

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＞

中間評価 （令和元年度 事業評価）

令和2年11月



芦屋市
Ashiya City

目 次

第1章 第2期芦屋市データヘルス計画の概要	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置付け	1
3 実施体制及び事業実施過程	1
4 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	2
5 健康課題の解決に向けた目的・目標及び実施事業	2
第2章 中間評価の目的と方法	3
1 中間評価の目的	3
2 中間評価の方法	3
第3章 中間評価のまとめと今後の方向性	4
1 中間評価のまとめ	4
2 第2期芦屋市データヘルス計画後半の方向性	4
第4章 芦屋市国民健康保険の現状	5
1 芦屋市国民健康保険の現状	5
2 まとめ	8
第5章 中間評価の結果	9
1 中長期的目標の達成状況	9
2 事業別調書＜中長期的目標＞	10
1 生活習慣病の発症予防と早期発見	10
2 生活習慣病の重症化予防	14
3 医療費適正化の推進	17
4 健康管理の推進	18
第6章 個別保健事業の評価	20
1 短期的目標の達成状況	20
2 事業別調書＜短期的目標＞	21
I. 特定健診受診率向上対策	21
II. 特定保健指導実施率向上対策	25
III. 非肥満者への保健指導	28
IV. 糖尿病性腎症重症化予防事業	32
V. 未治療者支援事業	37
VI. 後発医薬品使用促進事業	40
VII. 適正受診等推進事業	42

第1章 第2期芦屋市データヘルス計画の概要

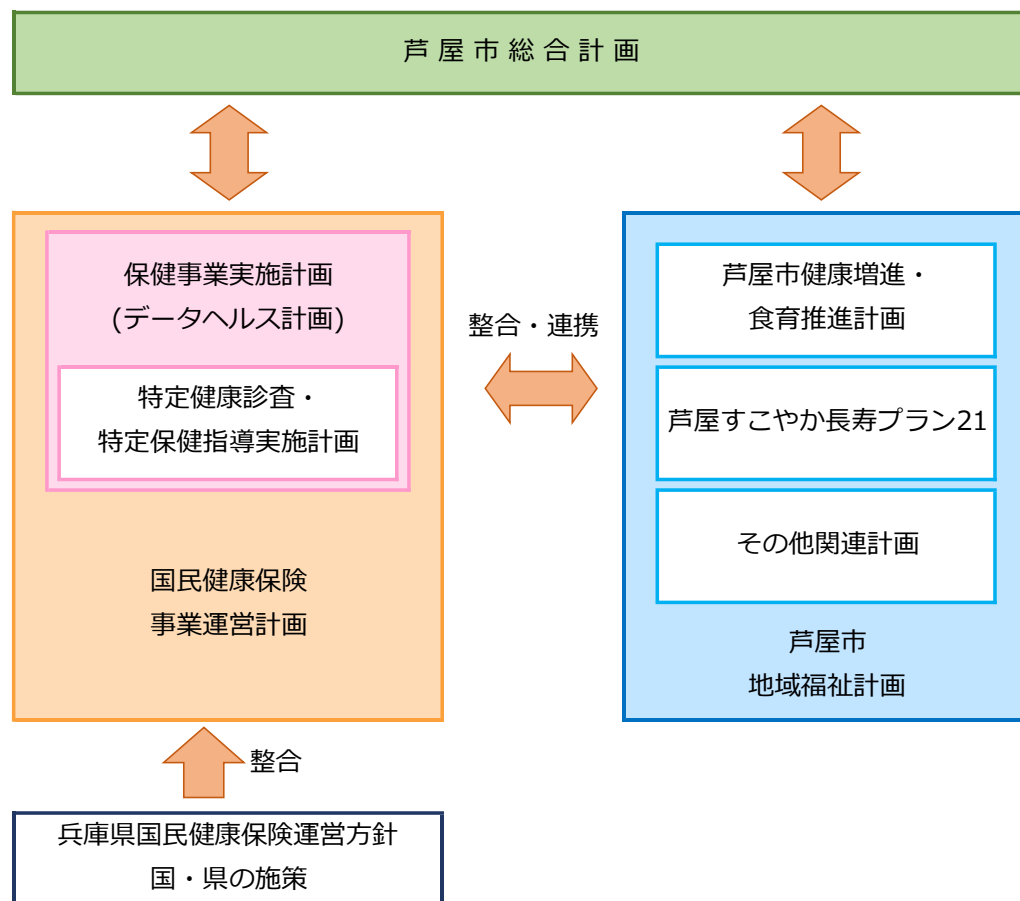
1 計画策定の趣旨

平成26年に「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ました。

本市においても、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するため、「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）」を平成30年3月に策定しました。

2 計画の位置付け

第2期芦屋市データヘルス計画は、「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っています。



3 実施体制及び事業実施過程

事業実施や評価にあたっては、庁内関係課と連携体制を構築し、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体と連携するとともに、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・評価委員会を活用し専門的知見を有する外部有識者の助言を得ながら事業を進めています。

また、健診・医療・介護データ、その他の統計資料等のデータに基づいて現状分析を行い、分析結果を踏まえた上で、課題抽出や事業選択などを行っています。

4 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

5 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		＜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＞ ● 事業の具体化に併せて検討		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2章 中間評価の目的と方法

1 中間評価の目的

第2期芦屋市データヘルス計画は、計画期間を平成30（2018）年度から令和5（2023）年度としており、目標の達成状況や社会情勢の変化等に対応するため、計画の中間年度となる令和2年度を目途に、目標の達成状況等の中間評価を行うこととしています。評価結果をもとに事業内容の見直しを行い、最終年度（令和5（2023）年度）の目標達成に向けた取組を推進していきます。

2 中間評価の方法

中長期的目標の中間時点での達成状況については、健診・医療・介護データ、その他の統計資料や事業の実施状況をもとに、計画策定時のベースライン値（平成28年度）、直近の値（現状値）及び目標値の比較により目標達成状況を評価しました。短期的目標の達成状況については、直近の値（現状値）と目標値の比較により目標達成状況を評価しました。

計画に定めた数値目標について、計画期間内の取組によりどのくらい達成できたのかを示すため、達成率を算出し判定基準により中長期的目標については4段階、短期的目標については3段階で評価します。中長期的目標については、ベースラインからの変化量に対する達成度を測定するのに対し、短期的目標については、評価年度における目標値の達成水準を測定しています。

【中長期的目標の達成度と判定基準】

評価区分	達成度	判定基準
A	達成	100%以上
B	改善	10%以上100%未満
C	変化なし	-10%以上10%未満
D	悪化	-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）

【短期的目標の達成度と判定基準】

評価区分	達成度	判定基準
A	達成	100%以上
B	概ね達成	80%以上100%未満
C	未達	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

第3章 中間評価のまとめと今後の方向性

1 中間評価のまとめ

平成30年3月に策定した第2期芦屋市データヘルス計画は、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ための支援に重点を置き、事業展開を図ってきました。特に課題となった生活習慣病の重症化予防対策については、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、保健師等専門職による受診勧奨に取り組んできました。

今回の中間評価において、中長期的目標を「達成」した項目は2項目（15.4%）、「改善」または「変化なし」の項目は5項目（38.5%）で、約5割は順調な推移を示しており、新規人工透析患者を抑制できたことは生活習慣病の重症化予防対策を重点的に取り組んだことで得られた結果であると考えます。

一方、「悪化」した項目は6項目（46.1%）あり、主に削減目標を掲げていた有所見率について、被保険者の高齢化などの影響により数値が悪化する結果となったことが伺えます。

【中長期的目標の達成状況】

目標達成度			項目数
A	達成	達成率100%以上	2項目（15.4%）
B	改善	達成率10%以上100%未満	4項目（30.8%）
C	変化なし	達成率-10%以上10%未満	1項目（7.7%）
D	悪化	達成率-10%未満	6項目（46.1%）
合 計			13項目

【短期的目標の達成状況】

目標達成度			項目数
A	達成	達成率100%以上	11項目（50.0%）
B	概ね達成	達成率80%以上100%未満	9項目（41.0%）
C	未 達	達成率80%未満	1項目（4.5%）
判定なし			1項目（4.5%）
合 計			22項目

2 第2期芦屋市データヘルス計画後半の方向性

今後も高齢化の進展、医療技術の高度化、生活習慣病の増加などにより、医療費の増加、疾患を持ちながら生活する人や要介護者の増加が見込まれます。要介護者の6割は生活習慣病が関連しているため、生活習慣病の発症予防とともに重症化を予防する取組が必要になります。第2期芦屋市データヘルス計画の前半では、生活習慣病の発症予防と早期発見、重症化予防に関する取組の推進を強化するため、「特定健診の受診率向上」、「糖尿病性腎症重症化予防事業」の2つを重点的な取組として進め、それらについては一定の効果が得られました。しかし、40歳～50歳代の特定健診受診率は依然として低く推移しているほか、糖尿病有病者やその疑いがある人は増加傾向にあるため、さらなる取組の強化が必要です。

第2期芦屋市データヘルス計画の後半においては、これまでの取組の方向性を継承しつつ、以下の3項目について重点的に取り組めます。

重点施策

（1）特定健診受診率向上

生活習慣病は、不健康な生活の積み重ねによって発症することが多いため、若いうちから健診受診を習慣化させ、適切な生活習慣を定着させることが必要になります。このため、40歳～50歳代の特定健診受診率向上を図り、受診者が自らの健康状態を把握して生活習慣を改善していくことが必要です。

（2）特定保健指導実施率向上

特定保健指導は血圧・血糖・脂質などの健康リスクの低減に一定の効果があるため、軽度リスク者対策として、生活習慣の改善に重点を置いた取組を強化することにより生活習慣病の発症予防が期待されます。特定保健指導の実施率が低迷していることから、引き続き実施率向上に向けた取組を進めていきます。

（3）糖尿病性腎症重症化予防事業の推進

糖尿病が重症化するリスクが高い人に対し医療機関受診勧奨等による支援を行うことで、腎不全や人工透析への移行を抑制し、被保険者のQOLの維持・向上を図る必要があります。また、人工透析に係る医療費は高額であり、医療保険財政への影響が大きいことから、引き続き医療機関未受診者への受診勧奨を行うとともに、新たに治療中断者への受診勧奨を行っていきます。

第4章 芦屋市国民健康保険の現状

1 芦屋市国民健康保険の現状

健康・医療等の現状について、計画策定時のベースライン値（平成28年度）と直近の値（現状値）をまとめました。

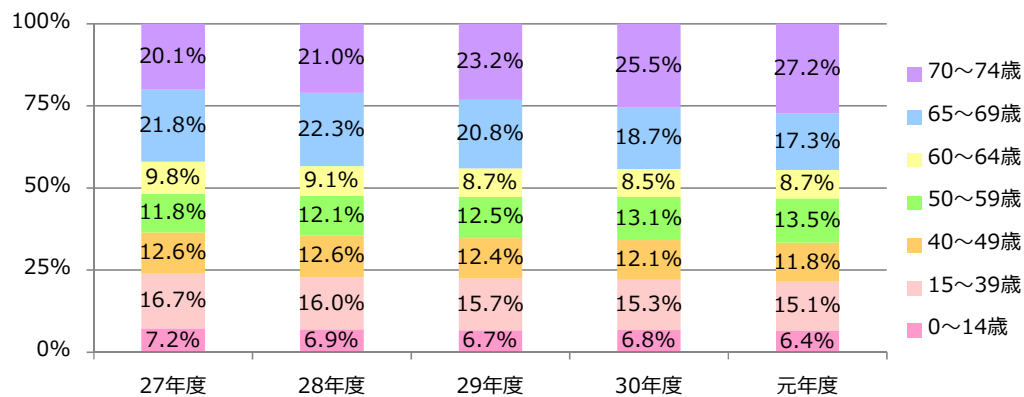
項 目		28（2016）年度	元（2019）年度	
		実績	実績	28(2016)年度との差
被保険者数	全 体	20,787人	18,867人	1,920人減
	40歳以上	16,017人	14,808人	1,209人減
平均余命	男 性	82.9歳	83.1歳	0.2歳延伸
	女 性	88.0歳	88.3歳	0.3歳延伸
平均自立期間	男 性	81.5歳	81.7歳	0.2歳延伸
	女 性	84.8歳	85.4歳	0.6歳延伸
医療費	総医療費	7,929,561千円	7,481,892千円	447,669千円減
	一人あたり医療費	367,092円	388,993円	21,901円増
	一人あたり診療費（入院）	121,640円	129,585円	7,945円増
	一人あたり診療費（入院外）	130,406円	141,029円	10,623円増
	一人あたり診療費（調剤）	70,513円	72,167円	1,654円増
	生活習慣病医療費の割合	24.7%	23.2%	1.5%減

※1 平均余命：ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、0歳時点での平均余命。

※2 平均自立期間：日常生活動作が自立している期間の平均を指し、0歳からの平均自立期間。

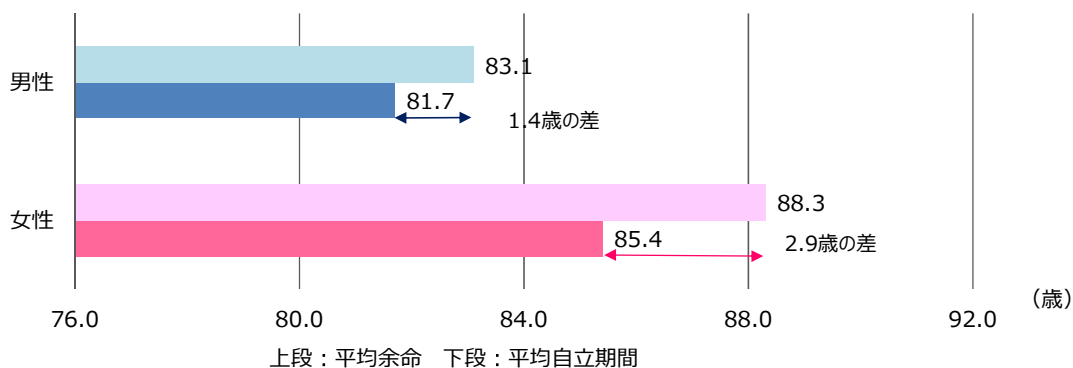
40歳以上の要介護2以上認定者を自立していない状態としている。

（1）年齢区分別被保険者割合の推移



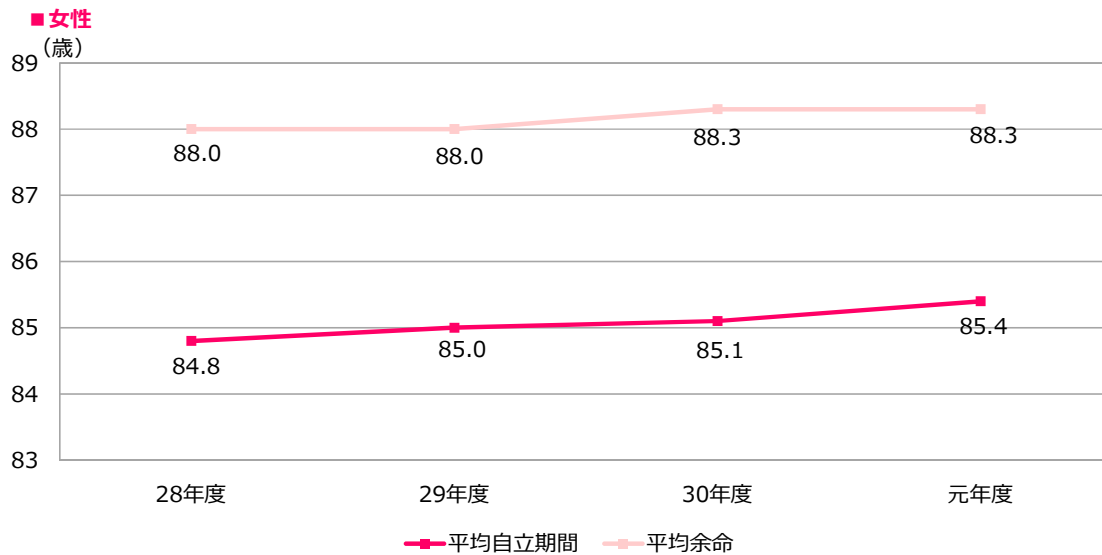
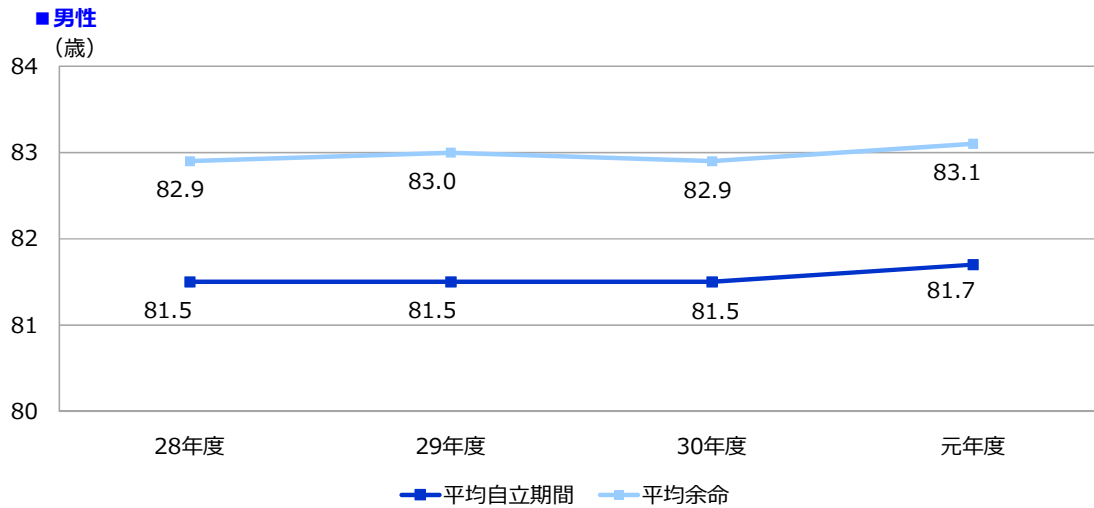
〔資料：被保険者データ〕

