

令和2年度 第2回

茨木市国民健康保険運営協議会

《開催方法》

書面回付による開催

《内 容》

1 諮 問

保険料算定方法の変更について（資料1）

2 報 告

令和2年度茨木市国民健康保険事業の状況について（資料2）

令和3年度国民健康保険料の試算について（資料3）

データヘルス計画の中間評価報告について（資料4）

国民健康保険料算定方法の変更について

国民健康保険法施行令の改正、及び大阪府の制度改正に伴い保険料算定に関する条例改正を行い保険料の算定方法の変更を行います。

1. 税制改正に伴う国民健康保険法施行令の改正による条例改正

(1) 基礎控除額の引上げ及び保険料軽減判定基準の変更

(概要)

平成30年度税制改正により、個人所得課税の見直しとして、令和2年中所得から、給与所得控除及び公的年金控除の控除額が10万円引下げられ、基礎控除の控除額が10万円引上げられたことに伴い、国民健康保険料の低所得者に対する軽減措置の判定に影響が生じないように改正を行います。

【算定基準の変更】

7割軽減	基礎控除額(33万円)	→	基礎控除額(43万円)(※1) +10万円×(給与・年金所得者の数-1)(※2)
5割軽減	基礎控除額(33万円) +28.5万円×被保険者数		基礎控除額(43万円)+28.5万円×被保険者数 +10万円×(給与・年金所得者の数-1)
2割軽減	基礎控除額(33万円) +52万円×被保険者数		基礎控除額(43万円)+52万円×被保険者数 +10万円×(給与・年金所得者の数-1)

(※1) 給与所得控除、年金所得控除が税改正に伴い10万円減額されることにより、所得が増となる為、基礎控除額を10万円引上げることで、軽減判定結果が変わらないよう調整する。

(※2) 世帯中の国保被保険者に給与所得や年金所得のある被保険者がいる場合、同様に所得控除の変更に伴う所得の増を調整する為、人数分10万円を加算する。

(該当条文)

茨木市国民健康保険条例第39条、附則

(2) 租税特別措置法における特別控除新設に伴う変更

(概要)

租税特別措置法において低未利用土地の活用促進を目的とした、譲渡所得の特別控除が新設されたことに伴い、本市条例の所得計算に関する規定における、同法の所得控除を引用している条文に、新設された控除の条文番号を追加します。

(該当条文)

茨木市国民健康保険条例第15条

2. 保険料の激変緩和措置の見直しによる経過措置新設による条例改正

(概要)

統一保険料率の上昇及び各市町村に割り当てられる事業費納付金額の増加の抑制を目的として、次期大阪府国民健康保険運営方針において、大阪府による保険料の激変緩和措置の見直しが行われ、これまでの措置に変わる府の交付金による経過措置が設けられたことから本市条例の改正を行います。

【激変緩和措置の見直し】

平成30年度～令和2年度

市町村個別に激変緩和措置を適用

・ 広域化前保険料と当該年度の統一保険料とを比較し、増加が生じる市町村について、増加額の一定割合について、激変緩和措置を講じる。

(課題)

保険料率の上昇に伴い、激変緩和措置に要する費用が増加し、更なる保険料率の上昇が生じている。

次期大阪府国民健康保険運営方針において見直し

令和3年度～令和5年度

激変緩和措置の財源により府内全体の保険料を抑制

激変緩和措置に用いていた財源を大阪府全額の納付金算定時に充当することで、統一保険料率上昇や事業費納付金増加の抑制を図る。

(経過措置)

見直しにより、市町村における保険料の増加が見込まれる市町村については、府の特別交付金による経過措置が適用される。(激変緩和措置財源の一部を活用)

(該当条文)

茨木市国民健康保険条例第13条

令和2年度 茨木市国民健康保険事業の状況について

財政の状況

・ 保険給付費

被保険者数は被用者保険への移行による減少が鈍化するも、前年度比で▲1,270人（▲2.4%）減少する見込みです。また、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響により、保険給付費は前年度比で約▲4.8億円（▲2.6%）の減額が見込まれます。

・ 保険料収納状況

新型コロナウイルス感染症の影響により所得が減少した被保険者については、適切に保険料の減免を適用することにより、保険料収納率は前年を上回ることが見込まれます。（前年度比1.20%上昇）

事業の実施状況

・ 傷病手当金の支給

新型コロナウイルスに感染された方等へ手当金の支給を実施

・ 保険料減免の実施

新型コロナウイルス感染症の影響により、所得が減少した方等への保険料減免の実施

・ 保険料納付コールセンター業務の拡充

- ① 収納率向上を図るため財産調査の補助事務の委託を実施
- ② 市民サービスの向上を図るため、当初納付書送付後の保険料説明等の受電業務の委託を実施

・ 特定健診受診率向上対策の実施

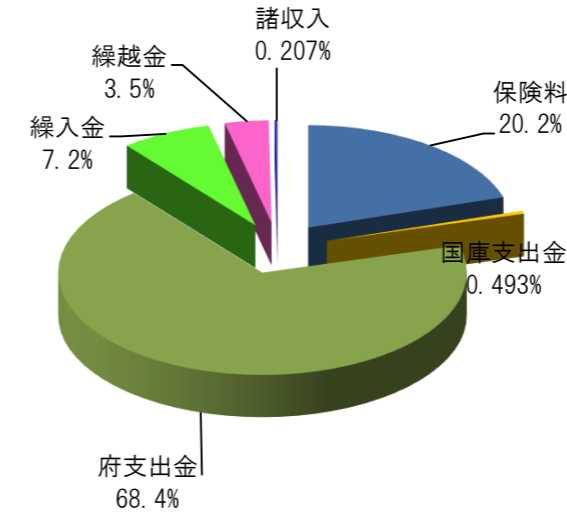
- ① 対象者の特性に応じた勧奨通知を送付
- ② 健康マイレージを活用したポイント付与

・ 重症化予防対策の充実

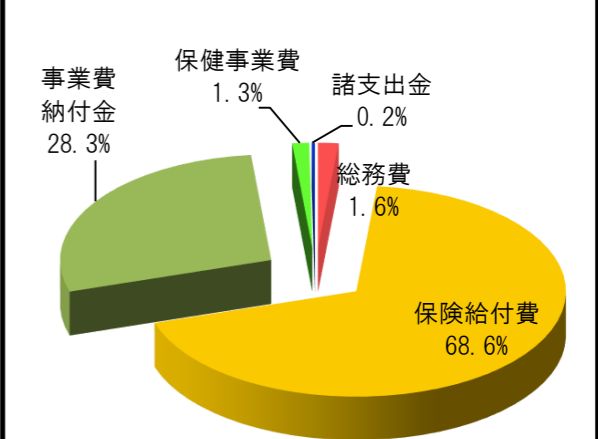
- ① 医薬連携による糖尿病性腎症重症化予防事業の継続実施
- ② 生活習慣病の治療を要する人を受療につなげる取組等

予算に占める割合

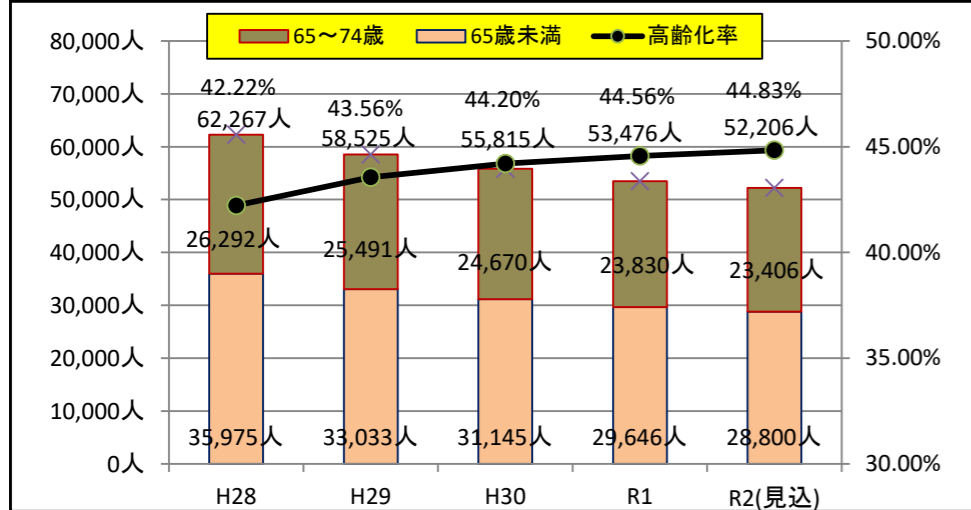
歳入



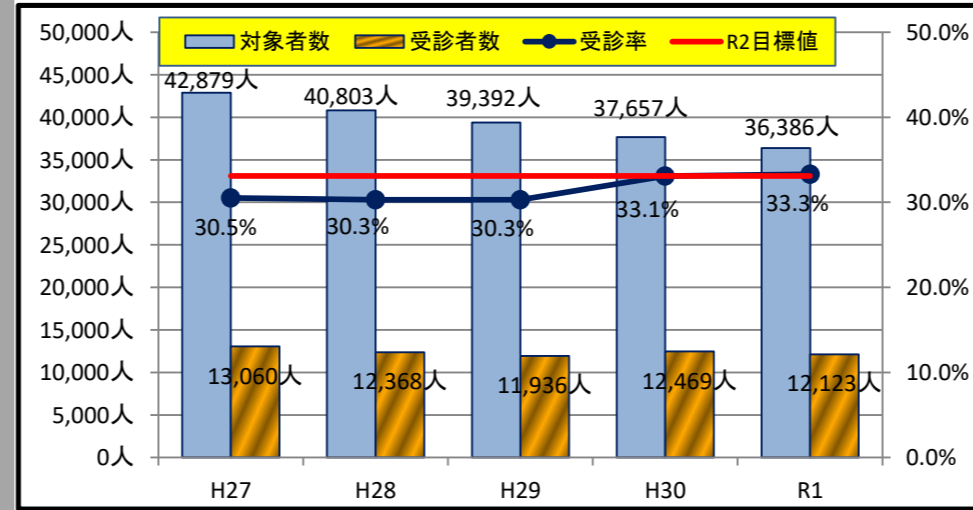
歳出



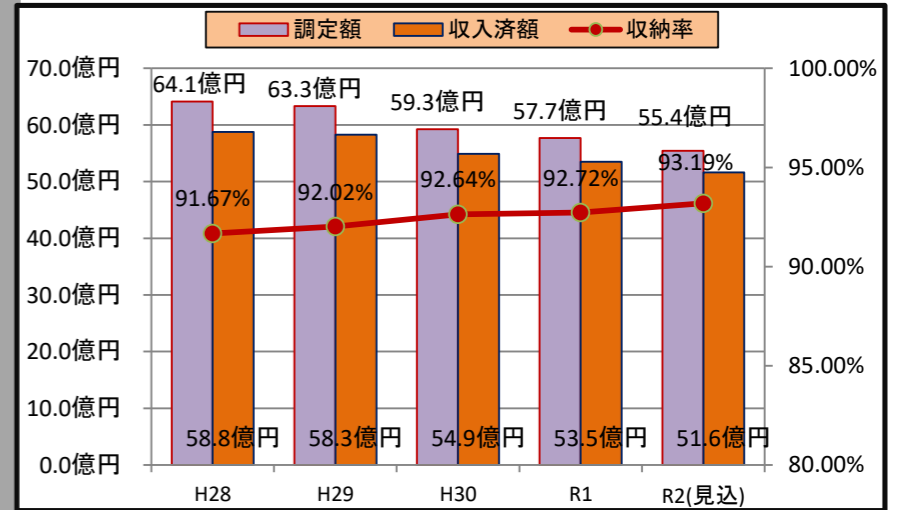
被保険者数推移・高齢化率(65～74歳被保険者割合)



