

播磨町国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第 2 期

平成 30 年 3 月

(2018 年 3 月)

播磨町

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項	1
1) 背景と主旨	1
2) P D C Aサイクルとは	3
3) データヘルス計画の位置づけ及び計画期間	3
第2章 現状の整理	6
1) 本町の特性	6
2) 前期計画の振り返り	11
3) 医療費の状況	16
4) 生活習慣病とは	19
5) 生活習慣病の分析	20
6) 糖尿病、糖尿病性合併症群の分析	26
第3章 特定健診・特定保健指導に関する分析	31
1) 特定健診・特定保健指導とは	31
2) 特定健診・特定保健指導の状況	32
3) 特定健診受診者とレセプトの関係	33
4) リスク保有者の分析	34
第4章 医療費適正化に向けた分析	36
1) 重複服薬者の状況	36
2) 重複・頻回診療者の状況	38
3) 後発医薬品（ジェネリック）の普及状況	40
4) 第三者行為求償の状況	42
第5章 健康課題のまとめ	43
第6章 実施施策	46
1) 実施施策まとめ	46
2) 重症化対策の詳細	47
3) 事業実施方法（支援の流れ）	51
第7章 目標設定	52
1) 特定健診受診・特定保健指導の目標	52
2) 重症化対策の目標	52
3) 医療費適正化の目標	57
第8章 データヘルス計画の見直し	58
1) 計画の評価	58
2) 計画の見直し	58
第9章 データヘルス計画の公表・周知方法	58
第10章 事業運営上の留意事項	58
第11章 個人情報の保護	58
第12章 その他計画策定に当たっての留意事項	58
第13章 巻末資料（用語集）	59

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1) 背景と主旨

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して国民健康保険（以下「国保」という。）加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

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、『すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。』と示されました。

これまでも、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきました。今後は、更なる国保加入者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、国保加入者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ^{注1}から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが保険者に求められています。

こうした背景を踏まえ、国では保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者では、健康・医療情報を活用して P D C A 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なりました。

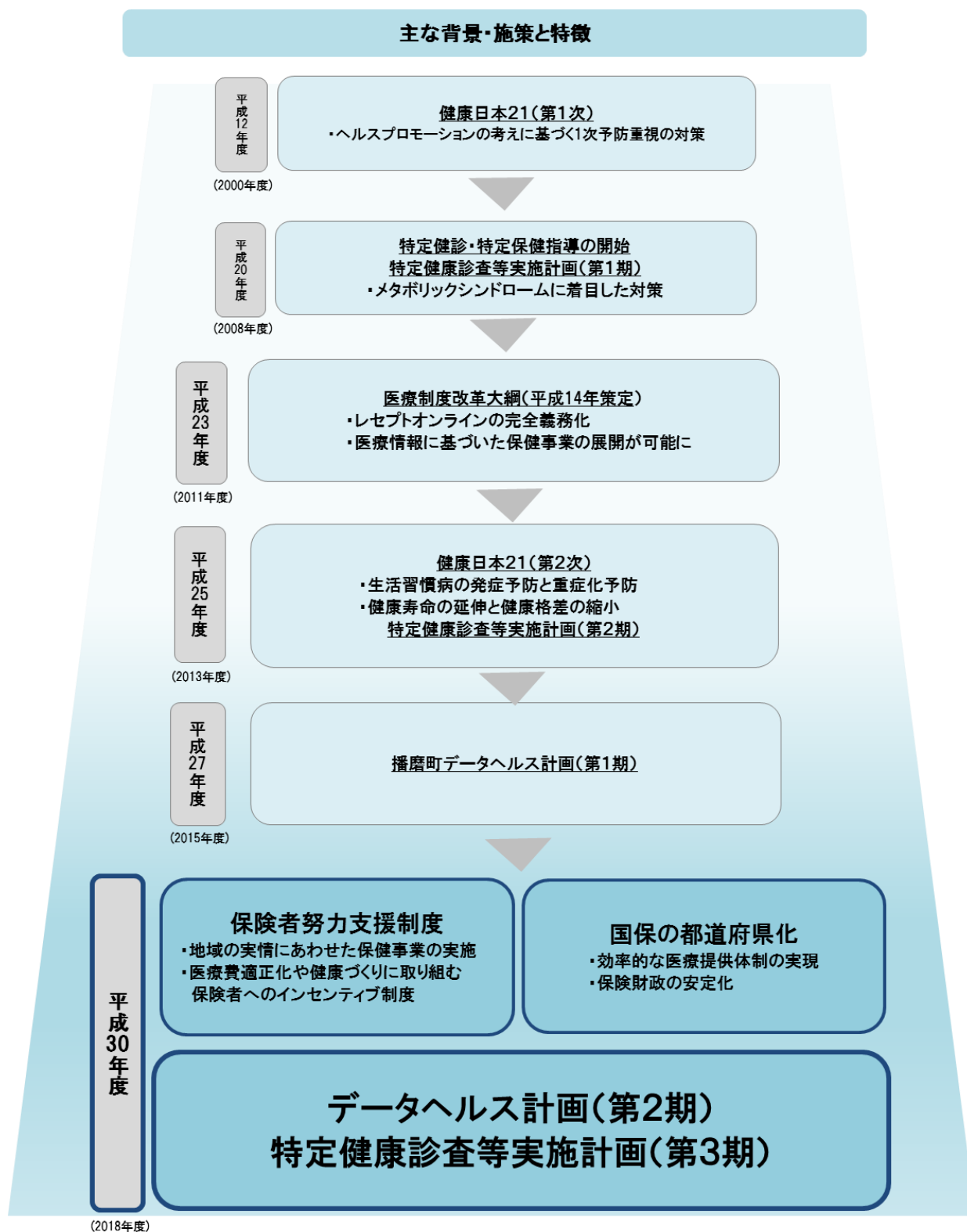
播磨町（以下「本町」という。）においても、平成 28 年 3 月に「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の第 1 期計画を策定し、国保加入者の生活習慣病^{注2}対策をはじめとする健康増進や重症化予防等の保健事業を実施してきました。

本計画は、これまでの実施結果等を踏まえ、今後も本町国保加入者の生活習慣病対策をはじめとする保健事業の実施をすすめ、健康寿命の延伸と将来の医療費抑制の実現を目指すものです。

注 1) ポピュレーションアプローチ：まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること

注 2) 生活習慣病：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

図表 1 主な背景・施策と特徴

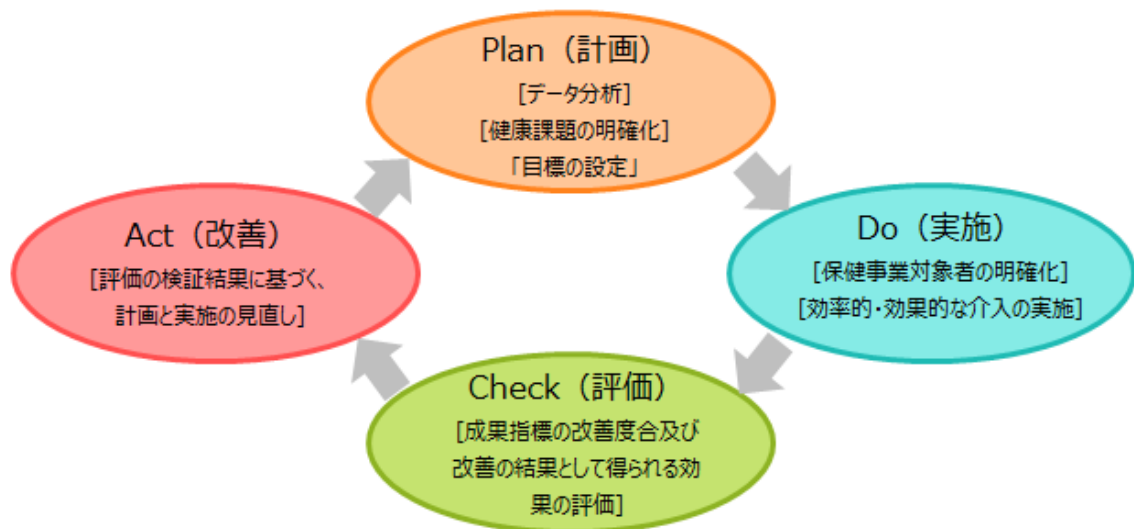


出所：厚生労働省資料からまとめたもの

2) P D C Aサイクルとは

P D C Aサイクルとは、事業活動による成果・実績管理と改善を円滑に進める技法のひとつです。状況の分析を通して組織の課題や事業目標の「計画」(Plan)、計画に沿った事業の「実施」(Do)、設定した評価指標に基づいた事業の「評価」(Check)、評価の検証結果に基づく更なる事業の「改善」(Act.)という4つの段階に事業活動を分解し、事業サイクルを回していきます。

図表 2 保健事業のP D C Aサイクル



出所：厚生労働省資料からまとめたもの

3) データヘルス計画の位置づけ及び計画期間

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、健康格差を縮小することにあります。特に、脳血管疾患・虚血性心疾患・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、脂質異常症、糖尿病や肥満といった生活習慣病の発症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（以下、「メタボ」という。）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、地域統計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、P D C A サイクル技法によって効果的・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狙いがあります。

図表 3 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第2次）



出所：厚生労働省資料

「データヘルス計画」、「特定健康診査等実施計画」と「健康日本21」の位置関係について、まとめたものが図表 4 です。データヘルス計画は、特定健診の結果やレセプト等の健康・医療データを分析し、P D C A サイクルに沿った保健事業の実施を推進するための計画であり、他の計画との整合性を図りながら、その特性を十分に活用することで、事業の実効性を高め「健康日本21（第2次）」を着実に推進していく狙いがあります。

図表 4 データヘルス計画の位置づけ

	データヘルス計画 (第1期)	データヘルス計画 (第2期)	特定健康診査等 実施計画 (第3期)	健康日本21 (第2次)
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	医療保険者		医療保険者	都道府県：義務 市町村：努力義務
計画期間	平成 26～29 年度 (2014～2017 年度)	平成 30～35 年度 (2018～2023 年度)	平成 30～35 年度 (2018～2023 年度)	平成 25～34 年度 (2013～2022 年度)
対象者	国保加入者		国保加入者 (40-74 歳)	国民
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、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図りつつ、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データ分析に基づいて、地域の実情にあった保健事業をP D C Aサイクルで効果的・効率的に実施する		特定健診及び特定保健指導を円滑に実施する	健康寿命延伸と健康格差縮小を目的とし、国民の健康増進の総合的な推進を図る

出所：厚生労働省資料からまとめたもの

計画期間は、平成 30 年度(2018 年度)から平成 35 年度(2023 年度)までの 6 年間とします。

図表 5 データヘルス計画及び関連計画の実施期間

平成 25 年度 (2013 年度)	...	平成 30 年度 (2018 年度)	...	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)

