：中間評価に基づき目標値の見直しを実施（高齢化に伴う被保険者の年齢構成の変化などからD評価（悪化）であったもの）

Ⅰ．特定健診受診率向上対策

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 歳～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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
＜受診機会の確保＞							
利用しやすい受診環境の整備	拡充	検討・実施					
休日・巡回健診	継続	実施					
がん検診との同時実施	継続	より効果的な啓発方法の検討・実施					
人間ドック検査料助成	拡充	拡充検討・実施					

取　組		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
<受診率向上>							
当年度未受診者への受診勧奨	拡充	実施・通知内容の見直し検討		実施			
診療における検査データ活用	新規	かかりつけ医と連携した治療中患者に対する健診の推進について検討・実施					
ICT の利活用	新規	ICT を活用した受診率向上策の検討		準備	実施		
受診促進キャンペーン	新規	検討	実施	健康ポイント事業に統合			
<予防・健康づくり啓発>							
広報紙，掲示板等を活用した啓発	継続	実施					
健康づくりに関するホームページ作成・更新	継続	実施					
ちらし作成・配布	継続	実施					
地域のイベント等における啓発	継続	実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・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						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	未受診者への受診勧奨	年 3 回	年 3 回			年 2 回（＊）		
	継続受診者数	5,020 人	5,150 人	5,300 人	5,450 人	5,600 人	5,850 人	6,000 人
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	特定健診受診率	40.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
	40～50 歳代受診率	26.6%	29.0%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%

＊　未受診者への受診勧奨回数：通知内容の見直し（未受診者の過去の受診状況や健診結果等の分析を行い，対象者の特性に応じた効果的なメッセージ等を掲載）に併せ，通知回数の変更を行う。

Ⅱ．特定保健指導実施率向上対策

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
＜利用機会の確保＞							
運用方法見直し	新規	実施基準改正に伴う運用方法の見直し検討・実施					
健診結果を活用した個別相談の実施	拡充	対象者等の拡充検討・実施					
特定健診当日の保健指導 (集団健診)	新規	検討・試行実施		実施			
＜実施率向上＞							
電話による利用勧奨	継続	実施					
健診結果通知の活用による利用啓発(集団健診)	継続	健診結果通知を活用した利用啓発の実施					
医療機関からの利用勧奨 (個別健診)	新規	健診結果返却時の利用勧奨について検討・実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・利用しやすい環境の整備 ・効果的な保健指導プログラムの実施						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	健診結果通知の活用による利用啓発	100.0%	100.0%					
	健診結果を活用した個別相談参加者数	64 人	80 人	90 人	100 人	110 人	120 人	130 人
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	特定保健指導実施率	16.9%	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%
	特定保健指導対象者の減少率(対 20 年度比)	1.3%	5.0%	9.0%	13.0%	36.0% (＊)	38.0% (＊)	40.0% (＊)

＊ 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た数値より算出する。

Ⅲ．非肥満者への保健指導

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
保健指導の実施	継続	対象者の選定基準，実施内容の見直し検討・実施					
利用勧奨通知の送付	継続	実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・効果的な対象者の抽出及び保健指導プログラムの実施						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	対象者への利用勧奨	100.0%	100.0%					
	保健指導参加者数	30 人	30 人	35 人	40 人	45 人	50 人	55 人
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	非肥満者のリスク因子保有率(＊)<男性>	51.1%	50.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%
	非肥満者のリスク因子保有率(＊)<女性>	43.0%	42.5%	42.0%	41.5%	41.0%	40.5%	40.0%

＊ 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者のうち血糖・血圧・脂質・喫煙の 4 つのリスク因子のうち 2 つ以上保有している者の割合

2．生活習慣病の重症化予防

<中長期的目標>　新規透析導入患者数の抑制，血糖コントロール不良者の減少，腎機能低下者の減少

評価指標		■新たに人工透析を導入する者の抑制 ■特定健診受診者のうち血糖コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の減少 ■特定健診受診者のうち腎機能低下者(eGFR45mL/分/1.73㎡未満)の減少		
評価時期		現状値 28(2016)年度	中間評価 2(2020)年度	最終評価 5(2023)年度
目標値	新規透析導入患者数	9 人	抑制	抑制
	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.1%	0.9%	0.7%
	eGFR45mL/分/1.73㎡未満の者の割合	1.0%	0.9%	0.9%（＊）
実施事業		Ⅳ．糖尿病性腎症重症化予防事業 Ⅴ．未治療者支援事業		

