

香芝市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

(第1期計画：平成28年度～平成29年度)



平成28年3月

香芝市国民健康保険

目次

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の概要.....	1
1) 背景と主旨.....	1
2) データヘルス計画の位置づけ	3
3) 計画期間	4
2. 香芝市の概況.....	5
1) 地域の特性.....	5
2) 医療費の状況.....	12
3) 特定健康診査の状況	24
4) 特定保健指導の状況	33
5) ジェネリック医薬品の普及状況.....	36
6) 考察	37
3. 健康課題のまとめ	40
4. 現状の保健事業	41
5. 目標設定	43
1) 特定健診の受診率向上	43
2) 特定保健指導の実施率向上.....	43
3) 要治療者の治療率向上	44
6. 具体的な実施施策	45
1) 特定健診の受診率向上対策	45
2) 特定保健指導の実施率向上対策.....	45
3) 要治療者の治療率向上対策	45
4) 特定保健指導の対象外への対策.....	45
7. データヘルス計画の見直し	46
8. データヘルス計画の公表・周知方法	46
9. 事業運営上の留意事項	46
10. 個人情報の保護	46

1. 保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の概要

1) 背景と主旨

我が国は少子高齢化の進展に伴い平成 26 年の高齢化率は 26.0%で約 4 人に 1 人が高齢者となっています。平成 65 年には 1.3 人に 1 人と予測され超高齢化と人口減少が急激に進むこととなります。超高齢化と人口減少は社会保障制度の崩壊につながり、特に国民健康保険加入者は高齢者が多く、医療需要も高くなっていることから国保料の負担と医療給付費のバランスを維持するのが困難になると想定されます。

本市における人口減少と超高齢化は全国と比較して約 10 年の遅れで徐々に出現すると予測されており、疾病予防や介護予防、地域連携など健康寿命の延伸に向けた取り組みが重要になってきます。

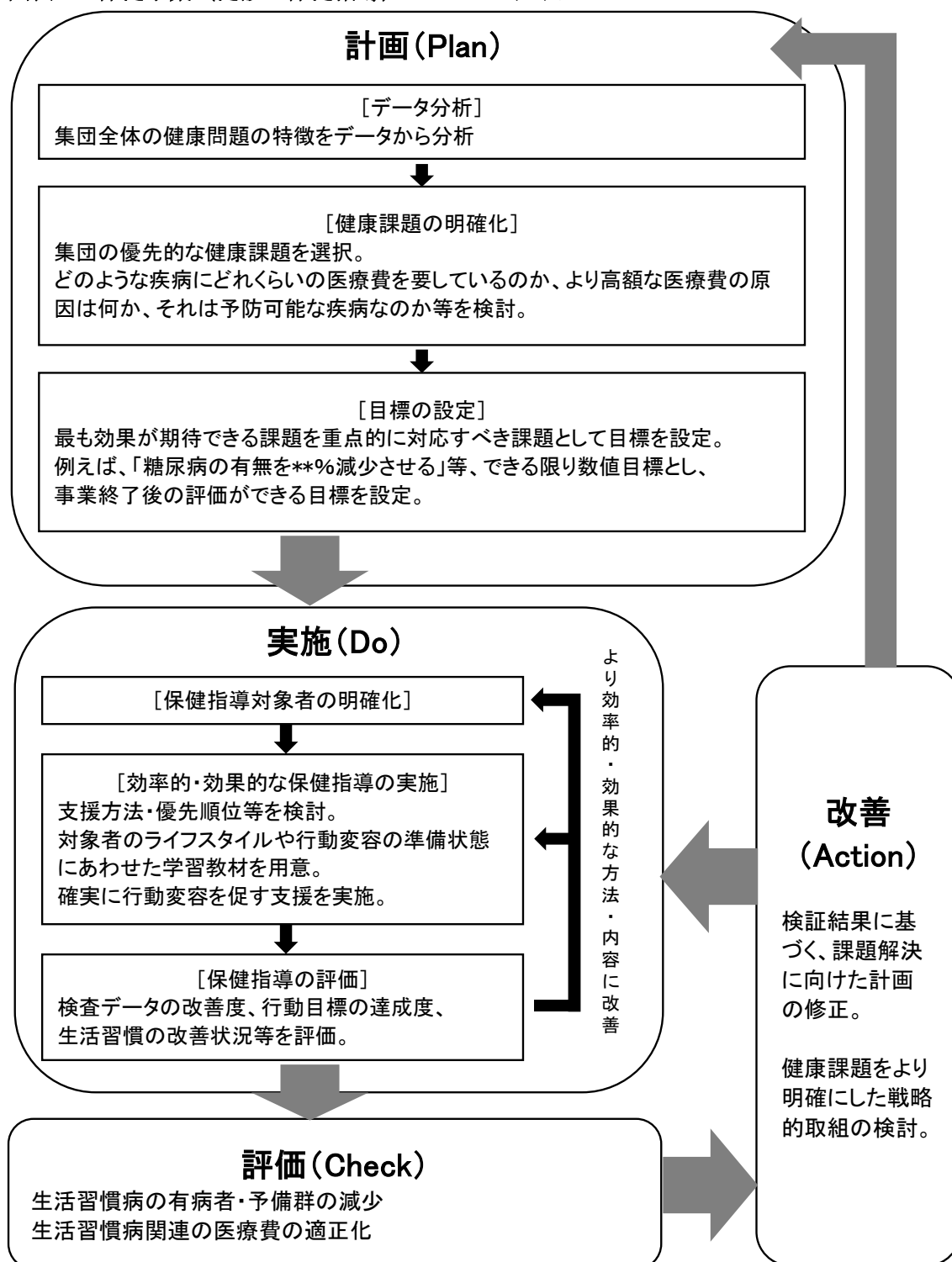
平成 17 年に策定された「医療制度改革大綱」では、平成 23 年度当初よりレセプトオンラインを完全義務化する方針が示され、レセプト電子化が保険者機能をさらに強化するものとなり、電子化によりレセプト情報を効率的に解析できるようになったため、そのデータに基づいて保健事業を展開できるようになりました。

また、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」においては、データヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求める方針が打ち出されました。

本市も特定健康診査（以下「特定健診」という。）の結果や、医療機関の診療報酬明細書等（以下「レセプト」という。）の電子化が進み、保険者として健康状況や受診状況・医療費状況を以前よりも容易かつ正確に把握できるようになりました。

それを踏まえて、香芝市国民健康保険では生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等のため健康・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を行うため保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し医療給付費の適正化と健康なまちづくりを目指します。

図表 1 保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



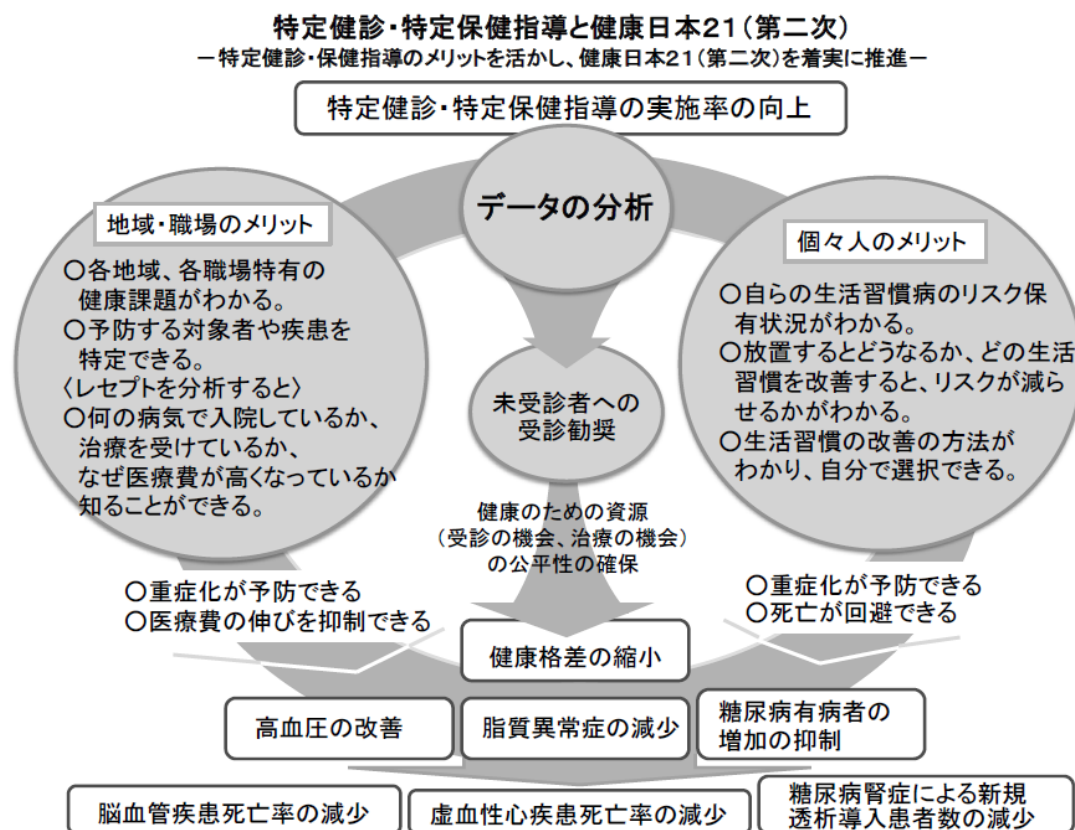
出所：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

2) データヘルス計画の位置づけ

近年の日本の健康戦略の目標は、増大する医療費と患者数の削減を通して、人々の健康格差を縮小することにあります。特に、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性合併症等の対策が求められており、そのためには高血圧や肥満といった生活習慣病の発症者を未然に抑止することが重要です。こうした一次予防重視の方針が「健康日本 21」で打ち出され、それを実現するための方策として、「特定健康診査等実施計画」において 40 歳～74 歳の特定健診実施義務と、メタボリックシンドローム予備群・該当者の特定保健指導が規定されました。

データヘルス計画は、統計資料や電子レセプトデータの分析を通して地域の健康課題と改善目標を明確化し、PDCA サイクルによって効果的・効率的に保健事業を実施するための計画です。これには、やみくもに事業を実施するのではなく、データを活用して科学的にアプローチすることで事業の実効性を高めていくねらいがあります。

図表 2 特定健診・特定保健指導と健康日本 21(第二次)



出所：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」

「データヘルス計画」、「特定健康診査等実施計画」と「健康かしば 21 計画」の位置関係について、まとめたものが次の図表 3 になります。

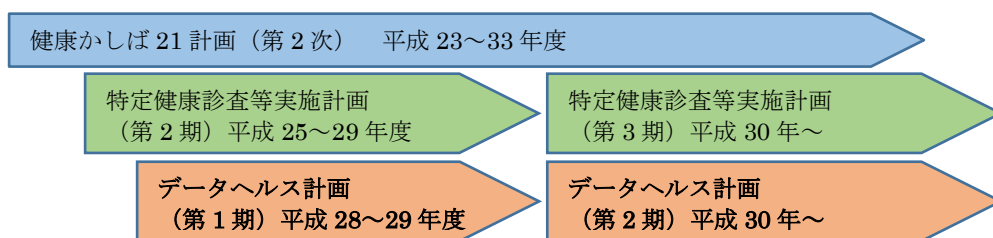
図表 3 データヘルス計画の位置づけ

	データヘルス計画	特定健康診査等実施計画	健康かしば 21 計画
根拠法	国民健康保険法 第 82 条	高齢者の医療の確保に関する法律 第 19 条	健康増進法 第 8 条 第 9 条
計画策定者	香芝市	香芝市	香芝市
対象期間	平成 28-29 年度	平成 25-29 年度 (第 2 期)	平成 23-33 年度 (第 2 次)
対象者	国保被保険者	国保被保険者(40-74 歳)	香芝市民
共通の考え方	健康寿命の延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図り、健康増進を目指すと共に医療費適正化を通して社会保障制度の維持を目指す。		
主な特徴	特定健診や電子レセプト等の医療情報の積極的な活用を求めている。	医療保険者別に特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の目標値を設定している。	乳幼児・若者・成年期・壮年期・高齢期のライフステージごとのめざす姿の実現へ向けて健康づくり支援を実施する。 (壮年期・高齢期が特定健診に関連する)

出所：香芝市

3) 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第 4 の 5 「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」を踏まえて設定します。具体的には、平成 27 年度中に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、香芝市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第 2 期）の最終年度である平成 29 年度までを基本的な計画期間とします。



2. 香芝市の概況

1) 地域の特性

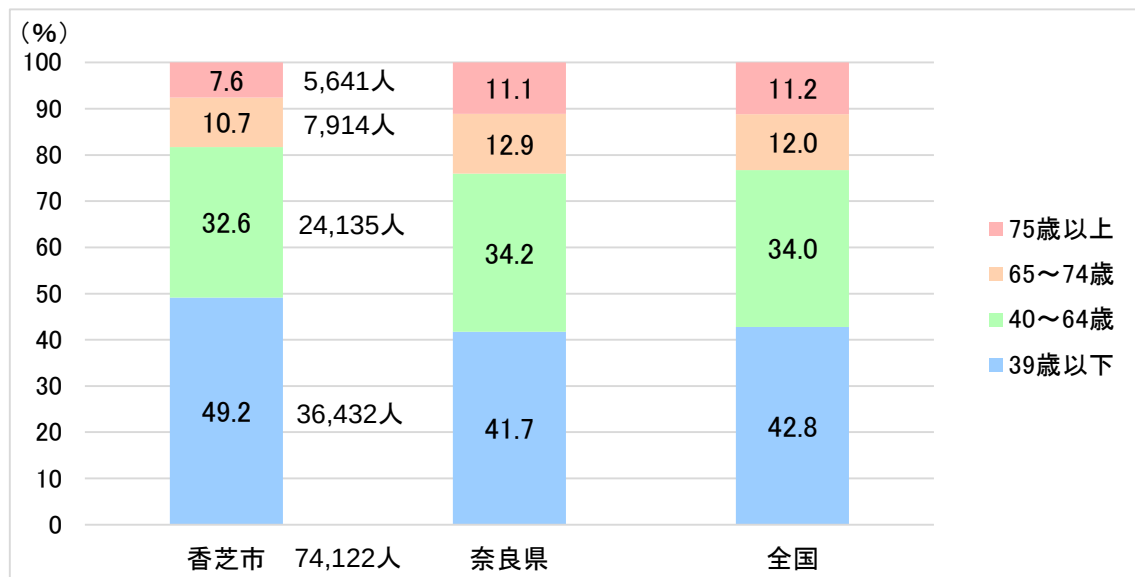
(1) 環境

本市は、奈良県の北西部にあり、面積 24.26km²、金剛生駒紀泉国定公園を挟んで大阪府に接しています。道路網では大阪市から三重県津市を結ぶ国道 165 号、和歌山県新宮市から大阪府枚方市を結ぶ国道 168 号、及び大阪府松原市から名古屋方面に接続する西名阪自動車道香芝インターチェンジを有しています。鉄道網では JR 和歌山線、近鉄大阪線及び近鉄南大阪線が市の中心部を縦横に走り、8 つの駅を有し、大阪市内へは最短 22 分という至便なところに位置しています。古くから大阪と奈良を結ぶ要衝として重要な役割を担ってきました。

(2) 人口

人口は、74,122 人で、人口に占める 39 歳以下の割合が 49.2%と、県及び全国と比較して高くなっています。

図表 4 人口構成の比較

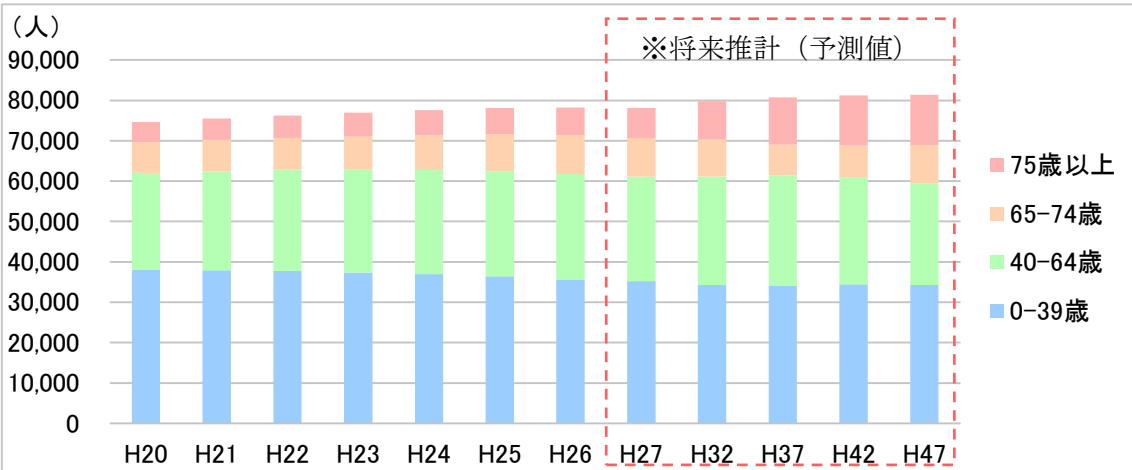


出所：KDB 地域の全体像の把握 平成 26 年度（国勢調査 平成 22 年度）

少子高齢化により国内の人口減少が続く中でも、本市の人口は増加の見込みです。ただし、高齢者の割合が増加していることが、下の図表 5 から分かります。

現在、5 人に 1 人が高齢者となっていますが、20 年後の平成 47 年には高齢化率が 27% となり、4 人に 1 人が高齢者となりその後徐々に人口減少が始まると予測されます。

図表 5 人口の推移（将来推計を含む）



注記：平成 27 年度以降は国立社会保障・人口問題研究所で試算した日本市区町村別将来推計人口
出所：香芝市ホームページ

(3) 高齢化率

国保において平成 22 年の高齢化率は 18.3%で、県（24.0%）や国（23.0%）と比較しても低い値となっています。平成 37 年の推計値では 23.9%と、5.6 ポイント上昇していますが、県の 8.6 ポイント、国の 7.3 ポイントと比較して、ゆっくりと進んでいることが分かります。

図表 6 人口統計と将来推計

	香芝市			奈良県			全国		
	総人口	高齢化率		総人口	高齢化率		総人口	高齢化率	
		65歳以上	75歳以上		65歳以上	75歳以上		65歳以上	75歳以上
2010年(H22)	75,227人	18.3%	7.6%	1,400,728人	24.0%	11.1%	128,057,352人	23.0%	11.1%
2015年(H27)	78,156人	21.8%	9.6%	1,370,353人	28.6%	13.4%	126,596,522人	26.8%	13.0%
2020年(H32)	79,782人	23.4%	11.9%	1,330,085人	31.3%	16.2%	124,182,540人	29.1%	15.1%
2025年(H37)	80,725人	23.9%	14.5%	1,279,718人	32.6%	19.8%	120,902,030人	30.3%	18.1%
増加率 (H22～H37)	7.3%	5.6%	6.9%	-8.6%	8.6%	8.7%	-5.6%	7.3%	7.0%