（2）平均余命と平均自立期間（令和元年度）



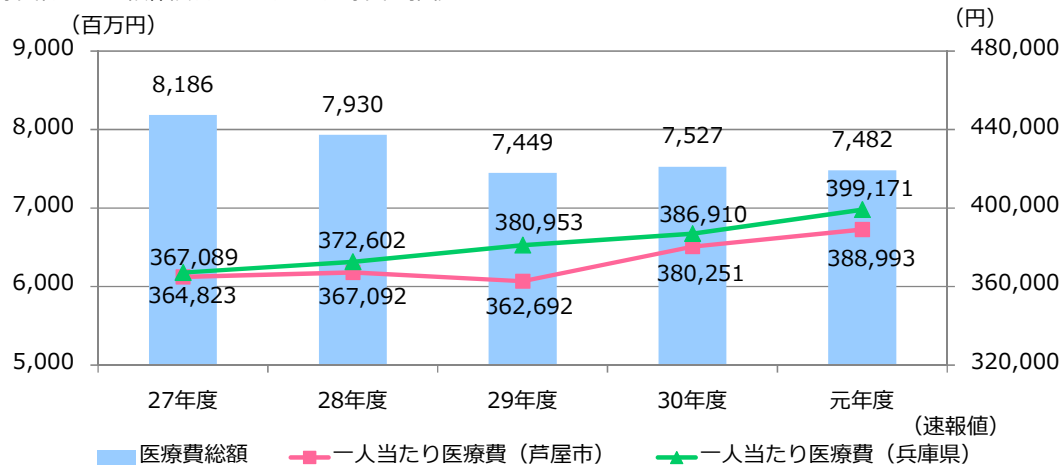
〔資料：KDBデータ〕

(3) 平均余命と平均自立期間の推移



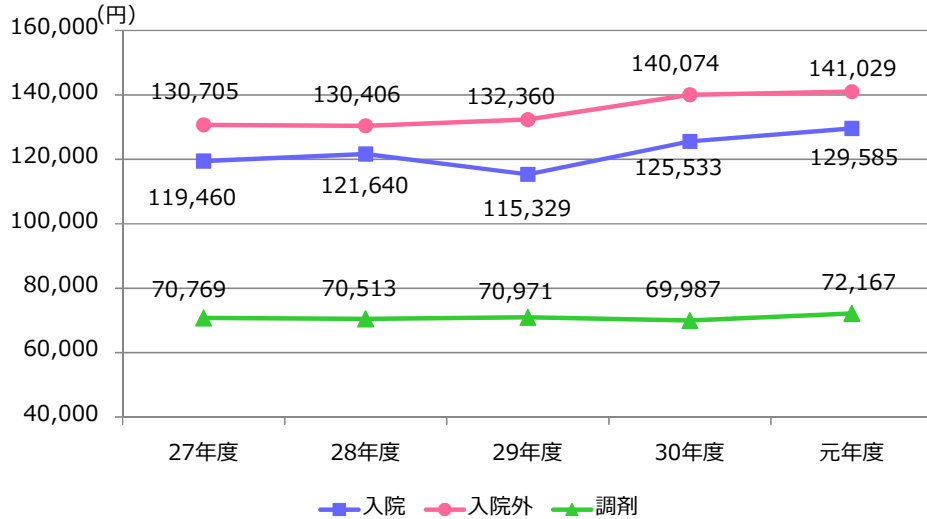
〔資料：KDBデータ〕

(4) 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〕

(5) 被保険者一人当たり診療費の推移

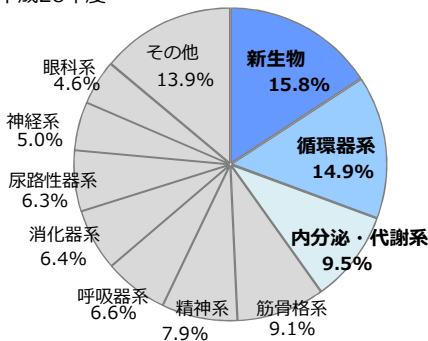


〔資料：事務報告書〕

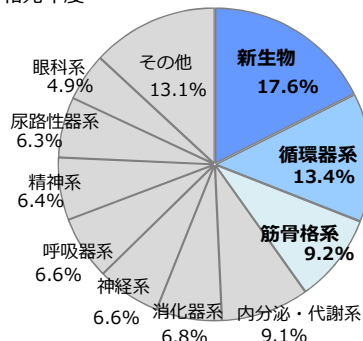
(6) 疾病大分類別医療費の構成の変化（平成28年度－令和元年度）

■ 芦屋市

平成28年度



令和元年度



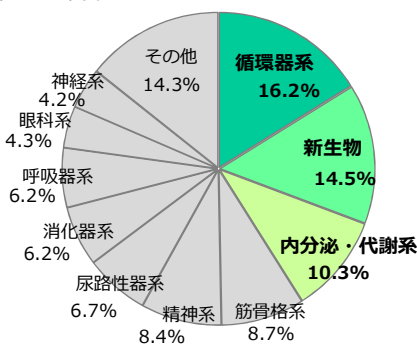
〔資料：KDBデータ〕

＜大分類の主な疾病具体例＞

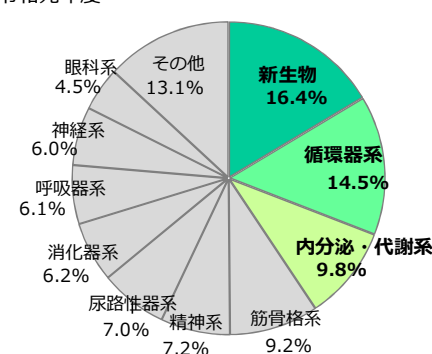
- * 循環器系
高血圧症，脳梗塞，心筋梗塞等
- * 新生物
悪性新生物，良性の腫瘍等
- * 内分泌・代謝系
糖尿病，脂質異常症等
- * 筋骨格系
骨折，関節障害，リウマチ等
- * 精神系
認知症，統合失調症，うつ病等

■ 兵庫県

平成28年度

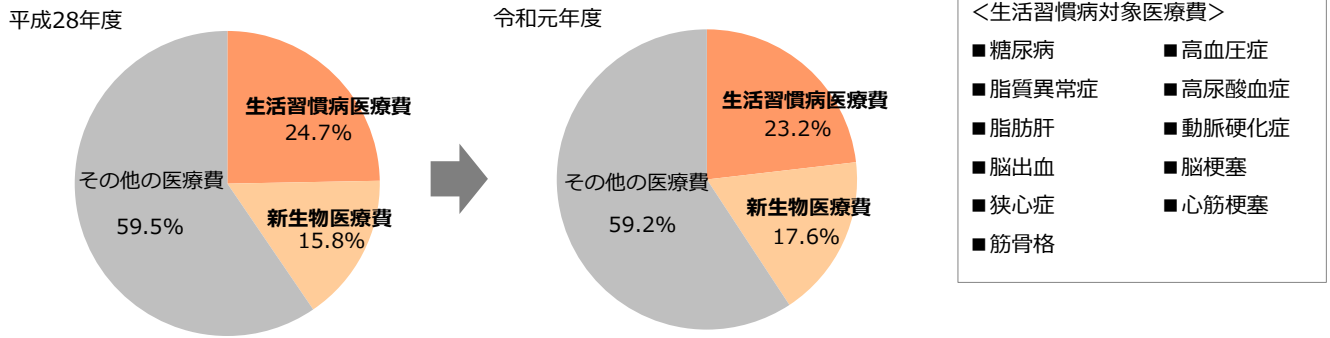


令和元年度



〔資料：KDBデータ〕

(7) 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－令和元年度）



〔資料：KDBデータ〕

(8) 要支援・要介護認定者の有病状況の変化（平成28年度－令和元年度）

疾病名	有病率			
	平成28年度		令和元年度	
	全体	40～64歳 (再掲)	全体	40～64歳 (再掲)
心臓病	64.1%	20.5%	62.9%	16.3%
筋・骨格	58.0%	34.2%	56.1%	21.3%
精神疾患	38.1%	15.1%	38.1%	11.3%
脳血管疾患	28.7%	12.3%	25.6%	16.3%
糖尿病	26.2%	12.3%	28.0%	7.5%
糖尿病合併症（再掲）	3.6%	1.4%	2.9%	1.3%
新生物	13.9%	13.7%	13.0%	8.8%
難病	4.1%	6.8%	4.1%	3.8%
その他	64.9%	23.3%	62.7%	21.3%

※心臓病：虚血性心疾患，その他の循環器系の疾患

〔資料：KDBデータ〕

2 まとめ

- ・平均余命と平均自立期間については，年々上昇傾向にある。平均自立期間を更に延伸させるため，引き続き介護予防事業と連携した保健事業の展開を検討していく必要がある。
- ・被保険者一人当たり医療費が増加したが，これは高齢化に伴う被保険者の年齢構成の変化によるものが要因と考えられる。平成27年度には被保険者の5人に1人が70歳以上であったが，平成30年度は4人に1人が70歳以上となっており，将来推計人口を踏まえると今後も医療費が増加していくことが予測される。引き続き生活習慣病の早期発見，重症化予防に取り組むとともに，効果的な医療費適正化対策を講じていく必要がある。
- ・疾病大分類別医療費では，依然として新生物，循環器系の割合が高く推移しており，筋・骨格系の医療費が増加傾向にあることから，高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業と連携を図り，高齢者のフレイル対策を推進していく必要がある。
- ・医療費総額に占める生活習慣病医療費の割合では，平成28年度に比べ生活習慣病医療費割合は減少しているものの，新生物に係る医療費割合が増加しているため，がん検診の受診率向上と合わせた保健事業の実施が必要である。
- ・要支援・要介護認定者の有病状況では，生活習慣病に起因する糖尿病の有病率が増加傾向にあり，要介護者の6割は生活習慣病が関連しているため，介護予防の観点からも生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防が必要である。

第5章 中間評価の結果

1 中長期的目標の達成状況

目 的	評価指標			計画策定時	中間評価 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）

2 事業別調査＜中長期的目標＞

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、中長期的目標の達成状況を評価します。

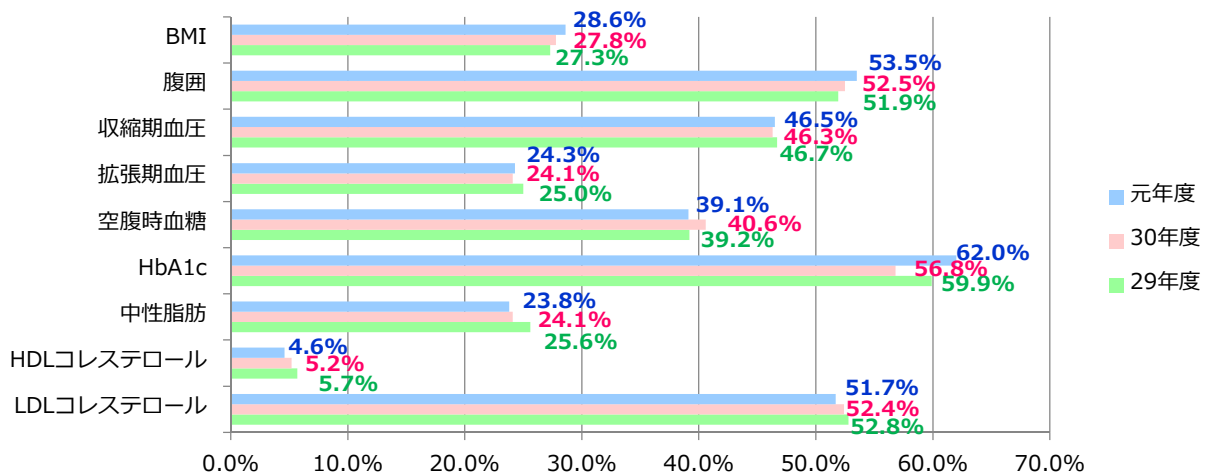
1 生活習慣病の発症予防と早期発見

1. 施策の概要					
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）			
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			
評価指標		28（2016）年度 実績	元（2019）年度		
			目標値	実績	28（2016）年度との差
収縮期血圧 （130mmHg以上）	男性	46.1%	44.5%	46.5%	0.4ポイント増
	女性	36.2%	34.5%	37.0%	0.8ポイント増
HbA1c （5.6%以上）	男性	57.9%	56.5%	62.0%	4.1ポイント増
	女性	53.9%	52.5%	58.7%	4.8ポイント増
LDLコレステロール （120mg/dl以上）	男性	53.3%	51.5%	51.7%	1.6ポイント減
	女性	62.8%	60.5%	62.2%	0.6ポイント減

