

第2期芦屋市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

＜計画期間：平成30(2018)年度～令和5(2023)年度＞

令和2年度 事業評価

令和4年3月



芦屋市
Ashiya City

目 次

1	第2期芦屋市データヘルス計画における健康課題と対策の方向性	1
2	健康課題の解決に向けた目的・目標及び実施事業	1
3	中長期的目標の達成状況	2
4	短期的目標の達成状況	3
5	事業別調書＜短期的目標＞	4
I.	特定健診受診率向上対策	4
II.	特定保健指導実施率向上対策	8
III.	非肥満者への保健指導	12
IV.	糖尿病性腎症重症化予防事業	16
V.	未治療者支援事業	21
VI.	後発医薬品使用促進事業	25
VII.	適正受診等推進事業	28
6	医療費等に関する現状分析	30

1 第2期芦屋市データヘルス計画における健康課題と対策の方向性

第2期芦屋市データヘルス計画において、本市の現状分析や健康課題から本市が優先的に取り組むべき健康課題と対策の方向性を以下のとおりまとめました。

健康課題等	対策の方向性
◇医療費等に関する状況 ・医療費総額のうち生活習慣病が全体の39.3%を占めている。 ・生活習慣病医療費のうち、腎不全の患者一人当たり医療費が突出して高い。 ・高血圧性疾患の患者数が多く、虚血性心疾患等の重篤な生活習慣病の発症要因となり得る。 ・新規透析導入患者は、約9割が糖尿病、約2割が糖尿病性腎症を併発している。 ・要支援・要介護認定者の有病状況は、生活習慣病に起因する心臓病、高血圧性疾患などの割合が高くなっている。	◇糖尿病、高血圧性疾患の発症予防 ◇糖尿病性腎症重症化予防 ◇健康意識の向上
◇特定健診・特定保健指導の状況 ・特定健診未受診者が6割以上存在し、健康状態が把握できていない。特に40～50歳代の受診率が低い。 ・特定健診の結果、検査値が医療機関受診勧奨値を超えているにもかかわらず医療機関を受診していない人がある。 ・特定保健指導の実施率が全国、兵庫県平均より低い。 ・特定保健指導の対象とならない非肥満者であっても、約4～5割が血圧・血糖・脂質・喫煙の4つのリスク因子のうち、2つ以上のリスク因子を保有している。	◇特定健診受診率の向上 ◇ハイリスク者の医療機関受診支援 ◇特定保健指導実施率の向上
◇その他の保健事業の状況 ・後発医薬品の使用率が全国、兵庫県平均より低い。 ・65歳以上の医薬品服用者の約3割は月5種以上の医薬品が処方されている。また、重複投与も発生している。	◇後発医薬品使用率の向上 ◇適正受診・服薬の推進

2 健康課題の解決に向けた目的・目標及び実施事業

第2期芦屋市データヘルス計画において、上記対策の方向性に基づき、以下のとおり目的・目標及び実施事業を設定しました。

目的	1. 生活習慣病の発症予防と早期発見	2. 生活習慣病の重症化予防	3. 医療費適正化の推進	4. 健康管理の推進
	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	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	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	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＞ ● 事業の具体化に併せて検討
	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	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	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	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

3 中長期的目標の達成状況

目 的	評価指標			計画策定時	中間評価 2年度（2020年度）		最終評価 6年度（2024年度）	
				28年度 （2016年度）	元年度 （2019年度）	目標達成状況	5年度 （2023年度）	目標達成状況
1．生活習慣病の発症予防と早期発見	特定健診受診者の有所見率減少 （収縮期血圧／130mmHg以上）	男性	目標		44.5%	D	43.0%	
			実績	46.1%	46.5%			
		女性	目標		34.5%	D	33.0%	
			実績	36.2%	37.0%			
	特定健診受診者の有所見率減少 （HbA1c／5.6%以上）	男性	目標		56.5%	D	55.0%	
			実績	57.9%	62.0%			
		女性	目標		52.5%	D	51.0%	
			実績	53.9%	58.7%			
	特定健診受診者の有所見率減少 （LDLコレステロール／ 120mg/dl以上）	男性	目標		51.5%	B	49.0%	
			実績	53.3%	51.7%			
		女性	目標		60.5%	B	59.0%	
			実績	62.8%	62.2%			
2．生活習慣病の重症化予防	新規透析導入患者数抑制		目標		抑制	A	抑制	
			実績	9人	3人			
	HbA1c8.0%以上の者の割合減少		目標		0.9%	C	0.7%	
			実績	1.1%	1.1%			
	eGFR45ml/分/1.73㎡未満の者の割合減少		目標		0.9%	D	0.8%	
			実績	1.0%	1.5%			
3．医療費適正化の推進	後発医薬品の使用率（数量ベース）増加		目標		全国平均 （80.4%）	B	全国平均	
			実績	62.6%	69.3%			
	重複投与件数減少		目標		減少	A	減少	
			実績	44件	42件			
4．健康管理の推進	健康意識の向上		目標		77.0%	B	80.0%	
			実績	73.7%	75.2%			
	介護を必要としない65歳以上の高齢者の増加		目標		増加	D	増加	
			実績	78.0%	76.2%			

＜中長期的目標達成状況の評価基準＞

- A：達成（達成率 100%以上）
B：改善（達成率 10%以上100%未満）
C：変化なし（達成率 -10%以上10%未満）
D：悪化（達成率 -10%未満）

＜達成率の考え方＞

増加目標：（現状値－ベースライン値（計画策定時）） / （目標値－ベースライン値（計画策定時））

削減目標：（ベースライン値（計画策定時）－現状値） / （ベースライン値（計画策定時）－目標値）

実施事業／評価指標		28年度 （2016年度）	29年度 （2017年度）	30年度 （2018年度）	目標達成状況	元年度 （2019年度）	目標達成状況	2年度 （2020年度）	目標達成状況	3年度 （2021年度）	目標達成状況	4年度 （2022年度）	目標達成状況	5年度 （2023年度）	目標達成状況
Ⅰ．特定健診受診率向上対策															
未受診者への受診勧奨	目標	－	－	年3回	A	年3回	A	年3回	C	年2回		年2回		年2回	
	実績	年3回	年3回	年3回		年3回		年2回							
継続受診者数	目標	－	－	5,150人	B	5,300人	B	5,450人	C	5,600人		5,850人		6,000人	
	実績	5,020人	4,884人	4,681人		4,645人		4,327人							
特定健診受診率	目標	－	－	45.0%	B	48.0%	B	51.0%	C	54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	40.5%	40.4%	39.9%		41.0%		38.1%							
40～50歳代受診率	目標	－	－	29.0%	B	30.0%	B	31.0%	C	32.0%		33.0%		34.0%	
	実績	26.6%	26.4%	26.8%		27.6%		24.7%							
Ⅱ．特定保健指導実施率向上対策															
健診結果通知の活用による利用啓発	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%							
健診結果を活用した個別相談参加者数	目標	－	－	80人	B	90人	B	100人	C	110人		120人		130人	
	実績	64人	99人	72人		78人		54人							
特定保健指導実施率	目標	－	－	25.0%	B	32.0%	C	39.0%	C	46.0%		53.0%		60.0%	
	実績	16.9%	16.9%	23.1%		18.8%		8.9%							
特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）	目標	－	－	5.0%	A	9.0%	A	13.0%	A	36.0%		38.0%		40.0%	
	実績	27.7%	26.8%	30.9%		33.8%		23.0%							
Ⅲ．非肥満者への保健指導															
対象者への利用勧奨	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%							
保健指導参加者数	目標	－	－	30人	A	35人	B	40人	C	45人		50人		55人	
	実績	30人	22人	35人		29人		13人							
非肥満者のリスク因子保有率＜男性＞	目標	－	－	50.5%	A	50.0%	B	49.5%	B	49.0%		48.5%		48.0%	
	実績	51.1%	51.7%	49.3%		51.0%		50.6%							
非肥満者のリスク因子保有率＜女性＞	目標	－	－	42.5%	B	42.0%	B	41.5%	B	41.0%		40.5%		40.0%	
	実績	43.0%	44.4%	42.9%		45.4%		44.9%							
Ⅳ．糖尿病性腎症重症化予防事業															
対象者への受診勧奨	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%							
事業参加者数	目標	－	－	5人	－	10人	－	15人	－	－	－	－	－	－	－
	実績	－（未実施）	－（未実施）	－（未実施）		－（未実施）		－（未実施）		－		－			
対象者の医療機関受診率	目標	－	－	80.0%	A	82.0%	A	84.0%	C	86.0%		88.0%		90.0%	
	実績	77.8%	75.9%	81.8%		83.3%		58.4%							
保健指導実施率	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%							
Ⅴ．未治療者支援事業															
対象者への受診勧奨	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%							
対象者の医療機関受診率	目標	－	－	45.0%	B	48.0%	B	51.0%	C	54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	41.5%	50.2%	43.4%		43.0%		26.4%							
Ⅵ．後発医薬品使用促進事業															
使用促進通知の送付回数	目標	－	－	年2回	A	年2回	A	年2回	A	年2回		年2回		年2回	
	実績	年2回	年2回	年2回		年2回		年2回							
使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率	目標	－	－	70.0%	A	72.0%	B	74.0%	－	－	－	－	－	－	－
	実績	66.7%	66.8%	71.0%		68.4%		－		－		－			
使用促進通知送付月前後の後発医薬品使用率の増減値	目標	－	－	－	－	－	－	－	－	維持		維持		維持	
	実績	－	－	－		0.7%		－							
Ⅶ．適正受診等推進事業															
通知回数	目標	－	－	年1回	A	年1回	A	年1回	A	年1回		年1回		年1回	
	実績	－（未実施）	年1回	年1回		年1回		年1回							
啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	目標	－	－	10.0%	A	12.0%	A	14.0%	A	51.0%		53.0%		55.0%	
	実績	－（未実施）	25.5%	52.1%		49.0%		33.3%							
Ⅷ．個人へのインセンティブ提供															
参加者数	目標	－	－	－	－	－	－	－	－	450人		475人		500人	
	実績	－	－	－		174人		－							
健康状態（筋力が改善した者の割合	目標	－	－	－	－	－	－	－	－	75.8%		76.6%		77.4%	
	実績	－	－	－		74.2%		－							
Ⅸ．地域包括ケアの推進															
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	目標	－	－	－	－	－	－	－	－	24回		36回		48回	
	実績	－	－	－		－（未実施）		－		－					
咀嚼機能良好者の割合	目標	－	－	－	－	－	－	－	－	86.0%		87.0%		88.0%	
	実績	－	－	－		85.20%		－		－					

＜短期的目標達成状況の評価基準＞

A：達成（目標達成率 100%以上）

B：概ね達成（目標達成率 80%以上100%未満）

C：未達（目標達成率 80%未満）

＜達成率の考え方＞

増加目標：現状値 / 目標値

削減目標：目標値 / 現状値

5 事業別調査＜短期的目標＞

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

1 生活習慣病の発症予防と早期発見

I. 特定健診受診率向上対策

1. 計画内容			
目 的	内臓脂肪の蓄積に起因する予防可能な生活習慣病を早期に発見し、生活習慣病の予防につなげる。		
対象者	40～74歳の被保険者		
目 標	特定健診受診率向上、40～50歳代特定健診受診率向上		
取 組	＜受診機会の確保＞	＜受診率向上＞	＜予防・健康づくり啓発＞
	◇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	◇当年度未受診者への受診勧奨 ◇診療における検査データ活用 ◇みなし健診 ◇ICTの利活用	◇広報紙等を活用した啓発 ◇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

2. 評価指標、実施状況						
ストラクチャー	評価指標	実施状況				
	●事業実施に必要な予算の確保 ●関係機関との連携体制の構築	●事業実施に必要な予算を確保した。 ●未受診者の健診受診率向上を図るため、医師会に対して医療機関へ受診している者で特定健診の対象となる健診未受診者への声かけを協力要請した。また、医師会、医療機関に特定健康診査に関する周知を行うとともに、医療機関掲示用のポスターを作成し、各医療機関に掲示を依頼した。				
プロセス	評価指標	実施状況				
	●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	●特定健診を検査料無料で実施した。受診の方法（個別健診、集団健診）を受診者が選択できるようにし、個別健診は、前年度の実施医療機関53医療機関にさらに2医療機関を加えた市内55医療機関で実施した。集団健診は受診期間内に休日健診の実施日を設けたほか、集会所での巡回健診を実施した。また、がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、乳がん）と同時に実施することにより受診促進を図った。 ●ソーシャルマーケティングの手法を用いた分析およびナッジ理論を活用した効果的な未受診者に対する受診勧奨通知を年2回送付した。市役所内で人通りが多い箇所にチラシを設置した。例年行っている広報活動の一部は、新型コロナウイルス感染症の影響で各種イベントの中止が相次いだため実施できなかった。				
アウトプット	評価指標	30(2018)年度実績	元(2019)年度		2(2020)年度	
			実績	前年度差	目標値	前年度差
	未受診者への受診勧奨	年3回	年3回	—	年3回	年2回 1回減
アウトカム	評価指標	30(2018)年度実績	元(2019)年度		2(2020)年度	
			実績	前年度差	目標値	前年度差
	特定健診受診率	39.9%	41.0%	1.1 [※] 1%増	51.0%	38.1% 2.9 [※] 1%減
	40～50歳代受診率	26.8%	27.6%	0.8 [※] 1%増	31.0%	24.7% 2.9 [※] 1%減