第 2 章 現状の整理

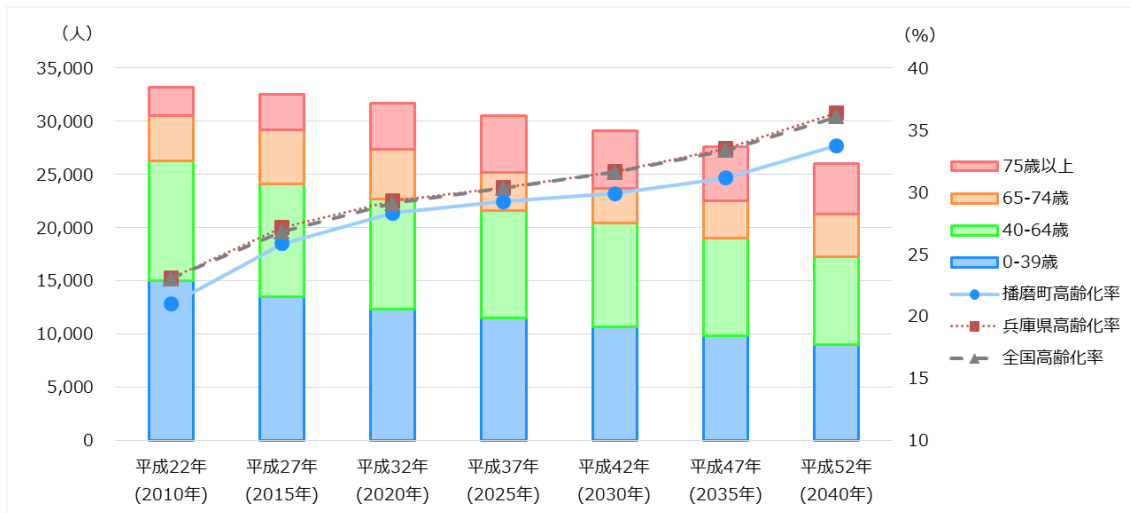
1) 本町の特性

(1) 人口の推計

平成 25 年 3 月時点の推計では、平成 22 年以降、人口は緩やかに減少し、平成 52 年（2040 年）には 26,045 人まで減少する見込みとなっています。しかし、高齢化率は上昇傾向にあり、平成 22 年は 21.0%でしたが、平成 52 年（2040 年）には 33.7%程度と推計されています。国及び県の高齢化率をやや下回っていますが、同様に上昇傾向にあります。

医療費は年齢が上がるにつれて増加する傾向があるため、このような高齢化率の上昇が国保の医療費増加にも大きく影響すると考えられます。

図表 6 人口の推計

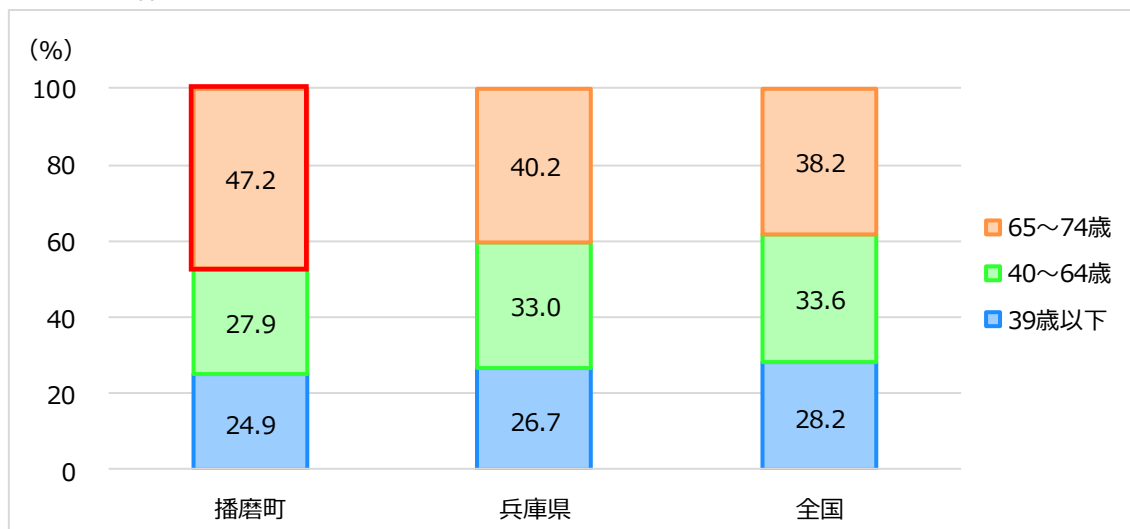


出所：国立社会保障・人口問題研究所（平成 25 年 3 月推計）「日本の地域別将来推計人口」

(2) 国保加入者の状況

国保加入者の構成割合をみると、高齢者が 47.2%を占めており、国及び県を上回っています。人口の推計では国及び県の高齢化率を下回っていたことを考えれば、本町の国保加入者がいかに高齢者によって構成されているかがわかります。

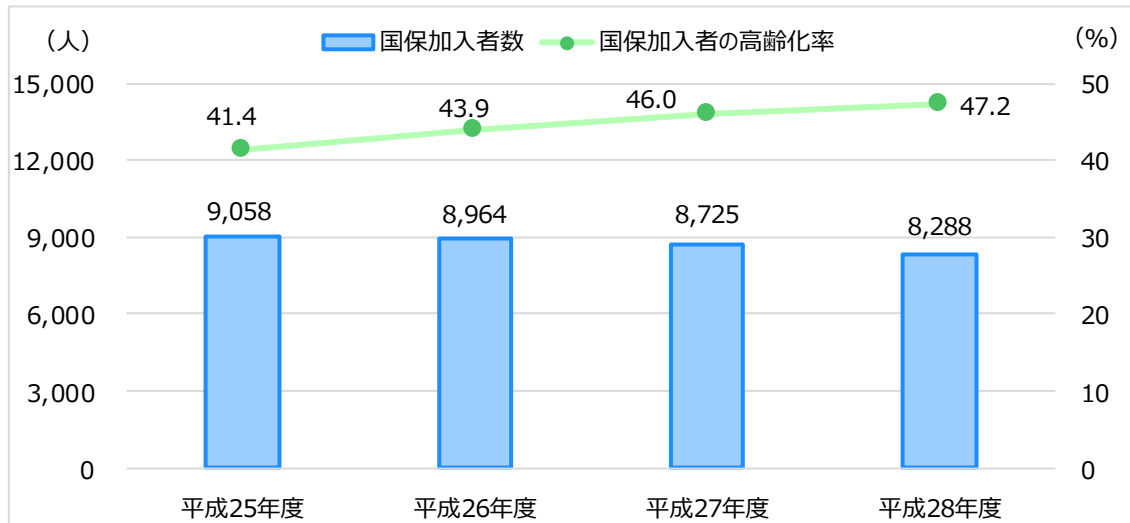
図表 7 国保加入者の構成比較



出所：国保データベースシステム（KDB） 地域の全体像の把握（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

国保加入者数は減少傾向にありますが、国保加入者の高齢化率は上昇傾向にあります。

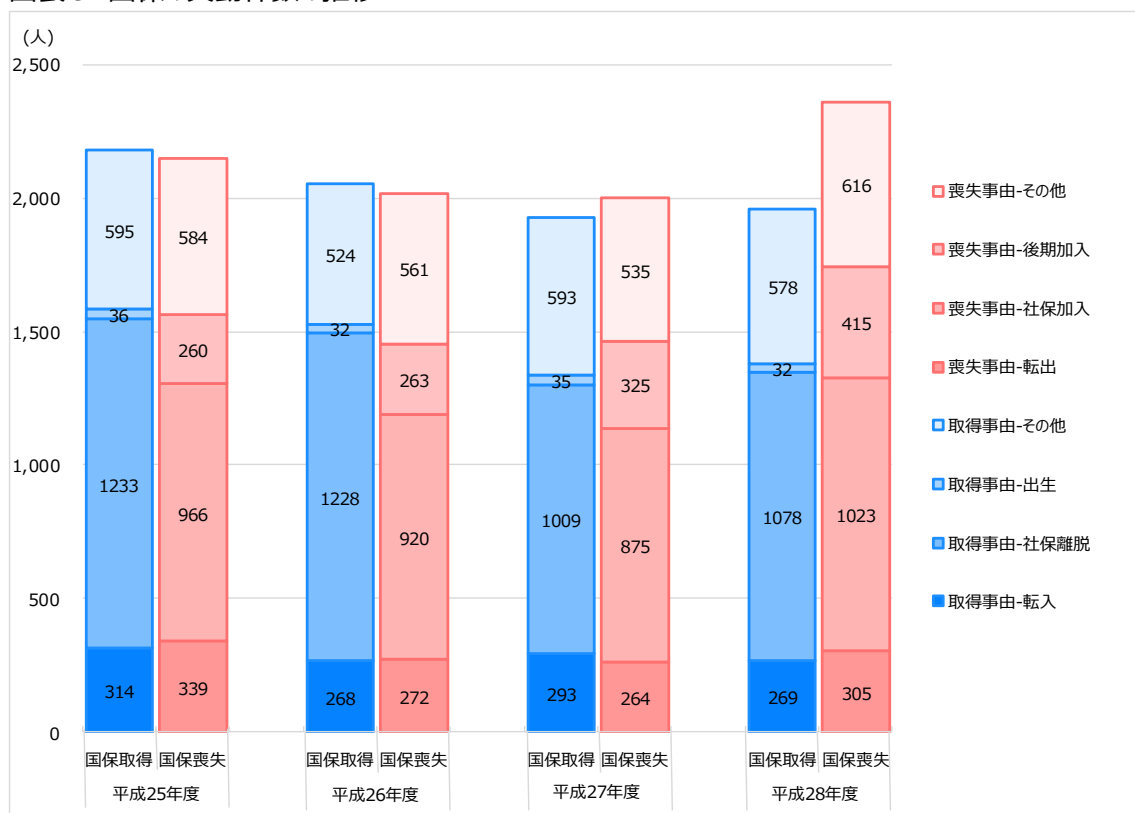
図表 8 国保の加入者の人数と高齢化率の推移



出所：国保データベースシステム（KDB） 地域の全体像の把握

本町の国保の異動件数は、平成28年度では国保喪失が国保取得を大きく上回っています。また異動事由の多くを、社会保険（以下「社保」という。）加入に伴う国保からの離脱（以下「社保加入」という。）、及び社保離脱に伴う国保への加入（以下「社保離脱」という。）が占めている状況です。近年の傾向では、社保加入や後期高齢者医療（以下「後期」という。）加入^{注1}での国保喪失が増加傾向、社保離脱での国保取得が減少傾向にあり、国保加入者数の減少につながっているといえます。また平成28年10月1日から社保への加入要件が緩和されたことなども影響していると考えられます。