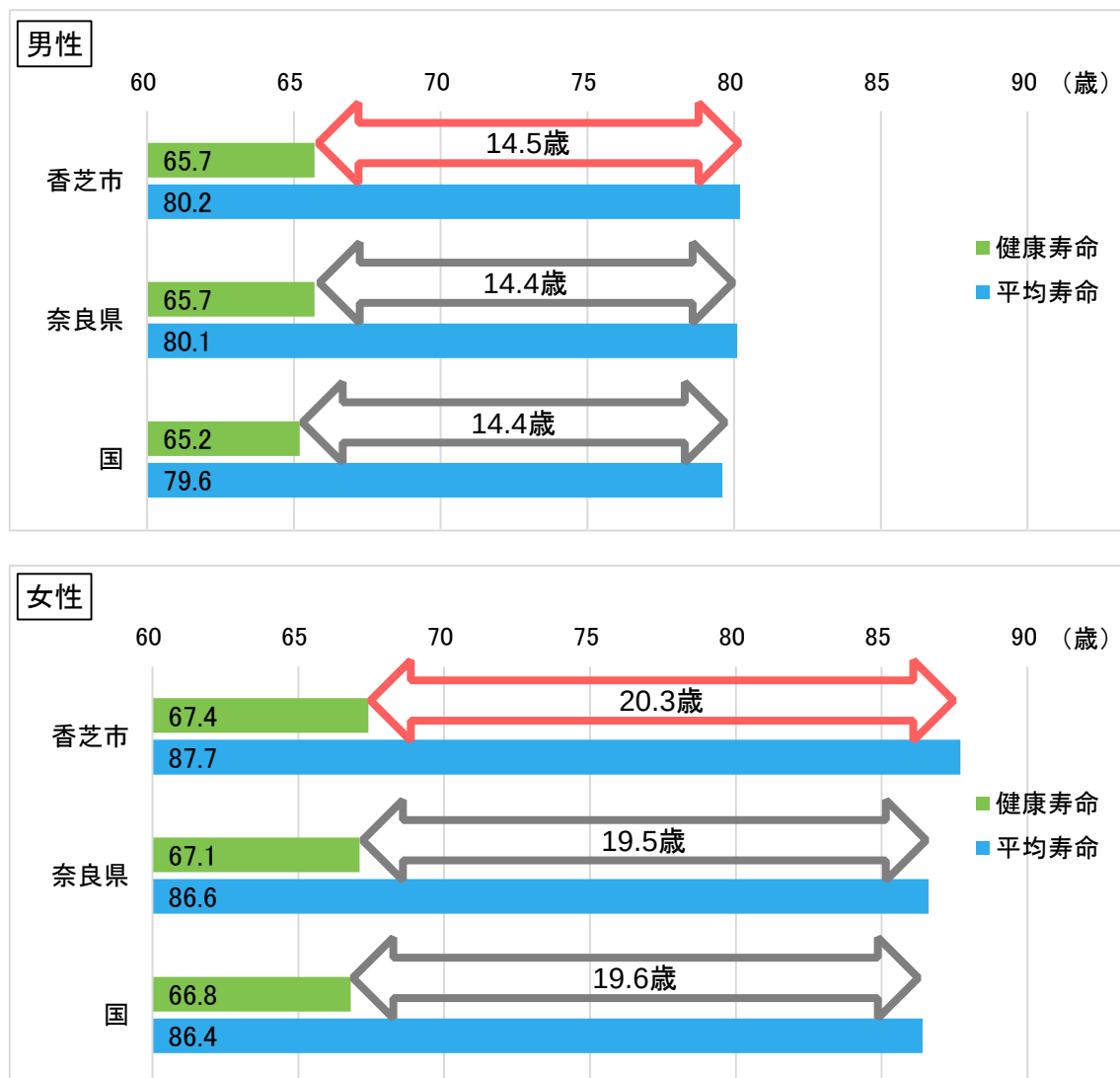
出所：国立社会保障・人口問題研究所（2013）「日本の地域別将来推計人口」

(4) 平均寿命・健康寿命

健康寿命は男性、女性ともに国や県と比較して同程度です。平均寿命については、男性は国や県と比較して同程度ですが、女性は国や県と比べると約1年長くなっています。

また、平均寿命と健康寿命の差は男性で約14年、女性は約20年となっています。この差が自立して生活できない期間となり、女性は男性に比べ6年も長くなっています。

図表7 平均寿命と健康寿命の差



平均寿命：その年に生まれた方が、その後何年生きられるかという期待値

健康寿命：健康上の理由で、日常生活が制限されない期間

KDB システムでは次の計算式により健康寿命を算出しており、厚生労働省公表値とは異なります。

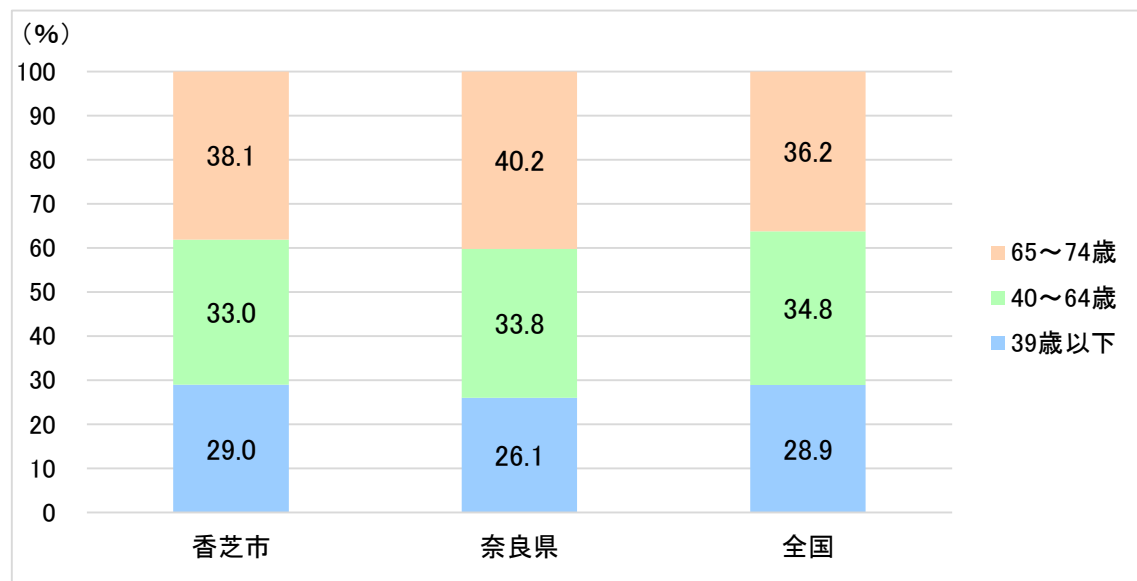
$\text{健康寿命} = \text{0歳平均余命} - 65\sim69\text{歳平均余命} - (1 - \text{介護認定者数} \div 40\text{歳以上人口}) \times 65\sim69\text{歳定常人口} \div 65\text{歳生存数}$

出所：KDB 地域の全体像の把握 平成26年度

(5) 国民健康保険の状況

国保の被保険者の構成を見ますと、高齢者が 38%を占めており、県よりは低いですが、国より高くなっていることが分かります。高齢者層の 65～74 歳が 38%であるのに対し、0～64 歳は 62%であることから、国保がいかにより高齢者によって構成されているかが分かります。

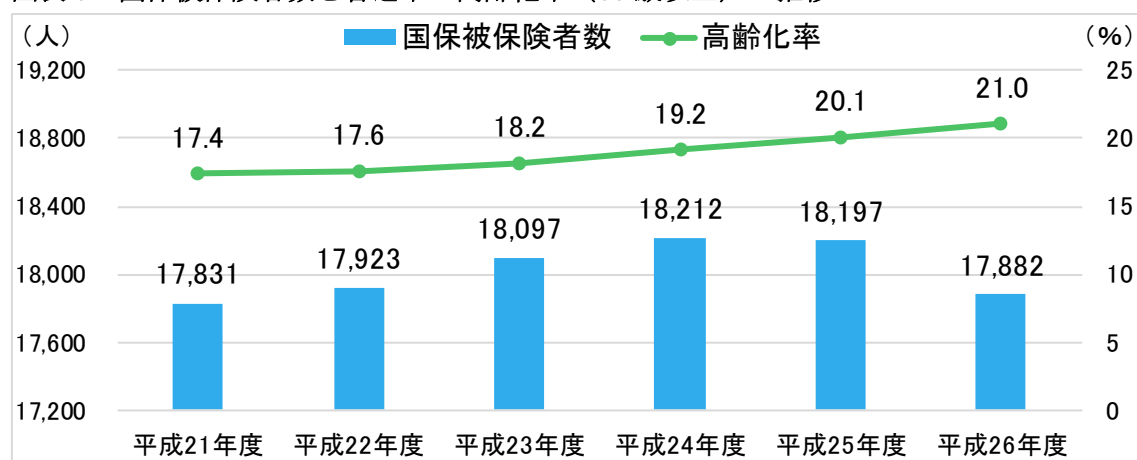
図表 8 国保被保険者の年齢構成比較



出所：KDB 地域の全体像の把握 平成 26 年度

国保の被保険者数は平成 24 年度をピークに減少傾向にあります。

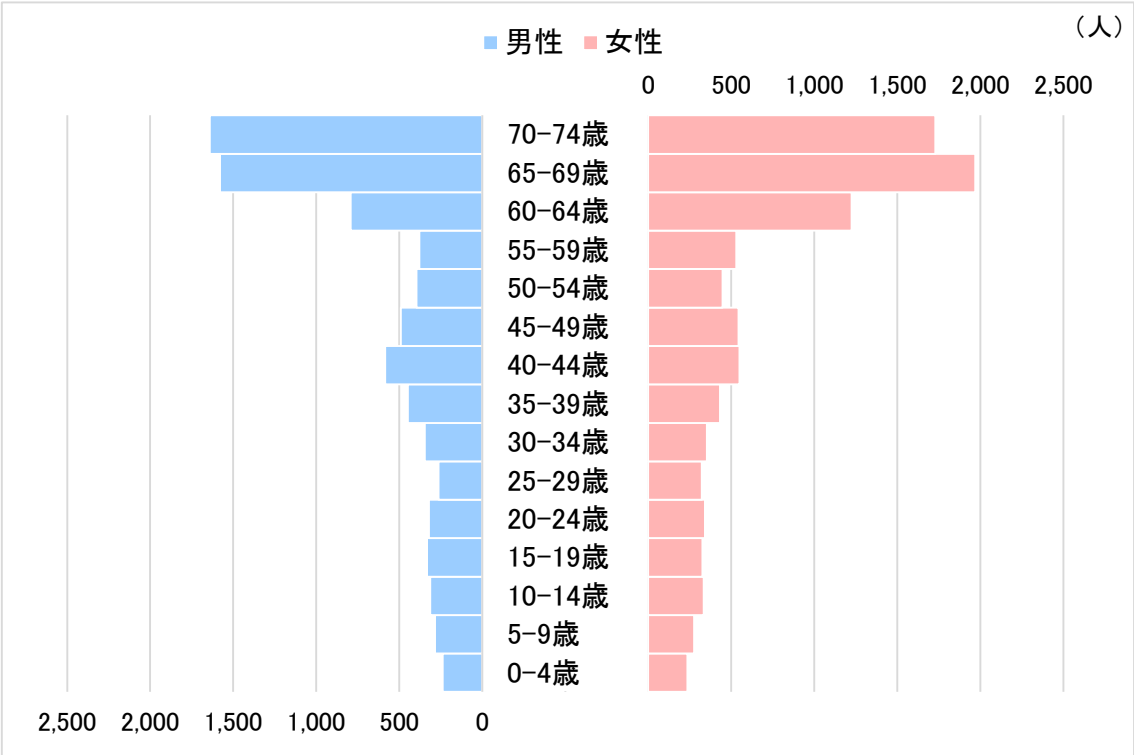
図表 9 国保被保険者数と香芝市の高齢化率（65 歳以上）の推移



出所：香芝市

国保の被保険者数を性別年齢別の人口ピラミッドで見ますと、55～59 歳と 60～64 歳の間で、大きな変化が発生していることが分かります。これは退職等に伴う他医療保険からの流入であることが想定されます。

図表 10 国保被保険者の性別年齢別人数

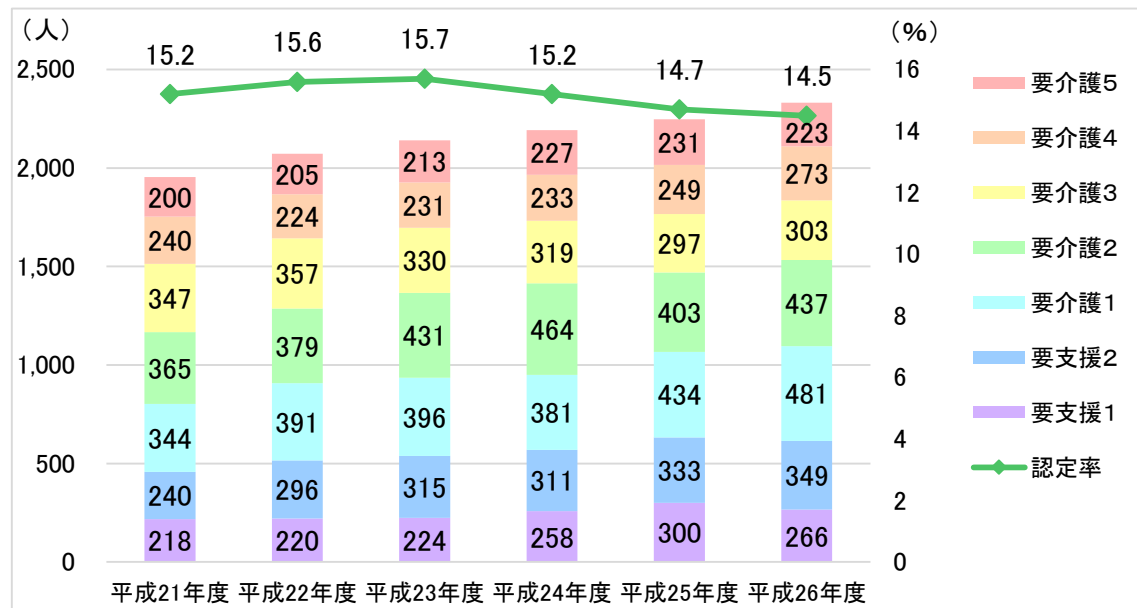


出所: 香芝市 平成 27 年 4 月 1 日現在

(6) 介護保険の状況

要支援・要介護の認定率は、平成 23 年度の 15.7%をピークに平成 26 年度 14.5%と下がっていますが、認定者数は、年々増加しており、平成 21 年度から平成 26 年度にかけては増加率 19.3%です。後期高齢者の増加に伴い要介護認定者数も増加していくことが予測されます。また、要支援 1 から要介護 2 までの軽度認定者が 65.7%と約半数を占めています。

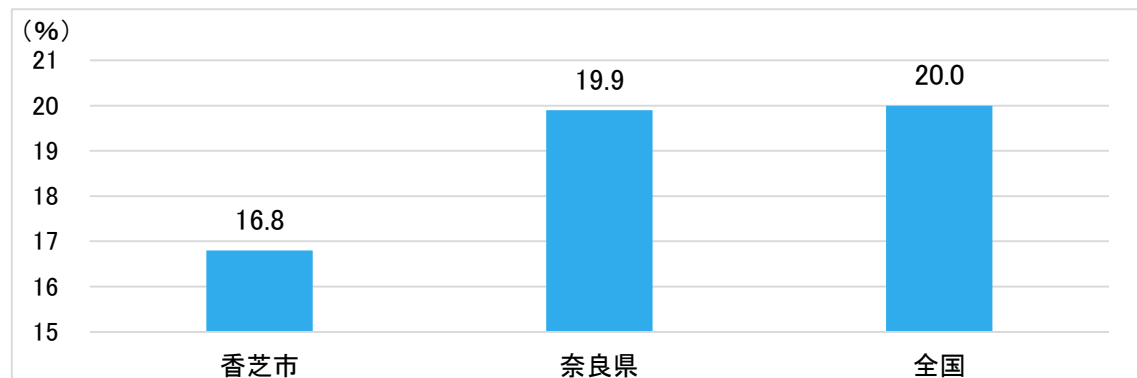
図表 11 要支援・要介護認定者の推移



出所：香芝市

認定者数は増加しているものの、第 1 号被保険者の認定率 16.8%は、県や国と比較して低い値となっています。

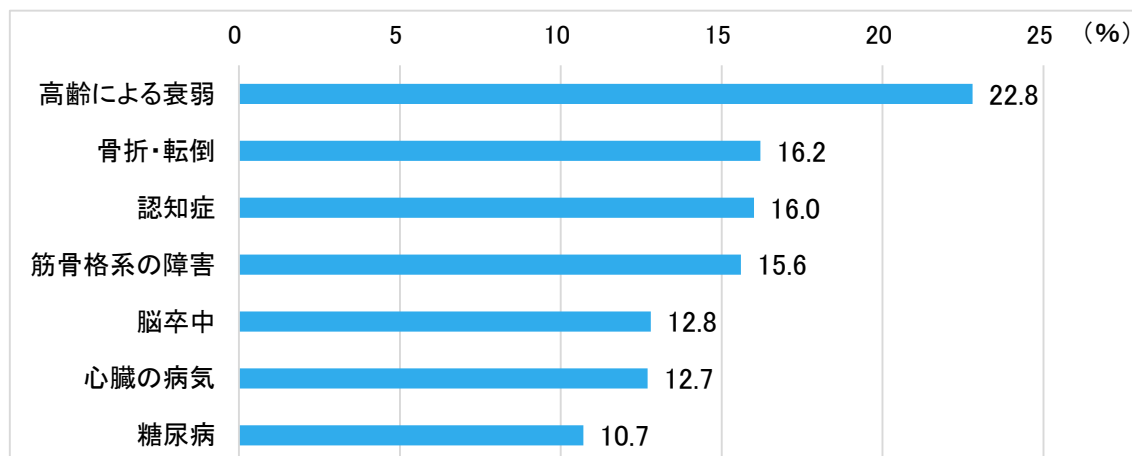
図表 12 要介護認定率（第 1 号被保険者）



出所：香芝市 平成 26 年度

65 歳以上の要支援・要介護の原因を見ますと、運動器官による原因が目立ちますが、糖尿病や心臓の病気、脳卒中といった生活習慣病に起因すると考えられる原因も、それぞれ 10%以上を占めています。高齢になってからではなく若年期・中年期から生活習慣病を予防し、健康づくりに取り組むことが介護予防につながります。