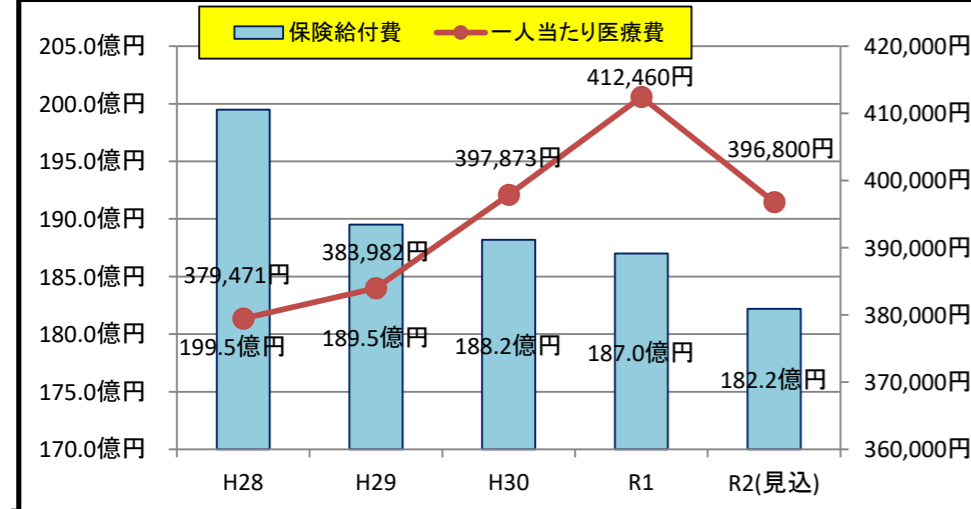
特定健診受診状況



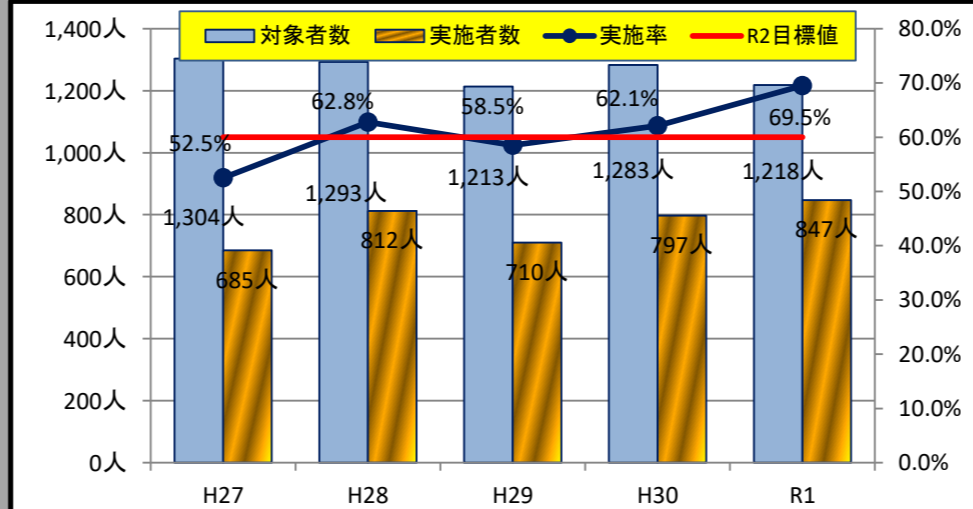
国民健康保険料収納状況（現年度分）



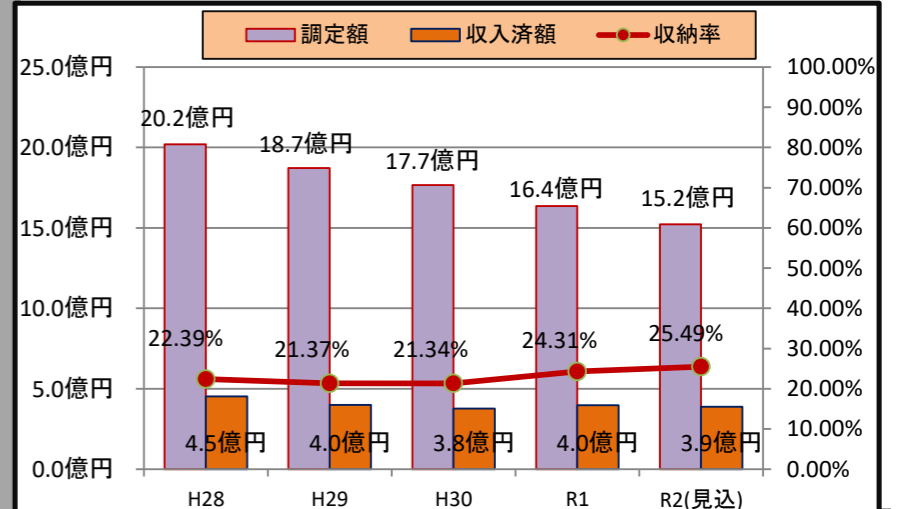
保険給付費・一人当たり医療費の推移



特定保健指導実施状況



国民健康保険料収納状況（滞納繰越分）



令和3年度茨木市国民健康保険料の試算について

大阪府から割り当てられた令和3年度事業費納付金から、大阪府と市が実施する激変緩和措置を反映した一人当たり保険料の試算値です。

令和3年度保険料率につきましては、被保険者の令和2年所得に基づき6月に本算定を行い確定します。

●一人当たり保険料比較

(円)

	令和2年度 茨木市本算定 (a)	令和3年度 大阪府標準 保険料率 (b)	R2本算定から R3標準料率の 増加額 (b-a)	令和3年度 茨木市試算値 (c)	R2本算定から R3市試算の 増加額 (c-a)
医療分	86,849	101,495	14,646	90,511	3,662
支援金分	29,254	31,531	2,277	29,823	569
合計 (介護含まず)	116,103	133,026	16,923	120,334	4,231
介護納付金分	27,118	34,698	7,580	29,013	1,895
合計 (介護含む)	143,221	167,724	24,503	149,347	6,126

第 2 期茨木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3年1月
茨木市健康福祉部保健医療課

目 次

- I はじめに
 - ① 中間評価の実施について
 - ② 評価の観点
 - ③ 医療費分析の変更点について
 - ④ 保健事業と医療費について
- II 医療費中間評価
 - ① 総医療費と生活習慣病医療費
 - ② 生活習慣病医療費の要素
 - ③ 一人当たり医療費
 - ④ 国保被保険者の年齢構成
- III 個別保健事業中間評価
 - ① 個別保健事業の中間評価の実施について
 - ② 個別事業の計画と評価について
 - ③ 支援・評価委員会からの指摘と分析結果について
 - ④ 最終評価に向けた今後の取組みについて

I はじめに

① 中間評価の実施について

平成30年3月に策定した第2期茨木市国民健康保険保健事業実施計画(以下、「第2期データヘルス計画」という。)は、その計画期間を平成30年度から令和5年度までの6年間としています。同計画の評価指標に係る評価や進行管理に関して、保健事業については計画第5章の記述に基づき毎年度実施していますが、医療費については特段の定めがありません。

そこで、令和2年度は計画期間のおよそ半分にあたることから、同計画で分析していた医療費集計のうち、一部の項目について、令和元年度までのデータを用いて観測することとしました。

② 評価の観点

第2期データヘルス計画は「健康寿命の延伸及び医療費の適正化」をその目的としています。計画策定時に医療費の分析を行った際には、平成28年度までのデータを元に集計し、次の健康課題を導きました。

- 高血圧症、及び高血圧との関連性が強い脳血管疾患群の医療費が高額。
⇒高血圧症対策が必要。
- 糖尿病性合併症群のレセプト1件当たり医療費が非常に高額。
⇒糖尿病の重症化予防が必要。

中間評価においては、計画期間の平成30年度及び令和元年度の医療費のデータを集計します。その観点としては「平成28年度から令和元年度までの間に医療費の傾向が変化しているか」を確認することとします。もし、医療費の傾向が極端に変化している場合は、今後実施すべき保健事業の対象・内容の再検討が必要になります。

③ 医療費分析の変更点について

茨木市第2期データヘルス計画策定当時、茨木市はKDBシステムに未参加であったため、医療費分析に際しては市独自システムを使用していました。

その後、平成30年度にKDBシステムに参加し、以降は同システムによる医療費分析が可能となりました。

しかしながら、市独自システムとKDBシステムではレセプト点数の傷病名への振り分けについてプログラムが異なるため、両システムでそれぞれ行った分析を、経時連続的に比較することはできません。

そのため、この中間評価においては、KDBシステムによる令和元年度の集計のみをもって、医療費分析を行うこととします。

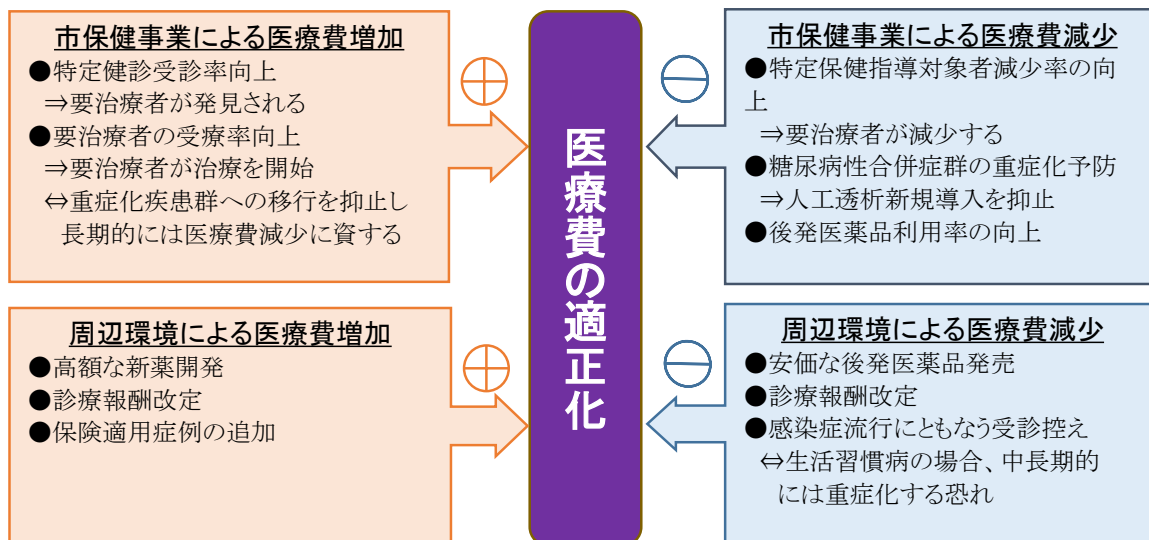
④ 保健事業と医療費について

中間評価では、保健事業実施結果と医療費傾向を関連させた集計は行いません。

なぜならば、本市で実施している保健事業には、医療費が減少する施策もありますが、中には医療費が減少することに長期間を要し、さらには短期的に医療費を増加させる性質を持つものもあるためです。