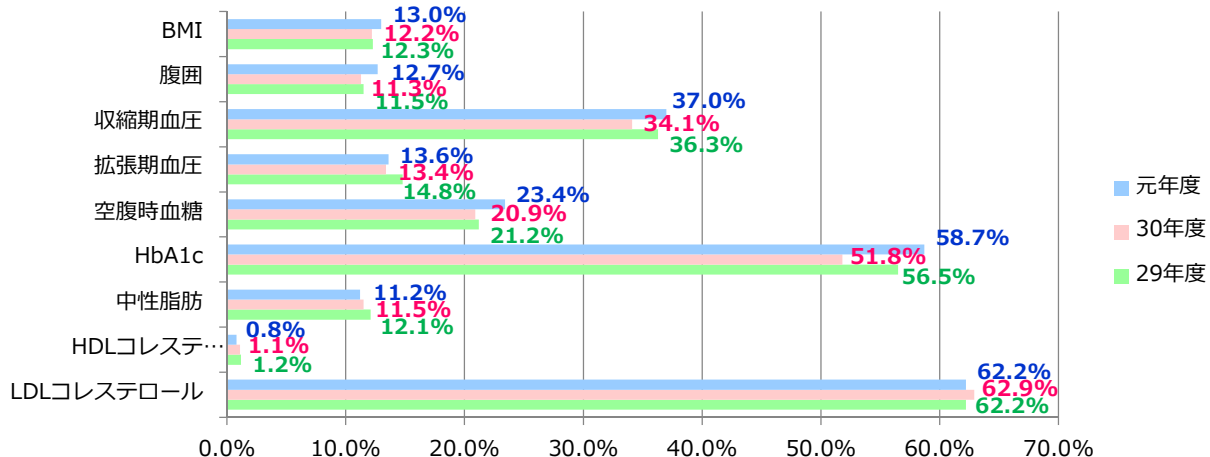
2. 考察

（1）特定健診受診者の有所見率の推移

■男性



■女性



〔資料：KDBデータ〕

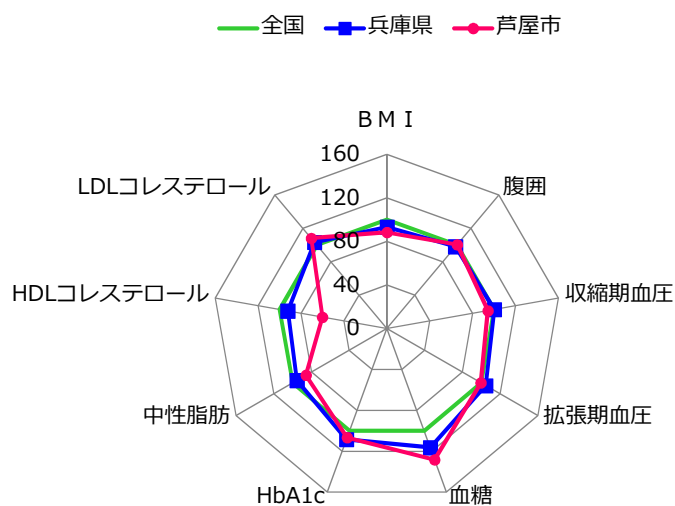
<参考>

判定項目	判定基準値
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

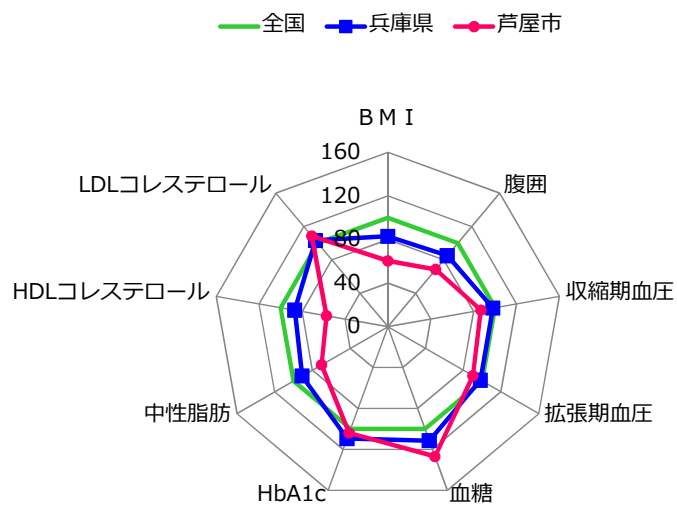
(2) 有所見者状況標準化比（令和元年度）

※全国を100として表示

■男性



■女性

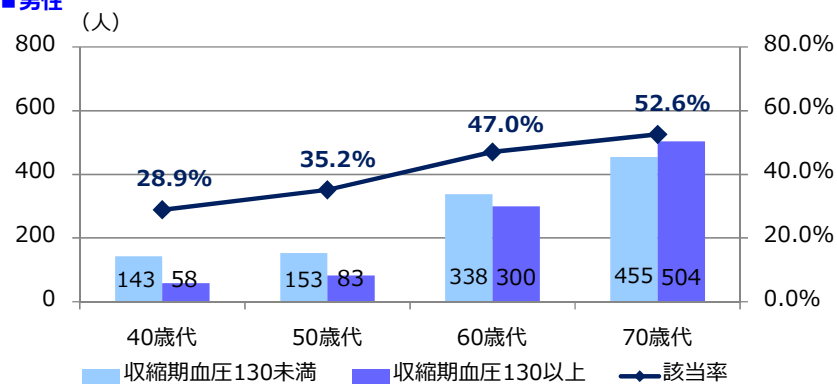


〔資料：KDBデータ〕

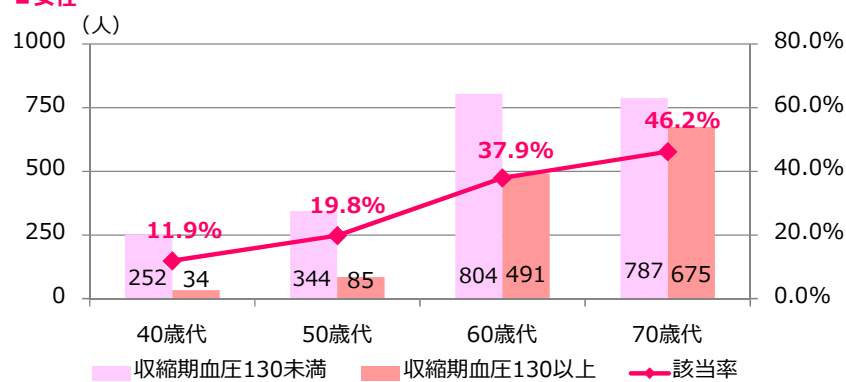
(3) 年代別有所見該当率（令和元年度）

【収縮期血圧】

■ 男性

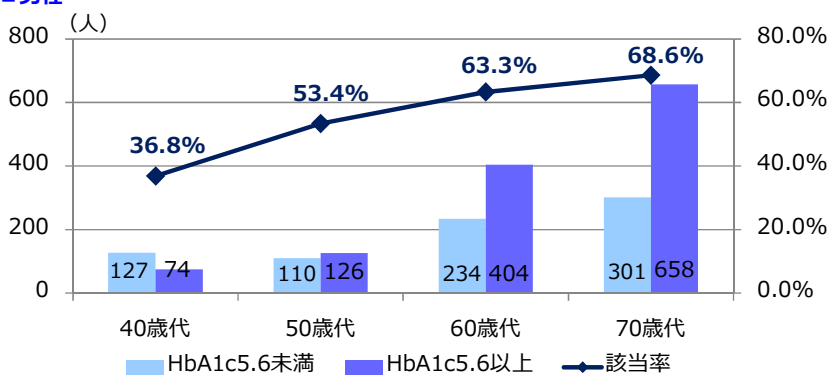


■ 女性

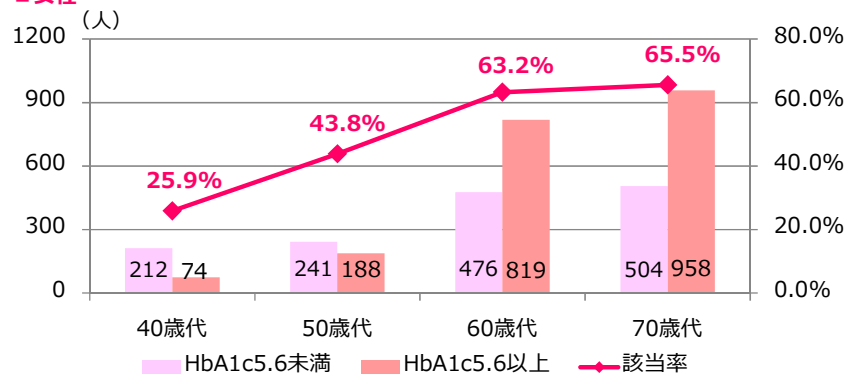


【HbA1c】

■ 男性

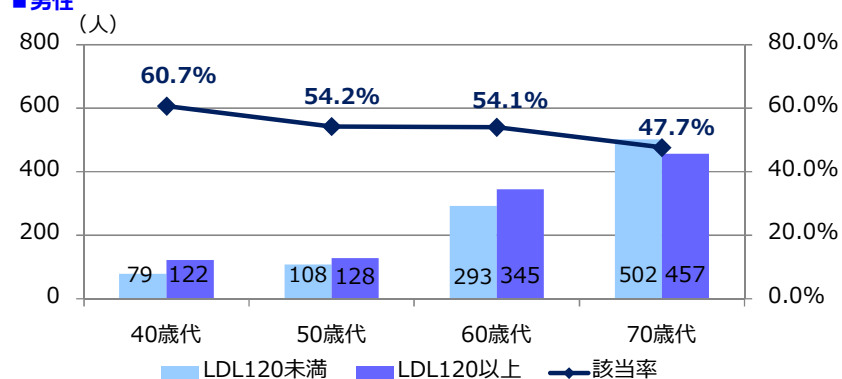


■ 女性

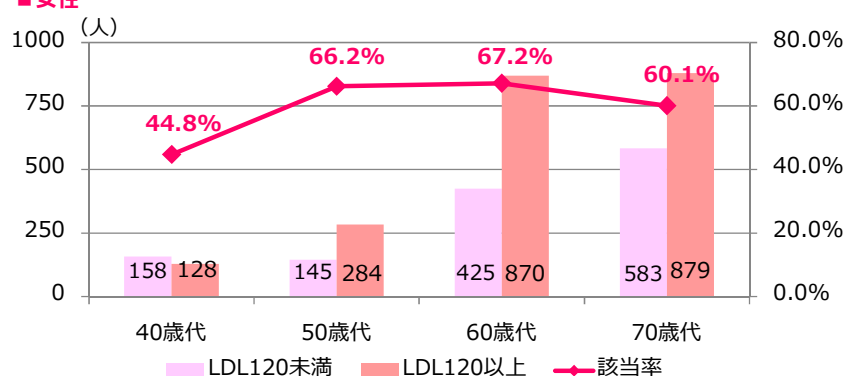


【LDLコレステロール】

■男性



■女性



〔資料：KDBデータ〕

3. 総合評価・課題

- ・収縮期血圧、HbA1cの有所見率は増加傾向にあり目標達成には至らなかった。LDLコレステロールの有所見率については、28年度より数値は改善したものの目標達成には至らなかった。
- ・空腹時血糖の有所見率については、男女ともに全国、兵庫県よりも高く推移している。また、HbA1cの有所見率については、40歳代、50歳代の若い世代においても該当率が高いため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者拡充を検討するとともに糖尿病に関するポピュレーションアプローチを強化する必要がある。
- ・LDLコレステロールについては、年代を問わずに有所見率が高い傾向にあるため、健康ポイント事業等あらゆる機会を通じて脂質異常症に関するポピュレーションアプローチを行っていく必要がある。

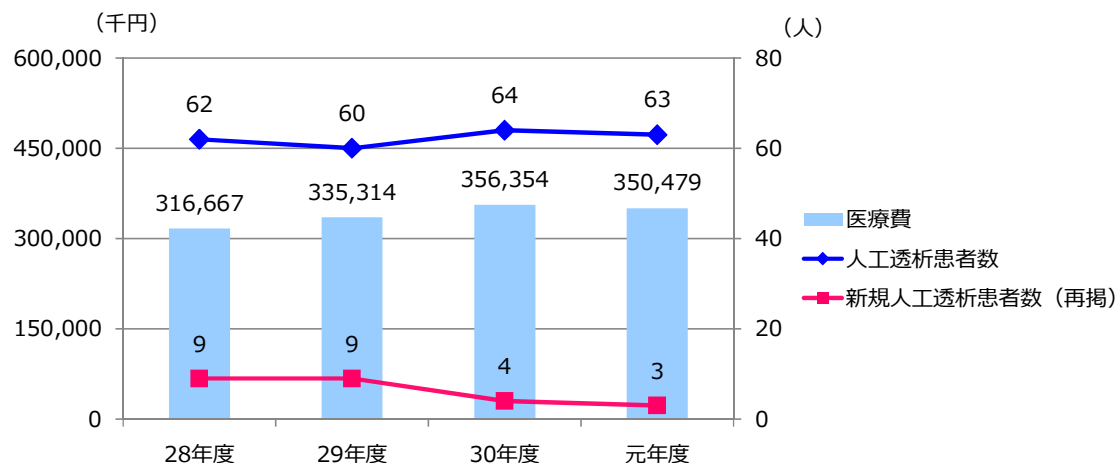
2 生活習慣病の重症化予防

1. 施策の概要

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			
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			
評価指標	28（2016）年度 実績	元（2019）年度		
		目標値	実績	28（2016）年度との差
新規透析導入患者数	9人	抑制	3人	6人減
HbA1c8.0%以上の者の割合	1.1%	0.9%	1.1%	—
eGFR45mL/分/1.73m ² 未満の者の割合	1.0%	0.9%	1.5%	0.5ポイント増

2. 考察

（1）新規透析導入患者数の推移



※ 1 医療費：人工透析患者の医療費（医科，歯科，調剤）を集計。

※ 2 人工透析患者数：KDBデータから人工透析（腹膜透析を含む）患者を集計。（平成28年度の抽出定義はデータヘルス計画に記載）

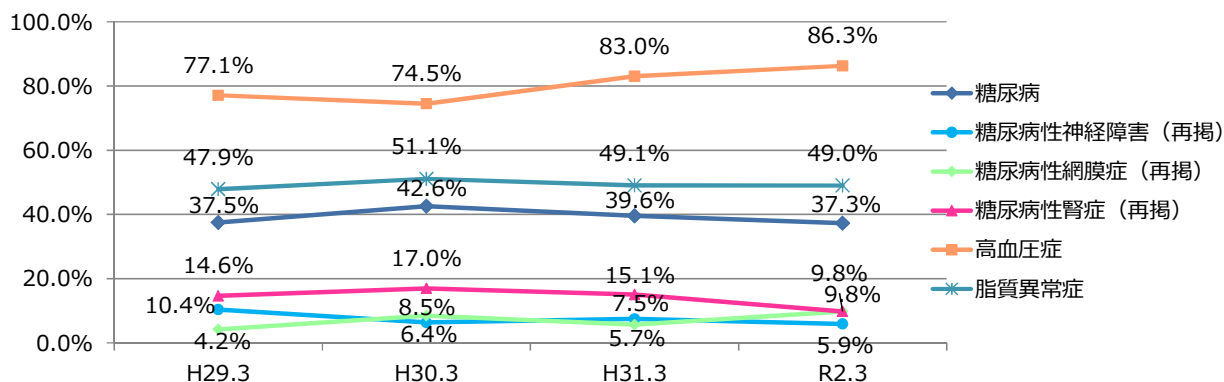
※ 3 新規人工透析患者数：当該年度に「慢性腎不全」により新たに人工透析（腹膜透析を含む）を導入した者。

「急性腎不全」による緊急透析及び国保加入時に既に人工透析を導入していた者等は除く。

（平成28年度の抽出定義はデータヘルス計画に記載）

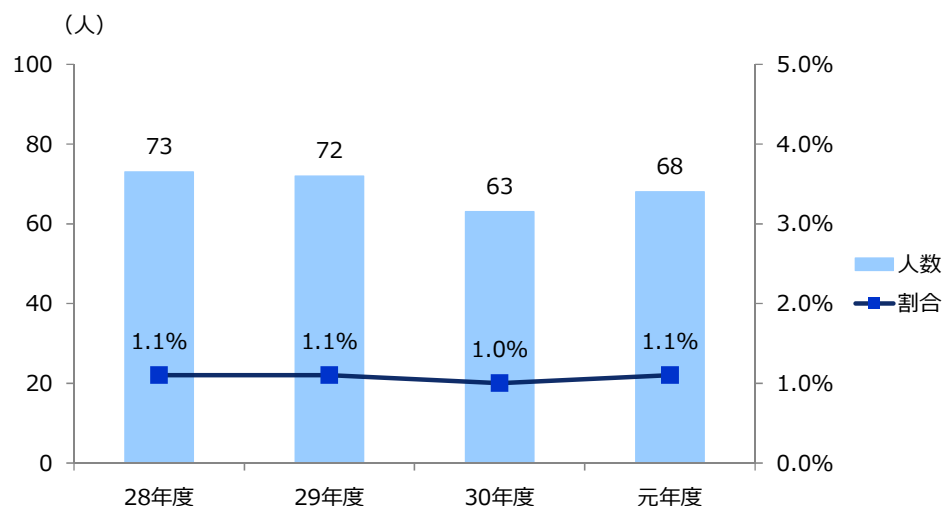
〔資料：KDBデータ〕

（2）人工透析患者の合併症等の状況



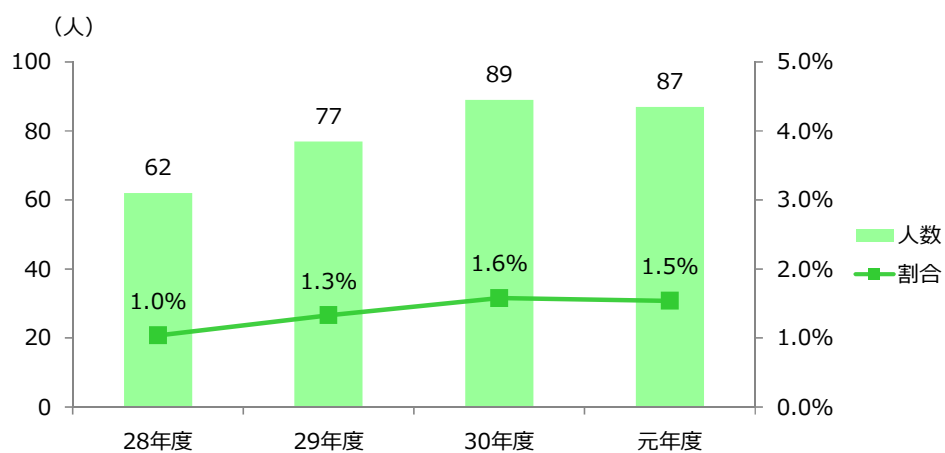
〔資料：KDBデータ〕

(3) HbA1c8.0%以上の者の推移



〔資料：特定健診データ〕

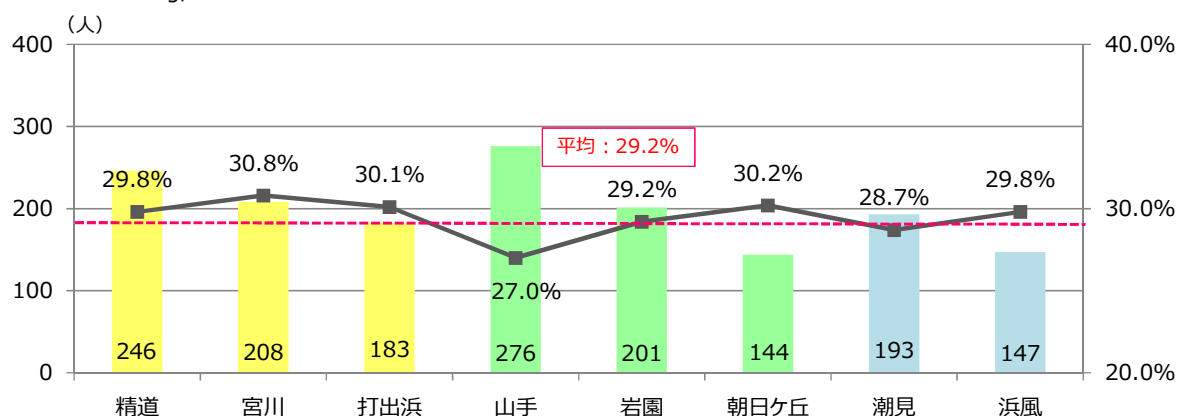
(4) eGFR45mL/分/1.73㎡未満の者の推移



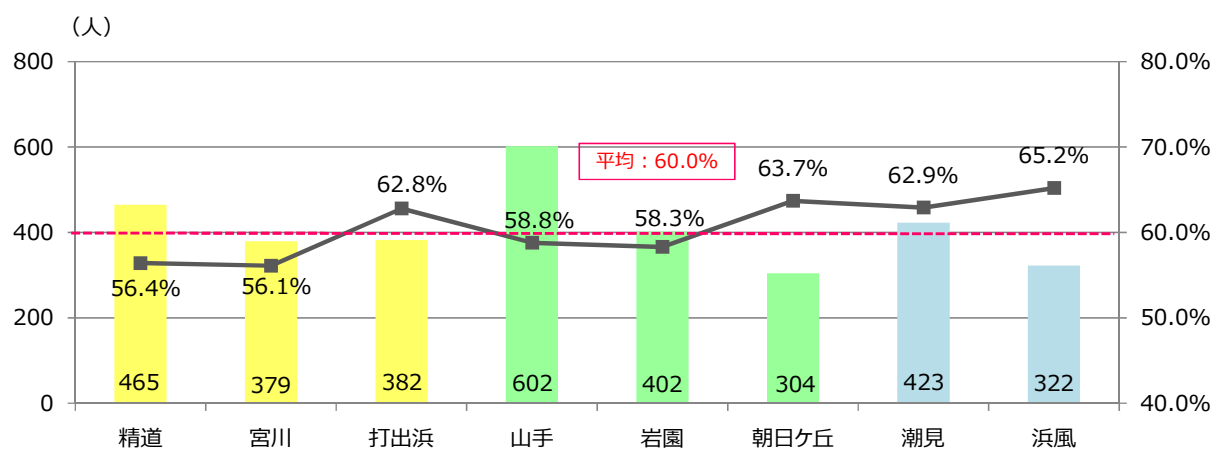
〔資料：特定健診データ〕

(5) 小学校区別有所見率（令和元年度）

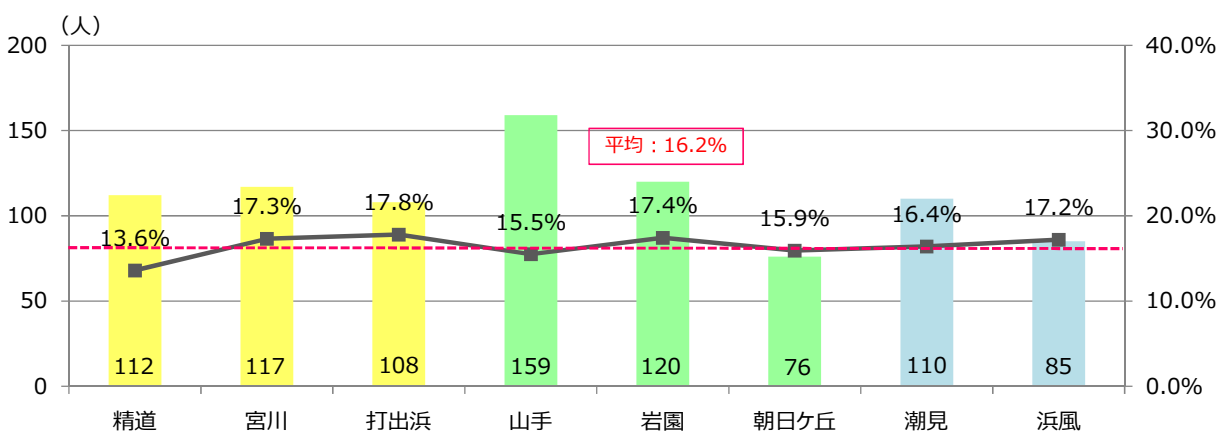
■空腹時血糖（100mg/dl以上）



■HbA1c（5.6%以上）



■eGFR（60mL/分/1.73㎡未満）



〔資料：KDBデータ〕

3. 総合評価・課題

- ・新規透析導入患者数は抑制できたものの、人工透析患者数はほぼ横ばいで推移しているため、引き続き糖尿病性腎症重症化予防事業による重症化予防対策が必要である。
- ・HbA1c8.0%以上の者の割合は横ばい、eGFR45mL/分/1.73㎡未満の者の割合は増加しているため、専門医への紹介基準を明確にした医療ネットワークの構築、継続的な治療が行われるための支援を検討するなど、ハイリスク者を継続的な医療機関受診につなげるための方策を検討する必要がある。
- ・小学校区別有所見率では、山手小学校区はいずれの項目も平均以下であり、打出浜小学校区、浜風小学校区ではいずれの項目も平均より高い傾向であったが、特筆すべき地域差は見られないため、引き続き市全体での生活習慣病対策を講じていく必要がある。