図表 13 65 歳以上の要支援・要介護の原因

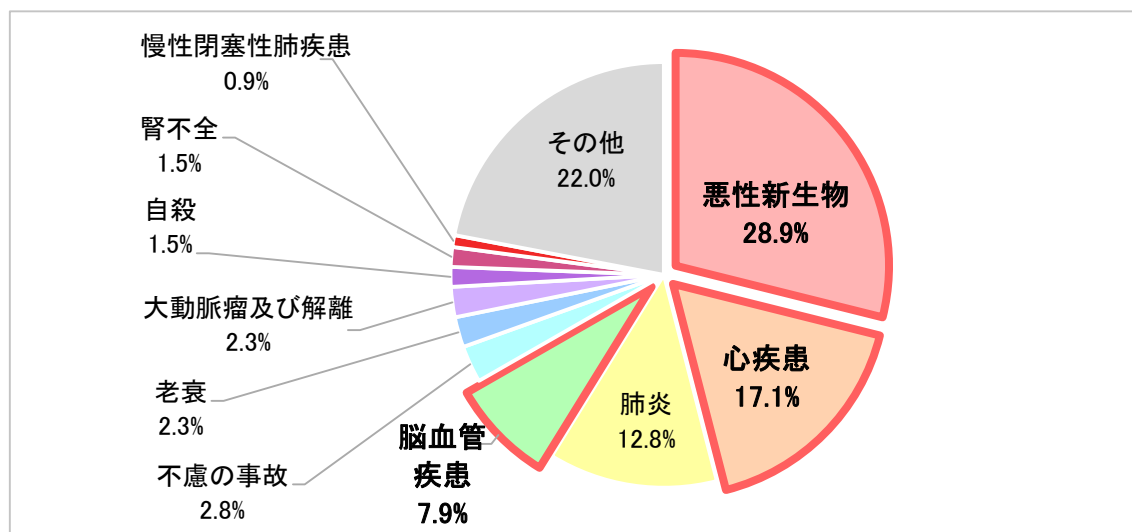


出所：香芝市 第6期介護保険事業計画策定に伴う日常生活圏域ニーズ調査 平成26年度

(7) 死因

死因を見ますと、悪性新生物が 28.9%と 1 番高く、生活習慣病に関する死因である心疾患 17.1%と、脳血管疾患 7.9%との 3 つで 53.9%を占めています。

図表 14 死因別割合

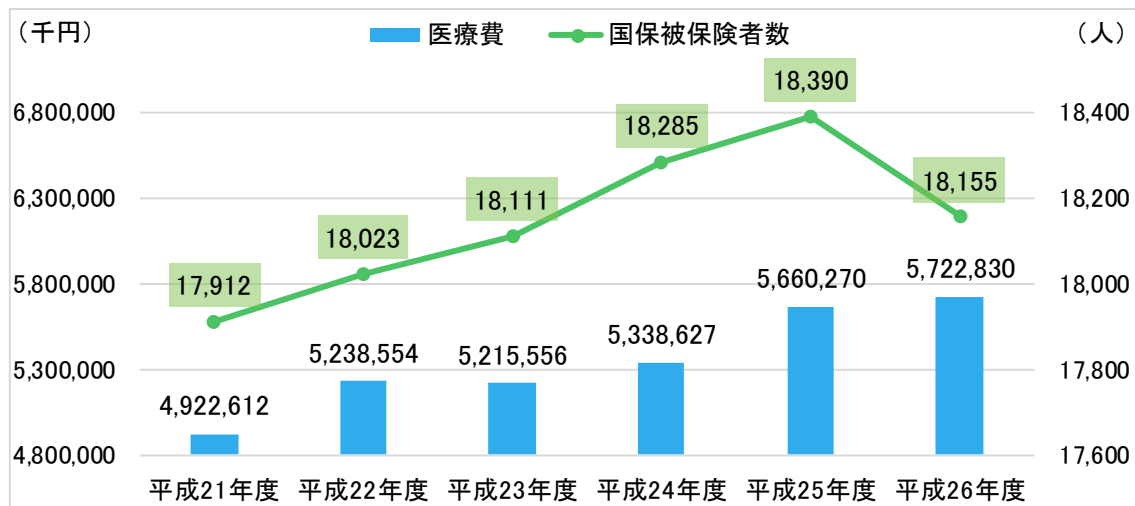


出所：葛城保健所事業概況 平成25年度～26年度

2) 医療費の状況

国保の総医療費を見ますと、平成 23 年度に下がりましたが、その後は年々増加していることが分かります。平成 21 年度 49 億 2 千 261 万円と比較して、平成 26 年度は 57 億 2 千 283 万円と 16.3%増加しています。

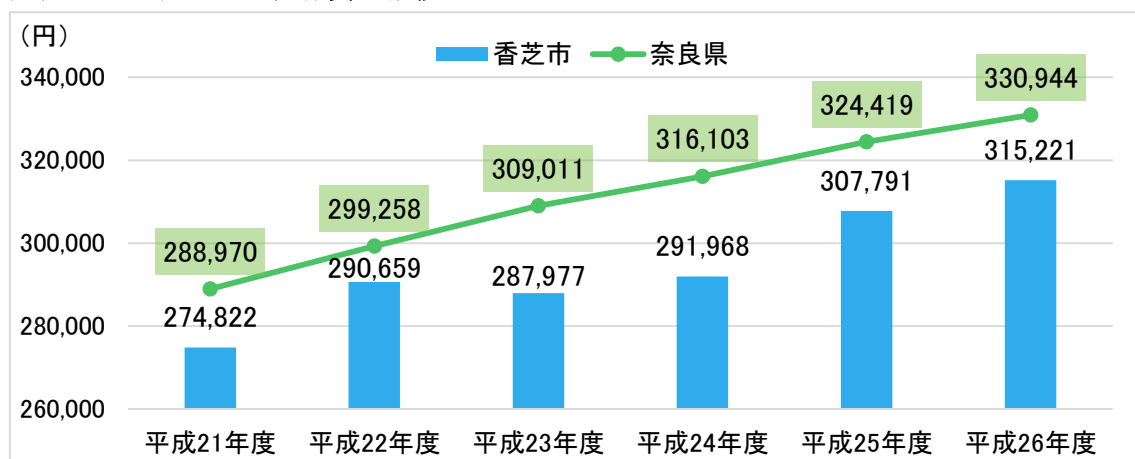
図表 15 被保険者数と総医療費



出所：香芝市

1 人当たり医療費の推移を見ますと総医療費と同様に平成 23 年度に下がりましたが、その後は年々増加しており、平成 21 年度から 26 年度までの間に 14.7%の増加を認めています。県と市を比較すると、医療費は低い値で推移しており、平成 24 年以降その差は縮まっています。

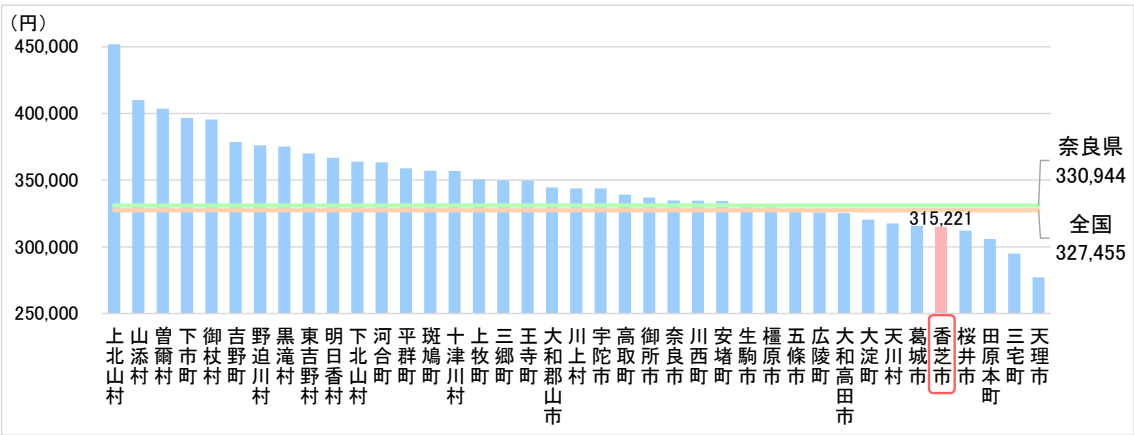
図表 16 1 人当たり医療費の推移



出所：奈良県 平成 26 年度国民健康保険事業状況報告書 速報値

1人当たり年間医療費の県内比較では、本市は5番目に低く315,221円となっています。県と比較すると15,723円、国と比較すると12,234円差があり、本市のほうが低い状況です。

図表 17 1人当たり医療費の県内比較

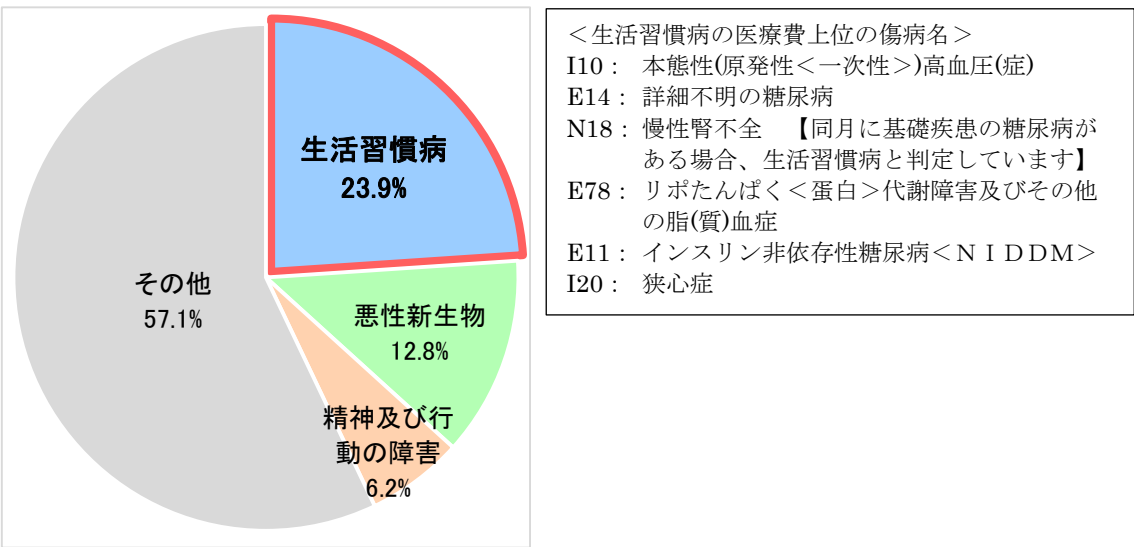


出所：奈良県 平成 26 年度国民健康保険事業状況報告書 速報値

(1) 生活習慣病の状況（＊P15 生活習慣病の定義参照）

総医療費における生活習慣病の占める割合は 23.9%となっています。一部生活習慣に起因する可能性の高い悪性新生物にかかる医療費と合わせると、36.7%が生活習慣の改善で抑制できる医療費と考えられます。

図表 18 総医療費における生活習慣病の占める割合



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

＜生活習慣病の医療費上位の傷病名＞
 I10：本態性(原発性＜一次性＞)高血圧(症)
 E14：詳細不明の糖尿病
 N18：慢性腎不全 【同月に基礎疾患の糖尿病がある場合、生活習慣病と判定しています】
 E78：リポたんぱく＜蛋白＞代謝障害及びその他の脂(質)血症
 E11：インスリン非依存性糖尿病＜N I D D M＞
 I20：狭心症

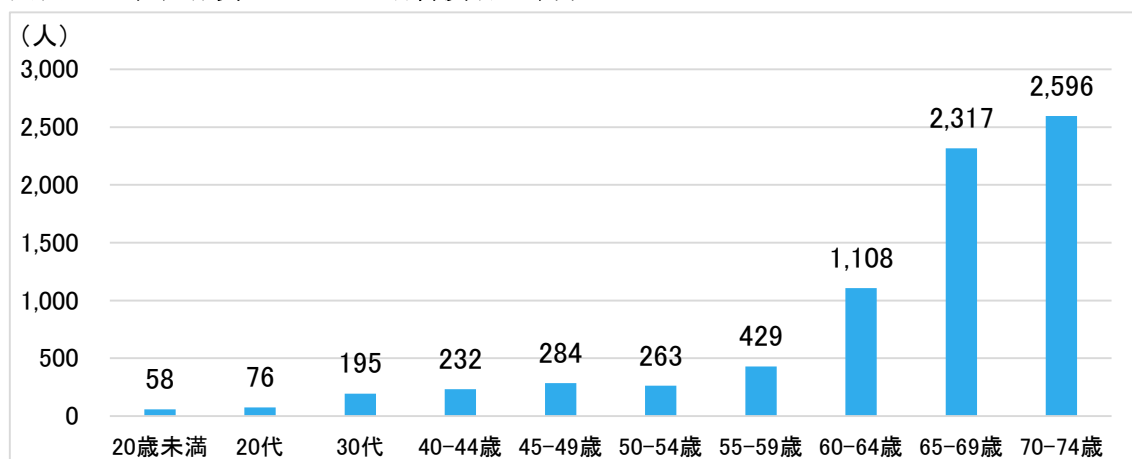
図表 19 総医療費の「その他」の上位 20 傷病名

1	K21	胃食道逆流症
2	N18	慢性腎不全
3	M81	骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>，病的骨折を伴わないもの
4	M17	膝関節症[膝の関節症]
5	H26	その他の白内障
6	M06	その他の関節リウマチ
7	J30	血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>
8	J45	喘息
9	H40	緑内障
10	M48	その他の脊椎障害
11	B18	慢性ウイルス肝炎
12	K25	胃潰瘍
13	I48	心房細動及び粗動
14	G47	睡眠障害
15	K29	胃炎及び十二指腸炎
16	G20	パーキンソン<Parkinson>病
17	G40	てんかん
18	M47	脊椎症
19	H35	その他の網膜障害
20	M16	股関節症[股関節部の関節症]

出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

図表 20 からわかるように、総医療費における生活習慣病は年齢が高くなるにつれて増加しています。60 歳を過ぎると 40 代の約 2 倍、65 歳以上になると約 4 倍となり、高齢者の国保加入者に占める割合が増えてくることに伴い医療費も上昇することが予測されます。

図表 20 総医療費における生活習慣病の年齢別



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

＊生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」（厚生労働省「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」より）と定義されています。

本計画書においては、次の図表 21 のように ICD10 コード（異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類の第 10 版のこと）で生活習慣病を定義します。

また、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」を「基礎疾患」と定義し、重症化・合併症疾患を「脳血管疾患群」「虚血性心疾患群」「糖尿病性合併症群」に分類したものを「重症化疾患群」と定義します。

図表 21 生活習慣病の定義

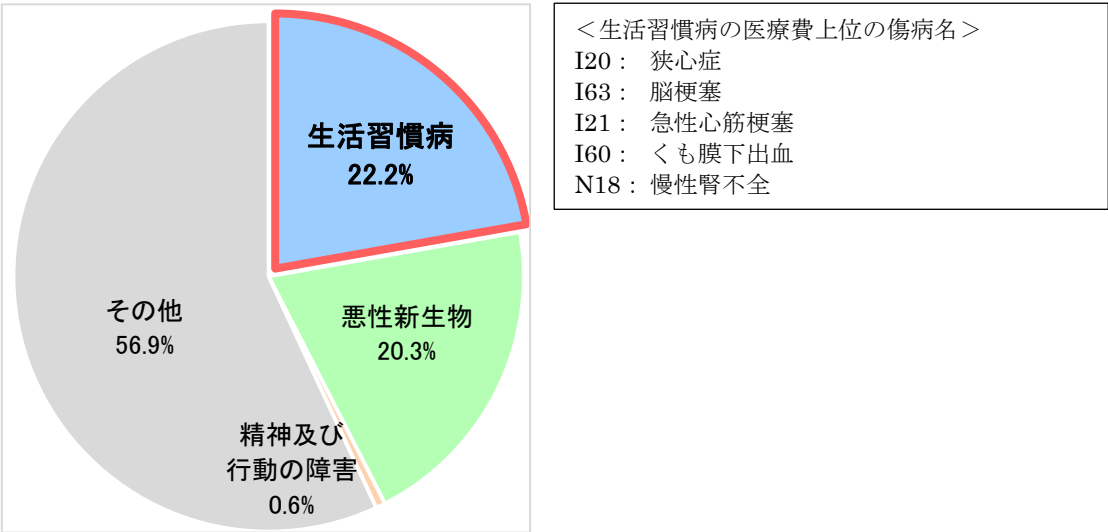
生活習慣病の重症化疾患群				重症化疾患	I C D 1 0	名称	備考
脳血管疾患群	虚血性心疾患群	糖尿病性合併症群(糖尿病)	糖尿病性合併症群(慢性腎臓病)				
○				脳梗塞	I63 I69.3	I63 脳梗塞 I69.3 脳梗塞の続発・後遺症	
○				脳出血	I61 I69.1	I61 脳内出血 I69.1 脳内出血の続発・後遺症	
○				くも膜下出血	I60 I69.0	I60 くも膜下出血 I69.0 くも膜下出血の続発・後遺症	
○				脳血管疾患(その他)	I62 I64 I65 I66 I67 I69	I62 その他の非外傷性頭蓋内出血 I64 脳卒中, 脳出血又は脳梗塞と明示されないもの I65 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの I66 脳動脈の閉塞及び狭窄, 脳梗塞に至らなかったもの I67 その他の脳血管疾患 I69 脳血管疾患の続発・後遺症	1690,I691,I693を除く
○				血管性認知症	F01	F01 血管性認知症	
	○			狭心症	I20	I20 狭心症	
	○			心筋梗塞	I21 I22	I21 急性心筋梗塞 I22 再発性心筋梗塞	
	○			虚血性心疾患(その他)	I23 I24 I25 I119	I23 急性心筋梗塞の続発合併症 I24 その他の急性虚血性心疾患 I25 慢性虚血性心疾患 I119 心不全(うっ血性)を伴わない高血圧性心疾患	
	○			心筋症	I42	I42 心筋症	
	○			心肥大	I51.7	I51.7 心(臓)拡大	
	○			心不全	I110 I50	I11.0 心不全(うっ血性)を伴う高血圧性心疾患 I50 心不全	
		○		糖尿病性腎症	E11.2 E12.2 E13.2 E14.2	E11.2 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 腎合併症を伴うもの E12.2 栄養障害に関連する糖尿病, 腎合併症を伴うもの E13.2 その他の明示された糖尿病, 腎合併症を伴うもの E14.2 詳細不明の糖尿病, 腎合併症を伴うもの	
		○		糖尿病性網膜症	E11.3 E12.3 E13.3 E14.3 H22.1 H28.0 H36.0 H58.8	E11.3 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 眼合併症を伴うもの E12.3 栄養障害に関連する糖尿病, 眼合併症を伴うもの E13.3 その他の明示された糖尿病, 眼合併症を伴うもの E14.3 詳細不明の糖尿病, 眼合併症を伴うもの H22.1 他に分類されるその他の疾患における虹彩毛様体炎 H28.0 糖尿病(性)白内障 H36.0 糖尿病(性)網膜症 H58.8 他に分類される疾患における眼及び付属臓のその他の明示された障害	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にE11～E14が有る
		○		糖尿病神経障害	E11.4 E12.4 E13.4 E14.4 G59.0 G63.2 G73.0 G73.6 G99.0 N31.2	E11.4 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 神経(学的)合併症を伴うもの E12.4 栄養障害に関連する糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの E13.4 その他の明示された糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの E14.4 詳細不明の糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの G59.0 糖尿病性単ニューロパチ<シ>-- G63.2 糖尿病性多発性ニューロパチ<シ>-- G73.0 内分泌疾患における筋無力(症)症候群 G73.6 代謝疾患におけるミオパチ<シ>-- G99.0 内分泌疾患及び代謝疾患における自律神経ニューロパチ<シ>-- N31.2 しこ塊>緩性神経因性膀胱(機能障害), 他に分類されないもの	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にE11～E14が有る
		○		糖尿病 neuropathy・壊疽	E11.5 E12.5 E13.5 E14.5 I79.2 I79.8 L98.4	E11.5 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 末梢循環合併症を伴うもの E12.5 栄養障害に関連する糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの E13.5 その他の明示された糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの E14.5 詳細不明の糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの I79.2 他に分類される疾患における末梢血管症<アングリオパシー> I79.8 他に分類される疾患における動脈, 細動脈及び毛細血管のその他の障害 L98.4 皮膚の慢性潰瘍, 他に分類されないもの	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にE11～E14が有る
		○		糖尿病性合併症(その他)	E11.0 E12.0 E13.0 E14.0 E11.1 E12.1 E13.1 E14.1 E11.6 E12.6 E13.6 E14.6 E11.7 E12.7 E13.7 E14.7 I15	E11.0 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 昏睡を伴うもの E12.0 栄養障害に関連する糖尿病, 昏睡を伴うもの E13.0 その他の明示された糖尿病, 昏睡を伴うもの E14.0 詳細不明の糖尿病, 昏睡を伴うもの E11.1 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, ケトアシドーシスを伴うもの E12.1 栄養障害に関連する糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの E13.1 その他の明示された糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの E14.1 詳細不明の糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの E11.6 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, その他の明示された合併症を伴うもの E12.6 栄養障害に関連する糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E13.6 その他の明示された糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E14.6 詳細不明の糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの E11.7 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M>, 多発合併症を伴うもの E12.7 栄養障害に関連する糖尿病, 多発合併症を伴うもの E13.7 その他の明示された糖尿病, 多発合併症を伴うもの E14.7 詳細不明の糖尿病, 多発合併症を伴うもの I15 二次性<続発性>高血圧(症)	
		○		高血圧性網膜症	362.1010 883.3424 H350	高血圧性網膜症 高血圧性視神経網膜症 H35.0 背景網膜症及び網膜血管変化	電算コード 電算コード 目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にI10が有る
			○	腎不全	I12.0 N17 N18 N19	I12.0 腎不全を伴う高血圧性腎疾患 N17 急性腎不全 N18 慢性腎不全 N19 詳細不明の腎不全	目つ、同月・他医療機関含む病名 (ICD-10) にE11～E14が有る
基礎疾患				糖尿病	E11 E12 E13 E14	E11 インスリン非依存性糖尿病<N I D D M> E12 栄養障害に関連する糖尿病 E13 その他の明示された糖尿病 E14 詳細不明の糖尿病	E110,E111,E112,E113,E114,E115,E116,E117を除く E120,E121,E122,E123,E124,E125,E126,E127を除く E130,E131,E132,E133,E134,E135,E136,E137を除く E140,E141,E142,E143,E144,E145,E146,E147を除く
					I10	I10 本態性(原発性<一二次性>)高血圧(症)	
				脂質異常症	E78.0 E78.1 E78.2 E78.3 E78.4 E78.5	E78.0 純型高コレステロール血症 E78.1 純型高トリグリセリド血症 E78.2 混合型高脂(質)血症 E78.3 高カイロミクロン血症 E78.4 その他の高脂(質)血症 E78.5 高脂(質)血症, 詳細不明	