また、高額な新薬開発等の周辺環境が与える影響も大きいことから、中間評価において保健事業と市国保全体の医療費の因果関係を見出すことは困難と言えます。(下図参照)

図表1. 市保健事業と周辺環境による医療費への影響のイメージ



II 医療費中間評価

① 総医療費と生活習慣病医療費

計画策定時、平成28年度のデータから、総医療費の約3分の1を生活習慣病が占めており、その中ではがんが最も多くの割合を占め、高血圧症と脳血管疾患群がこれに続いていることを確認していました。

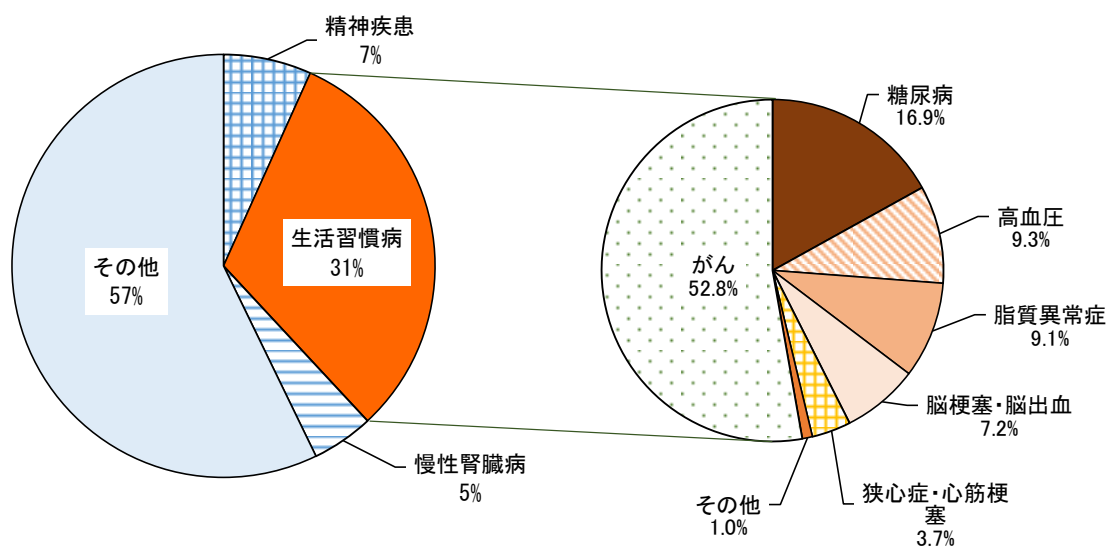
図表2で令和元年度のデータを見ると、総医療費について、生活習慣病医療費がその約3分の1を占めています。この傾向は計画策定時と同様です。

しかし、生活習慣病医療費の構成比では、がんが続くのは糖尿病であり、高血圧、脂質異常症が続いているため、計画策定時と異なる傾向となっています。

ただし、この傾向の差異については、後述するように分析システムの違いによるところが大きく、実際に糖尿病医療費が平成28年度から令和元年度にかけて急増したものではないと考えられます。

医療費全体の評価としては、生活習慣病の基礎疾患(糖尿病、高血圧、脂質異常症をいう。以下同じ。)及び重症化疾患(脂質異常症、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞をいう。以下同じ。)に高額の医療費を要していると言えます。

図表2.総医療費に占める生活習慣病の割合とその内訳(茨木市・令和元年度)



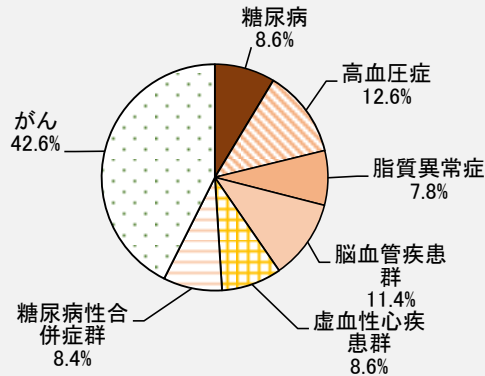
大分類	医療費	生活習慣病内訳	医療費
精神疾患	12.6億円	糖尿病	9.9億円
生活習慣病	58.5億円	高血圧	5.4億円
慢性腎臓病	8.8億円	脂質異常症	5.3億円
その他	106.8億円	脳梗塞・脳出血	4.2億円
総医療費	186.7億円	狭心症・心筋梗塞	2.2億円
		その他	0.6億円
		がん	30.9億円
		生活習慣病計	58.5億円

資料:KDBシステム疾病別医療費分析 大分類、細小分類、生活習慣病

【参考：市独自システムとKDBシステムの医療費集計の相違】

図表2で、KDBシステムによる集計では糖尿病の医療費が16.9%と大きな割合を占めていましたが、第2期データヘルス計画策定時の同様の図表(図表3参照)では、糖尿病よりも高血圧の方が高額な医療費を要していました。

図表3. (参考)生活習慣病医療費の割合(茨木市・平成28年度)



資料：第2期データヘルス計画(市独自システムによる集計)

このように医療費の傾向が大きく変わってしまう理由として、計画策定時に使用していた市独自システムと、KDBシステムの医療費集計方法の相違が挙げられます。

市独自システムでは、レセプトに複数の傷病名が記載されている場合、各疾病に対し診療点数を按分して振り分ける方法が採用されていました。

しかし、KDBシステムでは、「最大医療資源」(医療のレセプトデータから最も医療資源を要したものに)にあたる傷病名に診療点数を集中させる方法が採られています。

この集計方法の相違により、同じ「糖尿病」という傷病名であっても、そこに割り振られる点数が異なっていると考えられます。

また、市独自システムでは、糖尿病、高血圧症、脂質異常症を「基礎疾患群」と呼び、脳梗塞・脳出血、狭心症・心筋梗塞、慢性腎臓病に相当するものを「重症化疾患群」と呼んでいました。

この「重症化疾患群」とは、生活習慣病基礎疾患に罹患している人が重症化疾患以外の一定の傷病名を持つ場合も、その群として集計するものです。

例えば、KDBシステムにおける心疾患は「狭心症・心筋梗塞」のみとなっていますが、市独自システムでは、基礎疾患群の患者における心筋症、心肥大、心不全等も「虚血性心疾患群」という分類により生活習慣病医療費として集計されていました。

このように、診療点数の振り分け方法と、「疾患群」概念の有無の違いから、図表2と図表3がそれぞれ示す医療費傾向の相違が生じたものと考えられます。

いずれにしても、平成28年度から令和元年度までの4年間で被保険者の疾病割合が大きく変化することは考えにくいと言えます。これら図表からは、異システム間の経年比較は困難であり、それぞれの集計方法の違いが表現されているということしか言及できません。

【総医療費中間評価】

引き続き、り患の予防、基礎疾患での適切な受療、及び重症化疾患の進行予防の全ての観点で保健事業を実施する必要があると考えられます。

② 生活習慣病医療費の要素

計画策定時、生活習慣病の「基礎疾患」である糖尿病、高血圧及び脂質異常症と、「重症化疾患群」である脳血管疾患群、虚血性心疾患群及び糖尿病性合併症群の6分類に着目して、医療費要素別の分析を行い、次の健康課題を導いていました。

- 高血圧症、及び高血圧との関連性が強い脳血管疾患群の医療費が高額。
⇒高血圧症対策が必要。
- 糖尿病性合併症群のレセプト1件当たり医療費が非常に高額。
⇒糖尿病の重症化予防が必要。

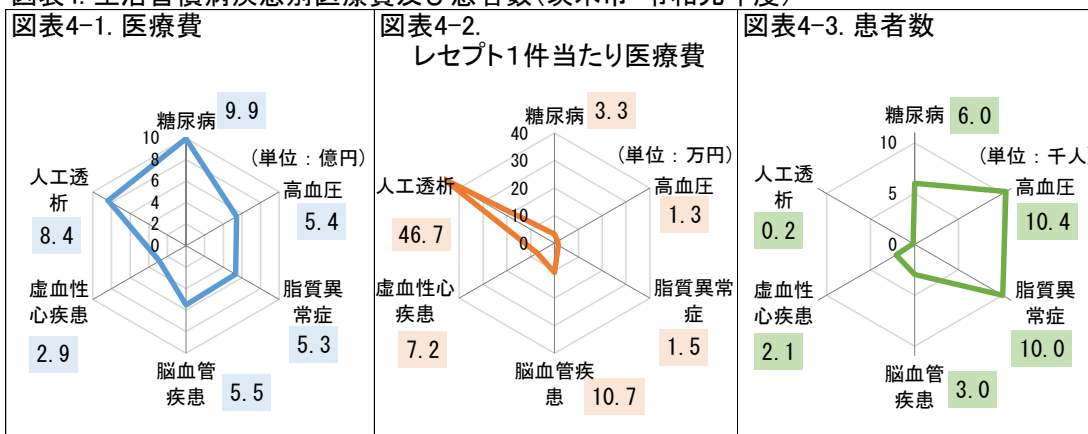
今回、中間評価にあたり、KDBシステムには「重症化疾患群」の考え方が存在しないため、重症化疾患の集計対象を次のとおり変更しています。

市独自システム：重症化疾患群 ⇒ KDBシステム：生活習慣病
 脳血管疾患群 ⇒ 脳血管疾患
 虚血性心疾患群 ⇒ 虚血性心疾患
 糖尿病性合併症群 ⇒ 人工透析

この影響により、重症化疾患にあつては、集計項目が各疾患群ではなく具体的な疾患となり、より高額な疾病に絞り込まれることから、レセプト1件当たり医療費が高くなり、反対に患者数は減ることが予想されます。

このように集計方法が変わっても、市独自システムで導かれた傾向がKDBシステムでも同様であるかを確認します。

図表4. 生活習慣病疾患別医療費及び患者数(茨木市・令和元年度)



資料: 医療費、レセプト1件あたり医療費 KDBシステム疾病別医療費分析 生活習慣病患者数 KDBシステム厚労省様式3-2~3-7

市独自システム集計で導いていた「糖尿病性合併症群のレセプト1件当たり医療費が非常に高額」という課題については、人工透析のレセプト1件当たり医療費が顕著に高額であることから、引き続き確認できます。

市独自システム集計による「高血圧症、及び高血圧との関連性が強い脳血管疾患群の医療費が高額」という課題のうち、脳血管疾患については、虚血性心疾患に比べて各要素とも上回っており、課題であると認識されます。

しかし、高血圧については、KDBシステム集計では脂質異常症と各要素とも大差がないため、強い傾向としては確認できなくなっています。

ただし、高血圧対策の意義が失われているとまでは言えないため、第2期データヘルス計画期間中において、高血圧対策を主旨とした施策を実施することは問題ないと考えられます。