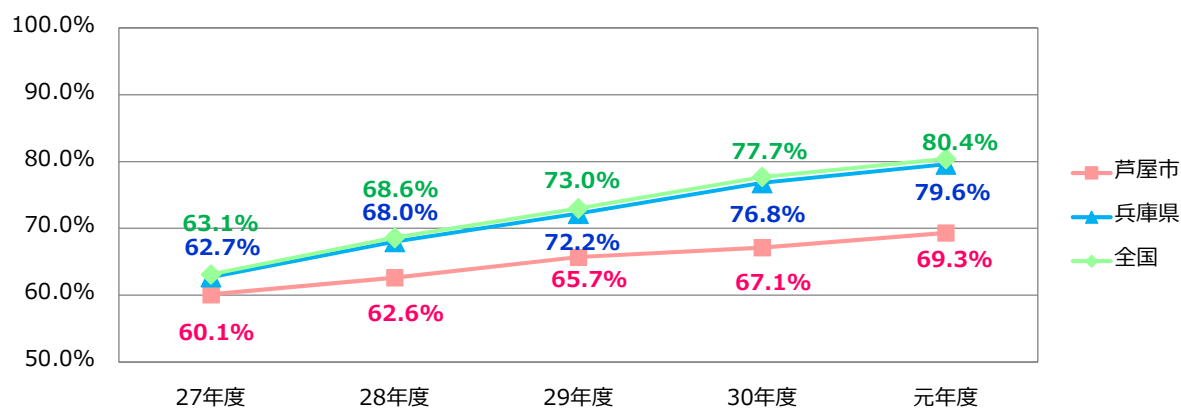
3 医療費適正化の推進

1. 施策の概要

中長期的目標	後発医薬品使用率の向上，重複投与の減少			
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			
評価指標	28（2016）年度 実績	元（2019）年度		
		目標値	実績	28（2016）年度との差
後発医薬品使用率（数量ベース）	62.6%	全国平均 （80.4%）	69.3%	6.7%増
重複投与件数	44件	減少	42件	2件減

2. 考察

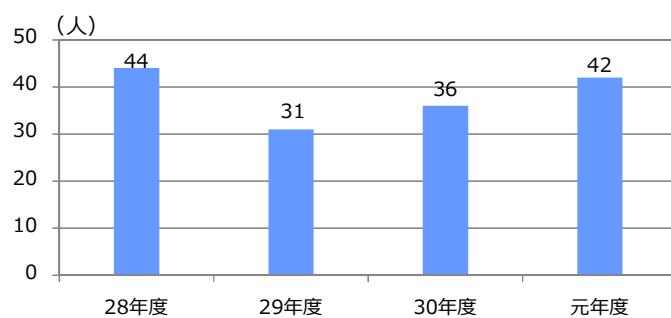
（1）後発医薬品使用率の推移（各年3月末現在）



※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）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. 総合評価・課題

- ・後発医薬品使用率は，年々増加しているものの依然として全国，兵庫県平均よりも低いことから，被保険者だけでなく医療機関等の医療従事者へ積極的に働きかけていく必要がある。
- ・重複投与者数は，ベースライン値より減少し目標を達成した。医療機関や薬局等において必要な患者情報が共有されることが重要であるため，医師会，薬剤師会と重複・多剤投与者の服薬パターンなどの情報共有を図り，被保険者の薬剤管理へのアプローチについて連携を図る必要がある。

4 健康管理の推進

1. 施策の概要

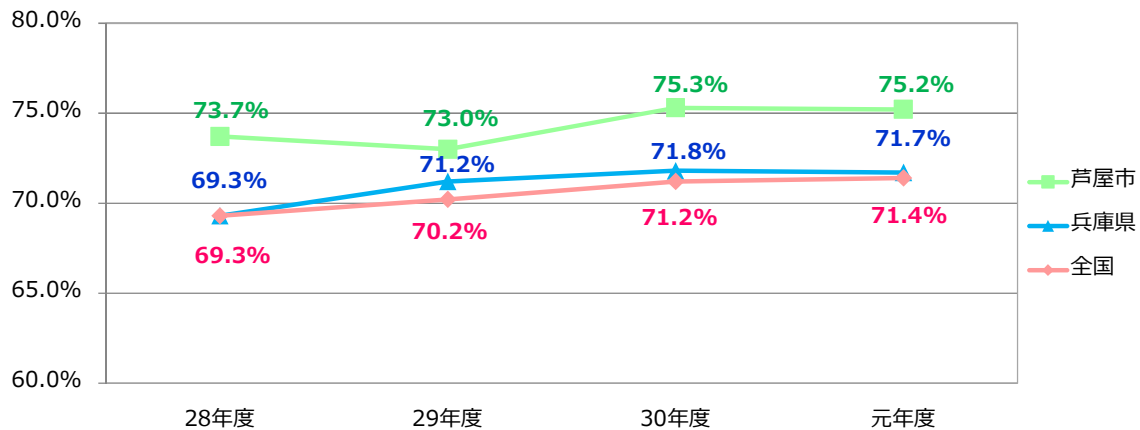
中長期的目標	健康意識の向上，介護を必要としない高齢者の増加			
実施事業	Ⅷ. 個人へのインセンティブ提供			
	Ⅸ. 地域包括ケアの推進			
評価指標	28（2016）年度 実績	元（2019）年度		
		目標値	実績	28（2016）年度との差
健康意識の向上（＊１）	73.7%	77.0%	75.2%	1.5ポイント増
介護を必要としない65歳以上の 高齢者の増加（＊２）	78.0%	増加	76.2%	1.8ポイント減

＊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））

2. 考察

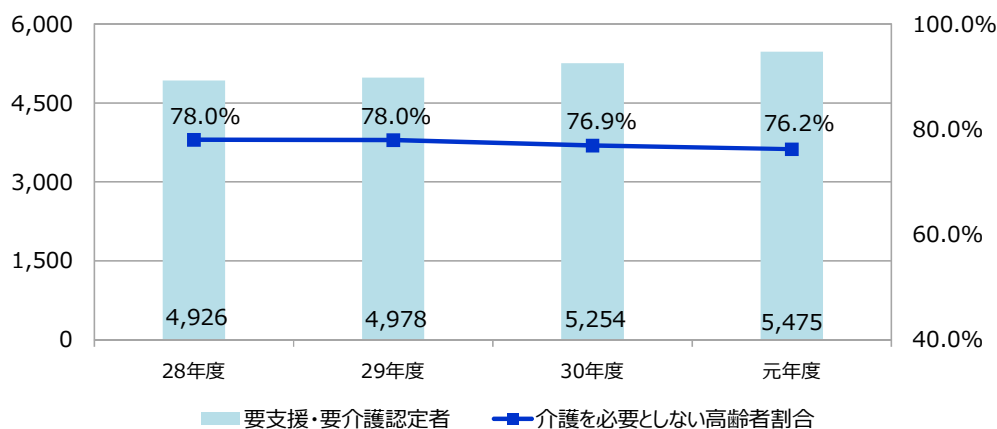
（１）健康意識の向上の推移



〔資料：KDBデータ〕

（２）介護を必要としない65歳以上の高齢者の割合推移

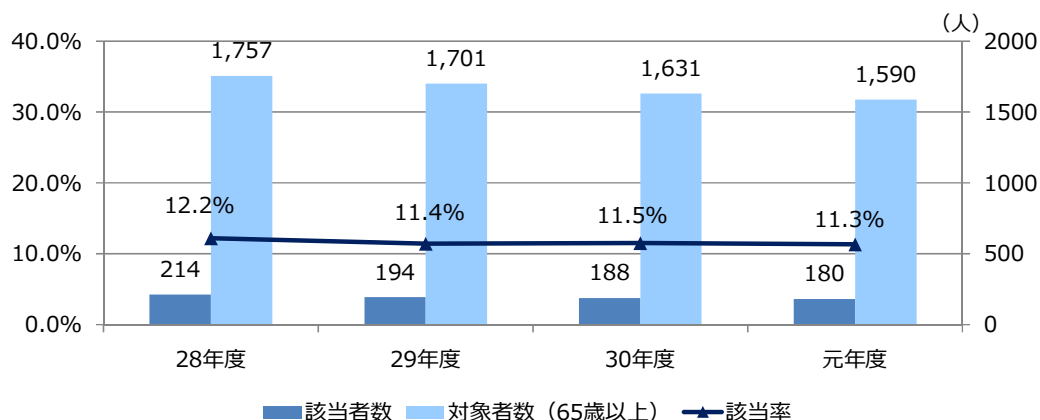
（人）



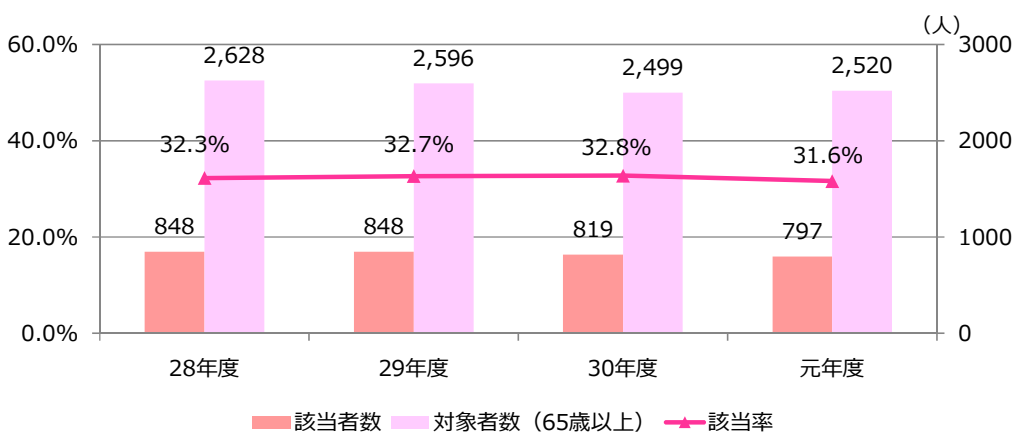
〔資料：介護保険事業状況報告（厚生労働省），国民健康保険被保険者データ，後期高齢者医療保険被保険者データ〕

(3) 低栄養（65歳以上でBMI20kg/m²未満）の状況

■男性

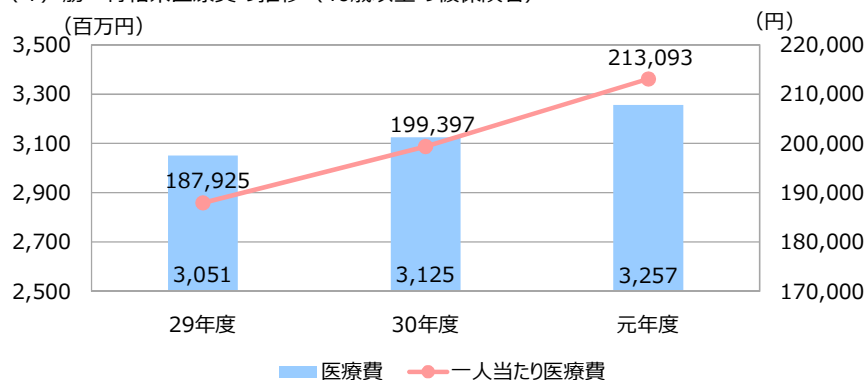


■女性



〔資料：特定健診データ〕

(4) 筋・骨格系医療費の推移（40歳以上の被保険者）



〔資料：KDBデータ〕

3. 総合評価・課題

- ・健康意識の向上では、全国・兵庫県平均より高く推移しているものの目標達成には至らなかった。
- ・介護を必要としない65歳以上の高齢者の割合については、ベースライン値より減少しており、要支援・要介護認定者が年々増加傾向にある。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施と連携した低栄養状況や筋骨格系医療費の伸び等も踏まえたフレイル対策を進めていく必要がある。

第6章 個別保健事業の評価

1 短期的目標の達成状況

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)	元年度 (2019年度)		2年度 (2020年度)		3年度 (2021年度)		4年度 (2022年度)		5年度 (2023年度)		
		目標達成状況		目標達成状況		目標達成状況		目標達成状況		目標達成状況		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		年3回		年3回		年3回	
	実績	年3回	年3回	年3回		年3回									
継続受診者数	目標	－	－	5,150人	B	5,300人	B	5,450人		5,600人		5,850人		6,000人	
	実績	5,020人	4,884人	4,681人		4,645人									
特定健診受診率	目標	－	－	45.0%	B	48.0%	B	51.0%		54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	40.5%	40.4%	39.9%		41.0%									
40～50歳代受診率	目標	－	－	29.0%	B	30.0%	B	31.0%		32.0%		33.0%		34.0%	
	実績	26.6%	26.4%	26.8%		27.6%									
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%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	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		110人		120人		130人	
	実績	64人	99人	72人		78人									
特定保健指導実施率	目標	－	－	25.0%	B	32.0%	C	39.0%		46.0%		53.0%		60.0%	
	実績	16.9%	16.9%	23.1%		18.8%									
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%		17.0%		21.0%		25.0%	
	実績	27.7%	26.8%	30.9%		33.8%									
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%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	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		45人		50人		55人	
	実績	30人	22人	35人		29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%		49.0%		48.5%		48.0%	
	実績	51.1%	51.7%	49.3%		51.0%									
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%		41.0%		40.5%		40.0%	
	実績	43.0%	44.4%	42.9%		45.4%									
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%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%									
事業参加者数	目標	－	－	5人	－	10人	－	15人		20人		25人		30人	
	実績	－（未実施）	－（未実施）	－（未実施）		－（未実施）									
対象者の医療機関受診率	目標	－	－	80.0%	A	82.0%	A	84.0%		86.0%		88.0%		90.0%	
	実績	77.8%	75.9%	81.8%		83.3%									
保健指導実施率	目標	－	－	100.0%	A	100.0%	A	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	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%		100.0%		100.0%		100.0%	
	実績	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%		54.0%		57.0%		60.0%	
	実績	41.5%	50.2%	43.4%		43.0%									
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		年2回		年2回		年2回	
	実績	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%		76.0%		78.0%		80.0%	
	実績	66.7%	66.8%	71.0%		68.4%									
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		年1回		年1回		年1回	
	実績	－（未実施）	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%		16.0%		18.0%		20.0%	
	実績	－（未実施）	25.5%	52.1%		49.0%									
Ⅷ. 個人へのインセンティブ提供															
事業の具体化に併せて検討	目標	－	－	－	－	－	－								
	実績	－	－	－		－									
Ⅸ. 地域包括ケアの推進															
事業の具体化に併せて検討	目標	－	－	－	－	－	－								
	実績	－	－	－		－									

＜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

2 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 ◇受診促進キャンペーン	◇広報紙・掲示板等を活用した啓発 ◇健康づくりに関するホームページ作成・更新 ◇ちらし作成・配布 ◇地域のイベント等における啓発

2. 評価指標、実施状況						
ストラクチャー	評価指標	実施状況				
	●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掛けを協力要請した。また、医療機関掲示用のポスターを作成し、各医療機関に掲示を依頼した。				
プロセス	評価指標	実施状況				
	●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	●特定健診の検査料金を無料で実施した。受診方式（個別健診、集団健診）を受診者が選択できるようにし、個別健診は市内53医療機関で実施した。集団健診は受診期間内に休日健診の実施日（土・日曜日に各2回）を設けたほか、集会所での巡回健診を実施した。また、がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん、乳がん）と同時に実施することにより受診促進を図った。 ●芦屋市Facebookを活用した啓発を行ったほか、様々な機会を捉え高齢者向けイベントや市民スポーツ大会など各種イベント等において積極的に広報活動を行った。また、予防・健康づくりに関する啓発のため、集団健診会場において糖尿病に関するポピュレーションアプローチを実施した。				
アウトプット	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)年度	
			実績	前年度差	目標値	実績
	未受診者への受診勧奨	年3回	年3回	—	年3回	年3回
アウトカム	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)年度	
			実績	前年度差	目標値	実績
	特定健診受診率	40.4%	39.9%	0.5% 1%減	48.0%	41.0%
アウトカム	40～50歳代受診率	26.4%	26.8%	0.4% 1%増	30.0%	27.6%

* 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

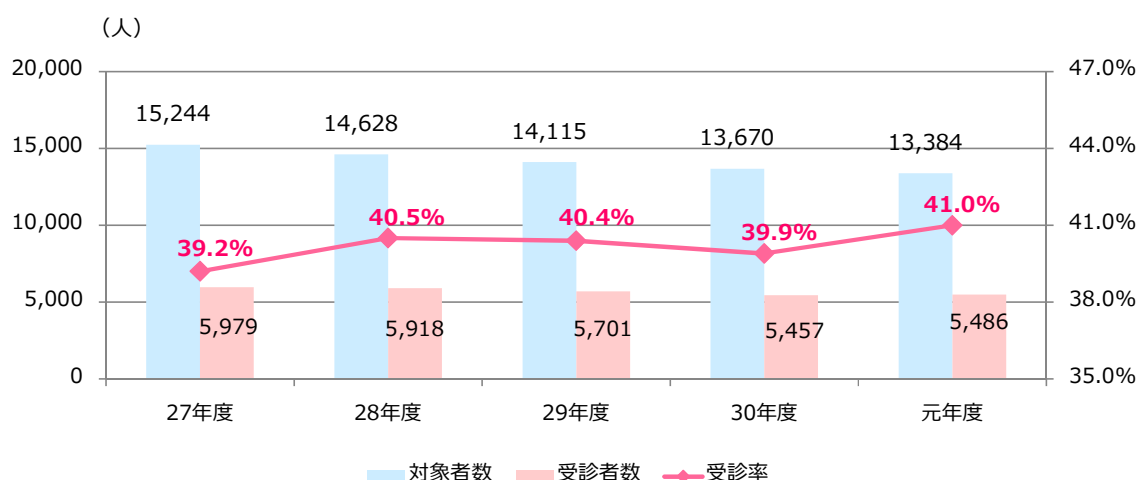
(1) 特定健康診査受診率の推移

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
27年度	15,244	5,979	39.2%	2,308	3,770	530	119	6,727
28年度	14,628	5,918	40.5%	2,419	3,643	580	98	6,740
29年度	14,115	5,701	40.4%	2,463	3,340	580	95	6,478
30年度	13,670	5,457	39.9%	2,486	3,084	568	83	6,221
元年度	13,384	5,486	41.0%	2,425	3,148	535	80	6,188