＊　最終評価の目標値：中間評価に基づき目標値の見直しを実施（高齢化に伴う被保険者の年齢構成の変化などからD評価（悪化）であったもの）

Ⅳ．糖尿病性腎症重症化予防事業

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
対象者への保健指導	拡充	実施体制の整備に併せて保健指導対象者の拡充検討・実施					
治療中断者への受診勧奨	新規	検討			実施		

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・事業実施体制の整備 ・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						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%					
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	対象者の医療機関受診率	77.8%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%
	保健指導実施率	100.0%	100.0%					

Ⅴ．未治療者支援事業

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
受診勧奨通知の送付	拡充	対象者の選定基準の見直し検討・実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・事業実施体制の整備 ・効果的な対象者の抽出，通知内容の工夫						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%					
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	対象者の医療機関受診率	41.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

3．医療費適正化の推進

<中長期的目標>　後発医薬品使用率の向上，重複投与の減少

評価指標		■後発医薬品使用率の向上(数量ベース) ■重複投与の減少		
評価時期		現状値 28(2016)年度	中間評価 2(2020)年度	最終評価 5(2023)年度
目標値	後発医薬品の使用率(数量ベース)	62.6%	全国平均	全国平均
	重複投与件数	44 件	減少	減少
実施事業		Ⅵ．後発医薬品使用促進事業 Ⅷ．適正受診等推進事業		

Ⅵ．後発医薬品使用促進事業

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
使用促進通知の送付	継続	実施･使用促進通知見直し		実施			
啓発用品の配布	継続	実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・事業実施に必要な予算の確保						
プロセス(実施過程)		・使用促進通知の見直し ・啓発用品の選定						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	使用促進通知の送付回数	年 2 回	年 2 回					
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率(＊)	66.7%	70.0%	72.0%	74.0%	—	—	—
	使用促進通知送付月前後の後発医薬品使用率の増減値	0.5% (元年度)	—	—	—	維持	維持	維持

＊　切替率：使用促進通知送付者のうち後発医薬品へ切替た人数 ÷ 効果測定月に受診している使用促進通知送付者数。
3 年度以降については，使用促進通知の対象者抽出方法の見直しにより同一条件による効果測定が困難となったため，評価不能。

Ⅶ. 適正受診等推進事業

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		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
啓発通知の送付	継続	対象者，通知内容の見直し検討・実施					
啓発ちらしの作成・配布	継続	実施					

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・事業実施に必要な予算の確保						
プロセス(実施過程)		・対象者及び通知内容の見直し						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	通知回数	― (未実施)	年 1 回					
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	― (未実施)	10.0%	12.0%	14.0%	51.0% (＊)	53.0% (＊)	55.0% (＊)

＊啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率：中間評価に基づき目標値の見直しを実施（A 評価（達成）であり，実績値が目標値を大幅に上回っているもの）

4．健康管理の推進

<中長期的目標>　健康意識の向上，介護を必要としない高齢者の増加

評価指標		■健康意識の向上 ■介護を必要としない 65 歳以上の高齢者の割合増加		
評価時期		現状値 28(2016)年度	中間評価 2(2020)年度	最終評価 5(2023)年度
目標値	健康意識の向上(＊1)	73.7%	77.0%	80.0%
	介護を必要としない 65 歳以上の高齢者の増加(＊2)	78.0%	増加	増加
実施事業		Ⅷ．個人へのインセンティブ提供 Ⅸ．地域包括ケアの推進		

＊1　健康意識の向上：特定健診問診票より「運動や食生活等の生活習慣の改善意欲」があると認められる者の割合

＊2　介護を必要としない 65 歳以上の高齢者：100 － (要支援・要介護認定者 ÷ (国民健康保険被保険者 ＋ 後期高齢者医療制度被保険者))

Ⅷ．個人へのインセンティブ提供

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。
対象者	20 歳以上の市民
目　標	健康状態（筋力）が維持・改善した者の割合向上