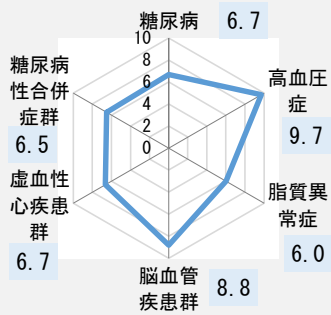
【参考：第2期データヘルス計画における医療費の要素の分析】

医療費要素の分析についても市独自システムにより集計した計画策定時の図表を下図に示します。

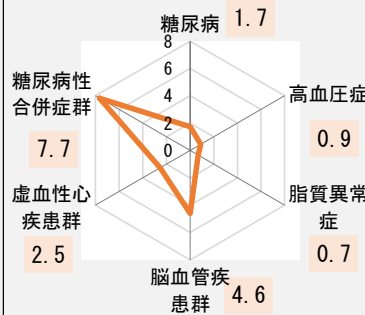
図表4と図表5を比較すると、「基礎疾患はレセプト1件あたり医療費が少なく、患者数が多い」「重症化疾患はレセプト1件あたり医療費が多く、患者数が少ない」という傾向は同じであるものの、その費用額や患者数についてはかなりの差異が生じていることがわかります。

図表5. 生活習慣病疾患別医療費及び患者数(茨木市・平成28年度)

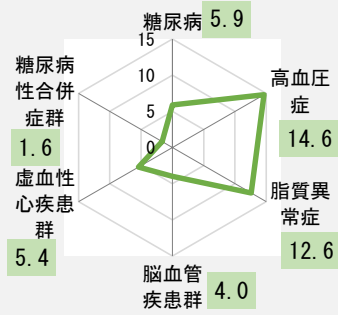
図表5-1. 医療費



図表5-2. レセプト1件あたり医療費



図表5-3. 患者数



資料：第2期データヘルス計画(市独自システムによる集計)

【医療費要素の中間評価】

引き続き、高血圧対策、及び糖尿病の重症化予防対策の実施が必要と考えられる。

③ 一人当たり医療費

図表6は、年間の医科医療費(外来・入院の診療費及び調剤費用)について、年齢階級別の1人当たりの金額を本市、大阪府、全国の国民健康保険で比較したものです。

同様の図表について、計画策定時は、本市のみ市独自システムの値を採用していましたが、図表6ではKDBシステムの値に統一しています。

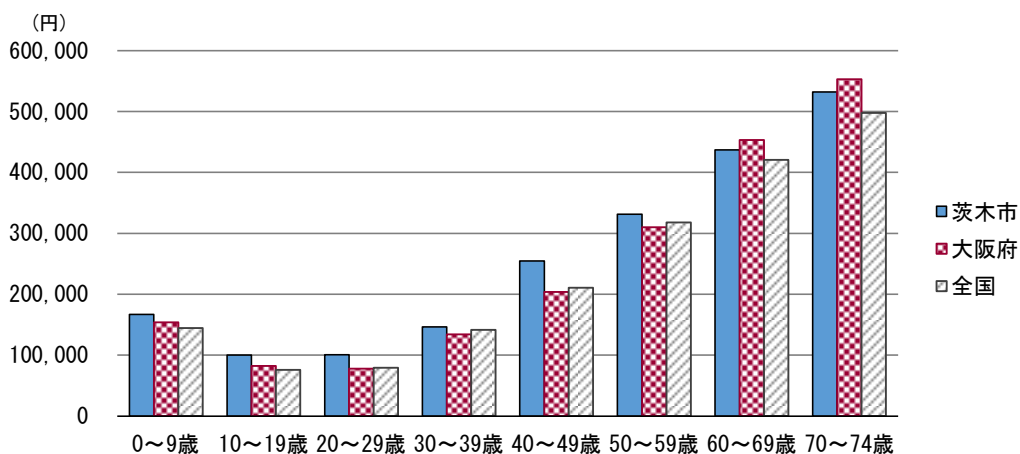
0～9歳階層を除けば、年齢が高くなるにつれて医療費も高額になるという傾向は計画策定時と変わりません。全国と比較すると全ての年齢層で本市の方が上回っていることがわかります。大阪府と比較すると、50代までは本市が上回っており、60代以降は大阪府が上回ることがわかります。

図表7は、年間の医科医療費について、被保険者全年齢の1人当たりの金額を、本市、大阪府、全国の国民健康保険で比較したものです。

同様の図表について、計画策定時は、「大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報」を資料としており、図表7ではKDBシステムの値を用いています。

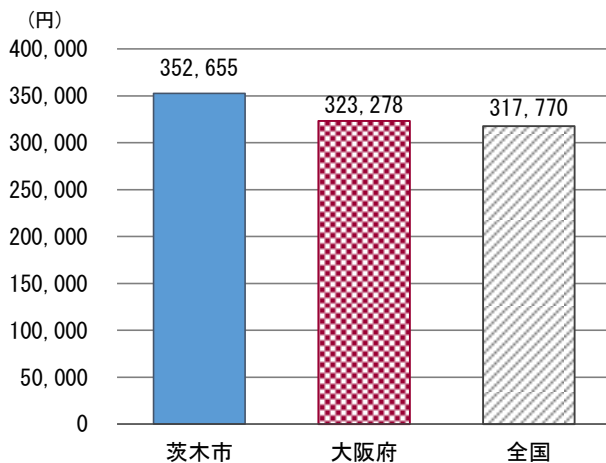
計画策定時と同様に、本市の1人当たり医療費は全国及び府よりも高くなっています。

図表6. 年齢階級別の1人当たり医科医療費の比較(令和元年度)



資料: KDBシステム疾病別医療費分析 大分類

図表7. 被保険者1人当たり年間医療費の比較(令和元年度)



資料: KDBシステム疾病別医療費分析 大分類

④ 国保被保険者の年齢構成

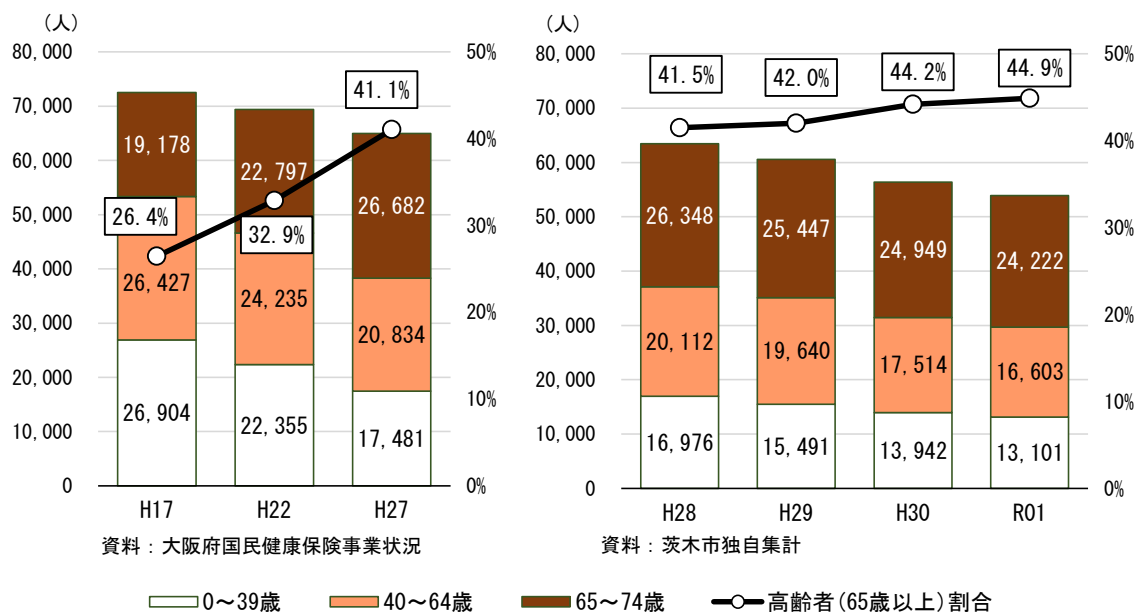
図表8は、市国保における年齢階級別の市国保被保険者分布及び高齢者(65歳以上)割合を示したものです。なお、計画策定時のグラフである平成27年度以前のデータは「大阪府国民健康保険事業状況」、中間評価で集計した平成28年度以降のデータは茨木市独自集計によるものです。

計画策定時は、平成27年度以前で高齢者割合が10年間で約1.5倍に増加したことに着目し、「予防だけでは不十分であり、生活習慣病を発症しやすい高齢層に対する早期発見・早期治療を保健事業の1つの軸とすることがより効果的であると考えられ」としていました。

中間評価において、平成28年度以降を確認すると、高齢者割合が増加し続け、令和元年度においては半数近くが65歳以上となっています。計画策定時と同様に、高齢化が進行しているため、医療費適正化に対しては早期発見・早期治療による効果が期待される状況と考えられます。

なお、被保険者数は平均約15%、高齢者に絞ると約8%減少しています。

図表8. 被保険者1人当たり年間医療費の比較(令和元年度)



Ⅲ 個別保健事業中間評価

① 個別保健事業の中間評価の実施について

平成30年3月に策定した第2期茨木市国民健康保険保健事業実施計画(以下、「第2期データヘルス計画」という。)において、茨木市の現状を分析した上で、大阪府・全国と比較して実績が不足するもの、及びその他特に取り組みが必要と考えられる事項を本市の健康課題として設定し、課題に対応する保健事業の実施を計画しました。

個別の保健事業は毎年度ごとに事業評価を実施していることから、最新年度である令和元年度実施分の評価内容を掲載しています。中間評価においては、主に計画当初に目標値を掲げた事業について、支援評価委員会で得た有識者の意見を参考に、現状の茨木市の実績を踏まえ、最終評価時点で目標を達成できるよう、今後の取り組み内容・課題等を評価することとしています。

② 個別事業の計画と評価について

■第2期データヘルス計画・第3期特定健康診査等実施計画 個別保健事業の計画と評価

対象年度	令和元年度(2019年度)		
分野	事業	事業(詳細)	No.
特定健診の実施と推進	特定健診	特定健診実施	1-1
	特定健診受診率向上 【重点課題】受診率向上	ハガキ送付による受診勧奨	1-2
特定保健指導の実施と推進	特定保健指導 【重点課題】対象者減少率の向上	特定保健指導実施	2
生活習慣病の重症化予防	重症化予防 【重点課題】要治療者受療率向上	保健指導等による生活習慣病重症化予防	3
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防	医薬連携による糖尿病性腎症重症化予防	4
禁煙相談(ハイリスクアプローチとして)	禁煙相談	喫煙者に対する禁煙相談	5
健康づくり (ポピュレーションアプローチ)	若年層生活習慣病予防	周知、啓発、出前講座等	6-1
	啓発		6-2
	喫煙防止		6-3
	食育		6-4
後発医薬品の普及促進	後発医薬品の普及促進	差額通知送付による後発医薬品の普及促進	7

個別保健事業計画・評価		No.	1-1
分野	特定健診の実施と推進		
事業	特定健診		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る特定健診の実施		
健康課題	—		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
令和元年度法定報告値 健康管理システム抽出データ	特定健診等データ管理システム 茨木市健康管理システム	令和2年11月 令和2年11月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 特定健診・人間ドック助成 正規職員:事務5名(兼任) 臨時職員:事務2名(兼任) ■ 結果説明会 正規職員:保健師17名 非常勤・臨時職員:保健師8名、事務1名 	計画どおり実施
対象者	年度内に40歳以上になる市国保被保険者 約37,657人(平成30年度法定報告値)	36,384人(平成31年度法定報告値)
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 集団健診:市保健医療センターで実施 予約受付等は一般財団法人茨木市保健医療センターが指定管理 健診実施を外部事業者へ委託 ■ 個別健診:市内100か所以上の医療機関で実施 	計画どおり実施