図表9 国保の異動件数の推移



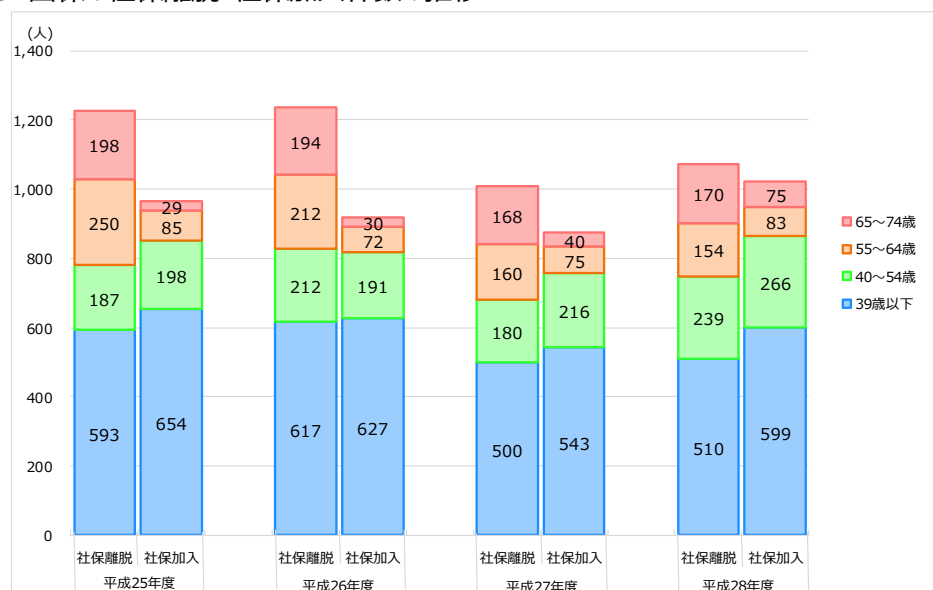
※当集計に計上していない異動データ（取消、変更など）もあるため、実際の国保加入、離脱件数とは一致しません。

出所：播磨町国保異動データをまとめたもの

注1）後期高齢者医療加入：75歳年齢到達または、65歳以上75歳未満で一定程度の障害があり、認定を受けた者が後期高齢者医療に加入する

社保離脱及び社保加入の年齢ごとの異動件数について、39 歳以下では社保加入が社保離脱を上回っていますが、高齢になるにつれて社保離脱が社保加入を上回ります。社保からの離脱、社保への加入により、出生や後期加入などでの通常の人口動態以上に、国保加入者の高齢化が進んでいるといえます。

図表 10 国保の社保離脱・社保加入件数の推移



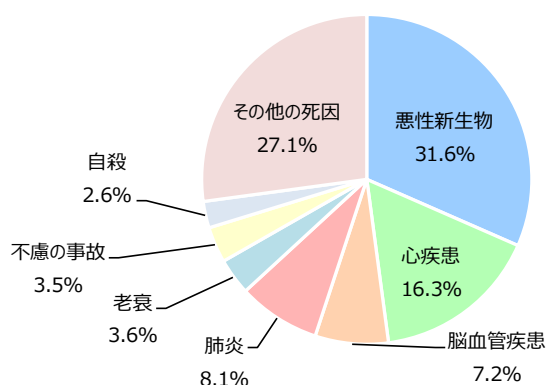
※当集計に計上していない異動データ（取消、変更など）もあるため、実際の国保加入、離脱件数とは一致しません。

出所：播磨町国保異動データをまとめたもの

(3) 死因の状況

本町の死因の状況を見ると、悪性新生物が 31.6%と最も多くを占めており、次いで心疾患、脳血管疾患となっています。悪性新生物と心疾患、脳血管疾患にて、死因の半分以上を占めています。

図表 11 死因別死亡割合（播磨町）



出所：兵庫県 人口動態調査（平成 24 年～28 年） 端数処理のため、合計は 100%になりません

主要死因別標準化死亡比（SMR）^{注1}をみると、男性では「悪性新生物」「糖尿病」「高血圧性疾患」「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」などの主要な死因がすべて国の数値を超えています。女性では「悪性新生物」「心疾患」「腎不全」が国の数値を超えており、特に「心不全」が国、県と比べても大きく上回っています。

図表 12 主要死因別標準化死亡比（SMR）

	男性		女性	
	播磨町	兵庫県	播磨町	兵庫県
悪性新生物	113.8	104.1	106.0	101.9
糖尿病	123.6	103.4	79.8	104.8
高血圧性疾患	103.4	95.7	88.6	105.9
心疾患	112.1	95.3	147.9	100.1
急性心筋梗塞	151.0	116.6	175.8	118.9
その他虚血性心疾患	59.9	80.9	43.5	79.5
心不全	144.3	105.6	211.2	107.8
脳血管疾患	102.7	93.0	83.6	90.6
くも膜下出血	100.4	111.8	46.1	92.3
脳内出血	87.9	91.2	82.9	91.1
脳梗塞	111.1	89.9	88.8	89.3
腎不全	132.4	98.5	135.9	107.5

※黄色かつ太字：主要死因別標準化死亡比（SMR）が120以上

出所：兵庫県（平成23年～27年）

注1）主要死因別標準化死亡比（SMR）：国を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国より死亡率が高いと判断される

2) 前期計画の振り返り

(1) 前期計画の事業対象者

平成 28 年 3 月に策定した前期計画『保健事業実施計画（データヘルス計画）』で設定した対象者グループと、実施する保健事業の対策種類、管理指標についてまとめます。前期計画では、生活習慣病の新規重症化疾患群患者の 2 年前の状況に応じて対象者グループ分けを行い、特に対策効果が高いと思われるグループを選定しました。

前期計画における保健事業の実施状況、管理指標に対する達成状況等を評価するとともに、前期の計画全般について考察を行ったうえで、第 2 期の計画へつなげます。具体的な目標値に対する実績値を、次頁からまとめます。

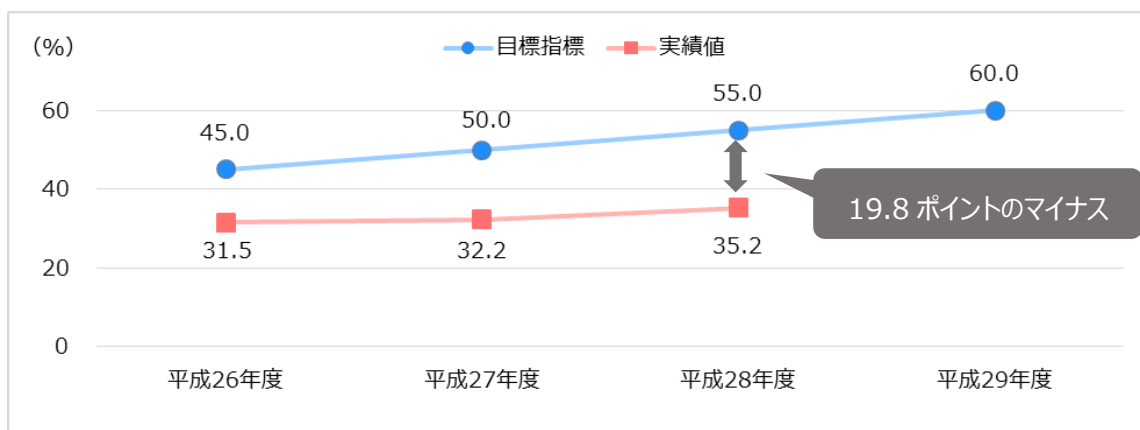
図表 13 前期計画の対象者グループと実施施策まとめ

対象者グループ	保健事業の 対策種類	推奨保健事業の 管理指標
特定健診を受診していないが、 レセプト情報はある	特定健診対策	健診受診率
特定健診を受診しておらず、 レセプト情報も無い	特定健診対策	健診受診率
特定健診を受診しており、 保健指導対象者だが未利用	特定保健指導対策	保健指導実施率
特定健診を受診しており、 受療勧奨者であるが、レセプト情報がない	要治療者対策	治療率

(2) 特定健診対策の振り返り

前期計画では、特定健診対策として、特定健診受診率を平成 29 年度に国の指針である 60.0%まで引き上げることを目標として、年度ごとの目標指標を設定しました。実施施策により受診率は上昇しているものの、目標とする国の指標が高いため、平成 28 年度の時点で、実績値は目標値と比べ 19.8 ポイントのマイナスとなっています。

図表 14 特定健診の目標指標と実績値



出所：法定報告値

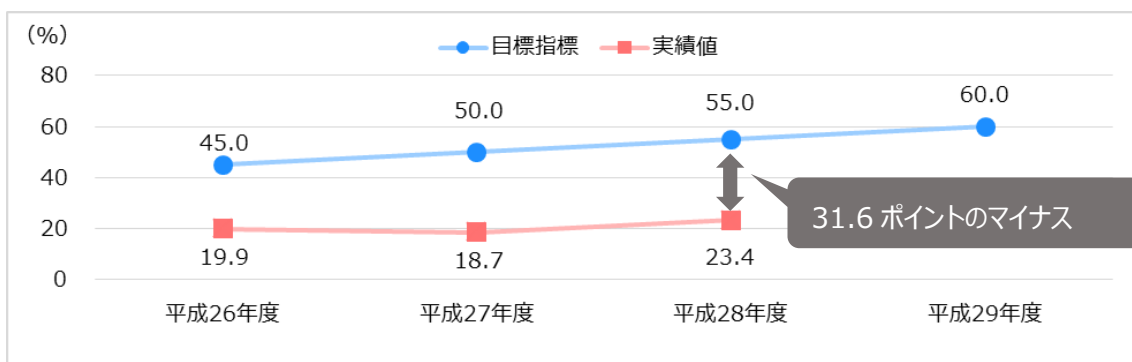
図表 15 特定健診対策の主な実施施策

実施施策	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診未受診者全員に対し受診勧奨封書を送付	→			
未受診者に対し、在宅保健師による電話での受診勧奨	約 1,000 件	約 1,000 件	約 1,000 件	約 1,000 件
性別、生活習慣病治療有無に応じてメッセージを変えた受診勧奨はがきを送付			4,974 件	
年齢、新規対象者、生活習慣病治療有無に応じてメッセージを変えた受診勧奨はがきを通知。また 1 月に再勧奨（リコール）はがき及び封書を送付				4,817 件

(3) 特定保健指導対策の振り返り

前期計画では、特定保健指導対策として、特定保健指導実施率を平成 29 年度に 60.0%まで引き上げることを目標として、年度ごとの目標指標を設定しました。実施施策により受診率は上昇しているものの、目標とする国の指標が高いため、平成 28 年度の時点で、実績値は目標値と比べ 31.6 ポイントのマイナスとなっています。

図表 16 特定保健指導の目標指標と実績値



出所：法定報告値

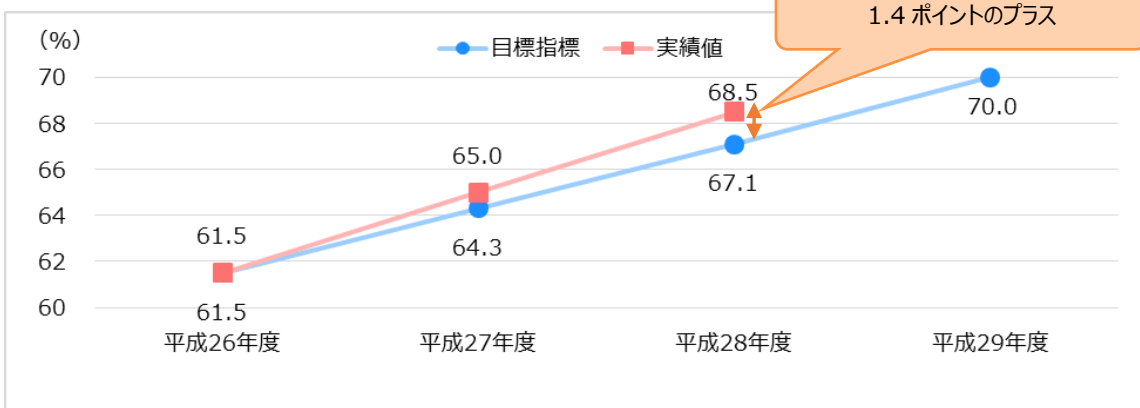
図表 17 特定保健指導対策の主な実施施策

実施施策	26年度	27年度	28年度	29年度
対象者に対し、電話にて利用勧奨	→			
未利用者に対し、保健師、栄養士などの専門職による電話での利用勧奨	→			
運動目標をたてた人のうち希望者に対して、運動施設利用券を発行		→		
未利用者のうち、連絡がつかない人への訪問				→