出所：医療費分析ツール「Focus」

次に、高額レセプトに注目して見ます。ここに現れる疾病の発症を予防できれば、総医療費の増加を食い止めるのに効果的と見込まれています。

高額レセプト（80 万円以上）における生活習慣病が占める割合は、総医療費で見た割合（23.9%）と、ほぼ同じ 22.2%が生活習慣病であることがわかります。

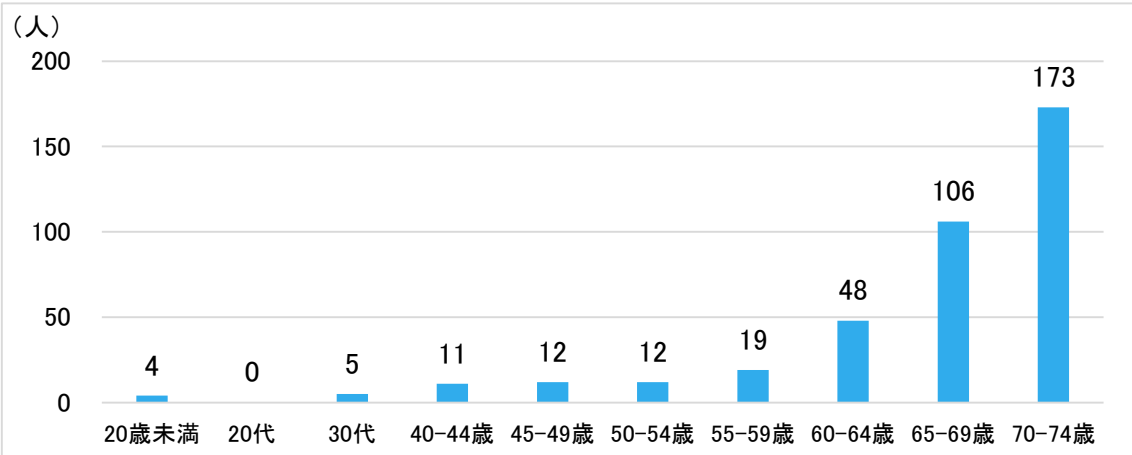
図表 22 高額レセプト（80 万円以上）における生活習慣病が占める割合



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

80 万円以上の高額レセプトにおいて、生活習慣病が最も多く、年齢が高くなるにつれて医療費が多くなっています。生活習慣病の中でも狭心症、脳梗塞、急性心筋梗塞が医療費の上位を占めています。

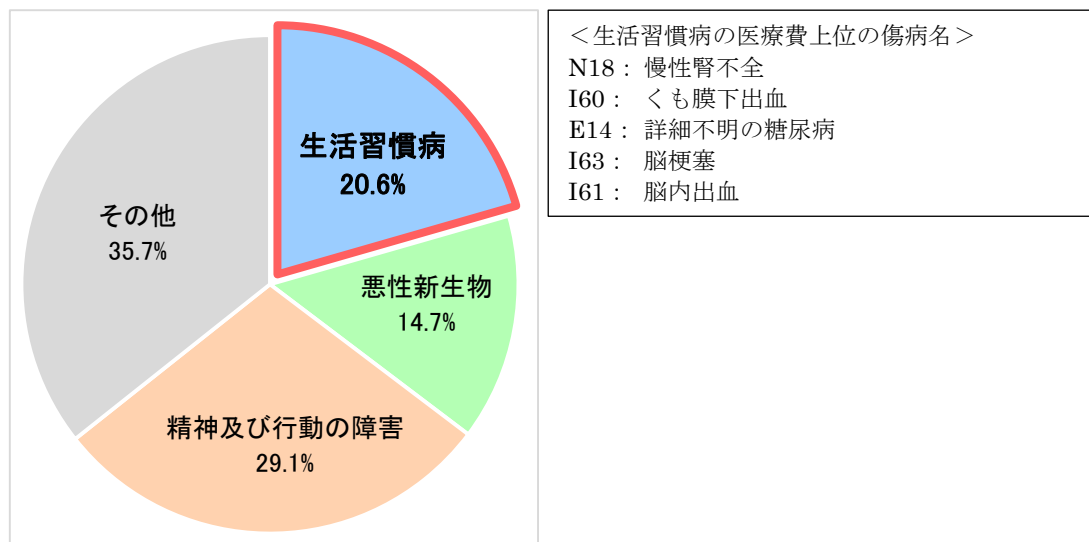
図表 23 高額レセプト（80 万円以上）における生活習慣病の年齢別



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

次に、医療費が継続して発生している長期入院レセプト（6 ヶ月以上） に注目して見ますと、20.6%が生活習慣病であることが分かります。

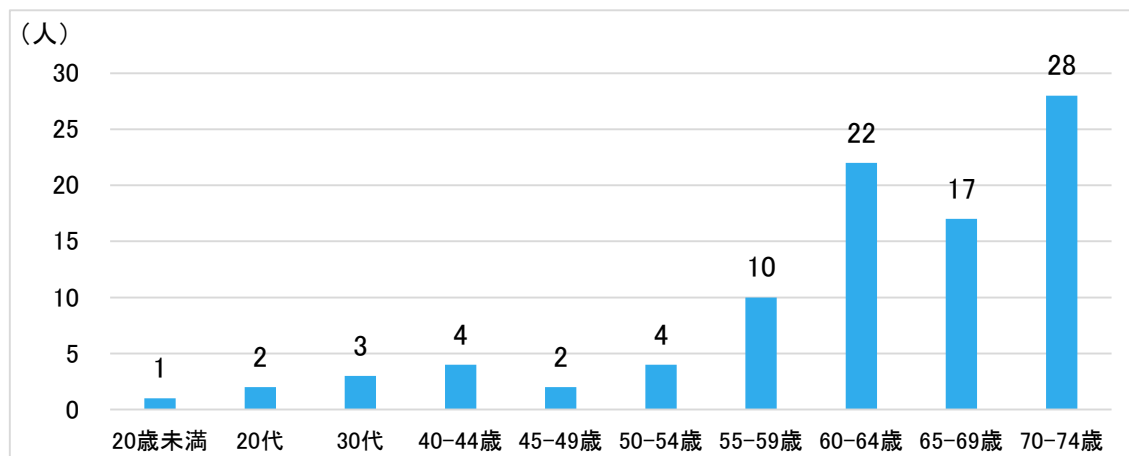
図表 24 長期入院レセプト（6 ヶ月以上）における生活習慣病が占める割合



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

長期入院レセプトにおいて、生活習慣病の占める割合は高く、年齢が高くなるにつれて医療費が多くかかっています。生活習慣病の中でも慢性腎不全、くも膜下出血、糖尿病が医療費の上位を占めています。

図表 25 長期入院レセプト（6 ヶ月以上）における生活習慣病の年齢別



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

慢性腎不全による人工透析が、どれくらい発生しているかを見ますと、全体で46人の内、生活習慣病由来の方は、半数以上の27人で、総医療費は1億4千594万円となっています。1人当たりの1年間総医療費は546万円となっています。

図表 26 人工透析における生活習慣病が占める割合

	全体	生活習慣病 由来の人工透析	生活習慣病に 由来しない 人工透析
人数	46人	27人	22人
		58.7%	47.8%
レセプト件数	456件	262件	194件
		57.5%	42.5%
総医療費	241,745千円	145,937千円	95,808千円
		60.4%	39.6%

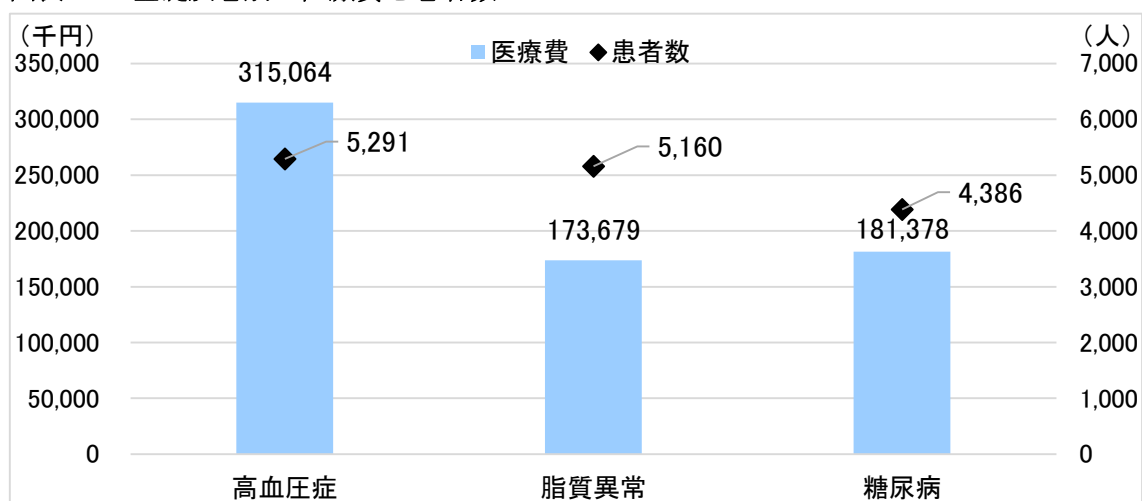
注) 人数の全体は実人数、年間集計のため生活習慣病「由来」と「由来しない」両方に集計されます。

出所：医療費分析ツール「Focus」 平成26年度

(2) 生活習慣病の基礎疾患、重症化疾患群の状況

生活習慣病医療費をさらに分解し、基礎疾患別医療費を見ますと、高血圧症が一番高く3億1千506万円となっています。患者数でも高血圧症が5,291人と1番多くなっています。高血圧症と脂質異常では患者数はほぼ同じですが、医療費は高血圧症のほうが高い傾向にあります。

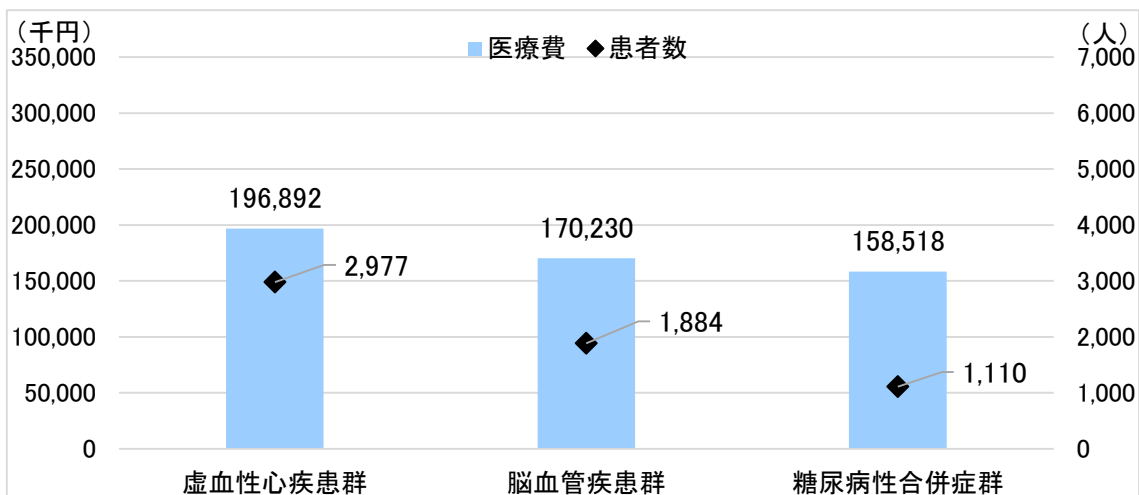
図表 27 基礎疾患別の医療費と患者数



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成26年度

重症化疾患では、虚血性心疾患群が1番高く1億9千689万円となっています。患者数でも虚血性心疾患群が2,977人と1番多くなっています。

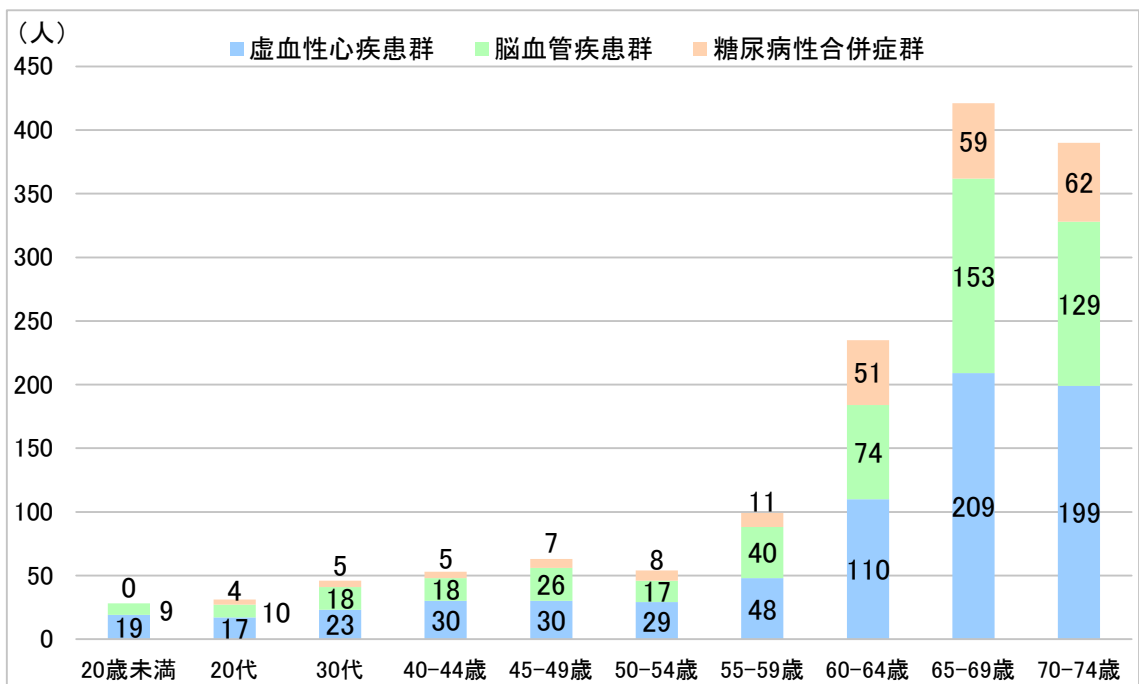
図表 28 重症化疾患群別の医療費と患者数



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

平成 26 年度に重症化疾患群のレセプトが新たに発生した年齢を見ますと、65～69 歳が一番多く 421 人が発症しています。また、20 歳未満で既に虚血性心疾患群、脳血管疾患群が発症しています。

