

芦屋町 第2期 保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間評価

令和3年3月
芦屋町国民健康保険

目次

第1章 データヘルス計画および中間評価の概要とその結果について

1. データヘルス計画の概要
2. 中間評価の趣旨
3. 中間評価の結果
 - (1) 短期目標・中長期目標の進捗状況
 - (2) 主な保健事業の評価と課題
 - 1) 特定健診事業
 - 2) 生活習慣病の発症予防
 - 3) 生活習慣病の重症化予防
 - 4) 糖尿病性腎症重症化予防
 - (3) 医療費適正化
 - 1) 重複・頻回受診者、重複服薬者対策
 - 2) レセプト点検の充実・強化
 - 3) 後発医薬品の使用促進
 - 4) 第三者求償の取り組み強化

第2章 課題を踏まえた目標値と今後の取り組み

1. 成果目標の設定
2. 主な保健事業の目標と今後の取り組み
 - (1) 特定健診事業
 - (2) 生活習慣病の発症予防
 - (3) 生活習慣病の重症化予防
 - (4) 糖尿病性腎症重症化予防
 - (5) 医療費適正化に係る取り組み

第3章 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（新規）

1. 保健事業の内容
 - (1) ハイリスクアプローチ
 - 1) 低栄養防止事業
 - 2) 重症化予防（その他生活習慣病）
 - 3) 健康状態不明者対策
 - (2) ポピュレーションアプローチ

第1章 データヘルス計画および中間評価の概要と結果について

1. データヘルス計画の概要

わが国は世界トップレベルの長寿社会であり、今後さらに高齢者の大幅な増加が見込まれる中、いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに健康寿命を伸ばすかが今日の課題といえる。

保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）とは健康・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である。生活習慣病及び重症化予防に取り組み、国民健康保険加入者の健康保持増進を図ることで医療費適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指す。

芦屋町においては平成27年にデータヘルス計画を策定し、平成30年度から6年間の第2期データヘルス計画に基づいて、保健事業を展開している。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

	健康日本21計画				医療費適正化計画	医療計画
	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	介護保険事業 (支援)計画		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 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 保険局 平成28年6月 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の一部改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年度(第2次)	法定 平成30～35年度(第3期)	指針 平成30～35年度(第2期)	法定 平成30～32年度(第7次)	法定 平成30～35年度(第3期)	法定 平成30～35年度(第7次)
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県:義務 市町村:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な 考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の 縮小の実現に向けて、生活習慣病 の発症予防や重症化予防を図ると ともに、社会生活を営むために必要 な機能の維持及び向上を目指し、そ の結果、社会保障制度が維持可能 なものとなるよう、生活習慣の改善 及び社会環境の整備に取り組みこ とを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等 の生活習慣病の予防対策を進め、 糖尿病等を予防することができれば、 通院患者を減らすことができ、さら には重症化や合併症の発症を抑え、 入院患者を減らすことができ、この 結果、国民の生活の質の維持およ び向上を図りながら医療の伸びの 抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生 活習慣病の発症や重症化を予防す ることを目的として、メタボリックシ ンドロームに着目し、生活習慣を改善 するための特定保健指導を必要と するものを、的確に抽出するために 行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、 被保険者の自主的な健康増進及び 疾病予防の取り組みについて、保 険者がその支援の中心となって、被 保険者の特性を踏まえた効果的か つ効果的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進によ り、医療費の適正化及び保険者の 財政基盤強化が図られることは保 険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ 自立した日常生活を営むことが できるように支援することや、 要介護状態または要支援状態と なることの予防又は、要介護状 態等の軽減もしくは悪化の防止 を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けて いくため、国民の生活の質の 維持及び向上を確保しつつ、 医療費が過度に増大しないよ うにしていくとともに、良質かつ 適切な医療を効果的に提供す る体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進 することを通じて、地域におい て切れ目のない医療の提供を 実現し、良質かつ適切な医療 を効率的に提供する体制の確 保を図る。
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期 に高齢期を迎える現在の青年期・壮年 期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 (特定疾病)	すべて	すべて
対象疾患	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	糖尿病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症 脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形関節症 多系統萎縮症 筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に 関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 ②合併症 (糖尿病性腎症による年間新規 透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標における コントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の 実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の 増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、 費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況 (特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護給付費	①地域における自立した日常 生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・ 悪化の防止 ③介護給付費の適正化	医療費適正化の取組 ●外来 ①一人あたり外来医療費 の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指 導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群 の減少 ④糖尿病重症化予防の 推進 ●入院 病床機能分化・連携の 推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"> 保険者努力支援制度 </div> <p>【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定</p>						