(4) 要治療者対策の振り返り

前期計画では、要治療者対策として、要治療者の治療率を平成 29 年度に 70.0%まで引き上げることを目標として、年度ごとの目標指標を設定しました。「笑顔かがやき隊」「健康相談」などの保健指導施策で、指導対象者であるリスク保有者のうち、必要者に受診勧奨した効果もあり、平成 28 年度の時点で、実績値は目標値と比べ 1.4 ポイントのプラスとなっています。平成 29 年度では要治療者への治療勧奨も実施しており、さらなる治療率の向上が期待できます。

図表 18 要治療者対策の目標指標と実績値



出所：医療費分析ツール「Focus」

図表 19 要治療者対策の主な実施施策

実施施策	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度
広報「はりま」や健康づくり教室での、健康の普及啓発	→			
生活習慣病のリスク保有者に対して、笑顔かがやき隊 ^{注1} 、健康相談を実施	→			
要治療者に対して、栄養士による電話での治療勧奨。2 か月後に治療したかどうか、再度電話確認				→

注 1) 笑顔かがやき隊：特定健診受診者のうち、特定保健指導の対象外で、生活習慣の改善が必要な人への保健指導事業

(5) 対象者グループの移り変わり

前期計画では、生活習慣病の新規重症化疾患群患者の2年前の状況に応じて対象者グループ分けを行いました。平成28年度時点でも同様のグループ分けを行い、対象者グループの割合の移り変わりをみると、特定健診未受診者で治療中の人の割合が上昇しています。治療中の人でも、特定健診で治療中の疾患以外の生活習慣病リスクを知り、予防できていなければ、新規重症化していることがわかります。

図表 20 新規重症化疾患群患者の2年前の状況

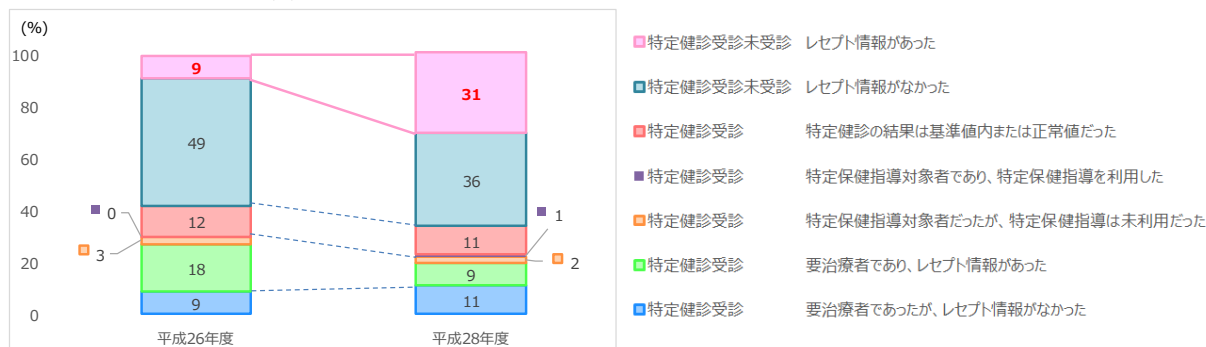
各2年前の状況		平成26年度 新規重症者	平成28年度 新規重症者
特定健診未受診	レセプト情報があった (医療機関を受診していた)	9%	31%
	レセプト情報がなかった(医療機関を受診していなかった)	49%	36%
特定健診受診	特定健診の結果は基準値内または正常値だった	12%	11%
	特定保健指導対象者であり、特定保健指導を利用した	0%	1%
	特定保健指導対象者だったが、特定保健指導は未利用だった	3%	2%
	要治療者 ^{注1} であり、レセプト情報があった(医療機関を受診していた)	18%	9%
	要治療者 ^{注1} であったが、レセプト情報がなかった(医療機関を受診していなかった)	9%	11%

※平成26年度新規重症者と平成28年度新規重症者では、対象が異なるため、同一人の状況ではない。

注1) 要治療者：特定健診受診者のうち、受診勧奨値を超えている人

出所：医療費分析ツール「Focus」 端数処理のため、合計は100%になりません

図表 21 新規重症化疾患患者の2年前の状況



出所：医療費分析ツール「Focus」 端数処理のため、合計は100%になりません

(6) 前期計画の考察

特定健診受診率、特定保健指導実施率については、国の「特定健康診査等基本指針」にて第2期計画期間の最終年度における市町村国保の目標を60%としており、本町においてもそれに合わせた目標指標を設定しています。目標指標と比べ実績値は乖離していますが、実施施策の効果により特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに年々上昇しており、特に特定保健指導実施率は前年度から大幅に上昇しています。

要治療者の治療率は、「笑顔かがやき隊」「健康相談」などの保健指導施策で、指導対象者である生活習慣病リスク保有者に受診勧奨を行った効果もあり、実績値は目標指標を達成しています。

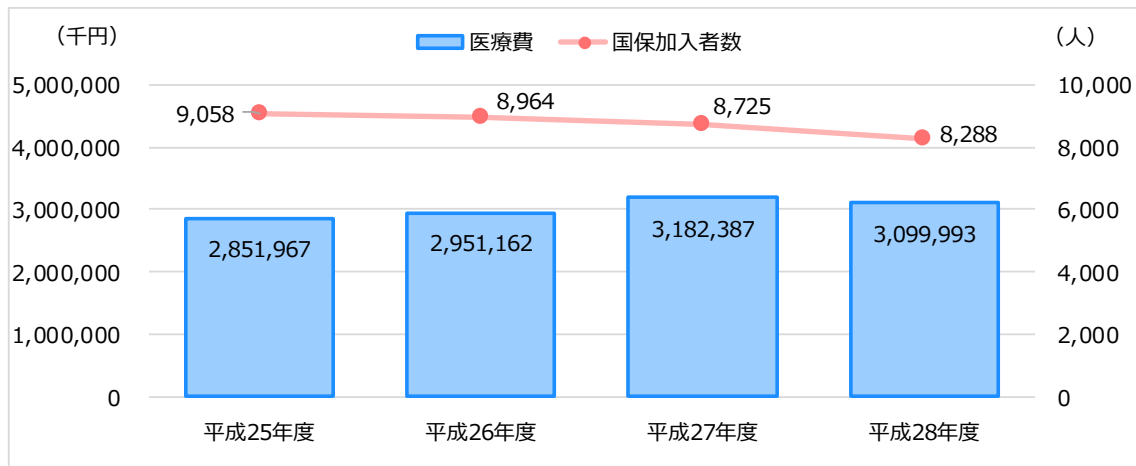
前期計画では、特定健診受診率、特定保健指導実施率、要治療者の治療率を目標指標として取り組みましたが、生活習慣の改善でリスク保有者の健康状態が本当に改善したのか、保有リスクに対応した適切な治療行動に結びついていたのかを計る指標がありませんでした。前期計画を見直し、第2期計画では、本町で健康課題となっている疾病に着目し、具体的な重症化対策施策、目標指標の設定を行います。

3) 医療費の状況

(1) 国保加入者の医療費状況

国保加入者の医療費は、平成25年度には約28億5,196万円でしたが、右肩上がり続け、平成27年度には高額な抗ウイルス剤が保険適用となった影響などもあり、約31億8,238万円まで上昇しました。平成28年度は、診療報酬改定で高額な医薬品含め全体の薬価が下がり、また国保加入者の減少も影響して、約30億9,999万円まで減少しています。

図表 22 年間医療費の推移



出所：国保データベースシステム（KDB） 市区町村別データ

図表 23 近年に保険適用となった主な高額医薬品の推移

種類	品目	平成 26 年度		平成 27 年度		平成 28 年度	
		レプト件数	レプト金額 (千円)	レプト件数	レプト金額 (千円)	レプト件数	レプト金額 (千円)
抗ウイルス剤	ソバルディ錠	0	0	10	20,034	2	3,750
	ハーボニー配合錠	0	0	12	28,058	13	20,366
	ヴィキラックス配合錠	0	0	0	0	0	0

※近年に保険適用となったC型肝炎治療薬であり、平成 27 年度よりレプト件数があがるようになりました。

※平成 28 年度は診療報酬改定にて薬価は下がりました。

出所：医療費分析ツール「Focus」

平成 28 年度の医薬品トップ 10 では、単価が高額な医薬品が上位にきていますが、単価が安い生活習慣病に関連する医薬品についても件数が多いため上位に位置しており、近年同様の傾向が続いています。

図表 24 医薬品トップ 10

H28 順位	H27 順位	H26 順位	種類	レプト件数 ^{注1}	レプト金額 ^{注2} (千円)	数量×回数×単価 ^{注3} (千円)
1	1	1	その他の循環器官用薬	13	46,800	37,481
2	2	3	その他の腫瘍用薬	90	44,359	26,496
3	-	2	抗ウイルス剤	13	20,366	19,891
4	6	7	高脂血症用剤	4,192	159,286	11,404
5	5	6	糖尿病用剤	2,283	80,840	11,232
6	-	-	抗腫瘍性植物成分製剤	14	13,208	10,082
7	-	-	その他の腫瘍用薬	22	9,735	9,187
8	7	9	血管拡張剤	8,925	306,082	8,946
9	-	-	その他の腫瘍用薬	13	9,983	8,664
10	-	-	消化性潰瘍用剤	1,786	148,298	8,618

※医薬品の数量×回数×単価が多い順に並べています。

※太字：生活習慣病に関連するレプト件数が多い医薬品

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

注 1) レプト件数：該当種類の医薬品が含まれるレプトの件数

注 2) レプト金額：該当種類の医薬品が含まれるレプト 1 件あたりの金額の合計

注 3) 数量×回数×単価：医薬品のレプト 1 件あたりの数量、回数、単価を掛け合わせた医薬品金額

(2) 医療費に占める生活習慣病の割合

平成 28 年度の主病名ごとの医療費トップ 10 では、生活習慣病に関連する疾患が上位を占めており、近年同様の傾向が続いています。

図表 25 主病名ごとの医療費トップ 10

H28 順位	H27 順位	H26 順位	ICD10	主病名	費用額 (千円)	費用額 割合	レプト 件数	件数 割合
1	1	1	I10	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	227,009	7.91%	12,807	16.10%
2	4	5	N18	慢性腎不全	115,388	4.02%	299	0.38%
3	2	3	F20	統合失調症	105,669	3.68%	1,108	1.39%
4	3	2	E14 ^{注1}	分類不明の糖尿病	102,335	3.57%	2,691	3.38%
5	7	4	I63	脳梗塞	85,095	2.97%	764	0.96%
6	-	-	C34	気管支及び肺の悪性新生物	73,980	2.58%	260	0.33%
7	6	8	E11	インスリン非依存性糖尿病<NIIDDM>	72,589	2.53%	2,096	2.64%
8	5	6	E78	リポたんぱく<蛋白>代謝障害及びその他の脂(質)血症	61,309	2.14%	3,708	4.66%
9	9	7	H52	屈折及び調節の障害	53,086	1.85%	3,816	4.80%
10	8	9	I27	その他の肺性心疾患	51,897	1.81%	32	0.04%