図表 29 新規重症化疾患群の年齢別

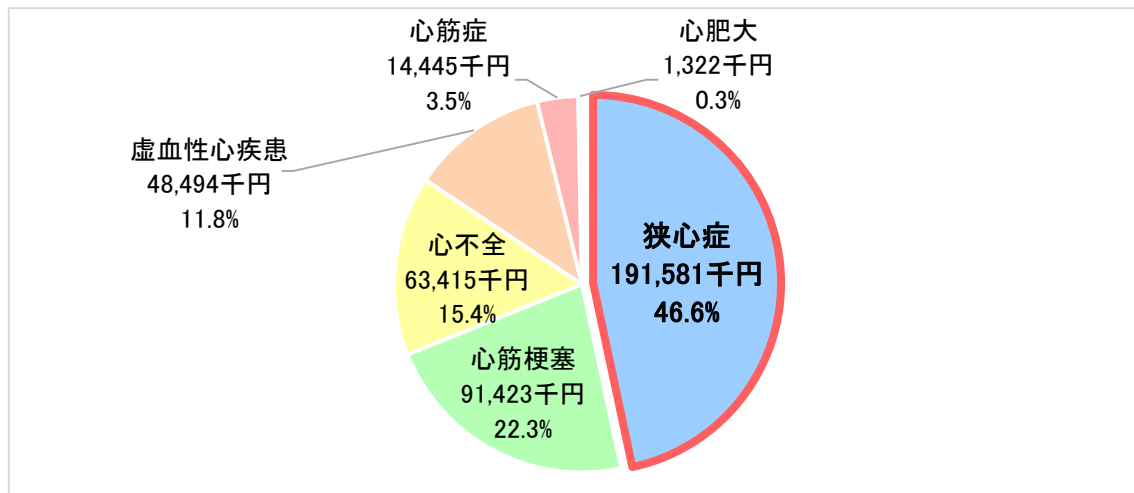


出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

(3) 生活習慣病の重症化疾患群の内訳

虚血性心疾患群の医療費の内訳を見ますと、狭心症が1番多く46.6%を占め、心筋梗塞22.3%、心不全15.4%と続いています。

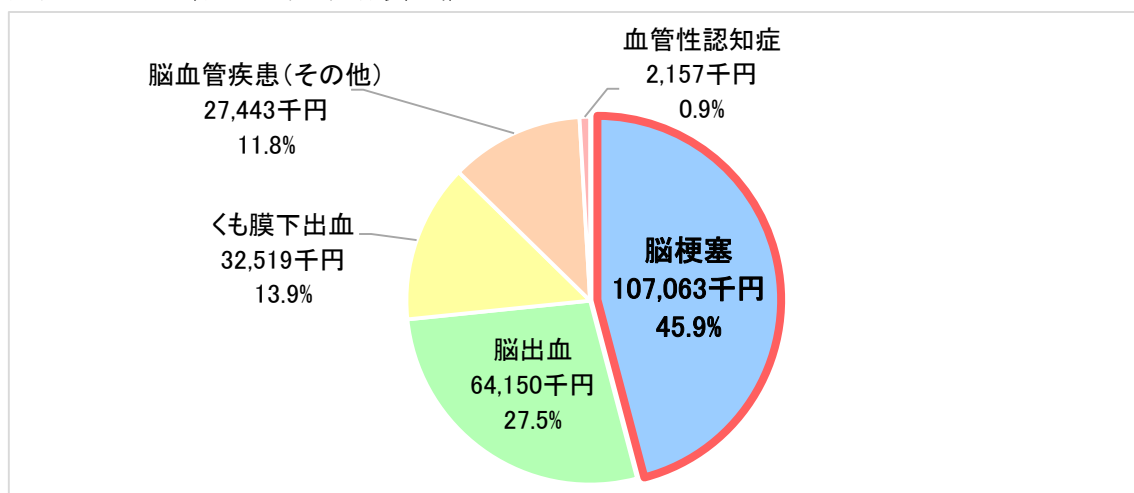
図表 30 虚血性心疾患群の医療費内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

脳血管疾患群では、脳梗塞が1番多く45.9%を占め、脳出血27.5%、くも膜下出血13.9%と続いています。

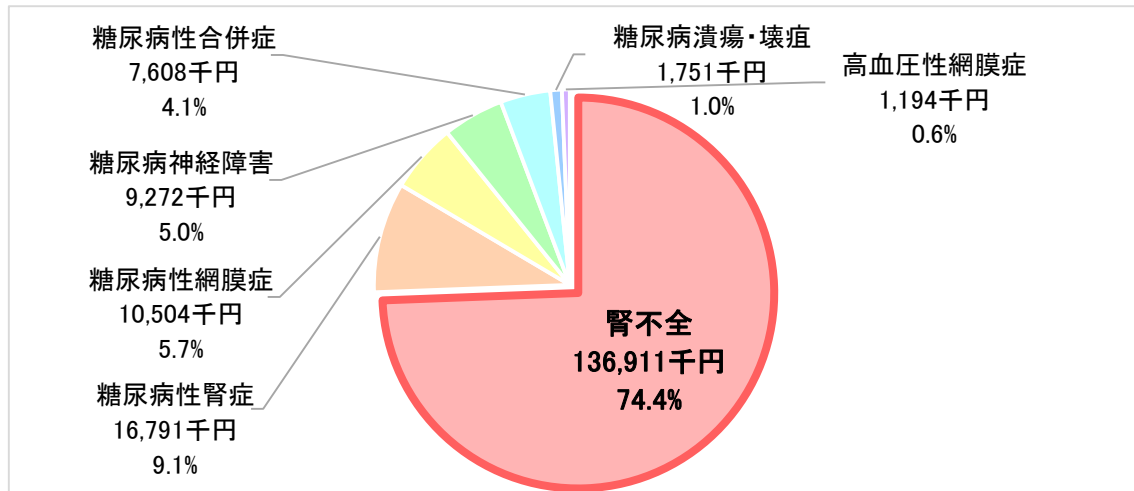
図表 31 脳血管疾患群の医療費内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

糖尿病性合併症群では、腎不全が 74.4%と全体の 3/4 を占めており、糖尿病性腎症 9.1%、糖尿病性網膜症 5.7%と続きます。

図表 32 糖尿病性合併症群の医療費内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

(4) 生活習慣病の重症化疾患群と基礎疾患の関係性

生活習慣病においては、高血圧、高血糖、脂質異常が主な基礎疾患となります。この基礎疾患がリスク因子となり、複数のリスク因子の組み合わせにより、生活習慣病を発症させ重症化していきます。

ある重症化疾患群を発症する要因をリスク因子といい、リスク因子となる疾病を基礎疾患といいます。

生活習慣病の重症化疾患群と基礎疾患の関係性を見ますと、どの重症化疾患群においても、3つ全ての基礎疾患をもっている方が1番多く、いずれの重症化疾患群においても30%を超えています。その中でも特に、虚血性心疾患群では高血圧症との関連性が見られ、脳血管疾患群では高血圧症と脂質異常症との関連性が見られます。

またいずれの重症化疾患群においても、2つ以上の基礎疾患を保有する割合が65%以上を占めており、基礎疾患の重なりが、やがて重症化していくことが分かります。

図表 33 生活習慣病の重症化疾患群と基礎疾患の関係性

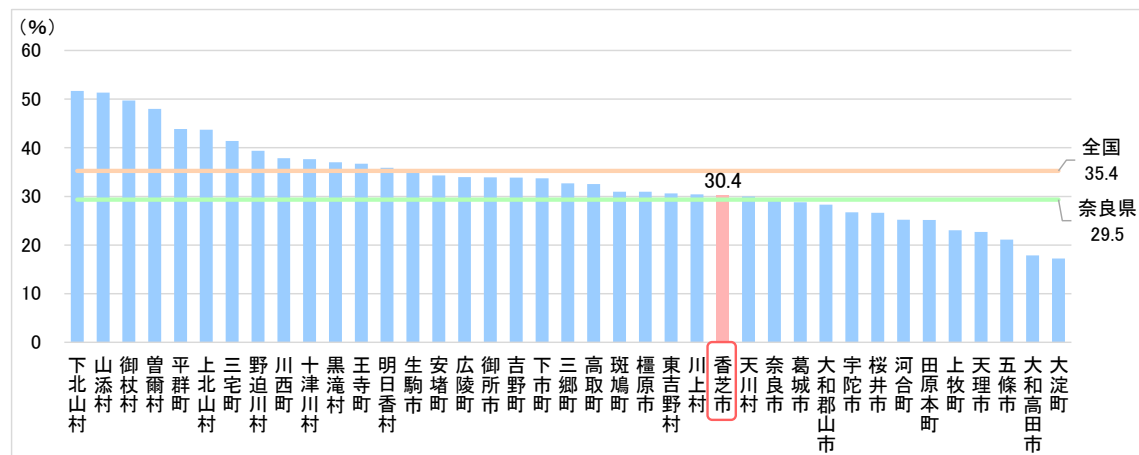
基礎疾患	重症化疾患群					
	虚血性心疾患群		脳血管疾患群		糖尿病性合併症群	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
高血圧症	246	9.0	156	8.9	37	3.6
脂質異常症	141	5.2	127	7.2	6	0.6
糖尿病	176	6.4	92	5.2	96	9.3
高血圧症＋脂質異常症	424	15.5	285	16.2	57	5.5
高血圧症＋糖尿病	314	11.5	166	9.4	181	17.5
脂質異常症＋糖尿病	273	10.0	160	9.1	133	12.9
高血圧症＋脂質異常症＋糖尿病	926	33.9	562	31.9	508	49.2
2つ以上の基礎疾患を保有する合計	1,937	70.8	1,173	66.5	879	85.2
その他	236	8.6	215	12.2	14	1.4
合計	2,736	100.0	1,763	100.0	1,032	100.0

出所：医療費分析ツール「Focus」 平成26年度

3) 特定健康診査の状況

特定健診の受診率は 30.4%であり、県内各市町村国保及び全国と比較すると県の受診率 29.5%（推定値）を上回っていますが、県内では 26 番目と低い受診率となっています。

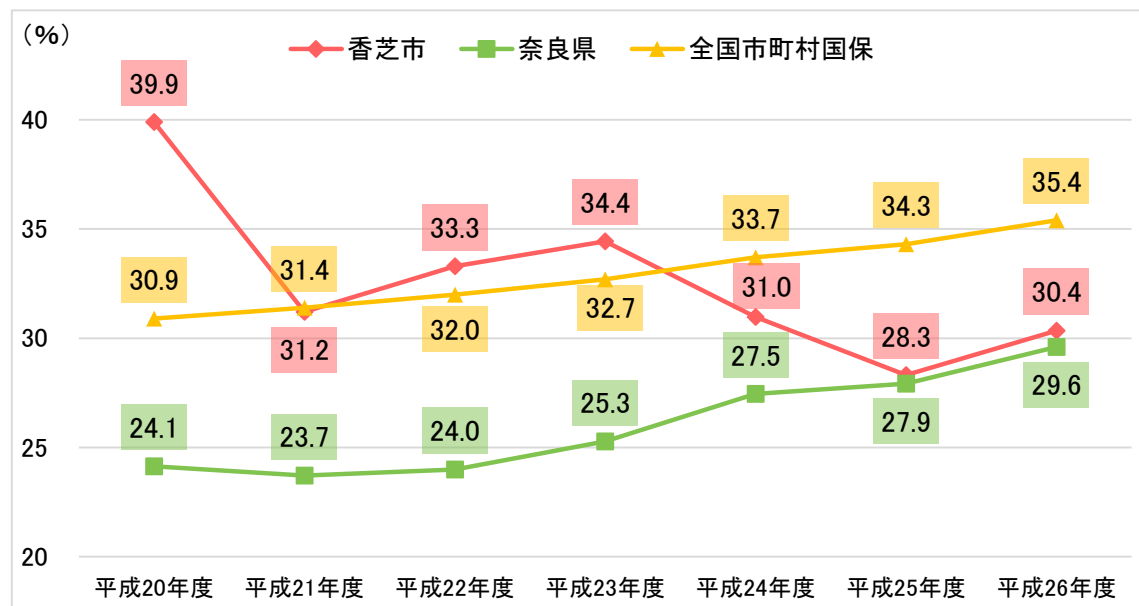
図表 34 受診率県内比較



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値 平成 26 年度

特定健診の受診率の推移を見ますと、特定健診の始まった平成 20 年度は 39.9%と、県や国と比較しても高い受診率でしたが、近年では県平均と同程度になっています。

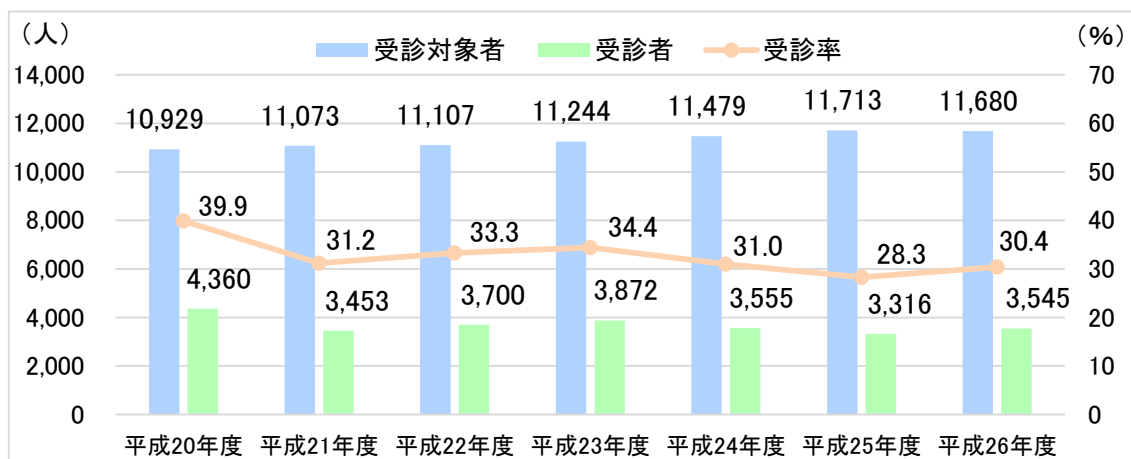
図表 35 受診率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値

対象者数と受診者数の推移を見ますと、対象者は平成 25 年度まで年々増加の傾向にありますが、受診者数は平成 21 年度から平成 23 年度まで増加し、その後、減少傾向に向かい、平成 26 年度に増加しています。

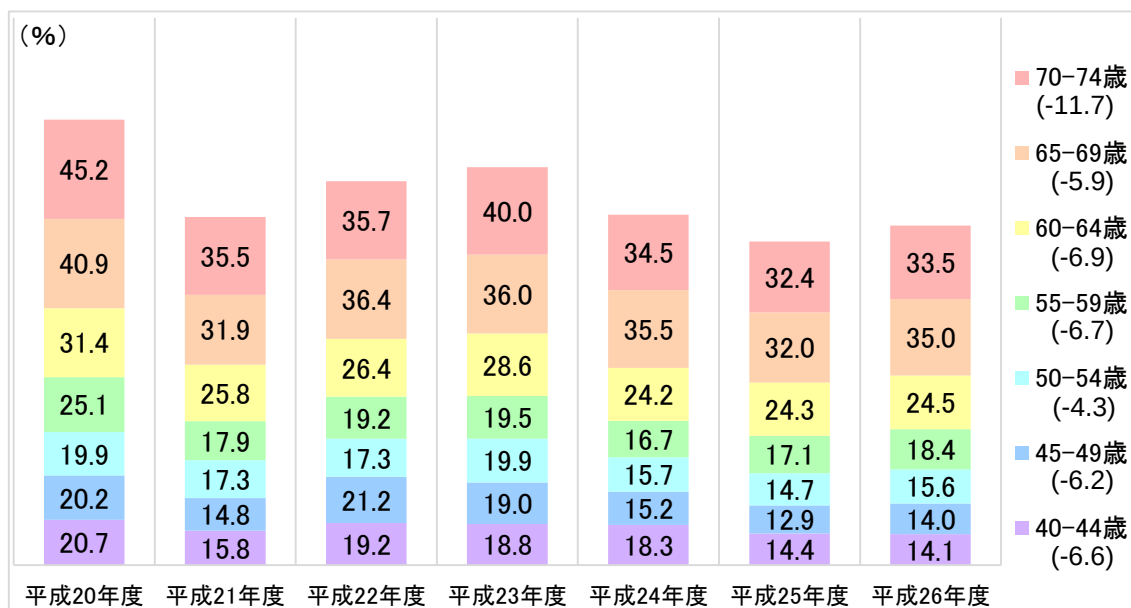
図表 36 特定健診対象者と受診者の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値

年齢階層ごとの特定健診受診率を見ますと、65 歳以上の高齢者が常に 30%以上の受診率であるのに対し、40～50 代の受診率は、平成 20 年度と平成 22 年度を除いて、常に 20%を切っていることが分かります。