2.中間評価の趣旨

本年度は第2期データヘルス計画中間年度であり、より効果的かつ効率的に保健事業を展開するために、進捗確認およびデータヘルス計画の中間評価を行う。

また現状分析の際に参考にした国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という）について平成28年度のデータに遡って、機能改善のための改修が行われたため、データヘルス計画に掲載している実績値等について、データの差し替えを行うこととする。

3.中間評価の結果

(1) 短期目標・中長期目標の進捗状況

〈中・長期目標の設定〉

医療費が高額となる疾患、6カ月以上入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患や人工透析の主要な原因である糖尿病性腎症を減らしていくことが重要である。またそれらにかかる入院医療費、新規発症数の減少を優先とする。

図表2 中長期目標

		平成28年度	令和元年度
	被保険者数	3,576人	3,135人
医療費	総医療費	12億1297万円	11億877万円
	入院（割合）	5億3,613万円（44.2%）	4億3,809万円（43.2%）
	外来（割合）	6億7,684万円（55.8%）	6億7,068万円（56.8%）
	一人当たり医療費	27,497円	29,079円
	入院	12,166円	12,562円
	外来	15,331円	16,517円
新規発症患者数	脳血管疾患（割合）	114人（3.2%）	70人（2.2%）
	虚血性心疾患（割合）	48人（1.3%）	33人（1.1%）
	人工透析患者（割合）	2人（0.1%）	2人（0.1%）

※KDBシステム 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
保健事業等評価・分析システム

総医療費は減少しているが国保加入者は年々減少傾向であり、一人あたりの医療費は増加している。医療費が高額となる脳血管疾患や虚血性心疾患、入院医療費の割合は減少傾向であるが、糖尿病性腎症の割合は平成28年度の3.6%から令和元年度には7.9%と倍増しており、早期介入により重症化を防ぎ新規透析導入患者の増加を食い止める必要がある。

〈短期目標の設定〉

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施計画に基づき、特定健診の受診率、保健指導実施率の向上を目標とする。

また脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期目標とする。

図表 3-1 短期目標（特定健診）

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
特定健診対象者数	2,453 人	2,350 人	2,230 人	2,151 人
特定健診受診者数	701 人	774 人	792 人	745 人
特定健診受診率	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%
特定保健指導対象者数	83 人	77 人	79 人	82 人
特定保健指導実施率	60.2%	62.3%	51.9%	63.4%

※法定報告・保健指導支援ツール

図表 3-2 短期目標（特定健診における重症化予防対象者の割合）

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
高血圧の者の割合 ※Ⅱ度以上	6.3% (44 人)	7.4% (57 人)	5.1% (40 人)	3.9% (29 人)
血糖コントロール不良者の割合 ※HbA1c 7.0%以上	8.8% (62 人)	10.2% (71 人)	10.0% (75 人)	9.8% (69 人)
脂質異常症の者の割合 ※LDL コレステロール 160mg/dl 以上	10.6% (74 人)	10.2% (79 人)	10.9% (86 人)	13.3% (100 人)

※法定報告・保健指導支援ツール

特定健診の受診率は増加傾向だったものの、令和元年度には減少している。また令和 2 年度では新型コロナウイルス感染症の拡大による受診控えによりさらに減少する見込みである。生活習慣病の早期発見のためにも受診率の向上が課題である。