取　組		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
実施体制の整備	新規	検討	健康ポイント事業の実施				

評価指標								
ストラクチャー(実施体制)		・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						
プロセス(実施過程)		・効率的，効果的な事業実施						
アウトプット	評価指標	現状値	目標値					
		元年度 (2019)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	健康ポイント事業参加者数	174 人	—	—	—	450 人	475 人	500 人
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		元年度 (2019)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	健康状態（筋力）が維持・改善した者(＊)の割合	74.2%	—	—	—	75.8%	76.6%	77.4%

＊　健康状態（筋力）が維持・改善した者：健康ポイント事業参加者のうち，開始時と比較し終了時の筋力が維持・改善したと認められる者

Ⅸ．地域包括ケアの推進

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，国民健康保険保険者としての取組を検討する。
対象者	被保険者
目　標	咀嚼機能良好者の割合向上

取　組		事業スケジュール					
		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
実施体制の整備	新規	国の動向を踏まえ実施体制を整備					
フレイル予防の普及・啓発	新規	検討・実施					
多職種・他分野との協働による介護予防の推進	新規	—	—	検討・実施			
オーラルフレイル予防の普及・啓発	新規	—	—	実施			

評価指標							
ストラクチャー(実施体制)		・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					
プロセス(実施過程)		・効率的，効果的な事業実施					
アウトプット	評価指標	現状値	目標値				
		元年度 (2019)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	通いの場等での保健事業と介護予防の一体的実施の回数	— (未実施)	—	—	—	24 回	36 回	48 回
アウトカム	評価指標	現状値	目標値					
		元年度 (2019)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	咀嚼機能良好者(＊)の割合	85.2%	—	—	—	86.0%	87.0%	88.0%

＊　咀嚼機能良好者：特定健診問診票より「食事をかんで食べるときの状態」が良好であると認められる者

第８章　特定健康診査・特定保健指導実施計画

本章では，「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号)」の規定に基づき，特定健康診査・特定保健指導実施計画を以下のとおり定めます。

１．目標値の設定

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(厚生労働省告示)」において，市町村国保における特定健診及び特定保健指導実施率の目標値は，いずれも計画期間の最終年度である令和 5(2023)年度までに 60%以上と設定されています。これを踏まえ，本市における各年度の目標値を以下のとおり設定します。

表 11　[特定健診及び特定保健指導実施率目標]

	28 年度 (2016)	30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
	実績	目標					
特定健診	40.5%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導	16.9%	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%

２．対象者数

(１)特定健診対象者数

対象者は，特定健診の実施年度中に 40～74 歳となる被保険者(実施年度中に 75 歳になる者を含む)です。

計画期間中における特定健診対象者数(推計)は以下のとおりです。

表 12　[特定健診対象者数(推計)]　(単位：人)

		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
男　性	40～64 歳	2,555	2,446	2,342	2,242	2,146	2,054
	65～74 歳	3,790	3,751	3,712	3,674	3,636	3,598
	計	6,345	6,197	6,054	5,916	5,782	5,652
女　性	40～64 歳	3,884	3,733	3,587	3,447	3,313	3,184
	65～74 歳	5,661	5,629	5,597	5,565	5,533	5,502
	計	9,545	9,362	9,184	9,012	8,846	8,686
合　計	40～64 歳	6,439	6,179	5,929	5,689	5,459	5,238
	65～74 歳	9,451	9,380	9,309	9,239	9,169	9,100
	計	15,890	15,559	15,238	14,928	14,628	14,338

※特定健診対象者数は，これまでの被保険者数から各年齢層の伸び率等を考慮して算出。

（2）特定健診受診者数

計画期間中における特定健診受診者数(推計)は以下のとおりです。

表 13　[特定健診受診者数(推計)]　(単位：人)

		30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
男　性	40～64 歳	743	747	746	747	743	734
	65～74 歳	1,992	2,119	2,240	2,364	2,481	2,600
	計	2,735	2,866	2,986	3,111	3,224	3,334
女　性	40～64 歳	1,385	1,395	1,407	1,411	1,409	1,406
	65～74 歳	3,031	3,207	3,378	3,539	3,705	3,863
	計	4,416	4,602	4,785	4,950	5,114	5,269
合　計	40～64 歳	2,128	2,142	2,153	2,158	2,152	2,140
	65～74 歳	5,023	5,326	5,618	5,903	6,186	6,463
	計	7,151	7,468	7,771	8,061	8,338	8,603
目標受診率【再掲】		45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