プロセス	計画	実施結果
周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ■ 毎年4月の受診券送付の際にリーフレット「特定健診のご案内」を同封 ■ 毎年広報誌5月号に「特定健康診査 がん検診ガイド」を折込み全戸配布 ■ 市国保加入手続きの際に、特定健診制度の存在を説明し、受診券交付申請書の記入を求める 	計画どおり実施
実施時期	集団健診:6月～翌年3月 個別健診:通年	計画どおり実施
費用負担	無料	計画どおり実施
結果返却方法	<ul style="list-style-type: none"> ■ 集団健診:受診後1か月程度で市から郵送 ■ 個別健診:府国保連から健診結果データを受領後に市から郵送(健診実施から約2か月後) ※実施医療機関から別途受診結果を返却する場合あり 	計画どおり実施

個別保健事業計画・評価		No.	1-1
分野	特定健診の実施と推進		
事業	特定健診		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る特定健診の実施		
健康課題	—		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

人間ドック助成事業	<p>■概要:全国の医療機関で、特定健診検査項目を全て検査する人間ドックを受診した被保険者に、20,000円を上限として助成する。助成を受ける者から受診結果の提出を受け、特定健診実施とみなす</p> <p>■対象者:以下の条件を全て満たす人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40～74歳の被保険者 ・市国保保険料の完納世帯に属する人 ・年度内に特定健診を受診していない人 ・人間ドック受診の結果、特定保健指導等の対象となった場合に当該指導等を受けることに同意する人 <p>■備考:頭部MRI・MRA検査を含む脳ドック受診に対する助成も実施する(ただし、脳ドックは特定健診実施とはみなさない)</p>	<p>計画どおり実施 〔助成件数〕</p> <p>人間ドック単独 492件 脳ドック単独 198件 人間・脳ドック 176件</p>
結果説明会の開催	対象者:集団健診受診者	計画どおり実施

アウトプット	計画	実施結果
集団健診実施回数	年59回(4月及び5月を除き毎月)	計画どおり実施
結果説明会開催回数	年25回(5月及び6月を除き毎月)	計画どおり実施
特定健診受診者数	シート1-2に記載	

アウトカム	計画	実施結果
特定健診受診率	シート1-2に記載	

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
事業実施	事業の継続的实施	計画どおり実施

個別保健事業計画・評価		No.	1-2
分野	特定健診の実施と推進		
事業	特定健診受診率向上		
目標	特定健診対象者に直接働きかけて受診率を向上する（ハガキ勧奨）		
健康課題	【重点課題】特定健診の受診率向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
令和元年度法定報告値 健康管理システム抽出データ	特定健診等データ管理システム 茨木市健康管理システム	令和2年11月 令和2年11月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者	正規職員:事務3名(兼務)	計画どおり実施
対象者	次の6つのセグメントに該当する人の内、延39,500人(年度内に3回実施し、同一人に3回送る場合がある) ①不定期受診者(H28～30の3年間に1回または2回受診している人) ②連続受診者(H28～30の3年間に3回受診している人) ③H30新規対象者 ④継続未受診者(H28～30の3年間に1度も受診していない人) ⑤過去3年間で特定健診未受診者のうち、レセプト(診療報酬明細書)のデータがある人 ⑥過去3年間で特定健診未受診者のうち、レセプト(診療報酬明細書)のデータがない人	計画どおり実施
実施体制	外部事業者に対象者選定、ハガキ版面の考案、印刷を委託。	計画どおり実施

プロセス	計画	実施結果
実施時期	1回目:令和元年7月ごろ 2回目:令和元年10月ごろ 3回目:令和2年1月ごろ	1回目:令和元年7月12日 2回目:令和元年10月2日 3回目:令和2年1月8日
送付物	1回目・2回目・3回目ともに、6面圧着ハガキ(縦約23cm、横約14.5cm、フルカラー)	計画どおり実施

アウトプット	計画	実施結果
ハガキ送付数	延べ39,500通(年度内3回の合計)	1回目:10,941人 2回目:17,150人 3回目:11,409人
勧奨実施対象者の受診獲得率	32.1% (データヘルス計画上の目標値)	37.7%
特定健診受診者数	約13,100人 (受診率が目標を達成した場合の受診者数)	12,111人

アウトカム	計画	実施結果
特定健診受診率	35.9% (令和5年度到達目標の早期達成を目指す)	33.3%(法定報告値) 前年度(平成30年度):33.1%

個別保健事業計画・評価		No.	1-2
分野	特定健診の実施と推進		
事業	特定健診受診率向上		
目標	特定健診対象者に直接働きかけて受診率を向上する（ハガキ勧奨）		
健康課題	【重点課題】特定健診の受診率向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
勧奨による受診獲得率の向上	【セグメンテーション】(※) ①類型別資材作成 1回目および2回目の勧奨では、昨年度と同様、対象者のうち不定期受診者の過去の受診傾向等を委託事業者が所有する人工知能により分析し、その結果により4類型(頑張り屋さん、心配性さん、甘えん坊さん、面倒くさがり屋さん)に分けて、類型別勧奨資材による勧奨を行う。	「不定期受診者」の受診率は全体としてH30よりも約1.1ポイント向上した。
	【セグメンテーション】 ②セグメント別の発送数制御 本市で過去に実施した勧奨の結果、ハガキ勧奨による受診期待が低いことがわかっている「継続未受診者」に関しては、重点的な勧奨は行わない。 ハガキ勧奨による受診期待が高い「不定期受診者」への重点的な勧奨による受診率向上を狙いとする。	「不定期受診者」と「新規対象者」に3回勧奨した。 勧奨しなくても受診期待が高い「連続受診者」には1回勧奨した。勧奨しても受診期待の低い「継続未受診者」にはレセプト有無で分別して勧奨したところ、レセプトなしの層の方が受診率が高かった。
	【発送数および回数の追加】 H30の35,000通から約39,500通へと発送数を増やし、さらに、回数を3回に増やすことで受診率向上を狙う。	計画通り39,500通を3回に分けて発送した。通数の大幅増による問合せ対応の増加も予想されたが、大きなトラブルに発展することはなかった。
		【総評】 市全体の受診率は前年度比0.2ポイント向上した。 年度途中の推移をみると、前年度よりも大幅な受診率向上が見込まれていたが、令和2年1月に発生した新型コロナウイルス感染拡大の影響から、令和2年2、3月ごろのかけ込み時期の受診者数が例年より低下し、前年度と横ばいの結果となった。 課題としては、新規国保対象者が不定期受診者よりも受診率が低かったことが挙げられる。 (新規:22.4%、不定期51.6%) 新規対象者の受診につながるよう、より分かりやすいデザインにする等の工夫が必要である。 また、全体の発送数については、各セグメントへの発送数・回数を見直したうえで、適切に設定する必要がある。

※セグメンテーションとは:
 受診勧奨に「セグメント」の考え方を取り入れて実施すること。
 「セグメント」とは、もともとは「全体を分割したうちのひとつ」といった意味合いを持つ英語であるが、マーケティングの分野においては、顧客(ターゲット)を属性ごとに区分した分類を指す語として用いられる。

個別保健事業計画・評価		No.	2
分野	特定保健指導の実施と推進		
事業	特定保健指導		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る/特定保健指導実施者の特定健診継続受診率向上/ 特定保健指導対象者減少率向上		
健康課題	【重点課題】対象者減少率の向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
平成30年度法定報告値	特定健診等データ管理システム	令和元年11月
健康管理システム抽出データ	茨木市健康管理システム	令和元年11月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者数	正規職員:保健師1人(兼任) 非常勤嘱託員:保健師4人、管理栄養士1人(専任) 臨時職員:事務職1人(兼任)	計画どおり実施
保健指導対象者数	特定健診の結果、所定の基準に該当する者 約1,283人(平成30年度法定報告値) (動機付け支援1,045人、積極的支援238人)	1,216人(平成31年度法定報告値) (動機付け支援985人、積極的支援231人)
保健指導実施体制	直営	計画どおり実施
保健指導実施者の研修	①循環器病予防学会学術総会 ②肥満学会スキルアップ講座 ③大阪府検証事業(保健指導ワーキング) ④大阪府検証事業(標準化のための研修会) ⑤保健師スキルアップ研修	①5/11～5/12 ②6/15 ③6/18.9/11.10/18 ④6/7.10/29.12/17.1/21 ⑤5/8

プロセス	計画	実施結果
保健指導実施方法	初回面接:個別面接・訪問 継続支援・評価:個別面接・訪問・電話・手紙	計画どおり実施
周知活動	特定健診結果送付時に資料を同封	計画どおり実施
利用勧奨	電話・文書にて実施	計画どおり実施
実施時期	通年	計画どおり実施
結果説明会の開催	有(集団健診受診者に開催日通知)	計画どおり実施
結果説明会での初回面接実施	有	対象者数:422人 実施者数:293人(カバー率69.4%)

アウトプット	計画	実施結果
未利用者への利用勧奨	方法:電話・文書・訪問 時期:随時 対象者:特定保健指導対象者	実施者数:1,216人(特定保健指導対象者カバー率100%) 利用率:終了者:850人(69.9%) 未実施者:366人(30.1%)
前年度特定保健指導終了者の特定健診継続受診率	75%(DH計画上の目標値)	74.3%

個別保健事業計画・評価		No.	2
分野	特定保健指導の実施と推進		
事業	特定保健指導		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る/特定保健指導実施者の特定健診継続受診率向上/ 特定保健指導対象者減少率向上		
健康課題	【重点課題】対象者減少率の向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

アウトカム	計画	実施結果
特定保健指導実施率の推移	60%(データヘルス計画上の目標値)	69.9%
特定保健指導対象者減少率	30%(データヘルス計画上の目標値)	21.0%
利用勧奨重点対象者(血圧及び脂質の検査値が両方とも基準値を超えている対象者)の特定保健指導利用率の推移	60%	62.5%
利用勧奨重点対象者以外の特定保健指導利用率の推移	60%	55.4%

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
特定保健指導実施率の維持・向上	対象者への利用勧奨及び支援については例年と変わらず日々介入に努めた。それ以外では、実績入力ミスや入力忘れをなくすように努め、服薬者は予め除外するなど効率的な介入に努めた。	特定保健指導実施率が前年度(62.1%)に比べ、7.8ポイント向上し、69.9%となった。
特定保健指導による特定保健指導対象者減少率の向上	特定保健指導対象者の減少率が低く、特定保健指導の繰り返し利用者が多い。研修にて指導の質の向上を図る。	特定保健指導による特定保健指導対象者減少率は前年度(19.1%)に比べ、1.9ポイント上昇し、21.0%となった。
今後検討を要する課題		特定保健指導実施率は目標達成できている。特定保健指導による特定保健指導対象者減少率が、前年度と比較して上昇しているものの目標値には届いていない。連続該当者の改善率が低いことが課題と考える。新規対象者(特に40代、50代の働き世代)の利用を促す仕組みをつくる。担当者の知識・技術の維持・向上を図る仕組みをつくる。医師会等との連携を深め、特定保健指導の効果を高める。対象者が継続して健診を受診する仕組みをつくる。