特定保健指導実施率は平成 30 年度は減少したものの令和元年度は増加に転じた。

高血圧Ⅱ度以上の割合は減少傾向であるが、脂質異常症の割合は増加傾向である。

また血糖コントロール不良者については横ばいであるが、県の平均は 5.4%であり、大きく上回っている。

(2) 主な保健事業の評価と課題

保健事業について、プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーの視点に基づき評価を行う。

1) 特定健診事業

評価	<p>○プロセス</p> <p>未受診者への勧奨方法について、特定健診受診率向上事業を活用し、対象者の抽出内容（特定健診受診歴、生活習慣病の治療歴など）により、通知内容を変えるなどの工夫を行った。</p> <p>また、通知による勧奨のほかに、電話による受診勧奨、データ提供依頼や医療情報収集事業への協力依頼の訪問を継続して行った。</p> <p>○アウトプット</p> <p>①はがきによる受診勧奨 未受診者へ受診勧奨ハガキの発送 10月、1月の年2回（令和元年度）</p> <p>②電話による受診勧奨</p> <p>③健診説明会 年間通じて行っている健診結果説明会で継続受診の必要性を対象者へ伝えた。</p> <p>④データ受領数 令和元年度：133件</p> <p>⑤医療情報収集事業受領数 令和元年度：62件</p> <p>○アウトカム</p> <p>図表4 特定健診受診率</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成28年度</th> <th>平成29年度</th> <th>平成30年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全体</td> <td>28.6%</td> <td>32.9%</td> <td>35.5%</td> <td>34.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">※法定報告</p>		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	全体	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度							
全体	28.6%	32.9%	35.5%	34.6%							

図表 5 令和元年度 性別・年齢別受診率

男女合計					
年代	総数	40代	50代	60代	70-74歳
受診率	34.6%	11.2%	23.5%	38.5%	43.3%
男性					
年代	総数	40代	50代	60代	70-74歳
受診率	31.6%	8.7%	26.6%	33.9%	41.8%
女性					
年代	総数	40代	50代	60代	70-74歳
受診率	37.3%	14.4%	20.1%	41.9%	44.6%

図表 6 継続受診率

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
68.9%	70.5%	65.1%	63.6%

※前年度の受診者で当該年度も継続受診した者の割合

○ストラクチャー

未受診者対策として医療情報収集事業を上手く活用出来るよう医療機関との連携が必要である。

また、芦屋町は継続受診率が低く、受診率が上がらない要因となっているため、結果説明会や受診勧奨ハガキ等を通じて継続受診の必要性をさらに呼びかける必要がある。

課題

・効果的な勧奨対象、方法の検討が必要。

2) 生活習慣病の発症予防

<p>評価</p>	<p>○プロセス</p> <p>健診結果を説明する際に、保健指導対象者や生活習慣の改善が必要な人には運動を中心として行う「からだ、ゲンキ！教室」や生活習慣病についての知識の習得を目的とした「みんなで元気になろうや！講座」など各種教室を紹介し、参加を促している。</p> <p>○アウトプット</p> <p>図表7 健康教室参加者数</p> <table border="1" data-bbox="354 647 1407 844"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 29 年度</th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>からだ、ゲンキ！教室</td> <td>1,162 人 (42 人)</td> <td>993 人 (38 人)</td> <td>714 人 (29 人)</td> </tr> <tr> <td>みんなで元気になろうや講座</td> <td>79 人</td> <td>65 人</td> <td>61 人</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">※人数は延べ人数。() は実人数</p> <p>○アウトカム</p> <p>「からだ、ゲンキ！教室」参加者のうち腹囲が減少した人の割合(令和元年度):36%</p> <p>○ストラクチャー</p> <p>安全で効果的な教室にするため、「からだ、ゲンキ！教室」は委託業者と連携して実施している。また、教室の内容を充実するため、食生活改善推進会や総合体育館のトレーナーの協力を得ながら実施している。</p>		平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	からだ、ゲンキ！教室	1,162 人 (42 人)	993 人 (38 人)	714 人 (29 人)	みんなで元気になろうや講座	79 人	65 人	61 人
	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度										
からだ、ゲンキ！教室	1,162 人 (42 人)	993 人 (38 人)	714 人 (29 人)										
みんなで元気になろうや講座	79 人	65 人	61 人										
<p>課題</p>	<p>・特定保健指導対象者の参加数が少なく、参加者が固定されている。</p>												