※播磨町国保加入者の平成 28 年度レセプトデータ全件です。主病名の ICD10 コードの名称を表示しています。

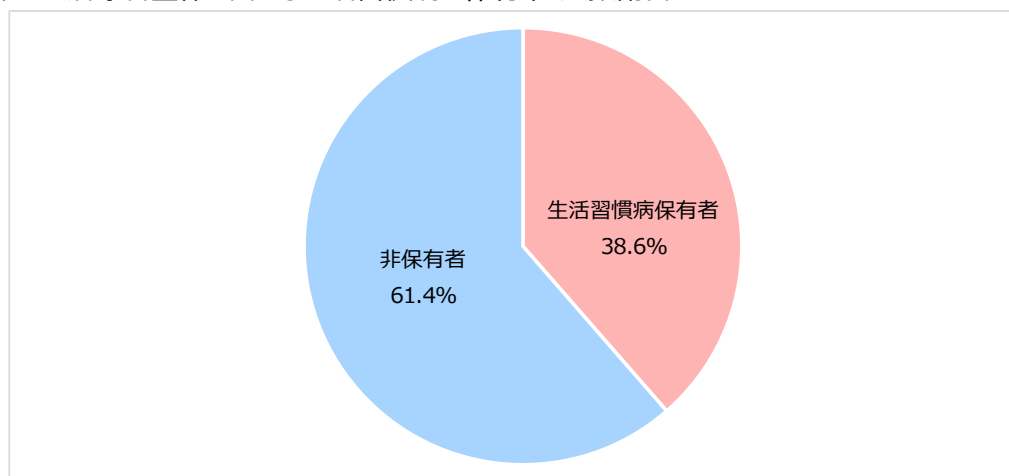
※太字：生活習慣病に関連する疾病

※注 1) E14 分類不明の糖尿病：「E11 インスリン非依存性糖尿病」「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」に分類されない糖尿病

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

また治療者全体のうち、38.6%の人が生活習慣病を保有しています。

図表 26 治療者全体に占める生活習慣病の保有率-人数割合



出所：国保データベースシステム（KDB） 市区町村別データ（平成 28 年度）

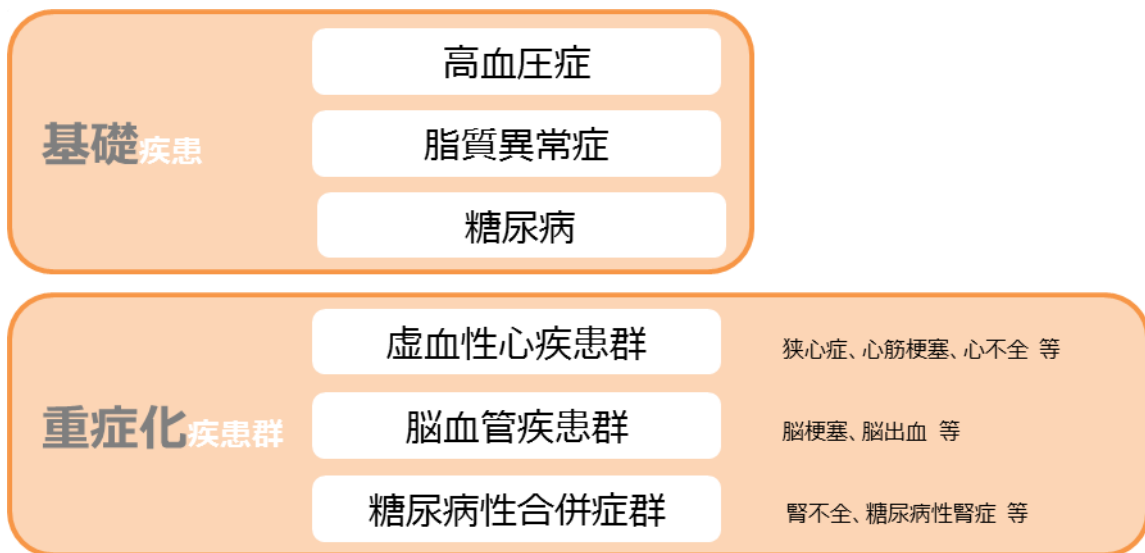
4) 生活習慣病とは

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・進行に關与する疾患群」のことをいいます。

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占める生活習慣病の割合は上昇し、死亡や医療費に占める生活習慣病の割合も上昇しています。

生活習慣病は生活習慣の改善で予防できる病気であり、本計画では、定期的な健診で状態の把握が可能な、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の基礎疾患と、それらの基礎疾患が重症化することにより発症する重症化疾患群に着目した分析を行います。

図表 27 生活習慣病の疾病



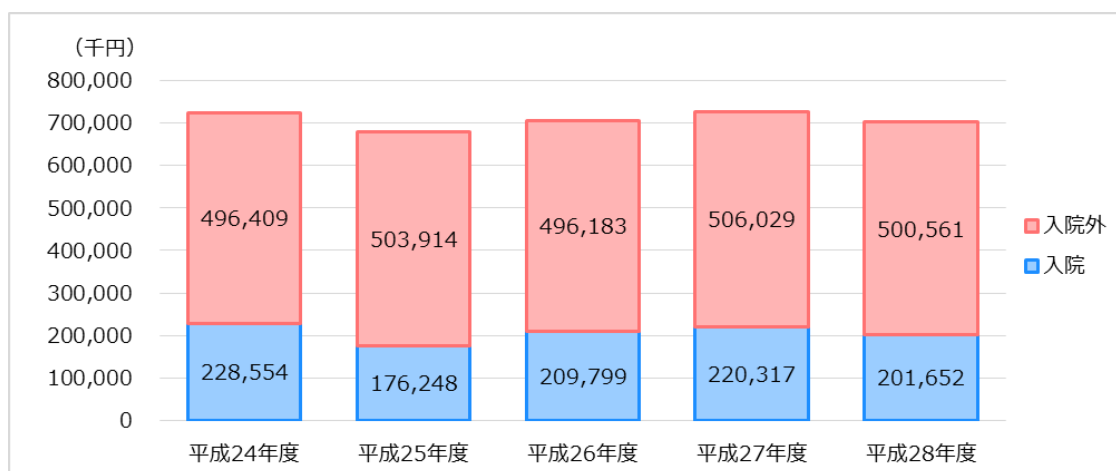
※腎不全は、レセプトに糖尿病が記載されている場合に限りです。

出所：医療費分析ツール「Focus」

生活習慣病にかかる医療費は、入院外にかかる医療費が毎年約 5 億円となっており、人数も多いことから、生活習慣病にかかる医療費の大部分を占めていることがわかります。対して 1 人当たり年間医療費は、平成 28 年度では入院において約 43 万円となっており、入院外を大きく上回っています。

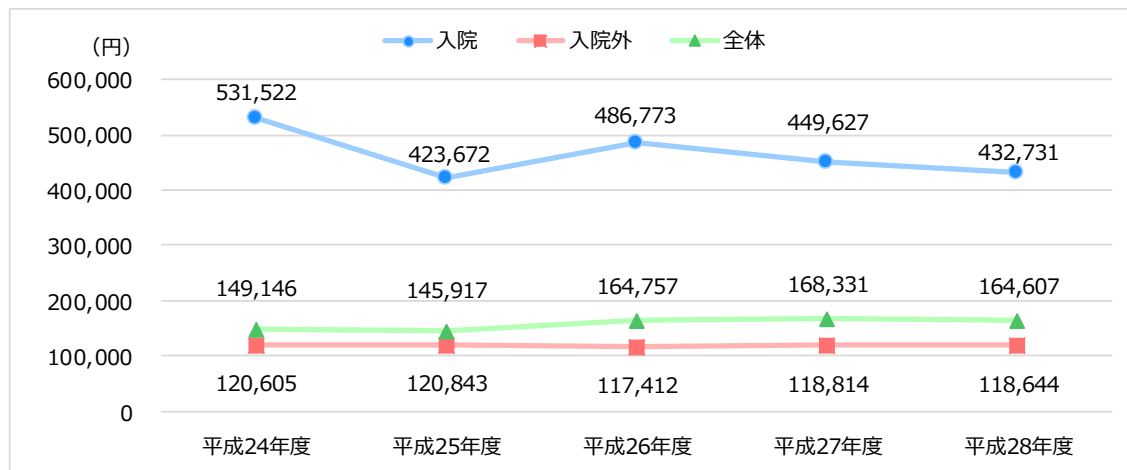
生活習慣病患者の人数を抑制するとともに、入院につながるような重症化を防ぐことが重要といえます。

図表 30 生活習慣病にかかる年間医療費（入院・入院外）



出所：医療費分析ツール「Focus」

図表 31 生活習慣病にかかる 1 人当たり年間医療費（入院・入院外）



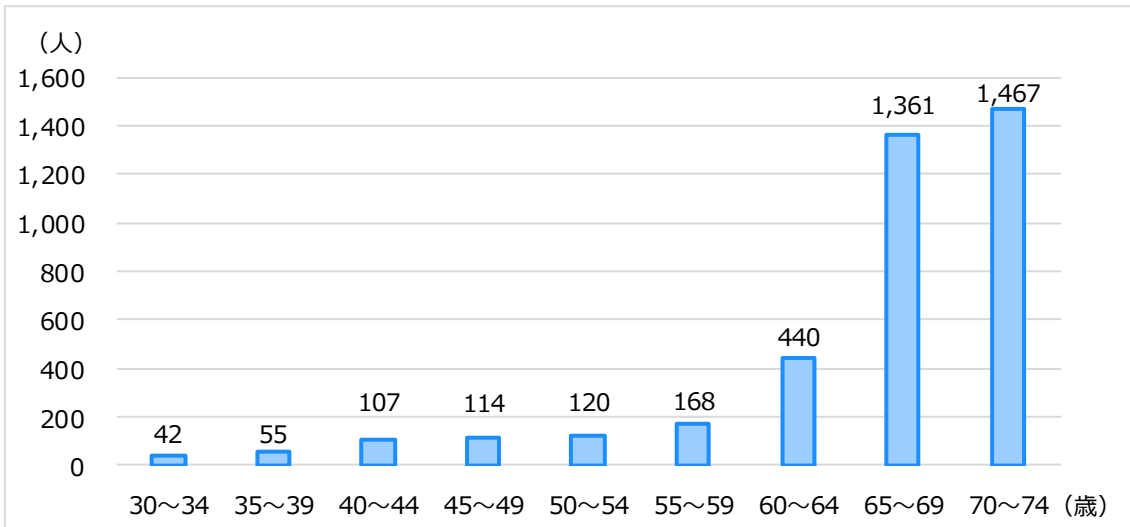
出所：医療費分析ツール「Focus」

(3) 生活習慣病の年齢別の状況

生活習慣病で受診している人数を年齢別で見ると、65歳から大幅に増加しています。大幅に増加する年齢を迎えるよりも前に、早期に対策が必要といえます。

また、生活習慣病1人当たり年間医療費についても、60～64歳がやや高額となっていますが、若年層と比較してもあまり変わらない傾向にあります。生活習慣病に罹患すれば、年齢に関わらず年間約15万～20万円の医療費がかかることがわかります。