個別保健事業計画・評価		No.	3
分野	生活習慣病の重症化予防		
事業	重症化予防		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る/市内又は地域と連携した受療勧奨		
健康課題	【重点課題】要治療者受療率向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
健康管理システム抽出データ	茨木市健康管理システム	令和元年11月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者数	正規職員:保健師14人(兼務・業務主担3人含む) 非常勤嘱託員:保健師2人(兼務) 臨時職員:3人(兼務)	計画どおり実施
重症化予防事業対象者(カッコ内は特定健診受診者に占める割合)	特定健診受診者で下記基準を満たす人 667人(5.5%) (平成30年度実績) なお、重症化予防事業と特定保健指導の両方の基準に該当する場合は該当項目について受療勧奨しつつ特定保健指導を並行して実施。	591人(4.9%) (平成31年度実績) うち、特定保健指導対象者:205人 (その他、糖尿病治療中コントロール不良者5人モデル実施。)
保健指導実施者の研修	①腎臓を守る会(協和発酵キリン) ②CKD研修会(中外製薬) ③糖尿病治療中者重症化予防プログラム事例研修会	①6/15 ②11/14 ③3/18

プロセス	計画	実施結果
事業概要	下記選定基準を満たす特定健診受診者に対し、訪問等の方法により、該当する可能性がある生活習慣病について保健師及び栄養士が医療機関での受診(受療)を促す。 初回は面接もしくは文書にて全員に受療勧奨する。介入後3か月経過時点でレセプトを確認し、受療が確認できれば介入終了、確認できなければ初回を含め3回支援する。3回のうち1回は訪問または面接にて対象者に会うように努める。 介入の対象となる条件: ・血圧:Ⅱ度高血圧 (収縮期160mmHg、拡張期血圧100mmHg以上) ・脂質:男性でLDL-chが180mg/dl以上 ・糖尿病:HbA1c7.0%以上 ・腎不全:蛋白尿2+ のいずれかに該当。ただし、該当リスクで服薬あり、もしくはレセプトのある者は除く。	計画どおり実施
選定基準	特定健診受診者で次の基準を満たす人 ①対象抽出時に75歳未満 ②対象抽出時に市国保被保険者 ③特定健診結果が次のいずれかの基準を満たす人 収縮期血圧 \geq 160mmHg又は拡張期血圧 \geq 100mmHg LDLコレステロール \geq 180mg/dlの男性 HbA1c \geq 7.0% 尿たん白 \geq 2+ 上記該当リスクかつ、服薬有もしくはレセプト有は除く。	計画どおり実施

個別保健事業計画・評価		No.	3
分野	生活習慣病の重症化予防		
事業	重症化予防		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る/市内又は地域と連携した受療勧奨		
健康課題	【重点課題】要治療者受療率向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

実施時期	通年	計画どおり実施
事業概要（コントロール不良）	<p>医療機関での治療と併せて重症化予防に向けた生活習慣の改善ができるよう、重症化予防プログラムにより保健指導を実施する。</p> <p>目的:協力医療機関等との連携により重症化予防に取り組むことで、糖尿病治療中者等の健康保持はもとより、医療費の適正化に寄与する。</p> <p>対象者:国保加入者のうち、受療中かつ主治医の了承が得られた者</p> <p>実施方法:6か月間に約2か月毎の保健指導を実施。</p>	糖尿病治療中コントロール不良者5人を実施。

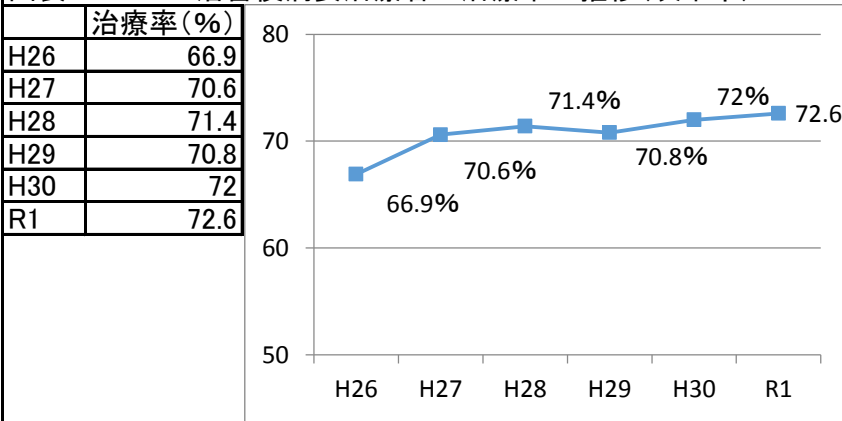
アウトプット	計画	実施結果
受療勧奨実施人数	579人(受療勧奨実施率89.1%) 全て専門職の介入のみ実施。 (いずれも前年度(平成29年度)実績)	591人(受療勧奨実施率100%) うち専門職の介入506人(介入対象者実施率100%)
受療勧奨実施率	95%	100.0%
受療勧奨実施者の医療機関受療率	76%	50.1%(296人)
支援終了者数	H29年度専門職の介入率89.1%以上。	506人(令和2年11月5日時点) 専門職の介入率85.6%
特定健診後治療開始者	H29年度受療率58.8%以上。	①事業実施中にレセプトを確認できた人数 280人(対象者のうち47.4%) ②事業実施中にレセプトは確認できないものの、本人に聴取したところ、医療機関を受診した旨の回答を得られた人数 16人(対象者のうち2.7%)

アウトカム	計画	実施結果
要治療者の基礎疾患治療率の推移	76%(データヘルス計画上の目標値)	72.6% 推移及びリスク因子別の治療率は3別紙シートに記載。全体的に横ばい状態が続いている。

個別保健事業計画・評価		No.	3
分野	生活習慣病の重症化予防		
事業	重症化予防		
目標	健康寿命の確保と医療費の適正化を図る/市内又は地域と連携した受療勧奨		
健康課題	【重点課題】 要治療者受療率向上		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

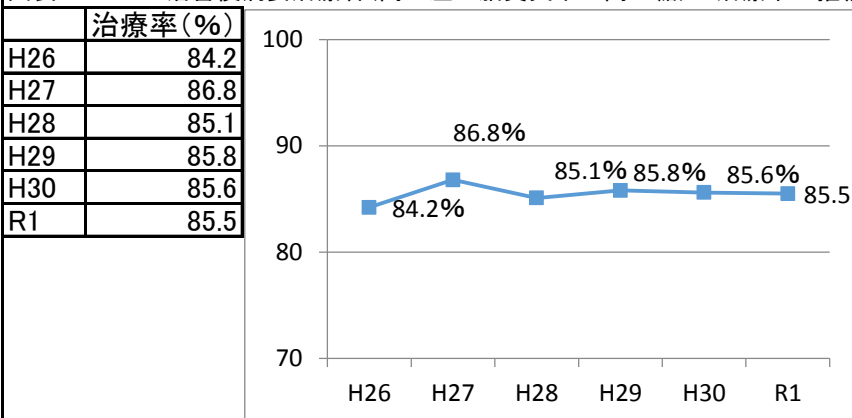
課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
事業成果	未治療者のハイリスク者を治療につなげる。 コントロール不良治療者の減少につなげる。	未治療者のハイリスク者を治療につなげることができた。重症化予防事業対象者の介入時期、方法、介入後の受療行動等のデータを蓄積できた。
事業課題	事業の迅速かつ従事者の負担軽減のため、初回を文書にて受療勧奨する。 未治療者への受療勧奨及びコントロール不良治療者に対する生活習慣改善への勧奨にあたり、医師会等関係機関との調整が課題。	初回を文書にしたことでの実施結果の比較は、訪問・面接と比較すると受療率は下がっていたが、電話との差は見られなかった。今後、受療率を上げる対策が必要。 医師会等関係機関に向けた研修会を2回開催することができた。コントロール不良治療者に対し、モデルケース5事例を実施することができた。
今後検討を要する課題		蓄積されたデータの分析を行う。 重症化予防事業の目標・評価方法を明確に設定する。 重症化予防事業の対象者の見直しを図る。 介入方法の見直しを図る。 担当者の知識・技術の維持・向上を図る仕組みをつくる。 医師会等との連携を深め重症化予防事業の効果を高める。 対象者が継続して健診を受診する仕組みをつくる。

図表2-2-6. 生活習慣病要治療者の治療率の推移(茨木市)



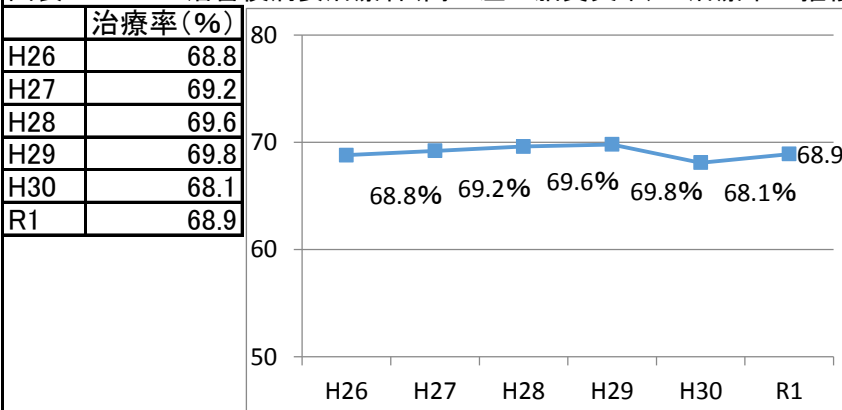
資料:医療費分析システム「FOCUS」
(R元年度はR2.11.12現在)

図表2-2-7. 生活習慣病要治療者(高血圧+脂質異常+高血糖)の治療率の推移(茨木市)



資料:医療費分析システム「FOCUS」
(R元年度はR2.11.12現在)

図表2-2-8. 生活習慣病要治療者(高血圧+脂質異常)の治療率の推移(茨木市)

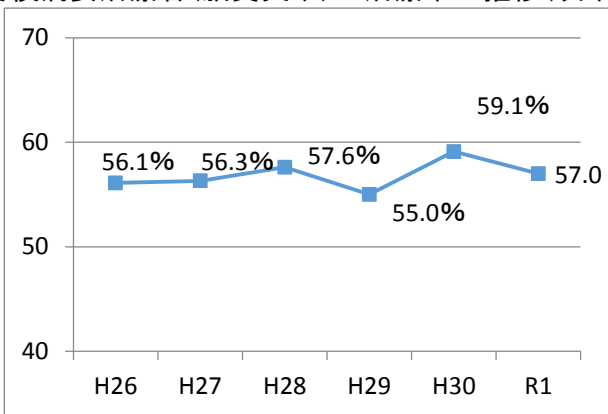


資料:医療費分析システム「FOCUS」
(R元年度はR2.11.12現在)

図表2-2-9. 生活習慣病要治療者(脂質異常)の治療率の推移(茨木市)

3別紙

	治療率(%)
H26	56.1
H27	56.3
H28	57.6
H29	55.0
H30	59.1
R1	57.0

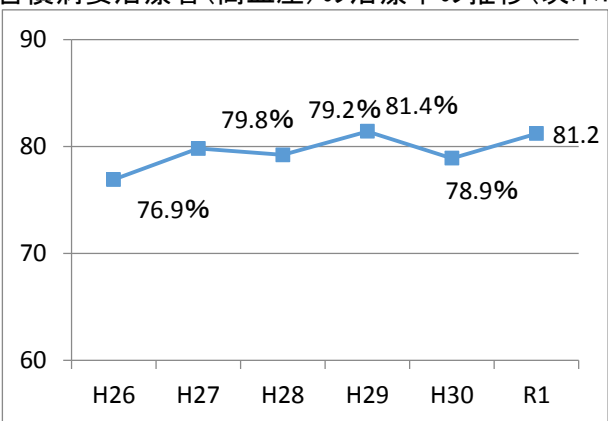


資料: 医療費分析システム「FOCUS」
(R元年度はR2.11.12現在)