※特定健診受診者数は，表 12[特定健診対象者数(推計)]に実施率の目標値を乗じて算出。

（3）特定保健指導対象者数及び実施者数

対象者は，特定健診の結果から，以下の基準に基づき内臓脂肪蓄積の程度(腹囲，BMI)と追加リスク数や喫煙歴の有無により階層化し，生活習慣病の改善が必要と認められる人です。

ただし，質問票より「服薬中(糖尿病，高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している)」と確認できる人は，医療機関における継続的な医学的管理下での指導が適当であることから対象者から除きます。

特定保健指導の対象者(階層化基準)

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙歴</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖　②脂質　③血圧</th><th>40～64 歳</th><th>65～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧85 ㎝(男性)
≧90 ㎝(女性)</td><td>2 つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で
BMI≧25kg/㎡</td><td>3 つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的支援</td><td rowspan="4">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2 つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>1 つ該当</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

＜判定基準値＞
① 血糖：空腹時血糖 100mg/dL 以上または HbA1c5.6%以上
② 脂質：中性脂肪 150 mg/dL 以上または HDL コレステロール 40 mg/dL 未満
③ 血圧：収縮期 130 mmHg 以上または拡張期 85mmHg
④ 喫煙：質問票よりたばこを習慣的に吸っている人

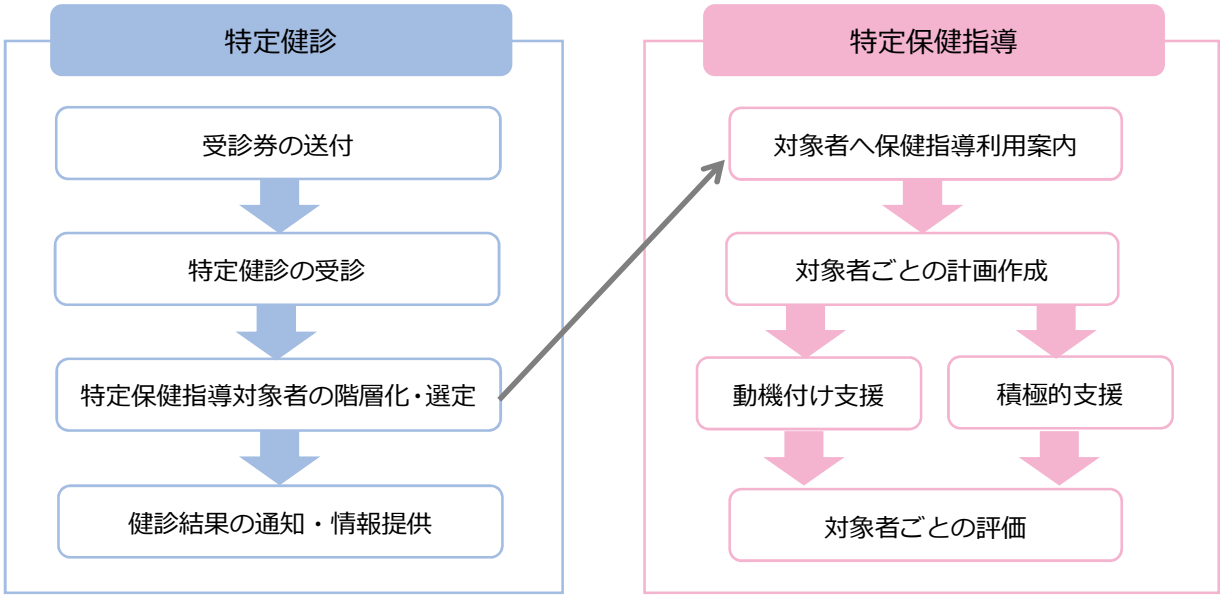
計画期間中における特定保健指導対象者数及び実施者数(推計)は以下のとおりです。

表 14　[特定保健指導対象者数及び実施者数(推計)]　(単位：人)