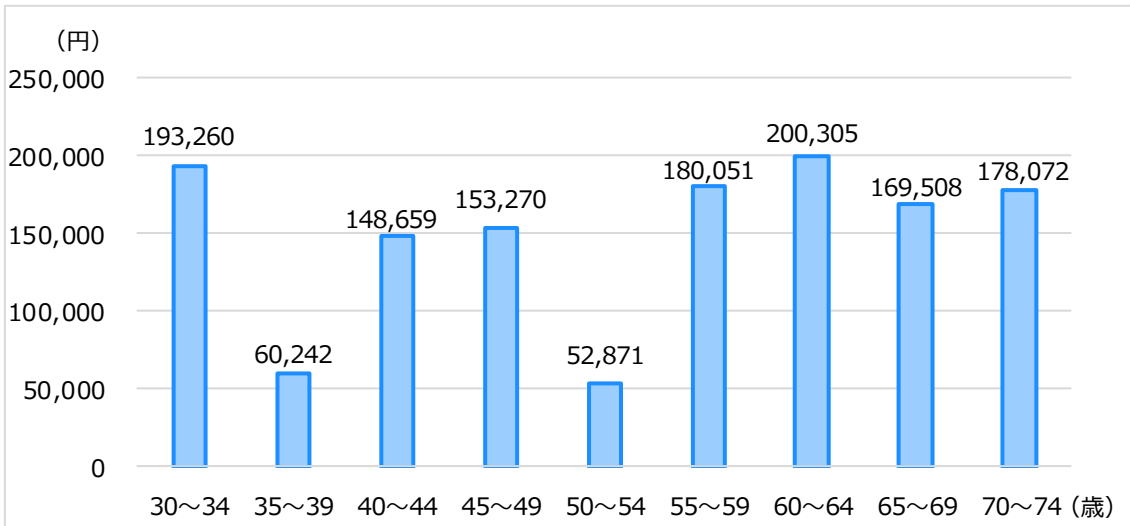
図表 32 生活習慣病患者数



国保加入者のうち、30歳以上を対象にしています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

図表 33 生活習慣病1人当たり年間医療費



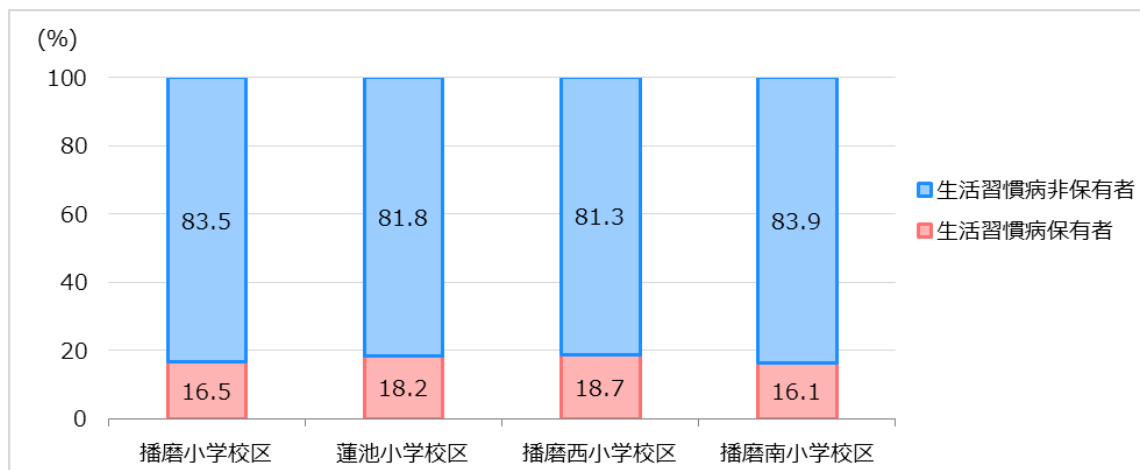
国保加入者のうち、30歳以上を対象にしています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）

(4) 生活習慣病の小学校区別の状況

小学校区別で生活習慣病の保有割合をみると、蓮池小学校区、播磨西小学校区が他小学校区と比較してやや多い傾向にあります。

図表 34 国保加入者に占める生活習慣病保有割合（小学校区ごと）

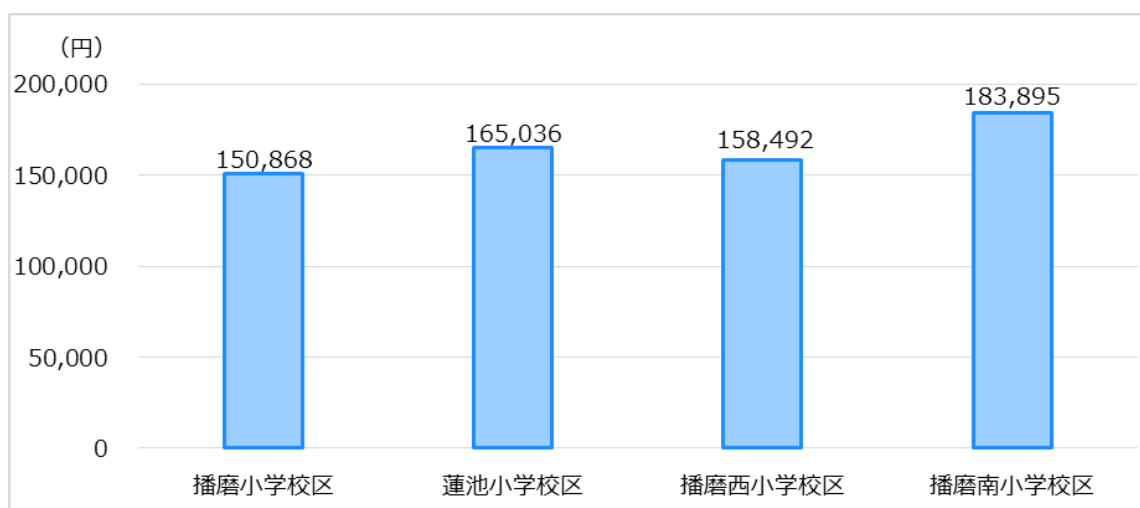


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

生活習慣病 1 人当たり年間医療費を小学校区別でみると、播磨南小学校区がやや高額ではあるものの、各小学校区でほぼ同様の傾向にあります。

図表 35 生活習慣病 1 人当たり年間医療費（小学校区ごと）

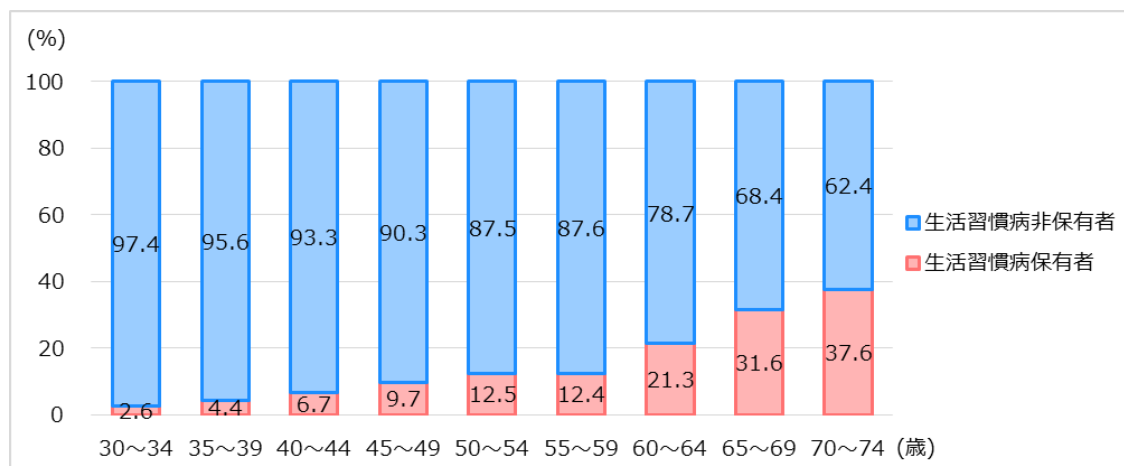


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度）

播磨小学校区の生活習慣病保有割合は年齢が上がるごとに増加していますが、他小学校区と比較しても平均的な傾向です。50歳代前半の割合が、他小学校区と比較してやや高い傾向にあります。

図表 36 生活習慣病保有割合（播磨小学校区）

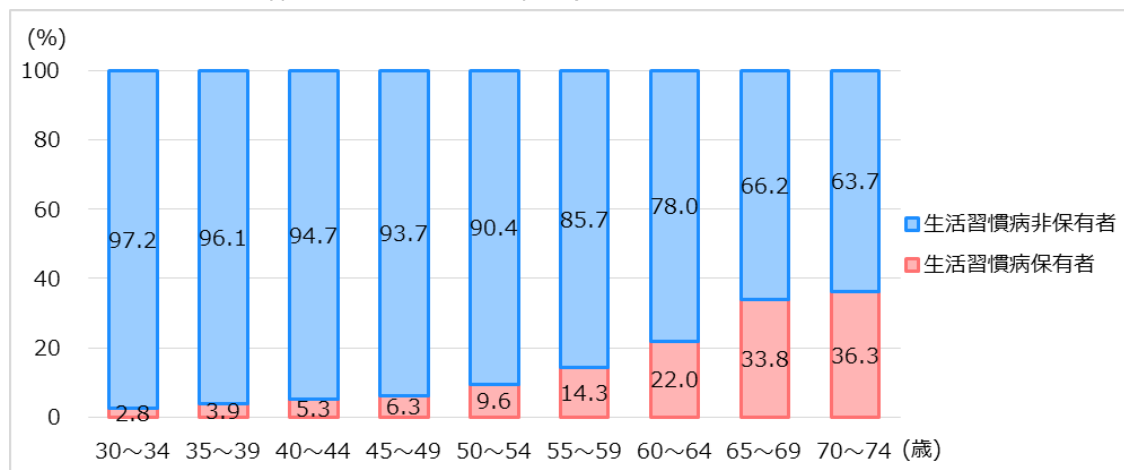


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

蓮池小学校区の生活習慣病保有割合は年齢が上がるごとに増加していますが、他小学校区と比較しても平均的な傾向です。50歳代前半の割合が、他小学校区と比較してやや低い傾向にあります。