※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。

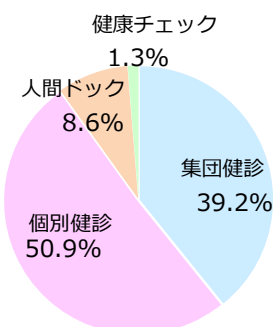
〔資料：法定報告、事務報告書〕



(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	
		前年度差 (※ポイント)		前年度差 (※ポイント)		前年度差 (※ポイント)		前年度差 (※ポイント)
27年度	34.3%	—	56.0%	—	7.9%	—	1.8%	—
28年度	35.9%	1.6	54.1%	-1.9	8.6%	0.7	1.4%	-0.4
29年度	38.0%	2.1	51.6%	-2.5	9.0%	0.4	1.4%	—
30年度	40.0%	2.0	49.6%	-2.0	9.1%	0.1	1.3%	-0.1
元年度	39.2%	-0.8	50.9%	1.3	8.6%	-0.5	1.3%	—

〔資料：特定健診データ〕

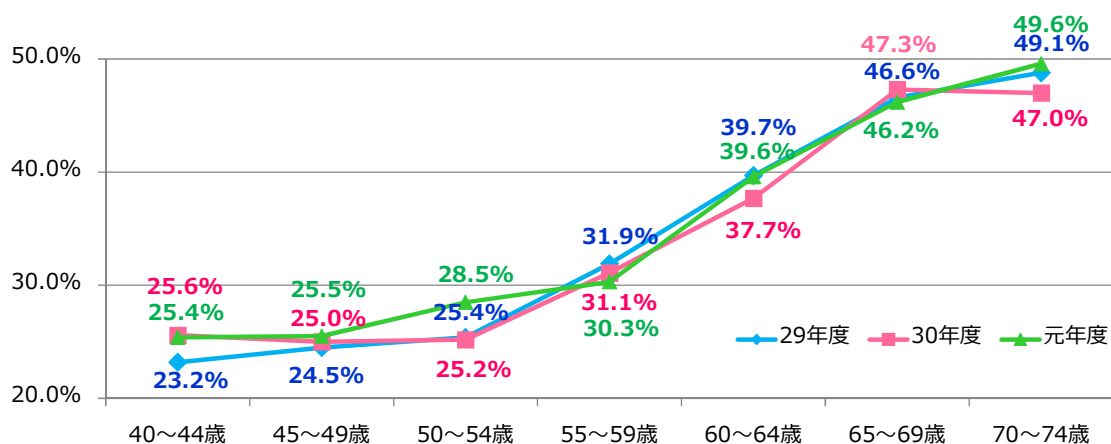


(3) 40～50歳代受診状況

	29年度	30年度	前年度差 (※ポイント)	元年度	前年度差 (※ポイント)
受診率	26.4%	26.8%	0.4	27.6%	0.8
男性	23.3%	22.6%	-0.7	24.7%	2.1
女性	28.6%	29.9%	1.3	29.8%	-0.1

〔資料：法定報告〕

(4) 年代別受診率の推移



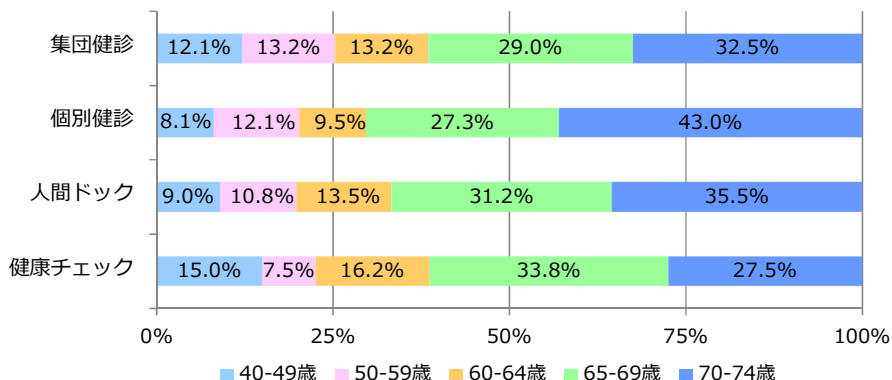
〔資料：法定報告〕

(5) 年代別健診形態別受診状況（令和元年度）

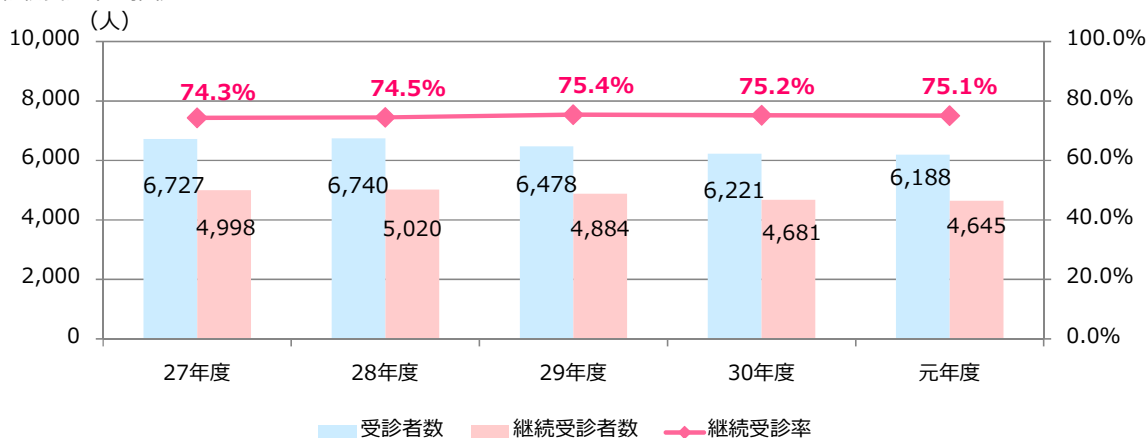
単位：人

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	2,516	16.3%	2,554	16.6%	1,709	11.1%	3,671	23.9%	4,944	32.1%	15,394
受診者数	607	9.8%	766	12.4%	703	11.4%	1,758	28.4%	2,354	38.0%	6,188
集団健診	293	12.1%	321	13.2%	319	13.2%	703	29.0%	789	32.5%	2,425
個別健診	254	8.1%	381	12.1%	299	9.5%	861	27.3%	1,353	43.0%	3,148
人間ドック	48	9.0%	58	10.8%	72	13.5%	167	31.2%	190	35.5%	535
健康チェック	12	15.0%	6	7.5%	13	16.2%	27	33.8%	22	27.5%	80

〔資料：特定健診データ〕

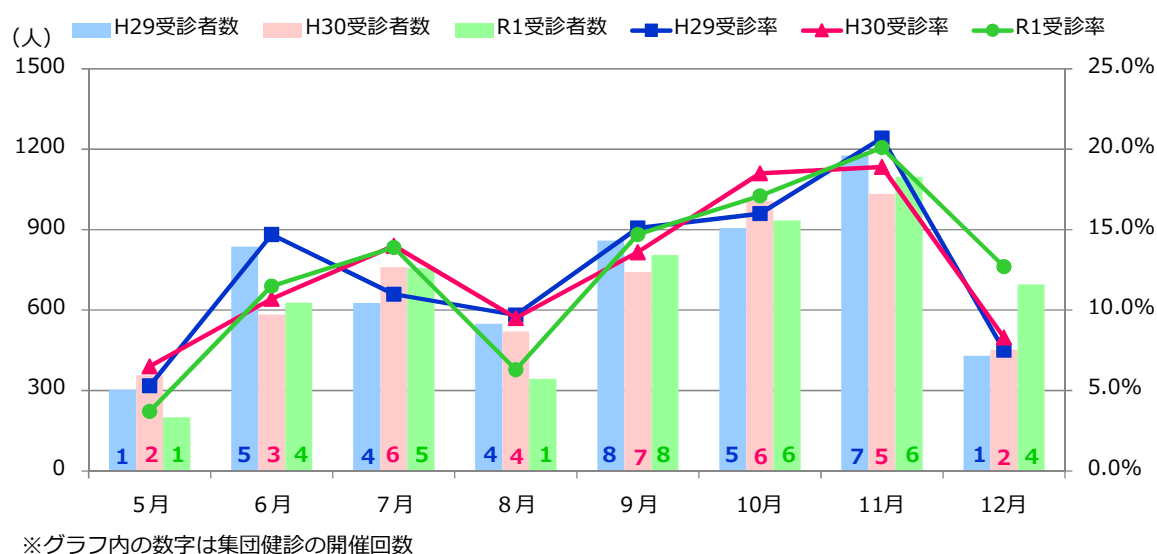


(6) 継続受診率の推移



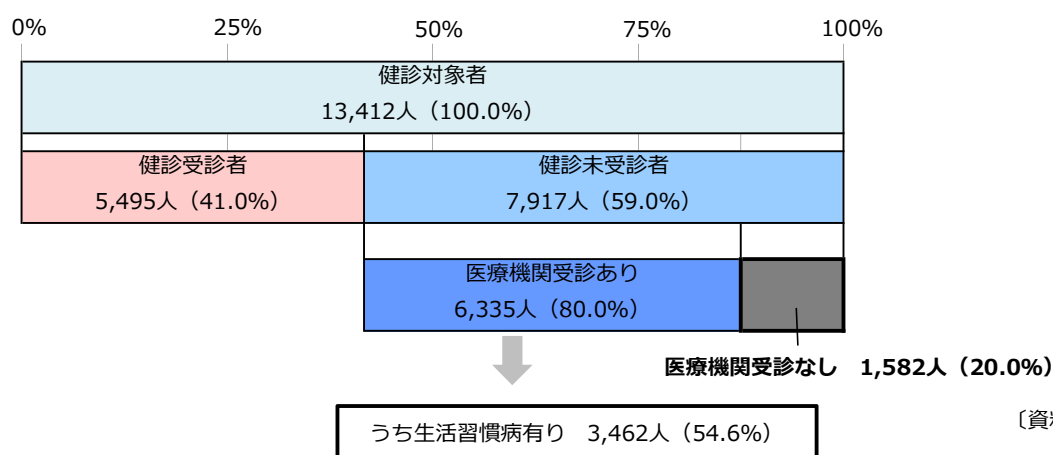
〔資料：特定健診データ〕

(7) 月別受診者数、受診率の推移（集団健診、個別健診）



〔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（令和元年度）



〔資料：KDBデータ〕

4. 総合評価・課題

- ・特定健診受診率は41.0%となっており、目標の48.0%を達成することができなかったものの、前年度比で1.1ポイント上昇させることができた。夏の特健健診キャンペーン（7～8月に特定健診を受診した方へ抽選で健康グッズをプレゼント）やヘルスアップ事業（健康ポイント事業）といったインセンティブを活用した受診率向上策やナッジ理論を用いた対象者の特性に応じた受診勧奨通知による効果があったものと考えられる。一方で、40～50歳代受診率は、27.6%と目標の30.0%は達成することができなかったが、前年度より0.8ポイント増加させることができた。
- ・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5,300人には届かなかった。人数は減少傾向にあるものの、受診者数に占める継続受診者の割合はほぼ横ばいで推移している。全体的な受診率向上には対象者の継続利用が欠かせないため、対象者への効果的な受診勧奨を検討する必要がある。
- ・健診未受診者の2割は医療機関を受診もしておらず健康状態が把握できていないため、ナッジ理論等を用いた対象者の特性に応じた受診勧奨を実施するほか、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施と連携した通いの場を利用した受診勧奨など、あらゆる機会を通じて更なる受診率向上策を講じていく必要がある。また、健診未受診者の8割は医療機関を受診しており、その半数は生活習慣病の治療を行っていることから医療機関からの受診勧奨や診療における検査データを活用した特定健診等の実施について更に検討が必要である。

Ⅱ. 特定保健指導実施率向上対策

1. 計画内容		
目 的	特定健診の結果から生活習慣病の発症リスクが高い被保険者に対して保健指導を実施し、生活習慣病の発症と重症化を予防する。	
対象者	特定健診の結果から、生活習慣病の改善が必要と判断される被保険者	
目 標	特定保健指導実施率向上、特定保健指導対象者の減少	
取 組	＜利用機会の確保＞	＜実施率向上＞
	◇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積極的な利用勧奨を行った。				
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	●特定健診当日における初回面接の実施や特定保健指導の利用勧奨を行った。また、特定健診結果相談会に参加した保健指導該当者に対し同時に初回面接を実施した。このほか、一定期間経過後も特定保健指導が未利用の者に対し、個別に電話やはがきによる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、血管年齢などの測定会を設け、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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)年度	
			実績	前年度差	目標値	実績
	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	99人	72人	27人減	90人	78人
	特定保健指導実施率	16.9%	23.1%	6.2 [※] 人増	32.0%	18.8%
	特定保健指導対象者の減少率（対20年度比）（*）	26.8%	30.9%	4.1 [※] 人増	9.0%	33.8%

* 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。

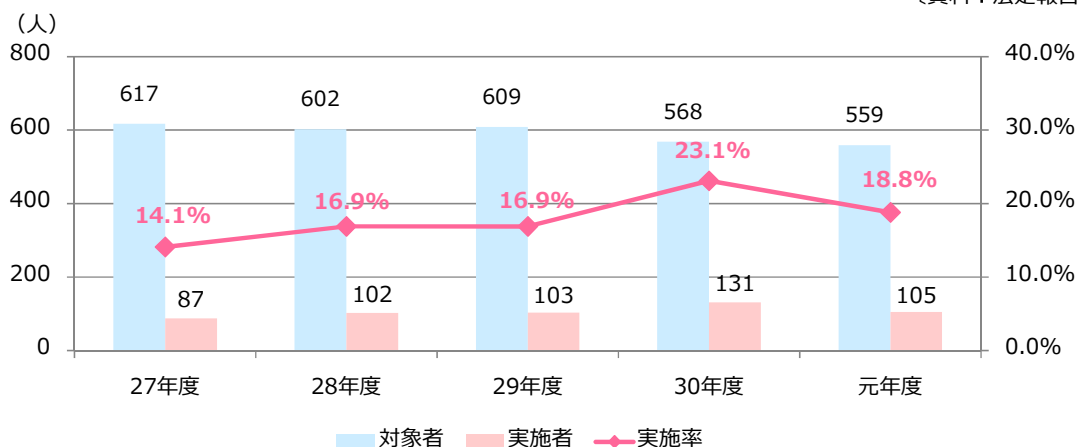
3. 考察

(1) 特定保健指導実施率の推移

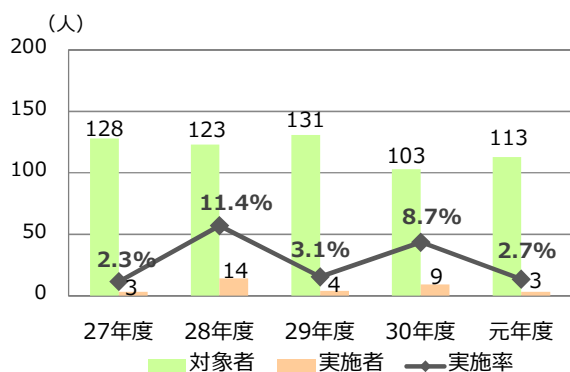
単位：人

	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
27年度	128	3	2.3%	489	84	17.2%	617	87	14.1%
28年度	123	14	11.4%	479	88	18.4%	602	102	16.9%
29年度	131	4	3.1%	478	99	20.7%	609	103	16.9%
30年度	103	9	8.7%	465	122	26.2%	568	131	23.1%
元年度	113	3	2.7%	446	102	22.9%	559	105	18.8%