* 継続受診者：当年度と前年度に継続して特定健診を受診している者。

3. 考察

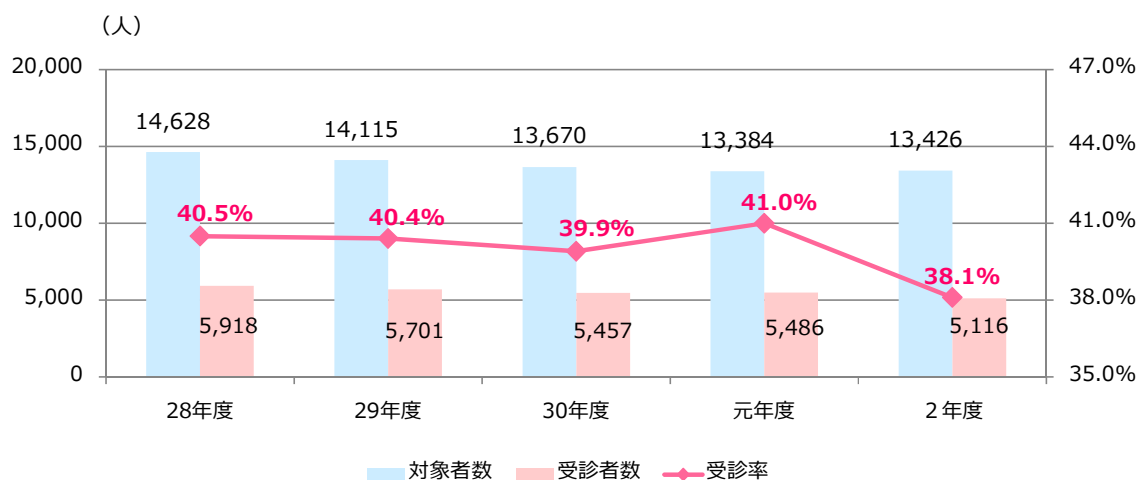
(1) 特定健康診査受診率の推移

単位：人

	対象者数	受診者数	受診率	受診者数内訳※				
				集団健診	個別健診	人間ドック	健康チェック	計
28年度	14,628	5,918	40.5%	2,419	3,643	580	98	6,740
29年度	14,115	5,701	40.4%	2,463	3,340	580	95	6,478
30年度	13,670	5,457	39.9%	2,486	3,084	568	83	6,221
元年度	13,384	5,486	41.0%	2,425	3,148	535	80	6,188
2年度	13,426	5,116	38.1%	1,760	3,361	439	64	5,624

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

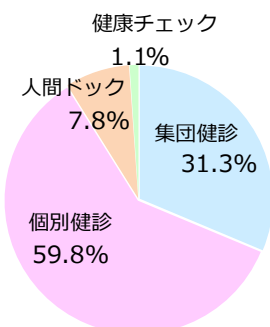
〔資料：法定報告、事務報告書〕



(2) 健診形態別受診割合の推移

	集団健診		個別健診		人間ドック		健康チェック	
	割合	前年度差 (※ポイント)	割合	前年度差 (※ポイント)	割合	前年度差 (※ポイント)	割合	前年度差 (※ポイント)
28年度	35.9%	—	54.1%	—	8.6%	—	1.4%	—
29年度	38.0%	2.1	51.6%	-2.5	9.0%	0.4	1.4%	—
30年度	40.0%	2.0	49.6%	-2.0	9.1%	0.1	1.3%	-0.1
元年度	39.2%	-0.8	50.9%	1.3	8.6%	-0.5	1.3%	—
2年度	31.3%	-7.9	59.8%	8.9	7.8%	-0.8	1.1%	-0.1

〔資料：特定健診データ〕

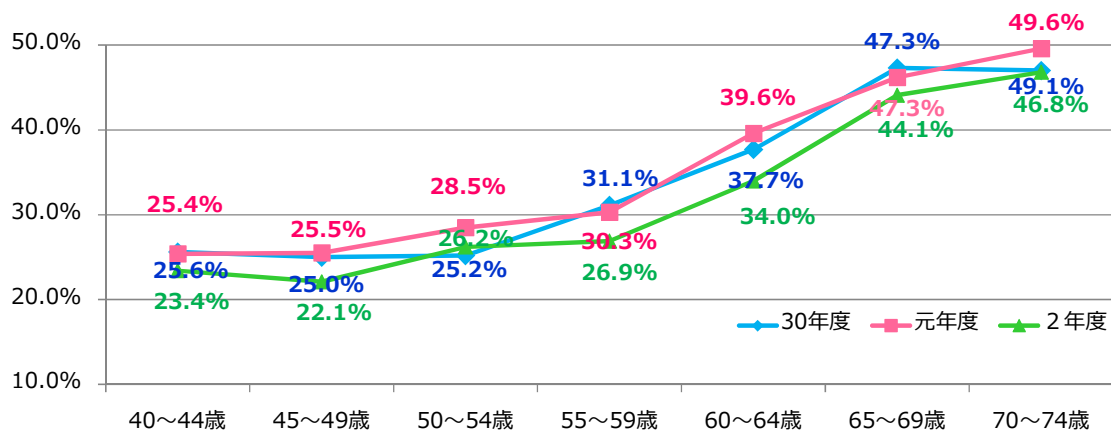


(3) 40～50歳代受診状況

	30年度	元年度		2年度	
		割合	前年度差 (※ポイント)	割合	前年度差 (※ポイント)
受診率	26.8%	27.6%	0.8	24.7%	-2.9
男性	22.6%	24.7%	2.1	23.1%	-1.6
女性	29.9%	29.8%	-0.1	26.0%	-3.8

〔資料：法定報告〕

(4) 年代別受診率の推移



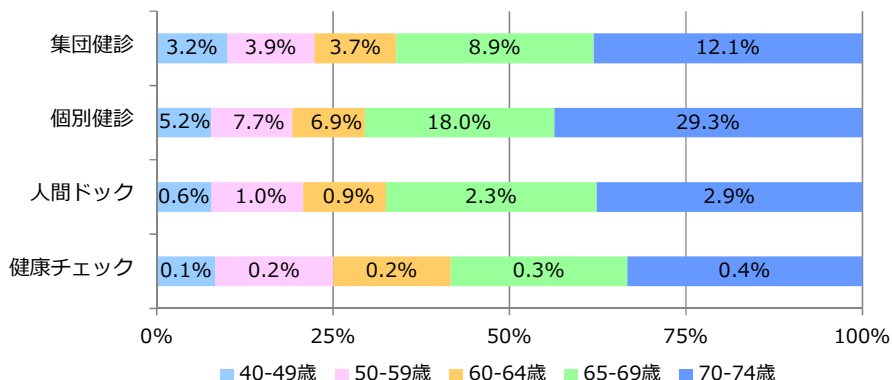
〔資料：法定報告〕

(5) 年代別健診形態別受診状況（令和2年度）

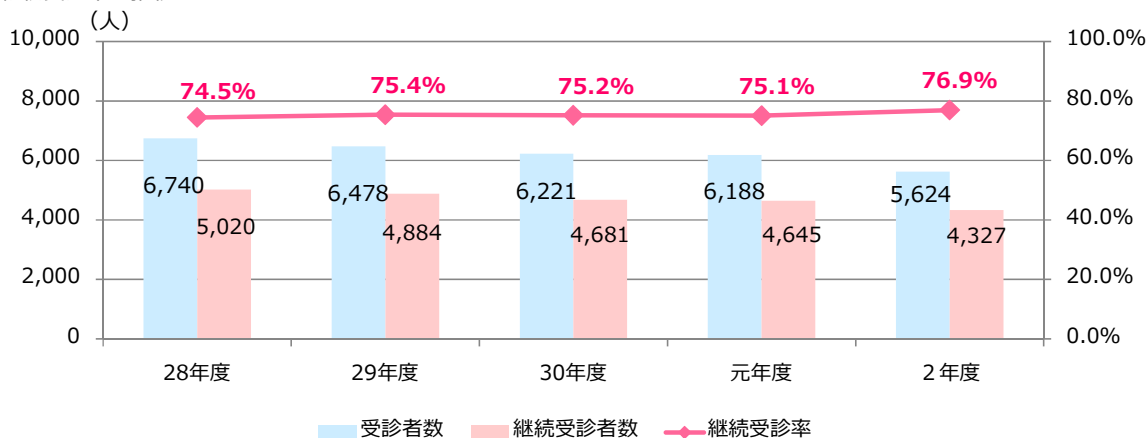
単位：人

内訳	40-49歳		50-59歳		60-64歳		65-69歳		70-74歳		計
	対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	割合	
対象者数	2,408	16.0%	2,544	16.9%	1,662	11.0%	3,308	22.1%	5,119	34.0%	15,041
受診者数	534	9.5%	661	11.8%	604	10.7%	1,474	26.2%	2,351	41.8%	5,624
集団健診	203	11.5%	220	12.5%	207	11.8%	447	25.4%	683	38.8%	1,760
個別健診	287	8.5%	375	11.2%	336	10.0%	881	26.1%	1,482	44.1%	3,361
人間ドック	37	8.4%	56	12.8%	52	11.8%	129	29.4%	165	37.6%	439
健康チェック	7	10.9%	10	15.6%	9	14.0%	17	26.6%	21	32.8%	64

〔資料：特定健診データ〕

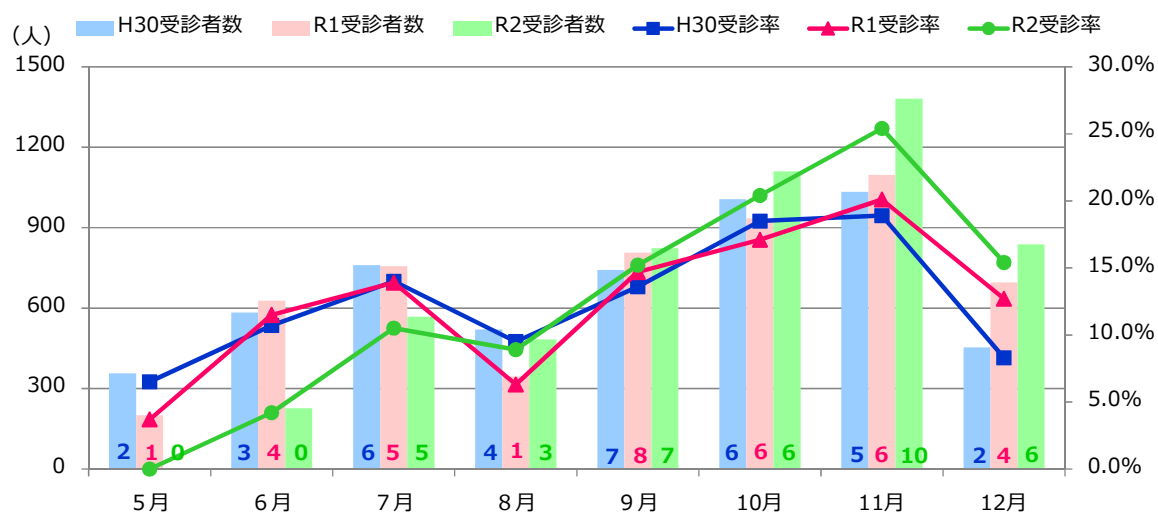


(6) 継続受診率の推移



〔資料：特定健診データ〕

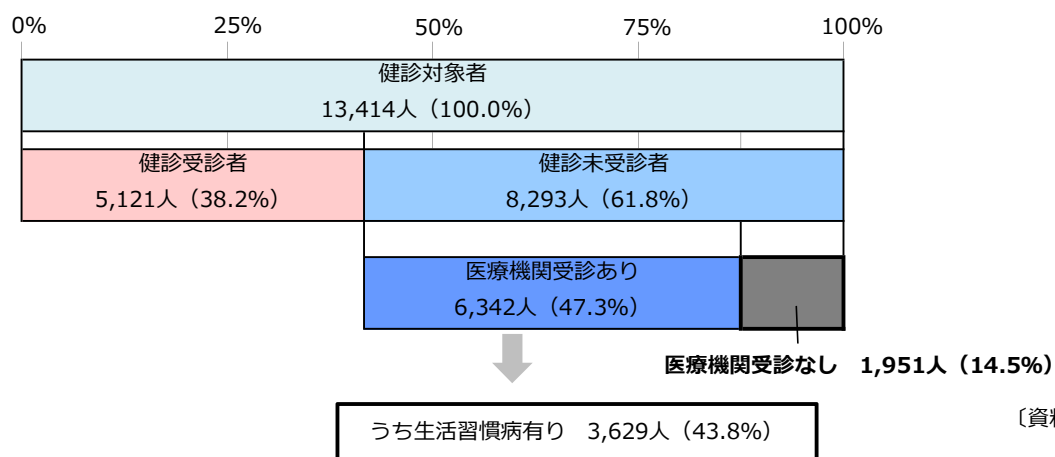
(7) 月別受診者数、受診率の推移（集団健診、個別健診）



※グラフ内の数字は集団健診の開催回数

〔資料：特定健診データ〕

(8) 健診受診有無と医療機関受診の状況（令和2年度）



〔資料：KDBデータ〕

4. 総合評価・課題

- ・新型コロナウイルス感染症の流行による特定健診の中止および受診控えの影響で、特定健診受診率が前年度比2.9ポイント減の38.1%となり、目標の51.0%を達成することができなかった。しかし、その受診控えが収まった秋頃からは、受診者が大幅に増加したことで、個別健診の受診率は前年度比8.9ポイント増となった。
- ・新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響で、継続受診者数（当年度と前年度の2年連続健診を受診した者の数）は目標の5,450人には届かなかった。受診者数は減少傾向にあるものの、受診者数に占める継続受診者の割合は前年度比1.8ポイント増となった。全体的な受診率向上には対象者の継続利用が欠かせないため、対象者への効果的な受診勧奨を検討する必要がある。

Ⅱ. 特定保健指導実施率向上対策

1. 計画内容

目 的	特定健診の結果から生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して保健指導を実施し、生活習慣病の発症と重症化を予防する。	
対象者	特定健診の結果から、生活習慣病の改善が必要と判断される被保険者	
目 標	特定保健指導実施率向上、特定保健指導対象者の減少	
取 組	＜利用機会の確保＞	＜実施率向上＞
	◇運用方法見直し ◇健診結果を活用した個別相談の実施 ◇特定健診当日の保健指導（集団健診）	◇電話による利用勧奨 ◇健診結果通知の活用による利用啓発（集団健診） ◇医療機関からの利用勧奨（個別健診）