3) 生活習慣病の重症化予防

<p>評価</p>	<p>○プロセス</p> <p>血圧、血糖、脂質、腎機能の結果が受診勧奨判定値を超えている人へ紹介状を作成し、医療機関への受診を促した。その後、医療機関から紹介状の返信があった人へ医師の指示のもと保健指導を実施した。</p> <p>紹介状の返信のない人へは、電話にて受診勧奨を行った。また、KDBを活用しレセプトによる既往歴や服薬内容の確認を行い保健指導を実施した。</p> <p>○アウトプット</p> <p>紹介状作成者数：47人（令和元年度） 医療機関受診者数：37人（令和元年度）</p> <p>○アウトカム</p> <p>図表8 データヘルス計画評価項目（高血圧）</p> <table border="1" data-bbox="354 936 1291 1144"> <thead> <tr> <th rowspan="2">血圧</th> <th rowspan="2">特定健診 受診者数</th> <th colspan="2">Ⅱ度以上</th> <th colspan="2">(再)Ⅲ度以上</th> </tr> <tr> <th>人数</th> <th>割合</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成30年度</td> <td>792人</td> <td>40人</td> <td>5.1%</td> <td>5人</td> <td>0.6%</td> </tr> <tr> <td>令和元年度</td> <td>745人</td> <td>29人</td> <td>3.9%</td> <td>2人</td> <td>0.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>図表9 データヘルス計画評価項目（脂質異常症）</p> <table border="1" data-bbox="354 1240 1291 1449"> <thead> <tr> <th rowspan="2">LDL</th> <th rowspan="2">特定健診 受診者数</th> <th colspan="2">160mg/dl以上</th> <th colspan="2">(再)180mg/dl以上</th> </tr> <tr> <th>人数</th> <th>割合</th> <th>人数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成30年度</td> <td>792人</td> <td>86人</td> <td>10.9%</td> <td>31人</td> <td>3.9%</td> </tr> <tr> <td>令和元年度</td> <td>745人</td> <td>100人</td> <td>13.4%</td> <td>34人</td> <td>4.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>○ストラクチャー</p> <p>紹介状の発行後、医療機関から紹介状の返送がない人へのフォロー体制が整っていない。</p>	血圧	特定健診 受診者数	Ⅱ度以上		(再)Ⅲ度以上		人数	割合	人数	割合	平成30年度	792人	40人	5.1%	5人	0.6%	令和元年度	745人	29人	3.9%	2人	0.3%	LDL	特定健診 受診者数	160mg/dl以上		(再)180mg/dl以上		人数	割合	人数	割合	平成30年度	792人	86人	10.9%	31人	3.9%	令和元年度	745人	100人	13.4%	34人	4.6%
血圧	特定健診 受診者数			Ⅱ度以上		(再)Ⅲ度以上																																							
		人数	割合	人数	割合																																								
平成30年度	792人	40人	5.1%	5人	0.6%																																								
令和元年度	745人	29人	3.9%	2人	0.3%																																								
LDL	特定健診 受診者数	160mg/dl以上		(再)180mg/dl以上																																									
		人数	割合	人数	割合																																								
平成30年度	792人	86人	10.9%	31人	3.9%																																								
令和元年度	745人	100人	13.4%	34人	4.6%																																								
<p>課題</p>	<p>・紹介状発行後の医療機関未受診者については、電話で再勧奨を行っているが、それでも受診のない人については翌年度に健診受診勧奨を行っている。翌年度健診を受診していない人へのフォロー体制を整える必要がある。</p>																																												