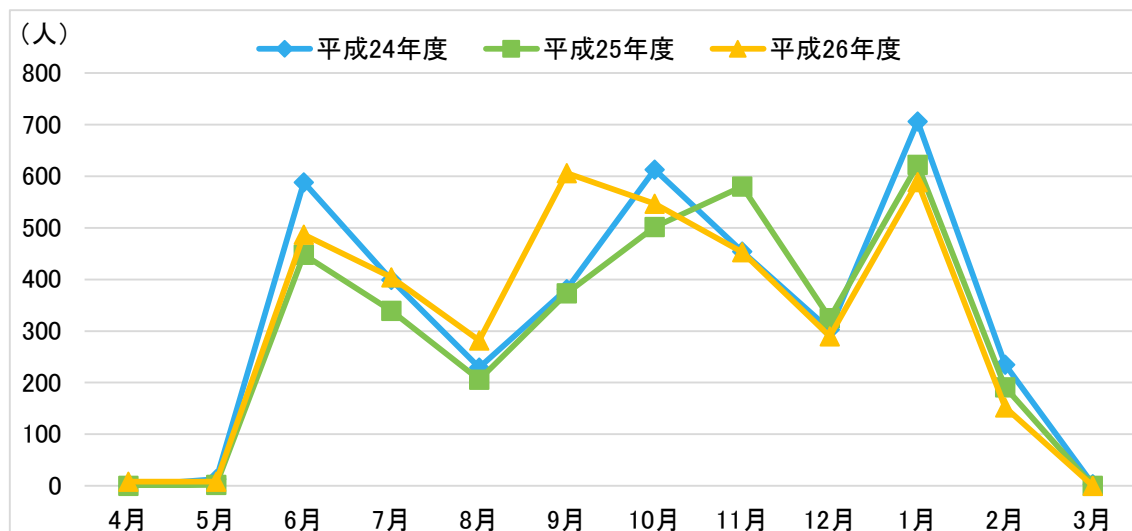
図表 37 特定健診の年齢別対象者に対する受診率の推移



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値

月別の受診者数を見ますと、健診期間の最初と最後に増加する傾向がありますが、未受診者への受診勧奨通知後の 9 月から 11 月にかけても増加傾向があります。

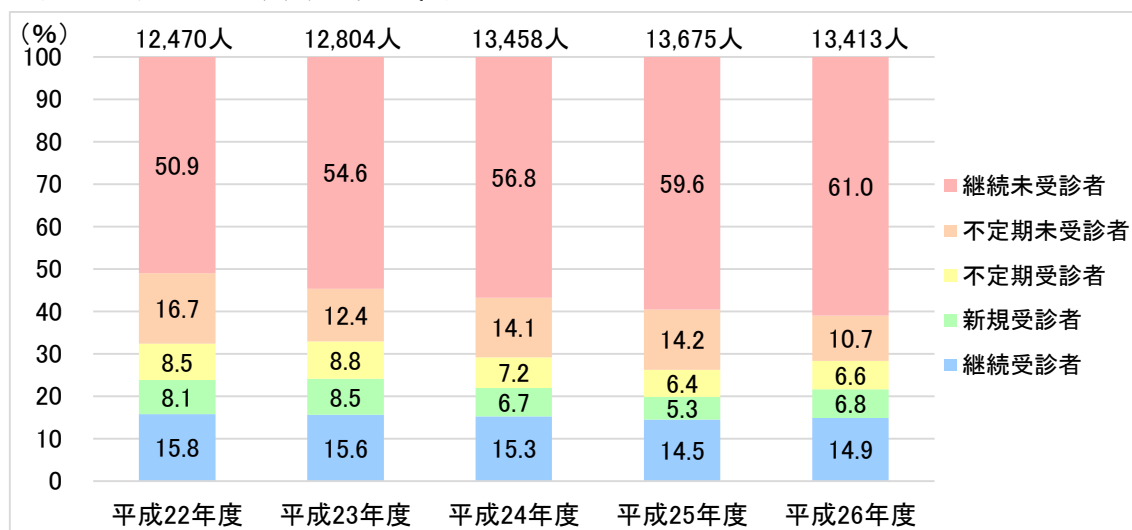
図表 38 特定健診の月別受診者数



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値

特定健診受診者の過去 3 年間の受診状況を見ますと、継続未受診者（一度も受診していない方）が年々増えていることが分かります。

図表 39 特定健診対象者の受診状況

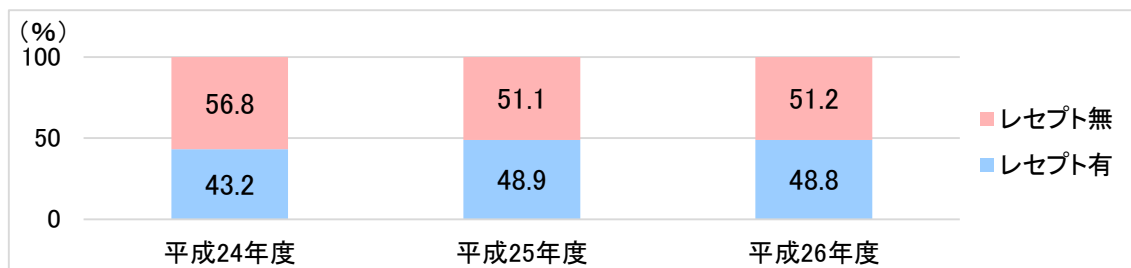


継続受診者： 当該年度を含め過去 3 年において毎年受診された方
 新規受診者： 新たに特定健診対象者となり、その年に受診された方
 不規則受診者： 過去 2 年の内、どちらかに受診歴があり、当該年度に受診された方
 不規則未受診者： 過去 2 年の内、どちらかに受診歴があり、当該年度は未受診の方
 継続未受診者： 当該年度を含め過去 3 年間全て未受診の方

出所：医療費分析ツール「Focus」

継続未受診者の内、約半数は生活習慣病に関連する疾病の治療中であり、医療機関に雇っていることから、半数強が3年間一度も健診を受けていないと考えられます。

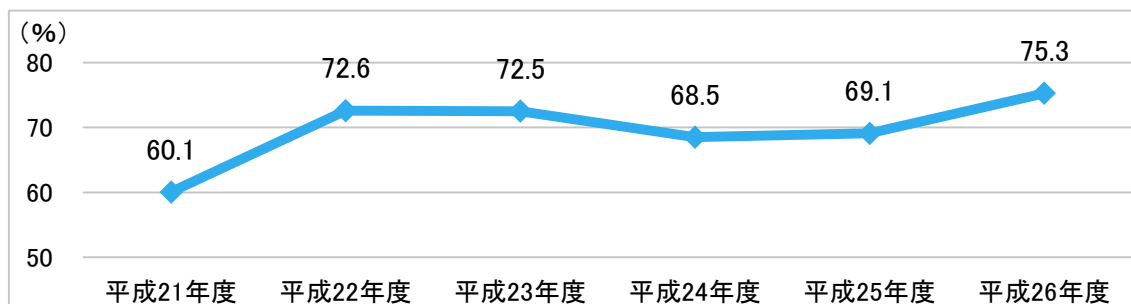
図表 40 継続未受診者の生活習慣病関連のレセプト有無



出所：医療費分析ツール「Focus」

次に2年連続受診されている方の状況を見てみますと、特定健診を受診した方が翌年も受診する割合は過去2年間では増加傾向にあり、平成21年度から平成26年度にかけて15.2%上昇しています。

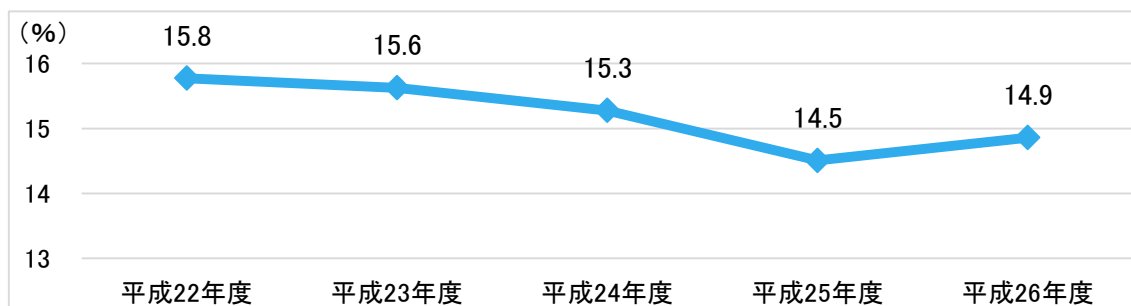
図表 41 特定健診受診者の2年連続受診者の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」

しかし、3年連続継続受診者に着目しますと、2年連続受診者と比較して、大きく数字が下がっていることが分かります。

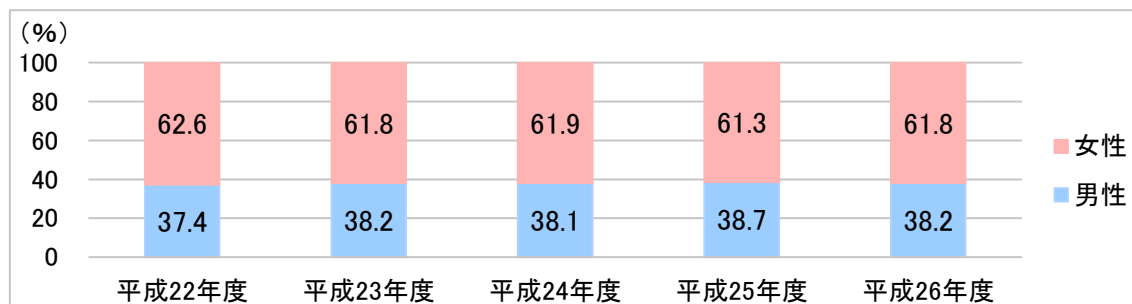
図表 42 特定健診受診者の3年継続受診者の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」

継続受診者を男女別の割合で見ますと、女性の方が継続して受診する傾向があることが分かります。

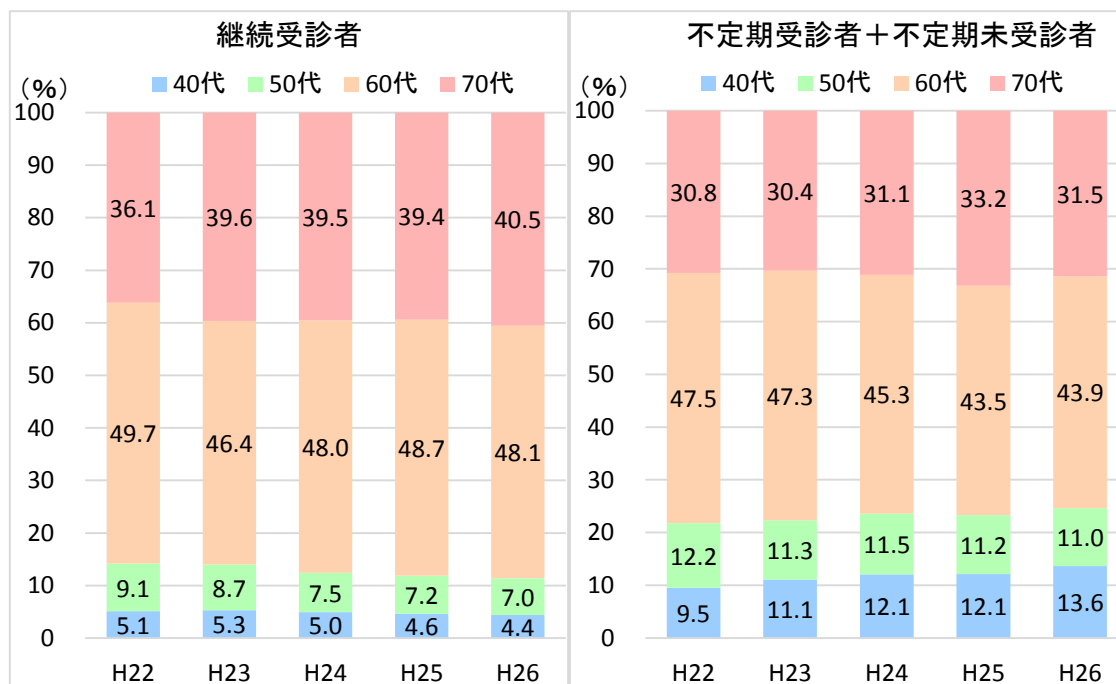
図表 43 特定健診継続受診者の男女別割合の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」

継続受診者を年齢別の割合で見ますと、継続受診者の割合は高齢者ほど高く、継続受診者の90%弱が60代以上であることが分かります。また、不定期受診者及び不定期未受診者では40代50代の割合は継続受診者に比べ年々増加しています。

図表 44 特定健診継続受診者及び不定期受診者＋不定期未受診者の年齢別割合の推移



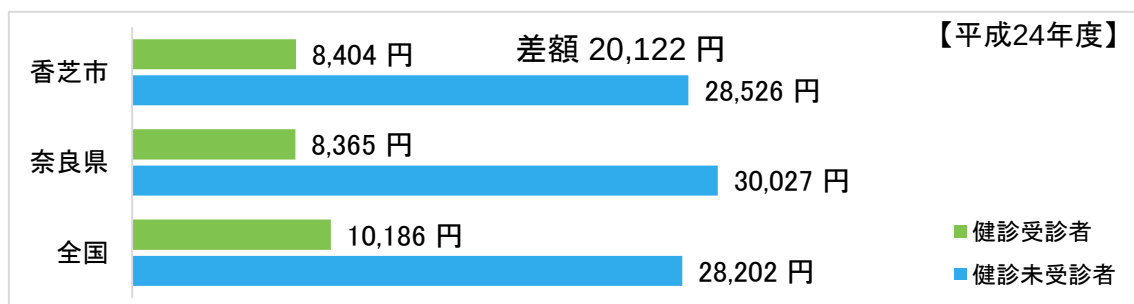
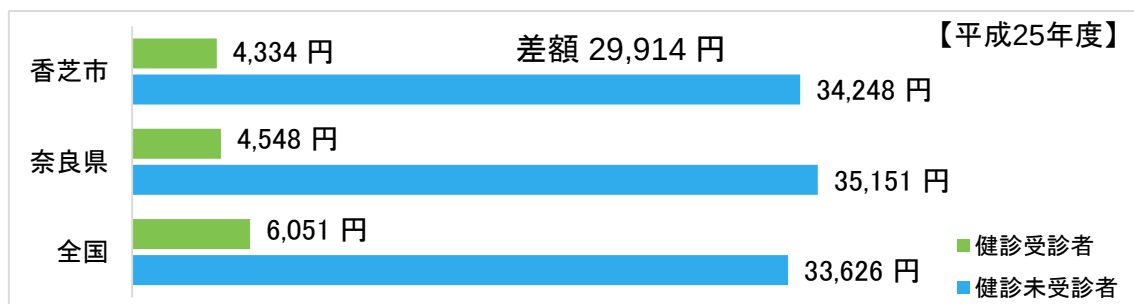
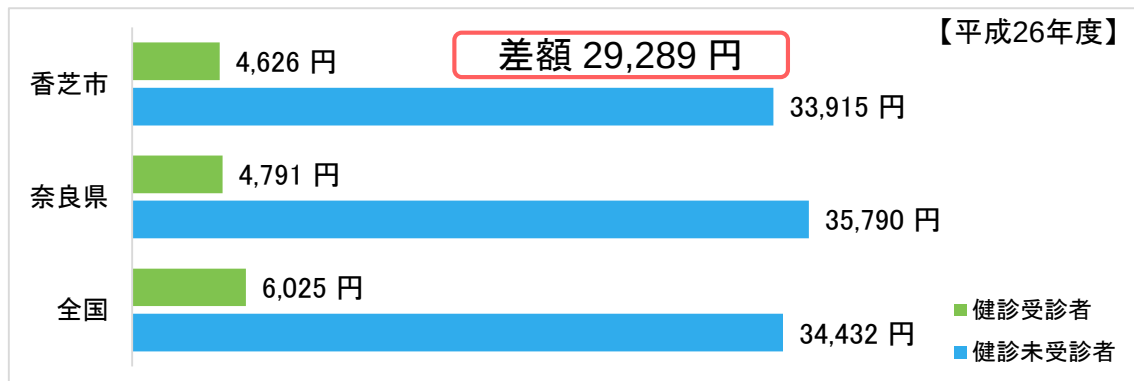
出所：医療費分析ツール「Focus」

(1) 特定健診受診による医療費抑制

特定健診の受診有無と生活習慣病治療費に関連性があるかどうかを次の図表 45 で見ますと、平成 26 年度では特定健診受診者が 4,626 円であるのに対し、未受診者が 33,915 円であり、29,289 円の差があることが分かります。

この差は県平均より少ないですが、全国平均より多くなっています。

図表 45 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかる治療費

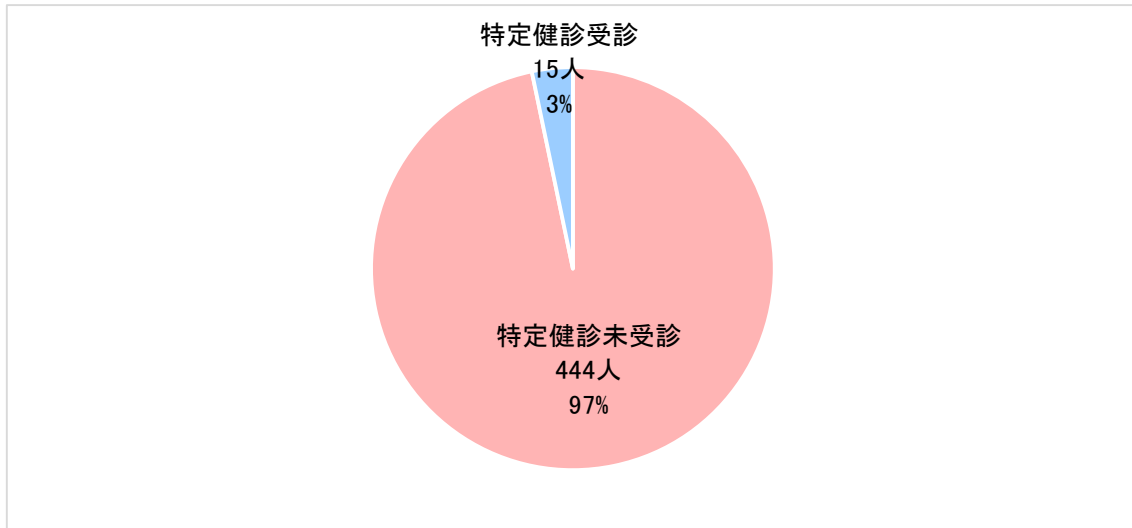


出所：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(2) 特定健診受診による重症化予防効果

重症化疾患群の入院患者の過去 4 年間の特定健診受診歴を見ますと、97%の方が特定健診未受診者となっています。

図表 46 重症化疾患群入院患者の特定健診受診歴

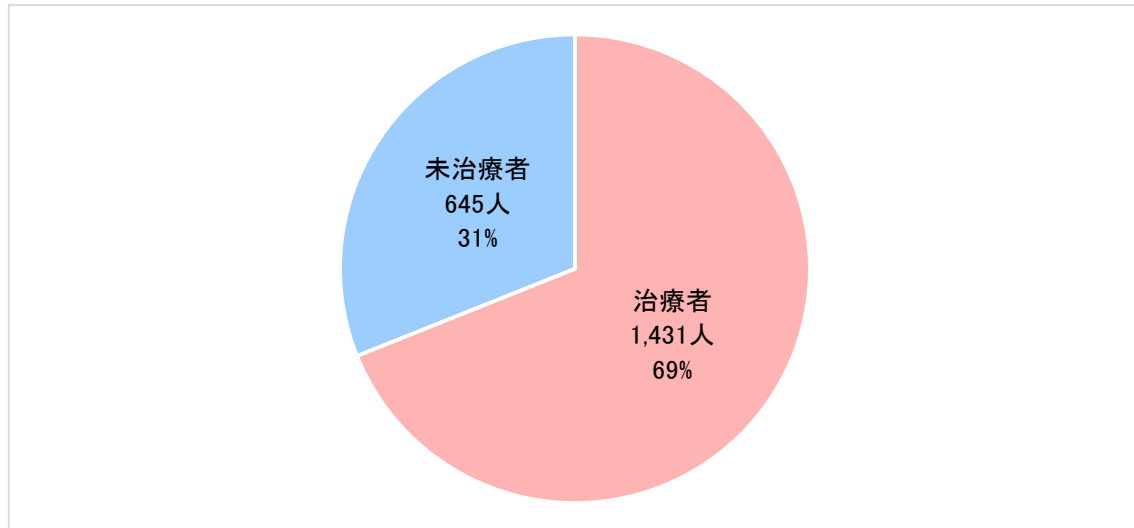


出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

(3) 要治療者の治療状況

特定健診の受診結果から要治療者と判定された方の治療状況を見ますと、要治療者の31%にあたる 645 人の方が未治療者です。

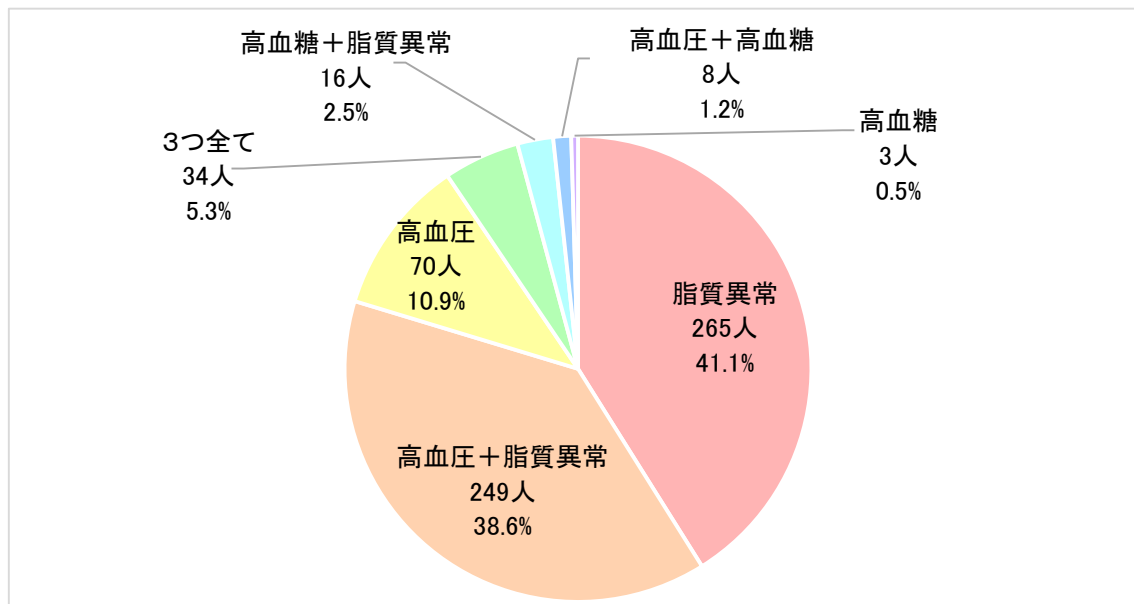
図表 47 要治療者の治療者・未治療者の割合



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

未治療者は脂質異常と高血圧のリスク因子を保有している方が大半を占めています。

図表 48 未治療者のリスク因子保有状況



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

(4) 要医療域のメタボと内服状況

特定健診の受診結果から血圧と血糖と脂質の検査値において、要医療に該当するかを見ますと、メタボ基準該当者の内、要医療の判定となった方は、血圧で一番多く 237 人となっています。また、要医療者の内、58%の方が内服しています。