図表 37 生活習慣病保有割合（蓮池小学校区）

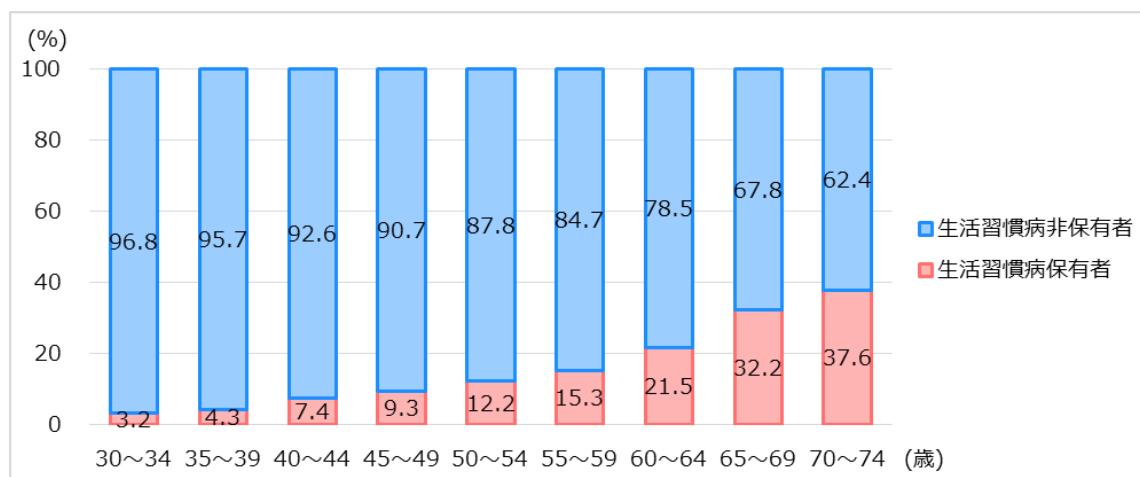


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

播磨西小学校区の生活習慣病保有割合は年齢が上がるごとに増加していますが、他小学校区と比較しても平均的な傾向です。50 歳代前半の割合が、他小学校区と比較してやや高い傾向にあります。

図表 38 生活習慣病保有割合（播磨西小学校区）

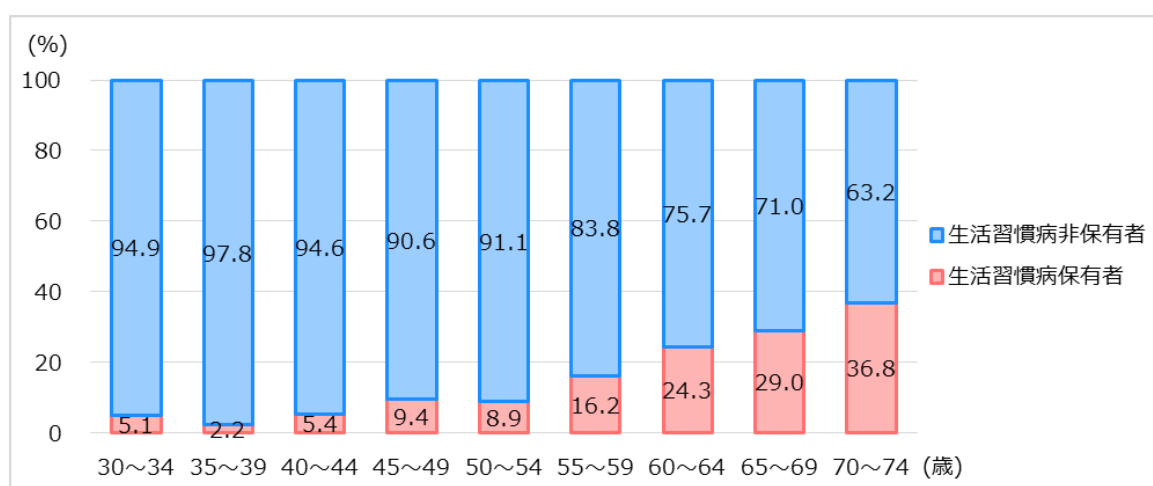


※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

播磨南小学校区の生活習慣病保有割合は年齢が上がるごとに増加していますが、他小学校区と比較しても平均的な傾向です。50 歳代前半、60 歳代後半の割合が、他小学校区と比較してやや低い傾向にあります。

図表 39 生活習慣病保有割合（播磨南小学校区）



※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

6) 糖尿病、糖尿病性合併症群の分析

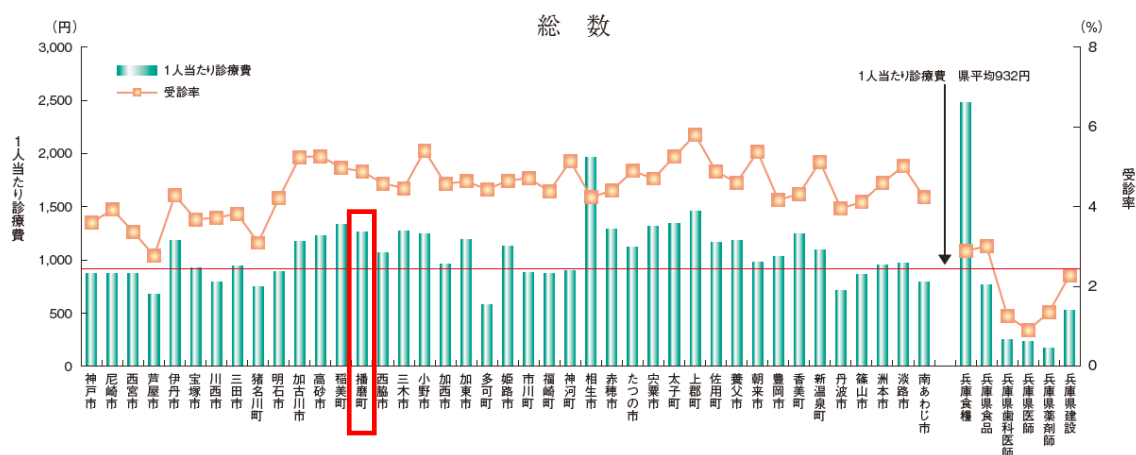
(1) 県内保険者と比較した本町の糖尿病の状況

県内の47保険者で糖尿病の1人当たり診療費（1か月当たり平均）を比較すると、本町は県平均を上回り、県内9位と上位に位置しています。（糖尿病は平成26年から継続して上位（13位→11位→9位）に位置しています）

糖尿病が重症化すると、腎不全や糖尿病性腎症などの糖尿病性合併症群を引き起こすため、重症化を防ぐことが重要です。

図表 40 県内の糖尿病 1人当たり診療費及び受診率の状況

糖尿病の保険者別1人当たり診療費及び受診率（平成28年）



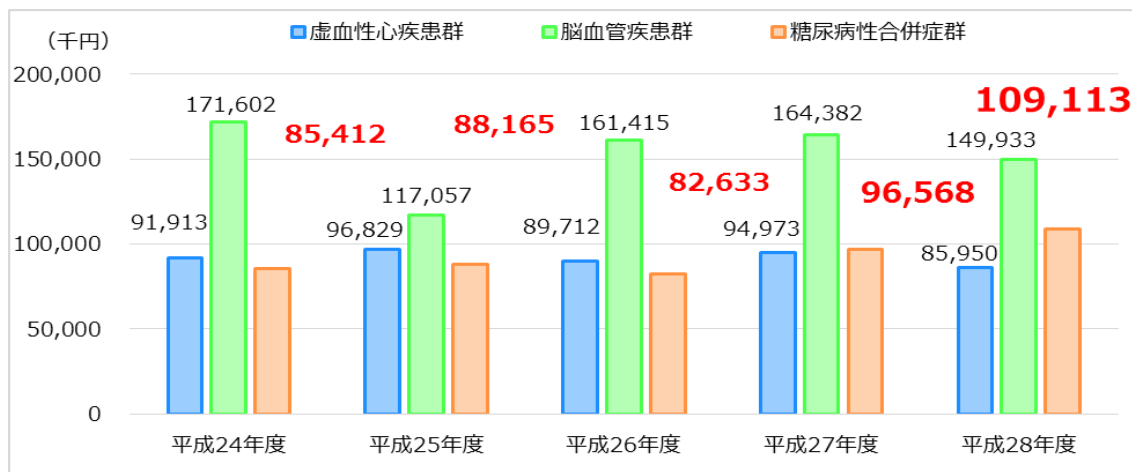
$$1人当たり診療費 = 受診率 \times 1件当たり日数 \times 1日当たり診療費$$

出所：平成28年度疾病分類統計（兵庫県国民健康保険団体連合会）

(2) 本町の生活習慣病重症化疾患群の状況

本町の生活習慣病重症化疾患群の内訳は、医療費で見ると脳血管疾患群がもっとも高額ですが、近年、糖尿病性合併症群が増加傾向にあります。

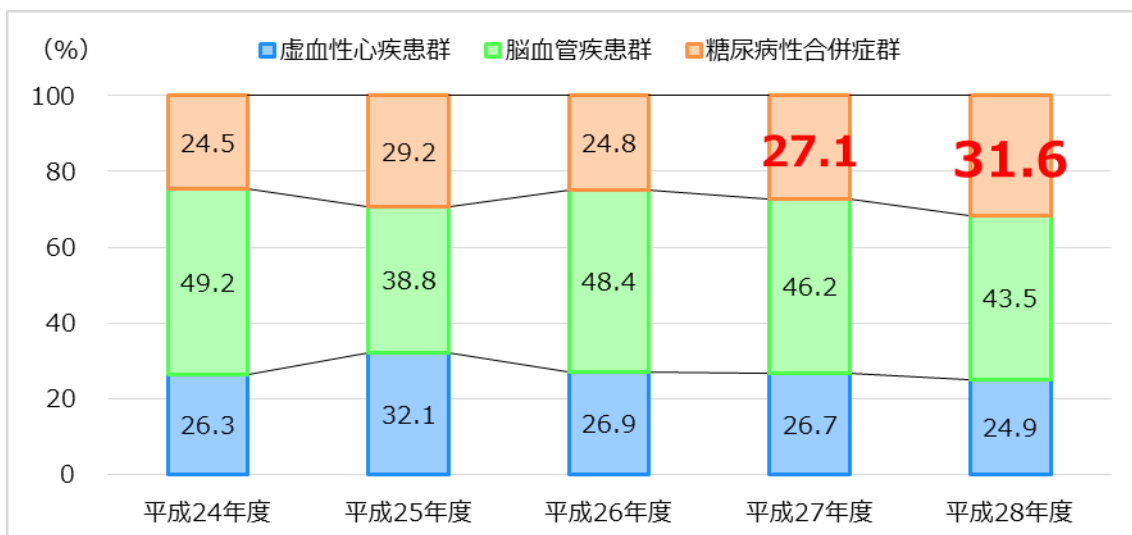
図表 41 重症化疾患群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」