4) 糖尿病性腎症重症化予防

評価

○プロセス

平成 30 年度から遠賀中間地域糖尿病性腎症重症化予防事業を開始し、取り組んでいる。

事業対象者は国民健康保険の被保険者で特定健診を受診した 74 歳までの人のうち、次の①②ともに該当する人である。

①2 型糖尿病であり、a、b、c のいずれかに該当する人

a.空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上または HbA1c6.5%以上

b.糖尿病治療中

c.過去に糖尿病薬服用または糖尿病治療歴あり

②腎障害があり、次に該当する人

eGFR60ml/分/1.73 m²未満又は、尿たんぱく±以上

※平成 30 年度は、集団健診受診者のうち糖尿病未治療者のみを対象としたが、令和元年度は治療中の人も対象とした。

○アウトプット

図表 10 受診勧奨実施率

	対象者	受診勧奨者	実施率
平成 30 年度	5 人	4 人	80%
令和元年度	19 人	19 人	100%

図表 11 プログラム同意率

	対象者	同意者	実施率
平成 30 年度	5 人	3 人	60%
令和元年度	19 人	11 人	57.9%

図表 12 保健指導実施率

	対象者	実施者	実施率
平成 30 年度	1 人	1 人	100%
令和元年度	3 人	2 人	66.7%

○アウトカム

図表 13 データヘルス計画評価項目（糖尿病）

HbA1c	特定健診 受診者数	6.5%以上		(再) 7.0%以上	
		人数	割合	人数	割合
平成 30 年度	792 人	125 人	16.6%	75 人	10.0%
令和元年度	745 人	128 人	18.3%	69 人	9.8%

図表 14 新規透析導入患者数

	患者数
平成 30 年度	4 人
令和元年度	2 人

○ストラクチャー

遠賀中間地域糖尿病性腎症重症化予防事業マニュアルを見直し必要に応じて修正するなどしてマニュアルに沿った事業を実施した。

課題

- ・対象者のうち事業への参加の同意率が低いため、重症化予防の必要性を伝え参加を促す必要がある。
- ・糖尿病連携手帳の活用が少ないため、活用を促し保健指導後も医療機関と連携を図る必要がある。

(3) 医療費適正化

1) 重複・頻回受診者、重複服薬者対策

<p>概 要</p>	<p>レセプト点検や訪問健康相談システムで把握した重複・頻回受診者、重複服薬者に対し、適正受診・適正服薬を促すための取り組みを行う。</p>																		
<p>実施内容</p>	<p>医療機関へ頻回、重複受診している被保険者又は重複多剤投与者に対して、保健師の個別訪問による適正服薬指導やお薬手帳の活用等の指導を行っている。 なお、令和2年度から国民健康保険団体連合会へ委託し実施している。</p> <p>(1) 訪問対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重複・頻回受診者 2ヵ月以上連続して同一医療機関への受診日数が15日以上の人 ○重複服薬者 2ヵ月以上連続して同一月に2つ以上の医療機関により同一の薬効の薬剤の投与を受けている40歳以上の人 <p>図表 15 訪問対象者数</p> <table border="1" data-bbox="424 1003 1150 1346"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">重複受診者</td> <td>対象者</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>改善者</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">頻回受診者</td> <td>対象者</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>改善者</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">重複服薬者</td> <td>対象者</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>改善者</td> <td>1人</td> </tr> </tbody> </table>			令和元年度	重複受診者	対象者	0人	改善者	0人	頻回受診者	対象者	0人	改善者	0人	重複服薬者	対象者	1人	改善者	1人
		令和元年度																	
重複受診者	対象者	0人																	
	改善者	0人																	
頻回受診者	対象者	0人																	
	改善者	0人																	
重複服薬者	対象者	1人																	
	改善者	1人																	
<p>評価</p>	<p>・重複・頻回受診については対象者がいなかった。重複服薬者については訪問を行い、改善がみられた。</p>																		