2. 評価指標、実施状況

ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	●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	●事業実施に必要な予算を確保した。 ●集団健診実施機関と連携し、集団健診会場にて健診当日に分かる結果の説明を行うとともに、特定保健指導該当者へ利用勧奨を行った。					
プロセス	評価指標	実施状況					
	●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	●特定健診当日の結果説明において、特定保健指導対象者に特定保健指導の利用勧奨を行った。また、特定健診結果相談会に参加した保健指導該当者に対し同時に初回面接を実施した。このほか、一定期間経過後も特定保健指導が未利用の者に対し、個別に郵送等で勧奨を行い利用促進を図った。 ●動機付け支援において血圧、体組成、腹囲などの測定会を新たに設け、自身で健康管理行動を促す内容に改め、利用者に取り組みやすいプログラム内容とした。					
アウトプット	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	健診結果通知の活用による利用啓発	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
アウトカム	健診結果を活用した個別相談参加者数	72人	78人	6人増	100人	54人	24人減
	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
アウトカム	特定保健指導実施率	23.1%	18.8%	4.3 [※] 1 [※] 増	39.0%	8.9%	9.9 [※] 1 [※] 増
	特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）（*）	30.9%	33.8%	2.9 [※] 1 [※] 増	13.0%	23.0%	10.8 [※] 1 [※] 増

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

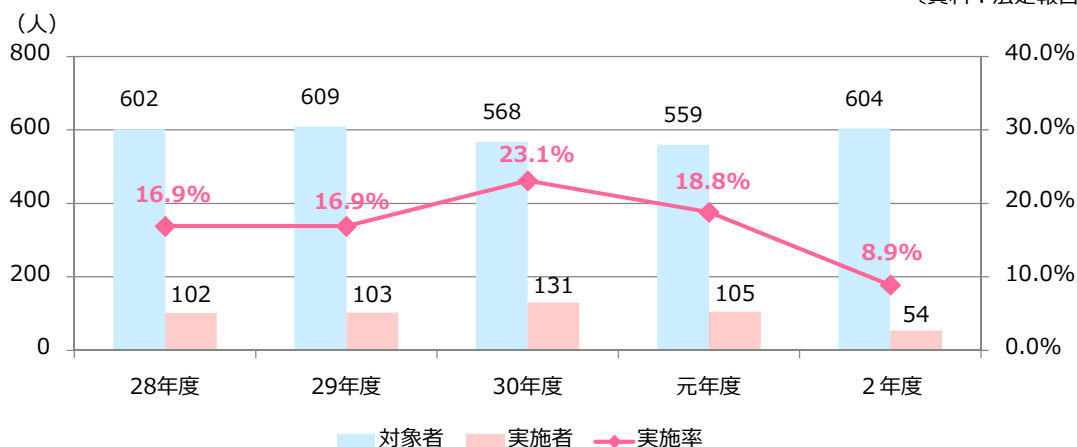
3. 考察

(1) 特定保健指導実施率の推移

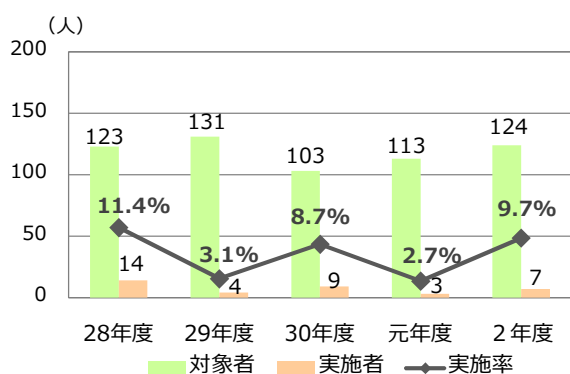
単位：人

	積極的支援			動機付け支援			合 計		
	対象者	終了者	実施率	対象者	終了者	実施率	対象者	終了者	実施率
28年度	123	14	11.4%	479	88	18.4%	602	102	16.9%
29年度	131	4	3.1%	478	99	20.7%	609	103	16.9%
30年度	103	9	8.7%	465	122	26.2%	568	131	23.1%
元年度	113	3	2.7%	446	102	22.9%	559	105	18.8%
2年度	124	7	9.7%	480	47	9.8%	604	54	8.9%

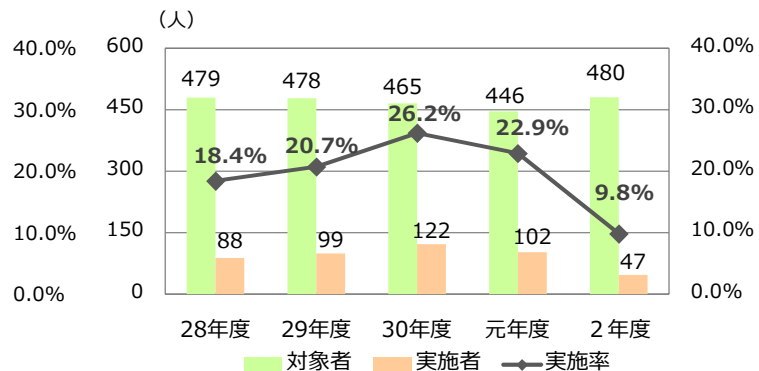
〔資料：法定報告〕



■積極的支援

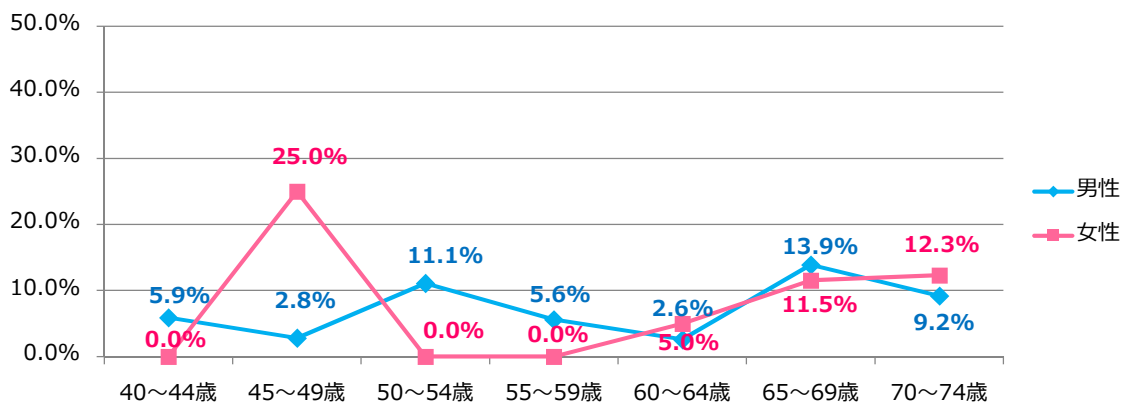


■動機付け支援



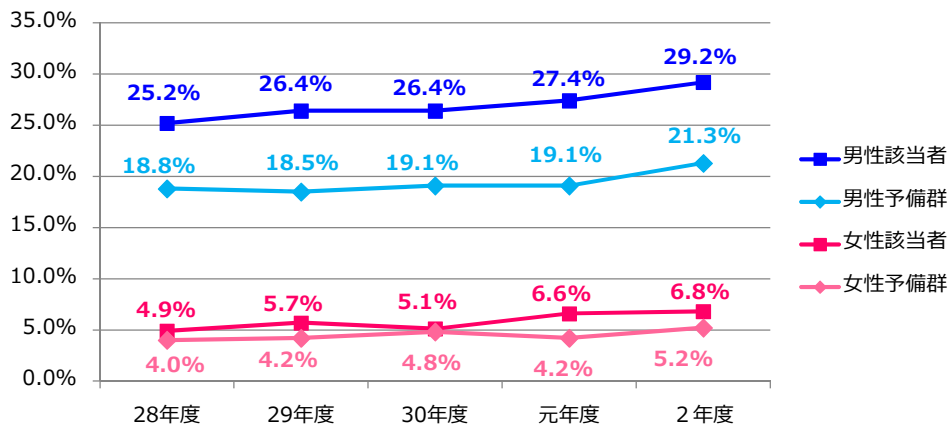
〔資料：法定報告〕

(2) 年代別男女別特定保健指導実施率 (令和2年度)



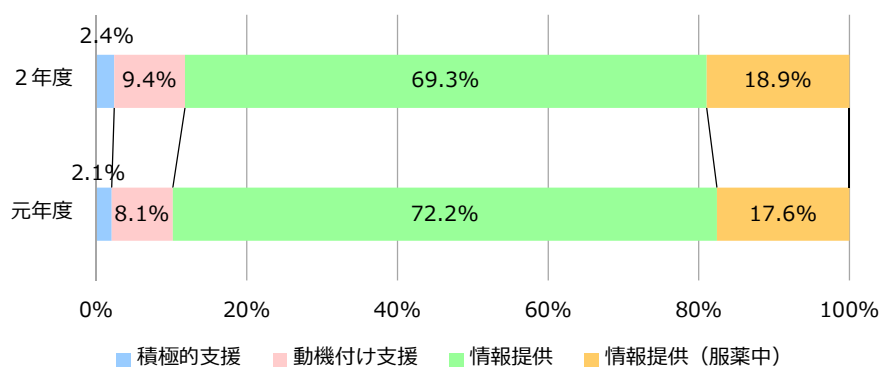
〔資料：法定報告〕

(3) 男女別メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合の推移



〔資料：法定報告〕

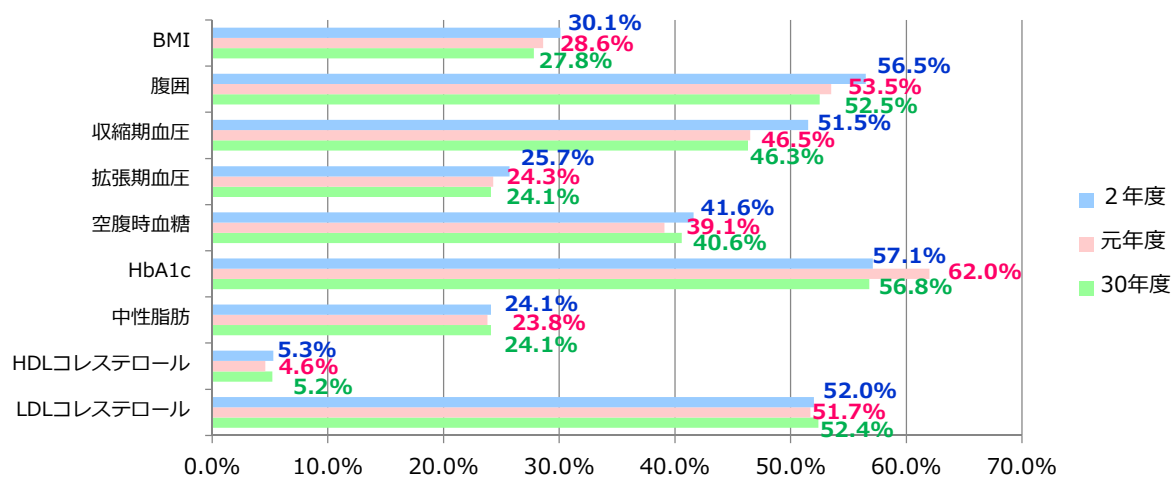
(4) 特定健診受診者の特定保健指導レベルの状況（平成元年度－令和2年度）

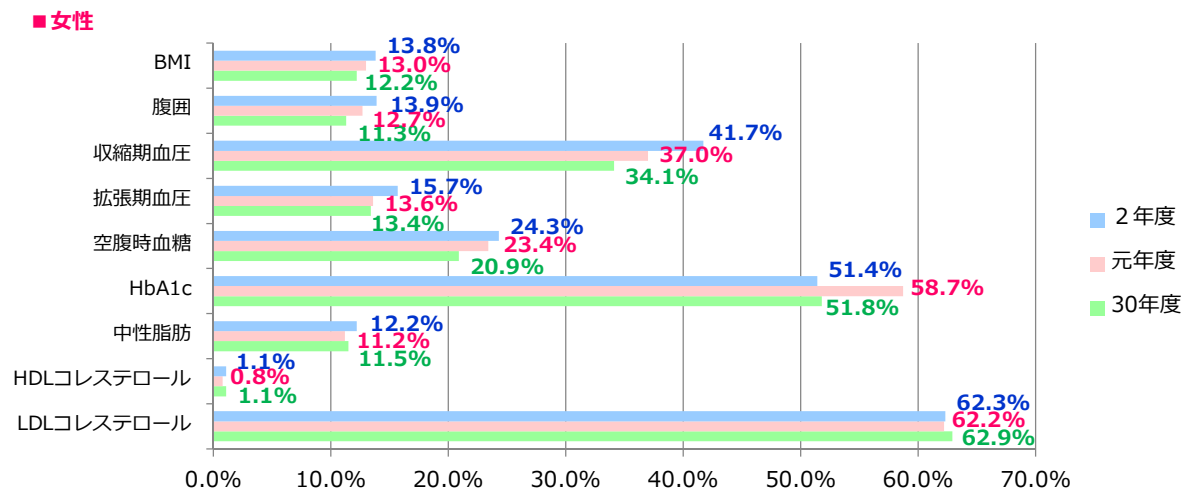


〔資料：法定報告〕

(5) 特定健診受診者の有所見率の推移

■男性





〔資料：KDBデータ〕

<参考>

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

4. 総合評価・課題

- ・新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言発令により、特定保健指導の教室（健康チャレンジ教室）の実施と利用案内はがきの発送を中止したため実施回数が少なくなった。また、見通しのつかない状況から特定保健指導の予約者の中には、日程を変更せずにキャンセルとなった者もいた。そのため、特定保健指導実施率が大幅に減少した。ただし、緊急事態宣言中でも、予約者が強く希望した場合は指導を実施したため、完全な中止は免れた。
- ・特定保健指導の教室以外に、集団特定健診で特定保健指導初回分割実施しているが、より特定保健指導を実施するために、送付物の工夫、インセンティブを活用した効果的な利用勧奨を検討・実施していく必要がある。