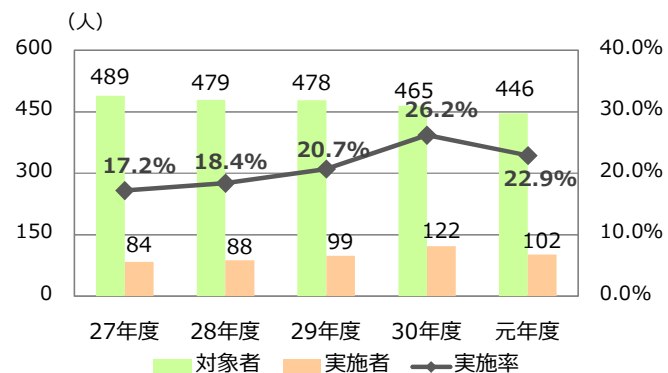
〔資料：法定報告〕



■積極的支援

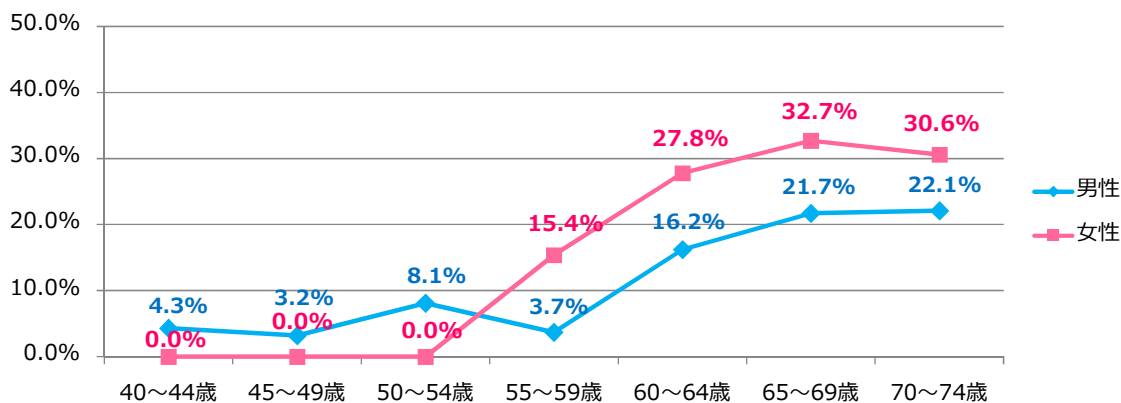


■動機付け支援



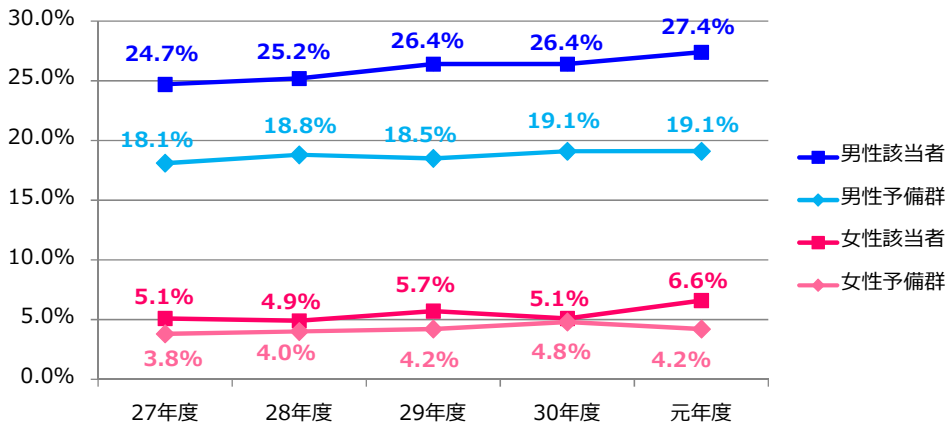
〔資料：法定報告〕

(2) 年代別男女別特定保健指導実施率 (令和元年度)



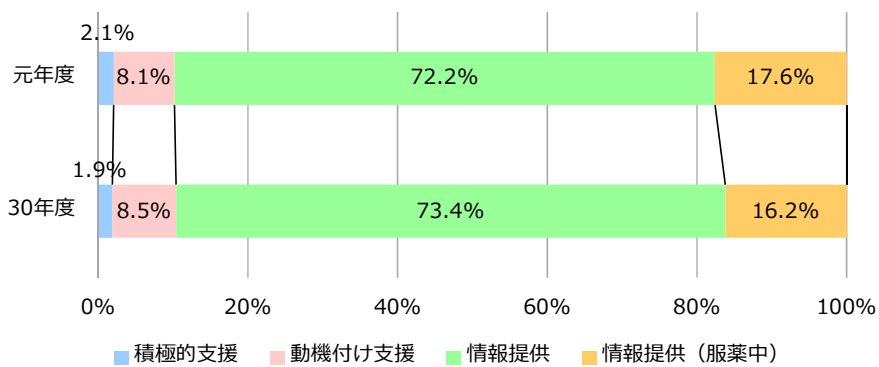
〔資料：法定報告〕

(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30年度－令和元年度）



〔資料：法定報告〕

4. 総合評価・課題

- ・特定保健指導実施率は18.8%で目標値である32.0%を達成することができなかった。集団健診受診者について、健診当日における初回面接の実施や電話による利用勧奨時に服薬等の状況確認を行い対象者の適正把握に努めたものの実施率向上につなげることができなかった。また、60歳未満の実施率が低いため、インセンティブを活用した効果的な利用勧奨や働く世代のニーズに応じた魅力的な保健指導プログラムの開発を検討する必要がある。
- ・実施率が低い要因として、健診受診から利用案内送付までの期間が長く、対象者の特定保健指導参加へのモチベーションを低下させている恐れがあるため、健診受診後から利用案内送付までの期間の短縮を検討する必要がある。

Ⅲ. 非肥満者への保健指導

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

2. 評価指標，実施状況							
ストラクチャー	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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	22人	35人	13人増	35人	29人	6人減
アウトカム	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	51.7%	49.3%	2.4㊦㊦			

*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

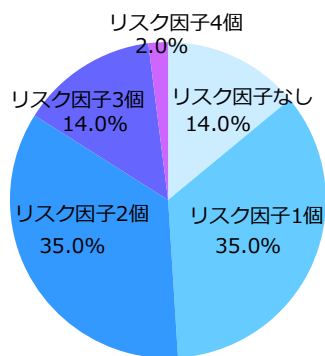
(1) 肥満・非肥満リスク因子分布状況（令和元年度）

リスク因子なし(16.3%)	リスク因子なし(5.9%)
リスク因子1個(36.9%)	リスク因子1個(23.5%)
リスク因子2個(33.9%)	リスク因子2個以上 (38.9%)
リスク因子3個以上(12.9%)	リスク因子3個以上(31.7%)
非肥満 (68.6%)	肥満 (31.4%)

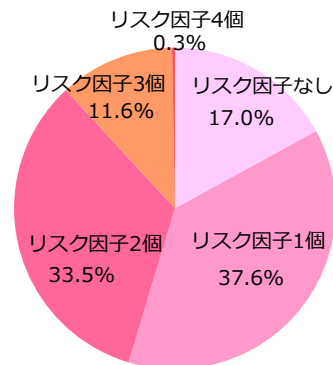
〔資料：特定健診データ〕

(2) 非肥満者の男女別リスク因子保有数割合（令和元年度）

■男性

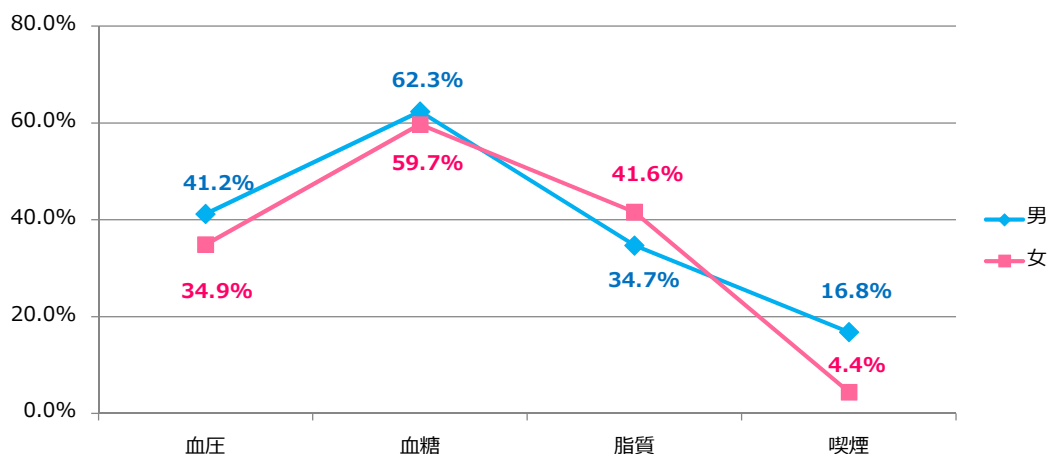


■女性



〔資料：特定健診データ〕

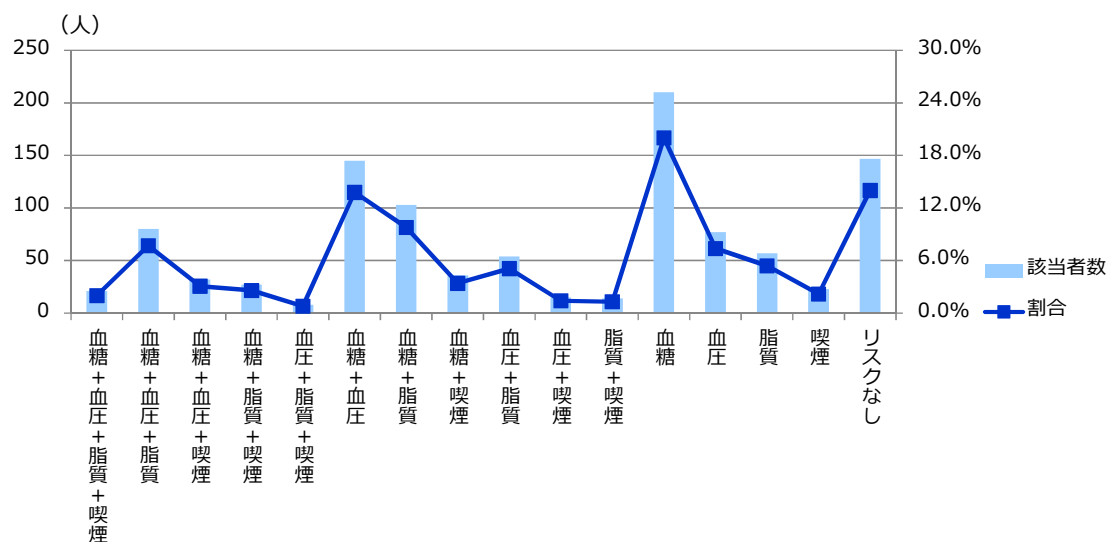
(3) 非肥満者の男女別リスク因子保有状況（令和元年度）



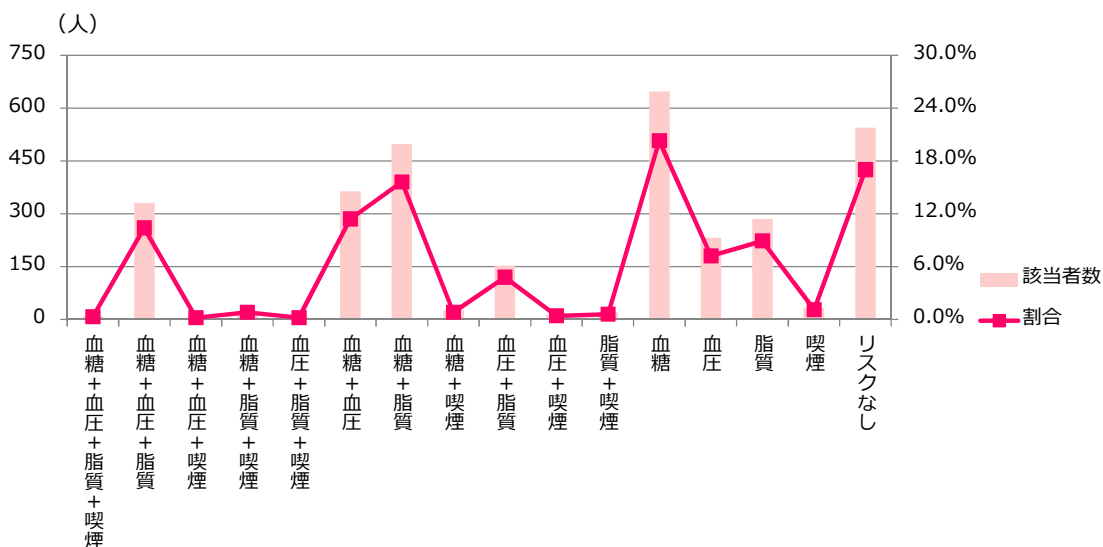
〔資料：特定健診データ〕

(4) 非肥満者のリスク因子の該当状況 (令和元年度)

■男性



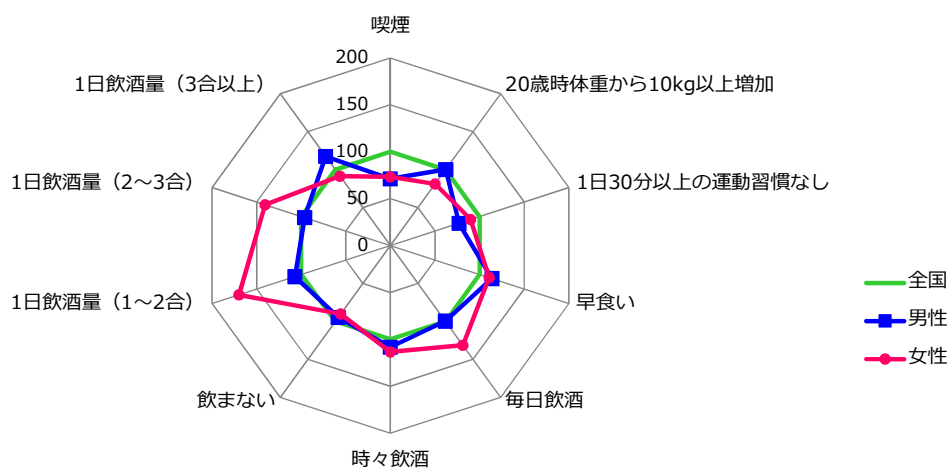
■女性



[資料：特定健診データ]

(5) 質問調査状況標準化比 (令和元年度)

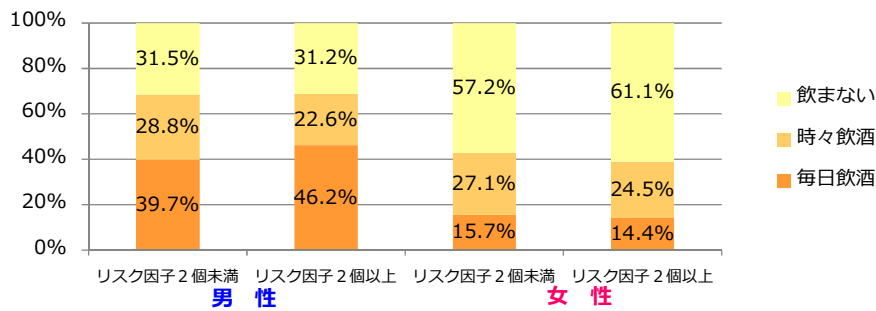
※全国を100として表示



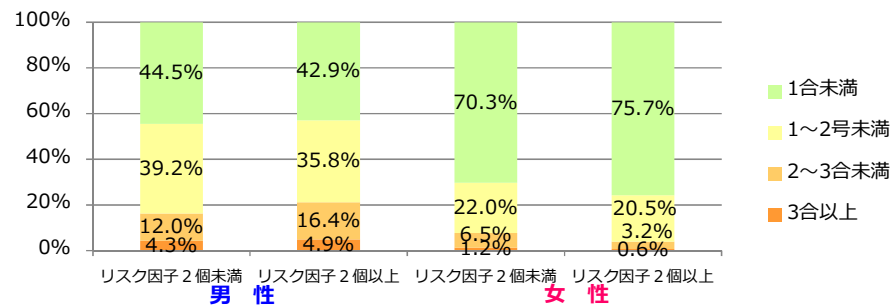
[資料：KDBデータ]

(6) 非肥満者の男女別生活習慣の状況（令和元年度）

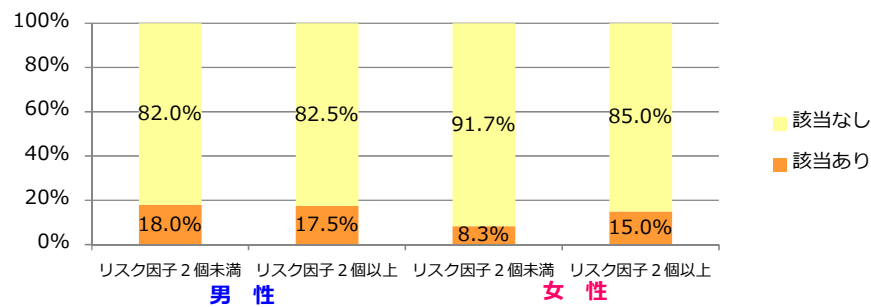
① 飲酒



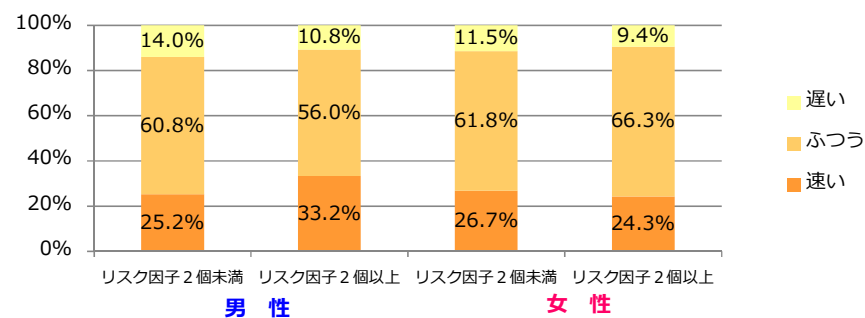
② 飲酒量



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51.0%、女性は45.4%と前年度より増加し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	●事業実施に必要な予算を確保した。					
	●関係機関との連携体制の構築	●市内医療機関を対象とした説明会において，本事業の周知を図るとともに本事業への協力を依頼した。対象者の医療機関受診状況等について，「主治医連絡書」及び「受診結果報告書」にてかかりつけ医と連携を図った。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	●個人ごとの個人記録表を作成し，関係者と情報共有を図った。					
	●効果的な対象者の抽出，実施方法等について医師会と協議	●対象者基準の変更にあたり医師会と協議した他，兵庫県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会において，効果的な対象者の抽出，事業運営について専門的知見を有する有識者の助言を受け事業実施した。 ＜対象者（令和元年度）＞ 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 3 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. HbA1c8.0%以上					
アウトプット	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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)	—	10人	— (未実施)	—
アウトカム	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	75.9%	81.8%	5.9ポイント増	82.0%	83.3%	1.5ポイント増
	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

	29年度	30年度	元年度
対象者	29 (100.0%)	11 (100.0%)	24 (100.0%)
内訳	受診	22 (75.9%)	9 (81.8%)
	保健指導前受診	17 (58.6%)	7 (63.6%)
	保健指導後受診	5 (17.2%)	2 (18.2%)
	未受診	6 (20.7%)	2 (16.7%)
	国保資格喪失	1 (3.4%)	0 (0.0%)