2) レセプト点検の充実・強化

概 要	<p>国保連合会主催研修への積極的な参加等により、レセプト点検の体制・取組みを強化し、効果率の向上を目指す。</p>															
実施内容	<p>令和元年度より、人件費の削減及びレセプト点検効果額の向上のため、レセプト点検の知識を有する業者へ委託を実施している。</p> <p>図表 16 レセプト点検効果</p> <table border="1" data-bbox="424 618 1235 781"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>レセプト点検効果額</td> <td>3,980,036 円</td> <td>4,068,435 円</td> </tr> <tr> <td>レセプト点検効果率</td> <td>0.25%</td> <td>0.25%</td> </tr> </tbody> </table> <p>図表 17 一人あたり財政効果額</p> <table border="1" data-bbox="424 878 1235 985"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 人あたり財政効果額</td> <td>1,323 円</td> <td>1,333 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) 研修会への参加状況 平成 30 年度…3 回 令和元年度 …2 回</p>		平成 30 年度	令和元年度	レセプト点検効果額	3,980,036 円	4,068,435 円	レセプト点検効果率	0.25%	0.25%		平成 30 年度	令和元年度	1 人あたり財政効果額	1,323 円	1,333 円
	平成 30 年度	令和元年度														
レセプト点検効果額	3,980,036 円	4,068,435 円														
レセプト点検効果率	0.25%	0.25%														
	平成 30 年度	令和元年度														
1 人あたり財政効果額	1,323 円	1,333 円														
評 価	<p>・点検業務委託を開始したことで点検体制が強化され、点検効果額は上昇傾向にあるが、財政効果額は横ばい状態である。引き続き点検効果額の向上を目指し、財政効果額の向上への取組を強化する。</p>															

3) 後発医薬品の使用促進

概 要	被保険者への通知等により、後発医薬品の使用促進を図る。																		
実施内容	<p>(1) 後発医薬品普及促進効果 図表 18 後発医薬品の使用状況</p> <table border="1" data-bbox="424 521 1235 674"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>後発医薬品普及率</td> <td>80.7%</td> <td>80.9%</td> </tr> <tr> <td>後発医薬品切り替え率</td> <td>38.6%</td> <td>39.7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 差額通知 後発医薬品を使用すると自己負担額が減額になる被保険者に対し、毎月差額通知を送付し、後発医薬品への切り替えを促している。 図表 19 差額通知数</p> <table border="1" data-bbox="424 913 1235 1077"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者</td> <td>984 人</td> <td>1,100 人</td> </tr> <tr> <td>通知回数</td> <td>12 回</td> <td>12 回</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3) 普及啓発 国民健康保険加入世帯に「ジェネリック医薬品希望カード」、「後発医薬品使用促進チラシ」を窓口配布している。 町広報誌に後発医薬品の使用促進について記事掲載をしている。</p>		平成 30 年度	令和元年度	後発医薬品普及率	80.7%	80.9%	後発医薬品切り替え率	38.6%	39.7%		平成 30 年度	令和元年度	対象者	984 人	1,100 人	通知回数	12 回	12 回
	平成 30 年度	令和元年度																	
後発医薬品普及率	80.7%	80.9%																	
後発医薬品切り替え率	38.6%	39.7%																	
	平成 30 年度	令和元年度																	
対象者	984 人	1,100 人																	
通知回数	12 回	12 回																	
評 価	<p>・後発医薬品の普及率は計画策定時と比較して大きく上昇しており、目標値を上回り、医療費を削減することができた。また、令和元年度保険者努力支援制度における目標値 80%を達成し、当指標において満点を獲得することができた。今後も引き続き取り組みを行い、普及率向上を図る。</p>																		