Ⅲ. 非肥満者への保健指導

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

2. 評価指標，実施状況							
ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。					
	●関係機関との連携体制の構築	●保健指導を実施し，必要な者には医療機関への受診勧奨を行った。					
プロセス	評価指標	実施状況					
	●効果的な対象者の抽出及び保健指導プログラムの実施	●優先順位の高い生活習慣の改善方法を把握するため，食事診断や該当項目の検査を行い，医師，保健師，管理栄養士による保健指導を実施するプログラム内容とした。 ＜保健指導対象者＞ 特定保健指導の対象とならない下記基準に該当する被保険者					
	血 圧	収縮期血圧：130mmHg以上～140mmHg未満 または 拡張期血圧：85mmHg以上～90mmHg未満					
	血 糖	HbA1c：5.6%以上～6.5%未満 または 空腹時（随時）血糖：100mg/dL以上～126mg/dL未満					
	脂 質	LDLコレステロール：120mg/dL以上～140mg/dL未満 または HDLコレステロール：35mg/dL以上～40mg/dL未満 または 中性脂肪：150mg/dL以上～300mg/dL未満					
アウトプット	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2 (2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	対象者への利用勧奨	100.0%	100.0%	－	100.0%	100.0%	－
	保健指導参加者数	35人	29人	6人減	40人	13人	16人減
アウトカム	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2 (2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	非肥満者のリスク因子保有率 （＊）男性	49.3%	51.0%	1.7 [※] ｲﾝﾄ増	49.5%	50.6%	0.4 [※] ｲﾝﾄ減
	非肥満者のリスク因子保有率 （＊）女性	42.9%	45.4%	2.5 [※] ｲﾝﾄ増	41.5%	44.9%	0.5 [※] ｲﾝﾄ減

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

3. 考察

(1) 肥満・非肥満リスク因子分布状況（令和2年度）

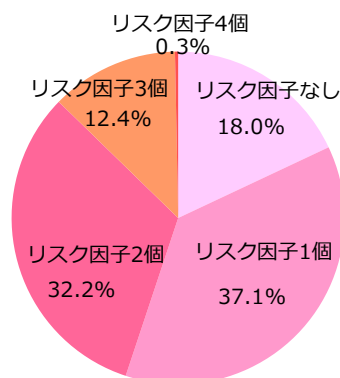
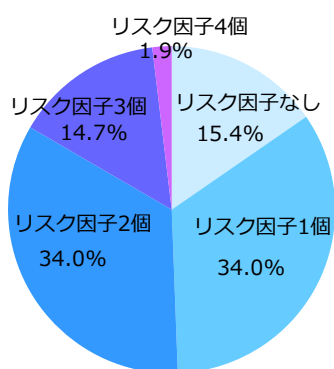
リスク因子なし(25.6%)	リスク因子なし(6.0%)
	リスク因子1個(17.9%)
	リスク因子2個以上(20.8%)
リスク因子1個(27.0%)	服薬有り(55.3%)
リスク因子2個以上(12.4%)	
服薬有り(35.0%)	
非肥満 (60.7%)	肥満 (39.3%)

〔資料：KDBデータ〕

(2) 非肥満者の男女別リスク因子保有数割合（令和2年度）

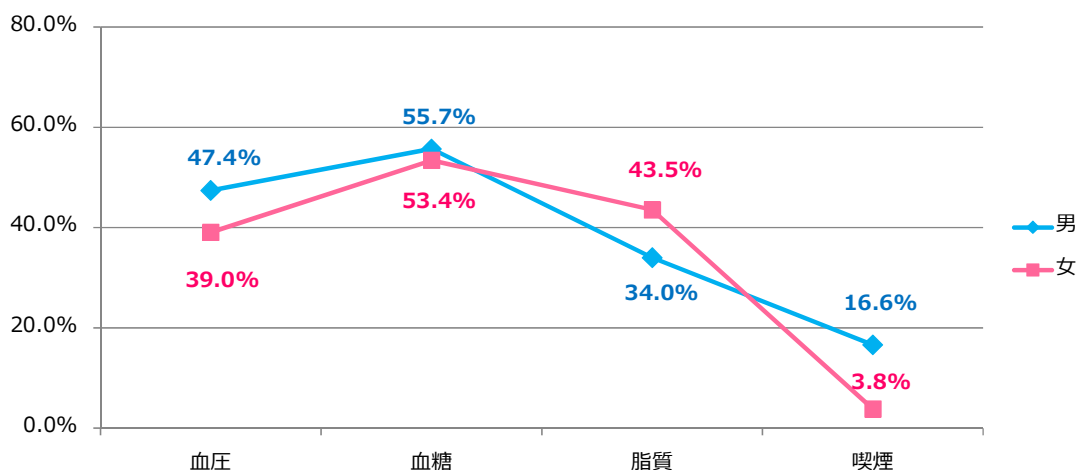
■男性

■女性



〔資料：特定健診データ〕

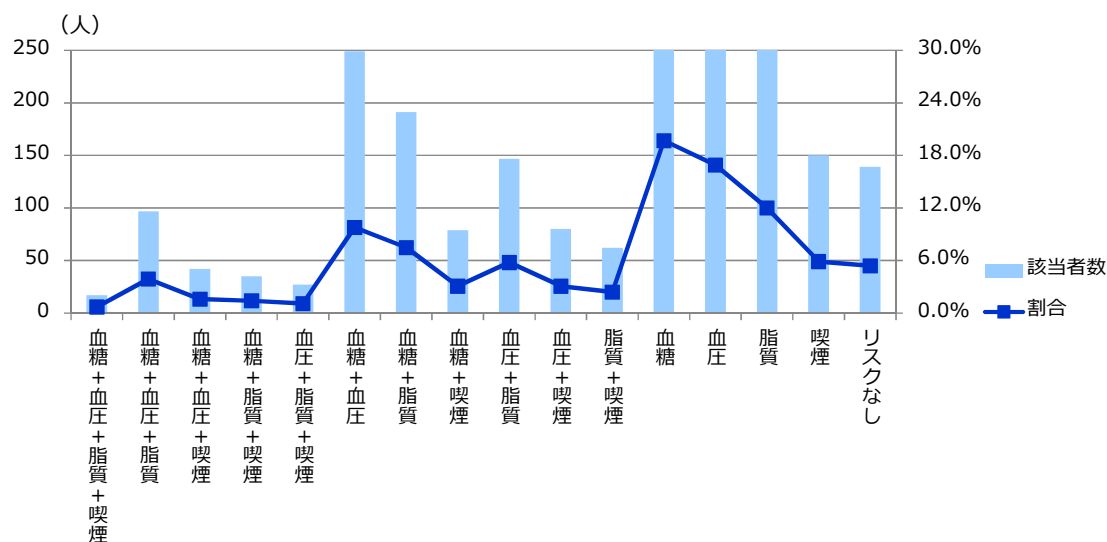
(3) 非肥満者の男女別リスク因子保有状況（令和2年度）



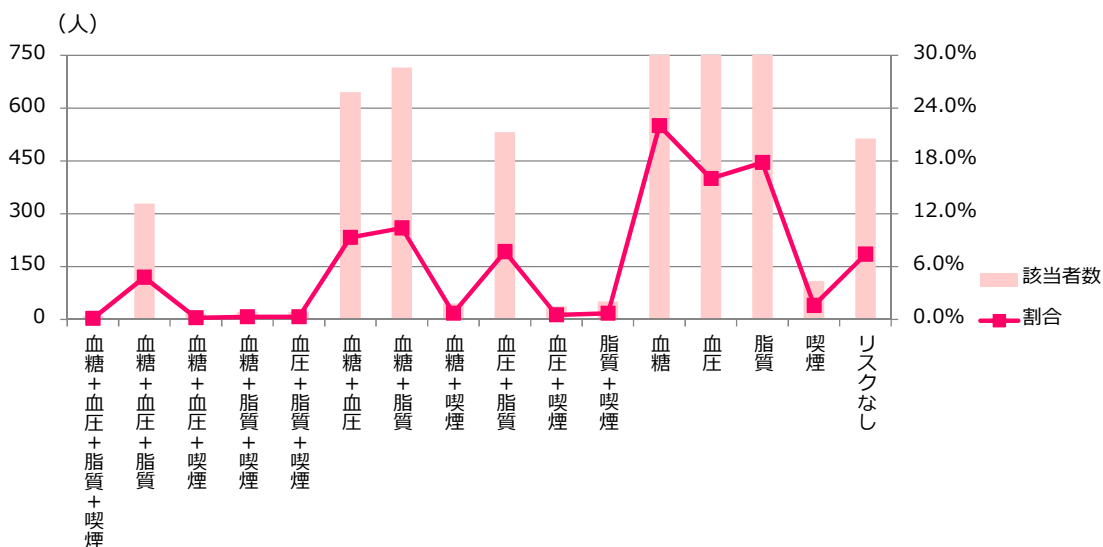
〔資料：特定健診データ〕

(4) 非肥満者のリスク因子の該当状況 (令和2年度)

■男性



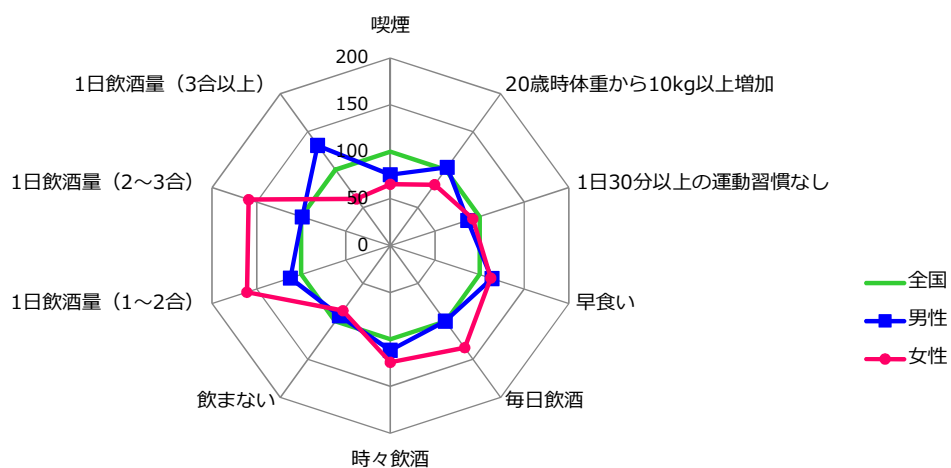
■女性



[資料：特定健診データ]

(5) 質問調査状況標準化比 (令和2年度)

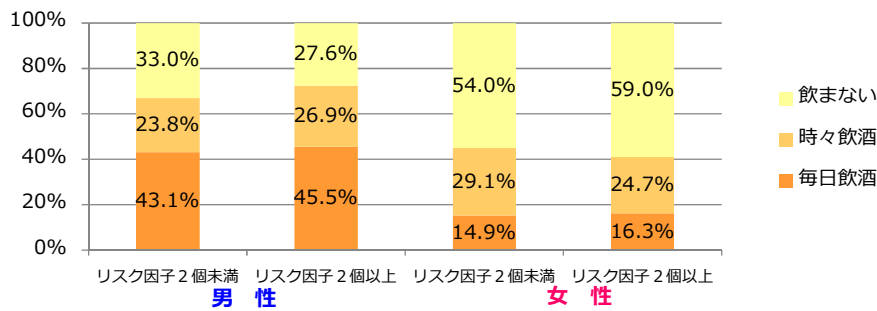
※全国を100として表示



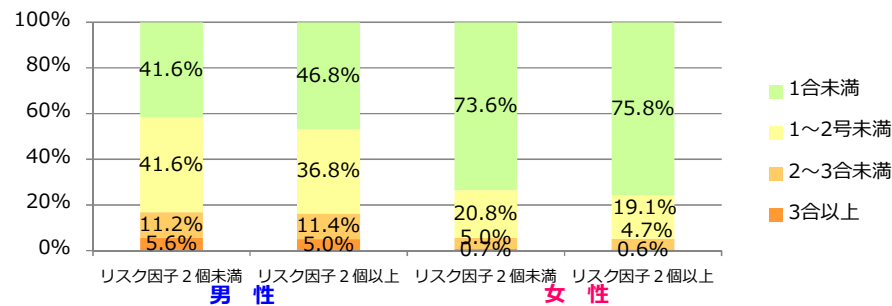
[資料：KDBデータ]

(6) 非肥満者の男女別生活習慣の状況（令和2年度）

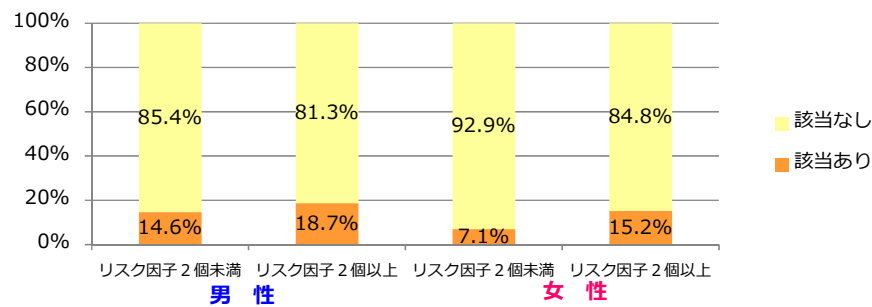
① 飲酒



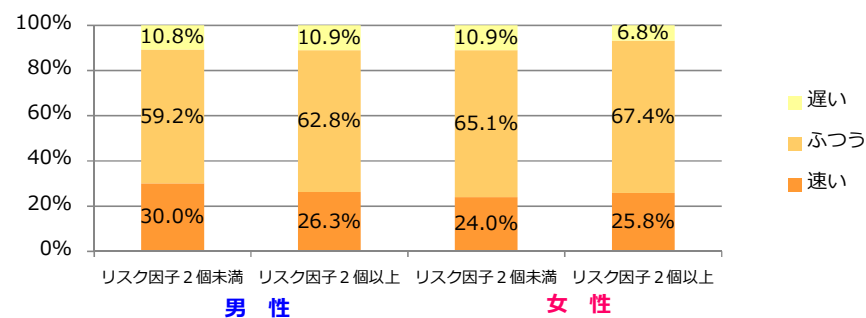
② 飲酒量



③ 20歳時から体重10kg以上増加



④ 食事の速さ



〔資料：特定健診データ〕

4. 総合評価・課題

- ・非肥満者のリスク因子保有率では、男性は50.6%、女性は44.9%と前年度よりわずかに減少したものの目標達成に至らなかった。
- ・特定健診受診者の約7割は非肥満者であるが、その半数以上は血糖・血圧・脂質・喫煙のうちいずれかのリスクを保有している状態であり、非肥満者であっても危険因子が集積すると虚血性心疾患や脳血管疾患発症のリスクになり得るため、早期から保健指導を行う必要がある。また、代謝異常促進要因とされている飲酒習慣、早食いについて、リスク因子2個以上の男性の該当率が高いため、生活習慣の振り返りを行い本人の気付きになるような保健指導が必要である。