◇保健指導対象者

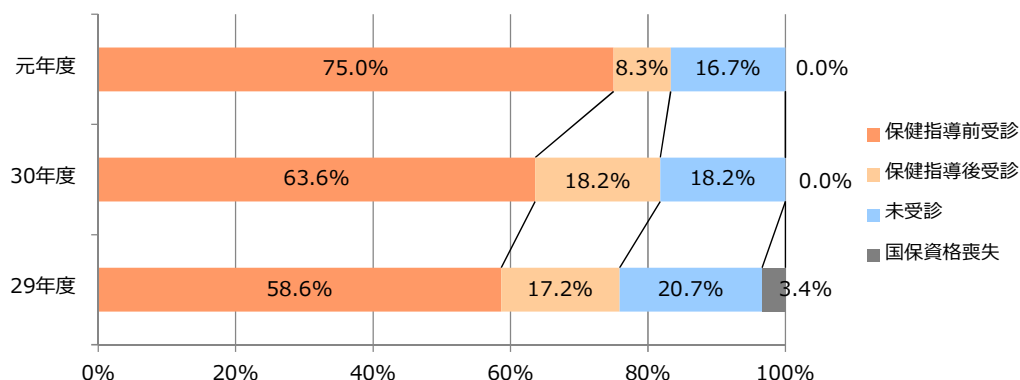
29年度：HbA1c7.0%以上の集団健診受診者

30年度：HbA1c8.0%以上の特定健診受診者

元年度：前ページに記載のとおり

※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。

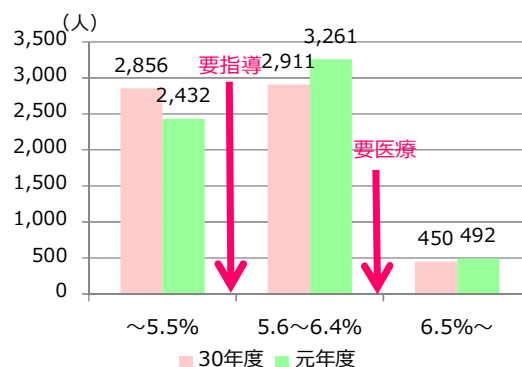
〔資料：特定健診データ等〕



(2) 特定健診受診者のHbA1cの分布状況

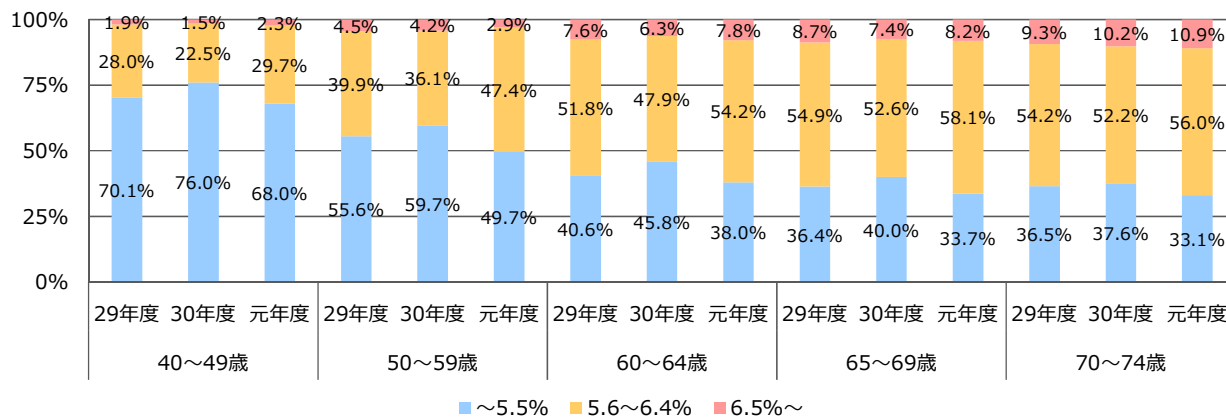
単位：人

HbA1c (%)	定義	30年度		元年度	
		該当者数	構成比	該当者数	構成比
～5.5	基準範囲	2,856	45.9%	2,432	39.3%
5.6～6.4	要指導	2,911	46.9%	3,261	52.7%
6.5～	要医療	450	7.2%	492	8.0%
	うち7.0～7.9 (再掲)	166	2.7%	181	2.9%
	うち8.0以上 (再掲)	63	1.0%	68	1.1%



〔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

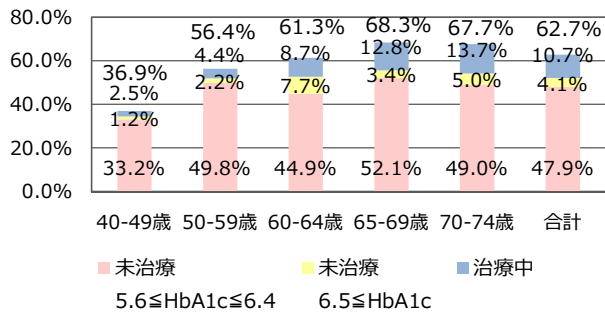


〔資料：特定健診データ〕

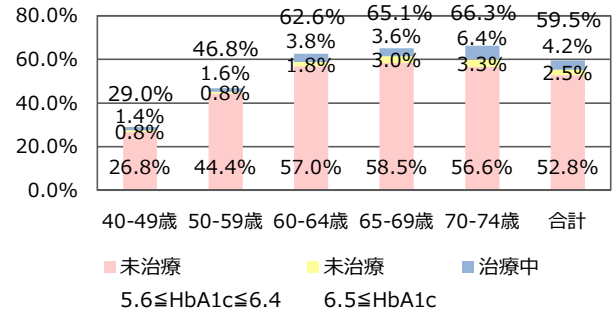
(4) 特定健診受診者のHbA1c有所見状況（年代別治療状況）

【元年度】

■男性

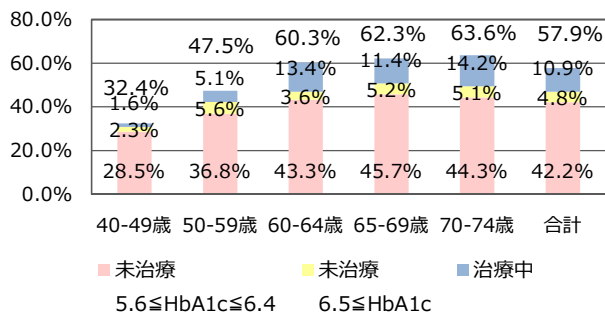


■女性

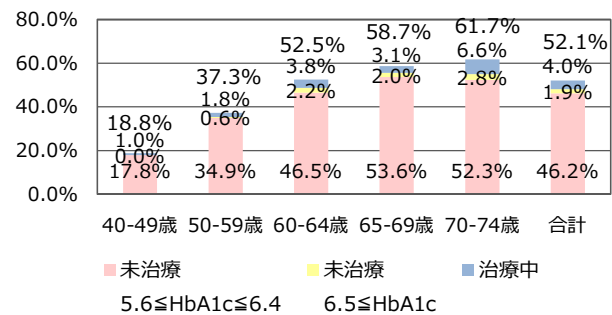


【30年度】

■男性

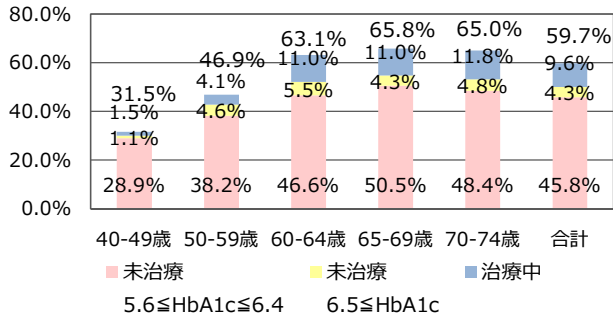


■女性

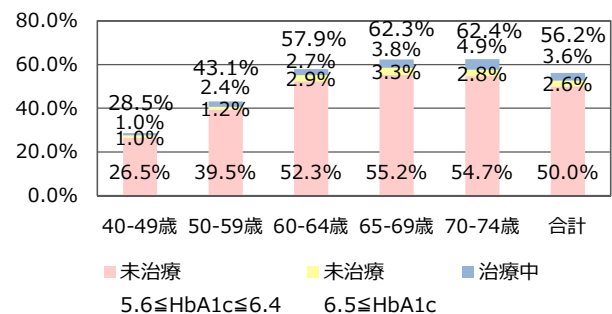


【29年度】

■男性



■女性

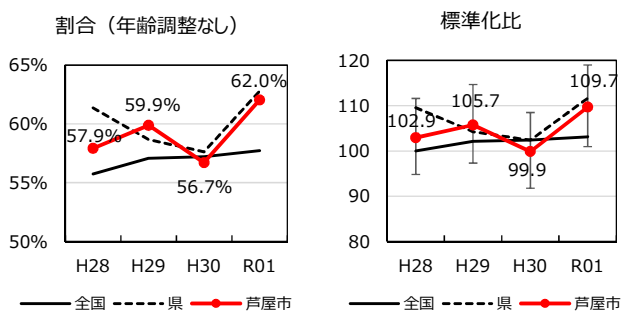


〔資料：特定健診データ〕

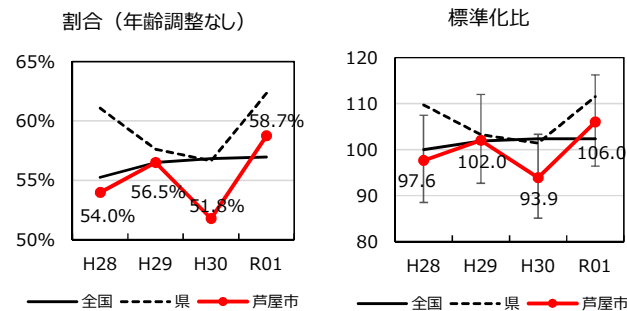
(5) 特定健診受診者のHbA1c有所見状況（男女別・年齢調整）の経年推移

※標準化比については、H28の全国を100として表示

■男性



■女性



〔資料：KDBデータ〕

(6) 平成29年度に健診を受診した者の2年後の状況

		令和元年度					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29年度	HbA1c $\geq$ 5.5	1,357	425	0	0	1	1,783
	5.6 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.4	264	1,760	79	19	3	2,125
	6.5 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.9	0	42	65	38	4	149
	7 $\leq$ HbA1c $\leq$ 7.9	0	13	29	54	15	111
	8 $\leq$ HbA1c	0	5	5	17	16	43
合 計 (人)		1,621	2,245	178	128	39	4,211

全 体	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	375	8.9%
不 変	3,252	77.2%
悪 化	584	13.9%
合 計	4,211	100.0%

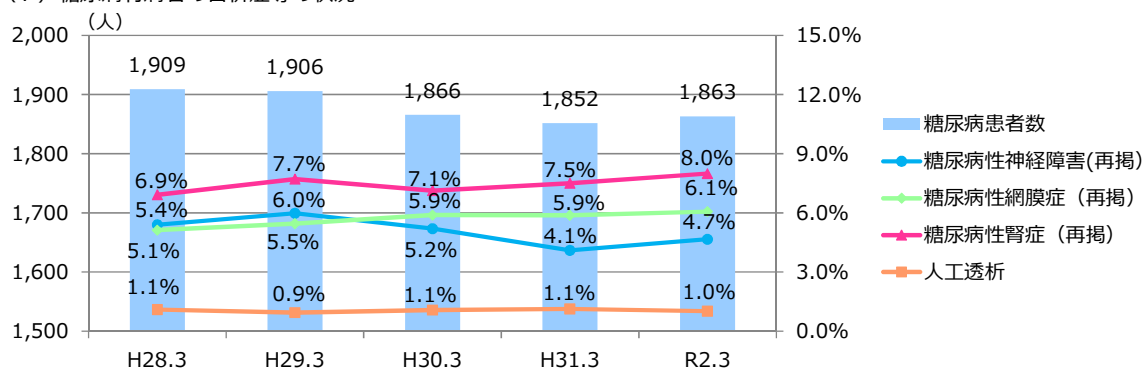
平成29年度 HbA1c $\geq$ 5.5	人 数 (人)	割 合 (%)
不 変	1,357	76.1%
悪 化	426	23.9%
合 計	1,783	100.0%

平成29年度 5.6 $\leq$ HbA1c $\leq$ 6.4	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	264	12.4%
不 変	1,760	82.8%
悪 化	101	4.8%
合 計	2,125	100.0%

平成29年度 6.5 $\leq$ HbA1c	人 数 (人)	割 合 (%)
改 善	111	36.6%
不 変	135	44.6%
悪 化	57	18.8%
合 計	303	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 (CKD) 重症度分類 (令和元年度)

単位：人

eGFR区分			尿蛋白 区分	A 1	A 2	A 3
				(-) or (±)	(+)	(2+) 以上
			5,638	5,384	193	61
G1	90以上	正常または高値	503	488	12	3
G2	60～90未満	正常または軽度低下	4,099	3,943	133	23
G3 a	45～60未満	軽度～中等度低下	950	893	39	18
G3 b	30～45未満	中等度～高度低下	71	52	8	11
G4	15～30未満	高度低下	11	8	1	2
G5	15未満	末期腎不全	4	0	0	4



慢性腎臓病（CKD）リスクあり
1,207人（21.4%）

慢性腎臓病 (CKD) リスクあり
1,207人 (21.4%)

※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

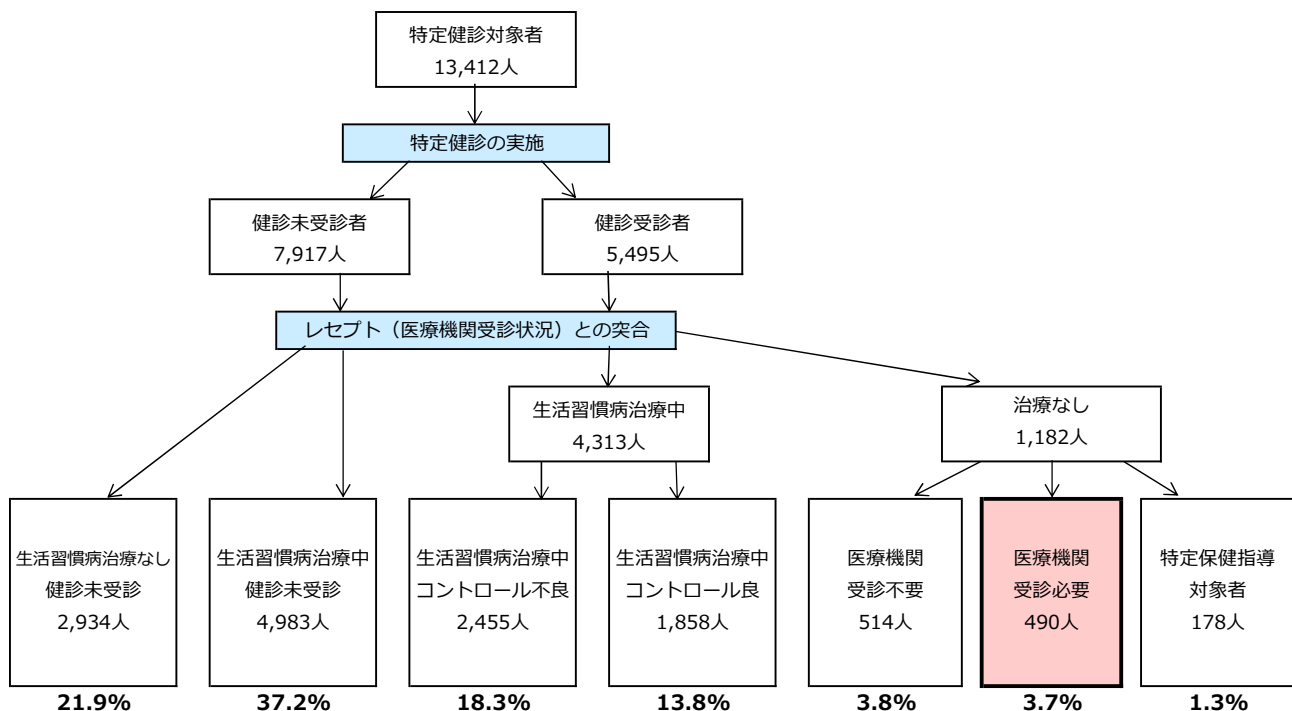
eGFR区分			尿蛋白 区分	A 1 (-) or (±)	A 2 (+)	A 3 (2+) 以上
			3,405	3,297	90	18
G1	90以上	正常または高値	337	328	7	2
G2	60～90未満	正常または軽度低下	2,600	2,525	66	9
G3 a	45～60未満	軽度～中等度低下	443	423	16	4
G3 b	30～45未満	中等度～高度低下	21	17	1	3
G4	15～30未満	高度低下	4	4	0	0
G5	15未満	末期腎不全	0	0	0	0

慢性腎臓病（CKD）リスクあり
552人（16.2%）

※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（令和元年度）



※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，平成30年度より1.5ポイント増加し，目標の82.0%を達成することができた。受診が必要な人を確実に医療機関につなげ，その後のフォローを行うことにより継続的な受診につなげていく必要がある。
- HbA1cの分布状況では，平成30年度に比べ基準範囲外の割合が増加しており，特に5.6～6.4%の要指導領域における増加が認められる。全年齢層において有所見率の悪化が認められることから加齢による影響だけではないと思われるため，今後も継続的な要因分析を行うとともに，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。
- 健診受診者の5人に1人（21.4%）は，慢性腎臓病（CKD）のリスクが有り，生活習慣病等の治療を受けていない人についても，軽度以上の慢性腎臓病（CKD）のリスクが有る人が16.2%存在するため，透析予防の観点から腎機能の低下を早期に発見するため，引き続き腎機能に着目した対象者の抽出が必要である。

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，通知発送業務に必要な人員を確保した。 ●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	●健診受診翌月を含めた過去３か月間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。 ●慢性腎臓病（ＣＫＤ）の発症予防，早期発見の観点から，腎機能に関する抽出基準の見直しを行い，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（令和元年度）＞ 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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	50.2%	43.4%	6.8ﾎﾟｲﾝﾄ減	48.0%	43.0%	0.4ﾎﾟｲﾝﾄ減