また、脂質においては要医療の判定となった方が 1,141 人と一番多く、メタボ非該当であっても要医療の判定となった方が、863 人と、どの検査よりも多くなっています。

いずれか 1 つでも要医療の方の内、メタボ該当者は 71%の方が要医療になっていることから、メタボ該当者は要医療になる傾向があるといえます。

図表 49 要医療域のメタボと内服状況

単位：人

血圧			要医療	要医療 以外	総計
メ タ ボ 判 定	基準該当		237	304	541
	内 服	あり	138	206	344
		なし	99	98	197
	予備群該当		115	220	335
	内 服	あり	48	65	113
		なし	67	155	222
	非該当		595	2,159	2,754
	内 服	あり	235	470	705
		なし	360	1,689	2,049
総計			947	2,683	3,630

血糖			要医療	要医療 以外	総計
メ タ ボ 判 定	基準該当		137	404	541
	内 服	あり	67	37	104
		なし	70	367	437
	予備群該当		8	327	335
	内 服	あり	5	0	5
		なし	3	327	330
	非該当		148	2,606	2,754
	内 服	あり	77	54	131
		なし	71	2,552	2,623
総計			293	3,337	3,630

脂質			要医療	要医療 以外	総計
メ タ ボ 判 定	基準該当		169	372	541
	内 服	あり	61	219	280
		なし	108	153	261
	予備群該当		109	226	335
	内 服	あり	5	34	39
		なし	104	192	296
	非該当		863	1,891	2,754
	内 服	あり	125	509	634
		なし	738	1,382	2,120
総計			1,141	2,489	3,630

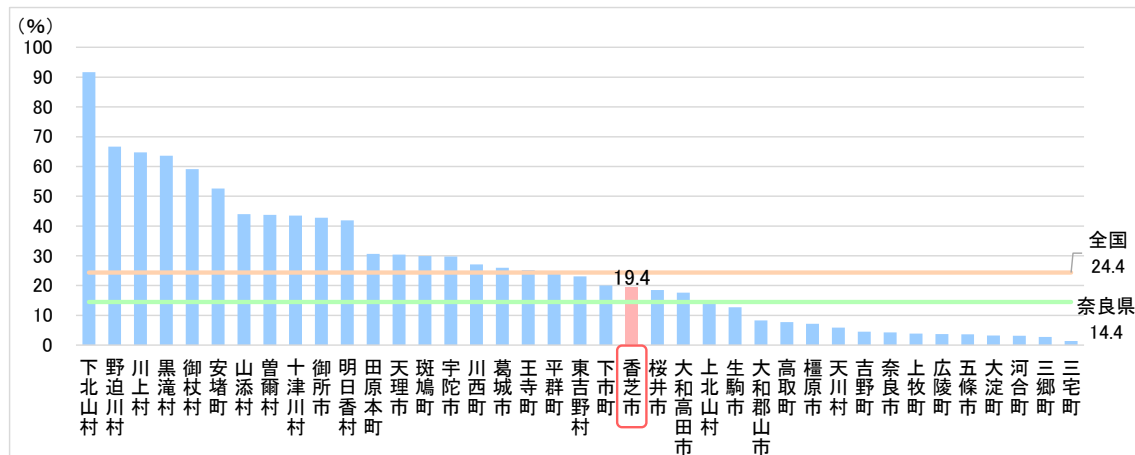
いずれか 1つでも要医療			要医療	要医療 以外	総計
メ タ ボ 判 定	基準該当		384	157	541
	予備群該当		192	143	335
	非該当		1,316	1,438	2,754
	総計			1,892	1,738

出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

4) 特定保健指導の状況

特定保健指導の実施率は 19.4%であり、県平均の 14.4%を上回っていますが、県内では 22 番目と低い実施率となっています。

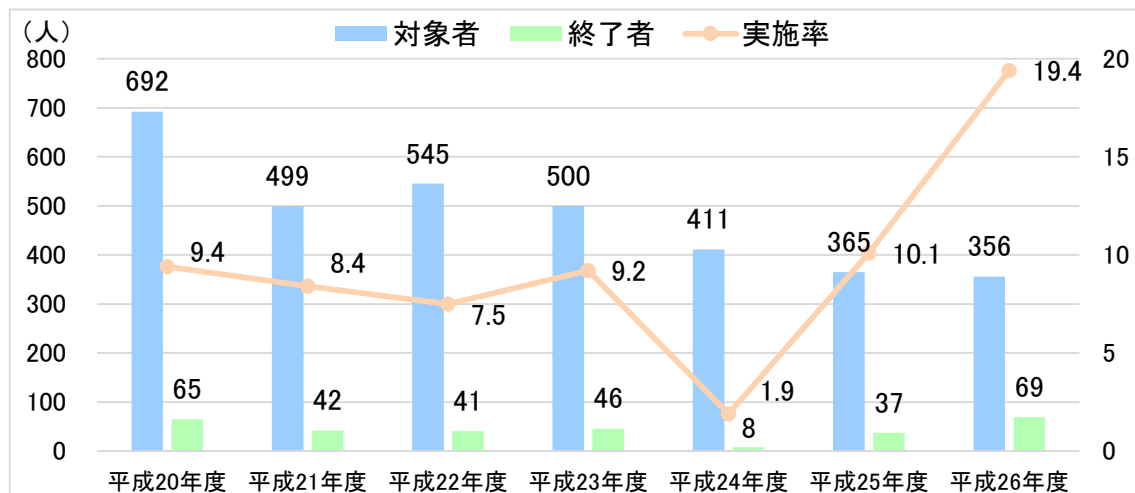
図表 50 特定保健指導実施率の県内比較



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値 平成 26 年度

実施率を経年で見ますと、平成 25 年度までは低い数値で推移しています。対象者が減少しているにもかかわらず終了者が増えないことを課題と捉え、平成 26 年度より特定保健指導を外部委託に切り替えたことにより、実施率が大きく伸びています。

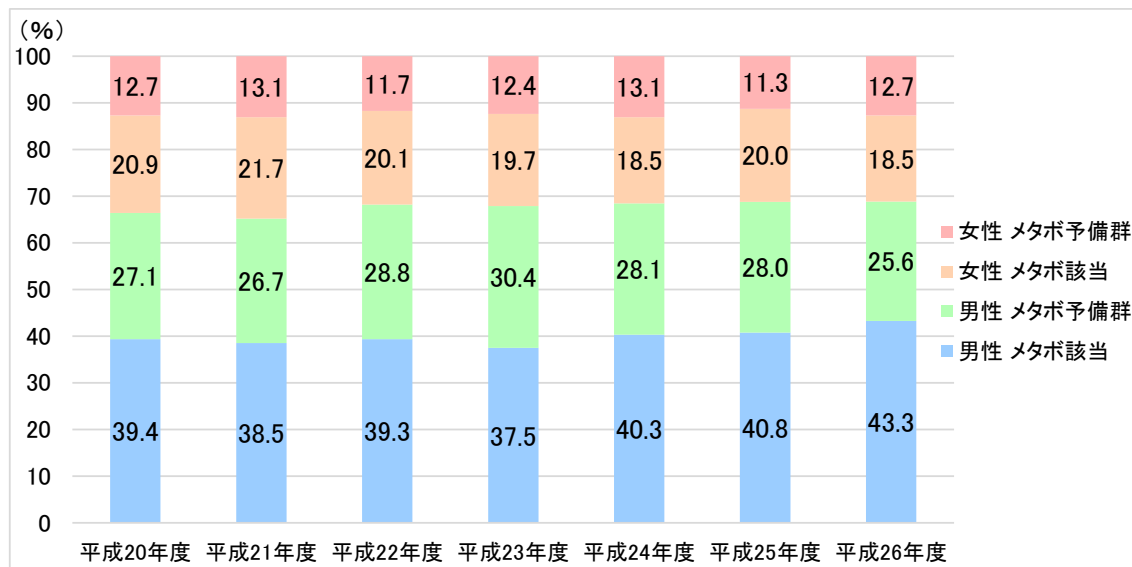
図表 51 特定保健指導実施率



出所：特定健診等データ管理システム 法定報告値

メタボ該当者及び予備群の該当者は女性よりも男性の方が多くなっています。

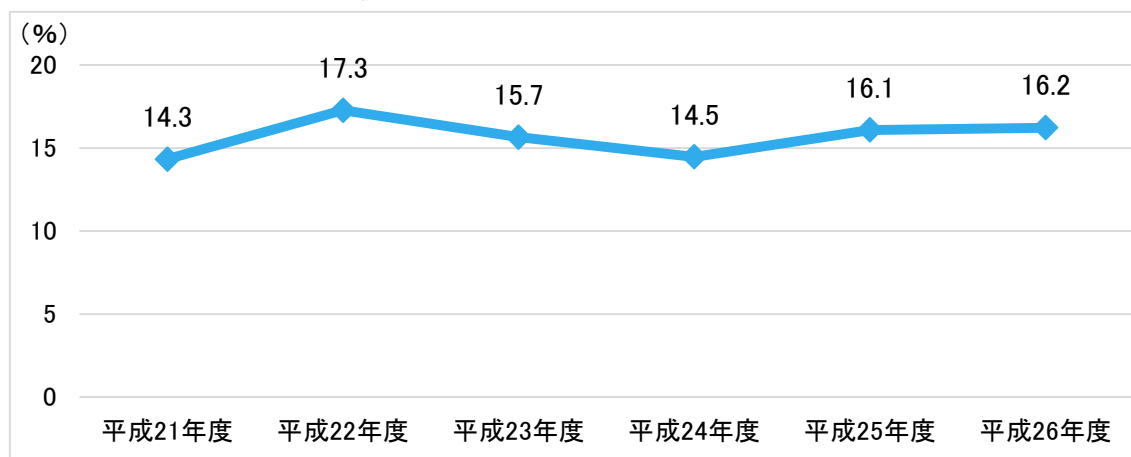
図表 52 メタボ該当者及び予備群の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」

メタボ該当者及び予備群の方が翌年度にメタボ非該当になった割合（メタボ脱出率）は、14.3%～17.3%の間で推移しています。

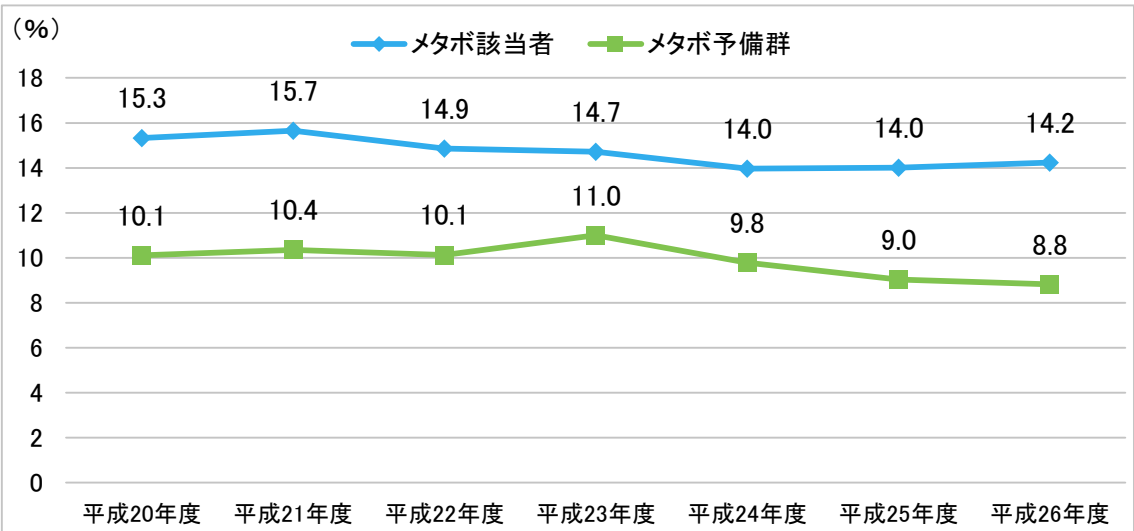
図表 53 メタボ脱出率の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」

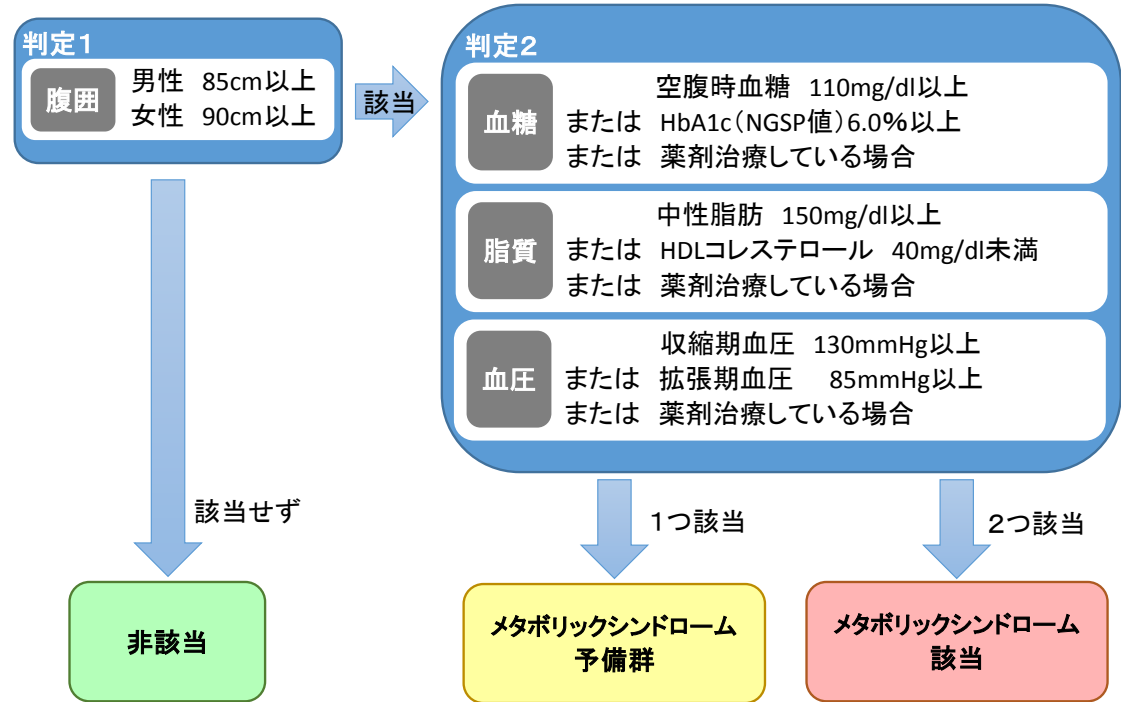
特定健診受診者の中で、メタボ該当者及び予備群と判定された方の割合を見ますと、メタボ該当者が受診者全体の14.0～15.7%、メタボ予備群が8.8～11.0%いることが分かります。受診者全体で4～5人に1人がメタボ該当者か予備群にあたります。

図表 54 メタボ該当者及び予備群のメタボ状況



出所：医療費分析ツール「Focus」

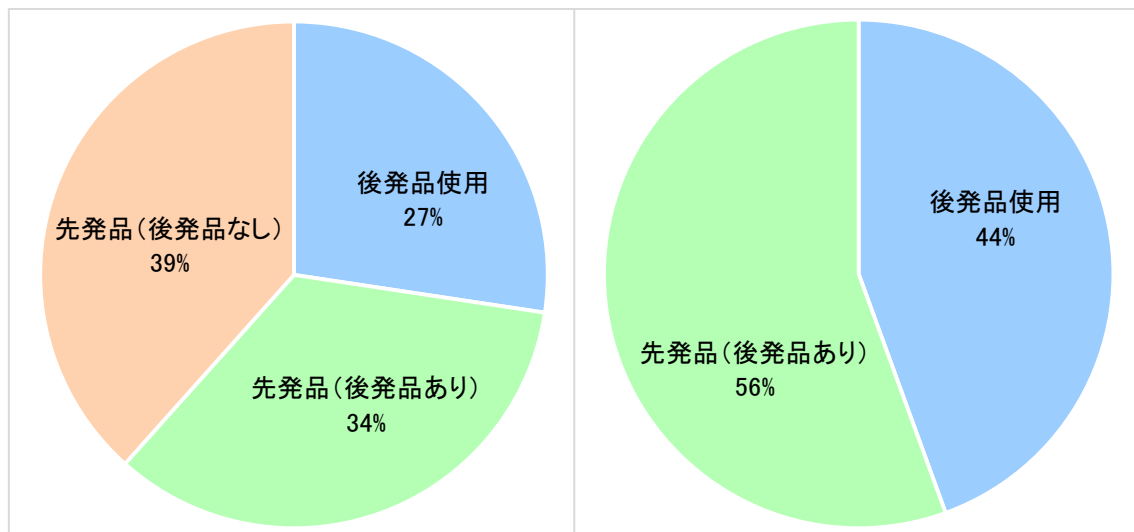
メタボリックシンドローム（メタボ）判定基準



5) ジェネリック医薬品の普及状況

ジェネリック医薬品（後発品）普及率に関して、処方されている医薬品全体の中から先発品と後発品の使用割合を見ますと、後発品の使用は 27%で、後発品のある先発薬が 34%となっています。また、後発品のない先発薬を除くと後発品の使用率は 44%です。