2 生活習慣病の重症化予防

IV. 糖尿病性腎症重症化予防事業

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

2. 評価指標, 実施状況							
ストラ ク チ ャ ー	評価指標	実施状況					
	●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	●事業実施に必要な予算を確保した。 ●市内医療機関を対象とした説明会において, 本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。対象者の医療機関受診状況等について, 「主治医連絡書」及び「受診結果報告書」にてかかりつけ医と連携した。対象者の行動変容など事業実施状況について, 医師会, 糖尿病専門医へ報告し, 本事業における課題等の情報共有を行った。					
プ ロ セ ス	評価指標	実施状況					
	●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	●個人ごとの個人記録表を作成し, 関係者と情報共有を図った。 ●対象者基準の変更にあたり医師会と協議した他, 兵庫県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会において, 効果的な対象者の抽出, 事業運営について専門的知見を有する有識者の助言を受け事業を実施した。 <対象者(令和2年度)> 特定健診(集団健診, 個別健診)等の結果が下記1または2に該当し, 健診翌月を含めた過去6か月間に該当する疾患に係るレセプトがない者 1. ①に該当し, ②または③に該当する者 ①HbA1c6.5以上または空腹時血糖(随時血糖)126mg/dL以上 ②尿蛋白(+)以上 ③eGFR60mL/分/m ² 未満 2. HbA1c7.0%以上					
ア ウ ト プ ッ ト	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
	事業参加者数	— (未実施)	— (未実施)	—	15人	— (未実施)	—
ア ウ ト カ ム	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	対象者の医療機関受診率	81.8%	83.3%	1.5 [※] 1 [※] 増	84.0%	58.4%	24.9 [※] 1 [※] 減
	保健指導実施率	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
* 対象者の医療機関受診率: 国保資格喪失者を対象者から除いた受診率。							

3. 考察

(1) 保健指導対象者の受診状況

単位：人

		30年度	元年度	2年度
対象者		11 (100.0%)	24 (100.0%)	12 (100.0%)
内 訳	受診	9 (81.8%)	20 (83.3%)	7 (58.4%)
	保健指導前受診	7 (63.6%)	18 (75.0%)	4 (41.7%)
	保健指導後受診	2 (18.2%)	2 (8.3%)	3 (16.7%)
	未受診	2 (18.2%)	4 (16.7%)	5 (41.6%)
	国保資格喪失	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

◇保健指導対象者

30年度：HbA1c8.0%以上の集団健診受診者

元年度：1. ①に該当し、②または③に該当する者

①HbA1c6.5以上または空腹時血糖（随時血糖）

②尿蛋白（+）以上

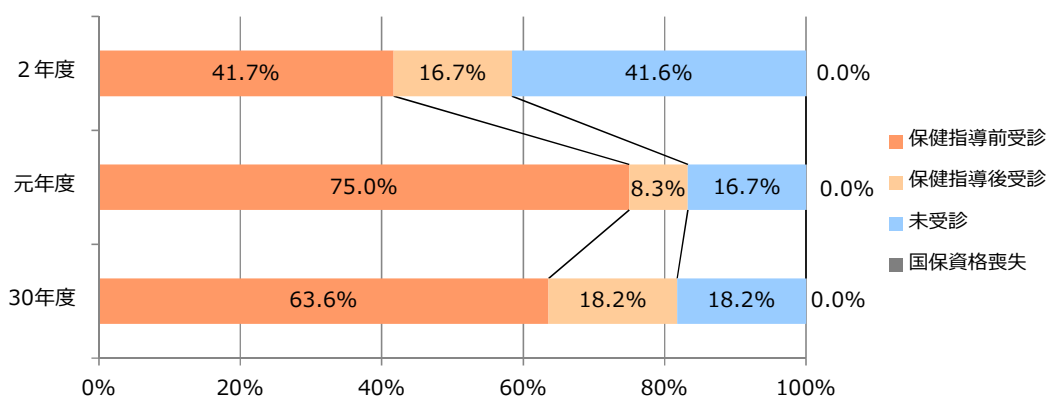
③eGFR60mL/分/m²未満

2. HbA1c8.0%以上

2年度：前頁に記載のとおり

※未受診：訪問・文書等により指導を行ったものの受診につながらなかった者。

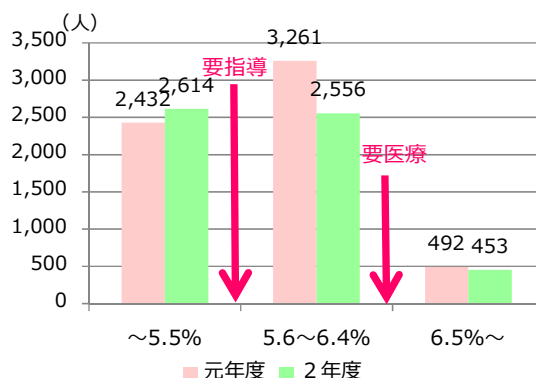
〔資料：特定健診データ等〕



(2) 特定健診受診者のHbA1cの分布状況

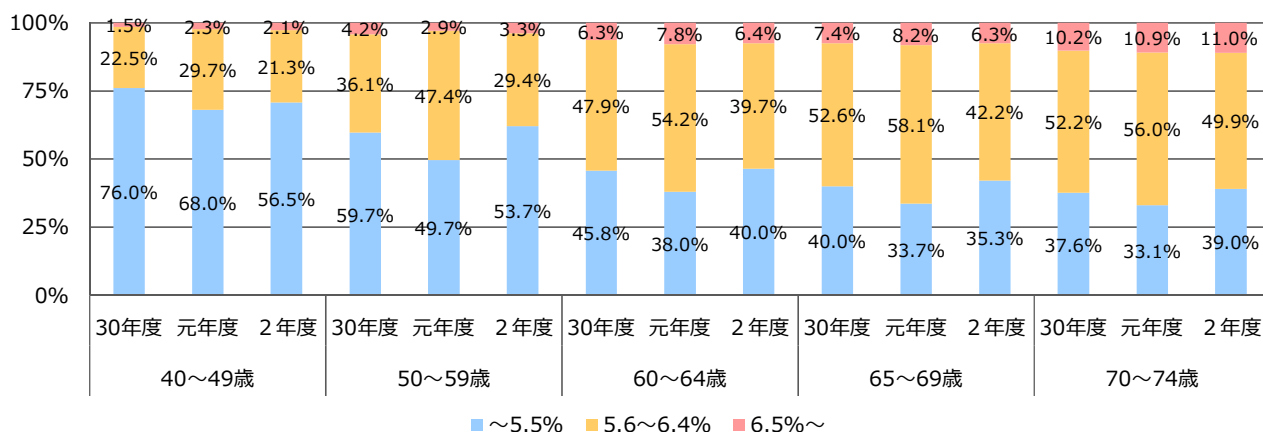
単位：人

HbA1c (%)	定義	元年度		2年度	
		該当者数	構成比	該当者数	構成比
～5.5	基準範囲	2,432	39.3%	2,614	46.5%
5.6～6.4	要指導	3,261	52.7%	2,556	45.4%
6.5～	要医療	492	8.0%	453	8.1%
	うち7.0～7.9（再掲）	181	2.9%	165	2.9%
	うち8.0以上（再掲）	68	1.1%	72	1.3%



〔資料：特定健診データ〕

(3) 特定健診受診者のHbA1c年齢別分布状況

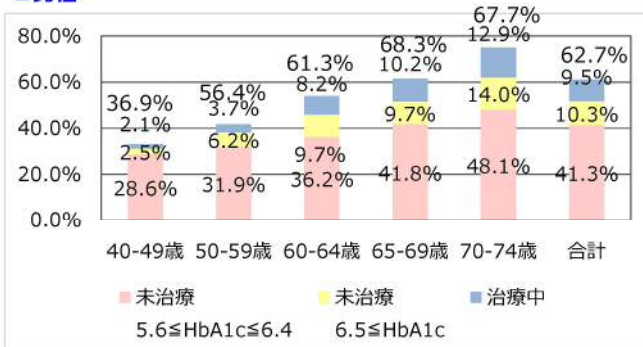


〔資料：特定健診データ〕

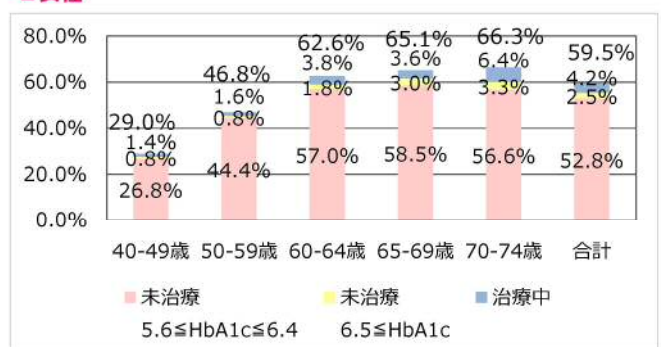
(4) 特定健診受診者のHbA1c有所見状況(年代別治療状況)

【2年度】

■男性

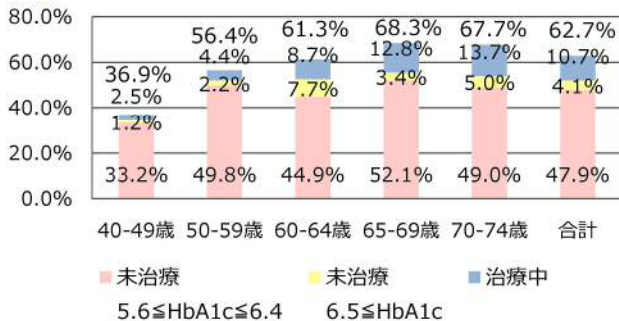


■女性

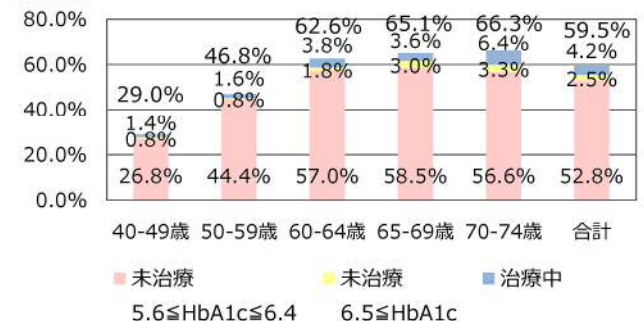


【元年度】

■男性

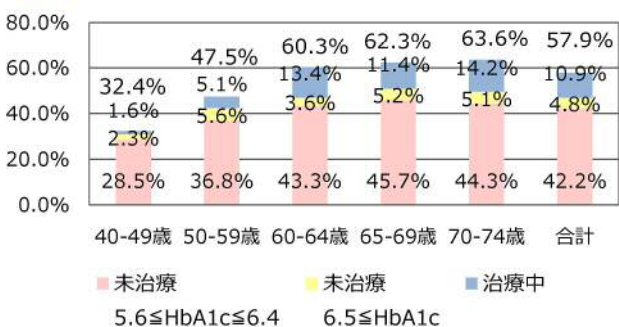


■女性

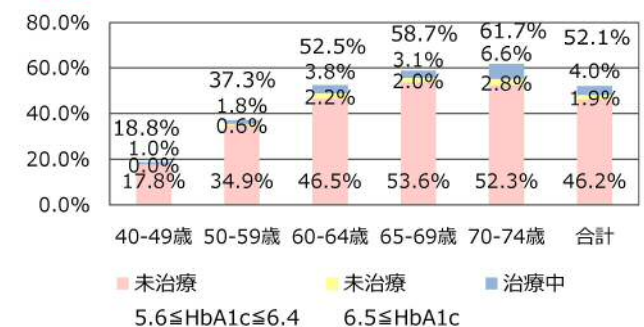


【30年度】

■男性



■女性



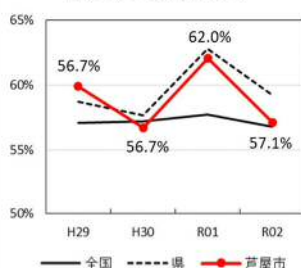
〔資料：特定健診データ〕

(5) 特定健診受診者のHbA1c有所見状況(男女別・年齢調整)の経年推移

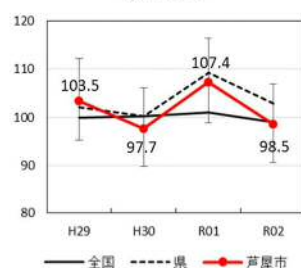
※標準化比については、H28の全国を100として表示

■男性

割合(年齢調整なし)

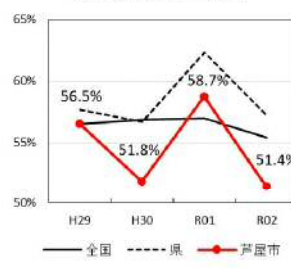


標準化比

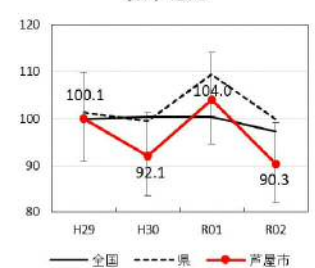


■女性

割合(年齢調整なし)



標準化比



〔資料：KDBデータ〕

(6) 平成30年度に健診を受診した者の2年後の状況

		令和2年度					合 計 (人)
		HbA1c $\geq$ 5.5	5.6 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.4	6.5 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.9	7 $\leq$ HbA1c $\leq$ 7.9	8 $\leq$ HbA1c	
平成30年度	HbA1c $\geq$ 5.5	1,441	290	2	0	0	1,733
	5.6 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.4	365	1,386	39	12	4	1,806
	6.5 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.9	1	74	60	21	6	162
	7 $\leq$ HbA1c $\leq$ 7.9	0	20	43	46	12	121
	8 $\leq$ HbA1c	2	1	8	17	14	42
合 計 (人)		1,809	1,771	152	96	36	3,864