			30 年度 (2018)	元年度 (2019)	2 年度 (2020)	3 年度 (2021)	4 年度 (2022)	5 年度 (2023)
男性	40～64 歳	動機付け支援	72	72	72	72	72	71
		積極的支援	123	124	124	124	123	122
	65～74 歳	動機付け支援	343	364	385	407	427	447
	計	動機付け支援	415	436	457	479	499	518
		積極的支援	123	124	124	124	123	122
女性	40～64 歳	動機付け支援	36	36	37	37	37	37
		積極的支援	18	18	18	18	18	18
	65～74 歳	動機付け支援	139	148	155	163	170	178
	計	動機付け支援	175	184	192	200	207	215
		積極的支援	18	18	18	18	18	18
合計	40～64 歳	動機付け支援	108	108	109	109	109	108
		積極的支援	141	142	142	142	141	140
	65～74 歳	動機付け支援	482	512	540	570	597	625
	計	動機付け支援	590	620	649	679	706	733
		積極的支援	141	142	142	142	141	140
		計	731	762	791	821	847	873
実施者数			183	244	308	378	449	524
目標実施率【再掲】			25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%

※特定保健指導対象者数は，表 13[特定健診受診者数(推計)]とこれまでの特定保健指導対象者出現率を考慮して算出。
※特定保健指導実施者数は，特定保健指導対象者数(推計)に実施率の目標値を乗じて算出。

3．特定健診から特定保健指導への流れ



４．特定健診の実施方法

（１）実施体制

特定健診は，「特定健康診査の外部委託に関する基準(厚生労働省告示)」を満たす医療機関または健診機関へ委託し，各種がん検診と同時実施するなど対象者の利便性等を考慮することとします。実施場所，実施期間等については，以下のとおりです。

健診方式	実施場所	実施期間	健診費用
集団健診	芦屋市保健センター 奥池地区集会所 上宮川文化センター	5 月～12 月	無料
個別健診	市内医療機関	5 月～12 月	無料

（２）実施項目

特定健診は，「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)」に準じた以下の項目を実施します。

<table>
<tr><th colspan="2">項　目</th><th>内　容</th></tr>
<tr><td rowspan="9">基本的な健診項目</td><td>問診</td><td>服薬歴，喫煙習慣の状況等に係る調査</td></tr>
<tr><td>診察</td><td>理学的検査(身体診察)</td></tr>
<tr><td>身体測定</td><td>身長，体重，BMI，腹囲</td></tr>
<tr><td>血圧測定</td><td>収縮期血圧，拡張期血圧</td></tr>
<tr><td>肝機能</td><td>AST(GOT)，ALT(GPT)，γ－GT(γ－GTP)</td></tr>
<tr><td>脂質</td><td>中性脂肪，HDL コレステロール，LDL コレステロール</td></tr>
<tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖，HbA1c</td></tr>
<tr><td>尿検査</td><td>尿糖，尿蛋白</td></tr>
<tr><td>腎機能</td><td>尿酸(※)，血清クレアチニン(※)，eGFR(※)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">詳細な健診項目</td><td>貧血検査</td><td>貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者のうち医師が必要と認めた者
(血色素量，赤血球数，ヘマトクリット値)</td></tr>
<tr><td>心電図検査</td><td>当該年度の特定健診の結果等において，血圧が以下の基準に該当した者または問診等において不整脈が疑われる者のうち医師が必要と認めた者
<table><tr><td>血圧</td><td>収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>眼底検査</td><td>当該年度の特定健診の結果等において，血圧または血糖が，以下の基準に該当した者のうち医師が必要と認めた者
<table><tr><td>血圧</td><td>収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dL 以上，HbA1c6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dL 以上</td></tr></table></td></tr>
</table>

※追加健診項目として全員に実施。

（3）案内・周知方法について

①受診券・案内

各年５月に対象者に受診券とともに受診案内を送付します。受診券には，受診券整理番号，被保険者番号，氏名，性別，生年月日，有効期限を記載することとし，様式は別に定めます。また，受診券送付後，一定期間が経過した時点で未受診者に対し受診勧奨を行います。