図表2-2-10. 生活習慣病要治療者(高血圧)の治療率の推移(茨木市)

3別紙

	治療率(%)
H26	76.9
H27	79.8
H28	79.2
H29	81.4
H30	78.9
R1	81.2



資料: 医療費分析システム「FOCUS」
(R元年度はR2.11.12現在)

個別保健事業計画・評価		No.	4
分野	糖尿病性腎症重症化予防		
事業	糖尿病性腎症重症化予防		
目標	医師会・薬剤師会と連携した保健指導により、腎症患者の進行抑止を図る。		
健康課題	糖尿病性合併症群の重症化予防		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
業務報告書（委託事業者作成）	茨木市薬剤師会（委託事業者）	令和2年3月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者	正規職員:事務職 2人	計画どおり実施
対象者	次の条件を満たす者 約350人 <ul style="list-style-type: none"> ・40～74歳の市国保被保険者 ・KDBシステムにおいて糖尿病及び糖尿病性腎症のレセプトがある ・市医療費分析システム「FOCUS」において、市内薬局での調剤レセプトがある(市内の薬局を利用している) 	計画どおり実施 333人
実施体制	業務一式(対象者選定、(一社)茨木市医師会との調整、保健指導実施、結果報告等)を(一社)茨木市薬剤師会に委託	計画どおり実施
参加薬局数	7薬局	5薬局

プロセス	計画	実施結果
対象候補者の選定	市医療費分析システム「FOCUS」により、次の条件を満たす対象候補者を抽出する。 <ul style="list-style-type: none"> ・40～74歳の市国保被保険者 ・糖尿病性腎症レセプトがある ・市内の総合病院でない医療機関で受療している ・市内の薬局を利用している 	計画どおり実施
対象者の選定	市が抽出した候補者のリストを元に、市薬剤師会が各患者、及びそのかかりつけ医と連絡調整し、次の条件を満たす対象者を選定する。 <ul style="list-style-type: none"> ・II型糖尿病性腎症1期～3期患者(ただし、1期患者については、主治医により進行リスクが高いと判断された者) ・主治医が期間内の実施に問題ないと判断した人 ・薬局薬剤師からのプログラム説明で実施同意が得られた患者 	計画どおり実施
参加者プレゼント	対象者数確保のため、参加者に対して、血压計、人工甘味料製品、ヨガマット、低カロリーレトルト食品(いずれも約3,000円相当)のうち、参加者自身が希望するいずれか1種類をプレゼントする。	計画どおり実施
実施時期	令和2年4月～令和3年3月	計画どおり実施

個別保健事業計画・評価		No.	4
分野	糖尿病性腎症重症化予防		
事業	糖尿病性腎症重症化予防		
目標	医師会・薬剤師会と連携した保健指導により、腎症患者の進行抑止を図る。		
健康課題	糖尿病性合併症群の重症化予防		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

保健指導の内容	薬局薬剤師が、患者に保健指導を行う。 患者が設定する生活習慣改善のための行動目標を、主治医の治療方針に沿いながら達成できるよう指導する。 指導は、初回指導から6か月間、月に1回、計6回行う。	計画どおり実施
薬剤師への研修	事業に参加する可能性のある薬局薬剤師に、プログラム説明を兼ねた保健指導の研修を、1回実施する。	実施日：令和元年7月20日

アウトプット	計画	実施結果
実施人数	10人	7人
対象者のプログラム終了率	95%	100%

アウトカム	計画	実施結果
実施対象者の血液検査結果の変化	HbA1c値、e-GFR値の維持・改善	HbA1c:報告6名中、改善1名、維持5名 e-GFR:報告5名中、維持5名
実施対象者の糖尿病性腎症のステージ変化	腎症ステージの維持	参加者全員の腎症ステージを維持できた。

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
対象者数の確保	昨年度(平成30年度)は対象者数を15人としていたが、13人の実施にとどまった。市薬剤師会との協議の結果、平成29年度と同じ10人を対象者とする。 また、参加者プレゼントにより、候補となる患者にもインセンティブを付与する。	対象者数の上限を減らしたにもかかわらず、実施率は下がった。(H30:約87% → R01:約70%) 参加者数を確保できない理由としては、参加できる薬局の減少等が考えられる。 市薬剤師会とも協議しながら、できる限り目標数を達成できるよう工夫する必要がある。

個別保健事業計画・評価		No.	5
分野	禁煙相談（ハイリスクアプローチとして）		
事業	禁煙相談		
目標	喫煙者の減少		
健康課題	喫煙者の減少		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
食育・健康増進グループ 事業まとめ	健康づくり推進事業	各年度

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届出時:非正規職員1名 ・若年健康診査時:健診委託業者(医師・看護師) ・特定健康診査時:健診委託業者(医師・看護師) ・健康づくりセミナー(パパママ):正規職員3名(兼務) 	計画通り実施
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届出:喫煙者の妊婦 ・若年健康診査時、特定健康診査時:喫煙者 ・健康づくりセミナー(パパママ):喫煙者、喫煙歴のあるもの 	実施人数:519人
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・実施場所:保健医療センター、こども健康センター ・健康診査時に関しては、委託事業者へ依頼 	計画通り実施

プロセス	計画	実施結果
実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届出時 ・健康診査時 ・健康づくりセミナー時 	計画通り実施

アウトプット	計画	実施結果
プレママ版健康づくり講座	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:妊婦 ・実施方法:妊娠届出時に啓発及び喫煙者への個別指導を実施 	実施人数:37人
健康づくりセミナー	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:妊婦とそのパートナー ・実施方法:たばこの害展示、禁煙治療医療機関一覧の情報提供、喫煙者に対する個別指導 	実施回数:6回/年 実施人数:133人
禁煙相談	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:集団健診(特定健診、若年健診)受診者のうち、喫煙者 ・実施方法:医師もしくは看護師より個別に禁煙指導 	実施人数:349人
再喫煙防止啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:妊娠発覚前・妊娠中に喫煙していた経産婦 ・実施方法:再喫煙防止のため、出産2か月後程に郵送で禁煙に関する情報提供を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施回数:12回 ・実施人数:153人

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
喫煙者の減少	各種事業等での禁煙相談や、喫煙歴のある者に対する再喫煙防止の啓発を引き続き行う。	各種事業等で把握している喫煙率は横ばいで経過。喫煙者減少のため、事業の継続や事業を利用しない人に対しても、禁煙相談を実施していく。

個別保健事業計画・評価		No.	6-1
分野	健康づくり（ポピュレーションアプローチ）		
事業	若年層生活習慣病予防		
目標	病気の発症リスクが低い人への健康維持・増進（生活習慣病発生抑制）		
健康課題	生活習慣病予防		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
食育・健康増進グループ 事業まとめ	健康づくり推進事業	各年度

プロセス	計画	実施結果
周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・試験的にU-39健診(若年健診)(平日)対象者に、体組成計による個別保健指導を実施する。 ・パパママ教室での内容を広報誌に掲載。 ・各情報をホームページに掲載。 	<ul style="list-style-type: none"> ・計画通り実施
セミナーの開催	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくりセミナー(若年):13回/年 ・パパママ教室参加者に対して、保健師・栄養士・歯科衛生士による個別指導実施。6回/年 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくりセミナーは15回/年実施予定だったが、新型コロナウイルスの影響により、2月～事業を中止。 ・その他は計画通り実施
アンケートの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・U-39健診(若年健診)(試験実施)受診者 ・パパママ教室参加者(プレパパのみ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・U-39健診(若年健診)アンケート回収人数:301人 ・パパママ教室アンケート回収人数:延364人

アウトプット	計画	実施結果
健康づくりセミナー (パパママ教室)	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:妊婦とプレパパ ・実施方法:体組成計、歯科講座、食事バランス診断、生活習慣病予防に係る情報提供等 	<ul style="list-style-type: none"> ・体組成測定人数:延364人(パパのみ) ・禁煙相談人数:延133人 ・食事バランス診断:延418人 ・歯科講座:延390人
健康づくりセミナー(若年健康診 査受診時教育)	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:健診受診者のうち希望者 ・実施方法:体組成計、血管年齢測定後、個別面接 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくりセミナー 人数:301人
出前講座	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者:依頼のあった団体 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施回数:37回、延513人

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
啓発人数の増加と 実施内容の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・母子事業と連携し、若年層の健康啓発を推進する。 ・自覚症状や病気の発症が少ない若年層に、「目に見える形」での健康情報や保健指導を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくりセミナー開催日を変更した事により、参加者は前年度より150人増加した。 ・新型コロナウイルス感染症拡大により、対面式の啓発実施が難しくなることから、効果的、効率的に若年層へ啓発できるように仕組みづくりを検討する。

個別保健事業計画・評価		No.	6-2
分野	健康づくり（ポピュレーションアプローチ）		
事業	啓発（出前講座含む）		
目標	生涯を通じた健康づくりと生活習慣病予防の推進		
健康課題	健康無（低）関心層への周知・啓発		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
食育・健康増進グループ事業まとめ	健康づくり推進事業	各年度

プロセス	計画	実施結果
実施時期	・随時、イベント時	概ね計画通り実施
啓発物品	・健康づくりイベント:各種リーフレット、ちらし、啓発用風船、 ・健康づくり出前講座:各種リーフレット、ちらし、啓発グッズ ・自殺対策:啓発用ティッシュ、啓発用ECOポット、自殺対策計画冊子(概要版)、Healthy Ibaraki21ノート	概ね計画通り実施

アウトプット	計画	実施結果
イベント（健康づくり推進）	・市内関係課や民間企業と連携した健康づくり啓発の推進	連携活動団体数:103団体(市関係機関、三師会、高校・大学、企業、民間団体)
健康づくり出前講座	・依頼時対応	37回 延513人
地区活動時教育・啓発（母子・健康増進・感染症・その他）	・依頼時対応	地区活動時教育:136回 延2,202人 地区活動時啓発:38回 延3,453人
資料配布型啓発	・随時	231回 延12,789人
自殺対策啓発	・年2回(9月、3月)、随時	啓発:随時 延約4,000人 ゲートキーパー養成講座:2回 延60人

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
地域の関係機関や企業との連携	・連携して活動する団体を増やす	市関係機関含む、三師会、高校・大学、企業、民間団体等、71団体と連携し、啓発活動を実施した。
啓発媒体の検討	・現在は紙媒体が主であるが、より多くの市民への啓発として、SNS等を活用した啓発の検討が必要	無料広告への健康情報掲載、市ホームページやFacebook、twitter等のSNSを活用した啓発を実施した。

個別保健事業計画・評価		No.	6-3
分野	健康づくり（ポピュレーションアプローチ）		
事業	喫煙防止		
目標	たばこの害がない社会を目指す		
健康課題	受動喫煙による健康被害の減少		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
食育・健康増進グループ事業まとめ 健康いばらき21・食育推進計画の取組み状況について	健康づくり推進事業	各年度