全 体	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	531	13.7%
不 変	2,947	76.3%
悪 化	386	10.0%
合 計	3,864	100.0%

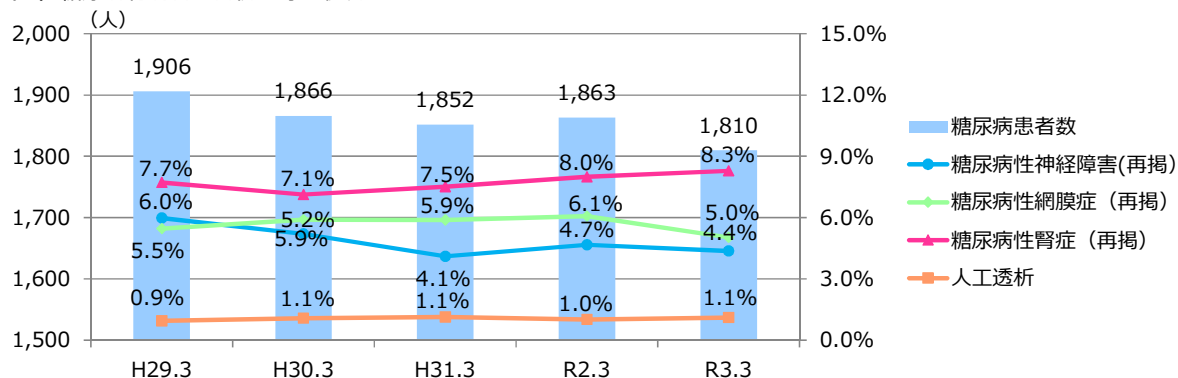
平成30年度 HbA1c $\geq$ 5.5	人 数 (人)	割 合 (%)
不 変	1,441	83.2%
悪 化	292	16.8%
合 計	1,733	100.0%

平成30年度 5.6 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.4	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	365	20.2%
不 変	1,386	76.7%
悪 化	55	3.0%
合 計	1,806	100.0%

平成30年度 6.5 $\leq$ HbA1c	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	166	51.1%
不 変	120	36.9%
悪 化	39	12.0%
合 計	325	100.0%

〔資料：特定健診データ〕

(7) 糖尿病有病者の合併症等の状況



〔資料：KDBデータ〕

(8) 特定健診受診者の慢性腎臓病 (C K D) 重症度分類 (令和2年度)

単位：人

eGFR区分			尿蛋白	A 1	A 2	A 3
			区分	(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
			5,616	5,403	194	49
G1	90以上	正常または高値	376	362	14	0
G2	60～90未満	正常または軽度低下	3,933	3,791	123	19
G3 a	45～60未満	軽度～中等度低下	1,189	1129	44	16
G3 b	30～45未満	中等度～高度低下	104	88	9	7
G4	15～30未満	高度低下	10	3	4	3
G5	15未満	末期腎不全	4	0	0	4

慢性腎臓病（CKD）リスクあり
1,463人（26.1%）

慢性腎臓病 (C K D) リスクあり
1,463人 (26.1%)

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

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

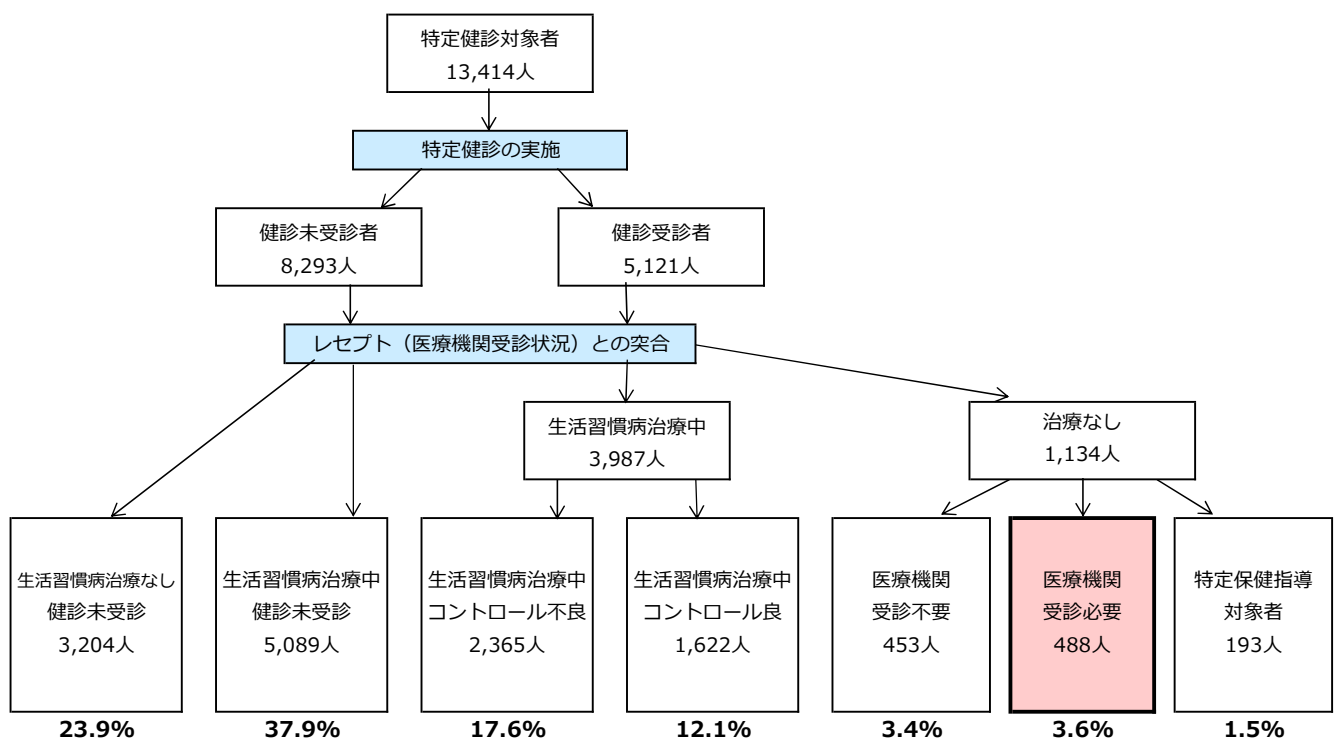
eGFR区分			尿蛋白			
			区分	A 1 (-) or (±)	A 2 (+)	A 3 (2+) 以上
			2,199	2,108	83	8
G1	90以上	正常または高値	251	245	6	0
G2	60～90未満	正常または軽度低下	2,377	2,314	58	5
G3 a	45～60未満	軽度～中等度低下	545	526	17	2
G3 b	30～45未満	中等度～高度低下	24	23	1	0
G4	15～30未満	高度低下	2	0	1	1
G5	15未満	末期腎不全	0	0	0	0

慢性腎臓病（CKD）リスクあり
640人（20.0%）

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

〔資料：特定健診データ〕

（9）特定健診対象者の治療状況（令和2年度）



※生活習慣病：新生物，筋骨格系疾患，精神疾患を含む

糖尿病性腎症重症化予防事業
未治療者支援事業

〔資料：KDBデータ〕

4. 総合評価・課題

- 対象者の医療機関受診率は、令和元年度より24.9ポイント減少し、目標の84.0%を達成することができなかった。
新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響が大きかったと考えられるため、受診者の方の気持ちも考えながら、医療機関受診につなげていきたい。
- HbA1cの分布状況では、令和元年度に比べ基準範囲内の割合が増加したものの、健診受診者の半数以上（53.5%）は基準範囲外のため、引き続き集団健診会場における糖尿病の予防啓発など効果的なポピュレーションアプローチを実施していく必要がある。
- 生活習慣病治療中であってもコントロール不良の者が健診対象者の17.6%存在することから、重症化予防のため健診受診者のうち治療中断者や治療中でもコントロール不良者に対し、かかりつけ医と連携した保健指導の実施を検討していく必要がある。

V. 未治療者支援事業

1. 計画内容

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

2. 評価指標、実施状況

ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	●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	●事業実施に必要な予算を確保した。 ●市内医療機関を対象とした説明会において、本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。					
プロセス	評価指標	実施状況					
	●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	●概ね健診から2ヶ月後のレセプトを確認し、未治療者へ受診の必要性を記載した受診勧奨通知を送付した。また、リスクが重複する者には、健診結果が分かり次第、電話勧奨により受診の必要性を説明した。 ●対象者を集団健診受診者だけでなく個別健診受診者へも拡充し、より多くの未治療者へ早期治療の必要性について通知した。 ＜対象者（令和2年度）＞ 特定健診（集団健診、個別健診）等の結果が下記基準に該当する者のうち未治療の被保険者					
	血 圧		収縮期血圧：160mmHg以上 または 拡張期血圧：100mmHg以上（Ⅱ度高血圧以上）				
	血 糖		HbA1c：6.5%以上 または 空腹時血糖（随時血糖）：126mg/dL以上				
	脂 質		LDLコレステロール：180mg/dL以上 または 中性脂肪：500mg/dL以上				
	腎機能		尿蛋白：（+）以上 または eGFR：45mL/分/1.73㎡未満				
アウトプット	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	対象者への受診勧奨	100.0%	100.0%	—	100.0%	100.0%	—
アウトカム	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	対象者の医療機関受診率	43.4%	43.0%	0.4 [※] 点減	51.0%	26.4%	16.6 [※] 点減

* 対象者の医療機関受診率：国保資格喪失者を対象者から除いた受診率。

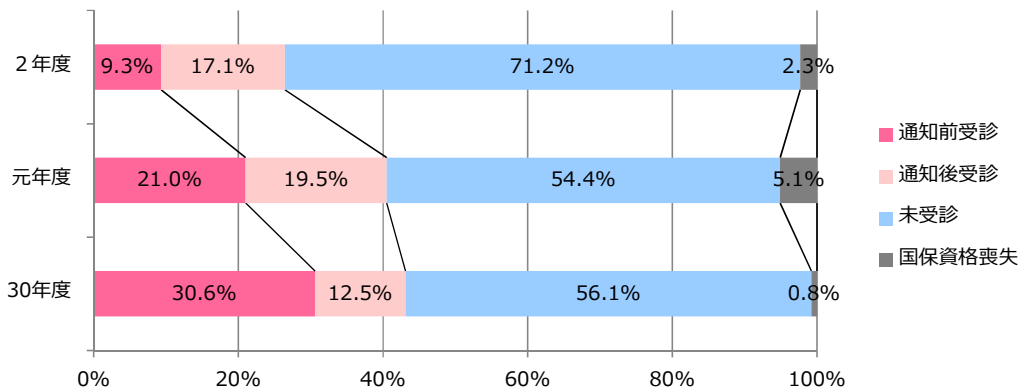
3. 考察

(1) 受診勧奨通知対象者の受診状況

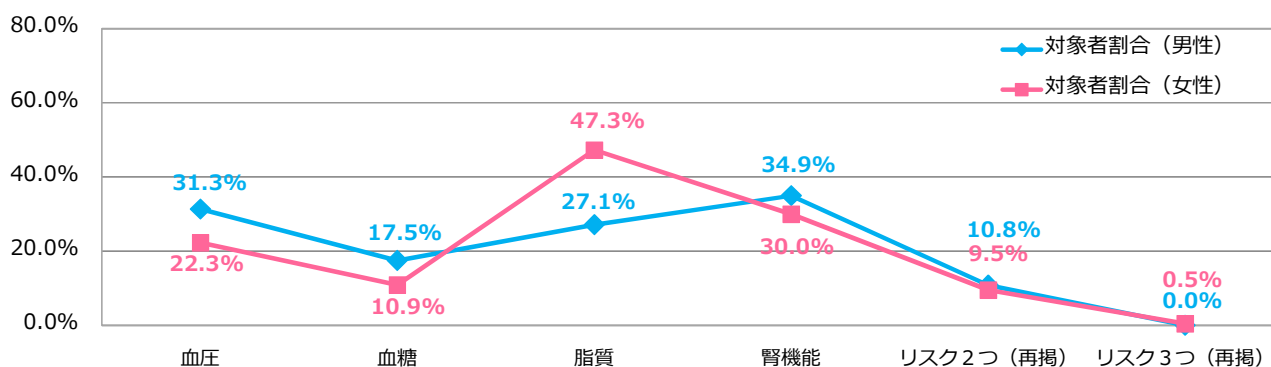
単位：人

	30年度	元年度	2年度
対象者	504 (100.0%)	568 (100.0%)	386 (100.0%)
内訳			
受診	217 (43.1%)	230 (40.5%)	102 (26.4%)
通知前受診	154 (30.6%)	119 (21.0%)	36 (9.3%)
通知後受診	63 (12.5%)	111 (19.5%)	66 (17.1%)
未受診	283 (56.1%)	305 (53.7%)	275 (71.2%)
国保資格喪失	4 (0.8%)	33 (5.8%)	9 (2.3%)

〔資料：特定健診データ等〕



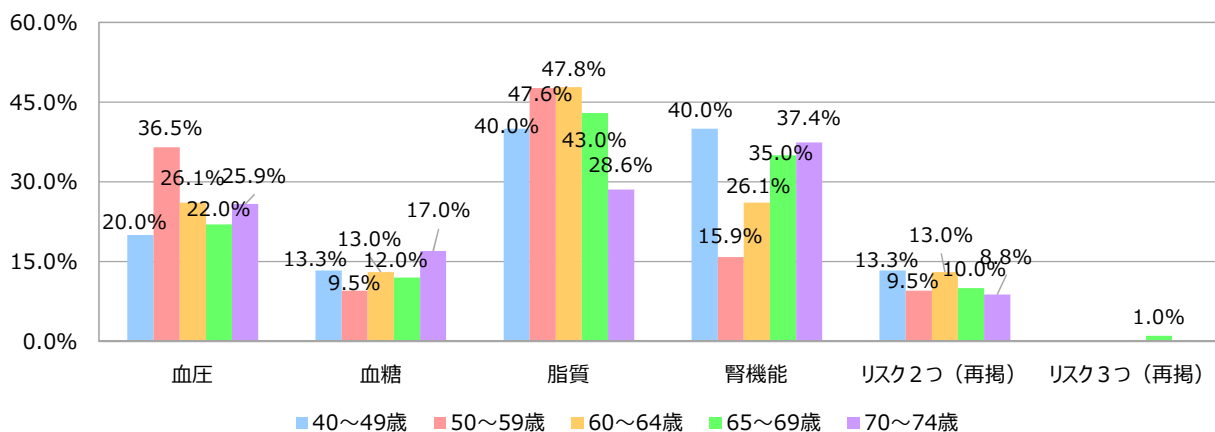
(2) 受診勧奨通知対象者の男女別項目別内訳 (令和2年度)