②周知方法

広報紙や市ホームページ等を活用し，積極的な広報活動を展開します。

③健診結果

個別健診は，原則，医師が対面により結果説明を行います。集団健診は，健診結果を郵送します。また，受診者全員に対し，健診結果と合わせて生活習慣病に関する基本的な知識や個人の生活習慣の改善に関する情報を提供します。

（4）他の健診を受けた場合の取り扱い

市立芦屋病院が実施する人間ドック(国民健康保険から検査料を助成した場合)または芦屋市保健センターが実施する健康チェックを受診した場合は，特定健診を受診したものとみなし，当該健診結果に基づく階層化を行い，特定保健指導を実施します。

また，特定健診対象者から上記以外の健診機関等が実施している健康診査や医療機関で実施した検査結果等の提供があり，検査項目が特定健診と同等の内容もしくは追加検査を行うことにより同等とすることができる場合には，特定健診を受診したものとみなし，当該健診結果に基づく階層化を行い，特定保健指導を実施します。

５．特定保健指導の実施方法

（1）実施体制

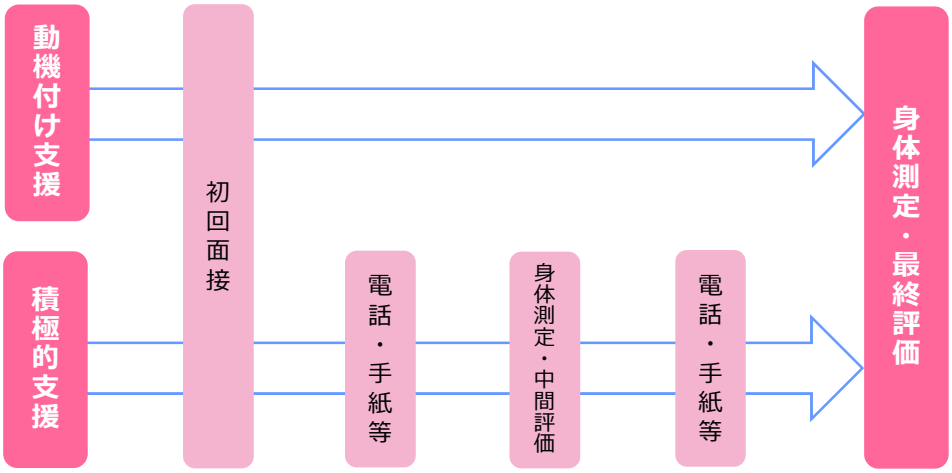
保健センターの保健師・管理栄養士等により，対象者の生活環境や利便性に配慮し実施します。

（2）実施内容

特定保健指導は厚生労働省が策定した「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づいた内容を基本とし，対象者が自らの生活習慣における課題を認識して改善のための行動目標・行動計画を策定し，健康的な生活を維持できるよう支援します。

支援区分	支援目的	支援内容
動機付け支援	対象者への個別支援またはグループ支援により,対象者が自らの生活習慣を振り返り，行動目標を立て，保健指導終了後すぐに実践(行動)に移り,その生活が継続できることを目指します。	原則１回の支援とし，保健師または管理栄養士による面接を行い，生活習慣と健診結果の関係やメタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得等の生活習慣改善の必要性に気づくための支援を行います。３ヶ月以上経過後に生活習慣の改善状況を確認し，評価を行います。
積極的支援	動機付け支援に加えて，定期的・継続的な支援により対象者が自らの生活習慣を振り返り,行動目標を設定し,目標達成に向けた実践(行動)に取り組みながら,保健指導終了後には,その生活が継続できることを目指します。	３ヶ月以上継続的に支援します。動機付け支援の内容に加えて行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い，実践可能な具体的な行動目標について，優先順位をつけながら一緒に考え，対象者が選択できるよう支援します。また，行動が継続できるよう定期的に生活習慣の改善状況を確認し，評価を行います。

＜例＞



（３）案内・周知方法について

①利用券・案内

対象者に，利用券とともに利用案内を送付します。集団健診受診者については，健診結果送付時に利用券及び利用案内を送付します。利用案内送付後，一定期間が経過した時点で未利用者に利用勧奨を行います。また，初回面接から最終評価まで電話や手紙等により利用者のフォローをきめ細かく行い，利用の継続を促します。