* 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。

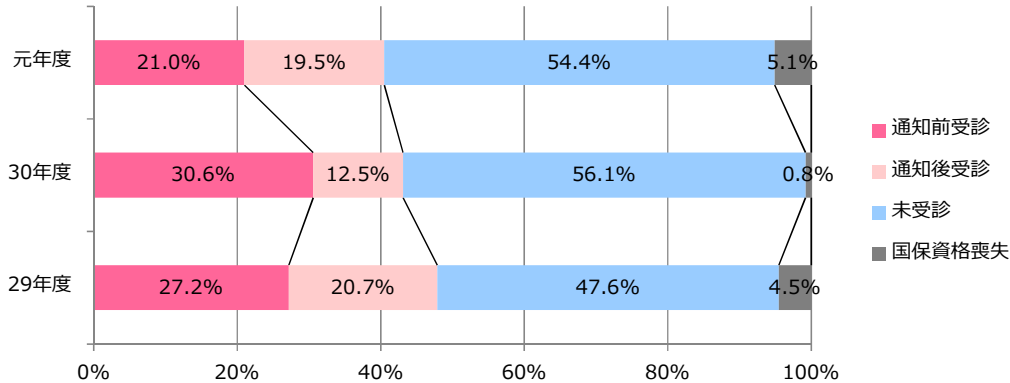
3. 考察

(1) 受診勧奨通知対象者の受診状況

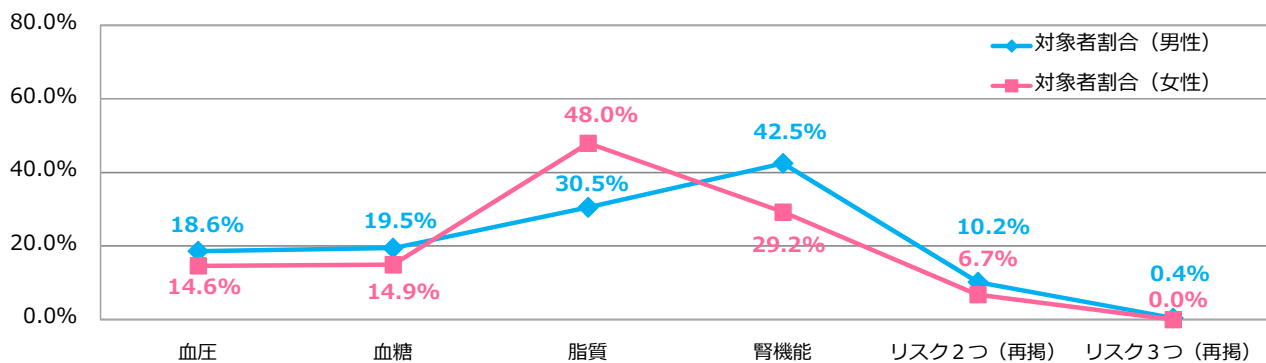
単位：人

	29年度	30年度	元年度
対象者	290 (100.0%)	504 (100.0%)	568 (100.0%)
内訳			
受診	139 (47.9%)	217 (43.1%)	230 (40.5%)
通知前受診	79 (27.2%)	154 (30.6%)	119 (21.0%)
通知後受診	60 (20.7%)	63 (12.5%)	111 (19.5%)
未受診	138 (47.6%)	283 (56.1%)	305 (53.7%)
国保資格喪失	13 (4.5%)	4 (0.8%)	33 (5.8%)

〔資料：特定健診データ等〕



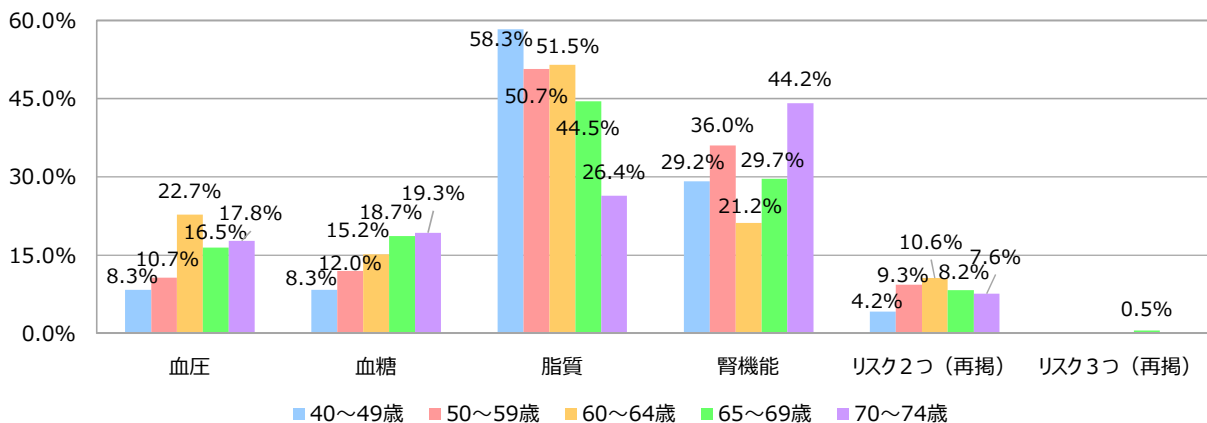
(2) 受診勧奨通知対象者の男女別項目別内訳 (令和元年度)



※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〕

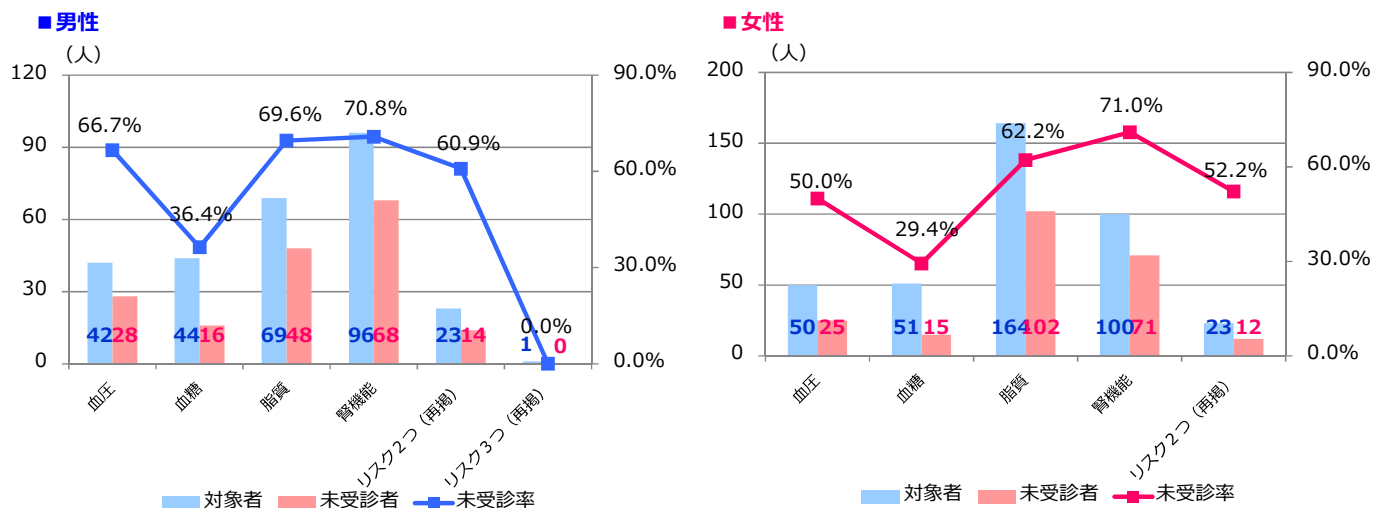
(3) 受診勧奨通知対象者の年代別項目別内訳 (令和元年度)



※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（令和元年度）



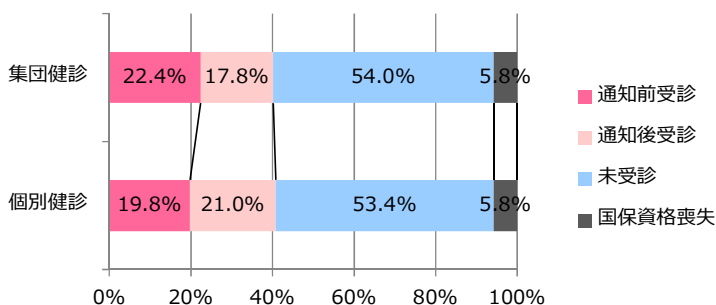
※リスク重複者はそれぞれ該当する項目すべてに含めている。

〔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（令和元年度）

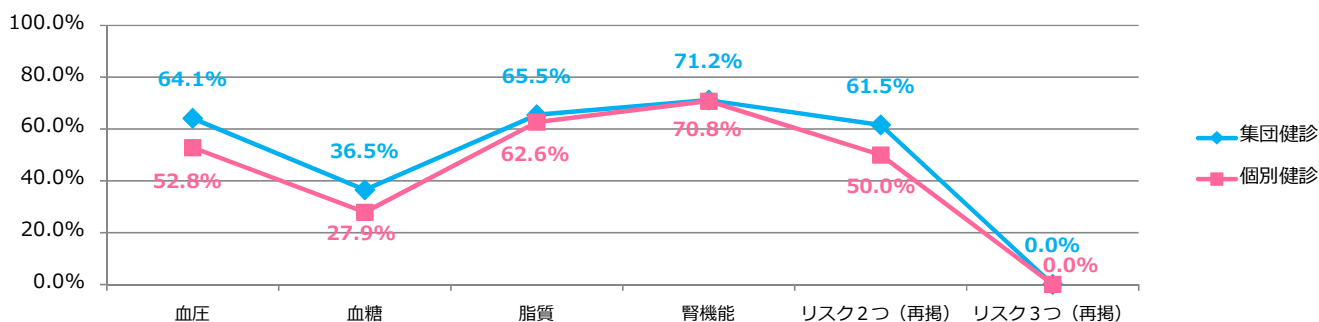
単位：人

		集団健診	個別健診
対象者		259 (100.0%)	309 (100.0%)
内訳	受診	104 (40.2%)	126 (40.8%)
	通知前受診	58 (22.4%)	61 (19.8%)
	通知後受診	46 (17.8%)	65 (21.0%)
	未受診	140 (54.0%)	165 (53.4%)
	国保資格喪失	15 (5.8%)	18 (5.8%)



〔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（令和元年度）



※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43.0%で、平成30年度より0.4ポイント減少し目標の48.0%を達成することができなかった。受診勧奨通知後に受診する者が少ないため、病態を理解し、医療機関受診の必要性を認識しやすいよう通知内容の見直しが必要である。また、集団健診受診者については、健診当日に分かる結果をもとに医療機関受診の必要性等を含めた保健指導を継続し、個別健診受診者については、健診結果返却時に医療機関より説明してもらうこと等により早期受診につなげるための工夫が必要である。

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（令和元年度）＞					
		通知月	通知対象診療月	軽減効果額	通知対象者		
		令和元年6月	平成30年7月～12月診療分	72円以上	2,528人		
		令和元年11月	平成31年1月～令和元年6月診療分	100円以上	2,402人		
プロセス	評価指標	実施状況					
	●使用促進通知の見直し	●使用促進通知に後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報，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。					
	●啓発用品の選定	●保険証年次更新時に後発医薬品使用促進保険証ケースを全被保険者に配布し，後発医薬品の使用促進を図った。					
アウトプット	評価指標	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)年度		
			実績	前年度差	目標値	実績	前年度差
	使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率	66.8%	71.0%	4.2ポイント増	72.0%	68.4%	2.6ポイント減

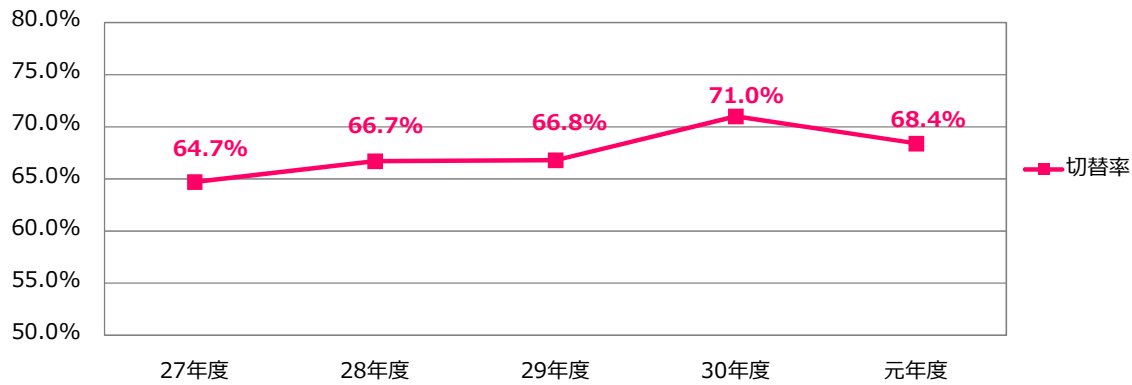
3. 考察

（1）後発医薬品使用促進通知効果額と通知対象者数の推移

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

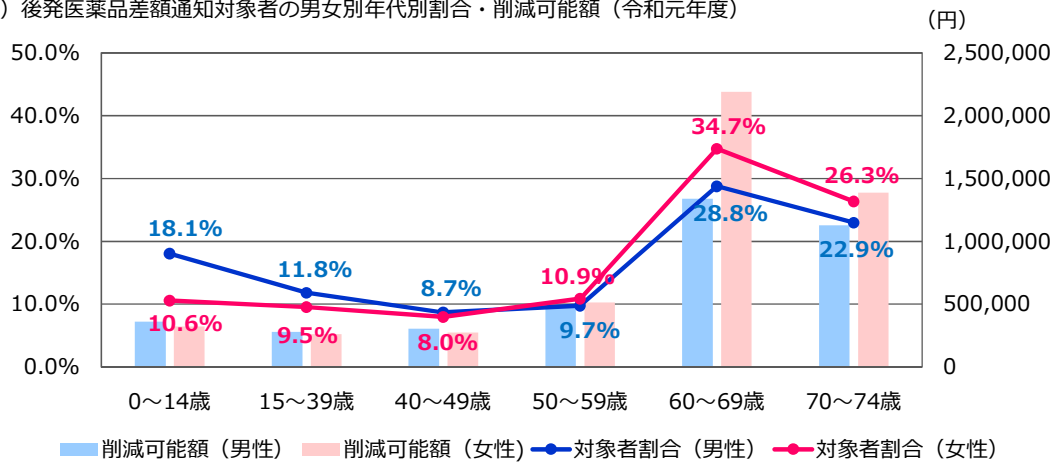
〔資料：事務報告書〕

(2) 後発医薬品使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率の推移



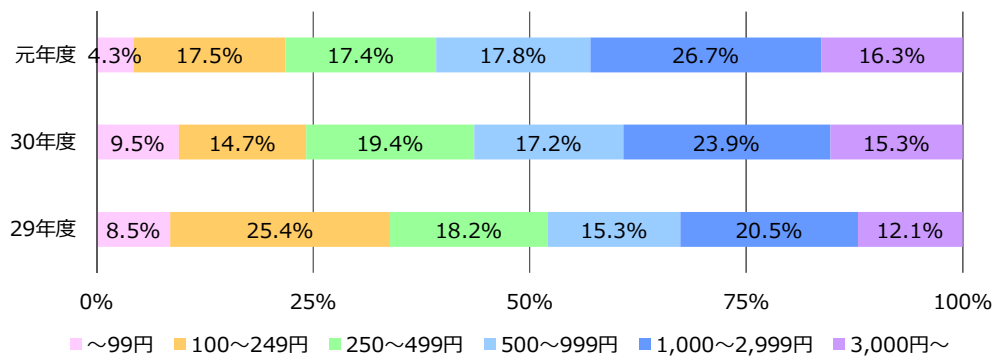
〔資料：レセプトデータ（調剤）〕

(3) 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（令和元年度）



〔資料：レセプトデータ（調剤）〕

(4) 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。令和元年度は、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

- ・使用促進通知対象者の後発医薬品への切替率は、前年度より2.6ポイント減少し短期的目標の達成に至らなかった。
- ・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（令和元年度）＞ <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>令和元年11月</td><td>平成31年3月～令和元年8月診療分</td><td>598人</td></tr></table>					通知月	通知対象診療月	通知対象者数	令和元年11月	平成31年3月～令和元年8月診療分	598人
	通知月	通知対象診療月	通知対象者数									
	令和元年11月	平成31年3月～令和元年8月診療分	598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，重複投与者については，前年度の効果測定結果を踏まえ本通知による効果を高めるため，服薬情報を合わせて通知した。 ＜対象者選定基準（令和元年度）＞ 【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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	29(2017)年度 実績	30(2018)年度		元(2019)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	25.5%	52.1%	26.6ポイント増	12.0%	49.0%	3.1ポイント減					

3. 考察

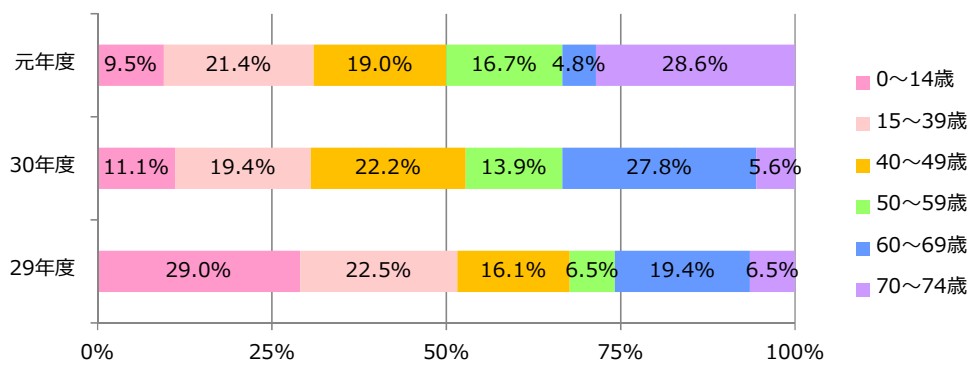
(1) 対象者選定基準ごとの改善状況（令和元年度）

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）	307	248	-59	19.2%	15,799	15,571	-228	1.4%
重複投与	5	4	-1	20.0%	17,748	14,060	-3,688	20.8%
併用禁忌・併用注意	286	53	-233	81.5%	12,097	11,102	-995	8.2%
計	598	305	-293	49.0%	14,213	13,569	-644	4.5%

〔資料：レセプトデータ（入院外，調剤）〕

〔資料：レセプトデータ（入院外，調剤）〕

(2) 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12.0%を大幅に上回り49.0%の改善が見られ目標を達成した。重複投与者については、対象者数に大きな改善は見られなかったものの薬剤費に改善がみられた。
- ・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。

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）

中 間 評 価（令和元年度事業評価）

令和2年11月

発行 芦屋市 市民生活部 保険課

〒659-8501 兵庫県芦屋市精道町7番6号

T E L 0797-38-2035

F A X 0797-38-2158