※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

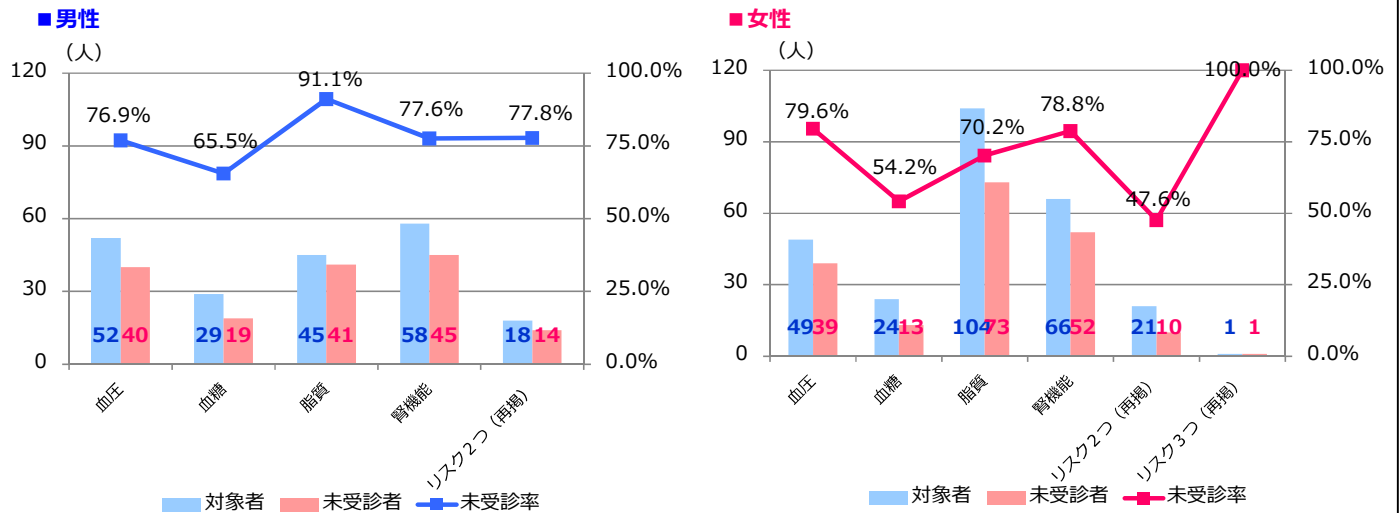
(3) 受診勧奨通知対象者の年代別項目別内訳 (令和2年度)



※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

(4) 受診勧奨通知対象者の男女別項目別未受診率（令和2年度）



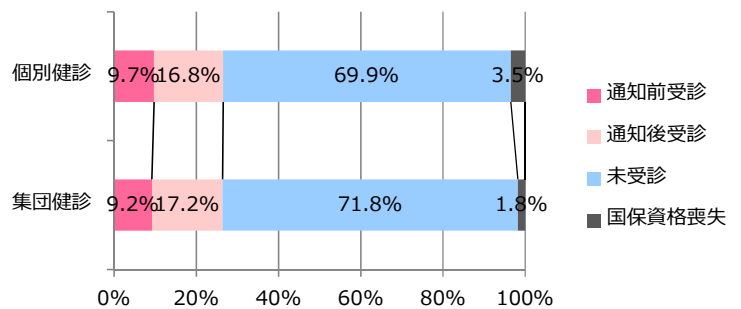
※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

(5) 受診勧奨通知対象者の健診形態別受診状況（令和2年度）

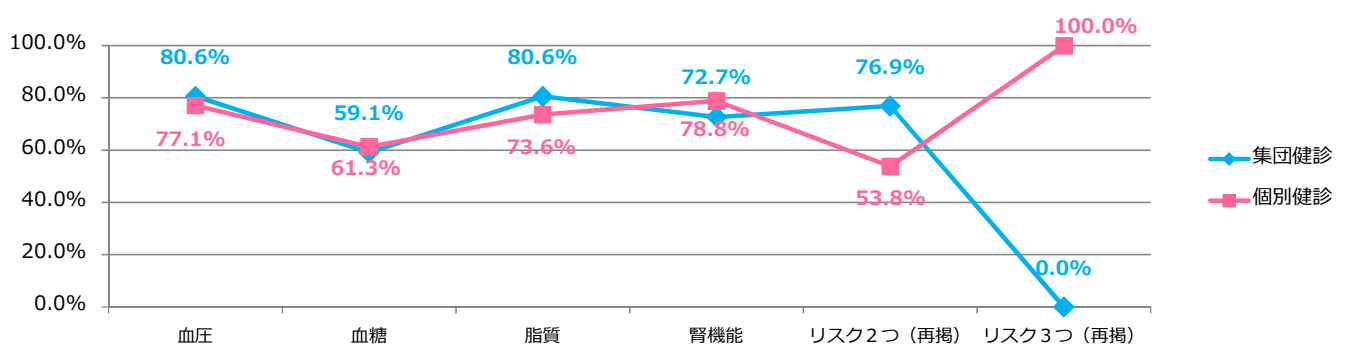
単位：人

		集団健診		個別健診	
対象者		113	100%	273	100%
内訳	受診	30	26.4%	72	26.6%
	通知前受診	11	9.2%	25	9.7%
	通知後受診	19	17.2%	47	16.8%
	未受診	79	71.8%	196	69.9%
	国保資格喪失	4	1.8%	5	3.5%



〔資料：特定健診データ等〕

(6) 受診勧奨通知対象者の健診形態別項目別未受診率（令和2年度）



※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔資料：特定健診データ等〕

4. 総合評価・課題

- ・対象者の医療機関受診率は、令和元年度より16.6ポイント減少の26.4%で目標の51.0%を達成することができなかった。
新型コロナウイルス感染症の流行による受診控えの影響が大きかったと考えられるため、受診控えをできるだけ行わないように周知していきたい。
- その一方で、集団健診受診者、個別健診受診者のいずれも受診勧奨通知後に受診する者の方が多かったため、通知には一定の効果があったと考えられるものの、血圧や脂質、腎機能の項目における未受診率が男女ともに70%を超えているため、疾患の重大性を理解し、医療機関受診の必要性を認識しやすいよう通知内容の見直しはする必要がある。
- ・リスクが3つ以上重複する者には、リスク重複者は重篤な生活習慣病等を発症するリスクが高いため、対象者の状況に応じた更なるアプローチを検討する必要がある。

3 医療費適正化の推進

VI. 後発医薬品使用促進事業

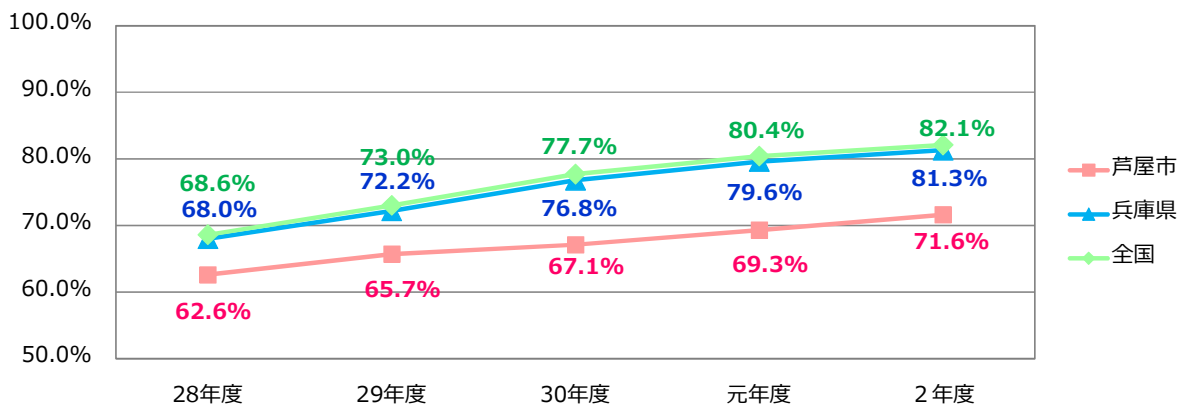
1. 計画内容	
目 的	後発医薬品の使用を促進することにより、被保険者負担の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	被保険者
目 標	後発医薬品への切替率向上
取 組	◇使用促進通知の送付 ◇啓発用品の配布

2. 評価指標、実施状況							
ストラクチャー	評価指標	実施状況					
	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。					
		＜通知実績（令和２年度）＞					
		通知月	通知対象診療月	軽減効果額	数		
		令和２年６月	令和２年４月診療分	200円以上	1,735人		
令和２年11月	令和２年９月診療分	200円以上	1,631人				
プロセス	評価指標	実施状況					
	●使用促進通知の見直し ●啓発用品の選定	●使用促進通知に後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報，お薬手帳の普及や残薬に関する啓発文を掲載したほか，オーソライズドジェネリック（新薬メーカーから許諾を受けた製薬会社が販売する製造方法，有効成分，添加物などが先発医薬品と同等の医薬品）に関する周知を図った。 ●保険証年次更新時に後発医薬品使用促進保険証ケースを全被保険者に配布し，後発医薬品の使用促進を図った。					
アウトプット	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2 (2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	使用促進通知の送付回数	年２回	年２回	－	年２回	年２回	－
アウトカム	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2 (2020)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率	71.0%	68.4%	2.6ポイント減	74.0%	－※	－

※ 使用促進通知対象者の抽出方法の見直しに伴い、同一条件による効果測定が困難となったため。

3. 考察

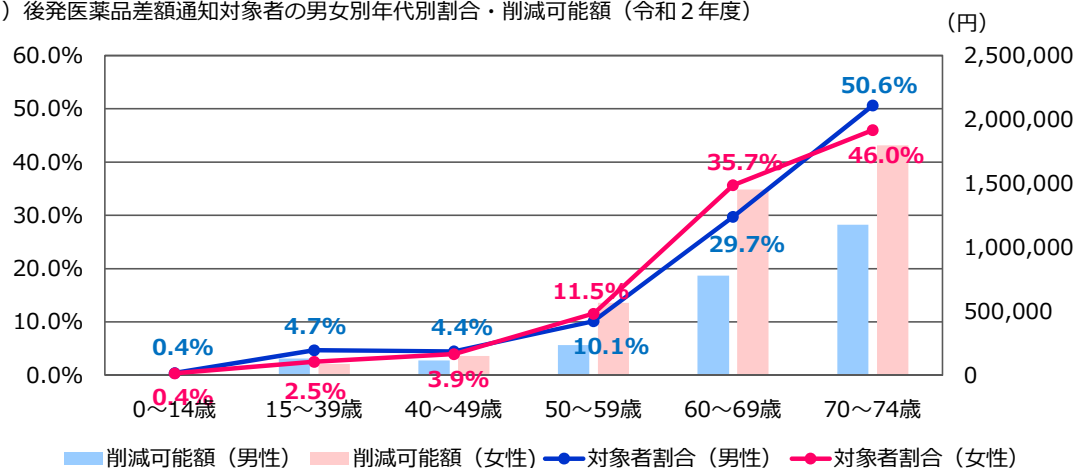
(1) 後発医薬品使用率の推移（各年3月末現在）



※平成30年度より保険者別後発医薬品使用割合（厚生労働省）が公表されたことに伴い、平成30年度以降の芦屋市の数値は、厚生労働省公表数値により作成。平成29年度以前は、レセプトデータ（調剤）より集計。

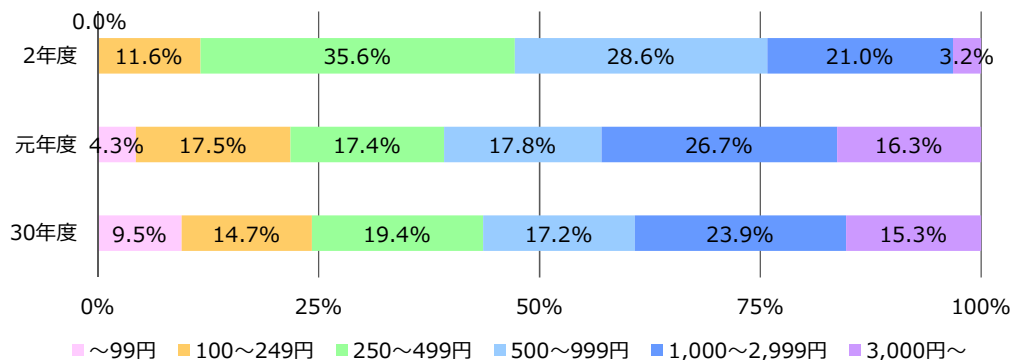
〔資料：レセプトデータ（調剤），保険者別後発医薬品使用割合（厚生労働省），調剤医療費の動向調査（厚生労働省）〕

(2) 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（令和2年度）



〔資料：レセプトデータ（調剤）〕

(3) 後発医薬品差額通知対象者の削減可能額分布状況



※分布状況は延べ人数を使用している。令和2年度は、削減効果が高い対象者に対して2回通知している。

〔資料：レセプトデータ（調剤）〕

4. 総合評価・課題

- ・使用率に関しては上昇しているものの、依然として国や兵庫県よりも低いため使用率向上に向けた効果的な普及・啓発を検討する必要がある。
- ・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。