②周知方法

広報紙や市ホームページ等を活用し，積極的な広報活動を展開します。

６．年間スケジュール

実施項目		当年度												翌年度
		４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月	４月~９月
特定健診	対象者の抽出	→												
	受診券の作成・送付	→	→											
	特定健診受診期間（※）		→	→	→	→	→	→	→	→				
	未受診者へ受診勧奨			→	→	→	→	→	→					
特定保健指導	対象者の階層化・選定				→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	利用案内の作成・送付				→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	特定保健指導の実施				→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	未利用者へ利用勧奨				→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
前年度実施結果の検証・評価													→	→

※中途加入者も同期間に実施。

第９章　計画の推進

１．計画の評価・見直し

本計画に基づく事業は，毎年度，「第７章　保健事業実施計画」で予め設定したストラクチャー，プロセス，アウトプット，アウトカムの評価指標に基づき，KDB システム等を用いて目標の達成状況を評価し，必要に応じて事業内容等の見直しを行います。

計画期間の中間年度である令和 2(2020)年度には，中間評価を行い，必要に応じて事業計画の見直しを行います。また，計画期間の最終年度である令和 5(2023)年度には，これまで実施した事業を総合的に評価し，次期計画につなげていきます。

２．計画の公表・周知

本計画は，市ホームページを利用して公表します。また，本計画の円滑な実施及び目標達成に向け，被保険者の保健事業への理解を深めるための啓発を合わせて行います。

３．個人情報の保護

本計画に基づく事業の実施にあたっては，芦屋市個人情報保護条例(平成 16 年条例第 19 号)等を遵守します。

また，外部委託により実施する事業は，芦屋市個人情報保護条例に基づき個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに，委託先の契約遵守状況を監理します。

４．特定健診及び特定保健指導に係るデータ管理・記録の提供

特定健診及び特定保健指導のデータは，代行機関である兵庫県国民健康保険団体連合会に管理及び保管を委託します。データの保管期間は，記録の作成する日の属する年度の翌年度から原則 5 年間とします。

国民健康保険被保険者が，加入する保険者が変わっても生活習慣病予防，健康づくりができるよう必要に応じて特定健診等の記録の写しを提供します。

５．その他留意事項

計画の実施にあたっては，関係課と連携し，課題解決への取組や効果的かつ効率的な事業運営に努めます。

また，特定健診及び特定保健指導については，被保険者が利用しやすい体制とするため，健康課へ執行委任します。

資　料

用語の説明

ア行	
悪性新生物	体を構成する細胞に由来し，異常に増殖した細胞のかたまりを新生物(腫瘍)といいます。このうち，悪性新生物は，異常な細胞が周りに増殖したり，別の臓器へ転移して，臓器や生命に重大な影響を与えるものをいいます。一般的にがん，悪性腫瘍ともいわれます。
医療費	医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用の総額です。被保険者が医療機関等の窓口で負担する額と保険者や公費で負担する額を合わせた費用の合計額になります。本計画の図 10 及び図 11 のグラフの医療費については，診療費(入院・入院外・歯科)や調剤，入院時の食事代，訪問看護等の「療養の給付等に要する費用」と柔道整復師・鍼灸師の施術料や治療用装具の購入費等の「療養費等」を対象としています。また，その他の図の医療費については，図右下に記載しているレセプトデータから集計しています。なお，医科レセプトデータは，入院と入院外のレセプトデータです。
eGFR	推定糸球体濾過量(eGFR)は，血清クレアチニン値と年齢，性別から計算されます。腎機能の指標として使われています。
HDL コレステロール	善玉コレステロールと呼ばれ，余分なコレステロールを肝臓へ戻す働きをします。
LDL コレステロール	悪玉コレステロールと呼ばれ，肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割があります。心臓病や脳梗塞の原因となります。
カ行	
拡張期血圧	心臓が拡張し，血液が心臓に戻ってきたときに血管壁にかかる圧のことをいいます。最低血圧や下の血圧ともいわれています。
空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖の量のことです。
後発医薬品(ジェネリック医薬品)	医薬品の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を他の製薬会社が製造・供給する医薬品のことです。開発費が大幅に削減できるため，新薬と同じ有効成分・同等の効き目でありながら，薬の価格を低く抑えることができます。
国保データベース(KDB)システム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健康診査・特定保健指導」，「医療(後期高齢者医療含む)」，「介護保険」等に係る情報を利活用し，統計情報等を保険者向けに情報提供することで，保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。