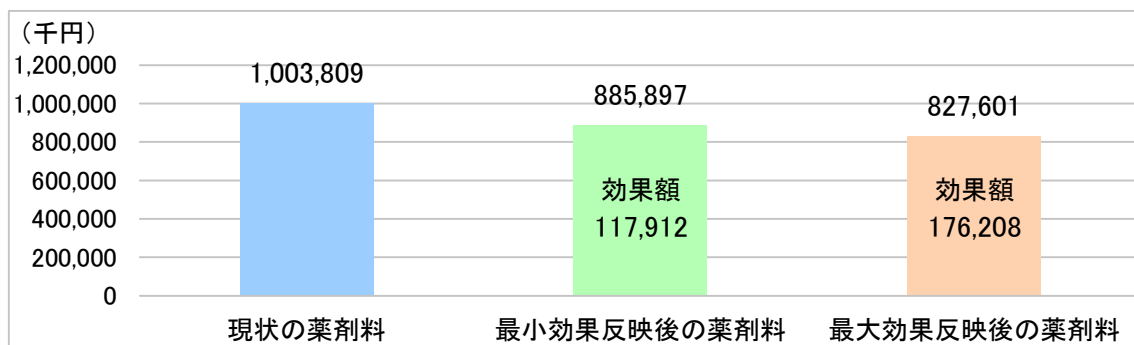
図表 55 現状の普及率と普及割合（数量ベース）



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

先発品（後発品あり）が後発品に全て切り替わった場合、後発品の価格にもよりますが、現在の薬剤料 10 億 381 万円が 8 億 2 千 760 万円～8 億 8 千 590 万円になり、現状より 1 億 1 千 791 万円～1 億 7 千 621 万円の削減が可能となります。

図表 56 現状の普及率と普及割合



出所：医療費分析ツール「Focus」 平成 26 年度

6) 考察

(1) 地域の特性

少子高齢化により国内の人口減少が続く中、本市の人口は増加の見込みです。しかし、高齢者の割合は増加しており、平成 47 年には高齢化率 27%、4 人に 1 人が高齢者となり、その後徐々に人口減少が始まると予測されます。

平均寿命と健康寿命との差は国や県と比較すると同程度ですが、今後高齢化率の上昇に伴い、社会保障費（医療費や介護費用）が増える懸念があります。

国保の加入者数は、人口増加に関わらず平成 24 年度以降減少傾向にあります。これは、被保険者の年齢構成において高齢者層の割合の増加に伴い、年々後期高齢者医療保険へ移行する人の割合が 64 歳以下の加入者割合を上回っていることが要因であると考えられます。さらに、65 歳以上の高齢者の占める割合は 38.1%と高く、要支援・要介護認定者数も増加傾向にあることから、今後は生涯現役を目指した健康長寿なまちづくりを推進するため地域包括支援センターと連携しての取り組みが必要となります。

(2) 医療費の状況

国保の被保険者数が減少しているにもかかわらず、総医療費は過去 3 年間で増加傾向にあります。また、1 人当たり医療費を見ても同様に増加傾向にあります。

その中でも、生活習慣病医療費が全体の 23.9%を占めており、生活習慣病が総医療費、高額医療費の上位にあります。長期入院費でも 20.6%を占め、レセプトで人工透析の費用額の内、生活習慣病が占める割合が 60.4%であることから、生活習慣病の治療費が、高額で長期化していることが分かります。

この高額医療費及び長期入院費は高齢者に多い傾向があり、このまま高齢化が進むと、さらに患者及び医療費が増える懸念があります。既に罹患した患者の治療及び改善対策と併せて新規患者の生活習慣病予防と重症化予防の対策が不可欠です。

生活習慣病重症化疾患群の発症リスク因子である基礎疾患では、高血圧症が上位にあり、脂質異常症も上位を占めています。また、リスク因子の重なりが重症化疾患群の発症を増大させることから、基礎疾患の内、高血圧症・脂質異常症が起因して発症する虚血性心疾患群・脳血管疾患群も多くなっています。

したがって、これらの疾患の発症を抑制することが、医療費削減の最も効果的な対策となります。特に発症率が高くなる 55～59 歳の発症を抑えるために 40～50 代を対象とした重症化予防対策が重要となります。

(3) 特定健康診査の状況

特定健診受診者は、自身の健康をチェックし自覚症状が出る前に、特定健診の受診結果によって早期発見・早期治療、あるいは重症化を予防できている方が多いことが推測されます。特定健診は、健康状態を把握する手段として重要ですが、受診率は近年において低下傾向にあります。健康状態をより正確に把握し、リスクの高い対象者を発見して特定保健指導等の予防事業につなげるためにも、特定健診の受診率向上の取り組みが必要です。

本市の受診率低迷の要因と考えられるのは、継続未受診者の多さと 40～50 代の受診率の低さです。未受診者の中でも、もっとも受診勧奨が困難と考えられる継続未受診者が対象者の過半数以上で推移しております。しかし、不定期受診者と不定期未受診者の割合は年々少しずつ上昇していることから、1 度受診した方が継続受診するような働きかけを実施することが受診率向上につながると考えます。

40～50 代における特定健診の受診率の低さは大きな課題であり、この働き盛り世代の特定健診の受診が、早期発見早期治療につながり、将来的な医療費削減の足掛かりになるはず です。

特定健診未受診者の医療費は、受診者と比べて 7.3 倍となっています。また、生活習慣病の重症化疾患入院患者を見ても、過去 4 年間の特定健診受診者は僅か 3%であり、自身の健康状態を把握できていない特定健診未受診者が、適切な対処（生活改善や早期治療等）ができないままに、重症化している可能性があります。

特定健診受診者であっても要治療と判断された方の 31%が未治療者であり、さらに状態の悪化を招き重症化につながっていることが懸念されます。

特定健診の結果、メタボ該当者は要医療になる率が 2.5 倍となっており、メタボ対策が重要です。特に高血圧の方が多く、対策が必要です。

(4) 特定保健指導の状況

実施率は低く推移しており、継続的な介入につなげるフォローが重要となります。対象者数は受診率の傾向と類似しています。特定健診受診者全体で4～5人に1人がメタボ該当者及び予備群と判定されています。

特定保健指導の効果判定を行うことにより、実施方法を見直し、特定保健指導の実施率の向上を図ることが重要となります。

また、実施率の向上が生活習慣の改善につながってきます。

さらに、特定健診の受診率が向上することにより、受診者の健康への意識が高まり、行動変容へつながり、特定保健指導の対象者が減少し、その結果、生活習慣病の発症予防や健康寿命の延伸へとつながることが期待できます。

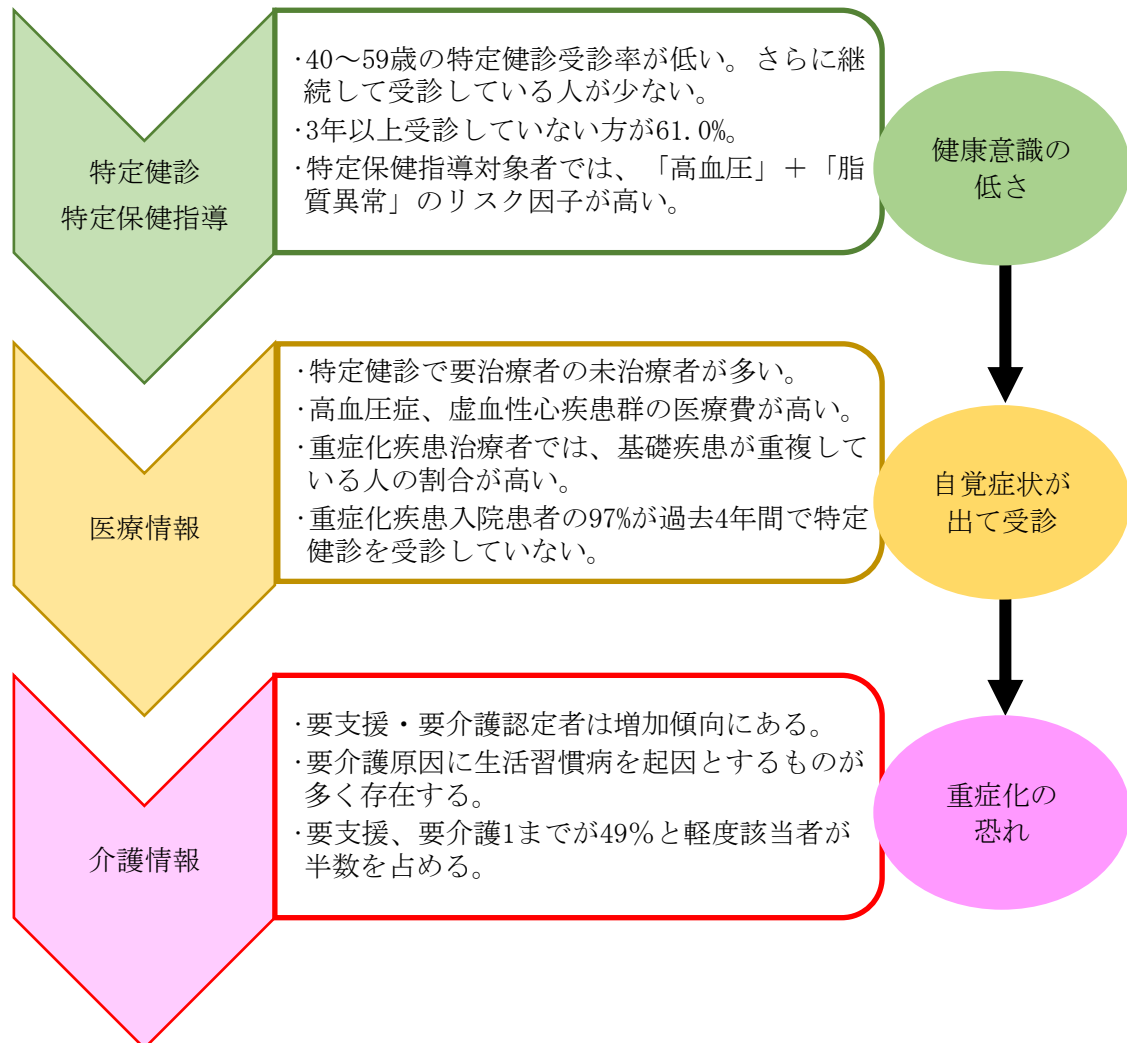
(5) ジェネリックの状況

後発医薬品の使用率は44%と低いため、今後も普及啓発が必要です。

ジェネリック医薬品の差額通知を継続し、窓口でパンフレットやジェネリック医薬品の希望シールを配布する等、使用率の向上を目指した取り組みを行うことにより、医療費の適正化が期待できます。

3. 健康課題のまとめ

分析結果から導き出された課題をまとめると、一連のつながりが見えてきます。



これらの課題により、まずは特定健診の受診率・特定保健指導の利用率を向上させるためのポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチにより、健康意識の向上を目指し、全体的な受診率や保健指導利用率の底上げを行うことが非常に重要です。

また、生活習慣病の医療費は全体の 23.9%を占めており、高血圧症や虚血性心疾患群等の医療費も非常に高いまま推移していることから、生活習慣病の新規発症者の抑制や重症化予防への対策が医療費適正化へつながり、さらには市民ひとりひとりの健康寿命の延伸へとつながります。

4. 現状の保健事業

本市では、近年、以下の保健事業を実施しています。

図表 57 保健事業実施状況

目的	実施事業	対象等	実績
健康の保持増進、 疾病の発症予防、 早期発見、 早期治療	特定健診	40～74 歳の被保険者	3 方式（①集団健診（保健センターで実施）、②個別健診（医療機関で実施）、③国保人間ドック）により実施。市が実施する各種がん検診や歯周病健診と同時受診できるように配慮
	特定健診受診率 向上対策	40～74 歳の被保険者	受診機会を増やす ・ 休日健診の実施 ・ 個別健診の受診期間の延長（H24 より）
		特定健診未受診者	受診勧奨期間中 2 回、ハガキによる勧奨通知を送付
	人間ドック	40～74 歳の被保険者	受診者が支払う検査料金の一部として、1 人当たり 10,000 円を助成。 H21:48 人 H24:65 人 H22:35 人 H25:79 人 H23:40 人 H26:80 人
	脳ドック	特定健診受診者（定員 200 人）	当該年度の特定健診を受診した者に限り「脳ドック」の検査料金の一部として、1 人当たり 11,200 円の助成。 H21:165 人 H24:141 人 H22:192 人 H25:173 人 H23:135 人 H26:183 人
	がん検診	40 歳以上の被保険者（集団特定健診と同時実施にて）	肺がん検診と同時開催
	歯周病検診	前年度特定健康診査受診者で生活習慣病へのリスクが高い者へ個人通知。 広報にて周知で希望者 40 歳以上の被保険者	単独実施と集団特定健診と同時実施で行う H24:144 人(6 回／年) H25:171 人(6 回／年) H26:236 人(6 回／年)

目的	実施事業	対象等	実績
メタボリックシンドロームの予防・改善、生活習慣病の予防・重症化予防	特定健診結果説明会	集団特定健診受診者	医師による結果説明会。簡易体力測定。委託事業者による保健指導。保健センター職員による重症化予防対象者への個別指導等。
	重症化予防事業	特定健診受診者で重症域に該当しているが未治療者	受診状況確認及び受診勧奨通知。保健指導対象者への個別指導及び相談会等への勧奨。
適切な医療機関受診促進・医療費適正化・医療費削減	療養費レセプト点検	柔道整復、鍼灸、あんまマッサージのレセプト	平成 23 年 8 月より従来の診療分レセプト点検に加え実施 H23:10,651 件 H24:13,359 件 H25:13,067 件 H26:12,685 件
	医療費通知の送付	香芝市国民健康保険で医療機関に受診をされた方	年 6 回、偶数月に 2 か月分ずつ送付 H23:45,890 件 H24:31,227 件 H25:48,598 件 H26:48,972 件
	ジェネリック医薬品の使用促進事業	先発医薬品を処方したレセプトで、後発医薬品を利用した時に一定額以上の削減効果が望まれる 40 歳以上の被保険者	希望カードの配布及び利用差額通知の送付 H23.8 月より実施。 H23:2,190 件（8 回） H24:2,125 件（12 回） H25:2,226 件（4 回） H26:2,429 件（4 回）
生活習慣改善事業	栄養指導	特定健診受診者で内服中のため特定保健指導対象外になった者で生活習慣の改善が必要な者への個別指導	H25:41 人（35 回） H26:36 人（36 回）
地域の草の根ネットワーク事業	ストレッチリーダー養成及びリーダー研修	香芝市民でストレッチリーダーとして活躍する意欲がありボランティア活動ができる者	平成 27 年度登録数 48 人
地域公民館での検診や生活習慣病予防の普及啓発事業	健康体操 ストレッチ体操 がん検診 機器を使用して健康チェック等	地区公民館において健康体操やストレッチ体操、測定、健康教育、健康相談など希望する者	H22:20 件（1 回）1 地区 H23:655 件（20 回）2 地区 H24:875 件（25 回）2 地区 H25:1,095 件（28 回）3 地区 H26:1,981 件（34 回）4 地区

5. 目標設定

1) 特定健診の受診率向上

特定健康診査等実施計画第二期の特定健診受診率実施目標と同じ実施率とします。

アウトカム指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診受診率	40.0%	42.0%	45.0%

上記アウトカム指標を達成するために以下の指標をアウトプット指標とします。

アウトプット指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診 3 年継続受診者の割合	15.0%	20.0%	25.0%
40～50 歳代の特定健診新規受診者の割合	7.0%	8.0%	10.0%

2) 特定保健指導の実施率向上

特定健康診査等実施計画第二期の特定健診受診率実施目標と同じ実施率とします。平成 26 年度に目標値を超えていますが、実施率にばらつきがあるため毎年確実に到達することを目標とします。

アウトカム指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定保健指導実施率	13.0%	14.0%	15.0%

上記アウトカム指標を達成するために以下の指標をアウトプット指標とします。

アウトプット指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定保健指導該当者率	11.0%	10.0%	9.0%

3) 要治療者の治療率向上

特定健診未受診者の中には、多くの要治療者が隠れている可能性が高く、特定健診受診率が上がれば、対象者が必然的に増えます。その中で、治療率を上げるのは、かなり難易度が高い課題ですが、重症化予防のためにも対応が必要です。

アウトカム指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
要治療者の治療率	70.0%	73.0%	77.0%

上記アウトカム指標を達成するために以下の指標をアウトプット指標とします。

アウトプット指標	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
メタボ脱出率	16.0%	17.0%	18.0%

6. 具体的な実施施策

設定した目標達成のため具体的な施策を以下にまとめました。

1) 特定健診の受診率向上対策

40～50代の受診率向上が大きな課題ですが、まずは特定健診受診を市全体で習慣にすることが重要となります。そこで、従来の勧奨通知に加え過去に受診歴のある方を対象に、特性に応じた勧奨を実施します。

また、地区公民館などを拠点とし、健診の必要性及び継続受診を勧めるなど、受診率の向上へつなげます。

2) 特定保健指導の実施率向上対策

保健指導対象者には、個々に応じた健診結果の説明等を行い、健康意識の改善により行動変容を促し実施率の向上を目指します。

また、保健指導の向上を目指した対策に向けて専門機関を活用することにより、取り組みを強化します。

3) 要治療者の治療率向上対策

特定健康診査の結果の要治療者の内、未治療となっている方については、重症化する可能性が高い対象者をデータ分析によって特定して、優先的に介入するようにします。

早期治療を促し、基礎疾患、特に高血圧、脂質異常のリスク因子を保有する方の重症化を防ぐための支援へつなげます。

また、治療者についても医療機関と連携し、電話等による支援で治療の継続を促し、早期重症化の予防に努めます。

4) 特定保健指導の対象外への対策

メタボ該当者への対策を行います。メタボ該当者は要医療になる率が高いため、個別指導や集団健康教室を行います。

7. データヘルス計画の見直し

課題に沿った事業について、PDCA サイクルの中で毎年評価を実施します。

また、最終年度となる平成 29 年度には、計画に掲げた目標の達成状況の評価し、それを踏まえて計画の見直しを実施します。

8. データヘルス計画の公表・周知方法

策定した計画は、香芝市のホームページ等に掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、報告書を作成します。

9. 事業運営上の留意事項

香芝市では、国保医療課と保健センターが連携し平成 20 年度からの特定健診・特定保健指導事業を実施しています。今後も保健師や栄養士等の専門職と連携し、保健事業に取り組むものとします。

10. 個人情報の保護

香芝市における個人情報の取り扱いは、香芝市個人情報保護条例（平成 15 年 10 月 1 日条例第 15 号）によるものとします。

香芝市国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）

□発 行 平成 28 年 3 月

□発行者 香芝市 国保医療課

〒639-0251 奈良県香芝市逢坂 1-374-1

T E L （0745）79-7528

F A X （0745）79-7532