Ⅶ. 適正受診等推進事業

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

2. 評価指標、実施状況

ストラクチャー	評価指標	実施状況										
	●事業実施に必要な予算の確保	●事業実施に必要な予算を確保した。 ＜通知実績（令和2年度）＞ <table><tr><td>通知月</td><td>通知対象診療月</td><td>通知対象者数</td></tr><tr><td>令和2年10月</td><td>令和2年4月～令和2年6月診療分</td><td>519人</td></tr></table>					通知月	通知対象診療月	通知対象者数	令和2年10月	令和2年4月～令和2年6月診療分	519人
	通知月	通知対象診療月	通知対象者数									
	令和2年10月	令和2年4月～令和2年6月診療分	519人									
プロセス	評価指標	実施状況										
	●対象者及び通知内容の見直し	●医師会、薬剤師会と調整の上、近年のポリファーマシーに関するエビデンスをもとに事業対象者を選定した。また、通知内容の見直しを行い、通知者に不安を与えることのないよう配慮した。 ＜対象者選定基準（令和2年度）＞ 【多剤服薬】医薬品種類数が6種類以上で服薬日数が14日以上かつ2か月分以上処方されている60歳以上の被保険者 【重複投与】同一月に3以上の医療機関から同一薬効の薬剤が14日以上処方されている被保険者 【併用禁忌・併用注意】異なる医療機関から併用禁忌、併用注意となる薬の組み合わせを処方されている被保険者										
	アウトプット	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度						
				実績	前年度差	目標値	実績	前年度差				
通知回数		年1回	年1回	－	年1回	年1回	－					
アウトカム	評価指標	30(2018)年度 実績	元(2019)年度		2(2020)年度							
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差					
	啓発通知送付者の受診・服薬行動の改善率	52.1%	49.0%	3.1 [※] 引減	14.0%	33.3%	15.7 [※] 引減					

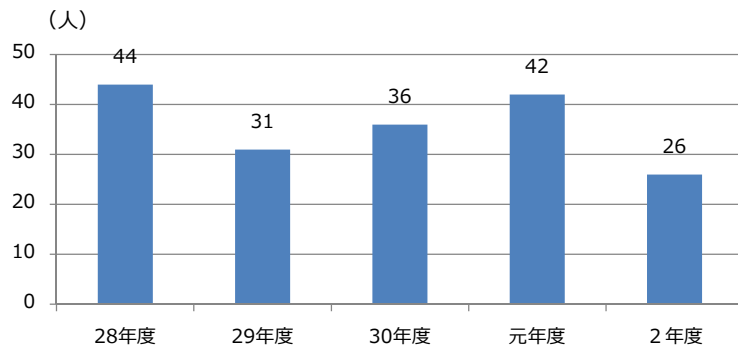
3. 考察

(1) 対象者選定基準ごとの改善状況（令和2年度）

対象者選定基準	基準該当人数（人）			改善率 （人数）	1人1か月あたり薬剤費（円）			改善率 （薬剤費）
	通知前	通知後	増減		通知前	通知後	増減	
多剤服薬（60歳以上）	373	268	-105	28.2%	15,190	15,468	-278	1.8%
重複投与	6	6	0	0.0%	23,709	24,192	-483	2.0%
併用禁忌・併用注意	135	69	-66	48.9%	12,698	12,115	583	-4.6%
計	514	343	-171	33.3%	17,199	17,258	59	-0.3%

〔資料：レセプトデータ（入院外，調剤）〕

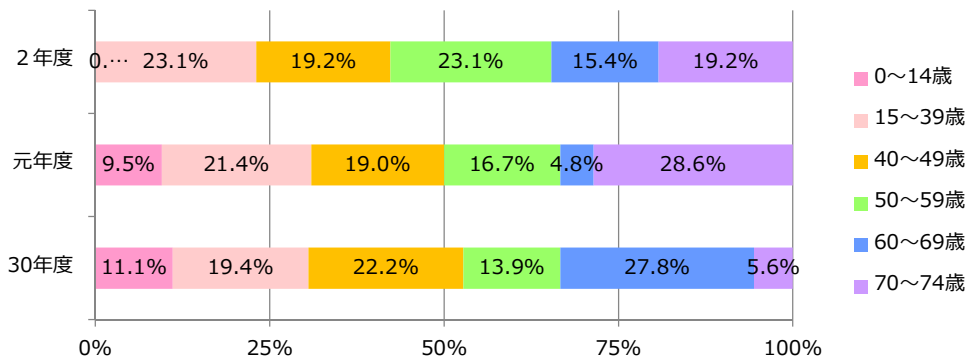
(2) 重複投与者数の推移



※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処方。

〔資料：レセプトデータ（入院外，調剤），KDBデータ〕

(3) 年代別重複投与該当者割合



〔資料：KDBデータ〕

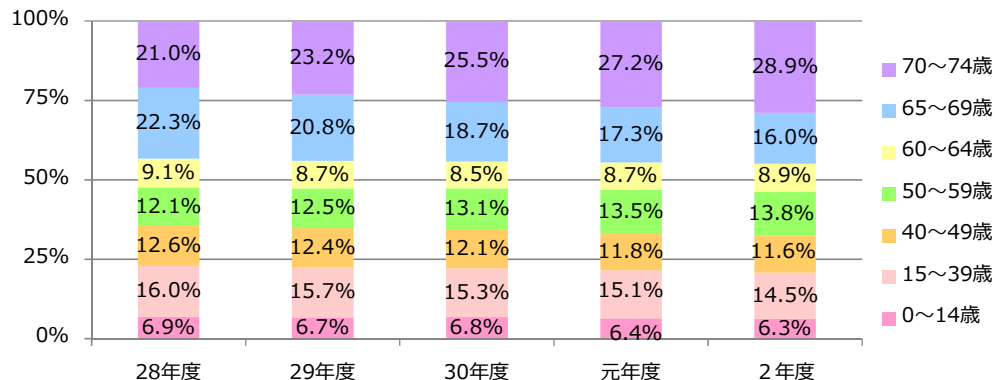
4. 総合評価・課題

- ・啓発通知送付者の受診・服薬行動改善率は，短期的目標の14.0%を大幅に上回り33.3%の改善が見られ目標を達成したが，昨年度と比べると，15.7ポイント減となった。
- ・対象者選定基準ごとの改善状況においては，特に併用禁忌・注意の基準該当者数に大幅な改善がみられた。
- ・現行の対象者抽出基準では，内服薬のみを対象としているが，重複投与者の中には外用薬による重複者も存在するため，医療費適正化の観点から対象者の拡大を検討する必要がある。
- ・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。

6 医療費等に関する現状分析

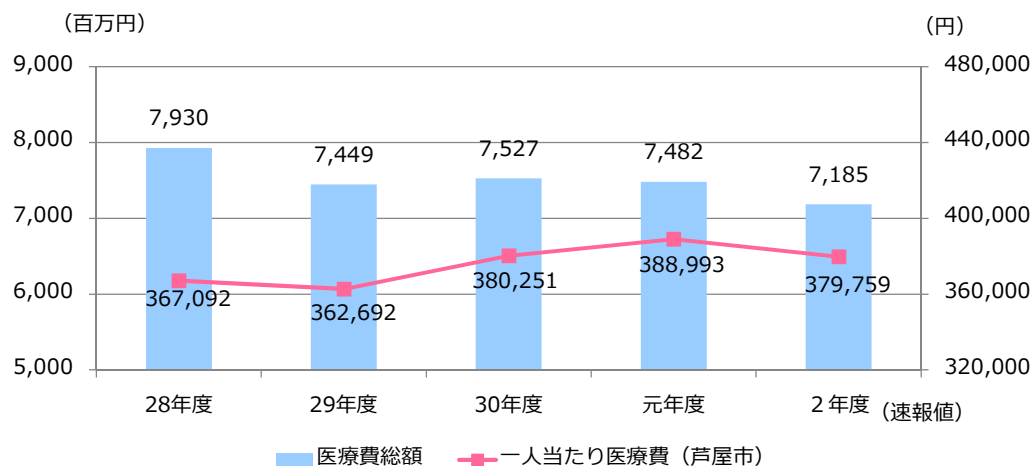
1. 施策の概要

(1) 年齢区分別被保険者割合の推移



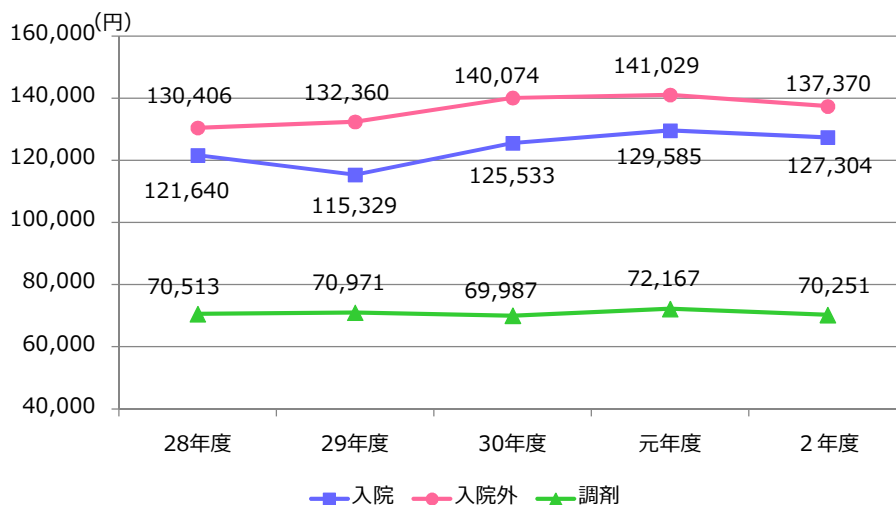
〔資料：被保険者データ〕

(2) 医療費総額及び被保険者一人当たり医療費の推移



〔資料：事務報告書，兵庫の国保〕

(3) 被保険者一人当たり診療費の推移

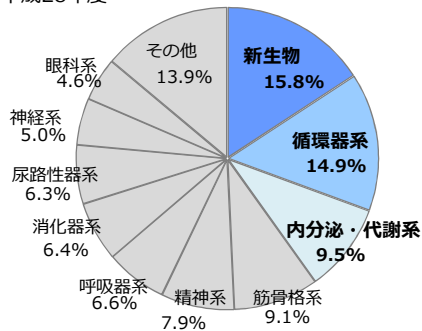


〔資料：事務報告書〕

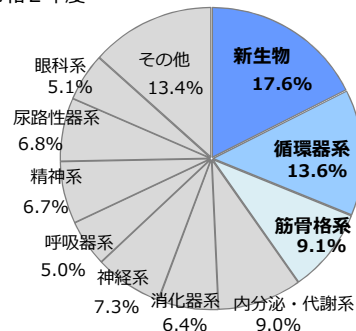
(4) 疾病大分類別医療費の構成の変化（平成28年度－令和2年度）

■ 芦屋市

平成28年度



令和2年度



〔資料：KDBデータ〕

<大分類の主な疾病具体例>

* 循環器系

高血圧症, 脳梗塞, 心筋梗塞等

* 新生物

悪性新生物, 良性の腫瘍等

* 内分泌・代謝系

糖尿病, 脂質異常症等

* 筋骨格系

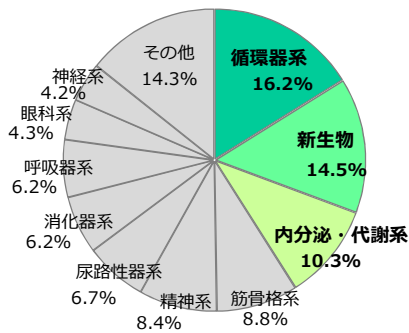
骨折, 関節障害, リウマチ等

* 精神系

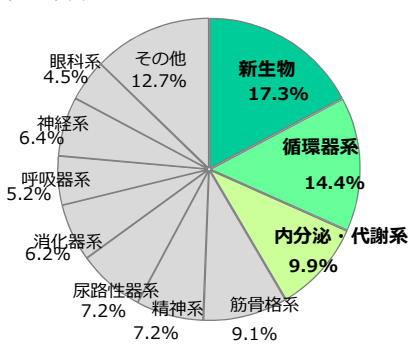
認知症, 統合失調症, うつ病等

■ 兵庫県

平成28年度



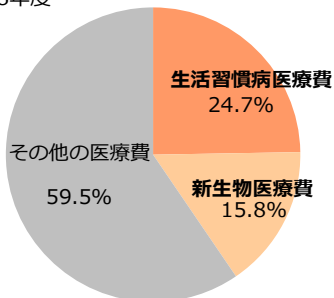
令和2年度



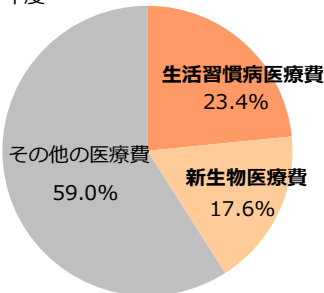
〔資料：KDBデータ〕

(5) 医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合の変化（平成28年度－令和2年度）

平成28年度



令和2年度



〔資料：KDBデータ〕

<生活習慣病対象医療費>

■ 糖尿病

■ 脂質異常症

■ 脂肪肝

■ 脳出血

■ 狭心症

■ 筋骨格

■ 高血圧症

■ 高尿酸血症

■ 動脈硬化症

■ 脳梗塞

■ 心筋梗塞

(6) 要支援・要介護認定者の有病状況の変化（平成28年度－令和2年度）

疾病名	有病率			
	平成28年度		令和2年度	
	全体	40～64歳 (再掲)	全体	40～64歳 (再掲)
心臓病	64.1%	20.5%	63.5%	20.5%
筋・骨格	58.0%	34.2%	57.9%	21.6%
精神疾患	38.1%	15.1%	39.4%	11.4%
脳血管疾患	28.7%	12.3%	25.8%	13.6%
糖尿病	26.2%	12.3%	28.1%	12.5%
糖尿病合併症（再掲）	3.6%	1.4%	2.9%	2.3%
新生物	13.9%	13.7%	13.8%	6.8%
難病	4.1%	6.8%	4.5%	6.8%
その他	64.9%	23.3%	63.7%	23.9%

※心臓病：虚血性心疾患，その他の循環器系の疾患

〔資料：KDBデータ〕

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）

令和2年度事業評価

令和4年3月

発行 芦屋市 市民生活部 保険課

〒659-8501 兵庫県芦屋市精道町7番6号

T E L 0797-38-2035

F A X 0797-38-2158