サ行	
疾病分類(疾病大分類，疾病中分類)	世界保健機関(WHO)で定められた分類(ICD－10)であり，異なる国や地域から，異なる時点で集計された死亡や疾病のデータや記録を分析，比較するために国際的に統一した基準で設けられた分類です。疾病分類表は，大分類，中分類及び小分類に分かれ，分類表としての形式を統一しています。
収縮期血圧	心臓が収縮し，血液が全身に送り出されたときに血管壁にかかる圧のことをいいます。最高血圧や上の血圧ともいわれています。
診療報酬明細書(レセプト)	保険医療機関等が被保険者の診療に要した医療費を保険者に対して請求する明細書です。患者ごとに作成し，各月の診療内容と医療費が記載されています。
人工透析	腎臓の機能を人工的に代行する治療法で，血液透析と腹膜透析があります。血液透析は血液を体外に取り出し，機械を通して血液を浄化します。腹膜透析は，腹腔内に溜めた透析液を出し入れすることで血液を浄化します。
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	タバコの煙を主とする有害物質を長期に吸入することによる肺の炎症性疾患，喫煙習慣により発症する生活習慣病です。慢性気管支炎や肺気腫の総称。
タ行	
中性脂肪	体内でエネルギー源となりますが，利用されず余った中性脂肪は全身の脂肪細胞や肝臓に蓄積されます。これが血液中に増加すると，動脈硬化を進行させます。
糖尿病性腎症	高血糖の状態が続くことで腎機能が十分に働かなくなる糖尿病の合併症の一つです。人工透析患者の主要原疾患の約 4 割を占めています。
特定健康診査 (特定健診)	40 歳から 74 歳までの被保険者を対象とし，糖尿病や心臓病，脳卒中などの生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とした，メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健康診査です。
特定保健指導	特定健診の結果から，生活習慣病の発症リスクが高い人に対して，医師，保健師，管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートをすることです。リスクの程度に応じて，動機付け支援と積極的支援があります。
ハ行	
ハイリスクアプローチ	疾患を発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込み，そのリスクを下げるように働きかけ，疾患を予防する方法です。
標準化死亡比 (SMR)	死亡率は年齢によって大きな違いがあることから，異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率をそのまま比較することはできないため，標準的な年齢構成に合わせて，地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較する必要があります。標準化死亡比は，基準死亡率(人口 10 万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に，計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものです。国の平均を 100 とし，標準化死亡比が 100 より大きい場合は，国の平均より死亡率が高いと判断され，100 より小さい場合は死亡率が低いと判断されます。
BMI	体格指数を表す body mass index の略称をいいます。〔体重(kg)〕÷〔身長(m)〕^{2}で算出される値で，肥満や低体重(やせ)の判定に使用します。

フレイル	加齢とともに，心身の活力(筋力や認知機能等)が低下し，生活機能障害，心身の脆弱化が出現した状態をいいます。適切な介入・支援により生活機能の維持・向上が可能です。
HbA1c	血液中のブドウ糖と結合したヘモグロビンの割合を表します。検査時点から過去 1～2 か月の平均血糖値を反映し，糖尿病の診断に用いられます。
ポピュレーションアプローチ	大多数の中に潜在的なリスクを抱えた人たちが存在すると考慮した上で，集団全体へ働きかけ，全体としてリスクを下げる方法です。
マ行	
メタボリックシンドローム	内臓脂肪蓄積に加えて，血糖，脂質，血圧が一定以上の値を示している状態をいいます。内臓脂肪の蓄積により，動脈硬化が進行しやすく，心筋梗塞や脳卒中を発症しやすくなります。
ヤ行	
有所見率	特定健診を受診した人のうち，有所見者の占める割合を意味します。

芦屋市国民健康保険

芦屋市データヘルス計画

第２期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画
第３期芦屋市特定健康診査・特定保健指導実施計画

平成 30 年 3 月策定
令和３年３月一部改訂

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
TEL　0797-38-2035