4) 第三者求償の取り組み強化

概要	レセプト情報を利用して第三者行為を発見し、届出を勧奨することで適切な求償を行う。									
実施内容	<p>レセプト情報を活用した第三者行為の発見と届出勧奨を実施</p> <p>図表 20</p> <table border="1" data-bbox="411 562 1061 712"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 30 年度</th> <th>令和元年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>届出勧奨件数</td> <td>18 件</td> <td>21 件</td> </tr> <tr> <td>求償件数</td> <td>6 件</td> <td>3 件</td> </tr> </tbody> </table>		平成 30 年度	令和元年度	届出勧奨件数	18 件	21 件	求償件数	6 件	3 件
	平成 30 年度	令和元年度								
届出勧奨件数	18 件	21 件								
求償件数	6 件	3 件								
評価	<ul style="list-style-type: none"> レセプト情報を活用した届出勧奨は一定の効果が出ているので、継続して勧奨を行う。 									

第2章 課題を踏まえた目標値と今後の取り組み

1.成果目標の設定

生活習慣病は無自覚のまま重症化するケースもあり、早期介入のためには特定健診の受診率、特定保健指導の実施率の向上が重要である。また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、高血糖、脂質異常症等に該当する人を減らしていくことが重要であり、これらを短期目標とする。なお、高血圧（Ⅱ度以上）については目標達成しているため目標値を5%以下から3%以下へと変更する。

医療費抑制のためには、医療費が入院などにより高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析（糖尿病性腎症）を減少させていくことが重要である。このため入院費の伸び率と合わせて、これらの疾患の新規発症者数を減少させることを中長期目標とする。

		実績		最終目標
		平成28年度	令和元年度	令和5年度
短期目標	特定健診受診率	28.6%	34.6%	60.0%以上
	特定保健指導実施率	60.2%	61.0%	66%以上
	高血圧の者の割合（Ⅱ度以上）	6.3%	4.9%	3%以下
	血糖コントロール不良者の割合 （HbA1c 7.0%以上）	8.8%	12.8%	5%以下
	脂質異常症の者の割合 （LDLコレステロール 160mg/dl以上）	10.6%	13.3%	9%以下
中長期目標	一人当たりの医療費	27,497 円	29,079 円	減少
	一人当たりの入院費	12,166 円 H25年度からの伸び率 (2.1%)	12,562 円 H28年度からの伸び率 (3.0%)	減少
	脳血管疾患の新規発症者の割合	3.2%	2.2%	減少
	虚血性心疾患の新規発症者の割合	1.3%	1.1%	減少
	新規透析導入者数	2人	2人	減少
医療費適正化 の目標	レセプト点検効果率	0.11%	0.25%	0.30%以上
	後発医薬品の普及率向上	65.6%	80.9%	78.0%以上

2. 主な保健事業の目標と今後の取り組み

(1) 特定健診事業

令和元年度の特定健診受診率は 34.6%で令和 5 年度目標の 60%まで程遠い状況である。特に継続受診率が低いため、昨年受診者のうち、今年度の受診が確認できていない人に対して電話勧奨を実施する。また健診・医療ともに未受診の人の割合が増加したため、個人の特性に合わせた勧奨通知を送付し、送付後に電話や家庭訪問による勧奨を実施する。

また、すでに医療にかかっていることを理由に健診を受診していない人も多くいるため、医療情報収集事業を活用するなど医療機関と連携を図りながら受診率を向上させる。

(2) 生活習慣病の発症予防

健康教室の周知を幅広く行い、参加者を募る。また特定保健指導対象者には担当から積極的に勧奨し参加を勧める。参加者に応じて教室内容を検討し生活習慣の改善につながるようにしていく。

(3) 生活習慣病の重症化予防

医療機関への紹介状を発行した人の受診状況を K D B などで把握する。未受診者に対しては繰り返し勧奨を行い、受診を促していく。また翌年の健診も受診するように結果説明会等で保健指導を行う。

(4) 糖尿病性腎症重症化予防

該当者への受診勧奨は継続して行っていく。生活改善の必要性や重症化予防についての保健指導を実施し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの同意率を上げる。同意が得られない理由は「かかりつけ医で指導を受けている」との回答が最も多いため、医療機関と町の保健指導を併用して実施することでより効果が得られることを、かかりつけ医からも対象者へ説明していただけるよう連携を強化していく。