プロセス	計画	実施結果
周知活動	・広報5月号で世界禁煙デー・世界禁煙週間について周知。 ・広報6月号で禁煙表示の協力店舗・施設の募集について案内。	計画どおり実施
チラシの作成	受動喫煙防止・喫煙防止のためのチラシを作成。乳幼児健康診査や各種イベント等で配布。	計画どおり実施

アウトプット	計画	実施結果
イベント型の啓発	・Smoke Freeキャンペーン 対象者：立命館大学生・教員 ・行列のできる相談所 対象者：立命館大学生・教員	Smoke Freeキャンペーン 2回 158人 行列のできる健康相談所 2回 59人
資料配布型の啓発	・母子健康手帳配布時にたばこの害について啓発 対象者：妊婦 ・特定健診や若年健診結果発送時にリーフレットを同封し、喫煙による脳梗塞や心筋梗塞への影響を啓発 ・4か月児健診受診者に対し、受動喫煙防止・喫煙防止のチラシを配布。	特定健診：延12,111人 若年健診：延896人 母子健康手帳配布時：延2,404人 4か月児健診：延2,059人
出前講座	たばこの害について、市内大学で講座を実施。 対象者：立命館大学 実施方法：集団教育	1回 22人
教材の配布・貸出	喫煙防止教育指導用の教材を希望者に貸出。	市内2校、延298人へ教材を貸出。

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
啓発活動による喫煙者の減少	イベントや資料配布による啓発活動の継続的实施	イベントの参加者や資料配布者の、その後の喫煙状況を把握することが困難であり、評価は難しいが啓発は引き続き実施していく。

個別保健事業計画・評価		No.	6-4
分野	健康づくり（ポピュレーションアプローチ）		
事業	食育		
目標	健全な食生活の推進により、生活習慣病の予防を図る。		
健康課題	生活習慣病予防		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
食育・健康増進グループ事業まとめ	健康づくり推進事業	各年度

プロセス	計画	実施結果
食育SATシステム出前講座	「食育SATシステム」を使用し、分かりやすく食事の摂り方等を診断する。	計画通り実施
食育ひろば	広報誌に食育に関するメッセージとレシピを掲載し、食育の啓発を行う。	計画通り実施
食育推進ネットワーク会議	「茨木市食育推進ネットワーク」を活性化し、市域で連携した食育の啓発を行う。	計画通り実施

アウトプット	計画	実施結果
食育SATシステム出前講座	学校版 17回 一般 1回	学校版 15回 延502人 一般 2回 39人
食育ひろば	5回	計画通り実施
食育推進ネットワーク会議	2回	4回（食育講演会を含む）

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
出前講座実施の周知	出前講座についての周知を図る。	市ホームページ、広報いばらき、生涯学習センターきらめきの冊子等で周知を行った。 学校版については、利用校が固定しつつあるため、市教育委員会の食育部会等で説明、周知を図る。
食育推進ネットワーク活動の活性化	市（食育推進会議）とネットワーク参加団体の連携により、活動御活性化を図る。	ネットワーク参加団体と協力し、市民、食育関係者を対象にした食育講演会を開催した。引き続き、新規加入した4団体も含めたネットワーク間での連携により、活動の活性化を図る。

個別保健事業計画・評価		No.	7
分野	後発医薬品の普及促進		
事業	後発医薬品の普及促進		
目標	後発医薬品への切り替えを勧奨し、利用率向上を図る。		
健康課題	—		
評価対象年度	令和元年度	評価時期	令和2年11月

主として評価に用いた資料	資料出典	資料更新時期
国保総合システム抽出資料	大阪府国民健康保険団体連合会	令和2年6月

ストラクチャ	計画	実施結果
担当者	正規職員:事務職 2人	計画どおり実施
対象者	・生活習慣病や慢性疾患の薬を服用している40歳以上の市国保被保険者 ・院外薬局での処方	計画どおり実施
業務委託	有	計画どおり実施

プロセス	計画	実施結果
後発医薬品差額通知の作成・送付	先発医薬品から後発医薬品に切り替えた場合の差額を記載した通知(圧着三つ折りタイプの郵便通知)を作成し、年3回送付する。	計画どおり実施
送付時期	1回目:令和元年7月ごろ 2回目:令和元年11月ごろ 3回目:令和2年3月ごろ	計画どおり実施

アウトプット	計画	実施結果
差額通知送付数	延べ4,000通(年間3回の合計)	1回目:1,303通 2回目:968通 3回目:588通
送付対象者の後発医薬品切り替え率	10%以上	11.1%

アウトカム	計画	実施結果
後発医薬品利用率の推移(数量ベース)	利用率の向上	73.4% 【参考】平成30年度:70.1%、平成29年度:66.0%

課題と対策		
課題	対策計画	実施結果
差額通知対象者	差額通知を送ることで、後発医薬品に嫌悪感を持っている被保険者からそのたびに問合せがある。 数年にわたり対象になっている被保険者もあり、これまでの差額通知では切り替えに至らない被保険者も増えてきている。	後発医薬品に関しては一般に知名度の上昇とともに利用率も上がっており、差額通知に対する問い合わせも減っている。また、長年切り替えに至っていなかった被保険者に対しても、継続的に通知を送ることで効果を得られる場合があるので、今後も事業を継続していきたい。

③ 支援・評価委員会からの指摘と分析結果について

大阪府国民健康保険団体連合会が開催した「第4回支援・評価委員会(令和3年1月7日)」において、データヘルス計画の中間評価について、有識者に別紙1資料をもとにご意見を伺いました。
内容については、再度評価指標の見直しや今後取り組むべき内容について検討を行いました。

STEP	事業番号	指摘	検討結果
2	②③	特定保健指導の対象者数の増減について、前年度に保健指導を実施した結果、全く改善がないのか、改善はあるが指導対象外とまらないのか等の分析が必要。 体重は3%を目安に評価してみるとよいのではないか。	2017年度、2018年度の特定保健指導実施者において、翌年度体重や腹囲が3%以上減少した人は約2割であり、特定保健指導対象から外れた人は約4割であった。 体重や腹囲が3%以上減少することで、実施者の約4割が特定保健指導対象者減少率向上につながる事がわかった。
3	③	今後の特定保健指導の対象者減少のための取り組みとして、運動指導に注力するところが、健診を受診するものの、繰り返し指導対象となる人が多い場合には、継続力のない人が多いということになり、減少率を改善することは難しいと考える。運動指導に注力する根拠の分析が必要。	特定保健指導後の翌年度特定健診の問診項目(運動習慣や食事調査)の比較から分析を試みたが、回答率が約5割と低く、評価につながらなかった。来年度に向け、評価方法を改善していく。
2.3	①②③	特定保健指導の減少率に関しては、複数回保健指導を受けている人たちの比重が大きいので、その人たちを限定して状況を把握し評価するとよい。	今後の評価に向け、状況の把握に努める。
3	④	治療を要する人の特定健診受診率が上昇しておらず、未受療者への保健師介入後の受診率が約50%にとどまっていることについて、具体的にどの分類の人が受診に到っていないのかを分析するべき。一般的には高血圧の方が受診につながりにくくなっている。	重症化予防対象者における介入対象者は、高血圧症が最も多いが、介入後の受療率は腎不全68.0%、糖尿病74.7%、脂質異常症59.0%、高血圧症42.7%と、高血圧症が最も低い。 健診受診後初回までに自己判断にて受療する人が約3割、初回介入後に受療する人が約2割であり、それ以後の介入で受療する人は約2%と少なかった。 今後、初回介入後の受療者を増やすため、初回介入後速やか(概ね10日以内)に電話にて受療勧奨を実施していく。

④ 最終評価に向けた今後の取組みについて

大阪府国民健康保険団体連合会が開催した「第4回支援・評価委員会(令和3年1月7日)」において、データヘルス計画最終評価に向けての助言を受けました。

委員会の助言をもとに本市の今後の対応について、以下のとおり取り組んでまいります。

	最終評価に向けた助言	茨木市の今後の対応
1	令和2年度は新型コロナウイルスの影響が大きく数値に反映してしまうため、評価しにくくなっている。そうすると、令和元年度に戻るが、2月・3月は新型コロナウイルスの影響を受けているため、こちらも評価しにくい。評価方法を考えなければいけない。	落ち込む見込みの受診率回復をまずは目標とする。全体数評価については、委員会からの助言どおり難しいと考える。しかし、個別の分析はある程度可能かと考えているため、評価方法の検討を行う。
2	各保健事業を評価するにあたり、個別事業に注目しがちであるため、事業をまたがった評価があってもいいのではないか。	今後は、特定健診担当と特定保健指導担当で定期的に事業をまたがった評価や事業目標の明確化・共有に向け、評価方法の見直し・整理を図る。
3	各保健事業について、どのような評価を実施するのか、事業によって何を指すのかを明確にすればするほど良いです。最終評価に向け、再度評価方法の見直し・整理を行ってほしい。	

STEP1		データヘルス計画全体の目標					STEP4			
目標		実績値				評価	達成につながる取組・要素	未達につながる背景・要因	今後の方向性	目標最終値
指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度					
生活習慣病に対する保健事業実施を通じた医療費の適正化に向けた健康課題の解消	-	236.3億円 (H28)	224.7億円	187.6億円	186.7億円	-	-	-	各事業ごとに達成に向けて取り組む。	-

STEP2		上記目標を達成するための個別保健事業						STEP3			
事業名	目標		実績値				評価	成功要因	未達要因	事業の方向性	目標最終値
	指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度					
① 特定健診	受診率	35.9% (達成時期：R5年度)	30.3% (H28)	30.3%	33.1%	33.3%	a	-	毎年連続して受診していない対象者層への勧奨効果が低く、受診率向上につなげていないため。	平成30年度から取り入れているAIを用いた受診勧奨を行うつつ、毎年連続して受診していない対象者層へ勧奨方法の見直しを図る。	35.9%
② 特定保健指導	実施率	60.0% (達成時期：R5年度)	62.8% (H28)	58.5%	62.1%	69.9%	a	電話や文書にて勧奨、連絡がつかない人には訪問を実施。	-	引き続き実施。	60%
③ 特定保健指導	対象者減少率	30% (達成時期：R5年度)	23.7% (H28)	23.6%	19.1%	21.0%	b	-	初めて対象に該当した者に比べ、複数回該当している者の減少率が低い。	早期改善を目指すため、今までできなかった運動指導に注力する。	30%
④ 重症化予防	受療率	76.0% (達成時期：R5年度)	71.4% (H28)	70.8%	72.0%	72.7%	a	-	文書送付後も未受療の者に対する保健師介入後の受療率が約50%にとどまっている。	受療率は伸びているので、引き続き実施。	76%
⑤ 後発医薬品普及促進	後発医薬品の利用率	80.0% (達成時期：R5年度)	63.6% (H28)	66.0%	70.1%	73.4%	a	-	毎年度利用率は伸びているが、後発医薬品が定着するまでに時間がかかり、劇的には伸びないため。	着実に利用率は伸びているため、普及促進の取組を今までどおり続けていく。	80.0%
⑥ 糖尿病性腎症重症化予防											
⑦ 健康づくり											

※【評価】 ベースラインと実績値を見比べて、4段階で評価（a：改善している／b：変わらない／c：悪化している／d：評価困難）