医療費の割合で比較しても、糖尿病性合併症群の割合が、前年度と比べもっとも増加しています。

図表 42 医療費における重症化疾患群の内訳の推移



出所：医療費分析ツール「Focus」 端数処理のため、合計は100%になりません

(3) 糖尿病性合併症群と併発している基礎疾患の状況

糖尿病性合併症群と併発している基礎疾患をみると、90%以上の人が、糖尿病に加えて、脂質異常症、高血圧症の基礎疾患を保有しています。複数の基礎疾患が重なることで、糖尿病がより重症化しやすいことがわかります。

図表 43 糖尿病性合併症群の基礎疾患の重なり

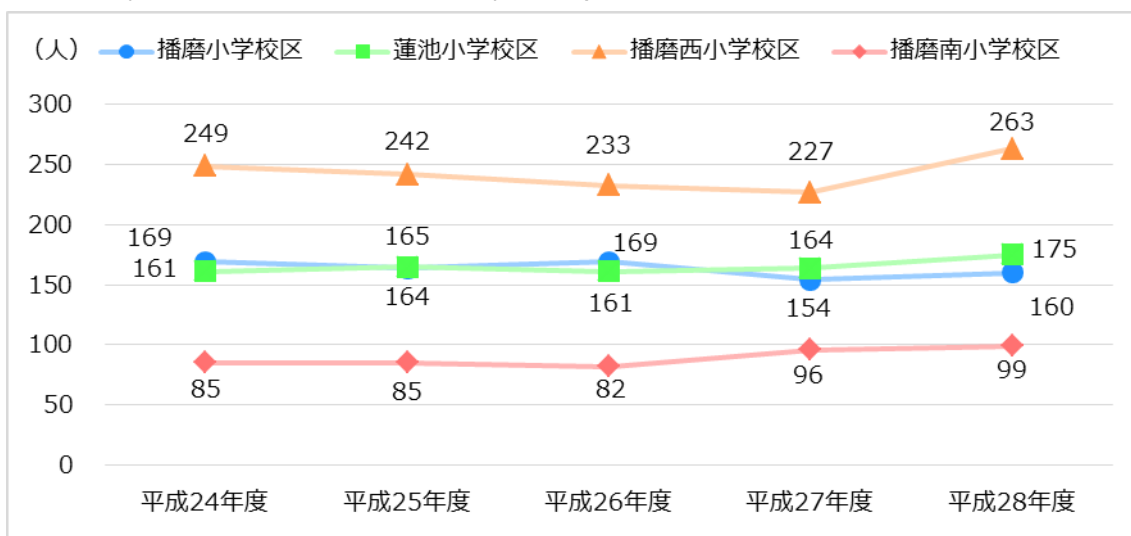
	人数	割合
糖尿病性合併症群 総人数	702 人	100.0%
基礎疾患なし	3 人	0.4%
糖尿病以外の基礎疾患のみ	30 人	4.3%
糖尿病のみ	32 人	4.6%
糖尿病 + 他の基礎疾患を保有する人の割合	637 人	90.7%
糖尿病 + 脂質異常症	119 人	17.0%
糖尿病 + 高血圧症	88 人	12.5%
糖尿病 + 高血圧症 + 脂質異常症	430 人	61.3%

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

(4) 糖尿病性合併症群の小学校区別の状況

糖尿病性合併症群の 1 人当たり年間医療費を小学校区別でみると、播磨小学校区と蓮池小学校区が、特に増加している傾向にあります。

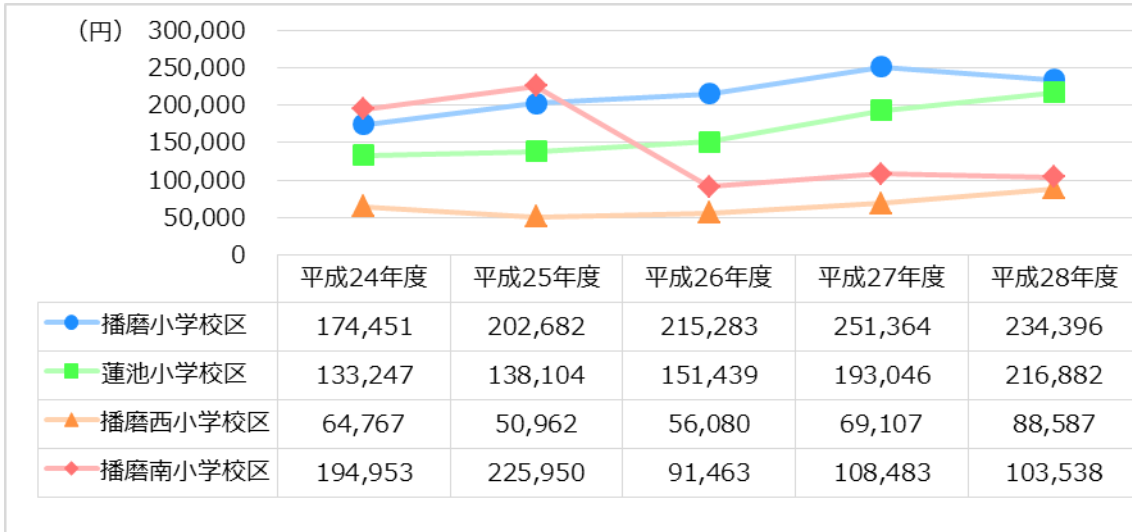
図表 44 糖尿病性合併症群人数（小学校区ごと）



※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」

図表 45 糖尿病性合併症群の 1 人当たり年間医療費（小学校区ごと）



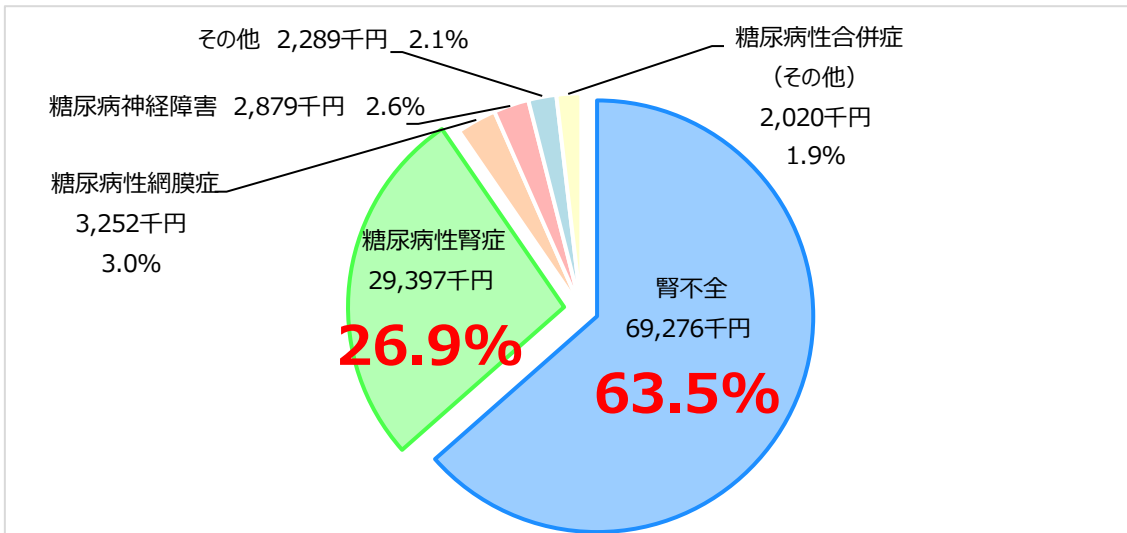
※平成 29 年 11 月時点の小学校区分けで集計しています。

出所：医療費分析ツール「Focus」

(5) 糖尿病性合併症群の医療費状況

本町の糖尿病性合併症群の医療費の内訳は、腎不全が 63.5%と最も多く、次いで、糖尿病性腎症が 26.9%となっています。糖尿病性合併症群の医療費の 90%以上が、人工透析につながる腎不全、糖尿病性腎症で占められています。

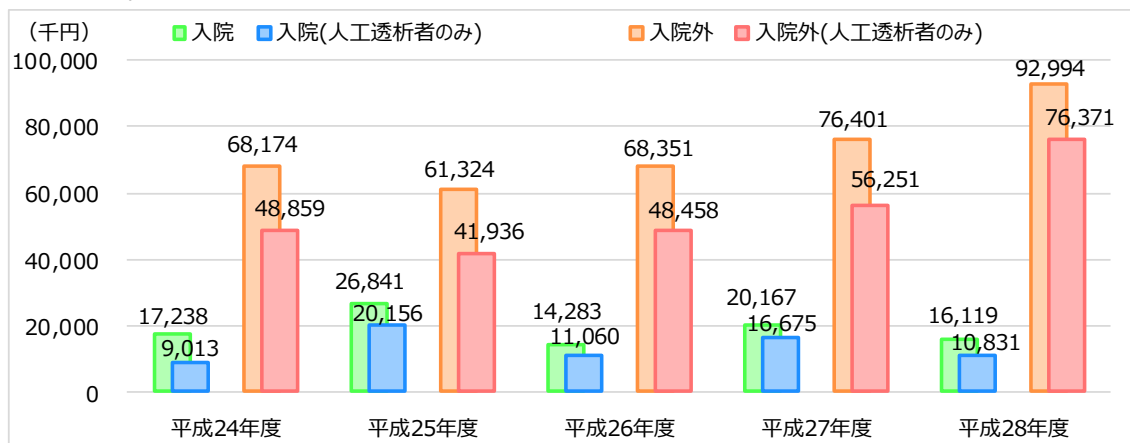
図表 46 糖尿病性合併症群の医療費の内訳



出所：医療費分析ツール「Focus」（平成 28 年度） 端数処理のため、合計は 100%になりません

糖尿病性合併症群の医療費は、入院外にかかる医療費が増加傾向にあり、その大部分を人工透析が占めています。

図表 47 糖尿病性合併症群の入院・入院外の医療費推移



出所：医療費分析ツール「Focus」

(6) 人工透析患者の状況

腎機能障害に対し、治療手段として最も一般的に行われているのが「透析療法」（血液透析と腹膜透析）であり、腎移植をしない限り、透析療法を継続することになります。

腎臓の障害には様々な原因が関わっていますが、近年では糖尿病などの生活習慣病が原因となって腎臓の機能が低下している人が増加しており、日本国内では毎年3万人を超える人が新たに透析療法を始めています。透析療法を始めることにより、食事や行動など日常生活で様々な制約がかかり、また高額な医療費が経済的にも負担となります。

本町の人工透析患者数は34人、年間医療費は約1億8,350万円です。うち、生活習慣病の糖尿病性合併症群に起因する人工透析患者数は24人、年間医療費は約1億1,695万円（1人当たり年間約487万円）で、生活習慣病の糖尿病性合併症群に起因する人工透析は、生活習慣の改善が非常に重要です。

図表 48 人工透析患者の状況

対象レセプト		全体	生活習慣病に由来する人工透析
人工透析レセプト	個人件数 (単位：人)	34	24 70.59%
	レセプト件数 (単位：件)	347	223 64.27%
	費用額 (人工透析レセプトの総費用額 単位：千円)	183,500	116,958 63.74%

*レセプト単位で判断しているため、個人件数については、同一個人が生活習慣病由来の人工透析と由来しない人工透析に計上されることがあります。

出所：医療費分析ツール「Focus」（平成28年度）