また、糖尿病連携手帳を活用することで、糖尿病の治療に重要となる自己管理に役立てることで、重症化予防が期待できるため、糖尿病連携手帳の活用を勧め、町と医療機関と住民が連携し重症化予防を図る。

(5) 医療費適正化に係る取り組み

後発医薬品の使用促進や重複受診・多剤投与者に対する取り組みを実施し、医療費削減を図っている。具体的な取り組みとして、被保険者に対する差額通知の発送や訪問による適正受診・適正服薬の指導等を行っている。

また、レセプト点検業者への委託による点検体制の強化、レセプト情報を活用した第三者行為の発見により、医療費適正化を目指している。

第3章 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（新規）

国民健康保険法において「市町村は国民健康保険の保健事業について後期高齢者医療制度の保健事業と介護予防の地域支援事業と一体的に実施するように努めるものとする」とされたことをうけ、芦屋町では町民の健康寿命の延伸を図ることを目的に令和4年4月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始する予定である。保健事業の実施にあたっては、国から公表されている「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月公表）」を参照して、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に組み合わせた事業を実施する。

1. 保健事業の内容

(1) ハイリスクアプローチ

1) 低栄養防止事業

目標	低栄養状態を改善し、介護予防・QOL向上を目指す
対象者	後期高齢者健診を集団健診で受けた人で、BMIが18.5以下の人
実施内容	健診の結果説明会で栄養指導を行い、約3カ月後に電話もしくは訪問でフォローと評価を行う。
実施時期	令和4年6月～令和5年3月
評価方法	・事業の前後（開始時と3カ月後評価時等）で体重を把握し変化をみる ・体重が増加した人数

2) 重症化予防（その他生活習慣病）

目標	医療受診が必要な人を早期に医療機関につなぐ、または保健指導を行うことで生活習慣病の重症化を予防する。
対象者	後期高齢者健診の受診者で次の①または②に該当する人 ①糖尿病治療中でHbA1c8.0%以上 ②糖尿病未治療でHbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上の人
実施内容	重症化予防事業への参加の有無を確認し、同意がとれた人に医療機関への紹介状を発行する。医療機関から紹介状が返送された後、その指示内容に基づき保健指導を実施する。
実施時期	令和4年6月～令和5年3月
評価方法	・保健指導実施人数や医療機関につながった人数 ・医療機関の受診または保健指導の前後で血液検査等データの変化

3) 健康状態不明者対策

目標	健康状態不明の後期高齢者の生活状況を確認し、必要に応じて医療機関や社会資源につなげる。
対象者	健診及び医療の受診がなく、介護認定も受けていない健康状態不明の後期高齢者で独居または高齢者のみの世帯に属する人
実施内容	家庭訪問による健康状態の把握を行い、必要に応じて医療機関や健診の受診勧奨、通いの場への参加などの適切な支援につなげる。
実施時期	令和4年6月～令和5年3月
評価方法	・健康状態が把握できた人数、健診受診や社会資源等の活用につながった人数

(2) ポピュレーションアプローチ

目標	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場参加者のフレイル予防の認識が向上しセルフケア意識を定着させる ・フレイルリスクのある人を早期発見し、必要な支援につなげる
対象者	高齢者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・23カ所の通いの場（サロン）へ出前介護予防教室を周知し、申込に応じてフレイル予防の健康教育を専門職が実施する。 ・通いの場において後期高齢者の質問票のチェックを行い、フレイルに関する健康教育を行う ・自主的に集まっている同好会などの通いの場について情報収集しフレイル予防の健康相談等の実施につなげる。
実施時期	令和4年6月～令和5年3月
評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイル予防講話の実施回数 ・フレイルリスク（運動/栄養/口腔）の該当数を把握し、個別アプローチへつながった割合